

第 2 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成 30 年 3 月



西原町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	4
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	10
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	26
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	33
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	52
第 6 章 計画の評価・見直し	54
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	56
参考資料	57

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度が創設されることとなった。

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

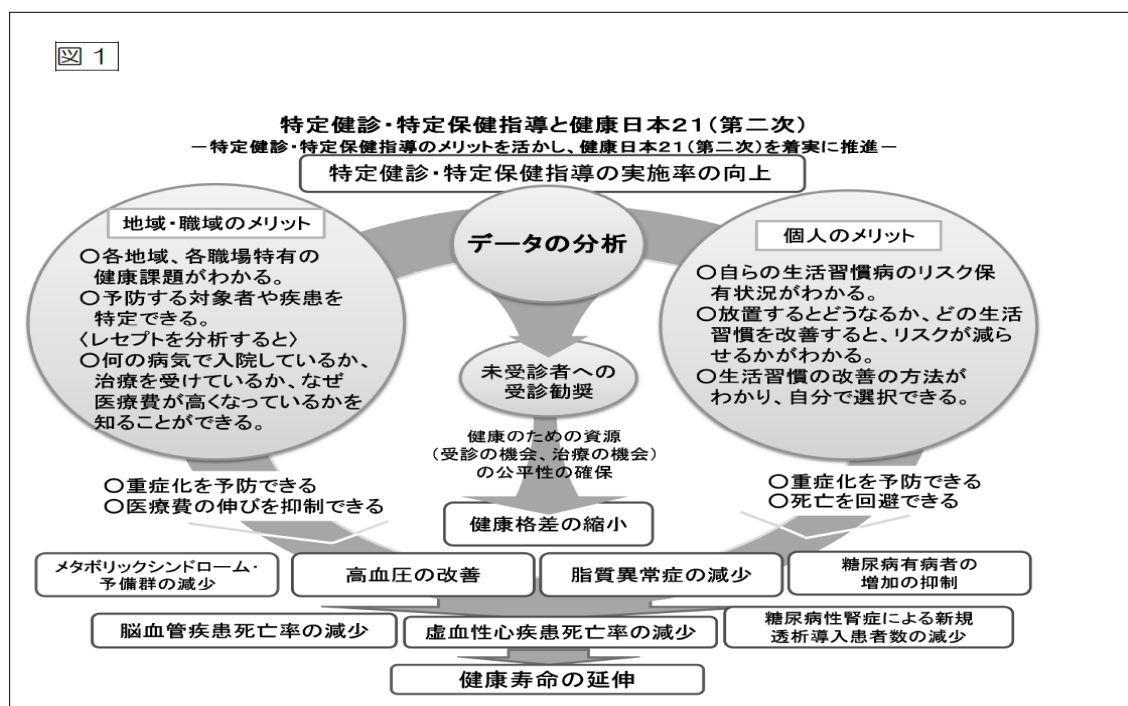
西原町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

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

【図表 1】

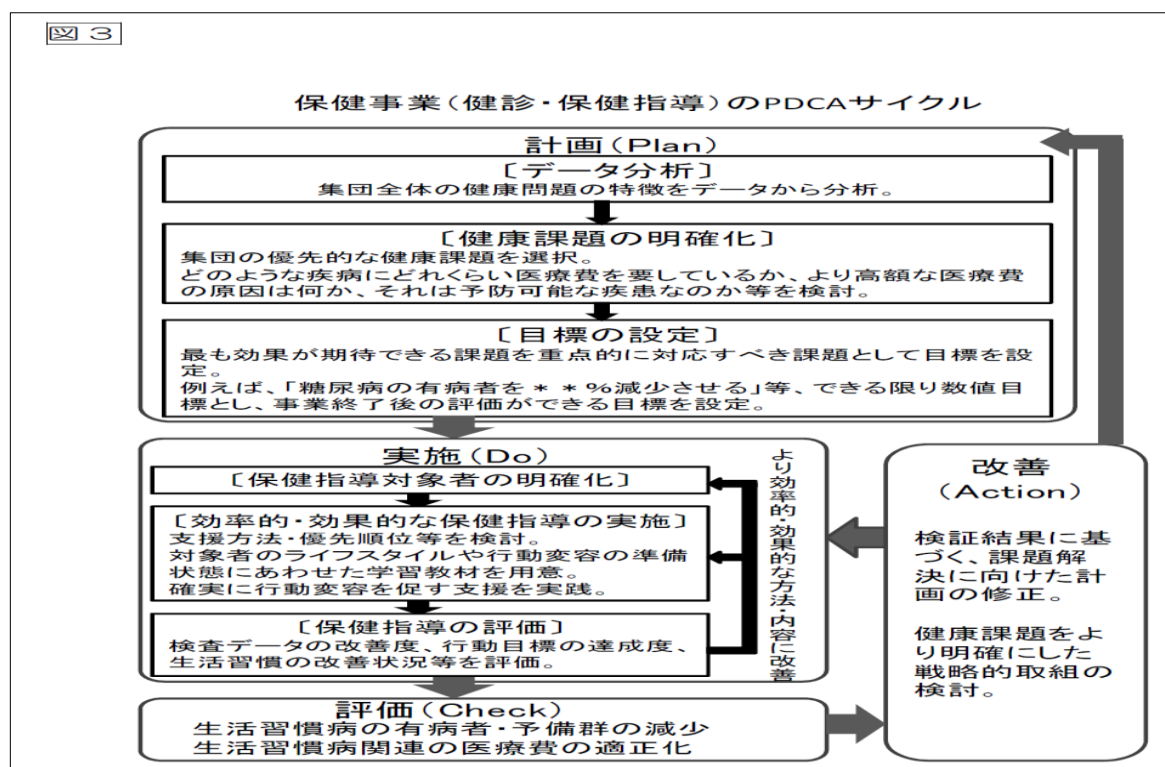
5

【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) 実施主体関係部局の役割

西原町においては、福祉保険課から国保保健事業の執行委任を受けている健康支援課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、保健衛生部門や福祉部門と連携し、市町村一体となり、財政部門と情報共有を図りながら、計画策定を進めていく。さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。(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、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

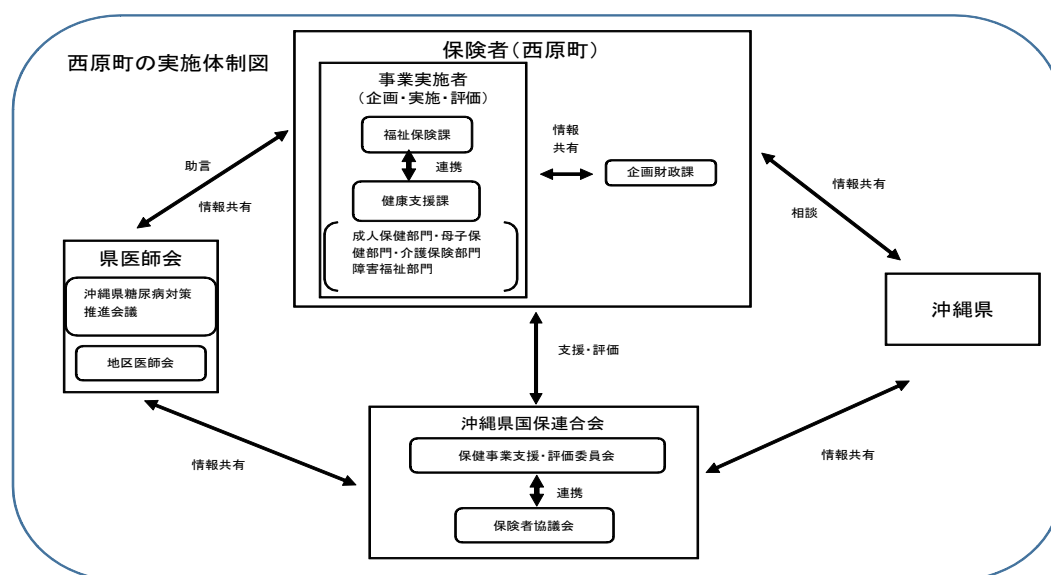
また、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者

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。

【図表 4】



3. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

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)		527万円		1,745万円	
全国順位(1,741市町村中)		530位			
共通 ①	特定健診受診率	0		40	50
	特定保健指導実施率	15		50	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	50
共通 ②	がん検診受診率	0		15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0		0	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40		100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10		33	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20		25	25
	個人インセンティブ提供	0		0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0		0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7		10	35
	後発医薬品の使用割合	15		40	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	15		50	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10		25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5		13	25
	第三者求償の取組の実施状況	10		21	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			33	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少している。特に男性の死亡割合が32.0%から21.3%と減少の幅が大きい。しかし、死亡の状況をみると、心臓病・糖尿病による死亡の割合が増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると、介護給付費(全体)は減少しているが、同規模平均よりは高い状況が続いている。また、医療機関受療率が増加しているが医療費に占める入院の費用の割合も増加しており、重症化して受診する方が多い状況が続いている。

特定健診受診率は増加しているが、目標の60%に届いていない。さらに、健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少を合わせて考えると、今後も健診受診後の適正な医療受診行動につながるよう取り組んでいく必要がある。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の状況をみると、平成25年から平成27年度にかけて増加していたが、平成28年度は減少している。1件当たりの給付費は減少しているが、居宅サービスと施設サービスともに同規模平均より高い。この要因として、介護度が高い方が同規模平均に比べて、多いことが考えられる。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	西原町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	16億3,499万円	78,028	50,343	286,736	65,871	42,436	259,011
H26年度	17億2,810万円	78,333	50,979	287,722	64,806	41,621	285,422
H27年度	18億361万円	76,411	49,695	287,301	63,039	40,565	280,794
H28年度	17億8,902万円	75,774	50,615	286,615	62,877	40,725	277,662

(資料)KDB帳票:健診・医療・介護データからみる地域の健康課題・様式6-1

②医療費の状況（図表 7）

1人あたりの医療費をみると、平成25年度の21,611円から平成28年度は24,285円へ増加し、同規模と比較すると伸び率が高い。また1人当たりの入院費用と入院外費用をみてみると、入院外費用は同規模と同じ傾向だが、入院費用をみると同規模が6.1%の増加となっているところ、本町は20.6%の増加となっている。全体的にみてみると、入院費の伸びが総医療費をあげていると考えられるため、生活習慣病の重症化を防ぐことが重要だと考えられる。

【図表 7】

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		町の費用額	増減	伸び率		町の費用額	増減	伸び率		町の費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	29億2,121万円	5841万円増	2.0%増	3.92%減	13億7,302万円	1億1019万円増	8.0%増	4%減	15億4,819万円	5178万円減	3.3%減	3.6%減
	H28年度	29億7,962万円				14億8,320万円				14億9,641万円			
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	21,611	2,674円増	12.4%増	7.8%増	10,157	1931円増	19.0%増	6.1%増	11,453	743円増	6.5%増	9.0%増
	H28年度	24,285				12,088				12,196			

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）（図表 8）

西原町の総医療費は、平成25年度の29億2,121万円から、平成28年度は29億7,962万円に上がっている。本町では被保険者数が減少傾向にあることを考慮すると、平成25年度の医療費を100とした場合、平成28年度医療費は114（平成28年度1人当たり医療費÷平成25年度1人当たり医療費）となり、0.14%の伸び率になる。中長期目標疾患の脳血管疾患では、医療費が下がっているが（100→66）、腎疾患では医療費が増加（100→118）、心疾患では医療費は減少しているものの、被保険者数の減少を考慮した場合の1人当たり医療費が増加して（100→109）おり、疾病の重症化が医療費の増加に影響したと推測できる。また短期目標疾患では、脂質異常症の医療費は増加（100→118）しているが、糖尿病や高血圧の医療費は減少傾向（100→99、100→81）にあり、このことは、糖尿病や高血圧をもっている者を治療につなぐことができていない現状が推察される。本町では、心疾患や腎疾患に関わる糖尿病や高血圧が重症化して医療を受診する傾向がみられ、重症化予防への取り組みの重要性が認識できた。

【図表 8】

市町村名	総医療費	被保険者数 (人)	一人あたり医療費		(中長期・短期) 目標疾患医療費計	中長期目標疾患																
			全額	順位		胃		脳		心												
				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	西宮市	2,921,212,360	100	11,088	21,611	146位	18位	706,806,490	100	24.2%	208,143,340	100	7.13%	15,106,540	100	0.52%	105,582,520	100	3.61%	73,282,140	100	2.51%
H28		2,978,621,290	114	9,905	24,285	120位	12位	624,283,860	99	21.0%	219,905,200	118	7.38%	17,051,590	128	0.57%	62,025,120	88	2.08%	71,212,170	109	2.39%
H28	沖縄県	120,484,405,470	110	444,291	22,111	—	—	271億1086円	104	22.5%	10,585,883,540	118	8.79%	424,940,680	116	0.35%	2,870,271,780	91	2.38%	2,239,389,370	109	1.86%
	国	9,687,968,260,190	110	32,587,866	24,245	—	—	2兆2,399億円	99	23.1%	523,214,922,280	110	5.40%	33,840,150,420	97	0.35%	215,738,690,930	94	2.23%	197,573,184,270	95	2.04%

		短期目標疾患								新生物		精神疾患		筋・骨疾患		
		糖尿病		高血圧		脂質異常症										
H25	西原町	123,354,700	100	4.22%	137,791,120	100	4.72%	43,584,130	100	1.49%	237,042,900	8.11%	465,368,330	15.93%	213,486,010	7.31%
H28		108,781,870	99	3.65%	99,459,990	81	3.34%	45,847,920	118	1.54%	275,310,650	9.24%	434,429,520	14.58%	208,331,930	6.99%
H28	沖縄県	4,594,770,630	109	3.81%	4,130,910,730	80	3.43%	2,264,927,780	102	1.88%	11,413,339,000	9.47%	18,524,694,470	15.38%	8,687,952,290	7.21%
	国	523,491,751,670	111	5.40%	460,581,187,160	83	4.75%	285,468,046,580	103	2.95%	1,376,729,732,900	14.21%	909,039,373,390	9.38%	819,087,926,730	8.45%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

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

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な疾患の詳細は以下のとおりである。

- ・虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析についてみると、平成 25 年度と平成 28 年度の被保険者数の割合に変化なし。
- ・虚血性心疾患においては、平成 28 年度では平成 25 年度に比べて、人工透析を合併している人の割合が増加しており、基礎疾患に高血圧、脂質異常症がある人の割合も増加している。
- ・脳血管疾患においては、平成 28 年度では平成 25 年度に比べて、人工透析を合併している人の割合が増加しており、基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症ある人の割合も増加している。
- ・人工透析においては、平成 28 年度では平成 25 年度に比べて、脳血管疾患、虚血性心疾患を合併している者の割合が増加しており、基礎疾患に、高血圧、糖尿病、脂質異常症がある人の割合も増加している。
- ・どの疾患においても、80～90%の人が高血圧を基礎疾患として持っているのが特徴的である。高血圧の重症化が、腎臓や脳、心臓へ影響していることが考えられるため、高血圧を中心に、糖尿病、脂質異常症の生活習慣病の重症化予防に取り組む必要があると考えられる。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		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	人数	割合
H25	全体	11434	297	2.6	79	26.6	19	6.4	249	83.8	158	53.2	213	71.7	
	64歳以下	9210	115	1.2	18	15.7	11	9.6	93	80.9	58	50.4	83	72.2	
	65歳以上	2224	182	8.2	61	33.5	8	4.4	156	85.7	100	54.9	130	71.4	
H28	全体	10505	263	2.5	70	26.6	23	8.7	223	84.8	128	48.7	198	75.3	
	64歳以下	7945	86	1.1	18	20.9	13	15.1	69	80.2	39	45.3	61	70.9	
	65歳以上	2560	177	6.9	52	29.4	10	5.6	154	87.0	89	50.3	137	77.4	

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													
		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症					
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	11434	330	2.9	79	23.9	9	2.7	253	76.7	124	37.6	178	53.9	
	64歳以下	9210	114	1.2	18	15.8	5	4.4	77	67.5	37	32.5	62	54.4	
	65歳以上	2224	216	9.7	61	28.2	4	1.9	176	81.5	87	40.3	116	53.7	
H28	全体	10505	303	2.9	70	23.1	15	5.0	249	82.2	141	46.5	179	59.1	
	64歳以下	7945	95	1.2	18	18.9	10	10.5	73	76.8	42	44.2	55	57.9	
	65歳以上	2560	208	8.1	52	25.0	5	2.4	176	84.6	99	47.6	124	59.6	

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	人数	割合
H25	全体	11434	34	0.3	9	26.5	19	55.9	30	88.2	15	44.1	15	44.1	
	64歳以下	9210	20	0.2	5	25.0	11	55.0	18	90.0	7	35.0	7	35.0	
	65歳以上	2224	14	0.6	4	28.6	8	57.1	12	85.7	8	57.1	8	57.1	
H28	全体	10505	38	0.4	15	39.5	23	60.5	35	92.1	17	44.7	21	55.3	
	64歳以下	7945	23	0.3	10	43.5	13	56.5	21	91.3	10	43.5	14	60.9	
	65歳以上	2560	15	0.6	5	33.3	10	66.7	14	93.3	7	46.7	7	46.7	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク（様式 3-2～3-4）（図表 10）

図表 10 より、中長期目標疾患に共通するリスクの治療状況を見ると、糖尿病では、平成 25 年度より平成 28 年度は増加しており、高血圧や脂質異常症を併発している割合も増加している。中長期的な目標でみると、虚血性心疾患は減少しているが、人工透析と糖尿病性腎症の割合は増加している。人工透析においては、特に 64 歳以下の割合が増加している。64 歳以下の人が、重症化し受診していることが推測できる。高血圧についてみると、平成 25 年度と平成 28 年度の割合に変わりはないが、糖尿病と脂質異常症を併発している割合が増加している。中長期的な目標疾患である人工透析の割合が増加しており、高血圧の重症化が腎へ影響していると考えられる。脂質異常症についてみると、平成 25 年度より平成 28 年度は増加している。糖尿病や高血圧を併発している割合に変わりはないが、中長期的な目標疾患である人工透析の割合が増加している。

このことから、短期的な目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症が人工透析の増加に影響していることが考えられるため、それらの重症化を防ぐことが、人工透析の減少につながると考えられる。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標									
		糖尿病																			
		被保険者数		インスリン療法				高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症			
人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	11434	769	6.7	65	8.5	552	71.8	512	66.6	158	20.5	124	16.1	15	2.0	93	12.1			
	64歳以下	9210	360	3.9	31	8.6	230	63.9	214	59.4	58	16.1	37	10.3	7	1.9	47	13.1			
	65歳以上	2224	409	18.4	34	8.3	322	78.7	298	72.9	100	24.4	87	21.3	8	2.0	46	11.2			
H28	全体	10505	756	7.2	64	8.5	545	72.1	520	68.8	128	16.9	141	18.7	17	2.2	96	12.7			
	64歳以下	7945	317	4.0	35	11.0	210	66.2	206	65.0	39	12.3	42	13.2	10	3.2	46	14.5			
	65歳以上	2560	439	17.1	29	6.6	335	76.3	314	71.5	89	20.3	99	22.6	7	1.6	50	11.4			

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	11434	1536	13.4	552	35.9	787	51.2	249	16.2	253	16.5	30	2.0		
	64歳以下	9210	691	7.5	230	33.3	317	45.9	93	13.5	77	11.1	18	2.6		
	65歳以上	2224	845	38.0	322	38.1	470	55.6	156	18.5	176	20.8	12	1.4		
H28	全体	10505	1441	13.7	545	37.8	807	56.0	223	15.5	249	17.3	35	2.4		
	64歳以下	7945	594	7.5	210	35.4	299	50.3	69	11.6	73	12.3	21	3.5		
	65歳以上	2560	847	33.1	335	39.6	508	60.0	154	18.2	176	20.8	14	1.7		

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	人数	割合		
H25	全体	11434	1099	9.6	512	46.6	787	71.6	213	19.4	178	16.2	15	1.4			
	64歳以下	9210	508	5.5	214	42.1	317	62.4	83	16.3	62	12.2	7	1.4			
	65歳以上	2224	591	26.6	298	50.4	470	79.5	130	22.0	116	19.6	8	1.4			
H28	全体	10505	1116	10.6	520	46.6	807	72.3	198	17.7	179	16.0	21	1.9			
	64歳以下	7945	458	5.8	206	45.0	299	65.3	61	13.3	55	12.0	14	3.1			
	65歳以上	2560	658	25.7	314	47.7	508	77.2	137	20.8	124	18.8	7	1.1			

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

中長期的目標、短期的目標疾患につながるリスクの健診結果の経年変化をみると、男女ともにHbA1cと尿酸の有所見者が増加している。

男性においては、メタボリックシンドローム予備軍は減少しているが、該当者は増加している。女性においては、メタボリックシンドローム予備軍・該当者共に減少している。このことから、男性は内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性により高血糖状態であることが予想され、女性は、メタボには該当しないが、普段の食生活が血糖の代謝へ影響していることが予想される。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

男性		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		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
H25	合計	446	41.7	637	59.5	299	27.9	205	19.2	89	8.3	454	42.4	566	52.9	288	26.9	543	50.7	292	27.3	498	46.5	19	1.8
	40-64	211	42.3	288	57.7	158	31.7	129	25.9	44	8.8	211	42.3	225	45.1	143	28.7	241	48.3	175	35.1	246	49.3	3	0.6
	65-74	235	41.2	349	61.1	141	24.7	76	13.3	45	7.9	243	42.6	341	59.7	145	25.4	302	52.9	117	20.5	252	44.1	16	2.8
H28	合計	478	44.1	659	60.8	283	26.1	236	21.8	77	7.1	440	40.6	605	55.9	308	28.4	503	46.9	276	25.5	503	46.4	24	2.2
	40-64	204	43.8	279	59.9	138	29.6	127	27.3	25	5.4	164	35.2	213	45.7	144	30.9	210	45.1	169	36.3	230	49.4	1	0.2
	65-74	274	44.4	380	61.6	145	23.5	109	17.7	52	8.4	276	44.7	392	63.5	164	26.6	293	47.5	110	17.8	273	44.2	23	3.7

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
H25	合計	400	33.5	349	29.3	203	17.0	142	11.9	33	2.8	284	23.8	645	54.1	51	4.3	494	41.4	192	16.1	743	62.3	6	0.5
	40-64	176	29.9	138	23.5	104	17.7	83	14.1	11	1.9	132	22.4	276	46.9	19	3.2	208	35.4	110	18.7	372	63.3	4	0.7
	65-74	224	37.0	211	34.9	99	16.4	59	9.8	22	3.6	152	25.1	369	61.0	32	5.3	286	47.3	82	13.6	371	61.3	2	0.3
H28	合計	408	32.4	342	27.2	204	16.2	121	9.6	31	2.5	307	24.4	724	57.5	74	5.9	528	41.9	219	17.4	758	60.2	8	0.6
	40-64	156	29.3	127	23.8	80	15.0	66	12.4	10	1.9	112	21.0	255	47.8	25	4.7	181	34.0	102	19.1	322	60.4	3	0.6
	65-74	252	34.7	215	29.6	124	17.1	55	7.6	21	2.9	195	26.9	469	64.6	49	6.7	347	47.8	117	16.1	436	60.1	5	0.7

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

男性		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
H25	合計	1,070	33.8	82	7.7%	248	23.2%	18	1.7%	180	16.8%	50	4.7%	307	28.7%	55	5.1%	13	1.2%	144	13.5%	95	8.9%
	40-64	499	24.3	49	9.8%	101	20.2%	7	1.4%	66	13.2%	28	5.6%	138	27.7%	20	4.0%	6	1.2%	72	14.4%	40	8.0%
	65-74	571	51.3	33	5.8%	147	25.7%	11	1.9%	114	20.0%	22	3.9%	169	29.6%	35	6.1%	7	1.2%	72	12.6%	55	9.6%
H28	合計	1,083	37.1	90	8.3%	245	22.6%	11	1.0%	194	17.9%	40	3.7%	324	29.9%	62	5.7%	17	1.6%	151	13.9%	94	8.7%
	40-64	466	27.2	48	10.3%	115	24.7%	3	0.6%	89	19.1%	23	4.9%	116	24.9%	13	2.8%	4	0.9%	69	14.8%	30	6.4%
	65-74	617	51.2	42	6.8%	130	21.1%	8	1.3%	105	17.0%	17	2.8%	208	33.7%	49	7.9%	13	2.1%	82	13.3%	64	10.4%

女性		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
H25	合計	1,193	42.7	40	3.4%	150	12.6%	4	0.3%	114	9.6%	32	2.7%	159	13.3%	30	2.5%	11	0.9%	88	7.4%	30	2.5%
	40-64	588	34.8	22	3.7%	59	10.0%	1	0.2%	40	6.8%	18	3.1%	57	9.7%	12	2.0%	9	1.5%	27	4.6%	9	1.5%
	65-74	605	54.9	18	3.0%	91	15.0%	3	0.5%	74	12.2%	14	2.3%	102	16.9%	18	3.0%	2	0.3%	61	10.1%	21	3.5%
H28	合計	1,259	46.7	42	3.3%	145	11.8%	9	0.7%	108	8.6%	32	2.5%	151	12.0%	24	1.9%	11	0.9%	92	7.3%	24	1.9%
	40-64	533	36.8	22	4.1%	63	11.8%	5	0.9%	46	8.6%	12	2.3%	42	7.9%	6	1.1%	6	1.1%	23	4.3%	7	1.3%
	65-74	726	58.1	20	2.8%	86	11.8%	4	0.6%	62	8.5%	20	2.8%	109	15.0%	18	2.5%	5	0.7%	69	9.5%	17	2.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

特定健診受診率は、平成 28 年度は 42.1%と平成 25 年度に比べて向上しており、同規模内順位も向上している。平成 27 年度から平成 28 年度にかけての継続受診者の割合をみると、72.7%と県内の同規模市町村の中で高くなっている。しかし、受診率からみると高くはないため、特定健診の目標受診率の 60%に向けて、新規受診者の掘り起こしや継続受診者が継続して受診できるように、未受診者対策に取り組む必要がある。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導		
	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
H25年度	5,924	2,262	38.2	79位	392	202	51.5
H28年度	5,567	2,346	42.1	65位	339	261	71.3

	H28年度 特定健診受診率	継続受診者 (H27-28)の割合
西原町	42.1%	72.7%
A村	42.7%	68.6%
B町	38.4%	68.4%
C町	43.9%	68.1%
D町	34.4%	62.5%

出典：特定健診・特定保健指導 法定報告値

2) 第1期に係る評価と考察

第1期データヘルス計画では、健診・医療・介護保険情報を分析したところ、長期化することで医療費が高額となる疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の新規患者数を10%減少させ、入院医療費を前年比伸び率を抑制させることを目標とした。平成28年度の実績をみると、新規患者数（千人あたり）においては、虚血性心疾患と糖尿病性腎症については目標達成できたが、脳血管疾患については、達成できていない。入院医療費をみると、脳血管疾患は目標達成できているが、虚血性心疾患、糖尿病性腎症については達成できていない(図表13)。平成28度は平成25年度に比べて、医療費が伸びていることから、虚血性心疾患や糖尿病性腎症の重症化が医療費の伸び率に影響していると考えられる。また西原町民の1件あたりの入院にかかる費用も腎不全、心疾患が県内でも2位、4位の順位で高くなっている(参考資料1より)。そのため、高血圧、脂質異常症の重症化予防が医療費の伸び率を抑制できるのではないかと考える。糖尿病性腎症においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開始に伴い、積極的な介入で効果が期待できると考えられる。

【図表13】

	実績(H26)	目標(H29)	実績(H28)
新規患者数 (千人あたり)	虚血性心疾患(狭心症) 4.115人	虚血性心疾患(狭心症) 3.703人	虚血性心疾患(狭心症) 3.433人
	脳血管疾患(脳梗塞) 3.541人	脳血管疾患(脳梗塞) 3.186人	脳血管疾患(脳梗塞) 3.574人
	糖尿病性腎症 1.110人	糖尿病性腎症 0.999人	糖尿病性腎症 0.687人
入院医療費伸び率	虚血性心疾患(狭心症) -1.2%	前年比伸び率の抑制	虚血性心疾患(狭心症) 9.5%
	脳血管疾患(脳梗塞) -26.2%		脳血管疾患(脳梗塞) -17.7%
	糖尿病性腎症 -37.5%		糖尿病性腎症 13.6%

*平成29年度の実績は暫定値のため、平成28年度の実績で評価。

第1期においては、高齢化が進展することに加え、年齢が高くなるほど心臓、脳、腎臓の3つの血管も傷んでくることをふまえ、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸び率を抑えることを目標とした。平成28年度の実績をみると、医療費、入院医療費共に、前年比より伸びた実績となっている。また入院外医療費では、前年度に比べて減少している(図表14)。平成28年度の実績からも分かるように、西原町民の医療のかかり方は、普段は医療にかからず、重症化して入院する実態が明らかである。そのため、平成35年度に向けても入院医療費の伸び率を抑制させ、重症化予防の対象者であるが治療をしていない者については保健指導を通して医療へつなげていきたい。医療にかかる者が増えるということは、入院外医療費が増加していくことになるが、重症化による入院を防ぐ対策であるため、医療費適正化への効果が期待できる。

【図表 14】

	実績(H26)	目標(H29)	実績(H28)
医療費伸び率	1.6%	前年比伸び率の抑制	3%
入院医療費伸び率	1.3%	前年比伸び率の抑制	15.1%
入院外医療費	2.0%	前年比伸び率の増加	-6.5%

* 平成 29 年度の実績は暫定値のため、平成 28 年度の実績で評価。

2. 第 2 期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 15）

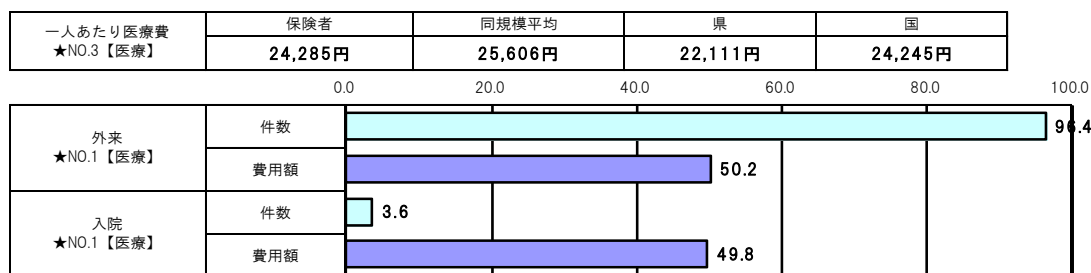
西原町の入院件数は、3.6%で、費用額全体の 49.8%を占めている。入院を減らすために、重症化予防に取り組み、費用対効果の面からも効率がよいと考える。

【図表 15】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

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 16）

- ① ひと月 200 万円以上の高額になる疾患を分析すると、虚血性心疾患が全体の 7.2%を占める。基礎疾患の重なりは、高血圧が 84.8%、糖尿病が 48.7%、脂質異常症が 75.3%となっている。メタボリックの多い西原町において、基礎疾患の対象者を明確にし、脳血管疾患や虚血性心疾患といった高額な医療費を要する疾患の発症を予防することが重要である。
- ② 6 か月以上の長期入院のレセプトの分析では、脳血管疾患が高く、全体の 16.7%の件数を占めており、18.3%の費用を占めている。
- ③ 人工透析は、1 人あたりの年間医療費がおよそ 500～600 万円と高額であり、一度導入すると長期療養が避けられない。平成 28 年度の西原町の国保では、年間 38 人の人工透析のレセプトがあり、総額 2 億 5,135 万円かかっている。透析者のおよそ 45%の者に糖尿病性腎症があり、糖尿病の重症化予防をすることで、新規透析導入者を減らすことができると予想できる。また透析患者のおよそ 4 割に虚血性心疾患が、6 割に脳血管疾患が合併していることから、血管病変の重症化により更なる医療費がかかる可能性がある。

【図表 16】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★No.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	69件	1件 1.4%	5件 7.2%	-
		費用額	3億1091万円	298万円 1.0%	1843万円 5.9%	-
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2-1 ★No.11(CSV)	長期入院 (6ヶ月以上の入院)	件数	808件	135件 16.7%	30件 3.7%	-
		費用額	3億7724万円	6897万円 18.3%	1980万円 5.2%	-
厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式2-2 ★No.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	件数	298件 57.6%	194件 37.5%	230件 44.5%
			費用額	1億5038万円 59.8%	9353万円 37.2%	1億2381万円 49.3%

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★No.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 な疾 り患	2,797人	303人 10.8%	263人 9.4%	96人 3.4%
			高血圧	249人 82.2%	223人 84.8%	71人 74.0%
			糖尿病	141人 46.5%	128人 48.7%	96人 100.0%
			脂質異常症	179人 59.1%	198人 75.3%	78人 81.3%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			1,441人 51.5%	756人 27.0%	1,116人 39.9%	297人 10.6%

○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 17)

図表 17 をみると、本町の介護認定率は 7.0% で、そのうち介護度が高い要介護 3～5 が全体の 44.4% を占めている。原因疾患では、脳血管疾患が 53.3% と最も多くなっており、虚血性疾患を含めると 89.3% を占めている。更に年齢別に見てみると、1 号被保険者の認定率は 22.1% で、75 歳以上に限ると 43.3% と認定率は高くなっている。また 2 号被保険者では、0.33% の認定率だが、そのうち 43.2% が要介護 3～5 の介護度であり、原因疾患も脳血管疾患が 66.7% と他の年齢での割合よりも高くなっている。特定健診・特定保健指導での基礎疾患の発見や介入が予防や重症化を防ぎ、介護予防にもつながると考えられる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より 5,523 円高く、約 2.3 倍の医療費がかかっている。青年期・壮年期の血管疾患を予防することは、将来にかかる医療費および介護にかかる費用の負担軽減の面からも対策が重要であると考えられる。また、働き盛り世代の医療保険は国保ばかりとは限らないため、他の医療保険者とも生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況などの情報分析・課題共有を図る必要がある。

【図表 17】

出典：KDB システム（H28 年度）

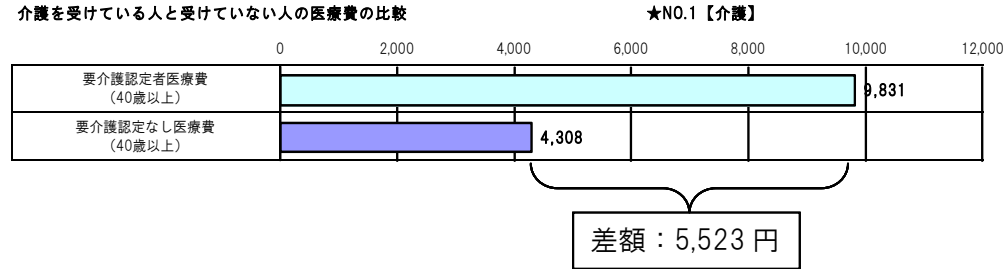
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		11,070人		2,726人		2,132人		4,858人		15,928人	
	認定者数		37人		153人		923人		1,076人		1,113人	
	認定率		0.33%		5.6%		43.3%		22.1%		7.0%	
	新規認定者数（※1）		9人		36人		148人		184人		193人	
	介護度 別人数	要支援1・2		2	5.4%	32	20.9%	192	20.8%	224	20.8%	226
要介護1・2		19	51.4%	58	37.9%	316	34.2%	374	34.8%	393	35.3%	
要介護3～5		16	43.2%	63	41.2%	415	45.0%	478	44.4%	494	44.4%	

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					
	介護件数（全体）		37		153		923		1,076				1,113	
	再）国保・後期		24		101		824		925				949	
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	（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	16 66.7%	脳卒中	57 56.4%	脳卒中	433 52.5%	脳卒中	490 53.0%	脳卒中	506 53.3%
				2	虚血性心疾患	1 4.2%	虚血性心疾患	30 29.7%	虚血性心疾患	311 37.7%	虚血性心疾患	341 36.9%	虚血性心疾患	342 36.0%
			3	腎不全	1 4.2%	腎不全	13 12.9%	腎不全	102 12.4%	腎不全	115 12.4%	腎不全	116 12.2%	
				合併症	4	糖尿病合併症	2 8.3%	糖尿病合併症	22 21.8%	糖尿病合併症	104 12.6%	糖尿病合併症	126 13.6%	糖尿病合併症
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症			21 87.5%	92 91.1%	750 91.0%	842 91.0%	863 90.9%					
		血管疾患合計		21 87.5%	92 91.1%	773 93.8%	865 93.5%	886 93.4%						
		認知症		4 16.7%	24 23.8%	331 40.2%	355 38.4%	359 37.8%						
		筋・骨格疾患		21 87.5%	94 93.1%	752 91.3%	846 91.5%	867 91.4%						

※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



2) 健診受診者の実態 (図表 18・19)

図表 18 の平成 28 年度の健診データのうち、有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、肥満の指標である BMI25 以上、腹囲基準値以上が全国に比べて顕著に高くなっている。加えて内臓脂肪の影響により影響を受ける、GPT、空腹時血糖、HbA1c、尿酸が全国よりも高い。また、男性は女性に比べ有所見率が高い。40～64 歳の男性では、中性脂肪、GPT、尿酸において、65 歳以上の男性に比べて、数値が悪くなっている。女性は前期高齢者の年代になってくると、中性脂肪や空腹時血糖、HbA1c の有所見率が高くなるため、閉経後の食生活等の指導が必要と考える。

図表 19 では、メタボリック該当者は 65 歳以上の男女に多く、更に詳しくみると、男女とも血圧と脂質で有所見率が高くなっている。男女別でみると、女性は 3 項目全て有所見となる者が 1.9%であるのに対し、男性は 8.7%と女性の約 4.6 倍になっている。男性のメタボ予備軍においては、40～64 歳で高くなっており、有所見の割合も高い傾向にある。男性は 40 代もしくはそれ以前に、生活習慣病を発症している可能性があり、女性よりも早い対策が必要と考える。

【図表 18】

4 H28の健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2～6-7)

※NO.23 (概要)

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		卵アテン	
		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		13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	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	20,395	44.5	27,902	60.8	14,513	31.7	10,862	23.7	9,802	8.3	15,877	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,380	46.7	1,238	2.7
	合計	478	44.1	659	60.8	293	26.1	236	21.8	77	7.1	440	40.6	605	55.9	308	28.4	503	46.4	279	25.8	503	46.4	24	2.2
	40-64	204	43.8	279	59.8	138	29.6	127	27.3	25	5.4	164	35.2	213	45.7	144	30.9	210	45.1	169	36.3	230	49.4	1	0.2
	65-74	274	44.4	380	61.6	145	23.5	109	17.7	52	8.4	276	44.7	392	63.5	164	26.6	293	47.5	110	17.8	273	44.2	23	3.7

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		卵アテン	
		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		13以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	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	17,387	34.1	13,686	26.8	9,688	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.8	258	0.5
	合計	408	32.4	342	27.2	204	16.2	121	9.6	37	3.7	307	24.3	724	57.5	74	5.9	528	41.9	219	17.4	758	60.2	8	0.6
	40-64	156	29.3	127	23.8	80	15.0	66	12.4	10	1.9	112	21.0	255	47.8	25	4.7	181	34.0	102	19.1	322	60.4	3	0.6
	65-74	252	34.7	215	29.6	124	17.1	55	7.6	27	2.9	195	26.9	469	64.6	49	6.7	347	47.8	117	16.1	436	60.1	5	0.7

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 19】

5 H28のメタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

※NO.24 (概要)

性別		予備群												該当者											
		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		
保 険 者	合計	1,083	37.1	90	8.3%	245	22.6%	11	1.0%	194	17.9%	40	3.7%	324	29.9%	62	5.7%	17	1.6%	151	13.9%	94	8.7%		
	40-64	466	27.2	48	10.3%	115	24.7%	3	0.6%	89	19.1%	23	4.9%	116	24.9%	13	2.8%	4	0.9%	69	14.8%	30	6.4%		
	65-74	617	51.2	42	6.8%	130	21.1%	8	1.3%	105	17.0%	17	2.8%	208	33.7%	49	7.9%	13	2.1%	82	13.3%	64	10.4%		

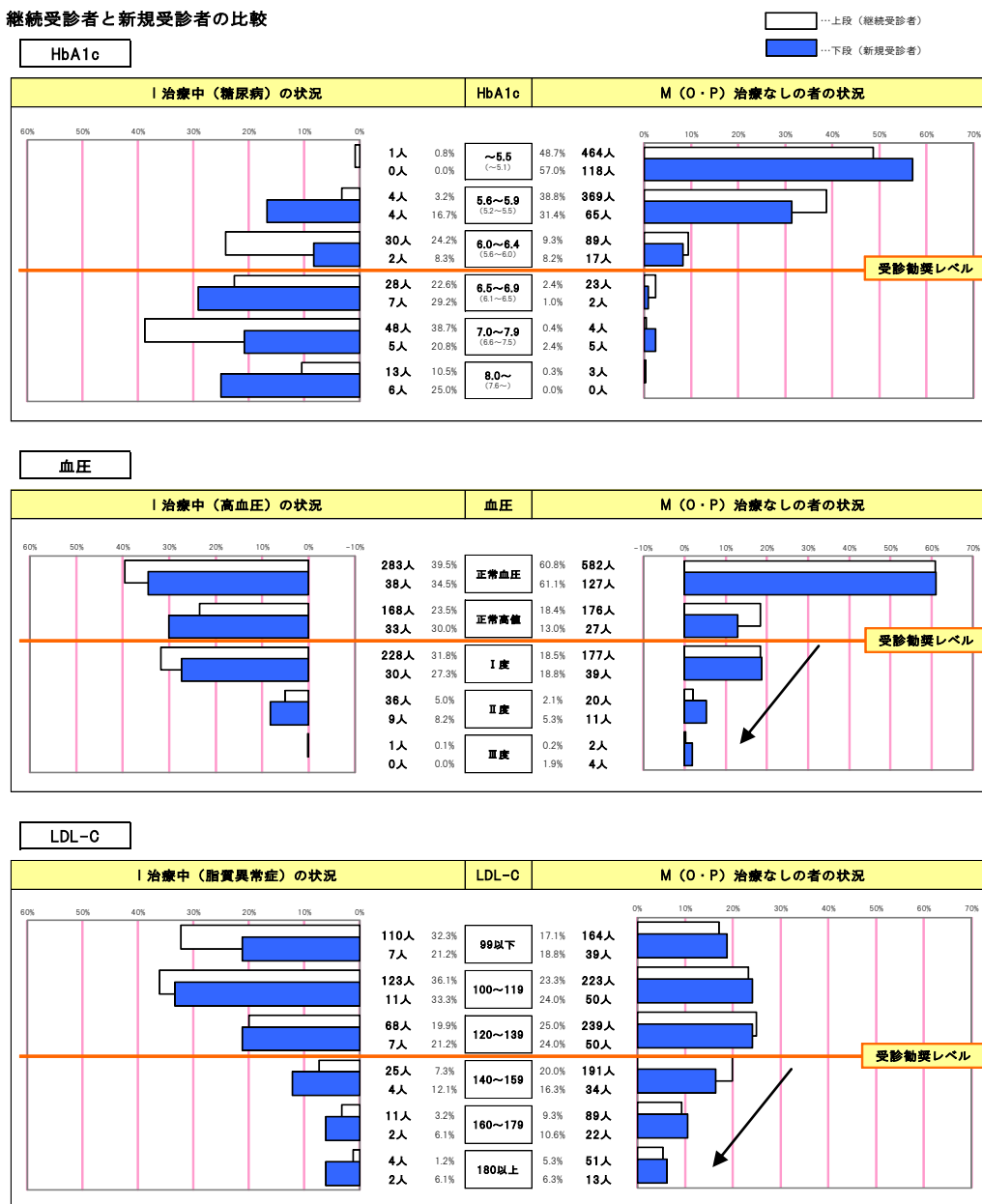
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧				脂質異常症		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
								人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
保 険 者	合計	1259	46.7	42	3.3%	149	11.8%	9	0.7%	108	8.6%	32	2.5%	151	12.0%	24	1.9%	11	0.9%	92	7.3%	24	1.9%
	40-64	533	36.8	22	4.1%	63	11.8%	5	0.9%	46	8.6%	12	2.3%	42	7.9%	6	1.1%	6	1.1%	23	4.3%	7	1.3%
	65-74	726	58.1	20	2.8%	86	11.8%	4	0.6%	62	8.5%	20	2.8%	109	15.0%	18	2.5%	5	0.7%	69	9.5%	17	2.3%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 20）

図表 20 をみると、HbA1c の継続受診者において、HbA1c が 6.0～6.4% にコントロールできている方が多くなっている。また継続受診者で 8 以上の人が新規受診より少ない。受診勧奨レベルでは、新規受診者が多いため、早期での掘り起こしのため、健診勧奨が重要であることがわかる。血圧では、継続受診者の受診勧奨レベル以上が、治療中、治療なしのどちらにおいても少ない傾向にある。LDL コレステロールでは、治療中において、継続受診者で受診勧奨レベル以上が少なくなっている。糖尿病、血圧、LDL コレステロールの治療中、治療なしのどちらにおいても、受診勧奨レベル以上が継続受診者で少ない傾向にあるので、保健指導の介入が効果的であると考えられる。

【図表 20】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 若年健診・早期介入対象者の状況

年齢階級ごとに健診結果を見ると、GPT、拡張期血圧、LDL コレステロールにおいて、65 歳以上の男女に比べて、40～64 歳で数値が悪くなっているため、若年層への対策も必要となる。

西原町では、生活習慣病の早期発見を目的とした若年健診（20～39 歳を対象）を実施し、若いうちから健診を受ける機会を増やす。平成 28 年度の若年健診受診率は 11.8%で、平成 25 年度に比べて向上している（図表 21）。平成 28 年度の若年健診受診者のうち、メタボ基準に該当する人は 6.0%で、メタボ予備軍は 9.7%であった。また若年者の有所見率をみてみると、男性は腹囲、女性では BMI の割合が高くなっており、20 代 30 代の肥満が、40 代のメタボリックシンドロームにつながっていると考えられる（図表 22）。そのため、若年受診者でメタボ該当者・予備軍の方にも特定保健指導と同じように保健指導とフォローアップを実施していく必要がある。また、40 歳以上においては、メタボリック該当者・予備軍はもちろん、肥満を伴わないために保健指導対象外となる方へ保健指導を実施し、生活習慣病の早期発見、重症化予防を図る必要がある。

【図表 21】

若年健診受診率

%	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
全体	14.2	13.0	13.8	13.6	12.7	9.6	8.5	12.1	11.8
男性	9.2	7.8	10.3	8.4	8.6	6.7	6.4	8.1	8.0
女性	19.2	18.1	17.3	18.8	16.8	13.3	11.0	17.2	16.6

にしはら健康21より

【図表 22】

平成28年度若年健診結果の有所見率

	1位		2位		3位	
男性	LDLコレステロール	46.2%	GPT	42.3%	腹囲	42.3%
女性	LDLコレステロール	22.5%	HbA1c	20.3%	BMI	15.2%

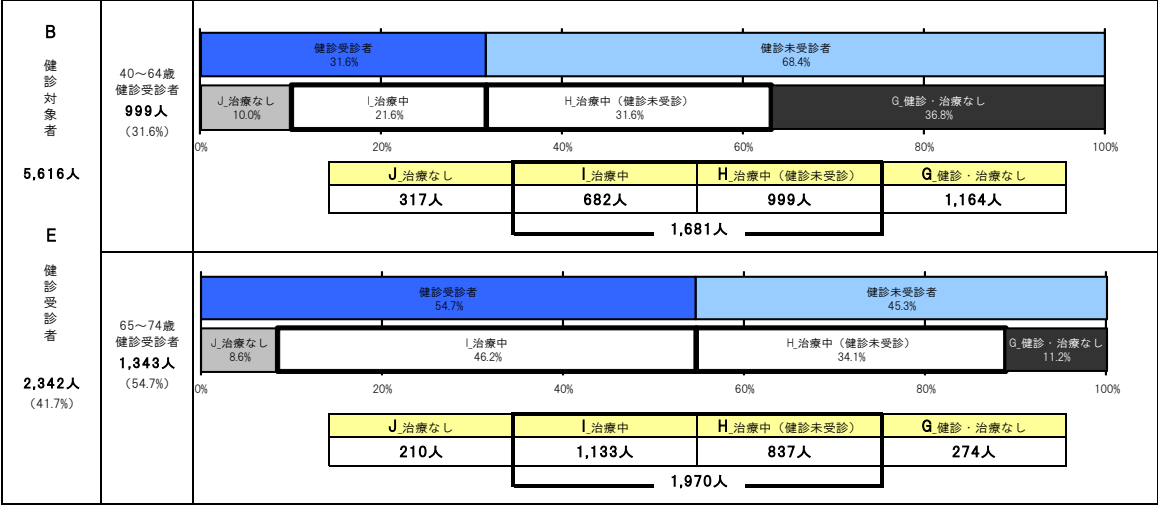
5) 未受診者の把握 (図表 23)

医療費適正化において、生活習慣病の発症予防、重症化予防の取り組みは重要になる。しかし、健診受診者を年齢別でみると、65 歳以上の受診率は 54.7%になっているのに対し、40～64 歳では 31.6%となっており、若年層ほど健診受診率が低くなっている。さらに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 36.8%と高くなっており、3 人に 1 人は健康状態が全く分からず、今後生活習慣病を発生するリスクが高い可能性が考えられる。また健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、未受診者の 1 人当たりの医療費は、受診者より 29,416 円も高い。健診を受け、状態に応じた保健指導を実施することは、生活習慣病の早期発見や治療による重症化予防へつながり、生活習慣病の治療費の抑制要因となる。健診を受診することは、医療費適正化の面においても有用であると考えられる。

【図表 23】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

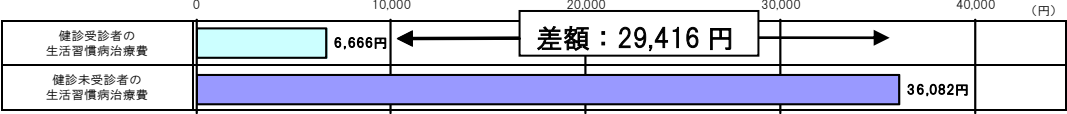
★NO.26 (CSV)



○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



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。

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。平成35年度には平成29年度と比較して、3つの疾患の新規患者数をそれぞれ10%減少させ、入院医療費は前年比伸び率を抑制させることを目標にする（図表24）。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。

【図表24】

疾患の中長期的な目標：25ページ表2参照

	現状(H29)	目標(H35)
新規患者数 (千人あたり)	虚血性心疾患(狭心症) 3.090人 脳血管疾患(脳梗塞) 3.184人 糖尿病性腎症 1.061人	虚血性心疾患(狭心症) 2.781人 脳血管疾患(脳梗塞) 2.866人 糖尿病性腎症 0.955人
入院医療費伸び率	虚血性心疾患(狭心症) -52.3% 脳血管疾患(脳梗塞) -1.3% 糖尿病性腎症 -32.2%	前年比伸び率の抑制

*平成29年度実績は、平成30年2月時点の暫定値。

医療費全体としては、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と考えると、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、西原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平成35年度に国並みとすることを旨とする（図表25）。

【図表25】

医療費全体の中長期的な目標：25ページ表1参照

	現状(H29)	目標(H35)
医療費 伸び率	-24%	前年比伸び率の抑制
入院医療費 伸び率	-24.1%	前年比伸び率の抑制
入院外医療費	-23.8%	増加(早期治療による重症化予防)

*平成29年度実績は、平成30年2月時点の暫定値。

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、1 年、1 年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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。特にメタボリックシンドロームと糖尿病は、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。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。

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。

表 1) 医療費の変化

医療費分析の経年比較

総医療費

KDB帳票No. 「医療費分析の経年比較」										
項目		総医療費(円)								
		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
平成24年度	西原町	27億8,344万円	-	-	13億3,628万円	-	-	14億4,716万円	-	-
平成25年度	西原町	29億2,121万円	1億3,777万円	5.0%	13億7,301万円	3,673万円	2.7%	15億4,819万円	8,736万円	7.0%
平成26年度	西原町	29億3,786万円	1,665万円	0.6%	13億7,314万円	13万円	0.0%	15億6,471万円	1,652万円	1.1%
平成27年度	西原町	28億8,909万円	-4,877万円	-1.7%	12億8,910万円	-8,404万円	-6.1%	15億9,999万円	3,528万円	2.3%
平成28年度	西原町	29億7,962万円	9,053万円	3.1%	14億8,320万円	1億9,410万円	15.1%	14億9,641万円	-1億358万円	-6.5%
平成29年度	西原町	22億6,552万円	-7億1,410万円	-24%	11億2,631万円	-3億5,689万円	-24.1%	11億3,920万円	-3億5,721万円	-23.8%

* 平成 29 年度実績は、平成 30 年 2 月時点の暫定値。

表 2)

疾病の発生状況の経年比較

疾病の発生状況（中長期的な目標疾患）

KDB帳票No.40「厚労省様式」「医療費分析(1)細小分類」									
疾患	虚血性心疾患								
	患者数 (様式3-5)	増減数	伸び率	狭心症新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)			
				西原町	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
平成24年	295人	-		4.115	3.675	38,744,760	-	3,653,970	-
平成25年	297人	-2人	0.7%	4.2	3.65	52,940,450	36.6%	3,753,300	2.7%
平成26年	293人	-4人	-1.3%	4.115	3.531	52,319,770	-1.2%	5,333,890	42.1%
平成27年	268人	-25人	-8.5%	4.519	3.429	46,216,910	-11.7%	4,156,290	-22.1%
平成28年	263人	-5人	-1.9%	3.433	3.448	50,606,870	9.5%	9,959,920	139.6%
平成29年	244人	-19人	-7.2%	3.09	3.324	24,154,930	-52.3%	7,313,430	-26.6%

毎年5月診療分(KDB7月作成)

年度累計

* 平成29年度実績は、平成30年2月時点の暫定値。

疾患	脳血管疾患								
	患者数 (様式3-6)	増減数	伸び率	脳梗塞新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)			
				西原町	同規模	脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率
平成24年	286人	-	-	3.863	3.081	38,933,480	-	61,575,240	-
平成25年	328人	42人	14.7%	3.788	3.097	45,341,970	16.5%	51,610,750	-16.2%
平成26年	315人	-13人	-4.0%	3.541	3.099	30,269,650	-33.2%	38,110,730	-26.2%
平成27年	315人	0人	0.0%	3.564	3.046	18,564,980	-38.7%	38,240,080	0.3%
平成28年	303人	-12人	-3.8%	3.574	2.92	23,764,780	28.0%	31,466,650	-17.7%
平成29年	315人	12人	4.0%	3.184	2.935	18,878,890	-20.6%	31,051,860	-1.3%

毎年5月診療分(KDB7月作成)

年度累計

* 平成29年度実績は、平成30年2月時点の暫定値。

疾患	糖尿病性腎症						
	患者数 (様式3-2)	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)	
				西原町	同規模	糖尿病	伸び率
平成24年	56人	-	-	1.700	0.763	16,849,000	-
平成25年	93人	37人	66.1%	1.913	0.761	18,890,380	12.1%
平成26年	95人	2人	2.2%	1.11	0.784	17,694,220	-6.3%
平成27年	101人	6人	6.3%	0.935	0.778	8,885,800	-49.8%
平成28年	96人	-5人	-5.0%	0.687	0.802	10,091,940	13.6%
平成29年	91人	-5人	-5.2%	1.061	0.819	6,846,100	-32.2%

毎年5月診療分(KDB7月作成)

年度累計

* 平成29年度実績は、平成30年2月時点の暫定値

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

平成35年度において、40歳から74歳までの対象者の特定健診実施率及び特定保健指導実施率が共に60%以上を目標とする。 【図表26】

	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	43%	46%	49%	52%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3. 対象者の見込み

【図表27】

		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	5,836人	5,895人	5,913人	5,925人	5,937人	5,949人
	受診者数	2,510人	2,712人	2,897人	3,081人	3,265人	3,569人
特定保健指導	対象者数	409人	442人	473人	502人	533人	582人
	受診者数	246人	265人	284人	301人	320人	349人

*H29.10.30時点「日本の市区町村別将来推計人口」より、平成32年から平成37年の人口推計を用いて算定。

特定保健指導対象者数は、健診受診者の10%で算定。

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

沖縄県国民健康保険団体連合会が県内国保保険者の契約代表として特定健診集合契約を締結する。契約相手は医師会会員医療機関の契約代表である沖縄県医師会と医師会会員外の特定健診実施機関である。健診内容、委託料、実施機関、実施事項等は集合契約で定める。

① 集団健診、個別健診、人間ドックについて

集団健診

実施場所：保健センター

実施時期：指定特定健診実施機関と調整し、
決定した日程

個別健診・人間ドック

実施場所：集合及び人間ドック委託契約
を締結した実施機関

実施時期：4月～翌年3月

② 事業者健診のデータの活用について

毎年4月～5月にかけて、沖縄県国民健康保険連合が代表として覚書締結をした事業所一覧にて、事業所健診を受診したもののデータ受領を行う。受領後、沖縄県国民健康保険団体連合会を通して情報提供料を支払う。事業所健診を受診しているが、データの受領ができていないものに関しては、対象者本人に手紙等で健診結果の写しの提出を依頼する。

③ 診療における検査データの活用

治療中であっても特定健康診査を受診するよう、かかりつけ医から本人へ特定健康診査の受診勧奨を行う。本人同意のもとで医療保険者が診療における検査結果の提供を受けられるよう体制を整えていく。沖縄県国民健康保険団体連合会を通して情報提供料を支払う。

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、西原町ホームページに掲載する。

西原町 URL：<http://www.town.nishihara.okinawa.jp/>

(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

4月から翌年3月末まで実施する。

(6)代行機関

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

(7)受診券の様式

保険証と一体型の受診券を交付する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健康診査対象者に、受診券を発行し、健診のガイド(特定健診実施機関一覧表)等とともに通知する。(健診・保健指導の実践スケジュール表参照)

5.特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者実施で行う。

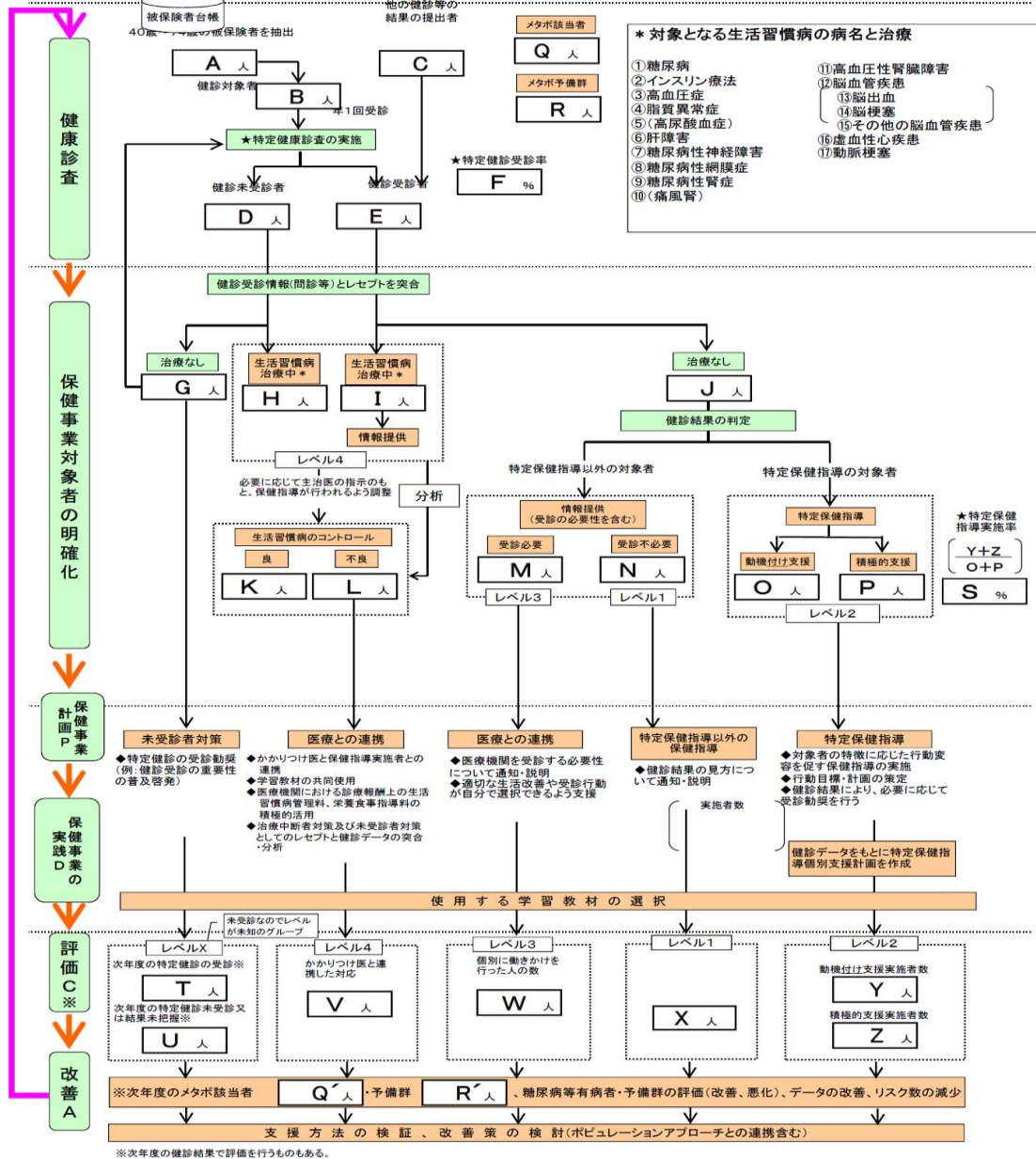
(1)健診から保健指導実施の流れ(図表 28)

「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 28)
特定保健指導の実施については、基本的に保険者直接実施の形態で実施する。ただし、専門職の確保が難しい場合は保健指導の委託をすることも検討する。また、被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努める。

【図表 28】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



(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 29）

【図表 29】

優先 順位	様式 6-10	保健指導 レベル	理由	支援方法	対象者 数見込 み	目標 実施 率
1	M	情報提供 (受診 必要)	病気の発症予防・重症化予防の視点で、医療費適正化に寄与できると考えられる	◆医療機関受診の必要性和必要な再検査、精密検査について説明 ◆自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、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 ◆ハイレスクアプローチ用の学習教材の共同使用	605 人 (17.0%)	50% (電話 対応 除く)
2	L	情報提供 (生活習慣 病コント ロール不良)	すでに病気を発症しているも、合併症予防の視点で、医療費適正化に寄与できると考えられる	◆専門医医療機関受診の必要性和必要な再検査、精密検査について説明 ◆自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、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 ◆ハイレスクアプローチ用の学習教材の共同使用 ◆かかりつけ医と保健指導実施者での治療計画の共有化	960 人 (27.0%)	50% (電話 対応 除く)
3	O P	特定保健 指導 O:動機付 け支援 P:積極的 支援	特定健診・保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与するグループである	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次検査を実施する(75g糖負荷検査、微量アルブミン尿、頸動脈超音波検査) ◆ハイレスクアプローチ用の学習教材の開発・活用 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	562 人 (15.8%)	60%
4	D	健診 未受診者	特定健診受診率向上、ハイレスク予備群の把握、早期介入により、医療費適正化に寄与できると考えられる	◆特定健診の受診勧奨 ◆健診受診の重要性の普及啓発 ◆未受診者対策(受診率が低い行政区、40・50代を中心とした未受診者対策、健診中断者・治療中断者の受診勧奨) ◆ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発・活用	2,371 人	
5	N	情報提供	特定健診受診率向上を図るため、健診受診・自己管理に向けた継続的な支援が必要	◆健診の意義や各健診項目の見方について説明 ◆ポピュレーションアプローチ用の学習教材の開発・活用	751 人 (32.7%)	60%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 30)

【図表 30】

生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



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西原町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査と特定保健指導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

特定健診・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、特定健診検査データについてはマルチマーカー、特定保健指導については庁内独自のヘルスケアシステムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる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）及び沖縄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31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 31】

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	P 計 画 ・ 準 備	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 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)		○		☐
21		記録、実施件数把握			○	☐
22		かかりつけ医との連携状況把握		○		☐
23		レセプトにて受診状況把握			○	☐
24	D 保 健 指 導	募集(複数の手段で)		○		☐
25		対象者決定		○		☐
26		介入開始(初回面接)		○		☐
27		継続的支援		○		☐
28		カンファレンス、安全管理		○		☐
29		かかりつけ医との連携状況確認		○		☐
30		記録、実施件数把握			○	☐
31	C 評 価 報 告	3ヶ月後実施状況評価			○	☐
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	☐
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	☐
34		医師会等への事業報告	○			☐
35	A 改 善	糖尿病対策推進会議等への報告	○			☐
36		改善点の検討		○		☐
37		マニュアル修正		○		☐
38		次年度計画策定		○		☐

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、沖縄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）を基に抽出する。（図表 32）

【図表 32】

糖尿病性腎症病期分類（改訂） ^{注1}		
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。

西原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 33)

西原町において平成 28 年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 80 人(39.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 571 人のうち、特定健診受診者が 123 人(21.5%・G)であったが、11 人(8.9%・キ)は治療中断していることが分かった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 394 人(69%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 96 人中 16 人は治療中断であることが分かった。また、80 人については継続受診中であるが、検査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 33 より西原町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位①

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・80 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・27 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継続的にフォローが必要な者 (ク)・・・112 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

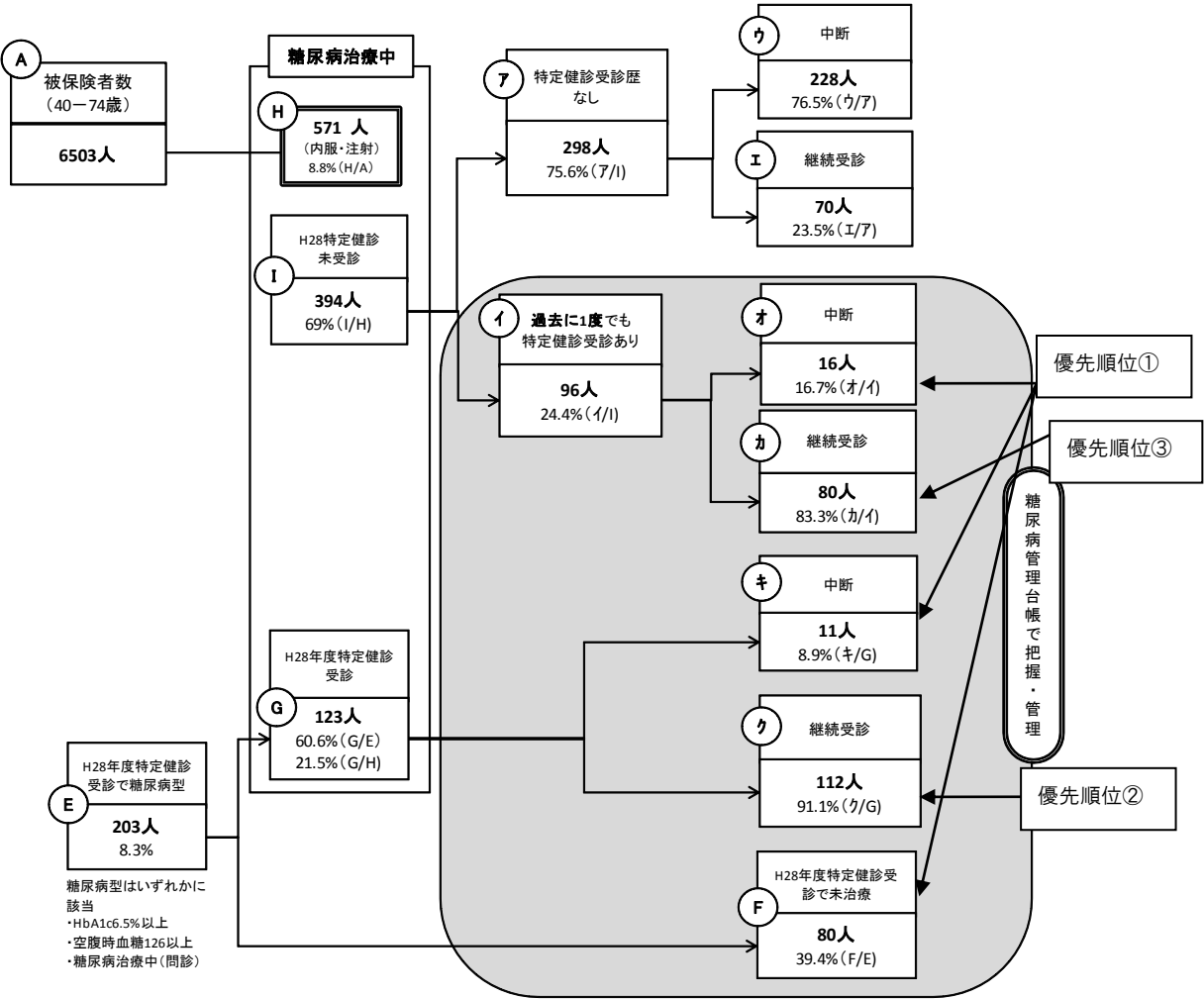
【保健指導】

- ・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・80 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 33】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%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

① 治療状況の把握

- ・ 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・ 62 人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・ 63 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。西原町においては、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 34)

【図表 34】

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
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 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？ 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)
食事療法・運動療法の必要性 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) 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 ○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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6.0%未満	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
薬物療法 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 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 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 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は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沖縄県プログラムに準じて行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

評価を実施する際には、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 5 ml/1.73 m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。また本町においては、心疾患での死亡率が高いことから、集団健診時に 65 歳以上の方に対して無料で心電図検査を実施している。西原町において、平成 28 年度健診受診者 2,346 人のうち心電図検査実施者は 421 人(17.9%)であり、そのうち ST 所見があったのは 7 人であった(図表 35)。ST 所見あり 7 人中のうち 5 人は要精査であり、2 人は要精査に該当しなかった。要精査に該当する者の受診状況をみると全員が医療機関を受診できている状況であった(図表 36)。

ST 所見があり、要精査に該当しない者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

西原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しいが、今後の実施については財政状況をみながら検討する。

【図表 35】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	2,346	100	421	17.9	7	1.7	159	37.8	255	60.6

【図表 36】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
7	1.7	5	71.4	5	100	0	0

②虚血性心疾患のリスク因子からの把握

詳細健診による心電図検査を実施していない被保険者も多く、その場合は、虚血性心疾患のリスクの保有状況から、対象者を抽出することとする。

健診から把握できる虚血性心疾患のリスク因子は、メタボリックシンドロームの有無、糖尿病、高血圧、高LDLコレステロール、慢性腎臓病（CKD）の有無である。CKDは、末期腎不全の危険因子だけではなく、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の強い危険因子でもある。CKDの重症度に相關することから、重症度分類（ステージ）を加味しながら、虚血性心疾患の重症化予防対象者を把握していく必要がある。

【図表 37】

虚血性心疾患のリスク因子からの把握

リスク因子	対象	対象人数
メタボリックシンドローム該当者	腹囲＋血圧・血糖・脂質の2つ以上	516人
糖尿病	HbA1c(NGSP)6.5%以上	203人
高血圧	Ⅱ度以上160/100以上	86人
高LDLコレステロール	180mg/dl以上	100人
慢性腎臓病（CKD）	蛋白尿2＋以上	123人
	eGFR50未満（70歳以上40未満）	130人

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 38 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、対象者に応じて保健指導の内容を吟味し、「からだノート」などの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。また、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 38】

虚血性心疾患に関する症状

- ・ 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
- ・ 冷や汗や吐き気を伴う

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。本町では現在、二次健診として頸動脈超音波検査、尿中アルブミン検査、75g ブドウ糖負荷検査を実施している。今後、虚血性心疾患重症化予防対象者の状況を把握しながら、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) 検査の導入も検討する。

（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

評価を実施する際には、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

（１）短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

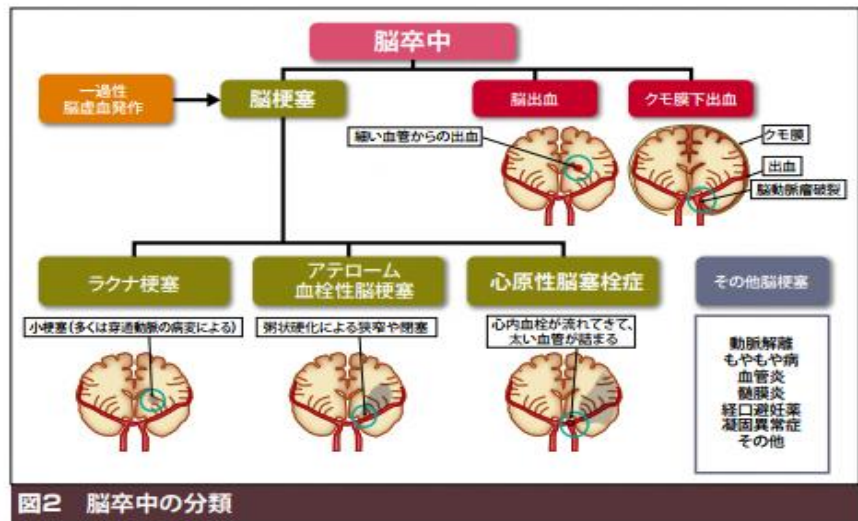
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 39、40)

【脳卒中の分類】

【図表 39】



(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 40】

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 41 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 41】

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BMBDM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		95人	3.9%	163人	6.7%	100人	4.1%	0人	0.0%	516人	21.1%	40人	1.6%	84人	3.4%
治療なし		45人	3.0%	81人	3.6%	93人	4.6%	0人	0.0%	106人	8.0%	4人	0.3%	21人	1.6%
治療あり		50人	5.4%	82人	48.5%	7人	1.7%	0人	0.0%	410人	36.5%	36人	3.2%	63人	5.6%
臓器障害あり		4人	8.9%	4人	4.9%	6人	6.5%	0人	--	8人	7.5%	4人	100.0%	21人	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	2人		3人		6人		0人		4人		4人		21人	
	尿蛋白(2+)以上	1人		1人		0人		0人		2人		4人		1人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		1人		2人		0人		1人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		1人		4人		0人		1人		1人		21人	
	心電図所見あり	2人		1人		0人		0人		4人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が95人(3.9%)であり、45人は未治療者であった。また未治療者のうち4人(8.9%)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度高血圧である者も50人(5.4%)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 42)

【図表 42】

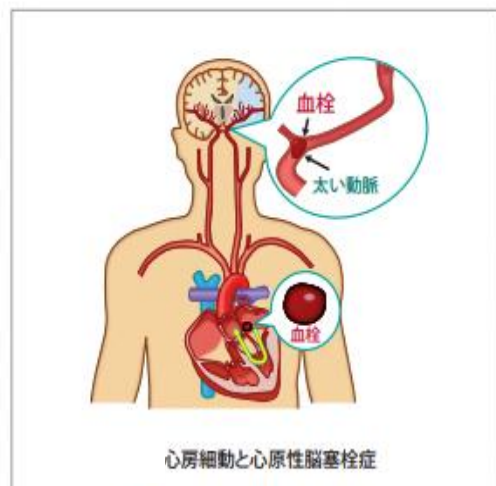
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
	1,516	571	361	262	277	38	7
		37.7%	23.8%	17.3%	18.3%	2.5%	0.5%
リスク第1層	214	121	41	25	23 ^④	4	0 ^①
		14.1%	21.2%	11.4%	8.3%	10.5%	0.0%
リスク第2層	773	293	183	148	129 ^③	18	2
		51.0%	51.3%	50.7%	46.6%	47.4%	28.6%
リスク第3層	529	157	137	89	125 ^②	16	5
		34.9%	27.5%	38.0%	45.1%	42.1%	71.4%
再掲 重複あり	糖尿病	122	30	40	31	1	2
		23.1%	19.1%	29.2%	24.8%	6.3%	40.0%
	慢性腎臓病（CKD）	261	89	55	51	12	2
		49.3%	56.7%	40.1%	40.8%	75.0%	40.0%
	3個以上の危険因子	268	59	77	77	6	3
		50.7%	37.6%	56.2%	61.6%	37.5%	60.0%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
23	133	166
1.5%	8.8%	10.9%
23	4	0
100%	3.0%	0.0%
--	129	20
	97.0%	12.0%
--	--	146
		88.0%

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表①～④は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

（3）心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 43 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 43】

特定健診における心房細動有所見者状況

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	216	205	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	4	2	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	6	4	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	129	119	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	77	80	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 44】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	0	0	0.0	0	0.0

平成28年度の心電図検査においては、心房細動の有所見者はいなかったが、今後も有所見者の状況は把握していく。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、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て保健指導の内容を吟味し、「からだノート」などの保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診の実施

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

ン検査、75g ブドウ糖負荷検査を実施している。今後、脳血管疾患重症化予防対象者の状況を把握しながら、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）検査の導入も検討する。

(3) 対象者の管理

現在本町では重症化予防対象者を把握するために、各地区担当者が共通の個別管理台帳を利用している。Ⅱ度高血圧の対象者や心房細動が発見された対象者に関しては、個別管理台帳を使用しながら、受診状況や中断者の経過を把握していく。

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

評価の実施の際には、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

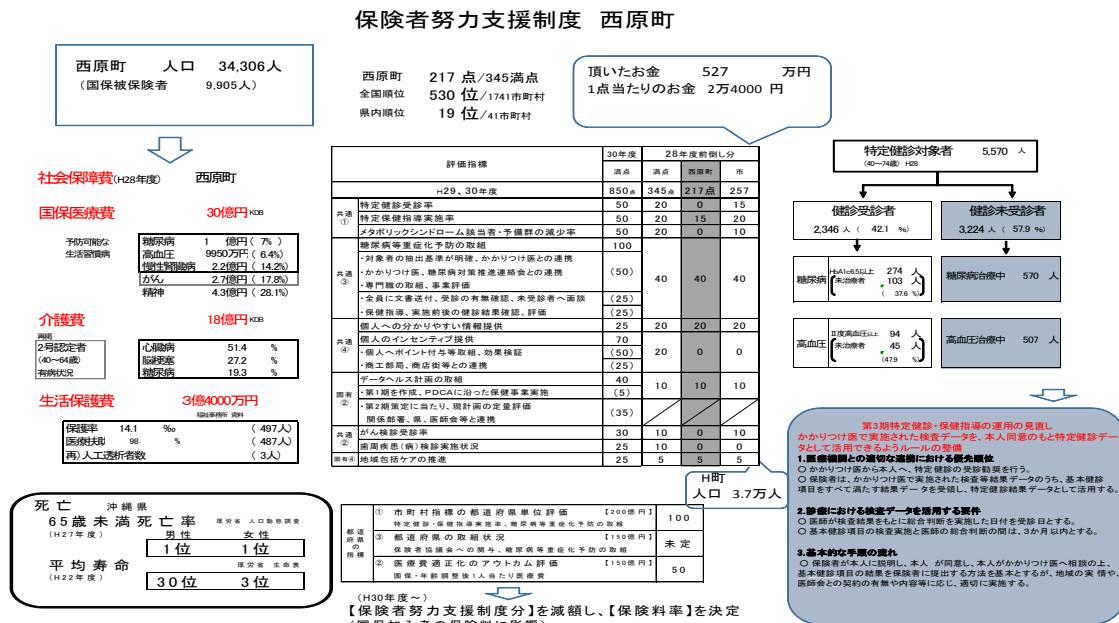
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

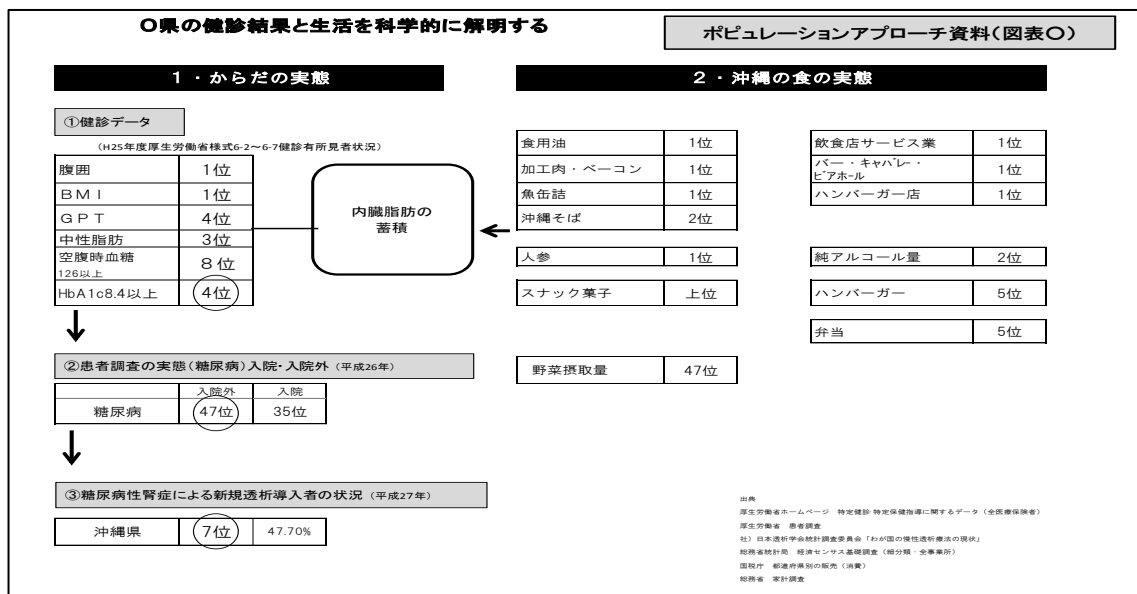
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 45・46)

【図表 45】



【図表 46】



第5章 地域包括ケアに係る取組

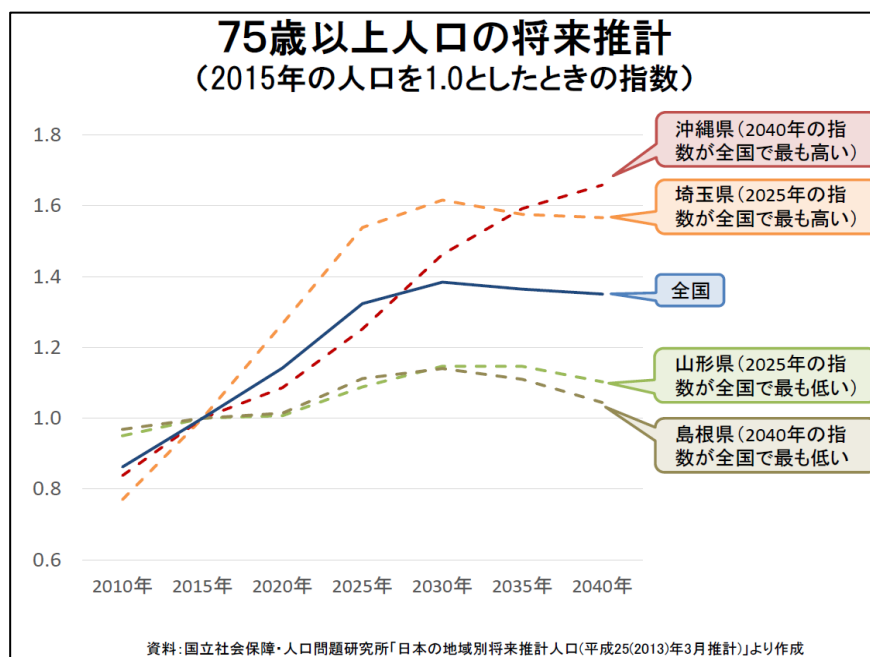
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

本県は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.66 と全国一高くなると推計されている。(図表 47)

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

【図表 47】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成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11・12）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

【図表 48】

データヘルス計画の目標管理一覧表												
関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値							最終評価値	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健康計画 特定健康診断		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	42.1%								特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
		特定保健指導実施率60%以上	71.3%									
中期		虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の新規患者数の10%減少(千人当たり)	虚血性心疾患の新規患者数の10%減少(千人当たり)	3,433人								KDBシステム
			脳血管疾患の新規患者数の10%減少(千人当たり)	3,574人								
データヘルス計画		虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の新規患者数の10%減少(千人当たり)	糖尿病性腎症の新規患者数の10%減少(千人当たり)	0,687人								
			虚血性心疾患(狭心症)の入院医療費の前年比伸び率の抑制	9.5%								
		虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の新規患者数の10%減少(千人当たり)	脳血管疾患(脳梗塞)の入院医療費の前年比伸び率の抑制	-17.7%								
			糖尿病性腎症の入院医療費の前年比伸び率の抑制	13.6%								
		メタボリックシンドローム該当者、予備軍該当者で、血圧の項目で基準値より高くなっている者の割合が、同規模、県、国に比べて高い。	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	20.3%								にしたら健康21
			健診受診者の高血圧の割合減少(140/90以上)	27.2%								
		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.9%								
			健診受診者の糖尿病有病者の割合現状維持(HbA1c6.5以上)	10.2%								
短期		糖尿病の治療継続者の割合の増加70%	糖尿病の治療継続者の割合の増加70%	60.0%								
			がん健診受診率 胃がん検診 50%以上	35.0%								
		がんの早期発見、早期治療	肺がん検診 50%以上	25.3%								地域保健事業報告
			大腸がん検診 50%以上	23.6%								
		子宮頸がん検診 50%以上	子宮頸がん検診 50%以上	53.2%								厚生労働省公表結果
			乳がん検診 50%以上	37.3%								
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	78.0%								

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた西原町の位置

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 生活習慣病有病状況

参考資料 9 評価イメージ 1

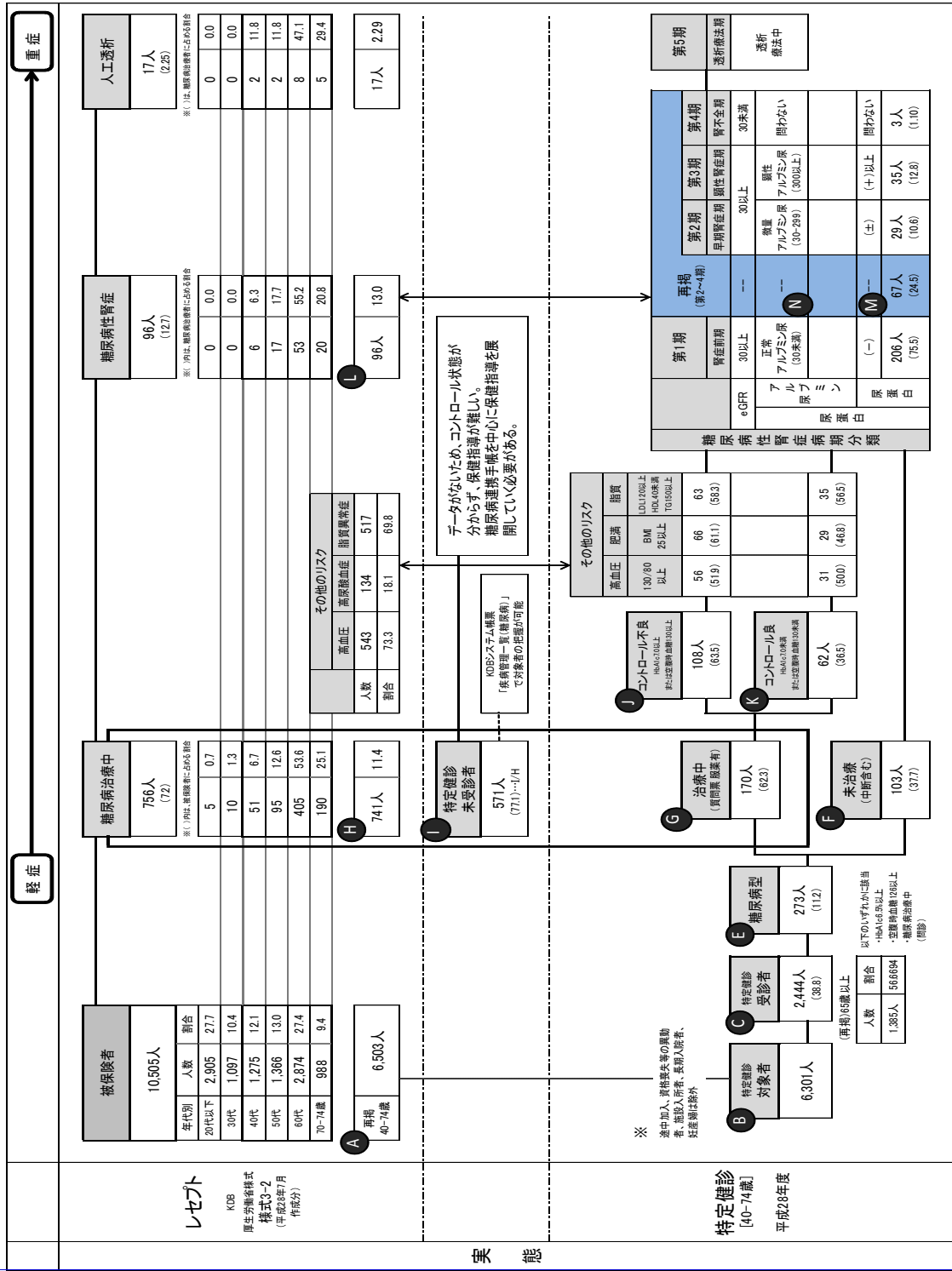
参考資料 10 評価イメージ 2

【参考資料 1】

様式6-1 経年・同規模と比べた【西原町】の位置

項目			H25		H28		同規模平均(H28)		県 (H28)		国 (H28)		データ元 (CSV)
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 人口構成	総人口	34,306		34,306		4,840,962		1,373,576		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）	4,858	14.2	4,858	14.2	1,107,232	22.9	239,486	17.4	29,020,766	23.2	
		75歳以上	2,132	6.2	2,132	6.2			119,934	8.7	13,989,864	11.2	
		65～74歳	2,726	7.9	2,726	7.9			119,552	8.7	15,030,902	12.0	
		40～64歳	11,070	32.3	11,070	32.3			448,207	32.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	18,378	53.6	18,378	53.6			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	2.1		2.1		6.2		5.4		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	17.4		17.4		28.8		15.4		25.2		
	③ 平均寿命	男性	80.5		80.5		79.7		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		女性	87.8		87.8		86.5		87.0		86.4		
④ 健康寿命	男性	64.8		64.8		65.4		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.9		66.8		66.9		66.5		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	90.3		84.1		98.8		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	77.1		81.7		98.9		87.5		100		
		がん	67	55.8	60	49.6	13,676	49.0	2,965	48.0	367,905	49.6	
		心臓病	22	18.3	34	28.1	7,410	26.6	1,600	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	24	20.0	17	14.0	4,436	15.9	893	14.5	114,122	15.4	
		糖尿病	1	0.8	2	1.7	538	1.9	187	3.0	13,658	1.8	
		腎不全	2	1.7	2	1.7	920	3.3	243	3.9	24,763	3.3	
		自殺	4	3.3	6	5.0	924	3.3	287	4.6	24,294	3.3	
		合計	45	23.4	37	16.5%							
		早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	33	32	26	21.3%						
女性	12	13.5	11	10.8%									
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	933	18.9	1,076	21.6	214,190	19.5	54,593	22.9	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	16	0.3	2	0.4	3,882	0.3	122	0.3	105,654	0.3	
	② 有病状況	2号認定者	36	0.4	37	0.4	5,773	0.4	2,288	0.5	151,745	0.4	
		糖尿病	186	18.4	225	19.3	50,596	22.6	10,544	18.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	472	46.3	540	46.7	116,354	52.3	27,046	46.9	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	227	21.3	296	26.2	62,322	27.8	14,792	25.5	1,733,323	28.2	
		心臓病	516	51.8	587	51.4	132,584	59.7	29,993	52.1	3,511,354	57.5	
		脳疾患	251	26.8	310	27.2	59,279	26.8	14,939	26.0	1,530,506	25.3	
		がん	88	8.2	97	8.3	22,271	9.9	4,528	7.7	629,053	10.1	
	筋・骨格	454	45.7	512	44.6	114,209	51.3	27,113	47.0	3,051,816	49.9		
精神	293	29.9	347	30.8	79,819	35.7	19,106	32.7	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	78,028		75,774		62,877		71,388		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	50,343		50,615		40,725		52,568		39,683			
④ 医療費等	施設サービス	286,736		286,615		277,662		282,196		281,115		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	要介護認定別 医療費（40歳以上）	9,846		9,854		8,363		9,713		7,980			
4	① 国保の状況	認定あり 認定なし	3,978		4,315		3,835		4,401		3,822		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		被保険者数	11,088		9,905		1,197,997		444,286		32,587,223		
	② 医療の概況 (人口千対)	65～74歳	2,350	21.2	2,637	26.6			103,447	23.3	12,462,053	38.2	
		40～64歳	4,216	38.0	3,664	37.0			168,937	38.0	10,946,693	33.6	
		39歳以下	4,522	40.8	3,604	36.4			171,902	38.7	9,178,477	28.2	
		加入率	32.3		28.9		25.1		32.3		26.9		
		病院数	2	0.2	2	0.2	296	0.2	94	0.2	8,255	0.3	
	③ 医療費の状況	診療所数	22	2.0	23	2.3	2,970	2.5	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	648	58.4	648	65.4	53,431	44.6	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	410	37.0	465	46.9	8,940	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2	
外来患者数		550.5		560.9		692.6		507.9		668.3			
入院患者数		20.1		21.1		19.6		20.0		18.2			
4	④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費超過者名（課税含む）	一人当たり医療費	21,611	県内18位 同規模142位	24,285	県内12位 同規模121位	25,607	22,111	24,253			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		受診率	570,565		581,926		712,277		527,866		686,501		
		外来費用の割合	53.0		50.2		59.2		52.4		60.1		
		入院費用の割合	96.5		96.4		97.2		96.2		97.4		
		入院費用の割合	47.0		49.8		40.8		47.6		39.9		
	⑤ 費用額 (1件あたり)	入院費用の割合	3.5		3.6		2.8		3.8		2.6		
		1件あたり入院日数	17.2日		16.9日		15.8日		17.1日		15.6日		
		がん	236,582,640		275,366,740		25.1		17.3		25.6		
		慢性腎不全（透析あり）	207,719,330		219,905,200		9.3		16.0		9.7		
		糖尿病	123,389,790		108,820,750		10.1		7.0		9.7		
4	⑥ 健診の有無別 一人当たり点数	高血圧症	137,277,880		99,518,650		8.8		6.3		8.6		
		精神	465,022,400		434,460,460		16.6		28.0		16.9		
		筋・骨格	212,776,390		208,604,770		13.5		13.1		15.2		
		糖尿病	629,905	6位 (19)	690,610	4位 (18)							
		高血圧	588,292	23位 (19)	603,267	23位 (20)							
	⑦ 健診・レセ 突合	脂質異常症	637,682	4位 (18)	630,187	6位 (19)							
		脳血管疾患	635,210	23位 (22)	721,481	10位 (21)							
		心疾患	860,295	4位 (15)	933,791	4位 (13)							
		腎不全	841,568	12位 (19)	1,091,629	2位 (17)							
		精神	460,045	16位 (26)	494,127	14位 (26)							
4	⑧ 入院の（ ）内 は入院日数	悪性新生物	685,948	15位 (17)	702,242	12位 (15)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		糖尿病	33,497	32位	36,197	30位							
		高血圧	31,454	28位	34,031	21位							
		脂質異常症	29,490	24位	32,616	15位							
		脳血管疾患	40,917	17位	47,620	7位							
	⑨ 外来	心疾患	51,976	24位	64,032	14位							
		腎不全	179,547	29位	197,145	22位							
		精神	33,408	23位	35,069	15位							
		悪性新生物	50,681	22位	53,596	30位							
		⑩ 健診対象者 一人当たり	健診対象者 健診受診者	2,191		1,978		2,673		1,919		2,065	
生活習慣病対象者 一人当たり	10,540		10,723		12,504		10,946		12,683				
健診未受診者	6,987		6,659		7,298		6,837		5,940				
健診未受診者	33,613		36,096		34,143		39,004		36,479				
⑪ 受診動向者	医療機関受診率		1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	医療機関非受診率	1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
	医療機関受診率	101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
	医療未受診者	139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
	⑫ 健診・レセ 突合	医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	
医療機関非受診率		1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
医療機関受診率		101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
医療未受診者		139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
⑬ 健診・レセ 突合		医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	医療機関非受診率	1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
	医療機関受診率	101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
	医療未受診者	139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
	⑭ 健診・レセ 突合	医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	
医療機関非受診率		1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
医療機関受診率		101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
医療未受診者		139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
⑮ 健診・レセ 突合		医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	医療機関非受診率	1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
	医療機関受診率	101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
	医療未受診者	139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
	⑯ 健診・レセ 突合	医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	
医療機関非受診率		1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
医療機関受診率		101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
医療未受診者		139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
⑰ 健診・レセ 突合		医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	医療機関非受診率	1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
	医療機関受診率	101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
	医療未受診者	139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
	⑱ 健診・レセ 突合	医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	
医療機関非受診率		1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
医療機関受診率		101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
医療未受診者		139	6.1	103	4.5	14,351	4.3	2,412	2.6	250,786	4.3		
⑲ 健診・レセ 突合		医療機関受診率	1,303	57.6	1,285	55.7	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	医療機関非受診率	1,202	53.1	1,188	51.5	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6		
	医療機関受診率	101	4.5	97	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3		
	医療未受診者	139	6.1	103	4.5	14,351	4.3						

項目				H25		H28		同規模平均(H28)		県 (H28)		国 (H28)		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
5	①	特定健診の 状況 県内順位 順位総数42	健診受診者		2,263		2,309		329,973		91,937		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		37.1	県内29位 同規模81位	40.5	県内22位 同規模81位	39.6		35.5	全国26位	34.0					
	特定保健指導終了者（実施率）		192	49.0	26	71.3	3438	8.5	1,605	10.9	35,557	4.1				
	非肥満高血糖		124	5.5	125	5.4	33,794	10.2	5,926	6.4	687,157	9.3				
	⑤		メタボ	該当者	466	20.6	477	20.7	58,303	17.7	20,892	22.7	1,272,714	17.3		
				男性	307	28.7	325	30.1	39,754	27.5	14,392	32.7	875,805	27.5		
				女性	159	13.3	152	12.4	18,549	10.0	6,500	13.6	396,909	9.5		
				予備群	398	17.6	392	17.0	35,610	10.8	13,767	15.0	790,096	10.7		
	⑥			男性	248	23.2	245	22.7	24,589	17.0	9,246	21.0	548,609	17.2		
				女性	150	12.6	147	12.0	11,021	5.9	4,521	9.4	241,487	5.8		
	⑦		メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	986	43.6	999	43.3	105,603	32.0	39,553	43.0	2,320,533		31.5
	男性				637	59.5	660	61.1	72,052	49.9	26,700	60.7	1,597,371	50.1		
	女性				349	29.3	339	27.7	33,551	18.1	12,853	26.8	723,162	17.3		
	⑩			BMI	総数	115	5.1	118	5.1	15,802	4.8	5,820	6.3	346,181		4.7
					男性	18	1.7	14	1.3	2,382	1.6	872	2.0	55,460		1.7
					女性	97	8.1	104	8.5	13,420	7.2	4,948	10.3	290,721		7.0
	⑬			血糖のみ	22	1.0	20	0.9	2,430	0.7	868	0.9	48,685	0.7		
	⑭			血圧のみ	294	13.0	300	13.0	24,544	7.4	9,580	10.4	546,667	7.4		
	⑮			脂質のみ	82	3.6	72	3.1	8,636	2.6	3,319	3.6	194,744	2.6		
	⑯	血糖・血圧		85	3.8	86	3.7	9,715	2.9	3,158	3.4	196,978	2.7			
	⑰	血糖・脂質		24	1.1	28	1.2	3,376	1.0	1,178	1.3	69,975	1.0			
	⑱	血圧・脂質		232	10.3	244	10.6	27,313	8.3	10,083	11.0	619,684	8.4			
	⑲	血糖・血圧・脂質		125	5.5	119	5.2	17,899	5.4	6,473	7.0	386,077	5.2			
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	847	37.4	874	37.9	112,638	34.2	34,051	37.0	2,479,216	33.7		
	糖尿病		154	6.8	161	7.0	25,723	7.8	8,438	9.2	551,051	7.5				
	脂質異常症		356	15.7	402	17.4	76,839	23.3	18,865	20.5	1,738,149	23.6				
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	78	3.6	79	4.6	10,317	3.2	2,620	3.2	230,777	3.3		
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	121	5.6	121	5.5	18,529	5.8	3,787	4.5	391,296	5.5		
				腎不全	16	0.7	25	1.1	2,296	0.7	450	0.5	37,041	0.5		
				貧血	84	3.8	111	5.0	30,853	9.7	4,590	6.0	710,650	10.1		
	③		喫煙	272	12.0	279	12.1	44,224	13.4	13,725	14.9	1,048,171	14.2			
	④		週3回以上朝食を抜く	164	12.9	177	12.2	20,748	7.1	9,514	18.0	540,374	8.5			
	⑤		週3回以上食後間食	213	16.7	251	17.4	32,113	11.0	8,785	16.6	743,581	11.8			
	⑥		週3回以上就寝前夕食	246	19.3	273	19.0	43,130	14.6	12,567	23.7	983,474	15.4			
	⑦		食べる速度が速い	465	36.6	536	37.2	73,435	25.2	15,976	31.5	1,636,988	25.9			
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加	568	44.2	677	47.0	95,681	32.4	23,998	46.4	2,047,756	32.1			
	⑨		1回30分以上運動習慣なし	689	53.7	782	54.0	169,920	57.8	30,642	57.1	3,761,302	58.7			
	⑩		1日1時間以上運動なし	536	41.7	606	42.0	136,130	46.0	25,520	49.5	2,991,854	46.9			
	⑪		睡眠不足	296	23.1	386	26.9	70,019	24.1	15,322	30.2	1,584,002	25.0			
	⑫		毎日飲酒	384	20.7	366	22.3	77,040	24.4	13,485	22.2	1,760,104	25.6			
	⑬		時々飲酒	410	22.2	465	28.4	65,382	20.7	17,204	28.4	1,514,321	22.0			
	⑭		一日飲酒量	1合未満	393	50.2	381	47.7	138,321	65.4	20,290	49.5	3,118,433	64.1		
		1～2合		246	31.4	280	35.1	49,631	23.5	11,848	28.9	1,158,318	23.8			
		2～3合		90	11.5	92	11.5	18,608	8.8	5,633	13.7	452,785	9.3			
		3合以上		54	6.9	45	5.6	5,046	2.4	3,225	7.9	132,608	2.7			



【参考資料2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）

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

【参考資料 4】

ポイント	地区担当が実施すること	専門職や 他への紹介
糖尿病台帳の全体数 (352)名 ①健診未受診者 (135)名 ②未治療者 (62)名 ③HbA1cが悪化している (120)名 ④尿蛋白 (一)～(十) (176)名 (十) (19)名 ⑤eGFR 値の変化 1年で25%以上低下 (2)名 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (42)名 ⑥①にも関係するが 記入すべき内容 — 備考欄に ①死亡、その原因 ②脳・心疾患 — 手術 ③透析 ④癌 など	確認すること ①レセプトで治療しているかどうか ②他の保険者に行っているかどうか レセプトを確認 訪問・面接か — 保健指導 他のリスク(血圧・メタボなど) 尿アルブミン検査 — 腎症予防のための の情報を入れ込む 保健指導 顕性腎症	後期高齢者 — 被保険者台帳 社保へ 経年表でみていく 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 ↓ 各種専門職 ↑ 腎専門医

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模
区分

12

都道
府県

47

市町村名

西原町

項目			交 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	10,505人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		6,503人									
2	①	対象者数	B	6,301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	受診者数	C	2,444人									
	③	受診率		38.8%									
3	①	特定保健指導対象者数		339人									
	②	実施率		71.3%									
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	273人	11.2%						特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	103人	37.7%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	170人	62.3%							
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	108人	63.5%							
	⑤		血圧 130/80以上		56人	51.9%							
	⑥		肥満 BMI25以上		66人	61.1%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	62人	36.5%							
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	206人	75.5%							
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		29人	10.6%							
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		35人	12.8%							
	⑪		第4期 eGFR30未満		3人	1.1%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		72.0人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)		113.9人								
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病者対	入院外(件数)	536,473件	(2216830.6)				4,876件	(0.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④			入院(件数)	669,753件	(2767574.4)				6,279件	(0.5)		
	⑤		糖尿病治療中	H	756人	7.2%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		(再掲)40-74歳		741人	11.4%							
	⑦		健診未受診者	I	571人	77.1%							
	⑧		インスリン治療	O	64人	8.5%							
	⑨		(再掲)40-74歳		64人	8.6%							
	⑩		糖尿病性腎症	L	96人	12.7%							
	⑪		(再掲)40-74歳		96人	13.0%							
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		17人	2.25%							
	⑬		(再掲)40-74歳		17人	2.29%							
	⑭		新規透析患者数		3人	17.65%							
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2人	67%							
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	2.3%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	医療費	総医療費		29億7962万円						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		15億4729万円						13億0229万円		
	③		(総医療費に占める割合)		51.9%						56.5%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,666円						8,244円		
	⑤			健診未受診者	36,082円						33,045円		
	⑥		糖尿病医療費		1億0878万円						1億3171万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.0%						10.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億5878万円								
	⑨		1件あたり		36,197円								
	⑩		糖尿病入院総医療費		2億8591万円								
	⑪		1件あたり		690,610円								
	⑫		在院日数		18日								
	⑬		慢性腎不全医療費		2億3696万円						1億2887万円		
	⑭		透析有り		2億1991万円						1億2093万円		
	⑮		透析なし		1705万円						794万円		
7	①	介護給付費		17億8902万円						19億7126万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症											
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人	1.2%					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	

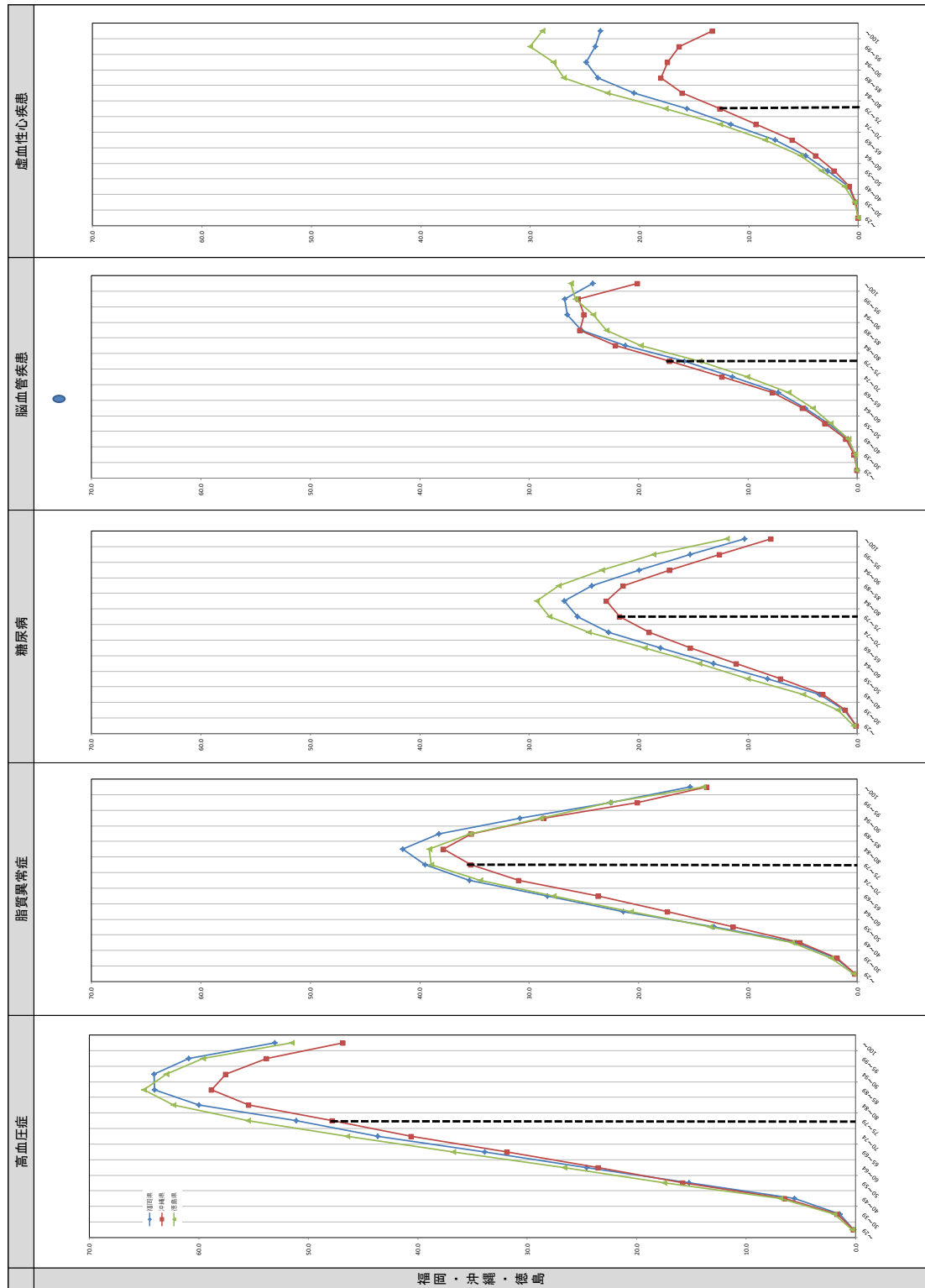
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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慮	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		☐ ST変化	⑤ 重症化予防対象者			
			☐ その他所見				
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 口唇、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がする		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～
		食後	～199		200～		
	□HDL-C	40～	35～39		～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□ALT	～30	31～50		51～		
	□γ-GT	～50	51～100		101～		
	□血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～		
	□血圧	収縮期	～129		130～139	140～	□24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84		85～89	90～	
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
□CKD重症度分類		G3aA1					

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム,平成29年7月作成分)



【参考資料8】

平成29年度に向けての全体評価

表 1

[illegible]

【参考資料 9】

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取り組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

[illegible]