第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 31 年 1月 龍郷町

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 ・・・・・・1
1.背	² 景・目的
2.計	一画の位置付け
3.計	一画期間
4.関	係者が果たすべき役割と連携
5.保	險者努力支援制度
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	
1.第	51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	き 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ・・・・・・・・・19
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	こ 保健事業の内容 ・・・・・・・・・・・・・・・25
I保领	建事業の方向性 アンファイン アンウェ
Ⅱ重症	E化予防の取組
1.糖	尿病性腎症重症化予防
2.虚	加性心疾患重症化予防
3.脳	í血管疾患重症化予防
⊞ポヒ	<u> </u>
第 5 章	章 地域包括ケアに係る取組 ···········45

第6章	計画の評価・見直し ・・・・・・・・・・・・・51	
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い ・・・・・・・・53	}
参考資料	¦ ·········54	

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。

龍郷町においては、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。

2. 計画の位置付け

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

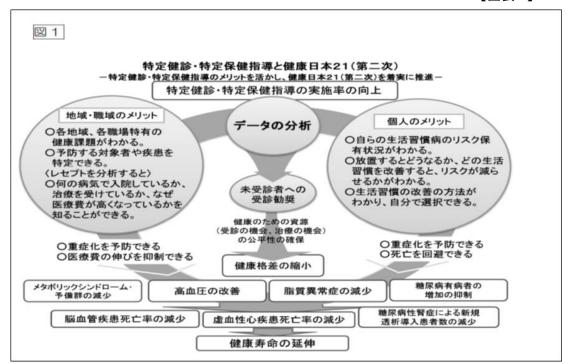
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化

計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表 1・2・3)

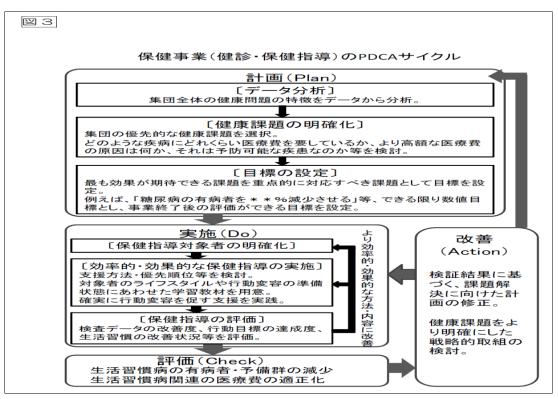
【図表 1】

1 177000 1 12	こうこうこう	法定計画等の位置づけ				2017.10	
		※ 健康増進事業実施者 とは 健康保	院法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村 (f	母子保健法、介護保険法)、学校保健法			
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」	
法律	健康增進法 第8条、第9条 第6条、健康增進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の遵切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働者 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づ、保険事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老館局 平成29年 介護保険事業に集る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成20年3月 医療費選正化に関する能策 について基本指針 【全割改正】	原生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指	
根拠·期間	法定 平成25~34年(第2次)	法定 平成30~35年(第3期)	指針 平成30~35年(第2期)	法定 平成30~32年(第7次)	法定 平成30~35年(第3期)	法定 平成30~35年(第7次	
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康核差の総介の来現 に向けて、足活 胃病の発生形や自産化予防 登配を とせた、社会生活を含むたいかとある政権 筋の関格及の利生日和、その無果、免疫 制度が維持可能なられてあるよう。主活習母の改 最近社会環境の登儀に取り組むことを目積とす る。	生活管像の改善にる機能発音の全面管験内で放 管整達的、機能等を予防することができれば、遊路 考述の下ことができる。といて重性など特定の発栓 現え、及能患を認うてことができ、この態果、原理のセミ の同の維持などが正常がは、少年のかの野難を 選することが可能なる。 サンファイン・ファイン・ファイン・ファイン・ファイン・ は、主義智能とは、重要が全へ生活を開発の大会・ジェダー 日に、主義智能とは等ないの特別を提出、 は、主義智能とは、またのが実施を指揮を促進することが、 というには、このである。	全居軍職的機能はからして、被職務者の自主 好な健康學業を「発表・予禁のの財産」といって、最 整理社での業態のとなって、報業を制定 はまれた効果的から効果が空間業業を展開することを目前すらのため、 発展院の機能の影響が過ごより、服金費の選定化 及び展発の開業基準性が関われることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその考する能力に応じ自立した日常生活 を置むことが守るように支援するとや、 <u>多の選杖</u> 恵または東文儀状態となることの 予 値又は、更介護 状態等の程道もしくは 悪社の記 差や考定としている	国書書録を登録、結下いくため、目形の 生活の質の維持及い向上を確認しつ。、原典費 が選載に基大しないようによっているときだ。、異質 かご選を記載されないようによっているときだ。、異質 かご選を記載される場合は、異常 を表示していく。		
対象年齢	ライフステージ(京幼児期、黄壮年期)高 齢弱)に応じて	40歳~74歳	被保険者全員 特に高齢者の割会が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・仕事別世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 第定疾病	すべて	すべて	
	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム		
		糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿性病肾症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	被尿病	華尿病	
	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧 等		生活習慣病		
対象疾病	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾 脳卒中	
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		#%	
	ロコモテ・グシンドローム 認知症 メンタルヘルス			神を期の認知金、早老金 青折・青型症 パーキングの信息連絡 オートングの信息連絡 青松小原式性工、非社能対容 関節リウマチ、変移性関節会 多系数要線と、影響性情報を企 後継続等後と、影響性情報を企 後継続等後と		精神疾患	
	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 「協血音素品・虚血性の表色の年齢調整死亡率 空合物性 施設の機能を記しよる年間新規を行導入患者量) ②治療機能者の割合 組織型ハケロール料理におけるコントロール不良者 5級資産和業者		健診・医療情報を活用して、費用対効果の組合も考慮 (1)生活習慣の状況(他の認めの順期を参照する) ①食生活 ②日常生活における多数 ③アルコー ル長取量 ④噴煙	①地域における自立した日常生活の支援 ②更介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護総付費の適正化	○医療費適正化の取組 外末 ①一人あたり外末医療費の地域差の総滅 ②特定理能が特定侵能性調の実施率の向上 ③少がボ鉄当者・予機群の成少 ③軸反領産を化予防の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状にむて設定)	
評 価 8 7 8 8	※他のからわかは 高特定健診・特定保健指導の実施率 ①メタボ予機器・メタボ放出者 ②実血圧回筋質異常症	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	(2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群		る相称利益性化アがい推進 入院 病床機能分化・連携の推進		
	図適正伴意主権共している者の地加(尼海、やせの減少) 図書切れた図の食事をとる 切用な当成される物の 図書を開発の 図成の原理年 必数点している者	保険者等力	<u> </u>				
		【保険者努力支援制目	度制度分】を減額し、保険料率決定		保険者協議会(事務局・国民連合会)を通じて、保険者との連携		

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)実施主体関部局の役割

龍郷町においては、保健福祉課(国民健康保険係)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。国民健康保険係の保健師・管理栄養士・看護師・国保事担当と健康増進保健師と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、地域包括支援センター、保健衛生部局、介護保険部局とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、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、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、 県が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。

【 図表4 】 実施体制図 保険者(龍郷町) 事業実施者 (企画・実施・評価) 情報 情報共有 国保主幹課 企画財政課 情報共有 相談 ● 連携 連携 保健衛生課 介護保険部局 県医師会 鹿児島県糖尿病対 鹿児島県 策推進会議 支援・評価 地区医師会 鹿児島県国保連合会 保健事業支援·評価委員会 情報共有 情報共有 ₫ 連携 保険者協議会

4

4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村 国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別 調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(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)	595	161	321	
	総得点(体制構築加点含む)	201	364	526	
	全国順位(1,741市町村中)	834	30	29	
	特定健診受診率	15	15	25	50
共通	特定保健指導実施率	5	0	0	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5	0	0	50
共通	がん検診受診率	10	10	10	30
2	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	10	20
共通	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	70	100	100
3	データヘルス計画策定状況	10	0	40	40
共通	個人へのわかりやすい情報提供	20	45	95	25
4	個人インセンティブ提供	0	15	70	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	25	35	35
共通	後発医薬品の促進	7	7	10	35
6	後発医薬品の使用割合	0	0	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10	25	45	100
固有	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	9	12	25
4	第三者求償の取組の実施状況	4	13	16	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
	体制構築加点	70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

- 1. 第1期計画に係る評価及び考察
- 1) 第1期計画に係る評価
 - (1)全体の経年変化

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、死因別に脳疾患、心臓病は減少しているが、がん、糖尿病による死亡割合は増加している。特に、がんによる死亡は、51.1%・糖尿病による死亡は 4.4%、・腎不全による死亡はそれぞれ 6.7%と増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、1号・2号被保険者ともに要介護認定率 は減少し、1件当たりの介護給付費は増加している。

また、医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合は減少している。

特定健診の受診者数及び受診率は上昇しており、受診勧奨者の割合は減少している。受診 勧奨者において医療機関受診率は減少し、医療機関非受診率は増加している。特定健診を受 けた後の医療機関受診の有無について追跡調査を実施する必要がある。医療費適正化の観点 からも、引き続き特定健診受診率向上への取組は重要である。(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)

介護給付費の変化について、一人当たり介護給付費の伸び率を同規模自治体と 比較すると、龍郷町の介護給付費の伸び率は同規模自治体並みに抑えられている ことがわかった。

介護給付費の変化 【図表6】

		龍郷田	J		同規模平均					
年度	ᇫ =#₩₩#	1 1 1// +	1件当た	り給付費	. 1 1/1/+	1件当た	り給付費			
	介護給付費 (万円)	1人当た り給付費	居宅 サービス	施設 サービス	1人当た り給付費	居宅 サービス	施設 サービス			
平成25年度	5億393万円	282,946	50,364	268,377	306,253	41,044	279,592			
平成28年度	5億2344万円	293,900	50,548	275,320	313,982	40,981	275,251			

② 医療費の状況(図表7)

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模自治体と比較すると、龍郷町は費用の伸び率を抑制できていないことがわかった。特に入院の伸び率が 38.4%と著しいため、入院の伸び率が高くなっている原因を探り、同規模自治体並みに抑えることが重要である。

【 図表7 】

						総医療費(円)									
項目	ı		全体				入院				入院外				
- 現日		典田姑	14.7	伸(ゾ率	弗田姑	1# 5 -1	伸(ゾ 率	弗 田 妘		伸び	ぶ		
		費用額	増減	保険者	同規模	費用額	増減	保険者	同規模	費用額	増減	保険者	同規模		
1 総医療費(円)	H25年度	6億918万円				3億1724万円				2億9194万円					
秘区原复(口)	H28年度	6億7690万円	3228万円	11.1	-3.3	3億9515万円	2210万円	24.6	-2.91	2億8175万円	1018万円	-3.5	-3.5		
2 一人当たり医	H25年度	24,520				12,770				11,750					
療費(円)	H28年度	30,270	5,750	23.5	7.6	17,670	4,900	38.4	8.0	12,600	850	7.2	7.2		

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

(ア)最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計は 増加している。疾患別にみると、慢性腎不全(透析)や脳血管疾患に係る費用が増加し、虚 血性心疾患に係る医療費は減少していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、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

【図表8】

龍郷町

				一人あ	たり医	療費		中長期目	目標疾患		短	期目標疾	患					
	市田	订村名	総医療費		順	位	Ē		脳	心			脂質	(中長期・短		新生物	精神 疾患	筋• 骨疾患
				金額	同規模	県内	慢性腎不 全 (透析有)	慢性腎 不全 (添析	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 寒	糖尿病	高血圧	異常症	目標疾患医療	(負計		秩思	育狭思
同	H25	龍郷町	609,181,760	24,515	114位	31位	5.59%	0.26%	1.36%	2.85%	3.52%	5.68%	1.71%	127,784,870	20.98%	13.76%	19.66%	5.11%
規模区	H28	月巨 (瓜) 叫	676,900,610	30,271	45位	24位	9.50%	0.65%	3.00%	1.54%	3.03%	3.70%	1.15%	152,741,790	22.56%	10.64%	16.61%	8.16%
分	H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051		1	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%
	1123	全国	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%
	H28	鹿児島県	158,822,137,330	30,552			7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	12.07%	13.69%	8.85%
	1120	全国	9,677,041,336,540	24,253			5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

中長期的な疾患(図表9)

【図表9】 龍郷町

	厚労省様				中長期的	的な目標					短期的	な目標		
	様式3-5	5	虚血性	心疾患	脳血管	族患	人工	透析	高血	旺	糖尿	禄	脂質類	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
	全体	2112	81	3.8	10	12.3	3	3.7	64	79.0	29	35.8	46	56.8
H25	64歳以下	1530	25	1.6	2	8.0	2	8.0	18	72.0	8	32.0	13	52.0
	65歳以上	582	56	9.6	8	14.3	1	1.8	46	82.1	21	37.5	33	58.9
	全体		74	3.9	9	12.2	3	4.1	63	85.1	25	33.8	38	51.4
H28	64歳以下	1268	28	2.2	2	7.1	1	3.6	23	82.1	10	35.7	15	53.6
	65歳以上	625	46	7.4	7	15.2	2	4.3	40	87.0	15	32.6	23	50.0

	厚労省様				中長期的	かな目標					短期的	な目標		
	様式3-6		脳血管	管疾患	虚血性	心疾患	人工	透析	高	1圧	糖尿		脂質類	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
	全体	2112	74	3.5	10	13.5	1	1.4	63	85.1	23	31.1	38	51.4
H25	64歳以下	1530	25	1.6	2	8.0	0	0.0	19	76.0	8	32.0	8	32.0
	65歳以上	582	49	8.4	8	16.3	1	2.0	44	89.8	15	30.6	30	61.2
	全体	1893	80	4.2	9	11.3	6	7.5	64	80.0	30	37.5	47	58.8
H28	64歳以下	1268	25	2.0	2	8.0	4	16.0	18	72.0	9	36.0	10	40.0
	65歳以上	625	55	8.8	7	12.7	2	3.6	46	83.6	21	38.2	37	67.3

	厚労省様				中長期的	内な目標					短期的	な目標		
	様式3-	7	人工	透析	脳血管	管疾患	虚血性	心疾患	高	血圧	糖质		脂質昇	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
	全体	2112	7	0.3	1	14.3	3	42.9	6	85.7	2	28.6	2	28.6
H25	64歳以下	1530	6	0.4	0	0.0	2	33.3	5	83.3	2	33.3	1	16.7
	65歳以上	582	1	0.2	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
	全体	1893	12	0.6	6	50.0	3	25.0	11	91.7	6	50.0	4	33.3
H28	H28 64歳以下		7	0.6	4	57.1	1	14.3	7	100.0	5	71.4	2	28.6
	65歳以上	5	0.8	2	40.0	2	40.0	4	80.0	1	20.0	2	40.0	

中長期的目標の脳血管疾患に着眼すると、80名のうち人工透析の者は6名で、そのうち糖尿病が約4割、脂質異常症は約6割であった。人工透析に着眼すると、脳血管疾患の割合が半数を占めている。短期的な目標の中では高血圧症が約9割、糖尿病が約5割、脂質異常症が約3割を占めている。

これらは生活習慣の改善により予防・改善が可能なため、できるだけ早期に対応できるように取り組む必要がある。

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2~3-4)(図表 10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、高血圧、脂質異常症の割合は減少している。しかし、人工透析者や糖尿病性腎症の割合は増加しているため、治療中断の有無を確認し、引き続き糖尿病性腎症をはじめとする慢性腎臓病対策に取り組む必要がある。

【図表10】 龍郷町

	厚労省様:	_!				短期的	な目標						F	中長期的	りな目標	臣		
	様式3-2	!	糖尿病 イン		インスリン療 法		高血圧		脂質異常症			性心疾	脳血管	管疾患	人工	透析	糖尿症	病性腎 註
	被保険 <u>者数</u>			割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	2112	165	7.8	13	7.9	123	74.5	86	52.1	29	17.6	23	13.9	2	1.2	20	12.1
H25	64歳以下	1530	75	4.9	8	10.7	50	66.7	28	37.3	8	10.7	8	10.7	2	2.7	9	12.0
	65歳以上	582	90	15.5	5	5.6	73	81.1	58	64.4	21	23.3	15	16.7	0	0.0	11	12.2
	全体	1893	138	7.3	10	7.2	106	76.8	77	55.8	25	18.1	30	21.7	6	4.3	24	17.4
H28	64歳以下	1268	54	4.3	1	1.9	43	79.6	24	44.4	10	18.5	9	16.7	5	9.3	8	14.8
	65歳以上		84	13.4	9	10.7	63	75.0	53	63.1	15	17.9	21	25.0	1	1.2	16	19.0

	厚労省様:	_'			短期的	な目標				F.	中長期的	りな目標	Ē	
	様式3-3	-	高血	垣	糖质	尿病	脂質昇	異常症	虚血性		脳血管	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
	全体	2112	435	20.6	123	28.3	203	46.7	64	14.7	63	14.5	6	1.4
H25	64歳以下	1530	180	11.8	50	27.8	67	37.2	18	10.0	19	10.6	5	2.8
	65歳以上	582	255	43.8	73	28.6	136	53.3	46	18.0	44	17.3	1	0.4
	全体	1893	434	22.9	106	24.4	201	46.3	63	14.5	64	14.7	11	2.5
H28	64歳以下	1268	155	12.2	43	27.7	59	38.1	23	14.8	18	11.6	7	4.5
	65歳以上	625	279	44.6	63	22.6	142	50.9	40	14.3	46	16.5	4	1.4

	厚労省様: 様式3-3		脂質乳	異常症	糖原	禄	高血	正	虚血性	ŧ心疾 艮	脳血管	き疾患	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
	全体	2112	279	13.2	86	30.8	203	72.8	46	16.5	38	13.6	2	0.7
H25	64歳以下	1530	107	7.0	28	26.2	67	62.6	13	12.1	8	7.5	1	0.9
	65歳以上	582	172	29.6	58	33.7	136	79.1	33	19.2	30	17.4	1	0.6
	全体	1893	262	13.8	77	29.4	201	76.7	38	14.5	47	17.9	4	1.5
H28	64歳以下	1268	89	7.0	24	27.0	59	66.3	15	16.9	10	11.2	2	2.2
	65歳以上	625	173	27.7	53	30.6	142	82.1	23	13.3	37	21.4	2	1.2

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性・女性ともに空腹時血糖や HbA1c については改善しているが、女性においては腹囲・BMI において基準値を超える者が増加している。

また、メタボリックシンドローム該当者については、女性において腹囲の基準値を超える者が増加し、血糖+脂質、血圧+脂質の基準値を越える者が増加している。疾患の予防・改善の面からも内臓脂肪を減らせるように取り組む必要がある。

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)

龍郷町 【図表11】 ☆No.23帳票

		BI	M	腹	囲	中性	脂肪	GF	PΤ	HDI	L-C	空腹眼	+血糖	HbA	A1c	尿	酸	収縮其	月血圧	拡張其	明血圧	LDL	-C	クレア・	チニン
j	男性	بر 25	以上	85J	以上	150.	以上	314	以上	40	未満	100.	以上	5.61	以上	7.01	以上	130	以上	85 J	以上	120.	以上	1.34	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
	合計	104	40.2	154	59.5	83	32.0	49	18.9	39	15.1	106	40.9	133	51.4	36	13.9	160	61.8	64	24.7	106	40.9	3	1.2
H25	40-64	51	46.4	66	60.0	40	36.4	27	24.5	17	15.5	43	39.1	55	50.0	14	12.7	60	54.5	34	30.9	53	48.2	0	0.0
	65-74	53	35.6	88	59.1	43	28.9	22	14.8	22	14.8	63	42.3	78	52.3	22	14.8	100	67.1	30	20.1	53	35.6	3	2.0
	合計	96	39.7	147	60.7	79	32.6	36	14.9	35	14.5	95	39.3	97	40.1	61	25.2	132	54.5	49	20.2	97	40.1	7	2.9
H28	40-64	37	42.0	53	60.2	32	36.4	19	21.6	10	11.4	25	28.4	31	35.2	20	22.7	37	42.0	20	22.7	41	46.6	2	2.3
	65-74	59	38.3	94	61.0	47	30.5	17	11.0	25	16.2	70	45.5	66	42.9	41	26.6	95	61.7	29	18.8	56	36.4	5	3.2

		BN	ΛI	腹	囲	中性	脂肪	GF	PΤ	HDI	L-C	空腹距		Hb/	\1c	尿	酸	収縮其	月血圧	拡張其	明血圧	LDL	C	クレア	チニン
\$	女性	25以	止	901	北上	150.	以上	314	以上	405	未満	100	以上	5.61	以上	ر7.01	以上	130	以上	85 J	以上	120.	以上	1.34	北上
		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
	合計	80	29.1	66	24.0	52	18.9	23	8.4	14	5.1	65	23.6	136	49.5	5	1.8	127	46.2	30	10.9	167	60.7	0	0.0
H25	40-64	33	28.2	28	23.9	21	17.9	11	9.4	6	5.1	24	20.5	51	43.6	3	2.6	38	32.5	14	12.0	72	61.5	0	0.0
	65-74	47	29.7	38	24.1	31	19.6	12	7.6	8	5.1	41	25.9	85	53.8	2	1.3	89	56.3	16	10.1	95	60.1	0	0.0
	合計	106	34.8	87	28.5	57	18.7	36	11.8	11	3.6	62	20.3	117	38.4	17	5.6	116	38.0	27	8.9	164	53.8	1	0.3
H28	40-64	34	34.7	27	27.6	22	22.4	8	8.2	2	2.0	13	13.3	30	30.6	5	5.1	30	30.6	9	9.2	58	59.2	0	0.0
	65-74	72	34.8	60	29.0	35	16.9	28	13.5	9	4.3	49	23.7	87	42.0	12	5.8	86	41.5	18	8.7	106	51.2	1	0.5

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

		78 SA	7 5 4	nie m	0.1	- H	+ 2014							ii.	v +v								
ļ	男性	健診引	定診者	腹囲	0)4	予值	東群	高	加糖	高	1圧	脂質昇	具常症	該自	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
	合計	259	36.3	16	6.2%	45	17.4%	4	1.5%	29	11.2%	12	4.6%	93	35.9%	20	7.7%	2	0.8%	45	17.4%	26	10.0%
H25	40-64	110	25.4	9	8.2%	20	18.2%	3	2.7%	10	9.1%	7	6.4%	37	33.6%	8	7.3%	1	0.9%	17	15.5%	11	10.0%
	65-74	149	53.2	7	4.7%	25	16.8%	1	0.7%	19	12.8%	5	3.4%	56	37.6%	12	8.1%	1	0.7%	28	18.8%	15	10.1%
	合計	242	39.3	18	7.4%	51	21.1%	3	1.2%	36	14.9%	12	5.0%	78	32.2%	11	4.5%	3	1.2%	42	17.4%	22	9.1%
H28	40-64	88	27.2	8	9.1%	21	23.9%	2	2.3%	12	13.6%	7	8.0%	24	27.3%	2	2.3%	1	1.1%	13	14.8%	8	9.1%
	65-74	154	52.9	10	6.5%	30	19.5%	1	0.6%	24	15.6%	5	3.2%	54	35.1%	9	5.8%	2	1.3%	29	18.8%	14	9.1%

		74-5A.T	7.50.44	ole con	D 1.	⊽ #	## m¥							=+ \	V #								
3	女性	健診引	マ 診 有	腹囲	0)4	予值	用杆	高	血糖	高	血圧	脂質乳	具常症	該主	日有	血糖-	甲田田	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
	合計	275	47.2	6	2.2%	31	11.3%	1	0.4%	23	8.4%	7	2.5%	29	10.5%	4	1.5%	1	0.4%	13	4.7%	11	4.0%
H25	40-64	117	39.5	4	3.4%	14	12.0%	1	0.9%	7	6.0%	6	5.1%	10	8.5%	1	0.9%	1	0.9%	5	4.3%	3	2.6%
	65-74	158	55.1	2	1.3%	17	10.8%	0	0.0%	16	10.1%	1	0.6%	19	12.0%	3	1.9%	0	0.0%	8	5.1%	8	5.1%
	合計	305	53.5	13	4.3%	33	10.8%	1	0.3%	25	8.2%	7	2.3%	41	13.4%	3	1.0%	3	1.0%	20	6.6%	15	4.9%
H28	40-64	98	40.0	7	7.1%	10	10.2%	0	0.0%	6	6.1%	4	4.1%	10	10.2%	0	0.0%	0	0.0%	6	6.1%	4	4.1%
	65-74	207	63.7	6	2.9%	23	11.1%	- 1	0.5%	19	9.2%	3	1.4%	31	15.0%	3	1.4%	3	1.4%	14	6.8%	11	5.3%

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60%を目標に取り組んできた結果、46.1%まで達成できた。 特定保健指導実施率は32.9%まで上昇したが、60%が達成できるように取り組 んでいく。

【図表 12】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

KDB帳票No.1、No.22

		特定	健診		#	持定保健指導		受診	勧奨者
項目	対象者数	受診者数	受診率	同規模内	対象者数	終了者数	実施率	医療機	関受診率
	对 练行奴	文砂石奴	文砂牛	の順位	对 第14 数	心 11数	大心平	保険者	同規模平均
H25年度	534	1,296	41.2	122	64	16	25.0	57.7	51.2
H28年度	547	1,185	46.1	100	73	24	32.9	48.8	51.9

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を進めてきた。

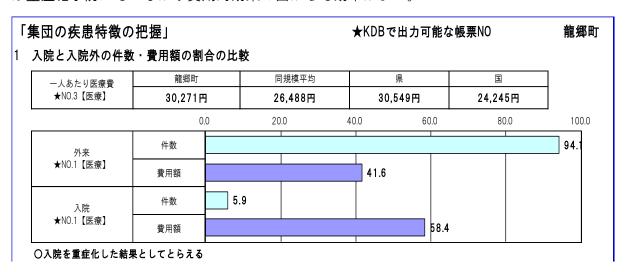
糖尿病・高血圧・脂質異常症は人数・割合ともに減少しているが、脳血管疾患、人工透析、 糖尿病性腎症は増加しており、重症化予防には至っていない。保険者は、重症化予防の観点 から、健診後医療機関未受診者の把握に努めるとともに、治療に繋がったが治療を中断して いないか確認する等、医療機関と連携しながら継続した治療ができるように支援する必要が ある。

また、生活習慣病を早期発見し適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上及び特定保健指導率の向上を目指し、継続して取り組んで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)

龍郷町の入院件数は 5.9%で費用額全体の 58.4%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。 【図表 13】



(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)

【図表 14】

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	か	ん	そ	の他
		人数		46人	4	人	2	人	13	.人	32	2人
		//3/		107	8.	.7%	4.	3%	28	3.3%	69	0.6%
				68件	7	件	2	件	18	华	4	件
				•••	10).3%	2.	9%	26	.5%	60).3%
様式1-1	高額になる疾患			40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	26.8%
★NO.10 (CSV)	(100万円以上レセ)	件数	年	40代	2	28.6%	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%
			代	50代	0	0.0%	0	0.0%	2	11.1%	2	4.9%
			別	60代	3	42.9%	1	50.0%	9	50.0%	18	43.9%
				70-74歳	2	28.6%	1	50.0%	5	27.8%	10	24.4%
		費用額	1.64	11694万円	128	0万円	481	万円	312	7万円	680	6万円
		其用領	17/8	110947717	10).9%	4.	1%	26	i.7%	58	3.2%

^{*}最大医療資源傷病名(主病)で計上 *疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト	(H28年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
		人数	28人	17人	7人	2人
		入数	207	60.7%	25.0%	7.1%
様式2-1	長期入院	件数	249件	141件	46件	15件
★NO.11 (CSV)	(6か月以上の入院)	1十数	24977	56.6%	18.5%	6.0%
		費用額	1億0775万円	5218万円	2211万円	773万円
		其用報	[] [[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	48.4%	20.5%	7.2%

^{*}精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上 *脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプ	٢		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7		H28.5月	人数	12人	6人	6人	3人
★NO.19 (CSV)		診療分	八奴	127	50.0%	50.0%	25.0%
	人工透析患者		件数	172件	90件	69件	55件
様式2-2	(長期化する疾患)	H28年度	计奴	1/217	52.3%	40.1%	32.0%
★NO.12 (CSV)		累計	費用額	7473万円	4044万円	3555万円	2363万円
			吳川镇	, 4, 5,11	54.1%	47.6%	31.6%

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

厚労省様式	対象レセプト	H28.5月診療分		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
				697人	80人	74人	24人
				09/人	11.5%	10.6%	3.4%
				高血圧	64人	63人	22人
			の基	高皿圧	80.0%	85.1%	91.7%
様式3			重礎	糖尿病	30人	25人	24人
★N0.13~18	生活習慣病の 構成割・		な疾	相 5人7月	37.5%	33.8%	100.0%
(帳票)	得风司	П	り患	脂質	47人	38人	15人
				異常症	58.8%	51.4%	62.5%
			7	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
				434人	138人	262人	66人
				62.3%	19.8%	37.6%	9.5%

〇生活習慣病は、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。

	四級士	肾区分		2号	1_			15	1				
	年			40~6		65~7	4歳	75歳」		計		合詞	
							7.0.0				人	3,78	5人
	認定	———— 者数	\neg	5人		19,	,	261	人	280	,	285	人
		認定率		0.25	5%	2.6	%	24.	7%	15.7	' %	7.5	%
新規	認定	者数 (*1)		37		7.7		42.	L	49,	ζ .	52.	人 人
	要		2	2	40.0%	4	21.1%	39	14.9%	43	15.4%	45	15.8
介護度 別人数	要	· 介護1・2	2	0	0.0%	9	47.4%	112	42.9%	121	43.2%	121	42.5
加八致	要	· - 介護3~	5	3	60.0%	6	31.6%	110	42.1%	116	41.4%	119	41.8
						05 7	1 JE			=1		合言	
☆翁					4戚		7,074					20	7
ЛB			钳	-					_				
	1.27			-	件数		件数		件数		件数		件数
	;	矢忠	川貝1公	次 内	割合	疾 枘	割合	沃 納	割合	疾病	割合	沃 納	割台
\sim			1	脳卒中	60.0%	脳卒中	50.0%	脳卒中	51.2%	脳卒中	51.2%	脳卒中	51.
レセ		循環器	2	虚血性	2	虚血性	6	虚血性	106	虚血性	112	虚血性	11
プ		疾患		心疾患	40.0%	心疾患	37.5%	心疾患	43.8%	心疾患	43.4%	心疾患	43.
の	血		3	腎不全	0	腎不全	2	腎不全	29	腎不全	31	件数 割合 疾病 132 11.2% 脳卒中 112 3.4% 虚血性 心疾患 31 2.0% 腎不全 22 糖尿病	3
診 有 断			Н	14 O 4		4		10± C ±		10±		14 C +	11.
病 名 状 よ	患	合併症	4	糖尿病 合併症	0.0%	糖尿病 合併症	25.0%	糖尿病 合併症	7.4%	糖尿病 合併症	8.5%		8.4
況り				5		13		22	8	24		24	6
複				100.0	0%	81.3	%	94.2	2%	93.4	%	93.5	5%
て				5		14		23	5			25	4
計		台計					%					96.6	
7)		認知症		***************************************									
			-										-
	筋	・骨格疾病	患	80.0		93.8		23 95.0		95.0		94.7	
	介別 有病状況 新 度数 計 (レセプトの診断名より重複して	R	新規 (*1) (*1) (*1) (*1) (*1) (*1) (*1) (*1)	Recomplement	記定者数 5人 1 1 1 1 1 1 1 1 1	認定者数 5人	記定者数 19.0	記定者数 5人 19人 記定率	記定者数 5人 19人 261 記定率 0.25% 2.6% 24 新規認定者数 (*1) 3人 7人 42	記定者数 5人 19人 261人 記定率	記定者数 19人 261人 280 24.7% 15.7	記定者数 5人 19人 261人 280人 15.7% 15	認定者数 5人 19人 261人 280人 285 26% 24.7% 15.7% 7.5 7.

要介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 77.7%であり、筋・骨格疾患の 75.6%を上回っていた。2 号認定者及び 65~74 歳の 1 号認定者で年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

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

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、糖尿病性腎症等が発生するリスクが高くなる。

龍郷町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者・予備群ともに多い。 健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸高値など、内臓脂肪の蓄積に よるものが多いため、内臓脂肪を減少させる取り組みが急務である。

【図表 16】

4	健診	データ	のう	ち有別	f見者	割合の	の高し	/項目	や年作	弋を把	握す	る(厚	生労	働省村	美式 6	-2~6	-7)				★ N0.:	23(帳	票)		
		BN	Л	腹	囲	中性	脂肪	GF	Т	HDL	-C	空腹時	血糖	HbA	.1c	尿酮	餕	収縮期	血圧	拡張期	血圧	LDL	-C	クレアラ	チニン
ļ	男性	25以	上	85L)	上	150	以上	31以	上	40未	₹満	1001	以上	5.6以	上	7.0以	上	1304	儿上	85L)	上	1201	以上	1.31	北上
		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.	5	50.	.1	28	.2	20.	4	8.7	7	27.	9	55.	6	13.	9	49.	2	24.	1	47.	3	1.8	3
	県	19,521	44.4	26,700	60.7	13,950	31.7	10,447	23.8	3,687	8.4	15,321	34.8	24,293	55.2	12,782	29.1	21,196	48.2	10,163	23.1	20,503	46.6	1,193	2.7
保	合計	456	39.5	655	56.8	301	26.1	253	21.9	98	8.5	463	40.2	597	51.8	312	27.1	496	43.0	302	26.2	471	40.8	34	2.9
険	40-64	223	42.2	285	54.0	176	33.3	154	29.2	44	8.3	174	33.0	217	41.1	164	31.1	221	41.9	173	32.8	237	44.9	6	1.1
者	65-74	5-74 233 37.3 370 59.2 125 20.0								54	8.6	289	46.2	380	60.8	148	23.7	275	44.0	129	20.6	234	37.4	28	4.5
		BN	Л	腹	囲	中性	脂肪	GF	Т	HDL	C	空腹時	血糖	HbA	.1c	尿酮	餕	収縮期	血圧	拡張期	血圧	LDL	-C	クレアラ	チニン
	女性	25以	上	لِا90	上	150	以上	31以	上	40未	₹満	1001	以上	5.6以	上	7.0以	上	1304	北上	851)	上	120	以上	1.31	北上
		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	.3	8.	7	1.8	3	16.	8	55.	2	1.8	3	42.	7	14.	4	57.	.1	0.2	2
	県	16,285	34.0	12,853	26.8	9,179	19.1	5,746	12.0	1,030	2.1	10,413	21.7	27,497	57.3	2,567	5.4	19,146	39.9	6,701	14.0	26,601	55.5	240	0.5
保 合計 377 31.1 289 23.8 207 17.1 150 12.4 28 2.3										316	26.1	707	58.3	55	4.5	483	39.9	174	14.4	658	54.3	9	0.7		
険 40-64 158 30.5 112 21.6 88 17.0 73 14.1 11 2.1 111 21.4 244 47.1											47.1	18	3.5	165	31.9	87	16.8	283	54.6	4	0.8				
者	65-74	65-74 219 31.6 177 25.5 119 17.1 77 11.1 17 2.4 205 29.5 463 66.7 37													5.3	318	45.8	87	12.5	375	54.0	5	0.7		
		65-74 219 31.6 177 25.5 119 17.1 77 11.1 17 2.4 205 29.5 463 66.7 37 5.3 318 45.8 87 12.5 375 54.0 5 0.7 ** *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)

★N0.24(帳票)

ļ	見性	健診受	診者	腹囲	のみ	予備	群	高血	l糖	高血	1圧	脂質異	常症	該当	绪	血糖+	-血圧	血糖+	-脂質	血圧+	-脂質	3項目	全て
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,054	27.1%								
	県	45,914	34.7%	3,286	7.2%	9,707	21.1%	633	1.4%	6,639	14.5%	2,408	5.2%	14,346	31.2%	2,329	5.1%	793	1.7%	6,920	15.1%	4,275	9.3%
保	合計	1,153	40.2%	77	6.7%	231	20.0%	23	2.0%	144	12.5%	64	5.6%	347	30.1%	59	5.1%	21	1.8%	172	14.9%	95	8.2%
険	40-64	528	30.2%	42	8.0%	101	19.1%	7	1.3%	62	11.7%	32	6.1%	142	26.9%	23	4.4%	10	1.9%	75	14.2%	34	6.4%
者	65-74	625	55.8%	35	5.6%	130	20.8%	16	2.6%	82	13.1%	32	5.1%	205	32.8%	36	5.8%	11	1.8%	97	15.5%	61	9.8%

女性		健診受	診者	腹囲	のみ	予備	群	高血	l糖	高白	1圧	脂質異	常症	該当	绪	血糖+	血圧	血糖+	-脂質	血圧+	-脂質	3項目	全て
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	4,531,499	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4								
	県	51,978	43.1%	1,945	3.7%	4,926	9.5%	251	0.5%	3,570	6.9%	1,086	2.1%	6,659	12.8	922	1.8%	353	0.7%	3,454	6.6%	1,896	3.6%
保	合計	1,212	46.8%	49	4.0%	90	7.4%	7	0.6%	65	5.4%	18	1.5%	150	12.4%	17	1.4%	12	1.0%	79	6.5%	42	3.5%
険	40-64	518	36.2%	28	5.4%	38	7.3%	5	1.0%	24	4.6%	9	1.7%	46	8.9%	3	0.6%	5	1.0%	23	4.4%	15	2.9%
者	65-74	694	59.7%	21	3.0%	52	7.5%	2	0.3%	41	5.9%	9	1.3%	104	15.0%	14	2.0%	7	1.0%	56	8.1%	27	3.9%

*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

糖尿病について、新規・継続受診者ともに治療が必要な HbA1c6.5 以上の者がいることや、また、重症化しやすい HbA1c8.0 以上の者が新規受診者の中で約 1.1%いることがわかった。生活習慣の見直しとともに早急に医療機関受診を促し、治療に結びつける必要がある。

高血圧においては、新規受診者でもII 度以上の高血圧の者が約 8.3%の割合でおり、継続受診者についてはII 度以上の者が若干減少していることから、保健指導の効果が顕れていることが伺える。

LDL-C については、治療なしの者のうち約3割が140以上の受診勧奨レベルとなっている。継続受診者においては若干改善している。生活習慣の改善を図りつつ、毎年健診を受けて健康状態を確認することが望ましい。

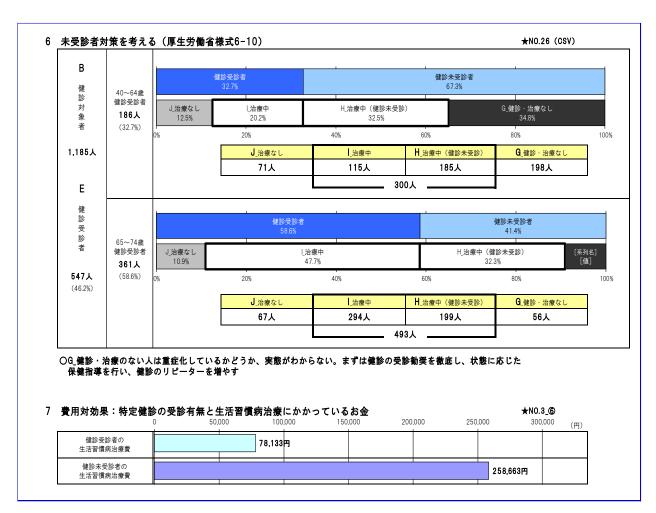
【図表 18】 継続受診者と新規受診者の比較 …上段(継続受診者) …下段(新领导验者 HbA1c | 治療中(糖尿病)の状況 HbA1c M (0·P) 治療なしの者の状況 ~5.5 (~5.1) 53.9% 60.7% 2人 212人 5.6~5.9 (5.2~5.5) 5人 9.8% 101人 44人 6.0~6.4 受診勧奨レベル 51人 11人 6.5~6.9 (6.1~6.5) 28人 7.0~7.9 (6.6~7.5) 12人 23.5% 15人 8.0~ (7.5~) 13.7% 血圧 | 治療中(高血圧)の状況 血圧 M (0·P) 治療なしの者の状況 308人 43.0% 638人 正常血圧 72人 191人 39.3% 172人 24.0% 14.6% 139人 正常高値 38人 75人 妥診納扱レベル 201人 28.1% 153人 I度 56人 57人 32人 18人 14人 16人 LDL-C LDL-C |治療中(脂質異常症)の状況 M (0·P) 治療なしの者の状況 183人 99以下 27人 79人 142人 30.3% 237人 100~119 35人 104人 28.2% 268人 120~139 受診勧奨レベル 39人 8.3% 161人 140~159 60人 12人 160~179 4人 0.9% 35人 180以上

16

4) 未受診者の把握(図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40~64 歳の割合が 34.8%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診未受診者は 3 倍以上生活習慣病治療に費用がかかっており、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受けて健康状態を確認することが大切である。

個々の状態に応じた保健指導を行うことが、生活習慣病の発症や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。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、龍郷町において高額治療を要する者の中には、健診を受けず医療機関にもかかっていないが、重症化して入院する実態が明らかになっている。

重症化予防、医療費の適正化を図るには、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目指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血 圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標 とする。其々の目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。

【図表 44】

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。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

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

これらの生活習慣病は、まず食事や運動などの生活習慣を見直し、薬物療法と併用して治療を行うことが必要な疾患である。栄養指導等の保健指導が充実できるように取り組んでいく必要がある。

さらに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、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。その目標 値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

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。

【図表 20】

2. 目標値の設定

	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	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

② 対象者の見込み

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1323人	1270人	1217人	1193人	1169人	1113人
特化)建砂	受診者数	794人	762人	730人	715人	701人	667人
特定保健指導	対象者数	50人	50人	47人	47人	45人	45人
特化体性拍导	受診者数	30人	30人	28人	28人	27人	27人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。集団健診(大島郡医師会他)

(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、龍郷町のホームページに掲載する。

集団健診:公益社団法人大島郡医師会

:鹿児島厚生農業協同組合連合会

龍郷町ホームページ URL:http://www.town.tatsugo.lg.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)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の 案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、 どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

【 図表22 】

年間スケジュール

健診の案内方法

特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌、新聞やFM放送での広報。集団健診前の一斉放送システムによる広報。

保健推進員からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。

健診実施スケジュール

6月 : 受診券送付

6月~翌年3月 : 特定健診実施(集団、個別)

8月~翌年2月 : 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施

8月~翌年9月 : 未受診者対策(事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む)

10月: 前年度の実績報告

予算案作成

2月~3月 : 受診結果の把握と次年度受診券準備(健診対象者の抽出、印刷)

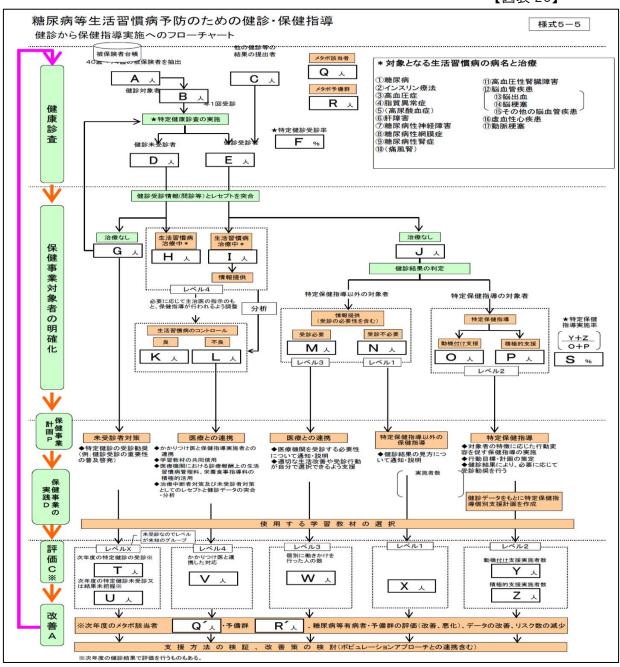
5. 特定保健指導の実施

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 24)

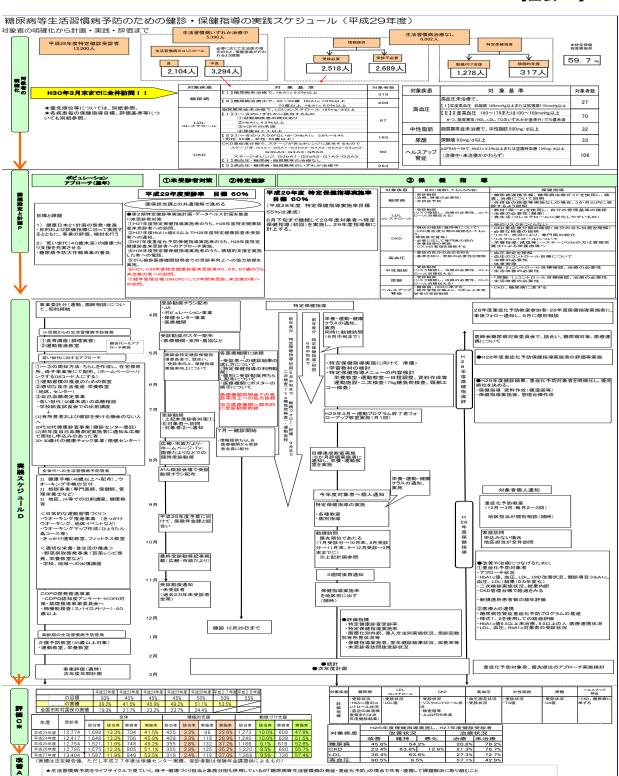
【図表 24】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者の ○%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施◆行動目標・計画の策定◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	50 人	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	1,148 人 (21.0)	HbA1c6.5 以上につ いては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	764 人 ※受診率目標 達成までにあ と 75 人	60%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 (疾病リスクとの関係で検査値の 意味について説明及び生活習慣に ついてのアドバイス)	55 人 (20.8)	10%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆かかりつけ医と保健指導実施者 との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の 生活習慣病管理料、栄養食事指導料 の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対 策としてのレセプトと健診データ の突合・分析	440 人 (44.6)	100%

※ (様式 5-5 を基に) H28 年度対象者割合で、H30 年度対象者数見込

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール 目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】



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龍郷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 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、龍郷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)及び鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【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)	0				
2		健康課題の把握	0				
3		チーム内での情報共有	0				
4		保健事業の構想を練る(予算等)	0				
5		医師会等への相談(情報提供)	0				
6		糖尿病対策推進会議等への相談	0				
7		情報連携方法の確認	0				
8	Р	対象者選定基準検討		0			
9		基準に基づく該当者数試算		0			
10	画	介入方法の検討		0			
11	準	予算・人員配置の確認	0				
12	備	実施方法の決定		0			
13		計画書作成		0			
14		募集方法の決定		0			
15		マニュアル作成		0			
16		保健指導等の準備		0			
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	0				
18		個人情報の取り決め	0				
19		苦情、トラブル対応	0				
20	D	介入開始(受診勧奨)		0			
21	受診	記録、実施件数把握			0		
22	勧	かかりつけ医との連携状況把握		0			
23	奨	レセプトにて受診状況把握				0	
24		募集(複数の手段で)		0			
25	D	対象者決定		0			
26	保	介入開始(初回面接)		0			
27	健北	継続的支援		0			
28	指導	カンファレンス、安全管理		0			
29		かかりつけ医との連携状況確認		0			
30		記録、実施件数把握			0		
31	C	3ヶ月後実施状況評価				0	
32	C 評	6ヶ月後評価(健診·レセプト)				0	
33	価報	1年後評価(健診・レセプト)				0	
34	報告	医師会等への事業報告	0				
35		糖尿病対策推進会議等への報告	0				
36	Α	改善点の検討		0			
37	改	マニュアル修正		0			
38	善	次年度計画策定		0			

*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鹿児島県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2)選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

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/1.73m²)
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。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。 (図表 28) 龍郷町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 18 人 $(33.3\% \cdot F/E)$ であった。また $40\sim74$ 歳における糖尿病治療者 137 人中のうち、特定健診受診者が 36 人 $(66.7\% \cdot G/E)$ であったが、5 人 $(13.9\% \cdot +)$ は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 101 人(73.7%・I/H)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 39 人のうち 21 人は治療中断であることが分かった。また、18 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

糖尿病治療者で特定健診受診者のうち36人(66.7%・G/E)のうち、中断者が5人(13.9%)いる。また、健診受診で未治療者18人(33.3%)については、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より龍郷町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者(F)···**18 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・26 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位2

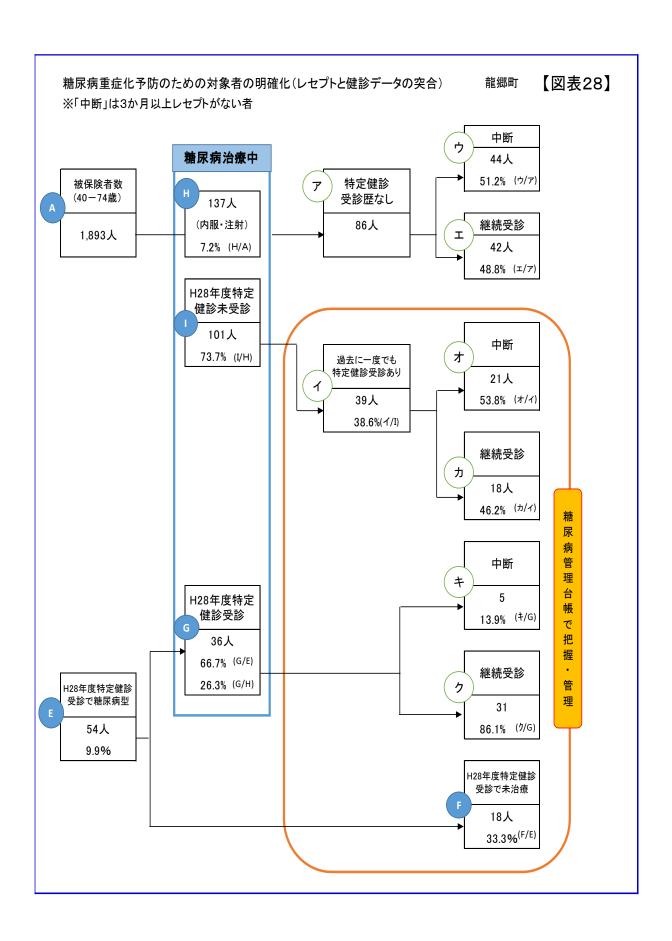
【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・31人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・18人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導



3) 対象者の進捗管理

(1)糖尿病管理台帳の作成

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

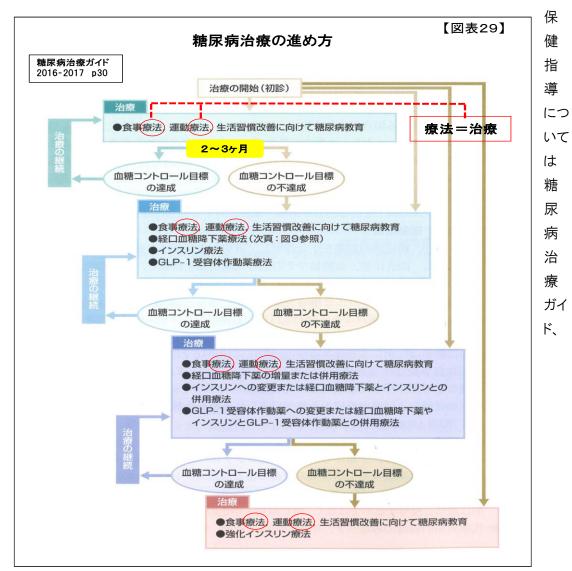
【糖尿病管理台帳作成手順】

- (1)健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上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
- (1) 資格を確認する
- (2)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
- (3) 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。
- (4)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)・・・・3人
 - ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)・・・・12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。龍郷町においては、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



CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

(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(±)以上の者に対しては、2次健診等を活用し尿アルブミン検査の実施を促し、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鹿児島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
 - OHbA1c の変化
 - OeGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m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 2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク 管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。龍郷町において健診受診者 547 人のうち心電図検査実施者は 403 人(73.7%)であり、そのうち ST 所見があったのは 10 人であった(図表 30)。 ST 所見のあった 10 人は要精査であるが、その後の受診状況をみると 4 人は未受診であったため、受診を促す必要がある。

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

【 図表31 】

ST所見ありの医療機関受診状況

ſ								
	ST所見	あり(a)	要精	査(b)	医療機関	受診あり 	受診な	(d)
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
	10	1.8	10	100.0	6	60.0	4	40.0

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

32.9%

			豆 扒 土	1	心電図検査実施	į	中#c+>1
	平成2	8年度	受診者	ST変化	その他の変化	異常なし	実施なし
	1 79,2	0十段	547	10	67	326	144
			347	1.8	12.2	59.6	26.3
	メタボ言	太 少 文	119	2	15	47	55
	クダハ	X = 1	21.8%	1.7%	12.6%	39.5%	46.2%
	メタボー	2.准张	84	0	14	55	15
	クタル	」~17用 右干	15.4%	0.0%	16.7%	65.5%	17.9%
	メタオ	÷+>1	344	8	38	224	74
l .	プラ リ	いなし	62.9%	2.3%	11.0%	65.1%	21.5%
		140-159	44	0	3	35	6
		140-139	8.0%	0.0%	6.8%	79.5%	13.6%
	1.01	160-179	32	2	3	22	5
	LDL	100-179	5.9%	6.3%	9.4%	68.8%	15.6%
		180-	12	0	1	9	2
		180—	2.2%	0.0%	8.3%	75.0%	16.7%
【参	——— ≽考】	·					
	OLCD	00.44	73	1	10	38	24
	CKD	G3aA1~	13 3%	1 4%	13.7%	52 1%	32.0%

1.4%

13.7%

52.1%

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

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

治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

- ・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

13.3%

- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。

血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。

血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、<u>頸動脈超音波</u>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<u>尿中アルブミン</u>があげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

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

また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診 勧奨を行う。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を目指す。

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)

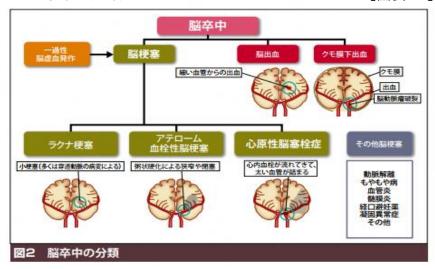
3. 脳血管疾患重症化予防

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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

	リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボ/ック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳	ラクナ梗塞	•						0	0
梗	アテローム血栓性脳梗塞	•	•	•		•	•	0	0
塞	心原性脳梗塞	•			•			0	0
脳出	脳出血	•							
血 血	くも膜下出血	•							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

					3 173											
脳	i	ラクナ梗塞)		C)	
梗	i	アテローム血栓性脳梗塞									()		C)	
塞		心原性脳梗塞)							()		C)	
脳		脳出血														
出血		くも膜下出血)												
		リスク因子 (〇はハイリスク群)	高血圧		糖尿病		脂質		心房細動		メタホ゛リックシント゛ 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』	近正以上	HbA1ci (治療中7		LDL180 以		心房	細動	メタボ	該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR5 (70歳以上	
ļ	受		28人	5.1%	25人	4.6%	18人	3.3%	2人	0.4%	119人	21.8%	10人	1.8%	17人	3.1%
╽┪		治療なし	10人	3.2%	12人	2.5%	17人	4.0%	1人	0.4%	21人	7.8%	1人	0.4%	5人	1.9%
		治療あり	18人	7.7%	13人	34.2%	1人	0.8%	1人	0.4%	98人	35.4%	9人	3.3%	12人	4.7%
4		➡ 臓器障害あり	4人	40.0%	5人	41.7%	2人	11.8%	1人	100%	4人	19.0%	1人	100%	5人	100%
臓		CKD(専門医対象)	0人		1人		0人		0人		1人		1人		5人	
臓器障害あ		尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		1人		1人		0人	
害 あ り	·	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
のう		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		1人		0人		0人		0人		0人		5人	
5	•	心電図所見あり	4人		4人		2人		0人		4人		1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28人(5.1%)であり、そのうち10人は未治療者であった。また未治療者のうち4 人(40.0%)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 18 人(7.7%)いることがわかった。治療中でコントロール不良者に対しては、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

	保健指導対象者の	明確化と優先	順位の決定							Ĺ	図表37
	血圧に基づいたII 特定健診受診結果より(降圧			別化							
\			至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	Ⅱ度 高血圧	Ⅲ度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク
	(n	圧分類 nmHg)	~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに降圧薬治
	リスク層 (血圧以外のリスク因子)	314	120	93	48	43	7	3	3	27	23
		014	38.2%	29.6%	15.3%	13.7%	2.2%	1.0%	1.0%	8.6%	7.3%
	リスク第1層	42	28	9	2	3 4	0	0 1	3	0	0
	7777711	13.4%	23.3%	9.7%	4.2%	7.0%	0%	0%	100%	0.0%	0.0%
	リスク第2層	180	68	55	25	27 3	2	3		27	5
	ノハノ初に旧	57.3%	56.7%	59.1%	52.1%	62.8%	28.6%	100%		100%	21.7
	リスク第3層	92	24	29	21	13	5	0			18
) // / JJ0/II	29.3%	20.0%	31.2%	43.8%	30.2%	71.4%	0%			78.3
Ę	糖尿病	17	1	5	6	4	1	0			
3		18.5%	4.2%	17.2%	28.6%	30.8%	20%				
Ē	慢性腎臓病 (CKD)	40	14	11	10	5	0	0			
复	DX 12 1 7 1997 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	43.5%	58.3%	37.9%	47.6%	38.5%	0.0%				
5 J	3個以上の危険因子	58	13	18	11	11	5	0			
-	- 12 - 3 / 10 / 12	63.0%	54.2%	62.1%	52.4%	84.6%	100%				

表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

	心電図検	査受診者	1	心房細動	有所見者		日循疫等	学調査*
年代	男性	女性	男	性	女	性	男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	176	227	2	1.1	0	0.0	_	_
40歳代	19	16	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	26	22	1	3.8	0	0	0.8	0.1
60歳代	86	120	1	1.2	0	0.0	1.9	0.4
70~74歳	45	69	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39】

心房細動有	1000日之		治療の	の有無	
心方袖纵作	別兄伯	未治	療者	治療	寮中
人	%	人	%	人	%
2	100	1	50.0	1	50.0

心電図検査において 2 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 50 代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 2 人のうち 1 人は既に治療が開始されていたが、1 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入 していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾 患の主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、<u>頸動脈超音波</u>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<u>尿中アルブミン</u>があげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

③ 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は血圧評価表、心 房細動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。

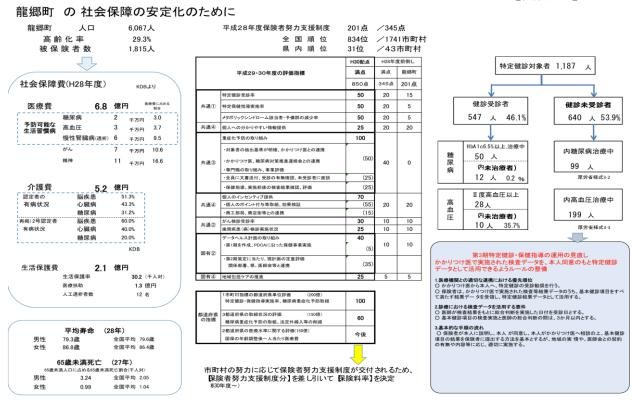
7) 実施期間及びスケジュール

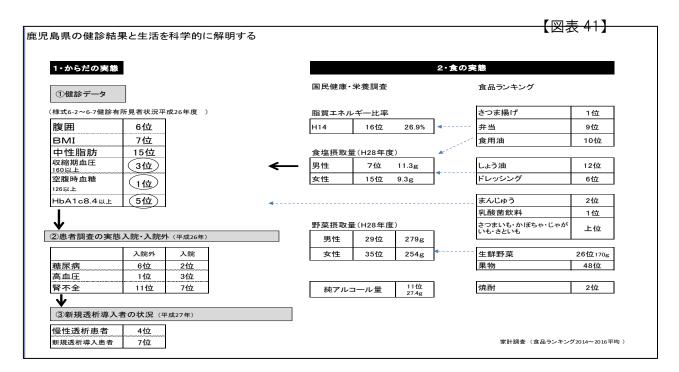
- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月~特定健診結果が届き次第心房細動の管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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住民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】





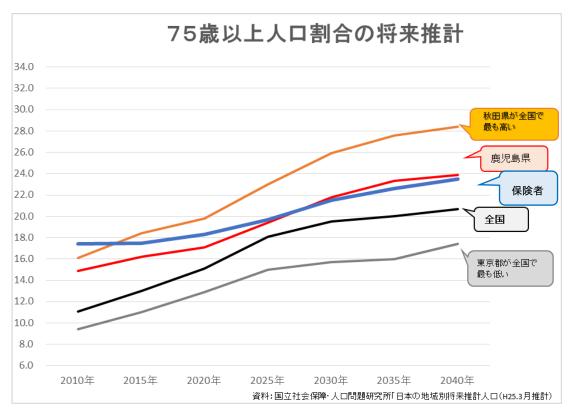
第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。 要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症 化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定 者の減少、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歳以上割合が2040年23.9%となり、4人に1人が後期高齢者になる。 75歳以上人口の将来推計は、2010年の人口を100としたときの指数で2040年が124と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。龍郷町においては、県より高い水準で推移するが2040年には4人に一人が後期高齢者となる。(図表42)

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



【図表 43】

前期高齢者の市町村国保に占める割合

	H27年度	被保険者数	国保に占める割合	療養諸費	国保に占める割合	一人当たり 療養諸費(円)
国保	国保(~74歳)	438,810	100%	1,741億	100%	396,863
国体 	前期高齢者(65~74歳)	166,243	38%	987億	57%	593,971
後期	高齢者(75歳~)	261,232	-	2,791億	-	1,068,398

H27年度国民健康保険事業状況報告年報 H27年度鹿児島県後期高齢者医療事業報告

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく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 10・11)

	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
ストラクチャー	・事業の運営状況を定期的に管理できる体
(保健事業実施のための体制・システム	制を整備しているか。(予算等も含む)
を整えているか)	・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	・保健指導等の手順・教材はそろっているか
(保健事業の実施過程)	・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	·特定健診受診率、特定保健指導率
(保健事業の実施量)	・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	・設定した目標に達することができたか
(成果)	(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。

3. 目標管理一覧

計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業見直しを行う。

データヘルス計画の目標管理一覧表

	-								L	ľ	
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		中間評価値			搬	最終評価値	現状値の把握方法
				H28 H29	H30	H31	H32	H33 F	H34	H35	
新 李		医療費削減のために、特定健診受	特定健診受診率60%以上	46.1% 46.2%	% 49.2%	52.2%	54.2%	56.0% 58	58.0% 6	80.09	特定健診・特
"非宝		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	特定保健指導実施率60%以上	32.9% 33.0%	% 37.7%	42.1%	46.5%	50.9% 55	55.0%	60.0%	定保健指導結果(厚生労働
細		減らす	特定保健指導対象者の減少率25%	0.0% 3.0%	%0'9	%0'9	10.0%	15.0% 20	20.0% 2	25.0% 律	(神
		通正受診を推進し、重症化して入	入院医療費の伸び率を国並みの〇%とする	24.6%	-0.1%	-0.1%	-2.0%	-0.3%	-0.4%	-0.5%	
	(各市町の健康課題を記載)	院する患者を減らす	必要な医療勧奨を行い入院外医療費を伸ばす○%	0.013%	0.01%	0.01%	%80.0	0.06% 0.	0.09%	0.1%	
	長・高血糖者の割合が〇%で県井 コガギ・ニュ	四縣 电苯 沙科少率 电苯氨少剂	脳血管疾患の総医療費に占める割合〇%減少	3.0%	2.7%	2.5%	2.3%	2.1%	1.9%	1.7%	KDBシステム
		病性腎症による透析の医療費の	虚血性心疾患の総医療費に占める割合〇%減少	1.54	1.5%	1.3%	1.0%	0 %8.0	0.7%	0.5%	
≟ κ	透析者が透析者の〇%を占めておりアセリ 増加 アンス		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少〇%	9.5%	8.75	8.0%	7.25	6.5% 5.	5.75	2.0%	
には、			健診受診者の高血圧の割合減少〇%(160/100以上)	3.7%	3.5%	3.3%	3.0%	2.7% 2	2.4%	2.0%	
⊞	**:	版血管疾患,虚血性心疾患,糖尿	健診受診者の脂質異常者の割合減少〇%(LDL160以上)	5.3%	2.0%	4.7%	%7'7	4.1% 3.	%8	3.5%	
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少〇%(HbA1c6.5以上)	7.0%	7.0%	%2'9	6.4%	6.1% 5.	%8	5.5% 曹	育郷町
		、西具兼予治、結例シンドローム等の対	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	37.3%	35.3%	33.0%	31.0%	29.0% 2.7	27.0% 2	25.0%	健康増進計画
		者を減らす	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合〇%		75.0%	%0'92	%0'08	80.0%	8 %0.08	%0.08	
Ę			糖尿病の保健指導を実施した割合〇%以上	2.0%	2.0%	10.0%	15.0%	15.0% 20	20.0% 2	20.0%	
	短		がん検診受診率 胃がん検診 〇%以上	%0.9	7.0%	10.0%	15.0%	20.0% 25	25.0% 3	30.0%	
	朝・〇がんによる死亡率が〇% ヶ国ナ中誌 アゴい		肺がん検診 〇%以上	6.3%	2.0%	10.0%	15.0%	20.0% 25	25.0% 3	30.0%	
R + 1 + 1	・「「大大人」」・	がんの早期発見、早期治療	大陽がん検診 〇%以上	10.3%	9.1%	15.0%	21.0%	27.0% 33	33.0% 4	40.0%	地域保健事業 報告
文援	•		子宮頸がん検診 〇%以上	18.7%	17.6%	20.0%	80:82	25.0% 28	28.0% 3	30.0%	[
重重			乳がん検診 〇%以上	21.2%	22.0%	24.0%	%0'82	32.0% 36	36.0% 4	40.0%	
<u>{</u>		自己の健康に関心を持つ住民が 増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合〇%以上		25.0%	58.0%	61.0%	64.0% 67	67.0%	70.0% 6	龍郷町 保健福祉課
	・数量シェアH28年度〇%	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〇%以上		%0.09	65.0%	%0.07	75.0% 80	80.0%	80.0%	厚生労働省公 表結果
	※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する	ればそれぞれ追加する				%H32l⊂	H31のデ−	※H32にH31のデータで中間評価を行う。	平価を行	, 2°	

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ことが重要であり、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

龍郷町においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内 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龍郷町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

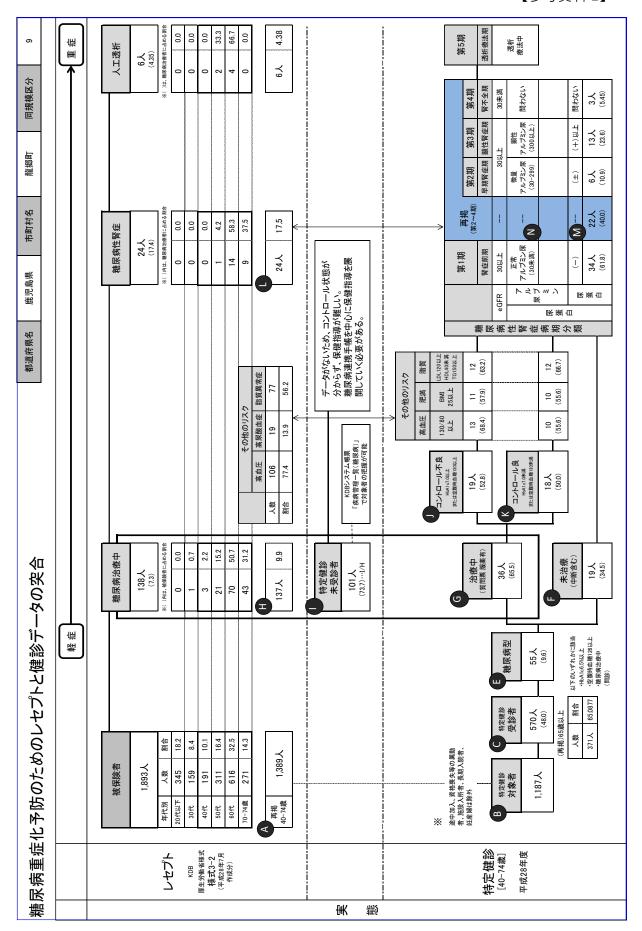
参考資料 10 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

様ェ	¢6-	-1 国・県	Į .	同規模	平均と比					Luca		I				龍郷町
		IJ	目				25		28	H28同規模		H28県		H28	8	データ元 (CSV)
	1		総人			実数	2067	実数	割合 067	実数 1.815.2	割合	実数 1.691.0	割合	実数 124.852	割合	(637)
			総人		(さめ/). ま)		,									KDB NO.5
				65歳以上	(高齢化率)	1,781	29.4	1,781	29.4	575,561	31.7	449,078	26.6	29,020,766	23.2	- 人口の状況
	1	人口構成		75歳以上		1,057	17.4	1,057	17.4		-	251,927	14.9	13,989,864	11.2	KDB_NO.3
				65~74歳		724	11.9	724	11.9		ļ	197,151	11.7	15,030,902	12.0	健診・医療・介 データからみる
				40~64歳		2,004	33.0	2,004	33.0		ļ	572,168	33.8	42,411,922	34.0	域の健康課題
_			<u> </u>	39歳以下		2,282	37.6	2,282	37.6			669,795	39.6	53,420,287	42.8	
1			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	欠産業			5.5		5.5	18.4		10.4		4.2		KDB_NO.3
	2	産業構成	第22	欠産業			7.1		7.1	25.5		19.6		25.2		健診・医療・介 データからみる
			第32	欠産業		7	6.3	76	6.3	56.1		70.0		70.6		域の健康課題
	3	平均寿命	男性			7	9.3	79	9.3	79.4		79.2		79.6		
	0	1 3 20 412	女性				6.8		6.8	86.4		86.3		86.4		KDB_NO.1
	4	健康寿命	男性	-		6	5.0	6	5.0	65.2		64.8		65.2		地域全体像の把
	•	DEMINISTRA	女性		_		7.0		7.0	66.7		66.6		66.8		
			標準	隼化死亡比	男性)3.0)5.2	104.8		102.1	1	100		
				(SMR)	女性	9	4.0	10	3.8	100.8	3	99.4		100		
				がん		22	36.1	23	51.1	6,817	45.1	5,546	46.2	367,905	49.6	
	1	死亡の状況		心臓病		15	24.6	12	26.7	4,392	29.1	3,146	26.2	196,768	26.5	KDB_NO.1
	0	76 = 07 (7)	死	脳疾患		20	32.8	3	6.7	2,661	17.6	2,166	18.0	114,122	15.4	地域全体像の把
2			因	糖尿病		1	1.6	2	4.4	274	1.8	233	1.9	13,658	1.8	8
				腎不全		3	4.9	3	6.7	548	3.6	560	4.7	24,763	3.3	
				自殺		0	0.0	2	4.4	409	2.7	355	3.0	24,294	3.3	
		早世予防から	合計													E # /b D
	2	みた死亡		男性												厚労省HP 人口動態調査
		(65歳未満)		女性												
			1号	認定者数(記	認定率)	296	17.0	280	15.9	114,751	20.1	99,733	22.2	5,885,270	21.2	
	1	介護保険		新規認定者	i	5	0.2	2	0.2	1,910	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3	
			2号i	認定者		6	0.4	5	0.2	2,325	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4	
			糖尿	病		38	13.3	38	13.0	25,230	21.2	22,589	22.0	1,350,152	22.1	
			高血	.圧症		164	52.7	160	54.3	64,783	54.6	60,158	58.7	3,101,200	50.9	1
			脂質	異常症		68	21.1	62	21.3	31,854	26.7	29,779	28.9	1,741,866	28.4	
			心臓	病		196	62.8	172	59.4	73,398	61.9	69,010	67.5	3,529,682	58.0	
	2	有病状況	脳疾患		100	32.9	83	30.4	33,188	28.2	35,809	35.2	1,538,683	25.5		
_		; ;	がん			30	7.7	27	10.0	11,653	9.7	11,405	11.1	631,950	10.3	KDB_NO.1
3			筋・骨格		170	55.7	142	50.5	63,731	53.7	61,746	60.5	3,067,196	50.3	地域全体像の把	
			精神		129	38.2	111	39.5	44,036	37.1	41,682	40.5	2,154,214	35.2		
			再掲)認知症		83	23.8	71	25.4	27,878	23.1	28,189	27.1	1,350,588	21.9	1	
			一人	当たり給付	費/総給付費	284,444	506,593,887	293,900	523,435,257	313,982	179,202,877,982	331,923	149,059,341,986	310,082		
			1件	当たり給付	費(全体)	76,	710	89,	876	70,58	9	65,53	2	58,28	4	
	3	介護給付費		居宅サーヒ		50,	329	50,	548	40,98	1	43,00	3	39,66	2	
				施設サーヒ	: Z	268	3,377	275	5,320	275,2	51	284,00)4	281,18	36	1
				介護認定別	認定あり	17,	908	10,	948	8,45	7	8,789	9	7,980)	
	4	医療費等	医射	藔費 (40歳以 ►)	認定なし	4,	160	4,9	936	4,12	2	4,245	 5	3,816	3	
			被保)険者数	•	2,0	042	1,8	315	492,46	60	423,75	55	32,587,	223	
				65~74歳		602	29.5	662	36.5			170,126	40.1	12,462,053	38.2	
	1	国保の状況		40~64歳		837	41.0	694	38.2			147,782	34.9	10,946,693	33.6	
				39歳以下	***************************************	603	29.5	459	25.3	***************************************		105,847	25.0	9,178,477	28.2	
				加入2	枢	3	3.7	29	9.9	27.7		25.1		26.9	•	KDB_NO.1
			病院	数		0	0.0	0	0.0	144	0.3	256	0.6	8,255	0.3	地域全体像の把 KDB NO.5
			診療	所数		7	3.4	8	4.4	1,108	2.2	1,406	3.3	96,727	3.0	NDD_NO.5 被保険者の状況
	0	医療の概況	病床	数		0	0.0	0	0.0	15,468	31.4	34,275	80.9	1,524,378	46.8	
	2	(人口千対)	医師	i数		3	1.5	3	1.7	1,575	3.2	4,300	10.1	299,792	9.2	
			外来	患者数		55	8.9	57	0.5	660.	2	710.0)	668.	1	
	L		入院	患者数		2	9.3	36	6.0	22.7		29.9		18.2		L
				_ 1 3// ± **	左處典	04 51 5	県内31位	20.071	県内24位	00.40	0	20.54	0	04.04	5	
				一人当たり	乙 療質	24,515	同規模114位	30,271	同規模45位	26,48	0	30,54	ð	24,24	IJ	
			受診	:率		588	3.112	606	3.458	682.9	52	739.89	97	686.28	36	KDB_NO.3
4	(3)	医療費の	外	費用の割合	ì	4	7.9	4	1.6	56.6		52.2		60.1		健診・医療・介 データからみる
	3	状況	来	件数の割合	ì	9	5.0	94	4.1	96.7		96.0		97.4		域の健康課題
			入	費用の割合	î	5	2.1	58	8.4	43.4		47.8		39.9		KDB_NO.1 地域全体像の打
			院	件数の割合	ì	5	5.0	2	2.8	3.3		4.0		2.6		
			1件	あたり在院に	日数	20.	.2日	19.	.0日	16.3 E	3	18.7E	1	15.6 E	3	
			がん			83,8	31,130 22.9	71,99	90,830 18.3	24.1		20.7		25.6		
			慢性	腎不全(透	析あり)	34,0	65,130 9.3	64,3	17,220 16.4	9.1		12.6		9.7		1
		医療費分析	糖尿	!病		21,4	30,740 5.9	20,40	09,360 5.2	10.2		8.3		9.7		1
		広僚 黄 分 f T 生活習慣病に	高血	.圧症		34,6	08,360 9.5	25,04	47,630 6.4	9.2		7.2	•••••	8.6		KDB_NO.3
	4	占める割合		異常症			05,350 2.8		09,890 2.0	5.0		3.6		5.3		健診・医療・介
		最大医療資源傷病	0000000000	塞・脳出血			06,460 2.3		81,660 5.1	4.1		4.7		4.0		データからみる 域
		名(調剤含む)	0000000000	症・心筋梗	***************************************		89,450 4.7		17,680 2.6	3.5		3.2		3.7		Í
			精神				69,450 32.8		79,560 28.6	17.5	***********	23.4		16.9		1
				骨格			56,240 8.5		06,650 14.0	16.1		15.1		15.2		
	ь		נעז	HI III		01,1	0.0	55,20	55,555 14.U	10.1		10.1		10.2		L

						保隆	倹者	保隆))	同規模	平均	県		玉		データ元
		Ą	目			費用額	件数	費用額	件数	, 5190111						(CSV)
				糖尿病		480,870	87	536,422	109							
				高血圧		444,069	241	530,508	288							
				脂質異常症		457,539	156	540,032	135							
		左/費用額	入	脳血管疾患		563,798	61	570,491	147							
		(1件あたり)	院	心疾患		530,904	52	804,079	52 50							
				腎不全 精神		434,162 405.097	12 354	714,197 410.345	341							
				悪性新生物		615,132	126	746,122	96							KDB_NO.3
	(5)			糖尿病		32,401	2,020	41,173	1,709							健診・医療・介護 データからみる地
		右/レセプト		高血圧		25,920	5,267	27,891	4,874							域
۱.		件数		脂質異常症		24,446	3,345	28,553	3,115							
4			外	脳血管疾患		31,432	908	41,164	905							
			来	心疾患		36,459	992	42,023	828							
				腎不全		178,656	201	221,789	271							
				精神		37,245	2,045	37,452	1,961							
		健診有無別	ļ .	悪性新生物	I	48,239	885	41,974	767	00.04	0	100.00		70.15	•	KDB NO.3
	6	一人当たり		習慣病一人 たり医療費	健診受診者 健診未受診者		576 ,190		133	88,24 262.30		100,36 274.51		79,15 238.23		健診・医療・介護
		医疹費	項		难形不叉形有	実数	,190	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	データからみる地 データ元(CSV)
				<u>ロ</u>		329	61.6	294	53.7	87.076	57.0	68.465	54.8	4,427,360	56.1	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
	7	健診・レセ		医療機関受	診率	308	57.7	267	48.8	79,315	51.9	64,096	51.3	4,069,618	51.5	KDB_NO.1
		突合		医療機関非		21	3.9	27	4.9	7,761	5.1	4,369	3.5	357,742	4.5	地域全体像の把握
	1		健診	受診者		5	34	5-	47	152,76	69	124,86	52	7,898,4	27	
	2			受診率		39.9	県内34位 同規模127位	46.2	県内23位 同規模100位	43.7		43.1	全国8位	36.4		
					初回	137	25.7	78	14.3	18,058	11.8	16,672	13.4	1,237,550	15.7	
	3		特定	2保健指導終	了者(実施率	16	25.0	24	32.9	8036	41.1	13,520	33.4	51115.1	50.0	
	4		非肥	満高血糖		38	7.1	27	4.9	15,303	10.0	11,552	9.3	737,886	9.3	
					該当者	122	22.8	119	21.8	27,745	18.2	23,163	18.6	1,365,855	17.3	
	(5)				男性	93	35.9	78	32.2	19,338	27.2	15,563	28.5	940,335	27.5	
		特定健診の		メタボ	女性	29	10.5 14.2	41 84	13.4 15.4	8,407	10.3	7,600	10.8	425,520	9.5 10.7	
	6	状況			予備群 男性	76 45	17.4	51	21.1	17,604 12,301	11.5 17.3	14,588 9.606	11.7	847,733 588,308	170	KDD NO 0
	0	県内順位			女性	31	11.3	33	10.8	5,303	6.5	4,982	7.1	259,425	5.8	KDB_NO.3 健診・医療・介護
5	7	順位総数45			総数	220	41.2	234	42.8	51,074	33.4	42,303	33.9	2,490,581	31.5	データからみる地
•	8			腹囲	男性	154	59.5	147	60.7	35,501	50.0	28,019	51.4	1,714,251	-	域の健康課題 KDB_NO.1
	9		メタ		女性	66	24.0	87	28.5	15,573	19.1	14,284	20.3	776,330	17.3	地域全体像の把握
	10		ボ		総数	25	4.7	29	5.3	9,243	6.1	6,625	5.3	372,685	4.7	
	11)		該	BMI	男性	2	0.8	1	0.4	1,548	2.2	1020	1.9	59,615	1.7	
	12		当	- ME O 7	女性	23	8.4	28	9.2	7,695	9.4	5,605	8.0	313,070	7.0	
	13		予	血糖のみ血圧のみ		5	0.9 9.7	4 61	0.7	1,199	0.8 8.1	937	0.8 8.7	52,296	0.7	
	(14) (15)		備群	脂質のみ		52 19	3.6	19	3.5	12,440 3,965	2.6	10,832 2,819	2.3	587,214 208,214	7.4 2.6	
	16		レ	血糖・血圧	***************************************	24	4.5	14	2.6	4.996	3.3	4.388	3.5	212.002	2.7	
	17)		ベル	血糖・脂質		3	0.6	6	1.1	1,510	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9	
	18		"	血圧・脂質		58	10.9	62	11.3	12,772	8.4	10,659	8.5	663,512	8.4	
	19			血糖・血圧	・脂質	37	6.9	37	6.8	8,467	5.5	7,012	5.6	415,310	5.3	
			服	高血圧		244	45.7	233	42.6	54,561	35.7	50,390	40.4	2,650,283	33.6	
	1		薬	糖尿病		41	7.7	38	6.9	12,934	8.5	12,088	9.7	589,711	7.5	
	<u> </u>		<u> </u>	脂質異常症		103	19.4	121	22.1	34,459	22.6	28,308	22.7	1,861,221	23.6	
			既	脳卒中(脳出		22	4.1 7.5	25	4.6 5.7	4,709	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3	
	2		往	心臓病 (狭心 腎不全	2症・心筋梗塞等	40 8	7.5 1.5	31 5	0.9	8,283 1,808	5.7 1.2	9,034 959	7.4 0.8	417,378 39,184	5.5 0.5	
			歴	貧血		62	11.7	66	12.1	12,100	8.4	10,539	8.6	761,573	10.2	
	3		喫煙	<u> </u>		79	14.8	73	13.3	23,837	15.6	14,067	11.3	1,122,649	14.2	
	4			- 回以上朝食を	抜く	83	15.5	77	14.1	10,687	7.7	9,919	8.1	585,344	8.7	
	5		*********	回以上食後間		76	14.2	97	17.7	18,294	13.1	13,431	11.0	803,966	11.9	
6	6	生活習慣の	週3[回以上就寝前	うり 食	136	25.5	136	24.9	22,957	16.4	21,086	17.3	1,054,516		KDB_NO.1
"	7	状況		る速度が速		145	27.2	170	31.1	37,935	27.2	30,003	24.6	1,755,597	20.0	地域全体像の把握
	8			競時体重から		210	39.3	220	40.4	46,884	33.5	41,664	34.1	2,192,264	32.1	
	9			30分以上運動		255	47.8	274	50.1	92,124	65.7	67,654	55.3	4,026,105	58.8	
	10		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	1時間以上運 R不足	動なし	186	34.8 22.3	92	16.8 26.3	67,794	48.5	54,729	44.8	3,209,187	47.0	
	11)			t 不 足 l 飲 酒		119 142	26.6	143 124	20.3	32,751 37,751	23.6	26,766 31,047	22.0	1,698,104 1,886,293	25.1 25.6	
	13		*********	飲酒		108	20.2	133	24.3	31,060	21.4	26,092	21.3	1,628,466	22.1	
	وي		<u> </u>	1合未満		112	41.3	139	47.8	57,553	59.5	45,862	62.9	3,333,836	64.0	
			日	1~2合		126	46.5	106	36.4	25,692	26.5	20,515	28.1	1,245,341	23.9	
	14)		飲酒	2~3合		24	8.9	36	12.4	10,133	10.5	5,557	7.6	486,491	9.3	
1	l	l	量	3合以上		9	3.3	10	3.4	3,402	3.5	1,012	1.4	142,733	2.7	l

【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 合併症の]	頁目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧	栖	HbA1c								
						虚血性心疾患	-la-k-	体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	\ \	血圧								
							CKD	GFR								
							UND	尿蛋白								
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	~//	血圧								
							OVD	GFR								
							CKD	尿蛋白								

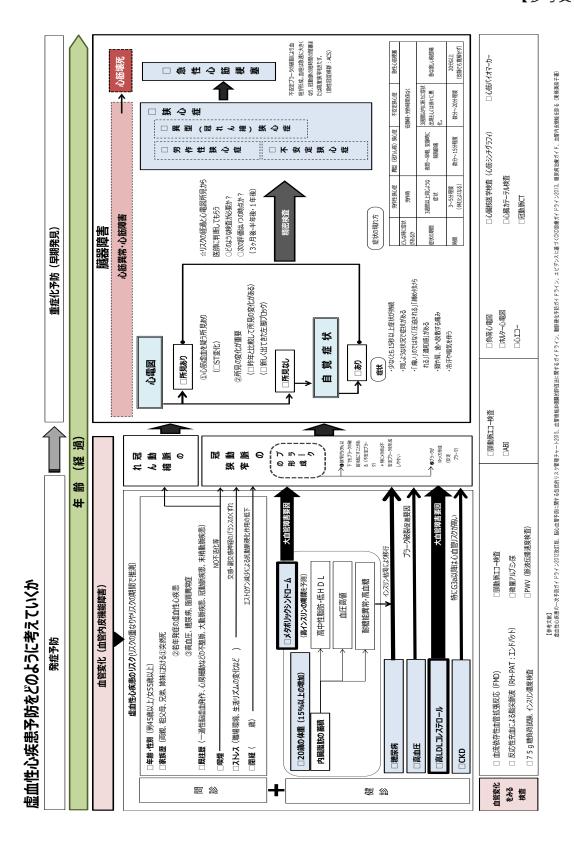
【参考資料 4】

【参考資料4】

	糖尿病管理台帳からの年次計画	Н	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	他の専門職への紹介など	実施計画(月)
	糖尿病管理台帳の全数 (A+B)) 人			
結果	②後期高齢者 ,	<u>(</u>)人	1.資格喪失 (死亡、転出) の確認	- 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	
把握		<u> </u>		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患―手術 ●人工透析 ●がん	後期高齢者、社会保険	
	◆ ①-1未治療者 (中断者含む)※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)人	3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導		
Ţ	<u>B 結果把握</u> ① HbA1cが悪化している	(<u>)人</u>)人	○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医	
	例)HbA1 c7.0以上で昨年度より悪化している	()人	4. 結果から動く		
保健	※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要	がある		○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		
指導の優	② 尿蛋白 (-) (±)	()	○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続	
先づけ	(+)~ 顕性腎症	()人		栄養士中心	
	③eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下	()		腎専門医	

【参考資料5】

様	式6	6-1 糖原	尿病'	性腎症	重症化予防の	取り	組み評	F 価	同規模 区分		都道 府県	鹿児島県		市町村名	龍郷町
						突			保険	者			同規模保険	者(平均)	
				項目		合表	28年	度	29年	- 度	30年		29年度同規模	保険者数242	データ基
						10	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	1	被保険者数	汝			Α		1,893人		1,776人		0人			KDB_厚生労働省様式
	2		(再	曷) 40-74歳	t	^		1,389人		1,348人		0人			様式3-2
	1		対象	者数		В		1,187人		1,154人		0人			
2	2	特定健診	受診	者数		С		547人		533人		0人			市町村国保
	3		受診	率		U		46.1%		46.2%		0.0%			特定健康診查·特定保健指導
_	1	特定	対象	者数				73人		57人					状況概況報告書
3	2	保健指導	実施	率				27.4%		52.6%					
	1		糖尿	病型		Е	54人	9.9%	66人	12.4%	0人	0.0%			
	2			未治療・	中断者(質問票服薬なし)	F	18人	33.3%	21人	31.8%	0人	0.0%			
	3			治療中の	質問票 服薬あり)	G	36人	66.7%	45人	68.2%	0人	0.0%			
	4				- ロール不良 7.0以上または空腹時血糖130以上		19人	52.8%	23人	51.1%	0人	0.0%			
	5				血圧 130/80以上	J	13人	68.4%	15人	65.2%	0人	0.0%			
4	6	健診					11人	57.9%	15人	65.2%	0人	0.0%			特定健診結果
	7	データ			- ロール良 c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	50.0%	22人	48.9%	0人	0.0%			
	8			第1期	。7.0未満かつ室腹時血糖130未満 尿蛋白(一)		33人	61.1%	46人	69.7%	0人	0.0%			
	9			第2期	尿蛋白(±)		6人	11.1%	8人	12.1%	0人	0.0%			
	10			第3期	尿蛋白(+)以上	М	13人	24.1%	12人	18.2%	0人	0.0%			
	10			第4期	eGFR30未満		3人	5.6%	0人	0.0%	0人	0.0%			
_	1		ちゅう ちゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう しゅうしゅう ちゅうしゅう ちゅうしゅう しゅうしゅう しゅう	病受療率(٥٨	72.9人	0,7	77.1人	0,	#DIV/0!			_
	2		相水		被诛蚁干刈) 0-74歳(被保数千対)			98.6人		99.4人		#DIV/0!			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	3						750/#		750/#			#DIV/U:	1 000/#	(700.0)	
	\vdash			レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保数千対	入院外(件数)		752件	(554.6)	753件	(576.6)			1,232件	(793.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	4		det 🗆		入院(件数)		12件	(8.8)	8件	(6.1)			9件	(5.8)	
	5		棚 水	病治療中		Н	138人	7.3%	137人	7.7%	0人	0.0%			
	6			(再掲)4			137人	9.9%	134人	9.9%	0人	0.0%			
	7				参未受診者	I	101人	73.7%	89人	66.4%	0人	0.0%			
5	8	レセプト	インス	スリン治療		0	10人	7.2%	12人	8.8%	0人	0.0%			
٦	9	<i>D</i> 271		(再掲)4	0-74歳		10人	7.3%	12人	9.0%	0人	0.0%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	10		糖尿	病性腎症		L	24人	17.4%	20人	14.6%	0人	0.0%			
	11)			(再掲)4			24人	17.5%	19人	14.2%	0人	0.0%			
	12			、工透析患者			6人	4.35%	7人	5.11%	0人	0.00%			
	13)			(再掲)4	0-74歳		6人	4.38%	7人	5.22%	0人	0.00%			
	14)			新規透析	f患者数		0人		2人	3.25%					
	15)			(再掲)制	基尿病性腎症		2人	2.26%	2人	2.92%					
	16]後期高齢者	慢性人工透析患者数 める割合)		2人	1.1%	3人	1.6%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
	1			療費			6億	7690万円	6億	6363万円		1	6億	7042万円	1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1
	2				動物 大大学 大大学 大大学 大大学 大大学 大大学 大大学 大大学 大大学 大大		-	9306万円		6474万円				7717万円	
	3				に占める割合)	1		58.1%	-	55.0%				56.3%	
	4			生活習慣病	健診受診者			8,624円		6,164円				8,138円	
	5			対象者	健診未受診者			33,298円		33,926円				35,552円	
	6		カラ カ	病医療費				2041万円		2233万円				3948万円	
	7				春春に占める割合)			5.2%		6.1%				10.5%	
6	8	医療費	(生活習慣病総医療費に占める割合) 糖尿病 λ 除め、総医療費				7036万円		6742万円				. 5.5 / 0	KDB	
"	9	应 源 其	糖尿病入院外総医療費				41,173円		40,037円					健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題	
	10		1件あたり 糖尿病入院総医療費				-		6754万円					⊗地域の速球迷翅	
	\vdash		相外が大院総と様質			5847万円									
	11)		1件あたり 			536,422円			608,479円						
	12		在院日数 慢性腎不全医療費			14日			16日				201577		
	13		慢性					6868万円		7369万円				3215万円	
	(14) (i)			透析有り				6432万円		6790万円				2985万円	
	15)			透析なし				437万円		579万円				230万円	
7	1	介護	介護	給付費				2344万円		1973万円		1	7億	7210万円	
Ĺ	2			(2号認定	至者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			VDD 随砂。医床 人种型 L/1
8	1	死亡	糖尿	病(死因別	死亡数)		2人	2.3%	1人	0.9%			1人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題



56

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

//:th	=^+====================================	IB=A		リスク	状況		対象者
1建	診結果、同	当診	他のリスクの重	重なりを考える	虚血性心疾患	きを予防するためのリスク	(
1	心電図		小雪図	所見なし		ST変化	(5)
	心电凸		(6)电点/	川光な ひ		その他所見	重
			₹ T	-			症
2	問診		□自覚症状なし		□少なくとも15秒以上の	状がある 自される」「締め付けられる」「違和 :状があった	化予防対象者
			□家族歴 父	母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突			
			□既往歴·合併症 — _.		を行っての虚血性心疾患の発尿・原理である。	症	
			7	_			
3	健診結果	m.		か。この人がどういう経過をたどう Sリスクがあるかどうかをスクリーニン		メタボタイプかLDLタイプか を経年表より確認する。	
	判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
	□腹囲				85~ 90~		
	□ВМІ		~24.9	2!	5~		
	□中性	空腹	~149	150~299	300∼		
メタ	脂肪	食後	~199	20	00~		
ボリ	□nonH	DL-C	~149	150~169	170~		
ツク	□AST		~30	31~50	51∼		発症
シン	□血糖	空腹	~99	100~125	126~	【軽度】	予 防
F	- III.1/II	食後	~139	140~199	200~	□75 g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査	対 象
l ム	□HbA1	.c	~5.5	5.6~6.4	6.5~	□尿アルブミン/クレアチニン比	者
	□尿酸		~7.0	7.1~7.9	8.0~		
	□血圧	収縮期	~129	130~139	140~	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧	
		拡張期	~84	85~89	90~	の鑑別)	
4	□LDL-C		~119	120~139	140~	□角膜輪/アキレス腱肥厚 /皮膚・腱黄色腫/発疹性 黄色腫の有無	
e G F	R			60	未満		
尿蛋白	l		(-)	(+	-) ~		
□ск	D重症度	分類		G3a	A1~		
	その他		□閉経 □アルコール □運動習慣 □睡眠・生活リズム 0		12	24	

参考:脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料8】

血圧評価表

	被保険	2 李訂													健診す	* -5										
W -	拟体的	大日証	r h	IAT Dil	HΨ		過:	去5年間の	りうち直	Ĺ									血圧							
番号			氏名	性別	年齢	メタボ							H24			H25			H26			H27			H28	
	記号	番号				定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期
																				·						

【参考資料9】

【参考資料9】

心	<u> </u>	動管理	台帳																					【参考:	資料9	1
				基本情報				治療状況	?	脳梗塞	の有無							毎年度	を確認す	ぱること						
番	登録							心豆细	心豆细				平	成26年	度			平	成27年	度			4	成28年	度	
番号	年度 番号	行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機 関名	心房細 動の病 名	動診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	健診 受診 日	心電 図判 定	治療 状況	内服 薬	備考	健診 受診 日	心電 図判 定	治療 状況	内服 薬	備考	健診 受診 日	心電 図判 定	治療 状況	内服 薬	備考
																										<u> </u>
																										L
																										L
																										_
																										<u> </u>
																										<u> </u>
																										$ldsymbol{f\perp}$
																										<u> </u>
																										$ldsymbol{f\perp}$
					_																					▙
																										<u> </u>

【参考資料 10】

					【多写真科 10】
様式1	A(改善)	⑤残っている課題	重症化予防対策 CKD重症度分類のレベ ルによっては、対象者が 多く栄養指導は、マンパ ワー不足。 体制づくりたして、看護 師・管理栄養土を雇いる げて保健指導を実施(対 象者は、特定健診受診者 の内1/4が対象)	医療機関との連携	未受診者対策 ・精密対象者の病院受診 確認ができていない。次 年度は、保健師に依頼す る。
保険者名		⑤残	中 体 ・ 受診率 ・ 対計画的な ・ 本受診者対 ・ 本受診者対 る。 る。		
		④ストラクチャー (構造)仕組みや体制を評価	重症化予防対策・町内の医療機関からの情報提供とりまとめが多数をつた。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	医療機関との連携・部医師会の種族病重症化予的事業の受け入れ態勢が課題。 ・病院機関の理解を得るため、今後近隣市的 対で意見交換会を交えて特徴していく。	未受診者対策・イベント時・役場来庁・時の特別を表しの特定を受診し要実施・の特別を表し、がは、ハガキによる受診が表し、必ずを表し、対策を制度を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を
		③アウトカム (結果) 事業の目的・目標の達成状 況を評価	重症化予防対策・情報提供提出者は、 一定している。	医療機関との連携 ・保証指導を施者の 改善があった項目 体重・血糖・肝機能・ 血圧・福井・心電図・ 貧血	・前年度に比べ、特定 別を選討導の実施率 は、20.2%増加した。 ・電話や訪問で連絡 が取れた人は受診に 結びつている。
	C(評価)	②アウトプット (事業実施量) 事業実施量を評価	重症化予防対策 ・9割の特定健認受診 ・9割の特定健認受診 ・ 日本的・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	医療機関との連携 精液重化子防保 健指導実施人数(1 名 対 前間回数 3回 手紙支援 1回 電話支援 7回 医療機関と連携した回数 3回	未受診者対策 ・新規の特定健診 受診者 8.3%
		①プロセス (過程) 目標達成に向けた過程や活動状況を評価	重症化予防対策 ・年度途中の特定健診受者数確認の後、目 標達成に調達する情報提供の数の収集目 標を立て、訪問で確実に回収する。医療機 関での回収協力を得る。	医療機関との連携 ・各市町村と連携を取り糖尿病重症化予防意見交換 会を年に4回ほど設け医療機関との体制つくりを構築 できた。	未受診者対策 ・早朝スピード健診の受診率向上に向けて の効果的な取り組み。
平成29年度事業評価(平成30年度に向けての全体評価)	D(実施)	対象者の明確化・ 具体的な実践方法	重症化予防対策・受け入れ拒否の対象者にも、何度もアプローチを実施。役場での保健指導を実施する。	医療機関との連携 対象者の抽出、保健指導の準備健診結果、 及びレゼプトの確認・経年で健診結果を誘 み取り、過去の治療状況なども確認する。 ・重症化しずすい方を優先的に保健指導す る。 未治療者には必ず全員に受診勧奨を行い、 受診の有無を確認する。	未受診者対策 ・医療機関の協力による取り組み・ ハガキによる受診勧奨・電話での 受診勧奨 ・訪問(小数だが行っている)
度事業評価(平成30	P(計画)	課題·目標	重症化予防対策・3つの疾患(虚血性・次表患・脳血管疾患・糖尿病重症性腎症)を10%減らしていく。・高血圧・脂質異常・糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていく。	医療機関との連携・ ・医療機関窓口での、情報提供呼びかけの協力を願う。 ・年度末3か月前には強化して協力をもらう。	未受診者対策・5年連続特定健診 ・5年連続特定健診 未受診者の受診勧奨 を積極的にする。
平成29年		4,114	田	の受け入れ 市内 (大大力 (大大力) (大大大力) (大大大力) (大大力) (大大力) (大大力) (大大力) (大力) (_

様式2	A(改善)	⑤残っている課題	重症化予防対策 の保健活動に関して具体 的な目標、効果を検討 し、PDCAサイクルに基 づいて事業を計画する。 医療機関との連携 区事例等を積み重ねて、 独力体制をボードいへ、	来 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一
保険者名		(4)ストラクチャー (構造) 仕組みや体制を評価		来 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一
		③ アウトカム (結果) 事業の目的・目標の達成状	重症化予防対策 ○重症化予防対象者 数の確認(3疾患治療 なしの者) ○経年評価での改善 確認 医療機関との連携 ○CKD連携様式にて	への受診行動等 の個々の医療機関と の偏体状況(対象者の 受診行動状況) の協力体制状況) の協力体制状況) の協力体制代別に向けてのアプローチ状況 本でのアプローチ状況 本の保険証がなく 受診できていない、 が一人があった が、分割により保 競配発行、受診に が、分割により保 続びついたケース がある。
	C(評価)	②アウトプット (事業実施量) _{事業実施量を評価}	重症化予防対策 ○重症化予防対策 の状況 ○他保険者に対す る保健指導実施状 況 要に応じて各種教室 (栄養・運動)へあ参 加索内を行う(特定 保健指導1月2月予 定) 医療機関との連携 ○個々の医療機関	○協力体制づくりに 向けてのアプローチ 状況 ○新規受診者対策 前年度に比べて増 加している。(10月末 現在)
		①プロセス (過程)目標達成に向けた過程や活動状況を評価	重症化予防対策 ①29年度から糖尿病管理台帳を活用し始めている。研修に参加したことで優先的に対応しなければならない住民の把握や、アプローチの方法が明確しなった。6月にHM4165以上の方、悪化している方全員に糖尿病重症化予防の資料密検すみ。②体12分でし、中断者の把握に努めている。③健診後の精密検査の結果を確認して結果が悪い人には電話等で生活状況を確認するように努めている。 医療機関との連携 原療機関との連携 の3重症化とうな糖尿病性腎症の方の方、平成の独生をからる。細に即組みがれいるが	れも改善が見られた。事業対象者ではない方にも関わり改善が見られた。事業対象者ではない方にも関わり改善に結びついた。②医療機関と連絡を取り合うた結果、医師から相談が来るなど医師との連携が取りやすくなった。②(6月)特定健診の受診無のはがきを送付した。②(6月)特定健診前に民生委員等地域の方と共に未受診者の訪問を行った。毎月実施している体操教室で健診前に健診の必要性をPRLている体操教室で健診前に健診の必要性をPRLでいる体操教室で健診前に健診の必要性をPRLでいる体操教室で健診前に健診の必要性をPRLでいる体操教室で健診前に健診の必要性をPRLでいる体操教室で健診前に健診の必要性をPRLでいる体験教室で健診前に健診の必要性を行うている。(前回データを参考に血圧・糖・脂質等のリスク音に対して優先的に健診の声掛けを行うている。)
	D(実施)	対象者の明確化・ 具体的な実践方法	重症化予防対策 ①国保連合会作成資料(糖尿病管理 台帳、経年重症化予防評価)を利用し で対象者の選定を行う。②健診後の 精密検査結果を確認する(受診したか どうかの確認及び必要な助言等を行 う(ご転入者や新規国保加入者に対して、健診に関する資料を配加入者に対して、健診に関する資料を配加入者に対して、健診に関する資料を配布する。 (窓口・郵送) (窓口・郵送)	 未受診者対策 本のアプローチ(文書や訪問等で関わっていべ。) 本のアプローチ(文書や訪問等で関わっていべ。) 本とアトル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
(進捗状況)	P (計画)	平成30年度課題	重症化予防対策 ◆他市町村からの転入者 が重症化予のを一入があるが、転入者の健康状態 のが、転入者の健康状態 の把握ができていない。 ◆健診一一ケの整理、分析、住民へのアプローチまでの一連の作業に関わる マンパワーが不足している。 る。 医療機関との連携 ◆特定健診や情報提	氏表に由していて 民や医師の理解を得る必要がある。(特に 内科以外の診療科) 本コントロール不良 者や中断者等の情報 未受診者対策 未受診者対策 (い。(特に独身男性は、健 康増進意欲が低い傾向が ある。)
平成30年度事業(進捗状況	≝)d	平成30:	日 標 ○特定健診受診率H30 年度目標60%○特定保健指導実施率60%○健設受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病 調血管疾患・糖尿病 者が重症化するケース があるが、転入時に健康 状態の把握ができていな	い。 ◆健砂データの整理、分析、住民へのアプローチまでの一連の作業に関わるマンパワーが不足している。 ◆ 血圧・血糖・脂質・CKD・庭血性・張質・30 ◆ 受診率向上に取り組んでいるが、目標の60%には到達できていない。 (①健診に対する啓蒙活動が不十分である。 ◆ 受診率向上に取り組んでいるが、日保のをのがには到達できていない。 (①健診に対する啓蒙活動が不十分、住民や医療機関の理解不足と感じる。)