第2期保健事業実施計画

（データヘルス計画）

諸塚村

平成30年　3月

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。

諸塚村においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、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

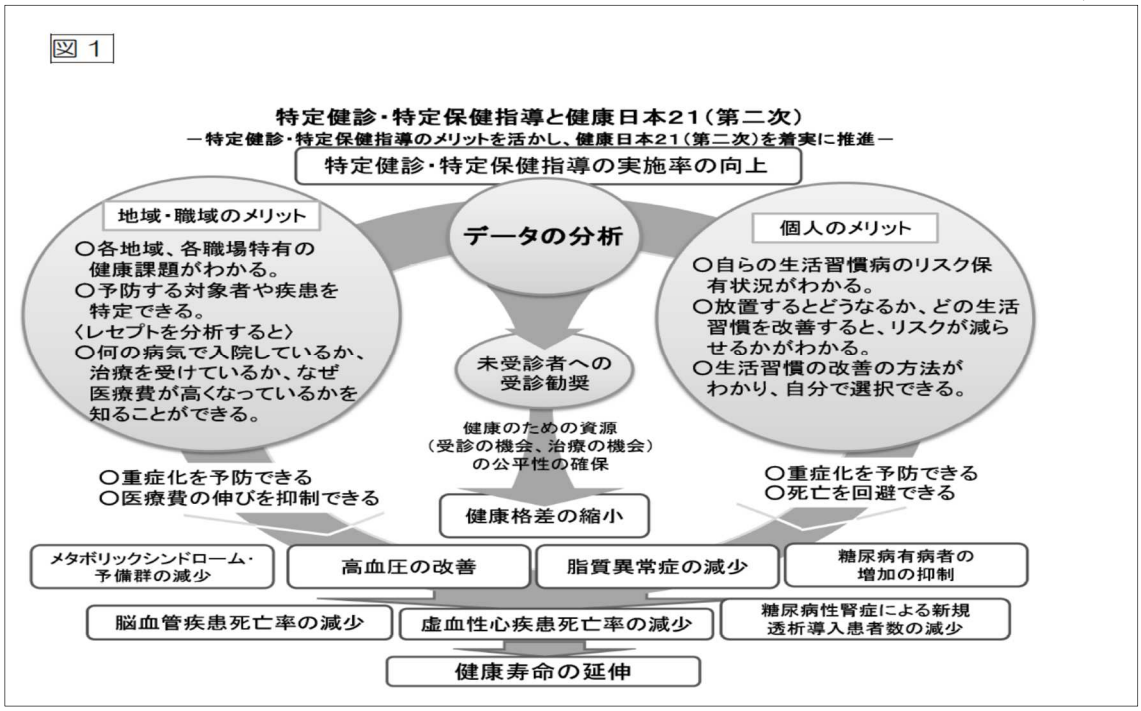
第 2 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、宮崎県県健康増進計画や諸塚村健康づくり計画、宮崎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）

平成３０年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

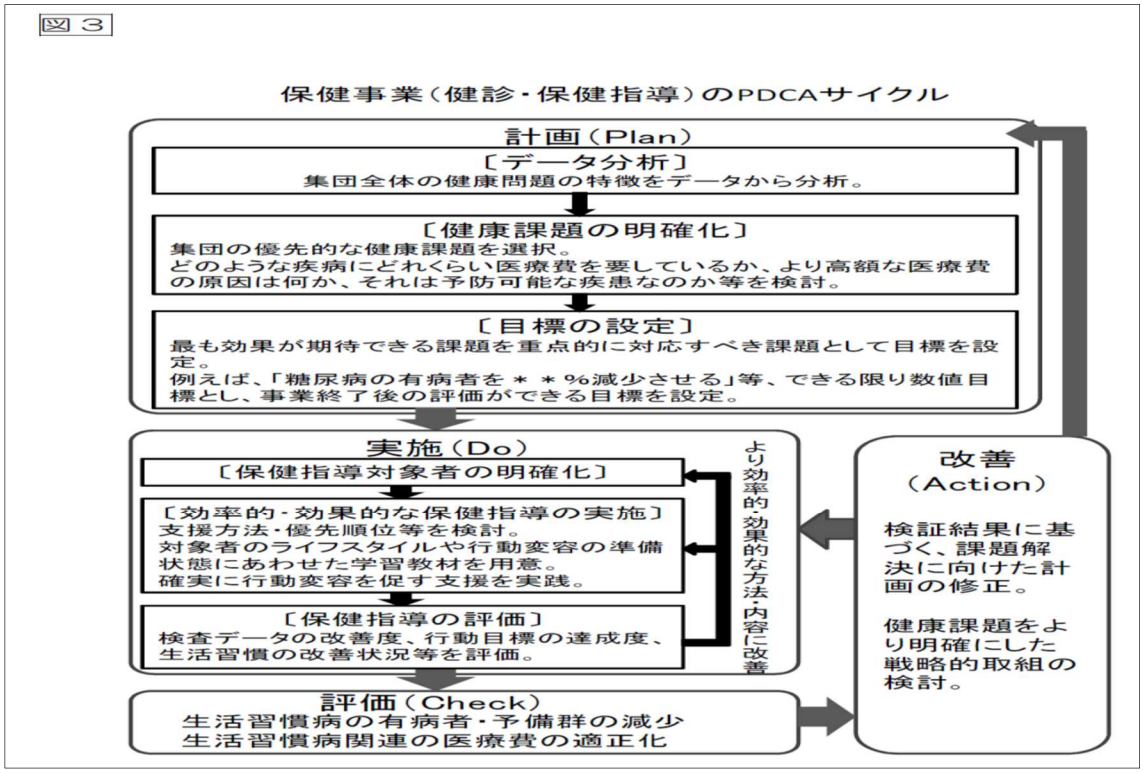
	健康日本２１計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保健事業(支援)計画	医療費適正化計画	医療計画
法律	健康増進法第８・９条、第６条 健康増進事業実施者*	高齢者の医療の確保に関する法律第１９条	国民健康保険法第８２条	介護保険法 第116～118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第９条	医療法　第３０条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 平成２４年６月	厚生労働省　保険局 平成２９年８月	厚生労働省　保険局 平成２８年６月	厚生労働省　老健局 平成29年	厚生労働省　保険局 平成28年3月	厚生労働省　医政局 平成29年3月
	国民の健康増進の総合的な推進を図るための法律	特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	介護保健事業に関す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	医療費適正化に関する施策についての基本指針【全部改正】	医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠期間	法定　平成25～34年 （第2次）	法定　平成30～35年 （第3期）	指針　平成30～35年 （第3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）
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	都道府県：義務 市町村：努力義務	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格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による、糖尿病等の生活習慣病予防対策を効果的に進めることができれば、重症化や合併症の発症を抑えることができる。この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現できる。特定健康診査は、生活習慣病の発症・重症化を予防を目的として、メタボリックシンドロームに着目し、特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行う。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、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は保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応自立した日常生活ができるよう支援することや、要介護状態または要支援状態になることの予防または、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
年齢対象	ライフステージ(乳幼児期、壮年期、高齢期)に応じて	40～74歳	被保険者全員	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	全て	全て
対象疾病	メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム	糖尿病性腎症		
	肥満	肥満	肥満	糖尿病性神経障害		
	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	閉塞性動脈硬化症		
	高血圧	脂質異常症	高血圧等	脳血管疾患	生活習慣病	
	虚血性心疾患	虚血性心疾患	虚血性心疾患	慢性閉塞性肺疾患(COPD)		心筋梗塞等の心疾患疾患
	脳血管疾患	脳血管疾患	脳血管疾患	がん末期		脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD)		慢性閉塞性肺疾患(COPD)	初老期の認知症、早老症		
	がん		がん	骨折、骨粗鬆症		がん
	ロコモティブシンドローム			パーキンソン病関連疾患		
	認知症			脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症		精神疾患
	メンタルヘルス			関節リウマチ、変形性関節症		
				多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症		
				後靱帯硬化症		
評価	＊53項目中特定健診に関する15項目	①特定健診受診率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮	①地域における自立した日常生活の支援	○医療費適正化の取り組み	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制(地域の実情に応じて設定)
	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率		(1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する。)	②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止	外来	
	②合併症(糖尿病性腎症による新規透析導入患者数)	②特定保健指導実施率	①食生活　②日常生活における歩数　③アルコール摂取量	③介護給付費の適正化	①1人あたり外来医療費の地域差の縮減	
	③治療継続者の割合				②特定健診・特定保健指導の実施率の減少	
	④血糖コントロール不良者		④喫煙		③メタボ該当者・予備群の減少	
	⑤糖尿病有病者		(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		④糖尿病重症化予防の推進	
	⑥特定健診・保健指導の実施率					
	⑦メタボ予備群・メタボ該当者					
	⑧高血圧⑨脂質異常症					
	⑩適正体重を維持しているものの増加(肥満・やせの減少)		(3)医療等		入院 病床機能分化・連携の推進	
	⑪適切な材料と質の食事を取る		①医療費　②介護費			
	⑫日常生活における歩数	保険者努力支援制度				
	⑬運動習慣者の割合					
	⑭成人の喫煙率	【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定				
	⑮飲酒している者					
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局：国保連)による計画作成支援			保険者協議会(事務局・国保連を通じて)、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診･保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診･保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、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

諸塚村においては、住民福祉課国保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。特に保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、後期高齢者医療係、保健予防係、介護保険係、福祉係、教育委員会、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、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という）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、特に諸塚村国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与が更に重要となる。

このため、諸塚村国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、諸塚村国保と日向市東臼杵郡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、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と宮崎県は、ともに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。

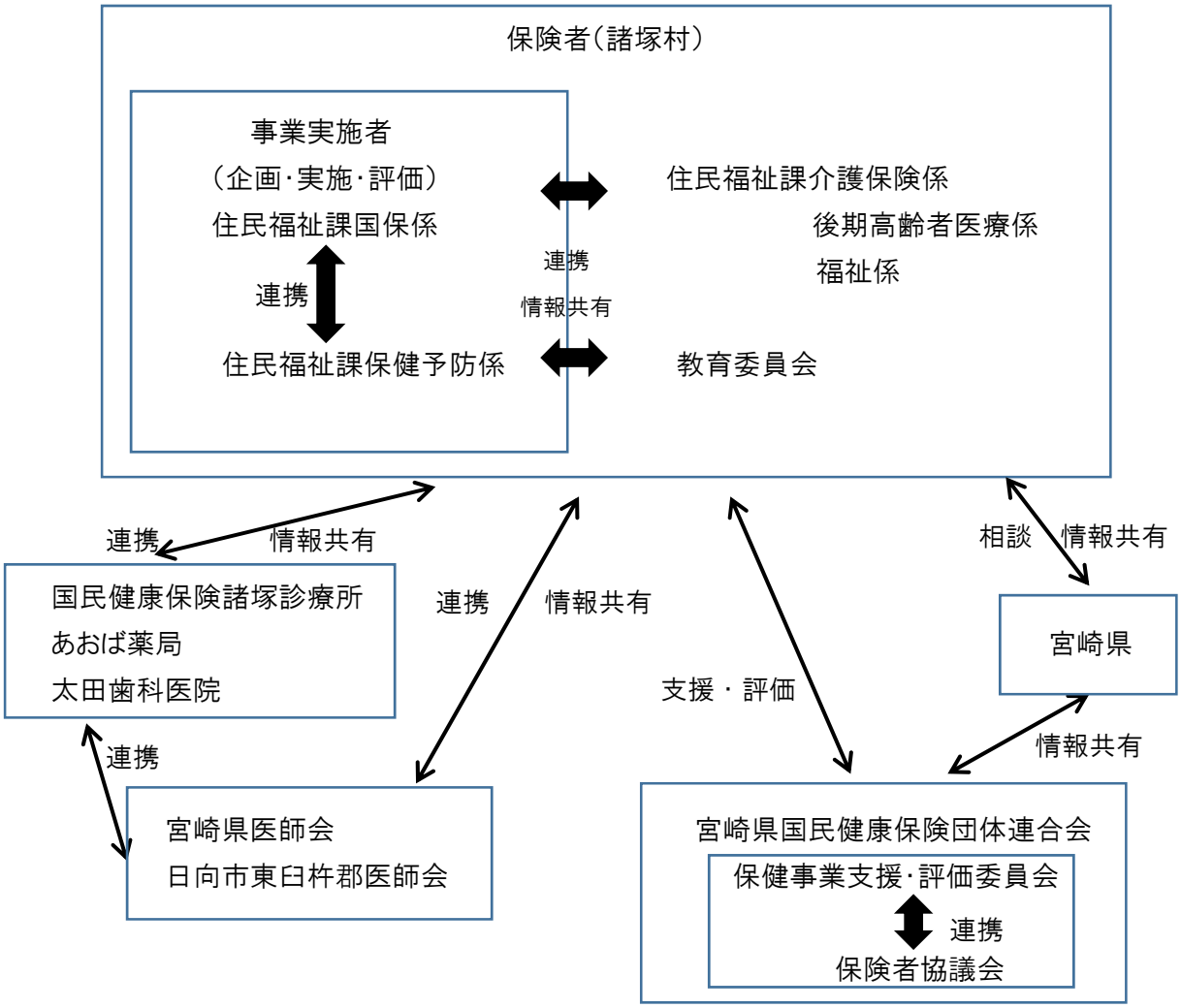
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

諸塚村の実施体制図

【図表 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年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	諸塚村	配点	諸塚村	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）			244		979 (内示額)	
総得点（体制構築加点含む）			212		420	
全国順位（1,741 市町村中）			676			
共通①	特定健診受診率	20	20	35	20	50
	特定保健指導実施率	20	20	35	0	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	0	35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	10	20	20	30
	歯周疾患（病）検診	10	10	15	15	25
共通③	重症化予防の取組	40	0	70	70	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45	70	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	15	25	7	35
	後発医薬品の使用割合	15	0	30	0	40
固有①	収納率向上	40	15	70	30	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	30	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	13	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	7	30	20	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

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、全体の死亡数から65歳未満の死亡数をみると、65歳未満の死亡数は変わらず、割合は減少している。人口規模が小さく、1件増減するごとの変動幅が大きいため、評価は難しい。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護保険認定者については、総合事業が始まった影響もあってか、認定率は横ばいで、介護給付費は減少している。

また、医療費については、被保険者数は年々減少するのに反して、総医療費は年々増加し、平成28年度1人当たり医療費は宮崎県1位となった。特に入院医療費が大きく伸びており、疾患別に見ると、精神、慢性腎不全(透析あり)、悪性新生物の占める割合が増加している。

諸塚村は、特定健診受診率、医療の受診率ともに高いにもかかわらず、入院医療費が年々上昇していることから、健診、医療が重症化予防につながっていないことが考えられる。

I.　　中長期目標の達成状況

①　介護給付費の状況（図表６）

諸塚村の介護給付費は、総額、1人当たり給付費ともに減少している。総合事業が始まった影響もあると思われるが、1人当たり給付費の施設サービスが減少していることから、施設入所者の占める割合が減少していることも考えられる。

【図表６】

介護給付費の変化

年度	諸　塚　村				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1人当たり給付費	1件当たり給付費		1人当たり給付費	1件当たり給付費	
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
平成25年度	2億1863万円	305,351	29,369	263,642	303,516	40,098	279,554
平成28年度	1億9340万円↓	270,113↓	29,138	243,101↓	308,637	39,646	273,946

②　医療費の状況（図表７）

医療費の変化について、平成28年度総医療費は、平成25年度と比較すると3666万円増の2億330万円と、大幅な増額となった。特に入院医療費の伸び率が高い。外来医療費も増額となっているため、医療にはかかっているが、重症化の予防にはつながっていないと考えられる。

【図表７】

医療費の変化

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	
				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	1億6664万円				7720万円				8944万円			
	H28年度	2億330万円	6334万円	22.0	3.0	1億1114万円	6607万円	43.9	2.609	9216万円	9727万円	3.1	3.3
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	24,600				11,400				13,200			
	H28年度	34,390	9,790	39.8	5.8	18,800	7,400	64.9	5.5	15,590	2,390	18.1	6.2

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

③　最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表８)

中長期目標である、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているが、透析を伴う腎疾患、脳血管疾患にかかる医療費は増加しており、特に透析を伴う腎疾患については2倍以上となっていることが分かる。

短期目標である、高血圧疾患にかかる医療費は大幅に減少しているが、糖尿病、脂質異常症についてはやや増加している。

【図表８】

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

同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				金額	順位		腎		脳	心								
					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	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
	H25	諸塚村	166,640,200	24,604	133位	16位	3.11%	0.63%	1.81%	1.11%	3.68%	12.53%	1.20%	40,107,950	24.07%	7.53%	13.77%	13.60%
	H28	諸塚村	203,299,610	34,399	20位	1位	7.11%	0.24%	2.36%	0.76%	4.47%	4.51%	1.64%	42,853,630	21.08%	8.95%	17.50%	12.01%
	H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
	H28	全国	9,687,968,260,190	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%

④　中長期的な疾患(図表９)

平成25年度は虚血性心疾患治療中の者が多かったが、平成28年度は脳血管疾患治療中の者の割合が高い。特に、65歳以上の治療者が増加している。

3疾患を治療中の者の基礎疾患としては、高血圧が一番高い。

【図表９】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	567	22	3.9	4	18.2	0	0.0	21	95.5	8	36.4	11	50.0
H25	64歳以下	354	8	2.3	2	25.0	0	0.0	8	100.0	3	37.5	5	62.5
H25	65歳以上	213	14	6.6	2	14.3	0	0.0	13	92.9	5	35.7	6	42.9
H28	全体	499	21	4.2	4	19.0	0	0.0	20	95.2	5	23.8	10	47.6
H28	64歳以下	278	5	1.8	1	20.0	0	0.0	4	80.0	1	20.0	3	60.0
H28	65歳以上	221	16	7.2	3	18.8	0	0.0	16	100.0	4	25.0	7	43.8

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
H25	全体	567	17	3.0	4	23.5	0	0.0	15	88.2	3	17.6	9	52.9
H25	64歳以下	354	7	2.0	2	28.6	0	0.0	6	85.7	2	28.6	6	85.7
H25	65歳以上	213	10	4.7	2	20.0	0	0.0	9	90.0	1	10.0	3	30.0
H28	全体	499	24	4.8	4	16.7	0	0.0	18	75.0	5	20.8	6	25.0
H28	64歳以下	278	5	1.8	1	20.0	0	0.0	4	80.0	2	40.0	3	60.0
H28	65歳以上	221	19	8.6	3	15.8	0	0.0	14	73.7	3	15.8	3	15.8

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	567	2	0.4	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
H25	64歳以下	354	2	0.6	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
H25	65歳以上	213	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
H28	全体	499	3	0.6	0	0.0	0	0.0	3	100.0	1	33.3	1	33.3
H28	64歳以下	278	2	0.7	0	0.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0
H28	65歳以上	221	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2～3－4)

中長期目標疾患に共通するリスク疾患の治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者の割合は減少傾向だが、基礎疾患に脂質異常症を持つ者の割合が減少している。また、透析導入となった者も1名おり、重症化予防ができていたか確認する必要がある。

インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし透析者は増加していることから、治療中断がなかったか、確認していく必要がある。

高血圧の治療者数は減少しているが、脳、心疾患、人工透析治療中の者の割合は増加している。高血圧からの重症化予防ができていなかったと考えられる。

脂質異常症については、患者数に大きな変化はないが、糖尿病、高血圧治療中の者で、脂質異常症の治療も受けている者の割合が高くなっているため注意が必要。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	567	46	8.1	3	6.5	38	82.6	23	50.0	8	17.4	3	6.5	0	0.0	3	6.5
	64歳以下	354	17	4.8	2	11.8	13	76.5	7	41.2	3	17.6	2	11.8	0	0.0	2	11.8
	65歳以上	213	29	13.6	1	3.4	25	86.2	16	55.2	5	17.2	1	3.4	0	0.0	1	3.4
H28	全体	499	36	7.2	1	2.8	25	69.4	22	61.1	5	13.9	5	13.9	1	2.8	3	8.3
	64歳以下	278	15	5.4	1	6.7	7	46.7	9	60.0	1	6.7	2	13.3	1	6.7	2	13.3
	65歳以上	221	21	9.5	0	0.0	18	85.7	13	61.9	4	19.0	3	14.3	0	0.0	1	4.8

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	567	163	28.7	38	23.3	61	37.4	21	12.9	15	9.2	1	0.6
	64歳以下	354	54	15.3	13	24.1	24	44.4	8	14.8	6	11.1	1	1.9
	65歳以上	213	109	51.2	25	22.9	37	33.9	13	11.9	9	8.3	0	0.0
H28	全体	499	134	26.9	25	18.7	56	41.8	20	14.9	18	13.4	3	2.2
	64歳以下	278	30	10.8	7	23.3	13	43.3	4	13.3	4	13.3	2	6.7
	65歳以上	221	104	47.1	18	17.3	43	41.3	16	15.4	14	13.5	1	1.0

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	567	71	12.5	23	32.4	61	85.9	11	15.5	9	12.7	0	0.0
	64歳以下	354	30	8.5	7	23.3	24	80.0	5	16.7	6	20.0	0	0.0
	65歳以上	213	41	19.2	16	39.0	37	90.2	6	14.6	3	7.3	0	0.0
H28	全体	499	65	13.0	22	33.8	56	86.2	10	15.4	6	9.2	1	1.5
	64歳以下	278	19	6.8	9	47.4	13	68.4	3	15.8	3	15.8	1	5.3
	65歳以上	221	46	20.8	13	28.3	43	93.5	7	15.2	3	6.5	0	0.0

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HbA1c の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は男性は該当者が増加し、女性は予備軍が増加している。

【図表11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省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	47	32.9	73	51.0	25	17.5	23	16.1	8	5.6	30	21.0	52	36.4	31	21.7	59	41.3	28	19.6	69	48.3	2	1.4
	40-64	17	26.6	35	54.7	11	17.2	14	21.9	1	1.6	8	12.5	16	25.0	16	25.0	21	32.8	14	21.9	29	45.3	0	0.0
	65-74	30	38.0	38	48.1	14	17.7	9	11.4	7	8.9	22	27.8	36	45.6	15	19.0	38	48.1	14	17.7	40	50.6	2	2.5
H28	合計	50	37.3	67	50.0	19	14.2	17	12.7	10	7.5	36	26.9	62	46.3	35	26.1	61	45.5	38	28.4	59	44.0	2	1.5
	40-64	16	33.3	24	50.0	6	12.5	7	14.6	3	6.3	11	22.9	13	27.1	18	37.5	23	47.9	17	35.4	20	41.7	0	0.0
	65-74	34	39.5	43	50.0	13	15.1	10	11.6	7	8.1	25	29.1	49	57.0	17	19.8	38	44.2	21	24.4	39	45.3	2	2.3

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	53	33.1	51	31.9	15	9.4	10	6.3	7	4.4	17	10.6	76	47.5	3	1.9	53	33.1	16	10.0	95	59.4	2	1.3
	40-64	26	38.8	23	34.3	6	9.0	5	7.5	2	3.0	5	7.5	25	37.3	0	0.0	13	19.4	6	9.0	35	52.2	0	0.0
	65-74	27	29.0	28	30.1	9	9.7	5	5.4	5	5.4	12	12.9	51	54.8	3	3.2	40	43.0	10	10.8	60	64.5	2	2.2
H28	合計	42	30.9	41	30.1	16	11.8	8	5.9	0	0.0	15	11.0	72	52.9	6	4.4	51	37.5	6	4.4	81	59.6	1	0.7
	40-64	18	30.0	17	28.3	4	6.7	3	5.0	0	0.0	5	8.3	25	41.7	4	6.7	18	30.0	3	5.0	34	56.7	0	0.0
	65-74	24	31.6	24	31.6	12	15.8	5	6.6	0	0.0	10	13.2	47	61.8	2	2.6	33	43.4	3	3.9	47	61.8	1	1.3

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	
H25	合計	143	62.2	16	11.2%	33	23.1%	2	1.4%	26	18.2%	5	3.5%	24	16.8%	4	2.8%	0	0.0%	16	11.2%	4	2.8%	230
	40-64	64	56.1	14	21.9%	13	20.3%	0	0.0%	11	17.2%	2	3.1%	8	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	8	12.5%	0	0.0%	114
	65-74	79	68.1	2	2.5%	20	25.3%	2	2.5%	15	19.0%	3	3.8%	16	20.3%	4	5.1%	0	0.0%	8	10.1%	4	5.1%	116
H28	合計	134	66.7	11	8.2%	23	17.2%	0	0.0%	21	15.7%	2	1.5%	33	24.6%	12	9.0%	0	0.0%	17	12.7%	4	3.0%	201
	40-64	48	54.5	8	16.7%	4	8.3%	0	0.0%	4	8.3%	0	0.0%	12	25.0%	4	8.3%	0	0.0%	7	14.6%	1	2.1%	88
	65-74	86	76.1	3	3.5%	19	22.1%	0	0.0%	17	19.8%	2	2.3%	21	24.4%	8	9.3%	0	0.0%	10	11.6%	3	3.5%	113

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	
H25	合計	160	73.4	14	8.8%	23	14.4%	0	0.0%	17	10.6%	6	3.8%	14	8.8%	5	3.1%	0	0.0%	3	1.9%	6	3.8%	218
	40-64	67	62.6	8	11.9%	10	14.9%	0	0.0%	6	9.0%	4	6.0%	5	7.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.0%	3	4.5%	107
	65-74	93	83.8	6	6.5%	13	14.0%	0	0.0%	11	11.8%	2	2.2%	9	9.7%	5	5.4%	0	0.0%	1	1.1%	3	3.2%	111
H28	合計	136	76.8	6	4.4%	25	18.4%	2	1.5%	18	13.2%	5	3.7%	10	7.4%	3	2.2%	0	0.0%	3	2.2%	4	2.9%	177
	40-64	60	72.3	2	3.3%	13	21.7%	1	1.7%	9	15.0%	3	5.0%	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	83
	65-74	76	80.9	4	5.3%	12	15.8%	1	1.3%	9	11.8%	2	2.6%	8	10.5%	3	3.9%	0	0.0%	3	3.9%	2	2.6%	94

③特定健診受診率･特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診実施率、保健指導実施率ともに向上しているが、保健指導実施率は目標の60％には到達していない。保健指導実施率が向上しなければメタボリックシンドロームの改善につながらないので、改善が必要。

【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

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	303	448	67.6	11	48	22	45.8	47.2	50.4
H28年度	270	378	71.4	7	38	18	47.4	47.0	51.3

2）　第 1 期に係る考察

第1期データヘルス計画では、短期目標である、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、肥満の予防と改善を目標としていた。しかし、目標は達成できない項目が多く、重症化した者が増加し、医療費高騰につながっている。

医療機関受診率、健診受診率ともに高いが、基礎となる生活習慣の改善の意識がないため、悪化している現状があると考える。住民に対し、健診や医療機関を受診するだけでなく、食事と運動の基本的生活習慣の見直しが必要だと理解して頂くことが重要な課題だと考える。

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

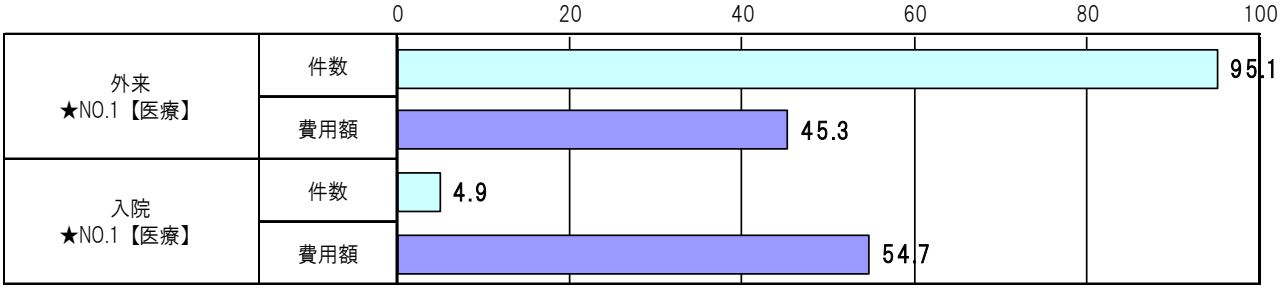
(1) 入院と入院外の件数･費用額の割合の比較（図表 13）

入院件数の割合は 4.9％で、費用額全体の 54.7％を占めている。入院を減らすことで、重症化予防にもつながり、医療費削減にもつながる。

【図表13】

1　入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	同規模平均	県	国
	34,399円	26,819円	26,708円	24,253円



(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）

平成28年度に、月額80万円以上となったレセプトは、17人36件だった。原因疾患ががんの者が29．4％を占める。長期入院は7人75件で、7人全員が精神疾患に罹患している。精神疾患の予防は難しいが、入院に至る前の支援を検討する必要がある。

人工透析患者については、糖尿病性腎症の者が1人いる。近年、糖尿病予備群が増加しているため、重症化予防、疾病予防が必要である。

【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		がん		その他	
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	17人		2人		0人		5人		12人	
					11.8%		0.0%		29.4%		70.6%	
		件数	36件		2件		0件		8件		26件	
					5.6%		0.0%		22.2%		72.2%	
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%
				40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%
				50代	0	0.0%	0	--	3	37.5%	2	7.7%
				60代	2	100.0%	0	--	4	50.0%	22	84.6%
				70-74歳	0	0.0%	0	--	1	12.5%	1	3.8%
		費用額	4737万円		264万円				988万円		3485万円	
					5.6%		--		20.9%		73.6%	

＊最大医療資源傷病名（主病）で計上

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	人数	7人	7人 100.0%	1人 14.3%	0人 0.0%
		件数	75件	68件 90.7%	4件 5.3%	0件 0.0%
		費用額	2876万円	2551万円 88.7%	138万円 4.8%	--

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

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	H28.5 診療分	人数	3人	1人 33.3%	0人 0.0%	0人 0.0%
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	52件	12件 23.1%	0件 0.0%	0件 0.0%
			費用額	2149万円	486万円 22.6%	--	--

＊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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが99.2%、筋骨格系の94.7%となり、介護認定を受けている者のほとんどが、血管疾患、筋骨格系疾患に罹患していることが分かる。

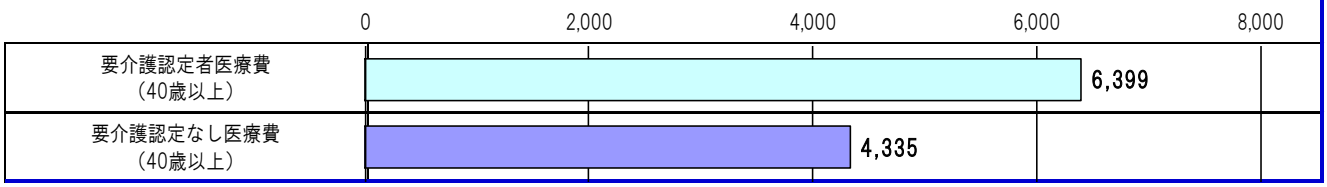
特に、74歳未満で介護認定を受けている者は全員血管疾患治療中であることから、特定健診を活用した重症化予防に努めることが介護予防の面でも重要である。

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			666人		290人		426人		716人		1,382人	
	認定者数			1人		4人		137人		141人		142人	
		認定率		0.15%		1.4%		32.2%		19.7%		10.3%	
	新規認定者数（＊1）			0人		3人		22人		25人		25人	
	介護度別人数	要支援1・2		0	0.0%	2	50.0%	54	39.4%	56	39.7%	56	39.4%
		要介護1・2		1	100.0%	1	25.0%	26	19.0%	27	19.1%	28	19.7%
		要介護3～5		0	0.0%	1	25.0%	57	41.6%	58	41.1%	58	40.8%
要介護突合状況 ★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）			1		3		125		128		129	
		再）国保・後期		0		0		125		125		125	
	有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	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
		血管疾患　循環器疾患	1	脳卒中	1 --	脳卒中	2 --	脳卒中	54 43.2%	脳卒中	56 44.8%	脳卒中	57 45.6%
			2	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	47 37.6%	虚血性心疾患	47 37.6%	虚血性心疾患	47 37.6%
			3	腎不全	0 --	腎不全	0 --	腎不全	11 8.8%	腎不全	11 8.8%	腎不全	11 8.8%
		基礎疾患（＊2）		糖尿病	1 --	糖尿病	0 --	糖尿病	29 23.2%	糖尿病	29 23.2%	糖尿病	30 24.0%
				高血圧	1 --	高血圧	2 --	高血圧	110 88.0%	高血圧	112 89.6%	高血圧	113 90.4%
				脂質異常症	1 --	脂質異常症	0 --	脂質異常症	50 40.0%	脂質異常症	50 40.0%	脂質異常症	51 40.8%
		血管疾患合計		合計	1 --	合計	3 --	合計	119 95.2%	合計	122 97.6%	合計	123 98.4%
		認知症		認知症	1 --	認知症	2 --	認知症	50 40.0%	認知症	52 41.6%	認知症	53 42.4%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	0 --	筋骨格系	2 --	筋骨格系	117 93.6%	筋骨格系	119 95.2%	筋骨格系	119 95.2%

＊1）新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
＊2）基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較　★NO.1【介護】



2）　健診受診者の実態（図表 16･17）

生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の重症疾患に移行していく可能性が高い。

諸塚村は、全国と比較して男女ともにBMI、腹囲、尿酸が超過している者が多いのが特徴である。

男性はメタボリックシンドローム該当者、予備群ともに多く、女性は予備群が多い。健診結果の有所見状況でも空腹時血糖･HbA1c･LDLコレステロールなど内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表16】

4　健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）　★NO.23（帳票）

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
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
県		9,575	31.6	15,630	51.7	7,821	25.8	6,239	20.6	3,236	10.7	11,486	38.0	16,848	55.7	6,819	22.5	15,844	52.4	6,542	21.6	13,241	43.8	686	2.3
保険者	合計	50	37.3	67	50.0	19	14.2	17	12.7	10	7.5	36	26.9	62	46.3	35	26.1	61	45.5	38	28.4	59	44.0	2	1.5
	40-64	16	33.3	24	50.0	6	12.5	7	14.6	3	6.3	11	22.9	13	27.1	18	37.5	23	47.9	17	35.4	20	41.7	0	0.0
	65-74	34	39.5	43	50.0	13	15.1	10	11.6	7	8.1	25	29.1	49	57.0	17	19.8	38	44.2	21	24.4	39	45.3	2	2.3

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県		9,385	23.4	8,731	21.8	5,714	14.2	3,682	9.2	1,096	2.7	9,336	23.3	23,454	58.5	1,132	2.8	18,483	46.1	4,932	12.3	22,389	55.8	130	0.3
保険者	合計	42	30.9	41	30.1	16	11.8	8	5.9	0	0.0	15	11.0	72	52.9	6	4.4	51	37.5	6	4.4	81	59.6	1	0.7
	40-64	18	30.0	17	28.3	4	6.7	3	5.0	0	0.0	5	8.3	25	41.7	4	6.7	18	30.0	3	5.0	34	56.7	0	0.0
	65-74	24	31.6	24	31.6	12	15.8	5	6.6	0	0.0	10	13.2	47	61.8	2	2.6	33	43.4	3	3.9	47	61.8	1	1.3

＊全国については、有所見割合のみ表示

【図表17】

5　メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）　★NO.24（帳票）

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
保険者	合計	134	66.7	11	8.2%	23	17.2%	0	0.0%	21	15.7%	2	1.5%	33	24.6%	12	9.0%	0	0.0%	17	12.7%	4	3.0%
	40-64	48	54.5	8	16.7%	4	8.3%	0	0.0%	4	8.3%	0	0.0%	12	25.0%	4	8.3%	0	0.0%	7	14.6%	1	2.1%
	65-74	86	76.1	3	3.5%	19	22.1%	0	0.0%	17	19.8%	2	2.3%	21	24.4%	8	9.3%	0	0.0%	10	11.6%	3	3.5%

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
保険者	合計	136	76.8	6	4.4%	25	18.4%	2	1.5%	18	13.2%	5	3.7%	10	7.4%	3	2.2%	0	0.0%	3	2.2%	4	2.9%
	40-64	60	72.3	2	3.3%	13	21.7%	1	1.7%	9	15.0%	3	5.0%	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%
	65-74	76	80.9	4	5.3%	12	15.8%	1	1.3%	9	11.8%	2	2.6%	8	10.5%	3	3.9%	0	0.0%	3	3.9%	2	2.6%

3）　糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病については、高値のまま放置している者はいないが、高血圧、脂質異常については未治療の者が多い。高血圧や脂質異常は放置すれば動脈硬化が進行し、重症疾患につながることを理解して頂けるような指導が必要である。

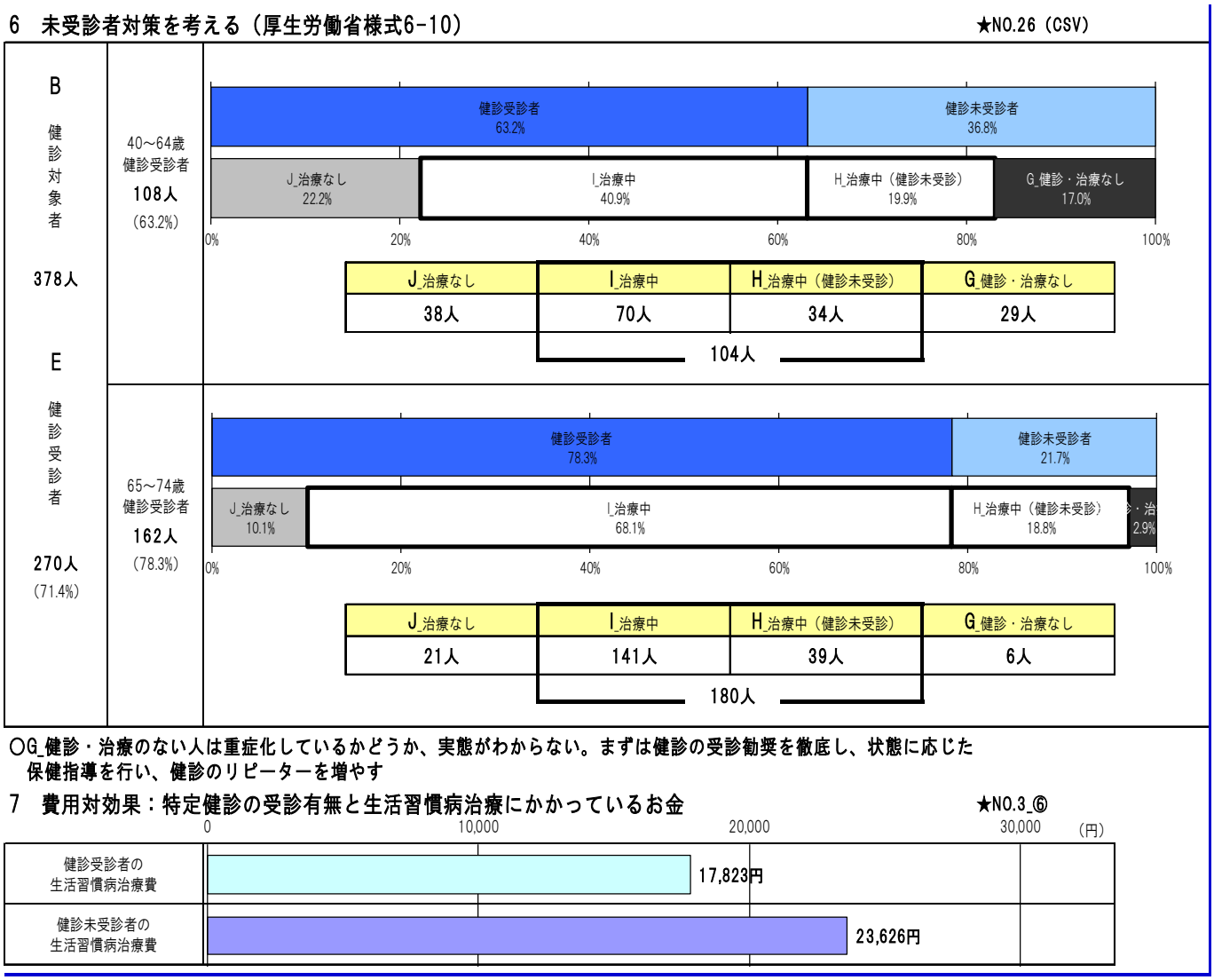
【図表18】

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17．0％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、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防の第１歩である。

【図表19】



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、糖尿病性腎症の患者数を今より減少、もしくは増やさないことを目標とする。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。諸塚村は受診率は高く、普段から病院にかかっているのにも関わらず、重症化し、入院に移行して医療費が高騰する例が多いのが実態である。このため、外来については現状を維持し、入院を抑えることを目標とする。目標として、入院の受診率を現状の38．9から、同規模平均の23．7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、肥満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、年々血圧、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、外来受診率が高いにもかかわらず、入院受診率も高い現状がある。これは、治療において薬物療法だけでなく、食事や運動などの生活習慣の改善が必要であると考えられる。このため、医療と連携して、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、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。

2．目標値の設定　【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

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	350人	330人	310人	290人	270人	250人
	受診者数	245人	230人	220人	210人	190人	180人
特定保健指導	対象者数	30人	30人	28人	28人	26人	26人
	受診者数	15人	16人	16人	16人	16人	16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し、各健診機関と直接委託契約を行う。

① 集団健診―宮崎県健康づくり協会
　　高野病院（総合健診と合わせて実施）

② 個別健診―国民健康保険諸塚診療所

(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、村報に掲載するほか、対象者には個別に案内する。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c･血清クレアチニン･尿酸、尿潜血、貧血、心電図、尿たんぱく定量検査）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、宮崎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】

健診の案内方法 ６月が特定健診集団健診となっているため、５月に全対象者に対して個別通知による受診勧奨を行う。併せて、村報にも健診の内容等記載し、広報をする。 当該年度に人間ドック事業の対象で、受診された方については特定健診を受診したとみなす。 ６月の集団健診を受診しなかった場合には、７～９月にかけての未受診者健診の受診勧奨を行う。 受診勧奨は個別通知を行う他、３年以上継続して受診していないものに対しては、地区担当保健師が家庭訪問による受診勧奨、もしくは電話での受診勧奨を行う。 諸塚診療所がかかりつけ医の場合には、４月～３月まで診療所にて特定健診を受診することができる。これについては、全体的な広報を行うと診療所の負担が増大するため、診療所から受診者に個別の勧奨を行うこととする。
健診実施スケジュール ４月　：　健診対象者抽出 各種ドック事業受診希望者に個別案内送付 ４～３月　：　諸塚診療所かかりつけ者に対する特定健診実施 ６月　：　集団特定健診実施 ６～３月　：　各種人間ドック事業実施 ７～９月　：　集団特定健診もれ者健診案内・実施

5. 特定保健指導の実施

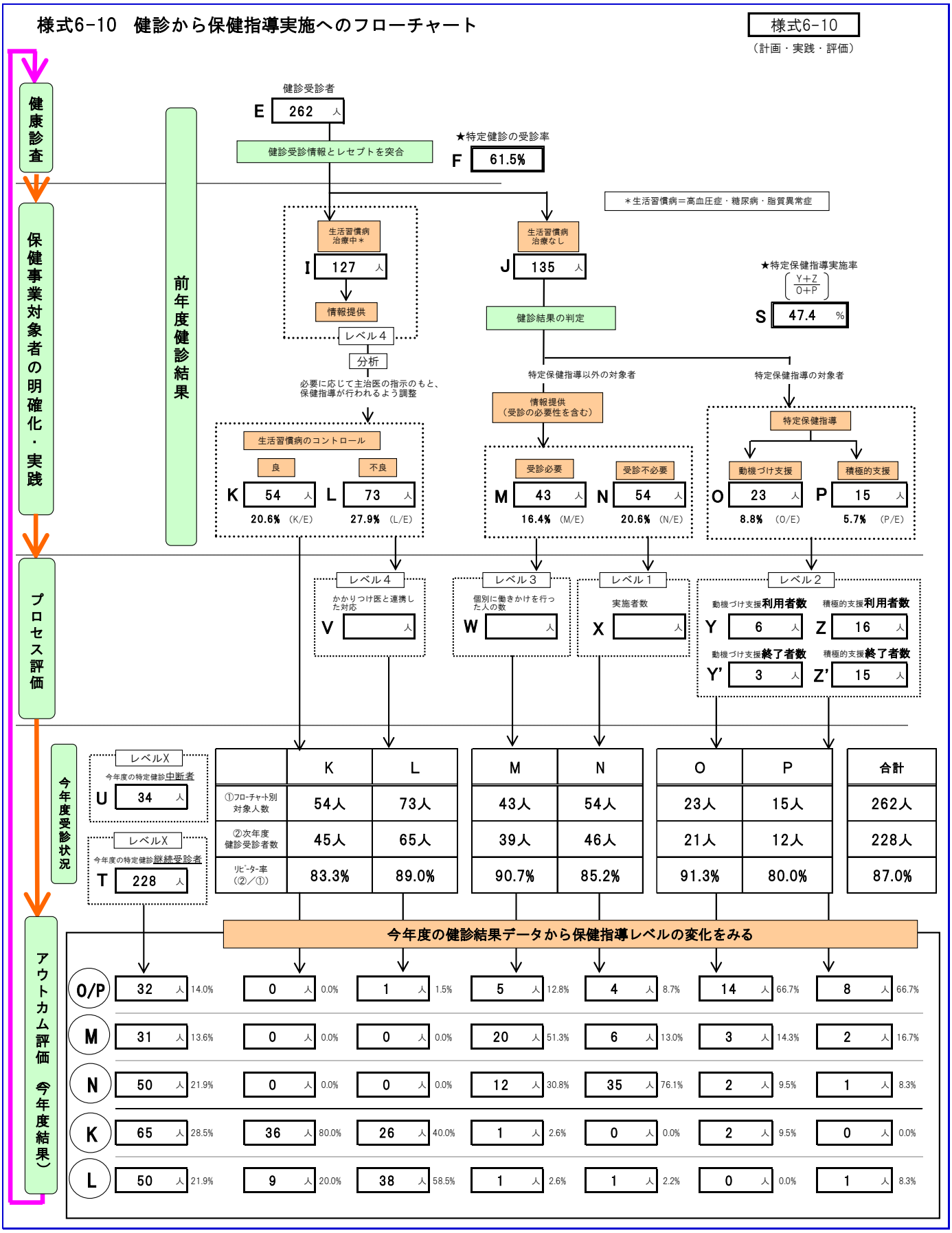
特定保健指導の実施については、委託、直接実施の2方法で行う。

集団健診―宮崎県健康づくり協会に委託。

人間ドック事業受診者―諸塚村が実施。

(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)



	K	L	M	N	O	P	合計
①フローチャート別対象人数	54人	73人	43人	54人	23人	15人	262人
②次年度健診受診者数	45人	65人	39人	46人	21人	12人	228人
リピータ率（②／①）	83.3%	89.0%	90.7%	85.2%	91.3%	80.0%	87.0%

(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 24)

【図表24】

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込(受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	30 人 (14.5)	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	40 人 (16.0)	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(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	108 人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	54 人 (20.6)	90%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	127 人 (48.4)	90%

(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)

対象者の明確化

平成28年度特定健診受診者　270人

生活習慣病いずれか治療中127人

生活習慣病のコントロール

良	54人	不良	73人

情報提供

受診必要	受診不必要
43人	54人

特定保健指導

動機づけ支援	積極的支援
23人	15人

個別指導対象基準

対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	①糖尿病未治療で、HbA1c6.5以上	9人
	②糖尿病治療中で、HbA1c7.０以上。（70歳以上の者については、HbA1c8.0以上）	6人
LDLコレステロール	LDLコレステロール値180以上	15人
CKD	CKD重症度分類で、ステージが赤かオレンジに該当する。	10人
高血圧	高血圧未治療で、2度以上高血圧の者。	9人
中性脂肪	脂質異常未治療で、中性脂肪300ｍｇ／ｄｌ以上の者	7人

【P】課題設定と計画

ポピュレーションアプローチ	未受診者対策	特定健診	保健指導
目標と課題 諸塚診療所と連携して健康づくりの意識向上のための広報等を行う。 40歳未満者の健診受診率向上を図る。	・未受診者対策 ①過去２年間特定健診未受診の者の家庭訪問、電話での受診勧奨実施。 ②集団健診未受診者には、個別もれ者健診の案内を送付する。前年未受診の者に対しては個別通知を行い、2年以上未受診の者については個別通知と合わせて家庭訪問、電話での受診勧奨を行う。		●特定保健指導 特定保健指導実施率60％を目標に、保健指導を実施する。 ●特定保健指導以外の受診者に対する保健指導 健診の全受診者に対し、個別の結果説明会を行う。 その後、個別指導対象基準に該当する者については、継続指導を行う。 各種ガイドラインを確認し、受診者のコントロール目標値を確認する。 医療機関受診が必要な場合には、受診の確認をする。 生活習慣、今までの生活歴を必要な場合にはI表等を作って確認し、生活習慣の課題　を受診者と確認、どこを見直していくのか確認する。

実践スケジュール【D】

月	一般保健事業	健診	保健指導
4	各種健診、保健指導の委託契約実施。		
	39歳以下、生保、けんぽ被扶養者、共済被扶養者健診の対象者抽出	特定健診対象者抽出	
		特定健診実施（～３月・診療所かかりつけの者のみ）	
5	特定健診、生保、39歳以下、けんぽ・共済被扶養者健診案内送付		
		2年特定健診未受診者に対して受診勧奨実施。	
	30～69歳の人間ドック事業希望者に対し、日程案内連絡、健診説明会実施。		
6	特定健診、生保、39歳以下、けんぽ・共済被扶養者健診実施。		
	特定健診、生保、39歳以下、けんぽ・共済被扶養者健診結果経年表作成		
	人間ドック事業の健診で重症化予防連絡票外套となった方に対しては、随時家庭訪問を行い指導をする。（～3月）		
7	特定健診、生保、39歳以下、けんぽ・共済被扶養者健診個別結果説明会実施。（～8月）		集団健診分特定保健指導の実施（～2月）
	特定健診で基準値に該当した方については、重症化予防連絡票を交付。		
	二次検査（尿アルブミン検査）対象者抽出。結果返却と合わせて受診勧奨。		
8		集団健診もれ者健診の案内。	人間ドック事業において特定保健指導該当となった場合は、個別に保健指導を実施する。（～翌年６月）
		2年以上未受診者に対しては、電話・訪問での受診勧奨を実施。	
9			
		集団特定健診もれ者健診の実施（～９月）	
10	小児生活習慣病予防検診事前指導実施。	もれ者健診受診者に対する結果返却（随時）	
		重症化予防連絡票提出者に対する事後指導（随時）	
11	諸塚村民文化祭での広報	重症化予防連絡票提出者に対する事後指導（随時）	
		重症化予防連絡票未提出者に対する受診確認（随時）	
12	二次検査（糖負荷検査）対象者抽出。		
1	糖負荷検査実施		
2	糖負荷検査結果説明会実施		
3	当該年度実績評価を行い、次年度計画を策定する。		

【C】評価

評価指標

- 特定健診実施率
- 特定保健指導実施率

疾患別評価指標

対象疾患	糖尿病	LDLコレステロール	CKD	高血圧	中性脂肪	尿酸
評価指標	受診状況 HbA1cのコントロール状況	受診状況 LDLコレステロール値の状況	受診状況 リスクコントロール状況 各検査値	受診状況 血圧測定状況	受診状況 中性脂肪値	受診状況 尿酸値

【A】改善

6．個人情報の保護

⑴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諸塚村個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

⑵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、諸塚村健康管理システムで行う。

7．結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度10月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、諸塚村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第４章　保健事業の内容

Ⅰ　保健事業の方向性

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

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

Ⅱ　重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1）基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日　重症化予防（国保･後期広域）ワーキンググループ）、宮崎県糖尿病発症予防･糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期）、諸塚村糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

（1）健康診査･レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

（3）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

【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	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		糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善	改善点の検討		○			□
37		マニュアル修正		○			□
38		次年度計画策定		○			□

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

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたってはプログラムに準じ、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 糖尿病治療中断者

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。

諸塚村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。

そのため、二次検査として尿アルブミン検査を導入し、正確な腎症病期分類を行い、医療、保健指導につなげる。

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）

諸塚村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は9人（42．9％･F）であった。また40～74歳における糖尿病治療者36人中のうち、特定健診受診者が21人（70．0％･G）であったが、3人（14．3％･キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者15人（41．7％･Ｉ）のうち、過去に１度でも特定健診受診歴がある者12人中治療中断者はいなかった。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。

③ 介入方法と優先順位

図表28より諸塚村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】

Ⅰ．糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者(F)**･･･9人

Ⅱ．糖尿病治療中であったが**中断者(オ･キ)**･･･3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)**･･･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

優先順位3

【保健指導】

過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)･･･12人

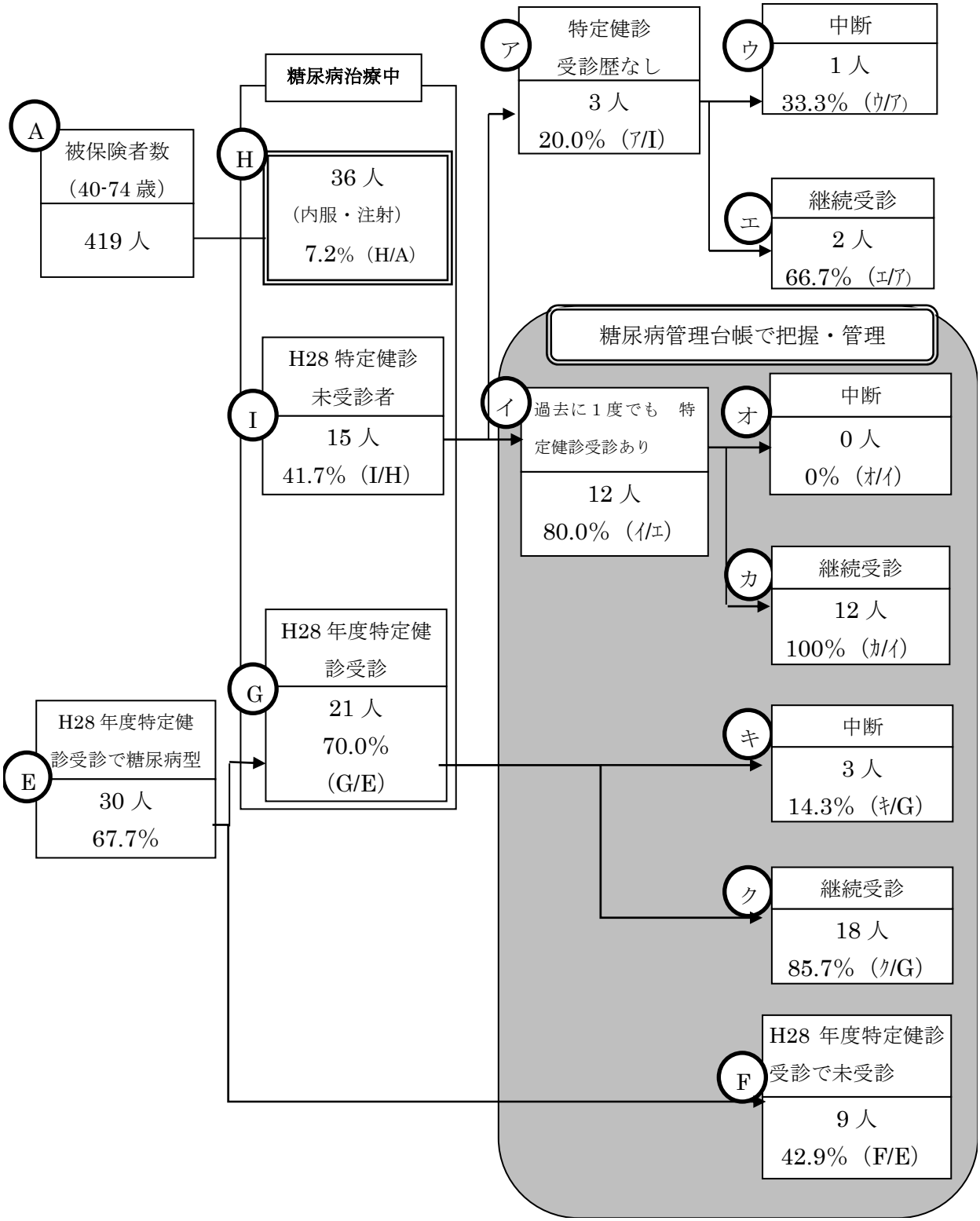
･介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

･医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は３ヶ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】

Ⅰ　健診データが届き次第内容を確認し、下記の①～③の条件に該当する者については、氏名等個人情報、HbA1c、血圧、体重、e-ＧＦＲ、尿蛋白のデータを管理台帳に記載する。

① 治療の有無にかかわらずHbA1c6．5％以上の者。

② 糖尿病治療中の者。

③ HbA1c6．5％以下で、空腹時血糖値126mg/dl 以上、随時血糖値200mg/dl 以上の者。

ア．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

Ⅱ　資格を確認する

Ⅲ　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

Ⅳ　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。

Ⅴ　担当地区の対象者数の把握

地区の分担

地区 1（荒谷・南川・家代・黒葛原・川の口・立岩・塚原）

地区2（滝の下・諸塚・松の平・穂白尾・七ツ山・小原井・八重の平・飯干）

＊担当地区ごとに、下記の対象者の把握に努める。

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4） 保健指導の実施

（1） 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

【図表29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方（P29）	資　料
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 〇合併症をおこさない目標　HbA1c 7．0%未満 〇食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 〇薬物療法で、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･定量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次健診として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、事前に日向市東臼杵郡医師会と協議し、作成した「重症化予防連絡票」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頂く。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはプログラムに準じ行っていく。

イ．糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、かかりつけ医と相談しながら使用することとする。

6） 高齢者福祉部門（介護保険担当）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対応する。

今後、介護2号認定者で糖尿病罹患している者がいた場合には、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り、重症化を予防していく。

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**を活用する。

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
- e-GFRの変化（1年で25％以上の低下、1年で5ml/1．73㎡以上低下）
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

8） 実施期間及びスケジュール

4月　対象者の選定基準の決定

5月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～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。諸塚村において健診受診者274人全員に心電図検査を実施したが、そのうちST所見があったのは10人であった(図表30)。ST所見あり10人中全員要観察で、精密検査が必要と診断された者はいなかった。(図表31)。ただし、この所見ありの10人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかの説明を、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。

心電図検査結果 【図表30】

	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	274	100	274	100.0	10	3.6	119	43.4	145	52.9

ST所見ありの医療機関受診状況 【 図表31 】

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)(%)
10	3.6	0	0	0	0	0	0

② 心電図以外からの把握

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】

平成28年度			受診者	① 心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			274	10	119	145	0
				3.6	43.4	52.9	0.0
メタボ該当者			43	3	15	25	0
			15.7%	7.0%	34.9%	58.1%	0.0%
メタボ予備群			48	1	22	25	0
			17.5%	2.1%	45.8%	52.1%	0.0%
メタボなし			183	6	82	95	0
			66.8%	3.3%	44.8%	51.9%	0.0%
	LDL	140－159	23	0	10	13	0
			8.4%	0.0%	43.5%	56.5%	0.0%
		160－179	18	1	9	8	0
			6.6%	5.6%	50.0%	44.4%	0.0%
		180－	11	1	2	8	0
			4.0%	9.1%	18.2%	72.7%	0.0%

【参考】

CKD	G3aA1～	41	2	17	22	0
		15.0%	4.9%	41.5%	53.7%	0.0%

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

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

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
・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JC2013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、尿中アルブミン検査を実施していく。頸動脈超音波、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）検査については、総合健診、脳ドックで希望者に対して実施する。

（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（介護保険係）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する。

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 等の情報を活用する。

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う。

● 短期的評価

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

7） 実施期間及びスケジュール

4月　対象者の選定基準の決定

5月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

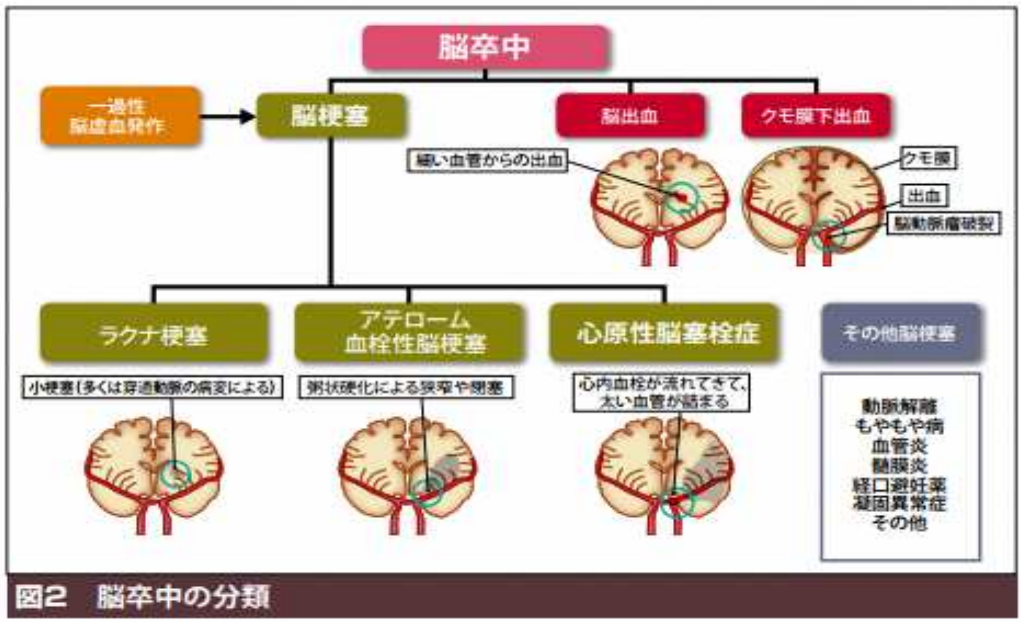
6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

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る。（図表34、35）

【脳卒中の分類】 【図表 34】



脳血管疾患とリスク因子 【図表 35】

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

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出（脳卒中予防の提言より引用）

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。

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9人（3．3％）であり、5人は未治療者であった。また未治療者のうち2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4人（3．4％）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る。

【図表３６】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○		○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○			
	心原性脳梗塞	●						●		○		○			
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧		糖尿病		脂質異常（高BMDBM）		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	9人	3.3%	15人	5.5%	15人	5.5%	2人	0.7%	43人	15.7%	3人	1.1%	7人	2.6%
	治療なし	5人	3.2%	9人	3.6%	14人	5.8%	1人	0.7%	8人	5.6%	1人	0.7%	2人	1.4%
	治療あり	4人	3.4%	6人	26.8%	1人	2.9%	1人	0.8%	35人	26.9%	2人	1.5%	5人	3.8%
	臓器障害あり	2人	40.0%	6人	66.7%	6人	42.9%	1人	100.0%	4人	50.0%	1人	100.0%	2人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		0人		1人		0人		0人		1人		2人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		1人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	0人		0人		1人		0人		0人		0人		2人	
	心電図所見あり	2人		6人		5人		1人		4人		0人		1人	

（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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

【図表３７】

リスク層（血圧以外のリスク因子） ＼ 血圧分類（mmHg）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上	低リスク群 3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	中リスク群 1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	高リスク群 ただちに降圧薬治療
	156	57	40	33	21	1	4	3	12	11
		36.5%	25.6%	21.2%	13.5%	0.6%	2.6%	1.9%	7.7%	7.1%
リスク第1層	26	11	6	6	3 ④	0	0 ①	3	0	0
		19.3%	15.0%	18.2%	14.3%	0.0%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	88	30	24	20	12 ③	0	2	--	12	2
		52.6%	60.0%	60.6%	57.1%	0.0%	50.0%		100.0%	18.2%
リスク第3層	42	16	10	7	6 ②	1	2	--	--	9
		28.1%	25.0%	21.2%	28.6%	100.0%	50.0%			81.8%
再掲）重複あり 糖尿病	5	0	2	2	1	0	0			
	11.9%	0.0%	20.0%	28.6%	16.7%	0.0%	0.0%			
慢性腎臓病（CKD）	16	8	3	2	3	0	0			
	38.1%	50.0%	30.0%	28.6%	50.0%	0.0%	0.0%			
3個以上の危険因子	25	9	6	4	3	1	2			
	59.5%	56.3%	60.0%	57.1%	50.0%	100.0%	100.0%			

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

表○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

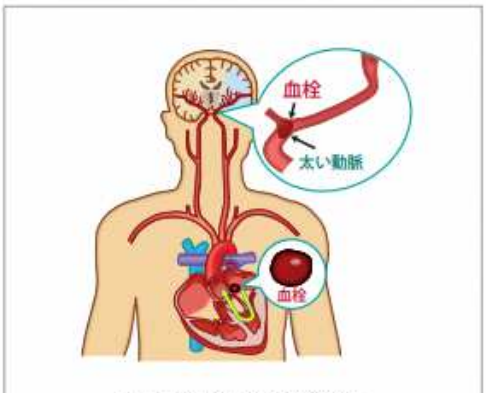


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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。

（脳卒中予防の提言より引用）

特定健診における心房細動有所見者状況　【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査＊	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	135	139	2	1.5	0	0.0	－	－
40歳代	4	6	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	9	23	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	86	72	2	2.3	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	36	38	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

心房細動有所見者の治療の有無　【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
2	100	1	50.0	1	50.0

心電図検査において2人に心房細動の所見がみられた。この2人はいずれも60代男性で、日本循環器学会疫学調査の60代男性平均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、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、尿中アルブミン検査を実施していく。頸動脈超音波、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）検査については、総合健診、脳ドックで希望者に対して実施する。

（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、e-GFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。（参考資料8）

② 心房細動の管理台帳

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、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（介護保険係）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する。

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 回行うこととする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用する。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。

● 短期的評価

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

7） 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していく。（図表40･41）

【図表40】

保険者努力支援制度　諸塚村　　H30.3.7

平成２８年度保険者努力支援制度（満点３４５点）　→　30年度(満点850点)

諸塚村(人口１，８７７人)　２１２点

全国順位６７６位/１,７４１市町村

県内順位　２０位　／　２６市町村

社会保障費（H２８年度）

医療費	2億136万円	KDB
予防可能な生活習慣病	糖尿病	909万
	高血圧	916万
	慢性腎臓病	1445万
	がん	1823万
	精神	3558万
介護費	1億9300万円	KDB
２号認定者（40~64歳）有病状況	心臓病	0.0%
	脳疾患	100.0%
	糖尿病	0.0%

＊該当者1名

生活保護費　＊県福祉事務所が支出

生活保護率　0.37%

（生活保護受給者/人口×100）

平均寿命　（26年）

男性　79.4歳　女性　87.1歳

評価指標

		30年度 満点	２８年度前倒し分 満点	２８年度前倒し分 諸塚村
	Ｈ２９，３０年度の評価指標	850	345	212
共通①	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	40
共通①	特定健診受診率	50	20	
	特定保健指導実施率	50	20	
共通③	糖尿病等重症化予防の取組	100	40	0
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価	(50)		
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)		
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	(25)		
共通④	個人のインセンティブ提供	70	20	0
	・個人のポイント付与等取組、効果検証	(55)		
	・商工部極、商店街等との連携	(15)		
固有②	データヘルス計画の取組 ・第１期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	40 (5)	10	10
	・第２期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携	(35)		0
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	25	20	20
共通②	がん検診受診率	30	10	20
	歯周疾患（病）検診実施状況	25	10	
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	5

都道府県の指標	1　市町村指標の都道府県単位評価　（２００億） 特定健診・保健指導実施率、糖尿病重症化予防の取組	100
	3　都道府県の取組状況　（１５０億） 保険者協議会への関与、糖尿病重症化予防の取組	今後
	2　医療費適正化のアウトカム評価　（１５０億） 国保の年齢調整後１人当たり医療費	50

１点当りの金額1,132円
頂いたお金　24万円

健診対象者　378人

H28年度（H30.3.7現在）

	受診者	未受診者
	270人 71.4%	108人 28.6%
高血圧	Ⅱ度高血圧以上 ９人 未治療5人 55.6%	高血圧治療中 134人 （ＫＤＢ厚労省様式3-3） データ受領対象者
糖尿病	HbA1c6.5%以上 16人 未治療9人 56.3%	糖尿病治療中 36人 （ＫＤＢ厚労省様式3-２） データ受領対象者

基本指針、特定健診・保健指導の実施に関する基準　改正

（H29.8.１大臣告示）

現行制度の枠組み維持、運用面での見直し

実施率向上が最優先課題

→保険者別の別の実施率公表、運用ルールを緩和

・詳細健診に血清クレアチニン追加

・評価実施期間３ヶ月も可

・健診当日の初回面接、積極的支援の柔軟な運用

・かかりつけ医の検査データの活用　など

かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルール整備（3か月以内のデータ）

【図表41】

1.からだの実態

①健診データ

（H25年度厚生労働省様式6-2～6-7健診有所見者状況）

腹囲	4位
中性脂肪	10位
HDL	5位
HbA1c8.4以上	15位
血圧140以上	12位

内臓脂肪の蓄積

2.宮崎の食の実態

食用油	9位
鶏肉	8位
加工肉	8位
餃子	3位
焼き肉店	7位

即席めん	12位
柑きつ類	3位
砂糖	4位

生鮮野菜（全体）	44位

バー　キャバレーナイトクラブ	2位
酒場　ビアホール	5位

②患者調査の実態（平成26年）

総数	入院	入院外
	9位	19位

③透析患者の状況

	H26年	H27年
慢性透析患者	3位	5位
新規透析（糖尿病性腎症）	34位	16位

④脳血管疾患（H26年）

入院	9位

第５章　地域包括ケアに係る取組

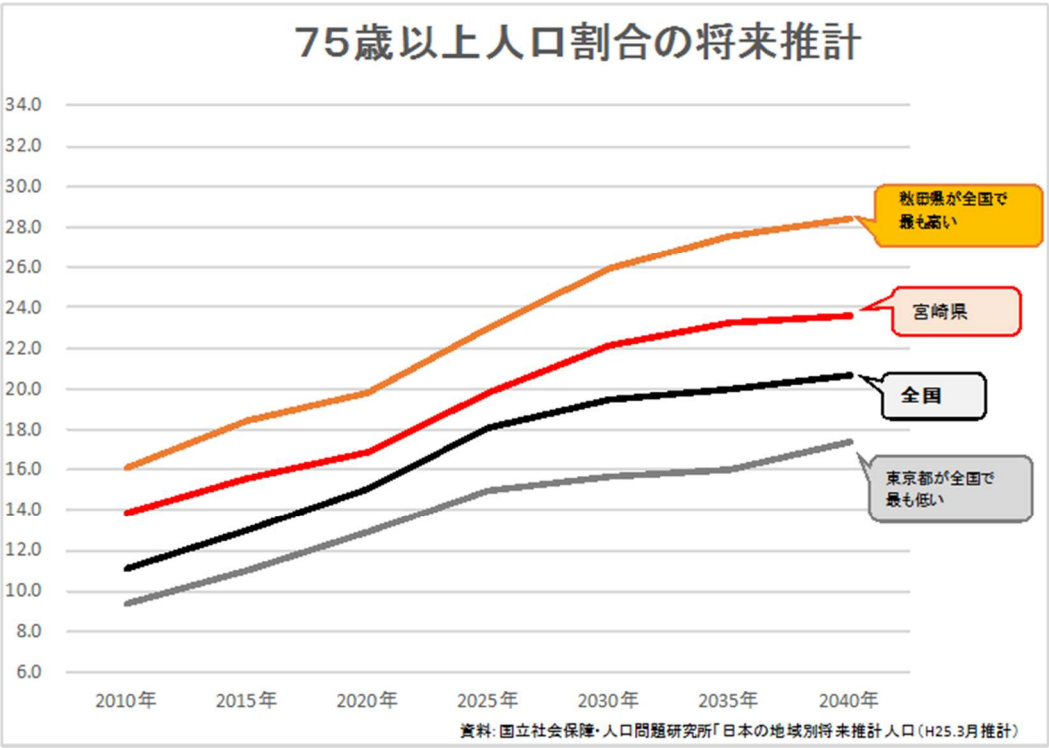
「団塊の世代がより高齢になり、死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」との地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、村民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用してハイリスク対象者を抽出し、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、2040年で全国平均を上回る23．6％と推計されている。（図表 42）

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合は、医療費全体の約6割（57．3％）近くとなっている。このような状況から、地域で元気に暮らす高齢者を増やすために、その育成やサポートづくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは、国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表42】



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いくためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや、情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく村民を増やしていくことにつながる。（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4つの指標で評価する。

※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、宮崎県国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1．計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや村報を通じた周知のほか、村内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作成する。

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諸塚村の位置

参考資料2　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料3　糖尿病管理台帳

参考資料4　糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料5　様式6－1　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料6　虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料7　虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料8　血圧評価表

参考資料9　心房細動管理台帳

参考資料10　評価イメージ1

参考資料11　データヘルス計画の目標管理一覧

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた諸塚村の位置

【参考資料1】

項目					H25		H28								データ元（CSV）
					諸塚村				同規模平均		県		国		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口		1,877		1,877		712,964		1,125,360		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）	716	38.1	716	38.1	250,396	35.1	290,839	25.8	29,020,766	23.2	
				75歳以上	426	22.7	426	22.7			156,418	13.9	13,989,864	11.2	
				65～74歳	290	15.5	290	15.5			134,421	11.9	15,030,902	12.0	
				40～64歳	666	35.5	666	35.5			383,847	34.1	42,411,922	34.0	
				39歳以下	495	26.4	495	26.4			450,674	40.0	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業		41.4		41.4		22.7		11.8		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		15.8		15.8		21.7		21.6		25.2		
			第3次産業		42.8		42.8		55.6		66.6		70.6		
	③	平均寿命	男性		79.4		79.4		79.4		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		87.1		87.1		86.5		86.6		86.4		
	④	健康寿命	男性		65.3		65.3		65.1		65.2		65.2		
			女性		66.9		66.9		66.7		66.8		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	100.6		109.8		102.6		99.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	96.9		75.9		98.2		96.2		100		
			死因	がん	3	18.8	4	22.2	2,874	44.3	3,469	45.2	367,905	49.6	
				心臓病	8	50.0	10	55.6	1,917	29.6	2,242	29.2	196,768	26.5	
				脳疾患	4	25.0	2	11.1	1,158	17.9	1,301	16.9	114,122	15.4	
				糖尿病	0	0.0	1	5.6	115	1.8	128	1.7	13,658	1.8	
				腎不全	1	6.3	1	5.6	231	3.6	276	3.6	24,763	3.3	
				自殺	0	0.0	0	0.0	187	2.9	265	3.5	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		30	13.3	30	13.3							厚労省HP 人口動態調査 H27
				男性	3	23.1	3	23.1							
				女性	1	5.9	1	5.9							
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		132	18.4	123	18.5	49,932	20.0	59,315	20.4	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	1	0.2	1	0.2	781	0.3	1,066	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者		1	0.2	1	0.1	856	0.4	1,424	0.4	151,745	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		10	10.5	11	10.4	10,568	20.4	12,984	21.1	1,343,240	21.9	
			高血圧症		90	64.8	81	70.3	28,302	55.0	35,343	57.8	3,085,109	50.5	
			脂質異常症		29	21.9	18	23.8	14,020	27.1	16,820	27.4	1,733,323	28.2	
			心臓病		97	69.5	90	77.5	31,852	62.1	40,218	65.9	3,511,354	57.5	
			脳疾患		43	32.7	48	38.5	13,312	26.3	19,110	31.4	1,530,506	25.3	
			がん		9	6.9	6	6.3	4,845	9.3	5,851	9.4	629,053	10.1	
			筋・骨格		88	63.3	56	63.2	28,251	55.0	35,158	57.7	3,051,816	49.9	
			精神		52	37.8	48	39.3	19,059	36.9	25,273	40.9	2,141,880	34.9	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		80,557		68,075		73,702		66,242		58,349		
				居宅サービス	29,369		29,138		39,646		47,239		39,683		
				施設サービス	263,642		243,101		273,946		282,096		281,115		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	6,456		6,399		8,522		7,150		7,980		
				認定なし	3,953		4,335		4,226		3,962		3,822		
4	①	国保の状況	被保険者数		570		483		198,796		300,094		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	234	41.1	214	44.3			119,980	40.0	12,462,053	38.2	
				40～64歳	235	41.2	191	39.5			103,070	34.3	10,946,693	33.6	
				39歳以下	101	17.7	78	16.1			77,044	25.7	9,178,477	28.2	
			加入率		30.4		25.7		28.1		26.7		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		0	0.0	0	0.0	47	0.2	140	0.5	8,255	0.3	
			診療所数		2	3.5	2	4.1	621	3.1	891	3.0	96,727	3.0	
			病床数		0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	19,245	64.1	1,524,378	46.8	
			医師数		2	3.5	3	6.2	541	2.7	2,730	9.1	299,792	9.2	
			外来患者数		711.4		748.7		652.4		677.3		668.3		
			入院患者数		27.5		38.9		23.7		24.7		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		24,604	県内16位 同規模133位	34,399	県内1位 同規模20位	26,819		26,708		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 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		738.816		787.648		676.093		702.045		686.501		
			外来	費用の割合	53.7		45.3		55.3		55.1		60.1		
				件数の割合	96.3		95.1		96.5		96.5		97.4		
			入院	費用の割合	46.3		54.7		44.7		44.9		39.9		
				件数の割合	3.7		4.9		3.5		3.5		2.6		
			1件あたり在院日数		19.2日		20.2日		16.3日		17.8日		15.6日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		12.7		18,230,150	15.0	24.1		21.9		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）		5.3		14,452,470	11.9	7.9		11.2		9.7		
			糖尿病		6.2		9,088,270	7.5	10.1		8.6		9.7		
			高血圧症		21.2		9,164,140	7.5	9.4		8.7		8.6		
			精神		23.3		35,583,950	29.3	18.6		22.3		16.9		
			筋・骨格		23.0		24,415,090	20.1	16.4		14.6		15.2		

項目					H25			H28									データ元（CSV）
					諸塚村			諸塚村		同規模平均		県		国			
					実数	割合		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4	⑤	費用額（1件あたり） 県内順位 順位総数28 入院の（ ）内は在院日数	入院	糖尿病	369,994	28位	(23)	467,124	23位	(24)							KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧	458,455	22位	(15)	597,171	6位	(19)							
				脂質異常症	356,704	26位	(17)	410,788	26位	(18)							
				脳血管疾患	410,617	26位	(12)	801,056	2位	(21)							
				心疾患	795,672	2位	(9)	731,979	3位	(18)							
				腎不全	312,705	28位	(8)	730,075	5位	(19)							
				精神	393,108	20位	(30)	495,075	5位	(27)							
				悪性新生物	574,389	19位	(19)	550,829	22位	(13)							
			外来	糖尿病	26,815	26位		33,456	14位								
				高血圧	22,657	27位		28,718	13位								
				脂質異常症	22,713	26位		29,520	4位								
				脳血管疾患	21,577	28位		22,716	27位								
				心疾患	26,089	27位		23,511	27位								
				腎不全	87,744	28位		150,629	26位								
				精神	23,304	26位		26,594	21位								
				悪性新生物	29,240	28位		32,047	28位								
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	6,838			6,808		2,810		2,188		2,065			KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				健診未受診者	8,480			9,025		12,706		12,613		12,683			
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	16,855			17,823		7,804		6,051		5,940			
				健診未受診者	20,904			23,626		35,289		34,887		36,479			
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		159	52.5		137	50.7	31,779	56.5	38,643	54.9	4,116,530	55.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	143	47.2		127	47.0	28,823	51.3	36,126	51.3	3,799,744	51.6		
				医療機関非受診率	16	5.3		10	3.7	2,956	5.3	2,517	3.6	316,786	4.3		
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数28	健診受診者		303			270		56,224		70,365		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
	②			受診率	67.6	県内4位 同規模11位		71.4	県内3位 同規模7位	39.7		34.1	全国30位	34.0			
	③		特定保健指導終了者（実施率）		22	45.8		18	47.4	498	6.6	1,024	12.1	35,557	4.1		
	④		非肥満高血糖		12	4.0		18	6.7	5,467	9.7	5,398	7.7	687,157	9.3		
	⑤		メタボ	該当者	38	12.5		43	15.9	10,599	18.9	12,737	18.1	1,272,714	17.3		
				男性	24	16.8		33	24.6	7,361	27.9	8,453	27.9	875,805	27.5		
				女性	14	8.8		10	7.4	3,238	10.8	4,284	10.7	396,909	9.5		
	⑥			予備群	56	18.5		48	17.8	6,633	11.8	8,801	12.5	790,096	10.7		
				男性	33	23.1		23	17.2	4,566	17.3	5,483	18.1	548,609	17.2		
				女性	23	14.4		25	18.4	2,067	6.9	3,318	8.3	241,487	5.8		
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	124	40.9		108	40.0	19,372	34.5	24,361	34.6	2,320,533	31.5		
	⑧			腹囲 男性	73	51.0		67	50.0	13,388	50.8	15,630	51.7	1,597,371	50.1		
	⑨			腹囲 女性	51	31.9		41	30.1	5,984	20.0	8,731	21.8	723,162	17.3		
	⑩			BMI 総数	13	4.3		8	3.0	3,615	6.4	3,276	4.7	346,181	4.7		
	⑪			BMI 男性	3	2.1		1	0.7	629	2.4	524	1.7	55,460	1.7		
	⑫			BMI 女性	10	6.3		7	5.1	2,986	10.0	2,752	6.9	290,721	7.0		
	⑬			血糖のみ	2	0.7		2	0.7	464	0.8	463	0.7	48,685	0.7		
	⑭			血圧のみ	43	14.2		39	14.4	4,606	8.2	6,610	9.4	546,667	7.4		
	⑮			脂質のみ	11	3.6		7	2.6	1,563	2.8	1,728	2.5	194,744	2.6		
	⑯			血糖・血圧	9	3.0		15	5.6	1,913	3.4	2,177	3.1	196,978	2.7		
	⑰			血糖・脂質	0	0.0		0	0.0	596	1.1	527	0.7	69,975	1.0		
	⑱			血圧・脂質	19	6.3		20	7.4	4,826	8.6	6,398	9.1	619,684	8.4		
	⑲			血糖・血圧・脂質	10	3.3		8	3.0	3,264	5.8	3,635	5.2	386,077	5.2		
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧	120	39.6		118	43.7	20,411	36.4	26,598	37.8	2,479,216	33.7		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病				21	7.8	5,000	8.9	5,432	7.7	551,051	7.5		
				脂質異常症				33	12.2	12,656	22.6	14,617	20.8	1,738,149	23.6		
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	19	6.3		14	5.2	1,721	3.1	2,678	3.9	230,777	3.3		
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）				6	2.2	2,998	5.5	3,610	5.2	391,296	5.5		
				腎不全				3	1.1	335	0.6	240	0.3	37,041	0.5		
				貧血				35	13.0	4,296	8.1	7,028	10.3	710,650	10.1		
	③		喫煙		26	8.6		38	14.1	9,314	16.6	8,579	12.2	1,048,171	14.2		
	④		週3回以上朝食を抜く		9	3.0		14	5.2	3,727	7.5	5,423	7.9	540,374	8.5		
	⑤		週3回以上食後間食		11	3.6		17	6.3	6,739	13.5	8,370	12.2	743,581	11.8		
	⑥		週3回以上就寝前夕食		3	1.0		38	14.1	8,014	16.0	10,350	15.1	983,474	15.4		
	⑦		食べる速度が速い		37	12.2		70	25.9	13,924	27.9	17,191	25.1	1,636,988	25.9		
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		33	10.9		95	35.2	17,050	33.9	23,020	33.7	2,047,756	32.1		
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		79	26.1		189	70.0	34,200	67.6	37,331	54.6	3,761,302	58.7		
	⑩		1日1時間以上運動なし		219	72.3		147	54.4	24,869	49.6	32,133	47.0	2,991,854	46.9		
	⑪		睡眠不足		151	49.8		77	28.5	12,204	24.3	15,486	22.7	1,584,002	25.0		
	⑫		毎日飲酒		188	62.0		84	31.1	14,071	27.0	18,471	26.9	1,760,104	25.6		
	⑬		時々飲酒		43	14.2		65	24.1	11,710	22.5	15,884	23.1	1,514,321	22.0		
	⑭		一日飲酒量	1合未満	66	21.8		69	44.2	19,633	56.3	24,360	58.9	3,118,433	64.1		
				1～2合	222	73.3		67	42.9	9,756	28.0	12,254	29.6	1,158,318	23.8		
				2～3合	15	5.0		20	12.8	3,922	11.3	3,977	9.6	452,785	9.3		
				3合以上	31	10.2		0	0.0	1,539	4.4	767	1.9	132,608	2.7		

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名	宮崎県	市町村名	諸塚村	同規模区分	8

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
（平成28年7月作成分）

被保険者: 499人

年代別	人数	割合
20代以下	56	11.2
30代	24	4.8
40代	26	5.2
50代	70	14.0
60代	232	46.5
70-74歳	91	18.2

A 再掲 40-74歳: 419人

糖尿病治療中: 36人（7.2）

※（ ）内は、被保険者に占める割合

0	0.0
0	0.0
1	2.8
4	11.1
24	66.7
7	19.4

H: 36人 8.6

インスリン療法: 1人（2.8）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
0	0.0
0	0.0
0	0.0
1	100.0
0	0.0

O: 1人 2.8

糖尿病性腎症: 3人（8.3）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
0	0.0
0	0.0
1	33.3
2	66.7
0	0.0

L: 3人 8.3

人工透析: 1人（2.78）

※（ ）は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
0	0.0
0	0.0
0	0.0
1	100.0
0	0.0

1人 2.78

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	25	6	22
割合	69.4	16.7	61.1

特定健診 [40-74歳] 平成28年度

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者: 405人

C 特定健診受診者: 274人（67.7）

（再掲）65歳以上

人数	割合
166人	60.5839

E 糖尿病型: 30人（10.9）

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中（問診）

F 未治療（中断含む）: 9人（30.0）

G 治療中（質問票 服薬有）: 21人（70.0）

I 特定健診未受診者: 15人（41.7）…I/H

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（糖尿病）」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

J コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上: 8人（38.1）

K コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満: 13人（61.9）

その他のリスク	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J コントロール不良	6（75.0）	3（37.5）	2（25.0）
K コントロール良	7（53.8）	7（53.8）	4（30.8）

糖尿病性腎症病期分類

	第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
	腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR	30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白 アルブミン尿	正常アルブミン尿（30未満）	N --	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白 尿蛋白	（－）	M --	（±）	（＋）以上	問わない	
	17人（56.7）	13人（43.3）	10人（33.3）	3人（10.0）	0人（0.00）	

糖尿病管理台帳

（HbA1c6.5以上）

【対象者抽出基準】
過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による　※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す　※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度末年齢	項目		H25	H26	H27	H28	H29	備考	治療歴 H25	治療歴 H26	治療歴 H27	治療歴 H28	治療歴 H29		その他の生活習慣病 高血圧	脂質異常症	高尿酸血症	脂肪肝	心筋梗塞	狭心症	脳梗塞	脳出血	動脈硬化症	合併症 網膜症	腎症	神経障害	歯周病
1		H25							糖	服薬	○	○	○	○			SU剤	SU剤				H29	○								○				
										HbA1c	7.8	8	7	10			インスリン抵抗	インスリン抵抗				H28	○												
									CKD	重症度分類	G2A1	G2A1	G2A2	G2A1			DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	H27									○	○			
										GFR	86.5	66.2	60.7	70.9					インスリン注射	インスリン注射	インスリン注射	H26									○				
										尿蛋白	±	−	+	±				栄養食事指導			栄養食事指導	H25													○
2		H27							糖	服薬			○				インスリン抵抗	インスリン抵抗	インスリン抵抗	インスリン抵抗	インスリン抵抗	H29	○	○											
										HbA1c			6.6	7.1	7.2							H28	○	○								○			
									CKD	重症度分類			G2A1	G2A1	G2A1							H27	○	○											
										GFR			68.7	66.7	69.1							H26	○	○											
										尿蛋白			−	−	−							H25	○	○											
3		H28							糖	服薬				○	○				インスリン注射	インスリン注射	インスリン注射	H29	○	○	○				○			○	○	○	
										HbA1c				8.4	7.9				栄養食事指導			H28	○	○	○				○			○	○	○	○
									CKD	重症度分類				G3aA3	G3aA2							H27	○	○					○			○	○	○	○
										GFR				49.4	49.8							H26													
										尿蛋白				＋＋	＋							H25													
4		H28							糖	服薬									インスリン注射			H29	○	○		○									
										HbA1c		5.9	6.4	6.7	7.2							H28	○	○		○									
									CKD	重症度分類		G2A1	G1A1	G2A1	G1A1							H27	○	○		○									
										GFR		88.5	98.4	77.8	93.2							H26													
										尿蛋白		−	−	−	−							H25													
5		H29							糖	服薬												H29	○			○									○
										HbA1c					6.9							H28	○			○		○							○
									CKD	重症度分類					G2A1							H27	○			○		○							
										GFR					84.1							H26	○			○		○							
										尿蛋白					−							H25													
6		H27							糖	服薬				○					SU剤			H29	○	○	○					○					
										HbA1c			11.5	6.2	6.3				インスリン抵抗			H28	○	○	○					○					
									CKD	重症度分類			G2A1	G2A2	G2A1				DPP4阻害薬			H27	○	○						○		○			○
										GFR			71.5	60.6	63.3							H26													
										尿蛋白			−	＋	−							H25													
7		H27							糖	服薬	0	0	0	0	0		α GI	α GI	α GI	α GI	α GI	H29		○											○
										HbA0c	0	0	7	0	0		ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	H28		○											○
									CKD	重症度分類	0	0	G1A1	0	0							H27		○	○										○
										GFR	0	0	99.5	0	0							H26		○											○
										尿蛋白	0	0	±	0	0							H25													
8		H25							糖	服薬	○	○	○		○		インスリン抵抗	インスリン抵抗	インスリン抵抗	インスリン抵抗	インスリン抵抗	H29	○												
										HbA1c	6.9	6.9	6.8	7.3	7.3						栄養食事指導	H28	○	○											
									CKD	重症度分類	G3aA1	G3aA1	G2A3	G2A1	G2A2							H27	○	○											
										GFR	58.7	59.3	62	64.4	63.1							H26	○	○											
										尿蛋白	−	−	＋＋	±	＋							H25	○	○											
9		H25							糖	服薬	○	○	○	○			SU剤					H29	○	○	○						○	○	○		
										HbA1c	7	6.4	6.6	6.7			グリニド	グリニド	グリニド	グリニド	グリニド	H28	○	○	○							○	○		
									CKD	重症度分類	G2A1	G3aA1	G2A2	G3aA1			DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	H27	○	○	○						○	○	○		○
										GFR	65.7	48.2	80.7	58.4							栄養食事指導	H26	○		○							○	○		
										尿蛋白	−	±	+	±								H25	○		○							○			
10		H25							糖	服薬	○	○	○	○				α GI	α GI	α GI	α GI	H29	○					○			○	○	○	○	
										HbA1c	8.7	7.1	6.3	6.3			SU剤	SU剤	SU剤	SU剤	SU剤	H28	○	○				○			○	○	○	○	
									CKD	重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1			ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	H27	○	○				○			○	○	○	○	○
										GFR	125	101.9	101.5	92.6			DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	H26	○					○			○	○	○	○	○
										尿蛋白	±	−	−	±								H25						○			○	○	○		
11		H25							糖	服薬	○	○	○	○	○		SU剤	SU剤	SU剤	SU剤	SU剤	H29	○					○			○	○	○	○	
										HbA1c	6.6	6.9	6.7	7.1	7		ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	ビグアナイド	H28	○	○				○			○	○	○	○	
									CKD	重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1		DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	DPP4阻害薬	H27	○	○				○			○	○	○	○	○
										GFR	109.4	92.1	114.5	108.1	110.6							H26	○					○			○	○	○	○	○
										尿蛋白	−	−	−	−	−							H25	○					○			○	○	○		
12		H26							糖	服薬									ビグアナイド	ビグアナイド		H29	○												
										HbA1c		7.3	7.1	7.7					DPP4阻害薬	DPP4阻害薬		H28	○												
									CKD	重症度分類		G3aA1	G3aA1	G3aA1								H27	○												○
										GFR		46.1	58	58.4								H26													
										尿蛋白		−	−	−								H25													

糖尿病管理台帳からの年次計画　H28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)
結果把握	糖尿病管理台帳の全数（ A+B ）　（ 24 ）人			
	A 健診未受診者　（ 4 ）人	1.資格喪失（死亡、転出）の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	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	7月
	結果把握(内訳) ①国保（生保）　20人 ②後期高齢者　人 ③他保険　人 ④住基異動(死亡・転出)　人 ⑤確認できず　人	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	8月
	①-1未治療者（中断者含む）　（ 2 ）人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	3．会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医	8月
保健指導の優先づけ	B 結果把握　（　　）人 ① HbA1cが悪化している　（ 14 ）人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している　（ 7 ）人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク（メタボ、血圧等）の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導		7月
	② 尿蛋白　（－）　（ 10 ）人 （±）　（ 8 ）人	○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	
	（＋）～ 顕性腎症　（ 2 ）人		栄養士中心	
	③eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下　（ 1 ）人 1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下　（ 5 ）人		腎専門医	

様式6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目				突合表	保険者 28年度 実数	保険者 28年度 割合	保険者 29年度 実数	保険者 29年度 割合	保険者 30年度 実数	保険者 30年度 割合	同規模保険者（平均） 28年度同規模保険者数245 実数	同規模保険者（平均） 28年度同規模保険者数245 割合	データ基
1	①	被保険者数		A		499人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		（再掲）40-74歳			419人							
2	①	特定健診	対象者数	B		405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		274人							
	③		受診率			67.7%							
3	①	特定保健指導	対象者数			48人							
	②		実施率			47.4%							
4	①	健診データ	糖尿病型	E	30人	10.9%							特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	9人	30.0%							
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	21人	70.0%							
	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	8人	38.1%							
	⑤		血圧　130/80以上		6人	75.0%							
	⑥		肥満　BMI25以上		3人	37.5%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	13人	61.9%							
	⑧		第1期　尿蛋白（－）	M	17人	56.7%							
	⑨		第2期　尿蛋白（±）		10人	33.3%							
	⑩		第3期　尿蛋白（＋）以上		3人	10.0%							
	⑪		第4期　eGFR30未満		0人	0.0%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）			72.1人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）			85.9人							
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対　入院外（件数）		36件								KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④		入院（件数）		1件								
	⑤		糖尿病治療中	H	36人	7.2%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳		36人	8.6%							
	⑦		健診未受診者	I	15人	41.7%							
	⑧		インスリン治療	O	1人	2.8%							
	⑨		（再掲）40-74歳		1人	2.8%							
	⑩		糖尿病性腎症	L	3人	8.3%							
	⑪		（再掲）40-74歳		3人	8.3%							
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		1人	2.78%							
	⑬		（再掲）40-74歳		1人	2.78%							
	⑭		新規透析患者数		1人								
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		0人								
	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）		57人	1.8%							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		2億0330万円						2億6643万円		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		1億2157万円						1億5157万円		
	③		（総医療費に占める割合）		59.8%						56.9%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり　健診受診者		17,823円						7,804円		
	⑤		健診未受診者		23,626円						35,289円		
	⑥		糖尿病医療費		909万円						1525万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		7.5%						10.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1723万円								
	⑨		1件あたり		33,456円								
	⑩		糖尿病入院総医療費		888万円								
	⑪		1件あたり		467,124円								
	⑫		在院日数		24日								
	⑬		慢性腎不全医療費		1493万円						1315万円		
	⑭		透析有り		1445万円						1198万円		
	⑮		透析なし		48万円						116万円		
7	①	介護	介護給付費		1億9340万円						3億1478万円		
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		6件								
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）		1人	3.3%					0人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なりやリスクの期間で推測)

問診

- □**年齢・性別**（男45歳以上/女55歳以上）
- □**家族歴**（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死
  ②若年発症の虚血性心疾患
  ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- □**既往歴**（一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患）
- □**喫煙** → NO不活化等
- □**ストレス**（職場環境、生活リズムの変化など　）→ 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- □**閉経**（　　歳）→ エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

＋

健診

- □**20歳の体重（15%以上の増加）**
- **内臓脂肪の蓄積** → 高中性脂肪・低ＨＤＬ / 血圧高値 / 耐糖能異常・高血糖
- □**メタボリックシンドローム**（高インスリンの期間を予測）→ **大血管障害要因**
- □**糖尿病** → インスリン枯渇により移行
- □**高血圧** → プラーク破裂促進要因
- □**高LDLコレステロール** → **大血管障害要因**
- □**CKD** → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈のれん縮

冠動脈の狭窄

プラークの形成

❶狭窄が50%以下でもプラークの破綻を起こすことがある（不安定プラーク）
＊特にメタボは不安定プラークを形成しやすい

❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → **心筋壊死**

心電図

- □所見あり
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □所見なし → **自覚症状**
  - □あり

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
- ・頸や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や嘔気を伴う

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（３ヶ月後・半年後・１年後）

→ **精密検査**

- □**狭心症**
  - □**異型（冠れん縮）狭心症**
    - □**労作性狭心症**
    - □**不安定狭心症**

→ □**急性心筋梗塞**

不安定プラークの破裂により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間の閉塞または高度狭窄をきたす。
（急性冠症候群：ACS）

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）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・労作時関係なく		
症状の期間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも寛解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □７５ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT
- □心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況		対象者
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク	
① 心電図	心電図所見なし	□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 □頚、肩、歯の痛み □冷汗、吐き気がある	
	□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		発症予防対象者
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。		

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～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無
ｅＧＦＲ				60未満		
尿蛋白			（−）	（+）～		
□ＣＫＤ重症度分類				G3aA1		

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

血圧評価表

個人番号	被保険者証 記号	被保険者証 番号	名前	性別	年齢	健診データ 過去5年間のうち直近 メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	血圧 H24 治療有無	H24 収縮期	H24 拡張期	H25 治療有無	H25 収縮期	H25 拡張期	H26 治療有無	H26 収縮期	H26 拡張期	H27 治療有無	H27 収縮期	H27 拡張期	H28 治療有無	H28 収縮期	H28 拡張期
				男	73	予備群	5.2	106	78.7	ー	6.3										○	170	72	○	141	56
				女	66	なし	6	166	86.7	ー	3.7										○	162	93			
				男	71	予備群	5.4	119	67.3	ー	5.2											146	96		156	104
				女	62	なし	5.7	83	84.3	ー	4.8											144	93		171	96
				男	68	該当者	5.1	97	89.9	±	5.8											187	104			
				男	71	なし	4.8	69	127.4	ー	2.8										○	142	81	○	160	95
				男	72	予備群	5.8	85	65.6	ー	5.4										○	167	96			
				男	74	なし	5.5	157	64.9	±	6.6										○	142	73	○	165	72
				女	63	予備群	5.6	122	48.4	ー	6.1											130	78		165	88
				男	61	該当者	5.3	112	51.7	ー	7.2										○	146	107	○	111	74
				男	57	なし	5	122	78.7	ー	4.6											137	88		149	100
				男	74	なし	5.7	79	73	ー	5.7										○	148	87	○	164	85
				男	70	該当者	5.6	100	37.9	ー	6													○	162	99
				男	66	なし	6.1	148	92.2	ー	8.7											155	103			
				男	61	予備群	5.3	119	98.8	ー	5.1											181	95	○	139	82
				男	68	なし	5.8	99	102.9	ー	5.2											181	88	○	135	76
				男	61	なし	5.2	68	84.1	ー	6											123	74		160	89
				女	51	なし	4.9	77	81.1	ー	6.3											127	83		160	96
				男	62	該当者	5.8	114	85.4	±	9.7											182	100			
				男	68	該当者	5.1	116	84.8	ー	7.3		175	108		182	103		187	102						
				男	71	なし	5	85	108.5	ー	3.2					172	102		173	98						
				男	63	なし	5.3	82	66.4	ー	6.1		171	85		162	96									

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
												平成26年度					平成27年度					平成28年度				
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	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
1	26					男						6月	要精密		なし		6月	要観察		なし	異常Q波あり	6月	要観察		なし	
2	26					男						6月	要精密		高血圧	右脚ブロック・徐脈										
3	26					男						6月	要精密		高血圧		6月	要観察		高血圧						
4	27					男											6月	要観察		高血圧	右脚ブロック・左軸偏位あり					
5	28					男																6月	要観察		高血圧	

平成29年度に向けての全体評価（平成28年度評価）

課題・目標	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①プロセス （やってきた実践の過程）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	
目　標 ①特定健診受診率の維持 ②特定保健指導実施率の向上 ③健診受診者の検査結果の改善 （血圧・血糖・脂質・CKD） ④医療費の伸びを抑える。 **課　題** ①保健指導実施率の向上 H25 45.8%→H28 47.4% ②重症化予防対策 新規透析導入者の減少 健診後の受診勧奨	①特定健診受診率の維持 ・6月に実施する集団健診未受診者に対して、もれ者健診の受診勧奨を郵便、電話の両方で行う。 ・総合健診結果を、特定健診結果として高野病院に処理して頂く。脳ドックについては、結果を直接入力する。 ②特定保健指導実施率の向上 ・保健指導は個別指導を中心に行い、家庭訪問も併せて実施する。 ・指導者が一方的に話をするばかりにならない。正しい情報を提供し、相手の生活の中でどのようなことを気を付けた方がよいのか、対象者と一緒に考える保健指導を実践する。 ③健診受診者の検査結果の改善（血圧・血糖・脂質・CKD） ・健診結果説明会実時に、要精検となった項目があったときは必ず病院受診するよう、受診勧奨を行う。 ・受診後の結果確認を行う。 ④医療費の伸びを抑える ・新規透析導入を抑えるために、病院受診勧奨と食生活指導を行う。	① ・もれ者受診勧奨実施状況 ② 特定保健指導実施率 ③ ・健診結果説明会実施回数 ・個別面談での返却率 ・健診後の病院受診率 ④ ・新規透析導入率 ・保健指導実施率	① ・特定健診実施率 ・もれ者健診受診率 ② ・特定保健指導実施率 ・翌年度特定健診結果の改善率 ③ ・翌年度特定健診結果の改善率 ・その後の治療継続状況 ・評価項目ごとの経年変化 ・連絡票の活用状況 ④ ・新規透析導入数 ・脳、心、腎疾患の医療費推移	**保健事業実施体制** ↓ **業務分担制** 地区分担制は実施していない。特定健診・保健指導、その他の保健指導等は担当1名が実施。他の保健師、栄養士には必要な時のみ対応して頂く状況。計画立案、実施、評価まで担当が実施しており、それ以外の保健師、栄養士、国保担当との連携は十分とは言い難い。 現在の保健指導は保健師を中心として行っているが、生活習慣病改善には、食生活改善がとても重要である。そこで、管理栄養士による保健指導実施体制を構築する必要がある。 診療所医師が平成29年1月から1名新しく赴任された。新たに保健と医療との連携体制を構築する。	**全体** ・保健活動をPDCAサイクルに基づいて考え、計画・実施する。 ・保健事業実施体制を、従来の業務分担制に加えて、地区担当制も導入する。 **特定保健指導実施率向上** ・特定保健指導の必要性を住民に理解して頂き、実施率向上につながる魅力的な保健指導を実施する。 **結果の改善** 健診受診後のフォロー体制をマニュアル化し、流れに沿った事後支援を実施する。 **医療の伸びの抑制** 医療と連携した保健指導実施体制を構築する。

【参考資料10】

【図表 11】

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			中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健診等計画		特定健診受診率は高いが、保健指導実施率が低い。 また、平成28年度は入院の医療費が大幅に上がり、医療費が高騰した。 主な原因は、予防が難しい精神疾患の他は、腎疾患、脳血管疾患と予防可能な疾患であった。 諸塚村はBMI、腹囲超過の割合が高く、肥満に起因する生活習慣病罹患者が多いと予測されるため、肥満の改善が必要。	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	特定健診受診率を維持する。	71.4%								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%以上にする。	47.4%								
				特定保健指導対象者の減少率25%	13.6%								
データヘルス計画	中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合を2%以下に減少する。	2.4%								KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合2%以下を維持する。	0.8%								
				糖尿病性腎症による透析導入者を増やさない	1人								
	短期		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	メタボリックシンドローム・予備群の割合を15%以下に減少する。	16.9%								諸塚村健康づくり計画
				腹囲基準超過の者を30%以下に減少する。	45.0%								
				健診受診者の高血圧者の割合を15%以下に減少する。（140/90以上）	17.2%								
				健診受診者の脂質異常者の割合を25%以下に減少する（LDL140以上）	29.2%								
				健診受診者の糖尿病者の割合を5%以下に減少する。（HbA1c6.5以上）	6.2%								
				糖尿病の未治療者を治療につなぐ割合を100%にする。									
				糖尿病の保健指導を実施した割合を100%にする。									
保険者努力支援制度		悪性新生物に係る医療費が平成25年度と比較して1.43%伸びている。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率　胃がん検診　20%以上	27.5%								各がん検診結果報告
				肺がん検診　20%以上	35.5%								
				大腸がん検診　30%以上	28.0%								
				子宮頸がん検診　40%以上	47.0%								
				乳がん検診　40%以上	54.8%								
				各種がん検診後の精密検査受診率100%にする。	82.5%								
		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60%以上									諸塚村住民福祉課
		数量シェアH28年度時点不明。平成31年度より評価実施。	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70%以上									厚生労働省公表結果