

# 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成30年3月

えびの市



## 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	背景・目的	
2	計画の位置付け	
3	計画期間	
4	関係者が果たすべき役割と連携	
5	保険者努力支援制度	
第2章	第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の 明確化	7
1	第1期計画に係る評価及び考察	
2	第2期計画における健康課題の明確化	
3	目標の設定	
第3章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	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	個人情報保護	
7	結果の報告	
8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章	保健事業の内容	25
第1	保健事業の方向性	
第2	重症化予防の取組	
1	糖尿病性腎症重症化予防	
2	虚血性心疾患重症化予防	
3	脳血管疾患重症化予防	
第3	ポピュレーションアプローチ	
第5章	地域包括ケアに係る取組	45

第6章	計画の評価・見直し	47
1	評価の時期	
2	評価方法・体制	
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
1	計画の公表・周知	
2	個人情報の取扱い	
参考資料		49

## 第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

### 第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

#### 1 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

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

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

えびの市においては、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、P D C Aサイクルに沿って運用するものである。

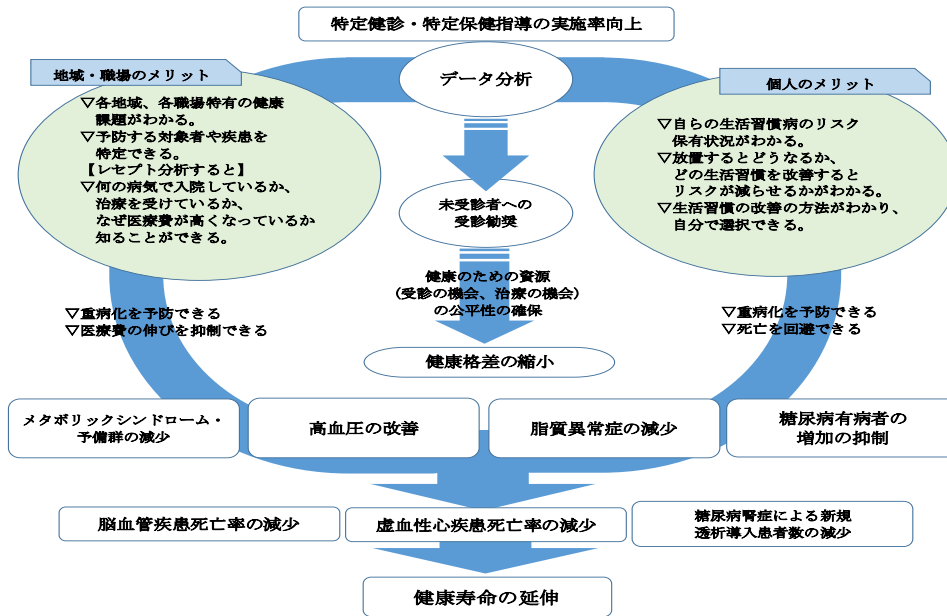
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、宮崎県医療費適正化計画や宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針、第2次健康日本21えびの市計画、特定健康診査等実施計画、介護保険事業計画等と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「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	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進基本理念)	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9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24年9月 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	厚生労働省 保険局 平成24年9月 「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」	厚生労働省 老健局 平成24年9月 介護保険事業に係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24年9月 医療費適正化に関する指針 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 健康局 平成24年9月 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 を軸として、社会生活を営むために必要な健康 の維持及び向上を目指し、その結果、 <b>健康増進 制度が持つ効果</b> の最大化を図る。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 <b>生活習慣病の予防</b> を軸として、糖尿病等を予防することができれば、遠隔患 者へ対応することができ、さらに <b>重症化予防や発症の抑制</b> を図り、入院患者を減らすことができれば、患者、医療者の生活 の質の維持および向上を図ることができ、 <b>医療費の削減</b> を 図ることが可能となる。 特定健康診査は、 <b>健康増進の生活習慣病の発症や重症化 を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> で いる者の、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする もの、を、 <b>積極的に抽出</b> するためのものである。	<b>生活習慣病対策</b> をはじめとして、被保険者の <b>自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み</b> について、 <b>医 療費</b> がその支えの中心となり、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。 <b>健康増進の健康の保持増進により、医療費の適正化 及び被保険者の財政負担の軽減</b> 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即し自立した日常生活 を営むことができるように支援すること、 <b>要介護 状態または要支援状態となることへの予防</b> は、要介護 状態等の軽減もしくは <b>重症化の防止</b> を理念としている ことを踏まえて、	<b>国民健康保険を堅持</b> 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 が適度に増加しないよう留意しつつ、 <b>良質かつ適切な医療を効率的 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 立</b> 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、 <b>地域において役割の異なる医療の 提供</b> を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供するための体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>壮年期</b> )、高 齢期にわたって	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年期・壮年期世代、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、特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病 糖尿病性腎症</b> 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病 糖尿病性腎症</b> 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病 糖尿病性腎症</b> 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	<b>糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</b> 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病(慢性腎臓病、急性腎臓病等) 関節炎(変形性関節症、関節リウマチ等) 多発性骨髄腫、骨髄性白血病 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム <b>糖尿病</b> 生活習慣病	<b>糖尿病</b> 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※55項目中、特定健康診査に係る項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の新規発症率 ②がん(肺癌を除く)の新規発症率(がん発生率) ③慢性閉塞性肺疾患(COPD)の新規発症率 ④糖尿病コントロール良好におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病性腎症 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの改善率 ⑧ロコモティブシンドロームの改善率 ⑨認知症(軽度認知障害を除く)の新規発症率 ⑩メンタルヘルスの改善率 ⑪特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑫メタボリックシンドロームの改善率 ⑬慢性閉塞性肺疾患(COPD)の新規発症率 ⑭がん(肺癌を除く)の新規発症率 ⑮糖尿病性腎症の新規発症率 ⑯糖尿病性神経障害の新規発症率 ⑰糖尿病性網膜症の新規発症率 ⑱脳血管疾患の新規発症率 ⑲閉塞性動脈硬化症の新規発症率 ⑳慢性閉塞性肺疾患(COPD)の新規発症率 ㉑がん末期の新規発症率 ㉒初老期の認知症、早老症の新規発症率 ㉓骨質・骨粗鬆症の新規発症率 ㉔パーキンソン病関連疾患の新規発症率 ㉕腎臓病(慢性腎臓病、急性腎臓病等)の新規発症率 ㉖関節炎(変形性関節症、関節リウマチ等)の新規発症率 ㉗多発性骨髄腫、骨髄性白血病の新規発症率 ㉘後縦靭帯骨化症の新規発症率	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健康診査・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 ①生活習慣の状況(歩数)の把握(歩数計等)による ②生活習慣の改善(歩数)の把握(歩数計等)による ③アルコール摂取量の把握 ④喫煙率 ⑤糖尿病等の発症率 ⑥特定健康診査受診率 ⑦特定保健指導実施率 ⑧健康診査結果の変化 ⑨生活習慣病の有病率・予備群 ⑩医療費等 ⑪医療費⑫介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付の適正化	①医療費適正化の取組 ②一人あたり外来医療費の適正化の促進 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドロームの改善率の向上 ⑤糖尿病性腎症・糖尿病性神経障害・糖尿病性網膜症の発症率の減少 ⑥糖尿病性腎症・糖尿病性神経障害・糖尿病性網膜症の発症率の減少 ⑦入院 ⑧病床稼働率 ⑨医療費 ⑩医療費適正化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて変更)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度)】を減額し、保険料率決定	保険事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援	保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携		

特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）  
 —特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進—

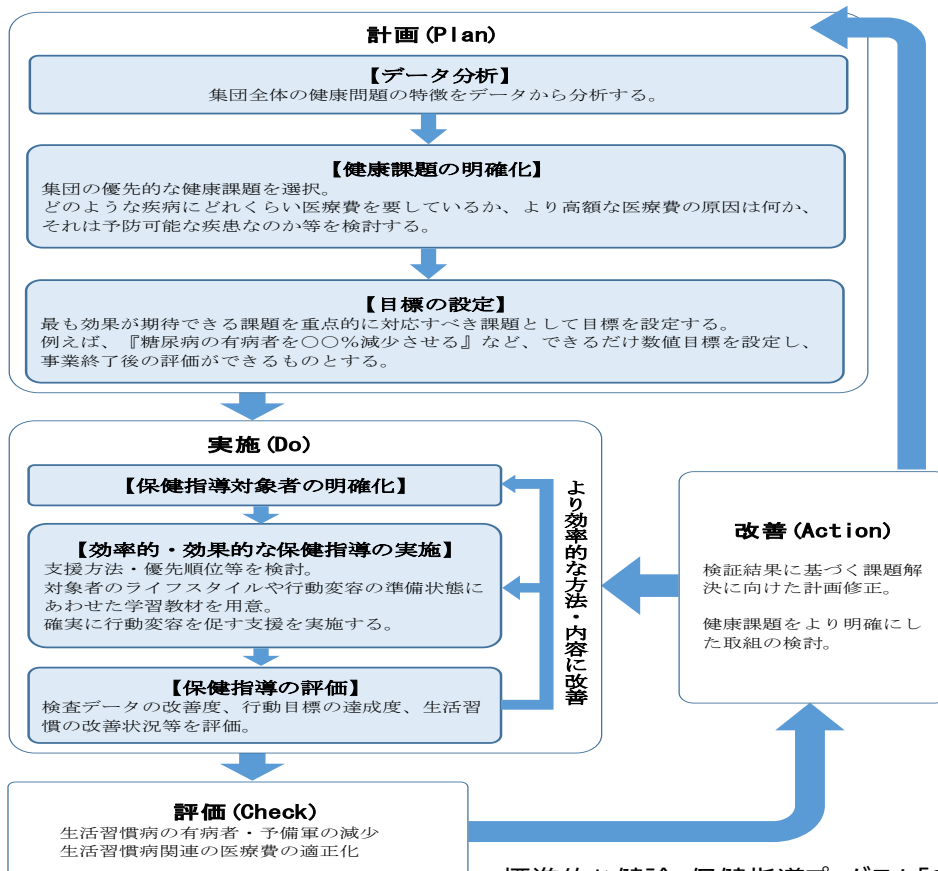
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

【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が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 実施主体関係部局の役割

えびの市においては、健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、市民の健康の保持増進には幅広い課が関わっていることから、介護保険課（地域包括支援センター）や福祉事務所とも十分連携する。

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とする。（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「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・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、特にえびの市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、えびの市国保は、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、えびの市国保と西諸医師会等の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。

宮崎県国保連と宮崎県は、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。

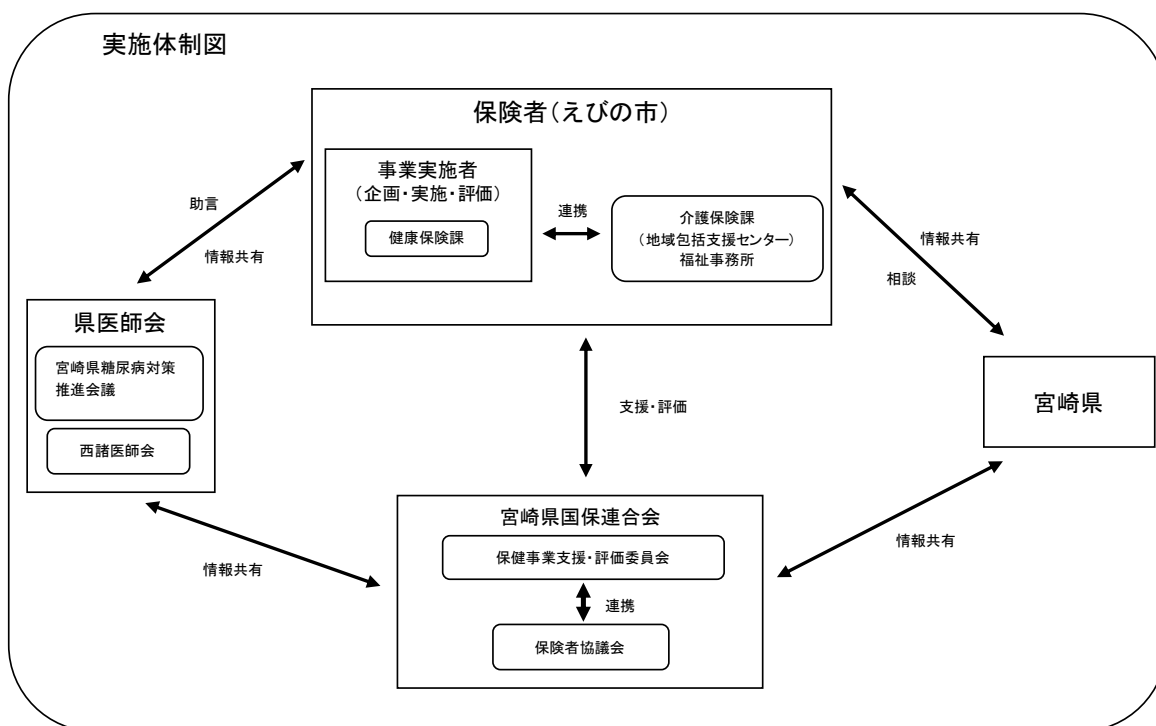


保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

### (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。

【図表 4】



## 5 保険者努力支援制度

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

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

【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	えびの市	配点	えびの市	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）		290				
総得点（体制構築加点点含む）		196				
全国順位（1,741市町村中）		919				
共通①	特定健診受診率	20	0	35		50
	特定保健指導実施率	20	10	35		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		50
共通②	がん検診受診率	10	0	20		30
	歯周疾患（病）検診	10	0	15		25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70		100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45		70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15		25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25		35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25		35
	後発医薬品の使用割合	15	10	30		40
固有①	収納率向上	40	0	70		100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30		40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15		25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15		25
固有⑤	第三者求償の取組	10	10	30		40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					50
体制構築加点点		70		70		60

※H29年度前倒し分は申請中

## 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

##### ア 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、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は男性が減少、女性が上昇しており、死因別にがん、脳疾患、腎不全が高い。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると40～64歳の2号認定率はわずかだが減少している。

また、医療費に占める入院費用の割合はわずかに増加し、外来費用割合はわずかに減少している。健診による重症化予防に取り組んでいるところであるが、高齢化と人口減少により、入院費用の割合を減らすという目標は達成できていないのが現状である。今後も、医療費適正化の観点から特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

##### イ 中長期目標の達成状況

#### (7) 介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、28年度の介護給付費が増えているが、これは、高齢者の割合が増えていることによる。同規模平均の1件当たり介護給付費は同規模平均では施設サービスが減少しているが、えびの市は居宅・施設ともに減少している。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	えびの市				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	25億8176万円	73,181	43,480	295,157	301,072	41,726	283,881
平成28年度	27億3685万円	73,096	42,940	285,804	313,428	41,744	278,164

#### (4) 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と比較するとえびの市は入院費用の伸び率を抑制できていない状況である。

医療費の変化

【図表 7】

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	25億2954万円			10億7507万円				14億5446万円				
	H28年度	24億3296万円	9658万円	-3.8	0.2	10億9309万円	8198万円	1.7	0.463	13億3987万円	1億1460万円	-7.9	-0.0
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	28,480			12,100				16,380				
	H28年度	31,760	3,280	11.5	8.2	14,270	2,170	17.9	8.5	17,490	1,110	6.8	8.0

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

(ウ) 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、虚血性心疾患と慢性腎不全に係る医療費割合では、疾患別にみると脳血管疾患、慢性腎不全(透析無)に係る割合は減少しているものの慢性腎不全(透析有)と虚血性心疾患に係る割合が増加していることがわかった。

中短期目標疾患である糖尿病・脂質異常症に係る割合については、国と比較すると低くなっているが、県と比べると高い。高血圧に係る費用の割合が、平成 25 年度は国に比べると約 2 倍であったが、平成 28 年度は 1.5 倍に減少している。

【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	糖尿病	高血圧	脂質異常症	684,901,270	27.08%			
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	えびの市	2,529,536,660	28,480	70位	5位	6.16%	0.41%	2.59%	1.72%	5.42%	8.59%	2.18%	684,901,270	27.08%	10.53%	14.05%	9.01%	
		2,432,955,310	31,761	44位	6位	6.58%	0.15%	1.59%	1.90%	5.22%	6.42%	2.16%	584,259,480	24.01%	11.40%	14.41%	9.47%	
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%	
		全国	9,687,968,260,190	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	

(エ) 中長期的な疾患(図表 9)

虚血性心疾患の割合は変わらないが、高血圧・糖尿病・脂質異常症を合併している人の割合が増加している。

脳血管疾患の割合は微増しており、糖尿病合併の割合が増加し、高血圧と脂質異常症を合併している人の割合が減少している。

人工透析の割合は微増しており、9 割以上の方が高血圧を合併している。また、65 歳以上では糖尿病と脂質異常症を合併している人の割合が 2 割から 5 割に増加していて、脂質異常症の割合は全体で 14%増加している。

LDL コレステロールの高い人が高血圧になると血管の傷みを修復するためにプラークができ、重症化するとされている。今後、腎の重症化予防として、糖尿病の発症予防や血糖コントロールだけではなく、脂質異常症の予防や改善にも目を向けて取組んでいく必要がある。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7534	300	4.0	38	12.7	14	4.7	257	85.7	96	32.0	173	57.7	
	64歳以下	4961	81	1.6	12	14.8	10	12.3	70	86.4	30	37.0	51	63.0	
	65歳以上	2573	219	8.5	26	11.9	4	1.8	187	85.4	66	30.1	122	55.7	
H28	全体	6508	263	4.0	36	13.7	14	5.3	233	88.6	92	35.0	153	58.2	
	64歳以下	3853	63	1.6	10	15.9	11	17.5	55	87.3	21	33.3	38	60.3	
	65歳以上	2655	200	7.5	26	13.0	3	1.5	178	89.0	71	35.5	115	57.5	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7534	284	3.8	38	13.4	9	3.2	243	85.6	80	28.2	138	48.6	
	64歳以下	4961	86	1.7	12	14.0	9	10.5	78	90.7	24	27.9	40	46.5	
	65歳以上	2573	198	7.7	26	13.1	0	0.0	165	83.3	56	28.3	98	49.5	
H28	全体	6508	252	3.9	36	14.3	9	3.6	215	85.3	79	31.3	117	46.4	
	64歳以下	3853	62	1.6	10	16.1	6	9.7	49	79.0	13	21.0	21	33.9	
	65歳以上	2655	190	7.2	26	13.7	3	1.6	166	87.4	66	34.7	96	50.5	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7534	27	0.4	9	33.3	14	51.9	26	96.3	13	48.1	8	29.6	
	64歳以下	4961	22	0.4	9	40.9	10	45.5	21	95.5	12	54.5	7	31.8	
	65歳以上	2573	5	0.2	0	0.0	4	80.0	5	100.0	1	20.0	1	20.0	
H28	全体	6508	30	0.5	9	30.0	14	46.7	28	93.3	14	46.7	13	43.3	
	64歳以下	3853	22	0.6	6	27.3	11	50.0	20	90.9	10	45.5	9	40.9	
	65歳以上	2655	8	0.3	3	37.5	3	37.5	8	100.0	4	50.0	4	50.0	

ウ 短期目標の達成状況

(7) 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。その中でも、インスリン療法を受けている人は減っているが、糖尿病性腎症の割合が増加しており、今後も、糖尿病性腎症重症化予防に積極的に取り組んでいくことが重要である。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標									
		被保険者数		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	
				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	7534	748	9.9	67	9.0	543	72.6	435	58.2	96	12.8	80	10.7	13	1.7	125	16.7	
	64歳以下	4961	298	6.0	34	11.4	203	68.1	166	55.7	30	10.1	24	8.1	12	4.0	57	19.1	
	65歳以上	2573	450	17.5	33	7.3	340	75.6	269	59.8	66	14.7	56	12.4	1	0.2	68	15.1	
H28	全体	6508	672	10.3	57	8.5	517	76.9	397	59.1	92	13.7	79	11.8	14	2.1	116	17.3	
	64歳以下	3853	214	5.6	25	11.7	153	71.5	120	56.1	21	9.8	13	6.1	10	4.7	41	19.2	
	65歳以上	2655	458	17.3	32	7.0	364	79.5	277	60.5	71	15.5	66	14.4	4	0.9	75	16.4	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標							
		被保険者数		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			
				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	7534	2074	27.5	543	26.2	931	44.9	257	12.4	243	11.7	26	1.3			
	64歳以下	4961	784	15.8	203	25.9	310	39.5	70	8.9	78	9.9	21	2.7			
	65歳以上	2573	1290	50.1	340	26.4	621	48.1	187	14.5	165	12.8	5	0.4			
H28	全体	6508	1890	29.0	517	27.4	899	47.6	233	12.3	215	11.4	28	1.5			
	64歳以下	3853	613	15.9	153	25.0	253	41.3	55	9.0	49	8.0	20	3.3			
	65歳以上	2655	1277	48.1	364	28.5	646	50.6	178	13.9	166	13.0	8	0.8			

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標							
		被保険者数		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			
				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	7534	1242	16.5	435	35.0	931	75.0	173	13.9	138	11.1	8	0.6			
	64歳以下	4961	459	9.3	166	36.2	310	67.5	51	11.1	40	8.7	7	1.5			
	65歳以上	2573	783	30.4	269	34.4	621	79.3	122	15.6	98	12.5	1	0.1			
H28	全体	6508	1145	17.6	397	34.7	899	78.5	153	13.4	117	10.2	13	1.1			
	64歳以下	3853	349	9.1	120	34.4	253	72.5	38	10.9	21	6.0	9	2.6			
	65歳以上	2655	796	30.0	277	34.8	646	81.2	115	14.4	96	12.1	4	0.5			

(イ) 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、女性ともに腹囲・中性脂肪・HDL コレステロール・HbA1c の有所見者が増加 (LDL コレステロールは減少) していることがわかった。男性は、空腹時血糖の有所見者は減少しているが、女性は増加している。

男性も女性も血圧の有所見者は減少している。

男性は、BMI・GPT・尿酸の有所見者は減少しており、クレアチンの有所見者は増加している。

女性は、BMI・GPT・尿酸の有所見者は増加している。その中でも 65 歳以上の BMI の有所見者が約 1 割増加している。

メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

男性も女性もメタボ該当者が増加しており、その中でも血糖と血圧と脂質の 3 項目全てに該当している人の割合が増加している。

【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	197	35.9	283	51.5	143	26.0	116	21.1	44	8.0	247	45.0	319	58.1	122	22.2	323	58.8	114	20.8	254	46.3	11	2.0
	40-64	71	33.8	103	49.0	66	31.4	67	31.9	16	7.6	95	45.2	111	52.9	54	25.7	113	53.8	55	26.2	103	49.0	5	2.4
	65-74	126	37.2	180	53.1	77	22.7	49	14.5	28	8.3	152	44.8	208	61.4	68	20.1	210	61.9	59	17.4	151	44.5	6	1.8
H28	合計	197	34.0	307	52.9	188	32.4	114	19.7	61	10.5	246	42.4	369	63.6	127	21.9	323	55.7	97	16.7	237	40.9	14	2.4
	40-64	61	33.5	102	56.0	72	39.6	50	27.5	10	5.5	74	40.7	94	51.6	50	27.5	80	44.0	37	20.3	78	42.9	2	1.1
	65-74	136	34.2	205	51.5	116	29.1	64	16.1	51	12.8	172	43.2	275	69.1	77	19.3	243	61.1	60	15.1	159	39.9	12	3.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

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	549	21.5	25	4.6%	99	18.0%	3	0.5%	80	14.6%	16	2.9%	159	29.0%	30	5.5%	5	0.9%	79	14.4%
40-64	210		15.1	15	7.1%	32	15.2%	1	0.5%	23	11.0%	8	3.8%	56	26.7%	10	4.8%	2	1.0%	27	12.9%	17	8.1%
65-74	339		29.1	10	2.9%	67	19.8%	2	0.6%	57	16.8%	8	2.4%	103	30.4%	20	5.9%	3	0.9%	52	15.3%	28	8.3%
H28	合計	580	26.2	21	3.6%	91	15.7%	5	0.9%	68	11.7%	18	3.1%	195	33.6%	32	5.5%	5	0.9%	86	14.8%	72	12.4%
	40-64	182	18.2	10	5.5%	32	17.6%	3	1.6%	17	9.3%	12	6.6%	60	33.0%	8	4.4%	5	2.7%	29	15.9%	18	9.9%
	65-74	398	32.6	11	2.8%	59	14.8%	2	0.5%	51	12.8%	6	1.5%	135	33.9%	24	6.0%	0	0.0%	57	14.3%	54	13.6%

#### (ウ) 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率と特定保健指導率のどちらも増加している。今後も重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上と要フォロー者への受診勧奨と保健指導の取組が重要となってくる。

#### 特定健診受診率、特定保健指導実施率（法定報告分）

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率
H25年度	5,104	1,311	25.7%	185位	158	57	36.1%
H28年度	4,439	1,321	29.7%	219位	133	106	79.7%

#### (2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

外来患者を増やすことで重症化を予防し、入院患者を減らしていくことが目標であるが、現状はまだである。

しかし、健診受診者で高血圧の人の割合が減少しており、また、脳血管疾患も減少傾向にあることより、受診勧奨により動機づけができて、医療機関につながって血压管理ができていた人が増加してきたのではないかと推測される。

しかしながら、男女とも HbA1c の有所見者が増加しており、また、透析患者のうち 65 歳以上の方の糖尿病合併の割合も 2 割から 5 割に増加していることから、糖尿病の重症化予防という視点では、若い世代からの早期介入も視野に入れた取組が重要である。

## 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

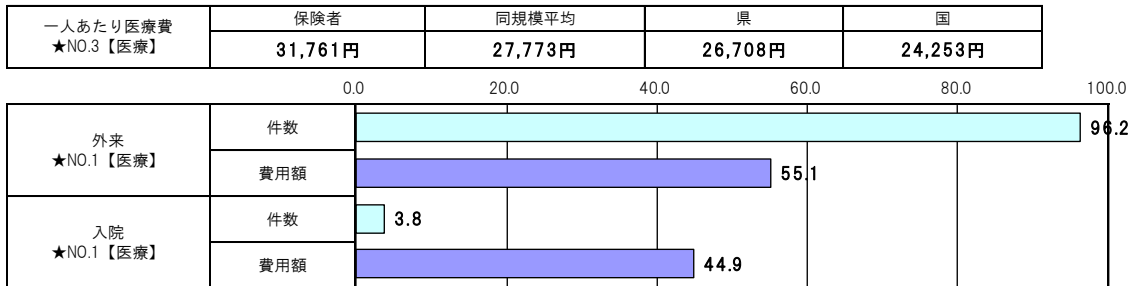
#### ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

えびの市の入院件数は 3.8%で、費用額全体の 44.9%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】

#### 「集団の疾患特徴の把握」

##### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（平成28年度）



○入院を重症化した結果としてとらえる

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

200万円以上になる高額レセプトは心疾患が2件であった。6か月以上の長期入院の約1割（76件）が脳血管疾患であった。人工透析患者では、脳血管疾患が29.0%（115件）、虚血性心疾患が42.3%（168件）で、糖尿病性腎症が46.3%（184件）であった。

平成28年5月の診療分のレセプトで生活習慣病の治療数の構成割合は、高血圧66.7%、糖尿病23.7%、脂質異常症40.4%、高尿酸血症10.3%である。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の生活習慣病の治療者数の構成割合は平成25年5月診療分と比べ大きな変化は見られず、全体の8.9%、9.3%、4.1%である。基礎疾患の重なりを見ると、どの疾患も8割以上が高血圧の治療をしている。脳血管疾患と虚血性心疾患の約3割が糖尿病の治療を、5割前後が脂質異常症の治療をしている。また、糖尿病性腎症の7割以上が脂質異常症の治療をしているのが特徴的である。

リスクの重なりが重症化を促進するので、糖尿病治療中の方も特定健診を受診してもらえるような医療機関との連携を推進し、その中でも脂質異常症のある方が改善できるような保健指導などを実施していくことも今後の課題である。



【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	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	39件	0件 0.0%	2件 5.1%	-
		費用額	1億2975万円	--	530万円 4.1%	-
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	796件	76件 9.5%	51件 6.4%	-
		費用額	3億2012万円	3013万円 9.4%	2525万円 7.9%	-
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	397件	115件 29.0%	168件 42.3%	184件 46.3%
		費用額	1億6712万円	4873万円 29.2%	7384万円 44.2%	7639万円 45.7%

※上記の件数・費用額については、他の疾患分が含まれていたり、疾患が重複している場合があるため、表中3疾患の合計と全体件数・費用額は必ずしも一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 な り 患	全体	2,834人	252人 8.9%	263人 9.3%	116人 4.1%
			高血圧	215人 85.3%	233人 88.6%	96人 82.8%	
			糖尿病	79人 31.3%	92人 35.0%	116人 100.0%	
			脂質異常症	117人 46.4%	153人 58.2%	85人 73.3%	
			高血圧症	1,890人 66.7%	672人 23.7%	1,145人 40.4%	292人 10.3%
			糖尿病				
			脂質異常症				

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

### ウ 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 91.9%であり、筋・骨格疾患の 88.4%を上回っていて、どちらも、平成 25 年度より割合が増加している。認知症は、平成 25 年度は 12.1%であったが、平成 28 年度は 39.7%と増加している。

このことより、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 15】

### 3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	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	7,246人		3,030人		4,437人		7,467人		14,713人								
認定者数	33人		113人		1,548人		1,661人		1,694人									
	認定率	0.46%		3.7%		34.9%		22.2%		11.5%								
新規認定者数（※1）	5人		18人		169人		187人		192人									
介護度別人数	要支援1・2	9	27.3%	32	28.3%	343	22.2%	375	22.6%	384	22.7%							
	要介護1・2	13	39.4%	44	38.9%	645	41.7%	689	41.5%	702	41.4%							
	要介護3～5	11	33.3%	37	32.7%	560	36.2%	597	35.9%	608	35.9%							
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）	33		113		1,548		1,661		1,694								
	再）国保・後期	26		97		1,500		1,597		1,623								
（レセプトの診断名より重複して計上）	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	11	42.3%	脳卒中	48	49.5%	脳卒中	659	43.9%	脳卒中	707	44.3%	脳卒中	718	44.2%
			2	虚血性心疾患	4	15.4%	虚血性心疾患	20	20.6%	虚血性心疾患	513	34.2%	虚血性心疾患	533	33.4%	虚血性心疾患	537	33.1%
		3	腎不全	4	15.4%	腎不全	9	9.3%	腎不全	152	10.1%	腎不全	161	10.1%	腎不全	165	10.2%	
		4	糖尿病合併症	3	11.5%	糖尿病合併症	11	11.3%	糖尿病合併症	136	9.1%	糖尿病合併症	147	9.2%	糖尿病合併症	150	9.2%	
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		18		78		1,328		1,406		1,424							
	血管疾患合計		19		83		1,390		1,473		1,492							
			73.1%		85.6%		92.7%		92.2%		91.9%							
	認知症		5		17		623		640		645							
			19.2%		17.5%		41.5%		40.1%		39.7%							
	筋・骨格疾患		15		74		1,346		1,420		1,435							
		57.7%		76.3%		89.7%		88.9%		88.4%								

※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）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

### 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

### ★NO.1【介護】

	0	2000	4000	6000	8000
要介護認定者医療費 （40歳以上）	6724				
要介護認定なし医療費 （40歳以上）	3709				

## (2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等のリスクが高くなる。

えびの市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者・予備群が多く、健診結果の有所見状況でも特に男性も女性も、空腹時血糖・HbA1c・尿酸・収縮期血圧・中性脂肪が高い。また、女性は LDL・HDL コレステロールが高い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) 平成28年度 ★NO.23 (概要)

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	305		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	199	34.3	308	53.0	188	32.4	115	19.8	61	10.5	247	42.5	370	63.7	126	21.7	324	55.8	97	16.7	237	40.8	14	2.4		
	40-64	63	34.2	104	56.5	72	39.1	51	27.7	10	5.4	75	40.8	96	52.2	50	27.2	82	44.6	37	20.1	79	42.9	2	1.1		
	65-74	136	34.3	204	51.4	116	29.2	64	16.1	51	12.8	172	43.3	274	69.0	76	19.1	242	61.0	60	15.1	158	39.8	12	3.0		
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	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	197	26.6	154	20.8	132	17.8	82	11.1	19	2.6	181	24.5	479	64.7	35	4.7	395	53.4	82	11.1	444	60.0	3	0.4		
	40-64	55	23.4	33	14.0	30	12.8	20	8.5	9	3.8	53	22.6	133	56.6	8	3.4	107	45.5	39	16.6	146	62.1	0	0.0		
	65-74	142	28.1	121	24.0	102	20.2	62	12.3	10	2.0	128	25.3	346	68.5	27	5.3	288	57.0	43	8.5	298	59.0	3	0.6		

\*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 (概要)

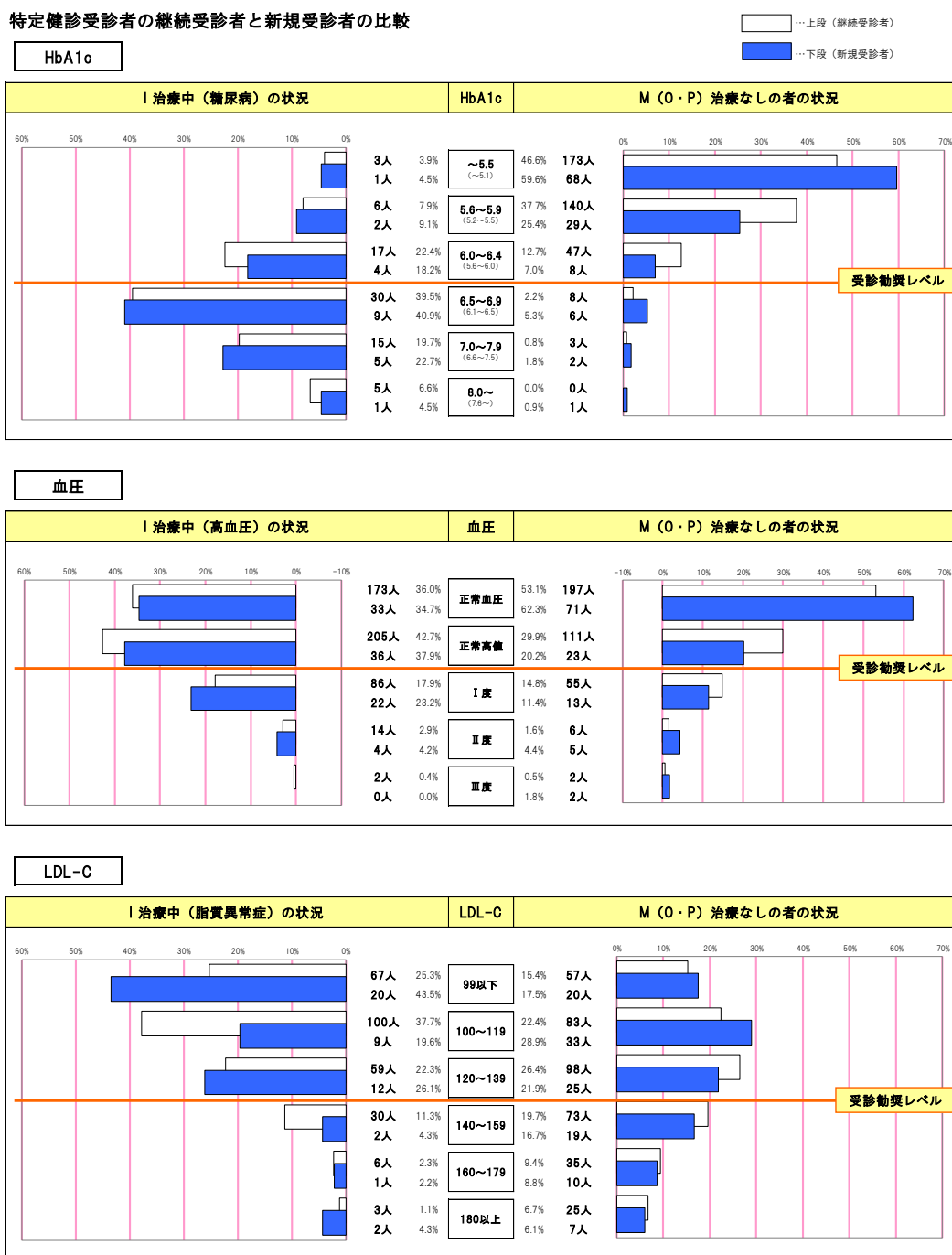
	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	581	26.2	21	3.6%	92	15.8%	5	0.9%	69	11.9%	18	3.1%	195	33.6%	33	5.7%	5	0.9%	85	14.6%	72	12.4%		
	40-64	184	18.4	10	5.4%	33	17.9%	3	1.6%	18	9.8%	12	6.5%	61	33.2%	9	4.9%	5	2.7%	29	15.8%	18	9.8%		
	65-74	397	32.6	11	2.8%	59	14.9%	2	0.5%	51	12.8%	6	1.5%	134	33.8%	24	6.0%	0	0.0%	56	14.1%	54	13.6%		
女性	合計	740	33.3	7	0.9%	59	8.0%	5	0.7%	42	5.7%	12	1.6%	88	11.9%	11	1.5%	3	0.4%	50	6.8%	24	3.2%		
	40-64	235	26.3	4	1.7%	7	3.0%	2	0.9%	5	2.1%	0	0.0%	22	9.4%	1	0.4%	1	0.4%	10	4.3%	10	4.3%		
	65-74	505	38.0	3	0.6%	52	10.3%	3	0.6%	37	7.3%	12	2.4%	66	13.1%	10	2.0%	2	0.4%	40	7.9%	14	2.8%		

### (3) 特定健診受診者の糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

高血圧と脂質異常症に関しては、服薬治療をすることでコントロールすることができているが、HbA1c の状況を見ると、治療中の方は継続受診者も新規受診者もコントロール不良者が多いことがわかる。良好な血糖コントロールを保つために、糖尿病の治療の基本は食事と運動と服薬の三つでそのどれが欠けてもいけないということを理解していただける保健指導ができていないと考えられる。

平成 29 年度から糖尿病管理台帳を作成し、対象者の良好な血糖コントロールをめざしての保健指導を開始した。継続受診者の HbA1c6.5 以上の人の割合を減らしていくことが重症化予防のための今後の大きな課題である。

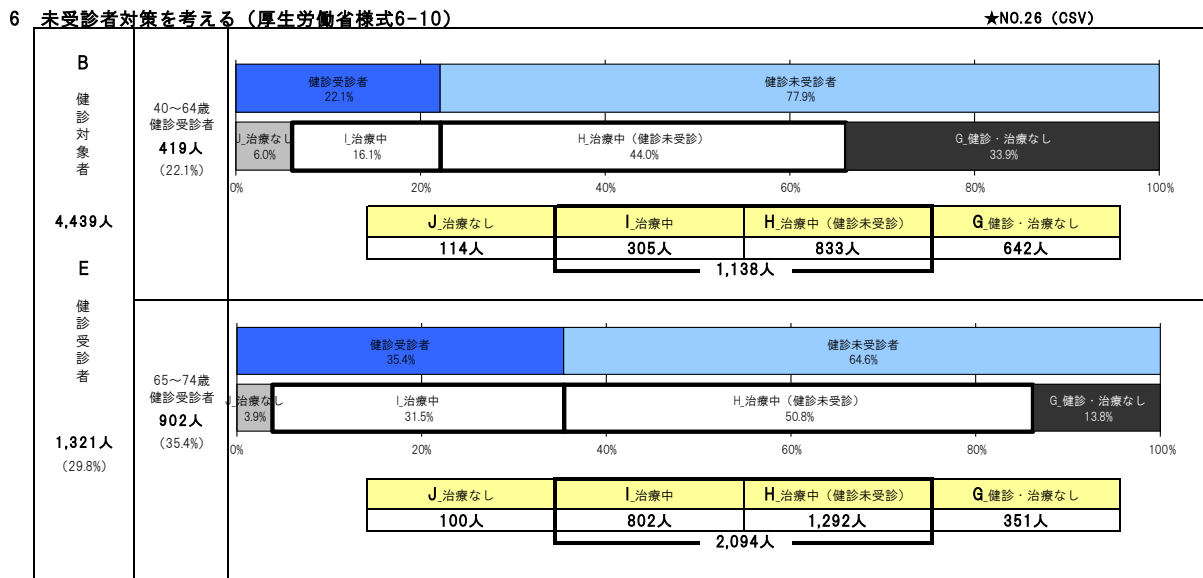
【図表 18】



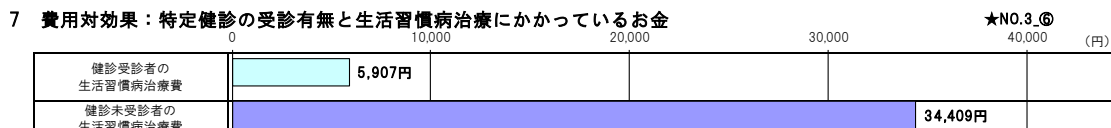
#### (4) 未受診者の把握 (図表 19)

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 40～64 歳の若い人の割合が 33.9%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。

【図表 19】



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



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

### 3 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ア 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 5%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、えびの市の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを旨とする。

##### イ 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、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(法定報告値による)

【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	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	80%	81%	82%	83%	84%	85%

### 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	4,000人	3,800人	3,600人	3,400人	3,200人	3,000人
	受診者数	1,400人	1,520人	1,620人	1,700人	1,760人	1,800人
特定保健指導	対象者数	140人	152人	162人	170人	176人	180人
	受診者数	112人	123人	133人	141人	148人	153人

## 4 特定健診の実施

### (1) 実施方法

個別健診については、西諸医師会に委託し、西諸医師会が実施医療機関の取りまとめを行う。また、集団健診については宮崎県健康づくり協会へ委託し、実施データを県国保連合会が取りまとめ、保険者への報告及び費用決済を行う。

A 集団健診(えびの市保健センター他)

B 個別健診(委託医療機関)

### (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第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、えびの市ホームページに掲載する。

#### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、尿蛋白定量）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換えられることから、今後、検討していく。(実施基準第 1 条 4 項)心電図

#### (5) 実施時期

6 月から翌年 1 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) 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

<b>健診の案内方法</b>	
特定健診受診券を発行し郵送する。市ホームページ及び市広報誌等による周知を行う。	
<b>健診実施スケジュール</b>	
5 月末	: 受診券送付
6 月～翌年 1 月	: 特定健診実施（集団、個別）
7 月～翌年 9 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
10 月～12 月	: 未受診者対策（ハガキや訪問等による受診勧奨）
10 月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
2 月～4 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）



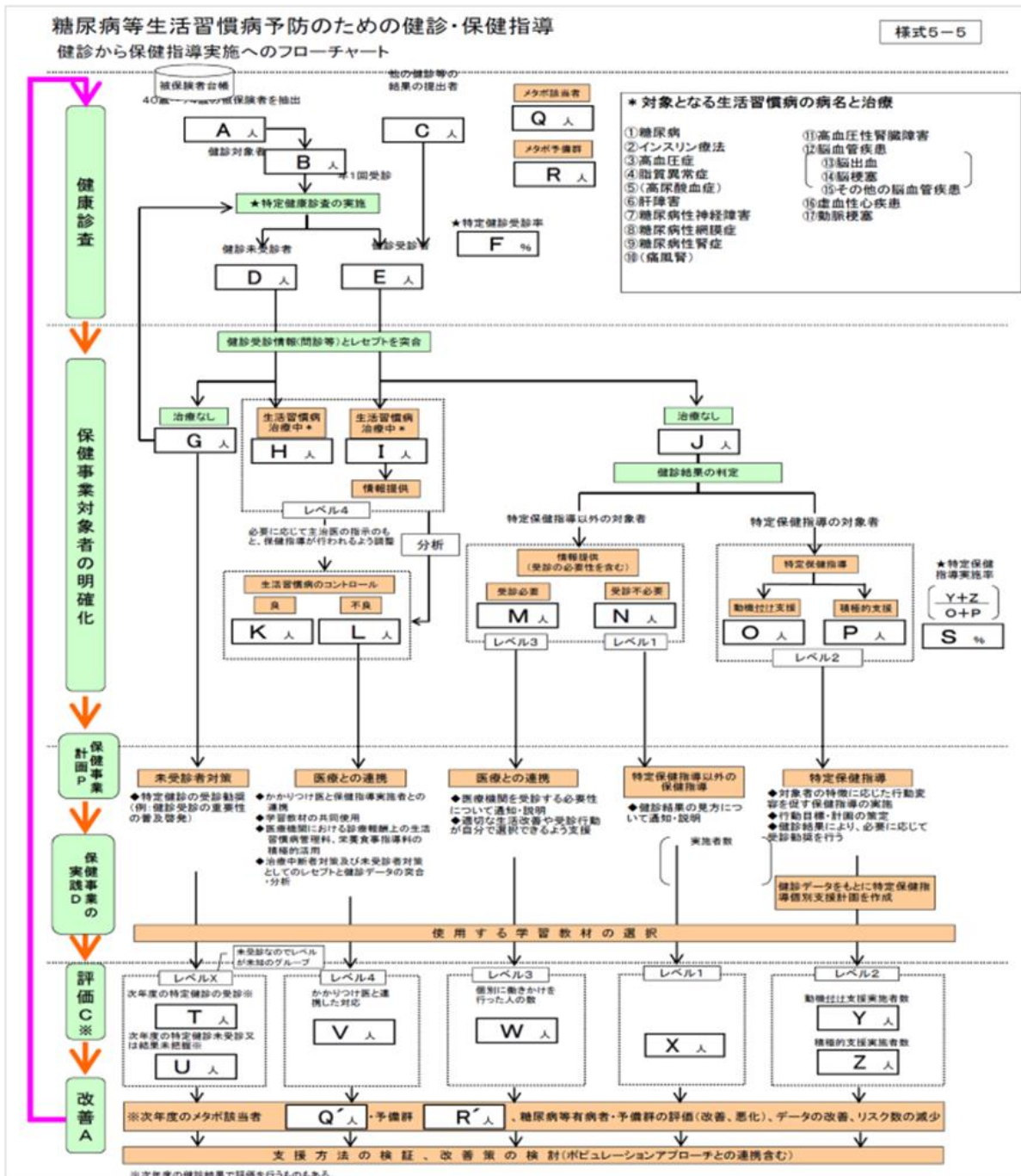
## 5 特定保健指導の実施

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】

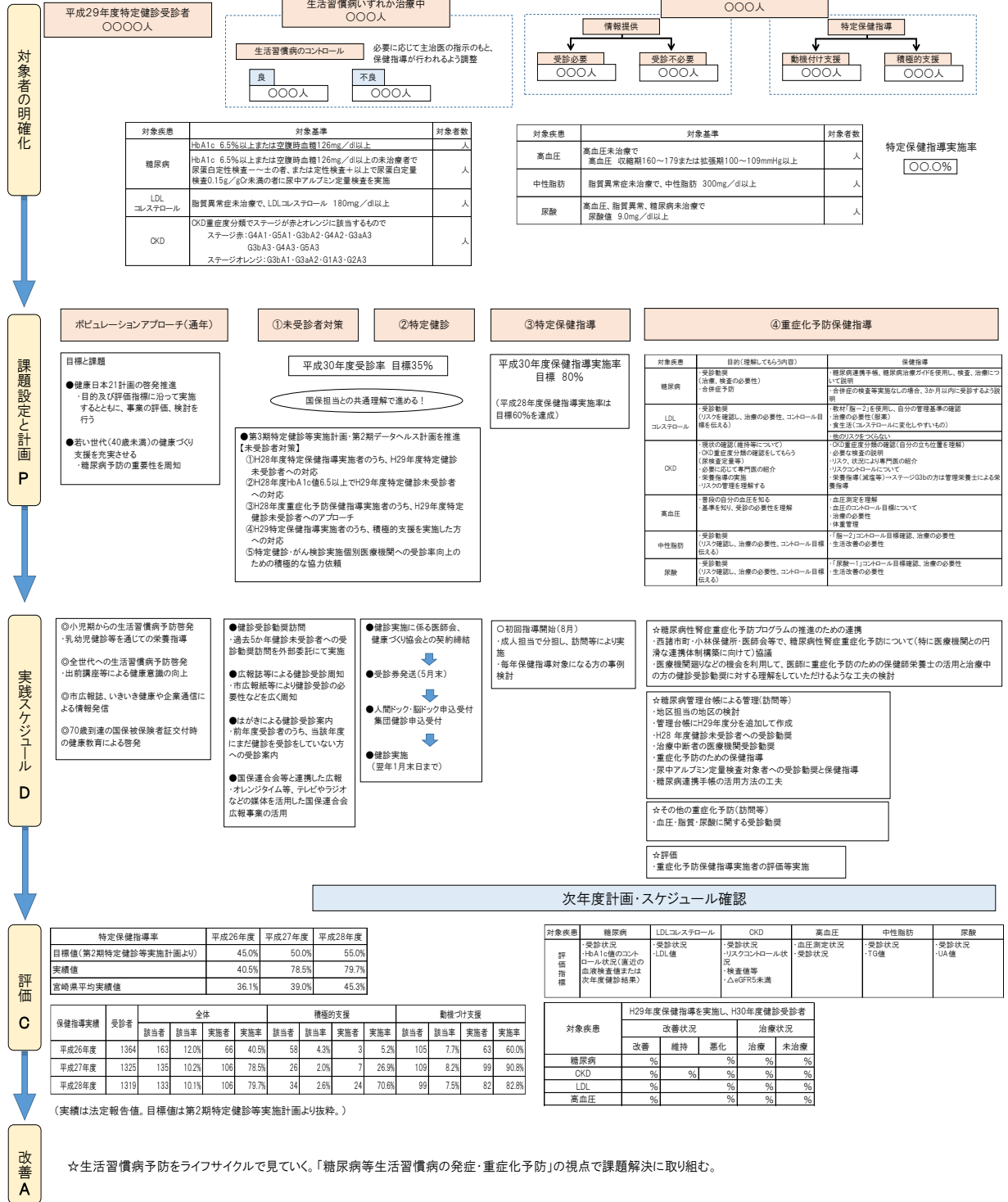
優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	141人 (10.2)
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	201人 (14.6)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	3,406人 ※受診率目標達成 までにあと1,493人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	243人 (17.6)
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	792人 (57.5)

### (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】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成30年度)  
対象者の明確化から計画・実践・評価まで



## 6 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律およびえびの市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、えびの市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

### 第1 保健事業の方向性

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

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市民へ周知する。

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。

### 第2 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）及び西諸地区糖尿病性腎症重症化予防プログラムを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）に準じて、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。

- a 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
- b 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- c 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	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	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 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 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

### ア 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。

- a 医療機関未受診者
- b 医療機関受診中断者
- c 糖尿病治療中断者
  - ① 糖尿病性腎症で通院している者
  - ② 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

### イ 選定基準に基づく該当数の把握

#### (7) 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】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

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。

えびの市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、尿蛋白定量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。平成 29 年度より、尿中アルブミン検査を対象者（HbA1c6.5 以上また空腹時血糖 126 以上で未治療かつ尿蛋白定性（-±））に実施し、微量アルブミン尿による腎症病期の把握も可能となった。

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）

#### (イ) 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。(参考資料 2、図表 28)

えびの市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 75 人 (40.1%・F) であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 659 人中のうち、特定健診受診者が 112 人 (59.9%・G) であったが、6 人 (5.4%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 547 人 (83.0%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 162 人中 23 人は治療中断であることが分かった。また、139 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。

#### (ウ) 介入方法と優先順位

図表 28 よりえびの市における介入方法を以下の通りとする。

##### 優先順位 1

###### 【受診勧奨】

- a 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) …75 人
- b 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ) … 29 人
  - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

##### 優先順位 2

###### 【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク) …106 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

##### 優先順位 3

###### 【保健指導】

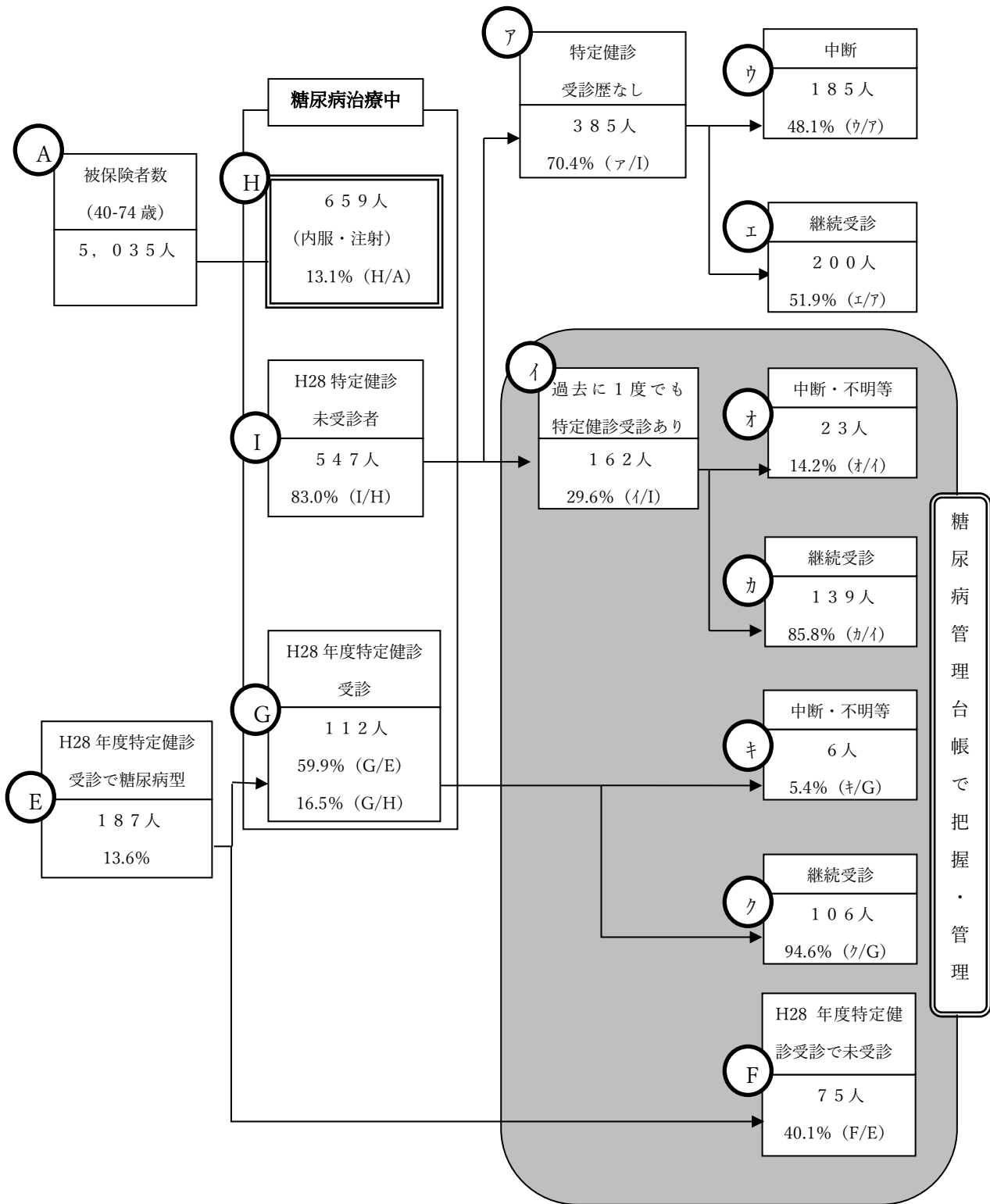
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ) …139 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導



【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3ヶ月以上レセプトがない者



### (3) 対象者の進捗管理

#### ア 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】

(7) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

\* HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(イ) 資格を確認する

(ロ) レセプトを確認し情報を記載する

治療状況の把握

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

(ハ) 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。

(ニ) 地区担当対象者数の把握

a 未治療者・中断者（受診勧奨者）……104 人（図表 28）

b 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）……28 人（参考資料 2）

#### (4) 保健指導の実施

##### ア 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・重症化予防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。えびの市においては、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
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <span style="font-size: 2em;">→</span> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は?</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</li> </ol> <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか? ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</p> <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう?</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン?(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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?</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは?</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p>( 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? )</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアグリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## イ 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及び尿蛋白定量検査を実施しているが、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HbA1c6.5以上また空腹時血糖126以上で未治療かつ尿蛋白定性(一土)は二次健診(尿中アルブミン定量検査)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

### ア 医療機関未受診者・治療中断者について

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。

### イ 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プログラムに準じ行っていく。

### ウ 糖尿病連携手帳の活用について

支援・評価委員会の委員からの助言でもあるが、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していくこととする。

## (6) 高齢者福祉部門（介護保険課等）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。また、現在介護2号認定者のうち、糖尿病がある者については、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等の情報を活用していく。

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

## ア 短期的評価

### (7) 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

### (イ) 保健指導対象者に対する評価

- a 保健指導実施率
- b 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1cの変化
  - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5 ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

### (8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

## 2 虚血性心疾患重症化予防

### (1) 基本的な考え方

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

### (2) 対象者の明確化

#### ア 対象者選定基準の考え方

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

#### イ 重症化予防対象者の抽出

##### (7) 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。えびの市において健診受診者1,377人のうち心電図検査実施者は259人(18.8%)であり、そのうちST所見があったのは3人であった(図表30)。心電図におけるSTとはどのような状態であるのか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。

えびの市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を今後検討していく。

【図表30】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
			人	%	人	%	人	%		
平成28年度	1377	100	259	18.8	3	1.2	43	16.6	213	82.2

(イ) 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 31 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 31】

心電図以外の保健指導対象者の把握

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	
	1377	3 0.2	43 3.1	213 15.5	1118 81.2
メタボ該当者	294 21.4%	1 0.3%	12 4.1%	39 13.3%	242 82.3%
メタボ予備群	157 11.4%	0 0.0%	4 2.5%	21 13.4%	132 84.1%
メタボなし	926 67.2%	2 0.2%	27 2.9%	153 16.5%	744 80.3%
LDL	140-159	145 10.5%	0 0.0%	6 4.1%	30 20.7%
	160-179	61 4.4%	0 0.0%	1 1.6%	6 9.8%
	180-	36 2.6%	0 0.0%	1 2.8%	7 19.4%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1～	248	0	11	32	205
		18.0%	0.0%	4.4%	12.9%	82.7%

### (3) 保健指導の実施

#### ア 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 32 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 32】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 15 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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

#### イ 二次健診の実施

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



## ウ 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ーチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

### (4) 医療との連携

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

### (5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

### (6) 評価

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

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

## ア 短期的評価

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

### (7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、

対象者へ介入（通年）

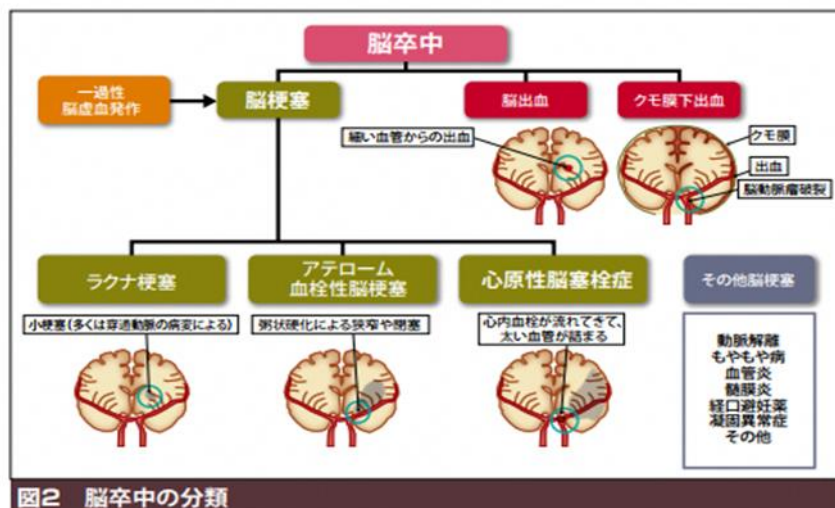
### 3 脳血管疾患重症化予防

#### (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 33、34)

【脳卒中の分類】

【図表 33】



(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 34】

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

### ア 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 35 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 35】

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		47人	3.4%	92人	6.7%	47人	3.4%	1人	0.1%	294人	21.4%	9人	0.7%	36人	2.6%
治療なし		20人	2.8%	60人	4.7%	42人	4.1%	0人	0.0%	47人	8.0%	1人	0.2%	8人	1.4%
治療あり		10人	21.3%	14人	15.2%	14人	29.8%	0人	0.0%	47人	16.0%	0人	0.0%	5人	13.9%
臓器障害あり		1人	4.1%	6人	28.6%	1人	1.4%	0人	0.1%	5人	31.2%	1人	1.0%	8人	3.5%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	1人		2人		1人		0人		2人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		1人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		0人		1人		0人		1人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人	
	心電図所見あり	1人		4人		1人		0人		4人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 47 人 (3.4%) であり、20 人は未治療者であった。また未治療者のうち 1 人 (4.1%) 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 10 人 (21.3%) いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### イ 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 36)

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）

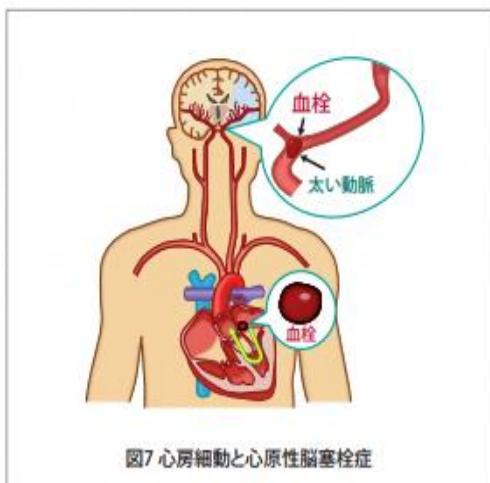
血圧分類 (mmHg)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	718	226	155	217	100	15	5	
		31.5%	21.6%	30.2%	13.9%	2.1%	0.7%	
リスク第1層	102	52	21	22	5	2	0	
		14.2%	23.0%	13.5%	10.1%	5.0%	13.3%	0.0%
リスク第2層	371	112	84	112	54	6	3	
		51.7%	49.6%	54.2%	51.6%	54.0%	40.0%	60.0%
リスク第3層	245	62	50	83	41	7	2	
		34.1%	27.4%	32.3%	38.2%	41.0%	46.7%	40.0%
再掲 (重複あり)	糖尿病	70	15	8	36	9	1	1
		28.6%	24.2%	16.0%	43.4%	22.0%	14.3%	50.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	103	27	25	31	15	5	0
	42.0%	43.5%	50.0%	37.3%	36.6%	71.4%	0.0%	
3個以上の危険因子	129	32	25	45	21	4	2	
	52.7%	51.6%	50.0%	54.2%	51.2%	57.1%	100.0%	

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治 療
5	56	59
0.7%	7.8%	8.2%
5	2	0
100%	3.6%	0.0%
--	54	9
--	--	15.3%
--	--	50
--	--	84.7%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 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。

ウ 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 37 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 37】

## 特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	116	143	0	0.0	1	0.7	-	-
40歳代	11	13	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	8	14	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	72	77	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	25	39	0	0.0	1	2.6	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

【図表 38】

## 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
1	100	0	0.0	1	100.0

心電図検査において1人が心房細動の所見であった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも健診受診者全員に心電図検査を実施していく。

## (3) 保健指導の実施

## ア 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。

## イ 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ので、今後、検討していく。

## ウ 対象者の管理

### (7) 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）

### (4) 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（介護保険課等）との連携

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

## (6) 評価

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

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

### ア 短期的評価

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

## (7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

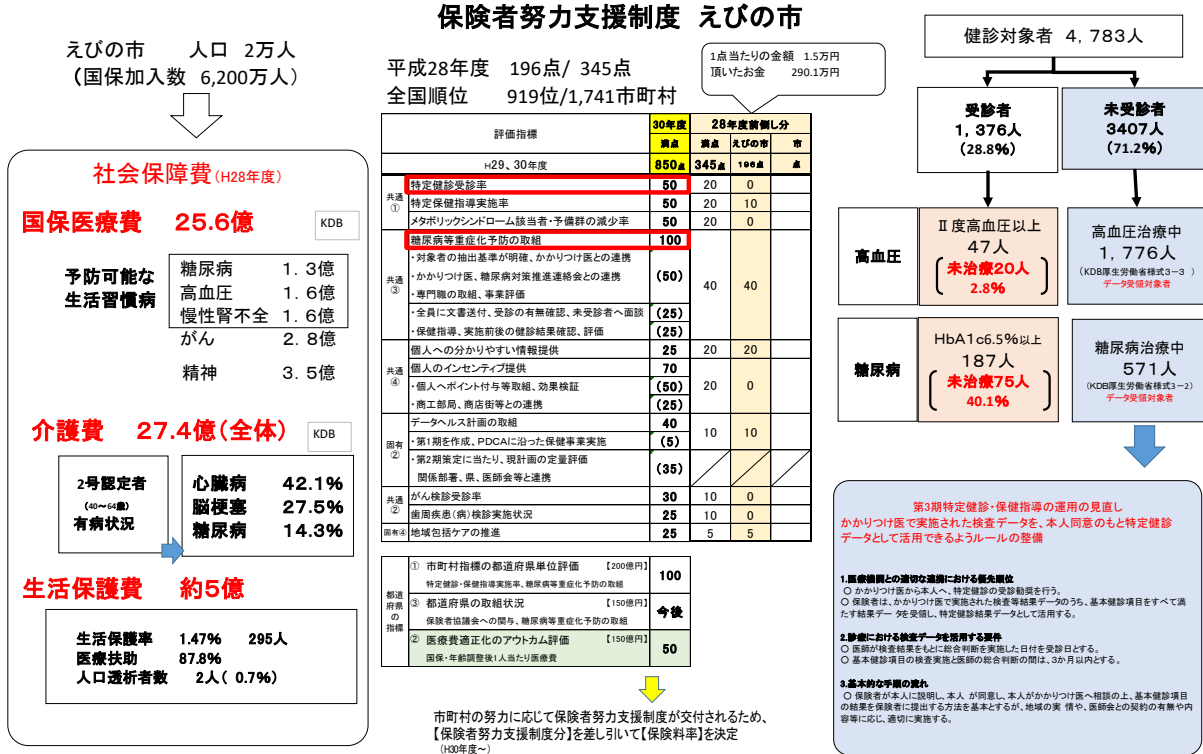
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、  
対象者へ介入（通年）

### 第3 ポピュレーションアプローチ

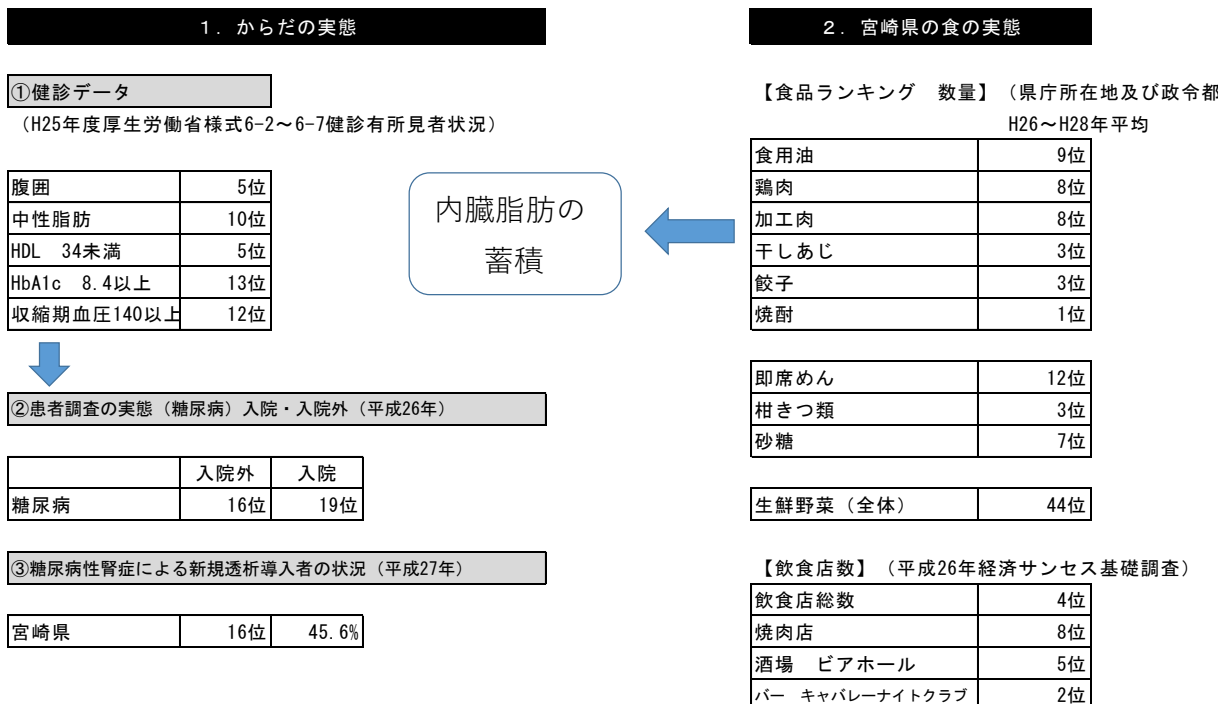
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 39・40)

【図表 39】



### 宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表 40】





## 第5章 地域包括ケアに係る取組

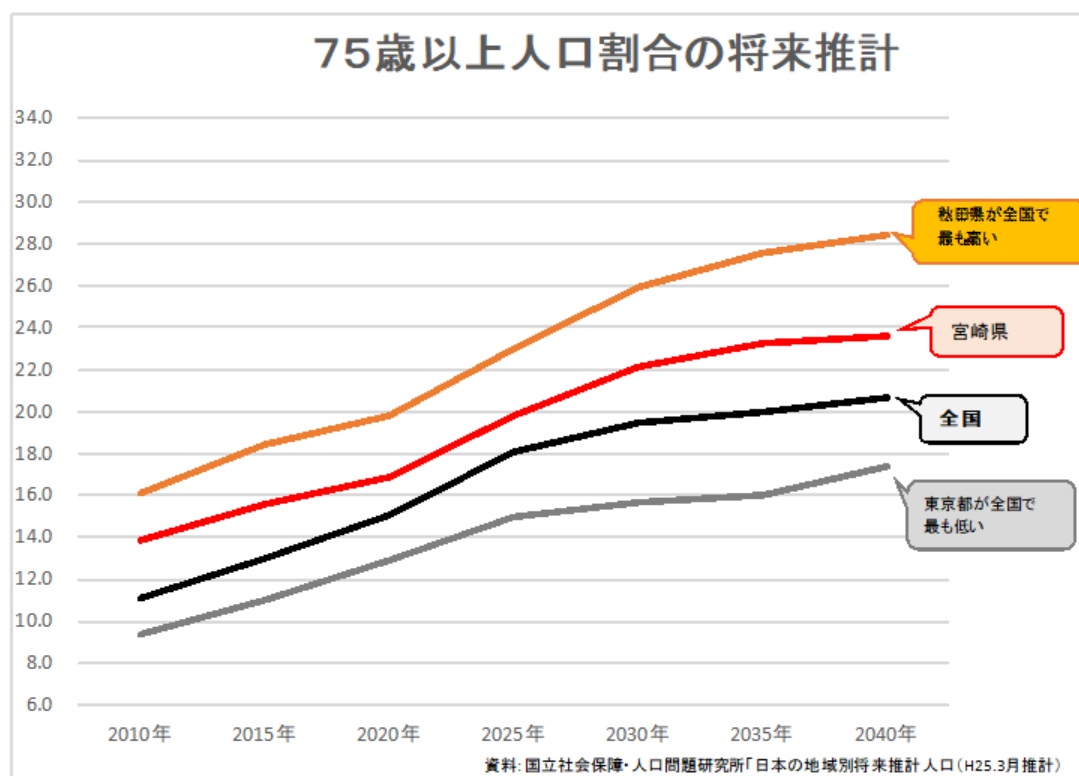
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2040年で全国平均を上回る23.6%と推計されている。(図表41)

国保では被保険者のうち65歳以上高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合は医療費全体の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体制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41】



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市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、次期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10）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに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支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## **第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い**

### **1 計画の公表・周知**

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

具体的な方策としては、市ホームページや市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。

### **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えびの市の位置

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り組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患予防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 平成 30 年度に向けての全体評価（平成 29 年度 2 月までの評価）

参考資料 11 データヘルス計画の目標管理一覧

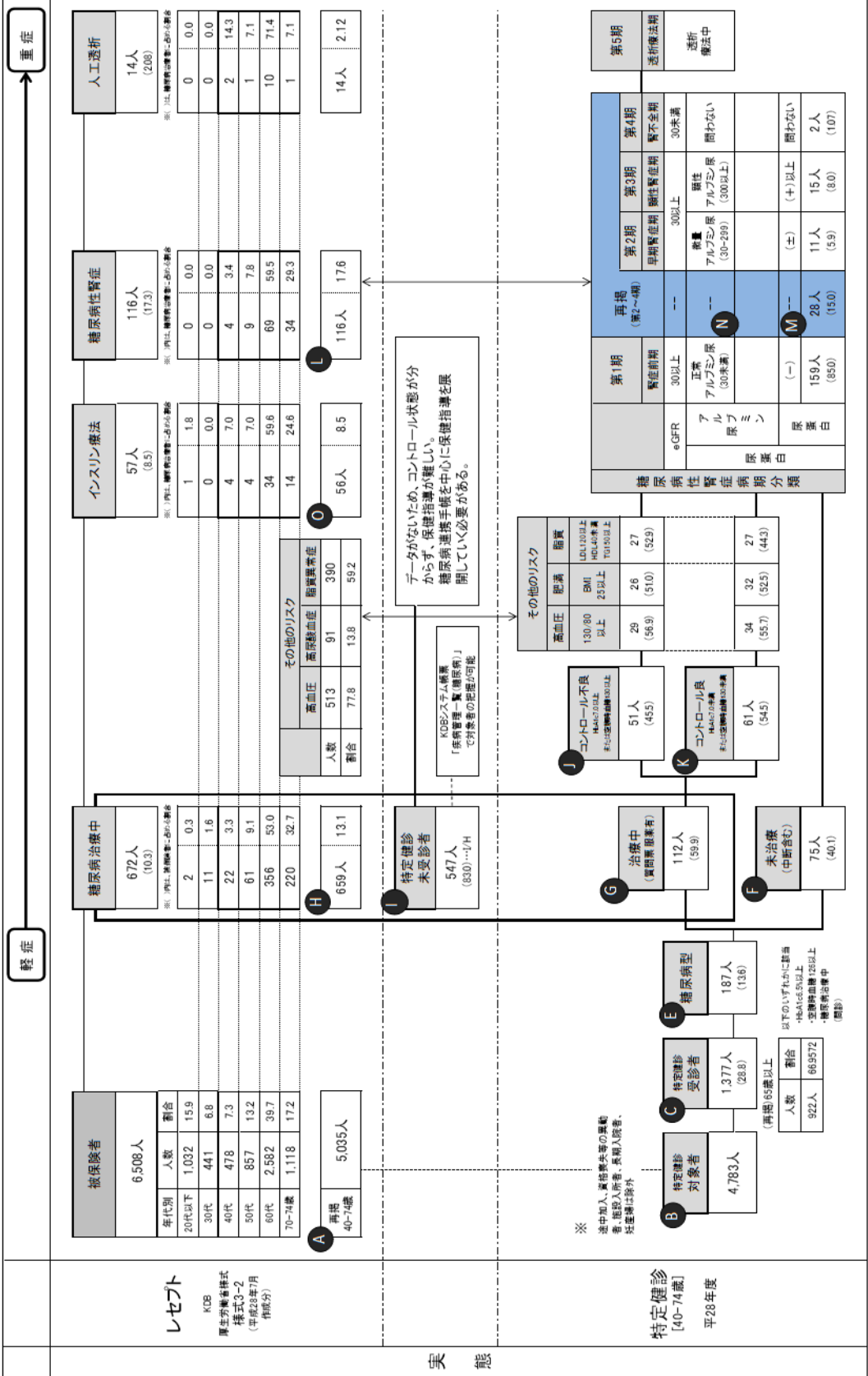
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたえびの市の位置

項目	H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)			
	保険者		保険者		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	21,294		21,294	9,030,767		1,125,360	124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況			
		65歳以上 (高齢化率)	7,467	35.1	7,467	35.1	2,626,654	29.1	290,839	25.8	29,020,766	23.2		
		75歳以上	4,437	20.8	4,437	20.8			156,418	13.9	13,989,864	11.2		
		65~74歳	3,030	14.2	3,030	14.2			134,421	11.9	15,030,902	12.0		
		40~64歳	7,246	34.0	7,246	34.0			383,847	34.1	42,411,922	34.0		
		39歳以下	6,581	30.9	6,581	30.9			450,674	40.0	53,420,287	42.8		
2	② 産業構成	第1次産業	25.3		25.3	11.4		11.8	4.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題			
		第2次産業	19.2		19.2	27.5		21.6	25.2					
		第3次産業	55.4		55.4	61.1		66.6	70.6					
3	③ 平均寿命	男性	79.5		79.5	79.2		79.7	79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		女性	86.1		86.1	86.4		86.6	86.4					
4	④ 健康寿命	男性	65.1		65.1	65.1		65.2	65.2					
		女性	66.4		66.4	66.8		66.8	66.8					
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	男性	100.9		103.8	104.8		99.7	100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			女性	101.9		101.1	101.5		96.2	100				
		死因	がん	84	36.8	77	41.2	32,164	46.4	3,469	45.2		367,905	49.6
			心臓病	80	35.1	56	29.9	19,517	28.2	2,242	29.2		196,768	26.5
			脳疾患	28	12.3	31	16.6	11,781	17.0	1,301	16.9		114,122	15.4
			糖尿病	9	3.9	6	3.2	1,340	1.9	128	1.7		13,658	1.8
			腎不全	9	3.9	10	5.3	2,559	3.7	276	3.6		24,763	3.3
			自殺	18	7.9	7	3.7	1,902	2.7	265	3.5		24,294	3.3
		② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	31	9.3		8.53				9.95		10.47	厚労省HP 人口動態調査
			男性	25	14.9		11.05				13.52		13.51	
	女性	6	3.6		5.95				6.46	7.24				
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,642	21.8	1,690	22.5	539,524	20.5	59,315	20.4	5,882,340	21.2		
		新規認定者	22	0.3	37	0.3	8,953	0.3	1,066	0.3	105,654	0.3		
		2号認定者	42	0.6	27	0.4	11,164	0.4	1,424	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	312	17.7	327	18.8	125,517	22.3	12,984	21.1	1,343,240	21.9		
		高血圧症	1,046	61.1	1,062	62.1	305,818	54.6	35,343	57.8	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	451	26.1	476	27.8	159,712	28.3	16,820	27.4	1,733,323	28.2		
		心臓病	1,169	68.3	1,212	70.4	349,121	62.4	40,218	65.9	3,511,354	57.5		
		脳疾患	483	29.8	537	31.3	154,757	27.9	19,110	31.4	1,530,506	25.3		
		がん	147	8.4	145	9.0	58,389	10.3	5,851	9.4	629,053	10.1		
		筋・骨格	1,040	60.9	1,073	63.5	303,080	54.0	35,158	57.7	3,051,816	49.9		
精神	690	39.1	720	41.7	213,249	37.8	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)	73,181		73,096		66,708		66,242		58,349				
	居宅サービス	43,500		42,940		41,740		47,239		39,683				
	施設サービス	295,155		285,804		278,164		282,096		281,115				
④ 医療費等	要介護認定別	8,618		6,982		8,280		7,150		7,980				
	医療費 (40歳以上) 認定なし	3,661		3,796		4,039		3,962		3,822				
4	① 国保の状況	被保険者数	7,285		6,202		2,264,275		300,094		32,587,223			
		65~74歳	2,615	35.9	2,665	43.0			119,980	40.0	12,462,053	38.2		
		40~64歳	2,886	39.6	2,158	34.8			103,070	34.3	10,946,693	33.6		
		39歳以下	1,784	24.5	1,379	22.2			77,044	25.7	9,178,477	28.2		
	加入率	34.2		29.1		25.1		26.7		26.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.4	3	0.5	833	0.4	140	0.5	8,255	0.3		
		診療所数	17	2.3	18	2.9	6,529	2.9	891	3.0	96,727	3.0		
		病床数	167	22.9	167	26.9	135,296	59.8	19,245	64.1	1,524,378	46.8		
		医師数	31	4.3	37	6.0	16,982	7.5	2,730	9.1	299,792	9.2		
		外来患者数	744.7		782.5		698.5		677.3		668.3	KDB_NO.5 被保険者の状況		
入院患者数	27.1		30.5		23.6		24.7		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,247		31,761		27,773		26,708		24,253				
	受診率	771.8		813,007		722,134		702,045		686,501	KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題			
	外来 費用の割合	67.5		55.1		56.9		55.1		60.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	件数の割合	96.5		96.2		96.7		96.5		97.4				
	入院 費用の割合	42.5		44.9		43.1		44.9		39.9				
	件数の割合	3.5		3.8		3.3		3.5		2.6				
1件あたり在院日数	19.3日		18.3日		17.0日		17.8日		15.6日					
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	がん	266,014,480	17.3	277,251,760	19.2	23.9		21.9		25.6	KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の			
	慢性腎不全 (透析あり)	155,365,050	10.1	160,109,180	11.1	9.2		11.2		9.7				
	糖尿病	136,215,850	8.9	127,684,960	8.8	9.9		8.6		9.7				
	高血圧症	216,039,760	14.1	155,895,930	10.8	8.9		8.7		8.6				
	精神	353,196,970	23.0	350,316,180	24.2	19.6		22.3		16.9				
筋・骨格	226,068,680	14.7	230,577,550	15.9	15.2		14.6		15.2					

項目	H25		H28		H28		H28		国		データ元 (CSV)						
	保険者		保険者		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)	入院	糖尿病	511,420	12位 (19)	498,886	20位 (17)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	448,728	22位 (20)	499,141	21位 (18)									
				脂質異常症	430,246	18位 (17)	457,561	19位 (17)									
				脳血管疾患	448,713	22位 (21)	464,096	23位 (21)									
				心疾患	520,073	21位 (18)	554,432	21位 (16)									
				腎不全	596,424	15位 (17)	547,207	20位 (13)									
				精神	388,881	21位 (27)	406,755	22位 (26)									
				悪性新生物	678,424	3位 (14)	638,034	6位 (15)									
				外来	糖尿病	35,790	6位	34,959	11位								
					高血圧	27,882	15位	28,273	16位								
	脂質異常症	28,313	2位		29,312	5位											
	脳血管疾患	38,737	6位		39,247	5位											
	心疾患	45,708	8位		47,878	5位											
	腎不全	184,439	17位		218,160	6位											
	精神	29,868	15位		30,220	13位											
	悪性新生物	44,849	18位		50,240	20位											
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり		2,161		2,552		2,626		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	8,382		14,864		13,206		12,613		12,683					
			生活習慣病対象者一人当たり	7,439		5,907		7,001		6,051		5,940					
健診未受診者			28,851		34,409		35,214		34,887		36,479						
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	725	55.2	709	53.7	344,966	55.5	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	687	52.3	676	51.2	317,329	51.1	36,126	51.3	3,799,744	51.6					
		医療機関非受診率	38	2.9	33	2.5	27,637	4.4	2,517	3.6	316,786	4.3					
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数28	メタボ該当・予備群レベル	健診受診者	1,314		1,321		621,137		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			
				受診率	25.8	県内24位	29.8	県内25位 同規模219位	38.0	34.1	全国30位	34.0					
				特定保健指導終了者(実施率)	56	35.7	67	50.4	6,491	8.7	1,024	12.1	35,557		4.1		
				非肥満高血糖	83	6.3	130	9.8	65,298	10.5	5,398	7.7	687,157		9.3		
				メタボ	該当者	239	18.2	283	21.4	109,931	17.7	12,737	18.1		1,272,714	17.3	
					男性	159	29.0	195	33.6	74,832	27.3	8,453	27.9		875,805	27.5	
					女性	80	10.5	88	11.9	35,099	10.1	4,284	10.7		396,909	9.5	
					予備群	158	12.0	151	11.4	66,382	10.7	8,801	12.5		790,096	10.7	
				メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	434	33.1	462	35.0	197,014	31.7	24,361		34.6	2,320,533	31.5
						男性	283	51.5	308	53.0	133,907	48.9	15,630		51.7	1,597,371	50.1
						女性	151	19.8	154	20.8	63,107	18.2	8,731		21.8	723,162	17.3
					BMI	総数	69	5.3	85	6.4	32,585	5.2	3,276		4.7	346,181	4.7
						男性	16	2.9	10	1.7	5,175	1.9	524		1.7	55,460	1.7
						女性	53	6.9	75	10.1	27,410	7.9	2,752		6.9	290,721	7.0
					血糖のみ	9	0.7	10	0.8	4,454	0.7	463	0.7		48,685	0.7	
					血圧のみ	125	9.5	111	8.4	46,253	7.4	6,610	9.4		546,667	7.4	
					脂質のみ	24	1.8	30	2.3	15,675	2.5	1,728	2.5		194,744	2.6	
					血糖・血圧	48	3.7	44	3.3	18,184	2.9	2,177	3.1		196,978	2.7	
					血糖・脂質	12	0.9	8	0.6	6,261	1.0	527	0.7		69,975	1.0	
血圧・脂質	123	9.4	135		10.2	51,428	8.3	6,398	9.1	619,684	8.4						
血糖・血圧・脂質	56	4.3	96		7.3	34,058	5.5	3,635	5.2	386,077	5.2						
6	生活習慣の 状況	既往歴	高血圧		577	43.9	643	48.7	219,823	35.4	26,598	37.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病		89	6.8	110	8.3	50,754	8.2	5,432	7.7	551,051	7.5			
			脂質異常症	292	22.2	331	25.1	147,133	23.7	14,617	20.8	1,738,149	23.6				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	42	3.2	53	4.0	19,677	3.3	2,678	3.9	230,777	3.3				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	81	6.2	88	6.7	34,519	5.7	3,610	5.2	391,296	5.5				
			腎不全	8	0.6	6	0.5	3,166	0.5	240	0.3	37,041	0.5				
			貧血	102	7.8	121	9.2	54,423	9.1	7,028	10.3	710,650	10.1				
			喫煙	128	9.7	155	11.7	84,044	13.5	8,579	12.2	1,048,171	14.2				
			週3回以上朝食を抜く	88	6.7	108	8.2	37,458	6.8	5,423	7.9	540,374	8.5				
			週3回以上食後間食	143	10.9	141	10.7	65,982	12.0	8,370	12.2	743,581	11.8				
			週3回以上就寝前夕食	219	16.8	235	17.8	79,834	14.5	10,350	15.1	983,474	15.4				
			食べる速度が速い	309	23.6	302	22.9	145,031	26.4	17,191	25.1	1,636,988	25.9				
			20歳時体重から10kg以上増加	454	34.7	489	37.1	170,562	31.2	23,020	33.7	2,047,756	32.1				
			1回30分以上運動習慣なし	747	57.0	787	59.7	343,108	62.1	37,331	54.6	3,761,302	58.7				
1日1時間以上運動なし	628	48.0	649	49.2	248,397	44.8	32,133	47.0	2,991,854	46.9							
睡眠不足	266	20.4	259	19.7	133,710	24.2	15,486	22.7	1,584,002	25.0							
毎日飲酒	342	26.1	377	28.6	149,888	25.3	18,471	26.9	1,760,104	25.6							
時々飲酒	304	23.2	323	24.5	120,440	20.3	15,884	23.1	1,514,321	22.0							
⑭	一日飲酒量	1合未満	314	49.4	332	47.2	246,382	63.7	24,360	58.9	3,118,433	64.1					
		1~2合	170	26.8	183	26.0	94,409	24.4	12,254	29.6	1,158,318	23.8					
		2~3合	89	14.0	109	15.5	35,983	9.3	3,977	9.6	452,785	9.3					
		3合以上	62	9.8	80	11.4	10,264	2.7	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





【参考資料 3】

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

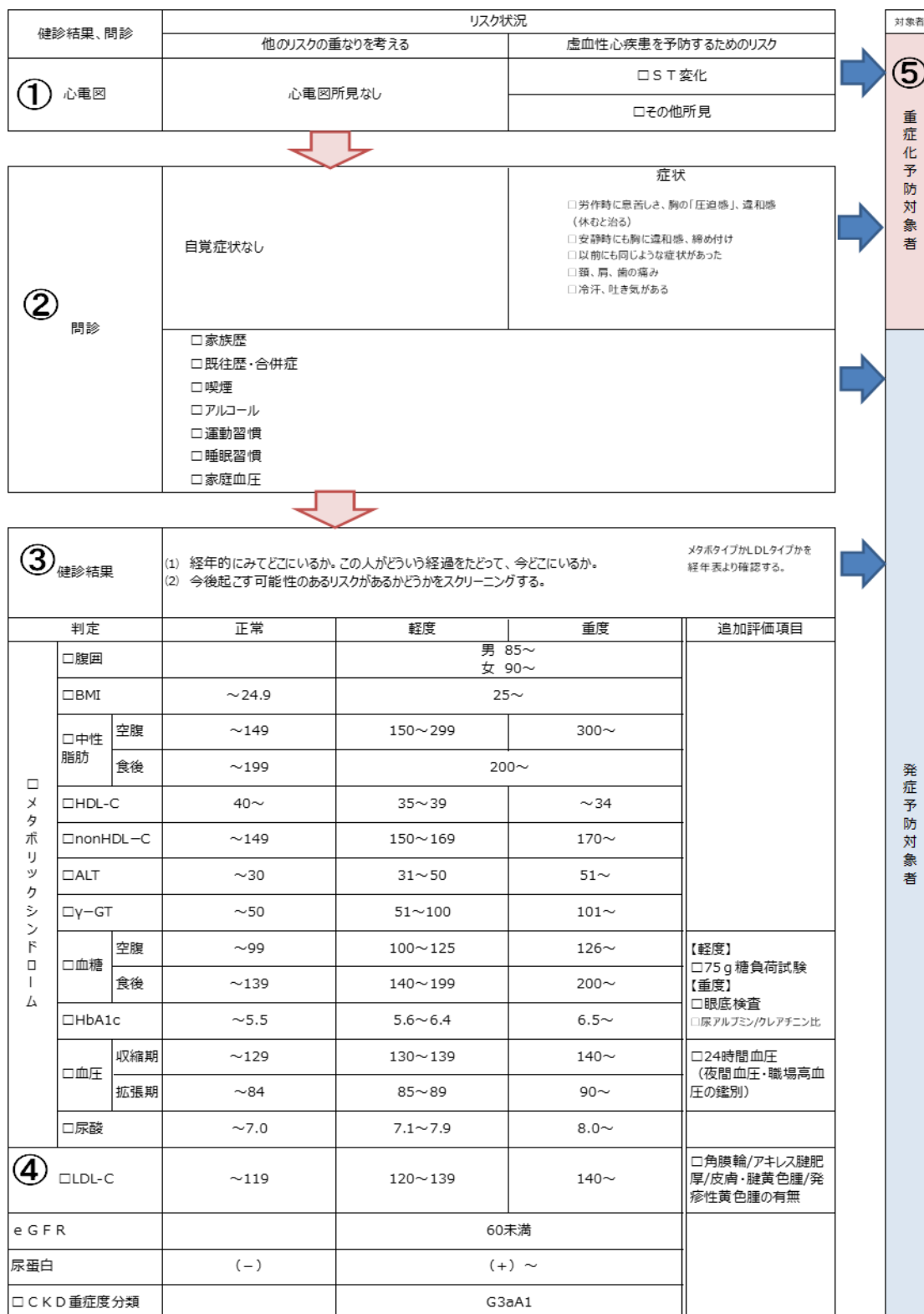
【参考資料 4】

対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携												
<b>糖尿病管理台帳の全数(㉑+㉒)</b> ( )人 <b>㉑健診未受診者</b> ( )人 <table border="1"> <tr><th colspan="2">結果把握(内訳)</th></tr> <tr><td>①国保(生保)</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず</td><td>( )人</td></tr> </table> <b>①-1 未治療者(中断者含む)</b> ( )人 <small>*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</small>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	( )人	②後期高齢者	( )人	③他保険	( )人	④住基異動(死亡・転出)	( )人	⑤確認できず	( )人	<b>1 資格喪失(死亡、転出)の確認</b> ----- <input type="checkbox"/> 医療保険移動の確認 <input type="checkbox"/> 死亡はその原因  <b>2 レセプトの確認</b> <input type="checkbox"/> 治療の確認 <input type="checkbox"/> 直近の治療の有無の確認  <b>3 会いに行く</b> <input type="checkbox"/> 医療受診勧奨の保健指導 <input type="checkbox"/> 糖尿病手帳の確認 -----  <b>4 結果から動く</b> <input type="checkbox"/> 経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 <input type="checkbox"/> 経年データ、治療状況に応じた保健指導 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----	後期高齢者、社会保険 <input type="checkbox"/> 健診データを本人から <input type="checkbox"/> レセプトの確認協力  かかりつけ医、糖尿病専門医  栄養士中心  腎専門医
結果把握(内訳)														
①国保(生保)	( )人													
②後期高齢者	( )人													
③他保険	( )人													
④住基異動(死亡・転出)	( )人													
⑤確認できず	( )人													
<b>㉒結果把握</b> ( )人 ①HbA1cが悪化している ( )人 ②HbA1c7.0以上(前年度より悪化している) ( )人 <small>*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</small> ②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~ 顕性腎症 ( )人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 ( )人	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 合併症</li> <li>● 脳・心疾患-手術</li> <li>● 人工透析</li> <li>● がん</li> </ul> </div>													





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) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



平成30年度に向けての全体評価(平成29年度2月までの評価)

評価(良くなったところ)					
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)	⑤残っている課題	
<p><b>H28～H29年度 課題・目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●特定保健指導実施率 28.7%(H28)</li> <li>○特定保健指導実施率 79.7%(H29)</li> <li>●健康診査者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らす</li> <li>○医療費(生活習慣病)の伸びを抑える</li> </ul>	<p><b>①プロセス (やってきた実践の過程)</b></p> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○過去5か年継続未受診者への受診勧奨</li> <li>○地域福祉推進会議での継続未受診者対策</li> <li>○平成28年度の糖尿病管理台帳にて未受診者の受診勧奨をい</li> <li>く予定であった</li> <li>○健診開始前と糖尿病性腎症重症化予防プログラム説明のための医療機関回りの声にスタッフや医師に治療中の方の継続受診勧奨を依頼</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●課題</li> <li>・受診率が低い</li> <li>・継続未受診者の健診及び医療機関受診への距離に低い</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●課題 効果率的に推進していく</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防プログラム作成推進</li> <li>・人材不足もあり、専任医師を検討し、管理体制を整え、PDCAサイクルにて推進する(糖尿病管理台帳の作成と活用)</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●課題 円滑な連携体制の構築</li> <li>①腎専門医・糖尿病専門医が吉野地域にそれぞれ一人しかいないため、専門医協力医の検討も含めた体制整備が必要</li> <li>②行政がかりつけ医と専門医の連携体制を整える(糖尿病連携手帳などを活用)</li> </ul>	<p><b>②アウトプット (事業実施量)</b></p> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●委託にて3年間未受診者訪問事業</li> <li>●各地区の地域福祉推進会議での受診勧奨を回す計4回実施</li> <li>●医療機関回りの際、依頼</li> <li>●70歳教育 12回</li> <li>●3月広報誌特集</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病重症化予防(市内・訪問等)</li> <li>●尿中アルブミン定量検査対象者</li> <li>●全対象者</li> <li>●H28 糖尿病管理台帳によるフォロー</li> <li>●健診未受診者受診勧奨</li> <li>●医療機関治療中断者受診勧奨</li> <li>●コンドロール不良者保健指導等</li> <li>○受診勧奨 高血圧・脂質異常症</li> <li>○腎 対象者(赤・オレンジ)</li> <li>○腎の広域特集</li> <li>○健診結果説明会(個別毎月・セツト)</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●事例の個々の相談</li> <li>●新事業事業所に市内医療機関の医師に直接説明</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●事例の個々の相談</li> <li>●医師に直接説明し、糖尿病連携手帳を活用することの承諾を得た。</li> <li>●地域で唯一の腎専門医に相談し、かかりつけ医から腎専門医への紹介基礎を作成したものを必要な医療機関に配付した。</li> <li>●西豊地域での担当者連携体制構築に向けた協議を回数実施した。</li> <li>●訪問等で気軽にケースは主治医に相談した。</li> <li>●尿中アルブミン定量検査の医療機関説明を11月に行い、医師に直接説明することで保健指導のPRと必要性の理解を得られるよう働きかけた。</li> </ul>	<p><b>③アウトカム (結果)</b></p> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●過去未受診者の健診受診率を上げた。</li> <li>●民生委員や自治会との連携に関する意識共有が図れた</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●保健指導対象者の受診率の改善状況</li> <li>●保健指導後の受診(服薬・検査)確認</li> <li>●個別の経年評価</li> <li>●各対象者の高血圧治療率の減少</li> <li>●重症化予防対象者数(3疾患治療なし)の減少</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●通常業務の時間帯では不在の方で、不在票を活用しても保健指導等ができなかったため、重症化した事例が少なかった。</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●個別の受診者数の増加</li> <li>●個別の対象者に対する相談</li> <li>●糖尿病連携手帳の活用</li> </ul>	<p><b>④ストラクチャー (構造)</b></p> <p><b>業務体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●業務分担制(成人保健師と栄養士2.5)で地区分担に近い体制で重症化予防の訪問等を含めたことで、要フォロー者への訪問等への意識が明確になった。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●外部委託による専門的な受診勧奨手法を認めることができた。</li> <li>●地域を巻き込んだ継続受診の周知及び協力が必須。</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●通常業務の時間帯では不在の方で、不在票を活用しても保健指導等ができなかったため、重症化した事例が少なかった。</li> </ul> <p><b>医師会との連携体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●腎・糖尿病性腎症重症化予防対策を進めていくうえで、医療機関の訪問回数が増加し、個々の事例を相談する機会も増え、その結果、少しずつ車の輻射状連携ができていく。</li> <li>●県(保健所)が県の糖尿病性腎症予防プログラムの推進のための医療機関との連携等に際する協議を開始。</li> </ul>	<p><b>⑤残っている課題</b></p> <p><b>業務体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●成人担当で地区担当を始めたが、業務量のバランスを回すため初年度は毎月の対象者を人数で割り振ったため、明確な地区分担ができなかった。</li> <li>●次年度からは、年間の地区別対象者数からの地区の検討が課題である。</li> <li>●本来なら、重症化予防のための栄養士による栄養指導を保健師と連携しながら実施したが、成人担当保健師が2人のためマン・パワー不足で体制を整えることができていない。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●継続受診勧奨のない方へのフォロー一手法</li> <li>●委託による未受診者訪問制にヒューマン・コンプレックスの活用</li> <li>●医療機関の医師による継続受診勧奨の検討</li> <li>●ヒューマン・コンプレックスを各地区の連絡会などの場で実施し、健診の意味を再注目して受診行動に繋がるようにする。</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病管理台帳による管理体制の強化</li> <li>① 健診未受診者の受診勧奨             <ul style="list-style-type: none"> <li>治療中断者の医療機関受診勧奨</li> <li>重症化予防のための保健指導</li> </ul> </li> <li>② カルテなどにより継続的な記録管理の工夫</li> <li>●通常の時間帯では面談ができない方への対応についての検討</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●保健事業の説明時や個々の事例の相談などの機会をもちあわせて治療中の人の保健指導についての必要性を理解、協力していただくための検討</li> <li>●腎専門医が一人でも多いため、今後は、病診連携区のような協力医の体制づくりも含めた形で、西豊全体で協議して、連携体制を構築していく。</li> <li>●保健所による県のプログラム推進と連携に向けての事業開始に伴い、円滑な体制の構築に向けて協議していく。</li> </ul>

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					中間評価年度					最終評価年度	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
特定保健指導計画	・高血糖・HbA1c・収縮期血圧・クレアチニンが男女とも県・全国と比較して高い ・メタボ、その中で血圧の高い人と血圧・脂質の両方高い人の割合が全国・同規模と比べて多い ・糖尿病性腎症の中で約7割の人が高脂血症の治療をしている。	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  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	特定健診受診率60%以上	29.7%									H35	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80%以上	79.7%											
データヘルス計画	・がん部位別死亡割合の1位は、男女とも気管・気管支及び肺・大腸がんで増加傾向にある。(男性は2位が胃がん)	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、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	特定保健指導対象者の減少率25%	11.1%										KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合0.2%減少	1.6%											
保険者努力支援制度		後発医薬品の使用により、医療費の削減	虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.2%減少	1.9%										特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	20.0%											
短期			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	32.9%										特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			健診受診者の高血圧者の割合減少0.5%(160/100以上)	2.8%											
			健診受診者の脂質異常者の割合減少5.1%(LDL140以上)	25.1%											
			健診受診者の糖尿病者の割合減少1.9%(HbA1c6.5以上)	9.9%											
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合10.7%	49.3%											
			糖尿病(HbA1c6.5以上)の保健指導を実施した割合21.1%以上	29.9%											
			がん検診受診率 胃がん検診 6.7%以上	3.6%											
			肺がん検診	0.0%											
			大腸がん検診 16.2%以上	5.9%											
			子宮頸がん検診 25.0%以上	8.7%											
乳がん検診 20.3%以上	5.1%														
後発医薬品の使用割合 80%以上	76.0%												厚生労働省公表結果		

\*肺がん検診は肺へリカルCTのため未計上