

# 第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)



the most beautiful  
villages in japan

高原町  
宮崎県

高 原 町

# 平成30年3月

## 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.国民健康保険の状況	
3.計画の位置付け	
4.計画期間	
5.関係者が果たすべき役割と連携	
6.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	8
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	20
1.第3期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	26
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	46
第6章 計画の評価・見直し	48
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料	50

# 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（平成 28 年度から前倒しで実施）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。

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

## 2. 国民健康保険の状況

### ①被保険者の推移

(単位:人)

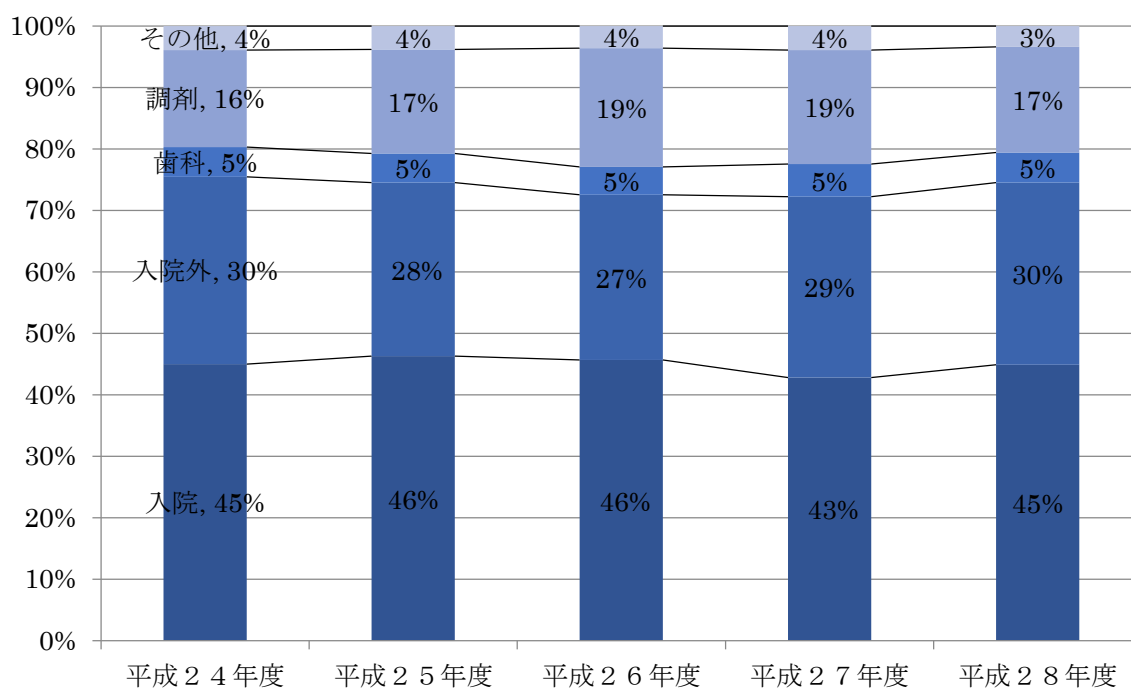
	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
人口	10,203	10,121	9,936	9,780	9,622
被保険者数(A)	3,469	3,305	3,291	3,088	2,981
国保加入率	34.0%	32.7%	33.1%	31.6%	31.0%

### ②診療種別の医療費

(単位:千円)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
入院	544,064	573,774	545,052	468,442	525,237
入院外	368,292	350,549	320,787	321,331	347,456
歯科	58,686	58,819	54,187	58,260	57,266
調剤	190,687	209,845	230,335	202,749	200,831
その他	47,593	47,118	43,268	43,043	39,974
合計(B)	1,209,322	1,240,105	1,193,629	1,093,825	1,170,764
前年度比	99.8%	102.5%	96.3%	91.6%	107.0%
一人あたりの医療費(B/A)	348,608	375,221	362,695	354,218	392,742

### 診療種別の医療費（占有率）



### 3. 計画の位置付け

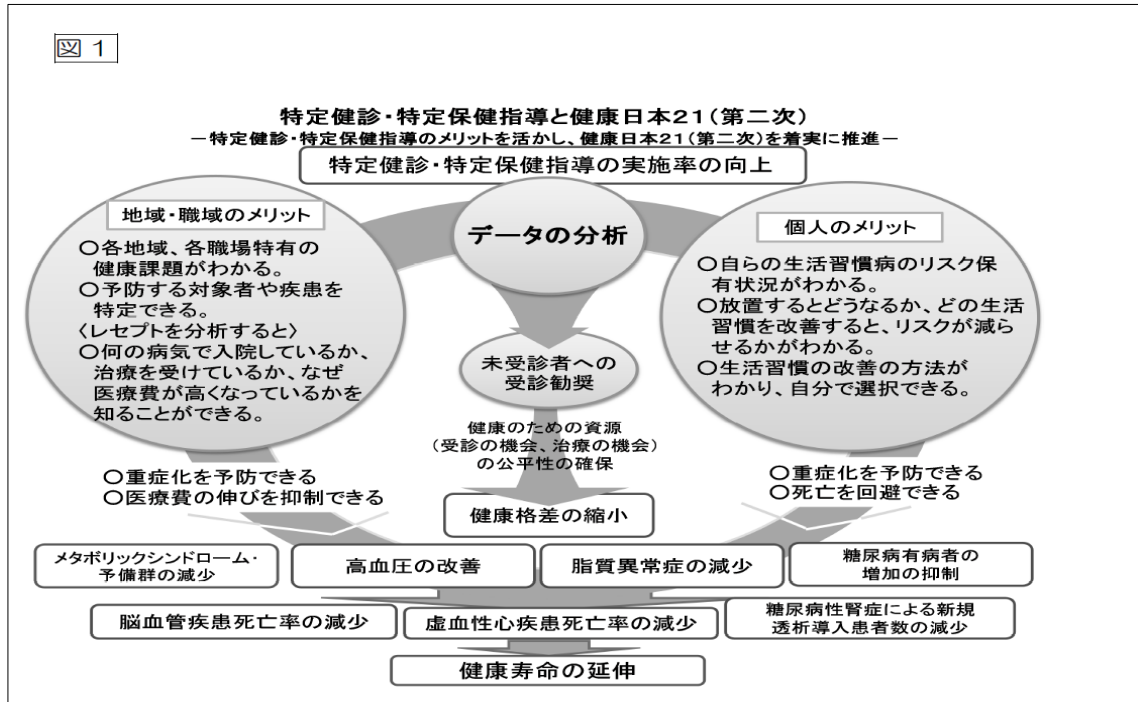
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、宮崎県医療費適正化計画、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）、第2次健康日本21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】

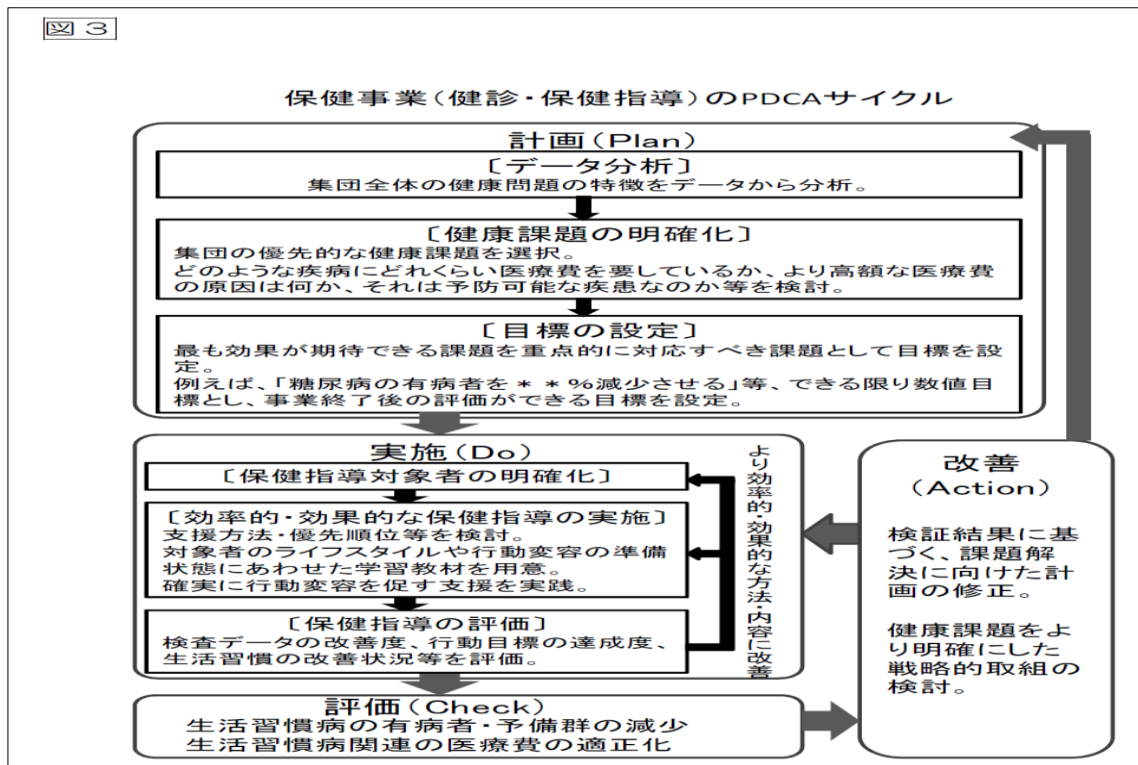
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進法第6条とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6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方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年 介護保険事業に関する取組の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する取組 について基本指針【更新版】	厚生労働省 医政局 平成28年3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、生活習慣病の予防や重症化を防止するとともに、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す。その結果、社会生活機能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の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、重症患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑制し、入院患者を減らすことができ、その結果、国民の生活の質の維持および向上を図ることができ、国民の生活の質の向上を図るための重要な役割を担うことが期待される。	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予防の取り組みについて、医療者がその支援の中心となって、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的とする。	高齢者がその有する能力に即応して自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、重症化を防止する支援となること等を目的とし、必要に応じて、必要かつ適切な医療や介護サービスを提供することを目指す。	医療費適正化の取組を通じて、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適切に抑制し、国民の健康や生活の質の向上を図るとともに、国民が安心して生活できる社会の実現を目指す。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において質の高い医療の提供を実現し、国民が安心して生活できる社会の実現を目指す。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、若壮年期、高齢期）に応じて	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若年（若壮年期世代、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 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 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 糖尿病 糖尿病性腎症 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 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 生活習慣病 がん 精神疾患	糖尿病 がん 精神疾患
評価	①5項目中 特定健診に関する項目15項目 ②脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ③合併症（糖尿病性腎症）による年齢調整入院患者数 ④生活習慣病の割合 ⑤健康チェックシートにおけるコントロール不良者 ⑥糖尿病有病者 ⑦特定健診・特定保健指導の実施率 ⑧特定健康診査実施率 ⑨高血圧・脂質異常症 ⑩生活習慣を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ⑪適切な栄養摂取の向上 ⑫日常生活における予防意識 ⑬運動習慣者の割合 ⑭本人の受診率 ⑮継続している者	①特定健康診査実施率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況（特定健診の結果を参照） ①食生活 ②日常生活における歩数 ③7コロール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の実施率 ①特定健康診査 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 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②受診状況の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外発 ①一人あたり以外医療費の地域差の縮小 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床稼働率・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の状況に応じて決定）
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度（制度分）】を減額し、保険料率決定		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度（制度分）】を減額し、保険料率決定	保険者協議会（事務局、国民連合会）を通じて、保険者との連携	

【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

#### 4. 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。

#### 5. 関係者が果たすべき役割と連携

##### 1) 実施主体関係課の役割

高原町においては、町民福祉課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特にほほえみ館とは十分に連携をして、計画を進めていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者の業務を明確化・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、特に高原町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、高原町国保は、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、高原町国保と西諸医師会等、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。

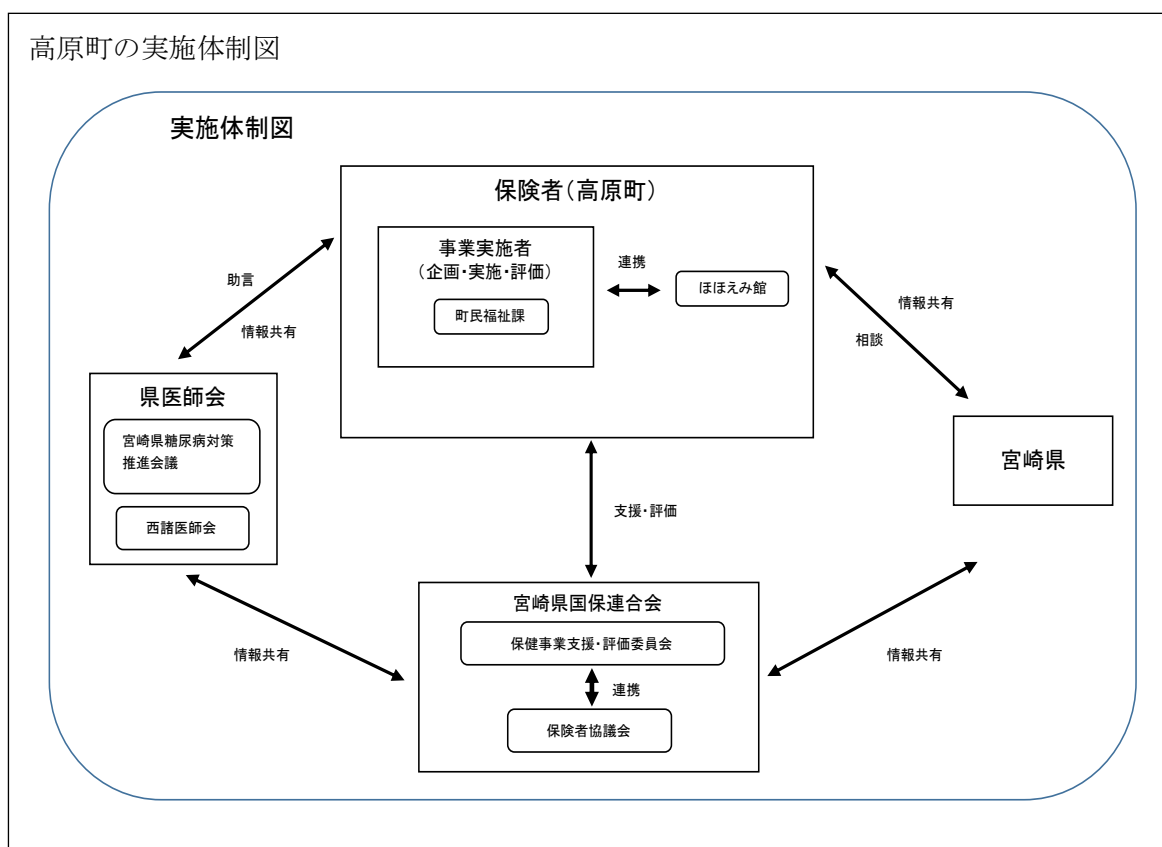
宮崎県国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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】





## 6. 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	高原町	配点	高原町	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）			180			
総得点（体制構築加点含む）			255			
全国順位（1,741市町村中）			132			
共通①	特定健診受診率	20	10	35		50
	特定保健指導実施率	20	20	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	15	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	10	25		35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	15	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	10	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		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

本町は、平成28年度人口9,986人、高齢化率33.5%、国保加入率30.1%、被保険者数3,010人（40歳から74歳の被保険者数2,334人）

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）の割合は減少しており、死因別にかんは増加しているが、心臓病・脳疾患・糖尿病・腎不全による死亡割合は減少している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率、40～64歳の2号認定率ともに増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率は目標に達していないため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況（図表6）

高原町の介護給付費は、平成25年度と比較すると、6,613万円減少している。1人当たり給付費も19,740円減少しており、同規模の1人当たり給付費と比較しても24,215円低い状況である。

#### 介護給付費の変化

【図表6】

（単位：円）

年度	高原町				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	10億5702万	315,527	58,862	283,300	309,957	42,430	283,377
平成28年度	9億9089万	295,787	60,846	287,649	320,002	42,403	278,098

②医療費の状況（図表 7）

高原町の総医療費は、平成 25 年度と比較して 1 億 186 万円減少しており、伸び率も同規模が上昇しているなか 8.7%減少している。

一方、一人当たり医療費は増加しており、伸び率も 2.2%上昇しているが、入院については減少し、入院外は増加している。

【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	
			高原町	同規模			高原町	同規模			高原町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	11億7562万			5億8631万				5億8930万			
	H28年度	10億7376万	-1億186万	-8.7	4.4	5億1409万	-7222万	-12.3	3.7	5億5967万	-2963万	-5.0
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	28,670			14,300				14,370			
	H28年度	29,300	630	2.2	8.8	14,030	-270	-1.9	8.2	15,270	900	6.3

※KDBの1人当たり医療費は、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）

高原町の一人当たり医療費は、若干増加しており、県・国と比較しても高くなっている。また、各疾患が医療費に占める割合は、高額な医療費がかかる生活習慣病の重症化した疾患（中長期目標疾患）のうち、腎不全及び脳梗塞・脳出血の割合は減少しているが、狭心症・心筋梗塞の割合は県・国と比較しても高くなっている。

一方、これらの疾患の原因となる基礎疾患（短期目標疾患）のうち、高血圧の割合は減少しているが、糖尿病及び脂質異常症の割合は増加している。

【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(平成25年度と平成28年度との比較)

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	291,568,790	24.80%				
					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
H25	高原町	1,175,615,140	28,667	26位	4位	6.43%	0.45%	1.82%	2.81%	4.65%	6.66%	1.98%	291,568,790	24.80%	14.06%	12.21%	8.07%
		H28	1,073,758,930	29,298	38位	7位	5.83%	0.32%	0.83%	3.08%	5.70%	4.88%	2.11%	244,320,720	22.75%	12.90%	13.12%
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%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム:健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な目標で、虚血性心疾患の割合は減少しているが、脳血管疾患を併せ持つ人の割合が高くなっている。脳血管疾患の割合は、若干高くなっていて、人工透析の割合は変わらないが、脳血管疾患を併せ持つ人の割合が高くなっている。

基礎疾患（短期的な目標）としては、中長期的な目標の虚血性心疾患及び脳血管疾患において、糖尿病の割合が低くなっていて、脳血管疾患の64歳以下については23.9%の減少となっている。一方、全ての中長期的な目標において、脂質異常症の割合が高くなっており、特に65歳以上の割合が高い傾向にある。

【図表 9】

虚血性心疾患

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				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	3454	161	4.7	28	17.4	6	3.7	136	84.5	69	42.9	80	49.7	
	64歳以下	2338	53	2.3	5	9.4	3	5.7	44	83.0	19	35.8	23	43.4	
	65歳以上	1116	108	9.7	23	21.3	3	2.8	92	85.2	50	46.3	57	52.8	
H28	全体	3094	127	4.1	25	19.7	4	3.1	113	89.0	47	37.0	70	55.1	
	64歳以下	1899	29	1.5	5	17.2	2	6.9	23	79.3	9	31.0	15	51.7	
	65歳以上	1195	98	8.2	20	20.4	2	2.0	90	91.8	38	38.8	55	56.1	

脳血管疾患

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				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				虚血性心疾患		人工透析		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3454	120	3.5	28	23.3	0	0.0	100	83.3	41	34.2	53	44.2	
	64歳以下	2338	35	1.5	5	14.3	0	0.0	30	85.7	14	40.0	14	40.0	
	65歳以上	1116	85	7.6	23	27.1	0	0.0	70	82.4	27	31.8	39	45.9	
H28	全体	3094	123	4.0	25	20.3	1	0.8	104	84.6	37	30.1	56	45.5	
	64歳以下	1899	31	1.6	5	16.1	0	0.0	28	90.3	5	16.1	10	32.3	
	65歳以上	1195	92	7.7	20	21.7	1	1.1	76	82.6	32	34.8	46	50.0	

人工透析

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				高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				脳血管疾患		虚血性心疾患		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	3454	14	0.4	0	0.0	6	42.9	14	100.0	8	57.1	0	0.0
	64歳以下	2338	8	0.3	0	0.0	3	37.5	8	100.0	5	62.5	0	0.0
	65歳以上	1116	6	0.5	0	0.0	3	50.0	6	100.0	3	50.0	0	0.0
H28	全体	3094	13	0.4	1	7.7	4	30.8	12	92.3	8	61.5	1	7.7
	64歳以下	1899	7	0.4	0	0.0	2	28.6	7	100.0	4	57.1	0	0.0
	65歳以上	1195	6	0.5	1	16.7	2	33.3	5	83.3	4	66.7	1	16.7

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)(図表10)

脂質異常症の割合は若干増えているが、糖尿病及び高血圧ともにその割合は減少している。糖尿病・高血圧・脂質異常症いずれも、脳血管疾患を併せ持つ割合が高くなってきている。

また、糖尿病から人工透析になっている割合は、2.8%と一番高くなっている。

【図表10】

糖尿病

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	3,454	343	9.9	30	8.7	248	72.3	154	44.9	69	20.1	41	12.0	8	2.3	28	8.2	
	64歳以下	2,338	151	6.5	17	11.3	98	64.9	54	35.8	19	12.6	14	9.3	5	3.3	13	8.6	
	65歳以上	1,116	192	17.2	13	6.8	150	78.1	100	52.1	50	26.0	27	14.1	3	1.6	15	7.8	
H28	全体	3,094	290	9.4	24	8.3	206	71.0	147	50.7	47	16.2	37	12.3	8	2.8	23	7.9	
	64歳以下	1,899	105	5.5	9	8.6	66	62.9	49	46.7	9	8.6	5	4.8	4	3.8	15	14.3	
	65歳以上	1,195	185	15.5	15	8.1	140	75.7	98	53.0	38	20.5	32	17.3	4	2.2	8	4.3	

高血圧

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	3,454	810	23.5	248	30.6	357	44.1	136	16.8	100	12.3	14	1.7	
	64歳以下	2,338	320	13.7	98	30.6	128	40.0	44	13.8	30	9.4	8	2.5	
	65歳以上	1,116	490	43.9	150	30.6	229	46.7	92	18.8	70	14.3	6	1.2	
H28	全体	3,094	699	22.6	206	29.5	320	45.8	113	16.2	104	14.9	12	1.7	
	64歳以下	1,899	237	12.5	66	27.8	108	45.6	23	9.7	28	11.8	7	3.0	
	65歳以上	1,195	462	38.7	140	30.3	212	45.9	90	19.5	76	16.5	5	1.1	

脂質異常症

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	3,454	474	13.7	154	32.5	357	75.3	80	16.9	53	11.2	0	0.0	
	64歳以下	2,338	183	7.8	54	29.5	128	69.9	23	12.6	14	7.7	0	0.0	
	65歳以上	1,116	291	26.1	100	34.4	229	78.7	57	19.6	39	13.4	0	0.0	
H28	全体	3,094	431	13.9	147	34.1	320	74.2	70	16.2	56	13.0	1	0.2	
	64歳以下	1,899	154	8.1	49	31.8	108	70.1	15	9.7	10	6.5	0	0.0	
	65歳以上	1,195	277	23.2	98	35.4	212	76.5	55	19.9	46	16.6	1	0.4	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診データのうち、男女ともに HbA1c と尿酸の割合が高くなっており、特に 65 歳以上の HbA1c の割合が高い傾向にある。

メタボリックシンドローム該当者は、男性で増加、女性で微減傾向にあるが、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

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	138	33.9	183	45.0	105	25.8	82	20.1	47	11.5	228	56.0	234	57.5	99	24.3	205	50.4	107	26.3	182	44.7	12	2.9
	40-64	67	35.6	82	43.6	54	28.7	51	27.1	20	10.6	110	58.5	110	58.5	53	28.2	85	45.2	52	27.7	91	48.4	1	0.5
	65-74	71	32.4	101	46.1	51	23.3	31	14.2	27	12.3	118	53.9	124	56.6	46	21.0	120	54.8	55	25.1	91	41.6	11	5.0
H25	合計	134	31.3	191	44.6	98	22.9	77	18.0	37	8.6	227	53.0	295	68.9	108	25.2	208	48.6	81	18.9	194	45.3	15	3.5
	40-64	44	34.1	61	47.3	42	32.6	28	21.7	16	12.4	57	44.2	76	58.9	39	30.2	47	36.4	27	20.9	64	49.6	1	0.8
	65-74	90	30.1	130	43.5	56	18.7	49	16.4	21	7.0	170	56.9	219	73.2	69	23.1	161	53.8	54	18.1	130	43.5	14	4.7

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		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
女性	合計	135	26.9	107	21.4	106	21.2	54	10.8	20	4.0	212	42.3	315	62.9	16	3.2	268	53.5	82	16.4	303	60.5	0	0.0
	40-64	53	27.6	39	20.3	31	16.1	25	13.0	3	1.6	77	40.1	113	58.9	8	4.2	89	46.4	29	15.1	120	62.5	0	0.0
	65-74	82	26.5	68	22.0	75	24.3	29	9.4	17	5.5	135	43.7	202	65.4	8	2.6	179	57.9	53	17.2	183	59.2	0	0.0
H25	合計	133	27.4	102	21.0	75	15.5	55	11.3	10	2.1	201	41.4	368	75.9	25	5.2	239	49.3	63	13.0	267	55.1	6	1.2
	40-64	51	31.3	36	22.1	28	17.2	22	13.5	4	2.5	56	34.4	110	67.5	8	4.9	71	43.6	26	16.0	92	56.4	1	0.6
	65-74	82	25.5	66	20.5	47	14.6	33	10.2	6	1.9	145	45.0	258	80.1	17	5.3	168	52.2	37	11.5	175	54.3	5	1.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者												
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	407	33.7	16	3.9%	70	17.2%	6	1.5%	53	13.0%	11	2.7%	97	23.8%	25	6.1%	10	2.5%	40	9.8%	22	5.4%						
	40-64	188	27.2	10	5.3%	30	16.0%	2	1.1%	21	11.2%	7	3.7%	42	22.3%	11	5.9%	6	3.2%	17	9.0%	8	4.3%						
	65-74	219	42.6	6	2.7%	40	18.3%	4	1.8%	32	14.6%	4	1.8%	55	25.1%	14	6.4%	4	1.8%	23	10.5%	14	6.4%						
H25	合計	428	39.7	17	4.0%	62	14.5%	4	0.9%	48	11.2%	10	2.3%	112	26.2%	31	7.2%	10	2.3%	33	7.7%	38	8.9%						
	40-64	129	26.7	8	6.2%	18	14.0%	1	0.8%	11	8.5%	6	4.7%	35	27.1%	5	3.9%	6	4.7%	16	12.4%	8	6.2%						
	65-74	299	50.3	9	3.0%	44	14.7%	3	1.0%	37	12.4%	4	1.3%	77	25.8%	26	8.7%	4	1.3%	17	5.7%	30	10.0%						

性別	年代	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												
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	501	43.7	8	1.6%	33	6.6%	0	0.0%	28	5.6%	5	1.0%	66	13.2%	6	1.2%	3	0.6%	35	7.0%	22	4.4%						
	40-64	192	34.8	3	1.6%	13	6.8%	0	0.0%	11	5.7%	2	1.0%	23	12.0%	5	2.6%	1	0.5%	9	4.7%	8	4.2%						
	65-74	309	51.9	5	1.6%	20	6.5%	0	0.0%	17	5.5%	3	1.0%	43	13.9%	1	0.3%	2	0.6%	26	8.4%	14	4.5%						
H28	合計	485	46.7	8	1.6%	32	6.6%	1	0.2%	23	4.7%	8	1.6%	62	12.8%	13	2.7%	4	0.8%	18	3.7%	27	5.6%						
	40-64	163	35.6	4	2.5%	7	4.3%	0	0.0%	5	3.1%	2	1.2%	25	15.3%	6	3.7%	2	1.2%	8	4.9%	9	5.5%						
	65-74	322	55.4	4	1.2%	25	7.8%	1	0.3%	18	5.6%	6	1.9%	37	11.5%	7	2.2%	2	0.6%	10	3.1%	18	5.6%						

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は上昇しているが、国の目標値には達していない。一方、特定保健指導率は、国の目標値を超えている状況である。今後も重症化を予防するためには、特定健診受診率の向上と保健指導の取組が重要となってくる。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								高原町	同規模平均
H25年度	2,342	907	38.7	86位	128	107	83.6	55.3	50.8
H28年度	2,121	911	43.0	76位	97	74	76.3	53.9	51.7

#### 2) 第 1 期に係る考察

第 1 期中長期的な目標については、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の 3 つの疾患を減らすことを重点として取組を進めてきた。平成 25 年度と比較して平成 28 年度において、脳血管疾患については増加しているものの、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症についてはいずれも減少している。また、医療費全体・入院・入院外ともに同規模が高い伸び率を示すなか、全てにおいて減少しており、一定の成果が得られたものと考ええる。

短期的な目標については、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の共通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該当者を減らすこととして取組を進めてきた。平成 25 年度と比較して平成 28 年度において、糖尿病・高血圧・脂質異常症ともに減少しており、メタボリックシンドローム該当者については、女性は微減しているものの、男性では増加している。メタボリックシンドロームは、糖尿病、慢性腎臓病と重症化する恐れがあるため、肥満の改善や糖尿病の重症化予防対策が課題となる。課題解決のためには、医療機関への受診勧奨や糖尿病治療中断者への働きかけなど、医療機関との連携を図り、継続的な保健指導が必要と考える。

## 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)

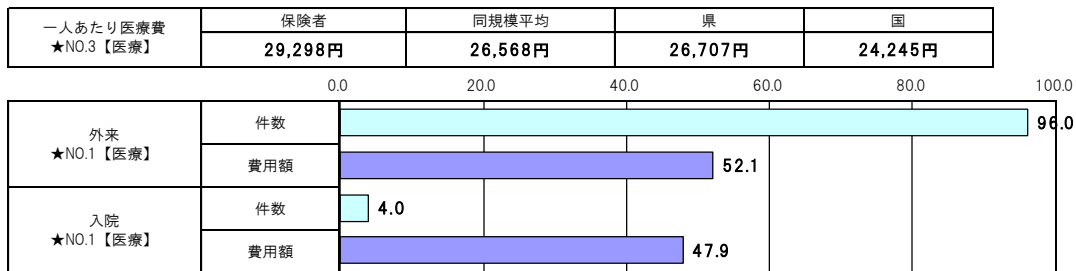
高原町の一人当たりの医療費は 29,298 円で、同規模・県・国より高い状況にある。入院は件数が少なくても費用額が高いので、入院を減らすことが適正化につながる。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

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

高額になる疾患は虚血性心疾患が8.3%で、6か月以上の入院は13%が脳血管疾患、人工透析では糖尿病性腎症が64.3%とそれぞれ高い割合を占めている。基礎疾患では、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に多い状況となっている。

【図表 14】

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	24件	1件 4.2%	2件 8.3%	--
		費用額	7797万円	250万円 3.2%	596万円 7.6%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	368件	48件 13.0%	28件 7.6%	--
		費用額	1億3992万円	1708万円 12.2%	1033万円 7.4%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	180件	14件 7.8%	61件 33.9%	111件 61.7%
		費用額	7775万円	535万円 6.9%	3056万円 39.3%	4997万円 64.3%
厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	1,139人	123人 10.8%	127人 11.2%	23人 2.0%	
		の基礎的な 疾患	高血圧	104人 84.6%	113人 89.0%	16人 69.6%
			糖尿病	37人 30.1%	47人 37.0%	23人 100.0%
			脂質異常症	56人 45.5%	70人 55.1%	11人 47.8%
		高血圧症	699人 61.4%	290人 25.5%	431人 37.8%	90人 7.9%
		糖尿病				

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



(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 94.8%であった。また、要介護の原因となった生活習慣病は、脳血管疾患の割合が 48.0%と最も多く、2号被保険者の若い世代で要介護となった原因疾患も脳血管疾患が 50.0%と一番多い状況となっている。この年代は特定健診対象者でもあるため、血管疾患共通のリスクである糖尿病・高血圧・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		3,567人		1,350人		2,000人		3,350人		6,917人					
	認定者数		11人		37人		545人		582人		593人					
	認定率		0.31%		2.7%		27.3%		17.4%		8.6%					
	新規認定者数（*1）		3人		4人		84人		88人		91人					
	介護度別人数	要支援1・2		6		12		112		124		130				
要介護1・2		3		17		217		234		237						
要介護3～5		2		8		216		224		226						
要介護突合状況 ★NO.49	介護件数（全体）		11		37		545		582		593					
	再）国保・後期		8		34		531		565		573					
	（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	4	50.0%	脳卒中	21	61.8%	脳卒中	250	47.1%	脳卒中	271	48.0%
				2	虚血性心疾患	2	25.0%	虚血性心疾患	11	32.4%	虚血性心疾患	187	35.2%	虚血性心疾患	198	35.0%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	4	11.8%	腎不全	76	14.3%	腎不全	80	14.2%	
			4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	1	2.9%	糖尿病合併症	49	9.2%	糖尿病合併症	50	8.8%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		6		30		498		528		534				
		血管疾患合計		6		30		507		537		543				
		認知症		0		9		221		230		230				
		筋・骨格疾患		5		29		498		527		532				
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		75.0%		88.2%		93.8%		93.5%		93.2%				
		血管疾患合計		75.0%		88.2%		95.5%		95.0%		94.8%				
		筋・骨格疾患		62.5%		85.3%		93.8%		93.3%		92.8%				
*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			2,000			4,000			6,000			8,000				
要介護認定者医療費 (40歳以上)			7,113													
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			4,202													

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診結果から有所見者割合が全国・県よりも高いのは、男性で空腹時血糖 53.0%、HbA1c68.9%、尿酸 25.2%、クレアチニン 3.5%、女性で BMI27.4%、空腹時血糖 41.4%、HbA1c75.9%、尿酸 5.2%、収縮期血圧 49.3%、クレアチニン 1.2%で、男性の尿酸以外は 65~74 歳の高齢者の割合が高い。

メタボリックシンドロームの予備群は、男性 14.5%、女性 26.2%で、女性は全国と比べて高い割合である。該当者については、男性 6.6%、女性 12.8%で、女性は全国・県よりも高くなっている。リスクでは、高血圧、高血糖の順に多い。

【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 (概要)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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	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													
全国	30.6	50.2	28.2	20.5	8.6	28.3	55.7	13.8	49.4	24.1	47.5	1.8													
県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3	
保険者	合計	134	31.3	191	44.6	98	22.9	77	18.0	37	8.6	227	53.0	295	68.9	108	25.2	208	48.6	81	18.9	194	45.3	15	3.5
	40-64	44	34.1	61	47.3	42	32.6	28	21.7	16	12.4	57	44.2	76	58.9	39	30.2	47	36.4	27	20.9	64	49.6	1	0.8
	65-74	90	30.1	130	43.5	56	18.7	49	16.4	21	7.0	170	56.9	219	73.2	69	23.1	161	53.8	54	18.1	130	43.5	14	4.7
女性	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													
全国	20.6	17.3	16.2	8.7	1.8	17.0	55.2	1.8	42.7	14.4	57.2	0.2													
県	9,411	23.4	8,760	21.8	5,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3	
保険者	合計	133	27.4	102	21.0	75	15.5	55	11.3	10	2.1	201	41.4	368	75.9	25	5.2	239	49.3	63	13.0	267	55.1	6	1.2
	40-64	51	31.3	36	22.1	28	17.2	22	13.5	4	2.5	56	34.4	110	67.5	8	4.9	71	43.6	26	16.0	92	56.4	1	0.6
	65-74	82	25.5	66	20.5	47	14.6	33	10.2	6	1.9	145	45.0	258	80.1	17	5.3	168	52.2	37	11.5	175	54.3	5	1.6

\*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)

性別	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	
男性																							
全国	3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,054	27.1%									
県	29,997	31.0%	1,669	5.6%	5,434	18.1%	308	1.0%	4,032	13.4%	1,094	3.6%	8,399	28.0%	1,531	5.1%	364	1.2%	4,021	13.4%	2,483	8.3%	
保険者	合計	428	39.7	17	4.0%	62	14.5%	4	0.9%	48	11.2%	10	2.3%	112	26.2%	31	7.2%	10	2.3%	33	7.7%	38	8.9%
	40-64	129	26.7	8	6.2%	18	14.0%	1	0.8%	11	8.5%	6	4.7%	35	27.1%	5	3.9%	6	4.7%	16	12.4%	8	6.2%
	65-74	299	50.3	9	3.0%	44	14.7%	3	1.0%	37	12.4%	4	1.3%	77	25.8%	26	8.7%	4	1.3%	17	5.7%	30	10.0%
女性																							
全国	4,531,499	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4%									
県	39,710	37.3%	1,118	2.8%	3,313	8.3%	152	0.4%	2,554	6.4%	607	1.5%	4,287	10.8%	634	1.6%	155	0.4%	2,364	6.0%	1,134	2.9%	
保険者	合計	485	46.7	8	1.6%	32	6.6%	1	0.2%	23	4.7%	8	1.6%	62	12.8%	13	2.7%	4	0.8%	18	3.7%	27	5.6%
	40-64	163	35.6	4	2.5%	7	4.3%	0	0.0%	5	3.1%	2	1.2%	25	15.3%	6	3.7%	2	1.2%	8	4.9%	9	5.5%
	65-74	322	55.4	4	1.2%	25	7.8%	1	0.3%	18	5.6%	6	1.9%	37	11.5%	7	2.2%	2	0.6%	10	3.1%	18	5.6%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c は、治療中の人では 7.0~7.9 が一番多く、継続受診者及び新規受診者ともに血糖コントロールができていないことが伺える。

また、血圧・LDL コレステロールは、受診勧奨レベルで治療が必要であっても、治療していない人が多い傾向にある。

【図表 18】



#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

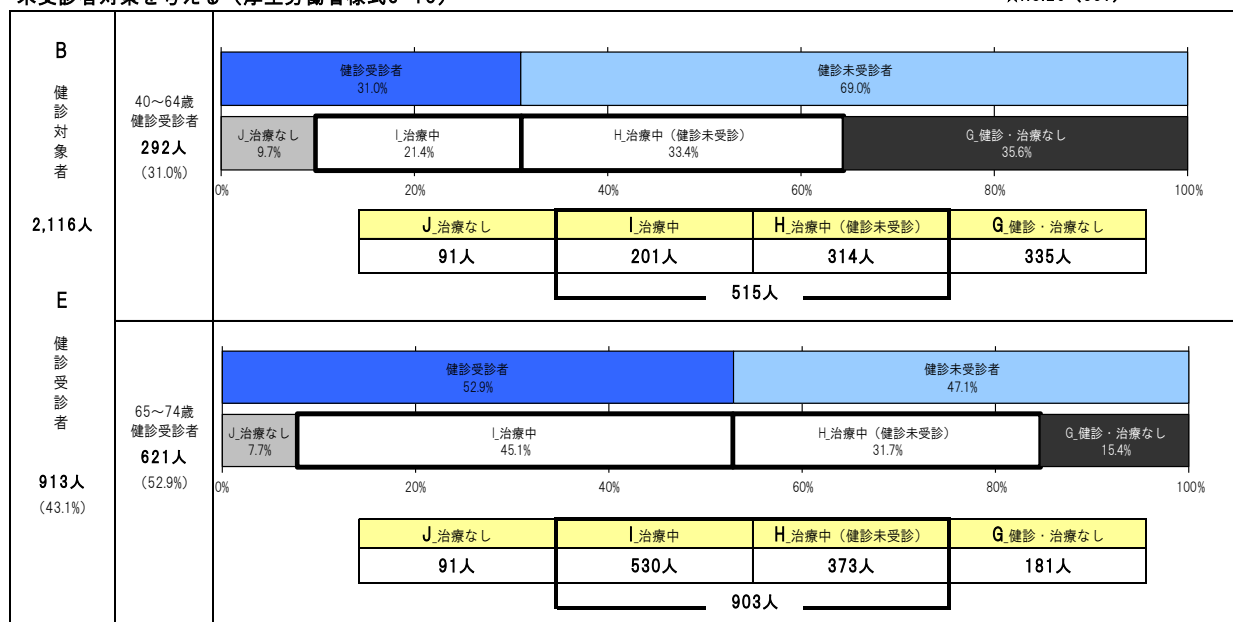
特定健診受診率は、40～64歳で31.0%、65～74歳で52.9%と若い世代で低いことがわかる。健診未受診者のうち治療中の者が、40～64歳で33.4%、65～74歳で31.7%おり、また、健診・治療なしのなかには自覚症状がないまま生活習慣病が進行し、重症化している者がいる可能性があり、解消に向けた取組が必要である。

健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費をみると7,575円の差があり、特定健診を受診することは医療費適正化につながるということが伺える。

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

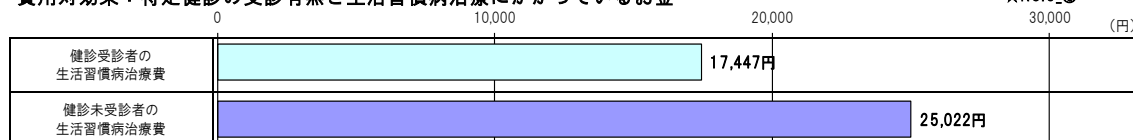
★NO.26 (CSV)



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

#### 7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3⑥



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

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。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、高原町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

##### ②短期的な目標の設定

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

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年を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	50%	53%	56%	59%	62%	65%
特定保健指導実施率	76%	78%	80%	82%	84%	86%

### 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	2,060人	2,010人	1,960人	1,910人	1,860人	1,810人
	受診者数	1,030人	1,065人	1,097人	1,126人	1,153人	1,176人
特定保健指導	対象者数	121人	124人	128人	131人	135人	137人
	受診者数	92人	97人	103人	108人	114人	118人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

集団健診については、町が特定健診実施機関に委託する。

個別検診については、西諸管内の特定健診実施機関に委託することとし、西諸医師会が実施機関の取りまとめを行う。

- ① 集団健診(高原町ほほえみ館他)
- ② 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、高原町の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、尿蛋白定量、尿潜血）を実施する。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5)実施時期

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)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国保連に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 22】

年間スケジュール

<b>健診の案内方法</b>	
特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌、ケーブルテレビ放送での広報。集団健診前の一斉放送システムによる広報。	
医療機関による受診勧奨。	
<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
7 月～翌年 1 月	: 未受診者対策
1 0 月	: 前年度の実績報告
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）

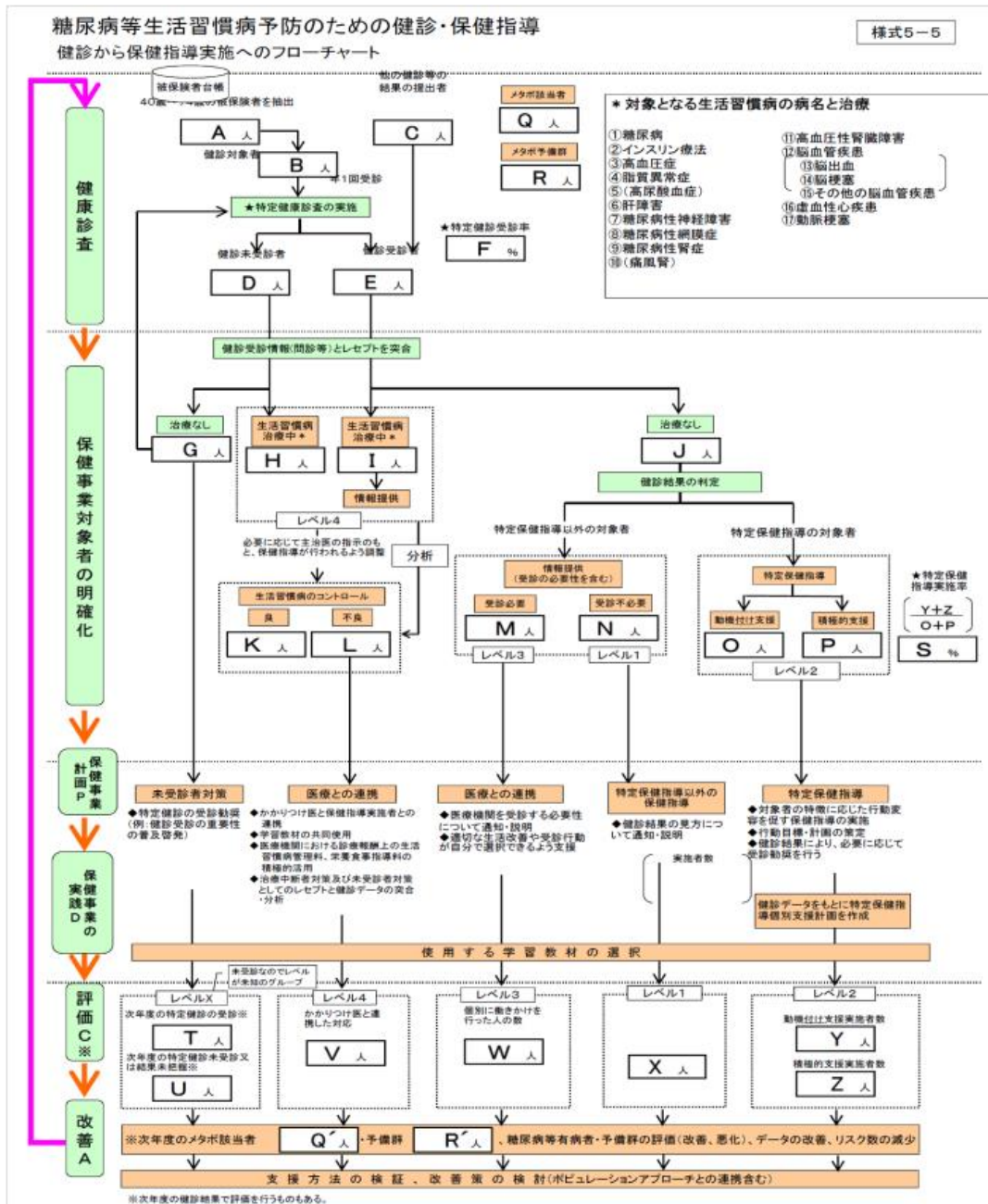
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、特定保健指導実施機関へ委託するとともに、ほほえみ館の保健師等が行う。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

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

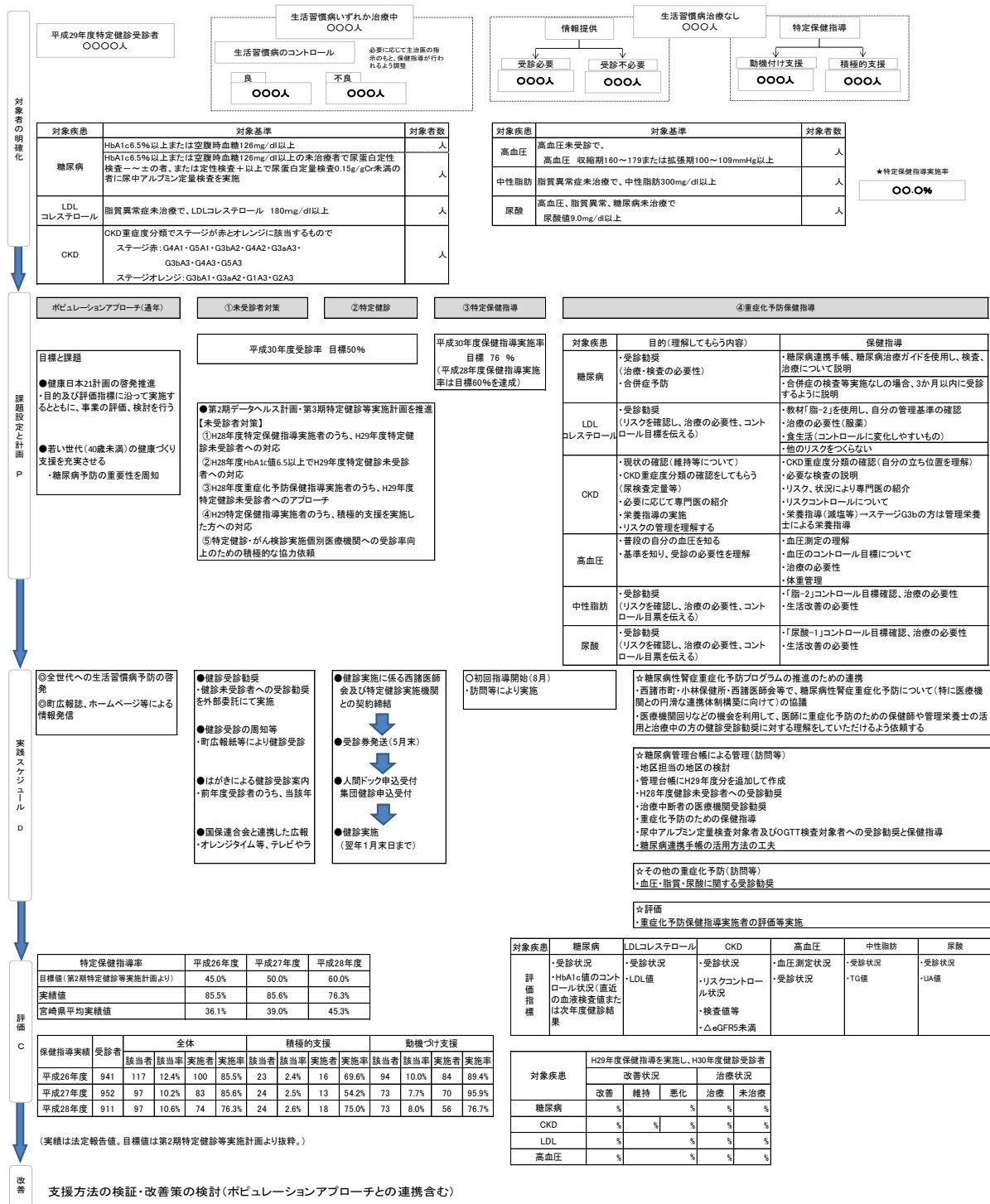
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	H35 年度 目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	137 人 (15.0)	86%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	134 人 (14.7)	
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	1,208 人 ※受診率目標達成までにあ と 360 人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	151 人 (16.5)	
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	491 人 (53.8)	

### (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高原町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査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、高原町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては、第3章の第三期特定健診等実施計画に準ずるものとする。

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び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)、西諸地区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)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

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

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたってはプログラムに準じ、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」(改訂)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。

高原町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査、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)の把握は可能であり、平成28年度からは尿中アルブミン検査を対象者(HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上で、未治療かつ尿蛋白(-±))の方に実施し、微量アルブミン尿による腎症病期の把握も可能となっている。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

## ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。

(図表 28)

高原町において特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は 68 人(35.8%・F)であった。また、40～74 歳における糖尿病治療者 287 人中のうち、特定健診受診者が 122 人(64.2%・G)であったが、1 人(0.8%・キ)は中断者であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 165 人(57.5%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 40 人中 1 人は、治療中断者であることが分かった。また、26 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 より高原町における介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位 1

#### 【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・68 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・2 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)・・・98 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)・・・26 人

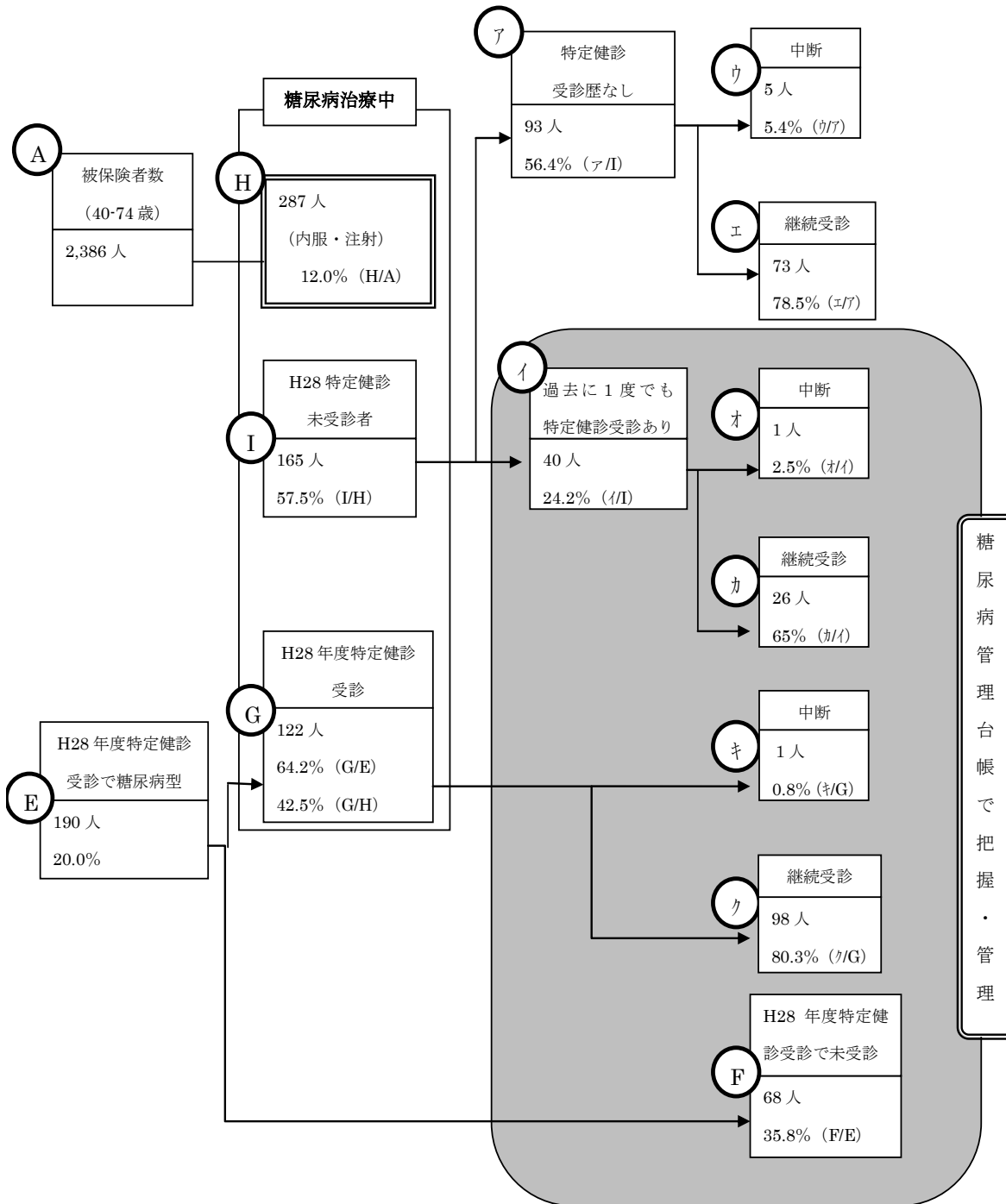
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・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

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

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

#### 【糖尿病台帳作成手順】

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

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

##### ① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し、介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……70 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……43 人

## 4) 保健指導の実施

### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・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。高原町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 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: 5px; display: inline-block;">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> <li>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～</li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか?</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. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、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)の対象者には、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。

また、本町の特徴として非肥満の高血糖の割合が、同規模・県・国よりも高い傾向にあることから、糖尿病の疑いが否定できない方又は将来糖尿病を発症するリスクが高い方についても、二次健診等を実施し、糖尿病の発症及び重症化を予防していく。

## 5) 医療との連携

### (1) 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。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはプログラムに準じていく。

### (3) 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。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。

## (1) 短期的評価

### ① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

### ② 保健指導対象者に対する評価

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

## 8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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。高原町において健診受診者928人のうち心電図検査実施者は293人(31.6%)であり、そのうちST所見があったのは2人であった(図表30)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。

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

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	928	100	293	31.6	2	0.7	85	29.0	206	70.3

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)(%)
2	100	2	100	1	50	1	50

## ② 心電図以外からの把握

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

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

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		
	928	2 0.2	85 9.2	206 22.2	635 68.4	
メタボ該当者	176 19.0%	0 0.0%	16 9.1%	27 15.3%	133 75.6%	
メタボ予備群	97 10.5%	0 0.0%	5 5.2%	20 20.6%	72 74.2%	
メタボなし	655 70.6%	2 0.3%	64 9.8%	159 24.3%	430 65.6%	
LDL	140-159	102 11.0%	0 0.0%	12 11.8%	24 23.5%	66 64.7%
	160-179	40 4.3%	0 0.0%	3 7.5%	11 27.5%	26 65.0%
	180-	25 2.7%	0 0.0%	1 4.0%	5 20.0%	19 76.0%

## 【参考】

CKD	G3aA1~	212	0	25	51	136
		22.8%	0.0%	11.8%	24.1%	64.2%

### 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。治療中であり、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】

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

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

#### (2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

### (3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病・慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行うこととする。

なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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)



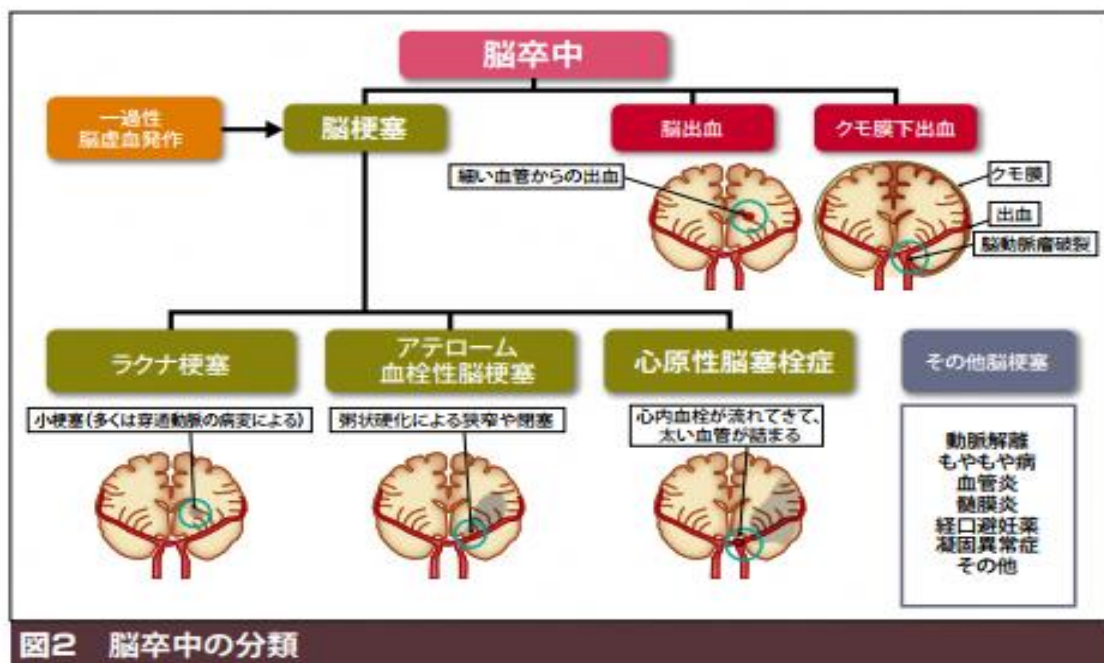
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

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	メタリックシント 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		31人	3.3%	106人	11.2%	31人	3.3%	0人	0.0%	178人	18.7%	11人	1.2%	17人	1.8%
治療なし		17人	3.2%	54人	6.6%	27人	3.7%	0人	0.0%	37人	8.4%	2人	0.5%	4人	1.6%
治療あり		4人	12.9%	13人	12.3%	4人	12.9%	0人	—	37人	20.8%	2人	18.2%	0人	0.0%
臓器障害あり		1人	3.3%	2人	42.6%	1人	1.9%	0人	0.0%	2人	27.6%	2人	1.8%	4人	4.5%
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		1人		0人		2人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1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		1人		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		0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 31 人(3.3%)であり、17 人は未治療者であった。また未治療者のうち 1 人(3.3%)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(12.9%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### (2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

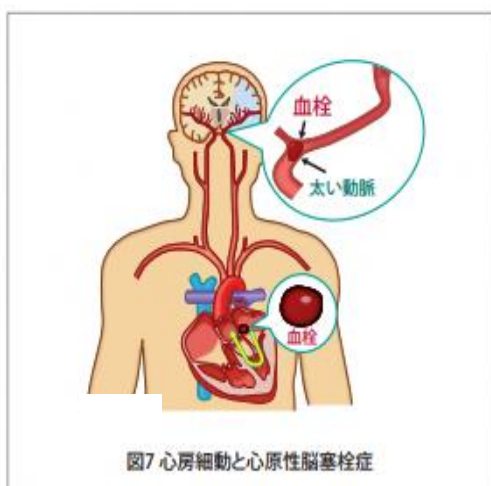
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
	至適血圧 ~119 / ~79	正常血圧 120~129 / 80~84	正常高値血圧 130~139 / 85~89	I度高血圧 140~159 / 90~99	II度高血圧 160~179 / 100~109	III度高血圧 180以上 / 110以上	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
532	163	120	126	106	15	2	3	57	63
	30.6%	22.6%	23.7%	19.9%	2.8%	0.4%	0.6%	10.7%	11.8%
リスク第1層	58	38	9	8	3	0	0	3	0
	10.9%	23.3%	7.5%	6.3%	2.8%	0.0%	0.0%	100%	0.0%
リスク第2層	296	81	70	78	57	9	1	--	57
	55.6%	49.7%	58.3%	61.9%	53.8%	60.0%	50.0%	--	100.0%
リスク第3層	178	44	41	40	46	6	1	--	53
	33.5%	27.0%	34.2%	31.7%	43.4%	40.0%	50.0%	--	84.1%
再掲 重複あり	糖尿病	76	16	15	19	25	1	0	
		42.7%	36.4%	36.6%	47.5%	54.3%	16.7%	0.0%	
	慢性腎臓病 (CKD)	64	21	14	11	15	3	0	
	36.0%	47.7%	34.1%	27.5%	32.6%	50.0%	0.0%		
3個以上の危険因子	82	13	21	20	24	3	1		
	46.1%	29.5%	51.2%	50.0%	52.2%	50.0%	100.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流に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 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	149	144	3	2.0	0	0.0	-	-
40歳代	5	4	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	10	15	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	93	85	3	3.2	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	41	40	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

\* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
3	100	0	0.0	3	100.0

心電図検査において3人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると60歳代のみであり、日本循環器学会疫学調査と比較しても割合が高いことがわかった。また3人のうち3人ともに既に治療が開始されていた。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心電図検査の全数実施が望まれる。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 二次健診の実施

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

#### (3) 対象者の管理

##### ① 高血圧者の管理

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

##### ② 心房細動の管理台帳

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

### 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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)

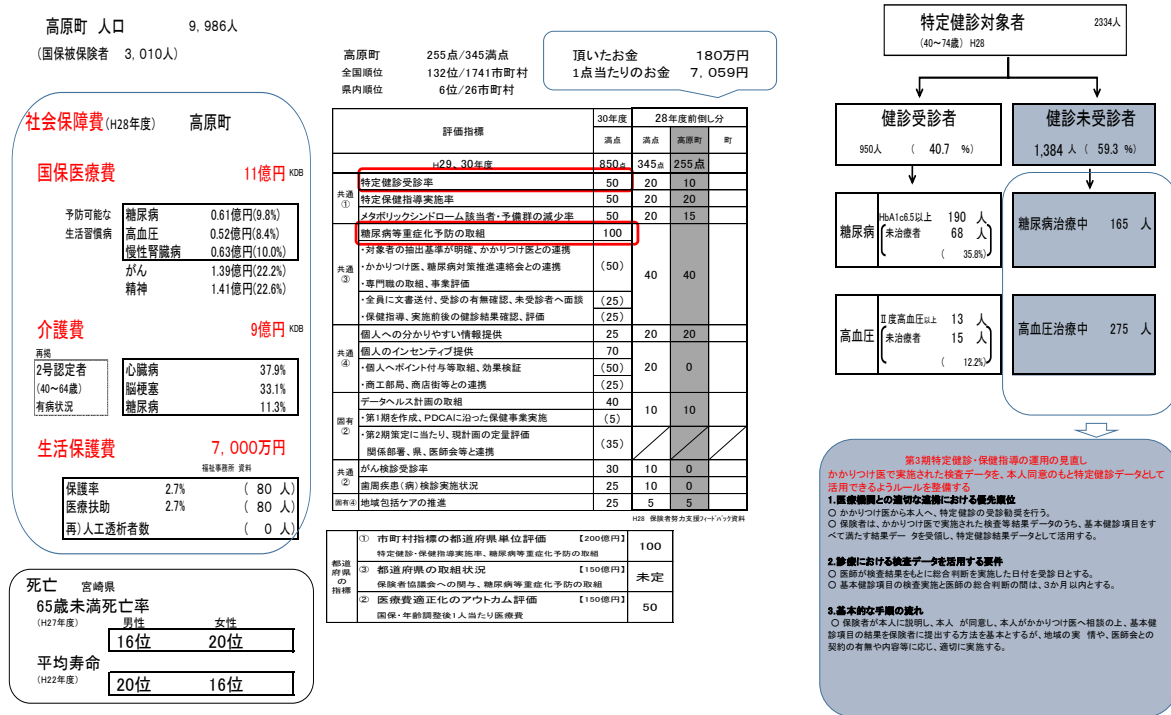
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

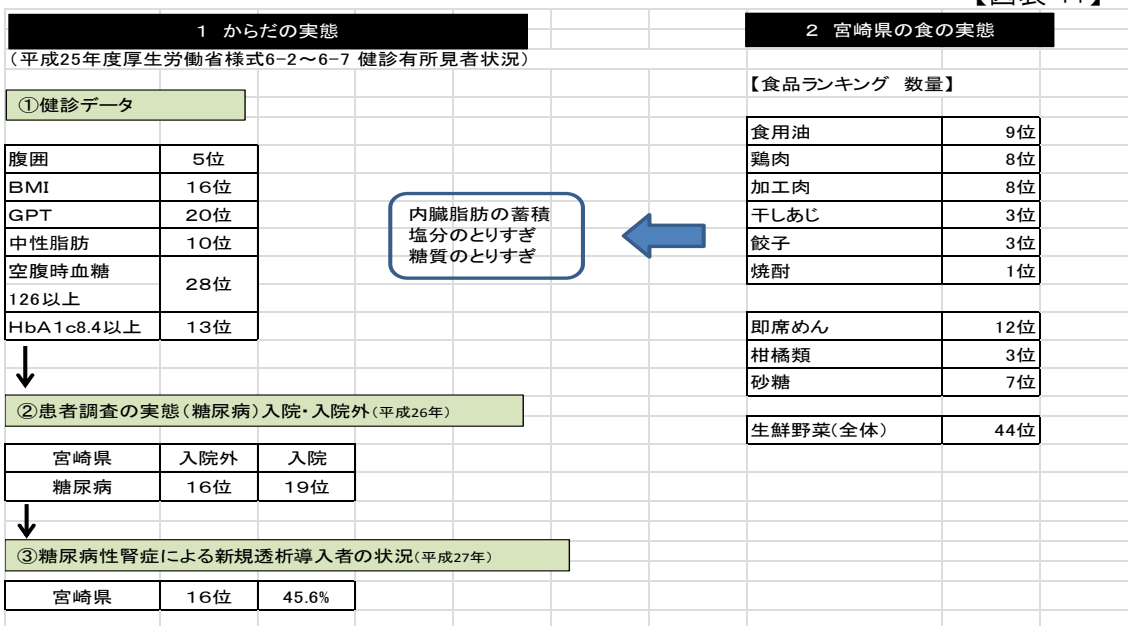
保険者努力支援制度

高原町

【図表 40】



【図表 41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

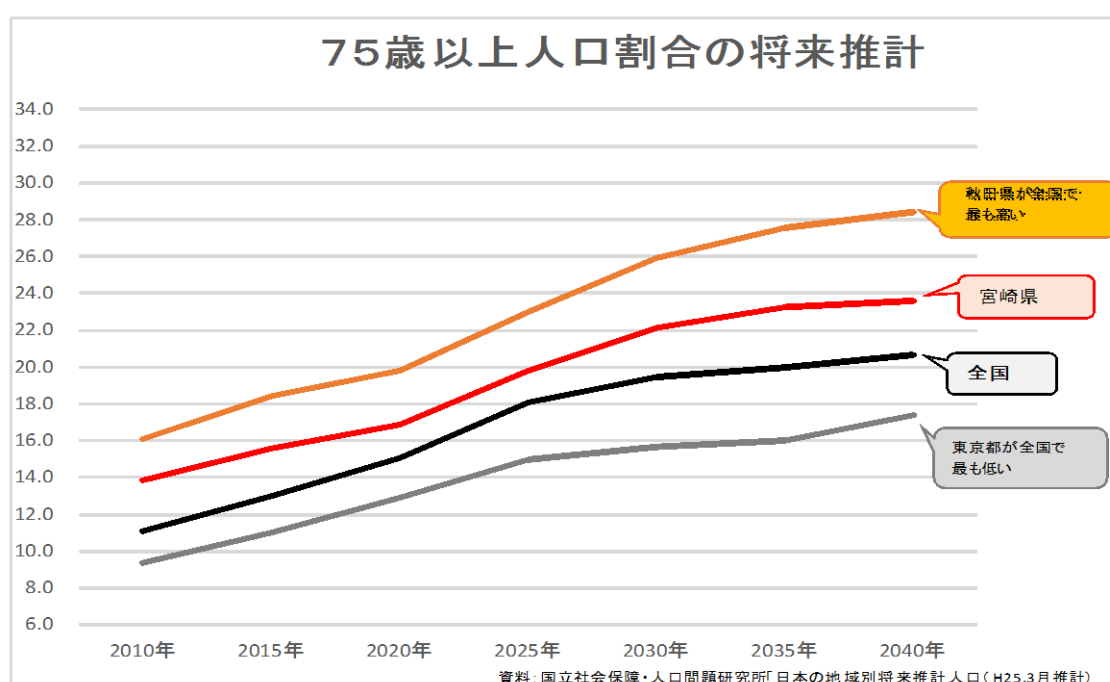
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、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、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行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を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）システムから受診率・受療率、医療の動向等を収集し、同規模平均・県・国と比較して毎年評価する。また、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。

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、ホームページや町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高原町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 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

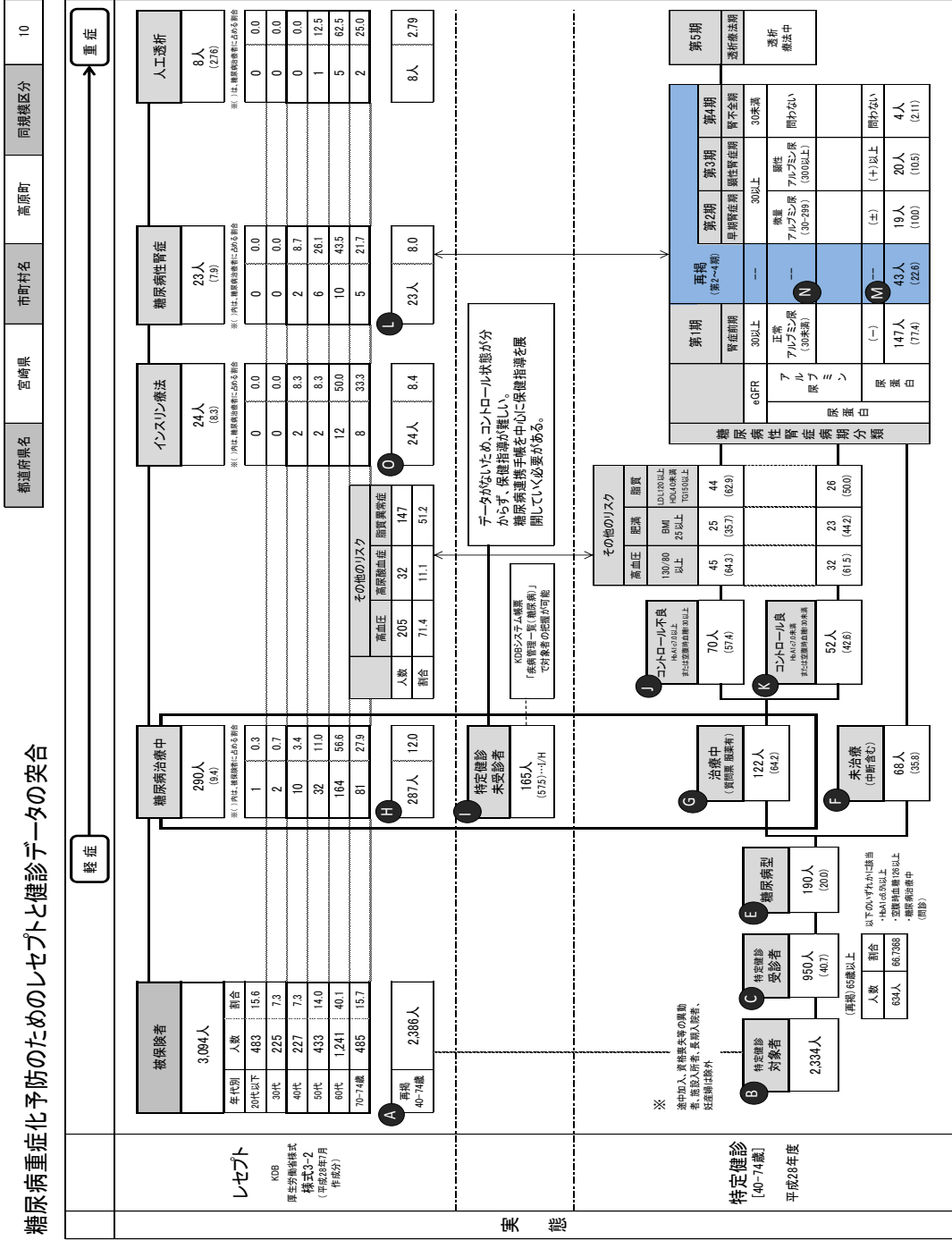
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた高原町の位置

項目	H25		H28		H28		H28		H28		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	9,986		9,300		1,944,956		1,125,360		124,852,975			
		65歳以上（高齢化率）	3,350	33.5	3,460	37.2	575,439	29.6	290,839	25.8	29,020,766	23.2	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	
		75歳以上	2,000	20.0	2,071	22.3			156,418	13.9	13,989,864	11.2		
		65～74歳	1,350	13.5	1,389	14.9			134,421	11.9	15,030,902	12.0		
		40～64歳	3,567	35.7	3,147	33.8			383,847	34.1	42,411,922	34.0		
	39歳以下	3,069	30.7	2,693	29.0			450,674	40.0	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	27.8		24.6		14.7		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	22.1		21.2		26.9		21.6		25.2			
		第3次産業	50.1		54.2		58.3		66.6		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.5				79.3		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.1				86.4		86.6		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.7				65.1		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.9				66.8		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	102.9		109.4		105.0		99.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			96.9		95.1		102.7		96.2		100			
		がん	40	43.5	55	48.2	6,768	45.4	3,469	45.2	367,905	49.6		
		心臓病	32	34.8	35	30.7	4,236	28.4	2,242	29.2	196,768	26.5		
		脳疾患	14	15.2	17	14.9	2,609	17.5	1,301	16.9	114,122	15.4		
		糖尿病	1	1.1	1	0.9	263	1.8	128	1.7	13,658	1.8		
		腎不全	4	4.3	2	1.8	584	3.9	276	3.6	24,763	3.3		
	自殺	1	1.1	4	3.5	444	3.0	265	3.5	24,294	3.3			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	17	11	15	8.72			1,363	9.95	136,944	10.47	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	10	14	12	13.95			915	13.52	91,123	13.51		
	女性	7	9	3	3.49			448	6.46	45,821	7.24			
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	552	16.4	582	17.5	114,846	20.2	59,315	20.4	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	12	0.3	11	0.2	1,946	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3		
	2号認定者	9	0.3	11	0.3	2,492	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4			
	糖尿病	122	21.3	125	20.0	25,612	21.3	12,987	21.1	1,350,152	22.1			
	高血圧症	327	59.2	382	62.6	63,835	53.4	35,357	57.9	3,101,200	50.9			
	脂質異常症	126	23.4	161	27.0	31,966	26.7	16,825	27.4	1,741,866	28.4			
	心臓病	389	70.5	451	73.9	72,264	60.6	40,235	65.9	3,529,682	58.0			
	脳疾患	160	30.1	197	31.6	32,398	27.3	19,122	31.4	1,538,683	25.5			
	がん	40	7.9	61	9.6	11,697	9.6	5,852	9.4	631,950	10.3			
	筋・骨格	310	56.6	369	59.8	62,083	51.8	35,171	57.7	3,067,196	50.3			
精神	198	34.7	230	36.0	44,206	36.6	25,297	40.9	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	78,164		75,565		68,807		66,242		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス	58,862		60,846		42,403		47,239		39,662				
	施設サービス	283,300		287,649		278,098		282,096		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	7,585	7,113	8,199	7,149	7,980	認定なし	4,471	4,202	3,955	3,962	3,816	
	被保険者数	3,316		3,010		509,741		300,107		32,587,866				
4	① 国保の状況	被保険者数	3,316		3,010		509,741		300,107		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳	1,152	34.7	1,240	41.2			119,981	40.0	12,461,613	38.2		
		40～64歳	1,359	41.0	1,094	36.3			103,073	34.3	10,946,712	33.6		
		39歳以下	805	24.3	676	22.5			77,053	25.7	9,179,541	28.2		
		加入率	33.2		30.1		26.6		26.7		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	1	0.3	121	0.2	140	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	6	1.8	6	2.0	1,138	2.2	891	3.0	96,727	3.0		
		病床数	56	16.9	56	18.6	17,242	33.8	19,245	64.1	1,524,378	46.8		
		医師数	9	2.7	8	2.7	1,935	3.8	2,730	9.1	299,792	9.2		
		外来患者数	646.0		691.4		682.6		677.3		668.1			
入院患者数	31.6		28.6		22.4		24.7		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,667	県内4位 同規模26位	29,298	県内7位 同規模38位	26,568	26,707	24,245	677,566	719,945	705,038	702,012	686,286	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	50.1		52.1		57.2		55.1		60.1				
	外来 費用の割合	95.3		96.0		96.8		96.5		97.4				
	入院 費用の割合	49.9		47.9		42.8		44.9		39.9				
	入院 件数の割合	4.7		4.0		3.2		3.5		2.6				
1件あたり入院日数	18.4日		18.5日		16.7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	165,341,900	23.7	138,519,820	22.2	23.8	22.0	25.6	75,547,400	10.8	62,617,970	10.0	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）	54,718,690	7.8	61,239,910	9.8	10.3	8.6	9.7	78,334,720	11.2	52,397,320	8.4		
	糖尿病	143,500,090	20.6	140,841,630	22.6	18.8	22.3	16.9	78,334,720	11.2	52,397,320	8.4		
	高血圧症	94,890,040	13.6	98,688,750	15.8	15.1	14.6	15.2	143,500,090	20.6	140,841,630	22.6		
	精神	94,890,040	13.6	98,688,750	15.8	15.1	14.6	15.2	94,890,040	13.6	98,688,750	15.8		

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	529,490	6位	(18)	520,820	13位	(17)												KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	470,323	20位	(17)	566,864	9位	(19)													
				脂質異常症	373,215	25位	(15)	483,624	16位	(15)													
				脳血管疾患	434,575	24位	(21)	532,601	15位	(21)													
				心疾患	597,231	13位	(15)	691,276	5位	(15)													
				腎不全	607,878	13位	(19)	947,361	2位	(15)													
				精神	372,181	27位	(26)	411,537	21位	(27)													
				悪性新生物	593,046	16位	(16)	623,505	11位	(16)													
			外来	糖尿病	39,412	6位		36,813	7位														
				高血圧	29,330	8位		27,379	19位														
				脂質異常症	25,127	17位		26,889	9位														
				脳血管疾患	27,633	26位		30,455	22位														
				心疾患	42,831	13位		37,661	21位														
				腎不全	183,690	18位		184,707	14位														
				精神	32,367	7位		26,442	23位														
				悪性新生物	51,267	6位		54,455	14位														
				健診対象者 一人当たり			4,583		6,137			3,051		3,164		2,346							
				健診未受診者			9,069		8,801			11,945		11,427		12,339							
				生活習慣病対象者 一人当たり			13,001		17,447			8,266		8,696		6,742							
				健診未受診者			25,724		25,022			32,361		31,410		35,459							
				受診勧奨者	546	60.1	516	56.5	89,238	56.7	38,800	54.9	4,427,360	56.1									
				医療機関受診率	502	55.3	492	53.9	81,322	51.7	36,267	51.4	4,069,618	51.5									
				医療機関非受診率	44	4.8	24	2.6	7,916	5.0	2,533	3.6	357,742	4.5									
				健診受診者		908		913		157,335		70,610		7,898,427									
				受診率	38.6	県内12位 同規模86位	43.1	県内13位 同規模76位	43.2	34.5	全国32位	36.4											
				特定保健指導終了者(実施率)	99	77.3	62	63.3	8184	41.7	3,465	40.8	198,683	21.1									
				非肥満高血糖	131	14.4	121	13.3	17,078	10.9	5,442	7.7	737,886	9.3									
				該当者	163	18.0	174	19.1	28,039	17.8	12,794	18.1	1,365,855	17.3									
				男性	97	23.8	112	26.2	19,376	27.0	8,493	27.9	940,335	27.5									
				女性	66	13.2	62	12.8	8,663	10.1	4,301	10.7	425,520	9.5									
				予備群	103	11.3	94	10.3	17,199	10.9	8,838	12.5	847,733	10.7									
				男性	70	17.2	62	14.5	11,819	16.4	5,505	18.1	588,308	17.2									
				女性	33	6.6	32	6.6	5,380	6.3	3,333	8.3	259,425	5.8									
				総数	290	31.9	293	32.1	50,519	32.1	24,452	34.6	2,490,581	31.5									
				男性	183	45.0	191	44.6	34,664	48.2	15,692	51.6	1,714,251	50.2									
				女性	107	21.4	102	21.0	15,855	18.6	8,760	21.8	776,330	17.3									
				総数	65	7.2	65	7.1	8,872	5.6	3,286	4.7	372,685	4.7									
				男性	16	3.9	15	3.5	1,430	2.0	532	1.8	59,615	1.7									
				女性	49	9.8	50	10.3	7,442	8.7	2,754	6.8	313,070	7.0									
				血糖のみ	6	0.7	5	0.5	1,171	0.7	467	0.7	52,296	0.7									
				血圧のみ	81	8.9	71	7.8	12,209	7.8	6,643	9.4	587,214	7.4									
				脂質のみ	16	1.8	18	2.0	3,819	2.4	1,728	2.4	208,214	2.6									
				血糖・血圧	31	3.4	44	4.8	5,194	3.3	2,194	3.1	212,002	2.7									
				血糖・脂質	13	1.4	14	1.5	1,482	0.9	528	0.7	75,032	0.9									
				血圧・脂質	75	8.3	51	5.6	12,677	8.1	6,424	9.1	663,512	8.4									
				血糖・血圧・脂質	44	4.8	65	7.1	8,686	5.5	3,648	5.2	415,310	5.3									
				高血圧	345	38.0	404	44.2	55,608	35.4	26,712	37.8	2,650,283	33.6									
				糖尿病	80	8.8	118	12.9	13,020	8.3	5,470	7.7	589,711	7.5									
				脂質異常症	164	18.1	205	22.5	34,949	22.2	14,669	20.8	1,861,221	23.6									
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	46	5.1	50	5.5	4,523	3.0	2,695	3.9	246,252	3.3									
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	71	7.8	75	8.2	7,878	5.3	3,636	5.3	417,378	5.5									
				腎不全	2	0.2	7	0.8	780	0.5	240	0.3	39,184	0.5									
				貧血	63	7.0	110	12.1	12,720	8.7	7,036	10.3	761,573	10.2									
				喫煙	121	13.3	121	13.3	22,916	14.6	8,574	12.1	1,122,649	14.2									
				週3回以上朝食を抜く	87	9.7	71	7.8	10,085	7.0	5,418	7.9	585,344	8.7									
				週3回以上食後間食	95	10.5	84	9.2	17,363	12.0	8,357	12.2	803,966	11.9									
				週3回以上就寝前夕食	176	19.5	182	20.0	22,799	15.8	10,362	15.1	1,054,516	15.5									
				食べる速度が速い	205	22.8	219	24.1	38,905	26.9	17,240	25.2	1,755,597	26.0									
				20歳時体重から10kg以上増加	338	37.6	317	34.9	46,745	32.4	23,064	33.7	2,192,264	32.1									
				1回30分以上運動習慣なし	536	60.0	533	58.8	92,627	64.1	37,367	54.5	4,026,105	58.8									
				1日1時間以上運動なし	509	56.8	493	54.5	68,134	47.2	32,220	47.0	3,209,187	47.0									
				睡眠不足	221	25.0	200	22.3	35,522	24.6	15,474	22.6	1,698,104	25.1									
				毎日飲酒	244	27.0	252	27.6	38,267	26.0	18,528	26.9	1,886,293	25.6									
				時々飲酒	205	22.7	195	21.4	29,879	20.3	15,909	23.1	1,628,466	22.1									
				1合未満	570	71.8	588	71.0	61,172	61.1	24,369	58.8	3,333,836	64.0									
				1~2合	138	17.4	155	18.7	25,170	25.1	12,302	29.7	1,245,341	23.9									
				2~3合	67	8.4	67	8.1	10,318	10.3	3,985	9.6	486,491	9.3									
				3合以上	19	2.4	18	2.2	3,436	3.4	765	1.8	142,733	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



糖尿病管理台帳（永年）

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

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度

担当者名:

担当地区:

対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 (㉔+㉕) ( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因  2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医  4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続  栄養士中心  腎専門医	○レセプトの確認協力
	㉔健診未受診者 ( )人		
	結果把握(内訳)		
	①国保(生保) ( )人		
	②後期高齢者 ( )人		
	③他保険 ( )人		
	④住基異動(死亡・転出) ( )人		
	⑤確認できず ( )人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である		
	㉕結果把握 ( )人		
①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん	尿アルブミン検査の継続	
②尿蛋白 (-) ( )人			
(±) ( )人			
(+) ~顕性腎症 ( )人			
③eGFR値の変化	----- 腎専門医		
1年で25%以上低下 ( )人			
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人			

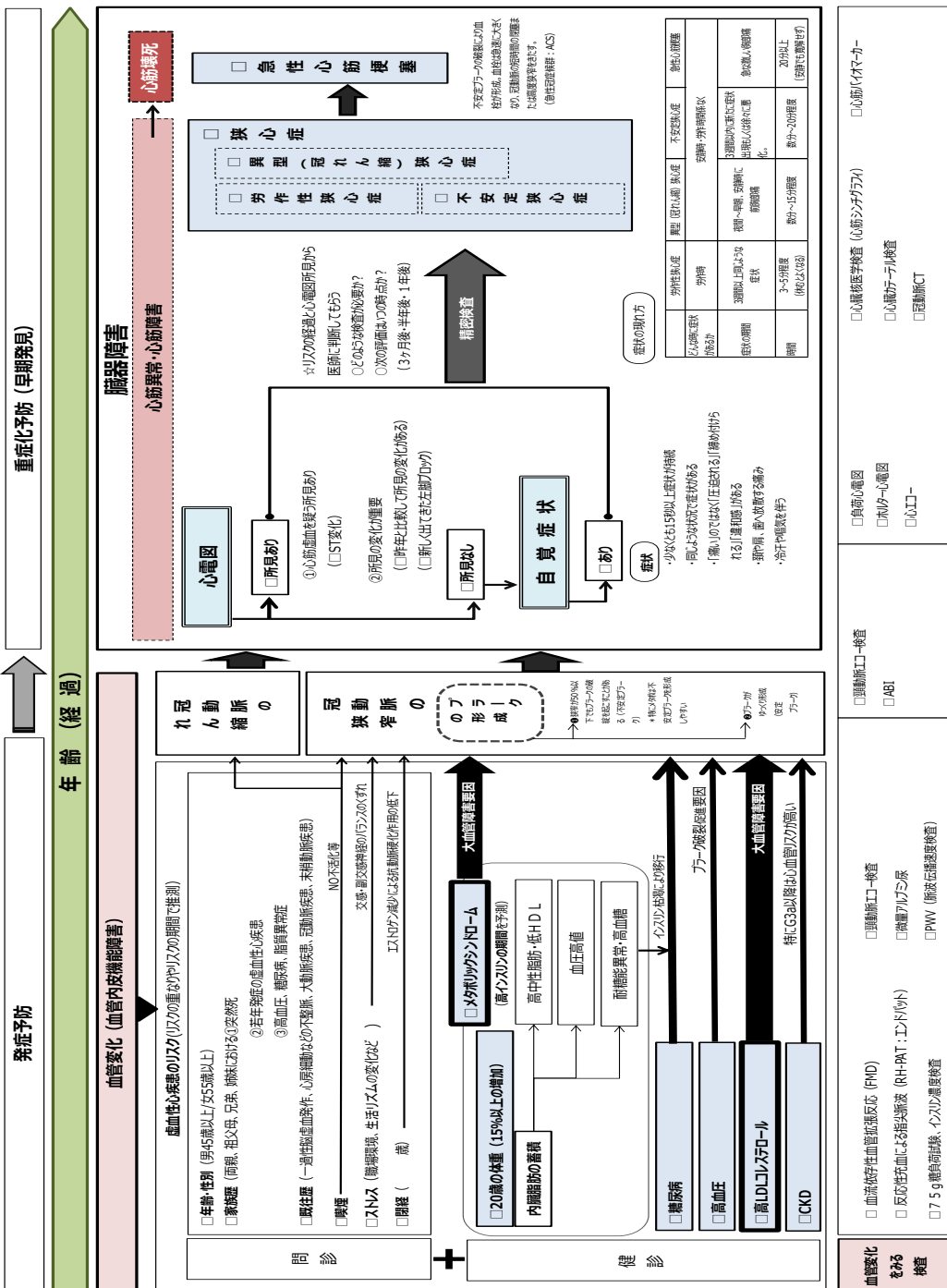


【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

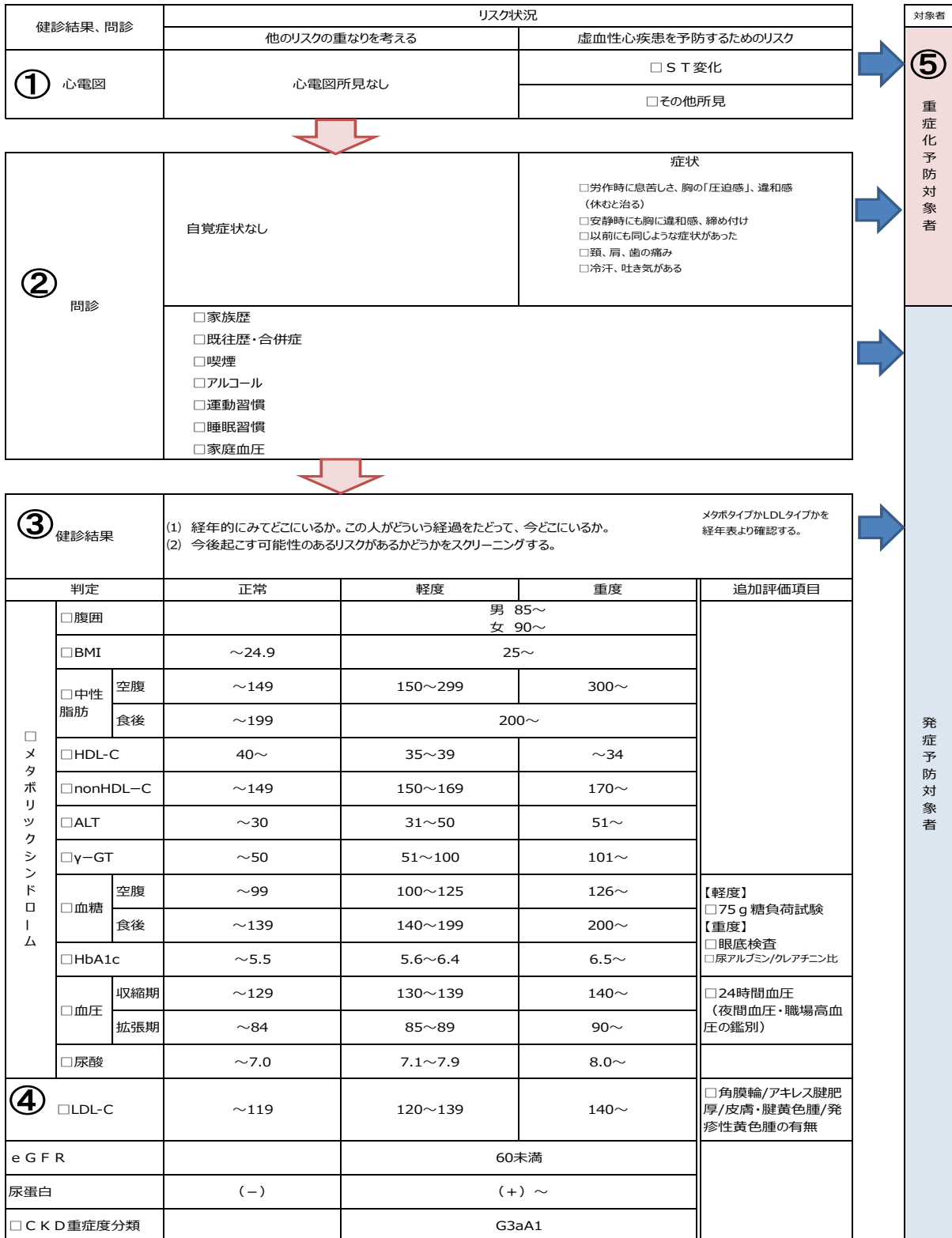
項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数152		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	3,094人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		2,386人							
2	① 特定健診	B	2,334人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	② 対象者数		950人							
	③ 受診率	C	40.7%							
3	① 特定保健指導		62人							
	② 実施率		63.3%							
4	① 健診データ	E	190人	20.0%						特定健診結果
	② 糖尿病型									
	③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	68人	35.8%						
	④ 治療中(質問票 服薬あり)	G	122人	64.2%						
	⑤ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	70人	57.4%						
	⑥ 血圧 130/80以上		45人	64.3%						
	⑦ 肥満 BMI25以上		25人	35.7%						
	⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	52人	42.6%						
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	147人	77.4%						
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)		19人	10.0%						
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)		20人	10.5%						
⑫ 第4期 eGFR30未満	4人		2.1%							
5	① レセプト		93.7人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② 糖尿病受療率(被保険者千対)		120.3人							
	③ (再掲)40-74歳(被保険者千対)		2,031件 (870.2)				2,076件 (799.2)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ レセプト件数 (40-74歳) (1円は被保険者千対)	入院外(件数)	20件 (8.6)				16件 (6.0)			
	⑤ 糖尿病治療中	H	290人	9.4%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳		287人	12.0%						
	⑦ 健診未受診者	I	165人	57.5%						
	⑧ インスリン治療	O	24人	8.3%						
	⑨ (再掲)40-74歳		24人	8.4%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	23人	7.9%						
	⑪ (再掲)40-74歳		23人	8.0%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		8人	2.76%						
	⑬ (再掲)40-74歳		8人	2.79%						
	⑭ 新規透析患者数									
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症									
	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)		7人	1.6%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費		10億7376万円				10億9540万円			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		6億2444万円				6億2716万円			
	③ (総医療費に占める割合)		58.2%				57.3%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	17,447円				8,266円			
	⑤ 健診未受診者		25,022円				32,361円			
	⑥ 糖尿病医療費		6124万円				6466万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.8%				10.3%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億4725万円							
	⑨ 1件あたり		36,813円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億3281万円							
	⑪ 1件あたり		520,820円							
	⑫ 在院日数		17日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		6602万円				6350万円			
	⑭ 透析有り		6262万円				5982万円			
	⑮ 透析なし		340万円				368万円			
7	① 介護		9億9089万円				11億9822万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%							
8	① 死亡		1人 0.7%				2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



【参考文献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



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

【参考資料 8】

## 血圧評価表

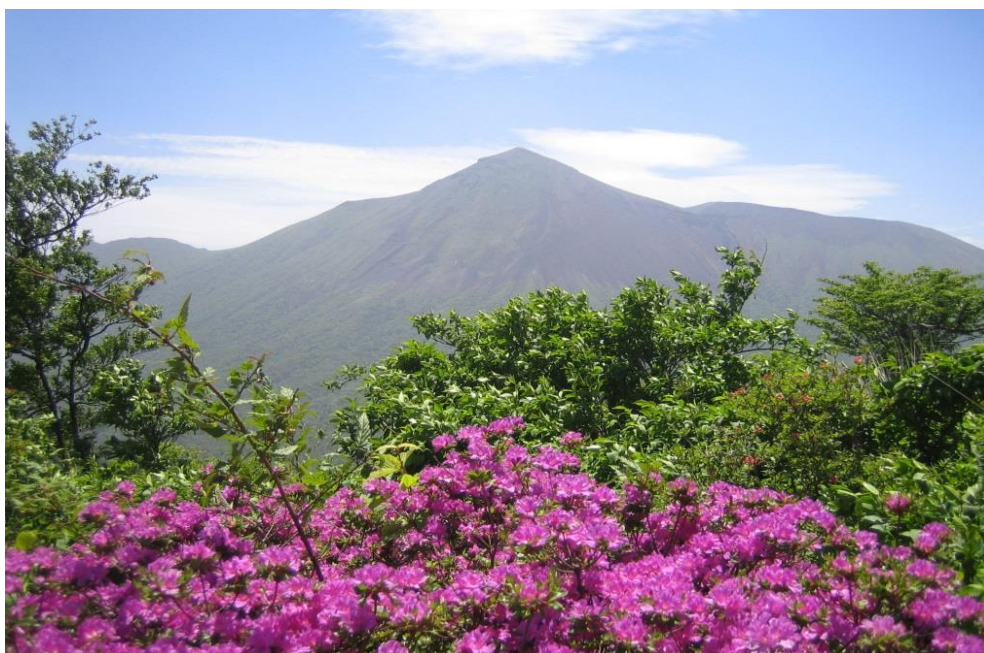
個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧														
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28		
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期
			男	56	予備群	5.4	84	72.1	—	4.1				156	101	132	90	124	84		147	97				
			女	74	該当者	5.6	134	61.6	—	4.9										○	180	84				
			男	64	予備群	5.2	88	83	±	4.8	○	124	70			○	136	84	○	164	80	○	136	78		

【参考資料 9】

## 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															
		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	平成 年度					平成 年度									
												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					

平成29年度に向けての全体評価		評価(良かったこと)				様式 1	
課題・目標	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アウトプット (構造)	⑤残っている課題
		未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策		
<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>特定保健指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>健診受診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・糖尿病腎症を減らすこととを目標とし、平成29年度には平成28年度と比較して疾患をそれぞれ5%減少させる。</li> <li>医療費の伸びを抑える。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受診者が多い。</li> <li>受診勧奨の協力者、アプローチ方法等検討。(地区保健の活用等)</li> <li>医療機関の協力等による取り組み</li> <li>早期介入・保健指導事業</li> <li>対象者の設定、評価方法等検討</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PDCAサイクルからの計画を立案する。</li> <li>対象者、方法等の検討。</li> <li>地区、台帳等の検討。</li> <li>予防、事業の目的、評価等検討。</li> <li>身体測定、健康指導、健康づくり担当が分かれており、はたらき合っています。</li> <li>評価指標の検討。</li> </ul>	<p><b>医療へのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>会費等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、進んでいないのが現状。</li> <li>医師の事業の中で、個々の業務等について実践を通じて、連携していく。</li> <li>未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ別の関わりで、医療機関とのつながり強めていく。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診 保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続型健診対象者中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、6歳以上の健診未受診者、生活習慣病治療者に対して受診勧奨活動を行った。</li> <li>未受診者の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。</li> <li>受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みはなかつた。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に行うために、医療機関との協力を図るよう努めた。また、未受診者訪問の対象者などを行うための検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成、管理しているC/O台帳、HAIの管理台帳等を活用していくこと未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上で、台帳の活用が重要である。</li> <li>55歳健診の結果をみる。受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み強化を促す。アプローチ/アプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も念めて検討していく必要がある。ICDレコーディング対象者を住民にするだけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防対象者として、今までは実治療を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診できたという事例が増え、数値による効果も出てきた。</li> <li>対象者選定を単年の重症化リスク、数値による効果も出てきた。</li> <li>保健指導の開催率は十分でない。重々の教材使用に任せていた。共通認識十分図れていない現状がある。</li> </ul>	<p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>地区担当の活用、地区会、保健会など経年を通して、保健活動も進んでいく。</li> <li>事業実施等とは別に、主に地域に存在する関係者、関係者など、今後の事業計画、対象者数などについて、関係者との連携をすすめていく上で、地区の役割を重視して、関係者との連携をすすめていく。</li> <li>共通認識の時間等では、アプローチでも活用しているが、そのまま進んでいる。また、重症化してしまっている。業務時間の確保は進んでいない。個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区の役割を重視して、関係者との連携をすすめていく。</li> <li>担当者の活用、ひとつひとつの事例を通して連携を積み重ねていくようにする。(いろいろ医療機関との関わりを活用していく。)</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関への協力を依頼の、個別に実施している(医療機関の選定基準、実施方法等の検討)</li> <li>平成29年度までの対象者、健診中断者の継続受診率等)</li> <li>ICDレコーディングの取り組みを、ICD項目の検討(受診率、受診行動等)を併せていく(か)</li> <li>評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul>
<p><b>課題・目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>特定保健指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>健診受診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・糖尿病腎症を減らすこととを目標とし、平成29年度には平成28年度と比較して疾患をそれぞれ5%減少させる。</li> <li>医療費の伸びを抑える。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受診者が多い。</li> <li>受診勧奨の協力者、アプローチ方法等検討。(地区保健の活用等)</li> <li>医療機関の協力等による取り組み</li> <li>早期介入・保健指導事業</li> <li>対象者の設定、評価方法等検討</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PDCAサイクルからの計画を立案する。</li> <li>対象者、方法等の検討。</li> <li>地区、台帳等の検討。</li> <li>予防、事業の目的、評価等検討。</li> <li>身体測定、健康指導、健康づくり担当が分かれており、はたらき合っています。</li> <li>評価指標の検討。</li> </ul>	<p><b>医療へのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>会費等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、進んでいないのが現状。</li> <li>医師の事業の中で、個々の業務等について実践を通じて、連携していく。</li> <li>未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ別の関わりで、医療機関とのつながり強めていく。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診 保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続型健診対象者中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、6歳以上の健診未受診者、生活習慣病治療者に対して受診勧奨活動を行った。</li> <li>未受診者の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。</li> <li>受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みはなかつた。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に行うために、医療機関との協力を図るよう努めた。また、未受診者訪問の対象者などを行うための検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成、管理しているC/O台帳、HAIの管理台帳等を活用していくこと未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上で、台帳の活用が重要である。</li> <li>55歳健診の結果をみる。受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み強化を促す。アプローチ/アプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も念めて検討していく必要がある。ICDレコーディング対象者を住民にするだけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防対象者として、今までは実治療を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診できたという事例が増え、数値による効果も出てきた。</li> <li>対象者選定を単年の重症化リスク、数値による効果も出てきた。</li> <li>保健指導の開催率は十分でない。重々の教材使用に任せていた。共通認識十分図れていない現状がある。</li> </ul>	<p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>地区担当の活用、地区会、保健会など経年を通して、保健活動も進んでいく。</li> <li>事業実施等とは別に、主に地域に存在する関係者、関係者など、今後の事業計画、対象者数などについて、関係者との連携をすすめていく上で、地区の役割を重視して、関係者との連携をすすめていく。</li> <li>共通認識の時間等では、アプローチでも活用しているが、そのまま進んでいる。また、重症化してしまっている。業務時間の確保は進んでいない。個々の医療機関との連携をすすめていく。</li> <li>担当者の活用、ひとつひとつの事例を通して連携を積み重ねていくようにする。(いろいろ医療機関との関わりを活用していく。)</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関への協力を依頼の、個別に実施している(医療機関の選定基準、実施方法等の検討)</li> <li>平成29年度までの対象者、健診中断者の継続受診率等)</li> <li>ICDレコーディングの取り組みを、ICD項目の検討(受診率、受診行動等)を併せていく(か)</li> <li>評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul>



## 高原町役場 町民福祉課

宮崎県西諸県郡高原町大字西麓899番地

TEL 0985-42-1067 (課直通)