

鞍手町国民健康保険
第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月

鞍手町国民健康保険

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画) 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	9
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)	25
1 第3期特定健康診査等実施計画	
2 目標値の設定	
3 対象者の見込み	
4 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の目標値	
5 特定健診の実施	
6 特定保健指導の実施	
7 個人情報保護	
8 結果の報告	
9 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	31
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 その他の保健事業の取組	
第5章 地域包括ケアに係る取組	50
第6章 計画の評価・見直し	52

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	54
------------------------------	----

参考資料	55
------------	----

鞍手町国民健康保険第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)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給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、保健事業等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 PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

鞍手町においては、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。

※1 日本再興戦略(H25.6 閣議決定)

全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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。

※2 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(H27.5 成立)

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。なお、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通り、市町村が行う。

2 計画の位置付け

第2期保健事業実施計画(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、保険者等が効果的効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費的適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表 1・2・3)

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、手引き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、福岡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。

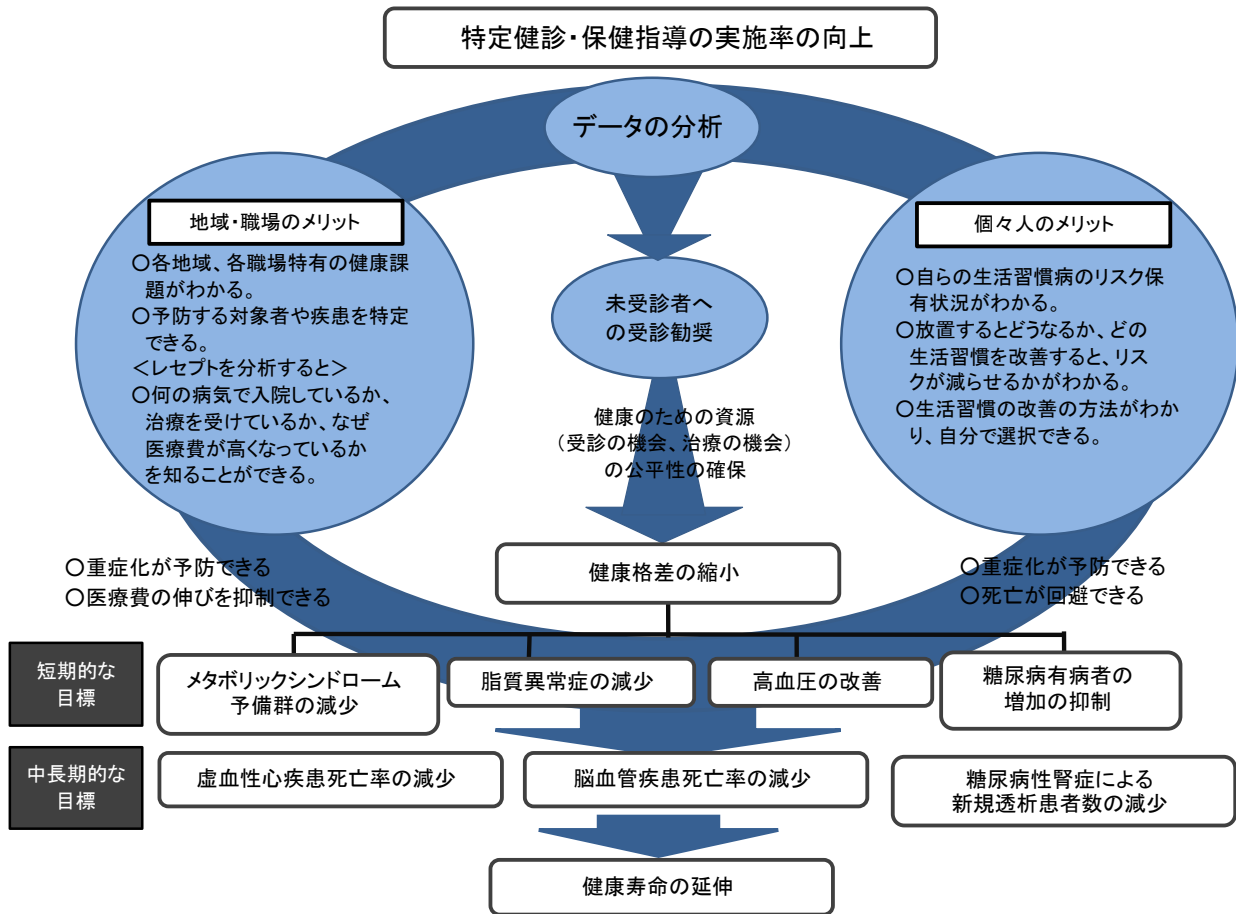
※1 保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としている。

※2 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。

【図表1】データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

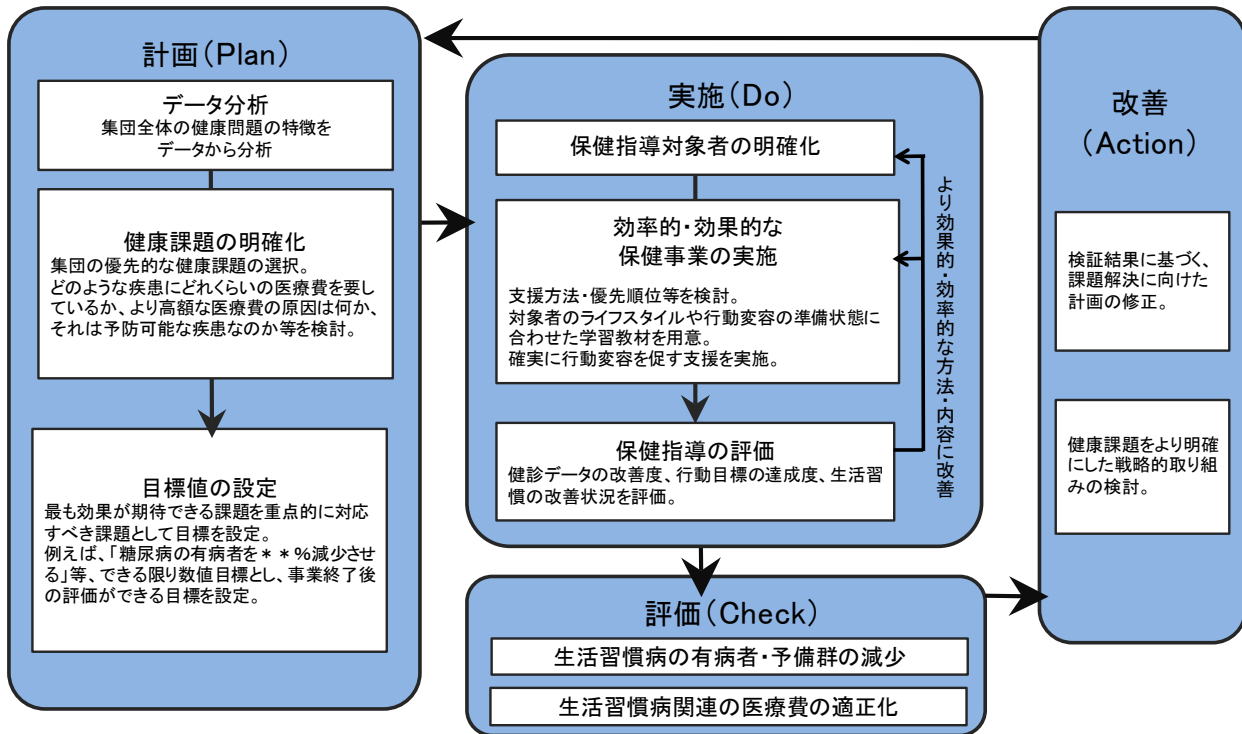
健康日本21計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画	
	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8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28年6月 国民健康保険法に基づき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29年 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28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年度(第2次)	法定 平成30～35年度(第3期)	指針 平成30～35年度(第2期)	法定 平成30～32年度(第7次)	法定 平成30～35年度(第3期)	法定 平成30～35年度(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	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院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え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、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、的確に抽出するために行うものである。	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疾病予防の取り組みについて、保険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旨とする。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ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や、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないよう、適切にいくととも、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育社年期、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最も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
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 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	糖尿病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	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		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦帯硬化症		がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に 関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症 (糖尿病性腎症による年間新規 透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標における コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の 実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の 増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・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 (特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護給付費	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介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 ●入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"> 保険者努力支援制度 </div> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>						

【図表 2】 特定健診特定保健指導と健康日本 21(第 2 次)



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版) 図-1

【図表 3】 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版) 図-3

4 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

鞍手町においては、保険健康課 国保年金係・健康増進係が主体となりデータヘルス計画を策定するが住民の健康の保持増進には、幅広い課が関わっているため、高齢者支援係や地域包括支援センター等の関係課とも協議、連携して、国民健康保険が抱える健康課題を共有し、鞍手町一体となって計画策定を進めていく。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、直方鞍手医師会、直方鞍手歯科医師会、直方鞍手薬剤師会や福岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

三師会は、保険者の健康増進に努めるとともに、保健事業の推進のために専門的助言を行うことが期待される。

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等において、KDB(国保データシステム:国保連が保険者の委託を受けて行う「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」の情報を利活用することで、保険者の保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム:以下 KDB という。)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。

さらに、平成 30 年度から福岡県が国民健康保険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、特に鞍手町国保の保険者機能の強化については、福岡県の関与が更に重要となる。このため、鞍手町は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、福岡県との連携に努める。

福岡県(嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所)での生活習慣病重症化予防連携会議等を通じて、直方鞍手医師会や近隣市町(直方市・宮若市・小竹町)と健康課題を共有し、事業の実施を図っていくこととする。(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されている。(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は、毎年の実績や実施状況を見ながら見直し、発展させるとし、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が高く評価されている。

また配点の高い糖尿病等の重症化予防の取組については、平成 28 年度前倒し実施分において、46.9%が既に達成していたことから、更なる充実を図るため、新たに受診勧奨後の取組及び保健指導後の検査結果改善等の評価について評価指標が追加された。今後は、鞍手町においても国の見直し、追加も考慮し、取組の充実を図ることとする。

鞍手町の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 795 位と中位に位置していたが、特定健診及びがん検診受診率、個人インセンティブ提供、また、重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進、収納率向上に関する取組の実施状況に関する項目で福岡県平均を下回る結果であった。(図表 5)

【図表 5】 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標	前倒し実施分				H29年度 配点	H30年度 配点	
	H28年度 配点	実績					
		全国	福岡県	鞍手町			
総得点(満点)	345				580	850	
総得点(体制構築加点70点を除く)	275	128.67	146.03	135	510	790	
交付額	--	--	--	2,076,000			
被保険者一人当たり交付額	--	--	--	474.3円			
全国順位(1,714市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位	--	--	13位	795位			
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	0	35	50
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	10	35	50
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	0	20	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33	10	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	40	70	100
国保②	データヘルス計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	17.01	19.95	20	45	70
	個人インセンティブ提供	20	6.00	5.67	0	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	0	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	0	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	0	30	40
国保①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	10.52	6.33	0	70	100
国保③	医療費通知の取組の実施状況	10	8.68	10.00	10	15	25
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	5	15	25
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	10	30	40
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況						
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

鞍手町国保では、平成26年度に第1期データヘルスを策定し、被保険者の健診・医療・介護保険等のデータ分析をし、優先的に取り組む健康課題を抽出し、被保険者の健康の保持増進を図ることで、医療費の適正化を健康寿命の延伸(疾病・障がい・早世の予防)を目指してきた。

第1期の計画期間が平成29年度までとなり、平成30年度からの第2期データヘルス計画を策定するにあたり、第1期の評価を行う。

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

鞍手町は、人口16,912人、高齢化率28.6%である(平成27年度国勢調査)。同規模・福岡県・国と比較しても高齢化が進んでいる。被保険者の平均年齢は、54.9歳と福岡県・国よりも高く、平均寿命、健康寿命ともに男性は同規模・福岡県・国と比べて低い。出生率は同規模・福岡県・国と比較しても低く、死亡率は同規模・福岡県・国と比較しても高くなっている。死亡率が出生率を上回っていることから、今後人口減少と更なる少子高齢化が予測されるため、被保険者の健康の保持・増進は益々重要になってくる。(図表6)

死因別死亡の状況を見ると、がん・脳疾患による死亡割合は減少し、心臓病・糖尿病は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護の1号認定率は増加したが、2号認定率は減少しており、同規模・福岡県・国と同じ割合になってきている。介護給付費は1件当たりでも、居宅・施設サービスともに減少している。

鞍手町の国保加入率は25.1%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が47.6%を占めている。

町内に1つの病院、5の診療所があり、これはいずれも同規模・福岡県と比較して少ない。鞍手町は、高齢者も多いことから、外来患者数及び入院患者数は同規模・福岡県と比較して高い。

医療機関受療率は増加しているにもかかわらず、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。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながる。

特定健診受診率は国の目標値には達していないが、年々増加しており、医療費適正化の観点からもさらなる向上の取組は必要である。【参考資料1】

【図表6】鞍手町の特性

	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (人) (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	平均寿命 (歳) 男性/女性	健康寿命 (歳) 男性/女性	産業構成比		
									第1次	第2次	第3次
鞍手町	16,912	28.6	4,234 (25.1)	54.9	6.3	13.4	78.4 86.7	64.9 66.9	4.2	34.8	61.0
同規模	2,213,234	28.2	574,796 (26.0)	53.3	7.3	12.7	79.3 86.3	65.1 66.8	12.2	27.7	60.1
福岡県	4,960,781	22.5	1,222,429 (24.6)	50.1	9.4	9.5	79.3 86.5	65.2 66.9	3.1	20.9	76.0
国	124,852,975	23.2	32,587,866 (26.9)	50.7	8.6	9.6	79.6 86.4	65.2 66.8	4.2	25.2	70.6

出典：KDBシステム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題/地域の全体像の把握

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況

介護給付費の変化について、平成 28 年度の介護給付費は増えているが、1 件当たりの給付費は居宅・施設サービスともに減っている。同規模と比較しても 1 件当たりの給付費は居宅・施設サービスともに低い。(図表 7)

【図表 7】 介護給付費の変化

年度	鞍手町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 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
H25年度	16億2,553万円	65,467	42,819	300,886	67,744	41,879	281,910
H28年度	16億4,715万円	61,417	40,955	295,988	67,108	41,924	276,079

② 医療費の状況

鞍手町の総医療費は 15 億 323 万円で、平成 25 年度と比較すると 6688 万円減少している。一人当たりの医療費は 28,642 円で平成 25 年度から比較すると 338 円増加しているが、入院の一人当たり医療費の伸びは減少しており、同規模と比較しても伸び率は低くなっている。入院費用の伸びは抑制できていると考えられる。(図表 8)

【図表 8】 医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		全体	増減	伸び率		全体	増減	伸び率		全体	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
総医療費 (円)	H25年度	15億7,011万円	--	--	--	7億6,195万円	--	--	--	8億816万円	--	--	--
	H28年度	15億323万円	△6,688万円	4.3%減	6.9%減	6億9,402万円	△6,793万円	8.9%減	8.2%減	8億921万円	105万円	0.1%増	5.9%増
一人当たり 医療費(円)	H25年度	28,304	--	--	--	13,735	--	--	--	14,569	--	--	--
	H28年度	28,642	338円	1.2%増	8.3%増	13,224	△511円	3.7%減	6.8%増	15,418	849円	5.8%増	9.5%増

③ 最大医療資源傷病名による分析

データヘルス計画における対象疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)・糖尿病・高血圧・脂質異常症)の医療費が総額に占める割合は 18.1%で福岡県・国と比較すると低い傾向にある。しかし、鞍手町は悪性新生物や筋・骨疾患の医療費に占める割合が福岡県・国と比較しても高いことから、対象疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)・糖尿病・高血圧・脂質異常症)の割合が福岡県・国より低くなっている。このことから生活習慣病以外の疾患と併せてみていき、生活習慣病予防と共になんがん対策事業も一体的に実施していく必要がある。(図表 9)

また、疾患別にみると、国に比べ、慢性腎不全(透析有)が少なくなっているが、鞍手町は後期高齢者の人工透析率が全国の中でも高い。透析率が高いのは、福岡県は 65 歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ異動させていることも背景にあると考えられるが、65 歳以上になり、腎機能も悪化していることが伺えるため、若いうちからの予防が必要になってくる。

【図表 9】 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合(H25 年度・H28 年度比較)

		一人あたり医療費			中長期的な疾患				短期的な疾患			中長期・短期的な疾患医療費計		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					
			同規模	県内	慢性腎不全		脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
					(透析有)	(透析無)										
鞍手町	H25年度	28,304	19位	11位	3.33%	1.00%	1.60%	1.92%	4.73%	5.73%	2.86%	3億3,234万円	21.17%	13.09%	10.32%	9.88%
	H28年度	28,642	35位	18位	2.95%	0.19%	0.53%	1.91%	4.90%	4.60%	2.99%	2億7,155万円	18.06%	14.55%	10.04%	9.88%
国	H28年度	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	--	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県	H28年度	25,927	--	--	3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%	--	20.23%	14.14%	11.79%	8.90%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

出典：KDB システム帳票 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

中長期的な疾患を平成 25 年度と比較してみると、虚血性心疾患においては 64 歳以下・65 歳以上ともに減少し、脳血管疾患においては 65 歳以上で増加、人工透析は 64 歳以下・65 歳以上どちらも増加している。人工透析の 8 割が糖尿病を併せ持っている。

これらの臓器障害を防いでいくため、年代による代謝の変化も考慮し、短期目標である高血圧、糖尿病、脂質異常症のコントロールを良くしていくことが重要である。(図表 10)

【図表 10】 中長期的な疾患

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標							
			虚血性心疾患			脳血管疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	4,635	255	5.5%	58	22.7%	6	2.4%	192	75.3%	136	53.3%	183	71.8%		
	64歳以下	2,832	70	2.5%	18	25.7%	6	8.6%	45	64.3%	27	38.6%	47	67.1%		
	65歳以上	1,803	185	10.3%	40	21.6%	0	0.0%	147	79.5%	109	58.9%	136	73.5%		
H28	全体	4,456	235	5.3%	55	23.4%	6	2.6%	194	82.6%	128	54.5%	156	66.4%		
	64歳以下	2,425	52	2.1%	13	25.0%	5	9.6%	42	80.8%	25	48.1%	30	57.7%		
	65歳以上	2,031	183	9.0%	42	23.0%	1	0.5%	152	83.1%	103	56.3%	126	68.9%		

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標							
			脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	4,635	200	4.3%	58	29.0%	4	2.0%	153	76.5%	100	50.0%	120	60.0%		
	64歳以下	2,832	70	2.5%	18	25.7%	4	5.7%	47	67.1%	29	41.4%	35	50.0%		
	65歳以上	1,803	130	7.2%	40	30.8%	0	0.0%	106	81.5%	71	54.6%	85	65.4%		
H28	全体	4,456	203	4.6%	55	27.1%	3	1.5%	160	78.8%	96	47.3%	143	70.4%		
	64歳以下	2,425	45	1.9%	13	28.9%	3	6.7%	32	71.1%	20	44.4%	27	60.0%		
	65歳以上	2,031	158	7.8%	42	26.6%	0	0.0%	128	81.0%	76	48.1%	116	73.4%		

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標								
			人工透析			脳血管疾患			虚血性心疾患			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	4,635	9	0.19%	4	44.4%	6	66.7%	9	100.0%	5	55.6%	2	22.2%			
	64歳以下	2,832	9	0.32%	4	44.4%	6	66.7%	9	100.0%	5	55.6%	2	22.2%			
	65歳以上	1,803	0	0.00%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			
H28	全体	4,456	11	0.25%	3	27.3%	6	54.5%	11	100.0%	9	81.8%	6	54.5%			
	64歳以下	2,425	10	0.41%	3	30.0%	5	50.0%	10	100.0%	8	80.0%	5	50.0%			
	65歳以上	2,031	1	0.05%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%			

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2~3-4)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者・高血圧治療者・脂質異常症の治療者は 64 歳以下・65 歳以上ともにやや減少している。糖尿病治療者のうち、脳血管疾患・人工透析・糖尿病性腎症の割合が増加していることから、人工透析等重症化しないよう血糖コントロールを良くし、生活習慣の改善や治療の継続が必要である。(図表 11)

【図表 11】 短期的な疾患

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	4,635	660	14.2%	43	6.5%	454	68.8%	451	68.3%	136	20.6%	100	15.2%	5	0.8%	26	3.9%	
	64歳以下	2,832	216	7.6%	15	6.9%	133	61.6%	139	64.4%	27	12.5%	29	13.4%	5	2.3%	10	4.6%	
	65歳以上	1,803	444	24.6%	28	6.3%	321	72.3%	312	70.3%	109	24.5%	71	16.0%	0	0.0%	16	3.6%	
H28	全体	4,456	665	14.9%	38	5.7%	476	71.6%	438	65.9%	123	18.5%	107	16.1%	9	1.4%	26	3.9%	
	64歳以下	2,425	182	7.5%	13	7.1%	124	68.1%	109	59.9%	23	12.6%	22	12.1%	8	4.4%	11	6.0%	
	65歳以上	2,031	483	23.8%	25	5.2%	352	72.9%	329	68.1%	100	20.7%	85	17.6%	1	0.2%	15	3.1%	

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	4,635	1,020	22.0%	454	44.5%	606	59.4%	192	18.8%	153	15.0%	9	0.9%	
	64歳以下	2,832	340	12.0%	133	39.1%	186	54.7%	45	13.2%	47	13.8%	9	2.6%	
	65歳以上	1,803	680	37.7%	321	47.2%	420	61.8%	147	21.6%	106	15.6%	0	0.0%	
H28	全体	4,456	1,018	22.8%	460	45.2%	603	59.2%	194	19.1%	160	15.7%	11	1.1%	
	64歳以下	2,425	266	11.0%	121	45.5%	143	53.8%	42	15.8%	32	12.0%	10	3.8%	
	65歳以上	2,031	752	37.0%	339	45.1%	460	61.2%	152	20.2%	128	17.0%	1	0.1%	

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	4,635	909	19.6%	451	49.6%	606	66.7%	183	20.1%	120	13.2%	2	0.2%	
	64歳以下	2,832	314	11.1%	139	44.3%	186	59.2%	47	15.0%	35	11.1%	2	0.6%	
	65歳以上	1,803	595	33.0%	312	52.4%	420	70.6%	136	22.9%	85	14.3%	0	0.0%	
H28	全体	4,456	878	19.7%	435	49.5%	603	68.7%	156	17.8%	143	16.3%	6	0.7%	
	64歳以下	2,425	225	9.3%	103	45.8%	143	63.6%	30	13.3%	27	12.0%	5	2.2%	
	65歳以上	2,031	653	32.2%	332	50.8%	460	70.4%	126	19.3%	116	17.8%	1	0.2%	

②リスクの健診結果経年変化

リスクの健診結果の経年変化をみると、受診者が増加したことも関係していると思われるが、多くの項目で有所見者が増加し、特に空腹時血糖、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧で顕著だった。(図表 12)

また、メタボリックシンドローム該当者・予備群をみると、男性の割合が圧倒的に高く、平成 25 年度と比較して男女とも増加している。鞍手町は、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。(図表 13)

【図表 12】 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)

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	107	24.9%	215	50.0%	83	19.3%	81	18.8%	28	6.5%	167	38.8%	209	48.6%	57	13.3%	207	48.1%	103	24.0%	197	45.8%	10	2.3%
	40-64	34	31.5%	59	54.6%	31	28.7%	26	24.1%	7	6.5%	26	24.1%	39	36.1%	21	19.4%	44	40.7%	23	21.3%	49	45.4%	1	0.9%
	65-74	73	22.7%	156	48.4%	52	16.1%	55	17.1%	21	6.5%	141	43.8%	170	52.8%	36	11.2%	163	50.6%	80	24.8%	148	46.0%	9	2.8%
H28	合計	139	27.5%	253	50.0%	129	25.5%	91	18.0%	40	7.9%	240	47.4%	313	61.9%	96	19.0%	297	58.7%	184	36.4%	240	47.4%	15	3.0%
	40-64	40	37.4%	55	51.4%	43	40.2%	22	20.6%	11	10.3%	40	37.4%	51	47.7%	30	28.0%	44	41.1%	47	43.9%	57	53.3%	2	1.9%
	65-74	99	24.8%	198	49.6%	86	21.6%	69	17.3%	29	7.3%	200	50.1%	262	65.7%	66	16.5%	253	63.4%	137	34.3%	183	45.9%	13	3.3%

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	129	20.8%	129	20.8%	80	12.9%	61	9.8%	7	1.1%	127	20.5%	293	47.3%	6	1.0%	231	37.3%	69	11.1%	351	56.6%	1	0.2%
	40-64	34	16.0%	32	15.1%	24	11.3%	22	10.4%	2	0.9%	30	14.2%	80	37.7%	0	0.0%	58	27.4%	15	7.1%	120	56.6%	0	0.0%
	65-74	95	23.3%	97	23.8%	56	13.7%	39	9.6%	5	1.2%	97	23.8%	213	52.2%	6	1.5%	173	42.4%	54	13.2%	231	56.6%	1	0.2%
H28	合計	149	22.7%	148	22.6%	103	15.7%	67	10.2%	9	1.4%	207	31.6%	389	59.3%	24	3.7%	333	50.8%	131	20.0%	357	54.4%	4	0.6%
	40-64	46	23.5%	39	19.9%	30	15.3%	24	12.2%	0	0.0%	43	21.9%	96	49.0%	7	3.6%	78	39.8%	46	23.5%	111	56.6%	0	0.0%
	65-74	103	22.4%	109	23.7%	73	15.9%	43	9.3%	9	2.0%	164	35.7%	293	63.7%	17	3.7%	255	55.4%	85	18.5%	246	53.5%	4	0.9%

【図表 13】 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)

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	430	29.0%	34	7.9%	84	19.5%	9	2.1%	54	12.6%	21	4.9%	97	22.6%	24	5.6%	7	1.6%	37	8.6%
40-64	108		16.3%	12	11.1%	30	27.8%	0	0.0%	17	15.7%	13	12.0%	17	15.7%	1	0.9%	2	1.9%	8	7.4%	6	5.6%
65-74	322		39.3%	22	6.8%	54	16.8%	9	2.8%	37	11.5%	8	2.5%	80	24.8%	23	7.1%	5	1.6%	29	9.0%	23	7.1%
H28	合計	506	35.4%	19	3.8%	92	18.2%	8	1.6%	73	14.4%	11	2.2%	142	28.1%	43	8.5%	9	1.8%	51	10.1%	39	7.7%
	40-64	107	20.6%	6	5.6%	20	18.7%	2	1.9%	10	9.3%	8	7.5%	29	27.1%	6	5.6%	0	0.0%	16	15.0%	7	6.5%
	65-74	399	43.9%	13	3.3%	72	18.0%	6	1.5%	63	15.8%	3	0.8%	113	28.3%	37	9.3%	9	2.3%	35	8.8%	32	8.0%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		H25	合計	620	37.4%	23	3.7%	50	8.1%	0	0.0%	35	5.6%	15	2.4%	50	8.1%	4	0.6%	2	0.3%	34	5.5%
40-64	212		30.0%	8	3.8%	12	5.7%	0	0.0%	8	3.8%	4	1.9%	6	2.8%	1	0.5%	0	0.0%	8	3.8%	3	1.4%
65-74	408		43.0%	15	3.7%	38	9.3%	0	0.0%	27	6.6%	11	2.7%	44	10.8%	3	0.7%	2	0.5%	26	6.4%	13	3.2%
H28	合計	656	42.0%	25	3.8%	55	8.4%	0	0.0%	38	5.8%	17	2.6%	68	10.4%	15	2.3%	4	0.6%	24	3.7%	25	3.8%
	40-64	196	34.6%	9	4.6%	18	9.2%	0	0.0%	10	5.1%	8	4.1%	12	6.1%	0	0.0%	2	1.0%	7	3.6%	3	1.5%
	65-74	460	46.2%	16	3.5%	37	8.0%	0	0.0%	28	6.1%	9	2.0%	56	12.2%	15	3.3%	2	0.4%	17	3.7%	22	4.8%

② 特定健診受診率・特定保健指導実施率

鞍手町の特定健診受診率は、H26 年度より年々増加しているが、目標値には達しておらず、低い状況が続いている。また、継続受診率は 8 割に達していない状況である。(図表 14)40 代・50 代の受診率は毎年、低い状況にあり、特に男性において顕著である。(図表 15)

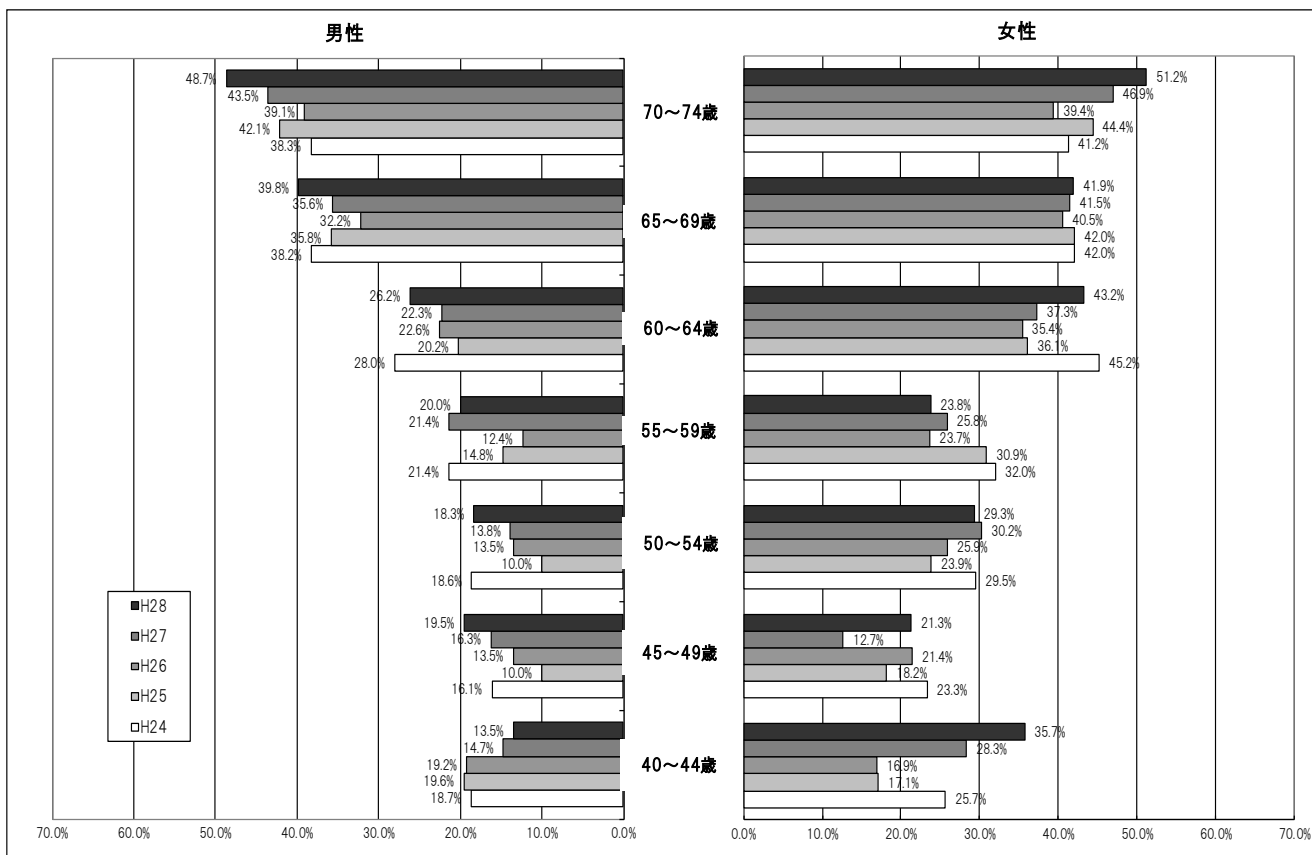
特定保健指導については、健診がスタートした年は低かったが、最近では 75%以上実施し、第 2 期特定健診等実施計画の目標値は達成している。受診者に占める特定保健指導該当者の割合は、健診がスタートした年は 17%と高かったが、近年は 12~13%で推移している。(図表 14)

【図表 14】 特定健診・特定保健指導の推移

		H20年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	参考 国目標値
特定健診	受診者数	1,185人	1,050人	1,001人	1,091人	1,161人	健診 受診率 60%
	受診率	35.9%	33.5%	32.0%	35.0%	38.9%	
	継続受診率		H24-25年度68.6%	H25-26年度70.4%	H26-27年度76.3%	H27-28年度76.7%	
	県内順位	11位	30位	38位	32位	17位	
特定 保健指導	該当者数	202人	117人	132人	134人	154人	特定 保健指導 実施率 60%
	割合	17.0%	11.1%	13.2%	12.3%	13.3%	
	実施者数	44人	89人	102人	136人	136人	
	実施率	21.8%	76.1%	77.3%	101.5%	88.3%	
	県内順位	44位	7位	8位	1位	5位	

出典：特定健診法定報告データ

【図表 15】 年代別特定健診受診率の推移



出典：保健指導支援ツール(平成 24~28 年度受診結果)

2) 第1期計画に係る評価

第1期データヘルス計画では、特定健診の受診率や特定保健指導実施率の向上をはじめとして、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短期目標に、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の減少、入院医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んできた。(図表 16・17)

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の新規発症の減少を重点に重症化予防を進めていき、減少がみられた。短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボ該当者・メタボ予備群の割合は増加していることから早期から医療機関での治療につなげられるよう介入していく必要がある。鞍手町はメタボリックシンドローム該当者も多いことから疾病の原因となる代謝障害は改善されずに大血管障害を引き起こしていることが推測される。

さらに、適正な医療につなげるためには、住民自らからの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は引き続き取り組むべき課題である。

【図表 16】中長期的目標の達成状況

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	達成状況
入院医療費の伸び率の減少 (一人当たり医療費)	実績値	13,735円	13,322円	13,062円	13,224円	H25より減少したが、 県より高い
	伸び率(%)	3.2	△ 3.0	△ 2.0	1.2	
	(参考) 福岡県	11,269円	11,344円	11,584円	11,703円	
脳血管疾患の新規発症の減少	脳血管疾患患者数	200人	200人	203人	203人	H25より減少
	新患者数	110人	101人	107人	100人	
	割合	55.0%	50.5%	52.7%	49.3%	
虚血性心疾患の新規発症の減少	虚血性心疾患患者数	255人	228人	251人	235人	H25より減少
	新患者数	121人	130人	94人	106人	
	割合	47.5%	57.0%	37.5%	45.1%	
人工透析の新規発症の減少	人工透析患者数	9人	12人	13人	11人	H25より減少
	新患者数	5人	2人	2人	1人	
	割合	55.6%	16.7%	15.4%	9.1%	

【図表 17】短期的目標の達成状況

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	達成状況	H29年度 目標
特定健診受診率の向上	35.4%	33.5%	32.0%	35.0%	38.9%	H25より向上したが、 目標値には未達成	60.0%
特定保健指導実施率の向上	71.4%	76.1%	77.3%	101.5%	88.3%	H25より向上し、 目標値に達成	90.0%
高血圧の者の割合減少 Ⅱ度以上(収縮期血圧160、拡張期血圧100以上)の割合の減少	50人 4.5%	47人 4.5%	92人 9.2%	84人 7.7%	101人 8.7%	H25より 増加	減少
血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合の減少	46人 4.3%	32人 3.1%	41人 4.1%	63人 5.9%	69人 6.2%	H25より 増加	減少
脂質異常の者の割合の減少 LDLコレステロール160以上の割合の減少	179人 16.0%	109人 10.4%	117人 11.7%	141人 12.9%	138人 11.9%	H25より 増加	減少
メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	184人 16.6%	153人 14.6%	154人 15.4%	181人 16.6%	210人 18.1%	H25より 増加	減少
メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	132人 11.9%	134人 12.8%	128人 12.8%	130人 11.9%	147人 12.7%	H25より 増加	減少

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

鞍手町の入院件数は3.4%で、費用額全体の46.2%を占めている。外来受診を伸ばし入院を減らしていくことは重症化予防につながり、費用対効果の面からも効率がよいと考える。(図表18)

【図表18】「集団の疾患特徴の把握」

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

① 高額になる疾患

生活習慣病の視点で80万円以上の疾患をみると、脳血管疾患の4人、虚血性心疾患の10人に対し、費用額1,103万円、1,588万円、両方で2,691万円(7.3%)と高額であった。脳血管疾患については、70代の発症が最も多いが、若年層における発症もあることから、若年層にも健診を受診してもらい、発症予防、重症化予防を考えていく必要がある。また、悪性新生物の占める割合が28.8%と高い。年代別では、60代が高かった。検診による早期発見が可能ながんについては、がん検診の受診勧奨を行い、食事や飲酒、喫煙などの生活習慣を改善することで予防できるがんについては、生活習慣病対策と一体的に予防をすすめていく。(図表19)

【図表19】厚生労働省様式1-1_高額になる疾患(80万円以上レセプト)

	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
人数	146人	4人	2.7%	10人	6.8%	42人	28.8%	100人	68.5%
件数	257件	6件	2.3%	12件	4.7%	79件	30.7%	160件	62.3%
		40歳未満	1	16.7%	0	0.0%	1	1.3%	10
	40代	0	0.0%	0	0.0%	2	2.5%	15	9.4%
	50代	0	0.0%	3	25.0%	14	17.7%	14	8.8%
	60代	0	0.0%	4	33.3%	42	53.2%	70	43.8%
	70-74歳	5	83.3%	5	41.7%	20	25.3%	51	31.9%
費用額	3億6961万円	1103万円	3.0%	1588万円	4.3%	1億0225万円	27.7%	2億4045万円	65.1%

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

② 長期化(6ヶ月以上)する疾患

長期入院の費用額をみると、脳血管疾患の12人、虚血性心疾患の6人に対し、費用額4,562万円、1,847万円、両方で6,409万円(46.8%)と高額であった。長期にわたって医療費を要することから、これらの疾患の予防は今後も重要である。(図表20)

【図表20】厚生労働省様式2-1 長期入院(6ヶ月以上の入院)

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	37人	24人	12人	6人
		64.9%	32.4%	16.2%
件数	319件	215件	98件	46件
		67.4%	30.7%	14.4%
費用額	1億3705万円	8058万円	4562万円	1847万円
		58.8%	33.3%	13.5%

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ 長期化する疾患

人工透析患者は11人で、費用額は5,206万円と高額であった。人工透析患者の3割が脳血管疾患、約半数に虚血性心疾患を合併している。また約8割に糖尿病の診断があることから、高血糖による全身的な血管障害を引き起こしていることが推測される。糖尿病は透析予防の観点からも重要である。(図表21)

【図表21】厚生労働省様式3-7/2-2 人工透析患者の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28.5 診療分	人数	11人	9人	3人	6人
			81.8%	27.3%	54.5%
H28年度 累計	件数	108件	91件	38件	55件
			84.3%	35.2%	50.9%
	費用額	5206万円	3906万円	2204万円	2645万円
			75.0%	42.3%	50.8%

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(3) 何の疾患で介護保険を受けているのか

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95.5%で多く、中でも、虚血性心疾患、脳卒中の割合が高かった。基礎疾患である高血圧を持つ者は83.6%であり、これら基礎疾患のコントロールが発症予防に重要である。

2号認定者は、脳卒中により介護認定を受けている者が61.5%であった。この年代は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧。糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが、介護予防にもつながる。(図表22)

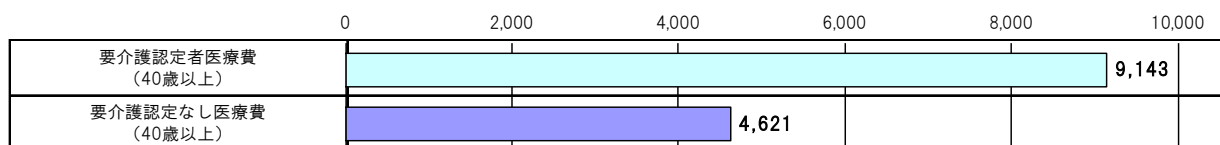
要介護認定者の医療費をみると、要介護認定を受けている者は受けていない者に比べて多く医療費を使っていた。(図表23)

【図表 22】 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(年代別)

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		6,052人		2,425人		2,405人		4,830人		10,882人					
認定者数		24人		135人		1,018人		1,153人		1,177人					
認定率		0.40%		5.6%		42.3%		23.9%		10.8%					
新規認定者数(*1)		4人		25人		122人		147人		151人					
介護 度別 人数	要支援1・2	7	29.2%	42	31.1%	348	34.2%	390	33.8%	397	33.7%				
	要介護1・2	8	33.3%	54	40.0%	357	35.2%	412	35.7%	420	35.7%				
	要介護3～5	9	37.5%	39	28.9%	312	30.6%	351	30.4%	360	30.6%				
受給者区分		2号		1号				合計							
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		合計					
介護件数(全体)		24		135		1,018		1,153		1,177					
再) 国保・後期		13		91		881		972		985					
(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	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合			
			1	脳卒中	8	61.5%	脳卒中	44	48.4%	虚血性 心疾患	393	44.6%	虚血性 心疾患	428	43.5%
			2	虚血性 心疾患	5	38.5%	虚血性 心疾患	30	33.0%	脳卒中	374	42.5%	脳卒中	418	43.0%
	3	腎不全	3	23.1%	腎不全	15	16.5%	腎不全	119	13.5%	腎不全	134	13.8%		
	基礎疾患 (*2)	糖尿病	9	69.2%	糖尿病	43	47.3%	糖尿病	519	58.9%	糖尿病	562	57.8%		
		高血圧	10	76.9%	高血圧	69	75.8%	高血圧	744	84.4%	高血圧	813	83.6%		
		脂質 異常症	7	53.8%	脂質 異常症	52	57.1%	脂質 異常症	523	59.4%	脂質 異常症	575	59.2%		
		血管疾患 合計	合計	10	76.9%	合計	85	93.4%	合計	846	96.0%	合計	931	95.8%	
	認知症	認知症	0	0.0%	認知症	17	18.7%	認知症	347	39.4%	認知症	364	37.4%		
	筋・骨格疾患	筋骨格系	10	76.9%	筋骨格系	75	82.4%	筋骨格系	837	95.0%	筋骨格系	912	93.8%		
	筋・骨格疾患	筋骨格系	合計	10	76.9%	合計	85	93.4%	合計	846	96.0%	合計	931	95.8%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	合計	10	76.9%	合計	85	93.4%	合計	846	96.0%	合計	931	95.8%	
筋・骨格疾患	筋骨格系	合計	10	76.9%	合計	85	93.4%	合計	846	96.0%	合計	931	95.8%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	合計	10	76.9%	合計	85	93.4%	合計	846	96.0%	合計	931	95.8%		

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

【図表 23】 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較



出典: KDB システム帳票 要介護(支援)者実況
※基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む

2) 健診受診者の実態

有所見割合の高い項目を国と比較すると、男女とも基準値以上の項目が多く、特に空腹時血糖・HbA1c・尿酸・収縮期血圧・拡張期血圧で著しかった。年代別では、40～64歳の男性ではBMI・中性脂肪・空腹時血糖・尿酸拡張期血圧が高く、40～64歳の女性ではGPT・拡張期血圧の高さが顕著であった。若い人に肥満が多いのはインスリン抵抗性の傾向が推測される。車移動が主体であり、生活の中での運動活動量が少ないことも影響していると考えられる。65～74歳においては男女とも空腹時血糖・HbA1c・収縮期血圧・拡張期血圧の多さから、インスリン分泌の遅れ、動脈硬化等が推測される。男女とも40～64歳の若い年代で有所見者が多いことから、若いうちから重症化しないよう血糖や血圧コントロールを良くし、生活習慣の改善や治療の継続が必要である。(図表 24)

また、鞍手町においては、福岡県・国に比べてもメタボリックシンドローム予備群・該当者が多い。健診結果の有所見状況からも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 25)

【図表 24】 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)

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		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6%		50.2%		28.2%		20.5%		8.6%		28.3%		55.7%		13.8%		49.4%		24.1%		47.5%		1.8%		
県	30,446	28.9%	54,360	51.7%	29,942	28.5%	21,163	20.1%	8,281	7.9%	34,730	33.0%	63,430	60.3%	19,633	18.7%	52,008	49.4%	23,329	22.2%	51,874	49.3%	2,486	2.4%	
H28	合計	139	27.5%	253	50.0%	129	25.5%	91	18.0%	40	7.9%	240	47.4%	313	61.9%	96	19.0%	297	58.7%	184	36.4%	240	47.4%	15	3.0%
	40-64	40	37.4%	55	51.4%	43	40.2%	22	20.6%	11	10.3%	40	37.4%	51	47.7%	30	28.0%	44	41.1%	47	43.9%	57	53.3%	2	1.9%
	65-74	99	24.8%	198	49.6%	86	21.6%	69	17.3%	29	7.3%	200	50.1%	262	65.7%	66	16.5%	253	63.4%	137	34.3%	183	45.9%	13	3.3%

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		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6%		17.3%		16.2%		8.7%		1.8%		17.0%		55.2%		1.8%		42.7%		14.4%		57.2%		0.2%		
県	27,597	18.7%	26,899	18.2%	23,376	15.9%	12,359	8.4%	2,157	1.5%	28,962	19.6%	88,067	59.7%	3,422	2.3%	60,932	41.3%	19,140	13.0%	88,034	59.7%	305	0.2%	
H28	合計	149	22.7%	148	22.6%	103	15.7%	67	10.2%	9	1.4%	207	31.6%	389	59.3%	24	3.7%	333	50.8%	131	20.0%	357	54.4%	4	0.6%
	40-64	46	23.5%	39	19.9%	30	15.3%	24	12.2%	0	0.0%	43	21.9%	96	49.0%	7	3.6%	78	39.8%	46	23.5%	111	56.6%	0	0.0%
	65-74	103	22.4%	109	23.7%	73	15.9%	43	9.3%	9	2.0%	164	35.7%	293	63.7%	17	3.7%	255	55.4%	85	18.5%	246	53.5%	4	0.9%

【図表 25】 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)

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	
	全国					588,322	17.2%							940,350	27.5%								
県					18,894	18.0%							29,282	27.8%									
H28	合計	506	35.4%	19	3.8%	92	18.2%	8	1.6%	73	14.4%	11	2.2%	142	28.1%	43	8.5%	9	1.8%	51	10.1%	39	7.7%
	40-64	107	20.6%	6	5.6%	20	18.7%	2	1.9%	10	9.3%	8	7.5%	29	27.1%	6	5.6%	0	0.0%	16	15.0%	7	6.5%
	65-74	399	43.9%	13	3.3%	72	18.0%	6	1.5%	63	15.8%	3	0.8%	113	28.3%	37	9.3%	9	2.3%	35	8.8%	32	8.0%

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	
	全国					259,435	5.8%							425,535	9.5%								
県					9,332	6.3%							13,797	9.4%									
H28	合計	656	42.0%	25	3.8%	55	8.4%	0	0.0%	38	5.8%	17	2.6%	68	10.4%	15	2.3%	4	0.6%	24	3.7%	25	3.8%
	40-64	196	34.6%	9	4.6%	18	9.2%	0	0.0%	10	5.1%	8	4.1%	12	6.1%	0	0.0%	2	1.0%	7	3.6%	3	1.5%
	65-74	460	46.2%	16	3.5%	37	8.0%	0	0.0%	28	6.1%	9	2.0%	56	12.2%	15	3.3%	2	0.4%	17	3.7%	22	4.8%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況

糖尿病は、治療中にもかかわらず、HbA1c7.0%以上のコントロール不良者が多い。Ⅲ度高血圧者 14 人中 10 人、LDL-C180以上者 42 人中 41 人が未治療である。これらの者は重症化するリスクがあるため、ガイドラインに基づく受診勧奨の徹底と治療開始後の支援を継続していく必要がある。血圧・脂質は内服等の治療により比較的、値がコントロールできているが、糖は内服治療のみではコントロールが難しく、食事・運動療法も重要であることから医療機関と連携して、本人の自己管理はもとより、保健指導を継続実施していく必要がある。(図表 26)

【図表 26】 特定健診治療と未治療の状況

血圧	血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H24	315	28.4%	137	43.5%	68	21.6%	83	26.3%	24	7.6%	3	1.0%
	H25	333	31.7%	130	39.0%	81	24.3%	105	31.5%	12	3.6%	5	1.5%
	H26	313	31.3%	104	33.2%	66	21.1%	96	30.7%	42	13.4%	5	1.6%
	H27	364	33.4%	111	30.5%	86	23.6%	137	37.6%	28	7.7%	2	0.5%
	H28	407	35.1%	116	28.5%	120	29.5%	131	32.2%	36	8.8%	4	1.0%
治療なし	H24	795	71.6%	525	66.0%	127	16.0%	120	15.1%	20	2.5%	3	0.4%
	H25	717	68.3%	461	64.3%	113	15.8%	113	15.8%	24	3.3%	6	0.8%
	H26	688	68.7%	401	58.3%	105	15.3%	137	19.9%	40	5.8%	5	0.7%
	H27	727	66.6%	424	58.3%	111	15.3%	138	19.0%	42	5.8%	12	1.7%
	H28	754	64.9%	361	47.9%	177	23.5%	155	20.6%	51	6.8%	10	1.3%

HbA1c	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						
			5.5以下 (5.1以下)		5.6~5.9 (5.2~5.5)		6.0~6.4 (5.6~6.0)		6.5~6.9 (6.1~6.5)		7.0~7.9 (6.6~7.5)		8.0以上 (7.6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	
			A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G
治療中	H24	82	7.6%	1	1.2%	6	7.3%	15	18.3%	22	26.8%	29	35.4%	9	11.0%
	H25	68	6.7%	3	4.4%	4	5.9%	18	26.5%	17	25.0%	22	32.4%	4	5.9%
	H26	77	7.7%	2	2.6%	2	2.6%	17	22.1%	25	32.5%	20	26.0%	11	14.3%
	H27	98	9.2%	2	2.0%	4	4.1%	18	18.4%	26	26.5%	37	37.8%	11	11.2%
	H28	129	11.6%	3	2.3%	6	4.7%	19	14.7%	40	31.0%	42	32.6%	19	14.7%
治療なし	H24	991	92.4%	486	49.0%	353	35.6%	112	11.3%	32	3.2%	6	0.6%	2	0.2%
	H25	954	93.3%	514	53.9%	332	34.8%	78	8.2%	24	2.5%	3	0.3%	3	0.3%
	H26	924	92.3%	450	48.7%	339	36.7%	104	11.3%	21	2.3%	8	0.9%	2	0.2%
	H27	973	90.8%	390	40.1%	395	40.6%	147	15.1%	26	2.7%	11	1.1%	4	0.4%
	H28	987	88.4%	412	41.7%	389	39.4%	145	14.7%	33	3.3%	6	0.6%	2	0.2%

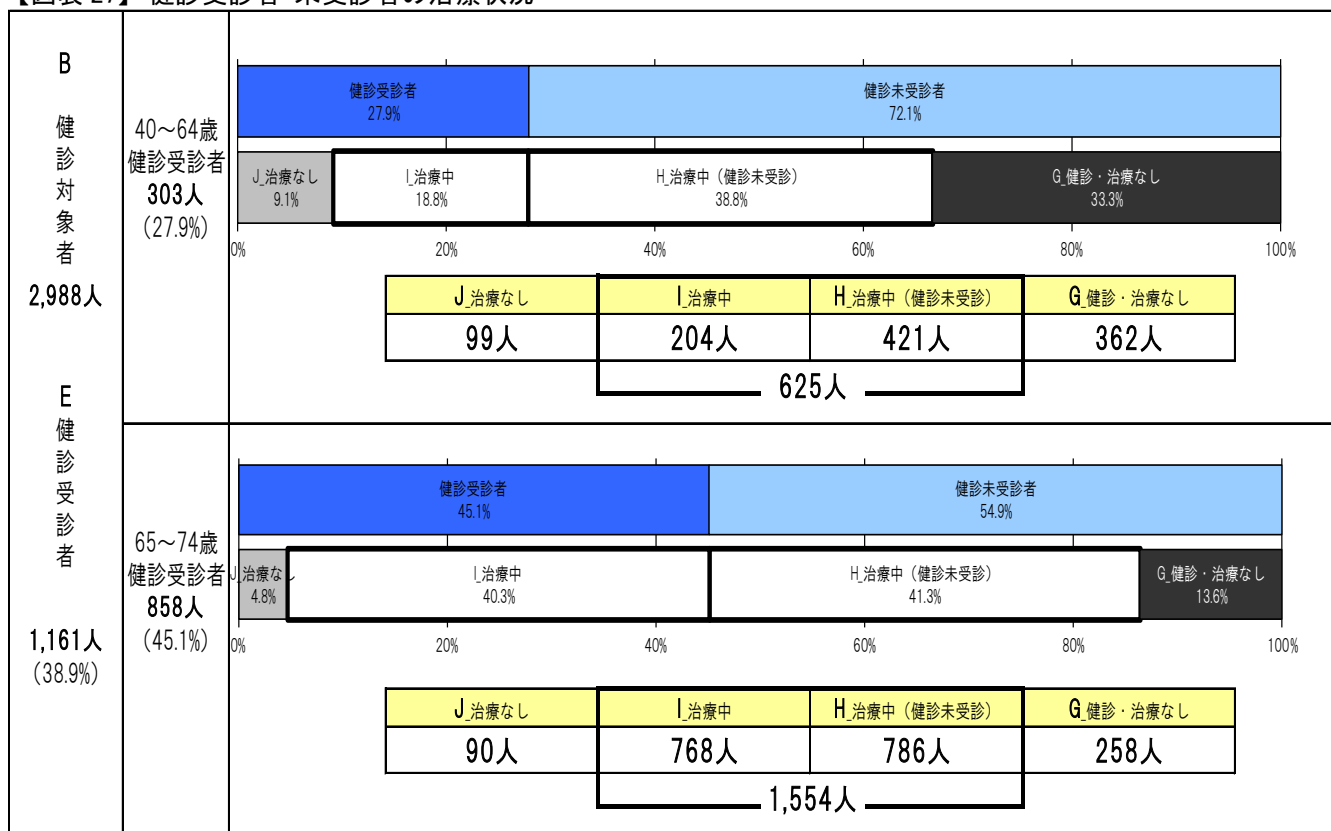
LDL	LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
			120未満		120~139		140~159		160~179		180以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H24	227	20.5%	138	60.8%	48	21.1%	26	11.5%	11	4.8%	4	1.8%
	H25	243	23.1%	159	65.4%	63	25.9%	16	6.6%	2	0.8%	3	1.2%
	H26	218	21.8%	131	60.1%	56	25.7%	20	9.2%	7	3.2%	4	1.8%
	H27	270	24.7%	185	68.5%	57	21.1%	20	7.4%	5	1.9%	3	1.1%
	H28	235	20.2%	165	70.2%	45	19.1%	21	8.9%	3	1.3%	1	0.4%
治療なし	H24	883	79.5%	340	38.5%	210	23.8%	170	19.3%	100	11.3%	63	7.1%
	H25	807	76.9%	343	42.5%	203	25.2%	157	19.5%	75	9.3%	29	3.6%
	H26	783	78.2%	317	40.5%	195	24.9%	165	21.1%	64	8.2%	42	5.4%
	H27	821	75.3%	311	37.9%	209	25.5%	168	20.5%	101	12.3%	32	3.9%
	H28	926	79.8%	400	43.2%	236	25.5%	156	16.8%	93	10.0%	41	4.4%

②特定健診未受診者の状況

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要であるが、健診未受診で治療中者「H」1,207人は、健診対象者の約4割を占めている。また、健診も治療も受けていない「G」620人を見ると、40～64歳では、33.3%と高い。治療中でもコントロール状態が不明であったり、健診も治療も受けておらず、からだの実態が全くわからない状態であることは、自己管理による重症化予防を困難にさせる。(図表27)また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診の方が29,957円高く、健診を受診することで重症化が予防でき、医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表28)

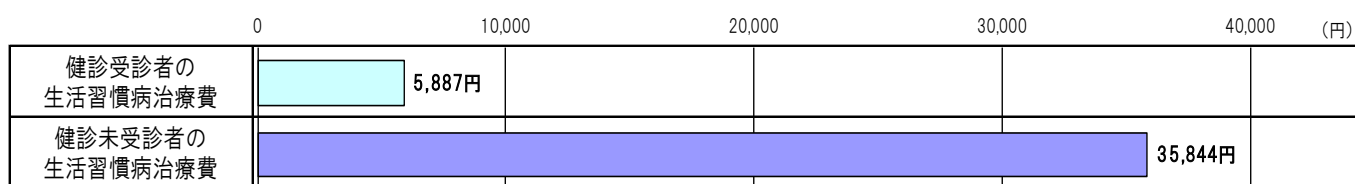
生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる。

【図表 27】 健診受診者・未受診者の治療状況



出典: KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表 28】 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費



出典: KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

鞍手町は治療中の者の健診受診率が低いという特徴もあり、平成 27 年度より治療中の者の受診率を伸ばすことに重点をおき、健診結果提供による受診勧奨を呼びかけ、平成 28 年度は 38.9%まで増加した。(図表 13) 健診受診者・未受診者の治療状況を平成 25 年度と比較すると、「健診受診者のうち治療中の者」の割合は増加したが、「健診未受診のうち治療中の者」の割合は、66%と多い。「健診未受診のうち治療中の者」がまだ 66%もいることや施設健診受診者の減少の背景に、医療機関で治療中の者が健診受診につながっていないことがあることから、この層の受診者を増やすこと(情報提供してもらうこと)、継続して受診してもらうこと(情報提供してもらうこと)が必要となってくる。(図表 29)

集団健診受診者が平成 28 年度は減少していることから、通知による勧奨だけではなく、電話や訪問等でも受診者を増やし、継続受診率を減少させないよう取り組んでいくことも課題である。

【図表 29】 未受診者対策

●検査結果提出:本人からの提出 ●情報提供書:医療機関からの提供

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
受診率	35.4%	33.5%	32.0%	35.0%	38.9%	実施中
継続受診率	H23-24年度 77.9%	H24-25年度 68.6%	H25-26年度 70.4%	H26-27年度 76.3%	H26-27年度 76.7%	
受診者数	1,110	1,051	1,001	1,091	1,161	
集団健診	926	904	928	931	879	
施設検診	105	102	73	66	72	
検査結果提出	79	44	0	35	90	
情報提供書	—	—	—	59	120	
通知			●過去5年間健診受診者で、今年度未受診者に郵便にて勧奨 ●過去5年間健診受診者で、今年度未受診者に郵便にて勧奨	情報提供書取組開始 ●くらで病院で治療者に郵便にて勧奨		
訪問	●H20～H24年度の5年間、特定健診未受診者に訪問	●H20年～H25年度に1回でも特定健診を受診し、H25年度未受診者に訪問			情報提供書 ●くらで病院で治療者に郵便にて勧奨後、提供のない方に訪問	情報提供書 ●町内医療機関で治療者のうち、健診未受診者に訪問
電話						●郵便にて勧奨後、申込のない方に、電話にて勧奨

※H26年度の検査結果提出が0は健診項目が不十分だったため

出典:特定健診法定報告データ

4) 分析結果に基づく健康課題の明確化

第 2 章における第 1 期の取組、評価も踏まえ、健診・医療・介護等のデータを分析するにあたり、以下の視点で整理し、鞍手町国民健康保険の健康課題が明確化した。

分析の視点	分析結果に基づく健康課題
健診	<ul style="list-style-type: none"> ① 特定健診の受診者のうち、治療中の者の受診者年々増加しているが 38.9%の受診率で、国の目標値の 60%まで達していない状況である。 ② 特定健診未受診者のうち、治療中者は健診対象者の約 4 割を占めている。 ③ 生活習慣病の治療も健診も受けていない者は健診未受診者の 34%を占め、これらの人は全く実態がつかめていない。 ④ 有所見割合の高い項目を国・福岡県と比較すると、男女とも基準値以上の項目が多く、特に空腹時血糖・HbA1c・尿酸・収縮期血圧・拡張期血圧で著しかった。メタボ該当者、メタボ予備群も多く、国・福岡県よりも高い状況である。 ⑤ 特定健診の有所見状況をみると、糖尿病の治療中にもかかわらず、HbA1c7.0%以上のコントロール不良者も多い。Ⅲ度高血圧者の 14 人中 10 人、LDL-C180 以上者 42 人中 41 人が未治療である。 ⑥ 糖尿病治療者 650 人のうち、健診未受診者は 519 人と多くを占める。糖尿病性腎症と診断されている人は 650 人のうち、26 人(3.9%)と非常に少なく、一方で、特定健診で糖尿病(型)のうち、糖尿病性腎症病期分類における第 2 期から第 4 期に該当する人(既に尿蛋白や eGFR に所見がある者)が 31 人(15.8%)存在している。
医療	<ul style="list-style-type: none"> ⑦ 一人当たり医療費は同規模・福岡県・国と比較しても高い。 ⑧ 脳血管疾患の治療者は 65 歳以上で増加、人工透析者は 64 歳以下・65 歳以上どちらも増加している。人工透析者の 8 割が糖尿病を併せ持っている。
介護	<ul style="list-style-type: none"> ⑨ 第 1 号(65 歳以上)被保険者の要介護認定率は、福岡県よりも高く、年々増加している。第 2 号(40~64 歳)被保険者は平成 25 年度 0.64%と福岡県内でも高かったが、徐々に減少し、H28 年度 0.40%と同規模保険者と同程度となってきた。 <p>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 95.5%で多く、中でも、虚血性心疾患、脳卒中の割合が高かった。基礎疾患である高血圧を持つ者は 83.6%であった。2 号認定者は、脳卒中により介護認定を受けている者が 61.5%であった。</p>

3 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、鞍手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とともに、治療が必要な方に対しては、適正に医療につなげる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。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、メタボリックシンドロームと糖尿病は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3期特定健康診査等実施計画

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

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診受診率	43%	46%	50%	53%	56%	60%
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	90%

3 対象者の見込み

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診対象者数	2,970人	2,950人	2,930人	2,910人	2,890人	2,870人
特定健診受診者数	1,280人	1,360人	1,470人	1,550人	1,630人	1,730人
特定保健指導対象者数	160人	160人	160人	160人	160人	160人
特定保健指導実施数	145人	145人	145人	145人	145人	145人

4 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の目標値

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
メタボ該当者	230人・18.0%	240人・17.6%	250人・17.0%	260人・16.8%	270人・16.6%	280人・16.2%
メタボ予備群	150人・11.7%	155人・11.4%	160人・10.9%	165人・10.6%	170人・10.4%	175人・10.1%

5 特定健診の実施

1) 実施方法

<集団健診>

集団健診については、特定健診実施機関に委託して実施する。鞍手町においては、集団健診を4月～翌年1月まで実施する。

<個別健診>

個別健診については、特定健診実施機関に委託して実施する。契約については、福岡県医師会が実施機関のとりまとめを行い、福岡県医師会と市町村国保側の代表保険者において集合契約を行う。鞍手町においては、施設健診を6月～翌年2月まで実施する。

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

＜集団健診＞公益財団法人 福岡県すこやか健康事業団

＜施設健診＞福岡県国民健康保険特定健診実施医療機関一覧による

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・血清クレアチニン及びeGFR・尿酸、尿潜血)を実施する。
(実施基準第 1 条 4 項)

5) 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。

6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、福岡県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託している。

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、毎年 3 月に住民健診の案内・申込書を全世帯配布している。また、特定健診未受診者に対しては特定健診受診案内の送封を再度行っている。

年間実施スケジュール

4 月 : 契約

4 月～翌年 1 月 : 集団健診実施

6 月～翌年 2 月頃 : 個別健診実施

4 月～翌年 3 月 : 特定保健指導準備、特定保健指導実施

7 月～翌年 3 月 : 特定健診未受診者対策

12 月 : 予算案作成

9 月～10 月 : 前年度、法定報告の作成

2 月～3 月 : 受診結果の把握と次年度、健診対象者の申込書準備(健診対象者の抽出、印刷)

3 月 : 集団健診準備、申込書送付

8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

・医療機関との適切な連携(診療における検査データの活用)

特定健診は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待されることから、治療中であっても特定健診を受診することも重要である。

その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者や社会的なコストを軽減させる観点から、本人同意のもとで検査結果を提出してもらったり、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、国保連が平成 30 年度より実施予定とする特定健診未受診者の医療情報収集事業に参加し、検査結果の活用に努める。

・労働安全衛生法に基づく事業者健診の健診データ収集

事業者健診の項目は特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診は、特定健診の結果として利用できるため、未受診者の実態把握の中で、事業者健診受診者には結果表の写しの提出を依頼する。

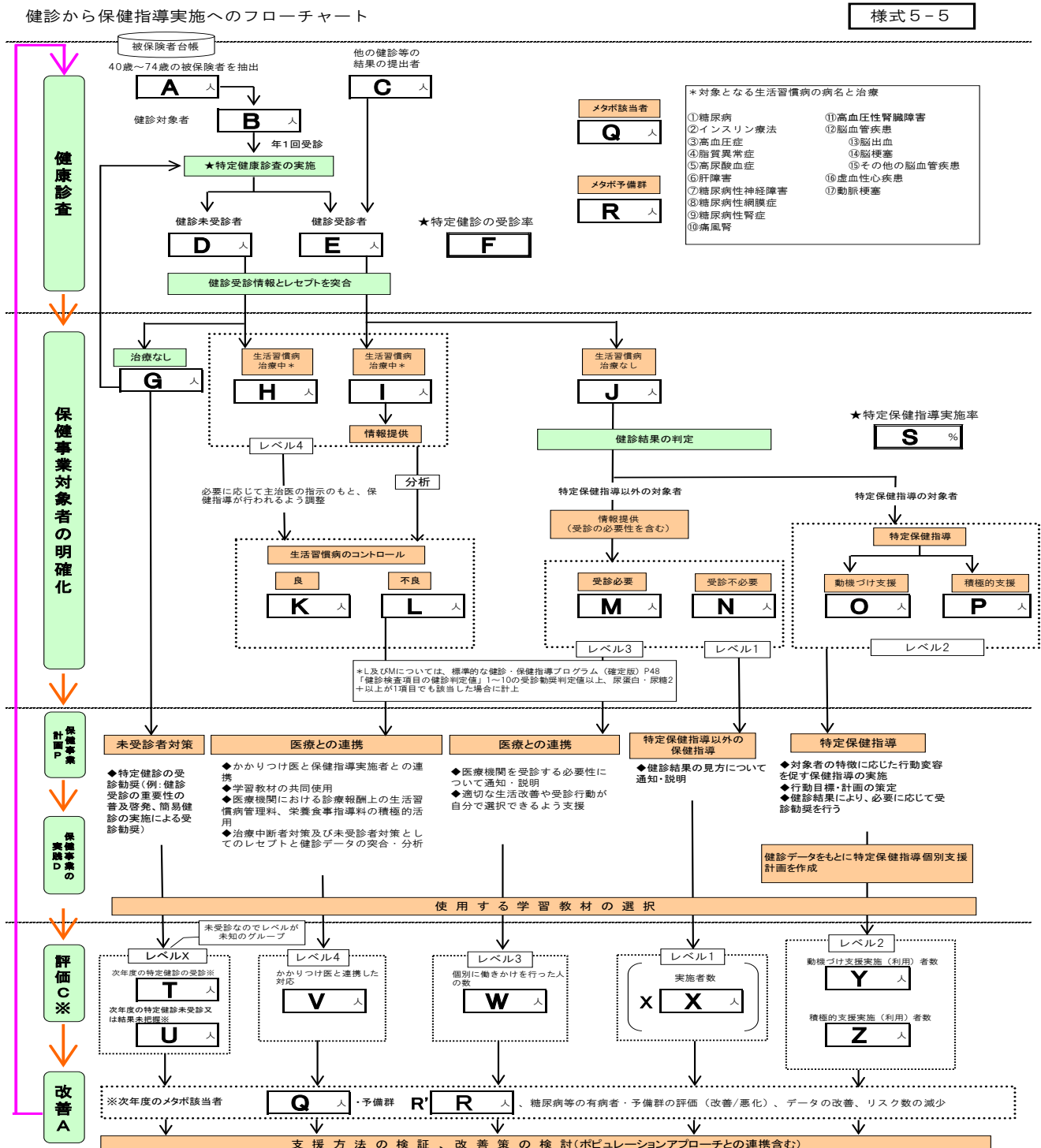
6 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 24 条に基づいて実施し、鞍手町による直接実施で行っている。

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 30)

【図表 30】 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導



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 30)

【図表 31】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H28 年度実績 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	154 人 (10.3%)	特定保健 指導実施率 90%
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	251 人 (21.6%)	HbA1c6.5 以上 については 90%
3	L	情報提供(生活習慣病治療中だがコントロール不良)	◆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	375 人 (32.3%)	
4	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) ◆情報提供書の提出 ◆検査結果の提出	1,827 人	特定健診 受診率 60%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	205 人 (17.7%)	
6	K	情報提供(生活習慣病治療中でコントロール良好)	◆適切な生活改善の継続支援 ◆治療中断対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	176人 (15.2%)	

7 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鞍手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。

8 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。

9 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、鞍手町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

(6) 健診項目

① 基本的な健診の項目

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。)第 1 条 1 項一号から九号で定められた項目とする。

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))、理学的検査(身体診察)、血圧測定、脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール)、肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ GT)、血糖検査(空腹時血糖又 HbA1c 検査(NGSP 値)、やむを得ない場合には随時血糖)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

② 特定健診の詳細な健診の項目(「実施基準」第 1 条十号)

心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、血清クレアチニン検査(eGFR による腎機能の評価を含む)

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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る医療費や介護費等への影響の実態を広く町民へ周知する。

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

II 重症化予防の取組

1 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表32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 32】

【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			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評				○	□
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福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ 糖尿病治療中の者
 - 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

* 健診結果においては以下を対象者選定基準とする。

2 型糖尿病であること

- ・空腹時血糖 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl) 以上又は HbA1c6.5%以上
- ・糖尿病治療中
- ・過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取組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)」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 33)

【図表 33】 糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1

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

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後(腎、心血管、総死亡)を勘案した分類である。

注2: GFR 60 ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注3: 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。

注4: 顕性アルブミン尿の症例では、GFR 60 ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

注5: GFR 30 ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に拘わらず、腎不全期に分類される。

しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

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)を指標としている。鞍手町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能である。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。

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34)

鞍手町において特定健診受診者のうちHbA1c6.5%以上の糖尿病型と判断される者は196人(16.9%・E)で、そのうち、糖尿病未治療者は65人(33.2%・F)、糖尿病治療者は131人(66.8%・G)であった。治療者のうち、約6割がコントロール不良であった。

また、糖尿病治療者650人のうち、平成28年度特定健診未受診者は519人と多くを占める。健診未受診者についてはデータがないため、コントロール状況がわからないが、過去に1度でも特定健診受診歴がある者については、糖尿病管理台帳により把握ができるため、受診勧奨や医療機関からの情報提供を受けることで健診受診につなげ、データが全く不明な者については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 優先順位と介入方法

図表28より鞍手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】

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)

糖尿病治療中であったが中断者(G からレセプトで把握)

・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(J)

・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(I 糖尿病管理台帳から把握)

・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

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2】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HbA1c・血圧・体重・eGFR・尿蛋白の結果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する。

* 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。

② 資格を確認する。

③ 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

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

未治療者・中断者(受診勧奨者)、腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。鞍手町においては、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 35)

【図表 35】

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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">経年表</div> <div style="font-size: 24px; margin: 0 10px;">→</div> </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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 <input type="checkbox"/> 食の資料 … 別資料
<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見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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうちHbA1c(NGSP)6.5%以上の者で尿蛋白定性(－)・(±)の者へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に直轄医師会等と協議した連絡票等を活用する。(平成30年度検討予定)

(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福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

6) 地域包括支援センター、介護保険係、福祉係との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は各担当者と連携していく。

7) 評価

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

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3】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/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3月～事業評価

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4】

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5】

(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。鞍手町において健診受診者1,161人のうち心電図検査実施者は882人(76.0%)であり、そのうちST所見があったのは75人であった(図表36)。

【図表36】心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
平成28年度	1,161	100	882	76.0	75	8.5	291	33.0	516	58.5

② メタボリックシンドローム・LDLコレステロールからの把握

メタボ該当者及び予備群は、メタボなし有所見者に比べて、心電図有所見者が多い。メタボなしのLDL180以上の者は心電図所見を持つ者が3割いる。

心電図検査を実施しない場合、図表37に沿って対象者を抽出する。(心電図検査の全数実施が望まれるが、検査結果提出者・情報提供書提出者については、心電図検査を実施していない者もいる。)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。

【図表 37】 心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST所見	その他所見	異常なし		
	1,161	75 6.5%	291 25.1%	516 44.4%	279 24.0%	
メタボ該当者	210 18.1%	17 8.1%	42 20.0%	71 33.8%	80 38.1%	
メタボ予備群	147 12.7%	12 8.2%	45 30.6%	60 40.8%	30 20.4%	
メタボなし	804 69.3%	46 5.7%	204 25.4%	385 47.9%	169 21.0%	
LDL-C	140～159	129 16.0%	8 6.2%	31 24.0%	67 51.9%	23 17.8%
	160～179	79 9.8%	3 3.8%	20 25.3%	49 62.0%	7 8.9%
	180～	30 3.7%	2 6.7%	8 26.7%	20 66.7%	0 0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 38 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 38】

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン 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。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

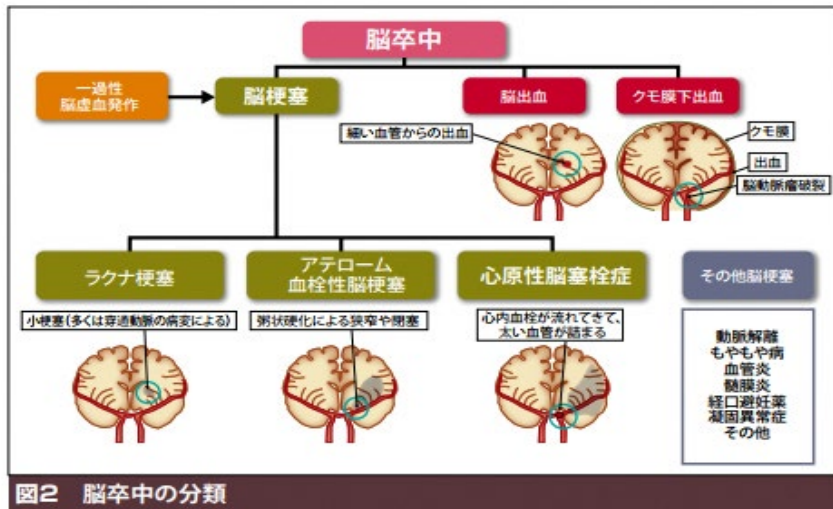
3月～事業評価

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 40・41)

【図表 39】
【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 40】

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 41 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 41】 特定健診受診者における重症化予防対象者

リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧		糖尿病		脂質異常 高LDL		心房細動		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 梗 塞	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
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 1,161人		101人	8.7%	13人	1.1%	42人	3.6%	37人	3.2%	210人	18.1%	7人	0.6%	35人	3.0%
治療なし		61人		7人		41人		27人		54人		0人		7人	
治療あり		40人		6人		1人		10人		156人		7人		28人	
臓器障害あり		35人		7人		16人		8人		23人		0人		7人	
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	1人		0人		0人		0人		0人		0人		7人	
	尿蛋白(2+以上)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		人	
	尿蛋白(+)and 尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		人	
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	1人		0人		0人		0人		0人		0人		7人	
	心電図所見あり	35人		7人		15人		8人		23人		21人		4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 101 人(8.7%)であり、61 人は未治療者であった。また未治療者のうち 35 人(57.4%)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 40 人(9.8%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 42)

【図表 42】

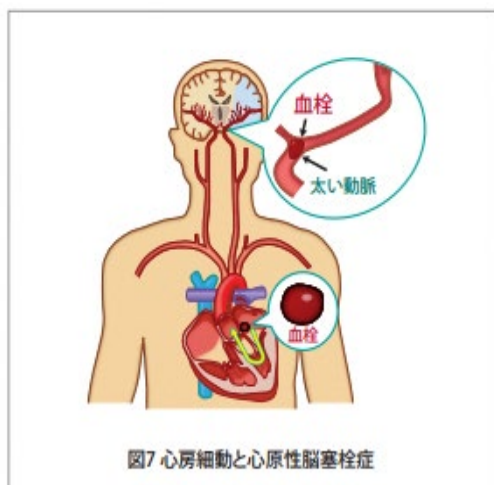
		保健指導対象者の明確化と優先順位の決定					
		血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
		特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	754	221	140	177	155	51	10
		29.3%	18.6%	23.5%	20.6%	6.8%	1.3%
リスク第1層	61	29	11	9	8 ④	4	0 ①
		8.1%	13.1%	7.9%	5.1%	5.2%	7.8%
リスク第2層	392	120	74	95	74 ③	24	5
		52.0%	54.3%	52.9%	53.7%	47.7%	47.1%
リスク第3層	301	72	55	73	73 ②	23	5
		39.9%	32.6%	39.3%	41.2%	47.1%	45.1%
再掲 重複あり	糖尿病	88	19	18	26	15	7
		29.2%	26.4%	32.7%	35.6%	20.5%	30.4%
	慢性腎臓病 (CKD)	145	39	20	30	46	8
		48.2%	54.2%	36.4%	41.1%	63.0%	34.8%
	3個以上の危険因子	153	29	31	38	36	3
		50.8%	40.3%	56.4%	52.1%	49.3%	69.6%

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
8	78	130
1.1%	10.3%	17.2%
8	4	0
100%	5.1%	0.0%
--	74	29
--	94.9%	22.3%
--	--	101
--	--	77.7%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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



(脳卒中予防の提言より引用)

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

心電図検査において13人が心房細動の所見であった。(図表43)有所見率をみると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に男性においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また、12人は既に治療が開始されていたが、1人は未治療であった。(図表44)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。

【図表43】 特定健診における心房細動の有所見者状況

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	%	人	人
計	390	492	12	3.1%	1	0.2%		
40歳代	25	28	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	27	42	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	189	263	4	2.1%	0	0.0%	1.9	0.4
70～74歳	149	159	8	5.4%	1	0.6%	3.4	1.1

【図表44】 心房細動有所見者の有無

心房細動有所見者		心房細動有所見者			
		治療なし		治療中	
人	%	人	%	人	%
13	1.5%	1	7.7%	12	92.3%

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

(2) 二次健診の実施

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

(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 6・7)

③ 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 8)

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、データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3 月～事業評価

Ⅲ その他の保健事業の取組

事業	計画
<p>特定健診未受診者 対策事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問による勧奨 H30～医療情報収集事業の取組 (通知による勧奨で提供がなかった場合)医療機関で治療中の方に訪問 ●通知による勧奨 <ul style="list-style-type: none"> ・年度末に個別に特定健診の案内(1回) ・医療機関で治療中の方に医療情報収集事業(情報提供表)の勧奨 ・過去5年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(8月) ・過去3年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(12月) ・生活習慣病で治療中の者にハガキで結果提出の勧奨(2月) ●電話による勧奨 <ul style="list-style-type: none"> ・昨年度、集団健診受診者で、今年度申し込みのない方に勧奨 ●広報による周知 ●受診継続に向けての取り組み
<p>特定保健指導事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●健診結果説明会時の保健指導・栄養指導 ●栄養教室・運動教室の集団指導
<p>重症化予防事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●地区担当保健師と管理栄養士が重症化予防対象者への保健指導・栄養指導未治療者に対する治療確認(訪問・電話・レセプト確認) ●二次健診の実施 メタボ該当者・積極的支援対象者については、頸部エコー・糖負荷検査の実施、HbA1c6.5%以上、積極的支援対象者については微量アルブミン尿検査の実施
<p>健康学習の実施 (脳血管疾患予防に重点を置いた取組)</p>	<p>特定健診の対象者に限らず、ふれあいいきいきサロン 19 か所、いきいき教室、ふれあい教室、その他、高齢者等の集まりの場を活用して生活習慣病予防につながる健康学習を町民に身近な地域で実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自己血圧測定の定着 ●体のメカニズムや塩分の関係の学習
<p>重複服薬者に対する 保健指導事業</p>	<p>レセプト情報を確認し、複数の医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けている者に対し、保健師等の個別訪問を行い、適正受診や療養上の日常生活指導、適切な服薬に関する支援、かかりつけ薬局の利用促進を行う。</p>
<p>後発医薬品の使用 促進事業</p>	<p>個人通知や窓口等でジェネリック医薬品の利用促進を図ることで、被保険者の自己負担及び国民健康保険の費用負担の軽減を図る。 後発医薬品の使用割合の目標を80%以上とする。</p>
<p>個人インセンティブ 事業</p>	<p>自身の健康状態や健康づくりに関心を持ってもらい、積極的に特定健診・基本健診受診と健康づくりに取り組んでもらうため、健康ポイント事業を実施する。 基本健診や特定健診を受診していることを条件にがん検診の受診や運動教室等に参加した者に対し、必要ポイント数を集めた者に景品を贈る。</p>

第5章 地域包括ケアに係る取組

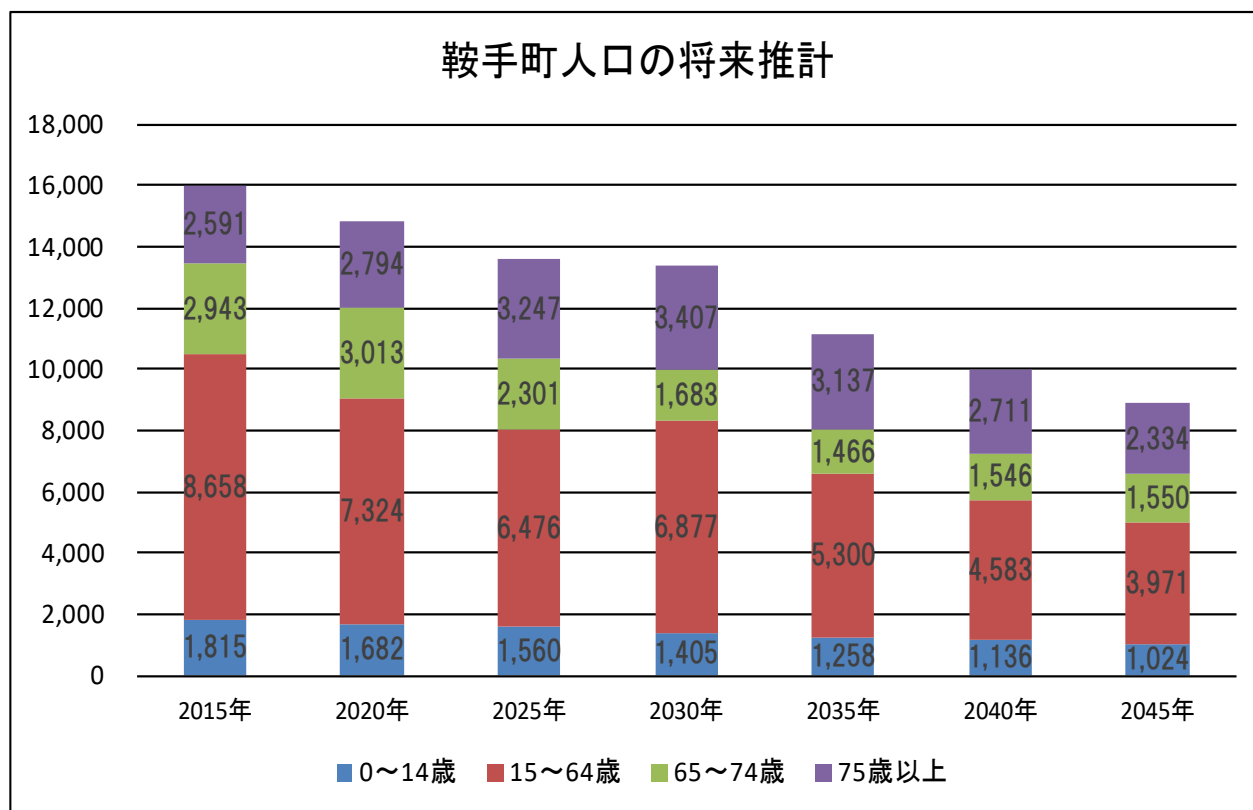
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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うち、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。

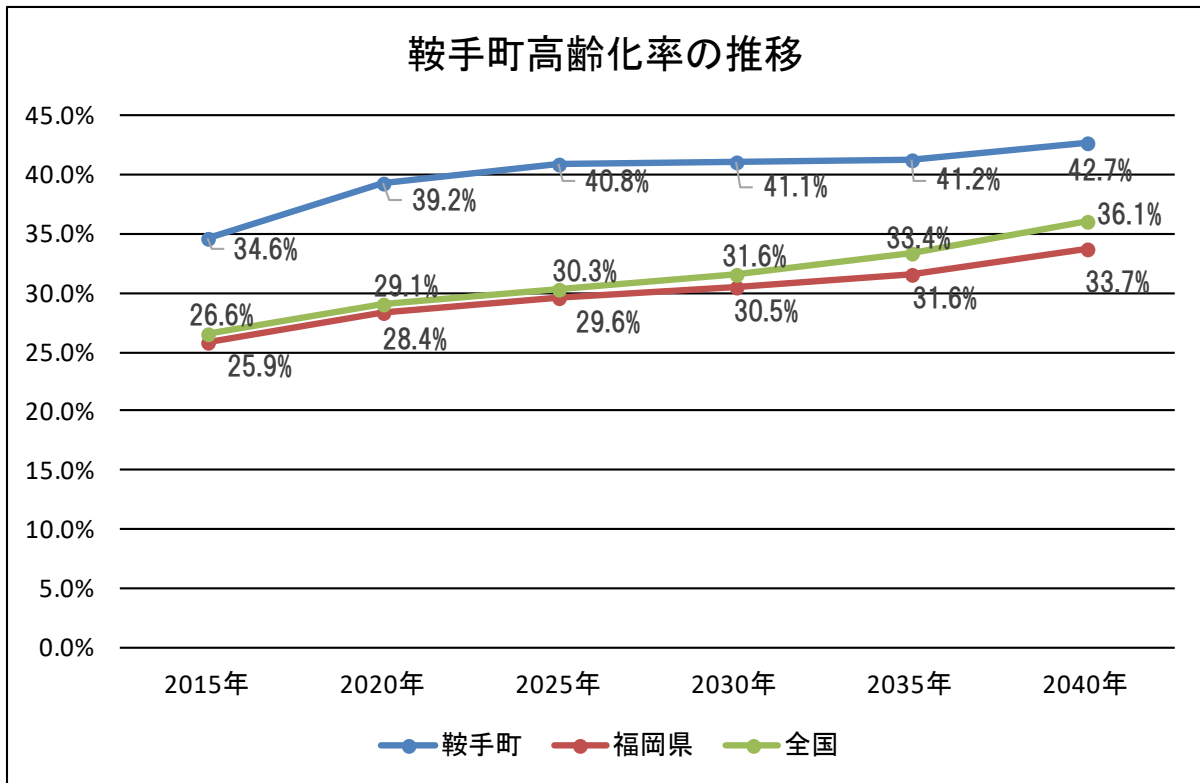
国と比較して鞍手町は高齢化率も高く、高齢者人口を支える人口も年々減少している。(図表 45・46)

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

【図表 45】 鞍手町人口の将来推計



【図表 46】 鞍手町人口の将来推計



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

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標(参考資料9)

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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導実施率・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)	<ul style="list-style-type: none">・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、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会等の指導・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、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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鞍手町の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 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 4 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 5 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 6 高血圧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 7 血圧評価表

参考資料 8 心房細動管理台帳

参考資料 9 評価イメージ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鞍手町の位置

【参考資料1】

項目		H25		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	16,912		16,912		2,213,234		4,960,781		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		65歳以上(高齢化率)	4,830	28.6	4,830	28.6	623,636	28.2	1,114,380	22.5	29,020,766	23.2	
		75歳以上	2,405	14.2	2,405	14.2			549,484	11.1	13,989,864	11.2	
		65~74歳	2,425	14.3	2,425	14.3			564,896	11.4	15,030,902	12.0	
		40~64歳	6,052	35.8	6,052	35.8			1,667,355	33.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	6,030	35.7	6,030	35.7			2,179,046	43.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	4.2		4.2		12.2		3.1		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	34.8		34.8		27.7		20.9		25.2		
		第3次産業	61.0		61.0		60.1		76.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.4		78.4		79.3		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.7		86.7		86.3		86.5		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.1		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.9		66.9		66.8		66.9		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	118.0		115.7		103.9		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	118.0		115.7		103.9		102.0		100		
		女性	103.3		102.8		102.0		98.0		100		
		がん	87	54.7	60	44.4	7,565	46.0	15,087	55.4	367,905	49.6	
		心臓病	31	19.5	42	31.1	4,757	29.0	5,666	20.8	196,768	26.5	
		脳疾患	26	16.4	18	13.3	2,675	16.3	3,975	14.6	114,122	15.4	
	死因	糖尿病	4	2.5	6	4.4	338	2.1	598	2.2	13,658	1.8	
		腎不全	4	2.5	3	2.2	619	3.8	922	3.4	24,763	3.3	
		自殺	7	4.4	6	4.4	474	2.9	993	3.6	24,294	3.3	
		合計											
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計											厚労省HP 人口動態調査	
	男性												
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,067	21.8	1,153	23.6	126,477	20.4	259,318	23.1	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	14	0.3	16	0.3	2,113	0.3	4,365	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	39	0.7	24	0.4	2,818	0.4	6,325	0.4	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	268	24.7	336	26.9	27,976	21.2	59,184	22.0	1,350,152	22.1	
		高血圧症	583	51.9	645	53.6	69,160	52.8	144,835	54.0	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	313	28.2	382	31.3	35,266	26.8	80,327	29.8	1,741,866	28.4	
		心臓病	657	58.1	722	59.8	78,851	60.3	163,980	61.2	3,529,682	58.0	
		脳疾患	292	25.4	298	24.9	34,930	26.8	71,699	26.9	1,538,683	25.5	
		がん	162	13.9	197	16.5	13,037	9.8	31,226	11.5	631,950	10.3	
		筋・骨格	605	54.9	677	57.1	67,521	51.7	146,472	54.6	3,067,196	50.3	
	精神	405	34.9	430	36.9	47,722	36.3	100,227	37.2	2,154,214	35.2		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	65,467		61,417		67,108		57,450		58,284		
		居宅サービス	42,819		40,955		41,924		39,185		39,662		
		施設サービス	300,886		295,988		276,079		285,501		281,186		
	④ 医療費(円)	要介護認定別医療費(40歳以上)	91,760		91,430		83,240		86,510		79,800		
認定あり													
認定なし	45,320		46,210		39,940		40,740		38,160				
4	① 国保の状況	被保険者数	4,593		4,243		574,796		1,222,429		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65~74歳	1,889	41.1	2,019	47.6			460,694	37.7	12,461,613	38.2	
		40~64歳	1,611	35.1	1,329	31.3			395,646	32.4	10,946,712	33.6	
		39歳以下	1,093	23.9	895	21.1			366,089	29.9	9,179,541	28.2	
	加入率	27.2		25.1		26.0		24.6		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	173	0.3	460	0.4	8,255	0.3	
		診療所数	7	1.5	7	1.6	1,295	2.3	4,587	3.8	96,727	3.0	
		病床数	222	48.3	222	52.3	22,850	39.8	86,071	70.4	1,524,378	46.8	
		医師数	19	4.1	15	3.5	2,887	5.0	15,660	12.8	299,792	9.2	
		外来患者数	683.6		698.4		686.7		686.6		668.1		
入院患者数	27.1		24.7		22.1		22.3		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,304	県内11位 同規模19位	28,642	県内18位 同規模36位	26,719		25,927		24,245			
	受診率	710.657		723.135		708.781		708.879		686.286			
	外費用の割合	51.5		53.8		57.8		54.9		60.1			
	来院件数の割合	96.2		96.6		96.9		96.9		97.4			
	入院費用の割合	48.5		46.2		42.2		45.1		39.9			
	入院件数の割合	3.8		3.4		3.1		3.1		2.6			
1件あたり在院日数	17.3日		16.8日		16.6日		16.9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	205,371,810	23.8	219,694,880	27.6	24.4		25.5		25.6			
	慢性腎不全(透析あり)	52,223,630	6.1	44,276,210	5.6	9.4		5.4		9.7			
	糖尿病	74,579,530	8.6	73,842,430	9.3	10.2		8.7		9.7			
	高血圧症	90,955,440	10.5	69,375,060	8.7	9.0		8.3		8.6			
	精神	163,317,450	18.9	150,868,320	18.9	18.4		21.3		16.9			
筋・骨格	155,307,550	18.0	148,224,970	18.6	15.2		16.1		15.2				

糖尿病管理台帳(永年)

【参考資料2】

番号	地区	追加 年度	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H25	H26	H27	H28	H29	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		血圧								
								CKD	GFR							
									尿蛋白							
						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		血圧								
								CKD	GFR							
									尿蛋白							

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3】

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127		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	4,455人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A	3,493人							
2	① 特定健診	B	2,988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	B	2,988人							
	③ 受診者数	C	1,161人							
	④ 受診率	C	38.9%							
3	① 特定保健指導		154人							
	② 実施率		88.3%							
4	① 糖尿病型	E	196人	16.9%						特定健診結果
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	65人	33.2%						
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	131人	66.8%						
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	77人	58.8%						
	⑤ 血圧 130/80以上		55人	71.4%						
	⑥ 肥満 BMI25以上		25人	32.5%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	54人	41.2%						
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	165人	84.2%						
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		15人	7.7%						
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		15人	7.7%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.5%						
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		148.4人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		186.1人							
	③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	2,525件	(754.2)			2,741件	(787.9)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ ()内は被保険者千対		入院(件数)	14件	(4.2)			19件	(5.6)	
	⑤ 糖尿病治療中	H	661人	14.8%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳	H	650人	18.6%						
	⑦ 健診未受診者	I	519人	79.8%						
	⑧ インスリン治療	O	38人	5.7%						
	⑨ (再掲)40-74歳	O	38人	5.8%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	26人	3.9%						
	⑪ (再掲)40-74歳	L	26人	4.0%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		9人	1.36%						
	⑬ (再掲)40-74歳		9人	1.38%						
	⑭ 新規透析患者数		1人	11.1%						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人	100.0%						
	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)		26人	3.0%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 総医療費		15億0323万円					14億8907万円		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		7億9525万円					8億4840万円		
	③ (総医療費に占める割合)		52.9%					57.0%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,881円				7,331円			
	⑤ 健診未受診者		35,784円				33,904円			
	⑥ 糖尿病医療費		7369万円				8611万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.3%				10.2%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億5896万円							
	⑨ 1件あたり		31,347円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億8334万円							
	⑪ 1件あたり		553,908円							
	⑫ 在院日数		18日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		4720万円				8495万円			
	⑭ 透析有り		4428万円				7974万円			
	⑮ 透析なし		293万円				521万円			
7	① 介護		16億4715万円					15億4258万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	7.7%						
8	① 死亡		6人	2.7%				3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
	<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症				⑥ 発症予防対象者	
<input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙						
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。		
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~			
	□BMI	~24.9	25~			
	□中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~
		食後	~199		200~	
	□nonHDL-C	~149	150~169		170~	
	□AST	~30	31~50		51~	
	□血糖	空腹	~99		100~125	126~
		食後	~139		140~199	200~
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~	
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~	
□血圧	収縮期	~129	130~139	140~		
	拡張期	~84	85~89	90~		
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚 <input type="checkbox"/> 皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
e G F R		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□C K D 重症度分類		G3aA1~				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム			0 _____ 12 _____ 24 61		

H29年度保健事業の取組と課題整理・H30年度に向けての保健事業計画

事業	①プロセス (やって来た事業の振り返り)	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)	課題																																																																																																																																										
<p>特定健診未受診者対策</p> <p>●訪問による勧奨、前期高齢者の説明時に勧奨 ・市内医療機関で治療中の方に訪問 ●通知による勧奨、前期高齢者の説明時に勧奨 ・年度末に個別に特定健診の案内(1回) ・過去5年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に 勧奨(8月) ・過去3年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に 勧奨(12月) ・生活習慣病で治療中の者にハガキで結果提出の勧 奨(2月) ・市内医療機関で治療中の方に訪問したが、情報提 供量・結果提出のない方にハガキで勧奨(3月)</p> <p>●電話による勧奨 ・昨年度・集団健診受診者で、今年度申し込みのない 方に勧奨 ●広報による周知</p> <p>●受診継続に向けての取り組み ・特定健診結果説明会での継続受診の必要性の周知</p> <p>●広報による周知</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>	<p>●健診受診率</p> <table border="1"> <tr><th>受診者</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>(集団)</td><td>1,091人</td><td>1,161人</td><td>1,277人</td></tr> <tr><td>(施設)</td><td>66人</td><td>72人</td><td>82人</td></tr> <tr><td>(検査結果提出)</td><td>35人</td><td>90人</td><td>334人</td></tr> <tr><td>(情報提供)</td><td>59人</td><td>120人</td><td></td></tr> <tr><td>受診率</td><td>35.0%</td><td>38.9%</td><td></td></tr> <tr><td>県内順位</td><td>28位</td><td>17位</td><td></td></tr> </table> <p>●年代別受診率</p> <table border="1"> <tr><th>年代</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>40代</td><td>54人(17.0%)</td><td>61人(21.2%)</td><td>60人</td></tr> <tr><td>50代</td><td>92人(22.8%)</td><td>82人(22.8%)</td><td>81人</td></tr> <tr><td>60代</td><td>553人(36.0%)</td><td>581人(35.6%)</td><td>617人</td></tr> <tr><td>70代</td><td>392人(45.3%)</td><td>437人(50.0%)</td><td>519人</td></tr> </table> <p>●未受診者の内訳</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>H28</th></tr> <tr><td>健診対象者</td><td>2,988人</td></tr> <tr><td>健診未受診者</td><td>1,877人</td></tr> <tr><td>治療中</td><td>1,207人(40.4%)</td></tr> <tr><td>治療なし</td><td>620人(20.7%)</td></tr> </table>	受診者	H27	H28	H29	(集団)	1,091人	1,161人	1,277人	(施設)	66人	72人	82人	(検査結果提出)	35人	90人	334人	(情報提供)	59人	120人		受診率	35.0%	38.9%		県内順位	28位	17位		年代	H27	H28	H29	40代	54人(17.0%)	61人(21.2%)	60人	50代	92人(22.8%)	82人(22.8%)	81人	60代	553人(36.0%)	581人(35.6%)	617人	70代	392人(45.3%)	437人(50.0%)	519人	項目	H28	健診対象者	2,988人	健診未受診者	1,877人	治療中	1,207人(40.4%)	治療なし	620人(20.7%)	<p>●HbA1c</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>HbA1c6.5%以上</td><td>115人(10.7%)</td><td>142人(12.7%)</td><td>172人</td></tr> <tr><td>HbA1c7.0%以上</td><td>63人(5.9%)</td><td>69人(6.2%)</td><td>95人</td></tr> <tr><td>7.0%以上未治療者</td><td>15人(23.8%)</td><td>8人(11.6%)</td><td>96人</td></tr> </table> <p>●血圧</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>血圧(160/100)以上</td><td>84人(7.7%)</td><td>101人(8.7%)</td><td>94人</td></tr> <tr><td>血圧(180/110)以上</td><td>14人(1.3%)</td><td>14人(1.2%)</td><td>13人</td></tr> </table> <p>●LFR</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>eGFR50未満 (70歳以上は50未満)</td><td>30人(2.8%)</td><td>35人(3.1%)</td><td>H29</td></tr> </table> <p>●心臓病</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>対象者</td><td>13人(1.7%)</td><td>11人(0.9%)</td><td>8人</td></tr> <tr><td>未治療者</td><td>1人(0.03%)</td><td>1人(0.09%)</td><td>1人</td></tr> </table> <p>●特定保健指導率</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>対象者</td><td>132人</td><td>134人</td><td>154人</td></tr> <tr><td>修了者</td><td>102人</td><td>136人</td><td>136人</td></tr> <tr><td>実施率</td><td>77.3%</td><td>101.5%</td><td>88.3%</td></tr> </table> <p>●重症化予防対象者</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th></tr> <tr><td>対象者</td><td>312人</td><td>349人</td><td>399人</td></tr> <tr><td>実施者</td><td>312人</td><td>349人</td><td>399人</td></tr> <tr><td>実施率</td><td>100.0%</td><td>100.0%</td><td>100.0%</td></tr> </table>	項目	H27	H28	H29	HbA1c6.5%以上	115人(10.7%)	142人(12.7%)	172人	HbA1c7.0%以上	63人(5.9%)	69人(6.2%)	95人	7.0%以上未治療者	15人(23.8%)	8人(11.6%)	96人	項目	H27	H28	H29	血圧(160/100)以上	84人(7.7%)	101人(8.7%)	94人	血圧(180/110)以上	14人(1.3%)	14人(1.2%)	13人	項目	H27	H28	H29	eGFR50未満 (70歳以上は50未満)	30人(2.8%)	35人(3.1%)	H29	項目	H27	H28	H29	対象者	13人(1.7%)	11人(0.9%)	8人	未治療者	1人(0.03%)	1人(0.09%)	1人	項目	H27	H28	H29	対象者	132人	134人	154人	修了者	102人	136人	136人	実施率	77.3%	101.5%	88.3%	項目	H27	H28	H29	対象者	312人	349人	399人	実施者	312人	349人	399人	実施率	100.0%	100.0%	100.0%	<p>重症化予防対策</p> <p>●保健事業評価分析システム、評価表にて健診受診後の受療行動の把握(HbA1c、血圧)</p> <p>●二次健診の要請 メタボ該当者・積極的支援対象者については、頭部エコー・糖負荷検査の実施、HbA1c6.5%以上、積極的支援対象者については微量アルブミン尿検査の実施</p> <p>●糖尿病教室 ●糖尿病相談会 ●地区担当保健師と管理栄養士が重症化予防対象者への保健指導・栄養指導を実施</p> <p>●メタボ該当者・積極的支援対象者については、二次健診実施</p>	<p>医療との連携</p> <p>●特定保健指導対象者については、健診結果説明会・栄養教室・運動教室の集団指導を実施</p> <p>●糖尿病相談会 ●地区担当保健師と管理栄養士が重症化予防対象者への保健指導・栄養指導を実施</p> <p>●メタボ該当者・積極的支援対象者については、二次健診実施</p>
受診者	H27	H28	H29																																																																																																																																												
(集団)	1,091人	1,161人	1,277人																																																																																																																																												
(施設)	66人	72人	82人																																																																																																																																												
(検査結果提出)	35人	90人	334人																																																																																																																																												
(情報提供)	59人	120人																																																																																																																																													
受診率	35.0%	38.9%																																																																																																																																													
県内順位	28位	17位																																																																																																																																													
年代	H27	H28	H29																																																																																																																																												
40代	54人(17.0%)	61人(21.2%)	60人																																																																																																																																												
50代	92人(22.8%)	82人(22.8%)	81人																																																																																																																																												
60代	553人(36.0%)	581人(35.6%)	617人																																																																																																																																												
70代	392人(45.3%)	437人(50.0%)	519人																																																																																																																																												
項目	H28																																																																																																																																														
健診対象者	2,988人																																																																																																																																														
健診未受診者	1,877人																																																																																																																																														
治療中	1,207人(40.4%)																																																																																																																																														
治療なし	620人(20.7%)																																																																																																																																														
項目	H27	H28	H29																																																																																																																																												
HbA1c6.5%以上	115人(10.7%)	142人(12.7%)	172人																																																																																																																																												
HbA1c7.0%以上	63人(5.9%)	69人(6.2%)	95人																																																																																																																																												
7.0%以上未治療者	15人(23.8%)	8人(11.6%)	96人																																																																																																																																												
項目	H27	H28	H29																																																																																																																																												
血圧(160/100)以上	84人(7.7%)	101人(8.7%)	94人																																																																																																																																												
血圧(180/110)以上	14人(1.3%)	14人(1.2%)	13人																																																																																																																																												
項目	H27	H28	H29																																																																																																																																												
eGFR50未満 (70歳以上は50未満)	30人(2.8%)	35人(3.1%)	H29																																																																																																																																												
項目	H27	H28	H29																																																																																																																																												
対象者	13人(1.7%)	11人(0.9%)	8人																																																																																																																																												
未治療者	1人(0.03%)	1人(0.09%)	1人																																																																																																																																												
項目	H27	H28	H29																																																																																																																																												
対象者	132人	134人	154人																																																																																																																																												
修了者	102人	136人	136人																																																																																																																																												
実施率	77.3%	101.5%	88.3%																																																																																																																																												
項目	H27	H28	H29																																																																																																																																												
対象者	312人	349人	399人																																																																																																																																												
実施者	312人	349人	399人																																																																																																																																												
実施率	100.0%	100.0%	100.0%																																																																																																																																												
<p>H30年度事業計画 (青が変更点)</p> <p>●訪問による勧奨 H30～医療情報収集事業の取組 (通知による勧奨が提供がなかった場合、H29年度情報提供書提出者・検査結果提出者に)医療機関で治療中の方に訪問</p> <p>●通知による勧奨、前期高齢者の説明時に勧奨 ・年度末に個別に特定健診の案内(1回) ・医療機関で治療中の方に医療情報収集事業(情報提供表)の勧奨(8月) ・過去5年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(3月) ・過去3年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(12月) ・生活習慣病で治療中の者にハガキで結果提出の勧奨(1月)</p> <p>●電話による勧奨 ・昨年度・集団健診受診者で、今年度申し込みのない方に電話勧奨 ・(通知だけで提供がないと思われるので)医療情報収集の通知をした直後、H29年度情報提供した方に電話勧奨</p> <p>●広報による周知</p> <p>●受診継続に向けての取り組み ・特定健診結果説明会での継続受診の必要性の周知</p> <p>●健康ポイント事業の周知により受診率上昇を目指す</p>	<p>①治療の方は、健診を受診しないため、訪問、救急の通知により情報提供書・検査結果の届出を呼びかけ、受診者が増加した。 対応と連携する訪問は別室は未受診者の内訳をみると健診対象者のうち4割が治療中であることへの受診者を増やすことが課題である。</p> <p>②40～50代の受診率が低い。 ●治療につなげた方が病状から健診を受診しなくなる。病状でも同じことをしているからという認識がある。受診率の向上には、住民の健康意識を高めることが必要である。</p>	<p>受診率の増加に伴い、有所見者も年々多くなっている。 HbA1c6.5%以上、血圧高血圧以上の者も多いため、治療中であってもHbA1cが高い者が多く、医療と連携した取り組みが課題。 重症化する血圧以上血圧、HbA1c8.0%以上の未治療者に対するの啓発活動が結果説明会だけの活動になつており、レセプトの確認、再動員までできていない。評価が曖昧のまま終わっている。 糖尿病管理台帳が活用できていない。過去に健診受診した方がどうなるか、把握ができておらず、そのまゝになつて、個々の数値の変化を見ている。効果指標がわかりにくい。</p> <p>重症化予防対象者については、単年度の健診結果で抽出しているが、経年の状況や個々の数値の変化等からも見ていく必要がある。 保健指導等において、対象者に見合った目的の設定、指導教材の選択されているかがわからない。 個々の担当者に任されている。</p>	<p>●保健事業評価分析システム、評価表にて健診受診後の受療行動の把握(HbA1c、血圧)</p> <p>●二次健診の要請 メタボ該当者・積極的支援対象者については、頭部エコー・糖負荷検査の実施、HbA1c6.5%以上、積極的支援対象者については微量アルブミン尿検査の実施</p> <p>●糖尿病教室 ●糖尿病相談会 ●地区担当保健師と管理栄養士が重症化予防対象者への保健指導・栄養指導を実施</p> <p>●メタボ該当者・積極的支援対象者については、二次健診実施</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>	<p>●訪問による勧奨 H30～医療情報収集事業の取組 (通知による勧奨が提供がなかった場合、H29年度情報提供書提出者・検査結果提出者に)医療機関で治療中の方に訪問</p> <p>●通知による勧奨、前期高齢者の説明時に勧奨 ・年度末に個別に特定健診の案内(1回) ・医療機関で治療中の方に医療情報収集事業(情報提供表)の勧奨(8月) ・過去5年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(3月) ・過去3年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(12月) ・生活習慣病で治療中の者にハガキで結果提出の勧奨(1月)</p> <p>●電話による勧奨 ・昨年度・集団健診受診者で、今年度申し込みのない方に電話勧奨 ・(通知だけで提供がないと思われるので)医療情報収集の通知をした直後、H29年度情報提供した方に電話勧奨</p> <p>●広報による周知</p> <p>●受診継続に向けての取り組み ・特定健診結果説明会での継続受診の必要性の周知</p> <p>●健康ポイント事業の周知により受診率上昇を目指す</p>																																																																																																																																										
<p>重症化予防対策</p> <p>●保健事業評価分析システム、評価表にて健診受診後の受療行動の把握(HbA1c、血圧)</p> <p>●二次健診の要請 メタボ該当者・積極的支援対象者については、頭部エコー・糖負荷検査の実施、HbA1c6.5%以上、積極的支援対象者については微量アルブミン尿検査の実施</p> <p>●糖尿病教室 ●糖尿病相談会 ●地区担当保健師と管理栄養士が重症化予防対象者への保健指導・栄養指導を実施</p> <p>●メタボ該当者・積極的支援対象者については、二次健診実施</p>	<p>●訪問による勧奨 H30～医療情報収集事業の取組 (通知による勧奨が提供がなかった場合、H29年度情報提供書提出者・検査結果提出者に)医療機関で治療中の方に訪問</p> <p>●通知による勧奨、前期高齢者の説明時に勧奨 ・年度末に個別に特定健診の案内(1回) ・医療機関で治療中の方に医療情報収集事業(情報提供表)の勧奨(8月) ・過去5年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(3月) ・過去3年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(12月) ・生活習慣病で治療中の者にハガキで結果提出の勧奨(1月)</p> <p>●電話による勧奨 ・昨年度・集団健診受診者で、今年度申し込みのない方に電話勧奨 ・(通知だけで提供がないと思われるので)医療情報収集の通知をした直後、H29年度情報提供した方に電話勧奨</p> <p>●広報による周知</p> <p>●受診継続に向けての取り組み ・特定健診結果説明会での継続受診の必要性の周知</p> <p>●健康ポイント事業の周知により受診率上昇を目指す</p>	<p>受診率の増加に伴い、有所見者も年々多くなっている。 HbA1c6.5%以上、血圧高血圧以上の者も多いため、治療中であってもHbA1cが高い者が多く、医療と連携した取り組みが課題。 重症化する血圧以上血圧、HbA1c8.0%以上の未治療者に対するの啓発活動が結果説明会だけの活動になつており、レセプトの確認、再動員までできていない。評価が曖昧のまま終わっている。 糖尿病管理台帳が活用できていない。過去に健診受診した方がどうなるか、把握ができておらず、そのまゝになつて、個々の数値の変化を見ている。効果指標がわかりにくい。</p> <p>重症化予防対象者については、単年度の健診結果で抽出しているが、経年の状況や個々の数値の変化等からも見ていく必要がある。 保健指導等において、対象者に見合った目的の設定、指導教材の選択されているかがわからない。 個々の担当者に任されている。</p>	<p>●保健事業評価分析システム、評価表にて健診受診後の受療行動の把握(HbA1c、血圧)</p> <p>●二次健診の要請 メタボ該当者・積極的支援対象者については、頭部エコー・糖負荷検査の実施、HbA1c6.5%以上、積極的支援対象者については微量アルブミン尿検査の実施</p> <p>●糖尿病教室 ●糖尿病相談会 ●地区担当保健師と管理栄養士が重症化予防対象者への保健指導・栄養指導を実施</p> <p>●メタボ該当者・積極的支援対象者については、二次健診実施</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>	<p>●訪問による勧奨 H30～医療情報収集事業の取組 (通知による勧奨が提供がなかった場合、H29年度情報提供書提出者・検査結果提出者に)医療機関で治療中の方に訪問</p> <p>●通知による勧奨、前期高齢者の説明時に勧奨 ・年度末に個別に特定健診の案内(1回) ・医療機関で治療中の方に医療情報収集事業(情報提供表)の勧奨(8月) ・過去5年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(3月) ・過去3年間特定健診受診者で、H29年度未受診者に勧奨(12月) ・生活習慣病で治療中の者にハガキで結果提出の勧奨(1月)</p> <p>●電話による勧奨 ・昨年度・集団健診受診者で、今年度申し込みのない方に電話勧奨 ・(通知だけで提供がないと思われるので)医療情報収集の通知をした直後、H29年度情報提供した方に電話勧奨</p> <p>●広報による周知</p> <p>●受診継続に向けての取り組み ・特定健診結果説明会での継続受診の必要性の周知</p> <p>●健康ポイント事業の周知により受診率上昇を目指す</p>																																																																																																																																										
<p>医療との連携</p> <p>●特定保健指導対象者については、健診結果説明会・栄養教室・運動教室の集団指導を実施</p> <p>●糖尿病相談会 ●地区担当保健師と管理栄養士が重症化予防対象者への保健指導・栄養指導を実施</p> <p>●メタボ該当者・積極的支援対象者については、二次健診実施</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>	<p>●訪問による勧奨 ・訪問326件のうち169人受診・ 提供 ●通知による勧奨 ・過去5年間: 674通のうち169人受診 ・過去3年間: 239通のうち20人受診 ・生活習慣病治療者: 615通のうち69人提供 ・健診時、前期高齢者時や来所で 84人提供</p>																																																																																																																																										