

有田町  
第2期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)



平成30年(2018年)3月

## 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)の基本的事項	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付け	1
3. 計画期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
5. 保険者努力支援制度	6
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察	7
2. 第2期計画における健康課題の明確化	16
3. 目標の設定	22
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	24
1. 第三期特定健診等実施計画について	24
2. 目標値の設定	24
3. 対象者の見込み	24
4. 特定健診の実施	24
5. 特定保健指導の実施	25
6. 個人情報の保護	29
7. 結果の報告	29
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	29
第4章 保健事業の内容	30
I 保健事業の方向性	30
II 重症化予防の取組	30
1. 糖尿病性腎症重症化予防	30
2. 虚血性心疾患重症化予防	38
3. 脳血管疾患重症化予防	42
III ポピュレーションアプローチ	47
第5章 地域包括ケアに係る取組	48
第6章 計画の評価・見直し	49
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	50
参考資料	51

# 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「保険者等」という。)が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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。

有田町においては、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を図られることを目的とする。

### 2. 計画の位置付け

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

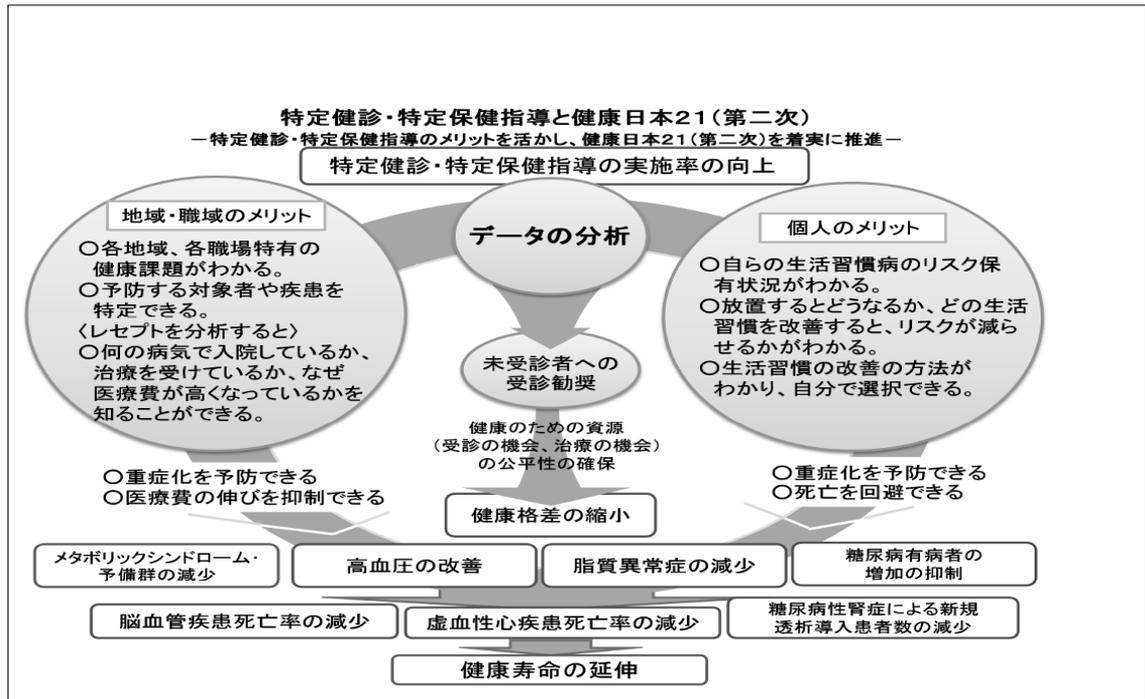
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、佐賀県保健医療計画や有田町健康プラン、佐賀県医療費適正化計画、有田町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表 1・2・3)

【図表1】

平成30年度に向けての構想図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進事業実施法とは、健康増進法、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6条、第9条 第6条(健康増進事業実施法)	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22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24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24年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業による保険給付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24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24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、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とするとともに、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し、その結果、社会生活の質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を重点とするとともに、糖尿病等を予防することができず、さらには重症化や合併症の発症を防止し、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るが、重症化の抑制を促進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を早期に発見し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするのを、効果的に実施するための指針である。	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組みについては、医療費がその支援の中心となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。被保険者の健康の維持増進により、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し、重症化の防止を旨としている。	国民皆保険を堅持し、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適正に増大しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療機関の連携を促進し、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る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>壮年期</b> )高齢期)に応じて	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者を迎える現役の青年期(壮年期)世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 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 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関連する項目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透析導入患者数) ③油断継続者の割合 ④血糖コントロール目標値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適切な栄養の摂取率 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、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の期間を除外する) 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) 健診受診率の受診率 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 列表 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 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて決定)
その他		<p>保険者努力支援制度</p> <p>↓</p> <p>【保険者努力支援制度度別】を減額し、保険料率決定</p> <p>↓</p> <p>保健事業支援・評価委員会(事務局: 国保連合会)による計画作成支援</p>			<p>保険者協議会(事務局: 国保連合会)を通じて、保険者との連携</p>	

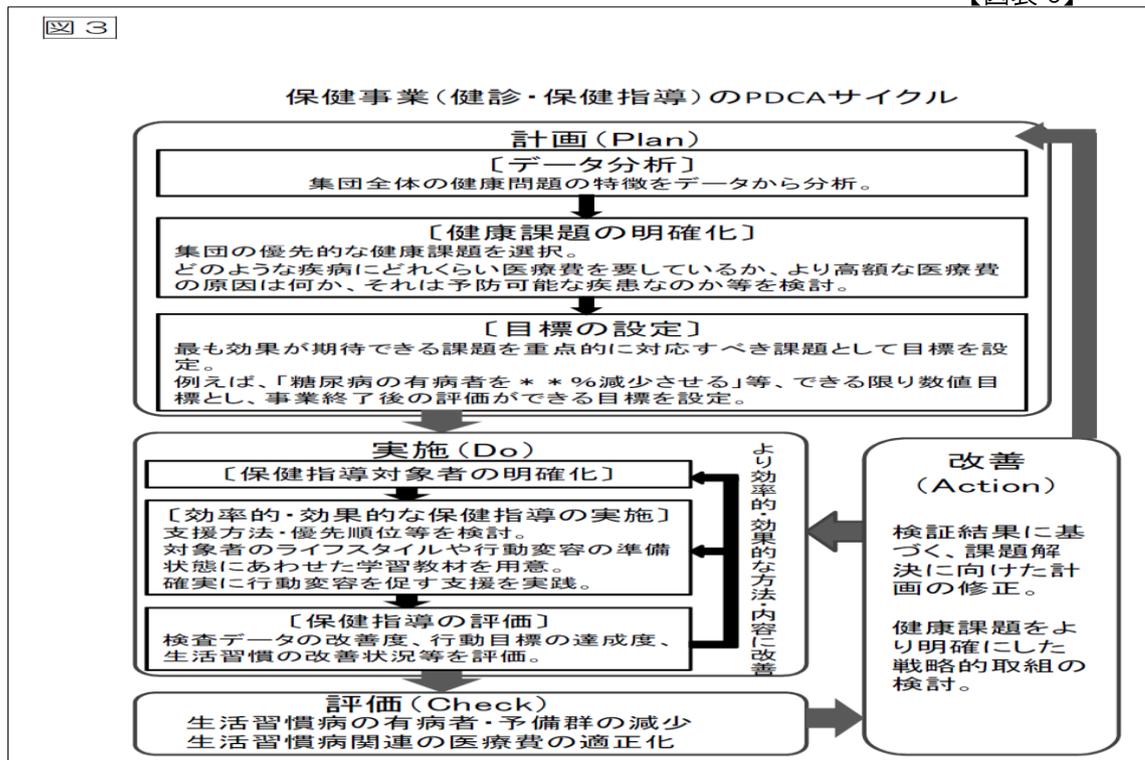
有田町  
健康プラン

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、佐賀県医療費適正化計画や第2次佐賀県健康増進計画や有田町健康プラン(第2期)とが、平成30年度から平成35年度(2023年)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(2023年)の6年間とする。

### 4.関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

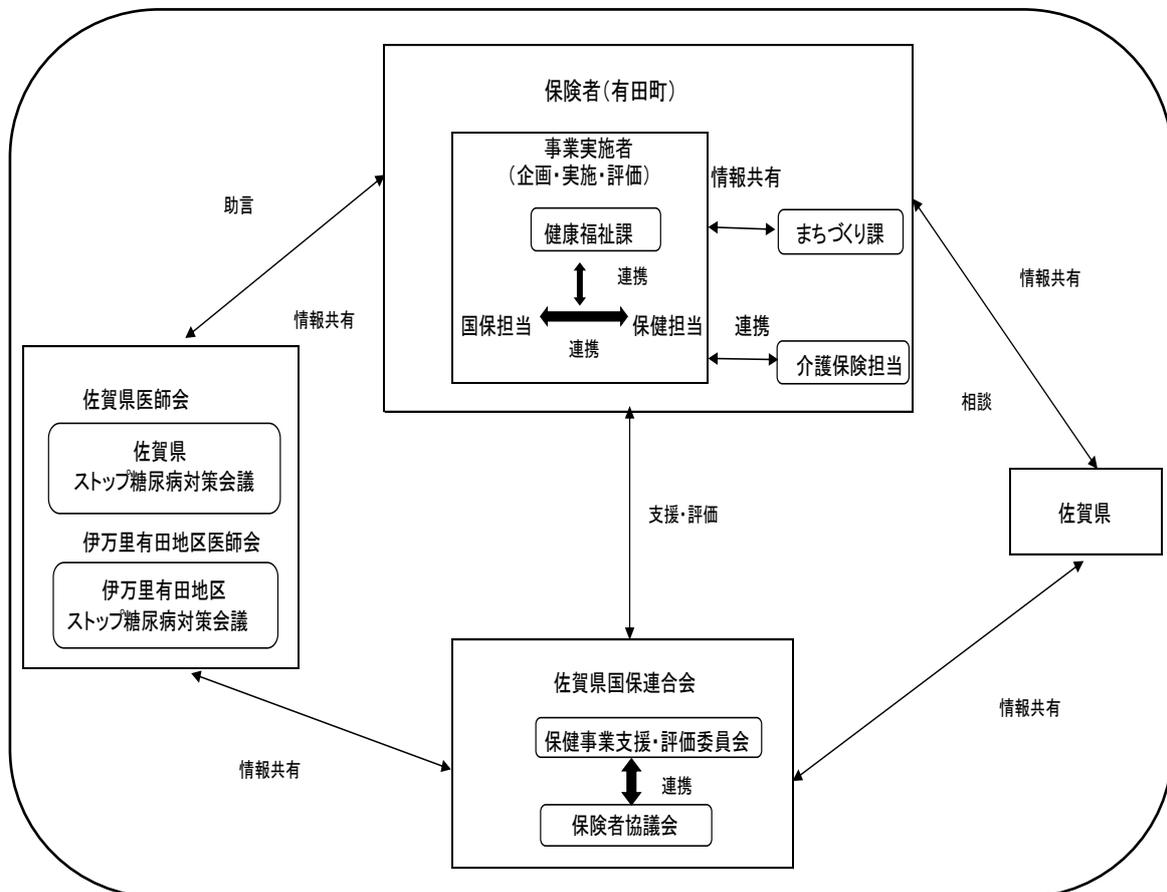
有田町においては、健康福祉課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、町一丸となって計画策定を進めていく。

なお、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

具体的には、健康福祉課の国保担当と保健担当が、事業の企画を行い、保健担当が実際の事業の実施及び評価を行う、介護保険担当は、健診や医療の情報を共有した上、その結果を踏まえた介護予防事業の実施を担う。まちづくり課とは、個人のインセンティブに関する連携を図る。(図表4)

有田町の実施体制図

【図表4】



## 2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成 30 年度から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、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

## 3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

## 5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

### 保険者努力支援制度

評価指標		2016年 (H28)配点	2017年 (H29)配点	2018年 (H30)配点	2018年 <参考>
総得点(満点)		345点	580点	850点	850点
交付額(万円)		345万円			
総得点(体制構築加点含む)		291点			
全国順位(1,741市町村中)		6位			
共通①	特定健診受診率	20			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通③	重症化予防の取り組み	40	70	100	(50)
	①対象者の抽出基準が明確				
	②かかりつけ医と連携				
	③専門職による保健指導				
	④事業評価				
	⑤糖尿病対策推進会議との連携				
	・全員に文書送付等、受診の有無確認、未受診者に面談				(25)
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価				(25)
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10	15	25	25
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人のインセンティブ提供	0	0	0	70
	・個人のポイント付与等取組、効果検証				(55)
	・商工部局、商店街等との連携				(15)
固有②	データヘルス計画の策定、取り組み	10	30	40	40
	・第1期計画の策定、PDCAに沿った事業実施				(5)
	・第2期策定に向けた取組				(35)
固有④	地域包括ケアの推進	0	9	13	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通⑥	後発医薬品等の促進の取組、使用割合	21	14	20	75
固有①	収納率向上	25	30	50	100
固有③	医療費通知の取組	10	15	25	25
固有⑤	第三者求償の取組	20	30	40	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			30	50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

#### 1) 第1期計画に係る評価

##### (1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別には、心臓病、脳疾患は減少しているが、腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病1.5倍、腎不全による死亡は1.8倍であった。

早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していた。また、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の減少、40～64歳の2号認定率の減少、それに伴う介護給付費の減少がみられた。

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もわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診率の増加を合わせて考えると、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、医療費分析における慢性腎不全(透析あり)は2倍も増えており、糖尿病性腎症重症化予防への取組は重要となる。(図表6・7)

【図表6】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた有田町の位置

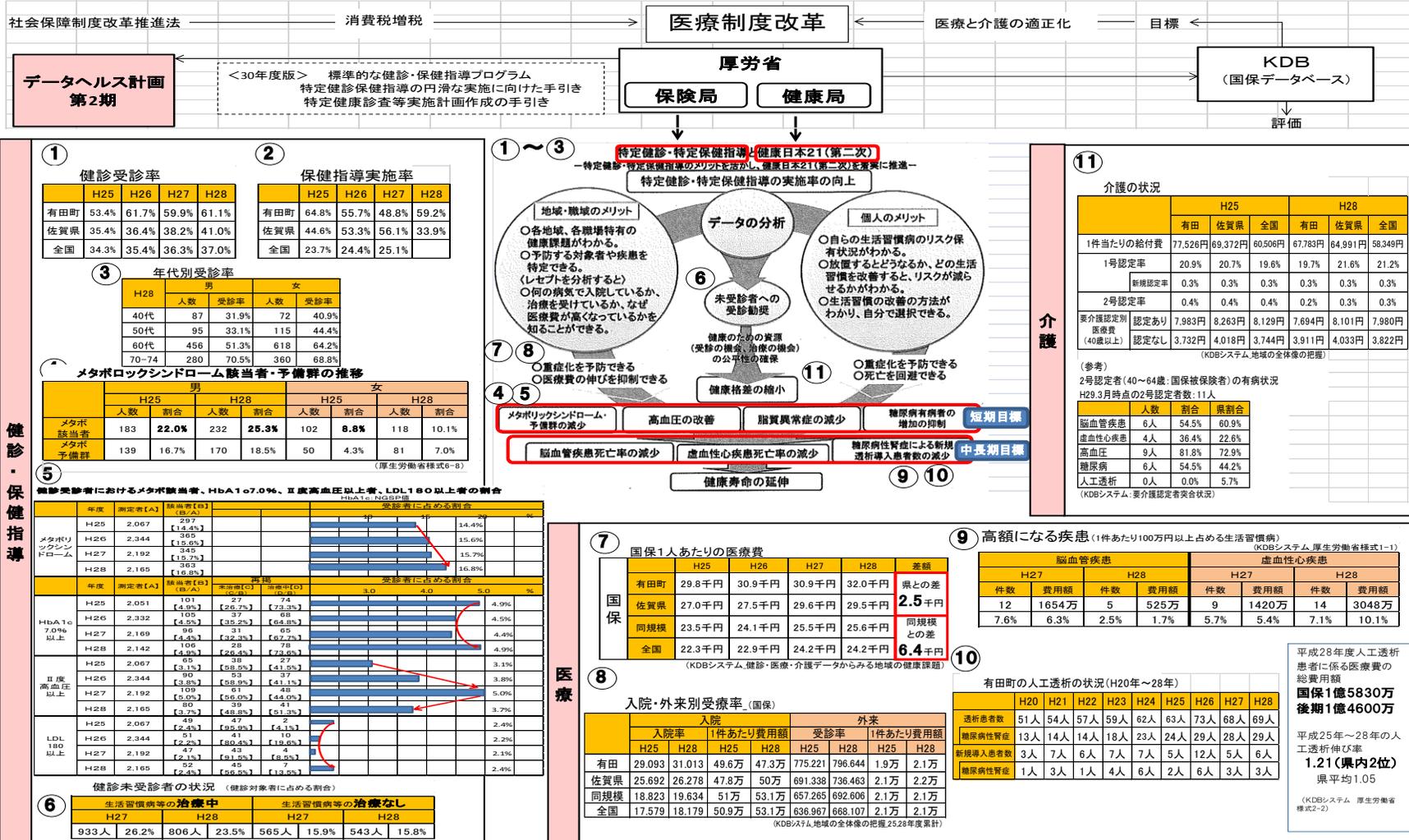
項目		H25		H28						データ元 (CSV)				
		有田町		有田町		同規模平均		県			国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合		
1	① 人口構成	総人口		20,869		20,869		4,840,962		842,408		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題
		65歳以上(高齢化率)		5,724	27.4	5,724	27.4	1,107,232	22.9	207,778	24.7	29,020,766	23.2	
		75歳以上		3,067	14.7	3,067	14.7			112,903	13.4	13,989,864	11.2	
		65～74歳		2,657	12.7	2,657	12.7			94,875	11.3	15,030,902	12.0	
		40～64歳		7,230	34.6	7,230	34.6			283,027	33.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下		7,915	37.9	7,915	37.9			351,603	41.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		4.2		4.2		6.2		9.5		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		34.9		34.9		28.8		24.2		25.2		
		第3次産業		60.9		60.9		65.0		66.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性		78.7		78.7		79.7		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.8		86.8		86.5		86.6		86.4				
④ 健康寿命	男性		64.6		64.6		65.4		65.2		65.2			
	女性		66.9		67.0		66.9		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		104.2		110.5		98.8		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性		94.1		88.1		98.9		97.0		100		
		女性		94.1		88.1		98.9		97.0		100		
		がん		71	50.7	83	54.6	13,676	49.0	2,798	51.0	367,905	49.6	
		心臓病		28	20.0	29	19.1	7,410	26.6	1,387	25.3	196,768	26.5	
		脳疾患		31	22.1	23	15.1	4,436	15.9	880	16.0	114,122	15.4	
		糖尿病		2	1.4	3	2.0	538	1.9	105	1.9	13,658	1.8	
		腎不全		4	2.9	8	5.3	920	3.3	174	3.2	24,763	3.3	
		自殺		4	2.9	6	3.9	924	3.3	141	2.6	24,294	3.3	
		② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計		35	14.1	10	8.8			363	9.7	136,944	
男性			28	21.5	5	8.3			238	12.8	91,123	13.5		
女性			7	5.9	5	9.3			125	6.9	45,821	7.2		

項目		H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
		有田町		有田町		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					
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,200	20.9	1,129	19.7	214,190	19.5	45,031	21.6	5,882,340	21.2			
		新規認定者		14	0.3	22	0.3	3,882	0.3	795	0.3	105,654	0.3			
		2号認定者		25	0.4	18	0.2	5,773	0.4	1,071	0.4	151,745	0.4			
	② 有病状況	糖尿病		275	21.7	253	21.9	50,596	22.6	10,102	21.6	1,343,240	21.9			
		高血圧症		691	54.8	737	63.9	116,354	52.3	27,709	59.6	3,085,109	50.5			
		脂質異常症		383	30.6	409	36.5	62,322	27.8	14,288	30.6	1,733,323	28.2			
		心臓病		883	70.6	840	73.2	132,584	59.7	31,748	68.5	3,511,354	57.5			
		脳疾患		390	31.3	386	33.2	59,279	26.8	14,788	32.0	1,530,506	25.3			
		がん		113	9.5	89	8.5	22,271	9.9	5,934	12.6	629,053	10.1			
		筋・骨格		750	59.2	750	64.0	114,209	51.3	28,210	60.6	3,051,816	49.9			
精神		538	42.5	555	48.3	79,819	35.7	20,630	44.3	2,141,880	34.9					
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		76,713		67,783		62,877		64,991		58,349					
	居宅サービス		50,454		47,764		40,725		46,286		39,683					
	施設サービス		284,997		264,462		277,662		282,959		281,115					
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	7,983		7,694		8,363		8,106		7,980					
	医療費(40歳以上)	認定なし	3,732		3,911		3,835		4,036		3,822					
4	① 国保の状況	被保険者数		5,470		4,911		1,197,997		205,156		32,587,223				
		65~74歳		2,042		37.3		2,171		44.2		80,173		39.1		
		40~64歳		2,057		37.6		1,595		32.5		69,726		34.0		
		39歳以下		1,371		25.1		1,145		23.3		55,257		26.9		
	加入率		26.2		23.5		25.1		24.4		26.9					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2		0.4		2		0.4		296		0.2		
		診療所数		18		3.3		19		3.9		2,970		2.5		
		病床数		260		47.5		260		52.9		53,431		44.6		
		医師数		37		6.8		36		7.3		8,940		7.5		
		外来患者数		775.2		796.6		692.6		736.5		668.3				
入院患者数		29.1		31.0		19.6		26.3		18.2						
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		29,871		県内7位 同規模5位		32,079		県内6位 同規模7位		25,607		29,594		24,253	
	受診率		804.313		827.574		712.277		762.742		686.501					
	外来	費用の割合		51.7		54.3		59.2		55.6		60.1				
		件数の割合		96.4		96.3		97.2		96.6		97.4				
	入院	費用の割合		48.3		45.7		40.8		44.4		39.9				
件数の割合		3.6		3.7		2.8		3.4		2.6						
1件あたり在院日数		18.2日		17.3日		15.8日		18.0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		244,216,230		21.1		221,587,080		20.0		25.1		21.4		25.6	
	慢性腎不全(透析あり)		68,845,730		6.0		138,969,470		12.5		9.3		11.0		9.7	
	糖尿病		101,708,550		8.8		94,931,680		8.6		10.1		8.4		9.7	
	高血圧症		118,144,990		10.2		85,576,410		7.7		8.8		7.8		8.6	
	精神		250,320,140		21.7		248,674,710		22.4		16.6		23.2		16.9	
筋・骨格		189,419,290		16.4		175,044,360		15.5		15.7		15.2				
⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数23 入院の( )内 は在院日数	入院	糖尿病		543,599		10位 (18)		551,388		9位 (16)						
		高血圧		619,370		3位 (17)		497,723		21位 (17)						
		脂質異常症		573,779		2位 (20)		471,309		15位 (19)						
		脳血管疾患		642,639		5位 (19)		563,983		17位 (17)						
		心疾患		717,377		2位 (15)		533,362		14位 (14)						
	外来	腎不全		524,028		21位 (16)		442,229		21位 (11)						
		精神		433,400		11位 (26)		426,067		20位 (25)						
		悪性新生物		658,043		5位 (14)		577,745		20位 (14)						
		糖尿病		32,974		18位		36,372		8位						
		高血圧		27,500		16位		28,360		17位						
脂質異常症		21,913		23位		24,784		19位								
脳血管疾患		34,419		16位		37,526		10位								
心疾患		41,632		12位		53,515		2位								
腎不全		158,426		22位		203,372		8位								
精神		29,463		19位		34,533		2位								
悪性新生物		48,217		10位		60,770		3位								
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	健診受診者	5,793		5,966		2,673		3,157		2,065					
		健診未受診者	10,249		11,129		12,504		13,146		12,683					
	生活習慣病対象者	健診受診者	13,424		13,836		7,298		8,147		5,940					
		健診未受診者	23,748		25,808		34,143		33,922		36,479					
⑦ 健診・レセ 実合	受診勧奨者		996		50.1		1,047		50.2		186,267		56.4			
	医療機関受診率		936		47.1		974		46.7		171,291		51.9			
	医療機関非受診率		60		3.0		73		3.5		14,976		4.5			
										29,346		53.2				
										27,024		48.9				
										3,799,744		51.6				
										316,786		4.3				

項目		H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
		有田町		有田町		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					
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数23	①	健診受診者	1,988		2,086		329,973		55,213		7,362,845	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		②	受診率	52.0	県内4位 同規模15位	60.7	県内1位 同規模2位	39.6	40.2	全国13位	34.0					
		③	特定保健指導終了者(実施率)	114	64.8	72	37.3	3438	8.5	1,400	21.4	35,557		4.1		
		④	非肥満高血糖	148	7.4	158	7.6	33,794	10.2	4,452	8.1	687,157		9.3		
		⑤	メタボ	該当者	285	14.3	350	16.8	58,303	17.7	9,213	16.7		1,272,714	17.3	
				男性	183	22.0	232	25.2	39,754	27.5	6,168	25.2		875,805	27.5	
				女性	102	8.8	118	10.1	18,549	10.0	3,045	9.9		396,909	9.5	
				予備群	189	9.5	252	12.1	35,610	10.8	6,806	12.3		790,096	10.7	
		⑥		男性	139	16.7	171	18.6	24,589	17.0	4,495	18.4		548,609	17.2	
				女性	50	4.3	81	6.9	11,021	5.9	2,311	7.5		241,487	5.8	
		⑦	メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	515	25.9	664	31.8	105,603	32.0	18,729		33.9	2,320,533	31.5
		男性			350	42.1	442	48.1	72,052	49.9	12,377	50.6		1,597,371	50.1	
		女性		165	14.3	222	19.0	33,551	18.1	6,352	20.6	723,162		17.3		
		⑧		BMI	総数	96	4.8	85	4.1	15,802	4.8	2,208		4.0	346,181	4.7
					男性	10	1.2	11	1.2	2,382	1.6	351		1.4	55,460	1.7
					女性	86	7.4	74	6.3	13,420	7.2	1,857		6.0	290,721	7.0
		⑨			血糖のみ	10	0.5	13	0.6	2,430	0.7	587		1.1	48,685	0.7
		⑩			血圧のみ	134	6.7	181	8.7	24,544	7.4	4,413		8.0	546,667	7.4
		⑪			脂質のみ	45	2.3	58	2.8	8,636	2.6	1,806		3.3	194,744	2.6
⑫		血糖・血圧		39	2.0	51	2.4	9,715	2.9	1,581	2.9	196,978	2.7			
⑬		血糖・脂質		14	0.7	16	0.8	3,376	1.0	658	1.2	69,975	1.0			
⑭		血圧・脂質		143	7.2	165	7.9	27,313	8.3	4,392	8.0	619,684	8.4			
⑮		血糖・血圧・脂質		89	4.5	118	5.7	17,899	5.4	2,582	4.7	386,077	5.2			
6	生活習慣の 状況	①		服薬	高血圧	740	37.2	805	38.6	112,638	34.2	18,118	32.8	2,479,216	33.7	
				糖尿病	156	7.8	191	9.2	25,723	7.8	4,868	8.8	551,051	7.5		
				脂質異常症	541	27.2	587	28.1	76,839	23.3	12,500	22.6	1,738,149	23.6		
		②		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	112	5.6	115	5.5	10,317	3.2	620	1.6	230,777	3.3	
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	133	6.7	121	5.8	18,529	5.8	853	2.2	391,296	5.5	
					腎不全	11	0.6	11	0.5	2,296	0.7	304	0.8	37,041	0.5	
			貧血		277	13.9	334	16.0	30,853	9.7	3,356	8.4	710,650	10.1		
		③		喫煙	250	12.6	296	14.2	44,224	13.4	7,919	14.3	1,048,171	14.2		
		④		週3回以上朝食を抜く	138	6.9	164	7.9	20,748	7.1	4,713	8.8	540,374	8.5		
		⑤		週3回以上食後間食	227	11.4	247	11.9	32,113	11.0	6,239	11.6	743,581	11.8		
		⑥		週3回以上就寝前夕食	166	8.4	214	10.3	43,130	14.6	6,201	11.5	983,474	15.4		
		⑦		食べる速度が速い	500	25.2	558	26.7	73,435	25.2	15,248	28.3	1,636,988	25.9		
		⑧		20歳時体重から10kg以上増加	622	31.3	668	32.0	95,681	32.4	17,855	33.2	2,047,756	32.1		
		⑨		1回30分以上運動習慣なし	1,187	59.7	1,144	54.9	169,920	57.8	34,038	63.3	3,761,302	58.7		
⑩		1日1時間以上運動なし	341	17.2	521	25.0	136,130	46.0	25,180	49.1	2,991,854	46.9				
⑪		睡眠不足	367	18.5	437	21.0	70,019	24.1	12,227	25.5	1,584,002	25.0				
⑫		毎日飲酒	519	26.1	557	26.7	77,040	24.4	13,421	24.9	1,760,104	25.6				
⑬		時々飲酒	435	21.9	444	21.3	65,382	20.7	11,043	20.4	1,514,321	22.0				
⑭	一日飲酒量	1合未満	514	52.7	545	52.5	138,321	65.4	14,158	53.8	3,118,433	64.1				
		1~2合	329	33.7	364	35.1	49,631	23.5	8,833	33.5	1,158,318	23.8				
		2~3合	115	11.8	112	10.8	18,608	8.8	2,702	10.3	452,785	9.3				
		3合以上	17	1.7	17	1.6	5,046	2.4	641	2.4	132,608	2.7				

【図表7】

有田町の実態(データヘルス計画第1期から第2期に向かって)



## (2) 中長期目標の達成状況

### ①介護給付費の状況(図表 8)

介護給付の変化について、25年度に比べて28年度の介護給付費、1件当たりの給付費は減り、減少額も同規模の減少額より大きい。しかし、1件当たり介護給付費は同規模平均よりも依然高く、有田町は居宅サービスが高く、在宅介護者が多いことがわかった。

【図表 8】

#### 介護給付費の変化

年度	有田町				同規模		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	20億388	77,526	51,002	285,390	65,193	41,572	283,169
H28年度	17億7192	67,783	47,764	264,462	62,901	40,743	277,659

### ②医療費の状況(図表 9)

医療費の変化について、総医療費全体の伸び率は、同規模に比べて減少率が低い。入院医療費の伸びは重症化の指標であると考えられるが、有田町の1人当たり入院医療費の伸びは同規模に比べて低く抑えることができた。

【図表 9】

#### 医療費の変化

項目		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	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費(円)	H25年度	19億8060万			9億5713万				10億2347万				
	H28年度	19億2519万	△5,541万	-2.79	-6.62	8億8059万	△7,654万	-7.99	-6.74	10億4459万	△2,112万	-2.06	-6.54
1人当たり医療費(円)	H25年度	29,871			14,435				15,436				
	H28年度	32,079	2,208	7	-13.19	14,675	240	1.66	8.52	17,408	1,972	12.77	8.75

※KDB一人当たりの医療費は、月平均の表示となる

### ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 10)

有田町の25年度に比べて28年度を疾患別にみると、脳梗塞・脳出血疾患に係る医療費割合は減少しているものの、慢性腎不全(透析)、虚血性心疾患に係る費用が増加していることがわかった。慢性腎不全(透析)、虚血性心疾患のリスクファクターとなる糖尿病と脂質異常症に係る費用割合が増えている。

中長期・短期目標疾患の医療費に占める割合は、全国等と比べると依然高く、一人当たり医療費は全国に比べ、約8,000円も多くかかっている。

【図表 10】

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

	市町村名	総医療費(円)	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(円)		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額(円)	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(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25年度	有田町	19億8060万	29,871	5位	7位	3.48%	0.38%	2.72%	2.15%	4.94%	5.95%	3.78%	4億6340万	23.40%	12.38%	12.61%	9.39%
		19億2519万	32,082	6位	6位	7.22% ↑	0.23%	1.22% ↓	2.64% ↑	4.94% ↑	4.45%	3.22% ↑	4億6061万	23.93%	11.51%	12.91%	9.10%
H28年度	県	746億1405万	29,593	--	--	6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	164億8214万	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%
	国	9兆6879億6826万	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2399億993万	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分析結果

【出典】

◆「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

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 11)

虚血性心疾患を軸にみると、人工透析を合併している者が増えている。また、基礎疾患に高血圧を併せ持つ者は減っているが、糖尿病、脂質異常症が増えている。脳血管疾患を軸にみると、虚血性心疾患や人工透析を併せ持つ者の割合が高くなっており、64歳以下の者の基礎疾患で高血圧が増えている。

人工透析を軸にみると、3年間で4人も増えており、基礎疾患としては高血圧と、脂質異常症が増えている。

【図表 11】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,562	237	4.3%	62	26.2%	8	3.4%	180	75.9%	97	40.9%	156	65.8%
	64歳以下	3,609	77	2.1%	14	18.2%	5	6.5%	55	71.4%	28	36.4%	45	58.4%
	65歳以上	1,953	160	8.2%	48	30.0%	3	1.9%	125	78.1%	69	43.1%	111	69.4%
H28	全体	5,086	216	4.2%	62	28.7%	11	5.1%	101	46.8%	178	82.4%	158	73.1%
	64歳以下	2,894	43	1.5%	8	18.6%	3	7.0%	24	55.8%	33	76.7%	30	69.8%
	65歳以上	2,192	173	7.9%	54	31.2%	8	4.6%	77	44.5%	145	83.8%	128	74.0%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,562	296	5.3%	62	20.9%	8	2.7%	215	72.6%	110	37.2%	175	59.1%
	64歳以下	3,609	71	2.0%	14	19.7%	4	5.6%	45	63.4%	29	40.8%	34	47.9%
	65歳以上	1,953	225	11.5%	48	21.3%	4	1.8%	170	75.6%	81	36.0%	141	62.7%
H28	全体	5,086	269	5.3%	62	23.0%	12	4.5%	208	77.3%	106	39.4%	166	61.7%
	64歳以下	2,894	47	1.6%	8	17.0%	4	8.5%	36	76.6%	18	38.3%	24	51.1%
	65歳以上	2,192	222	10.1%	54	24.3%	8	3.6%	172	77.5%	88	39.6%	142	64.0%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,562	23	0.4%	8	34.8%	8	34.8%	21	91.3%	12	52.2%	5	21.7%
	64歳以下	3,609	10	0.3%	4	40.0%	5	50.0%	9	90.0%	5	50.0%	1	10.0%
	65歳以上	1,953	13	0.7%	4	30.8%	3	23.1%	12	92.3%	7	53.8%	4	30.8%
H28	全体	5,086	27	0.5%	12	44.4%	11	40.7%	26	96.3%	13	48.1%	11	40.7%
	64歳以下	2,894	8	0.3%	4	50.0%	3	37.5%	8	100.0%	4	50.0%	4	50.0%
	65歳以上	2,192	19	0.9%	8	42.1%	8	42.1%	18	94.7%	9	47.4%	7	36.8%

人工透析のうち糖尿病のレセプト分析で割合をみると、2.0%から2.2%と増えている。

【図表 12】

糖尿病のレセプト分析(厚労省様式3-2)

	H25.5月	H26.7月	H27.7月	H28.7月	H29.7月
人工透析人数	12人	12人	14人	13人	12人
割合(%)	2.0	2.0	2.3	2.2	2.2

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2~3-4)(図表 13)

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合は、すべて増加している。特に、糖尿病と高血圧の合併者割合が増えている背景により、糖尿病性腎症や人工透析が増えてしまった。

糖尿病 64 歳以下の患者割合は減っているが、インスリン治療者割合が増えていることより、特に壮年罹患患者においては重症化に進みやすい状況になっているため、個人個人に丁寧に関わることが重要である。

【図表 13】

厚労省様式 様式3-2	被保険者数	短期的な目標								中長期的な目標								
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		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	5,562	606	10.9%	38	6.3%	374	61.7%	406	67.0%	97	16.0%	110	18.2%	12	2.0%	37	6.1%
	64歳以下	3,609	202	5.6%	11	5.4%	118	58.4%	133	65.8%	28	13.9%	29	14.4%	5	2.5%	12	5.9%
	65歳以上	1,953	404	20.7%	27	6.7%	256	63.4%	273	67.6%	69	17.1%	81	20.0%	7	1.7%	25	6.2%
H28	全体	5,086	591	11.6%	56	9.5%	414	70.1%	405	68.5%	101	17.1%	106	17.9%	13	2.2%	45	7.6%
	64歳以下	2,894	144	5.0%	20	13.9%	91	63.2%	90	62.5%	24	16.7%	18	12.5%	4	2.8%	10	6.9%
	65歳以上	2,192	447	20.4%	36	8.1%	323	72.3%	315	70.5%	77	17.2%	88	19.7%	9	2.0%	35	7.8%

厚労省様式 様式3-3	被保険者数	短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		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	5,562	1,252	22.5%	374	29.9%	679	54.2%	180	14.4%	215	17.2%	21	1.7%
	64歳以下	3,609	415	11.5%	118	28.4%	187	45.1%	55	13.3%	45	10.8%	9	2.2%
	65歳以上	1,953	837	42.9%	256	30.6%	492	58.8%	125	14.9%	170	20.3%	12	1.4%
H28	全体	5,086	1,324	26.0%	414	31.3%	784	59.2%	178	13.4%	208	15.7%	26	2.0%
	64歳以下	2,894	323	11.2%	91	28.2%	160	49.5%	33	10.2%	36	11.1%	8	2.5%
	65歳以上	2,192	1,001	45.7%	323	32.3%	624	62.3%	145	14.5%	172	17.2%	18	1.8%

厚労省様式 様式3-4	被保険者数	短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		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	5,562	1,153	20.7%	406	35.2%	679	58.9%	156	13.5%	175	15.2%	5	0.4%
	64歳以下	3,609	381	10.6%	133	34.9%	187	49.1%	45	11.8%	34	8.9%	1	0.3%
	65歳以上	1,953	772	39.5%	273	35.4%	492	63.7%	111	14.4%	141	18.3%	4	0.5%
H28	全体	5,086	1,141	22.4%	405	35.5%	784	68.7%	158	13.8%	166	14.5%	11	1.0%
	64歳以下	2,894	284	9.8%	90	31.7%	160	56.3%	30	10.6%	24	8.5%	4	1.4%
	65歳以上	2,192	857	39.1%	315	36.8%	624	72.8%	128	14.9%	142	16.6%	7	0.8%

②健診結果におけるリスクの経年変化（図表 14）

有所見者割合では、男女とも共通してBMI、腹囲、クレアチニンの異常者が増え、メタボリックシンドローム予備群・該当者も増えているため、内臓脂肪の蓄積による血管内皮機能低下が懸念される。メタボリックシンドロームの男性は高血圧が一番の問題である。メタボリックシンドロームの女性は、すべての基礎疾患保有者割合が増え、さらにリスクが重なり合っているため、特定保健指導の質と力量を高めなければ健康課題は解決しない。

【図表 14】

健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7)

☆No.23帳票

		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	
H25	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													
	合計	179	21.5	351	42.1	208	25.0	174	20.9	56	6.7	218	26.2	484	58.1	138	16.6	393	47.2	263	31.6	363	43.6	17	2.0	
	40-64	80	23.5	147	43.2	97	28.5	89	26.2	31	9.1	80	23.5	165	48.5	65	19.1	133	39.1	139	40.9	166	48.8	1	0.3	
	65-74	99	20.1	204	41.4	111	22.5	85	17.2	25	5.1	138	28.0	319	64.7	73	14.8	260	52.7	124	25.2	197	40.0	16	3.2	
H28	合計	218	23.1	441	48.0	213	23.2	194	21.1	77	8.4	250	27.2	496	54.0	151	16.4	450	49.0	258	28.1	370	40.3	28	3.1	
	40-64	83	27.9	140	47.1	85	28.6	73	24.6	26	8.8	58	19.5	117	39.4	67	22.6	120	40.4	93	31.3	136	45.8	2	0.7	
	65-74	135	21.7	301	48.5	128	20.6	121	19.5	51	8.2	192	30.9	379	61.0	84	13.5	330	53.1	165	26.6	234	37.7	26	4.2	

		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
H25	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												
	合計	241	20.8	165	14.3	176	15.2	114	9.9	19	1.6	204	17.6	699	60.5	20	1.7	459	39.7	213	18.4	621	53.7	4	0.3
	40-64	90	21.4	56	13.3	60	14.3	48	11.4	8	1.9	45	10.7	213	50.6	8	1.9	121	28.7	85	20.2	246	58.4	0	0.0
	65-74	151	20.5	109	14.8	116	15.8	66	9.0	11	1.5	159	21.6	486	66.1	12	1.6	338	46.0	128	17.4	375	51.0	4	0.5
H28	合計	255	21.9	222	19.1	153	13.1	110	9.5	21	1.8	183	15.7	632	54.3	30	2.6	442	38.0	201	17.3	631	54.2	6	0.5
	40-64	75	20.4	63	17.2	43	11.7	39	10.6	7	1.9	35	9.5	149	40.6	10	2.7	98	26.7	71	19.3	194	52.9	0	0.0
	65-74	180	22.6	159	19.9	110	13.8	71	8.9	14	1.8	148	18.6	483	60.6	20	2.5	344	43.2	130	16.3	437	54.8	6	0.8

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

		健診受診者		腹囲のみ		予備軍						該当者											
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		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		
H25	男性	832	44.7	28	3.4%	139	16.7%	9	1.1%	100	12.0%	30	3.6%	183	22.0%	32	3.8%	11	1.3%	84	10.1%	56	6.7%
	40-64	340	35.0	14	4.1%	63	18.5%	4	1.2%	40	11.8%	19	5.6%	70	20.6%	15	4.4%	7	2.1%	33	9.7%	15	4.4%
	65-74	492	55.4	14	2.8%	76	15.4%	5	1.0%	60	12.2%	11	2.2%	113	23.0%	17	3.5%	4	0.8%	51	10.4%	41	8.3%
H28	合計	919	54.6	39	4.2%	171	18.6%	8	0.9%	130	14.1%	33	3.6%	232	25.2%	39	4.2%	10	1.1%	101	11.0%	82	8.9%
	40-64	298	40.4%	16	5.4%	54	18.1%	2	0.7%	34	11.4%	18	6.0%	71	23.8%	11	3.7%	5	1.7%	35	11.7%	20	6.7%
	65-74	621	65.7%	23	3.7%	117	18.8%	6	1.0%	96	15.5%	15	2.4%	161	25.9%	28	4.5%	5	0.8%	66	10.6%	62	10.0%

		健診受診者		腹囲のみ		予備軍						該当者											
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		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		
H25	女性	1,156	59.0	13	1.1%	50	4.3%	1	0.1%	34	2.9%	15	1.3%	102	8.8%	7	0.6%	3	0.3%	59	5.1%	33	2.9%
	40-64	421	48.5	9	2.1%	17	4.0%	0	0.0%	9	2.1%	8	1.9%	30	7.1%	3	0.7%	0	0.0%	19	4.5%	8	1.9%
	65-74	735	67.3	4	0.5%	33	4.5%	1	0.1%	25	3.4%	7	1.0%	72	9.8%	4	0.5%	3	0.4%	40	5.4%	25	3.4%
H28	合計	1167	66.6%	23	2.0%	81	6.9%	5	0.4%	51	4.4%	25	2.1%	118	10.1%	12	1.0%	6	0.5%	64	5.5%	36	3.1%
	40-64	371	57.1%	16	4.3%	22	5.9%	3	0.8%	11	3.0%	8	2.2%	26	7.0%	5	1.3%	3	0.8%	11	3.0%	7	1.9%
	65-74	796	72.2%	7	0.9%	59	7.4%	2	0.3%	40	5.0%	17	2.1%	92	11.6%	7	0.9%	3	0.4%	53	6.7%	29	3.6%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 15）

特定健診受診率が増加しているが、特定保健指導率は減少している。

医療機関受診率が同規模に比べ低いので、重症化予防のためには、保健指導を徹底し、特に重症化に陥りやすい要医療者を医療機関の受診に結びつけなければならない。

【図表 15】

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	終了率数	実施率	医療機関受診率	
								有田町	同規模平均
H25年度	3,728	1,989	53.4	16位	176	114	64.8	47.1%	51.6%
H28年度	3,410	2,083	61.1	3位	191	113	↓ 59.2	46.7%	52.1%

2) 第1期に係る考察

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

取り組みの入口になる特定健診の受診状況では、受診率はほぼ目標を達成することができた。受診者の中には、すでに治療中の方々も多いという背景がありはするが、透析患者数及び医療費が増加し、また、短期目標ターゲット疾患の患者割合がほとんどのリスクで増加してしまい大きな問題が残った。

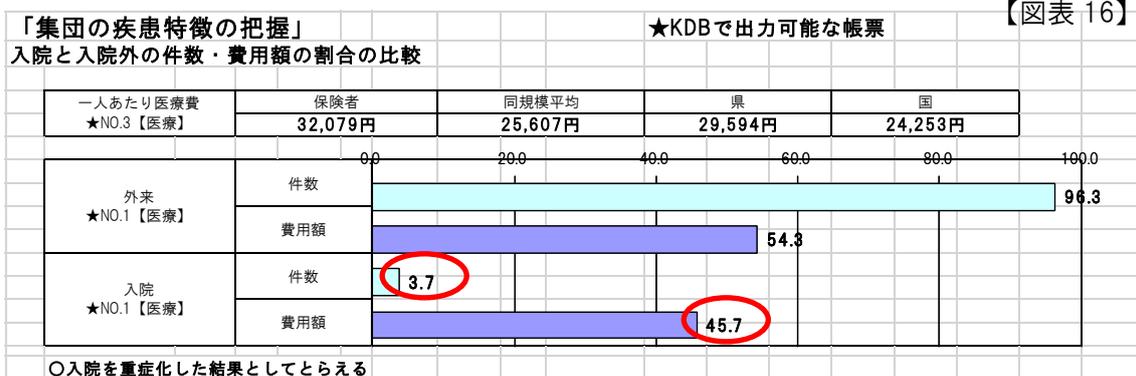
医療費適正化と健康格差の是正のためには、住民一人ひとりが自分の生活習慣の問題に気づき、行動変容と自己管理が行えるように支援していかなければならない。そのためには、訪問指導によるより丁寧な個別アプローチや、医療機関との連携にしっかりと取り組むことが重要で、今後の課題である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表16)

平成28年度の有田町の入院件数は3.7%で、費用額全体の45.7%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率的である。



#### (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17)

生活習慣病のうち脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、高血圧、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症は予防可能な疾患である。中でも虚血性心疾患の医療費は、総額3,955万円、一人当たり月額208万円もかかっている。脳血管疾患では、総額1,761万円、一人当たり月額146万円もかかっており、この心脳血管疾患は長期入院や介護にもつながっていく。人工透析は一度導入になると長期間におよび高額な医療費を要する。

社会保障費の安定化と健康格差の是正のためには、高血圧、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症などの基礎疾患の重症化予防にターゲットを絞って住民3支援に向かわなければならない。

【図表17】

#### 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト	(28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 (100万円以上レセ)	件数	197件	12件 6.1%	19件 9.6%	--
		費用額	3億0212万円	1761万円 5.8%	3955万円 13.1%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	546件	27件 4.9%	38件 7.0%	--
		費用額	2億3476万円	1356万円 5.8%	1725万円 7.3%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	380件	124件 32.6%	149件 39.2%	160件 42.1%
		費用額	1億5832万円	5201万円 32.9%	5912万円 37.3%	7020万円 44.3%

厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	2,233人	269人 12.0%	216人 9.7%	45人 2.0%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	208人 77.3%	178人 82.4%	38人 84.4%
			糖尿病	106人 39.4%	101人 46.8%	45人 100%
			脂質異常症	166人 61.7%	158人 73.1%	32人 71.1%
		高血圧症	1,324人 59.3%	591人 26.5%	1,141人 51.1%	231人 10.3%
		糖尿病	591人 26.5%	1,141人 51.1%	231人 10.3%	

○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 18）

介護認定者における平成 28 年度のレセプト分析では、血管疾患を有するものが 94.7%であり、筋・骨格疾患の 93.3%を上回っていた。2 号認定者では腎不全を有している者が 65～74 歳よりも高く、糖尿病性腎症が問題であることが分かる。また、2 号認定者及び 65～74 歳の 1 号認定者で年齢が低いものほど、認知症や筋・骨格系疾患より血管疾患を有して介護認定を受けている実態であった。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 18】

何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数	7,230人		2,657人		3,067人		5,724人		12,954人			
認定者数	18人		86人		1,043人		1,129人		1,147人				
	認定率		0.25%		3.2%		34.0%		19.7%				
新規認定者数（※1）		1人		15人		116人		131人		132人			
介護度別人数	要支援1・2		3	16.7%	42	48.8%	285	27.3%	327	29.0%	330	28.8%	
	要介護1・2		5	27.8%	24	27.9%	430	41.2%	454	40.2%	459	40.0%	
	要介護3～5		10	55.6%	20	23.3%	328	31.4%	348	30.8%	358	31.2%	
要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）		18		86		1,043		1,129		1,147		
再）国保・後期		15		65		1,018		1,083		1,098			
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病		
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	
	循環器疾患	1	脳卒中	8	53.3%	35	53.8%	542	53.2%	577	53.3%	585	53.3%
		2	虚血性心疾患	5	33.3%	21	32.3%	361	35.5%	382	35.3%	387	35.2%
		3	腎不全	2	13.3%	4	6.2%	109	10.7%	113	10.4%	115	10.5%
		4	糖尿病合併症	1	6.7%	8	12.3%	87	8.5%	95	8.8%	96	8.7%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		12		59		942		1,001		1,013		
	血管疾患 合計		13		90.8%		95.1%		94.8%		94.7%		
	認知症		1		12		490		502		503		
	筋・骨格疾患		11		57		956		1,013		1,024		
再）国保・後期		15		65		1,018		1,083		1,098			

\*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護実合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

\*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2000	4000	6000	8000	10000	円
要介護認定者医療費 (40歳以上)	7694						
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3911						

2) 健診受診者の実態 (図表 19・20)

有田町は、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、内臓脂肪が多い傾向がみられる。健診結果の有所見状況は、特にクレアチニン異常者の割合が全国の2倍近くあり、内臓脂肪の問題に糖尿病や高血圧、尿酸の背景も重なり、血管内皮機能低下(※)者が多いと推測される。

【図表 19】

平成28年度 健診データのうち有所見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 (概票)

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	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	7,235	29.6	12,377	50.6	6,264	25.6	4,786	19.6	2,007	8.2	8,128	33.3	16,674	68.2	4,833	19.8	10,240	41.9	4,375	17.9	11,187	45.8	478	2.0	
保険者	合計	2,111	23.7	4,444	48.1	213	23.2	194	21.1	77	8.4	250	27.2	496	54.0	151	16.4	451	49.1	259	28.2	370	40.3	81	3.0
	40-64	83	27.9	141	47.3	85	28.5	73	24.5	26	8.7	58	19.5	117	39.3	67	22.5	121	40.6	94	31.5	136	45.6	2	0.7
	65-74	135	21.7	301	48.5	128	20.6	121	19.5	51	8.2	192	30.9	379	61.0	84	13.5	330	53.1	165	26.6	234	37.7	26	4.2

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		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	6,633	21.6	6,352	20.6	4,252	13.8	2,670	8.7	535	1.7	6,526	21.2	22,711	73.8	732	2.4	10,959	35.6	3,226	10.5	17,519	56.9	82	0.3	
保険者	合計	256	21.9	224	19.0	153	13.1	111	9.5	21	1.8	184	15.8	632	54.2	30	2.6	443	38.0	221	17.3	633	54.2	6	0.5
	40-64	76	20.5	64	17.3	43	11.6	40	10.8	7	1.9	36	9.7	150	40.4	10	2.7	99	26.7	72	19.4	197	53.1	0	0.0
	65-74	180	22.6	158	19.8	110	13.8	71	8.9	14	1.8	148	18.6	482	60.6	20	2.5	344	43.2	130	16.3	436	54.8	6	0.8

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 20】

平成28年度 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 (概票)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		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			
保険者	合計	919	54.6	39	4.2%	171	18.6%	8	0.9%	130	14.1%	33	3.6%	232	25.2%	39	4.2%	10	1.1%	101	11.0%	82	8.9%
	40-64	298	40.4	16	5.4%	54	18.1%	2	0.7%	34	11.4%	18	6.0%	71	23.8%	11	3.7%	5	1.7%	35	11.7%	20	6.7%
	65-74	621	65.7	23	3.7%	117	18.8%	6	1.0%	96	15.5%	15	2.4%	161	25.9%	28	4.5%	5	0.8%	66	10.6%	62	10.0%

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		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			
保険者	合計	1,167	66.6	23	2.0%	81	6.9%	5	0.4%	5	4.4%	25	2.1%	118	10.1%	12	1.0%	0.5%	6	5.5%	36	3.1%	
	40-64	371	57.1	16	4.3%	22	5.9%	3	0.8%	11	3.0%	8	2.2%	26	7.0%	5	1.3%	3	0.8%	11	3.0%	7	1.9%
	65-74	796	72.2	7	0.9%	59	7.4%	2	0.3%	40	5.0%	17	2.1%	92	11.6%	7	0.9%	3	0.4%	53	6.7%	29	3.6%

※血管内皮機能低下とは

高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、慢性腎臓病、動脈硬化性疾患などが原因で、血管内皮の機能の一部である炎症を抑える作用や、凝固、止血調整、収縮・弛緩機能など様々な機能が低下すること。

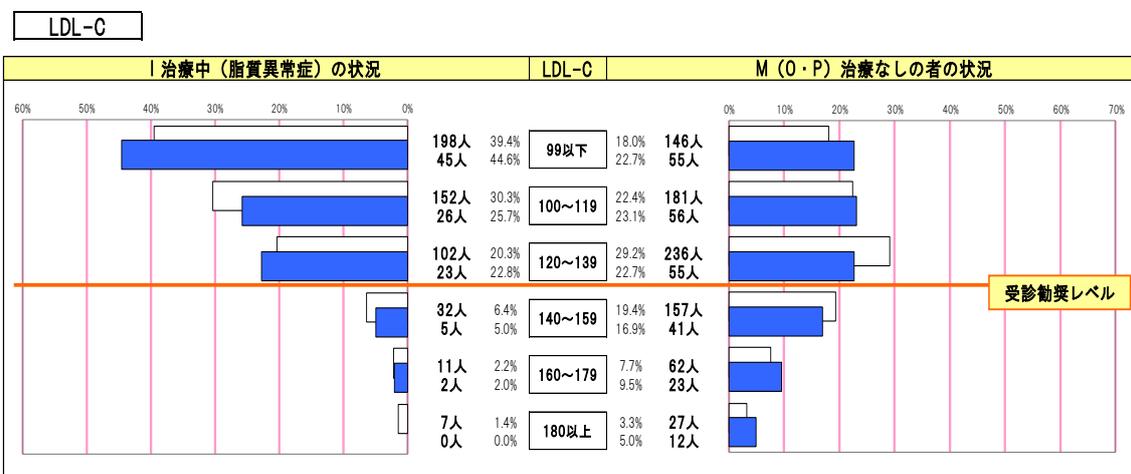
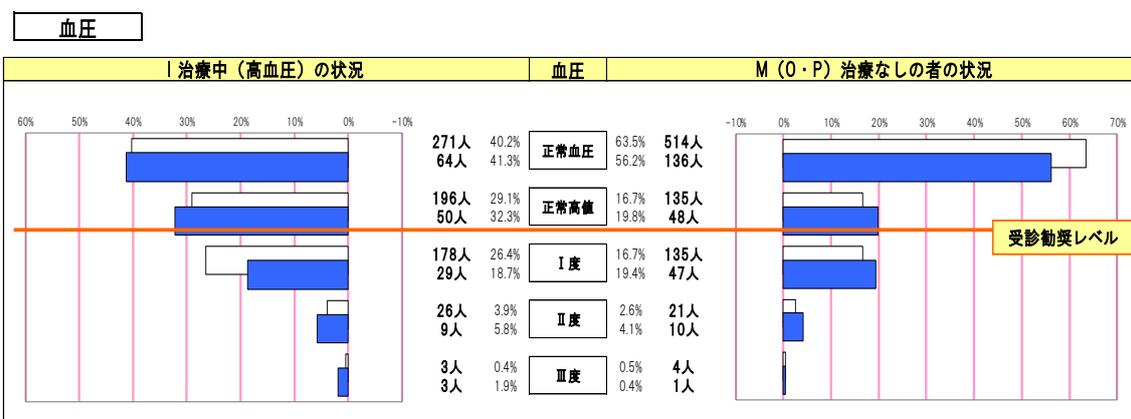
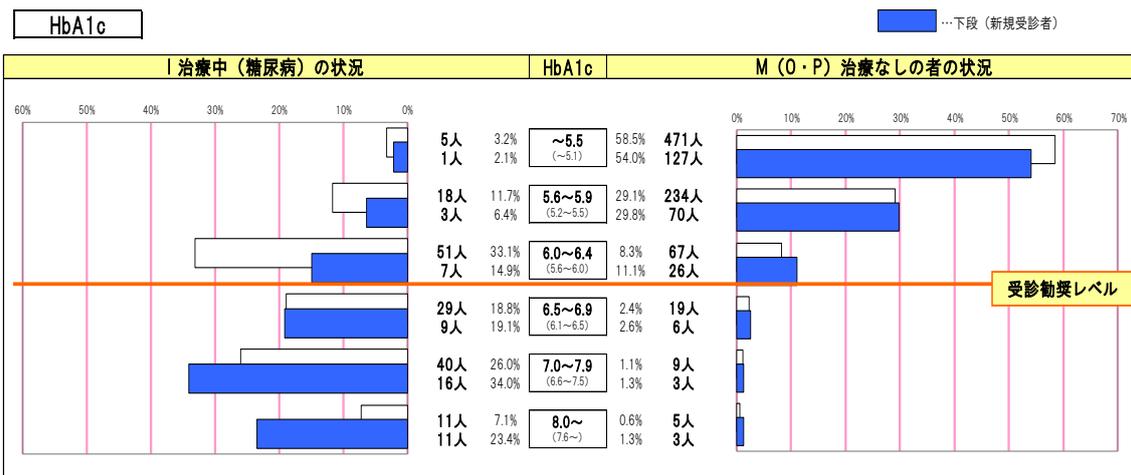
### 3 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 21）

治療中の者のうち薬物療法が効果的な高血圧と LDL-C については、コントロールがよい者が多いが、食事療法と運動療法が基本となる糖尿病はコントロール不良者が多い。特に、新規受診者は介入歴がないため不良者が多い。脂質異常症は、治療なしの者のコントロール不良者が多いことから、治療になかなか結びつかない実態が見られる。

【図表 21】

継続受診者と新規受診者の比較（H28）

□ …上段（継続受診者）  
■ …下段（新規受診者）



#### 4) 未受診者の把握 (図表 22)

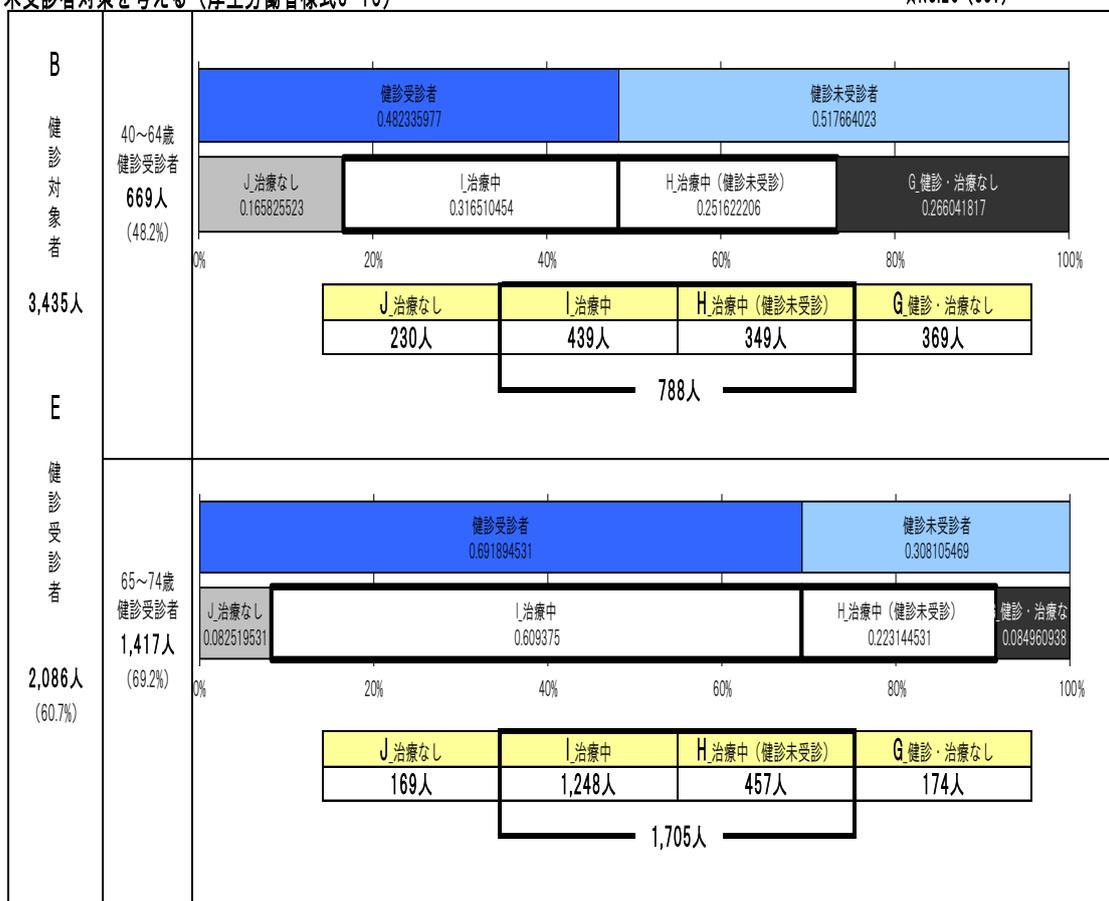
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、平成年 28 年度の治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 26.6%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、身体の実態が全く分からない状態である。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

また、費用対効果の視点においても健診受診群と未受診群では、生活習慣病の治療費に 12,000 円もの差がある。

【図表 22】

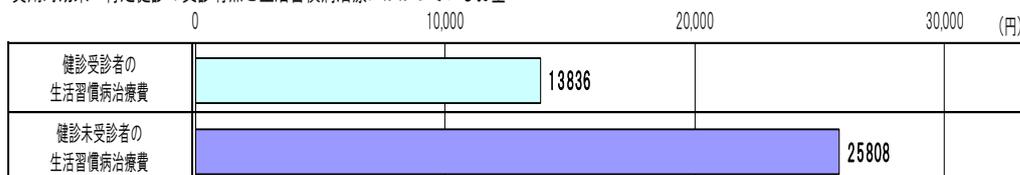
未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



OG\_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

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



5) 被保険者の高齢化推計 (図表 23)

有田町の国保被保険者のうち前期高齢者の占める割合は、同規模等と比べて高いうえ、25年度 から 28年度増加の幅も大きい。

全国的にも今後は更に人口の高齢化の進行は避けられない問題であるが、有田町の国保被保険者だけの高齢化を推測したところ、2023年度(35年度)までの 8年間で構成比率が 13.3%も増えていくため、重症化予防対策の徹底をすることで中長期目標疾患の医療費の増加の幅をいかに抑えるかが大きな課題である。

【図表 23】

被保険者の前期高齢化割合の推移

		25年度	26年度	27年度	28年度	25年と28年の比較	2017年度 (H29)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (H32)	2021年度 (H33)	2022年度 (H34)	2023年度 (H35)	28年と2023年の比較
有田町	被保険者数	5470	5223	5111	4912	558人減	4751	4633	4531	4448	4381	4326	4280	632人減
	(再)65~74歳	2042	2104	2158	2171	129人増	2156	2198	2243	2292	2345	2403	2461	319人増
佐賀県	前期高齢者 割合	37.3%	40.3%	42.2%	44.2%	+6.9%	45.3%	47.4%	49.5%	51.5%	53.5%	55.5%	57.5%	+13.3%
同規模		32.9%	35.2%	37.2%	39.1%	+6.2%								
全国		36.4%	38.8%	40.8%	42.7%	+6.3%								
全国		33.4%	35.4%	36.9%	38.2%	+4.8%								

KDB地域の全体像の把握(被保険者構成)と特定健診データ管理システム(実施計画シミュレーションより推計)

3. 目標の設定

1) 成果目標 (図表 24)

【図表 24】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	中間評価目標値							根拠		
				初期値	2017年 (H29)	2018年 (H30)	2019年 (H31)	2020年 (H32)	2021年 (H33)	2022年 (H34)		最終評価値 2023年 (H35)	
特定健康診等計画	医療費削減のために、特定健康診率、特定保健指導の実施率の維持、向上により、重症化予防対象者を減らす	医療費削減のための、特定健康診率、特定保健指導の実施率の維持、向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健康診率60%以上	61.1%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	
			特定保健指導実施率60%以上	59.2%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
データヘルス計画	新発人工透析の伸び率、虚血性心疾患の伸び率、虚血性心疾患の医療費が増えている	糖尿病性腎症による透析、虚血性心疾患、脳血管疾患による医療費の伸びを抑制する	40、50歳代の健康診受診率の向上 目標42%	37.1%	37.8%	38.5%	39.2%	39.9%	40.8%	41.3%	42%	42%	
			特定保健指導対象者の減少率 目標25%	19.4%	20.2%	21.0%	21.8%	22.6%	23.4%	24.2%	25.0%	25.0%	25.0%
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	医療費の適正化を目指して、総医療費を増やさない	1人あたりの入院医療費を県平均を下回る 目標医療費差額 0円	2,485円	2,130円	1,775円	1,420円	1,065円	710円	355円	0円	0円	
			1人あたりの入院医療費の伸び率を横ばいにする	14,675円	14,675円	14,675円	14,675円	14,675円	14,675円	14,675円	14,675円	14,675円	14,675円
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少	慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少	7.22%	6.9%	6.68%	6.42%	6.16%	5.90%	5.64%	5.40%	H28年全国5.4%	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.64%	2.55%	2.46%	2.37%	2.28%	2.18%	2.09%	2.0%	2.0%	H28年全国2.04%
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.22%	1.22%	1.22%	1.22%	1.21%	1.21%	1.21%	1.21%	1.20%	H28の維持
			糖尿病レセプトのうち人工透析割合の減少	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.0%	町H25年並
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	男性メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	男性メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	43.8%	43.1%	42.4%	41.7%	41.0%	40.3%	39.0%	39.0%	町H25年並	
			女性メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	17.0%	16.5%	15.9%	15.4%	14.8%	14.2%	13.6%	13%	町H25年並	
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	II度以上高血圧者割合の減少	II度以上高血圧者割合の減少	3.7%	3.53%	3.36%	3.19%	3.02%	2.85%	2.68%	2.5%	2.5%	
			LDL180以上の脂質異常者割合減少	2.4%	2.35%	2.30%	2.24%	2.18%	2.12%	2.06%	2.0%	2.0%	2.0%
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	HbA1c6.5以上の糖尿病患者割合減少	HbA1c6.5以上の糖尿病患者割合減少	8.6%	8.52%	8.34%	8.35%	8.26%	8.18%	8.09%	8.0%	8.0%	
			HbA1c7.0以上の糖尿病患者割合減少	4.9%	4.78%	4.65%	4.53%	4.4%	4.27%	4.14%	4.0%	4.0%	4.0%
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	糖尿病未治療者の減少	糖尿病未治療者の減少	19.7%	18.32%	16.93%	15.55%	14.16%	12.78%	11.39%	10.0%	10.0%	
			重症化予防対象者のうち未治療者の医療機関受診率の増加	65.3%	67.4%	69.5%	71.6%	73.7%	75.8%	77.9%	80.0%	80.0%	80.0%
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	重症化予防対象者割合の減少 目標24%	重症化予防対象者割合の減少 目標24%	29.4%	28.63%	27.85%	27.08%	26.3%	25.53%	24.75%	24.0%	24.0%	
			がん検診受診率 胃がん検診 8%以上	6.8%	6.97%	7.15%	7.32%	7.50%	7.67%	7.85%	8.0%	8.0%	8.0%
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診 12%以上	10.9%	11.05%	11.21%	11.36%	11.52%	11.67%	11.83%	12.0%	12.0%	
			大腸がん検診 12%以上	10.9%	11.05%	11.21%	11.36%	11.52%	11.67%	11.83%	12.0%	12.0%	12.0%
データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同病種等と比べて高い	子宮頸がん検診 15%以上	子宮頸がん検診 15%以上	13.8%	13.97%	14.15%	14.32%	14.50%	14.67%	14.85%	15.0%	15.0%	
			乳がん検診 25%以上	23.4%	23.63%	23.85%	24.08%	24.30%	24.53%	24.76%	25.0%	25.0%	25.0%
保険者努力支援制度		健康ポイントの取り組みを行う実施者 国保住民割合 10% つ住民を増やす		—	—	5%	6%	7%	8%	9%	10.0%	10.0%	

### (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。2023 年度(35 年度)には 28 年度と比較して、総医療費に占める割合を虚血性心疾患は全国並みの 2.0%、脳血管疾患は現状維持を目標とし、慢性腎不全(透析有)は全国並みの 5.4%を目標にする。また、3年後の2020年度(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。

重症化して長期入院、要介護状態になる者は、医療機関に普段はかからず、重症化して入院する場合と、治療しているが生活習慣の改善がなされなかったために重症化してしまった場合があることから、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 1 人当たりの医療費伸び率を横ばいすることを目指す。

### (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)のエネルギー及び栄養素の摂取量の基準の基本的な考え方を基に、各種ガイドラインとの整合性を図りながら保健指導を実施し 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、特に解決していない問題は、内臓脂肪の蓄積に加えて、糖尿病と高血圧、高尿酸血症も重なった腎機能低下があげられる。

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。

なお、がんについては、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」及び「保健事業の実施計画策定手引き」に予防可能な対象疾患として位置づけられていないが、検診の受診率が保険者努力支援制度の評価項目となっているため目標設定した。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期(平成 30 年度以降)からは 6 年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表 25】

【図表25】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導対象者の減少率	25%	25%	25%	25%	25%	25%

### 3. 対象者の見込み

【図表 26】

		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	3641人	3596人	3564人	3545人	3536人	3525人
	受診者数	2185人	2158人	2138人	2127人	2122人	2115人
特定保健指導	対象者数	201人	199人	197人	196人	195人	195人
	実施者数	121人	119人	118人	117人	117人	117人

特定健診データ管理システム(実施計画シミュレーションより推計)

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(有田町福祉保健センター)
- 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、有田町のホームページに掲載する。

(参照)URL: <http://www.town.arita.lg.jp/>

### (4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血)を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

有田町独自の取り組みとして、集団健診受診者に限り、全受診者に貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)と 60 歳以上には心電図検査を実施する。

### (5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

### (6)医療機関との適切な連携

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

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

### (7)代行機関

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

### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健康診査対象者に、6 月初めに集団健診(6 月末～7 月上旬実施)の間診票兼受診券を送付する。集団健診未受診者に対して、個別健診(9 月～3 月実施)の受診券を送付し案内する。

健診実施期間については、有田町のホームページに掲載する。

(参照)URL: <http://www.town.arita.lg.jp/>

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施する。

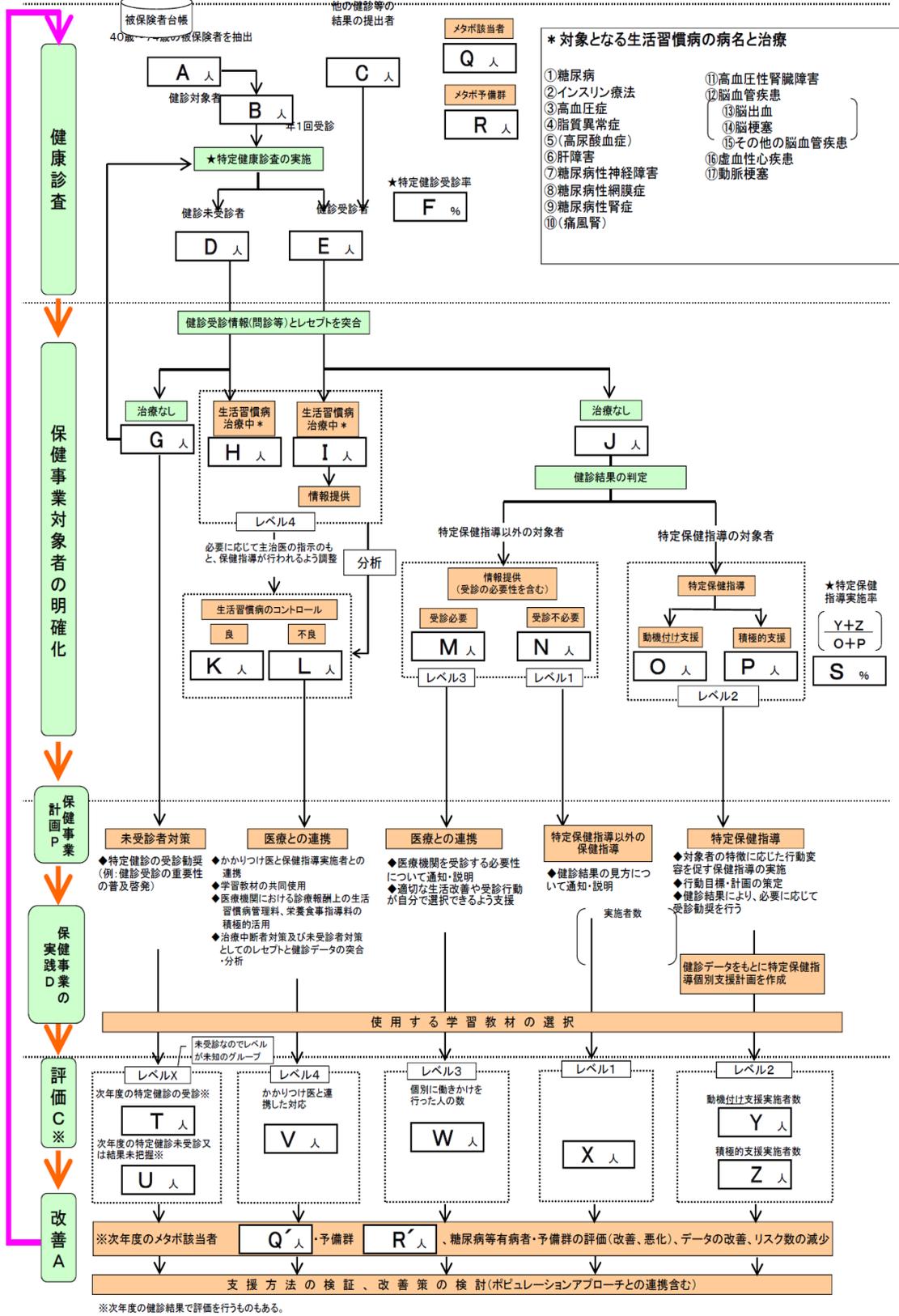
### (1)健診から保健指導実施の流れ

「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 27)

【図表 27】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



(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 28】

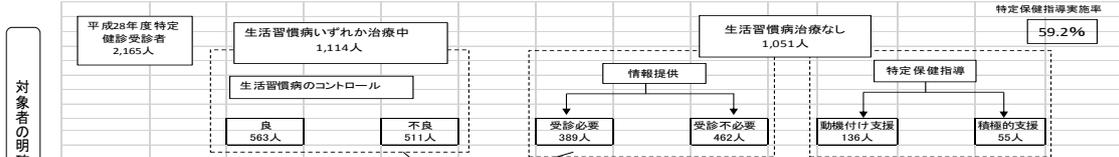
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H28年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	201人 (9.2)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	393人 (18.0) うち、重症化予防対象者184人	重症化予防対象者については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 40・50歳代は訪問または電話勧奨で実施 ◆未受診勧奨①:個別健診の案内通知、健診受診の重要性の普及啓発文書、診療情報提供方式の普及啓発 ◆未受診勧奨②:個別健診案内通知、40~50歳代は訪問勧奨実施	1456人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について説明(訪問、相談会)	465人 (21.3)	50%
5	I L	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の工夫と活用 ◆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	1125人 (51.5) うち、糖尿病治療中コントロール不良者78人	糖尿病コントロール不良者は 100%

(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 29)

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29年度)  
対象者の明確化から計画・実践・評価まで

【図表 29】



対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	Ⅰ)糖尿病未治療で、HbA1c6.5%以上	83
	Ⅱ)糖尿病治療中で、40～69歳 HbA1c7.0%以上 70歳以上 HbA1c8.0%以上	103
CKD	CKD重症度分類で、ステージが赤とオレンジに該当するもので、 ステージ赤：G4A1、G5A1、G3bA2、G4A2、G5A2、G3aA3、 ステージオレンジ：G3bA1、G3bA2、G3aA2、G1A3、G2A3	18
	Ⅰ)高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療なし Ⅱ)高血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれか治療中	79
高血圧	高血圧未治療で、 Ⅰ度高血圧 160～179または100～109mmHg以上	39
	Ⅱ)高血圧 160～179または100～109mmHg以上	39

対象疾患	対象基準	対象者数
LDL コレステ ロール	脂質異常症未治療で、LDLコレステロール180mg/dl以上	52
	①～④のいずれかに該当するもの	
	①冠動脈疾患の既往あり	
	②HbA1c6.5%以上	
中性脂肪	脂質異常症未治療で、中性脂肪500mg/dl以上	13
	尿酸 尿酸値9.0mg以上	12

**ポピレーション  
アプローチ(通年)**

**目標と課題**

- 健康日本21計画の啓発・推進・目的および評価指標に沿って実施すると共に、事業の評価・検討を行う。
- 医療費抑制のために、重症化予防対策を行う。

**①未受診者対策**

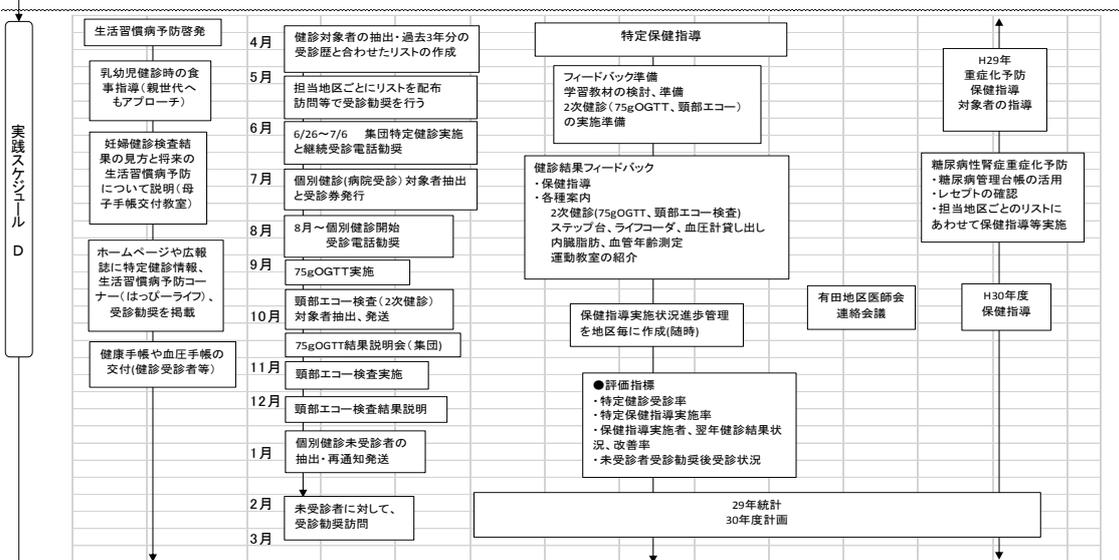
平成29年度 特定健診受診率 目標 60%

●第2期特定健診等実施計画・データヘルス計画の推進

- 未受診者対策
  - H28年度健診受診者のうち、H29年度特定健診未受診者への訪問
  - H28年度HbA1c6.5%以上でH29年度健診未受診者への受診勧奨
  - 壮年期、若年者健診対象者へ受診勧奨を行う
  - 病院受診者に対しては、個別健診や医療機関情報提供体制にて受診を促す
- 重症化予防対策
  - 糖尿病管理台帳を活用し、対象者の優先順位(治療の有無や経年的数値の変化等)を選定し、訪問を行う
  - 糖尿病管理台帳の他、心房細動管理台帳、血圧評価表を作成し、活用する

**③保健指導**

対象疾患	目標(理解してもらう内容)	保健指導
糖尿病	・受診勧奨 (治療、検査の必要性) ・合併症の予防	・糖尿病連携手帳、治療ガイドラインを使用し、検査・治療について説明 ・合併症の検査等未実施の場合は、3ヶ月以内に受診するよう説明
CKD	・CKD重症度分類を確認してもらう ・専門医への紹介(必要時) ・栄養指導	・重症度分類の立ち位置を理解してもらう ・重症度分類や生活習慣病リスクに応じた保健指導 ・状況によって、専門医の紹介 ・減塩等の栄養指導—G3bの方は管理栄養士
高血圧	・普段の自分の血圧を知る ・血圧の基準を知り、必要時受診ができる	・家庭血圧の測定 ・血圧コントロール目標について ・治療の必要性、体重管理
LDLコレステ ロール	・受診勧奨 ・リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える	・からだノート使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性 ・食事・運動等の生活指導 ・他のリスクをつぶさない
中性脂肪	・受診勧奨 ・リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える	・からだノート使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性 ・食事・運動等の生活習慣の改善
尿酸	・受診勧奨 ・リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える	・からだノート使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性 ・食事・運動等の生活習慣の改善



	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
有田町目標	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
有田町実績	52.7%	53.7%	53.4%	61.7%	59.9%	61.1%	
全国市町村国保の実績	21.7%	23.2%	23.7%	24.4%			

対象疾患	糖尿病	CKD	高血圧	LDLコレステ ロール	中性脂肪	尿酸
評価 指標	HbA1cコントロール状況	検査等(尿、eGFR他)	血圧コントロール状況	LDL値	TG値	UA値

年度	受診者	全体		積極的支援		動機付け支援	
		該当者	実施率	該当者	実施率	該当者	実施率
H23年度	1,989	185	9.3%	131	70.8%	59	3.0%
H24年度	1,989	192	9.7%	136	70.8%	76	3.8%
H25年度	1,986	176	8.9%	114	64.8%	64	3.2%
H26年度	2,253	210	9.3%	117	55.7%	69	3.1%
H27年度	2,120	209	9.9%	102	48.8%	70	3.3%
H28年度	2,082	191	9.2%	113	59.2%	55	2.6%

対象疾患	H27年度保健指導実施し、H28年度健診受診者		
	改善	維持	悪化
糖尿病	39.4%	37.9%	22.7%
CKD	6.5%	84.0%	9.5%
血圧	54.4%	41.1%	4.5%
LDL	50.3%	35.4%	14.3%

## 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有田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、有田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が増加する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)及び有田町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29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 30】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

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

## 2) 対象者の明確化

### (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有田町糖尿病性腎症重症化予防プログラムの抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者  
過去の健診において、空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上又は HbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち、尿蛋白を認める者又は eGFR が 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者
- ② 医療機関受診中断者  
通院中の患者で最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者
- ③ 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者  
健診データ、本人・医師からの情報提供により、糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明した者

### (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とCKD分類との関係表」を基盤とする。(図表 31)

【図表 31】

糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	
尿アルブミン定量		正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
(尿蛋白/Cr比) (g/gCr)				(0.50以上)	
		尿蛋白定性検査			
		(-)	(±)	(+)以上	
GFR 区分	未実施	第1期 (腎症前 期)	第2期 (早期 腎症期)	第3期 (顕性 腎症期)	
	G1				≥90
	G2				60~89
	G3a				45~59
	G3b				30~44
	G4				15~29
	G5				>15
	透析療法中	第5期(透析療法期)			

【参照】糖尿病治療ガイド2016-2017

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)で把握していくとあるが、有田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(個別:定性、集団:定量)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)または尿蛋白/Cr比0.15未満、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)または尿蛋白/Cr比0.15~0.49、顕性アルブミン尿と尿蛋白(+)または尿蛋白/Cr比0.5以上としていることから、尿蛋白(定性・定量)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料1)

## 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32)

有田町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は56人(19.7%・F)であった。また40~74歳における糖尿病治療者432人中のうち、特定健診受診者が210人(48.6%・G)であったが、5人(2.4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者222人(51.4%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者54人中治療中断者はいなかった。また、54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29より有田町においての介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位1

#### 【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・56人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・5人

・介入方法として訪問、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)・・・150人

優先順位は、(図表31)第4期、第3期、第2期、第1期の順とする

・介入方法として訪問、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

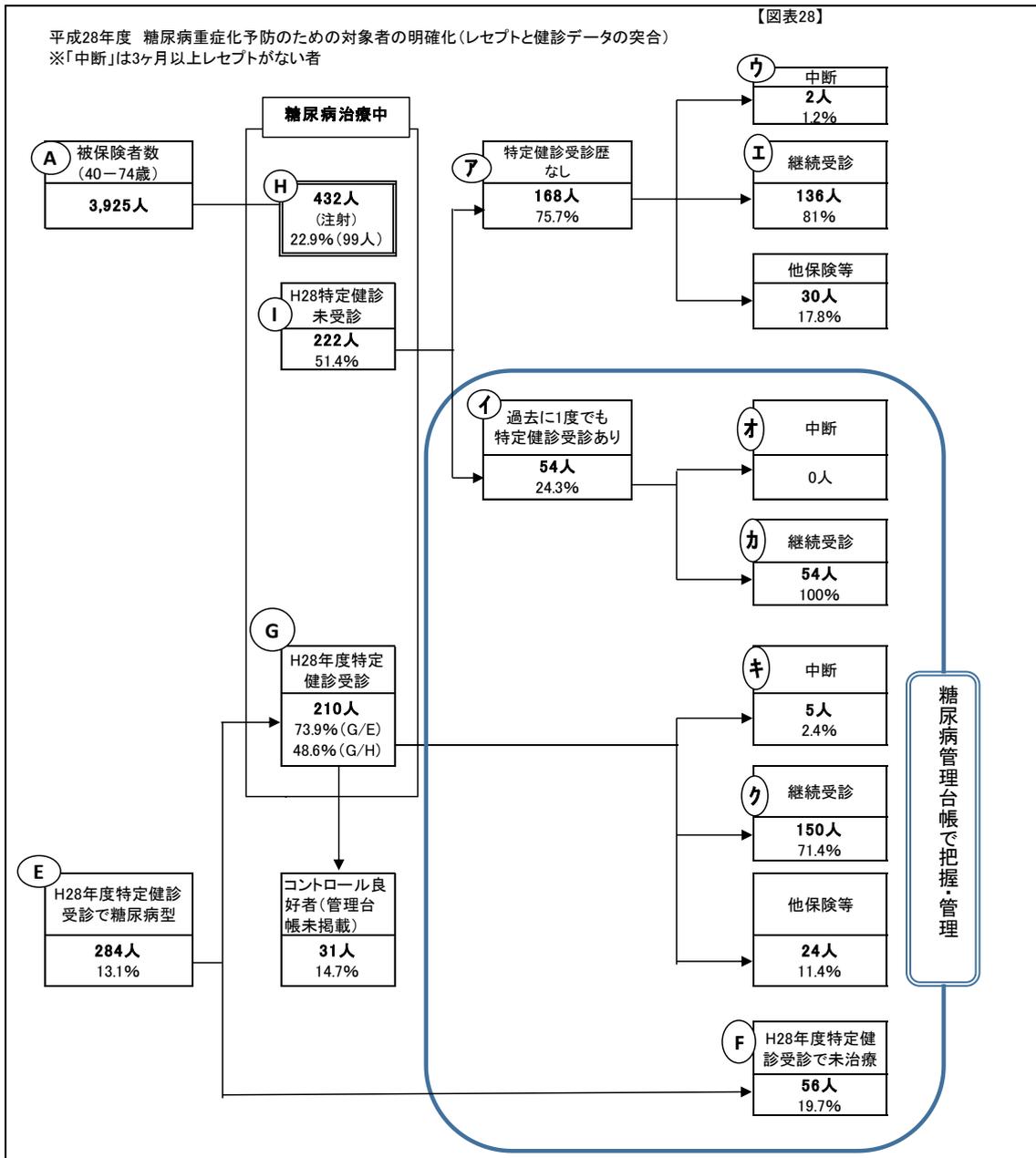
#### 【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・54人

・介入方法として訪問、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 32】



### 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)及び年次計画表(参考資料 3)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HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 保険資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の間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)……○人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

## 4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

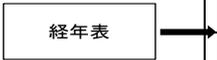
糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。有田町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材や日本糖尿病協会の糖尿病療養指導カードシステム、佐賀県糖尿病連携手帳を活用し、医療機関と連携して行っていく。

(図表 33)

【図表 33】

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> <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？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>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> </ul> </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> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもと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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性・定量検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)及び定量0.15～0.49g/gCrへは2次健診等を活用して尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合は、糖尿病性腎症重症化予防連絡票や要医療はがきを使用する。

## (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佐賀県プログラムに準じ行っていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 7) 評価

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

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 4)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/1.73m<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
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料5)

### 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、その所見があった場合は血圧、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。

有田町において平成28年度の健診受診者2,236人のうち心電図検査実施者は1,635人(73.1%)であり、そのうちST所見があったのは81人であった(図表34)。ST所見あり81人中のうち59人は要精査また要医療と判定されており、その後の受診状況をみると21人も未受診であった(図表35)。虚血性心疾患の医療費割合は、H25年度に比べ増加している上、全国や県と比べると高いため、未受診者の受診勧奨と保健指導を徹底する必要がある。

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。また要精査には該当しないがST所見ありの22人へは、心電図におけるST所見とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

心電図検査結果

【図表34】

	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)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	2236	100	1635	73.1	81	5.0	759	46.4	795	40.6

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)(%)
81	100	59	72.8	38	64.4	21	35.6

【図表 35】

## ② 心電図以外からの把握

虚血性心疾患の危険因子は、LDLコレステロール、中性脂肪、低HDLコレステロール、メタボリックシンドローム、CKDに関連することから、ハイリスク者を把握していく。

H28年度 受診者	メタボ 該当者	メタボ 予備軍	メタボ なし
2236人	372人 (b)	267人 (c)	1597人 (d)
	16.6%	11.9%	71.4%
LDL 180以上	8	2	42
TG 300以上	33	7	22
HDL 34以下	10	3	14
CKD分類 赤ステージ	12	4	24
【参考】 non-HDL以上			
実人数	57人(e)	16人(f)	89人(g)
%	15.3(e/b)	6.0(f/c)	5.6(g/d)

【図表 36】

## 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 37 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 37】

## 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <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> <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> </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 6 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、頸部エコー・尿中微量アルブミン・PWV/ARB 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。

##### 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

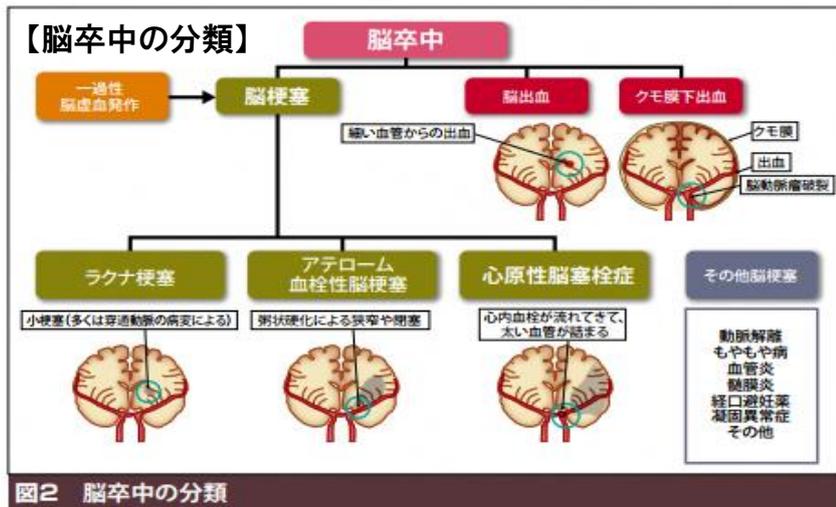
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### 3. 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 38、39)

【図表 38】



(脳卒中予防への提言より引用)

#### 脳血管疾患とリスク因子

【図表 39】

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 40 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 40】

## H28 特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクテ梗塞	●					○	○									
	ア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 (○はハイリスク者)		高血圧		糖尿病		高LDL		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における 重症化予防対象者 (受診者数 2,165人)		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180以上		心房細動		メタボム該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		重症化予防 実人員	
		80人	3.7%	147人	6.8%	52人	2.4%	16人	0.7%	363人	16.8%	21人	1%	83人	3.8%	626人	
治療なし		39人	2.9%	69人	3.6%	45人	2.9%	4人	0.4%	61人	58.3%	3人	0.3%	22人	2.1%	184人	
治療あり		41人	4.9%	78人	38.8%	7人	1.2%	12人	1.1%	302人	27.1%	18人	1.6%	67人	5.5%	442人	
臓器障害あり		20人	51.3%	17人	24.6%	19人	42.2%	4人	100%	24人	39.3%	3人	100%	22人	100%	82人	
臓器障害者のうち	CKD(専門医対象)	0人		6人		3人		1人		4人		3人		22人		27人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		2人		0人		0人		1人		3人		0人		3人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		4人		0人		0人		1人		0人		0人		2人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		1人		3人		1人		2人		0人		22人		22人	
	心電図所見あり	20人		12人		19人		4人		21人		0人		8人		64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80人(3.7%)であり、39人は未治療者であった。また未治療者のうち20人(51.3%)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41人(4.9%)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 41 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。

【図表 41】

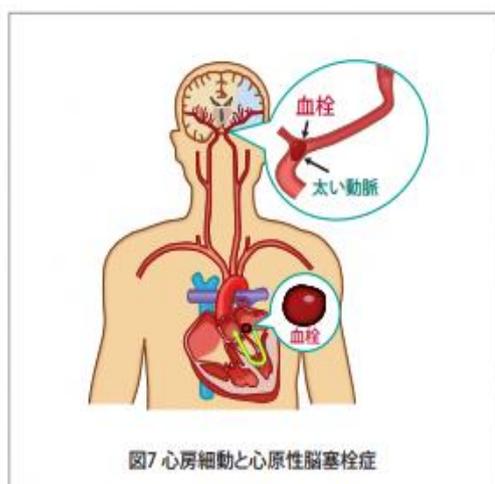
### H28 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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
	1,336	476	349	252	220	34	5	23	99	137	
		35.6%	26.1%	18.9%	16.5%	2.5%	0.4%	1.7%	7.4%	10.3%	
リスク第1層	174	95	33	21	23	2	0	23	2	0	
		13.0%	20.0%	9.5%	8.3%	10.5%	5.9%	0.0%	100%	2.0%	0.0%
リスク第2層	659	220	195	127	97	17	3	--	97	20	
		49.3%	46.2%	55.9%	50.4%	44.1%	50.0%	60.0%	98.0%	14.6%	
リスク第3層	503	161	121	104	100	15	2	--	--	117	
		37.6%	33.8%	34.7%	41.3%	45.5%	44.1%	40.0%	--	85.4%	
再掲) 重複あり	糖尿病	126	37	27	28	28	4	2			
		25.0%	23.0%	22.3%	26.9%	28.0%	26.7%	100.0%			
	慢性腎臓病 (CKD)	300	112	72	56	52	7	1			
		59.6%	69.6%	59.5%	53.8%	52.0%	46.7%	50.0%			
	3個以上の危険因子	197	45	45	44	51	12	0			
		39.2%	28.0%	37.2%	42.3%	51.0%	80.0%	0.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

### (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 42 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。

【図表 42】

#### H28 特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	730	904	14	1.9%	2	0.2%		
40歳代	71	59	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	72	82	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	340	452	6	1.8%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	247	311	8	3.2%	2	0.6%	3.4%	1.1%

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

\* 疫学調査70～74歳は、日本循環器学会疫学調査70～79歳の値

#### H28 心房細動有所見者の治療の有無

【図表 43】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
16	100	4	25	12	75

心電図検査において16人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては「日本循環器学会疫学調査\*」と比較して変わらないことがわかった。健診受診時点では4人が未治療であったが、介入後全員治療が開始になった。(図表 43)

今後特定健診受診の心電図検査で心房細動を認めたときは、心原性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っていかねばならない。

心房細動の早期発見・早期介入には、心電図検査の全数実施が望まれるが、国の詳細健診に認められていないため、集団健診の60歳以上については全員に実施し発見

に努める。

### 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。虚血性心疾患重症化予防の二次健診同様に、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 に従い対象者へは頸部エコー・尿中微量アルブミン・PWV/ARB 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 7)

##### ② 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。

#### 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

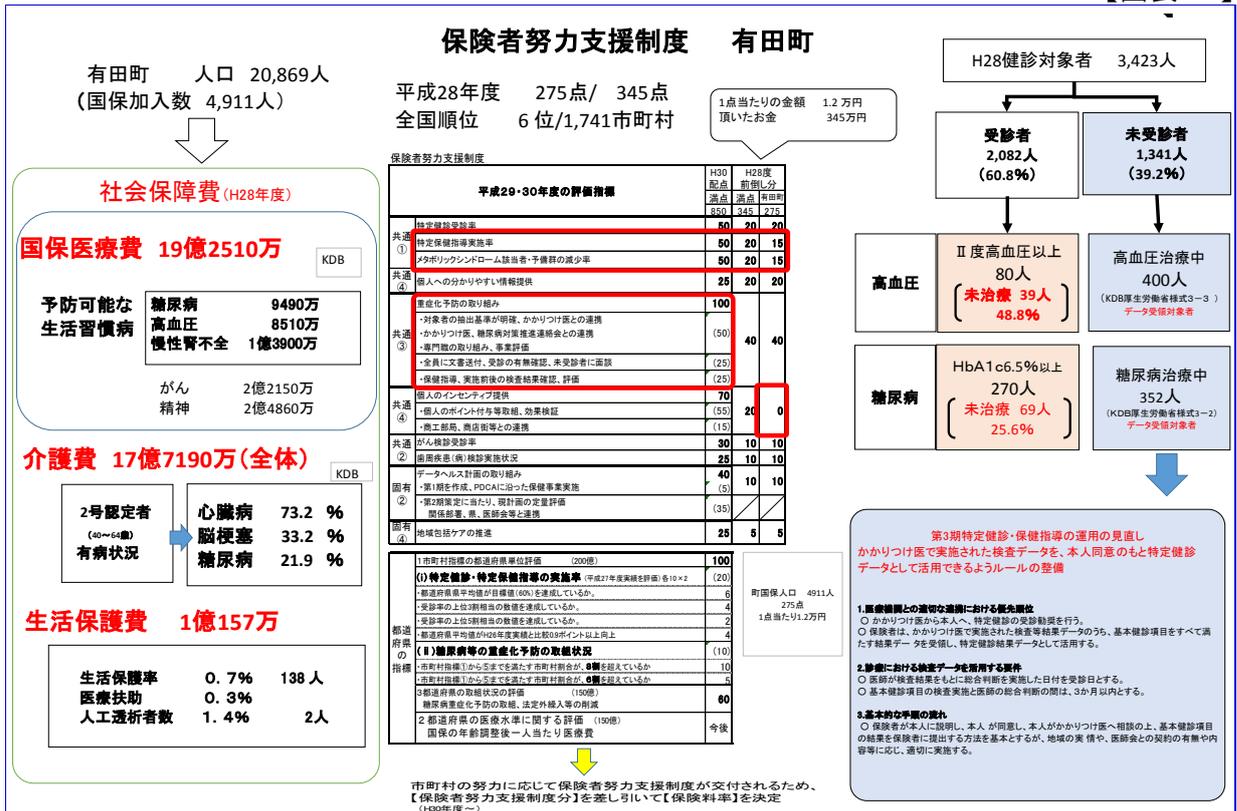
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

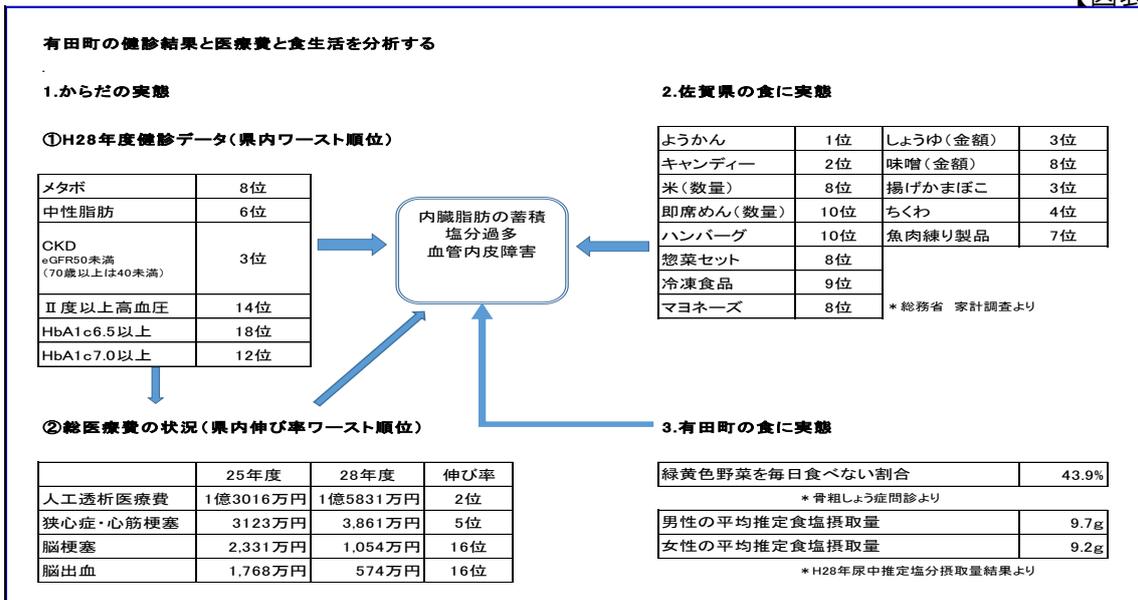
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について、毎月発行する広報へ掲載したり、有田町福祉保健センターや町のイベントの折に資料を掲示するなどの方法で広く町民へ周知していく。

(参考図表 7・44・45)

【図表 44】



【図表 45】



## 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。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。(図表 46)

65歳以上の人口及び高齢化率

【図表 46】

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
有田町	人	5,728	6,242	6,591	6,640	6,444	6,181	5,881
	%	27.4	31.0	34.2	36.2	37.1	37.6	38.1

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」平成25年(2013年)3月推計

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。(参考資料 9)

## 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2020年度(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2023年度(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。(参考資料10)

### 2. 評価方法と保健指導体制

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11・12・13・14)

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、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し、全戸世帯に配布する。

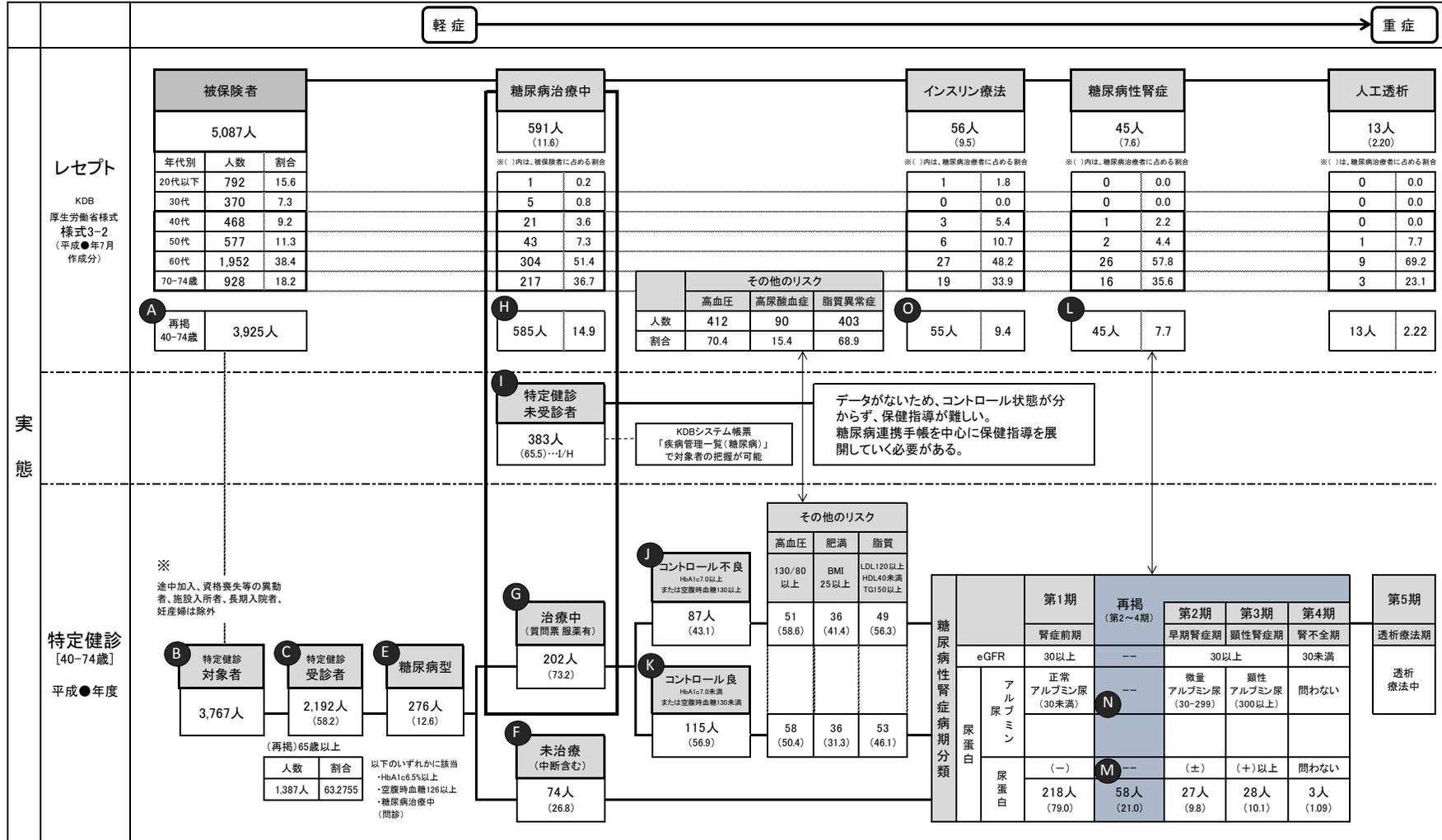
### 2. 個人情報の取扱い

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 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 2 糖尿病管理台帳
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 4 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 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 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 生活習慣病有病状況
- 参考資料 10 データヘルス計画の目標管理一覧表
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2
- 参考資料 13 保健活動と体制 経年表（計画）
- 参考資料 14 保健活動と体制 経年表（実績）

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 2】

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
						糖尿病	服薬									
						高血圧	HbA1c									
						虚血性心疾患	体重									
						脳血管疾患	BMI									
						糖尿病性腎症	血圧									
							GFR									
							尿蛋白									

【参考資料 3】

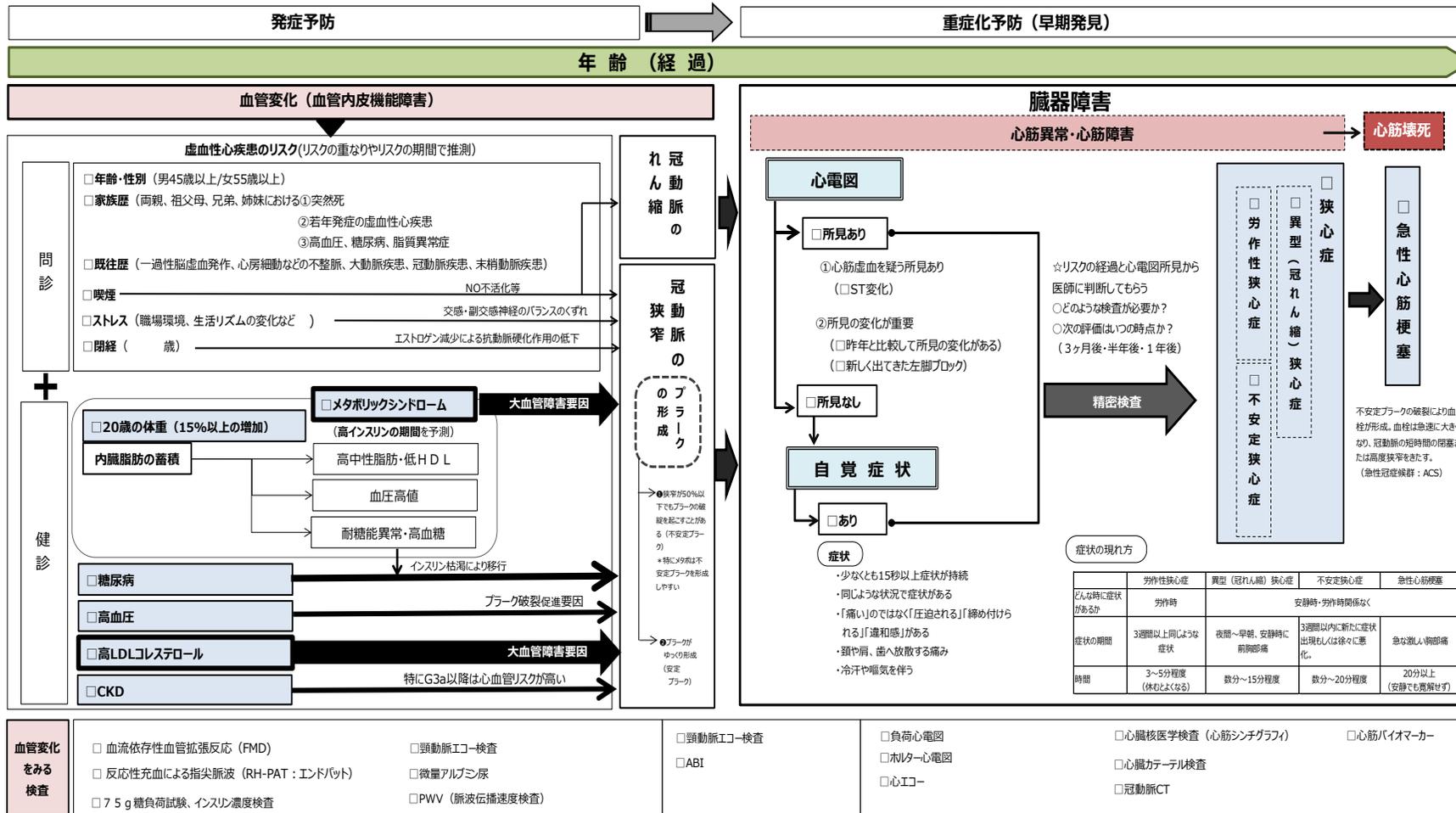
糖尿病管理台帳からの年次計画		H	年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因		後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	④健診未受診者 ( )人		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認		●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)		3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認		かかりつけ医、糖尿病専門医
	①国保(生保) ( )人		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
	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					
⑥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					
②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人					栄養士中心
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人					腎専門医

【参考資料4】

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164		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	5,087人	0人	0人	0人			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	3,925人	0人	0人	0人				
2	① 特定健診 対象者数	B	3,767人	0人	0人	0人			市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 受診者数	C	2,192人	0人	0人	0人				
	③ 受診率	C	58.2%	0.0%	0.0%	0.0%				
3	① 特定保健指導 対象者数		191人							
	② 実施率		59.2%							
4	① 健診データ 糖尿病型	E	276人	12.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	74人	26.8%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	202人	73.2%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	④ コントロール不良 HbA1c2.0以上または空腹時血糖130以上	J	87人	43.1%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑤ 血圧 130/80以上		51人	58.6%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑥ 肥満 BMI25以上		36人	41.4%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	115人	56.9%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	218人	79.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		27人	9.8%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		28人	10.1%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満		3人	1.1%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		116.2人	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		149.0人	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				
	③ レセプト件数 (40-74歳)		入院外(件数)	3,304件 (877.1)				4,309件 (785.4)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ 入院(件数)		26件 (6.9)				28件 (5.1)			
	⑤ 糖尿病治療中	H	591人	11.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳	H	585人	14.9%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑦ 健診未受診者	I	383人	65.5%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑧ インスリン治療	O	56人	9.5%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑨ (再掲)40-74歳		55人	9.4%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	45人	7.6%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑪ (再掲)40-74歳		45人	7.7%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人	2.20%	0人	0.00%	0人	0.00%		
	⑬ (再掲)40-74歳		13人	2.22%	0人	0.00%	0人	0.00%		
	⑭ 新規透析患者数		1	7.70%						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1	100%						
	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)		14人	1.8%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	① 総医療費		19億2519万円				23億0569万円	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		11億0919万円				13億0173万円			
	③ (総医療費に占める割合)		57.6%				56.5%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	13,836円					7,298円	
	⑤ 健診未受診者		25,808円				34,143円			
	⑥ 糖尿病医療費		9493万円				1億3163万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.6%				10.1%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億8418万円							
	⑨ 1件あたり		36,372円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2億0401万円							
	⑪ 1件あたり		551,388円							
	⑫ 在院日数		16日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億4341万円				1億2887万円			
	⑭ 透析有り		1億3897万円				1億2093万円			
	⑮ 透析なし		444万円				794万円			
7	① 介護 介護給付費		17億7192万円				19億6966万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 6.7%	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%				
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		3人 1.2%				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		

### 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



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

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"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者 発症予防対象者		
② 問診	自覚症状なし		症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧					
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい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。 <span style="float: right;">メタタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。</span>					
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～
		拡張期	～84	85～89		90～
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1				

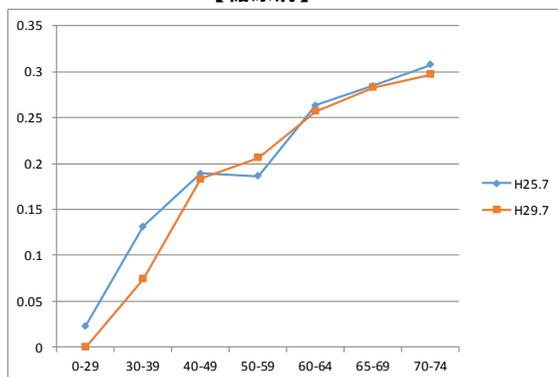
参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



生活習慣病有病状況(佐賀県)

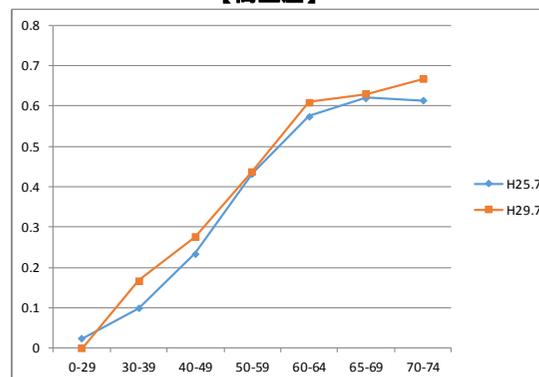
【出典】国保データベース(KDB)システム\_厚生労働省様式3-1

【糖尿病】



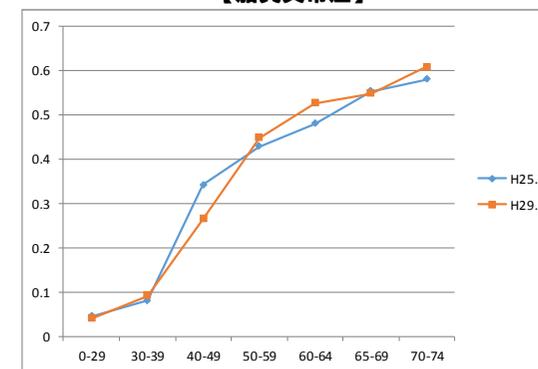
		0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74
糖尿病	H25.7	2.33%	13.11%	18.92%	18.62%	26.30%	28.42%	30.73%
	H29.7	0.00%	7.41%	18.35%	20.62%	25.67%	28.27%	29.67%

【高血圧】



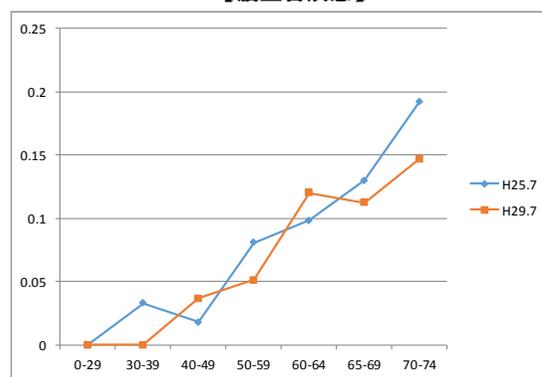
		0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74
高血圧	H25.7	2.33%	9.84%	23.42%	43.32%	57.41%	62.05%	61.33%
	H29.7	0.00%	16.67%	27.52%	43.81%	61.00%	62.96%	66.77%

【脂質異常症】



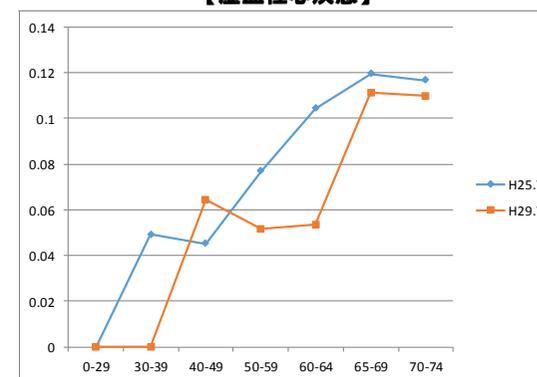
		0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74
脂質異常症	H25.7	4.65%	8.20%	34.23%	42.91%	48.02%	55.29%	58.00%
	H29.7	4.17%	9.26%	26.61%	44.85%	52.67%	54.84%	60.83%

【脳血管疾患】



		0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74
脳血管疾患	H25.7	0.00%	3.28%	1.80%	8.10%	9.81%	13.00%	19.21%
	H29.7	0.00%	0.00%	3.67%	5.15%	12.00%	11.26%	14.69%

【虚血性心疾患】



		0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74
虚血性心疾患	H25.7	0.00%	4.92%	4.50%	7.69%	10.44%	11.96%	11.65%
	H29.7	0.00%	0.00%	6.42%	5.15%	5.33%	11.13%	10.98%

【参考資料 10】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値									現状値の把握方法
				2016年 (H28)	2017年 (H29)	2018年 (H30)	2019年 (H31)	2020年 (H32)	2021年 (H33)	2022年 (H34)	2023年 (H35)		
特定健診等計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の維持、向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	61.1%									特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
		特定保健指導実施率60%以上	59.2%										
		40、50歳代の健診受診率の向上 目標42%	37.1%										
		特定保健指導対象者の減少率 目標25%	19.4%										
	データヘルス計画	医療費の適正化を目指して、総医療費を増やさない	1人あたり医療費を県平均を下回る 目標医療費差額 0円	2,485円									KDBシステム
			1人あたりの入院医療費の伸び率を横ばいにする	14,675円									
		糖尿病性腎症による透析、虚血性心疾患、脳血管疾患による医療費の伸びを抑制する	慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少	7.22%									
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.64%									
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.22%									
			糖尿病レセプトのうち人工透析割合の減少	2.2%									
データヘルス計画	新規人工透析の伸び率、虚血性心疾患の医療費が増えている	男性メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	43.8%									特定健診結果	
		女性メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	17.0%										
		Ⅱ度以上高血圧者割合の減少	3.7%										
		LDL180以上の脂質異常者割合減少	2.4%										
		HbA1c6.5以上の糖尿病患者割合減少	8.6%										
		HbA1c7.0以上の糖尿病患者割合減少	4.9%										
		糖尿病未治療者の減少	19.7%										
		重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	65.3%										
		重症化予防対象者割合の減少 目標24%	29.4%										
		データヘルス計画	がんによる死亡率が54.6%と、同規模等と比べて高い	がん検診受診率 胃がん検診 8%以上	6.8%								
肺がん検診 12%以上	10.9%												
大腸がん検診 12%以上	10.9%												
子宮頸がん検診 15%以上	13.8%												
乳がん検診 25%以上	23.4%												
自分自身の健康に関心を持つ住民を増やす	健康ポイントの取り組みを行う実施者 国保住民割合 10%		—										

平成29年度に向けての全体評価					
評価・目標	評価(良くなったところ)				
	①プロセス (やってきた実践の過程と課題【↓】)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p>&lt;目標&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度 60%</li> <li>○特定保健指導率 H29年度 60%</li> <li>○健診受診者の検査結果のコントロール不良者の改善(血圧Ⅱ度・HbA1c7.0・LDL180・eGFR50(70歳以上40、尿蛋白(2+))</li> <li>○虚血性心疾患・糖尿病性腎症を減らすことを目的に、H29年度はH26年度と比べて、脳血管疾患の罹患率を10%減少させ、虚血性心疾患と糖尿病性腎症罹患率は横ばいにする。</li> <li>○医療費の伸びを抑える。</li> </ul> <p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・壮年期の受診率が低い</li> <li>・受診勧奨対象者、アプローチ方法の工夫</li> <li>・医療からの情報提供体制</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAサイクルからの計画を立てる</li> <li>・対象者の明確化</li> <li>・地区台帳の作成と進捗管理</li> <li>・評価指標の検討</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・有田町医師会との年に1回の連絡会で連携の形はとっているが、個別の連携が進んでいないのが課題。</li> </ul>	<p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○集団健診の未受診者勧奨は、新規国保加入者にターゲットを絞り、訪問勧奨を行った。また、継続受診者を促すために、電話勧奨を未受診当日に行う工夫を行った。また、有田町オリジナルの医療機関情報提供体制を構築している。</li> <li>○集団健診のもれ者を拾い上げる個別健診は、8月と1月の2度にわたり、受診券を発行し勧奨を行っている。</li> </ul> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規国保やタイムリーな受診勧奨、情報提供体制の構築で受診率60%前後に到達しており、一定の効果が見られている。しかし、40～50代の壮年期の受診率は鈍く、若年者健診対象者への受診勧奨も取り組む必要がある。</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防対策は、未治療者を中心にアプローチを実施してきた。</li> <li>・対象者の選定は、今までは当該年度単年の健診結果で抽出していたが、H29年度からは、糖尿病管理台帳を作成して、経年的に行うようにした。</li> </ul> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、治療の有無だけでなく、経年的数値の変化等から優先順位をみていく必要がある。そのため現在整備している糖尿病管理台帳、心房細動管理台帳のほか、血圧評価表を作成して活用していく必要がある。</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今までは、受診勧奨ハガキで、一方通行の連絡体制が中心であった。</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防連絡票と糖尿病連携手帳を活用し連携して行かなければならない。</li> <li>・未受診者や治療中断者からの重症化を防ぐためには、レシピで確認することが重要であるが、タイムリーな把握ではないため、医療機関から連絡をもらえる仕組みづくりを医師会に働きかけることも考え、医療機関と課題を共有し、協力体制を作っていきたい。</li> </ul>	<p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問・電話勧奨の実施</li> <li>・早朝・土日健診の実施</li> <li>・医師会の協力による情報提供の周知と実施</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防対象者に対する保健指導の実施状況</li> <li>・糖尿病管理台帳・心房細動管理台帳の作成</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防連絡票の使用数。</li> <li>・糖尿病連携手帳での連携</li> <li>・ストップ糖尿病地区会議及び連絡会での連絡や相談の実施</li> <li>・有田地区医師会だけでなく伊万里有田地区医師会理事会での連携協力の依頼</li> </ul>	<p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率 61.1%</li> <li>・目標達成状況</li> <li>・特定保健指導実施率 59.2%</li> <li>・目標達成状況</li> <li>・新規国保加入者の受診状況</li> <li>・壮年期受診勧奨実施者の受診行動 25%</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施者の翌年度の健診結果状況</li> <li>・要医療者の受診状況 45.3%</li> <li>(要医療ハガキより把握)</li> <li>・健診結果の状況(コントロール不良者の減少)</li> <li>・重症化予防対象者数 317人 (H28糖尿病管理台帳より)</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防連絡票、糖尿病連携手帳での連携状況</li> <li>・医療機関と連携した者の検査値の変化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師3名が産休等で欠員状態であるが、人材不足で代替職員の補充ができていない。引き続き、代替募集を実施する。</li> <li>・業務分担(3人)と地区分担(6人)を併用しているが、地区分担が十分機能していない。</li> <li>・重症化予防対策の取り組みでは、管理栄養士の役割が重要であるが、管理栄養士の保健指導対象者分担が不明確であるため、検討が必要。</li> <li>・医療機関との連携が、地区担当保健師によって差があるため、事例を通じて連携を積み重ねていくように業務担当者で進捗サポート体制を検討する必要がある。</li> </ul> <p>&lt;全体&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAサイクルに基づいて、担当者一人ひとりが担当地区の状況と全体の状況を把握し、保健事業を進めていかなければならない。</li> </ul> <p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・壮年期受診勧奨の工夫</li> <li>・若年者健診の受診勧奨の実施</li> <li>・ポピュレーションの取り組み検討(地区毎の評価と啓発)</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の抽出の徹底(経年管理)</li> <li>・評価指標と評価時期の検討</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防連絡票、糖尿病連携手帳や、医療機関を直接訪問し、医師やコメディカルと連携を重ねていく。</li> </ul>	

平成28年度に事業評価をふまえ、平成29年度の取り組みと課題整理(H29年度進捗状況)														
H29年度の課題	①H28年度に残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振りかえる	②アウトプット(事業実施量)	③アウトカム(結果)	④ストラクチャー(構造)	⑤現在の課題									
<p>&lt;目標&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度 60%</li> <li>○特定保健指導率 H29年度 60%</li> <li>○健診受診者の検査結果のコントロール不良者の改善(血圧Ⅱ度・HbA1c7.0・LDL180・eGFR50(70歳以上40、尿蛋白(2+))</li> <li>○虚血性心疾患・糖尿病性腎症を減らすことを目的に、H29年度はH26年度と比べて、脳血管疾患の罹患率を10%減少させ、虚血性心疾患と糖尿病性腎症罹患率は横ばいにする。</li> <li>○医療費の伸びを抑える。</li> </ul> <p>&lt;全体&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAサイクルに基づいて計画を実践する。</li> </ul> <p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・壮年期の受診率が低い</li> <li>・生活習慣病治療中の方が健診受診につながらない。</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者台帳を作成して、優先順位を明確にする必要がある。</li> <li>・地区台帳の作成と進捗管理</li> <li>・CKD重症化予防多雨商社は栄養指導が重要だが、つながっていない。</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・、個別の連携が進んでいないのが課題。</li> </ul>	<p>&lt;全体&gt;</p> <p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規国保加入者だけでなく、若年者へターゲットを絞り受診勧奨。また、健診予定日に未受診だった者への電話勧奨では、40～50代をターゲットに絞り、壮年期受診者の受診率向上に努めた。</li> <li>・町オリジナルの医療機関情報提供体制の構築</li> <li>・集団健診もれ者拾い上げとして個別健診受診券を2回送付し、勧奨。</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規国保・若年者をターゲットにした受診勧奨や40～50代の対象者を中心とした電話勧奨を継続し、若年期・壮年期健診対象者の受診率向上に努めたが、まだ十分とは言えないため、継続実施していく必要がある。</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨ハガキだけでなく、糖尿病性腎症重症化予防連絡票・糖尿病連携手帳を活用した連携。</li> <li>・地区医師会連絡会議等で保健師が同伴訪問することに対して承諾を得た。</li> <li>・同伴訪問の承諾を得るなど、医療機関との連携体制づくりが少しずつ前進しているものの、タイムリーな状況把握のための仕組みづくりはまだできていない状況。今後も体制づくりに努めていく必要がある。</li> </ul>	<p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問・電話勧奨の実施</li> <li>・早朝・土日健診の実施</li> <li>・医師会の協力による情報提供の周知と実施</li> </ul> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">H29勧奨実施数(H30.1時点)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>人数</th> </tr> <tr> <td>訪問</td> <td>345人</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>505人</td> </tr> <tr> <td>通知</td> <td>3,267人</td> </tr> </table> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防対象者に対する保健指導の実施状況</li> <li>・糖尿病管理台帳・心房細動管理台帳・血圧評価表の作成</li> <li>↓</li> <li>糖尿病管理台帳を活用し、対象者の選定をし、アプローチを実施中</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防連絡票の使用数。</li> <li>・糖尿病連携手帳での連携</li> <li>・ストップ糖尿病地区会議及び連絡会での連絡や相談の実施</li> <li>・有田地区医師会だけでなく伊万里有田地区医師会理事会での連携協力の依頼</li> </ul>	H29勧奨実施数(H30.1時点)			人数	訪問	345人	電話	505人	通知	3,267人	<p>&lt;未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率 52.5%</li> <li>・目標達成状況</li> <li>・特定保健指導実施率 目標達成状況</li> <li>・新規国保加入者の受診状況 47.2%</li> <li>・壮年期受診勧奨実施者の受診行動 24.6% (H29.12月末時点で算定)</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施者の翌年度の健診結果状況</li> <li>・要医療者の受診状況 40.7% (要医療ハガキより把握)</li> <li>・健診結果の状況(コントロール不良者の減少)</li> <li>・重症化予防対象者数</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防連絡票、糖尿病連携手帳での連携状況</li> <li>・医療機関と連携した者の検査値の変化</li> </ul>	<p>・現在も代替職員の補充ができておらず、保健師の欠員が続いている状態である。今後も代替募集を継続し、職員の確保に努めていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区分担の機能は現在も十分とはいえない状態である。</li> <li>・管理栄養士の保健指導対象者はまだ明確にできていないものの、少しずつはあるが管理栄養士も介して保健指導を実施する件数が増加した。今後は管理栄養士の保健指導対象者を明確にしていく必要がある。</li> <li>・医療連携については、まだ保健師によつての差がうまっていない状態である。今後も業務担当者で進捗サポート体制を検討していく。</li> </ul> <p>&lt;重症化予防対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の抽出の徹底(経年管理)</li> <li>・評価指標と評価時期の検討</li> </ul> <p>&lt;医療機関とのつながり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防連絡票、糖尿病連携手帳や、医療機関を直接訪問し、医師やコメディカルと連携を重ねていく。</li> </ul>
H29勧奨実施数(H30.1時点)														
	人数													
訪問	345人													
電話	505人													
通知	3,267人													

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表【計画】

【参考資料13】

項目	年度		H30	H31	H32	H33	H34	H35
保健スタッフ数	保健師	計画	8	8	9	9	9	9
	栄養士	計画	1	1	1	1	1	1
	事務職	計画	1	1	1	1	1	1
特定健診	目標値 (概数)	対象者見込み	3641	3596	3564	3545	3536	3525
		受診人数見込み	2185	2158	2138	2127	2122	2115
		受診率目標値	60%	60%	60%	60%	60%	60%
保健指導								
1. 特定保健指導対象者	見込み	対象者数	201	199	197	196	195	195
2. 重症化予防対象者								
1)HbA1c6.5%以上者	見込み	対象者数	182	180	177	174	172	169
(1)HbA1c6.5%以上者のうち医療との連携者数	見込み	実人数 【①+②合計人数】	118	114	110	106	103	98
①治療の受診勧奨者数	見込み	実人数	36	28	25	22	20	17
②保健指導での連携者数	見込み	実人数	87	86	85	84	83	81
2)高血圧Ⅱ度以上者	見込み	対象者数	73	69	65	61	57	53
3)LDL-180以上者	見込み	対象者数	50	48	47	45	44	42

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表【実績】

【参考資料14】

項目	年度		H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
保健スタッフ数	保健師	実績	6	6						
	栄養士	実績	1	1						
	事務職	実績	1	1						
特定健診	実績	対象者数	3408							
		受診人数	2082							
		受診率	61.1							
保健指導										
1. 特定保健指導対象者	実績	A	対象者数	191						
		B	指導実人数	126						
		再掲	(再:訪問実人数)	59						
		B/A	指導割合	66						
2. 重症化予防対象者										
1)HbA1c6.5%以上者	実績	C	対象者数	191						
		D	指導実人数	127						
		再掲	(再:訪問実人数)	50						
		D/C	指導割合	66.5						
		(1)HbA1c6.5%以上者のうち医療との連携者数	実人数 【①+②合計人数】	37						
①治療の受診勧奨者数	実人数	33								
②保健指導での連携者数	実人数	4								
2)高血圧Ⅱ度以上者	実績	E	対象者数	82						
		F	指導実人数	52						
		再掲	(再:訪問実人数)	34						
		F/E	指導(割合)	63.4						
3)LDL-180以上者	実績	G	対象者数	52						
		H	指導実人数	37						
		再掲	(再:訪問実人数)	13						
	H/G	指導(割合)	71.2							