

第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成30年度～35年度



平成30年3月

熊本県玉名郡和水町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
1) 実施主体と関係部門の役割	
2) 外部有識者等の役割	
3) 被保険者の役割	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察	
1) 第1期計画に係る評価	
2) 第1期に係る考察	
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	
2) 健診受診者の実態	
3) HbA1c、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況	
4) 未受診者の把握	
3. 目標の設定	
1) 成果目標	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1. 第3期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
1) 実施方法	
2) 特定健診委託基準	
3) 健診実施機関リスト	
4) 特定健診実施項目	
5) 実施時期	

- 6) 医療機関との適切な連携
- 7) 代行機関
- 8) 健診の案内方法
- 9) 未受診者対策
- 10) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集

5. 特定保健指導の実施

- 1) 健診から保健指導実施の流れ
- 2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と支援方法
- 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

6. 個人情報の保護

- 1) 基本的な考え方
- 2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

7. 結果の報告

- 8. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し
- 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 30

- 1. 保健事業の方向性
- 2. 重症化予防の取組
 - 1) 糖尿病性腎症重症化予防
 - 2) 脳血管疾患重症化予防
 - 3) 虚血性心疾患重症化予防
- 3. 健康・医療情報を活用した取組
 - 1) 重複受診・重複投薬者に対する取組
 - 2) 後発医薬品の使用促進に資する取組

4. ポピュレーションアプローチ

第5章 地域包括ケアに係る取組 48

第6章 計画の評価・見直し 50

- 1. 評価の時期
- 2. 評価方法・体制

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	51
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	52

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

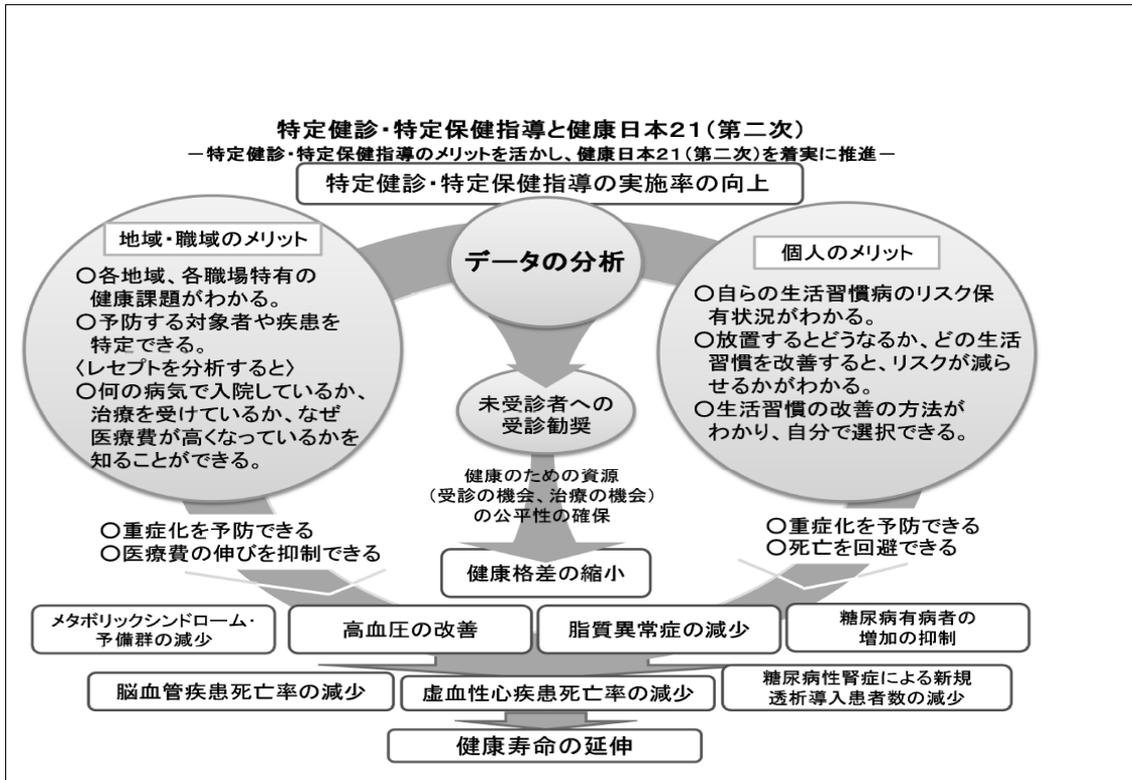
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して、計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Action）（以下「PDCA サイクル」という。）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、保健事業の実施計画（データヘルス計画）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。

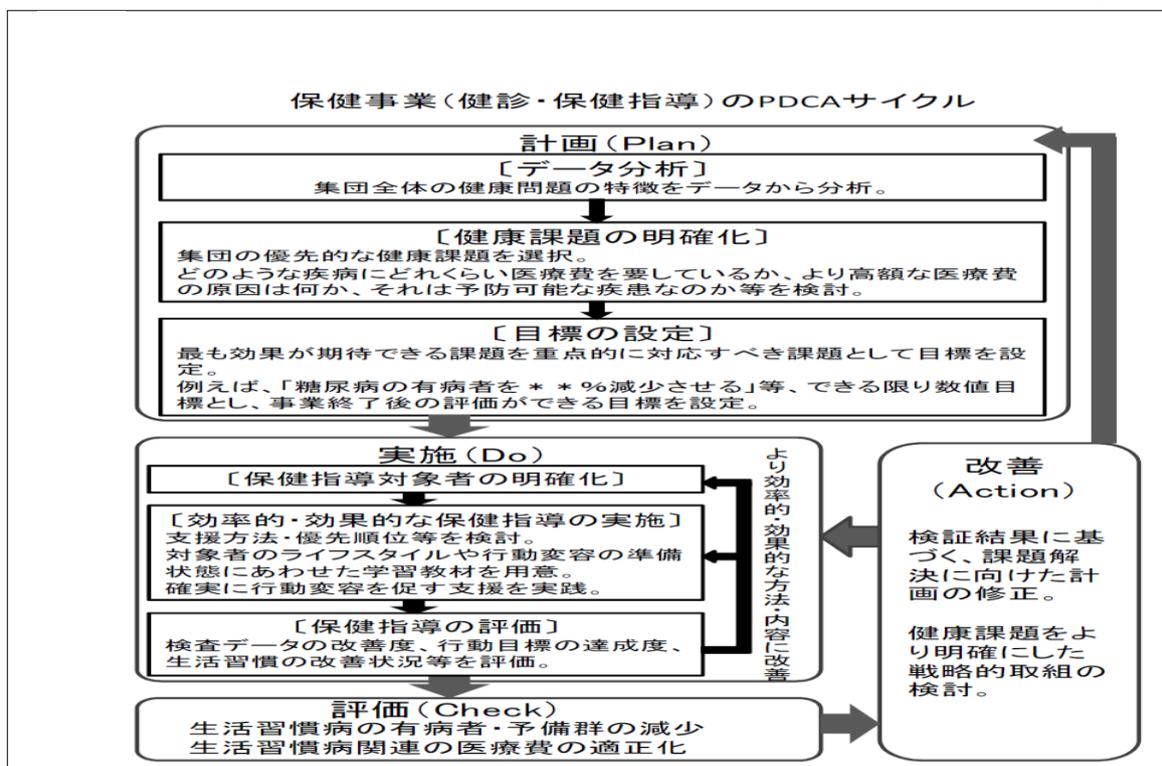
和木町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【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。また、手引書において「他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮する」としており、都道府県における医療費適正化計画と医療計画が、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。これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体と関係部門の役割（図表4）

和水町においては、税務住民課国保年金係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部門が関わっている。特に健康福祉課（保健予防係）の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

福祉・医療分野では、健康福祉課（地域包括支援係、介護保険係、障害福祉係、福祉係）、住民課（健康福祉係、税務住民係）、和水町立病院等の保健以外にも総務課、まちづくり推進課、商工観光課、農林振興課等とも情報の共有化を図り、連携することが望ましい。

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

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、国保データベース（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。

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、市町村国保は、計画素案について熊本県関係課と意見交換を行い、県との

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】

保険者努力支援制度 各年度配点比較

評価指標		H28年度		H29年度	H30年度
		345	和水町		
総得点(満点)		345		580	850
共通①	特定健診受診率	20	20	35	50
	特定保健指導実施率	20	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	15	35	50
共通②	がん検診受診率	10	10	20	30
	歯周疾患(病)検診	10	0	15	25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70	100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携			【40】	【50】
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携				
	・専門職の取組、事業評価			【15】	【25】
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談			【15】	【25】
・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価					
共通④	個人のインセンティブ提供	20	20	45	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	0	30	40
固有①	収納率向上	40	10	70	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	6	30	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
	体制構築加点	70	70	70	60
和水町実績	総得点(体制構築加点含む)		277		
	交付額(千円)		1,867		
	交付額(1人あたり)		640		
	全国順位(1,741市町村中)		32		
	熊本県順位(45市町村中)		2		

* H28、H29年度は前倒し分

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（参考資料1-1、1-2）

平成25年度と平成28年度を比較すると、和水町総人口に占める高齢化率が39.3%に増加している。産業構成を同規模、県、国と比較すると、第1次産業（農業）の割合が高く、第3次産業（サービス業）の割合が低い。国保被保険者数を年代別に見ると、65歳から74歳が49人増加した一方で、40歳から64歳が342人、39歳以下が214人と大きく減少し、国保被保険者の65歳から74歳の割合は43.8%に増加している。今後も国保被保険者の減少と高齢化が予測され、それに伴う介護給付費と医療費の増加が懸念される。

死亡状況を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）割合は減少し、全年齢死因別の心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合も減少している。

重症化の指標となる介護の状況を見ると、40歳から64歳の介護保険2号認定率は減少している。また、介護給付費も減少しており、同規模と比較して低い。しかし、医療の状況では総医療費に占める入院の費用、件数ともに増加している。一人あたりの医療費も増加しており、医療費適正化の観点から重症化予防への取り組みは重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

平成25年度と比較すると介護給付費は全体で低下しており、同規模と比較しても低い状況である。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	和水町				同規模		
	介護給付費	1件あたり 給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり 給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	13億9862万円	71,330	39,973	274,294	70,069	42,511	283,231
H28年度	13億0563万円	↓ 63,016	37,247	266,683	68,807	42,403	278,098

介護給付費：健診・介護・医療データから見る地域の健康課題

1件あたり給付費：KDB 厚生省様式6-1

②医療費の状況（図表7）

総医療費は減少しており、これは被保険者の減少によるものと推測される。

しかし、和水町の一人あたり医療費は同規模等と比べて増加額が高い。特に入院の増加額が高いことから、重症化した人が増加したと言える。

【図表7】

医療費分析の経年比較

総医療費			全体		入院		外来	
			費用額(円)	増減(円)	費用額(円)	増減(円)	費用額(円)	増減(円)
	H25年度	和水町	10億4454万		4億1972万		6億2482万	
H28年度	和水町	9億9918万	- 8580万	4億1340万	- 2032万	5億7841万	- 6548万	
一人あたり医療費	H25年度	和水町	25,049		10,095		14,954	
		同規模	24,181		10,422		13,759	
		県	25,470		11,385		14,085	
		国	22,616		9,159		13,457	
	H28年度	和水町	27,806	2,757	11,595	1,500	16,211	1,257
		同規模	26,568	2,387	11,371	949	15,197	1,438
		県	27,974	2,504	12,392	1,007	15,582	1,497
		国	24,245	1,629	9,674	515	14,571	1,114

総医療費：KDB帳票「疾病別医療費分類（細小（82）分類）」
 ※KDBの一人あたり医療費は、月平均額での表示となる。
 一人あたり医療費：様式6-1③医療費の状況

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表8）

データヘルス計画のターゲットとなる疾患を見ると、中長期目標疾患の腎と脳、短期目標疾患の糖尿病に係る医療費の割合が増加している。特に慢性腎不全（透析有）の医療費の増加が著しい。

高血圧症及び脂質異常症は、減少しているが国、県と比較すると高い。

【図表8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧					脂質異常症		
			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	和水町	1,045,195,220	25,353	61位	25位	3.87%	0.54%	0.80%	1.93%	5.28%	6.07%	3.46%	229,364,530	21.94%	9.89%	12.26%	10.79%
H28年度	和水町	992,380,810	27,806	55位	25位	5.83%	0.61%	1.73%	1.49%	5.41%	4.79%	3.25%	229,284,710	23.10%	9.90%	11.60%	11.57%
H28年度	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
	熊本県	161,643,949,660	27,978	--	--	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

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

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
 ※国保連合会資料より引用のため、図表7とは数値が異なる。

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な目標疾患である脳血管疾患を見ると、65歳以上の割合が増加している。また、虚血性心疾患で脳血管疾患を合併している人が26.7%に増加している。

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析においては、糖尿病を合併している人の割合が増加している。

中長期的な目標疾患の減少のためには、糖尿病の重症化予防対策を充実させることが必要である。

【図表 9】

C)中長期的疾患の評価

厚生省様式 3-5		中期的な目標			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(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
H25年度	全体	3,446	125	3.6	18.4	4.0	73.6	35.2	56.8
	64歳以下	2,264	34	1.5	20.6	8.8	79.4	41.2	64.7
	65歳以上	1,182	91	7.7	17.6	2.2	71.4	33	53.8
H28年度	全体	3,044	121	4.0	24.8	1.7	74.4	40.5	60.3
	64歳以下	1,791	35	2.0	20.0	5.7	68.6	42.9	60.0
	65歳以上	1,253	86	6.9	26.7	0.0	76.7	39.5	60.5

厚生省様式 3-6		中期的な目標			短期的な目標				
		脳血管疾患			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(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
H25年度	全体	3,446	146	4.2	15.8	1.4	78.8	33.6	56.8
	64歳以下	2,264	50	2.2	14.0	2.0	76.0	36.0	50.0
	65歳以上	1,182	96	8.1	16.7	1.0	80.2	32.3	60.4
H28年度	全体	3,044	177	5.8	16.9	0.6	76.3	41.2	60.5
	64歳以下	1,791	39	2.2	17.9	2.6	74.4	48.7	51.3
	65歳以上	1,253	138	11.0	16.7	0.0	76.8	39.1	63.0

厚生省様式 3-7		中期的な目標			短期的な目標				
		人工透析			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(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
H25年度	全体	3,446	9	0.3	22.2	55.6	88.9	33.3	22.2
	64歳以下	2,264	7	0.3	14.3	42.9	85.7	28.6	28.6
	65歳以上	1,182	5以下	0.2	50.0	100.0	100.0	50.0	0.0
H28年度	全体	3,044	8	0.3	12.5	25.0	100.0	50.0	25.0
	64歳以下	1,791	7	0.4	14.3	28.6	100.0	57.1	28.6
	65歳以上	1,253	5以下	0.1	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0

KDBシステム

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (図表 10、参考資料 2)

中長期目標疾患 (虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症) の共通リスクで人数が多いのは、高血圧、脂質異常症、糖尿病の順である。

糖尿病は、糖尿病重症化によるインスリン療法、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症がどの年代も増加している。また、高血圧を合併している人の割合も増加している。

高血圧及び脂質異常症の 65 歳以上の脳血管疾患が増加している。

さらに、「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」で糖尿病治療中の健診受診者 128 人のコントロール状況を見ると、74 人 (57.8%) が HbA1c7.0%以上でコントロール不良である。また、健診受診者のうち糖尿病型と判定された 213 人を見ると、85 人 (39.9%) が未治療である。

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (様式 3-2~3-4) 図表 10

【図表 10】

厚生省様式 3-2		短期的な目標							中期的な目標			
		糖尿病							人工透析	糖尿病性腎症		
		被保険者数	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)			割合(%)	割合(%)
H25年度	全体	3,446	379	11.0	6.9	65.2	57.5	11.6	12.9	11.5	6.3	
	64歳以下	2,264	150	6.6	10.7	60.7	56.0	9.3	12.0	12.5	6.0	
	65歳以上	1,182	229	19.4	4.4	68.1	58.5	13.1	13.5	10.0	6.6	
H28年度	全体	3,044	350	11.5	9.7	71.4	57.1	14.0	20.9	8.8	9.4	
	64歳以下	1,791	112	6.3	13.4	64.3	53.6	13.4	17.0	13.3	10.7	
	65歳以上	1,253	238	19.0	8.0	74.8	58.8	14.3	22.7	5.3	8.8	

厚生省様式 3-3		短期的な目標							
		高血圧							
		被保険者数	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	
H25年度	全体	3,446	792	23.0	31.2	48.7	11.6	14.5	1.0
	64歳以下	2,264	286	12.6	31.8	45.5	9.4	13.3	2.1
	65歳以上	1,182	506	42.8	30.8	50.6	12.8	15.2	0.4
H28年度	全体	3,044	710	23.3	35.2	50.3	12.7	19.0	1.1
	64歳以下	1,791	221	12.3	32.6	45.2	10.9	13.1	3.2
	65歳以上	1,253	489	39.0	36.4	52.6	13.5	21.7	0.2

厚生省様式 3-4		短期的な目標							
		脂質異常症							
		被保険者数	人数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	
H25年度	全体	3,446	595	17.3	36.6	64.9	11.9	13.9	0.3
	64歳以下	2,264	221	9.8	38.0	58.8	10.0	11.3	0.0
	65歳以上	1,182	374	31.6	35.8	68.4	13.1	15.5	0.5
H28年度	全体	3,044	555	18.2	36.0	64.3	13.2	19.3	0.4
	64歳以下	1,791	180	10.1	33.3	55.6	11.7	11.1	0.0
	65歳以上	1,253	375	29.9	37.3	68.5	13.9	23.2	0.5

KDBシステム

②リスクの健診結果経年変化（図表 11-1、11-2）

男性の有所見割合では、40歳から64歳にBMI、腹囲、中性脂肪、肝機能（GPT）に増加がみられ、エネルギー過剰摂取状態が示されている。このことから、内臓脂肪の蓄積による動脈硬化の進展が懸念される。

また年代に関わらず、血管を傷める要因である空腹時血糖、平均血糖値（以下、「HbA1c」という。）、尿酸、血圧が高い人の割合が増加傾向にある。また、腎臓機能の低下によりクレアチニン値が上昇し、臓器障害を起こしている人の割合が増加している。

女性の有所見割合では、男性同様に空腹時血糖と特にHbA1cが増加している。以上のことから、男女ともに血管を傷つける因子を持つ人が多いことがわかる。

メタボリックシンドローム（以下、「メタボ」という。）の状況を見ると、男女ともにメタボ該当者の割合が増加している。特に男性の40歳から64歳でのメタボ該当者の増加が著しい。また、男性では40歳から64歳での「血圧＋脂質」の重なりが増加している。

【図表 11-1】

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			摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害	
			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年度	和 水 町	合計	160	22.8	292	41.6	162	23.1	123	17.5	46	6.6	337	48.0	357	50.9	121	17.2	349	49.7	218	31.1	323	46.0	13	1.9
		40-64	72	21.2	125	36.8	89	26.2	64	18.8	24	7.1	147	43.2	150	44.1	62	18.2	149	43.8	113	33.2	161	47.4	4	1.2
		65-74	88	24.3	167	46.1	73	20.2	59	16.3	22	6.1	190	52.5	207	57.2	59	16.3	200	55.2	105	29.0	162	44.8	9	2.5
H28年度	和 水 町	合計	158	24.4	288	44.5	148	22.9	114	17.6	40	6.2	337	52.1	430	66.5	127	19.6	376	58.1	221	34.2	297	45.9	21	3.2
		40-64	66	26.8	104	42.3	70	28.5	51	20.7	16	6.5	115	46.7	144	58.5	55	22.4	122	49.6	92	37.4	121	49.2	5	2.0
		65-74	92	22.9	184	45.9	78	19.5	63	15.7	24	6.0	222	55.4	286	71.3	72	18.0	254	63.3	129	32.2	176	43.9	16	4.0

女性			摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害	
			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年度	和 水 町	合計	190	23.6	146	18.1	90	11.2	63	7.8	9	1.1	221	27.4	428	53.1	12	1.5	352	43.7	147	18.2	452	56.1	0	0.0
		40-64	76	22.9	48	14.5	39	11.7	26	7.8	4	1.2	71	21.4	155	46.7	2	0.6	98	29.5	68	20.5	186	56.0	0	0.0
		65-74	114	24.1	98	20.7	51	10.8	37	7.8	5	1.1	150	31.6	273	57.6	10	2.1	254	53.6	79	16.7	266	56.1	0	0.0
H28年度	和 水 町	合計	155	23.0	108	16.0	82	12.2	54	8.0	7	1.0	214	31.8	488	72.5	14	2.1	291	43.2	117	17.4	366	54.4	1	0.1
		40-64	64	25.4	35	13.9	29	11.5	23	9.1	2	0.8	54	21.4	161	63.9	5	2.0	83	32.9	40	15.9	134	53.2	0	0.0
		65-74	91	21.6	73	17.3	53	12.6	31	7.4	5	1.2	160	38.0	327	77.7	9	2.1	208	49.4	77	18.3	232	55.1	1	0.2

KDBシステムより

【図表 11-2】

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		腹田のみ		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					
H25年度	和水町	合計	702	59.7	30	4.3%	103	14.7%	4	0.6%	79	11.3%	20	2.8%	159	22.6%	37	5.3%	11	1.6%	61	8.7%	50	7.1%
		40-64	340	52.7	19	5.6%	41	12.1%	1	0.3%	26	7.6%	14	4.1%	65	19.1%	12	3.5%	8	2.4%	24	7.1%	21	6.2%
		65-74	362	68.3	11	3.0%	62	17.1%	3	0.8%	53	14.6%	6	1.7%	94	26.0%	25	6.9%	3	0.8%	37	10.2%	29	8.0%
H28年度	和水町	合計	647	59.2	28	4.3%	85	13.1%	3	0.5%	64	9.9%	18	2.8%	175	27.0%	40	6.2%	10	1.5%	79	12.2%	46	7.1%
		40-64	246	49.4	13	5.3%	30	12.2%	1	0.4%	20	8.1%	9	3.7%	61	24.8%	10	4.1%	7	2.8%	27	11.0%	17	6.9%
		65-74	401	67.5	15	3.7%	55	13.7%	2	0.5%	44	11.0%	9	2.2%	114	28.4%	30	7.5%	3	0.7%	52	13.0%	29	7.2%

女性		健診受診者		腹田のみ		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					
H25年度	和水町	合計	806	67.4	22	2.7%	52	6.5%	0	0.0%	41	5.1%	11	1.4%	72	8.9%	15	1.9%	3	0.4%	39	4.8%	15	1.9%
		40-64	332	59.8	6	1.8%	20	6.0%	0	0.0%	15	4.5%	5	1.5%	22	6.6%	5	1.5%	2	0.6%	13	3.9%	2	0.6%
		65-74	474	73.9	16	3.4%	32	6.8%	0	0.0%	26	5.5%	6	1.3%	50	10.5%	10	2.1%	1	0.2%	26	5.5%	13	2.7%
H28年度	和水町	合計	673	65.2	12	1.8%	30	4.5%	1	0.1%	21	3.1%	8	1.2%	66	9.8%	13	1.9%	2	0.3%	29	4.3%	22	3.3%
		40-64	252	62.1	8	3.2%	10	4.0%	1	0.4%	7	2.8%	2	0.8%	17	6.7%	1	0.4%	1	0.4%	11	4.4%	4	1.6%
		65-74	421	67.3	4	1.0%	20	4.8%	0	0.0%	14	3.3%	6	1.4%	49	11.6%	12	2.9%	1	0.2%	18	4.3%	18	4.3%

KDBシステムより

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率・特定保健指導率ともに国の目標を達成しているが、重症化を予防するため、更に充実させていく必要がある。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導				受診勧奨者	
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	同規模内の 順位	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)	同規模内の 順位	医療機関受診率 (%)	
									和水町	同規模平均
H25年度	2,395	1,508	63.0	3位	145	98	67.6		51.5	50.8
H26年度	2,326	1,461	62.8	3位	142	101	71.1		56.6	51.9
H27年度	2,206	1,463	66.3	3位	157	119	79.9		52.0	51.9
H28年度	2,113	1,321	62.5	4位	144	132	91.7		54.0	51.6

KDBシステム「様式6-1」

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らしていくことを中長期目標として計画を進めてきた。しかし、総医療費に占める慢性腎不全・脳血管疾患の医療費の割合や入院医療費が増加している。また、被保険者数に占める糖尿病性腎症の割合が増加している。その要因として、短期目標である糖尿病の重症化が進んでいることが考えられる。

また、国保被保険者の高齢化に伴い、今後、更に重症化予防を充実させる必要があり、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

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

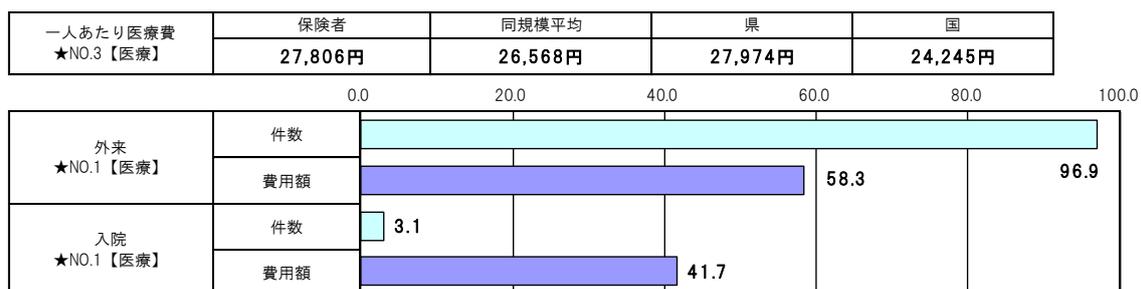
(1) 入院と外来の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

一人あたりの医療費は、県よりもやや低いが国や同規模平均より高い。入院費用は、3.1%の件数で医療費全体の約4割を占めている。

【図表 13】

H28 年度

入院と外来の件数・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

KDBシステム

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

人工透析患者の内訳において、糖尿病性腎症の件数と費用額が2倍以上に増加していることから、入退院を繰り返すなど重症化した状態の治療が多くあったことが推測される。

高額になる疾患の脳血管疾患、虚血性心疾患は、50代から発症している。脳血管疾患と虚血性心疾患を比較すると、費用額合計は虚血性心疾患が高いが、件数は脳血管疾患が多い。

【図表 14】

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。H28年度

厚労省様式	対象レセプト (H25年度・H28年度)		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	H25.5 診療分	人数	9人	33.3%	22.2%	55.6%
	H28.5 診療分	人数	8人	50.0%	12.5%	25.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	H25年度 累計	件数	100件	30件 30.0%	24件 24.0%	49件 49.0%
		費用額	4093万円	1354万円 33.1%	965万円 23.6%	2092万円 51.1%
	H28年度 累計	件数	130件	66件 50.8%	17件 13.1%	27件 20.8%
		費用額	5820万円	3342万円 57.4%	817万円 14.0%	1242万円 21.3%

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	人数		90人	5人 5.6%	4人 4.4%
		件数		160件	8件 5.0%
	年代別		40歳未満	0.0%	0.0%
			40代	0.0%	0.0%
			50代	25.0%	40.0%
			60代	62.5%	40.0%
70-74歳	12.5%	20.0%			
費用額		1億9365万円	854万円 4.4%	935万円 4.8%	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	人数		23人	4人 17.4%	4人 17.4%
		件数	181件	26件 14.4%	21件 11.6%
	費用額		6807万円	939万円 13.8%	891万円 13.1%

KDBシステムより加工

○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受けているのか (図表 15-1、15-2、15-3)

有病状況の循環器疾患を見ると、どの年齢でも、脳卒中が最も多い。

2号(40歳から64歳)認定者について見ると、要介護3から5の重度の割合が高い。有病状況を他の年齢と比較すると、腎不全と糖尿病の割合が高く、血管疾患合計が約8割である。また、2号新規認定者数はH28年度に増加している。

さらに、要介護認定別医療費を同規模平均と比較すると、認定ありの医療費は同規模平均より高く、認定なしの医療費は低い。

【図表 15-1】

何の疾患で介護保険を受けているのか

H28年度

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	被保険者数		3,714人		1,556人		2,497人		4,053人		7,767人			
認定者数		12人		62人		804人		866人		878人				
認定率		0.32%		4.0%		32.2%		21.4%		11.3%				
新規認定者数(*1)		5人		10人		105人		115人		120人				
介護度別人数	要支援1・2		2	16.7%	18	29.0%	167	20.8%	185	21.4%	187	21.3%		
	要介護1・2		4	33.3%	23	37.1%	338	42.0%	361	41.7%	365	41.6%		
	要介護3～5		6	50.0%	21	33.9%	299	37.2%	320	37.0%	326	37.1%		
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	介護件数(全体)		12		62		804		866		878			
再)国保・後期		9		51		776		827		836				
(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	4	44.4%	脳卒中	30	58.8%	脳卒中	352	45.4%	脳卒中	382	46.2%
		2	虚血性心疾患	3	33.3%	虚血性心疾患	11	21.6%	虚血性心疾患	232	29.9%	虚血性心疾患	243	29.4%
		3	腎不全	3	33.3%	腎不全	2	3.9%	腎不全	78	10.1%	腎不全	80	9.7%
	基礎疾患(*2)		糖尿病	4	44.4%	糖尿病	19	37.3%	糖尿病	279	36.0%	糖尿病	298	36.0%
			高血圧	7	77.8%	高血圧	40	78.4%	高血圧	628	80.9%	高血圧	668	80.8%
			脂質異常症	5	55.6%	脂質異常症	30	58.8%	脂質異常症	347	44.7%	脂質異常症	377	45.6%
	血管疾患合計		合計	7	77.8%	合計	48	94.1%	合計	724	93.3%	合計	772	93.3%
	認知症		認知症	1	11.1%	認知症	6	11.8%	認知症	335	43.2%	認知症	341	41.2%
筋・骨格疾患		筋骨格系	8	88.9%	筋骨格系	45	88.2%	筋骨格系	714	92.0%	筋骨格系	759	91.8%	
筋・骨格疾患合計		合計	8	88.9%	合計	45	88.2%	合計	714	92.0%	合計	759	91.8%	

*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
 *2) 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 15-2】

	2号新規認定者数	介護件数		再)国保の血管疾患合計
		全体	再)国保	
H25年度	0	14	10	12 (70.6%)
H28年度	5	12	9	7 (77.8%)

【図表 15-3】

H28 年度

		和水町	同規模平均
1件当たり給付費 (年間)		63,016円	68,807円
2号認定率		0.3%	0.4%
要介護認定別 医療費 (年間一人平均)	認定あり	8,349円	8,199円
	認定なし	3,587円	3,955円

2) 健診受診者の実態 (図表 16-1、16-2、17)

男女ともに全国と比較して、「血管を傷つける」リスクが高い。特に男性では、空腹時血糖が全国の2倍近く高く、HbA1c も高い。

メタボ該当者を見ると、男女ともに65歳以上が全国を上回っていることから、若い頃からメタボ対策が重要である。

また、糖尿病性腎症病期分類で糖尿病とメタボの関連を見ると、糖尿病でメタボを併せ持つ人の割合が約半数、その中で、早期糖尿病性腎症(第2期)でメタボを併せ持つ人の割合は約7割である。

【図表 16-1】

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

★NO.23 (概要) H28年度

男性	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害					
	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					
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		
熊本県	14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1	
和水町	合計	158	24.4	289	44.6	149	23.0	114	17.6	41	6.3	337	52.0	431	66.5	127	19.6	377	58.2	221	34.1	298	46.0	21	3.2
	40-64	66	26.8	104	42.3	70	28.5	51	20.7	16	6.5	115	46.7	144	58.5	55	22.4	122	49.6	92	37.4	121	49.2	5	2.0
	65-74	92	22.9	185	46.0	79	19.7	63	15.7	25	6.2	222	55.2	287	71.4	72	17.9	255	63.4	129	32.1	177	44.0	16	4.0

女性	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害					
	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					
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		
熊本県	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2	
和水町	合計	155	23.0	108	16.0	82	12.2	54	8.0	7	1.0	214	31.8	488	72.5	14	2.1	291	43.2	117	17.4	366	54.4	1	0.1
	40-64	64	25.4	35	13.9	29	11.5	23	9.1	2	0.8	54	21.4	161	63.9	5	2.0	83	32.9	40	15.9	134	53.2	0	0.0
	65-74	91	21.6	73	17.3	53	12.6	31	7.4	5	1.2	160	38.0	327	77.7	9	2.1	208	49.4	77	18.3	232	55.1	1	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

KBDシステムより

【図表 16-2】

H28年度
単位：人数(人)
割合(%)

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概要）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						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	高血糖		高血圧		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	人数	割合	人数	割合											人数	割合	人数
全国					548,609	17.2%					875,805	27.5%											
熊本県					8,067	17.3%					12,471	26.8%											
和 水 町	合計	648	59.6%	28	4.3%	85	13.1%	3	0.5%	64	9.9%	18	2.8%	176	27.2%	40	6.2%	10	1.5%	80	12.3%	46	7.1%
	40-64	246	49.9%	13	5.3%	30	12.2%	1	0.4%	20	8.1%	9	3.7%	61	24.8%	10	4.1%	7	2.8%	27	11.0%	17	6.9%
	65-74	402	67.7%	15	3.7%	55	13.7%	2	0.5%	44	10.9%	9	2.2%	115	28.6%	30	7.5%	3	0.7%	53	13.2%	29	7.2%

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						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	高血糖		高血圧		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	人数	割合	人数	割合											人数	割合	人数
全国					241,487	5.8%					396,909	9.5%											
熊本県					3,892	6.6%					5,359	9.0%											
和 水 町	合計	673	65.5%	12	1.8%	30	4.5%	1	0.1%	21	3.1%	8	1.2%	66	9.8%	13	1.9%	2	0.3%	29	4.3%	22	3.3%
	40-64	252	62.7%	8	3.2%	10	4.0%	1	0.4%	7	2.8%	2	0.8%	17	6.7%	1	0.4%	1	0.4%	11	4.4%	4	1.6%
	65-74	421	67.3%	4	1.0%	20	4.8%	0	0.0%	14	3.3%	6	1.4%	49	11.6%	12	2.9%	1	0.2%	18	4.3%	18	4.3%

KDBシステムより

【図表 17】

健診を受診した人の中の私の位置は？

H28年度

自分の値のところに○をつけてみましょう

糖尿病：治療なしHbA1c6.5以上、または糖尿病治療中(HbA1c7.0未満も含む)にて判定
治療の有無・特定健診質問票の糖尿病の服薬有無にて判定

糖尿病性腎症病期分類		尿検査	尿蛋白		(-)		(±)		(+)以上		(原検査結果に 関わらずeGFRで判断)			
			アルブミン尿 区分		正常アルブミン尿 A1		微量アルブミン尿 A2		顕性アルブミン尿 A3					
		eGFR		30										
重症化予防 対象者	健診受診者	糖尿病あり		第1期 腎症前期		第2期 早期腎症期		第3期 顕性腎症期		第4期 腎不全期				
	A 1,375人	B 197人 14.3 ...B/A		c	a/B	d	d/B	e	c/B	f	d/B			
	a	a/A'	b	a/A	g	g/c	h	h/d	i	i/e	j	i/f		
糖尿病のみ (その他リスクなし)			29	14.7	27	17.2	2	9.5	0	0.0	0	0.0		
糖尿病+その他リスクあり			168	85.3	130	82.8	19	90.5	17	100.0	2	100.0		
再 検	メタボリック シンドローム 該当者	254	18.5	96	48.7	71	45.2	15	71.4	9	52.9	1	50.0	
	脂質 異常 症	300以上	33	2.4	11	5.6	7	4.5	1	4.8	1	5.9	2	100.0
	LDL-C	120以上	688	50.0	82	41.6	61	38.9	7	33.3	12	70.6	2	100.0
	高血圧症	I度以上	440	32.0	87	44.2	67	42.7	10	47.6	8	47.1	2	100.0
	高尿酸血症	7.1以上	136	9.9	23	11.7	16	10.2	3	14.3	3	17.6	1	50.0

3) HbA1c、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況（図表 18、参考資料 2）

HbA1c は、値が 6.5%以上の割合 7.0%以上の割合ともに増加している。その要因として、過去の健診結果やレセプトから糖尿病ハイリスク者に、健診受診勧奨を実施したことで重症者が健診受診されたためと考えられる。

また、HbA1c7.0%以上を見ると、その約 7 割の 63 人が治療中である。「糖尿病治療ガイド 2016-2017 (98 頁)」によると 65 歳以上 75 歳未満の重症低血糖が危惧される薬剤使用者の血糖コントロール目標値は、HbA1c6.5%から 7.5%未満のためそれに基づいてコントロール状況を確認したところ、多くはコントロール不良であった。今後、医

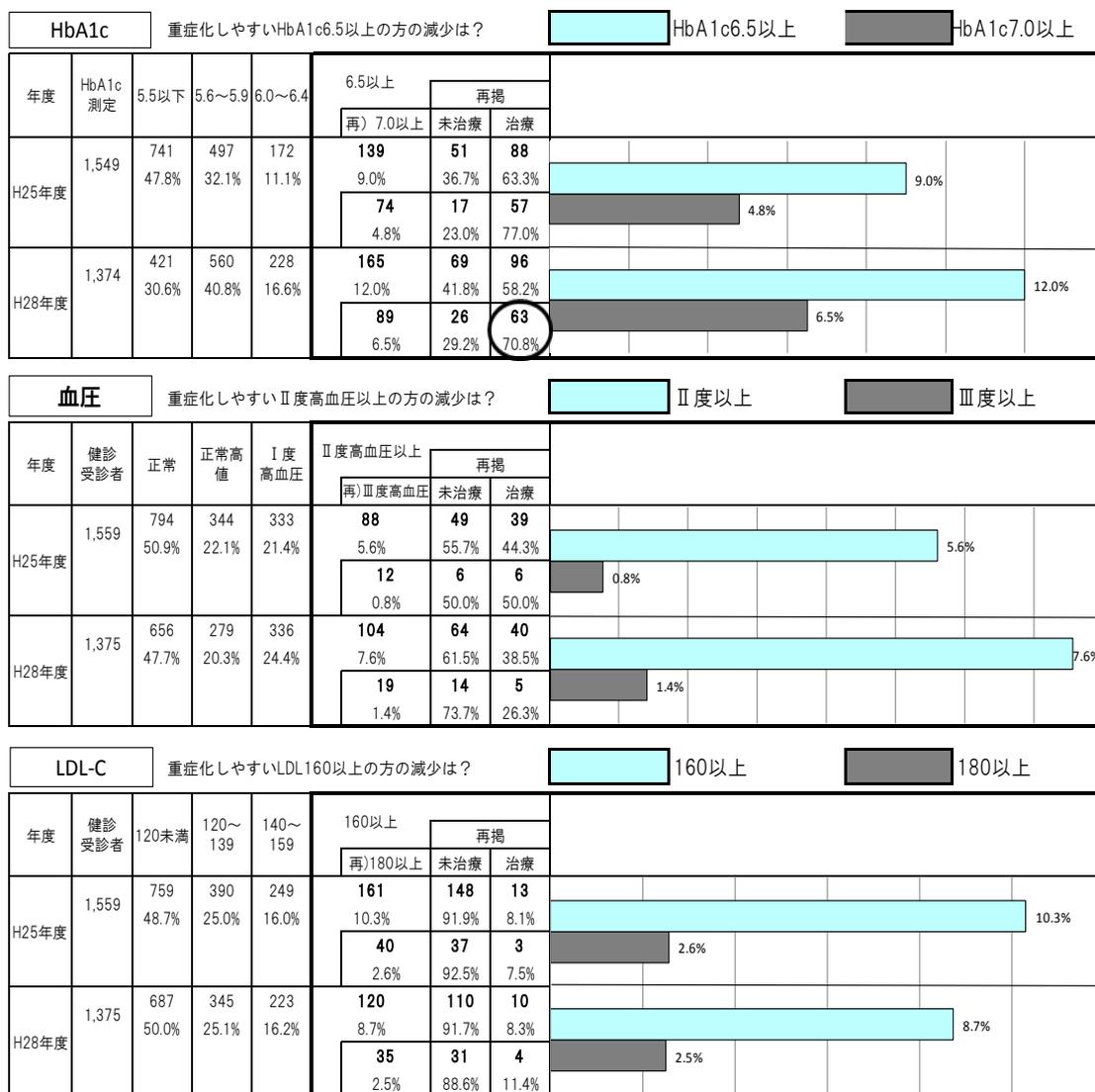
療機関と連携した保健指導が重要である。

血圧は、Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の割合が増加している。また、治療の有無を見ると特にⅢ度高血圧（180/110mmHg 以上）の未治療の増加が著しく約7割である。

LDL コレステロールは、値が160mg/dl 以上の割合が減少している。また、治療の有無を見ると、LDL コレステロール 160mg/dl 以上、180mg/dl 以上の未治療が約9割を占めている。

高血圧、脂質異常症を重症化させないよう医療機関受診を勧奨する必要がある。

【図表 18】



評価ツール

4) 未受診者の把握 (図表 19、参考資料 1-1、1-2)

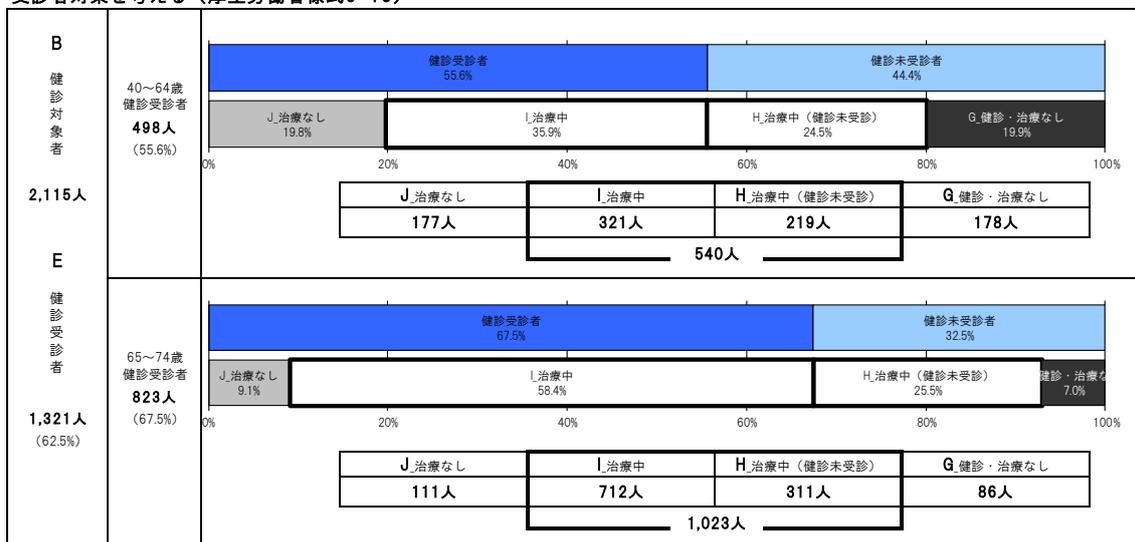
特定健診受診率は 60% 台を維持している。しかし、年代別に受診率を見ると、40 歳から 64 歳では、65 歳から 74 歳と比較すると 10% 以上受診率が低い。

国保被保険者の人口構成を考えると、65 歳から 74 歳が 43.8% であり、今後その年代が後期高齢者医療制度に移行し、受診率の低下が推測される。そのため、40 歳から 50 代の受診率向上が課題である。

生活習慣病治療費を健診の有無別に比較すると、健診未受診者が約 1 万円多く掛かっている。

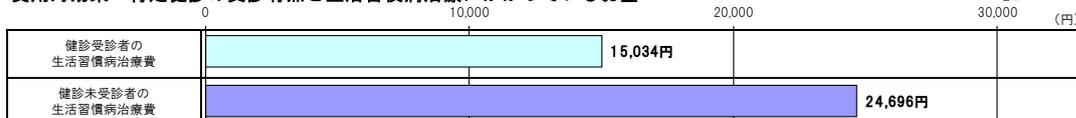
生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋がる。 【図表 19】

受診者対策を考える (厚生労働省様式 6-10)



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

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



3. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

重症化予防、医療の適正化へ繋げ入院を抑制することを目的とし、平成 35 年度までに、一人あたり医療費の入院を 11,595 円から国並みの 9,674 円にすることを目標とする。

また、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、介護認定者の有

病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患を毎年1%ずつ減少させることを目標とする。さらに、糖尿病性腎症による新規人工透析患者数を0とすることを目標とする。

4年後の平成32年度に進捗管理のために中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しを行う。

(2) 短期的な目標の設定

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患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、メタボ等の割合を前年度より減らしていくことを目標とする。

さらに、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋げることが重要であり、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1期及び第2期は5年を1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3期(平成30年度以降)からは6年1期として策定する。

2. 目標値の設定(図表20)

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	65%	66%	67%	68%	69%	70%
特定保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	95%

3. 対象者の見込み(図表21)

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1944人	1864人	1788人	1715人	1645人	1578人
	受診者数	1264人	1231人	1198人	1166人	1135人	1105人
特定保健指導	対象者数	144人	144人	144人	145人	145人	145人
	指導者数	130人	130人	130人	130人	130人	137人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。熊本県医師会が特定健診実施機関のとりまとめを行い、熊本県医師会と和水町国保との間で集合契約を締結する。また、公立病院等一部の特定健診実施機関とは、個別に単独契約を締結する。特定健診の基本的な項目に係る検査費用は 800 円とする。人間ドックの費用は一部助成する。

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は厚生労働大臣の告示に定められている。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関の一覧は、特定健診の申込書の配布時及び受診券配布時に同封する。

4) 特定健診実施項目（図表 22）

国が定めた、生活習慣病予防として特定保健指導が必要な人を抽出するための項目に加え、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）

【図表 22】

平成30年度 和水町特定健診等検査項目

実施主体			和水町国保			
対象者			40～74歳（国保の人）			
項目			特定健診			
意味	確定版・契約書		法律	総合保健センター	町立病院	医師会
身体の大きさ	理学的検査	身長	○	○	○	○
		体重	○	○	○	○
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	理学的検査	BMI	○	○	○
		脂質代謝	腹囲	○	○	○
			中性脂肪	○	○	○
		肝機能	HDLコレステロール	○	○	○
	AST (GOT)		○	○	○	
	ALT (GPT)		○	○	○	
	障内害皮	腎機能	尿酸	○	○	○
		循環器系検査	血圧	○	○	○
	栓易化血	血液一般検査	血色素（ヘモグロビン）	□	○	□
			ヘマトクリット値	□	○	□
	イン抵抗性	糖代謝	空腹時血糖	△	○	○
			HbA1C	△	○	○
	尿検査	糖		○	○	
		脂質代謝	LDLコレステロール	○注1)	○	○
血管変化	心臓	循環器系検査	安静時心電図	□注2)	○	□
	脳	眼底検査	眼底カメラ（片眼）	□注3)	○	□
			腎機能	クレアチニン	□注4)	○
	腎臓	尿検査	e-GFR	□注4)	○	※
			蛋白	○	○	○
			潜血		○	○
その他	問診	問診	○	○	○	
	理学的検査	視診・触診・聴診	○	○	○	
		血液一般検査	赤血球	□	○	□
	血小板			○	※	
	白血球			○	○	
	血清鉄					
	脂質代謝	総コレステロール		○	○	
		LDL-C/HDL-C		※		
	肝機能	ALP		○	○	
		ZTT		※		
		直接ビリルビン		※		
総ビリルビン			※			
総蛋白			○	○		
膵機能	膵アミラーゼ		※			

○ … 全員実施する項目

△ … いずれかの項目の実施でも可（空腹時血糖・HbA1cの一方で可）

□ … 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

注1) … 中性脂肪400mg/dl以上又は食後に採血する場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールで評価を行うことができる。

注2) … 血圧が受診勧奨判定値以上又は問診で不整脈疑いの者（血圧140/90mmHg以上又は問診で不整脈が疑われる者）

注3) … 血圧又は代謝系検査で受診勧奨判定値以上（血圧）140/90mmHg以上

注4) … 血圧または血糖値が保健指導判定値以上の者に実施する項目（血圧130/85mmHg以上又は空腹時血糖100mg/dl以上、HbA1c5.6%以上）

※ … 契約内容にはありませんが、一部実施している検査項目

 … 特定健診における和水町独自の追加項目

5) 実施時期

5月から9月末まで実施する。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本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

実施率を高めるために対象者への認知が不可欠である。そのために以下、複数の方法で健診案内を実施する。

- ①健康推進員を活用しての希望調査
- ②健康相談、訪問等の機会の活用
- ③国保資格取得時等の機会の活用
- ④区長や健康推進員による健診受診の案内
- ⑤健康推進員会、区長会での啓発
- ⑥未受診者に対する受診勧奨の家庭訪問及び文書の送付

また、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動については町の広報や窓口を利用して実施する。

健診実施スケジュールについては以下のとおりとする。

健診種類	実施時期・期間	実施場所
集団健康診査	5月から6月	・ 和水町中央公民館・三加和公民館 ・ 和水町立病院
個別健康診査	6月から9月	・ 委託契約医療機関（玉名郡市医師会・鹿本医師会）

9) 未受診者対策

希望調査を実施した結果を基に申込・受診把握台帳を作成し活用する。
上記スケジュールに合わせて事務職が文書通知により受診勧奨を実施し、専門職（保健

師・看護師・栄養士)が戸別訪問及び電話により健診未希望のハイリスク者に受診勧奨を実施する。

10) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集

和水町国保被保険者が労働安全衛生法に基づく定期健康診断や独自に人間ドックなど特定健診に代わる健診の受診結果、医療機関で実施した検査結果などを町に提出すると、特定健診受診率に算定される。その為、それらの結果を提出してもらうよう周知し、この場合も健診結果に基づき階層化し、必要に応じて保健指導を実施する。

5. 特定保健指導の実施(図表 23)

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、健診機関等への委託の形態で行う。

1) 健診から保健指導実施の流れ

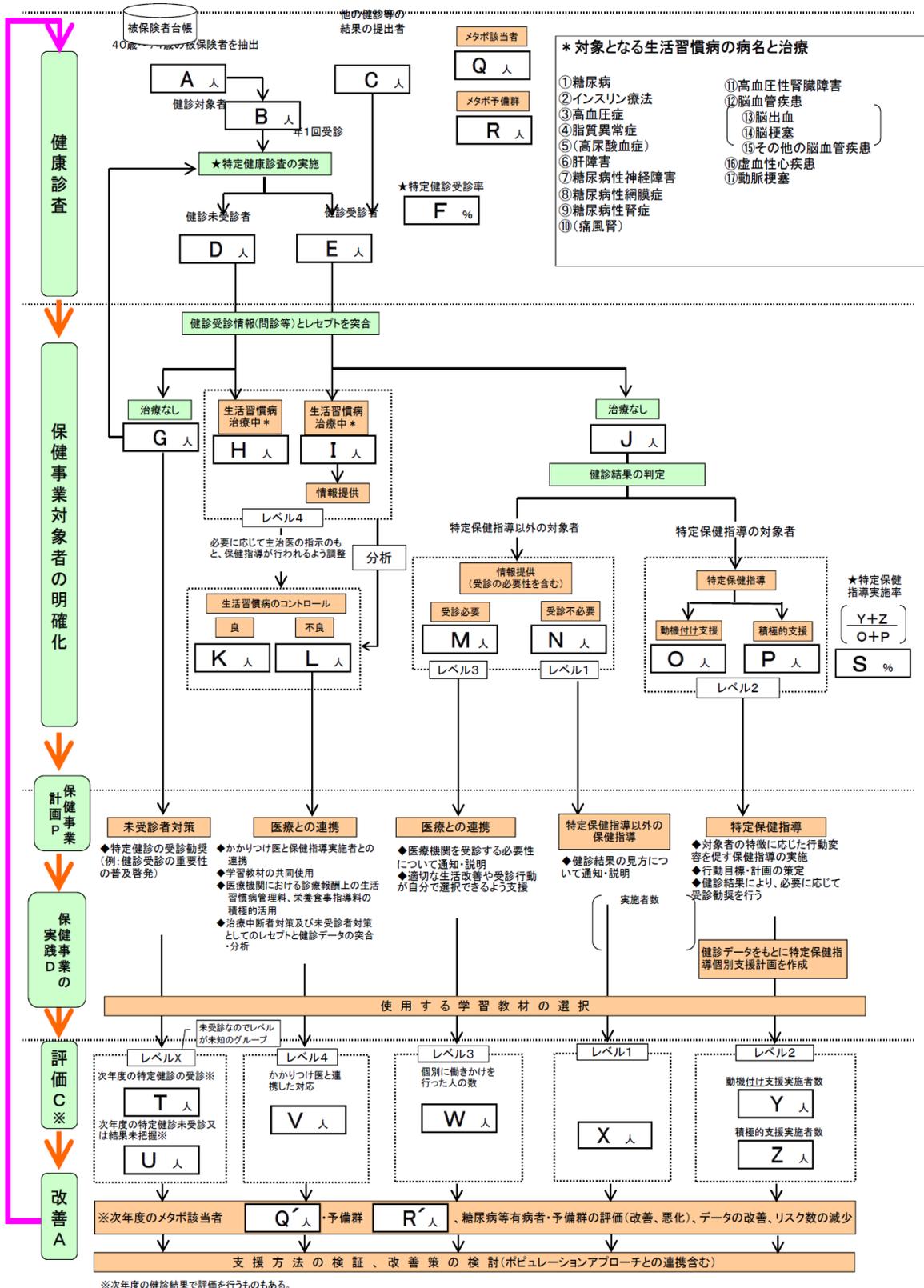
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年度版)」様式5-5を基に、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。

【図表 23】

様式 5-5

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



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と支援方法 (図表 24)

「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 を基に、健診結果から保健指導対象者の選定と支援方法を以下のとおりに行う。

【図表 24】

	様式 5-5	保健指導 レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	148人 (10.7)	95%
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	282人 (20.5)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例： 健診受診の重要性の普及啓発 による受診勧奨)	1,011人	ハイリスク者 [*] については 100%
4	N	情報提供	◆10年経年表と健診の見方 について通知・説明	290人 (21.1)	集団健診に ついては 100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプト健診 データの突合・分析	655人 (47.6)	コントロール 不良者(L)に ついては 60%

様式6-10

※ハイリスク者：第 4 章Ⅱ重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 脳血管疾患重症化予防の対象者及び腎専門医レベルの者
3. 虚血性心疾患重症化予防

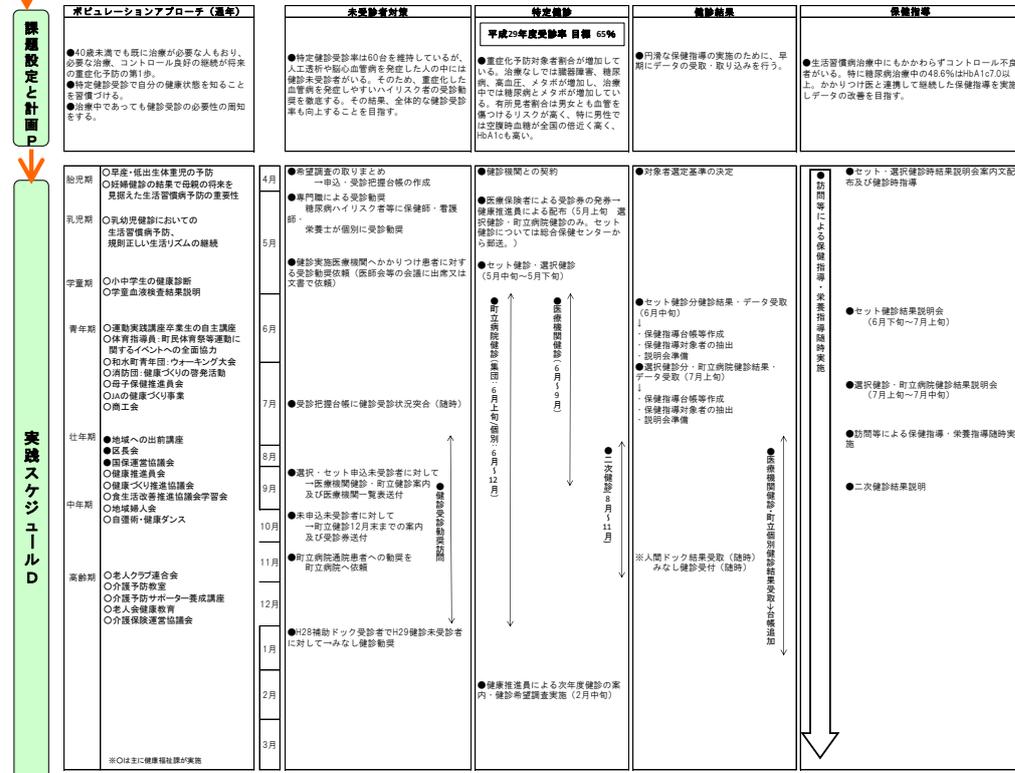
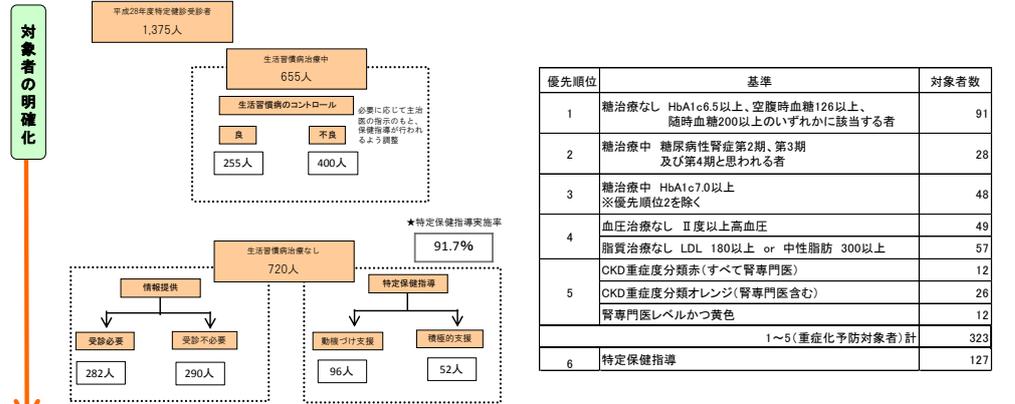
3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール (図表 25)

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。

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）

【図表 25】

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



年度	特定健診				特定保健指導			
	受診率(%)	対象者数(人)	受診者数(人)	実施率(%)	対象者数(人)	継続者数(人)	継続率(%)	
H25年度	63.8	2,362	1,508	68.1	144	98		
H26年度	63.7	2,293	1,460	71.6	141	101		
H27年度	66.4	2,202	1,462	79.9	149	119		
H28年度	62.5	2,112	1,320	89.6	144	129		

健診実施者(人)	人数	割合(%)	重症化予防対象者																																
			危険なし				危険軽微				危険中等				危険重症																				
			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(%)																			
H25年度	1559	411	26.4	138	8.9	37	2.4	3	0.2	51	3.3	49	3.1	24	1.5	29	1.9	49	3.1	27	1.7	17	1.1	0.7	0.4	37	2.4	3	0.2	10	0.6	186	11.9		
H26年度	1504	443	29.6	163	11.2	60	4.0	3	0.2	60	4.0	61	4.1	5	0.3	29	1.9	33	2.2	37	2.5	18	1.2	11	0.7	52	3.5	43	2.8	3	0.2	173	11.5		
H27年度	1505	463	32.1	162	10.8	60	4.0	6	0.4	63	4.2	50	3.3	45	3.0	38	2.5	45	3.0	32	2.1	148	9.7	11	0.7	68	4.5	52	3.5	7	0.5	6	0.4	214	14.2
H28年度	1275	452	32.9	169	13.3	64	4.7	4	0.3	69	5.0	64	4.7	3	0.2	27	2.1	23	1.8	28	2.2	65	4.8	28	2.2	45	3.5	40	3.1	0	0.0	154	12.1		

改善 A

評価 C ※

実践スケジュール D

課題設定と計画 P

対象者の明確化

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及び和歌山県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。

「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」において、特定健診の結果を、「記録の作成日の属する年度の翌年度から 5 年間を経過するまでの期間」又は「被保険者・被扶養者がほかの保険者に加入した日の属する年度の翌年度末までの期間」のうちいずれか短い期間保存しなければならないとされている。但し、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、40 歳から 74 歳までの被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは健診データを保存する。

7. 結果の報告

実績報告は、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評価及び見直し

計画の評価は、保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者や予備群の減少状況等、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる。

評価は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の4つの観点から行うこととされている。そのため、保健指導に関わるスタッフが評価結果を共有でき、必要な改善を行っていけるように評価の指標等を以下のように整理しておく。具体的な評価指標はKDBに収載される健診・医療・介護のデータや法定報告を活用する。

計画に関する評価は 12 月に暫定的に行い、最終評価は翌年度 5 月とする。

評価の体制は、税務住民課、健康福祉課、住民課が実施する保健関係業務連絡会や、国保運営協議会の場を活用する。外部評価として、保健事業支援・評価委員会を活用する。

特定健診等実施計画の評価

評価の観点	評価指標	評価手段
ストラクチャー (構造)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導に従事する職員の体制（職種、職員数） ・ 保健指導の実施に係る予算 ・ 施設・設備の状況 ・ 他機関との連携体制 ・ 社会資源の活用状況 	事業の実施体制や企画内容が事業目的に応じて適切であったかを見る
プロセス (過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診、保健指導の実施状況 ・ 保健指導の実施過程である、情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む） 	実施過程が適切であったかを見る
アウトプット (事業実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診率 ・ 保健指導実施率 ・ 保健指導の継続率 	KDB ツール 保健指導台帳 法定報告
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高額医療（様式 1） ・ 長期入院、人工透析（様式 2） ・ 生活習慣病のレセプト分析（様式 3） ・ 健診、保健指導計画作成のアセスメント表（様式 5-1） ・ 健診有所見者状況（様式 5-2） ・ メタボ該当者、予備群（様式 5-3） ・ 健診受診状況（様式 5-4） ・ 健診、保健指導の評価（様式 6） ・ 受療行動の開始 ・ 血糖値、血圧、脂質等の検査値の変化 ・ 食習慣や運動習慣など生活の変化 	KDB システム 法定報告 糖尿病管理台帳 個人記録

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、和水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

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたり、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心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、適切な医療機関への受診勧奨を行い、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用等の実態を広く町民へ周知する。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要となってくる。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。

2. 重症化予防の取組

1) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方・取り組みの流れ（図表26）

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）及び熊本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。

- ・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医療機関への受診勧奨、保健指導
- ・治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ・糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	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

- ・対象者選定基準の考え方(参考資料 8、27)

対象者の選定基準は、国と熊本県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を「保健指導台帳」、「受診把握台帳」から選定する。

- ①健診受診の糖尿病未治療かつ HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 (随時血糖 200) mg/dl 以上
- ②健診受診の糖尿病治療中かつ HbA1c7.0%以上
- ③健診未受診のハイリスクの者 (糖尿病未治療 HbA1c6.5 以上または糖尿病治療中 HbA1c7.0%以上) ※中断者含む

対象者①②については、腎機能の状況に応じて保健指導を実施することが重要であり、「糖尿病治療ガイド 2016-2017」の糖尿病性腎症病期分類を活用する。

和水町においては、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おり、eGFR の把握が可能である。「CKD 診療ガイド 2012」を参考に、尿蛋白定性及び蛋白定量検査から糖尿病性腎症病期分類を推測する。

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr)	蛋白定量検査 (g/gCr)	蛋白定性検査	eGFR (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 30未満	0.15未満	(-)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 30~299	0.05~0.49	(±)	
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 300以上	0.5以上	(+)以上	
第4期 (腎不全期)	問わない			30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中			

「糖尿病治療ガイド2016-2017」と「CKD診療ガイド2012」に太枠内を追加した

- ・選定基準に基づく該当数の把握 (参考資料 2、3)

特定健診受診者のうち糖尿病型は 213 人 (15.5%) である。そのうち未治療・中断者は 85 人 (39.9%) である。また、糖尿病治療中 128 人のうち 74 人 (57.8%) は HbA1c7.0 以上である。レセプトと健診データを突合すると、糖尿病治療中 346 人のうち健診未受診は 218 人 (63.0%) である。

(3) 優先順位と対象者への介入方法（参考資料 8、15）

保健指導 優先順位 1

対象者①健診受診の糖尿病未治療かつ HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126（随時血糖 200）mg/dl 以上

- ・介入方法：戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

保健指導 優先順位 2

対象者②健診受診の糖尿病治療中かつ HbA1c7.0%以上

- ・介入方法：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

健診受診勧奨 優先順位 1

対象者③健診未受診のハイリスクの者

- ・介入方法：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

(4) 対象者の進捗管理(図表 28、参考資料 4、8)

対象者の進捗管理は、担当地区ごとの糖尿病管理台帳により実施する。

「糖尿病管理台帳作成手順」

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糖尿病管理台帳に記載する。

・服薬（問診） ・HbA1c ・体重 ・BMI ・血圧 ・eGFR ・尿蛋白

*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資格喪失（死亡・転出）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糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・合併症予防ができていないか、眼科、歯科の受診日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

④糖尿病管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を把握する。

⑤担当地区の対象者数の把握

以下の項目について、地区担当者が対象者数を把握する。

- ・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）

（５）保健指導の実施（図表 28、参考資料 15）

- ・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る。和水町においては、特定健診受診者に対して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。

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する。

【図表 28】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える										
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる										
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資料									
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> → </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"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 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～ 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-left: 20px;"> <table border="0"> <tr> <td>○合併症をおこさない目標</td> <td>HbA1c</td> <td>7.0%未満</td> </tr> <tr> <td>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</td> <td></td> <td>6.0%未満</td> </tr> <tr> <td>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div>	○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			<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げ 食の資料 … 別資料
○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>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> <div style="margin-left: 20px;"> <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 3em;">{</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ </td> <td style="font-size: 3em;">}</td> </tr> </table> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体の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 ビッグアニド薬とは チアゾリジン薬とは SGLT2阻害薬とは 	{	<ol style="list-style-type: none"> HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 	}						
{	<ol style="list-style-type: none"> HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 	}								

・二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、尿蛋白定性(一)と(±)は糖尿病連携手帳等で尿アルブミン検査結果を確認する。確認困難な場合は二次健診で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により、腎症重症化予防を目指す。

また、「糖尿病治療ガイド 2016-2017」ではHbA1c6.0 から 6.4%の者等への 75g 経口糖負荷試験が推奨されているため、和水町でも二次健診として 75g 糖負荷試験を実施し、その結果で糖尿病型と判定された者は糖尿病性腎症重症化予防の対象者とする。

・特定健診受診勧奨からの重症化予防対策

レセプト等の電子化の進展に伴い、健診未受診者からもハイリスク者の抽出ができるようになった。これらを活用し、糖尿病未治療者（中断者含む）や糖尿病治療中で重症化するリスクが高い者を中心に健診の受診勧奨をし、検査結果に応じた保健指導を実施することで、糖尿病性腎症重症化予防を目指す。

ハイリスク者を含めた特定健診未受診者対策は第 3 章 4-9)未受診者対策を参照。

(6) 医療との連携

・医療機関未受診者について

健診を受診した者のうち医療機関未受診者及び中断者について医療機関受診勧奨を実施する場合は、熊本県プログラムを参考に糖尿病連携医等に紹介し、適切な医療に結びつける。

・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、かかりつけ医から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、専門医との連携については熊本県プログラムに準じて行っていく。

合併症予防の観点でも糖尿病連携手帳を活用し、眼科、歯科等の受診結果確認または受診勧奨を行っていく。

(7) 高齢者福祉・介護保険部門との連携

医療機関への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。

(8) 評価（参考資料 5、14、15）

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。保健事業ごとのアウトカム（結果）を中心とした評価指標は和水町保健事業計画に記載している。さらに、糖尿病性腎症重症化予防の取組を経年評価する。その際に、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

評価の時期は、12 月に暫定的に行い、最終評価は翌年 5 月とする。

評価の体制は、税務住民課、健康福祉課、住民課が実施する保健関係業務連絡会や、国保運営協議会の場を活用する。外部評価として、保健事業支援・評価委員会を活用する。

(9) 実施期間及びスケジュール

受診把握台帳作成後、特定健診受診勧奨と保健指導（通年）

4月 対象者選定基準の決定、前年度実績より概数の試算

6月から特定健診結果が届き次第保健指導台帳を作成し対象者を抽出
糖尿病管理台帳を活用し対象者へ介入（通年）

2) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方（図表 29、30）

脳血管疾患重症化予防の取組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。

【脳卒中の分類】

【図表 29】

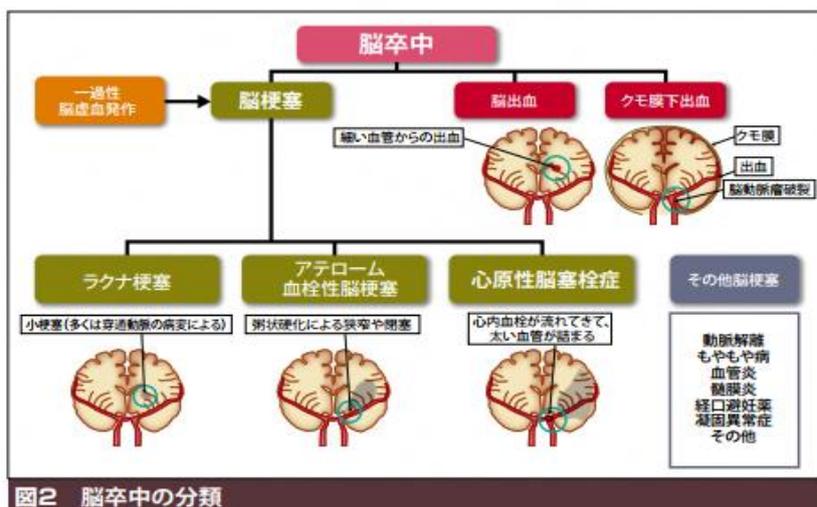


図2 脳卒中の分類

脳卒中予防の提言より引用

脳血管疾患とリスク因子

【図表 30】

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

・重症化予防対象者の抽出

①健診データからの把握（図表 31）

重症化予防対象者の抽出は図表 31 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により受診勧奨対象者の把握が明確になる。

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者を見ると、Ⅱ度高血圧以上が 104 人（7.6%）であり、64 人（7.3%）は未治療者であった。また未治療者のうち 29 人（45.3%）は臓器障害の所見が見られるため、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（8.1%）いることがわかる。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である。

【図表 31】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●				○	○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○	○						
脳出血	心源性脳梗塞	●			●	○	○						
	脳出血	●											
くも膜下出血	くも膜下出血	●											
	リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病		脂質異常症 (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		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中:7.0以上)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)		蛋白尿 (2+) 以上		eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数 1,375人		104人 7.6%	132人 9.6%	35人 2.5%	14人 1.0%	254人 18.5%	13人 0.9%	42人 3.1%					
治療なし		64人 7.3%	69人 5.5%	31人 2.9%	4人 0.6%	60人 8.3%	2人 0.3%	10人 1.4%					
治療あり		40人 8.1%	63人 48.8%	4人 1.3%	10人 7.1%	194人 29.6%	11人 1.7%	32人 4.9%					
臓器障害あり		29人 45.3%	26人 37.7%	14人 45.2%	4人 100.0%	19人 31.7%	2人 100.0%	10人 100.0%					
CKD (専門医対象)		5人	5人	1人	1人	3人	2人	10人					
蛋白尿 (2+) 以上		1人	1	0人	0人	2人	2人	0人					
尿蛋白 (+) and尿潜血 (+) 以上		1人	0	0人	0人	0人	0人	0人					
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		3人	4	1人	1人	1人	1人	10人					
心電図所見あり		29人	23人	14人	4人	18人	1人	4人					

参考：②_1_集計ツール_2017.7 (DM腎症 (レセ×健診)) 資料B

②リスク層別化による重症化予防対象者の把握（図表 32）

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 32 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である。

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	
	881	328	166	144	179	50	14	
		37.2%	18.8%	16.3%	20.3%	5.7%	1.6%	
リスク第1層	109	57	26	12	12	2	0	
		12.4%	17.4%	15.7%	8.3%	6.7%	4.0%	
リスク第2層	457	194	78	74	81	23	7	
		51.9%	59.1%	47.0%	51.4%	45.3%	46.0%	
リスク第3層	315	77	62	58	86	25	7	
		35.8%	23.5%	37.3%	40.3%	48.0%	50.0%	
再掲 重複 あり	糖尿病	109	18	23	21	30	4	
			34.6%	23.4%	37.1%	36.2%	34.9%	52.0%
			57.1%					
	慢性腎臓病 (CKD)	131	34	26	26	31	2	
			41.6%	44.2%	41.9%	44.8%	36.0%	48.0%
	3個以上の危険因子	157	32	30	30	49	5	
			49.8%	41.6%	48.4%	51.7%	57.0%	44.0%
							71.4%	

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
12	83	148
1.4%	9.4%	16.8%
12	2	0
100%	2.4%	0.0%
--	81	30
--	97.6%	20.3%
--	--	118
--	--	79.7%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

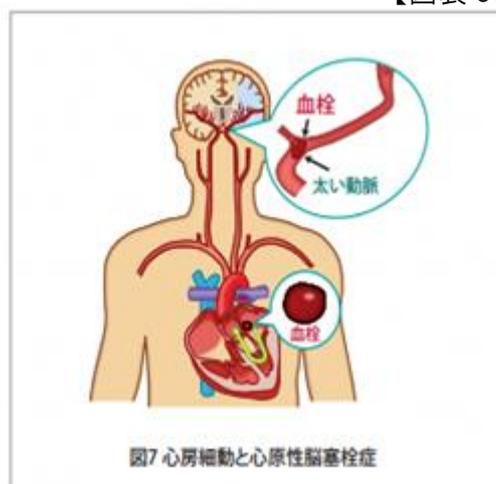
集計ツール

③心電図検査における心房細動の実態（図表 33、34、35）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

心電図検査において 14 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると加齢とともに増加している。また、14 人のうち 13 人は既に治療が開始されていたが、1 人は特定健診受診で心電図検査を受けた事で発見ができ医療機関の受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関へ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 33】



脳卒中予防の提言より引用

【図表 34】

特定健診における心房細動有所見状況 H28年度

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
合計	632	670	12	1.9	2	0.3
40歳代	51	43	0	0	0	0
50歳代	83	89	0	0	0	0
60歳代	342	361	6	1.8	0	0
70～74歳	156	177	6	3.8	2	1.1

H28保健指導台帳全校区より計上

【図表 35】

心房細動有所見者の治療の有無 H28年度

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療あり	
人	%	人	%	人	%
14	100	1	7.1	13	92.9

レセプトより計上

(3) 保健指導の実施

・生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。

・二次健診等を活用した重症化予防対策

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

・対象者の管理 (参考資料 8、9、10)

対象者への保健指導については、受診把握台帳、保健指導台帳、血圧評価表、心房細動管理台帳を活用し行っていく。

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。

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受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。

(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・介護保険部門との連携

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（参考資料 14、15）

評価は目標管理一覧表を活用し、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。保健事業ごとのアウトカム（結果）を中心とした評価指標は和木町保健事業計画に記載している。その際に、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

評価の時期は、12月に暫定的に行い、最終評価は翌年5月とする。

評価の体制は、税務住民課、健康福祉課、住民課が実施する保健関係業務連絡会や、国保運営協議会の場を活用する。外部評価として、保健事業支援・評価委員会を活用する。

(7) 実施期間及びスケジュール

受診把握台帳作成後、特定健診受診勧奨と保健指導（通年）

4月 対象者選定基準の決定、前年度実績より概数の試算

6月から特定健診結果が届き次第保健指導台帳を作成し対象者を抽出

糖尿病管理台帳を活用し対象者へ介入（通年）

3) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方(参考資料 6)

虚血性心疾患重症化予防の取組は、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。

(2) 対象者の明確化

対象者選定基準の考え方(参考資料 7)

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準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。

重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握（図表 36、37）

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。和水町において健診受診者 1,388 人のうち心電図検査実施者は 1,318 人 (95.0%) であり、そのうち ST 所見があったのは 57 人 (4.3%) であった。ST 所見あり 57 人中のうち 35 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 19 人は未受診であった。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 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。

和水町はメタボリックシンドローム該当者が年々増加し国と比較して多くなってきた。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 36】

心電図検査結果

H28年度

健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
(人)	(%)	(人)	(b/a) (%)	ST 所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
				(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b) (%)	(人)	(e/b) (%)
1,388	100	1,318	95.0%	57	4.3%	336	25.5%	925	70.2%

H28保健指導台帳全校区より計上

【図表 37】

ST 所見ありの医療機関受診状況

H28 年度

ST 所見あり (a)		要精査 (b)					
(人)	(%)	(人)	(b/a) (%)	医療機関受診あり (c)		受診なし (d)	
				(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b) (%)
57	100	35	61.4%	16	45.7%	19	54.3%

精密検査実施用紙及び医療機関からの情報提供より計上

②心電図以外からの把握 (図表 38)

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 38 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボ又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 38】

H28 年度

心電図以外の保健指導対象者把握

平成28年度実施	特定健診受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1388	57 4.1%	336 24.2%	925 66.6%	70 5.0%	
メタボ該当者	255 18.4%	12 4.7%	75 29.4%	150 58.8%	18 7.1%	
メタボ予備群	123 8.9%	7 5.7%	30 24.4%	77 62.6%	9 7.3%	
メタボなし	1010 72.8%	38 3.8%	231 22.9%	698 69.1%	43 4.3%	
LDL-C	140-159	171 16.9%	10 5.8%	29 17.0%	120 70.2%	12 7.0%
	160-179	58 5.7%	3 5.2%	13 22.4%	41 70.7%	1 1.7%
	180-	29 2.9%	3 10.3%	7 24.1%	18 62.1%	1 3.4%

(3) 保健指導の実施

- ・生活習慣病リスクに応じた保健指導（図表 39）

虚血性心疾患の予防には、図表 39 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機関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 39】

虚血性心疾患に関する症状

<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」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)

・二次健診等を活用した重症化予防対策

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、これらの検査について必要性を検討し、実施していく。

・対象者の管理(参考資料8、9)

「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。

また、対象者への保健指導については受診把握台帳、保健指導台帳、糖尿病管理台帳を活用し行っていく。

(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・介護保険部門との連携

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（参考資料14）

評価は目標管理一覧表を活用し、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。保健事業ごとのアウトカム（結果）を中心とした評価指標は和水町保健事業計画に記載している。その際に糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

評価の時期は12月に暫定的に行い、最終評価は翌年5月とする。

評価の体制は、税務住民課、健康福祉課、住民課が実施する保健関係業務連絡会や、国保運営協議会の場を活用する。外部評価として、保健事業支援・評価委員会を活用する。

(7) 実施期間及びスケジュール

受診把握台帳作成後、特定健診受診勧奨と保健指導（通年）

4月 対象者選定基準の決定、前年度実績より概数の試算

6月から特定健診結果が届き次第保健指導台帳を作成し対象者を抽出

糖尿病管理台帳を活用し対象者へ介入（通年）

3. 健康・医療情報を活用した取組

1) 重複受診・重複投薬者に対する取組

同一疾病で複数の医療機関を重複して受診している被保険者や複数の医療機関で同じ薬効分類の投薬を受けている被保険者について、その事情を十分に聴取し、必要に応じて適切な受診・服薬につながるような助言及び指導を行い、被保険者の健康保持増進及び医療費の適正化を図る。

2) 後発医薬品の使用促進に資する取組

後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行い、医療費の適正化を図るよう努める。

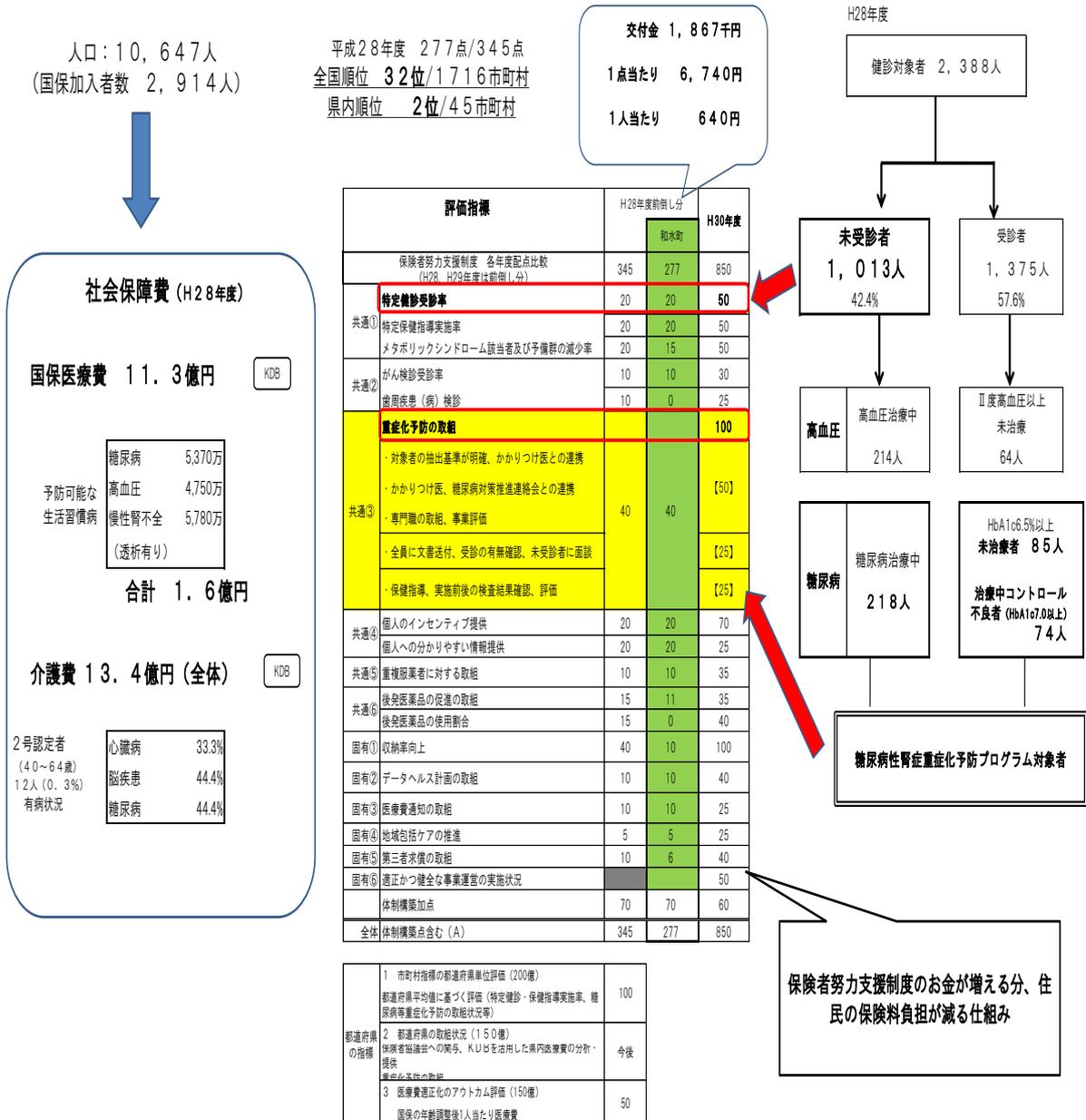
4. ポピュレーションアプローチ（図表 40、41）

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

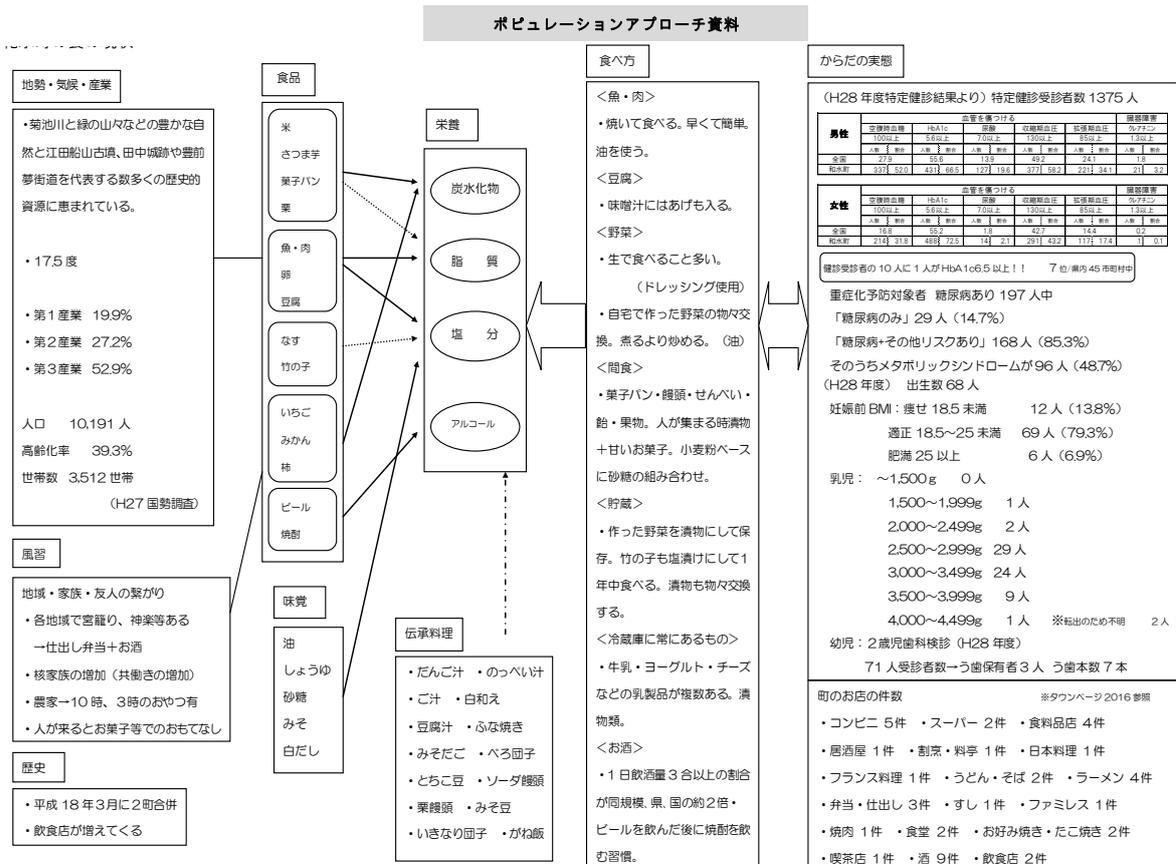
【図表 40】

保険者努力支援制度の視点で和歌町の社会保障費と予防・健康管理をみる

ポピュレーションアプローチ資料



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組 (図表 42、参考資料 1-2、12)

「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、国保被保険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。

和水町の高齢化率は平成 37 年度まで上昇し続けることが予測される。その内訳は、総人口、特に生産年齢人口が減少し高齢者の占める割合が上昇するためである。これは、国保被保険者も同様で、平成 28 年度は 65 歳以上の割合が 43.8%だった。このような

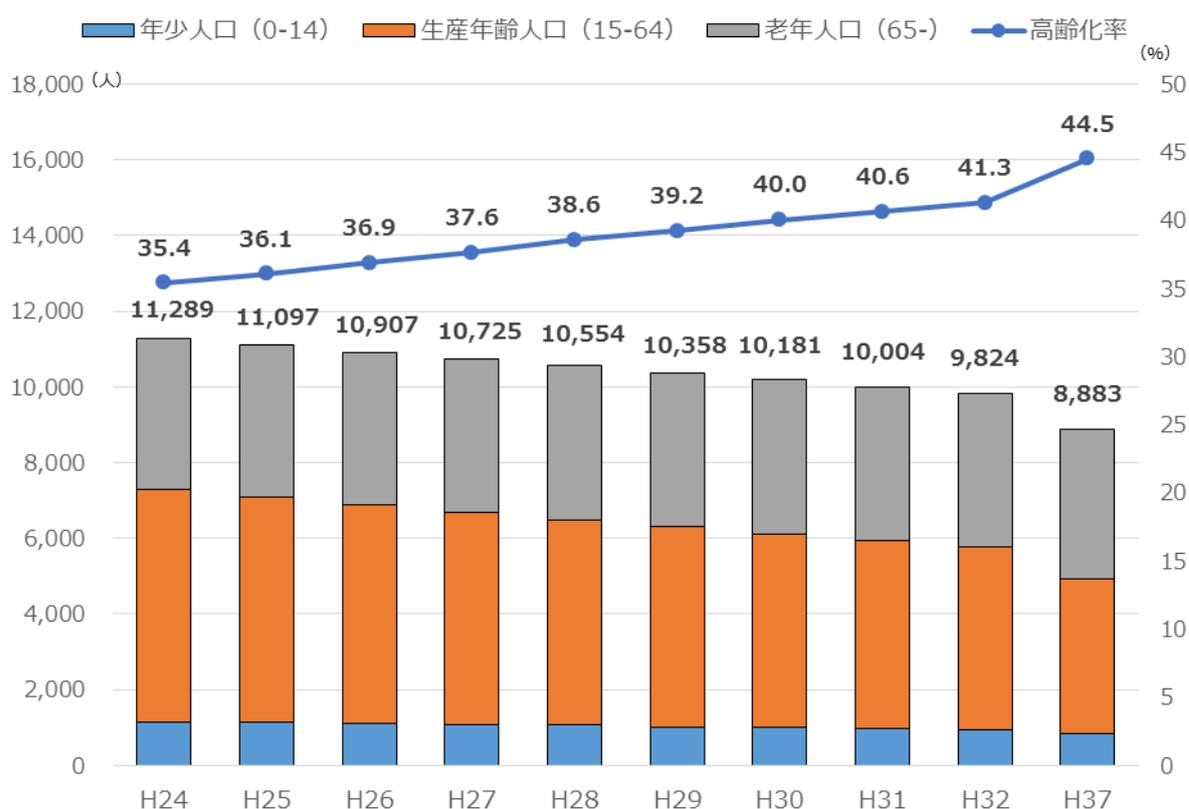
状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても町にとっても非常に重要である。

それをデータヘルス計画で考えると、生活習慣病有病状況が大きなポイントになる。和水町は脳血管疾患の有病率が熊本県と比較して高い。また、それぞれの疾患毎にピークの年代を見ると、糖尿病のピークは70歳から74歳にあり、他の疾患に比べ若い年代でピークが来ている。ピークが来る年代をできるだけ遅くすることで医療も介護も必要としないようにしていきたい。

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。

総人口の推移と将来予測

【図表 42】



第7期和水町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画より
住民基本台帳（時点）各年9月末時点

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期（参考資料 14）

短期目標の評価は毎年行うが、人間ドック等一部の健診結果の把握が翌年度になるため、12月に暫定的に評価し、最終評価は翌年度5月とする。中長期目標を毎年評価するのは難しい。しかしながら、中長期目標疾患の現状を把握し分析することは、保健事業を効果的に実施するために必要なため現状分析は毎年行う。

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（参考資料 13、14、15）

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つの指標による評価が求められている。

評価における4つの指標

評価の観点	評価指標
ストラクチャー (保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するもの)	<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 (事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況の評価するもの)	<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 (目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価するもの)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 (対象者の行動(態度、記録、満足度)、事業の目的・目標の達成度、成果の数値目標を評価するもの)	<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、KDBに毎月、健診・医療・介護のデータが収載される。それを活用して、税務住民課国保年金係、健康福祉課保健予防係、住民課健康福祉係が受診率・受療率、医療の動向等を定期的に把握する。

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、税務住民課・健康福祉課・住民課が実施する保健関係業務連絡会や国保運営協議会の場を活用して評価する。さらに外部評価として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た。

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 1-1、1-2、1-3 国・県・同規模平均と比べてみた和水町の位置

参考資料 1-4 健診受診状況

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 対象者選定基準

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 対象者別 活用する台帳

参考資料 9 糖尿病管理台帳

参考資料 10 血圧評価表

参考資料 11 心房細動管理台帳

参考資料 12 生活習慣病有病状況

参考資料 13 第1期データヘルス計画 評価シート

参考資料 14 第2期データヘルス計画 目標管理一覧表

参考資料 15 和水町第2期データヘルス計画の保健事業計画

国・県・同規模平均と比べてみた和歌山町の位置

【参考資料1-1】

項目	H25		H28		同規模平均		H28		国		データ元 (CSV)		
	保険者		保険者		同規模平均		県		国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	人口構成	総人口	11,209		10,191		1,944,956		1,794,477		124,852,975		
		65歳以上 (高齢化率)	4,053	36.2	4,001	39.3	575,439	29.6	462,261	25.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	2,497	22.3	2,467	24.2			253,517	14.1	13,989,864	11.2	
		65~74歳	1,556	13.9	1,534	15.1			208,744	11.6	15,030,902	12.0	
		40~64歳	3,714	33.1	3,218	31.6			602,031	33.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	3,442	30.7	2,968	29.1			730,185	40.7	53,420,287	42.8		
2	産業構成	第1次産業	22.0		19.9		14.7		10.5		4.2		
		第2次産業	26.4		27.2		26.9		21.2		25.2		
		第3次産業	51.6		52.9		58.3		68.4		70.6		
3	平均寿命	男性	81.0		80.8		79.3		80.3		79.6		
		女性	87.4		87.0		86.4		87.0		86.4		
4	健康寿命	男性	65.6		65.6		65.1		65.3		65.2		
		女性	67.0		67.0		66.8		66.7		66.8		
2	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)											
		男性	90.2		92.2		105.0		94.7		100		
		女性	88.8		90.3		102.7		92.8		100		
		死因											
		がん	52	45.2	53	58.9	6,768	45.4	5,499	48.4	367,905	49.6	
		心臓病	36	31.3	24	26.7	4,236	28.4	3,135	27.6	196,768	26.5	
		脳疾患	18	15.7	11	12.2	2,609	17.5	1,774	15.6	114,122	15.4	
		糖尿病	1	0.9	0	0.0	263	1.8	183	1.6	13,658	1.8	
		腎不全	5	4.3	1	1.1	584	3.9	449	3.9	24,763	3.3	
		自殺	3	2.6	1	1.1	444	3.0	332	2.9	24,294	3.3	
2	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	8.8		8	4.7			1,948	9.1	136,944	10.5	
		男性	13.8		8	9.9			1,294	12.6	91,123	13.5	
	女性	3.7		0	0			654	5.9	45,821	7.2		
3	1	介護保険	1号認定者数 (認定率)	838	20.7	866	21.4	114,846	20.2	108,753	23.3	5,885,270	21.2
			新規認定者	15	0.3	16	0.3	1,946	0.3	1,536	0.3	105,636	0.3
		2号認定者	14	0.5	12	0.3	2,492	0.4	2,247	0.4	151,813	0.4	
	2	有病状況	糖尿病	144	16.5	165	18.9	25,612	21.3	24,299	21.5	1,350,152	22.1
			高血圧症	458	53.2	497	56.2	63,835	53.4	64,733	57.8	3,101,200	50.9
			脂質異常症	197	22.9	219	25.5	31,966	26.7	33,149	29.4	1,741,866	28.4
			心臓病	539	62.5	585	65.8	72,264	60.6	73,278	65.4	3,529,682	58.0
			脳疾患	253	30.2	276	31.7	32,398	27.3	28,092	25.5	1,538,683	25.5
			がん	82	9.6	100	10.1	11,697	9.6	12,291	10.8	631,950	10.3
			筋・骨格	439	51.0	525	59.2	62,083	51.8	66,219	59.0	3,067,196	50.3
精神	282	32.8	342	38.4	44,206	36.6	43,162	38.3	2,154,214	35.2			
3	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	71,330		63,016		68,807		61,022		58,284		
		居宅サービス	39,973		37,247		42,403		40,033		39,662		
		施設サービス	274,294		266,683		278,098		291,281		281,186		
4	医療費等	要介護認定別											
		医療費 (40歳以上)	9,884		8,349		8,199		8,546		7,980		
	認定なし	3,287		3,587		3,955		3,906		3,816			
4	1	国保の状況	被保険者数	3,390		2,883		509,741		471,539		32,587,866	
			65~74歳	1,214	35.8	1,263	43.8			182,325	38.7	12,461,613	38.2
			40~64歳	1,341	39.6	999	34.7			162,787	34.5	10,946,712	33.6
			39歳以下	835	24.6	621	21.5			126,427	26.8	9,179,541	28.2
		加入率	30.2		25.7		26.6		26.3		26.9		
	2	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	1	0.3	121	0.2	214	0.5	8,255	0.3
			診療所数	6	1.8	6	2.1	1,138	2.2	1,471	3.1	96,727	3.0
			病床数	98	28.9	98	34.0	17,242	33.8	35,190	74.6	1,524,378	46.8
			医師数	11	3.2	10	3.5	1,935	3.8	5,156	10.9	299,792	9.2
			外来患者数	764.2		787.4		682.6		727.3		668.1	
入院患者数	22.0		24.9		22.4		25.6		18.2				
3	医療費の状況	一人当たり医療費	25,049		27,806		26,568		27,974		24,245		
		受診率	786.13		812.328		705.038		752.848		686.286		
		外来											
		費用の割合	59.7		58.3		57.2		55.7		60.1		
		件数の割合	97.2		96.9		96.8		96.6		97.4		
入院													
費用の割合	40.3		41.7		42.8		44.3		39.9				
件数の割合	2.8		3.1		3.2		3.4		2.6				
1件あたり在院日数	17.0日		16.0日		16.7日		18.0日		15.6日				
4	医療費分析 生活習慣病に占める割合 (最大医療費資源傷病名 (調剤含む))	がん	102,720,900	17.9	98,237,010	17.5	23.8		20.5		25.6		
		慢性腎不全 (透析あり)	40,484,030	7.1	57,837,240	10.3	9.5		12.4		9.7		
		糖尿病	54,647,460	9.5	53,751,190	9.6	10.3		9.5		9.7		
		高血圧症	62,521,750	10.9	47,571,590	8.5	9.2		8.4		8.6		
		精神	127,566,400	22.2	114,975,220	20.5	18.8		22.4		16.9		
筋・骨格	111,803,580	19.5	114,781,830	20.5	15.1		15.1		15.2				

【参考資料 1-2】

国・県・同規模平均と比べてみた和歌市の位置：文言の説明

項目		説明	
1	① 人口構成	総人口	実数 国勢調査_人口等基本集計_H22年データ (単月帳票・累計帳票に関わらず、H24年6月作成～H27年1月作成分全て)
		0歳～14歳	
		15歳～64歳	
	65歳以上(高齢化率) (再掲) 75歳以上	割合 $\frac{\text{各年齢階級別人口}}{\text{総人口}} \times 100$	
② 産業構成	第1次産業 第2次産業 第3次産業	構成割合 総務省_市町村別決算概況_H22国勢調査ベース (単月帳票・累計帳票に関わらず、H24年6月作成～H27年1月作成分全て)	
③ 平均寿命	男性 女性	厚労省_市町村別生命表_H22データ (単月帳票・累計帳票に関わらず、H24年6月作成～H27年1月作成分全て)	
④ 健康寿命	男性 女性	市区町村別生命表より、下記式にて算出 $0\text{歳平均寿命} - 65\text{歳平均余命} - (1 - \text{介護認定者数} \div 40\text{歳以上の人口}) \times \text{定常人口} \div 65\text{歳生存数}$	
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性 女性 厚労省_人口動態_保健所市区町村別統計の概況 (H24年6月作成～H25年度累計：H15～19データ) (H26年6月作成～H27年1月作成：H20～24データ)
		死因 がん 心臓病 脳疾患 糖尿病 腎不全 自殺	実数 国勢調査_人口動態統計_H22年データ (単月帳票・累計帳票に関わらず、H24年6月作成～H27年1月作成分全て)
割合 $\frac{\text{死因別死亡者数}}{\text{左記6つの死因による死亡者数合計}} \times 100$			
合計			
男性			
女性			
② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計 男性 女性		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率) 新規認定者	実数 ①1号：介護保険受給者台帳のうち、65歳以上の介護認定者 ②2号：40～65歳未満の介護認定者 ③新規：1号のうち新規に介護認定を受けた者 (累計帳票においては年度内直近月の認定者数)
		2号認定者	割合 ①1号認定者数 \div 65歳以上人口 \times 100 ②2号認定者数 \div 40～65歳人口 \times 100 ③新規認定者数 \div 65歳以上人口 \times 100 (累計帳票における認定者数及び人口は、年度内を合計したもので算出される)
	② 有病状況	糖尿病 高血圧症 脂質異常症 心臓病 脳疾患 がん 筋・骨格 精神	実数 介護認定者かつ別添資料(表A)の条件を満たすレセプトを持つ介護認定者の集計 (累計帳票においては年度内直近月の有病者数)
		割合 $\frac{\text{別添資料の条件を満たすレセプトを持つ介護認定者}}{\text{介護認定者}} \times 100$	
③ 介護給付費		1件当たり給付費(全体) 居宅サービス 施設サービス	全体：介護給付費の合算 \div 介護レセプト件数 居宅：居宅サービスの介護給付費の合算 \div 居宅サービスの介護レセプト件数 施設：施設サービスの介護給付費の合算 \div 施設サービスの介護レセプト件数
④ 医療費等		要介護認定別医療費(40歳以上) 認定あり 認定なし	認定あり：介護受給者の医科レセプト総点数 \times 10 \div 介護受給者の医科レセプト数 認定なし：介護受給者以外の医科レセプト総点数 \times 10 \div 介護受給者以外の医科レセプト数
① 国保の状況		被保険者数 65～74歳 40～64歳 39歳以下 加入率	実数 被保険者マスタより、年齢階級別の被保険者数 (累計帳票においては年度内直近月の被保険者数)
		割合 $\frac{\text{年齢階級別被保険者数}}{\text{被保険者数}} \times 100$ (累計帳票における被保険者数は、年度内を合計したもので算出される)	
	被保険者数 \div 74歳以下人口 \times 100		
	② 医療の概況(人口千対)	病院数 診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数	実数 厚労省_医療施設(動態)調査_医師・歯科医師・薬剤師調査 (病院数・診療所数・病床数については、H25年6月作成～H22データ 医師数については、H24年6月作成～H24年度累計：H22データ、それ以降：H24データ)
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	割合 $\frac{\text{レセプト総点数} \div \text{被保険者数}}{\text{被保険者数}} \times 100$ (累計帳票における被保険者数は、年度内を合計したもので算出される)	
	受診率	割合 $\frac{\text{レセプト総点数}}{\text{被保険者数}} \times 100$ (累計帳票における被保険者数は、年度内を合計したもので算出される)	
	外来 費用の割合	割合 $\frac{\text{外来レセプト総点数}}{\text{レセプト総点数}} \times 100$	
	入院 費用の割合	割合 $\frac{\text{入院レセプト総点数}}{\text{レセプト総点数}} \times 100$	
	1件あたり在院日数	割合 $\frac{\text{入院レセプト総件数}}{\text{入院レセプト総点数}} \times 100$	
	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 慢性腎不全(透析あり) 糖尿病 高血圧症 精神 筋・骨格	レセプト記載の傷病名と摘要から、レセプト内で金額が最も高いと算出した傷病名が左記疾患に該当した場合、その額を合計した費用額と、全体に占める割合が算出される

項目		説明					
4	⑤	費用額 (1件あたり)	該当病名と判定した入院レセプトの決定点数合計÷該当病名と判定した入院レセプト件数				
		県内順位 順位総数47					
	入院の() 内は在院日数	入院	該当病名と判定した外来レセプトの決定点数合計÷該当病名と判定した外来レセプト件数				
		外来					
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者 健診未受診者	健診受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷健診対象者 健診未受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷健診対象者		
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者 健診未受診者	健診受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷生活習慣病対象者 健診未受診者かつ生活習慣病対象者の決定点数×10÷生活習慣病対象者			
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	実数：血圧・血糖・脂質・肝機能・貧血検査において1項目でも受診勧奨判定値以上の者 割合：受診勧奨者÷健診受診者			
医療機関受診率			実数：受診勧奨者かつレセプトが存在する者 割合：受診勧奨者かつレセプトが存在する者÷健診受診者				
医療機関非受診率			実数：受診勧奨者かつレセプトが存在しない者 割合：受診勧奨者かつレセプトが存在しない者÷健診受診者				
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数47	①	健診受診者	健診受診者数			
		②	受診率	健診受診者÷健診対象者×100			
		③	特定保健指導終了者(実施率)	特定保健指導終了者数÷(動機づけ支援対象者+積極的支援対象者)×100			
		④	非肥満高血糖	実数：腹囲が基準値以内かつ問診情報より服薬なしの者で、下記のいずれかに該当する者 ①空腹時血糖110以上 ②HbA1c5.5以上(H24年度)、6.0以上(H25年度以降) 割合：上記に該当する者÷健診受診者数×100			
		⑤	メタボ	該当者	男性	実数	メタボリックシンドローム該当者数(合計、男女別)
					女性	割合	メタボリックシンドローム該当者数÷健診受診者数×100
				予備群	男性	実数	メタボリックシンドローム予備群(合計、男女別)
					女性	割合	メタボリックシンドローム予備群÷健診受診者数×100
		⑥	腹囲	総数	男性	実数	腹囲の基準を超えた受診者数(合計、男女別)
					女性	割合	腹囲の基準を超えた受診者数÷健診受診者数×100
				BMI	男性	実数	腹囲の基準を超えていないかつBMIの基準を超えた受診者数(合計、男女別)
					女性	割合	腹囲の基準を超えていないかつBMIの基準を超えた受診者数÷健診受診者数×100
		⑦	メタボ該当・予 備群レ ベル	血糖のみ	実数	血糖リスクのみ保有している受診者数(下記いずれかを満たす者) ①空腹時血糖110以上 ②HbA1c5.5以上(H24年度)、6.0以上(H25年度以降) ③問診で糖尿病の服薬ありと回答 割合：上記の者÷健診受診者数×100	
					実数	血糖リスクのみ保有している受診者数(下記いずれかを満たす者) ①収縮期血圧130以上 ②拡張期血圧85以上 ③問診で高血圧の服薬ありと回答 割合：上記の者÷健診受診者数×100	
					実数	脂質リスクのみ保有している受診者数(下記いずれかを満たす者) ①中性脂肪150以上 ②HDL40未満 ③問診で脂質異常症の服薬ありと回答 割合：上記の者÷健診受診者数×100	
					実数	血糖・血圧 割合：上記の者÷健診受診者数×100	
					実数	血糖・脂質 割合：上記の者÷健診受診者数×100	
					実数	血圧・脂質 割合：上記の者÷健診受診者数×100	
					実数	血糖・脂質全てのリスクがある受診者数 割合：上記の者÷健診受診者数×100	
6	生活習慣の 状況	①	服薬	高血圧 糖尿病 脂質異常症			
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) 腎不全 貧血			
		②	喫煙	週3回以上朝食を抜く	実数：質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目回答件数×100		
				週3回以上食後間食			
				週3回以上就寝前夕食			
				食べる速度が速い			
				20歳時体重から10kg以上増加			
				1回30分以上運動習慣なし			
				1日1時間以上運動なし			
				睡眠不足			
				毎日飲酒			
				時々飲酒			
				日飲酒量		1合未満 1~2合 2~3合 3合以上	

【参考資料 1-3】

A 要介護認定者有病状況にかかる8疾患

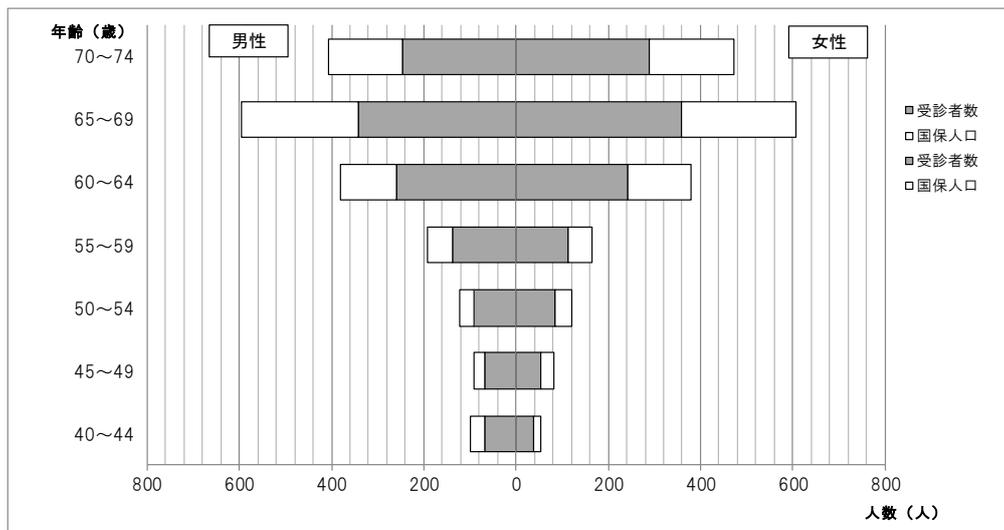
疾患名	ICD10
1 糖尿病	E10(インスリン依存性糖尿病) E11(インスリン非依存性糖尿病) E12(栄養障害に関連する糖尿病) E13(その他の明示された糖尿病) E14(詳細不明の糖尿病)
2 高血圧	I10(本能性(原発性)高血圧症) I11(高血圧性心疾患) I12(高血圧性腎疾患) I13(高血圧性心腎疾患) I15(二次性(続発性)高血圧症)
3 脂質異常症	E78(リポ蛋白代謝障害及びその他の脂質血症)
4 心臓病	I10(本能性(原発性<一次性>)高血圧(症)) I15(二次性<続発性>高血圧(症)) I20(狭心症) I25(慢性虚血性心疾患) I01(心臓併発症を伴うリウマチ熱) I02.0(心臓併発症を伴うリウマチ性舞蹈病) I05(リウマチ性僧帽弁疾患) I09(その他のリウマチ性心疾患) I27(その他の肺性心疾患) I30(急性心膜炎) I52(他に分類される疾患におけるその他の心臓障害)
5 脳疾患	I60(くも膜下出血) I69.0(くも膜下出血の続発・後遺症) I61(脳内出血) I69.1(脳内出血の続発・後遺症) I63(脳梗塞) I69.3(脳梗塞の続発・後遺症) I67.2(脳動脈のアテローム<じゅく<粥>状>硬化(症)) I62(その他の非外傷性頭蓋内出血) I64(脳卒中, 脳出血又は脳梗塞と明示されないもの)~I67.1(脳動脈瘤, 非<未>破裂性) I67.3(進行性血管性白質脳症)~I68(他に分類される疾患における脳血管障害) I69.2(その他の非外傷性頭蓋内出血の続発・後遺症) I69.4(脳卒中の続発・後遺症, 出血又は梗塞と明示されないもの) ~I69.8(その他及び詳細不明の脳血管疾患の続発・後遺症)
6 がん	C00(口唇の悪性新生物)~C97(独立した(原発性)多部位の悪性新生物) D00~D48(その他及び部位不明の性状不詳又は不明の新生物)
7 筋・骨格	M00(化膿性関節炎)~M99(生体力学的傷害<損傷>, 他に分類されないもの)
8 精神	F00(アルツハイマー病の認知症)~F99(精神障害, 詳細不明)

健診受診状況～被保険者数及び健診受診者のピラミッド

【参考資料 1-4】

和水町の総人口のうちの国保被保険者数・健診受診者数(平成28年度)

注) 健診受診者数は基本健診受診者数と国保人間ドック受診者数の合計

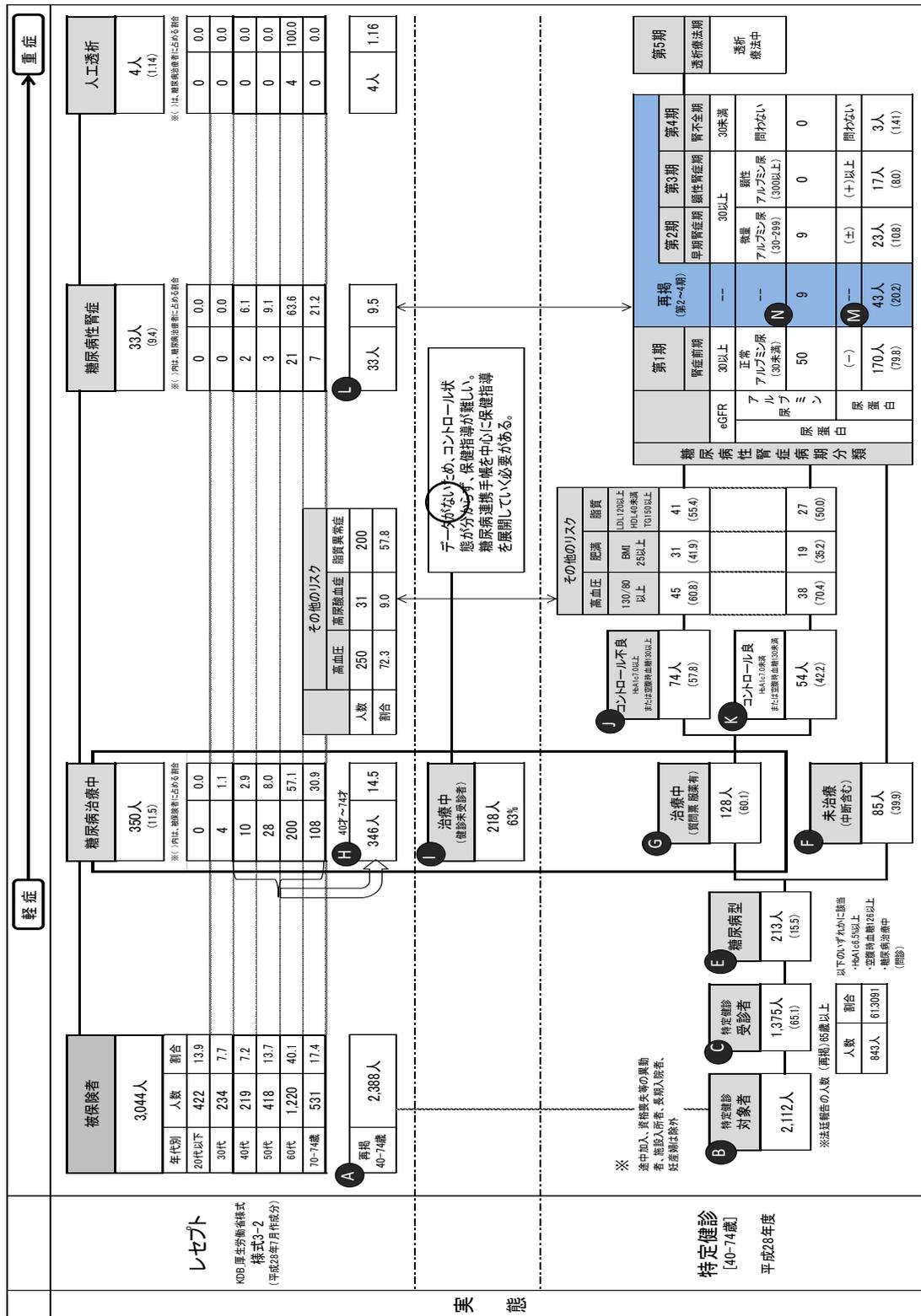


男性	40~74歳	健診受診者	673	55.7%
		国保被保険者	1,209	

女性	40~74歳	健診受診者	702	59.6%
		国保被保険者	1,177	

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】



【参考資料 3】

対象者選定基準検討

「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」から、さらに「I」の人について考える

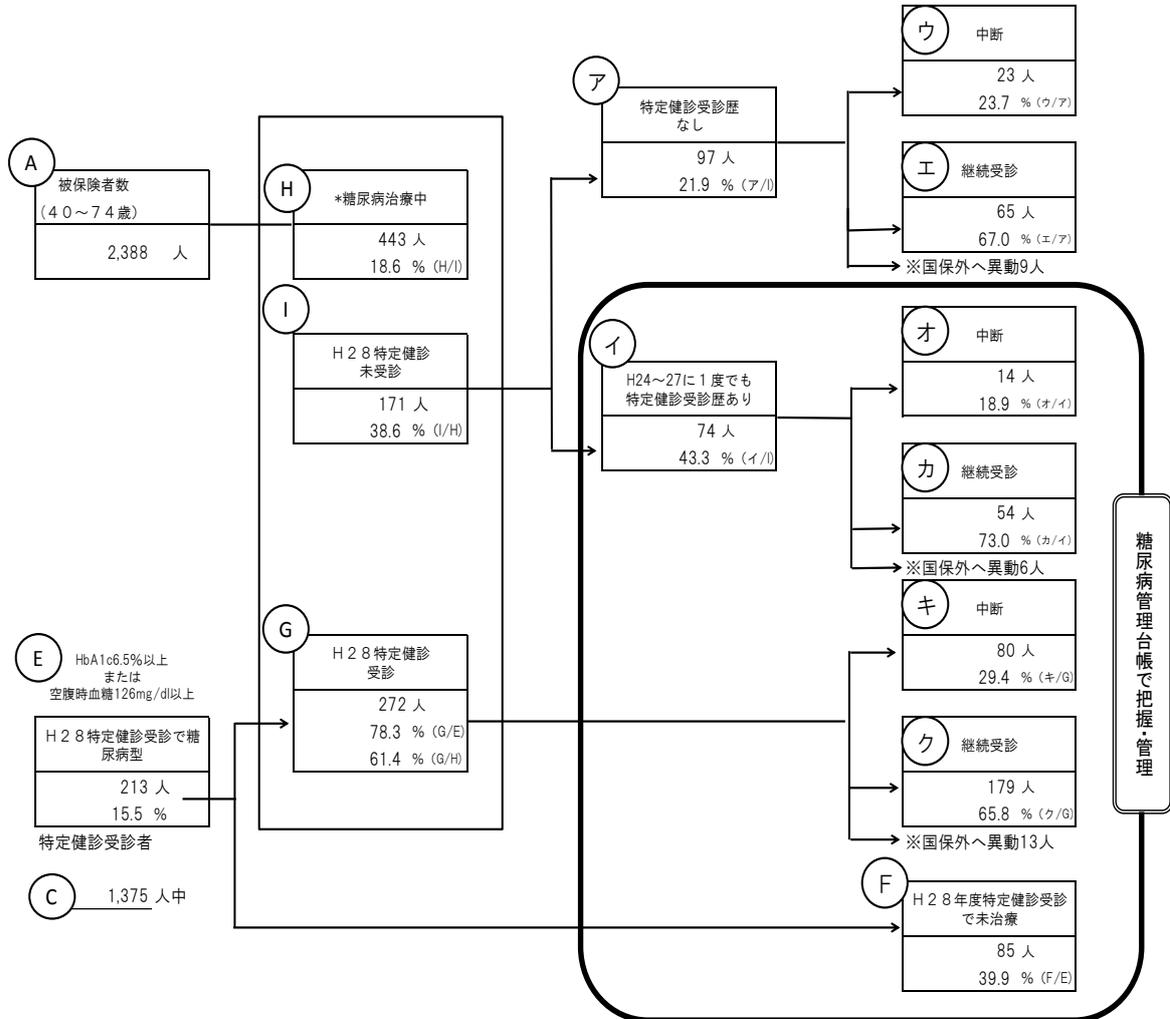
※「KDB疾病管理一覧（糖尿病）」より作成

※中断の考え方：H28年度にHbA1c検査を実施した者でH29年度にHbA1c検査の実施がない者

注）疾病管理一覧をダウンロードした時点での年度単位での中断者になります

※C,E,Fは新入力シートより抽出

※使用した基データが異なるため、「レセプトと健診の突合」とは数値の差があります。考え方として見てください。



糖尿病管理台帳からの年次計画 平成28年度

対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など												
<p>糖尿病管理台帳の全数 (H24-28) (A+B)</p> <p>A H28年度健診未受診者 (319)人</p> <table border="1" data-bbox="443 1368 592 1783"> <tr> <th colspan="2">結果把握 (内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保</td> <td>50人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>42人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>16人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>7人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>0人</td> </tr> </table> <p>※国保資格者情報は、H28.5.11時点(テカ汎用一覧より)</p> <p>B 結果把握 H28年度健診受診者 (115)人</p> <p>①-1 未治療者(中断者含む) (4)人</p> <p>※治療状況の確認は、H28年度糖尿病疾病管理一覧「HbA1c検査の実施」を基に判断。</p> <p>B 結果把握 H28年度健診受診者 (204)人</p> <p>①ア)保健指導優先順位1：未治療者(※問診) (85)人</p> <p>↳ HbA1c6.5以上者 70人</p> <p>①イ)保健指導優先順位2：治療中(※問診) HbA1c7以上 (66)人</p>	結果把握 (内訳)		①国保	50人	②後期高齢者	42人	③他保険	16人	④住基異動(死亡・転出)	7人	⑤確認できず	0人	<p>Aに対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ○住基異動(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動(後期高齢者、社会保険)の確認 <p>A①に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセプト(治療状況)の確認 ・健診未受診理由の把握、健診受診勧奨 ・医療機関での検査データの確認 <p>A①-1及びB①ア)に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセプト(直近の治療有無)の確認 ・医療受診勧奨の保健指導 <p>B①イ)に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療中断しないための受診の確認とその後のフォロー ・糖尿病連携手帳の確認及び配布(HbA1c6.5以上者) <ul style="list-style-type: none"> →糖尿病管理台帳に記録(指示の有無・歯科受診) ○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 <p>B②に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ○尿アルブミン検査や定量検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導 ○尿アルブミン検査や定量検査の結果、眼底検査結果等の情報を総合的に判断し、腎専門医受診の勧奨 <p>B③に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> ○腎専門医受診の勧奨 	<p>糖尿病専門医</p> <p>尿アルブミン検査 (二次健診2項目)の継続 腎専門医 栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>
結果把握 (内訳)														
①国保	50人													
②後期高齢者	42人													
③他保険	16人													
④住基異動(死亡・転出)	7人													
⑤確認できず	0人													
<p>結果把握</p> <p>保健指導の優先づけ</p>	<p>②尿蛋白 (±) (23)人</p> <p>(+) ~ 顕性腎症 (18)人</p> <p>※尿検査未実施者1人</p> <p>③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (3)人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (32)人</p>													

【参考資料 5】

糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 和木町

【参考資料5】

項目	突合表	保険者						同規模保険者(158市町村) ※KDB様式6-1		データ元			
		平成28年度		平成29年度		平成30年度		平成28年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1 ① 被保険者 (再掲) 40才-74才	A	被保険者数		3,044	人	人	人	509,754	人	KDB厚生労働省様式 様式3-2			
		(再掲) 40才-74才		2,388	人	人	人	人	人				
2 ① 特定健診 ② 健診対象者数 ③ 健診受診者数 ④ 健診受診率	B	健診対象者数		2,112	人	人	人	人	人	保健指導支援ツール			
	C	健診受診者数		1,375	人	人	人	150,884	人				
	健診受診率		65.1	%	%	%	41.2	%	%				
3 ① 特定保健指 ② 導実施率		保健指導対象者数		144	人	人	人	人	人	H28年度特定健康診査・ 特定保健指導実施状況			
		実施率		89.6	%	%	%	10.6	%		%		
4 ① 健診データ ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	E	糖尿病型		213	人	16	%	人	%	人	%		
		F	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		85	人	40	%	人	%	人	%	
			治療中(質問票 服薬有)		128	人	60	%	人	%	人	%	
		J	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)		74	人	58	%	人	%	人	%	
			血圧 130/80以上		45	人	61	%	人	%	人	%	
			肥満 BMI 25.0以上		31	人	42	%	人	%	人	%	
		K	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)		54	人	42	%	人	%	人	%	
		M	糖尿病病期分類										
			尿蛋白	(-)	第1期	170	人	80	%	人	%	人	%
				(±)	第2期	23	人	11	%	人	%	人	%
				(+)以上	第3期	17	人	8.0	%	人	%	人	%
eGFR(30未満)	第4期	3		人	1.4	%	人	%	人	%			
5 ① レセプト ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨		糖尿病治療中		350	人	12	%	人	%	人	%		
		H	(再掲) 40才-74才		346	人	15	%	人	%	人	%	
			健診未受診者		218	人	63	%	人	%	人	%	
		L	糖尿病性腎症 (再掲) 40才-74才		33	人	9.4	%	人	%	人	%	
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4	人	1.1	%	人	%	人	%	
		後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7	人	%							
		新規透析患者数		4	人	%	人	%	人	%	人	%	
		(再掲) 糖尿病性腎症		1	人	%	人	%	人	%	人	%	
		6 ① 医療費 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮		総医療費		a	9.9	億円	億円	億円	10.9	億円	KDB疾病別医療費分類 (細小(82)分類)
生活習慣病総医療費				b	5.6	億円	億円	億円	6.3	億円			
(総医療費に占める割合)				b/a	56.6	%	%	%	57.8	%			
生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者			5,873	円	円	円	2,779	円				
	健診未受診者			9,648	円	円	円	12,249	円				
糖尿病医療費				c	5,375	万円	万円	万円	6,464	万円			
(生活習慣病総医療費に占める割合)				c/b	9.6	%	%	%	10.3	%			
入院外				人	%	人	%	人	%	人	%		
入院				人	%	人	%	人	%	人	%		
糖尿病入院外総医療費				1.7	億円	億円	億円	億円	億円				
1件当たり				35,158	円	円	円	円	円				
糖尿病入院総医療費				1	億円	億円	億円	億円	億円				
1件当たり				526,817	円	円	円	円	円				
在院日数				17	日	日	日	日	日				
慢性腎不全医療費													
透析有り		5,783	万円	万円	万円	5,979	万円						
透析なし		613	万円	万円	万円	368	万円						
7 ① 介護 ② ③		介護給付費		13	億円	億円	億円	億円	億円	KDB市町村別データ			
		(再掲) 2号認定者の有者割合		0.3	%	%	%	0.4	%				
		糖尿病【糖尿病合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む】		4	人	44.4	%	%	%		%		
8 ① 死亡		死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)		89	人	人	人	95	人	KDB地域の全体像 の把握CSV			
		糖尿病		0	人	0	%	人	%		1.73	人	1.8

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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	自覚症状なし <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	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					
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。			⑥ 発症予防対象者			
	判定	正常	軽度		重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	□HDL-C	40～	35～39			～34	
	□nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	□ALT	～30	31～50			51～	
	□γ-GT	～50	51～100			101～	
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験
		食後	～139	140～199		200～	【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～				
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
□CKD重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

対象者別 活用する台帳

重症化予防の対象者		健診未受診者	健診受診者
糖尿病性腎症重症化予防	①健診受診の糖尿病未治療でHbA1c6.5%または空腹時血糖126(随時血糖200)mg/dl以上		②保健指導台帳 ③糖尿病管理台帳
	②健診受診の糖尿病治療中でHbA1c7.0%以上		②保健指導台帳 ③糖尿病管理台帳
	③健診未受診のハイリスク者(糖尿病未治療HbA1c6.5以上または糖尿病治療中HbA1c7.0%以上等)		①受診把握台帳 ③糖尿病管理台帳
虚血性心疾患重症化予防		①受診把握台帳 ③糖尿病管理台帳 (虚血性心疾患診療開始日)	②保健指導台帳 ③糖尿病管理台帳 (虚血性心疾患診療開始日)
脳血管疾患重症化予防		①受診把握台帳 ④血圧評価表 ⑤心房細動管理台帳	②保健指導台帳 ④血圧評価表 ⑤心房細動管理台帳

③糖尿病管理台帳 【対象者抽出基準】
(HbA1c6.5以上) 過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

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

【参考資料 9】

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H25年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	新旧 区分	備考	担当	健診受診日	かかりつけ医	連携手帳										
1							男	56		糖尿病	糖	○																			
										HbA1c	7.2																				
										高血圧	体重	60.9																			
										虚血性心疾患	BMI	22.8																			
										脳血管疾患	血圧	135/90																			
										糖尿病性腎症	GFR	61.7																			
2							男	58		糖尿病	糖	○	11.3	7	6																
										HbA1c	6																				
										高血圧	体重	88.3	86.5	87.9	84.5																
										虚血性心疾患	BMI	29.1	28.6	29	28.1																
										脳血管疾患	血圧	109/65	117/78	124/80	112/72																
										糖尿病性腎症	GFR	94.2	95.2																		
									OKD	尿蛋白	±	±																			

①血圧評価表

【参考資料 10】

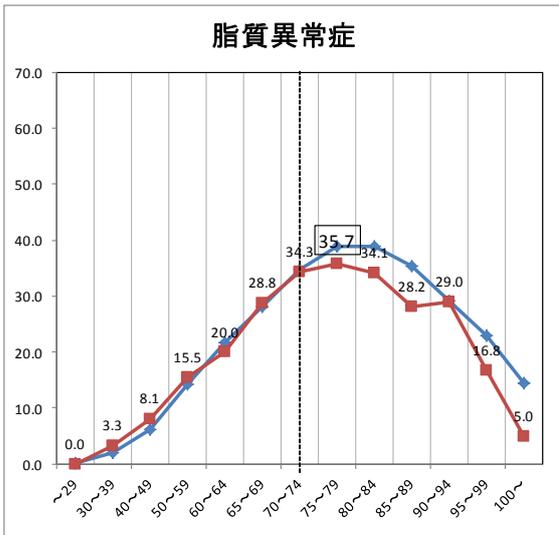
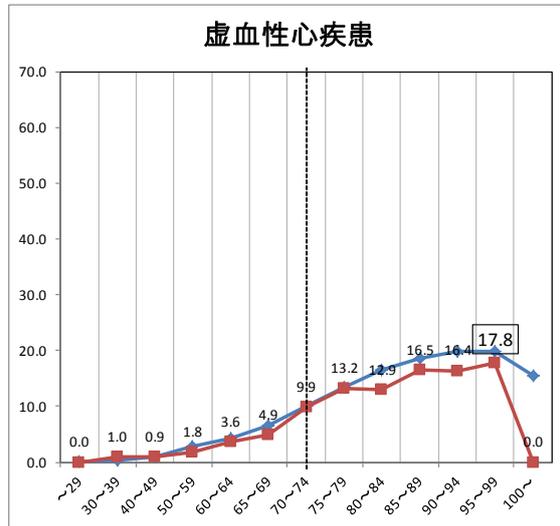
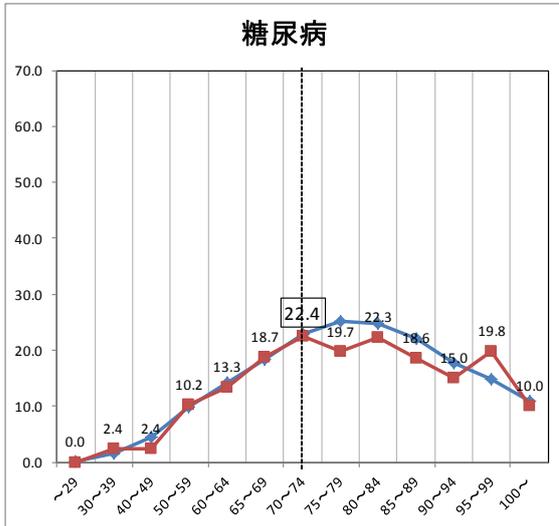
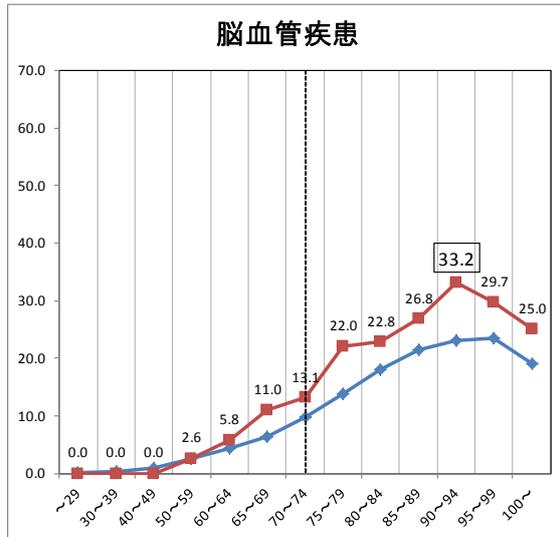
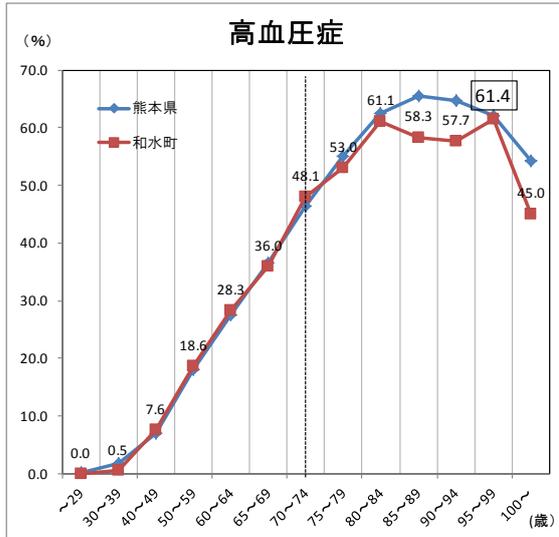
個人番号	被保険者証		校区	行政区	名前	性別	年齢	健診データ																	
	記号	番号						過去5年間のうち直近						血圧											
								メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H25		H26		H27		H28					
														治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期			
					女	68	なし	5.8	133	70.8	-	3.6	○	128	82	○	158	94	○	208	111	○	172	98	
					男	72	なし	5.7	95	76.8	-	4.3		180	100						192	102		190	102
					女	70	なし	7.7	154	92.8	-	5.2							○	191	76				

④心房細動管理台帳

【参考資料 11】

基本情報		治療状況			診断書の有無		毎年確認すること																	
No.	登録番号	氏名	性別	年齢	治療開始日	治療終了日	H25年度			H26年度			H27年度			H28年度								
							心電図判定	治療状況	備考	心電図判定	治療状況	備考	心電図判定	治療状況	備考	心電図判定	治療状況	備考						
1	H24		男	63	T病態	心房細動	H25.12.6		H25.5.21	不整脈	○	7-77D	H26.5.10	心房細動・不完全右房ブロック	○	7-77D	H27.5.20	心房細動・不完全右房ブロック	○	7-77D	H28.5.17	心房細動	○	7-77D
2	H24		男	71	T病態	心房細動	H25.2.19		H25.5.27	不整脈・心肥大・ST-T異常	○		H26.5.22	発見あり	○		H27.5.22	健診・左室肥大・QT延長	○		H28.5.22	心房細動・左室肥大	○	
3	H25		男	73	K病態	慢性心房細動	H26.7.11		H25.5.21	不整脈・心肥大・その他	○		H26.5.22	発見あり	○		H27.5.21	心房細動・左室肥大・QT延長	○		H28.5.23	心房細動・左室肥大・QT延長	○	

生活習慣病 有病状況



平成29年5月診療分 KDBシステム

【参考資料 13】

第1期データヘルス計画 評価シート

対象者	対象者の評価項目	目標	ストラクチャー（構成）	プロセス（やって来た実践の過程）	アウトプット（事業実施量）		アウトカム（結果）		考察と課題	期への反映事項	
					評価指標・目標値	結果	評価指標・目標値	結果			
個別保健事業計画	<p>① 重症化予防 ② 発症予防 ③ 40歳未満から発症予防 ④ 重症化予防 ⑤ 発症予防 ⑥ 重症化予防</p>										
①	重症化予防										
②	発症予防										
③	40歳未満から発症予防										
④	重症化予防										
⑤	発症予防										
⑥	重症化予防										

第2期データヘルス計画 目標管理一覧表

【参考資料 14】

成果目標	評価項目	評価指標	中間評価										最終評価					
			H28	H29	H30		H31		H32		H33		H34		H35			
			現状	目標値	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績
	医療費の伸びの抑制	標準化医療費																
中長期目標	入院医療費	1人あたり入院医療費(円)	11,595														9,674	
	重症化した結果の疾患の発生状況	脳血管疾患患者数(人)	177	175	173	172	170	168	167	165								
		虚血性心疾患患者数(人)	121	120	119	117	116	115	114	113								
		糖尿病腎症による新規人工透析患者数(人)	5以下	0	0	0	0	0	0	0	0						0	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	62.5		65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0								
		特定保健指導実施率	91.7		90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	90.0	95.0							
	基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム該当者の割合	18.3															
		メタボリックシンドローム予備群の割合	8.7															
		健診受診者の高血圧者(160/100mmHg以上)の割合	7.6															
		健診受診者の脂質異常者(LDL160mg/dl以上)の割合	8.7															
		健診受診者の糖尿病者(未治療HbA1c6.5%以上)の割合	12.0															
		健診受診者の糖尿病者(治療中HbA1c7.0%以上)の割合	57.8															
		糖尿病の未治療者の割合																
		糖尿病の保健指導実施率																

