

湯前町第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成30年3月30日

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が創設されることとなった。

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

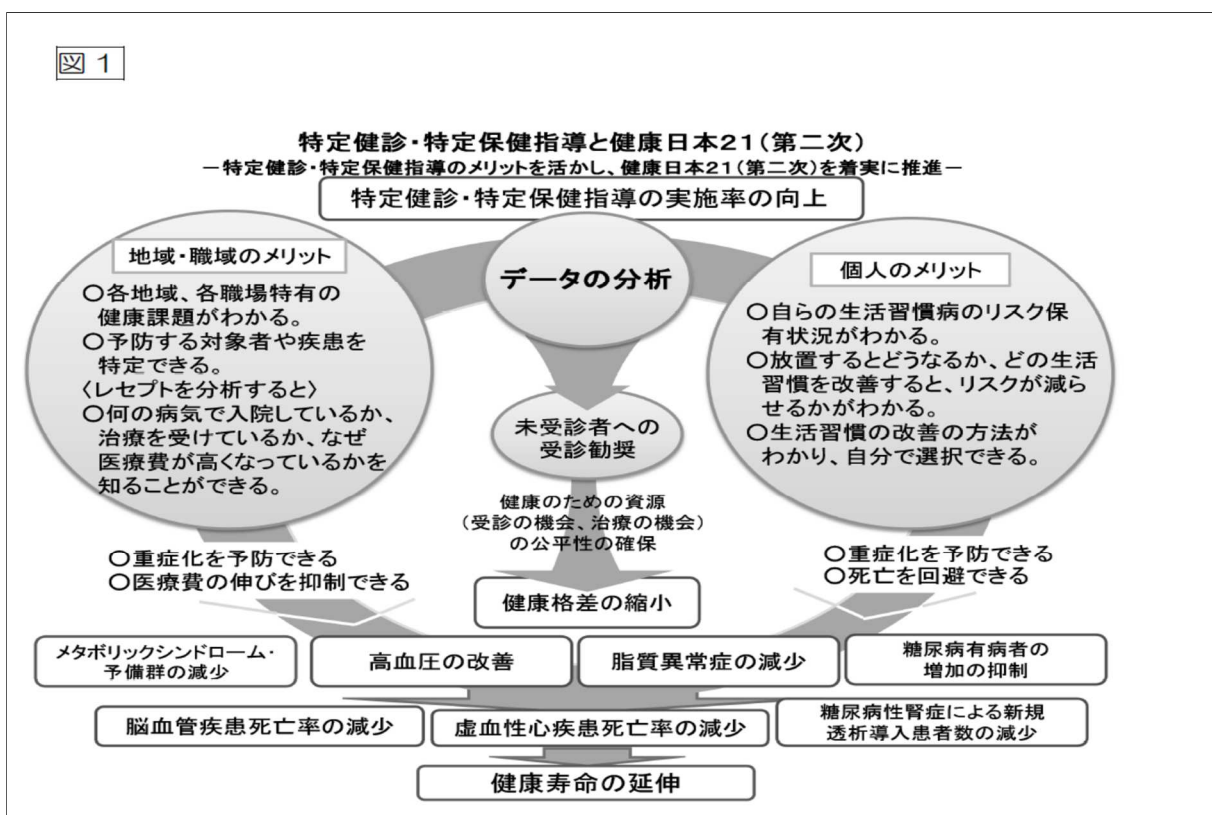
湯前町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

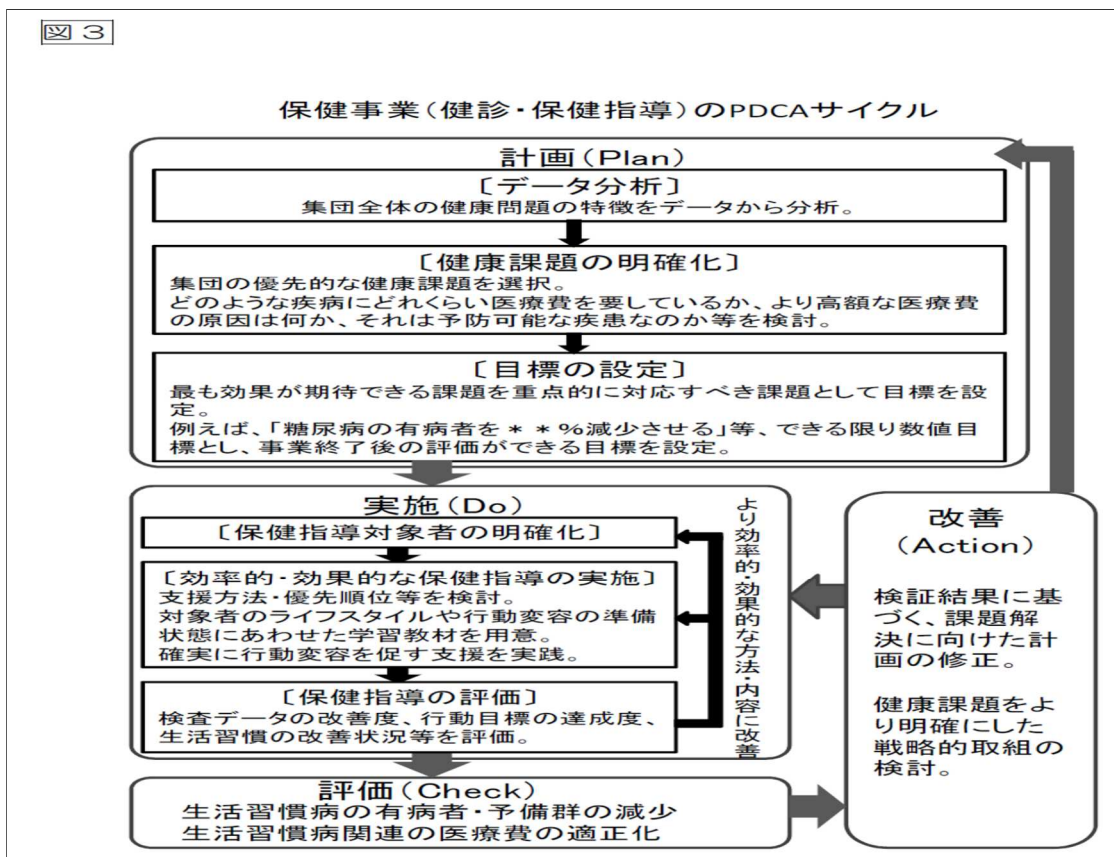
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、熊本県健康増進計画や湯前町健康増進計画、熊本県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2）

【図表1】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋



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こととしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関部局の役割

国民健康保険部局(税務町民課)が主体となりデータヘルス計画を策定することが基本とされているが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、具体的には、高齢者医療部局(税務町民課)、保健衛生部局(保健福祉課)、介護保険部局(保健福祉課)企画部局(総務課)、生活保護部局(保健福祉課)とも十分連携することが望ましいとされている。

湯前町においては、保健師が配置されている保健福祉課と医療保険係のある税務町民課が主体となり、市町村一体となって計画策定を進めていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表3）

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、市町村国保は、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。

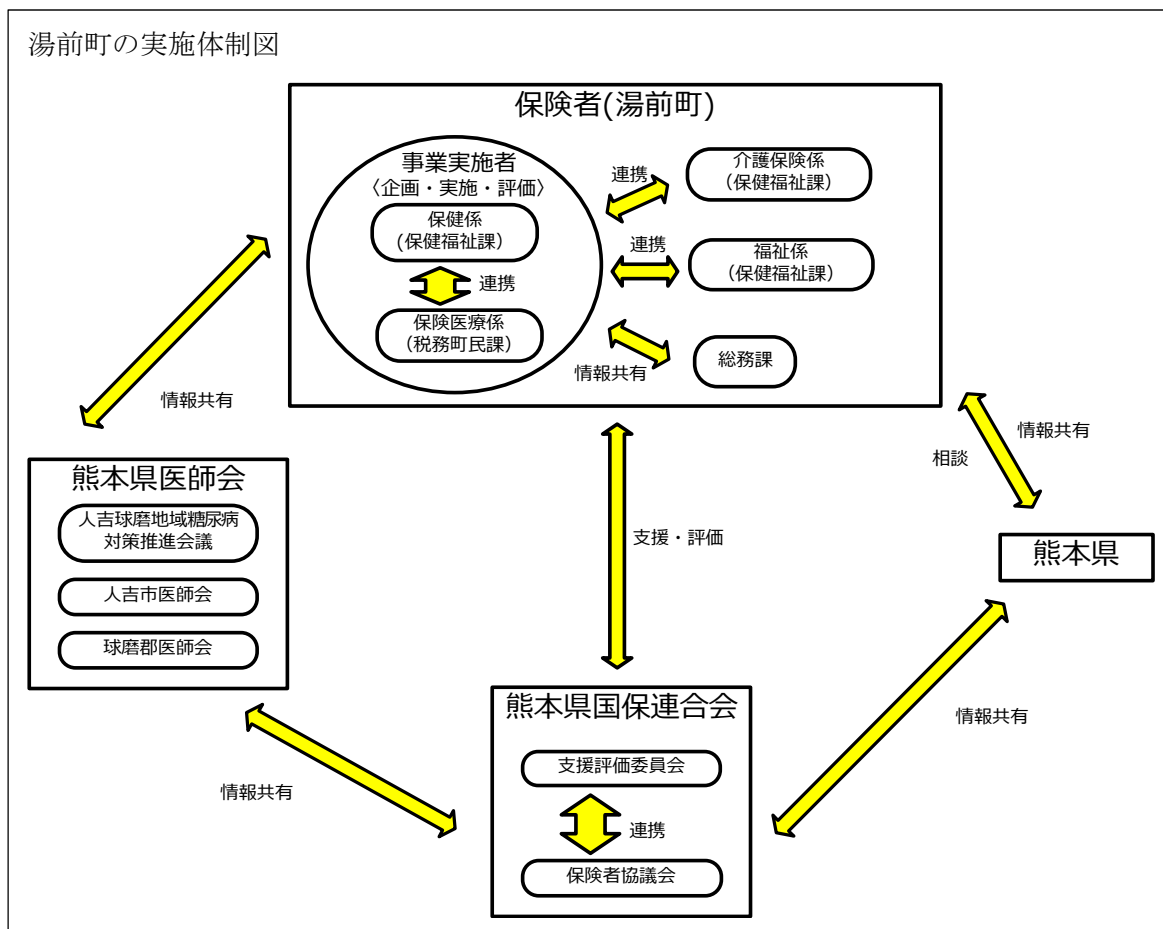
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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取り組むことが重要である。

【図表 3】



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。本町では、最も配点の高い糖尿病の重症化予防の取組は始めているが、特定健診受診率や特定保健指導実施率の低さが目立っており、受診率向上や特定保健指導の徹底は重要な課題であるといえる。(図表 4)

【図表 4】

保険者努力支援制度					
評価指標		H28	H29	H30	H30 (参考)
総得点		345	580	850	850
交付額(万円)		54.2			
総得点(体制構築加点含む)		198			
全国順位(1,741中)		879			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	0			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
共通②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	3			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有③	医療非通知の取組実施状況	10			25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			40
固有⑥	適性かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点					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、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合が増加している。

重症化の指標となる介護の状況を見ると介護認定率が上昇し、介護給付費も施設サービスの給付費が増加している。認定率や給付費の増加は、町内や近隣町村の介護施設の増加などの影響も考えられる。2号被保険者については認定者数・認定率ともに減少していることがわかった。

また、もう一つの重症化の指標となる医療については、医療費のうち入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加している。人数についても同様に、入院患者数が減少し外来患者数が増加している。町内に受診可能な医療機関は1つしかないため、近隣町村の医療機関への受診者は少なくない。公共交通機関は走行頻度が低く、医療機関が送迎を行う場合もあるが、通院のための移動手段としては自家用車が欠かせない状況にあるため、65歳以上の運転免許がない方へは福祉タクシー利用券の周知も必要である。

受診勧奨者のうち、非受診者の割合は県や国と比較すると高い傾向にあるが、平成25年度と比較すると平成28年度は低下し、同規模自治体と同程度になった。特定健診受診率の増加とあわせて考えると、健診受診と受診勧奨者の非受診率減少は重症化予防につながっていると推測できる。

特定健診の状況をみると、メタボ該当者および予備群はともにその割合が増加している。該当者では男性が増え予備群では女性が増えているが、腹囲については男女ともに増加している。また、非肥満の高血糖の増加も明らかである。

しかし特定健診受診率は50%も満たさず、未受診者の中には該当者や予備群が同程度いると想定すると人数も現在の2倍以上となることが予測できる。

しかし、メタボ改善のために重要となる特定保健指導実施率については減少している。予防できる病気を予防するためには特定健診受診率と特定保健指導実施率の向上は重要な課題といえる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況 (図表 5)

平成 28 年度の介護給付費が増えている。同規模と比較すると 1 件当たり介護給付費は少ないものの、同規模では平成 25 年度より 28 年度が減っているのに対し、本町は増えている。その内訳を見ると居宅サービスは減り、施設サービスが増えている。

【図表 5】

年度	湯前町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり 給付費			1件当たり 給付費		
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H25	509,053,447	67,360	39,548	277,682	73,702	39,646	273,946
H28	576,145,512	68,281	38,020	278,234	73,752	39,649	273,932

②医療費の状況 (図表 6)

総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増加している。一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると湯前町の伸び率は明らかに大きい。入院費用の伸び率は抑制できており、主に入院外費用の伸び率が大きかったことが分かった。

【図表 6】

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
1 総医療費	H25年度	347,725,664	-	-	190,505,739	-	-	157,219,925	-	-
	H28年度	316,171,940	-31,553,724	-9.1%	160,031,150	-30,474,589	-16.0%	156,140,790	-1,079,135	-0.7%
2 一人当たり 医療費	H25年度	260,469	-	-	142,701	-	-	117,768	-	-
	H28年度	272,328	11,859	4.6%	137,840	-4,861	-3.4%	134,488	16,720	14.2%

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 7)

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(透析)に係る医療費の総医療費に占める割合が増加している。疾患別にみると脳血管疾患、慢性腎不全(透析無し)は減少しているものの、虚血性心疾患および慢性腎不全(透析有り)が増加している。また短期目標疾患では、糖尿病や高血圧が国・県と比較して高いことが分かる。

【図表 7】

	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		腎臓		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	町	391,621,690	23,595	151位	38位	2.70%	0.76%	2.80%	0.90%	5.57%	8.56%	2.96%	94,970,190	24.25%	12.25%	9.03%	6.00%
H28	町	369,948,620	26,335	136位	34位	4.80%↑	0.47%↓	1.51%↓	1.65%↑	6.74%	7.41%	2.48%	92,786,950	25.08%↑	9.68%	12.72%	6.78%
H28	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%
H28	国	9,677,041,336,540	24,253	-	-	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④中長期的な疾患（図表 8）

虚血性心疾患・脳血管疾患の人数および被保険者にしめる割合は減少しているが、人工透析は増加している。また、短期的目標疾患では高血圧の割合がいずれの中長期的疾患においても高い。脂質異常症の割合も増加している。

【図表 8】

厚労省様式 3-5			中長期的目標						短期的目標					
			虚血性心疾患											
			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25 7月	全体	1365	51	3.7%	16	31.4%	1	2.0%	44	86.3%	20	39.2%	32	62.7%
	64歳以下	884	13	1.5%	4	30.8%	0	0.0%	10	76.9%	8	61.5%	10	76.9%
	65歳以上	481	38	7.9%	12	31.6%	0	0.0%	34	89.5%	12	31.6%	22	57.9%
H28 7月	全体	1274	34	2.7%	6	17.6%	1	2.9%	30	88.2%↑	10	29.4%	23	67.6%↑
	64歳以下	723	9	1.2%	1	11.1%	1	11.1%	7	77.8%	3	33.3%	5	55.6%
	65歳以上	551	25	4.5%	5	20.0%	0	0.0%	23	92.0%	7	28.0%	18	72.0%

厚労省様式 3-6			中長期的目標						短期的目標					
			脳血管疾患											
			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25 7月	全体	1365	74	5.4%	16	21.6%	0	0.0%	64	86.5%	21	28.4%	30	40.5%
	64歳以下	884	17	1.9%	4	23.5%	0	0.0%	16	94.1%	6	35.3%	6	35.3%
	65歳以上	481	57	11.9%	12	21.1%	0	0.0%	48	84.2%	15	26.3%	24	42.1%
H28 7月	全体	1274	51	4.0%	6	11.8%	0	0.0%	48	94.1%↑	10	19.6%	27	52.9%↑
	64歳以下	723	11	1.5%	1	9.1%	0	0.0%	10	90.9%	3	27.3%	5	45.5%
	65歳以上	551	40	7.3%	5	12.5%	0	0.0%	38	95.0%	7	17.5%	22	55.0%

厚労省様式 3-6			中長期的目標						短期的目標					
			人工透析											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25 7月	全体	1365	2	0.1%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	64歳以下	884	2	0.2%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65歳以上	481	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28 7月	全体	1274	3	0.2%↑	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%↑	1	33.3%	0	0.0%
	64歳以下	723	3	0.4%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	1	33.3%	0	0.0%
	65歳以上	551	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2~3-4) (図表9)

中長期目標疾患に共通するリスクの治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、その人数はほぼ変わらないが、その中で64歳以下の占める割合が増えている。

高血圧治療者(様式3-3)および脂質異常症治療者(様式3-4)においてはいずれも人数・割合は増加している。

【図表9】

厚労省様式 3-2		短期的目標										中長期的目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25 7月	全体	1365	126	9.2%	10	7.9%	95	75.4%	71	56.3%	20	15.9%	21	16.7%	0	0.0%	13	10.3%	
	64歳以下	884	29	3.3%	7	24.1%	27	93.1%	26	89.7%	8	27.6%	6	20.7%	0	0.0%	3	10.3%	
	65歳以上	481	97	20.2%	3	3.1%	68	70.1%	45	46.4%	12	12.4%	15	15.5%	0	0.0%	10	10.3%	
H28 7月	全体	1274	128	10.0%	12	9.4%	100	78.1%	71	55.5%	10	7.8%	10	7.8%	1	0.8%	8	6.3%	
	64歳以下	723	37	5.1%	5	13.5%	24	64.9%	17	45.9%	3	8.1%	3	8.1%	1	2.7%	1	2.7%	
	65歳以上	551	91	16.5%	7	7.7%	76	83.5%	54	59.3%	7	7.7%	7	7.7%	0	0.0%	7	7.7%	

厚労省様式 3-3		短期的目標										中長期的目標					
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25 7月	全体	1365	328	24.0%	95	29.0%	149	45.4%	44	13.4%	64	19.5%	2	0.6%			
	64歳以下	884	108	12.2%	27	25.0%	42	38.9%	10	9.3%	16	14.8%	2	1.9%			
	65歳以上	481	220	45.7%	68	30.9%	107	48.6%	34	15.5%	48	21.8%	0	0.0%			
H28 7月	全体	1274	344	27.0%	100	29.1%	177	51.5%	30	8.7%	48	14.0%	3	0.9%			
	64歳以下	723	96	13.3%	24	25.0%	43	44.8%	7	7.3%	10	10.4%	3	3.1%			
	65歳以上	551	248	45.0%	76	30.6%	134	54.0%	23	9.3%	38	15.3%	0	0.0%			

厚労省様式 3-4		短期的目標										中長期的目標					
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25 7月	全体	1365	201	14.7%	71	35.3%	149	74.1%	32	15.9%	30	14.9%	0	0.0%			
	64歳以下	884	126	14.3%	26	20.6%	107	84.9%	10	7.9%	6	4.8%	0	0.0%			
	65歳以上	481	75	15.6%	45	60.0%	42	56.0%	22	29.3%	24	32.0%	0	0.0%			
H28 7月	全体	1274	224	17.6%	71	31.7%	177	79.0%	23	10.3%	27	12.1%	0	0.0%			
	64歳以下	723	65	9.0%	17	26.2%	43	66.2%	5	7.7%	5	7.7%	0	0.0%			
	65歳以上	551	159	28.9%	54	34.0%	134	84.3%	18	11.3%	22	0.0%	0	0.0%			

②リスクの健診結果経年変化（図表 10）

健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに腹囲有所見者割合が微増している。メタボリックシンドローム該当者割合は減少しているが、予備群は特に女性で明らかに増加している。また、HbA1cの有所見者が増加しており、内臓脂肪蓄積によるインスリン抵抗性が起きていると考えられる。

血圧については収縮期・拡張期ともに男女とも有所見者割合は減少している。尿酸有所見者の割合が男性では増加し、中性脂肪有所見者割合が女性で増加している。

【図表 10】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）														★NO.23（帳票）											
性別	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25 男性	合計	64	30.2	94	44.3	54	25.5	43	20.3	7	3.3	81	38.2	123	58.0	42	19.8	102	48.1	61	28.8	107	50.5	4	1.9
	40-64	37	37.0	46	46.0	30	30.0	24	24.0	1	1.0	35	35.0	54	54.0	24	24.0	41	41.0	33	33.0	58	58.0	2	2.0
	65-74	27	24.1	48	42.9	24	21.4	19	17.0	6	5.4	46	41.1	69	61.6	18	16.1	61	54.5	28	25.0	49	43.8	2	1.8
H28 男性	合計	74	34.6	100	46.7	54	25.2	49	22.9	11	5.1	87	40.7	158	73.8	53	24.8	89	41.6	52	24.3	97	45.3	6	2.8
	40-64	32	40.0	39	48.8	26	32.5	22	27.5	5	6.3	25	31.3	54	67.5	20	25.0	29	36.3	26	32.5	42	52.5	2	2.5
	65-74	42	31.3	61	45.5	28	20.9	27	20.1	6	4.5	62	46.3	104	77.6	33	24.6	60	44.8	26	19.4	55	41.0	4	3.0
H25 女性	合計	58	24.1	43	17.8	21	8.7	23	9.5	2	0.8	59	24.5	159	66.0	5	2.1	103	42.7	37	15.4	142	58.9	2	0.8
	40-64	22	21.2	16	15.4	6	5.8	7	6.7	0	0.0	26	25.0	53	51.0	3	2.9	39	37.5	15	14.4	50	48.1	1	1.0
	65-74	36	26.3	27	19.7	15	10.9	16	11.7	2	1.5	33	24.1	106	77.4	2	1.5	64	46.7	22	16.1	92	67.2	1	0.7
H28 女性	合計	49	23.3	42	20.0	25	11.9	13	6.2	3	1.4	50	23.8	179	85.2	1	0.5	69	32.9	25	11.9	129	61.4	0	0.0
	40-64	16	21.3	11	14.7	15	20.0	6	8.0	1	1.3	17	22.7	57	76.0	1	1.3	21	28.0	10	13.3	51	68.0	0	0.0
	65-74	33	24.4	31	23.0	10	7.4	7	5.2	2	1.5	33	24.4	122	90.4	0	0.0	48	35.6	15	11.1	78	57.8	0	0.0

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）														★NO.24（帳票）												
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25 男性	合計	212	44.3	10	4.7%	32	15.1%	2	0.9%	23	10.8%	7	3.3%	52	24.5%	15	7.1%	2	0.9%	21	9.9%	14	6.6%			
	40-64	100	40.7	6	6.0%	19	19.0%	2	2.0%	11	11.0%	6	6.0%	21	21.0%	7	7.0%	1	1.0%	8	8.0%	5	5.0%			
	65-74	112	48.1	4	3.6%	13	11.6%	0	0.0%	12	10.7%	1	0.9%	31	27.7%	8	7.1%	1	0.9%	13	11.6%	9	8.0%			
H28 男性	合計	214	48.2	14	6.5%	36	16.8%	4	1.9%	27	12.6%	5	2.3%	50	23.4%	5	2.3%	2	0.9%	23	10.7%	20	9.3%			
	40-64	80	39.8	9	11.3%	10	12.5%	0	0.0%	9	11.3%	1	1.3%	20	25.0%	2	2.5%	2	2.5%	11	13.8%	5	6.3%			
	65-74	134	55.1	5	3.7%	26	19.4%	4	3.0%	18	13.4%	4	3.0%	30	22.4%	3	2.2%	0	0.0%	12	9.0%	15	11.2%			
H25 女性	合計	198	43.4	7	3.5%	21	10.6%	1	0.5%	18	9.1%	2	1.0%	42	21.2%	12	6.1%	1	0.5%	16	8.1%	13	6.6%			
	40-64	159	43.6	6	3.8%	19	11.9%	1	0.6%	16	10.1%	2	1.3%	40	25.2%	12	7.5%	1	0.6%	15	9.4%	12	7.5%			
	65-74	39	42.9	1	2.6%	2	5.1%	0	0.0%	2	5.1%	0	0.0%	2	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.6%	1	2.6%			
H28 女性	合計	206	51.4	9	4.4%	32	15.5%	4	1.9%	24	11.7%	4	1.9%	33	16.0%	3	1.5%	0	0.0%	13	6.3%	17	8.3%			
	40-64	156	50.5	8	5.1%	28	17.9%	4	2.6%	20	12.8%	4	2.6%	30	19.2%	3	1.9%	0	0.0%	12	7.7%	15	9.6%			
	65-74	50	54.3	1	2.0%	4	8.0%	0	0.0%	4	8.0%	0	0.0%	3	6.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	2	4.0%			

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 11）

特定健診受診率は増加しているが、特定保健指導実施率は減少している。重症化予防のためには、特定保健指導実施の徹底が不可欠である。また、受診勧奨対象者数は減っているが（資料 1）、受診勧奨対象者に占める医療機関受診率は同規模で明らかに増加している状況に対して、本町では微減している。受診すべき人が医療機関につながるような取組みも必要である。

	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 順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								湯前町	同規模平均
H25年度	962	453	47.1%	123	52	19	36.5%	53.2	48.9
H28年度	850	423	49.8%	116	52	10	19.2%	52.1	51.6

【図表 11】

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において本町の課題であった脳血管疾患の重症化予防に取り組んできた。集団健診後には、医療機関受診勧奨対象者へ集団説明会や個別訪問等により全員へ受診勧奨を行った。また、あなみツールを活用し数値の高い順に家庭訪問等を実施した結果、高血圧の有所見者は減少し治療者が増加している。また、医療費にしめる外来費用の割合が増加し入院費用の割合が減少していることから、医療費の適正化に繋がっていると思われる。さらに、介護認定については 2 号認定者が減少しており、重症化が防がれているともいえる。

しかし、高値順に行った保健指導は、保健師と管理栄養士とで特定保健指導を優先した後に、数値目標等を定めずに実施し、また実施後には保健指導内容の共有や検討をしていない。今後は保健指導の対象者や人数等を明確にし、実施方法や内容を協議する機会を設ける必要がある。

また、要介護認定の 1 号認定者や人工透析者、HbA1c 有所見者割合の増加という新たな課題も見えてきた。その背景には受診勧奨者の医療機関受診率が県や国と比較して低いことや、特定保健指導実施率の低さがあると考えられ、特定保健指導や重症化予防の保健指導は、重要課題であるといえる。

適正な医療のためには住民が自らの体の状態を確認できる機会として特定健診が重要であることから、未受診者対策として、受診予定のない方への再勧奨および健診実施、体組成や HbA1c 測定会の開催、40 歳の方への説明、介護保険証交付時の普及啓発等を実施してきた。しかし、再勧奨による受診者は 5%程度で、方法等の検討が必要である。また、各普及啓発の取組み後の受診の有無の確認や結果説明等を実施していない。年々受診率が増加はしているものの、目標である 60%には届かない状況が続いており、特定健診受診率向上施策も、その実施方法の検討が必要である。

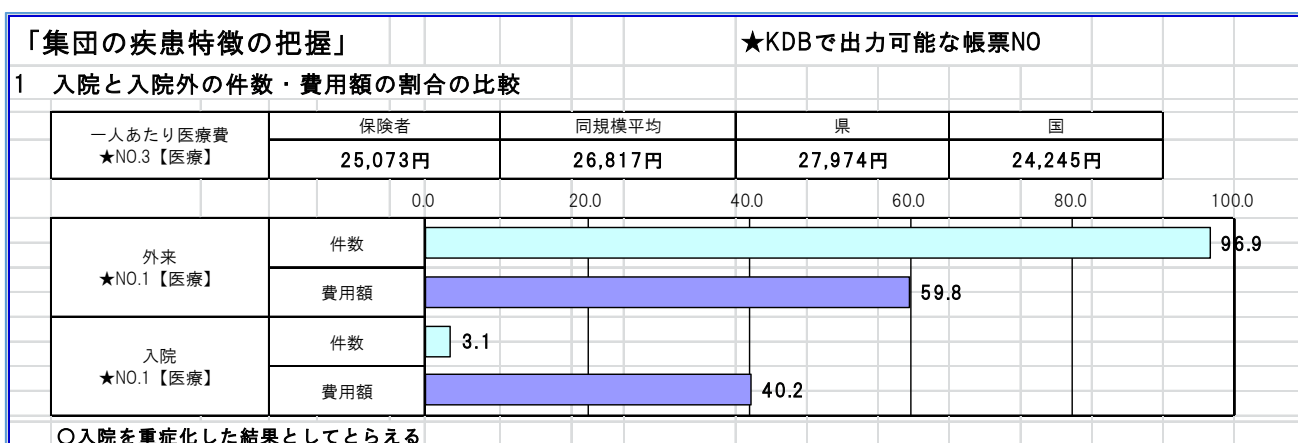
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表12）

湯前町の入院件数は3.1%で、費用額全体の59.8%を占めている。入院を1件でも減らしていくことは、重症化予防であり生活の質の維持向上にもつながるだけでなく、費用対効果の面からも効率がよい。

【図表12】



(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13）

高額になる疾患(様式1-1)を見ると、虚血性心疾患・脳血管疾患が全体の10%以上を占める。これらと基礎疾患の重なりをみると、高血圧はいずれも80%以上であり脂質異常症も50%を超える。長期入院(様式2-1)については、予防可能な生活習慣病による入院は長期化していないことが分かる。また、人工透析者(様式2-2)をみると、糖尿病性腎症のある人工透析の費用が全体の約40%となっている。このことから糖尿病性腎症の予防は費用対効果も大きく、糖尿病の発症または重症化予防は重要である。以上のことから、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症および重症化を防ぐことは、医療費適正化に重要であるといえる。

【図表 13】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか													
医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。													
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)			全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数		28人	2人		2人		3人		23人		
		件数		54件	2件		4件		12件		36件		
		費用額		6190万円	204万円		446万円		1077万円		4464万円		
		年代別		40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
		40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.6%
		50代		0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	8.3%
60代		2	100.0%	2	50.0%	11	91.7%	22	61.1%				
70-74歳		0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	9	25.0%				
費用額				6190万円	204万円		446万円		1077万円		4464万円		
					3.3%		7.2%		17.4%		72.1%		
*最大医療資源傷病名(主病)で計上 *疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。													
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)			全体	精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患				
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数		12人	9人		0人		0人				
		件数		120件	78件		0件		0件				
		費用額		5088万円	2746万円		-		-				
					75.0%		0.0%		0.0%				
					65.0%		0.0%		0.0%				
					54.0%		--		--				
*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上 *脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)													
厚労省様式	対象レセプト			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)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H285 診療分	人数	3人	1人		0人		1人				
		件数		39件	12件		5件		12件				
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計		2168万円	847万円		471万円		550万円				
					39.1%		21.7%		25.4%				
*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上													
厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)			全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症				
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	505人		51人		34人		8人					
		10.1%		6.7%		1.6%							
		の 基 礎 な 疾 患	高血圧		48人		30人		7人				
			94.1%		88.2%		87.5%						
			糖尿病		10人		10人		8人				
		19.6%		29.4%		100.0%							
脂質異常症		27人		23人		4人							
52.9%		67.6%		50.0%									
高血圧症		糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症							
344人		128人		224人		55人							
68.1%		25.3%		44.4%		10.9%							
○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 14)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患があるものが95.5%であり、筋・骨格疾患を上回って最も高くなっていった。2号認定者では2名中2名が血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

これらのことから、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが介護予防にもつながるといえる。

【図表 14】

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		1,468人		651人		935人		1,586人		3,054人							
	認定者数		5人		30人		295人		325人		330人							
	認定率		0.34%		4.6%		31.6%		20.5%		10.8%							
	新規認定者数（*1）		0人		6人		38人		44人		44人							
	介護度別人数	要支援1・2		2	40.0%	11	36.7%	57	19.3%	68	20.9%	70	21.2%					
要介護1・2		3	60.0%	8	26.7%	108	36.6%	116	35.7%	119	36.1%							
要介護3～5		0	0.0%	11	36.7%	130	44.1%	141	43.4%	141	42.7%							
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）		5		30		295		325		330							
	再）国保・後期		2		22		265		287		289							
	レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	2	100.0%	脳卒中	9	40.9%	脳卒中	159	60.0%	脳卒中	168	58.5%	脳卒中	170	58.8%
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	3	13.6%	虚血性心疾患	77	29.1%	虚血性心疾患	80	27.9%	虚血性心疾患	80	27.7%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	1	4.5%	腎不全	44	16.6%	腎不全	45	15.7%	腎不全	45	15.6%
		基礎疾患（*2）	糖尿病		0	0.0%	糖尿病	7	31.8%	糖尿病	86	32.5%	糖尿病	93	32.4%	糖尿病	93	32.2%
			高血圧		1	50.0%	高血圧	16	72.7%	高血圧	241	90.9%	高血圧	257	89.5%	高血圧	258	89.3%
			脂質異常症		1	50.0%	脂質異常症	10	45.5%	脂質異常症	130	49.1%	脂質異常症	140	48.8%	脂質異常症	141	48.8%
		血管疾患合計		2	100.0%	合計	19	86.4%	合計	255	96.2%	合計	274	95.5%	合計	276	95.5%	
		認知症		0	0.0%	認知症	7	31.8%	認知症	132	49.8%	認知症	139	48.4%	認知症	139	48.1%	
筋・骨格疾患		1	50.0%	筋骨格系	17	77.3%	筋骨格系	245	92.5%	筋骨格系	262	91.3%	筋骨格系	263	91.0%			
*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																		
介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較						★NO.1【介護】												
		0		2,000		4,000		6,000		8,000								
要介護認定者医療費（40歳以上）		7,119																
要介護認定なし医療費（40歳以上）		3,960																

2) 健診受診者の実態（図表 15・16）

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

湯前町においては、全国よりメタボ該当者は少ないものの予備群は多く、健診結果の有所見状況で空腹時血糖とHbA1cが明らかに多い。腹囲の有所見者も多いことから、内臓脂肪の蓄積の影響が大きいことが推測される。

【図表 15】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2~6-7）																				★NO.23（概要）					
性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5			1.8	
県	14,420	30.2	23,754	49.8	12,164	25.5	9,781	20.5	3,607	7.6	21,575	45.2	31,914	66.9	9,276	19.4	23,537	49.3	12,830	26.9	22,484	47.1	1,022	2.1	
保険者	合計	74	34.6	100	46.7	54	25.2	49	22.9	11	5.1	87	40.7	158	73.8	53	24.8	89	41.6	52	24.3	97	45.3	6	2.8
	40-64	32	40.0	39	48.8	26	32.5	22	27.5	5	6.3	25	31.3	54	67.5	20	25.0	29	36.3	26	32.5	42	52.5	2	2.5
	65-74	42	31.3	61	45.5	28	20.9	27	20.1	6	4.5	62	46.3	104	77.6	33	24.6	60	44.8	26	19.4	55	41.0	4	3.0
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2			0.2	
県	12,553	20.5	11,048	18.1	8,478	13.9	5,089	8.3	965	1.6	16,495	27.0	42,448	69.5	1,256	2.1	25,835	42.3	9,086	14.9	34,486	56.4	141	0.2	
保険者	合計	49	23.3	42	20.0	25	11.9	13	6.2	3	1.4	50	23.8	179	85.2	1	0.5	69	32.9	25	11.9	129	61.4	0	0.0
	40-64	16	21.3	11	14.7	15	20.0	6	8.0	1	1.3	17	22.7	57	76.0	1	1.3	21	28.0	10	13.3	51	68.0	0	0.0
	65-74	33	24.4	31	23.0	10	7.4	7	5.2	2	1.5	33	24.4	122	90.4	0	0.0	48	35.6	15	11.1	78	57.8	0	0.0

* 全国については、有所見割合のみ表示

【図表 16】

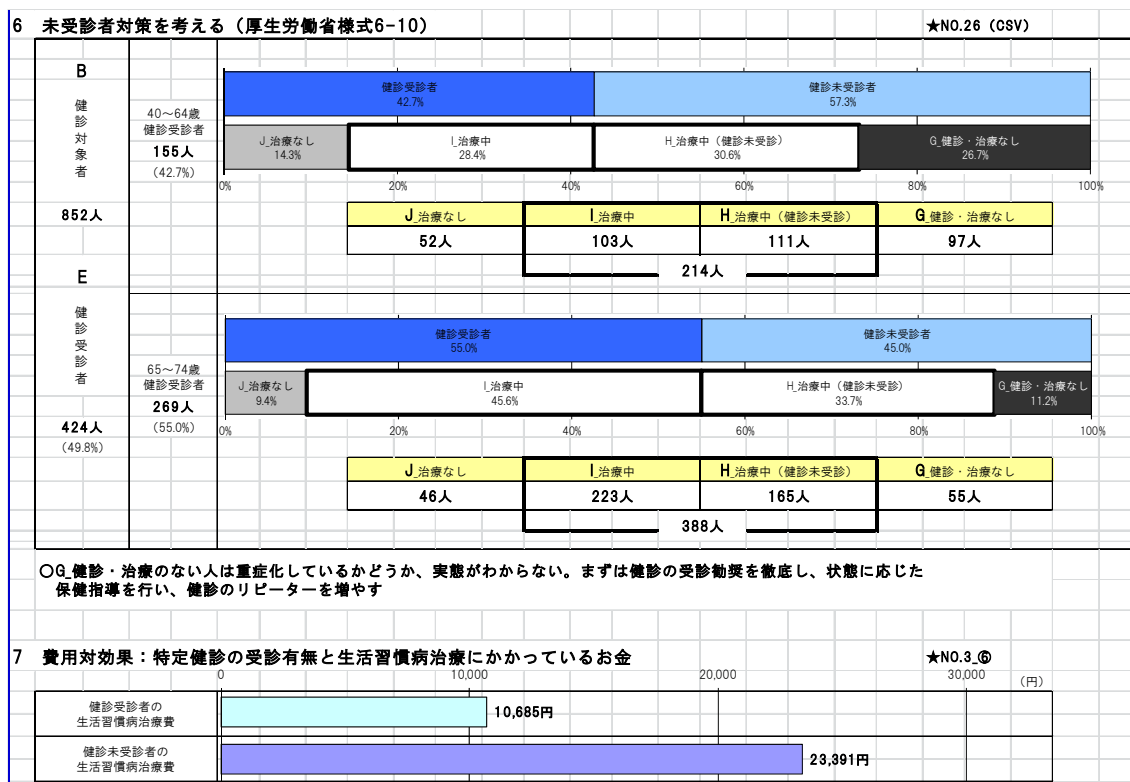
5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）																		★NO.24（概要）					
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	男性	214	48.2	14	6.5%	36	16.8%	4	1.9%	27	12.6%	5	2.3%	50	23.4%	5	2.3%	2	0.9%	23	10.7%	20	9.3%
保険者	合計	80	39.8	9	11.3%	10	12.5%	0	0.0%	9	11.3%	1	1.3%	20	25.0%	2	2.5%	2	2.5%	11	13.8%	5	6.3%
	40-64	134	55.1	5	3.7%	26	19.4%	4	3.0%	18	13.4%	4	3.0%	30	22.4%	3	2.2%	0	0.0%	12	9.0%	15	11.2%
	女性	210	51.5	5	2.4%	20	9.5%	1	0.5%	18	8.6%	1	0.5%	17	8.1%	3	1.4%	0	0.0%	8	3.8%	6	2.9%
保険者	合計	75	46.3	2	2.7%	5	6.7%	0	0.0%	5	6.7%	0	0.0%	4	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.7%	2	2.7%
	40-64	135	54.9	3	2.2%	15	11.1%	1	0.7%	13	9.6%	1	0.7%	13	9.6%	3	2.2%	0	0.0%	6	4.4%	4	3.0%
	65-74																						

3) 未受診者の把握（図表 17）

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が26.7%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

また、健診の継続受診者の中に、新規受診者と同程度の受診勧奨対象者がいるため、健診受診を継続してもらうための取組みも必要である。

【図表 17】



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

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患（図表 13）及び介護認定者の有病状況の多い疾患（図表 14）を減らすことを目標にする。具体的には平成 35 年度には 30 年度と比較して、脳血管疾患を 2%、虚血性心疾患を 2%、人工透析を 0.1%減らしていくことを目標とする（図表 8）。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。本町では、入院外医療費の割合が増加傾向にあり、適切な外来治療によって入院を抑えることは医療費適正化に重要であることから今後も入院医療費の削減を目標とする。

②短期的な目標の設定

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

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

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

受診率は少しずつ上昇しているものの(参考資料13)、50%に満たない状況が続いている。60%を達成するために図表18のとおり目標を定める。 【図表18】

	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	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定保健指導実施率	25.0%	30.2%	46.5%	60.0%	60.0%	60.0%

3. 対象者の見込み

【図表19】

		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	850人	850人	845人	840人	835人	830人
	受診者数	467人	476人	481人	487人	492人	498人
特定保健指導	対象者数	55人	58人	60人	60人	60人	60人
	受診者数	14人	18人	28人	36人	36人	36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し、湯前町と契約する。

- ① 集団健診 ・ 湯前町保健センター内
- ② 施設健診 ・ 球磨郡公立多良木病院企業団総合健診センター「コスモ」
・ 日本赤十字社熊本健康管理センター
・ 医療法人社団高野会 高野病院

(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

- ・ 球磨郡公立多良木病院企業団総合健診センター「コスモ」
- ・ 日本赤十字社熊本健康管理センター
- ・ 医療法人社団高野会 高野病院

(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）

(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

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・健診実施スケジュール（図表 20）

【図表 20】

年間健診スケジュール概要		
期間	内容	実施者
1月中旬	総合健診チラシ準備期間 案内文書、申込書印刷	役場 健診機関
1月下旬	申込書等封入・発送準備	役場
2月初日	発送	郵便局
2月中旬	総合健診申込受付	役場
〃	高野病院希望者抽選	役場
2月中旬～下旬	受付予備期間・申込者名簿作成	役場
2月中旬までに	総合行政システム登録作業	役場
3月上旬	集団健診希望調査依頼	役場 健康推進委員
3月上旬～中旬	健診希望調査期間	健康推進委員
3月中旬	健診希望調査票提出	健康推進委員
〃	IP告知端末放送による周知	役場
3月中旬～下旬	総合行政システム登録 データ作成作業	役場
3月下旬	健診申込者データ送付期限	役場
3月下旬～4月上旬	問診票準備期間	役場 健診機関
4月上旬～4月中旬	集団健診問診票発送準備	役場
4月中旬	旬報or広報に集団健診記事掲載	役場
〃	集団健診問診票配付依頼	役場 健康推進委員
6月上旬	健診結果説明 特定保健指導開始	役場
8月上旬	特定健診未受診者勧奨	役場
10月上旬	法定報告	役場

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

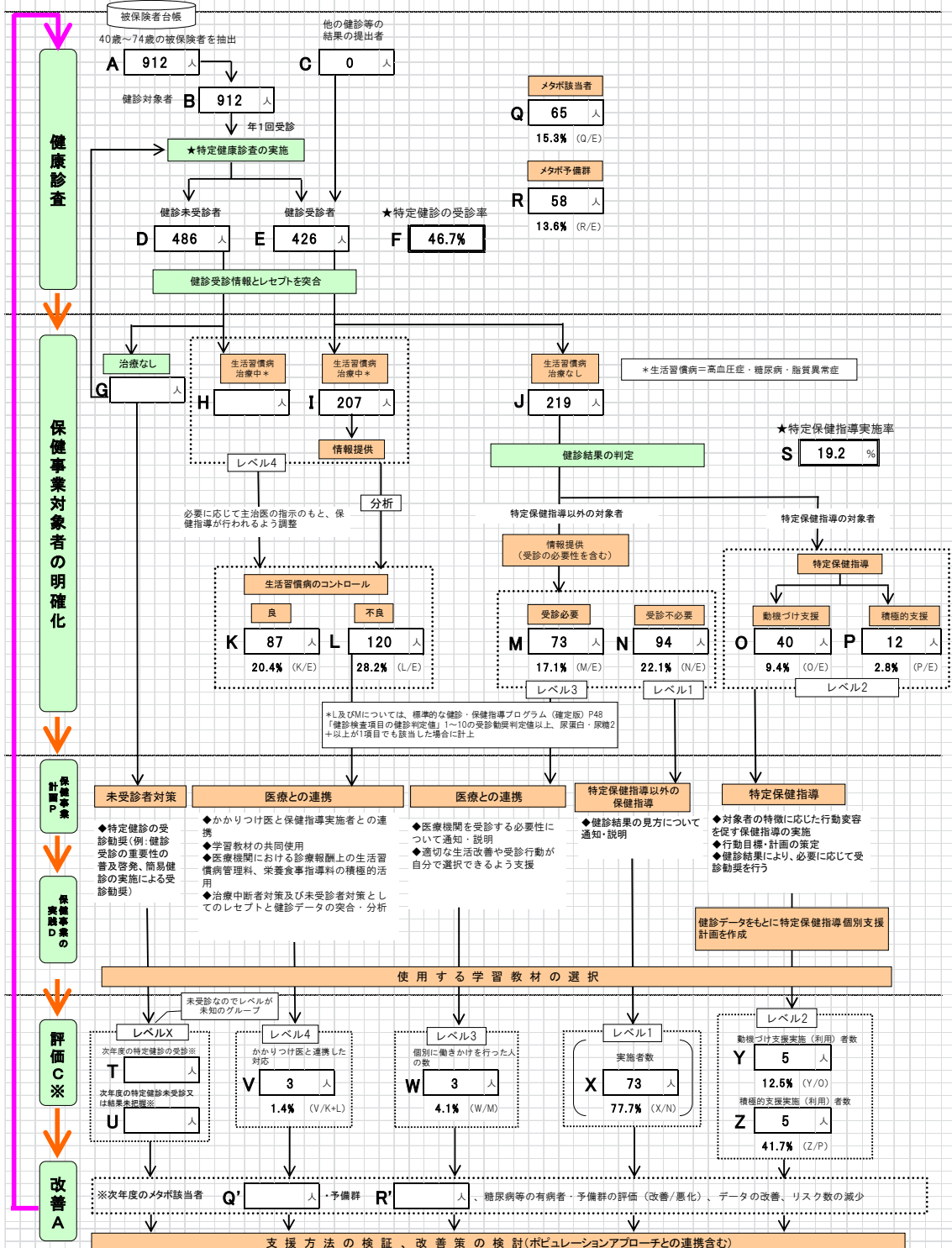
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表21)

【図表 21】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式6-10

健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度）



(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 22）

【図表 22】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	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	60人 (12.0)	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	80人 (17.0)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 ①未受診者への普及・啓発及び未受診者向け特定健診の実施 ②40歳向け特定健診の普及 ・個別通知及び訪問による受診の勧奨 ・保険証の更新時及び保険料納付書送付時に受診案内を同封する	486人 ※受診率目標達成までにあと75人	① 30% ②100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	109人 (22.0)	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 ◆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	124人 (25.0)	5%

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湯前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、湯前町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9. 実施計画評価方法・評価時期

評価については、標準的・統一的な手法にて正確に実施することが重要であるため、国への実績報告値である以下の項目について評価する。また、評価時期については、隔年において実施する。

- ・ 特定健康診査の実施率
- ・ 特定保健指導の実施率
- ・ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

※なお、それぞれの指標を算出する条件としては、厚生労働省保険局が示す「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第3版）」を条件とする。

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る必要がある。

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

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の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。なお、取組にあたっては図表25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 23】

【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熊本県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中の者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(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」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 24)

【図表 24】

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

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。

湯前町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、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(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 25)

湯前町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 14 人(糖尿病型の 26.9%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 127 人中のうち、特定健診受診者が 38 人(糖尿病型の 73.1%・G)であったが、14 人(26.9%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 89 人(70.1%・I)は、健診データがないためコントロール状態が分からず保健指導が困難である。糖尿病連携手帳の活用が必要となる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より湯前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】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未治療(中断含む)(F)・・・14 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

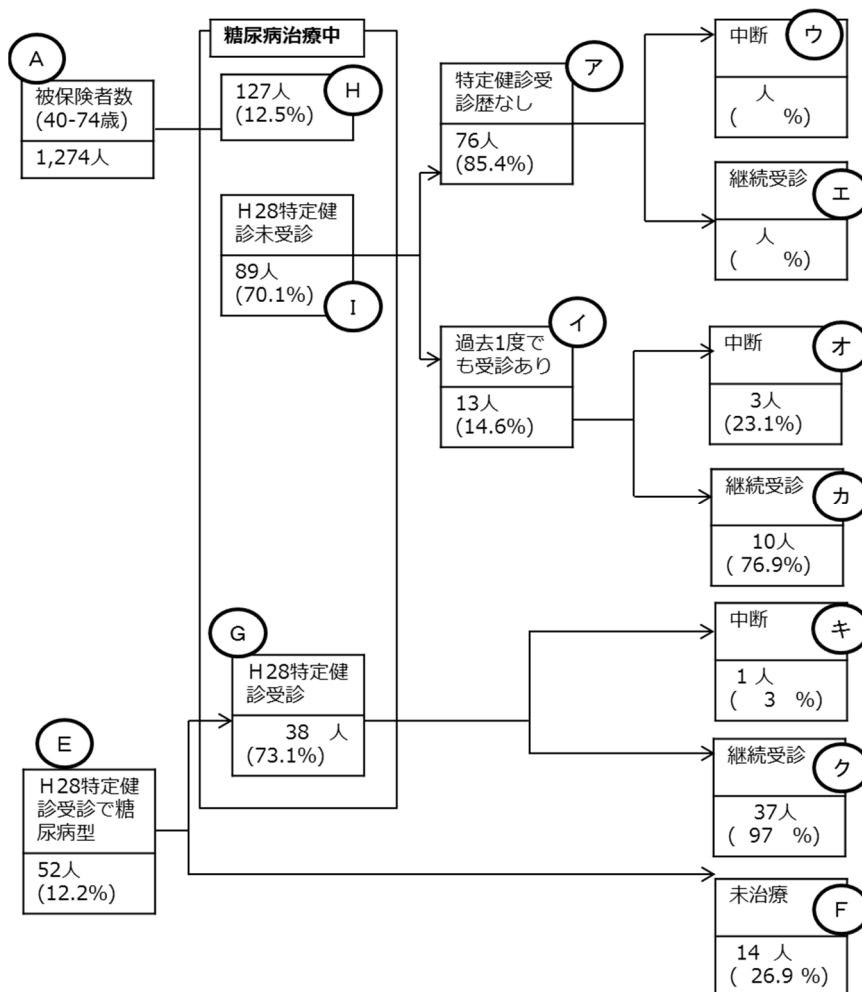
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・37人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・10人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 25】



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、保健福祉課保健係が作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白(定性)

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)…… 8人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)…… 13人

4) 保健指導の実施

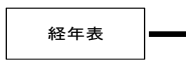
(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。湯前町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 26)

【図表 26】

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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○ 合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○ 食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○ 薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況を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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)は2次健診等を活用し尿アルブミン検査の実施を検討する必要がある。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ためである。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

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、保健福祉課内の福祉係や介護保険係、球磨郡公立多良木病院内の上球磨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5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者介入率、イ. 医療機関受診率、ウ. 医療機関未受診者再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡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、6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。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。湯前町においては特定健診受診者全員に心電図検査を実施しており、そのうちST所見があったのは11人であった(図表27)。ST所見あり11人中のうち1人は要精査であり、その後の受診状況をみると未受診であった(図表28)。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10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。

湯前町は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため今後も心電図検査の全数実施を行い、有所見者への受診勧奨や保健指導を行っていく必要がある。

【図表 27】

心電図検査結果	a健診受診者		b心電図検査		c ST所見あり		d その他の所見		e 異常なし	
	人	%	人	%(b/a)	人	%(c/b)	人	%(d/b)	人	%(e/b)
平成28年度	426		426	100.0%	11	2.6%	174	40.8%	242	56.8%

a ST所見あり	b要精査		c医療機関受診あり		d医療機関受診なし	
			人	%(c/b)	人	%(d/b)
人	人	%(b/a)	人	%(c/b)	人	%(d/b)
11	1	9.1%	0	0.0%	1	100.0%

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 29 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 29】

平成28年度実施			受診者	心電図検査実施		
				ST変化	その他	異常なし
			426	11 2.6%	174 40.8%	242 56.8%
メタボ該当者			72 16.9%	1 1.4%	12 16.7%	59 81.9%
メタボ予備群			61 14.3%	1 1.6%	29 47.5%	31 50.8%
メタボなし			293 68.8%	9 3.1%	133 76.4%	151 51.5%
	LDL-C	140-159	64	4	23	37
			21.8%	6.3%	35.9%	57.8%
		160-179	28	0	10	18
			9.6%	0.0%	35.7%	64.3%
		180-	16	0	4	12
			5.5%	0.0%	25.0%	75.0%
【参考】						
CKD		G3aA1~	65 15.3%	2 3.1%	29 44.6%	34 52.3%

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

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

【図表 30】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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、対象者への二次健診実施についても検討していく必要がある。

(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、保健福祉課内の福祉係や介護保険係、球磨郡公立多良木病院内の上球磨地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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)

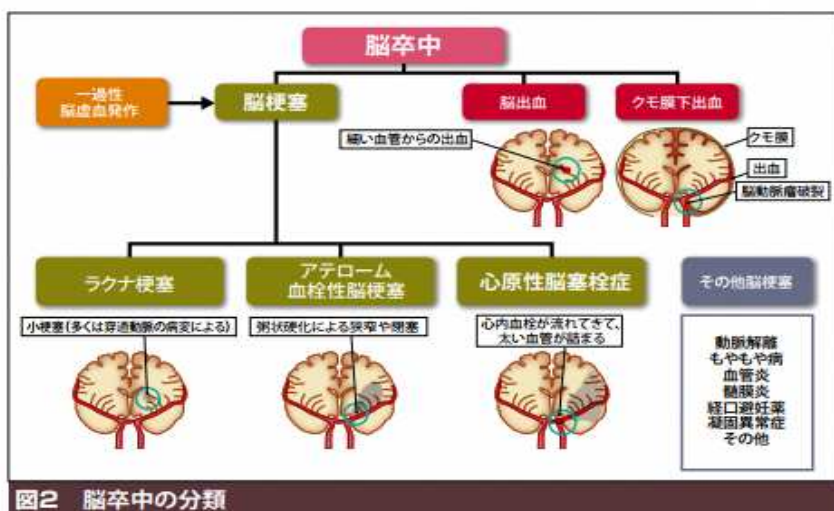
3. 脳血管疾患重症化予防

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 31、32)

【脳卒中の分類】

【図表 31】



(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 32】

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 33 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 33】

特定健診受診者における重症化予防対象者															
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○				○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○				○			
	心原性脳梗塞	●					●	○				○			
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子		高血圧		糖尿病		脂質異常(高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		CKD			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度以上		以上(治療中7.0%)		180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白2+以上 (70歳以上40未満)			
受診者数 423人		18人	4.2%	26人	6.1%	17人	4.0%	8人	1.9%	65人	15.3%	5人	1.2%	8人	1.9%
あり※ 臓器障 害	治療なし	12人	4.7%	13人	3.4%	17人	4.7%	4人	1.8%	12人	5.5%	1人	0.5%	2人	0.9%
	治療あり	6人	3.5%	13人	34.2%	0人	0.0%	4人	1.9%	53人	25.6%	4人	1.9%	6人	2.9%
	臓器障害あり	6人	50.0%	4人	30.8%	5人	29.4%	4人	100.0%	5人	41.7%	1人	100.0%	2人	100.0%
あり※ 臓器障 害	CKD	0人		1人		0人		0人		1人		1人		0人	
	尿蛋白2+以上	0人		0人		0人		0人		1人		1人		0人	
	尿蛋白+ & 尿潜血+ eGFR50未満	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	70歳以上は40未満	0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人	
	心電図所見あり	6人		3人		5人		4人		4人		0人		6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18人(4.2%)であり、12人は未治療者であった。また未治療者のうち6人(50%)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6人(50%)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

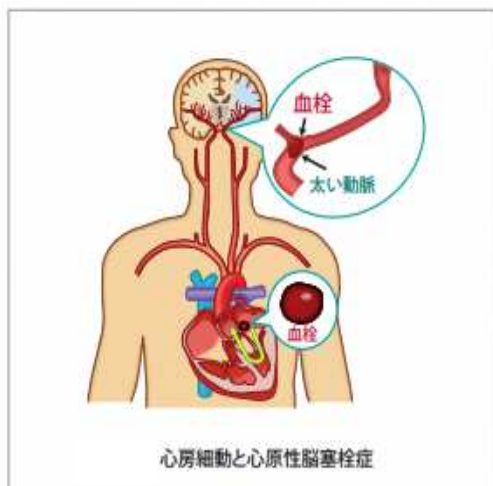
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。

【図表 34】

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定											
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化											
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）											
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療	
		255	106	57	42	38	11	1	0	24	26
		41.6%	22.4%	16.5%	14.9%	4.3%	0.4%	0.0%	9.4%	10.2%	
リスク第1層		27	19	8	0	0	0	0	0	0	
		10.6%	17.9%	14.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%	
リスク第2層		152	61	30	29	24	7	1	--	24	8
		59.6%	57.5%	52.6%	69.0%	63.2%	63.6%	100.0%	100.0%	30.8%	
リスク第3層		76	26	19	13	14	4	0	--	--	18
		29.8%	24.5%	33.3%	31.0%	36.8%	36.4%	0.0%	--	--	69.2%
再掲 重複 あり	糖尿病	21	9	6	2	4	0	0			
		27.6%	34.6%	31.6%	15.4%	28.6%	0.0%	--			
	慢性腎臓病 (CKD)	28	10	7	5	4	2	0			
	36.8%	38.5%	36.8%	38.5%	28.6%	50.0%	--				
3個以上の危険因子		33	11	7	7	6	2	0			
		43.4%	42.3%	36.8%	53.8%	42.9%	50.0%	--			
(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会											

図表 34 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 35 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。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 35】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	216	210	8	3.7%	0	0.0%	-	-
40歳代	20	6	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04%
50歳代	28	24	1	3.6%	0	0.0%	0.8	0.10%
60歳代	108	122	5	4.6%	0	0.0%	1.9	0.40%
70～74歳	60	58	2	3.3%	0	0.0%	3.4	1.10%

*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

*日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 36】

心房細動有所見者の治療の有無				
心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
8	3	37.5%	5	62.5%

心電図検査において 8 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると 60 代が最も多く、40 歳代を除く全世代において日本循環器学会疫学調査と比較して高いことがわかった。また 8 人のうち 5 人は既に治療が開始されていたが、3 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた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の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者への二次健診として、これらの検査の実施を検討していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理(参考資料 8)

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。

② 心房細動の管理台帳(参考資料 9)

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。

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、保健福祉課内の福祉係や介護保険係、球磨郡公立多良木病院内の上球磨地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

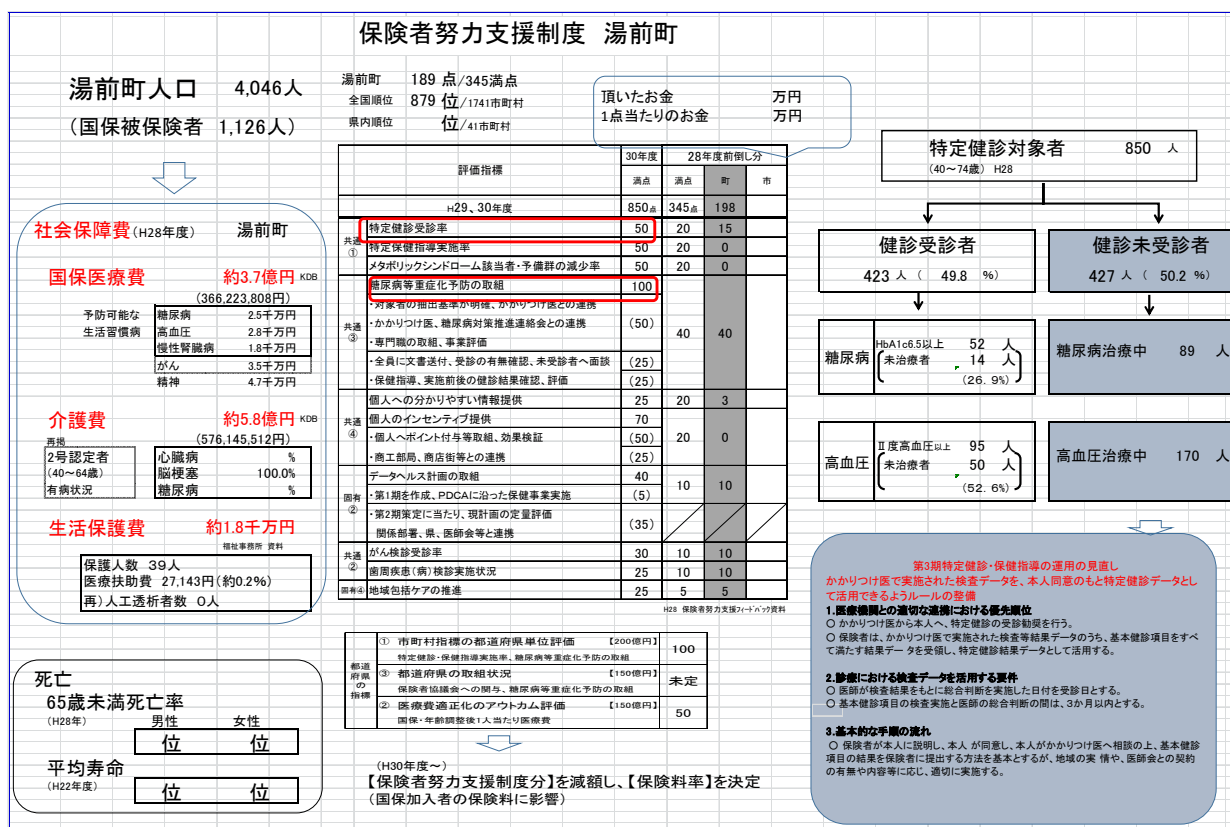
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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広く町民へ周知していく。(図表 37)

【図表 37】



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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

本町では、保健師や管理栄養士が所属する保健係と介護保険係が保健福祉課にあることで日常的に連携を取りやすい環境にある。総合事業の中で保健係が通所型サービスや一般介護予防事業における普及啓発事業および地域活動支援事業を実施することもあるため、介護予防や認知症対策のためには運動習慣や人との交流だけでなく、生活習慣病の重症化予防が不可欠であることなどを周知することが重要である。具体的には各地区の「いきいき運動クラブ」や「健康相談・いきいき健康教室」等の機会を活用して普及を行っていく必要がある。

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。地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者との情報共有や連携による地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らす町民の増加につながる。そのため、地域ケア会議やサービス調整会議、総合事業における担当者会議などを通じて、他職種との連携を図る必要がある。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムや保険者データヘルス支援システムなどを活用して受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行う。

また、国保担当者が特定健診受診率や特定保健指導実施率の国への実績報告について経年比較を行うとともに、保健係が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。

さらに、医療費の変化は国保担当者が、要介護認定率については介護保険係がその変化などを評価するものとする。

長期的には保健係が計画最終年度に人工透析、脳血管疾患、虚血性心疾患の減少率を評価する。また、その中間評価を平成 32 年度に行うものとする。医療費についても伸びを抑制できたか、評価を最終年度の平成 35 年度と中間の平成 32 年度に国保担当者が行うものとする。

第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた湯前町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

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1】

項目	H25		H28		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
	保険者		保険者		同規模平均		県		国						
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 人口構成	総人口	4,369		4,369		712,964		1,794,477		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）	1,586	36.3	1,586	36.3	250,396	35.1	462,261	25.8	29,020,766		23.2		
		75歳以上	935	21.4	935	21.4			253,517	14.1	13,989,864		11.2		
		65～74歳	651	14.9	651	14.9			208,744	11.6	15,030,902		12.0		
		40～64歳	1,468	33.6	1,468	33.6			602,031	33.5	42,411,922		34.0		
	39歳以下	1,315	30.1	1,315	30.1			730,185	40.7	53,420,287	42.8				
	② 産業構成	第1次産業		23.6		23.6		22.7		10.5		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		25.1		25.1		21.7		21.2		25.2			
		第3次産業		51.3		51.3		55.6		68.4		70.6			
	③ 平均寿命	男性		80.4		80.4		79.4		80.3		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性			87.1		87.1		86.5		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性		65.2		65.2		65.1		65.3		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	女性		66.5		66.4		66.7		66.7		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		95.5		98.3		102.6		94.7		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		男性		103.5		90.6		98.2		92.8		100			
		女性		15	38.5	15	37.5	2,874	44.3	5,499	48.4	367,905		49.6	
		がん		13	33.3	9	22.5	1,917	29.6	3,135	27.6	196,768		26.5	
		心臓病		8	20.5	11	27.5	1,158	17.9	1,774	15.6	114,122		15.4	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		6	7.9	0	0						厚労省HP 人口動態調査		
		男性		5	12.5	0	0								
		女性		1	2.8	0	0								
		糖尿病		45	14.7	48	14.3	10,599	20.4	24,299	21.5	1,350,152		22.1	
		高血圧症		163	53.4	204	61.6	28,380	55.1	64,733	57.8	3,101,200		50.9	
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		293	19.1	325	20.1	49,966	20.0	108,753	23.3	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		1	0.2	5	0.3	781	0.3	1,536	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者		8	0.7	5	0.5	856	0.4	2,247	0.4	151,813	0.4	
		② 有病状況	糖尿病		45	14.7	48	14.3	10,599	20.4	24,299	21.5	1,350,152	22.1	
			高血圧症		163	53.4	204	61.6	28,380	55.1	64,733	57.8	3,101,200	50.9	
脂質異常症				57	18.0	74	23.2	14,058	27.1	33,149	29.4	1,741,866	28.4		
心臓病				181	58.2	221	66.6	31,946	62.2	73,278	65.4	3,529,682	58.0		
脳疾患				82	30.3	95	30.7	13,362	26.3	28,092	25.5	1,538,683	25.5		
がん				30	9.4	21	8.4	4,857	9.3	12,291	10.8	631,950	10.3		
筋・骨格				133	45.8	191	56.1	28,320	55.1	66,219	59.0	3,067,196	50.3		
精神		100	34.3	114	35.3	19,128	37.0	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)		67,360		68,281		73,752		61,022		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	居宅サービス		39,548		38,020		39,649		40,033		39,662				
	施設サービス		277,682		278,234		273,932		291,281		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		14,395		7,119		8,522		8,546		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	認定あり		3,732		3,960		4,224		3,906		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数		1,451		1,192		198,805		471,539		32,587,866	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		65～74歳		511	35.2	532	44.6			182,325	38.7	12,461,613		38.2	
		40～64歳		572	39.4	413	34.6			162,787	34.5	10,946,712		33.6	
	② 医療の概況 (人口千対)	加入率		33.2		27.3		28.1		26.3		26.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
		病院数		0	0.0	0	0.0	47	0.2	214	0.5	8,255		0.3	
		診療所数		3	2.1	3	2.5	621	3.1	1,471	3.1	96,727		3.0	
		病床数		0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	35,190	74.6	1,524,378		46.8	
		医師数		2	1.4	2	1.7	541	2.7	5,156	10.9	299,792		9.2	
	③ 医療費の状況	外来患者数		584.1		683.8		652.3		727.3		668.1	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		
		入院患者数		23.4		21.7		23.7		25.6		18.2			
		一人当たり医療費		23,272		25,073		26,817		27,974		24,245			
		受診率		607,483		705,524		676,037		752,848		686,286			
		外 費用の割合		53.9		59.8		55.3		55.7		60.1			
		来 件数の割合		96.2		96.9		96.5		96.6		97.4			
		入 費用の割合		46.1		40.2		44.7		44.3		39.9			
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	院 件数の割合		3.8		3.1		3.5		3.4		2.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
	1件あたり在院日数		19.0日		19.7日		16.3日		18.0日		15.6日				
	がん		47,765,900	23.8	35,811,300	17.7	24.2		20.5		25.6				
	慢性腎不全 (透析あり)		10,065,570	5.0	17,761,320	8.8	7.9		12.4		9.7				
	糖尿病		21,767,090	10.9	24,863,450	12.3	10.1		9.5		9.7				
④ 最大医療資源連携病名 (顕割合含む)	高血圧症		33,106,020	16.5	27,515,980	13.6	9.4		8.4		8.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
	精神		34,889,540	17.4	47,031,900	23.2	18.6		22.4		16.9				
	筋・骨格		23,396,340	11.7	25,130,180	12.4	16.4		15.1		15.2				

4	5	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	511,187	23位 (18)	513,131	30位 (20)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	502,566	24位 (21)	430,677	44位 (18)								
				脂質異常症	426,099	38位 (15)	458,710	34位 (23)								
				脳血管疾患	620,297	10位 (22)	658,959	4位 (20)								
				心疾患	541,562	29位 (21)	766,152	4位 (12)								
				腎不全	437,359	44位 (22)	720,903	11位 (7)								
				精神	470,732	3位 (27)	434,278	17位 (27)								
				悪性新生物	570,669	24位 (15)	481,323	44位 (11)								
				入院の()内 は入院日数	糖尿病	30,770	41位	31,215	41位							
					高血圧	26,239	36位	25,832	38位							
					脂質異常症	26,488	20位	22,722	41位							
					脳血管疾患	30,468	37位	27,384	43位							
					心疾患	40,446	27位	49,487	8位							
					腎不全	137,192	43位	153,540	41位							
精神	28,015	27位	25,581		39位											
悪性新生物	53,076	3位	62,483		2位											
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	3,003	4,253	3,151	2,198	2,346				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
		健診未受診者	5,497	9,311	12,337	12,509	12,339									
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,883	10,685	8,737	5,853	6,742								
		健診未受診者	23,580	23,391	34,206	33,315	35,459									
7	健診・レセ 突合	受診勧奨者	276	60.9	243	57.3	37,112	56.9	60,057	55.2	4,427,425	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	241	53.2	221	52.1	33,675	51.6	55,724	51.2	4,069,632	51.5				
		医療機関非受診率	35	7.7	22	5.2	3,437	5.3	4,333	4.0	357,793	4.5				
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数47	メタボ 該当・予備群 レベル	健診受診者	453		424		65,214		108,836		7,898,602	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				受診率	46.9	県内16位	49.8	県内16位 同規模115位	46.3	34.1	全国33位	36.4				
				特定保健指導終了者(実施率)	18	34.6	9	17.3	3856	45.0	5,067	37.9	191,922		20.3	
				非肥満高血糖	29	6.4	46	10.8	6,338	9.7	9,737	8.9	737,871		9.3	
				メタボ	該当者	65	14.3	67	15.8	12,169	18.7	18,344	16.9		1,365,885	17.3
					男性	52	24.5	50	23.4	8,445	27.7	12,812	26.8		940,350	27.5
					女性	13	5.4	17	8.1	3,724	10.7	5,532	9.1		425,535	9.5
					予備群	57	12.6	56	13.2	7,600	11.7	12,351	11.3		847,757	10.7
				BMI	男性	32	15.1	36	16.8	5,251	17.2	8,307	17.4		588,322	17.2
					女性	25	10.4	20	9.5	2,349	6.8	4,044	6.6		259,435	5.8
					総数	136	30.0	142	33.5	22,257	34.1	34,803	32.0		2,490,653	31.5
					女性	94	44.3	100	46.7	15,421	50.5	23,754	49.8		1,714,294	50.2
				メタボ 該当・予備群 レベル	男性	42	17.4	42	20.0	6,836	19.7	11,049	18.1		776,359	17.3
					女性	26	5.7	18	4.2	4,365	6.7	4,579	4.2		372,673	4.7
					男性	4	1.9	4	1.9	811	2.7	712	1.5		59,609	1.7
					女性	22	9.1	14	6.7	3,554	10.2	3,867	6.3		313,064	7.0
					血糖のみ	3	0.7	5	1.2	530	0.8	794	0.7		52,299	0.7
					血圧のみ	47	10.4	45	10.6	5,272	8.1	8,842	8.1		587,214	7.4
					脂質のみ	7	1.5	6	1.4	1,798	2.8	2,715	2.5		208,235	2.6
血糖・血圧	18	4.0	8		1.9	2,178	3.3	3,488	3.2	211,996	2.7					
血糖・脂質	2	0.4	2		0.5	678	1.0	960	0.9	75,037	1.0					
血圧・脂質	29	6.4	31		7.3	5,521	8.5	8,521	7.8	663,535	8.4					
血糖・血圧・脂質	16	3.5	26	6.1	3,792	5.8	5,375	4.9	415,318	5.3						
6	生活習慣の 状況	14	服薬	高血圧	174	38.4	174	41.0	23,683	36.3	36,552	33.6	2,650,269	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	27	6.0	37	8.7	5,870	9.0	7,968	7.3	589,679	7.5			
			脂質異常症	73	16.1	68	16.0	14,881	22.8	22,932	21.1	1,861,172	23.6			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	11	2.4	13	3.1	1,997	3.2	3,037	2.8	246,264	3.3			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	13	2.9	12	2.8	3,426	5.5	5,576	5.2	417,386	5.5			
			腎不全	8	1.8	10	2.4	371	0.6	437	0.4	39,181	0.5			
			貧血	28	6.2	30	7.1	5,124	8.4	11,247	10.5	761,617	10.2			
			喫煙	58	12.8	53	12.5	10,859	16.7	14,438	13.3	1,122,770	14.2			
			週3回以上朝食を抜く	46	10.2	31	7.3	4,433	7.7	8,211	8.5	585,443	8.7			
			週3回以上食後間食	41	9.1	30	7.1	7,964	13.9	11,260	11.4	804,012	11.9			
			週3回以上就寝前夕食	60	13.2	63	14.9	9,216	16.1	14,549	14.8	1,054,636	15.5			
			食べる速度が速い	112	24.7	103	24.3	16,056	28.0	25,790	26.2	1,755,652	26.0			
			20歳時体重から10kg以上増加	149	32.9	134	31.6	19,649	34.1	33,551	33.2	2,192,397	32.1			
			1回30分以上運動習慣なし	296	65.3	264	62.3	39,443	67.9	61,879	61.3	4,026,273	58.8			
1日1時間以上運動なし	251	55.4	248	58.5	28,831	50.1	49,841	50.5	3,209,243	47.0						
睡眠不足	110	24.3	114	26.9	13,937	24.2	24,811	25.2	1,698,203	25.1						
毎日飲酒	124	27.4	128	30.2	16,128	26.7	26,095	25.0	1,886,358	25.6						
時々飲酒	104	23.0	113	26.7	13,620	22.6	24,936	23.8	1,628,531	22.1						
一 日飲 酒量	1合未満	123	49.0	131	50.6	23,330	57.0	58,893	69.7	3,334,011	64.0					
1~2合	63	25.1	64	24.7	11,291	27.6	16,278	19.3	1,245,365	23.9						
2~3合	41	16.3	49	18.9	4,580	11.2	6,373	7.5	486,513	9.3						
3合以上	24	9.6	15	5.8	1,749	4.3	2,913	3.4	142,761	2.7						