

**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

上勝町

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	1
2.	計画の位置付け	2
3.	計画期間	4
4.	関係者が果たすべき役割と連携	4
5.	保険者努力支援制度	6
第 2 章	第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1.	第 1 期計画に係る評価及び考察	7
2.	第 2 期計画における健康課題の明確化	13
3.	目標の設定	18
第 3 章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.	第三期特定健診等実施計画について	19
2.	目標値の設定	19
3.	対象者の見込み	19
4.	特定健診の実施	19
5.	特定保健指導の実施	21
6.	個人情報の保護	24
7.	結果の報告	24
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	24
第 4 章	保健事業の内容	25
I	保健事業の方向性	25
II	重症化予防の取組	25
1.	糖尿病性腎症重症化予防	25
2.	虚血性心疾患重症化予防	34
3.	脳血管疾患重症化予防	38
III	ポピュレーションアプローチ	44

第 5 章	地域包括ケアに係る取組み	46
第 6 章	計画の評価・見直し	48
第 7 章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料		50
参考資料 1	様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上勝町の位置	51
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	53
参考資料 3	糖尿病管理台帳	54
参考資料 4	糖尿病管理台帳からの年次計画	54
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	55
参考資料 6	虚血性心疾患をどのように考えていくか	56
参考資料 7-1	虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方	57
参考資料 7-2	高血圧予防のためのレセプトと健診データの突合	58
参考資料 8	血圧評価表	59
参考資料 9	心房細動管理台帳	59
参考資料 10	生活習慣病有病状況	60
参考資料 11	評価イメージ①	61
参考資料 12	評価イメージ②	62

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

上勝町においては、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

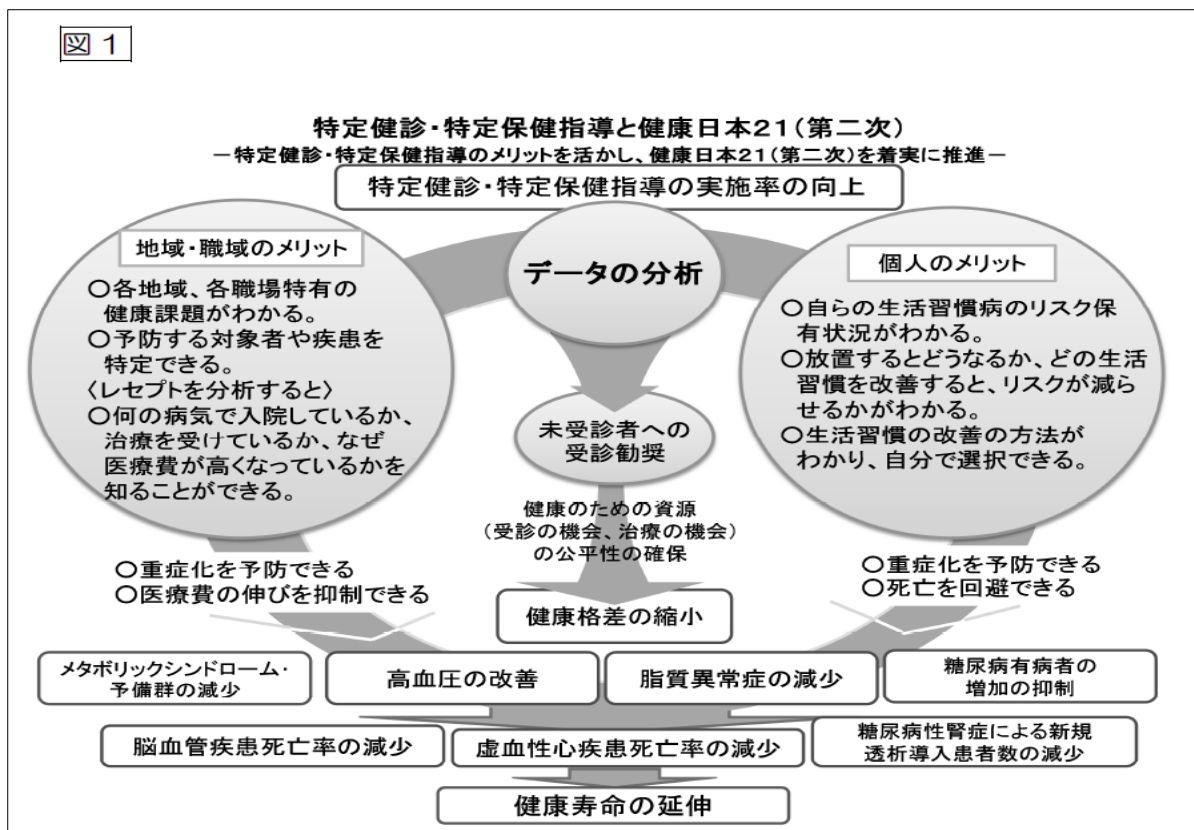
第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、県健康増進計画や町健康増進計画、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・3)

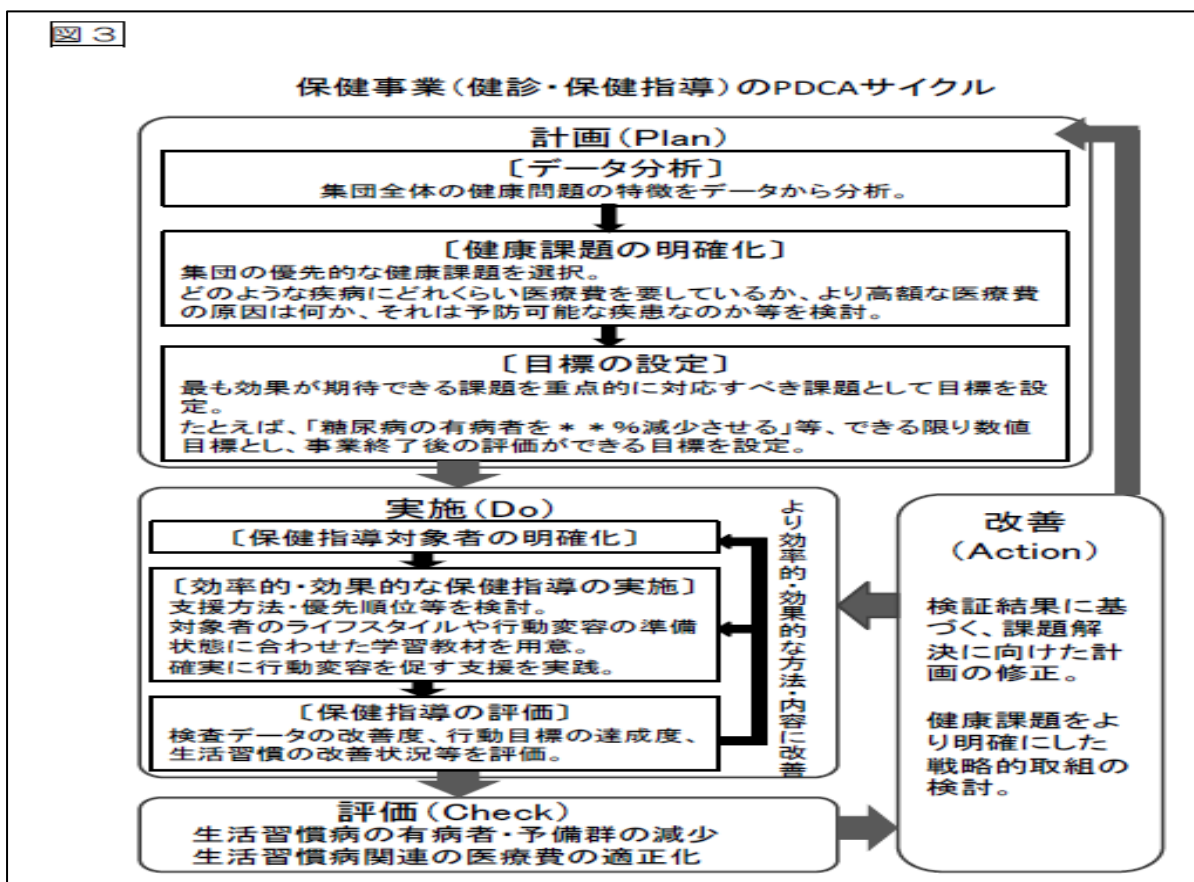
【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施指針)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年9月 国民の健康の増進等の総合的な施策を定めるための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 特定健康診査及び特定健康診査の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に関する保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年2月 医療費適正化に関する施策 【全額改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防の観点とともに、社会生活を営むために必要な能力の維持及び向上を目指し、その結果、 社会課題の解決が期待できる ものとなる。生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことが重要となる。	生活習慣の改善による慢性疾患の予防・重症化を、糖尿病等を予防することができれば、 認知症 を減らすことができ、さらには 認知症や高齢者の介護 を減らすことが期待できる。この結果、国民の生活の質の維持および向上を認めながら 高齢者の皆の健康 を確保することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の予防や重症化を予防 することを目指す。メタボリックシンドロームに罹患し、生活習慣を改善するための特定健康診査を必要とするものを、 的確に抽出 するために行うのである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 主体的な健康増進及び予防の取り組み について、 医療者がその支援の中心 となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すのである。 被保険者の健康の維持増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の 財政健全化 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に即し自立した日常生活を営むことができるように支援することや、 重症化 を招くまたは重症化を予防することの 予防 又は、重症化状態の 軽減 も、 重症化の防止 を意味している。	国民皆保険を堅持 、結び付いたため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費が過度に増大しないよう に、 医療者が適切な医療を効果的に提供 し、 医療費の適正化 を確保していく。	医療費の適正化・適格な推進することを通じて、 地域において切れ目のない医療の提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若年層)、高齢期)に依りて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期(高齢期)を迎える現在の若年層・壮年層世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※S2項目中、特定健診に関係する項目15項目 ①糖尿病・虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②糖尿病・脳血管疾患における年齢別罹患率(患者数) ③慢性閉塞性肺疾患 ※高齢者コントロールにおけるコントロール不適合者 ④糖尿病有病率 ⑤糖尿病治療している者の増加(肥満、ヤセの減少) ⑥認知症の発生率 ⑦日常生活における歩数 ⑧健康診査受診率 ⑨認知症の発生率 ⑩認知している者	①特定健康診査受診率 ②特定健康診査実施率	健診・医療情報を利用して、費用対効果の観点から考慮 ①生活習慣の状況(特定健診の結果を参照する) ②健康状態 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査受診率の推移 ⑦特定健康診査 ⑧特定健康診査実施率 ⑨健康診査の実施状況 ⑩生活習慣病の有病者・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費⑭介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外※ ①一歩あたり外医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定健康診査の実施率の向上 ③メタボリックシンドローム・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(制度区分)を減額し、保険料率決定】	保険者努力支援制度(事務局:国保連合会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、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) 実施主体関係部の役割

上勝町においては、国民健康保険担当(税務課)と住民課が連携し、データヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。住民課の保健師等の専門職とも連携をして、一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局、介護保険部局、生活保護部局とも十分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。(図表4)

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

また、平成30年度から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、特に町国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となる。このため、町国保は、計画素案について県関係課と意見交換を行い、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、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

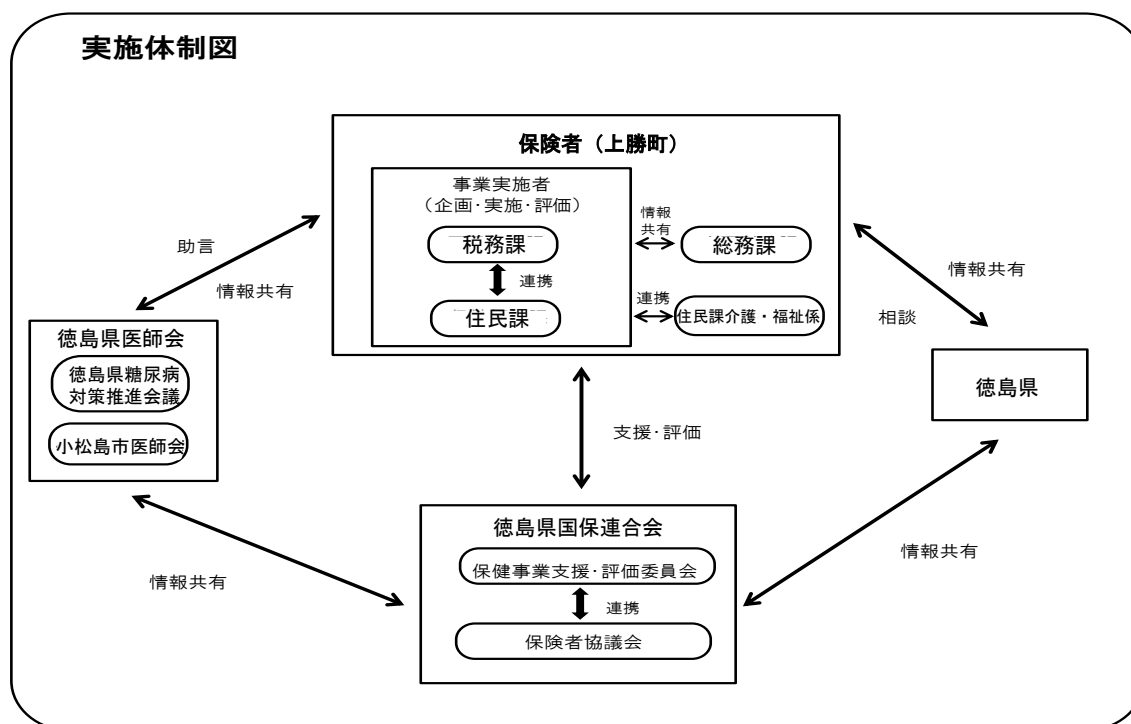
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

上勝町の実施体制図

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(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税収納率の実施状況を高く評価している。(図表 5)

【図表 5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 満点
総得点(満点)		345	580	850	850点
交付額(万円)		22.6			
一人当たり交付額(円)		569			
総得点(体制構築加点H28・29年70点、H30年60点含む)		246			
全国順位(1,741市町村中)		221			
共通 ①	特定健診受診率	20			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診実施状況	0			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・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				(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				(25)
					(25)
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施				(5)
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携				(35)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	0			70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携				(50)
					(25)
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	11			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	医療費通知の取組の実施状況	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	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50

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年度の経年比較をみると、死因別では、がん、腎不全による死亡割合は減少していたが、心臓病、脳疾患、糖尿病による死亡は増加しており、特に糖尿病による死亡は同規模より多くなっている。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると、1号・2号認定者共に減少しており、介護給付費も同規模よりも低くなっていた。

医療費をみると、入院費用割合が減少し、外来費用割合は増加しており、総医療費は大きく低下している。これは、被保険者の高齢化等による死亡や他保険への異動の影響が考えられる。入院費用が高い疾患は、脂質異常症、糖尿病が依然高く、外来費用においては悪性新生物、脂質異常症、高血圧が高くなっている。

医療費適正化のために特定健診受診率向上に加え、治療者へも積極的に受診勧奨し、医療とも連携しながら重症化予防に取り組む必要がある。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

平成28年度の介護給付費をみると、平成25年度から5,227万円低くなっている。1件当たり給付費は、平成28年度は52,181円で13,259円低くなっており、同規模平均と比較してみても21,521円低くなっている。内訳を見ると、施設サービスは横ばいであったが、居宅サービスは4,794円低くなっており、居宅サービスの給付費の低下が介護給付費の低下につながっていることがわかる。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	上勝町			同規模平均			
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	居宅サービス	施設サービス
H25年度	3億1208万円	65,440	33,643	277,827	76,039	40,364	279,607
H28年度	↓2億5981万円	↓52,181	↓28,849	↓277,076	73,702	39,646	273,946

②医療費の状況(図表 7)

総医療費は費用額・伸び率ともに大きく減少している。一人当たり医療費も平成 25 年度から 62,959 円低下し、伸び率はマイナス 21%台となっている。特に入院医療費が大きく減少している。

【図表 7】

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				上勝町	同規模			上勝町	同規模			上勝町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	1億5,727万円				7,896万円				7,831万円			
	H28年度	1億1,639万円	-4,088万円	-35.13	3.45	5,057万円	-2,839万円	-56.13	3.20	6,582万円	-1,250万円	-18.99	3.65
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	351,048				176,242				174,806			
	H28年度	288,090	-62,959	-21.85	6.01	125,175	-51,067	-41	5.77	162,915	-11,891	-7.3	6.21

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

【出典】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

総医療費に占める割合をみると、腎疾患、虚血性心疾患では減少している。しかし、脳血管疾患では増加しており、国・県よりも高くなっている。

基礎疾患である糖尿病、脂質異常、高血圧をみると、高血圧では 1.06%低下しているものの、国、県よりも高くなっている。

このことから、全体の医療費としては低下しているものの、医療費が高額となる、また要介護の原因になりうる脳血管疾患の割合が増加している実態がわかり、発症予防とともに適切に医療を受け重症化を予防するための取り組みが重要である。

また、上勝町の特性として、第一次産業の就業率が高いことや高齢化している状況から筋・骨格系疾患の医療費に占める割合も経年的に増加していることもわかった。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

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	36,354,230	23.12%				
			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	上勝町	157,269,620	28,963	63位	8位	3.27%	0.05%	2.42%	3.19%	5.42%	6.94%	1.83%	36,354,230	23.12%	14.70%	16.23%	9.13%
H28		116,388,240	23,811	185位	24位	1.06%	0.00%	4.46%	0.69%	5.96%	5.88%	2.21%	23,566,960	20.25%	11.56%	13.33%	14.40%
H28	徳島県	59,934,641,070	28,005	--	--	4.17%	0.36%	1.84%	2.44%	5.61%	4.88%	2.59%	13,118,891,830	21.89%	13.36%	14.88%	8.01%
	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%

【出典】

KDBシステム: 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患(図表 9)

虚血性心疾患の割合は増加し、脳血管疾患の割合は減少している。共通することは、原因となる高血圧、糖尿病、脂質異常症すべてにおいて64歳以下では増加していることである。重症化すれば大血管イベントを起こし医療費が増加することが予想されるため、これらのコントロールを改善することが今後の課題となる。

人工透析は平成25年度から増減はなく、短期的疾患の重症化による透析者は出ていない状況となっている。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	456	20	4.4	5	25.0	0	0.0	19	95.0	12	60.0	10	50.0	
	64歳以下	252	7	2.8	0	0.0	0	0.0	7	100.0	4	57.1	3	42.9	
	65歳以上	204	13	6.4	5	38.5	0	0.0	12	92.3	8	61.5	7	53.8	
H28	全体	414	21	5.1	6	28.6	0	0.0	19	90.5	12	57.1	12	57.1	
	64歳以下	220	6	2.7	1	16.7	0	0.0	6	100.0	4	66.7	3	50.0	
	65歳以上	194	15	7.7	5	33.3	0	0.0	13	86.7	8	53.3	9	60.0	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	456	26	5.7	5	19.2	0	0.0	22	84.6	6	23.1	10	38.5	
	64歳以下	252	4	1.6	0	0.0	0	0.0	3	75.0	0	0.0	1	25.0	
	65歳以上	204	22	10.8	5	22.7	0	0.0	19	86.4	6	27.3	9	40.9	
H28	全体	414	19	4.6	6	31.6	0	0.0	17	89.5	6	31.6	12	63.2	
	64歳以下	220	5	2.3	1	20.0	0	0.0	4	80.0	2	40.0	4	80.0	
	65歳以上	194	14	7.2	5	35.7	0	0.0	13	92.9	4	28.6	8	57.1	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	456	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	252	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	204	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	414	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	220	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	194	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	

【出典】

KDBシステム：様式3-5、様式3-6、様式3-7 H25・28年7月作成

(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)

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における、共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症を見るとすべてにおいて平成25年度から割合が低下している。しかし、65歳以上のインスリン療法が増加していることから、高齢化とともに糖尿病が重症化していると考えられる。今後、糖尿病連携手帳の活用などを通じて医療とも連携した継続支援が必要である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数	糖尿病				高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	456	51	11.2	2	3.9	30	58.8	24	47.1	12	23.5	6	11.8	0	0.0	2	3.9	
	64歳以下	252	16	6.3	1	6.3	9	56.3	8	50.0	4	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	204	35	17.2	1	2.9	21	60.0	16	45.7	8	22.9	6	17.1	0	0.0	2	5.7	
H28	全体	414	44	10.6	3	6.8	26	59.1	22	50.0	12	27.3	6	13.6	0	0.0	3	6.8	
	64歳以下	220	16	7.3	0	0.0	11	68.8	8	50.0	4	25.0	2	12.5	0	0.0	1	6.3	
	65歳以上	194	28	14.4	3	10.7	15	53.6	14	50.0	8	28.6	4	14.3	0	0.0	2	7.1	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	456	105	23.0	30	28.6	33	31.4	19	18.1	22	21.0	1	1.0
	64歳以下	252	28	11.1	9	32.1	10	35.7	7	25.0	3	10.7	1	3.6
	65歳以上	204	77	37.7	21	27.3	23	29.9	12	15.6	19	24.7	0	0.0
H28	全体	414	90	21.7	26	28.9	33	36.7	19	21.1	17	18.9	1	1.1
	64歳以下	220	26	11.8	11	42.3	11	42.3	6	23.1	4	15.4	1	3.8
	65歳以上	194	64	33.0	15	23.4	22	34.4	13	20.3	13	20.3	0	0.0

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	456	58	12.7	24	41.4	33	56.9	10	17.2	10	17.2	0	0.0
	64歳以下	252	21	8.3	8	38.1	10	47.6	3	14.3	1	4.8	0	0.0
	65歳以上	204	37	18.1	16	43.2	23	62.2	7	18.9	9	24.3	0	0.0
H28	全体	414	50	12.1	22	44.0	33	66.0	12	24.0	12	24.0	0	0.0
	64歳以下	220	15	6.8	8	53.3	11	73.3	3	20.0	4	26.7	0	0.0
	65歳以上	194	35	18.0	14	40.0	22	62.9	9	25.7	8	22.9	0	0.0

【出典】

KDBシステム:様式3-2、様式3-3、様式3-4 H25・28年7月作成

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

男性・女性ともに肥満やインスリン抵抗性に関係した項目で有所見割合が増加している。年代別に見ると、多くの項目で 65～74 歳で有所見者割合が高くなっているが、なかでも男性の「HbA1c」、女性の「拡張期血圧」は 40～64 歳で高くなっており、平成 25 年度から増加している。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の表を見ると、男性では予備群の割合が増加し、反対に女性では該当者の割合が増加している。内訳は高血圧の重なりが多くみられる。

将来の生活習慣病発症予防のため、健診を継続受診し、若い年代から血管を守るための取り組みが必要となる。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2～6-7) KDB帳票No.23 厚労省様式6-2～6-7

性別	年齢	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
男性	合計	24	28.6	36	42.9	20	23.8	14	16.7	13	15.5	27	32.1	46	54.8	16	19.0	31	36.9	7	8.3	27	32.1	3	3.6
	40-64	12	46.2	16	61.5	8	30.8	8	30.8	6	23.1	6	23.1	12	46.2	6	23.1	7	26.9	3	11.5	12	46.2	0	0.0
	65-74	12	20.7	20	34.5	12	20.7	6	10.3	7	12.1	21	36.2	34	58.6	10	17.2	24	41.4	4	6.9	15	25.9	3	5.2
H25	合計	19	28.4	28	41.8	17	25.4	18	26.9	10	14.9	28	41.9	50	74.6	25	37.3	26	38.8	19	28.4	29	43.3	0	0.0
	40-64	9	37.5	12	50.0	7	29.2	9	37.5	4	16.7	9	37.5	19	79.2	9	37.5	6	25.0	7	29.2	13	54.2	0	0.0
	65-74	10	23.3	16	37.2	10	23.3	9	20.9	6	14.0	19	44.2	31	72.1	16	37.2	20	46.5	12	27.9	16	37.2	0	0.0
女性	合計	20	19.0	21	20.0	13	12.4	8	7.6	10	9.5	17	16.2	65	61.9	1	1.0	44	41.9	11	10.5	75	71.4	0	0.0
	40-64	4	10.8	4	10.8	3	8.1	2	5.4	2	5.4	3	8.1	21	56.8	0	0.0	10	27.0	2	5.4	27	73.0	0	0.0
	65-74	16	23.5	17	25.0	10	14.7	6	8.8	8	11.8	14	20.6	44	64.7	1	1.5	34	50.0	9	13.2	48	70.6	0	0.0
H28	合計	20	22.2	16	17.8	12	13.3	9	10.0	6	6.7	27	30.0	64	71.1	4	4.4	52	57.8	22	24.4	54	60.0	1	1.1
	40-64	5	16.1	3	9.7	3	9.7	2	6.5	2	6.5	5	16.1	22	71.0	1	3.2	15	48.4	9	29.0	15	48.4	0	0.0
	65-74	15	25.4	13	22.0	9	15.3	7	11.9	4	6.8	22	37.3	42	71.2	3	5.1	37	62.7	13	22.0	39	66.1	1	1.7

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) KDB帳票No.24 厚労省様式6-8

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者			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		
男性	合計	84	53.5	6	7.1%	10	11.9%	1	1.2%	5	6.0%	4	4.8%	20	23.8%	5	6.0%	4	4.8%	6	7.1%	5	6.0%
	40-64	26	34.2	2	7.7%	5	19.2%	1	3.8%	2	7.7%	2	7.7%	9	34.6%	3	11.5%	2	7.7%	2	7.7%	2	7.7%
	65-74	58	71.6	4	6.9%	5	8.6%	0	0.0%	3	5.2%	2	3.4%	11	19.0%	2	3.4%	2	3.4%	4	6.9%	3	5.2%
H25	合計	67	45.3	0	0.0%	12	17.9%	0	0.0%	8	11.9%	4	6.0%	16	23.9%	5	7.5%	3	4.5%	4	6.0%	4	6.0%
	40-64	24	34.3	0	0.0%	5	20.8%	0	0.0%	2	8.3%	3	12.5%	7	29.2%	2	8.3%	2	8.3%	1	4.2%	2	8.3%
	65-74	43	55.1	0	0.0%	7	16.3%	0	0.0%	6	14.0%	1	2.3%	9	20.9%	3	7.0%	1	2.3%	3	7.0%	2	4.7%
女性	合計	105	64.4	5	4.8%	9	8.6%	0	0.0%	7	6.7%	2	1.9%	7	6.7%	2	1.9%	0	0.0%	2	1.9%	3	2.9%
	40-64	37	58.7	1	2.7%	2	5.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.4%	1	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%	0	0.0%
	65-74	68	68.0	4	5.9%	7	10.3%	0	0.0%	7	10.3%	0	0.0%	6	8.8%	2	2.9%	0	0.0%	1	1.5%	3	4.4%
H28	合計	90	61.6	1	1.1%	7	7.8%	0	0.0%	7	7.8%	0	0.0%	8	8.9%	2	2.2%	1	1.1%	2	2.2%	3	3.3%
	40-64	31	52.5	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	2	6.5%	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	1	3.2%
	65-74	59	67.8	1	1.7%	6	10.2%	0	0.0%	6	10.2%	0	0.0%	6	10.2%	2	3.4%	0	0.0%	2	3.4%	2	3.4%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

特定保健指導率は 94.7%と増加し、健診受診者に対する保健指導は確実にできる体制となっている。また、受診勧奨者の医療機関受診率も増加した。しかし、健診受診率は低下しており、自覚症状のない生活習慣病の発症予防・重症化予防のためにもまず健診を受けてもらうことが重要で、受診率向上に向けた取り組みは大きな課題となる。

【図表 12】

KDB帳票No.1 地域の全体像の把握、No.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の 順位	対象者数	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								上勝町	同規模平均
平成25年度	309	189	61.2%	43位	19	8	42.1%	47.6%	50.4%
平成28年度	293	163	↓55.6%	73位	19	18	↑94.7%	↑59.2%	↑51.3%

2) 第1期に係る考察

第1期計画においては、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。その結果、入院医療費が大きく減少していたが、その背景としては目標疾患以外の新生物、精神疾患の割合も同様に低下していたことが大きな原因と考えられる。データヘルス計画のターゲットとなる脳・心・腎の医療費割合も約3%低下しており、重症化が抑制できていることで医療費適正化に繋がったと考えられる。しかしその中でも中長期目標である虚血性心疾患・脳血管障害が増加しており、新たな課題も見えてきた。

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

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

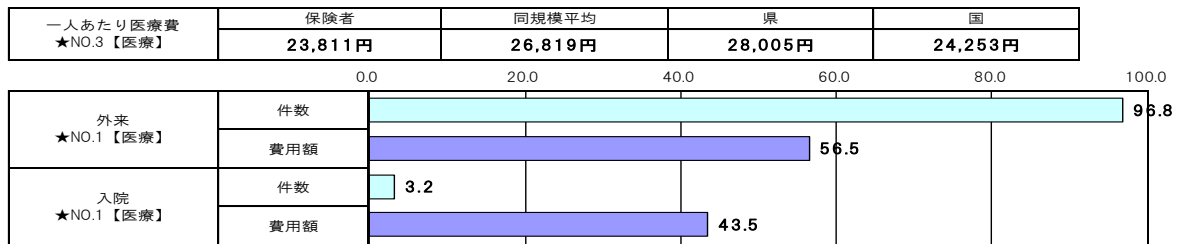
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

上勝町の一人当たり医療費は同規模、県に比べても低くなっている。入院は 3.2%の件数であるが、費用額全体の約 4 割を占めている。入院を減らすことは重症化予防の視点から重要であり、費用対効果の面からも効率がいいといえる。

「集団の疾患特徴の把握」

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 14)

高額になる疾患では、脳血管疾患のみがあがった。長期入院では精神疾患が 94.4%を占めている。精神疾患は国保保険者の努力だけでは医療費を抑えることは困難であり、今後地域で支える疾患である。また、糖尿病性腎症による人工透析は 0 件であった。しかし、人工透析に至っていない糖尿病性腎症治療者が 3 人おり、重症化を防ぎ透析導入を遅らせることが住民の QOL を維持する上で重要である。

生活習慣病(高血圧・糖尿病・脂質異常症・高尿酸血症)の治療者 162 人を重症化させないことが医療費抑制につながるため、保健事業の対象として重要である。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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	糖尿病性腎症	精神疾患	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	22件	2件	0件	--	--
		費用額	2617万円	177万円	--	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	21件	0件	0件	--	19件
		費用額	643万円	--	--	--	607万円
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	5件	0件	0件	0件	--
		費用額	307万円	--	--	--	--

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	全体	162人	19人	21人	3人
		の基礎 疾患	高血圧	17人	19人	2人
			糖尿病	6人	12人	3人
			脂質異常症	12人	12人	3人
		高血圧症	90人	44人	50人	13人
			55.6%	27.2%	30.9%	8.0%

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

1号・2号被保険者ともに原因疾患として一番多いのは脳卒中等の血管疾患であった。また、基礎疾患ではほとんどの年代において高血圧の割合が高く、次いで糖尿病となっていることから、高血圧と糖尿病の重症化を予防することで74歳までの介護認定を減らすことができると考えられ、早期から血管を守ることが重要課題である。

また、2号認定者は健診未受診者であり、特定健診による生活習慣病発症予防、特に重症化予防に対する取り組みは、将来の医療費・介護費抑制に繋がると考えられる。

【図表 15】

3 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	465人		348人		587人		935人		1,400人							
認定者数	1人		11人		200人		211人		212人								
	認定率		0.22%		3.2%		34.1%		22.6%								
新規認定者数(*1)		0人		0人		17人		17人		17人							
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	3	27.3%	71	35.5%	74	35.1%	74	34.9%						
	要介護1・2	1	100.0%	6	54.5%	71	35.5%	77	36.5%	78	36.8%						
	要介護3～5	0	0.0%	2	18.2%	58	29.0%	60	28.4%	60	28.3%						
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)		1		11		200		211		212						
再)国保・後期		1		11		196		207		208							
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数					
				割合		割合		割合		割合		割合	割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	1	100.0%	脳卒中	5	45.5%	脳卒中	89	45.4%	脳卒中	94	45.4%	脳卒中	95	45.7%
		2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	2	18.2%	虚血性心疾患	72	36.7%	虚血性心疾患	74	35.7%	虚血性心疾患	74	35.6%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	2	18.2%	腎不全	16	8.2%	腎不全	18	8.7%	腎不全	18	8.7%
	基礎疾患(*2)		糖尿病	0	0.0%	糖尿病	8	72.7%	糖尿病	154	78.6%	糖尿病	162	78.3%	糖尿病	162	77.9%
			高血圧	1	100.0%	高血圧	8	72.7%	高血圧	177	90.3%	高血圧	185	89.4%	高血圧	186	89.4%
			脂質異常症	1	100.0%	脂質異常症	2	18.2%	脂質異常症	73	37.2%	脂質異常症	75	36.2%	脂質異常症	76	36.5%
	血管疾患合計		合計	1	100.0%	合計	9	81.8%	合計	194	99.0%	合計	203	98.1%	合計	204	98.1%
	認知症		認知症	0	0.0%	認知症	0	0.0%	認知症	74	37.8%	認知症	74	35.7%	認知症	74	35.6%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	1	100.0%	筋骨格系	11	100.0%	筋骨格系	191	97.4%	筋骨格系	202	97.6%	筋骨格系	203	97.6%

*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)	6,053				
要介護認定なし医療費(40歳以上)	4,449				

2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

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。

上勝町においては、空腹時血糖や HbA1c の有所見者割合が高い。肝臓がインスリン抵抗性に陥ると空腹時血糖が上昇するとされているが、肝臓でインスリン抵抗性がおこる原因としては、肥満や脂肪肝があり、GPT の有所見者が高くなっていることもこれと関係すると考えられる。空腹時血糖の上昇は糖尿病のリスクとなる。

メタボリックシンドロームについては、同規模・県・国と比較すると、該当者は男女とも低いが、予備群では女性で高くなっている。予備群の中では男女とも高血圧を合併している割合が高くなっており、メタボの該当にはならなくとも予備群の段階から血管が傷み始めていることがわかる。上勝町のデータを見ると、メタボリックシンドロームにより血管が傷んでいるのはもちろんであるが、非メタボであっても血管が傷んでいる状況も多くみられる。脳・心・腎を守るために個々の健診の結果から対象者を明確にして重症化予防に取り組んでいく。

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

	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													
全国	30.5	50.1	28.2	20.4	8.7	27.9	55.6	13.9	49.2	24.1	47.3	1.8													
県	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9	
保険者	合計	19	28.4	28	41.8	17	25.4	18	26.9	10	14.9	28	41.8	50	74.6	25	37.3	26	38.8	19	28.4	29	43.3	0	0.0
	40-64	9	37.5	12	50.0	7	29.2	9	37.5	4	16.7	9	37.5	19	79.2	9	37.5	6	25.0	7	29.2	13	54.2	0	0.0
	65-74	10	23.3	16	37.2	10	23.3	9	20.9	6	14.0	19	44.2	31	72.1	16	37.2	20	46.5	12	27.9	16	37.2	0	0.0
女性	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上													
	20.6	17.3	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	1.8	42.7	14.4	57.1	0.2													
	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3	
保険者	合計	20	22.2	16	17.8	12	13.3	9	10.0	6	6.7	27	30.0	64	71.1	4	4.4	52	57.8	22	24.4	54	60.0	1	1.1
	40-64	5	16.1	3	9.7	3	9.7	2	6.5	2	6.5	5	16.1	22	71.0	1	3.2	15	48.4	9	29.0	15	48.4	0	0.0
	65-74	15	25.4	13	22.0	9	15.3	7	11.9	4	6.8	22	37.3	42	71.2	3	5.1	37	62.7	13	22.0	39	66.1	1	1.7

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概要)

	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	合計	67	45.3	0	0.0%	12	17.9%	0	0.0%	8	11.9%	4	6.0%	16	23.9%	5	7.5%	3	4.5%	4	6.0%	4	6.0%
	40-64	24	34.3	0	0.0%	5	20.8%	0	0.0%	2	8.3%	3	12.5%	7	29.2%	2	8.3%	2	8.3%	1	4.2%	2	8.3%
	65-74	43	55.1	0	0.0%	7	16.3%	0	0.0%	6	14.0%	1	2.3%	9	20.9%	3	7.0%	1	2.3%	3	7.0%	2	4.7%
女性	合計	90	61.6	1	1.1%	7	7.8%	0	0.0%	7	7.8%	0	0.0%	8	8.9%	2	2.2%	1	1.1%	2	2.2%	3	3.3%
	40-64	31	52.5	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	2	6.5%	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	1	3.2%
	65-74	59	67.8	1	1.7%	6	10.2%	0	0.0%	6	10.2%	0	0.0%	6	10.2%	2	3.4%	0	0.0%	2	3.4%	2	3.4%

3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

血圧とLDL コレステロールは治療中であればコントロール状況は良好であるが、糖尿病はすでに治療中であってもコントロールが悪くなっている者が多い。これは、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるためであり、栄養指導等の保健指導を行っていく。また、治療中断も考えられるため、受診状況の確認も必要である。

継続受診者ではコントロール状況が良いのに比べ、新規受診者では治療の有無に関係なくコントロール不良者が多くみられた。継続受診により発症・重症化予防を図っていくことが重要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



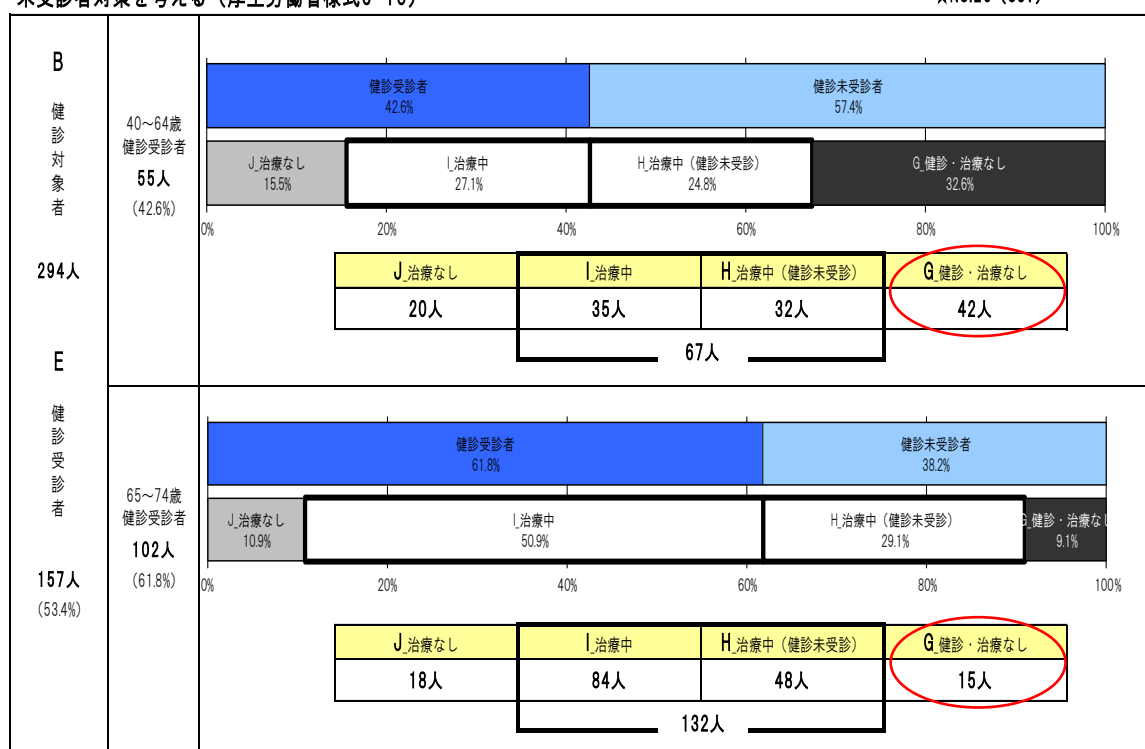
4) 未受診者の把握(図表 19)

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歳では42人、65～74歳では15人いる。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、健診受診者に比べて19,570円も高くなっている。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。

【図表 19】

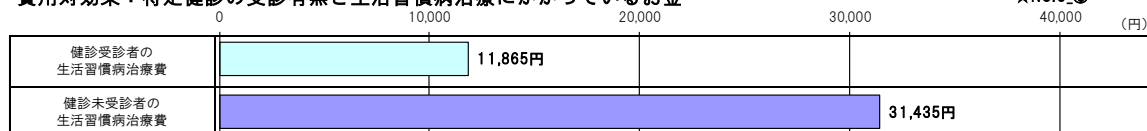
6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ㊦



3. 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

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

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

特に、上勝町に医療のかかり方は、普段は医療にかからず重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防のためには入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とする。

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

【図表 20】

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診実施率	57%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	95%	95%	95%	95%	95%	95%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診	対象者数	290人	270人	260人	250人	240人	230人
	受診者数	174人	162人	156人	150人	144人	138人
特定保健指導	対象者数	18人	18人	15人	15人	15人	15人
	受診者数	16人	16人	14人	14人	14人	14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。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(とくしま未来健康づくり機構)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL:<http://tokushima-kokuhoren.or.jp/>

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

7月から11月末まで実施する。

①集団健診(7月～8月)

②個別健診(9月～11月末)

(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、徳島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

①案内方法:受診率向上につながるように各機会を通じて案内する。

・年度当初に年間の健診計画の広報をする。

・特定健康診査対象者に受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知する。

②健診実施スケジュール

5月上旬 :対象者の確定。特定健診受診券の作成。

7月～8月:集団健診実施。健診当日に受診券配布。

9月上旬 :集団健診未受診者に受診券と受診勧奨チラシを発送。

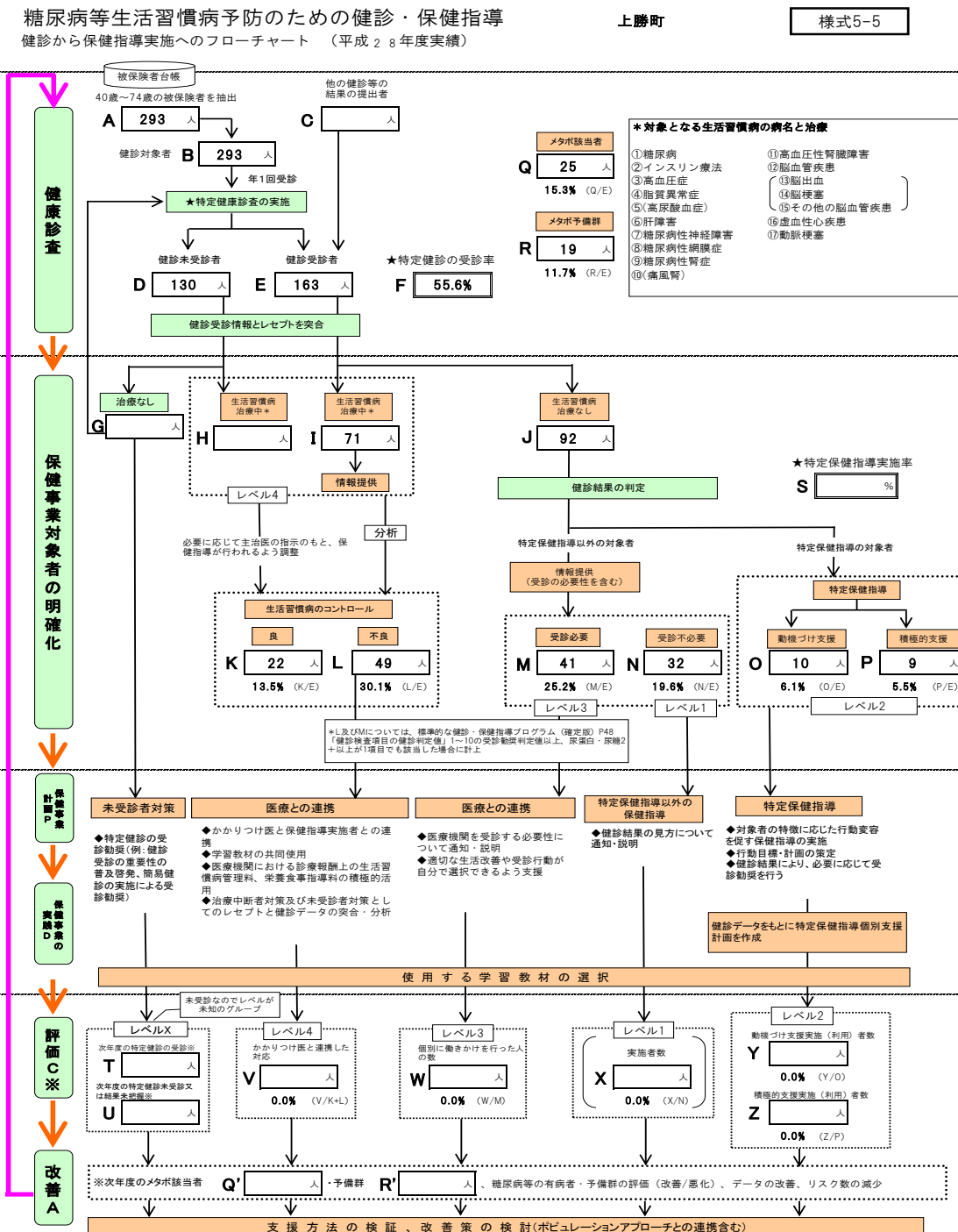
9月～11月末:医療機関での個別健診実施。

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 22) **【図表 22】**



(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 23)

【図表 23】

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 (%)	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	59人 (11.7%)	90%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	41人 (25.2%)	HbA1c6.1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、簡易健診の実施による受診勧奨)	130人 ※受診率目標達成までにあと13人	40%未満
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	32人 (19.6%)	80%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	71人 (43.6%)	糖尿病治療者については 100%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 24)

【図表 24】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)					
対象者の明確化から計画・実践・評価まで					
対象者の明確化	1	<ul style="list-style-type: none"> 1 特定保健指導対象者(積極的・勧奨付け) 2 重症化予防 HbA1c6.5%以上で未治療、HbA1c7.4%以上で治療中 3 糖尿病性腎症重症化予防対象者 HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dまたは随時血糖値200mg/dまたは糖尿病治療中及び尿蛋白1+以上またはeGFR50未満 4 CKD予防 尿蛋白2+以上またはeGFR50未満(腎機能の安定した70歳以上はeGFR40未満) 			
	2	<ul style="list-style-type: none"> 1 受診勧奨・保健指導レベル 2 受診勧奨 3 保健指導 			
計画と計画P	① 未受診者対策	② 特定健診	③ 健診結果	④ 保健指導	
	1	<ul style="list-style-type: none"> 1 40歳50歳代未受診者の掘り起こし 2 未受診者訪問と未受診の理由分析 3 町の現状・課題を住民と共有できるような資料づくり 4 町内組織との連携促進 	<ul style="list-style-type: none"> 1 集団特定健診・がん検診同時実施(7~8月) 2 ヤング健診実施(7~8月) 3 医療機関での個別実施(7~11月) 4 二次検査(頸部エコー、OGTT) 	<ul style="list-style-type: none"> 1 集団健診・健診当日に許年結果を用いて保健指導と、後日開催の結果説明会の予約取り 2 健診結果から対象者を明確化し保健指導実施 	<ul style="list-style-type: none"> 1 地区担当で責任を持ち確実に実施(西・正木・生実地区、立川・俣赤・福原・旭地区) 2 必要時医療と連携(糖尿病手帳の積極的活用ほか) 3 栄養士と連携 4 ヤング健診受診者の保健指導も確実に行う
	4月	目標を立てる	<ul style="list-style-type: none"> ・健診機関との契約 ・健診対象者の抽出(特定健診・ヤング健診) 	<ul style="list-style-type: none"> ・前年度の評価を行い、今年度の課題設定をする。 	
	5月	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者訪問台帳の更新 ・KDB等を活用し、治療状況を確認する ・受診勧奨チラシの作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診お知らせ文書・広報掲載文の作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導対象者を明確化し、優先順位を決める。 ・糖尿病・CKD管理台帳を更新する。 ・*保健指導が変更しても、健診未受診でも、忘れてはいけない対象者に地区担当が責任を持って関わる 	
	6月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診お知らせと申込用紙発送・広報への掲載 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診お知らせと申込用紙発送・広報への掲載 		
	7月	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨声かけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診(特定健診とがん検診の同時実施) <ul style="list-style-type: none"> 7月12日 35歳 7月28日 高齢公民館 7月31日 俣赤定住センター 8月22日 旭東待集落センター 	<p>【保健指導に向かうための準備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 直保システムから抽出したデータ・電子カルテ(健診分析ソフト)に登録する ② ルールブックにて経年票・構造図を作成 ③ 履修に合わせた資料の準備(得意(地区担当が行う)) ④ レセプトの確認(地区担当が行う) <p>【保健指導の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診者の状態に応じて、からしノート等の教材を活用し、自分の身体の状態をイメージできるような保健指導を実施する。 ・必要に応じ、医療と連携して保健指導を行う。(糖尿病連携手帳の活用、糖尿病連携バスの活用等) ・脳・心・腎の血管を守るという意識を強く持つ。 ・保健師・栄養士の力量形成のため定期的に学習会を実施。 	
	8月	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨声かけ 	<p>集団健診・個別健診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早期介入健診 <ul style="list-style-type: none"> ① 小5・中1-3の生活習慣病予防事業血液検査 ② ヤング健診(特定健診に準じた健診) 		
	9月	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者抽出(レセトも変更) ・未受診者へ健診受診勧奨文書と受診券送付 ・町内医療機関へ未受診者名簿提供し受診勧奨に協力してもらう 			<p>【特定保健指導の保健指導】★8ヶ月後の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定プログラムの実施 ・KDBの確認(レセト) ・保健指導教材を活用し保健指導 ・簡易検査にて経過フォロー <p>【重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防対象者(健診受診者/未受診者)への保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・KDBにて受診状況確認。未受診の場合は、訪問等にて本人に確認 ・未受診者に対しては受診勧奨(専門医紹介)、その後レセトにて受診確認 ・糖尿病連携バス活用、糖尿病連携手帳活用 ・簡易検査にて経過フォロー <p>【その他の保健指導(情報提供等)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象に合わせた保健指導の実施(保健指導教材の活用)
	10月	<ul style="list-style-type: none"> ・9月~11月 未受診者への訪問開始 ・個別訪問にて受診勧奨。不在時には受診勧奨の置き手紙を残す。 ・住民に対するポスターの貼り付け 			
	11月	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨ハガキの送付 			
	12月	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中(健診未受診)の検査データ収集 ・必要データがそろえば、健診システムに登録する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・二次検査(12月~) <ul style="list-style-type: none"> A 75g糖負荷試験 <ul style="list-style-type: none"> 対象:空腹時血糖値110-125mg/dまたはHbA1c5.6~6.4で糖尿病治療中でない者 委託先:上郷町診療所 B 頸部エコー検査 <ul style="list-style-type: none"> 対象:メタボ該当者、血糖・脂質・血圧異常、喫煙者等 委託先:健診センター 		
	1月				
2月					
3月	<ul style="list-style-type: none"> ・評価及び次年度の未受診者対策の検討 ①今年度の保健指導活動のまとめ ②次年度の計画 	<ul style="list-style-type: none"> ・次年度の健診、保健指導等の検討 			

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上勝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、上勝町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

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

【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	P 計 画 ・ 準 備		○			□	
9			○			□	
10			○			□	
11			○			□	
12				○		□	
13				○		□	
14				○		□	
15				○		□	
16				○		□	
17			○			□	
18			○			□	
19			○			□	
20		D 受 診 勧 奨		○			□
21					○		□
22					○		□
23						○	□
24		D 保 健 指 導		○			□
25				○			□
26				○			□
27				○		□	
28				○		□	
29				○		□	
30					○	□	
31	C 評 価 報 告				○	□	
32					○	□	
33					○	□	
34			○			□	
35			○			□	
36	A 改 善		○			□	
37			○			□	
38			○			□	

* 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徳島県プログラムに準じ、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 26)

【図表 26】

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。

上勝町においては、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 27)

上勝町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 6 人(26.1%・F')であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 71 人中のうち、特定健診受診者が 41 人(29.9%・G)であったが、14 人(34.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 30 人(42.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 11 人中 1 人は治療中断であることが分かった。また、10 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 27 より上勝町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F')…… 6 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)…… 15 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)…… 27 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

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)…………… 9 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……………4 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。上勝町においては、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 28)

【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: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <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ずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあられ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコリック)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1 受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <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(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

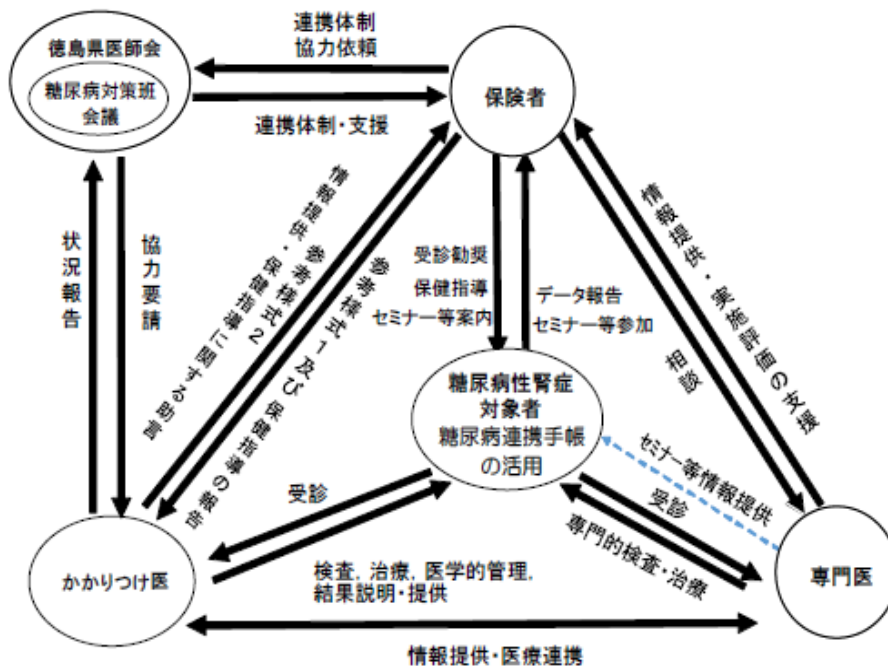
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(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徳島県プログラムに準じていく。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う糖尿病対策推進連携協議会、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取り組みを行う。



6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 6)

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 7-1)

(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。上勝町において健診受診者 163 人のうち心電図検査実施者は 0 人であった。(図表 30)。ST 所見(虚血性変化)があった場合、結果によっては医療機関で精査を受ける必要がある。そして、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 所見ありの方へは、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。

上勝町では心電図検査が該当になる方が少ないが、メタボリックシンドロームが虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 29】

	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)(%)
H28 年度	163	55.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 30】

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

①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 31 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 31】

平成28年度実施		受診者	心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		163	0	0	0	166
			0.0%	0.0%	0.0%	100%
メタボ該当者		25	0	0	0	25
		15.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
メタボ予備群		19	0	0	0	19
		11.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
メタボなし		119	0	0	0	122
		73.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
LDL-C	140-159	25	0	0	0	
		15.3	0.0%	0.0%	0.0%	100%
	160-179	13	0	0	0	
		8.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
	180-	5	0	0	0	
		3.10%	0.0%	0.0%	0.0%	100%

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

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

【図表 32】

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」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7-2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、これらの検査の実施についても検討していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 33、34)

【脳卒中の分類】

【図表 33】

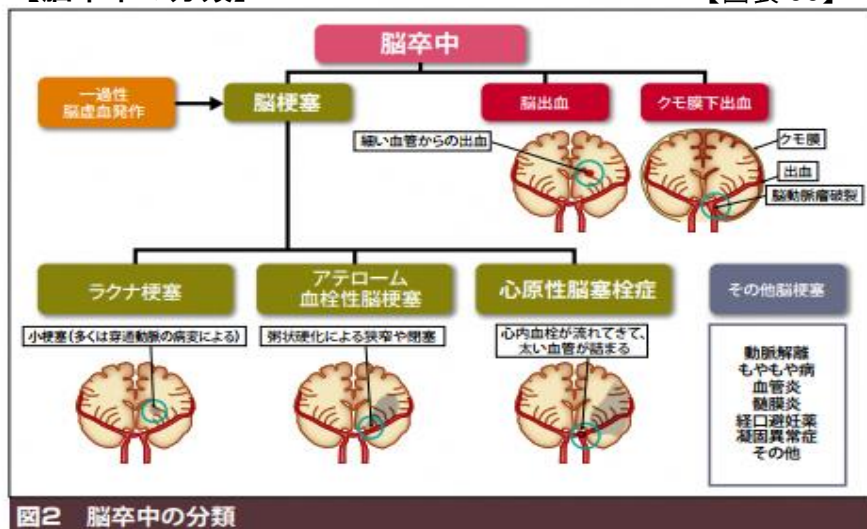


図2 脳卒中の分類

(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 34】

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 35 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 35】

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	●		●		○	●		○
脳出血	心原性脳梗塞	●	●			○			○
	くも膜下出血	●							
リスク因子		高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	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	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 163人		19 11.7%	0 0.0%	5 3.1%	4 2.5%	25 15.3%	8 4.9%	1 0.6%	3 1.8%
治療なし		16 14.3%	0 0.0%	3 2.1%	3 2.1%	7 7.6%	4 2.7%	1 1.1%	0 0.0%
(再掲) 特定保健指導		7 36.8%	0 --	1 20.0%	2 50.0%	7 28.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
治療中		3 5.9%	0 0.0%	2 10.0%	1 5.0%	18 25.4%	4 23.5%	0 0.0%	3 4.2%
臓器障害あり		1 6.3%	0 --	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%	1 100.0%	0 --
CKD (専門医対象者)		1	0	0	0	1	0	1	0
尿蛋白 (2+) 以上		1	0	0	0	1	0	1	0
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上		0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		0	0	0	0	0	0	0	0
心電図所見あり		0	0	0	0	0	0	0	0

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 19 人(11.7%)であり、16 人は未治療者であった。また未治療者のうち 1 人(6.3%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 3 人(5.9%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 36)

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)

【図表 36】

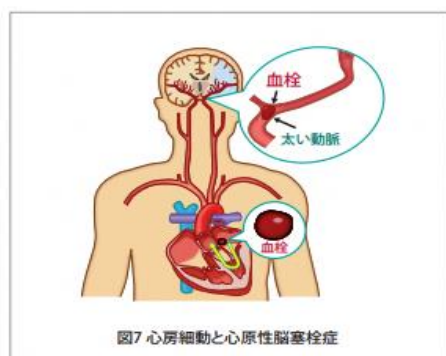
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)					
		至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
112		36 32.1%	28 25.0%	14 12.5%	18 16.1%	14 12.5%	2 1.8%
リスク第1層		16 14.3%	6 16.7%	4 14.3%	4 28.6%	1 5.6%	0 0.0%
リスク第2層		53 47.3%	20 55.6%	14 50.0%	4 28.6%	7 38.9%	2 100.0%
リスク第3層		43 38.4%	10 27.8%	10 35.7%	6 42.9%	10 55.6%	7 50.0%
再掲) 重複あり	糖尿病	15 34.9%	7 70.0%	3 30.0%	2 33.3%	2 20.0%	1 14.3%
	慢性腎臓病 (CKD)	20 46.5%	3 30.0%	4 40.0%	3 50.0%	6 60.0%	4 57.1%
	3個以上の危険因子	19 44.2%	5 50.0%	5 50.0%	2 33.3%	3 30.0%	4 57.1%

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
1 0.9%	8 7.1%	25 22.3%
1 100%	1 12.5%	0 0.0%
--	7 87.5%	8 32.0%
--	--	17 68.0%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 37 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況(28年度)

【図表 37】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	0	0	0	0	0	0	—	—
40 歳代							0.2	0.04
50 歳代							0.8	0.1
60 歳代							1.9	0.4
70~74 歳							3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の 70~74 歳の値は 70~79 歳

心房細動有所見者の治療の有無(28年度) 【図表 38】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	0				

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

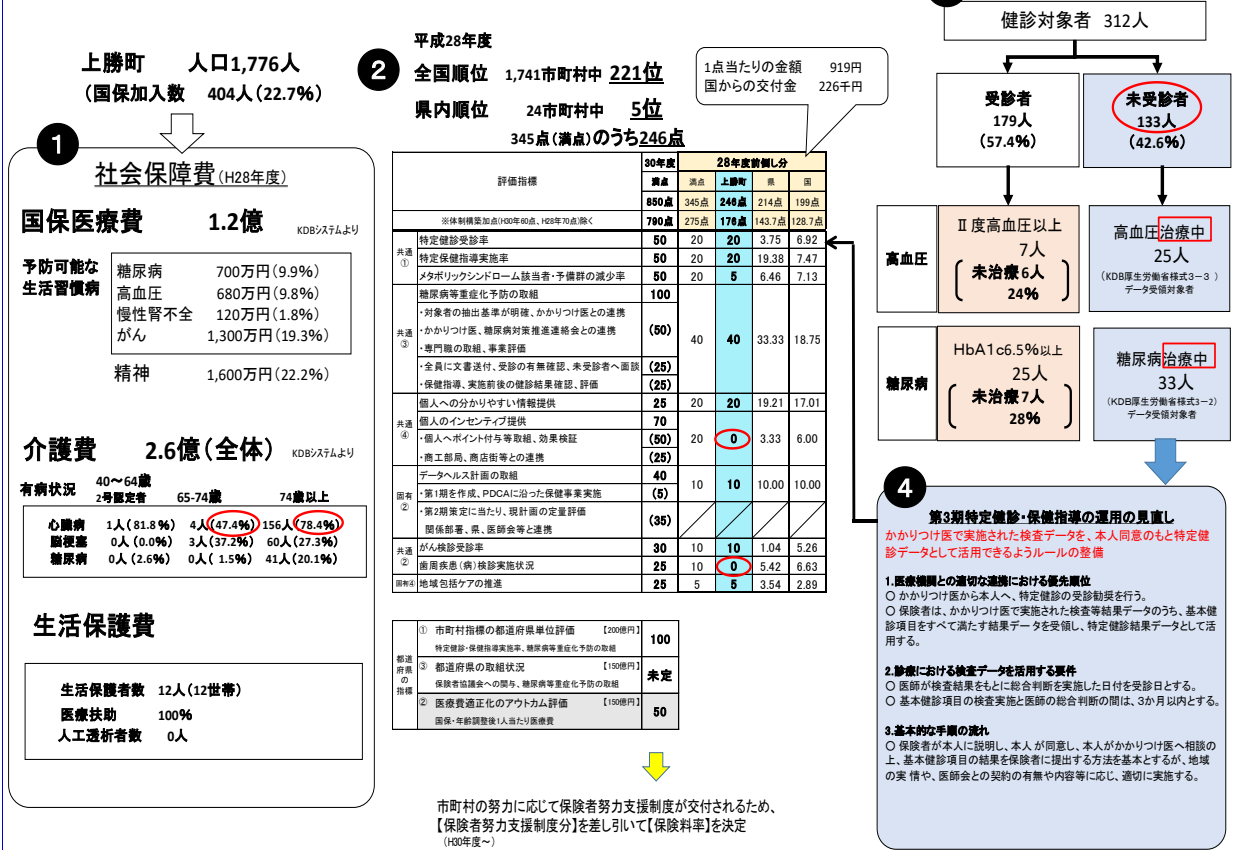
7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 39・40)

【図 39】

保険者努力支援制度の視点で、上勝町の社会保障費と予防・健康管理をみる



上勝町の食の実態と体の実態を考える

地域・風土
<p>位置 勝浦川の上流に位置し、徳島県中津やや南東香りに位置する。徳島市内まで約5.0分</p> <p>地形 四国山脈の南東山地にあり、山脈が重なり、東流する勝浦川は深い渓谷をなし、その流域にこくわすかに平地が見られる他は、大部分が山地(89%)で標高100m~700mの間に大小55の集落が点在している。そのため、移動手段として自動車は必須。</p> <p>気象 紀伊水道に流入する黒潮の影響で温暖かつ、夏期太平洋からの卓越風の影響もあり多雨</p>

食品と食習慣
<p>米 必要量以上に食べられている(特に働いている男性に多く、食べないと力にならないとのこと) 行事には、ばら寿司や赤飯をたくさん作り、近所に配る</p> <p>芋類 好まれるが、炭水化物とは思っている(干し芋をたくさん作る家庭も)</p> <p>野菜類 緑黄色野菜 夏場は葉野菜類は少なめ、冬場はほうれん草や青ネギなどで比較的にか多い カボチャはよく食べられている(野菜としてたくさん食べられる、糖質のことはあまり気にしてない)</p> <p>液色野菜 比較的多い(夏場キュウリ等、冬場白菜等)</p> <p>果物 体に良いとよく食べられている。(過剰になりがち) 例:みかんなら1日5個以上 また、果菜酢のために柑橘系の果樹園がある家庭が多いほか、柿も多い(干し柿をたくさん作られる)</p>

味覚
<p>甘いものが好き 塩分の取り過ぎ=高血圧や腎臓への悪影響があることは理解しているが、同時に血圧=力?と思っている人も多く、減塩する力が出ないと減塩しない場合も</p> <p>砂糖も良く使う すし飯に砂糖 酢の物に砂糖 また、使用する酢は果実酢(ゆず、ゆこごう)で糖質も多い 保存食をよく作る(漬物類ほか旨の漬物) 梅干し、たくあん、古漬け、白菜漬、かぶ漬、ゆず味噌 干し芋、干し柿</p>

子どもの頃から習慣が将来に影響

歴史・風習
<p>歴史 福原村と高針村が昭和30年に合併し、上勝町となった。当時の人口は6000人ほどであった。</p> <p>神事 11地区に神社があり、お祭りも盛んに行っている。祭りの際ではお酒をよく飲む。</p> <p>その他 消防の集みや、スポーツ大会などが盛んで、地域住民同士の交流の機会も多い また、米客者へのおもてなしの習慣あり</p>

間食や嗜好品の習慣
<ul style="list-style-type: none"> ・10時と15時におやつを食べる(種類はさまざま) ・お供え物やもらい物で、お菓子たくさん開着している。 ↑お供え物はもったいないので最終的に自分で食べる。 ・栄養ドリンクやコーヒーの買い置き多い(夏場はスポーツドリンクも) ↑特に夏場は熱中症や夏ばて対策に、栄養ドリンクやスポーツドリンクをよく飲まれる
飲み会の習慣
<p>何かと寄り合いにはお酒が出る。(多重飲酒になりがち)</p>
おもちのみ
<p>日中の米客はお菓子とお茶(家が上がらない場合は、コーヒーや栄養ドリンク) 夜間は米客はアルコール</p>
運動習慣
<ul style="list-style-type: none"> ・スポーツ(バレー、テニス、野球等)が盛んで、年に何回か町内大会もある ↑年齢層も広い ・年配の方は、グラウンドゴルフされている方が多い ・ウォーキングをしている人はしっかりとやっている(坂道が多い、夜は暗い等の理由ではないという人もいる) ・子どもの通学については、学校近隣の者以外はスクールバス ・農業をされている方が多いため、活動量も多い

人口・就業構造
<p>人口:1,776人 生産年齢人口割合 老年人口割合 平均年齢:55.6歳 産業構成率 第1次産業人口:45.4% 第2次産業人口:14.9% 第3次産業人口:39.7% おもな産業 いりどり、野菜、果物(柑橘系、キウイ等)しいたけ</p>

からだの実態
<p>健康結果(国保特定128年度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボ該当者 15.40% ・メタボ予備群 11.70% ・BMI(25以上) 24.70% ・血糖異常(空100以上、随140以上) 35.20% ・HbA1c異常(5.6以上) 72.80% ・高血圧(収縮期130以上) 49.40% ・脂質異常(中性脂肪150以上) 18.50% (LDL120以上) 52.50% (HDL40未満) 10.50% <p>医師の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保外来医療費に占める割合 15.60% ・循環器 14.20% ・内分泌 12.90% ・新生物 ・筋骨格 21.10% ・精神 18.90% ・循環器 16.60% <p>介護認定の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定率 23.30% ・心臓病 76.80% ・高血圧 72.40% ・筋骨格系 69.10% ・精神 40.50% ・脳疾患 27.90% <p>死因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん 35.70% ・心臓病 32.10% ・脳疾患 17.90% ・糖尿病 3.60% ・腎不全 0%

【図表 40】

参考:KDBシステムより(H28年度集計)

第5章 地域包括ケアに係る取組み

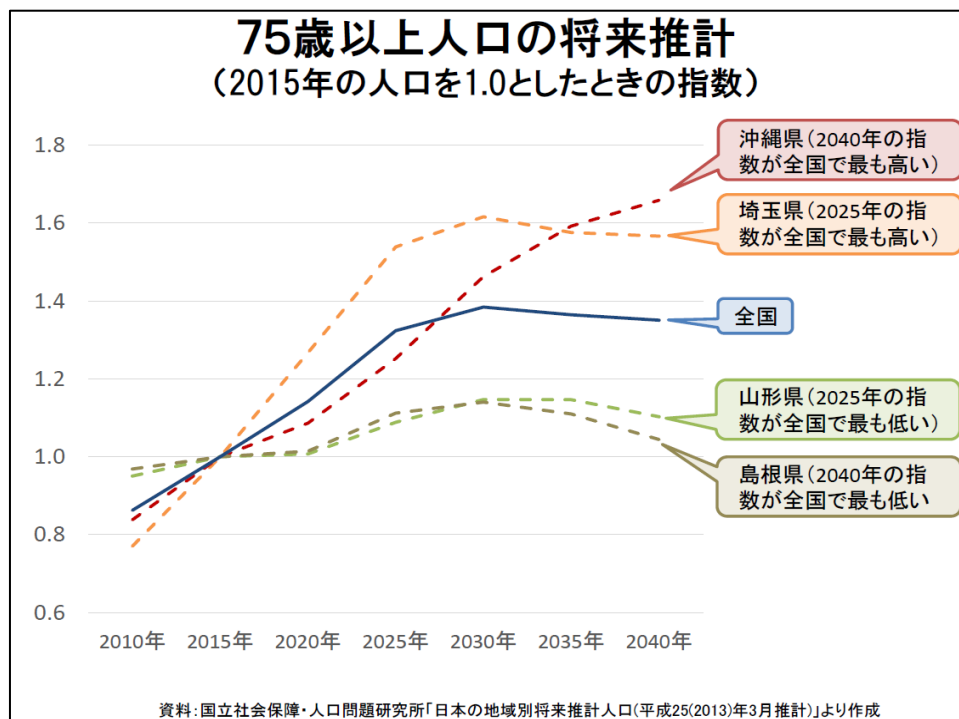
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

徳島県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表41)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、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市町村にとっても非常に重要である。

【図表41】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

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

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

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等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り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上勝町の位置
- 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 7-1 高血圧予防のためのレセプトと健診データの突合
- 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】

○…同規模と比較して高いもの

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上勝町の位置

2017.11.14作成

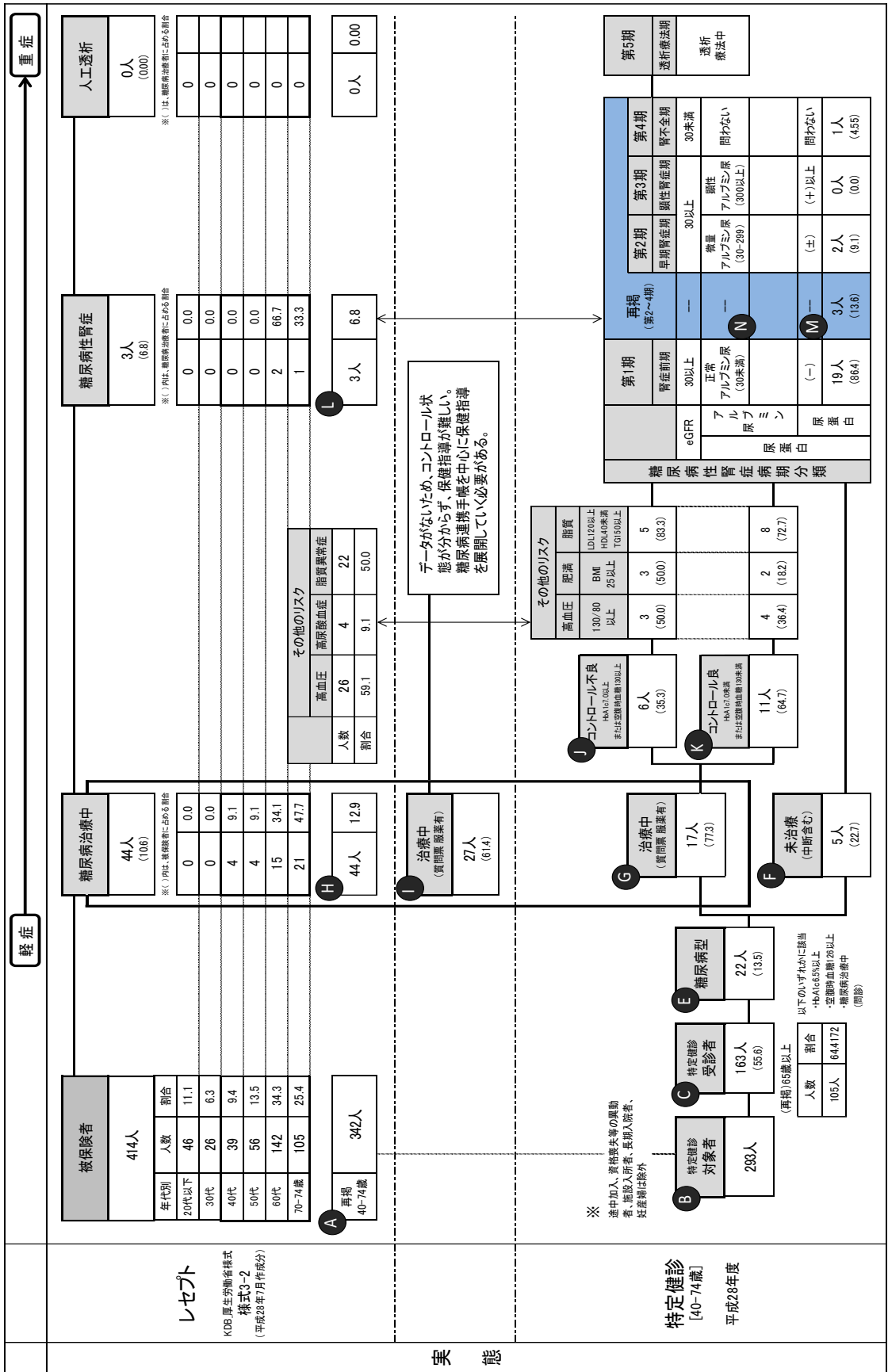
項目	H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)		
	保険者		保険者		同規模平均		県		国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	1,776		1,776		712,964		772,357		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	935	52.6	935	52.6	250,396	35.1	209,460	27.1	29,020,766		23.2
		75歳以上	587	33.1	587	33.1			113,837	14.7	13,989,864		11.2
		65~74歳	348	19.6	348	19.6			95,623	12.4	15,030,902		12.0
		40~64歳	465	26.2	465	26.2			266,169	34.5	42,411,922		34.0
	39歳以下	376	21.2	376	21.2			296,728	38.4	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	45.4		45.4		22.7		8.8		4.2	KDB_NO.3	
		第2次産業	14.9		14.9		21.7		24.3		25.2	健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第3次産業	39.7		39.7		55.6		66.9		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.4		79.4		79.4		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.3		86.3		86.5		86.2		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.1		65.2		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.3		66.5		66.7		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	99.0		86.7		102.6		101.4		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	12	50.0	10	35.7	2,874	44.3	2,469	46.4	367,905		49.6
		心臓病	5	20.8	9	32.1	1,917	29.6	1,543	29.0	196,768		26.5
		脳疾患	3	12.5	5	17.9	1,158	17.9	825	15.5	114,122		15.4
		糖尿病	0	0.0	1	3.6	115	1.8	113	2.1	13,658		1.8
		腎不全	4	16.7	0	0.0	231	3.6	218	4.1	24,763		3.3
		自殺	0	0.0	3	10.7	187	2.9	151	2.8	24,294		3.3
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
		男性											
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	228	24.7	211	23.3	49,932	20.0	48,252	23.1	5,882,340	21.2
新規認定者			5	0.3	1	0.2	781	0.3	727	0.3	105,654	0.3	
2号認定者			3	0.5	1	0.4	856	0.4	941	0.4	151,745	0.4	
② 有病状況		糖尿病	40	18.7	41	19.2	10,568	20.4	13,140	26.4	1,343,240	21.9	
		高血圧症	157	70.8	153	72.4	28,302	55.0	28,314	57.0	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	27	12.2	24	12.8	14,020	27.1	14,741	29.6	1,733,323	28.2	
		心臓病	169	76.6	161	76.8	31,852	62.1	32,169	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	59	27.1	64	27.9	13,312	26.3	12,843	26.0	1,530,506	25.3	
		がん	15	6.1	13	6.4	4,845	9.3	5,291	10.5	629,053	10.1	
		筋・骨格	144	63.5	151	69.1	28,251	55.0	29,441	59.5	3,051,816	49.9	
精神		84	37.9	84	40.5	19,059	36.9	17,887	35.6	2,141,880	34.9		
③ 介護給付費		1件当たり給付費(全体)	65,440		52,181		73,702		60,272		58,349	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		居宅サービス	33,643		28,849		39,646		39,151		39,683		
		施設サービス	27,827		27,076		273,946		284,661		281,115		
④ 医療費等		要介護認定別医療費(40歳以上)	6,356		6,053		8,522		7,585		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定あり 認定なし	4,897		4,449		4,226		4,219		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	448		404		198,796		173,928		32,587,223	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳	205	45.8	181	44.8			75,546	43.4	12,462,053		38.2
		40~64歳	162	36.2	149	36.9			59,408	34.2	10,946,693		33.6
		39歳以下	81	18.1	74	18.3			38,974	22.4	9,178,477		28.2
	加入率		25.2		22.7		28.1		22.5		26.9		
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	113	0.6	8,255	0.3	
		診療所数	4	8.9	4	9.9	621	3.1	743	4.3	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	14,845	85.4	1,524,378	46.8	
		医師数	2	4.5	1	2.5	541	2.7	2,463	14.2	299,792	9.2	
		外来患者数	711.4		678.4		652.4		721.1		668.3		
入院患者数	27.3		22.7		23.7		25.6		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,963	県内8位 同規模63位	23,811	県内24位 同規模185位	26,819		28,005		24,253	KDB_NO.3 健康・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	738.674		701.105		676.093		746.696		686.501			
	外来費用の割合	49.8		56.5		55.3		54.7		60.1			
	外来件数の割合	96.3		96.8		96.5		96.6		97.4			
	入院費用の割合	50.2		43.5		44.7		45.3		39.9			
	入院件数の割合	3.7		3.2		3.5		3.4		2.6			
	1件あたり在院日数	19.5日		15.9日		16.3日		18.8日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源獲得名(調剤含む)	がん	23,111,310	23.1	13,457,760	19.3	24.1		22.9		25.6	KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
	慢性腎不全(透析あり)	5,136,520	6.1	1,229,460	1.8	7.9		7.1		9.7			
	糖尿病	8,521,390	8.5	6,934,710	9.9	10.1		9.6		9.7			
	高血圧症	10,919,270	10.9	6,838,810	9.8	9.4		8.3		8.6			
	精神	25,532,130	25.5	15,512,300	22.2	18.6		25.5		16.9			
筋・骨格	14,351,600	14.4	16,756,430	24.0	16.4		13.7		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	781,284	2位	(18)	543,915	6位	(11)										KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				高血圧	675,098	1位	(21)	494,570	19位	(17)																
				脂質異常症	700,988	1位	(21)	859,474	1位	(13)																
				脳血管疾患	485,098	23位	(26)	586,499	14位	(18)																
				心疾患	1,254,133	1位	(11)	291,807	25位	(7)																
				腎不全	758,747	5位	(13)	169,700	25位	(9)																
				精神	420,118	8位	(29)	420,752	12位	(25)																
				悪性新生物	597,904	15位	(15)	414,917	25位	(7)																
				外来	糖尿病	25,526	25位		33,054	13位																
					高血圧	28,657	6位		27,016	9位																
					脂質異常症	24,366	17位		25,987	6位																
					脳血管疾患	24,791	25位		22,791	22位																
					心疾患	30,583	24位		28,497	21位																
					腎不全	138,430	13位		114,821	17位																
精神	32,045	2位			24,724	21位																				
悪性新生物	62,145	2位			63,160	4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	5,346			4,150			2,810		2,156		2,065						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
			健診未受診者	11,003			10,994			12,706		14,140		12,683												
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	13,411			11,865			7,804		5,630		5,940												
	健診未受診者	27,604			31,435			35,289		36,924		36,479														
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	101	53	101	64.3	31,779	56.5	24,202	56.7	4,116,530	55.9								KDB_NO.1 地域全体像の把握						
		医療機関受診率	90	47.6	93	59.2	28,823	51.3	22,713	53.2	3,799,744	51.6														
		医療機関非受診率	11	5.8	8	5.1	2,956	5.3	1,489	3.5	316,786	4.3														
5	①-⑯	特定健診の 状況	県内順位 順位総数25	健診受診者	189			163			56,224		42,706		7,362,845					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握						
					受診率	61.2	県内1位 同規模43位	55.6	県内1位 同規模73位	39.7	34.3	全国28位	34.0													
				特定保健指導終了者(実施率)	8	42.1	18	94.7	498	6.6	222	4.2	35,557	4.1												
				非肥満高血糖	11	5.8	13	8.3	5,467	9.7	3,222	7.5	687,157	9.3												
				メタボ	該当者	27	14.3	24	15.3	10,599	18.9	7,762	18.2	1,272,714	17.3											
					男性	20	23.8	16	23.9	7,361	27.9	5,267	29.4	875,805	27.5											
					女性	7	6.7	8	8.9	3,238	10.8	2,495	10.1	396,909	9.5											
					予備群	19	10.1	19	12.1	6,633	11.8	5,066	11.9	790,096	10.7											
				BMI	男性	10	11.9	12	17.9	4,566	17.3	3,407	19.0	548,609	17.2											
					女性	9	8.6	7	7.8	2,067	6.9	1,659	6.7	241,487	5.8											
				メタボ該当・予 備群レベ ル	腹囲	総数	57	30.2	44	28.0	19,372	34.5	14,326	33.5	2,320,533	31.5										
					男性	36	42.9	28	41.8	13,388	50.8	9,643	53.9	1,597,371	50.1											
					女性	21	20.0	16	17.8	5,984	20.0	4,683	18.9	723,162	17.3											
					総数	5	2.6	9	5.7	3,615	6.4	2,322	5.4	346,181	4.7											
					男性	0	0.0	1	1.5	629	2.4	291	1.6	55,460	1.7											
					女性	5	4.8	8	8.9	2,986	10.0	2,031	8.2	290,721	7.0											
					血糖のみ	1	0.5	0	0.0	464	0.8	297	0.7	48,685	0.7											
					血圧のみ	12	6.3	15	9.6	4,606	8.2	3,652	8.6	546,667	7.4											
					脂質のみ	6	3.2	4	2.5	1,563	2.8	1,117	2.6	194,744	2.6											
血糖・血圧	7	3.7	7		4.5	1,913	3.4	1,137	2.7	196,978	2.7															
血糖・脂質	4	2.1	4	2.5	596	1.1	383	0.9	69,975	1.0																
血圧・脂質	8	4.2	6	3.8	4,826	8.6	4,084	9.6	619,684	8.4																
血糖・血圧・脂質	8	4.2	7	4.5	3,264	5.8	2,158	5.1	386,077	5.2																
6	①-⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	61	32.3	50	31.8	20,411	36.4	15,305	35.8	2,479,216	33.7												
				糖尿病	17	9.0	16	10.2	5,000	8.9	3,137	7.3	551,051	7.5												
				脂質異常症	20	10.6	19	12.1	12,656	22.6	9,629	22.5	1,738,149	23.6												
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	5	2.7	7	4.5	1,721	3.1	1,383	3.3	230,777	3.3												
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	8	4.3	10	6.4	2,998	5.5	2,356	5.6	391,296	5.5												
				腎不全	0	0.0	0	0.0	335	0.6	253	0.6	37,041	0.5												
				貧血	21	11.2	17	10.8	4,296	8.1	4,762	11.4	710,650	10.1												
				喫煙	21	11.1	25	15.9	9,314	16.6	4,843	11.3	1,048,171	14.2												
				週3回以上朝食を抜く	9	4.9	13	8.4	3,727	7.5	3,015	7.5	540,374	8.5												
				週3回以上食後間食	24	13.0	18	11.6	6,739	13.5	6,546	16.2	743,581	11.8												
				週3回以上就寝前夕食	41	22.4	39	25.2	8,014	16.0	6,601	16.3	983,474	15.4												
				食べる速度が速い	48	26.1	46	29.7	13,924	27.9	11,814	29.2	1,636,988	25.9												
				20歳時体重から10kg以上増加	43	23.2	41	26.5	17,050	33.9	13,637	33.7	2,047,756	32.1												
				1回30分以上運動習慣なし	116	63.4	97	62.6	34,200	67.6	22,470	55.5	3,761,302	58.7												
1日1時間以上運動なし	76	41.5	62	40.0	24,869	49.6	19,685	48.7	2,991,854	46.9																
睡眠不足	45	25.0	46	29.7	12,204	24.3	10,644	26.5	1,584,002	25.0																
毎日飲酒	58	31.0	51	32.7	14,071	27.0	9,908	23.7	1,760,104	25.6																
時々飲酒	49	26.2	38	24.4	11,710	22.5	7,426	17.7	1,514,321	22.0																
⑭	一日飲酒量	1合未満	56	50.5	36	39.1	19,633	56.3	15,688	64.1	3,118,433	64.1														
	1~2合	36	32.4	36	39.1	9,756	28.0	5,650	23.1	1,158,318	23.8															
	2~3合	16	14.4	17	18.5	3,922	11.3	2,480	10.1	452,785	9.3															
	3合以上	3	2.7	3	3.3	1,539	4.4	667	2.7	132,608	2.7															

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実態

上勝町

【参考資料 2】



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳

(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

※糖尿病服薬は問診結果による
 ※「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

番号	地区	追加年度	記号	番号	氏名	性別	H29年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H25	H26	H27	H28	H29	医療機関名	連携手帳	備考
								糖尿病 H22.3.8	糖	服薬 HbA1c					○		
								高血圧 H22.5.13	糖	HbA1c	6.8	6.6	6.2	6.1			
								虚血性心疾患	糖以外	体重	70.6	72.3	66	67			
								脳血管疾患	糖以外	BMI	22.6	23	21.1	21.5	○〇病院		○〇病院 内服治療中
								糖尿病性腎症	糖以外	血圧	128/86	110/70	118/70	134/94			
									CKD	GFR	114.4	118.1	121.4	109.8			
									CKD	尿蛋白	-	-	-	-			
								糖尿病 H29.11.17	糖	服薬 HbA1c	7	8.9		9.5	○〇病院		29年度より 治療開始
								高血圧	糖以外	体重	72.9	75.1		65			
								虚血性心疾患	糖以外	BMI	25.3	26		22.5			
								脳血管疾患	糖以外	血圧	130/80	110/80		140/90			
								糖尿病性腎症	糖以外	GFR	68.9	87.5		88.9			
									CKD	尿蛋白	++	++		+++			

例

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28年度		担当者名:	担当地区:														
対象者把握		地区担当が実施すること															
<p>糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (29) 人</p> <p>A 健診未受診者 (10) 人</p> <table border="1"> <tr><th colspan="2">結果未把握 (内訳)</th></tr> <tr><td>① 国保 (生保)</td><td>(3) 人</td></tr> <tr><td>② 後期高齢者</td><td>(6) 人</td></tr> <tr><td>③ 他保険</td><td>(0) 人</td></tr> <tr><td>④ 住基異動 (死亡・転出)</td><td>(0) 人</td></tr> <tr><td>⑤ 確認できない</td><td>(0) 人</td></tr> <tr><td>⑥ 長期入院</td><td>(1) 人</td></tr> </table> <p>①-1 未治療者 (中断者含む) (0) 人 <small>※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</small></p> <p>B 結果把握 (19) 人</p> <p>① HbA1cが悪化している (9) 人 <small>例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (5) 人</small> <small>※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</small></p> <p>② 尿蛋白 (-) (13) 人 (+) (4) 人 (+) ~ 顕性腎症 (2) 人</p> <p>③ eGFR値の変化</p> <p>1年で 25 % 以上低下 (0) 人 1年で 5ml/分/1.73m² 以上低下 (3) 人</p>		結果未把握 (内訳)		① 国保 (生保)	(3) 人	② 後期高齢者	(6) 人	③ 他保険	(0) 人	④ 住基異動 (死亡・転出)	(0) 人	⑤ 確認できない	(0) 人	⑥ 長期入院	(1) 人	<p>1.資格喪失 (死亡、転出) の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療保険異動の確認 ○死亡は、その原因 <p>2.レセプトの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○治療状況の確認 ○直近の治療有無の確認 <p>3.会いに行く</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療受診助奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認 <p>4.結果から動く</p> <ul style="list-style-type: none"> ○経年表で他のリスク (メタボ、血圧等) の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導 	
結果未把握 (内訳)																	
① 国保 (生保)	(3) 人																
② 後期高齢者	(6) 人																
③ 他保険	(0) 人																
④ 住基異動 (死亡・転出)	(0) 人																
⑤ 確認できない	(0) 人																
⑥ 長期入院	(1) 人																
<p>結果把握</p> <p>保健指導の優先づけ</p>		<p>他の専門職との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医 															

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

	項目	突合表	上勝町						同規模保険者		データ元
			H28年度		H29年度		H30年度		H28年度		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数 (再掲)40才-74歳	A	414人								KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)
2	① 特定健診	B									あなみツール ②.1 集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))
	② 健診対象者数		293人								
	③ 健診受診者数 健診受診率	C	163人	55.6%							
3	① 特定保健指導										市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書
	② 保健指導対象者数 実施率		19人	94.7%							
4	健診データ										特定健診結果
	① 糖尿病型	E	22人	13.5%	人	%	人	%	人	%	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	5人	22.7%	人	%	人	%	人	%	
	③ 治療中(質問票 服薬有)	G	17人	77.3%	人	%	人	%	人	%	
	④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	6人	35.3%	人	%	人	%	人	%	
	⑤ 血圧 130/80以上		3人	50.0%	人	%	人	%	人	%	
	⑥ 肥満 BMI25.0以上		3人	50.0%	人	%	人	%	人	%	
	⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	11人	64.7%	人	%	人	%	人	%	
	⑧ 糖尿病病期分類										
	⑨ 尿蛋白(-) 第1期	M	19人	86.4%	人	%	人	%	人	%	
	⑩ (±) 第2期		2人	9.1%	人	%	人	%	人	%	
⑪ (+)以上 第3期		0人	0.0%	人	%	人	%	人	%		
⑫ eGFR(30未満) 第4期		1人	4.6%	人	%	人	%	人	%		
5	① レセプト										KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)
	② 糖尿病受療率(人口10万人対)		人	%	人	%	人	%	人	%	
	③ 入院外		人	%	人	%	人	%	人	%	
	④ 入院		人	%	人	%	人	%	人	%	
	⑤ 糖尿病治療中	H	44人	10.6%	人	%	人	%	人	%	
	⑥ (再掲)40才-74才		44人	12.9%	人	%	人	%	人	%	
	⑦ 健診未受診者	I	27人	61.4%	人	%	人	%	人	%	
	⑧ 糖尿病性腎症	L	3人	6.8%	人	%	人	%	人	%	
	⑨ (再掲)40才-74才		3人	6.8%	人	%	人	%	人	%	
	⑩ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		0人	0.0%	人	%	人	%	人	%	
	⑪ (再掲)40才-74才		0人	0.0%	人	%	人	%	人	%	
	⑫ 新規透析患者数		人	%	人	%	人	%	人	%	
	⑬ (再掲)糖尿病性腎症 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		1人	1.0%							
6	① 医療費										KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題 同規模保険者比較
	② 総医療費	a	1.16億円	億円	億円	652.76億円					
	③ 生活習慣病総医療費	b	5447.2万円	円	円	270.48億円					
	④ (総医療費に占める割合)	b/a	46.8%			41.4%					
	⑤ 生活習慣病対象者 1人当たり		11,865円			7,804円					
	⑥ 健診受診者		31,435円	円	円	35,289円					
	⑦ 健診未受診者		693.5万円	円	円	37.36億円					
	⑧ 糖尿病医療費	c	12.7%	%	%	13.8%					
	⑨ (生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b									
	⑩ 糖尿病入院外総医療費		2069.2万円	円	円	円					
	⑪ 1件当たり		33,054円	円	円	円					
	⑫ 糖尿病入院総医療費		815.9万円	円	円	円					
	⑬ 1件当たり		543,915円	円	円	円					
	⑭ 在院日数		11日	日	日	日					
	⑮ 慢性腎不全医療費										
⑯ 透析有り		122.9万円	円	円	29.36億円						
⑰ 透析なし		0円	円	円	2.85億円						
7	① 介護		2.60億円	円	円	771.22億円				KDB 地域の全体像の把握 要介護(支援)者認定状 況	
	② 介護給付費 (再掲)2号認定者の有所見 糖尿病		36.4%	%	%	%					
8	① 死亡									KDB 地域の全体像の把握	
	② 死因別死亡者数 糖尿病		1人	3.6%	人	人	115人	1.8%			

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

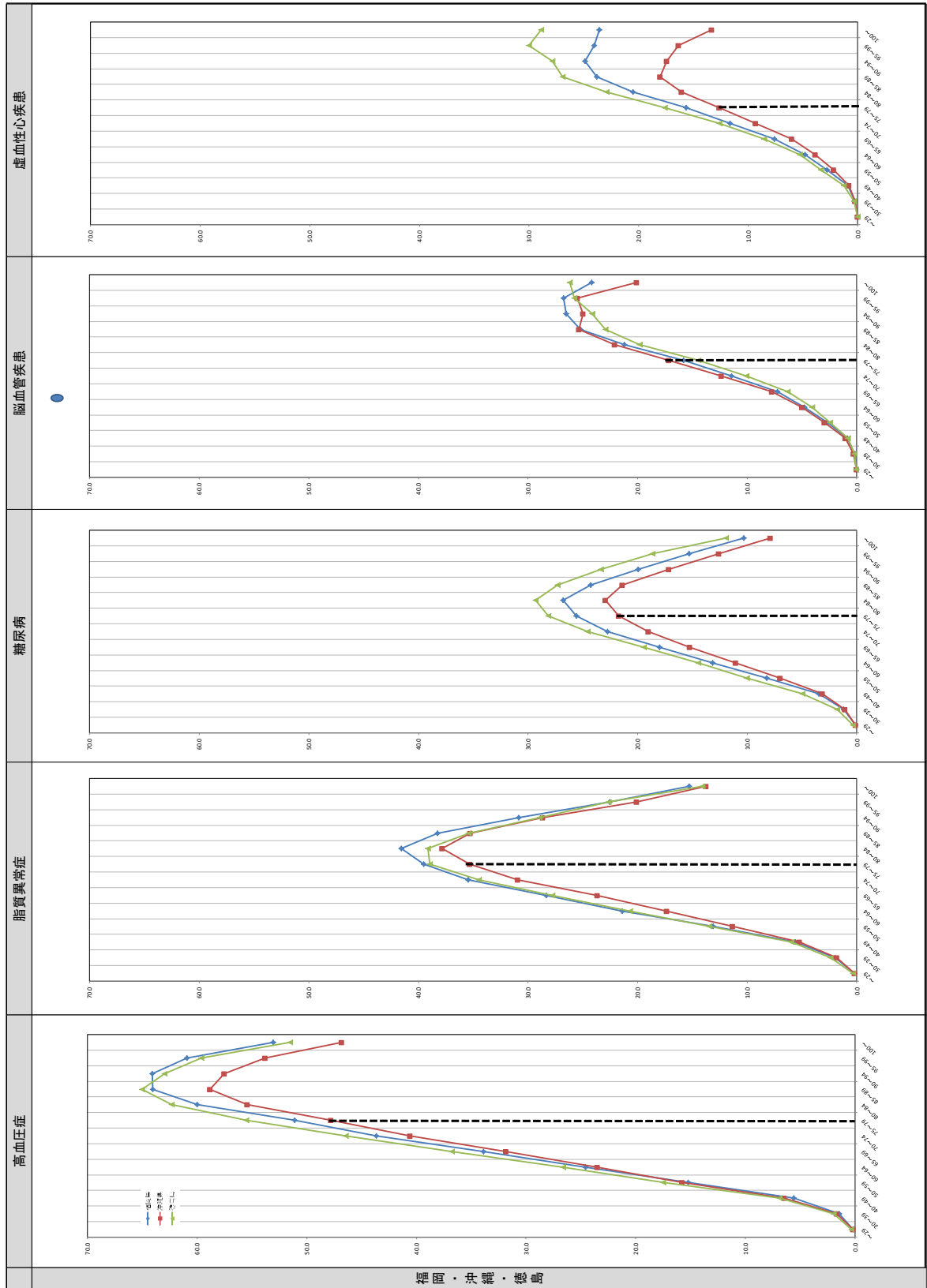
健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 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。この人がどういう経過をたどって、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	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149			150～299
		食後	～199			200～
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39			～34
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169			170～
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50			51～
	<input type="checkbox"/> γ -GT	～50	51～100			101～
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125		
		食後	～139	140～199		
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139			
	拡張期	～84	85～89			
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成29年7月作成分)

【参考資料10】



福岡・沖縄・徳島

①平成 年度データヘルスの取り組みと課題整理(平成 年度実践・評価)				
平成 年度 課題	評価(良くなったところ)			
	①平成 年度やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)
				⑤残っている課題

様式3-1

②平成 年度の実践評価をふまえ、平成 年度の取組みと課題整理（平成 年度進捗状況）				
平成 年度 課題	評価（良くなったところ）			
	①平成 年度、残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる （プロセス）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）
				⑤残っている課題

様式3-2