

吉野ヶ里町第 2 期
保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成 30 年 3 月
吉野ヶ里町国民健康保険

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画 (データヘルス計画) の基本的事項

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
1) 実施主体関係部の役割		
2) 外部有識者等の役割		
3) 被保険者の役割		
5. 保険者努力支援制度	・・・	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

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	・・・	7
(1) 全体の経年変化		
(2) 中長期目標の達成状況		
(3) 短期目標の達成状況		
2) 第 1 期に係る考察	・・・	12
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	・・・	13
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較		
(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか		
(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか		
2) 健診受診者の実態	・・・	15
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況	・・・	16
4) 未受診者の把握	・・・	17
3. 目標の設定		
1) 成果目標	・・・	18

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	・・・ 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	
1) 実施方法	・・・ 19
2) 特定健診委託基準	・・・ 19
3) 健診実施機関リスト	・・・ 20
4) 特定健診実施項目	・・・ 20
5) 実施時期	・・・ 20
6) 医療機関との適切な連携	・・・ 20
7) 代行機関	・・・ 20
8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	・・・ 20
5. 特定保健指導の実施	
1) 健診から保健指導実施の流れ	・・・ 21
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	・・・ 22
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	・・・ 23
6. 個人情報の保護	
1) 基本的な考え方	・・・ 24
2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	・・・ 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

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	
1) 基本的な考え方	・・・ 25
2) 対象者の明確化	・・・ 27
(1) 対象者選定基準の考え方	
(2) 選定基準に基づく該当数の把握	

3) 対象者の進捗管理	・ ・ ・ 3 0
(1) 糖尿病管理台帳の作成	
【糖尿病台帳作成手順】	
4) 保健指導の実施	・ ・ 3 1
(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	
(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策	
5) 医療との連携	・ ・ ・ 3 2
(1) 医療機関未受診者について	
(2) 治療中の者への対応	
6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	・ ・ ・ 3 2
7) 評価	・ ・ ・ 3 2
(1) 短期的評価	
8) 実施期間及びスケジュール	・ ・ ・ 3 3
2. 虚血性心疾患重症化予防	
1) 基本的な考え方	・ ・ ・ 3 4
2) 対象者の明確化	・ ・ ・ 3 4
(1) 対象者選定基準の考え方	
(2) 重症化予防対象者の抽出	
3) 保健指導の実施	・ ・ ・ 3 6
(1) 受診勧奨及び保健指導	
(2) 二次健診の実施	
(3) 対象者の管理	
4) 医療との連携	・ ・ ・ 3 7
5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	・ ・ ・ 3 7
6) 評価	・ ・ ・ 3 7
7) 実施期間及びスケジュール	・ ・ ・ 3 8
3. 脳血管疾患重症化予防	
1) 基本的な考え方	・ ・ ・ 3 9
2) 対象者の明確化	・ ・ ・ 4 0
(1) 重症化予防対象者の抽出	
(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握	
(3) 心電図検査における心房細動の実態	
3) 保健指導の実施	・ ・ ・ 4 2
(1) 受診勧奨及び保健指導	
(2) 二次健診の実施	
(3) 対象者の管理	

①高血圧者の管理	
②心房細動の管理	
4) 医療との連携	・・・ 4 3
5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	・・・ 4 3
6) 評価	・・・ 4 4
(1) 短期的評価	
7) 実施期間及びスケジュール	・・・ 4 4
 Ⅲ ポピュレーションアプローチ	・・・ 4 5
 第5章 地域包括ケアに係る取組	・・・ 4 6
 第6章 計画の評価・見直し	
1. 評価の時期	・・・ 4 7
2. 評価方法・体制	・・・ 4 7
3. データヘルス計画の目標管理一覧	・・・ 4 8
 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	・・・ 4 8
2. 個人情報の取扱い	・・・ 4 8

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吉野ヶ里町の位置
- 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 13 第 2 期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表
【計画】
- 参考資料 14 第 2 期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表
【実績】

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。

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

2. 計画の位置付け

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、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】

2017.10.1

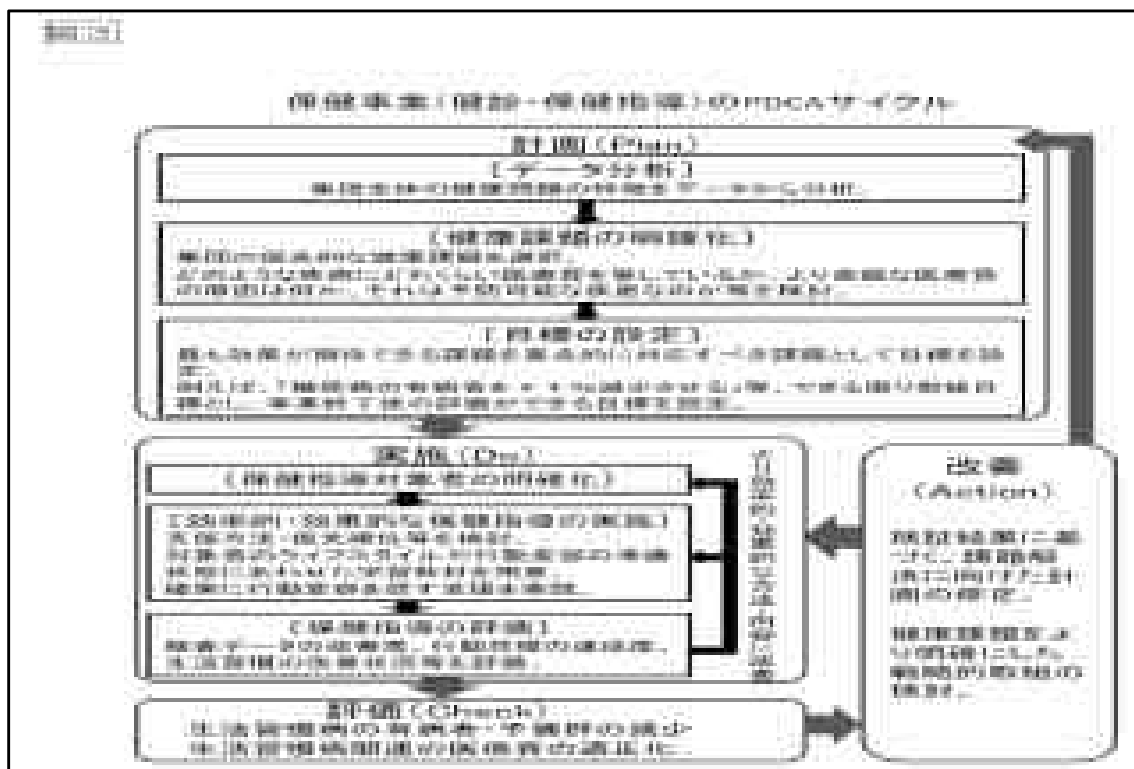
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康関連事業等推進法 及び 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業の実施方針）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民の健康の向上を図るための必要な施策を定めるための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年4月 特定健康診査及び特定健康診断の受検かつ有効な結果をもたらすための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年4月 「国民健康保険法に基づく健康事業の実施等を指し示す一部の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に必要経路給付の円滑な実施を確するのための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療費適正化に関する取組策について基本指針【全改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県・義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とし、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す。その結果、 社会生活制度が維持可能 なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組みこも目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患の 生活習慣病の予防 を主眼とし、健康寿命を延ばすことができれば、重症患者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の重症を予防 し、入院医療を減らすことができる。この際、市民の生活の質の維持および向上を図りながら 医療への負担を抑制 を実現することを目指す。 特定健康診査は、 健康寿命の生活習慣病の発症や重症化を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着目し、生活習慣を改善するための特定健康指導を必要とするため、約制に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 自主的な健康増進及び医療予防の取り組み について、 地域住民との連携の中心 となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ公平な保健事業を展開することを目指すのである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 財政負担軽減 化が図られることは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態になるなどの 予防 又は、要介護状態等の軽減もしくは 重症化防止 を理念としている。	国民健康保険を堅持 し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が増大しないようしていくとともに、 医療にかかっている医療費を効果的に削減する仕組み を整備して、医療費の抑制を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において残れぬない医療の提供 を実現し、良質な医療サービスを提供するとともに、 医療にかかっている医療費を効果的に削減する仕組み を整備して、医療費の抑制を図っていく。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青少年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	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 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	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 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性視網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 結核菌の感染症、梅毒症 骨髄・骨腫瘍症 パーキンソン病関連症 脊髄小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靱帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	○医療費適正化の取組 外米 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定診療・特定医療機関の実施率の向上 ③かかりつけ医・専門職の減少 ④医療費適正化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進
評価	※53項目中 特定健診に関連する項目15項目 ①臨床指標等・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症）より64時間継続尿蛋白排泄量 ③治療開始後の割合 ④血糖コントロール良好率におけるコントロール良好率 ⑤糖尿病併存疾患 ⑥特定健診・特定健康診断の実施率 ⑦特定健康診査・特定健康診断の実施率 ⑧満足度⑨行動実践度 ⑩適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ⑪適切な科と医師の専攻をとも ⑫担当医に対する依存関係 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定健康診査実施率	健診・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 ⑴生活習慣の状況（生活習慣の改善率） ⑵食事生活 ⑶日常生活における歩数 ⑷アルコール摂取量 ⑸喫煙 ⑹ 健康診断受診の受診率 ⑺特定健康診査 ⑻特定健康診断の実施率 ⑼健診結果の変化 ⑽生活習慣病の有病率・予測値 ⑾医療費等 ⑿医療費 ⑿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 外米 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定診療・特定医療機関の実施率の向上 ③かかりつけ医・専門職の減少 ④医療費適正化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5病種・5事業 ②在宅医療連携体制 ③地域の資源に依拠して
その他		保険者努力支援制度 〔保険者努力支援制度〕を減額し、保険料率決定	保健事業支援・評価委員会（事務局：国民健康協会）による計画作成支援	保険者協議会（事務局：国民健康協会）を通じて、保険者との連携		

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における佐賀県医療費適正化計画や佐賀県医療計画とが2018年度から2023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2018年度から2023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

吉野ヶ里町においては、保健課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康づくり系の保健師等の専門職と連携をして、町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、保健課（保健課健康づくり係、後期高齢者医療係）、福祉課（福祉係（介護・生活保護等）、地域包括支援センター）、企画課、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、吉野ヶ里町国保は、計画素案について事業評価委員会に提出し、国保連の技術支援のみでなく、佐賀県国民健康保険課や健康増進課からも助言を受け連携に努める。

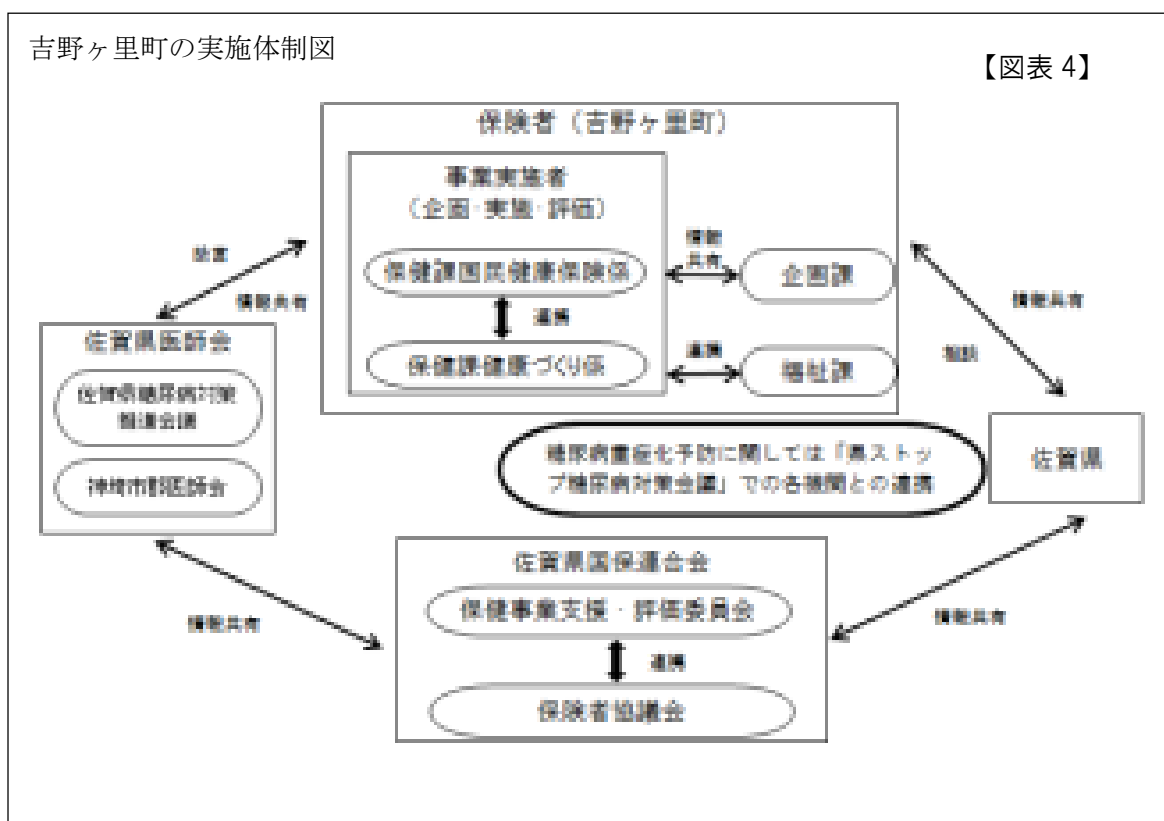
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

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



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
評価指標					
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額 (万円)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15			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)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 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	20			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	15			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
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

吉野ヶ里町は、平成28年度人口16,294人、高齢化率20%、国保加入率18.5%、被保険者数3,013人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数1,392人、46.2%）

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、死因別に心臓病・腎不全による死亡割合は増加しており、脳疾患による死亡割合は減少していた。しかしながら、同規模より多い項目は腎不全とがんである。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は増加していたが、40～64歳の2号認定率の変化はなかった。介護給付費は一件当たり介護給付費が減少しており、これに伴い、全体の給付費も減少していた。また、死亡についてがんの割合が増加しており、医療による入院が増加しているのではと推測された。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。一方で、人工透析の増加、C型肝炎新薬治療による外来医療費の高騰による影響も考えられるため、今後も傾向の確認が必要である。また、特定健診受診率が伸び悩んでいるため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（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）

介護給付の変化について、28年度の介護給付費は、同規模平均同様、1件当たり介護給付費が減少し、施設サービス費が減少し、居宅サービスが増えていることがわかった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	吉野ヶ里町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1 件当たり給付費			1 件当たり給付費		
		(全体)	居宅サｰビス	施設サｰビス	(全体)	居宅サｰビス	施設サｰビス
H25年度	8億6,800万円	63,354	46,602	289,470	67,974	42,036	282,141
H28年度	↓8億6,094万円	↓56,237	42,235	↓269,788	67,101	41,922	276,064
		総件数	居宅サｰビス	施設サｰビス			
	H25年度	13,701	12,756	945			
	H28年度	↑15,309	14,367	↓942			

② 医療費の状況（図表 7）・（図表 8）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると吉野ヶ里町は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。しかしながら、人工透析の増加、C型肝炎新薬治療（医療費の 5.2%に上る）が外来医療費の増加につながっている。C型肝炎新薬治療は平成 26 年度途中から開始され、平成 27 年には総医療費の 7.2%を占め、人工透析の医療費を上回っていた。平成 28 年度は 5.2%に減少し、佐賀県の平均も全国並みになっていることから、今後数年で減少するものと思われる。

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)に係る医療費計では、減少しているが疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、国に比較すると低くなっている。

医療費の変化

【図表 7】

項目			全体				入院				入院外			
			費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
					町	同規模			町	同規模			町	同規模
1	総医療費 (万円)	H25年度	12億0,597万円			5億5,677万円				6億4,920万円				
		H28年度	12億7,810万円	7,213万円	6.0%	△ 6.9%	5億5,307万円	△ 370万円	△ 0.7%	△ 8.2%	7億2,503万円	7,582万円	11.7%	△ 5.9%
2	一人当たり 医療費(円)	H25年度	29,737円			13,729円				16,008円				
		H28年度	34,118円	4,381円	14.7%	8.3%	14,764円	1,035円	7.5%	6.7%	19,354円	3,346円	20.9%	9.5%

※KDBの一人当たり医療費は、月平均での表示となる。

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)【図表 8】

同規模区分	市町村名	総医療費	一人当たり医療費			中長期的目標疾患				短期的目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨格系疾患	C型肝炎
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞	狭心症								
								脳出血	心筋梗塞								
11	H25 吉野ヶ里町	12億0,597万円	29,737	10	8	5.56%	0.42%	2.43%	1.46%	4.75%	4.76%	3.17%	271,858,500	22.54%	10.73%	15.73%	1.79%
	H28	12億7,810万円	34,118	4	3	6.81%	0.06%	1.87%	0.70%	4.60%	3.45%	2.68%	257,881,330	20.18%	12.35%	12.40%	5.24%
	H28 佐賀県	746億1,405万円	29,593	—	—	6.19%	0.27%	2.30%	1.02%	4.74%	4.39%	2.88%	16,482,147,040	22.09%	12.03%	13.08%	1.91%
	H28 国	9兆6879億6826万円	24,245	—	—	5.40%	0.35%	0.66%	1.67%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	1.17%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

出典：KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

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

③ 中長期的な疾患（図表 9）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較し、割合の低いほうに印をつけてみると、人工透析と虚血性心疾患を合併している者が増加していた。また、高血圧、糖尿病、脂質異常症のほとんどすべてで増加しており、様々な基礎疾患から重症化した結果虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析が増加していることが分かる。

【図表 9】

厚生労働省 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標							
			虚血性心疾患			脳血管疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	3,390	149	4.4%	34	22.8%	4	2.7%	113	75.8%	62	41.6%	89	59.7%		
	64歳以下	2,200	38	1.7%	11	28.9%	3	7.9%	31	81.6%	15	39.5%	20	52.6%		
	65歳以上	1,190	111	9.3%	23	20.7%	1	0.9%	82	73.9%	47	42.3%	69	62.2%		
H28	全体	3,202	158	4.9%	29	18.4%	7	4.4%	126	79.7%	70	44.3%	95	60.1%		
	64歳以下	1,820	32	1.8%	6	18.8%	3	9.4%	25	78.1%	16	50.0%	18	56.3%		
	65歳以上	1,382	126	9.1%	23	18.3%	4	3.2%	101	80.2%	54	42.9%	77	61.1%		

厚生労働省 様式3-6			中長期的な目標							短期的な目標							
			脳血管疾患														
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	3,390	128	3.8%	34	26.6%	1	0.8%	90	70.3%	55	43.0%	75	58.6%			
	64歳以下	2,200	38	1.7%	11	28.9%	1	2.6%	25	65.8%	14	36.8%	17	44.7%			
	65歳以上	1,190	90	7.6%	23	25.6%	0	0.0%	65	72.2%	41	45.6%	58	64.4%			
H28	全体	3,202	118	3.7%	29	24.6%	0	0.0%	89	75.4%	56	47.5%	66	55.9%			
	64歳以下	1,820	23	1.3%	6	26.1%	0	0.0%	15	65.2%	9	39.1%	9	39.1%			
	65歳以上	1,382	95	6.9%	23	24.2%	0	0.0%	74	77.9%	47	49.5%	57	60.0%			

厚生労働省 様式3-7			中長期的な目標								短期的な目標					
			人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	3,390	11	0.3%	1	9.1%	4	36.4%	9	81.8%	6	54.5%	3	27.3%		
	64歳以下	2,200	9	0.4%	1	11.1%	3	33.3%	7	77.8%	4	44.4%	2	22.2%		
	65歳以上	1,190	2	0.2%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%		
H28	全体	3,202	12	0.4%	0	0.0%	7	58.3%	11	91.7%	7	58.3%	4	33.3%		
	64歳以下	1,820	5	0.3%	0	0.0%	3	60.0%	5	100.0%	3	60.0%	1	20.0%		
	65歳以上	1,382	7	0.5%	0	0.0%	4	57.1%	6	85.7%	4	57.1%	3	42.9%		

(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)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表10】

厚生労働省 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標																			
			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			
		被保険者数	人数	割合	インスリン療法		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	3,390	361	10.6%	39	10.8%	232	64.3%	215	59.6%	62	17.2%	55	15.2%	6	1.7%	19	5.3%												
	64歳以下	2,200	120	5.5%	15	12.5%	65	54.2%	67	55.8%	15	12.5%	14	11.7%	4	3.3%	6	5.0%												
	65歳以上	1,190	241	20.3%	24	10.0%	167	69.3%	148	61.4%	47	19.5%	41	17.0%	2	0.8%	13	5.4%												
H28	全体	3,202	401	12.5%	37	9.2%	263	65.6%	240	59.9%	70	17.5%	56	14.0%	7	1.7%	19	4.7%												
	64歳以下	1,820	104	5.7%	9	8.7%	57	54.8%	55	52.9%	16	15.4%	9	8.7%	3	2.9%	2	1.9%												
	65歳以上	1,382	297	21.5%	28	9.4%	206	69.4%	185	62.3%	54	18.2%	47	15.8%	4	1.3%	17	5.7%												

厚生労働省 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標							
			高血圧													
			被保険者数		人数		割合		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患	
H25	全体	3,390	694	20.5%	232	33.4%	353	50.9%	113	16.3%	90	13.0%	9	1.3%		
	64歳以下	2,200	223	10.1%	65	29.1%	99	44.4%	31	13.9%	25	11.2%	7	3.1%		
	65歳以上	1,190	471	39.6%	167	35.5%	254	53.9%	82	17.4%	65	13.8%	2	0.4%		
H28	全体	3,202	697	21.8%	263	37.7%	359	51.5%	126	18.1%	89	12.8%	11	1.6%		
	64歳以下	1,820	163	9.0%	57	35.0%	66	40.5%	25	15.3%	15	9.2%	5	3.1%		
	65歳以上	1,382	534	38.6%	206	38.6%	293	54.9%	101	18.9%	74	13.9%	6	1.1%		

厚生労働省 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標									
			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	
H25	全体	3,390	557	16.4%	215	38.6%	353	63.4%	89	16.0%	75	13.5%	3	0.5%				
	64歳以下	2,200	188	8.5%	67	35.6%	99	52.7%	20	10.6%	17	9.0%	2	1.1%				
	65歳以上	1,190	369	31.0%	148	40.1%	254	68.8%	69	18.7%	58	15.7%	1	0.3%				
H28	全体	3,202	580	18.1%	240	41.4%	359	61.9%	95	16.4%	66	11.4%	4	0.7%				
	64歳以下	1,820	145	8.0%	55	37.9%	66	45.5%	18	12.4%	9	6.2%	1	0.7%				
	65歳以上	1,382	435	31.5%	185	42.5%	293	67.4%	77	17.7%	57	13.1%	3	0.7%				

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにHbA1cの有所見者が増加していることがわかった。男性のメタボリックシンドローム予備群・該当者、女性の予備群では微増傾向にあることから、内臓脂肪の蓄積による影響が推測される。

糖尿病治療ガイドでは、「2型糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝因子に、過食（とくに高脂肪食）、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子及び加齢が加わり発症する。」とされており、前述の環境要因を取り除くような生活習慣の見直しへの援助が必要と思われる。

女性ではBMI 25以上の者が減少し、検査結果についても保健指導勧奨値以上の者が減少している項目が多い。

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6-2-4-11）

【図表 11】

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		HDL-C		HDL-C		HDL-C		HDL-C		HDL-C		HDL-C		HDL-C		HDL-C	
		2000以上		90以上		150以上		110以上		100以上		100以上		100以上		100以上		100以上		100以上		100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
男性	合計	118	39.4	32	8.1	88	22.2	9	2.3	59	14.9	20	5.1	83	21.0	10	2.5	7	1.8	48	12.1	18	4.5
	40-64	124	26.7	7	5.6	38	30.6	6	4.8	20	16.1	12	9.7	20	16.1	0	0.0	6	4.8	12	9.7	2	1.6
	65-74	272	50.3	25	9.2	50	18.4	3	1.1	39	14.3	8	2.9	63	23.2	10	3.7	1	0.4	36	13.2	16	5.9
	H25	439	43.8	38	8.7	93	21.2	8	1.8	58	13.2	27	6.2	102	23.2	13	3.0	7	1.6	49	11.2	33	7.5
女性	合計	117	20.4	11	1.8	13	1.1	14	1.4	14	1.4	14	1.4	14	1.4	14	1.4	14	1.4	14	1.4	14	1.4
	40-64	49	20.0	0	0.0	13	1.0	13	1.0	13	1.0	13	1.0	13	1.0	13	1.0	13	1.0	13	1.0	13	1.0
	65-74	71	10.0	7	9.9	10	1.4	10	1.4	10	1.4	10	1.4	10	1.4	10	1.4	10	1.4	10	1.4	10	1.4
	H25	103	10.1	10	1.0	10	1.0	10	1.0	10	1.0	10	1.0	10	1.0	10	1.0	10	1.0	10	1.0	10	1.0
H28	合計	33	20.4	2	6.1	3	9.1	3	9.1	3	9.1	3	9.1	3	9.1	3	9.1	3	9.1	3	9.1	3	9.1
	40-64	123	31.5	15	12.2	29	23.6	3	2.4	12	9.8	14	11.4	24	19.5	2	1.6	3	2.4	13	10.6	6	4.9
	65-74	316	51.5	23	7.3	64	20.3	5	1.6	46	14.6	13	4.1	78	24.7	11	3.5	4	1.3	36	11.4	27	8.5

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）

★N0.24（概要）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	396	39.4	32	8.1	88	22.2	9	2.3	59	14.9	20	5.1	83	21.0	10	2.5	7	1.8	48	12.1	18	4.5
	40-64	124	26.7	7	5.6	38	30.6	6	4.8	20	16.1	12	9.7	20	16.1	0	0.0	6	4.8	12	9.7	2	1.6
	65-74	272	50.3	25	9.2	50	18.4	3	1.1	39	14.3	8	2.9	63	23.2	10	3.7	1	0.4	36	13.2	16	5.9
H28	合計	439	43.8	38	8.7	93	21.2	8	1.8	58	13.2	27	6.2	102	23.2	13	3.0	7	1.6	49	11.2	33	7.5
	40-64	123	31.5	15	12.2	29	23.6	3	2.4	12	9.8	14	11.4	24	19.5	2	1.6	3	2.4	13	10.6	6	4.9
	65-74	316	51.5	23	7.3	64	20.3	5	1.6	46	14.6	13	4.1	78	24.7	11	3.5	4	1.3	36	11.4	27	8.5

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	573	48.5	17	3.0	44	7.7	4	0.7	26	4.5	14	2.4	53	9.2	7	1.2	2	0.3	26	4.5	18	3.1
	40-64	200	38.0	6	3.0	16	8.0	3	1.5	8	4.0	5	2.5	16	8.0	2	1.0	2	1.0	7	3.5	5	2.5
	65-74	373	56.9	11	2.9	28	7.5	1	0.3	18	4.8	9	2.4	37	9.9	5	1.3	0	0.0	19	5.1	13	3.5
H28	合計	550	49.2	16	2.9	41	7.5	3	0.5	22	4.0	16	2.9	42	7.6	10	1.8	3	0.5	18	3.3	11	2.0
	40-64	157	37.5	8	5.1	11	7.0	0	0.0	3	1.9	8	5.1	5	3.2	2	1.3	0	0.0	3	1.9	0	0.0
	65-74	393	56.3	8	2.0	30	7.6	3	0.8	19	4.8	8	2.0	37	9.4	8	2.0	3	0.8	15	3.8	11	2.8

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに上昇しているが重症化を予防していくためには、特定健診受診率のさらなる向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								吉野ヶ里町	同規模平均
H25年度	2,185	969	43.7%	38位	113	41	36.3%	51.4%	51.1%
H28年度	2,115	989	46.6% ↑	38位	121	82	67.8% ↑	53.9%	51.3%

※法定報告、KDBデータによる

2) 第1期に係る考察

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

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制、心臓病・脳血管疾患の死亡や医療費割合の低下などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、平成26年以降C型肝炎新薬による医療費増加の影響が強くあり今後の傾向を確認する必要がある。

また介護認定率の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。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）

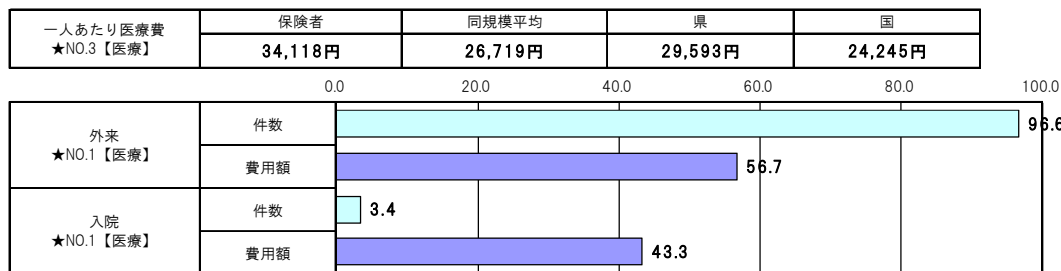
吉野ヶ里町の入院件数は3.4%で、費用額全体の43.3%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【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）

生活習慣病は自覚のないまま症状が悪化する。特に人工透析は高額で長期化する疾患であり、患者にとってもQOLを著しく損なうものであるため保健事業の重点的な疾患として取り組んでいく。

【図表14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

国民健康保険の負担額が大きい疾患、将来的に国民健康保険の負担が増大すると思われる疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省課別	対象レセプト (2018年度)	全件	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (care)	高額になる疾患 (月80万円以上レセプト)	人数	114人	8人	2人
		件数	211件	13件	2件
様式2-1 ★NO.11 (care)	高額入院 (8か月以上の入院)	人数	38人	3人	6人
		件数	338件	36件	54件
様式2-2 ★NO.12 (care)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	193件	17件	101件
		費用額	6700万円	742万円	4962万円
			8.8%	3.2%	21.8%

※糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、糖尿病の合併症の割合が最も高いと推定

厚労省課別	対象レセプト (2018年度診療分)	全件	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~15 (標準)	生活習慣病の治療者数 集約割合	1,297人	118人	158人	19人
			9.1%	12.2%	1.5%
		の 通 常 な 疾 患	89人	128人	15人
			75.6%	79.7%	78.9%
			56人	70人	19人
			47.5%	44.2%	100.0%
		の 通 常 な 疾 患	64人	95人	14人
			53.5%	60.1%	73.7%
		697人	401人	589人	98人
		53.7%	30.9%	44.7%	7.4%

○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）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが91.1%であり、筋・骨格疾患の87.3%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低いもののほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

国・公 民 区 分 ★90.47	性別区分		2号		1号						合計		
	年齢		45～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	総数		5,262人		1,564人		1,466人		8,292人		8,634人		
	認定者数		16人		70人		684人		664人		664人		
	認定率		0.31%		4.4%		35.9%		20.1%		7.7%		
	新規認定者数（人）		2人		20人		76人		96人		98人		
	介護度 別人数	要介護1・2		1	10.0%	27	38.6%	204	34.3%	231	33.3%	232	34.3%
要介護3・4		8	50.0%	29	41.4%	322	53.0%	351	53.4%	359	53.0%		
要介護5～6		1	10.0%	14	20.0%	156	27.1%	172	25.3%	173	26.1%		
合計		10	100.0%	70	100.0%	684	100.0%	664	100.0%	664	100.0%		
国・公 民 区 分 ★90.48	性別区分		2号		1号						合計		
	年齢		45～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	総数		10		70		684		664		664		
	（男）認定・依頼		5		59		684		623		628		
	介護度 別人数	疾患	種別	疾患		疾患		疾患		疾患		疾患	
				疾患		疾患		疾患		疾患			
		循環器疾患	1	脳卒中	3	脳卒中	21	脳卒中	362	脳卒中	373	脳卒中	373
					30.0%		28.6%		44.7%		42.8%		42.8%
			2	虚血性心疾患	1	虚血性心疾患	15	虚血性心疾患	220	虚血性心疾患	236	虚血性心疾患	236
					10.0%		21.4%		32.0%		37.3%		37.3%
		合併症	3	腎不全	0	腎不全	2	腎不全	71	腎不全	74	腎不全	74
					0.0%		2.9%		10.4%		11.8%		11.8%
		合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	2	糖尿病合併症	54	糖尿病合併症	56	糖尿病合併症	56
					0.0%		2.9%		7.9%		8.6%		8.6%
		高血圧疾患		4		48		497		548		549	
		高血圧疾患		4		48		497		548		549	
		高血圧疾患		4		48		497		548		549	
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
高血圧疾患		4		48		497		548		549			
								</					

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、糖尿病性腎症等の重症化した疾患を併発する。

吉野ヶ里町においては、男女ともに予備群が多く、男性の健診結果の有所見状況ではBMI・腹囲、HbA1cの割合が高く、女性でもHbA1cの割合が高い。これは、内臓脂肪の蓄積に加え、遺伝的要因や食習慣の偏り等によりインスリン作用不足を起こしているのではと推測される。

【図表 16】

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)

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
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	
佐賀県 保険者	7,290 29.7		12,460 50.7		6,294 25.6		4,816 19.6		2,016 8.2		8,174 33.2		16,759 68.2		4,858 19.8		10,321 42.0		4,405 17.9		11,243 45.7		480 2.0	
	合計	147 33.5	233 53.1	116 26.4	83 18.9	37 8.4	97 22.1	323 73.6	112 25.5	180 41.0	73 16.6	235 53.5	7 1.6											
	40-64	55 44.7	68 55.3	46 37.4	34 27.6	16 13.0	17 13.8	88 71.5	29 23.6	34 27.6	29 23.6	66 53.7	2 1.6											
	65-74	92 29.1	165 52.2	70 22.2	49 15.5	21 6.6	80 25.3	235 74.4	83 26.3	146 46.2	44 13.9	169 53.5	5 1.6											

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
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	
佐賀県 保険者	6,647 21.5		6,381 20.7		4,257 13.8		2,680 8.7		534 1.7		6,561 21.2		22,789 73.8		737 2.4		11,017 35.7		3,251 10.5		17,585 56.9		81 0.3	
	合計	105 19.1	99 18.0	80 14.5	47 8.5	14 2.5	80 14.5	438 79.6	9 1.6	177 32.2	46 8.4	339 61.6	0 0.0											
	40-64	32 20.4	24 15.3	20 12.7	18 11.5	3 1.9	16 10.2	113 72.0	1 0.6	32 20.4	12 7.6	103 65.6	0 0.0											
	65-74	73 18.6	75 19.1	60 15.3	29 7.4	11 2.8	64 16.3	325 82.7	8 2.0	145 36.9	34 8.7	236 60.1	0 0.0											

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

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)

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,054	27.1%								
佐賀県																							
保険者	合計	439	43.8	38	8.7%	93	21.2%	8	1.8%	58	13.2%	27	6.2%	102	23.2%	13	3.0%	7	1.6%	49	11.2%	33	7.5%
	40-64	123	31.5	15	12.2%	29	23.6%	3	2.4%	12	9.8%	14	11.4%	24	19.5%	2	1.6%	3	2.4%	13	10.6%	6	4.9%
	65-74	316	51.5	23	7.3%	64	20.3%	5	1.6%	46	14.6%	13	4.1%	78	24.7%	11	3.5%	4	1.3%	36	11.4%	27	8.5%

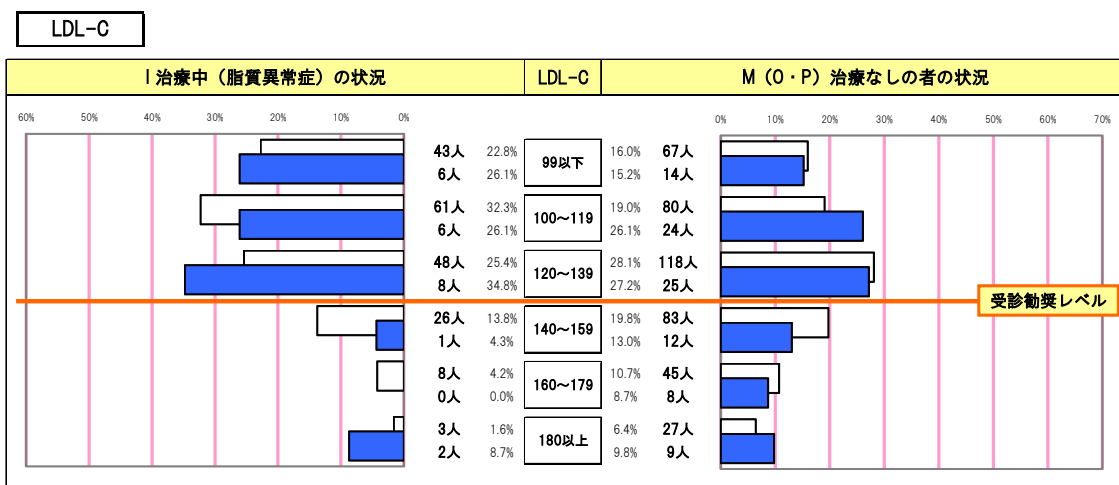
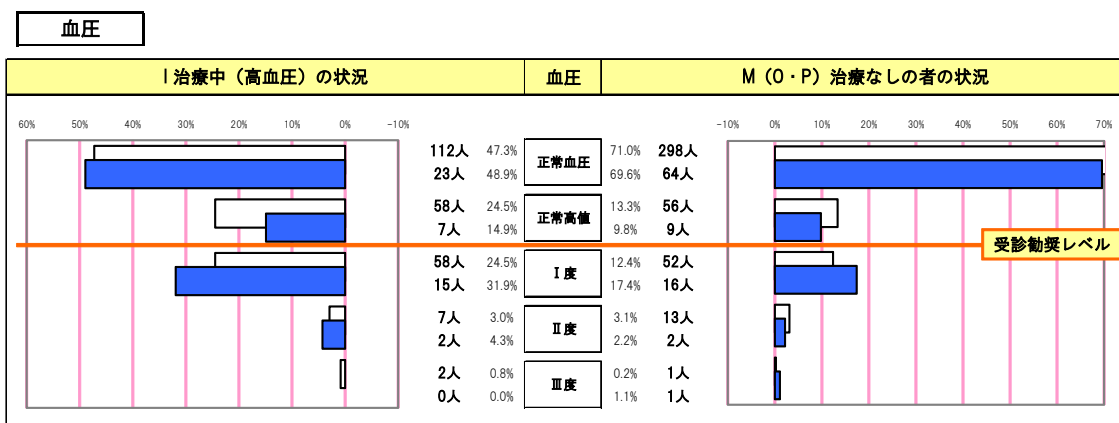
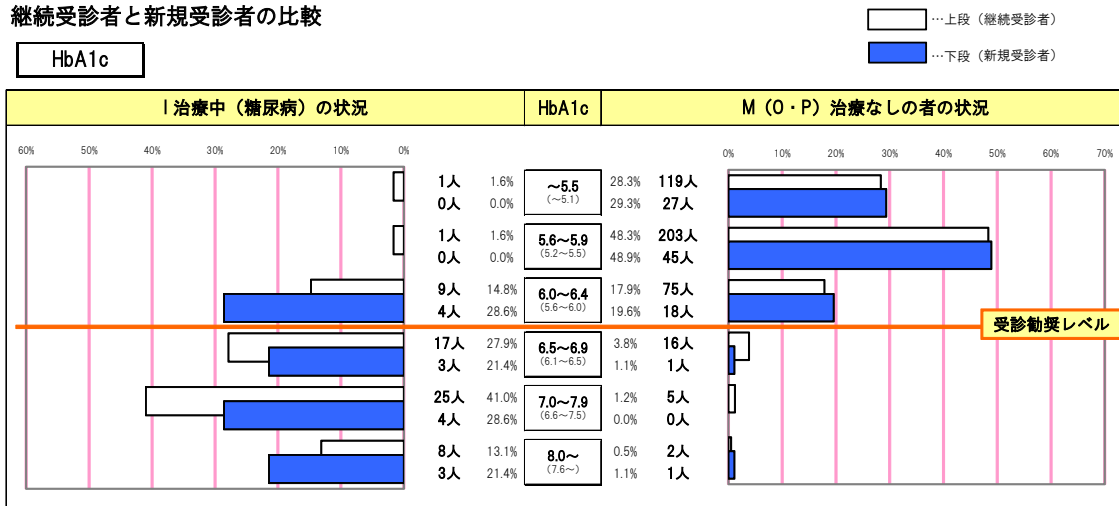
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		4,531,499	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4%								
佐賀県																							
保険者	合計	550	49.2	16	2.9%	41	7.5%	3	0.5%	22	4.0%	16	2.9%	42	7.6%	10	1.8%	3	0.5%	18	3.3%	11	2.0%
	40-64	157	37.5	8	5.1%	11	7.0%	0	0.0%	3	1.9%	8	5.1%	5	3.2%	2	1.3%	0	0.0%	3	1.9%	0	0.0%
	65-74	393	56.3	8	2.0%	30	7.6%	3	0.8%	19	4.8%	8	2.0%	37	9.4%	8	2.0%	3	0.8%	15	3.8%	11	2.8%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

継続受診者が 7 割以上を占めるが、新規受診者の中に重症化予防対象者が含まれている。また、受診率が上がるとともに、治療中の重症化予防対象者も増えてきており、医療機関と連携した取り組みが今後ますます必要となってくる。

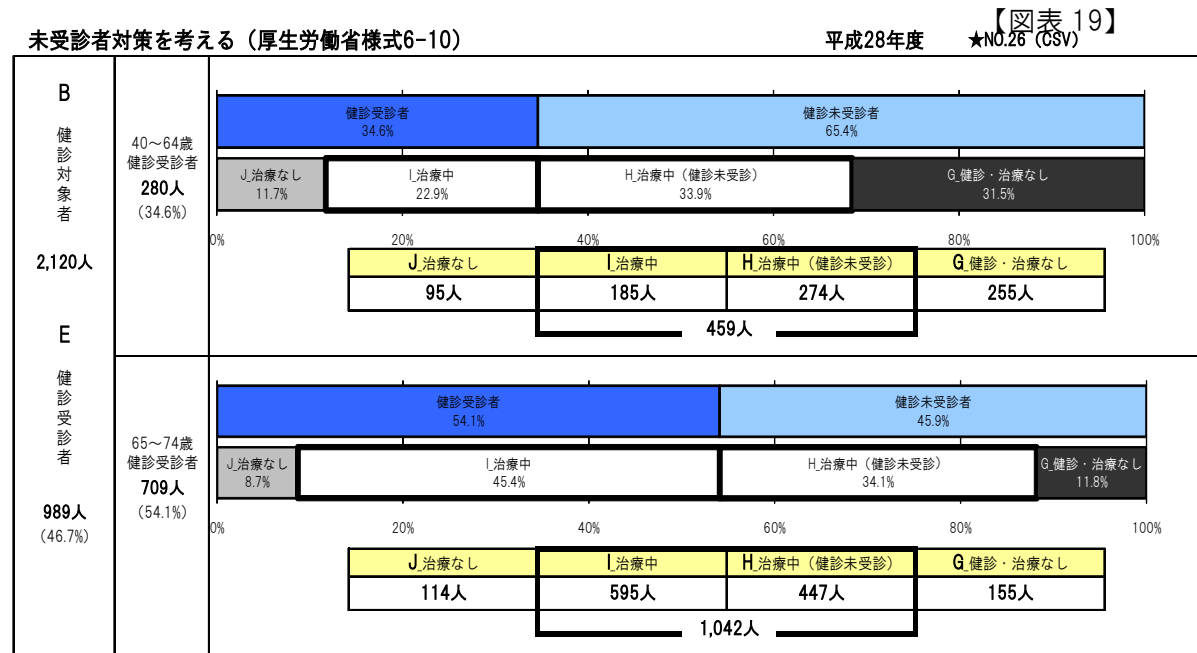
【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

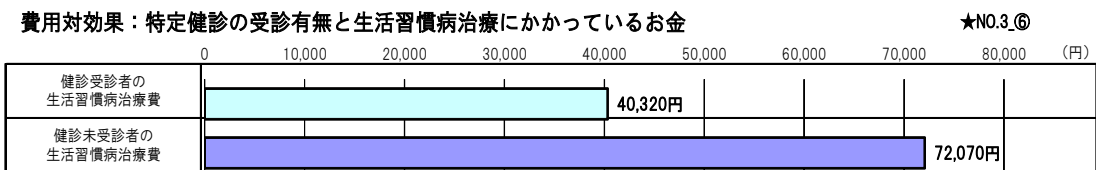


4) 未受診者の把握（図表 19）

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歳の割合が31.5%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。



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



※KDB：医療費分析（健診有無別）1人当たり医科入院+医科外来点数より

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、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。2023 年度には 2018 年度と比較して、腎疾患（透析）・脳血管疾患の医療費が総医療費に占める割合を現状から 10%減少させることを目標にし、虚血性心疾患の総医療費に占める割合は現状維持を目標とする。また、3 年後の 2020 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と考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、吉野ヶ里町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率と人工透析の伸び率を 2023 年度に国並みとすることを目指す。

② 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくこと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（2018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】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	47%	50%	53%	56%	59%	60%
特定保健指導実施率	60%	62%	64%	66%	68%	70%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	2,360人	2,360人	2,360人	2,360人	2,360人	2,360人
	受診者数	1,109人	1,180人	1,250人	1,321人	1,392人	1,416人
特定保健指導	対象者数	130人	139人	147人	155人	164人	167人
	終了者数	78人	86人	94人	102人	111人	116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佐賀市国保が集合契約を行う。

- 集団健診
 - ・ 東脊振健康福祉保健センター、三田川健康福祉センター
 - ・ 毎日健診 佐賀県健康づくり財団
- 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、健診案内送付時にリストを同封するとともに町のホームページに掲載する。(参照)URL : <http://www.town.yoshinogari.saga.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

4月から翌年2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、佐賀県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

各年度特定健診対象者に、受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知する。(保険者年間実施スケジュール参照)(図表 22) 通知内容は、受診券、問診票、特定健診実施機関一覧表、健診受診案内です。

また、5月・7月の健診にて大半が健診を受診することから、9月初めに健診未受診者へ受診勧奨案内を送付するとともに、訪問による受診勧奨を行う。

現行の受診券発券・健診実施スケジュール 【図表 22】

	4月	5月	7月	9月	10月	2月
受診券作成	受診券発行	4月1日遡及者、 年度内資格取得者 翌月受診券発行				12月手続き 者まで送付
健診実施	個別健診 毎日健診 ヘルスサポート	国保のみの 集団健診	他集団 健診		他集団 健診	
受診勧奨				未受診者への受診勧奨案内送付 と訪問による勧奨		

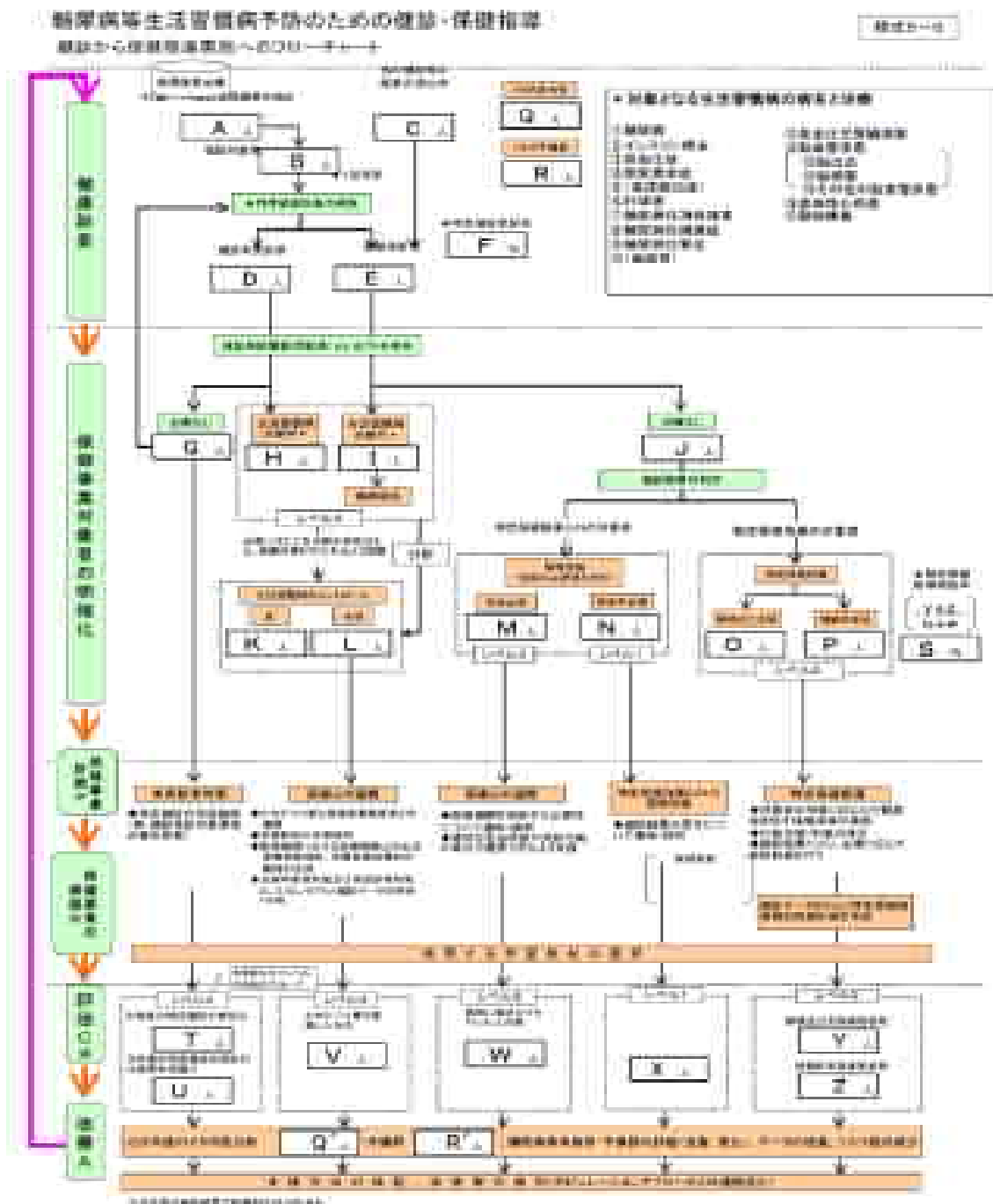
5. 特定保健指導の実施

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 23)

【図表 23】



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 24）

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 2023 年度	2023 年度 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	167 人 (11.8%)	70%
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	278 人 (19.7%)	HbA1c6.5(NGSP 値) 以上、 高血圧Ⅲ度、高血 圧Ⅱ度高リスク 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）	944 人 ※受診率目標 達成までにあ と 355 人	前年度受診者の内 当年度未受診者 90%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	334 人 (23.6%)	5 月集団健診結果 説明会利用率 80%維持
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	637 人 (45.0%)	現在医療機関と の連携が十分に行 えていない状態な ため、今後連携を 強化していく。 また、治療中断 者対策も行ってい く。

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク（特に HbA1c・血糖、LDL、
血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導を実施します。

目標に向かっての進捗状況管理とP D C A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 25)

【図表 25】



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吉野ヶ里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、吉野ヶ里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る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）及び佐賀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26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 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	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 受 診 勧 奨	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 保 健 指 導	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 評 価 報 告	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	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佐賀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「糖尿病治療ガイドの糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係」を基盤とする。(図表 27)【図表 27】

特に「eGFR が 30～59mL/分/1.73 m² (ステージ G3a・b) は中等度低下とされ、腎不全への進行と心血管疾患の抑制のために慎重な管理が必要である。」「腎症進展の予防には、肥満是正、禁煙とともに、厳格な血糖、血圧、脂質の管理がもっとも重要であり、早期の介入によって寛解も期待できる」とあるため、予防の観点からの対象者はこの時期であるが、重症化を予防するためにはそれ以降の対象者への指導等も取り組んでいく必要がある。

糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	
尿アルブミン定量		正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30～299	300以上	
(尿蛋白/Cr比) (g/gCr)				(0.50以上)	
		尿蛋白定性検査			
		(－)	(±)	(＋) 以上	
GFR 区分	未実施		第1期 (腎症前期)	第2期 (早期腎症期)	第3期 (顕性腎症期)
	G1	≥90			
	G2	60～89			
	G3a	45～59			
	G3b	30～44	第4期 (腎不全期)		
	G4	15～29			
	G5	>15			
	透析療法中		第5期 (透析療法期)		

【参照】糖尿病治療ガイド2016-2017

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

吉野ヶ里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。

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 28）

吉野ヶ里町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は37人（26.8%・F）であった。また40～74歳における糖尿病治療者357人中のうち、特定健診受診者が101人（28.3%・G）であったが、1人（1%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者256人（71.7%・I）のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者71人中6人は治療中断であることが分かった。また、65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 28 より吉野ヶ里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】

- ア. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・37人
- イ. 糖尿病治療中であったが中断者（オ・キ）・・・7人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

- ア. 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）・・・100人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

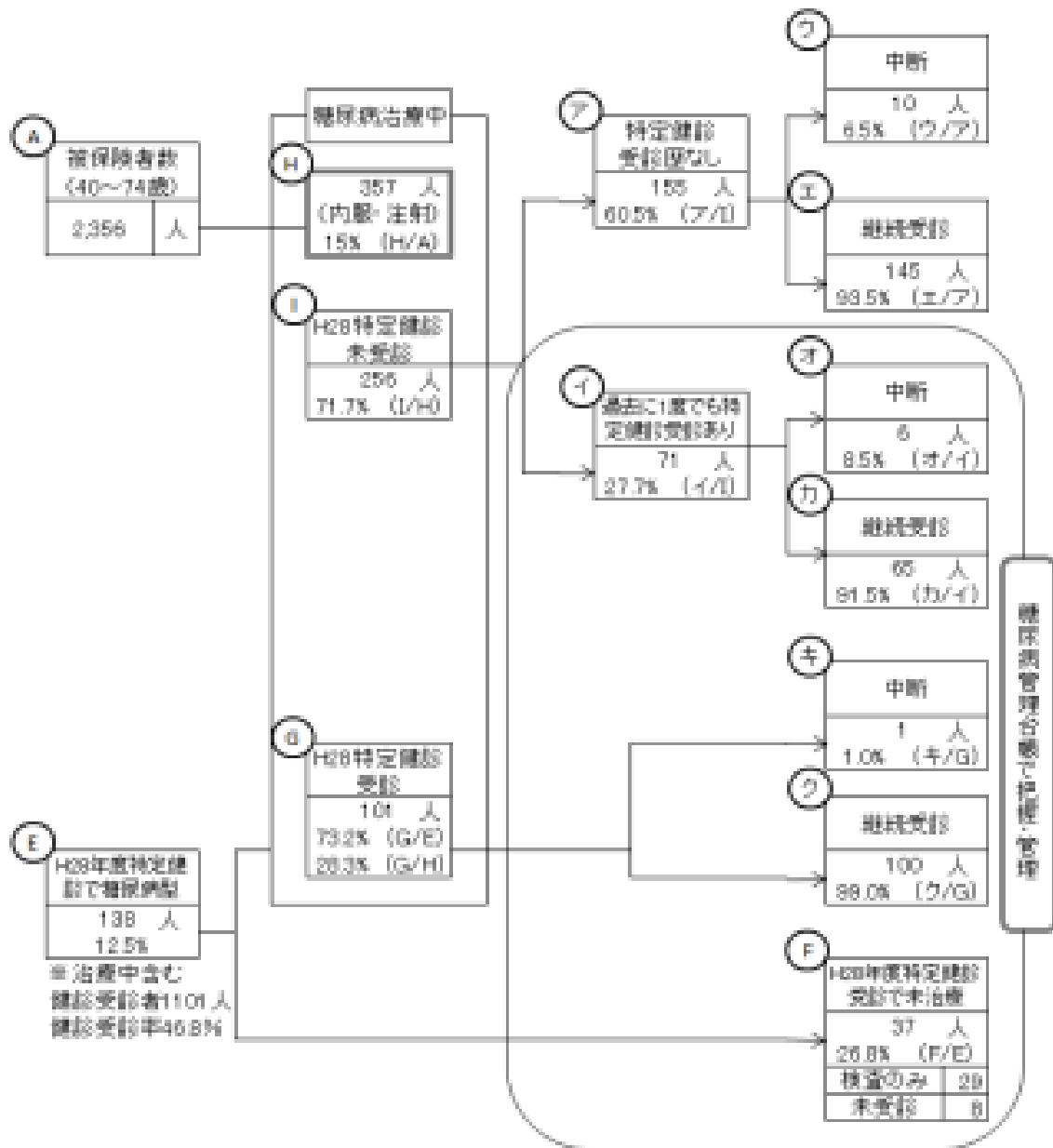
【保健指導】

- ア. 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・65人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

吉野ヶ里町

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突き合)



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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

(HbA1c ・ 血圧 ・ 体重 ・ eGFR ・ 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

ア) 治療状況の把握

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

- ④ 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

- ⑤ 担当地区の対象者数の把握

ア) 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・・○人

イ) 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・○人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。吉野ヶ里町においては、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 29)

【図表 29】

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
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 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? 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)
食事療法・運動療法の必要性 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 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 ○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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6.0%未満	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
薬物療法 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 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 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 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど? 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? 薬が必要になった人の保健指導 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) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、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佐賀県プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 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 5 ml/1.73 m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化
- ウ. 医療機関との連携状況による改善率

8) 実施期間及びスケジュール

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。吉野ヶ里町において健診受診者 1,049 人のうち心電図検査実施者は 976 人(93%)であり、そのうち ST 所見があったのは 76 人であった(図表 30)。ST 所見あり 76 人中のうち 9 人は要精査であり、その後の受診をされていた(図表 31)。所見のある者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今後も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 67 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。

吉野ヶ里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く、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(a/b)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1,049人	45.6%	976人	93.0%	76人	7.8%	306人	31.4%	594人	60.9%

※受診率は速報値を記載。健診受診者

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表31】

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)	(a/b)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(a/d)(%)
76人	7.8%	8人	11.8%	8人	100%	0人	—

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 32 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32】

平成28年度実施		受診者	心電図検査結果				異常なし
			正常	ST所見あり	その他の所見	異常なし	
		1,049	76	206	594	15	7.0%
			7.2%	20.2%	56.6%	0.4%	7.0%
メタボリックシンドローム		155	11	46	82	16	16.3%
			7.1%	29.7%	52.9%	10.3%	16.3%
メタボ予備群		135	8	44	74	9	8.7%
			5.9%	32.6%	54.8%	6.7%	8.7%
メタボなし		759	57	215	438	49	6.0%
			7.5%	28.3%	57.7%	6.5%	6.0%
LDL-C	140-159	135	8	40	78	12	8.7%
			5.9%	29.6%	57.8%	8.7%	8.7%
	160-179	63	8	19	33	2	12.7%
			12.7%	30.2%	52.4%	3.7%	12.7%
	180-	34	4	12	10	2	5.9%
			11.8%	35.3%	47.1%	5.9%	5.9%

【参考】

Non-HDL	170-	120	10	38	64	7	8.3%
			8.3%	27.5%	53.3%	5.8%	8.3%
	170-189	132	10	42	71	9	6.8%
			7.6%	31.8%	53.8%	6.8%	6.8%
CKD	G3aA1-	113	11	41	52	9	8.0%
			9.7%	36.3%	46.0%	8.0%	8.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 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 33】

虚血性心疾患に関する症状

- ・少なくとも15秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

3. 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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(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 35】

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 36 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

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 (○はハイリスク群)		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)	
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	LDL-C 180mg/dl以上	心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 1,049 対象者数		35人 3.3%	104人 9.9%	54人 5.1%	10人 1.0%	151人 14.4%	7人 0.7%	22人 2.1%
治療なし		22人 3.0%	62人 6.4%	49人 6.0%	3人 0.5%	39人 6.6%	2人 0.3%	6人 1.0%
治療中		13人 4.2%	42人 51.2%	5人 2.2%	7人 1.5%	112人 24.2%	5人 1.1%	16人 3.5%
臓器障害あり		9人 40.9%	23人 37.1%	22人 44.9%	3人 100.0%	11人 28.2%	2人 100.0%	6人 100.0%
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象者)	0人	5人	3人	0人	4人	2人	6人
	尿蛋白 (2+) 以上	0人	1人	1人	0人	2人	2人	0人
	尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0人	1人	0人	0人	1人	0人	0人
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0人	3人	2人	0人	1人	0人	6人
	心電図所見あり	9人	20人	21人	3人	8人	1人	3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35人(3.3%)であり、22人は未治療者であった。また未治療者のうち9人(40.9%)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13人(4.2%)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 37)

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）

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
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	743	298	219	101	103	20	2	3	55	67
		40.1%	29.5%	13.6%	13.9%	2.7%	0.3%	0.4%	7.4%	9.0%
リスク第1層	68	50	12	2	3	1	0	3	1	0
		9.2%	16.8%	5.5%	2.9%	5.0%	0.0%	100%	1.8%	0.0%
リスク第2層	445	183	142	54	54	11	1	--	54	12
		59.9%	61.4%	64.8%	52.4%	55.0%	50.0%	--	98.2%	17.9%
リスク第3層	230	65	65	45	46	8	1	--	--	55
		31.0%	21.8%	29.7%	44.7%	40.0%	50.0%	--	--	82.1%
再掲 重複あり	糖尿病	82	24	26	12	16	3			
		35.7%	36.9%	40.0%	26.7%	34.8%	37.5%			
	慢性腎臓病 (CKD)	66	19	15	12	17	3			
		28.7%	29.2%	23.1%	26.7%	37.0%	37.5%			
	3個以上の危険因子	141	31	39	33	31	6			
		61.3%	47.7%	60.0%	73.3%	67.4%	75.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

【図表 38】

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	432	544	8	1.9%	2	0.4%	—	—
40歳代	37	34	—		—		0.2%	0.04%
50歳代	33	56	—		—		0.8%	0.1%
60歳代	213	287	5	2.3%	2	0.7%	1.9%	0.4%
70～74歳	149	167	3	2.0%	—		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（2006年）による70歳代は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
10	1.0%	2	20.0%	8	80.0%

※未治療者のうち1名は精密検査のみ

※未治療者のうち1名は他疾患治療中

心電図検査において10人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また10人のうち5人は既に治療中であった。3人は治療を開始されていたため、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。未治療者のうち1名も検査は実施されていた。

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る、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、これらの検査を実施していく。

（３） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理

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。その際は高血圧管理台帳・心房細動管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用してく。

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

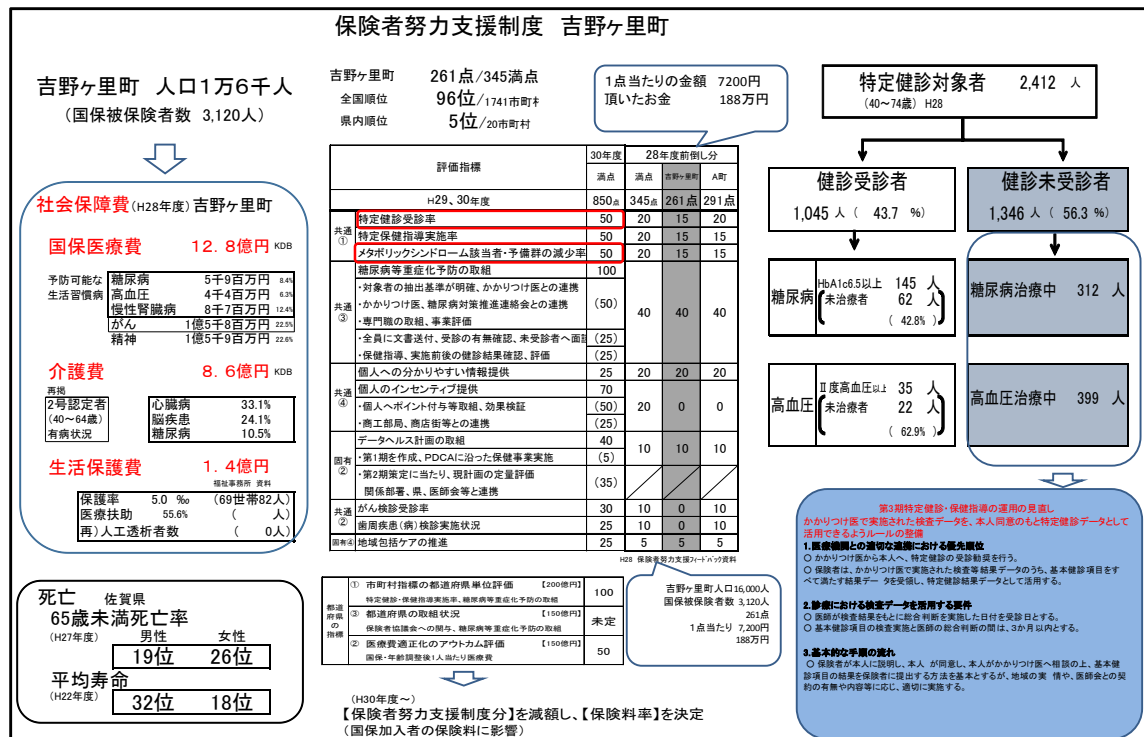
5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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）

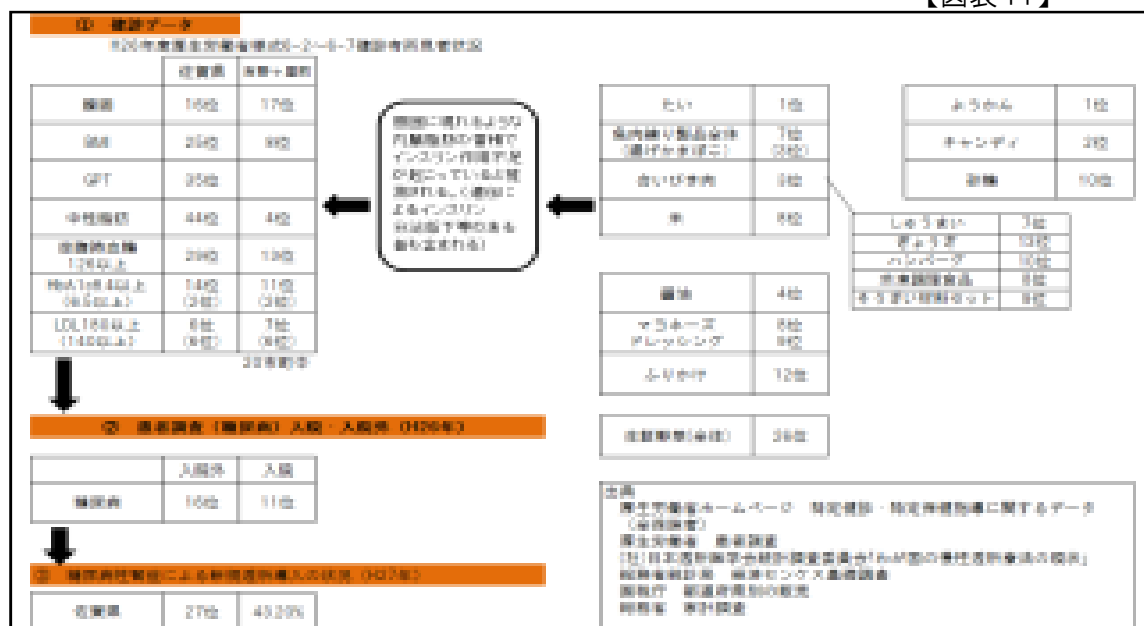
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



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。

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 42】

65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
吉野ヶ里町	人	3,265	3,694	4,031	4,241	4,321	4,401	4,545
	%	19.9	22.4	24.5	26.0	26.8	27.7	29.3

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

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、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。

3. データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価				最終評価		現状値の把握方法
					2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	
特定健診等計画		・最大医療資源による分析では、腎疾患（透析）が伸びており、新規透析患者中全員が糖尿病性、もしくは糖尿病を合併していた。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	46.8%		47%	50%	53%	56%	59%	60%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
				特定保健指導実施率70%以上	67.8%		60%	62%	64%	66%	68%	70%	
				特定保健指導対象者の減少率25%	121人 12.2%		12.2%	11.6%	11.0%	10.3%	9.7%	9.1%	
データヘルス計画	中長期	・糖尿病治療中でコントロールできていない者がいる。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.87%		1.87%	1.83%	1.79%	1.75%	1.71%	1.67%	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合現状維持	0.7%		0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	
				腎疾患（透析）の総医療費に占める割合10%減少	6.81%		6.81%	6.67%	6.53%	6.39%	6.25%	6.11%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の10%減少	50%		50%	49%	48%	47%	46%	45%	
保険者努力支援制度	短期	・健診データでみた有見者では、男女ともにHbA1c6.5以上が7割以上を占めている。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合25%減少	278人 28.1%		28.1%	26.7%	25.3%	23.9%	22.5%	21.1%	吉野ヶ里町データヘルス計画
				健診受診者の高血圧者の割合減少10%（160/100以上）	35人 3.5%		3.50%	3.43%	3.36%	3.29%	3.22%	3.15%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少10%（LDL140以上）	318人 32.2%		32.2%	31.6%	30.9%	30.3%	29.6%	29.0%	
				健診受診者の糖尿病患者の割合減少10%（HbA1c6.5以上）	127人 12.8%		12.8%	12.5%	12.3%	12.0%	11.8%	11.5%	
				糖尿病腎症重症化予防対象者への保健指導を実施した割合100%	80人 77.0%		77.0%	81.6%	86.2%	90.8%	95.4%	100%	
		がんによる死亡率が60.3と国の49.6と比べ高い。国保の前期高齢者割合が8.6%増加しており、がんの医療費も22%増加していた。	がんの早期発見、早期治療	検診受診率 胃がん検診 19.9%以上（国40%以上）	7.1%		7.1%	9.7%	12.2%	14.8%	17.3%	19.9%	地域保健事業報告
				肺がん検診 29.6%以上（国40%以上）	8.7%		8.7%	12.9%	17.1%	21.2%	25.4%	29.6%	
				大腸がん検診28.5%以上（国40%以上）	7.6%		7.6%	11.8%	16.0%	20.1%	24.3%	28.5%	
				子宮頸がん検診39.5%以上（国50%以上）	15.7%		15.7%	20.5%	25.2%	30.0%	34.7%	39.5%	
				乳がん検診 47.6%以上（国50%以上）	19.9%		19.9%	25.4%	31.0%	36.5%	42.1%	47.6%	
		数量シェア2016年度 56.4%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 60%以上	68.4%		68.4%	68.4%	68.4%	68.4%	69%	厚生労働省公表結果	

※がん検診受診率の分母は2016年は全住民の40～69歳。2017年～分子も分母も国保40～69歳となる。
※後発医薬品割合は国保連調べH28.5～H29.4分

第7章 計画の公表・周知及び個人情報取扱い

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吉野ヶ里町の位置
- 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 13 第 2 期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表
【計画】
- 参考資料 14 第 2 期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表
【実績】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた吉野ヶ里町の位置

【参考資料 1】

項目				H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)		
				保険者		保険者										
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		16,294		16,294		2,213,234		842,408		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）		3,252	20.0	3,252	20.0	623,636	28.2	207,778	24.7	29,020,766	23.2		
			75歳以上		1,668	10.2	1,668	10.2			112,903	13.4	13,989,864	11.2		
			65～74歳		1,584	9.7	1,584	9.7			94,875	11.3	15,030,902	12.0		
			40～64歳		5,382	33.0	5,382	33.0			283,027	33.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下		7,660	47.0	7,660	47.0			351,603	41.7	53,420,287	42.8				
	②	産業構成	第1次産業		5.4		5.4		12.2		9.5		4.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
			第2次産業		27.5		27.5		27.7		24.2		25.2			
			第3次産業		67.1		67.1		60.1		66.2		70.6			
	③	平均寿命	男性		78.9		78.9		79.3		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性		86.2		86.2		86.3		86.6		86.4			
	④	健康寿命	男性		65.2		65.2		65.1		65.2		65.2			
			女性		67.4		67.3		66.8		66.8		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	105.1		102.5		103.9		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性	100.2		111.1		102.0		97.0		100			
			死因	がん		53	58.2	47	60.3	7,565	46.0	2,798	51.0	367,905		49.6
				心臓病		19	20.9	18	23.1	4,757	29.0	1,387	25.3	196,768		26.5
				脳疾患		14	15.4	8	10.3	2,675	16.3	880	16.0	114,122		15.4
				糖尿病		0	0.0	0	0.0	338	2.1	105	1.9	13,658		1.8
				腎不全		3	3.3	4	5.1	619	3.8	174	3.2	24,763		3.3
				自殺		2	2.2	1	1.3	474	2.9	141	2.6	24,294		3.3
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		21	16.3	16	10.3			946	9.7			厚労省HP 人口動態調査	
			男性	14	21.5	12	13.3			601	12.8					
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		620	19.1	644	19.6	126,477	20.4	45,242	21.7	5,885,270	21.2	
				新規認定者		10	0.3	14	0.3	2,113	0.3	795	0.3	105,636	0.3	
				2号認定者		12	0.2	13	0.2	2,818	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4	
		②	有病状況	糖尿病		161	26.1	158	22.7	27,976	21.2	10,148	21.7	1,350,152	22.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				高血圧症		371	57.5	389	58.9	69,160	52.8	27,849	59.7	3,101,200	50.9	
				脂質異常症		163	25.0	166	24.1	35,266	26.8	14,344	30.6	1,741,866	28.4	
				心臓病		422	66.7	443	66.5	78,851	60.3	31,911	68.5	3,529,682	58.0	
脳疾患				180	29.3	168	26.4	34,930	26.8	14,853	32.0	1,538,683	25.5			
がん				79	12.8	108	15.7	13,037	9.8	5,946	12.6	631,950	10.3			
筋・骨格				356	58.4	384	58.2	67,521	51.7	28,340	60.6	3,067,196	50.3			
精神				283	44.8	263	40.4	47,722	36.3	20,766	44.3	2,154,214	35.2			
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）		63,493		56,858		67,108		65,198		58,284			
			居宅サービス		46,644		42,411		41,924		46,314		39,662			
			施設サービス		288,160		271,909		276,079		282,952		281,186			
④		医療費等	要介護認定別		認定あり	8,592	8,650		8,324		8,101		7,980			
			医療費（40歳以上）		認定なし	4,212	4,410		3,994		4,033		3,816			
4		①	国保の状況	被保険者数		3,341		3,013		574,796		205,165		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳		1,257	37.6	1,392	46.2			80,173	39.1	12,461,613	38.2	
				40～64歳		1,165	34.9	935	31.0			69,731	34.0	10,946,712	33.6	
				39歳以下		919	27.5	686	22.8			55,261	26.9	9,179,541	28.2	
	加入率		20.5		18.5		26.0		24.4		26.9					
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	0.3	1	0.3	173	0.3	108	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			診療所数		11	3.3	11	3.7	1,295	2.3	684	3.3	96,727	3.0		
			病床数		557	166.7	577	191.5	22,850	39.8	15,108	73.6	1,524,378	46.8		
			医師数		57	17.1	65	21.6	2,887	5.0	2,319	11.3	299,792	9.2		
			外来患者数		735.3		793.8		686.7		736.4		668.1			
			入院患者数		27.3		27.7		22.1		26.3		18.2			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		29,737	県内8位 同規模10位	34,118	県内3位 同規模4位	26,719		29,593		24,245		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		762,588		821,414		708,781		762,714		686,286			
			費用の割合		53.8		56.7		57.8		55.6		60.1			
			外来件数の割合		96.4		96.6		96.9		96.6		97.4			
			入院費用の割合		46.2		43.3		42.2		44.4		39.9			
			入院件数の割合		3.6		3.4		3.1		3.4		2.6			
			1件あたり在院日数		18.7日		18.2日		16.6日		18.0日		15.6日			
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名（調別含む）	がん		129,430,520	18.6	157,796,550	22.5	24.4		21.4		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）			67,057,640	9.6	87,033,300	12.4	9.4		11.0		9.7					
糖尿病			57,264,470	8.2	58,821,470	8.4	10.2		8.4		9.7					
高血圧症			57,387,020	8.2	44,146,510	6.3	9.0		7.8		8.6					
精神			189,732,580	27.2	158,509,620	22.6	18.4		23.2		16.9					
筋・骨格			102,271,150	14.7	118,910,180	17.0	15.2		15.7		15.2					

4

⑤

費用額
(1件あたり)

県内順位
順位総数23

入院
入院の（ ）内
は入院日数

外来

糖尿病
583,936
3位
(18)

高血圧
577,371
8位
(19)

脂質異常症
470,903
13位
(22)

脳血管疾患
562,529
13位
(21)

心疾患
567,448
10位
(21)

腎不全
680,169
7位
(21)

精神
468,883
3位
(25)

悪性新生物
650,657
6位
(18)

糖尿病
35,209
8位

高血圧
29,353
14位

脂質異常症
26,434
12位

脳血管疾患
32,030
18位

心疾患
38,404
17位

腎不全
217,724
5位

精神
31,401
13位

悪性新生物
45,170
18位

598,227
4位
(18)

608,713
5位
(19)

520,704
6位
(20)

574,656
15位
(21)

520,945
16位
(25)

579,470
16位
(19)

515,918
2位
(17)

624,239
12位
(27)

35,911
11位

33,091
3位

25,753
14位

33,659
16位

50,201
3位

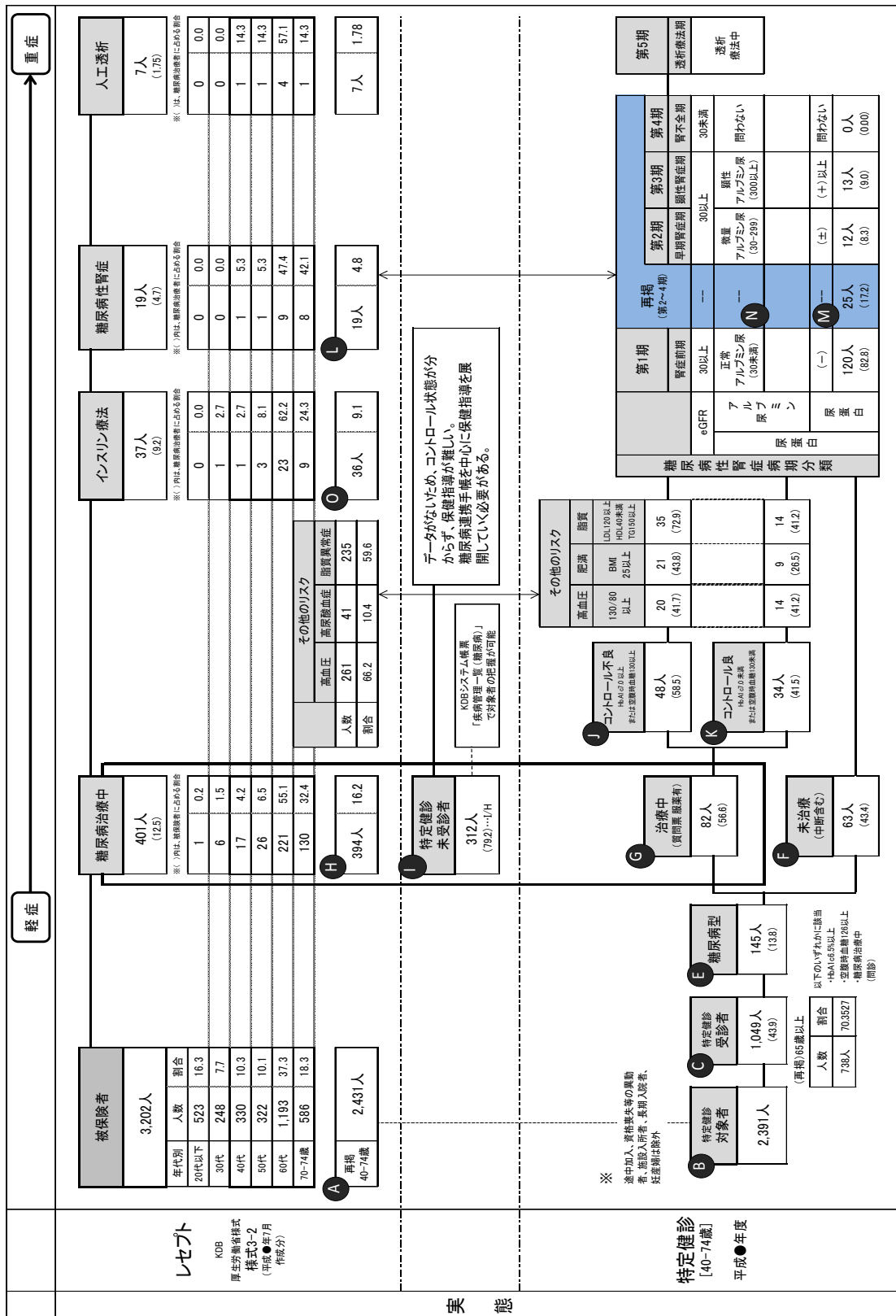
224,518
2位

33,779
4位

57,633
4位

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

都道府県名	佐賀県	市町村名	吉野ヶ里町	同規模区分	11
-------	-----	------	-------	-------	----



【参考資料2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加 年度	地区	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
							糖尿病								
							高血圧								
							虚血性心疾患								
							脳血管疾患								
							糖尿病性腎症								
							糖尿病								
							高血圧								
							虚血性心疾患								
							脳血管疾患								
							糖尿病性腎症								

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 【平成28年度】

担当者名：全員

担当地区：吉野ヶ里町全地区

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携																																																				
結果把握	糖尿病管理台帳の全数（A+B）	1. 資格喪失（死亡・転出）の確認	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 ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析																																																				
	A 健診未受診者 (124)人	医療保険異動 後期高齢者 11 他保険 11 住基異動 転出 1 死亡 0 ※死因																																																					
	結果未把握（内訳）	2. レセプトの確認																																																					
	①国保（生保） (101)人	○治療の確認																																																					
	②後期高齢者 (11)人	糖尿病 131 高血圧 118 脂質異常 91																																																					
	③他保険 (11)人	○直近の治療の有無の確認																																																					
	④住基異動（死亡・転出） (1)人	人工透析 2 糖尿病性腎症 21 神経障害 40 網膜症 55 虚血性心疾患 30 脳血管疾患 21 がん 49																																																					
	⑤確認できず (0)人	3. 会いに行く																																																					
	①-1 未治療者（中断者含む） (12)人	○医療受診動向の保健指導																																																					
	※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	人数 経過人数 <table> <tr> <th>人数</th> <th>0回</th> <th>1回</th> <th>2回</th> <th>3回</th> <th>経過</th> <th>人数</th> <th>経過</th> <th>人数</th> </tr> <tr> <td>受診動向</td> <td>H28 62</td> <td>10</td> <td>51</td> <td>1</td> <td>経過</td> <td>14</td> <td>検査のみ</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>(台帳過去)</td> <td>7</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>治療開始</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>治療中ハイリスク</td> <td>H28 42</td> <td>7</td> <td>34</td> <td>1</td> <td>医師連携</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(台帳過去)</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(病院逆紹介)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		人数	0回	1回	2回	3回	経過	人数	経過	人数	受診動向	H28 62	10	51	1	経過	14	検査のみ	42	(台帳過去)	7	0			治療開始				治療中ハイリスク	H28 42	7	34	1	医師連携	1			(台帳過去)			1						(病院逆紹介)						
人数	0回	1回	2回	3回	経過	人数	経過	人数																																															
受診動向	H28 62	10	51	1	経過	14	検査のみ	42																																															
(台帳過去)	7	0			治療開始																																																		
治療中ハイリスク	H28 42	7	34	1	医師連携	1																																																	
(台帳過去)			1																																																				
(病院逆紹介)																																																							
★訪問実動量★ 実動日数200日	○糖尿病連携手帳の確認	H29から確認 今後整理																																																					
最低でも…	人数 活用人数																																																						
糖：104人+7人=111人×3回=333回	佐賀県版																																																						
糖以外（特定保健指導、他の重症化）：332人×2回=664回 合計997回	日本糖尿病協会版																																																						
保健師・管理栄養士6人で割ると、166回	4. 結果から動く	尿アルブミン検査の実施 栄養士中心																																																					
166回を4件（1日訪問数）で割ると41.5日←年間訪問日数	○H29データ結果を確認（A+Bのうち）																																																						
	<table> <tr> <th></th> <th></th> <th>悪化</th> <th>変化</th> <th>改善</th> <th>H29面談</th> </tr> <tr> <td>特定健診の結果から把握</td> <td>HbA1c</td> <td>36</td> <td>8</td> <td>36</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>尿蛋白</td> <td>6</td> <td>62</td> <td>12</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td></td> <td>eGFR</td> <td>50</td> <td>4</td> <td>26</td> <td></td> </tr> </table>				悪化	変化	改善	H29面談	特定健診の結果から把握	HbA1c	36	8	36			尿蛋白	6	62	12	46		eGFR	50	4	26																														
			悪化	変化	改善	H29面談																																																	
特定健診の結果から把握	HbA1c	36	8	36																																																			
	尿蛋白	6	62	12	46																																																		
	eGFR	50	4	26																																																			
	病院での検査結果から把握	0																																																					
保健指導の優先づけ	B 結果把握 (77)人		一〇三/年での変化 腎専門医																																																				
	①HbA1cが悪化している（再掲）HbA1c7.0%以上で昨年度より悪化している。※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある。	(48)人 (17)人																																																					
	②尿蛋白（-） H28 (69)人 (±) (6)人 (+)～顕性腎症 (2)人																																																						
	③eGFR値の変化																																																						
	1年で25%以上低下 (0)人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (33)人																																																						

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模
区分 11

都道
府県 佐賀県

市町村名

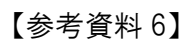
吉野ヶ里町

項目				実 合 表	保 険 者								同規模保険者(平均)		データ基
					28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数127				
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数		A	3,202人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲) 40-74歳			2,431人										
2	①	特定健診	対象者数	B	2,391人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	受診者数		1,049人												
	③		受診率	C	43.9%										
3	①	特定 保健指導	対象者数		121人										
	②		実施率	67.8%											
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	145人	13.8%							特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	63人	43.4%									
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	82人	56.6%									
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	48人	58.5%									
	⑤				血圧 130/80以上	20人	41.7%								
	⑥				肥満 BMI25以上	21人	43.8%								
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	34人	41.5%									
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	120人	82.8%									
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		12人	8.3%									
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		13人	9.0%									
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%									
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		125.2人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲) 40-74歳(被保険者千対)		162.1人										
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は単年度千対	入院外(件数)	2,133件	(916.6)					2,741件	(787.9)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④			入院(件数)	9件	(3.9)					19件	(5.6)			
	⑤		糖尿病治療中	H	401人	12.5%							KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		(再掲) 40-74歳		394人	16.2%									
	⑦		健診未受診者	I	312人	79.2%									
	⑧		インスリン治療	O	37人	9.2%									
	⑨		(再掲) 40-74歳		36人	9.1%									
	⑩		糖尿病性腎症	L	19人	4.7%									
	⑪		(再掲) 40-74歳		19人	4.8%									
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.75%							KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
	⑬		(再掲) 40-74歳		7人	1.78%									
	⑭		新規透析患者数		2人										
	⑮		(再掲) 糖尿病性腎症		1人	50.0%									
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人	3.0%									
6	①	医療費	総医療費		12億7810万円						14億8907万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
	②		生活習慣病総医療費		7億0034万円						8億4869万円				
	③		(総医療費に占める割合)		54.8%						57.0%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	12,717円						8,344円				
	⑤			健診未受診者	30,693円						32,649円				
	⑥		糖尿病医療費		5882万円						8615万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.4%						10.2%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億9230万円										
	⑨		1件あたり		35,911円										
	⑩		糖尿病入院総医療費		9931万円										
	⑪		1件あたり		598,227円										
	⑫		在院日数		18日										
	⑬		慢性腎不全医療費		8779万円						8497万円				
	⑭		透析有り		8703万円						7975万円				
	⑮		透析なし		76万円						522万円				
7	①	介護	介護給付費		8億7249万円						15億4299万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	0件	0.0%										
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%					3人	1.2%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

重症化予防（早期発見）

重症化予防

年齢（経過）



【参考】
 1. 日本経済新聞「世界最大の乾草工場が、エチオピアに工場を建設する」2015.06.22
 2. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 3. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 4. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 5. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 6. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 7. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 8. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 9. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22
 10. 日本経済新聞「エチオピアの干草工場が、世界最大の乾草工場となる」2015.06.22

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	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	☐ 自覚症状なし	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 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」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者		
	☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙	(1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症				
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。			⑤ 重症化予防対象者		
メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。						
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□AST	～30	31～50	51～		
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199	200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～		
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	～84	85～89	90～		
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1～				
⑥ その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

健康 番号	被保険者証 番号		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
	メタボ 判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28				
										治療 有無	収縮 期	拡張 期	治療 有無	収縮 期	拡張 期	治療 有無	収縮 期	拡張 期	治療 有無	収縮 期	拡張 期	治療 有無	収縮 期	拡張 期	治療 有無	収縮 期

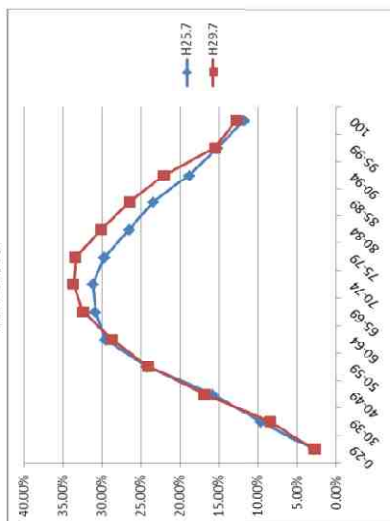
【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度 番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26年度					H27年度					H28年度				
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

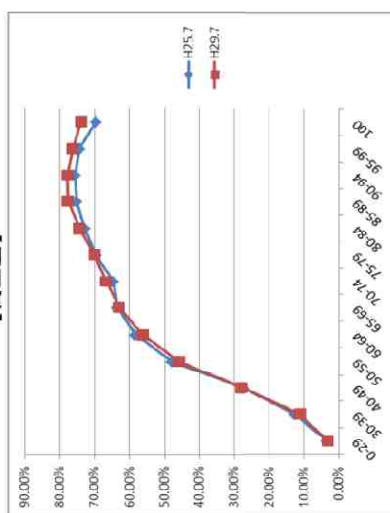
生活習慣病有病状況(佐賀県)

【糖尿病】



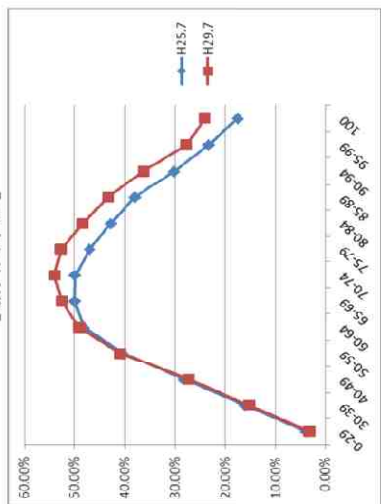
	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男	2.8%	2.8%	5.6%	15.8%	24.7%	28.5%	30.8%	31.2%	29.7%	25.5%	23.4%	18.8%
女	2.7%	8.7%	16.3%	24.1%	28.1%	27.4%	27.4%	27.4%	27.4%	27.4%	27.4%	27.4%

【高血圧】



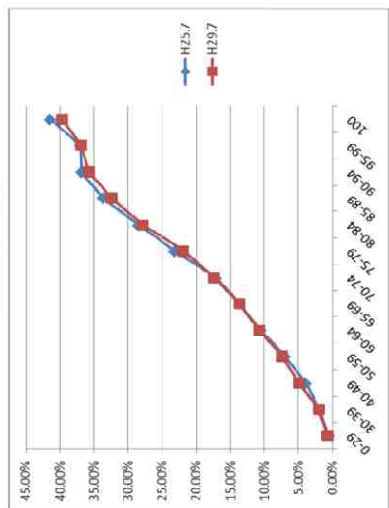
	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男	4.6%	13.5%	27.7%	47.7%	58.4%	63.4%	64.7%	63.4%	63.4%	63.4%	63.4%	63.4%
女	2.1%	11.9%	27.8%	47.4%	56.2%	63.1%	63.1%	63.1%	63.1%	63.1%	63.1%	63.1%

【脂質異常症】



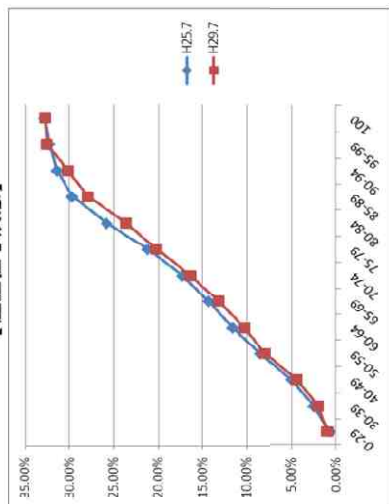
	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男	3.2%	15.8%	28.3%	40.2%	46.7%	48.8%	48.8%	48.8%	48.8%	48.8%	48.8%	48.8%
女	3.1%	15.2%	27.1%	40.3%	46.7%	48.3%	48.3%	48.3%	48.3%	48.3%	48.3%	48.3%

【脳血管疾患】



	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男	0.5%	1.9%	3.9%	7.0%	10.5%	13.6%	17.0%	21.2%	26.6%	32.7%	36.8%	41.0%
女	0.7%	2.0%	4.9%	7.4%	10.6%	13.6%	17.4%	21.1%	27.8%	32.4%	36.8%	39.4%

【虚血性心疾患】



	0-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男	0.0%	2.5%	5.8%	8.5%	11.5%	14.3%	17.2%	21.1%	25.8%	31.3%	32.2%	32.8%
女	0.8%	2.0%	4.3%	7.5%	10.9%	13.1%	16.3%	20.1%	23.6%	27.2%	32.5%	32.7%

【参考資料10】

【参考資料 13】

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表

【計画】

年度			2018	2019	2020	2021	2022	2023
項目								
保健指導 スタッフ数	保健師	2017年 5人 (母子保健推進室 も兼務)	標準的な保健・保健指導プログラム【平成30年度版】第4章 保健における各機関の役割（2）活動体制の構築では、「特定保健指導を最大化するためには、保健師が行う特定保健指導だけでなく、保健師員に基づいて、受診勧奨や健康教育、健康相談等を行うことが必要である。」とされ、「保健師員が保健指導利用価値を高めるが、医師基準を満たさず、特定保健指導の対象とならない非肥満者に対して」の指導や、「健康相談を実施する必要があるにもかかわらず、健康相談を受診していない者（治療中断者を含む）に対する受診勧奨を行うと共に、医師員の健康状態をレセプトデータ等に基づいて確認する。」となっており、対象者が拡大される中保健スタッフ数についても増加が必要。					
	栄養士	2017年 1人(嘱託)						
	事務職	2017年 0人						
特定健診	目標値 (概数)	対象者 見込み	1,360人	1,360人	1,360人	1,360人	1,360人	1,360人
		受診人数 見込み	1,109人	1,180人	1,250人	1,321人	1,392人	1,416人
		受診率 目標値	47%	50%	53%	56%	59%	60%
保健指導								
1. 特定保健指導 対象者	見込み	対象者数	130人	139人	147人	155人	164人	167人
2. 重症化予防対象者								
1) HbA1c 6.5%以上 者(治療中7.0以上)	見込み	対象者数	130人	139人	147人	155人	164人	166人
(1) HbA1c 6.5% 以上者のうち 医師との連携者数	見込み	実人数 [計+診人数]	106人	113人	120人	126人	133人	136人
① 治療の 受診勧奨者数	見込み	実人数	63人	67人	71人	75人	79人	80人
② 保健指導での 連携者数	見込み	実人数	43人	46人	48人	51人	54人	55人
2) 高血圧 Ⅱ度以上者	見込み	対象者数	36人	38人	40人	43人	45人	46人
3) LDL-100以上者	見込み	対象者数	55人	58人	62人	65人	69人	70人

※ 人数については、当該年度に健診を受けた者の人数（施設報告とは異なる）

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表

【実績】

年度				2016 H28	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
項目											
保健 スタッフ数	保健師	実績		5人	5人						
	栄養士	実績		1人	1人						
	事務職	実績		—	—						
特定健診	実績	対象者数		2356人							
		受診人数		1103人							
		受診率		46.8%							
保健指導											
1. 特定保健指導 対象者	実績	A	対象者数	120人							
		B	指導実人数 (終了者数)	62人							
		再掲	(再：訪問実人数)	未把握							
		B/A	指導割合 (最終検査日の末)	47.7%							
2. 重症化予防対象者											
1) HbA1c 6.5% 以上者 (治療中7.0以上)	実績	C	対象者数	106人							
		D	指導実人数	84人							
		再掲	(再：訪問実人数)	未把握							
		D/C	指導割合	79.2%							
			実人数 【①+②合計人数】								
			実人数								
			実人数								
2) 高血圧Ⅱ度以上 者	実績	E	対象者数	36人							
		F	指導実人数	25人							
		再掲	(再：訪問実人数)	未把握							
		F/E	指導（割合）	69.4%							
3) LDL-180以上者	実績	G	対象者数	55人							
		H	指導実人数	38人							
		再掲	(再：訪問実人数)	未把握							
		H/G	指導（割合）	69.1%							

※ 人数については、当該年度に健診を受けた者の人数(速報報告とは異なる)