

**第2期勝浦町保健事業実施計画**  
**(データヘルス計画)**

平成30年2月 現在

勝浦町



## 第 2 期勝浦町保健事業実施計画(データヘルス計画)

<b>第 1 章</b>	<b>保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項</b>	<b>1</b>
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
<b>第 2 章</b>	<b>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</b>	<b>7</b>
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	20
<b>第 3 章</b>	<b>特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b>	<b>21</b>
1.	第三期特定健診等実施計画について	21
2.	目標値の設定	21
3.	対象者の見込み	21
4.	特定健診の実施	21
5.	特定保健指導の実施	23
6.	個人情報の保護	26
7.	結果の報告	26
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	26
<b>第 4 章</b>	<b>保健事業の内容</b>	<b>27</b>
I	保健事業の方向性	27
II	重症化予防の取組	27
1.	糖尿病性腎症重症化予防	27
2.	虚血性心疾患重症化予防	36
3.	脳血管疾患重症化予防	40
III	ポピュレーションアプローチ	46

<b>第 5 章</b>	<b>地域包括ケアに係る取組</b>	<b>48</b>
<b>第 6 章</b>	<b>計画の評価・見直し</b>	<b>50</b>
<b>第 7 章</b>	<b>計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b>	<b>51</b>
<b>参考資料</b>		<b>52</b>
参考資料 1	様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた勝浦町の位置	53
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	55
参考資料 3	糖尿病管理台帳	56
参考資料 4	糖尿病管理台帳からの年次計画	56
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	57
参考資料 6	虚血性心疾患をどのように考えていくか	58
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	59
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	60
参考資料 8	血圧評価表	61
参考資料 9	心房細動管理台帳	61
参考資料 10	生活習慣病有病状況	62
参考資料 11	評価イメージ①	63
参考資料 12	評価イメージ②	64

# 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

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

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

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

勝浦町においては、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

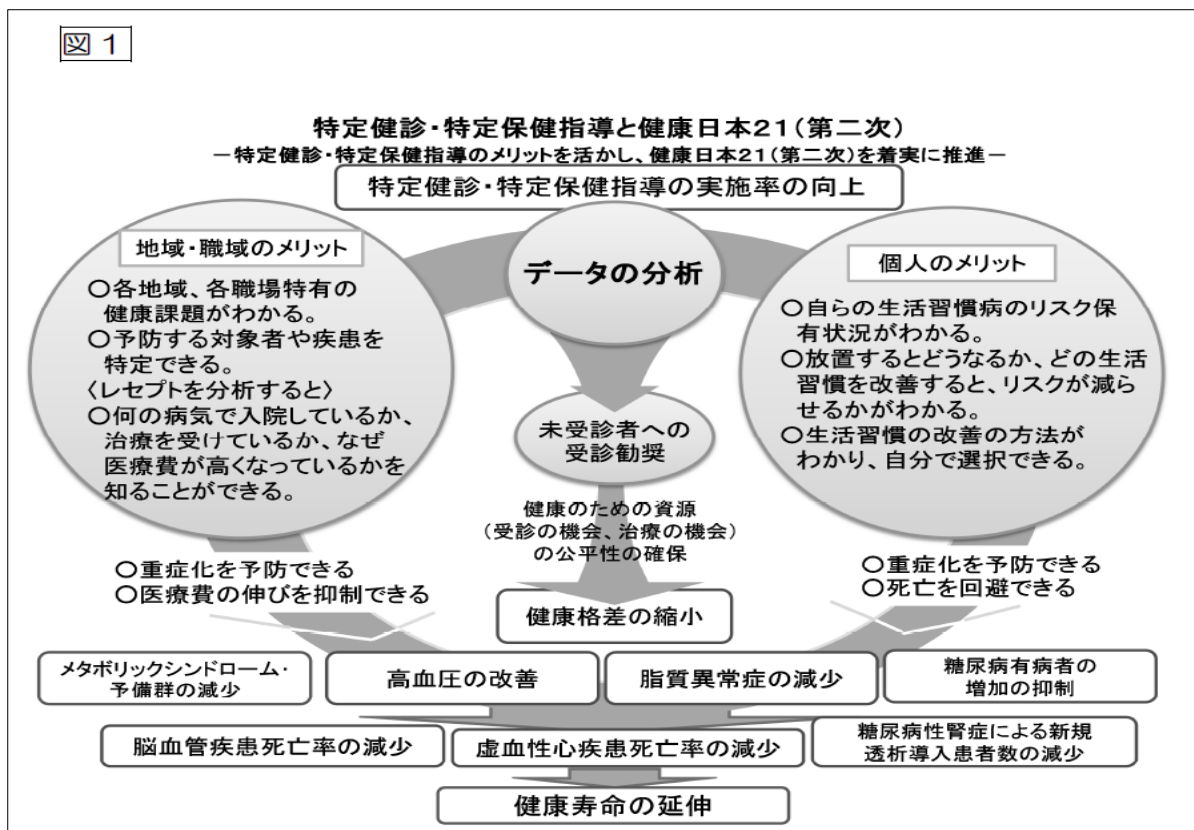
第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、徳島県健康増進計画や勝浦町健康増進計画、徳島県医療費適正化計画、勝浦町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)

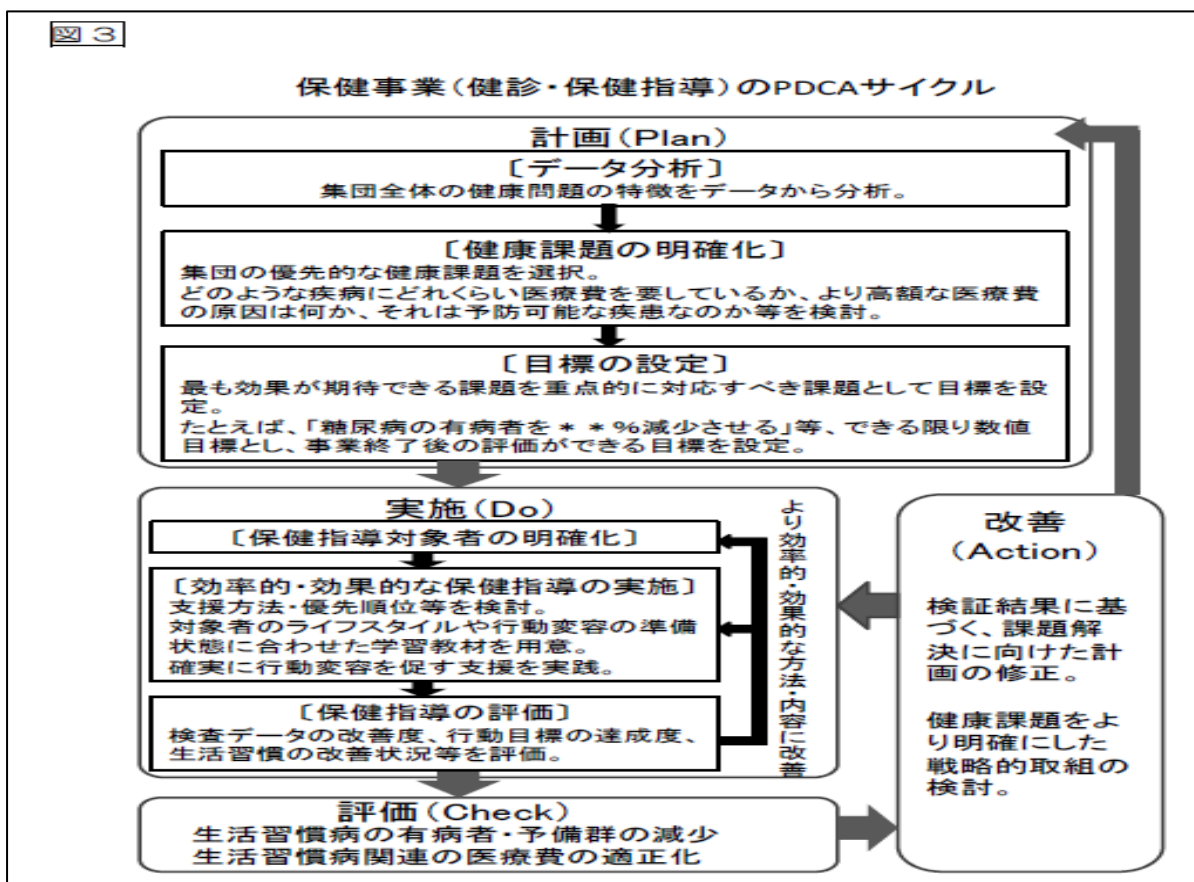
【図表1】

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 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年9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9月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業におけ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9月 医療費適正化に関する施策について(基本指針)【全部改正】	厚生労働省 健康局 平成28年9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機能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されるものとなる。生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことと目標とする。	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、関連疾患を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を遅らせることが期待でき、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医療の伸びの抑制も実現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重症化や重症化を予防することを目指して、メタボリックシンドロームに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健康意識の向上について、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、医療費の適正化及び保険者の持続可能な運営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及び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、重症化を遅らせ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こと。重症化の防止を模索している	国民健康意識を醸成、維持・向上させるため、国民の生活の質の維持及び向上を促進しつつ、医療費が過度に増大しないよう適切に、医療にかつ適切な医療を効果的に提供することを目指す。重症化の防止を模索している。	医療費の適正化・適正な医療費の確保を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ための体制の確保を図る。
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 60～64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 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 心臓病等 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・虚血性心疾患による年間医療費(個人患者費) ③慢性閉塞性肺疾患 ④高血圧コントロールにおけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥糖尿病・特定健康診査の実施率 ⑦メタボリックシンドローム未診断者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩健康意識を醸成している者の増加(肥満、ヤセの減少) ⑪認知症の発生率 ⑫日常生活における歩数 ⑬健康意識の向上 ⑭健康意識の向上 ⑮認知している者	①特定健康診査率 ②特定健康診査実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点から (1)生活習慣の状態(特定健診の結果を参照する) ①食事生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定健康診査実施率 ③健康診査の実施率 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外米 ②一歩あたり外米産産品の地域産品の削減 ③特定健康診査・特定健康診査の実施率の向上 ④メタボリックシンドローム未診断者の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に依りて)
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 【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、徳島県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、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) 実施主体関係部局の役割

勝浦町においては、税務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。特に福祉課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、高齢者医療係(税務課)、保健衛生係(福祉課)、介護保険係(福祉課)、生活保護係(福祉課)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、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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



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

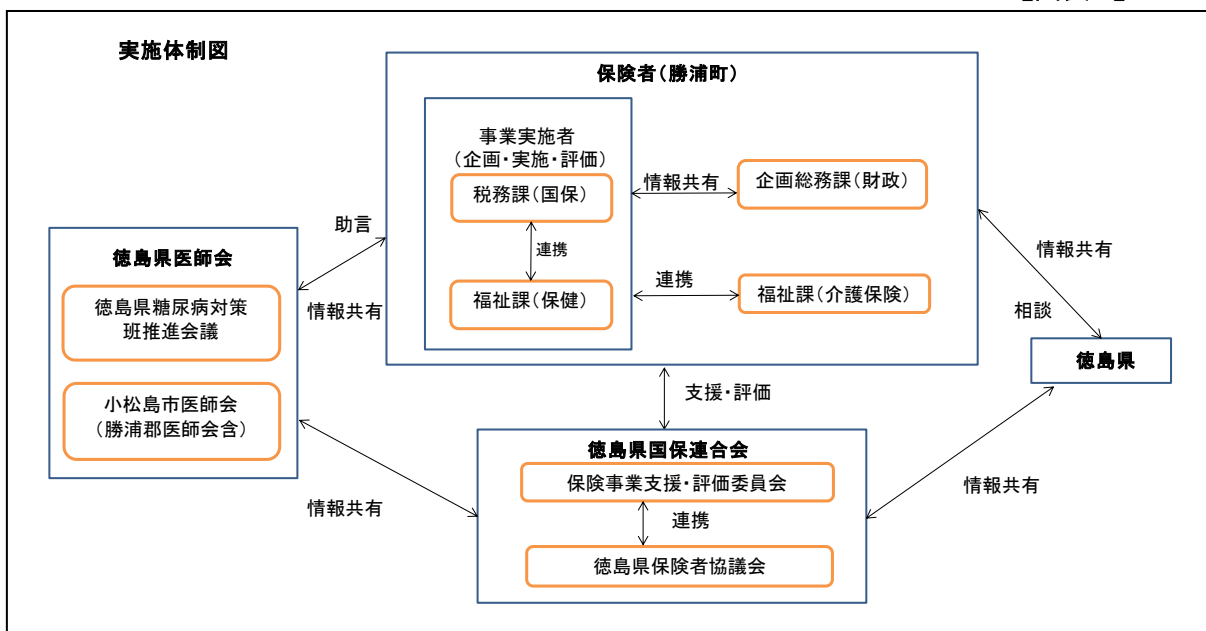
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 3) 被保険者の役割

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

勝浦町の実施体制図

【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料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)		66.5			
一人当たり交付額 (円)		504			
総得点(体制構築加算H28・29年70点、H30年60点含む)		218			
全国順位(1,741市町村中)		585			
共通 ①	特定健診受診率	10			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	0			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)
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			(25)
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	10			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	7			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・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

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増加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。しかし、特定健診受診率は目標値を達成しておらず、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)

勝浦町の介護給付費において、平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、約9,028万円増加している。また、1件あたりの給付費は76,254円で、同規模平均に比べ約5,600円高くなっている。給付の内訳をみると、施設サービスは5,027円低くなっているが、居宅サービスにおいて3,500円高くなっている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	勝浦町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	6億8636万円	73,564	44,002	286,800	71,886	41,181	279,469
H28年度	7億7664万円↑	76,254↑	47,502↑	281,773↓	70,593↓	40,986	275,281

## ②医療費の状況(図表 7)

医療費では、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、全体で 1,753 万円増加(伸び率 3.81)している。内訳では入院で 551 万円(伸び率 2.63)、入院外で 1,201 円(伸び率 4.81)増加している。また、1 人当たりの医療費においても、全体で 39,644 円増加(伸び率 11.12)しており、内訳では入院で 16,312 円(伸び率 10)、入院外で 23,333 円(伸び率 12)増加している。医療費の伸びの抑制に至っていない。

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	
				勝浦町	同規模			勝浦町	同規模			勝浦町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	4億4,187万円				2億0,418万円				2億3,769万円			
	H28年度	4億5,939万円	1,753万円	3.81	-0.47	2億0,969万円	551万円	2.63	-0.22	2億4,971万円	1,201万円	4.81	-0.7
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	316,752				146,362				170,390			
	H28年度	356,396 ↑	39,644	11.12	12.69	162,674 ↑	16,312	10	8.23	193,722 ↑	23,333	12	7.83

※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)

医療費においては、一人あたりの医療費は約 3,000 円増加しているが、目標疾患の医療費合計額は約 2,475 万円減少(26.7%減少)している。

内訳をみると、中長期的目標疾患の医療費の割合で、平成 28 年度において慢性腎不全(透析有)、脳血管疾患、心疾患において減少している。しかし、慢性腎不全(透析無)では、1.08%で平成 25 年度より 0.33 増加しており、県、国と比較しても高い。

また、短期目標疾患医療費の割合をみると、糖尿病において、7.97%で平成 25 年度より増加しており、県、国と比較しても高い。悪性新生物において約 6%の増加がみられた。

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)

○ 県と比較して割合の高い項目      ↑↓ H25と比較しての増減

【図表 8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症							
			同規模	県内							慢性腎不全(透析有)					慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血
H25	441,869,090	26,193	80位	14位	2.55%	0.75%	5.80%	1.83%	6.87%	5.72%	3.05%	117,390,760	26.57%	10.96%	14.56%	8.87%	
H28	459,394,910	28,944 ↑	62位	13位	1.44% ↓	1.08% ↑	1.30% ↓	1.18% ↓	7.97% ↑	4.65%	2.56%	92,631,860	20.16% ↓	17.22% ↑	12.60%	6.89% ↓	
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%
H28	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)

中長期的な疾患について平成 25 年度と平成 28 年度の経年変化をみると、虚血性心疾患の割合が 0.9 減少し、脳血管疾患、人工透析は横ばいであった。

虚血性心疾患と脳血管疾患を合わせて発症している人が 4 人に 1 人みられる。共に、高血圧、糖尿病、脂質異常症を基礎疾患に占める割合が高い。

【図表 9】 勝浦町

○ H25と比較して割合の高い項目

↓ H25と比較して割合が低い項目

【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						
		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
	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	
	<b>全体</b>	<b>1408</b>	<b>58</b>	<b>4.1</b>	<b>10</b>	<b>17.2</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>50</b>	<b>86.2</b>	<b>27</b>	<b>46.6</b>	<b>36</b>	<b>62.1</b>
H25	64歳以下	850	9	1.1	0	0.0	0	0.0	8	88.9	3	33.3	4	44.4
	65歳以上	558	49	8.8	10	20.4	0	0.0	42	85.7	24	49.0	32	65.3
H28	<b>全体</b>	<b>1349</b>	<b>43</b>	<b>3.2</b> ↓	<b>11</b>	<b>25.6</b> ○	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>38</b>	<b>88.4</b> ○	<b>29</b>	<b>67.4</b> ○	<b>31</b>	<b>72.1</b> ○
	64歳以下	765	7	0.9	1	14.3	0	0.0	6	85.7	6	85.7	4	57.1
	65歳以上	584	36	6.2	10	27.8	0	0.0	32	88.9	23	63.9	27	75.0

厚労省様式 様式 3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	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	
	<b>全体</b>	<b>1408</b>	<b>45</b>	<b>3.2</b>	<b>10</b>	<b>22.2</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>37</b>	<b>82.2</b>	<b>27</b>	<b>60.0</b>	<b>26</b>	<b>57.8</b>
H25	64歳以下	850	11	1.3	0	0.0	0	0.0	8	72.7	4	36.4	4	36.4
	65歳以上	558	34	6.1	10	29.4	0	0.0	29	85.3	23	67.6	22	64.7
H28	<b>全体</b>	<b>1349</b>	<b>46</b>	<b>3.4</b> ○	<b>11</b>	<b>23.9</b> ○	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>32</b>	<b>69.6</b> ↓	<b>26</b>	<b>56.5</b> ↓	<b>32</b>	<b>69.6</b> ○
	64歳以下	765	8	1.0	1	12.5	0	0.0	4	50.0	5	62.5	3	37.5
	65歳以上	584	38	6.5	10	26.3	0	0.0	28	73.7	21	55.3	29	76.3

厚労省様式 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
	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	
	<b>全体</b>	<b>1408</b>	<b>2</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>50.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>50.0</b>
H25	64歳以下	850	2	0.2	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0
	65歳以上	558	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
H28	<b>全体</b>	<b>1349</b>	<b>1</b>	<b>0.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
	64歳以下	765	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	584	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「高血圧、脂質異常症、糖尿病等を減らすこと」を目標にし、取り組んできたが治療の割合をみるとすべてに増加が見られた。特に糖尿病性腎症の割合が、平成 25 年度 3.2%から平成 28 年度 6.4%と 2 倍に増加しており、今後、新規人工透析導入患者をつくらないためにも糖尿病性腎症重症化予防が重要課題となる。

【図表10】 勝浦町

 H25と比較して割合の高い項目

 H25と比較して割合が低い項目

【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							
		糖尿病				インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		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	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1408	189	13.4	15	7.9	140	74.1	116	61.4	27	14.3	27	14.3	0	0.0	6	3.2	
	64歳以下	850	51	6.0	5	9.8	39	76.5	28	54.9	3	5.9	4	7.8	0	0.0	2	3.9	
	65歳以上	558	138	24.7	10	7.2	101	73.2	88	63.8	24	17.4	23	16.7	0	0.0	4	2.9	
H28	全体	1349	204	15.1	15	7.4	143	70.1	116	56.9	29	14.2	26	12.7	0	0.0	13	6.4	
	64歳以下	765	61	8.0	5	8.2	36	59.0	30	49.2	6	9.8	5	8.2	0	0.0	2	3.3	
	65歳以上	584	143	24.5	10	7.0	107	74.8	86	60.1	23	16.1	21	14.7	0	0.0	11	7.7	

厚労省様式 様式 3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		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	1408	309	21.9	140	45.3	149	48.2	50	16.2	37	12.0	1	0.3
	64歳以下	850	104	12.2	39	37.5	45	43.3	8	7.7	8	7.7	1	1.0
	65歳以上	558	205	36.7	101	49.3	104	50.7	42	20.5	29	14.1	0	0.0
H28	全体	1349	312	23.1	143	45.8	174	55.8	38	12.2	32	10.3	1	0.3
	64歳以下	765	85	11.1	36	42.4	40	47.1	6	7.1	4	4.7	1	1.2
	65歳以上	584	227	38.9	107	47.1	134	59.0	32	14.1	28	12.3	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						
		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		
		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	1408	216	15.3	116	53.7	149	69.0	36	16.7	26	12.0	1	0.5
	64歳以下	850	69	8.1	28	40.6	45	65.2	4	5.8	4	5.8	1	1.4
	65歳以上	558	147	26.3	88	59.9	104	70.7	32	21.8	22	15.0	0	0.0
H28	全体	1349	242	17.9	116	47.9	174	71.9	31	12.8	32	13.2	0	0.0
	64歳以下	765	67	8.8	30	44.8	40	59.7	4	6.0	3	4.5	0	0.0
	65歳以上	584	175	30.0	86	49.1	134	76.6	27	15.4	29	16.6	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)

糖尿病と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、高血糖、高血圧等が重複した場合には、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。健診データのうち有所見割合を年次比較すると、男性では収縮期血圧(130 以上)、拡張期血圧(85 以上)、HbA1c(5.6 以上)の順で増加がみられた。また女性では、拡張期血圧、BMI(25 以上)、HbA1c において増加がみられた。

メタボリックシンドローム該当者・予備群では、男女ともメタボリックシンドローム該当者の割合が増加しており、合わせて3項目(血糖、血圧、脂質異常)の重複所見の割合が増加している。

【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	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		13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	46	26.6	79	45.7	56	32.4	31	17.9	24	13.9	51	29.5	106	61.3	33	19.1	73	42.2	27	15.6	67	38.7	3	1.7
	40-64	12	16.9	28	39.4	28	39.4	15	21.1	9	12.7	19	26.8	35	49.3	12	16.9	21	29.6	11	15.5	34	47.9	1	1.4
	65-74	34	33.3	51	50.0	28	27.5	16	15.7	15	14.7	32	31.4	71	69.6	21	20.6	52	51.0	16	15.7	33	32.4	2	2.0
H25	合計	64	32.2	98	49.2	55	27.6	31	15.6	24	12.1	68	34.2	135	67.8	45	22.6	101	50.8	46	23.1	70	35.2	4	2.0
	40-64	20	30.8	31	47.7	23	35.4	13	20.0	6	9.2	21	32.3	39	60.0	14	21.5	27	41.5	15	23.1	26	40.0	0	0.0
	65-74	44	32.8	67	50.0	32	23.9	18	13.4	18	13.4	47	35.1	96	71.6	31	23.1	74	55.2	31	23.1	44	32.8	4	3.0

性別	年齢	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		13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
女性	合計	58	22.3	56	21.5	35	13.5	16	6.2	8	3.1	67	25.8	177	68.1	8	3.1	121	46.5	26	10.0	150	57.7	2	0.8
	40-64	20	20.2	17	17.2	11	11.1	7	7.1	1	1.0	21	21.2	59	59.6	2	2.0	34	34.3	12	12.1	52	52.5	0	0.0
	65-74	38	23.6	39	24.2	24	14.9	9	5.6	7	4.3	46	28.6	118	73.3	6	3.7	87	54.0	14	8.7	98	60.9	2	1.2
H25	合計	79	29.6	59	22.1	41	15.4	20	7.5	11	4.1	60	22.5	193	72.3	12	4.5	135	50.6	52	19.5	153	57.3	2	0.7
	40-64	19	20.9	13	14.3	17	18.7	7	7.7	2	2.2	15	16.5	58	63.7	3	3.3	37	40.7	23	25.3	54	59.3	1	1.1
	65-74	60	34.1	46	26.1	24	13.6	13	7.4	9	5.1	45	25.6	135	76.7	9	5.1	98	55.7	29	16.5	99	56.3	1	0.6

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		高血糖		高血圧		脂質異常症	血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質	3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	173	35.6	9	5.2%	30	17.3%	2	1.2%	18	10.4%	10	5.8%	40	23.1%	4	2.3%	4	2.3%	23	13.3%	9	5.2%
	40-64	71	29.0	7	9.9%	11	15.5%	1	1.4%	3	4.2%	7	9.9%	10	14.1%	1	1.4%	2	2.8%	7	9.9%	0	0.0%
	65-74	102	42.3	2	2.0%	19	18.6%	1	1.0%	15	14.7%	3	2.9%	30	29.4%	3	2.9%	2	2.0%	16	15.7%	9	8.8%
H25	合計	199	42.5	14	7.0%	31	15.6%	1	0.5%	23	11.6%	7	3.5%	53	26.6%	7	3.5%	3	1.5%	24	12.1%	19	9.5%
	40-64	65	32.8	6	9.2%	11	16.9%	0	0.0%	5	7.7%	6	9.2%	14	21.5%	1	1.5%	1	1.5%	7	10.8%	5	7.7%
	65-74	134	49.6	8	6.0%	20	14.9%	1	0.7%	18	13.4%	1	0.7%	39	29.1%	6	4.5%	2	1.5%	17	12.7%	14	10.4%

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		高血糖		高血圧		脂質異常症	血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質	3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	260	49.6	7	2.7%	19	7.3%	2	0.8%	14	5.4%	3	1.2%	30	11.5%	5	1.9%	2	0.8%	16	6.2%	7	2.7%
	40-64	99	43.4	4	4.0%	4	4.0%	0	0.0%	2	2.0%	2	2.0%	9	9.1%	3	3.0%	1	1.0%	3	3.0%	2	2.0%
	65-74	161	54.4	3	1.9%	15	9.3%	2	1.2%	12	7.5%	1	0.6%	21	13.0%	2	1.2%	1	0.6%	13	8.1%	5	3.1%
H25	合計	267	56.1	1	0.4%	21	7.9%	2	0.7%	14	5.2%	5	1.9%	37	13.9%	5	1.9%	2	0.7%	20	7.5%	10	3.7%
	40-64	91	46.9	0	0.0%	3	3.3%	0	0.0%	2	2.2%	1	1.1%	10	11.0%	1	1.1%	0	0.0%	7	7.7%	2	2.2%
	65-74	176	62.4	1	0.6%	18	10.2%	2	1.1%	12	6.8%	4	2.3%	27	15.3%	4	2.3%	2	1.1%	13	7.4%	8	4.5%

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

特定健診受診率は、愛育班の協力を得て増加しているが、目標の 60%を達成できていない。一方、特定保健指導実施率は目標値を達成できているが、健診受診率が低いことから、保健指導が必要な人への支援ができていない可能性がある。生活習慣病の重症化を予防していくためには、引き続き特定健診受診率の向上への取組が重要となる。

#### 特定健診受診率・特定保健指導実施率の比較

【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	実施率		医療機関受診率	
			目標	実績				目標	実績	勝浦町	同規模平均
平成25年度	993	434	45%	43.7%	102位	48	38	55%	79.2%	51.0%	50.8%
平成28年度	943	467	60%	49.5%	51位	55	41	62%	74.5%	52.1%	51.6%

## 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、中期・短期目標疾患の医療費は26.7%減少したが、総医療費は増加しており、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったとはいえない。また、メタボリックシンドローム該当者や、糖尿病有所見者の増加、糖尿病腎症の治療割合の増加等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、住民自ら体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も合わせて取り組むべき重要な課題である。



## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

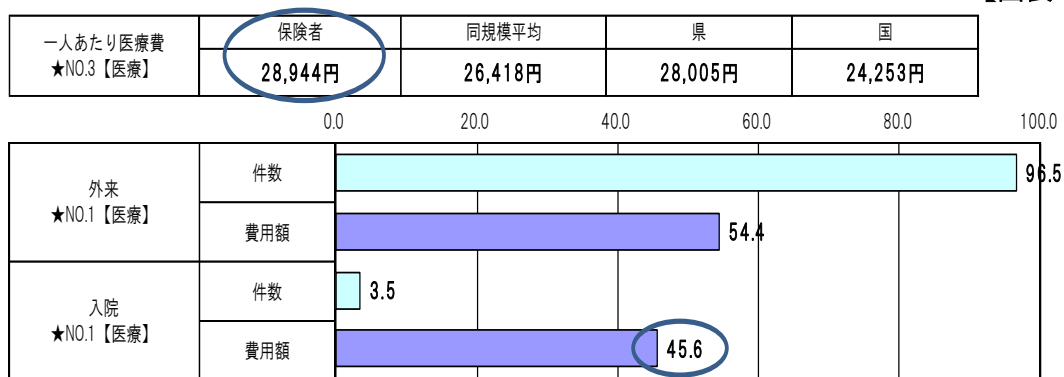
### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

1人当たりの医療費は28,944円で同規模平均26,418円より、約2,500円高く、県、国も同様であった。また、入院費と外来の件数と費用額の割合を比較してみると、入院件数割合は全体のわずか3.5%だが費用額は全体の約50%を占めている。入院を減らすことは、重要化予防にもつながり、費用対効果の面からも重要といえる。

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 13】



○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)

ひと月 80 万円以上(平成 28 年度)の高額レセプトは 72 件であった。72 件のうち、生活習慣病は虚血性心疾患の 1 件だけであった。虚血性心疾患の基礎疾患の重なりをみると、高血圧が 88.4%、糖尿病 67.4%、脂質異常症 72.1%となっており、3 つの疾患の重なりの対象者を明確にすることが必要となる。

6 ヶ月以上の長期入院レセプト 144 件をみると、生活習慣病では脳血管疾患と虚血性心疾患をあわせた 26 件(18.0%)で、最も多かったのは精神疾患での長期入院で 103 件(71.5%)であった。精神疾患での入院患者の退院促進地域移行については、介護保険に含まれることになっている。

長期療養する疾患である人工透析 28 件を分析すると、糖尿病性腎症は見られなかった。しかし、生活習慣病の治療者数(レセプト)において、糖尿病での受療者が 204 人(38.2%)、うち糖尿病性腎症の方が 13 人(2.4%)見られた。糖尿病の重症化を予防し、新規透析導入者をつくらないことが重要である。

【図表 14】

### 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	中・長期的な目標疾患				
			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	72件	0件 0.0%	1件 1.4%	--	--
		費用額	9252万円	--	152万円 1.6%	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上 の入院)	件数	144件	14件 9.7%	12件 8.3%	--	103件 71.5%
		費用額	6287万円	670万円 10.7%	444万円 7.1%	--	3871万円 61.6%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する 疾患)	件数	28件	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%	--
		費用額	1068万円	--	--	--	--

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	534人	46人 8.6%	43人 8.1%	13人 2.4%	
		短期的な 目標疾患 の 基礎 疾患 の 重なり	高血圧	32人 69.6%	38人 88.4%	11人 84.6%
			糖尿病	26人 56.5%	29人 67.4%	13人 100.0%
			脂質異常症	32人 69.6%	31人 72.1%	10人 76.9%
		高血圧症	312人 58.4%	204人 38.2%	242人 45.3%	56人 10.5%

○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)

介護認定率では 64 歳未満が 0.37%、65～74 歳が 4.7%、75 歳以上になると 36.4%と認定率は高くなっている。約 5 人に 1 人が要介護認定を受け、75 歳以上では介護認定者のうち要介護 3 から 5 の重症者が全体の 52.5%と多い。

2 号認定者の有病状況をみると、脳血管疾患が 60.0%、虚血性心疾患 20.0%であり、基礎疾患が全員に見られた。また 65～74 歳までの認定者をみると、脳血管疾患 45.5%、筋骨格系 69.7%で、基礎疾患では糖尿病が 12.1%みられた。本計画の対象者は太枠の 75 歳未満であるが、糖尿病と高血圧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、若い年代から血管疾患を守ることが最重要課題となる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より 3,407 円も高く、2 号認定者はほとんど健診未受診者であり、特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のための高血圧、糖尿病、脂質異常の予防に取り組んでいく必要がある。

【図表 15】

#### 3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		75歳以上		計		合計		
	被保険者数			1,889人		887人		1,145人		2,032人		3,921人			
認定者数			7人		42人		417人		459人		466人				
	認定率		0.37%		4.7%		36.4%		22.6%		11.9%				
新規認定者数 (*1)		1人		11人		50人		61人		62人					
介護度別人数	要支援1・2		0	0.0%	10	23.8%	107	25.7%	117	25.5%	117	25.1%			
	要介護1・2		3	42.9%	10	23.8%	91	21.8%	101	22.0%	104	22.3%			
	要介護3～5		4	57.1%	22	52.4%	219	52.5%	241	52.5%	245	52.6%			
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		75歳以上		計		合計		
	介護件数 (全体)		7		42		417		459		466				
	再) 国保・後期		5		33		407		440		445				
	(レセプトの 診断名より 重複して計上)	循環器 疾患	1	脳卒中	3	60.0%	15	45.5%	193	47.4%	208	47.3%	211	47.4%	
			2	虚血性 心疾患	1	20.0%	4	12.1%	189	46.4%	193	43.9%	194	43.6%	
		血管 疾患	3	腎不全	0	0.0%	3	9.1%	52	12.8%	55	12.5%	55	12.4%	
			合併症	4	糖尿病 合併症	0	0.0%	4	12.1%	35	8.6%	39	8.9%	39	8.8%
				基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		5	100.0%	26	78.8%	383	94.1%	409	93.0%	414	93.0%
		血管疾患 合計		5	100.0%	30	90.9%	393	96.6%	423	96.1%	428	96.2%		
認知症		1	20.0%	8	24.2%	190	46.7%	198	45.0%	199	44.7%				
筋・骨格疾患		4	80.0%	23	69.7%	389	95.6%	412	93.6%	416	93.5%				

\*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) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

#### 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

#### ★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						8,004
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,597					

## 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。

健診データのうち有所見割合の高い項目を性別で見ると、男性ではHbA1c(5.6以上)67.8%、収縮期血圧(130以上)50.8%、腹囲(85以上)49.2%の順であった。女性でもHbA1c72.3%、LDL コレステロール(120以上)57.3%、収縮期血圧 50.6%順であった。特に、全国と比較してHbA1cの割合が男女とも著しく多い。年代別にみると、ほとんどの項目において男女とも65～74歳での有所見者割合が高いが、中性脂肪(150以上)、LDL コレステロールについては、40～64歳の有所見者の割合が多くみられた。

【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)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	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	64	32.2	98	49.2	55	27.6	31	15.6	24	12.1	68	34.2	135	67.8	45	22.6	101	50.8	46	23.1	70	35.2	4	2.0
	40-64	20	30.8	31	47.7	23	35.4	13	20.0	6	9.2	21	32.3	39	60.0	14	21.5	27	41.5	15	23.1	26	40.0	0	0.0
	65-74	44	32.8	67	50.0	32	23.9	18	13.4	18	13.4	47	35.1	96	71.6	31	23.1	74	55.2	31	23.1	44	32.8	4	3.0
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	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	79	29.6	59	22.1	41	15.4	20	7.5	11	4.1	60	22.5	193	72.3	12	4.5	135	50.6	52	19.5	153	57.3	2	0.7
	40-64	19	20.9	13	14.3	17	18.7	7	7.7	2	2.2	15	16.5	58	63.7	3	3.3	37	40.7	23	25.3	54	59.3	1	1.1
	65-74	60	34.1	46	26.1	24	13.6	13	7.4	9	5.1	45	25.6	135	76.7	9	5.1	98	55.7	29	16.5	99	56.3	1	0.6

\*全国については、有所見割合のみ表示

内臓脂肪型肥満の共通要因として、高血糖、高血圧、脂質異常を呈する病態が重複した場合、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなり、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られる。内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高血圧症、脂質異常症は予防可能であり、また発症した後でも血糖、血圧等をコントロールすることにより、心血管疾患、脳血管疾患、腎不全等への進展や重要化を予防することは可能となる。

メタボリックシンドローム該当者の結果をみると、男女ともメタボ該当者の割合が65～74歳で多く、重なっている項目をみると、「血圧+脂質」が一番多く、次に「3項目全て」が多い結果とな

っている。メタボ予備群の結果では、男性では40～64歳、女性では65～74歳での割合が多く、項目では「高血圧」が多い。

これらの結果を踏まえると前期高齢期の生活習慣病予防するためには、40代、50代の若い層からの健康意識の向上が重要となる。

【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（帳票）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	199	42.5	14	7.0%	31	15.6%	1	0.5%	23	11.6%	7	3.5%	53	26.6%	7	3.5%	3	1.5%	24	12.1%	19	9.5%
	40-64	65	32.8	6	9.2%	11	16.9%	0	0.0%	5	7.7%	6	9.2%	14	21.5%	1	1.5%	1	1.5%	7	10.8%	5	7.7%
	65-74	134	49.6	8	6.0%	20	14.9%	1	0.7%	18	13.4%	1	0.7%	39	29.1%	6	4.5%	2	1.5%	17	12.7%	14	10.4%
女性	合計	267	56.1	1	0.4%	21	7.9%	2	0.7%	14	5.2%	5	1.9%	37	13.9%	5	1.9%	2	0.7%	20	7.5%	10	3.7%
	40-64	91	46.9	0	0.0%	3	3.3%	0	0.0%	2	2.2%	1	1.1%	10	11.0%	1	1.1%	0	0.0%	7	7.7%	2	2.2%
	65-74	176	62.4	1	0.6%	18	10.2%	2	1.1%	12	6.8%	4	2.3%	27	15.3%	4	2.3%	2	1.1%	13	7.4%	8	4.5%

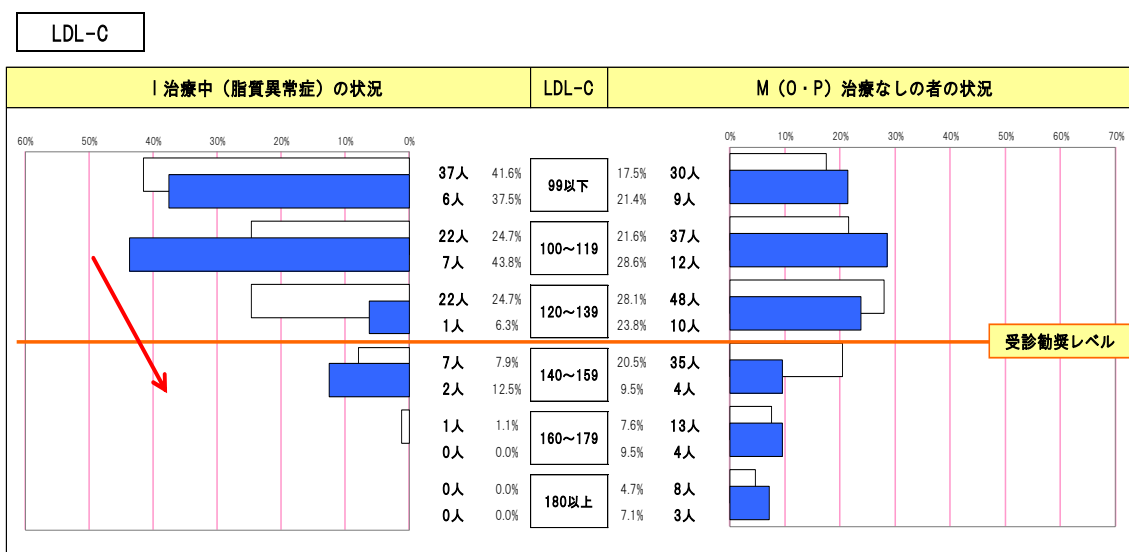
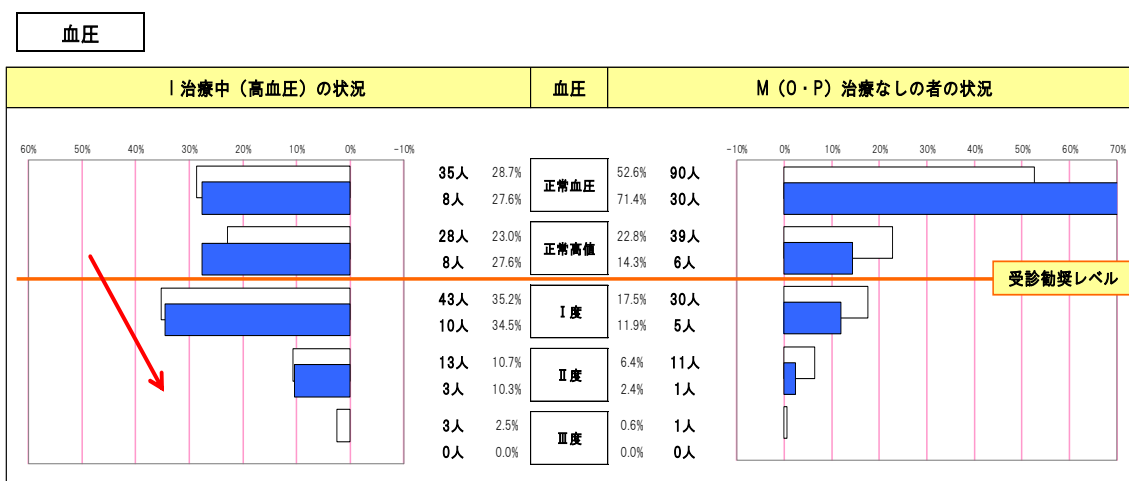
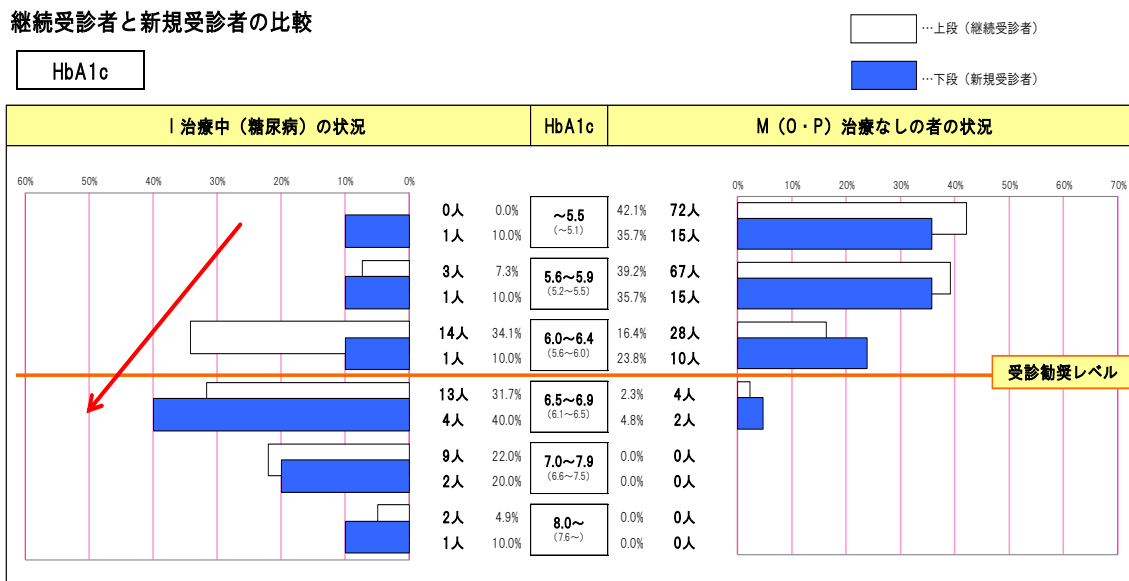
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

治療中のデータから、高血圧と脂質異常症は医療機関を受診し、薬物療法をうけることで値が改善されコントロールが良いことがわかる。一方、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メタボリックシンドロームと糖尿病が、課題としてあげられる。

HbA1c での新規受診者と継続受診者のコントロール状況を比較すると、継続受診者の値が低いことから、生活習慣病治療者においても、健診の受診勧奨を行い、個々人にあった栄養指導等の保健指導を行っていく必要がある。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



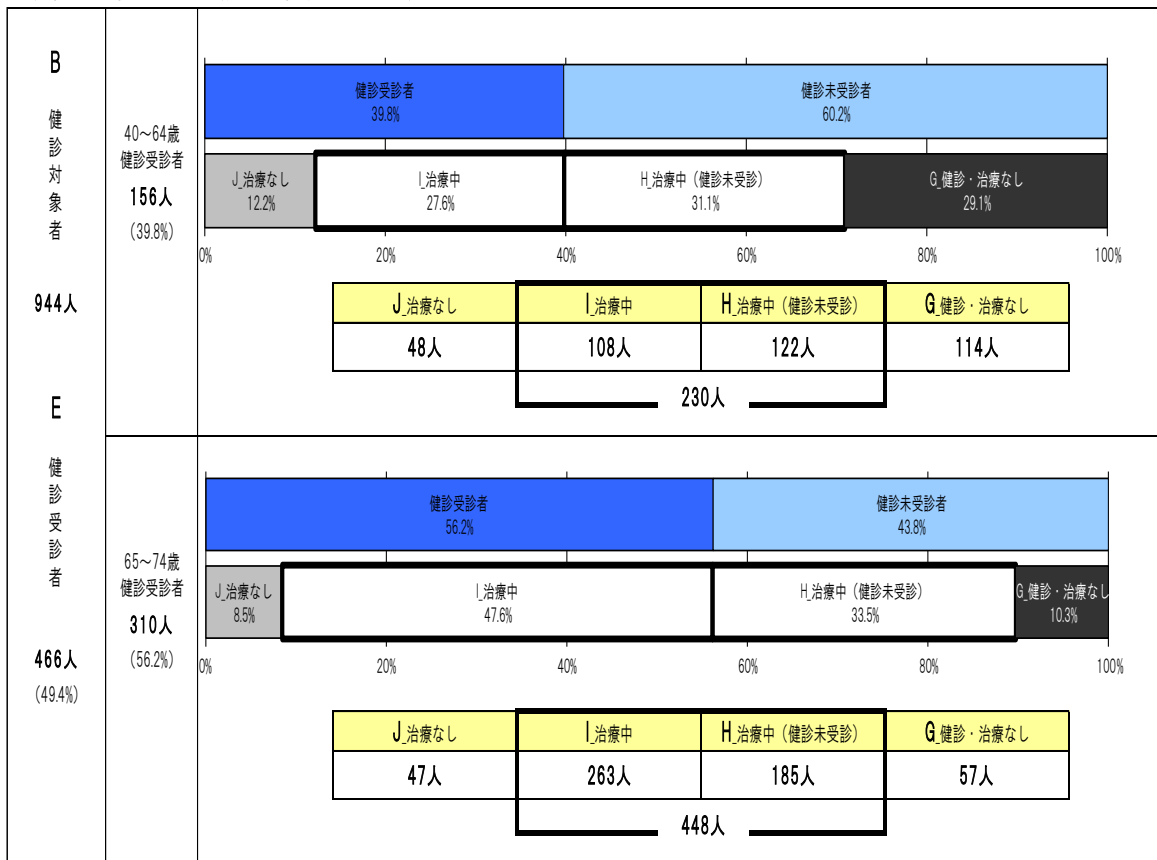
#### 4) 未受診者の把握(図表 19)

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 歳の割合が 29.1%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をみても、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。

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

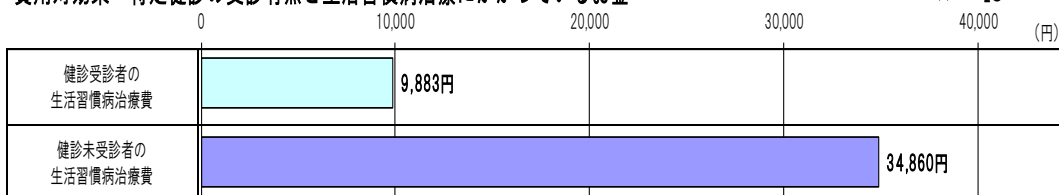
★NO.26 (CSV)



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

#### 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.3⑥



### 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 つの疾患をそれぞれ 3% 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、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を平成 35 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(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	50%	50%	60%	60%	65%	65%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

### 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	920人	910人	900人	890人	880人	860人
	受診者数	460人	455人	540人	535人	570人	560人
特定保健指導	対象者数	55人	55人	65人	65人	70人	65人
	受診者数	45人	45人	50人	50人	55人	50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(農村環境改善センター・各集会所他)
- 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

4月から翌年3月末まで実施する。

### 6)医療機関との適切な連携

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

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

### 7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、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

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

#### 年間実施スケジュール

【図表 22】

受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	平成29年						
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
1,012	5月1日 (受診券発行年月日)						11月30日 (有効期限)

※ 「受診券発行年月日」とは、受診券面に記載されている発行年月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。

※ 該当年度の10月以降に75歳に到達される方については、一律「9月30日」が有効期限です。

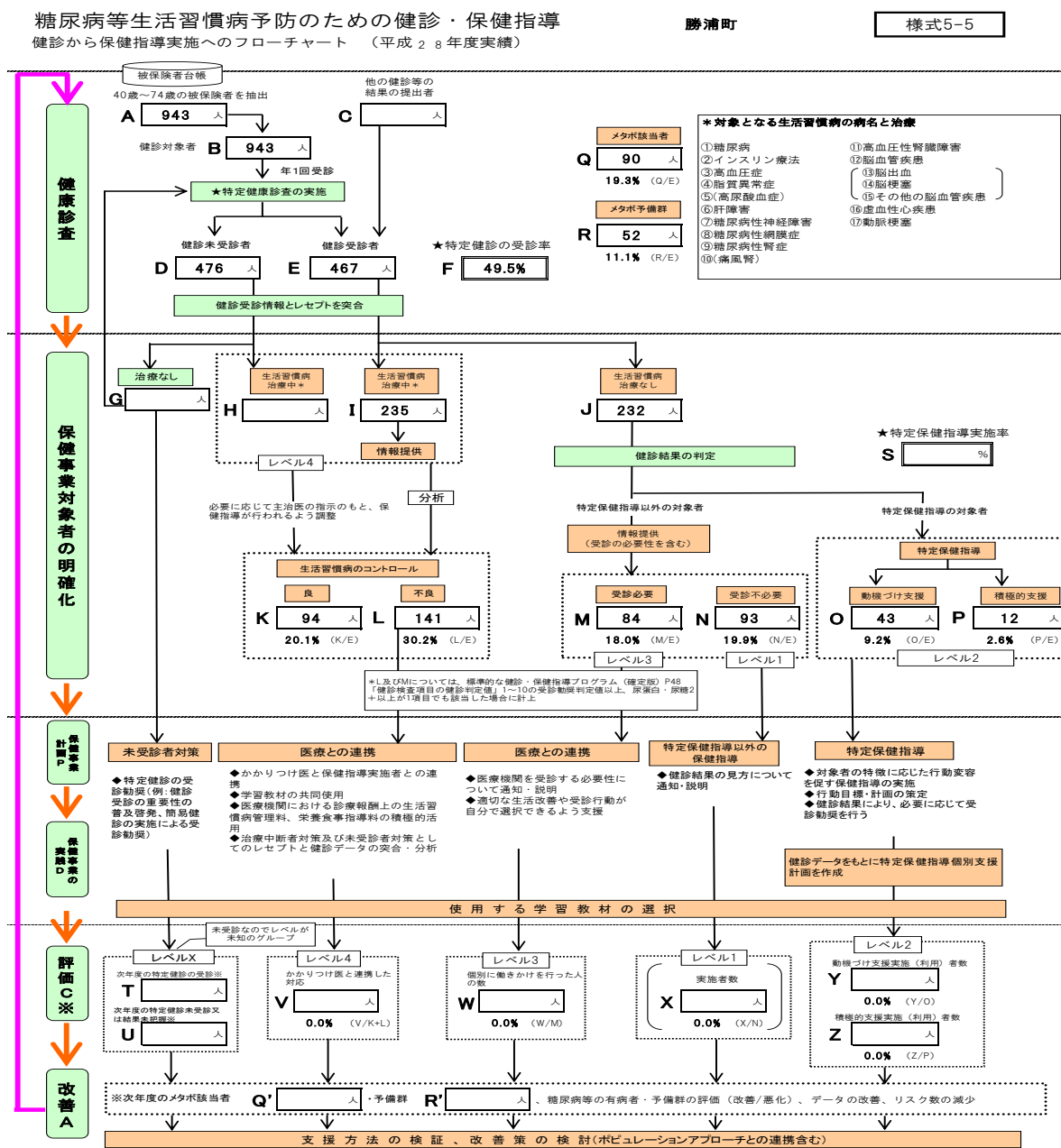
## 5. 特定保健指導の実施

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)

【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 (受診者の○%)	保健指導 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	55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	84人 (18.0)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	476人 ※受診率目標達成までにあと6人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	93人 (19.9)	
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	235人 (50.3)	

### 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 25)

【図表 25】

#### 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

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

**対象者の明確化**

対象者の明確化

**特定健診受診者における重症化予防対象者**

特定健診受診者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者
特定健診受診者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者	重症化予防対象者

**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**

項目	H25年度	実施割合
糖尿病型	73人	15.6%
未治療・中断者(寛解薬服用なし)	16人	21.8%
治療中(寛解薬服用)	57人	78.1%
コントロール不良(70mg/dl以上、空腹時血糖150以上)	22人	38.6%
血圧 130/80以上	11人	50.0%
肥満 BMI25.0以上	10人	45.5%
コントロール良好(70mg/dl未満、空腹時血糖150未満)	35人	61.4%

① 未受診者対策

- ① 健診なし・治療なしの人 健康実態がわからない
- ② 40代50代の受診率が低い
- ③ 健診中断者への受診勧奨

② 特定健診

- ① 集団健診 町内の集会所等10日
- ② 医療機関健診

③ 健診結果

【健診結果説明会(10日間)】

- ① 集団健診については、健診日から約1か月後に健診結果説明会を行う。希望者に対して、健診結果の見方等保健指導を実施する。(各集会所で保健師・栄養士) 参加しなかった人→訪問にて実施
- ② 個別健診受診者については、健診結果を階層化し、優先順位に沿って指導を行う。

④ 保健指導

優先順位

- ① 特定保健指導対象者(O・P)
- ② 糖尿病に関する受診勧奨判定値の者(M)
- ③ CKDにおいて腎専門医受診が必要な者
- ④ その他(血圧、LDL等)受診勧奨判定値の者

**実践スケジュール**

月	未受診者対策	特定健診	健診結果	保健指導
4月	初旬 ・愛育班連絡協議会で健診実施説明会 ・愛育班での「特定健診・巡回がん検診」のお知らせ配布・健診の呼びかけ ・健診申込取りまとめ・健診センターへデータ送付 ・ヤング健診の周知(国保20-39歳)	中旬 ・2次検診・中間評価健診等委託契約		
5月	5月広報 特定健診・巡回がんお知らせ	5月～6月 集団健診の実施(9日間)		
6月	6月広報 特定健診・巡回がんお知らせ	健診終了後に、愛育班員さんと、意見交換会を実施	【集団健診】 健診結果説明会への準備として ・特定健診日に各健診会場で、健診結果説明会の予約をとり、予約表をしておく。 ・健診センターからの健診結果をマルチマーカータン取り込み、受診者一覧を作成し個別の経年結果表を印刷。 ・受診勧奨値の人は、レセプトを確認すること。 ・がん検診結果と合わせて、各会場で説明会で返す	6月～7月 健診結果説明会の実施(9日間)
7月		・受診券発送の準備(事務課)		
8月		勝浦病院での2次健診の実施(年度末まで)		
9月	9月広報 特定健診のお知らせ	【OGTT】 HbA1c5.8～6.4%の者ただし、糖尿病治療者は除く		
10月	未受診者台帳の作成し受診勧奨・健康実態の把握 訪問・個人通知 継続受診の確認 受診勧奨 前年度受診者には健診結果を同封する	【中間評価健診】 2次健診対象者 特定保健指導対象者	【医療機関】(毎月の処理) 国保連合会からの健診結果をマルチマーカータン取り込み、受診者一覧を作成し個別の経年結果表を印刷。 受診勧奨値の人は、レセプトを確認すること。 優先順位にあわせて訪問	前年度の特定保健指導の評価・法定報告の入力作業 優先順位に沿って保健指導の実施 ●糖尿病性腎症重症化予防 糖尿病管理台帳の整理確認 糖尿病未治療者への糖尿病連携パスの活用 糖尿病治療者への、糖尿病連携手帳の活用 ●生活習慣病重症化予防
11月	11月広報 特定健診お知らせ	【頭部超音波】 受診勧奨判定値の者		
12月	特定健診受診券 11月30日まで	中旬 集団健診の実施(1日)		
1月				集団健診の健診結果説明会(1日) 次年度の特定保健指導・健診結果説明会の方法について 検討し 予算を考える
2月				受診勧奨値判定で保健指導した人が医療機関を受診したかどうかKDBで確認する
3月				特定保健指導対象者で、まだ来ていない人を追いかける(追込み保健指導)

## 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勝浦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、勝浦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	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 27)

【図表 27】

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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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。

勝浦町においては、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 28)

勝浦町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 5 人(20.0%・F')であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 328 人中のうち、特定健診受診者が 145 人(44.2%・G)であったが、36 人(24.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 183 人(55.8%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 35 人中 9 人は治療中断であることが分かった。また、26 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 より勝浦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')……5 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)……45 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)……109 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】

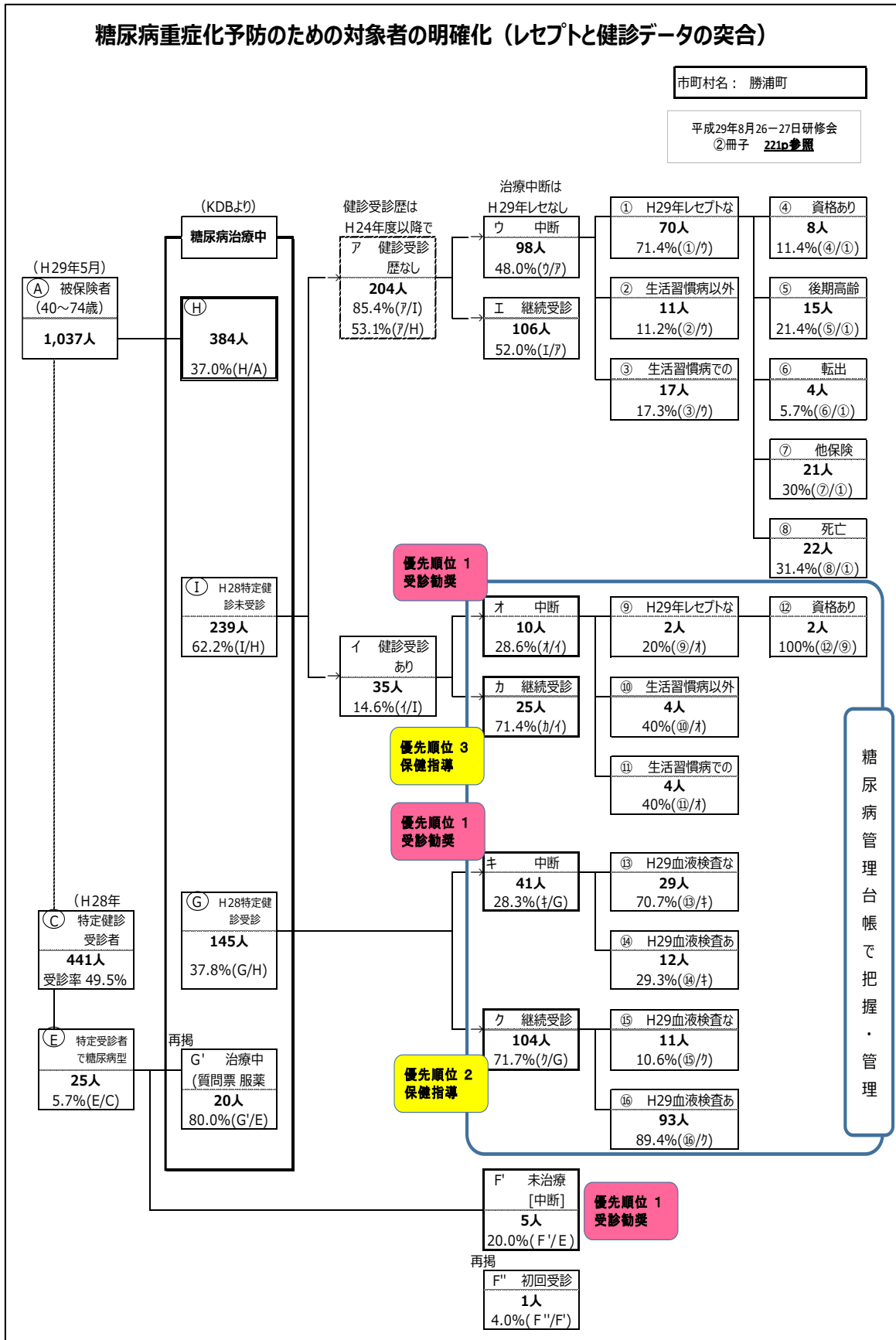
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)……26 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

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合）

市町村名： 勝浦町

平成29年8月26～27日研修会  
②冊子 221p参照



### 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) 担当地区の対象者数の把握

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

## 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。勝浦町においては、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
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ヘモグロビンA1cとは</li> <li>糖尿病の治療の進め方</li> <li>健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>HbA1cと体重の変化</li> <li>HbA1cとGFRの変化</li> <li>糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあられ方～</li> </ul> </li> <li>私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>糖尿病のタイプ</li> <li>インスリンの仕事</li> <li>食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>なぜ体重を減らすのか</li> <li>自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>腎臓は</li> <li>なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>血圧を下げる薬と作用</li> <li>食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を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><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>ピグアナイド薬とは</li> <li>チアゾリジン薬とは</li> <li>SGLT2阻害薬とは</li> </ol>



## 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/1.73m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

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

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 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。勝浦町において健診受診者 467 人のうち心電図検査実施者は 2 人(0.7%)であり、そのうち ST 所見があったのは 1 人であった(図表 30)。精密検査は必要ではなかった。(図表 31)。

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 所見ありの者には、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。

勝浦町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため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)							
	(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	467	—	2	0.4%	1	50%	1	50%	0	0.0%

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)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
1	—	1	100%	1	100%	0	0.0%

## ②心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 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】

心電図以外の保健指導者対象者の把握

平成28年度実施	受診者数	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	467	1 0.2%	1 0.2%	0 0.0%	465 99.6%	
メタボ該当者	90 19.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	90 19.4%	
メタボ予備群	52 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	52 11.2%	
メタボなし	325 69.6%	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	323 69.5%	
LDL-C	140-159	54 16.6%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	53 16.4%
	160-179	20 6.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 6.2%
	180-	8 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 2.5%
CKD	G3aA1~	62 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	62 13.3%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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

#### (2) 二次健診の実施

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

### (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

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】

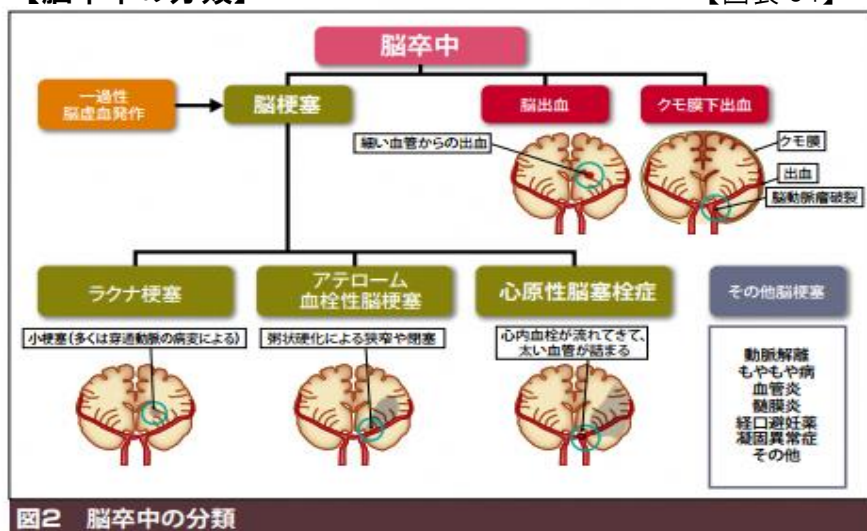


図2 脳卒中の分類

(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 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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

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)					
	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				
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	467人															
治療なし	15	5.1%	0	0.0%	12	3.4%	7	2.0%	14	6.0%	12	2.9%	1	0.4%	2	0.9%
(再掲) 特定保健指導	5	14.3%	0	--	5	41.7%	2	25.0%	14	15.6%	4	14.3%	1	9.1%	0	0.0%
治療中	20	11.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	76	32.3%	16	28.1%	10	4.3%	10	4.3%
臓器障害あり	1	6.7%	0	--	1	8.3%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	2	100.0%
CKD (専門医対象者)	1		0		1		2		0		0		1		2	
尿蛋白 (2+) 以上	1		0		1		0		0		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		2		0		0		0		2	
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35人(7.5%)であり、15人は未治療者であった。また未治療者のうち1人(6.7%)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20人(11.4%)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)

図表 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。

【図表 37】

勝浦町

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

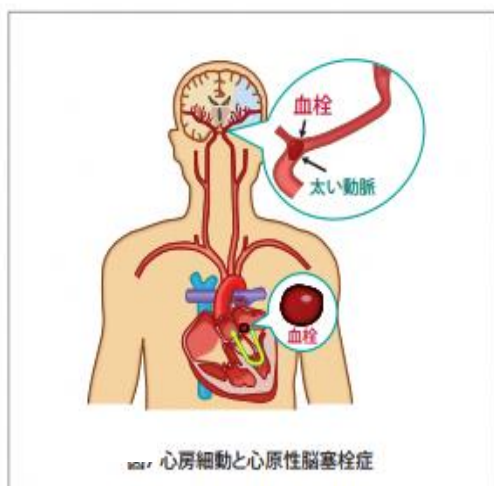
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /~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
292		90	81	58	48	14	1	3	32	28
		30.8%	27.7%	19.9%	16.4%	4.8%	0.3%	1.0%	11.0%	9.6%
リスク第1層		18	6	4	3	2	0	3	2	0
		11.3%	20.0%	7.4%	6.3%	14.3%	0.0%	100%	6.3%	0.0%
リスク第2層		45	46	35	30	4	1	--	30	5
		55.1%	50.0%	56.8%	62.5%	28.6%	100.0%	--	93.8%	17.9%
リスク第3層		27	29	19	15	8	0	--	--	23
		33.6%	30.0%	32.8%	31.3%	57.1%	0.0%	--	--	82.1%
再掲 重複あり	糖尿病	29	11	7	6	2	0			
		29.6%	40.7%	24.1%	40.0%	25.0%	--			
	慢性腎臓病 (CKD)	38	9	13	5	3	0			
	38.8%	33.3%	44.8%	33.3%	37.5%	--				
3個以上の危険因子	49	12	11	12	8	6	0			
	50.0%	44.4%	37.9%	53.3%	75.0%	--				

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態



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

(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

【図表 38】

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	2	0	0.0	0	0.0	—	—
40 歳代	0	0	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50 歳代	0	0	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60 歳代	0	1	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74 歳	0	1	0	0.0	0	0.0	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の 70～74 歳の値は 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	%
0	0.0	0	0.0	0	0.0

平成 28 年度での心電図検査受診者は 2 名と少なく、心房細動の有所見者は見られなかった。心電図検査は第 3 期計画から「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」の項目として実施することから、心電図受診者数が増加すると思われる。また、日本循環器学会疫学調査において、年齢が高くなるにつれて心房細動の有所見率が増加することが示されており、健診受診者の約 6 割が 60 代以上の勝浦町において、今後心房細動有所見者が出現するまたは増加すると考えられる。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う。

### 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。

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

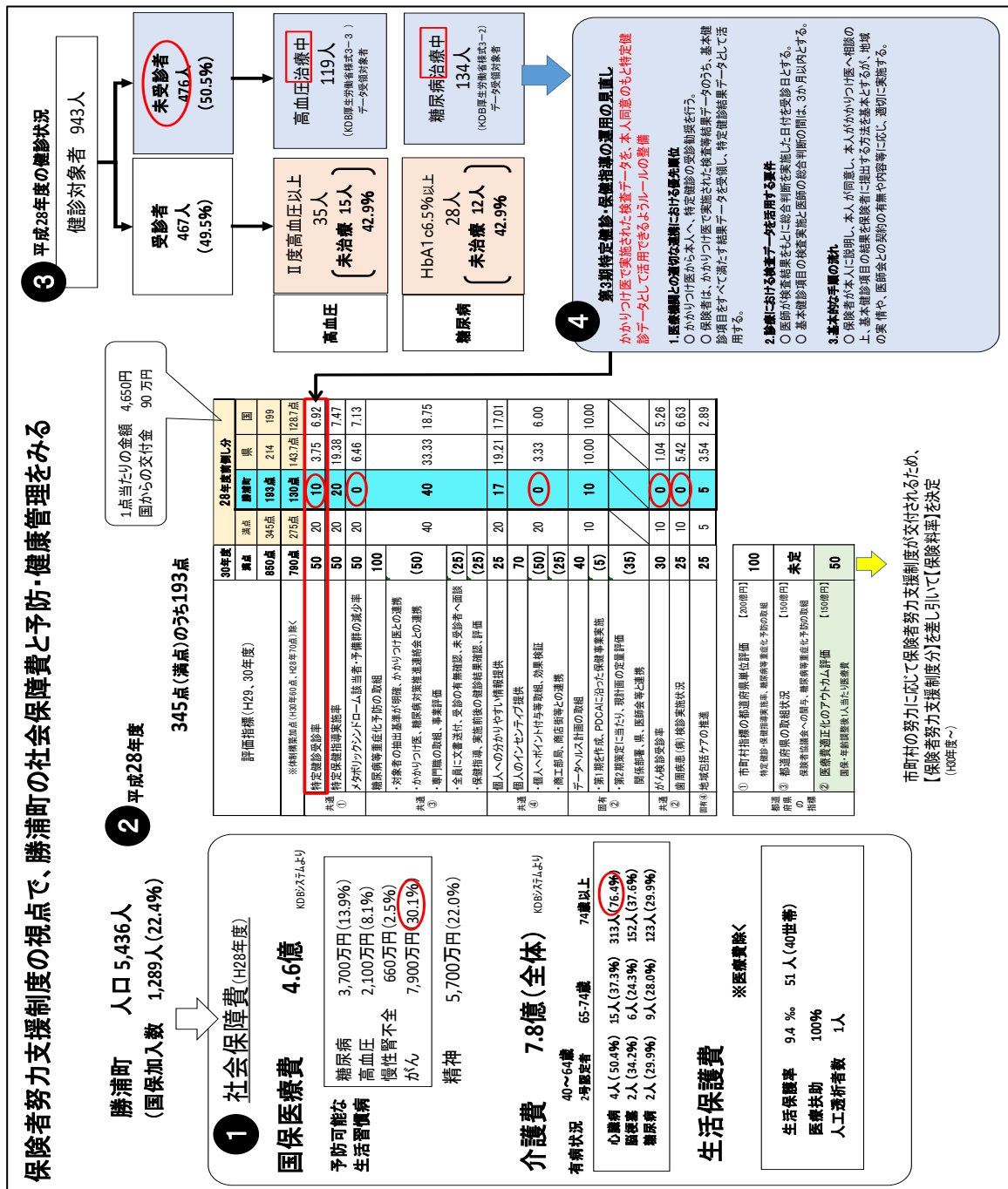
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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】





## 第5章 地域包括ケアに係る取組み

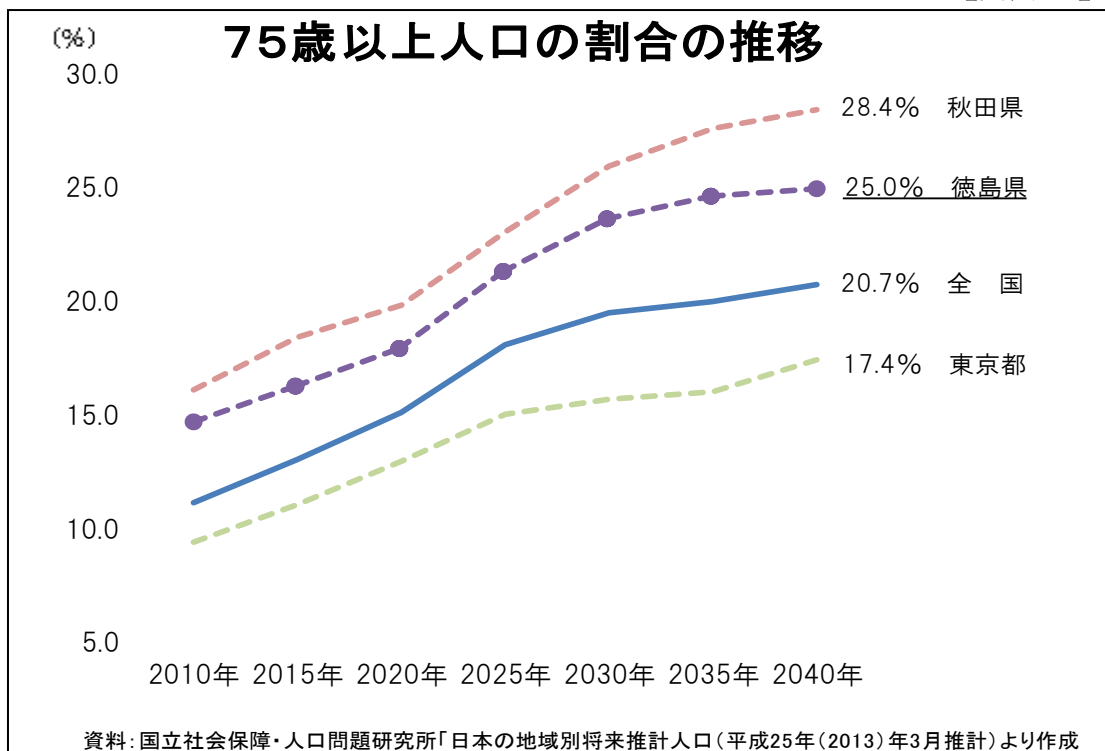
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

本県は、75歳以上人口の割合の将来推計において、2040年には25%に増加し、全国よりさらに高くなると推計されている。(図表42)

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】



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勝浦町の位置
- 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



様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた勝浦町の位置

■ 同規模平均と比較して割合が高い項目

○ H25と比較して割合が高い項目

【参考資料1】  
2017.11.14作成

項目	H25		H28		H28				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	5,743		5,743		1,815,204		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）	2,032	35.4	2,032	35.4	575,561	31.7	209,460	27.1	29,020,766	23.2	
		75歳以上	1,145	19.9	1,145	19.9			113,837	14.7	13,989,864	11.2	
		65～74歳	887	15.4	887	15.4			95,623	12.4	15,030,902	12.0	
		40～64歳	1,889	32.9	1,889	32.9			266,169	34.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	1,822	31.7	1,822	31.7			296,728	38.4	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	27.8		27.8		18.4		8.8		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	23.1		23.1		25.5		24.3		25.2		
		第3次産業	49.1		49.1		56.1		66.9		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.3		79.3		79.4		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.9		86.9		86.4		86.2		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.3		65.3		65.2		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	67.0		67.0		66.7		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	106.4		102.7		104.8		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	99.4		98.9		100.8		99.4		100		
		女性	99.4		98.9		100.8		99.4		100		
		がん	23	43.4	21	43.8	6,817	45.1	2,469	46.4	367,905	49.6	
		心臓病	13	24.5	16	33.3	4,392	29.1	1,543	29.0	196,768	26.5	
		脳疾患	13	24.5	4	8.3	2,661	17.6	825	15.5	114,122	15.4	
		糖尿病	1	1.9	3	6.3	274	1.8	113	2.1	13,658	1.8	
	腎不全	3	5.7	1	2.1	548	3.6	218	4.1	24,763	3.3		
	自殺	0	0.0	3	6.3	409	2.7	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
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	470	22.1	459	22.6	114,707	20.1	48,252	23.1	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	20	0.3	6	0.3	1,910	0.3	727	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	8	0.4	7	0.5	2,325	0.4	941	0.4	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	133	27.2	134	29.8	25,164	21.2	13,140	26.4	1,343,240	21.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		高血圧症	331	67.6	312	68.2	64,630	54.6	28,314	57.0	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	151	32.1	163	36.3	31,788	26.7	14,741	29.6	1,733,323	28.2	
		心臓病	348	71.2	332	72.3	73,217	61.9	32,169	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	174	35.4	160	36.3	33,089	28.2	12,843	26.0	1,530,506	25.3	
		がん	43	10.1	39	7.3	11,629	9.7	5,291	10.5	629,053	10.1	
		筋・骨格	323	68.1	316	68.5	63,583	53.7	29,441	59.5	3,051,816	49.9	
精神	219	44.9	218	45.4	43,915	37.0	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）	73,564		76,254		70,593		60,272		58,349		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
	居宅サービス	44,002		47,502		40,986		39,151		39,683			
	施設サービス	286,800		281,773		275,281		284,661		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別	7,788		8,004		8,458		7,585		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	医療費（40歳以上）	4,262		4,597		4,123		4,219		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,395		1,289		493,770		173,928		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		65～74歳	565	40.5	588	45.6			75,546	43.4	12,462,053	38.2	
		40～64歳	529	37.9	444	34.4			59,408	34.2	10,946,693	33.6	
		39歳以下	301	21.6	257	19.9			38,974	22.4	9,178,477	28.2	
	加入率	24.3		22.4		27.8		22.5		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.7	1	0.8	144	0.3	113	0.6	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	2	1.4	2	1.6	1,108	2.2	743	4.3	96,727	3.0	
		病床数	65	46.6	60	46.5	15,468	31.3	14,845	85.4	1,524,378	46.8	
		医師数	3	2.2	3	2.3	1,575	3.2	2,463	14.2	299,792	9.2	
		外来患者数	670.1		694.3		658.5		721.1		668.3		
入院患者数		24.9		24.8		22.6		25.6		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	26,193	県内14位 同規模80位	28,944	県内13位 同規模62位	26,418		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	
	受診率	694.961		719.128		681.134		746.696		686.501			
	外来	53.8		54.4		56.6		54.7		60.1			
	費用の割合	96.4		96.5		96.7		96.6		97.4			
	入院	46.2		45.6		43.4		45.3		39.9			
	費用の割合	3.6		3.5		3.3		3.4		2.6			
	1件あたり在院日数	18.1日		19.1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 最大医療費源病 名（調剤含む）	がん	48,437,870	17.9	79,114,040	30.1	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）	11,252,010	4.2	6,600,740	2.5	9.1		7.1		9.7			
	糖尿病	30,343,860	11.2	36,613,710	13.9	10.2		9.6		9.7			
	高血圧症	25,296,600	9.4	21,341,250	8.1	9.2		8.3		8.6			
	精神	64,351,200	23.8	57,872,670	22.0	17.5		25.5		16.9			
	筋・骨格	39,191,120	14.5	31,661,380	12.0	16.1		13.7		15.2			





【参考資料 3】

H30.1.26作成

糖尿病管理台帳

※糖尿病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  
 ※連携手帳…HPで配布：○、保健師が配布：●

(HbA1c6.5以上) 【対象者抽出基準】  
 過去7年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

連携手帳	番号	地区	追加年度	保険診療	氏名	性別	H29年度末年齢	診察開始日 合併の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	転出 死亡	備考① H29 フォローアップ	備考② H29 フォローアップ	備考③ 内服(H28末)	備考④-1 薬の種類	備考④ K08で糖尿病以外の病歴を検索
	1							糖尿病	H23.10.5	糖	薬	通院	通院	通院	通院								
								高血圧	H24.5.9	HbA1c	8												
								虚血性心疾患		糖	体重	94											
								脳血管疾患		以外	BMI	32.5											
								糖尿病性腎症			血圧	134/81											
										CKD	GFR	111.7											
											尿蛋白	+++											
								糖尿病	H9.7.31	糖	薬	○	○										
								高血圧	H14.5.5	HbA1c	8.1	8.1											
								虚血性心疾患	H25.6.19	糖	体重	80.4	78.5										
								脳血管疾患	H14.5.5	以外	BMI	30.5	30										
								糖尿病性腎症	H13.5.18		血圧	164/78	134/72										
										CKD	GFR	91	92.4										
											尿蛋白	-	-										
								糖尿病	H20.12.2	糖	薬	○	○	○	○	○	○						
								高血圧	H25.2.4	HbA1c	6.7				6.6	6.7							
								虚血性心疾患		糖	体重	64			68.5	66.5							
								脳血管疾患		以外	BMI	23			24.7	24							
								糖尿病性腎症			血圧	100/60			120/78	152/86							
										CKD	GFR	44.5			70.4	64							
											尿蛋白	++			-	-							

【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	他の専門職との連携
結果把握	<b>糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (81) 人</b> <b>①A 健診未受診者 (28) 人</b> 結果未把握 (内訳) ①国保(生保) (18) 人 ②後期高齢者 (10) 人 ③他保険 (0) 人 ④住基異動(死亡・転出) (0) 人 ⑤確認できていない (0) 人 ①-1 未治療者(中断者含む) (1) 人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	1. 資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡は、その原因 2. レセプトの確認 ○治療状況の確認 ○直近の治療有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	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
	<b>②結果把握 (53) 人</b> ① HbA1cが悪化している (20) 人 例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (11) 人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある ② 尿蛋白 (-) (38) 人 (±) (7) 人 (+) ~ 顕性腎症 (8) 人 ③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (1) 人 1年で5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 (17) 人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	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り組み評価

【参考資料 5】

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	1,349人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A	1,065人							
2	① 特定健診	B	943人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 対象者数	B	943人							
	③ 受診者数	C	467人							
3	① 特定保健指導		49.5%							
	② 実施率		74.5%							
4	① 健診データ	E	73人	15.6%						特定健診結果
	② 糖尿病型	F	16人	21.9%						
	③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G	57人	78.1%						
	④ 治療中(質問票 服薬あり)	J	22人	38.6%						
	⑤ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	11人	50.0%						
	⑥ 血圧 130/80以上	J	10人	45.5%						
	⑦ 肥満 BMI25以上	K	35人	61.4%						
	⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	M	51人	69.9%						
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	10人	13.7%						
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)	M	10人	13.7%						
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	2人	2.7%						
5	① レセプト		151.2人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② 糖尿病受療率(被保険者対)		190.6人							
	③ (再掲)40-74歳(被保険者対)		1,121件	(1086.2)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ レセプト件数(40-74歳) ( )内は被保険者対		8件	(7.8)			9件	(5.4)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	204人	15.1%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳	H	203人	19.1%						
	⑦ 健診未受診者	I	146人	71.9%						
	⑧ インスリン治療	O	15人	7.4%						
	⑨ (再掲)40-74歳	O	15人	7.4%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	13人	6.4%						
	⑪ (再掲)40-74歳	L	13人	6.4%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		0人	0.00%						
	⑬ (再掲)40-74歳		0人	0.00%						
	⑭ 新規透析患者数		0人	0.00%						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0.00%						
	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)		8人	2.1%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	① 医療費		4億5939万円				6億7140万円		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		2億6303万円				3億8059万円			
	③ (総医療費に占める割合)		57.3%				56.7%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		9,883円				7,719円			
	⑤ 健診受診者		34,860円				34,410円			
	⑥ 健診未受診者									
	⑦ 糖尿病医療費		3661万円				3883万円			
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		13.9%				10.2%			
	⑨ 糖尿病入院外総医療費		7755万円							
	⑩ 1件あたり		31,206円							
	⑪ 糖尿病入院総医療費		4615万円							
	⑫ 1件あたり		512,765円							
	⑬ 在院日数		19日							
	⑭ 慢性腎不全医療費		1157万円				3707万円			
	⑮ 透析有り		660万円				3467万円			
⑯ 透析なし		497万円				240万円				
7	① 介護		7億7664万円				7億5091万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%							
8	① 死亡		3人	3.3%			1人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

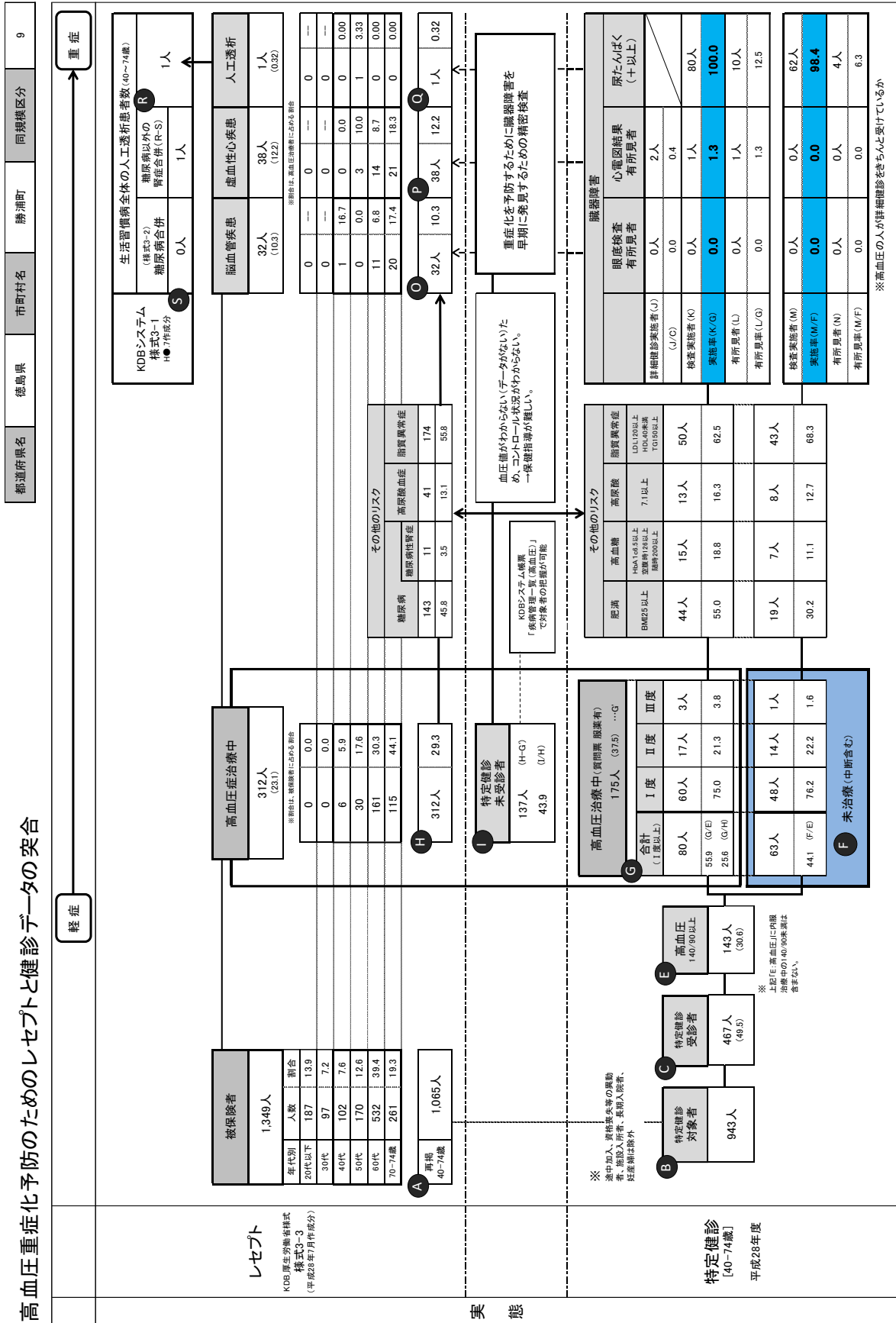


【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> 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		症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧					
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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	300～
		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	126～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	～139	140～199	200～	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）	
	拡張期	～84	85～89	90～		
<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

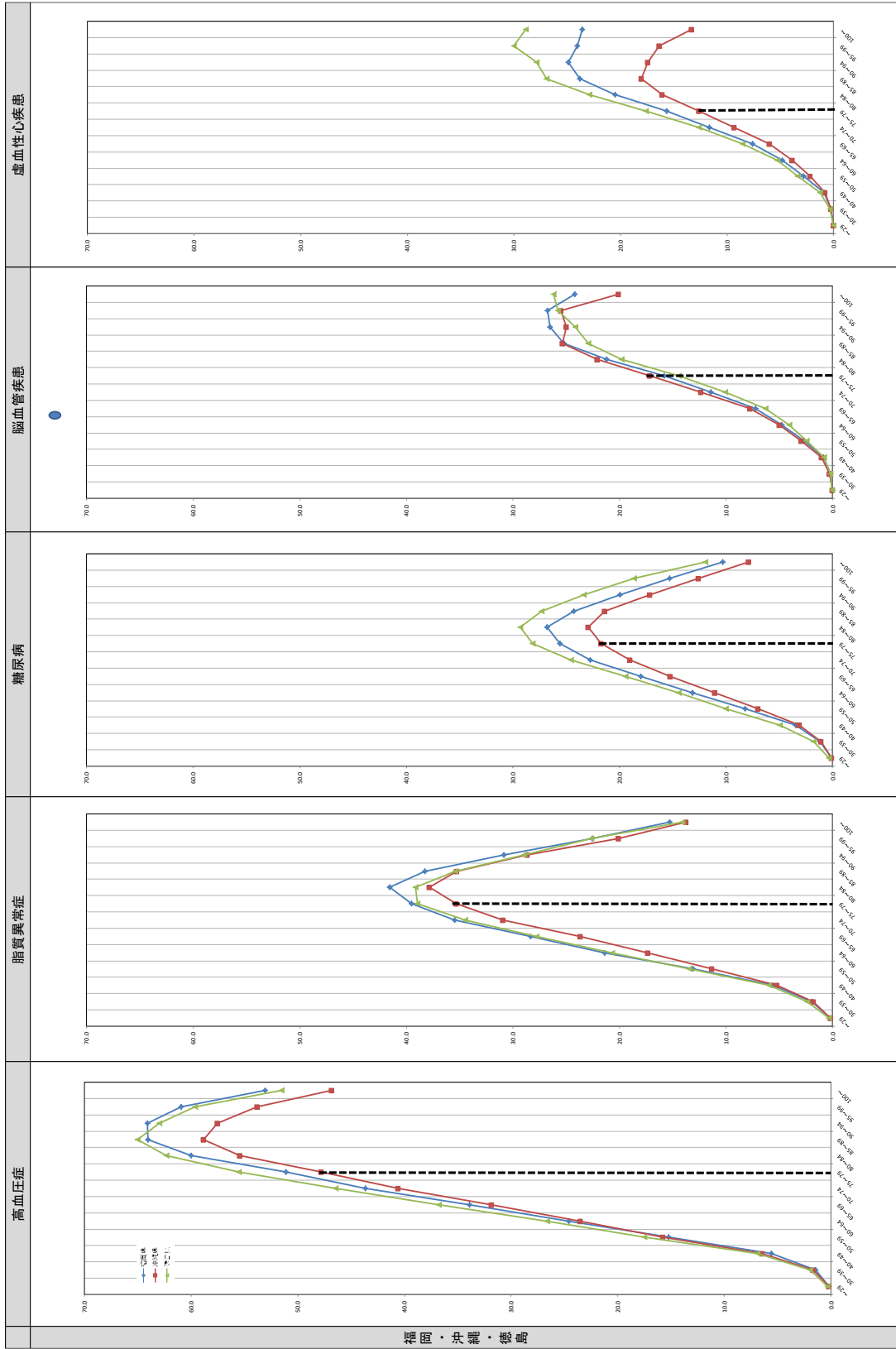






生活習慣病有病状況

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)



①平成28年度データヘルスの取組みと課題整理(平成28年度実践・評価)

勝浦町

平成28年度 課題	①平成28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																																																																										
<p><b>データヘルス計画(総論)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎中期目標</li> <li>①血圧・心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らす。3疾患それぞれ10%減(平成29年度と平成26年度比較)</li> <li>②医療費(入院)の伸び率を国並みに抑える(平成29年度)</li> <li>◎短期目標</li> <li>高血圧、脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていく</li> </ul> <p><b>第2期特定健康診査等実施計画</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎目標 特定健康診査実施率 60%(H28)</li> <li>◎目標 特定保健指導実施率 62%(H28)</li> <li>◎糖尿病(重症化予防)保健指導目標</li> <li>①糖尿病性腎症による新発認知症導入患者数の減少</li> <li>②HbA1c8.0以上の者の割合の減少</li> <li>③糖尿病治療継続者の割合の増加</li> <li>④糖尿病有病者の増加の抑制</li> </ul>	<p>(1)特定健康診査受診率向上</p> <p>①未受診者へ訪問による受診勧奨 【対象】平成27年度に健診未受診で生活習慣病による医療機関受診がない40~74歳までの者 【方法】保健師3名が担当地区を抽出し訪問する 【内容】受診勧奨と血圧測定、尿検査等健康実態を把握する</p> <p>②個別通知による受診勧奨 【対象】40~50代で健診未受診者への個別通知 【内容】パンフレットと前年度に健診受診歴がある者には、健診結果年表を同封する。</p> <p>③無料健診の実施(新規) 特定健診にかかる個人負担金を無料にする 【対象】国保に加入する者 【内容】集団健診、勝浦病院は受診時無料 その他医療機関受診者は、償還払い</p> <p>(2)生活習慣病重症化予防</p> <p>①糖尿病性腎症重症化予防 【対象】過去の健診でHbA1c6.5%以上の者 【内容】糖尿病管理台帳を作成し、対象者を把握する KDBシステムを使って、治療の有無(治療中断者)を確認する。 尿蛋白(+)以上の者を優先して受診勧奨、保健指導を行う。</p> <p>②糖尿病連携パスの実施(かかりつけ医との連携) 勝浦病院院長に腎の提言書を持参し、連携のお願いに伺った。 【対象】HbA1c6.5%以上の者のうち、未治療者 【内容】特定健診の結果から医療機関受診につなげ、その後の生活を支援する。</p> <p>③生活習慣病重症化予防 【対象】受診勧奨のうら、医療機関未受診者及び生活習慣病治療者のうちコントロール不良者 【内容】医療機関への受診勧奨並びに保健指導、2次健診(頭部エコーの実施)</p> <p>(3)データヘルス計画(各論:慢性腎臓病)の作成(H29.3) 勝浦町保健審議会への参加し、保健師から説明する ・保険者努力支援制度 ・データヘルス計画 ・勝浦町の実態、今後の動きなど</p>	<p>(1)特定健康診査受診率向上</p> <p>①訪問による受診勧奨 【対象】238人 【受診勧奨】55人 【受診人数】5人</p> <p>②個別通知による受診勧奨 【対象】171人 【受診勧奨】116人</p> <p>③無料健診 【助成数】454人</p> <p>(2)生活習慣病重症化予防</p> <p>①糖尿病性腎症重症化予防 【対象者】 糖尿病管理台帳 109人 【保健指導数】 40人 かかりつけ医との連携 0人</p> <p>③生活習慣病重症化予防 (糖尿除く) 【対象者】 医療機関未受診者45人 生活習慣病治療でコントロール不良者 133人 【指導者数】 88人 ブドウ糖員荷試験 17人 頸部超音波検査 1人 中間評価健診 2人</p>	<p>特定健康診査実施率 49.5%(過去最高) 特定保健指導実施率 74.5%</p> <p><b>メタボ該当者・予備群</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>性別</th> <th>予備群人数</th> <th>割合</th> <th>該当者人数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>男性</td> <td>30</td> <td>17.3%</td> <td>40</td> <td>23.1%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>40-64</td> <td>11</td> <td>15.5%</td> <td>10</td> <td>14.1%</td> </tr> <tr> <td>H25</td> <td>65-74</td> <td>19</td> <td>18.6%</td> <td>30</td> <td>29.4%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>31</td> <td>15.6%</td> <td>53</td> <td>26.6%</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>40-64</td> <td>11</td> <td>16.3%</td> <td>14</td> <td>21.5%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>65-74</td> <td>20</td> <td>14.9%</td> <td>39</td> <td>29.1%</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>予備群人数</td> <td>割合 <td>該当者人数</td> <td>割合 </td></td></tr> <tr> <td>H25</td> <td>合計</td> <td>19</td> <td>7.3%</td> <td>30</td> <td>11.5%</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>合計</td> <td>15</td> <td>9.3%</td> <td>27</td> <td>13.0%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>21</td> <td>7.9%</td> <td>37</td> <td>13.9%</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td>合計</td> <td>40-64</td> <td>3</td> <td>3.3%</td> <td>10</td> <td>11.0%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>65-74</td> <td>18</td> <td>10.2%</td> <td>27</td> <td>15.3%</td> </tr> </tbody> </table>	性別	予備群人数	割合	該当者人数	割合	男性	30	17.3%	40	23.1%	合計	40-64	11	15.5%	10	14.1%	H25	65-74	19	18.6%	30	29.4%	合計	31	15.6%	53	26.6%	H28	40-64	11	16.3%	14	21.5%	合計	65-74	20	14.9%	39	29.1%	女性	予備群人数	割合 <td>該当者人数</td> <td>割合 </td>	該当者人数	割合	H25	合計	19	7.3%	30	11.5%	H28	合計	15	9.3%	27	13.0%	合計	21	7.9%	37	13.9%	H28	合計	40-64	3	3.3%	10	11.0%	合計	65-74	18	10.2%	27	15.3%	<p>【協力機関:関係団体】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○受診率向上</li> <li>ボランティア結縛愛育班</li> <li>○糖尿病重症化予防</li> <li>勝浦病院</li> <li>糖尿病連携バス医療機関</li> <li>○支援機関</li> <li>保健指導支援 評価委員会</li> <li>徳島県国民健康保険</li> <li>徳島保健所</li> <li>【保健指導実施体制】</li> <li>保健師3名(正帰職員)</li> <li>栄養士1名(雇い上げ)</li> <li>KDBシステム</li> <li>あなみツール</li> <li>マルチマーカーソフト</li> </ul>	<p>★糖尿病性腎症重症化予防</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病台帳の対象者への保健指導の徹底</li> <li>・健診中断者</li> <li>・治療中断者</li> <li>・コントロール不良者の健康状態を改善する</li> </ul> <p>★糖尿病治療者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・まずは健診の受診勧奨</li> <li>・治療状況の確認</li> <li>・糖尿病手帳の活用</li> </ul> <p>★保健指導の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マンパワー不足</li> <li>・保健師の業務が煩雑</li> <li>・栄養士の不在</li> </ul>
性別	予備群人数	割合	該当者人数	割合																																																																											
男性	30	17.3%	40	23.1%																																																																											
合計	40-64	11	15.5%	10	14.1%																																																																										
H25	65-74	19	18.6%	30	29.4%																																																																										
合計	31	15.6%	53	26.6%																																																																											
H28	40-64	11	16.3%	14	21.5%																																																																										
合計	65-74	20	14.9%	39	29.1%																																																																										
女性	予備群人数	割合 <td>該当者人数</td> <td>割合 </td>	該当者人数	割合																																																																											
H25	合計	19	7.3%	30	11.5%																																																																										
H28	合計	15	9.3%	27	13.0%																																																																										
合計	21	7.9%	37	13.9%																																																																											
H28	合計	40-64	3	3.3%	10	11.0%																																																																									
合計	65-74	18	10.2%	27	15.3%																																																																										

【参考資料11】

②平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の実践評価と課題整理(平成29年度進捗評価)

勝浦町

平成29年度 課題		評価(よくなったところ)			⑤残っている課題	
データヘルス計画(総論)		①平成29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) H29.12処理分まで	③アウトカム (結果) H29.12処理分まで	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p>◎中期目標</p> <p>①虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らす。3疾患それぞれ10%減(平成29年度と平成26年度比較)</p> <p>②医療費(入院)の伸び率を国並みに抑える(平成29年度)</p> <p>◎短期目標</p> <p>高血圧、脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていく</p> <p>◎第2期特定健診実施等実施計画</p> <p>◎目標 特定健診実施率 65%(H29)</p> <p>◎目標 特定保健指導実施率 65%(H29)</p> <p>◎糖尿病(重症化予防)保健指導目標</p> <p>①糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少</p> <p>②HbA1c8.0以上の者の割合の減少</p> <p>③糖尿病治療継続者の割合の増加</p> <p>④糖尿病患者の増加の抑制</p> <p>◎平成29年度の重点項目</p> <p>★健診実施率の伸び悩み(目標60%) ・特に40代50代の男性の変診率が低い 40代 27.3% 50代 19.1%(H28)</p> <p>★糖尿病性腎症重症化予防 ・糖尿病台帳の対象者への保健指導の徹底 保健指導率 36.7%</p> <p>・糖尿病治療者への糖尿病連携手帳の活用</p> <p>★生活習慣病重症化予防</p> <p>★保健指導の充実 ・マンパワー不足、栄養士の確保</p>		<p>①特定健診受診率向上</p> <p>①未受診者へ訪問による受診勧奨 【対象】平成28年度に健診未受診で生活習慣病による医療機関受診がない40~74歳までの者(KDBシステムから対象者を抽出) 【方法】保健師2名が担当地区を訪問する 【内容】受診勧奨と血圧測定、尿検査等健康実態を把握する</p> <p>②個別通知による受診勧奨 【対象】40~50代で健診未受診者への個別通知 【内容】ハフレットと前年度に健診受診歴がある者には、健診結果年表を同封する。 ③無料健診の実施(新規) 特定健診にかかる個人負担金を無料にする 【対象】国保に加入する者 【内容】集団健診、勝浦病院は受診時に無料 その他医療機関受診者は、償還払い</p> <p>(2)生活習慣病重症化予防</p> <p>①糖尿病性腎症重症化予防 【対象】過去の健診でHbA1c6.5%以上の者 【内容】糖尿病管理台帳を作成し、対象者を把握する。KDBシステムを使って、治療の有無(治療中断者)を確認する。尿蛋白(+)以上の者を優先して受診勧奨、保健指導を行う。個々にあった栄養指導の実施</p> <p>②糖尿病連携パスの実施(かかりつけ医との連携) KDBシステムにて、治療状況の確認を行ったところ、勝浦病院で約1/3(110人)の方が治療していることが分かった 【対象】HbA1c6.5%以上の者のうち、未治療者 【内容】特定健診の結果から医療機関受診につなげ、その後の生活を支援する。</p> <p>③生活習慣病重症化予防 【対象】受診勧奨値のうち、医療機関未受診者及び生活習慣病治療者のうちコントロール不良者 【内容】医療機関への受診勧奨並びに保健指導、2次健診(頭部エコーの実施)</p>	<p>(1)特定健診受診率向上</p> <p>①訪問による受診勧奨 【対象】226人 【受診勧奨】20人 【受診人数】1人</p> <p>②個別通知による受診勧奨 【対象】206人 【受診勧奨】206人</p> <p>③無料健診 【対象数】377人</p> <p>(2)生活習慣病重症化予防</p> <p>①糖尿病性腎症重症化予防 【対象者】 糖尿病管理台帳登録者 113人 (H29 8人追加) 【保健指導数】60人(53.1%) H29.10から臨時栄養士の雇用により、個々にあった栄養指導が可能になった。 かかりつけ医との連携 0人</p> <p>③生活習慣病重症化予防 (糖尿病除く) 【対象】212人 医療機関未受診者76人 生活習慣病治療でコントロール不良者 136人 【指導者数】60人 ブドウ糖負荷試験 14人 頸部超音波検査 1人 中間評価健診 0人</p>	<p>【協力機関・関係団体】</p> <p>○受診率向上 ボランティア組織愛育班 ○糖尿病重症化予防 勝浦病院 糖尿病連携パス医療機関 ○支援機関 保健指導支援・評価委員会 徳島県国民健康保険 徳島保健所 【保健指導実施体制】 保健師2名(正看護師) 保健師1名(産休・育児) 臨時保健師1名(H29.4~9) 臨時栄養士1名 (H29.10~H30.3) KDBシステム あなみツール マルチマーカーソフト</p>	<p>★健診実施率の向上</p> <p>★糖尿病性腎症重症化予防 ・糖尿病台帳の対象者への保健指導の徹底</p> <p>★糖尿病治療者 ・健診の受診勧奨 ・治療状況の確認 ・糖尿病手帳の活用</p> <p>★勝浦病院との連携 ・まず情報共有を図ること ・コントロール状況の確認 ・糖尿病手帳の活用</p> <p>★保健指導の充実 ・マンパワー不足 ・保健師の業務が煩雑 ・栄養士の継続した雇用</p>	

【参考資料12】

## 第2期勝浦町保健事業実施計画(データヘルス計画)

発 行:勝浦町 税務課

発行年月:平成 30 年 3 月

住 所:徳島県勝浦郡勝浦町大字久国字久保田 3

T E L:0885-42-1503

F A X:0885-42-3028

IP(電話):050-3438-7148