

第 2 期串間市保健事業実施計画（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。

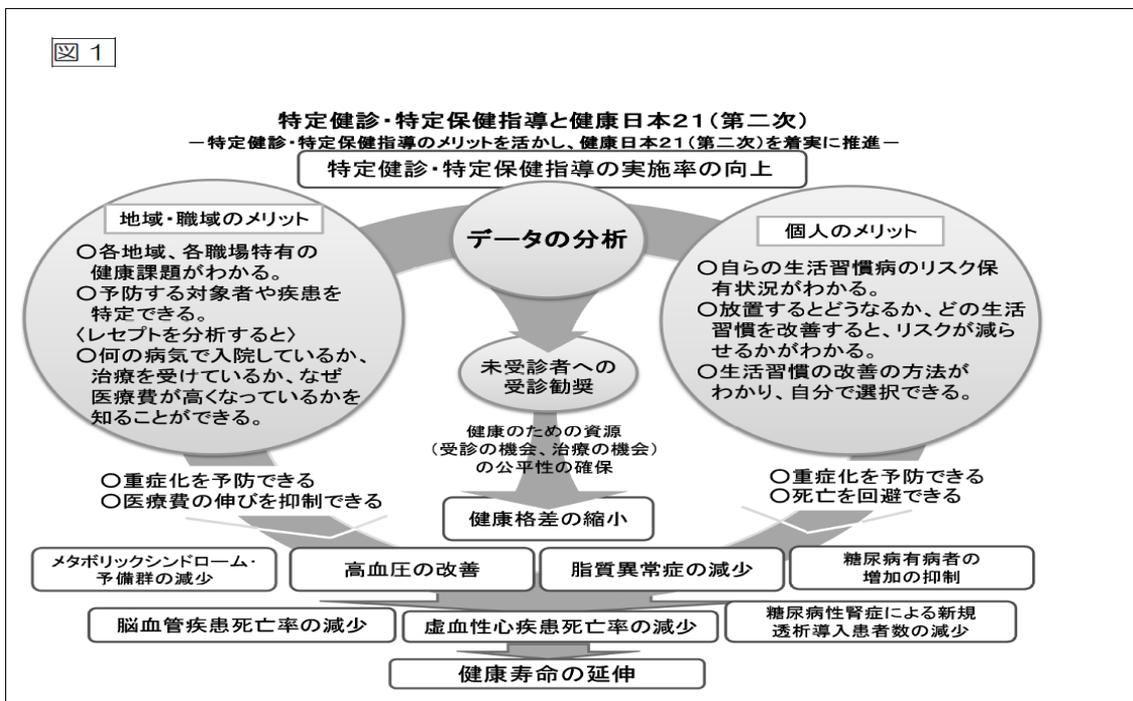
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業等の医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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、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（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。

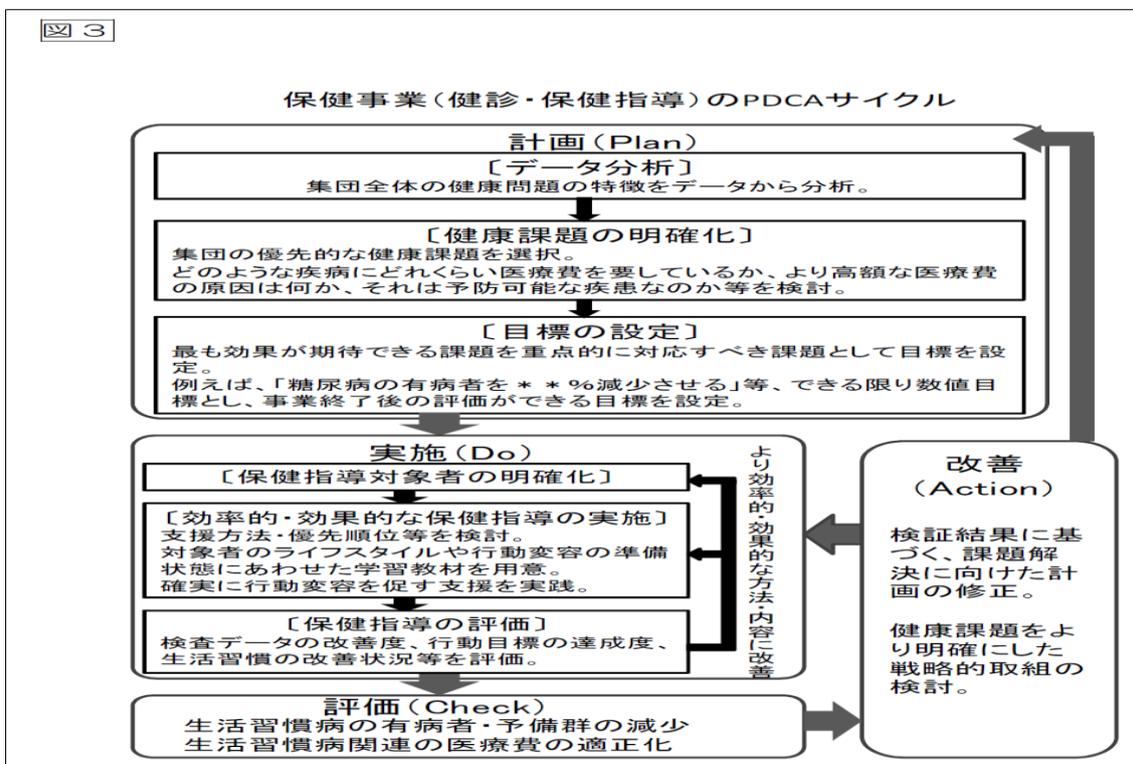
本市においては、国指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的として、「第 2 期串間市保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第 3 期串間市特定健

【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、国指針第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、「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」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」とされており、本県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

本市においては、医療介護課が主体となり、国保担当の医療保険係と健康増進系の保健師等の専門職が連携し、データヘルス計画を策定する。しかし、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、それらと連携し一体となって計画策定を進める。

具体的には、介護保険部局（医療介護課介護保険係）、生活保護部局（福祉事務所自立支援係）、企画部局（総合政策課）とも十分連携することとする。

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。（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、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）等のことをいう。

宮崎県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。

宮崎県国保連は、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等において、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、特に串間市国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与が更に重要となる。

このため串間市国保は、計画実施について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、串間市国保と南那珂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、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

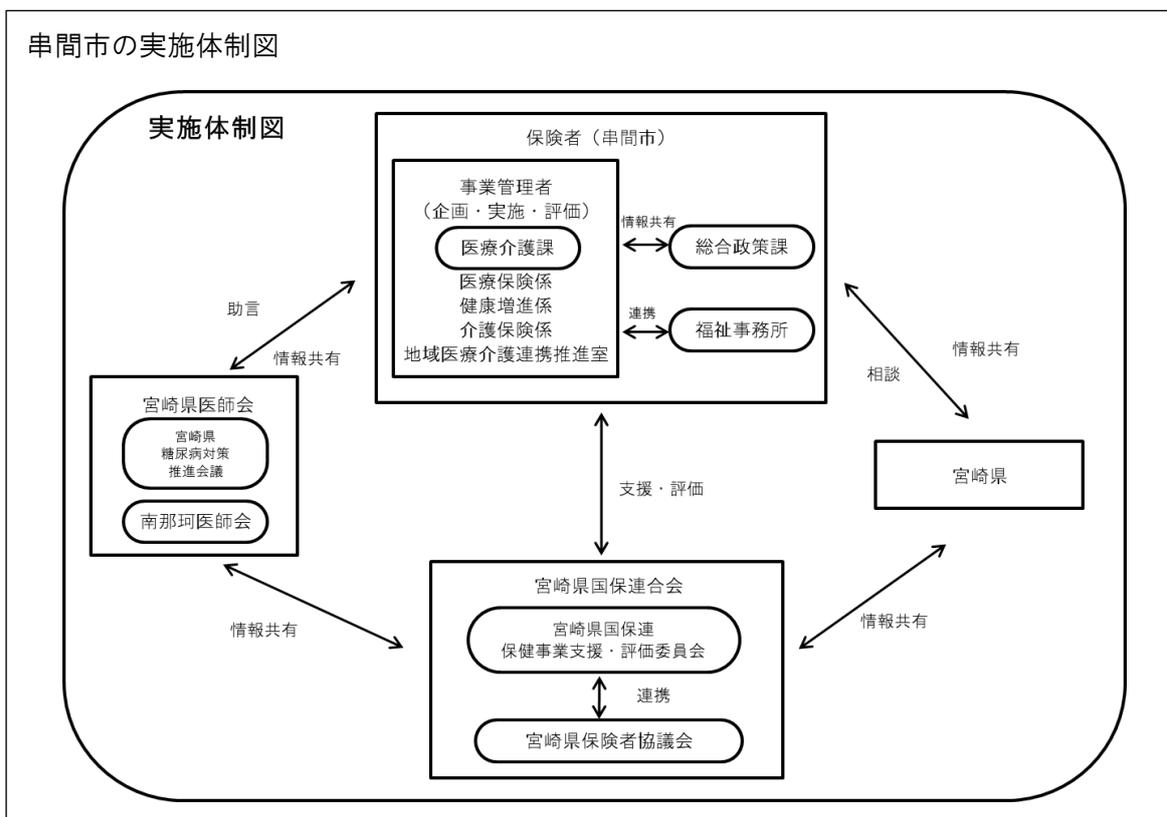
宮崎県国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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、宮崎県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。

【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】

保険者努力支援制度

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	串間市	配点	串間市	配点
満点		345		580		850
交付額(万円)			279.4			
総得点(体制構築加点含む)			198		335	
全国順位(1,741市町村中)			879			
共通①	特定健診受診率	20	0	35	0	50
	特定保健指導実施率	20	15	35	35	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	0	35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	0	20	0	30
	歯周疾患(病)検診	10	0	15	0	25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70	70	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	20	45	10	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	0	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	25	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25	14	35
	後発医薬品の使用割合	15	0	30	30	40
固有①	収納率向上	40	0	70	0	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	20	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	13	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	7	30	18	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

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26年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別にかん・糖尿病・腎不全による死亡割合は増加しており、心臓病・脳疾患による死亡割合は減少している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率は平成26年度の21.2%から平成28年度の17.5%と3.7%減少しているが、平成28年度については総合事業対象者を含むと21.4%で横ばいとなっている。介護給付費についても、地域支援事業を含んだ場合、平成26年度の約23億6千7百万円に対し平成28年度は約23億5千万円とほぼ横ばいである。

また、医療費に占める入院費用と外来費用の割合を比較すると、入院費用が多くを占めており、重症化してからの医療機関受療率が高いと推測できる。健診受診後の適正な医療受診行動、早期発見・早期治療、行動変容による重症化予防が重要となるが、特定健診受診率は国が設定する目標値に届いていない。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みは重要となる。(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)

平成26年度と平成28年度における介護給付の変化については、介護給付費に地域支援事業を加えた値で比較した場合はほぼ横ばいである。また、同規模平均との比較では、居宅・施設両サービスにおいて、一件当たり給付費が同規模平均を上回る状況であり、特に平成28年度の居宅サービス費が大きく伸びている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	串間市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費 (円)	1件当たり給付費(円)		1人当たり 給付費 (円)	1件当たり給付費(円)	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成26年度	23億6721万円	316,195	43,611	301,289	311,505	41,977	285,617
平成28年度	23億5054万円	302,531	56,206	292,021	313,428	41,744	278,164
根拠資料	介護年報(※地域支援事業を含む)	KDBシステム帳票(※地域支援事業を含まない)					

②医療費の状況（図表 7）

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団体と比較すると、本市は入院外費用の伸び率を抑制できているものの、入院に係る費用は大きいことがわかった。

【図表 7】

医療費の変化

項目	総医療費(円)											
	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	
			保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H26年度	21億7287万円				11億2170万円				10億5117万円		
	H28年度	21億828万円	6460万円	-3.0	2.0	11億213万円	1957万円	-1.7	2.056	10億614万円	4503万円	-4.3
2 一人当たり医療費(円)	H26年度	27,310				14,100				13,210		
	H28年度	28,960	1,650	6.0	5.7	15,140	1,040	7.4	5.7	13,820	610	4.6

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）（図表 8）

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)に係る医療費を疾患別にみると、脳血管疾患及び慢性腎不全(透析)に係る費用が特に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、国及び県に比較すると低くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位		腎			脳		心		糖尿病	高血圧				脂質異常症
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞	脳出血	狭心症	心筋梗塞							
H25	串間市	2,292,913,840	27,823	82位	6位	6.52%	0.18%	1.74%	1.95%	4.66%	5.44%	1.84%	511,945,230	22.33%	10.02%	20.35%	7.97%	
		2,108,277,410	28,959	104位	9位	7.59%	0.32%	2.03%	1.99%	4.41%	4.61%	1.73%	478,146,440	22.68%	10.26%	20.26%	7.79%	
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%	
		全国	9,687,968,260,190	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%

④中長期的な疾患（図表 9）

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)と高血圧・糖尿病・脂質異常症との関連をみると、高血圧の割合が最も高く、次いで脂質異常症・糖尿病の順に関連が強いことがわかった。

虚血性心疾患・脳血管疾患については、65歳以上の発症が多く、人工透析については比較的若い世代にも発症がみられ、65歳以上・64歳以下で大きな差はないことがわかった。

中長期的疾患と他疾患との関連

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	6729	194	2.9	48	24.7	10	5.2	132	68.0	57	29.4	95	49.0
	64歳以下	4463	67	1.5	12	17.9	4	6.0	37	55.2	17	25.4	28	41.8
	65歳以上	2266	127	5.6	36	28.3	6	4.7	95	74.8	40	31.5	67	52.8
H28	全体	6181	199	3.2	39	19.6	6	3.0	142	71.4	56	28.1	108	54.3
	64歳以下	3861	58	1.5	9	15.5	2	3.4	33	56.9	20	34.5	30	51.7
	65歳以上	2320	141	6.1	30	21.3	4	2.8	109	77.3	36	25.5	78	55.3

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	6729	292	4.3	48	16.4	2	0.7	220	75.3	84	28.8	141	48.3
	64歳以下	4463	86	1.9	12	14.0	1	1.2	63	73.3	24	27.9	50	58.1
	65歳以上	2266	206	9.1	36	17.5	1	0.5	157	76.2	60	29.1	91	44.2
H28	全体	6181	254	4.1	39	15.4	2	0.8	191	75.2	81	31.9	136	53.5
	64歳以下	3861	71	1.8	9	15.5	1	1.7	52	89.7	23	39.7	43	74.1
	65歳以上	2320	183	7.9	30	21.3	1	0.7	139	98.6	58	41.1	93	66.0

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	6729	27	0.4	2	7.4	10	37.0	24	88.9	12	44.4	9	33.3
	64歳以下	4463	17	0.4	1	5.9	4	23.5	15	88.2	8	47.1	3	17.6
	65歳以上	2266	10	0.4	1	10.0	6	60.0	9	90.0	4	40.0	6	60.0
H28	全体	6181	23	0.4	2	8.7	6	26.1	19	82.6	9	39.1	7	30.4
	64歳以下	3861	11	0.3	1	1.7	2	3.4	10	17.2	5	8.6	2	3.4
	65歳以上	2320	12	0.5	1	0.7	4	2.8	9	6.4	4	2.8	5	3.5

(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、インスリン療法及び糖尿病性腎症の割合はほぼ横ばいであることから、早期の受診により重症化予防ができたと推測される。今後、重症化を予防していくためにも、治療中断者の把握に努めていく必要がある。

次に高血圧治療者(様式3-3)・脂質異常症治療者(様式3-4)においても増加しており、高血圧と脂質異常症の併発が増加していることがわかった。65歳以上における虚血性心疾患も増加しているため、高血圧と併せて脂質異常症の治療継続及び生活習慣改善の対策が必要である。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		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	
H26	全体	6729	533	7.9	41	7.7	366	68.7	277	52.0	57	10.7	84	15.8	12	2.3	111	20.8	
	64歳以下	4463	240	5.4	15	6.3	147	61.3	124	51.7	17	7.1	24	10.0	8	3.3	39	16.3	
	65歳以上	2266	293	12.9	26	8.9	219	74.7	153	52.2	40	13.7	60	20.5	4	1.4	72	24.6	
H28	全体	6181	529	8.6	42	7.9	362	68.4	276	52.2	56	10.6	81	15.3	9	1.7	109	20.6	
	64歳以下	3861	203	5.3	18	8.9	126	62.1	118	58.1	20	9.9	23	11.3	5	2.5	35	17.2	
	65歳以上	2320	326	14.1	24	7.4	236	72.4	158	48.5	36	11.0	58	17.8	4	1.2	74	22.7	

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					
H26	全体	6729	1319	19.6	366	27.7	578	43.8	132	10.0	220	16.7	24	1.8					
	64歳以下	4463	528	11.8	147	27.8	224	42.4	37	7.0	63	11.9	15	2.8					
	65歳以上	2266	791	34.9	219	27.7	354	44.8	95	12.0	157	19.8	9	1.1					
H28	全体	6181	1344	21.7	362	26.9	605	45.0	142	10.6	191	14.2	22	1.6					
	64歳以下	3861	457	11.8	126	27.6	208	45.5	33	7.2	52	11.4	10	2.2					
	65歳以上	2320	887	38.2	236	26.6	397	44.8	109	12.3	139	15.7	12	1.4					

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					
H26	全体	6729	837	12.4	277	33.1	578	69.1	95	11.4	141	16.8	9	1.1					
	64歳以下	4463	367	8.2	124	33.8	224	61.0	28	7.6	50	13.6	3	0.8					
	65歳以上	2266	470	20.7	153	32.6	354	75.3	67	14.3	91	19.4	6	1.3					
H28	全体	6181	850	13.8	276	32.5	605	71.2	108	12.7	136	16.0	7	0.8					
	64歳以下	3861	340	8.8	118	34.7	208	61.2	30	8.8	43	12.6	2	0.6					
	65歳以上	2320	510	22.0	158	31.0	397	77.8	78	15.3	93	18.2	5	1.0					

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果からリスクの経年変化をみると、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。受診者数全体に占めるメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合は男性・女性ともに増加傾向にあり、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。また、メタボリックシンドローム該当者においては、血糖＋血圧、血圧＋脂質の有所見者がともに増加しており、高血圧の対策も必要である。

【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6-2~6-7)

☆No.23帳票

性別	項目	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
男性	合計	174	29.6	291	49.6	156	26.6	124	21.1	69	11.8	226	38.5	244	41.6	132	22.5	325	55.4	145	24.7	258	44.0	8	1.4
	40-64	89	33.8	107	52.5	61	29.9	58	28.4	24	11.8	72	35.3	79	38.7	54	26.5	110	53.9	66	32.4	97	47.5	0	0.0
	65-74	105	27.4	184	48.0	95	24.8	66	17.2	45	11.7	154	40.2	165	43.1	78	20.4	215	56.1	79	20.6	161	42.0	8	2.1
H28	合計	166	30.9	273	50.7	133	24.7	120	22.3	55	10.2	186	34.6	263	48.9	134	24.9	301	55.9	130	24.2	227	42.2	11	2.0
	40-64	60	34.3	91	52.0	54	30.9	51	29.1	18	10.3	50	28.6	71	40.6	44	25.1	84	48.0	55	31.4	88	50.3	1	0.6
	65-74	106	29.2	182	50.1	79	21.8	69	19.0	37	10.2	136	37.5	192	52.9	90	24.8	217	59.8	75	20.7	139	38.3	10	2.8

性別	項目	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
女性	合計	205	26.0	153	19.4	133	16.9	94	11.9	31	3.9	181	23.0	331	42.1	17	2.2	380	48.3	98	12.5	455	57.8	5	0.6
	40-64	88	25.6	42	15.8	46	17.3	35	13.2	7	2.6	51	19.2	109	41.0	3	1.1	104	39.1	42	15.8	172	64.7	1	0.4
	65-74	137	26.3	111	21.3	87	16.7	59	11.3	24	4.6	130	25.0	222	42.6	14	2.7	276	53.0	56	10.7	283	54.3	4	0.8
H28	合計	190	26.8	180	22.6	97	13.7	67	9.5	27	3.8	191	27.0	366	51.7	24	3.4	342	48.3	86	12.1	366	51.7	2	0.3
	40-64	60	24.5	49	20.0	38	15.5	19	7.8	14	5.7	58	23.7	127	51.8	8	3.3	96	39.2	32	13.1	137	55.9	0	0.0
	65-74	130	28.1	111	24.0	59	12.7	48	10.4	13	2.8	133	28.7	239	51.6	16	3.5	246	53.1	54	11.7	229	49.5	2	0.4

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	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	587	26.4	32	5.5%	108	18.4%	4	0.7%	87	14.8%	17	2.9%	151	25.7%	29	4.9%	6	1.0%	67	11.4%	49	8.3%	17	2.9%
	40-64	204	16.8	12	5.9%	38	18.6%	0	0.0%	29	14.2%	9	4.4%	57	27.9%	10	4.9%	3	1.5%	27	13.2%	17	8.3%	3	1.5%
	65-74	383	37.8	20	5.2%	70	18.3%	4	1.0%	58	15.1%	8	2.1%	94	24.5%	19	5.0%	3	0.8%	40	10.4%	32	8.4%	14	3.7%
H28	合計	538	25.7	25	4.6%	101	18.8%	2	0.4%	75	13.9%	24	4.5%	147	27.3%	32	5.9%	4	0.7%	75	13.9%	36	6.7%	17	3.2%
	40-64	175	17.0	12	6.9%	36	20.6%	0	0.0%	23	13.1%	13	7.4%	43	24.6%	9	5.1%	2	1.1%	23	13.1%	9	5.1%	3	1.7%
	65-74	363	34.1	13	3.6%	65	17.9%	2	0.6%	52	14.3%	11	3.0%	104	28.7%	23	6.3%	2	0.6%	52	14.3%	27	7.4%	14	3.8%

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	787	35.1	21	2.7%	53	6.7%	2	0.3%	45	5.7%	6	0.8%	79	10.0%	15	1.9%	3	0.4%	39	5.0%	22	2.8%	10	1.3%
	40-64	266	24.3	7	2.6%	17	6.4%	1	0.4%	14	5.3%	2	0.8%	18	6.8%	3	1.1%	1	0.4%	9	3.4%	5	1.9%	2	0.7%
	65-74	521	45.3	14	2.7%	36	6.9%	1	0.2%	31	6.0%	4	0.8%	61	11.7%	12	2.3%	2	0.4%	30	5.8%	17	3.3%	8	1.5%
H28	合計	708	34.5	20	2.8%	68	9.6%	1	0.1%	59	8.3%	8	1.1%	72	10.2%	14	2.0%	2	0.3%	42	5.9%	14	2.0%	7	1.0%
	40-64	245	25.9	9	3.7%	22	9.0%	1	0.4%	16	6.5%	5	2.0%	18	7.3%	4	1.6%	1	0.4%	9	3.7%	4	1.6%	2	0.8%
	65-74	463	41.8	11	2.4%	46	9.9%	0	0.0%	43	9.3%	3	0.6%	54	11.7%	10	2.2%	1	0.2%	33	7.1%	10	2.2%	5	1.1%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定保健指導率が増加しているが、特定健診受診率は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

KDB帳票No.1、No.22

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	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H26年度	4,468	1,374	30.8	196	148	83	56.1	53.1	51.5
H28年度	4,152	1,246	30.0	227	148	111	75.0	46.1	51.2

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、心臓病及び脳疾患による死亡の減少に繋がったと思われる。しかし、入院医療費割合の増加、慢性腎不全（透析あり）の医療費の増加、要介護認定ありの者の医療費増等の新たな課題も見えてきた（参考資料1）。その背景として、特定健診受診後、適切な受療行動に繋がっておらず重症化してしまっからの受診が多いこと、そもそも特定健診受診率が低いことが挙げられる。特定健診受診後に治療に繋がった者については継続した治療ができていないか等、重症化予防の視点を持って支援していくことは、保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療に繋げるためには、住民自らの状態を確認できる機会として、特定健診は重要であるため、受診率向上は取り組むべき課題として重要である。

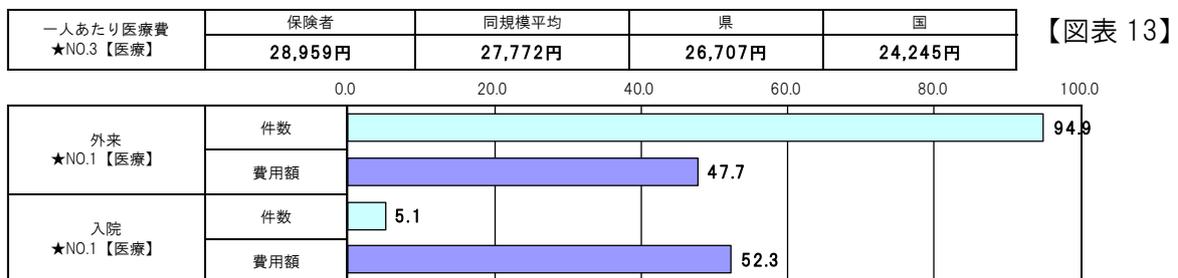
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況（平成28年度）

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

本市の入院件数は5.1%で、費用額全体の52.3%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的である。

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（図表14）

本市の80万円以上の高額レセプトとしては、脳血管疾患が6.1%、がんが16.6%を占めている。また、6か月以上の長期入院については66.9%を占める精神疾患のほか、脳血管疾患によるものが13.5%、虚血性心疾患が14.4%となっている。人工透析患者の基礎疾患として最も割合が高いものは糖尿病性腎症である。生活習慣病の治療者数構成割合をみると、高血圧が60.2%と最も高く、次いで脂質異常症、糖尿病となっている。医療費適正化のための重症化予防対策として、早期の受療、継続受療の支援、日常生活習慣における行動変容への支援が重要である。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん	その他				
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	20人	2人		0人		3人	15人				
		件数	年 代 別	10.0%		0.0%		15.0%		75.0%			
				21件		2件		0件		3件		16件	
				9.5%		0.0%		14.3%		76.2%			
				40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%	2	12.5%	
				40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	
50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	3	18.8%					
60代	1	50.0%	0	--	2	66.7%	10	62.5%					
70-74歳	1	50.0%	0	--	1	33.3%	1	6.3%					
費用額	3123万円		190万円				519万円		2414万円				
			6.1%		--		16.6%		77.3%				

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	97人	72人	12人	16人
		件数	97件	72件	12件	16件
		費用額	4033万円	2699万円	545万円	581万円
			66.9%	13.5%	14.4%	

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.7 診療分	23人	9人	2人	6人	
		人数		39.1%	8.7%	26.1%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	26件	10件	2件	6件	
		件数		38.5%	7.7%	23.1%	
			費用額	1079万円	419万円	110万円	248万円
			38.9%			10.2%	22.9%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト (H28年7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	の 基 礎 な 疾 患	2,233人	254人	199人	109人				
			11.4%		8.9%		4.9%			
			高血圧	191人	142人	80人				
			75.2%		71.4%		73.4%			
			糖尿病	81人	56人	109人				
			31.9%		28.1%		100.0%			
			脂質異常症	136人	108人	64人				
53.5%		54.3%		58.7%						
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症				
			1,344人	529人	850人	229人				
			60.2%		23.7%		38.1%		10.3%	

○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93.0%であり、筋・骨格疾患の90.2%を上回っている。2号認定者は、血管疾患よりも筋・骨格疾患で介護認定を受けているものが多いという実態である。

65歳を境に、血管疾患により介護認定を受けている割合が増加している現状から、特定健診対象者である40~74歳の高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことで、血管疾患のリスクを低下させ、介護予防にも繋がると考える。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		
	被保険者数		6,794人		2,860人		4,450人		7,310人		14,104人
認定者数		29人		114人		1,217人		1,331人		1,360人	
認定率		0.43%		4.0%		27.3%		18.2%		9.6%	
新規認定者数(*1)		7人		28人		153人		181人		188人	
介護度別人数	要支援1・2	4	13.8%	18	15.8%	198	16.3%	216	16.2%	220	16.2%
	要介護1・2	14	48.3%	40	35.1%	431	35.4%	471	35.4%	485	35.7%
	要介護3～5	11	37.9%	56	49.1%	588	48.3%	644	48.4%	655	48.2%

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	介護件数(全体)		29		114		1,217		1,331		1,360			
再) 国保・後期		20		91		1,180		1,271		1,291				
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病			
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合		
	循環器 疾患	1	脳卒中	12	60.0%	脳卒中	51	56.0%	脳卒中	540	45.8%	脳卒中	591	46.5%
			虚血性 心疾患	4	20.0%	虚血性 心疾患	19	20.9%	虚血性 心疾患	342	29.0%	虚血性 心疾患	361	28.4%
		3	腎不全	3	15.0%	腎不全	9	9.9%	腎不全	140	11.9%	腎不全	149	11.7%
			糖尿病 合併症	2	10.0%	糖尿病 合併症	9	9.9%	糖尿病 合併症	89	7.5%	糖尿病 合併症	98	7.7%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症			17	85.0%	81	89.0%	1,062	90.0%	1,143	89.9%	1,160	89.9%	
	血管疾患 合計			17	85.0%	84	92.3%	1,100	93.2%	1,184	93.2%	1,201	93.0%	
	認知症			3	15.0%	20	22.0%	522	44.2%	542	42.6%	545	42.2%	
	筋・骨格疾患			18	90.0%	77	84.6%	1,069	90.6%	1,146	90.2%	1,164	90.2%	

*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
要介護認定者医療費 (40歳以上)	7,302				
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,626				

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、糖尿病性腎症等のリスクが高まる。

本市においては、全国・本県と比較して40～64歳男性及び40～74歳女性のメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況では高血圧、LDL、GPT、空腹時血糖・尿酸等の異常値を示す割合が多く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【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	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		12.3		49.4		24.1		47.5		1.8	
	県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,154	20.2	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3
保険者	合計	166	30.9	273	50.7	133	24.7	120	22.3	55	10.2	186	34.6	263	48.9	119	22.1	301	55.9	130	24.2	227	42.2	11	2.0
	40-64	60	34.3	91	52.0	54	30.9	51	29.1	18	10.3	50	28.6	71	40.6	40	22.9	84	48.0	55	31.4	88	50.3	1	0.6
	65-74	106	29.2	182	50.1	79	21.8	69	19.0	37	10.2	136	37.5	192	52.9	79	21.8	217	59.8	75	20.7	139	38.3	10	2.8

	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		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		1.5		42.7		14.4		57.2		0.2	
	県	9,411	23.4	8,760	21.8	6,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	957	2.4	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3
保険者	合計	190	26.8	160	22.6	97	13.7	67	9.5	27	3.8	191	27.0	366	51.7	20	2.8	342	48.3	86	12.1	366	51.7	2	0.3
	40-64	60	24.5	49	20.0	38	15.5	19	7.8	14	5.7	58	23.7	127	51.8	6	2.4	96	39.2	32	13.1	137	55.9	0	0.0
	65-74	130	28.1	111	24.0	59	12.7	48	10.4	13	2.8	133	28.7	239	51.6	14	3.0	246	53.1	54	11.7	229	49.5	2	0.4

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概要）

	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
		保険者	合計	538	25.7	25	4.6%	101	18.8%	2	0.4%	75	13.9%	24	4.5%	147	27.3%	32	5.9%	4	0.7%	75	13.9%
40-64	175		17.0	12	6.9%	36	20.6%	0	0.0%	23	13.1%	13	7.4%	43	24.6%	9	5.1%	2	1.1%	23	13.1%	9	5.1%
65-74	363		34.1	13	3.6%	65	17.9%	2	0.6%	52	14.3%	11	3.0%	104	28.7%	23	6.3%	2	0.6%	52	14.3%	27	7.4%

	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
		保険者	合計	708	34.5	20	2.8%	68	9.6%	1	0.1%	59	8.3%	8	1.1%	72	10.2%	14	2.0%	2	0.3%	42	5.9%
40-64	245		25.9	9	3.7%	22	9.0%	1	0.4%	16	6.5%	5	2.0%	18	7.3%	4	1.6%	1	0.4%	9	3.7%	4	1.6%
65-74	463		41.8	11	2.4%	46	9.9%	0	0.0%	43	9.3%	3	0.6%	54	11.7%	10	2.2%	1	0.2%	33	7.1%	10	2.2%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

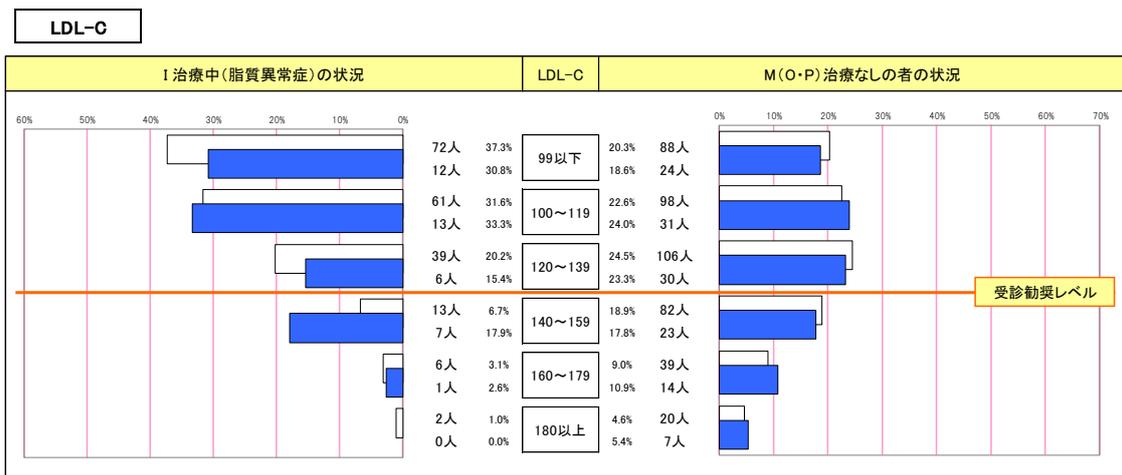
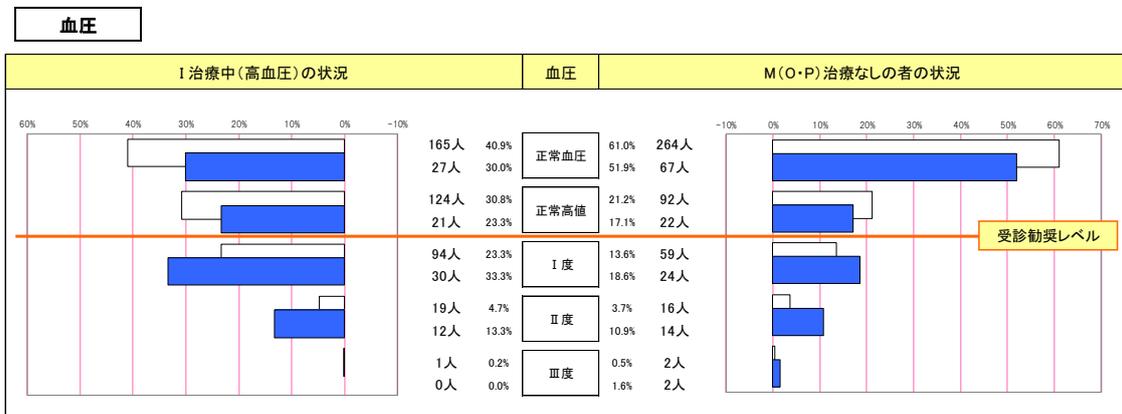
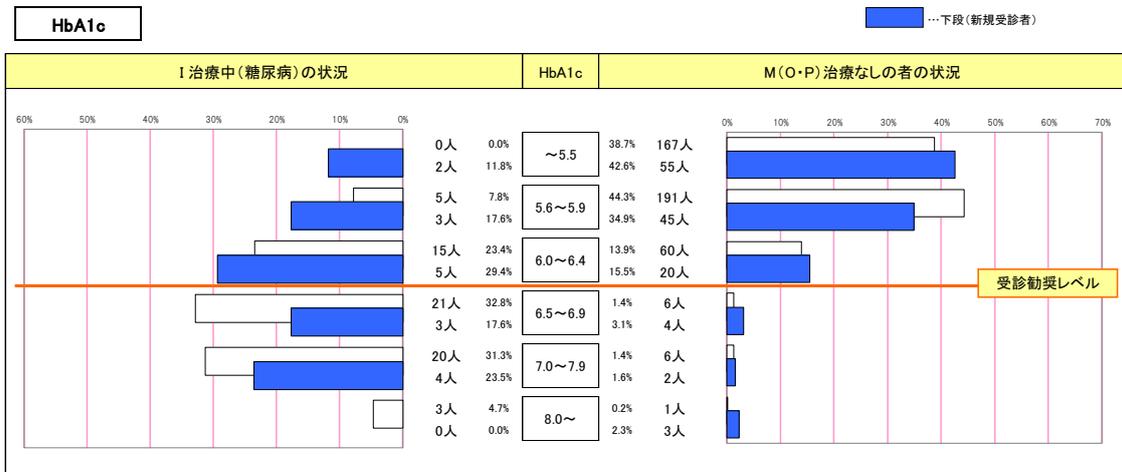
HbA1cにおいては、糖尿病治療中にもかかわらず高値を示しコントロール不良と考えられる割合が高いことがわかった。同様に、血圧についても治療中にもかかわらず高値を示す割合が高い。また、LDL コレステロールについては未治療者で高値を示す割合が高く、治療中の者についてはある程度コントロール良好であることがうかがえる。

健診受診後に、適切に治療を継続することで重症化を予防していくことが重要である。特に新規受診者においては、健診を契機として適切な治療に繋がることが期待されるため、受療行動へ繋がるような支援が必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

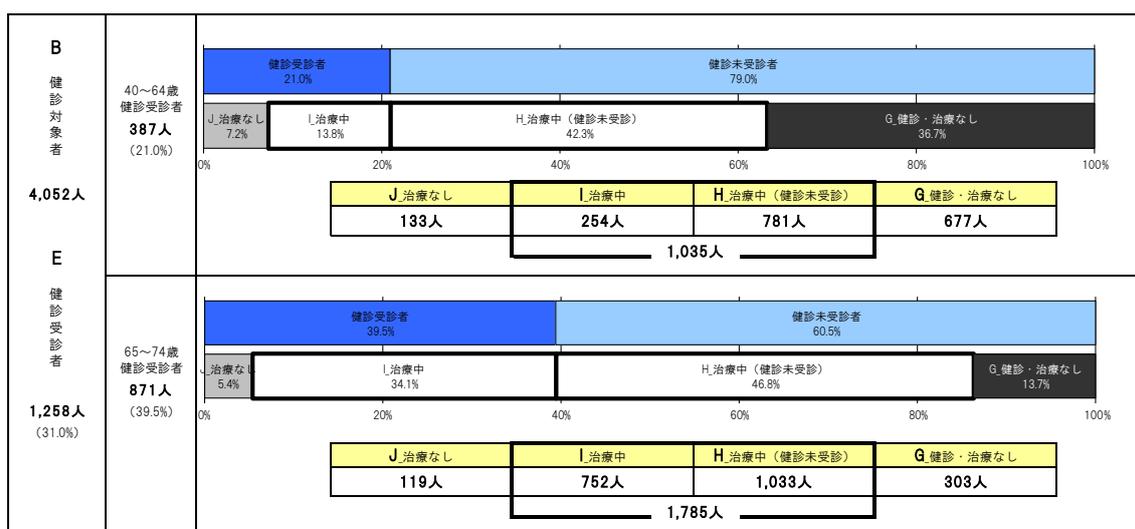
□ …上段(継続受診者)
 ■ …下段(新規受診者)



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。しかし、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 36.7%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用をみると、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】



○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

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

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。また、随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、本市の医療のかかり方の特徴として、普段は医療にかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、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、毎年、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し、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 第3期串間市特定健診・特定保健指導の実施に関する計画(法定義務)

1. 特定健康診査・特定保健指導の実施に関する計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、宮崎県医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期(平成30年度以降)からは6年1期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	70.0%	74.0%	78.0%	82.0%	86.0%	90.0%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	3,905人	3,786人	3,671人	3,559人	3,451人	3,346人
	受診者数	1,367人	1,514人	1,652人	1,780人	1,898人	2,008人
特定保健指導	対象者数	150人	145人	140人	135人	130人	125人
	受診者数	105人	107人	109人	111人	112人	113人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、南那珂医師会に委託し、南那珂医師会が実施機関の取りまとめを行う。集団健診については、宮崎県健康づくり協会へ委託し、実施データを宮崎県国保連が取りまとめ、保険者への報告及び費用決済を行う。

- ① 集団健診(串間市総合福祉保健センター)
- 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条及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年12月28日号外厚生労働省令第157号)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、串間市公式サイトに掲載する。

(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

個別健診は、6 月から 11 月末まで実施する。また、集団健診は胃がん・大腸がん検診と同時実施する予定であるため、実施時期については毎年度検討する。

(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、宮崎県国保連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）

健診の案内方法	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診券を発行し郵送する。 ・ 市の公式サイト及び広報誌、Facebookでの広報。 ・ 健診開始より前に集団健診の先行予約ができる健（検）診先行予約会の開催。 ・ 未受診者を対象としたパンフレット郵送による受診勧奨。健康づくりサポーターによる受診勧奨。医療機関による受診勧奨。 	
健診実施スケジュール	
5月	: 受診券送付
6月～11月	: 特定健診実施（集団、個別） ※集団健診は毎年度実施日を見直し、6月から2月の間に実施
7月～翌年9月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
9月～翌年3月	: 未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
10月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
2月～5月	: 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

5. 特定保健指導の実施

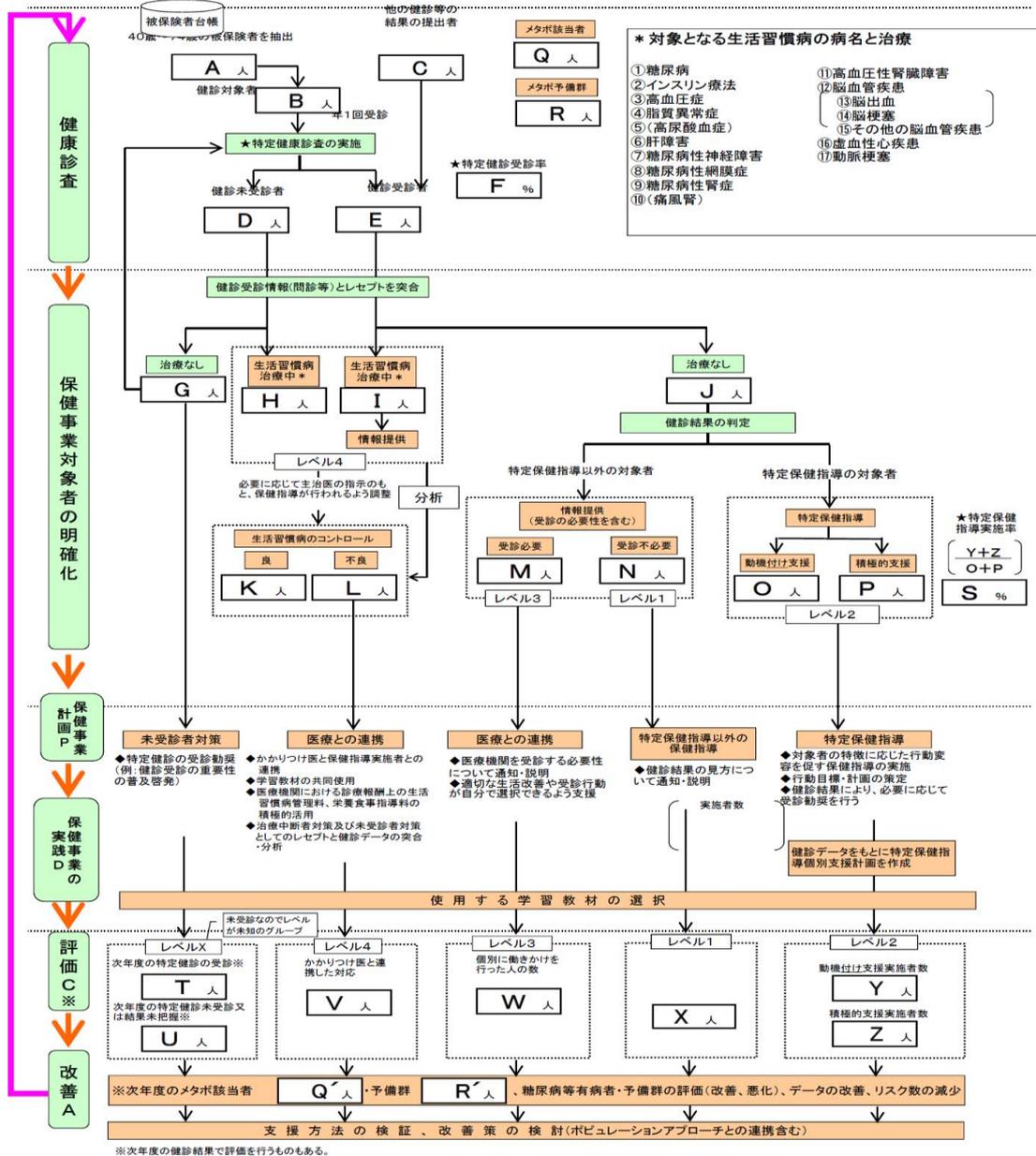
（1）健診から保健指導実施の流れ

「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】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



(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 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	125人 (6.2)	90.0%
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	200人 (10.0)	HbA1c6.1以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,338人 ※受診率目標達成までにあと708人	40.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	450人 (22.4)	
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	1,233人 (61.4)	

(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。

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串間市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・特定保健指導の実施に関する計画の公表・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、串間市公式サイト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る医療費や介護費用等に及ぼす影響を広く市民へ周知する。

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章の特定健康診査・特定保健指導の実施に関する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）及び宮崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「宮崎県プログラム」という。）に基づき、以下の視点でPDCA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

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宮崎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 25）

【図表 25】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握していく。本市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 26)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 53 人 (37.1%・F) であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 523 人中のうち、特定健診受診者が 90 人 (17.2%・G) であったが、52 人 (52.8%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 433 人 (82.8%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 206 人中 175 人は治療中断であることが分かった。また、31 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 26 より本市においての介入方法を以下のとおりとする。

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)・・・53 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (ウ・オ)・・・227 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】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (カ)・・・38 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】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (エ)・・・31 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

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）で行い、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 HbA1c 6.5%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する。
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）
- 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、喫煙等の因子の管理も重要となってくる。本市においては、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 27)

【図表 27】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 訪問活動を活用した重症化予防対策

腎機能障害の指標である尿蛋白定性検査が陽性であった者及び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検査陽性の者へは、訪問指導等の早期介入を行い、尿アルブミン検査受検を促し、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・治療中断者の受診勧奨については、宮崎県プログラムに準じて医療機関と連携していく。

(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ため、手帳の普及に努める。かかりつけ医・専門医との連携にあたっては、宮崎県プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、介護保険係や串間市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 等の情報を活用する。

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 4）を用いていく。

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率
 - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定にあたっては、虚血性心疾患予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて実施する。（参考資料 5）

(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 異常等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。本市において健診受診者 1,277 人のうち心電図検査実施者は 1,269 人(99.4%)であり、そのうち ST 所見があったのは 51 人であった(図表 28・29)。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、血糖等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。ST 所見ありの 51 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。本市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を引き続き目指す。

心電図検査結果

【図表 28】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
					ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1,277	100	1,269	99.4	51	4.0	586	46.2	632	49.8

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 29】

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) (%)
51	4.0	-	-	-	-	-	-

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 30 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるが、リスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 30】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも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) 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。

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介護保険係や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

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。（図表 31・32）

【脳卒中の分類】

【図表 31】

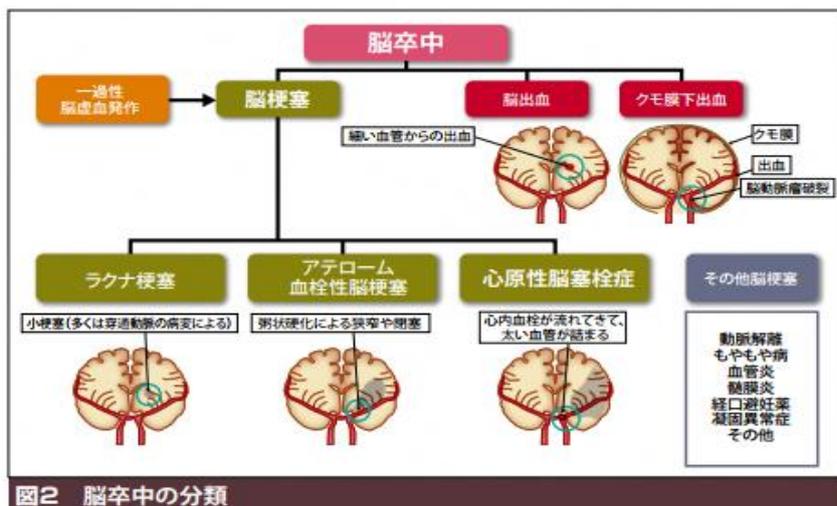


図2 脳卒中の分類

(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 32】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 33 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 33】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
		アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○	○	○				
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		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 1,277人		59人	4.6%	68人	5.3%	37人	2.9%	6人	0.5%	225人	17.6%	29人	2.3%	35人	2.7%
治療なし		32人	2.5%	40人	3.1%	30人	2.3%	2人	0.2%	49人	3.8%	6人	0.5%	11人	0.9%
臓器障害あり		22人	1.7%	24人	1.9%	15人	1.2%	2人	0.2%	27人	2.1%	6人	0.5%	11人	0.9%
CKD(専門医対象)		1人		4人		0人		0人		2人		6人		11人	
尿蛋白(2+)以上		1人		1人		0人		0人		1人		6人		1人	
尿蛋白(+)and尿潜血(+)		0人		1人		0人		0人		1人		0人		1人	
eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		0人		2人		0人		0人		0人		1人		11人	
心電図所見あり		22人		23人		15人		0人		25人		5人		7人	
治療中		27人	2.1%	28人	2.2%	7人	0.5%	4人	0.3%	176人	13.8%	23人	1.8%	24人	1.9%

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 59 人（4.6%）であり、32 人は未治療者であった。また未治療者のうち 22 人（1.7%）は臓器障害の所見がみられたため、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 27 人（2.1%）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等臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。（図表 34）

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

【図表 34】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I 度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上			
	744	194	221	161	136	27	5			
		26.1%	29.7%	21.6%	18.3%	3.6%	0.7%			
リスク第1層	92	41	27	15	9 ④	0	0 ①	9	74	85
		12.4%	21.1%	12.2%	9.3%	6.6%	0.0%	1.2%	9.9%	11.4%
リスク第2層	399	103	118	90	74 ③	10	4	9	0	0
		53.6%	53.1%	53.4%	55.9%	54.4%	37.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第3層	253	50	76	56	53 ②	17	1	--	74	14
		34.0%	25.8%	34.4%	34.8%	39.0%	63.0%	--	100.0%	16.5%
再掲 重複あり	糖尿病	56	10	14	12	17	3	0	--	71
		22.1%	20.0%	18.4%	21.4%	32.1%	17.6%	0.0%	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	137	31	42	29	26	9	0	--	--
		54.2%	62.0%	55.3%	51.8%	49.1%	52.9%	0.0%	--	--
3個以上の危険因子	118	18	30	26	32	11	1	--	--	71
		46.6%	36.0%	39.5%	46.4%	60.4%	64.7%	0.0%	--	83.5%

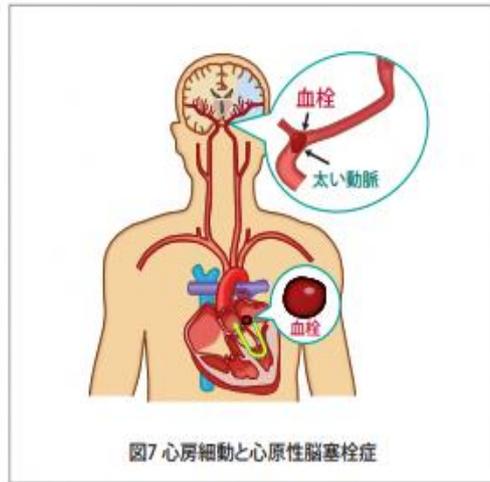
(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 34 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①②については、早急な受診勧奨が必要になってくる。

（３）心電図検査における心房細動の実態

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

(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者状況

【図表 35】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	549	720	3	0.5	3	0.4	-	-
40歳代	36	31	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	74	86	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	272	377	2	0.7	2	0.5	1.9	0.4
70～74歳	167	226	1	0.6	1	0.4	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査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 36】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
6	0.5	2	33.3	4	66.7

心電図検査において 6 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 6 人のうち 4 人は既に治療が開始されていたが、2 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な

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

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) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は介護保険係や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あわせ年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等の情報もあわせて活用していく。

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

(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

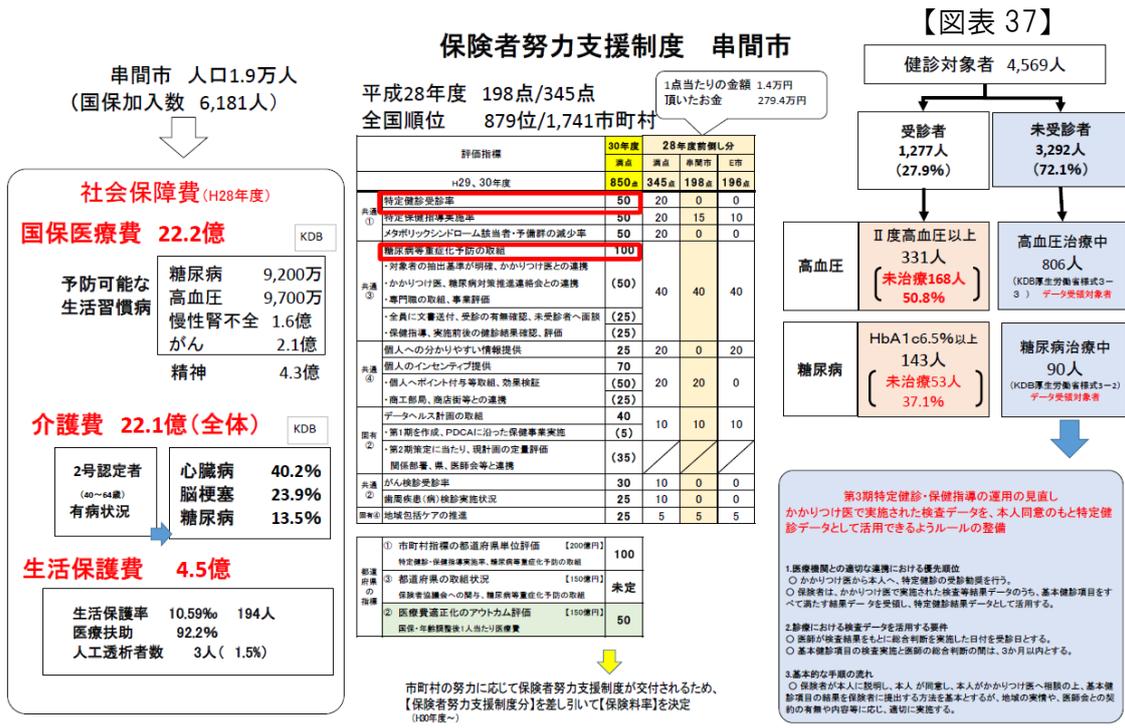
4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

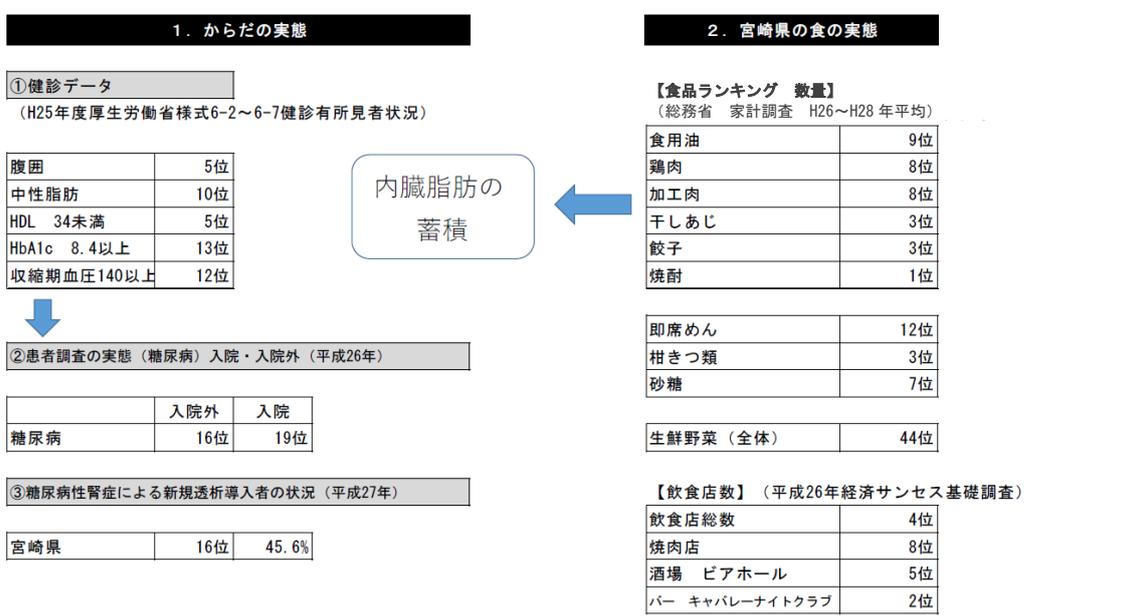
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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市民へ周知する。(図表37・38)



宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表 38】



第5章 地域包括ケアに係る取組

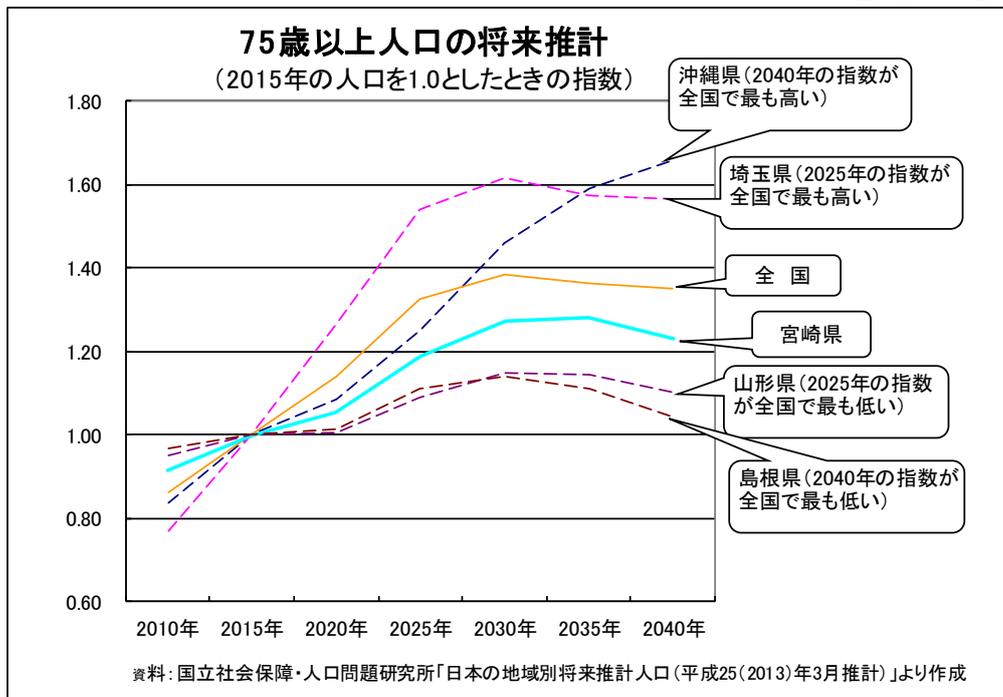
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、市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歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.23となると推計されている。(図表39)

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本市にとっても非常に重要である。

【図表39】



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・福祉等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市民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の評価・見直しは、状況に応じ随時見直しを行う。

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6）

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、受診勧奨実施数等
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、要介護率等）

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を行う。

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串間市の位置

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 糖尿病管理台帳イメージ

参考資料 4 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 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 評価イメージ

参考資料 7 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた市間の位置

項目	H26		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	20,307		20,307		9,030,767		1,125,360		124,852,975			
		65歳以上(高齢化率)	7,310	36.0	7,310	36.0	2,626,654	29.1	290,839	25.8	29,020,766	23.2		
		75歳以上	4,450	21.9	4,450	21.9			156,418	13.9	13,989,864	11.2		
		65~74歳	2,860	14.1	2,860	14.1			134,421	11.9	15,030,902	12.0		
		40~64歳	6,794	33.5	6,794	33.5			383,847	34.1	42,411,922	34.0		
	39歳以下	6,203	30.5	6,203	30.5			450,674	40.0	53,420,287	42.8			
	② 産業構成(※)	第1次産業	28.1		28.1		11.4		11.8		4.2			
		第2次産業	16.9		16.9		27.5		21.6		25.2			
		第3次産業	55.0		55.0		61.1		66.6		70.6			
	③ 平均寿命(※)	男性	78.4		78.4		79.2		79.7		79.6			
女性		86.3		86.3		86.4		86.6		86.4				
④ 健康寿命	男性	64.8		64.9		65.1		65.2		65.2				
	女性	66.1		66.2		66.8		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)(※)	111.6		111.6		104.8		99.7		100			
			100.6		100.6		101.5		96.2		100			
		がん	80	42.8	86	49.1	32,164	46.4	3,469	45.2	367,905	49.6		
		心臓病	54	28.9	46	26.3	19,517	28.2	2,242	29.2	196,768	26.5		
		脳疾患	39	20.9	24	13.7	11,781	17.0	1,301	16.9	114,122	15.4		
		糖尿病	3	1.6	4	2.3	1,340	1.9	128	1.7	13,658	1.8		
		腎不全	6	3.2	8	4.6	2,559	3.7	276	3.6	24,763	3.3		
		自殺	5	2.7	7	4.0	1,902	2.7	265	3.5	24,294	3.3		
		3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,574	21.6	1,316	17.9	539,696	20.5	59,315	20.4	5,895,270	21.2
				新規認定者	31	0.3	24	0.3	8,952	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3
2号認定者	40		0.6	24	0.4	11,164	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4			
② 有病状況	糖尿病		269	16.9	257	18.4	125,636	22.3	12,987	21.1	1,350,152	22.1		
	高血圧症		947	57.7	794	59.6	306,174	54.6	35,357	57.9	3,101,200	50.9		
	脂質異常症		421	25.4	339	25.0	159,862	28.4	16,825	27.4	1,741,866	28.4		
	心臓病		1,053	64.4	899	66.9	349,548	62.5	40,235	65.9	3,529,682	58.0		
	脳疾患		466	29.4	394	29.6	154,945	27.9	19,122	31.4	1,538,683	25.5		
	がん		162	10.0	151	10.6	58,440	10.3	5,852	9.4	631,950	10.3		
	筋・骨格		995	60.8	801	59.7	303,462	54.1	35,171	57.7	3,067,196	50.3		
精神	619	36.9	597	44.5	213,558	37.8	25,297	40.9	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	75,084		97,000		66,717		66,242		58,284				
	居宅サービス	43,611		56,206		41,744		47,239		39,662				
④ 医療費等	施設サービス	301,289		292,021		278,164		282,096		281,186				
	要介護認定別1件当たり医療費	認定あり	6,881	7,302	8,281	7,149	7,980	認定なし	4,806	4,626	4,037	3,962	3,816	
4	① 国保の状況	被保険者数	5,915		5,915		2,264,375		300,107		32,587,866			
		65~74歳	2,314	39.4	2,332	39.4			119,981	40.0	12,461,613	38.2		
		40~64歳	2,567	37.8	2,237	37.8			103,073	34.3	10,946,712	33.6		
		39歳以下	1,614	22.8	1,346	22.8			77,053	25.7	9,179,541	28.2		
	加入率	32.0		29.1		25.1		26.7		26.9				
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	2	0.3	2	0.3	833	0.4	140	0.5	8,255	0.3		
		診療所数	18	2.8	18	3.0	6,529	2.9	891	3.0	96,727	3.0		
		病床数	554	85.3	554	93.7	135,296	59.7	19,245	64.1	1,524,378	46.8		
		医師数	36	5.5	35	5.9	16,982	7.5	2,730	9.1	299,792	9.2		
		外来患者数	608.1		648.4		698.5		677.3		668.1			
入院患者数	32.2		34.8		23.6		24.7		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,314	県内10位 同規模98位	28,959	県内9位 同規模104位	27,772	26,707	24,245						
	受診率	640.235		683.164		722.103		702.012		686.286				
	外来費用の割合	48.4		47.7		56.9		55.1		60.1				
	入院費用の割合	95.0		94.9		96.7		96.5		97.4				
	入院費用の割合	51.6		52.3		43.1		44.9		39.9				
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合 最大医療費疾患名(調剤含む))	⑤ 費用額(1件あたり) 県内順位 順位総数28	1件あたり在院日数	21.5日		20.6日		17.0日		17.8日		15.6日			
		がん	222,545,870	16.7	216,406,680	16.8	23.9	22.0	25.6					
		慢性腎不全(透析あり)	153,960,450	11.6	159,918,370	12.4	9.1	11.2	9.7					
		糖尿病	100,572,820	7.6	92,979,420	7.2	9.9	8.6	9.7					
		高血圧症	111,529,980	8.4	97,101,110	7.5	8.9	8.7	8.6					
		精神	460,619,080	34.7	427,229,720	33.1	19.6	22.3	16.9					
		筋・骨格	158,995,640	12.0	164,140,780	12.7	15.2	14.6	15.2					
		入院の()内は在院日数	入院	糖尿病	461,750	22位(22)	468,194	22位(22)						
				高血圧	462,697	24位(22)	472,606	26位(20)						
				脂質異常症	417,634	25位(25)	445,203	24位(24)						
脳血管疾患	444,217			24位(22)	456,416	25位(23)								
心疾患	419,215			27位(23)	487,372	25位(22)								
外来	腎不全		532,706	21位(16)	635,229	14位(19)								
	精神		392,579	22位(28)	401,651	25位(28)								
	悪性新生物		552,582	24位(17)	499,862	25位(16)								
	糖尿病		39,611	4位	37,391	6位								
	高血圧		29,349	9位	27,227	21位								

項目		H26		H28		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			
4	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,839		2,246		2,895	3,164	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからなる地域			
			健診未受診者	8,608		10,617		12,883	11,427	12,339					
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	8,529		6,405		7,709	8,696	6,742						
		健診未受診者	25,863		30,246		34,303	31,410	35,459						
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	798	58.1	638	51.2	359,875	55.6	38,800	54.9	4,427,360	56.1			
		医療機関受診率	730	53.1	575	46.1	331,214	51.2	36,267	51.4	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率	68	4.9	63	5.1	28,661	4.4	2,533	3.6	357,742	4.5			
5	特定健診の状況 県内順位 順位総数28	メタボ	健診受診者	1,374		1,246		647,170		70,610		7,895,427	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからなる地域の健康課題の把握		
			受診率	30.8	県内23位 同規模19位	30.0	県内24位 同規模22位	39.8	34.5	全国32位	36.4				
			特定保健指導終了者(実施率)	83	56.1	111	75.0	29,629	38.1	3,465	40.8	198,683		21.1	
			非肥満高血糖	101	7.4	101	8.1	68,180	10.5	5,442	7.7	737,886		9.3	
			該当者	該当者	230	16.7	219	17.6	115,126	17.8	12,794	18.1		1,365,855	17.3
				男性	151	25.7	147	27.3	78,359	27.4	8,493	27.9		940,335	27.5
				女性	79	10.0	72	10.2	36,767	10.2	4,301	10.7		425,520	9.5
			予備群	予備群	161	11.7	169	13.6	69,101	10.7	8,838	12.5		847,733	10.7
				男性	108	18.4	101	18.8	47,257	16.5	5,505	18.1		588,308	17.2
			女性	53	6.7	68	9.6	21,844	6.0	3,333	8.3	259,425		5.8	
			総数	総数	433	32.3	433	34.8	205,718	31.8	24,452	34.6		2,490,581	31.5
				男性	291	49.6	273	50.7	139,882	48.9	15,692	51.6		1,714,251	50.2
			女性	153	19.4	160	22.6	65,836	18.2	8,760	21.8	776,330		17.3	
			BMI	総数	79	6.8	79	6.3	33,976	5.2	3,286	4.7		372,685	4.7
				男性	9	1.5	13	2.4	5,403	1.9	532	1.8		59,615	1.7
			女性	84	10.7	66	9.3	28,573	7.9	2,754	6.8	313,070		7.0	
			血糖のみ	6	0.4	3	0.2	4,666	0.7	467	0.7	52,296		0.7	
			血圧のみ	132	9.6	134	10.8	48,120	7.4	6,643	9.4	587,214		7.4	
			脂質のみ	23	1.7	32	2.6	16,315	2.5	1,728	2.4	208,214		2.6	
血糖・血圧	44	3.2	46	3.7	19,030	2.9	2,194	3.1	212,002	2.7					
血糖・脂質	9	0.7	6	0.5	6,579	1.0	528	0.7	75,032	0.9					
血圧・脂質	106	7.7	117	9.4	53,745	8.3	6,424	9.1	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	71	5.2	50	4.0	35,772	5.5	3,648	5.2	415,310	5.3					
6	生活習慣の状況	服薬	高血圧	584	42.5	525	42.1	229,611	35.5	26,712	37.8	2,650,283	33.6		
			糖尿病	116	8.4	87	7.0	53,445	8.3	5,470	7.7	589,711	7.5		
		脂質異常症	290	21.1	243	19.5	154,568	23.9	14,669	20.8	1,861,221	23.6			
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	57	4.2	38	3.1	20,399	3.3	2,695	3.9	246,252	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	77	5.6	65	5.2	35,833	5.8	3,636	5.3	417,378	5.5		
		腎不全	5	0.4	4	0.3	3,288	0.5	240	0.3	39,184	0.5			
		貧血	105	7.7	107	8.6	56,999	9.2	7,036	10.3	761,573	10.2			
		喫煙	142	10.3	145	11.6	87,621	13.5	8,574	12.1	1,122,649	14.2			
		週3回以上朝食を抜く	102	7.4	85	6.8	38,837	6.9	5,418	7.9	585,344	8.7			
		週3回以上食後間食	161	11.8	143	11.5	68,351	12.0	8,357	12.2	803,966	11.9			
		週3回以上就寝前夕食	217	15.8	204	16.4	82,506	14.5	10,362	15.1	1,054,516	15.5			
		食べる速度が速い	305	22.3	290	23.4	151,438	26.6	17,240	25.2	1,755,597	26.0			
		20歳時体重から10kg以上増加	475	34.6	410	33.0	176,120	31.1	23,064	33.7	2,192,264	32.1			
		1回30分以上運動習慣なし	789	57.6	723	58.2	355,238	62.0	37,367	54.5	4,026,105	58.8			
1日1時間以上運動なし	708	51.6	614	49.5	258,590	45.1	32,220	47.0	3,209,187	47.0					
睡眠不足	330	24.2	313	25.4	139,179	24.3	15,474	22.6	1,698,104	25.1					
毎日飲酒	357	26.0	344	27.7	155,329	25.3	18,528	26.9	1,886,293	25.6					
時々飲酒	281	20.5	273	22.0	124,825	20.3	15,909	23.1	1,628,466	22.1					
⑭	一日飲酒量	1合未満	792	71.5	656	68.5	257,268	63.8	24,369	58.8	3,333,836	64.0			
		1～2合	243	22.0	224	23.4	97,734	24.3	12,302	29.7	1,245,341	23.9			
		2～3合	63	5.7	71	7.4	37,372	9.3	3,985	9.6	486,491	9.3			
		3合以上	9	0.8	7	0.7	10,629	2.6	765	1.8	142,733	2.7			

※国勢調査に基づく数値については、H26年とH28年で同数値の場合あり。

【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	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 6】

平成30年度に向けての全体評価(平成28~29年度評価)

課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	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)	
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 30.0% (H28) 特定保健指導実施率 75.0% (H28) 健診受診者の結果改善(血圧、血糖、脂質、CKD) 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症発症者を減らす 生活習慣病に係る医療費の伸びを抑制する <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率が低い 健診受診後の医療機関受診への意識が低い <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基礎とした対策の推進 糖尿病管理台帳を活用したPDCAサイクルでの対策の推進 <p>医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政、かかりつけ医、専門医の連携体制を整える 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 過去一度も健診を受診していない者への受診勧奨 健康づくり推進員を活用した地域での受診勧奨 予約開始日よりも早期に健(検)診の予約ができる「健(検)診先行予約会」の開催 日曜日にがん検診とセットで特定健診(集団)を受けることができる「まとめて健診」の設定 がん検診の予約を受ける際に、個別に受診勧奨 高齢者学級等での受診勧奨 健康づくり地域座談会での受診勧奨 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師3名、管理栄養士1名、嘱託職員(看護師2名、保健師1名、栄養士4名)を2チームに分け、地区を分担し保健指導にあたった。 健診結果が届くたびに対象者の絞り込みを行い、保健指導にあたった。 プログラムに基づき、必要なにはかかりつけ医との連携、相談を行いつつ支援を行った。 特定健診(集団)受診者向けの健診結果説明会の開催 <p>医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健指導を進める上で、栄養面の改善や治療上の疑問点などについて、かかりつけ医に相談し支持を仰いで支援を進めた。 串間市内には腎専門医が不在であるため、南那珂糖尿病ネットワーク会議等の場を活用し、串間市の取り組みの紹介やプログラムに基づいた患者紹介等の案内と相談を行った。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 各地区健康づくり推進員会総会での現状説明と受診勧奨 6回 健康づくり地域座談会、出前講座 9回 高齢者学級 7回 特定健診広報誌 特集 1回 健(検)診先行予約会 9回 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⅱ度高血圧以上、高血糖、CKD、心房細動所見の有者への保健指導 健診受診後の医療機関受診勧奨 健診結果説明会 4回 <p>医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別事例ごとの相談、保健指導及び治療方針の確認 糖尿病ネットワーク会議参加(毎月) 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 過去一度も健診を受診していない者の掘り起こし、意識付けに繋がった。 健康づくり推進員が地域で声をかけることで、受診に繋がったケースがあった。 健(検)診についての現状と課題について自治会との共有を図ることができた。 平日忙しい方向けの健診日程として日曜日を設定することで、受診しやすい体制を整えた。 重症化予防対策 保健指導後の医療機関継続フォローに繋がった。 健(検)診を受診することの意義を再確認でき、定期的に受診する動機付けができた。 <p>医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別事例ごとに相談、方針確認などのための医療機関訪問回数が増え、相談、治療方針確認ができた。 	<p>業務体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師3名、管理栄養士1名、嘱託職員(看護師2名、保健師1名、栄養士4名)を2チームに分け、地区を分担し保健指導にあたったことにより、要フォロー者への指導意識が明確になり、効率的な保健指導体制となった。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康づくり推進員を活用した地域での受診勧奨の推進 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象が明確であったので効率的な保健指導体制をとることができた。 <p>医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別事例に関して相談、方針確認などのための医療機関訪問回数が増え、相談しやすい体制となった。 	<p>業務体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチにそれぞれどの程度重点を置き職員を配分するか要検討 重症化予防対策には栄養指導が不可欠であるが、管理栄養士などなかなか参画できない状況 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 無関心層へのアプローチが隔々まで行き届いていない 定期受診をしていて健診を受けない者への医療機関からの働きかけ 地域での声かけ運動など、地域によって差がある <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病管理台帳による対象者管理 保健指導マンパワー確保 <p>医療との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政とかかりつけ医⇔専門医ネットワーク強化、連携体制推進

【参考資料 7】

データヘルス計画の目標管理一覧表

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				中間評価値				最終目標値	現状値の把握方法
				2016 H28	2017 H29	2018 H30	2019 H31	2020 H32	2021 H33	2022 H34	2023 H35		
特定健診等	医療費の伸びを抑制するため、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上を図る	特定健診受診率	特定健診受診率	30.0%				45.0%				60.0%	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	75.0%				78.0%				90.0%	
			特定保健指導対象者の減少	11.9%				8.5%				6.2%	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.4%				2.3%				2.2%	
データヘルス計画	高血圧、高血糖者が男女とも多い 入院医療費が増大しており、重症化するまで放置してから医療に繋がるケースが多い メタボリックシンドローム該当及び予備群の割合が国、県と比較し高い	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	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.8%				1.7%			1.6%	KDBシステム	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	48.3%				48.2%			48.1%		
			メタボリックシンドローム該当、予備群の割合の減少	41.3%				38.0%			35.0%		
			健診受診者のⅡ度高血圧以上の者の減少	4.6%				4.4%			4.2%		
保険者努力支援制度	がん部位別死に割合で大きいものは肺がん、胃がん、大腸がんであり増加傾向にある	医療費の伸びを抑制するため、各種がん検診の受診率を向上させ早期発見、早期治療に繋げる	健診受診者の糖尿病者の割合の減少	6.9%				6.7%			6.5%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			健診受診者の脂質異常症者の割合の減少	19.2%				18.0%			17.0%		
			糖尿病未治療者を治療に結びつける割合の増加	75.0%				80.0%			85.0%		
			糖尿病の保健指導実施割合の増加	95.5%				96.0%			97.0%		
がん検診	がん部位別死に割合で大きいものは肺がん、胃がん、大腸がんであり増加傾向にある	医療費の伸びを抑制するため、各種がん検診の受診率を向上させ早期発見、早期治療に繋げる	がん検診受診率 胃がん検診	17.1%				20.0%			25.0%	地域保健事業報告	
			大腸がん検診	23.7%				25.0%			28.0%		
			子宮頸がん検診	16.1%				20.0%			25.0%		
			乳がん検診	8.3%				12.0%			20.0%		
後発医薬品	後発医薬品の使用割合の増加を図る	後発医薬品の使用による医療費の伸びの抑制	肺がん検診(CT)	-	-	-	-	-	-	-	-	厚生労働省公表結果	
			後発医薬品使用割合の増加	77.8%				80.0%			80.0%		