

伊佐市国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
【平成30年度～平成35年度】

平成30年3月

伊佐市

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

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

第5章 地域包括ケアに係る取組	45
第6章 計画の評価・見直し	47
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料	50

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「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実施主体はこれまでどおり市町村となる。

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になった。

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。

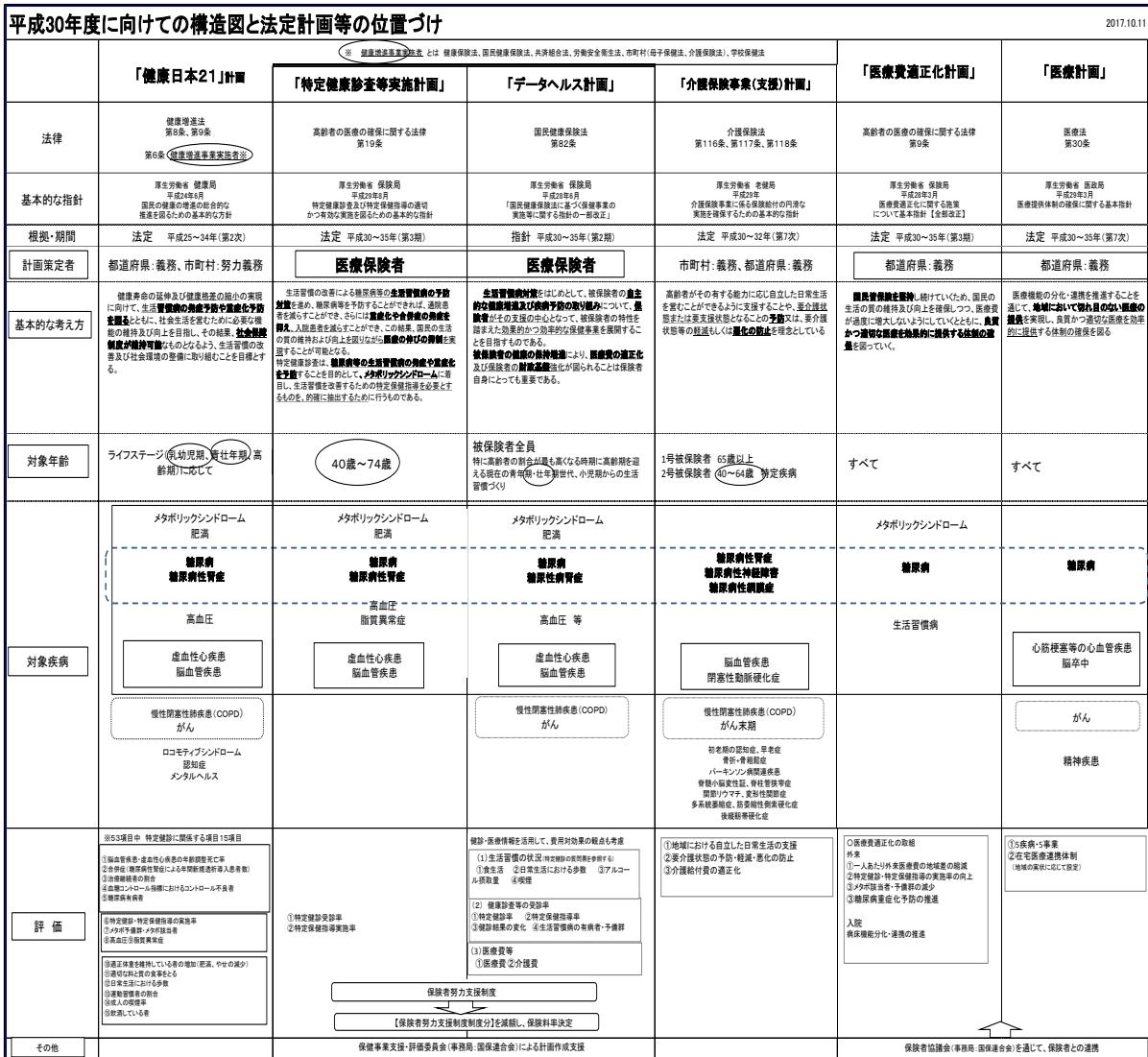
伊佐市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とする。

2. 計画の位置付け

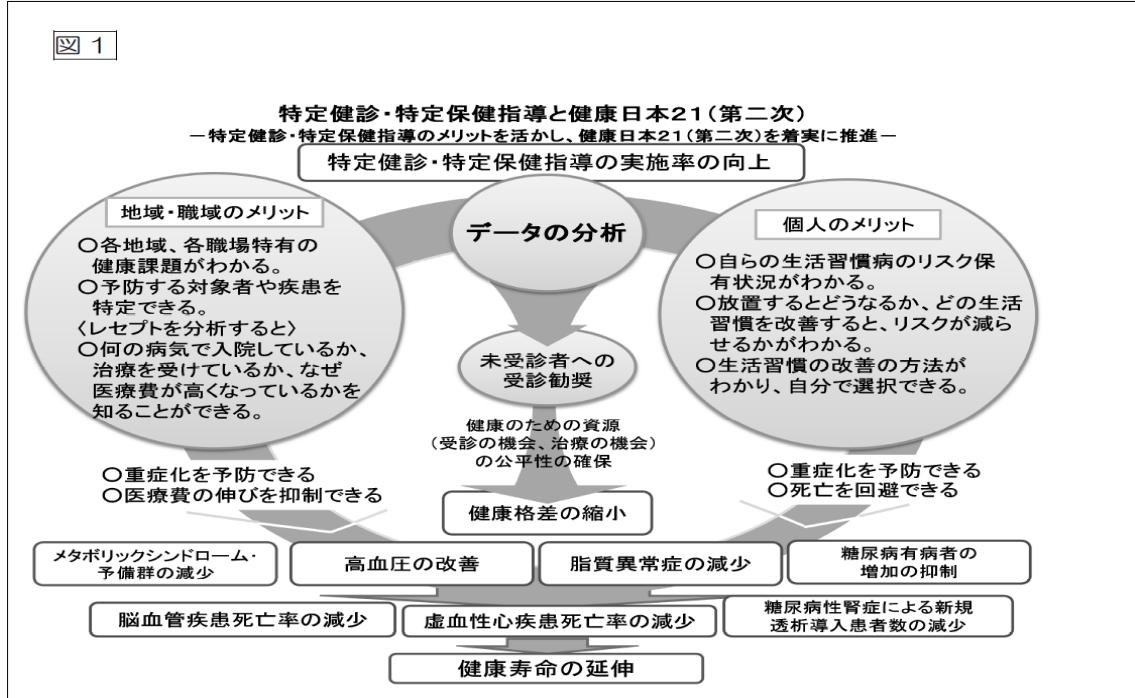
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、伊佐市が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、鹿児島県健康増進計画や伊佐市健康増進計画、鹿児島県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

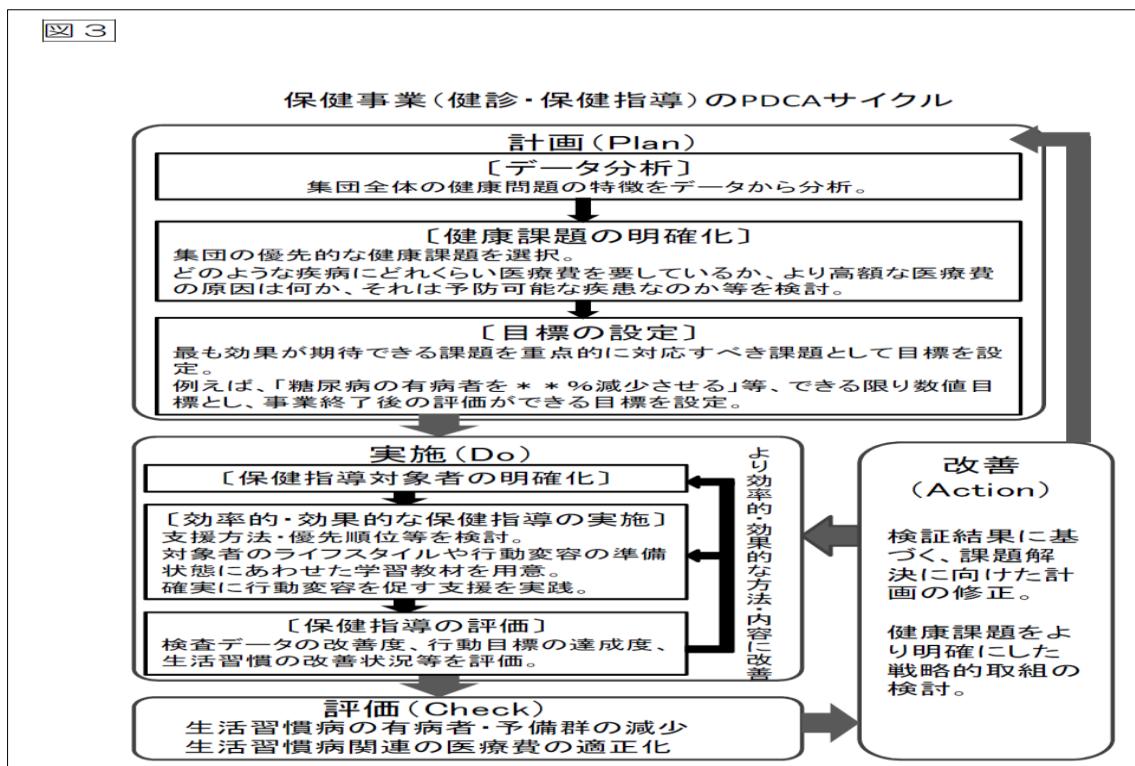


【図表2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、鹿児島県における医療費適正化計画や医療計画等が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としており、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) 庁内各部局の役割

伊佐市においては、市民課（健康保険係・健康推進係）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。

具体的には、介護保険、地域包括ケア、障害者支援、生活保護担当部局とも十分連携することが望ましい。

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

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

また、平成30年度から県が市町村国保の財政運営の責任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、保険者は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、伊佐市と伊佐市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

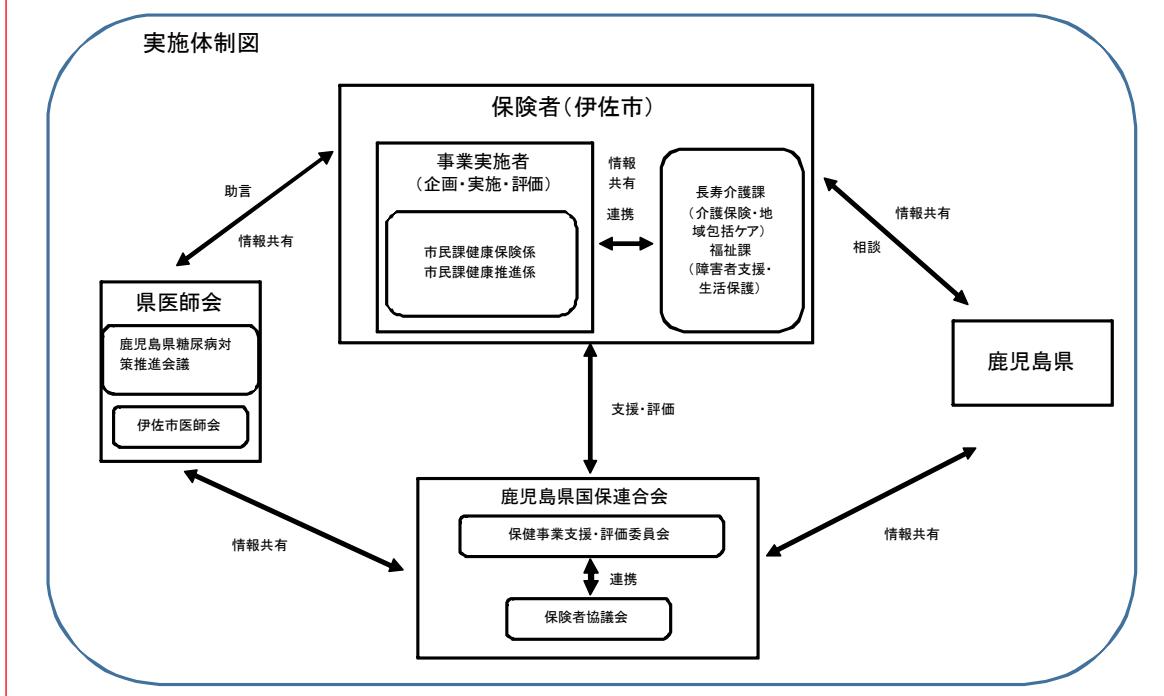
医療保険においては、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有などに努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

伊佐市の実施体制図

【図表4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

伊佐市においても、糖尿病重症化予防等に積極的に取り組むことが重要である。

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 得点	H29 得点	H30 得点	H30 配点
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		403	/	1,428	
総得点(体制構築加点含む)		257	/	568	
全国順位(1,741市町村中)		396	/		
共通①	特定健診受診率	10	/	40	50
	特定保健指導実施率	20	/	25	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15	/	50	50
共通②	がん検診受診率	10	/	15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	/	25	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	/	50	100
	データヘルス計画策定状況	0	/	40	40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20	/	25	25
	個人インセンティブ提供	20	/	70	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	/	0	35
	後発医薬品の促進	11	/	20	35
共通⑥	後発医薬品の使用割合	15	/	40	40
	固有① 収納率向上に関する取組実施状況	0	/	25	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	/	25	25
	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	/	4	25
固有④	第三者求償の取組の実施状況	10	/	23	40
	固有⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況	/	/	31	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

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る。死因別に脳疾患・糖尿病による死亡割合は減少しているが、心臓病・腎不全による死亡割合は増加している。

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減少しているが、介護給付費の増加がみられた。

医療費の状況をみると、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。また、総医療費のうち、生活習慣病の費用や占める割合は減っているものの、慢性腎不全（透析あり）の占める割合は高い。特定健診受診率が減少している。（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25年度と平成28年度の経年比較を見ると、介護給付費及び1人当たり給付費は増加しているが、1件当たり給付費は減少している。同規模平均と比較すると1人当たり給付費・1件当たり給付費ともに少ない。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	伊佐市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	26億8427万円	257,533	42,164	276,749	301,072	41,726	283,881
平成28年度	26億9987万円	259,030	40,679	276,198	313,428	41,744	278,164

②医療費の状況（図表7）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、総医療費は減少しているものの、1人当たり医療費は、入院・入院外ともに増加している。

医療費の変化

【図表7】

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	
1 総医療費(円)			伊佐市	同規模			伊佐市	同規模			伊佐市	同規模
H25年度	32億1012万円			14億9872万円				17億1140万円				
2 一人当たり医療費(円)	H28年度	31億7258万円	3754万円	-1.2	0.2	14億6839万円	3033万円	-2.0	0.463	17億419万円	721万円	-0.4 -0.0
	H25年度	31,900				14,890				17,010		
	H28年度	35,280	3,380	10.6	8.2	16,330	1,440	9.7	8.5	18,950	1,940	11.4 8.0

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表8）

総医療費のうち、生活習慣病の占める割合は減少しているものの、25.22%と全体の1/4を占めている。平成25年度と比べると脳疾患は減少しているが、慢性腎不全や狭心症、心筋梗塞、糖尿病は増加している。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表8】

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		
			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	伊佐市	3,210,118,530	31,902	23位	10位	7.49%	0.30%	3.33%	1.08%	5.23%	6.55%	2.64%	854,364,450	26.61%
		3,172,580,990	35,274	17位	6位	8.27%	0.61%	1.82%	1.91%	5.77%	4.52%	2.31%	800,023,520	25.22%
H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%
	全国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%
H28	鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%
	全国	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%

・最大医療資源傷病(調剤含む。)による分類結果

出典:KDBシステム 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

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

④中長期的な疾患（図表9）

平成25年度と平成28年度の有病者数の経年比較を見ると、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析の全ての割合が増加している。虚血性心疾患・脳血管疾患では、年齢に関係なく人工透析の割合が2倍近くになっている。人工透析では、特に64歳以下の虚血性心疾患の割合が高くなっている。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患				脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		
		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	8449	396	4.7	79	19.9	10	2.5	328	82.8	164	41.4	243	61.4
	64歳以下	5188	120	2.3	13	10.8	4	3.3	96	80.0	51	42.5	77	64.2
	65歳以上	3261	276	8.5	66	23.9	6	2.2	232	84.1	113	40.9	166	60.1
H28	全体	7654	409	5.3	79	19.3	19	4.6	359	87.8	186	45.5	275	67.2
	64歳以下	4160	109	2.6	16	14.7	8	7.3	88	80.7	46	42.2	65	59.6
	65歳以上	3494	300	8.6	63	21.0	11	3.7	271	90.3	140	46.7	210	70.0

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		
		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	8449	464	5.5	79	17.0	6	1.3	378	81.5	148	31.9	253	54.5
	64歳以下	5188	116	2.2	13	11.2	2	1.7	84	72.4	34	29.3	54	46.6
	65歳以上	3261	348	10.7	66	19.0	4	1.1	294	84.5	114	32.8	199	57.2
H28	全体	7654	431	5.6	79	18.3	10	2.3	360	83.5	179	41.5	273	63.3
	64歳以下	4160	92	2.2	16	17.4	3	3.3	77	83.7	37	40.2	56	60.9
	65歳以上	3494	339	9.7	63	18.6	7	2.1	283	83.5	142	41.9	217	64.0

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		
		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	8449	44	0.5	6	13.6	10	22.7	33	75.0	23	52.3	10	22.7
	64歳以下	5188	25	0.5	2	8.0	4	16.0	20	80.0	9	36.0	5	20.0
	65歳以上	3261	19	0.6	4	21.1	6	31.6	13	68.4	14	73.7	5	26.3
H28	全体	7654	50	0.7	10	20.0	19	38.0	39	78.0	24	48.0	14	28.0
	64歳以下	4160	25	0.6	3	12.0	8	32.0	18	72.0	10	40.0	8	32.0
	65歳以上	3494	25	0.7	7	28.0	11	44.0	21	84.0	14	56.0	6	24.0

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2～3-4) (図表 10)

高血圧の割合が、全体の約3割を占めている。平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、糖尿病・高血圧・脂質異常症の全てにおいて割合が増加している。糖尿病においては、65歳以上のインスリン療法や脂質異常症の割合が増加している。また、65歳以上の糖尿病性腎症の割合が2倍近く増加している。

【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
H25	全体	8449	1016	12.0	56	5.5	731	71.9	623	61.3	164	16.1	148	14.6	23	2.3	90	8.9
	64歳以下	5188	382	7.4	33	8.6	240	62.8	238	62.3	51	13.4	34	8.9	9	2.4	42	11.0
	65歳以上	3261	634	19.4	23	3.6	491	77.4	385	60.7	113	17.8	114	18.0	14	2.2	48	7.6
H28	全体	7654	1035	13.5	67	6.5	758	73.2	678	65.5	186	18.0	179	17.3	24	2.3	131	12.7
	64歳以下	4160	318	7.6	26	8.2	209	65.7	194	61.0	46	14.5	37	11.6	10	3.1	43	13.5
	65歳以上	3494	717	20.5	41	5.7	549	76.6	484	67.5	140	19.5	142	19.8	14	2.0	88	12.3

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	人数
H25	全体	8449	2306	27.3	731	31.7	1211	52.5	328	14.2	378	16.4	33	1.4				
	64歳以下	5188	762	14.7	240	31.5	383	50.3	96	12.6	84	11.0	20	2.6				
	65歳以上	3261	1544	47.3	491	31.8	828	53.6	232	15.0	294	19.0	13	0.8				
H28	全体	7654	2227	29.1	758	34.0	1251	56.2	359	16.1	360	16.2	39	1.8				
	64歳以下	4160	624	15.0	209	33.5	325	52.1	88	14.1	77	12.3	18	2.9				
	65歳以上	3494	1603	45.9	549	34.2	926	57.8	271	16.9	283	17.7	21	1.3				

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	人数
H25	全体	8449	1645	19.5	623	37.9	1211	73.6	243	14.8	253	15.4	10	0.6				
	64歳以下	5188	575	11.1	238	41.4	383	66.6	77	13.4	54	9.4	5	0.9				
	65歳以上	3261	1070	32.8	385	36.0	828	77.4	166	15.5	199	18.6	5	0.5				
H28	全体	7654	1676	21.9	678	40.5	1251	74.6	275	16.4	273	16.3	14	0.8				
	64歳以下	4160	483	11.6	194	40.2	325	67.3	65	13.5	56	11.6	8	1.7				
	65歳以上	3494	1193	34.1	484	40.6	926	77.6	210	17.6	217	18.2	6	0.5				

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、特定健診受診率は減少し、特定保健指導実施率は増加している。受診勧奨者の医療機関受診率は、減少しているものの同規模平均より高い。

【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
H25年度	5,892	2,691	45.7	55	326	134	41.1	60.9	50.8	
H28年度	5,428	2,335	43.0	91	263	150	57.0	57.7	51.2	

2) 第1期に係る考察

第1期計画では中長期目標として、脳血管疾患・糖尿病性腎症の減少、短期目標として、高血圧・脂質異常症・糖尿病・メタボリックシンドローム等の減少を設定した。

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、死因別では、脳血管疾患・糖尿病による割合は減少したものの、心臓病・腎不全によるものは増加している。総医療費のうち、生活習慣病の費用・割合は減少したが、腎臓病・心臓病・糖尿病の割合は増加している。また、有病者では、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析・糖尿病・高血圧・脂質異常症の全てにおいて増加している。メタボリックシンドローム予備群は男女ともに減少したが、該当者の割合は、男性が増加、女性が減少している。また、特定健診結果を見ると、収縮期血圧の割合が男女ともに減少している。

保健事業においては、脳卒中予防対策として、平成 26 年度から校区単位で食生活（特に減塩）・運動・血圧管理を中心とした教室の開催、広報やがん検診等の機会を通じた健康教育を実施している。また、平成 28 年度には CKD（慢性腎臓病）の重症化予防対策として、地区医師会と連携し CKD 予防ネットワークを構築、平成 29 年度から病診連携の運用が図れるようになった。

これまででは、集団を対象としたポピュレーションアプローチが中心であったために、重症化予防へ繋がっていないと推測される。今後は、対象者を明確にするなど重症化予防への取組みを重点的に行いながら、ポピュレーションアプローチと組み合わせた保健事業に取り組んでいく。

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)

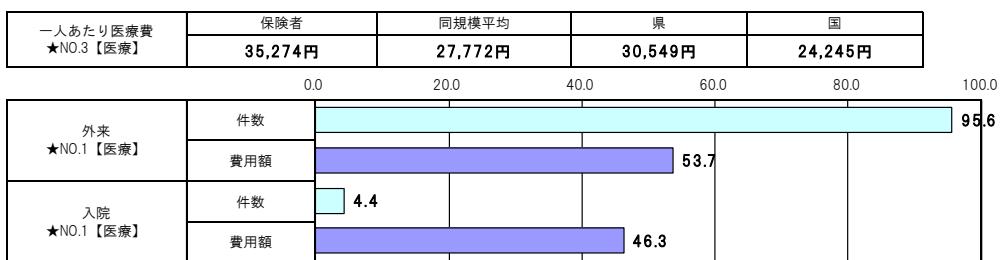
1人当たり医療費は、同規模平均・県・国と比べて高い。入院より外来にかかる費用は高いが、件数に比べると費用額割合が大きい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表14)

高血圧症の治療者数が一番多く、64.8%である。糖尿病性腎症の治療者数は、全体の3.8%であるが、人工透析患者の51.9%の原因疾患であり、費用額も49.2%を占める。

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 (200万円以上レセ)	件数	62件	1件	7件	8件	46件	
				1.6%	11.3%	12.9%	74.2%	
		費用額	1億8814万円	460万円	2141万円	1781万円	1億4432万円	
				2.4%	11.4%	9.5%	76.7%	
				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)	件数	1,137件	889件	190件	54件		
				78.2%	16.7%	4.7%		
		費用額	4億6729万円	3億3440万円	7695万円	2254万円		
				71.6%	16.5%	4.8%		
				糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	740件	384件	124件	273件		
				51.9%	16.8%	36.9%		
		費用額	3億1801万円	1億5631万円	4912万円	1億2355万円		
				49.2%	15.4%	38.8%		
				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			431人	409人	131人		
				12.5%	11.9%	3.8%		
		の基礎 な疾 り患	高血圧	360人	359人	102人		
				83.5%	87.8%	77.9%		
			糖尿病	179人	186人	131人		
		脂質 異常症		41.5%	45.5%	100.0%		
				273人	275人	95人		
				63.3%	67.2%	72.5%		
				高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
				2,227人	1,035人	1,676人	473人	
				64.8%	30.1%	48.8%	13.8%	

○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 96.9%であり、筋・骨格疾患の 92.1%を上回っていた。2号認定者及び 65～74 歳の 1 号認定者で年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている実態があった。

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

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

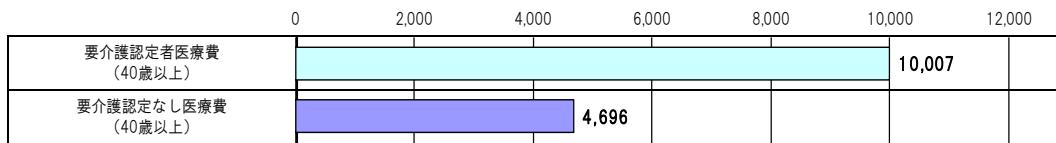
要介護認定状況 ★N0.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計						
	被保険者数		9,597人	4,145人	6,278人	10,423人	20,020人					
	認定者数		22人	120人	1,624人	1,744人	1,766人					
	認定率		0.23%	2.9%	25.9%	16.7%	8.8%					
	新規認定者数 (*1)		8人	22人	213人	235人	243人					
要介護度別別人数 ★N0.49	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計						
	介護件数（全体）		22	120	1,624	1,744	1,766					
	再）国保・後期		17	107	1,578	1,685	1,702					
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	（レセプトの診断名状況 有り重複して計上）	1	脳卒中	13 76.5%	脳卒中 70.1%	75 64.6%	脳卒中	1,019 64.6%	脳卒中 64.9%	脳卒中 65.0%	1,107 65.0%	
		2	腎不全	5 29.4%	虚血性 心疾患 21.5%	23 32.7%	虚血性 心疾患 32.7%	516 53.9	虚血性 心疾患 32.0%	539 31.9%	543 31.9%	
		3	虚血性 心疾患	4 23.5%	腎不全 15.0%	16 13.5%	腎不全 13.5%	213 229	腎不全 13.6%	229 13.7%	234 13.7%	
		4	糖尿病 合併症	7 41.2%	糖尿病 合併症 13.1%	14 7.2%	糖尿病 合併症 7.2%	113 127	糖尿病 合併症 7.5%	127 7.9%	134 7.9%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		13 76.5%	97 90.7%	1,451 92.0%	1,548 91.9%	1,561 91.7%				
		血管疾患 合計		15 88.2%	103 96.3%	1,531 97.0%	1,634 97.0%	1,649 96.9%				
		認知症		6 35.3%	26 24.3%	874 55.4%	900 53.4%	906 53.2%				
		筋・骨格疾患		12 70.6%	89 83.2%	1,467 93.0%	1,556 92.3%	1,568 92.1%				

*1) 新規認定者についてはN0.49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

★N0.1【介護】



3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

継続受診者と新規受診者の比較を見てみると、HbA1c・血圧においては、継続と新規に関わらず治療中の約半数がコントロール不良である。HbA1c の治療中以外の全ての状況において、受診勧奨レベル以上の割合は、継続受診者より新規受診者が高い。特に、血圧・LDL-C では、新規受診者が重症化している。

【図表 18】



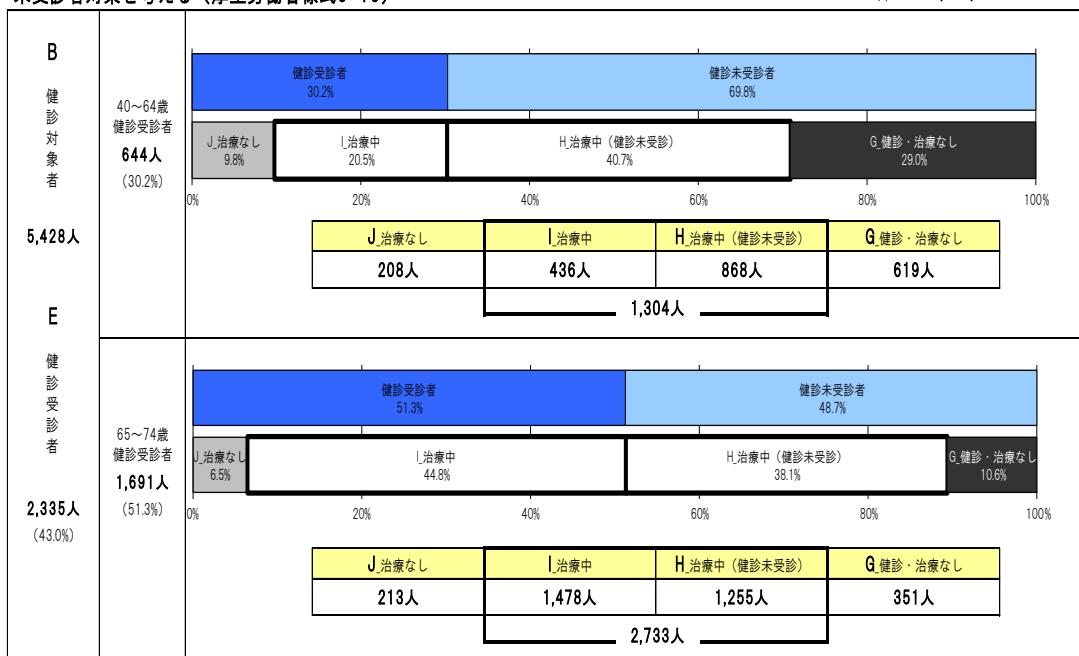
4) 未受診者の把握（図表 19）

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、29.0% 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ず状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面においても有用であることが分かる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

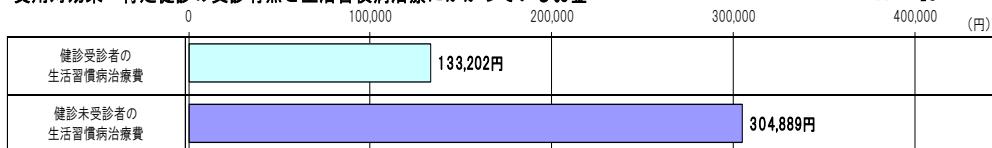
★NO.26 (CSV)



○Q_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.3_⑥



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

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の割合等を減らしていくことを中長期的な目標とする。それぞれの目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。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、必要な時には計画及び評価の見直しを行う。

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。

しかし、伊佐市の医療のかかり方は、医療に普段はからず、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、まずは入院率を平成35年度に県平均並みとすることを目指す。【図表44】

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。それぞれの目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。【図表44】

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、栄養指導や運動・生活活動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3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1期及び第2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
特定健診実施率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	61.0%	61.0%	61.0%	62.0%	62.0%	62.0%

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	5,200人	5,000人	4,800人	4,600人	4,400人	4,200人
	受診者数	2,340人	2,400人	2,448人	2,484人	2,508人	2,520人
特定保健指導	対象者数	280人	288人	293人	298人	300人	302人
	実施者数	170人	175人	178人	184人	186人	187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。

- ① 集団健診：大口元気こころ館、まごし館（菱刈総合保健福祉センター）
- ② 個別健診・情報提供・人間ドック：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、広報紙等に掲載する。

(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を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コリ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 コリ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 月末までとする。

(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っていただくよう、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、伊佐市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、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

実施率向上のためには、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) 【図表 22】

健診の案内方法

特定健診受診券を発行し郵送する。広報紙、国保だよりへの掲載。ポスター掲示。リーフレット(検診ガイドほか)の配布。全自治会への文書依頼、防災無線を設置している自治会への放送依頼など。

健診実施スケジュール

4 月	:	受診券送付
4 月～翌年 3 月	:	特定健診実施(集団、個別)
5 月～翌年 3 月	:	保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
6 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～3 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)

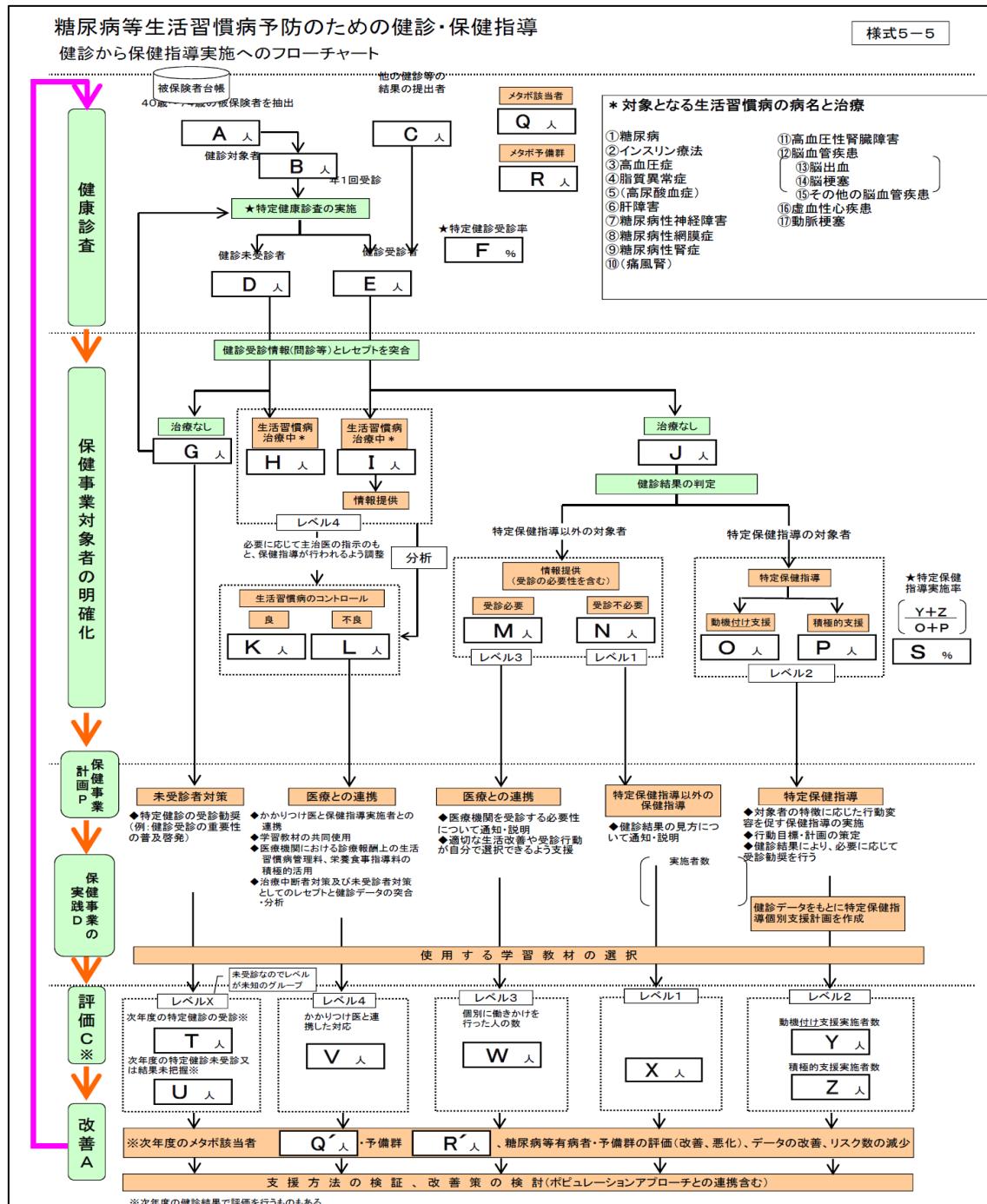
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

(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】



(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 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者に占める割合 (%))	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	280 人 (12.0)	61.0%
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	397 人 (17.0)	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など)	2,860 人 ※受診率目標達成までにあと 260 人	60%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供(疾病リスクとの関係で検査値の意味について説明及び生活習慣についてのアドバイス)	407 人 (17.4)	100%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆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	1,272 人 (54.4)	80%

※(様式 5-5 を基に) H28 年度対象者割合で、H30 年度対象者数見込

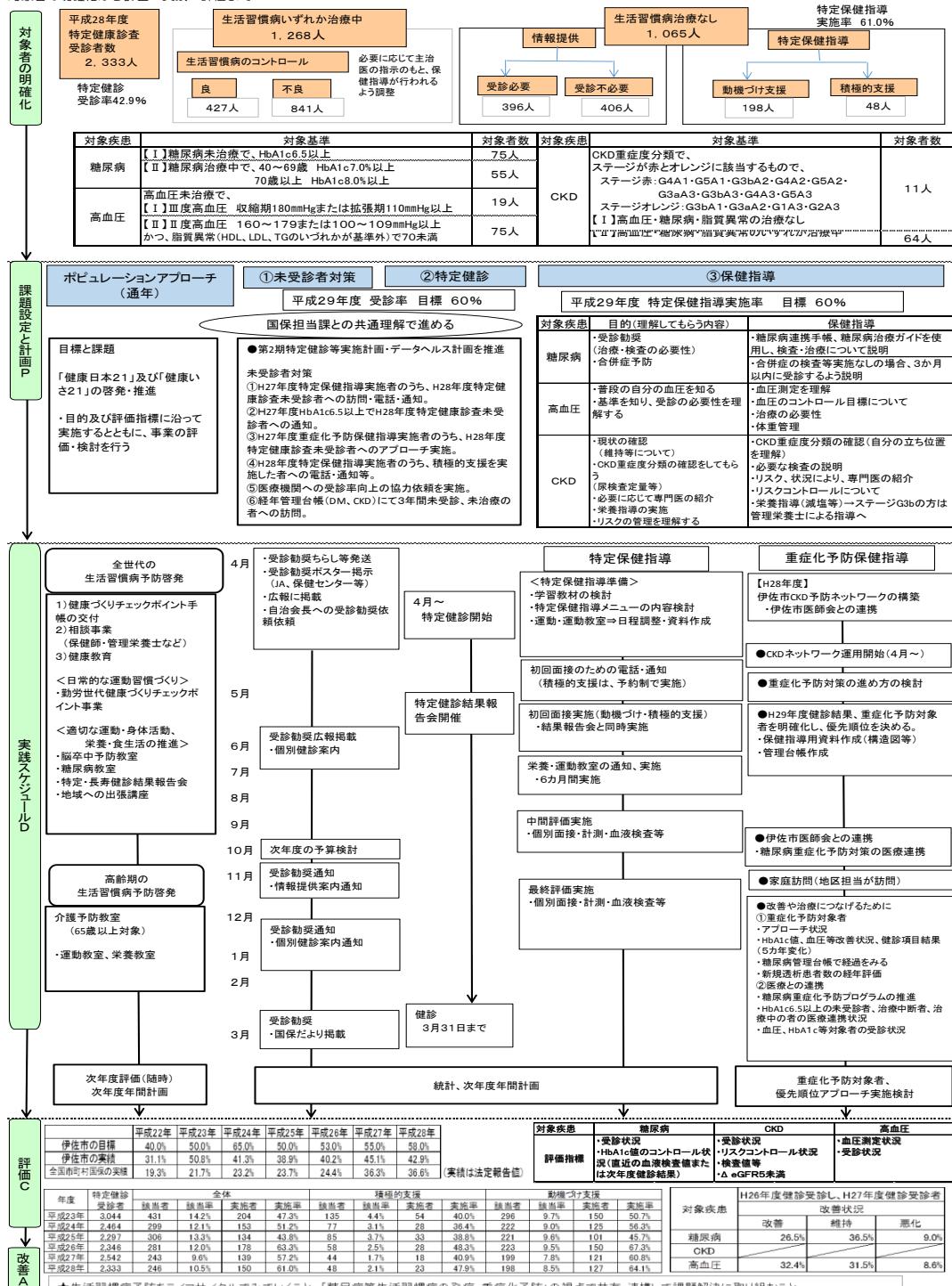
(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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・のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



★生活習慣病予防をライフサイクルでみていくこと。「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組むこと。

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伊佐市個人情報保護条例及び同条例施行規則等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及び伊佐市健康管理システムで行い、その保存期間は5年間とする。

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、市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防を最優先とし、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)及び鹿児島県糖尿病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 対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 受診勧奨		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 保健指導		○			□
25	募集(複数の手段で)		○			□
26	対象者決定		○			□
27	介入開始(初回面接)		○			□
28	継続的支援		○			□
29	カンファレンス、安全管理		○			□
30	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
31	C 評価報告			○		□
32	3ヶ月後実施状況評価				○	□
33	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
34	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
35	医師会等への事業報告	○				□
36	A 改善		○			□
37	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
38	改善点の検討		○			□
	マニュアル修正		○			□
	次年度計画策定		○			□

* 平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては伊佐市糖尿病重症化予防プログラムに基づき、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関治療中断者
- ③ 糖尿病治療中の者
 - ア. 2型糖尿病である者
 - ・空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上又は HbA1c 6.5 以上
 - イ. 腎機能が低下している者

(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】

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
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
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	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
第4期 (腎不全期)	問わない	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。伊佐市においては特定健診血清クレアチニン検査は追加項目、尿蛋白(定性)検査は必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握はほぼ可能であるが、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)

伊佐市において、特定健診受診者で糖尿病型の者 393 人中(16.8%・E)のうち、糖尿病未治療者(中断含む)は 118 人(30.0%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 1,021 人中のうち、特定健診受診者が 275 人(26.9%・G)であった。そのうち、継続受診はしているが、コントロール不良者が 140 人(50.9%・J)であった。糖尿病管理台帳対象者のうち特定健診未受診者 209 人(28.0%・イ)の中で、13 人(6.2%・オ)は未治療者(中断者含む)、196 人(57.9%・カ)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、伊佐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・保健指導】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)…118 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2

【受診勧奨・保健指導】

- ・糖尿病治療中であったが中断者(オ)…13 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

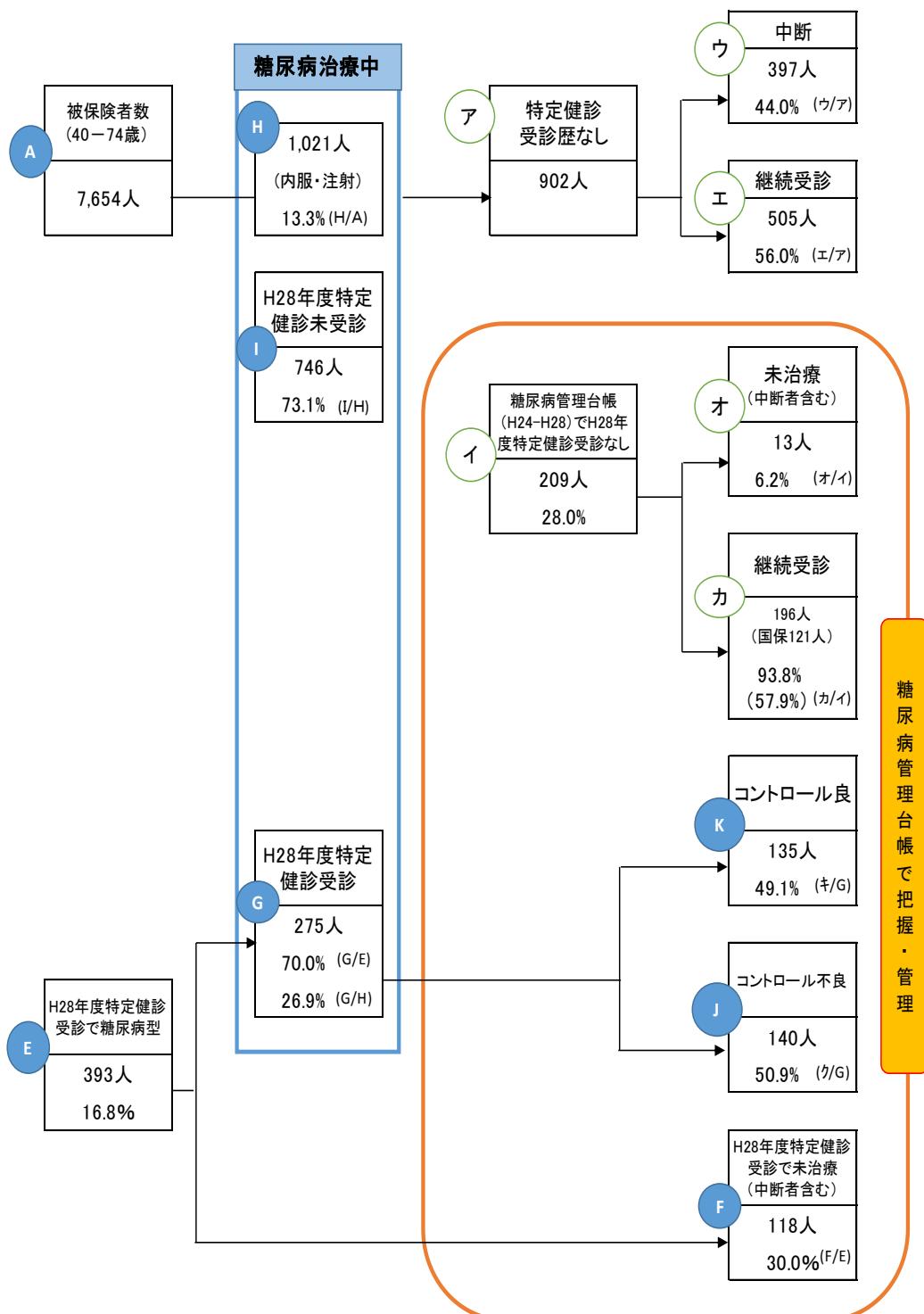
【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)…140 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

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)

伊佐市 【図表 28】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



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。

【糖尿病管理台帳作成手順】

(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。

- ①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

*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

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

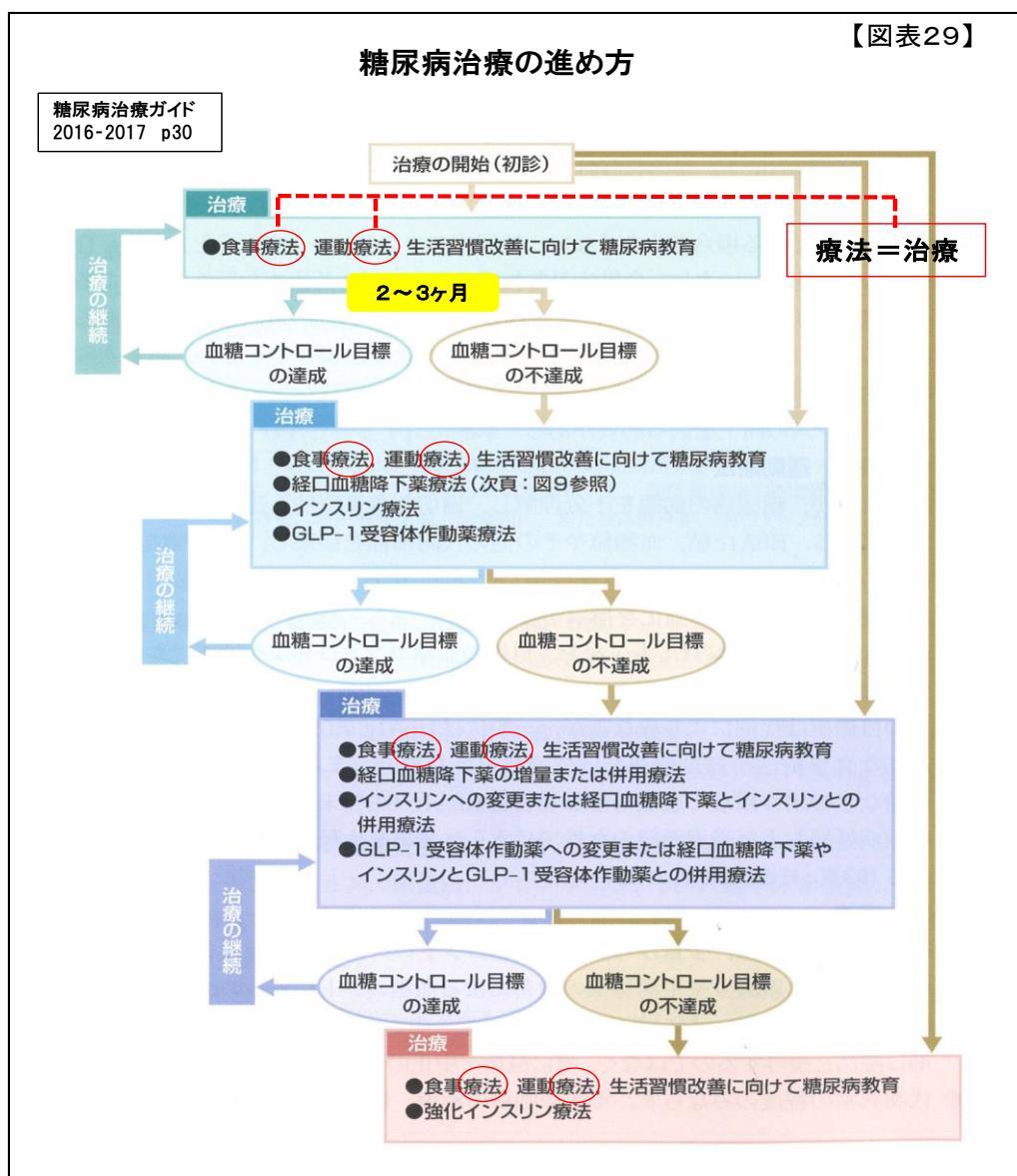
(5) 担当地区の対象者数の把握

- 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。伊佐市においては、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。糖尿病は自覚症状が乏しいため通院が中断しがちであるが、病態の把握は検査値を中心に行われることをよく理解してもらい、治療の継続と適切な食事療法と運動療法が重要であることを理解してもらう。(図表 29)



5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に医師会等と協議した糖尿病連携手帳等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

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

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法及び実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(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。伊佐市において健診受診者 2,333 人のうち心電図検査実施者は 1,905 人(81.7%)であり、そのうち ST 所見があったのは 93 人であった(図表 30)。ST 所見あり 93 人中のうち 44 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 17 人は未受診であった(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 49 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。

伊佐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が望まれる。

心電図検査結果

【図表 30】

	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	2,333	100	1,905	81.7	93	4.9	623	32.7	1,190	62.5

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)(%)
93	100	44	46.8	27	61.4	17	38.6

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対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	他の変化	異常なし	
メタボ該当者	2,333	93	623	1,190	427
		4.0	26.7	51.0	18.3
	523 22.4%	27 5.2%	149 28.5%	218 41.7%	129 24.7%
メタボ予備群	292 12.5%	14 4.8%	86 29.5%	152 52.1%	40 13.7%
		52 3.4%	388 25.5%	820 54.0%	259 17.1%
メタボなし	1,519 65.1%	5 2.3%	56 25.6%	128 58.4%	30 13.7%
		219 9.4%	3 2.9%	63 22.1%	15 60.6%
LDL	140-159 160-179	104 4.5%	3 2.9%	23 22.1%	11 14.4%
		49 2.1%	3 6.1%	22 26.5%	11 44.9%
	180-				22.4%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1～	287 12.3%	22 7.7%	101 35.2%	160 55.7%	4 1.4%
-----	--------	--------------	------------	--------------	--------------	-----------

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。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

・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。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

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法及び実施方法の決定

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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】

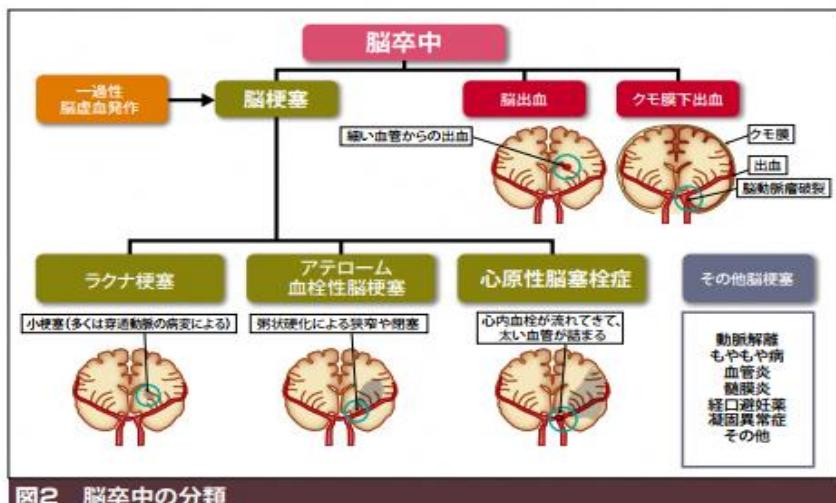


図2 脳卒中の分類

(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дроум	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	●							
	クモ膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○		○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○							
	心原性脳梗塞	●				●	○		○							
脳出血	脳出血	●														
	くも膜下出血	●														
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		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 (治療中70%以上)		HbA1c6.5以上 (治療中70%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 (70歳以上40未満)		eGFR50未満 (70歳以上40未満)		
受診者数		2333人	180人	7.7%	145人	6.2%	74人	3.2%	31人	1.3%	523人	22.4%	37人	1.6%	40人	1.7%
治療なし			87人	6.4%	71人	3.7%	58人	3.3%	4人	0.4%	87人	8.2%	7人	0.7%	6人	0.6%
治療あり			93人	9.5%	74人	28.8%	16人	2.7%	27人	2.1%	436人	34.4%	30人	2.4%	34人	3.4%
→ 臓器障害あり			61人	70.1%	31人	43.7%	29人	50.0%	4人	100.0%	48人	55.2%	7人	100%	6人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	3人		2人		1人		0人		2人		7人		6人		
	尿蛋白(2+)以上	2人		2人		1人		0人		1人		7人		1人		
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人		
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人		0人		0人		0人		1人		1人		6人		
	心電図所見あり	60人		31人		28人		0人		47人		2人		5人		

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が180人(7.7%)であり、87人は未治療者であった。また未治療者の中61人(9.5%)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32人(17.8%)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】

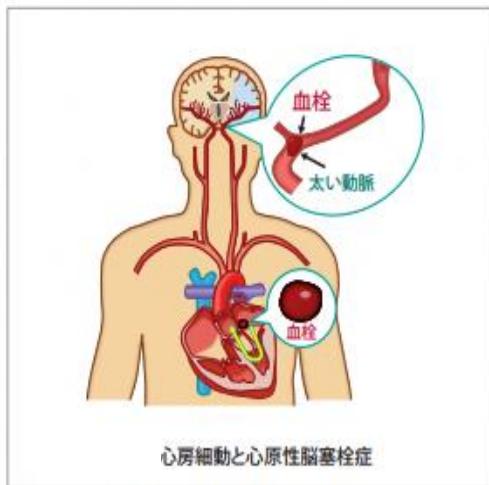
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,390	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			
リスク第1層	153	373	311	326	289	72	19	4	171	196
		26.8%	22.4%	23.5%	20.8%	5.2%	1.4%	0.9%	12.3%	14.1%
リスク第2層	788	210	184	187	167	31	9	3	4	0
		56.7%	56.3%	59.2%	57.4%	57.8%	43.1%	47.4%	100%	2.3%
リスク第3層	449	77	97	119	109	37	10	2	167	40
		32.3%	20.6%	31.2%	36.5%	37.7%	51.4%	52.6%	--	97.7%
糖尿病	169	30	41	51	32	12	3			
	37.6%	39.0%	42.3%	42.9%	29.4%	32.4%	30.0%			
慢性腎臓病 (CKD)	153	33	28	34	42	13	3			
	34.1%	42.9%	28.9%	28.6%	38.5%	35.1%	30.0%			
3個以上の危険因子	244	31	46	71	68	22	6			
	54.3%	40.3%	47.4%	59.7%	62.4%	59.5%	60.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

【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	832	1073	23	2.8	8	0.7	-	-
40歳代	45	38	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	61	91	1	1.6	0	0	0.8	0.1
60歳代	459	594	11	2.4	4	0.7	1.9	0.4
70～74歳	267	350	11	4.1	4	1.1	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 39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
31	100	4	12.9	27	87.1

心電図検査において 31 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31人のうち27人は既に治療が開始されていたが、4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、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 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。その際は血圧評価表、心房細動管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法及び実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第心房細動の管理台帳に記載。台帳記載後順

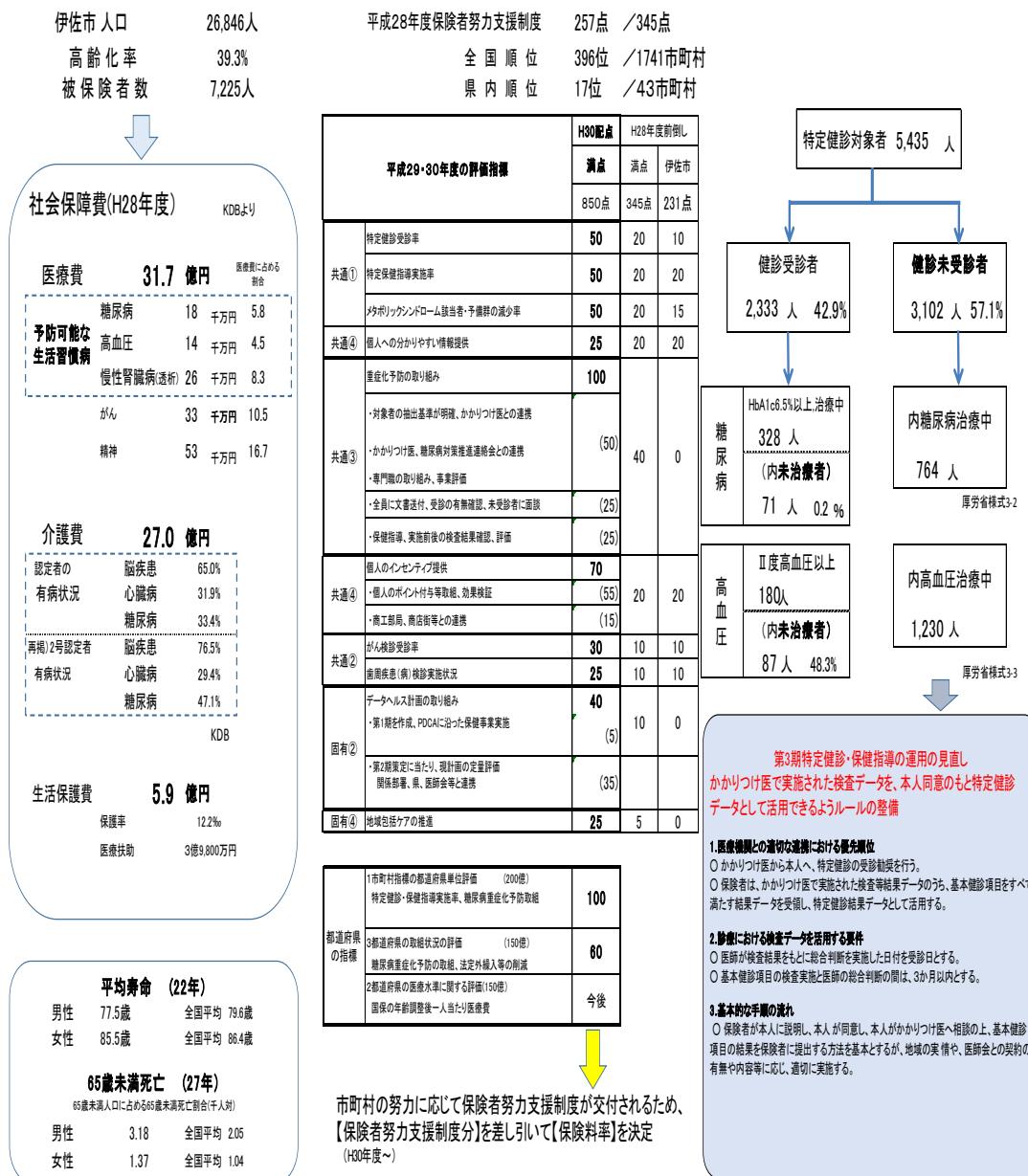
次、対象者へ介入(通年)

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していく。(図表 40)

伊佐市の社会保障の安定化のために

【図表 40】



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うち脳血管疾患、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。

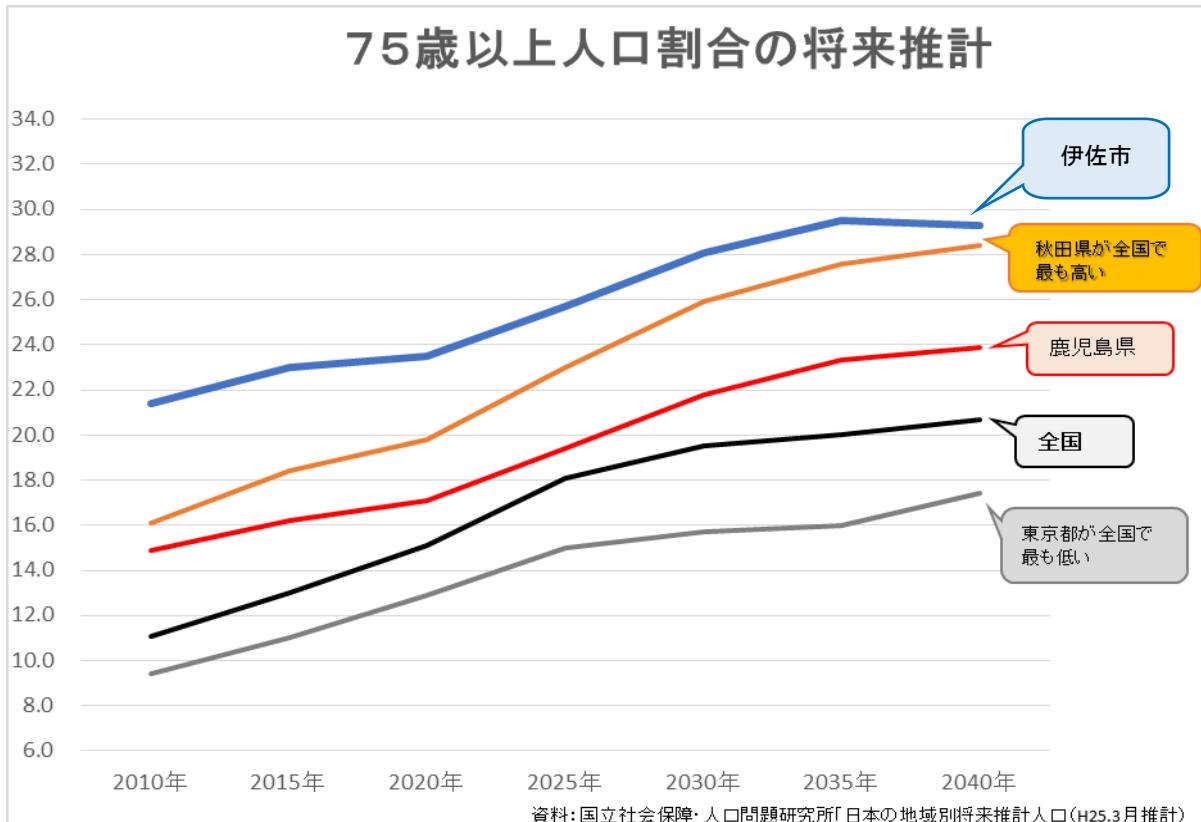
鹿児島県は、75歳以上割合が 2040 年 23.9%となり、4 人に 1 人が後期高齢者となる。

75歳以上人口の将来推計は、2010 年の人口を 100 としたときの指數で 2040 年が 124 と全国より低い指數となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。伊佐市においては、県より高い水準で推移し、2040 年には 3 人に 1 人が後期高齢者となる。(図表 42)

国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合も 50%を超えており、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、医療サービスが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。

また、平成 27 年度以降、「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスの体制整備」に係る取組が包括的支援事業に位置付けられていることから、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関である地域包括支援センターと連携を密に図っていく必要がある。

【図表 42】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

H27年度	被保険者数 (人)	療養諸費 (円)		一人当たり 療養諸費(円)
		国保に占める割合	国保に占める割合	
国保	国保(~74歳)	438,810	100%	1,741億
	前期高齢者(65~74歳)	166,243	38%	987億
	後期高齢者(75歳~)	261,232	-	2,791億
				593,971
				1,068,398

H27年度国民健康保険事業状況報告年報 H27年度鹿児島県後期高齢者医療事業報告

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いくためには、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、次期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10・11）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システム を整えているか)	<ul style="list-style-type: none">事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む）保健指導実施のための専門職の配置KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">保健指導等の手順・教材はそろっているか必要なデータは入手できているか。スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">計画した保健事業を実施したか。保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">特定健診受診率、特定保健指導率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、医療の動向等を把握し、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に評価を行う。

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。

データヘルス計画の目標管理一覧表

3. 目標管理一覧

計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業見直しを行う。

【図表 44】

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						最終評価	現状値の把握方法		
			初期値	中期評価	H28	H29	H30	H31	H32	H33		
特定健診 等計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	42.9% 61.0% 20.6%	43.0% 61.0% 21.0%	45.0% 61.0% 21.5%	48.0% 61.0% 22.5%	51.0% 61.0% 23.0%	54.0% 62.0% 23.5%	57.0% 62.0% 24.0%	60.0% 62.0% 25.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
中長期 データヘルス計画	・脳血管疾患によるSMR(標準化死亡比 H22～27)の割合 ・生活習慣病のうち、脳血管疾患の治療者数が12.5%となり。 ・新規透析患者のうち、63.6%は糖尿病性腎症によるものである。	適正受診を推進し、重症化してからの入院患者を減らす	受診(入院)率を県平均の29.8%	34.6%	32.0%					29.8%	KDBシステム	
短期 保険者努力支援制度	・SMR(標準化死亡比 H22～27)は、子宮がんが163.4、乳がんが105.1で、県と比較すると高い。	・運動習慣のある者の割合が、42.9%(男女計)で県よりも低い。 ・数量シェアH28年度78.4%	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.12%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.11%減少 糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少3人	1.82% 1.91% 5人	1.82% 1.91% 3人	1.85% 1.85% 3	1.75% 1.75% 3	1.75% 1.75% 2	1.7% 1.8% 2	KDBシステム	
			・新規透析患者のうち、63.6%は糖尿病性腎症によるものである。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため(高血压、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす)	7.7% 3.2% 6.2%	7.7% 3.0% 6.0%	7.4% 2.8% 5.8%	7.3% 2.7% 5.7%	7.1% 2.6% 5.6%	7.0% 2.4% 5.5%	KDBシステム	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合70%	34.9%	34.0%	32.0%	30.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%
				糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	56.1%	58.0%	60.0%	63.0%	65.0%	67.0%	68.0%	70.0%
				がん検診受診率 胃がん検診 8%以上	21.0%	31.0%	41.0%	51.0%	61.0%	70.0%	75.0%	80.0%
				肺がん検診 12%以上	6.46%	6.6%	6.8%	7.0%	7.3%	7.6%	7.8%	8.0%
				大腸がん検診 13%以上	10.94%	11.0%	11.2%	11.4%	11.6%	11.8%	11.9%	12.0%
				子宮頸がん検診 13%以上	12.25%	12.3%	12.4%	12.6%	12.6%	12.7%	12.9%	13.0%
				乳がん検診 24%以上	11.68%	11.8%	12.4%	12.2%	12.4%	12.6%	12.8%	13.0%
				自己の健康に関する住民が増えている	21.42%	21.6%	21.7%	21.8%	22.5%	23.2%	23.8%	24.0%
				健康ポイントの取組みを行う実施者の割合2%以上	1.74%	1.76%	1.78%	1.8%	1.83%	1.86%	1.89%	2.0%
				後発医薬品の使用により、医療費の削減	78.4%	78.5%	78.6%	78.7%	78.8%	78.9%	80.0%	厚生労働省公表結果

※各市町独自の設定目標があればそれ追加する

※H32にH31のデータで平間評価を行う。

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ことが重要であり、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、市ホームページ等を通じた周知のほか、医師会等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

伊佐市においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、
庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報
の適切な取り扱いが確保されるよう必要な措置を講じる。

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伊佐市の位置

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

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

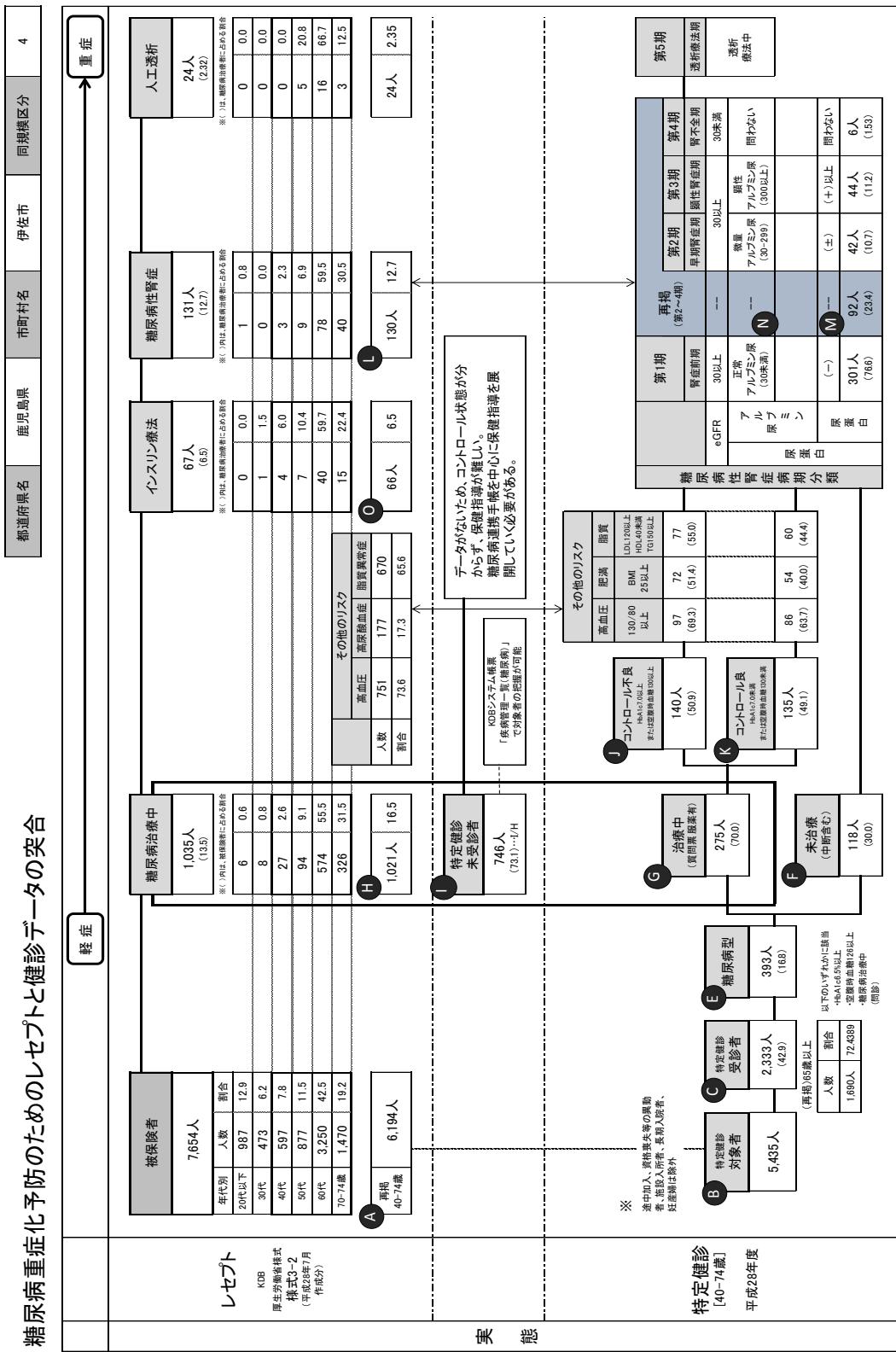
参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 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

番号	追加 年度	番号	氏名	性別	H28年度 末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目		H24	H25	H26	H27	H28	転出・ 死亡等	備考
							糖	服薬			O	O	O		
1	H24			男	45	糖尿病									
						高血圧		HbA1c	9.94	9.6	7.8	7.5	7.4		
						虚血性心疾患		体重							
						脳血管疾患		BMI	28.3	27	29.1	29	28.2		
						糖尿病性腎症		血圧	105/78	103/69	110/78	106/70	105/72		
								GFR		93.6	84.1	91	89.1		
2	H24			男	47	糖尿病		服薬	O						
						高血圧		HbA1c	11.98						
						虚血性心疾患		体重							
						脳血管疾患		BMI	29.6						
						糖尿病性腎症		血圧	140/90						
								GFR							
						尿蛋白	±	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 : 伊佐市

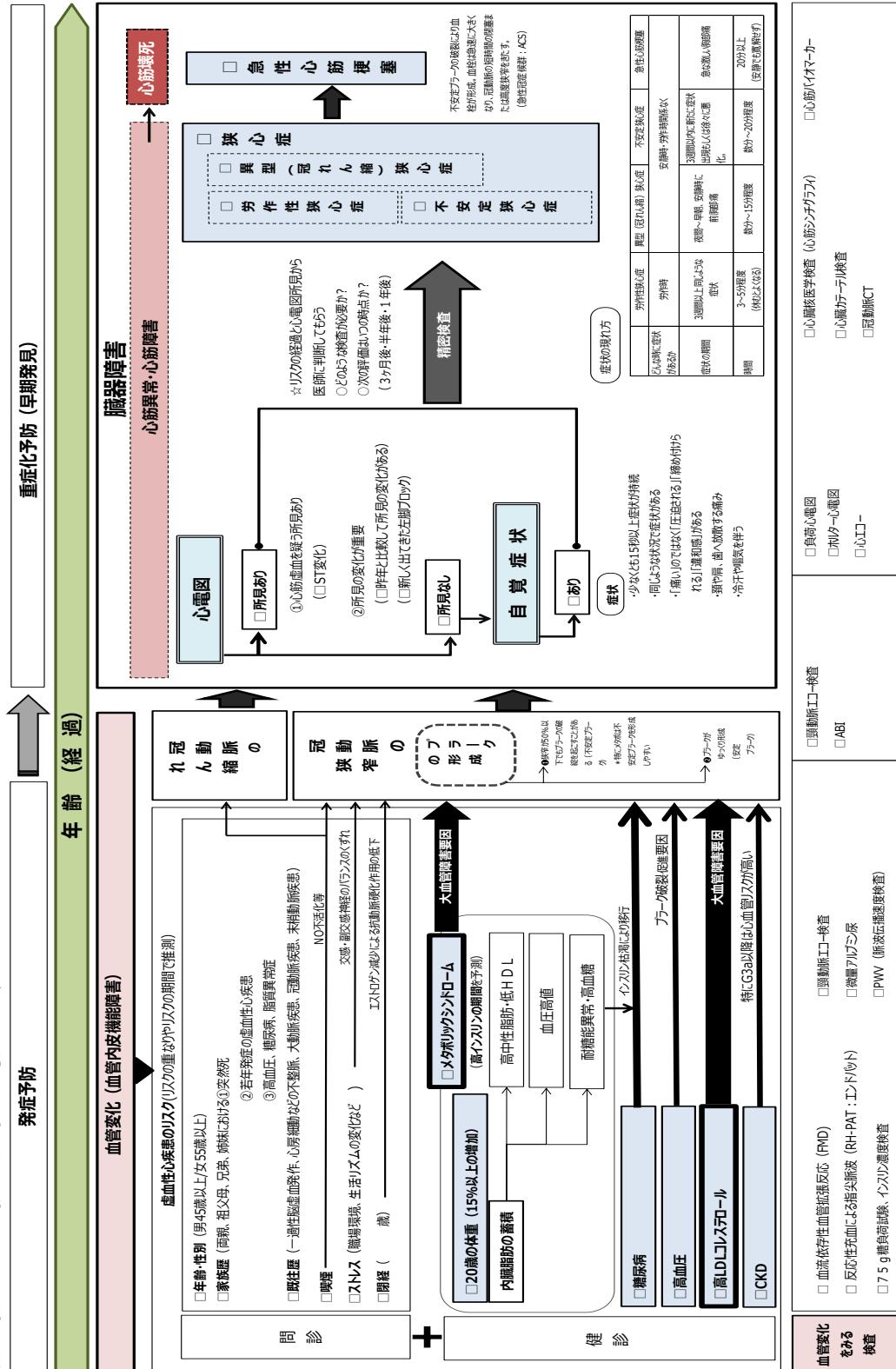
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職への紹介など		実施計画(月)
糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (512) 人						
A 健診未受診者 (209) 人		1. 資格喪失(死亡、転出)の確認		後期高齢者、社会保険		
結果把握	結果把握(内訳)		○医療保険移動の確認		○健診データを本人から	
	①国保(生保) 121人		○死亡はその原因		○レセプトの確認協力	
	②後期高齢者 68人					
	③他保険 7人		2. レセプトの確認		後期高齢者、社会保険	
	④住基異動(死亡・転出) 13人		○治療の確認		かかりつけ医、糖尿病専門医	
	⑤確認できず 0人		○直近の治療の有無の確認			
①-1未治療者(中断者含む) (13) 人		3. 会いに行く				
※対象者の明確化のために内訳を把握する作業が必要である		○医療受診勧奨の保健指導				
保健指導の優先づけ	B 結果把握 (303) 人		○糖尿病連携手帳の確認		○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認	
	① HbA1cが悪化している (41) 人		○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継続	
	例) HbA1c 7.0以上で昨年度より悪化している () 人		○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導		○尿アルブミン検査の継続	
	※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		4. 結果から動く		尿アルブミン検査の継続	
	② 尿蛋白 (-) (199) 人		○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認		尿アルブミン検査の継続	
	(±) (26) 人		○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継続	
(+) ~ 顕性腎症 (32) 人		○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導		尿アルブミン検査の継続		
③eGFR値の変化		○尿アルブミン検査の継続		尿アルブミン検査の継続		
1年で 25 % 以上低下 (5) 人		1年で 5ml/分/1.73m ² 以上低下 (0) 人		尿アルブミン検査の継続		

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価			同規模区分		都道府県		市町村名		伊佐市			
項目			突合表	保険者				同規模保険者(平均)				
				28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数66		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① ②	被保険者数 (再掲) 40~74歳		A	7,654人							
					6,194人						KDB_厚生労働省株式 株式3-2	
2	① ② ③	対象者数 受診者数 受診率		B	5,435人							
				C	2,333人							
					42.9%							
3	① ②	対象者数 実施率			246人							
					61.0%							
4	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	糖尿病型 未治療・中断者(質問票 服薬なし) 治療中(質問票 服薬あり) コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上 血圧 130/80以上 肥満 BMI25以上 コントロール良好 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖120未満 第1期 尿蛋白(-) 第2期 尿蛋白(±) 第3期 尿蛋白(+)以上 第4期 eGFR30未満		E	393人	16.8%						
				F	118人	30.0%						
				G	275人	70.0%						
				J	140人	50.9%						
				J	97人	69.3%						
				J	72人	51.4%						
				K	135人	49.1%						
				M	301人	76.6%						
				M	42人	10.7%						
				M	44人	11.2%						
				M	6人	1.5%						
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	糖尿病受療率(被保数千対) (再掲) 40~74歳(被保数千対) レセプト件数(40~74歳) (N=被保数千対)			135.2人						KDB_厚生労働省株式 株式3-2	
					164.8人							
					5,822件	(984.8)				5,486件	(804.8)	
					58件	(9.8)				40件	(5.8)	
		糖尿病治療中 (再掲) 40~74歳 健診未受診者		H	1,035人	13.5%						
				I	1,021人	16.5%						
				I	746人	73.1%						
		インスリン治療 (再掲) 40~74歳		O	67人	6.5%						
				O	66人	6.5%						
		糖尿病性腎症 (再掲) 40~74歳		L	131人	12.7%						
				L	130人	12.7%						
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			24人	2.32%						
					24人	2.35%						
		新規透析患者数 (再掲) 糖尿病性腎症			8人	0.77%						
					5人	0.48%						
		【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)			20人	1.6%					KDB_厚生労働省株式 株式3-2 ※後期ユーザー	
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	総医療費 生活習慣病総医療費 (総医療費に占める割合)			31億7258万円					29億9383万円		
					19億3147万円					17億2834万円		
					60.9%					57.7%		
		生活習慣病 健診受診者 ・人あたり			11,613円					7,709円		
					35,210円					34,303円		
		糖尿病医療費 (生活習慣病総医療費に占める割合)			1億8315万円					1億7157万円		
					9.5%					9.9%		
		糖尿病入院外総医療費 1件あたり			5億2043万円							
					38,166円							
		糖尿病入院総医療費 1件あたり			3億5912万円							
					505,086円							
		在院日数			19日							
		慢性腎不全医療費 透析有り			2億8208万円					1億6920万円		
					2億6249万円					1億5806万円		
		透析なし			1959万円					1114万円		
7	① ②	介護	介護給付費 (2号認定者) 糖尿病合併症		26億9987万円					31億7863万円		
					7件	41.2%						
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人	0.5%				5人	1.1%	

KDB 健診・医療・介護データから
みる地域の健康課題

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

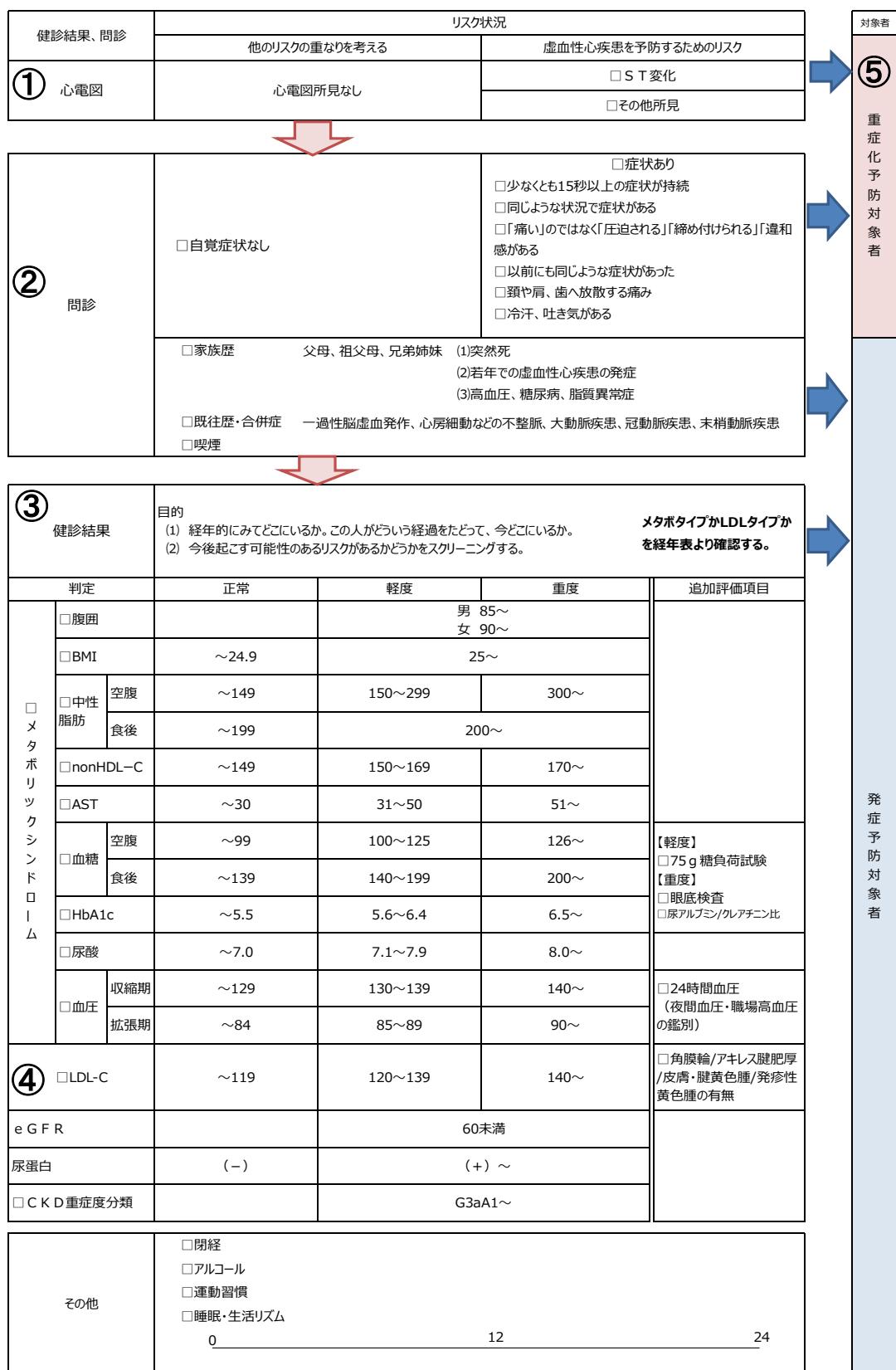


【参考資料 6】

虚血性心疾患の一次予防が「ドライイン」「反応性充血による指尖温度（RH-TAT：工）」「7.5 g 健全血管試験、インソルビン濃度検査」に基づくリスク管理チャート2015、血管機能検査評価基準に準じる包括的リスク管理ガイド、血管内治療ガイド、血管内治療ガイド、血管内治療ガイド

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】



参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

血圧評価表

【参考資料 8】

番号 記号	被保険者証 番号	名前	性別	年齢	HbA1c 判定	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	健診データ														
										過去5年間のうち直近					血圧									
										H24		H25		H26		H27		H28						
		男	73	予備群	5.4	83	48.1	-	0	○	120	80	○	144	90	○	124	80	○	160	90	○	140	80
		女	66	なし	5.5	98	86.3	-	0					140	80							166	96	
		男	70	なし	5.1	79	87.1	-	0					146	100									

心房細動管理台帳

【参考資料 9】

登録番号	基本情報				治療状況			脳梗塞の有無			毎年度確認すること												
	行政区分	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動の治療法	開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	平成26年度			平成27年度			平成28年度					
												健診受診日	心電図判定	治療内服薬	健診受診日	心電図判定	治療内服薬	健診受診日	心電図判定	治療内服薬	健診受診日	心電図判定	治療内服薬
1			62	女	日高内科	発作性心房細動	H24.11.8	-	-	4/12	異常あり	血圧		4/21	異常あり		血糖	血圧	4/16	異常あり	有	血糖	血圧
2			72	女	大保川添クリニック	持続性性心房細動	H27.1.14	-	-	未		脂質		未					4/17	異常あり	有	脂質	血圧
3			66	女	県立北薩病院	性心房細動	H28.4.20	-	-	4/14	異常あり	血圧		未					4/19	異常あり	有	脂質	血圧

【参考資料 10】

平成28年度に向けての全体評価		評面(重くなつたところ)			
課題・目標		①プロセス (やるべき実現の過程)	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)
目標	<p>○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標90%</p> <p>○検査受診者の検査結果の改善（血圧、血糖、胆汁酸、C-KD） ○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の検査結果を抑えらざる。 ○医療費の伸びを抑える。</p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診率の対象者、アプローチ方法等検討。 ◆医療機関の協力等による取り組み。</p>	<p>○特定健診に對し、受診促進通知を行った。また、広報、自会長への依頼、防災無線の活用等周知を図った。</p> <p>▼</p> <p>・受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みではなかつた。受診率向上に向けて、半受診者対策が効果的に実施されたのに、医療機関との協力などどのようにすめでいくかに出た。また、未受診者訪問の対象者をどのようにして選定していくかの検討が重要。金額として対象者を出し、不在を等で利用している。</p> <p>・医師会の会員登録等の連携は進んでいたが、現在、制作、制作、運営等の連携は進んでいたが、現在、制作、制作してある。今後、地区担当を主導していく上でも、地区担当部を活用していく。</p>	<p>○地区医師会への説明実施状況 ○医療機関へのアプローチ状況 ○未受診者訪問実施状況 ○ヒューリック・ヨン実施状況</p> <p>未受診者対策</p>	<p>○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 ○未受診者アプローチ後受診者数等</p> <p>未受診者対策</p>	<p>○健康推進係と健康保険係 が分かれしており、連携が取れていなかった。 ○地区担当部はついているが、十分に機能をとっているが、重症化予防施策を取り組んでいく。 ○通常業務の時間帯では、アプローチとして会えない人がいる。不在を等で利用している。 ○医師会の会員登録等の連携は進んでいたが、現在、制作、制作してある。未受診者対策は進んでいたが、現在、制作、制作してある。今後、地区担当を主導していく上でも、地区担当部を活用していく。</p> <p>▼</p> <p>・CKD予防ネットワークの要領作成、対象者基準の設定・抽出を行つた。 ・臨卒中予防対策として、校区単位で教室を開催した。</p> <p>▼</p> <p>・臨卒中予防対策として健康教室を実施したが、重症化予防にはつながっていないと思われる。重症化予防対策として健康教室を実施したが、重症化予防にはつながっていないと思われる。そのためには、管理体制を活用していくことが必要である。そのためには、管理体制を活用していくことが必要である。 ・重症化予防対策を評価面について指標の検討が必要。特に、個別の効果等が見える指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。</p> <p>◆評価指標の検討。</p>
重症化予防対策			<p>○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導の受診(服薬、検査等)状況</p> <p>重症化予防対策</p>	<p>○保健指導受診者の翌年の健診結果実状況 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○保健指導評価項目毎(個別方面) ○保健指導の状況(各対象者毎の高齢者会員減少状況) ○重症化予防対象者(治療なしの者)</p> <p>重症化予防対策</p>	<p>○対象者の検討。 (他の機関との連携) ○保健指導後の評価(地区台帳からの計画) ○PDC-SAIKAからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆地区台帳の検討。 ◆訪問、事業の目標、評価等検討。 ◆体制(健康推進係、健康保険係)が分かれており、連携が取りにくく。 ◆評価指標の検討。</p>
医療とのつながり			<p>○医療とのつながり</p>	<p>○医療とのつながり</p>	<p>・会議等での連携の形はできつたが、個々の医療機関を訪問、連携体制の作成、登録医名簿の作成等を行つた。 ・重症化予防対策を含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの開拓への取り組みを主導していく。 ◆医療機関とのつながりを進めしていく。</p>

【参考資料 11】

平成29年度 課題	評価(重くなつたところ)	評価(重くなつたところ)	評価(重くなつたところ)	評価(重くなつたところ)	評価(重くなつたところ)
目標	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やるべき実践事項をりとつてみる。 (プロセス)</p> <p>全 体</p> <p>○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>○年度担当にて、共通認識を図り、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけなく、再・複数回ながら、ファシリテックしていくことが必要である。</p> <p>○健康診査結果の改善(山口・高知・徳島・愛媛・福岡)、健診機関への働きかけが重要である。</p> <p>○健診機関へ働きかけをして、年次検査率を減らすとともに目標に、平成29年度には平成28年度に比べて減らせる。</p> <p>○取り組み ・未受診者に対し、広報での周知や、受診勧奨通知を実施。 ・健診機関への働きかけをして、重症化予防・特定健診の受診勧奨の協力依頼を実施。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>**未受診者対策**</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標:60% ○特定健診実施率 H29年度目標:60%</p> <p>○健診会員の検査結果の改善(山口・高知・徳島・愛媛・福岡) ○健診機関へ働きかけをして、年次検査率を減らすとともに目標に、平成29年度には平成28年度に比べて減らせる。</p> <p>○取り組み ・未受診者に対して、広報での周知や、受診勧奨通知を実施。 ・健診機関への働きかけをして、重症化予防・特定健診の受診勧奨の協力依頼を実施。</p>	<p>**未受診者対策**</p> <p>○医療機関へのアプローチ ・特定健診の受診について協力依頼をする。</p> <p>○糖尿病管理台帳から見えてきた重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。 ○未受診者訪問 ・糖尿病管理台帳の3年間未受診・未治療者へ訪問。</p>	<p>**未受診者対策**</p> <p>○特定健診受診率向上のため、治療中に健診検査未受診者への受診をすすめてもらうために、医療機関に協力依頼を行う。医療機関より、少しでも声かけ等を行つてもらうべきである。</p> <p>○働きかけをして、健診等で糖尿病を発見していく。 ○糖尿病管理台帳から見えてきた重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。</p> <p>○未受診者訪問 ・糖尿病管理台帳の3年間未受診・未治療者へ訪問。</p>
目標	<p>全 体</p> <p>◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて推進係と健康保健係で評価・計画等共通認識を図る。</p> <p>◆健診機関への個別訪問を実施し、少しずつだが、顔の見える關係づくりが出来るよう取り組みはじめた。今後も継続し、医療機関数も増加していくことが重要である。</p>	<p>未受診者へのアプローチ</p> <p>①回数 医療機関数 1回 11 ②方法 訪問 ③通知 2247人 ④広報 1回</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>①CKD予防ネットワーク「紹介基準」に該当する者に対して、個別面接を行い、登録への受診勧奨。 ②PDAサイクリに基づき計画を立て、年度当初に健康推進係と健康保健係にて共通認識を図った。 ・対象者選定について検討し、評価指標について承認每で設定。また、それを合わせて保健指導内容を検討した。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、評価指標について承認每で設定。また、それを合わせて保健指導内容を検討した。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、評価指標について承認每で設定。また、それを合わせて保健指導内容を検討した。</p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診率の対象者、アプローチ方法等検討。 ◆医療機関の協力度等による取り組み。</p>	<p>**重症化予防対策**</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価指標、保健指導の内容等を詰めてくるので、それぞれの合懇手用の資料がが必要となつてくる。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を活用して個別訪問を行つ。</p> <p>○運営体制の変更について個別訪問を行つ。</p> <p>○今年度からの重症化予防の保健指導後評価指標を作成して、これから実践していく。</p>	<p>**重症化予防対策**</p> <p>ができる。今年度は、医療機関未受診者訪問を実施していくことから始めめた。今後、地区毎の開催を見えてくるので、それぞれの合懇手用の資料がが必要となつてくる。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を活用して個別訪問を行つ。</p> <p>○運営体制の変更について個別訪問を行つ。</p> <p>○今年度からの重症化予防の保健指導後評価指標を作成して、これから実践していく。</p>
目標	<p>未受診者対策</p> <p>①評議会が開催。 ②受診率の対象者、アプローチ方法等検討。 ③医療機関の協力度等による取り組み。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>①CKDネットワークの運用開始。 ・個々の医療機関に訪問し、未受診者対策、重症化予防対策(糖尿病重症化プログラムの実施) ・評議会等の評価指標の評価(アウトカム・評議会)</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>①評議会が開催された。 ◆医療機関連携を具体的に進め ていく上で、個別訪問中、医療機関にて検査結果等を説明して、医療機関にて個別訪問を行つた。今後の実践としている。 ◆医療機関にて個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防について協力依頼をしことん</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関と連携等々に進めていく。 ○医療連携の一歩として、医療機関にて個別訪問を行つた。今後の実践としている。 ○連携様式等を利用した状況等評価ができるよう把握していく。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>・個々の医療機関に訪問し、直接説明していく中で、先生方の考え方等を聞く機会となった。直接話を聞いていくことで、少しずつ取り組みを理解していくだけである。協力していただける医療機関が増えしていくと感じた。今後、取り組みを継続していくために一つづつ検討が必要である。</p> <p>・連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を数値にて評価していく。</p>
目標	<p>評議会が開催された。 ②評議会等の評価指標の評価(アウトカム・評議会)</p>	<p>評議会等の評価指標の評価(アウトカム・評議会)</p>	<p>医療とのつながり</p>	<p>医療とのつながり</p>	<p>医療とのつながり</p>