

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 3 0 年 3 月 高森町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
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)	22
1.第三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.個人情報保護の保護	
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	28
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	47
第 6 章 計画の評価・見直し	48
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49

參考資料 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「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

2. 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、高森町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。

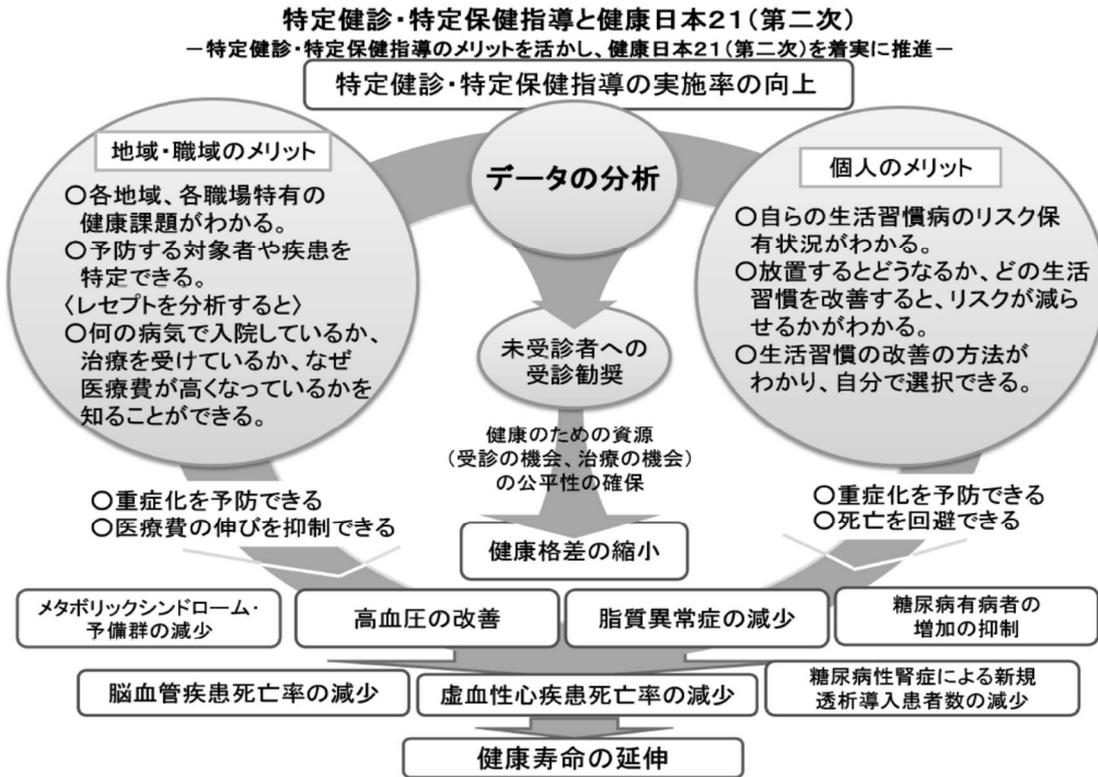
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画「くまもと21ヘルスプラン」や熊本県医療費適正化計画「熊本県における医療費の見通しに関する計画」、「高森町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある。(図表1・2・3)

なお、高森町増進計画「健康たかもり21」は町民に対し本計画と共通して推進することとする。

【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進法第21条とは、健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進のための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査及び特定健康診査の適切な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等」に関する方針の一改正	厚生労働省 老健局 平成25年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療費適正化に関する指針 について(基本指針【全部改正】)	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第1次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の観点の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や健康増進を促進するとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会参加能力が向上するものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の生活習慣病の発症を抑制し、健康寿命を延ばすことができれば、慢性疾患を減少でき、さらに「健康寿命の延伸と向上」が実現されることである。国民の生活習慣の維持及び向上を目的として、国民の生活習慣の改善を図ることが可能となる。特定健康診査は、健康増進の生活習慣病の発症を抑制することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定健康診査を実施するものとする。約法に適合するよう行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び健康予防の取組について、健康増進の支援の中心として、被保険者の特性を踏まえた取組が効果的な健康増進を期待することを旨とする。健康増進の取組の推進により、医療費の適正化及び医療費の削減に寄与することは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態に至るまでの予防・軽減・悪化の防止、介護給付の適正化を図ることや、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民健康保険法に基づき、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないよう抑制し、良質かつ適切な医療を効率的に提供することを目指す。医療費の適正化・削減を推進することを通じて、地域において「健康日本21」の実現を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確立を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において「健康日本21」の実現を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確立を図っていく。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期)において	40歳～74歳	被保険者全員 特定健康診査の対象となる時期(高齢期を過ぎる現在の若年期(壮年期)、小児期からの生活習慣づくり)	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(特定疾病)	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルズ	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※5項目中 特定健診に関係する15項目 ① 脳血管疾患、虚血性心疾患の年間発生率 ② がん発生率(特定健康診査による早期発見率)等 ③ 生活習慣病の発生率 ④ 肥満率(メタボリックシンドローム)におけるコントロール不良者 ⑤ 慢性閉塞性肺疾患 ⑥ 特定健康診査・特定健康診査の実施率 ⑦ 特定健康診査・特定健康診査の実施率 ⑧ 高血圧治療率 ⑨ 糖尿病治療率 ⑩ 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪ 適切な時に受診する者の増加 ⑫ 生活習慣病の予防 ⑬ 運動習慣者の割合 ⑭ 成人の喫煙率 ⑮ 飲酒している者	① 特定健康診査実施率 ② 特定健康診査実施率	健診・医療情報を活用し、費用対効果の観点も考慮 ① 生活習慣の状況(特定健康診査の実施率) ② 食生活 ③ 日常生活における歩数 ④ アルコール摂取量 ⑤ 喫煙 ⑥ 健康診査等の受診率 ⑦ 特定健康診査 ⑧ 特定健康診査実施率 ⑨ 健診結果の変化 ⑩ 生活習慣病の有病者・予備病者 (3) 医療費等 ① 医療費 ② 介護費	① 地域における自立した日常生活の支援 ② 要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③ 介護給付の適正化	○ 医療費適正化の取組 対策 ① 一人あたり医療費の削減 ② 特定健康診査・特定健康診査の実施率の向上 ③ メタボリックシンドロームの減少 ④ 慢性疾患の予防・軽減 入院 病床稼働率の向上・連携の推進	① 医療費・5事業 ② 在宅医療連携体制 (地域の現状に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)】を減額し、保険料率決定				保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携

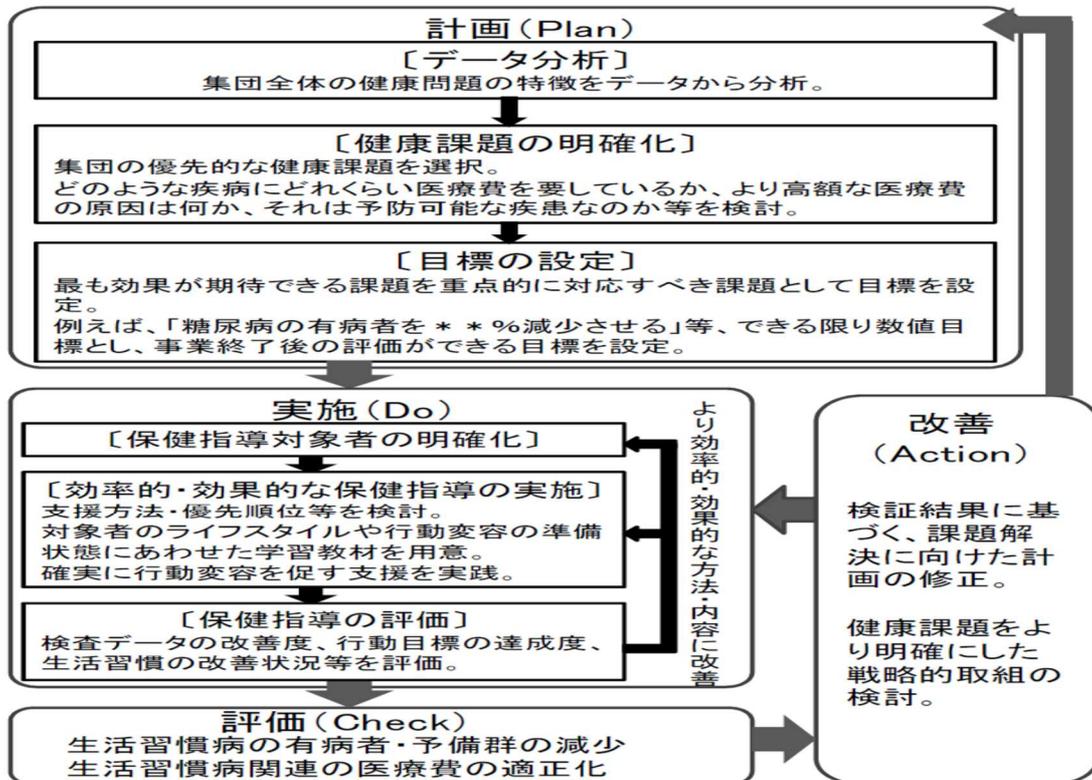
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル

【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、熊本県保険医療計画や熊本県における医療費の見通しに関する計画が、平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

高森町においては、国民健康保険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。特に健康推進係の保健師等の専門職と連携をして、介護保険係、住民福祉課、政策推進課等市町村一体となって計画策定を進めていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である(図表4)。

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うこととされるため、支援を求めていく。

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に積極的に参加していくこととする。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、高森町国保は、計画素案について熊本県関係課と意見交換を行い、連携を行った。

また、高森町と阿蘇郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、熊本県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

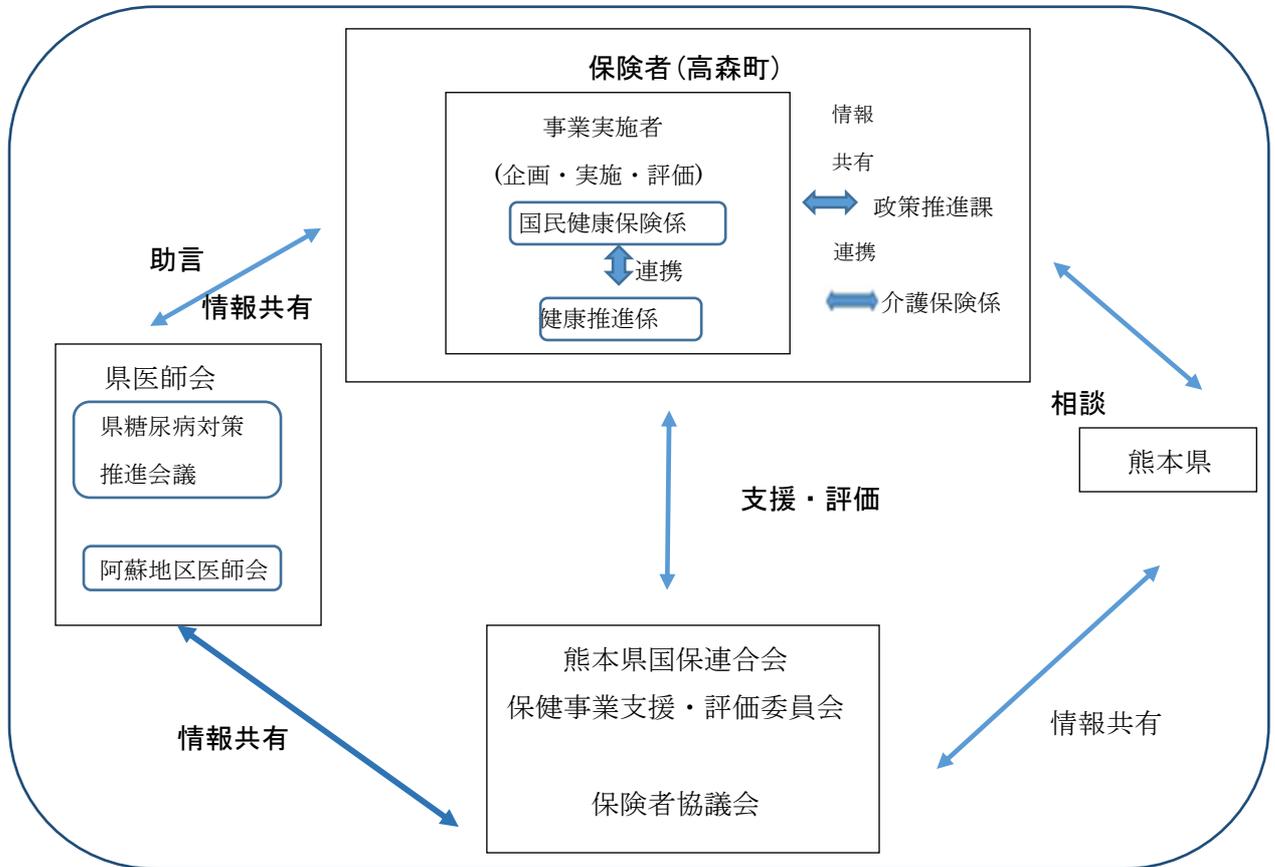
国保連と熊本県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携を行っていく。

高森町国保は、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り、保険者協議会等を活用していく。

実施体制

【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 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		125			
総得点(体制構築加点含む)		235			
全国順位(1,741市町村中)		354			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)健診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取り組みの実施状況	3			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

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)割合は、女性が全国・県と比較し急増している。また、死因別には心臓病・腎不全・糖尿病による死亡割合が増加している。

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の上昇は微増ではあるが、40～64歳の2号認定率の増加がみられ、介護給付費は同規模と比較しても高くなっている。

医療費では、一人当たり医療費は増加したが、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。平成25-28年度の特設健診受診者は39名増加し、受診勧奨者も66人増加している。健診・レセプト突合より、特設健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加がみられており(図表12)、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により外来費用割合が増加し重症化予防につながっていると推測できる。反面、受診勧奨でありながら医療機関非受診率が高くなっていることから、さらに重症化予防の観点からも適正な医療受診行動と特設健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1-4⑦)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6・7)

1件当たりの給付費はほぼ同額で推移しているが同規模と比較して高く、特に在宅サービスが高額となっている。介護認定状況 H25-28年からみると、介護度1・2の認定者が増加している。

広域な土地柄で集落は散在し、高齢化率は平成28年37.8%と国・県・同規模と比較しいずれも高く、一人暮らし高齢者、高齢者世帯も増加し、在宅での介護力の不足といった環境面の要因もあり在宅サービス、特に短期入所が増加している。

しかし、新規認定者の53%が認知症・脳血管疾患であり生活習慣病からの重症化の影響は拒めない。

【図表6】

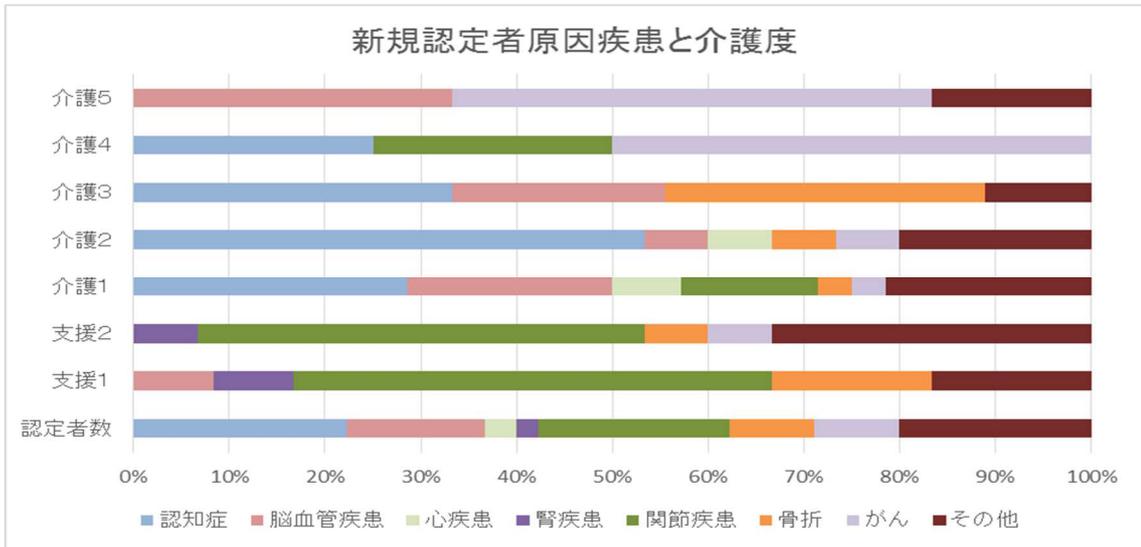
年度	高森町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費	居宅サービス	施設サービス
H25年度	7億9,550万円	73,101	42,494	272,353	71,282	41,044	278,952
H28年度	8億4,300万円	73,799	44,904	276,688	70,589	40,981	275,251

要支援・要介護認定者の推移

【図表 7】

	認定者数	認定率	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
H25	476	20.2%	54	59	108	78	61	58	58
H28	507	20.5%	39	39	129	110	77	70	43

【図表 8】



②医療費の状況(図表 9)

平成 25 年と平成 28 年を比較すると総医療費は減少したが一人当たり医療費が増加したことが単純に読み取れる。この 3 年間で被保険者数が約 12%減少しており、その影響で総医療費は減少したが一人当たり医療費は分母(被保険者数)の減少により増加したしたものと考えられる。なお、熊本県の標準化医療費や同規模保険者の一人当たり医療費の伸び率と比較すると本町の伸び率は緩やかであることから保健事業等による医療費抑制効果が現れているものと推測される。

医療費の変化

【図表 9】

項目		被保険者数		全体				入院				入院外			
		高森町		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
		人数	伸び率			町	同規模			町	同規模			町	同規模
1	総医療費	H25年度	2,638名	8億8,006万円			3億9,384万円			4億8,622万円					
	(万円)	H28年度	2,317名	-12.2%	8億1,555万円	△6,451万円	-7.33	0.40	3億6,191万円	△3,193万円	-8.11	1.22	4億5,364万円	△3,258万円	-6.7
2	一人当たり	H25年度		341,109			152,650			188,459					
	医療費(円)	H28年度		355,049	13,940	4.09	10.73	157,557	4,907	3.21	11.64	197,492	9,033	4.79	10.15
3	一人当たり	H25年度		351,000			(県)	152,000			(県)	199,000			(県)
	県標準化	H27年度		384,000	33,000		9.40	166,000	14,000		9.21	218,000	19,000		9.55

③最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）（図表 10）

平成 25 年からの 3 年で透析保有率の伸びがとても大きく、データヘルス計画の中長期・短期目標疾患が総医療費に占める割合は増加しており、基礎疾患の重症化の結果、慢性腎不全が増加していると考えられる。また、高血圧の減少に伴う脳梗塞・脳出血の減少が見られている。脳血管疾患発症リスクに高血圧は大きく影響することから、受診が必要な人が適切に受診しているか引き続き管理していく必要がある。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

（平成 25 年度と平成 28 年度との比較）

【図表 10】

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								
9	H25 高森町	751,989,020	24,265	120位	33位	0.68%	0.35%	2.21%	1.14%	5.87%	7.13%	2.61%	150,311,910	20.0%	7.27%	14.76%	11.50%
	H28	731,450,870	26,388	121位	33位	6.16%↑	0.13%	0.91%↓	1.06%	5.76%	5.66%↓	2.82%	164,585,620	22.5%↑	7.64%	14.89%	10.69%
H28	熊本県	161,643,949,660	27,978	—	—	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.8%	11.27%	12.31%	8.31%
	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	23.1%	14.20%	9.39%	8.45%

④中長期的な疾患（図表 11）

平成 25 年と比較すると平成 28 年は虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のいずれも増加している。特に、脳血管疾患・人工透析は 64 歳以下での発症、導入割合が高くなっている。発症のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症を既往している割合も高くなってきている。なかでも高血圧をリスクにもつ割合が最も高く透析発症者の 100%に、64 歳以下では糖尿病も 100%有している。今後も短期目標 3 疾患を減少させ、中長期疾患の発症予防が最優先課題である。

【図表 11】

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												
		被保険者数	脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2,599	123	4.7	27	22.0	0	0.0	98	79.7	42	34.1	67	54.5
	64歳以下	1,812	41	2.3	9	22.0	0	0.0	31	75.6	14	34.1	24	58.5
	65歳以上	787	82	10.4	18	22.0	0	0.0	67	81.7	28	34.1	43	52.4
H28	全体	2,345	117	5.0	30	25.6	3	2.6	99	84.6	41	35.0	69	59.0
	64歳以下	1,495	30	2.0	12	40.0	2	6.7	26	86.7	12	40.0	14	46.7
	65歳以上	850	87	10.2	18	20.7	1	0.01	73	83.9	29	33.3	55	63.2

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												
		被保険者数	虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2,599	88	3.4	27	30.7	1	1.1	69	78.4	31	35.2	37	42.0
	64歳以下	1,812	31	1.7	9	29.0	0	0.0	25	80.6	8	25.8	13	41.9
	65歳以上	787	58	7.4	18	31.0	1	1.1	44	75.9	23	39.6	24	41.4
H28	全体	2,345	115	4.9	30	26.1	3	2.6	97	84.3	36	31.3	54	47.0
	64歳以下	1,495	35	2.3	12	34.3	1	2.9	28	80.0	9	25.7	17	48.6
	65歳以上	850	80	9.4	18	22.5	2	2.5	69	86.3	27	33.8	37	46.3

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析												
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2,599	1	0.04	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0
	64歳以下	1,812	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	787	1	0.13	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0
H28	全体	2,345	6	0.3	3	50.0	3	50.0	6	100.0	4	66.7	1	16.7
	64歳以下	1,495	3	0.2	1	33.3	2	66.7	3	100.0	3	100.0	0	0.0
	65歳以上	850	3	0.4	2	66.7	1	33.3	3	100.0	1	33.3	1	33.3

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (様式 3-2～3-4) (図表 12)

糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合はいずれも増加している。そのなかで糖尿病に関しては糖尿病発症の割合に比べ合併症である糖尿病性腎症、人工透析の増加率が高くなっている。これはコントロール不良による重症化と考えられる。糖尿病、高血圧、脂質異常症は血管変化から発症する虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の共通リスクであるため今後の重症化予防への取り組みが重要である。

【図表 12】

厚労省様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病																	
		被保険者数		人数		割合		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	
H25	全体	2,599	236	9.1	24	10.2	165	69.9	117	49.6	42	17.8	31	13.1	1	0.4	16	6.8	
	64歳以下	1,812	102	5.6	15	14.7	59	57.8	48	47.1	14	13.7	8	7.8	0	0.0	7	6.9	
	65歳以上	787	134	17.0	9	6.7	106	79.1	69	51.5	28	20.9	23	17.2	1	0.7	9	6.7	
H28	全体	2,345	226	9.6	25	11.1	151	66.8	119	52.7	41	18.1	36	15.9	4	1.8	30	13.3	
	64歳以下	1,495	83	5.6	8	9.6	44	53.0	49	59.0	12	14.5	9	10.8	1	1.2	11	13.3	
	65歳以上	850	143	16.8	17	11.9	107	74.8	70	49.0	29	20.3	27	18.9	3	2.1	19	13.3	

厚労省様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標					
		高血圧症															
		被保険者数		人数		割合		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
H25	全体	2,599	557	21.4	165	29.6	240	43.1	98	17.6	69	12.4	1	0.2			
	64歳以下	1,812	212	11.7	59	27.8	88	41.5	31	14.6	25	11.8	0	0.0			
	65歳以上	787	345	43.8	106	30.7	152	44.1	67	19.4	44	12.8	1	0.3			
H28	全体	2,345	572	24.4	151	26.4	265	46.3	99	17.3	97	17.0	6	1.0			
	64歳以下	1,495	198	13.2	44	22.2	80	40.4	26	13.1	28	14.1	3	1.5			
	65歳以上	850	374	44.0	107	28.6	185	49.5	73	19.5	69	18.4	3	0.8			

厚労省様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標					
		脂質異常症															
		被保険者数		人数		割合		糖尿病		高血圧症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
H25	全体	2,599	337	13.0	117	34.7	240	71.2	67	19.9	37	11.0	0	0.0			
	64歳以下	1,812	135	7.5	48	35.6	88	65.2	24	17.8	13	9.6	0	0.0			
	65歳以上	787	202	25.7	69	34.2	152	75.2	43	21.3	24	11.9	0	0.0			
H28	全体	2,345	369	15.7	119	32.2	265	71.8	69	18.7	54	14.6	1	0.3			
	64歳以下	1,495	131	8.8	49	37.4	80	61.1	14	10.7	17	13.0	0	0.0			
	65歳以上	850	238	28.0	70	29.4	185	77.7	55	23.1	37	15.5	1	0.4			

②リスクの健診結果経年変化(図表 13・14)

健診データの有所見者割合については、男女ともにHbA1c、収縮期血圧の伸びが目立つ。また40歳～64歳と比較的若い世代では男性だとLDLコレステロールが、女性だとHbA1cの有所見者割合の伸びが大きい。また男性ではクレアチンで該当する者が多くなっている。特に重症化しやすい値で経年変化を見ると、HbA1c 6.5以上、腎機能eGFR50未満(70歳以上40未満)の割合が増加している。これらはいずれも血管変化を引き起こし脳・心・腎疾患を引き起こすため、健診での蛋白定

量検査及び2次精密検査の糖負荷検査、微量アルブミン検査を引き続き実施し、早期介入・重症化予防に取り組む。

メタボリックシンドローム該当者の推移については、予備群については大きな変化が見られない一方で、該当者割合が増えている。予備群から該当者に移行した者も含まれていると思われるが、一方で健診受診者数は39人増加しているがリピーター率は約72%と同じであり、図表21から新規受診者のコントロール不良者が多いことから、今まで健診を受けていなかったが健診受診により発見された可能性も高い。今後も健診受診率を上げ、高リスク者を発見していくことが重要である。なお、該当者の多くは血糖・血圧・脂質全てに該当しており、割合の伸びも大きく、脳・心・腎疾患を発症する可能性が高いと考えられ、対応が遅れば医療費増加に繋がると思われる。

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)

【図表 13】

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GTP		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血糖		拡張期血糖		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	102	29.7	163	47.5	85	24.8	69	20.1	30	8.7	142	41.4	217	63.3	72	21.0	133	38.8	72	21.0	151	44.0	2	0.6
	H25 40-64	54	30.3	81	45.5	51	28.7	47	26.4	20	11.2	63	35.4	104	58.4	46	25.8	56	31.5	38	21.3	83	46.6	1	0.6
	65-74	48	29.1	82	49.7	34	20.6	22	13.3	10	6.1	79	47.9	113	68.5	26	15.8	77	46.7	34	20.6	68	41.2	1	0.6
H28	合計	131	35.7	189	51.5	103	28.1	74	20.2	34	9.3	149	40.6	262	71.4	72	19.6	173	47.1	112	30.5	167	45.5	11	3.0
	40-65	59	37.1	83	52.2	47	29.6	40	25.2	16	10.1	61	38.4	105	66.0	31	19.5	60	37.7	47	29.6	89	56.0	5	3.1
	65-75	72	34.6	106	51.0	56	26.9	34	16.3	18	8.7	88	42.3	157	75.5	41	19.7	113	54.3	65	31.3	78	37.5	6	2.9
女性	合計	87	21.8	64	16.0	56	14.0	28	7.0	10	2.5	98	24.5	278	69.5	8	2.0	137	34.3	58	14.5	222	55.5	0	0.0
	H25 40-64	37	20.0	24	13.0	26	14.1	11	5.9	5	2.7	42	22.7	116	62.7	2	1.1	48	25.9	27	14.6	104	56.2	0	0.0
	65-74	50	23.3	40	18.6	30	14.0	17	7.9	5	2.3	56	26.0	162	75.3	6	2.8	89	41.4	31	14.4	118	54.9	0	0.0
H28	合計	108	26.0	78	18.8	53	12.8	38	9.2	9	2.2	116	28.0	320	77.1	9	2.2	184	44.3	75	18.1	194	46.7	0	0.0
	40-65	43	26.5	28	17.3	21	13.0	16	9.9	1	0.6	39	24.1	118	72.8	4	2.5	54	33.3	34	21.0	81	50.0	0	0.0
	65-75	65	25.7	50	19.8	32	12.6	22	8.7	8	3.2	77	30.4	202	79.8	5	2.0	130	51.4	41	16.2	113	44.7	0	0.0

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)

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備軍						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				
男性	合計	343	39.1	18	5.2	63	18.4	8	2.3	41	12.0	14	4.1	82	23.9	21	6.1	6	1.7	35	10.2	20	5.8
	H25 40-64	178	35.7	12	6.7	30	16.9	5	2.8	14	7.9	11	6.2	39	21.9	6	3.4	4	2.2	21	11.8	8	4.5
	65-74	165	43.4	6	3.6	33	20.0	3	1.8	27	16.4	3	1.8	43	26.1	15	9.1	2	1.2	14	8.5	12	7.3
女性	合計	367	45.6	21	5.7	53	14.4	3	0.8	36	9.8	14	3.8	115	31.3	26	7.1	11	3.0	42	11.4	36	9.8
	H25 40-65	159	39.2	15	9.4	27	17.0	3	1.9	18	11.3	6	3.8	41	25.8	6	3.8	8	5.0	16	10.1	11	6.9
	65-75	208	52.3	6	2.9	26	12.5	0	0.0	18	8.7	8	3.8	74	35.6	20	9.6	3	1.4	26	12.5	25	12.0
女性	合計	400	48.1	12	3.0	27	6.8	3	0.8	23	5.8	1	0.3	25	6.3	5	1.3	0	0.0	16	4.0	4	1.0
	H25 40-64	185	44.0	8	4.3	9	4.9	2	1.1	7	3.8	0	0.0	7	3.8	1	0.5	0	0.0	5	2.7	1	0.5
	65-74	215	52.2	4	1.9	18	8.4	1	0.5	16	7.4	1	0.5	18	8.4	4	1.9	0	0.0	11	5.1	3	1.4
女性	合計	415	55.0	10	2.4	32	7.7	2	0.5	27	6.5	3	0.7	36	8.7	5	1.2	0	0.0	19	4.6	12	2.9
	H25 40-65	162	47.2	8	4.9	11	6.8	2	1.2	7	4.3	2	1.2	9	5.6	3	1.9	0	0.0	5	3.1	1	0.6
	65-75	253	61.6	2	0.8	21	8.3	0	0.0	20	7.9	1	0.4	27	10.7	2	0.8	0	0.0	14	5.5	11	4.3

【図表 14】

	重症化予防対象者の状況 (集団健診のみの経年変化)							
	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c6.5以上 (治療中7.0以上)	高血圧 Ⅱ度以上	LDL-c 180 以上	中性脂肪 300以上	蛋白尿 2以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	
平成24年	111人 13.3%	36人 4.3%	37人 4.4%	40人 4.8%	20人 2.4%	8人 1.0%	16人 1.9%	
平成25年	112人 14.6%	43人 5.6%	31人 4.0%	23人 3.0%	23人 3.0%	3人 0.4%	14人 1.8%	
平成26年	126人 15.9%	32人 4.0%	27人 3.0%	29人 3.7%	20人 2.5%	9人 1.1%	21人 2.7%	
平成27年	142人 18.9%	57人 7.6%	62人 8.3%	28人 3.7%	21人 2.8%	6人 0.8%	26人 3.5%	
平成28年	130人 17.8%	69人 9.4%	44人 6.0%	14人 1.9%	21人 2.9%	1人 0.1%	27人 3.7%	

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 15)

健診受診率は増加し、保健指導対象者は減少、実施率も向上してきている。健診受診後に適切な受療行動が取れているかは、同規模町村と比較すると少ないが、平成25年・28年を比較すると伸び率は高くなっている。第2期も引き続き受診勧奨

のための保健指導を実施していく。

【図表 15】

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	修了者数	実施率	医療機関受診率	
								高森町	同規模平均
H25年度	1,709人	743人	43.5%		105人	45人	42.9%	43.6%	49.6%
H28年度	1,555	782人	50.3%		87人	53人	60.9%	48.2%	51.6%

2) 第 1 期に係る考察

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

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護保険の 2 号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加、高血糖・高血圧にある者の割合の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

2. 第 2 期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 16)

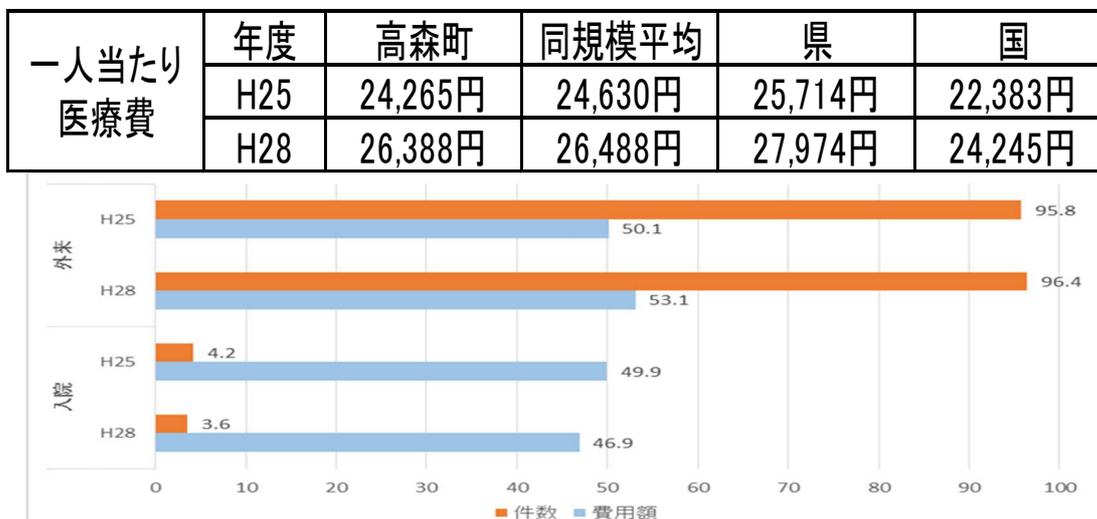
平成 25 年と比べて平成 28 年の一人当たりの医療費が増加している。

高森町の入院件数は 3.6% で費用額全体の 46.9% を占めている。

入院外を伸ばし入院を減らす事は、重症化予防の結果、高額な医療費がかかりやすい入院を減らすことができ医療費抑制効果をも得られる。

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 16】



(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 17)

高額医療・長期入院の割合をみると、脳血管疾患が課題である。

人工透析者では糖尿病性腎症の件数が多い。また、虚血性心疾患・脳血管疾患も多く、高額な医療費が必要となっている。これらの疾患は血管内皮が障害されると引き起こされ、共通危険因子として、高血圧・高血糖・脂質異常などの基礎疾患の重なりが関係している。基礎疾患の重なりが重症化を招くことから、重症化予防対策が重要となる。脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数を減らし、医療費の伸び率を抑える為に、基礎疾患の重症化予防対策が重要である。

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 17】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数(割合)	113件	3.50%	2.70%	--
		費用額	1億5,196万円	805万円	387万円	
様式2-1	長期入院 (6ヶ月以上の入院)	件数	212件	22件	0件	--
		費用額	8,510万円	789万円		
様式2-2	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	128件	42件	51件	69件
		費用額	5,548万円	1,568万円	2,405万円	3,110万円

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式3	生活習慣病の治療者数 構成割合	914人		30人	115人	117人	
				3.3%	12.6%	12.8%	
		基礎疾患の重なり	高血圧	24人	97人	99人	
				80.0%	84.3%	84.6%	
			糖尿病	30人	36人	41人	
				100.0%	31.3%	35.0%	
		脂質異常症	16人	54人	69人		
			53.3%	47.0%	59.0%		
				高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
				572人	226人	369人	73人
		62.6%	24.7%	40.4%	8.0%		

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 18)

介護認定者のうち 40～64 歳の 2 号被保険者では 11 人の認定者に対し 3 人が新規認定者となっている。この年代では 65～74 歳の者に比べ血管疾患を有するものの割合が高くなっている。全体でも血管疾患によるものが 93.0%と高くなっている。

また、介護認定を受けているものは、受けていないものに比べ医療費は約 2 倍を要している。2 号被保険者は、特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患の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 18】

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		2,389人		982人		1,342人		2,324人	4,713人								
	認定者数		11人		26人		486人		512人	523人								
	認定率		0.46%		2.6%		36.2%		22.0%	11.1%								
	新規認定者数(*1)		3人		4人		62人		66人	69人								
介護度別人数	要支援1・2		3	27.3%	5	19.2%	73	15.0%	78	15.2%	81	15.5%						
	要介護1・2		4	36.4%	11	42.3%	223	45.9%	234	45.7%	238	45.5%						
	要介護3～5		4	36.4%	10	38.5%	190	39.1%	200	39.1%	204	39.0%						
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)		11		26		486		512	523								
	再) 国保・後期		8		23		458		481	489								
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	4	50.0%	脳卒中	10	43.5%	脳卒中	194	42.4%	脳卒中	204	42.4%	脳卒中	208	42.5%
			2	虚血性心疾患	3	37.5%	虚血性心疾患	5	21.7%	虚血性心疾患	166	36.2%	虚血性心疾患	171	35.6%	虚血性心疾患	174	35.6%
		3	腎不全	2	25.0%	腎不全	0	0.0%	腎不全	61	13.3%	腎不全	61	12.7%	腎不全	63	12.9%	
		基礎疾患(*2)	糖尿病	4	50.0%	糖尿病	9	39.1%	糖尿病	161	35.2%	糖尿病	170	35.3%	糖尿病	174	35.6%	
			高血圧	6	75.0%	高血圧	15	65.2%	高血圧	388	84.7%	高血圧	403	83.8%	高血圧	409	83.6%	
			脂質異常症	6	75.0%	脂質異常症	7	30.4%	脂質異常症	184	40.2%	脂質異常症	191	39.7%	脂質異常症	197	40.3%	
		血管疾患合計	合計	7	87.5%	合計	19	82.6%	合計	429	93.7%	合計	448	93.1%	合計	455	93.0%	
		認知症	認知症	0	0.0%	認知症	5	21.7%	認知症	210	45.9%	認知症	215	44.7%	認知症	215	44.0%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	8	100.0%	筋骨格系	16	69.6%	筋骨格系	426	93.0%	筋骨格系	442	91.9%	筋骨格系	450	92.0%	

*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)					7,542
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			4,081		

2) 健診受診者の実態 (図表 19・20)

本町ではHbA1c 有所見者が国や県と比較するとどの年代でも突出して多い。次いで腹囲、拡張期血圧が多い。また、男性はクレアチニン有所見者が国や県と比較すると多く、女性は拡張期高血圧が多いことが特徴である。

予備軍では高血圧を有するものが最も多く、次いで脂質異常症、高血糖の順である。男性の予備軍(53人)のうち高血圧を有する者(36人)の割合は全体で67.9%。女性の予備軍に占める高血圧の割合は全体で84.3%、中でも65-74歳女性は95.2%と高率である。

メタボ該当者の割合はH25-28年で14.4%-19.3%と増加し、同規模18.2%、熊本県16.9%と比べても高くなっている(参考資料1、5-⑤)。また、血圧と脂質を併せ持つ者の数が多く、男性では全体の36.5%、女性は52.8%である。メタボ該当者で3項目全てを併せ持つ者は、男性で31.3%、女性で33.3%である。

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)

【図表 19】

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(帳票)		[最終]28-⑤											
性別	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8				
県	14,419	30.2	23,751	49.8	12,161	25.5	9,779	20.5	3,606	7.6	21,575	45.2	31,912	66.9	9,273	19.4	23,534	49.3	12,827	26.9	22,482	47.1	1,022	2.1			
保険者	合計	131	35.7	189	51.5	103	28.1	74	20.2	34	9.3	149	40.6	262	71.4	72	19.6	173	47.1	112	30.5	167	45.5	11	3.0		
	40-64	59	37.1	83	52.2	47	29.6	40	25.2	16	10.1	61	38.4	105	66.0	31	19.5	60	37.7	47	29.6	89	56.0	5	3.3		
	65-74	72	34.6	106	51.0	56	26.9	34	16.3	18	8.7	88	42.3	157	75.5	41	19.7	113	54.3	65	31.3	78	37.5	6	2.9		
女性	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		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				
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2				
県	12,551	20.5	11,046	18.1	8,477	13.9	5,089	8.3	965	1.6	16,493	27.0	42,445	69.5	1,256	2.1	25,834	42.3	9,085	14.9	34,484	56.4	141	0.2			
保険者	合計	108	26.0	78	18.8	53	12.8	38	9.2	9	2.2	116	28.0	320	77.7	9	2.2	184	44.3	75	18.1	194	46.7	0	0.0		
	40-64	43	26.5	28	17.3	21	13.0	16	9.9	1	0.6	39	24.1	118	72.3	4	2.5	54	33.3	34	21.0	81	50.0	0	0.0		
	65-74	65	25.7	50	19.8	32	12.6	22	8.7	8	3.2	77	30.4	202	79.3	5	2.0	130	51.4	41	16.2	113	44.7	0	0.0		

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)

【図表 20】

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	人数	割合			
	男性	合計	367	45.6	21	5.7%	53	14.4%	3	0.8%	36	9.8%	14	3.8%	115	31.3%	26	7.1%	11	3.0%	42	11.4%	36	9.8%			
保険者	40-64	159	39.2	15	9.4%	27	17.0%	3	1.9%	18	11.3%	6	3.8%	41	25.8%	6	3.8%	8	5.0%	16	10.1%	11	6.9%				
	65-74	208	52.3	6	2.9%	26	12.5%	0	0.0%	18	8.7%	8	3.8%	74	35.6%	20	9.6%	3	1.4%	26	12.5%	25	12.0%				
女性	合計	415	55.0	10	2.4%	32	7.7%	2	0.5%	27	6.5%	3	0.7%	36	8.7%	5	1.2%	0	0.0%	19	4.6%	12	2.9%				
保険者	40-64	162	47.2	8	4.9%	11	6.8%	2	1.2%	7	4.3%	2	1.2%	9	5.6%	3	1.9%	0	0.0%	5	3.1%	1	0.6%				
	65-74	253	61.6	2	0.8%	21	8.3%	0	0.0%	20	7.9%	1	0.4%	27	10.7%	2	0.8%	0	0.0%	14	5.5%	11	4.3%				

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 21)

糖尿病、血圧治療中の方の健診データを見ると、医療機関へ通院していてもコントロールの状態が良くない状況である。これは、糖尿病が薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法・運動療法が治療の基本となる疾患だからである。また、脂質異常症に関しては、受療によりコントロール状態が良好となっている。受診勧奨レベルにありながら治療につながっていない者も多く見られる。また、新規受診者にコントロール不良者が多くなっている。特定健診受診勧奨により健診受診者が増加したことによると思われる。医療機関への受診率を上げ重症化予防に繋げることが重要である。

【図表 21】

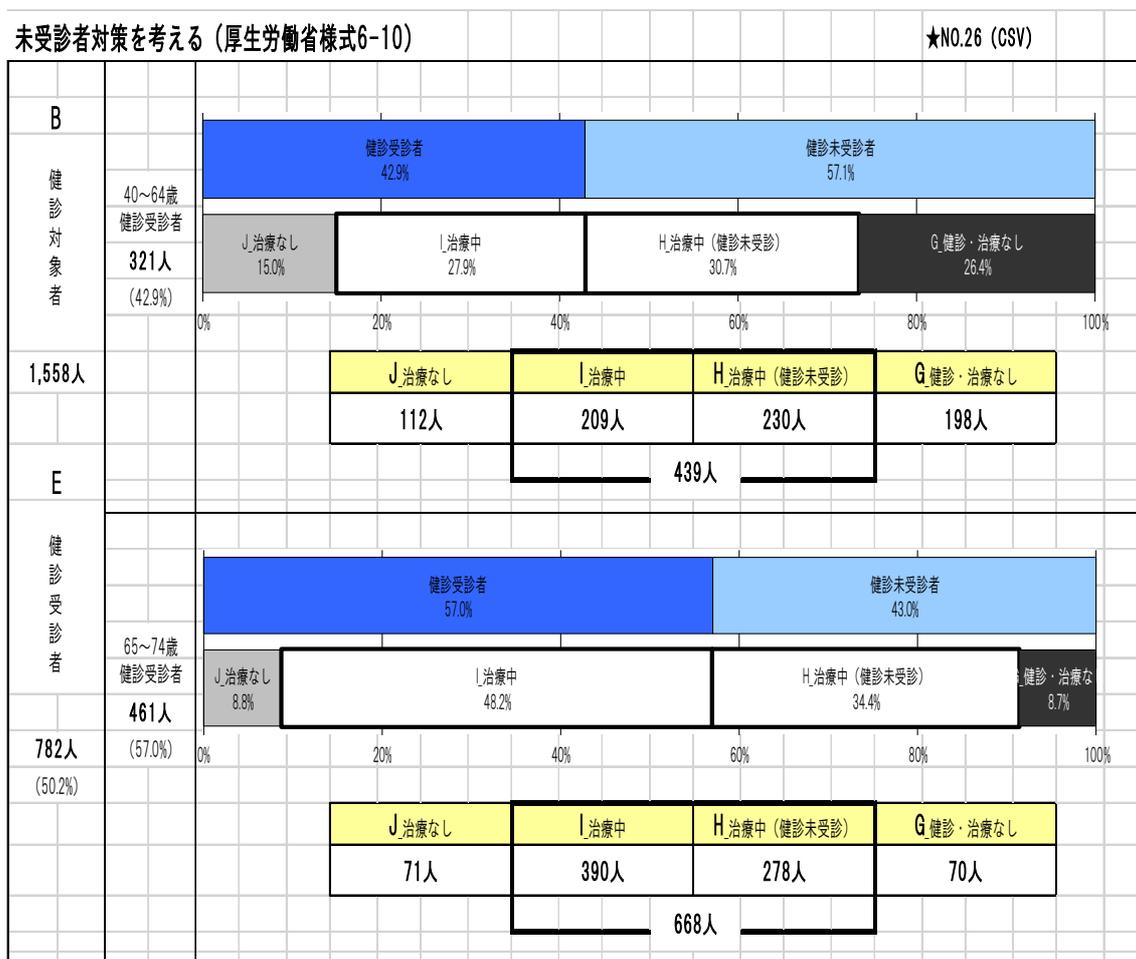


4) 未受診者の把握 (図表 22)

年齢別で見ると 65 歳以上の受診率は 57.0%となっているのに対し、40~64 歳は 42.9%であり、特に若い人の受診率が低いことがわかる。そして、特定健診も治療も受けていないもの (G 健診・治療なし) の 40~64 歳の 26.4%、65~74 歳の 8.7%は重症化しているかどうかの実態が全くわからない状況である。また、特定健診受診者と未受診者の一人当たり医療費を比較すると、未受診者は受診者より 17,670 円高くなっており、その差は約 3 倍近くになっている。健診未受診者については、医療機関と連携し健診の機会を提供していくことは医療費適正化の面においても有用であることがわかる。

未受診者対策を考える (厚生労働省様式 6-10)

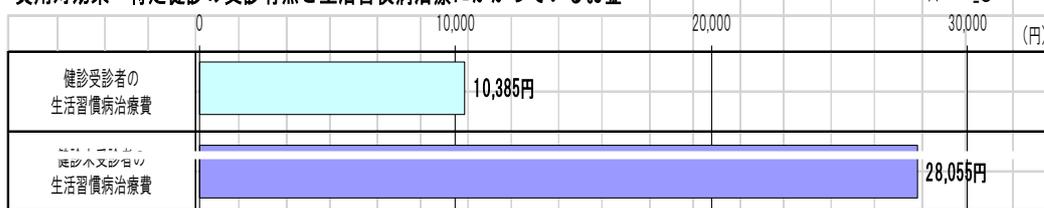
【図表 22】



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

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



3 目的・目標の設定

1) 目的

今回の計画の目的は、糖尿病性腎症による新規透析導入患者の減少、脳血管疾患、虚血性心疾患の死亡を減らし、健康寿命の延伸を図ることにある。

腎不全による死亡は、同規模・県・国と比較して約3倍となっており、人工透析に至る基礎疾患では高血圧・糖尿病の割合が高くなっている。また、糖尿病性腎症の患者数は平成25年度から172.7%の増加と著しい。(参考資料1、図表11、17) 更に人工透析患者の半数にすでに脳血管疾患、虚血性心疾患を発症していることから、最優先課題として取り組む。

2) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

① 糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らす

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、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。

② 医療費の伸びを抑える

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

しかし、当町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の割合を平成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

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の血管変化における共通のリスクとなる、糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくことが必要となる。そのなかでも、より重症化しやすい以下の項目について減少を図る。

【図表 23】

重症化予防目標							
	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c6.5以上 (治療中7.0以上)	高血圧 Ⅱ度以上	LDL-c 180 以上	中性脂肪 300以上	蛋白尿 +以上	2 eGFR50未満 70歳以上40未満
H28	153人 19.2%	74人 9.3%	51人 6.4%	15人 1.9%	23人 2.9%	5人 0.6%	31人 3.9%
H35	16.0%	7.0%	5.0% 23	1.0%	1.0%	0.0%	2.0%

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期(平成30年度以降)からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 24】

	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	52%	54%	56%	58%	59%	60%
特定保健指導実施率	62%	64%	66%	68%	70%	72%

3. 対象者の見込み

【図表 25】

		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	1,580人	1,560人	1,540人	1,520人	1,500人	1,480人
	受診者数	822人	843人	862人	882人	885人	888人
特定保健指導	対象者数	82人	80人	78人	75人	71人	67人
	実施者数	51人	51人	52人	51人	50人	49人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と高森町国保で契約し、実施医療機関に個別に契約する。

- ① 集団健診(熊本県厚生農業協同組合連合会)
- ② 個別健診(委託医療機関のみ)

(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、高森町のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.town.takamori.kumamoto.jp>

(4) 特定健診実施項目

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であり、医療機関に雇っている事を理由に健診未受診者が多くなっていることから、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。

具体的には、特定健診受診券持参者に対し、医療機関が診療状況より、特定健診同等の検査が行われていれば、町指定の情報提供書に記入し請求を行う。検査が不足する場合には個別特定健診として健診を実施する。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

保険者年間実施スケジュール

【図表 26】

4月	5月	6月	7月	8月	9月
準備期間		受診券発行	集団健診 (1回目)	受診勧奨	
10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診 (2回目)	個別健診 (医療機関)			集計作業	

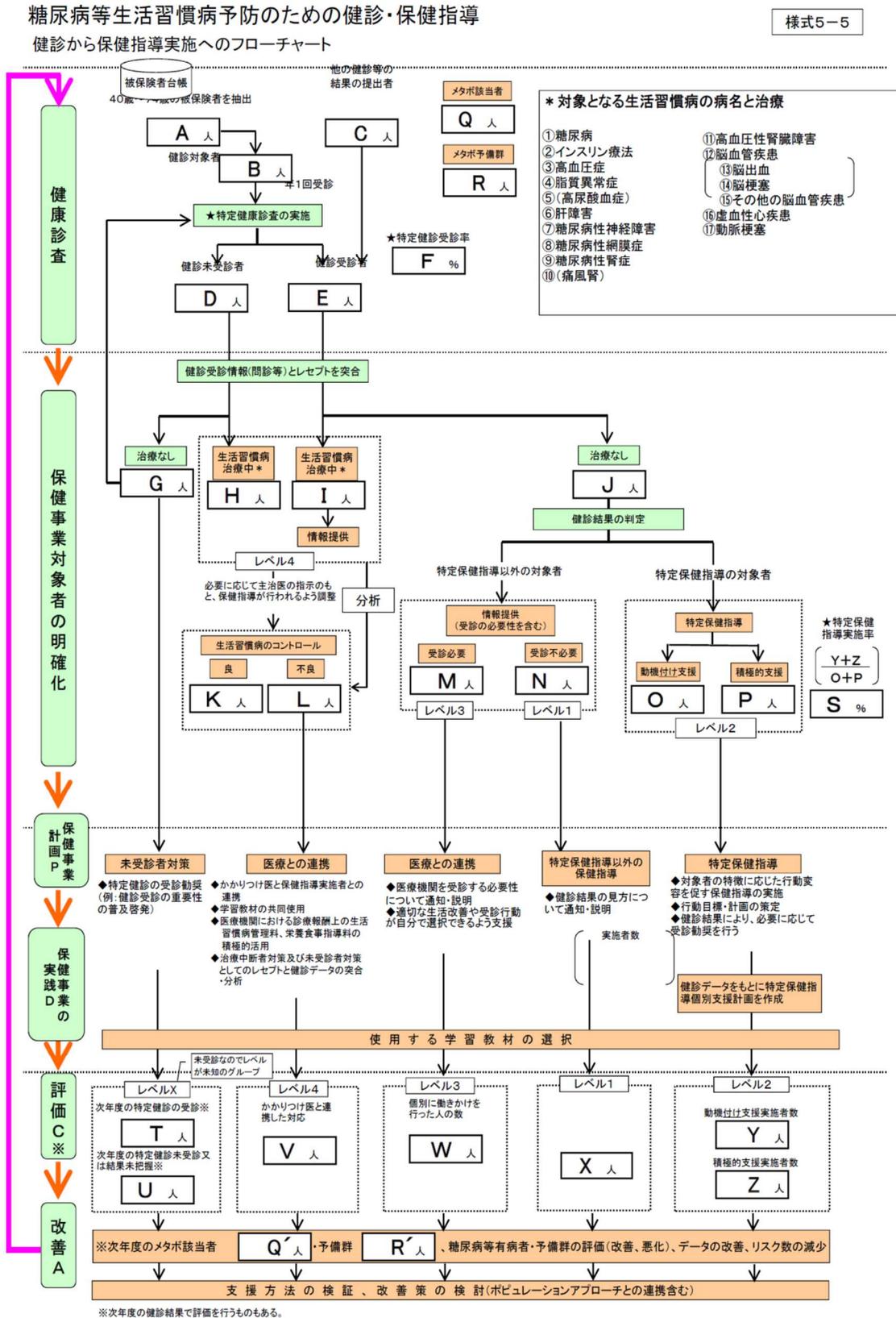
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表27)

【図表27】



(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 28)

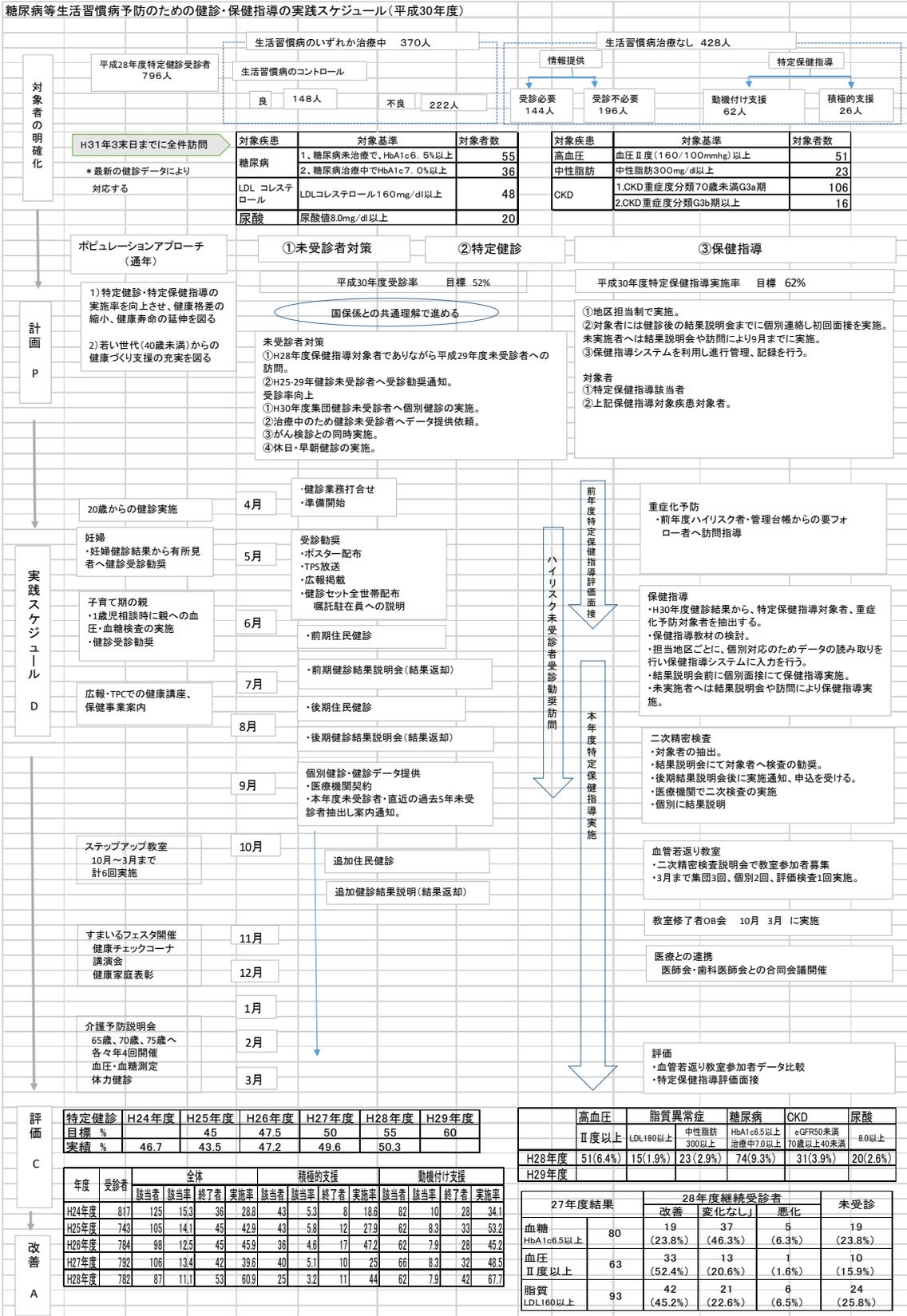
【図表 28】

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	88人 (11.1)	60%
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	144人 (18.0)	HbA1c6.5% 血圧Ⅱ度 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(医療機関と連携した、個別健診・情報提供書の推進) ◆ハイリスク未受診者への受診勧奨訪問	757人 ※受診率目標達成までにあと176人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	196人 (24.6)	%
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	370人 (46.3)	%

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 29)

【図表 29】



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高森町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告・評価

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。

結果については、毎年度法定報告に基づき有所見状況、重症化予防レベルでの検査結果の改善状況で評価する。しかし、法定報告は翌年度にしかわからないので、健診年度の健診結果報告により、あなみツールを活用し有所見状況、重症化予防レベル状況、治療状況を確認する。

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、高森町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心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、健診受診率を向上させ、重症化予防の取組と早期介入の取組、ポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

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

早期介入の取組としては、20・30歳代の若年者健診の実施、糖尿病への進展予防として、境界領域者への75G糖負荷検査を実施し、結果に基づき保健指導を実施する。

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表29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 30】

【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	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 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	D 受診勧奨 記録、実施件数把握			○		□
22	D 受診勧奨 かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D 受診勧奨 レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 保健指導 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 保健指導 対象者決定		○			□
26	D 保健指導 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 保健指導 継続的支援		○			□
28	D 保健指導 カンファレンス、安全管理		○			□
29	D 保健指導 かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 保健指導 記録、実施件数把握			○		□
31	C 評価報告 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 評価報告 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 評価報告 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	A 改善 医師会等への事業報告	○				□
35	A 改善 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善 改善点の検討		○			□
37	A 改善 マニュアル修正		○			□
38	A 改善 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熊本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ハイリスク者

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 31)

【図表 31】

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。

当町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては一部の実施で全数把握は難しい。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 32)

当町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 55 人(44.0%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 239 人(14.0%・H)中のうち、特定健診受診者が 70 人(29.3%・G)であったが、34 人(48.6%・K)はコントロール不良であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 169 人(70.7%・I)のうち、過去 5 年特定健診未受診者 133 人(75.6%)中 37 人は治療中断であることが分かった。また、96 人についても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 31 より当町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- 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)・・・55 人
- ② 糖尿病治療中であったが過去 5 年健診未受診で治療中断者・・・37 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ①糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(G)・・・70 人
- ②糖尿病性腎症病期第 2・3・4 期にある人(M)・・・9 人(G・F に重複あり)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ①特定健診は未受診であったが糖尿病治療を継続している者
 - ・コントロール状態が不明瞭のため糖尿病連携手帳を中心に展開
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料2及び年次計画表(参考資料3)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④BMI ⑤eGFR ⑥尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

①治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

①未治療者・中断者(受診勧奨者)

②腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。当町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 33)

【図表 33】

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> <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くか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者(HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dlの者、血圧Ⅱ度以上の者)のうち希望者には微量アルブミン尿検査を実施する。また、尿蛋白定性(±)以上の者へは健診時に尿蛋白定量検査を追加実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した「生活習慣病に関する連絡票」(参考資料4)を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は生活習慣病に関する連絡票や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熊本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日常生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 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】

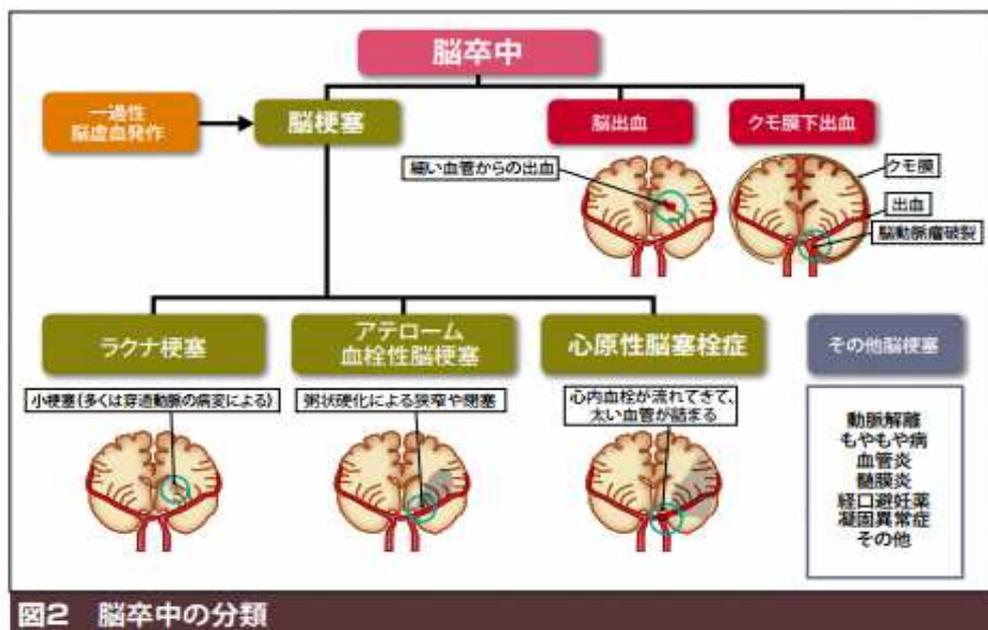


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 35】

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 35 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

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	●					0	0								
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			0	0								
	心原生脳梗塞	●			●		0	0								
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)				
		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)		
特定健診受診者における 重症化予防対象者 受診者数 798人		51人	6.4%	74人	9.3%	15人	1.9%	10人	1.3%	153人	19.2%	5人	0.6%	31人	3.9%	
治療なし		28人	5.5%	49人	7.0%	14人	2.2%	5人	1.2%	29人	6.8%	0人		7人	1.7%	
治療あり		23人	8.0%	25人	35.7%	1人	0.6%	5人	1.4%	124人	33.5%	5人	1.4%	24人	7.1%	
臓器障害あり		4人	14.3%	14人	28.6%	3人	21.4%	5人	100.0%	6人	20.7%	0人		7人	100.0%	
臓器障害 有の うち	CKD(専門医対象)		0人		1		0		0		0		0		7	
	尿蛋白(2+)以上		0人		0		0		0		0		0		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)以上		0人		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満(70歳以上は40未満)		0人		1		0		0		0		0		7	
	心電図所見あり		4人		14		3		5		6		0		2	

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見るとⅡ度高血圧以上が 51 人(6.4%)であり、28 人は未治療者であった。また未治療者のうち 4 人(14.3%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 23 人(8.0%)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る。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【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)		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	
509		195 38.3%	105 20.6%	99 19.4%	82 16.1%	26 5.1%	2 0.4%	
リスク第1層		66 13.0%	41 21.0%	9 8.6%	9 9.1%	6 7.3%	1 3.8%	0 0.0%
リスク第2層		259 50.9%	95 48.7%	57 54.3%	49 49.5%	43 52.4%	15 57.7%	0 0.0%
リスク第3層		184 36.1%	59 30.3%	39 37.1%	41 41.4%	33 40.2%	10 38.5%	2 100.0%
再掲 重複あり	糖尿病	56 30.4%	20 33.9%	13 33.3%	12 29.3%	9 27.3%	0 0.0%	2 100.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	92 50.0%	34 57.6%	19 48.7%	20 48.8%	14 42.4%	5 50.0%	0 0.0%
	3個以上の危険因子	73 39.7%	13 22.0%	16 41.0%	18 43.9%	20 60.6%	5 50.0%	1 50.0%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
6 1.2%	44 8.6%	60 11.8%
6 100%	1 2.3%	0 0.0%
--	43 97.7%	15 25.0%
--	--	45 75.0%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態

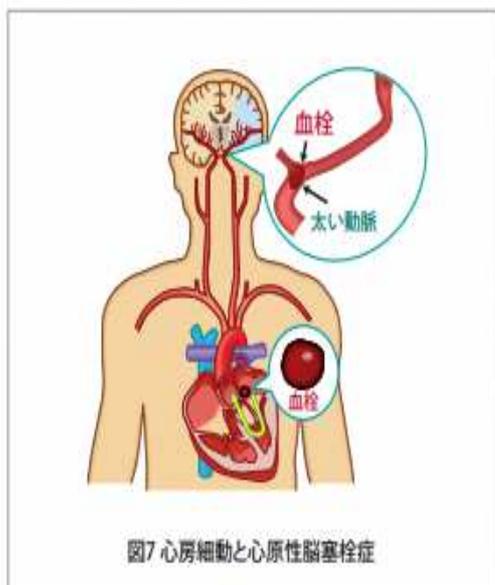


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	389	450	5	1.3	4	0.9	—	—
40歳代	30	31	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	66	59	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	202	233	3	1.5	1	0.4	1.9	0.4
70-74歳	91	127	2	2.2	3	2.4	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
 * 日本循環器学会疫学調査の70~74歳の値は70~79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
9	100	2	22.2	7	77.8

心電図検査において9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70-74歳女性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9人のうち7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の継続が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」

「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバ

イオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、頰動脈超音波検査、微量アルブミン尿の検査を実施していく。

①対象者

頰動脈超音波検査：年齢 50 歳～70 歳以下

血圧 130/85 以上、中性脂肪 150 以上、HDL40 未満、LDL160 以上、空腹時血糖 110 以上又は随時血糖 180 以上、尿酸 7.0 以上、eGFR50 以下または尿蛋白±以上、血管障害既往暦者

微量アルブミン尿検査：年齢 70 歳以下

HbA1c6.5 以上または空腹時血糖 126 以上（随時血糖 200 以上）で尿蛋白(-)(±)に該当するもの

血圧Ⅱ度以上で尿蛋白定量で蛋白を確認した者を除く。

(3) 対象者の管理

①高血圧者の管理

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

②心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少。
あわせて、保健指導実施率と改善状況も確認する。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 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。当町において健診受診者 839 人のうち心電図検査実施者は 766 人(91.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 44 人であった(図表 40)。ST 所見あり 44 人中のうち 7 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 2 人は未受診であった(図表 41)。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であり、血圧、血糖などのリスクを有す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 37 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。

本町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。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。集団健診では全数実施しているが、医療機関での個別健診受診者に心電図検査未実施者が多くなっている。

心電図検査結果

【図表 40】

	健診受診者(a) *	心電図検査(b)							
		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)			
	人	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%	人	(e/b)%
H28年度	839	766	91.3	44	5.7	134	17.5	588	76.8

* 健診受診者には年度途中保険変わりの者も含む。

ST所見あり(a)	要精密(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%
44	7	15.9	5	71.4	2	28.6

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 42 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 42】

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う 			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

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

する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、頸動脈超音波検査、微量アルブミン尿の検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載していく。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日常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。あわせて保健指導実施率と改善状況も確認する。

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患罹患者の減少と、脳血管疾患、糖尿病性腎症合併者の減少。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

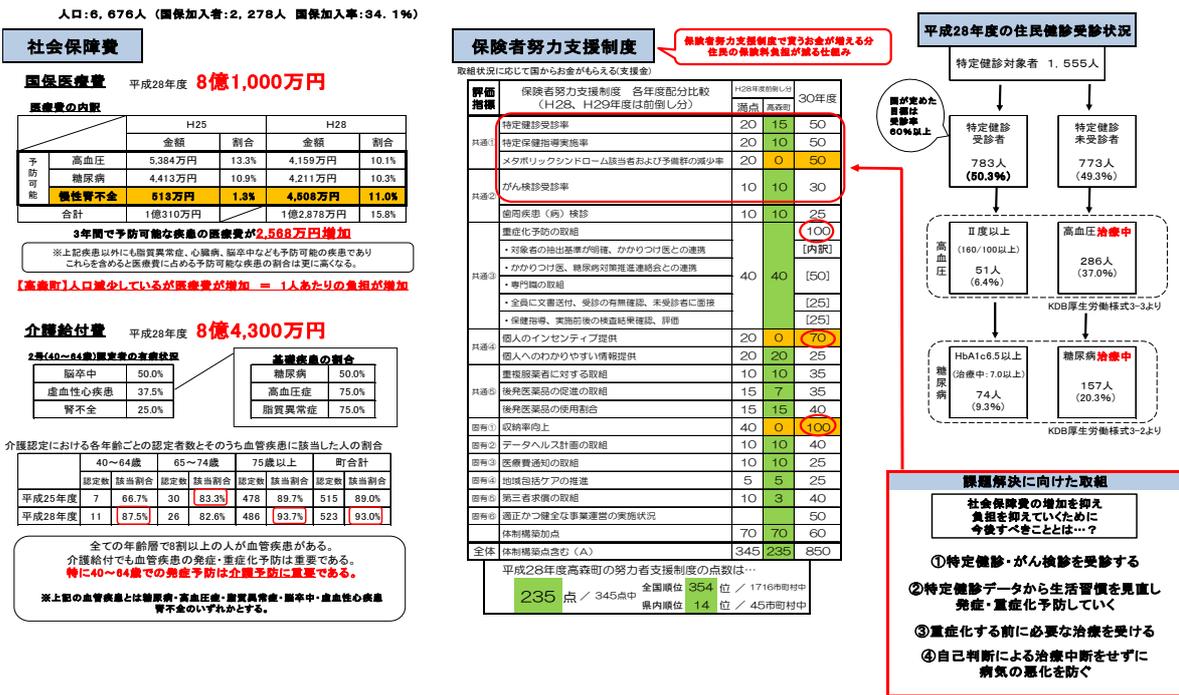
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態を共有する。

特に何の疾患でお金がかかっているのか、それは予防可能な疾患であること、予防するために国の制度として支援があること、保険税や料の負担との関係性について理解を促すと共に、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各種会議、説明会、TPC(ケーブルテレビ)等を利用し広く町民へ周知していく。(図表 43・44)

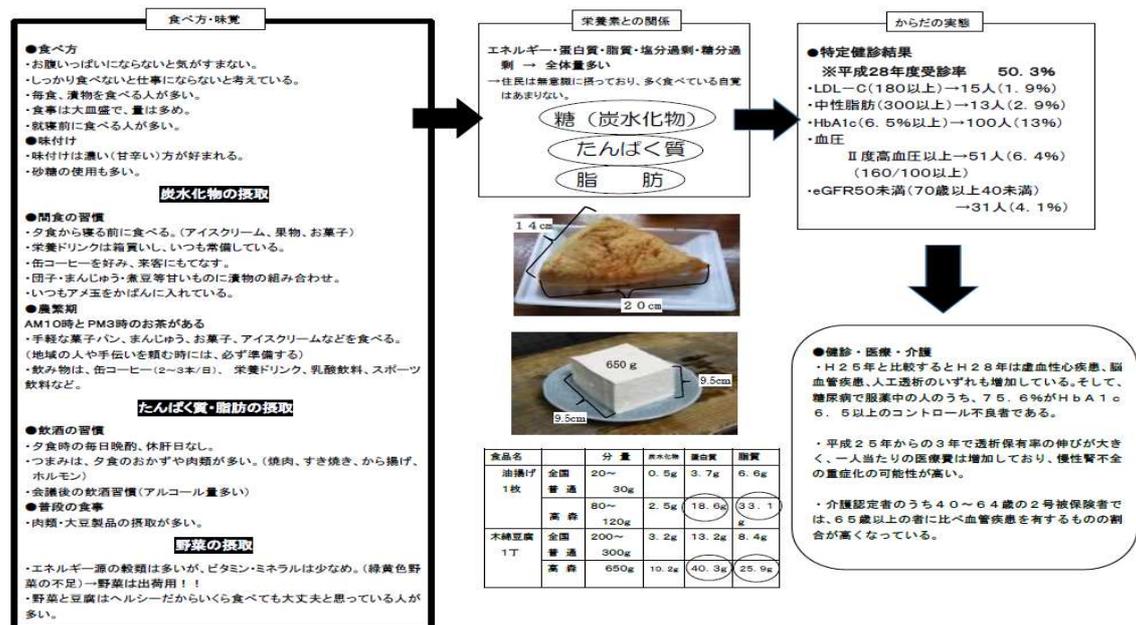
高森町の社会保障費の課題と保険者努力支援制度

【図表 43】



高森町の実態と食習慣の背景

【図表 44】



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

当町では国保被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合は4割で、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合は6割を占めている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

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">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・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、医療費の動向、中長期・短期目標疾患の動向、健診結果経年変化等毎年度とりまとめる。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、健診受診率、特定保健指導実施率、改善率について経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。

特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

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、ローカルテレビやホームページ、広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する。

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高森町の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 4 生活習慣病に関する連絡票

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

様式6-1 国・県・同規模と比べてみた高森町の位置【KDBツール】

項目		H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)		
		高森町		高森町		同規模平均		県		国				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	6,676		6,676		1,815,204		1,794,477		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	2,324	34.8	2,324	34.8	575,561	31.7	462,261	25.8	29,020,766	23.2		
		75歳以上	1,342	20.1	1,342	20.1			253,517	14.1	13,989,864	11.2		
		65～74歳	982	14.7	982	14.7			208,744	11.6	15,030,902	12.0		
		40～64歳	2,389	35.8	2,389	35.8			602,031	33.5	42,411,922	34.0		
	39歳以下	1,963	29.4	1,963	29.4			730,185	40.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	25.2		25.2		18.4		10.5		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業	19.5		19.5		25.5		21.2		25.2			
		第3次産業	55.3		55.3		56.1		68.4		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.7		79.7		79.4		80.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.9		86.9		86.4		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.2		65.3		65.2				
	女性	66.7		66.8		66.7		66.7		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	96.4		91.0		104.8		94.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	96.4		91.0		104.8		94.7		100			
		女性	94.7		91.1		100.8		92.8		100			
		死 因	がん	16	33.3	11	26.8	6,817	45.1	5,499	48.4	367,905		49.6
			心臓病	18	37.5	19	46.3	4,392	29.1	3,135	27.6	196,768		26.5
			脳疾患	9	18.8	5	12.2	2,661	17.6	1,774	15.6	114,122		15.4
			糖尿病	0	0.0	1	2.4	274	1.8	183	1.6	13,658		1.8
	腎不全		4	8.3	4	9.8	548	3.6	449	3.9	24,763	3.3		
	自殺	1	2.1	1	2.4	409	2.7	332	2.9	24,294	3.3			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	6	7.6	8	7.27			1,948	9.11	136,944	10.47	厚労省HP 人口動態調査	
男性		5	10.9	3	5.88			1,294	12.57	91,123	13.51			
女性		1	3.0	5	8.47			654	5.9	45,821	7.24			
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	508	21.6	512	22.0	114,751	20.1	108,753	23.3	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	3	0.3	5	0.3	1,910	0.3	1,536	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	7	0.3	11	0.5	2,325	0.4	2,247	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	90	16.7	98	18.8	25,230	21.2	24,299	21.5	1,350,152	22.1		
		高血圧症	316	62.0	317	61.1	64,783	54.6	64,733	57.8	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	118	21.5	143	25.9	31,854	26.7	33,149	29.4	1,741,866	28.4		
		心臓病	361	70.2	371	71.7	73,398	61.9	73,278	65.4	3,529,682	58.0		
		脳疾患	128	24.1	137	25.8	33,188	28.2	28,092	25.2	1,538,683	25.5		
		がん	34	7.6	41	8.0	11,653	9.7	12,291	10.8	631,950	10.3		
		筋・骨格	307	60.7	340	63.6	63,731	53.7	66,219	59.0	3,067,196	50.3		
	精神	187	36.2	239	44.3	44,036	37.1	43,162	38.3	2,154,214	35.2			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	73,101		73,799		70,589		61,022		58,284			
		居宅サービス	42,494		44,904		40,981		40,033		39,662			
		施設サービス	272,353		276,688		275,251		291,281		281,186			
	④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	8,325		7,542		8,457		8,546		7,980			
認定あり 認定なし		3,936		4,081		4,122		3,906		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数	2,558		2,278		492,460		471,539		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	828	32.4	853	37.4			182,325	38.7	12,461,613	38.2		
		40～64歳	1,022	40.0	854	37.5			162,787	34.5	10,946,712	33.6		
		39歳以下	708	27.7	571	25.1			126,427	26.8	9,179,541	28.2		
	加入率	38.3		34.1		27.7		26.3		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	144	0.3	214	0.5	8,255	0.3		
		診療所数	6	2.3	7	3.1	1,108	2.2	1,471	3.1	96,727	3.0		
		病床数	0	0.0	0	0.0	15,468	31.4	35,190	74.6	1,524,378	46.8		
		医師数	5	2.0	6	2.6	1,575	3.2	5,156	10.9	299,792	9.2		
		外来患者数	633.6		660.3		660.2		727.3		668.1			
入院患者数	27.5		24.7		22.7		25.6		18.2					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	24,265	県内33位 同規模123位	26,388	県内33位 同規模121位	26,488		27,974		24,245				
	受診率	661.16		684.945		628.952		752.848		686.286				
	外 来	費用の割合	50.1		53.1		56.6		55.7		60.1			
		件数の割合	95.8		96.4		96.7		96.6		97.4			
	入 院	費用の割合	49.9		46.9		43.4		44.3		39.9			
		件数の割合	4.2		3.6		3.3		3.4		2.6			
1件あたり在院日数	18.5日		18.5日		16.3日		18.0日		15.6日					
④ 医療費分析 総額に占める 割合 最大医療費源 傷病名（調剤 含む）	新生物	54,638,930	13.5	55,913,630	13.6	24.1		20.5		25.6				
	慢性腎不全（透析あり）	5,131,020	1.3	45,077,720	11.0	9.1		12.4		9.7				
	糖尿病	44,127,860	10.9	42,113,860	10.3	10.2		9.5		9.7				
	高血圧症	53,839,920	13.3	41,587,090	10.1	9.2		8.4		8.6				
	精神	111,092,770	27.4	108,929,850	26.5	17.5		22.4		16.9				
	筋・骨疾患	86,530,570	21.4	79,466,500	19.4	16.1		15.1		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	449,018	42位	(20)	586,340	8位	(20)											KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
				高血圧	430,555	44位	(17)	581,911	4位	(20)														
				脂質異常症	422,549	38位	(22)	498,643	20位	(21)														
				脳血管疾患	478,143	42位	(19)	592,408	20位	(20)														
				心疾患	428,974	41位	(15)	544,732	28位	(14)														
				腎不全	493,326	42位	(15)	584,979	30位	(19)														
				精神	396,278	30位	(27)	431,227	19位	(27)														
		県内順位 順位総数47	外来	糖尿病	32,885	34位		38,998	6位															
				高血圧	24,042	44位		30,202	16位															
				脂質異常症	23,813	37位		25,847	21位															
				脳血管疾患	34,115	25位		41,598	6位															
				心疾患	30,097	43位		42,377	25位															
				腎不全	90,234	46位		228,979	6位															
				精神	27,247	29位		33,085	5位															
悪性新生物	42,224	36位		49,473	23位																			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,184			3,846			3,127			2,198			2,346				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
			健診未受診者	9,051			10,391			11,954			12,509			12,339								
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,672			10,385			8,685			5,853			6,742								
			健診未受診者	25,250			28,055			33,204			33,315			35,459								
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	360	48.5	426	54.5	87,076	57.0	60,054	55.2	4,427,360	56.1							KDB_NO.1 地域全体像の把握					
			医療機関受診率	323	43.5	379	48.5	79,315	51.9	55,720	51.2	4,069,618	51.5											
			医療機関非受診率	37	5.0	47	6.0	7,761	5.1	4,334	4.0	357,742	4.5											
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数47	メタボ 該当・予備群 レベル	健診受診者	743			782			152,769			108,830			7,898,427			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
					受診率	43.5	県内21位 同規模102位	50.2	県内15位 同規模59位	43.7	34.1	全国39位	36.4											
					特定保健指導終了者(実施率)	37	35.2	53	60.9	8036	41.1	5,423	40.6	198,683	21.1									
					非肥満高血糖	58	7.8	68	8.7	15,303	10.0	9,737	8.9	737,886	9.3									
					メタボ	該当者	107	14.4	151	19.3	27,745	18.2	18,340	16.9	1,365,855	17.3								
						男性	82	23.9	115	31.3	19,338	27.2	12,809	26.8	940,335	27.5								
						女性	25	6.3	36	8.7	8,407	10.3	5,531	9.1	425,520	9.5								
					予備群	90	12.1	85	10.9	17,604	11.5	12,350	11.3	847,733	10.7									
					男性	63	18.4	53	14.4	12,301	17.3	8,307	17.4	588,308	17.2									
					女性	27	6.8	32	7.7	5,303	6.5	4,043	6.6	259,425	5.8									
					メタボ	総数	227	30.6	267	34.1	51,074	33.4	34,798	32.0	2,490,581	31.5								
						男性	163	47.5	189	51.5	35,501	50.0	23,751	49.8	1,714,251	50.2								
						女性	64	16.0	78	18.8	15,573	19.1	11,047	18.1	776,330	17.3								
						BMI	総数	35	4.7	44	5.6	9,243	6.1	4,579	4.2	372,685	4.7							
							男性	6	1.7	4	1.1	1,548	2.2	712	1.5	59,615	1.7							
						女性	29	7.3	40	9.6	7,695	9.4	3,867	6.3	313,070	7.0								
						血糖のみ	11	1.5	5	0.6	1,199	0.8	794	0.7	52,296	0.7								
						血圧のみ	64	8.6	63	8.1	12,440	8.1	8,842	8.1	587,214	7.4								
						脂質のみ	15	2.0	17	2.2	3,965	2.6	2,714	2.5	208,214	2.6								
血糖・血圧	26	3.5	31	4.0		4,996	3.3	3,487	3.2	212,002	2.7													
血糖・脂質	6	0.8	11	1.4	1,510	1.0	960	0.9	75,032	0.9														
血圧・脂質	51	6.9	61	7.8	12,772	8.4	8,518	7.8	663,512	8.4														
血糖・血圧・脂質	24	3.2	48	6.1	8,467	5.5	5,375	4.9	415,310	5.3														
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	219	29.5	286	36.6	54,561	35.7	36,550	33.6	2,650,283	33.6										
				糖尿病	41	5.5	69	8.8	12,934	8.5	7,968	7.3	589,711	7.5										
				脂質異常症	84	11.3	166	21.2	34,459	22.6	22,931	21.1	1,861,221	23.6										
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	35	4.7	35	4.5	4,709	3.3	3,037	2.8	246,252	3.3									
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	46	6.2	42	5.4	8,283	5.7	5,576	5.2	417,378	5.5									
					腎不全	0	0.0	4	0.5	1,808	1.2	437	0.4	39,184	0.5									
					貧血	62	8.3	51	7.0	12,100	8.4	11,246	10.5	761,573	10.2									
				喫煙	99	13.3	118	15.1	23,837	15.6	14,436	13.3	1,122,649	14.2										
				週3回以上朝食を抜く	55	7.4	32	4.5	10,687	7.7	8,210	8.5	585,344	8.7										
				週3回以上食後間食	85	11.4	71	10.0	18,294	13.1	11,258	11.4	803,966	11.9										
				週3回以上就寝前夕食	137	18.4	130	18.4	22,957	16.4	14,549	14.8	1,054,516	15.6										
				食べる速度が速い	163	21.9	155	21.9	37,935	27.2	25,790	26.2	1,755,597	26.0										
				20歳時体重から10kg以上増加	216	29.1	231	32.6	46,884	33.5	33,547	33.2	2,192,264	32.1										
				1回30分以上運動習慣なし	460	61.9	454	64.1	92,124	65.7	61,876	61.3	4,026,105	58.8										
				1日1時間以上運動なし	286	38.5	315	44.5	67,794	48.5	49,838	50.5	3,209,187	47.0										
				睡眠不足	138	18.6	133	18.8	32,751	23.6	24,811	25.2	1,698,104	25.1										
				毎日飲酒	190	25.6	198	25.4	37,751	26.0	26,095	25.0	1,886,293	25.6										
時々飲酒	190	25.6	186	23.8	31,060	21.4	24,934	23.8	1,628,466	22.1														
一日 飲酒 量	1合未満	575	77.7	516	72.9	57,553	59.5	58,889	69.7	3,333,836	64.0													
	1~2合	137	18.5	166	23.4	25,692	26.5	16,278	19.3	1,245,341	23.9													
	2~3合	22	3.0	20	2.8	10,133	10.5	6,373	7.5	486,491	9.3													
	3合以上	6	0.8	6	0.8	3,402	3.5	2,912	3.4	142,733	2.7													

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

課題 1 ①糖尿病管理台帳からの年次計画

保健指導の視点	人数	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など
糖尿病管理台帳の全数	(175) 人		
① 健診未受診者	(42) 人	○住基異動（死亡、転出）の確認 ○医療保険異動の確認 ○レセプト（治療状況）の確認	後期高齢者、社会保険
② 未治療者（中断者含む）	(50) 人	○レセプト（直近の治療有無）の確認 ○医療受診勧奨の保健指導	
③ HbA1cが悪化している	(52) 人	○経年表で他のリスク（メタボ、血圧等）の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導	
④ 尿蛋白 (-)	(98) 人	○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	尿アルブミン検査の継続
(±)	(3) 人		
(+) ~ 顕性腎症	(1) 人		
⑤ eGFR値の変化			
1年で 25% 以上低下	(0) 人		腎専門医
1年で 5ml/分/1.73m ² 以上低下	(26) 人		

生活習慣病に関する連絡票

平成 年 月 日

担当主治医 様

高森町 健康推進課
 担当：
 連絡先(電話:0967-62-1111)

平素より、当町の保健事業につきましては、格別のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。
 さて、特定健診の結果、この住民に対し、下記の理由で医師の診察を受けるようお勧めしましたので、ご高診いただきますようお願いいたします。
 なお、ご高診後は、誠にお手数とは存じますが、本票に診察結果等を記入のうえ御返送いただきますよう、併せてお願いいたします。

高森町 ↓ 医療機関	氏名		性別	男性・女性
	住所		TEL	
	生年月日	昭和 年 月 日(歳)	健診実施日	平成 年 月 日
	受診をお勧めした理由	健診項目(〇〇〇)が(-検査値を記入-)のため。 その他、〇〇〇〇のため。		
	添付資料			

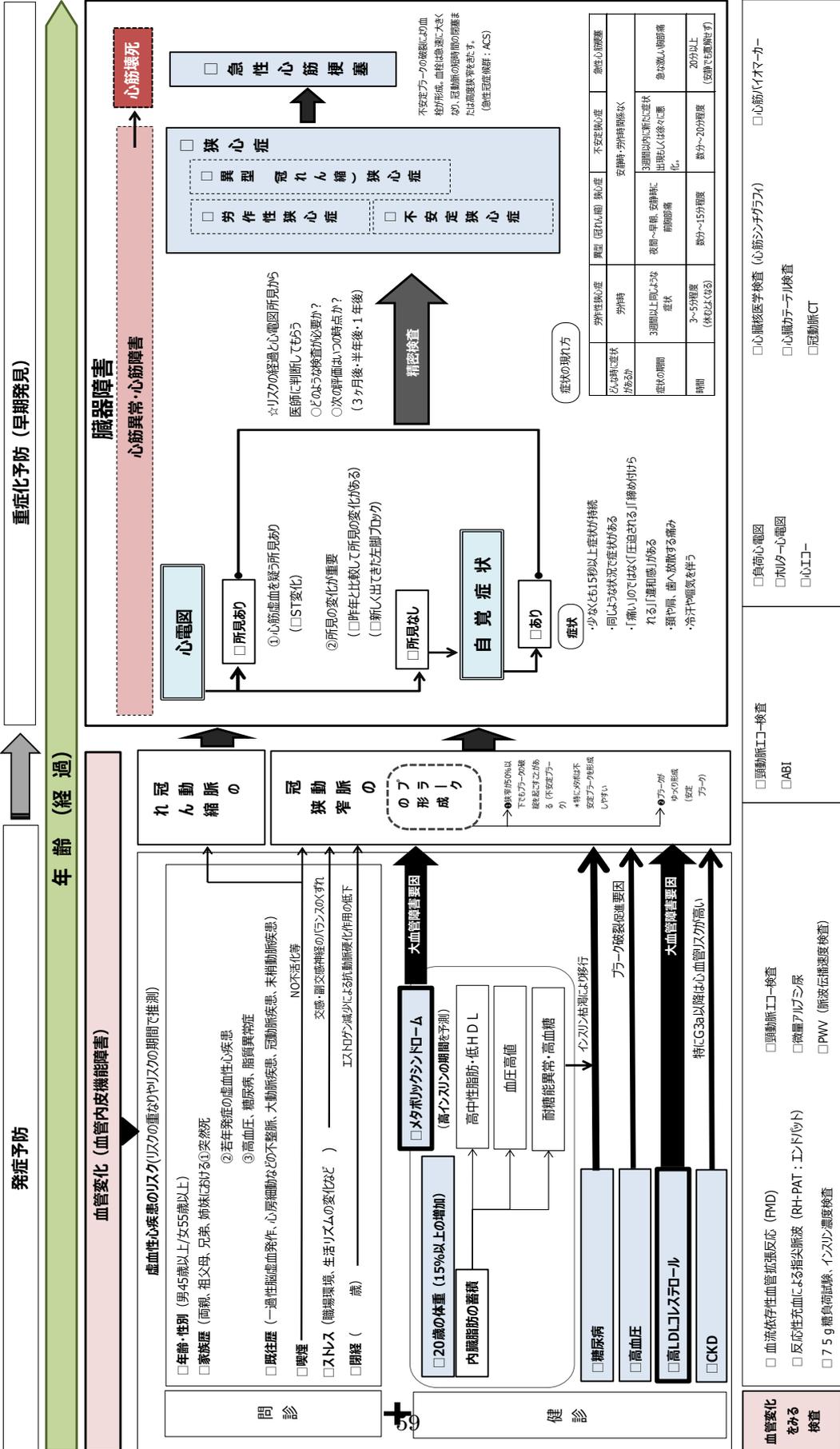
※以下の該当項目に☑を付け必要箇所の内容をご記入、または○印をつけてください。

医療機関 ↓ 高森町	医療機関名 医師名 連絡先		診察日(平成 年 月 日)
	検査内容及び結果	<input type="checkbox"/> 尿検査:尿蛋白定量検査(g/gCr) (糖尿病の場合)微量アルブミン尿(mg/gCr) <input type="checkbox"/> 血液検査(*データ添付お願いします) <input type="checkbox"/> 画像検査 無・有 所見()	
	診察結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要治療(診断名) <input type="checkbox"/> 要経過観察(ヶ月後再診) <input type="checkbox"/> 他医療機関紹介() <input type="checkbox"/> その他()	
	患者への指導内容	<input type="checkbox"/> 1年後健診受診 <input type="checkbox"/> 食事() <input type="checkbox"/> 運動() <input type="checkbox"/> 服薬() <input type="checkbox"/> その他()	
市(町村)の保健師・栄養士への指示	<input type="checkbox"/> 保健指導 : 運動 服薬 禁煙 <input type="checkbox"/> 栄養指導 : 栄養士による食事指導を以下のように実施してよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 要修正 (修正内容を指示下さい) カロリー()Kcal 蛋白質()g 塩分 ()g カリウム()mg *「日本人の食事接種基準 2015 年版」「慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 年版」に基づき食事指導内容を算出しました。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

【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	9	都道府県	熊本	市町村名	高森町		
項目		突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	2,345人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	A	1,754人							
2	①	対象者数	B	1,555人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	特定健診 受診者数	C	798人							
	③	受診率	C	51.3%							
3	①	特定 保健指導 対象者数		87人							
	②	実施率		60.9%							
4	①	糖尿病型	E	125人	15.7%					特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	55人	44.0%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	70人	56.0%						
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	36人 51.4%							
	⑤			血圧 130/80以上	17人 47.2%						
	⑥			肥満 BMI25以上	24人 66.7%						
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	34人	48.6%						
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	116人 92.8%							
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		5人 4.0%							
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		3人 2.4%							
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人 0.8%							
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		96.4人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		127.7人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	1,344件 (787.3)				1,227件 (771.8)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	(1)内は請求数対	入院(件数)	12件 (7.0)				9件 (5.4)			
	⑤	糖尿病治療中	H	226人	9.6%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	H	224人	12.8%						
	⑦	健診未受診者	I	154人	68.8%						
	⑧	インスリン治療	O	25人	11.1%						
	⑨	(再掲)40-74歳	O	25人	11.2%						
	⑩	糖尿病性腎症	L	30人	13.3%						
	⑪	(再掲)40-74歳	L	30人	13.4%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.77%						
	⑬	(再掲)40-74歳		4人	1.79%						
	⑭	新規透析患者数		1人	25.0%						
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.0%						
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	1.7%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費		7億3145万円				6億7140万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②	生活習慣病総医療費		4億1063万円				3億8078万円			
	③	(総医療費に占める割合)		56.1%				56.7%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,385円				8,685円			
	⑤		健診未受診者	28,055円				33,204円			
	⑥	糖尿病医療費		4211万円				3885万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.3%				10.2%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1億1828万円							
	⑨	1件あたり		38,998円							
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億0437万円							
	⑪	1件あたり		586,340円							
	⑫	在院日数		20日							
	⑬	慢性腎不全医療費		4601万円				3708万円			
	⑭	透析有り		4508万円				3468万円			
	⑮	透析なし		93万円				240万円			
7	①	介護給付費		8億4300万円				7億5295万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		4件 50.0%							
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人 0.9%				1人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

