

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。

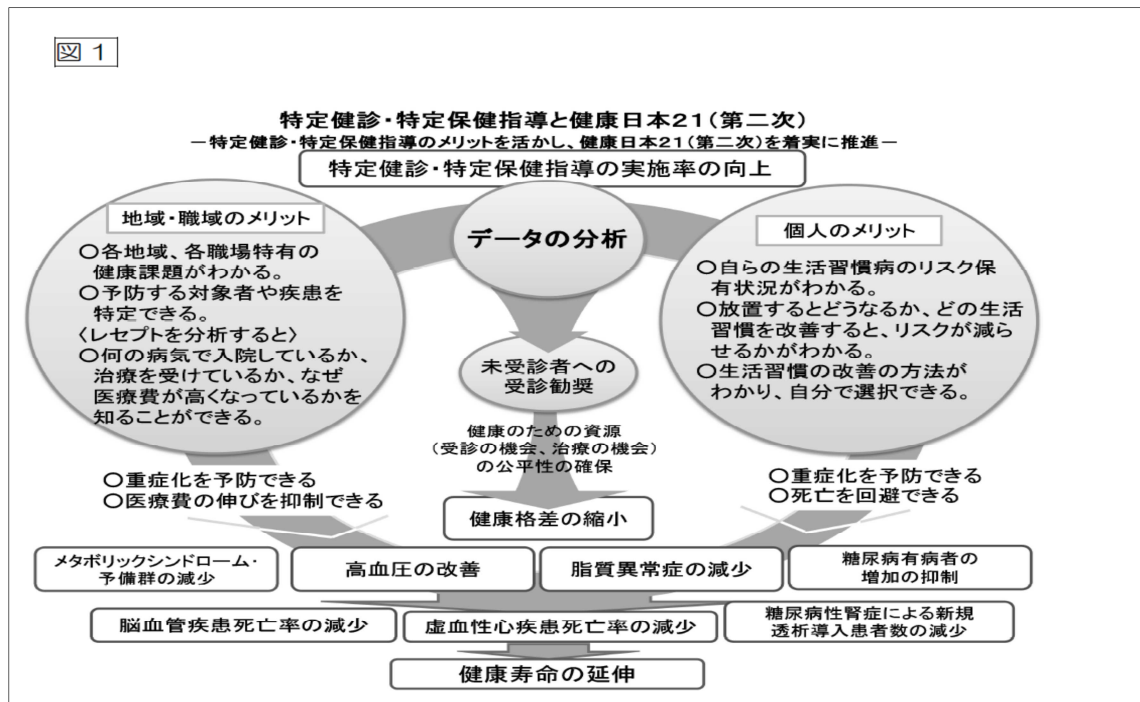
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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。

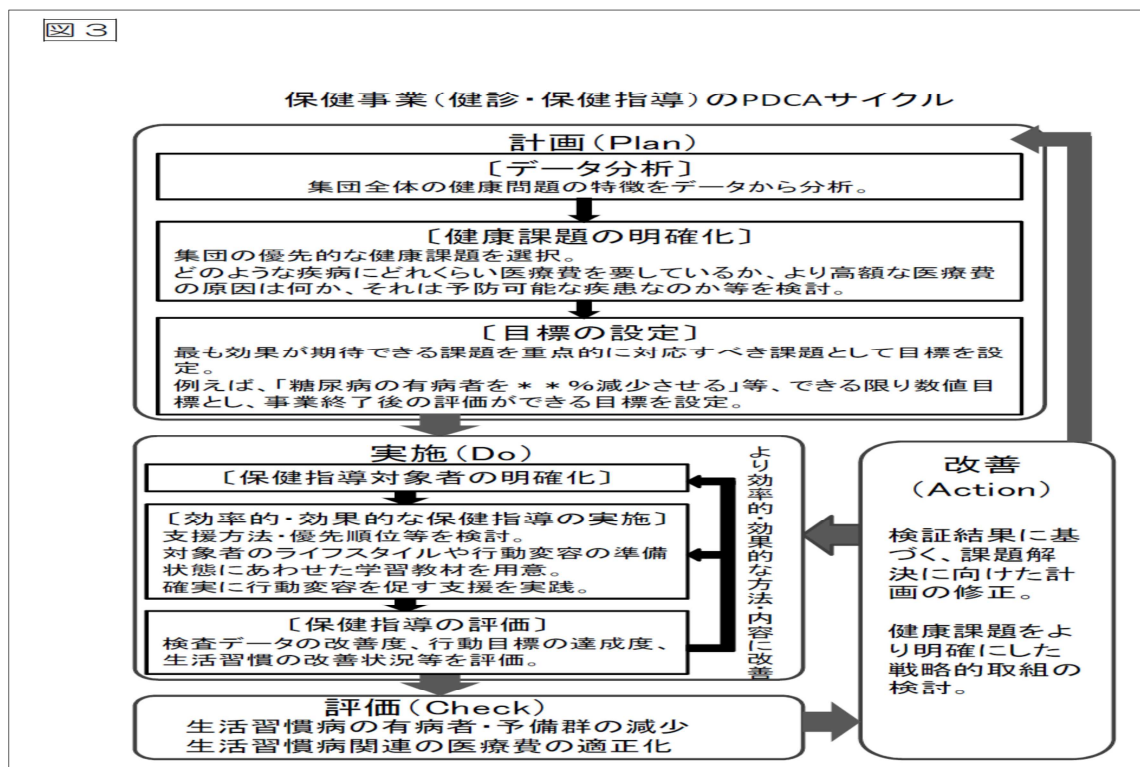
八重瀬町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

【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こととしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

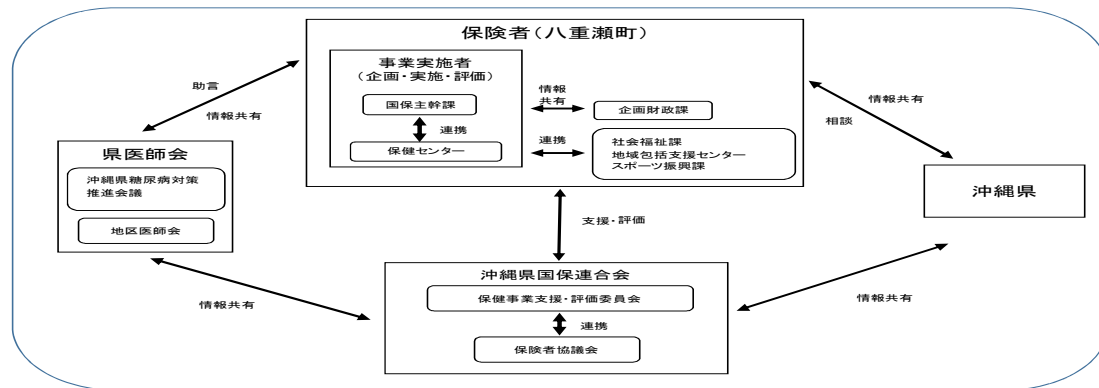
八重瀬町においては、国民健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、社会福祉課、地域包括支援センター、企画財政課等とも十分連携することが望ましい。

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

八重瀬町実施体制図

【図表4】



保健師・栄養士所属の変遷と担当業務

	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
法律の変遷	H15健康増進法					H18高齢者医療確保法(H20施行)									
							H20特定健診実施計画(H20-24年)							H26国保法等保健事業実施指針一部改正	
														H25第2期特定健診等実施計画(H25~29)	H30データヘルス計画(H30~)
														H26データヘルス計画(H26~29)	
保健師等所属	※2町村合併		環境保険課 保健師5人	健康保険課 保健師3人 栄養士1人	4人		健康保険課 保健師5人 栄養士1人	健康保険課(成人と母子の業務分担) 保健師(特定保健指導担当)3人 保健師(母子担当)2人 栄養士1人	健康保険課(成人と母子の業務分担) 保健師(特定保健指導担当)3人 保健師(母子担当)3人 栄養士2人						
			児童家庭課 栄養士2人	児童家庭課 保健師1人 栄養士1人	児童家庭課 保健師1人 栄養士1人		児童家庭課 保健師1人								
							社会福祉課 保健師1人								社会福祉課 保健師2人

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

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

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

*「KDB」とは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払及び保険者共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療を含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築された国保データシステム。

同システムを活用することにより、これまで保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが可能になるとされる。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

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)		484			
全国順位(1,741市町村中)		268			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への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実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		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たが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2倍であった。

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

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

平成28年度の介護給付費は増えています。同規模平均では1件当たり給付費は減っているのに対し、八重瀬町では増え、居宅サービスが増えている状況です。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	八重瀬町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	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
平成25年度	18億0400万円	80,407	53,140	281,150	65,193	41,572	283,169
平成28年度	19億0077万円	83,430	56,557	274,052	62,901	40,734	277,659

② 医療費の状況(図表7)

一人当たりの医療費は、平成25年度と比べて増えています。また同規模と比較すると入院費用の伸び率を抑制できていないことがわかります。

医療費の変化

【図表7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	24億8684万円				12億2239万円				12億6444万円			
	H28年度	25億6883万円	△8199万円	-3.30	0.52	13億1436万円	△9196万円	-7.52	0.65	12億5446万円	997万円	0.79	0.43
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	22,140				10,880				11,260			
	H28年度	24,760	△2620	-11.83	-8.75	12,670	△1790	-16.45	-8.64	12,090	△830	-7.37	-8.64

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では減少していますが、被保険者数の減少を考えると1人当たりの医療費は上がっています。目標疾患医療費計の割合をH25と比較すると、国は下がっていますが八重瀬町は上がっています。短期目標疾患で糖尿病・脂質異常症は上がっていますが、まだ中長期目標疾患が下がる傾向にはありません。

【図表8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

※平成25年度の一人あたり医療費を100として、被保険者数の減少を考慮して算出
(H28年度一人あたり医療費÷H25年度一人あたり医療費)

単位:万円

市町村名	総医療費	被保険者数(人)	一人あたり医療費(円)		(中長期・短期)目標疾患医療費計	中長期目標疾患																
			金額	順位		腎		脳		心												
						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											
国	H25	9兆7,159億円	100	35,851,786	22,383	--	--	2兆4,805億円	100	25.5%	5,237億円	100	5.39%	384億円	100	0.40%	2,534億円	100	2.61%	2,294億円	100	2.36%
	H28	9兆6,880億円	110	32,587,866	24,245	--	--	2兆2,399億円	99	23.1%	5,232億円	110	5.40%	338億円	97	0.35%	2,157億円	94	2.23%	1,976億円	95	2.04%
沖縄県	H25	1204億3069	100	490,333	20,262	--	--	288億4867	100	24.0%	98億8787	100	8.21%	4億0365	100	0.34%	34億7900	100	2.89%	22億5938	100	1.86%
	H28	1204億8441	110	444,291	22,111	--	--	271億1089	104	22.5%	105億8568	118	8.79%	4億2494	116	0.35%	28億7027	91	2.38%	22億3938	109	1.86%
八重瀬町	H25	24億8684	100	9,312	22,139	127位	11位	5億3934	100	21.7%	2億0564	100	8.27%	523	100	0.21%	6.035	100	2.43%	2,752	100	1.11%
	H28	25億6883	112	8,551	24,758	106位	9位	5億3146	107	20.7%	2億0002	106	7.79%	665	138	0.26%	5.883	106	2.29%	4,353	172	1.69%

市町村名	短期目標疾患					新生物	精神疾患	筋・骨疾患											
	糖尿病	高血圧	脂質異常症																
国	H25	5,201億円	100	5.39%	6,098億円	100	6.28%	3,057億円	100	3.15%	1兆2,183億円	100	12.54%	9,119億円	100	9.39%	8,174億円	100	8.41%
	H28	5,235億円	111	5.40%	4,606億円	83	4.75%	2,855億円	103	2.95%	1兆3,767億円	124	14.21%	9,090億円	110	9.30%	8,190億円	110	8.45%
沖縄県	H25	46億4875	100	3.86%	57億2081	100	4.75%	24億4918	100	2.03%	102億7436	100	8.53%	192億4763	100	15.98%	83億6055	100	6.94%
	H28	45億9477	109	3.81%	41億3091	80	3.43%	22億6492	102	1.88%	114億1333	123	9.47%	185億2469	106	15.38%	86億8795	115	7.21%
八重瀬町	H25	8,922	100	3.59%	1億0414	100	4.19%	4,720	100	1.90%	1億9950	100	8.02%	5億0015	100	20.11%	1億5421	100	6.20%
	H28	9,497	116	3.70%	7,953	83	3.10%	4,789	110	1.86%	1億9889	109	7.74%	4億8749	106	18.98%	2億0483	145	7.97%

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）

全体的に見ると、高血圧がどの疾患にも多いこと、糖尿病が人工透析と虚血性心疾患に多いこと、脂質異常症の割合がどの疾患も増えていることが特徴です。このことから、短期的な目標である、高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防の取り組みが効果的であると考えられます。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	9370	216	2.3	51	23.6	14	6.5	182	84.3	110	50.9	153	70.8	
	64歳以下	7671	77	1.0	16	20.8	8	10.4	60	77.9	34	44.2	52	67.5	
	65歳以上	1699	139	8.2	35	25.2	6	4.3	122	87.8	76	54.7	101	72.7	
H28	全体	8845	223	2.5	61	27.4	21	9.4	184	82.5	114	51.1	163	73.1	
	64歳以下	6858	63	0.9	10	15.9	8	12.7	47	74.6	31	49.2	41	65.1	
	65歳以上	1987	160	8.1	51	31.9	13	8.1	137	85.6	83	51.9	122	76.3	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	9370	287	3.1	51	17.8	15	5.2	232	80.8	104	36.2	165	57.5	
	64歳以下	7671	110	1.4	16	14.5	8	7.3	92	83.6	37	33.6	63	57.3	
	65歳以上	1699	177	10.4	35	19.8	7	4.0	140	79.1	67	37.9	102	57.6	
H28	全体	8845	296	3.3	61	20.6	12	4.1	245	82.8	119	40.2	189	63.9	
	64歳以下	6858	100	1.5	10	10.0	4	4.0	77	77.0	39	39.0	55	55.0	
	65歳以上	1987	196	9.9	51	26.0	8	4.1	168	85.7	80	40.8	134	68.4	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症			
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	9370	38	0.4	15	39.5	14	36.8	34	89.5	19	50.0	18	47.4	
	64歳以下	7671	24	0.3	8	33.3	8	33.3	21	87.5	12	50.0	12	50.0	
	65歳以上	1699	14	0.8	7	50.0	6	42.9	13	92.9	7	50.0	6	42.9	
H28	全体	8845	40	0.5	12	30.0	21	52.5	35	87.5	20	50.0	23	57.5	
	64歳以下	6858	19	0.3	4	21.1	8	42.1	15	78.9	9	47.4	10	52.6	
	65歳以上	1987	21	1.1	8	38.1	13	61.9	20	95.2	11	52.4	13	61.9	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

全体的に見て、短期的な目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療者は増えていますが、様式3-2で平成25年と平成28年を比べると、インスリン療法が増え、糖尿病性腎症を起こしていることがわかります。様式3-3で比べると、脳血管疾患が増えていることがわかります。様式3-4で比べると、人工透析が増えていることがわかります。今後も中断者の確認や重症化予防に力を入れて取り組まなければなりません。

【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							
		被保険者数		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	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	9370	597	6.4	54	9.0	420	70.4	369	61.8	110	18.4	104	17.4	19	3.2	44	7.4	
	64歳以下	7671	305	4.0	35	11.5	184	60.3	175	57.4	34	11.1	37	12.1	12	3.9	16	5.2	
	65歳以上	1699	292	17.2	19	6.5	236	80.8	194	66.4	76	26.0	67	22.9	7	2.4	28	9.6	
H28	全体	8845	604	6.8	61	10.1	436	72.2	380	62.9	114	18.9	119	19.7	20	3.3	51	8.4	
	64歳以下	6858	280	3.8	35	13.5	166	63.8	152	58.5	31	11.9	39	15.0	9	3.5	17	6.5	
	65歳以上	1987	344	17.3	26	7.6	270	78.5	228	66.3	83	24.1	80	23.3	11	3.2	34	9.9	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		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	
				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	9370	1329	14.2	420	31.6	677	50.9	182	13.7	232	17.5	34	2.6	
	64歳以下	7671	665	8.7	184	27.7	309	46.5	60	9.0	92	13.8	21	3.2	
	65歳以上	1699	664	39.1	236	35.5	368	55.4	122	18.4	140	21.1	13	2.0	
H28	全体	8845	1299	14.7	436	33.6	684	52.7	184	14.2	245	18.9	35	2.7	
	64歳以下	6858	554	8.1	166	30.0	253	45.7	47	8.5	77	13.9	15	2.7	
	65歳以上	1987	745	37.5	270	36.2	431	57.9	137	18.4	168	22.6	20	2.7	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		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	
				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	9370	946	10.1	369	39.0	677	71.6	153	16.2	165	17.4	18	1.9	
	64歳以下	7671	484	6.3	175	36.2	309	63.8	52	10.7	63	13.0	12	2.5	
	65歳以上	1699	462	27.2	194	42.0	368	79.7	101	21.9	102	22.1	6	1.3	
H28	全体	8845	909	10.3	380	41.8	684	75.2	163	17.9	189	20.8	23	2.5	
	64歳以下	6858	381	5.6	152	39.9	253	66.4	41	10.8	55	14.4	10	2.6	
	65歳以上	1987	528	26.6	228	43.2	431	81.6	122	23.1	134	25.4	13	2.5	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの経年変化を見ると、男女ともに、腹囲 85 以上、中性脂肪 150 以上、GPT31 以上、HDL-C40 未満の有所見者が増加していることがわかります。また、男性はメタボリックシンドローム該当者、予備軍ともに増えています。血圧と脂質異常症を合わせたメタボリックシンドロームの割合が高いことがわかります。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省6-2~6-7)

☆No.23帳票

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	378	40.7	538	58.0	249	26.8	192	20.7	74	8.0	405	43.6	448	48.3	228	24.6	466	50.2	272	29.3	443	47.7	17	1.8
	40-64	226	43.2	301	57.6	170	32.5	128	24.5	45	8.6	222	42.4	219	41.9	134	25.6	239	45.7	179	34.2	254	48.6	4	0.8
	65-74	152	37.5	237	58.5	79	19.5	64	15.8	29	7.2	183	45.2	229	56.5	94	23.2	227	56.0	93	23.0	189	46.7	13	3.2
女性	合計	377	40.5	577	61.9	283	30.4	218	23.4	89	9.5	364	39.1	437	46.9	241	25.9	461	49.5	257	27.6	429	46.0	15	1.6
	40-64	184	43.3	261	61.4	156	36.7	143	33.6	43	10.1	149	35.1	163	38.4	129	30.4	183	43.1	144	33.9	198	46.6	2	0.5
	65-74	193	38.1	316	62.3	127	25.0	75	14.8	46	9.1	215	42.4	274	54.0	112	22.1	278	54.8	113	22.3	231	45.6	13	2.6

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	301	30.7	248	25.3	179	18.3	80	8.2	21	2.1	268	27.4	496	50.7	45	4.6	501	51.2	216	22.1	589	60.2	5	0.5
	40-64	137	26.8	112	21.9	92	18.0	45	8.8	8	1.6	109	21.3	217	42.5	14	2.7	221	43.2	116	22.7	304	59.5	2	0.4
	65-74	164	35.0	136	29.1	87	18.6	35	7.5	13	2.8	159	34.0	279	59.6	31	6.6	280	59.8	100	21.4	285	60.9	3	0.6
女性	合計	284	30.1	233	24.7	179	19.0	108	11.5	25	2.7	239	25.4	483	51.3	39	4.1	431	45.8	166	17.6	521	55.3	3	0.3
	40-64	102	25.1	91	22.4	71	17.5	56	13.8	11	2.7	75	18.5	163	40.1	10	2.5	142	35.0	76	18.7	222	54.7	1	0.2
	65-74	182	34.0	142	26.5	108	20.1	52	9.7	14	2.6	164	30.6	320	59.7	29	5.4	289	53.9	90	16.8	299	55.8	2	0.4

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	928	32.7	84	9.1	188	20.3%	13	1.4%	135	14.5%	40	4.3%	266	28.7%	61	6.6%	15	1.6%	117	12.6%	73	7.9%
	40-64	523	26.6	57	10.9%	106	20.3%	10	1.9%	63	12.0%	33	6.3%	138	26.4%	22	4.2%	11	2.1%	72	13.8%	33	6.3%
	65-74	405	46.5	27	6.7%	82	20.2%	3	0.7%	72	17.8%	7	1.7%	128	31.6%	39	9.6%	4	1.0%	45	11.1%	40	9.9%
女性	合計	932	34.1	72	7.7%	206	22.1%	18	1.9%	143	15.3%	45	4.8%	299	32.1%	66	7.1%	12	1.3%	131	14.1%	90	9.7%
	40-64	425	25.1	48	11.3%	88	20.7%	9	2.1%	54	12.7%	25	5.9%	125	29.4%	14	3.3%	5	1.2%	66	15.5%	40	9.4%
	65-74	507	48.8	24	4.7%	118	23.3%	9	1.8%	89	17.6%	20	3.9%	174	34.3%	52	10.3%	7	1.4%	65	12.8%	50	9.9%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	979	44.3	37	3.8%	82	8.4%	2	0.2%	68	6.9%	12	1.2%	129	13.2%	15	1.5%	5	0.5%	65	6.6%	44	4.5%
	40-64	511	36.1	27	5.3%	40	7.8%	1	0.2%	32	6.3%	7	1.4%	45	8.8%	7	1.4%	1	0.2%	22	4.3%	15	2.9%
	65-74	468	58.9	10	2.1%	42	9.0%	1	0.2%	36	7.7%	5	1.1%	84	17.9%	8	1.7%	4	0.9%	43	9.2%	29	6.2%
女性	合計	942	43.7	34	3.6%	84	8.9%	6	0.6%	59	6.3%	19	2.0%	115	12.2%	10	1.1%	4	0.4%	60	6.4%	41	4.4%
	40-64	406	32.8	17	4.2%	35	8.6%	3	0.7%	23	5.7%	9	2.2%	39	9.6%	3	0.7%	2	0.5%	21	5.2%	13	3.2%
	65-74	536	58.5	17	3.2%	49	9.1%	3	0.6%	36	6.7%	10	1.9%	76	14.2%	7	1.3%	2	0.4%	39	7.3%	28	5.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年と比べて、受診率は 0.4% 向上していますが、受診者数は減少しています。これは対象者が 123 人減っている影響があると考えられます。同規模内順位も 93 位へ下がっています。一方、特定保健指導は受診率・終了者ともに向上しています。また、受診勧奨者とは健診結果で受診勧奨値だった数で、医療機関を受診している割合は約半数です。重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってきます。

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								八重瀬町	同規模平均
H25年度	5,024	1,907	38.0%	81位	346	187	54.0%	52.6%	51.6%
H28年度	4,901	1,884	38.4%	93位	298	192	64.4%	52.6%	52.1%

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期的な目標である脳血管疾患、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ましたが、慢性腎不全、脳血管疾患、人工透析の患者数は増加しています。医療費について入院外は増えていますが、総医療費や介護給付費を抑制するまでにはいたっていません。

健診データの有所見者項目をみると、血圧 130/85 以上、LDL120 以上の人数が平成 25 年に比べて減っています。保健指導によって、外来医療につながったことで数値が改善していることが考えられます。しかし、メタボリックシンドローム該当者や予備軍は増加しています。虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の3つの疾患すべてにおいて脂質異常症有病者が増えている背景には、メタボリックシンドロームが解決できていないことが原因になっていると考えられます。住民自ら体の状態を確認できる場として特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は最優先に取り組むべき課題です。また、メタボリックシンドロームを意識した保健指導に今後も取り組まなければなりません。

また、受診勧奨者の中に医療機関受診者が多いことから、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す。

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）

入院件数は 4.4% で費用額全体の 51.2% をしめており、外来での治療を行い、入院を減らしていくことは重症化予防への取り組みにつながり費用対効果の面から効率

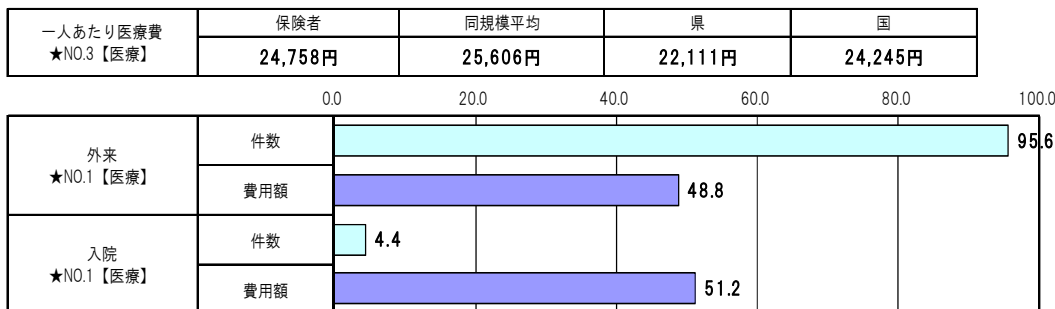
的です。

「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）

平成28年度中に1件80万円以上となった高額レセプトは390件です。

原因疾患では脳血管疾患 5.9%費用額 3060万円、虚血性心疾患 4.9%、費用額 2789万円です。動脈硬化に起因する、脳血管疾患や虚血性心疾患は大半が予防可能な疾患です。リスクとなる肥満度、血糖、血清脂質、血圧、尿酸の異常値の改善が重要になります。長期入院件数は852件あり、178件が脳血管疾患によるもので8950万円かかっています。高額となりやすい疾患の上、長期入院になりやすい脳血管疾患の予防が大切と考えます。

人工透析件数は平成28年の国保では481件、総額2億4421万円かかっています。人工透析患者の54.1%に糖尿病性腎症、虚血性心室患が51.6%、脳血管疾患が33.1%合併しています。費用額でみると、人工透析患者の糖尿病性腎症費用に1億3361万円、虚血性心疾患1億2322万円、脳血管疾患8002万円治療費がかかっています。

人工透析患者の費用が高額で更に合併した場合の腎症、脳血管、虚血性心疾患の費用も高額になることから、人工透析に移行させないため人工透析の起因となる糖尿病、肥満度、血圧、血清脂質、尿酸を悪化させないことが大切です。

生活習慣病の件数では、高血圧の治療者に脳血管疾患 82.8%、虚血性心疾患 82.5%、糖尿病性腎症 86.3%と高い重複がある。治療疾患では高血圧 55.6%、次に脂質異常症 38.7%の治療されている。高血圧は動脈硬化症を進行させ、脳血管疾患や虚血性心疾患を悪化させます。高血圧症は内服治療と生活習慣の改善で予防が可能です。高血圧症の改善は生命予後やQOLに関わる合併症予防となります。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

図表14

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	390件	23件 5.9%	20件 5.1%	68件 17.4%	279件 71.5%
		費用額	5億6785万円	3060万円 5.4%	2789万円 4.9%	9357万円 16.5%	4億1578万円 73.2%

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	852件	608件 71.4%	178件 20.9%	48件 5.6%
		費用額	3億7867万円	2億3575万円 62.3%	8950万円 23.6%	2184万円 5.8%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	件数	481件	260件 54.1%	159件 33.1%	248件 51.6%
			費用額	2億4421万円	1億3361万円 54.7%	8002万円 32.8%	1億2322万円 50.5%

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 重 礎 な 疾 患	2,350人	296人 12.6%	223人 9.5%	51人 2.2%	
			高血圧	245人 82.8%	184人 82.5%	44人 86.3%	
			糖尿病	119人 40.2%	114人 51.1%	51人 100.0%	
			脂質異常症	189人 63.9%	163人 73.1%	28人 54.9%	
			高血圧症	1,299人 55.3%	604人 25.7%	909人 38.7%	240人 10.2%
			糖尿病	604人 25.7%	909人 38.7%	240人 10.2%	

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表15)

介護認定率は8.6%で、要介護3~5が46.1%を占めています。介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが93.0%であり、筋・骨格疾患の92.7%を上回っていた。

2号保険者では47.4%の27人が介護度の重い要介護3~5度です。2号保険者の原因疾患をみると、脳卒中が73.9%、虚血性心疾患が17.3%となり、動脈硬化症の悪化による疾患が占めています。

また介護を受けている人の医療費は受けていない人の医療費より、2.2倍の医療費がかかっています。重症化予防のため、脳卒中、虚血性心疾患を起こさないための生活習慣の改善、内服治療の両方がなければ改善できません。重症化を予防することは介護予防につながります。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

図表15

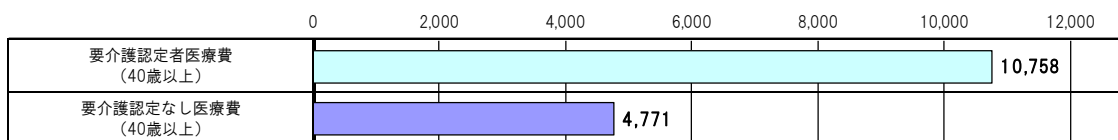
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		8,699人		2,281人		2,421人		4,702人	13,401人		
	認定者数		57人		132人		960人		1,092人	1,149人		
	認定率		0.7%		5.8%		39.7%		23.2%	8.6%		
	新規認定者数(*1)		1人		12人		84人		96人	97人		
介護度別人数	要支援1・2		14	24.6%	38	28.8%	187	19.5%	225	20.6%	239	20.8%
	要介護1・2		16	28.1%	55	41.7%	309	32.2%	364	33.3%	380	33.1%
	要介護3~5		27	47.4%	39	29.5%	464	48.3%	503	46.1%	530	46.1%
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)		30		77		893		970	1,000		
	再) 国保・後期		23		63		840		903	926		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	17 73.9%	脳卒中	28 44.4%	脳卒中	420 50.0%	脳卒中	448 49.6%	脳卒中	465 50.2%
		2	虚血性心疾患	4 17.4%	虚血性心疾患	10 15.9%	虚血性心疾患	312 37.1%	虚血性心疾患	322 35.7%	虚血性心疾患	326 35.2%
	3	腎不全	2 8.7%	腎不全	6 9.5%	腎不全	129 15.4%	腎不全	135 15.0%	腎不全	137 14.8%	
	合併症	4	糖尿病合併症	2 8.7%	糖尿病合併症	10 15.9%	糖尿病合併症	80 9.5%	糖尿病合併症	90 10.0%	糖尿病合併症	92 9.9%
	基礎疾患		20		53		764		817		837	
	高血圧・糖尿病 脂質異常症		87.0%		84.1%		91.0%		90.5%		90.4%	
	血管疾患		20		56		785		841		861	
	血管疾患 合計		87.0%		88.9%		93.5%		93.1%		93.0%	
	認知症		5		14		343		357		362	
			21.7%		22.2%		40.8%		39.5%		39.1%	
	筋・骨格疾患		17		49		792		841		858	
			73.9%		77.8%		94.3%		93.1%		92.7%	

*1) 新規認定者についてはNO.49「要介護突合状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表16・17)

男性では腹囲、HDL、空腹時血糖、尿酸、血圧が国、県より有所見率が高い状況です。特に 40~64 歳の BMI, 中性脂肪、GTP, HDL、尿酸が顕著に高く、65~74 歳では腹囲、HbA1c、血圧が高い状況です。

女性では全体的に県平均より低いですが、空腹時血糖、血圧は県よりも高い。特に 65~74 歳の BMI, 中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、血圧で県平均より顕著に高い状況です。

男性の受診勧奨、保健指導が重症化予防につながり、閉経後の65歳以上の女性にBMI、血糖値、血圧が顕著に高いため生活習慣の見直しを保健指導で行い介入が必要です。

図表 17 のメタボリックシンドローム該当者は男女とも 65～74 歳に該当者が多く、その内、
 血圧の有所見が多い状況です。心疾患や脳血管疾患、糖尿病性腎症予防のためにも、動脈
 硬化を悪化させるメタボリックシンドロームの改善が必要です。

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23（概票） 図表16

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7			
保険者	合計	377	40.5	577	61.9	283	30.4	218	23.4	89	9.5	364	39.1	437	46.9	241	25.9	461	49.5	257	27.6	429	46.0	15	1.6		
	40-64	184	43.3	261	61.4	156	36.7	143	33.6	43	10.1	146	35.1	163	38.4	129	30.4	183	43.1	144	33.9	198	46.6	2	0.5		
	65-74	193	38.1	316	62.3	127	25.0	75	14.8	46	9.1	218	42.4	274	54.0	112	22.1	278	54.8	113	22.3	231	45.6	13	2.6		

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2				
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5			
保険者	合計	284	30.1	233	24.7	179	19.0	108	11.5	25	2.7	239	25.4	483	51.3	39	4.1	431	45.8	166	17.6	521	55.3	3	0.3		
	40-64	102	25.1	91	22.4	71	17.5	56	13.8	11	2.7	75	18.5	163	40.1	10	2.5	142	35.0	76	18.7	222	54.7	1	0.2		
	65-74	182	34.0	142	26.5	108	20.1	52	9.7	14	2.6	164	30.6	320	59.7	29	5.4	289	53.9	90	16.8	299	55.8	2	0.4		

*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票） 図表17

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合				
	全国	3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,054	27.1%										
県	45,914	34.7%	3,286	7.2%	9,707	21.1%	633	1.4%	6,639	14.5%	2,406	5.2%	14,346	31.2%	2,329	5.1%	793	1.7%	6,920	15.1%	4,275	9.3%			
保険者	合計	932	34.1	72	7.7%	206	22.1%	18	1.9%	143	15.3%	46	4.8%	299	32.1%	66	7.1%	12	1.3%	131	14.1%	90	9.7%		
	40-64	425	25.1	46	11.3%	88	20.7%	9	2.1%	54	12.7%	25	5.9%	125	29.4%	14	3.3%	5	1.2%	66	15.5%	40	9.4%		
	65-74	507	48.8	24	4.7%	118	23.3%	9	1.8%	89	17.6%	20	3.9%	174	34.3%	52	10.3%	7	1.4%	65	12.8%	50	9.9%		

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合		人数 割合				
	全国	4,531,499	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4%										
県	51,978	43.1%	1,945	3.7%	4,926	9.5%	251	0.5%	3,570	6.9%	1,086	2.1%	6,659	12.8%	922	1.8%	353	0.7%	3,454	6.6%	1,896	3.6%			
保険者	合計	942	43.7	34	3.6%	84	8.9%	6	0.6%	59	6.3%	19	2.0%	115	12.2%	10	1.1%	4	0.4%	60	6.4%	41	4.4%		
	40-64	406	32.8	17	4.2%	35	8.6%	3	0.7%	23	5.7%	9	2.2%	39	9.6%	3	0.7%	2	0.5%	21	5.2%	13	3.2%		
	65-74	536	58.5	17	3.2%	49	9.1%	3	0.6%	36	6.7%	10	1.9%	76	14.2%	7	1.3%	2	0.4%	39	7.3%	28	5.2%		

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

HbA1cでは継続受診者の治療者が多く、新規受診者より HbA1cの値が低くなっています。
 継続受診者への保健指導は効果が出ていると考えます。しかし治療中でもコントロールの悪い
 方が多い事、未治療の支援が課題です。血糖値の改善には生活習慣の改善と内服治療の
 両方が必要です。

血圧では治療なしの新規受診者のⅡ度、Ⅲ度の割合が継続受診者より高いため、新規受診者への介入が必要です。

LDL-C では治療なしの LDL-C160~179、180 以上が新規受診者に高くなっています。140~159 では継続受診者が多くコントロールの難しさがあると考えます。



4) 未受診者の把握 (図表 19)

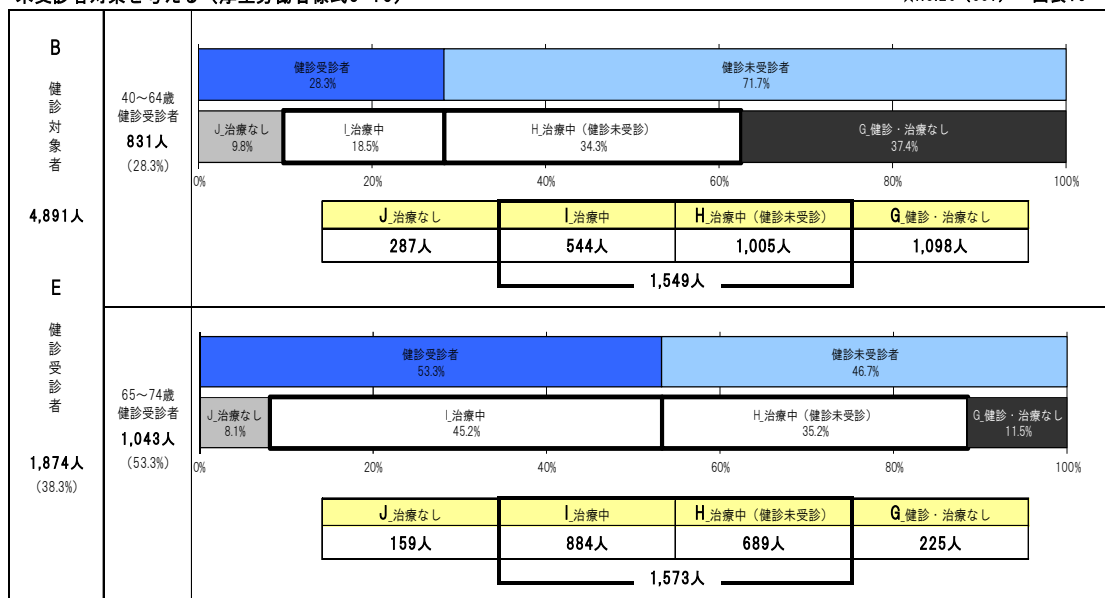
健診未受診者の割合が 71.7%と高く、体の状態が分からない状況です。さらに G 健診、治療なしの割合が 40~64 歳で 37.4%と高い。費用対効果でも特定健診受診の有無で生活習慣病治療にかかる費用は 5.4 倍の差があります。特に G 健診、治療なし

の方への受診勧奨が重要と考えます。

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

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

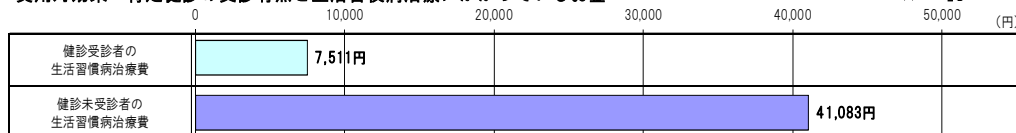
★NO.26 (CSV) 図表19



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3. 目標の設定

1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ25~15%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

から、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、八重瀬町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

	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	44%	47%	50%	53%	56%	60%
特定保健指導実施率	65%	66%	67%	68%	69%	70%

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	4,900人	4,880人	4,860人	4,840人	4,820人	4,800人
	受診者数	2,156人	2,294人	2,430人	2,566人	2,700人	2,880人
特定保健指導	対象者数	310人	320人	330人	340人	350人	360人
	受診者数	202人	212人	222人	232人	242人	252人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(八重瀬町保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。
(参照)URL：<http://www.okikoku.or.jp/>

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、沖縄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 受診券発行月日 ※ 受診券有効期限 【図表 22】

保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	受診券発行月日 ※ 受診券有効期限											
		H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
八重瀬町	4,900	4月1日	→3月31日										

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは2月末です。

（注）75歳に到達する方については、一律達した日の前日が有効期限です。

5. 特定保健指導の実施

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

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結

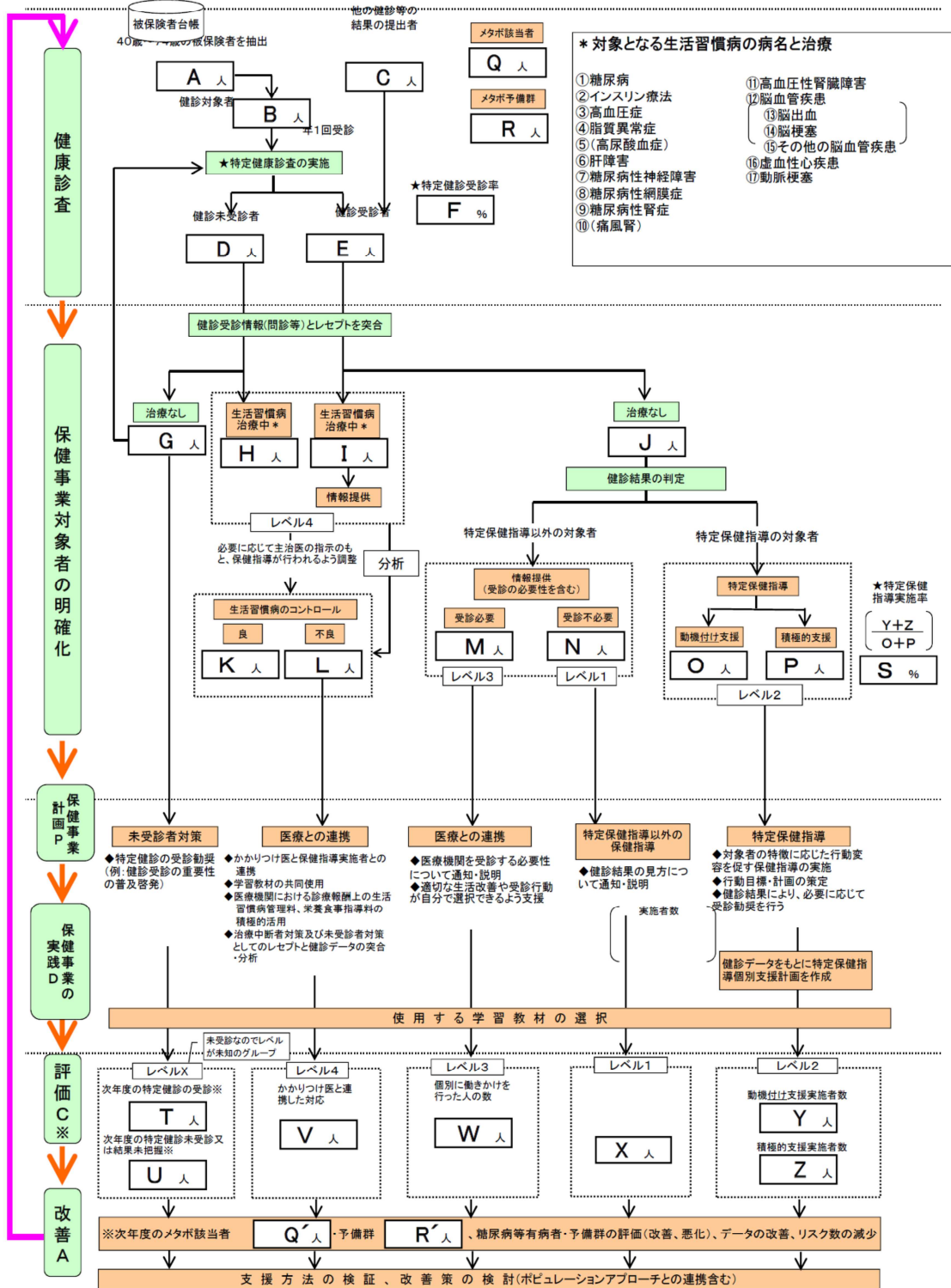
果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】

様式5-5

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	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	321 人 (16.2)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	339 人 (17.1)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	3,261 人 ※受診率目標 達成までにあ と 1,165 人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	411 人 (20.7)	40%
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	911 人 (46.0)	50%

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八重瀬町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、八重瀬町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	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	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 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては沖縄県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m 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。八重瀬町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

八重瀬町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は47人(30.5%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者588人中のうち、特定健診受診者が107人(18.2%・G)であったが、3人(2.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者374人(63.6%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者97人中21人は治療中断であることが分かった。また、76人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より八重瀬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)・・・47人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・24人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・104人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・76人

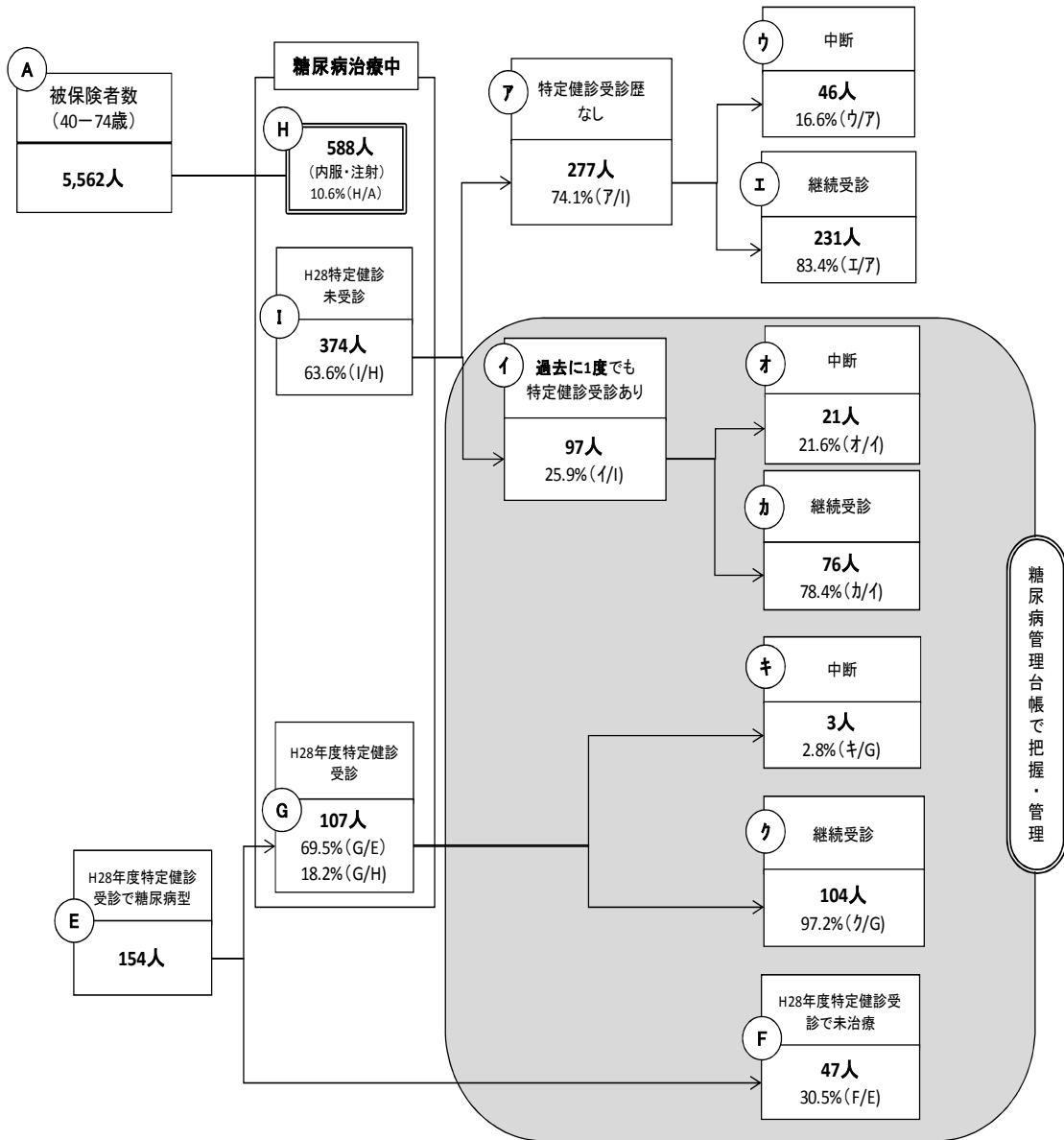
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

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)

【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。

【糖尿病台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の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、結果の確認する

去年のデータと比較し介入対象者を試算

(5) 担当地区の対象者数の把握する

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……○人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

4) 保健指導の実施

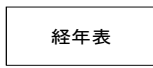
(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。八重瀬町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> 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～ 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</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか ← 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 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</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体のもと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 ビッグアナイド薬とは チアソリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施する。結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては沖縄県プログラムに準じて行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料2)

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6)

(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。八重瀬町において健診受診者1,971人のうち心電図検査実施者は1,054人(53.3%)であり、そのうちST所見があったのは214人であった(図表30)。ST所見あり214人中のうち20人は要精査であり、その後の受診状況をみると5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 194 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。

八重瀬町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果 【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
					人	%	人	%	人	%
平成28年度	1976	100.0	1054	53.3	214	20.3	230	21.8	610	57.9

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)(%)
214	100.0	20	9.3	15	75.0	5	25.0

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1,976	214 10.8%	230 11.6%	610 30.9%	922 46.7%	
メタボ該当者	435 22.0%	62 14.3%	70 16.1%	89 20.5%	214 49.2%	
メタボ予備群	300 15.2%	34 11.3%	41 13.7%	87 29.0%	138 46.0%	
メタボなし	1,241 62.8%	118 9.5%	119 9.6%	434 35.0%	570 45.9%	
LDL	140-159	202 16.3%	19 9.4%	11 5.4%	76 37.6%	96 47.5%
	160-179	65 5.2%	6 9.2%	3 4.6%	25 38.5%	31 47.7%
	180-	42 3.4%	6 14.3%	4 9.5%	15 35.7%	17 40.5%
CKD	G3aA1~	426 21.6%	59 13.8%	47 11.0%	133 31.2%	187 43.9%

②-1

②-2

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価に

についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用して。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】

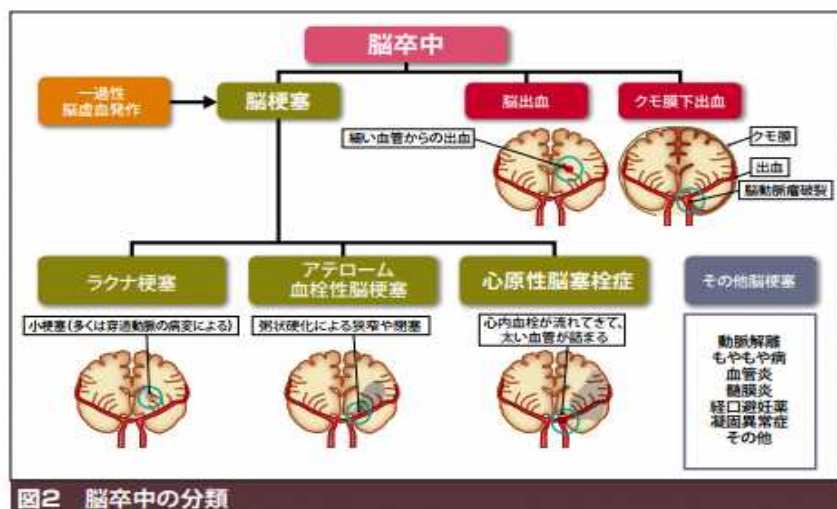


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
		アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○	○	○				
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDMB)		心房細動		メタボリックシ ンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における重症化予 防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		114人	5.8%	119人	6.0%	66人	3.3%	5人	0.3%	435人	22.0%	42人	2.1%	60人	3.0%
治療なし		70人	5.7%	50人	2.8%	58人	3.6%	3人	0.3%	110人	10.4%	9人	0.9%	17人	1.6%
治療あり		44人	5.9%	69人	33.7%	8人	2.1%	2人	0.2%	325人	35.6%	33人	3.6%	43人	4.8%
臓器障害あり		24人	34.3%	10人	20.0%	16人	27.6%	3人	100.0%	32人	29.1%	9人	100.0%	17人	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	3人		3人		6人		0人		5人		9人		17人	
	尿蛋白(2+)以上	2人		3人		4人		0人		4人		9人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		0人		1人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		1人		0人		1人		0人		17人	
	心電図所見あり	22人		8人		13人		3人		29人		3人		3人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が114人(5.8%)であり、70人は未治療者であった。また未治療者のうち24人(34.3%)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44人(5.9%)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)

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。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

【図表37】

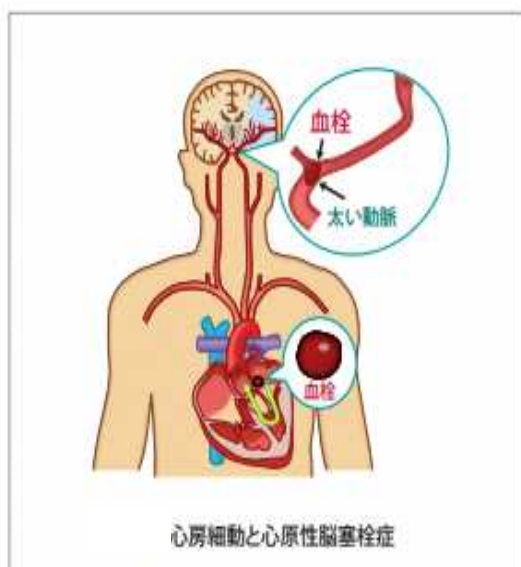
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
	1,226	432	290	218	216	50	20	14	106	166
		35.2%	23.7%	17.8%	17.6%	4.1%	1.6%	1.1%	8.6%	13.5%
リスク第1層	180	99	37	25	14	5	0	14	5	0
		14.7%	22.9%	12.8%	11.5%	6.5%	10.0%	100%	4.7%	0.0%
リスク第2層	573	210	143	93	101	21	5	--	101	26
		46.7%	48.6%	49.3%	42.7%	46.8%	42.0%	--	95.3%	15.7%
リスク第3層	473	123	110	100	101	24	15	--	--	140
		38.6%	28.5%	37.9%	45.9%	46.8%	48.0%	--	--	84.3%
再掲 重複あり	糖尿病	115	30	30	26	20	7	2		
		24.3%	24.4%	27.3%	26.0%	19.8%	29.2%	13.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	255	71	52	53	62	12	5		
		53.9%	57.7%	47.3%	53.0%	61.4%	50.0%	33.3%		
3個以上の危険因子	213	42	55	46	50	13	7			
		45.0%	34.1%	50.0%	46.0%	49.5%	54.2%	46.7%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態



(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	556	498	5	0.9	0	0		
40歳代	80	43	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	94	81	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	274	259	3	1.1	0	0	1.9	0.4
70～74歳	108	115	2	1.9	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 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	%
5	0.5	1	20.0	4	80.0

心電図検査において 5 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。今回 60 歳代において日本循環器学会疫学調査と比較して低かった。また 5 人のうち 4 人は既に治療が開始されていたが、1 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が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

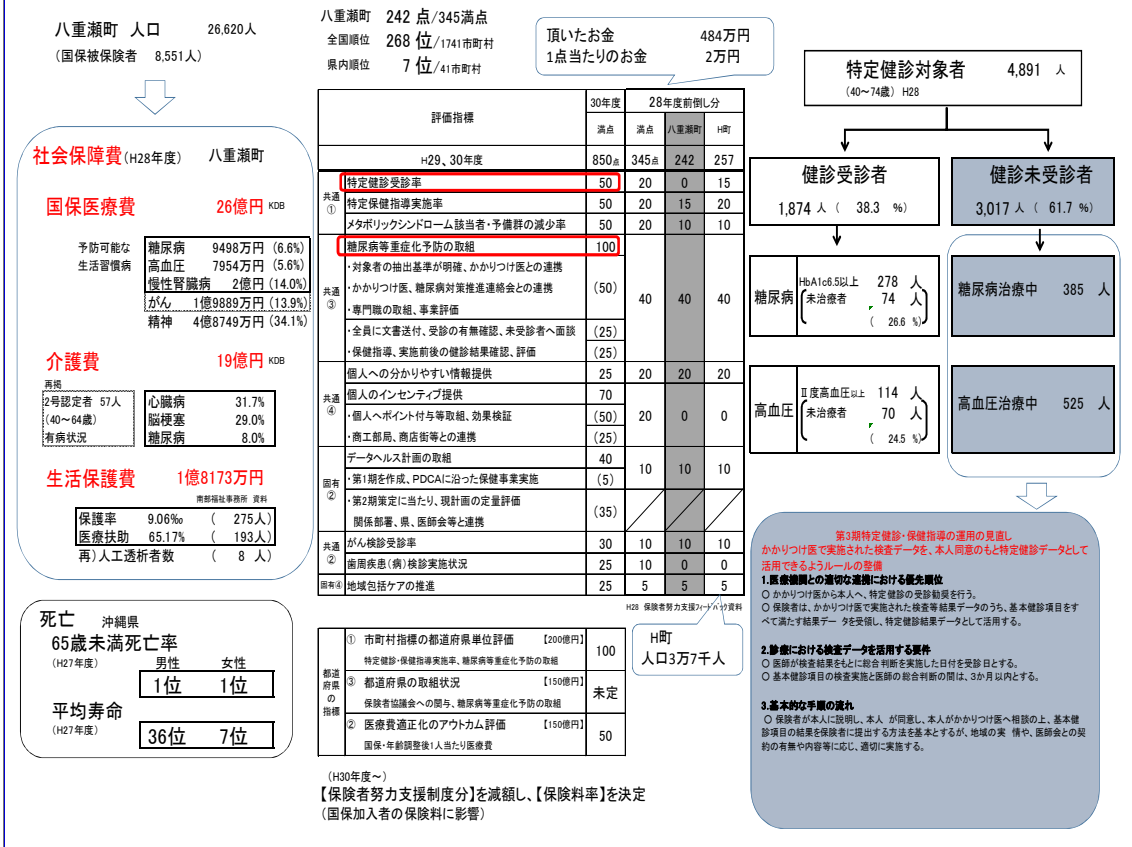
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 40・41)

保険者努力支援制度 八重瀬町

【図表40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

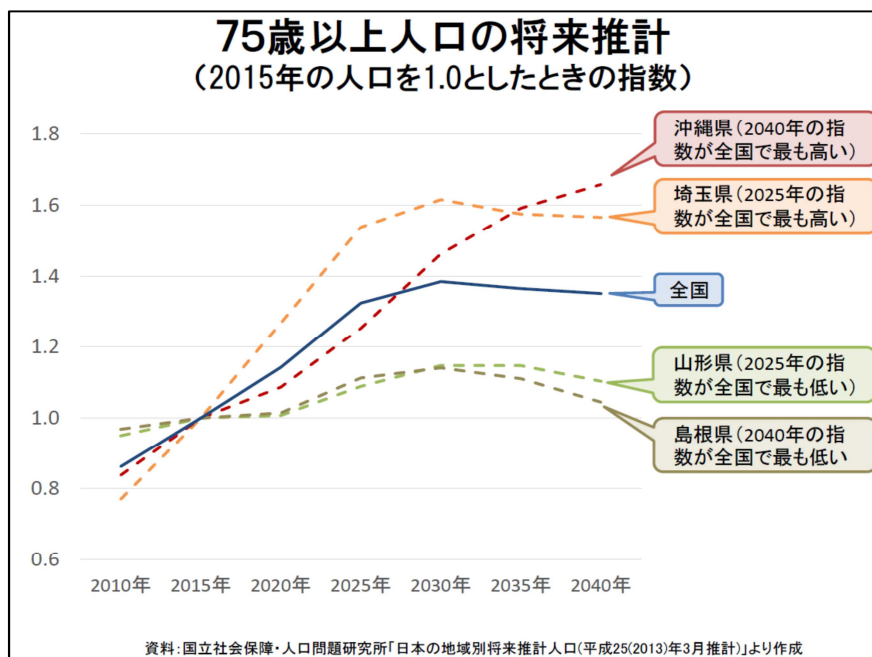
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表42)

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

【図表42】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	<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、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

【図表 43】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値								最終評価年度	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35		
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	38.4%	41.0%	44.0%	47.0%	50.0%	53.0%	56.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	64.4%	65.0%	65.5%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%		
			特定保健指導対象者の減少率25%	15.8%	15.2%	14.6%	14.0%	13.4%	12.8%	12.2%	11.8%		
データヘルス計画	・65歳未満死亡の割合が、19.1%で県、全国より高い ・高血糖者の割合が1.3%で県と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の50.0%を占めている。 ・健診受診者のうち糖尿病未治療者が47人(30.5%)である。 ・介護保険で認定された2号保険者の原因疾患をみると、脳卒中が73.9%、虚血性心疾患が17.3%で、動脈硬化症の悪化による疾患が占めている	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合25%減少	2.3%			2.2%				2.0%	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合25%減少	1.7%			1.5%				1.0%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の現状維持または減少	3.2%			3.0%				3.0%		
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	37.7%	37.0%	36.0%	35.0%	33.0%	31.0%	29.0%	28.3%		
			健診受診者の高血圧の割合減少25%(160/100以上)	5.8%	5.6%	5.4%	5.2%	5.0%	4.8%	4.6%	4.3%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少15%(LDL140以上)	24.8%	24.3%	23.8%	23.3%	22.8%	22.3%	21.8%	21.1%		
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少15%(HbA1c6.5以上)	6.0%	5.9%	5.8%	5.6%	5.5%	5.4%	5.2%	5.1%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%	32.5%	28.8%	25.1%	21.4%	17.7%	14.0%	10.3%	6.5%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合90%以上	77.9%	79.6%	81.3%	83.1%	84.8%	86.5%	88.2%	90.0%		
			短期	・大腸がんによる標準化死亡比が22.6で国と比較して高い ・がん検診受診率が低い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	8.6%	10.0%	13.0%	17.0%	22.0%		28.0%
肺がん検診 40%以上	13.7%	16.0%				19.0%	22.0%	26.0%	31.0%	35.0%	40.0%		
大腸がん検診 40%以上	9.8%	12.0%				14.0%	17.0%	22.0%	28.0%	36.0%	40.0%		
子宮頸がん検診 50%以上	27.9%	30.0%				33.0%	37.0%	40.0%	43.0%	46.0%	50.0%		
乳がん検診 50%以上	22.6%	27.0%				32.0%	39.0%	42.0%	44.0%	46.0%	50.0%		
	・数量シェアH28年度78.5%	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合50%以上	-	-	-	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	八重瀬町健康保険課 厚生労働省公表結果	
			後発医薬品の使用割合86%以上	78.5%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%	86.0%		

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

※H32～H31のデータで中間評価を行う。

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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、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八重瀬町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた八重瀬町の位置

【参考資料1】

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
		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	26,620		4,840,962		1,373,576		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）	4,702	17.7	1,107,232	22.9	239,486	17.4	29,020,766		23.2
		75歳以上	2,421	9.1			119,934	8.7	13,989,864		11.2
		65～74歳	2,281	8.6			119,552	8.7	15,030,902		12.0
		40～64歳	8,699	32.7			448,207	32.6	42,411,922		34.0
	39歳以下	13,219	49.7			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		10.7		6.2		5.4		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		17.1		28.8		15.4		25.2	
		第3次産業		72.1		65.0		79.2		70.6	
	③ 平均寿命	男性		79.9		79.7		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			86.8		86.5		87.0		86.4		
④ 健康寿命	男性		65.2		65.4		64.5		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性		66.4		66.9		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		104.7		98.8		97.8		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性									
		女性									
		がん	70	52.2	13,676	49.0	2,965	48.0	367,905	49.6	
		心臓病	26	19.4	7,410	26.6	1,600	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	23	17.2	4,436	15.9	893	14.5	114,122	15.4	
		糖尿病	5	3.7	538	1.9	187	3.0	13,658	1.8	
	腎不全	4	3.0	920	3.3	243	3.9	24,763	3.3		
	自殺	6	4.5	924	3.3	287	4.6	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	29	19.1			1,989	17	136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査
男性		20	23.8			1,386	22	91,123	13.5		
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,092	22.8	214,304	19.5	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	4	0.4	3,881	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	57	0.6	5,773	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	227	19.4	50,726	22.7	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	623	52.5	116,656	52.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	319	26.4	62,464	27.9	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	681	57.6	132,934	59.8	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患	348	29.8	59,484	26.9	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
		がん	111	8.2	22,320	9.9	4,558	7.8	631,950	10.3	
		筋・骨格	593	48.9	114,481	51.4	27,292	47.3	3,067,196	50.3	
精神	419	34.2	80,074	35.8	19,275	33.0	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		83,430		62,901		71,386		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス		56,557		40,734		52,569		39,662		
	施設サービス		274,052		277,659		282,196		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		10,758		8,370		9,703		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定あり		4,771		3,831		4,397		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数	8,551		1,198,062		444,291		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	2,069	24.2			103,448	23.3	12,461,613		38.2
		40～64歳	3,356	39.2			168,937	38.0	10,946,712		33.6
		39歳以下	3,126	36.6			171,906	38.7	9,179,541		28.2
		加入率		32.1		25.1		32.3		26.9	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.1	296	0.2	94	0.2	8,255	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	10	1.2	2,970	2.5	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	345	40.3	53,431	44.6	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	68	8.0	8,940	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数		526.4		692.6		507.9		668.1	
③ 医療費の状況	入院患者数		24.4		19.6		20.0		18.2	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	
	一人当たり医療費	24,758		25,606		22,111		24,245			
	受診率		550.797		712.241		527.86		686.286		
	外来費用の割合		48.8		59.2		52.4		60.1		
	外来件数の割合		95.6		97.2		96.2		97.4		
	入院費用の割合		51.2		40.8		47.6		39.9		
	入院件数の割合		4.4		2.8		3.8		2.6		
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調期含む))	1件あたり在院日数		17.6日		15.8日		17.1日		15.6日	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	がん		198,890,220	13.9	25.2		17.3		25.6		
	慢性腎不全 (透析あり)		200,021,630	14.0	9.3		16.0		9.7		
	糖尿病		94,975,620	6.6	10.1		7.0		9.7		
	高血圧症		79,535,240	5.6	8.8		6.3		8.6		
	精神		487,492,200	34.1	16.6		28.0		16.9		
筋・骨格		204,831,360	14.3	15.5		13.1		15.2			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数42	入院	糖尿病	547,759	32位	(19)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
					高血圧	614,111	19位	(18)							
					脂質異常症	541,488	26位	(19)							
					脳血管疾患	654,140	23位	(22)							
					心疾患	674,363	20位	(14)							
					腎不全	903,126	9位	(16)							
					精神	475,367	23位	(26)							
					悪性新生物	625,143	32位	(14)							
					外来	糖尿病	44,482	10位							
					高血圧	34,268	18位								
					脂質異常症	37,689	1位								
					脳血管疾患	42,485	15位								
					心疾患	66,743	10位								
					腎不全	205,554	16位								
精神	38,058	7位													
悪性新生物	67,848	6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	2,222		3,022		1,919		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	12,152		12,116		10,954		12,339					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,511		8,244		6,836		6,742					
			健診未受診者	41,083		33,045		39,024		35,459					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,062	56.7	189,567	56.6	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	985	52.6	174,386	52.1	49,936	51.6	4,069,618	51.5					
		医療機関非受診率	77	4.1	15,181	4.5	4,230	4.4	357,742	4.5					
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	メタボ 該当・ 予備群 レベル	健診受診者	1,874		334,719		96,836		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	38.3	県内27位 同規模93位	40.6		37.5	全国25位	36.4			
					特定保健指導終了者(実施率)	183	59.6	13,919	34.0	7,845	50.6	198,683		21.1	
					非肥満高血糖	116	6.2	34,471	10.3	6,227	6.4	737,886		9.3	
					メタボ	該当者	414	22.1	59,567	17.8	21,916	22.6		1,365,855	17.3
						男性	299	32.1	40,619	27.7	15,055	32.9		940,335	27.5
						女性	115	12.2	18,948	10.1	6,861	13.4		425,520	9.5
						予備群	290	15.5	36,195	10.8	14,505	15.0		847,733	10.7
						男性	206	22.1	25,013	17.0	9,655	21.1		588,308	17.2
					女性	84	8.9	11,182	5.9	4,850	9.5	259,425		5.8	
					BMI	総数	810	43.2	107,607	32.1	41,588	42.9		2,490,581	31.5
						男性	577	61.9	73,443	50.1	27,902	60.9		1,714,251	50.2
						女性	233	24.7	34,164	18.2	13,686	26.8		776,330	17.3
						総数	101	5.4	16,193	4.8	6,193	6.4		372,685	4.7
						男性	12	1.3	2,462	1.7	901	2.0		59,615	1.7
						女性	89	9.4	13,731	7.3	5,292	10.4		313,070	7.0
						血糖のみ	24	1.3	2,474	0.7	913	0.9		52,296	0.7
						血圧のみ	202	10.8	24,960	7.5	10,137	10.5		587,214	7.4
						脂質のみ	64	3.4	8,761	2.6	3,455	3.6		208,214	2.6
血糖・血圧	76	4.1	9,940	3.0		3,328	3.4	212,002	2.7						
血糖・脂質	16	0.9	3,451	1.0		1,228	1.3	75,032	0.9						
血圧・脂質	191	10.2	27,799	8.3		10,556	10.9	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	131	7.0	18,377	5.5		6,804	7.0	415,310	5.3						
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬 既往歴 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量	糖尿病		198	10.6	26,435	7.9	8,886	9.2	589,711	7.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				脂質異常症	362	19.3	78,343	23.4	19,747	20.4	1,861,221	23.6			
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	61	3.7	10,454	3.3	2,781	3.2	246,252	3.3			
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	108	6.5	18,765	5.8	3,985	4.5	417,378	5.5			
				腎不全	5	0.3	2,354	0.7	477	0.5	39,184	0.5			
				貧血	101	5.9	31,124	9.7	5,051	6.2	761,573	10.2			
				喫煙	254	13.6	44,727	13.4	14,476	14.9	1,122,649	14.2			
				週3回以上朝食を抜く	87	14.7	20,927	7.1	10,244	18.2	585,344	8.7			
				週3回以上食後間食	98	16.6	32,417	11.0	9,397	16.7	803,966	11.9			
				週3回以上就寝前夕食	170	28.2	43,462	14.6	13,503	23.9	1,054,516	15.5			
				食べる速度が速い	212	34.4	74,088	25.2	17,001	31.4	1,755,597	26.0			
				20歳時体重から10kg以上増加	277	45.2	96,666	32.5	25,674	46.4	2,192,264	32.1			
				1回30分以上運動習慣なし	339	53.4	171,305	57.8	32,954	57.5	4,026,105	58.8			
				1日1時間以上運動なし	282	45.9	137,370	46.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0			
睡眠不足	154	26.4	70,531	24.1	16,386	30.1	1,698,104	25.1							
毎日飲酒	367	34.7	77,676	24.4	14,259	22.1	1,886,293	25.6							
時々飲酒	331	31.3	65,976	20.8	18,519	28.7	1,628,466	22.1							
一日飲酒量	1合未満	484	50.0	139,409	65.4	22,185	50.1	3,333,836	64.0						
1~2合	283	29.2	50,108	23.5	12,695	28.7	1,245,341	23.9							
2~3合	126	13.0	18,712	8.8	5,994	13.5	486,491	9.3							
3合以上	75	7.7	5,089	2.4	3,385	7.6	142,733	2.7							

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳
(HbA1c6.5以上)

番号	登録年度	地区	住所	番地	被保険者番号	氏名	性別	H29年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	備考①				
1										糖尿病												
										高血圧	糖	糖	HbA1c									
										虚血性心疾患	糖	糖	体重									
										脳血管疾患	以外	以外	BMI									
										糖尿病性腎症	以外	以外	血圧									
											CKD	CKD	GFR									
													尿蛋白									
2										糖尿病												
										高血圧	糖	糖	HbA1c									
										虚血性心疾患	糖	糖	体重									
										脳血管疾患	以外	以外	BMI									
										糖尿病性腎症	以外	以外	血圧									
											CKD	CKD	GFR									
													尿蛋白									
3										糖尿病												
										高血圧	糖	糖	HbA1c									
										虚血性心疾患	糖	糖	体重									
										脳血管疾患	以外	以外	BMI									
										糖尿病性腎症	以外	以外	血圧									
											CKD	CKD	GFR									
													尿蛋白									
4										糖尿病												
										高血圧	糖	糖	HbA1c									
										虚血性心疾患	糖	糖	体重									
										脳血管疾患	以外	以外	BMI									
										糖尿病性腎症	以外	以外	血圧									
											CKD	CKD	GFR									
													尿蛋白									
5										糖尿病												
										高血圧	糖	糖	HbA1c									
										虚血性心疾患	糖	糖	体重									
										脳血管疾患	以外	以外	BMI									
										糖尿病性腎症	以外	以外	血圧									
											CKD	CKD	GFR									
													尿蛋白									

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年度計画

H 年度

担当地区

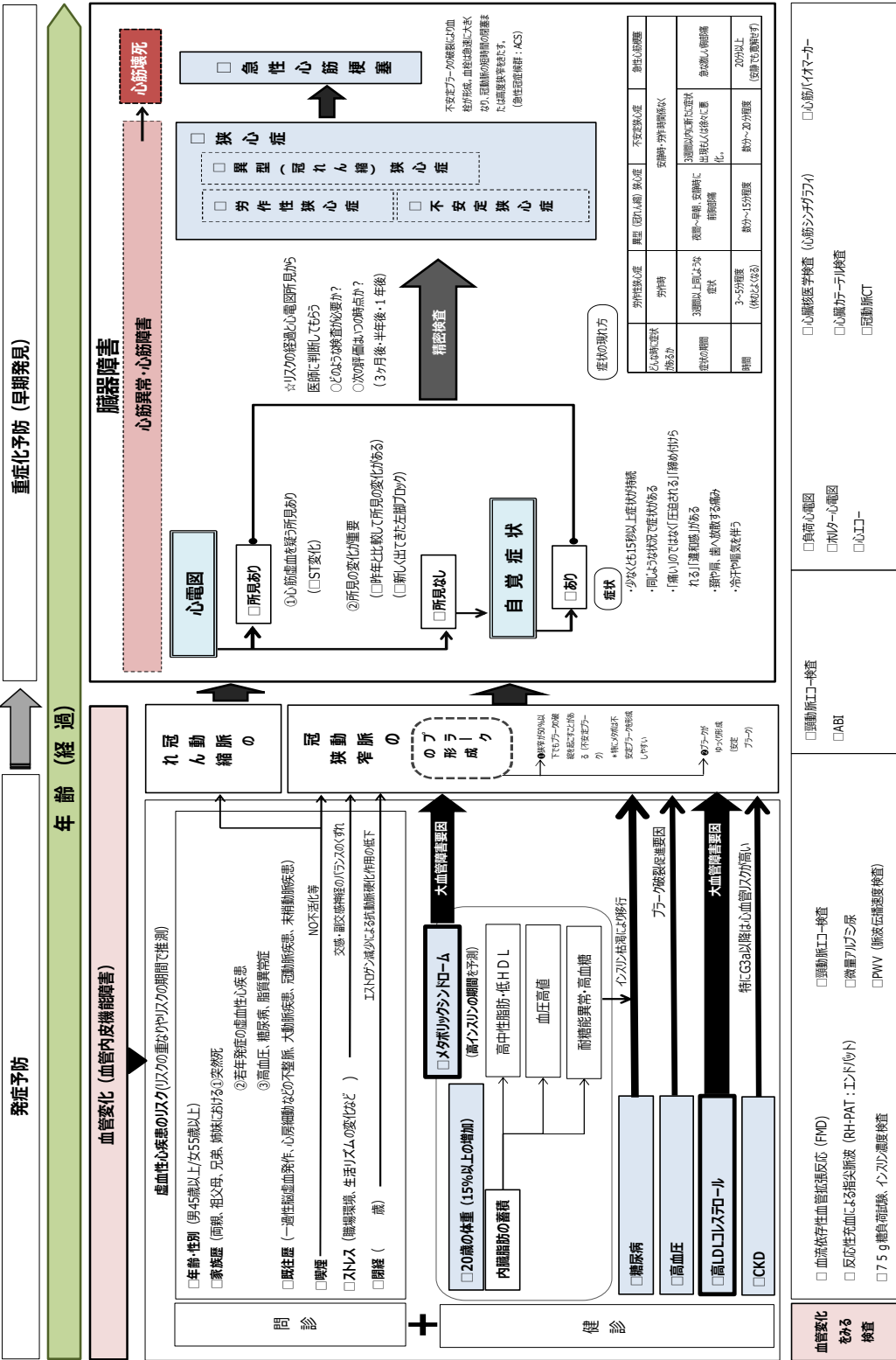
	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門医との連携												
結果把握	<p>糖尿病管理台帳の全数(A + B) ()人</p> <p>① A 健診未受診者 ()人</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>()人</td> </tr> </table> <p>② ①-1未治療者(中断者含む) ()人</p> <p style="font-size: small;">*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動(死亡・転出)	()人	⑤確認できず	()人	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認</p> <p>○医療保険異動の確認</p> <p>○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認</p> <p>○治療の確認</p> <p>○直近の治療の有無の確認</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; font-size: x-small;"> ●合併症 ●脳・心疾患・手術 ●人工透析 ●がん </div> <p>3.会いに行く</p> <p>○医療受診勧奨の保健指導</p> <p>○糖尿病手帳の確認</p>	<p>後期高齢者、社会保険</p> <p>○健診データを本人から</p> <p>○レセプトの確認協力</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p>
	結果把握(内訳)														
①国保(生保)	()人														
②後期高齢者	()人														
③他保険	()人														
④住基異動(死亡・転出)	()人														
⑤確認できず	()人														
<p>③ B 健診未受診者 ()人</p> <p>① HbA1cが悪化している ()人</p> <p style="font-size: x-small;">例) HbA1c 7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>② 蛋白尿 (-) ()人</p> <p style="margin-left: 20px;">(±) ()人</p> <p style="margin-left: 20px;">(+)-顕性腎症 ()人</p> <p>③ eGFR値の変化</p> <p style="margin-left: 20px;">1年で25%以上低下 ()人</p> <p style="margin-left: 20px;">1年で5ml/min以上低下 ()人</p>	<p>4.結果から動く</p> <p>○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認</p> <p>○経年データ、治療状況に応じた保健指導</p> <p>○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導</p>	<p>原アルブミン検査の継続</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>													

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料 5】

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A		8,845人				KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳	5,562人						
2	①	特定健診	B		5,242人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②		対象者数	1,981人						
	③		受診率	37.8%						
3	①	特定保健指導	C		298人					
	②		実施率	64.4%						
4	①	健診データ	E		274人 13.8%				特定健診結果	
	②		糖尿病型	F		72人 26.3%				
	③		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G		202人 73.7%				
	④		治療中(質問票 服薬あり)	J		95人 47.0%				
	⑤		コントロール不良 HbA1c 0.01以上または空腹時血糖130以上	J		52人 54.7%				
	⑥		血圧 130/80以上	J		45人 47.4%				
	⑦		肥満 BMI25以上	K		107人 53.0%				
	⑧		コントロール良 HbA1c 0未満かつ空腹時血糖130未満	M		209人 76.3%				
	⑨		第1期 尿蛋白(-)	M		37人 13.5%				
	⑩		第2期 尿蛋白(±)	M		27人 9.9%				
	⑪		第3期 尿蛋白(+)以上	M		1人 0.4%				
5	①	レセプト	H		68.3人				KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②		糖尿病受療率(被保険者対)	105.9人						
	③		(再掲)40-74歳(被保険者対)	3,059件 (563.9)		4,309件 (785.4)				
	④		レセプト件数(40-74歳) ()内は被保険者対	28件 (5.2)		28件 (5.1)				
	⑤		入院外(件数)							
	⑥		糖尿病治療中	H		604人 6.8%				
	⑦		(再掲)40-74歳	H		589人 10.6%				
	⑧		健診未受診者	I		387人 65.7%				
	⑨		インスリン治療	O		61人 10.1%				
	⑩		(再掲)40-74歳	O		58人 9.8%				
	⑪		糖尿病性腎症	L		51人 8.4%				
	⑫		(再掲)40-74歳	L		50人 8.5%				
	⑬		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			20人 3.31%				
	⑭		(再掲)40-74歳			19人 3.23%				
	⑮		新規透析患者数			3 15.0%				
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症			1 33%				
⑰	【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)			560人 1.96%						
6	①	医療費			25億6883万円		23億0569万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②		総医療費	14億2866万円		13億0229万円				
	③		生活習慣病総医療費	55.6%		56.5%				
	④		(総医療費に占める割合)	7,511円		8,244円				
	⑤		生活習慣病 対象者 一人あたり	41,083円		33,045円				
	⑥		健診受診者	9498万円		1億3171万円				
	⑦		健診未受診者	6.6%		10.1%				
	⑧		糖尿病医療費	3億5127万円						
	⑨		(生活習慣病総医療費に占める割合)	44,482円						
	⑩		糖尿病入院外総医療費	2億8100万円						
	⑪		1件あたり	547,759円						
	⑫		糖尿病入院総医療費	19日						
	⑬		1件あたり	2億0668万円		1億2887万円				
	⑭		慢性腎不全医療費	2億0002万円		1億2093万円				
	⑮		透析有り	666万円		794万円				
⑯	透析なし									
7	①	介護			19億0078万円		19億7126万円			
	②		介護給付費	(2号認定者)糖尿病合併症		2件 8.7%				
8	①	死亡			5人 2.4%		3人 1.2%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献 6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「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」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか、この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			⑥ 発症予防対象者	
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149			150～299
		食後	～199			200～
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169			170～
	<input type="checkbox"/> AST	～30	31～50			51～
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99			100～125
		食後	～139			140～199
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～	
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9		8.0～	
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139			
	拡張期	～84	85～89			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1～				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成28年7月作成分)

【参考資料10】

