

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 武雄市

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	21
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	27
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	46
第 6 章 計画の評価・見直し	47
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48

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。

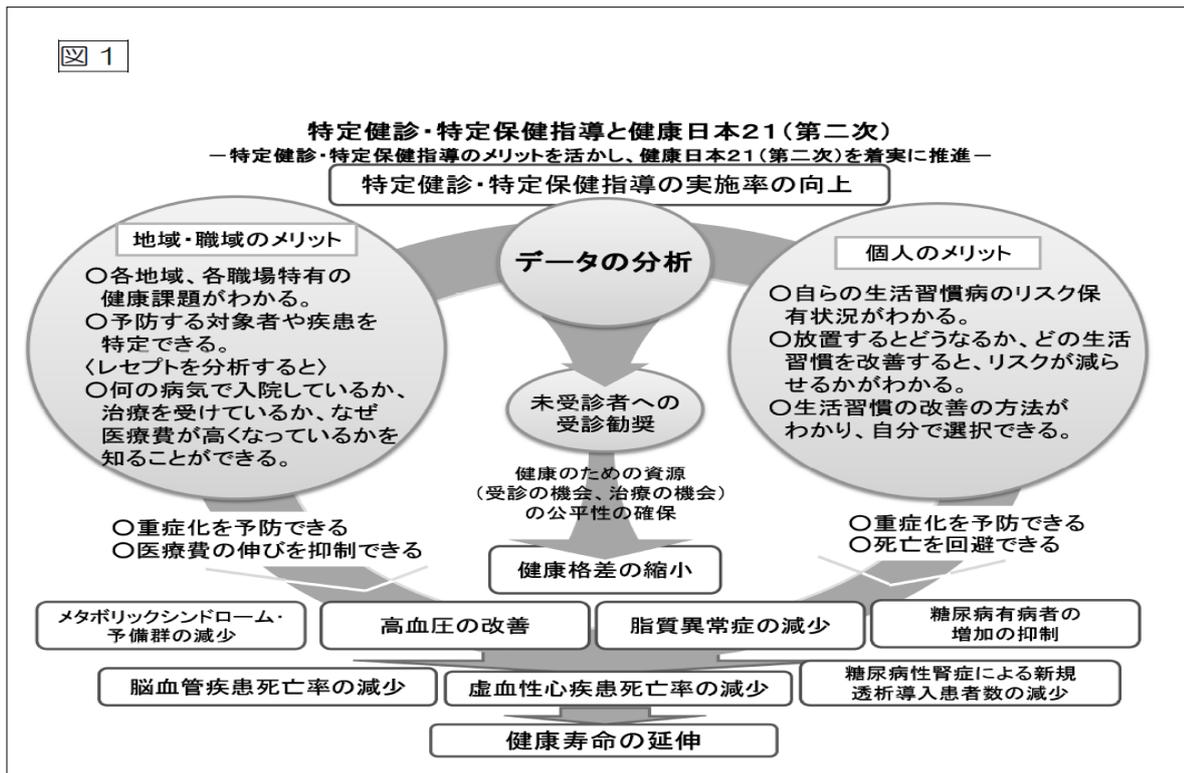
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業等の医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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

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

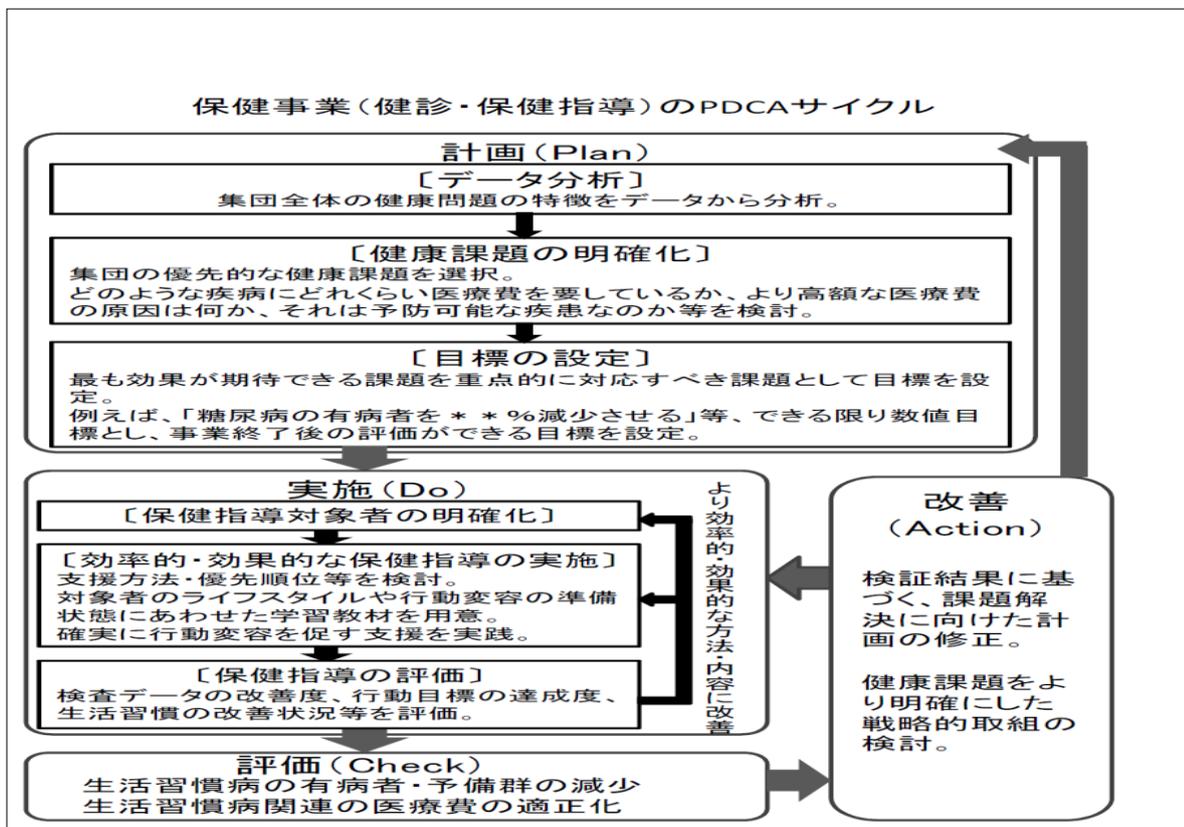
武雄市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【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としている。佐賀県医療費適正化計画(第3期)や第7次佐賀県保健医療計画が平成30年度(2018年度)から平成35年度(2023年度)までを次期計画期間としていることより、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度(2018年度)から平成35年度(2023年度)の6年間とする。

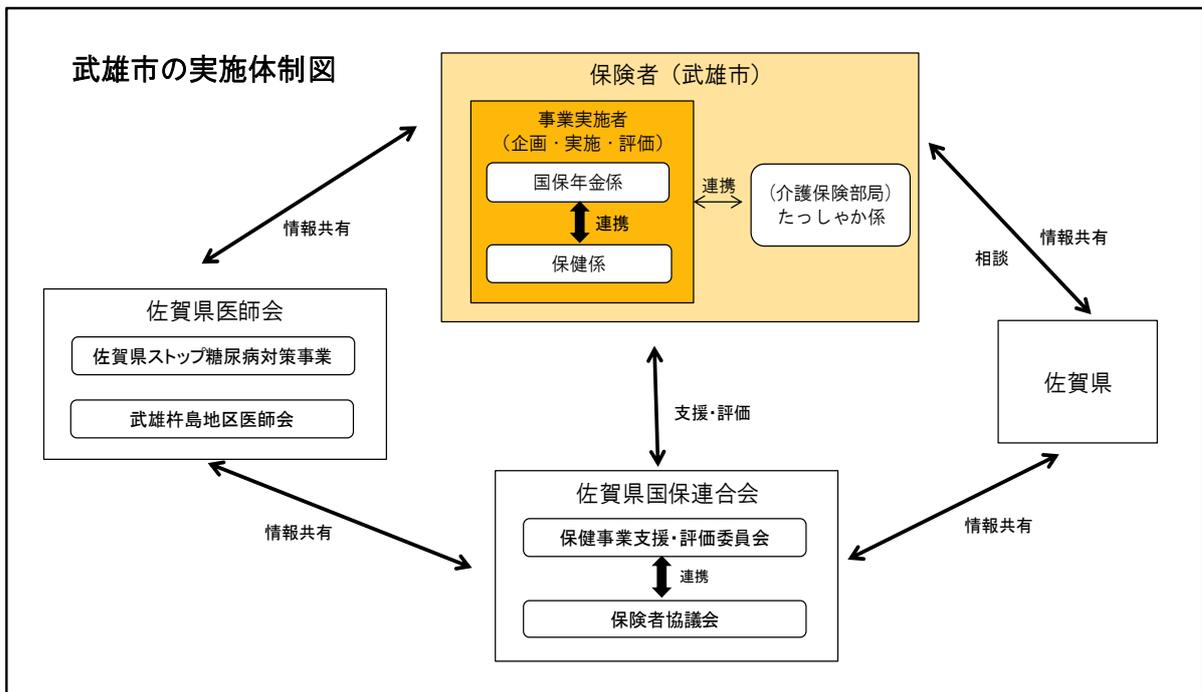
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関連部局の役割

武雄市においては、福祉部健康課国保年金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、保健系の保健師・管理栄養士の専門職と連携をして、市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体制を整えることも重要である(図表4)

【図表4】



2) 外部有識者等の役割

武雄市の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 年度から佐賀県が武雄市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、特に保険者機能の強化については、佐賀県の関与が更に重要となる。

このため、武雄市国保は、計画素案について佐賀県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、保険者等と地区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、佐賀県が佐賀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することが期待される。

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

3) 被保険者の役割

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

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)

保険者努力支援制度 【図表 5】

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(千円)		7,088	-	-	-
総得点(体制構築加点点含む)		261	-	-	-
全国順位(1,741市町村中)		96	-	-	-
共通①	特定健診受診率	0	(0)	(0)	50
	特定保健指導実施率	15	(0)	(0)	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	15	(0)	(0)	50
共通②	がん検診受診率	0	(0)	(0)	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	15	25	20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70	70
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	10	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	15	(0)	(0)	40
固有①	収納率向上に関する取り組みの実施状況	10	25	45	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	13	21	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	30	40	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	-	-	40	50
体制構築加点点		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

武雄市は、平成28年度人口49,433人、高齢化率29%、国保加入率22.9%、被保険者数11,301人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数8,572人）

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。死因別みると、心臓病の死亡割合は減少しているが、脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、40～64歳の2号認定率の減少、また全体の介護給付費の減少がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少しているが、1件当たりの入院費用額は増加しており、特に腎不全については県内順位12位(H25)から3位(H28)と上がっている。外来費用の割合も増加しており、1件当たりの費用額でみると、腎不全・心疾患の県内順位が上がっている。今後も重症化予防の観点から特定健診受診率・保健指導率の向上及び、医療機関との連携について、重点的に取り組む必要がある。（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

平成25年と平成28年を比較すると、介護給付費は減少となり、1件あたりの給付費も減少している。しかし、同規模平均と比べると平成25・28年ともに高い状況である。（図表6）

OKDB システム「市区村別データ」より

介護給付費の変化

【図表6】

年度	武雄市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	43億9,977万円	73,294	50,339	298,577	63,212	40,782	284,377
H28年度	43億7,740万円 ↓	68,971 ↓	49,370	291,064	61,245	40,247	278,147

②医療費の状況

平成 25・28 年を比較すると、国保被保険者数が減少しているため全体の総医療費は減少しているが、一人当たりの医療費は増加している。同規模と比較すると伸び率は低い。(図表 7)

【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	
				武雄市	同規模			武雄市	同規模			武雄市	同規模
総医療費 (円)	H25年度	46億5735万円			219,630,912					246,104,890			
	H28年度	44億7652万円	-18,083,939	-3.88%	-3.31%	209,056,840	-10,574,072	-4.81%	-3.55%	238,595,023	-7,509,867	-3.05%	-3.14%
一人当たり 医療費(円)	H25年度	29,623			1,397					1,565			
	H28年度	31,633	2010	6.79%	9.01%	1,477	80	5.73%	8.79%	1,686	121	7.73%	9.21%

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となっている。

【出典】KDBシステム:「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題の把握」

OKDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題の把握」より

③最大医療資源(中長期的目標疾患及び短期的目標疾患)

武雄市における目標疾患医療費計を平成 25 年度・28 年度で比較すると、割合が 24.0%から 22.4%と減少している。しかし、中長期的目標疾患である慢性腎不全(透析有)の医療費の割合は増加しており、佐賀県・国と比較しても極めて高い状況である。

短期目標疾患をみると、高血圧・脂質異常症の医療費の割合は減少しているが、糖尿病は増加している。糖尿病が慢性腎不全増加の一因として考えられ、今後も糖尿病対策を強化していく必要がある。(図表 8)

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

【図表8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨格疾患	
		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)	(慢性腎不全)				脳脳出血	心筋梗塞				
H25 武雄市	46億5735万円	29,623	16位	9位	6.4%	0.3%	2.6%	2.1%	4.5%	5.7%	2.4%	11億1984万円	24.0%	10.2%	13.7%	8.9%
H28 武雄市	44億7652万円	31,633	17位	9位	7.3%	0.3%	2.3%	1.4%	4.7%	4.3%	2.2%	10億410万円	22.4%	11.7%	14.2%	8.3%
H28 佐賀県	746億1405万円	29,593	-	-	6.2%	0.3%	2.3%	1.3%	4.7%	4.4%	2.9%	164億8214万円	22.1%	12.0%	13.1%	8.8%
H28 国	9兆6879億6826万円	24,245	-	-	5.4%	0.4%	2.2%	2.0%	5.4%	4.8%	3.0%	2兆2399億893万円	23.1%	14.2%	9.4%	8.5%

最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果

【出典】

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

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

OKDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より

④中長期的な疾患

以下の3疾患別人数の割合を平成25年度と28年度で比較すると、全体で虚血性心疾患の割合は増加、脳血管疾患は減少、人工透析は横ばいである。

虚血性心疾患においては、基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症どれも増加している。特に、高血圧を合併している割合が80.5%と高い。また、脳血管疾患は減少しているが、虚血性心疾患と同様に高血圧の合併割合が75.6%と高く、いずれも適切な血圧のコントロールが重要である。

人工透析患者の割合は横ばいであるが、基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症どれも増加している。特に高血圧を合併している割合が94.8%と高く、また糖尿病の合併も56.9%と高い。人工透析の導入に至らないように基礎疾患である高血圧・糖尿病等の予防や重症化予防対策が重要となる。(図表9)

●虚血性心疾患

【図表9】

厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	9518	579	6.1%	158	27.3%	23	4.0%	461	79.6%	250	43.2%	355	61.3%
	64歳以下	5200	175	3.4%	29	16.6%	18	10.3%	142	81.1%	89	50.9%	100	57.1%
	65歳以上	4318	404	9.4%	129	31.9%	5	1.2%	319	79.0%	161	39.9%	255	63.1%
H28	全体	9075	564	6.2%	138	24.5%	24	4.3%	454	80.5%	270	47.9%	362	64.2%
	64歳以下	4244	134	3.2%	24	17.9%	9	6.7%	102	76.1%	77	57.5%	81	60.4%
	65歳以上	4831	430	8.9%	114	26.5%	15	3.5%	352	81.9%	193	44.9%	281	65.3%

●脳血管疾患

厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	9518	812	8.5%	158	19.5%	12	1.5%	598	73.6%	248	30.5%	475	58.5%
	64歳以下	5200	178	3.4%	29	16.3%	8	4.5%	121	68.0%	60	33.7%	106	59.6%
	65歳以上	4318	634	14.7%	129	20.3%	4	0.6%	477	75.2%	188	29.7%	369	58.2%
H28	全体	9075	753	8.3%	138	18.3%	13	1.7%	569	75.6%	248	32.9%	436	57.9%
	64歳以下	4244	152	3.6%	24	15.8%	6	3.9%	103	67.8%	49	32.2%	90	59.2%
	65歳以上	4831	601	12.4%	114	19.0%	7	1.2%	466	77.5%	199	33.1%	346	57.6%

●人工透析

厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	9518	61	0.6%	12	19.7%	23	37.7%	56	91.8%	33	54.1%	15	24.6%
	64歳以下	5200	38	0.7%	8	21.1%	18	47.4%	35	92.1%	19	50.0%	10	26.3%
	65歳以上	4318	23	0.5%	4	17.4%	5	21.7%	21	91.3%	14	60.9%	5	21.7%
H28	全体	9075	58	0.6%	13	22.4%	24	41.4%	55	94.8%	33	56.9%	20	34.5%
	64歳以下	4244	25	0.6%	6	24.0%	9	36.0%	24	96.0%	16	64.0%	9	36.0%
	65歳以上	4831	33	0.7%	7	21.2%	15	45.5%	31	93.9%	17	51.5%	11	33.3%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク

短期的目標である予防可能な疾患をみると、糖尿病の人数は増えており、同時に高血圧を合併している割合が高い。血糖と血圧のコントロール不良によって重症化する虚血性心疾患と糖尿病性腎症の割合は全年齢で増加している。また、高血圧と脂質異常症の人数の割合も増えており、人工透析を合併している 65 歳以上の件数が増加していることから、64 歳以下から早期に介入し、適切なリスク管理が重要となる。(図表 10)

● 糖尿病

【図表10】

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標								
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	9518	1398	14.7%	95	6.8%	987	70.6%	804	57.5%	250	17.9%	248	17.7%	33	2.4%	101	7.2%
	64歳以下	5200	510	9.8%	45	8.8%	340	66.7%	290	56.9%	89	17.5%	60	11.8%	19	3.7%	47	9.2%
	65歳以上	4318	888	20.6%	50	5.6%	647	72.9%	514	57.9%	161	18.1%	188	21.2%	14	1.6%	54	6.1%
H28	全体	9075	1413	15.6%	91	6.4%	1034	73.2%	835	59.1%	270	19.1%	248	17.6%	33	2.3%	123	8.7%
	64歳以下	4244	393	9.3%	29	7.4%	248	63.1%	229	58.3%	77	19.6%	49	12.5%	16	4.1%	42	10.7%
	65歳以上	4831	1020	21.1%	62	6.1%	786	77.1%	606	59.4%	193	18.9%	199	19.5%	17	1.7%	81	7.9%

● 高血圧

厚生労働省 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	9518	2840	29.8%	987	34.8%	1391	49.0%	461	16.2%	598	21.1%	56	2.0%
	64歳以下	5200	963	18.5%	340	35.3%	443	46.0%	142	14.7%	121	12.6%	35	3.6%
	65歳以上	4318	1877	43.5%	647	34.5%	948	50.5%	319	17.0%	477	25.4%	21	1.1%
H28	全体	9075	2843	31.3%	1034	36.4%	1458	51.3%	454	16.0%	569	20.0%	55	1.9%
	64歳以下	4244	749	17.6%	248	33.1%	356	47.5%	102	13.6%	103	13.8%	24	3.2%
	65歳以上	4831	2094	43.3%	786	37.5%	1102	52.6%	352	16.8%	466	22.3%	31	1.5%

● 脂質異常症

厚生労働省 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	9518	2049	21.5%	804	39.2%	1391	67.9%	355	17.3%	475	23.2%	15	0.7%
	64歳以下	5200	714	13.7%	290	40.6%	443	62.0%	100	14.0%	106	14.8%	10	1.4%
	65歳以上	4318	1335	30.9%	514	38.5%	948	71.0%	255	19.1%	369	27.6%	5	0.4%
H28	全体	9075	2103	23.2%	835	39.7%	1458	69.3%	362	17.2%	436	20.7%	20	1.0%
	64歳以下	4244	601	14.2%	229	38.1%	356	59.2%	81	13.5%	90	15.0%	9	1.5%
	65歳以上	4831	1502	31.1%	606	40.3%	1102	73.4%	281	18.7%	346	23.0%	11	0.7%

②リスクの健診結果経年変化

糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る健診データをみると、男女ともに空腹時血糖・HbA1c・中性脂肪・HDL コレステロール・血圧の有所見者割合は、増加している。

メタボリックシンドローム該当者の割合は、男女ともに増加している。特に男性では、血糖・血圧・脂質の3項目全て該当する人の割合が増加している。

内臓脂肪を起因とするメタボリックシンドロームは、血糖・血圧・脂質の3項目が重複すると、動脈硬化が進み、心血管イベントの危険性が增大する。そのため、内臓脂肪減少に向けた生活改善が必要となる。(図表 11)

【図表 11】

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

★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	347	26.8	620	47.8	257	19.8	246	19.0	98	7.6	308	23.7	821	63.3	239	18.4	576	44.4	195	15.0	682	52.6	20	1.5
	40-64	152	28.1	255	47.2	126	23.3	131	24.3	36	6.7	116	21.5	300	55.6	106	19.6	201	37.2	108	20.0	291	53.9	9	0.7
	65-74	195	25.8	365	48.2	131	17.3	115	15.2	62	8.2	192	25.4	521	68.8	133	17.6	375	49.5	87	11.5	391	51.7	11	0.8
H25	合計	497	29.8	775	46.5	417	25.0	333	20.0	156	9.4	427	25.6	1,152	69.2	269	16.2	773	46.4	289	17.4	740	44.4	27	1.6
	40-64	202	36.6	261	47.3	156	28.3	144	26.1	48	8.7	124	22.5	326	59.1	109	19.7	190	34.4	104	18.8	280	50.7	7	1.3
	65-74	295	26.5	514	46.2	261	23.5	189	17.0	108	9.7	303	27.2	826	74.2	160	14.4	583	52.4	185	16.6	460	41.3	20	1.8

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
女性	合計	360	21.9	319	19.4	217	13.2	132	8.0	38	2.3	284	17.3	1,167	71.1	32	2.0	632	38.5	151	9.2	1,034	63.0	7	0.4
	40-64	130	19.7	111	16.8	90	13.6	61	9.2	13	2.0	100	15.1	422	63.8	10	1.5	194	29.3	61	9.2	416	62.9	4	0.2
	65-74	230	23.5	208	21.2	127	13.0	71	7.2	25	2.6	184	18.8	745	76.0	22	2.2	438	44.7	90	9.2	618	63.1	3	0.2
H25	合計	446	22.1	372	18.4	306	15.1	182	9.0	51	2.5	397	19.7	1,536	76.0	36	1.8	831	41.1	245	12.1	1,194	59.1	7	0.3
	40-64	132	20.8	91	14.3	80	12.6	62	9.8	14	2.2	94	14.8	425	66.9	5	0.8	178	28.0	65	10.2	383	60.3	5	0.8
	65-74	314	22.7	281	20.3	226	16.3	120	8.7	37	2.7	303	21.9	1,111	80.2	31	2.2	653	47.1	180	13.0	811	58.6	2	0.1

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		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	1,297	30.2	113	8.7%	260	20.0%	15	1.2%	190	14.6%	55	4.2%	247	19.0%	46	3.5%	15	1.2%	137	10.6%
40-64	540		24.1	59	10.9%	102	18.9%	7	1.3%	60	11.1%	35	6.5%	94	17.4%	13	2.4%	4	0.7%	58	10.7%	19	3.5%
65-74	757		36.9	54	7.1%	158	20.9%	8	1.1%	130	17.2%	20	2.6%	153	20.2%	33	4.4%	11	1.5%	79	10.4%	30	4.0%
H25	合計	1,665	42.2	103	6.2%	303	18.2%	20	1.2%	212	12.7%	71	4.3%	369	22.2%	62	3.7%	33	2.0%	176	10.6%	98	5.9%
	40-64	552	31.0	50	9.1%	99	17.9%	8	1.4%	55	10.0%	36	6.5%	112	20.3%	16	2.9%	12	2.2%	54	9.8%	30	5.4%
	65-74	1,113	51.3	53	4.8%	204	18.3%	12	1.1%	157	14.1%	35	3.1%	257	23.1%	46	4.1%	21	1.9%	122	11.0%	68	6.1%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						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		
		女性	合計	1,641	37.3	56	3.4%	122	7.4%	7	0.4%	84	5.1%	31	1.9%	141	8.6%	20	1.2%	8	0.5%	73	4.4%
40-64	661		31.2	29	4.4%	50	7.6%	4	0.6%	35	5.3%	11	1.7%	32	4.8%	8	1.2%	5	0.8%	14	2.1%	5	0.8%
65-74	980		42.9	27	2.8%	72	7.3%	3	0.3%	49	5.0%	20	2.0%	109	11.1%	12	1.2%	3	0.3%	59	6.0%	35	3.6%
H25	合計	2,020	49.9	54	2.7%	139	6.9%	11	0.5%	100	5.0%	28	1.4%	179	8.9%	24	1.2%	9	0.4%	97	4.8%	49	2.4%
	40-64	635	38.0	23	3.6%	34	5.4%	4	0.6%	23	3.6%	7	1.1%	34	5.4%	2	0.3%	7	1.1%	20	3.1%	5	0.8%
	65-74	1,385	58.3	31	2.2%	105	7.6%	7	0.5%	77	5.6%	21	1.5%	145	10.5%	22	1.6%	2	0.1%	77	5.6%	44	3.2%

OKDB_GSV2 次加工ツール「特徴の把握 5~8」より

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

健診受診者が12%増加したことから保健指導の対象者も増加している。訪問を中心とした保健指導に力をいれた結果、保健指導の実施率は44.5%から64.3%に19.8%増加した。

今後も地区担当制の更なる強化により、必要な人への保健指導を実施していく。(図表12)

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	県内順位	対象者数	終了者数	実施率
H25年度	8524	2941	34.5%	12位	339	151	44.5%
H28年度	7896	3667	46.4%	7位	426	274	64.3%

○「特定健診・特定保健指導法定報告」とKDB_CSV2次加工ツール「様式6-1」より

2) 第1期に係る考察

第1期計画においては、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対策を進めてきた。

その結果、脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費は減少傾向がみられ、医療費の抑制につながっていると考えられる。しかし、1人あたりの医療費や慢性腎不全における透析費用は増加しており、まだ十分とは言えない。

今後の課題として、治療の継続ができているか、引き続き生活改善に取り組んでいけるように、重症化予防のための継続した保健指導を行う必要がある。

また、住民自らが体の状態を確認できる機会として、特定健診は重要であり、健診受診勧奨に力を入れていく必要がある。

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

武雄市の平成28年度の1人当たりの医療費は31,633円で、県よりも2,000円、同規模平均よりも約6,000円高く、国よりも約7,400円高い。入院はわずか3.7%の件数で費用額全体の46.7%を占めている。重症化予防の対策が確実に実施できれば、入院を減らすことにつながり、医療費の抑制が期待できる。(図表13)

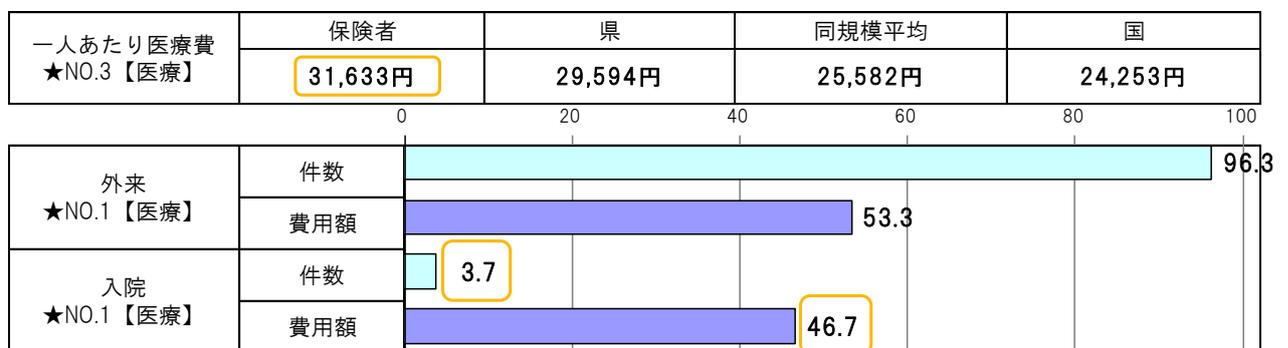
【図表13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

(H28)

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

○入院を重症化した結果としてとらえる

OKDB_CSV2 次加工ツール「特徴の把握1~2」より

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

ひと月80万以上の高額になる疾患は、脳血管疾患が全体の9.7%で、その費用は1億5484万円になる。また、6ヶ月以上の長期入院は、虚血性心疾患が14.1%で9736万円になる。

生活習慣病の治療者を見ると、脳血管疾患の75.5%に高血圧があり、57.8%に脂質異常症がある。また、虚血性心疾患でも同様に高血圧が80.1%、脂質異常症が64.3%となり、基礎疾患の重なりが重症化につながっていると考えられる。

人工透析患者のうち糖尿病性腎症が57.3%で、費用は2億256万円となっている。人工透析の導入を1年遅らせることで、年間1人500万円の医療費の抑制につながる。また、糖尿病性腎症の基礎疾患には、糖尿病のほか、83.2%に高血圧、65.6%に脂質異常症があることから、新規透析導入者を減らすためには、糖尿病とともに、高血圧と脂質異常症の重症化を予防することが重要である。(図表14)

【図表 14】

(H28)

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	1,262件	122件 9.7%	72件 5.7%	--
		費用額	16億8526万円	1億5484万円 9.2%	1億0221万円 6.1%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,379件	148件 10.7%	195件 14.1%	--
		費用額	5億9408万円	7733万円 13.0%	9736万円 16.4%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	787件	163件 20.7%	288件 36.6%	451件 57.3%
		費用額	3億5448万円	8658万円 24.4%	1億3180万円 37.2%	2億0256万円 57.1%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5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.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体		4,958人	754人 15.2%	568人 11.5%	125人 2.5%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	569人 75.5%	455人 80.1%	104人 83.2%	
			糖尿病	248人 32.9%	273人 48.1%	125人 100%	
			脂質 異常症	436人 57.8%	365人 64.3%	82人 65.6%	
		高血圧症		2,862人 57.7%	1,432人 28.9%	2,125人 42.9%	431人 8.7%
		糖尿病					
		脂質異常症					
高尿酸血症							

○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。

OKDB_CSV2 次加工ツール「特徴の把握 1~2」より

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか

65～74 歳の 1 号被保険者の 4.5%が要介護認定をうけており、75 歳以上では 36.4%と認定率は高くなる。要介護 3～5 の重症者が全体の 34.1%と高い。原因疾患を見ると、脳卒中や虚血性心疾患等の血管疾患が 94.8%を占める。そのうち基礎疾患として糖尿病や高血圧等を持つ人が 91.7%である。血管疾患に続いては認知症など脳の病変に起因するものや筋骨格疾患が出現してくる

2 号被保険者の 40～64 歳で見ると、要介護 3～5 の重症者が全体の 45.0%と高い。武雄市国保の 39 人で見ると、脳血管疾患等の血管疾患が 82.1%であり、基礎疾患として糖尿病や高血圧等を持つ人が 74.4%と多い。

また、介護を受けている人の医療費は受けていない人より 4,151 円高い。このことより、予防可能である血管疾患を防ぎ、介護状態にさせないことが最重要課題である。(図表 15)

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

(H28)

【武雄市】

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	17,085人	5,596人	7,357人	12,953人	30,038人	認定者数	60人	252人	2,680人	2,932人	2,992人	認定率	0.35%	4.5%	36.4%	22.6%	10.0%				
新規認定者数 (*1)	23人	55人	360人	415人	438人	介護度別人数	要支援1・2	13	21.7%	87	34.5%	684	25.5%	771	26.3%	784	26.2%					
	要介護1・2	20	33.3%	94	37.3%	1,066	39.8%	1,160	39.6%	1,180	39.4%	要介護3～5	27	45.0%	71	28.2%	930	34.7%	1,001	34.1%	1,028	34.4%
	要介護3～5	27	45.0%	71	28.2%	930	34.7%	1,001	34.1%	1,028	34.4%	要介護3～5	27	45.0%	71	28.2%	930	34.7%	1,001	34.1%	1,028	34.4%

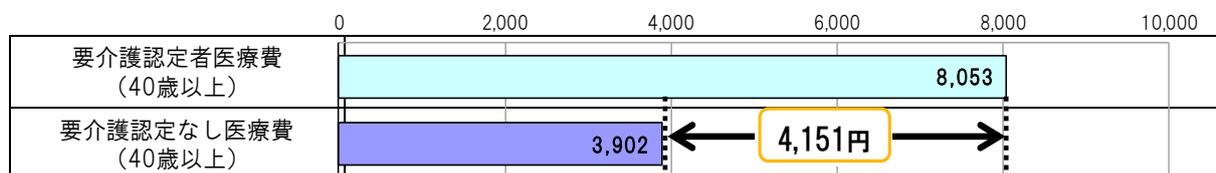
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	介護件数 (全体)	60	252	2,681	2,933	2,993	再) 国保・後期	39	197	2,631	2,828	2,867		
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	脳卒中	21	53.8%	脳卒中	93	47.2%	脳卒中	1,478	56.2%	脳卒中	1,592	55.5%
			虚血性心疾患	9	23.1%	虚血性心疾患	63	32.0%	虚血性心疾患	1,127	42.8%	虚血性心疾患	1,190	41.8%
	腎不全	8	20.5%	腎不全	23	11.7%	腎不全	300	11.4%	腎不全	323	11.5%		
	合併症	4	糖尿病合併症	6	15.4%	糖尿病合併症	24	12.2%	糖尿病合併症	251	9.5%	糖尿病合併症	275	9.8%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	29	74.4%	163	82.7%	2,430	92.4%	2,593	91.7%	2,622	91.5%			
	血管疾患 合計	32	82.1%	168	85.3%	2,512	95.5%	2,680	94.8%	2,712	94.6%			
	認知症	3	7.7%	48	24.4%	1,129	42.9%	1,177	41.6%	1,180	41.2%			
	筋・骨格疾患	31	79.5%	157	79.7%	2,443	92.9%	2,600	91.9%	2,631	91.8%			

*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】



OKDB_GSV2 次加工ツール「特徴の把握3」より

2) 健診受診者の実態

40～64 歳男性の BMI25 以上の人の割合が 36.6%と県の 29.6%よりも 7%も高く、中性脂肪、GPT、LDL が県平均に比べて特に高くなっている。

また 65～74 歳男性では HbA1c5.6 以上、収縮期血圧 130 以上の人が特に高くなっている。

女性では 65～74 歳の HbA1c5.6 以上の人が 80.2%、収縮期血圧 130 以上の人の割合が 47.1%と県平均と比べると特に高くなっている。

メタボリックシンドローム該当者は、男性で 22.2%、女性 8.9%であり、特に男性を重点的に指導する必要がある。(図表 16・17)

【図表 16】

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

★NO.23(帳票)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	7,235	29.6	12,377	50.6	6,264	25.6	4,786	19.6	2,007	8.2	8,128	33.3	16,674	68.2	4,833	19.8	10,240	41.9	4,375	17.9	11,187	45.8	478	2.0	
H28	合計	497	29.8	775	46.5	417	25.0	333	20.0	156	9.4	427	25.6	1,152	69.2	269	16.2	773	46.4	289	17.4	740	44.4	27	1.6
	40-64	202	36.6	261	47.3	156	28.3	144	26.1	48	8.7	124	22.5	326	59.1	109	19.7	190	34.4	104	18.8	280	50.7	7	1.3
	65-74	295	26.5	514	46.2	261	23.5	189	17.0	108	9.7	303	27.2	826	74.2	160	14.4	583	52.4	185	16.6	460	41.3	20	1.8

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	6,633	21.6	6,352	20.6	4,252	13.8	2,670	8.7	535	1.7	6,526	21.2	22,711	73.8	732	2.4	10,959	35.6	3,226	10.5	17,519	56.9	82	0.3	
H28	合計	446	22.1	372	18.4	306	15.1	182	9.0	51	2.5	397	19.7	1,536	76.0	36	1.8	831	41.1	245	12.1	1,194	59.1	7	0.3
	40-64	132	20.8	91	14.3	80	12.6	62	9.8	14	2.2	94	14.8	425	66.9	5	0.8	178	28.0	65	10.2	383	60.3	5	0.8
	65-74	314	22.7	281	20.3	226	16.3	120	8.7	37	2.7	303	21.9	1,111	80.2	31	2.2	653	47.1	180	13.0	811	58.6	2	0.1

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24(帳票)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	25以上		85以上		150以上		100以上		130以上		160以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120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
H28	合計	1,665	42.2	103	6.2%	303	18.2%	20	1.2%	212	12.7%	71	4.3%	369	22.2%	62	3.7%	33	2.0%	176	10.6%	98	5.9%
	40-64	552	31.0	50	9.1%	99	17.9%	8	1.4%	55	10.0%	36	6.5%	112	20.3%	16	2.9%	12	2.2%	54	9.8%	30	5.4%
	65-74	1,113	51.3	53	4.8%	204	18.3%	12	1.1%	157	14.1%	35	3.1%	257	23.1%	46	4.1%	21	1.9%	122	11.0%	68	6.1%

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		
	25以上		90以上		150以上		100以上		130以上		160以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120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
H28	合計	2,020	49.9	54	2.7%	139	6.9%	11	0.5%	100	5.0%	28	1.4%	179	8.9%	24	1.2%	9	0.4%	97	4.8%	49	2.4%
	40-64	635	38.0	23	3.6%	34	5.4%	4	0.6%	23	3.6%	7	1.1%	34	5.4%	2	0.3%	7	1.1%	20	3.1%	5	0.8%
	65-74	1,385	58.3	31	2.2%	105	7.6%	7	0.5%	77	5.6%	21	1.5%	145	10.5%	22	1.6%	2	0.1%	77	5.6%	44	3.2%

*全国については、有所見割合のみ表示

OKDB_GSV2 次加工ツール「特徴の把握 5～8」より

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況

糖尿病治療中の HbA1c についてみると、合併症を発症する危険域にある 7.0%以上の人の割合が、継続受診者では 47.8%、新規受診者では 41.9%と、コントロール不良の人が多く、医療との連携が重要である。また、治療なしの人で糖尿病域 (HbA1c6.5%以上) である人についてみると、継続受診者に 3.3%、新規受診者に 5.7%みられるので、早期診断・治療につなげる必要がある。

高血圧治療中でⅡ度以上の人についてみると、継続受診者に 6.1%で、新規受診者に 9.8%みられ、治療中にも関わらずコントロールが悪い人がいる。また、治療なしで受診勧奨レベルの人が、継続受診者のなかに 17.9%、新規受診者のなかに 23.6%おり、治療につなげる必要がある。

脂質異常症の治療中の人で 139 以下にコントロールできている人については、継続受診者の 84.2%、新規受診者の 86.1%であった。しかし、治療なしで受診勧奨レベルの人が、継続受診者の 36.2%、新規受診者の 37%おり、治療につなげる必要がある。(図表 18)

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 健診未受診者の把握

年齢別でみると65歳以上の受診率は55.0%となっているのに対し40～64歳はわずか34.4%である。

また、健診も治療も受けていない人（G）は1,675人みられ、重症化しているかどうかの実態が全くわからない。

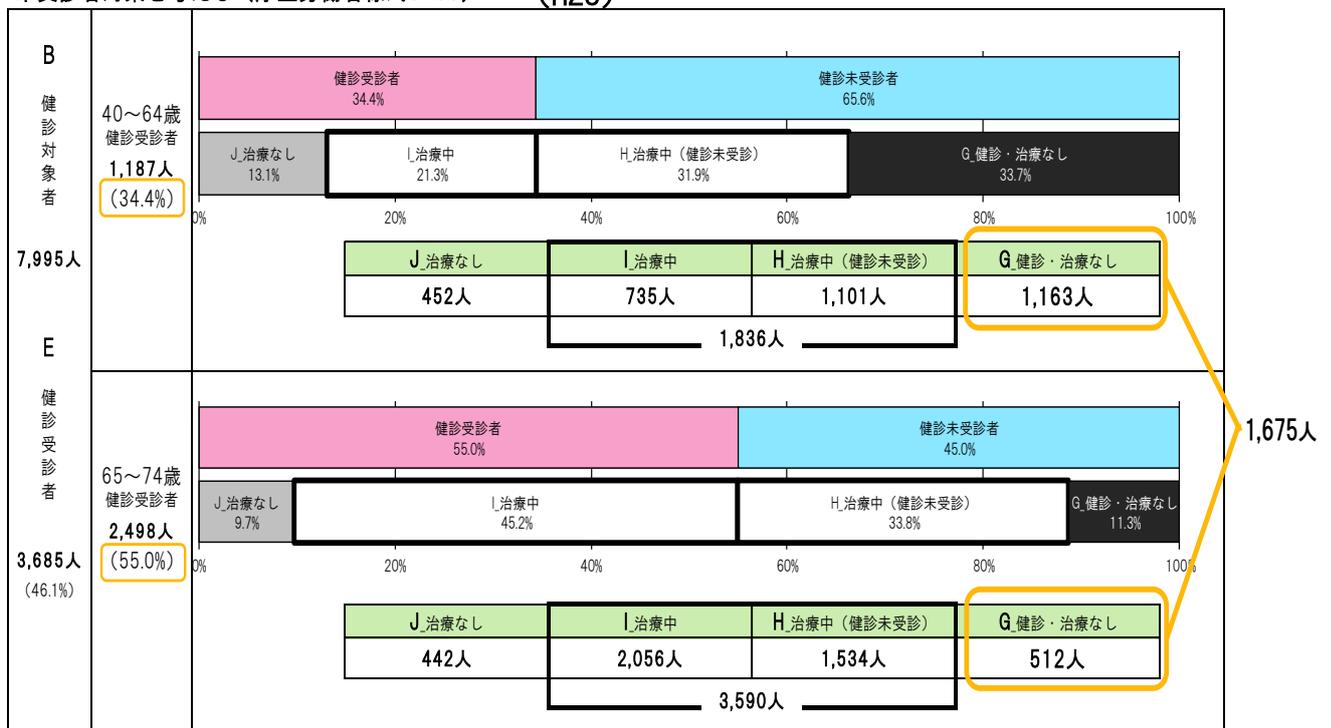
生活習慣病は自覚症状がなく、症状が出現したときには重症化していることが多い。早期発見のためには、毎年健診を受診し現状を知ることが大切である。まずは健診の機会を提供し状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につなげる。また、特定健診の結果、特定保健指導の対象者にはならないが生活習慣病の重複するリスクが有るものに対しては、積極的に保健指導を実施する必要がある。（図表 19）

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

(H28)

★NO.26 (CSV)



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

○KDB_CSV2 次加工ツール「特徴の把握 5～8」より

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。平成35年度(2023年度)には平成30年度(2018年度)と比較して、脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費に占める割合を1%減、慢性腎不全(透析有)の医療費割合を県並みとすることを目標にする。また、3年後の平成32年度(2020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。

武雄市は、国保被保険者数が減少傾向にあるため、総医療費は入院・入院外ともに減少しているが、一人当たりの医療費が増加している。また、総医療費に占める入院の割合は、国・県・同規模よりも高い。重症化予防の対策を確実に実施し、入院費・総医療費の伸びを抑えることを目標とする。

(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)の発症予防と重症化予防の考え方を基に、経年的にみて、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を目標とする。

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、佐賀県医療費適正化計画(第3期)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。

【図表20】

2. 目標値の設定

	2018年 (H30)	2019年 (H31)	2020年 (H32)	2021年 (H33)	2022年 (H34)	2023年 (H35)
特定健診実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	65%	66%	67%	68%	69%	70%
特定保健指導対象者の割合	10.5%	10.0%	9.7%	9.3%	9.0%	8.7%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診	対象者数	7,587	7,435	7,286	7,140	6,997	6,857
	受診者数	3,793	3,866	3,934	3,998	4,058	4,114
特定保健指導	対象者数	379	386	393	399	405	411
	実施者数	246	255	263	271	279	288

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診については、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佐賀市が集合契約を行う。

- ・ 集団健診(武雄杵島地区医師会検診センター他)
- ・ 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) 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、武雄市のホームページに掲載する。

(参照) URL : www.city.takeo.lg.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2月末まで（人間・脳ドック：4月から開始、特定健診：6月から開始）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、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を行っている。（活動については、図表22参照）

【図表 22】

武雄市健診案内・実施スケジュール



※75歳到達予定者は、75歳の誕生日までの有効期限です。

※ドック助成対象者

(人間ドック)40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳

(脳ドック)43歳、48歳、53歳、58歳、63歳、68歳、73歳

5. 特定保健指導の実施

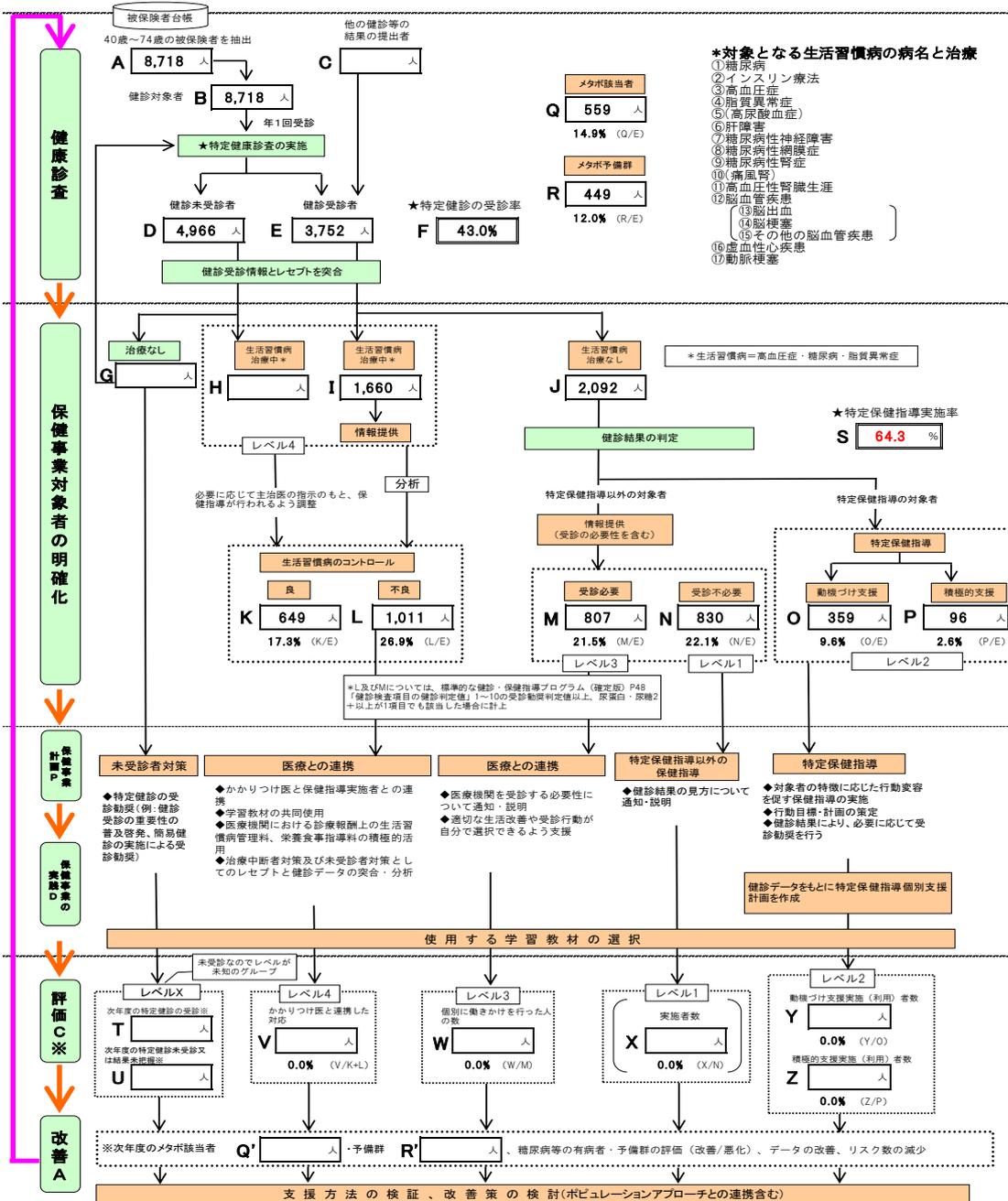
特定保健指導の実施については、保険者が直接行う。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5を基に、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート (平成28年度実績)



○あなみツール(集計ツール6-10)より

(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 24】

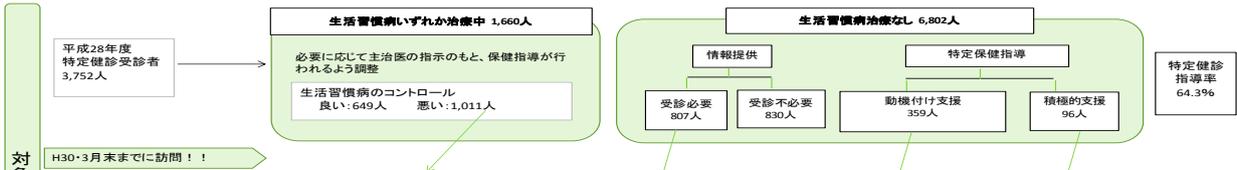
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	455 人 (12.1%)	70% (保健指導実施率)
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	807 人 (21.5%)	100% (受診勧奨した率)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、未受診者に対する個別通知)	4,966 人 ※受診率目標達成までにあと 1,479 人	100% (特定健診未受診者に対する受診勧奨率)
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	830 人 (22.1%)	100% (特定健診受診者への情報提供率)
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(佐賀県糖尿病連携手帳など) ◆医療機関における生活習慣病管理、栄養食事指導の積極的な実施 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,660 人 (44.2%)	100% (佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者に対する支援)

(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P D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のやめの健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)
対象者の明確化から計画・実践・評価まで



糖尿病				高血圧				CKD				LDL			
血糖HbA1c: 7以上				血圧II度以上				腎機能低下 (CKD) :				180mg/dl以上			
優先順位	HbA1cの値	糖尿病治療の有無	人数(人)	優先順位	血圧の値	血圧治療の有無	人数(人)	優先順位	CKD重症度分類	治療	人数(人)	優先順位	LDLの値	治療	人数(人)
1	8以上	なし	19	1	3度以上	なし	20	1	オレンジ〜赤の者	医療機関未受診	30	1	180mg/dl以上 血圧II度・HbA1c6.5%以上	なし	5
2	7以上8未満	なし	42	2	2度以上3度未満	なし	82	2	オレンジ〜赤の者	医療機関受診中	73	2	180mg/dl以上 血圧II度・HbA1c6.5%以上	なし	146
3	8以上	あり	41	3	3度以上	あり	11	3	HbA1c6.5%以上かつ、G3aA1(黄色)	糖尿病治療なし	2	3	140~179mg/dl 血圧II度・HbA1c6.5%以上	なし	18
4	7以上8未満	あり	119	4	2度以上3度未満	あり	71	4	HbA1c7%以上の者、G3aA1(黄色)	糖尿病治療中	11	4	140~179mg/dl 血圧II度・HbA1c6.5%以上	なし	160
								5	HbA1c7%以上の者、G3aA1(黄色)	糖尿病治療中	10				

保健関係	受診勧奨・未受診者勧奨		特定保健指導対象者・ハイリスク者に対する関わり	
	平成29年度受診率目標50%			
<p>第2期特定健診等実施計画・データヘルス計画推進推進 ①H27重症化予防対象者のうち、H28特定健診未受診者への訪問 (HbA1c7.0以上・II度以上高血圧) ②H28年度新規国保加入者へ訪問</p>				
<p>平成29年度特定保健指導実施率 目標48%</p>				
対象疾患	目的(理解してもらいたい内容)	保健指導		
DM	・受診勧奨(治療・検査の必要性) ・合併症予防	・糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査、治療についての説明 ・合併症の検査等実施なしの場合受診を勧める		
HT	・普段の自分の血圧を知る ・基準を知り医師の必要性を理解	・検査の必要性 ・治療の必要性 ・体重管理		
LDL	・受診勧奨 ・リスクを軽減し治療の必要性、コントロールの目標を伝える	・糖化(脂-2)で自分の管理基準の確認 ・治療・服薬・運動の必要性 ・生活習慣指導(LDLに低下しやすいもの)		
CKD	・尿検査の結果(糖質について) ・CKD重症度分類の確認(自分の立ち位置を確認) ・必要に応じて専門医の紹介 ・栄養指導の必要性 ・リスクの管理を理解する	・CKD重症度分類の確認(自分の立ち位置を確認) ・尿検査の結果(糖質について) ・リスク、状況により専門医の紹介 ・食事指導(減塩等)→G3bの方は管理栄養士による栄養指導		
ポピュレーションアプローチ 目標と課題	<p>1)健康日本21計画の啓発・推進・目的および評価指標に沿って実施するとともに事業の評価・検討を行う 2)若い世代(40歳未満)の健康づくり支援を充実させる</p>			
乳幼児期からの生活習慣病予防啓発 (生活習慣病への保健指導、栄養指導)	4月 第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	H27ハイリスクH28未受診、H28新規国保加入者、健診受診勧奨	特定保健指導対象者・ハイリスク者に対する関わり
若い世代へのアプローチ 20歳から39歳の健康診査結果説明 ・39歳の国保者への健康診査受診勧奨 ・乳幼児保健事業にて健診関係者らに配布	5月 第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	がん健診・わかかもん健診・肝がん検査案内配布 特定健診案内郵送 医療機関へ受診率向上への協力依頼 広報・ホームページ・TVでの受診勧奨	健診の通知印刷(わかかもん、肝がん等) 健診通知の封入作業 健診物品の確認・補充
高齢期への生活習慣病予防啓発 ①健康手帳 ②健康相談(保健師・管理栄養士) ③地区、JA等での出前講座 ④健康ポイント事業 ウェアラブルなど健康づくり活動の習慣化	6月 第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	①特定健診・がん検診 6/9~7/1 初回面接 (1)結果説明会 7/18~8/9	結果説明会(説明会前) ①マルチから経年経過表を出力、結果説明会に必要な資料を作成する。 ②保健指導の資料の確認・補充 ③保健指導対象者やハイリスク対象者には、電話連絡し、結果説明会の参加予約をとる。 結果説明会 ①情報提供者(予約なし)・保健指導対象者(予約)の2つに分け、それぞれで結果説明会を実施。 ②特定保健指導対象者は、初回面接として実施 ③2次健診対象者へは、2次健診への受診勧奨を行う。 結果説明会後 ①保健指導対象者の記録は各チームで健康管理システムに入力。 ②結果説明会不参加者への対応 ・特定保健指導、ハイリスク対象者以外は、結果郵送。 ・特定保健指導、ハイリスク対象者には、各チームで、できる限り訪問、健康相談呼び出しなどで本人に会って説明し、誘う。
中間評価	9月 第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	2次健診:医師会検診センター(空きがあれば随時受付)結果が楽しい訪問や来庁	受診勧奨訪問:前年度の特定保健指導対象者・ハイリスクの者で健診未受診者を対象に訪問する。
最終評価	10月 第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	②特定健診・がん検診 9/27~10/2 初回面接 (3)結果説明会 10/30~11/2	特定健診法定報告 前年度の特定保健指導対象者のシステム入力・確認
次年度計画	11月 第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	第1週 第2週 第3週 第4週 第5週	2月~3月 動脈硬化健診	保健指導対象者やハイリスク者へ年末の手紙をだす 動脈硬化健診 ・特定保健指導対象者・ハイリスク者に、動脈硬化健診の案内を郵送または訪問・電話などでお知らせする。 ・一般の人へは市報で知らせる。 ・動脈硬化健診は、特定保健指導対象者の評価の場でもある。 評価が終わっていない者は、随時訪問し、評価する。 特定保健指導対象者の評価終了次第、システムに入力

年度	受診者	対象者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)	対象者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)	対象者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)
平成22年度	2941	339	11.5	151	44.5%	91	3.1	30	33.0%	248	8.4	121	48.8%
平成23年度	3085	398	12.9	200	50.3%	94	3.0	38	40.4%	304	9.9	162	53.3%
平成24年度	3453	480	13.9	249	51.7%	104	3.0	49	47.1%	356	10.3	209	58.7%
平成25年度	3667	426	11.6	274	64.3%	93	2.5	49	52.7%	333	9.1	225	67.6%

対象疾患	H28年度保健指導を実施しH27の健診受診者の改善状況		
	改善	維持	悪化
糖尿病HbA1c7%以上	33.3%	58.1%	8.6%
CKD G3a以降	26.7%	70.0%	3.3%
LDL180以上	59.2%	19.7%	21.1%
高血圧II度以上	77.3%	18.6%	4.1%

☆生活習慣病予防をライフサイクルでみていく。母子、健康づくり担当と業務分担も併用しているが(糖尿病等、生活習慣病の発症、重症化予防)の視点で共有、連携して課題解決に取り組むこと。

あなみ経年比較ツール
シート重症化予防対象の評価より

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武雄市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定める。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

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、武雄市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組み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みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び佐賀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佐賀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糖尿病治療中の者

・糖尿病性腎症で通院している者

・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】

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	
尿アルブミン定量		正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
(尿蛋白/Cr比) (g/gCr)				(0.50以上)	
		尿蛋白定性検査			
		(-)	(±)	(+)以上	
GFR 区分		第1期(腎症前期) 3,054人	第2期(早期腎症期) 78人	第3期(顕性腎症期) 45人	
	G1	≥90	911人	19人	9人
	G2	60~89	1898人	47人	22人
	G3a	45~59	221人	8人	6人
	G3b	30~44	24人	4人	8人
	G4	15~29	第4期(腎不全期) 13人		
	G5	>15			
	透析療法中		第5期(透析療法期)		

保健指導
対象者

【参照】糖尿病治療ガイド2016-2017

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。

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

②基準に基づく該当者数の把握

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

武雄市において特定健診受診者(H28)のうち糖尿病未治療者は 87 人(19.2%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 973 人中のうち、特定健診受診者が 365 人(37.5%・G)であったが、31 人(8.5%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 608 人(62.5%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 106 人中 23 人は治療中断であることが分かった。また、83 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 より武雄市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】

- ア.糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・87 人
- イ.糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・54 人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ア.糖尿病治療者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・334 人
- ・介入方法として個別訪問、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

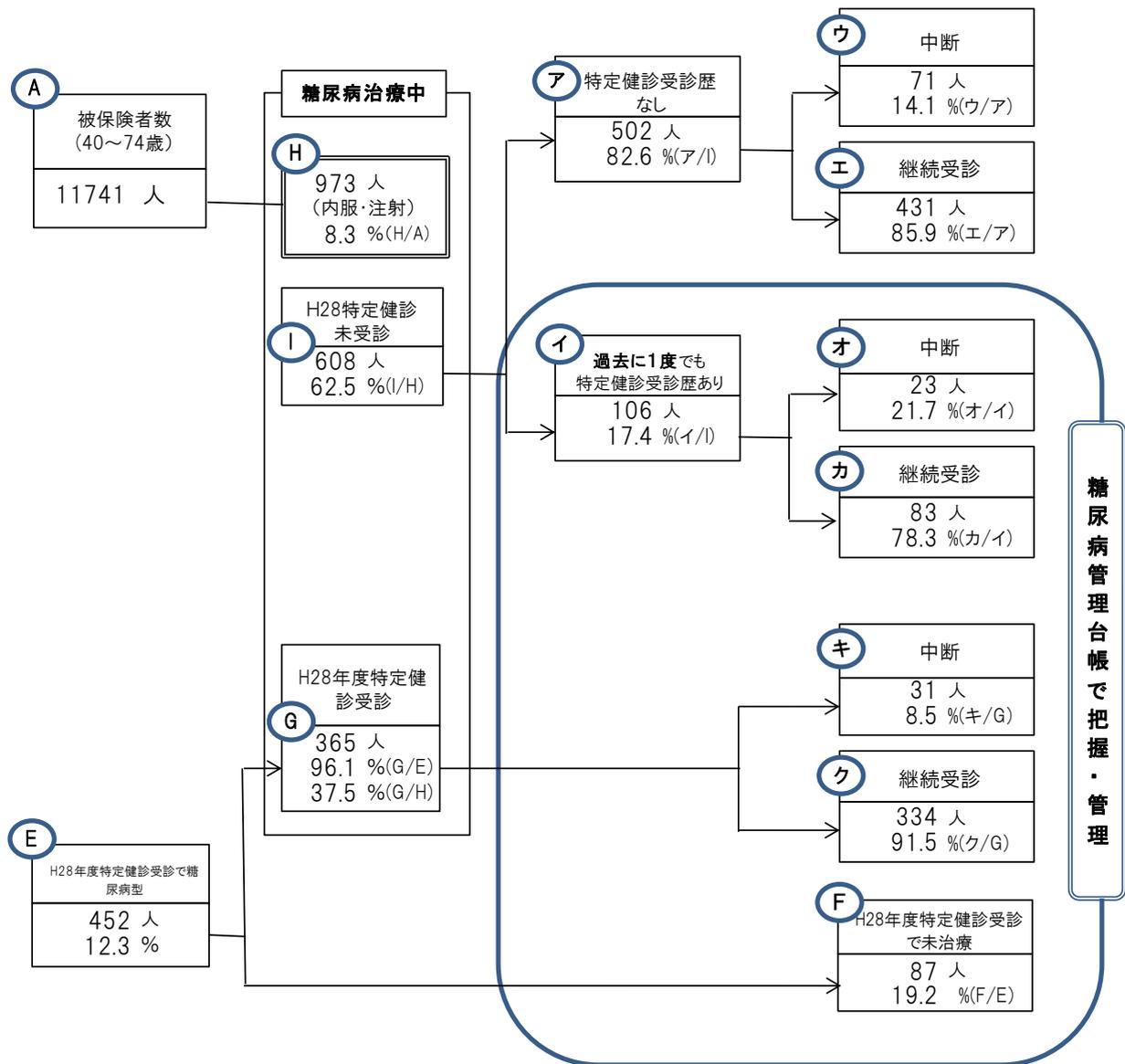
【保健指導】

- ア.過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・83 人
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は〇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 HbA1c 6.5%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
- ・ 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

- ・ 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、有る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（参考資料 4 より）

ア.未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・・・・ 54 人

イ.腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・・・ 168 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、肥満や脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。武雄市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 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？ <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病による網膜症 眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ 糖尿病性神経障害とそのすみ方 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 ○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"> 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・腎機能の評価</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"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 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 ビグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは 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、対象者のうちHbA1c6.5%以上で尿蛋白定性(一、±)へは2次健診等で尿アルブミン検査を実施し、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紹介状や精密検査依頼書等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は佐賀県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佐賀県糖尿病重症化予防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。

(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率

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
 - ・ 医療との連携状況による改善率

(2) 中長期的評価

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。

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. 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。

武雄市において健診受診者 3,786 人のうち心電図検査実施者は 357 人 (9.4%) であり、そのうち ST 所見があったのは 15 人であった。(図表 30) ST 所見ありのうち 5 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 4 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、血糖等のリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 10 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。

【図表 30】

心電図検査結果

	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)(%)
平成28年度	3,786	100	357	9.4	15	4.2	140	39.2	202	56.6

ST 所見有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)(%)
15	100.0	5	33.3	1	20.0	4	80.0

OH28年度特定健
診結果より

②心電図以外からの把握

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

【図表32】

心電図以外の保健指導対象者

平成28年度実施		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	
		3,786	15 0.4%	140 3.7%	202 5.3%	3,429 90.6%
メタボ該当者		555 14.7%	3 0.5%	44 7.9%	50 9.0%	458 82.5%
メタボ予備群		460 12.2%	1 0.2%	19 4.1%	23 5.0%	417 90.7%
メタボなし		2,771 73.2%	11 0.4%	77 2.8%	129 4.7%	2,554 92.2%
LDL-C	140-159	445 16.1%	2 0.4%	15 3.4%	19 4.3%	409 91.9%
	160-179	237 8.6%	3 1.3%	7 3.0%	16 6.8%	211 89.0%
	180-	141 5.1%	1 0.7%	1 0.7%	7 5.0%	132 93.6%
【参考】						
CKD	G3aA1～	322 8.5%	3 0.9%	23 7.1%	10 3.1%	286 88.8%

○H28年度特定健診結果より

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からの聞き取り、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。

(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

(2) 中長期的評価

糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて評価を行う。

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）

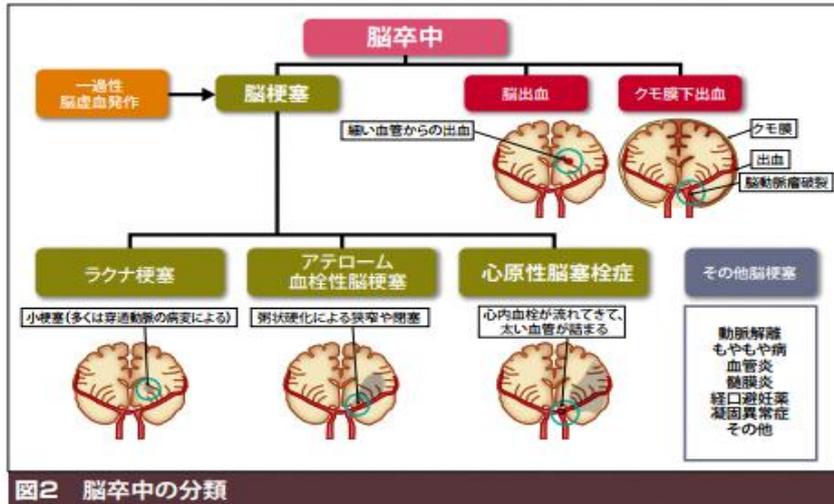
3. 脳血管疾患重症化予防

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】



(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。

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178人(4.8%)であり、94人は未治療者であった。また未治療者のうち11人(11.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要で

ある。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も84人(6.8%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者 (H28)

脳梗塞	ラクナ梗塞	●				○								○	
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		○		●						○	
脳出血	心源性脳梗塞	●	●					○						○	
	脳出血	●													
くも膜下出血	●														
リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧	心房細動		脂質異常 (高LDL)		メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2009 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの診断基準		糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)					
特定健診受診者における重症化予防対象者	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)		蛋白尿 (2+) 以上		eGFR50未満 70歳以上40未満		
受診者数:3,746人	178人	4.8%	4人	0.1%	169人	4.5%	559人	14.9%	331人	8.8%	55人	1.5%	66人	1.8%	
治療なし	94人	3.7%	0人	0%	153人	5.1%	120人	5.7%	169人	5.1%	18人	0.9%	16人	0.8%	
治療あり	84人	6.8%	4人	0.2%	16人	2.2%	439人	26.4%	162人	45.6%	37人	2.2%	50人	3.1%	
臓器障害あり	11人	11.7%	0人	--	4人	2.6%	10人	8.3%	11人	6.5%	18人	100%	16人	100%	
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象者)	6人		0人		2人		5人		5人		18人		16人	
	尿蛋白 (2+) 以上	4人		0人		1人		1人		3人		18人		3人	
	尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	1人		0人		0人		3人		1人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	3人		0人		1人		1人		1人		3人		16人	
	心電図所見あり	5人		0人		2人		5人		6人		0人		0人	

○あなみツールの集計ツール「資料B」より

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

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

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） (H28)

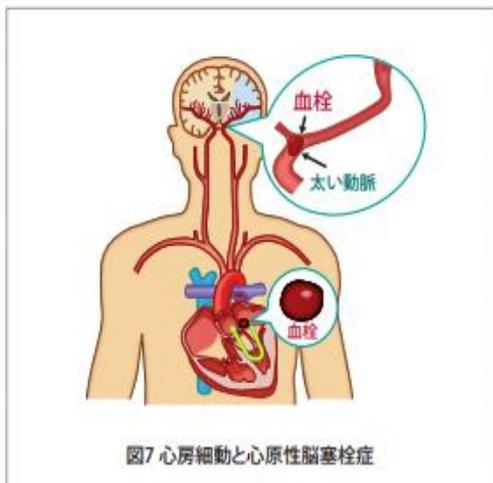
【図表 37】

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	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	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,517	801	764	458	400	77	17	14	249	231	
		31.8%	30.4%	18.2%	15.9%	3.1%	0.7%	0.6%	9.9%	9.2%	
リスク第1層	271	148	76	30	14	3	0	14	3	0	
		10.8%	18.5%	9.9%	6.6%	3.5%	0.0%	100%	1.2%	0.0%	
リスク第2層	1,504	485	467	258	246	41	7	--	246	48	
		59.8%	60.5%	61.1%	56.3%	61.5%	41.2%	--	98.8%	20.8%	
リスク第3層	742	168	221	170	140	33	10	--	--	183	
		29.5%	21.0%	28.9%	37.1%	35.0%	58.8%	--	--	79.2%	
再掲 重複あり	糖尿病	266	54	83	63	54	8	4			
			35.8%	32.1%	37.6%	37.1%	38.6%	24.2%	40.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	215	58	59	50	34	10	4			
		29.0%	34.5%	26.7%	29.4%	24.3%	30.3%	40.0%			
3個以上の危険因子	413	82	125	91	86	24	5				
		55.7%	48.8%	56.6%	53.5%	61.4%	72.7%	50.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

○あなみツール：集計ツール「血圧層別化」より

(3) 心電図検査からの重症化予防対象者の把握



(脳卒中予防の提言より引用)

脳梗塞の中でも、心原性脳塞栓症は「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。心原性脳塞栓症とは心房細動によって出来た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する。

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。

心電図検査において4人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また心房細動の所見があった4人は既に治療が開始されていた。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若しくは、リスクの高い60歳以上の者に実施するよう検討が必要となる。

特定健診における心房細動有所見状況 (H28)

【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	201	156	4	2.0	0	0	—	—
40歳代	13	9	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	15	9	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	119	91	2	1.7	0	0	1.9	0.4
70～74歳	54	47	2	3.7	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

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	%
4	100	0	0	4	100

○H28 年度特定健診結果より

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

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

② 心房細動の管理

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から聞き取り、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。その際は高血圧者の評価表や心房細動管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

(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

(2) 中長期的評価

糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて評価を行う。

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

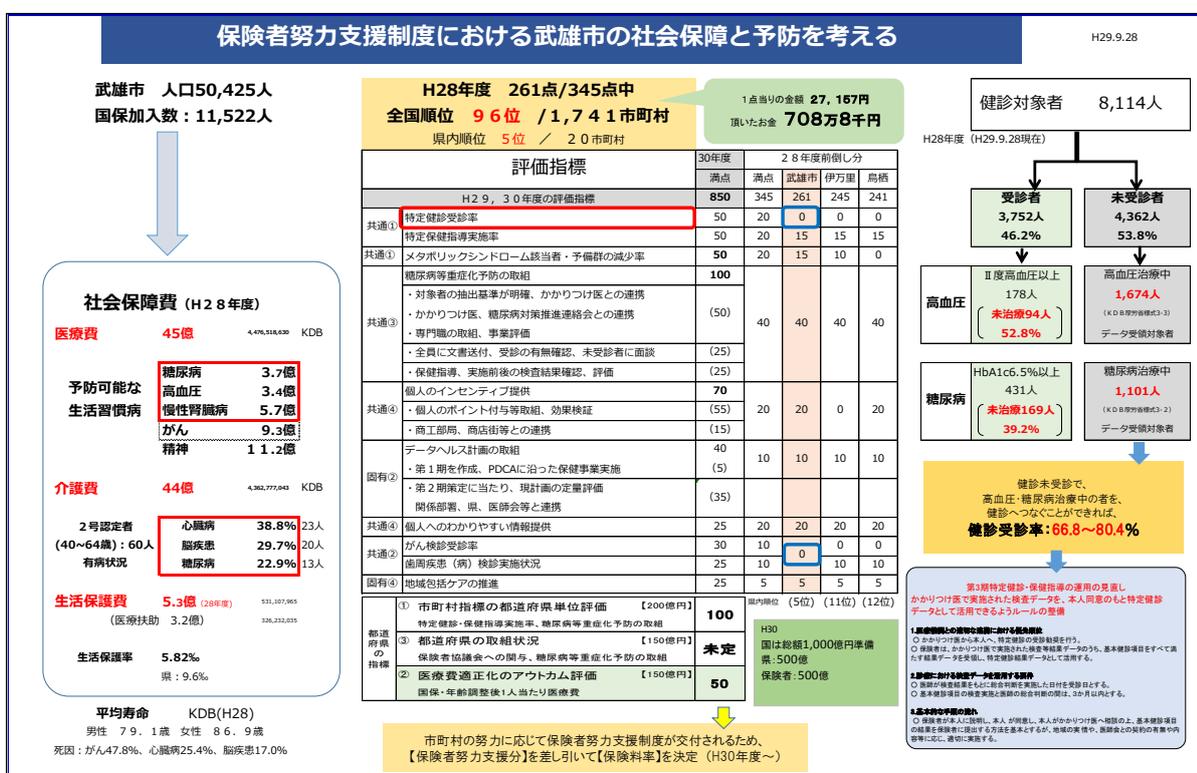
7 月～特定健診結果が届き次第評価表・台帳に記載。記載後順次、対象者へ介入（通年）

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实態と社会環境等について、出前講座や、区長会・食生活改善推進協議会・婦人会での説明など、地域の組織を通じて、広く市民へ周知していく。(図表 40・41)

また、武雄市では健康ポイント事業を行い、市民の健康づくりの増進を行っている。健康診断の受診や地域行事等への参加、自分で決めた取組などを実施することで、ポイントのため、賞品と交換できる制度で、楽しみながらできる健康づくりを推進する。

【図表 40】



【図表41】

武雄市の健診結果と生活を科学的に解明する

1. からだの実態

①健診データ

H26	佐賀県の 全国順位	割合	武雄市の 割合
腹囲(男性85cm以上・女性90cm以上)	16位	32.8%	33.3%
BMI(25以上)	26位	25.7%	23.8%
GPT(51以上)	35位	4.7%	3.9%
中性脂肪(300以上)	44位	2.9%	1.9%
空腹時血糖(126以上)	29位	5.5%	4.4%
HbA1c 8.4以上	14位	1.0%	1.1%
HbA1c 6.5以上	2位	7.9%	10.9%

H26年度厚生労働省様式
6-2~6-7



②患者調査(糖尿病)入院・入院外(H26年)

	入院	入院外
糖尿病	5位	20位



③糖尿病性腎症による新規透析導入の状況(H27)

佐賀県	27位	43.2位
-----	-----	-------

○武雄市内の食べ物の名前がつく地域行事

- ・だご念仏
- ・なます祭り(なますをつまみに日本酒を飲む祭り)

○シュガーロード

- ・長崎街道はシュガーロードの文化が息づいており、地元の銘菓も砂糖を使ったものが多い(百合羊羹・柚子最中・らくがん・丸ポーロ)
- ・甘辛い味付けが多い。地元食改が紹介する漬物のレシピにも砂糖が多く使われていた(焼酎漬:きゅうり5kg、砂糖750g、塩250g、焼酎200cc)(醤油漬:きゅうり5kg、砂糖1kg、醤油1ℓ)

○地元の人に聞いた砂糖の使い方

- ・トマトに砂糖をかける
- ・もちに砂糖をかける
- ・お屠蘇に砂糖を入れる
- ・砂糖入りのきな粉をご飯にかけて食べる
- ・天ぷらに砂糖をかける

○調味料が甘い

- ・味噌、醤油がそもそも甘い

2. 佐賀の食の実態

砂糖	14位
しょうゆ	3位
みそ	8位
酢	17位

甘辛い味付け

冷凍食品(コロッケ冷凍・蒲焼冷凍・シューマイ冷凍など)	8位
-----------------------------	----

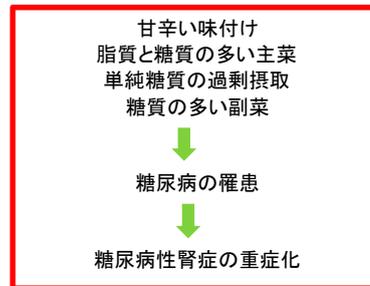
脂質と糖質の多い主菜

ようかん	1位
キャンデー	8位
まんじゅう	14位

単純糖質の過剰摂取

れんこん	3位
さつまいも	5位
じゃがいも	15位

糖質の多い副菜



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

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。このような状況を踏まえると、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武雄市にとっても非常に重要である。

【図表 42】

65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
武雄市	人	12,985	14,154	15,037	15,307	15,079	14,698	14,404
	%	25.6	28.7	31.5	33.3	34.2	34.8	35.8

○国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成 25 年 3 月推計)より

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つなげて行くためには、医療・介護・保健・福祉等各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。(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（2020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（2023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)

受診率や受療率、医療の動向は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるデータで確認する。そのデータを基に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を定期的に評価する。

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。特に優先度の高い重症化予防事業の実施状況は、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ることができるものが重要であり、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活用した周知のほか、地区医師会等の関係団体を通じて医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

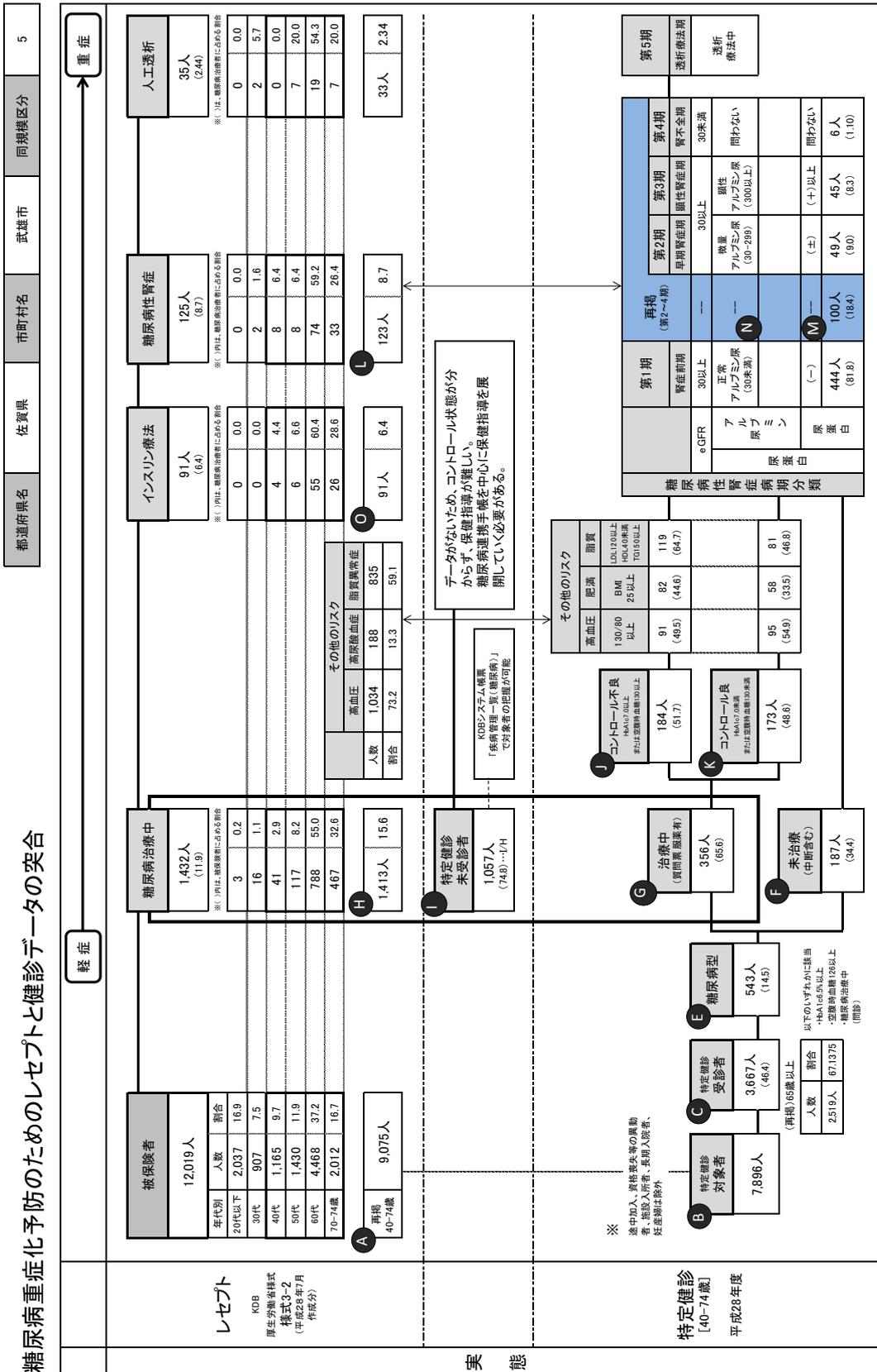
- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた武雄市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた武雄市の位置

項目			H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)		
			保険者		保険者		同規模平均		県			国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合
1	① 人口構成	総人口	50,425		50,425		18,346,852		842,408		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）	12,953	25.7	12,953	25.7	4,430,444	24.1	207,778	24.7	29,020,766	23.2	
		75歳以上	7,357	14.6	7,357	14.6			112,903	13.4	13,989,864	11.2	
		65～74歳	5,596	11.1	5,596	11.1			94,875	11.3	15,030,902	12.0	
		40～64歳	17,085	33.9	17,085	33.9			283,027	33.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	20,387	40.4	20,387	40.4			351,603	41.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	7.0		7.0		6.1		9.5		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	29.2		29.2		28.9		24.2		25.2		
		第3次産業	63.7		63.7		65.0		66.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.1		79.1		79.6		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.9		86.9		86.3		86.6		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.2		65.2		65.3		65.2		65.2			
	女性	66.3		66.3		66.8		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	103.8		107.0		100.0		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	157	45.1	171	47.8	54,818	48.1	2,798	51.0	367,905	49.6	
		心臓病	108	31.0	91	25.4	30,930	27.1	1,387	25.3	196,768	26.5	
		脳疾患	56	16.1	61	17.0	18,797	16.5	880	16.0	114,122	15.4	
		糖尿病	7	2.0	9	2.5	2,153	1.9	105	1.9	13,658	1.8	
		腎不全	12	3.4	16	4.5	3,750	3.3	174	3.2	24,763	3.3	
		自殺	8	2.3	10	2.8	3,547	3.1	141	2.6	24,294	3.3	
	② 早世子防からみた死亡 (65歳未満)	合計	63		10.5		59		9.8		967		厚労省HP 人口動態調査
		男性	37		13.1		40		14.2		614		
		女性	26		8.2		19		5.9		353		
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	2,958		22.4		2,926		22.6		891,715		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	48		0.3		56		0.3		15,309		
		2号認定者	62		0.4		60		0.3		21,986		
	② 有病状況	糖尿病	687		22.5		715		23.5		203,607		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		高血圧症	1,822		59.3		1,857		61.8		478,594		
		脂質異常症	800		25.6		816		27.1		255,994		
		心臓病	2,120		69.4		2,112		71.0		545,522		
		脳疾患	1,080		36.1		1,064		36.2		239,267		
		がん	273		8.6		312		10.3		92,924		
		筋・骨格	1,832		59.4		1,813		60.8		468,953		
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	73,298		68,885		61,236		64,991		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	50,439		49,370		40,245		46,286		39,683			
	施設サービス	298,594		291,009		278,146		282,959		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	11,017		8,062		8,026		8,106		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定あり 認定なし	3,900		3,903		3,809		4,036		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	12,894		11,522		4,516,485		205,156		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	4,477		34.7		4,787		41.5		80,173		
		40～64歳	4,860		37.7		3,945		34.2		69,726		
	② 医療の概況 (人口千対)	39歳以下	3,557		27.6		2,790		24.2		55,257		
		加入率	25.6		22.8		24.7		24.4		26.9		
		病院数	5		0.4		5		0.4		1257		
		診療所数	49		3.8		47		4.1		12,813		
		病床数	643		49.9		641		55.6		227,288		
	③ 医療費の状況	医師数	96		7.4		97		8.4		33,690		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
		外来患者数	723.1		787.5		688.2		736.5		668.3		
入院患者数		28.5		30.2		19.8		26.3		18.2			
一人当たり医療費		29,247		県内11位		31,633		県内9位 同規模17位		25,582			
受診率		751,576		817,701		708,019		762,742		686,501			
外来費用の割合		52.9		53.3		59.3		55.6		60.1			
入院費用の割合		47.1		46.7		40.7		44.4		39.9			
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（調剤含む）	1件あたり在院日数	17.8日		18.0日		16.2日		18.0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	469,315,210		17.8		525,195,530		20.6		25.0			
	慢性腎不全（透析あり）	207,094,780		11.3		325,777,670		12.8		9.5			
	糖尿病	203,761,160		7.7		208,610,770		8.2		10.1			
	高血圧症	259,188,280		9.8		191,518,000		7.5		8.9			
精神	636,079,240		24.1		633,534,630		24.9		17.6				
筋・骨格	412,687,450		15.6		369,682,150		14.5		14.9				

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)						
	保険者		保険者		同規模平均		県		国								
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	585,982	3位 (17)	570,185	6位 (17)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
			高血圧	591,190	6位 (17)	546,095	14位 (19)										
			脂質異常症	571,933	3位 (17)	497,693	11位 (19)										
			脳血管疾患	650,063	3位 (19)	637,608	6位 (20)										
			心疾患	593,742	7位 (17)	547,258	13位 (20)										
			腎不全	635,207	12位 (20)	756,324	3位 (19)										
			精神	453,397	5位 (26)	443,323	14位 (26)										
			悪性新生物	676,918	2位 (15)	632,124	9位 (14)										
			県内順位 順位総数23	入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	33,696	15位	33,014	16位							
						高血圧	29,670	13位	28,587	16位							
	脂質異常症	26,059				13位	25,365	15位									
	脳血管疾患	29,457				22位	26,805	23位									
	心疾患	40,323				16位	39,315	15位									
	腎不全	211,700				8位	208,262	7位									
	精神	33,132				7位	29,767	17位									
	悪性新生物	42,499				22位	44,711	18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	1,491		3,792			2,411		3,157		2,065
							健診未受診者	9,868		11,995			12,679		13,146		12,683
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,710		9,844		6,634		8,147			5,940			
				健診未受診者	37,803		31,136		34,890		33,922			36,479			
7	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,670	56.8	2,080	56.4	669,151	55.7	29,346	53.2	4,116,530	55.9					
		医療機関受診率	1,537	52.3	1,879	51.0	617,720	51.5	27,024	48.9	3,799,744	51.6					
		医療機関非受診率	133	4.5	201	5.5	51,431	4.3	2,322	4.2	316,786	4.3					
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数23	健診受診者	2,938		3,685		1,200,553		55,213		7,362,845						
		受診率	33.8	県内19位	46.1	県内9位 同規模52位	38.0	40.2	全国13位	34.0							
		特定保健指導終了者(実施率)	157	46.3	228	51.0	7355	5.2	1,400	21.4	35,557	4.1					
		非肥満高血糖	142	4.8	283	7.7	119,080	9.9	4,452	8.1	687,157	9.3					
		メタボ	該当者	388	13.2	548	14.9	209,544	17.5	9,213	16.7	1,272,714	17.3				
			男性	247	19.0	369	22.2	142,004	27.4	6,168	25.2	875,805	27.5				
			女性	141	8.6	179	8.9	67,540	9.9	3,045	9.9	396,909	9.5				
			予備群	382	13.0	442	12.0	128,835	10.7	6,806	12.3	790,096	10.7				
		メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	260	20.0	303	18.2	88,450	17.1	4,495	18.4	548,609	17.2			
				女性	122	7.4	139	6.9	40,385	5.9	2,311	7.5	241,487	5.8			
				総数	939	32.0	1,147	31.1	379,261	31.6	18,729	33.9	2,320,533	31.5			
			腹囲	男性	620	47.8	775	46.5	257,437	49.7	12,377	50.6	1,597,371	50.1			
				女性	319	19.4	372	18.4	121,824	17.9	6,352	20.6	723,162	17.3			
				総数	129	4.4	182	4.9	57,060	4.8	2,208	4.0	346,181	4.7			
			血糖のみ	男性	22	0.7	31	0.8	8,214	0.7	587	1.1	48,685	0.7			
				女性	274	9.3	312	8.5	88,982	7.4	4,413	8.0	546,667	7.4			
				脂質のみ	86	2.9	99	2.7	31,639	2.6	1,806	3.3	194,744	2.6			
				血糖・血圧	66	2.2	86	2.3	32,969	2.7	1,581	2.9	196,978	2.7			
				血糖・脂質	23	0.8	42	1.1	11,910	1.0	658	1.2	69,975	1.0			
血圧・脂質	210			7.1	273	7.4	101,012	8.4	4,392	8.0	619,684	8.4					
血糖・血圧・脂質	89			3.0	147	4.0	63,653	5.3	2,582	4.7	386,077	5.2					
6	生活習慣の 状況			服薬	高血圧	892	30.4	1,216	33.0	412,372	34.4	18,118	32.8	2,479,216	33.7		
					糖尿病	217	7.4	350	9.5	93,059	7.8	4,868	8.8	551,051	7.5		
		脂質異常症	499		17.0	724	19.6	286,600	23.9	12,500	22.6	1,738,149	23.6				
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	37	1.3	37	1.1	37,598	3.2	620	1.6	230,777	3.3				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	46	1.6	52	1.5	68,046	5.9	853	2.2	391,296	5.5				
			腎不全	37	1.3	25	0.7	7,528	0.7	304	0.8	37,041	0.5				
			貧血	129	4.6	150	4.4	116,827	10.1	3,356	8.4	710,650	10.1				
		喫煙	週3回以上朝食を抜く	188	6.7	262	7.6	72,002	7.1	4,713	8.8	540,374	8.5				
			週3回以上食後間食	299	10.7	378	11.0	111,439	10.9	6,239	11.6	743,581	11.8				
			週3回以上就寝前夕食	291	10.4	357	10.4	149,833	14.5	6,201	11.5	983,474	15.4				
			食べる速度が速い	757	27.1	935	27.1	254,684	25.1	15,248	28.3	1,636,988	25.9				
			20歳時体重から10kg以上増加	842	30.1	1,101	32.0	326,322	31.6	17,855	33.2	2,047,756	32.1				
			1回30分以上運動習慣なし	1,854	66.3	2,273	66.0	605,529	58.4	34,038	63.3	3,761,302	58.7				
1日1時間以上運動なし	1,403		50.2	1,559	45.3	460,802	44.4	25,180	49.1	2,991,854	46.9						
睡眠不足	676		24.2	842	24.4	250,124	24.3	12,227	25.5	1,584,002	25.0						
毎日飲酒	721		25.8	902	26.2	278,304	24.6	13,421	24.9	1,760,104	25.6						
時々飲酒	1合未満		556	19.9	661	19.2	237,249	21.0	11,043	20.4	1,514,321	22.0					
	1～2合	819	55.6	1,019	57.1	467,405	64.5	14,158	53.8	3,118,433	64.1						
	2～3合	488	33.1	574	32.1	172,836	23.9	8,833	33.5	1,158,318	23.8						
	3合以上	130	8.8	152	8.5	66,425	9.2	2,702	10.3	452,785	9.3						

OKDB_CSV2 次加工ツール「様式 6-1」より



○あなみツール：集計ツール「DM腎症(レセ×健診)」より

【参考資料 3】

番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 【平成29年度】

担当者名:

担当地区: 武雄市全体

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携										
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(A+B) A. 健診未受診者 (296) 人 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <caption>結果未把握(内訳)</caption> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>(152) 人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>(97) 人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>(25) 人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>(21) 人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>(1) 人</td> </tr> </table> ↓ ①-1 未治療者(中断者含む) (54) 人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	①国保(生保)	(152) 人	②後期高齢者	(97) 人	③他保険	(25) 人	④住基異動(死亡・転出)	(21) 人	⑤確認できず	(1) 人	1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	①国保(生保)	(152) 人											
②後期高齢者	(97) 人												
③他保険	(25) 人												
④住基異動(死亡・転出)	(21) 人												
⑤確認できず	(1) 人												
保健指導の優先づけ	B. 結果把握 (202) 人 ①HbA1cが悪化している (再掲)HbA1c7.0%以上で昨年度より悪化している。 (101) 人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある。 ②尿蛋白(-) (±) (16) 人 (+)～顕性腎症 (22) 人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (3) 人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 (64) 人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ・血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の実施 栄養士中心 腎専門医										

【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 5 都道府県 41

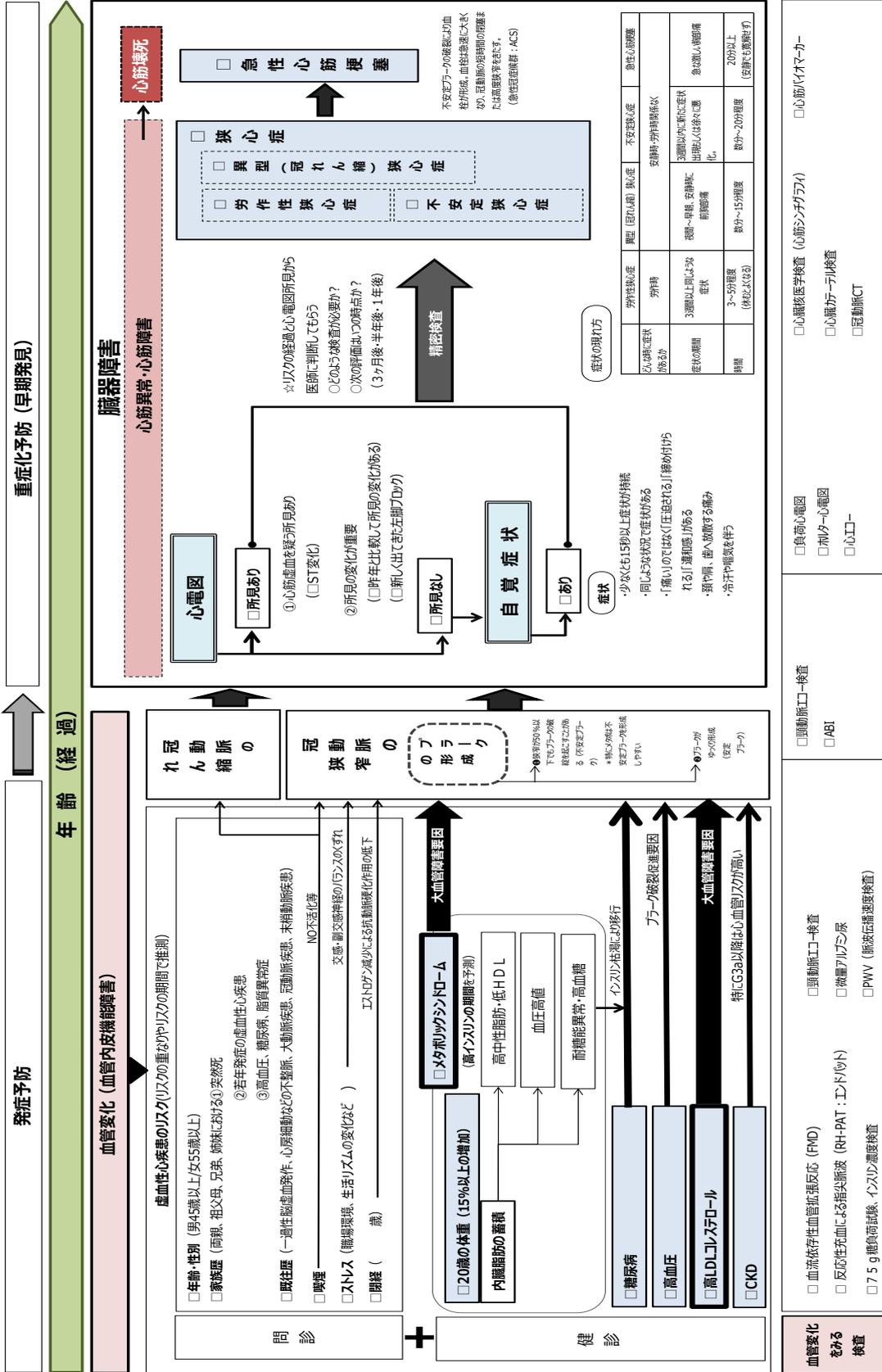
市町村名

武雄市

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268		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	12,019人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳									
2	① 特定健診 対象者数	B	7,896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 受診者数	C	3,667人							
	③ 受診率		46.4%							
3	① 特定保健指導 対象者数		426人							
	② 実施率		64.3%							
4	① 健診データ 糖尿病型	E	543人	14.5%						特定健診結果
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	187人	34.4%						
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	356人	65.6%						
	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	184人	51.7%						
	⑤ 血圧 130/80以上	J	91人	49.5%						
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	82人	44.6%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	173人	48.6%						
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	444人	81.8%						
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		49人	9.0%						
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		45人	8.3%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満		6人	1.1%						
5	① レセプト 糖尿病受療率(被保険者対)		119.1人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		155.7人							
	③ レセプト件数(40-74歳) ()内は被保険者対	入院外(件数)	7,978件	(913.7)			9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ 入院(件数)		32件	(3.7)			65件	(5.0)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	1,432人	11.9%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳		1,413人	15.6%						
	⑦ 健診未受診者	I	1,057人	74.8%						
	⑧ インスリン治療	O	91人	6.4%						
	⑨ (再掲)40-74歳		91人	6.4%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	125人	8.7%						
	⑪ (再掲)40-74歳		123人	8.7%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		35人	2.44%						
	⑬ (再掲)40-74歳		33人	2.34%						
	⑭ 新規透析患者数		23							
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		10							
	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)		21人	1.1%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	① 医療費 総医療費		44億7652万円					53億6462万円	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		25億4342万円					30億4443万円		
	③ (総医療費に占める割合)		56.8%					56.8%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,840円				7,618円			
	⑤ 健診未受診者		31,133円				33,667円			
	⑥ 糖尿病医療費		2億0929万円				3億0618万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.2%				10.1%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		6億3754万円							
	⑨ 1件あたり		33,014円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		4億2479万円							
	⑪ 1件あたり		570,185円							
	⑫ 在院日数		17日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		3億3933万円				3億0863万円			
	⑭ 透析有り		3億2578万円				2億8998万円			
	⑮ 透析なし		1356万円				1864万円			
7	① 介護 介護給付費		43億7739万円					49億7433万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		6件	15.4%						
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		9人	1.6%			8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

○あなみツール：DM 評価_様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価より

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン、エビデンスに基づくリスク管理ガイドライン、2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能検査の標準化手順

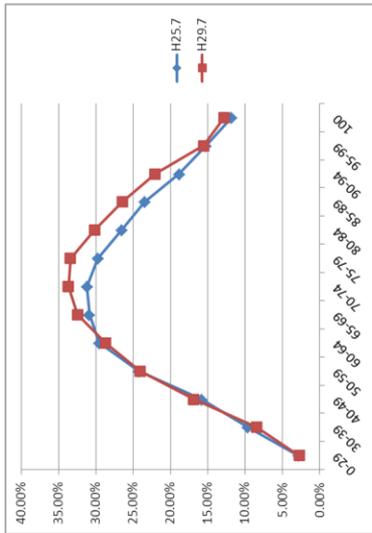
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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	⑤				
			<input type="checkbox"/> その他所見					
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 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <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	重症化予防対象者				
			③ 健診結果 目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、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。					
		判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	発症予防対象者	
④	メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~				
		<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~				
		<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149	150~299	300~		
			食後	~199	200~			
		<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169	170~			
		<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50	51~			
		<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99	100~125	126~		【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
			食後	~139	140~199	200~		
		<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	140~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)			
	拡張期	~84	85~89	90~				
<input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無				
eGFR		60未満						
尿蛋白	(-)	(+) ~						
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1~						
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

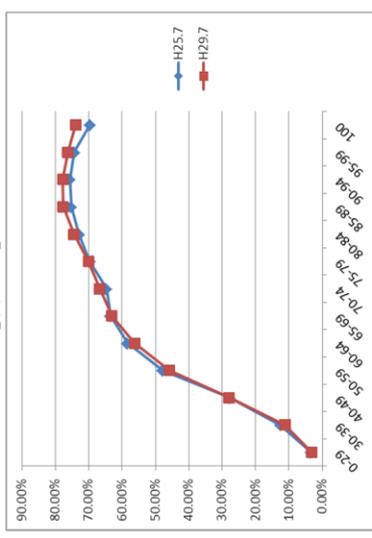
生活習慣病有病状況(佐賀県)

【糖尿病】



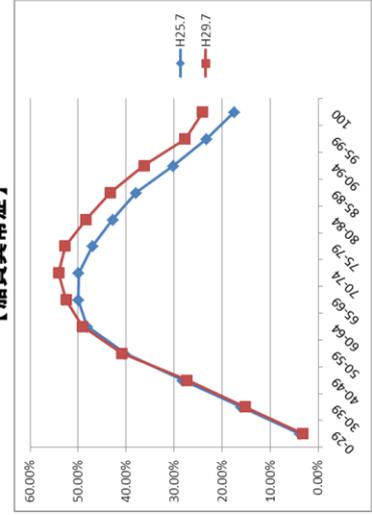
年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男性	2.84%	9.62%	15.84%	24.27%	29.53%	30.86%	31.20%	29.73%	26.55%	23.48%	18.83%	11.83%	
女性	2.78%	8.47%	16.97%	24.13%	28.74%	32.46%	33.69%	32.41%	30.21%	26.46%	15.55%	12.82%	

【高血圧】



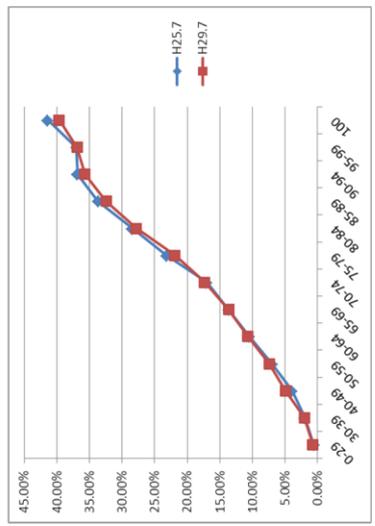
年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男性	3.45%	12.54%	27.77%	47.77%	67.77%	72.92%	79.82%	86.63%	84.73%	84.73%	75.70%	74.31%	60.82%
女性	3.18%	11.19%	27.80%	45.74%	66.85%	74.63%	77.06%	77.78%	76.27%	73.98%			

【脂質異常症】



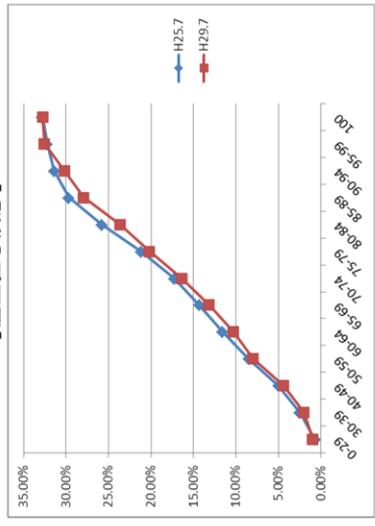
年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男性	3.82%	15.98%	28.20%	40.93%	48.12%	49.98%	49.98%	49.98%	42.79%	37.86%	30.10%	23.30%	17.47%
女性	3.13%	15.26%	27.31%	40.93%	48.12%	49.98%	49.98%	49.98%	42.79%	37.86%	30.10%	23.30%	17.47%

【脳血管疾患】



年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男性	0.36%	1.97%	3.97%	7.01%	10.50%	13.63%	17.05%	23.22%	28.45%	33.70%	36.85%	37.00%	41.40%
女性	0.71%	2.01%	4.92%	7.42%	10.66%	13.63%	17.34%	21.91%	27.86%	32.44%	35.71%	36.86%	38.64%

【虚血性心疾患】



年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
男性	0.70%	2.50%	5.00%	8.52%	11.57%	14.31%	17.24%	21.21%	25.80%	29.68%	31.39%	32.23%	32.80%
女性	0.96%	2.01%	4.38%	7.59%	10.30%	13.18%	16.36%	20.21%	23.55%	27.53%	30.22%	32.56%	32.74%

【参考資料10】

【出典】国保データベース(KDB)システム、厚生労働省様式3-1

平成28年度事業の評価

事業名	H28 実績計画	H28 目標	ストラテジャー（概要）	プロセス（過程）	特定受診受診率、保健指導実施率等	アウトカム（結果）	課題として残っているところ	次年度に向けた改善の方向性																																																																																																																	
重症化予防	<p>重症化予防対象者に対してのアプローチ方法を減らす。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①結果説明会、相談会、動脈硬化検診にて面談 ②HbA1c以上の者 ③CKD重症度分類でオレンジゾーン赤の者 	<p>重症化予防対象者減少させる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●CKD重症化区分 ●HbA1c以上の者 ●CKD重症度分類でオレンジゾーン赤の者 ②訪問指導を行う <ul style="list-style-type: none"> ●HbA1c：8以上 ●糖尿病の治療なし ●糖尿病の合併症 ●血圧150以上 ●糖尿病治療なし ●CKD重症度分類でオレンジゾーン赤の者が 	<p>（正親職員） 保健師：5人 管理栄養士：1人</p>	<p>プロセス（過程）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●保健指導実施者のスキルアップ研修に参加したり、勉強会を行う。 ●保健指導実施者、かかりつけ医との連携を図る。 ●特定保健指導（HbA1c/FPG、あるいはHbA1c/FPG）を用いて面談の抽出、分析を実施し、重症化予防を行う。また、実施後は記録し担当者間で共有。 ●業務担当が対象者を抽出し、各地区担当に振り分けて実施。月1回、どこまで保健指導できているか把握。 	<p>特定受診受診率、保健指導実施率等</p> <ul style="list-style-type: none"> ①結果説明会：153人 ②訪問指導：169人 ③動脈硬化検診：89人 <p>H28 保健指導実施率 対象者 446人 保健指導実施者 327人 保健指導実施率 73.3%</p>	<p>アウトカム（結果）</p> <p>【結果】HbA1c、eGFRなどの検査結果の変化、加齢に伴う生活習慣病の有病者、予備軍、透析新発症患者の減少</p>	<p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●H27からH28にかけて、Gbb以内の者がから12人に増加。 ●加齢に伴って、12人中8人が重症化患者となり、4人が重症化患者であった。 ●重症化患者4人のH27結果は、Gbb3.3人、Gbb1.1人であった。加齢、Gbb以上の者のうち、この重症化患者までつながっていない。 <p>【血圧】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●H27とH28との比較で、改善した。29.9%、悪化変化は24.4%であった。 【糖尿病】 ●H27とH28との比較で、改善した。29.9%、悪化変化は71.1%であった。改善率は血圧と比較すると、糖尿病の改善率は低い。HbA1c7.0%以上の者のうち、45%は糖尿病治療中であった。医師との連携が必要。現在連携体制は未構築。 【全体】 ●保健指導率は7~8割ある。H27とH28との比較で、改善した。継続支援できていない。現状は継続支援できていない。 	<p>課題として残っているところ</p> <p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●H27とH28との比較で、改善した。29.9%、悪化変化は24.4%であった。 【糖尿病】 ●H27とH28との比較で、改善した。29.9%、悪化変化は71.1%であった。改善率は血圧と比較すると、糖尿病の改善率は低い。HbA1c7.0%以上の者のうち、45%は糖尿病治療中であった。医師との連携が必要。現在連携体制は未構築。 【全体】 ●保健指導率は7~8割ある。H27とH28との比較で、改善した。継続支援できていない。現状は継続支援できていない。 	<p>次年度に向けた改善の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> ●重症化予防 ●糖尿病 ●血圧 ●医師との連携 																																																																																																																
特定保健指導	<p>①特定保健指導（個別検診）から対象者は7割以上は実施している（70歳以上の者は実施していない）</p> <ul style="list-style-type: none"> ②結果説明会の実施 ③2次健診の実施 ④動脈硬化検診の実施 	<p>（保健職員） 保健師：2人 管理栄養士：3人 事務：1人</p>	<p>特定保健指導（個別検診）から対象者は7割以上は実施している（70歳以上の者は実施していない）</p> <ul style="list-style-type: none"> ②結果説明会の実施 ③2次健診の実施 ④動脈硬化検診の実施 	<p>①家庭訪問指導、毎月508件（本人を含む） ②結果説明会の実施、178件 ③動脈硬化検診を利用した保健指導、28件 ④健康相談、臨時相談、118件</p>	<p>特定保健指導実施率の推移</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定保健指導実施率の推移</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定保健指導実施率の推移</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定保健指導実施率の推移</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定保健指導実施率の推移</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
特定健診受診率	<p>①家庭訪問にて受診勧奨（H27の結果より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●HbA1c以上の者 ●血圧150以上の者 ●CKD重症度分類にてオレンジゾーン赤の者 ●特定保健指導実施者 ②結果説明会の協力依頼 ③保健師によるホームベーク、ケアアドバイザー ④年2回の電話通知 ⑤区長会にて受診勧奨 	<p>（正親職員） 保健師：5人 管理栄養士：1人 事務：1人 （臨時職員） 保健師：1人 管理栄養士：3人 事務：1人</p>	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%	<p>特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>H26</th> <th>H27</th> <th>H28</th> </tr> <tr> <td>対象者</td> <td>397</td> <td>459</td> <td>426</td> </tr> <tr> <td>保健指導完了者</td> <td>200</td> <td>244</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>50.3%</td> <td>53.2%</td> <td>64.3%</td> </tr> </table>	対象者	H26	H27	H28	対象者	397	459	426	保健指導完了者	200	244	274	保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						
対象者	H26	H27	H28																																																																																																																						
対象者	397	459	426																																																																																																																						
保健指導完了者	200	244	274																																																																																																																						
保健指導実施率	50.3%	53.2%	64.3%																																																																																																																						

平成28年度事業の評価を踏まえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗)

H29年度課題	プロセス H28残っている課題を踏まえ、やってみる	アウトプット(事業実施量)	アウトカム(結果)	課題として残っているところ
<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率:50% 継続受診率:70%以上 特定保健指導率:60% 健診受診者の検査結果の改善(血圧、血糖、GKD) 重症化予防対象者の割合を減少させる。 <p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 家庭訪問を業務の中に位置づけ、訪問に行く体制を作る。 業務担当だけでなく、地区担当で家庭訪問を行う。 <p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健指導率は約7割あるが、年度内に2~3回会うといった継続支援はできていない現状あり。保健指導の優先順位の検討が必要。 糖尿病の改善率29%と低い。HbA1c7.0%以上の者が7.4%は糖尿病治療中であるため、医療との連携が進んでいない。 腎機能低下者に対しては、管理栄養士の栄養指導までつなげていない。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診率が低い。 40代の受診率が特に低い。 医療機関の協力等による取組み 受診勧奨の効果が特に低い。 <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関と連携して重症化予防に取り組む。(連絡業や糖尿病手帳を活用) 医療連携を円滑に行うためには、まず保健師の仕事を先方から知ってもらう必要がある。連絡票を使った連携を行ったり、医師会班会を通して、保健師の活動について情報提供を行っていく。 	<p>プロセス H28残っている課題を踏まえ、やってみる</p> <p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○地区担当制を導入、家庭訪問を一つの事業としてとらえ、訪問していく体制を整える。 <p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルに基づき計画を見直し、年度末、年度当初にスタッフ全体で、対象者やフォローの方法などの確認する。 ◆対象者選定について話し合いを行い、糖尿病性腎症重症化予防対象者を最優先とする。 ◆受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者にはアプローチを行う。 ◆特定健診モニターやメールマガジン、あなみツールを用いた問題の抽出、分析を実施。どこでもケア等の保健指導教材を使用し指導を行う。また、実施後は記録し担当者間で共有。 ◆かかりつけ医と連携(連携票など)した栄養指導を行う。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆治療中の未健診者を健診につなげるため、医師会班会や各医療機関を回り、受診勧奨の依頼を行う。 ◆受診勧奨の通知の内容とタイミングを検討する(追加健診の前、健診終了2か月前) ◆来年度特定健診対象である39歳国保に個別通知を2回実施する。 <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療連携を図っていくため、糖尿病連携手帳を活用する。 ◆医師会班会の集まりに参加したり、医療機関に個々に訪問し、医療連携を構築する。 	<p>アウトプット(事業実施量)</p> <p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決め、アプローチ実施中。(まずは未治療者へ受診勧奨) ◆CKD重症度分類G3a以降の者に、かかりつけ医と連携(連携票など)した栄養指導を行った。(3件) <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆未受診者訪問:373名(うち本人に会う:142名) ◆H27重症化予防対象者で、H28年度未受診者に入者に訪問。 ◆新規の受診者獲得のため、H28年度新規国保加入者に訪問。 ◆医療機関への働きかけ ◆医師会班会にて特定健診の受診について協力依頼をする。(H29.5月、7月、9月、11月の4回) ◆未受診者勧奨通知の工夫 9月、11月、1月通知実施 ◆毎年受診者、2年未受診者用)に文言を変えて通知した。 ◆39歳国保に個別勧奨通知(5月、9月)対象者103人中15人受診受診率14.6%(H27受診率:8.3%対象者:108、受診者13人) <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医師会班会にて糖尿病性重症化予防プログラムについてや、保険者努力支援制度について説明を行い、医療連携協力の依頼をした。(H29.5月、7月、9月、11月の4回) 	<p>アウトカム(結果)</p> <p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当制を導入したが、フォロー体制がしっかり固まらないうまく稼働していない状況だ。今年度反省を踏まえ、年度初めから年度地区担当制がうまく回るよう体制づくりを行う。 ・訪問については、地区担当制を初めて半年ほどはうまく機能しなかったが、訪問月間を設け、例えば12月:重症化予防対象者に年末年始は忘年会新年会が多いので、気を付けてもらうよう保健指導する月など、強化月間を決め、互いに声掛けを行い、それぞれが訪問できる体制を始めた。 ・CKD重症度分類G3a以降の者について、かかりつけ医と連携し栄養指導を実施できたのは3件であった。対象者の同意が得られなかったり、保健師から栄養士へのつなぎがうまくいかず、連携数が伸びなかった。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療中で健診未受診者への受診を勧めてもらったため、医師会班会や依頼をおこなった。 ・先方からは「市の方も頑張っているから応援しよう。」「血液検査しているが、結果提供すれば受診したことできるのか。」「なと活発な意見・ご質問あり、保健師の活動や特定健診に対する理解が深まったのではと考える。個別健診による受診者は徐々に増加しており、今後も情報提供を継続していく。 ・新病受診者を伸ばす目的で、39歳国保に特化して個別通知を2回行った。受診率は1回しか通知しなかった昨年の受診率は8.3%、2回通知したH29は14.6%と通知により受診率の向上が見られた。この対象者は来年度から特定健診の対象となるため、健診健診への意識づけにつなげるため、今後も継続していく。 ・未受診者勧奨通知の種類でなく、2年間未受診者、昨年受診だが今年度未受診者など受診パターンに合わせて文言を変え通知した。通知の内容を変えることで、他人事ではなく自分ごととして受け取ってもらう意識づけとなったのではと思う。 <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師会班会において、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」や「保険者努力支援制度」について年4回説明を行った。 	<p>課題として残っているところ</p>

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	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	最終評価値	現状値の把握方法	
特定 等 計 画 健 診		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	46.4%	50.0%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
				64.3%	64.5%	65.0%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%			
データヘルス計画	人工透析にかかる医療費のうち、糖尿病性腎症によるものが57.1%と高い。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少	11.6%	11.0%	10.5%	10.0%	9.7%	9.3%	9.0%	8.7%	8.7%	KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.3%			1.7%							1.3%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.4%			1.0%							0.4%
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	43.5%			38.0%							35.0%
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少	26.9%	26.0%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.0%	20.0%		20.0%
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.8%	4.7%	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%		4.0%
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	4.5%	4.4%	4.3%	4.3%	4.2%	4.2%	4.1%	4.1%	4.0%		4.0%
			健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	11.7%	11.5%	11.3%	11.0%	10.9%	10.8%	10.7%	10.6%	10.6%		10.6%
			糖尿病(HbA1c7.0%以上)の未治療者の割合の減少	25.7%	25.6%	25.5%	25.4%	25.3%	25.2%	25.1%	25.0%	25.0%		25.0%
			糖尿病(HbA1c7.0%以上)の保健指導を実施した割合	73.8%	74.0%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%		80.0%
保険者努力支援制度	肺がん、乳がん、子宮頸がん、大腸がんの死亡率が県と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	10.4%	13.0%	16.0%	20.0%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%	30.0%	地域保健事業報告	
			肺がん検診	17.3%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%	30.0%		
			大腸がん検診	15.4%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%	40.0%		
			子宮頸がん検診	22.9%	26.0%	28.0%	30.0%	32.0%	35.0%	38.0%	40.0%	40.0%		
			乳がん検診	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	40.0%	40.0%		
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	6.0%	8.0%	10.0%						武雄市健康課		
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合	77.0%	77.5%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%	80.5%	厚生労働省公表結果		