第２期安八町国民健康保険保健事業実施計画
（データヘルス計画）

平成 30（2018）～35（2023）年度

平成３１年３月

安八町

目　　次

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・８
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.目標設定

第３章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）・・・・・・・・・・・・・・・２０
1.第３期特定健診等実施計画について
2.目標値の設定
3.対象者の見込み
4.特定健診の実施
5.特定保健指導の実施
6.個人情報の保護
7.結果の報告
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知

第４章　安八町の保健事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
１.安八町の健康課題
２.保健事業の現状

第５章　保健事業の取り組み計画・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
１.重点課題の取り組み
１)肥満予防の取り組み
２)糖尿病重症化予防の取り組み
３)虚血性心疾患重症化予防への取り組み
４)ポピュレーションアプローチ

第６章　地域包括ケアに係る取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53

第７章　計画の評価・見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
　１.評価の時期
　２.評価方法・体制

第８章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・５６
　１.計画の公表・周知
　２.個人情報の取扱い

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・57

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 6 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「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。

安八町においては、国指針に基づき、「第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

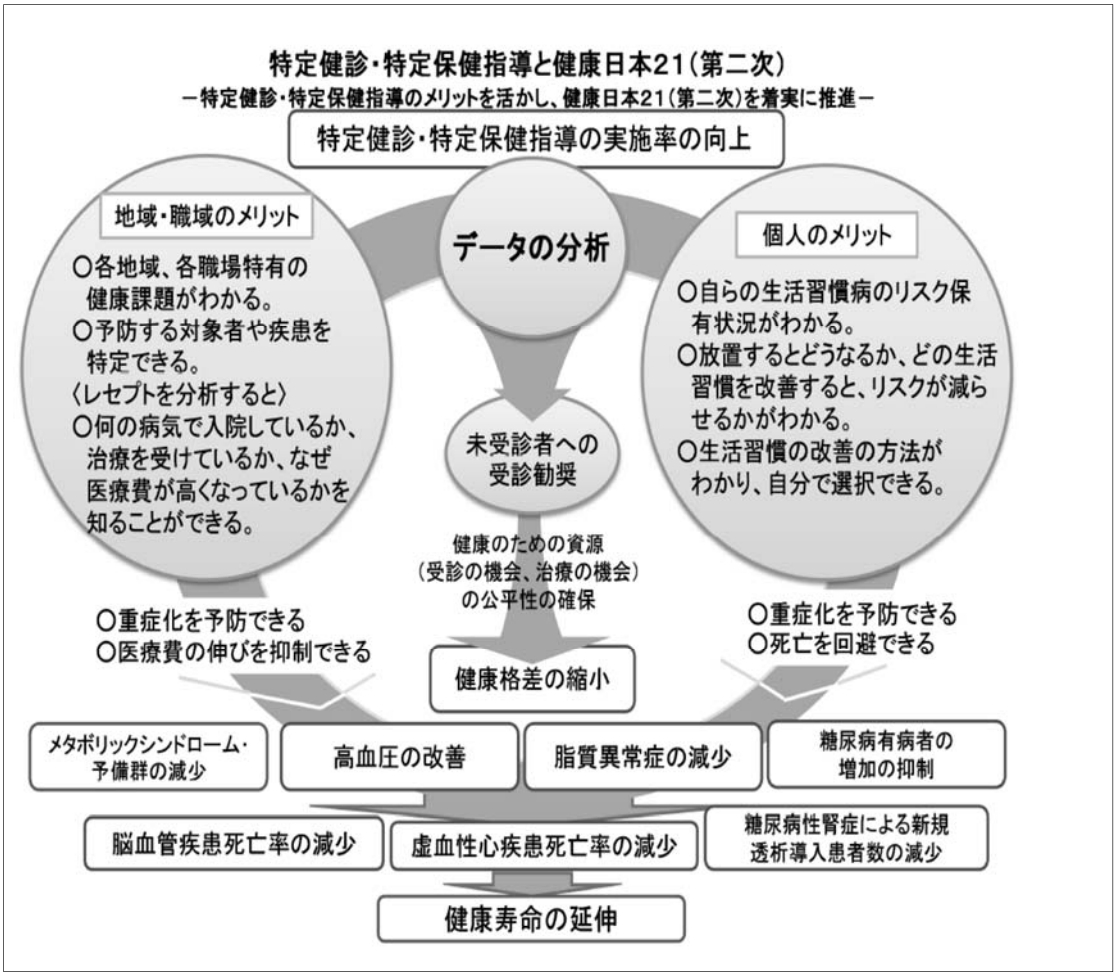
２．計画の位置付け（図表１・２・３）

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

計画は、健康増進法に基づく「基本方針」※を踏まえるとともに、「第３次ヘルスプランぎふ 21（岐阜県健康増進計画）」や「健康あんぱち２１（第３次計画）」、「第３期岐阜県医療費適正化計画」、「第７期安八郡介護保険事業計画・安八郡高齢福祉計画」と調和のとれたものとする必要がある。

※「基本方針」とは、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次）」であり、平成 25 年度から同 34 年度までの健康寿命の延伸と健康の格差の縮小等を基本的な方向としている。

【図表 1】



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２】

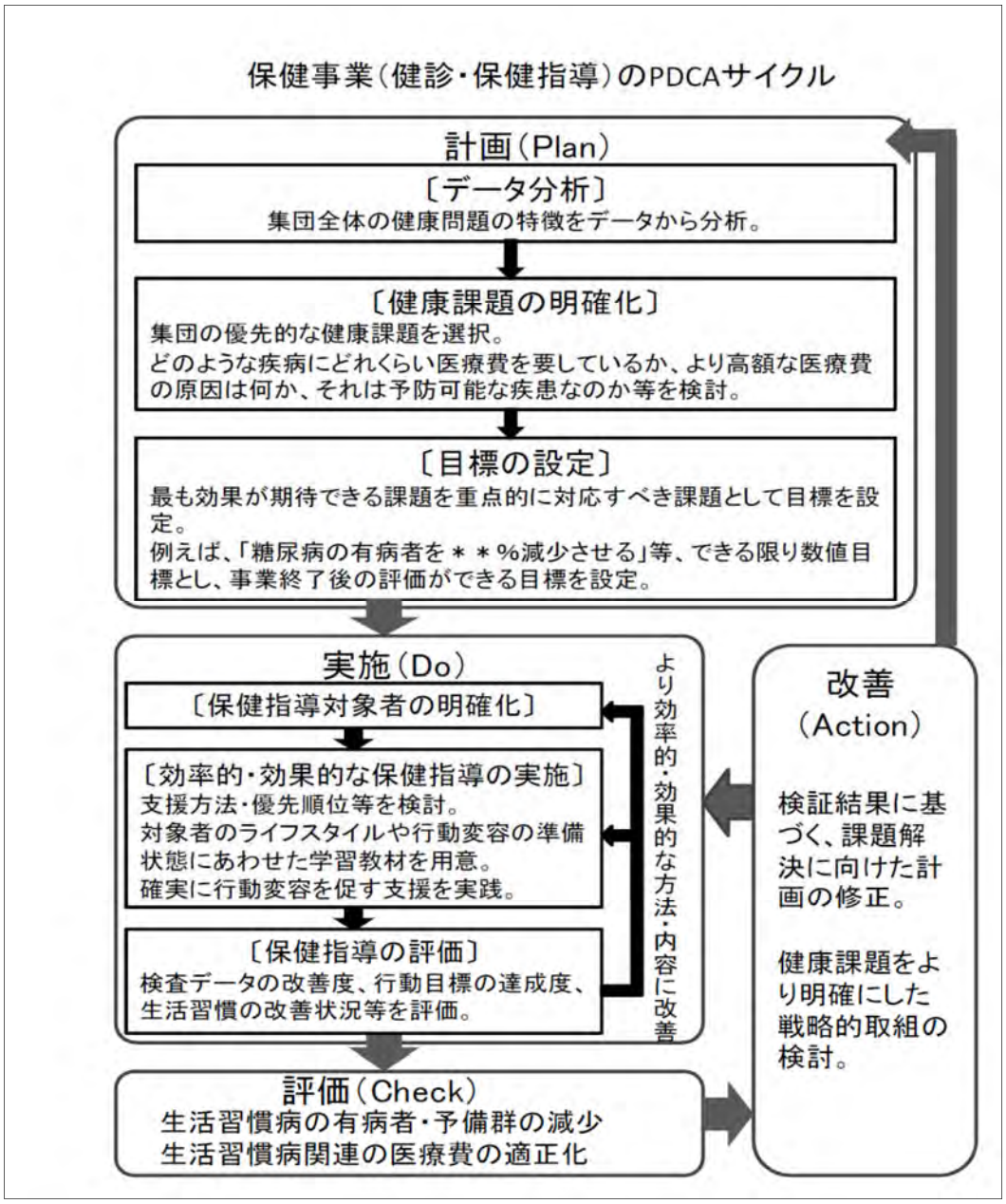
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

2017.10.11

※ 健康増進事業実施者 とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法

	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者等	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成20年3月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成26年5月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成29年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を防ぐ、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、健康寿命がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、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は保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは重度化の防止を理念としている	国民皆健康を堅持し、続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、負荷かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、負荷かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性膝関節 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧引脂質異常症 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な和食型の食事をとる ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度別度分】を減額し、保険料率決定	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表３】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

用語解説：保健事業のＰＤＣＡサイクル

健康・医療情報（健康診査や医療に関する情報を活用して、保健事業を継続的に改善するため、Ｐ（計画）→Ｄ（実施）→Ｃ（評価）→Ａ（改善）を繰り返し、見直しをすること。

保健事業実施指針より

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、保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の手引（以下「手引書」という。）において、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、岐阜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(図表 4)

１）実施主体関係部局の役割

安八町においては、保健センターが主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。具体的には、住民環境課、福祉課と十分連携することである。

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

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。

国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）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、安八町は、計画素案について岐阜県と意見交換を行い、連携に努める。

また、保険者等と安八郡医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と岐阜県は、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、両者が積極的に連携に努める。

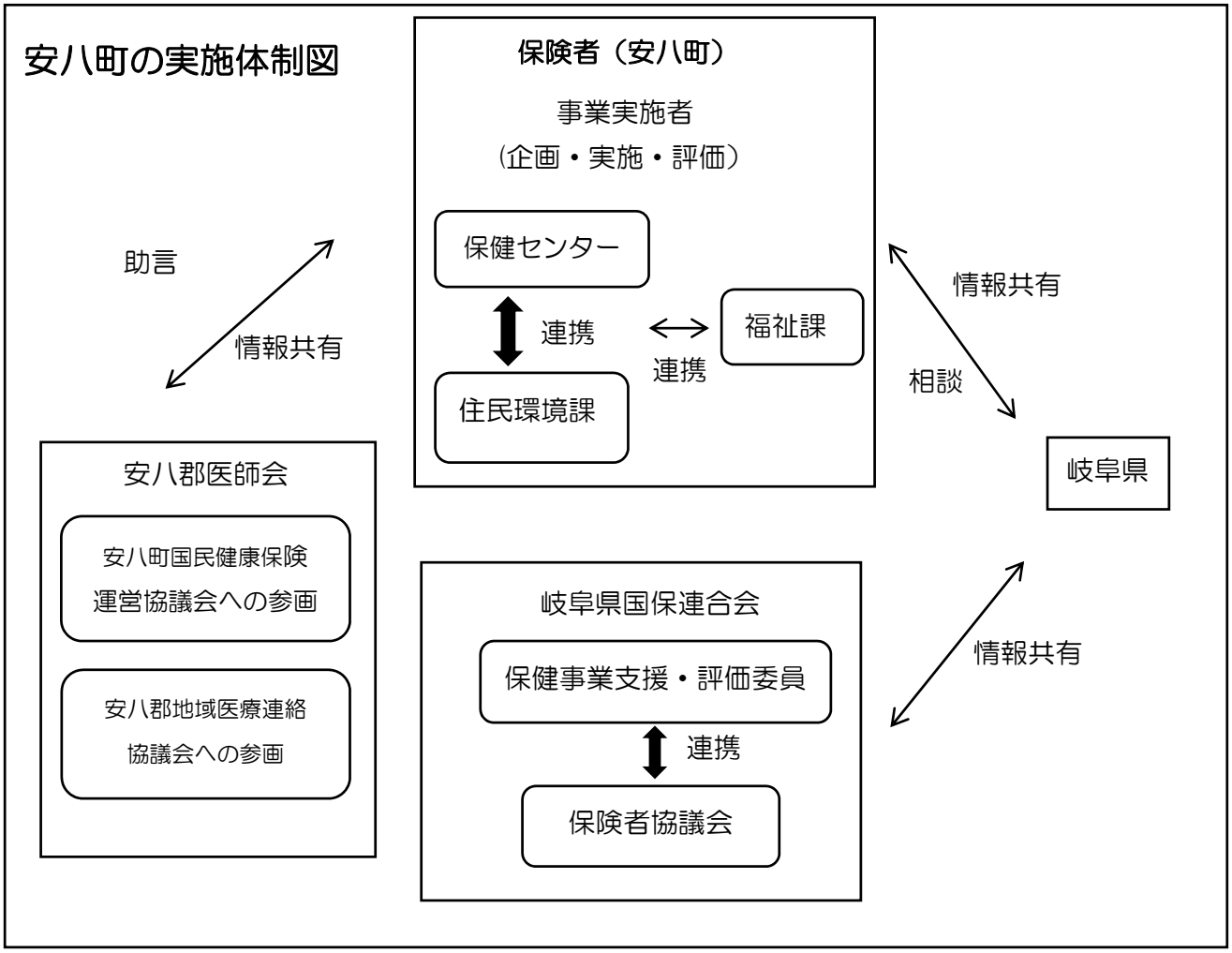
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の

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。

３）被保険者の役割

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

【図表４】



5．保険者努力支援制度(図表 5)

平成 30 年度から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、国によって新たに保険者努力支援制度が創設される。平成 28 年度から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。

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踏まえ、次年度の評価を反映させるとしており、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

評価指標		安八町 平成28年度	安八町 平成29年度	安八町 平成30年度	配点 平成30年度
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額（万円）		230	300	588	
総得点（体制構築加点含む）		268	329	481	
全国順位（1.741市町村中）		72位			
共通①	特定健診受診率	60	35	50	50
	特定保健指導実施率		35	50	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		35	50	50
共通②	がん検診受診率	10	20	30	30
	歯周疾患（病）検診の実施	10	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	データヘルス計画の策定状況	10	30	40	40
共通④	個人への分りやすい情報提供	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組	10	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	30	25	35	35
	後発医薬品の使用割合		30	40	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	70	100	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	15	25	25
固有⑤	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			50	50
体制構築加点		70	70	60	60
		※平成30年度は見込み			

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(参考資料 1)

平成 26 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、死因別にがん・心臓病による死亡割合は増加しており、脳疾患・糖尿病による死亡は減少していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると１号認定率、２号認定率ともに増加し、介護給付費の増加がみられた。また、医療費に占める外来費用割合は減少し、入院費用割合が増加していることがわかった。医療費分析より、がん・精神などの長期入院につながる疾病の割合が多いため、入院費用割合の増加につながっていると推測できる。また、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。

（２）中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表６）

介護給付の変化について、平成 28 年度の介護給付費は増え、１件当たり介護給付費は減少していることがわかった。

介護給付費の変化

【図表６】

年度	安八町				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件当たり給付費（全体）（円）			1件当たり給付費（全体）（円）		
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H26年度	7,077	78,242	52,085	274,271	67,689	41,986	283,580
H28年度	8,268	70,325	45,776	265,945	67,108	41,924	276,079

② 医療費の状況（図表７）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、安八町は入院費用の伸び率を抑制できていることが分かった。入院費用額はH26に比較して増加し、入院外費用額が減少しているため重症化予防活動を続けていく必要がある。また、入院外費用の一人当たり医療費の伸び率が同規模に比べて高くなっていることから、重症化予防になっていると考えられる。

医療費の状況　【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	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1. 総医療費(円)	H26年度	11億7,579万円				4億4,184万円				7億3394万円			
	H28年度	11億6,037万円	△1542万円	-1.3%	5.2%	4億5,684万円	1500万円	3.4%	6.1%	7億352万円	△3042万円	-4.1%	4.6%
2. 1人当たり医療費(円)	H26年度	24,432				15,246				9,186			
	H28年度	25,964	1,532	6.3%	6.1%	15,734	489	3.2%	6.8%	10,230	1,043	11.4%	5.1%

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示になる。

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表８）

中長期目標疾患である慢性腎不全（透析）、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているが脳血管疾患に係る費用は増加していることが分かった。また、中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症にかかる費用については、国に比較すると高くなっている。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成26年と平成28年の比較）　【図表８】

同規模区分	市町村名		総医療費(円)	1人当たり医療費			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(円)	新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				金額(円)	順位 同規模	順位 県内	腎 腎不全(透析有)	腎 腎不全(透析無)	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症				
	H26	安八町	1,175,786,610	24,432	77位	21位	12.2%	0.5%	3.4%	7.4%	10.8%	11.0%	6.1%	364,160,560	19.6%	18.8%	9.7%
	H28	安八町	1,160,367,090	25,964	75位	21位	↓ 9.0%	0.5%	↑ 5.6%	↓ 5.2%	10.4%	9.9%	6.0%	315,337,970	20.9%	19.6%	11.6%
	H28	岐阜県	161,003,800,200	25,250	-	-	10.2%	0.6%	3.7%	4.7%	10.4%	9.1%	5.6%	40,436,759,830	25.1%	15.3%	14.8%
	H28	国	9,686,732,054,140	24,245	-	-	9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	9.7%	8.6%	5.3%	2,239,908,933,310	25.6%	16.9%	15.2%

最大医療資源傷病(調剤を含む)による分析結果

♦「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）

脳血管疾患治療者（様式 3-6）においては、治療者割合は減少しているが、虚血性心疾患・脂質異常症治療との重なりが平成 26 年度に比べて高くなっている。虚血性心疾患と人工透析の同時治療者（様式 3-5、3-7）割合においては、増加傾向にある。人工透析を減らすためには虚血性心疾患の予防をすることが重要であることが分かる。

【図表 9】

厚生労働省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患											
					脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	4089	182	4.5%	32	17.6%	4	2.2%	138	75.8%	83	45.6%	126	96.2%
	64歳以下	2509	43	1.7%	6	14.0%	3	7.0%	36	83.7%	21	48.8%	30	69.8%
	65歳以上	1580	139	8.8%	26	19%	1	0.7%	102	73.4%	62	44.6%	96	69.1%
H28	全体	3788	172	4.5%	29	16.9%	7	4.1%	141	82.0%	79	45.9%	130	75.6%
	64歳以下	2089	25	1.2%	4	16.0%	1	4.0%	17	68.0%	11	44.0%	20	80.0%
	65歳以上	1699	147	8.7%	25	17.0%	6	4.1%	124	84.4%	68	46.3%	110	74.8%

厚生労働省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患											
					虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	4089	146	3.6%	32	21.9%	1	0.7%	123	84.2%	80	54.8%	98	36.7%
	64歳以下	2509	29	1.2%	6	20.7%	0	0.0%	25	86.2%	13	44.8%	18	62.1%
	65歳以上	1580	117	7.4%	26	22.2%	1	0.9%	98	83.8%	67	57.3%	80	68.4%
H28	全体	3788	125	3.3%	29	23.2%	0	0.0%	103	82.4%	56	44.8%	90	72.0%
	64歳以下	2089	23	1.1%	4	17.4%	0	0.0%	20	87.0%	7	30.4%	16	69.6%
	65歳以上	1699	102	6.0%	25	24.5%	0	0.0%	83	81.4%	49	48.0%	74	72.5%

厚生労働省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析											
					脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	4089	12	0.3%	1	8.3%	4	33.3%	9	75.0%	5	41.7%	2	16.7%
	64歳以下	2509	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%
	65歳以上	1580	9	0.6%	1	11.1%	1	11.1%	7	77.8%	4	44.4%	1	11.1%
H28	全体	3788	11	0.3%	0	0.0%	7	63.6%	9	81.8%	4	36.4%	4	36.4%
	64歳以下	2089	1	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
	65歳以上	1699	10	0.6%	0	0.0%	6	60.0%	8	80.0%	3	30.0%	3	30.0%

（３）短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2～3-4)（図表 10）

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者割合は減少しており、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから予防活動および早期の受診により重症化防止ができたと推測される。高血圧治療者（様式 3-3）および脂質異常症治療者（様式 3-4）においては、ともに治療者は増加しており、高血圧・脂質異常症が虚血性心疾患の増加に関与していると考えられる。

【図表 10】

厚生労働省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病															
					インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	4089	506	12.4%	38	7.5%	350	69.2%	327	64.6%	83	16.4%	80	15.8%	5	1.0%	54	17.0%
	64歳以下	2509	145	5.8%	10	6.9%	83	57.2%	95	65.5%	21	14.5%	13	9.0%	1	0.7%	9	6.2%
	65歳以上	1580	361	22.8%	28	7.8%	267	74.0%	232	64.3%	62	17.2%	67	18.6%	4	1.1%	45	12.5%
H28	全体	3788	467	12.3%	32	6.9%	315	67.5%	313	67.0%	79	16.9%	56	12.0%	4	0.9%	51	10.9%
	64歳以下	2089	114	5.5%	8	7.0%	57	50.0%	75	65.8%	11	9.6%	7	6.1%	1	0.9%	11	9.6%
	65歳以上	1699	353	20.8%	24	6.8%	258	73.1%	238	67.4%	68	19.3%	49	13.9%	3	0.8%	40	11.3%

厚生労働省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧											
					糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	4089	895	21.9%	350	39.1%	551	61.6%	138	15.4%	123	13.7%	9	1.0%
	64歳以下	2509	225	9.0%	83	36.9%	135	60.0%	36	16.0%	25	11.1%	2	0.9%
	65歳以上	1580	670	42.4%	267	39.9%	416	62.1%	102	15.2%	98	14.6%	7	1.0%
H28	全体	3788	844	22.3%	315	37.3%	540	64.0%	141	16.7%	103	12.2%	9	1.1%
	64歳以下	2089	170	8.1%	57	33.5%	101	59.4%	17	10.0%	20	11.8%	1	0.6%
	65歳以上	1699	674	39.7%	258	38.3%	439	65.1%	124	18.4%	83	12.3%	8	1.2%

厚生労働省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症											
					糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	4089	793	19.4%	327	41.2%	551	69.5%	126	15.9%	98	12.4%	2	0.3%
	64歳以下	2509	236	9.4%	95	40.3%	135	57.2%	30	12.7%	18	7.6%	1	0.4%
	65歳以上	1580	557	35.3%	232	41.7%	416	74.7%	96	17.2%	80	14.4%	1	0.2%
H28	全体	3788	767	20.2%	313	40.8%	540	70.4%	130	16.9%	90	11.7%	4	0.5%
	64歳以下	2089	173	8.3%	75	43.4%	101	58.4%	20	11.6%	16	9.2%	1	0.6%
	65歳以上	1699	594	35.0%	238	40.1%	439	73.9%	110	18.5%	74	12.5%	3	0.5%

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男女ともに、HbA1c の有所見者割合が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム該当者は増加傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態になり、さらに尿酸・クレアチニンの増加につながっていると考えられる。また、収縮期血圧・拡張期血圧・LDL-C は減少傾向であるが、有所見割合の高い状態が続いている。

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省 6-2～6-7）　【図表 11】

男性		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
H26	合計	143	24.3%	299	50.9%	178	30.3%	76	12.9%	80	13.6%	17	2.9%	255	43.4%	67	11.4%	265	45.1%	124	21.1%	213	36.2%	10	1.7%
	60-64	43	25.0%	82	47.7%	56	32.6%	29	16.9%	22	12.8%	3	1.7%	46	26.7%	20	11.6%	62	36.0%	45	26.2%	71	41.3%	1	0.6%
	65-74	100	24.0%	217	52.2%	122	29.3%	47	11.3%	58	13.9%	14	3.4%	209	50.2%	47	11.3%	203	48.8%	79	19.0%	142	34.1%	9	2.2%
H28	合計	140	25.2%	278	50.0%	164	29.5%	72	12.9%	75	13.5%	12	2.2%	291	52.3%	80	14.4%	215	38.7%	75	13.5%	190	34.2%	20	3.6%
	60-64	36	26.7%	64	47.4%	44	32.6%	27	20.0%	12	8.9%	0	0.0%	49	36.3%	11	8.1%	46	34.1%	20	14.8%	61	45.2%	0	0.0%
	65-74	104	24.7%	214	50.8%	120	28.5%	45	10.7%	63	15.0%	12	2.9%	242	57.5%	69	16.4%	169	40.1%	55	13.1%	129	30.6%	20	4.8%

女性		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
H26	合計	179	24.0%	150	20.1%	139	18.6%	49	6.6%	30	4.0%	11	1.5%	305	40.8%	10	1.3%	307	41.1%	100	13.4%	371	49.7%	3	0.4%
	60-64	42	17.5%	33	13.8%	42	17.5%	22	9.2%	9	3.8%	3	1.3%	68	28.3%	1	0.4%	69	28.8%	39	16.3%	126	52.5%	0	0.0%
	65-74	137	27.0%	117	23.1%	97	19.1%	27	5.3%	21	4.1%	8	1.6%	237	46.7%	9	1.8%	238	46.9%	61	12.0%	245	48.3%	3	0.6%
H28	合計	145	20.6%	144	20.4%	140	19.9%	48	6.8%	26	3.7%	7	1.0%	347	49.2%	13	1.8%	243	34.5%	53	7.5%	346	49.1%	5	0.7%
	60-64	29	15.2%	25	13.1%	21	11.0%	8	4.2%	4	2.1%	0	0.0%	67	35.1%	1	0.5%	40	20.9%	12	6.3%	97	50.8%	0	0.0%
	65-74	116	22.6%	119	23.2%	119	23.2%	40	7.8%	22	4.3%	7	1.4%	280	54.5%	12	2.3%	203	39.5%	41	8.0%	249	48.4%	5	1.0%

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省 6-8）

男性		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
H26	合計	588	44.6%	41	7.0%	109	18.5%	6	1.0%	66	11.2%	37	6.3%	149	25.3%	16	2.7%	7	1.2%	83	14.1%	43	7.3%
	40-64	172	30.6%	16	9.3%	33	19.2%	3	1.7%	16	9.3%	14	8.1%	33	19.2%	1	0.6%	3	1.7%	18	10.5%	11	6.4%
	65-74	416	55.1%	25	6.0%	76	18.3%	3	0.7%	50	12.0%	23	5.5%	116	27.9%	15	3.6%	4	1.0%	65	15.6%	32	7.7%
H28	合計	556	43.9%	37	6.7%	87	15.6%	4	0.7%	51	9.2%	32	5.8%	154	27.7%	20	3.6%	11	2.0%	88	15.8%	35	6.3%
	40-64	135	28.7%	11	8.1%	28	20.7%	0	0.0%	15	11.1%	13	9.6%	25	18.5%	5	3.7%	3	2.2%	15	11.1%	2	1.5%
	65-74	421	53.0%	26	6.2%	59	14.0%	4	1.0%	36	8.6%	19	4.5%	129	30.6%	15	3.6%	8	1.9%	73	17.3%	33	7.8%

女性		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
H26	合計	747	55.4%	21	2.8%	51	6.8%	2	0.3%	31	4.1%	18	2.4%	78	10.4%	6	0.8%	1	0.1%	47	6.3%	24	3.2%
	40-64	240	42.8%	11	4.6%	10	4.2%	2	0.8%	4	1.7%	4	1.7%	12	5.0%	1	0.4%	1	0.4%	7	2.9%	3	1.3%
	65-74	507	64.4%	10	2.0%	41	8.1%	0	0.0%	27	5.3%	14	2.8%	66	13.0%	5	1.0%	0	0.0%	40	7.9%	21	4.1%
H28	合計	705	54.6%	20	2.8%	46	6.5%	4	0.6%	26	3.7%	16	2.3%	78	11.1%	5	0.7%	4	0.6%	37	5.2%	32	4.5%
	40-64	191	40.4%	7	3.7%	9	4.7%	1	0.5%	8	4.2%	0	0.0%	9	4.7%	0	0.0%	1	0.5%	5	2.6%	3	1.6%
	65-74	514	62.8%	13	2.5%	37	7.2%	3	0.6%	18	3.5%	16	3.1%	69	13.4%	5	1.0%	3	0.6%	32	6.2%	29	5.6%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

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

【図表 12】

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	同規模内順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								安八町	同規模平均
H26年度	2,665	1,335	50.1	19	152	88	57.9	45.2	50.8
H28年度	2,620	1261	49.3	25	144	86	59.7	42.3	51.1

※平成29年11月27日時点

２）第１期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。その結果、各疾患の治療者割合は維持もしくは減少傾向であり、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率の増加、脳血管疾患の重症化による一人当たり医療費の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが継続した治療ができているかなど、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

また、適正な医療に繋げるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

２．第２期計画における健康課題の明確化

１） 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

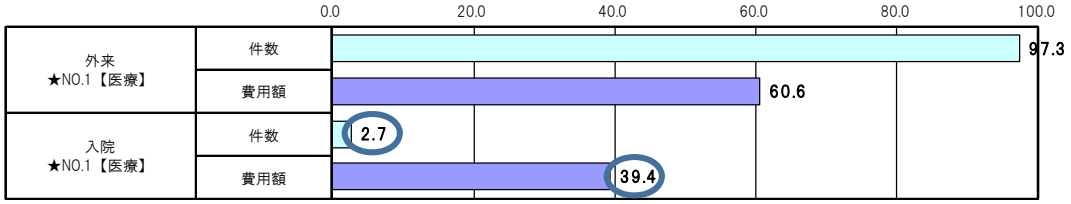
（１）入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表１３）

入院件数は 2.7%で、費用額全体の 39.4%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」　★KDBで出力可能な帳票NO　【図表 13】

1　入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	同規模平均	県	国
	25,964円	26,719円	25,250円	24,245円



○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）

虚血性心疾患で長期入院している割合が 12.2%であり、費用額の 15.7%を占める。また、人工透析患者のうち虚血性心疾患の治療を受けている割合が 62.1%、糖尿病性腎症の治療を受けている割合が 35.3%であり、この２つで費用額のほとんどを占める。

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか　【図表 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見極める。

厚生労働省様式	対象レセプト（平成28年度）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1	高額になる疾患（200万円以上になるレセプト）	件数	22件	1件	2件	－
				4.5%	9.1%	
		費用額	7259万円	315万円	557万円	－
				4.3%	7.7%	
様式2-1	長期入院（6か月以上の入院）	件数	303件	18件	37件	－
				5.9%	12.2%	
		費用額	1億1504万円	906万円	1806万円	－
				7.9%	15.7%	
様式2-2	人工透析患者（長期化する疾患）	件数	153件	8件	95件	54件
				5.2%	62.1%	35.3%
		費用額	6935万円	350万円	4739万円	2741万円
				5.1%	68.3%	39.5%

厚生労働省様式	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	生活習慣病の治療者数構成割合	1476人		125人	172人	51人
				8.5%	11.7%	3.5%
		基礎疾患の重なり	高血圧	103人	141人	34人
				82.4%	82.0%	66.7%
			糖尿病	56人	79人	51人
				44.8%	45.9%	100.0%
			脂質異常症	90人	130人	37人
				72.0%	75.6%	72.5%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		844人		467人	767人	101人
		57.2%		31.6%	52.0%	6.8%

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

（３）何の疾患で介護保険を受けているのか（図表１５）

介護認定者におけるレセプト分析では、2 号認定者における筋・骨格疾患の 80.9%が血管疾患の 66.0%を上回っていた。また、65～74 歳の 1 号認定者は血管疾患により介護認定を受けている実態が明らかになった。特に安八町では、2 号認定者および 65～74 歳の 1 号認定者において、脳卒中の有病割合が高い傾向にある。

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

【図表 15】

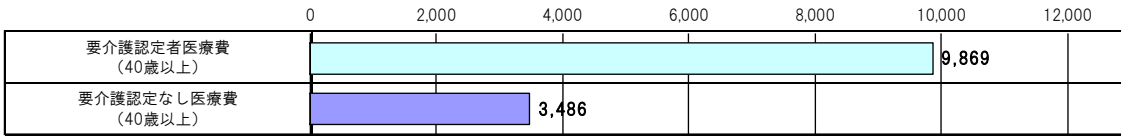
3　何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況★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		5,053人		1,766人		1,425人		3,191人		8,244人	
	認定者数		12人		73人		421人		494人		506人	
		認定率	0.24%		4.1%		29.5%		15.5%		6.1%	
	新規認定者数（＊1）		35人		108人		0人		108人		143人	
	介護度別人数	要支援1・2	4	33.3%	15	20.5%	45	10.7%	60	12.1%	64	12.6%
		要介護1・2	2	16.7%	23	31.5%	166	39.4%	189	38.3%	191	37.7%
		要介護3～5	6	50.0%	35	47.9%	210	49.9%	245	49.6%	251	49.6%

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）			94		580		0		580		674	
		再）国保・後期		94		580		0		580		674	
	有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	38 40.4%	脳卒中	340 58.6%	脳卒中	0 --	脳卒中	340 58.6%	脳卒中	378 56.1%
			2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	132 22.8%	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	132 22.8%	虚血性心疾患	132 19.6%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	52 9.0%	腎不全	0 --	腎不全	52 9.0%	腎不全	52 7.7%
		合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	95 16.4%	糖尿病合併症	0 --	糖尿病合併症	95 16.4%	糖尿病合併症	95 14.1%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		62 66.0%		502 86.6%		0 --		502 86.6%		564 83.7%	
		血管疾患合計		62 66.0%		538 92.8%		0 --		538 92.8%		600 89.0%	
	認知症			14 14.9%		129 22.2%		0 --		129 22.2%		143 21.2%	
	筋・骨格疾患			76 80.9%		440 75.9%		0 --		440 75.9%		516 76.6%	

＊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、参考資料 1）

生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の重症化につながる。

安八町においては、同規模・県・国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、「血圧＋脂質」の数値が高い人の割合が多い。健診結果の有所見状況において、腹囲・中性脂肪の高い人と HDL-C の低い人の割合が県に比べて多く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

4　健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）　★NO.23（帳票）

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
県		15,385	26.6	26,598	45.9	16,979	29.3	9,891	17.1	5,582	9.6	10,977	18.9	30,994	53.5	10,752	18.6	27,691	47.8	12,127	20.9	26,718	46.1	1,216	2.1
保険者	合計	140	25.2	278	50.0	164	29.5	72	12.9	75	13.5	12	2.2	291	52.3	80	14.4	215	38.7	75	13.5	190	34.2	20	3.6
	40-64	36	26.7	64	47.4	44	32.6	27	20.0	12	8.9	0	0.0	49	36.3	11	8.1	46	34.1	20	14.8	61	45.2	0	0.0
	65-74	104	24.7	214	50.8	120	28.5	45	10.7	63	15.0	12	2.9	242	57.5	69	16.4	169	40.1	55	13.1	129	30.6	20	4.8

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
県		13,755	18.1	12,148	16.0	14,520	19.1	5,752	7.6	1,771	2.3	7,962	10.5	40,194	52.9	1,675	2.2	32,481	42.8	9,685	12.8	43,078	56.7	166	0.2
保険者	合計	145	20.6	144	20.4	140	19.9	48	6.8	26	3.7	7	1.0	347	49.2	13	1.8	243	34.5	53	7.5	346	49.1	5	0.7
	40-64	29	15.2	25	13.1	21	11.0	8	4.2	4	2.1	0	0.0	67	35.1	1	0.5	40	20.9	12	6.3	97	50.8	0	0.0
	65-74	116	22.6	119	23.2	119	23.2	40	7.8	22	4.3	7	1.4	280	54.5	12	2.3	203	39.5	41	8.0	249	48.4	5	1.0

【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）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	556	43.9	37	6.7%	87	15.6%	4	0.7%	51	9.2%	32	5.8%	154	27.7%	20	3.6%	11	2.0%	88	15.8%	35	6.3%
	40-64	135	28.7	11	8.1%	28	20.7%	0	0.0%	15	11.1%	13	9.6%	25	18.5%	5	3.7%	3	2.2%	15	11.1%	2	1.5%
	65-74	421	53.0	26	6.2%	59	14.0%	4	1.0%	36	8.6%	19	4.5%	129	30.6%	15	3.6%	8	1.9%	73	17.3%	33	7.8%

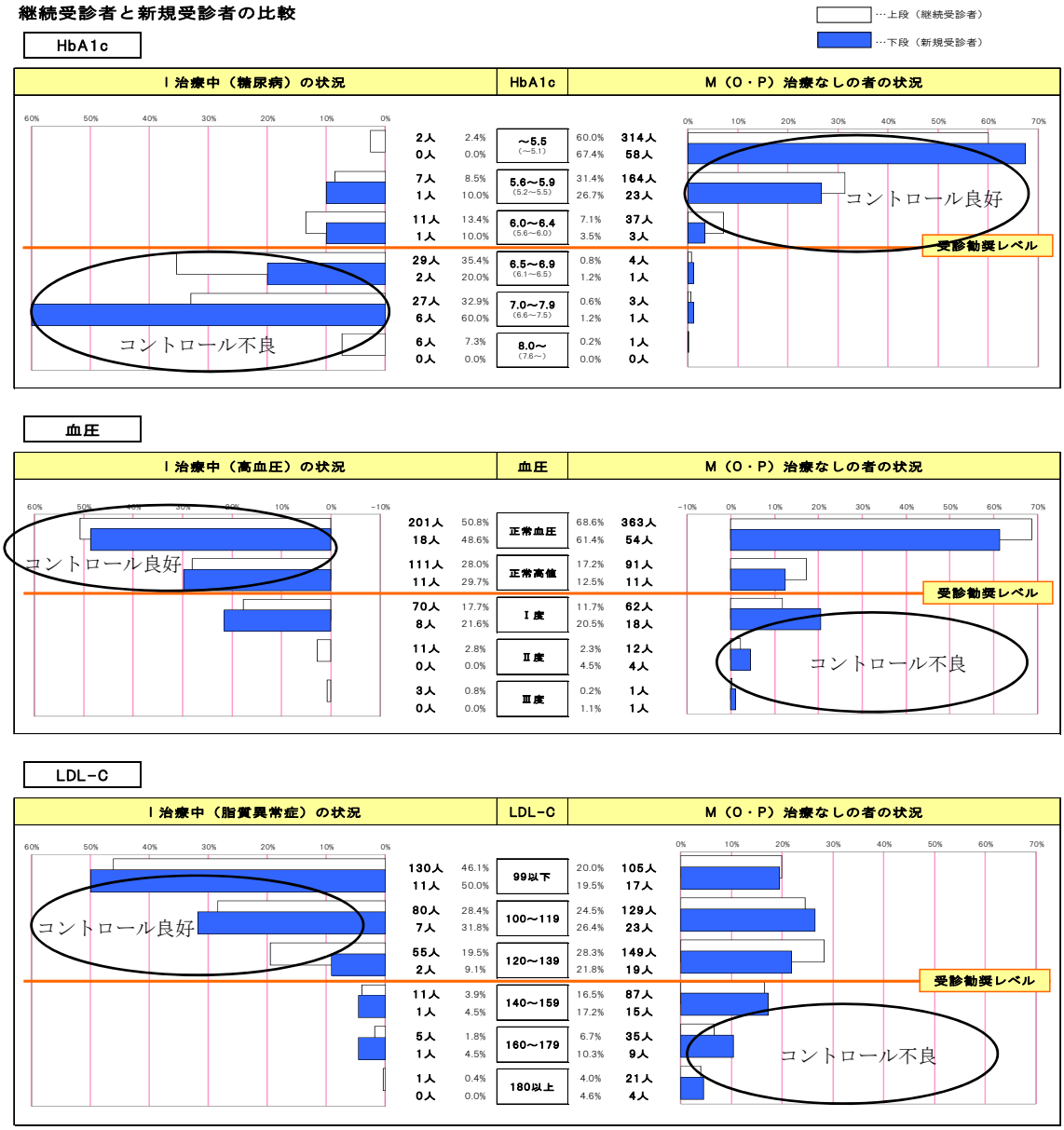
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	705	54.6	20	2.8%	46	6.5%	4	0.6%	26	3.7%	16	2.3%	78	11.1%	5	0.7%	4	0.6%	37	5.2%	32	4.5%
	40-64	191	40.4	7	3.7%	9	4.7%	1	0.5%	8	4.2%	0	0.0%	9	4.7%	0	0.0%	1	0.5%	5	2.6%	3	1.6%
	65-74	514	62.8	13	2.5%	37	7.2%	3	0.6%	18	3.5%	16	3.1%	69	13.4%	5	1.0%	3	0.6%	32	6.2%	29	5.6%

3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

健診継続受診者と健診新規受診者の比較では、HbA1c の項目において「治療なしの健診新規受診者」は受診勧奨レベルより値が低く、「治療中の健診新規受診者」はコントロール不良が多い。また、血圧の項目では、「治療なしの健診新規受診者」に受診勧奨レベルの方が多く残っており、「治療中」の方は健診新規受診者も健診継続受診者もコントロール良好である。LDL コレステロールの項目では、「治療なし」の方は健診新規受診者も健診継続受診者もコントロール不良が残る。

コントロール状況を良好にすることは、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症などの重症化予防につながるため、結果につながる保健指導が重要である。

【図表 18】



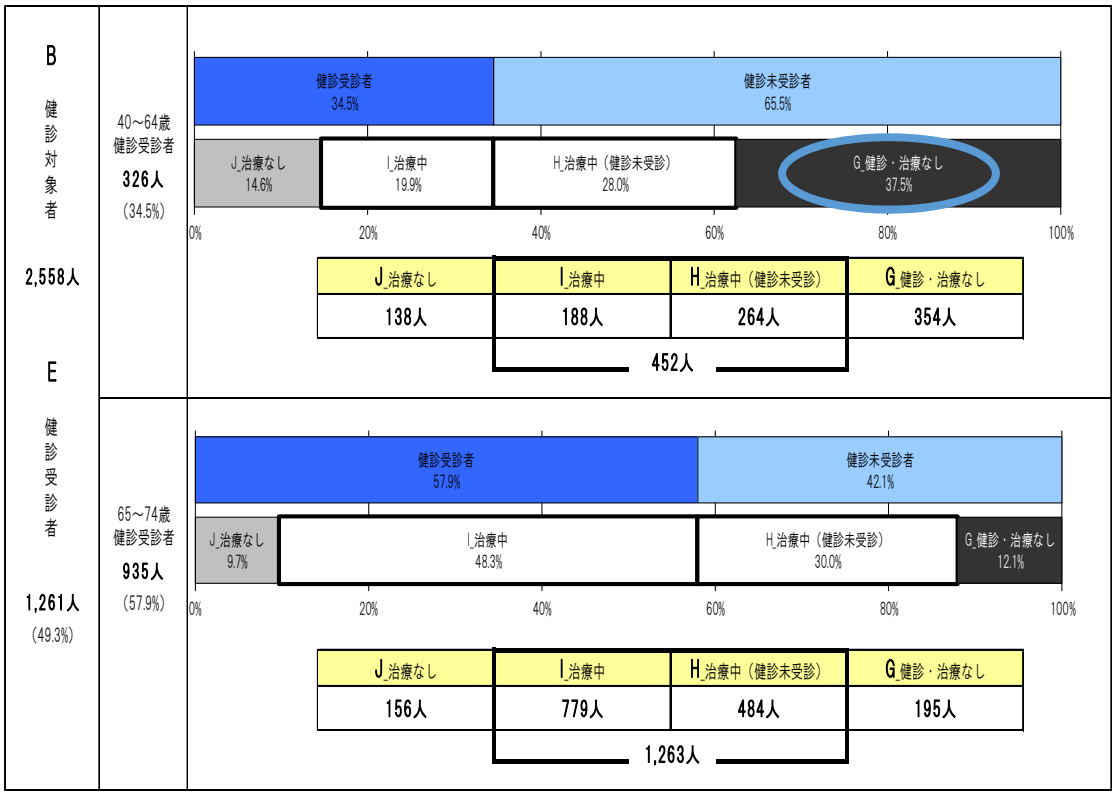
4） 未受診者の把握（図表 19）

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 37.5%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金をみると、健診未受診者の生活習慣病治療費は健診受診者に比べて 13,451 円高く、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

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

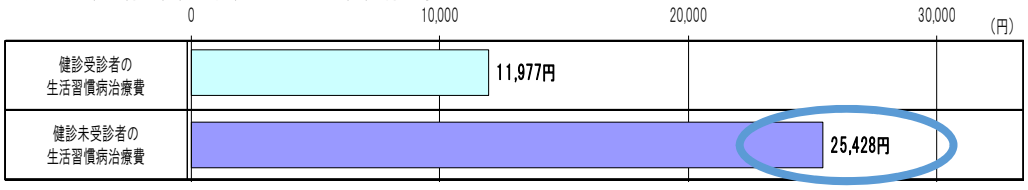
【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10） ★NO.26（CSV）



○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

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１０％減少させることを目標にする。また、32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時に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、安八町の医療のかかり方は、医療にかかっているが治療のコントロールが悪い者又は中断者が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、入院の医療費の伸び率を抑えることを目標とし、平成 35 年度も同規模平均を下回るように目指す。

（２）短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、毎年血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な方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方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。（図表 18）

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３期特定健診等実施計画について(図表 20・21)

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

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

２．目標値の設定

【図表20】

	平成30年	平成31年	平成32年	平成33年	平成34年	平成35年
特定健診実施率	52%	54%	55%	57%	58%	60%
特定保健指導実施率	60%	61%	62%	63%	64%	65%

３．対象者の見込み

【図表21】

		平成30年	平成31年	平成32年	平成33年	平成34年	平成35年
特定健診	対象者数	2626	2545	2443	2359	2252	2099
	受診者数	1365	1374	1343	1345	1306	1260
特定保健指導	対象者数	170	170	166	166	162	155
	実施数	102	104	103	104	104	101

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。

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方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、安八町のホームページに掲載する。

(参照)URL：http://www.town.anpachi.gifu.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方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、白血球、血小板、尿酸、尿潜血、心電図）を実施する。

５）実施時期

７月から１０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、各医療機関へ個別に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、かかりつけ医と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、岐阜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（図表２２）

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、年間スケジュールを決め、受診票の案内の送付のみならず、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図表 22 とおり、年間を通して実施する。

【図表 22】

安八町の年間スケジュール

	6月	7月	8月	9月	10月
ポスター周知	→	→	→	→	→
広報紙で周知	→				
広報無線で周知		→			→
受診券の配布	6月下旬	→	→	→	
未受診者対策ハガキ				→	

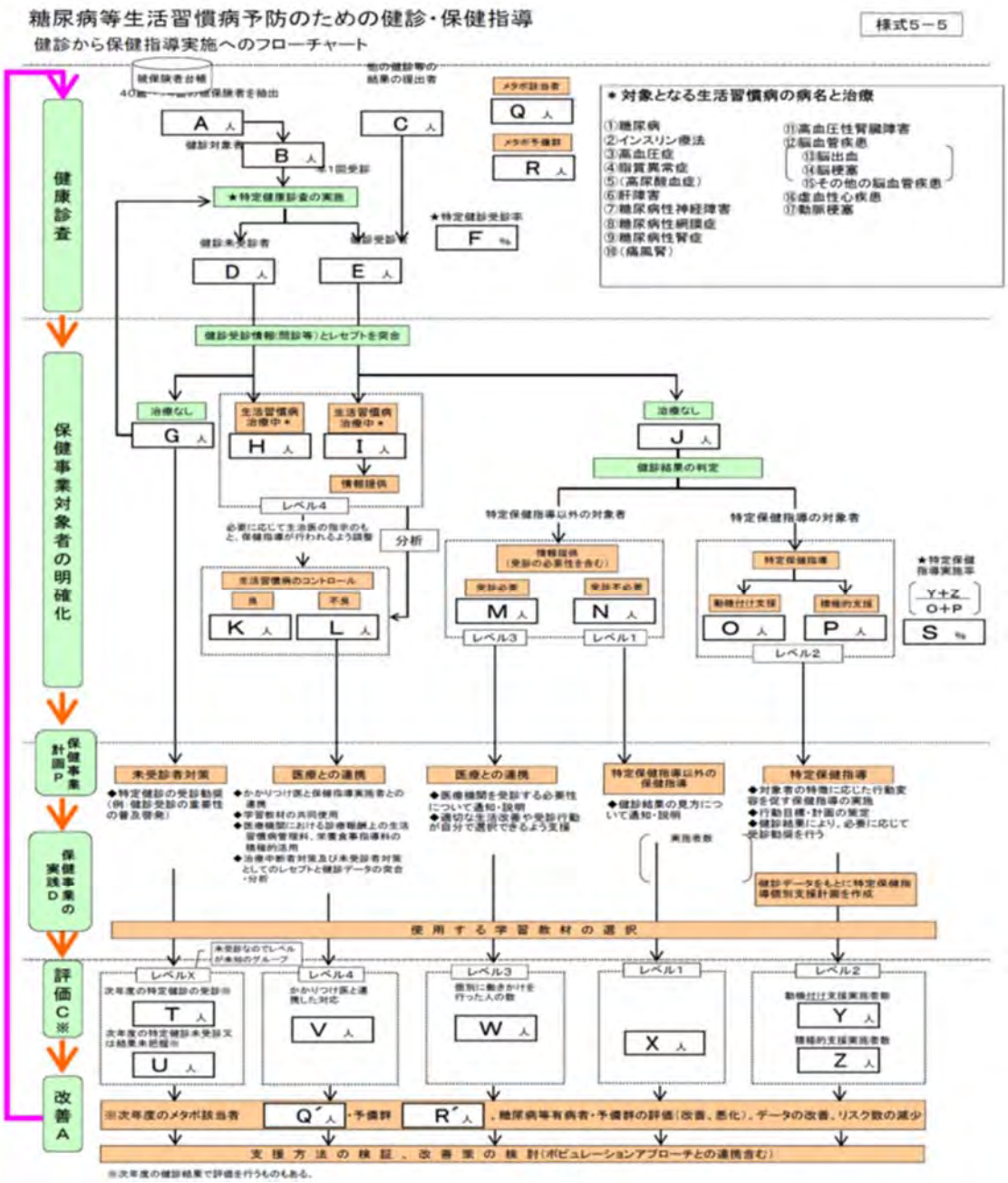
5．特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行う。

（1）健診から保健指導実施の流れ（図表２３）

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

【図表 23】



（2）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表24】

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	H30 対象者数見込 （受診者割合）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	183 人 （13.4%）	60%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	218 人 （16.0%）	HbA1c6.5%以上者 60%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 （ハガキ発送による健診受診重要性の普及啓発）	1286 人 ※受診率目標達成までにあと 168 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知	300 人 (22.0%)	100%

〈補足〉
特定保健指導の階層化
特定健診の結果を基準に判定することを「階層化」といいます。

特定保健指導の階層化

健診結果

基準

項　目	基準（判定値）
腹囲等	腹囲85ｃｍ以上（男性）・90ｃｍ以上（女性） またはＢＭＩ25以上 ※内臓脂肪面積　男女とも100ｃｍ^{2}以上に相当
血　圧	収縮期血圧130mmＨｇ以上または拡張期血圧85mmＨｇ以上
血　糖	ＨｂＡ１ｃが5.6%以上または空腹時血糖が100mｇ/ｄｌ以上 ※両方測定した場合、空腹時血糖値を優先する。
脂　質	中性脂肪の量が150mｇ/ｄｌ以上または ＨＤＬコレステロールの量が40mｇ/ｄｌ未満

階　層　化

判定

腹囲	追加リスク		判定	
	①血圧②血糖③脂質	④喫煙歴	40-64才	65-74才
≧85ｃｍ（男性） ≧85ｃｍ（女性）	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外でＢＭＩ≧25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。

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安八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。保存期間については、５年間とする。

７．結果の報告

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

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、安八町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第４章　安八町の保健事業

１．安八町の健康課題

第３章の安八町国民健康保険の現状から、被保険者の健康状態等について分析した結果、以下のような健康課題が明らかになり、よって、早期に安八町が取り組まなければならない課題、目的をこの章にまとめた。

１）男女ともに特定健診結果は、肥満が多い。男性腹囲の８５ｃｍ以上が５割、女性は９０ｃｍ以上が２割を占め、女性は国・県より高く、県下でも肥満者（ＢＭＩ２５以上）が１３位と高い。

→ **肥満を予防・改善し（ＢＭＩを減少させる）、特定保健指導利用者・メタボリックシンドローム予備群・該当者に適正な日常生活改善を行うことが必要。**

２）男女ともに特定健診結果は、ＨｂＡ１ｃ有所見者割合は約５割で増加している。糖尿病治療者をみると、糖尿病の治療者割合は減少しているが、糖尿病と脂質異常症両方の治療割合は増加しており、虚血性心疾患も増加している。２疾患を合併し重症化により、入院に至っていることから重症化予防が必要である。

→ **① 糖尿病コントロールをすることが必要。**

→ **② 脂質異常症コントロールをすることが必要。**

３）　心臓病による死亡が多い。介護認定率が年々上がっており、新規認定者は、心臓病、筋・骨格、高血圧のような循環器系疾患が全体の大部分を占めている。【参考資料１】

高額医療費においては、外来医療費が減り、入院医療費が増加したため全体の医療費が上昇している。

→ **要介護状態から死因につながる疾患の虚血性心疾患に対する取り組みが必要。**

安八町においては、高血圧、高血糖、高脂血症のすべてにおいて共通したリスクはメタボリックシンドロームであるため、メタボリックシンドロームを改善することがすべての課題を解決することに繋がることから、肥満者対策が必要である。　そこで、優先的に取り組む対策として、特定保健指導に注目していくこと

２．保健事業の現状

安八町では、健康あんぱち 21（第 3 次計画）や第 3 期特定健康診査等実施計画に基づき、生活習慣病予防対策等の各種事業の取組を実施している。実施しているそれぞれの事業について、目的、目標、対象、方法、実施体制、結果、事業評価の区分ごとに保健事業の現状について振り返りを行った。

１）事業　メタボ解消教室	○おなかキュッとひきしめサークル（女性） ○男の貯筋塾（男性） ○自主サークル活動（ヘルスアップクラブの支援）

（事業内容）

【目的・目標】

メタボリックシンドローム予防及び改善を行いたい方や運動習慣のない方に対して、カラダを動かすきっかけを作る。また運動だけではなく食事との相乗効果によって、生活習慣及び腹囲、体重、血液データの改善へつなげ、メタボリックシンドロームを始めとする生活習慣病（糖尿病・高血圧・脂質異常症）の予防及び改善を目指す。

【対象】

〈男性〉

75 歳未満の男性で次のいずれかに該当する方（4 月号広報で周知）

①腹囲 85cm 以上または BMI25 以上　　前期 199 人　後期 82 人

②HbA1c5.6～6.5（やせの糖尿病予備群）前期 83 人　後期 41 人

③平成 29 年度健康増進健診を受診した 40 歳未満の男性のうち、腹囲 85cm 以上またはＢMI25 以上 前期 17 人　後期 20 人

〈女性〉

平成 29 年度特定健診・健康増進健診を受診した 20 歳以上 65 歳未満の女性のうち腹囲または BMI・血圧・中性脂肪・LDL・HDL・血糖値 HbA1c のいずれかに該当する方 157 人または、社保等の健診において上記の項目のいずれかに該当する 20 歳以上 65 歳未満

【方法】

・体重・血圧計測等の健康チェック、食事アドバイス、ストレッチ、エアロビ，筋トレ、体力測定年３回　結果発表会において表彰式

・参加費：前期 500 円、後期 500 円

・インセンティブ

女性 10 回以上出席者と目標達成カード継続者に安八温泉優待券プレゼント。

男性 10 回以上出席者、休肝日を設けた日数で安八温泉優待券プレゼント。

・インセンティブ効果　教室継続参加者数、安八温泉入浴券による参加意欲アンケート。

【実施体制】　運動指導士　保健師

【自主サークル活動の育成】

自主サークル活動の支援・相談の実施。1 年間継続して、運動指導士によるウォーキング・筋力アップトレーニング を実施。５月～翌年３月まで月３回実施。

【実施結果】　a.アウトプット（事業実施量）とb.アウトカム（対象者への効果）

a　H29 対象者実人数（男 431 人、女 194 人）参加者実人数（男 22 人、女 28 人）

受診率（男 5.1%、女 14.4%）

参加者のデータ変化は次年度健診結果と比較

b　メタボ該当者率（H27→H28）（17.5→18.4%）メタボ予備群率（11.0→10.5%）

男の貯筋塾H29　腹囲平均 90.8ｃｍ→88.6ｃｍ（－2.2ｃｍ減少）

尿中塩分濃度平均 9.4ｇ→7.8ｇ（-1.6ｇ）　休肝日増した人数２人

【事業評価】

対象者実人数　参加者実人数　受診率　参加者体重・腹囲・尿中塩分濃度等変化

メタボリックシンドローム該当者率・メタボリックシンドローム予備群率

男性：出席者回数・H29 は休肝日、非飲酒者は生野菜を 1 日両手 3 杯食べた日数等で個別評価。

女性：出席者回数・目標達成カード継続回数で個別評価。

２）-(1)事業　特定保健指導（重症化予防対策事業）

（事業内容）

【目的・目標】

生活習慣病の重症化予防のため早期医療機関受診を勧奨し、治療につなげるねらいである。

【対象】　積極的支援・動機づけ支援

【方法】

健診受診日後１か月以内に電話で面接予約し、６か月間の支援を実施する。電話がつながらない場合は、訪問を実施。健診後２か月が過ぎる前に面接ができない場合は、郵送する。

【実施体制】　保健師・管理栄養士

【実施結果】　a.アウトプット（事業実施量）とb.アウトカム（対象者への効果）

特定保健指導利用率・指導率の変化、特定保健指導対象者の減少率、個人支援レベルの変化、個人健診結果の変化。

a．特定保健指導実績

H28 対象者 144 人　利用者数 90 人　終了者数 85 人 終了率 59%
積極的支援 25 人 終了者数 11 人 終了率 44%
動機づけ支援 119 人 終了者数 74 人 終了率 62.2%

H29 対象者 159 人　利用者数 94 人 終了者数 88 人 終了率 55.3%
積極的支援 24 人終了者数 8 人終了率 33.3%
動機づけ支援 135 人終了者数 80 人終了率 59.3%

b．個人支援レベルの変化　H28→29 年度

積極的支援対象者 11 人のH29 年度結果
動機づけ支援へ改善２人、情報提供へ改善１人
積極的のまま変化なし５人、健診未受診３人、

動機づけ支援対象者 74 人のH29 年度結果
受診（医療へつながった）３人、情報提供へ改善 15 人、
動機づけ支援のまま変化なし 39 人
健診未受診 13 人　職場健診受診２人　社保加入１人
積極的支援へ悪化１人

（評価指標）特定保健利用率・指導率の変化、特定保健指導対象者

【事業評価】

特定保健指導利用率・指導率の変化、特定保健指導対象者の減少率、個人支援レベルの変化、個人健診結果の変化。

２）-⑵事業　75ｇＯＧＴＴ検査対象者管理（重症化予防対策事業）
（事業内容） 【目　　的】 糖負荷検査を実施後、糖代謝異常を確認し糖尿病の早期発見早期治療につなげる。 【対 象 者】 特定健診においてＨｂＡ１ｃ6.0～6.4%の方。 【内　　容】 特定健診の結果と精密検査票を同封し郵送する。電話にて精密検査受診勧奨を行う。 検査後実施者全員に電話または面接し結果説明を行う。 【実施結果】　ａ.アウトプット（事業実施量）とｂ.アウトカム（対象者への効果） a.H29 ＯＧＴＴ対象者 102 人（特定健診受診者中 8.1%） 検査実施者２７人（ＯＧＴＴ対象者中 26.4%）のうち指導済 25 人（検査済者中 96.2%） 受診したが検査未実施 10 人（そのうち指導済７人未指導３人） 【事業評価】 検査後結果説明実施者数•率　要治療者の受療状況　個人結果説明実施後の数値改善

２）-⑶事業　高血圧・脂質異常症・心電図異常等未治療者受診勧奨（重症化予防対策事業）
（事業内容） 【目的・目標】 生活習慣病の重症化予防のため早期医療機関受診を勧奨し、治療につなげるねらいである。 【対象】 特定健診受診者結果が受診判定値の方で未治療の方 【実施体制】保健師２人　管理栄養士１人 【内容】 家庭訪問または電話・面接にて受診判定値のことについてパンフレット等を使用し結果説明を行う。 【実施結果】 H29 訪問実施者 35 人（訪問時治療済者７人） 電話指導 27 人（電話時治療済者８人） 【事業評価】 訪問・電話・面接後の高血圧・脂質異常・心電図異常等医療受療状況。

3）-(1)事業　ハイリスクアプローチ　喫煙対策事業　COPD スクリーニング
（事業内容） 【目的・目標】 喫煙歴のある方を対象に、COPD 疾患の早期発見、治療への勧奨。禁煙啓発。 【対象】 H29 年度胸部レントゲン検診受診者（喫煙経験があり、肺疾患治療中でない方） 【内容】 COPD の質問紙でハイリスク者をスクリーニング、質問紙と共にパンフレットを同封又は検診時にパンフレットを配布し啓発。ハイリスク者には、肺機能検査を勧奨。 【実施結果】 質問紙配布 166 人、質問紙回答 120 人、肺機能検査対象 106 人、肺機能受診者 14 人、COPD 該当者 3 人、受診率 肺機能受診者/肺機能対象者 （H28 16.5%H29 13.2%）、肺機能対象者のうち、肺機能検査受診者の割合は減少しているが、受診者のうち COPD の発見者数は変化なし、継続して啓発活動を行っていくことが必要。 【事業評価】 受診率、SMR、KDB による医療費分析、喫煙率

3）-(2)事業　ハイリスクアプローチ　喫煙対策事業　禁煙相談会
（事業内容） 【目的・目標】 喫煙者を対象に、喫煙及び受動喫煙によるメタボやがんへの関与を理解し、早期禁煙を勧奨する。 ・女性等喫煙の相談が気軽にできるよう、個別に対応し禁煙への足がかりとする。 【対象】 H29 年度胸部レントゲン検診対象者で、受診当時喫煙している方及びその同居者 禁煙補助剤の展示、タール量傾向検査等を使用し、個別カルテを作成し実施。 【実施体制】　保健師 2 人 【方法】 肺年齢測定、喫煙に関する質問票チェック、禁煙補助剤の展示、禁煙外来の紹介、タール量傾向検査等を使用し、個別カルテを作成し実施。 【実施結果】　参加勧奨者 153 人のうち参加者 6 人、禁煙自信度向上 4 人 【事業評価】　受診率、SMR、KDB による医療費分析、喫煙率、禁煙自信度の変化

4）-(1)事業　ポピュレーションアプローチ※　喫煙対策事業
（事業内容） 【目的・目標】防煙対策及び禁煙啓発 【対象・方法】 ◎防煙教室　　町内中学校２校の１年生 喫煙の影響について、有害物質と受動喫煙の危険性を講義、喫煙を断るロールプレイの実施、喫煙に関するアンケート、防煙チラシの配布 ◎商工会健診における禁煙教育（14 人） 肺年齢測定、問診（喫煙に関する質問票）、教材展示、タール量傾向検査、個別相談 ◎職員健診における禁煙教育（41 人） 肺年齢測定、タール量傾向検査、問診（喫煙に関する質問票）、教材展示、個別相談 ◎協会けんぽ加入被扶養者の禁煙教育（H30.2 月） 肺年齢測定、問診（喫煙に関する質問票）、教材展示、タール量傾向検査、個別相談 【実施結果・実施体制】 ①喫煙対策事業H29 ◎防煙教室 東安中学校１年生（105 人）登龍中学校１年生（100 人）　各１限（50 分） スタッフ:　保健師２人、養護教諭、学年担当教諭 （効果）アンケート結果より、両校とも８割以上がタバコを誰から進められても絶対断ると回答。 ◎商工会健診における禁煙教育（14 人） ◎職員健診における禁煙教育（41 人） ◎協会けんぽ加入被扶養者の禁煙教育（H30.2 月） 実施者 29 人　スタッフ:保健師２人 （効果）喫煙者と同居している方は禁煙の勧め方が分かった、喫煙者はまずは加熱式などタール軽減煙草への変更を検討すると感想あり。 【事業評価】 ・受診率、SMR、KDB による医療費分析、喫煙率 ・減塩、減脂対策 ・アンケート結果、健診受診判定結果、KDB による医療費分析

※ポピュレーションアプローチとは、対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチする考え方

４）-⑵事業名　ポピュレーションアプローチ　若年者健診事業
（事業内容） 【目的・目標】若年からの生活習慣病予防。特に減塩減脂啓発・指導 【対象】・18～39 歳までの健診受診機会のない方 ・40 歳以上の生活保護世帯の方 【方法】 ・血液検査（特定検査項目含む）、尿検査（蛋白・糖・潜血・塩分濃度）、身体計測、腹囲測定、血圧検査、問診、内科診察、歯科検診、塩分・脂質チェックアンケート ・受診当日に塩分と脂質摂取に関するアンケート、尿中塩分測定を実施し、血圧測定時に結果を基にチラシを用いて個別指導を実施。 ・結果により訪問等で保健指導を実施。 【実施結果】 ◎平成 29 年度健康増進健診　対象者数 3,469 人 受診者 139 人 （H30.1 月、２月）　スタッフ:各１日毎　保健師３人、医師２人、 歯科医師１人、歯科衛生士１人、看護師３人　４日間実施 （効果）保健指導実施 139 人、町の運動教室参加が２人、要医療者は医療機関受診へ繋がる。尿中判定２極化している。減塩を気を付けている層、高値の層に対してのアプローチや分析が必要。 【事業評価】 ・受診率 4%、SMR、KDB による医療費分析、喫煙率 ・減塩、減脂対策 ・アンケート結果、健診受診判定結果、KDB による医療費分析

４）-⑶ 事業名　ポピュレーションアプローチ　地域の健康づくり
（事業内容） ① 地域サロン 【目的・目標】　地域力の活性化の支援を行う。低栄養改善の知識普及を行う。 【方法】　結地区（中組・芝原・入方・東蚊塚）、名森地区（南今ヶ渕・北今ヶ渕）牧地区 のそれぞれで１年に６回程度実施。血圧測定・軽体操・レクレーション等を行う。全地区サロンにて、歯周疾患予防・低栄養改善の出前講座の実施（H29・30）。 【実施体制】各サロン保健師２人 【実施結果】H29 サロン利用人数 357 人 【事業評価】利用人数の増加
②ふれあいウォーク＆ジョギング大会（教育委員会総合体育館主催） 【目 的・目標】ウォーキング、ジョギング習慣の形成 【対象者】全町民 【実施体制】教育委員会総合体育館主催　健康づくり推進委員　保健師 【方法】　毎年３月 実施。 健康づくりのためのウォーキングの啓発コース。 百梅園・キャッスルパーク周遊コース。 【事業評価】参加者数の増加。
③町内企業との健康教育情報連携 【目的・目標】企業保健師と連携し、職域の健康教育に対して情報提供等を行う。 【対象】企業に勤める方 【実施体制】保健師１人 【方法】企業保健師と連携し、職域の健康教育に対して情報提供等を実施する。 【事業評価】企業保健師との連携回数　実施内容に応じた結果値

第５章　保健事業の取り組み計画

１.重点課題の取り組み

第４章までに明らかになった健康課題および保健事業の現状から、被保険者の将来像について、安八町の取り組むべき３つの重点課題に対し目標を掲げた。さらに、その目標を達成するための取り組み内容、評価の方法についてまとめた。

１）肥満予防への取り組み

(1)課題から事業実施でたどり着きたい将来像

特定保健指導を利用した方が、自分の健康に関心を持って生活し、特定健診を継続受診することで、自己の健康管理ができる。

①目標

Ⅰ. 特定保健指導の対象者のやる気に応じた生活改善により肥満を解消し、その効果が維持できる。

Ⅱ. 肥満が解消され、特定保健指導の対象から外れた後も、自分の健康に関心が持て、経年的に健康状態の確認ができる。

Ⅲ. 特定保健指導を利用しない人も経年的に健康状態の確認＝継続受診ができる。

②取組内容

目標を達成するため、以下の事について、重点的に取り組む。

Ⅰ. 特定健診・特定保健指導の取り組み強化

〇特定健診のフォローアップ事業(特定保健指導)の取り組み強化

- 特定保健指導対象の優先順位が高いメタボリックシンドローム該当者や予備群に対し、指導内容を充実させ、生活改善につながる目に見える効果を確実に出すことで、被保険者の健康への意識改革を促し、特定健診の継続受診につなげる。
- メタボリックシンドローム該当者や予備群が確実に BMI を減少させ該当者や予備群から外れた後も、自分の健康に関心を持ち、特定健診の継続受診により、被保険者一人ひとりが自己の健康を管理し、維持増進できることにつなげる。

【実践①】

フローチャートを使用する

特定保健指導対象者（被保険者）は、自分の健康に関心が「ある人」「ない人」「少しはある人」など、様々な意識を持っている。支援者（町）側の思いは、「生活改善に取り組み、肥満を解消させ、重症化を予防させたい」の一点であるが、

特定保健指導対象者（被保険者）の思いと必ずしも同じとも限らず、互いの思いには差が生じる現状がある。その差をできるだけ小さくするためには、相手の気持ちを理解し、行動変容の段階に応じた支援が必要である。

そこで、特定保健指導対象者に対する支援方法のフローチャートを作成し、使用することで、支援者（町）側が統一した目的、方向で指導・支援を行うことを考えた。（第１２章：参考資料参照）

【実践②】

ケースカンファレンスの実施

ケースカンファレンスの実施により、支援者（町）側が、それぞれの担当における支援経過を共有することで、お互いのスーパービジョンの場とすることができる。

支援で見落としている点に気がつくことができ、個々のスタッフの苦手な支援項目について、説明の仕方やアイディアをもらうことができる。また、定期的なケースカンファレンスを実施することにより、無限にある保健指導のポイントを見つけ出すこともできる。

このことは、全てのスタッフの保健指導技術の向上、支援のレベルアップにつながると共に、スタッフ間の情報を共有することで、支援を必要とする対象者等に対し、すべてのスタッフが同じ目標、目的を理解し、同じ目線での支援につながると考えた。

「ケースカンファレンスの実施時期及び内容」

（実施時期）

●支援終了後に１回実施。

●その他、必要な時はスタッフ間で協議し適宜実施。

（内容）

●特定保健指導利用者の中で、ケースカンファレンスしたいケースを出し合い、支援方法について検討。

●支援終了後、検討し実践した内容についての結果の検証。（内容を共有し、次年度の指導方法に結びつける。）

●支援中にケースカンファレンスしたいケースがある場合のその内容について検討。

【実践③】

アンケートの実施

特定保健指導を利用しない人には、支援者側が積極的な介入ができないため、アンケートの実施により利用しない理由を探ることで、特定保健指導利用率を向上させるための参考とする。

方法は、アンケートを実施し、ＰＤＣＡサイクルの行程を行う。「特定保健指導を受けない」と拒否された方に対し、「なぜ受けたくないですか？」等の理由を探るアンケート調査で、「どのような理由で特定保健指導を受けないのか？」「どのような指導方法であれば受ける気持ちになるのか？」など支援を拒む側の気持ちについて確認、分析を行い、次年度以降の特定保健指導の支援形態や要支援者との関わり方、あるいは広報の仕方など、多面について支援者（町）側が改善すべき点に気づき、新たな支援方法等を見つけだすことに役立つと考える。

【アンケート例】

「特定保健指導に関するアンケート」

１　「特定保健指導」とは何か理解できましたか？

□理解できた　□理解できなかった

２　あなたが「特定保健指導」に該当となった理由が理解できましたか？

□理解できた　□理解できなかった

３　「特定保健指導」を受ける利点（メリット）が理解できましたか？

□理解できた→問４へ　□理解できなかった→問５へ

４　どんな利点（メリット）が理解できましたか？

□生活改善を継続した１０年後の自分がイメージできる

□定期的に健康状態の確認ができる

□病気の予防ができる　□個人の生活に合った指導が受けられる

□固定した担当者が個人の頑張りをサポートしてくれる

□その他（　　）

５「特定保健指導」を利用しますか

□利用する→問６へ　　□利用しない→問７へ

６「特定保健指導」を利用すると答えられた方に伺います。

「特定保健指導」を利用する理由はなんですか？（複数回答可）

□昨年受けて効果があった　□スタッフに勧められた

□専門スタッフのアドバイスが受けられる

□生活習慣を見直したい　□その他（　　）

７　「特定保健指導」を利用しないと答えられた方に伺います。
「特定保健指導」を利用しない理由はなんですか？（複数回答可）
□昨年受けて効果がなかった　□どのようなものか分からない
□今まで受けたことがない　　□自覚症状がない　□時間がない
□自分は健康だと思う　□電話や面談が面倒
□特定健診が受けられればよい　□医療機関で受けている
□その他（　　）

８　「特定保健指導」をより受けやすくするために、どのようなことが必要だと思いますか？（複数回答可）
□自分に合った方法を専門スタッフが一緒に考えてくれる
□自分の都合でできる、短時間でできる
□スタッフ（保健師等）が訪問してくれる
□困った時、いつでもスタッフ（保健師等）に相談できる
□生活改善ができた自分がイメージできる
□生活改善できたら特典がもらえる
□その他（　　）

９　普段健康について取り組んでいることがあればその内容を教えてください（複数回答可）
□食事・栄養　□睡眠・休養　□ストレス解消　□運動　□体重管理
□健診を受ける　□アルコール　□たばこ
□その他（　　）

10　次年度も「特定健康診査」を受診しますか？□はい　□いいえ

（２）特定健診継続受診者の増加と未受診者の受診勧奨の取組強化

特定健診の継続受診者の健診結果では、血圧値のとても悪い人は少なく、また５年間安定した血圧を維持している。さらには、血圧治療の途中放置者も少なく重症化していない傾向が見られており、継続した健診の受診が最重要となる。

実践

特定健診の受診啓発

特定健診の継続受診者と非継続受診者の健診結果や医療費の比較検証を行う。

【特定保健指導時には】

検証から導き出した、継続受診の効果をまとめ、特定保健指導時に活用することで、継続受診の効果のＰＲを行う。

【特定保健指導を利用しなかった人には】

特定保健指導を利用しなかった人に対して、健康状態を継続的に見ていく必要性を比較検証の結果などを用いて、ＰＲを行う。

【特定健診個別結果説明時等には】

特定健診の個別結果説明会に来た人には、実践その③のアンケートを実施する際に直接ＰＲを行い、来なかった人には、手紙や電話、訪問等で説明を行う。

【国民健康保険加入者には】

すべての国民健康保険加入者に特定健診のご案内を個別発送し、全体に周知する。また、途中加入の方に対しては、加入手続きの際に窓口でご案内する。それにより、全員が漏れなく情報を得ることができ、受診率向上につながると考える。さらに、前年度未受診者へは、ハガキ、電話等を利用し、受診勧奨や未受診理由の把握を行う。

【町民には】

比較検証結果を広報やホームページ等を利用し、町民に周知する。それにより、広く町民が健診の結果を知ることができ、これまで未受診だった人が受けてみようと思えるきっかけとなり、いずれは受診率向上につながるものと考える。

評価

☆最終評価年度　：　平成３５年度　データヘルス計画の評価

①　特定健診後のフォローアップ事業（特定保健指導）の取り組みの強化

目標値：「特定保健指導を受け、ＢＭＩを１％以上減少させることができる方が40％以上となる」

※ＢＭＩ１％減少とは元々のＢＭＩ値を 100％として、そのうちの１％を減らすことを意味する

例：ＢＭＩ25 の人のＢＭＩ１％は 0.25

特定保健指導によりＢＭＩを 24.75 にすれば目標達成

《評価指標》特に重点指標として、特定保健指導の対象者のうち 40～64 歳の方

《評価方法》各年度の特定健診終了時（次年度 12 月頃）に報告

②　特定保健指導対象者の健診継続受診率の向上

目標値：「特定保健指導対象者の 90％が、次年度の健診を継続して受診する」

《評価指標》　特に重点指標として、特定保健指導の対象者のうち 40～64 歳の方

《評価方法》　各年度の特定健診終了時（次年度 12 月頃）に報告

③　特定健診受診率の向上

目標値：「特定健診対象者のうち、健診受診者が 48.7％以上となる」

《評価指標》特定健診の対象者のうち、健診を受けた方の割合

《評価方法》各年度の特定健診終了時（次年度３月頃）に報告

2)糖尿病重症化予防の取り組み

(1)　OGTT 検査の受診勧奨

特定健診受診者のうち現在糖尿病の疑いが否定できない HbA1c6.0～6.4%の方で医療機関未受診者に対して、OGTT 検査を行うよう勧奨し、早期発見、治療につなげる。

①対象者　特定健診受診者のうち現在糖尿病の疑いが否定できない HbA1c6.0～6.4%の方

②目標・評価指標

Ⅰ.対象者全員に通知(手紙・電話・訪問など)を行う。

Ⅱ.対象者が医療機関で OGTT 検査を受ける。

Ⅲ.OGTT 検査を受けた後、検査票記載の本人の同意署名をうけて、本人に電話連絡し、正常型は生活改善の保健指導を行う。境界型・糖尿病型の方は医師の指示を受けて、本人の希望があれば面接にて専門職員が保健指導を行う。保健指導を行った方には次年度の特定健診も促す。

Ⅳ.KDB システムにて保健指導者の登録を行い、実施前後の検診結果を評価する。

(2)　特定健診が高血糖で医療機関未受診者・中断者への受診勧奨

①基本的な考え方（図表 26）

糖尿病性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）及び岐阜県糖尿病予防プログラム及び安八町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、取り組みにあたっては（図表 26-1）に沿って実施する。

Ⅰ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

Ⅱ治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

Ⅲ糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

②対象者の明確化

Ⅰ対象者

ⅰ医療機関未受診者：当該年度の健診において HbA1c(NGSP)6.5%以上の方。

ⅱ医療機関受診中断者：前年度の健診結果において HbA1c(NGSP)6.5%以上が確認されている方のうち、最近 1 年間の健診受診歴がなく、糖尿病通院中で最終受診日から 6 か月以上経過しても受診した記録がない方。

【図表 26-1】

【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	P 計画・準備	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 受診勧奨	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 保健指導	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 評価報告	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	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

Ⅱ選定基準に基づく該当数の把握

ⅰ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 26-2】

糖尿病性腎症病期分類（改訂）注1

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/1.73m²）
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	

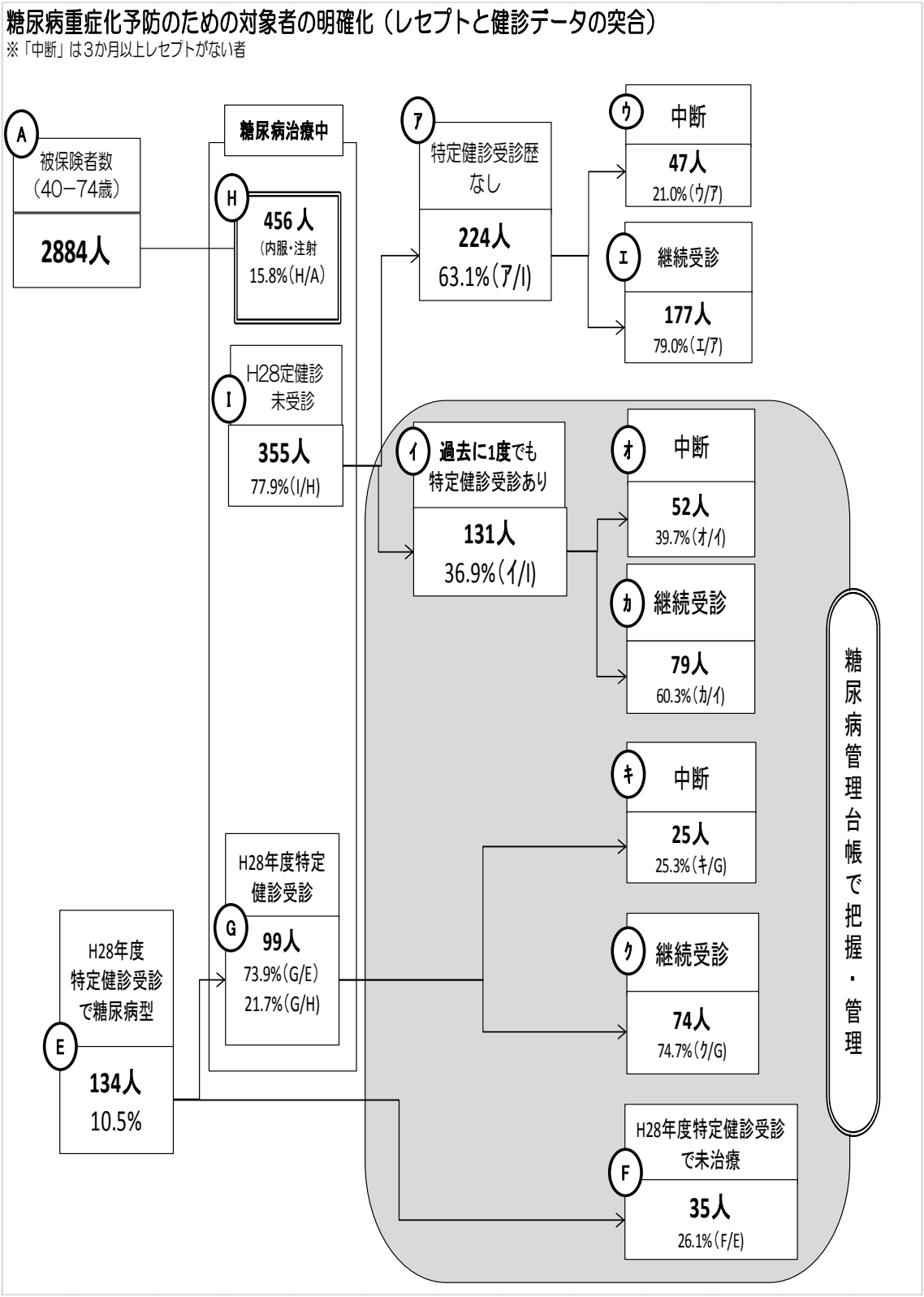
出典：糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて（平成 29 年 7 月 10 日重症予防（国保後期高齢）WG図表 1 6

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。（図表 26-3）

安八町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 35 人（26.1%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 456 人中のうち、特定健診受診者が 99 人（21.7%・G）であったが、25 人（25.3%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 355 人（77.9%・Ⅰ）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある方 131 人（36.9%・イ）中のうち 52 人（39.7%・オ）は治療中断であることが分かった。また、79 人（60.3%・カ）については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

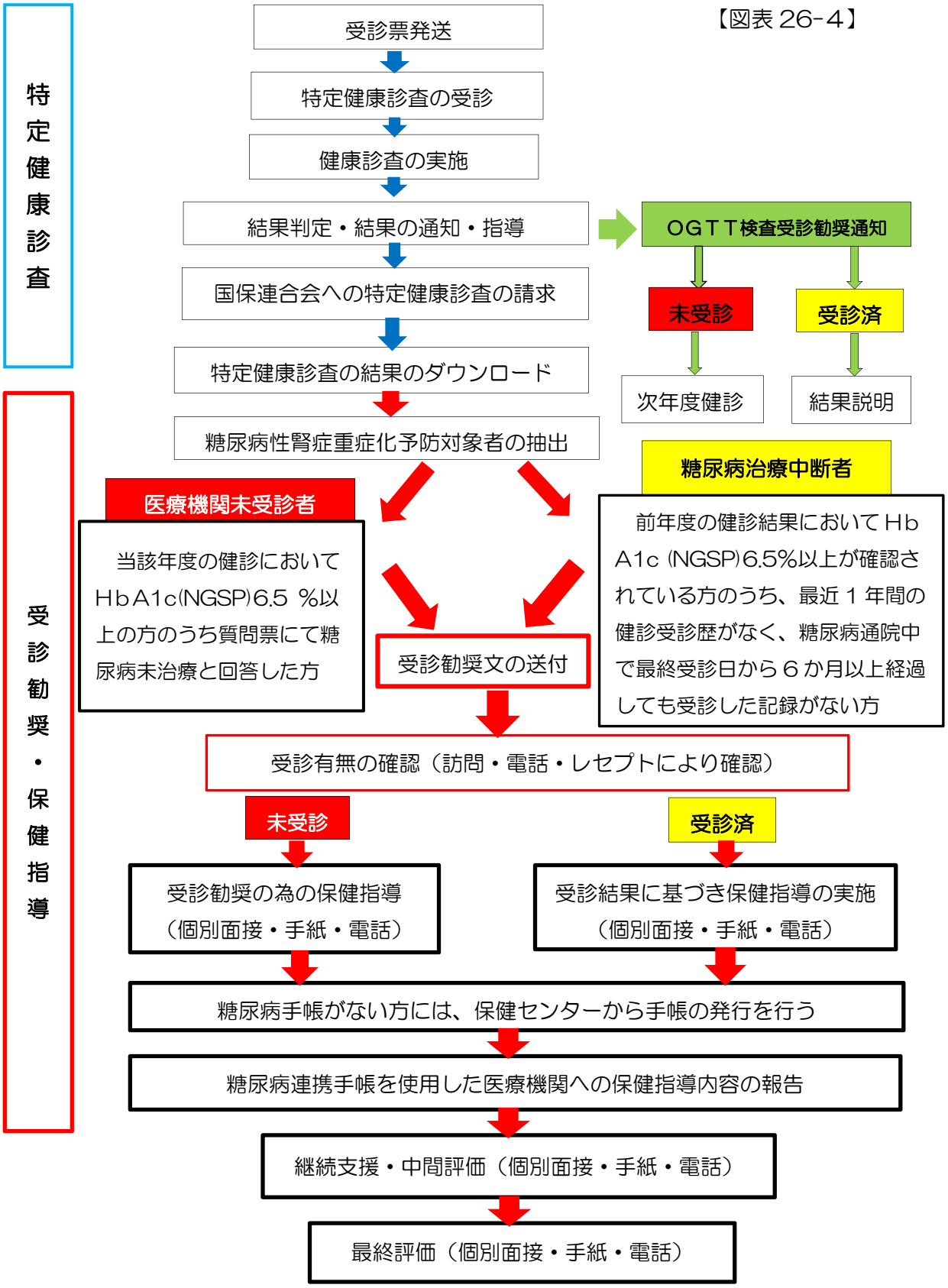
【図表 26-3】


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3か月以上レセプトがない者
A
被保険者数
（40−74歳）
2884人
糖尿病治療中
H
456人
（内服・注射
15.8%（H/A）
I
H28定健診
未受診
355人
77.9%（I/H）
H28年度特定
健診受診
G
99人
73.9%（G/E）
21.7%（G/H）
E
H28年度
特定健診受診
で糖尿病型
134人
10.5%
ア
特定健診受診歴
なし
224人
63.1%（ア/I）
ウ
中断
47人
21.0%（ウ/ア）
エ
継続受診
177人
79.0%（エ/ア）
イ
過去に1度でも
特定健診受診あり
131人
36.9%（イ/I）
オ
中断
52人
39.7%（オ/イ）
カ
継続受診
79人
60.3%（カ/イ）
キ
中断
25人
25.3%（キ/G）
ク
継続受診
74人
74.7%（ク/G）
F
H28年度特定健診受診
で未治療
35人
26.1%（F/E）
糖尿病管理台帳で把握・管理

ⅱ介入方法と優先順位

図表 26-3 より安八町においての介入方法を以下の通りとする。

【図表 26-4】



③対象者の進捗管理

Ⅰ糖尿病管理台帳の作成　（参考資料３・４）

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳及び年次計画表で行い、担当者が作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

ⅰ健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1ｃ6.5%以上の方は下記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 200mg/dl 以上も記載する。人間ドック受診者の場合）

＊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 HbA1ｃ6.5%以上になった場合は記載する

（HbA1ｃ、血圧、体重、eGFR、尿蛋白）

ⅱ国民健康保険の資格を確認する

ⅲレセプトを確認し情報を記載する

・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

ⅳ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。

ⅴ担当地区の対象者数の把握

糖尿病未治療者数・中断者数

④保健指導の実施

Ⅰ受診勧奨及び保健指導

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・脂質代謝異常・喫煙等の因子の管理も重要である。安八町においては、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実施することとする。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実施する。

⑤医療との連携

Ⅰ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、事前に郡医師会等と協議した紹介状等を作成し、使用する。

Ⅱ治療中の方への対応

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岐阜県プログラムに準じ行っていく。

⑥福祉課との連携

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，福祉課と連携していく。

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。

・ストラクチャー評価　医療機関との連携体制をつくる
・プロセス評価　対象者を抽出して保健指導する
・アウトプット評価　保健指導の実施状況・実施量
・アウトカム評価　設定した目標に達することができたかの評価も実施する。

Ⅰ短期的評価

ⅰ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

ⅱ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
〇HbA1ｃの変化
〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で５ml/1.73 ㎡以上低下）
〇尿蛋白の変化
〇服薬状況の変化

⑧実施期間及びスケジュール

４月：対象者の選定基準の決定

５月：対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

糖尿病管理台帳に挙がらない対象者に対しては、指導対象者優先順位台帳に基づき優先順位に従い対象者へ介入。（通年）

３）虚血性心疾患重症化予防への取り組み

（１）基本的な考え方　(参考資料６)

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。

（２）対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方　(参考資料 7)

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。

②重症化予防対象者の抽出　（図表 27・28）

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。安八町において健診受診者 1,273 人のうち心電図検査実施者は 1,273 人（100.0%）であり、そのうち ST 所見があったのは 39 人であった（図表 27）。ST 所見あり 39 人中のうち 21 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 6 人は未受診であった（図表 28）。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方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 18 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。

安八町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため今後も心電図検査の全数実施を行っていく必要がある。

【図表 27】

心電図検査結果

	健診受診者		心電図検査							
					ST所見あり		その他の所見あり		異常なし	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
H28年度	1,273	47.1%	1273	100.0%	39	3.1%	697	54.8%	553	43.4%

【図表 28】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり		要精検					
				医療機関受診有		受診なし	
（人）	（%）	（人）	（%）	（人）	（%）	（人）	（%）
39	100.0%	21	53.8%	15	71.4%	6	28.6%

（3）保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導　（図表 29）

虚血性心疾患の予防には、図表 29 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 29】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも１５秒以上症状が持続
・同じような状況で症状がある
・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
・首や肩、歯へ放散する痛み
・冷汗や吐気を伴う

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

②　対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予

防対象者の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。

⑷ 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方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。

⑸ 福祉課との連携

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福祉課と連携していく。

⑹ 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

〇高血圧予防・・・・・Ⅰ度以上の減少
〇糖尿病予防・・・・・ＨｂＡ１ｃ6.5%以上の減少
〇脂質異常症予防・・・LDL コレステロール 140 以上の減少
〇メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少

⑺ 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、対象者への介入。糖尿病管理台帳に挙がらない対象者に対しては、指導対象者優先順位に従い対象者へ介入。（通年）
11 月：台帳より、健診未受診者の把握及び受診勧奨
11 月～未治療、治療中断者をＫＤＢで把握

４）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、地域に出向いて行う健康教育（出前講座）等において、安八町の健康に関する実態やその原因となっている安八町の地域特性、健診結果と生活習慣の関係、生活習慣病予防・重点予防のための生活習慣（日本人の食事摂取基準の基本的な考えを基にした食習慣等）を広く被保険者へ周知する。

集団健康教育メニュー

講座名	サブタイトル	内容
いきいき健康教室	楽しく健康づくりをしてみましょう。	栄養・運動・休養について、実践を通して学びます。
メタボリックシンドローム予防教室	さあ、腹囲測定からはかりましょう。	メタボリックシンドロームの予防を目的に、食事運動について学びます。
防煙・禁煙教室	みんなで快適禁煙ライフをはじめよう。	喫煙による健康への影響を知り、煙から身を守る生活を学びます。
慢性腎臓病（CKD）予防教室	腎臓のしくみを学びましょう。	知らず知らずのうちに進行する腎臓病の予防方法を学びます。
低栄養、サルコペニア予防教室	3食おいしく食べて筋肉を保ちましょう。	バランスの良い食事と適度な運動で元気に過ごす方法を学びます。

第６章　地域包括ケアに係る取り組み　（図表 30、参考資料 10）

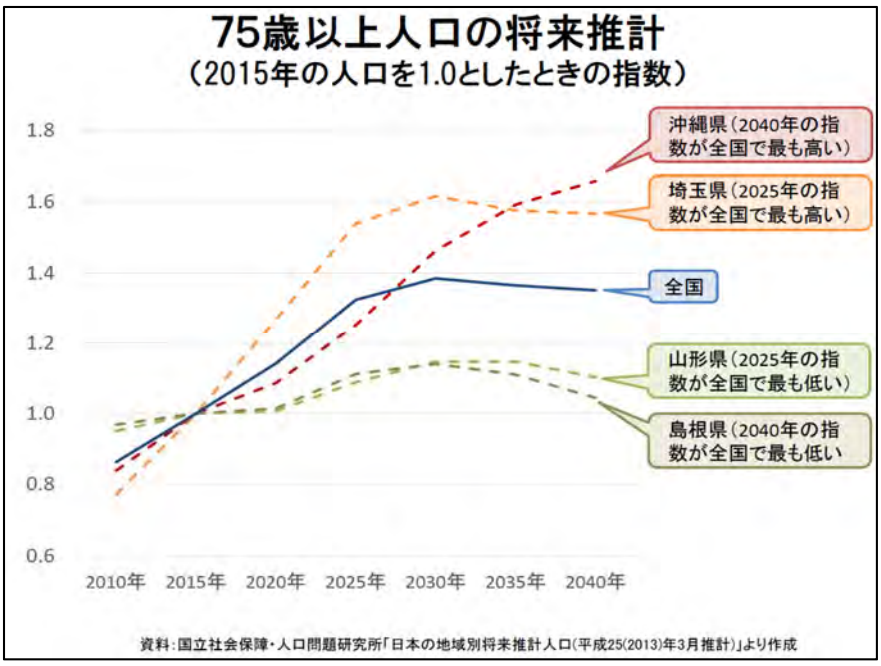
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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 5 章の保健事業の取り組み計画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。

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。このような状況に鑑みれば、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 30】



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

第７章　計画の評価・見直し

１．評価の時期

計画の見直しは、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)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など。
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか。（検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

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、毎年とりまとめる。

第８章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

１．計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、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。

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、庁舎内での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

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安八町の位置

参考資料２　平成 28 年度安八町の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　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

参考資料６　虚血性心疾患予防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　特定保健指導フローチャート

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた安八町の位置

項目				H26 安八町 実数	H26 安八町 割合	H28 安八町 実数	H28 安八町 割合	H28 同規模平均 実数	H28 同規模平均 割合	H28 県 実数	H28 県 割合	H28 国 実数	H28 国 割合	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口	15,092		15,092		2,213,234		2,033,293		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）	3,191	21.1	3,191	21.1	623,636	28.2	497,440	24.5	29,020,766	23.2	
			75歳以上	1,425	9.4	1,425	9.4			243,139	12.0	13,989,864	11.2	
			65～74歳	1,766	11.7	1,766	11.7			254,301	12.5	15,030,902	12.0	
			40～64歳	5,053	33.5	5,053	33.5			686,129	33.7	42,411,922	34.0	
			39歳以下	6,848	45.4	6,848	45.4			849,724	41.8	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業	3.5		3.5		12.2		3.2		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	40.6		40.6		27.7		33.6		25.2		
			第3次産業	55.9		55.9		60.1		63.2		70.6		
	③	平均寿命	男性	80.8		80.8		79.3		79.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	86.3		86.3		86.3		86.3		86.4		
	④	健康寿命	男性	66.1		66.1		65.1		65.5		65.2		
			女性	67.5		67.4		66.8		67.0		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR） 男性	94.8		94.8		103.9		97.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			標準化死亡比（SMR） 女性	115.8		115.8		102.0		101.6		100		
			死因 がん	49	49.5	45	60.8	7,565	46.0	6,017	48.0	367,905	49.6	
			死因 心臓病	22	22.2	19	25.7	4,757	29.0	3,513	28.0	196,768	26.5	
			死因 脳疾患	21	21.2	10	13.5	2,675	16.3	1,938	15.5	114,122	15.4	
			死因 糖尿病	2	2.0	0	0.0	338	2.1	208	1.7	13,658	1.8	
			死因 腎不全	3	3.0	0	0.0	619	3.8	443	3.5	24,763	3.3	
			死因 自殺	2	2.0	0	0.0	474	2.9	408	3.3	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計											厚労省HP 人口動態調査
			男性											
			女性											
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	420	13.2	494	14.8	126,477	20.4	96,336	19.2	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	6	0.3	15	0.3	2,113	0.3	1,850	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者	11	0.2	12	0.3	2,818	0.4	2,234	0.3	151,813	0.4	
	②	有病状況	糖尿病	93	20.5	122	22.4	27,976	21.2	25,814	25.8	1,350,152	22.1	
			高血圧症	231	52.2	276	52.8	69,160	52.8	55,102	55.1	3,101,200	50.9	
			脂質異常症	96	20.9	145	26.8	35,266	26.8	29,714	29.5	1,741,866	28.4	
			心臓病	271	61.9	323	64.1	78,851	60.3	64,739	64.8	3,529,682	58.0	
			脳疾患	135	32.2	149	29.5	34,930	26.8	26,238	26.5	1,538,683	25.5	
			がん	42	9.5	53	10.1	13,037	9.8	10,117	10.0	631,950	10.3	
			筋・骨格	208	50.1	264	52.8	67,521	51.7	55,633	55.6	3,067,196	50.3	
			精神	149	32.9	188	36.9	47,722	36.3	37,573	37.4	2,154,214	35.2	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	78,242		70,325		67,108		60,919		58,284		
			居宅サービス	52,085		45,776		41,924		41,249		39,662		
			施設サービス	274,271		265,945		276,079		269,887		281,186		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上） 認定あり	7,822		9,869		8,324		7,609		7,980		
			要介護認定別医療費（40歳以上） 認定なし	3,529		3,486		3,994		3,628		3,816		
4	①	国保の状況	被保険者数	3,905		3,628		574,796		516,704		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	1,622	41.5	1,681	46.3			220,782	42.7	12,461,613	38.2	
			40～64歳	1,284	32.9	1,092	30.1			164,114	31.8	10,946,712	33.6	
			39歳以下	999	25.6	855	23.6			131,808	25.5	9,179,541	28.2	
			加入率	25.9		24.0		26.0		25.4		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	0	0.0	0	0.0	173	0.3	102	0.2	8,255	0.3	
			診療所数	12	3.1	11	3.0	1,295	2.3	1,579	3.1	96,727	3.0	
			病床数	0	0.0	0	0.0	22,850	39.8	20,727	40.1	1,524,378	46.8	
			医師数	10	2.6	11	3.0	2,887	5.0	4,262	8.2	299,792	9.2	
			外来患者数	692.1		717.3		686.7		716.7		668.1		
			入院患者数	18.2		19.5		22.1		18.1		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	24,432	県内21位 同規模77位	25,964	県内21位 同規模75位	26,719		25,250		24,245		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	710.311		736.793		708.781		734.79		686.286		
			外来 費用の割合	62.4		60.6		57.8		62.1		60.1		
			外来 件数の割合	97.4		97.3		96.9		97.5		97.4		
			入院 費用の割合	37.6		39.4		42.2		37.9		39.9		
			入院 件数の割合	2.6		2.7		3.1		2.5		2.6		
			1件あたり在院日数	18.7日		18.0日		16.6日		15.4日		15.6日		
	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）	がん	138,974,470	19.6	141,695,000	20.9	24.4		25.1		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）	86,195,170	12.2	60,772,520	9.0	9.4		10.2		9.7		
			糖尿病	76,381,880	10.8	70,552,100	10.4	10.2		10.4		9.7		
			高血圧症	77,886,530	11.0	66,913,970	9.9	9.0		9.1		8.6		
			精神	133,010,100	18.8	132,554,020	19.6	18.4		15.3		16.9		
			筋・骨格	68,494,930	9.7	78,761,980	11.6	15.2		14.8		15.2		

4	⑤	費用額（1件あたり） 県内順位 順位総数44 入院の（ ）内は在院日数	入院	糖尿病		520,286	33位	（22）	486,863	41位	（22）							KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧		584,496	32位	（18）	664,659	12位	（16）							
				脂質異常症		526,384	34位	（23）	528,501	33位	（22）							
				脳血管疾患		525,838	40位	（23）	750,863	4位	（19）							
				心疾患		890,961	5位	（16）	651,705	31位	（16）							
				腎不全		1,213,931	2位	（13）	540,585	41位	（9）							
				精神		369,174	43位	（28）	416,634	33位	（28）							
				悪性新生物		633,265	32位	（14）	624,752	35位	（15）							
			外来	糖尿病		37,872	9位		36,939	12位								
				高血圧		30,495	14位		28,642	28位								
				脂質異常症		25,974	27位		24,825	34位								
				脳血管疾患		48,655	2位		35,250	28位								
				心疾患		48,814	8位		51,577	6位								
				腎不全		216,670	13位		206,650	10位								
				精神		32,660	10位		29,474	27位								
				悪性新生物		53,764	24位		52,988	30位								
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり		健診受診者	4,584			4,677			3,095		2,727		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
					健診未受診者	9,262			9,930			12,111		12,543		12,339		
			生活習慣病対象者一人当たり		健診受診者	11,687			11,977			8,344		7,271		6,742		
					健診未受診者	23,610			25,428			32,649		33,439		35,459		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者			653	48.9		584	46.3		94,645	55.9	72,267	54.0	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率		604	45.2		533	42.3		86,525	51.1	66,945	50.0	4,069,618	51.5	
				医療機関非受診率		49	3.7		51	4.0		8,120	4.8	5,322	4.0	357,742	4.5	
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数44	健診受診者			1,335			1,261			169,408		133,891		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
	②			受診率		50.1	県内8位 同規模19位		49.3	県内10位 同規模25位		41.0		37.6	全国24位	36.4		
	③		特定保健指導終了者（実施率）			88	57.9		86	59.7		7801	37.5	5,090	36.0	198,683	21.1	
	④		非肥満高血糖			101	7.6		110	8.7		16,973	10.0	10,333	7.7	737,886	9.3	
	⑤		メタボ		該当者	227	17.0		232	18.4		29,846	17.6	21,135	15.8	1,365,855	17.3	
					男性	149	25.3		154	27.7		20,491	26.8	14,451	24.9	940,335	27.5	
					女性	78	10.4		78	11.1		9,355	10.1	6,684	8.8	425,520	9.5	
	⑥				予備群	160	12.0		133	10.5		18,586	11.0	13,237	9.9	847,733	10.7	
					男性	109	18.5		87	15.6		12,858	16.8	9,190	15.9	588,308	17.2	
					女性	51	6.8		46	6.5		5,728	6.2	4,047	5.3	259,425	5.8	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	449	33.6		422	33.5		54,260	32.0	38,746	28.9	2,490,581	31.5	
	⑧				男性	299	50.9		278	50.0		37,209	48.6	26,598	45.9	1,714,251	50.2	
	⑨				女性	150	20.1		144	20.4		17,051	18.4	12,148	16.0	776,330	17.3	
	⑩			BMI	総数	70	5.2		55	4.4		8,619	5.1	5,805	4.3	372,685	4.7	
	⑪				男性	11	1.9		8	1.4		1,455	1.9	1028	1.8	59,615	1.7	
	⑫				女性	59	7.9		47	6.7		7,164	7.7	4,777	6.3	313,070	7.0	
	⑬			血糖のみ		8	0.6		8	0.6		1,182	0.7	596	0.4	52,296	0.7	
	⑭			血圧のみ		97	7.3		77	6.1		12,869	7.6	8,958	6.7	587,214	7.4	
	⑮			脂質のみ		55	4.1		48	3.8		4,535	2.7	3,683	2.8	208,214	2.6	
	⑯			血糖・血圧		22	1.6		25	2.0		5,121	3.0	2,604	1.9	212,002	2.7	
	⑰			血糖・脂質		8	0.6		15	1.2		1,656	1.0	1,078	0.8	75,032	0.9	
	⑱			血圧・脂質		130	9.7		125	9.9		13,983	8.3	11,570	8.6	663,512	8.4	
	⑲			血糖・血圧・脂質		67	5.0		67	5.3		9,086	5.4	5,883	4.4	415,310	5.3	
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧		472	35.4		463	36.8		59,184	34.9	44,038	32.9	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		108	8.1		102	8.1		13,759	8.1	10,069	7.5	589,711	7.5	
				脂質異常症		348	26.1		328	26.1		39,061	23.1	32,177	24.0	1,861,221	23.6	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		47	3.5		42	3.4		5,170	3.2	4,013	3.0	246,252	3.3	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		80	6.0		79	6.3		9,674	6.0	7,753	5.9	417,378	5.5	
				腎不全		6	0.5		6	0.5		786	0.5	866	0.7	39,184	0.5	
				貧血		149	11.2		149	12.0		13,913	8.7	14,060	10.7	761,573	10.2	
	③		喫煙			173	13.0		139	11.0		23,954	14.1	17,184	12.8	1,122,649	14.2	
	④		週3回以上朝食を抜く			87	6.8		54	4.3		10,390	7.0	5,317	5.6	585,344	8.7	
	⑤		週3回以上食後間食			117	9.1		127	10.2		19,183	12.8	11,655	12.2	803,966	11.9	
	⑥		週3回以上就寝前夕食			181	13.6		151	12.1		23,753	15.9	13,689	13.1	1,054,516	15.5	
	⑦		食べる速度が速い			236	17.7		208	16.6		41,061	27.5	22,087	23.9	1,755,597	26.0	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			437	32.9		389	31.2		47,866	32.1	28,762	30.1	2,192,264	32.1	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			785	59.1		746	59.9		93,973	62.8	63,551	61.2	4,026,105	58.8	
	⑩		1日1時間以上運動なし			673	50.8		663	53.1		70,866	47.6	54,066	50.2	3,209,187	47.0	
	⑪		睡眠不足			272	20.7		287	23.2		37,567	25.3	27,994	26.1	1,698,104	25.1	
	⑫		毎日飲酒			249	18.8		236	19.0		40,675	25.3	22,521	24.1	1,886,293	25.6	
	⑬		時々飲酒			255	19.2		238	19.2		32,629	20.3	18,967	20.3	1,628,466	22.1	
	⑭		一日飲酒量	1合未満		384	63.1		369	62.2		65,096	62.0	36,889	65.0	3,333,836	64.0	
				1～2合		154	25.3		152	25.6		26,275	25.0	13,919	24.5	1,245,341	23.9	
				2～3合		59	9.7		56	9.4		10,712	10.2	4,780	8.4	486,491	9.3	
				3合以上		12	2.0		16	2.7		2,960	2.8	1,143	2.0	142,733	2.7	

平成28年度　安八町の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

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
（平成28年7月
作成分）

被保険者	糖尿病治療中	インスリン療法	糖尿病性腎症	人工透析
3,788人	467人（12.3）	32人（6.9）	51人（10.9）	4人（0.86）
	※（ ）内は、被保険者に占める割合	※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合	※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合	※（ ）は、糖尿病治療者に占める割合

年代別	人数	割合	糖尿病治療中 人数	割合	インスリン療法 人数	割合	糖尿病性腎症 人数	割合	人工透析 人数	割合
20代以下	596	15.7	2	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30代	308	8.1	9	1.9	2	6.3	0	0.0	0	0.0
40代	389	10.3	16	3.4	1	3.1	0	0.0	0	0.0
50代	340	9.0	29	6.2	4	12.5	5	9.8	1	25.0
60代	1,391	36.7	232	49.7	16	50.0	24	47.1	2	50.0
70-74歳	764	20.2	179	38.3	9	28.1	22	43.1	1	25.0

A 再掲 40-74歳　2,884人

H　456人　15.8

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	313	41	308
割合	68.6	9.0	67.5

O　30人　6.6

L　51人　11.2

4人　0.88

特定健診［40-74歳］平成28年度

I 特定健診未受診者
355人
（77.9）…I/H

KDBシステム帳票
「疾病管理一覧（糖尿病）」
で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者　2,773人

C 特定健診受診者　1,273人（45.9）

（再掲）65歳以上

人数	割合
935人	73.4485

E 糖尿病型　136人（10.7）

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中
（問診）

G 治療中（質問票 服薬有）
101人
（74.3）

F 未治療（中断含む）
35人
（25.7）

J コントロール不良
HbA1c7.0以上
または空腹時血糖130以上
44人
（43.6）

K コントロール良
HbA1c7.0未満
または空腹時血糖130未満
57人
（56.4）

その他のリスク	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	20（45.5）	15（34.1）	22（50.0）
K	26（45.6）	20（35.1）	22（38.6）

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白 アルブミン尿		正常アルブミン尿（30未満）	-- N	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白 尿蛋白		（－）	-- M	（±）	（＋）以上	問わない	
		97人（71.3）	39人（28.7）	16人（11.8）	21人（15.4）	2人（1.47）	

【参考資料2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画　　年度　　担当者名：　　担当地区：

	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（Ⓐ+Ⓑ）**　（　　）人		
	Ⓐ健診未受診者　（　　）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	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
	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	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析 ●がん	
	①-1 未治療者（中断者含む）（　　）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	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
保健指導の優先づけ	Ⓑ結果把握　（　　）人 ①HbA1cが悪化している（　　）人 例）HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している（　　）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	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	尿アルブミン検査の継続
	②尿蛋白（－）（　　）人 （±）（　　）人		
	（＋）～顕性腎症（　　）人		栄養士中心
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下（　　）人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下（　　）人		腎専門医

【参考資料 5】

安八町の糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目			突合表	保険者 28年度 実数	保険者 28年度 割合	保険者 29年度 実数	保険者 29年度 割合	保険者 30年度 実数	保険者 30年度 割合	同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数127 実数	同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数127 割合	データ基
1	①	被保険者数			A	3,788人								KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		(再掲)40-74歳			2,884人								
2	①	特定健診	対象者数		B	2,558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 (とりあえず地域全体把握のファイルから数値を引用)
	②		受診者数		C	1,273人								
	③		受診率			49.3%								
3	①	特定保健指導	対象者数			144人								
	②		実施率			59.7%								
4	①	健診データ	糖尿病型		E	136人	10.7%							特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	35人	25.7%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)		G	101人	74.3%							
	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	44人	43.6%							
	⑤			血圧 130/80以上		20人	45.5%							
	⑥			肥満 BMI25以上		15人	34.1%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	57人	56.4%							
	⑧		第1期	尿蛋白(－)	M	97人	71.3%							
	⑨		第2期	尿蛋白(±)		16人	11.8%							
	⑩		第3期	尿蛋白(＋)以上		21人	15.4%							
	⑪		第4期	eGFR30未満		2人	1.5%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保数千対)			123.3人								KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		(再掲)40-74歳(被保数千対)			158.1人								
	③		レセプト件数(40-74歳)(）内は被保数千対	入院外(件数)		2,472件	(891.5)					2,741件	(787.9)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
	④			入院(件数)		11件	(4.0)					19件	(5.6)	
	⑤		糖尿病治療中		H	467人	12.3%							KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		(再掲)40-74歳			456人	15.8%							
	⑦		健診未受診者		I	355人	77.9%							
	⑧		インスリン治療		O	32人	6.9%							
	⑨		(再掲)40-74歳			30人	6.6%							
	⑩		糖尿病性腎症		L	51人	10.9%							
	⑪		(再掲)40-74歳			51人	11.2%							
	⑫		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)			4人	0.86%							
	⑬		(再掲)40-74歳			4人	0.88%							
	⑭		新規透析患者数			0	0%							
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症			0	0%							
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)			420人	1.7%							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			11億6037万円						14億8907万円		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			6億7696万円						8億4869万円		
	③		(総医療費に占める割合)			58.3%						57.0%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		11,977円						8,344円		
	⑤			健診未受診者		25,428円						32,649円		
	⑥		糖尿病医療費			7055万円						8615万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			10.4%						10.2%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2億1100万円								
	⑨		1件あたり			36,939円								
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億1928万円								
	⑪		1件あたり			486,863円								
	⑫		在院日数			22日								
	⑬		慢性腎不全医療費			6439万円						8497万円		
	⑭		透析有り			6077万円						7975万円		
	⑮		透析なし			362万円						522万円		
7	①	介護	介護給付費			9億1641万円						15億4299万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症			0件	0.0%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			0人	0.0%					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

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なりやリスクの期間で推測)

問診

- □**年齢・性別**（男45歳以上/女55歳以上）
- □**家族歴**（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死 ②若年発症の虚血性心疾患 ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- □**既往歴**（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）
- □**喫煙** → NO不活化等
- □**ストレス**（職場環境、生活リズムの変化など　） → 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- □**閉経**（　　歳） → エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

＋

健診

- □**20歳の体重（15%以上の増加）**
- **内臓脂肪の蓄積** → 高中性脂肪・低ＨＤＬ / 血圧高値 / 耐糖能異常・高血糖
- □**メタボリックシンドローム**（高インスリンの期間を予測） → **大血管障害要因**
- インスリン枯渇により移行
- □**糖尿病** → 冠動脈の狭窄
- □**高血圧** → プラーク破裂促進要因
- □**高LDLコレステロール** → **大血管障害要因**
- □**CKD** → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈のれん縮

冠動脈の狭窄

プラークの形成

- ❶狭窄が50%以下でもプラークの破綻を起こすことがある（不安定プラーク）
  ＊特に、メタボは不安定プラークを形成しやすい
- ❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → **心筋壊死**

心電図

- □**所見あり**
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □**所見なし** → **自覚症状**
- □**あり**

症状

- ・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生じる
- ・「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
- ・頸や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や嘔気を伴う

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（３ヶ月後・半年後・１年後）

精密検査

- □**狭心症**
  - □**労作性狭心症**
  - □**異型（冠れん縮）狭心症**
  - □**不安定狭心症**
- □**急性心筋梗塞**

不安定プラークの破裂により血栓が形成、血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間の閉塞または高度狭窄をおこす。（急性冠症候群：ACS）

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）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・労作時関係なく		
症状の期間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも寛解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □７５ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT
- □心筋バイオマーカー

【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チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【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

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	□ＳＴ変化 □その他所見	⑤ 重症化予防対象者
② 問診	自覚症状なし	症状 □労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） □安静時にも胸に違和感、締め付け □以前にも同じような症状があった □頸、肩、歯の痛み □冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者
	□家族歴 □既往歴・合併症 □喫煙 □アルコール □運動習慣 □睡眠習慣 □家庭血圧		発症予防対象者
③ 健診結果	(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。		発症予防対象者

判定			正常	軽度	重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム	□腹囲			男 85～ 女 90～		
	□BMI		～24.9	25～		
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299	300～	
		食後	～199	200～		
	□HDL-C		40～	35～39	～34	
	□nonHDL−C		～149	150～169	170～	
	□ALT		～30	31～50	51～	
	□γ−GT		～50	51～100	101～	
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75ｇ糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199	200～	
	□HbA1c		～5.5	5.6～6.4	6.5～	
	□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84	85～89	90～	
	□尿酸		～7.0	7.1～7.9	8.0～	
④ □LDL-C			～119	120～139	140～	□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			（−）	（＋）～		
□ＣＫＤ重症度分類				G3aA1		

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

血圧評価表

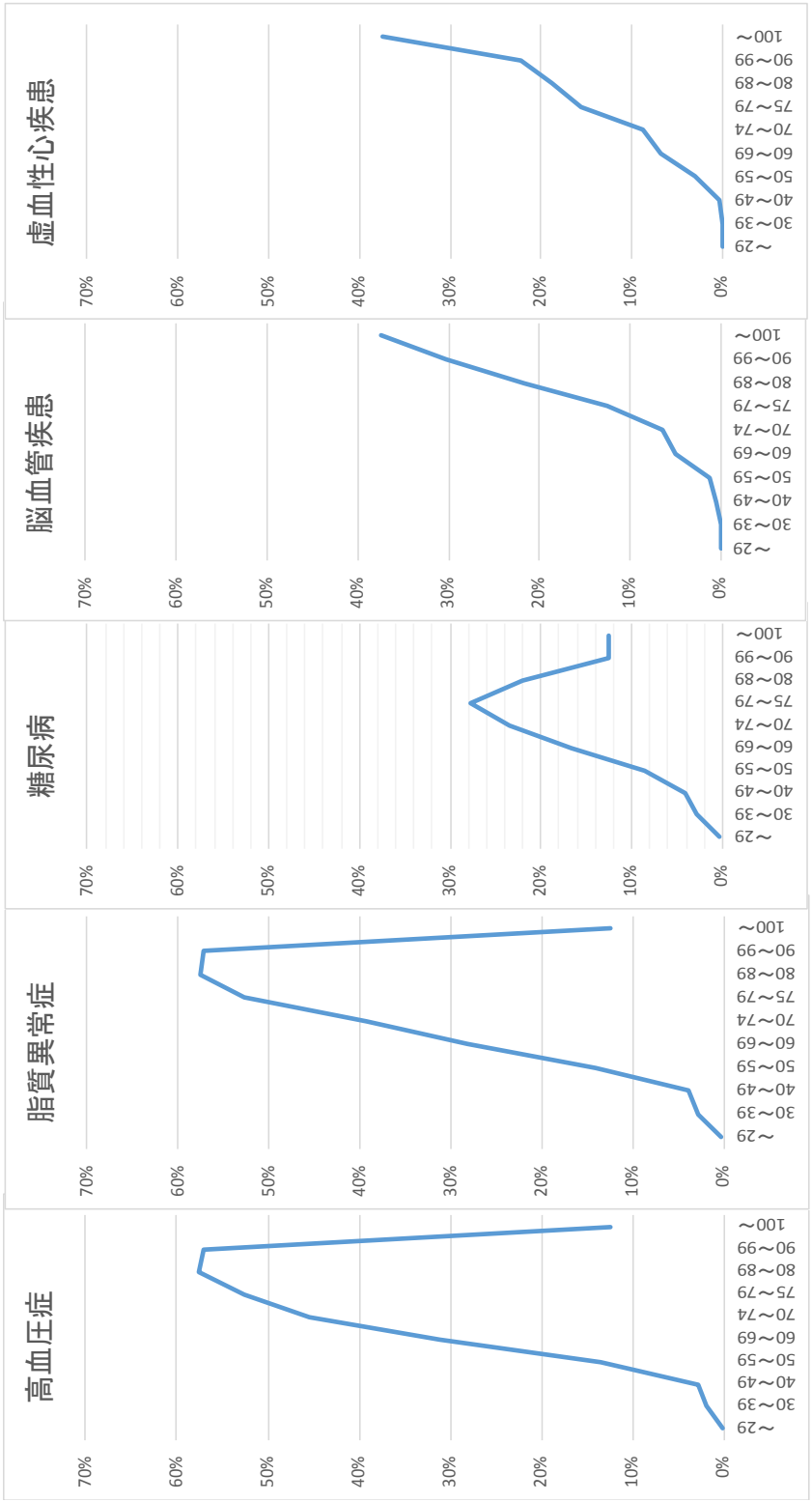
番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
												H24			H25			H26			H27			H28		
	記号	番号				メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
												H26年度					H27年度					H28年度				
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

生活習慣病有病状況　　平成28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 11】

参考資料：特定保健指導フローチャート

※以下のⅠ～Ⅳを説明する。

- □ Ⅰ　特定保健指導とは？
- □ Ⅱ　被保険者が特定保健指導の該当となった理由とは？
- □ Ⅲ　特定保健指導を受ける利点（メリット）とは？

利点のキーワード

- □ 定期的に健康状態の確認ができる
- □ 個人の生活スタイルに合ったアドバイス（指導）を受けることができる
- □ 固定した担当者が個人の頑張りをサポートしてくれる
- □ 疾病の予防ができる
  ↓
- □ 生活改善を継続した10年後の自分をイメージできるように利点を伝えたか？
- □ Ⅳ　保健指導のスケジュール

※フローチャートを扱う職員は実施できた項目、該当した項目にレを入れること

行動変容ステージ

ステージ	定義	具体的な状況
全熟考期	始めるつもりはない できない	考えても、思ってもいない 抵抗がある 認識していない 意欲がない
熟考期	始めるつもりだが迷っている	やったほうがいいかな 迷っている わかっているが準備ができていな
準備期	すぐに始めるつもりがある	まだ十分ではないが「ちょっとだけやってみようかな」 始めるつもりがある
行動期	始めている ただし6ヶ月以内	いよいよやりだした 毎日が止めたいと誘惑との戦い 後戻りが最も多い
維持期	始めている 6ヶ月を超えている	6ヶ月以上行動が持続 でもやっぱり誘惑との戦い 再発を防ぐ

□特定保健指導を利用する

①熟考期
→　生活改善に対する意識づけ、準備期へのステップアップを図る
説明：　なぜ生活改善が必要なのか、丁寧に説明を行う。
このとき警告や批判をしてはならない。
目標設定：　数値にとらわれずに、本人の考え・意識に注目する。
行動を変えるという望ましい行動の、何に抵抗を感じているのか、本人の言葉で話すことができる。

行動計画：　本人が考えた目標に合った実践可能で具体的な取り組みを考える。
紹介：　町内の社会資源（体育館等）を知ってもらう。
実践：　本人の納得を待つ姿勢を忘れず、行動計画が実践できるように促す。
賞賛：　特定保健指導に取り組む姿勢を称賛する。

②準備期
→　実行期へのステップアップを図る
説明：　本人が感じている疑問を知り、一緒に考える。
本人が知りたいと思っている"役に立つ"情報を提供する。
目標設定：　本人に数値も含めた、具体的な目標を設定してもらう。
行動を変えるという決断をしたことを支持し、話し合って取り決める。
小さいステップに分けて、段階的に目標を設定していく。
目標設定で「できない」と思わせると、熟考期に後戻りしてしまう。
行動計画：　取り決めた目標に合った具体的な取り組みを一緒に考える。
やってみるという気持ちを支持する。
紹介：　本人の健康維持・増進につながる社会資源（体育館等）を紹介する。
実践：　本人が立てた行動計画の実践を支持し促す。
賞賛：　質問ができる。目標が立てられる、意識が高く持てていることをたくさん賞賛し、応援する。

③行動期・維持期
→　実行期・維持期の継続を図る
説明：　個人が感じている疑問・質問に対し、具体的な説明を行う。
確認：　個人が実践している内容を確認し、そのことに対する思いを語ってもらう。
判断：　個人が実践している内容、方法等が適切か一緒に振り返る。
ｽﾃｯﾌﾟｱｯﾌﾟ：　個人の取り組みで、さらに効果のある取り組み内容、方法等のアドバイスを行う。
やる気が高まっている時期ではあるが、同時にやり続けることができるだろうか、という不安も高い時期であることを認識して関わる。
目標設定：　確認・判断を踏まえ、具体的な目標を設定してもらう。
行動計画：　確認・判断を踏まえ、目標達成のための具体的な取り組みを考えてもらう。
紹介：　新しい情報として、安八町にある身近な社会資源（体育館等）を紹介する。
賞賛：　意識が高く持てていること、健康維持のための実践ができていることをたくさん賞賛し、応援する。

□特定保健指導を利用しない

④前熟考期　or　個人での取り組み
→　本人の考え方や感情を理解する。熟考期へのステップアップを図る

情報提供：本人の健康状態に関する情報提供を行う。
□理解された　□理解されていない　□不明

問題点の認識：　今の健康状態に関して、どう思ったかを語ってもらう。
□思いを語ることができる　□思いを語れない
□感情が不明

受診勧奨：次年度も継続して特定健診を受けてもらうよう勧奨。
□承諾　□未承諾　□不明

経過観察：次年度特定健康結果で「変化なし」「悪化している」場合は、特定保健指導を受けてみることを再度一緒に検討してもらうよう勧奨。
□承諾　□未承諾　□不明

※アンケートや口頭で確認する

（職員メモ欄）

ケースカンファレンスの実施

第２期安八町国民健康保険保健事業実施計画

平成 30（2018）年度～平成 35（2023）年度

発　行　　平成 31 年３月
発行者　　安八町
編　集　　住民環境課
　　福祉課 保健センター

住　所　　〒503-0198
　　岐阜県安八郡安八町氷取 161 番地
　　安八町役場　TEL(0584)64-3111(代表)
　　FAX(0584)64-5014
　　住民環境課　TEL(0584)64-7105
　　保健センターTEL(0584)64-3775