

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画) 第3期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 4 月
遠賀町国民健康保険

目次

第1編 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）基本的事項	1
1 背景	1
2 計画の目的・位置付け	1
3 計画期間	2
4 関係者が果たすべき役割と連携	5
第2章 第1期計画に係る評価及び課題	6
1 第1期計画の概要	6
2 第1期計画に係る評価（基礎的データの推移）	7
3 保険者努力支援制度	20
第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取り組み	21
1 分析結果に基づく課題の明確化	21
2 成果目標の設定	23
第4章 保健事業の内容	24
1 保健事業の方向性	24
2 重症化予防の取り組み	24
(1) 糖尿病性腎症重症化予防	24
(2) 虚血性心疾患予防	30
(3) 脳血管疾患予防	32
3 その他の保健事業	37
4 ポピュレーションアプローチ	38
第5章 地域包括ケアに係る取り組み	39
第6章 計画の評価・見直し	40
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	41
1 計画の公表・周知	41
2 個人情報の取扱い	41

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について	42
1 特定健診の基本的考え方	42
2 特定保健指導の基本的考え方	42
第2章 特定健診・特定保健指導の実施	43
1 特定健康診査等実施計画について	43
2 健診・保健指導実施の基本的な考え方	43
3 目標の設定	43
4 対象者数の見込み	44
5 特定健診の実施	44
6 保健指導の実施	46
第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	50
1 特定健診・特定保健指導のデータ形成	50
2 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について	50
3 特定健診等データの情報提供及び照会	50
4 個人情報保護対策	50
5 被保険者への結果通知の様式	50
第4章 結果の報告	51
第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	51

第 1 編 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)基本的事項

1 背景

わが国は世界トップレベルの長寿社会で「平均寿命」は伸び続け、厚生労働省の発表によれば、男性 80.21 歳、女性 86.61 歳となった。しかし、一方で「健康寿命（日常生活に制限のない期間）」は男性 71.19 歳、女性 74.21 歳で「平均寿命」と「健康寿命」の差、つまり寝たきりや何らかの支援・介護が必要な期間が男性 9.02 年、女性 12.4 年と長期間であることが問題となっている。いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに「健康寿命」を伸ばすかが今日の課題であるといえる。

更に少子高齢化に伴い、年金や医療、介護などの社会保障費は急激に増加する一方で支える世代は減少しており、社会保障制度の重要な柱である医療保険及び介護保険制度を維持するため、国は団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に社会保障と税の一体改革をはじめとして、社会保障制度改革推進法や医療保険制度改革関連法^{※1}を整備し、医療と介護の安定的な提供を目指している。

また近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展など、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。

これまでも本町は、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」や第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するため、データを活用しながら、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

2 計画の目的・位置付け

保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、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である。

蓄積されたデータベースを活用し、加入者にわかりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業計画を策定する。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康の保持増進を図ることで、医療費適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目指すものとする。

またこの計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画や遠賀町健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画との調和を図

※1 社会保障制度改革推進法(H24.8 施行)、医療保険制度改革関連法(H27.5 成立)

団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に社会保障と税の一体改革による、医療と介護の安定的な提供を目指す。

る。(図表 1・2・3)

3 計画期間

計画期間については、他の計画※²との整合性を考慮し、平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とする。

※2 都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としている。

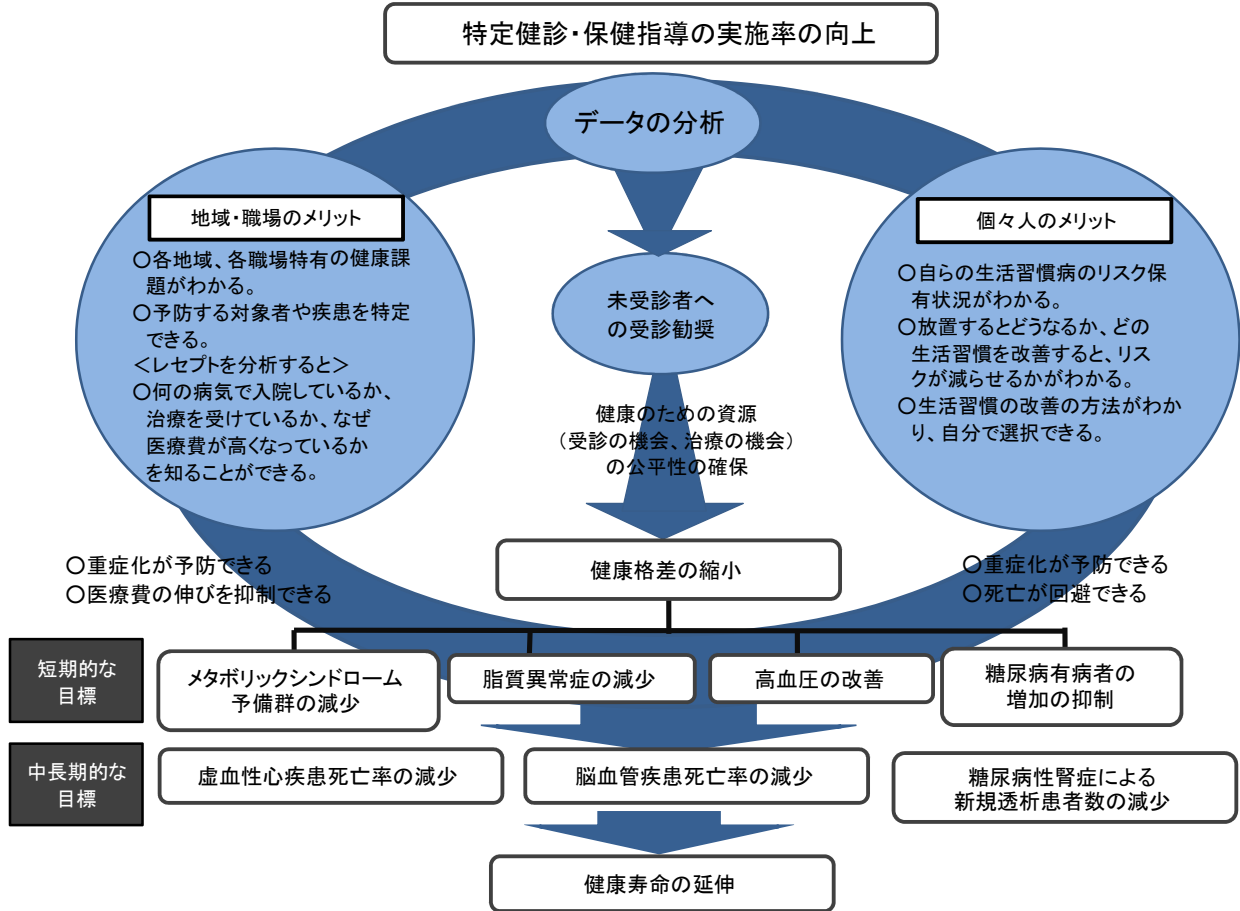
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康日本21計画	※健康増進事業実施法とは、健康保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員共済組合法、私立学校教職員共済法、学校保健安全法、母子保健法、労働安全衛生法、高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法の規定により定められたもの			医療費適正化計画	医療計画
		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		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者（※）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の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29年8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28年6月 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	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28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年度（第2次）	法定 平成30～35年度（第3期）	指針 平成30～35年度（第2期）	法定 平成30～32年度（第7次）	法定 平成30～35年度（第3期）	法定 平成30～35年度（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	都道府県・義務市町村・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、社会保健制度が維持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抑え、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、保険者がその支援の中心となつて、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悪化の防止を理念としている。	国民皆保険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していくとともに、良質かつ適切な医療を効果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、良質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、育壮年期、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
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	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		慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	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 特発小脳萎縮症 脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靱帯硬化症		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 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 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介護給付費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外表 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）

保険者努力支援制度

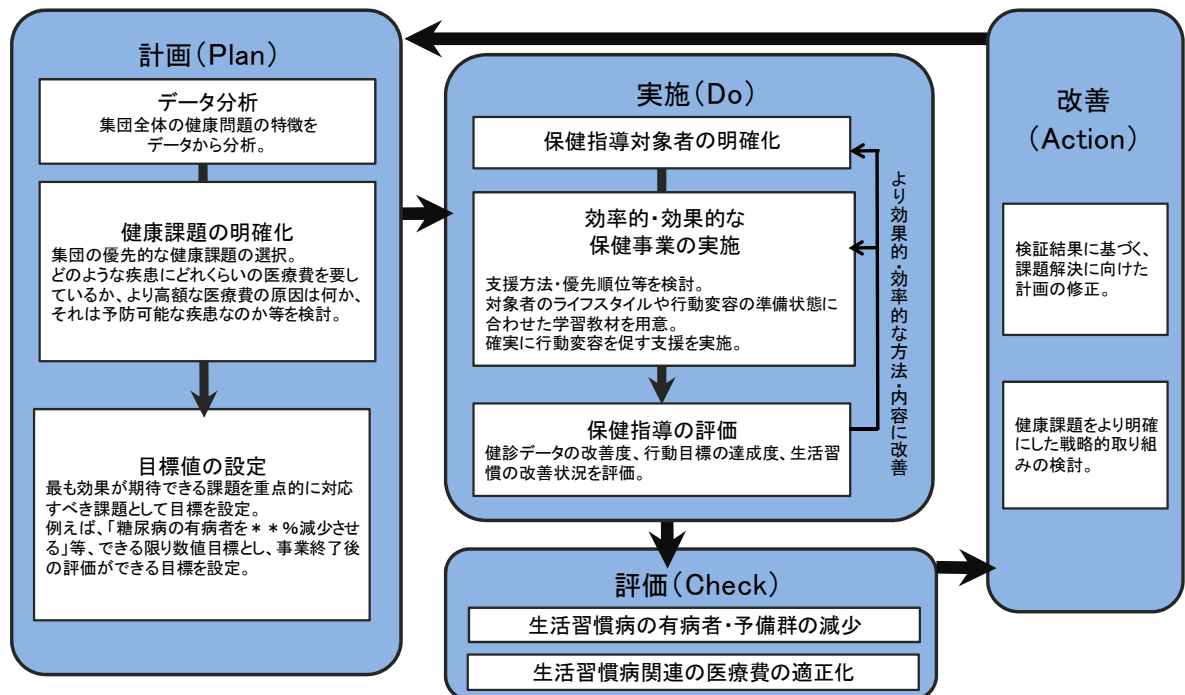
【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定

図表 2 特定健診特定保健指導と健康日本 21(第 2 次)



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)

図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体関係部局の役割

本町においては、健康こども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幅広い部署が関わっている。特に健康対策係の保健師等の専門職と連携をして、町一体となって計画策定を進めていく。

また事業の実施にあたっては、それぞれの担当部署が計画に基づき実施する。

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。

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^{※3}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運営の責任主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、町国保は、計画素案について福岡県関係課と意見交換を行い、県との連携に努める。

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

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

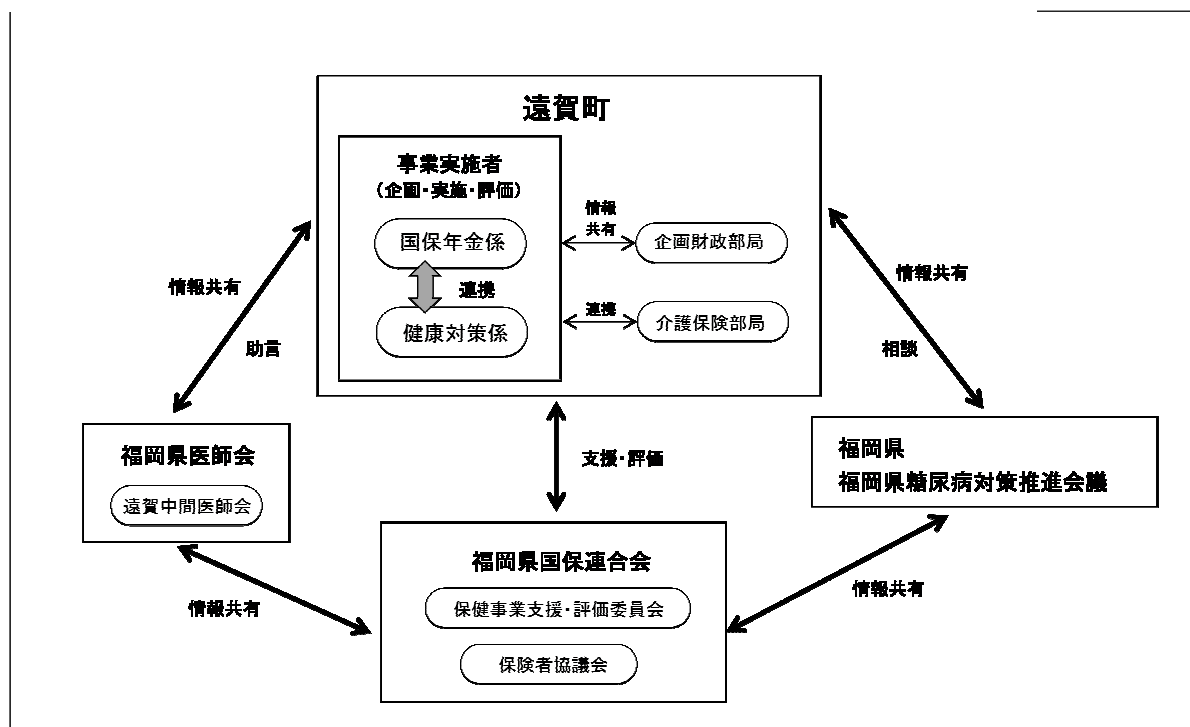
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

※3 国保データベース(KDB)システム。国保連合会が業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等にかかる情報を活用し、統計情報を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として国保中央会が開発したシステム。全国統一システムであるため、全国、県、同規模保険者との比較ができる。

(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ため、国民健康保険運営協議会等の場を通じて意見反映に努める。

図表 4 遠賀町の実施体制図<例>



第2章 第1期計画に係る評価及び課題

1 第1期計画の概要

(1) 計画期間

本町は平成27年度に第1期計画を策定し、計画期間を平成27年度から平成29年度として、各種保健事業を実施してきた。

(2) 短期目標と中長期目標

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率向上をはじめとして、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するリスクである糖尿病・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短期目標とし取り組んできた。また、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、長期化することで医療費が高額になる疾患で、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを中長期目標とし取り組んできた。具体的には、平成29年度には26年度と比較^{※4}して、医療費が高額

※4 分析評価については、平成25年度と平成28年度データを用いる。

になる疾患（レセプト記載額が1件につき80万円以上のもの）に占める虚血性心疾患、脳血管疾患の人数の割合をそれぞれ10%減少させること、また糖尿病性腎症による新規透析患者数を維持または減少させること、医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んできた。

2 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)

(1) 全体の基礎統計

本町は、人口18,874人、高齢化率30.7%である（平成27年度国勢調査）。福岡県、国と比較しても高齢化が進んでいる。また被保険者の平均年齢も54.5歳と他と比べて高い。

また、平均寿命、健康寿命ともに男性は他と比べて高く、死亡率が出生率を上回っていることから、今後更なる少子高齢化が予測されるため、被保険者の健康の保持・増進は重要である。（図表5）

本町の国保加入率は26.6%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約5割近くを占めている。（図表6）

町内に4の病院、14の診療所があり、病院は同規模※5平均及び福岡県と比較して多い。外来患者数は同規模及び福岡県と比較して多いが、入院患者数は少ない。（図表7）

図表5 遠賀町の特性

	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (人) (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	平均寿命 (歳) 男性/女性	健康寿命 (歳) 男性/女性	産業構成比		
									第1次	第2次	第3次
遠賀町	18,874	30.7	4,953 (26.2)	54.5	7.3	10.6	80.8 86.3	65.7 66.9	3.4	27.0	69.6
同規模	15,561	32.2	4,456 (27.1)	53.7	6.7	13.7	79.3 86.3	65.1 66.8	12.3	27.5	60.2
福岡県	5,038,664	25.9	1,205,537 (23.9)	50.4	9.0	10.0	79.3 86.5	65.2 66.9	3.1	20.9	76.0
国	125,640,987	26.4	32,257,803 (26.2)	51.1	8.0	10.3	79.6 86.4	65.2 66.8	4.2	25.2	70.6

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題/地域の全体像の把握（平成29年10月作成分）

注）被保険者数及び被保険者平均年齢については、平29年8月1日現在、その他の項目は27年度国勢調査結果

図表6 国保の加入状況

項目	25年度		26年度		27年度		28年度	
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
被保険者数	5,485		5,355		5,193		5,054	
65～74歳	2,312	42.2	2,388	44.6	2,397	46.1	2,413	47.7
40～64歳	1,795	32.7	1,677	31.3	1,572	30.3	1,481	29.3
39歳以下	1,378	25.1	1,292	24.1	1,225	23.6	1,161	23.0
加入率	28.9		28.2		27.3		26.6	

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※5 市町村国保の被保険者数が同規模の保険者

図表 7 医療の状況(被保険者千人あたり)

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		(参考)28年度			
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模平均		福岡県	
病院数	4	0.7	4	0.7	4	0.8	4	0.8	173	0.3	460	0.4
診療所数	14	2.6	14	2.6	14	2.7	14	2.8	1,295	2.3	4,587	3.8
病床数	343	62.5	343	64.0	343	66.0	343	67.9	22,850	39.8	86,071	70.4
医師数	48	8.8	48	9.0	48	9.2	48	9.5	2,887	5.0	15,660	12.8
外来患者数	741.5		745.3		756.0		751.8		686.7		686.6	
入院患者数	22.2		21.5		20.5		20.1		22.1		22.3	

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握
※同規模被保険者数 28年度:127町

(2) 短期目標の達成状況と課題

1) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、制度のスタートした平成20年度と比較して平成25年度には上昇したものの、その後低下し、近年は35%前後で推移している。(図表8) またこれまで40代、50代の受診率を伸ばすことに重点をおいて個別アプローチによる受診勧奨を実施してきており、一部では増加がみられるものの、なお低迷している。(図表9)

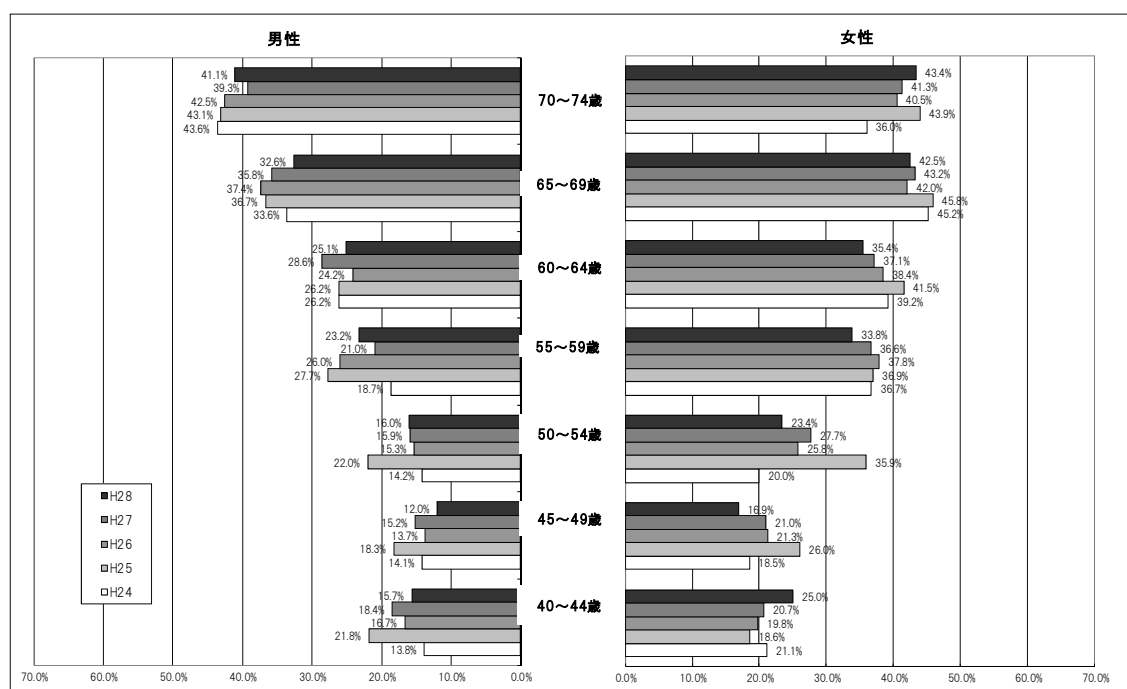
特定保健指導については平成28年度63.3%と、平成20年度と比較して3倍以上増加し、第2期特定健診等実施計画の目標値は達成しており、受診者に占める特定保健指導該当者の割合も減少している。(図表8)

図表 8 特定健診・特定保健指導の推移

		20年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	参考 29年度目標値
特定健診	受診者数	1,279人	1,408人	1,314人	1,290人	1,232人	実施中	健診受診率 60%
	受診率	34.3%	37.7%	35.4%	35.3%	34.8%		
	県内順位	16位	15位	23位	26位	34位		
特定保健指導	該当者数	231人	188人	169人	176人	180人	実施中	特定保健指導 実施率 60%
	割合	18.1%	13.4%	12.9%	13.6%	14.6%		
	実施者数	41人	107人	96人	108人	114人		
	実施率	17.7%	56.9%	56.8%	61.4%	63.3%		
	県内順位	52位	28位	30位	30位	24位		

出典:特定健診法定報告データ

図表 9 年代別特定健診受診率の推移



出典：保健指導支援ツール（平成 24～28 年度受診結果）

2) 特定健診未受診者の状況

平成 28 年度の結果より健診有所見者割合※6を継続受診者と新規受診者で比較すると、ほとんどの項目で過去 5 年間健診受診のなかった新規受診者の有所見割合が継続受診者を上回っていた。（図表 10）

生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として最優先すべきなのは、「健診・治療なし」の者であり、40～64 歳では特定健診対象者の 35.5%、65 歳以上でも 11.6%を占めている。（図表 11）

「治療中で健診未受診」の者は 40～64 歳、65～74 歳を合わせると健診受診者総数を上回る 1,599 人である。「治療中で健診受診」の者のうち約半数はコントロール不良者（1 項目でも受診勧奨値有）であり、「治療中で健診未受診」の者にもコントロール不良者が含まれていることが推測される。（図表 11）また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診者の方が 30,899 円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。（図表 12）

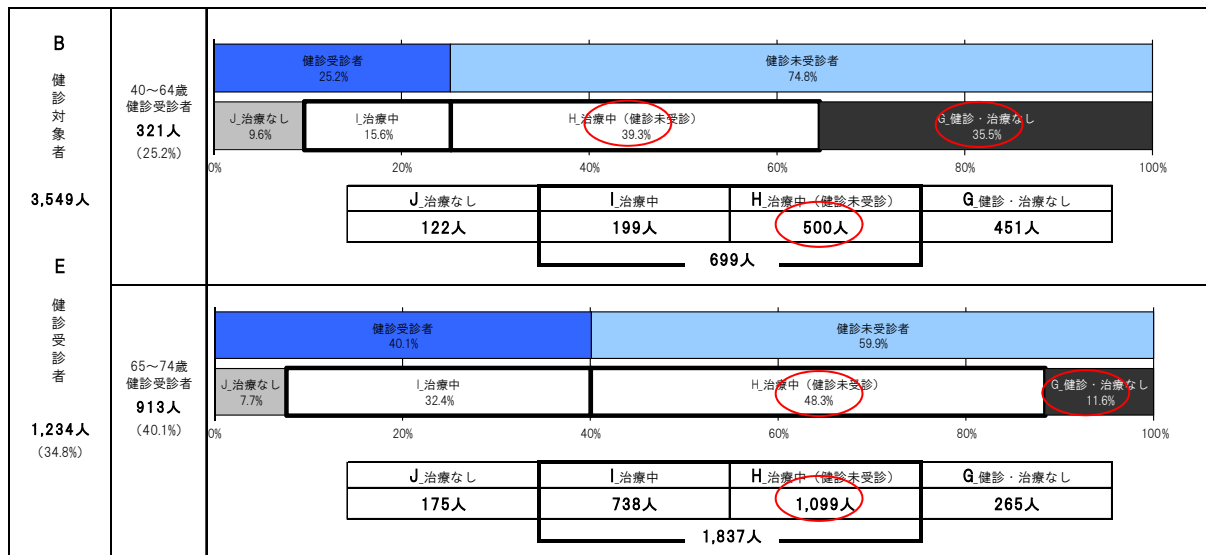
※6 特定健診の結果で、受診勧奨となった者の割合（今回は受診勧奨値のうち、ガイドラインを踏まえた基準値を越えた者の割合）

図表 10 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者					全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数					1,232 人	100.0%	1,069 人	86.8%	163 人	13.2%	
項目			基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI		25以上	312 人	25.3%	262 人	24.5%	50 人	30.7%	
		腹囲		男性85以上 女性90以上	390 人	31.7%	332 人	31.1%	58 人	35.6%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪		中性脂肪		300以上	232 人	18.8%	194 人	18.1%	38 人	23.3%
	インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)		6.5以上	155 人	12.7%	129 人	12.2%	26 人	16.3%
			(再掲) 7.0以上		59 人	4.8%	49 人	4.6%	10 人	6.3%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期		160以上	113 人	9.2%	95 人	8.9%	18 人	11.0%
			拡張期		100以上	40 人	3.2%	32 人	3.0%	8 人	4.9%
			計		123 人	10.0%	102 人	9.5%	21 人	12.9%	
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール		160以上	143 人	11.6%	115 人	10.8%	28 人	17.2%	
腎機能		尿蛋白		2+ 以上	12 人	1.0%	8 人	0.7%	4 人	2.5%	
		eGFR		50未満 70歳以上は40未満	41 人	3.3%	34 人	3.2%	7 人	4.3%	
		尿酸		8.0以上	32 人	2.6%	31 人	2.9%	1 人	0.6%	

出典:保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果)

図表 11 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



※KDB システムにおける生活習慣病

がん、糖尿病、高血圧、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、脂質異常症、精神、筋・骨格疾患

図表 12 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費

	0	10,000	20,000	30,000	40,000 (円)
健診受診者の 生活習慣病治療費	4,258円				
健診未受診者の 生活習慣病治療費				35,157円	

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

3) 短期的な疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）の状況

糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者を見ると、被保険者に占める患者の割合は横ばいである。特定健診の結果では重症化リスクの高い HbA1c6.5%以上の該当者は増加、Ⅱ度高血圧以上の該当者は横ばい、LDL-C160 以上の該当者は減少している。（図表 13・14・15）第 1 期計画策定の際に設定した目標値で見ると、Ⅱ度高血圧以上の該当者は横ばいであるものの、HbA1c8.0%以上の該当者、LDL-C180 以上の該当者は減少している。また HbA1c8.0%以上で 3 割、Ⅲ度高血圧以上、LDL-C180 以上で約 9 割が未治療である。（図表 13・14・15）

メタボリックシンドロームの該当者・予備群の状況を見ると、男性・女性ともに平成 25 年度と比較すると予備群は減少しているが該当者は増加している。また同規模平均・県と比較すると、男性は予備群・該当者ともに少ないが、女性は予備群・該当者ともに多い。（図表 16）保健指導支援ツール※⁷を用いて関係学会のガイドラインに基づく重症化予防対象者数を算出すると健診受診者の約 3 割（未治療者の約 3 割、治療者の約 4 割）が該当している。（図表 17）更に、重症化予防対象者とされる未治療者の 1 割が既に心電図所見や CKD（腎臓専門医受診対象者）があり、確実な受診勧奨及び保健指導が必要である。（図表 17）

同ツールを用い、糖尿病性腎症重症化予防の観点から糖尿病の実態を見てみると、40～74 歳の糖尿病治療中患者は 14.7%（H）で、そのうち 6.1%に糖尿病性腎症の診断がある（L）。（図表 18）特定健診結果で糖尿病（型）（HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖 126 以上）は受診者の 14.3%（E）でそのうち未治療が約半数を占めている（F）。治療者の約 65%は HbA1c7.0%以上（J）であり、糖尿病学会の示した合併症予防のための目標値である 7.0%未満を達成できていない。また、特定健診で糖尿病（型）のうち、既に尿蛋白や eGFR に所見がある者が約 10%存在している（M）。（図表 18）

図表 13 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)	糖尿病 患者数 (様式3-2)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c 6.5以上		再掲			
		被保険数	患者数	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E			I	I/G	J	J/G	未治療者	
																	K	K/J
A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/J		
25年度	4,117	595	14.5%	1,894	168	8.9%	2,223	422	19.0%	1,408	37.7%	115	8.7%	16	1.1%	6	37.5%	
28年度	4,021	593	14.7%	1,590	139	8.7%	2,431	454	18.7%	1,232	34.8%	155	12.7%	9	0.7%	3	33.3%	

図表 14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)	高血圧 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再掲			
					被保険数		患者数	被保険数		患者数					Ⅲ度高血圧		未治療者	
		被保険数	患者数	D/C	被保険数	患者数	F/E	I	I/G	J			J/G	K	K/J			
		A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E			G	H	I	I/G	J	J/G
25年度	4,117	1,192	29.0%	1,894	348	18.4%	2,223	844	38.0%	1,408	37.7%	142	10.1%	27	1.9%	17	63.0%	
28年度	4,021	1,177	29.3%	1,590	249	15.7%	2,431	928	38.2%	1,232	34.8%	123	10.0%	21	1.7%	20	95.2%	

※7 健診受診者データから、特定保健指導以外にも重症度（リスクの集積・程度）等に応じた保健指導対象者の優先順位

づけを行うため、福岡県国保連合会で開発し、提供しているツール。

図表 15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)	脂質異常症 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C 160以上		再掲			
					被保険数	患者数		被保険数	患者数						LDL-C180以上		未治療者	
		A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E			G	H	I	I/G	J	J/G
25年度	4,117	1,030	25.0%	1,894	335	17.7%	2,223	695	31.3%	1,408	37.7%	194	13.8%	68	4.8%	62	91.2%	
28年度	4,021	1,042	25.9%	1,590	231	14.5%	2,431	811	33.4%	1,232	34.8%	143	11.6%	45	3.7%	40	88.9%	

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-2～3-4(毎年度 5 月診療分(KDB7 月作成分))
 保健指導支援ツール(25 年度・28 年度法定報告値で計上)
 *HbA1c については、分母：実施者数 それ以外は、分母：受診者数

図表 16 メタボリックシンドローム該当者・予備群

男 性									同規模平均	県
	25年度		26年度		27年度		28年度		28年度	28年度
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	割合(%)	割合(%)
予備群	95	16.24	99	17.55	112	20.9	77	15.81	16.8	18.0
該当者	142	24.27	136	24.11	136	25.37	125	25.67	26.8	27.8
女 性									同規模平均	県
	25年度		26年度		27年度		28年度		28年度	28年度
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	割合(%)	割合(%)
予備群	85	10.3	66	8.8	64	8.5	66	9.3	6.2	6.3
該当者	66	8.0	47	6.3	70	9.3	74	10.4	10.1	9.4

出典：KDB_NO.24 厚生労働省様式 6-8)メタボリックシンドローム該当者・予備群より抜粋

図表 17 脳・心・腎を守るためにー 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにするー

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少											
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器科の臨床と治療に関するガイドライン (2005年厚生労働省研究報告))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)									
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 心原性脳塞栓症 (27%) 脳出血 (18%) ラクナ梗塞 (31.9%) アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) 脳梗塞 (75%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症														
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		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2014 (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 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)										
重症化予防対象	II度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d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 1,232 対象者数	123	10.0%	1	0.1%	45	3.7%	20	1.6%	201	16.3%	124	10.1%	12	1.0%	41	3.3%	41	33.8%
治療なし	82	9.2%	1	0.1%	40	4.2%	13	1.4%	72	10.0%	83	7.3%	3	0.4%	14	1.9%	19	26.8%
(再掲) 特定保健指導	36	29.3%	1	100.0%	12	26.7%	7	35.0%	72	35.8%	22	17.7%	2	16.7%	4	9.8%	9	23.7%
治療中	41	11.9%	0	0.0%	5	1.7%	7	2.4%	129	25.3%	41	47.7%	9	1.8%	27	5.3%	223	43.8%
臓器障害 あり	10	12.2%	1	100.0%	2	5.0%	3	23.1%	8	11.1%	6	7.2%	3	100.0%	14	100.0%	26	13.4%
CKD (専門医受診者)	6		0		2		1		4		2		3		14			18
尿蛋白 (2+) 以上	2		0		1		0		2		1		3		0		3	
尿蛋白 (1+) and 尿潜血 (1+) 以上	1		0		0		0		1		0		0		0		1	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	3		0		1		1		1		1		0		14		14	
心電図所見あり	4		1		1		2		4		4		0		1		9	
臓器障害 なし	72	87.8%	--		38	95.0%	10	76.9%	64	88.9%	77	92.8%	--		--		--	

出典:保健指導支援ツール(平成28年度受診結果) ※臓器障害あり…心電図所見者、CKD 専門医受診対象

図表 18 レセプト及び健診結果からみた糖尿病の実態

軽症

重症

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
(平成20年7月
作成分)

被保険者		
5,209人		
年代別	人数	割合
20代以下	765	14.7
30代	423	8.1
40代	428	8.2
50代	506	9.7
60代	1,962	37.7
70-74歳	1,125	21.6

A	再掲 40-74歳	4,021人
---	--------------	--------

糖尿病治療中		
599人 (11.5)		
(注1)内は、糖尿病治療中に占める割合		
年代別	人数	割合
1	0.2	
5	0.8	
16	2.7	
36	6.0	
295	49.2	
246	41.1	

H	593人	14.7
---	------	------

その他のリスク			
高血圧	高尿酸血症	脂質異常症	
人数	407	60	405
割合	68.6	10.1	68.3

糖尿病性腎症		
36人 (6.0)		
(注1)内は、糖尿病性腎症に占める割合		
年代別	人数	割合
0	0.0	
0	0.0	
0	0.0	
2	5.6	
18	50.0	
16	44.4	

L	36人	6.1
---	-----	-----

人工透析		
4人 (0.67)		
(注1)内は、糖尿病性腎症に占める割合		
年代別	人数	割合
0	0.0	
0	0.0	
0	0.0	
1	25.0	
1	25.0	
2	50.0	
0	0.0	

	4人	0.67
--	----	------

I	特定健診 未受診者	507人 (85.5)~I/H
---	--------------	--------------------

KDBシステム構築
「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、
処置後は除外

特定健診

[40-74歳]

平成28年度

B	特定健診 対象者	3,541人
C	特定健診 受診者	1,232人 (34.8)
E	糖尿病型	176人 (14.3)
(再掲)65歳以上		
人数	割合	
912人	74.026	

その他のリスク			
高血圧	肥満	脂質	
130/80 以上	BMI 25以上	LDL130以上 HDL40未満 TG150以上	
34 (60.7)	20 (35.7)	31 (55.4)	
19 (63.3)	9 (30.0)	16 (53.3)	
J	コントロール不良 HbA1c7.5%以上 または空腹時血糖126mg/dl以上	56人 (65.1)	
K	コントロール良好 HbA1c<7.5% または空腹時血糖<126mg/dl	30人 (34.9)	
G	治療中 (質問票 尿検査あり)	86人 (48.9)	
F	未治療 (中断含む)	90人 (51.1)	

糖尿病性腎症病期分類		第1期	再掲 (腎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	透析療法中	透析療法中
eGFR	尿蛋白	30以上	—	30以上	30未満	30未満	透析療法中
アルブミン	尿蛋白	正常 アルブミン尿 (30未満)	微量 アルブミン尿 (30-299)	顕性 アルブミン尿 (300以上)	顕性 アルブミン尿 (300以上)	顕性 アルブミン尿 (300以上)	顕性 アルブミン尿 (300以上)
尿蛋白	尿蛋白	(-) 158人 (86.1)	(+) 18人 (10.2)	(+) 6人 (3.4)	(+) 10人 (5.7)	(+) 2人 (1.14)	問わない

透析療法中

出典:保健指導等評価分析システム

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診の突合

(3) 中長期目標の達成状況

1) 医療の状況

本町の一人当たり医療費（月額）は 27,378 円と同規模平均、福岡県、国と比較しても高い状況となっている。医療費全体に占める費用の割合は、同規模平均、福岡県と比較すると外来が高く、入院は低くなっている。1 件あたりの在院日数は同規模平均、福岡県、国よりも少ないものの、入院件数の割合が同程度の国と比較すると、入院費用割合は国よりも高くなっている。（図表 19）

本町の平成 28 年度医療費総額は約 17 億円で、平成 25 年度と比較すると、全体で約 1 億 3600 万円減少している。（図表 20）一人当たり医療費は、全体では 27,378 円で平成 25 年度と比較すると 225 円減少（－0.8%）しており、入院では 443 円の減少（－3.8%）、入院外では 218 円の増加（＋1.4%）となっている。（図表 21）これらの伸び率はいずれも同規模・県・国と比較して低い状況である。

図表 19 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		遠賀町	同規模平均	県	国
一人当たり医療費		27,378 県内36位 同規模51位	26,719	25,927	24,245
外 来	費用の割合	58.6	57.8	54.9	60.1
	件数の割合	97.4	96.9	96.9	97.4
入 院	費用の割合	41.4	42.2	45.1	39.9
	件数の割合	2.6	3.1	3.1	2.6
1件あたり在院日数		15.1日	16.6日	16.9日	15.6日

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 20 総医療費（入院・外来）の変化

	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
25年度	18億2,760万円	—	7億7,977万円	—	10億4,783万円	—
28年度	16億9,115万円	△1億3,645万円	7億12万円	△7,965万円	9億9,102万円	△5,681万円

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 21 一人当たり医療費の変化

		一人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
25年度	遠賀町	27,603	11,777	15,826			
	同規模	24,667	10,566	14,101			
	福岡県	24,609	11,269	13,340			
	国	22,383	8,965	13,418			
28年度	遠賀町	27,378	11,334	16,044	99.2	96.2	101.4
	同規模	26,719	11,282	15,437	108.3	106.8	109.5
	福岡県	25,927	11,703	14,224	105.4	103.9	106.6
	国	24,245	9,667	14,578	108.3	107.8	108.6

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※一人当たり医療費は年間の総医療費を各月の被保険者総数で除して算出

2) 最大医療資源傷病名による分析(中長期的疾患及び短期的な疾患)

データヘルス計画における対象疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)・糖尿病・高血圧・脂質異常症)の医療費が総額に占める割合は本町 22.07%で福岡県と比較すると高い傾向にある。(図表 22)しかし、平成 25 年度と比較すると総額に占める割合は 4.5%低下し、医療費も約 1.1 億円減少している。また、中長期目標の疾患別に見ると、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞の医療費割合は、どちらも福岡県、国よりも低くなっている。慢性腎不全(透析あり)については県と比較すると高い状況である。国と比較すると低いが、65 歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ異動させていることが背景にあると考えられる。本町の国民健康保険及び後期高齢者医療の年代別透析患者数を見ると、65 歳以上透析患者の医療保険はほとんどが後期高齢者医療であり、平成 25 年度と比較して増加している。(図表 23)短期目標の疾患別に見ると、高血圧は減少したが糖尿病は増加、脂質異常症は大きな変化はみられない。(図表 22)糖尿病、高血圧、脂質異常症のいずれも、国、県と比較すると医療費割合は高い状況である。

図表 22 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合(25 年度・28 年度比較)

市町村名		一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全		脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
					(透析有)	(透析無)										
遠賀町	25年度	27,603	26位	12位	4.03%	1.30%	3.41%	2.29%	5.20%	6.78%	3.57%	4億8,565万円	26.57%	11.66%	7.05%	11.29%
	28年度	27,378	51位	36位	3.59%	0.22%	1.89%	1.93%	5.81%	5.14%	3.48%	3億7,320万円	22.07%	13.62%	8.55%	10.28%
国	28年度	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	--	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県		25,927	--	--	3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%	--	20.23%	14.14%	11.79%	8.90%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

※「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

出典: KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 23 年代別透析患者数の推移(25 年度・28 年度比較)

	透析患者数	40～64 歳	65～74 歳	(再掲)	
				国保	後期
25年度末	11人	9人	16人	2人	14人
28年度末	10人	10人	19人	0人	19人

出典: KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-7

3) 高額になる疾患及び長期化する疾患について

① 高額(80 万円以上/件)になる疾患

医療費が高額になる疾患のうち、がんの占める割合が高い。(図表 24) 検診による早期発見が可能ながんについては、がん検診の受診勧奨を行う。食事や飲酒、喫煙などの生活習慣を改善することで予防できるがんについては、生活習慣病対策と一体的に予防をすすめる。

一方、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数は全体の 9%、費用額は 8.1%を占

めている。(図表 24) 目標として設定していた 80 万円以上レセプトに占める虚血性心疾患、脳血管疾患の人数の割合を 10%減らすことについては、平成 25 年度と平成 28 年度では、虚血性心疾患で-33% (4 人減)、脳血管疾患で-56% (9 人減) となり、目標は達成した。(参考資料 1)

② 長期 (6 ヶ月以上の) 入院

長期入院の人数の 60%、費用額の 59.6%を統合失調症等の精神疾患が占める。また、長期入院のうち、20%が脳血管疾患、10%が虚血性心疾患を併発している。(図表 25)

③ 人工透析の状況

本町国保被保険者の人工透析患者は 10 人で、人工透析患者の 20%が脳血管疾患、50%が虚血性心疾患を合併している。また 40%に糖尿病の診断がある。(図表 26)

④ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 2,119 人であり、重症化した状態である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は、生活習慣病治療者全体のうち、それぞれ 10.1%、11.9%、1.7%を占める。

(図表 27) 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに基礎疾患として、高血圧は約 7.5 割、糖尿病が約 4 割、脂質異常症は脳血管疾患、虚血性心疾患では約 7 割、糖尿病性腎症は約 8 割が併せ持っている。

図表 24 厚生労働省様式 1-1_高額になる疾患(80 万円以上レセプト)

	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
人数	166人		7人		8人		52人		108人	
			4.2%		4.8%		31.3%		65.1%	
件数	272件		11件		10件		78件		173件	
			4.0%		3.7%		28.7%		63.6%	
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	4	5.1%	21	12.1%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.2%
		50代	4	36.4%	1	10.0%	5	6.4%	15	8.7%
		60代	4	36.4%	6	60.0%	39	50.0%	76	43.9%
70-74歳	3	27.3%	3	30.0%	30	38.5%	59	34.1%		
費用額	3億9017万円		1416万円		1765万円		1億0572万円		2億5264万円	
			3.6%		4.5%		27.1%		64.8%	

* 最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

図表 25 厚生労働省様式 2-1 長期入院(6 ヶ月以上の入院)

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	30人	18人 60.0%	6人 20.0%	3人 10.0%
件数	214件	147件 68.7%	33件 15.4%	16件 7.5%
費用額	9111万円	5434万円 59.6%	1370万円 15.0%	579万円 6.4%

* 精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

* 脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

図表 26 厚生労働省様式 3-7/2-2 人工透析患者の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28.5 診療分	人数	10人	4人	2人	5人
			40.0%	20.0%	50.0%
H28年度 累計	件数	127件	49件	33件	62件
			38.6%	26.0%	48.8%
	費用額	6147万円	2203万円	1674万円	2915万円
			35.8%	27.2%	47.4%

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

図表 27 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全体		中長期的な疾患			短期的な疾患		
		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	高血圧症	糖尿病	脂質異常症
2,119人		215人	253人	36人	1,180人	599人	1,049人
		10.1%	11.9%	1.7%	55.7%	28.3%	49.5%
の基 礎 疾 患	高血圧	164人	190人	28人	—	408人	702人
		76.3%	75.1%	77.8%		68.1%	66.9%
	糖尿病	81人	112人	36人	408人	—	407人
		37.7%	44.3%	100.0%	34.6%		38.8%
	脂質異常症	151人	177人	30人	702人	407人	—
		70.2%	70.0%	83.3%	59.5%	67.9%	

4) 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症（人工透析）の新規患者の状況

脳血管疾患の患者数は4%前後、虚血性心疾患は5%前後で推移しており大きな増減はない。（図表 28・29）また、年間の新規患者の状況を経年でみると、診断月に入院しているケースが脳血管疾患では1～2割、虚血性心疾患では2～3割を占めており、さらにその方の健診受診歴を確認すると、脳血管疾患では7割前後、心疾患では6割前後が過去3年において全く健診を受診していなかった。（図表 28・29）

人工透析については、平成28年度の新規患者は0人であり、目標として設定していた糖尿病性腎症による新規透析者を維持又は減少させることについては達成した。（図表 30）しかし、平成25年度から27年度の新規患者では、平成25年度は50%、平成26、27年度は新規患者の全員が糖尿病を基礎疾患に持っていた。また、平成26年度と27年度の新規患者の全員が過去3年間健診受診歴がなかった。（図表 30）

図表 28 脳血管疾患

	被保険者数	脳血管疾患患者数 (様式3-6)		新規患者数	診断月入院あり			
					診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
					D	D/C	E	E/D
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	E/D
25年度	5,485	207	3.8%	138	38	27.5%	32	84.2%
26年度	5,355	230	4.3%	196	27	13.8%	17	63.0%
27年度	5,193	208	4.0%	159	22	13.8%	16	72.7%
28年度	5,054	215	4.1%	218	36	16.5%	27	75.0%

図表 29 虚血性心疾患

	被保険者 数	虚血性心疾患 患者数 (様式3-5)		新規患者数	診断月入院あり				健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
		A	B		B/A	C	D	D/C	E	E/D
25年度	5,485	274	5.0%	155	37	23.9%	26	70.3%		
26年度	5,355	258	4.8%	118	36	30.5%	16	44.4%		
27年度	5,193	241	4.6%	127	32	25.2%	18	56.3%		
28年度	5,054	253	5.0%	113	27	23.9%	17	63.0%		

図表 30 人工透析

	被保険者数	人工透析患者数 (様式3-7)		新規患者数	糖尿病あり			
					健診未受診 (当該年度を含め3年間)			
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	E/D
25年度	5,485	13	0.23%	4	2	50.0%	2	100.0%
26年度	5,355	8	0.14%	3	3	100.0%	3	100.0%
27年度	5,193	10	0.19%	3	3	100.0%	3	100.0%
28年度	5,054	10	0.19%	0	0	0.0%	0	0.0%

出典:KDB システム帳票

厚生労働省様式 3-5～3-7(毎年度 5 月診療分(KDB7 月作成分))

厚生労働省様式 1-1(年度累計)

保健事業等評価・分析システム 新規患者数

5) 介護の状況

本町の要介護認定者は第 1 号 (65 歳以上) 被保険者は 980 人 (認定率 20.3%) であり、同規模、福岡県と比較すると認定率はやや低めであるが、年々伸びてきている。第 2 号 (40～64 歳) 被保険者は 24 人 (認定率 0.4%) で同規模、福岡県と同程度であり、経年的にみるとほぼ横ばいの状況である。

本町の介護給付費は約 14 億円で、平成 25 年度と比較すると 1 件あたりの介護給付費は、居宅サービス、施設サービスともに減少している。特に施設サービスにおいては年々減少しており、同規模保険者、福岡県と比較すると低くなっている。

また有病状況を見ると、心臓病、筋・骨格、精神が同規模、福岡県と比較して高いが、いずれも減少傾向である。また、高血圧症については年々減少しており、同規模と比較すると高いが、福岡県と比較すると低くなっている。(図表 31)

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点で年代別に見ると、脳血管疾患 (脳出血・脳梗塞)、虚血性心疾患、腎不全の循環器疾患が上位を占めており、特に脳血管疾患は第 2 号被保険者で 87.5%、第 1 号被保険者の 65 歳～74 歳で 52.4%、75 歳以上でも 45.9% の有病状況となっている。(図表 32) 基礎疾患である糖尿病等血管疾患の有病率は第 2 号被保険者で 93.8%、第 1 号被

保険者で 95.5%と高い。基礎疾患の中でも、特に高血圧の有病率は第 2 号被保険者で 93.8%、第 1 号被保険者で 84.6%と非常に高い割合となっている。

図表 31 要介護認定者の経年推移

項目		25年度		26年度		27年度		28年度		(参考)28年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	福岡県
介護給付費		13億7243万円		14億3817万円		14億4235万円		14億0472万円		－	－
1号認定者数（認定率）		934	18.5	957	19.4	1,017	20.3	980	20.3	20.4	23.1
新規認定者		24	0.3	13	0.3	19	0.3	18	0.3	0.3	0.3
2号認定者		24	0.4	22	0.3	24	0.3	24	0.4	0.4	0.4
1件当たり給付費（全体）		62,576		60,883		58,744		60,061		67,108	57,450
居宅サービス		40,355		39,880		38,432		39,278		41,924	39,185
施設サービス		294,190		290,580		281,432		275,000		276,079	285,501
有病状況	糖尿病	189	21.2	211	20.7	230	21.1	214	20.1	21.2	22.0
	高血圧症	527	55.5	532	54.5	560	53.6	546	53.5	52.8	54.0
	脂質異常症	240	25.2	245	26.2	279	25.4	271	26.6	26.8	29.8
	心臓病	601	64.5	617	63.3	668	63.0	641	62.2	60.3	61.2
	脳疾患	262	26.9	255	26.7	270	25.4	268	25.6	26.8	26.9
	がん	110	12.4	109	11.6	141	11.5	123	11.9	9.8	11.5
	筋・骨格	556	57.6	563	58.1	602	57.4	573	55.8	51.7	54.6
	精神	352	36.7	405	40.5	435	41.4	409	39.2	36.3	37.2
要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	91,500		90,120		93,490		101,090		83,240	86,510
	認定なし	40,700		40,160		40,450		38,520		39,940	40,740

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 32 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(年代別)

受給者区分 年齢		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計		
		40～64歳												
要介護認定・レセプト突合状況	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	介護件数(全体)		24		123		857		980		1,004		
		再) 国保・後期		16		105		777		882		898		
		疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
					割合		割合		割合		割合		割合	割合
		循環器疾患	1	脳卒中	14 87.5%	脳卒中	55 52.4%	虚血性心疾患	389 50.1%	虚血性心疾患	418 47.4%	脳卒中	426 47.4%	
				2	腎不全	4 25.0%	虚血性心疾患	29 27.6%	脳卒中	357 45.9%	脳卒中	412 46.7%	虚血性心疾患	421 46.9%
					3	虚血性心疾患	3 18.8%	腎不全	9 8.6%	腎不全	111 14.3%	腎不全	120 13.6%	腎不全
			基礎疾患 (*2)	糖尿病	11 68.8%	糖尿病	44 41.9%	糖尿病	384 49.4%	糖尿病	428 48.5%	糖尿病	439 48.9%	
				高血圧	15 93.8%	高血圧	78 74.3%	高血圧	668 86.0%	高血圧	746 84.6%	高血圧	761 84.7%	
				脂質異常症	11 68.8%	脂質異常症	48 45.7%	脂質異常症	435 56.0%	脂質異常症	483 54.8%	脂質異常症	494 55.0%	
				血管疾患合計	15 93.8%	合計	91 86.7%	合計	751 96.7%	合計	842 95.5%	合計	857 95.4%	
		認知症	認知症	1 6.3%	認知症	28 26.7%	認知症	404 52.0%	認知症	432 49.0%	認知症	433 48.2%		
		筋・骨格疾患	筋骨格系	12 75.0%	筋骨格系	92 87.6%	筋骨格系	747 96.1%	筋骨格系	839 95.1%	筋骨格系	851 94.8%		

出典:KDB システム帳票 要介護(支援)者突合状況

※基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む

3 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されている。（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は、毎年の実績や実施状況を見ながら見直し、発展させるとし、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が高く評価されている。

また配点の高い糖尿病等の重症化予防の取り組みについては、平成 28 年度前倒し実施分において、46.9%の市町村が既に達成していたことから、更なる充実を図るため、新たに受診勧奨後の取り組み及び保健指導後の検査結果改善等の評価について評価指標が追加された。今後は、本町においても国の見直し、追加も考慮し、取り組みの充実を図ることとする。

本町の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,741 市町村中 738 位と中間に位置していたが、特定健診受診率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、個人インセンティブ提供、後発医薬品の使用割合、収納率向上に関する取組の実施状況、地域包括ケアの推進の取組の実施状況に関する項目でポイントを取れていない結果であった。（図表 33）

図表 33 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標		前倒し実施分				30年度 配点
		28年度 配点	実績			29年度 配点
			全国	福岡県	遠賀町	
総得点(満点)		345				580
総得点(体制構築加算70点を除く)		275	128.67	146.03	139	510
交付額		--	--	--	248万円	
被保険者一人当たり交付額		--	--	--	483.5円	
全国順位(1,741市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位		--	--	13位	738位	
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	0	35
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	15	35
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	0	35
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	10	20
	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33	10	15
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	40	70
国保②	データヘルス計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	17.01	19.95	20	45
	個人インセンティブ提供	20	6.00	5.67	0	15
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	10	25
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	7	25
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	0	30
国保①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	10.52	6.33	0	70
国保③	医療費通知の取組の実施状況	10	8.68	10.00	10	15
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	0	15
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	7	30
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					
体制構築加算		70				70
						60

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取り組み

1 分析結果に基づく課題の明確化

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（人工透析）を重点に重症化予防を進めてきた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は年々増えてきているが、40～64歳の2号認定率は横ばい、介護給付費は減少していた。

また医療費総額は減少しており、一人当たり医療費では入院費用は減少し、外来費用は増加していることがわかった。健診受診者では受診勧奨者の割合は減少しており、医療機関受療率の増加と合わせて考えると、健診受診後の保健指導や受診勧奨が生活習慣病予防や重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上の取り組みは重要となる。

以上、第1期の取り組み、評価も踏まえ、健診・医療・介護等のデータを分析するにあたり、以下の視点で整理し、本町国民健康保険の健康課題が明らかとなった。

- 高額や長期に医療を要する疾患の原因は何か、それは予防可能な疾患か。
- 医療と介護の両方を必要とする疾患は何か。

<健康課題>

健診

- ① 特定健診の受診者は約3割であり、生活習慣病予防、重症化予防を更に推進していくためには、その対象者を把握していくことが重要であり、そのために今後更に特定健診の受診率を向上させる必要がある。
- ② 特定健診未受診者のうち、既に生活習慣病を治療中の者が約69%を占めている。特定健診受診者で既に治療中である者の中にも重症化予防の対象者がいることから、かかりつけ医との連携により治療中の者で特定健診未受診者についても受診率を向上させる必要がある。
また生活習慣病の治療も健診も受けていない者は健診未受診者の約31%を占め、これらの者は全く実態がつかめず突然倒れてしまう可能性があるため、健診の受診を勧める必要がある。
- ③ 特定健診の結果からは、女性のメタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに高く、特定保健指導の実施率向上と保健指導の方法や手順等の内容の見直し、充実をはかる必要がある。
- ④ 高血圧及び脂質異常症の重症化予防対象者のうち、受診勧奨の優先度の高い血圧Ⅲ度以上、LDL-C180以上の者で、未治療者が約9割いるため、まずは治療へつなげる必要がある。
- ⑤ 糖尿病の有所見率が高く、その中でも目標に上げていたHbA1c8.0%以上は減少したものの、HbA1c6.5%以上は増加しているため、今後は保健指導の対象者を広げ早い段階からの予防に努める必要がある。
- ⑥ 健診結果で糖尿病（型）と判断される者のうち、治療中でコントロール不良の者が約65%おり、また約10%に既に腎機能の所見があるため、医療との連携により、重症化を予防していく必要がある。

医療

- ⑦ 一人当たり医療費は、同規模平均、福岡県と比べ高いものの、平成 25 年度と比較すると減少してきており、医療費全体に占める費用の割合は、同規模平均、福岡県と比較すると外来費用が高く、入院費用は低くなっている。また、中長期目標疾患の医療費も減少していることから、軽症のうちに外来治療につなぐことができていると考える。今後も軽症のうちに治療へつなぎ、治療継続の動機づけを行うとともに、生活習慣を改善できるよう保健指導を行う重症化予防対策が必要である。
- ⑧ 同規模平均、福岡県と比較して、一人当たり医療費が高い理由として、医療機関の受診率が高いことが考えられるため、若いうちから健診を受診し、自分の体の状態を知ること、早めに生活習慣病の予防ができるよう、若人健診及びその後の保健指導を引き続き行う。
- ⑨ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は 40%であり、平成 28 年度の新規患者はいないものの、平成 26、27 年度の新規患者は全て糖尿病があることから、早期からの糖尿病の発症予防と重症化予防対策が重要となる。

介護

- ⑩ 脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期の医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患である。本町の要介護認定率は年々増えており、要介護認定者の有病状況を見ると脳血管疾患が多くを占めている。また、基礎疾患である糖尿病等の血管疾患の有病率は 9 割以上と非常に高くなっている。中でも、特に高血圧の有病率は第 2 号被保険者で 93.8%、第 1 号被保険者で 84.6%と非常に高い割合となっている。高血圧や糖尿病等の生活習慣病は、自覚症状がないまま放置すると重症化するため、これらの発症予防及び重症化予防の対策が重要である。

2 成果目標の設定

明らかとなった健康課題の解決のための目標を中長期・短期にわけ、設定する。

<中長期目標の設定>

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院となる疾患、人工透析となる疾患及び要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年度には平成30年度と比較して、高額になる疾患（レセプト記載額が1件につき80万円以上のもの）に占める虚血性心疾患、脳血管疾患の人数の割合をそれぞれ4.0%に近づける。また、糖尿病性腎症による新規患者数を維持または減少させることを目標とする。

<短期目標の設定>

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リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期目標とする。

具体的には、1年1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を改善していくこととする。そのためには、医療機関受診が必要な者に適切な受診の働きかけや、治療の継続の働きかけをするとともに、医療機関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、運動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、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ある。

図表 34 成果目標

中長期的なもの	NO	短期的なもの					
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
①脳血管疾患・虚血性心疾患の人数の割合をそれぞれ4.0%に近づける。 ②糖尿病性腎症の新規患者数を維持または減少させる。	①	特定健診受診率の向上					
		40%	42.5%	45%	50%	55%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		65%	65%	67.5%	67.5%	70%	70%
	③	高血圧の者の割合減少 Ⅱ度以上（収縮期血圧160または拡張期血圧100以上）の割合					
		10%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%	7.5%
	④	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c6.5以上の割合					
		12%	11.5%	11%	10.5%	10%	9.5%
	⑤	脂質異常の者の割合の減少 LDLコレステロール180以上の割合の減少					
		3.5%	3.5%	3.0%	3.0%	2.5%	2.5%

第4章 保健事業の内容

1 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り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・虚血性心疾患予防・脳血管疾患予防の取り組みを行う。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り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、生活習慣病予防等の個人の健康づくりの方法や意義について等、広報等で町民へ周知していく。

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2編の第3期特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

2 重症化予防の取り組み

(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り組みにあたっては「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）及び福岡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サイクルに沿って実施する。なお、取り組みにあたっては図表35に沿って実施する。

- ・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
- ・治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ・糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 35】

N0	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

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福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のア、イともに該当する者とする。

- ア 2型糖尿病であること：a～cまでのいずれかであること
 - a. 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg）以上又は HbA1c 6.5%以上
 - b. 糖尿病治療中
 - c. 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり
- イ 腎障害を有していること
 - eGFR60 未満又は、尿蛋白±以上

②選定基準に基づく該当者数の把握

ア 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と CKD 重症度分類」を基盤とする。（図表 36）

図表 36 糖尿病腎症病期分類と CKD 重症度分類との関係

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)
GFR区分 (mL/分/1.73㎡)	G1	≥90	第1期 (腎症前期)	第2期 (早期腎症期)	第3期 (顕性腎症期)
	G2	60～89			
	G3a	45～59			
	G3b	30～44			
	G4	15～29	第4期 (腎不全期)		
	G5	>15			
	透析療法中		第5期 (透析療法期)		

出典: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。本町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば糖尿病性腎症第3期と考えられ、また、尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高い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。

イ 介入方法と優先順位

図表 36 より本町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

特定健診を受診した人のうち、

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者
 - ・糖尿病が重症化するリスクの高い糖尿病治療中断者
- 〈介入方法〉訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

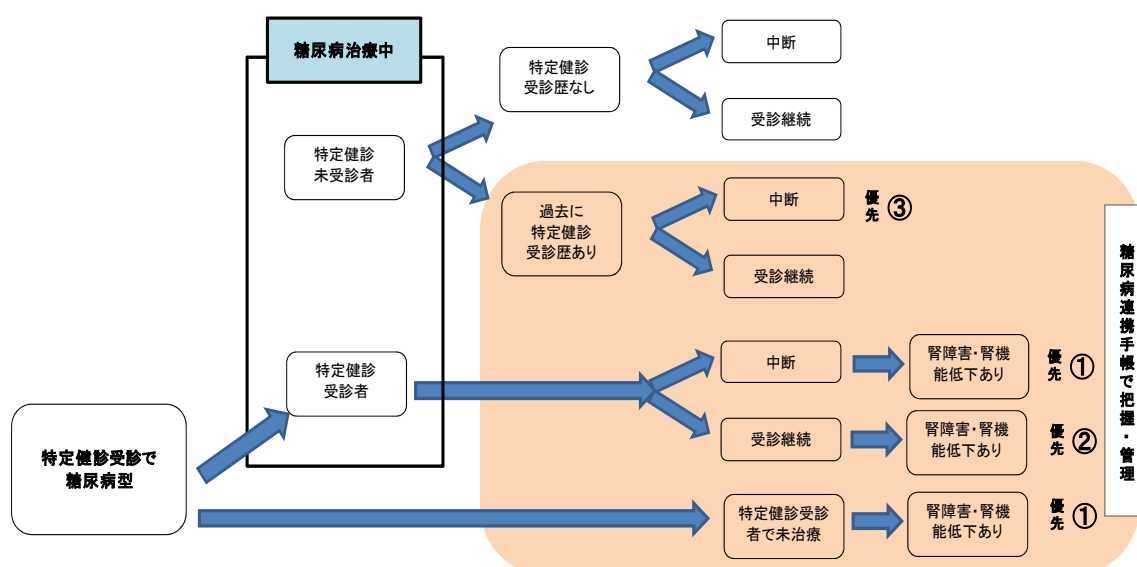
特定健診を受診した人のうち、

- ・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者
- 〈介入方法〉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

- ・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療中断者
- 〈介入方法〉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 37 糖尿病性腎症重症化予防の介入方法と優先順位



3) 対象者の進捗管理

① 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料2）を作成し管理していく。

【糖尿病管理台帳作成手順】

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

* 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) 国保資格の有無を確認する

- (3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

- (4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

- (5) 対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……○人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

4) 保健指導の実施

糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。本町においては、特定健診受診者に対して、糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子に応じた保健指導を実施する。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。

5) 医療機関との連携

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、事前に地区医師会と協議した連

絡票を使用する。状況に応じて、他疾患での受診勧奨で使用する連絡票を使用する場合もある。

② 治療中の者への対応

治療中の場合についても、事前に地区医師会と協議した連絡票を使用する。保健指導実施後は、主治医に報告書で指導内容等の報告を行い、情報の共有を行う。また、保健指導を継続する場合については、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福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

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

① 短期的評価

ア 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

イ 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
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

② 中長期的評価

ア 糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における以下のもの

- (ア) 患者数
- (イ) 医療費

(ウ) 高額レセプトに占める人数、医療費とその割合

(エ) 総医療費に占める割合

イ 要介護者の有病状況

ウ 総医療費

エ 一人あたり医療費

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

(2) 虚血性心疾患予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患予防の取り組みにあたっては虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 版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

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動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 版を参考に考えていく。

② 対象者の抽出

ア 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患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。本町において心電図検査実施者（希望受診者も含む）は 534 人であり、そのうち ST 所見があったのは 12 人であった。（図表 38）要精査には該当した者はいなかったが、心電図における ST 変化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。また、陳旧性梗塞が 1 名、疑いが 15 名おり、ST 所見該当者同様、他の健診データと合わせて、再梗塞予防の指導が必要である。

図表 38 心電図検査の結果

心電図検査	ST所見あり		陳旧性梗塞		陳旧性梗塞疑い		その他の所見		異常なし	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
534人	12	2.2	1	0.2	15	2.8	229	42.9	277	51.9

イ 心電図以外からの把握

平成 30 年度より、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が 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」が「詳細な健診」の対象となり、より広い対象者に心電図検査が実施されることとなる。心電図検査を実施しない場合、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。

3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患予防には、図表 39 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

虚血性心疾患に関する症状

【図表 39】

・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」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)が虚血性心疾患に対する高リスクであることから、虚血性心疾患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、別途台帳を作成し、服薬状況等の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。

4) 医療機関との連携

虚血性心疾患予防のために、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、治療中の者に対しては医療機関と連携し、血管リスク低減に向けた保健指導を実施していく。治療状況等についてはかかりつけ医や対象者本人からの報告やKDB等で把握していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

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

① 短期的評価

高血圧、糖尿病、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

ア 糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における以下のもの

(ア) 患者数

(イ) 医療費

(ウ) 高額レセプトに占める人数、医療費とその割合

(エ) 総医療費に占める割合

イ 要介護者の有病状況

ウ 総医療費

エ 一人あたり医療費

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

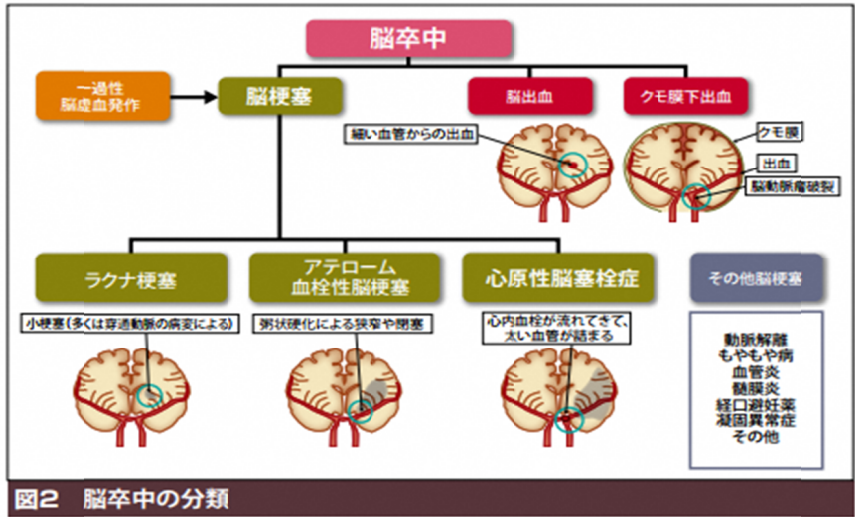
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

(3) 脳血管疾患予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患予防の取り組み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 40、41）

図表 40 脳卒中の分類



脳血管疾患とリスク因子

【図表 41】

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	●							

(脳卒中予防の提言より引用)

2) 対象者の明確化

① 対象者の抽出

脳血管疾患予防対象者の抽出にあたっては図表 42 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 123 人（10.0％）であり、82 人は未治療者であった。また未治療者のうち 10 人（12.2％）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 41 人（11.9％）いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

② リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

図表 43 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。

図表 42 特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○		○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○		○						
	心原性脳梗塞	●				●		○		○						
脳出血	脳出血	●														
	くも膜下出血	●														
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における 重症化予防対象者 (受診者数 1,232人)		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボリック シンドローム	尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)			
		123	10.0%	124	10.1%	45	3.7%	1	0.1%	201	16.3%	12	1.0%	41	3.3%	
		82	9.2%	83	7.3%	40	4.2%	1	0.1%	72	10.0%	3	0.4%	14	1.9%	
		41	11.9%	41	47.7%	5	1.7%	0	0.0%	129	25.3%	9	1.8%	27	5.3%	
		10	12.2%	6	7.2%	2	5.0%	1	100.0%	8	11.1%	3	100.0%	14	100.0%	
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象者)		6		2		2		0		4		3		14	
	尿蛋白(2+以上)		2		1		1		0		2		3		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)		1		0		0		0		1		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		3		1		1		0		1		0		14	
	心電図所見あり		4		4		1		1		4		0		1	

【図表 43 血圧に基づいた脳心血管リスク階層化】

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

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)	888	261 29.4%	195 22.0%	156 17.6%	194 21.8%	62 7.0%	20 2.3%	4 0.5%	105 11.8%	167 18.8%
	リスク第1層(※)	70 7.9%	34 13.0%	25 12.8%	3 1.9%	4 2.1%	0 0.0%	4 100%	4 3.8%	0 0.0%
リスク第2層(※)	415	132 46.7%	79 50.6%	75 40.5%	101 52.1%	22 35.5%	6 30.0%	--	101 96.2%	28 16.8%
	リスク第3層(※)	403	95 36.4%	91 46.7%	78 50.0%	89 45.9%	14 70.0%	--	--	139 83.2%
再掲 重複あり	糖尿病	100 24.8%	17 17.9%	21 23.1%	22 28.2%	26 29.2%	4 28.6%			
	慢性腎臓病(CKD)	240 59.6%	64 67.4%	55 60.4%	41 52.6%	59 66.3%	7 50.0%			
	3個以上の危険因子	169 41.9%	27 28.4%	37 40.7%	35 44.9%	40 44.9%	7 50.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

※リスク層 高血圧ガイドライン2014を参考に健診結果のみで判定可能なもので判定

	項目	基準値	第1層	第2層	第3層
1	高齢	65歳以上	危険因子がない	第1層・第3層に該当しない	1 5 の危険因子が 3 個以上
2	喫煙	質問票より「(喫煙)あり」と回答			
3	脂質異常症	下記の(1)～(4)の1項目以上が該当 (1)HDL-C 40mg/dl未満 (2)LDL-C 140mg/dl以上 (3)中性脂肪 150mg/dl以上 (4)治療中(問診結果による)			
4	肥満	下記のどちらか又は両方に該当 (1)BMI25以上 (2)腹囲 男性:85cm以上、女性:90cm以上			
5	メタボ	肥満＋血圧高値(130/85mmHg以上)に加え、下記のいずれかに該当 (3項目を満たすメタボリックシンドローム) 血糖高値(空腹時血糖110mg/dl以上またはHbA1c6.0%以上) 脂質異常(HDL40mg/dl未満または中性脂肪150mg/dl以上)			6 8 の危険因子が 1 個以上
6	メタボ	肥満＋血圧高値(130/85mmHg以上)に加え、下記のいずれにも該当 (4項目を満たすメタボリックシンドローム) 血糖高値(空腹時血糖110mg/dl以上またはHbA1c6.0%以上) 脂質異常(HDL40mg/dl未満または中性脂肪150mg/dl以上)			
7	糖尿病	下記の(1)～(4)の1項目以上が該当 (1)空腹時血糖 126mg/dl以上 (2)随時血糖 200mg/dl以上 (3)HbA1c(NGSP)6.5%以上 (4)治療中(問診結果による)			
8	CKD	下記のどちらか又は両方に該当 (1)eGFR60mL/分/1.73m ² 未満 (2)尿蛋白＋以上			

③心電図検査における心房細動の実態

(脳卒中予防の提言より引用)

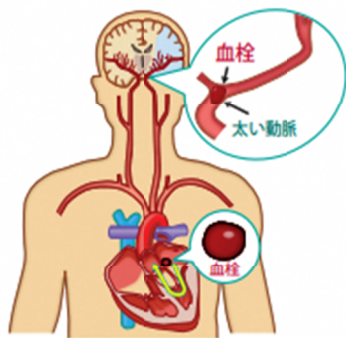


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。心原性脳塞栓症の原因の多くは心房細動であり、特に60歳以上では原因の7割以上となっている。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り、適切な治療により心房細動による心原性脳塞栓症は予防することができる。

平成28年度は詳細健診の心電図検査において1人が心房細動の所見があり、未治療であった。特定健診で

心電図検査を受けることで発見ができた、受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性を伝えることや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対象者の拡大について検討していく。

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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

② 対象者の管理

ア 高血圧者の管理

Ⅱ度高血圧以上の者を対象に血圧、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。

イ 心房細動の管理台帳

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

4) 医療機関との連携

脳血管疾患予防のために、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、治療中の者に対しては医療機関と連携し、血管リスク低減に向けた保健指導を実施していく。治療状況等についてはかかりつけ医や対象者本人からの報告やKDB等で把握していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

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

① 短期的評価

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

② 中長期的評価

ア 糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における以下のもの

(ア) 患者数

- (イ) 医療費
- (ウ) 高額レセプトに占める人数、医療費とその割合
- (エ) 総医療費に占める割合
- イ 要介護者の有病状況
- ウ 総医療費
- エ 一人あたり医療費

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

3 その他の保健事業

(1) 子どもの生活習慣病

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、それらは食や生活リズム、運動習慣などである。

大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達に合わせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておくなどである。

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。

(2) 重複受診者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、レセプト等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

(3) 後発医薬品の使用促進

レセプト等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

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、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、生活習慣病予防等の個人の健康づくりの方法や意義について等、広報等で町民へ周知していく。

第5章 地域包括ケアに係る取り組み

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取り組み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、医療費のうち高額になる疾患に占める60代、70代に係る医療費の割合も6割を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は本町国民健康保険被保険者にとっても町民全体にとっても非常に重要である。

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

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しについては、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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、特定保健指導実施率 ・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)

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、医療の動向等については、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に評価を行う。

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

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知し、内容の普及啓発に努める。

2 個人情報の取扱い

保健事業、特定健診等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）に基づき、保険者（高確法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとされた。

1 特定健診の基本的考え方

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる。

このため、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、糖尿病等の発症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、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることを避けることもできる。また、その結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら、中長期的には医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

また特定健診は、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者を的確に抽出するために行うものである。

2 特定保健指導の基本的考え方

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものである。

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1 特定健康診査等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第2期の評価を踏まえ策定するものである。この計画は6年が1期であるため、第3期の計画期間は平成30年度から35年度とし、計画期間の中間年度である平成32年度の実績をもって、評価・見直しを行う。

2 健診・保健指導実施の基本的な考え方

- ・生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要である。健診結果のデータを一元的に管理し、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施する。
- ・内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の過程とリスク要因の数に着目することが重要である。
- ・効果的・効率的に保健指導を実施していくためには予防効果が大きく期待できるものを明確にし、保健指導対象者を選定する。又、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視する。
- ・健診・保健指導データやレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも関わらず受診していない者や治療を中断している者等を把握し、重点的な保健指導対象者の選定に役立てる。
- ・メタボリックシンドロームの該当者は、30代以前と比較して40代から増加する。40歳未満の者については正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。
- ・糖尿病等の生活習慣病予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのため保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援すること、また、そのことにより対象者がセルフケアできるようになることを目的とする。

3 目標の設定

(1) 実施に関する目標

本町国保特定健診受診率、特定保健指導実施率の各年度の目標値を下記の通り設定する。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診受診率	40%	42. 5%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	65%	65%	67. 5%	67. 5%	70%	70%

(2) 成果に関する目標

特定健診・特定保健指導の成果に関する目標として、特定保健指導対象者の割合の目標値を下記の通り、設定する。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特保対象者の割合	14. 0%	13. 5%	13. 5%	13. 0%	13. 0%	12. 5%

4 対象者数の見込み

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診対象者数	3,491人	3,465人	3,450人	3,439人	3,398人	3,353人
特定健診受診者	1,396人	1,472人	1,552人	1,719人	1,868人	2,011人
特定保健指導対象者数	195人	198人	209人	223人	242人	251人
特定保健指導実施数	126人	128人	141人	150人	169人	175人

5 特定健診の実施

(1) 実施形態

健診については、集団方式と個別方式で行い、特定健診実施機関に委託する。個別健診については、県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保側の代表保険者において集合契約を行う。集団健診については、健診業者と町で契約を行い、がん検診と同時実施とする。本町においては、集団健診を5月～10月まで、個別健診を6月～3月まで実施する。

集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診を可能とする。個別健診においても近隣病院の協力を得ながら、がん検診も合わせて受診できるような体制を検討する。

特に被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたっては、引き続き利便性良く地元でも受診できるよう集団健診（健診受診の機会）を確保する。又、生活保護受給者に対しても引き続き健診の機会を確保する。

(2) 特定健診委託基準

高確法第28条、及び特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号。以下「実施基準」という。）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) 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会と市町村国保側の代表保険者が集合契約を行う。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）であり、契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成している。

(4) 健診実施機関リスト

下記のデータベースで最新の情報を公表する。

社会保険診療報酬支払基金（特定健診・特定保健指導機関検索）等

(5) 健診委託単価、自己負担額

健診委託単価については、毎年度町財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定する。
また受診者の自己負担額については集団健診、個別健診ともに 500 円とする。

(6) 健診項目

① 基本的な健診の項目

実施基準第 1 条第 1 項第 1 号から第 9 号で定められた項目とする。

既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係わる調査を含む)、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長、体重及び腹囲、BMI、血圧の測定、肝機能検査 (GOT、GPT、 γ -GTP)、血中脂質検査 (中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール)、血糖検査(空腹時血糖又は HbA1c 検査 (NGSP 値)、やむを得ない場合には随時血糖)、尿中の糖及び蛋白の有無の検査

② 特定健診の詳細な健診の項目 (「実施基準」第 1 条第 1 項第 10 号)

医師の判断による追加項目で、実施条件等については告示で規定されている。

心電図検査、眼底検査、貧血検査 (赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、血清クレアチニン検査 (eGFR による腎機能の評価を含む)

③ その他の健診項目

健康課題を踏まえ、①基本的な健診項目以外の項目を追加健診項目として実施する。

HbA1c 検査、血清クレアチニン検査、尿潜血検査、尿酸検査を追加検査項目として全員に実施する。

※19～39 歳の健診については、上記健診項目①と③に準ずる。

(7) 代行機関の名称

特定健診にかかる費用 (自己負担額を除く) の請求・支払いの代行は、福岡県国民健康保険団体連合会に委託している。

(8) 健診の案内方法

住民健診のお知らせ等とともに、集団健診申込はがきを個別通知する。またホームページ及び広報誌等による周知を実施し、受診勧奨等に努める。

(9) 年間実施スケジュール

時期	内容	備考
3月下旬	特定健診(がん検診と合わせて)の案内、 集団健診予約申込書を対象者へ個人通知	本町の健康管理システムにより 対象者を抽出する。
4月～随時	健診申込みの受付、健診準備	
5月上旬～随時	健診申込者へ問診票等の郵送	
5月～10月	特定健診・がん検診実施【集団】	健診の結果については、委託業者 から電子データでもらう。
6月～3月	医療機関での個別健診の実施	健診の結果については、医師会から 電子データでもらう。(一部)
8月	特定健診未受診者全員に受診勧奨通知及び受診券 の郵送	
随時	特定保健指導の実施	
10月	次年度予算案作成	
11月	実績報告	
2月～3月	受診結果の把握と次年度健診準備	

(10) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

・労働安全衛生法に基づく事業者健診の健診データ収集

事業者健診の項目は特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診は、特定健診の結果として利用できるため、未受診者の実態把握の中で、事業者健診受診者には結果表の写しの提出を依頼する。

・医療機関との適切な連携（診療における検査データの活用）

特定健診は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待されることから、治療中であっても特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うことも重要である。

その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者や社会的なコストを軽減させる観点から、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、一定のルールを整備する。(→平成 30 年度からの国保の県単位化に伴う新たな共同事業等の 1 つである「特定健診未受診者の医療情報収集事業」に参加する)

6 保健指導の実施

(1) 特定保健指導

特定健診の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、高確法第 24 条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

2 年連続して積極的支援に該当した者のうち、2 年目の状態が改善している者に対して積極的

支援を実施するか、動機付け支援相当の支援を実施するかは、対象者に応じて担当保健師が判断する。

(2) それ以外の保健指導

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健診の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導を実施する。(詳細については、第1編 第4章 保健事業の内容を参照。)

1) 健診から保健指導実施の流れ

特定保健指導対象者の保健指導は、健康対策係への執行委任の形態で行う。
標準的な健診・保健指導プログラム様式 5-5 (以下、厚労省様式 5-5 という。)(参考資料3)
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。

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

厚労省様式 5-5 に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に4つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとする。

優先 順位	様式 5-5	保健指導 レベル	理由	支援方法	※1 対象者見込 受診者に占める割合	目標 実施率
1	O P	O 動機づけ P 積極的支援 レベル2	特定健診・保健指導 の評価指標、医療費 適正化計画の目標達 成に寄与するグルー プである	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう 支援を行う ◆健診結果により必要に応じて医療機関受診 勧奨	O:140 人 (11.4%) P:41 人 (3.3%)	利用率 90% 終了率 65 % (H30 年 目標)
2	M	受診勧奨 判定値の 者 レベル3	病気の発症予防・重 症化予防の視点で医 療費適正化に寄与で きると考えられる	◆医療機関受診の必要性と必要な再検査、精 密検査について説明 ◆自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、 適切な生活改善や受診行動が選択できる支援	M:291 人 (23.6%)	100%
3	D	健診未 受診者 レベルX	特定健診受診率向 上、重症化予防対象 者の把握、早期介入 で医療費適正化に寄 与できる	◆特定健診の受診勧奨 ◆未受診者対策(40・50代を中心とした未受 診者対策、治療中断者の受診勧奨)	D:2309 人	
4	N	受診不 必要の 者 レベル1	特定健診受診率向 上を図り自己管理に向 けた継続的な支援が 必要	◆健診の意義や各健診項目の見方について説 明	N:251 人 (20.4%)	
5 ※2	I	治療中 の者 レベル4	すでに病気を発症し ていても、重症化予 防の視点で、医療費 適正化に寄与でき ると考えられる	◆かかりつけ医と保健指導実施者の連携 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病 管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策としてのレシピと健診デー タの突合・分析(糖尿病性腎症) ※2 糖、血圧、LDL、CKD については優先順位 を2とする	I:509 人 (41.3%)	

※1 対象者の見込み 受診率 34.8% (H28 年度実績) で試算

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク（特に HbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFR と尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導を実施する。

3) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラムによると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の

生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」とされている。しかし、成果が数値データとして現れるのは数年後になるため、短期間で評価ができる事項についても、評価を行っていくことが必要であるため、評価はストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の4つの観点から行うこととする。

① 厚労省様式 5-5 に基づいた評価

ストラクチャー（構造）、アウトプット（事業実施量）評価を行い、保健指導レベル別にプロセス（過程）評価を行う。また次年度の健診結果においてアウトカム（結果）評価を行う。アウトカム評価については、次年度の健診結果から保健指導レベルの変化を評価する。

保健指導レベル毎の評価指標

優先順位	保健指導レベル	改善	悪化
1	レベル2	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	レベル3	必要な治療の開始、各対象疾患に関する検査値の改善	各対象疾患に関する検査値の悪化
3	レベルX	特定健診の受診	特定健診未受診、又は結果未把握
4	レベル1	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生
5	レベル4	治療継続、治療中の疾患に関する検査値の改善	治療中断

② 疾患別フローチャートに基づいた評価

厚労省様式 5-5 では疾患別の状況がわからないため、3 疾患別（高血圧・糖尿病・LDL）のフローチャートを活用し、保健指導対象者を明確化させ、ストラクチャー、アウトプット評価を行い、保健指導レベル別にプロセス評価を行う。次年度の健診結果においてアウトカム評価を行う。

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1 特定健診・特定保健指導のデータの形成

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付される。

受領したデータファイルは、特定健診等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健診等データ管理システムへのデータ登録を行う。

2 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

3 特定健診等データの情報提供及び照会

特定健診及び特定保健指導は、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業である。このため、加入者が加入する保険が変わっても、保険者において過去の健診結果等を活用して継続して適切に特定健診及び特定保健指導を実施できるよう、高確法第27条第1項及び実施基準第13条の規定により、保険者（以下「現保険者」という。）は、加入者が加入していた保険に係る保険者（以下「旧保険者」という。）に対し、当該加入者の特定健診等データの提供を求めることができること、当該記録の写しの提供を求められた旧保険者は、当該加入者の同意を得て、現保険者に記録の写しを提供しなければならないこととされている。

生涯にわたる健康情報を活用した効果的な保健指導を実施するため、「福岡県保険者協議会における医療保険者間異動者の健診結果受け渡しに係るルール」に基づき、積極的に過去の健診結果の情報提供を求めるものとする。

4 個人情報保護対策

保健事業、特定健診等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

5 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

第4章 結果の報告

支払基金(国)への実績報告を行う際には、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められている。

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。

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知し、内容の普及啓発に努める。