

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

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

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

三股町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

第 2 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、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、P D C A サイクルに沿って運用するものである。

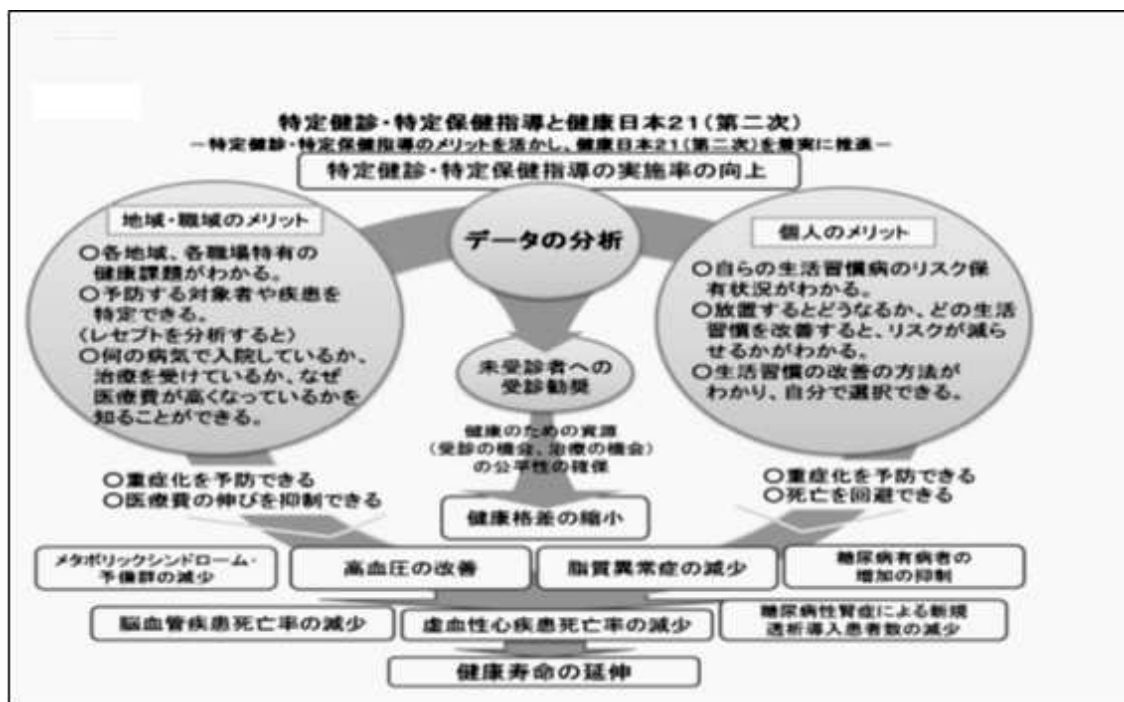
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、宮崎県健康増進計画や三股

町健康増進計画（いきいきげんきみまた21（第2次））、宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

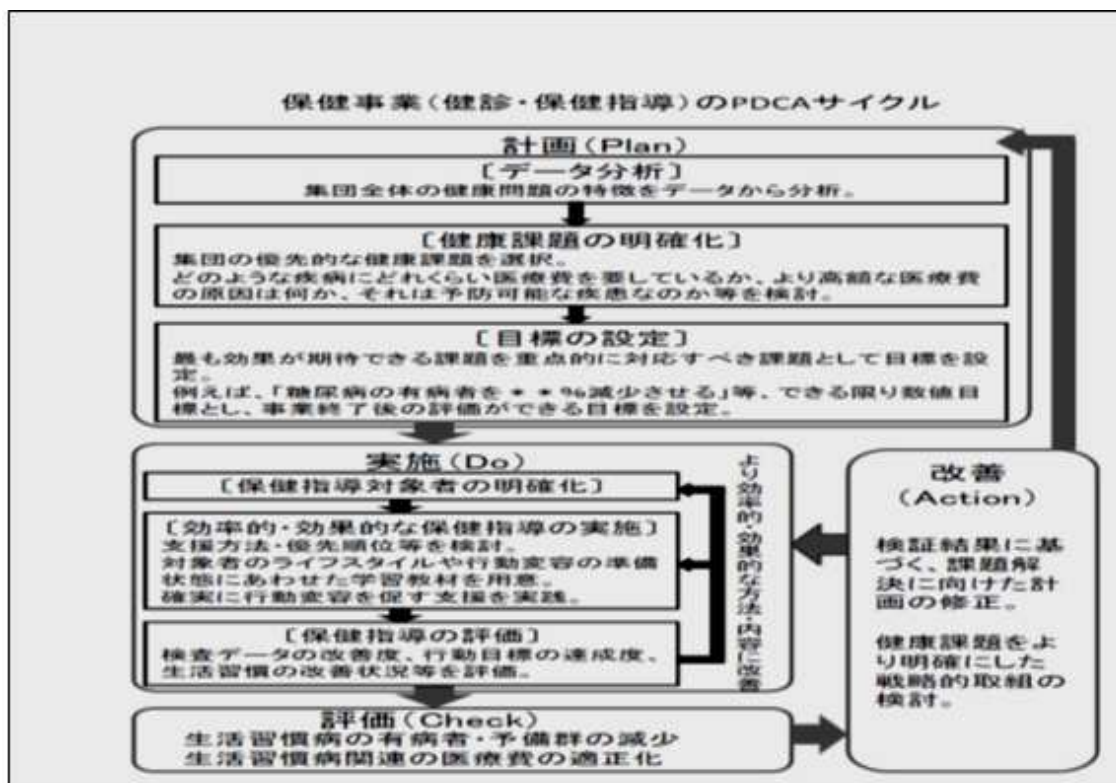
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支型）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施計画）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年6月 「国民健康保険法に基づく医療事業の実施に関する指針」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方針	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、生活習慣病の予防や重症化を予防するとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 生活習慣病や認知症の予防・重症化の抑制 を図るものとする。生活環境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重症化の予防や重症化の抑制を図るとともに、 生活習慣病や認知症の予防・重症化の抑制 を図るものとする。生活環境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。	生活習慣の改善を図るとともに、 生活習慣病や認知症の予防・重症化の抑制 を図るものとする。生活環境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。	高齢者がその有する能力に即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、要介護状態に至るまでの予防を図るとともに、 要介護状態等の軽減 を図るものとする。	国民健康保険法に基づき、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていることと、 医療費の適正化を図る こととする。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において適切な医療の提供 を実現し、良質な医療を提供することを目指す。医療の提供の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ（ 乳幼児期、青少年期、高齢期 ）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合も高くなる時期に高齢者を迎える現在の育育世代、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 メタヘルス	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 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・転倒 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳疾患、慢性腎臓疾患 認知リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、多系統性高血圧症 後遺症等併発症	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 特定健診に実施する項目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透析導入患者数） ③糖尿病性腎症の割合 ④血糖コントロール良好におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病性腎症 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦特定健診・特定保健指導の実施率 ⑧特定健診・特定保健指導の実施率 ⑨特定健診・特定保健指導の実施率 ⑩特定健診・特定保健指導の実施率 ⑪特定健診・特定保健指導の実施率 ⑫特定健診・特定保健指導の実施率 ⑬特定健診・特定保健指導の実施率 ⑭特定健診・特定保健指導の実施率 ⑮特定健診・特定保健指導の実施率 ⑯特定健診・特定保健指導の実施率 ⑰特定健診・特定保健指導の実施率 ⑱特定健診・特定保健指導の実施率 ⑲特定健診・特定保健指導の実施率 ⑳特定健診・特定保健指導の実施率 ㉑特定健診・特定保健指導の実施率 ㉒特定健診・特定保健指導の実施率 ㉓特定健診・特定保健指導の実施率 ㉔特定健診・特定保健指導の実施率 ㉕特定健診・特定保健指導の実施率 ㉖特定健診・特定保健指導の実施率 ㉗特定健診・特定保健指導の実施率 ㉘特定健診・特定保健指導の実施率 ㉙特定健診・特定保健指導の実施率 ㉚特定健診・特定保健指導の実施率 ㉛特定健診・特定保健指導の実施率 ㉜特定健診・特定保健指導の実施率 ㉝特定健診・特定保健指導の実施率 ㉞特定健診・特定保健指導の実施率 ㉟特定健診・特定保健指導の実施率 ㊱特定健診・特定保健指導の実施率 ㊲特定健診・特定保健指導の実施率 ㊳特定健診・特定保健指導の実施率 ㊴特定健診・特定保健指導の実施率 ㊵特定健診・特定保健指導の実施率 ㊶特定健診・特定保健指導の実施率 ㊷特定健診・特定保健指導の実施率 ㊸特定健診・特定保健指導の実施率 ㊹特定健診・特定保健指導の実施率 ㊺特定健診・特定保健指導の実施率 ㊻特定健診・特定保健指導の実施率 ㊼特定健診・特定保健指導の実施率 ㊽特定健診・特定保健指導の実施率 ㊾特定健診・特定保健指導の実施率 ㊿特定健診・特定保健指導の実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	①生活習慣の状況（生活習慣病の発症率等） ②食事生活 ③日常生活における歩数 ④7メロ ⑤運動量 ⑥喫煙 ⑦健康診査等の受診率 ⑧特定健診受診率 ⑨特定保健指導率 ⑩健診結果の変化、逆生活習慣病の有病率・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②介護給付の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 ②在宅医療連携体制の構築 ③地域医療連携体制の構築 ④在宅医療連携体制の構築 ⑤在宅医療連携体制の構築 ⑥在宅医療連携体制の構築 ⑦在宅医療連携体制の構築 ⑧在宅医療連携体制の構築 ⑨在宅医療連携体制の構築 ⑩在宅医療連携体制の構築 ⑪在宅医療連携体制の構築 ⑫在宅医療連携体制の構築 ⑬在宅医療連携体制の構築 ⑭在宅医療連携体制の構築 ⑮在宅医療連携体制の構築 ⑯在宅医療連携体制の構築 ⑰在宅医療連携体制の構築 ⑱在宅医療連携体制の構築 ⑲在宅医療連携体制の構築 ⑳在宅医療連携体制の構築 ㉑在宅医療連携体制の構築 ㉒在宅医療連携体制の構築 ㉓在宅医療連携体制の構築 ㉔在宅医療連携体制の構築 ㉕在宅医療連携体制の構築 ㉖在宅医療連携体制の構築 ㉗在宅医療連携体制の構築 ㉘在宅医療連携体制の構築 ㉙在宅医療連携体制の構築 ㉚在宅医療連携体制の構築 ㉛在宅医療連携体制の構築 ㉜在宅医療連携体制の構築 ㉝在宅医療連携体制の構築 ㉞在宅医療連携体制の構築 ㉟在宅医療連携体制の構築 ㊱在宅医療連携体制の構築 ㊲在宅医療連携体制の構築 ㊳在宅医療連携体制の構築 ㊴在宅医療連携体制の構築 ㊵在宅医療連携体制の構築 ㊶在宅医療連携体制の構築 ㊷在宅医療連携体制の構築 ㊸在宅医療連携体制の構築 ㊹在宅医療連携体制の構築 ㊺在宅医療連携体制の構築 ㊻在宅医療連携体制の構築 ㊼在宅医療連携体制の構築 ㊽在宅医療連携体制の構築 ㊾在宅医療連携体制の構築 ㊿在宅医療連携体制の構築	①5病種5事業 ②在宅医療連携体制（地域の現状に応じて設定）
その他		保健事業支援助成委員会（事務局：国民健康保険法）による計画作成支援	保健事業支援助成委員会（事務局：国民健康保険法）による計画作成支援	保健事業支援助成委員会（事務局：国民健康保険法）による計画作成支援	保健事業支援助成委員会（事務局：国民健康保険法）による計画作成支援	保健事業支援助成委員会（事務局：国民健康保険法）による計画作成支援

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

三股町においては、町民保健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局が関わっている。特に町民保健課健康推進係の保健師等の専門職と連携をして、一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、町民保健課健康推進係、福祉課介護高齢者係、福祉課社会福祉係、企画商工課企画政策係とも十分連携する。

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とした。（図表4）

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という）等のことをいう。

宮崎県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。

宮崎県国保連は、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、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、特に三股町国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与が更に重要となる。

このため、三股町国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、三股町国保と都城市北諸県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、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

宮崎県国保連と宮崎県は、ともに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

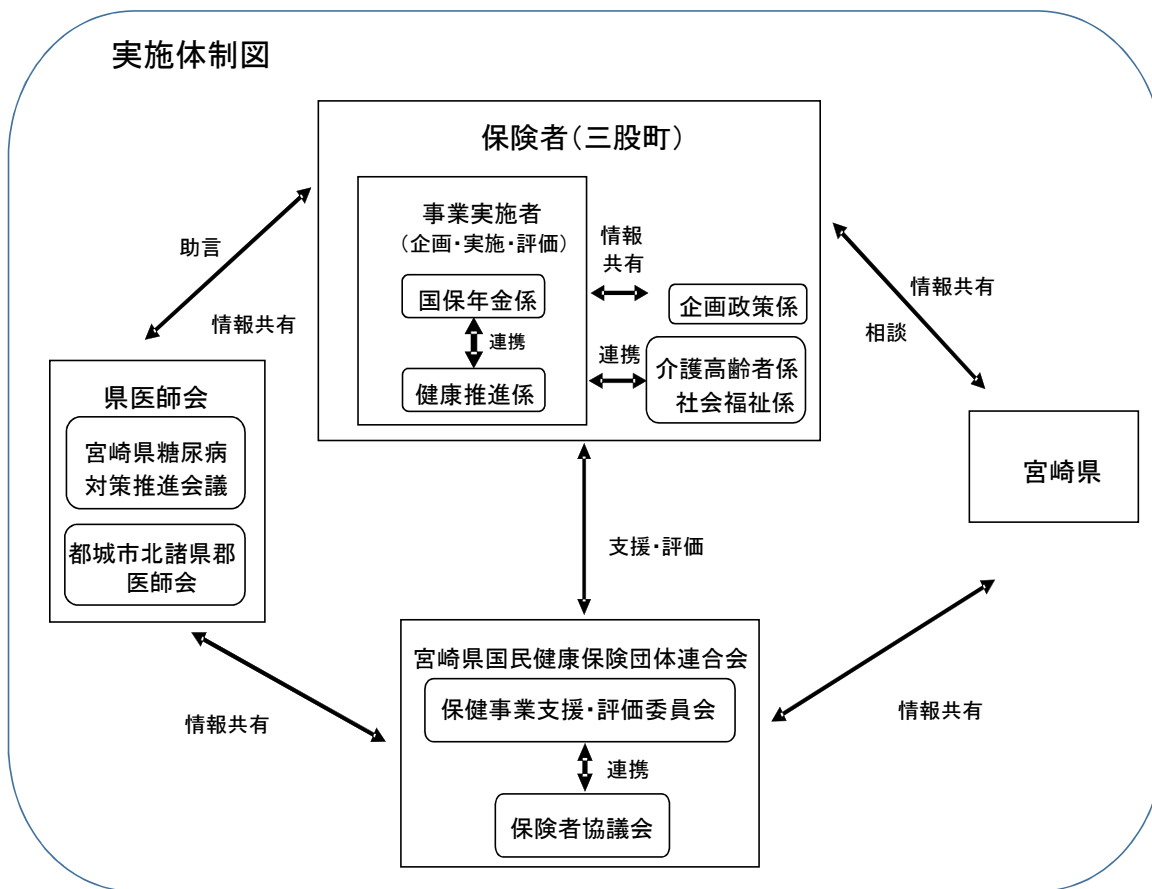
的に連携に努める。

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、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

【 図表4 】



5. 保険者努力支援制度

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

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

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	三股町	配点	三股町	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）			246		455	
総得点（体制構築加点含む）			172		301	
全国順位（1,741市町村中）						
共通①	特定健診受診率	20	0	35	0	50
	特定保健指導実施率	20	0	35	25	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	0	35	10	50
共通②	がん検診受診率	10	0	20	0	30
	歯周疾患（病）検診	10	0	15	0	25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70	70	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45	0	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	7	25	14	35
	後発医薬品の使用割合	15	0	30	10	40
固有①	収納率向上	40	0	70	0	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	20	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	5	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	10	30	22	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					50
体制構築加点		70		70		60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・糖尿病による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率はやや上昇していたが、40～64歳の2号認定率とそれに伴う介護給付費はやや低下していた。

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

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、28年度の介護給付費が増え、同規模平均では、1件当たり介護給付費の居宅サービス、施設サービスともに減っているのに対し、三股町は居宅サービスが増えていることがわかった。

介護給付の変化

【図表6】

年度	三股町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	17億2072万円	304,498	44,744	277,026	278,500	41,572	283,169
平成28年度	19億240万円	336,649	44,770	275,760	296,708	40,734	277,659

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、総医療費は増加しており、特に入院費用の伸び率を抑制できていない状態である。

医療費の変化

【図表 7】

項目	総医療費(円)											
	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
総医療費(円)	H25年度	20億6093万円			9億1086万円				11億5007万円			
	H28年度	20億9472万円	3379万円	1.6	-6.6	10億963万円	9877万円	10.8	-6.73	10億8510万円	-6497万円	-5.6
2一人当たり医療費(円)	H25年度	25,660			11,340				14,320			
	H28年度	28,260	2,600	10.1	8.8	13,620	2,280	20.1	8.6	14,640	320	2.2

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

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脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（透析）に係る医療費計は減少している。疾患別にみると脳血管疾患に係る医療費割合は減少しているものの慢性腎不全（透析）、虚血性心疾患に係る医療費割合が増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する高血圧、脂質異常症に係る医療費割合は、国や県に比較すると低いが、糖尿病は高くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	554,905,390	26.92%			
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
同規模区分 H25 三股町	2,060,930,320	25,666	41位	12位	6.12%	0.27%	3.55%	2.38%	5.79%	6.38%	2.43%	554,905,390	26.92%	10.11%	10.39%	8.92%
	2,094,721,660	28,256	30位	12位	7.42%	0.31%	3.04%	2.46%	6.27%	4.52%	1.90%	542,878,110	25.92%	12.26%	11.68%	9.40%
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
	全国	9,687,968,260,190	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④ 中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患、人工透析の割合は変わらないが、脳血管疾患の割合は増加している。

64歳以下の虚血性心疾患、脳血管疾患の割合は減少しているが、人工透析をしている者の虚血性心疾患、脳血管疾患の割合は増加していることがわかった。

虚血性心疾患では高血圧・糖尿病・脂質異常症を、脳血管疾患、人工透析では糖尿病・脂質異常症を基礎疾患にもつ割合が高く、これらの基礎疾患への対策を図ることが重要である。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,711	233	3.5	46	19.7	11	4.7	194	83.3	101	43.3	137	58.8
	64歳以下	4,457	74	1.7	9	12.2	10	13.5	58	78.4	26	35.1	43	58.1
	65歳以上	2,254	159	7.1	37	23.3	1	0.6	136	85.5	75	47.2	94	59.1
H28	全体	6,272	217	3.5	51	23.5	10	4.6	182	83.9	101	46.5	142	65.4
	64歳以下	3,752	58	1.5	7	12.1	9	15.5	45	77.6	20	34.5	31	53.4
	65歳以上	2,520	159	6.3	44	27.7	1	0.6	137	86.2	81	50.9	111	69.8

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,711	302	4.5	46	15.2	7	2.3	235	77.8	118	39.1	146	48.3
	64歳以下	4,457	84	1.9	9	10.7	4	4.8	63	75.0	25	29.8	40	47.6
	65歳以上	2,254	218	9.7	37	17.0	3	1.4	172	78.9	93	42.7	106	48.6
H28	全体	6,272	313	5.0	51	16.3	7	2.2	240	76.7	133	42.5	176	56.2
	64歳以下	3,752	65	1.7	7	10.8	3	4.6	43	66.2	19	29.2	36	55.4
	65歳以上	2,520	248	9.8	44	17.7	4	1.6	197	79.4	114	46.0	140	56.5

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,711	27	0.4	7	25.9	11	40.7	26	96.3	11	40.7	7	25.9
	64歳以下	4,457	18	0.4	4	22.2	10	55.6	17	94.4	6	33.3	4	22.2
	65歳以上	2,254	9	0.4	3	33.3	1	11.1	9	100.0	5	55.6	3	33.3
H28	全体	6,272	26	0.4	7	26.9	10	38.5	23	88.5	12	46.2	9	34.6
	64歳以下	3,752	12	0.3	3	25.0	9	75.0	10	83.3	4	33.3	5	41.7
	65歳以上	2,520	14	0.6	4	28.6	1	7.1	13	92.9	8	57.1	4	28.6

(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、高血圧、脂質異常症ともに治療者の割合は増加しており、高血圧からの脳血管疾患、脂質異常症からの虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析が増加している。糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、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早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし透析者は増加していることから、中期的な問題解決に向けた更なる重症化予防対策が必要である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		被保険者数	糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,711	762	11.4	66	8.7	536	70.3	432	56.7	101	13.3	118	15.5	11	1.4	130	17.1
	64歳以下	4,457	255	5.7	28	11.0	166	65.1	139	54.5	26	10.2	25	9.8	6	2.4	57	22.4
	65歳以上	2,254	507	22.5	38	7.5	370	73.0	293	57.8	75	14.8	93	18.3	5	1.0	73	14.4
H28	全体	6,272	775	12.4	60	7.7	550	71.0	447	57.7	101	13.0	133	17.2	12	1.5	89	11.5
	64歳以下	3,752	217	5.8	23	10.6	141	65.0	124	57.1	20	9.2	19	8.8	4	1.8	22	10.1
	65歳以上	2,520	558	22.1	37	6.6	409	73.3	323	57.9	81	14.5	114	20.4	8	1.4	67	12.0

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,711	1539	22.9	536	34.8	769	50.0	194	12.6	235	15.3	26	1.7
	64歳以下	4,457	548	12.3	166	30.3	255	46.5	58	10.6	63	11.5	17	3.1
	65歳以上	2,254	991	44.0	370	37.3	514	51.9	136	13.7	172	17.4	9	0.9
H28	全体	6,272	1477	23.5	550	37.2	745	50.4	182	12.3	240	16.2	23	1.6
	64歳以下	3,752	425	11.3	141	33.2	204	48.0	45	10.6	43	10.1	10	2.4
	65歳以上	2,520	1052	41.7	409	38.9	541	51.4	137	13.0	197	18.7	13	1.2

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,711	1058	15.8	432	40.8	769	72.7	137	12.9	146	13.8	7	0.7
	64歳以下	4,457	378	8.5	139	36.8	255	67.5	43	11.4	40	10.6	4	1.1
	65歳以上	2,254	680	30.2	293	43.1	514	75.6	94	13.8	106	15.6	3	0.4
H28	全体	6,272	1044	16.6	447	42.8	745	71.4	142	13.6	176	16.9	9	0.9
	64歳以下	3,752	324	8.6	124	38.3	204	63.0	31	9.6	36	11.1	5	1.5
	65歳以上	2,520	720	28.6	323	44.9	541	75.1	111	15.4	140	19.4	4	0.6

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、男性、女性ともに GPT、HDL-コレステロール、空腹時血糖、クレアチニンの有所見者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予備群は減少しているが、該当者は増加していることから、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であることが推測される。

【図表 1 1】

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

☆No.23帳票

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	242	33.5	404	56.0	232	32.1	131	18.1	78	10.8	170	23.5	382	52.9	0	0.0	374	51.8	190	26.3	380	52.6	12	1.7
	H25 40-64	88	35.9	136	55.5	93	38.0	66	26.9	26	10.6	42	17.1	119	48.6	0	0.0	114	46.5	84	34.3	142	58.0	3	1.2
	H25 65-74	154	32.3	268	56.2	139	29.1	65	13.6	52	10.9	128	26.8	263	55.1	0	0.0	260	54.5	106	22.2	238	49.9	9	1.9
女性	合計	231	32.9	381	54.3	196	27.9	138	19.7	80	11.4	204	29.1	373	53.1	192	27.4	312	44.4	157	22.4	301	42.9	20	2.8
	H28 40-64	67	32.7	101	49.3	69	33.7	45	22.0	25	12.2	45	22.0	81	39.5	60	29.3	76	37.1	60	29.3	99	48.3	2	1.0
	H28 65-74	164	33.0	280	56.3	127	25.6	93	18.7	55	11.1	159	32.0	292	58.8	132	26.6	236	47.5	97	19.5	202	40.6	18	3.6

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	222	22.8	227	23.3	196	20.1	63	6.5	28	2.9	156	16.0	509	52.3	0	0.0	381	39.1	134	13.8	612	62.8	1	0.1
	H25 40-64	68	18.9	68	18.9	71	19.8	31	8.6	12	3.3	44	12.3	152	42.3	0	0.0	109	30.4	54	15.0	211	58.8	1	0.3
	H25 65-74	154	25.0	159	25.9	125	20.3	32	5.2	16	2.6	112	18.2	357	58.0	0	0.0	272	44.2	80	13.0	401	65.2	0	0.0
女性	合計	238	24.1	224	22.7	179	18.1	82	8.3	43	4.4	196	19.8	513	51.9	30	3.0	378	38.3	130	13.2	565	57.2	4	0.4
	H28 40-64	72	23.2	59	19.0	57	18.4	23	7.4	14	4.5	51	16.5	131	42.3	10	3.2	101	32.6	40	12.9	190	61.3	0	0.0
	H28 65-74	166	24.5	165	24.3	122	18.0	59	8.7	29	4.3	145	21.4	382	56.3	20	2.9	277	40.9	90	13.3	375	55.3	4	0.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

☆No.24帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	722	34.4	41	5.7%	147	20.4%	5	0.7%	112	15.5%	30	4.2%	216	29.9%	33	4.6%	11	1.5%	112	15.5%	60	8.3%		
	H25 40-64	245	23.9	18	7.3%	47	19.2%	1	0.4%	32	13.1%	14	5.7%	71	29.0%	10	4.1%	3	1.2%	41	16.7%	17	6.9%		
	H25 65-74	477	44.5	23	4.8%	100	21.0%	4	0.8%	80	16.8%	16	3.4%	145	30.4%	23	4.8%	8	1.7%	71	14.9%	43	9.0%		
女性	合計	702	36.5	32	4.6%	132	18.8%	6	0.9%	96	13.7%	30	4.3%	217	30.9%	43	6.1%	3	0.4%	115	16.4%	56	8.0%		
	H28 40-64	205	25.7	13	6.3%	35	17.1%	3	1.5%	20	9.8%	12	5.9%	53	25.9%	5	2.4%	2	1.0%	33	16.1%	13	6.3%		
	H28 65-74	497	44.3	19	3.8%	97	19.5%	3	0.6%	76	15.3%	18	3.6%	164	33.0%	38	7.6%	1	0.2%	82	16.5%	43	8.7%		

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	974	44.0	41	4.2%	85	8.7%	7	0.7%	59	6.1%	19	2.0%	101	10.4%	14	1.4%	4	0.4%	62	6.4%	21	2.2%		
	H25 40-64	359	34.9	21	5.8%	18	5.0%	2	0.6%	12	3.3%	4	1.1%	29	8.1%	0	0.0%	2	0.6%	19	5.3%	8	2.2%		
	H25 65-74	615	51.9	20	3.3%	67	10.9%	5	0.8%	47	7.6%	15	2.4%	72	11.7%	14	2.3%	2	0.3%	43	7.0%	13	2.1%		
女性	合計	988	46.0	28	2.8%	77	7.8%	1	0.1%	55	5.6%	21	2.1%	119	12.0%	17	1.7%	3	0.3%	64	6.5%	35	3.5%		
	H28 40-64	310	35.2	13	4.2%	19	6.1%	1	0.3%	9	2.9%	9	2.9%	27	8.7%	4	1.3%	1	0.3%	11	3.5%	11	3.5%		
	H28 65-74	678	53.4	15	2.2%	58	8.6%	0	0.0%	46	6.8%	12	1.8%	92	13.6%	13	1.9%	2	0.3%	53	7.8%	24	3.5%		

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率、特定保健指導率ともに増加しているが、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り組み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	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								三股町	同規模平均
H25年度	4,312	1,696	39.3	72	227	41	18.1	54	52
H28年度	4,070	1,690	41.5	68	182	66	36.3	49	52

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、介護保険の2号認定率がやや低下し、介護給付費をやや抑制することにつながったと思われる。しかし、医療費の増加と入院医療率の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら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に向けての対策を図り、重症化予防に向けて保健指導を効果的・効率的に行っていく必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

三股町の医療費に占める入院件数の割合は3.8%だが、費用額の割合は48.2%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		県	同規模平均	国
		28,256円		26,707円	25,606円

外来 ★NO.1【医療】	件数	96.2
	費用額	51.8
入院 ★NO.1【医療】	件数	3.8
	費用額	48.2

(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)

高額になる疾患(100万円以上レセ)のうち、脳血管疾患と虚血性心疾患で20.9%を占めている。人工透析患者(長期化する疾患)を予防するためにも高血圧、糖尿病、脂質異常症に焦点を当てた保健指導が重要である。

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (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 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	191件	17件 (8.9%)	23件 (12.0%)	--
		費用額	3億1242万円	2603万円 (8.3%)	4006万円 (12.8%)	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	568件	74件 (13.0%)	5件 (0.9%)	--
		費用額	2億2332万円	3649万円 (16.3%)	218万円 (1.0%)	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	353件	114件 (32.3%)	149件 (42.2%)	170件 (48.2%)
		費用額	1億7882万円	6512万円 (36.4%)	7382万円 (41.3%)	8927万円 (49.9%)

厚労省様式	対象レセプト (H29.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	2,469人	313人 (12.7%)	217人 (8.8%)	89人 (3.6%)
		基礎疾患 の重なり	高血圧	240人 (76.7%)	182人 (83.9%)	64人 (71.9%)
			糖尿病	133人 (42.5%)	101人 (46.5%)	89人 (100%)
			脂質異常症	176人 (56.2%)	142人 (65.4%)	48人 (53.9%)
		高血圧症	1,477人 (59.8%)	775人 (31.4%)	1,044人 (42.3%)	277人 (11.2%)

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが88.0%であり、筋・骨格疾患の86.7%を上回っていた。2号認定者及び1号認定者うち65～74歳の年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている。

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。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計												
	被保険者数		8,421人	2,686人	2,965人	5,651人	14,072人											
	認定者数		36人	133人	1,045人	1,178人	1,214人											
	認定率		0.43%	5.0%	35.2%	20.8%	8.6%											
	新規認定者数		1人	6人	25人	31人	32人											
介護度別人数	要支援1・2		10	37	244	281	291	24.0%										
	要介護1・2		15	49	357	406	421	34.7%										
	要介護3～5		11	47	444	491	502	41.4%										
要介護 突合状況 ★NO.49	(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	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		件数	--	36	133	1046	1179	1215										
		循環器疾患	1	脳卒中	18	50.0%	脳卒中	62	46.6%	脳卒中	491	46.9%	脳卒中	553	46.9%	脳卒中	571	47.0%
			2	腎不全	7	19.4%	虚血性心疾患	21	15.8%	虚血性心疾患	328	31.4%	虚血性心疾患	349	29.6%	虚血性心疾患	353	29.1%
			3	虚血性心疾患	4	11.1%	腎不全	12	9.0%	腎不全	140	13.4%	腎不全	152	12.9%	腎不全	159	13.1%
		基礎疾患	糖尿病等	24	66.7%	糖尿病等	102	76.7%	糖尿病等	908	86.8%	糖尿病等	1010	85.7%	糖尿病等	1034	85.1%	
			血管疾患合計	合計	25	69.4%	合計	106	79.7%	合計	938	89.7%	合計	1044	88.5%	合計	1069	88.0%
		認知症	認知症	2	5.6%	認知症	14	10.5%	認知症	399	38.1%	認知症	413	35.0%	認知症	415	34.2%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	21	58.3%	筋骨格系	100	75.2%	筋骨格系	932	89.1%	筋骨格系	1032	87.5%	筋骨格系	1053	86.7%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 ★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						7,635
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			4,058			

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等の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、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

三股町においては、全国と比較して男女とも肥満者が多く、健診結果の有所見状況でも空腹時血糖・尿酸など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 (概要)											
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	人数
全国	306		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3	
保険者	合計	231	32.9	381	54.3	196	27.9	138	19.7	80	11.4	204	29.1	373	53.1	192	27.4	312	44.4	157	22.4	301	42.9	20	2.8
	40-64	67	32.7	101	49.3	69	33.7	45	22.0	25	12.2	45	22.0	81	39.5	60	29.3	76	37.1	60	29.3	99	48.3	2	1.0
	65-74	164	33.0	280	56.3	127	25.6	93	18.7	55	11.1	159	32.0	292	58.8	132	26.6	236	47.5	97	19.5	202	40.6	18	3.6
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	人数
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	9,411	23.4	8,760	21.8	5,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3	
保険者	合計	238	24.1	224	22.7	179	18.1	82	8.3	43	4.4	196	19.8	513	51.9	30	3.0	378	38.3	130	13.2	565	57.2	4	0.4
	40-64	72	23.2	59	19.0	57	18.4	23	7.4	14	4.5	51	16.5	131	42.3	10	3.2	101	32.6	40	12.9	190	61.3	0	0.0
	65-74	166	24.5	165	24.3	122	18.0	59	8.7	29	4.3	145	21.4	382	56.3	20	2.9	277	40.9	90	13.3	375	55.3	4	0.6

*全国については、有所見割合のみ表示

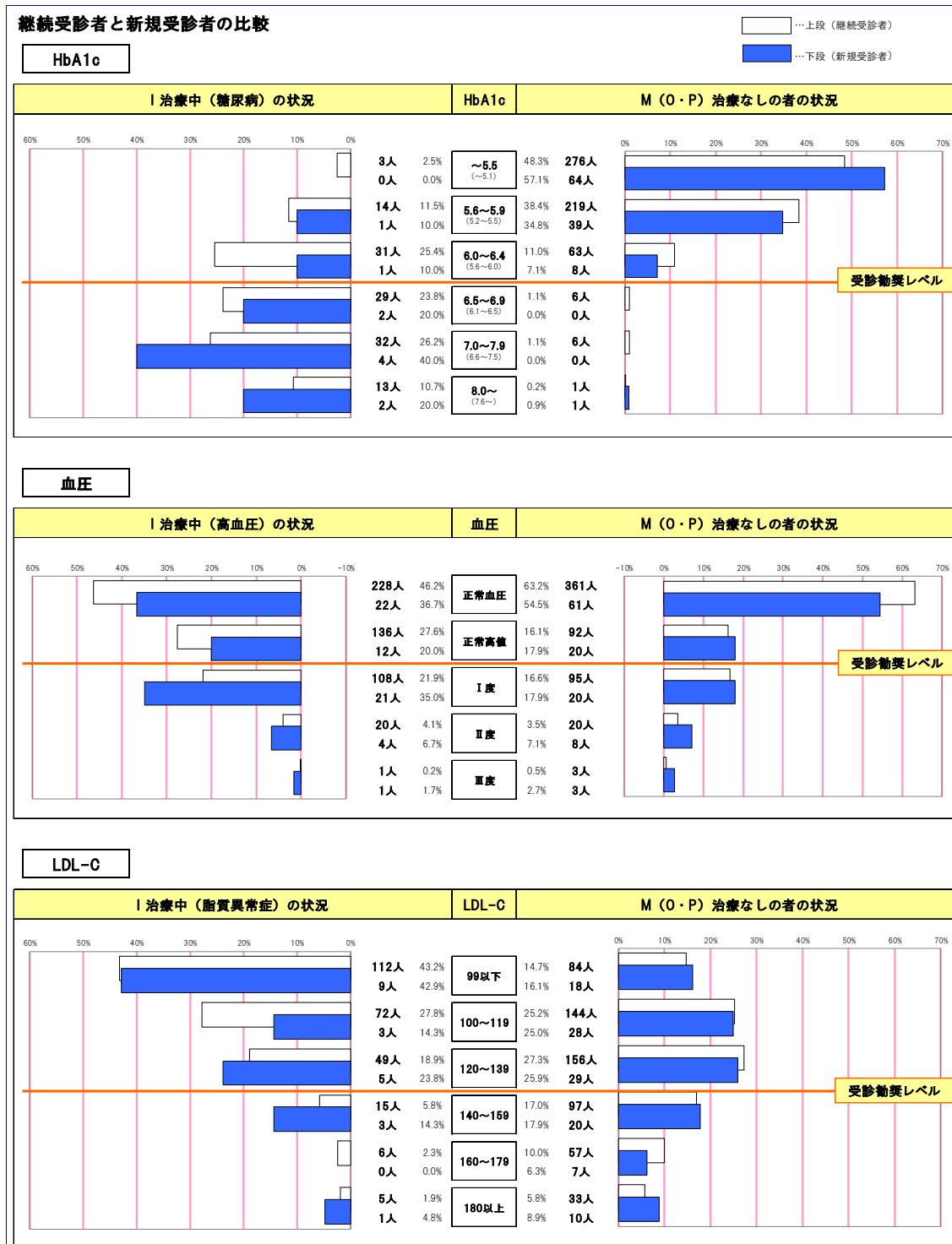
【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)																	★NO.24 (概要)							
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	人数	割合
	合計	702	36.5	32	4.6%	132	18.8%	6	0.9%	96	13.7%	30	4.3%	217	30.9%	43	6.1%	3	0.4%	115	16.4%	56	8.0%	
保険者	40-64	205	25.7	13	6.3%	35	17.1%	3	1.5%	20	9.8%	12	5.9%	53	25.9%	5	2.4%	2	1.0%	33	16.1%	13	6.3%	
	65-74	497	44.3	19	3.8%	97	19.5%	3	0.6%	76	15.3%	18	3.6%	164	33.0%	38	7.6%	1	0.2%	82	16.5%	43	8.7%	
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	人数	割合
	合計	988	46.0	28	2.8%	77	7.8%	1	0.1%	55	5.6%	21	2.1%	119	12.0%	17	1.7%	3	0.3%	64	6.5%	35	3.5%	
保険者	40-64	310	35.2	13	4.2%	19	6.1%	1	0.3%	9	2.9%	9	2.9%	27	8.7%	4	1.3%	1	0.3%	11	3.5%	11	3.5%	
	65-74	678	53.4	15	2.2%	58	8.6%	0	0.0%	46	6.8%	12	1.8%	92	13.6%	13	1.9%	2	0.3%	53	7.8%	24	3.5%	

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

特定健診の継続受診の者のうち、糖尿病について治療中でもコントロール不良が多い。薬物療法のみでの改善は難しく、生活習慣改善につながる保健指導が重要になる。

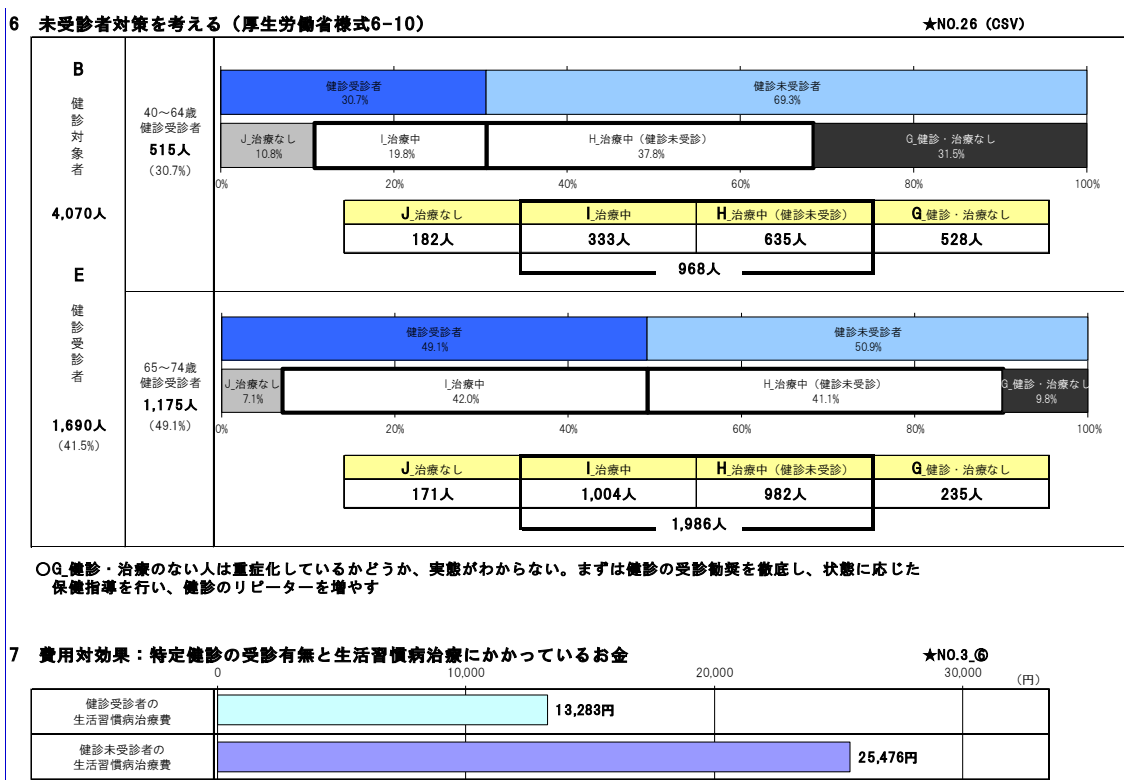
【図表 18】



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31.5%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でみても、健診未受診者の生活習慣病に係る医療費は健診受診者の2倍弱であり、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。

【図表 19】



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。

3. 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、三股町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に県並みとすることを旨とする。

② 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の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、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	55%	60%
特定保健指導実施率	45%	50%	50%	55%	55%	60%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	4,380人	4,336人	4,293人	4,250人	4,207人	4,165人
	受診者数	1,752人	1,951人	2,146人	2,337人	2,314人	2,499人
特定保健指導	対象者数	210人	234人	258人	280人	278人	300人
	受診者数	95人	117人	129人	154人	153人	180人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、個別健診は一般社団法人都市北諸県郡医師会に、集団健診は公益財団法人宮崎県健康づくり協会に委託して実施する。

(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者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、三股町公式ホームページと三股町回覧に掲載する。

(参照)URL : <http://www.town.mimata.lg.jp/>

(4) 特定健診実施項目

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

集団健診では尿蛋白定量検査（尿蛋白/Cr 比）を実施する。

（５）実施時期

個別健診は 6 月から 10 月末まで、集団健診は 6 月から 11 月まで実施する。

（６）医療機関との適切な連携

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

（７）代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国保連合会に事務処理を委託する。

（８）健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 22】

年間スケジュール

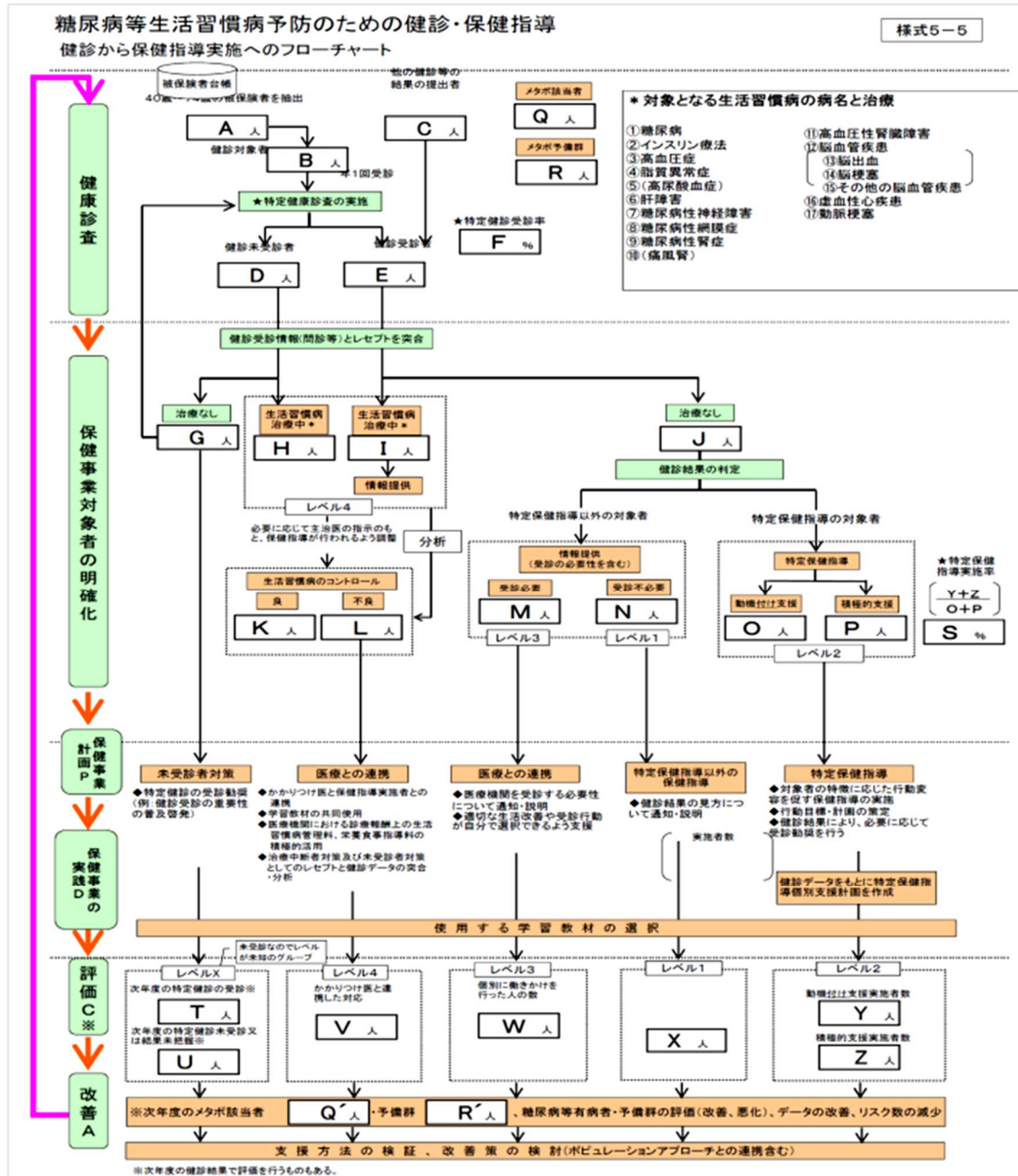
健診の案内方法	
特定健診受診票を郵送する。 ホームページ、回覧での広報。集団健診前の巡回広報車による広報。	
健診実施スケジュール	
5 月	: 受診票送付
6 月～10 月	: 特定健診実施(個別)
6 月～11 月	: 特定健診実施(集団)
7 月～翌年 5 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7 月～翌年 3 月	: 未受診者対策(事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む)
10 月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
5. 特定保健指導の実施 受診結果の把握と次年度受診券準備(健診対象者の抽出)	

特定保健指導の実施については、公益社団法人宮崎県健康づくり協会に委託、一部衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



(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)

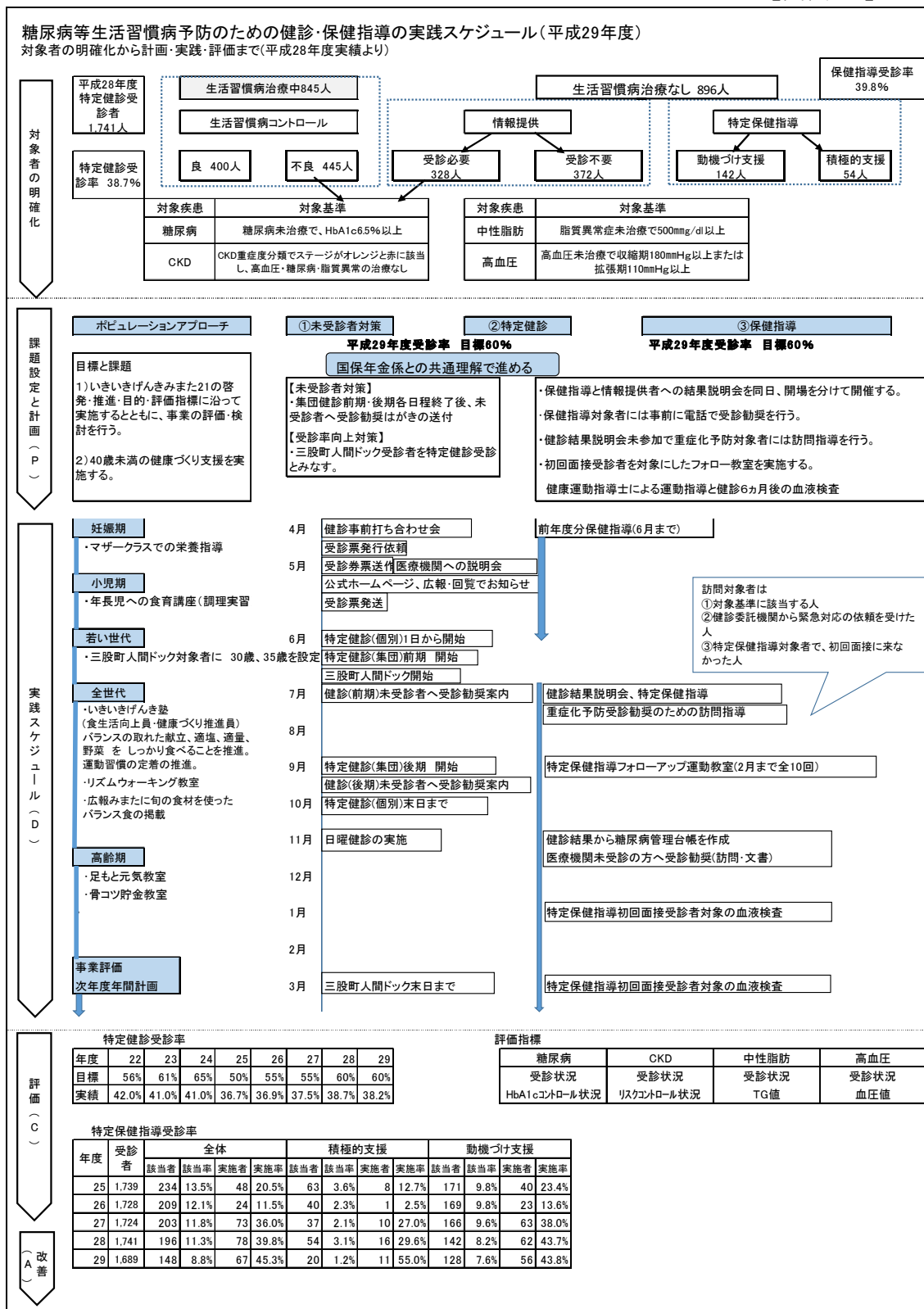
【図表 24】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
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	142人 (8.2%) 54人 (3.1%)
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	328人 (18.8%)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,759人 ※受診率目標達成までにあと 959人
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	372人 (21.4%)
5	I	情報提供 (生活習慣病治療)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	845人 (48.5%)

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】



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三股町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく本計画は、三股町公式ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取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）及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期）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に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握していく。

三股町においては特定健診（個別健診）においては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。特定健診（集団健診）では血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査に加え、尿蛋白/Cr 比定量検査を実施し、重症度の把握をする。今後の取り組みとして、糖尿病性腎症の早期診断のために、糖尿病の場合の尿アルブミン/クレアチン比 (mg/gCr) の定量検査の導入が必要となる。

② 基準に基づく該当者数の把握

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

三股町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 63 人 (29.6%・F) であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 762 人中のうち、特定健診受診者が 150 人 (19.7%・G) であったが、67 人 (8.8%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 612 人 (80.3%・I) のうち、過去 5 年間で 1 度でも特定健診受診歴がある者 251 人中 138 人は治療中断であることが分かった。また、113 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より三股町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・63 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (キ)・・・67 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ① 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・83 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (カ)・・・138 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

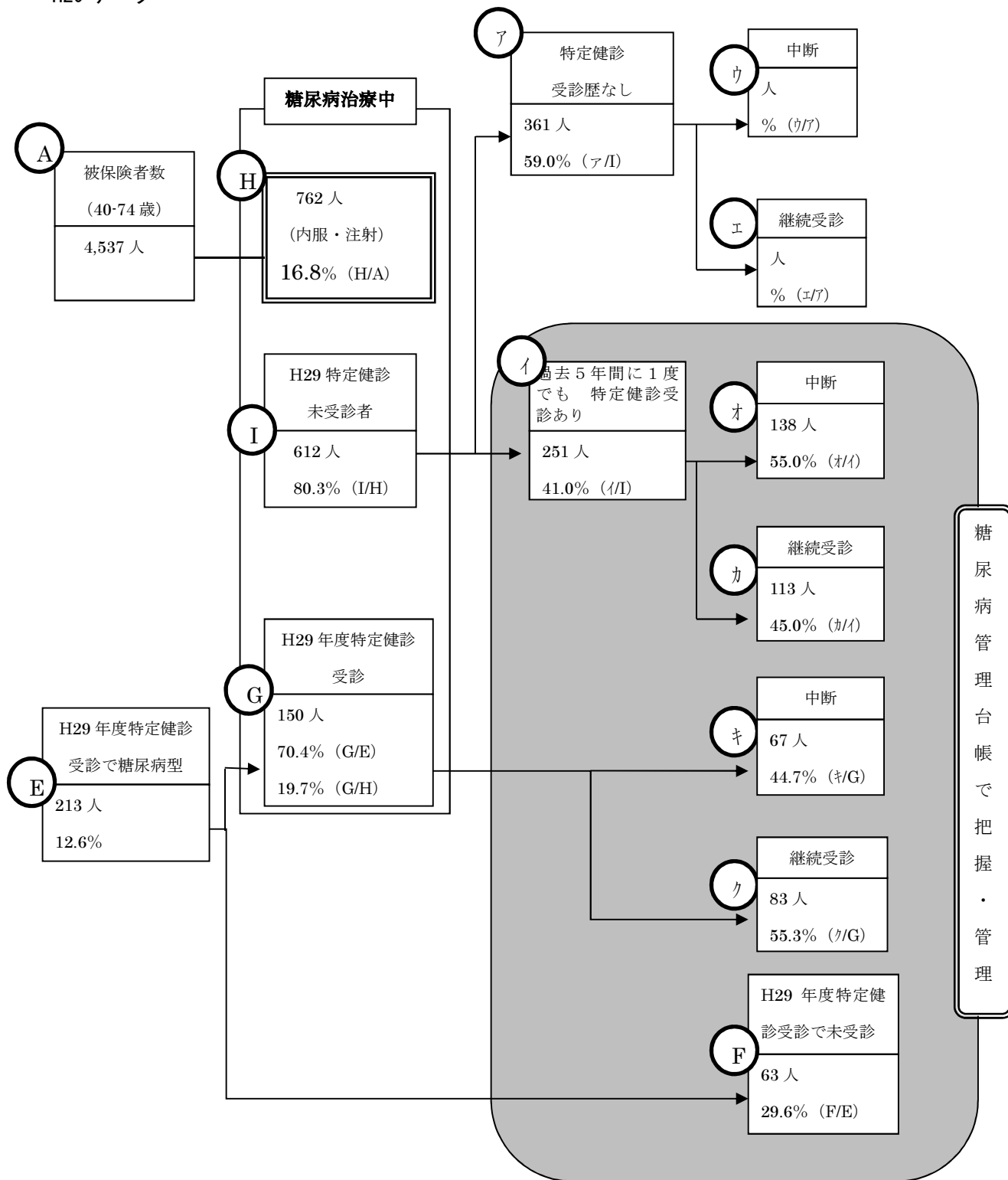
- ① 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・113 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3ヶ月以上レセプトがない者

H29 データ



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表（参考資料 4）で行い、担当者ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当者の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）数
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）数

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・重症化予防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。三股町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える **【図表 29】**

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>(4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？)</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診(集団健診)では血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査に加え、尿蛋白/Cr 比定量検査を実施しているが、個別健診では実施できていない。尿蛋白定性検査のみでは可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。

腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者・治療中断者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

(3) 糖尿病連携手帳の活用について

支援・評価委員会の委員からの助言でもあるが、糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、かかりつけ医と相談しながら使用していくこととする。

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。また、現在介護2号認定者のうち、糖尿病がある者については、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り、重症化を予防していく。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。

その際は**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用していく。

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

○ 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

8) 実施期間及びスケジュール

- 5月 対象者の選定基準の決定
- 6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。三股町において健診受診者 1,741 人のうち心電図検査実施者は 30 人 (1.7%) であり、そのうち ST 所見があったのは 4 人であった(図表 30)。ST 所見あり 4 人中のうち 2 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 1 人は未受診であった(図表 31)。また要精査には該当しない ST 所見ありの 2 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。

三股町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1741	100	30	1.7	4	13.3	8	26.7	18	60.0

【図表 31】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
4	100	2	50	1	50	1	50

② 心電図以外からの把握

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

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	1741	4	8	18	1711
		0.2	0.5	1.0	98.3
メタボ該当者	346 19.9%	1 0.3%	6 1.7%	14 4.0%	325 93.9%
メタボ予備群	219 12.6%	2 0.9%	1 0.5%	0 0.0%	216 98.6%
メタボなし	1176 67.5%	1 0.1%	1 0.1%	4 0.3%	1170 99.5%
LDL	140-159	195 11.2%	0 0.0%	0 0.0%	195 100.0%
	160-179	85 4.9%	0 0.0%	0 0.0%	85 100.0%
	180-	54 3.1%	1 1.9%	0 0.0%	1 1.9%

【参考】

CKD	G3aA1~	291	2	3	4	282
		16.7%	0.7%	1.0%	1.4%	96.9%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

○ 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

6月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

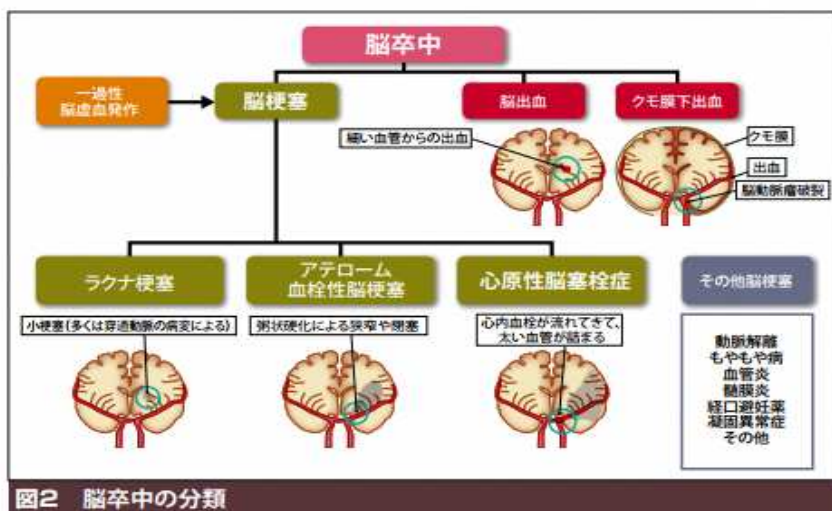
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

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BMDBM)		心房細動	メタリックント ローム	慢性腎臓病(CDK)						
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)					
受診者数		81人	4.7%	114人	6.6%	71人	4.1%	0人	0.0%	326人	18.9%	22人	1.3%	53人	3.1%
治療なし		48人	4.6%	58人	3.7%	63人	4.6%	0人	0.0%	58人	6.7%	4人	0.5%	11人	1.5%
治療あり		24人	29.6%	12人	10.5%	14人	19.7%	0人	0.0%	58人	17.8%	2人	9.1%	5人	9.4%
臓器障害あり		3人	4.8%	3人	35.4%	3人	2.2%	0人	0.0%	4人	31.1%	4人	2.1%	11人	5.3%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人		3人		2人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	1人		1人		1人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		2人		1人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	2人		1人		1人		0人		3人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が81人(4.7%)であり、48人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(4.8%)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24人(29.6%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

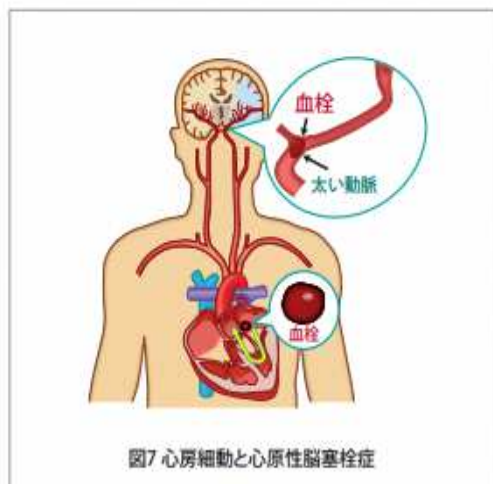
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類	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	
1,583		632	385	261	249	38	18	18	127	160	
		39.9%	24.3%	16.5%	15.7%	2.4%	1.1%	1.1%	8.0%	10.1%	
リスク第1層		224	123	59	20	4	0	18	4	0	
		14.2%	19.5%	15.3%	7.7%	7.2%	10.5%	0.0%	100%	3.1%	0.0%
リスク第2層		780	298	187	143	123	19	10	123	29	
		49.3%	47.2%	48.6%	54.8%	49.4%	50.0%	55.6%	96.9%	18.1%	
リスク第3層		579	211	139	98	108	15	8	---	---	131
		36.6%	33.4%	36.1%	37.5%	43.4%	38.5%	44.4%	---	---	81.9%
再掲) 重複あり	糖尿病	139	42	39	23	30	4	1	---	---	---
		24.0%	19.9%	28.1%	23.5%	27.8%	26.7%	12.5%	---	---	---
	慢性腎臓病 (CKD)	309	133	67	44	53	6	6	---	---	---
	53.4%	63.0%	48.2%	44.8%	49.1%	40.0%	75.0%	---	---	---	
3個以上の危険因子	258	72	64	52	58	7	5	---	---	---	
	44.6%	34.1%	46.0%	53.1%	53.7%	46.7%	62.5%	---	---	---	

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	18	12	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	2	0	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	2	0	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	7	8	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	7	4	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	100	0	0.0	0	0.0

心電図検査において心房細動の所見のあるものはいなかったが、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要である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) 二次健診の実施

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

血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在するので今後検討していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

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

6) 評価

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

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

○ 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

6 月 対象者の選定基準の決定

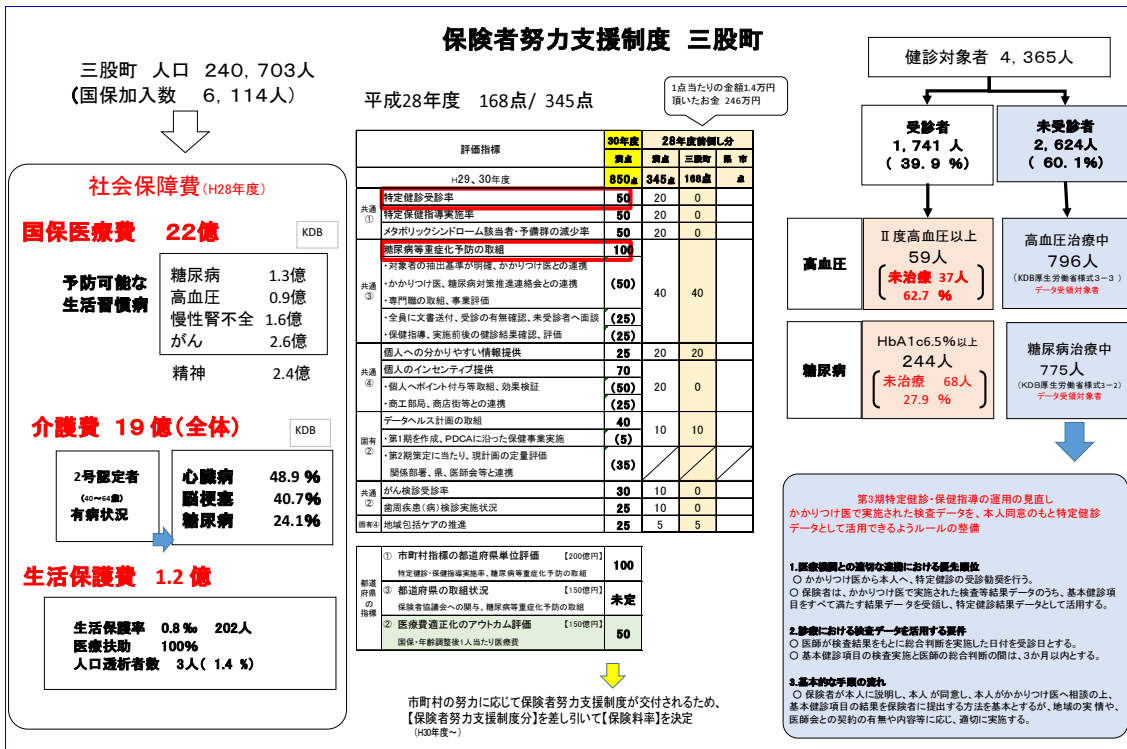
6 月 対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】

宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーションアプローチ資料(図表41)

1.からだの実態

①健診データ

(H25年度厚生労働省様式6-2～6-7健診所見者状況)

腹囲	4位
中性脂肪	10位
HDL	5位
HbA1c8.4以上	15位
血圧140以上	12位

内臓脂肪
の蓄積

2.宮崎の食の実態

食用油	9位
鶏肉	8位
加工肉	8位
餃子	3位
焼き肉店	7位

即席めん	12位
柑きつ類	3位
砂糖	4位

生鮮野菜(全体)	44位
----------	-----

バー キャバレーナイトクラブ	2位
酒場 ヒアホール	5位

②患者調査の実態(平成26年)

総数	入院	入院外
	9位	19位

③透析患者の状況

	H26年	H27年
慢性透析患者	3位	5位
新規透析(糖尿病性腎症)	34位	16位

④脳血管疾患(H26年)

入院	9位
----	----

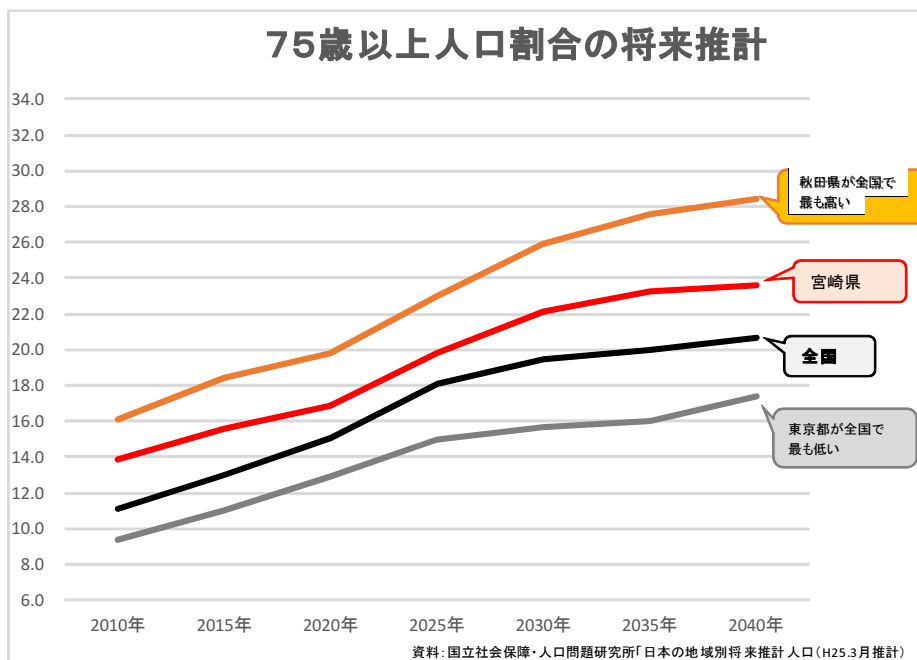
第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らすしていくためには、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。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2040年で全国平均を上回る23.6%と推計されている。(図表42)

国保では被保険者のうち65歳以上高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合は医療全体の6割(57.3%)近くとなっている。このような状況から、地域で元気に暮らす高齢者を増やすためにその育成やサポート体制づくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは、国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包

括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行な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4つの指標で評価する。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行う。

また、国保担当者は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、宮崎県国保連に設置している支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取り扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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三股町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた三股町の位置

項目		H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)	
		保険者		保険者		県		同規模平均		国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	24,703		24,703		1,125,360		4,840,962		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)	5,651	22.9	5,651	22.9	290,839	25.8	1,107,232	22.9	29,020,766	23.2	
		75歳以上	2,965	12.0	2,965	12.0	156,418	13.9			13,989,864	11.2	
		65~74歳	2,686	10.9	2,686	10.9	134,421	11.9			15,030,902	12.0	
		40~64歳	8,421	34.1	8,421	34.1	383,847	34.1			42,411,922	34.0	
	39歳以下	10,631	43.0	10,631	43.0	450,674	40.0			53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	8.9		8.9		11.8		6.2		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	26.1		26.1		21.6		28.8		25.2		
		第3次産業	65		65.0		66.6		65.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性	80.4		80.4		79.7		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		87.2		87.2		86.6		86.5		86.4			
④ 健康寿命	男性	66.1		66.1		65.2		65.4		65.2			
	女性	66.8		66.8		66.8		66.9		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	103.8		98.6		99.7		98.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	89.3		83.8		96.2		98.9		100		
		女性	103.8		98.6		99.7		98.8		100		
		がん	90	54.5	64	48.1	3,469	45.2	13,676	49.0	367,905	49.6	
		心臓病	37	22.4	35	26.3	2,242	29.2	7,410	26.6	196,768	26.5	
		脳疾患	23	13.9	22	16.5	1,301	16.9	4,436	15.9	114,122	15.4	
		糖尿病	1	0.6	2	1.5	128	1.7	538	1.9	13,658	1.8	
	腎不全	9	5.5	6	4.5	276	3.6	920	3.3	24,763	3.3		
	自殺	5	3	4	3.0	265	3.5	924	3.3	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	37	14.7	36	13.6	1,363	9.9			136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査
男性		25	19.1	26	19.6	915	13.5			91,123	13.5		
女性		12	9.9	10	7.6	448	6.5			45,821	7.2		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,060	19.2	1,178	20.7	59,315	20.4	214,304	19.5	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	31	0.2	31	0.3	1,066	0.3	3,881	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	38	0.5	36	0.4	1,424	0.4	5,773	0.4	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	3	25.3	288	22.8	12,987	21.1	50,726	22.7	1,350,152	22.1	
		高血圧症	666	60.9	705	58.6	35,357	57.9	116,656	52.4	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	285	25	285	24.1	16,825	27.4	62,464	27.9	1,741,866	28.4	
		心臓病	743	67.8	795	65.9	40,235	65.9	132,934	59.8	3,529,682	58.0	
		脳疾患	329	29.9	381	30.1	19,122	31.4	59,484	26.9	1,538,683	25.5	
		がん	152	13.4	104	8.7	5,852	9.4	22,320	9.9	631,950	10.3	
		筋・骨格	688	63.2	719	59.4	35,171	57.7	114,481	51.4	3,067,196	50.3	
精神	335	27.8	482	37.7	25,297	40.9	80,074	35.8	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	64,065		63,585		66,242		62,901		58,284			
	居宅サービス	44,238		44,770		47,239		40,734		39,662			
	施設サービス	248,293		275,760		282,096		277,659		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	8,800		7,635		7,149		8,370		7,980			
	認定あり/認定なし	3,495		4,058		3,962		3,831		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	6,682		6,117		300,107		1,198,062		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65~74歳	2,355	35.2	2,519	41.2	119,981	40.0			12,461,613	38.2	
		40~64歳	2,386	35.7	1,981	32.4	103,073	34.3			10,946,712	33.6	
		39歳以下	1,941	29.0	1,617	26.4	77,053	25.7			9,179,541	28.2	
	加入率	27.0		24.8		26.7		25.1		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	1		0.1		140		0.5		296		
		診療所数	13		1.9		13		2.1		891		
		病床数	311		46.5		311		50.8		19,245		
		医師数	22		3.3		21		3.4		2,730		
		外来患者数	693.5		720.9		677.3		692.6		668.1		
入院患者数	23.9		28.4		24.7		19.6		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	25,346	県内12位 同規模40位	28,256	県内12位 同規模30位	26,707		25,606		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	717,437		749,295		702,012		712,241		686,286			
	外来費用の割合	55.7		51.8		55.1		59.2		60.1			
	外来件数の割合	96.7		96.2		96.5		97.2		97.4			
	入院費用の割合	44.3		48.2		44.9		40.8		39.9			
	入院件数の割合	3.3		3.8		3.5		2.8		2.6			
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源疾患名(調剤含む)	1件あたり在院日数	18.0日		17.5日		17.8日		15.8日		15.6日		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
	新生物	19.9		20.6		22.0		25.2		25.6			
	慢性腎不全(透析あり)	10.5		12.4		11.2		9.3		9.7			
	糖尿病	10.9		10.5		8.6		10.1		9.7			
	高血圧症	7.8		7.6		8.7		8.8		8.6			
精神	18.3		19.6		22.3		16.6		16.9				
筋・骨疾患	16.7		15.8		14.6		15.5		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	613,084	9位	(18)	558,768	6位	(17)										KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	492,135	17位	(17)	522,572	19位	(16)													
		県内順位	脂質異常症	477,065	9位	(18)	465,878	17位	(17)														
				脳血管疾患	495,929	15位	(20)	585,949	9位	(20)													
		順位総数28	心疾患	593,916	9位	(12)	611,481	13位	(12)														
				腎不全	594,029	15位	(22)	727,492	6位	(20)													
		入院の()内 は在院日数	外来	精神	401,114	17位	(27)	426,948	15位	(26)													
					悪性新生物	534,955	16位	(13)	658,819	4位	(15)												
				糖尿病	31,461			18位	31,639			20位											
					高血圧	27,059			19位	27,319			20位										
				脂質異常症	23,612			23位	26,008			14位											
					脳血管疾患	36,142			10位	36,832			10位										
				心疾患	44,828			7位	48,154			4位											
					腎不全	140,383			24位	155,281			23位										
精神	34,323			3位	29,267			16位															
	悪性新生物	39,547			19位	45,306			25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	4,190			5,183			3,164			3,022			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	10,138			9,940			11,427			12,116			12,339							
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,732			13,283			8,696			8,244			6,742							
			健診未受診者	25,968			25,476			31,410			33,045			35,459							
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	997	58.8	903	53.4	38,800	54.9	189,567	56.6	4,427,360	56.1						KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	931	54.9	834	49.3	36,267	51.4	174,386	52.1	4,069,618	51.5											
		医療機関非受診率	66	3.9	69	4.1	2,533	3.6	15,181	4.5	357,742	4.5											
5	①	特定健診の 状況	健診受診者	1,695			1,690			70,610			334,719			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	39.5		県内11位 同規模49位	41.5		県内15位 同規模69位	34.5	全国32位	40.6	36.4								
						③	特定保健指導終了者(実施率)	40	17.9	66	36.3	3,465	40.8	13919	34.0	198,683	21.1						
				④	非肥満高血糖	66	3.9	143	8.5	5,442	7.7	34,471	10.3	737,886	9.3								
						⑤	メタボ	該当者	317	18.7	336	19.9	12,794	18.1	59,567	17.8	1,365,855	17.3					
				男性	216			29.9	217	30.9	8,493	27.9	40,619	27.7	940,335	27.5							
				女性	102			10.5	119	12.0	4,301	10.7	18,948	10.1	425,520	9.5							
				予備群	230			13.6	209	12.4	8,838	12.5	36,195	10.8	847,733	10.7							
				⑥	県内順位	メタボ	男性	145	20.1	132	18.8	5,505	18.1	25,013	17.0	588,308	17.2						
							女性	85	8.7	77	7.8	3,333	8.3	11,182	5.9	259,425	5.8						
				⑦	順位総数28	メタボ 該当 予備 群レ ベル	腹囲	総数	629	37.1	605	35.8	24,452	34.6	107,607	32.1	2,490,581	31.5					
								男性	401	55.7	381	54.3	15,692	51.6	73,443	50.1	1,714,251	50.2					
							女性	228	23.4	224	22.7	8,760	21.8	34,164	18.2	776,330	17.3						
							BMI	総数	69	4.1	66	3.9	3,286	4.7	16,193	4.8	372,685	4.7					
								男性	4	0.6	5	0.7	532	1.8	2,462	1.7	59,615	1.7					
							女性	65	6.7	61	6.2	2,754	6.8	13,731	7.3	313,070	7.0						
							血糖のみ	12	0.7	7	0.4	467	0.7	2,474	0.7	52,296	0.7						
							血圧のみ	169	10	151	8.9	6,643	9.4	24,960	7.5	587,214	7.4						
							脂質のみ	49	2.9	51	3.0	1,728	2.4	8,761	2.6	208,214	2.6						
血糖・血圧	46	2.7	60				3.6	2,194	3.1	9,940	3.0	212,002	2.7										
血糖・脂質	15	0.9	6				0.4	528	0.7	3,451	1.0	75,032	0.9										
血圧・脂質	174	10.3	179				10.6	6,424	9.1	27,799	8.3	663,512	8.4										
血糖・血圧・脂質	81	4.8	91				5.4	3,648	5.2	18,377	5.5	415,310	5.3										
⑧	生活習慣の 状況	服薬	779	46	661	39.1	26,712	37.8	114,619	34.3	2,650,283	33.6						KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		既往歴	145	8.6	173	10.2	5,470	7.7	26,435	7.9	589,711	7.5											
		喫煙	223	13.2	336	19.9	14,669	20.8	78,343	23.4	1,861,221	23.6											
		週3回以上朝食を抜く	111	6.5	82	4.9	2,695	3.9	10,454	3.3	246,252	3.3											
		週3回以上食後間食	141	8.3	86	5.1	3,636	5.3	18,765	5.8	417,378	5.5											
		週3回以上就寝前夕食	304	17.9	4	0.2	240	0.3	2,354	0.7	39,184	0.5											
		食べる速度が速い	442	26.1	252	14.9	7,036	10.3	31,124	9.7	761,573	10.2											
		20歳時体重から10kg以上増加	565	33.3	198	11.7	8,574	12.1	44,727	13.4	1,122,649	14.2											
		1回30分以上運動習慣なし	893	52.7	584	34.6	23,064	33.7	96,666	32.5	2,192,264	32.1											
		1日1時間以上運動なし	749	44.2	897	53.1	37,367	54.5	171,305	57.8	4,026,105	58.8											
		睡眠不足	351	20.7	793	47.0	32,220	47.0	137,370	46.1	3,209,187	47.0											
		毎日飲酒	449	26.5	925	54.8	32,998	48.3	151,154	51.4	3,387,102	50.3											
		時々飲酒	340	20.1	330	19.5	14,204	20.7	55,552	18.9	1,321,337	19.5											
		⑨	一日飲 酒量	1合未満	351	44.5	479	28.5	17,240	25.2	74,088	25.2	1,755,597	26.0									
				1~2合	339	43	1,073	63.8	45,922	67.0	194,800	66.3	4,425,971	65.6									
				2~3合	85	10.8	131	7.8	5,377	7.8	25,040	8.5	567,502	8.4									
				3合以上	14	1.8	262	15.5	10,362	15.1	43,462	14.6	1,054,516	15.5									

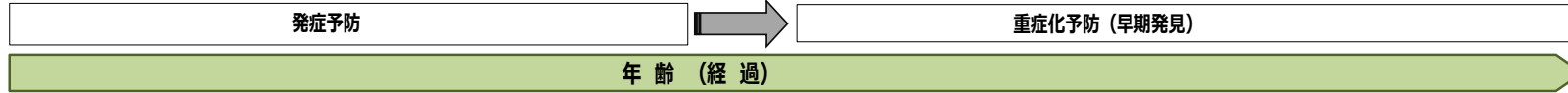
糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c	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

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 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
糖尿病管理台帳の全数(④+⑥) ()人 ④健診未受診者 ()人 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 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		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 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	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 かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医
結果把握	⑥結果把握 ()人 ①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1c7.0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 ②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人 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	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん	
保健指導の優先づけ			

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模 区分	12	都道府県	宮崎県	市町村名	三股町						
項目				実 合 表	保険者						同規模保険者(平均)	データ基			
					28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164				
				実数		割合		実数		割合		実数		割合	
1	①	被保険者数		A	6,272人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	②		(再掲)40-74歳	4,642人											
2	①	特定健診	対象者数	B	4,500人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書				
	②		受診者数	1,741人											
	③		受診率	38.7%											
3	①	特定 保健指導	対象者数		181人										
	②		実施率	36.3%											
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	244人	14.0%						特定健診結果			
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	68人	27.9%									
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	176人	72.1%									
	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	69人	39.2%									
	⑤		血圧 130/80以上	J	31人	44.9%									
	⑥		肥満 BMI25以上	J	36人	52.2%									
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	107人	60.8%									
	⑧		第1期 尿蛋白(-)	M	196人	80.3%									
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		22人	9.0%									
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		20人	8.2%									
	⑪		第4期 eGFR30未満		6人	2.5%									
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		123.6人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)	165.2人											
	③		レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	4,749件	(1055.3)				4,309件	(785.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④		(1)内は糖尿病対	入院(件数)	34件	(7.6)				28件	(5.1)				
	⑤		糖尿病治療中	H	775人	12.4%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	⑥		(再掲)40-74歳	I	767人	16.5%									
	⑦		健診未受診者	I	591人	77.1%									
	⑧		インスリン治療	O	60人	7.7%									
	⑨		(再掲)40-74歳	O	59人	7.7%									
	⑩		糖尿病性腎症	L	89人	11.5%									
	⑪		(再掲)40-74歳	L	88人	11.5%									
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		12人	1.55%									
	⑬		(再掲)40-74歳		12人	1.56%									
	⑭		新規透析患者数												
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症												
	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)		15人	2.0%						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		20億9472万円						23億0569万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			
	②		生活習慣病総医療費	12億4912万円						13億0229万円					
	③		(総医療費に占める割合)	59.6%						56.5%					
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	13,283円						8,244円				
	⑤		健診未受診者	25,476円						33,045円					
	⑥		糖尿病医療費	1億3138万円						1億3171万円					
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.5%						10.1%					
	⑧		糖尿病入院外総医療費	3億1424万円											
	⑨		1件あたり	31,639円											
	⑩		糖尿病入院総医療費	3億3861万円											
	⑪		1件あたり	558,768円											
	⑫		在院日数	17日											
	⑬		慢性腎不全医療費	1億6185万円						1億2887万円					
	⑭		透析有り	1億5535万円						1億2093万円					
	⑮		透析なし	649万円						794万円					
7	①	介護	介護給付費	19億0240万円						19億7126万円					
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	1件	200.0%										
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人	0.9%				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



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
- 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**
- 高中性脂肪・低HDL
- 血圧高値
- 耐糖能異常・高血糖
- インスリン枯渇により移行
- 糖尿病** → **大血管障害要因**
- 高血圧** → **大血管障害要因**
- 高LDLコレステロール** → **大血管障害要因**
- CKD** → **大血管障害要因**（特にG3a以降は心血管リスクが高い）

冠動脈のプラーク形成

→ 狭窄が50%以下でもプラークの破綻を招くことがある（不安定プラーク）
*特にメタボは不安定プラーク形成しやすい

→ プラークがゆわく形成（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

☆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）

自覚症状

- あり
- ない

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
- ・頸や肩、歯へ放射する痛み
- ・冷汗や嘔気を伴う

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	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。	急激な胸部痛
時間	3～5分程度（休息でよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも寛解せず）

不安定プラークの破綻により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間閉塞または高度狭窄をきたす。（急性冠症候群：ACS）

血管変化をみる検査	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目
<input type="checkbox"/> 血流依存性血管拡張反応（FMD）	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査	<input type="checkbox"/> 負荷心電図	<input type="checkbox"/> 心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）	<input type="checkbox"/> 心筋バイオマーカー
<input type="checkbox"/> 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）	<input type="checkbox"/> 微量アルブミン尿	<input type="checkbox"/> ABI	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 心臓カテーテル検査	
<input type="checkbox"/> 7.5g 糖負荷試験、インスリン濃度検査	<input type="checkbox"/> PWV（脈波伝播速度検査）		<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 冠動脈CT	

【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6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑥ 発症予防対象者		
	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。					
	判定	正常	軽度 男 85～ 女 90～	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲					
	□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～		□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無	
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□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

