

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 29 年 3 月 伊是名村

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	25
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	46
第 6 章 計画の評価・見直し	48
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料	50



## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

## 2. 計画の位置付け

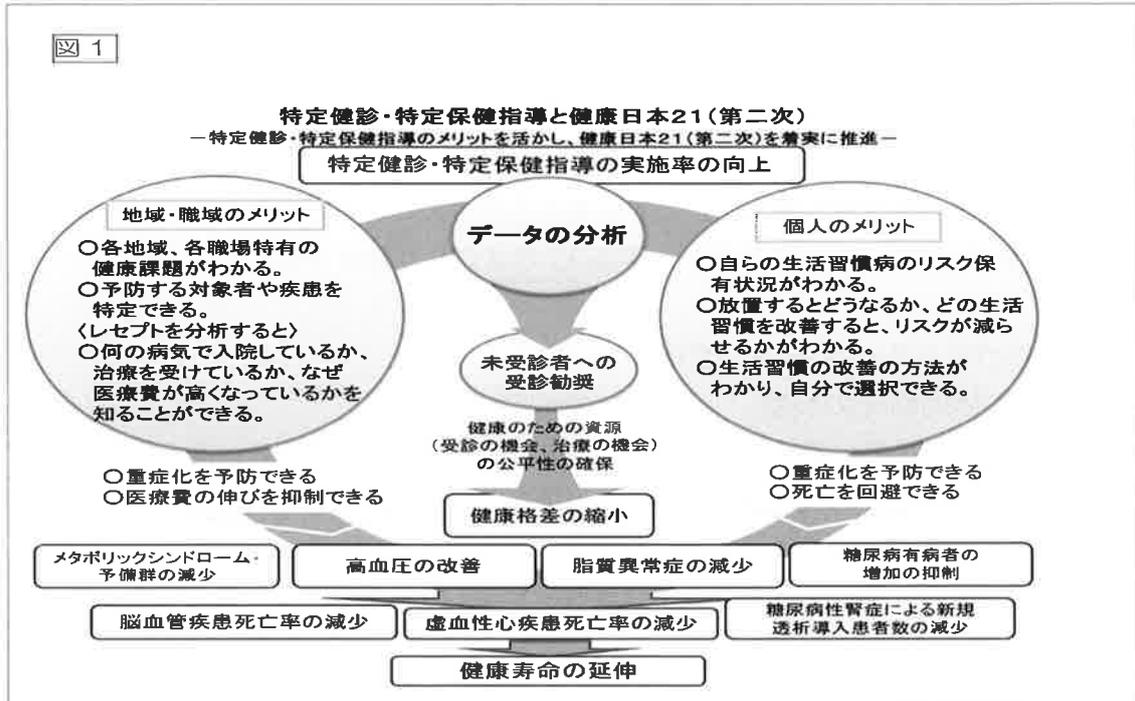
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府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】

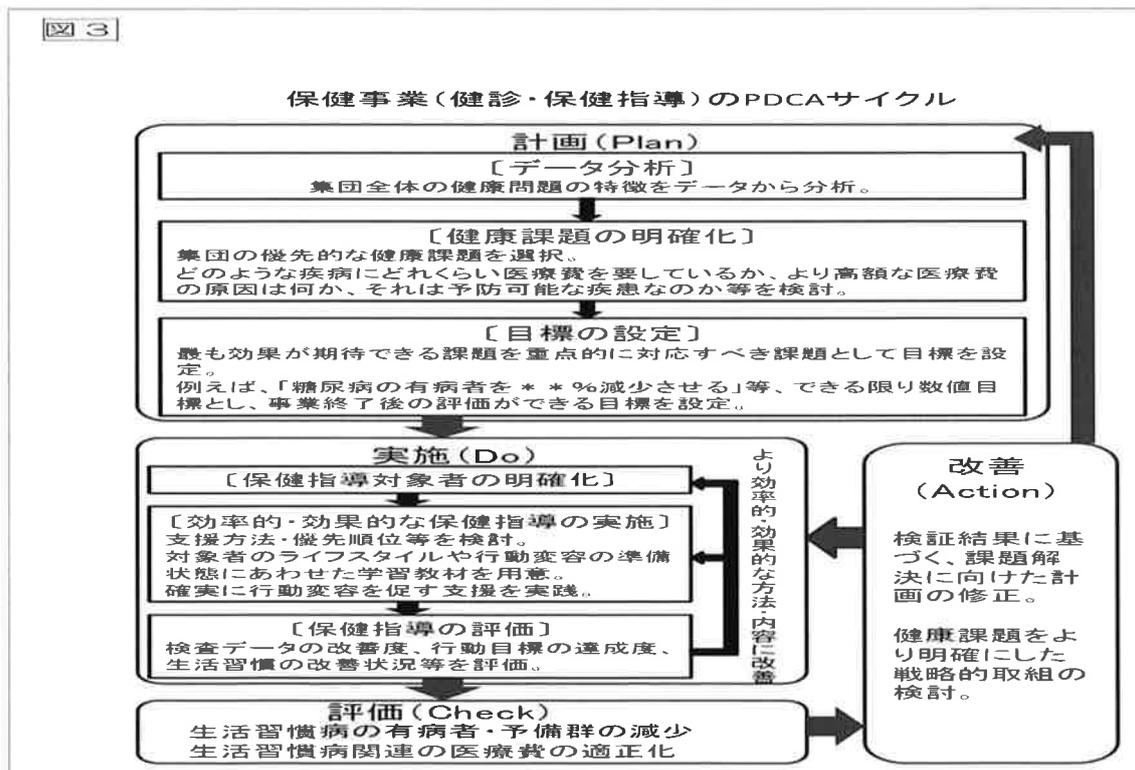
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条	高齢者の養育の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第110条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	健康法 第30条
基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成27年1月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ効果的な実施を図るための基本的な方針	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環決定」	厚生労働省 老健局 平成28年6月 介護保険事業に係る関係機関の円滑な 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28年1月 医療費適正化に関する基本的な方針 （全額決定）	厚生労働省 健康局 平成28年1月 医療提供体制の確保に関する基本的な方針
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3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意識の醸成の実現 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 能力の維持及び向上を目指す。その結果、社会健康 増進が期待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指すす る。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸・健康増進の 実現を目指す。健康増進事業を実施することにより、生活 習慣の改善が図られ、生活習慣病の発症予防や重症化 の抑制、人間的な生活向上が図られる。この結果、国民の生活 の質の維持向上を図るとともに、高齢者の生活の質の向上 を図ることが可能となる。 特定健康診査は、健康増進の生活習慣病の発症予防や重症化 を予防することを目的として、データヘルス計画の一環として 実施し、生活習慣を改善するための特定健康診査結果と ともに、診療に活用するために活用される。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び健康増進の取組について、基 礎的な生活習慣の定着を図り、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実施する 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 及び保険者の負担軽減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合った自立した日常生活 を営むことができるよう支援することや、要介護 状態または要介護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	国民健康意識を醸成し、国民の 生活の質の維持及び向上を確実につつ、医療費 が適度に増加しないようにつけていくとともに、国民 かつ適切な医療を効果的に提供するための基本的な方針 を定めていく。	医療費適正化・適正化を推進することを 通じて、地域において切れ目のない医療の 提供を実現し、国民かつ適切な医療を効果 的に提供するための基本的な方針を定めていく。
対象年齢	ライフステージ（ <b>特定健康診査対象年齢</b> ） に依り	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が大きい地域に重点的に実施を促 すこととする（ <b>特定健康診査対象年齢</b> ）	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 60～64歳、特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	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	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	脳血管疾患 脳卒中 心筋梗塞等の心血管疾患 がん 精神疾患
評価	特定健康診査・特定保健指導に関する項目15項目 ①生活習慣病、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症予防 ②がん、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、認知症、メンタルヘルスの発症予防 ③生活習慣病の重症化予防 ④特定健康診査・特定保健指導の実施状況 ⑤国民健康意識の醸成 ⑥国民の健康増進の取組 ⑦国民の生活の質の向上 ⑧国民の生活の質の向上 ⑨国民の生活の質の向上 ⑩国民の生活の質の向上 ⑪国民の生活の質の向上 ⑫国民の生活の質の向上 ⑬国民の生活の質の向上 ⑭国民の生活の質の向上 ⑮国民の生活の質の向上	①特定健康診査 ②特定保健指導実施率 ③国民健康意識の醸成 ④国民の健康増進の取組 ⑤国民の生活の質の向上 ⑥国民の生活の質の向上 ⑦国民の生活の質の向上 ⑧国民の生活の質の向上 ⑨国民の生活の質の向上 ⑩国民の生活の質の向上 ⑪国民の生活の質の向上 ⑫国民の生活の質の向上 ⑬国民の生活の質の向上 ⑭国民の生活の質の向上 ⑮国民の生活の質の向上	①生活習慣病の改善 ②国民健康意識の醸成 ③国民の健康増進の取組 ④国民の生活の質の向上 ⑤国民の生活の質の向上 ⑥国民の生活の質の向上 ⑦国民の生活の質の向上 ⑧国民の生活の質の向上 ⑨国民の生活の質の向上 ⑩国民の生活の質の向上 ⑪国民の生活の質の向上 ⑫国民の生活の質の向上 ⑬国民の生活の質の向上 ⑭国民の生活の質の向上 ⑮国民の生活の質の向上	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介護給付の適正化	①国民健康意識の醸成 ②国民の健康増進の取組 ③国民の生活の質の向上 ④国民の生活の質の向上 ⑤国民の生活の質の向上 ⑥国民の生活の質の向上 ⑦国民の生活の質の向上 ⑧国民の生活の質の向上 ⑨国民の生活の質の向上 ⑩国民の生活の質の向上 ⑪国民の生活の質の向上 ⑫国民の生活の質の向上 ⑬国民の生活の質の向上 ⑭国民の生活の質の向上 ⑮国民の生活の質の向上	①疾病予防事業 ②在宅医療連携体制 ③国民の生活の質の向上 ④国民の生活の質の向上 ⑤国民の生活の質の向上 ⑥国民の生活の質の向上 ⑦国民の生活の質の向上 ⑧国民の生活の質の向上 ⑨国民の生活の質の向上 ⑩国民の生活の質の向上 ⑪国民の生活の質の向上 ⑫国民の生活の質の向上 ⑬国民の生活の質の向上 ⑭国民の生活の質の向上 ⑮国民の生活の質の向上
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局) 国民健康協会による計画作成支援			保険者協議会(事務局) 国民健康協会を通じて、保険者との連携	

【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) 実施主体関係部の役割

伊是名村においては、住民福祉課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局・介護保険部局・障害福祉部局・生活保護部局（住民福祉課）、企画部局（企画政策課）とも十分連携することが望ましい。

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

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

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

また、保険者等と地区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



#### 4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

#### 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		20.6		41.1	
全国順位(1,741市町村中)		1336			
共通 ①	特定健診受診率	15		20	50
	特定保健指導実施率	0		45	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5		0	50
共通 ②	がん検診受診率	10		15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10		0	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0		0	100
固有②	データヘルス計画策定状況	0		0	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20		0	25
	個人インセンティブ提供	0		0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0		0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7		10	35
	後発医薬品の使用割合	0		0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	15		25	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10		25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0		0	25
	第三者求償の取組の実施状況	4		10	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			9	50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

### 健康課題の明確化

#### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

##### 1) 第1期計画に係る評価

###### (1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2倍であった。

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

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

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況(図表6)

平成28年度の介護給付費は、平成25年度より減少しているが、1件当たりの給付費は増加しており、さらに同規模平均に比べても高い状況です。また、平成28年度の居宅サービス費の増加がみられます。

#### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	伊是名村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 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	2億円31610380	93,649	39,555	289,707	75,804	40,098	279,554
平成28年度	2億円26126066	119,391	52,852	283,665	73,752	39,649	273,932

###### ②医療費の状況(図表7)

図表7の医療費全体でみると、平成25年に比べ平成28年は入院、外来ともに減少しています。図表8でデータヘルズ計画のターゲットとなる疾患が減少しているか確認します。

【図表 7】

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	1億円42589480				1億円00591770				41997710万円			
	H28年度	1億円36599630	△5989850	-4.4	2.5	97824460万円	△2767310	-2.7	-2.68	38775170万円	△3222540	-7.7	-2.16
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	21,350				15,060				6,290			
	H28年度	21,010	△340	-1.6	5.8	15,050	△10	-0.07	5.5	5,960	△330	-5.24	6.15

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

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

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

図表 8 をみると、平成 25 年と比較して平成 28 年は、中期目標である腎疾患、脳血管疾患も減少していますが、心疾患の割合は増加しています。短期目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合は減少していますが、高血圧については県並みに予防する必要があります。また、実際に医療費が抑制できているか中断者がいないか、図表 9 で分析し、必要ならば適切に医療につなげることが重要です。

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

【図表 8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
		金額	順位	腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症								
伊豆名村	H25	142,589,480	21,346	193位	19位	1.68%	2.15%	1.53%	2.00%	4.37%	5.49%	1.15%	26,905,880	16.87%	10.88%	17.08%	5.53%
	H28	136,599,630	21,009	217位	26位	0.07%	0.00%	0.03%	2.89%	2.66%	3.73%	0.81%	13,934,550	10.20%	19.07%	24.71%	3.28%
沖縄県	H25	120,484,405,470	22,111	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,884,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	H28	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源(腎・脳・心)による分類結果

◆最大医療資源(腎・脳・心)とは、レポートに記載された病名のうち最も費用を要した病名

【出典】

KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

【図表 8-①】

市町村名	総医療費	保険者数(人)	一人あたり医療費(円)			(中長期・短期)目標疾患医療費計	中長期目標疾患															
			金額	順位	差		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	新生物	精神疾患	筋・骨疾患							
国	H25	9兆7,159億円	100	35,851,786	22,383	--	2兆4,802億円	100	25.5%	5,227億円	100	5.39%	384億円	100	0.40%	2,534億円	100	2.61%	2,294億円	100	2.36%	
	H28	9兆6,880億円	110	32,587,860	24,245	--	2兆7,399億円	99	23.1%	5,232億円	110	3.40%	338億円	97	0.35%	2,157億円	94	2.23%	1,976億円	95	2.04%	
沖縄県	H25	1204億3089	100	490,333	20,262	--	288億4807	100	24.0%	98億9787	100	8.21%	4億0365	100	0.34%	34億7900	100	2.89%	22億5938	100	1.88%	
	H28	1204億8441	110	444,291	22,111	--	271億1089	104	22.5%	105億8568	118	8.79%	4億2494	116	0.35%	28億7027	91	2.38%	22億3938	109	1.86%	
伊豆名村	H25	1億4258	100	543	21,346	193位	19位	2,691	100	18.9%	267	100	1.88%	306	100	2.15%	218	100	1.53%	328	100	2.30%
	H28	1億3659	97	543	21,009	217位	26位	1,393	52	10.2%	9	3	0.07%	0	0	0.00%	4	2	0.03%	394	121	2.89%

最大医療資源(腎・脳・心)による分類結果

◆最大医療資源(腎・脳・心)とは、レポートに記載された病名のうち最も費用を要した病名

※(ハイフン)H23年度医療費が0のため、計算上算出不可

単位:万円

【出典】KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

短期目標疾患																	
糖尿病			高血圧			脂質異常症			新生物			精神疾患			筋・骨疾患		
5,201億円	100	5.35%	6,098億円	100	6.28%	3,057億円	100	3.15%	1兆2,183億円	100	12.54%	9,119億円	100	9.39%	8,174億円	100	8.41%
5,235億円	111	5.40%	4,606億円	83	4.75%	2,855億円	103	2.95%	1兆3,767億円	124	14.21%	9,090億円	110	9.38%	8,190億円	110	8.45%
46億4875	100	3.86%	57億2081	100	4.75%	24億4918	100	2.03%	102億7436	100	8.53%	192億4763	100	15.98%	83億6055	100	6.94%
45億9477	109	3.81%	41億3091	80	3.43%	22億6492	102	1.88%	114億1333	123	9.47%	185億2469	106	15.38%	86億8795	115	7.21%
622	100	4.37%	782	100	5.49%	184	100	1.15%	1,552	100	10.88%	2,435	100	17.08%	788	100	5.53%
363	59	2.66%	509	66	3.73%	111	68	0.81%	2,605	170	19.07%	3,076	140	24.71%	449	58	3.28%

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

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な疾患の虚血性心疾患についてみると、平成 25 年度より平成 28 年度の患者数は増加しており、基礎疾患に高血圧や脂質異常症がある人の割合が多く、更に糖尿病も含めると割合は増加しています。脳血管疾患については、平成 25 年度より平成 28 年度の患者数は減少していますが、基礎疾患に糖尿病、脂質異常症がある人の割合が多く、高血圧については 100%もっていることがわかります

人工透析の患者数はないですが、国保以外の保険者で患者がみられます。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	568	21	3.7	4	19.0	0	0.0	18	85.7	5	23.8	13	61.9
	64歳以下	451	10	2.2	0	0.0	0	0.0	9	90.0	2	20.0	6	60.0
	65歳以上	117	11	9.4	4	36.4	0	0.0	9	81.8	3	27.3	7	63.6
H28	全体	541	31	5.7	8	25.8	0	0.0	28	90.3	11	35.5	21	67.7
	64歳以下	416	14	3.4	3	21.4	0	0.0	13	92.9	5	35.7	10	71.4
	65歳以上	125	17	13.6	5	29.4	0	0.0	15	88.2	6	35.3	11	64.7

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	568	14	2.5	4	28.6	0	0.0	14	100.0	4	28.6	10	71.4
	64歳以下	451	5	1.1	0	0.0	0	0.0	5	100.0	2	40.0	4	80.0
	65歳以上	117	9	7.7	4	44.4	0	0.0	9	100.0	2	22.2	6	66.7
H28	全体	541	12	2.2	8	66.7	0	0.0	12	100.0	5	41.7	8	66.7
	64歳以下	416	5	1.2	3	60.0	0	0.0	5	100.0	1	20.0	2	40.0
	65歳以上	125	7	5.6	5	71.4	0	0.0	7	100.0	4	57.1	6	85.7

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	568	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	64歳以下	451	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	65歳以上	117	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
H28	全体	541	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	64歳以下	416	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	65歳以上	125	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	

### (3) 短期目標の達成状況

#### ① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクの治療状況を見ると、糖尿病では平成25年度より平成28年度は減少していますが、高血圧や心疾患を併発している割合は増加しています。

高血圧については平成25年度より平成28年度は減少していますが、糖尿病、脂質異常症、心疾患の割合は増加しています。

脂質異常症についても、平成25年度より平成28年度は減少していますが、高血圧、心疾患の割合は増加しています。

【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	568	44	7.7	2	4.5	35	79.5	33	75.0	5	11.4	4	9.1	0	0.0	1	2.3	
	64歳以下	451	23	5.1	2	8.7	17	73.9	17	73.9	2	8.7	2	8.7	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	117	21	17.9	0	0.0	18	85.7	16	76.2	3	14.3	2	9.5	0	0.0	1	4.8	
H28	全体	541	40	7.4	1	2.5	34	85.0	27	67.5	11	27.5	5	12.5	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	416	22	5.3	0	0.0	18	81.8	17	77.3	5	22.7	1	4.5	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	125	18	14.4	1	5.6	16	88.9	10	55.6	6	33.3	4	22.2	0	0.0	0	0.0	

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	568	106	18.7	35	33.0	48	45.3	18	17.0	14	13.2	0	0.0			
	64歳以下	451	58	12.9	17	29.3	24	41.4	9	15.5	5	8.6	0	0.0			
	65歳以上	117	48	41.0	18	37.5	24	50.0	9	18.8	9	18.8	0	0.0			
H28	全体	541	92	17.0	34	37.0	47	51.1	28	30.4	12	13.0	0	0.0			
	64歳以下	416	46	11.1	18	39.1	20	43.5	13	28.3	5	10.9	0	0.0			
	65歳以上	125	46	36.8	16	34.8	27	58.7	15	32.6	7	15.2	0	0.0			

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	568	65	11.4	33	50.8	48	73.8	13	20.0	10	15.4	0	0.0			
	64歳以下	451	34	7.5	17	50.0	24	70.6	8	17.6	4	11.8	0	0.0			
	65歳以上	117	31	26.5	16	51.6	24	77.4	7	22.6	6	19.4	0	0.0			
H28	全体	541	59	10.9	27	45.8	47	79.7	21	35.6	8	13.6	0	0.0			
	64歳以下	416	29	7.0	17	58.6	20	69.0	10	34.5	2	6.9	0	0.0			
	65歳以上	125	30	24.0	10	33.3	27	90.0	11	36.7	6	20.0	0	0.0			

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの結果の経年変化を見ると、男性は中性脂肪、空腹時血糖、血圧の有所見者が増加しています。女性については中性脂肪、HbA1c、LDL-Cが増加していることがわかります。

メタボリックシンドロームについてみると男性においてはメタボ該当者が増加しており、血圧・血糖・脂質の3項目全ての所見をもつ人の割合も増加しています。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

性別		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		95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	86	63.5	78	75.0	40	38.5	25	24.0	5	4.8	47	45.2	82	78.8	38	36.5	49	47.1	27	26.0	62	59.6	0	0.0
	H25 40-64	41	65.1	47	74.6	32	50.8	19	30.2	4	6.3	29	46.0	47	74.6	32	50.8	31	49.2	22	34.9	40	63.5	0	0.0
	H25 65-74	25	61.0	31	75.6	8	19.5	6	14.6	1	2.4	18	43.9	35	85.4	6	14.6	18	43.9	5	12.2	22	53.7	0	0.0
女性	合計	65	63.1	78	75.7	50	48.5	24	23.3	5	4.9	59	57.3	79	76.7	33	32.0	67	65.0	33	32.0	53	51.5	1	1.0
	H28 40-64	39	72.2	44	81.5	33	61.1	15	27.8	4	7.4	32	59.3	39	72.2	22	40.7	33	61.1	24	44.4	28	51.9	1	1.9
	H28 65-74	26	53.1	34	69.4	17	34.7	9	18.4	1	2.0	27	55.1	40	81.6	11	22.4	34	69.4	9	18.4	25	51.0	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者			3項目全て												
		人数		割合		人数		人数		割合		人数		割合									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
男性	合計	104	47.3	8	7.7%	32	30.8%	5	4.8%	18	17.3%	9	8.7%	38	36.5%	8	7.7%	1	1.0%	19	18.3%	10	9.6%
	H25 40-64	63	41.2	5	7.9%	17	27.0%	4	6.3%	7	11.1%	6	9.5%	25	39.7%	2	3.2%	0	0.0%	15	23.8%	8	12.7%
	H25 65-74	41	61.2	3	7.3%	15	36.6%	1	2.4%	11	26.8%	3	7.3%	13	31.7%	6	14.6%	1	2.4%	4	9.8%	2	4.9%
女性	合計	103	39.9	2	1.9%	30	29.1%	2	1.9%	20	19.4%	8	7.8%	46	44.7%	10	9.7%	2	1.9%	19	18.4%	15	14.6%
	H28 40-64	54	32.5	1	1.9%	17	31.5%	2	3.7%	9	16.7%	6	11.1%	26	48.1%	1	1.9%	2	3.7%	14	25.9%	9	16.7%
	H28 65-74	49	53.3	1	2.0%	13	26.5%	0	0.0%	11	22.4%	2	4.1%	20	40.8%	9	18.4%	0	0.0%	5	10.2%	6	12.2%

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年度に比べ、特定健診受診率、特定保健指導率ともに向上しています。特定健診で受診勧奨値だった方のうち、医療機関を受診した割合も平成 25 年度に比べ向上しています。

また、H27 年度と H28 年度の継続受診者の割合は 82.1%と高いですが、同規模との受診率を比較すると本村は低い状況です。未受診者の中には 5 年以上の長期未受診があり、さらに医療にもかかっていないケースが重症化して高額療養になるという実態があるため、引き続き受診率向上には努めていく必要があります。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

【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	
								伊是名	同規模平均
H25年度	339	174	51.3%	86位	46	23	50.0%	55.2%	50.4%
H28年度	329	172	52.3%	162位	50	26	52.0%	64.7%	51.6%

## 2) 第 1 期に係る考察

医療費全体をみると、中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の割合は減少しているが、ターゲットとなる予防可能な疾患である虚血性心疾患においては増加がみられ、その中の基礎疾患をもつ人の割合が増加しています。特に高血圧は高い割合を占めています。

医療費を抑制するためには、ターゲットなる予防可能な疾患が重症化しないよう、中断者や未受診者を適切に医療につなぎ、継続治療できるようフォローしていくことが重要です。また、メタボリックシンドロームの割合を減少させるためにも、特定健診を継続的に受けてもらい、生活習慣病の予防に努めていくことが必須であります。

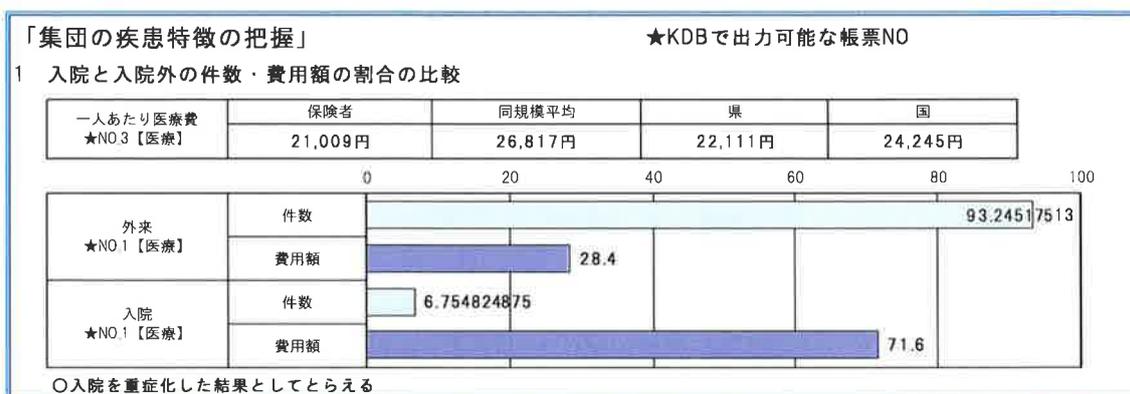
## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

本村の入院件数は6.8%で、費用額全体の71.6%を占め、入院は医療費を押し上げる要因となります。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と考えます。

【図表 13】



#### (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

平成28年度中に1件80万円以上となった高額レセプト20件のうち、予防可能なターゲットでは、虚血性心疾患2人(16.7%)いて、年代別で見ると50代60代が長期入院になっています。虚血性心疾患は医療費が高額になりやすく、また脳血管疾患も含め長期入院にもなりやすいため、予防はかかせません。

本村の国保では人工透析の患者数はいませんが、人工透析は1人あたりの年間医療費がおよそ500～600万円と高額であり、一度導入すると長期療養が避けられません。透析導入の背景に糖尿病性腎症が深く関わっているため、糖尿病の重症化予防が重要となっています。

生活習慣病の治療者数は135人になっています。そのうち高血圧症が68.1%と最も高く、次いで脂質異常症が43.7%、糖尿病が29.6%と高くなっています。脳血管疾患や虚血性心疾患をすでに発症している場合は、基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症をもつ割合が高くなっています。基礎疾患をしっかり治療コントロールすることで、心疾患を予防する必要があります。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	12人	0人 0.0%	2人 16.7%	5人 41.7%	6人 50.0%
		件数	20件	0件 0.0%	2件 10.0%	11件 55.0%	7件 35.0%
	年代別		40歳未満	0	0	0	0
			40代	0	0	6	2
			50代	0	1	0	1
			60代	0	1	4	4
	70-74歳	0	0	1	0		
費用額	2885万円	--	185万円 6.4%	1315万円 45.6%	1385万円 48.0%		

\* 母体医療費請求額 (主病) で計上  
\* 表別 (脳・心・がん・その他) の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	虚血性心疾患	脳血管疾患	精神疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	2人 20.0%	1人 10.0%	8人 80.0%
		件数	24件 24.0%	12件 12.0%	81件 81.0%
		費用額	885万円 21.3%	467万円 11.2%	3190万円 76.6%

\* 精神疾患については母体医療費請求額 (主病) で計上  
\* 脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出 (重複あり)

厚労省様式	対象レセプト	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	0人	0人	0人
		H28年度 累計	1件	0件 0.0%	0件 0.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	10万円	--	--

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	135人	12人 8.9%	31人 23.0%	0人 0.0%		
		の 基 礎 な 疾 り 患	高血圧	12人 100.0%	28人 90.3%	0人 --	
			糖尿病	5人 41.7%	11人 35.5%	0人 --	
			脂質異常症	8人 66.7%	21人 67.7%	0人 --	
			高血圧症	92人 68.1%	40人 29.6%	59人 43.7%	18人 13.3%
			糖尿病	40人 29.6%	59人 43.7%	18人 13.3%	
		脂質異常症	8人 6.7%	21人 15.5%	0人 0.0%		

○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)

図表 15 を見ると、本村の介護認定率は 9.9% で、そのうち介護度が高い要介護 3 ~ 5 が全体の 60.4% を占めています。原因疾患では虚血性心疾患が 59.3% と最も高く、次いで脳卒中が 41.9% となっています。

介護を受けている人の医療費は、受けていない人の医療費より 5,537 円高く、2 倍あまりの医療費がかかっています。青・壮年期の血管疾患を予防することは、将来にかかる医療費および介護費の負担軽減の面からも対策が重要であると考えられます。また、働き盛り世代の医療保険は国保ばかりとは限らないため、他の医療保険者とも生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況などの情報分析・課題共有を図る必要があります。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		
	被保険者数	570人		146人		308人		454人		1,024人	
認定者数	1人		10人		90人		100人		101人		
	認定率	0.18%		6.8%		29.2%		22.0%		9.9%	
新規認定者数(※1)	1人		4人		9人		13人		14人		
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	4	40.0%	9	10.0%	13	13.0%	13	12.9%
	要介護1・2	0	0.0%	2	20.0%	25	27.8%	27	27.0%	27	26.7%
	要介護3～5	1	100.0%	4	40.0%	56	62.2%	60	60.0%	61	60.4%

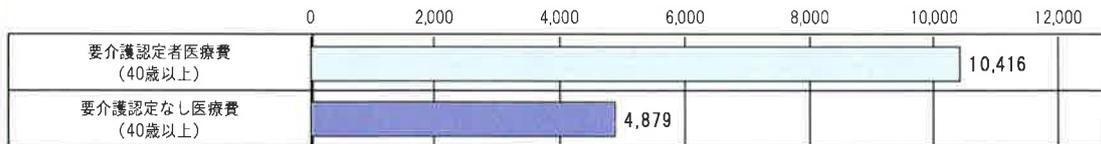
  

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	介護件数(全体)	1		10		90		100		101				
再) 国保・後期	1		3		82		85		86					
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病			
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	0	0.0%	脳卒中	0	0.0%	虚血性心疾患	51	62.2%	虚血性心疾患	51	59.3%
		2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	0	0.0%	脳卒中	36	43.9%	脳卒中	36	41.9%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	0.0%	腎不全	10	12.2%	腎不全	10	11.6%
	合併症	4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	5	6.1%	糖尿病合併症	5	5.8%
		基礎疾患 高血圧 糖尿病 脂質異常症		1	100.0%	1	33.3%	76	92.7%	77	90.6%	78	90.7%	
	血管疾患 合計		1	100.0%	1	33.3%	80	97.6%	81	95.3%	82	95.3%		
	認知症		0	0.0%	1	33.3%	30	36.6%	31	36.5%	31	36.0%		
	筋・骨格疾患		0	0.0%	1	33.3%	78	95.1%	79	92.9%	79	91.9%		

※1) 新規認定者についてはNO.49 要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上  
 ※2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

図表 16 の健診データのうち、有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、まず男性については、肥満の指標である BMI25 以上、腹囲基準値以上が県や全国と比べて高い状況です。内臓脂肪の蓄積により影響を受ける、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、血圧、LDL-C と多くの項目においても県や全国と比べても高い状況です。また、女性においても同様に BMI、腹囲、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、LDL-C が県や全国と比べて高い状況です。

また、年代別にみると男女ともに 40～64 歳のほうが BMI、腹囲、中性脂肪、LDL-C が高く、若い世代の有所見率が高い特徴がみられます。

図表 17 では特に男性が 44.7%と約半数がメタボリックで、40～64 歳の若い世代のほうがメタボです。女性は 65 歳以上にメタボが多く、男女とも血圧と脂質の所見が高い傾向がみられます。男性においては、早い段階からのメタボ対策が必要であると考えます。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見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)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	306		502		282		205		86		283		557		138		494		241		475		18		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
保険者	合計	65	63.1	78	75.1	50	48.5	24	23.3	5	4.9	59	57.3	79	76.7	33	32.1	67	65.0	33	32.0	53	51.5	1	1.0
	40-64	39	72.2	44	81.5	33	61.1	15	27.8	4	7.4	32	59.3	39	72.2	22	40.7	33	61.1	24	44.4	28	51.9	1	1.9
	65-74	26	53.1	34	69.4	17	34.7	9	18.4	1	2.0	27	55.1	40	81.6	11	22.4	34	69.4	9	18.4	25	51.0	0	0.0
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
全国	206		173		162		87		18		170		552		18		427		144		572		0.2		
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5	
保険者	合計	33	47.1	19	27.1	23	32.9	5	7.1	0	0.0	20	28.6	52	74.3	6	8.6	30	42.9	14	20.0	44	62.9	0	0.0
	40-64	14	37.8	10	27.0	11	29.7	2	5.4	0	0.0	6	16.2	28	75.7	1	2.7	11	29.7	5	13.5	27	73.0	0	0.0
	65-74	19	57.6	9	27.3	12	36.4	3	9.1	0	0.0	14	42.4	24	72.7	5	15.2	19	57.6	9	27.3	17	51.5	0	0.0

\*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8) ★NO.24 (概要) 【図表 17】

性別	健診受診者	腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		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		
男性	合計	103	39.9	2	1.9%	30	29.1%	2	1.9%	20	19.4%	8	7.8%	46	44.7%	10	9.7%	2	1.9%	19	18.4%	15	14.6%
	40-64	54	32.5	1	1.9%	17	31.5%	2	3.7%	9	16.7%	6	11.1%	26	48.1%	1	1.9%	2	3.7%	14	25.9%	9	16.7%
	65-74	49	53.3	1	2.0%	13	26.5%	0	0.0%	11	22.4%	2	4.1%	20	40.8%	9	18.4%	0	0.0%	5	10.2%	6	12.2%
女性	合計	70	45.8	3	4.3%	8	11.4%	0	0.0%	6	8.6%	2	2.9%	8	11.4%	2	2.9%	1	1.4%	2	2.9%	3	4.3%
	40-64	37	35.9	3	8.1%	4	10.8%	0	0.0%	3	8.1%	1	2.7%	3	8.1%	1	2.7%	1	2.7%	1	2.7%	0	0.0%
	65-74	33	66.0	0	0.0%	4	12.1%	0	0.0%	3	9.1%	1	3.0%	5	15.2%	1	3.0%	0	0.0%	1	3.0%	3	9.1%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

図表 18 をみると、継続受診者の血糖コントロールは難しく、治療中であってもコントロール不良の状態が多く、重症化になりやすい疾患です。薬物療法だけでなく、食事療法や運動療法が大切なため、

医療機関へ受診していてもなかなか解決しない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があります。これらは、薬物療法だけでは数値の改善が難しく、肥満改善のため食事療法を併用して治療を行うことが必要な疾患であり、栄養指導等の保健指導が必須です。

血圧や LDL-C においては、治療中より治療なしが、さらに新規の受診勧奨レベルが多いことが分かるため、早期に受診勧奨していき、継続受診率の向上にも努めることが重要です。内服薬で治療すれば、血圧と LDL-C は改善することができるため、きちんと

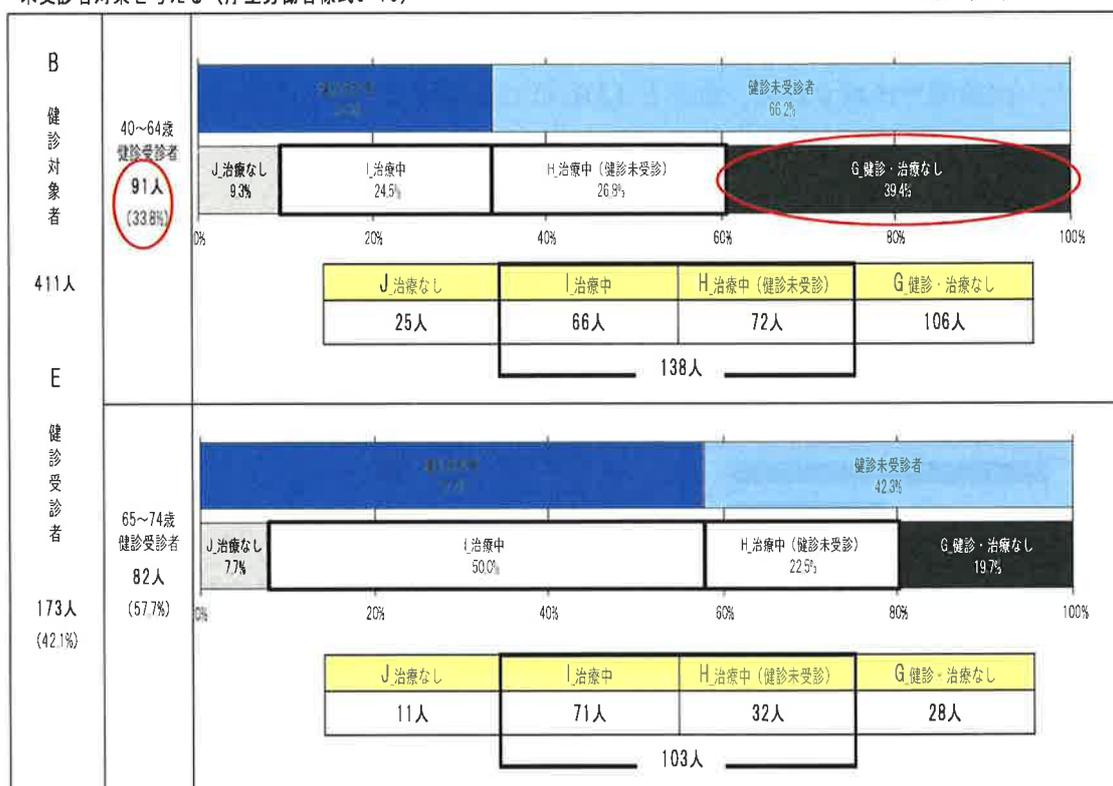
【図表 18】



#### 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すが、健診も受けていない「G」をみると、年齢が若い40～64歳の割合が39.4%（106人）と高い状況です。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す。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金をみると、健診未受診者の生活習慣病治療費にかかっているお金は、健診受診者の4.5倍かかっています。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分かります。

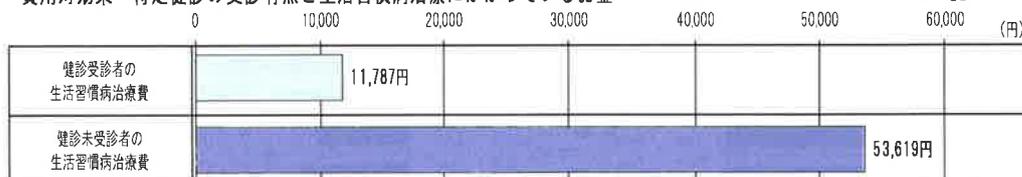
6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10) ★NO.26 (CSV) 【図表 19】



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

#### 7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3⑥



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、虚血性心疾患を減少させ、脳血管疾患、糖尿病性腎症のコントロールを良好にしていくことを目標にする。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。

本村の医療のかかり方は、普段は医療にかからず、重症化して入院する実態があり、重症化予防、医療費の適正化のためには、未受診者や中断者を適切に医療に繋げていくことが重要です。

##### ②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

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

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

#### 2. 目標の設定

【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	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導実施率	55%	57%	59%	61%	63%	65%

### 3. 対象者の見込み

#### 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	330人	340人	335人	330人	335人	340人
	受診者数	182人	190人	191人	191人	198人	204人
特定保健指導	対象者数	53人	55人	53人	52人	50人	51人
	受診者数	29人	31人	31人	32人	32人	33人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

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

- ① 集団健診(伊是名村保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関、県立北部病院附属伊是名診療所)

## (2)特定健診委託基準

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

## (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県国保連合会のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://kokuhoren.or.jp/>

## (4)特定健診実施項目

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

## (5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

## (6)医療機関との適切な連携

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

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

## (7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、沖縄県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

## (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表22】

### 保険者年間実施スケジュール

保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月	
伊是名村	389	4月1日	受診券有効期限											3月31日
		案内通知	集団健診	結果説明会	個別健診の案内									

※受診券の有効期限は平成29年4月1日から平成30年3月31日までです

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施でおこなう。

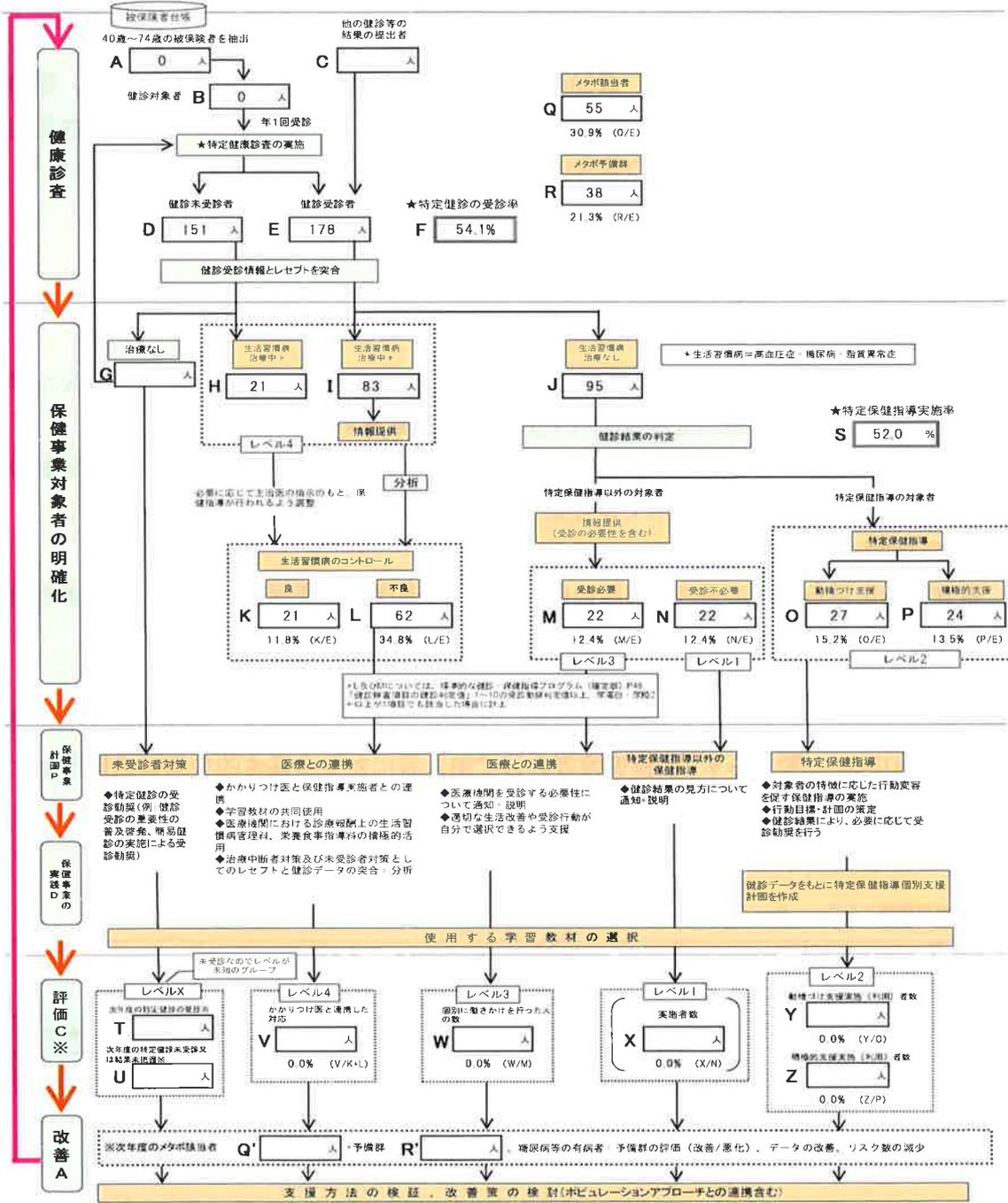
### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「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】

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

様式6-10



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

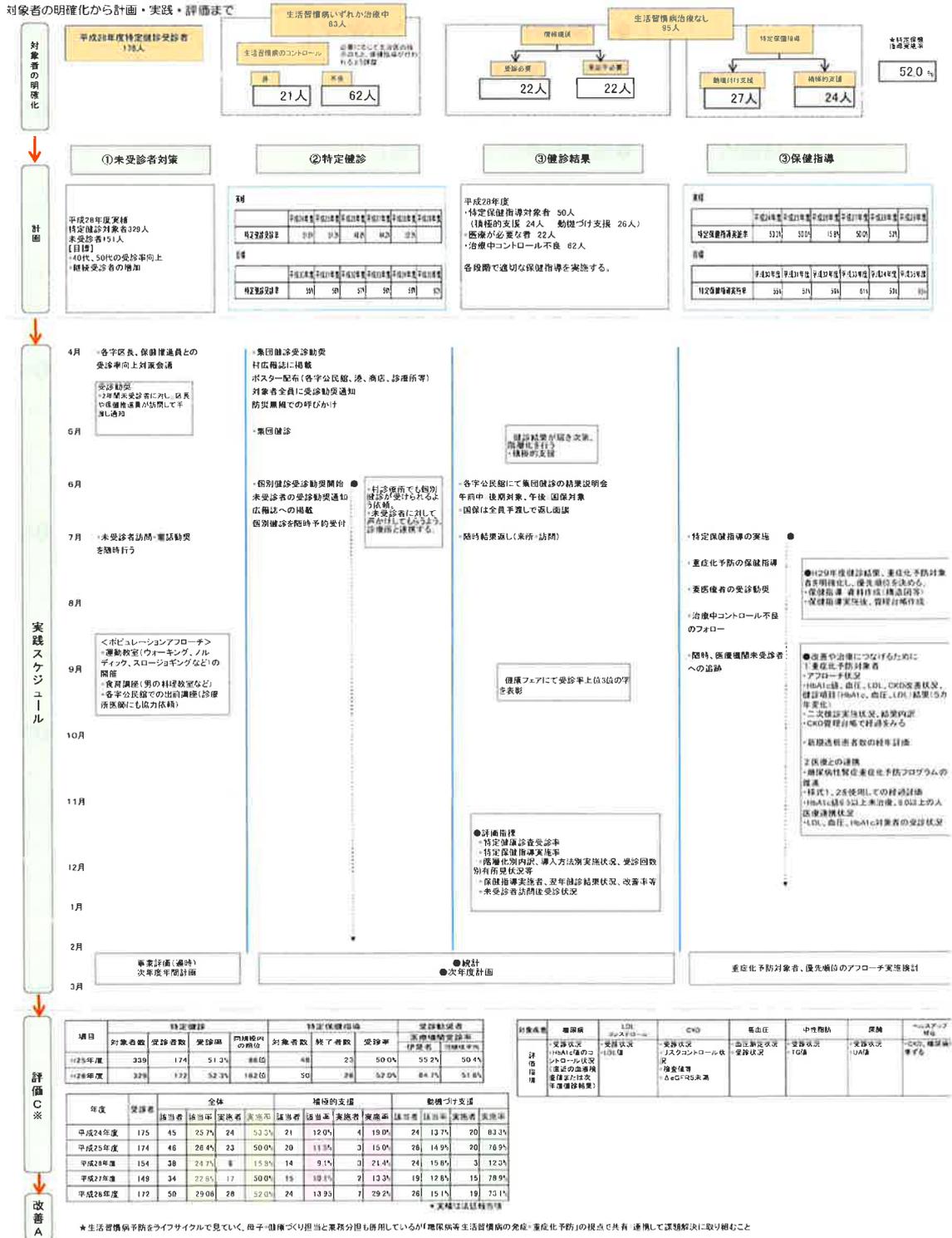
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	51人 (28.7)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	22人 (12.4)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	151人 ※受診率目標 達成までに あと36人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	22人 (12.4)	90%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	83人 (46.6)	60%

### (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】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成30年度）



## 16. 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伊是名村個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

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

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

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

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

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

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

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

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

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

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

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

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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。伊是名村においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

## ② 基準に基づく該当者数の把握

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

伊是名村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 12 人(42.9%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 35 人中のうち、特定健診受診者が 16 人(52.8%・G)であったが、2 人(12.5%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 17 人(48.6%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 4 人中 1 人は治療中断であることが分かった。また、3 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 より伊是名村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)・・・12 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・3 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### 優先順位2

#### 【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・3 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位3

#### 【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・3 人

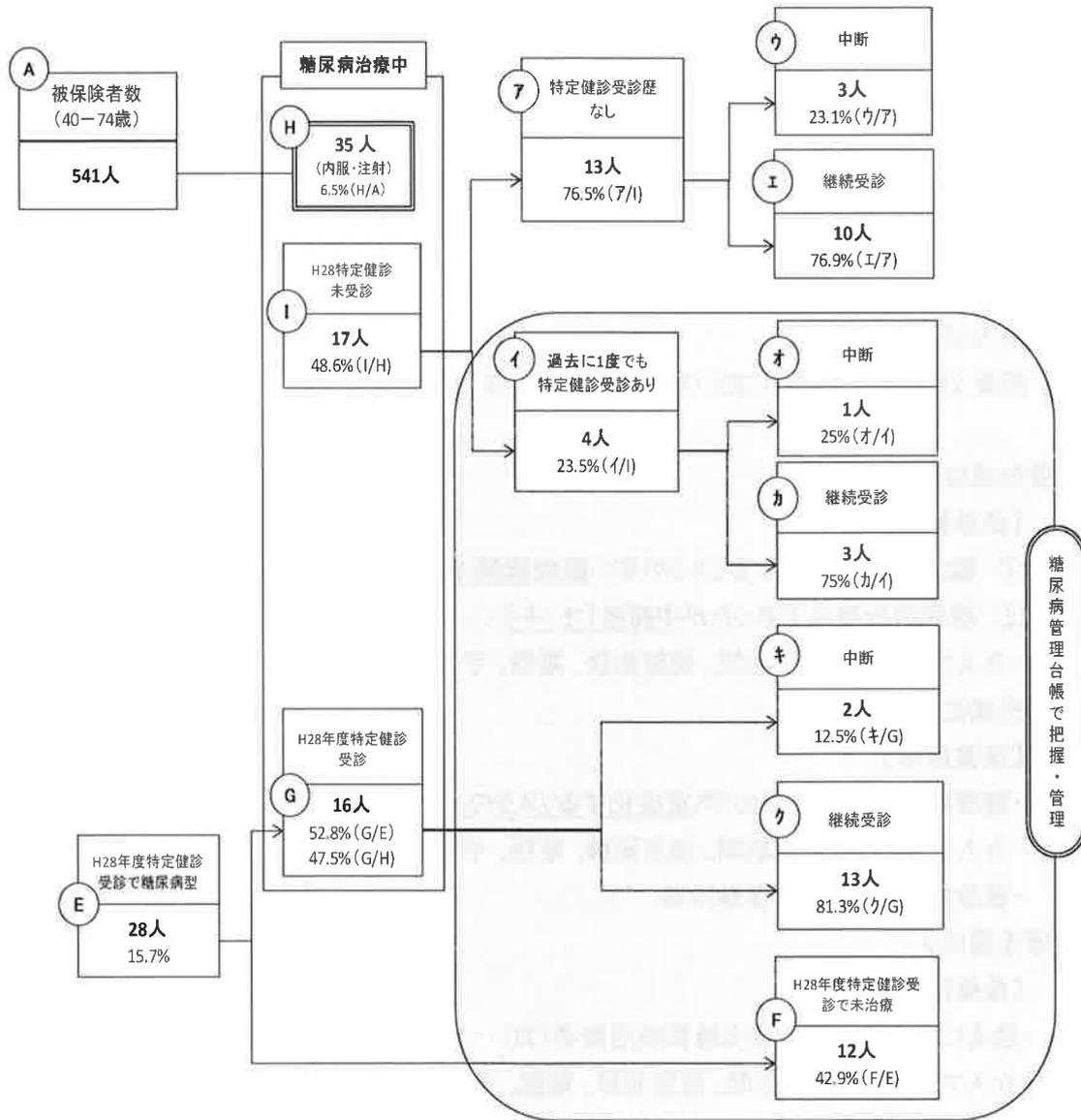
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・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か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

## 【糖尿病台帳作成手順】

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

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の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)……X 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……Y 人

## 4) 保健指導の実施

### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は?</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</li> </ol> <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそもやめ～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>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～</li> </ol> <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリクス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <p style="text-align: right;">6.0%未満</p>	<p>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう?</p> <p>10. 糖尿病のタイプ</p> <p>11. インスリンの仕事</p> <p>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</p> <p>13. 私はどのパターン?(抵抗性)</p> <p>14. なぜ体重を減らすのか</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>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?</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは?</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用</p> <p>□ 食の資料 … 別資料</p>
<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・腎機能の評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

## (2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

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

### (2) 治療中の者への対応

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

## 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。

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

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

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

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

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

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。伊是名村において健診受診者178人のうち心電図検査実施者は14人(7.5%)であり、そのうちST所見があったのは0人であった(図表30)。ST所見が出現した場合は、図表31で把握していくこととする。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの220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。

伊是名村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。また、虚血性心疾患の医療費の割合が増加していたことから、健診受診者全数に心電図検査の実施が望まれる。

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	178	100	14	7.5	0	0.0	3	21.4	11

【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)(%)

② 心電図以外からの把握

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

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

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	
	186	0 0.0	3 21.4	11 78.6	0 0.0
メタボ該当者	60 32.3%	0 0.0%	3 100.0%	9 15.0%	
メタボ予備群	38 20.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.8%	
メタボなし	88 47.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.8%	
LDL	140-159	13 14.8%	0 0.0%	0 0.0%	0
	160-179	6 6.8%	0 0.0%	0 0.0%	0
	180-	5 5.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%

【参考】

Non-HDL	190				
	170-189				

CKD	G3a1~	35	0	0	1
		18.8%	0.0%	0.0%	28.6%

### 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。

【図表 33】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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

#### (2) 二次健診の実施

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

### (3) 対象者の管理

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

### 4) 医療との連携

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

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

### 6) 評価

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

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

#### (1) 短期的評価

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

### 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】

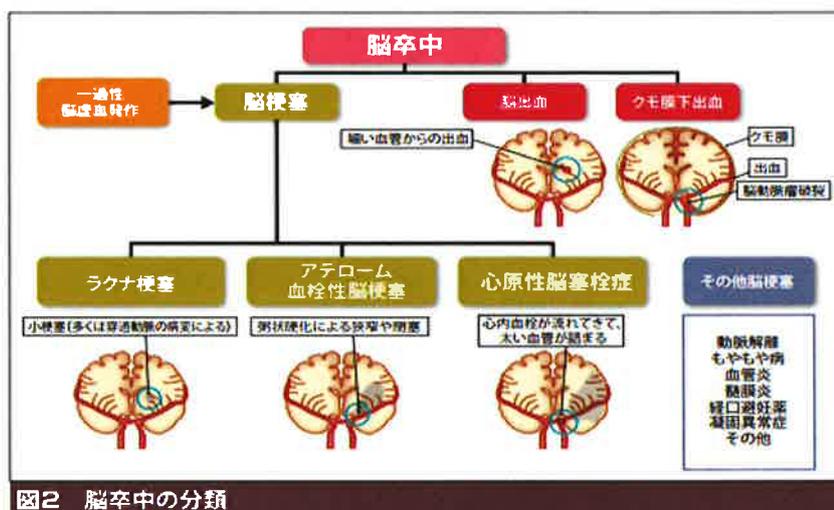


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○		○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○
	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	心房細動	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CKD)		
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		19人 10.7%	27人 15.2%	13人 7.3%	0人 0.0%	55人 30.9%	12人 6.7%	4人 2.2%	
治療なし		10人 9.2%	15人 9.4%	13人 8.4%	0人 0.0%	16人 16.8%	4人 4.3%	2人 2.1%	
治療あり		9人 13.0%	12人 66.7%	0人 0.0%	0人 0.0%	39人 47.0%	8人 9.8%	2人 2.4%	
臓器障害あり		4人 40.0%	2人 13.3%	2人 15.4%	0人 --	0人 0.0%	4人 100%	2人 100%	
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	4人	2人	2人	0人	0人	4人	2人	
	尿蛋白(2+)以上	3人	2人	2人	0人	0人	4人	1人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1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	1人	1人	0人	0人	1人	2人	
	心電図所見あり	0人	0人	0人	0人	0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19人(10.9%)であり、10人は未治療者であった。また未治療者のうち4人(40%)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9人(13%)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

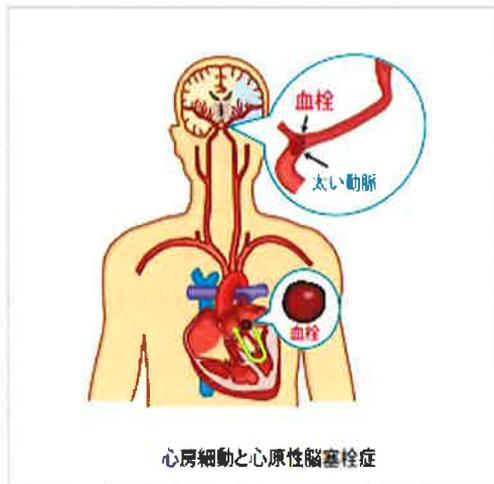
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	全適 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	なごらば 降圧薬治療
109		27 24.8%	29 26.6%	21 19.3%	22 20.2%	6 5.5%	4 3.7%	1 0.9%	10 9.2%	21 19.3%
リスク第1層		4 5.5%	0 0.0%	1 4.8%	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 100%	0 0.0%	0 0.0%
リスク第2層		15 45.0%	15 55.6%	7 33.3%	10 45.5%	2 33.3%	0 0.0%	---	10 100.0%	2 2.5%
リスク第3層		8 49.5%	14 29.6%	13 48.3%	11 50.0%	4 88.7%	4 100.0%	---	---	19 50.0%
再掲 重複あり	糖尿病	12 22.2%	2 25.0%	4 28.6%	3 23.1%	1 4.1%	1 35.0%	1 25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	25 46.3%	3 37.5%	7 50.0%	6 37.1%	3 60.0%	2 100.0%			
	3個以上の危険因子	33 61.1%	5 62.5%	9 64.3%	8 61.5%	7 63.6%	3 75.0%	1 25.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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



心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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

【図表 38】

## 特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	11	3	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	1	0	0		0		0.2	0.04
50歳代	3	0	0		0		0.8	0.1
60歳代	6	3	0		0		1.9	0.4
70～74歳	1	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

【図表 39】

## 心房細動有所見者の治療の有無

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

心電図検査において心房細動の所見はいなかったが、特に 60 歳代においては有所見率が高いことが分かります。心房細動は脳梗塞高のリスクであるため、伊是名村で有所見者が出現した場合は、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

## 3) 保健指導の実施

## (1) 受診勧奨及び保健指導

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

## (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血

管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

### (3) 対象者の管理

#### 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)

#### ③ 心房細動の管理台帳

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

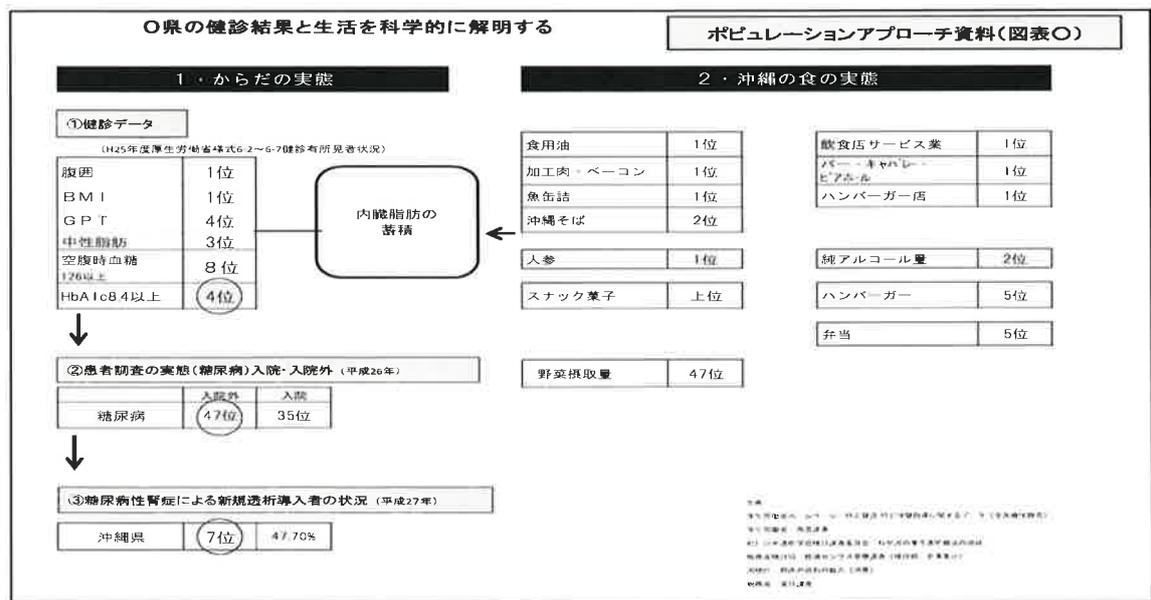
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

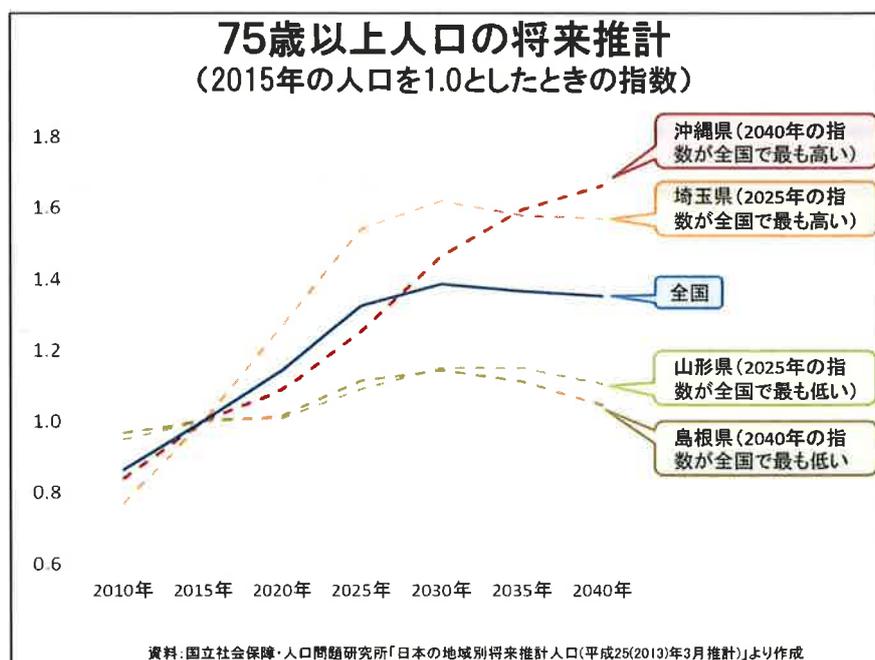
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

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

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

【図表42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、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うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	現状値の把握方法	
特定 計画 健康 計画	・がん検診の受診率が低い。 ・がんの医療費が増加している。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	52.3%		55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	52.0%		55.0%	57.0%	59.0%	61.0%	63.0%	65.0%		
データヘルス計画	・高血糖者の割合が高い。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が増加している。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率25%	+6.25%		15.0%	17.0%	19.0%	21.0%	23.0%	25.0%	KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	0.03%		0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%		0.1%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.89%		2.9%	2.8%	2.7%	2.9%	2.8%	2.7%		2.9%
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.07%		0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%		0.1%
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	31.0%		30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%		
			健診受診者の高血圧の割合減少(160/100以上)	5.5%		5.4%	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%	5.0%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.0%		9.0%	8.9%	8.8%	8.7%	8.6%	8.5%		
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	6.3%		6.3%	6.2%	6.0%	5.9%	5.8%	5.7%		
			糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合90%	6.7%		40.0%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	90.0%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合90%以上	83.3%		85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%		
短期		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 20%以上	13.6%		14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	20.0%	伊是名村健康増進計画	
			肺がん検診 30%以上	23.5%		24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	30.0%		
			大腸がん検診 25%以上	18.3%		19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	25.0%		
			子宮頸がん検診 25%以上	17.3%		18.0%	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	25.0%		
			乳がん検診 25%以上			20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%		
短期		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合20%以上	0.0%	0.0%	2.0%	5.0%	8.0%	12.0%	16.0%	20.0%	伊是名村住民福祉課	
			後発医薬品の使用割合〇%以上										

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

【図表 43】

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

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

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた伊是名村の位置

項目		H25		H28		H28						データ元 (CSV)		
		保険者		保険者		同規模平均		県		国				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	1,574		1,574		712,964		1,373,576		124,852,975		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	454	28.8	454	28.8	250,396	35.1	239,486	17.4	29,020,765	23.2		
		75歳以上	308	19.6	308	19.6			119,934	8.7	13,989,864	11.2		
		65～74歳	146	9.3	146	9.3			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
		40～64歳	570	36.2	570	36.2			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下	550	34.9	550	34.9			685,883	49.9	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	26.0		26.0		22.7		5.4		4.2		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		第2次産業	21.2		21.2		21.7		15.4		25.2			
		第3次産業	52.8		52.8		55.6		79.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.6		79.6		79.4		79.4		79.6		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		女性	86.7		86.7		86.5		87.0		86.4			
	④ 健康寿命	男性	64.5		64.7		65.1		64.5		65.2		地域全体像の把握	
		女性	66.1		66.3		66.7		66.5		66.8			
	2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	101.7		105.5		102.6		97.8		100	
女性				78.7		97.8		98.2		87.5		100		
死因			がん	3	37.5	2	25.0	2,874	44.3	2,965	48.0	367,905	49.6	
			心臓病	0	0.0	3	37.5	1,917	29.6	1,600	25.9	196,768	26.5	
			脳疾患	4	50.0	2	25.0	1,158	17.9	893	14.5	114,122	15.4	
			糖尿病	0	0.0	0	0.0	115	1.8	187	3.0	13,658	1.8	
			腎不全	1	12.5	1	12.5	231	3.6	243	3.9	24,763	3.3	
			自殺	0	0.0	0	0.0	187	2.9	287	4.6	24,294	3.3	
② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)		合計	4	18.2	2	8.3							厚労省+P 人口動態調査	
		男性	3	21.4	1	9.1								
3		① 介護保険	1号認定者数（認定率）	130	28.2	100	22.5	49,966	20.0	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	3	0.4	1	0.3	781	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者	5	1.0	1	0.1	856	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
		② 有病状況	糖尿病	27	17.1	10	14.5	10,599	20.4	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
	高血圧症		84	56.5	59	57.2	28,380	55.1	27,224	47.1	3,101,200	50.9		
	脂質異常症		38	20.3	26	24.2	14,058	27.1	14,881	25.6	1,741,866	28.4		
	心臓病		89	59.2	61	59.1	31,946	62.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0		
	脳疾患		23	16.4	19	16.8	13,362	26.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5		
	がん		3	1.2	1	1.1	4,857	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3		
	筋・骨格		88	58.9	57	56.0	28,320	55.1	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
	精神	25	15.1	25	22.5	19,128	37.0	19,275	33.0	2,154,214	35.2			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	93,694		119,391		73,752		71,386		58,284			
		居宅サービス	39,555		52,852		39,649		52,569		39,662			
		施設サービス	289,707		283,665		273,932		282,196		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	11,148		10,416		8,522		9,703		7,980			
		認定なし	3,928		4,879		4,224		4,397		3,816			

4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数42	入院	糖尿病	539,158	31位 (21)	460,955	39位 (24)					KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	556,813	32位 (22)	545,193	35位 (23)								
				脂質異常症	480,757	37位 (21)	450,506	37位 (25)								
				脳血管疾患	553,555	36位 (24)	689,573	14位 (27)								
				心疾患	398,052	39位 (25)	547,603	38位 (22)								
				腎不全	681,123	30位 (17)	693,610	29位 (16)								
				精神	369,576	39位 (27)	402,741	41位 (29)								
				悪性新生物	914,430	2位 (22)	635,649	30位 (23)								
				糖尿病	23,530	39位	21,132	40位								
				高血圧	15,902	40位	14,615	41位								
				脂質異常症	19,944	39位	16,296	41位								
				脳血管疾患	30,565	34位	18,724	42位								
				心疾患	19,069	40位	16,171	42位								
				腎不全	116,310	34位	40,994	38位								
精神	17,477	39位	17,987	39位												
悪性新生物	29,266	40位	48,531	34位												
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,854		2,782		3,151		1,919		2,346	KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
			健診未受診者	5,800		12,653		12,337		10,954		12,339				
			生活習慣病対象者 一人当たり	9,233		11,787		8,737		6,836		6,742				
			健診未受診者	18,759		53,619		34,206		39,024		35,459				
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	106	609	118	682	37,189	569	54,166	553	4,427,360	561	KDB NO.1 地域全体の把握			
		医療機関受診率	96	55.2	112	64.7	33,746	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	10	5.7	6	3.5	3,443	5.3	4,230	4.4	357,742	4.5				
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数42	メタボ	健診受診者	174		173		65,384		96,836		7,898,427	KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB NO.1 地域全体の把握			
			受診率	51.5	県内11位 同率県96位	42.1	県内20位 同率県162位	46.4	37.5	全国25位	36.4					
			特定保健指導終了者(実施率)	22	47.8	27	54.0	3804	45.4	7,845	50.6	198,683		21.1		
			非肥満高血圧	15	8.6	11	6.4	6,352	9.7	6,227	6.4	737,886		9.3		
			メタボ	該当者	47	27.0	54	31.2	12,200	18.7	21,916	22.6		1,365,855	17.3	
					男性	38	36.5	46	44.7	8,464	27.7	15,055		32.9	940,335	27.5
					女性	9	12.9	8	11.4	3,736	10.7	6,861		13.4	425,520	9.5
					予備群	39	22.4	38	22.0	7,622	11.7	14,505		15.0	847,733	10.7
					男性	32	30.8	30	29.1	5,264	17.2	9,655		21.1	588,308	17.2
					女性	7	10.0	8	11.4	2,358	6.8	4,850		9.5	259,425	5.8
			BMI	総数	99	56.9	97	56.1	22,315	34.1	41,588	42.9		2,490,581	31.5	
					男性	78	75.0	78	75.7	15,455	50.5	27,902		60.9	1,714,251	50.2
					女性	21	30.0	19	27.1	6,860	19.7	13,686		26.8	776,330	17.3
					総数	20	11.5	16	9.2	4,378	6.7	6,193		6.4	372,685	4.7
					男性	4	3.8	1	1.0	814	2.7	901		2.0	59,615	1.7
					女性	16	22.9	15	21.4	3,564	10.2	5,292		10.4	313,070	7.0
			レベ ル	血糖のみ	5	2.9	2	1.2	530	0.8	913	0.9		52,296	0.7	
					血圧のみ	24	13.8	26	15.0	5,287	8.1	10,137		10.5	587,214	7.4
					脂質のみ	10	5.7	10	5.8	1,805	2.8	3,455		3.6	208,214	2.6
血糖・血圧	10	5.7			12	6.9	2,183	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7				
血糖・脂質	1	0.6			3	1.7	681	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9				
血圧・脂質	21	12.1			21	12.1	5,537	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4				
血糖・血圧・脂質	15	8.6			18	10.4	3,799	5.8	6,804	7.0	415,310	5.3				
服薬	高血圧	75			43.1	68	39.3	23,752	36.3	35,736	36.9	2,650,293	33.6			
		糖尿病			18	10.3	17	9.8	5,883	9.0	8,886	9.2	589,711	7.5		
		脂質異常症			26	14.9	24	13.9	14,929	22.8	19,747	20.4	1,861,221	23.6		
		脳卒中(脳卒中 脳梗塞等)			4	2.3	5	2.9	1,997	3.2	2,781	3.2	246,252	3.3		
		心臓病(狭心症 心筋梗塞等)			3	1.8	8	4.7	3,427	5.5	3,985	4.5	417,378	5.5		
		腎不全			1	0.6	0	0.0	373	0.6	477	0.5	39,184	0.5		
		貧血	0	0.0	1	7.7	5,122	8.4	5,051	6.2	761,573	10.2				
		生活習慣の 状況	喫煙	47	27.0	45	26.0	10,886	16.7	14,476	14.9	1,122,649	14.2			
				週3回以上朝食を抜く	3	37.5	4	30.8	4,442	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7		
				週3回以上食後間食	1	12.5	3	23.1	7,977	13.9	9,397	16.7	803,966	11.9		
				週3回以上就寝前夕食	1	12.5	4	30.8	9,245	16.1	13,503	23.9	1,054,516	15.5		
				食べる速度が速い	5	62.5	8	61.5	16,109	28.0	17,001	31.4	1,755,597	26.0		
				20歳時体重から10kg以上増加	5	62.5	7	53.8	19,703	34.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1		
1回30分以上運動習慣なし	8			100.0	9	69.2	39,568	67.9	32,954	57.5	4,026,105	58.8				
1日1時間以上運動なし	5			62.5	6	46.2	28,954	50.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0				
睡眠不足	3			37.5	8	61.5	13,994	24.2	16,386	30.1	1,698,104	25.1				
毎日飲酒	1			11.1	2	16.7	16,174	26.7	14,259	22.1	1,886,293	25.6				
時々飲酒	2			22.2	4	33.3	13,654	22.6	18,519	28.7	1,628,466	22.1				
一日 飲酒 量	1合未満			2	50.0	1	16.7	23,418	57.0	22,185	50.1	3,333,836	64.0			
				1~2合	1	25.0	1	16.7	11,323	27.6	12,695	28.7	1,245,341	23.9		
		2~3合	1	25.0	0	0.0	4,591	11.2	5,994	13.5	486,491	9.3				
		3合以上	0	0.0	4	66.7	1,750	4.3	3,385	7.6	142,733	2.7				



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳										【対象者抽出基準】					備考	
(HbA1c6.5以上)										過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者					※糖尿病服薬は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え	
番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度末年齢	項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考	
5		H24	16543	0	5161		男	60	糖	服薬	○	○	○	○		
									HbA1c	7.4	7.5	7.7	7.6	8.9		
									重症度分類	G1A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1		
									CKD	GFR	90.3	89.8	81.7	84.9	78.6	
									尿蛋白	-	-	-	-	-		
6		H24	16241	0	5137		男	61	糖	服薬	○	○	○	○		
									HbA1c	7	6.8	7.5	7.2	7.5		
									重症度分類	G2A1	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1		
									CKD	GFR	89.8	93.8	93.3	94.4	98.8	
									尿蛋白	-	-	-	-	-		
7		H24	26662	0	5174		男	61	糖	服薬	○	○	○	○		
									HbA1c	8	8.7	7.6	7.7			
									重症度分類	G2A2	G2A2	G2A2	G2A2			
									CKD	GFR	89.8	77.2	81.3	85.8		
									尿蛋白	+	+	+	+			
8		H24	20711	0	2108		男	62	糖	服薬						
									HbA1c	6.6	6.6		6.7	6.8		
									重症度分類	G2A1	G2A1		G2A1	G2A1		
									CKD	GFR	67.9	66.2		72.2	66.6	
									尿蛋白	-	±		±	-		

糖尿病管理台帳からの年度計画(H27年度)

【参考資料 4】

考え方	ポイント	地区担当が実施すること	専門職や他への紹介
<p>①糖尿病管理台帳作成</p> <p>年1回 健診データを入れ込む</p> <p>ポイントごとに整理してから</p> <p>台帳に載っている人全てに関わる</p> <p>②台帳に年間を通じて情報を入れ込む</p> <p>地区担当が必要になる(保健師活動指針)</p> <p>・継続的に訪問するためには地区担当制が必要になる</p> <p>・地区担当が変わっても継続して関わる</p> <p><b>糖尿病の問題性</b> (図1にあるように) ・心・脳ですでに起こっているケースもある ・腎でも起こる</p> <p>治療してもコントロールが悪い</p> <p>★糖尿病の治療とは何か</p>	<p>糖尿病台帳の全体数 (29)名</p> <p>①健診未受診者 (15)名</p> <p>②未治療者 (14)名</p> <p>③HbA1cが悪化している (24)名</p> <p>④尿蛋白 (-) (21)名 (±) (11)名 (+) (8)名</p> <p>⑤eGFR 値の変化 1年で25%以上低下 (0)名 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (15)名</p> <p>⑥①にも関係するが記入すべき内容 ——備考欄に ①死亡、その原因 ②脳・心疾患 —手術 ③透折 ④癌 など</p>	<p>確認すること</p> <p>①レセプトで治療しているかどうか</p> <p>②地の保険者に行っているかどうか</p> <p>レセプトを確認 訪問・面接か —保健指導</p> <p>他のリスク(血圧・メタボなど)</p> <p>尿アルブミン検査 —腎症予防のための保健指導 の情報を入れ込む</p> <p>慢性腎症</p>	<p>後期高齢者 — 被保険者台帳 社保へ</p> <p>経年表でみていく</p> <p>尿アルブミン検査の継続</p> <p>栄養士中心 ↓ 各種専門職 ↑ 腎専門医</p>





【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし  <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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		
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~			
	□BMI	~24.9	25~			
	□中性脂肪	空腹	~149	150~299	300~	
		食後	~199	200~		
	□nonHDL-C	~149	150~169	170~		
	□AST	~30	31~50	51~		
	□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~		
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~		
□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~		
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□CKD重症度分類		G3aA1~				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



平成30年度に向けての全体評価

表 1

課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>○特定健診指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病発症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる</li> <li>○医療費の伸びを抑える</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診 -保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続受診対策中であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診、生活習慣病未治療者に対して受診勧奨訪問を行った。 -未受診の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会で、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。</li> <li>↓</li> <li>-受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みではなかった。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に行うために、医療機関との協力などをすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。</li> <li>-35歳健診の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み等ポピュレーションアプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価もきめて検討していく必要がある。ポピュレーション対象者を住民にするだけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○重症化予防対象者として、今までは未治療者を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診後できるだけ早期に介入していくようにした。 -対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数回にわたる条件等で、台帳作成してきた。 -保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に任されていたり、共通認識十分図れない現状がある。</li> <li>↓</li> <li>-対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の悪化等から優先順位をみていく必要がある。そのために、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。</li> <li>-保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながると思う。</li> <li>-重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。</li> <li>-若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防の必要な人がいる。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについて(健診結果の悪い状態まま、悪化して国保へ加入してくる? 働きながらから等...)。医療費抑制等考えたり、市民というのを考えると...の対策は必要、他保険者であっても、健診結果を待参し、保健指導を希望される方には実施していく。</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況</li> <li>○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況</li> <li>○個々の医療機関アプローチ後受診者数等</li> <li>○行ったポピュレーション毎の結果(例えば地区毎の受診率等)</li> <li>○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健指導実施者の翌年の健診結果状況</li> <li>○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況</li> <li>○経年評価(評価項目毎)集団、個別両方の健診結果の状況(各対象者毎の高値割合減少状況)</li> <li>○重症化予防対象者数(3疾患治療なしの者)</li> <li>○重症化予防評価実施(別紙1)</li> </ul>	<p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健活動に際して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>○地区担当制の活用。地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。</li> <li>○事業実施率ばらばらにならないように、成人3担当で話し合いをし、共通認識を図っていく。</li> </ul>
<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い</li> <li>◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討(地区ごとの活用等)</li> <li>◆医療機関の協力による取り組み</li> <li>○早期介入保健指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。</li> <li>◆対象者、方法等の検討</li> <li>◆地区台帳の検討</li> <li>◆訪問、事業の目標、評価等検討</li> <li>◆教材(特定保健指導、健康づくり担当がかれており、はらはらになってしまう。</li> <li>◆評価指標の検討</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、なっていないのが現状。</li> <li>◆試験的業務の中で、個々の連携等について実施を通じて、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD連携様式使用状況</li> <li>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況)</li> <li>○試験的業務の実施状況</li> <li>○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○対象者の検討。(歳年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等)</li> <li>○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> <li>○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> </ul>	
<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、なっていないのが現状。</li> <li>◆試験的業務の中で、個々の連携等について実施を通じて、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。</li> <li>◆対象者、方法等の検討</li> <li>◆地区台帳の検討</li> <li>◆訪問、事業の目標、評価等検討</li> <li>◆教材(特定保健指導、健康づくり担当がかれており、はらはらになってしまう。</li> <li>◆評価指標の検討</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、なっていないのが現状。</li> <li>◆試験的業務の中で、個々の連携等について実施を通じて、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD連携様式使用状況</li> <li>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況)</li> <li>○試験的業務の実施状況</li> <li>○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○対象者の検討。(歳年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等)</li> <li>○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> <li>○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> </ul>	
<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、なっていないのが現状。</li> <li>◆試験的業務の中で、個々の連携等について実施を通じて、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。</li> <li>◆対象者、方法等の検討</li> <li>◆地区台帳の検討</li> <li>◆訪問、事業の目標、評価等検討</li> <li>◆教材(特定保健指導、健康づくり担当がかれており、はらはらになってしまう。</li> <li>◆評価指標の検討</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、なっていないのが現状。</li> <li>◆試験的業務の中で、個々の連携等について実施を通じて、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD連携様式使用状況</li> <li>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況)</li> <li>○試験的業務の実施状況</li> <li>○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○対象者の検討。(歳年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等)</li> <li>○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> <li>○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> </ul>	

【参考資料 10】

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

表 2

平成29年度 課題	評価(良くなったところ)				
	①平成29年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p><b>目 標</b></p> <p>○特定健診受診率 ▶29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 ▶29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成28年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。</p>	<p><b>全 体</b></p> <p>○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>○成人9担当にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○年度当初、前年度の課題を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>○成人9担当にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。</p>	<p><b>③アウトカム (結果)</b></p> <p>●●未受診者対策●●</p> <p>○特定健診受診率向上のために、既存事業を活用し、治療中で健康診査未受診者への受診をすすめてもらうために、医療機関説明会にて協力依頼を行った。こちらの既前依頼、ホスター指示の協力はしてもらっていたが、医療機関より、少しでも声かけを行っていたが、継続していく。来年度から健診の変更等もあるので、より機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、協力を得ていく必要がある。</p> <p>○40、65、67歳で全くの健診未受診で、生活習慣病での未治療者に対して、受診勧奨訪問を行った。職場等で健診を受診している方もおられるので、その方達の健診結果を有効活用していかねばいけない。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのように保健指導していくと効果があるか検討が必要。</p> <p>○糖尿病管理台帳台帳から見えてきた重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。</p> <p>○前年度35歳健康診査の受診者へ事後フォローとして、簡易ではあるが健康チェックができる「20・30歳代の健康チェック」の案内通知を行い、参加状況にて評価実施する。参加者は少なかった。受診者の中には、特定健診の項目でも簡易だったとの感想もあり、今回の健康チェック内容では、魅力がなかったのかもかもしれない。継続した健康チェックの必要性等どう伝えていく等課題がある。</p> <p>○39歳健診と対象者を変更した。申し込み率は年齢毎変更してもあまり変わらない。若年層への健診の必要性等どう伝えていくか等課題がある。</p>	<p><b>④ストラクチャー (構造)</b></p>	<p><b>⑤残っている課題</b></p>
<p><b>全 体</b></p> <p>●保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。</p> <p>●成人9担当で評価、計画等共通認識を図る。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に増やし実施。</li> <li>●糖尿病管理台帳を活用し、3年間未健診・未治療者への受診勧奨訪問。</li> <li>●医療機関への働きかけとして             <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)がん検診医療機関説明会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。</li> <li>(2)医療機関(9カ所)へ個別に訪問し、重症化予防、特定健康診査の受診勧奨の協力依頼を実施。</li> </ul> </li> <li>●早期介入健診の対象年齢を39歳に変更。</li> </ul> <p>●未受診者訪問の対象者年齢を検討し、いかに受診してもらうようにしていくかが今後の課題。受診勧奨訪問を行うことで若干の受診率向上とはつながっている。</p> <p>●糖尿病管理台帳の活用を活用し、継続受診、治療となるように関わっていく。</p> <p>●医療機関への個別訪問を実施し、少しずつだが、診の見えぬ関係づくりができるよう取り組みはじめた。今後とも継続し、医療機関効果も増加していきたいながら実施していくことが重要である。</p> <p>●39歳健診については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●未受診者訪問             <ul style="list-style-type: none"> <li>▶前々年度保健指導実施者で前年度未受診者へ訪問。</li> <li>▶40、65、67歳未受診・未治療・受診勧奨訪問を実施。</li> <li>▶糖尿病管理台帳の3年間未受診・未治療者へ訪問。</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>③アウトカム (結果)</b></p> <p>●●重症化予防対策●●</p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わることができる。今年度は、3年間未健診・未受診者訪問を実施していくことからはじめた。今後、地区毎での課題も異なってくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要になってくる。</p> <p>○医療連携の一步として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じたの連携をすすめていくように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関に情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介するなどの場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師からの質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことばかり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p> <p>○今年度からの重症化予防の保健指導後評価も作成したので、これから実施していく。</p>	<p><b>④ストラクチャー (構造)</b></p>	<p><b>⑤残っている課題</b></p>
<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○保健指導の内容、優先順位を検討。</p> <p>●重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。</p> <p>●保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。</p> <p>●糖尿病管理台帳の活用については、CKD重症度分類のレベルによっては、栄養指導が重要であるが、なかなか栄養指導までつながっていない。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○PDCAサイクルに基づいて計画を立案し、年度当初に成人9担当にて共通認識を図った。(表1)(表2)</p> <p>▶対象者選定について検討し、評価指標について疾患毎で設定。また、それに合わせて保健指導内容も検討した。(表3)</p> <p>●糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経年管理を行うていくようにした。</p> <p>●受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチを行うていく。</p> <p>●栄養指導の強化として、糖尿病性腎症病期分類第3期以降の方に栄養指導を実施していく。</p> <p>●医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。</p> <p>●医療機関へ個々に訪問</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等を確認する。</li> <li>●糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨)</li> <li>●医療機関へ個別訪問の実施</li> </ul>	<p><b>③アウトカム (結果)</b></p> <p>●●重症化予防対策●●</p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わることができる。今年度は、3年間未健診・未受診者訪問を実施していくことからはじめた。今後、地区毎での課題も異なってくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要になってくる。</p> <p>○医療連携の一步として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じたの連携をすすめていくように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関に情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介するなどの場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師からの質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことばかり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p> <p>○今年度からの重症化予防の保健指導後評価も作成したので、これから実施していく。</p>	<p><b>④ストラクチャー (構造)</b></p>	<p><b>⑤残っている課題</b></p>
<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○個々の医療機関との連携が難しい。評価委員会からのアドバイスにも「診の見える連携」をとることだったが**今後検討が必要。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>●個々の医療機関に訪問し、未受診者対策、重症化予防対策(糖尿病重症化プログラムの実施)の協力依頼を実施。(9カ所)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶連携様式、糖尿病連携手帳を活用していく。</li> <li>▶医療機関連携システムを確認していく試験的作業をすすめていく。</li> </ul> <p>●個々の医療機関に訪問し、連携説明していく中で、先生方の考え等が一致し、直接話をしていくことで、少しでも取り組みを確立していただけた。協力していたりける医療機関が増えていくと実施した。今後、取り組み継続していくにあたって検討が必要である。</p> <p>●連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を数値にて評価していくようにする。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>●医療機関連携を進めていくための協議を開催し、試験的作業として、関係が取り組みを実施し、医療機関連携を具体的に進めていくように検討中。</p> <p>●医療機関に個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼をした。</p>	<p><b>③アウトカム (結果)</b></p> <p>●●医療とのつながり●●</p> <p>○医療機関との試験的作業は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療連携の一步として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じたの連携をすすめていくように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関に情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介するなどの場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師からの質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことばかり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>	<p><b>④ストラクチャー (構造)</b></p>	<p><b>⑤残っている課題</b></p>

【参考資料 11】

