第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成30年3月 五ヶ瀬町

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 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	• • • 1
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化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	題の明確
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	20
第4章 保健事業の内容 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 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	• • 26
第5章 地域包括ケアに係る取組 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	• • 48

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。

五ヶ瀬町においては、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。

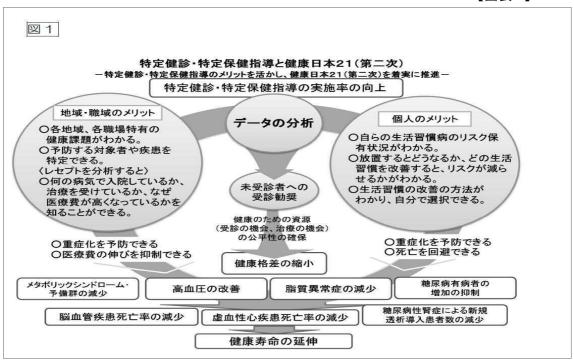
2 計画の位置付け

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、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、宮崎県健康増

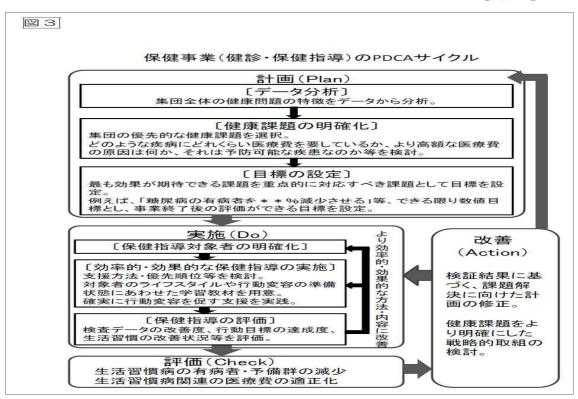
進計画や五ヶ瀬町健康増進計画、宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表 1・2・3) 【図表 1】

	「海南日十04 …一	※ 健康増進事業事務者 とは 健康的	民族法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法	 「医療費適正化計画」	「医療計画」
	「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」	, 反准首相工门时间]	, 反派川周1
法律	健康增進法 第8条、第9条 第6条(<u>健康增進事業実施者※</u>)	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 国民党健康の増進の総合約な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成20年3月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 「国民健康保険法に基づ保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働者 老健局 平成29年 介護規除事業に帰る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成20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
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推送の接外の実現 に向けて、生活 冒度機の発生予防や直生心予防 を 固る ととは、社会生活を含むために必要な機 能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会機能 組度が維持可能 さいとなるよう、生活習問の改善 音及び社会環境の整備に助り組むことを目標とす も、	生活習慣の改善による態度発生の生活習慣的の予防 対策定差の、根原料を予防することができれば、温度総 者を拠らすことができ、さらには重度を全合物度の角度を 現入、人間長差を扱うてことができ、の根果、国本の生活 の同意材料などは上述がない。 可の規制を対しましない。 まで、まで、また、 研究とは、 を発表しない。 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	生活習順的境をはいかとして、被保険者の自主 物性電影性温度が発射子的の影性最外について、最 験者がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的か一効率的な保証事業を展開するこ とを目前するのである。 放保検索の関節基準をはが切られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を書むことができるように支援することや、 <u>単位運動</u> 態または東支援状態となることの 予放 又は、更介護 状態等の軽減もしくは 悪化の放止 を理念としている	国民管験を基準、続けていため、国民の 生活の信の維持及が向上を確保しつ、医金費 が過度に増大しないようにしていてともに、負責 か一連切な医療主効果的に提供する体質の強 量を図っていく。	提供 を実現し、良質かつ <u>適切な医療</u>
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期) 唐辻年期)高 齢弱)に応じて	40歳~74歳	被保険者全員 特に高齢者の創合が最も高くなる時期に高齢繁を迎える現在の青年期・仕年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 60~64歳 特定疾病	すべて	すべて
	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	差尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿性病腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	被尿病	華尿病
	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧 等		生活習慣病	
対象疾病	虚血性心疾患脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		t⁵k
	ロコモディブシンドローム 説知症 シクタルヘルス			報志期の認知底、早老住 青折・若起駐在 パーキンパン 有限連長息 音像小阪家性証、科社管林寺在 開節リウマチ、支砂性関節症 多系統要解症、耐奈能性無線硬化症 集縦射帯硬化症		精神疾患
	※53項目中 特定機能に関係する項目15項目 (脳血管疾患・虚由性の疾患の年級関係文化 会身を使用原発性質による年期制度を表す。 (記述機能の形成 (記述機能の形成) (記述機能の形成) (記述機能の形成) (記述機能の形成) (記述機能の形成) (記述機能を形成) (記述機能の形成) (記述機能の形成) (記述機能を形成) (記述性を形成) (記述機能を形成) (記述性を形成		健診・医療情報を活用して、費用対効果の組合も考慮 (1)生活習慣の状況、地空間の根据を参考する (3食生活・企用常生活における多数 ③アルコール系数重 ④男性	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	〇医療養適正化の取組 外末 ①一人あたり外来医療費の地域差の能滅 ②特定機診・特定保健指導の実施率の向上 ③分体核過去や一種群の減少 ③養服疾責症化予防の推進	①5疾病·5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
評価	※物のカロドロ 高格定雑節・特定保護指導の実施率 ⑦メタボ予選書・メタボ鉄当者 ※高血圧※施質異常症	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	(2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群		る。 入院 病床機能分化・連携の推進	
	(明確に基本性対している者の地面(配案、やせの減少) の場合が対し何の食事をとる の日本生活における多数 の連載音響者の報告 の成の機理等 を対象している者	保険者努力	(3) 医機費等 ① 医糖費 ②介護費			



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

五ヶ瀬町においては、町民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。特に福祉課の保健師等の専 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、高齢者医療担当、保健衛生担当、介護保険担当、生活保護担当とも十分連携する。

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。

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、特に五ヶ瀬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。

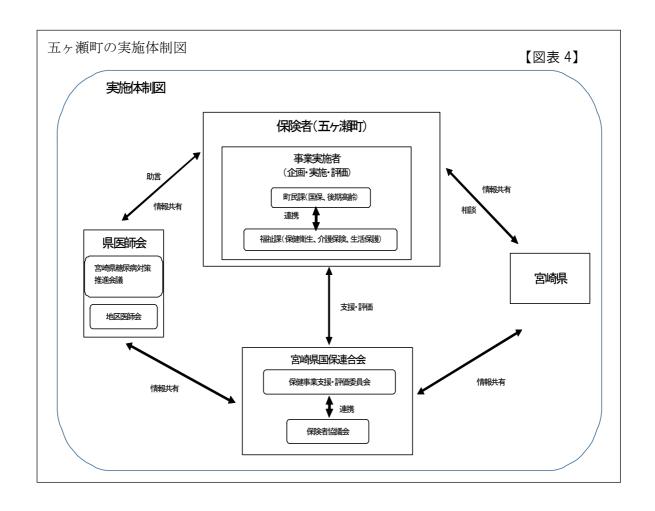
このため、五ヶ瀬町国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、 連携に努める。 また、五ヶ瀬町国保と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

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。



5 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

	5.17.12.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.	H28年度	要前倒し分	H29年度	要前倒し分	H30年度
	評価指標	配点	五ヶ瀬町	配点	五ヶ瀬町	配点
	満点	34	15	58	80	850
	交付額(万円)					
	総得点(体制構築加点含む)		193		313	
	全国順位(1,741市町村中)					
	特定健診受診率	20		35		50
共通①	特定保健指導実施率	20		35		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		35		50
共通②	がん検診受診率	10	-	20	-	30
六世と	歯周疾患(病)検診	10	-	15	-	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	20	45	45	70
六地色	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	-	25	-	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25	14	35
共通の	後発医薬品の使用割合	15	-	30	-	40
固有①	収納率向上	40	-	70	40	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	25	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	7	30	14	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	7	0	7	0	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)

介護給付費や一人当たり給付費は減少しているが、1件当たりの居宅サービスは増加している。予防給付から総合事業に移行したことによるものと考えられる。 そのため、要支援が減り、介護施設に入所している方の軽度の方が増え施設サービス給付費が減っていると考えられる。

介護給付費の	変化						【図表6】
		五ヶ瀬町				 同規模平均	
年度	♪#炒 ↓#	4 1 1/4 11	1件当た	り給付費	4 1 1/4 11	1件当た	り給付費
7/2	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	居宅 サービス	施設 サービス	1人当たり 給付費	居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	4億1394万円	276,701	35,663	276,350	303,516	40,098	279,554
平成28年度	3億9833万円	266,261	40,932	272,022	308,944	39,649	273,932

② 医療費の状況(図表 7)

総医療費は減っているが、一人あたりの医療費は増加し、入院外(外来)の医療費も増加している。

						松	医療費(円)						
項目	, [全体				入院				入院外		
サー 場口	1	井田好	1# \ -1	伸(ゾ率	弗田姓	1474	伸(ぶ	弗田好		伸(ゾ率
		費用額	増減	保険者	同規模	費用額	増減	保険者	同規模	費用額	増減	保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	4億3539万円				2億1622万円				2億1918万円			
秘区原复(口)	H28年度	4億2982万円	558万円	-1.3	3.0	2億151万円	1470万円	-6.8	2.609	2億2830万円	9087万円	4.2	3.3
2 一人当たり医	H25年度	24,570				12,200				12,370			
療費(円)	H28年度	28,430	3,860	15.7	5.8	13,330	1,130	9.3	5.5	15,100	2,730	22.1	6.2

[※]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)

目標疾患医療費計については、減っているが、県や国に比べるとやや高い状況にある。

中長期目標疾患の腎・慢性腎不全(透析無)については県や国よりも高く、今 後医療費の増加につながる可能性が高いと考える。

f-\$1	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]
				-人	あたり医	療費		中長期	目標疾患		短	期目標疾	患					
	市町村	町村名	総医療費		順	位	Ī		NA NA	Ù			比艇	(中長期・短		新生物	精神	筋・
同				金額	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	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	目標疾患医療	禁貸訂		疾患	骨疾患
規模区	H25	五ヶ瀬町	435,393,910	24,571	134位	17位	10.91%	0.12%	2.23%	1.59%	4.03%	9.31%	3.61%	138,377,210	31.78%	5.65%	18.38%	7.239
分	<u> </u>	五7限叫	429,818,250	28,433	98位	10位	7.69%	1.72%	1.92%	1.76%	3.96%	5.90%	2.63%	109,926,800	25.58%	8.26%	15.04%	6.649
	H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707			6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.439
	H28	全国	9,687,968,260,190	24,253	1		5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④ 中長期的な疾患(図表9)

虚血性心疾患は減っているが、高血圧については、65歳以上になると増加している。

また、人工透析については、毎年1人ずつの増加がみられる。人工透析のうち64歳以下については、全員血圧が高く、うち半数は脂質も高いことがわかる。 平成28年の65歳で透析になった1人は高血圧が原因である。

【図表9】

	厚労省様				中長期的	りな目標					短期的	な目標		
	様式3-5	5	虚血性	心疾患	脳血管	管疾患	人工	透析	高血	i圧	糖质	禄	脂質乳	工工 異常症
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	1510	78	5.2	11	14.1	3	3.8	64	82.1	29	37.2	39	50.0
H25	64歳以下	1077	40	3.7	4	10.0	3	7.5	30	75.0	14	35.0	21	52.5
	65歳以上	433	38	8.8	7	18.4	0	0.0	34	89.5	15	39.5	18	47.4
	全体	1284	81	6.3	16	19.8	3	3.7	69	85.2	26	32.1	44	54.3
H28	64歳以下	799	31	3.9	7	22.6	3	9.7	25	80.6	12	38.7	16	51.6
	65歳以上	485	50	10.3	9	18.0	0	0.0	44	88.0	14	28.0	28	56.0
	厚労省様 様式3-				中長期的	りな目標					短期的	な目標		
	作れる	U	配血管	管疾患	虚血性	心疾患	人工	透析	高点	iŒ	糖质	永病	脂質乳	異常症
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	1510	52	3.4	11	21.2	1	1.9	38	73.1	26	50.0	25	48.1
H25	64歳以下	1077	15	1.4	4	26.7	1	6.7	10	66.7	7	46.7	9	60.0
	65歳以上	433	37	8.5	7	18.9	0	0.0	28	75.7	19	51.4	16	43.2
	全体	1284	49	3.8	16	32.7	1	2.0	38	77.6	23	46.9	29	59.2
H28	64歳以下	799	12	1.5	7	58.3	1	8.3	9	75.0	7	58.3	9	75.0
	65歳以上	485	37	7.6	9	24.3	0	0.0	29	78.4	16	43.2	20	54.1
					. = #0.						t=#8.11			
	厚労省様 様式3-				中長期的	9な日標					短期的	な日標		
	14.240	,	人工	透析	脳血管	4.仕虫	虚血性	心症虫	高	ъг.	糖质	7.¢	脂質乳	1 半 亡
		计归 岭之数	1 粉	如ム										
	全体	被保険者数 1510	人数 	割合 0.3	人数	割合	人数	割合 60.0	人数 	割合 100.0	人数 4	割合	人数	割合
H25	64歳以下	1077	<u>5</u>		- 1	20.0	3	60.0	5	100.0	4	80.0 80.0	1	20.0
ΠZŪ	65歳以上	433	0		0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0		0	#DIV/0!	0	_
	全体	1284	7		1	,,	3	#DIV/0!	7	#DIV/0:	6	#DIV/0:	3	
H28	64歳以下	799	6		1	14.3 16.7	3	50.0	6	100.0	6	100.0	3	42.9 50.0
1120	65歳以上		1		0		0		0		0		0	
	00戚以上	485		0.2	0	0.0	0	0.0	I	100.0	U	0.0	U	0.0

(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)

被保険者数の減少がみられるが、人数、割合ともに全体的に減少している。糖尿病においては、割合は減少しているものの、高血圧の占める割合は $60\sim78\%$ と高く、脂質異常症も $40\sim60\%$ を占め、併せ持つ割合が増加していることがわかる。高血圧の方の半数近くは、脂質異常症があり関係性の高さが伺える。

【図表 10】

	厚労省様: 様式3-2	I				短期的	な目標							中長期的	竹な目標			
	14740 2		糖尿	病	インスリ	ン療法	高血	ıF	脂質男	堂症	虚血性	心疾患	脳血管	5年串	人工	添析	糖尿病	性腎症
	[被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	1510	150	9.9	7.30	6.0	104	69.3	65	43.3	29	19.3	26	17.3	7.30	2.7	5	3.3
H25	64歳以下	1077	71	6.6	3	4.2	43	60.6	30	42.3	14	19.7	1	9.9	4	5.6	3	4.2
	65歳以上	433	79	18.2	6	7.6	61	77.2	35	44.3	15	19.0	19		0	0.0	2	2.5
	全体	1284	119	9.3	4	3.4	86	72.3	67	56.3	26	21.8	23	19.3	6	5.0	6	5.0
H28	64歳以下	799	53	6.6	2	3.8	36	67.9	26	49.1	12	22.6	7	13.2	6	11.3	5	9.4
	65歳以上	485	66	13.6	2	3.0	50	75.8	41	62.1	14	21.2	16	24.2	0	0.0	1	1.5
	厚労省様:	I			短期的	な目標					中長期的	りな目標						
	様式3-3		高血	lŒ	糖尿	掮	脂質昇	常症	虚血性	心疾患	脳血管	疾患		透析				
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
	全体	1510	392	26.0	104	26.5	165	42.1	64	16.3	38	9.7	5	1.3				
H25	64歳以下	1077	167	15.5	43	25.7	75	44.9	30	18.0	10	6.0	5	3.0				
	65歳以上	433	225	52.0	61	27.1	90	40.0	34	15.1	28	12.4	0	0.0				
	全体	1284	323	25.2	86	26.6	153	47.4	69	21.4	38	11.8	7	2.2				
H28	64歳以下	799	126	15.8	36	28.6	56	44.4	25	19.8	9	7.1	6	4.8				
	65歳以上	485	197	40.6	50	25.4	97	49.2	44	22.3	29	14.7	1	0.5				
	厚労省様: 様式3-4				短期的	な目標					中長期的	りな目標						
	1×240 T		脂質異	常症	糖尿	!#	高血	ıF	虚血性	心症患	脳血管	佐串	人工	添折				
	[被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
	全体	1510	228	15.1	65	28.5	165	72.4	39	17.1	25	11.0	1	0.4				
H25	64歳以下	1077	110	10.2	30	27.3	75	68.2	21	19.1	9	8.2	1	0.9				
	65歳以上	433	118	27.3	35	29.7	90	76.3	18	15.3	16	13.6	0					
	全体	1284	211	16.4	67	31.8	153	72.5	44	20.9	29	13.7	3	1.4				
	64歳以下	799	82	10.3	26	31.7	56	68.3	16	19.5	9	11.0	3	3.7				
H28	0 1/J/A/20 1																	

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

BMIは男女共に増加している。男性は、HbA1cの割合が高く、H28においては、65歳以上が64歳以下の2倍に増加、LDLも半数が高い状況である。また、腎機能も増加傾向にある。女性については、BMIが高く、腹囲も増加、HbA1cも半数を超えていることから、糖からの体重増加と考える。メタボ予備軍の割合が男性は女性の3~4倍みられる。しかし、男性も女性も血圧+脂質が多く、塩分や油の取り過ぎなど食生活の改善が求められる。

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

☆No.23帳票

		BI	/I	腹	Ħ	中性	脂肪	GF	Ţ	HDI	C	空腹距	寺血糖	Hb/	A1c	尿	酸	収縮期	加圧	拡張其	加圧	LDL	-C	ケレア・	チニン
ļ	男性	251	让	851	让	150	以上	314	让	405	 構	100	以上	5.61	以上	7.01	灶	130.	以上	85 J	灶	120	沚	1.34	X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								
	合計	85	35.6	123	51.5	65	27.2	53	22.2	15	6.3	48	20.1	108	45.2	60	25.1	98	41.0	58	24.3	113	47.3	6	2.5
H25	40-64	44	33.8	66	50.8	44	33.8	34	26.2	10	7.7	21	16.2	56	43.1	32	24.6	48	36.9	33	25.4	66	50.8	5	3.8
	65-74	41	37.6	57	52.3	21	19.3	19	17.4	5	4.6	27	24.8	52	47.7	28	25.7	50	45.9	25	22.9	47	43.1	1	0.9
	合計	97	37.3	141	54.2	57	21.9	52	20.0	18	6.9	59	22.7	106	40.8	60	23.1	100	38.5	62	23.8	112	43.1	8	3.1
H28	40-64	40	35.7	57	50.9	29	25.9	26	23.2	11	9.8	17	15.2	26	23.2	23	20.5	41	36.6	31	27.7	54	48.2	3	2.7
	65-74	57	38.5	84	56.8	28	18.9	26	17.6	7	4.7	42	28.4	80	54.1	37	25.0	59	39.9	31	20.9	58	39.2	5	3.4

		BI	N	腹	Ħ	中性	脂肪	GF	PŢ	HDI	C	空腹眼	寺血糖	Hb/	A1c	尿	酸	収縮期	明血圧	拡張期	期血圧	LDL	C	ケレア・	チニン
3	女性	254	让	901	让	150.	以上	314	沚	405	ŧ満	100	以上	5.61	沚	7.01	灶	130.	以上	85 J	儿	120.	以上	1.34	
		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	71	26.9	56	21.2	53	20.1	36	13.6	10	3.8	34	12.9	130	49.2	10	3.8	106	40.2	34	12.9	161	61.0	2	0.8
H25	40-64	36	26.9	30	22.4	27	20.1	22	16.4	3	2.2	18	13.4	60	44.8	3	2.2	48	35.8	26	19.4	80	59.7	0	0.0
	65-74	35	26.9	26	20.0	26	20.0	14	10.8	1	5.4	16	12.3	70	53.8	1	5.4	58	44.6	8	6.2	81	62.3	2	1.5
	合計	80	31.1	55	21.4	31	12.1	22	8.6	1	2.7	44	17.1	137	53.3	5	1.9	76	29.6	24	9.3	150	58.4	0	0.0
H28	40-64	28	26.7	18	17.1	14	13.3	8	7.6	5	4.8	17	16.2	53	50.5	2	1.9	24	22.9	13	12.4	56	53.3	0	0.0
	65-74	52	34.2	37	24.3	17	11.2	14	9.2	2	1.3	27	17.8	84	55.3	3	2.0	52	34.2	11	7.2	94	61.8	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

		<i>h</i> ±=∧ 7	7 =A ±z	u c m	Φ 1.	⊽ !:	# 24 .							=+ /	υ ± .								
	男性	健診療	えぎ石	股田	のみ	予信	用杆	高	血糖	高	Ħ	脂質類	異常症	談目	皆者	血糖-	甲田田	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
	合計	239	41.6	14	5.9%	54	22.6%	2	0.8%	42	17.6%	10	4.2%	55	23.0%	9	3.8%	3	1.3%	36	15.1%	7	2.9%
H25	40-64	130	37.2	12	9.2%	29	22.3%	1	0.8%	19	14.6%	9	6.9%	25	19.2%	2	1.5%	2	1.5%	18	13.8%	3	2.3%
	65-74	109	48.2	2	1.8%	25	22.9%	1	0.9%	23	21.1%	1	0.9%	30	27.5%	7	6.4%	1	0.9%	18	16.5%	4	3.7%
	合計	260	53.3	15	5.8%	63	24.2%	1	0.4%	44	16.9%	18	6.9%	63	24.2%	10	3.8%	2	0.8%	36	13.8%	15	5.8%
H28	40-64	112	46.5	10	8.9%	30	26.8%	1	0.9%	18	16.1%	11	9.8%	17	15.2%	1	0.9%	0	0.0%	13	11.6%	3	2.7%
	65-74	148	59.9	5	3.4%	33	22.3%	0	0.0%	26	17.6%	7	4.7%	46	31.1%	9	6.1%	2	1.4%	23	15.5%	12	8.1%

		/±=∧ =	7=A +	n /- m	0.1	⊽ H	H-204							=+,	u + v .								
	女性	健診受	党診者	腹囲	のみ	予備	用群	高	血糖	高	ΉE	脂質類	関係症 しゅうしゅう しゅうしん しゅうしん しゅうしん しんしん しんしん しんしん	談	皆者	血糖-	上血圧	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
	合計	264	56.3	6	2.3%	22	8.3%	0	0.0%	18	6.8%	4	1.5%	28	10.6%	2	0.8%	0	0.0%	22	8.3%	4	1.5%
H25	40-64	134	50.8	4	3.0%	13	9.7%	0	0.0%	10	7.5%	3	2.2%	13	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	11	8.2%	2	1.5%
	65-74	130	63.4	2	1.5%	9	6.9%	0	0.0%	8	6.2%	1	0.8%	15	11.5%	2	1.5%	0	0.0%	11	8.5%	2	1.5%
	合計	257	61.8	12	4.7%	21	8.2%	1	0.4%	11	4.3%	9	3.5%	22	8.6%	4	1.6%	1	0.4%	14	5.4%	3	1.2%
H28	40-64	105	55.9	5	4.8%	7	6.7%	0	0.0%	4	3.8%	3	2.9%	6	5.7%	2	1.9%	0	0.0%	4	3.8%	0	0.0%
	65-74	152	66.7	7	4.6%	14	9.2%	1	0.7%	7	4.6%	6	3.9%	16	10.5%	2	1.3%	1	0.7%	10	6.6%	3	2.0%

③特定健診受診率·特定保健指導実施率(図表 12)

健診の受診率の増加には、健診の方法を変更したことにあると考える。健診会場を一か所に設定し、短期間に集中して実施した。特定保健指導については、指導方法を検討しながら対応してきたが、最終面接に採血を取り入れ改善の確認を行ってきたことが指導率のアップにつながったと考える。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

【図表 12】

KDB帳票No.1、No.22

								1122 2000 1101	
	特定健診					寺定保健指 導		受診	勧奨者
項目	対象者数	受診者数	受診率	同規模内	対象者数	終了者数	実施率	医療機	関受診率
	对 条日奴	文砂石奴	文砂牛	の順位	刈豕石奴	作]14数	大心平	保険者	同規模平均
H25年度	503	1,044	48.2	118	63	13	20.6	49.5	50.4
H28年度	517	904	57.2	65	73	37	50.7	46.2	51.6

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、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、2号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、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は重要な取り組むべき課題である。

特定健診の受診者も年齢の高い方の受診が多くなっている。一人あたりの医療費については、同規模より低いが、県や国に比べると高い。重症化しないように早めの受診は必要である。

- 2 第2期計画における健康課題の明確化
- 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況
 - (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13) 五ヶ瀬町においては高血圧の方が多く、この予防が求められる。そのことで 疾病の発症や悪化を抑制できるのではないかと考える。

【図表 13】 「集団の疾患特徴の把握」 ★KDBで出力可能な帳票NO 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 県 保険者 同規模平均 玉 一人あたり医療費 ★NO.3【医療】 24,571円 25,339円 24,572円 22,383円 0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0 951 件数 外来 **★NO.1【医療】** 費用額 50.3 4.9 件数 入院 **★NO.1【医療】** 49.7 費用額 〇入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 14) がんについては、70~74歳が最も多く、その他については、40歳代と6 0歳代が多い。長期入院については精神疾患が件数及び費用額ともに最も多くなっている。生活習慣病の治療者数においても高血圧と脂質異常症が多い。

	院しているのか、治	膫を受	けてい	も の	ימ						【図表	₹ 14	1
≦療費の負担額が大	てきい疾患、将来的に医療費	の負担が地	曽大すると	と予測 る	される疾患につ	いて、予	防可能な	疾患かど	うかを見	亟める。			
厚労省様式	対象レセプト(H	28年度)			全体	脳血管	管疾患	虚血性	比疾患	t	がん	そ	の他
			*/-		33人	2	人	2	人	9	人	2	4人
		^	.数		337	6.	1%	6.1%		2	7.3%	7:	2.7%
					E O /#	2件		2件		15件		39件	
					58件		3.4%		.4%	25.9%		67.2%	
様式1-1	高額になる疾患				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5
★NO.10 (CSV)	(80万円以上レセ)	件	数	年	40代	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	5
			~	代	50代	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	4	10
				別	60代	1	50.0%	1	50.0%	7	46.7%	12	30
					70-74歳	1	50.0%	0	0.0%	6	40.0%	19	48
					7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7		 万円		·万円				
		費月	用額	7	'206万円		5%		.5%	1719万円 23.9%		4696万F 65.2%	
: 最大医療資源傷病名(主	上病)で計上					, ,	070	Ŭ	.070		0.070		0.270
:疾患別(脳・心・がん・	・その他)の人数は同一人物でも主病	が異なる場合	゚ゕ゙あるため、	合計人	数とは一致しない。								
厚労省様式	対象レセプト(H	28年度)			全体	精神	疾患	脳血	管疾患	虚血性	生心疾患		
			*/-		20人	13	3人	3	人	4	人		
			.数		20人	65	i.0%	15	5.0%	20	0.0%		
様式2-1	長期入院	<i>I</i> +	*/-		189件	13	0件	2	7件	3	7件		
★NO.11 (CSV)	(6か月以上の入院)	71	数	189#		68.8%		14.3%		19.6%			
			用額	١,	7752万円		4624万円		941万円		1293万円		
		莫/	DER	· '	702/311	59	1.7%	12	2.1%	16	6.7%		
	大医療資源傷病名(主病)で計上 失患は併発症の欄から抽出(重複あり)											
厚労省様式	114. I -	, r			全体	4	性腎症	脳血	管疾患	虚血性	生心疾患		
テカロホベ	対象レセブ	H28 5				糖尿源	6人						Т
様式3-7	対家レセブ	H28.5	1 10				人	1	人	3			
	対家レセプ	1	人数		7人	6	人 5.7%		人 1.3%		3人 2.9%		
様式3-7	対家レセフ	H28.5			7人	6		14	-	42			
様式3-7		H28.5	人数件数			6 85 77	5.7%	1/	1.3%	42	2.9%		
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者	H28.5 診療分	件数		7人 93件	6 85 77 82	5.7% 7件	14 12	1.3% 2件	42 40 43	2.9% 0件		
様式3-7 ★N0.19 (CSV) 様式2-2 ★N0.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分 H28年度 累計	件数費用額		7人	6 85 77 82 342	5.7% 7件 2.8%	12 12 525	1.3% 2件 2.9%	42 43 43 170	2.9% 0件 3.0%		
様式3-7 ★N0.19 (CSV) 様式2-2 ★N0.12 (CSV)	人工透析患者	H28.5 診療分 H28年度 累計	件数費用額		7人 93件	6 85 77 82 342	5.7% 7件 2.8% 1万円	12 12 525	1.3% 2件 2.9% 5万円	42 43 43 170	2.9% 0件 3.0% 6万円		
様式3-7 ★N0.19 (CSV) 様式2-2 ★N0.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分 H28年度 累計	件数 費用額		7人 93件	6 888 77 82 342 71	5.7% 7件 2.8% 1万円	14 12 12 528 10	1.3% 2件 2.9% 5万円	42 43 43 170 38	2.9% 0件 3.0% 6万円		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に能	H28.5 診療分 H28年度 累計	件数 費用額		7人 93件 804万円	6 85 77 82 342 71	5.7% 7 件 2.8% 1 万円 .2%	14 12 12 528 10	1.3% 2件 2.9% 5万円 0.9%	42 43 170 35 糖尿病	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5%		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に能	H28.5 診療分 H28年度 累計	件数 費用額		7人 93件 804万円	66 85 77 82 342 71 脳血作	7.7% 7.件 2.8% 11万円 2.2%	14 12 12 525 10 虚血性	1.3% 2.4件 2.9% 5.万円 0.9%	4.2 41 43 170 33 糖尿症	2.9% 0 件 3.0% 16万円 5.5%		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に能	H28.5 診療分 H28年度 累計	件数 費用額		7人 93件 804万円 全体 489人	66 85 77 822 342 71 脳血 ⁴	7.7% 7.4 2.8% 1.万円 .2% 音疾患	14 1: 12 528 10 虚血性 83	1.3% 2.2件 2.9% 5万円 0.9% t心疾患	42 44 170 33 糖尿症 6	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5% 特性腎症		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に能	H28.5 診療分 H28年度 累計	件数 費用額	計上	7人 93件 804万円	66 855 777 822 342 71 脳血 ⁴ 45 10	7.7% 7.4件 2.8% 1.万円 2% 音疾患 3.人	14 11 12 525 10 虚血性 8 16	1.3% 2 件 2.9% 5万円 0.9% 上心疾患 1 人	42 4 170 35 糖尿病 6 1	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5%		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に関 対象レセプト(H28年	H28.5 診療分 H28年度 累計 尿病の診断が	件数 費用額	計上の重磁	7人 93件 804万円 全体 489人 高血圧	66 85 77 82 342 71 脳血 ⁴ 49 10 38	7件 2.8% 1万円 .2% 管疾患 3人 9.0%	14 11 12 528 10 虚血性 8 16 69	1.3% 2 件 2.9% 5 万円 9.9% 上心疾患 1 人 6.6%	4: 41 170 33 糖尿症 6 1 5	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5%		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV) 糖尿病性腎症についてに 厚労省様式 ★NO.13~18	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に想 対象レセプト(H28年 生活習慣病の治	H28.5 診療分 H28年度 累計 尿病の診断が 5月診療分	件数 費用額	計上の重な基礎疾	7人 93件 804万円 全体 489人 高血圧	66 85 77 82 342 71 脳血 ⁴ 49 10 388 77	7.7% 7件 2.8% 1万円 .2% 管疾患 0人 1.0% 3人	14 12 525 10 虚血性 8 16 69 85	1.3% 2.4件 2.9% 5万円 0.9% 1.0.5 1.0.5 6.6% 9.0.5 1	42 44 43 170 38 糖尿病 66 11 55	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5% 特性腎症 3. 3. 3. 3. 3. 4. 3. 5. 5. 5. 5. 6. 6. 6. 7. 7. 8. 9. 9. 9. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10.		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV) 糖尿病性腎症についてに 厚労省様式	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に関 対象レセプト(H28年	H28.5 診療分 H28年度 累計 尿病の診断が 5月診療分	件数 費用額	計上の重磁	7人 93件 804万円 全体 489人 高血圧 糖尿病 脂質	66 85 77 82 342 71 脳血 ⁴ 49 10 38 77 23	7件 2.8% 1万円 2.2% 音疾患 3人 3.0% 3.人	14 12 528 10 虚血性 8 8 18 69 85 20	1.3% 22件 2.9% 5万円 0.9% 1人 6.6% 9人 5.2%	42 44 170 38 糖尿病 6 1 5 83 6	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5% 5人 .2% 5人 .3.3%		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV) 糖尿病性腎症についてに 厚労省様式 ★NO.13~18	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に想 対象レセプト(H28年 生活習慣病の治	H28.5 診療分 H28年度 累計 尿病の診断が 5月診療分	件数 費用額	計上の重な基礎疾	7人 93件 804万円 全体 489人 高血圧 糖尿病	66 85 77 82 342 71 脳血 ⁴ 49 10 38 77 23 46	7件 2.8% 1万円 .2% 音疾患 3人 1.6% 3人	14 12 528 10 虚血性 88 16 69 85 20	1.3% 2.2件 2.9% 5万円 0.9% 1.人 6.6% 9.人 5.2% 6.6.	42 44 170 38 糖尿彩 66 1 55 83 66 10	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5% 病性腎症 6人 .2% 6人 3.3% 6人		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV) 糖尿病性腎症についてに 厚労省様式 ★NO.13~18	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に想 対象レセプト(H28年 生活習慣病の治	H28.5 診療分 H28年度 累計 尿病の診断が 5月診療分	件数 費用額	計上の重なり基礎疾患	7人 93件 804万円 全体 489人 高血圧 糖尿病 脂質	66 85 77 82 342 71 脳血 ⁴ 49 10 38 77 23 46 29	7件 2.8% 1万円 2.2% 管疾患 3人 3.0% 3.人 3.9%	14 1: 12 52 10 虚血性 8: 16 6: 8: 20 32 44	1.3% 2.4件 2.9% 5万円 9.9% 1.人 6.6% 9.人 5.2% 6.6.4 4.人	42 44 43 170 38 糖尿系 6 1 5 83 6 10 3 3	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5% 特性腎症 3.人 2.% 5.人 3.3% 3.人 0.0% 3.人		
様式3-7 ★NO.19 (CSV) 様式2-2 ★NO.12 (CSV) 糖尿病性腎症についてに 厚労省様式 ★NO.13~18	人工透析患者 (長期化する疾患) は人工透析患者のうち、基礎疾患に想 対象レセプト(H28年 生活習慣病の治	H28.5 診療分 H28年度 累計 尿病の診断が 5月診療分	件数 費用額	計上の重なり基礎疾患	7人 93件 804万円 全体 489人 高血圧 糖尿病 脂質症	66 85 77 82 342 71 脳血 ⁴ 49 10 38 77 23 46 29 59	5.7% 7件 2.8% 1万円 2.2% 管疾患 3人 3.0% 3.4 3.9% 3.4	14 12 528 10 虚血性 8 8 16 8 8 8 2 4 4 5 4 8	1.3% 2.4件 2.9% 5万円 0.9% 1.人 6.6% 9.人 5.2% 6.4 4.人 4.人	42 44 170 38 糖尿症 66 1 55 83 66 100 3 50	2.9% 0件 3.0% 6万円 5.5% 病性腎症 6人 .2% 6人 3.3% 6人 0.0%		

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

基礎疾患(高血圧・脂質異常症・糖尿病)のある人が介護をうけていることがわかる。認知症だけでは、介護につながっていない。基礎疾患の内に重症化しないよう食事や運動に気を付け介護にならないよう、健康寿命を延ばしていくことが必要である。

		巫丛寺	7 E 7 / \											
			区分		2号		05.7	4.15	1号				合計	t
		年			40~6	10.	65~7	7.11.4	75歳以		計		0.00	\
		被保険			1,43		543		953		1,49		2,930	
要介護		認定	者数		6.7		24,	-	274		298		304	<u>人</u>
認定状況 ★N0.47			認定率		0.42	2%	4.4	%	28.8	%	19.9	9%	10.4	⊦%
A NO.T/	新規	認定	者数 (*1)		17		6.7		38,		44.	<u>۲</u>	45)	١.
	介護度	要	支援1・2	2	2	33.3%	7	29.2%	96	35.0%	103	34.6%	105	34
	別人数	要	₹介護1・2	2	4	66.7%	10	41.7%	78	28.5%	88	29.5%	92	30
		_	₹介護3~! *	5	0	0.0%	7	29.2%	100	36.5%	107	35.9%	107	35
		受給者 年			2号 40~6		65~7	4歳	1号 75歳以		計		合計	+
	介護件数(全体)		6		24		27	1	29	8	304	4		
	再)国保・後期		4		19		26	3	28	2	286	6		
		!	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	件割
				1	脳卒中	3	脳卒中	6	脳卒中	103	脳卒中	109	脳卒中	1
	$\hat{\nu}$		循環器		虚血性	75.0% 1	虚血性	31.6%	虚血性	39.2% 72	虚血性	38.7% 76	虚血性	39 7
	セプ		疾患	2	心疾患	25.0%	心疾患	21.1%	心疾患	27.4%	心疾患	27.0%	心疾患	26
要介護	۱ 0	血		3	腎不全	0	腎不全	0	腎不全	14	图不全	14	腎不全	1
突合状況 ★NO.49	診 有断	管		Ů	HILE	0.0%	HILE	0.0%	HILE	5.3%	HILE	5.0%	HIT	4.
	病名状よ	疾患	合併症	4	糖尿病 合併症	0.0%	糖尿病 合併症	0.0%	糖尿病 合併症	1.5%	糖尿病 合併症	1.4%	糖尿病 合併症	1.
	況り重		基礎疾		3	•	13	•	236	6	24	9	252)
	複		高皿庄·福 脂質異常		75.0	1%	68.4	%	89.7	%	88.3	3%	88.1	%
	して		血管疾		4	201	14		244		25		262	
	計上		合計		100.	0%	73.7	%	92.8	%	91.5		91.6	%
	O O		認知症		0.0	%	21.1	%	29.3	%	28.7		28.3	%
				_	4	/•	16		23.3		25.7		25.5	
		筋	・骨格疾	恵	100.	0%	84.2	%	90.1	%	89.7	7%	89.9	%
					開始年月日」を 介護件数を分母		累計を計上							
介護を受け	ている。	しと受	きけてい	ない	人の医療費	の比較				★ N0.1	【介護】			
				0		2,000	0	4,000		6,000		8,000	1	0,000
要:	介護認定:		費										8,806	
	(40歳り ・ ・ 護認定な		麦弗	-					4,635					+

2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

男性の50%は、85cm以上あり、BMIが全国や県の平均より高い。HbA1cについては、全国より低いものの割合が高く、高血圧についても全国よりも低いものの、割合が4割を超えている。高血圧の予防が大切である。LDLも女性が6割を超えている。男性の尿酸値が高い割合が多く、女性についても全国や県よりも割合が高めになっている。

【図表 16】

4	健診	データ	のう	ち有別	見者	割合	の高い	・項目	や年化	弋を把	握す	る(厚	生労	働省		-2~6	-7)				★ N0.	23(帳	票)		
		BN	VI	腹	囲	中性	脂肪	GF	T	HDL	C	空腹時	血糖	HbA	\1c	尿	鮻	収縮期	用血圧	拡張期	血圧	LDL	-C	クレアラ	<u>-</u> ニン
:	男性	25 L	让	85L)	止	150	以上	31以	北上	40ま	卡満	1001	以上	5.64	北上	7.01	止	1301	以上	85L)	止	1201	以上	1.31)	止
		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	29.	.5	48.	4	28.	.3	20.	.0	9.	1	26.	5	50.	.3	12.	5	49.	.4	23.	9	48.	9	1.5	
	県	9,266	30.6	15,351	50.7	8,119	26.8	6,484	21.4	3,292	10.9	10,410	34.4	16,058	53.0	6,174	20.4	15,785	52.1	6,940	22.9	14,482	47.8	668	2.2
保	合計	85	35.6	123	51.5	65	27.2	53	22.2	15	6.3	48	20.1	108	45.2	60	25.1	98	41.0	58	24.3	113	47.3	6	2.5
険	40-64	44	33.8	66	50.8	44	33.8	34	26.2	10	7.7	21	16.2	56	43.1	32	24.6	48	36.9	33	25.4	66	50.8	5	3.8
者	65-74	41	37.6	57	52.3	21	19.3	19	17.4	5	4.6	27	24.8	52	47.7	28	25.7	50	45.9	25	22.9	47	43.1	1	0.9
		BI	VI	腹		中性	脂肪	GF	T	HDL	C	空腹時	血糖	HbA	\1c	尿	駿	収縮其	<u></u> 用血圧	拡張期	血圧	LDL	-C	クレアチ	: <u>=</u> ン
	女性	25 L	让	901)	止	150	以上	31以	北上	40 <i>‡</i>		1001		5.64	以上	7.01	止	1301	以上	85 L	止	1201	以上	1.31)	止
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	20.	.3	17.	2	16.	.4	8.6	6	2.0	0	15.	7	49.	.9	1.9	5	42.	.7	14.	4	58.	9	0.2	
	県	9,321	22.7	8,827	21.5	6,286	15.3	3,824	9.3	1,272	3.1	8,399	20.4	22,902	55.7	1,007	2.4	18,643	45.3	5,020	12.2	24,458	59.5	140	0.3
保	合計	71	26.9	56	21.2	53	20.1	36	13.6	10	3.8	34	12.9	130	49.2	10	3.8	106	40.2	34	12.9	161	61.0	2	0.8
険	40-64	36	26.9	30	22.4	27	20.1	22	16.4	3	2.2	18	13.4	60	44.8	3	2.2	48	35.8	26	19.4	80	59.7	0	0.0
者	65-74	35	26.9	26	20.0	26	20.0	14	10.8	7	5.4	16	12.3	70	53.8	7	5.4	58	44.6	8	6.2	81	62.3	2	1.5
	** / /																								

【図表 17】

																						LX 1 /	4
5	メタス	ボリッ	クシ	ンドロ	1-7	該当	者·予	備群	の把技	屋(厚	生労	働省核	試6-	-8)							★ N0.:	24(帳	票)
ļ	男性	健診受	診者	腹囲	ወみ	予備	講群	高血	1糖	高血	1圧	脂質異	常症	該当	绪	血糖+	-血圧	血糖+	-脂質	血圧+	-脂質	3項目	全て
	,	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保	合計	239	41.6	14	5.9%	54	22.6%	2	0.8%	42	17.6%	10	4.2%	55	23.0%	9	3.8%	3	1.3%	36	15.1%	7	2.9%
険	40-64	130	37.2	12	9.2%	29	22.3%	1	0.8%	19	14.6%	9	6.9%	25	19.2%	2	1.5%	2	1.5%	18	13.8%	3	2.3%
者	65-74	109	48.2	2	1.8%	25	22.9%	1	0.9%	23	21.1%	1	0.9%	30	27.5%	7	6.4%	1	0.9%	18	16.5%	4	3.7%
-	女性	健診受	診者	腹囲	のみ	予備	講群	高血	1糖	高血	1圧	脂質異	常症	該当	绪	血糖+	-血圧	血糖+	-脂質	血圧+	-脂質	3項目	全て
·	``	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保	合計	264	56.3	6	2.3%	22	8.3%	0	0.0%	18	6.8%	4	1.5%	28	10.6%	2	0.8%	0	0.0%	22	8.3%	4	1.5%
険	40-64	134	50.8	4	3.0%	13	9.7%	0	0.0%	10	7.5%	3	2.2%	13	9.7%	0	0.0%	0	0.0%	11	8.2%	2	1.5%
者	65-74	130	63.4	2	1.5%	9	6.9%	0	0.0%	8	6.2%	1	0.8%	15	11.5%	2	1.5%	0	0.0%	11	8.5%	2	1.5%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

HbA1cについては、継続している人はコントロールが比較的良いが、新たな方が高い状況にある。割合でみると非常に高い状況であるが、実数にすると1人であっても、母数が少ないため高値になってしまう。血圧については、比較的コントロール出来ている。LDLについては、治療中ではあるが高い方が見られる。また、治療していない方については受診勧奨が必要である。

【図表 18】

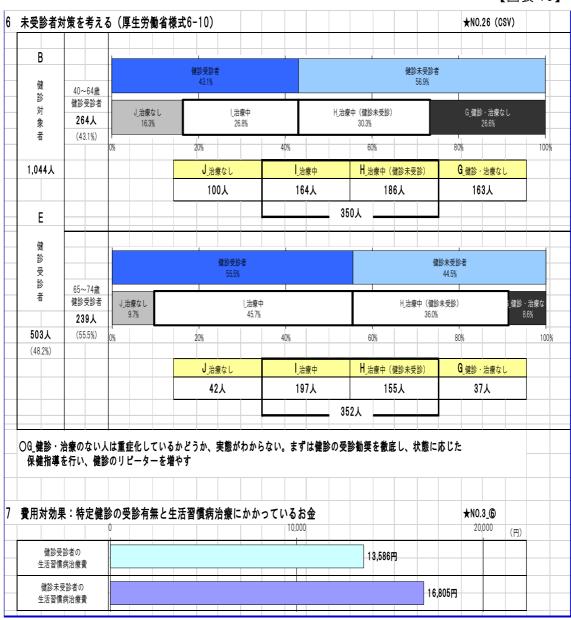


4) 未受診者の把握(図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40~64 歳の割合が 26.6%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。

受診すれば、重症化は防げる。未受診者の生活習慣病治療費が高いことがわかる。

【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10%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、五ヶ瀬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年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、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	60%	60%	60%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	65%	65%	70%

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	890人	865人	840人	820人	800人	780人
付上1姓衫	受診者数	534人	519人	504人	533人	520人	507人
杜宁伊姆比道	対象者数	70人	70人	70人	60人	60人	55人
特定保健指導	受診者数	42人	42人	42人	39人	39人	39人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、「宮崎県健康づくり協会」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(町民センター)
- ② 個別健診(五ヶ瀬町立病院)

(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

健診機関名	住所	電話番号
五ヶ瀬町国民健康保険病院	五ヶ瀬町大字三ヶ所 2109-2	0982-73-5500
宮崎県健康づくり協会	延岡市大貫町 1-2840	0982-35-0126
延岡営業所		

(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、宮崎県国保連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

健診受診率向上につながるように、各機関を通して案内します。

- ① 年度当初に年間の健診の予定について広報します。
- ② 訪問等を通して健診の案内をします。
- ③ 郵送等で健診の案内をします。

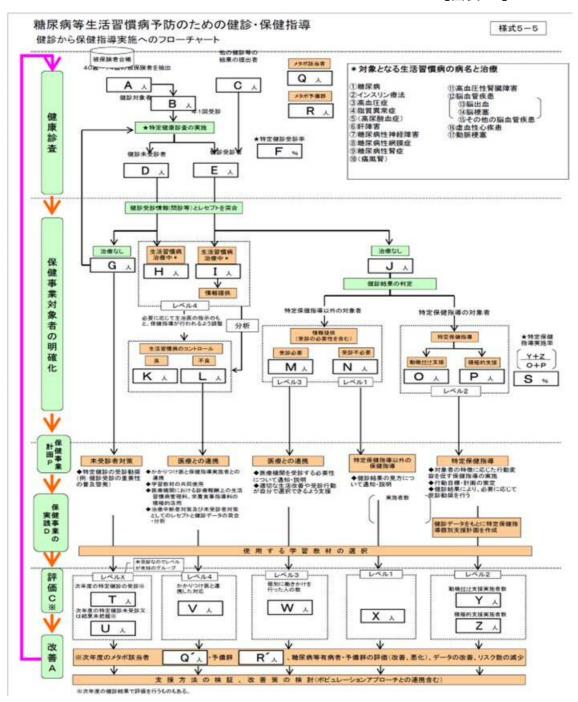
5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般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。

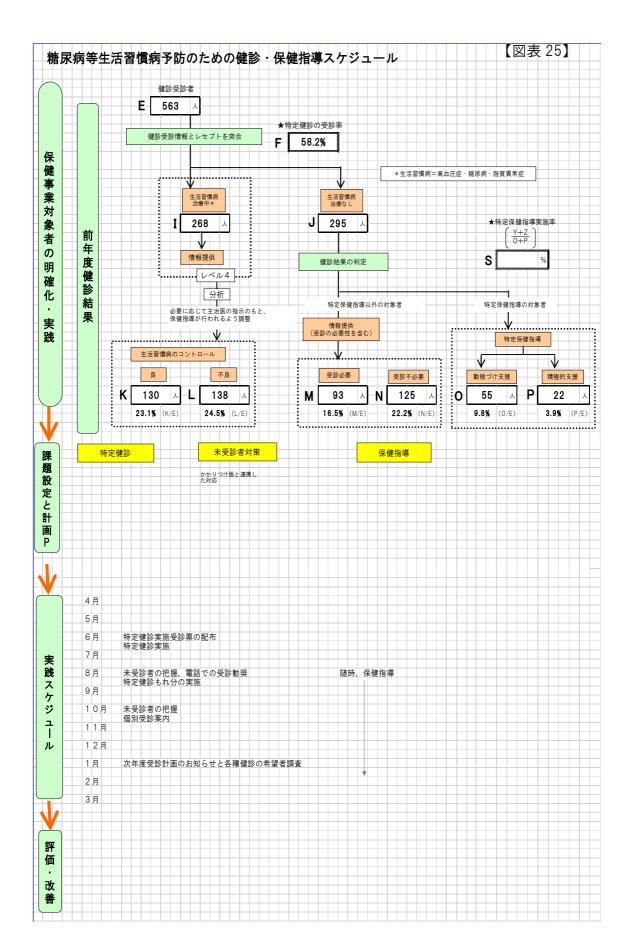
【図表 23】



(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○%)	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	75 人 (37.5)	50%
		情報提供(受診必	て受診勧奨を行う ◆医療機関を受診する必要性に ついて通知・説明	86 人	HbA1c6.1 以上につい
2	M	要)	◆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	(21.0)	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)	441 人 ※受診率目標 達成までにあ	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	と 140 人	%
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	251 人	%

(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)



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五ヶ瀬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)に基づく計画は、五ヶ瀬町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

Ι 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プローチを組み合わせて実施していく必要がある。

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<u>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)(その他指針等)</u>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)	0				
2		健康課題の把握	0				
3		チーム内での情報共有	0				
4		保健事業の構想を練る(予算等)	0				
5		医師会等への相談(情報提供)	0				
6		糖尿病対策推進会議等への相談	0				
7		情報連携方法の確認	0				
8	Р	対象者選定基準検討		0			
9	計	基準に基づく該当者数試算		0			
10	画	介入方法の検討		0			
11	準	予算: 人員配置の確認	0				
12	備	実施方法の決定		0			
13		計画書作成		0			
14		募集方法の決定		0			
15		マニュアル作成		0			
16		保健指導等の準備		0			
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	0				
18		個人情報の取り決め	0				
19		苦情、トラブル対応	0				
20	D	介入開始(受診勧奨)		0			
21	受診	記録、実施件数把握			0		
22	勧	かかりつけ医との連携状況把握		0			
23	奨	レセプトにて受診状況把握				0	
24		募集(複数の手段で)		0			
25	D	対象者決定		0			
26	D 保	介入開始(初回面接)		0			
27	健	継続的支援		0			
28	指導	カンファレンス、安全管理		0			
29	٠,	かかりつけ医との連携状況確認		0			
30		記録、実施件数把握			0		
31	^	3ヶ月後実施状況評価				0	
32	C 評	6ヶ月後評価(健診·レセプ)				0	
33	価	1年後評価(健診・レセプト)				0	
34	報告	医師会等への事業報告	0				
35	П	糖尿病対策推進会議等への報告	0				
36	Α	改善点の検討		0			
37	改	マニュアル修正		0			
38	善善	次年度計画策定		0			

^{*}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】

糖尿病	糖尿病性腎症病期分類(改訂)注1							
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m²)						
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30 未満)	30以上注2						
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{達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。

五ヶ瀬町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。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)

五ヶ瀬町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は $12人(24\% \cdot F)$ であった。また $40\sim74$ 歳における糖尿病治療者 117 人中のうち、特定健診受診者が 39 人であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 78 人(66.7%・I)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 より五ヶ瀬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)・・・** 12 人
- ② 糖尿病治療中であったが**中断者(オ・キ)**···不明
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

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)・・・ 18人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

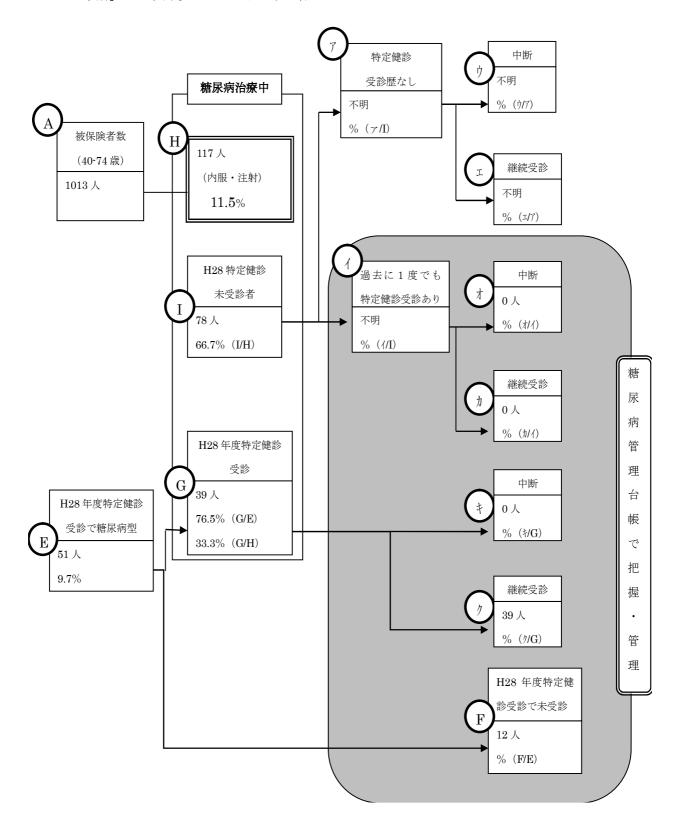
優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・ 21 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・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



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<u>年次計画表(参考資料 4)</u>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%以上は以下の情報を管理 台帳に記載する。
 - *HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載
 - *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)担当地区の対象者数の把握
 - ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)・・・・12人
 - ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)・・・・・4 人

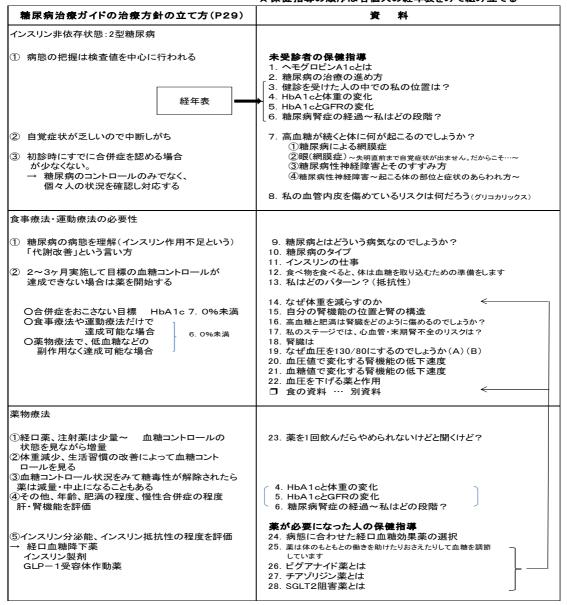
4) 保健指導の実施

(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・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。五ヶ瀬町においては、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

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる



(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・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<u>糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報</u>を活用してく。

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

(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
- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率
 - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ○HbA1cの変化
 - ○eGFR の変化(1 年で25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 ㎡以上低下)
 - ○尿蛋白の変化
 - ○服薬状況の変化

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。五ヶ瀬町において健診受診者 526 人のうち心電図検査実施者は 526 人(100%)であり、そのうち ST 所見があったのは 1 人であった(図表 30)。ST 所見あり 1 人中のうち 1 人は要精査であった(図表 31)。

心電図検査結果 【図表30】

	健診受討	诊者数(a)	心電図板	食査(b)	ST所見	あり(c)	その他	ばし(e)		
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	526	100	8	1.5	1	12.5	3	37.5	4	50.0

【 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 (ご)	受診なし(d)		
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	
1	100	1	100	1	100			

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。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

			亚孙士	1	心電図検査実施	r.	中
	平成28	2年度	受診者	ST変化	その他の変化	異常なし	実施なし
	1 /2/20	7-1X	526	1	3	4	518
			020	0.2	0.6	0.8	98.5
	メタボ記	太少 之	87	1	1	2	83
	クツ小 品	X 1 日	16.5%	1.1%	1.1%	2.3%	95.4%
	メタボラ	2.供戦	84	0	2	1	81
	グラ小 」	~1)用 4十	16.0%	0.0%	2.4%	1.2%	96.4%
	メタボなし		355	0	0	1	354
			67.5%	0.0%	0.0%	0.3%	99.7%
		140-159	57	0	0	0	57
		140 133	10.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	LDL	160-179	34	0	0	0	34
	LDL	100 179	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		180 —	13	0	0	0	13
		100-	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
【参考	考】		·				
	חאט	C2 - A1	76	0	0	1	75
	CKD G3aA1∼		14.4%	0.0%	0.0%	1.3%	98.7%

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。

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用 いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の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<u>糖尿病管理台</u>帳の情報及び KDB 等の情報を活用してく。

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

(1) 短期的評価

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)

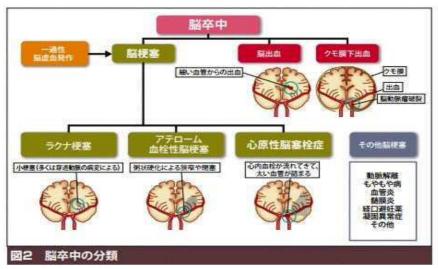
3 脳血管疾患重症化予防

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】



(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/ック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳	ラクナ梗塞	•						0	0
梗	アテローム血栓性脳梗塞	•	•	•		•	•	0	0
塞	心原性脳梗塞	•			•			0	0
脳出	脳出血	•							
血血	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

1117	<u>~</u>	[性的文的句] - (3)	7 0 ±		נפן ניי	ハコン	н									
脳		ラクナ梗塞)		()	
梗		アテローム血栓性脳梗塞))	
塞		心原性脳梗塞)		C)	
脳		脳出血														
出血		くも膜下出血														
		リスク因子 (Oはハイリスク群)	高	血圧	糖原	尿病	脂質 (高BM	異常 IDBM)	心房	細動	<i>አ</i> タホ [*] リッ ロ-	ックシント [*] -ム	慢	性腎臓	病(CDK))
特定	寺定健診受診者における重症化・ 防対象者		Ⅱ度高』	Ⅱ度高血圧以上		A1c6.5以上 LDL180mg/ 中7.0%以上) 以上		-	心房	細動	メタボ	該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR5 (70歳以上	
I <u>L</u>	受 三	· 診者数	15人	2.9%	18人	3.4%	15人	2.9%	0人	0.0%	87人	16.5%	10人	1.9%	17人	3.2%
		治療なし	9人	2.9%	8人	1.6%	12人	2.9%	0人	0.0%	11人	4.0%	1人	0.4%	1人	0.4%
		治療あり	4人	26.7%	2人	11.1%	3人	20.0%	0人		11人	12.6%	1人	10.0%	1人	5.9%
[➡ 臓器障害あり	0人	2.8%	1人	25.6%	0人	2.9%	0人	0.0%	0人	30.3%	1人	3.6%	1人	6.4%
臓		CKD(専門医対象)	0人		0人		0人		0人		0人		1人		1人	
器障		尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		1人		0人	
害めり		尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
0 5		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		1人	
5		心電図所見あり	0人		1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108人(4.3%)であり、56人は未治療者であった。また未治療者のうち 6人(10.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であっても II 度高血圧である者も52人(5.7%)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)

【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)

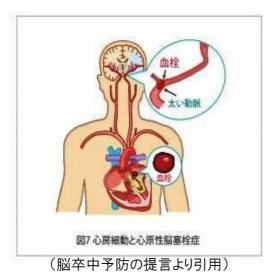
\	\		至適 血圧	正常血圧	正常高值 血圧	I度 高血圧	Ⅱ度 高血圧	Ⅲ度 高血圧
		王分類	~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,583	632	385	261	249	38	18
		1,000	39.9%	24.3%	16.5%	15.7%	2.4%	1.1%
	リスク第1層	224	123	59	20	18 4	4	0
	2 C 2 37.1/E	14.2%	19:5%	15.3%	7,7%	7.2%	10.5%	0,0%
П	リスク第2層	780	298	187	143	123	19	10
	7 A 7 3/2/E	49.3%	47.2%	48.6%	54.8%	49.4%	50.0%	55.6%
Г	リスク第3層	579	211	139	98	108	15	8
	7 X X 320/III	36.6%	33.4%	36.1%	37.5%	43.4%	38.58	44.4%
再	糖尿病	139	42	39	23	30	4	- 1
揭)	400 AV 34.2	24.0%	19.9%	28.1%	23.5%	27.6%	26.7%	12.5%
I	慢性腎臓病 (CKD)	309	133	67	44	53	6	6
複	医江川 明 第 7 (0(0)	53.4%	63.0%	48.2%	44.9%	49.15	40.0%	75.0%
あり	3個以上の危険因子	258	72	64	52	58	7	5
×	TIES-2-17/6/82 1	44.6%	34.1%	46.0%	53.1%	53.7%	46.7%	62.5W

		131 81.9%
	96.9%	18.1%
	123	29
100%	3.1%	0.0%
18	4	0
1.1%	8.0%	10.1%
18	127	160
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 相導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	ただちに 発送薬治療
低リスク群	中以分群	高リスク群

(参考)高血圧治療がイドライン2014 日本高血圧学会

表○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の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。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

	心電図検	査受診者	1	心房細動	有所見者	Í	日循疫学調査*		
年代	男性	女性	男	性	女	性	男性	女性	
	人	人	人	%	人	%	%	%	
合計	7	1	0	0.0	0	0.0	-	ı	
40歳代	0	0	0	0.0	0	0	0.2	0.04	
50歳代	1	0	0	0.0	0	0	0.8	0.1	
60歳代	4	1	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4	
70~74歳	2	0	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1	

心房細動有所見者の治療の有無 【図表39】

心房細動	方形目:	*	治療の有無							
心厉和别	作川兄*		未治	療者	治療	寮中				
人	%		人	%	人	%				
	0 100		0		0					

心電図検査において 13 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 13 人のうち 11 人は既に治療が開始されていたが、2 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と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)

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

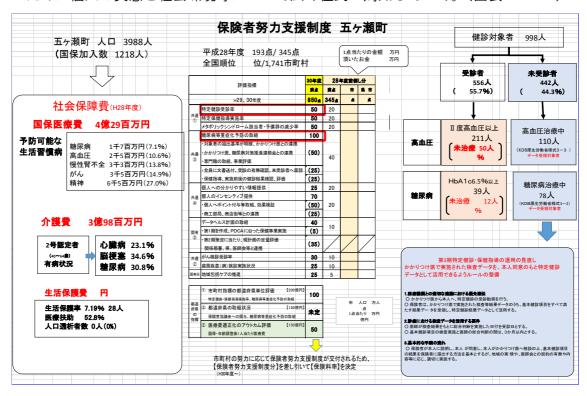
7) 実施期間及びスケジュール

- 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)

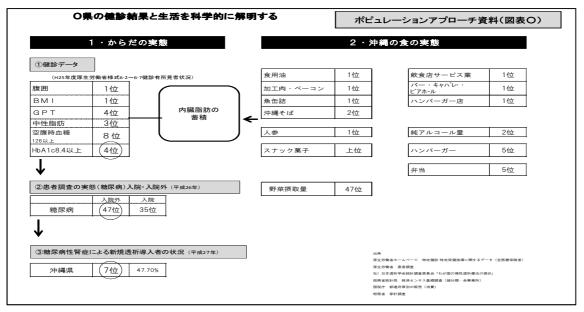
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

*「ポピュレーションアプローチ」とは、まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること。 特に生活習慣病予防には重要だとされている。

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住民へ周知していく。(図表 40・41)



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

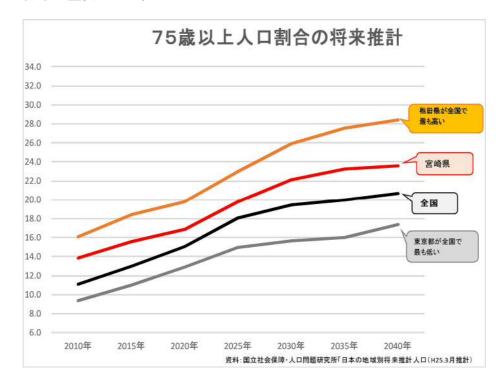
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、住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、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費全体の 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。

【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住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4つの指標で評価する。

※評価における 4 つの指標(参考資料 10・11)

ストラクチャー	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制
(保健事業実施のための体制・システム	を整備しているか。(予算等も含む)
を整えているか)	・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	・保健指導等の手順・教材はそろっているか
(保健事業の実施過程)	・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	·特定健診受診率、特定保健指導率
(保健事業の実施量)	・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	・設定した目標に達することができたか
(成果)	(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、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扱い

1 計画の公表・周知

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

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

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した。

2 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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五ヶ瀬町の位置

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

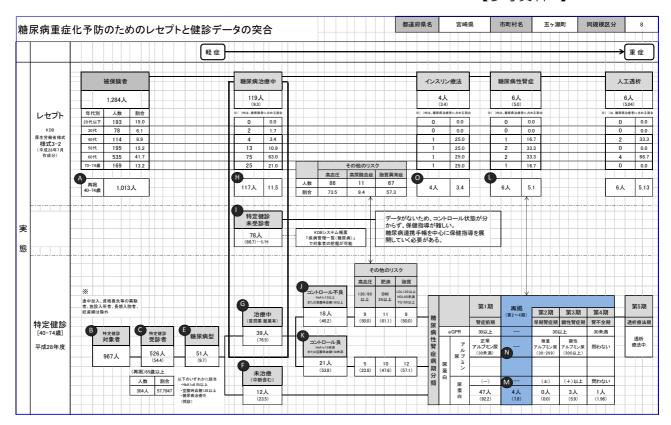
参考資料 12 データヘルス計画の目標管理一覧

【参考資料1】

	70-			司規模平均	すて比へ		. , MX3									
			項目	l			保険者		漠平均	ļ.		3	•	データ元 (CSV)		
			総人			実数	4,415	実数 712	2,964	実数 1,12	割合	実数 124,85	割合 2.975	(037)		
				65歳以上(高	*齢化率)	1.496	33.9	250,396	35.1	290.839	25.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.5		
		1		75歳以上		953	21.6			156,418	13.9	13,989,864	11.2	人口の状況KDB NO.3		
	1	人口構成		65~74歳		543	12.3			134,421	11.9	15,030,902	12.0	健診・医療・介証		
				40~64歳		1,434	32.5			383,847	34.1	42,411,922	34.0	データからみる の健康課題		
				39歳以下		1,485	33.6			450,674	40.0	53,420,287	42.8			
ı	_		_	欠産業			37.2		2.7		.8	4.:		KDB_NO.3 健診・医療・介部		
	2	産業構成		欠産業			14.9		1.7	21		25		データからみる		
			男生	欠産業			47.9 79.5		5.6 9.4	79		70 79		の健康課題		
	3	平均寿命	女性				86.6		6.5	86		86		KDD NO 1		
			男性				64.7		5.1	65		65		KDB_NO.1 地域全体像の把		
	4	健康寿命	女性				67.1	_	6.7	66		66				
			標	準化死亡比	男性		101.3	10)2.6	99	9.7	10	0			
				(SMR)	女性		92.4	9	8.2	96	5.2	10	0			
				がん	•	9	29.0	2,874	44.3	3,469	45.2	367,905	49.6			
	(1)	死亡の状況		心臓病		10	32.3	1,917	29.6	2,242	29.2	196,768	26.5	KDB_N0.1		
2			死	脳疾患		10	32.3	1,158	17.9	1,301	16.9	114,122	15.4	地域全体像の把		
_			因	糖尿病		0	0.0 3.2	115	1.8	128	1.7	13,658	1.8	-		
				腎不全 自殺		1	3.2	231 187	3.6 2.9	276 265	3.6	24,763 24,294	3.3	-		
	-	早世予防から	合計	口权		<u> </u>	J.Z	18/	2.9	∠00	3.0	24,294	3.3	1		
	2	早世ア防から みた死亡	шш	男性										厚労省HP		
		(65歳未満)		女性										人口動態調査		
			1号	忍定者数(認定	[率]	230	17.0	49,966	20.0	59,315	20.4	5,885,270	21.2			
	1	介護保険		新規認定者		5	0.2	781	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3			
			_	2号認定者		5	0.3	856	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4			
			糖尿			35	14.4	10,599	20.4	12,987	21.1	1,350,152	22.1	_		
			高血	異常症		155 46	65.0 20.2	28,380	55.1	35,357	57.9	3,101,200	50.9			
			心臓			170	70.8	14,058 31,946	27.1 62.2	16,825 40,235	27.4 65.9	1,741,866	28.4			
	2	有病状況	脳疾			72	29.0	13,362	26.3	19,122	31.4	1,538,683	3,529,682 58.0 1,538,683 25.5	KDB_NO.1		
3			がん			24	10.5	4,857	9.3	5,852	9.4	631,950	10.3	NDD_NO.1 地域全体像の把		
			筋・			154	64.4	28,320	55.1	35,171	57.7	3,067,196	50.3			
			精神			119	47.5	19,128	37.0	25,297	40.9	2,154,214	35.2			
			1件:	当たり給付費((全体)		77,135	73	,752	66,		58,2	84			
	3	介護給付費	居宅サービス									47,		39,6		
				施設サービス		2	272,022	_		282		281,		-		
	4	医療費等		要介護認定別 優費(40歳以上)	認定あり		9,880 4,886		522 224	7,1		7,9		-		
			_	険者数	認定なし		1,234		3,805	300		32,58				
			IX IX	65~74歳		490	39.7	100	,,000	119,981	40.0	12,461,613	38.2			
	1	国保の状況		40~64歳		480	38.9			103,073	34.3	10,946,712	33.6			
				39歳以下		264	21.4			77,053	25.7	9,179,541	28.2			
				加入图	率		28.0	2	8.1	26	5.7	26	9	KDB_NO.1		
			病院	数		1	0.8	47	0.2	140	0.5	8,255	0.3	地域全体像の把握KDB NO.5		
				所数		1	0.8	621	3.1	891	3.0	96,727	3.0	被保険者の状況		
		医療の 郷辺		数		54	43.8	3,963	19.9	19,245	64.1	1,524,378	46.8			
	2	医療の概況	(1 11)						2.7	2,730	9.1	299,792	9.2			
	2	(人口千対)	医師	医師数		2	2 1.6	541 2.7 652.3		677.3		668.1		-		
	2		医師外来	患者数		2	596.9	65								
	2		医師外来	患者数患者数	压连曲			65	3.7	24	1.7	18	2			
ļ	2		医師 外来 入院	患者数 患者数 一人当たり	医療費	28,433	596.9 32.2 県内10位 同規模98位	65 2 ———————————————————————————————————	3.7 ,817	26,	1.7 707	18 24,2	2 45			
•	2	(人口千対)	医師 外来 入院 受診	患者数 患者数 一人当たり 率	医療費	28,433	596.9 32.2 県内10位 同規模98位 629.159	65 2 26 676	3.7 .817 6.037	24 26, 702	1.7 707 012	18 24,2 686.	2 45 286	KDB_NO.3 健診・医療・介		
Ļ	3	(人口千対)	医師 外来 入院 受診 外	患者数 患者数 一人当たり 率 費用の割合	医療費	28,433	596.9 32.2 県内10位 同規模98位 529.159 53.1	65 2 26 676 5	3.7 817 6.037 5.3	24 26, 702 55	i.7 707 012 i.1	18 24,2 686. 60	2 45 286	健診・医療・介 データからみる		
		(人口千対)	医 外 入院 受 外来	患者数 患者数 一人当たり 率 費用の割合 件数の割合	医療費	28,433	596.9 32.2 県内10位 同規模98位 629.159	65 2 26 676 5	3.7 817 6.037 5.3 6.5	24 26, 702	012 5.1 6.5	18 24,2 686 60 97	2 45 286 1 4	健診・医療・介 データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対)	医外 入院 受外来 入	患者数 患者数 一人当たり 率 費用の割合	医療費	28,433	32.2 県内10位 同規模98位 329.159 53.1 94.9	65 2 26 676 5 9	3.7 817 6.037 5.3	24 26, 702 55 96	012 5.1 6.5	18 24,2 686. 60	2 45 286 1 4 9	健診・医療・介 データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対)	医外入 受外来入院	患者数 患者数 一人当たり 率 費用の割合 件数の割合 費用の割合		28,433	32.2 県内10位 同規模98位 529.159 53.1 94.9 46.9	65 2 26 676 5 9 4	3.7 817 5.037 5.3 6.5 4.7	24 26, 702 55 96	012 012 6.5 6.9	18 24,2 686. 60 97 39	2 45 286 1 4 9	健診・医療・介 データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対) 医療費の	医外入 受外来入院	患者数 患者数 一人当たり 率 費用の割合 件数の割合 件数の割合 件数の割合 がある。		28,433	596.9 32.2 県内10位 同規模98位 329.159 53.1 94.9 46.9 5.1	65 2 26 676 5 9 4	3.7 817 6.037 5.3 6.5 4.7	24 26, 702 58 96 44	1.7 707 012 5.1 6.5 1.9 5	18 24,2 686 60 97 39	2 445 286 1 4 9	健診・医療・介 データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
ļ		(人口千対) 医療費の 状況 医療費分析	医外入 受外来入院 1件 がん	患者数 患者数 一人当たり 率 費用の割合 件数の割合 件数の割合 件数の割合 がある。	ά	28,433	596.9 32.2 県内10位 同規模98位 529.159 53.1 94.9 46.9 5.1	65 22 26 676 5 9 4 3 16	3.7 817 6.037 5.3 6.5 4.7 3.5	24 26, 702 55 96 44 3	1.7 707 012 5.1 6.5 1.9 5	18 24,2 686 60 97 39 2 15.6	2 45 286 1 4 9 6	健診・医療・介 データからみる。 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把		
·	3	(人口千対)	医外入 受外来入院 1件 がん	患者数 患者数 一人当たり率 費用の割合 件数の割合 費用の割合 件数の割合 特数の割合 ちたり在院日数	ά	28,433	596.9 32.2 県内10位 同規模98位 529.159 53.1 94.9 46.9 5.1 18.9日 5,501,040 14.9	65 22 26 676 5 9 4 3 16 0 24	3.7 .817 .037 5.3 6.5 4.7 3.5 .3 \Box	24 26, 702 55 96 44 3 17.	5.7 707 012 5.1 6.5 6.9 5 8 8 8 8 0	18 24,2 686: 60 97 39 2: 15,6	2 45 286 1 4 4 9 6 6 7	健診・医療・介i データからみるi の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把i		
1		(人口千対) 医療費の 状況 医療費分析 生活習慣病に	医外入 受外来入院件が慢糖	患者数 患者数 一人当たり 率 費用の割合 件数の割合 費用の割合 件数の割合 外数の割合 等別の割合 を表してに 等別で では がある。	ά	28,433 6 3 3 1 2	596.9 32.2 県内10位 同規模90位 53.1 94.9 46.9 5.1 18.9日 5.501,040 14.3 3,056,000 13.8	65 2 26 676 5 9 4 3 16 9 22 3 7 10 6	3.7 817 6.037 5.3 6.5 4.7 3.5 3.5 3.9	24 26, 702 55 96 44 3 17.	1.7 7707 012 1.1 1.5.5 1.9 5 5 8 8 8 1.0 0 2.2 6	18 24,2 686. 60 97 39 2. 15.6 25.	2 445 286 1 4 9 6 6 7	健診・医療・介記 データからみるが の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把記		

				糖尿病		418,918	27位	(20)							
				高血圧		478,365	24位	(20)							
				脂質異常症		464,761	18位	(20)							
		費用額	入	脳血管疾患		438,836	26位	(23)							
		(1件あたり)	院	心疾患		317,593	28位	(18)							
				腎不全		469,367	24位	(21)							
		県内順位		精神		403,375	24位	(26)							LADD NO 0
	(5)	<u>順位総数28</u>		悪性新生物		472,805	26位	(16)							KDB_NO.3 健診・医療・介護
	9			糖尿病		56,523	1位								データからみる地域
		入院の()内		高血圧		34,849	3位								
		は在院日数		脂質異常症		30,930	2位								
4			外	脳血管疾患		38,666	7位								
7			来	心疾患		42,457	9位								
				腎不全		211,577	8位								
				精神		41,176	2位								
				悪性新生物		62,377	4位								
		#=>> + # [1]		健診対象者	健診受診者		5,587		3,1		3,	164	2,3		
	6	健診有無別 一人当たり	-	一人当たり	健診未受診者		6,794		12,	337	11,	427	12,3	139	KDB_NO.3 健診・医療・介護
	0	点数	生活	舌習慣病対象者	健診受診者		16,311		8,7	'37	8,6	596	6,7	42	データからみる地域
		7111.524		一人当たり	健診未受診者		19,835		34,	206	31,	410	35,4	59	
			受診	*勧奨者	•	265	51.	.3	37.189	56.9	38.800	54.9	4.427.360	56.1	
	7)	健診・レセ		医療機関受診	率	239	46.		33,746	51.6	36,267	51.4	4,069,618	51.5	KDB_NO.1
		突合		医療機関非受		26	5.0		3,443	5.3	2,533	3.6	357,742	4.5	地域全体像の把握
	1		健診	受診者	₩ Ŧ	20	517	_	_	384		610	7.898		
	1		淫衫				517	6位						,	4
	2			受診率		57.2	同規模		46	6.4	34.5	全国32位	36	.4	
	3		特定	保健指導終了	者 (実施率)	37	50.		3904	45.4	3,465	40.8	198,683	21.1	1
	4)	•	非肥	満高血糖		17	3.3	3	6,352	9.7	5,442	7.7	737,886	9.3	1
					該当者	85	16.	4	12,200	18.7	12,794	18.1	1.365.855	17.3	1
	(5)				男性	63	24		8.464	27.7	8,493	27.9	940.335	27.5	1
	9						8.6								
		特定健診の		メタボ	女性	22			3,736	10.7	4,301	10.7	425,520	9.5	4
					予備群	84	16.		7,622	11.7	8,838	12.5	847,733	10.7	
	6				男性	63	24.		5,264	17.2	5,505	18.1	588,308	17.2	
		県内順位			女性	21	8.2	2	2,358	6.8	3,333	8.3	259,425	5.8	KDB_NO.3
_	7	順位総数28			総数	196	37.	.9	22,315	34.1	24,452	34.6	2,490,581	31.5	■健診・医療・介護 ■データからみる地域
5	8			腹囲	男性	141	54.	.2	15,455	50.5	15,692	51.6	1,714,251	50.2	の健康課題
	9		,		女性	55	21.	.4	6,860	19.7	8,760	21.8	776,330	17.3	KDB_NO.1
	(10)		タボ		総数	38	7.4	4	4,378	6.7	3,286	4.7	372,685	4.7	地域全体像の把握
	(1)		該	BMI	男性	7	2.		814	2.7	532	1.8	59,615	1.7	-
	(12)		当	Diviii		31	12.		3.564	10.2	2.754	6.8	313.070	7.0	
	_		-	中華の 7	女性	2	0.4				<u> </u>				-
	(13)		予	血糖のみ					530	0.8	467	0.7	52,296	0.7	
	(14)		備	血圧のみ		55	10.		5,287	8.1	6,643	9.4	587,214	7.4	_
	(15)		群	脂質のみ		27	5.2		1,805	2.8	1,728	2.4	208,214	2.6	
	16		ベ	血糖・血圧		14	2.		2,183	3.3	2,194	3.1	212,002	2.7	
	17)		ル	血糖·脂質		3	0.6	6	681	1.0	528	0.7	75,032	0.9	
	(18)			血圧・脂質		50	9.7	7	5,537	8.5	6,424	9.1	663,512	8.4	
	19		L	血糖・血圧・	脂質	18	3.5	5	3,799	5.8	3,648	5.2	415,310	5.3	
			00	高血圧		208	40.	.2	23,752	36.3	26,712	37.8	2,650,283	33.6	
	1		服薬	糖尿病		38	7.4	4	5,883	9.0	5,470	7.7	589,711	7.5	
			栄	脂質異常症		105	20.	.3	14,929	22.8	14,669	20.8	1,861,221	23.6	
				脳卒中(脳出血	脳梗塞等)	18	3.5		1,997	3.2	2,695	3.9	246,252	3.3	Ť
			既	心臓病(狭心症		23	4.4		3,427	5.5	3,636	5.3	417,378	5.5	1
	2		往	腎不全		23	0.4		373	0.6	240	0.3	39,184	0.5	1
			歴	貧血			11.								1
			n#n .Lor			57			5,122	8.4	7,036	10.3	761,573	10.2	4
	3		喫煙			70	13.		10,886	16.7	8,574	12.1	1,122,649	14.2	4
	4			回以上朝食を抜		28	5.4		4,442	7.7	5,418	7.9	585,344	8.7	4
	(5)			回以上食後間食	-	54	10.		7,977	13.9	8,357	12.2	803,966	11.9	1
6	6	生活習慣の	週3[回以上就寝前夕	食	69	13.	.3	9,245	16.1	10,362	15.1	1,054,516	15.5	KDB_NO.1
•	7	状況	食べ	る速度が速い		134	25.	.9	16,109	28.0	17,240	25.2	1,755,597	26.0	地域全体像の把握
	8		20歳	き時体重から104	kg以上増加	182	35.	.2	19,703	34.1	23,064	33.7	2,192,264	32.1	
	9		1回3	30分以上運動習	慣なし	338	65.	.4	39,568	67.9	37,367	54.5	4,026,105	58.8	
	10		_	1時間以上運動7		223	43.	.1	28,954	50.1	32,220	47.0	3,209,187	47.0	
	11)			·····································		138	26		13,994	24.2	15,474	22.6	1,698,104	25.1	1
	12		_	:小足 飲酒		162	31.		16,174	26.7	18,528	26.9	1,886,293	25.6	1
															1
	13		マママ マママ	飲酒		129	25.		13,654	22.6	15,909	23.1	1,628,466	22.1	4
			日	1合未満		134	46.		23,418	57.0	24,369	58.8	3,333,836	64.0	-
	(14)		飲	1~2合		121	41.		11,323	27.6	12,302	29.7	1,245,341	23.9	4
			酒	2~3合		34	11.		4,591	11.2	3,985	9.6	486,491	9.3	4
	1		量	3合以上		2	0.7	52	1,750	4.3	765	1.8	142,733	2.7	

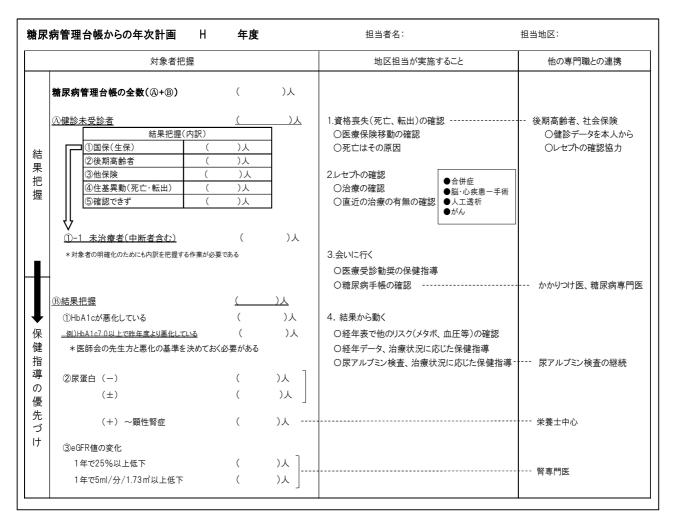
【参考資料 2】



【参考資料 3】

番号	追加 年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始 合併症の]	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧	裙	HbA1c								
						虚血性心疾患	delle	体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	2/1	血圧								
							CKD	GFR								
							GND	尿蛋白								
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	ムル	血圧								
								GFR								
							CKD									

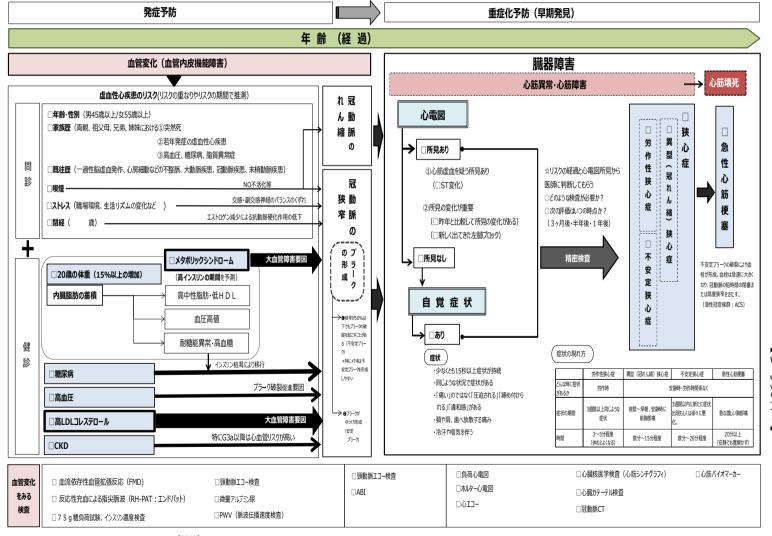
【参考資料 4】



【参考資料5】

										保険				同規模	保険者	データ元
				項目		突台	合表							中粉	割合	, ,,,,
	被保障者数									夫奴	剖口	天奴	剖口	夫奴	剖口	
1	IX IX IX IX		易) 40 プ	 -74歳		/	4		-							KDB厚生労働省様 様式3-2
	特定健診	(1.316	37 10-1	7 1/3%				Ĭ	7,1027							
1	137212117	健診:	 対象を			E	3	5	7.492人							あなみツール
(2)	†															②_1 集計ツール _2017.7(DM腎症
	†						2		-							. (レセ×健診)
	特定保健指							-								市町村国保
1		保健	指導す	 打象者数					2,816人							特定健康診査・特別 健指導実施状況
2	Ī	実施	率						47.9%							報告書
	健診データ															
1	1	糖尿:	病型			Е	Ε	2,434人	12.50%	人	%	人	%	人	%	
2	1		未治	療・中断者(質問	票 服薬なし)	F	=	925人	38.0%	人	%	人	%	人	%	
3	Ī		治療	中(質問票 服薬	有)	(G	1,509人	62.0%	人	%	人	%	人	%	
4				コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空	腹時血糖130以	E)		879人	58.3%	J	%	J	%	J	%	
(5)	_			血圧 1	30/80以上		J	503人	57.2%	J	%	人	%		%	44 74 64
6	1			肥満 B	MI25.0以上			517人	58.8%	J.	%	人	%	人	%	特定健診結果
7				コントロール良 (HbA1c7.0未満・空間	复時血糖130未満) k	<	632人	41.9%	人	%	人	%	人	%	
0		糖尿	病病期													
0			尿蛋	白(-)	第1期			1,660人	68.2%	人	%	人	%	人	%	
9			L	(±)	第2期	N	И	373人	15.3%	人	%	人	%	人	%	
10	1		L_	(+)以上	第3期			375人	15.4%	人	%	人	%	人	%	
11)				eGFR(30未満)	第4期			28人	1.2%	人	%	人	%	人	%	
1	レセプト															
	-	糖尿			対)											
	-															
	-	alet 🖂 .						-		-						
		糖尿:					+	-								
			(#)16				ī									KDB厚生労働省 様式3-2
	-	糖尿:	<u></u> 病性腎													
		1,12,77				-	-			-						
	†	慢性人			原中に占める割1	合)		-			_					
(10)	1		(再提					213人	3.5%	人	%	人	%	人	%	
11)	1		新規:	 透析患者数				人	%	人	%	人	%	人	%	
12)	1		(再掲	。 副)糖尿病性腎症												
13	Ī		後期高	5齢者(糖尿病治療 ^に	中に占める割合)			170人	2.3%							
1	医療費	総医	療費			а		25	7.4億円		億円		億円		億円	
2			生活	習慣病総医療費		b		14	4.7億円		円		円		Ħ	
3			(総医		合)	b/a			56.2%							
	1															
	1			1人当たり	健診未受診	者			,							
	-				- 11 7 mm A 3	С										KDB
	-		-			c/b										健診・医療・介護 からみる地域の健
	-		相水?	病入院外総医療 1件当たり	質				4.6億円 1.908円		円円		円円		円円	題
8			梅尼:	「Hヨたり 病入院総医療費					5.1億円				円			同規模保険者比
9	1			ァッノ トゥレ 中心 戸び 原 貝									円			
9	-		1,1,1,1,1	1件当たり				6.3	2.2(1) 111						щ	
9 10			10177	1件当たり				63:	2,202円		- 17		B		日	
9 10 11 12				1件当たり 在院日数 腎不全医療費				63:								
9 10				在院日数												
9 10 11 12 13				在院日数 腎不全医療費				2	18日		В		日		B	
9 10 11 12 13 14	介護	介護		在院日数 腎不全医療費 透析有り 透析なし				2 0	18日		日円		日円		日円	KDB
9 10 10 12 13 14 15	介護	介護	慢性的	在院日数 腎不全医療費 透析有り 透析なし	ī 所見			2 0	18日 3.6億円 .98億円		円円		日 円 円		日 円 円	同規模保険者は
9 10 11 12 13 14	介護	介護	慢性的	在院日数 腎不全医療費 透析有り 透析なし	丽見			2 0	18日 3.6億円 .98億円		円円		日 円 円		日 円 円	KDB 同規模保険者比 要介護(支援)者認 況
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	① 特定健診 ② ③ 特定保健指 ② 健診データ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑥ ⑦ ⑥ ⑥ ⑦ ⑦ ⑧ ⑨ ⑪ ⑪ ⑪ ① ① レセプト ② ③ ④ ⑥ ⑥ ⑥ ⑦ ⑦ ⑧ ⑧ ⑨ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪ ⑪	(再料 (ではき) (性診) (性診) (性診) (性診) (性診) (性診) (性診) (性診	 (再掲)40才 (再掲)40才 (再掲)40才 特定健診 健診が受受診薬 (理様海薬 (理様海薬 (理様海薬 (理様海薬 (理様海薬 (理様海薬 (連診データ (事素型 (本) (本)	 (再掲)40オ-74歳 特定健診 健診列象者数 健診受診率 特定保健指導 保健指導対象者数 実施率 健診データ 未治療・中断者(質問悪 服薬・の情をはでの以上・空体をはおいます。 (日内は10円ル及の内をはついます。のは、日本ののでは、日本ののでは、日本のでは、	(再掲) 40才-74歳 ((再掲) 40 才 - 74歳	(再掲) 40 才 - 74歳	(再掲)40才-74歳	一次 一次 一次 一次 一次 一次 一次 一次	項目	接保険者数	頂目 大田	現日 現合 現合 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日	横保険者数	接線常数 接換

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】

【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

17.11	診結果、同	1850		リスクキ	犬況			対象者
1)/±	砂箱未、	可能	他のリスクの重	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			所見なし	□S	T変化	5	(5)
	心电凸		心电点	717640	□₹0	他所見		重
			T	7	1		·	症化
						定状 胸の「圧迫感」、違和感		予 防
2)		自覚症状なし		(株式と治る) (株式と治る) (大式と治る) (文静時にも胸に違 (以前にも同しような (関、肩、歯の痛み (冷汗、吐き気がある	和感、締め付け 症状があった		対 象 者
	問診		□家族歴□既往歴・合併症□喫煙□アルコール□連動習慣□睡眠習慣					
			□家庭血圧					
			7				r	
3) 健診結果	2		。この人がどういう経過をたどって リスクがあるかどうかをスクリーニン		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。		
	判定		正常	軽度	重度	追加評価項目		
	□腹囲				85∼ 90∼			
	□ВМІ		~24.9	25	5~			
	□中性	空腹	~149	150~299	300~			
	脂肪	食後	~199	20	00~			発
X	□HDL-	С	40~	35~39	~34			症 予
タボ	□nonH	IDL-C	~149	150~169	170~			防 対
リ ツ	□ALT		~30	31~50	51~			象者
クシ		г	~50	51~100	101~			
ンド		空腹	~99	100~125	126~	【軽度】		
I	□血糖	食後	~139	140~199	200~	────────────────────────────────────		
A	□HbA1		~5.5	5.6~6.4	6.5~	────────────────────────────────────		
		収縮期	~129	130~139	140~	□24時間血圧		
	□血圧	拡張期	~84	85~89	90~	(夜間血圧・職場高血 圧の鑑別)		
	□尿酸		~7.0	7.1~7.9	8.0~			
4	□LDL-C		~119	120~139	140~	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発 疹性黄色腫の有無		
e G F	R			60:				
尿蛋白	l		(-)	(+	-) ~			
□СК	D重症度	分類		G3	aA1			
			<u> </u>	l		IL	l	

参考)脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料8】

血圧評価表

	址 伊1	険者証													健診す	<u>*</u> -9										
<u> </u>		火 1証	. rth	J⊈ Dil	⊬₩		過:	去5年間(のうち直	Ú									ΔŒ							
番号			氏名	性別	年齢	メタボ							H24			H25			H26			H27			H28	
	記号	番号				判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期

【参考資料9】

心房細動管理台帳

	, , , , , ,	<u> </u>	1 17 1			_																				
			基本	靜				治療の状況	}	脳梗塞	の有無							毎年度	確認する	5-6						
番号	登録年度 番号						医療	心房細動	心房細動	脳梗塞	脳梗塞			H26年度	Į				H27年,	度				H28年度		
	留万	行政区	担当	赿	年齢	性別	機関名		沙療開始日	病名	M(文本 沙療日	鬱	電線	治療 状況	内服薬	慌考	鬱细	心電図 判定	繚炾	内服薬	備考	健設 沙日	心電図 判定	繚炾	内服薬	備考

	D全体評価 				様式 1
	評価(良	(くなったところ)			
課題・目標	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)	⑤残っている課題
目標	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	○業務分担制(成人3担当) 未受診者対策、重症化予防対策	全 体
〇特定健診契診率 H29年度目標60% 〇特定保健指導実施率 H29年度目標60% 〇健診受診者の検査結果の改善 血圧・血勢・開管(CKD) 〇虚血性の疾患・脳血管疾患・矯 原病腎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。 〇医療費の伸びを抑える	〇特定健診 ・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心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診、生活習慣無未治療者に対して受診動奨訪問を行った。 ・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、が心検診医療機関説明会で、治療中の方への受診動奨の依頼を行った。 ・受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、精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、医療機関との協力をどのようにすすめていくが、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していいかの検討が運動。全体として対象者を抽出するだけでな、現在、作成・整理しているCKD台帳、HDAL色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るCKD台帳、HDAL色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、も傾の活用が重要である。 ・33歳健診の根拠をみると、受診時すでにソタド、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 等への取り組み等がとコーションアプローチは重要、今後事業を検討していく中、対象者、実施方法、評価も含めて検討していくな、と、要権機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえて重要。	○医療機関説明会実施状況 ○個々の医療機関・のアプロー す状況 ○未受診者訪問実施状況 ○ポビュレニシ実施状況 ○早期介入保健指導実施状況	〇特定健診受診率 H29年度目標の吟達成状況 ○未受診者前間後の受診者数等、個々の 受診状況 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 〇行つたポピュレーション毎の結果(例えば、地区毎の受診事等) ○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	を検討する担当が分かれている。 面方の取り組みは切り離して事え られない。また。計画立案、評価 実施しているが、3担当での共通 認識が十分図れていない。 〇重症化予防対策を取り組んで いく上で、実差士の役割は重要で ある。今後の東美指導状況、対象 が必要となら。 〇通常業務のでは、アブ ローデルでも会えない人がいる。 不在廣等高用しているが、そのま まなかれて、表として しまっている。 と表表ない人がいる。 に関いているが、とのま はなった人で、まないを はなった人で、さらに重症化して しまっている。 と呼んできたいる個々の医療機関と 人できている個々の医療機関と	○保健活動に関して具体的な 目標、効果を検討し、PDCA・ イクルに基づいて事業を計画 る。 ○地区担当朝の活用。地区は 帳をもには毎年管理していて、 た。地区状況に合わせて、保 活動を行っていく。 ○事業実施等はおばらになら いように、成り担当で話した。 をし、共通認識を図っていく。
●受診率が低い。●受診勧奨の対象者、アプローチ方法等 会討。(地区台帳の活用等)	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	の連携をすすめていく上で、地区 担当制の活用、ひとつひとつひと つの事例を通じて連携を積み重ね	○医療機関への協力依頼の 討(医療機関数が多いので、 先的に実施していく医療機関
(株式) (総定日報のの加めの場合を ・経験機関の組みの ○早期介入保健指導事業 ◆対象者の設定、評価方法等検討	・ 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規悪で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。 ・ 保健指導の標準化は十分でない。個々の数材使用に任されていたり、共通認識十分図れていない現状がある。	○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(所内、訪問)実施状況 況 ○他保険者に対する保健指導実施状況	○保健指導実施者の翌年の健診結果状況 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○経年評価(評価項目毎)集団、個別両方 ○健診結果の状況(各対象者毎の高値割 合減少状況) ○重症化予防対象者数(3疾患治療なしの	のサータので適して速度を使か重ね ていくようにする。(いろんな医療 機関との関わりを活用していく。)	選定基準、実施方法等の検 〇未受診者訪問の対象者の 討(全くの未受診者、健診中 者の継続受診動奨等) 〇ポピュレーションの取り組。 検討(医療機関、住民等対象 どうしていくか等)
重症化予防対策	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		者)		○評価項目の検討(受診率 診行動等)
◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆処配各様の対策・ ・が開発・事を口目標、評価等検討。 ◆技術性完全機能・健康で以出当が 分かれており、ぼらばばいなってしまう。 ◆評価指揮の検討。	の変化等から優先順位をみていべ必要がある。そのために、現在、作成・整理しているCVG台橋、HbAL6管理台 機等を活用していことで優先順位が上さり、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。 ・侵債指導を行う上での、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。 一重症化予防対象を評価していく指導の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。現在は 事業実施重が中心の評価。 ・若年者、他保険かかの回媒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デについて(健診結集の思い状態まま、悪化して国際へ加入してくるで働けなく なってから等・・・・医療提到制等考えたり、市民ということを考えると・・・)の対策は必要。他保険者であっても、 健診結果を持ちし、保健指導を希望される方には実施していく。				重症化予防対策 ○対象者の検討。(単年の機能果での抽出に加え、軽年出台帳からの対象者等) ○保健指導検診師の推携を対象の対象。
医療とのつながり	- -				受診行動等対象疾患ごとに 計)
◆会議等での連携の形は、整ってきつつ あるが、個々の医療機関にの具体的な連 様となると、進んでいないのが野技・ ●試験が事業の中で、個々の連携等に ついて実践を選出、最終してい、 ◆未定路が対策、重信化予助事業等そ れそれの関わりの中で、医後機関とのつ ながりを進めていく。	医療とのつながり -CKの連携は恋の作成を行ったが、対象者の方が感 機関、「持きするという活用までには、なかなか至っていない、また、連携を考えていくとで、原機を限じ、部の見える連携しなると難しい、さらに、一き進めるために、対象者の方に同意を得られて、場合にかりいつは実等に直接を機能した。一から連携があるようなまたを振停ると検討した。 実施機能温度がシステムを検討していく中で、要負の売まより提案があり、直接的手乗として、何例か事例を通じ、医機能温度をよびがら、重度化予節を実施してかるとしばなった。今後、この取り組みが対す解して全体ととながっていけるようによっている。 - 本見が考り集合め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。	医療とのつながり OCKD連携株式使用状況 O個なの医療機関との連携状況 O個教験的事業の実施状況 O協力体制 近りに向けてのアブ ローチ状況	医療とのつながり OCKD連携株式にてすすめた検査、専門 医への受診行動等 O個々の医療機関との連携状況(対象者 の受診行動対況) の試験的事業の実施状況(対象者の検査 値、受診行動、生活状況等) O協力体制づくりに向けてのアプローチ状 況(受診者数の変化等)		の保健事業の目標、評価指 の検討。健節。検査値の改 状況、受診行動等対象疾患、 に検討) 医療とのつながり 〇試験的事業等個々の事例 を積み重ねて、協力体制を近 げてして。

4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
	評	価(良くなったところ)			
平成29年度 課題	①平成28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
目標	全 体	未受診者対策	* * 未受診者対策 * *		
7時定储診受診率 1/29年度目標00% 均整気機能消棄施率 1/29年度目標00% 個能受診者の格室結果の改善(血 下血糖・間質(CKD) 退血性(免患・陽血管疾患・穩尿病腎 を起減すごたを目標、平原29年度に 工学成26年度と比較して3疾患それぞれ V減少させる。	〇年度当初、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、事業位置づけ等を確認する。 ○成人3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。 未受診者対策	がん検診医療機関説明会にて、特	○特定健診受診率向上のために、既存事業 に、医機機関影明をで協力を報管行つた。 より、少しても声かけ等行っていただき、親親 につながるような情報提供を行い、協力を得 〇40、65、67歳で全くの優勢未受診で、生 診を受診しているという方もおられ、その方済 変更がない人もおられるので、どのように裂 〇種疾病管理台帳台帳から見えてきた重症 〇町年度33歳健康含重の姿勢・不単次フ・ チェック」の案内處型を行い、参加状況にごも	らしの配布依頼、ボスター掲示の協、 は、来年度から健診の変更等けていく必要がある。 活習慣病での未治機者に対して、交 の健診結果を有効活用していかない 健指導していく効果があるか検討が 化予防対象者へのアプローチも検討・ オローとして、簡易ではあるが健康子 平価実施する、参加者は少なかった。	りはしてもらっていたが、医療機能。あるので、より機会を活用し、受診動要訪問を行った。職場等でもればいけない。また、全く受診の必要。 が必要。 が必要。 できる「20・30歳代の健 受診者の中には、特定健診の項
の殊少ととも。	〇取り組み ・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に増やL実施。	mi)	でも簡易だったとの感想もあり、今回の健康 クのの必要性等どう伝えていくか等課題があ	. 5.	
全体 ◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて 計画実施する。 ◆成人3担当で評価、計画等共通認識を 図る。	・根尿病管理台機を活用し、3年間未健診・米治療者への受診動奨訪問。 ・医療機関への働きかけとして の機能の働きかけとして の機能関係の動物がはある。 ・医療機関(90分所)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。 ・早期介入健診の対象年齢を39歳に変更。	〇未受診者訪問 前々年度保健指導実施者で前年 度未受診者へ訪問。 ・40,65、67歳未受診・未治療へ受 診動契助限支援の ・撤尿病管理台帳の3年間未受診・ 未治療者へ訪問。	〇39歳健診と対象者を変更した。申し込み3 どう伝えていくか等課題がある。	率等は年齢等変更してもあまり変わら	ない。若年層への健診の必要性
未受診者対策	・来受診者訪問の対象者年齢を検討し、いかに受診してもらみようにしていくかが今後の課題。受診勧奨却 行うことで若干の受診率向上とはつながっている。 総尺病管理体例の選別が間を実施し、少しずつだが、顔の見える関係づくりができるように取り組みはじめた。 ・医療機関への個別が間を実施し、少しずつだが、顔の見える関係づくりができるように取り組みはじめた 後も継続し、変像機関数も地間ルていきながら実施していくことが重要である。 ・39歳億齢については、末年度特定健康診査の受診状况等で評価していくようにする。若年層へ健診の 性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。 ・PDCAサイクルに基づき計画を立案し、年度当初に成人3担当にて共通認識を浸った。(表1)(表2) ・外象者選定について検出。評価指揮について、底とのと呼行い、数年管理を行っていくまうにした。 ・当場系衛程台帳の活用について、版とのと呼行い、数年管理を行っていくようによう。 ・受診解療後、保健指導系の効果を確認で表現の場合が、また。それに合わせて保健指導内容も検討した。 ・受診解療後、保健指導系の効果を確認で表現り場合が、正実影響を実施していく。 ・実影響の潜止して、販売の情性を含用が見る時間、以降で	対象者 アプローチ 方法 対象者数 方法 対象者数 5	*・重慮化予防対策・* ○職尿病管理台帳を登理し、活用していてより 清用の検討が必要となってくる。 ○医療連携の一歩として、医療機関に個別 あていけるように体制でが必要と思われた ための対象者の同意書はあるが、医師側か かと医師か受買的があった。思いもよらない、 のではと思う。現在、双方が活用できる様式 のではと思う。現在、双方が活用できる様式 の今年度からの重症化予防の保健指導後評	いらはじめた。今後、地区毎での課題 前間を行った。今後の継続した関わり、 5。(今回、個別訪問し、保健センター の保健センターへ紹介するなどの場合 とだったが、先生方からのそのような を作成中) 気等評価できるように把握してしく。	も見えてくるので、それぞれの台 個々の事例を通じての連携をす から医療機関に情報提供しても の同意書とか何か様式はあるの 意見が出たことはかなり進歩し
重症化予防対策	・ 本業担等の強化とし、観味物性育証的的が類類を明以呼のカニ末業信等を美能している。 ・ 医療連携を図っていたかは、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・ 医療機関へ個々に訪問。				
・ 保健指導の内容、優先順位の検討。	・ ・年度当初に前年度からの課題等を共有し、今年度の計画を確認していくことで、人事異動があったり、担当が変更	重症化予防対策			
重能化予防決策能していくための優先 相位の接針が必要と考えられる。 保健推導に関して、標準化できるような 化料、指導内容を終わし、共通認識を回 るようにしている要が多る。 観察病管理台帳の活用について CKO重直度分類のいかによっては、栄 担相等が重要であるが、なかなか栄養指 ますでながっていない。	あったり、ても、無様に、取り組みとなる。 ・ 端尾病管理を使の乏用し、整理していく中で、見えてくる対象者がある。一定の関わりについては決めているが、対 区名で低未開心を見ながら関わっていける。 ・ 栄養指導に関しては、今後検討していきながらますかていく。 ・ 依依達携の服労协同に関しては、少しずつだがすすめていき、継続していくことが重要と感じた。 - 医療達携の服労协同に関しては、少しずつだがすすめていき、継続していくことが重要と感じた。 - 医療とのつながり	▲会任庁の計会を遵守其準を法	*・医療とのつながり** 〇 医療機関との試験的事業は徐々にすすんしていく。 ○ 医療連携の一歩として、医療機関に個別数がていけるように体制でいか必要を思われための対象者の同意書はあるが、医師側かと医師から質問があった。思いもよらないことはと思う。現在、双方が活用できる様式を作り、選携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況	が問を行った。今後の継続した関わり る。今回、個別訪問し、保健センター ら保健センターへ紹介するなどの場合 だったが、先生方からのそのような意 成中)	、個々の事例を通じての連携をすから医療機関に情報提供してもらいの同意書とか何か様式はあるの
評価方法の検討 保健指導の評価可能な指標(アウトカム 価) 医療とのつながり	 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(90分所) 連携株式、糖尿病連携手帳を活用していく。 医療機関連携システムを検討していく試験的事業をすすめていく。 	医療とのつながり ◆医療機関連携を進めていくための会議を開催。試験的事業として、			
回個々の医療機関との連携が難し 、。評価委員会からのアドバイスにも 顔のみえる連携」をとのことだった が・・・今後検討が必要。	・個本の医療機関に訪問し、直接説明していく中で、先生方の考え等を耐く機会となった。直接話をしていくことで、今 でも別り組みで確保していたけらも、協力していただける医療機関が増えていくと実感した。今後、取り組み継続しいてあたって検討が必要である。 ・連携様式、棚原保達携手帳の活用状況を数値にて評価していくようにする。	何例か取り組みを実施し、医療機			

【参考資料 12】

特定健診·特定保健指導結 厚生労働省公 表結果 現状値の把握方法 健康增進計画 地域保健事業 果(厚生労働 くりBシステム 00市 △△△△糶 (を対価値) H33 H34 H33 H32 Ê 要は高い 23 130 130 H29 初期值 H28 健診受診者の脂質異常者の割合減少〇%(LDL140以上) 健診受診者の糖尿病者の割合減少〇%(HbA1c6.5以上) 健診受診者の高血圧者の割合減少〇%(160/100以上) 建康ポイントの取組みを行う実施者の割合0%以上 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少〇% 虚血性心疾患の総医療費に占める割合○%減少 メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25% 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合〇% 脳血管疾患の総医療費に占める割合0%減少 子宫頭がん検診 0%以上 課題を解決するための目標 糖尿病の保健指導を実施した割合0%以上 大腸がん検診 0%以上 乳がん検診 〇%以上 がん検診受診率 胃がん検診 0%以上 肺がん検診 〇%以上 特定保健指導対象者の減少率25% 後発医薬品の使用割合0%以上 特定保健指導実施率60%以上 医療費削減のために、特定健診受 特定健診受診率60%以上 窗血管疾患、虚血性心疾患、糖尿 医療 陽血管疾患、虚血性心疾患、糖尿 向上により、重症化予防対象者を 1、 高血圧、脂質異常症、糖尿病、 メタボリックシンドローム海の対象 診率、特定保健指導の実施率の 病性腎症による透析の医療費の **育性腎症の発症を予防するため** 自己の健康に関心を持つ住民が 増える がんの早期発見、早期治療 後発医薬品の使用により、 の削減 達成すべき目的 伸びを抑制する 減らす 中 長・高血糖者の割合がO%で県 病 調内、同規模と比較して高い 体 透析者が透析者の0%を占め ・〇がんによる死亡率が〇% ・糖尿病性腎症を原因とする 各市町の健康課題を記載 ·数量シェアH28年度0% ており、塩加している。 健康課題 で国と比較して高い。 排 國韓國 祖 部 特定健診 鄉福圖 タヘルス計画 保険者努力支援制度

データヘルス計画の目標管理一覧表