

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 31 年 3 月 渡名喜村

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期期間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期期間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	
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。

渡名喜村においては、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

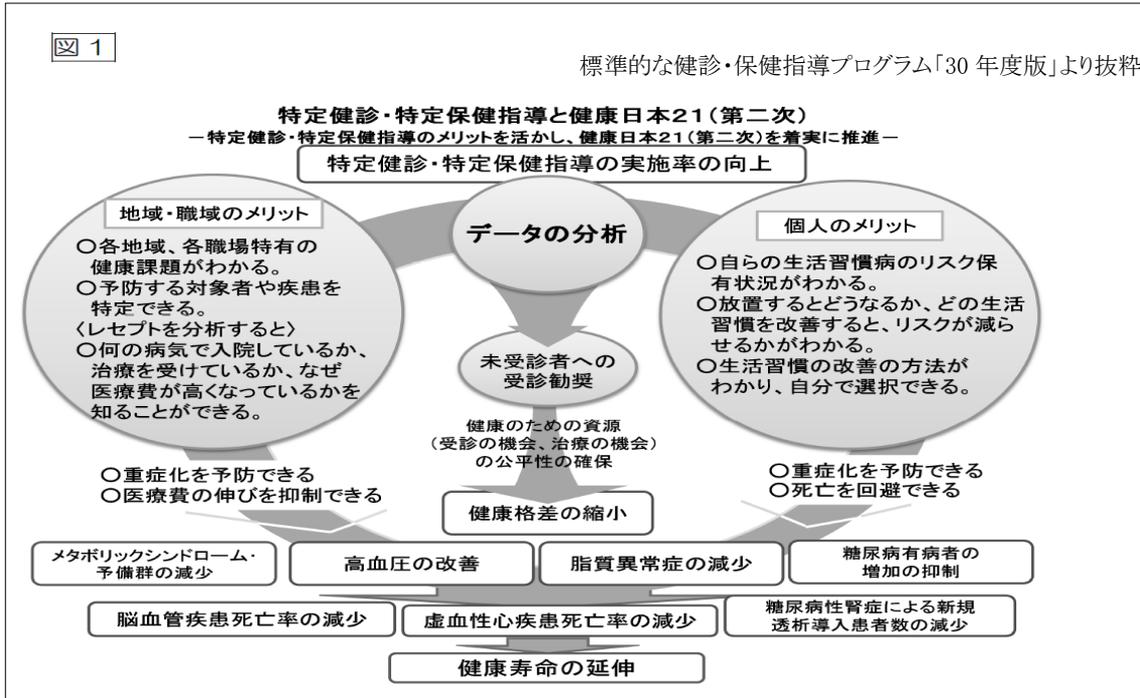
第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、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)

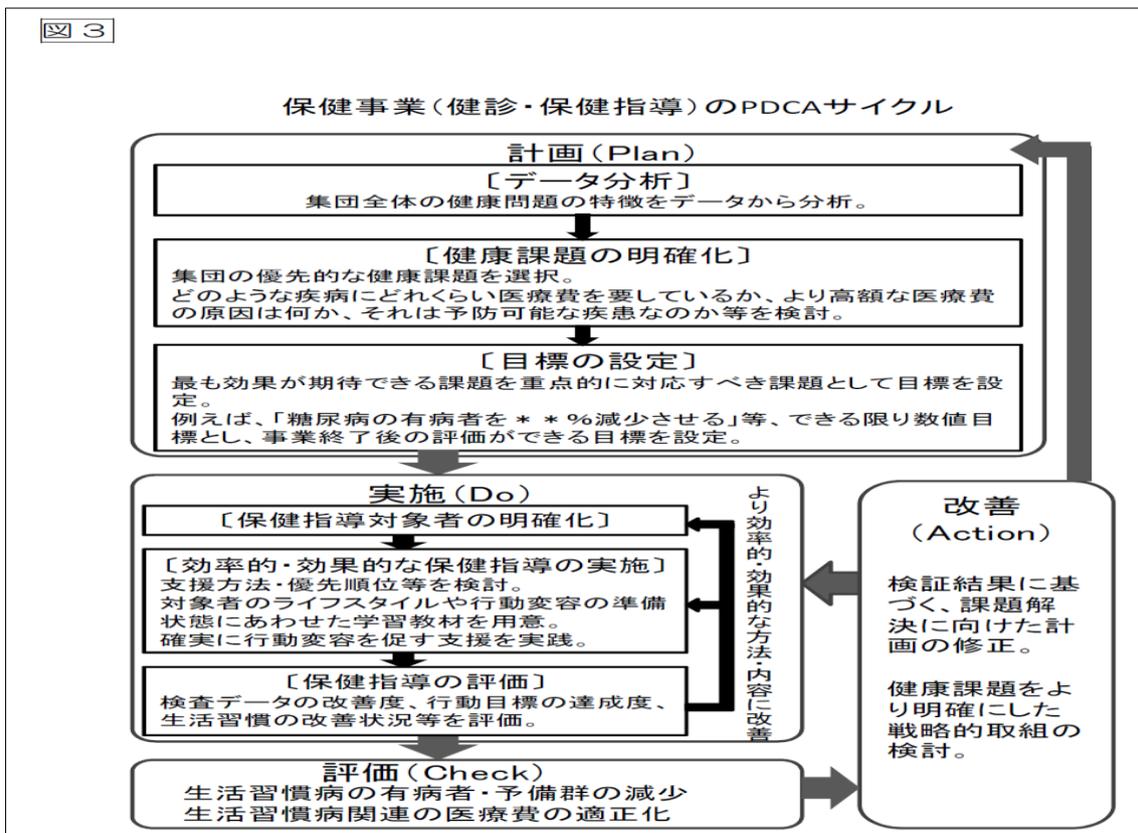
【図表 1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
健康増進法(第2条)とは「健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	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22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年8月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成28年3月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年2月 医療費適正化に関する指針について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防策を講じ、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活の質が向上することを図る。生活習慣の改善及び社会環境の整備に積極的に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患の発症予防や重症化を防止し、慢性疾患の重症化を防止することを目指す。また、生活習慣の改善による慢性疾患の重症化を防止することを目指す。また、生活習慣の改善による慢性疾患の重症化を防止することを目指す。	生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の生活の質の向上を図ることが目的である。また、生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の生活の質の向上を図ることが目的である。	高齢者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することや、介護保険法に基づき必要な支援を行うこと、介護保険法に基づき必要な支援を行うこと。	国民生活の向上を図るため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないよう努め、国民生活の向上を図る。また、国民生活の向上を図るため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないよう努め、国民生活の向上を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割のない医療の提供を抑制し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若年期 、 高齢期)に対応	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える若年(若年期)世代、小児期からの生活習慣づき	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 特発性認知症、早老症 骨質減少症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、脊髄神経症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、非多系統臓器症 後縦骨髄硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	
評価	※5中項目 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症)による腎臓機能障害(糸球体濾過量)の割合 ③生活習慣病の割合 ④生活習慣病の割合 ⑤生活習慣病の割合 ⑥生活習慣病の割合 ⑦生活習慣病の割合 ⑧生活習慣病の割合 ⑨生活習慣病の割合 ⑩生活習慣病の割合 ⑪生活習慣病の割合 ⑫生活習慣病の割合 ⑬生活習慣病の割合 ⑭生活習慣病の割合 ⑮生活習慣病の割合	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率)③アルー ①若年生活 ②日常生活における歩数 ③アルー ④歩数 ⑤歩数 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健康診査の実施状況 ④生活習慣病の有無者・予備者 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②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	①医療費適正化の取組 外支 ②一人あたり外支医療費の地域差の縮減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④特定健康診査・予備者の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度(度)】を減額し、保険料率決定				保険者協議会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 被保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、被保険者との連携

【図表 2】



【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

渡名喜村においては民生課(国民健康保険係)が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、後期高齢者医療係、保健衛生係、介護保険係、障害福祉係等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、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、

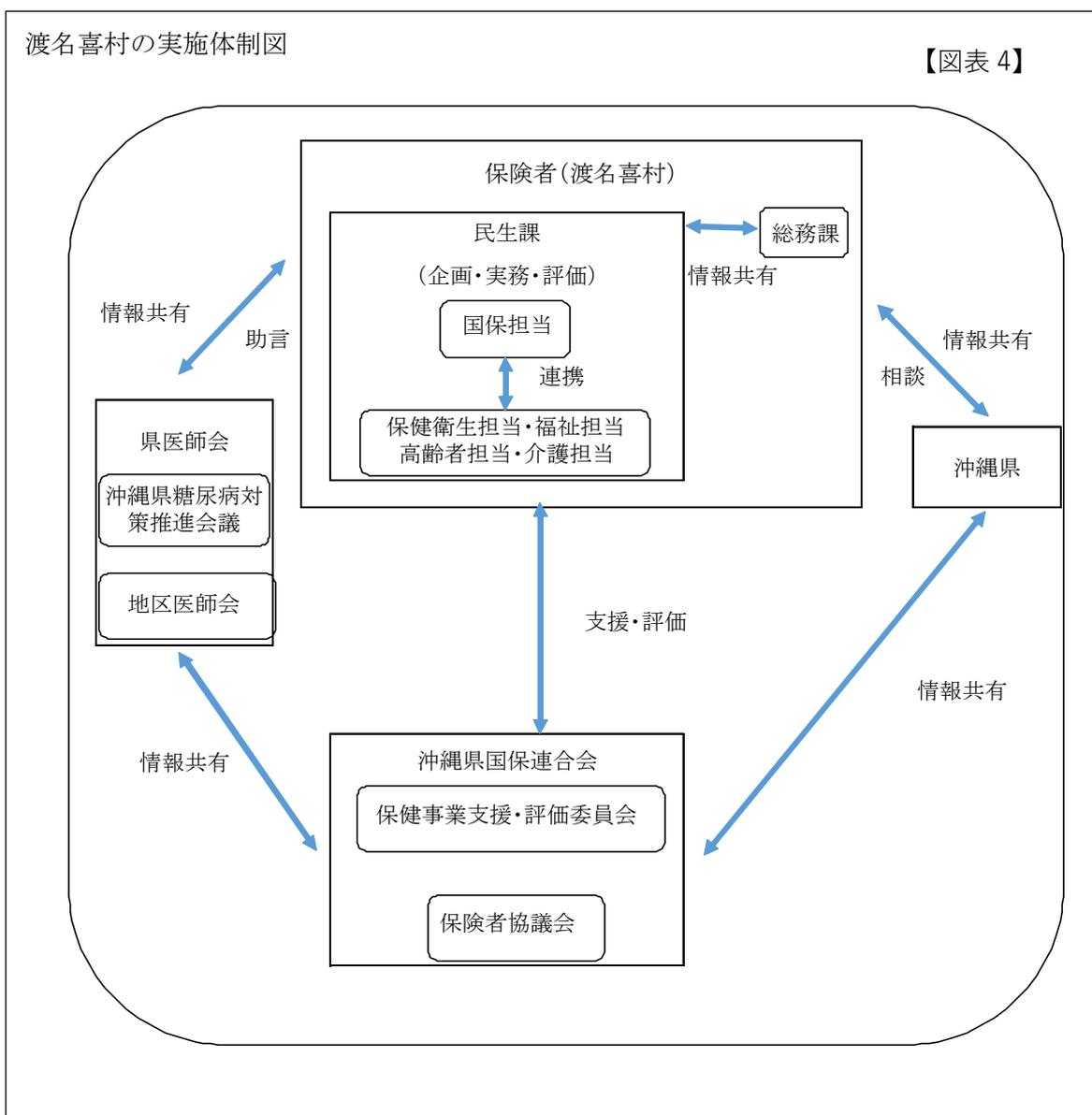
都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 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

評価指標		H28 配点		H29 配点		H30 配点	
総得点		119	345		580	288	850
交付額(万円)		3.6				11.4	
全国順位(1,741市町村中)		1706				--	
共通 ①	特定健診受診率	15	20		35	50	50
	特定保健指導実施率	0	20		35	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20		35	20	50
共通 ②	がん検診受診率	10	10		20	50	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	10		15	0	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	40		70	0	100
固有②	データヘルス計画策定状況	0	10		30	7	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	3	20		45	0	25
	個人インセンティブ提供	0	20		15	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	10		25	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	15		25	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	15		30	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0	40		70	0	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	10		15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	5		15	8	25
	第三者求償の取組の実施状況	4	10		30	28	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					10	50
体制構築加算		70	70	70	70	60	60

第2章 第1期期間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期期間に係る評価及び考察

1) 第1期期間に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と比較し平成28年度は、「早世予防からみた死亡(65歳未満)」が発生している。また、「死亡の状況」においては、データヘルスの対象疾患(予防可能)である「脳疾患」・「腎不全」による割合が増加している。

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と、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が増加し、外来費用割合が減少していることから医療機関受療率が低下していることが推測できる。併せて、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なっていることから、健診受診後の適正な医療受診行動が伴わず、重症化予防につながっていないと推測できる。さらに、特定健診受診率が減少しているため、特定健診受診率向上への取組は医療費適正化の観点から重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費が平成25年度よりも67,963万円と減少しているが、同規模平均に比べ1件当たり介護給付費は依然と高い水準となっている。

年度	渡名喜村				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	72,600,113	87,894	53,329	291,246	75,804	40,098	279,554
平成28年度	67,963,848	90,377	50,047	304,908	73,752	39,649	273,932

② 医療費の状況(図表 7)

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると渡名喜村は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。

医療費の変化

【 図表 7 】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				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	50,325,070				27,857,220				22,467,850			
	H28年度	46,717,070	-3,608,000	-7.17	-2.4	29,773,990	1,916,770	6.9	-2.69	16,943,080	-5,524,770	-24.6	-2.2
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	27,680				15,320				12,360			
	H28年度	30,100	2,420	8.74	5.5	19,180	3,860	25.2	5.2	10,920	-1,440	-11.7	5.8

※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)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では、減少しているが短期目標疾患の医療費に占める割合は、糖尿病、脂質異常症で増加傾向にあり、高血圧の割合についても国や沖縄県の平均よりも高いことが分かった。

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			新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25 渡名喜村	50,325,070	27,682	75位	1位	0.00%	1.72%	13.04%	1.80%	1.87%	10.11%	1.47%	15,097,810	30.00%	10.73%	19.29%	11.93%
	H28 46,717,070	30,101	75位	1位	0.00%	0.00%	0.02%	0.83%	2.76%	7.20%	2.32%	6,132,870	13.13%	12.52%	16.24%	5.45%
H28 沖縄県	120,484,405,470	22,111	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2,955%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源(調剤含む)」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム: 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患(図表 9)

平成 25 年度に比べると、虚血性心疾患、脳血管疾患は緩やかに減少しており、人工透析も発生してない。今後も重症化患者を新規に発生させないよう予防に取り組む。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	153	7	4.6	3	42.9	0	0.0	7	100.0	2	28.6	4	57.1	
	64歳以下	104	4	3.8	1	25.0	0	0.0	4	100.0	2	50.0	4	100.0	
	65歳以上	49	3	6.1	2	66.7	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	136	3	2.2	1	33.3	0	0.0	3	100.0	2	66.7	3	100.0	
	64歳以下	88	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
	65歳以上	48	2	4.2	1	50.0	0	0.0	2	100.0	2	100.0	2	100.0	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	153	10	6.5	3	30.0	0	0.0	9	90.0	2	20.0	4	40.0	
	64歳以下	104	5	4.8	1	20.0	0	0.0	5	100.0	1	20.0	1	20.0	
	65歳以上	49	5	10.2	2	40.0	0	0.0	4	80.0	1	20.0	3	60.0	
H28	全体	136	8	5.9	1	12.5	0	0.0	8	100.0	4	50.0	4	50.0	
	64歳以下	88	2	2.3	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	48	6	12.5	1	16.7	0	0.0	6	100.0	4	66.7	4	66.7	

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	153	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	64歳以下	104	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	65歳以上	49	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
H28	全体	136	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	64歳以下	88	0	0.0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!	
	65歳以上	48	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である治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法者、人工透析者、糖尿病性腎症者の該当者はいない。高血圧、脂質異常症、脳血管疾患の人数が増加していることから早期受診を勧奨等し、重症化予防を図る必要がある。治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標						
		糖尿病																
		被保険者数		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	153	8	5.2	0	0.0	7	87.5	7	87.5	2	25.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0
	64歳以下	104	6	5.8	0	0.0	5	83.3	6	100.0	2	33.3	1	16.7	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	49	2	4.1	0	0.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
H28	全体	136	15	11.0	0	0.0	13	86.7	13	86.7	2	13.3	4	26.7	0	0.0	0	0.0
	64歳以下	88	6	6.8	0	0.0	5	83.3	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	48	9	18.8	0	0.0	8	88.9	7	77.8	2	22.2	4	44.4	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					
		高血圧															
		被保険者数		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	人数	割合			
H25	全体	153	63	41.2	7	11.1	19	30.2	7	11.1	9	14.3	0	0.0			
	64歳以下	104	36	34.6	5	13.9	12	33.3	4	11.1	5	13.9	0	0.0			
	65歳以上	49	27	55.1	2	7.4	7	25.9	3	11.1	4	14.8	0	0.0			
H28	全体	136	54	39.7	13	24.1	26	48.1	3	5.6	8	14.8	0	0.0			
	64歳以下	88	26	29.5	5	19.2	13	50.0	1	3.8	2	7.7	0	0.0			
	65歳以上	48	28	58.3	8	28.6	13	46.4	2	7.1	6	21.4	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					
		脂質異常症															
		被保険者数		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	人数	割合			
H25	全体	153	25	16.3	7	28.0	19	76.0	4	16.0	4	16.0	0	0.0			
	64歳以下	104	14	13.5	6	42.9	12	85.7	4	28.6	1	7.1	0	0.0			
	65歳以上	49	11	22.4	1	9.1	7	63.6	0	0.0	3	27.3	0	0.0			
H28	全体	136	33	24.3	13	39.4	26	78.8	3	9.1	4	12.1	0	0.0			
	64歳以下	88	17	19.3	6	35.3	13	76.5	1	5.9	0	0.0	0	0.0			
	65歳以上	48	16	33.3	7	43.8	13	81.3	2	12.5	4	25.0	0	0.0			

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群は減少傾向だが、該当者は増加傾向にあり、女性より男性が多いことが分かった。

【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	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン							
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上							
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	22	62.9	30	85.7	8	22.9	15	42.9	0	0.0	17	48.6	18	51.4	11	31.4	25	71.4	14	40.0	24	68.6	1	2.9						
	40-64	12	75.0	14	87.5	4	25.0	9	56.3	0	0.0	8	50.0	8	50.0	6	37.5	12	75.0	9	56.3	11	68.8	1	6.3						
	65-74	10	52.6	16	84.2	4	21.1	6	31.6	0	0.0	9	47.4	10	52.6	5	26.3	13	68.4	5	26.3	13	68.4	0	0.0						
H28	合計	20	71.4	23	82.1	5	17.9	15	53.6	1	3.6	18	64.3	19	67.9	12	42.9	14	50.0	8	28.6	19	67.9	0	0.0						
	40-64	7	77.8	8	88.9	1	11.1	5	55.6	1	11.1	5	55.6	7	77.8	3	33.3	6	66.7	3	33.3	6	66.7	0	0.0						
	65-74	13	68.4	15	78.9	4	21.1	10	52.6	0	0.0	13	68.4	12	63.2	9	47.4	8	42.1	5	26.3	13	68.4	0	0.0						

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン					
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	13	52.0	10	40.0	3	12.0	5	20.0	0	0.0	4	16.0	14	56.0	1	4.0	11	44.0	2	8.0	13	52.0	0	0.0				
	40-64	6	50.0	4	33.3	1	8.3	3	25.0	0	0.0	1	8.3	7	58.3	0	0.0	4	33.3	0	0.0	4	33.3	0	0.0				
	65-74	7	53.8	6	46.2	2	15.4	2	15.4	0	0.0	3	23.1	7	53.8	1	7.7	7	53.8	2	15.4	9	69.2	0	0.0				
H28	合計	12	52.2	12	52.2	2	8.7	5	21.7	1	4.3	7	30.4	15	65.2	1	4.3	8	34.8	3	13.0	13	56.5	0	0.0				
	40-64	6	60.0	5	50.0	1	10.0	3	30.0	1	10.0	2	20.0	6	60.0	0	0.0	5	50.0	1	10.0	5	50.0	0	0.0				
	65-74	6	46.2	7	53.8	1	7.7	2	15.4	0	0.0	5	38.5	9	69.2	1	7.7	3	23.1	2	15.4	8	61.5	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	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て											
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	35	43.8	2	5.7%	11	31.4%	0	0.0%	11	31.4%	0	0.0%	17	48.6%	4	11.4%	1	2.9%	6	17.1%	6	17.1%		
	40-64	16	30.8	1	6.3%	4	25.0%	0	0.0%	4	25.0%	0	0.0%	9	56.3%	2	12.5%	1	6.3%	2	12.5%	4	25.0%		
	65-74	19	67.9	1	5.3%	7	36.8%	0	0.0%	7	36.8%	0	0.0%	8	42.1%	2	10.5%	0	0.0%	4	21.1%	2	10.5%		
H28	合計	28	33.7	1	3.6%	5	17.9%	2	7.1%	3	10.7%	0	0.0%	17	60.7%	4	14.3%	0	0.0%	4	14.3%	9	32.1%		
	40-64	9	17.0	0	0.0%	3	33.3%	2	22.2%	1	11.1%	0	0.0%	5	55.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	33.3%	2	22.2%		
	65-74	19	63.3	1	5.3%	2	10.5%	0	0.0%	2	10.5%	0	0.0%	12	63.2%	4	21.1%	0	0.0%	1	5.3%	7	36.8%		

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	25	65.8	1	4.0%	4	16.0%	1	4.0%	3	12.0%	0	0.0%	5	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	16.0%	1	4.0%
	40-64	12	63.2	1	8.3%	2	16.7%	0	0.0%	2	16.7%	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%
	65-74	13	68.4	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	30.8%	0	0.0%
H28	合計	23	56.1	3	13.0%	4	17.4%	0	0.0%	4	17.4%	0	0.0%	5	21.7%	0	0.0%	0	0.0%	3	13.0%	2	8.7%
	40-64	10	55.6	2	20.0%	2	20.0%	0	0.0%	2	20.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%
	65-74	13	56.5	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	2	15.4%	0	0.0%	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%	2	15.4%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

特定保健指導率及び、特定健診受診率は横ばい傾向である。しかし、以前国が示す目標値には達していない。

重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								渡名喜村	同規模平均
H25年度	118	60	50.8	94位/220位	6	1	16.7	66.7	50.4
H28年度	98	51	52.0	168位/233位	5	1	20.0	64.7	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・慢性腎不全の減少がみられ、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、短期目標である高血圧や脂質異常症等の増加など今後重症化につながる疾患の予防について、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ないか、生活習慣の改善の取り組み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。

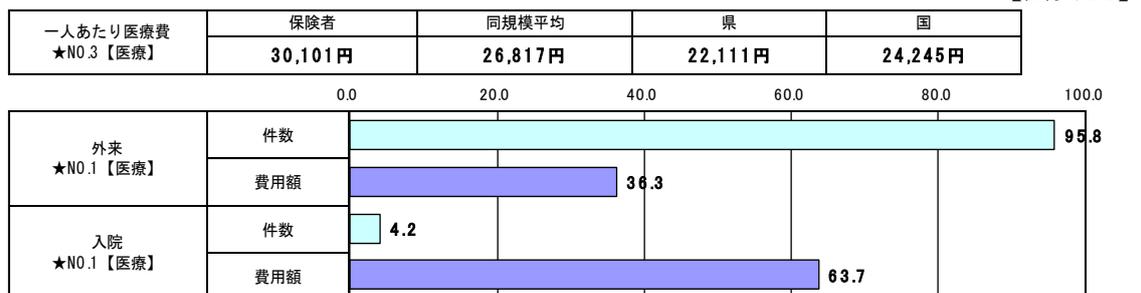
2. 第2期計画における健康課題の明確化

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)

渡名喜村の入院件数は 4.2%で、費用額全体の 63.7%を占めている。入院を減らしていくことは費用対効果の面からも効率がよい。

【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)

ひと月 80 万円以上の高額になるレセプトを分析すると、脳血管疾患、虚血性心疾患での入院はなく、今後も予防により医療費の削減が期待できる。

同様に人工透析による入院も 0 件であり、これまでは重症化による高額な医療費の抑制ができていたが、生活習慣病の治療者数をみると全体で 69 人もおり、重症化対策が急務である。生活習慣病は予防が可能のため、重症化予防の取り組みについて強化する必要がある。

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H●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	6人	0人		0人		2人	4人			
				0.0%		0.0%		33.3%	66.7%			
		件数	年代別	7件	0件		0件		2件	5件		
					0.0%		0.0%		28.6%	71.4%		
				40歳未満	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%
				40代	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%
50代	0			--	0	--	0	0.0%	1	20.0%		
60代	0	--	0	--	1	50.0%	4	80.0%				
70-74歳	0	--	0	--	1	50.0%	0	0.0%				
費用額		990万円	--		--		451万円	539万円				
				--		--		45.6%	54.4%			

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

厚労省様式	対象レセプト (H●年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	2人	1人	1人	0人
				50.0%	50.0%	0.0%
		件数	24件	12件	12件	0件
			50.0%	50.0%	0.0%	
費用額		1258万円	452万円	806万円	--	
			36.0%	64.0%	--	

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

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)	H●5 診療分 人数	0人	0人	0人	0人
			--	--	--	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H●年度 累計 件数	0件	0件	0件	0件
			--	--	--	
		費用額				
			--	--	--	

*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 (H●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	の基礎 な疾 り患	69人	8人	3人	0人
				11.6%	4.3%	0.0%
			高血圧	8人	3人	0人
				100.0%	100.0%	--
			糖尿病	4人	2人	0人
				50.0%	66.7%	--
			脂質 異常症	4人	3人	0人
				50.0%	100.0%	--
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
54人	15人	33人	14人			
78.3%	21.7%	47.8%	20.3%			

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 90.6%であり、筋・骨格疾患の 93.8%を下回っていた。2号認定者の介護認定者はなく、75歳以上の1号認定者が血管疾患及び筋・骨格疾患と同じ割合で、介護認定を受けている実態であった。

高齢化に伴う筋・骨格の衰えと転倒により、骨折し、介護認定を受けているケースが多い。肥満により転倒時、重度の骨折となることも予測されるため、後期高齢者となる前の肥満や筋・骨格の衰えの予防は、介護予防にもつながる。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★N0.47	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	192人	58人	93人	151人	343人	認定者数	0人	2人	38人	40人
認定率	0.00%	3.4%	40.9%	26.5%	11.7%	新規認定者数(*1)	0人	0人	5人	5人	
介護度別人数	要支援1・2	0	--	0	0.0%	6	15.8%	6	15.0%	6	15.0%
	要介護1・2	0	--	1	50.0%	17	44.7%	18	45.0%	18	45.0%
	要介護3～5	0	--	1	50.0%	15	39.5%	16	40.0%	16	40.0%
要介護突合状況 ★N0.49	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)	0	3	34	37	再)国保・後期	0	3	29	32	
(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	0	--	1	33.3%	17	58.6%	18	56.3%
		2	虚血性心疾患	0	--	1	33.3%	12	41.4%	13	40.6%
	3	腎不全	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	合併症	4	糖尿病合併症	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	0	--	2	66.7%	27	93.1%	29	90.6%	29
	血管疾患合計	0	--	2	66.7%	27	93.1%	29	90.6%	29	90.6%
		認知症	0	--	1	33.3%	14	48.3%	15	46.9%	15
	筋・骨格疾患	0	--	3	100.0%	27	93.1%	30	93.8%	30	93.8%
		筋・骨格疾患	0	--	3	100.0%	27	93.1%	30	93.8%	30

*1) 新規認定者についてはN0.49 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

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等のリスクが高い。

渡名喜村においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7)														★N0.23 (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	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	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	20	71.4	23	82.1	5	17.9	15	53.6	1	3.6	18	64.3	19	67.9	12	42.9	14	50.0	8	28.6	19	67.9	0	0.0
	40-64	7	77.8	8	88.9	1	11.1	5	55.6	1	11.1	5	55.6	7	77.8	3	33.3	6	66.7	3	33.3	6	66.7	0	0.0
	65-74	13	68.4	15	78.9	4	21.1	10	52.6	0	0.0	13	68.4	12	63.2	9	47.4	8	42.1	5	26.3	13	68.4	0	0.0
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		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	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	56.6	258	0.5	
保険者	合計	12	52.2	12	52.2	2	8.7	5	21.7	1	4.3	7	30.4	15	65.2	1	4.3	8	34.8	3	13.0	13	56.5	0	0.0
	40-64	6	60.0	5	50.0	1	10.0	3	30.0	1	10.0	2	20.0	6	60.0	0	0.0	5	50.0	1	10.0	5	50.0	0	0.0
	65-74	6	46.2	7	53.8	1	7.7	2	15.4	0	0.0	5	38.5	9	69.2	1	7.7	3	23.1	2	15.4	8	61.5	0	0.0

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)														★N0.24 (概要)										
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			
	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
	保険者	合計	28	33.7	1	3.6%	5	17.9%	2	7.1%	3	10.7%	0	0.0%	17	60.7%	4	14.3%	0	0.0%	4	14.3%	9	32.1%
40-64		9	17.0	0	0.0%	3	33.3%	2	22.2%	1	11.1%	0	0.0%	5	55.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	33.3%	2	22.2%	
65-74		19	63.3	1	5.3%	2	10.5%	0	0.0%	2	10.5%	0	0.0%	12	63.2%	4	21.1%	0	0.0%	1	5.3%	7	36.8%	
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			
	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
	保険者	合計	23	56.1	3	13.0%	4	17.4%	0	0.0%	4	17.4%	0	0.0%	5	21.7%	0	0.0%	0	0.0%	3	13.0%	2	8.7%
40-64		10	55.6	2	20.0%	2	20.0%	0	0.0%	2	20.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	
65-74		13	56.5	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	2	15.4%	0	0.0%	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%	2	15.4%	

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

治療中の状況では、新規受診者においては、高血圧や脂質異常症はコントロールができていますが、糖尿病では治療中にも関わらず HbA1cの値高い方の割合が多く、83.3%が受診勧奨レベルである。

また、治療なしの者の状況では、高血圧や脂質異常症の受診勧奨者がおり、特に脂質異常症では、継続受診者で 66.7%が受診勧奨レベルとなっている。

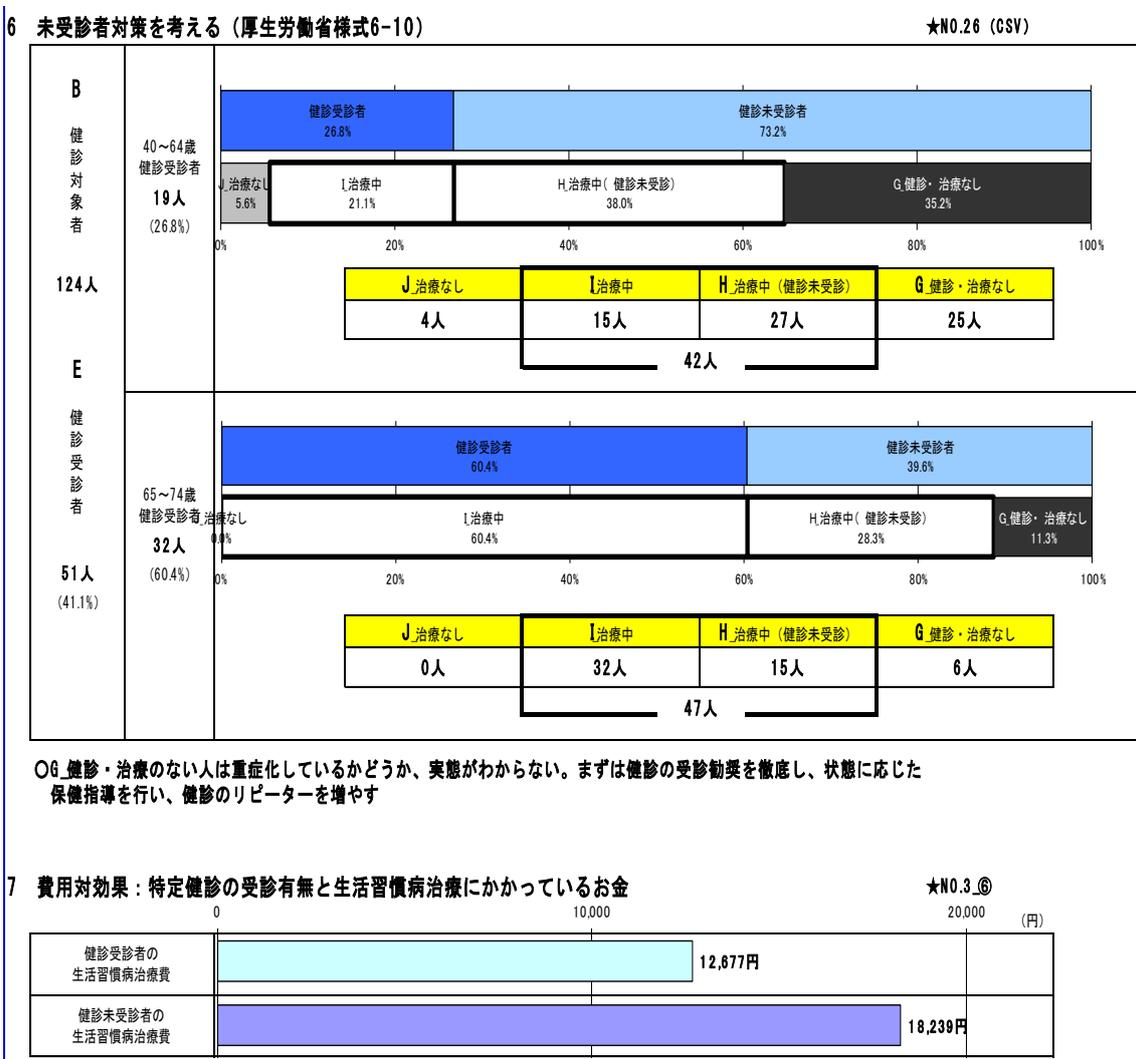
【図表 18】



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 35.2%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。

【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。平成 35 年度には平成 30 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ 2%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、渡名喜村の国保加入者の医療受診状況は、普段は外来受診をせず、重症化して医療受診(入院)する実態が明らかである。重症化予防、医療費の適正化へつなげるため、外来の受診率を伸ばし、入院(重症)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、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

【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	52%	54%	56%	58%	59%	60%
特定保健指導実施率	75%	75%	75%	75%	75%	75%

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	123人	113人	113人	111人	109人	105人
	105人	96人	96人	94人	92人	89人
特定保健指導	5人	5人	5人	5人	5人	5人
	4人	4人	4人	4人	4人	4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の契約代表である国保連が集合契約を行う。

- ① 集団健診(渡名喜村多目的活動施設他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(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、沖縄県保険者協議会のホームページに掲載する。

(参照)URL:http://www.hokensyakyougikai.okinawa)

(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】

保険者名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
渡名喜村	4月1日				特定健診(受診券有効期限)							3月31日
	集団健診		結果説明会(6月)									
			特定保健指導(6月健診)									

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、特定保健指導実施機関へ委託とする。

(1)健診から保健指導実施の流れ

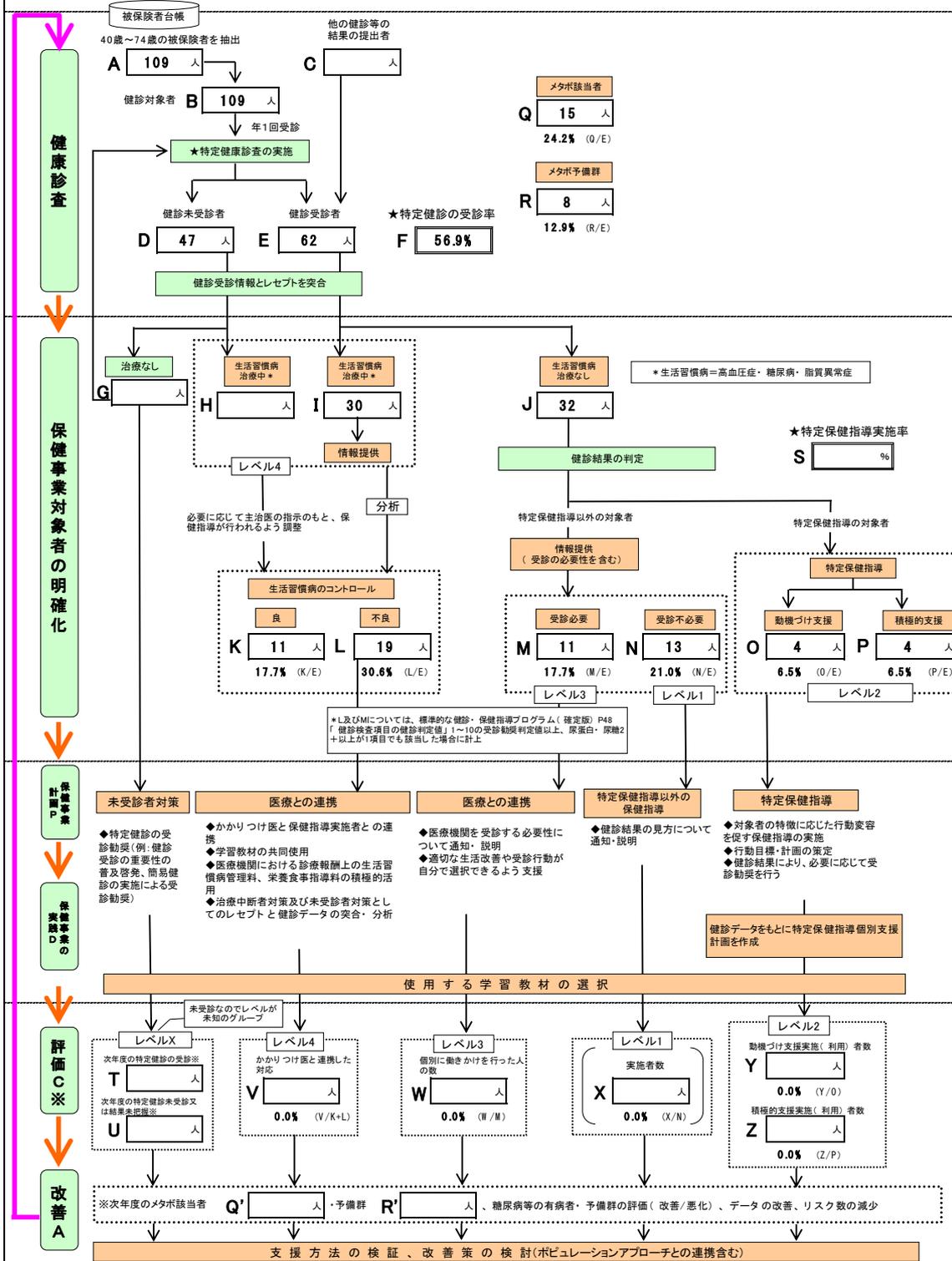
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式6-10

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）



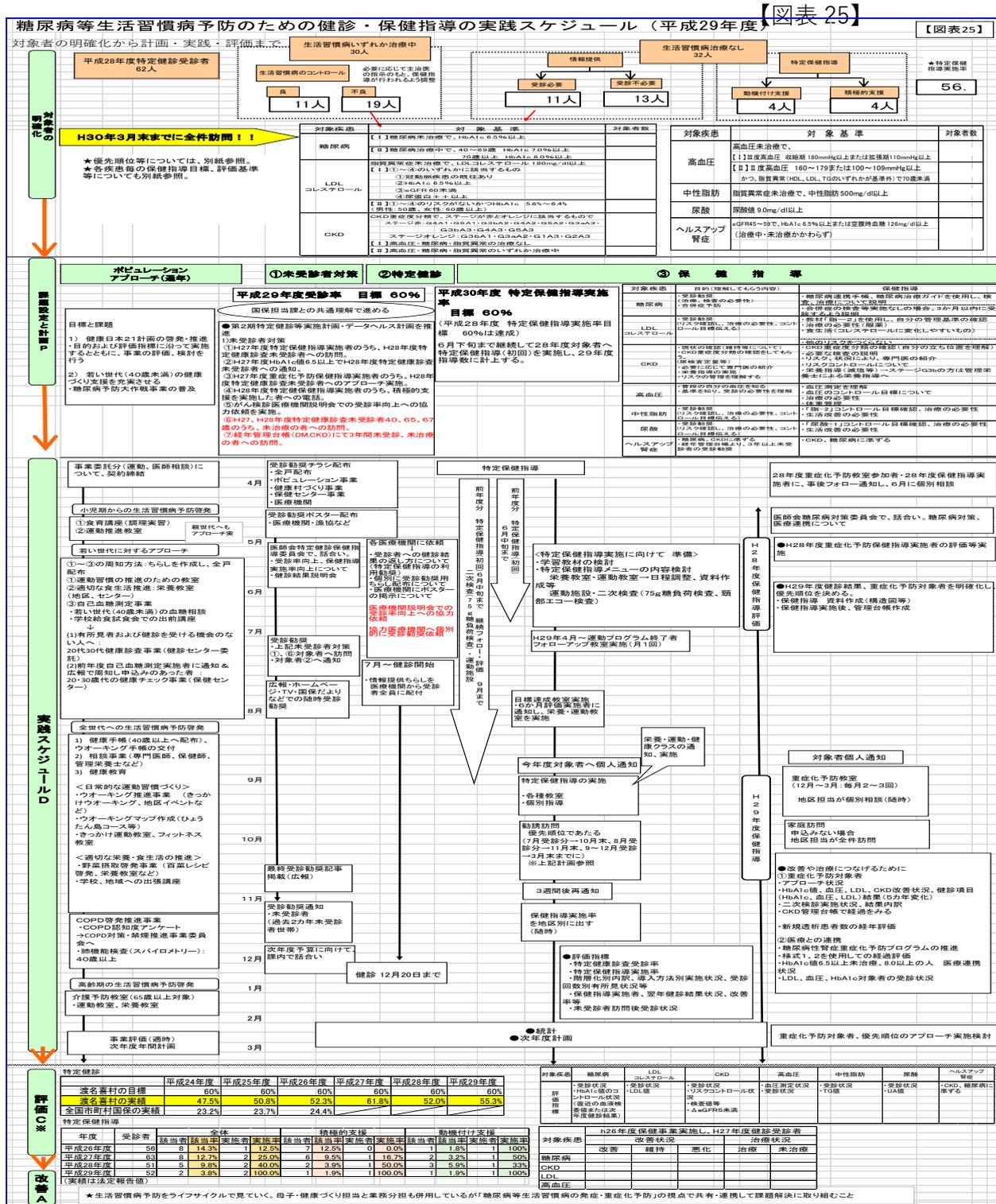
(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 24)

【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	8人 (12.9)	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	11人 (17.7)	HbA1c6.1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)	40人 ※受診率目標達成までにあと人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	13人 (21.0)	
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	30人 (48.4)	%

(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渡名喜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、渡名喜村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第 4 章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取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は、保健指導実施機関へ業務委託とする。その際、「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

糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ

【図表 26】

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

*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 ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

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

渡名喜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)

渡名喜村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 4 人(40%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 112 人中のうち、特定健診受診者が 6 人(60%・G)であり、中断は 0 人であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 4 人(40%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 3 人中 1 人は治療中断であることが分かった。また、2 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 より渡名喜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)・・・10 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・1 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)・・・6 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

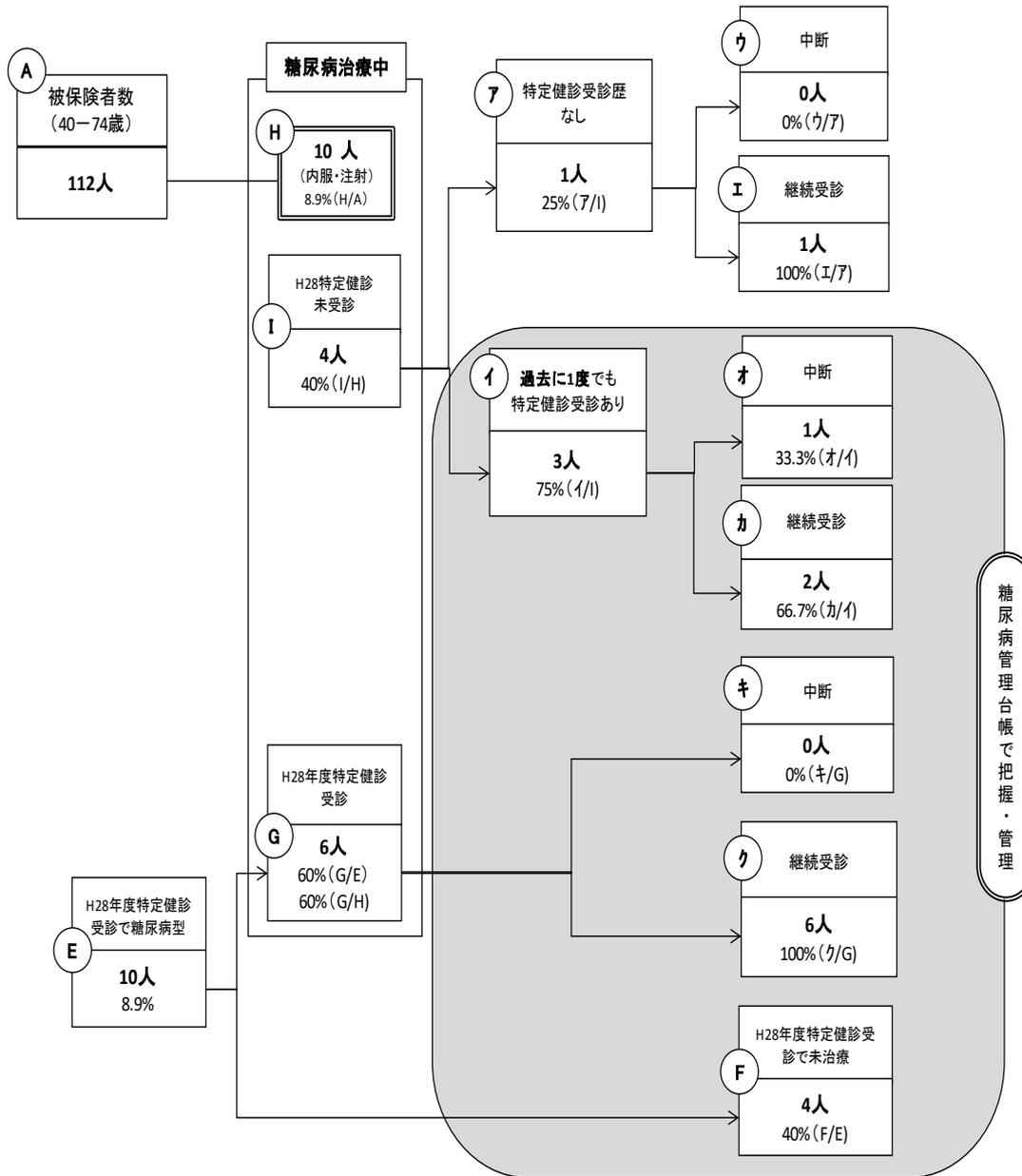
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・2 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)で行う。

【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)……1人

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

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

治療中の者への対応は、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、専門医との連携は沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ実施する。

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。

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行く。

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/1.73m²以上低下)

- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

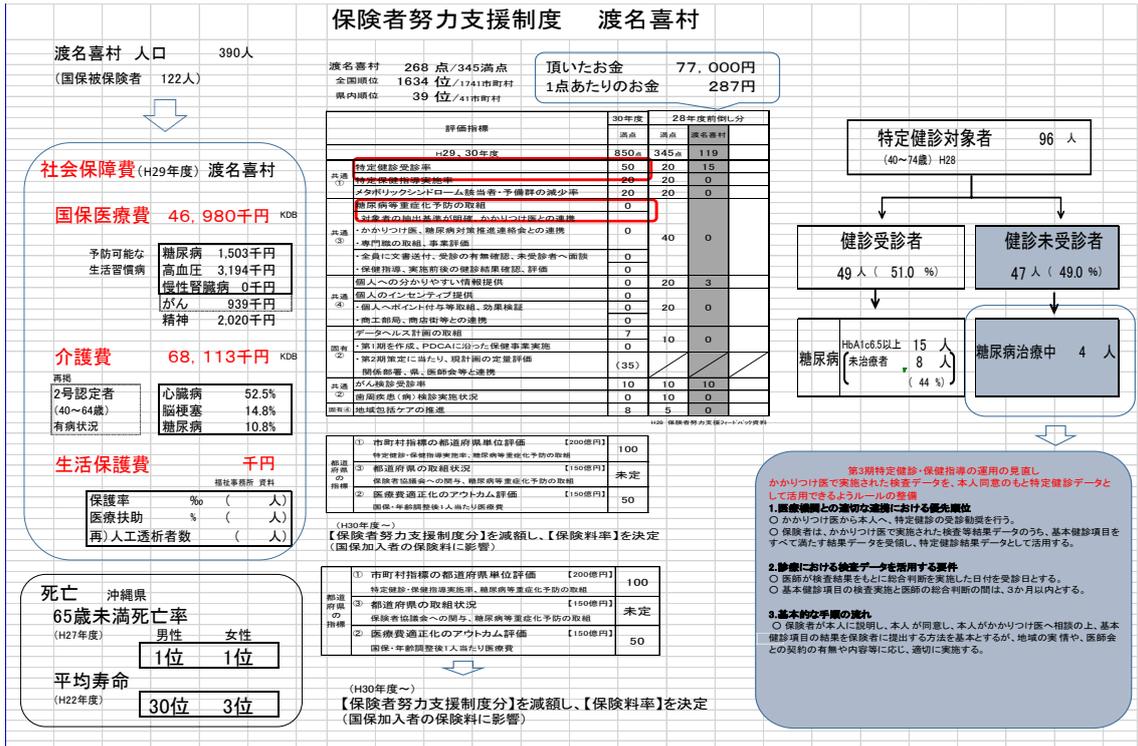
8) 実施期間及びスケジュール

- 6月 保健指導実施機関の決定
- 6月 対象者の抽出(概数の試算)
- 6月 保健指導の開始

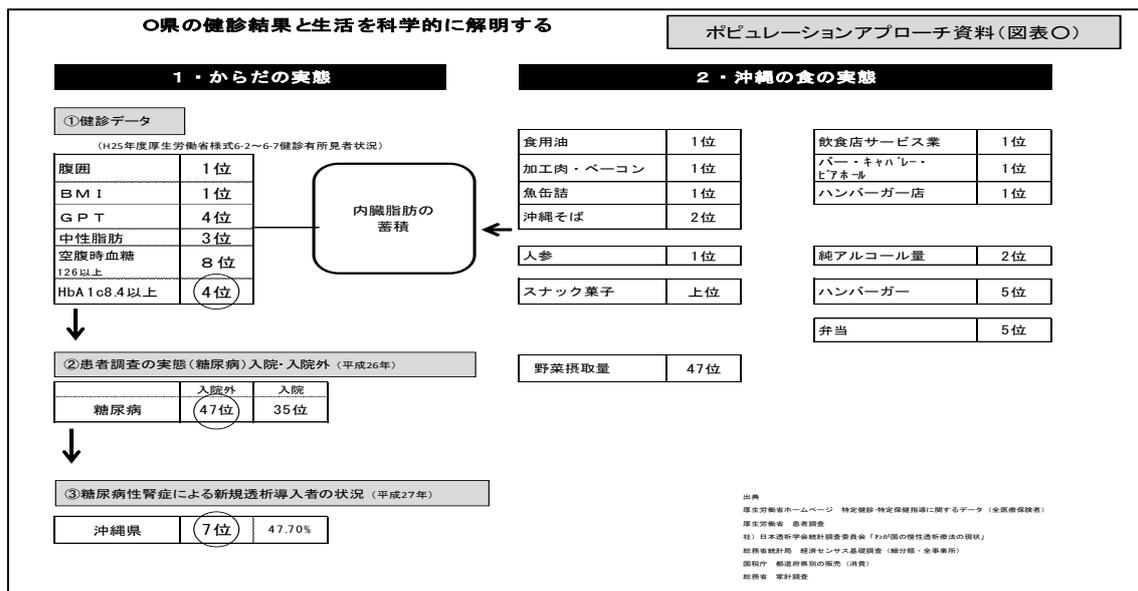
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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村民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

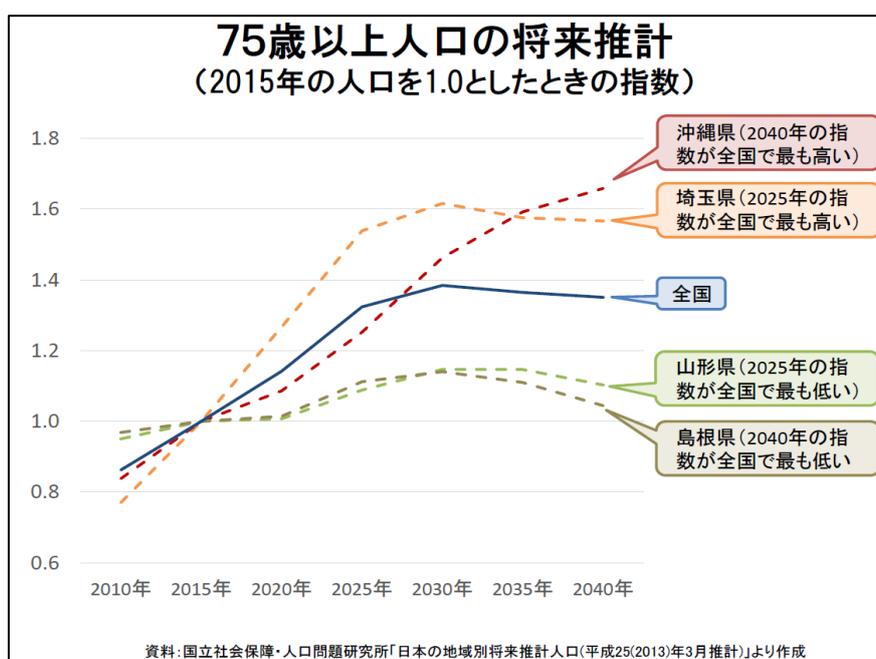
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、村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村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11・12)

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が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	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	現状値の把握方法
特定健康計画	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	特定健診受診率60%以上	52.0%	52.0%	52.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				20.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
データヘルス計画	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.1%に抑える	虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.8%に抑える	0.1%	-	-	4.0%	8.0%	12.0%	16.0%	20.0%	25.0%	KDBシステム
				0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
データヘルス計画	重症化になる疾患について割合的に低い状況ではあるが、高血圧等の重症化を発生する疾患の割合が多く、国県の平均よりも高くなっている	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	-	-	-	4.0%	8.0%	12.0%	16.0%	20.0%	25.0%	渡名喜村データヘルス計画
				-	-	-	4.0%	8.0%	12.0%	16.0%	20.0%	25.0%	
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合減少25%(LDL160以上)	健診受診者の脂質異常者の割合減少25%(LDL160以上)	-	-	-	4.0%	8.0%	12.0%	16.0%	20.0%	25.0%	渡名喜村データヘルス計画
				-	-	-	4.0%	8.0%	12.0%	16.0%	20.0%	25.0%	
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	がん検診受診率 胃がん検診 20%以上	17.6%	18.0%	18.0%	18.3%	18.6%	18.9%	19.2%	19.5%	20.0%	地域保健事業報告
				30.9%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診 30%以上	肺がん検診 30%以上	18.8%	19.0%	19.0%	19.2%	19.4%	19.6%	19.8%	20.0%	20.0%	地域保健事業報告
				0.0%	1.5%	3.0%	3.0%	4.5%	6.0%	7.5%	9.0%	10.0%	
短期	自己の健康に関心を持つ住民が増える	子宮頸がん検診 10%以上	子宮頸がん検診 10%以上	44.4%	44.5%	44.5%	44.6%	44.7%	44.8%	44.9%	45.0%	45.0%	渡名喜村民生課
				44.4%	44.5%	44.6%	44.7%	44.8%	44.9%	45.0%	45.0%	45.0%	
短期	後発医薬品の使用により、医療費の削減	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合25%以上	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合25%以上	-	-	-	-	5.0%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	厚生労働省公表結果
				-	89.3%	89.4%	89.5%	89.6%	89.7%	89.8%	89.9%	90.0%	

【図表 43】

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する ※H32にH31のデータで中間評価を行う。

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渡名喜村の位置

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

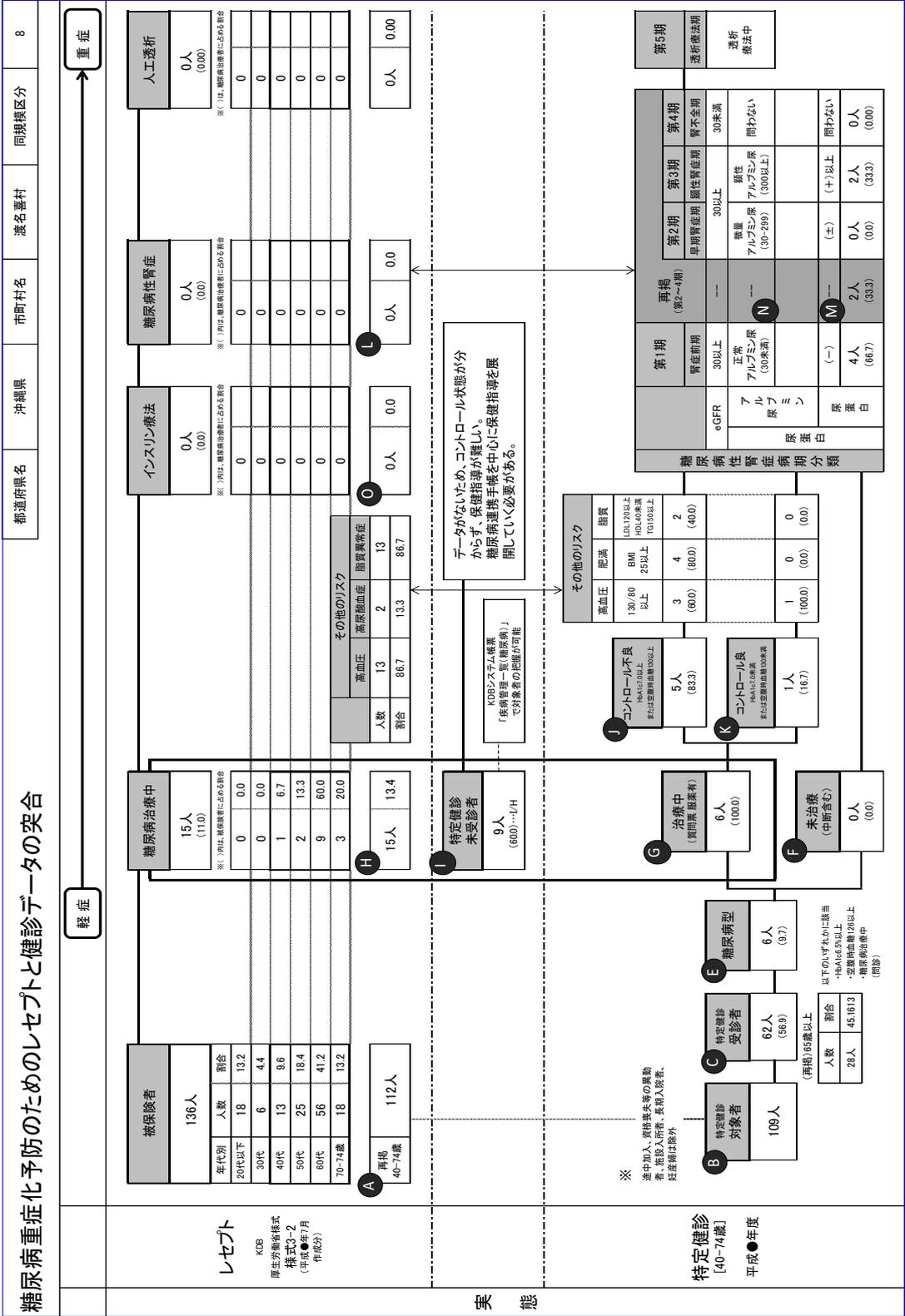
参考資料 10 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたA市の位置			※H28①～④はKDBにて国勢調査未更新のため数字に変化なし										データ元 (CSV)											
項目	H25 渡名喜村		H28 渡名喜村		H28 同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)													
	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		451		451		712,964		1,373,576		124,852,975												
		65歳以上 (高齢化率)	151	33.5	151	33.5	250,396	35.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2	KDB No.5 人口の状況											
		75歳以上	93	20.6	93	20.6			119,934	8.7	13,989,864	11.2	KDB No.3											
		65～74歳	58	12.9	58	12.9			119,552	8.7	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題											
		40～64歳	192	42.6	192	42.6			448,207	32.6	42,411,922	34.0												
	39歳以下	108	23.9	108	23.9			685,883	49.9	53,420,287	42.8													
	② 産業構成	第1次産業	24.0		24.0		22.7		5.4		4.2		KDB No.3											
		第2次産業	16.2		16.2		21.7		15.4		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題											
		第3次産業	59.8		59.8		55.6		79.2		70.6													
	③ 平均寿命	男性	79.4		79.4		79.4		79.4		79.6		KDB No.1											
女性		87.3		87.3		86.5		87.0		86.4														
④ 健康寿命	男性	64.6		64.7		65.1		64.5		65.2		地域全体像の把握												
	女性	66.0		66.0		66.7		66.5		66.8														
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)		99.7		101.8		102.6		97.8		100		KDB No.1 地域全体像の把握										
		男性	88.2		78.8		98.2		87.5		100													
		がん	1	50.0	3	60.0	2,874	44.3	2,965	48.0	367,905	49.6												
		心臓病	1	50.0	0	0.0	1,917	29.6	1,600	25.9	196,768	26.5												
		脳疾患	0	0.0	1	20.0	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	0	0.0	1	20.0	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	0		0.0		1		16.7				厚労省HP 人口動態調査											
		男性	0		0.0		1		33.3															
		女性	0		0.0		0		0.0															
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		38		26.3		37		26.5		49,966		20.0		54,602		22.9		5,885,270		21.2	
			新規認定者	0		0.3		0		0.3		781		0.3		122		0.3		105,636		0.3		
			2号認定者	0		0.0		0		0.0		856		0.4		2,288		0.5		151,813		0.4		
		② 有病状況	糖尿病	2	7.8	3	8.5	10,599	20.4	10,612	18.3	1,350,152	22.1	KDB No.1 地域全体像の把握										
高血圧症			18	48.6	17	47.3	28,380	55.1	27,224	47.1	3,101,200	50.9												
脂質異常症			6	16.8	6	21.7	14,058	27.1	14,881	25.6	1,741,866	28.4												
心臓病			19	52.6	17	51.7	31,946	62.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0												
脳疾患			9	29.4	4	16.9	13,362	26.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5												
がん			3	8.0	2	5.4	4,857	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3												
筋・骨格			20	53.2	16	49.2	28,320	55.1	27,292	47.3	3,067,196	50.3												
精神		11	35.6	13	33.8	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)		87,894		90,377		73,752		71,386		58,284		KDB No.1 地域全体像の把握										
		居室サービス	53,329		50,047		39,649		52,569		39,662													
		施設サービス	291,246		304,908		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	8,572		9,372		8,522		9,703		7,980		KDB No.1 地域全体像の把握										
	認定なし	4,062		3,346		4,224		4,397		3,816														
4	① 国保の状況	被保険者数		149		122		198,805		444,291		32,587,866		KDB No.1 地域全体像の把握										
		65～74歳	49	32.9	49	40.2			103,448	23.3	12,461,613	38.2												
		40～64歳	76	51.0	55	45.1			168,937	38.0	10,946,712	33.6												
		39歳以下	24	16.1	18	14.8			171,906	38.7	9,179,541	28.2												
	加入率		33.0		27.1		28.1		32.3		26.9													
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0		0.0		47		0.2		94		0.2		KDB No.5 被保険者の状況									
		診療所数	1		6.7		1		8.2		621		3.1											
		病床数	0		0.0		0		0.0		3,963		19.9											
		医師数	1		6.7		1		8.2		541		2.7											
		外来患者数	780.0		811.9		652.3		507.9		668.1													
	入院患者数	36.3		35.4		23.7		20.0		18.2														
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		27,682		30,101		26,817		22,111		24,245		KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB No.1 地域全体像の把握										
		受診率	816.282		847.294		676.037		527.86		686.286													
		外来 費用の割合	44.6		36.3		55.3		52.4		60.1													
		入院 費用の割合	95.6		95.8		96.5		96.2		97.4													
入院 件数の割合		55.4		63.7		44.7		47.6		39.9														
1件あたり在院日数		20.3日		20.0日		16.3日		17.1日		15.6日														
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (調剤含む)	がん	5,402,320		14.9		5,848,090		26.4		24.2		17.3		KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地域の										
	慢性腎不全 (透析あり)	0		0.0		0		0.0		7.9		16.0												
	糖尿病	939,050		2.6		1,289,990		5.8		10.1		7.0												
	高血圧症	5,085,900		14.0		3,364,290		15.2		9.4		6.3												
	精神	9,710,060		26.8		7,588,830		34.3		18.6		28.0												
	筋・骨格	6,002,390		16.6		2,546,300		11.5		16.4		13.1												

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	578,630	19位	(16)	625,694	13位	(14)	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				高血圧	487,294	40位	(23)	504,638	40位	(22)						
				脂質異常症	348,129	41位	(25)	435,035	38位	(23)						
				脳血管疾患	656,596	22位	(30)	634,481	29位	(28)						
				心疾患	253,320	40位	(6)	1,166,930	2位	(16)						
				腎不全	416,640	39位	(8)	671,435	30位	(30)						
				精神	363,762	41位	(24)	430,431	37位	(27)						
				悪性新生物	541,568	35位	(10)	743,749	7位	(25)						
				県内順位 順位総数42	外来	糖尿病	20,559	40位	20,178	41位						
						高血圧	15,408	41位	14,013	42位						
						脂質異常症	18,098	41位	14,463	42位						
						脳血管疾患	20,955	36位	27,815	35位						
						心疾患	21,868	38位	17,768	41位						
						腎不全	28,729	40位	17,273	41位						
精神	15,436	41位	15,170			42位										
悪性新生物	32,829	37位	42,944			37位										
⑥	健診有無別 一人あたり 点数	健診対象者 一人あたり	健診受診者	7,707		5,909		3,151		1,919		2,346				
			健診未受診者	4,475		8,502		12,337		10,954		12,339				
		生活習慣病対象者 一人あたり	健診受診者	14,571		12,677		8,737		6,836		6,742				
			健診未受診者	8,460		18,239		34,206		39,024		35,459				
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	42	70.0	33	64.7	37,189	56.9	54,166	55.9	4,427,360	56.1				
		医療機関受診率	40	66.7	33	64.7	33,746	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	2	3.3	0	0.0	3,443	5.3	4,230	4.4	357,742	4.5				
5	①-⑬	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診受診者	60		51		65,384		96,836		7,898,427			
				受診率	50.8		41.1		46.4		37.5		全国25位	36.4		
				特定保健指導終了者(実施率)	1	16.7	1	20.0	3904	45.4	7,845	50.6	198,683	21.1		
				非肥満高血糖	3	5.0	0	0.0	6,352	9.7	6,227	6.4	737,886	9.3		
				メタボ	該当者	22	36.7	22	43.1	12,200	18.7	21,916	22.6	1,365,855	17.3	
					男性	17	48.6	17	60.7	8,464	27.7	15,055	32.9	940,335	27.5	
					女性	5	20.0	5	21.7	3,736	10.7	6,861	13.4	425,520	9.5	
					予備群	15	25.0	9	17.6	7,622	11.7	14,505	15.0	847,733	10.7	
					男性	11	31.4	5	17.9	5,264	17.2	9,655	21.1	588,308	17.2	
				女性	4	16.0	4	17.4	2,358	6.8	4,850	9.5	259,425	5.8		
				メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	40	66.7	35	68.6	22,315	34.1	41,588	42.9	2,490,581	31.5
						男性	30	85.7	23	82.1	15,455	50.5	27,902	60.9	1,714,251	50.2
					女性	10	40.0	12	52.2	6,860	19.7	13,686	26.8	776,330	17.3	
					BMI	総数	7	11.7	3	5.9	4,378	6.7	6,193	6.4	372,685	4.7
						男性	2	5.7	1	3.6	814	2.7	901	2.0	59,615	1.7
					女性	5	20.0	2	8.7	3,564	10.2	5,292	10.4	313,070	7.0	
					血糖のみ	1	1.7	2	3.9	530	0.8	913	0.9	52,296	0.7	
					血圧のみ	14	23.3	7	13.7	5,287	8.1	10,137	10.5	587,214	7.4	
					脂質のみ	0	0.0	0	0.0	1,805	2.8	3,455	3.6	208,214	2.6	
血糖・血圧	4	6.7	4		7.8	2,183	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7					
血糖・脂質	1	1.7	0		0.0	681	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9					
血圧・脂質	10	16.7	7		13.7	5,537	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	7	11.7	11		21.6	3,799	5.8	6,804	7.0	415,310	5.3					
①-⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧		40	66.7	31	60.8	23,752	36.3	35,736	36.9	2,650,283	33.6		
			糖尿病	7	11.7	8	15.7	5,883	9.0	8,886	9.2	589,711	7.5			
			脂質異常症	19	31.7	19	37.3	14,929	22.8	19,747	20.4	1,861,221	23.6			
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	4	6.7	0	0.0	1,997	3.2	2,781	3.2	246,252	3.3			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	3	5.0	5	10.0	3,427	5.5	3,985	4.5	417,378	5.5			
			腎不全	0	0.0	0	0.0	373	0.6	477	0.5	39,184	0.5			
			貧血	1	14.3	1	20.0	5,122	8.4	5,051	6.2	761,573	10.2			
		喫煙	9	15.0	8	15.7	10,886	16.7	14,476	14.9	1,122,649	14.2				
		週3回以上朝食を抜く	0	0.0	1	20.0	4,442	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7				
		週3回以上食後間食	2	40.0	0	0.0	7,977	13.9	9,397	16.7	803,966	11.9				
		週3回以上就寝前夕食	2	40.0	2	40.0	9,245	16.1	13,503	23.9	1,054,516	15.5				
		食べる速度が速い	1	20.0	3	50.0	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	3	60.0	3	60.0	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	3	60.0	2	40.0	39,568	67.9	32,954	57.5	4,026,105	58.8				
1日1時間以上運動なし	4	80.0	1	20.0	28,954	50.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0						
睡眠不足	4	80.0	2	40.0	13,994	24.2	16,386	30.1	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	0	0.0	0	0.0	16,174	26.7	14,259	22.1	1,886,293	25.6						
時々飲酒	2	33.3	1	25.0	13,654	22.6	18,519	28.7	1,628,466	22.1						
一日飲酒量	1合未満	4	66.7	3	60.0	23,418	57.0	22,185	50.1	3,333,836	64.0					
	1~2合	0	0.0	0	0.0	11,323	27.6	12,695	28.7	1,245,341	23.9					
	2~3合	1	16.7	1	20.0	4,591	11.2	5,994	13.5	486,491	9.3					
	3合以上	1	16.7	1	20.0	1,750	4.3	3,385	7.6	142,733	2.7					



【参考資料 3】

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

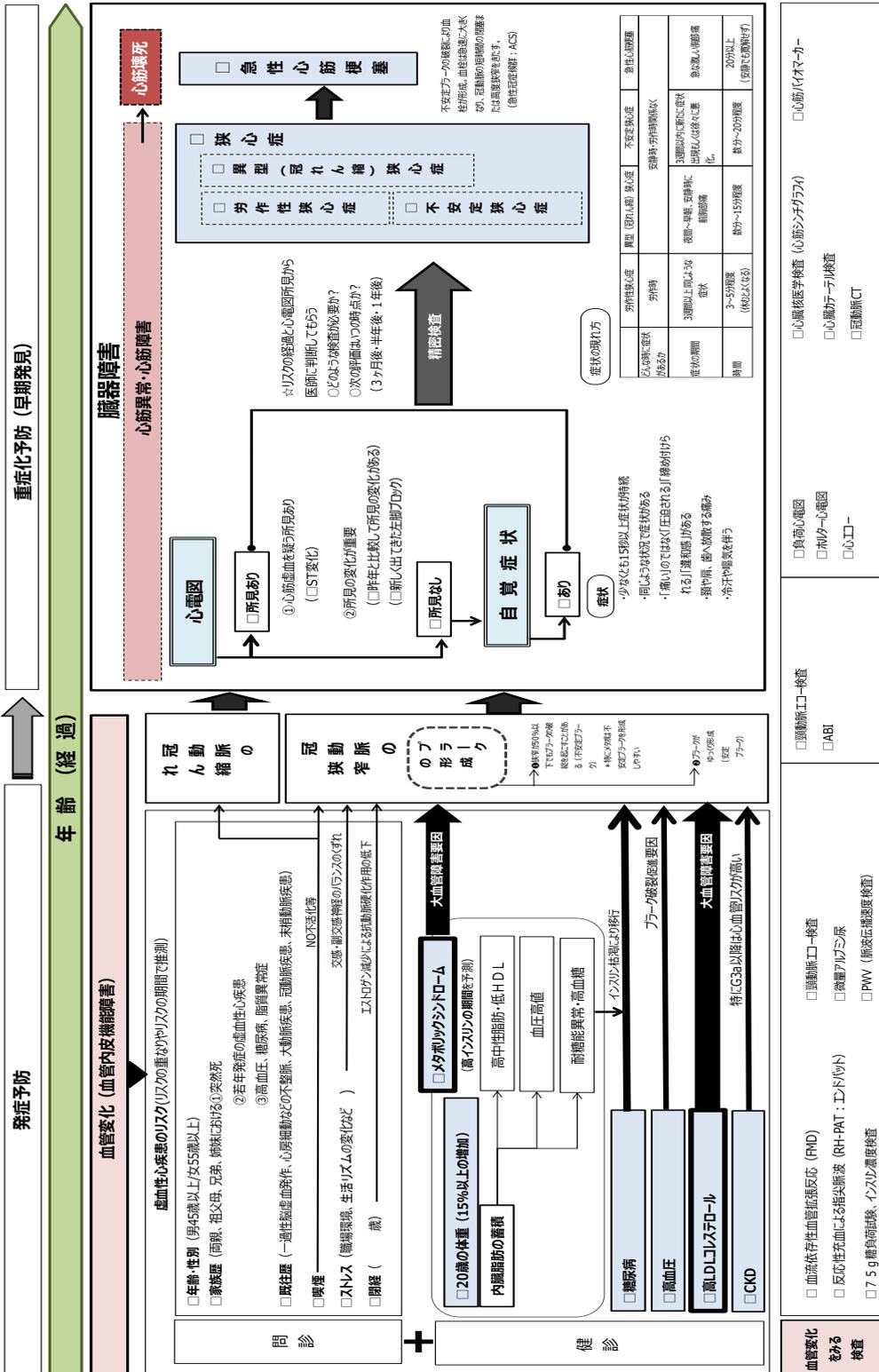
【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名：	担当地区：													
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携													
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数 ④+⑤ ()人	1.資格喪失（死亡、転出）の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク（メタボ、血圧等）の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医													
	④健診未受診者 ()人			<table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握（内訳）</th> </tr> <tr> <td>①国保（生保）</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動（死亡・転出）</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>()人</td> </tr> </table>	結果把握（内訳）		①国保（生保）	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動（死亡・転出）	()人	⑤確認できず	()人
	結果把握（内訳）															
	①国保（生保）				()人											
	②後期高齢者				()人											
	③他保険				()人											
	④住基異動（死亡・転出）			()人												
	⑤確認できず			()人												
	④-1 未治療者（中断者含む） ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患－手術 ●人工透析 ●がん 												
	⑤結果把握 ()人															
⑤-1 HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある																
⑤-2 尿蛋白 ()人 (-) ()人 (+) ()人 (+) ~ 顕性腎症 ()人																
⑤-3 eGFR値の変化 ()人 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人																

【参考資料5】

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数245		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	136人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		112人							
2	① 特定健診	B	109人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	② 対象者数		109人							
	③ 受診率	C	62人							
3	① 特定保健指導		5人							
	② 実施率		20.0%							
4	① 健診データ	E	6人	9.7%						特定健診結果
	②	F	0人	0.0%						
	③	G	6人	100.0%						
	④	J	5人	83.3%						
	⑤	J	3人	60.0%						
	⑥	J	4人	80.0%						
	⑦	K	1人	16.7%						
	⑧	M	4人	66.7%						
	⑨	M	0人	0.0%						
	⑩	M	2人	33.3%						
	⑪	M	0人	0.0%						
5	① レセプト		110.3人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		133.9人							
	③		94件	(903.8)				472件	(757.6)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		0						(5.9)	
	⑤	H	15人	11.0%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	H	15人	13.4%						
	⑦	I	9人	60.0%						
	⑧	O	0人	0.0%						
	⑨	O	0人	0.0%						
	⑩	L	0人	0.0%						
	⑪	L	0人	0.0%						
	⑫		0人	0.00%						
	⑬		0人	0.00%						
	⑭		0							
	⑮		0							
	⑯		0							KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費		4672万円					2億6643万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
	②		2214万円					1億5163万円		
	③		47.4%					56.9%		
	④		12,677円					8,737円		
	⑤		18,239円					34,206円		
	⑥		129万円					1526万円		
	⑦		5.8%					10.1%		
	⑧		414万円							
	⑨		20,178円							
	⑩		876万円							
	⑪		625,694円							
	⑫		14日							
	⑬		0					1315万円		
	⑭							1198万円		
	⑮							116万円		
7	① 介護		6796万円					3億1509万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	#####						
8	① 死亡		0人	0.0%				0人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン2013、虚血性心疾患の診断と治療ガイドライン、エビデンスに基づく心臓病診療ガイドライン2013、虚血性心疾患の予防、血管内皮機能を診る(東海英子)

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 7】

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	⑤ 重症化予防対象者		
				<input type="checkbox"/> その他所見			
②	問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし		<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」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	⑤ 重症化予防対象者		
				<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <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			
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。			メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。	⑤ 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～
		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～			
	拡張期	～84	85～89	90～			
④	□LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 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)		評価(良かったこと)		課題				
<p>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)</p> <p>全体</p> <p>○年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。若し、それをもとに計画を立案し、目標、事業の達成率を把握し、進捗状況を把握し、必要に応じて、治療中の方への個別対応の協力依頼を実施。 ○成り上り担当は、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フォローアップしていくことが重要である。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み ・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に薄やし実施。 ・糖尿病管理台帳を活用し、3年未満未受診・未治療者への受診勧奨訪問。 ・医療機関別(90分)別、個別に訪問。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。</p> <p>○取組み ・未受診者訪問の対象者を検討し、いかに受診してもらうよう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はつながっている。 ・糖尿病管理台帳の活用を活用し、継続受診、治療となるよう関わっていく。 ・後援機関との連携を強化し、受診率向上に貢献していることが重要である。 ・90歳健診については、受診率特任健康診査の受診勧奨等と併せていくようにする。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>重症化予防対策</p> <p>○35歳健康診査 ◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討し、併せて実施していくこと重要である。 ○早期介入健康診査 ◆対象者の選定、指導方法等検討 ◆対象者(個人)通知発行しても、健診受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健診の必要性等理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上につながるような取り組みの検討が必要である。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳、要配慮者の検討。 ◆要配慮者の選定とフォローアップの徹底が重要と考えられる。 ◆保健指導に際して、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。 ◆CDの運用と関係の強化については、受診勧奨が重要であるが、なかなか指導までつながっていない。</p> <p>○評価方法の検討 ◆保健指導の評価可能な指標(アプローチ率)の検討</p> <p>医師とのつながり</p> <p>○圏域の医療機関との連携が望ましい。評価委員会からのアドバイスにも「顔の見える連携」などのことだったので、今後検討が必要。</p>	<p>②アウトプット(事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ ◆医療機関別(90分)別、個別に訪問し、特定健康診査の受診勧奨を実施している。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p> <table border="1"> <tr> <th>回数</th> <th>医療機関数</th> </tr> <tr> <td>4回</td> <td>185</td> </tr> </table> <p>・圏域の医療機関へ訪問(90分前)</p> <p>○35歳健康診査 ◆受診率向上のため、受診率向上に貢献していることが重要である。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討し、併せて実施していくこと重要である。 ○早期介入健康診査 ◆対象者の選定、指導方法等検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○35歳健康診査 ◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討し、併せて実施していくこと重要である。 ○早期介入健康診査 ◆対象者の選定、指導方法等検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳、要配慮者の検討。 ◆要配慮者の選定とフォローアップの徹底が重要と考えられる。 ◆保健指導に際して、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。 ◆CDの運用と関係の強化については、受診勧奨が重要であるが、なかなか指導までつながっていない。</p> <p>○評価方法の検討 ◆保健指導の評価可能な指標(アプローチ率)の検討</p> <p>医師とのつながり</p> <p>◆医療機関との連携を促進していくため、要配慮者の選定とフォローアップの徹底が重要である。また、標準化された教材、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。 ◆CDの運用と関係の強化については、受診勧奨が重要であるが、なかなか指導までつながっていない。</p>	回数	医療機関数	4回	185	<p>③アウトカム(結果)</p> <p>◆未受診者対策 ○特定健康診査率向上のために、限られた資源を活用し、治療中健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、巡回健診の活用が有効である。巡回健診の活用は、巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p> <p>◆重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を活用し、治療中健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、巡回健診の活用が有効である。巡回健診の活用は、巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p> <p>◆重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を活用し、治療中健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、巡回健診の活用が有効である。巡回健診の活用は、巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p>	<p>④ストラテジー(構想)</p> <p>◆未受診者対策 ○巡回健診の活用 ◆巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p> <p>◆重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を活用し、治療中健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、巡回健診の活用が有効である。巡回健診の活用は、巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p> <p>◆重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を活用し、治療中健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、巡回健診の活用が有効である。巡回健診の活用は、巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>◆未受診者対策 ○巡回健診の活用 ◆巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p> <p>◆重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を活用し、治療中健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、巡回健診の活用が有効である。巡回健診の活用は、巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p> <p>◆重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を活用し、治療中健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、巡回健診の活用が有効である。巡回健診の活用は、巡回健診の活用による受診率向上に貢献していることが重要である。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。 ○巡回健診の受診率 ◆巡回健診の受診率について協力依頼する。</p>
回数	医療機関数							
4回	185							