

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 水上村

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	2
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	9
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	26
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	45
第6章 計画の評価・見直し	46
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

水上村においては、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、P D C A サイクルに沿って運用するものである。

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

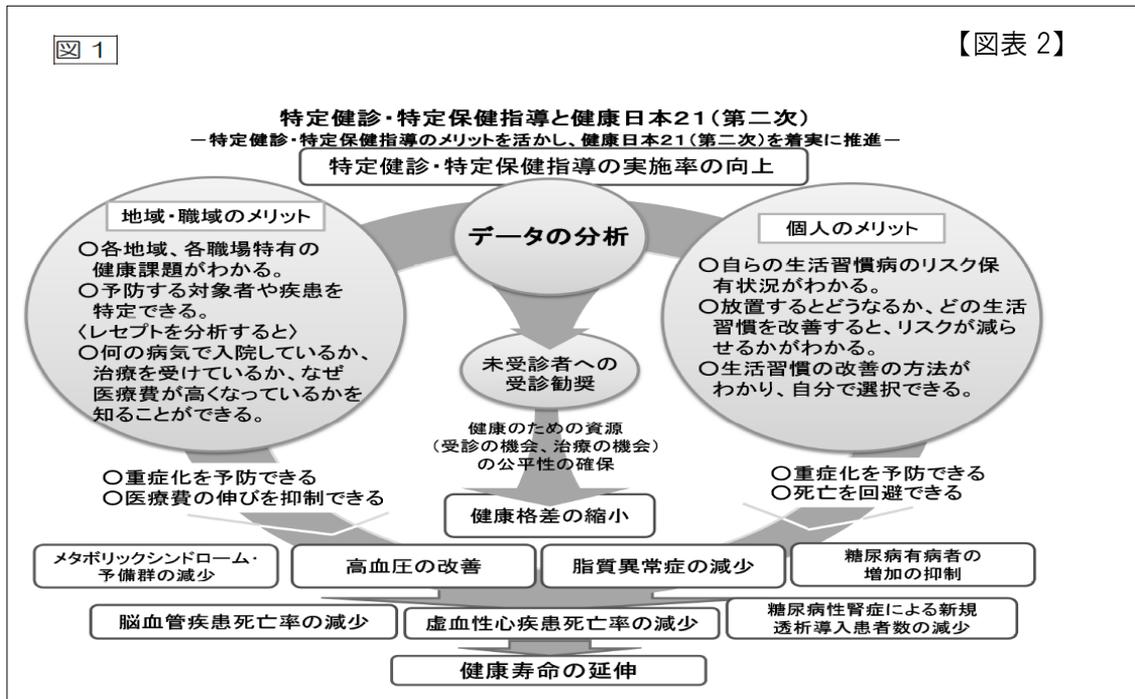
市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表1・2・3)

【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施法)	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4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4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 健康局 平成28年4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4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指針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 健康局 平成28年4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、生活習慣の改善や運動や健康増進活動の推進を図る。また、社会生活を営むための必要となる能力の維持及び向上を目指す。その結果、社会生活能力が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患の発症予防の促進を図り、慢性疾患の予防や重症化の防止を図る。また、重症化や合併症の発生を抑制し、入院患者を減らすことができれば、国民生活の質の向上を図ることが期待される。特定健康診査は、慢性疾患の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに罹患し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするもの、約率的に輸出するための「行方」である。	生活習慣の改善を前提として、被保険者の主体的な健康増進活動の推進を図る。また、慢性疾患がその支援の中心となる。被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目的とする。被保険者の健康の増進を図るため、慢性疾患の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに罹患し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするもの、約率的に輸出するための「行方」である。	高齢者がその有する能力に即した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの予防は、要介護状態等の回避に、健康増進を理念としている。	国民健康増進を堅持し、掲げているため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増加しないよう取り組むことには、健康増進活動の推進を図る。健康増進活動の推進を図る。健康増進活動の推進を図る。健康増進活動の推進を図る。	医療情報の分化・連携を推進することを通じて、高齢者において現れやすい慢性疾患の重症化を抑制し、高齢者への適切な医療を効率的に提供するための体制の整備を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える世代(若年世代、小児期からの生活習慣づくり)	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	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 初期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 特発性高血圧、慢性腎臓病 関節リウマチ、変形性関節症 多発性骨髄腫、原発性骨髄質硬化症 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ① 糖尿病罹患率・虚血性心疾患の年齢調整罹患率 ② 合併症(糖尿病性腎症)による年齢調整罹患率(患者数) ③ 慢性閉塞性肺疾患の罹患率 ④ 脳血管疾患(脳卒中)におけるコントロール不良者 ⑤ 糖尿病性腎症 ⑥ 特定保健指導の実施率 ⑦ 特定保健指導の実施率 ⑧ 特定保健指導の実施率 ⑨ 高血圧3段階実施率 ⑩ 生活習慣病の予防 ⑪ 生活習慣病の予防 ⑫ 生活習慣病の予防 ⑬ 生活習慣病の予防 ⑭ 生活習慣病の予防 ⑮ 生活習慣病の予防	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) 生活習慣の改善(特定健康診査の実施率) ① 食生活 ② 日常生活における歩数 ③ 7Lルール ④ 喫煙 (2) 健診受診率の実績 ① 特定健康診査 ② 特定保健指導率 ③ 健診結果の変化 ④ 生活習慣病の有病者・予備群 (3) 医療費等 ① 医療費 ② 介護費	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 介護給付の適正化	① 医療費適正化の取組 外注 ① 一人あたり外注医療費の増減 ② 特定健康診査の実施率の向上 ③ メタボリックシンドローム患者の減少 ④ 慢性疾患重症化予防の推進 入院 病床稼働率の向上・連携の推進	① 5疾病・事業 ② 在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
その他			保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分を減額し、保険料率決定】			保険者協議会(事務局:国民健康委員会)を通じて、保険者との連携

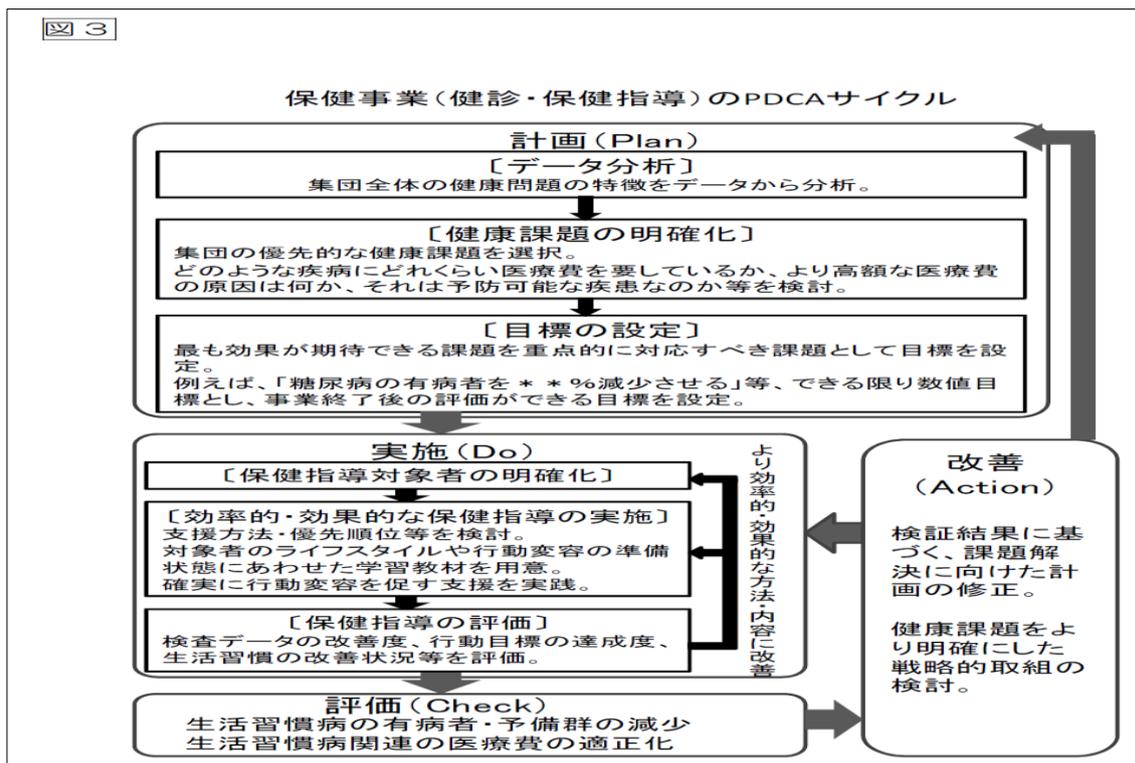
図 1

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書にお

いて他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

水上村においては、保健福祉課の保健師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係が関わっている。後期高齢医療係、介護保険係、生活保護係とも十分連携し、一体となって計画策定を進めていく。

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われている。

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を図っているため、研修の参加や技術支援を受けていく。

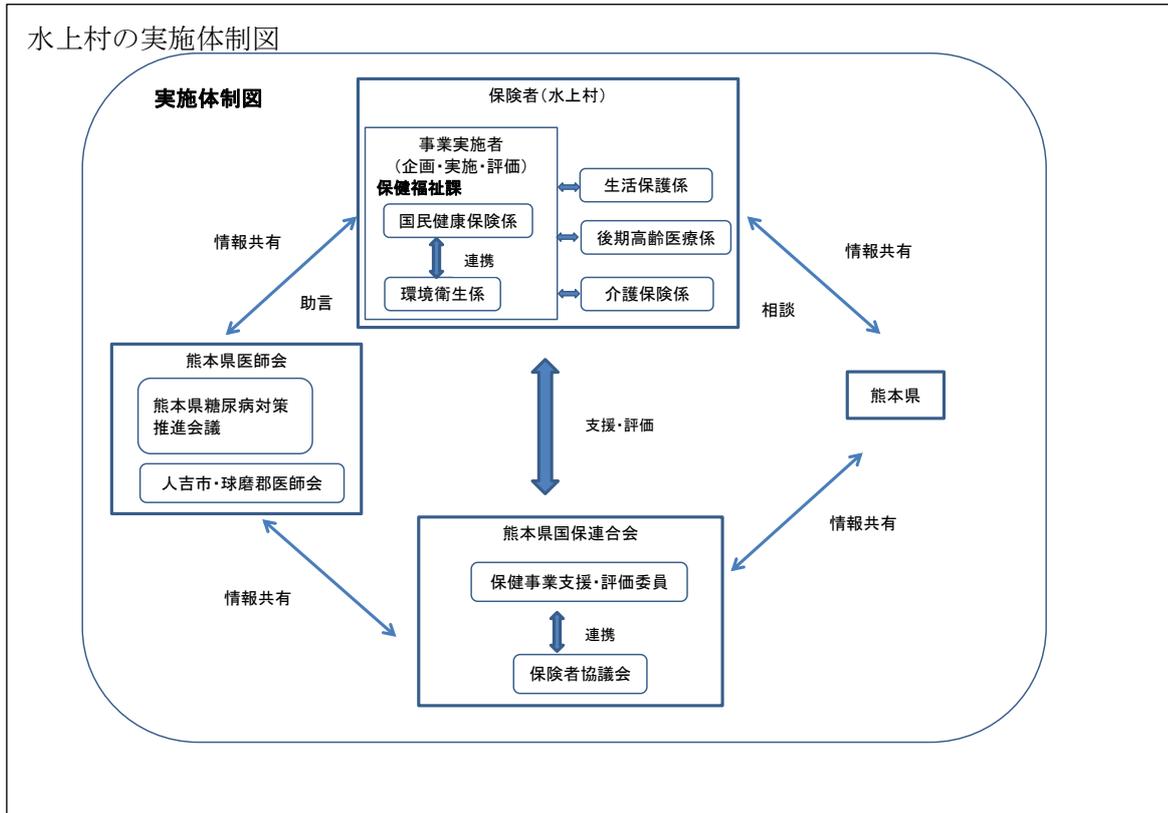
また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に水上村の保険者機能の強化については、熊本県との連携が重要となる。

このため、水上村は、計画素案について熊本県と意見交換を行い、熊本県や国保連合会からの助言などを受け連携に努める。

また、他の医療保険者との連携については、保健所主催の地域・職域連携推進会議に参加し、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携などに努める。

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。



4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		23.4			
総得点(体制構築加点含む)		144			
全国順位(1,741市町村)		1579			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診実施状況	0			25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	0			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	0			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	3			25
	個人のインセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取り組み	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	0			40
固有 ⑥	地域包括ケアの推進				50
体制構築加算		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別ではがんによる死亡割合は増加、心臓病および脳疾患は横ばい、糖尿病及び腎不全では減少している。

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は横ばいであるが、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。医療機関受診率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加から、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。

特定健診受診率は増加しているが、国の目標には到達していないことから特定健診受診率向上への更なる取組が重要である。(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)

介護給付費は平成25年度から比べると平成28年度はかなり増加している状況であり、1件あたりの給付費も同規模平均と比べて平成28年度は約1万円程度高く、中でも居宅サービス費が増加している。認定状況は横ばいであるにも関わらず、給付費が増加している原因の一つは独居世帯や高齢者世帯が考えられる。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	水上村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	2億7852万円	69,027	38,620	299,115	75,804	40,098	279,584
H28年度	3億1200万円	74,359	42,036	292,735	73,752	39,649	273,932

②医療費の状況（図表 7）

総医療費は、全体的に減額しているものの、入院外の費用が増加している。一人あたりの医療費の入院外も増加しており、重症化での入院は抑制できているが、慢性的な治療が必要な状態の割合が増えていると考えられる。

【図表 7】

区原真のえし

項目		全体				入院				入院外			
		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率	
				村	同規模			村	同規模			村	同規模
1 総医療費 (円)	H25年度	224,333,280				101,622,976				122,710,304			
	H28年度	211,401,540	-12,931,740	-5.8%	1.4%	76,104,554	-25,518,421	-25.1%	2.5%	135,296,986	12,586,681	10.3%	3.3%
2 一人あたり 医療費(円)	H25年度	23,802				10,783				13,019			
	H28年度	25,027	1,225	5.1%	5.8%	9,010	-1,773	-16.4%	5.4%	16,017	2,998	23.0%	6.2%

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

平成25年度に比べると、中長期・短期目標疾患医療費の割合は約1%ではあるが増加し、予防可能な疾患の医療費抑制ができているとは言えない。一人あたりの医療費は、県と比べると低いが、国と比べると高い状況である。原因としては、精神疾患の割合の増加や中長期目標疾患の慢性腎不全（透析有）が高いことが考えられる。脳梗塞脳出血での医療費は減少している。

短期目標疾患では、糖尿病・高血圧は平成25年度に比べて減少しているが、脂質異常症の割合が増加している。高血圧や脂質異常症は県・国と比較しても高いため、高血圧や脂質異常症などの基礎疾患をコントロールすることが重症化予防のためには重要である。

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】

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			金額	順位	腎		脳		糖尿病	高血圧	脂質異常症						
					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	水上村	224,333,280	23,802	148位	37位	9.01%	0.02%	1.72%	2.25%	5.29%	8.77%	2.32%	65,878,730	29.37%	10.82%	14.24%	6.99%
		211,401,540	25,027	161位	39位	13.35%	0.01%	0.7%	0.6%	4.9%	7.7%	3.12%	64,171,230	30.36%	6.34%	17.78%	6.75%
H28	熊本県	161,643,949,660	27,978	-	-	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%
	国	9,677,041,336,540	24,253	-	-	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）

平成25年度と比べると中長期的な疾患である虚血性心疾患、人工透析において全体の割合が高くなっている。人工透析においては、虚血性心疾患を持っている人の割合が高く、人工透析に至るまでにすでに心疾患を起こしていることがわかる。また、短期的な目標疾患の高血圧は中長期的な目標3疾患においても高い割合で持っていることがわかる。人工透析においては全員が持ち合わせていた。

【図表9】

厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患												
		被保険者数	脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	760	16	2.1%	3	18.8%	1	6.3%	14	87.5%	7	43.8%	10	62.5%
	64歳以下	496	7	1.4%	1	14.3%	1	14.3%	6	85.7%	4	57.1%	3	42.9%
	65歳以上	264	9	3.4%	2	22.2%	0	0.0%	8	88.9%	3	33.3%	7	77.8%
H28	全体	693	20	2.9%	1	5.0%	1	5.0%	19	95.0%	9	45.0%	14	70.0%
	64歳以下	404	8	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	4	50.0%	4	50.0%
	65歳以上	289	12	4.2%	1	8.3%	1	8.3%	11	91.7%	5	41.7%	10	83.3%

厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患												
		被保険者数	虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	760	33	4.3%	3	9.1%	1	3.0%	26	78.8%	1	3.0%	10	30.3%
	64歳以下	496	8	1.6%	1	12.5%	1	12.5%	7	87.5%	0	0.0%	3	37.5%
	65歳以上	264	25	9.5%	2	8.0%	0	0.0%	19	76.0%	1	4.0%	7	28.0%
H28	全体	693	29	4.2%	1	3.4%	0	0.0%	24	82.8%	6	20.7%	10	34.5%
	64歳以下	404	7	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	85.7%	1	14.3%	1	14.3%
	65歳以上	289	22	7.6%	1	4.5%	0	0.0%	18	81.8%	5	22.7%	9	40.9%

厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析												
		被保険者数	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				
H25	全体	760	3	0.4%	1	33.3%	1	33.3%	3	100.0%	2	66.7%	0	0.0%
	64歳以下	496	3	0.6%	1	33.3%	1	33.3%	3	100.0%	2	66.7%	0	0.0%
	65歳以上	264	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	693	5	0.7%	0	0.0%	2	40.0%	5	100.0%	2	40.0%	1	20.0%
	64歳以下	404	3	0.7%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	1	33.3%	0	0.0%
	65歳以上	289	2	0.7%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%

(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)

糖尿病・高血圧・脂質異常症いずれの疾患も増加している。65歳以上で糖尿病・高血圧・脂質異常症を併せ持つ割合が高くなっている。中長期的な目標の虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析も65歳以上での割合が高くなっている。

【図表10】

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標						中長期的な目標								
		糖尿病						虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		被保険者数	インスリン療法		高血圧		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	760	59	7.8%	4	0.5%	43	5.7%	32	4.2%	7	0.9%	7	0.9%	3	0.4%
	64歳以下	496	33	6.7%	2	0.4%	22	4.4%	18	3.6%	4	0.8%	3	0.6%	2	0.4%
	65歳以上	264	26	9.8%	2	0.8%	21	8.0%	14	5.3%	3	1.1%	4	1.5%	0	0.0%
H28	全体	693	77	11.1%	5	0.7%	60	8.7%	43	6.2%	9	1.3%	6	0.9%	2	0.3%
	64歳以下	404	25	6.2%	2	0.5%	18	4.5%	13	3.2%	4	1.0%	1	0.2%	1	0.2%
	65歳以上	289	52	18.0%	3	1.0%	42	14.5%	30	10.4%	5	1.7%	5	1.7%	1	0.3%

厚生労働省 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧						虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	760	174	22.9%	43	5.7%	77	10.1%	14	1.8%	26	3.4%	3	0.4%
	64歳以下	496	68	13.7%	22	4.4%	32	6.5%	6	1.2%	7	1.4%	3	0.6%
	65歳以上	264	106	40.2%	21	8.0%	45	17.0%	8	3.0%	19	7.2%	0	0.0%
H28	全体	693	232	33.5%	60	8.7%	102	14.7%	19	2.7%	24	3.5%	5	0.7%
	64歳以下	404	87	21.5%	18	4.5%	29	7.2%	8	2.0%	6	1.5%	3	0.7%
	65歳以上	289	145	50.2%	42	14.5%	73	25.3%	11	3.8%	18	6.2%	2	0.7%

厚生労働省 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症						虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	糖尿病		高血圧		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		
H25	全体	760	105	13.8%	32	4.2%	77	10.1%	10	1.3%	10	1.3%	0	0.0%
	64歳以下	496	44	8.9%	18	3.6%	32	6.5%	3	0.6%	3	0.6%	0	0.0%
	65歳以上	264	61	23.1%	14	5.3%	45	17.0%	7	2.7%	7	2.7%	0	0.0%
H28	全体	693	127	18.3%	43	6.2%	102	14.7%	14	2.0%	10	1.4%	1	0.1%
	64歳以下	404	39	9.7%	13	3.2%	29	7.2%	4	1.0%	1	0.2%	0	0.0%
	65歳以上	289	88	30.4%	30	10.4%	73	25.3%	10	3.5%	9	3.1%	1	0.3%

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

有所見者の割合から、H25年度とH28年度を比べると男性においては空腹時血糖及び血圧以外は増加している。女性においてはHbA1c及び血圧において割合が高くなっている。特に男性の腹囲と、女性のHbA1cはかなり増加している。

また、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の割合は、男性が多いが、男性・女性ともに血圧・血糖・脂質の3項目すべて有所見に該当する割合が増加している。

【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（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23(帳票)

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	46	33.8	60	44.1	35	25.7	28	20.6	3	2.2	28	20.6	83	61.0	37	27.2	76	55.9	46	33.8	66	48.5	2	1.5
	40-64	22	36.1	26	42.6	17	27.9	14	23.0	2	3.3	9	14.8	32	52.5	17	27.9	35	57.4	26	42.6	37	60.7	0	0.0
	65-74	24	32.0	34	45.3	18	24.0	14	18.7	1	1.3	19	25.3	51	68.0	20	26.7	41	54.7	20	26.7	29	38.7	2	2.7
女性	合計	55	39.3	80	57.1	41	29.3	46	32.9	9	6.4	28	20.0	100	71.4	41	29.3	76	54.3	46	32.9	69	49.3	4	2.9
	40-64	22	37.9	34	58.6	23	39.7	23	39.7	6	10.3	16	27.6	41	70.7	21	36.2	29	50.0	20	34.5	30	51.7	1	1.7
	65-74	33	40.2	46	56.1	18	22.0	23	28.0	3	3.7	12	14.6	59	72.0	20	24.4	47	57.3	26	31.7	39	47.6	3	3.7

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
男性	合計	61	37.9	41	25.5	25	15.5	14	8.7	3	1.9	33	20.5	108	67.1	3	1.9	83	51.6	33	20.5	94	58.4	0	0.0
	40-64	24	37.5	19	29.7	14	21.9	6	9.4	0	0.0	10	15.6	35	54.7	2	3.1	37	57.8	17	26.6	37	57.8	0	0.0
	65-74	37	38.1	22	22.7	11	11.3	8	8.2	3	3.1	23	23.7	73	75.3	1	1.0	46	47.4	16	16.5	57	58.8	0	0.0
女性	合計	48	34.3	32	22.9	21	15.0	11	7.9	2	1.4	20	14.3	112	80.0	3	2.1	83	59.3	29	20.7	77	55.0	1	0.7
	40-64	14	28.6	7	14.3	8	16.3	4	8.2	2	4.1	5	10.2	31	63.3	1	2.0	23	46.9	11	22.4	26	53.1	0	0.0
	65-74	34	37.4	25	27.5	13	14.3	7	7.7	0	0.0	15	16.5	81	89.0	2	2.2	60	65.9	18	19.8	51	56.0	1	1.1

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24(帳票)

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	136	49.3	1	0.7%	30	22.1%	1	0.7%	24	17.6%	5	3.7%	29	21.3%	9	6.6%	2	1.5%	12	8.8%	6	4.4%
	40-64	61	37.9	1	1.6%	10	16.4%	0	0.0%	8	13.1%	2	3.3%	15	24.6%	4	6.6%	1	1.6%	7	11.5%	3	4.9%
	65-74	75	65.2	0	0.0%	20	26.7%	1	1.3%	16	21.3%	3	4.0%	14	18.7%	5	6.7%	1	1.3%	5	6.7%	3	4.0%
女性	合計	140	54.3	14	10.0%	24	17.1%	1	0.7%	19	13.6%	4	2.9%	42	30.0%	9	6.4%	0	0.0%	22	15.7%	11	7.9%
	40-64	58	46.4	3	5.2%	8	13.8%	0	0.0%	5	8.6%	3	5.2%	23	39.7%	4	6.9%	0	0.0%	15	25.9%	4	6.9%
	65-74	82	61.7	11	13.4%	16	19.5%	1	1.2%	14	17.1%	1	1.2%	19	23.2%	5	6.1%	0	0.0%	7	8.5%	7	8.5%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	161	58.1	2	1.2%	21	13.0%	1	0.6%	17	10.6%	3	1.9%	18	11.2%	3	1.9%	1	0.6%	9	5.6%	5	3.1%
	40-64	64	46.7	1	1.6%	7	10.9%	1	1.6%	6	9.4%	0	0.0%	11	17.2%	2	3.1%	1	1.6%	4	6.3%	4	6.3%
	65-74	97	69.3	1	1.0%	14	14.4%	0	0.0%	11	11.3%	3	3.1%	7	7.2%	1	1.0%	0	0.0%	5	5.2%	1	1.0%
女性	合計	140	56.5	1	0.7%	18	12.9%	0	0.0%	16	11.4%	2	1.4%	13	9.3%	3	2.1%	1	0.7%	4	2.9%	5	3.6%
	40-64	49	49.0	0	0.0%	4	8.2%	0	0.0%	3	6.1%	1	2.0%	3	6.1%	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.1%
	65-74	91	61.5	1	1.1%	14	15.4%	0	0.0%	13	14.3%	1	1.1%	10	11.0%	2	2.2%	1	1.1%	4	4.4%	3	3.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診の受診率は伸びているが、同規模内での順位は低下している。健診の必要性について啓発チラシや広報での啓発など積極的な受診勧奨を実施したことも影響していると考えられるが、今後も受診を継続させることや未受診者への積極的な訪問活動をおこなって行く必要があると考える。

また、保健指導実施率においてはかなり低い受診率でありながら、平成 25 年度よりも減少してしまっている。保健指導実施が最優先の取り組みである。ただ、医療機関受診率については、同規模平均よりは高く、平成 25 年よりも高いため、今後も適切な受診勧奨を行い、保健指導を実施していくことも必要である。

【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	実施率	医療機関受診率	
								水上村	同規模平均
H25年度	553	297	53.7%	70位	42	13	31.0%	54.9%	50.4%
H28年度	506	280	55.3%	76位	32	9	28.1%	58.9%	51.6%

2) 第 1 期に係る考察

本村の課題の整理はできているものの、課題に向けた取組ができていないためデータの改善が見られていないことがわかる。入院費用は減少しているが、慢性腎不全における透析費用の増加しているため、新規透析導入の抑制のための取り組みが必要である。

短期目標である高血圧、糖尿病、脂質異常症の増加や疾病を併せ持っている割合が増加していることから、基礎疾患のコントロールへの介入も課題であることが分かった。また、医療機関受診につながっても継続的な治療ができているかなどの重症化予防の視点として治療者へも適切な支援も重要な課題である。

また、特定健診受診率の向上は今後も重要な取り組むべき課題であるが、保健指導率の向上のために取り組んで行かなければならない。

2. 第 2 期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

本村の一人あたりの医療費は、25,027 円/月で県、同規模平均と比べて低い状況である。外来での医療費が 9 7%を占めており、重症化による入院の件数が減少している。

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者		県	同規模平均	国
	25,027円		27,974円	26,817円	24,245円

外来 ★NO.1【医療】	件数	割合 (%)				
		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0
費用額	97.1	[Bar chart showing 97.1%]				
	64	[Bar chart showing 64%]				
入院 ★NO.1【医療】	件数	2.9	[Bar chart showing 2.9%]			
		費用額	36	[Bar chart showing 36%]		

○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）

100万円以上のレセはウィルス性肝疾患及び悪性新生物の治療によるものが9割を占めている。

長期入院は51件とも精神疾患によるものである。

生活習慣病の治療者は高血圧に次いで脂質異常症によるものが多くを占めており、脳血管疾患では100%の割合で高血圧治療者である。

高血圧を基礎疾患としている割合が高いことから重症化を予防するためには血圧コントロールが重要になる。

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】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	18件	0件 0.0%	1件 5.6%	--
		費用額	2560万円	--	107万円 4.2%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	51件	0件 0.0%	12件 23.5%	--
		費用額	1775万円	--	457万円 25.7%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	65件	0件 0.0%	12件 18.5%	24件 36.9%
		費用額	2822万円	--	593万円 21.0%	1095万円 38.8%

厚労省様式	対象レセプト (H29.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	290人	23人 7.9%	20人 6.9%	2人 0.7%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	24人 104.3%	19人 95.0%	1人 50.0%
			糖尿病	6人 26.1%	9人 45.0%	1人 50%
			脂質異常症	10人 43.5%	14人 70.0%	1人 50.0%
		高血圧症	201人 69.3%	70人 24.1%	113人 39.0%	35人 12.1%

○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）

介護保険認定者の全ての方が血管疾患を有している。

2号被保険者でみると2人ともに血管疾患を有し、重症化したことが原因であると考えられる。

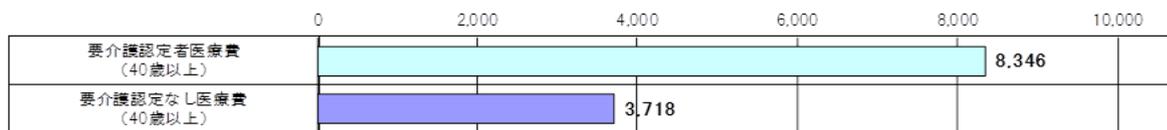
40歳～74歳の年齢は特定健診の対象であり、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化予防は介護給付費にもつながる。

【図表 15】 H28

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号				1号				合計							
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	被保険者数		774人		366人		561人		927人		1,701人							
	認定者数		2人		5人		165人		170人		172人							
	認定率		0.26%		1.4%		29.4%		18.3%		10.1%							
	新規認定者数		0人															
介護度別人数	要支援1・2		0	0.0%	2	40.0%	39	23.6%	41	24.1%	41	23.8%						
	要介護1・2		2	100.0%	2	40.0%	50	30.3%	52	30.6%	54	31.4%						
	要介護3～5		0	0.0%	1	20.0%	76	46.1%	77	45.3%	77	44.8%						
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)有病状況	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			
		件数	--		12		58		0		58		70					
		循環器疾患	1	脳卒中	12	100.0%	脳卒中	12	20.7%	脳卒中	0	--	脳卒中	12	20.7%	脳卒中	24	34.3%
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	12	20.7%	虚血性心疾患	0	--	虚血性心疾患	12	20.7%	虚血性心疾患	12	17.1%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	12	20.7%	腎不全	0	--	腎不全	12	20.7%	腎不全	12	17.1%
		基礎疾患	糖尿病等	12	100.0%	糖尿病等	58	100.0%	糖尿病等	0	--	糖尿病等	58	100.0%	糖尿病等	70	100.0%	
			血管疾患合計	合計	12	100.0%	合計	58	100.0%	合計	0	--	合計	58	100.0%	合計	70	100.0%
		認知症	認知症	0	0.0%	認知症	22	37.9%	認知症	0	--	認知症	22	37.9%	認知症	22	31.4%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	12	100.0%	筋骨格系	48	82.8%	筋骨格系	0	--	筋骨格系	48	82.8%	筋骨格系	60	85.7%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 ★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

有所見者割合より、男性女性ともにBMI・腹囲・中性脂肪・GPT・HbA1c・LDL-cの割合が高く、内臓脂肪の蓄積によるものが考えられる。メタボリックシンドローム予備群は、男女ともに10%を超え、該当者においては、男性では30%であり、少ないとは言えない。

予備軍から該当者へ移行しているケースと、直接該当者になってしまっているケースも多くあることが予想できる。

今後も、中長期疾患の増加や医療費の増大が考えられるため、保健指導の充実と未治療者の減少、治療継続のためにも、医療機関と連携しながら取り組んで行く必要がある。

【図表 16】

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

★NO.23（帳票）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		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	
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				
熊本県	14,419	30.2	23,751	49.8	12,161	25.5	9,779	20.5	3,606	7.6	21,575	45.2	31,912	66.9	9,273	19.4	23,534	49.3	12,827	26.9	22,482	47.1	1,022	2.1			
水上村	合計	55	39.3	80	57.1	41	29.3	46	32.9	9	6.4	28	20.0	100	71.4	41	29.3	76	54.3	46	32.9	69	49.3	4	2.9		
	40-64	22	37.9	34	58.6	23	39.7	23	39.7	6	10.3	16	27.6	41	70.7	21	36.2	29	50.0	20	34.5	30	51.7	1	1.7		
	65-74	33	40.2	46	56.1	18	22.0	23	28.0	3	3.7	12	14.6	59	72.0	20	24.4	47	57.3	26	31.7	39	47.6	3	3.7		

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	割合	
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				
熊本県	12,551	20.5	11,046	18.1	8,477	13.9	5,089	8.3	965	1.6	16,493	27.0	42,445	69.5	1,256	2.1	25,834	42.3	9,085	14.9	34,484	56.4	141	0.2			
水上村	合計	48	34.3	32	22.9	21	15.0	11	7.9	2	1.4	20	14.3	112	80.0	3	2.1	83	59.3	29	20.7	77	55.0	1	0.7		
	40-64	14	28.6	7	14.3	8	16.3	4	8.2	2	4.1	5	10.2	31	63.3	1	2.0	23	46.9	11	22.4	26	53.1	0	0.0		
	65-74	34	37.4	25	27.5	13	14.3	7	7.7	0	0.0	15	16.5	81	89.0	2	2.2	60	65.9	18	19.8	51	56.0	1	1.1		

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

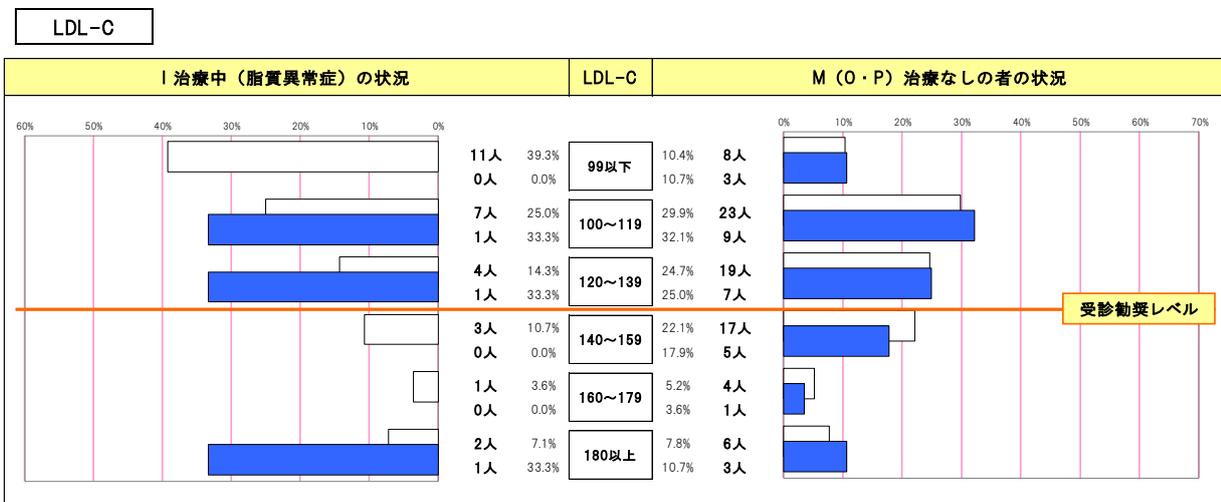
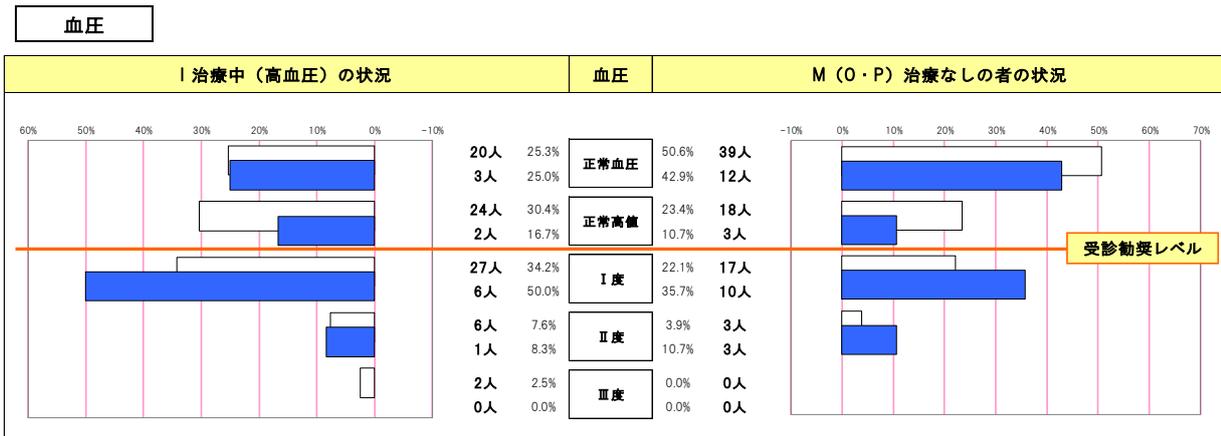
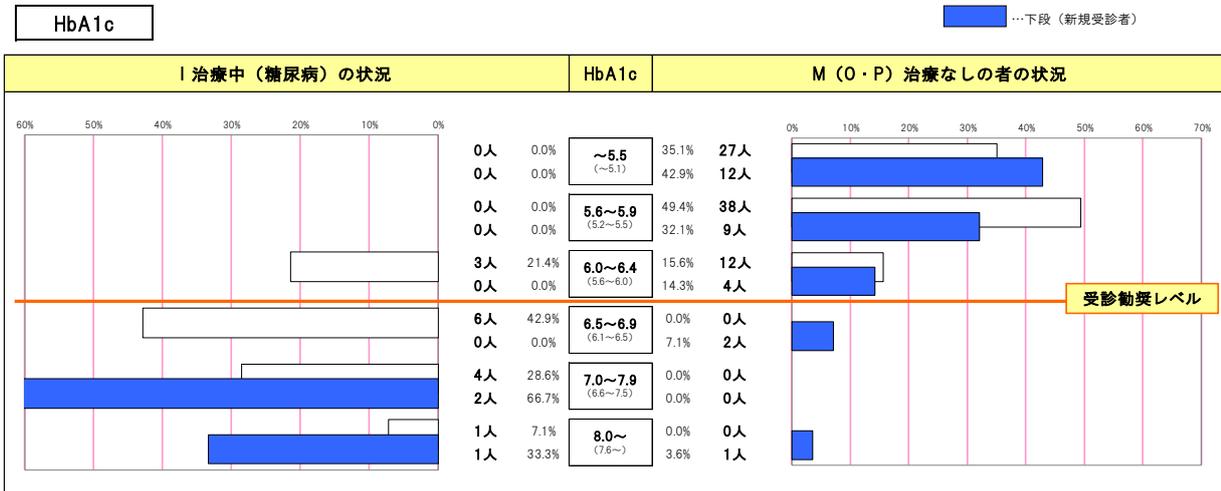
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
水上村	合計	140	54.3	14	10.0%	24	17.1%	1	0.7%	19	13.6%	4	2.9%	42	30.0%	9	6.4%	0	0.0%	22	15.7%	11	7.9%		
	40-64	58	46.4	3	5.2%	8	13.8%	0	0.0%	5	8.6%	3	5.2%	23	39.7%	4	6.9%	0	0.0%	15	25.9%	4	6.9%		
	65-74	82	61.7	11	13.4%	16	19.5%	1	1.2%	14	17.1%	1	1.2%	19	23.2%	5	6.1%	0	0.0%	7	8.5%	7	8.5%		
水上村	合計	140	56.5	1	0.7%	18	12.9%	0	0.0%	16	11.4%	2	1.4%	13	9.3%	3	2.1%	1	0.7%	4	2.9%	5	3.6%		
	40-64	49	49.0	0	0.0%	4	8.2%	0	0.0%	3	6.1%	1	2.0%	3	6.1%	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.1%		
	65-74	91	61.5	1	1.1%	14	15.4%	0	0.0%	13	14.3%	1	1.1%	10	11.0%	2	2.2%	1	1.1%	4	4.4%	3	3.3%		

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c では新規受診者のうちコントロール不良者が 2 人。新規受診者で治療のなしの方が 8.0 以上であり、医療機関受診勧奨を行うが受診につながらなかった。
治療なしだけでなく、治療中のコントロール不良者へのアプローチも必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 19)

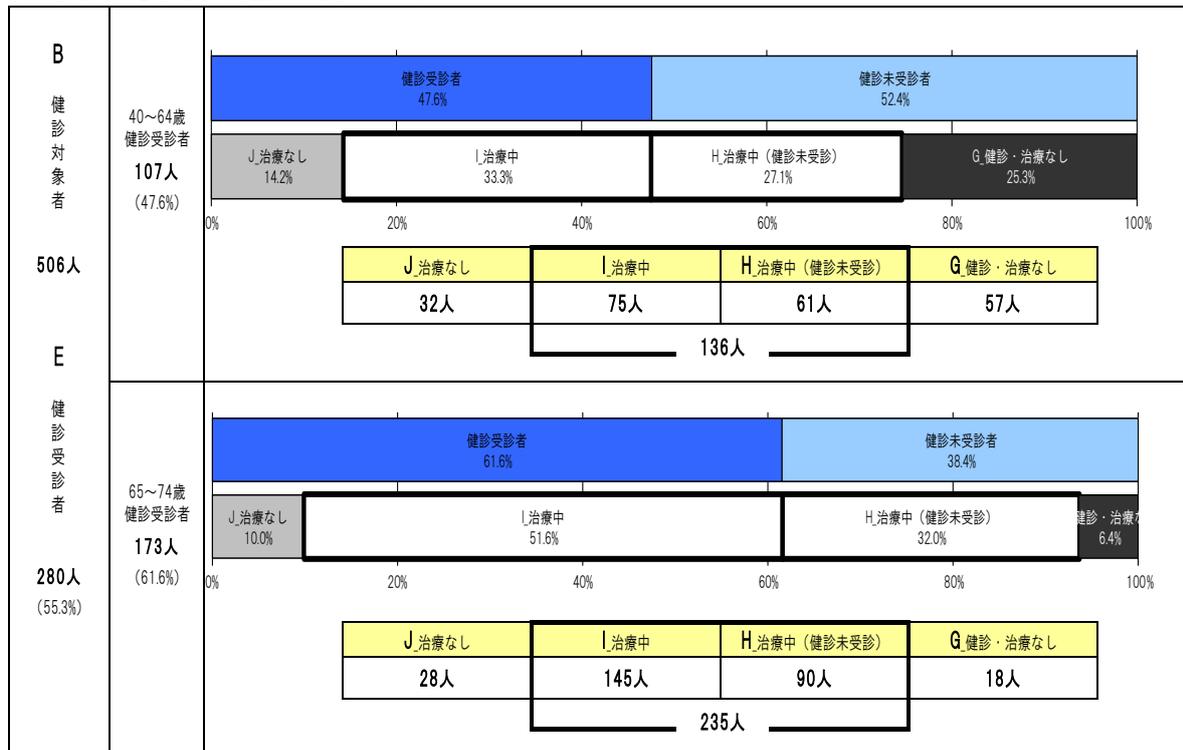
40歳～64歳の方のうち25.3%の方は健診も医療も受けておらず、自分の身体のことを把握できていない状況である。

また、健診受診者と未受診者の治療費では健診受診者の治療費が低いことから健診を受診することが医療費の適正化に関しては有用である。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥

	10,000	20,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費	13,764円	
健診未受診者の生活習慣病治療費	14,183円	

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、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。

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高血圧、糖尿病及び脂質異常症があげられる。

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。また、運動習慣の改善や適正な飲酒量についても指導を行う。

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	60%	62%	64%	66%	68%	70%
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	500人	500人	500人	500人	500人	500人
	受診者数	270人	275人	280人	285人	290人	300人
特定保健指導	対象者数	20人	20人	18人	17人	16人	15人
	受診者数	7人	8人	8人	9人	9人	9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。

- ① 集団健診(総合健診センター「コスモ」)
- ② 個別健診(総合健診センター「コスモ」)

(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、総合健診センター「コスモ」

※今後は、実施機関を増やしていく予定

(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、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール		受診券発行月日 ※										受診券有効期限:3月31日		
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月	
水上村	541	4月1日												
	541	※受診券は発行するものの、集団検診や事前に医療機関（集団検診と同施設）に情報提供するため配布はしない。 受診券はその都度発行する。 ・人間ドック及びびがんセット健診（特定健診同時実施）は8月から開始。 ・人間ドック補助事業あり 国保の方：24,000円												

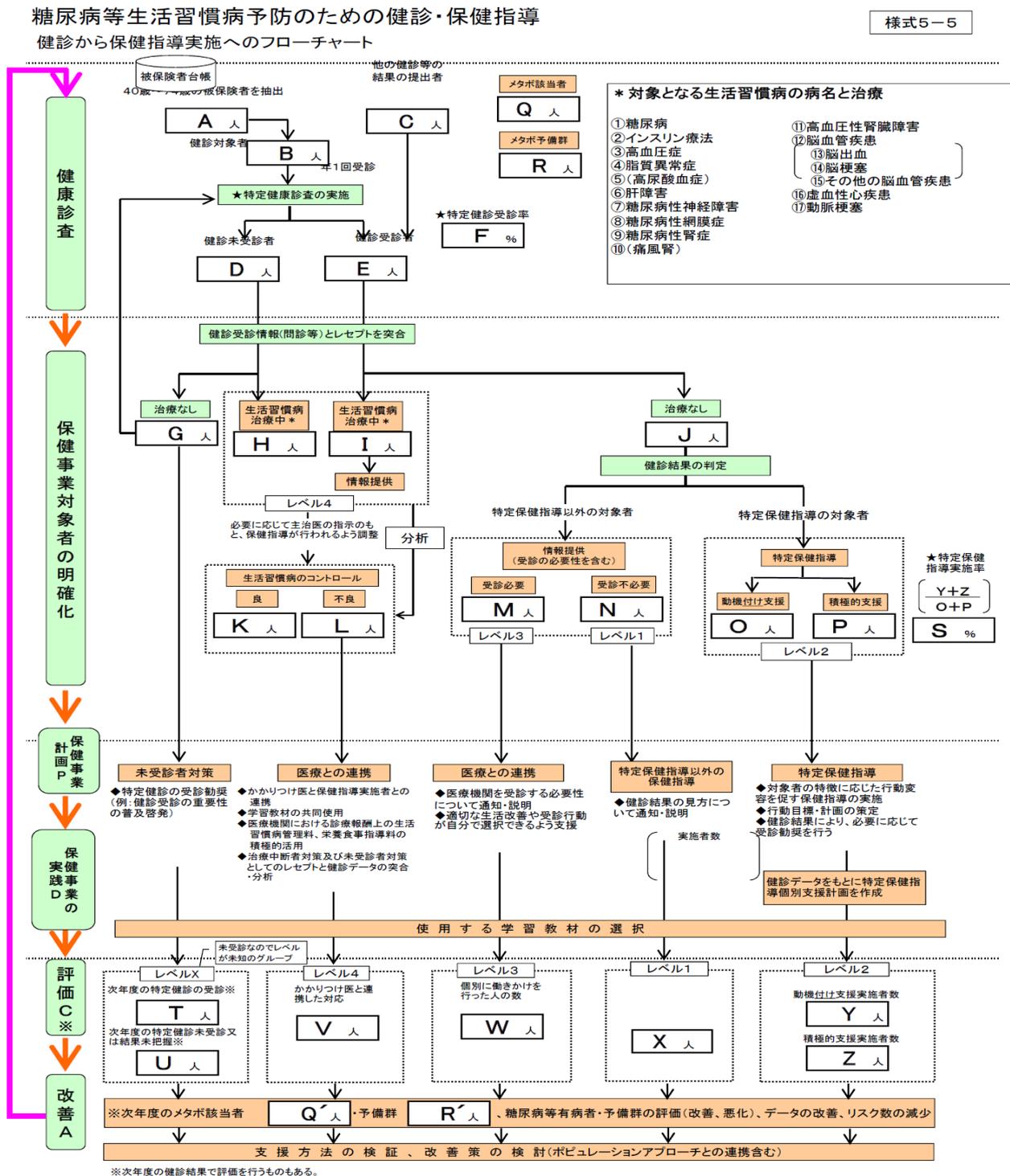
5. 特定保健指導の実施

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)

【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 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	15人 (60%)	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	30人 (10%)	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)	200人 ※受診率目標達成までにあ と30人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	15人 (5%)	1.6%
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	220人 (44.0%)	73.3%

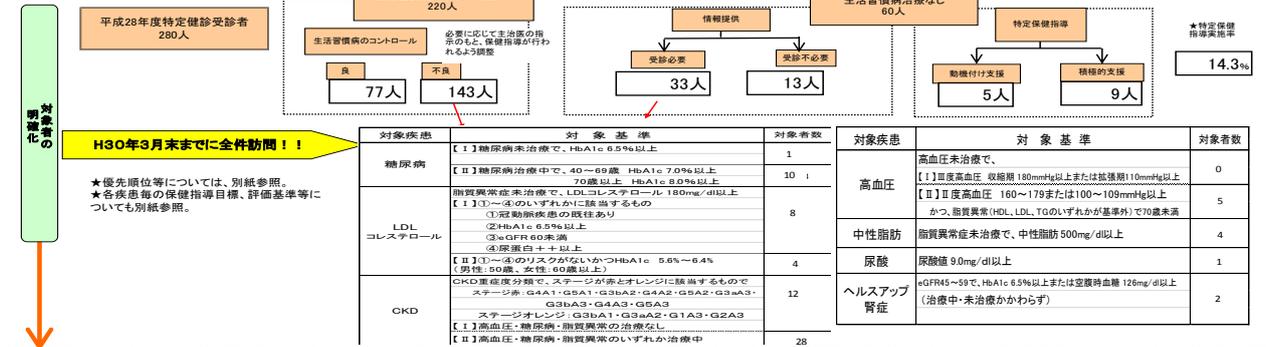
(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

【図表25】

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



H30年3月末までに全件訪問！

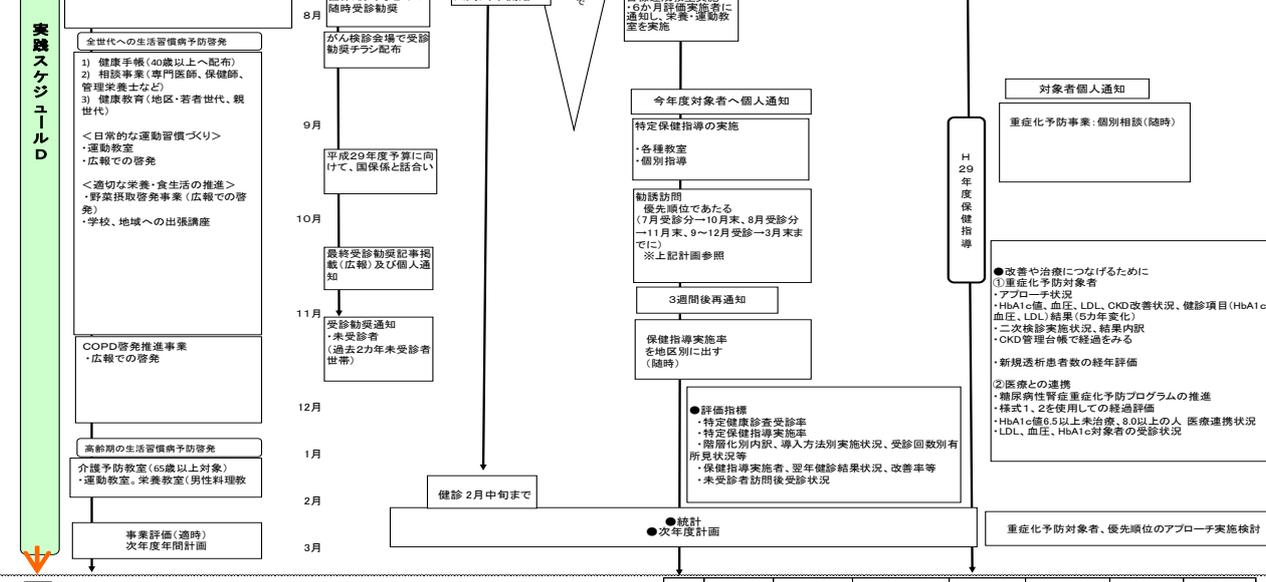
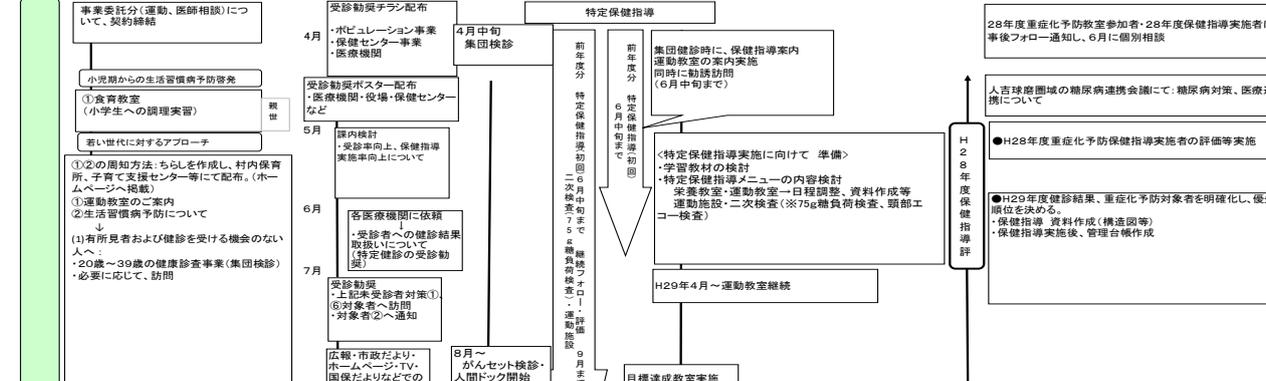
対象疾患	対象基準	対象者数	対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	【Ⅰ】糖尿病未治療で、HbA1c 6.5%以上 【Ⅱ】糖尿病治療中で、40～69歳 HbA1c 7.0%以上 70歳以上 HbA1c 8.0%以上	1 10	高血圧	高血圧未治療で、 【Ⅰ】収縮期血圧 180mmHg以上または拡張期100mmHg以上 【Ⅱ】Ⅱ度高血圧 160～179または100～109mmHg以上	0 5
LDL コレステロール	脂質異常症未治療で、LDLコレステロール 180mg/dl以上 【Ⅰ】①～④のいずれかに該当するもの ①冠動脈疾患の既往あり ②HbA1c 6.5%以上 ③eGFR 60未満 ④尿酸値 10以上	8	中性脂肪	脂質異常症未治療で、中性脂肪 500mg/dl以上	4
CKD	【Ⅰ】①～④のいずれかかつHbA1c 5.6%～6.4% ①慢性腎臓病、女性 60歳以上 ②CKD重症度分類で、ステージが赤とオレンジに該当するもの ステージⅢ: G3a1・G3a1・G3a2・G3a2・G3a2・G3a3・G3a3 ③ステージⅢ: G3b1・G3b1・G3b2・G3b2・G3b3・G3b3 ④ステージⅢ: G3b1・G3b2・G3b2・G3b3・G3b3 【Ⅱ】高血圧・糖尿病・脂質異常のいずれか治療中	4 12 28	尿酸	尿酸値 9.0mg/dl以上	1
			ヘルスアップ 腎臓	eGFR45～59で、HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl以上 (治療中・未治療にかかわらず)	2

ポピュレーションアプローチ(進捗)

①未受診者対策 ②特定健診 ③保健指導

平成29年度受診率 目標 60%
平成29年度 特定保健指導実施率 目標 60%
(平成28年度 特定保健指導実施率目標 50%は未達成)

6月下旬まで継続して28年度対象者へ特定保健指導(初回)を実施し、29年度指導数に計上する。



対象疾患	糖尿病	LDL コレステロール	CKD	高血圧	中性脂肪	尿酸	ヘルスアップ 腎臓
評価 指標	・受診状況 ・HbA1cのコントロール状況 (直近の血液検査値または次回健康診断結果)	・受診状況 ・LDL値	・受診状況 ・リスクコントロール状況	・受診状況	・受診状況 ・TG値	・受診状況 ・UA値	・CKD、糖尿病に準ずる

年度	全件		積極的支援		助産員支援	
	受診者	実施者	受診者	実施者	受診者	実施者
平成22年度	318	60	19%	15	25%	1
平成23年度	304	43	14.1%	3	10%	3
平成24年度	297	42	14.1%	14	33.3%	10
平成25年度	272	38	13.9%	18	31.6%	3
平成26年度	270	43	15.9%	12	27.8%	0
平成27年度	270	43	15.9%	12	27.8%	0
平成28年度	270	43	15.9%	12	27.8%	0
平成29年度	270	43	15.9%	12	27.8%	0

★生活習慣病予防をライフサイクルで見ている。母子・健康づくり担当と業務分担も併用しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の観点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

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水上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、水上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)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

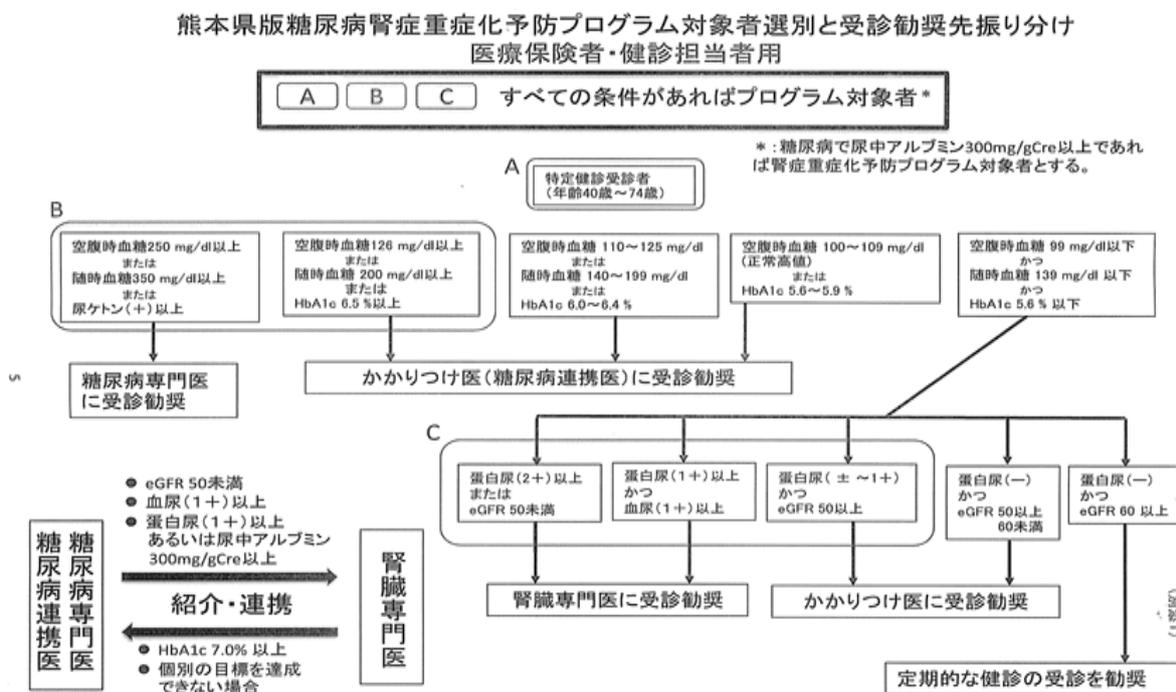
2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては熊本県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。なお、熊本県版プログラムは健診受診者を対象としているが、重症化予防の観点からレセプト・健診の突合データを活用し被保険者全体を対象として事業を実施していくこととする。(図表 27)

- 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

(図表27)



(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28)

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。

本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29)

水上村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 13 人(38.2%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 73 人中のうち、特定健診受診者が 21 人(28.8%・G)であったが、中断者は 0 人であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 52 人(71.2%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 19 人中 9 人は治療中断であることが分かった。また、10 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29より水上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)・・・13 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・9 人

・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)・・・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

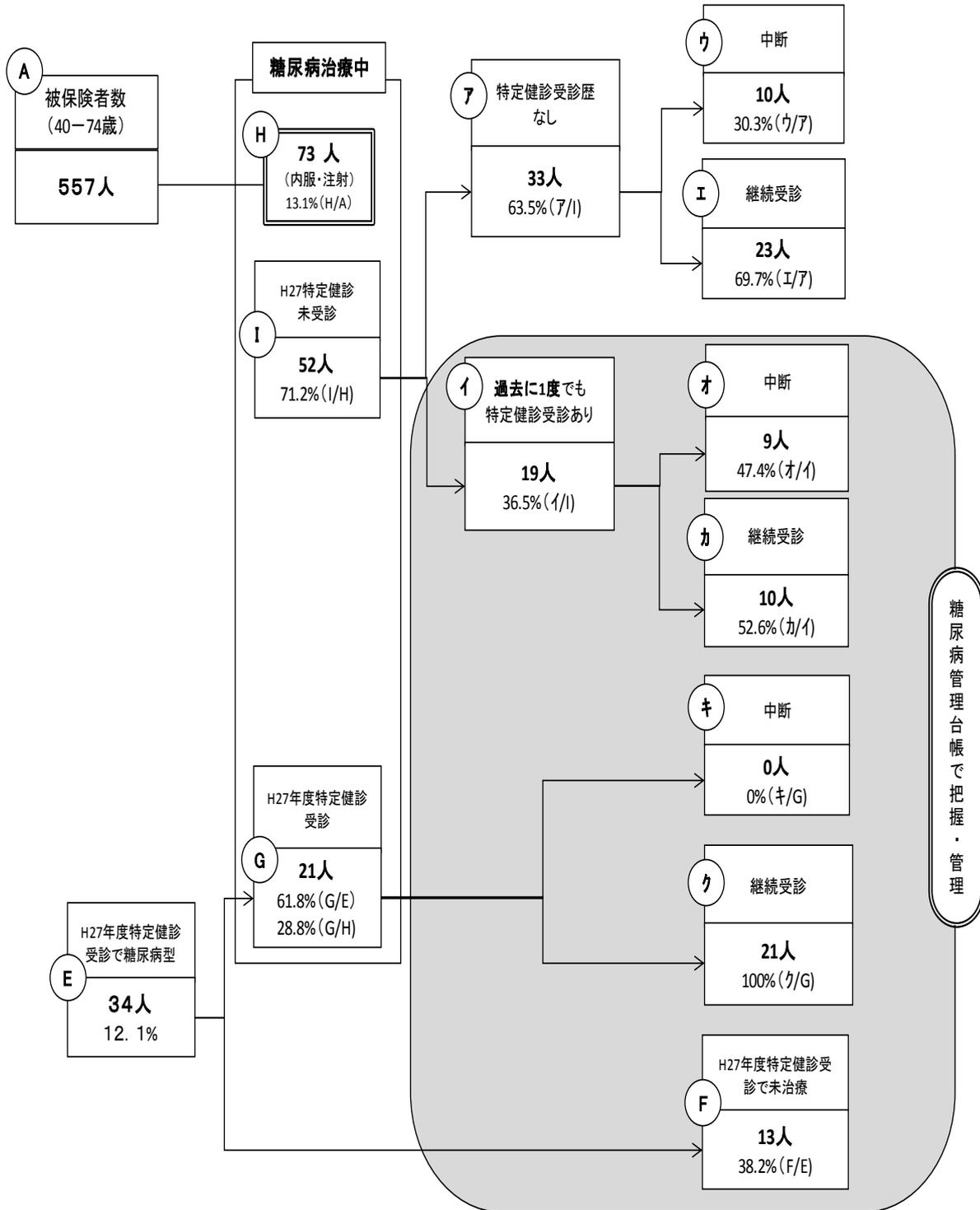
優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・10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

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) 【図表29】

※「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熊本県版糖尿病重症化予防プログラム(図表30)に基づき、糖尿病管理台帳(参考資料3)及び年次計画表(参考資料4)で行い、地区ごとに作成し管理していく。

[図表30]

軽症糖尿病、境界型の取り扱いの基本指針(熊本県版)

熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・(別添2)
 県医師会・県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・
 県栄養士会・日本糖尿病学会・熊本大学医学部附属病院
http://www.kumamoto.med.or.jp/cts15_tounyou/index.html

特定健診等で、糖代謝異常を指摘され『医療機関受診』を勧められた患者については原則、医療機関における定期的なフォローアップを要する。

本邦における軽症糖尿病および境界型の管理の問題点

1. 健診で異常を指摘されても病院を受診しないことが多い。
2. 病院を受診しても継続的に管理されていない(患者が多い)。
3. 境界型と診断されても、「まだ病気ではないから大丈夫」と自己判断し、定期検査を中断したり、指導に従わない(患者が多い)。
4. 「この位、大したことはない」「まだ大丈夫」という医療者の一言が、患者の生活習慣改善へのモチベーションを低下させているという指摘がある。

軽症糖尿病および境界型の継続的管理の意義

1. 境界型は糖尿病に進行する可能性が高い状態。
2. 食後高血糖は動脈硬化を進行させる可能性がある。
3. 肥満、高血圧、脂質異常症を合併することが多い。
4. 上記3や糖代謝異常の集積は心血管病発症リスクを高める(いわゆる“メタボリックシンドローム”)。
5. 生活習慣改善は上記1~4の進行を抑制する。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の意義

1. 軽い糖代謝異常の有無を調べる最も鋭敏な検査。
2. 空腹時血糖値、随時血糖値、HbA1c測定で、判定が確定しない時に、糖尿病かどうかを判断する有力な情報を与える。
3. 次頁のA(糖尿病の疑いがあるグループ)やB(将来の糖尿病ハイリスクグループ)に該当する場合、糖負荷試験を行って耐糖能を確認する。
 (Aの場合は糖負荷試験が強く推奨され、Bの場合も実施することが望ましい。)

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の必要採血項目(目的別)

	空腹時	30分	60分	120分
血糖値	判 I R	J	(判)	判
インスリン値	I R	J		

判: 75gOGTTの型判定に必要 I: インスリン分泌指数の算出に必要 R: HOMA-Rの算出に必要

*裏面のB 将来の糖尿病発症ハイリスクグループにおいては、糖負荷試験は保険適応にならない場合がありますのでご注意ください。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の判定基準

	正常域	糖尿病域
空腹時値	<110 mg/dl	≥126 mg/dl
75g-OGTT 2時間値	<140 mg/dl	≥200 mg/dl
75g-OGTTの判定	両者をみたまのものを正常型とする。	いずれかをみたまのものを糖尿病型とする。
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。	

随時血糖値 ≥200mg/dl、および HbA1c(NGSP) ≥6.5% の場合も糖尿病型とみなす。

正常型であっても、1時間値が180mg/dl以上の場合には、180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険性が高いので、境界型に準じた取り扱い(経過観察など)が必要。

【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。

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る。水上村においては、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31)

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 style="font-size: 2em;">→</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すみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○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か？ 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. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 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。

また、治療者については、医療機関での尿アルブミン検査実施を働きかけていく。

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、事前に医療機関と協議し、共通の紹介状等を使用するように勧める。

(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熊本県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式 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 m²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 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 32. 33)

【脳卒中の分類】

【図表32】

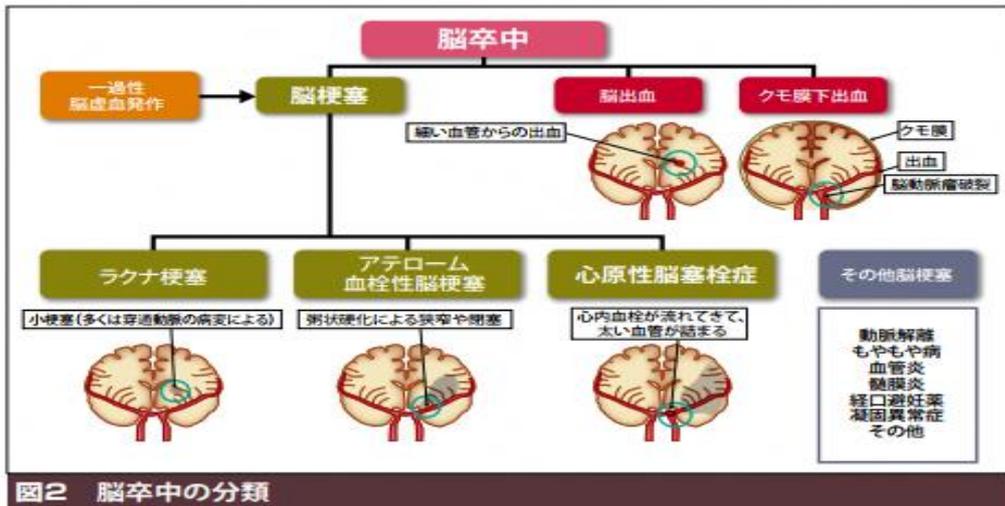


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 33】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 34 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 3 4]

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○	○						
脳出血	心原性脳梗塞	●				●		○	○						
	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		18人	6.4%	22人	7.8%	12人	4.3%	2人	0.7%	53人	18.9%	5人	1.8%	6人	2.1%
治療なし		9人	5.5%	12人	4.6%	9人	3.7%	1人	0.7%	10人	7.0%	1人	0.7%	0人	0.0%
治療あり		4人	22.2%	0人	0.0%	3人	25.0%	0人	0.0%	10人	18.9%	1人	20.0%	0人	0.0%
臓器障害あり		5人	55.6%	5人	41.7%	8人	88.9%	1人	100.0%	5人	50.0%	1人	100.0%	0人	0.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		0人		0人		0人		1人		1人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		1人		1人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	5人		5人		8人		1人		4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18人(6.4%)であり、9人は未治療者であった。また未治療者のうち5人(55.6%)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4人(5.5%)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

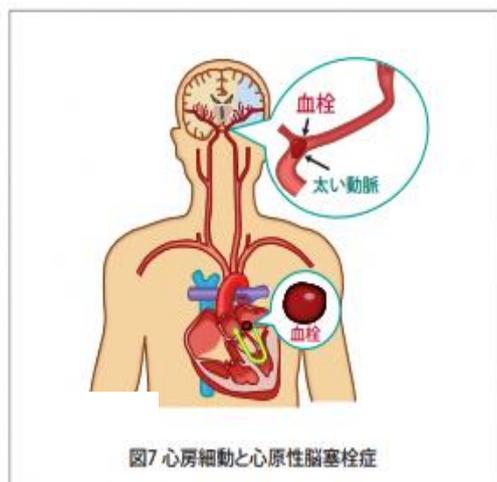
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 35)

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定								
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）								
血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧		
	~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)	164	50	36	33	36	9	0	
	30.5%	22.0%	20.1%	22.0%	5.5%	0.0%		
リスク第1層	19	10	4	4	1	0	0	
	11.6%	20.0%	11.1%	12.1%	2.8%	0.0%	0.0%	
リスク第2層	92	30	16	18	22	6	0	
	56.1%	60.0%	44.4%	54.5%	61.1%	66.7%	0.0%	
リスク第3層	53	10	16	11	13	3	0	
	32.3%	20.0%	44.4%	33.3%	36.1%	33.3%	0.0%	
再 掲 重 複 あり	糖尿病	17	3	3	4	6	1	0
	32.1%	30.0%	18.8%	36.4%	46.2%	33.3%	0.0%	
	慢性腎臓病 (CKD)	17	3	5	3	6	0	0
	32.1%	30.0%	31.3%	27.3%	46.2%	0.0%	0.0%	
	3個以上の危険因子	32	5	11	7	7	2	0
	60.4%	50.0%	68.8%	63.6%	53.8%	66.7%	0.0%	

【図表 35】

表 35 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 36 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

[図表 36]

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	140	140	1	0.7	1	0.7	-	-
40歳代	7	11	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	30	10	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	72	71	1	1.4	1	1.4	1.9	0.4
70~74歳	33	48	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70~74歳の値は70~79歳

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
2	100	0	0.0	2	100.0

心電図検査において 2 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。また 2 人のうち 2 人とも既に治療が開始されていた。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を今後も継続していく。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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)

① 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診がで

きるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 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

② 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。水上村において健診受診者 280 人のうち心電図検査実施者は 280 人(100%)であり、そのうち ST 所見があったのは 11 人であった(図表 38)。ST 所見あり 11 人の中のうち要精査はいなかったが、今後出てくる可能性がある。(図表 39)また、医療機関未受診者の把握も継続し行い、必要時受診勧奨も行っていくことが重要である。また要精査には該当しないが ST 所見ありの対象者はいないが、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

水上村は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施を今後も継続していく。

心電図検査結果

[図表 38]

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
					人	%	人	%	人	%
平成28年度	280	100	280	100.0	11	3.9	103	36.8	166	59.3

ST所見ありの医療機関受診状況

[図表 39]

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
11	100	0	0	0	0	0	0

③ 心電図以外からの把握

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

[図表 40]

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	280	11	103	166		
		3.9	36.8	59.3		
メタボ該当者	55 19.6%	3 5.5%	24 43.6%	28 50.9%	②-1	
メタボ予備群	42 15.0%	3 7.1%	14 33.3%	25 59.5%		
メタボなし	183 65.3%	5 2.7%	65 35.5%	113 61.7%		
LDL	140-159	29 15.8%	1 3.4%	8 27.6%	20 69.0%	
	160-179	16 8.7%	0 0.0%	7 43.7%	9 56.3%	
	180-	8 4.4%	0 0.0%	7 87.5%	1 12.5%	②-2

【参考】

Non-HDL	190-				
	170-189				

CKD	G3aA1~	40 14.3%	1 2.5%	13 32.5%	26 65.0%	
-----	--------	-------------	-----------	-------------	-------------	--

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41の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表41】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

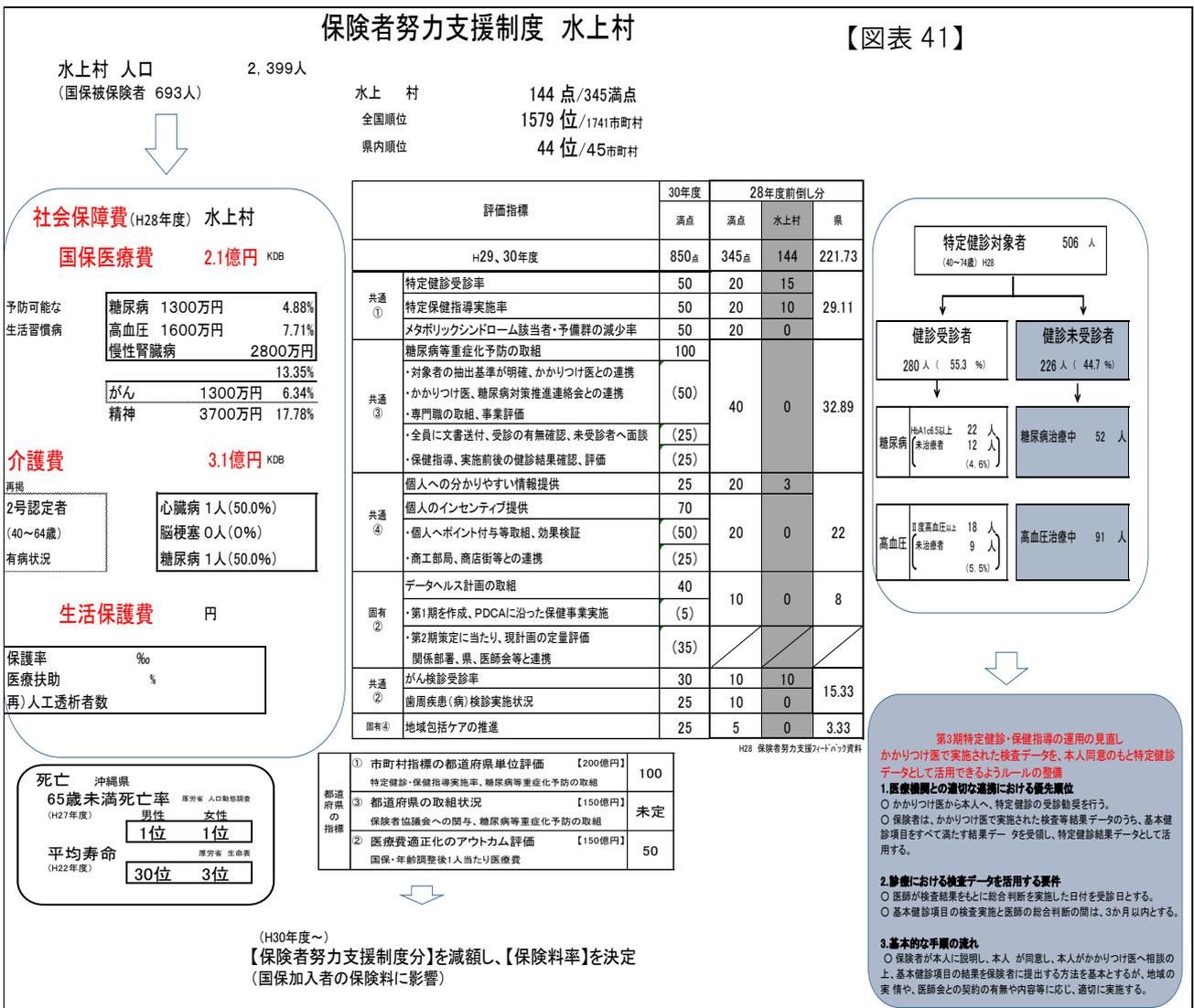
7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)
- 3月 評価にあげる対象者・項目について数値を把握し、評価を実施。糖尿病管理台帳の更新

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住民へ周知していく。(図表 42・43)

(図表 42)



〇県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーションアプローチ資料(図表〇)

1・からだの実態

2・沖縄の食の実態

①健診データ

(H25年度厚生労働省様式6-2~6-7健診有所見者状況)

腹囲	1位
BMI	1位
GPT	4位
中性脂肪	3位
空腹時血糖 126以上	8位
HbA1c8.4以上	4位

内臓脂肪の蓄積

食用油	1位
加工肉・ベーコン	1位
魚缶詰	1位
沖縄そば	2位

飲食店サービス業	1位
バー・キャバレー・ ビアホール	1位
ハンバーガー店	1位

人参	1位
----	----

純アルコール量	2位
---------	----

スナック菓子	上位
--------	----

ハンバーガー	5位
--------	----

弁当	5位
----	----

②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外 (平成26年)

	入院外	入院
糖尿病	47位	35位

野菜摂取量	47位
-------	-----

③糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況 (平成27年)

沖縄県	7位	47.70%
-----	----	--------

出典
 厚生労働省ホームページ 特定健診 特定保健指導に関するデータ(全医療保険者)
 厚生労働省 患者調査
 社)日本透析学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の実況」
 総務省統計局 経済センサス基礎調査(総分類・全事業所)
 国税庁 都道府県別の販売(消費)
 総務省 家計調査

第5章 地域包括ケアに係る取組

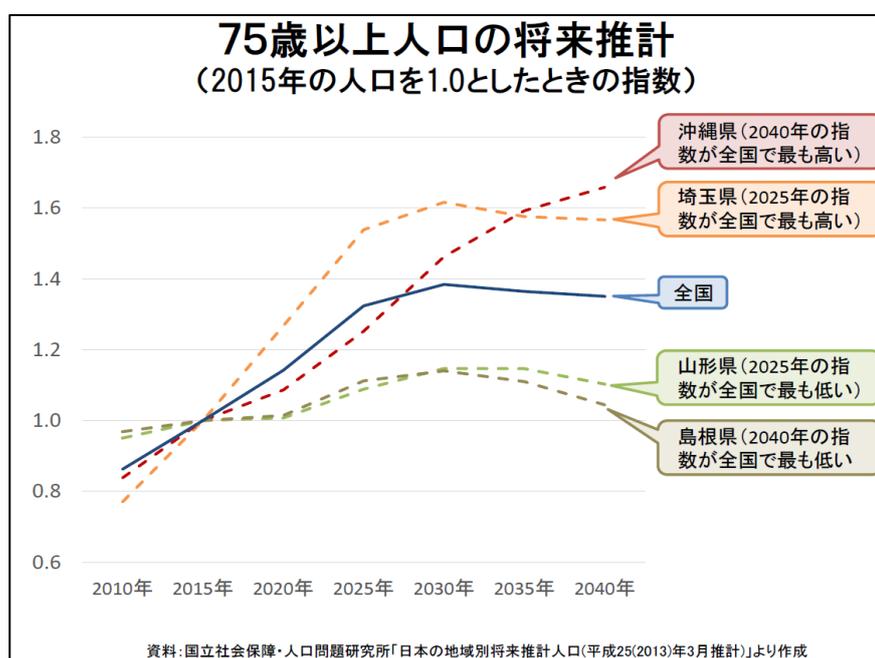
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表44)

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。(参考資料10)

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。

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水上村の位置
- 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 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2

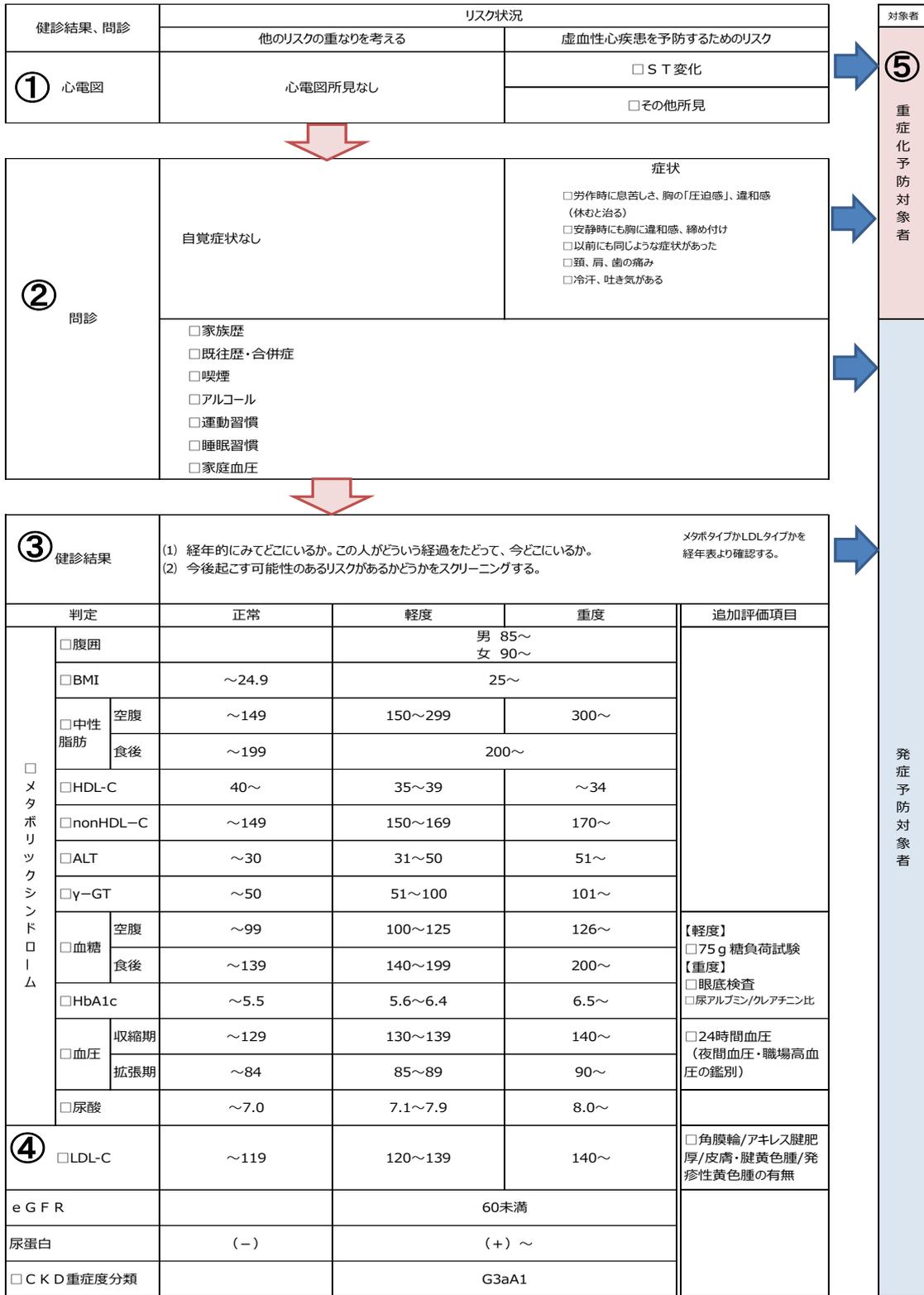
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた〇〇町の位置

項目		H25		H28		同規模平均		H28		データ元 (CSV)						
		保険者		保険者		県		国								
		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		35,100		35,100		4,840,962		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題		
		65歳以上（高齢化率）		5,220	14.9	5,220	14.9	1,107,232	22.9	239,486	17.4	29,020,766	23.2			
		75歳以上		2,437	6.9	2,437	6.9			119,934	8.7	13,989,864	11.2			
		65～74歳		2,783	7.9	2,783	7.9			119,552	8.7	15,030,902	12.0			
		40～64歳		11,236	32.0	11,236	32.0			448,207	32.6	42,411,922	34.0			
	39歳以下		18,644	53.1	18,644	53.1			685,883	49.9	53,420,287	42.8				
	② 産業構成	第1次産業		4.1		4.1		6.2		5.4		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題		
		第2次産業		17.1		17.1		28.8		15.4		25.2				
		第3次産業		78.9		78.9		65.0		79.2		70.6				
	③ 平均寿命	男性		81.9		81.9		79.7		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
女性		87.4		87.4		86.5		87.0		86.4						
④ 健康寿命	男性		65.3		65.3		65.4		64.5		65.2					
	女性		66.3		66.3		66.9		66.5		66.8					
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性		87.9		83.2		98.8		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の 把握
				女性		73.6		77.8		98.9		87.5		100		
		がん		58	57.4	66	53.2	13,676	49.0	2,965	48.0	367,905	49.6			
		心臓病		22	21.8	29	23.4	7,410	26.6	1,600	25.9	196,768	26.5			
		脳疾患		9	8.9	13	10.5	4,436	15.9	893	14.5	114,122	15.4			
		糖尿病		2	2.0	5	4.0	538	1.9	187	3.0	13,658	1.8			
		腎不全		1	1.0	3	2.4	920	3.3	243	3.9	24,763	3.3			
	自殺		9	8.9	8	6.5	924	3.3	287	4.6	24,294	3.3				
	② 早世予防から見た死亡 (65歳未満)	合計		25.4		21.9				19.0		11.8		厚労省HP 人口動態調査		
		男性		34.9		21.3				24.2		15.2				
女性		14.1		21.4				13.2		8.2						
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		951	17.5	1,036	20.0	214,190	19.5	54,593	22.9	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		新規認定者		21	0.3	21	0.3	3,882	0.3	122	0.3	105,654	0.3			
		2号認定者		52	0.4	56	0.5	5,773	0.4	2,288	0.5	151,745	0.4			
	② 有病状況	糖尿病		190	20.1	251	21.5	50,596	22.6	10,544	18.2	1,343,240	21.9			
		高血圧症		463	46.1	514	45.9	116,354	52.3	27,046	46.9	3,085,109	50.5			
		脂質異常症		224	23.6	303	26.1	62,322	27.8	14,792	25.5	1,733,323	28.2			
		心臓病		522	51.3	581	50.9	132,584	59.7	29,993	52.1	3,511,354	57.5			
		脳疾患		270	27.2	291	25.5	59,279	26.8	14,939	26.0	1,530,506	25.3			
		がん		93	7.9	104	8.8	22,271	9.9	4,528	7.7	629,053	10.1			
		筋・骨格		462	44.8	497	44.9	114,209	51.3	27,113	47.0	3,051,816	49.9			
精神		299	30.3	349	30.4	79,819	35.7	19,106	32.7	2,141,880	34.9					
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		75,311		77,388		62,877		71,388		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の 把握			
	居宅サービス		52,486		55,301		40,725		52,568		39,683					
	施設サービス		286,491		278,944		277,662		282,196		281,115					
	医療費等		11,077		11,334		8,363		9,713		7,980					
4	① 国保の状況	被保険者数		10,895		9,819		1,197,997		444,286		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の 把握 KDB_NO.5 被保険者の状 況		
		65～74歳		2,140	19.6	2,395	24.4			103,447	23.3	12,462,053	38.2			
		40～64歳		4,211	38.7	3,603	36.7			168,937	38.0	10,946,693	33.6			
		39歳以下		4,544	41.7	3,821	38.9			171,902	38.7	9,178,477	28.2			
	加入率		31.0		28.0		25.1		32.3		26.9					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		6		6		296		94		8,255		KDB_NO.1 地域全体像の 把握 KDB_NO.5 被保険者の状 況		
		診療所数		21		25		2,970		874		96,727				
		病床数		1,649		1,645		53,431		44.6		18,893				
		医師数		259		259		8,940		7.5		3,552				
		外来患者数		518.3		542.4		692.6		507.9		668.3				
入院患者数		22.2		22.3		19.6		20.0		18.2						
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		22,331	県内10位 同規模121位	23,731	県内18位 同規模136位	25,607		22,111		24,253		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		540.492		564.667		712.277		527.866		686.501					
	外来	費用の割合		48.5		51.2		59.2		52.4		60.1				
		件数の割合		95.9		96.1		97.2		96.2		97.4				
	入院	費用の割合		51.5		48.8		40.8		47.6		39.9				
		件数の割合		4.1		3.9		2.8		3.8		2.6				
1件あたり在院日数		18.1日		16.9日		15.8日		17.1日		15.6日						
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷 病名（調剤含 む）	新生物		17.1		20.2		25.1		17.3		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域			
	慢性腎不全（透析あり）		14.6		16.9		9.3		16.0		9.7					
	糖尿病		5.8		6.2		10.1		7.0		9.7					
	高血圧症		7.5		5.9		8.8		6.3		8.6					
	精神		30.9		27.1		16.6		28.0		16.9					
筋・骨疾患		11.6		13.3		15.5		13.1		15.2						

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院の()内 は入院日数	入院	糖尿病	646,136	4位	(20)	672,825	7位	(20)										KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域					
					高血圧	597,095	21位	(21)	571,062	31位	(19)															
					脂質異常症	524,593	32位	(21)	570,851	15位	(19)															
					脳血管疾患	770,436	4位	(22)	693,758	12位	(23)															
					心疾患	727,760	10位	(16)	715,300	11位	(15)															
					腎不全	826,336	13位	(19)	743,685	25位	(18)															
					精神	470,416	11位	(26)	514,452	8位	(26)															
					悪性新生物	784,692	4位	(14)	755,735	5位	(15)															
					外来	糖尿病	35,573	28位		37,493	28位															
						高血圧	31,853	26位		36,463	8位															
						脂質異常症	30,954	21位		33,181	11位															
						脳血管疾患	39,557	22位		42,248	16位															
						心疾患	48,726	26位		61,971	18位															
						腎不全	171,091	30位		203,169	19位															
精神	32,970	24位		34,281		18位																				
悪性新生物	50,918	21位		62,067	16位																					
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,156		1,905		2,673		1,919		2,065								KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域						
			健診未受診者	9,714		11,013		12,504		10,946		12,683														
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,301		6,425		7,298		6,837		5,940														
			健診未受診者	31,707		37,134		34,143		39,004		36,479														
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,483	53.4	1,241	52.5	186,267	56.4	51,237	55.7	4,116,530	55.9								KDB_NO.1 地域全体像の 把握						
		医療機関受診率	1,341	48.3	1,142	48.3	171,291	51.9	47,350	51.5	3,799,744	51.6														
		医療機関非受診率	142	5.1	99	4.2	14,976	4.5	3,887	4.2	316,786	4.3														
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	メタボ該当・ 予備群 レベル	健診受診者	2,776		2,365		329,973		91,937		7,362,845							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	46.7	県内17位 同規模30位	43.3	県内19位 同規模67位	39.6	35.5	全国26位	34.0													
					特定保健指導終了者(実施率)	318	72.9	299	84.0	3438	8.5	1,605	10.9	35,557	4.1											
					非肥満高血糖	169	6.1	157	6.6	33,794	10.2	5,926	6.4	687,157	9.3											
					メタボ	該当者	555	20.0	497	21.0	58,303	17.7	20,892	22.7	1,272,714	17.3										
						男性	379	29.0	347	30.1	39,754	27.5	14,392	32.7	875,805	27.5										
						女性	176	12.0	150	12.4	18,549	10.0	6,500	13.6	396,909	9.5										
						予備群	397	14.3	321	13.9	35,610	10.8	13,767	15.0	790,096	10.7										
					腹囲	総数	1,095	39.4	944	39.9	105,603	32.0	39,553	43.0	2,320,533	31.5										
						男性	740	56.7	655	56.8	72,052	49.9	26,700	60.7	1,597,371	50.1										
						女性	355	24.1	289	23.8	33,551	18.1	12,853	26.8	723,162	17.3										
						BMI	総数	162	5.8	135	5.7	15,802	4.8	5,820	6.3	346,181	4.7									
							男性	28	2.1	17	1.5	2,382	1.6	872	2.0	55,460	1.7									
							女性	134	9.1	118	9.7	13,420	7.2	4,948	10.3	290,721	7.0									
					血糖のみ	28	1.0	30	1.3	2,430	0.7	868	0.9	48,685	0.7											
					血圧のみ	271	9.8	209	8.8	24,544	7.4	9,580	10.4	546,667	7.4											
					脂質のみ	98	3.5	82	3.5	8,636	2.6	3,319	3.6	194,744	2.6											
					血糖・血圧	92	3.3	76	3.2	9,715	2.9	3,158	3.4	196,978	2.7											
					血糖・脂質	38	1.4	33	1.4	3,376	1.0	1,178	1.3	69,975	1.0											
血圧・脂質	269	9.7	251	10.6	27,313	8.3	10,083	11.0	619,684	8.4																
血糖・血圧・脂質	156	5.6	137	5.8	17,899	5.4	6,473	7.0	386,077	5.2																
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	生活習慣の 状況	県内順位 順位総数42	服薬	970	34.9	879	37.2	112,638	34.2	34,051	37.0	2,479,216	33.7							KDB_NO.1 地域全体像の 把握					
				既往歴	225	8.1	206	8.7	25,723	7.8	8,438	9.2	551,051	7.5												
				喫煙	542	19.5	561	23.7	76,839	23.3	18,865	20.5	1,738,149	23.6												
				週3回以上朝食を抜く	84	3.6	83	4.3	10,317	3.2	2,620	3.2	230,777	3.3												
				週3回以上食後間食	137	5.9	126	6.5	18,529	5.8	3,787	4.5	391,296	5.5												
				週3回以上就寝前夕食	17	0.7	10	0.5	2,296	0.7	450	0.5	37,041	0.5												
				食べる速度が速い	174	6.8	161	7.2	30,853	9.7	4,590	6.0	710,650	10.1												
				20歳時体重から10kg以上増加	376	13.5	298	12.6	44,224	13.4	13,725	14.9	1,048,171	14.2												
				1回30分以上運動習慣なし	346	45.7	458	43.9	95,681	32.4	23,998	46.4	2,047,756	32.1												
				1日1時間以上運動なし	507	56.7	633	50.6	169,920	57.8	30,642	57.1	3,761,302	58.7												
				睡眠不足	414	54.5	495	47.8	136,130	46.0	25,520	49.5	2,991,854	46.9												
				毎日飲酒	415	54.6	511	49.5	149,989	51.5	26,037	50.6	3,178,697	50.4												
				時々飲酒	177	23.4	220	21.8	55,163	18.9	13,105	25.7	1,234,462	19.5												
				一日 飲酒 量	1合未満	199	26.8	302	29.8	73,435	25.2	15,976	31.5	1,636,988	25.9											
					1~2合	480	64.7	630	62.1	193,252	66.3	30,465	60.1	4,152,661	65.8											
					2~3合	63	8.5	83	8.2	24,842	8.5	4,236	8.4	525,413	8.3											
					3合以上	150	20.2	235	23.0	43,130	14.6	12,567	23.7	983,474	15.4											

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模 区分	8	都道 府県	43	市町村名	水上村	
項目		突 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		
1	① 被保険者数	A	711人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		557人							
2	① 対象者数	B	505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 特定健診 受診者数	C	281人							
	③ 受診率		55.6%							
3	① 特定 保健指導 対象者数		14人							
	② 実施率		14.3%							
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	34人	12.1%				特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	13人	38.2%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	21人	61.8%					
		④ コントロール不良 HbA1c 2.0以上または空腹時血糖130以上	J	11人	52.4%					
		⑤ ④ 中 血圧 130/80以上		8人	72.7%					
		⑥ ④ 中 肥満 BMI25以上		7人	63.6%					
		⑦ コントロール良 HbA1c 2.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	10人	47.6%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	23人	67.6%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		7人	20.6%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		3人	8.8%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	2.9%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		105.5人					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		131.1人						
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	379件	(700.6)			472件	(757.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ ()内は被保険者対 入院(件数)		1件	(1.8)			4件	(5.9)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	75人	10.5%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		73人	13.1%					
		⑦ 健診未受診者	I	52人	71.2%					
		⑧ インスリン治療	O	5人	6.7%					
		⑨ (再掲)40-74歳		5人	6.8%					
		⑩ 糖尿病性腎症	L	3人	4.0%					
		⑪ (再掲)40-74歳		3人	4.1%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	2.67%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
		⑬ (再掲)40-74歳		2人	2.74%					
		⑭ 新規透析患者数		0						
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0						
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		99人	2.0%					
6	医療費	① 総医療費		2億1140万円				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 生活習慣病総医療費		1億2999万円				1億5157万円		
		③ (総医療費に占める割合)		61.5%				56.9%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	13,761円				7,804円		
		⑤ 健診未受診者		14,177円				35,289円		
		⑥ 糖尿病医療費		1032万円				1525万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.9%				10.1%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		3235万円						
		⑨ 1件あたり		35,355円						
		⑩ 糖尿病入院総医療費		747万円						
		⑪ 1件あたり		678,996円						
		⑫ 在院日数		16日						
		⑬ 慢性腎不全医療費		2824万円				1315万円		
		⑭ 透析有り		2822万円				1198万円		
		⑮ 透析なし		2万円				116万円		
7	介護	① 介護給付費		3億1201万円				3億1478万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	#VALUE!					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%			KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

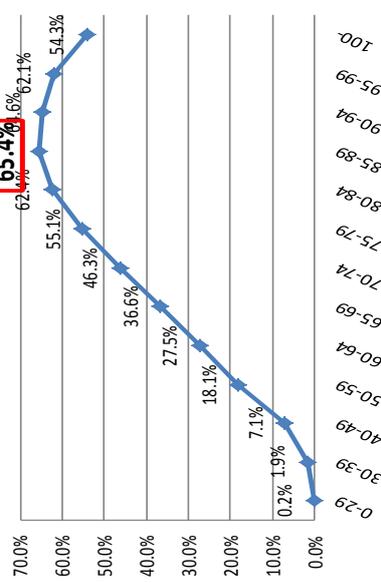


参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

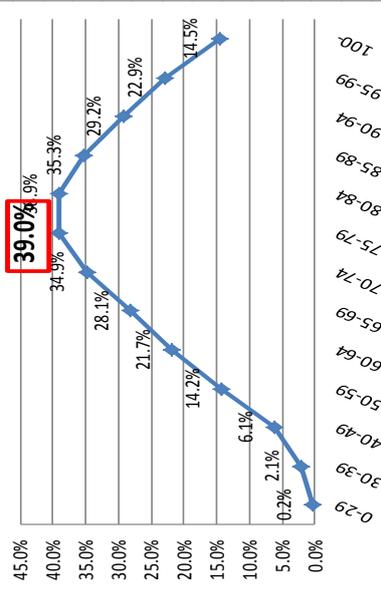
生活習慣病有病状況(熊本県)

平成29年5月診療分 (KDBシステム平成29年7月作成)

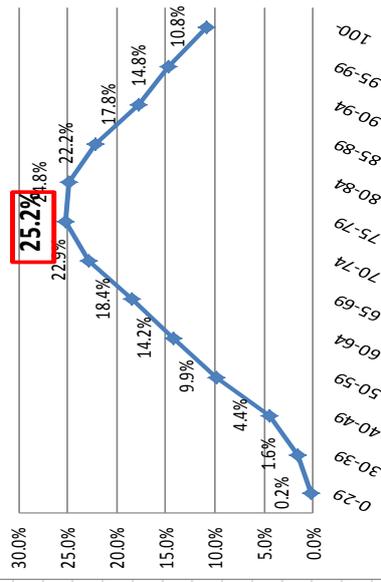
高血圧症



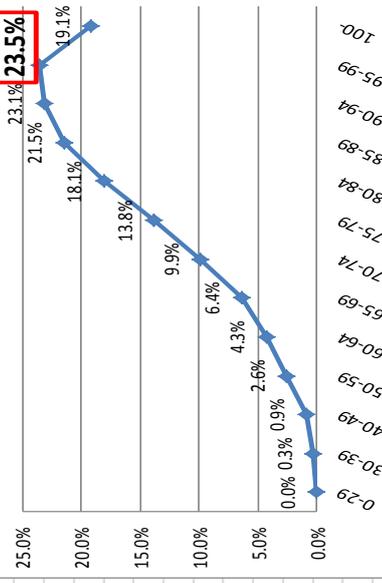
脂質異常症



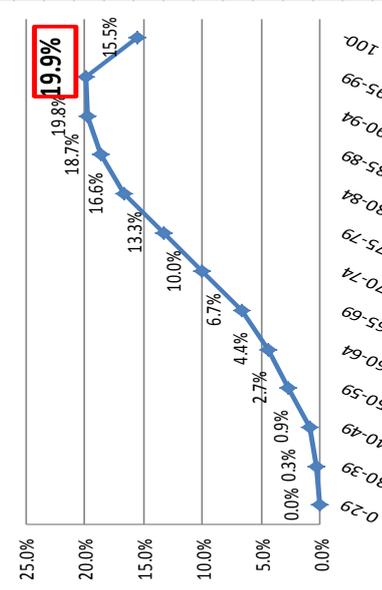
糖尿病



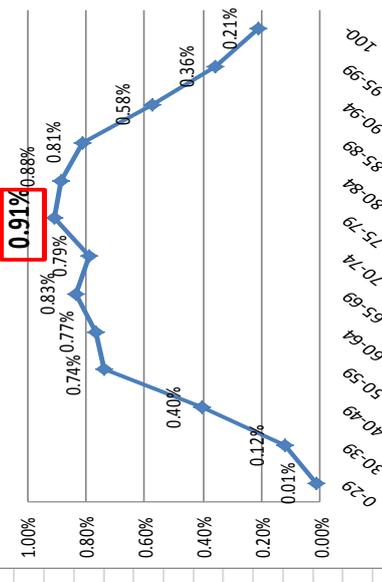
脳血管疾患



虚血性心疾患



人工透析



平成29年度に向けての全体評価		評価(良くなったところ)		表 1	
<p>課題・目標</p> <p>○特定健診受診率 H25年度 目標56% H26年度 目標56% H27年度 目標40% ○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD) ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。 ○医療費の伸びを抑える</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討(地区台帳の活用等) ◆医療機関の協力による取り組み ○早期介入保健指導事業 ◆対象者の選定、評価方法を検討 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆地区台帳の検討。 ◆訪問、事業の目標、評価等検討。 ◆体制(人名)の実施であるため、事業量が多い。 ◆評価指標の検討。 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となる、進んでいないのが現状。 ◆試験的業務の中で、個々の連携等について実践を試し、検討している。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めている。 	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診 ・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。 ・未受診の方々に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会で、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。 <p>→</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みではなかった。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に行うために、医療機関との協力をとるようすすめていくが、また、未受診者訪問の対象者を減らすことを選定していくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成、整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・39歳以下の健診(さくら健診)の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組みが等ポピュレーションアプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要がある。ポピュレーション対象者を住居にすることで、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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を実施してきたが、今年度は、治療中の方でも健診後できる早期介入に力を入れていくようにした。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、教材による条件等で、台帳作成してきた。 ・保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に生じていた、共通認識十分取れていない現状がある。 <p>→</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、現在の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみかむ必要がある。そのため、現在、作成、整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで優先順位付けとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的、目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を固めることにつながると思つた。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみええる指標検討が必要。現在は事業量重きが中心の評価。 ・若年者、他保険除からる関係加入者に重症化予防の必要な人がある。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについて(健診結果の悪い状態まま、悪化して保険加入して行く? 削げなくならないから等...)、医療費抑制等考えたり、住民ということを考えて...)の対策は必要。他保険者であっても、健診結果を持参し、保健指導を希望される方には実施していく。 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CKD連携機軸の活用を行ったが、対象者の方が医療機関へ持参するという活用までには、なかなか至っていない。また、連携を推進していく上、医療機関との見えてくる連携、比較し、進んでいないのが現状。 ・連携を推進していく上、関係機関(健康増進センター)との連携も進んでいくように進んでいく。関係機関との連携の進捗状況、関係機関連携のメッシュ等を検討していく中で、委嘱の先生より指導等も進んでいく。関係機関との連携を推進していく上、重症化予防を実施していき、今後、この取り組みが好事例として全体へ広げていく。 ・未受診者対策、医療費、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、協力体制を構築していく。 	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者への医療機関への相談実施状況 ○未受診者訪問実施状況 ○ポピュレーションアプローチ実施状況 ○早期介入保健指導実施状況 	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 ○H29年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○行ったポピュレーション毎の結果(例えば地区別) ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、受診者の特定健診受診状況 	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>○業務分担制(保健師3名)未受診者対策、重症化予防対策を執行する担当3名で行っているため事業量が多い。また、計画立案、評価実施しているが、1名で実施のため整理に時間がかかっている。</p> <p>○地区担当制は今後実施する予定。○重症化予防対策を取り組んでいく上で、事業量の役割は重要である。今後の事業指導状況、対象者数等によって、事業量の確保も検討が必要となる。</p> <p>○通常業務の時間枠では、アプローチしても余らない人がいる。不在等活用しているが、そのままとした人で、さらに重症化してしまっている。業務時間の検討、○個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区担当制の活用、ひとつひとつの協力の重要性を認識して連携を重ねていくようにする。(いろいろ医療機関との関わりを活用していく。)</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区台帳をもとに経営管理している。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っている。 ○事業実施等ばらばらにならないうように、保健師全員で話し合いをし、共通認識を図っていく。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関への協力依頼の検討、医師会への協力を依頼。 ○未受診者訪問の対象者の検討(全の未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等) ○ポピュレーション別の取り組みを検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等) ○評価項目の検討(受診率、受診行動等) <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討(単年の健診結果での抽出に加え、経営地区台帳から優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討) <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○試験的業務等個々の事例等を積み重ねて、協力体制を広くしていく。

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取り組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		評価(良くなったところ)		表 2		
<p>平成29年度課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H29年度目標50% ○特定健診指導実施率 H29年度目標40% ○健康診査率の向上 ○健康診査結果の改善(血圧、血糖、脂質、OK)の向上 ○健康性向上と目標達成率の向上 ○健康性向上と目標達成率の向上は平成28年度と比較して3割、それぞれ5%減少させる。 <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健運動やPDCAサイクルに基づいた計画を策定する。 ◆保健師全員で計画、計画等共通認識を図る。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が低い。 ◆受診動機の対象者、アプローチ方法等検討。(地区台帳の活用等) ◆医療機関の協力等による取り組み ◆早期介入保健指導事業 ◆対象者の選定、評価方法等検討 <p>○39歳以下健康診査</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆対象者に個人通知を行ったも、健診受診しよと申込みがあるのは、約1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。 ◆事業参加者の健診受診行動につなげたかどうかの評価方法について検討する必要がある。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導の内容、優先順位の検討。 ◆重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。 ◆保健指導に際して、重症化であるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようしていく必要がある。 ◆糖尿病管理手帳の活用については、糖尿病管理手帳が活用できるが、なかなか来院指導までつながっていない。 <p>◎評価方法の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健指導の評価可能な指標(アウटकム評価) <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関との連携が難しい。評価委員(余りのアドバイザー)にも「顔のみえる連携」をよとのことだったが…今後検討が必要。 	<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> <ul style="list-style-type: none"> ○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、それぞれに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○保健師全員で共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○取り組み ◆未受診訪問 ◆糖尿病管理手帳を活用し、3年間未受診、未治療者への受診勧奨訪問。 ◆早期介入健診の対象年齢を39歳以下に変更。 <p>◆未受診者訪問を通して、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にはつながっている。</p> <p>◆糖尿病管理手帳の活用は、継続健診、治療となるように関わっている。</p> <p>◆医療機関との連携不足。医師会への働きかけが重要である。</p> <p>◆39歳以下健康診査については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者訪問 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 <p>アプローチャ</p> <p>通知: 120</p> <p>訪問: 30</p>	<p>②アウटकム(事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者訪問 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 <p>アプローチャ</p> <p>通知: 120</p> <p>訪問: 30</p>	<p>③アウटकム(結果)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率向上のために、健康診査未受診者への訪問を実施。治療中の方へは健診と同等の検査を医療機関で実施されていることは健診と見なせることを説明し結果を共有していただくように呼びかける。今後は医療機関との連携を図っていくことが重要となる。来年度から健診の受診率もあがるので、より機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、努力を続けていく必要がある。 ○健康診査未受診者への訪問、生活習慣指導の未治療者に対して、受診勧奨訪問を行った。職場等で健診を受診している方もおられ、その方達の健診結果を有効活用していかねばならない。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのようにして健康指導していく必要があるか検討が必要。 ○糖尿病管理手帳から見える重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。 ○39歳以下健康診査の受診率へ事後フォローアップとして、ターゲットが悪い方への訪問を実施した。今後の健診状況を確認し、継続した健診を実施するよう働きかけをしていく。 ○39歳以下の健康診査の受診率(社保の方もいる)で対象者減ってくるので、若年層への健診の必要性等どう伝えていくか等課題がある。 	<p>④ストラクチャー(構造)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率向上のために、健康診査未受診者への訪問を実施。治療中の方へは健診と同等の検査を医療機関で実施されていることは健診と見なせることを説明し結果を共有していただくように呼びかける。今後は医療機関との連携を図っていくことが重要となる。来年度から健診の受診率もあがるので、より機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、努力を続けていく必要がある。 ○健康診査未受診者への訪問、生活習慣指導の未治療者に対して、受診勧奨訪問を行った。職場等で健診を受診している方もおられ、その方達の健診結果を有効活用していかねばならない。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのようにして健康指導していく必要があるか検討が必要。 ○糖尿病管理手帳から見える重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。 ○39歳以下健康診査の受診率へ事後フォローアップとして、ターゲットが悪い方への訪問を実施した。今後の健診状況を確認し、継続した健診を実施するよう働きかけをしていく。 ○39歳以下の健康診査の受診率(社保の方もいる)で対象者減ってくるので、若年層への健診の必要性等どう伝えていくか等課題がある。 	<p>⑤残っている課題</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率向上のために、健康診査未受診者への訪問を実施。治療中の方へは健診と同等の検査を医療機関で実施されていることは健診と見なせることを説明し結果を共有していただくように呼びかける。今後は医療機関との連携を図っていくことが重要となる。来年度から健診の受診率もあがるので、より機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、努力を続けていく必要がある。 ○健康診査未受診者への訪問、生活習慣指導の未治療者に対して、受診勧奨訪問を行った。職場等で健診を受診している方もおられ、その方達の健診結果を有効活用していかねばならない。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのようにして健康指導していく必要があるか検討が必要。 ○糖尿病管理手帳から見える重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。 ○39歳以下健康診査の受診率へ事後フォローアップとして、ターゲットが悪い方への訪問を実施した。今後の健診状況を確認し、継続した健診を実施するよう働きかけをしていく。 ○39歳以下の健康診査の受診率(社保の方もいる)で対象者減ってくるので、若年層への健診の必要性等どう伝えていくか等課題がある。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病管理手帳を活用し、3年間未受診、未治療者への受診勧奨訪問。 ◆早期介入健診の対象年齢を39歳以下に変更。 <p>◆糖尿病管理手帳の活用は、継続健診、治療となるように関わっている。</p> <p>◆医療機関との連携不足。医師会への働きかけが重要である。</p> <p>◆39歳以下健康診査については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p>
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病管理手帳を活用し、3年間未受診、未治療者への受診勧奨訪問。 ◆早期介入健診の対象年齢を39歳以下に変更。 <p>◆糖尿病管理手帳の活用は、継続健診、治療となるように関わっている。</p> <p>◆医療機関との連携不足。医師会への働きかけが重要である。</p> <p>◆39歳以下健康診査については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p>	<p>○20歳以上39歳以下健康診査</p> <p>(H29.4.2 現在)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆対象者へ個人通知 ◆健診対象者88名に通知し、11名(12.5%)の受診。 ◆11名受診者取のうち、保健指導2名に実施。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決定し、評価、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理手帳を活用し、3年間未受診、未治療者への受診勧奨訪問。 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決定し、評価、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理手帳を活用し、3年間未受診、未治療者への受診勧奨訪問。 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決定し、評価、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理手帳を活用し、3年間未受診、未治療者への受診勧奨訪問。 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決定し、評価、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理手帳を活用し、3年間未受診、未治療者への受診勧奨訪問。 ◆糖尿病管理手帳の活用 ◆糖尿病管理手帳の活用 	