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。

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

２．計画の位置付け

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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）

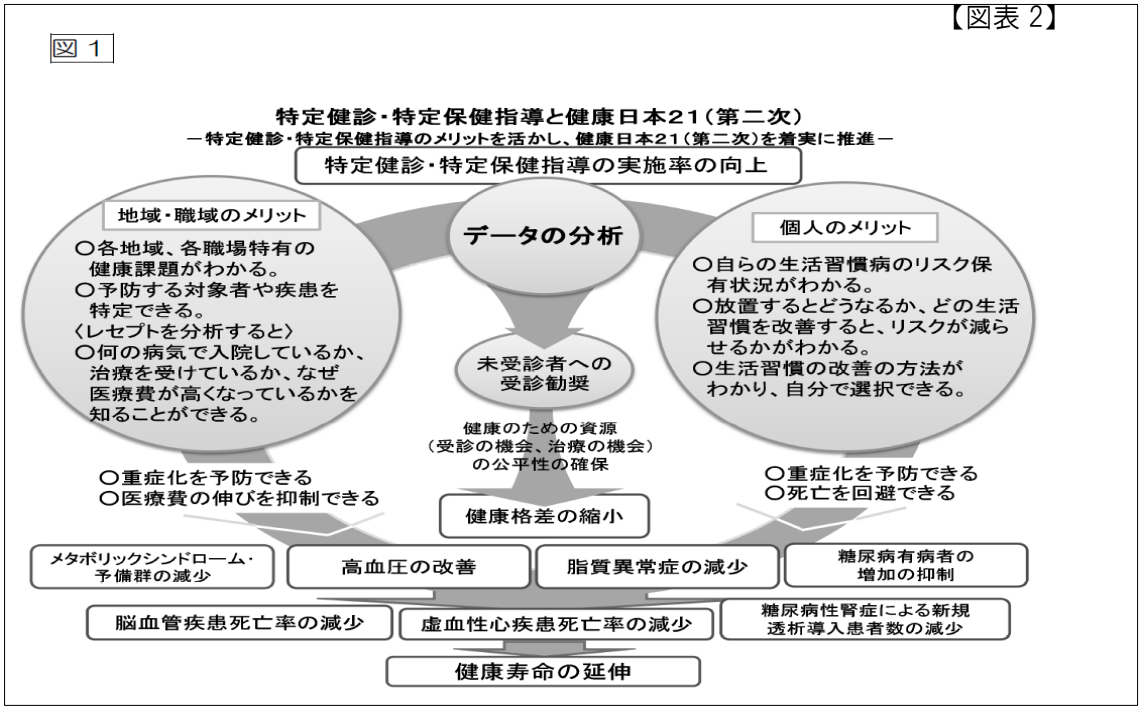
【図表 1】

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

※ 健康増進事業実施者 とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

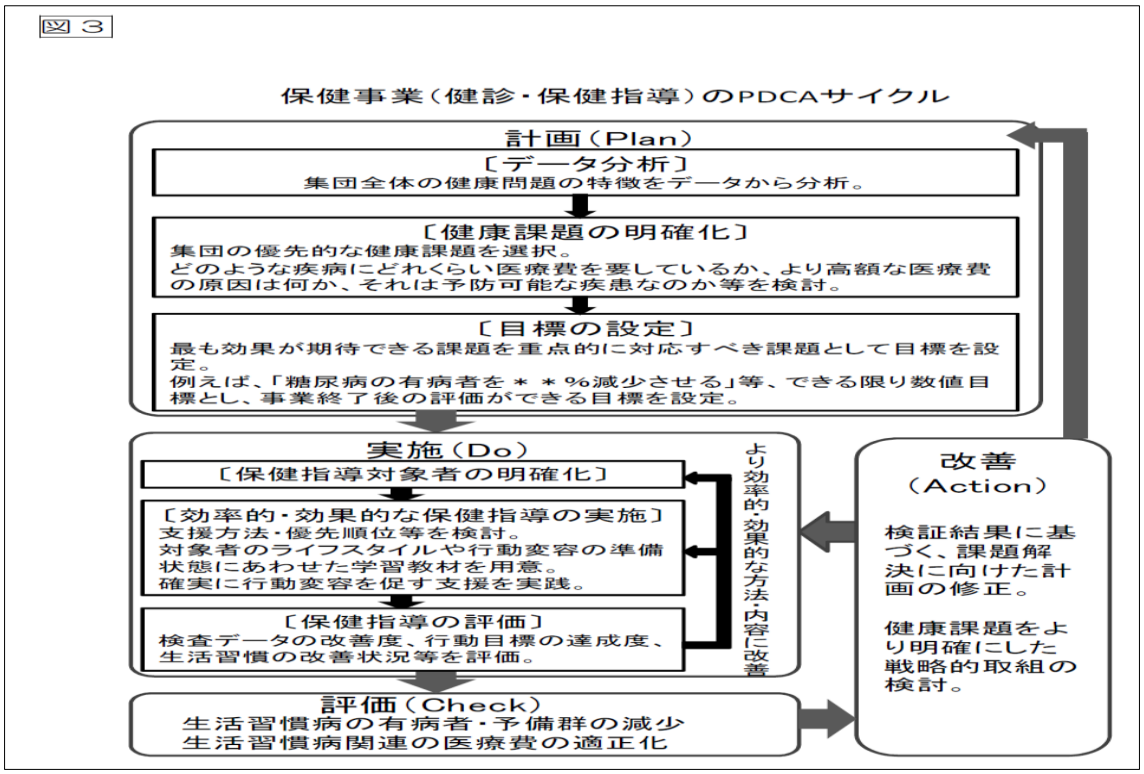
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 「国民健康保険法に基づ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29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 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 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定　平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	**医療保険者**	**医療保険者**	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活**習慣病の発症予防や重症化予防を図る**とともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、**社会保障制度が維持可能**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糖尿病等の**生活習慣病の予防対策**を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには**重症化や合併症の発症を防ぐ**。入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら**医療の伸びの抑制**を実現することが可能となる。 特定健康診査は、**糖尿病等の生活習慣病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**に着目し、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を、的確に抽出するために行うものである。	**生活習慣病対策**をはじめとして、被保険者の**自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み**について、**保険者**がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 **被保険者の健康の保持増進**により、**医療費の適正化**及び保険者の**財政基盤**強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの**予防**又は、要介護状態等の**軽減**もしくは**悪化の防止**を障害としている	**国民皆保険を堅持**し、続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、**良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の整備**を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、**地域において切れ目のない医療の提供**を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、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最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　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 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム **糖尿病** 生活習慣病	**糖尿病** 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評　価	※53項目中　特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定	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(特定健診の質問票を参照する) ①食生活　②日常生活における歩数　③アルコール摂取量　④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率　②特定保健指導率 ③健診結果の変化　④生活習慣病の有病者・予備群 (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	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ③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 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

３．計画期間

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

４.関係者が果たすべき役割と連携

１）実施主体関部局の役割

川崎町においては、保健福祉課給付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様々な係が関わっている。特に健康推進係の保健師等の専門職と連携をして、町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、課内高齢者医療、健康推進、介護保険（包括支援センター）、生活保護担当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。

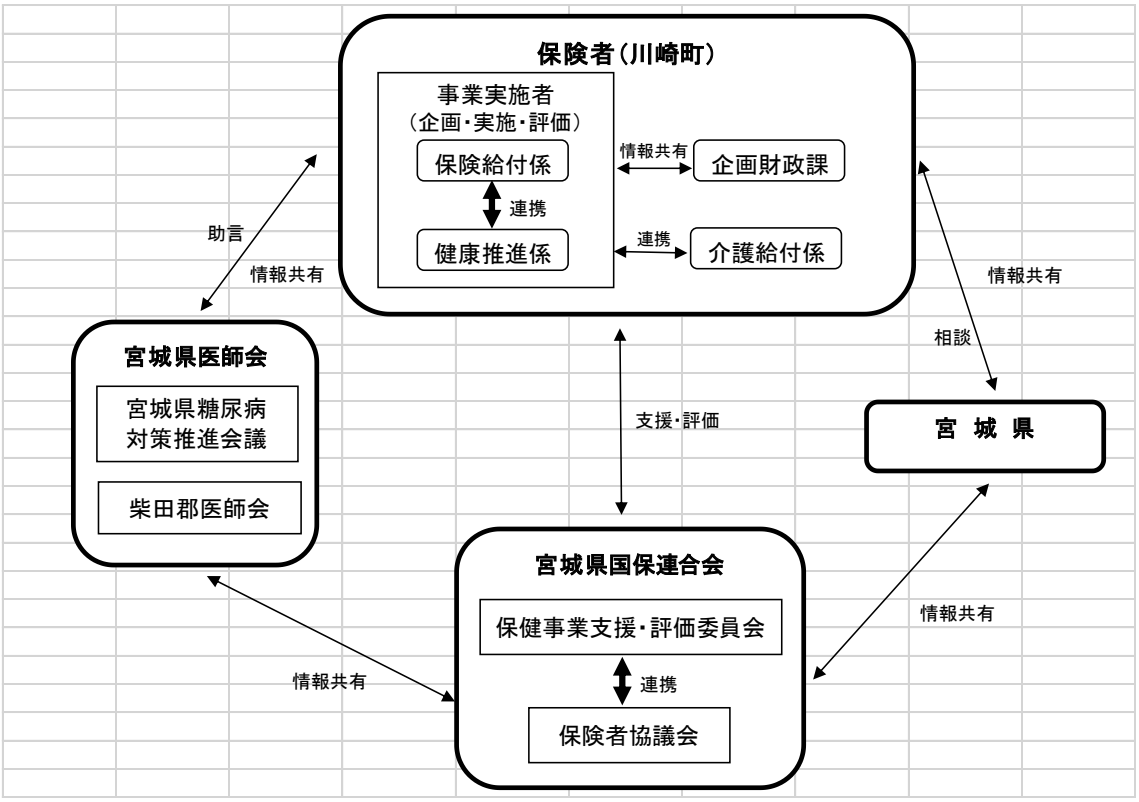
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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。 【図表４】



【図表 4】

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)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			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	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	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、死因別に糖尿病、腎不全の死亡割合は増加している。他の心臓病・脳疾患・糖尿病による死亡割合は減少している。

要介護認定率について第１号認定率は上昇しているが 40～64 歳の第２号認定率は変わらず同規模平均と同じ水準にある。1 件当たり給付費については居宅、施設共に伸びがみられ同規模との差も大きい。

また、医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。また、慢性腎不全（透析あり）、糖尿病、高血圧は生活習慣病に占める費用、割合ともに減少している。

特定健診の結果からメタボリックシンドローム該当者は男女ともに減少しており、同規模、県平均より低い水準になっている。予備群は増加しているが該当者の方が糖尿病等の生活習慣病の発症リスクが高く、更に重症化した心疾患脳血管、慢性腎不全等の発症リスクも高くなることを考えると今後の重症化予防対策にメタボ対策と共に増加傾向にある糖尿病対策を継続していく必要がある。（参考資料 1）

※　同規模平均

KDB には同規模市町村と比較できる機能がある。人口規模に応じて 13 段階に区分され、当町は「同規模区分」９に分類される。

「同規模区分９」全２３０町

県内・・・大郷町、大衡村、色麻町、女川町

県外・・・北海道長万部町、沖縄県久米島町等

（２）中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表 6）

介護給付の変化について、28 年度の介護給付費が増え、同規模平均では、1 件当たり介護給付費は減っているのに対し、川崎町は増え、居宅・施設サービス共に増えていることがわかった。

【図表 6】

介護給付費の変化　【図表6】

年度	川崎町				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H25年度	8億5,279万円	75,712	46,122	291,142	71,899	41,154	279,433
H28年度	9億　444万円 ↑	83,791 ↑	46,314	294,338 ↑	70,593 ↓	40,986	275,281

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川崎町は入院費用の伸び率が大きく 1 人当たり、総医療費共に増加していることがわかった。

【図表 7】

医療費の変化

		全体				入院				外来			
		費用額	増額	伸び率		費用額	増額	伸び率		費用額	増額	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1. 総医療費(円)	H25年度	8億6,502万円											
	H28年度	8億8,613万円	2,111万円	2.44	ー								
2. 1人当たり医療費(円)	H25年度	23,572円				10,213円				13,775円			
	H28年度	29,350円	5,778円	24.5	8.5	14,677円	4,464円	43.7	−7.7	14,673円	898円	6.5	−7.1

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、減少しているが疾患別にみると脳血管疾患、慢性腎不全(透析)係る医療費は減少しているものの虚血性心疾患に係る費用が増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用は、25 年と 28 年比較で減少し、国・県に比較しても低くなっている。

【図表 8】

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

【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

市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
				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	川崎町	865,026,460	23,989	131位	18位	13.33%	0.30%	2.09%	1.18%	6.10%	6.32%	2.16%	272,384,210	31.49%	8.65%	10.60%	9.32%
H28	川崎町	886,135,890	29,350	58位	5位	9.49%	0.67%	1.97%	2.09%	5.29%	4.54%	1.82%	229,207,410	25.87%	10.57%	12.42%	9.10%
H28	宮城県	171,490,070,670	25,258	--	--	6.41%	0.32%	1.99%	2.09%	6.03%	5.38%	2.99%	43,222,199,210	25.20%	14.34%	8.72%	7.65%
H28	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

④中長期的な疾患（図表 9）

【図表 9】

中長期的な疾患に関する治療状況をみると脳血管疾患が増加している。特に 64 歳以下の年代で約 2 倍になっているので基礎疾患にある糖尿病・脂質異常症の早期治療、治療中のコントロールができているか確認する必要がある。

厚生労働省様式様式３－５			中長期的な目標						短期的な目標					
			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	
		被保険者数(A)	人数(B)	割合(A/B)	人数(C)	割合(C/B)	人数(D)	割合(D/B)	人数(E)	割合(E/B)	人数(F)	割合(F/B)	人数(G)	割合(G/B)
H25	全体	3,035	88	2.9%	10	11.4%	5	5.7%	80	90.9%	31	35.2%	53	60.2%
	64歳以下	2,186	33	1.5%	5	15.2%	4	12.1%	26	78.8%	14	42.4%	19	57.6%
	65歳以上	849	55	6.5%	5	9.1%	1	1.8%	54	98.2%	17	30.9%	34	61.8%
H28	全体	2,574	73	2.8%	11	15.1%	4	5.5%	61	83.6%	31	42.5%	51	69.9%
	64歳以下	1,596	26	1.6%	4	15.4%	2	7.7%	18	69.2%	14	53.8%	19	73.1%
	65歳以上	978	47	4.8%	7	14.9%	2	4.3%	43	91.5%	17	36.2%	32	68.1%

厚生労働省様式様式３－６			中長期的な目標						短期的な目標					
			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	
		被保険者数(A)	人数(B)	割合(A/B)	人数(C)	割合(C/B)	人数(D)	割合(D/B)	人数(E)	割合(E/B)	人数(F)	割合(F/B)	人数(G)	割合(G/B)
H25	全体	3,035	75	2.5%	10	13.3%	6	8.0%	61	81.3%	31	41.3%	37	49.3%
	64歳以下	2,186	25	1.1%	5	20.0%	5	20.0%	19	76.0%	13	52.0%	14	56.0%
	65歳以上	849	50	5.9%	5	10.0%	1	2.0%	42	84.0%	18	36.0%	23	46.0%
H28	全体	2,574	92	3.6%	11	12.0%	4	4.3%	69	75.0%	46	50.0%	57	62.0%
	64歳以下	1,596	32	2.0%	4	12.5%	3	9.4%	23	71.9%	12	37.5%	16	50.0%
	65歳以上	978	60	6.1%	7	11.7%	1	1.7%	46	76.7%	34	56.7%	41	68.3%

厚生労働省様式様式３－７			中長期的な目標						短期的な目標					
			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	
		被保険者数(A)	人数(B)	割合(A/B)	人数(C)	割合(C/B)	人数(D)	割合(D/B)	人数(E)	割合(E/B)	人数(F)	割合(F/B)	人数(G)	割合(G/B)
H25	全体	3,035	19	0.6%	6	31.6%	5	26.3%	16	84.2%	13	68.4%	6	31.6%
	64歳以下	2,186	15	0.7%	5	33.3%	4	26.7%	13	86.7%	10	66.7%	5	33.3%
	65歳以上	849	4	0.5%	1	25.0%	1	25.0%	3	75.0%	3	75.0%	1	25.0%
H28	全体	2,574	14	0.5%	4	28.6%	4	28.6%	11	78.6%	10	71.4%	4	28.6%
	64歳以下	1,596	9	0.6%	3	33.3%	2	22.2%	8	88.9%	7	77.8%	3	33.3%
	65歳以上	978	5	0.5%	1	20.0%	2	40.0%	3	60.0%	3	60.0%	1	20.0%

（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、高血圧、脂質異常症治療者共に、治療者は増加しているが、虚血性心疾患、インスリン療法、人工透析の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし脳血管疾患は増加していることから、治療中断者やコントロール不良がなかったか、確認していく必要がある。

【図表 10】

糖尿病		短期的な目標						中長期的な目標							
		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(B)	割合(A/B)	人数(C)	割合(C/B)	人数(D)	割合(D/B)	人数(E)	割合(E/B)	人数(F)	割合(F/B)	人数(G)	割合(G/B)	人数(H)	割合(H/B)	人数(I)	割合(I/B)
272	9.0%	40	14.7%	189	69.5%	179	65.8%	31	11.4%	31	11.4%	13	4.8%	32	11.8%
131	6.0%	26	19.8%	86	65.6%	89	67.9%	14	10.7%	13	9.9%	10	7.6%	17	13.0%
141	16.6%	14	9.9%	103	73.0%	90	63.8%	17	12.1%	18	12.8%	3	2.1%	15	10.6%
286	11.1%	34	11.9%	188	65.7%	177	61.9%	31	10.8%	46	16.1%	10	3.5%	18	6.3%
108	6.8%	18	16.7%	65	60.2%	65	60.2%	14	13.0%	12	11.1%	7	6.5%	6	5.6%
178	18.2%	16	9.0%	123	69.1%	112	62.9%	17	9.6%	34	19.1%	3	1.7%	12	6.7%

高血圧		短期的な目標				中長期的な目標					
		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(B)	割合(A/B)	人数(C)	割合(C/B)	人数(D)	割合(D/B)	人数(E)	割合(E/B)	人数(F)	割合(F/B)	人数(G)	割合(G/B)
597	19.7%	189	31.7%	278	46.6%	80	13.4%	61	10.2%	16	2.7%
262	12.0%	86	32.8%	123	46.9%	26	9.9%	19	7.3%	13	5.0%
335	39.5%	103	30.7%	155	46.3%	54	16.1%	42	12.5%	3	0.9%
549	21.3%	188	34.2%	264	48.1%	61	11.1%	69	12.6%	11	2.0%
202	12.7%	65	32.2%	88	43.6%	18	8.9%	23	11.4%	8	4.0%
347	35.5%	123	35.4%	176	50.7%	43	12.4%	46	13.3%	3	0.9%

脂質異常症		中長期的な目標				短期的な目標					
		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
人数(B)	割合(A/B)	人数(C)	割合(C/B)	人数(D)	割合(D/B)	人数(E)	割合(E/B)	人数(F)	割合(F/B)	人数(G)	割合(G/B)
401	13.2%	179	44.6%	278	69.3%	53	13.2%	37	9.2%	6	1.5%
193	8.8%	89	46.1%	123	63.7%	19	9.8%	14	7.3%	5	2.6%
208	24.5%	90	43.3%	155	74.5%	34	16.3%	23	11.1%	1	0.5%
393	15.3%	177	45.0%	264	67.2%	51	13.0%	57	14.5%	4	1.0%
146	9.1%	65	44.5%	88	60.3%	19	13.0%	16	11.0%	3	2.1%
247	25.3%	112	45.3%	176	71.3%	32	13.0%	41	16.6%	1	0.4%

③ 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該当者は減少しているが、その分予備群は増加している。内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 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

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	215	38.5	295	52.8	168	30.1	137	24.5	59	10.6	176	31.5	351	62.8	102	18.2	282	50.4	149	26.7	307	54.9	13	2.3
	40-64	111	40.4	146	53.1	99	36.0	81	29.5	33	12.0	74	26.9	162	58.9	57	20.7	112	40.7	87	31.6	161	58.5	3	1.1
	65-74	104	36.6	149	52.5	69	24.3	56	19.7	26	9.2	102	35.9	189	66.5	45	15.8	170	59.9	62	21.8	146	51.4	10	3.5
H28	合計	184	36.2	268	52.8	119	23.4	100	19.7	53	10.4	170	33.5	370	72.8	90	17.7	241	47.4	132	26.0	249	49.0	9	1.8
	40-64	87	40.8	115	54.0	58	27.2	50	23.5	31	14.6	63	29.6	141	66.2	40	18.8	88	41.3	59	27.7	116	54.5	1	0.5
	65-74	97	32.9	153	51.9	61	20.7	50	16.9	22	7.5	107	36.3	229	77.6	50	16.9	153	51.9	73	24.7	133	45.1	8	2.7

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	171	30.6	140	25.0	98	17.5	58	10.4	12	2.1	120	21.5	332	59.4	20	3.6	286	51.2	100	17.9	365	65.3	5	0.9
	40-64	80	28.0	74	25.9	53	18.5	31	10.8	6	2.1	55	19.2	144	50.3	5	1.7	141	49.3	63	22.0	186	65.0	2	0.7
	65-74	91	33.3	66	24.2	45	16.5	27	9.9	6	2.2	65	23.8	188	68.9	15	5.5	145	53.1	37	13.6	179	65.6	3	1.1
H28	合計	144	28.4	120	23.7	68	13.4	49	9.7	14	2.8	106	20.9	367	72.4	21	4.1	241	47.5	86	17.0	297	58.6	2	0.4
	40-64	49	24.5	46	23.0	29	14.5	25	12.5	8	4.0	34	17.0	121	60.5	8	4.0	77	38.5	42	21.0	114	57.0	1	0.5
	65-74	95	30.9	74	24.1	39	12.7	24	7.8	6	2.0	72	23.5	246	80.1	13	4.2	164	53.4	44	14.3	183	59.6	1	0.3

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

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群								該当者									
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	561	50.7	32	5.7%	109	19.4%	5	0.9%	74	13.2%	30	5.3%	155	27.6%	26	4.6%	13	2.3%	72	12.8%	44	7.8%
	40-64	275	42.4	18	6.5%	58	21.1%	4	1.5%	34	12.4%	20	7.3%	70	25.5%	5	1.8%	10	3.6%	37	13.5%	18	6.5%
	65-74	286	62.6	14	4.9%	51	17.8%	1	0.3%	40	14.0%	10	3.5%	85	29.7%	21	7.3%	3	1.0%	35	12.2%	26	9.1%
H28	合計	508	52.9	35	6.9%	103	20.3%	9	1.8%	74	14.6%	20	3.9%	130	25.6%	21	4.1%	10	2.0%	58	11.4%	41	8.1%
	40-64	213	45.4	20	9.4%	46	21.6%	4	1.9%	29	13.6%	13	6.1%	49	23.0%	4	1.9%	6	2.8%	23	10.8%	16	7.5%
	65-74	295	60.1	15	5.1%	57	19.3%	5	1.7%	45	15.3%	7	2.4%	81	27.5%	17	5.8%	4	1.4%	35	11.9%	25	8.5%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群								該当者									
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	559	60.4	24	4.3%	51	9.1%	0	0.0%	45	8.1%	6	1.1%	65	11.6%	9	1.6%	4	0.7%	38	6.8%	14	2.5%
	40-64	287	56.1	16	5.6%	25	8.7%	0	0.0%	20	7.0%	5	1.7%	33	11.5%	3	1.0%	2	0.7%	19	6.6%	9	3.1%
	65-74	272	65.9	8	2.9%	26	9.6%	0	0.0%	25	9.2%	1	0.4%	32	11.8%	6	2.2%	2	0.7%	19	7.0%	5	1.8%
H28	合計	507	63.1	16	3.2%	56	11.0%	4	0.8%	44	8.7%	8	1.6%	48	9.5%	9	1.8%	2	0.4%	25	4.9%	12	2.4%
	40-64	200	56.0	9	4.5%	21	10.5%	1	0.5%	16	8.0%	4	2.0%	16	8.0%	1	0.5%	0	0.0%	8	4.0%	7	3.5%
	65-74	307	68.7	7	2.3%	35	11.4%	3	1.0%	28	9.1%	4	1.3%	32	10.4%	8	2.6%	2	0.7%	17	5.5%	5	1.6%

④ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率、特定保健指導率は増加している。しかし、重症化を予防していくためには、特定健診受診率と保健指導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	
								医療機関受診率	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	川崎町	同規模平均
H25年度	2,004	1,118	55.8	28位	196	40	20.4	55.7	51.2
H28年度	1,752	1,008	57.5	22位	140	71	50.7	55.0	51.9

２）第１期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、メタボ該当者の減少、新規透析患者減少、人工透析費用の大幅減少等医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護、虚血性心疾患の費用増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、結果を活用した保健指導率向上は重要な取り組むべき課題である。

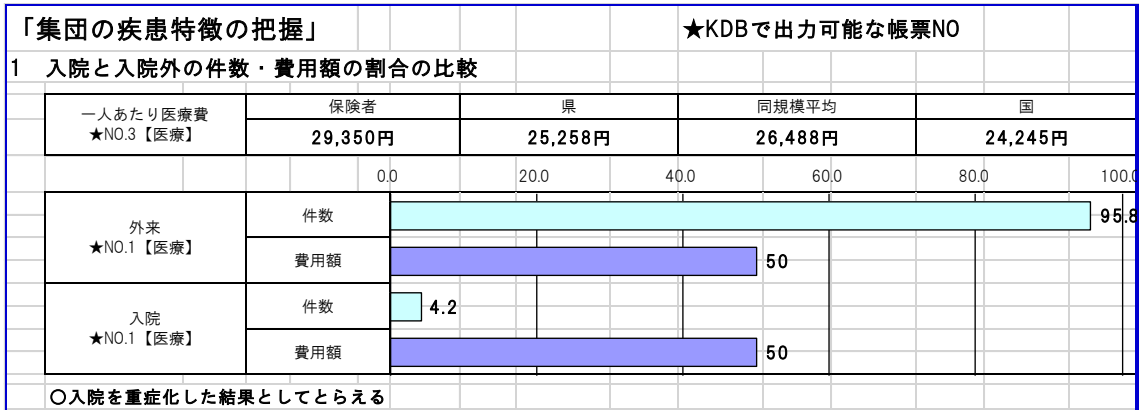
２．第 2 期計画における健康課題の明確化

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）

川崎町の入院件数は 4.3%で、費用額全体の 50%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【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）

高額になる疾患として脳血管疾患、虚血性心疾患が少ない人数で多くの医療費が必要になる。基礎疾患には高血圧、糖尿病、脂質異常症を重複していることがわかった。

【図表 14】

2　何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト	（28年度）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （100万円以上レセ）	件数	107件	7件 6.5%	7件 6.5%	--
		費用額	1億5491万円	967万円 6.2%	1115万円 7.2%	--
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	件数	291件	53件 18.2%	36件 12.4%	--
		費用額	1億5370万円	2751万円 17.9%	1868万円 12.2%	--
様式2-2 ★NO.11（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	件数	174件	52件 29.9%	31件 17.8%	109件 62.6%
		費用額	8762万円	2800万円 32.0%	1797万円 20.5%	5715万円 65.2%

厚労省様式	対象レセプト	（H28.5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		966人	92人 9.5%	73人 7.6%	18人 1.9%
			基礎疾患の重なり　高血圧	69人 75.0%	61人 83.6%	14人 77.8%
			基礎疾患の重なり　糖尿病	46人 50.0%	31人 42.5%	18人 100%
			基礎疾患の重なり　脂質異常症	57人 62.0%	51人 69.9%	12人 66.7%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			549人 56.8%	286人 29.6%	393人 40.7%	71人 7.3%

○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 90.9%であり、筋・骨格疾患の 87.8%を上回っていた。2 号認定者及び 65～74 歳の 1 号認定者で年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

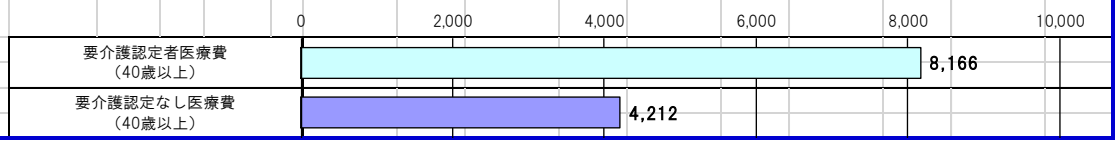
【図表 15】

3　何の疾患で介護保険を受けているのか

	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定状況★NO.47	被保険者数		3,566人		1,174人		1,728人		2,902人		6,468人	
	認定者数		8人		51人		482人		533人		541人	
	認定率		0.22%		4.3%		27.9%		18.4%		8.4%	
	新規認定者数		1人		1人		5人		6人		7人	
	介護度別人数	要支援1・2	3	37.5%	13	25.5%	75	15.6%	88	16.5%	91	16.8%
		要介護1・2	2	25.0%	19	37.3%	188	39.0%	207	38.8%	209	38.6%
		要介護3～5	3	37.5%	19	37.3%	219	45.4%	238	44.7%	241	44.5%

		疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
要介護突合状況★NO.49	有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	件数	--	0		1		418		419		419	
	血管疾患 循環器疾患		1	脳卒中	0 --	脳卒中	1 100.0%	脳卒中	212 50.7%	脳卒中	213 50.8%	脳卒中	213 50.8%
			2	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	135 32.3%	虚血性心疾患	135 32.2%	虚血性心疾患	135 32.2%
			3	腎不全	0 --	腎不全	0 0.0%	腎不全	57 13.6%	腎不全	57 13.6%	腎不全	57 13.6%
		基礎疾患		糖尿病等	0 --	糖尿病等	1 100.0%	糖尿病等	362 86.6%	糖尿病等	363 86.6%	糖尿病等	363 86.6%
		血管疾患合計		合計	0 --	合計	1 100.0%	合計	380 90.9%	合計	381 90.9%	合計	381 90.9%
		認知症		認知症	0 --	認知症	0 0.0%	認知症	181 43.3%	認知症	181 43.2%	認知症	181 43.2%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	0 --	筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	367 87.8%	筋骨格系	368 87.8%	筋骨格系	368 87.8%

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）

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くなる。

川崎町においては、メタボリックシンドローム予備群が多く、健診結果の有所見状況でも GPT・HbA1c・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

4　健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）　★NO.23（帳票）

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
県		26,212	34.7	40,205	53.2	21,972	29.1	17,381	23.0	7,318	9.7	2,848	3.8	51,887	68.7	8,259	10.9	36,919	48.9	19,426	25.7	33,682	44.6	983	1.3
保険者	合計	184	36.2	268	52.8	119	23.4	100	19.7	53	10.4	170	33.5	370	72.8	90	17.7	241	47.4	132	26.0	249	49.0	9	1.8
	40-64	87	40.8	115	54.0	58	27.2	50	23.5	31	14.6	63	29.6	141	66.2	40	18.8	88	41.3	59	27.7	116	54.5	1	0.5
	65-74	97	32.9	153	51.9	61	20.7	50	16.9	22	7.5	107	36.3	229	77.6	50	16.9	153	51.9	73	24.7	133	45.1	8	2.7

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県		24,435	24.9	19,733	20.1	16,109	16.4	9,830	10.0	2,039	2.1	1,783	1.8	67,764	69.0	1,418	1.4	41,950	42.7	15,091	15.4	54,172	55.2	142	0.1
保険者	合計	144	28.4	120	23.7	68	13.4	49	9.7	14	2.8	106	20.9	367	72.4	21	4.1	241	47.5	86	17.0	297	58.6	2	0.4
	40-64	49	24.5	46	23.0	29	14.5	25	12.5	8	4.0	34	17.0	121	60.5	8	4.0	77	38.5	42	21.0	114	57.0	1	0.5
	65-74	95	30.9	74	24.1	39	12.7	24	7.8	6	2.0	72	23.5	246	80.1	13	4.2	164	53.4	44	14.3	183	59.6	1	0.3

＊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）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	508	52.9	35	6.9%	103	20.3%	9	1.8%	74	14.6%	20	3.9%	130	25.6%	21	4.1%	10	2.0%	58	11.4%	41	8.1%
	40-64	213	45.4	20	9.4%	46	21.6%	4	1.9%	29	13.6%	13	6.1%	49	23.0%	4	1.9%	6	2.8%	23	10.8%	16	7.5%
	65-74	295	60.1	15	5.1%	57	19.3%	5	1.7%	45	15.3%	7	2.4%	81	27.5%	17	5.8%	4	1.4%	35	11.9%	25	8.5%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	507	63.1	16	3.2%	56	11.0%	4	0.8%	44	8.7%	8	1.6%	48	9.5%	9	1.8%	2	0.4%	25	4.9%	12	2.4%
	40-64	200	56.0	9	4.5%	21	10.5%	1	0.5%	16	8.0%	4	2.0%	16	8.0%	1	0.5%	0	0.0%	8	4.0%	7	3.5%
	65-74	307	68.7	7	2.3%	35	11.4%	3	1.0%	28	9.1%	4	1.3%	32	10.4%	8	2.6%	2	0.7%	17	5.5%	5	1.6%

３）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況は、LDL は内服治療の効果が顕著にみられ、受診勧奨しなければならない対象者が多い。HbA1c は薬物治療だけではコントロールが悪いので治療中の方にも食事指導等が必要であることがわかる。

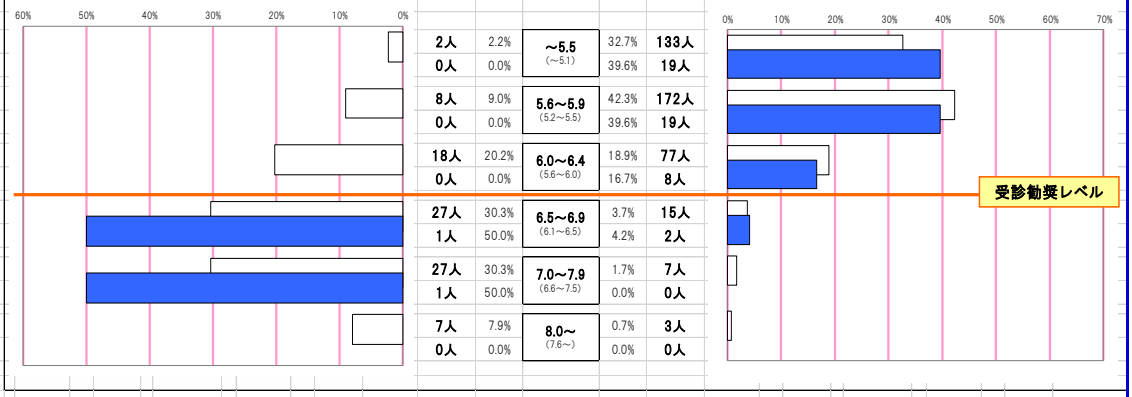
新規受診者に受診勧奨値の方や治療をしていてもコントロール不良者がみられている。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

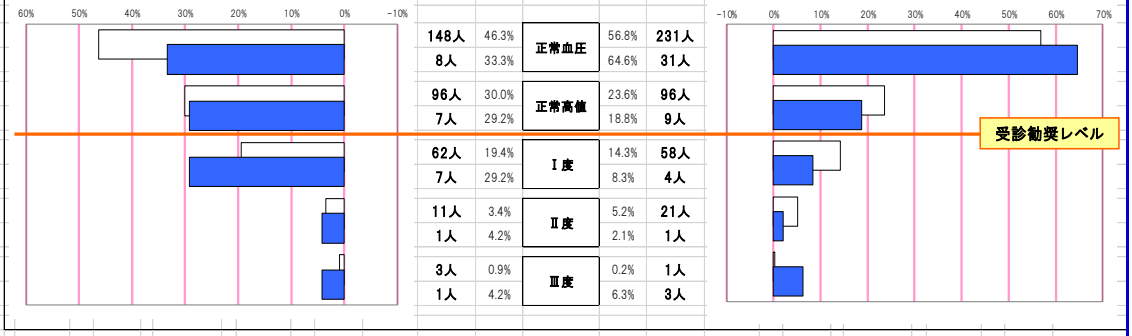
…上段（継続受診者）
…下段（新規受診者）

HbA1c



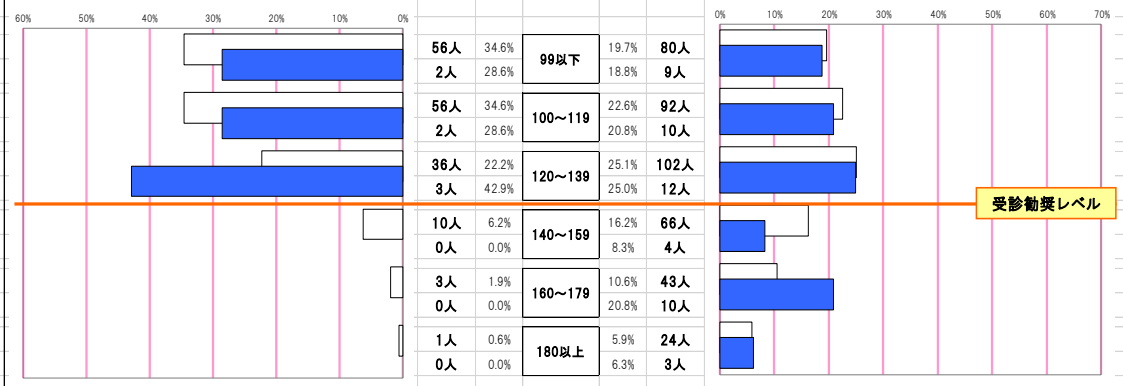
Ⅰ治療中（糖尿病）の状況		HbA1c	M（O・P）治療なしの者の状況	
2人	2.2%	～5.5 (～5.1)	32.7%	133人
0人	0.0%		39.6%	19人
8人	9.0%	5.6～5.9 (5.2～5.5)	42.3%	172人
0人	0.0%		39.6%	19人
18人	20.2%	6.0～6.4 (5.6～6.0)	18.9%	77人
0人	0.0%		16.7%	8人
27人	30.3%	6.5～6.9 (6.1～6.5)	3.7%	15人
1人	50.0%		4.2%	2人
27人	30.3%	7.0～7.9 (6.6～7.5)	1.7%	7人
1人	50.0%		0.0%	0人
7人	7.9%	8.0～ (7.6～)	0.7%	3人
0人	0.0%		0.0%	0人

血圧



Ⅰ治療中（高血圧）の状況		血圧	M（O・P）治療なしの者の状況	
148人	46.3%	正常血圧	56.8%	231人
8人	33.3%		64.6%	31人
96人	30.0%	正常高値	23.6%	96人
7人	29.2%		18.8%	9人
62人	19.4%	Ⅰ度	14.3%	58人
7人	29.2%		8.3%	4人
11人	3.4%	Ⅱ度	5.2%	21人
1人	4.2%		2.1%	1人
3人	0.9%	Ⅲ度	0.2%	1人
1人	4.2%		6.3%	3人

LDL-C

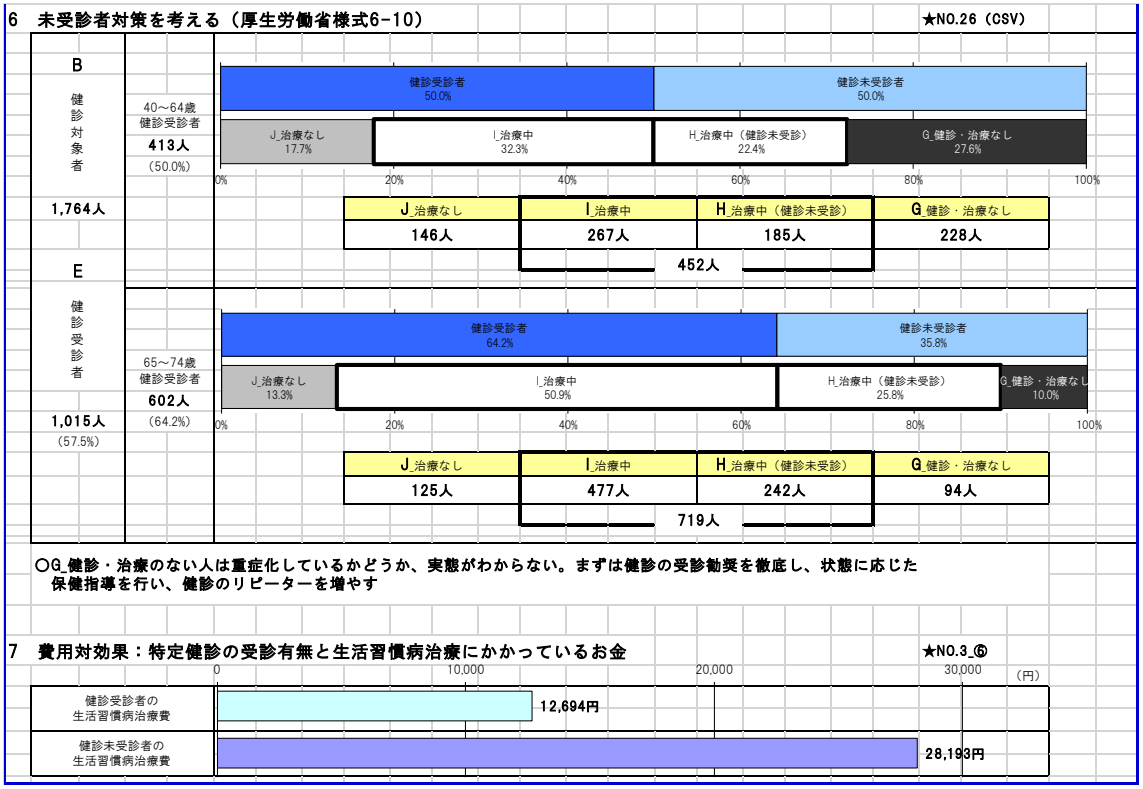


Ⅰ治療中（脂質異常症）の状況		LDL-C	M（O・P）治療なしの者の状況	
56人	34.6%	99以下	19.7%	80人
2人	28.6%		18.8%	9人
56人	34.6%	100～119	22.6%	92人
2人	28.6%		20.8%	10人
36人	22.2%	120～139	25.1%	102人
3人	42.9%		25.0%	12人
10人	6.2%	140～159	16.2%	66人
0人	0.0%		8.3%	4人
3人	1.9%	160～179	10.6%	43人
0人	0.0%		20.8%	10人
1人	0.6%	180以上	5.9%	24人
0人	0.0%		6.3%	3人

３）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 27.6%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

３）目標の設定

（１）成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35 年度には 30 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ 10%減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、川崎町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に同規模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
特定健診受診率	60%	61%	62%	63%	64%	65%
特定保健指導終了率	60%	61%	62%	63%	64%	65%

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
特定健診受診率	対象者数	1,700	1650	1600	1550	1500	1450
	受診者数	1,020	1,007	992	1,008	975	943
特定保健指導終了率	対象者数	140	140	135	130	130	125
	終了者数	84	85	84	85	85	81

４．特定健診の実施

(1)実施方法

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

① 集団健診(川崎町健康福祉センター他)

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、宮城県県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。　　(参照)URL：http//miyagi-kokuhoren.or.jp/

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

7 月から翌年 2 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

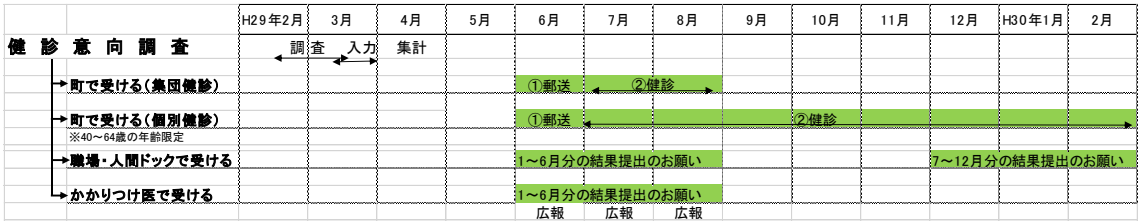
(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮城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】



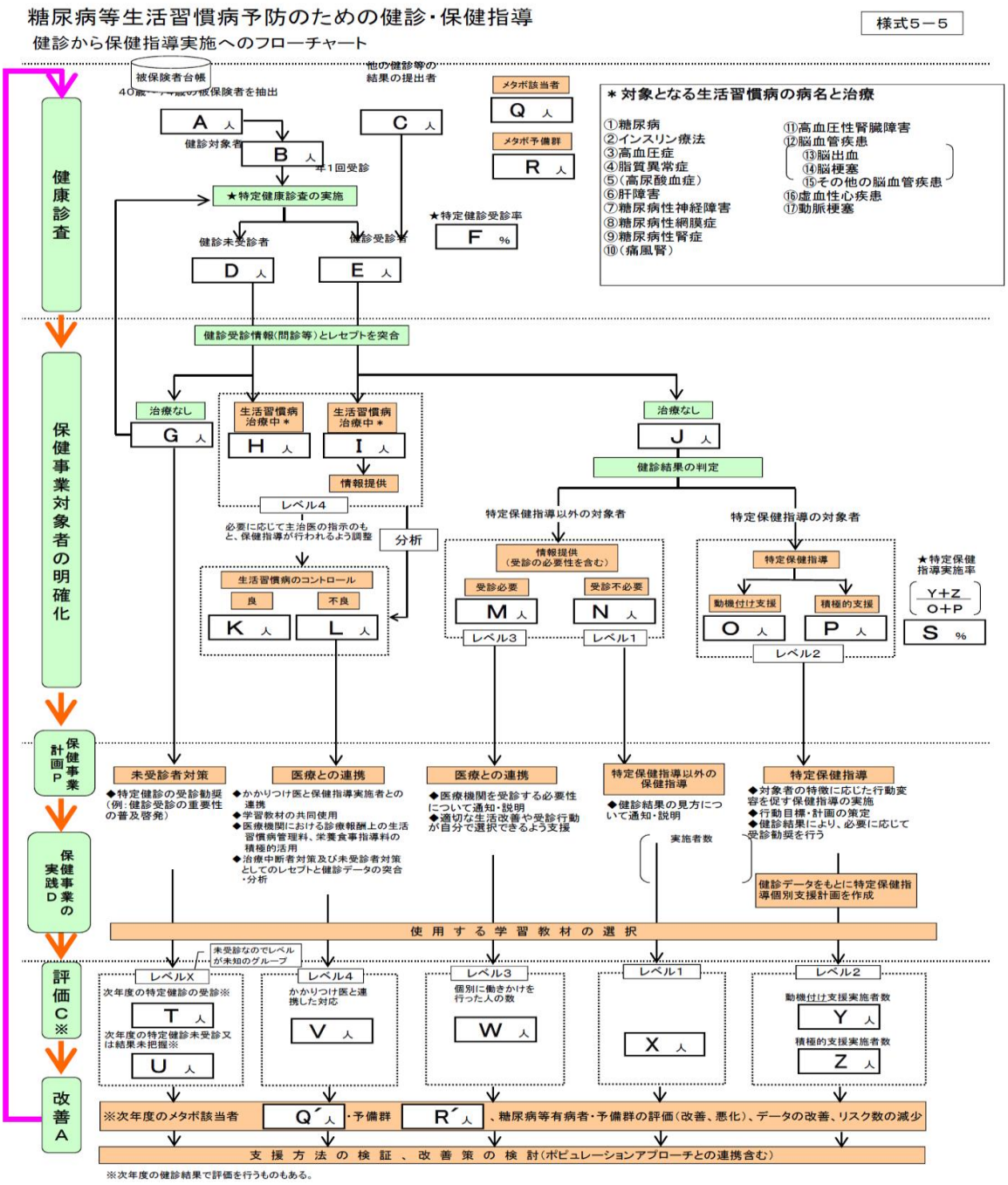
５．特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、同課内健康推進部門がおこなう。

(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○%）	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	１４０人 (13.9)	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	２０９人 (21.0)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	744 人 ※受診率目標達成までにあと　５０人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	181 人 (18.2)	%
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	467 人 (46.8)	%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】

平成 29 年度　保健指導フロー図

健康診査

特定健診当日（7 月 8～10 日、18 - 26 日）1,100 人程度受診

※　40 - 64 歳の国保受診者に面接する。

＜基本的な考えかた＞

・身長、体重、腹囲、血圧、尿検査結果で保健指導をする。（受診票に記載の前年度測定値も判断材料にする）

・なかなか会えない若い年代の人に会う。

面接時

① 健診結果の受領方法の選択　基本は郵送　　意図的に会いたい人に手渡しの約束をする

② 本人と連絡がとれる時間帯と連絡先を聞く。お盆時期の短時間面接は可能かも聞く

③ 保健指導

・メタボ・・・二次検診の予告と次の関わりのきっかけ

・Ⅲ度高血圧(180 以上/110 以上)結果の見かたと血液検査の結果が出るまで 1 ヶ月家庭血圧測定

・Ⅱ度高血圧(160～179/100～109)の 40～50 歳代血液検査の結果が出るまで 1 ヶ月家庭血圧測定

・尿検査異常・・・結果の見かた、血液検査の結果が出てから受診の必要を総合的に判断

保健事業対象者の明確化

保健指導　特定健診受診者は必ず階層化され、保健指導レベルが決まる。積極的支援、動機づけ支援、情報提供のいずれかに該当する。　特定保健指導は積極的と動機づけ

前年度健診結果より、高血糖、高血圧、メタボリックシンドロームに重点を置く。

保健師は健診データと身体をつなぐ役割。身体のなかをイメージできるよう「どこでもケア」からだノート・食ノート等を使用

栄養士は健診データと食をつなぐ役割。具体的解決策として食材の選択ができるよう「どこでもケア」食ノート等を使用

★ 第１優先　★　O・P・M

重症化予防　約 130 人

保健指導レベルに関係なく、医療機関未受診者優先

心房細動、血圧　Ⅲ度以上、　HbA1c　6.5 以上

LDL180 以上、TG300 以上

重症化予防　約 50 名

糖尿病等新規透析導入者の減少

HbA1c8.0 以上　受診勧奨と保健指導

G3b～G5 管理栄養士が主治医の指示に基づく食事指導

第 2 優先　特定保健指導　約 75 人　O・P

第 1 優先を除いた特定保健指導

特定保健指導（積極的支援、動機づけ支援）

保健事業

平成 29 年度健診結果、レセプトデータより対象者の選定

・未受診者に対する医療機関受診勧奨

・ハイリスク者に対する保健指導

1．保健師・管理栄養士訪問（データの見方等）

↓

2．医療機関受診　　※医療機関に指導指示書の記載のお願い

↓

3．受診確認　※かかりつけ医との連携は、指導指示書や糖尿病連携手帳を使用

血液データ確認

↓

4．生活改善に向けた保健指導　・血液データの見方

・服薬管理

・食事指導　　等

↓

5．継続支援

※訪問、面接回数は対象者の理解に応じて実施

二次検診

40 歳 50 歳代新規

対象：　HbA1c6.5 以上ダメ

メタボリックシンドローム

40 歳代、50 歳代新規

二次検診のお誘い

（栄・保）

↓

検査結果の見かた

保健師・栄養士

↓

積極的支援

2 回面接　計 180P 以上

保健師

↓

保健師

栄養士

↓

動機づけ支援

1 回面接

栄養士

↓

ポイントの確認　（A のみの支援）

初回面接はポイントにならない

個別　5 分 20P　30 分以上でも 120P まで

電話　5 分 15P　20 分以上でも 60P まで

記録必須事項

①　訪問・面接月日、②面接者名　③支援形態　④面接時間（ポイント）

②　※訪問、面接回数は対象者の理解に応じて実施

初回面接から 6 ヶ月後確認（保・栄）終了

6 ヶ月後確認必須事項

①訪問・面接月日、②面接者名　③支援形態　④腹囲　⑤体重

特定健診保健指導データ管理システムに保健指導実施を入力し法定報告とする

（業務担当実施）

第３優先　　結果説明会

各行政区で自主的に開催する「健診結果説明会」において、

検査結果の見方や生活・食事との関連がわかるよう

過去 5 年の経年結果を使用し説明する

評価

それぞれに実施数、利用数、終了者数、かかりつけ医と連携し対応した人数等評価する

改善

メタボ該当者数、　予備群、糖尿病等の有病者・予備軍の評価、データの改善、リスク数の減少

支援方法の検証、改善策の検討

(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、川崎町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第 4 章　保健事業の内容

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

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

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては宮城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】

糖尿病性腎症病期分類（改訂）注1

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73m²）
第1期 （腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30以上注2
第2期 （早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）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。
川崎町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿アルブミン（定量）、尿蛋白（定量）検査を必須項目とし実施しているため腎機能（eGFR）の把握だけでなく、更に腎症病期の推測が可能となる。CKD 診療ガイド 2012 の病期分類にも対応可能である。
（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）

川崎町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療・中断者は 74人（39.2%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 280 人中のうち、特定健診受診者が115人（60.8%・G）であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 165 人（58.9%・Ⅰ）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 より川崎町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者（F）**

② 糖尿病治療中であったが**中断者（F）**

・・・合計 74 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（J）**・・・54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

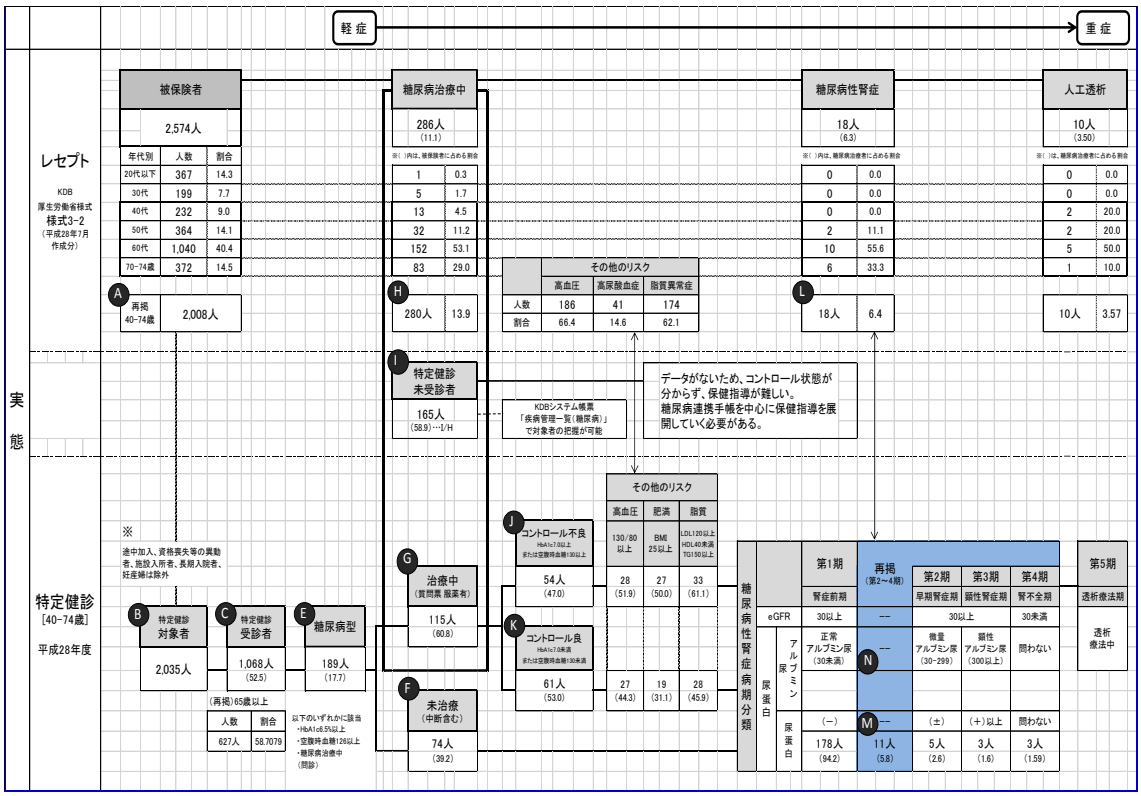
【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者・・・人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】



3） 対象者の進捗管理

（1）糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

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

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c　②血圧　③体重　④eGFR　⑤尿蛋白

（2）資格を確認する

（3）レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

（4）管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

（5）担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・〇人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・〇人

糖尿病管理台帳

（HbA1c6.5以上）

【対象者抽出基準】
過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度末年齢		項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考
1	野上	H24	57479				男	49	糖	服薬						Y医院受診し内服なし。食事・運動療法で経過観察中
										HbA1c	6.5	6.5	7.2	7.2	6.5	
									CKD	重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	
										GFR	73.9	76.3	77.8	78.3	76.8	
										尿蛋白	－	－	－	－	－	
2	中新町	H24	30767				男	51	糖	服薬						
										HbA1c	6.7				6.6	
									CKD	重症度分類	G2A1				G1A1	
										GFR	86.8				95.7	
										尿蛋白	－				－	
3	立野	H24	52876				男	52	糖	服薬						
										HbA1c	6.5	6.3	6.5	6.8	6.5	
									CKD	重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	
										GFR	75.3	69.6	74.4	68	73.6	
										尿蛋白	－	－	－	－	－	
4	前川東部	H24	124397				女	52	糖	服薬						Y医院で降圧剤を内服中。H28年の結果でDM薬開始
										HbA1c	6.7	6.3	6.6	7	8.2	
									CKD	重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	
										GFR	78.2	76.5	78.7	79.7	71.5	
										尿蛋白	－	－	－	－	－	
5	川内二	H24	81175				男	53	糖	服薬	○			○	○	
										HbA1c	6.6			6.2	5.8	
									CKD	重症度分類	G1A1			G2A1	G1A1	
										GFR	96.8			89.4	96.2	
										尿蛋白	－			－	－	
6	川内二	H24	82511				女	54	糖	服薬				○	○	
										HbA1c	9.1	7.4	10.2	6.2	6.4	
									CKD	重症度分類	G2A1	G1A1	G2A1	G2A1	G2A1	
										GFR	78.7	94.9	77.8	86.5	79.8	
										尿蛋白	－	－	－	－	－	
7	中新町	H24	26051				女	56	糖	服薬	○	○	○	○	○	
										HbA1c	6.7	6	6.3	6.5	6.7	
									CKD	重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	
										GFR	122.3	109.9	114.9	117.3	113.7	
										尿蛋白	－	－	－	－	－	
8	古関	H24	63177				男	56	糖	服薬						
										HbA1c	6.6		6.2	6.1		
									CKD	重症度分類	G2A3		G2A1	G2A1		
										GFR	88.1		61.7	63.5		
										尿蛋白	＋＋＋		－	±		
9	立野	H24	30503				男	57	糖	服薬	○	○	○	○	○	Y医院でDM薬（SU,BG,ﾁｱｿﾞﾘｼﾞﾝ）を内服中。H27健診後に食事により改善中
										HbA1c	7.3	8.4	8.6	9.2	7	
									CKD	重症度分類	G2A1	G2A2	G2A1	G1A1	G2A1	
										GFR	88.9	88.4	82.9	91.7	70.8	
										尿蛋白	－	＋	－	±	－	
10	中新町	H24	31810				男	57	糖	服薬						
										HbA1c	7.1	6.8	7.6	7.4	6.6	
									CKD	重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	
										GFR	73.2	66.1	71.5	78	69.1	
										尿蛋白	－	－	－	－	－	
11	前川東部	H24	35939				女	57	糖	服薬	○	○	○	○	○	医療機関をDM専門医に変え改善傾向（DPP4,BG,SU,ﾁｱｿﾞﾘｼﾞﾝ）
										HbA1c	7.9	6.3	7.7	8.3	7.3	
									CKD	重症度分類	G2A1	G1A1	G2A1	G2A1	G2A2	
										GFR	80.2	97.4	87.3	88.6	73.2	
										尿蛋白	－	－	－	－	＋	
12	野上	H24	58360				女	57	糖	服薬	○					
										HbA1c	8.8					
									CKD	重症度分類	G2A1					
										GFR	86.5					
										尿蛋白	－					
13	笹谷	H24	65587				男	57	糖	服薬	○		○			H26.9社保へ H27.8脳梗塞、心筋梗塞でQQ搬送。その後T病院で継続治療中
										HbA1c	10.1		13.9			
									CKD	重症度分類	G2A1		G2A3			
										GFR	75.1		71.5			
										尿蛋白	±		＋＋			
14	川内三	H24	85693				女	57	糖	服薬	○	○	○	○	○	
										HbA1c	7	7.9	7.9	8	8.9	
									CKD	重症度分類	G3aA1	G2A1	G2A1	G2A1	G3aA1	
										GFR	57.8	67.4	62.2	70	59	
										尿蛋白	－	－	－	－	－	
15	裏丁下	H24	165018				女	57	糖	服薬	○					治療中断を繰り返し,HbA1c11～13になる。生活や仕事に変化があるときに中断しやすい
										HbA1c	7.3					
									CKD	重症度分類	G2A1					
										GFR	73.5					
										尿蛋白	－					

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

【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
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ①　病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ②　自覚症状が乏しいので中断しがち 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	**未受診者の保健指導** 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？ 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）
食事療法・運動療法の必要性 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 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 〇合併症をおこさない目標　HbA1c 7．0%未満 〇食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 〇薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6．0%未満	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
薬物療法 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 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 ③血糖コントロール状況をみ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 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 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	23．薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ **薬が必要になった人の保健指導** 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（±）へは特定健診必須項目に尿アルブミン検査を追加実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

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

（2） 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては柴田郡医師会の基準、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（川崎版）に沿って行っていく。

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

〇HbA1cの変化

〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 ㎡以上低下）

〇尿蛋白の変化

〇服薬状況の変化

8） 実施期間及びスケジュール

8～9 月　対象者の選定基準の決定

9 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

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

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

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

（2） 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図にST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。川崎町において健診受診者人のうち心電図検査実施者は人（%）であり、そのうち ST 所見があったのは人であった（図表 30）。ST 所見あり人中のうち人は要精査であり、その後の受診状況をみると人は未受診であった（図表 31）。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

川崎町は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群が多い。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結果を有効活用する。

【図表 30】

【図表 31】

②　心電図以外からの把握

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

【図表 32】

3）保健指導の実施

（1）受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

（2） 二次健診の実施

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

（3） 対象者の管理

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

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

（1） 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、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

8～9 月　対象者の選定基準の決定

9 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

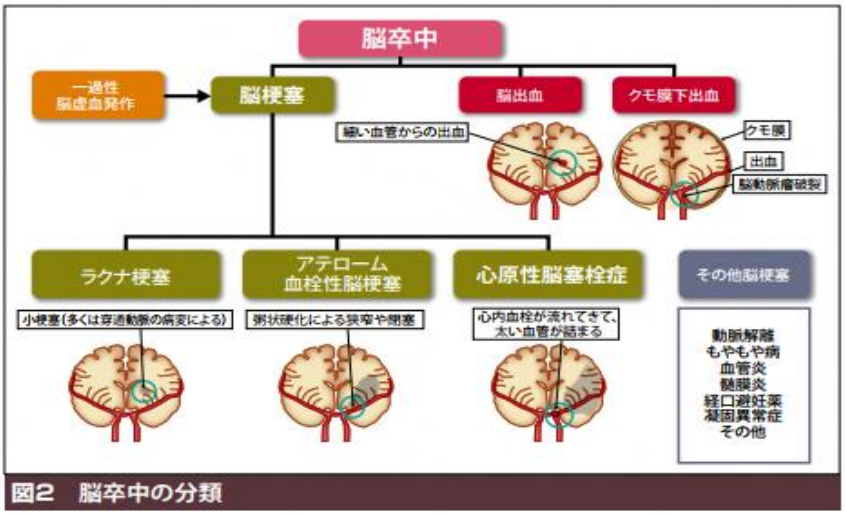
9 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3.　脳血管疾患重症化予防

1）基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】　　【図表 34】



（脳卒中予防の提言より引用）

脳血管疾患とリスク因子　　【図表 35】

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

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○		○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○			
	心原性脳梗塞	●						●		○		○			
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧		糖尿病		脂質異常（高LDL）		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上（治療中7.0%以上）		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満（70歳以上40未満）	
受診者数 996人		49人	4.9%	105人	10.5%	46人	4.6%	13人	1.3%	169人	17.0%	17人	1.7%	23人	2.3%
治療なし		28人	4.4%	64人	7.2%	45人	5.4%	3人	0.6%	41人	7.8%	3人	0.6%	4人	0.8%
治療あり		21人	5.8%	41人	37.6%	1人	0.6%	10人	2.1%	128人	27.4%	14人	23.0%	19人	4.1%
臓器障害あり		7人	25.0%	15人	23.4%	7人	15.6%	3人	100%	12人	29.3%	3人	100%	4人	100%
臓器障害ありのうち	CKD（専門医対象）	3人		0		1人		0		2人		3人		4人	
	尿蛋白(2+)以上	3人		0		0		0		0		3		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		1		0		0	
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	0		0		1		0		1		0		4	
	心電図所見あり	4人		15人		7人		3人		12人		1人		2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 49 人(4.9%)であり、28 人は未治療者であった。また未治療者のうち 7 人(25.0%)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 21 人(5.8%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

（2） リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

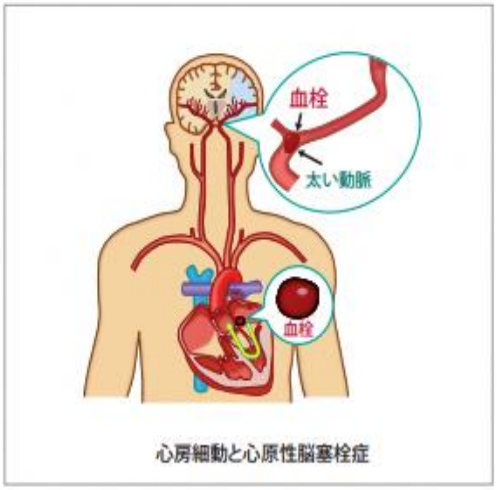
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層（血圧以外のリスク因子） ＼ 血圧分類（mmHg）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上	低リスク群 3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	中リスク群 1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	高リスク群 ただちに降圧薬治療
	583	222	117	130	87	23	4	5	35	74
		38.1%	20.1%	22.3%	14.9%	3.9%	0.7%	0.9%	6.0%	12.7%
リスク第1層	61	33	15	8	5 ④	0	0 ①	5	0	0
	10.5%	14.9%	12.8%	6.2%	5.7%	0.0%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	292	113	64	67	35 ③	12	1	--	35	13
	50.1%	50.9%	54.7%	51.5%	40.2%	52.2%	25.0%		100.0%	17.6%
リスク第3層	230	76	38	55	47 ②	11	3	--	--	61
	39.5%	34.2%	32.5%	42.3%	54.0%	47.8%	75.0%			82.4%
再掲（重複あり） 糖尿病	81	28	14	21	14	3	1			
	35.2%	36.8%	36.8%	38.2%	29.8%	27.3%	33.3%			
再掲（重複あり） 慢性腎臓病（CKD）	96	28	13	22	23	7	3			
	41.7%	36.8%	34.2%	40.0%	48.9%	63.6%	100.0%			
再掲（重複あり） 3個以上の危険因子	123	41	18	31	26	6	1			
	53.5%	53.9%	47.4%	56.4%	55.3%	54.5%	33.3%			

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

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

（3）心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

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

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査＊	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合　計	485	511	9	1.9	4	0.8	－	－
40歳代	39	33	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	70	70	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	253	292	8	3.2	1	0.3	1.9	0.4
70～74歳	123	116	1	0.8	3	2.6	3.4	1.1

＊日本循環器学会疫学調査（2006）による心房細動有病率

＊70～74歳の日本循環器学会疫学調査の値は同調査70～79歳値を引用

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		心房細動有所見者			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
13	100	3	23.1	10	76.9

心電図検査において 13 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 60 代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 13 人のうち 10 人は既に治療が開始されていたが、3人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見･早期介入するためにも心電図検査を受診者全員に実施している。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

（2） 二次健診の実施

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

（3） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

③ 心房細動の管理台帳

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

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

8～9月　対象者の選定基準の決定

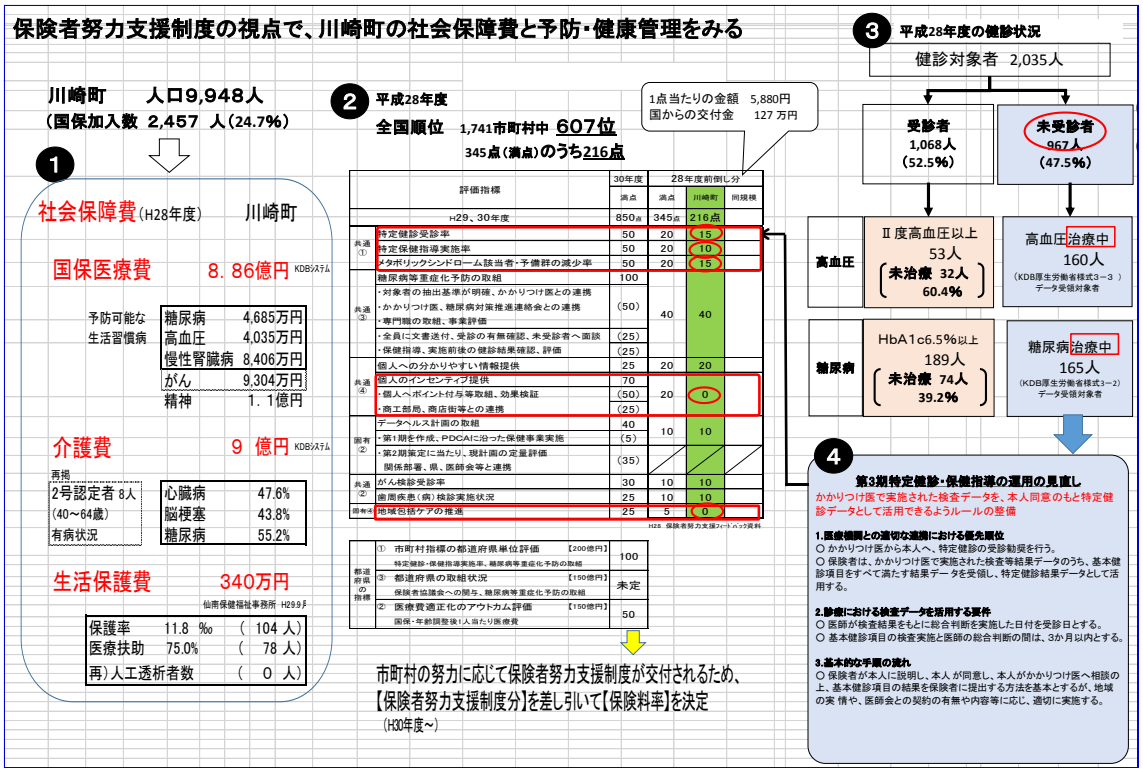
9月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、
対象者へ介入（通年）

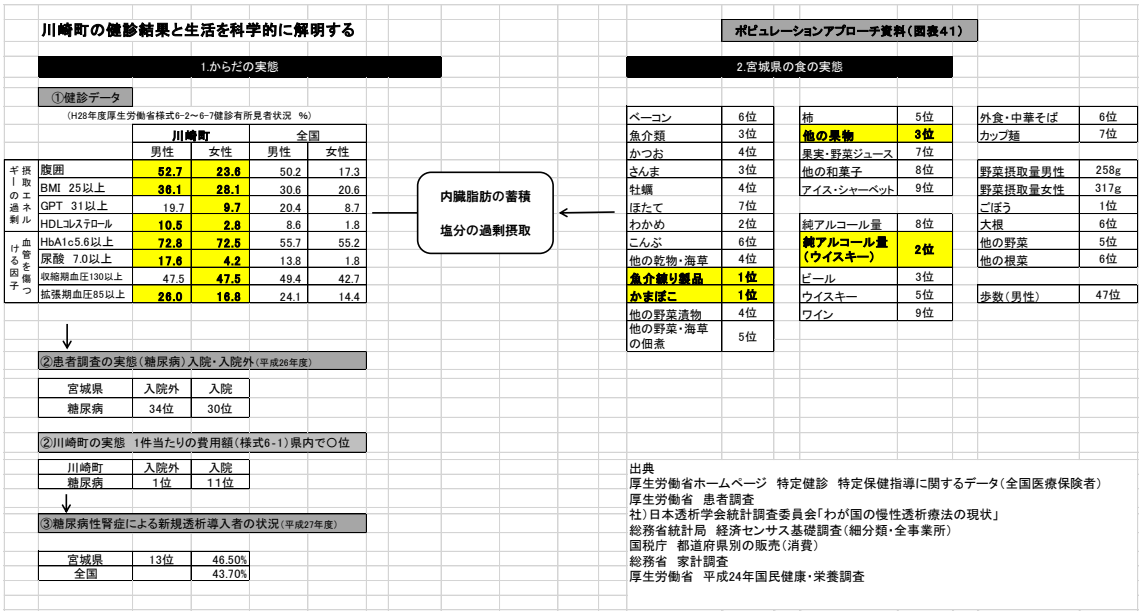
Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



第 5 章　地域包括ケアに係る取組

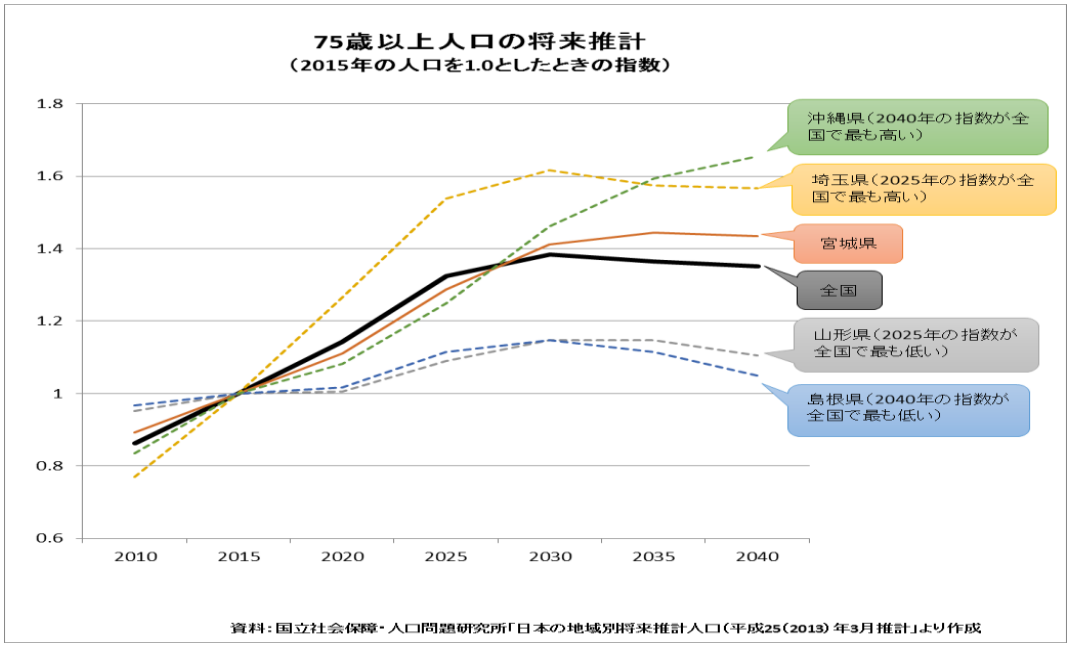
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

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

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

【図表 42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療·介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。（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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

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

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定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り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料１　様式 6-1　国・県・同規模平均と比べてみた川崎町の位置

参考資料２　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料３　糖尿病管理台帳

参考資料４　糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料５　様式 6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料６　虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料７　虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料８　血圧評価表

参考資料９　心房細動管理台帳

参考資料 10　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

【参考資料 1】

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた川崎町の位置

同規模市町村と比較して悪い値に◯、良いところに■、経年変化で上昇に▲、下降に▼をつけています。

項目					H25 川崎町 実数	H25 川崎町 割合	H28 川崎町 実数	H28 川崎町 割合	H28 同規模平均 実数	H28 同規模平均 割合	H28 県 実数	H28 県 割合	H28 国 実数	H28 国 割合	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口		9,948		9,948		1,815,204		2,314,241		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）	2,902	29.2	2,902	29.2	575,561	31.7	519,705	22.5	29,020,766	23.2	
				75歳以上	1,728	17.4	1,728	17.4			264,436	11.4	13,989,864	11.2	
				65～74歳	1,174	11.8	1,174	11.8			255,269	11.0	15,030,902	12.0	
				40～64歳	3,566	35.8	3,566	35.8			783,603	33.9	42,411,922	34.0	
				39歳以下	3,480	35.0	3,480	35.0			1,010,933	43.7	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業		12.5		12.5		18.4		5.1		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		31.3		31.3		25.5		22.6		25.2		
			第3次産業		56.2		56.2		56.1		72.2		70.6		
	③	平均寿命	男性		79.5		79.5		79.4		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		86.3		86.3		86.4		86.4		86.4		
	④	健康寿命	男性		65.6		65.6		65.2		65.4		65.2		
			女性		67.2		67.2		66.7		67.1		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	98.8		◯114.0 ▲		104.8		107.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	93.6		97.7 ▲		100.8		111.9		100		
			死因	がん	33	33.0	39	◯50.0 ▲	6,817	45.1	6,540	48.2	367,905	49.6	
				心臓病	31	31.0	15	■19.2 ▼	4,392	29.1	3,526	26.0	196,768	26.5	
				脳疾患	26	26.0	17	◯21.8 ▼	2,661	17.6	2,391	17.6	114,122	15.4	
				糖尿病	5	5.0	2	◯2.6 ▼	274	1.8	251	1.8	13,658	1.8	
				腎不全	2	2.0	3	◯3.8 ▲	548	3.6	408	3.0	24,763	3.3	
				自殺	3	3.0	2	■2.6 ▼	409	2.7	455	3.4	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		17	10.5									厚労省HP 人口動態調査
				男性	10	13.5									
				女性	7	8.0									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		518	17.4	533	■18.2 ▲	114,707	20.1	109,644	21.0	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	6	0.3	6	0.3	1,910	0.3	1,922	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者		14	0.5	8	■0.2 ▼	2,325	0.4	3,143	0.4	151,745	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		82	16.1	98	■16.3 ▲	25,164	21.2	28,341	24.6	1,343,240	21.9	
			高血圧症		269	49.9	259	■46.9 ▼	64,630	54.6	61,510	53.8	3,085,109	50.5	
			脂質異常症		108	19.2	78	■16.1 ▼	31,788	26.7	36,246	31.6	1,733,323	28.2	
			心臓病		299	55.4	288	■52.1 ▼	73,217	61.9	68,917	60.2	3,511,354	57.5	
			脳疾患		135	25.1	138	■25.4 ▲	33,089	28.2	28,609	25.3	1,530,506	25.3	
			がん		48	8.6	52	■9.5 ▲	11,629	9.7	11,956	10.3	629,053	10.1	
			筋・骨格		227	40.0	225	■39.6 ▼	63,583	53.7	55,426	48.4	3,051,816	49.9	
			精神		158	29.6	165	■32.2 ▲	43,915	37.0	41,064	35.8	2,141,880	34.9	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		75,712		◯83,791 ▲		70,593		57,798		58,349		
				居宅サービス	46,122		◯46,314 ▲		40,986		38,565		39,683		
				施設サービス	291,142		◯294,338 ▲		275,281		280,017		281,115		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	10,493		■8,154 ▼		8,458		6,993		7,980		
				認定なし	3,813		◯4,216 ▼		4,123		3,495		3,822		
4	①	国保の状況	被保険者数		2,973		2,457 ▼		493,770		549,807		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	894	30.1	980	39.9 ▲			217,432	39.5	12,462,053	38.2	
				40～64歳	1,306	43.9	933	38.0 ▼			185,181	33.7	10,946,693	33.6	
				39歳以下	773	26.0	544	22.1 ▼			147,194	26.8	9,178,477	28.2	
			加入率		29.9		24.7 ▼		27.8		23.8		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		2	0.7	2	0.8 ▲	144	0.3	142	0.3	8,255	0.3	
			診療所数		4	1.3	4	1.6 ▲	1,108	2.2	1,626	3.0	96,727	3.0	
			病床数		318	107.0	318	129.4 ▲	15,468	31.3	25,265	46.0	1,524,378	46.8	
			医師数		13	4.4	13	5.3 ▲	1,575	3.2	5,407	9.8	299,792	9.2	
			外来患者数		596.5		646.2 ▲		658.5		707.9		668.3		
			入院患者数		21.8		28.5 ▲		22.6		18.7		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		23,572	県内12位	◯29,350 ▲	県内5位 同規模58位	26,418		25,259		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		618.247		674.715 ▲		681.134		726.598		686.501		
			外来	費用の割合	57.5		50.0 ▼		56.6		61.6		60.1		
				件数の割合	96.5		95.8 ▼		96.7		97.4		97.4		
			入院	費用の割合	42.5		◯50.0 ▲		43.4		38.4		39.9		
				件数の割合	3.5		◯4.2 ▲		3.3		2.6		2.6		
			1件あたり在院日数		18.6日		◯18.5日 ▼		16.3日		15.4日		15.6日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		72,105,600	14.1	93,041,490	18.1 ▲	24.1		25.5		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）		110,678,150	21.6	84,061,510	◯16.4 ▼	9.1		11.4		9.7		
			糖尿病		51,995,950	10.1	46,840,420	9.1 ▼	10.2		10.7		9.7		
			高血圧症		54,221,670	10.6	40,336,520	7.8 ▼	9.2		9.6		8.6		
			精神		91,677,690	17.9	110,002,270	◯21.4 ▲	17.5		15.5		16.9		
			筋・骨格		80,400,550	15.7	80,582,240	15.7	16.1		13.6		15.2		

4	⑤	費用額（1件あたり） 県内順位 順位総数38 入院の（　）内は在院日数	入院	糖尿病	509,262	23位	(19)	590,899	11位	(18)								KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧	493,451	35位	(19)	585,327	23位	(18)								
				脂質異常症	415,334	38位	(22)	526,369	22位	(20)								
				脳血管疾患	548,239	31位	(23)	576,137	28位	(22)								
				心疾患	491,095	36位	(16)	574,904	32位	(20)								
				腎不全	603,843	26位	(24)	667,799	24位	(23)								
				精神	443,631	18位	(28)	477,161	8位	(27)								
				悪性新生物	558,236	38位	(16)	578,197	35位	(14)								
			外来	糖尿病	46,642	1位		41,361	1位									
				高血圧	33,072	1位		30,982	13位									
				脂質異常症	29,067	1位		26,660	20位									
				脳血管疾患	43,615	6位		39,849	10位									
				心疾患	43,608	12位		37,909	35位									
				腎不全	225,039	4位		191,818	18位									
				精神	39,290	1位		33,845	5位									
				悪性新生物	44,371	26位		48,496	30位									
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	4,009			4,651			2,768		2,345		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	4,193			10,330			12,339		13,031		12,683		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	17,519			12,694			7,719		6,297		5,940		
				健診未受診者	18,320			28,193			34,410		34,995		36,479		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		728	65.0		629	62.0		81,971	56.9	92,642	53.3	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	621	55.4		559	55.1		74,352	51.6	84,011	48.4	3,799,744	51.6	
				医療機関非受診率	107	9.6		70	6.9		7,619	5.3	8,631	5.0	316,786	4.3	
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数38	健診受診者		1,120			1,015			143,970		173,721		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
	②		受診率		55.1	県内6位		57.5	県内6位 同規模18位		41.0		45.6	全国2位	34.0		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		40	20.4		71	50.7		1499	8.1	981	4.0	35,557	4.1	
	④		非肥満高血糖		60	5.4		75	7.4		14,201	9.9	25,305	14.6	687,157	9.3	
	⑤		メタボ	該当者	220	19.6		178	17.5		25,927	18.0	35,880	20.7	1,272,714	17.3	
				男性	155	27.6		130	25.6		18,053	27.1	24,011	31.8	875,805	27.5	
				女性	65	11.6		48	9.5		7,874	10.2	11,869	12.1	396,909	9.5	
	⑥			予備群	160	14.3		159	15.7		16,553	11.5	18,670	10.7	790,096	10.7	
				男性	109	19.4		103	20.3		11,535	17.3	12,781	16.9	548,609	17.2	
				女性	51	9.1		56	11.0		5,018	6.5	5,889	6.0	241,487	5.8	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	436	38.9	388	38.2		47,928	33.3	59,938	34.5	2,320,533	31.5	
	⑧				男性	296	52.8	268	52.8		33,271	49.9	40,205	53.2	1,597,371	50.1	
	⑨				女性	140	25.0	120	23.7		14,657	19.0	19,733	20.1	723,162	17.3	
	⑩			BMI	総数	68	6.1	51	5.0		8,649	6.0	9,555	5.5	346,181	4.7	
	⑪				男性	11	2.0	6	1.2		1,438	2.2	1436	1.9	55,460	1.7	
	⑫				女性	57	10.2	45	8.9		7,211	9.3	8,119	8.3	290,721	7.0	
	⑬			血糖のみ		5	0.4	13	1.3		1,116	0.8	1,737	1.0	48,685	0.7	
	⑭			血圧のみ		119	10.6	118	11.6		11,683	8.1	12,782	7.4	546,667	7.4	
	⑮			脂質のみ		36	3.2	28	2.8		3,754	2.6	4,151	2.4	194,744	2.6	
	⑯			血糖・血圧		35	3.1	30	3.0		4,665	3.2	6,337	3.6	196,978	2.7	
	⑰			血糖・脂質		17	1.5	12	1.2		1,419	1.0	2,624	1.5	69,975	1.0	
	⑱			血圧・脂質		110	9.8	83	8.2		12,004	8.3	13,731	7.9	619,684	8.4	
	⑲			血糖・血圧・脂質		58	5.2	53	5.2		7,839	5.4	13,188	7.6	386,077	5.2	
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧		380	33.9	364	35.9		51,055	35.5	62,421	35.9	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		95	8.5	110	10.8		12,000	8.3	13,937	8.0	551,051	7.5	
				脂質異常症		157	14.0	173	17.0		32,128	22.3	44,914	25.9	1,738,149	23.6	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		28	2.5	20	2.1		4,464	3.2	5,571	3.2	230,777	3.3	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		44	4.0	46	4.8		7,897	5.7	10,938	6.4	391,296	5.5	
				腎不全		2	0.2	0	0.0		1,763	1.3	1,044	0.6	37,041	0.5	
				貧血		29	2.6	9	0.9		11,617	8.5	15,839	9.2	710,650	10.1	
	③		喫煙			223	19.9	193	19.0		22,417	15.6	26,365	15.2	1,048,171	14.2	
	④		週3回以上朝食を抜く			73	6.6	65	6.9		10,140	7.6	12,245	7.1	540,374	8.5	
	⑤		週3回以上食後間食			128	11.6	79	8.3		17,461	13.1	14,105	8.2	743,581	11.8	
	⑥		週3回以上就寝前夕食			220	19.9	182	19.2		21,902	16.5	31,279	18.2	983,474	15.4	
	⑦		食べる速度が速い			279	25.3	220	23.2		36,107	27.2	40,511	23.6	1,636,988	25.9	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			416	37.7	325	34.3		44,552	33.4	57,713	33.6	2,047,756	32.1	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			725	65.7	630	66.5		87,774	65.8	102,035	59.4	3,761,302	58.7	
	⑩		1日1時間以上運動なし			420	38.1	406	42.8		64,466	48.5	67,524	39.3	2,991,854	46.9	
	⑪		睡眠不足			290	26.3	256	27.0		31,141	23.6	38,118	22.2	1,584,002	25.0	
	⑫		毎日飲酒			292	26.5	256	27.0		35,843	26.0	42,884	25.2	1,760,104	25.6	
	⑬		時々飲酒			238	21.6	191	20.1		29,415	21.3	40,659	23.9	1,514,321	22.0	
	⑭		一日飲酒量	1合未満		251	45.9	238	49.6		55,592	59.9	73,020	59.7	3,118,433	64.1	
				1～2合		200	36.6	169	35.2		24,370	26.3	34,253	28.0	1,158,318	23.8	
				2～3合		76	13.9	57	11.9		9,606	10.4	12,310	10.1	452,785	9.3	
				3合以上		20	3.7	16	3.3		3,225	3.5	2,630	2.2	132,608	2.7	

【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　　A町　H28年度

H29.9.21

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB_厚生労働省様式様式3-2（平成28年7月作成分）

被保険者：10,205人

年代別	人数	割合
20代以下	2,881	28.2
30代	1,128	11.1
40代	1,272	12.5
50代	1,371	13.4
60代	2,608	25.6
70-74歳	945	9.3

糖尿病治療中：730人（7.2）

※（ ）内は、被保険者に占める割合

8	1.1
15	2.1
33	4.5
123	16.8
383	52.5
168	23.0

糖尿病性腎症：90人（12.3）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
1	1.1
2	2.2
16	17.8
48	53.3
23	25.6

人工透析：19人（2.60）

※（ ）は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
0	0.0
0	0.0
4	21.1
12	63.2
3	15.8

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	520	137	516
割合	73.6	19.4	73.0

A 再掲 40-74歳：6,196人

H：707人　11.4

L：89人　12.6

L：19人　2.69

I 治療中（質問票 服薬有）：489人（69.2）…I/H

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

特定健診［40-74歳］

平成28年度

保健事業ネット
H28年度国保40-74歳
H29.9.8時点データ
・あなみツール(②-1)

B 特定健診対象者：6,159人

C 特定健診受診者：2,501人（40.6）

E 糖尿病型：318人（12.7）

（再掲）65歳以上

人数	割合
1,366人	54.6182

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中
（問診）

G 治療中（質問票 服薬有）：218人（68.6）

F 未治療（中断含む）：100人（31.4）

J コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上：108人（49.5）

K コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満：110人（50.5）

	その他のリスク		
	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	60（55.6）	58（53.7）	65（60.2）
K	49（44.5）	53（48.2）	54（49.1）

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白 アルブミン尿		正常アルブミン尿（30未満）	N --	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白 尿蛋白		（－）	M --	（±）	（＋）以上	問わない	
		246人（77.4）	72人（22.6）	32人（10.1）	35人（11.0）	5人（1.57）	

【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	**糖尿病管理台帳の全数(Ⓐ+Ⓑ)**　(　　)人 Ⓐ健診未受診者　(　　)人 結果把握(内訳) ①国保(生保)　(　　)人 ②後期高齢者　(　　)人 ③他保険　(　　)人 ④住基異動(死亡・転出)　(　　)人 ⑤確認できず　(　　)人 ①-1　未治療者(中断者含む)　(　　)人 ＊対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析 ●がん 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	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
保健指導の優先づけ	Ⓑ結果把握　(　　)人 ①HbA1c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 ②尿蛋白（－）　(　　)人 （±）　(　　)人 （＋）～顕性腎症　(　　)人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下　(　　)人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下　(　　)人	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	尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医

様式6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

		項目	突合表	保険者 H28年度 実数	保険者 H28年度 割合	保険者 H29年度 実数	保険者 H29年度 割合	保険者 H30年度 実数	保険者 H30年度 割合	同規模保険者 実数	同規模保険者 割合	データ元
1	①	被保険者数	A	92,018人								KDB厚生労働省様式様式3-2
		（再掲）40才-74歳		57,492人								
2	①	特定健診	B									あなみツール ②_1 集計ツール _2017.7(DM腎症（レセ×健診）
		健診対象者数		57,492人								
	②	健診受診者数	C	19,424人								
	③	健診受診率		33.8%								
3	①	特定保健指導										市町村国保 特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書
		保健指導対象者数		2,816人								
	②	実施率		47.9%								
4		健診データ										特定健診結果
	①	糖尿病型	E	2,434人	12.50%	人	%	人	%	人	%	
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	925人	38.0%	人	%	人	%	人	%	
	③	治療中（質問票 服薬有）	G	1,509人	62.0%	人	%	人	%	人	%	
	④	コントロール不良（HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上）	J	879人	58.3%	人	%	人	%	人	%	
	⑤	血圧　130/80以上	J	503人	57.2%	人	%	人	%	人	%	
	⑥	肥満　BMI25.0以上	J	517人	58.8%	人	%	人	%	人	%	
	⑦	コントロール良（HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満）	K	632人	41.9%	人	%	人	%	人	%	
	⑧	糖尿病病期分類										
		尿蛋白（-）　第1期	M	1,660人	68.2%	人	%	人	%	人	%	
	⑨	（±）　第2期	M	373人	15.3%	人	%	人	%	人	%	
	⑩	（+）以上　第3期	M	375人	15.4%	人	%	人	%	人	%	
	⑪	eGFR（30未満）　第4期	M	28人	1.2%	人	%	人	%	人	%	
5	①	レセプト										KDB厚生労働省様式様式3-2
		糖尿病受療率（人口10万人対）		人	%	人	%	人	%	人	%	
	②	入院外		人	%	人	%	人	%	人	%	
	③	入院		人	%	人	%	人	%	人	%	
	④	糖尿病治療中	H	6,209人	6.7%	人	%	人	%	人	%	
	⑤	（再掲）40才-74才	H	6,071人	10.6%	人	%	人	%	人	%	
	⑥	健診未受診者	I	4,562人	75.1%	人	%	人	%	人	%	
	⑦	糖尿病性腎症	L	560人	9.0%	人	%	人	%	人	%	
	⑧	（再掲）40才-74才		553人	9.1%	人	%	人	%	人	%	
	⑨	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		215人	3.5%	人	%	人	%	人	%	
	⑩	（再掲）40才-74才		213人	3.5%	人	%	人	%	人	%	
	⑪	新規透析患者数		人	%	人	%	人	%	人	%	
	⑫	（再掲）糖尿病性腎症										
	⑬	後期高齢者（糖尿病治療中に占める割合）		170人	2.3%							
6	①	医療費　総医療費 a		257.4億円		億円		億円		億円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 同規模保険者比較
	②	生活習慣病総医療費 b		144.7億円		円		円		円		
	③	（総医療費に占める割合） b/a		56.2%								
	④	生活習慣病対象者 1人当たり　健診受診者		5,925円								
	⑤	生活習慣病対象者 1人当たり　健診未受診者		38,754円		円		円		円		
	⑥	糖尿病医療費 c		8.9億円		円		円		円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合） c/b		6.2%		%		%		%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		34.6億円		円		円		円		
	⑨	1件当たり		41,908円		円		円		円		
	⑩	糖尿病入院総医療費		25.1億円		円		円		円		
	⑪	1件当たり		632,202円		円		円		円		
	⑫	在院日数		18日		日		日		日		
	⑬	慢性腎不全医療費										
	⑭	透析有り		23.6億円		円		円		円		
	⑮	透析なし		0.98億円		円		円		円		
7	①	介護　介護給付費		217億円		円		円		円		KDB 同規模保険者比較 要介護（支援）者認定状況
	②	（再掲）2号認定者の有所見										
		糖尿病合併症		12.7%		%		%		%		
8	①	死亡　死因別死亡者数								人		KDB 地域の全体像の把握
		糖尿病		28人	2.1%	人		人		人		

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なりやリスクの期間で推測)

問診

- □**年齢・性別**（男45歳以上/女55歳以上）
- □**家族歴**（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死 ②若年発症の虚血性心疾患 ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- □**既往歴**（一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患）
- □**喫煙** → NO不活化等 → 冠動脈のれん縮
- □**ストレス**（職場環境、生活リズムの変化など ） → 交感・副交感神経のバランスのくずれ → 冠動脈の狭窄
- □**閉経**（ 歳） → エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下 → 冠動脈の狭窄

＋

健診

- □**20歳の体重（15%以上の増加）**
- **内臓脂肪の蓄積** → 高中性脂肪・低ＨＤＬ / 血圧高値 / 耐糖能異常・高血糖
- □**メタボリックシンドローム**（高インスリンの期間を予測） → 大血管障害要因 → プラークの形成
- □**糖尿病** → インスリン枯渇により移行 → プラークの形成
- □**高血圧** → プラーク破裂促進要因 → プラークの形成
- □**高LDLコレステロール** → 大血管障害要因 → プラークの形成
- □**CKD** → 特にG3a以降は心血管リスクが高い → プラークの形成

プラークの形成

- ❶狭窄が50%以下でもプラークの破綻を起こすことがある（不安定プラーク）
  ＊特にメタボ症は不安定プラークを形成しやすい
- ❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → 心筋壊死

心電図

- □**所見あり**
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □**所見なし** → 自覚症状
- 自覚症状 → □**あり**

症状

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

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（３ヶ月後・半年後・１年後）

→ **精密検査** → □**狭心症**

- □**労作性狭心症**
- □**異型（冠れん縮）狭心症**
- □**不安定狭心症**

→ □**急性心筋梗塞**

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

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時関係なく		
症状の期間	3週間以上 同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも寛解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □７５ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT
- □心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況		対象者
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク	
① 心電図	心電図所見なし	□ＳＴ変化	⑤ 重症化予防対象者
		□その他所見	
② 問診	自覚症状なし	症状 □労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） □安静時にも胸に違和感、締め付け □以前にも同じような症状があった □頸、肩、歯の痛み □冷汗、吐き気がある	
	□家族歴 □既往歴・合併症 □喫煙 □アルコール □運動習慣 □睡眠習慣 □家庭血圧		発症予防対象者
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。		

判定			正常	軽度	重度	追加評価項目
□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～		
	□HDL-C		40～	35～39	～34	
	□nonHDL−C		～149	150～169	170～	
	□ALT		～30	31～50	51～	
	□γ−GT		～50	51～100	101～	
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75ｇ糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199	200～	
	□HbA1c		～5.5	5.6～6.4	6.5～	
	□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84	85～89	90～	
	□尿酸		～7.0	7.1～7.9	8.0～	
④ □LDL-C			～119	120～139	140～	□角膜輪/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		

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

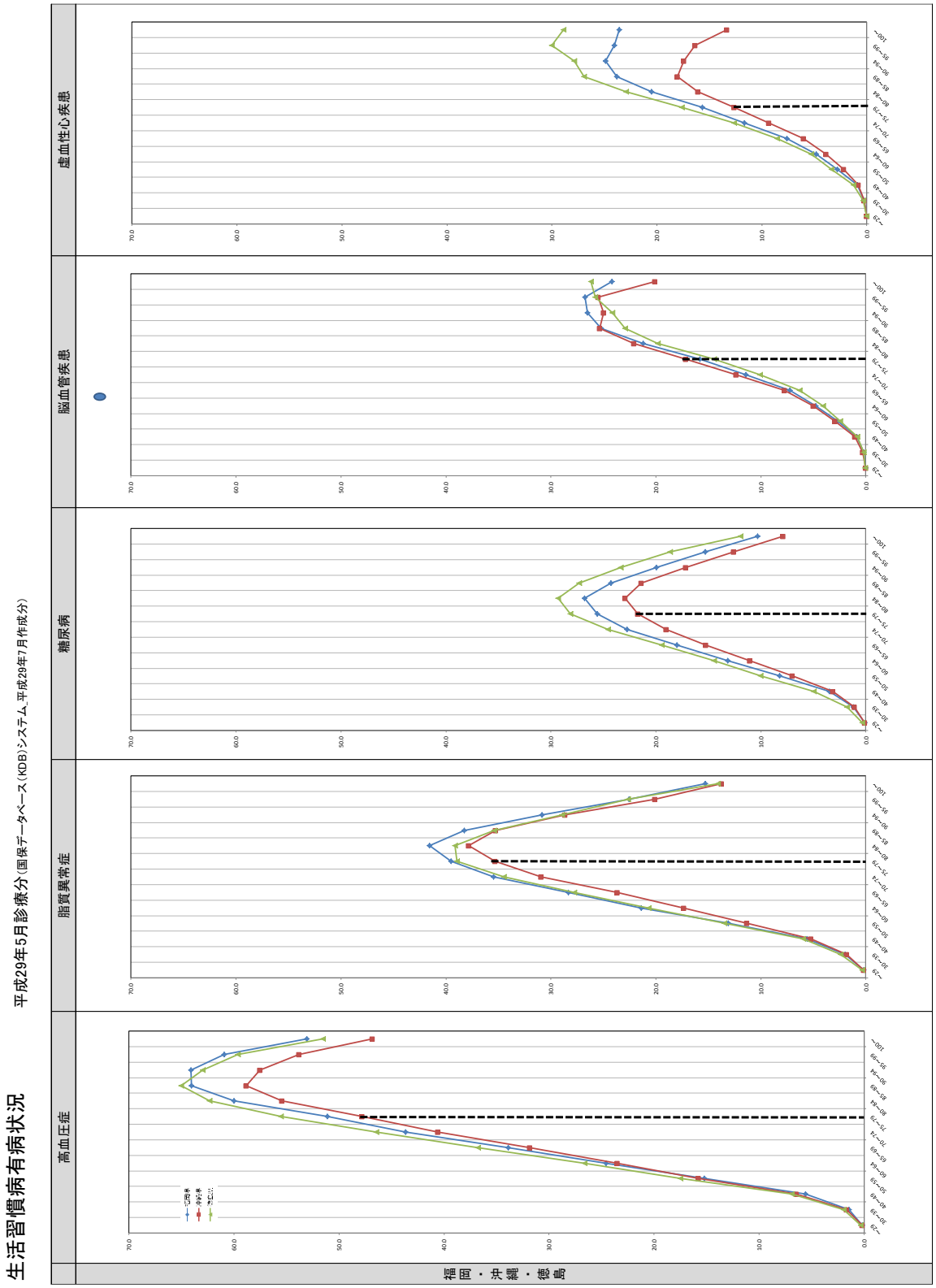
血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
												H24			H25			H26			H27			H28		
	記号	番号				メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
												H26年度					H27年度					H28年度				
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考


生活習慣病有病状況
平成29年5月診療分（国保データベース（KDB）システム、平成29年7月作成分）
高血圧症
脂質異常症
糖尿病
脳血管疾患
虚血性心疾患
福岡・沖縄・徳島

【参考資料 11】

様式 1

平成29年度に向けての全体評価

課題・目標	評価（良くなったところ）①プロセス（やってきた実践の過程）	評価（良くなったところ）②アウトプット（事業実施量）	評価（良くなったところ）③アウトカム（結果）	評価（良くなったところ）④ストラクチャー（構造）	⑤残っている課題
目標 ○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○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	**未受診者対策** ○特定健診 ・保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続受診対策中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診、生活習慣病未治療者に対して受診勧奨訪問を行った。 ・未受診の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会で、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。 ⇩ ・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どのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・35歳健診の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み等ポピュレーションアプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も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民にするだけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。	**未受診者対策** ○医療機関説明会実施状況 ○個々の医療機関へのアプローチ状況 ○未受診者訪問実施状況 ○ポピュレーション実施状況 ○早期介入保健指導実施状況	**未受診者対策** ○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 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 ○行ったポピュレーション毎の結果（例えば地区毎の受診率等） ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況	○業務分担制（成人3担当） 未受診者対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている。両方の取り組みは切り離して考えられない。また、計画立案、評価実施しているが、3担当での共通認識が十分図れていない。 ○地区担当制もとっているが、十分に機能していない。 ○重症化予防対策を取り組んでいく上で、栄養士の役割は重要である。今後の栄養指導状況、対象者数等によって、栄養士の確保も検討が必要となる。 ○通常業務の時間帯では、アプローチしても会えない人がいる。不在票等活用しているが、そのままになった人で、さらに重症化してしまっている。業務時間の検討。 ○医師会との会議等の連携は進んできている。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、ひとつひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていくようにする。（いろんな医療機関との関わりを活用していく。）	**全体** ○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年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。 ○事業実施等ばらばらにならないように、成人3担当で話し合いをし、共通認識を図っていく。 **未受診者対策** ○医療機関への協力依頼の検討（医療機関数が多いので、優先的に実施していく医療機関の選定基準、実施方法等の検討） ○未受診者訪問の対象者の検討（全くの未受診者、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）
未受診者対策 ◆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) ◆医療機関の協力等による取り組み ○早期介入保健指導事業 ◆対象者の設定、評価方法等検討	**重症化予防対策** ・重症化予防対象者として、今までは未治療者を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診後できるだけ早期に介入していくようにした。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。 ・保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に任されていたり、共通認識十分図れていない現状がある。 ⇩ ・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみていく必要がある。そのために、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながると思う。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。 ・若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防の必要な人がいる。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについて（健診結果の悪い状態まま、悪化して国保へ加入してくる？働けなくなってから等・・・。医療費抑制等考えたり、市民ということを考えると・・・）の対策は必要。他保険者であっても、健診結果を持参し、保健指導を希望される方には実施していく。	**重症化予防対策** ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導（所内、訪問）実施状況 ○他保険者に対する保健指導実施状況	**重症化予防対策** ○保健指導実施者の翌年の健診結果状況 ○保健指導後の受診（服薬、検査等）状況 ○経年評価（評価項目毎）集団、個別両方 ○健診結果の状況（各対象者毎の高値割合減少状況） ○重症化予防対象者数（3疾患治療なしの者）		**重症化予防対策** ○対象者の検討。（単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等） ○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）
重症化予防対策 ◆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(特定保健指導、健康づくり担当が分かれており、ばらばらになってしまう。 ◆評価指標の検討。					
医療とのつながり ◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、進んでいないのが現状。 ◆試験的事業の中で、個々の連携等について実践を通じて、検討していく。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。	**医療とのつながり** ・CKD連携様式の作成を行ったが、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、連携を考えていく上で、医療機関と「顔の見える連携」となると難しい。さらに、一歩進めるために、対象者の方に同意を得られた場合にかかりつけ医等に直接保健センターから連絡がとれるような流れを医師会と検討した。 ・医療機関連携のシステムを検討していく中で、委員の先生より提案があり、試験的事業として、何例か事例を通じて医療機関連携をしながら、重症化予防を実施してみることになった。今後、この取り組みが好事例として全体へと広がっていけるようにしていく。 ・未受診者対策含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。	**医療とのつながり** ○CKD連携様式使用状況 ○個々の医療機関との連携状況 ○試験的事業の実施状況 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況	**医療とのつながり** ○CKD連携様式にてすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） ○試験的事業の実施状況（対象者の検査値、受診行動、生活状況等） ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況（受診者数の変化等）		**医療とのつながり** ○試験的事業等個々の事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく。

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

表　2

平成29年度 課　題

目　標

○特定健診受診率
H29年度目標60%
○特定保健指導実施率
H29年度目標60%
○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。

全　体

◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。
◆成人3担当で評価、計画等共通認識を図る。

未受診者対策

◆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

○35歳健康診査
◆対象者に個人通知を行っても、健診受診しよう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な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がったかどうかの評価方法について検討する必要がある。

重症化予防対策

◎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。
・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。
・糖尿病管理台帳の活用について
・CKD重症度分類のレベルによっては、栄養指導が重要であるが、なかなか栄養指導までつながっていない。

◎評価方法の検討
・保健指導の評価可能な指標（アウトカム評価）

医療とのつながり

◎個々の医療機関との連携が難しい。評価委員会からのアドバイスにも「顔のみえる連携」をとのことだったが・・・今後検討が必要。

評価（良くなったところ）

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）

全　体

○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。
○成人3担当にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。

未受診者対策

○取り組み
・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に増やし実施。
・糖尿病管理台帳を活用し、3年間未健診・未治療者への受診勧奨訪問。
・医療機関への働きかけとして
①がん検診医療機関説明会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。
②医療機関（90カ所）へ個別に訪問し、重症化予防、特定健康診査の受診勧奨の協力依頼を実施。
・早期介入健診の対象年齢を39歳に変更。

⇩

・未受診者訪問の対象者年齢を検討し、いかに受診してもらうようにしていくかが今後の課題。受診勧奨訪問を行うことで若干の受診率向上とはつながっている。
・糖尿病管理台帳の活用を活用し、継続受診、治療となるように関わっていく。
・医療機関への個別訪問を実施し、少しずつだが、顔の見える関係づくりができるように取り組みはじめた。今後も継続し、医療機関数も増加していきながら実施していくことが重要である。
・39歳健診については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。

重症化予防対策

・PDCAサイクルに基づき計画を立案し、年度当初に成人3担当にて共通認識を図った。（表1）（表2）
・対象者選定について検討し、評価指標について疾患毎で設定。また、それに合わせて保健指導内容も検討した。（表3）
・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経年管理を行っていくようにした。
・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認（受診状況等）し、未受診者には再アプローチを行っていく。
・栄養指導の強化として、糖尿病性腎症病期分類第3期以降の方に栄養指導を実施していく。
・医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。
・医療機関へ個々に訪問。

⇩

・年度当初に前年度からの課題等を共有し、今年度の計画を確認していくことで、人事異動があったり、担当が変更があったりしても、継続した取り組みとなる。
・糖尿病管理台帳の活用し、整理していく中で、見えてくる対象者がある。一定の関わりについては決めているが、地区毎で優先順位を見ながら関わっていける。
・栄養指導に関しては、今後検討していきながらすすめていく。
・医療連携の個別訪問に関しては、少しずつだがすすめていき、継続していくことが重要と感じた。

医療とのつながり

・個々の医療機関に訪問し、未受診者対策、重症化予防対策（糖尿病重症化プログラムの実施）の協力依頼を実施。（90カ所）
・連携様式、糖尿病連携手帳を活用していく。
・医療機関連携システムを検討していく試験的事業をすすめていく。

⇩

・個々の医療機関に訪問し、直接説明していく中で、先生方の考え等を聞く機会となった。直接話をしていくことで、少しでも取り組みを理解していただけるし、協力していただける医療機関が増えていくと実感した。今後、取り組み継続していくにあたって検討が必要である。
・連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を数値にて評価していくようにする。

②アウトプット（事業実施量）

未受診者対策

○医療機関へのアプローチ
・がん検診医療機関説明会にて、特定健診の受診について協力依頼する。

回数	医療機関数
4回	185

・個々の医療機関へ訪問。（90カ所）

○未受診者訪問
・前々年度保健指導実施者で前年度未受診者へ訪問。
・40、65、67歳未受診・未治療へ受診勧奨訪問を実施。
・糖尿病管理台帳の3年間未受診・未治療者へ訪問。

対象者	アプローチ方法	対象者数
①	訪問	188人
②	通知	70人
③	電話	未
④	訪問	856人

○39歳健康診査
（H29.9.4　現在）
◆対象者選定し、個人通知。
・39歳健診対象者468名に通知し、81名（17.3%）の申込みあり。
◆受診結果により、保健指導実施。
・81名申込者のうち、69名（85.2%）が受診し、保健指導65名に実施。

重症化予防対策

◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。
◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。（まずは未受診・未治療者へ受診勧奨）
◆医療機関へ個別訪問の実施。

医療とのつながり

◆医療機関連携を進めていくための会議を開催。試験的事業として、何例か取り組みを実施し、医療機関連携を具体的に進めていくように検討中。
◆医療機関に個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼をした。

③アウトカム（結　果）

＊＊未受診者対策　＊＊
○特定健診受診率向上のために、既存事業を活用し、治療中で健康診査未受診者への受診をすすめてもらうために、医療機関説明会で協力依頼を行った。ちらしの配布依頼、ポスター掲示の協力はしてもらっていたが、医療機関より、少しでも声かけ等行っていただき、継続していく。来年度から健診の変更等もあるので、より機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、協力を得ていく必要がある。
○40、65、67歳で全くの健診未受診で、生活習慣病での未治療者に対して、受診勧奨訪問を行った。職場等で健診を受診しているという方もおられ、その方達の健診結果を有効活用していかなければいけない。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのように保健指導していくと効果があるか検討が必要。
○糖尿病管理台帳台帳から見えてきた重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。
○前年度35歳健康診査の受診者へ事後フォローとして、簡易ではあるが健康チェックができる「20・30歳代の健康チェック」の案内通知を行い、参加状況にて評価実施する。参加者は少なかった。受診者の中には、特定健診の項目でも簡易だったとの感想もあり、今回の健康チェック内容では、魅力がなかったのかもしれない。継続した健康チェックのの必要性等どう伝えていくか等課題がある。
○39歳健診と対象者を変更した。申し込み率等は年齢等変更してもあまり変わらない。若年層への健診の必要性等どう伝えていくか等課題がある。

＊＊重症化予防対策＊＊
○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わることができる。今年度は、3年間未健診・未受診者訪問を実施していくことからはじめた。今後、地区毎での課題も見えてくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要となってくる。
○医療連携の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。（今回、個別訪問し、保健センターから医療機関に情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介するなどの場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中）
○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。
○今年度からの重症化予防の保健指導後評価も作成したので、これから実践していく。

＊＊医療とのつながり＊＊
○医療機関との試験的事業は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。
○医療連携の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。（今回、個別訪問し、保健センターから医療機関に情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介するなどの場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中）
○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。

④ストラクチャー（構　造）

⑤残っている課題