

第 2 期大鹿村保健事業実施計画
(データヘルス計画)
中間評価

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画) 目次

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	3
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2期計画に係る中間評価及び考察と健康課題の明確化	9
1.第2期計画に係る中間評価及び考察	
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
1.保健事業の方向性	
2.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	
3.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	41
第6章 計画の評価・見直し	43
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	44
参考資料	45

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度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。

大鹿村においては、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と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。

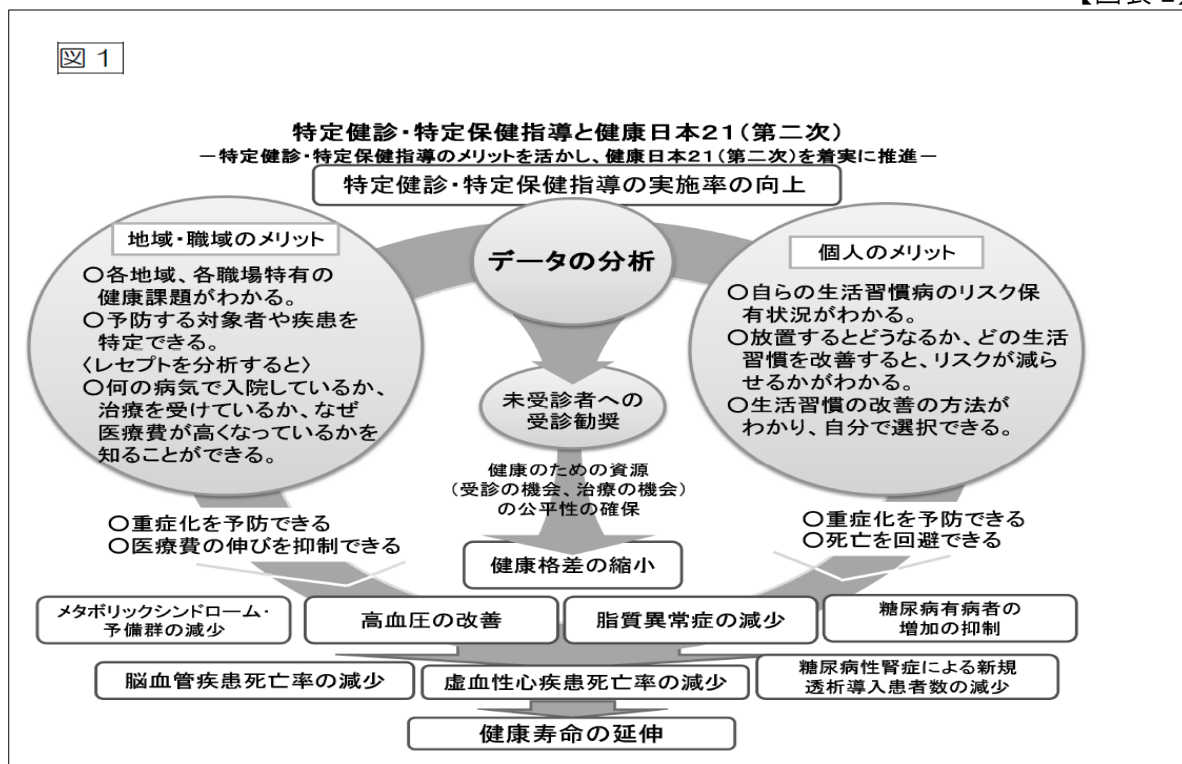
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、長野県健康増進計画や長野県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【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

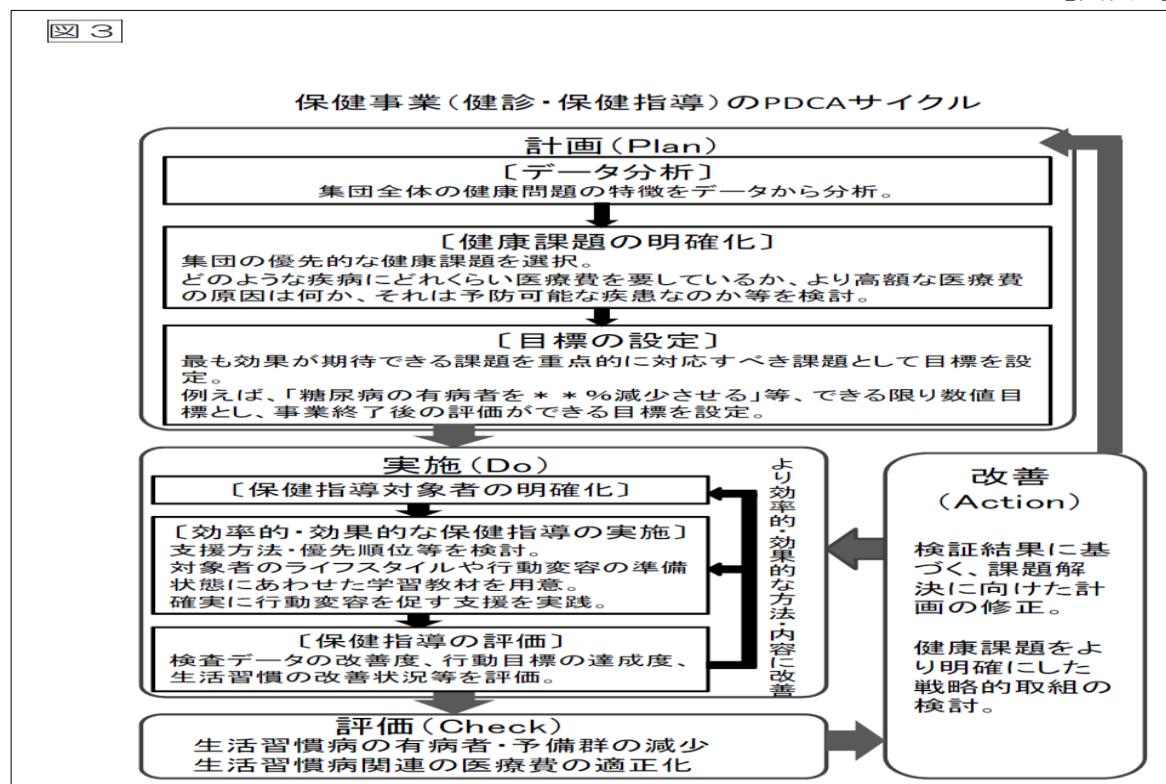
2017.10.11

※ 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6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 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6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	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28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抑え 、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 を理念としている	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き、 良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保 を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において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果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 、 若壮年期 、 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 腎臓小脳変性症、脊髄管狭窄症 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 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 がん 精神疾患	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 特定健診に係る項目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発透析導入患者数） 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適切な食生活と食の安全をとる 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	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健診結果の活用 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 外米 ①一人あたり外米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 ④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区分】を減額し、保険料率決定 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	



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、長野県における医療費適正化計画や医療計画が平成 30 年度から令和 5 年度(2023 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 年度から令和 5 年度(2023 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) 関係部局の役割

大鹿村においては、保健福祉課保健医療係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に同系の保健師等の専門職と連携をして、村一体となって計画策定を進めていく。

また、保健福祉課内の福祉係、総務課企画財政係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。具体的には、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、村の国保運営協議会、健康づくり推進協議会等と連携・協力を行う。

各外部有識者等に期待される役割として、国保連に設置された支援・評価委員会では、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、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いることから、保険者等の職員向け研修の充実に努めること等があげられる。

このことから、村では必要に応じ外部有識者等の行う支援や研修を活用していく。

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ため、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。

その他、県と国保連、県医師会が連携を推進することも大切であり、例えば、県を仲介役として県医師会との連携を推進することで、村が郡市医師会等地域の保健医療関係者とつながることができるようにしていく。

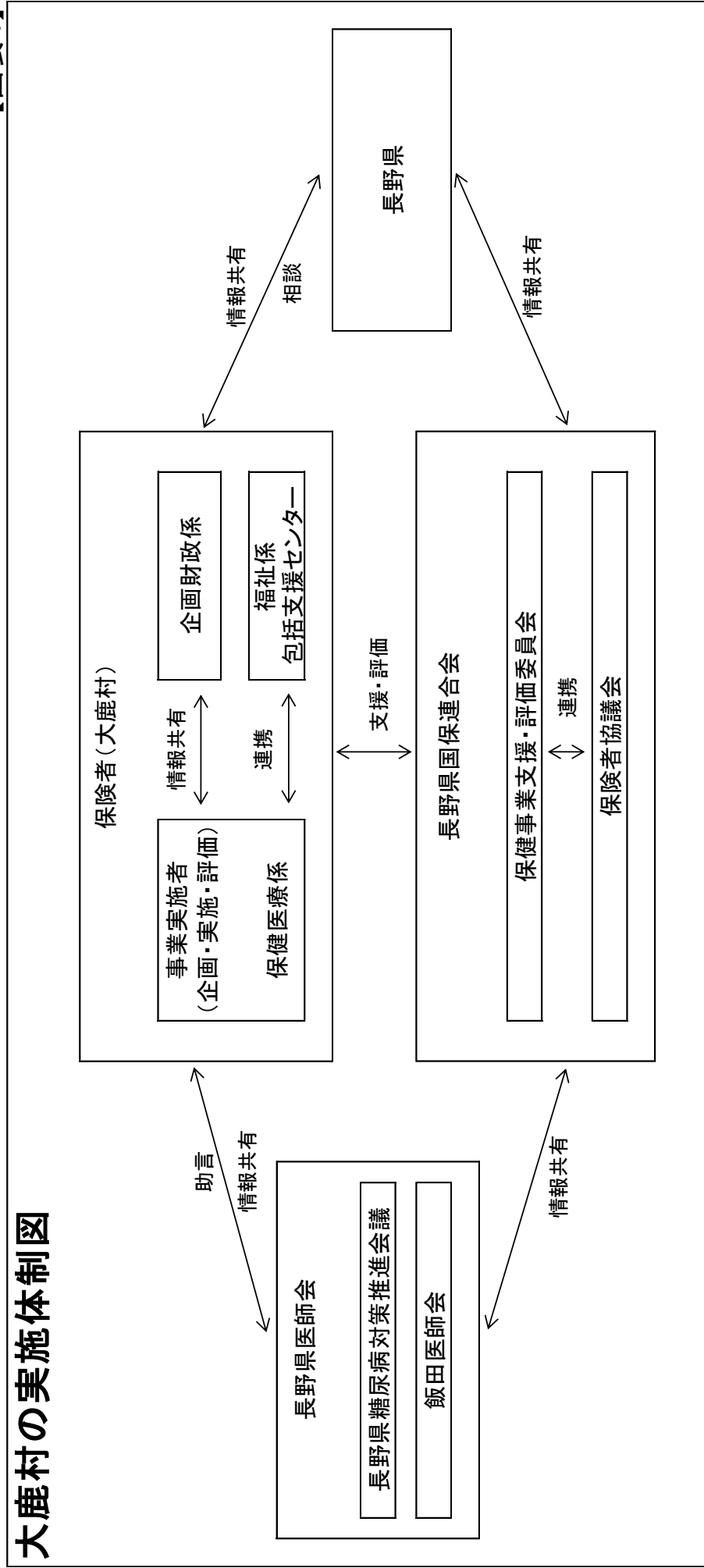
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用であると考えている。

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】

大鹿村の実施体制図



5. 保険者努力支援制度

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

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ため、これを活用していく。(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	R1 配点	R2 配点
総得点(満点)		345	580	850	920	995
交付額(万円)		17	39	75	83	90
総得点(体制構築加点含む)		192		567	738	786
全国順位(1741市町村中)		970		299	17	30
共通①	(1) 特定健診受診率	20		50	20	55
	(2) 特定保健指導実施率	20		45	50	0
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0		20	20	0
共通②	(1) がん検診受診率	10		15	30	0
	(2) 歯科健診	0		25	25	25
共通③	重症化予防の取組	0		100	100	120
共通④	(1) 個人インセンティブ提供	20		15	70	90
	(2) 個人へのわかりやすい情報提供	0		25	20	20
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	10		35	50	50
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	0		10	15	130
	(2) 後発医薬品の使用割合	7		0	40	
固有①	収納率向上	15		50	100	100
固有②	データヘルス計画の取組	10		40	50	40
固有③	医療費通知の取組	0		25	25	25
固有④	地域包括ケア推進・一体的実施	5		16	25	25
固有⑤	第三者求償の取組	10		23	37	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			13	21	66
体制構築加点		70	70	60	40	0

※平成 29 年度については本格実施が始まった平成 30 年度と合わせて報告を行ったため、配点については不明。

令和 2 年度からは、評価項目のうち「特定健診受診率」と「特定保健指導実施率」について、基準に達しない場合は減点とする、マイナスインセンティブが導入される。

大鹿村は、年々総得点、交付額が増加し、令和 1 年度からは全国の中でも上位に位置している。しかし、R2 年度の配点を見ると、特定健診受診率、保健指導実施率、メタボリックシンドローム減少率、がん検診受診率で点数が取れていない。

第2章 第2期計画に係る中間評価及び考察と健康課題の明確化

1. 第2期計画に係る中間評価及び考察

1) 第2期計画に係る中間評価

(1) 全体の経年変化（参考資料1）

平成28年度と令和1年度の経年変化を見ると、死亡の状況では心臓病、脳疾患、腎不全は減少しているが、県や国と比較すると脳疾患の割合は高い。年によって差はあるが、大鹿村においても、県や国と同様に3大疾病で亡くなっている者が多いといえる。

重症化予防の指標となる介護、医療費の状況を見ると、介護給付費は1,475円、要介護認定別医療費1,131円減少しているが、一人当たり医療費は8,498円増加している。

医療費分析を見ると、がんの金額、割合が平成28年から倍に増加し、同規模、県、国と比較しても高い割合となっている。一方で、慢性腎不全（透析有）、糖尿病、高血圧症は下がっている。

このことから、重症化予防及び医療費抑制の観点からも健診受診率向上の取組が重要である。

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

平成28年、令和1年を比較すると、全体、1件当たりどちらも減少している。

1件当たりの内訳では、居宅サービス、施設サービスともに増加しているが、同規模と比較すると居宅サービスは低い状況である。平成29年から総合事業が開始となっているため居宅サービスが低いとは言えないが、引き続き介護予防事業には力を入れていくことが必要である。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	大鹿村				同規模平均		
	介護給付費	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
H28年度	146,866,723	57,102	30,321	278,987	73,752	39,649	273,932
R1年度	139,456,194	55,627	31,440	309,592	81,190	43,124	285,626

② 医療費の状況（図表7）

1人当たり医療費は8,499円増加、総医療費も増加している。特に、入院の費用額が増加している。

同規模町村と伸び率を比較しても大鹿村の伸び率は増加が見られ、医療費の伸びを抑えることができていない。

医療費の変化

【図表7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)	
				村	同規模			村	同規模			村	同規模
1 総医療費(円)	H28年度	84,360,390	—	—	—	28,650,250	—	—	—	55,710,140	—	—	—
	R1年度	106,156,980	21,796,590	25.83	12.87	44,070,860	15,420,610	53.82	15.02	62,086,120	6,375,980	10.96	11.42
2 一人当たり 医療費(円)	H28年度	18,200	—	—	—	6,181	—	—	—	12,019	—	—	—
	R1年度	26,699	8,499	46.69	5.42	11,084	4,903	79.32	7.43	15,615	3,596	29.91	4.07

③ ターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（最大医療資源）（図表 8）

平成 28 年と令和 1 年を比較すると、中長期目標疾患では慢性腎不全（透析無）、脳血管疾患は増加、慢性腎不全（透析有）、心疾患は減少している。短期目標疾患についても減少しており、目標疾患の医療費も減少している。県、国と比較すると、中長期目標疾患では慢性腎不全（透析有・無）、脳血管疾患の割合が高いが、短期目標疾患はどれも低くなっている。

これらのことから、短期目標の疾患については今後も継続して対応し、中長期疾患で増加がみられた慢性腎不全（透析無）、脳血管疾患については糖尿病や高血圧等から重症化しないよう取り組みを行っていく必要がある。

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

【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	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								
	H28	大鹿村	84,360,390	18,201	232位	72位	5.69%	1.42%	0.80%	4.74%	4.94%	5.34%	1.96%	20,995,670	24.89%	16.07%	5.18%	11.47%
	R1		106,156,980	26,699	178位	37位	4.81%	3.65%	2.38%	0.56%	3.29%	3.12%	0.63%	19,580,280	18.44%	26.08%	1.97%	4.39%
R1	長野県	145,716,059,750	26,872	-	-	4.29%	0.29%	2.19%	1.53%	5.74%	3.69%	2.57%	29,579,946,090	20.30%	15.82%	9.52%	9.14%	
	国	9,079,520,298,800	27,475	-	-	4.55%	0.31%	2.15%	1.70%	5.44%	3.52%	2.59%	1,839,091,912,830	20.26%	16.03%	8.22%	0.07%	

※最大医療資源…医療費に最も影響を及ぼす疾患

④ 中長期的な疾患（図表 9）

平成 28 年と令和 1 年を比較すると、虚血性心疾患に罹患している者は減少、脳血管疾患、人工透析について変化はなかった。しかし、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のうち短期目標で高血圧を持つ者の割合が高い。また、脳血管疾患では糖尿病を持つ割合が増加している。

これらのことから、高血圧、糖尿病への対応が必要である。

【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			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	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	
H28	全体	391	24	6.1	4	16.7	1	4.2	16	66.7	7	29.2	11	45.8		
	64歳以下	238	3	1.3	0	0.0	1	33.3	3	100.0	0	0.0	1	33.3		
	65歳以上	153	21	13.7	4	19.0	0	0.0	13	61.9	7	33.3	10	47.6		
R1	全体	334	20	6	5	25.0	0	0	14	70	6	30	8	40		
	64歳以下	208	3	1.4	0	0	0	0	3	100	1	33.3	1	33.3		
	65歳以上	126	17	13.5	5	29.4	0	0	11	64.7	5	29.4	7	41.2		

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													
							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	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)			
H28	全体	391	14	3.6	4	28.6	0	0.0	8	57.1	2	14.3	6	42.9		
	64歳以下	238	2	0.8	0	0.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0		
	65歳以上	153	12	7.8	4	33.3	0	0.0	6	50.0	1	8.3	6	50.0		
R1	全体	334	14	4.2	5	35.7	0	0.0	10	71.4	6	42.9	4	28.6		
	64歳以下	208	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0		
	65歳以上	126	13	10.3	5	38.5	0	0.0	9	69.2	5	38.5	4	30.8		

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			虚血性心疾患		脳血管疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
			被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	
H28	全体	391	1	0.3	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0		
	64歳以下	238	1	0.4	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0		
	65歳以上	153	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
R1	全体	334	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0		
	64歳以下	208	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0		
	65歳以上	126	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

(3) 短期目標の達成状況

① 生活習慣病に関連するリスク(様式3-2～3-4)(図表10)

平成28年と令和1年を比較すると、短期的な目標である脂質異常症は人数、割合ともに減少している。糖尿病、高血圧は、人数の増加はないが割合としては増加している。

中長期的な目標疾患では、糖尿病と高血圧において脳血管疾患の人数、割合が増加している。糖尿病で脳血管疾患の者や高血圧で糖尿病、脳血管疾患の者が増加してきているため、高血圧、糖尿病への継続した対応が必要である。

【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				インスリン療法				高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
							人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)		
H28	全体	391	20	5.1	2	10.0	14	70.0	9	45.0	7	35.0	2	10.0	0	0.0	3	15.0				
	64歳以下	238	5	2.1	1	20.0	4	80.0	3	60.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0				
	65歳以上	153	15	9.8	1	6.7	10	66.7	6	40.0	7	46.7	1	6.7	0	0.0	3	20.0				
R1	全体	334	20	6.0	4	20.0	14	70.0	8	40.0	6	30.0	6	30.0	0	0.0	0	0.0				
	64歳以下	208	4	1.9	0	0.0	4	100.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0				
	65歳以上	126	16	12.7	4	25.0	10	62.5	7	43.8	5	31.3	5	31.3	0	0.0	0	0.0				

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															
						糖尿病		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	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)					
H28	全体	391	65	16.6	14	21.5	26	40.0	16	24.6	8	12.3	1	1.5				
	64歳以下	238	20	8.4	4	20.0	8	40.0	3	15.0	2	10.0	1	5.0				
	65歳以上	153	45	29.4	10	22.2	18	40.0	13	28.9	6	13.3	0	0.0				
R1	全体	334	58	17.4	14	24.1	19	32.8	14	24.1	10	17.2	1	1.7				
	64歳以下	208	20	9.6	4	20.0	5	25.0	3	15.0	1	5.0	1	5.0				
	65歳以上	126	38	30.2	10	26.3	14	36.8	11	28.9	9	23.7	0	0.0				

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				糖尿病				高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
							人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)				
H28	全体	391	36	9.2	9	25.0	26	72.2	11	30.6	6	16.7	0	0.0				
	64歳以下	238	11	4.6	3	27.3	8	72.7	1	9.1	0	0.0	0	0.0				
	65歳以上	153	25	16.3	6	24.0	18	72.0	10	40.0	6	24.0	0	0.0				
R1	全体	334	26	7.8	8	30.8	19	73.1	8	30.8	4	15.4	0	0.0				
	64歳以下	208	9	4.3	1	11.1	5	55.6	1	11.1	0	0.0	0	0.0				
	65歳以上	126	17	13.5	7	41.2	14	82.4	7	41.2	4	23.5	0	0.0				

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

平成 28 年と令和 1 年を比較すると、男性・女性ともに BMI25 以上の者の割合が増加し、男性については腹囲該当の者も増加している。検査値では、男性・女性ともに血圧該当する者の割合は減少しているが、HbA1c の該当者の割合が高い状況にある。

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合を見ると、男性でのメタボリックシンドローム該当者が増加し、特に血糖＋血圧の者の割合が増加している。また、男女ともにメタボリックシンドロームに該当して、血糖、血圧、脂質 3 つ全て該当している者の割合も増加している。これらのことから、メタボリックシンドロームへの対策が課題である。

【図表 11】

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(%)
男性	合計	20	33.9	27	45.8	18	30.5	14	23.7	6	10.2	23	39.0	31	52.5	7	11.9	28	47.5	7	11.9	32	54.2	2	3.4
	40-64	8	36.4	9	40.9	9	40.9	8	36.4	0	0.0	9	40.9	9	40.9	4	18.2	12	54.5	2	9.1	13	59.1	1	4.5
	65-74	12	32.4	18	48.6	9	24.3	6	16.2	6	16.2	14	37.8	22	59.5	3	8.1	16	43.2	5	13.5	19	51.4	1	2.7
女性	合計	23	38.3	29	48.3	18	30.0	12	20.0	2	3.3	23	38.3	35	58.3	12	20.0	26	43.3	7	11.7	34	56.7	2	3.3
	40-64	9	37.5	12	33.3	6	25.0	7	29.2	1	4.2	7	29.2	9	37.5	4	16.7	8	33.3	3	12.5	13	54.2	0	0.0
	65-74	14	38.9	17	47.2	12	33.3	5	13.9	1	2.8	16	44.4	26	72.2	8	22.2	18	50.0	4	11.1	21	58.3	2	5.6

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5-3）

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
H28	合計	59	46.1	3	5.1	9	15.3	2	3.4	3	5.1	4	6.8	15	25.4	0	0.0	2	3.4	5	8.5	8	13.6
	40-64	22	38.6	0	0.0	5	22.7	1	4.5	3	13.6	1	4.5	4	18.2	0	0.0	0	0.0	4	18.2	0	0.0
	65-74	37	52.1	3	8.1	4	10.8	1	2.7	0	0.0	3	8.1	11	29.7	0	0.0	2	5.4	1	2.7	8	21.6
R1	合計	60	50.8	2	3.3	7	11.70	2	3.30	4	6.70	1	1.70	20	33.30	3	5.00	1	1.70	5	8.30	11	18.30
	40-64	24	43.6	1	4.20	4	16.70	1	4.20	2	8.30	1	4.20	7	29.20	2	8.30	0	0.00	1	4.20	4	16.70
	65-74	36	57.1	1	2.80	3	8.30	1	2.80	2	5.60	0	0.00	13	36.10	1	2.80	1	2.80	4	11.10	7	19.40

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
H28	合計	71	59.7	1	1.40%	5	7.0%	1	1.4%	4	5.6%	0	0.0%	8	11.3%	1	1.4%	0	0.0%	4	5.6%	3	4.2%
	40-64	22	47.8	1	4.50%	3	13.6%	1	4.5%	2	9.1%	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	0	0.0%
	65-74	49	67.1	0	0.00%	2	4.1%	0	0.0%	2	4.1%	0	0.0%	7	14.3%	1	2.0%	0	0.0%	3	6.1%	3	6.1%
R1	合計	66	64.7	0	0.00%	5	7.6%	0	0.0%	4	6.1%	1	1.5%	6	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.5%	3	4.5%
	40-64	28	56	0	0.00%	2	7.1%	0	0.0%	1	3.6%	1	3.6%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.6%
	65-74	38	73.1	0	0.00%	3	7.9%	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	5	13.2%	0	0.0%	0	0.0%	3	7.9%	2	5.3%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 28 年に比べ、令和 1 年は健診受診率は 4.7%上昇した。健診対象者が減少していく中で、さらに丁寧に未受診者対策を行っていく必要がある。

また、保健指導実施率の割合も 43.2%上昇した。大鹿村では健康診断を 3 月末まで実施しているため、健診受診日、初回面接の実施を早め、法定報告に間に合うように評価できるように今後も対応を行っていく。

【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(%)	
								大鹿村	同規模平均
H28年度	247	130	52.6	96位	21	7	33.3	49.2	51.6
R1年度	220	126	57.3	72位	17	13	76.5	57.9	52.5

2) 第 2 期計画の中間評価に係る考察

第 1 期より最優先事項として重症化予防に取り組んできた脳血管疾患については、平成 28 年度から医療費の割合が増加した。また、脳血管疾患で高血圧を持つ者に加え、糖尿病を持つ者も増加している。脳血管疾患のリスクとしては高血圧が高率であり、高血圧と脳血管疾患が課題となっている。さらに、糖尿病の割合も増加しているため、短期的な目標疾患については高血圧、糖尿病、中長期的な目標疾患については脳血管疾患の改善に取り組む必要がある。

また、介護給付費は減少、総医療費は増加していることから、介護に係る重症化予防は効果が見られるが医療費については伸びを抑えることができていないため、重症化予防を行っていく必要がある。

健診受診率向上に向けた未受診者対策については、令和 1 年度の健診受診率は 57.7%で目標値には達していない。重症化予防及び医療費抑制の観点からも、40～64 歳の若い世代の受診勧奨や 40 歳未満へも健診を勧め、健診受診率向上の取組みを行っていくことが重要である。

第 2 期の残りの期間についても、重症化予防対策、健診受診率向上に向けた未受診者対策を重点的に行っていく。

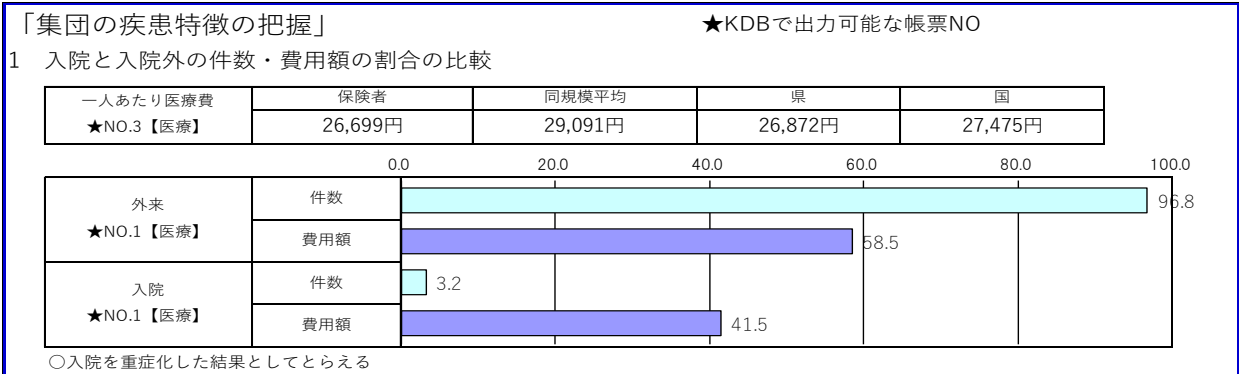
2. 第2期計画における健康課題の明確化

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)

大鹿村は同規模、県、国と比較し、一人あたりの医療費は低い。また、外来と入院では外来の件数が96.8%と重症化を予防することができている。しかし、入院の件数の割合は3.2%であるが、費用額は41.5%となることから、今後も入院が必要になるような重症化を防いでいくことが重要である。

【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)

高額となるレセプトでは、その他の割合が高く、脳血管疾患が2件であった。虚血性心疾患は0件であったが、生活習慣治療者数の構成割合を見ると、虚血性心疾患の割合が高い。

また、人工透析の費用額を見ると1年間で600万円以上かかっている。人工透析は治療が長期化するだけでなく、高額な費用がかかる。現在、糖尿病性腎症の治療者はいないが、医療費が高額となる疾患の重症化を防ぐために、リスクの高い者への対応が必要である。

【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（R01年度）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他						
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	14人	2人	0人	3人	9人					
		件数	14.3%	0.0%	21.4%	64.3%						
			2件	0件	8件	10件						
			10.0%	0.0%	40.0%	50.0%						
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%	2	20.0%
				40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	2	20.0%
				50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%
		60代		0	0.0%	0	--	6	75.0%	4	40.0%	
		70-74歳	2	100.0%	0	--	2	25.0%	2	20.0%		
		費用額	2506万円	183万円	--	882万円	1441万円					
		7.3%	--	35.2%	57.5%							

★最大医療資源傷病名（主病）で計上

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

厚労省様式	対象レセプト（R01年度）	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	人数	1人	0人	0人
		0.0%	0.0%	0.0%	
		件数	6件	0件	0件
		0.0%	0.0%	0.0%	
費用額	281万円	--	--	--	

★精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上

★脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

厚労省様式	対象レセプト	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	R01年5月診療分	人数	1人	0人
		0.0%	0.0%	0.0%	
様式2-2 ★NO.12（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	R01年度累計	件数	14件	2件
		0.0%	14.3%	14.3%	
		費用額	622万円	111万円	111万円
			--	17.9%	17.9%

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

厚労省様式	対象レセプト（R01年5月診療分）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎疾患	110人	14人	20人	0人
			12.7%	18.2%	0.0%	
			10人	14人	0人	
			71.4%	70.0%	--	
			6人	6人	0人	
			42.9%	30.0%	--	
			4人	8人	0人	
			28.6%	40.0%	--	
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			58人	20人	26人	15人
52.7%	18.2%	23.6%	13.6%			

○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)

介護認定の原因疾患としては、血管疾患では脳卒中・虚血性心疾患による者が多い。基礎疾患で見ると、脳血管疾患の危険因子である高血圧が多い。また、ほとんどの者が筋・骨格疾患を併せ持っている。

医療費では、要介護認定を受けている者は受けていない者に比べ、約 2.6 倍以上も高くなっていることから、要介護の状態にならないよう、医療機関と連携し重症化予防対策を行うことが重要である。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

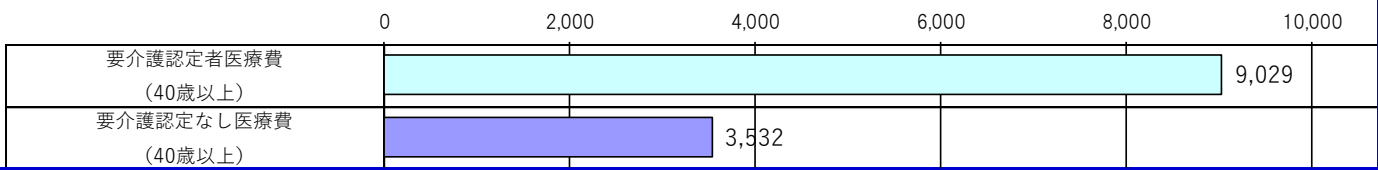
要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		274人		185人		335人		520人		794人	
	認定者数		1人		2人		73人		75人		76人	
			認定率		0.36%		1.1%		21.8%		14.4%	
	新規認定者数（＊1）		0人		0人		7人		7人		7人	
	介護度 別人数	要支援1・2		0	0.0%	0	0.0%	14	19.2%	14	18.7%	14
要介護1・2		1	100.0%	1	50.0%	21	28.8%	22	29.3%	23	30.3%	
要介護3～5		0	0.0%	1	50.0%	38	52.1%	39	52.0%	39	51.3%	

要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	介護件数（全体）			0		2		55		57		57		
	再）国保・後期			0		0		0		0		0		
	（レセプトの 診断名より重複して計上） 有 病 状 況	血 管 疾 患	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
			循環器 疾患	1	脳卒中	0 --	脳卒中	1 --	脳卒中	31 --	脳卒中	32 --	脳卒中	32 --
				2	虚血性 心疾患	0 --	虚血性 心疾患	1 --	虚血性 心疾患	31 --	虚血性 心疾患	32 --	虚血性 心疾患	32 --
				3	腎不全	0 --	腎不全	0 --	腎不全	8 --	腎不全	8 --	腎不全	8 --
			合併症	4	糖尿病 合併症	0 --	糖尿病 合併症	0 --	糖尿病 合併症	5 --	糖尿病 合併症	5 --	糖尿病 合併症	5 --
				基礎疾患 （高血圧・糖尿病・脂質異常症）		0 --	基礎疾患	1 --	基礎疾患	48 --	基礎疾患	49 --	基礎疾患	49 --
			血管疾患合計		0 --	合計	2 --	合計	52 --	合計	54 --	合計	54 --	
			認知症		認知症	0 --	認知症	0 --	認知症	23 --	認知症	23 --	認知症	23 --
			筋・骨格疾患		筋骨格系	0 --	筋骨格系	2 --	筋骨格系	54 --	筋骨格系	56 --	筋骨格系	56 --

* 1) 新規認定者についてはNO.49_要介護実合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

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)

健診データの有所見者割合は、男性では中性脂肪、GPT、LDL-C、女性では腹囲、男女とも共通してBMI、血糖、尿酸、クレアチニンが県と比較して高い値であった。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の有所見項目について、男性の予備軍では高血圧、該当者では3項目全ての者が多かった。女性の予備軍でも高血圧、該当者では血圧+脂質、3項目全ての者が多い。

【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5-2)																						★NO.23 (帳票)			
男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		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		32.6		53.8		28.1		20.4		7.7		34.0		58.7		13.2		49.5		24.4		47.8		2.3	
県		19,626	29.8	32,829	49.9	18,011	27.4	13,044	19.8	5,357	8.1	25,470	38.7	40,968	62.3	8,763	13.3	29,477	44.8	16,704	25.4	32,260	49.0	1,356	2.1
保 険 者	合計	23	38.3	29	48.3	18	30.0	12	20.0	2	3.3	34	56.7	35	58.3	12	20.0	26	43.3	7	11.7	34	56.7	2	3.3
	40-64	9	37.5	12	50.0	6	25.0	7	29.2	1	4.2	9	37.5	9	37.5	4	16.7	8	33.3	3	12.5	13	54.2	0	0.0
	65-74	14	38.9	17	47.2	12	33.3	5	13.9	1	2.8	25	69.4	26	72.2	8	22.2	18	50.0	4	11.1	21	58.3	2	5.6
女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		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		21.7		18.8		16.2		8.9		1.5		21.2		57.8		1.8		43.6		15.2		57.7		0.2	
県		16,476	19.9	13,711	16.6	13,329	16.1	6,891	8.3	1,446	1.7	20,377	24.7	52,265	63.2	1,464	1.8	32,779	39.7	13,369	16.2	47,822	57.9	169	0.2
保 険 者	合計	15	22.7	11	16.7	9	13.6	4	6.1	0	0.0	19	28.8	40	60.6	2	3.0	23	34.8	7	10.6	35	53.0	1	1.5
	40-64	6	21.4	3	10.7	3	10.7	1	3.6	0	0.0	6	21.4	14	50.0	1	3.6	5	17.9	2	7.1	12	42.9	1	3.6
	65-74	9	23.7	8	21.1	6	15.8	3	7.9	0	0.0	13	34.2	26	68.4	1	2.6	18	47.4	5	13.2	23	60.5	0	0.0

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式5-3）																						★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
保 険 者	合計	60	50.8	2	3.3%	7	11.7%	2	3.3%	4	6.7%	1	1.7%	20	33.3%	3	5.0%	1	1.7%	5	8.3%	11	18.3%
	40-64	24	43.6	1	4.2%	4	16.7%	1	4.2%	2	8.3%	1	4.2%	7	29.2%	2	8.3%	0	0.0%	1	4.2%	4	16.7%
	65-74	36	57.1	1	2.8%	3	8.3%	1	2.8%	2	5.6%	0	0.0%	13	36.1%	1	2.8%	1	2.8%	4	11.1%	7	19.4%
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
保 険 者	合計	66	64.7	0	0.0%	5	7.6%	0	0.0%	4	6.1%	1	1.5%	6	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.5%	3	4.5%
	40-64	28	56.0	0	0.0%	2	7.1%	0	0.0%	1	3.6%	1	3.6%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%
	65-74	38	73.1	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	5	13.2%	0	0.0%	0	0.0%	3	7.9%	2	5.3%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

1 人が占める割合が高く、継続受診者と新規受診者でコントロール状況に特徴があるとは言えないが、自身の健康状態を知り、生活習慣を見直すために健康診断の受診は重要であると言える。

【図表 18】

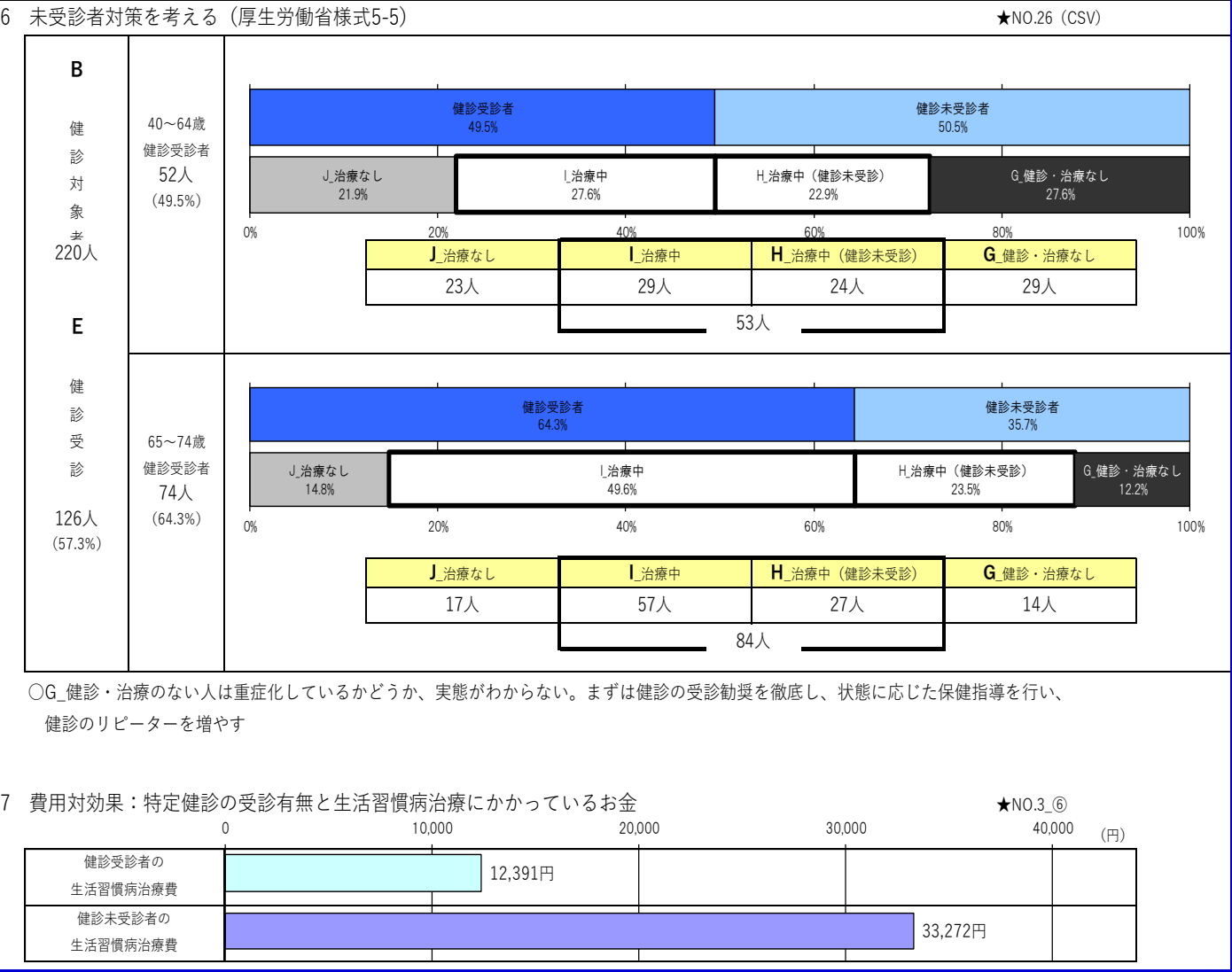


4) 未受診者の把握 (図表 19)

健康診断の未受診者は 40～64 歳までと若い世代に多く、65 歳以上の高齢者では受診者の方が多い
なっている。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費では、健診未受診者は受診者の約 2.7 倍も多くかか
っていることから、医療費抑制の観点からも健診受診者を増加させることが重要である。

【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。

5) 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、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重要課題とする。脳血管疾患、虚血性心疾患については、平成 30 年度と比較して令和 5 年度にはそれぞれ 5%減少させる。糖尿病性腎症については、対象者が平成 28 年度 3 名、令和 1 年度 0 名と少ないため、人数の減少ではなく対象者が増加しないことを目標とする。

今後、団塊の世代が後期高齢に近づくことから、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管の痛んでいる者の割合は増加してくると思われる。母数（脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管が痛んでいる者）増加による医療費の増加そのものを抑えることは厳しいため、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(2020 年版)の基本的な考え方を基に、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は受診勧奨、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、解決していない疾患にメタボリックシンドローム、高血糖、高血圧があげられる。これらは、食事療法と運動療法を軸に薬物療法を併用して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強化する。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診受診の機会を提供、状態に応じた保健指導を実施し、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ある。

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)」及び、第 6 章データヘルス計画の目標管理一覧表（図表 43）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	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診実施率	65%	66%	67%	68%	69%	70%
特定保健指導実施率	68%	70%	72%	73%	74%	75%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診	対象者	235	230	225	220	210	205
	受診者数	153	152	151	150	145	144
特定保健指導	対象者数	15	15	15	15	15	15
	実施者数	10	11	11	11	12	12

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。郡市医師会が実施機関の取りまとめを行い、郡市医師会と市町村国保が集合契約を行う。

- ① 集団健診(厚生連健康管理センター、大鹿村診療所)
- ② 個別健診(大鹿村診療所)

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、長野県保険者協議会のホームページに掲載する。

(参照)URL：www.kokuho-nagano.or.jp

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定め

た項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長野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】

4月	受診券発行		誕生日健診(大鹿診療所)	人間ドック補助
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月		ヘルス・スクリーニング		
11月				
12月	未受診者への受診勧奨			
1月	↓			
2月				
3月	↓		↓	↓

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

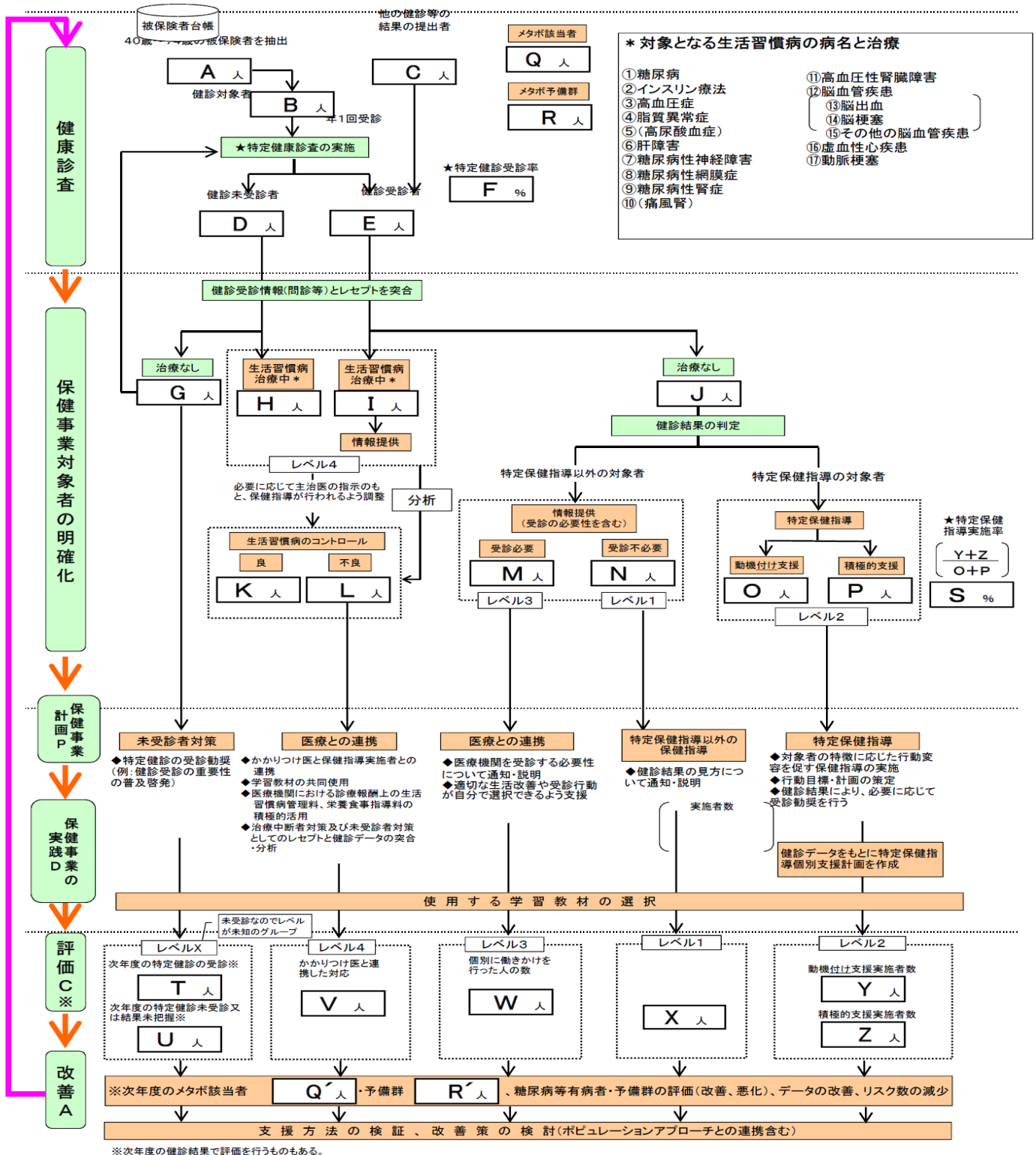
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



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	17 人 (13.3%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	22 人 (17.3%)	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)	93 人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	34 人 (26.8%)	
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	54 人 (42.5%)	

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)

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

【図表 25】

対象者の明確化	●年度		健診対象者		人	特定健診受診率		%	特定保健指導実施率		%	動機づけ支援		人	積極的支援		人
			受診者		人												
		未受診者		人													
計画P	ポピュレーションアプローチ(通年)		健康日本21計画の啓発・推進・目的および評価指標に沿って実施するとともに、事業の評価、検討を行う		特定健診						保健指導						
					特定健診受診率 目標 ●%						特定保健指導実施率 目標 ●%						
		第2期データヘルス計画、第3期特定健診等実施計画を推進															
実践スケジュールD	生活習慣病予防啓発	各種検診	誕生月健診	人間ドック かかりつけ医	ヘルス・スク リーニング	保健指導											
	●乳幼児 ・乳幼児健診 ・ひよこクラブ		3月	健診取りまとめ		未受診者 対策 電話、訪問 等で受診勧 奨		前年度分 特定保健指導 9月末まで				今年度 特定保健指導					
			4月	受診者へハガキ送付	ドックの結果、かかり つけ医での検査結果 をもらう	動機づけ支援 積極的支援 対象者へ個別訪問 保健指導評価											
			5月	受診者へハガキ送付													
			6月	★未受診者対策													
		結核・肺がん検診	7月	受診者へハガキ送付													
			8月	★未受診者対策													
		胃・大腸がん検診	9月	受診者へハガキ送付	通知送付												
			10月	★未受診者対策		ヘルススク リーニング											
		婦人科検診	11月	受診者へハガキ送付	結果報告会												
			12月	★今年度健診未受診者へ受 診勧奨													
		脳ドック(40 歳・60歳)	1月	受診者へハガキ送付													
			2月	受診者へハガキ送付													
	事業評価		年次計画														
	評価C	●年度		目標	実施率	特定健診		特定保健指導									
特定健診受診		65.0%	%	受診者	人	動機づけ支援	人										
特定保健指導		68.0%	%	未受診者	人	積極的支援	人										
長野県市町村国保			%														
改善A																	

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大鹿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、大鹿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

1. 保健事業の方向性

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

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

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

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

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

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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 26】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

(i) 医療機関未受診者

(ii) 医療機関受診中断者

(iii) 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

(i) 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/1.73m 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、尿アルブミン値あるいは尿たんぱく値及び腎機能(eGFR)で把握していくこととなっている。大鹿村においては、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のため、暫定的に尿蛋白(定性)検査を用いて、腎機能(eGFR)の把握を実施する。(参考資料 2)

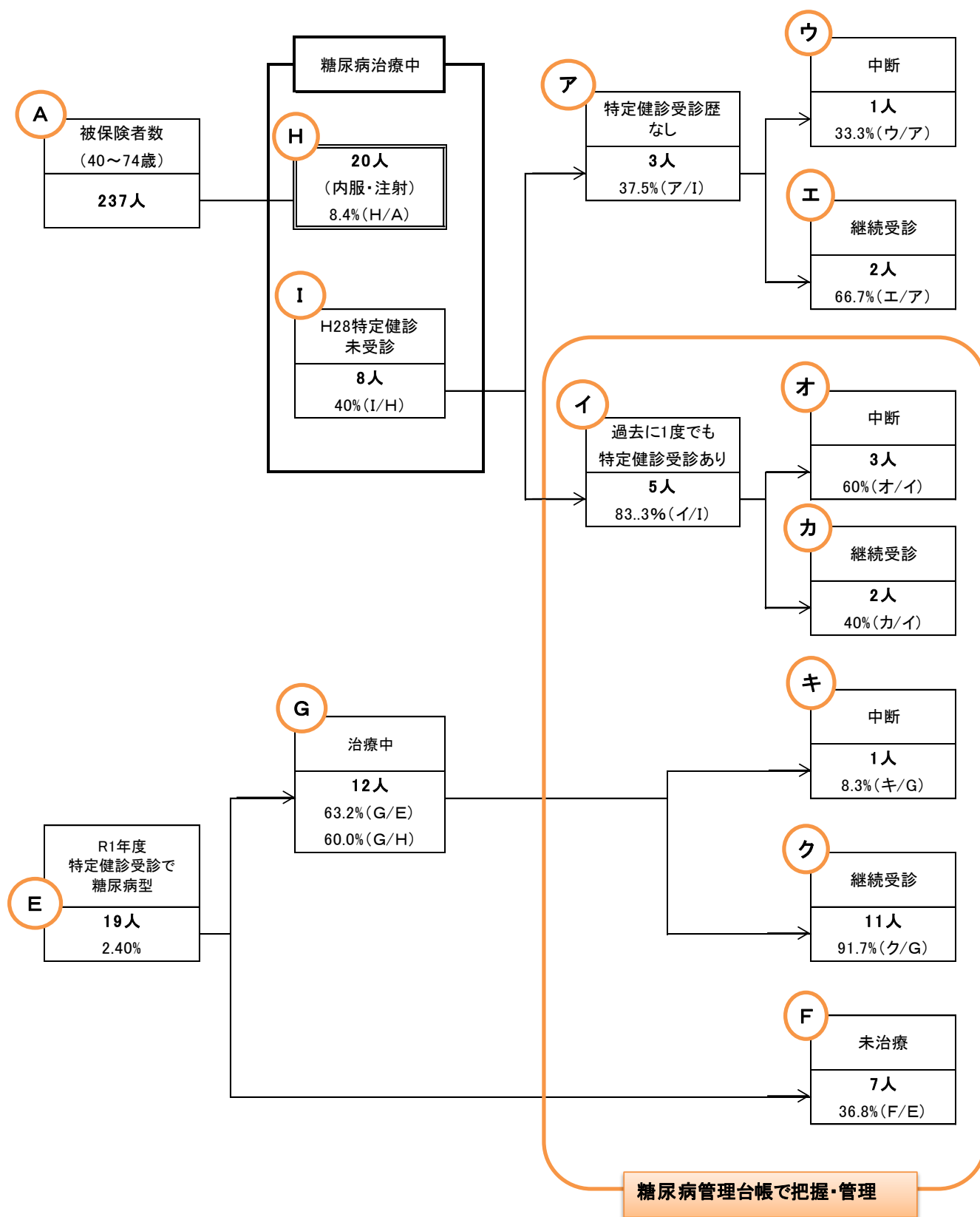
(ii) 基準に基づく該当者数の把握

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う。(図表 28)

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は、3か月以上レセプトのない者



(iii) 介入方法と優先順位

図表 28 より大鹿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】

- ア. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・ 7 人
- イ. 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)・・・ 4 人
- ・介入方法として戸訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・ 11 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・ 2 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

(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、管理する。

【糖尿病台帳作成手順】

(i) 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

ア. HbA1c イ. 血圧 ウ. 体重 エ. eGFR オ. 尿蛋白

(ii) 資格を確認する。

(iii) レセプトを確認し情報を記載する。

ア. 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

(iv) 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。

(v) 対象者数の把握

- ア. 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- イ. 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

(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。大鹿村においては、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。

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必要に応じて活用する。(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み方 ④糖尿病性神経障害～起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 ○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 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
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、必要に応じて2次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

(5) 医療との連携

① 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に飯田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長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

(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 糖尿病性腎症重症化予防取り組み評価表(参考資料 5)を用いて行っていく。

① 短期的評価

(i) 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

(ii) 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) 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

(i) 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。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診結果		心電図検査		ST所見あり		その他の所見		異常なし	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
令和元年度	131	100	130	99.2%	4	3.1%	31	23.7%	95	72.5%

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり		要精査					
				医療機関受診あり		受診なし	
(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
4	100	0	0	0	0	0	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 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。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 32】

・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、対象者へは必要に応じて二次健診の実施を検討する。

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

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

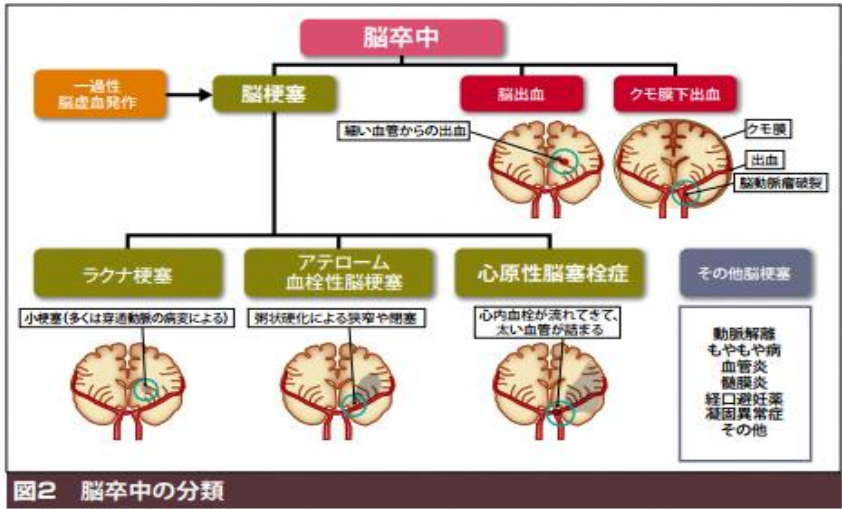
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者への介入
(通年)

(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 33】



(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 34】

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 35 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 35】

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)		高血圧症		糖尿病		脂質異常症 (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		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		腎専門医 紹介基準対象者	
受診者数 127人		4	3.1%	15	11.8%	7	5.5%	3	2.4%	26	20.5%	4	3.1%
治療なし		2	2.5%	5	4.3%	5	4.7%	0	0.0%	7	9.6%	2	2.7%
治療あり		2	4.2%	10	83.3%	2	9.5%	3	5.6%	19	35.2%	2	3.7%
臓器障害あり		2	100.0%	2	40.0%	2	40.0%	0	0%	4	57.1%	2	100%
CKD(専門医対象者)		0人		1人		0人		0人		0人		2人	
心電図所見あり		2人		2人		2人		0人		4人		2人	

脳血管疾患において、高血圧は最も重要なリスク因子であり、重症化予防対象者を見るとⅡ度高血圧以上の者は6人、そのうち未治療者は2人であった。

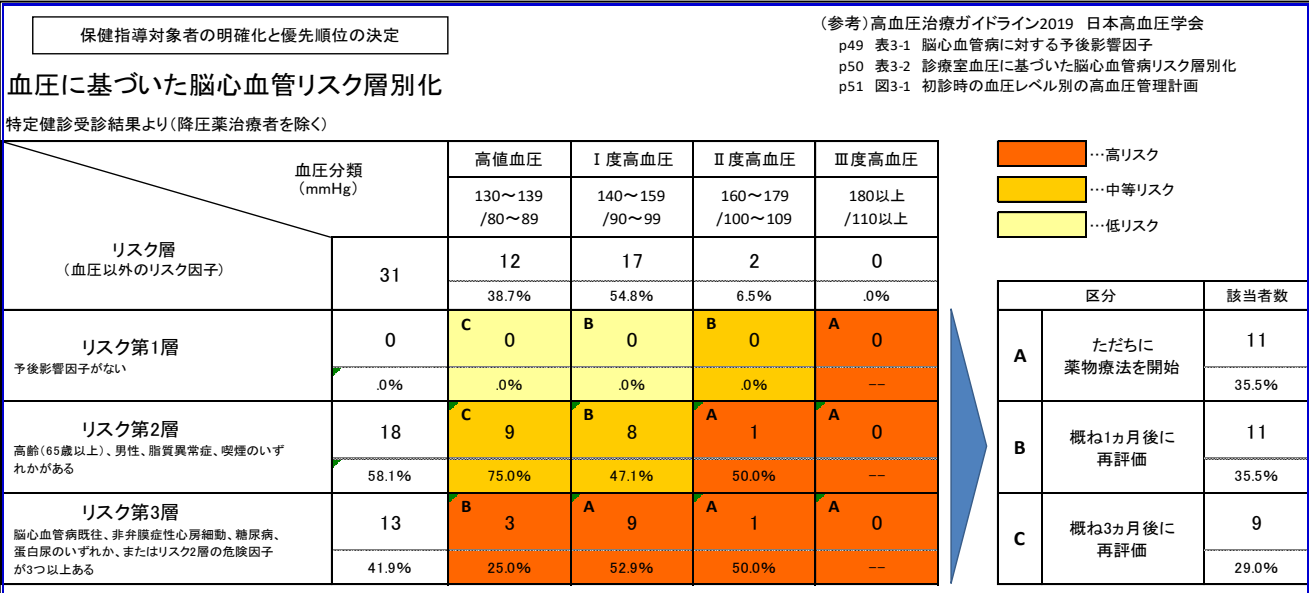
また、未治療者のうち1名に臓器障害の所見が見られたことから、早急な受診勧奨を行うことが必要である。治療中の者でもⅡ度高血圧の者は4名、高血糖の者は4名、高LDL-C血症の者は4名等、コントロール不良の者もいることから、医療機関と連携した保健指導を行うことが必要である。

② リスク層別化による重症化予防対象者の把握

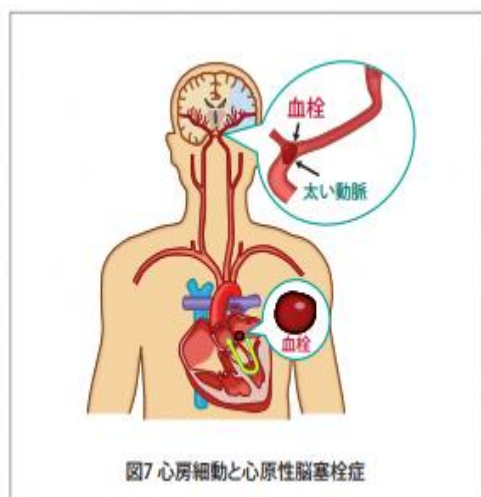
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳・心・腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要がある。

図表 36 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A(11名)、B(11名)については早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表 36】



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 37、38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況及び治療の有無である。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 37】

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	62	68	4	6.5	1	1.5		
40歳代	5	6	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	12	12	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	23	20	1	0	0	0	19	0.4
70～74歳	22	30	3	13.6	0	0	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 38】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未受診者		治療中	
人	%	人	%	人	%
4	100	0	0.0%	4	100.0%

心電図検査を受診した者のうち、心房細動有所見者数は男性 4 名、年代は 60 歳代 1 名、70～74 歳 3 名であったが、4 名すべての者が治療を行っていた。

心房細動は脳梗塞のリスクであることから未受診者には適切に受診勧奨を行い、治療を開始してもらう。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

② 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは必要に応じて二次健診の実施を検討していく。

③ 対象者の管理

(i) 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)

(ii) 心房細動有所見者の管理

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. ポピュレーションアプローチ

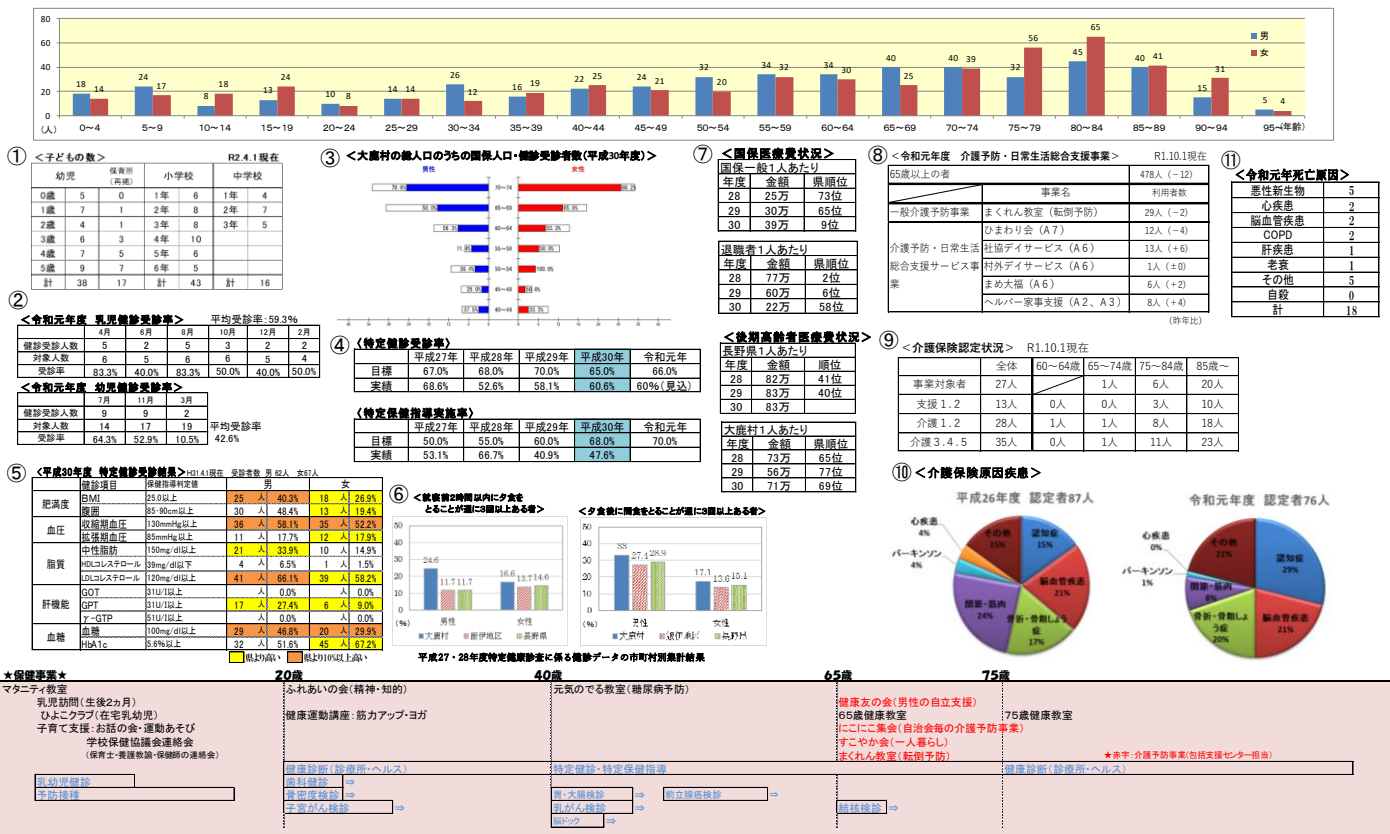
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く村民へ周知していく。(図表 39)

【図表 39】

大鹿村

ライフサイクルにおける健康実態

令和元年度10月1日現在 人口 1007人 男492人 女515人 0～14歳 99人(9.8%) 15歳～64歳 430人(42.7%) 65歳～ 478人(47.5%)



第5章 地域包括ケアに係る取組

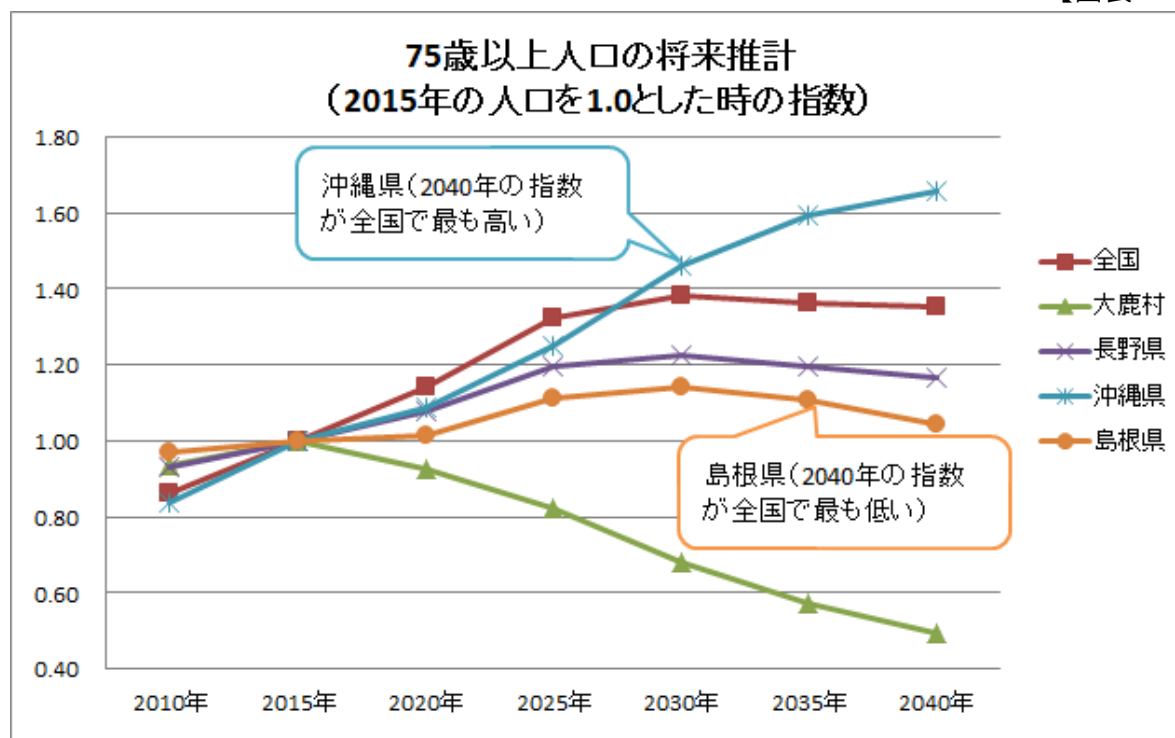
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(令和 22)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

大鹿村の 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 0.50 であった。また、長野県は 1.17 と全国的には低くなると推計されている。(図表 41)

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 40】



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生活習慣病の重症化を防ぎ、地域で元気に暮らしていく村民を増やすことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の最終年度の令和5年度（2023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。（参考資料11）

評価における4つの指標

【図表41】

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。

3.目標管理一覧表

【図表 42】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標項目	目標値	初期値		中間評価値		最終評価値				現状値の把握方法
					H28 2016年	H29 2017年	H30 2018年	H31/R1 2019年	R2 2020年	R3 2021年	R4 2022年	R5 2023年	
特定健診等計画		特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率	70%	52.6%	58.1	60.6%	57.7%					特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
			特定保健指導実施率	75%	33.7%	40.9%	47.6%	76.5%					
			特定保健指導対象者の割合	10%	16.2%	16.7%	13.8%	13.4%					
データヘルス計画	・中長期的な疾患の基礎疾患として高血圧が高率にある ・虚血性心疾患の増加	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合	抑制	0.8%	3.3%	2.5%	2.4%					KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	抑制	4.7%	1.0%	0.4%	0.6%					
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合	0%	0%	0.0%	0.0%	0.0%					
			メタボリックシンドローム・予備軍の割合	25%減少	29.2%	29.7%	32.6%	30.2%					
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	3%	4.5%	8.0%	3.9%	3.2%					
		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合(LDL180以上)	5%	8.3%	5.1%	3.9%	5.5%					KDBシステム
			健診受診者の糖尿病者の割合(HbA1c6.5以上)	5%	7.6%	11.6%	11.6%	11.9%					
			糖尿病型のうち未治療者の割合	15%	50.0%	31.6%	41.2%	36.8%					
			糖尿病治療者のうちコントロール不良の者の割合	30%	75.0%	61.5%	90.0%	83.3%					
			がん検診受診率 胃がん検診	10%	6.0%	5.3%							
保健者努力支援制度	市街地に比べ、近くにがん検診を受けられる病院がない等の格差がある	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診	8%	3.3%	4.5%							地域保健事業報告
			大腸がん検診	30%	25.5%	33.0%							
			子宮頸がん検診	25%	16.7%	11.8%							
			乳がん検診	30%	22.1%	18.1%							

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。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大鹿村の位置

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

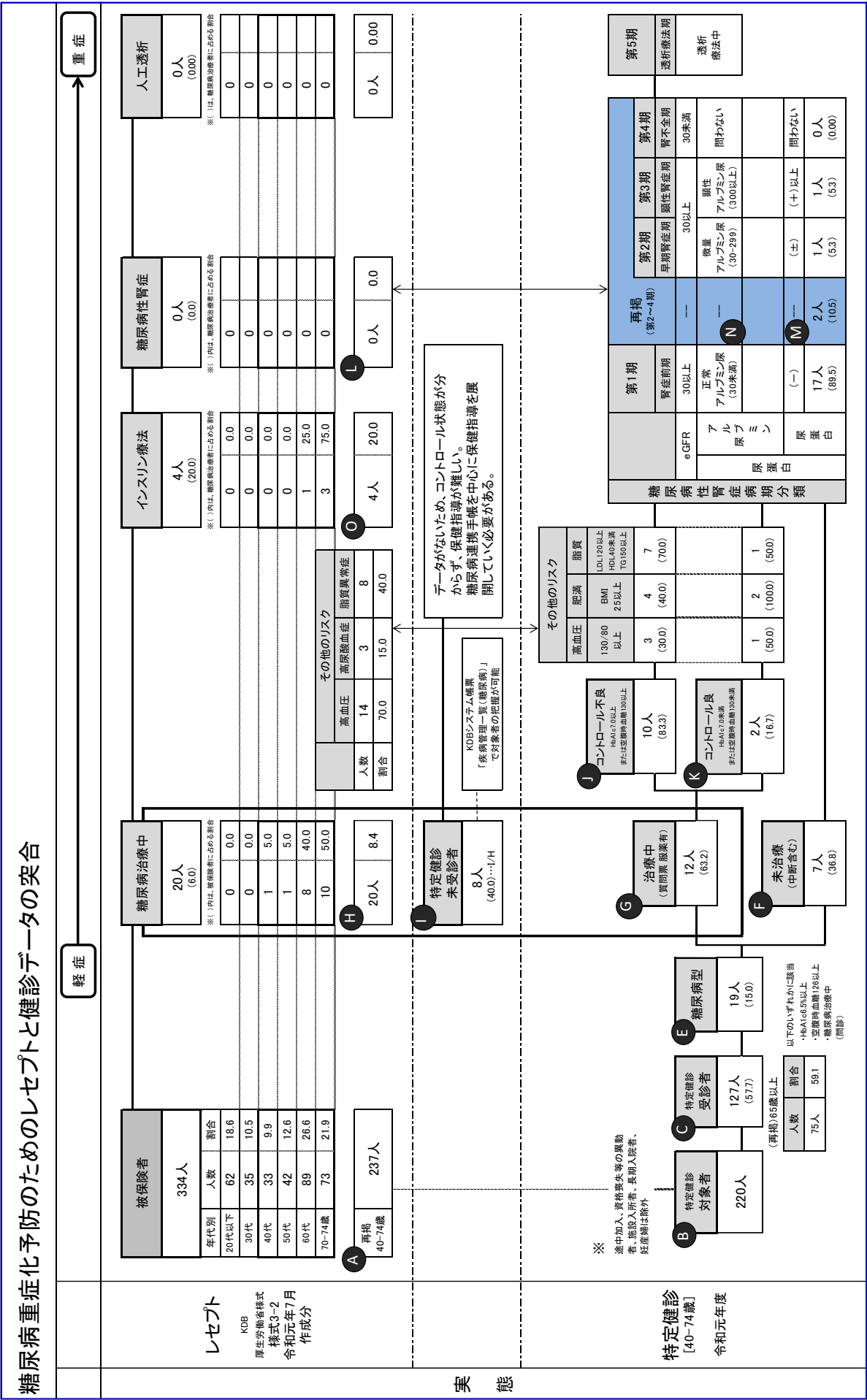
参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大鹿村の位置

項目				H28		R1		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	1,150		1,023		733,541		2,082,702		125,640,987		KDB_NO.5	
			65歳以上（高齢化率）	597	51.9	520	50.8	280,916	38.3	626,085	30.1	33,465,441	26.6	人口の状況	
			75歳以上	351	30.5	335	32.7	--	--	327,307	15.7	16,125,763	12.8	KDB_NO.3	
			65～74歳	246	21.4	185	18.1	--	--	298,778	14.3	17,339,678	13.8	健診・医療・介護	
			40～64歳	314	27.3	274	26.8	--	--	688,055	33.0	42,295,574	33.7	データからみる地域の健康課題	
		39歳以下	239	20.8	229	22.4	--	--	768,562	36.9	49,879,972	39.7			
	②	産業構成	第1次産業	28.8		32.5		22.2		9.3		4.0		KDB_NO.3	
			第2次産業	17.5		18.2		20.6		29.2		25.0		健診・医療・介護	
			第3次産業	53.7		49.4		57.3		61.6		71.0		データからみる地域の健康課題	
	③	平均寿命	男性	80.5		81.3		80.5		81.8		80.8		KDB_NO.1	
女性			86.8		87.7		87.0		87.7		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	65.7		80.9		78.7		80.7		79.6		地域全体像の把握		
		女性	67.2		91.5		84.2		84.7		84.0				
2	①	死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	85.1		85.1		103.0		90.3		100		KDB_NO.1
				女性	110.5		110.5		98.4		94.5		100		
			死 因	がん	4	23.5	7	70.0	3,101	45.3	6,430	46.1	373,187	49.9	
				心臓病	4	23.5	1	10.0	2,068	30.2	4,013	28.8	204,720	27.4	
				脳疾患	6	35.3	2	20.0	1,144	16.7	2,534	18.2	109,818	14.7	
				糖尿病	0	0	0	0.0	112	1.6	269	1.9	13,964	1.9	
				腎不全	1	5.9	0	0.0	243	3.6	371	2.7	25,127	3.4	
				自殺	2	11.8	0	0.0	170	2.5	322	2.3	20,385	2.7	
	②	早世子防から みた死亡 (65歳未満)	合計											厚生省HP	
			男性											人口動態調査	
			女性												
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	81	13.9	75	14.4	56,649	20.1	115,256	18.2	6,467,463	19.6	KDB_NO.1	
			新規認定者	3	0.3	1	0.2	1,125	0.3	3,069	0.3	113,806	0.3		
			2号認定者	1	0.5	1	0.3	842	0.4	1,903	0.3	152,813	0.4		
	②	有病状況	糖尿病	8	8.7	11	15.4	11,929	20.8	25,080	21.3	1,537,914	23.0		
			高血圧症	31	42.1	37	47.6	31,595	54.8	64,729	54.9	3,472,146	51.7		
			脂質異常症	10	12.1	12	17.0	16,366	28.2	33,931	28.5	2,036,238	30.1		
			心臓病	38	50.3	45	58.0	35,543	61.8	73,882	62.8	3,939,115	58.7		
			脳疾患	24	33.3	21	24.5	13,853	24.5	31,610	27.3	1,587,755	24.0		
			がん	5	6.4	6	8.1	5,681	9.9	13,415	11.3	739,425	11.0		
			筋・骨格	42	53	48	58.7	31,577	55.0	64,512	54.8	3,448,596	51.6		
			精神	18	25.4	23	31.0	21,859	38.1	44,406	37.7	2,437,051	36.4		
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	57,102		55,627		81,190		62,530		61,336			
			居宅サービス	30,321		31,440		43,124		40,685		41,769			
			施設サービス	278,987		309,592		285,626		285,086		293,933			
	④	医療費等	要介護認定別	認定あり	10,160		9,029		9,039		8,312		8,385		
			医療費（40歳以上）	認定なし	3,014		3,532		4,428		3,779		3,943		
4	①	国保の状況	被保険者数	389		328		197,286		445,046		27,083,475		KDB_NO.1	
			65～74歳	156	40.1	119	36.3			209,474	47.1	11,778,022	43.5		
			40～64歳	119	30.6	117	35.7			138,757	31.2	8,588,709	31.7		
			39歳以下	114	29.3	92	28.0			96,815	21.8	6,716,744	24.8		
			加入率	33.8		32.1		27.2		21.4		21.6			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0	0	0.0	51	0.3	129	0.3	8,411	0.3	地域全体像の把握	
			診療所数	3	7.7	3	9.1	670	3.4	1,581	3.6	101,457	3.7	KDB_NO.5	
			病床数	0	0	0	0.0	4,394	22.3	23,878	53.7	1,554,824	57.4	被保険者の状況	
			医師数	1	2.6	2	6.1	589	3.0	4,930	11.1	319,466	11.8		
			外来患者数	595.7		613.9		663.8		698.9		700.5			
			入院患者数	14.9		20.1		24.4		19.0		19.7			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	18,201		26,699		29,091		26,872		27,475		KDB_NO.3	
			受診率	610,572		634,054		688.26		717.923		720.253			
			外	費用の割合	66		58.5		54.3		60.0		59.2		健診・医療・介護
			来	件数の割合	97.6		96.8		96.5		97.4		97.3		データからみる地域の健康課題
			入	費用の割合	34		41.5		45.7		40.0		40.8		KDB_NO.1
			院	件数の割合	2.4		3.2		3.5		2.6		2.7		地域全体像の把握
			1件あたり在院日数	8.6日		10.9日		16.2日		15.6日		16.0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	13,556,270	27.8	27,684,070	51.2	29.9		28.7		29.9	KDB_NO.3			
		慢性腎不全（透析あり）	4,804,170	9.9	5,109,190	9.4	6.5		7.8		8.5				
		糖尿病	4,164,150	8.6	3,493,460	6.5	10.8		10.4		10.2				
		高血圧症	4,535,070	9.3	3,310,080	6.1	7.2		6.7		6.6		健診・医療・介護		
		精神	4,368,490	9	2,092,680	3.9	15.6		17.3		15.3		データからみる地域		
		筋・骨格	9,625,970	19.8	4,662,640	8.6	17.4		16.6		16.4				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	754,715	5位	(12)	978,654	2位	(14)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	473,642	70位	(9)	618,431	52位	(9)							
				脂質異常症	290,786	77位	(8)	807,960	6位	(9)							
				脳血管疾患	346,093	76位	(8)	745,160	27位	(12)							
				心疾患	1,200,897	1位	(10)	0	77位	(0)							
				腎不全	770,025	20位	(13)	261,790	74位	(2)							
				精神	397,270	74位	(12)	610,034	10位	(16)							
		悪性新生物	376,983	77位	(7)	615,190	62位	(10)									
		県内順位 順位総数79	外来	糖尿病	32,496	49位		30,349	69位								
				高血圧	25,166	61位		32,284	21位								
				脂質異常症	17,909	79位		31,032	9位								
				脳血管疾患	15,398	79位		32,023	51位								
				心疾患	19,443	78位		66,870	5位								
				腎不全	69,967	73位		143,715	14位								
				精神	23,839	71位		28,029	42位								
		悪性新生物	63,796	9位		116,824	2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	3,379			4,056			3,115		2,712		2,150	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
					健診未受診者	9,350			10,891			13,109		12,476		13,543	
	生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者	10,007			12,391			8,927		7,652		6,186		
健診未受診者				27,694			33,272			37,564		35,208		38,956			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	74	56.9		78	61.9	39,665	58.1	81,557	54.9	4,037,518	57.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	64	49.2		73	57.9	35,859	52.5	74,644	50.3	3,742,333	53.3				
		医療機関非受診率	10	7.7		5	4.0	3,806	5.6	6,913	4.7	295,185	4.2				
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79	メタボ 該当・予備群 レベル	健診受診者	130			126			68,251		148,449		7,027,440	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	52.6			57.3			48.2		46.7		37.5		
				特定保健指導終了者（実施率）	7	33.3	13	76.5	4221	47.7	9,062	57.6	214,422	26.3			
				非肥満高血糖	11	8.5	7	5.6	6,534	9.6	14,618	9.8	668,786	9.5			
				メタボ	該当者	23	17.7	26	20.6	14,216	20.8	26,380	17.8	1,350,831	19.2		
					男性	15	25.4	20	33.3	9,848	30.3	18,541	28.2	922,947	30.7		
					女性	8	11.3	6	9.1	4,368	12.2	7,839	9.5	427,884	10.6		
					予備群	14	10.8	12	9.5	8,401	12.3	15,149	10.2	777,605	11.1		
					男性	9	15.3	7	11.7	5,927	18.2	10,772	16.4	531,619	17.7		
					女性	5	7	5	7.6	2,474	6.9	4,377	5.3	245,986	6.1		
				BMI	総数	41	31.5	40	31.7	25,273	37.0	46,540	31.4	2,374,034	33.8		
					男性	27	45.8	29	48.3	17,580	54.1	32,829	49.9	1,616,190	53.8		
					女性	14	19.7	11	16.7	7,693	21.5	13,711	16.6	757,844	18.8		
					総数	6	4.6	8	6.3	4,446	6.5	7,200	4.9	350,564	5.0		
					男性	1	1.7	1	1.7	821	2.5	1211	1.8	52,166	1.7		
					女性	5	7	7	10.6	3,625	10.1	5,989	7.2	298,398	7.4		
				血糖のみ	3	2.3	2	1.6	585	0.9	992	0.7	48,307	0.7			
				血圧のみ	7	5.4	8	6.3	5,860	8.6	10,148	6.8	541,072	7.7			
				脂質のみ	4	3.1	2	1.6	1,956	2.9	4,009	2.7	188,226	2.7			
血糖・血圧	1	0.8	3	2.4	2,484	3.6	3,983	2.7	207,752	3.0							
血糖・脂質	2	1.5	1	0.8	793	1.2	1,634	1.1	73,729	1.0							
血圧・脂質	9	6.9	8	6.3	6,210	9.1	12,376	8.3	636,795	9.1							
血糖・血圧・脂質	11	8.5	14	11.1	4,729	6.9	8,387	5.6	432,555	6.2							
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	39	30	48	38.1	26,012	38.2	51,425	34.6	2,497,577	35.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				糖尿病	8	6.2	12	9.5	6,983	10.2	12,709	8.6	599,817	8.5			
				脂質異常症	24	18.5	21	16.7	17,265	25.3	39,368	26.5	1,868,363	26.6			
				既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	9	7.4	9	8.3	2,147	3.3	4,835	3.5	228,911		3.4	
			心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	6	5	10	9.3	3,827	5.9	7,949	5.8	394,764	5.8				
			腎不全	2	1.7	1	0.9	558	0.9	1,089	0.8	52,100	0.8				
			貧血	17	14	17	15.9	5,845	9.0	13,224	9.7	721,418	10.7				
			喫煙	13	10	18	14.3	11,204	16.4	17,539	11.8	913,599	13.0				
			週3回以上朝食を抜く	5	4.1	6	5.6	5,606	9.0	8,131	6.4	537,779	8.6				
			週3回以上食後間食（～H29）	22	18.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			週3回以上就寝前夕食（H30～）			22	20.4	10,829	17.3	19,221	15.0	973,521	15.6				
			週3回以上就寝前夕食	33	27.5	22	20.4	10,829	17.3	19,221	15.0	973,521	15.6				
			食べる速度が速い	30	24.6	30	27.8	18,264	29.2	32,270	25.2	1,684,744	27.2				
			20歳時体重から10kg以上増加	35	28.9	37	34.9	22,746	36.1	39,592	30.8	2,101,248	33.9				
			1回30分以上運動習慣なし	96	80	85	79.4	43,252	68.2	81,331	63.5	3,672,239	58.8				
			1日1時間以上運動なし	17	13.9	19	17.8	29,575	47.0	59,222	46.2	2,943,745	47.1				
			睡眠不足	27	22.9	29	27.4	15,340	24.5	30,687	24.0	1,557,958	25.1				
			毎日飲酒	26	21.3	27	25.0	17,332	26.6	32,791	23.9	1,642,581	24.8				
			時々飲酒	26	21.3	40	37.0	15,203	23.3	32,310	23.6	1,492,461	22.5				
⑭	日飲酒	1合未満	32	64	33	54.1	23,873	55.2	42,606	57.0	3,138,726	65.6					
		1～2合	16	32	23	37.7	12,075	27.9	22,272	29.8	1,105,507	23.1					
		2～3合	2	4	5	8.2	5,261	12.2	7,616	10.2	422,683	8.8					
		3合以上	0	0	0	0.0	2,040	4.7	2,200	2.9	120,925	2.5					



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	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							

糖尿病管理台帳からの年次計画

H

年度

担当者名：

担当地区：

対象者把握				地区担当が実施すること				他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤)			()人	1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導				後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医
	④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								
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	⑥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 (一)			()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					

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料5】

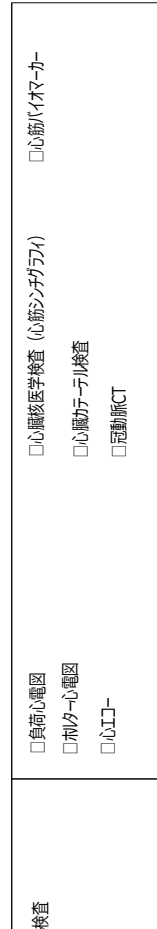
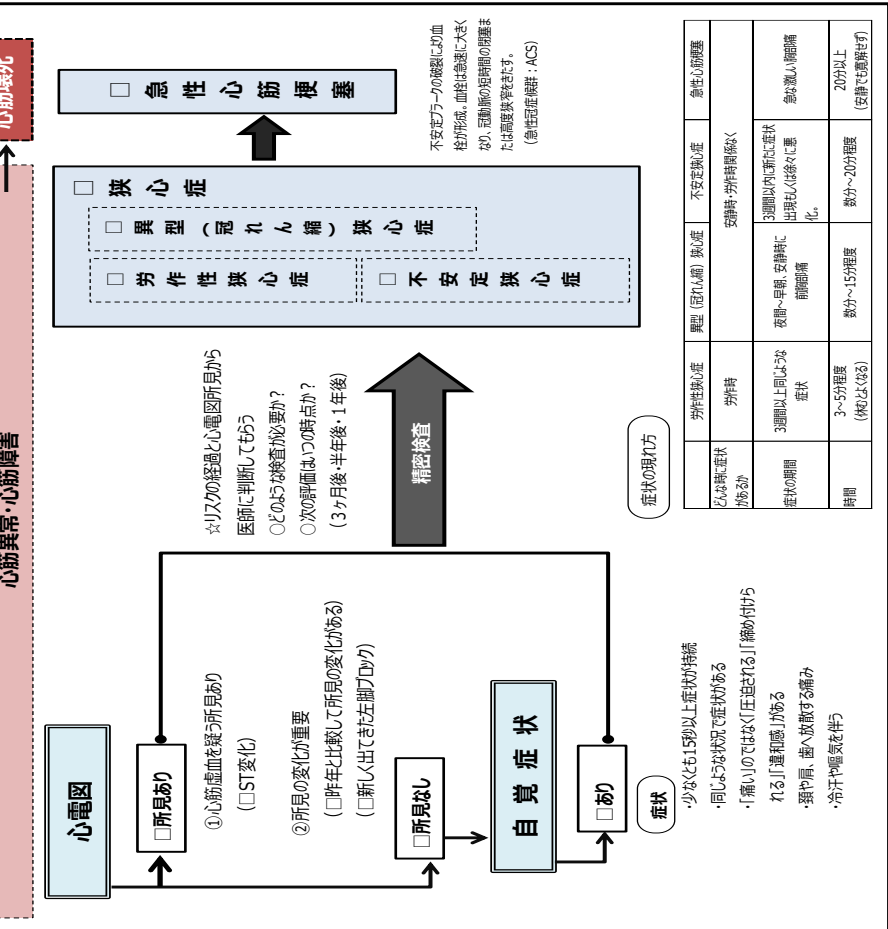
項目				突合表	保険者						同規模保険者（平均）		データ基		
					28年度		29年度		30年度		30年度同規模保険者数255				
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数		A	391人		384人		350人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳			275人		270人		251人						
2	①	特定健診	対象者数	B	275人		235人		275人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	②		受診者数	C	132人		138人		130人						
	③		受診率		48.0%		58.7%		47.3%						
3	①	特定 保健指導	対象者数		21人		23人		18人				特定健診結果		
	②		実施率		66.7%		40.9%		47.6%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	16人	12.1%	19人	13.8%	17人	13.1%					
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	8人	50.0%	6人	31.6%	7人	41.2%					
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	8人	50.0%	13人	68.4%	10人	58.8%				
	④				コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	6人	75.0%	8人	61.5%	9人	90.0%			
	⑤		血圧 130/80以上				1人	16.7%	4人	50.0%	4人	44.4%			
	⑥		肥満 BMI25以上	K	3人	50.0%	2人	25.0%	4人	44.4%					
	⑦				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	2人	25.0%	5人	38.5%	1人	10.0%				
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	14人	87.5%	14人	73.7%	14人	82.4%				
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		1人	6.3%	1人	5.3%	1人	5.9%				
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		0人	0.0%	4人	21.1%	2人	11.8%				
	⑪		第4期	eGFR30未満		1人	6.3%	0人	0.0%	0人	0.0%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）			51.2人		62.5人		60.0人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳（被保険者千対）			72.7人		88.9人		83.7人					
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		138件	(501.8)	156件	(614.2)	154件	(660.9)	499件	(833.6)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④			入院(件数)	2件	(7.3)			1件	(4.3)	3件	(5.8)			
	⑤		糖尿病治療中		H	20人	5.1%	24人	6.3%	21人	6.0%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳			20人	7.3%	24人	8.9%	21人	8.4%				
	⑦		健診未受診者		I	12人	60.0%	11人	45.8%	11人	52.4%				
	⑧		インスリン治療		O	2人	10.0%	4人	16.7%	2人	9.5%				
	⑨		(再掲)40-74歳			2人	10.0%	4人	16.7%	2人	9.5%				
	⑩		糖尿病性腎症		L	3人	15.0%	3人	12.5%	2人	9.5%				
	⑪		(再掲)40-74歳			3人	15.0%	3人	12.5%	2人	9.5%				
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			0人	0.00%	0人	0.00%	0人	0.00%				
	⑬		(再掲)40-74歳			0人	0.00%	0人	0.00%	0人	0.00%				
	⑭		新規透析患者数												
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症												
	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)				41人	0.0%	41人	0.0%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	①	医療費	総医療費			8436万円		9936万円		1億1778万円		2億6485万円		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			4868万円		5121万円		6202万円		1億4493万円			
	③		(総医療費に占める割合)			57.7%		51.5%		52.7%		54.7%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		10,007円		4,421円		10,064円		8,126円			
	⑤			健診未受診者		27,694円		36,951円		37,688円		37,095円			
	⑥		糖尿病医療費			416万円		424万円		450万円		1548万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			8.6%		8.3%		7.3%		10.7%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費			881万円		997万円		854万円					
	⑨		1件あたり			32,496円		28,913円		25,255円					
	⑩		糖尿病入院総医療費			906万円		860万円		1275万円					
	⑪		1件あたり			754,715円		661,495円		849,881円					
	⑫		在院日数			12日		9日		11日					
	⑬		慢性腎不全医療費			600万円		627万円		1162万円		1046万円			
	⑭		透析有り		480万円		478万円		858万円		929万円				
	⑮			透析なし	120万円		149万円		304万円		116万円				
7	①	介護	介護給付費			1億4687万円		1億5442万円		1億4522万円		3億3809万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症												
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.8%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

【參考資料】(6)

重症化予防（早期発見）

害隨臟器

--	--

[illegible]

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【参考資料 7】

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし ☐ 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	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 ☐ 顎、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある					
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。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
☐ メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男 85～ 女 90～				
	☐ BMI	～24.9	25～				
	☐ 中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～
		食後	～199		200～		
	☐ 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					

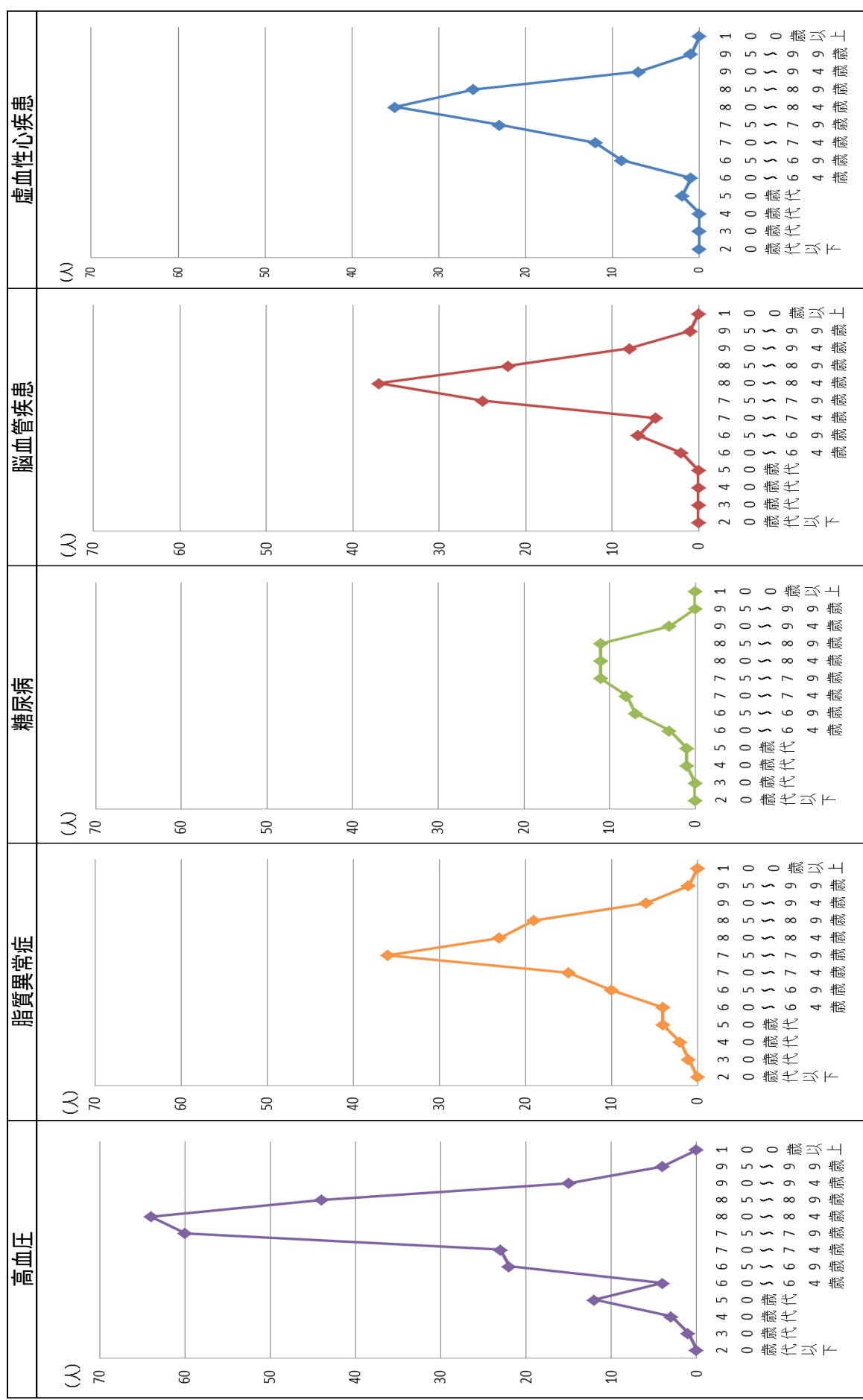
参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

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														
	メタボ 判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28				
										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		

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														
		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	H26年度					H27年度					H28年度				
												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



令和1年度の実績評価を踏まえ、今後の取組と課題整理

【参考資料11】

評価（良くなったところ					⑤残っている課題
課題・目標	④プロセス （やっていた実践の過程）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	
目標 ○特定健診受診率 R1年度目標 66％ ○特定保健指導実施率 R1年度目標 70％ ○令和1年度には28年度と比較して、脳血管疾患を10％減少させる ○医療費の伸びを抑える	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、重宝の位置づけを確認する。	未受診者対策 ・年度度末である3月まで健診を実施し、いつでも健診が受けられるような体制をとっている。そのため、12月頃より未受診者への受診勧奨を行っている。 ・人間ドック、脳ドック、かかりつけ医での検査結果を提出してもらっている。 ・健診受診率の向上の取組は行ってきたが、除・課内での共有が取れず効果的な受診勧奨ができなかった	未受診者対策 特定健診受診率 R1年度 57.3％ 未受診者 R1年度 42.7％（93名） 40～64歳 50.5％	保健師 1名 管理栄養士 1名 ・村全ての者を対象とし、未受診者対策、重症化予防対策、保健指導を行っている。 ・KDBシステム、特定健診データ管理システム等を活用し現状把握、経過観察、評価等を行っている。	全体 ・保健活動に関して具体的な目標、効果を検討、共有し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する 未受診者対策 ・医療機関受診者、若年層の健診未受診者へ早期の対応。 ・健診の申し込み状況を確認し、継続して受診してもらえるように勧奨する。 ・健診の必要性、重症性を伝えていく。（特に若年層） 重症化予防対策 ・大鹿診療所以外の保健指導の実施、評価を行う。 ・治療中でコントロール不良者への重症化予防への取組。
全体 ・PDCAサイクルに基づいた事業等の実施 ・評価、計画等共通認識を図る 未受診者対策 ・未受診者対策の実施時期の検討 ・医療機関受診者への健診受診率の向上 重症化予防対策 ・対象者の抽出基準等の検討 ・評価指標、期間の検討 ・糖尿病管理台帳の活用	全体 ・大鹿診療所以外の者への保健指導が不十分。 ・糖尿病管理台帳の活用を活用し、経年での変化、治療の有無、個々の数値の変化から対象者の優先順位を把握している。	未受診者対策 特定保健指導実施率 R1年度 75.6％ O:動機付け支援 12名 P:積極的支援 5名	重症化予防対策 R1年度 L:生活習慣病治療中で生活習慣病のコントロール不良 41名（32.3％） M:生活習慣病治療なしで受診が必要な者 22名（17.3％）	医師とのつながり ・大鹿診療所と密に連携していく。 ・糖尿病連携手帳、情報提供書の活用を進めていく。 ・医師会において、飯伊包括医療協議会で特定健診・糖尿病性腎症重症化予防等についての検討委員会立ち上げる。	
医師とのつながり ・健診の重要性等の課題の共有	医師とのつながり ・医師とのつながりとしては、併設している大鹿診療所と連携し、未受診者対策、重症化予防を行っている。 ・村外の医療機関に受診している者についてはさらに糖尿病連携手帳、情報提供者を活用し、連携できるとよい。	医師とのつながり ・CKD連携様式使用状況 0件 ・大鹿診療所経由でのCKD専門医受診 1件	重症化予防対策	医師とのつながり	