

第2期志賀町保健事業実施計画
(データヘルス計画)
(平成30年度～平成35年度)



志賀町

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	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置づけ	
3. 計画期間	
4. 実施体制と関係者との連携等	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1. 保険者の特性	
2. 第1期計画に係る評価及び考察	
3. 第2期計画における健康課題の明確化	
4. 計画の目標の設定	
第3章 保健事業の内容	25
I 保健事業計画の方向性	
II 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 虚血性心疾患重症化予防	
3. 脳血管疾患重症化予防	
III その他	
1. COPD	
2. がん	
3. こどもの生活習慣	
4. 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導	
5. 後発医薬品の使用促進	
IV ポピュレーションアプローチ	
第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	49
1. 第三期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	

<u>第5章 地域包括ケアに係る取組</u>	55
<u>第6章 計画の評価・見直し</u>	57
1) 評価の時期	
2) 評価方法・体制	
<u>第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</u>	58
1) 計画の公表・周知	
2) 個人情報の取扱い	
<u>参考資料</u>	59

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。

志賀町においては、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を図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

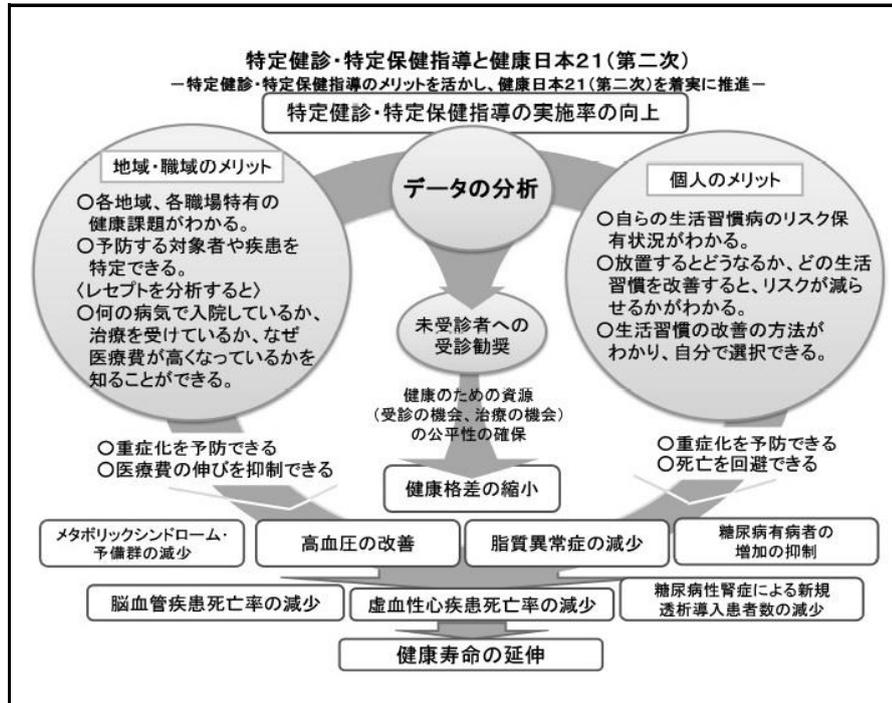
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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1～3）

【図表1】

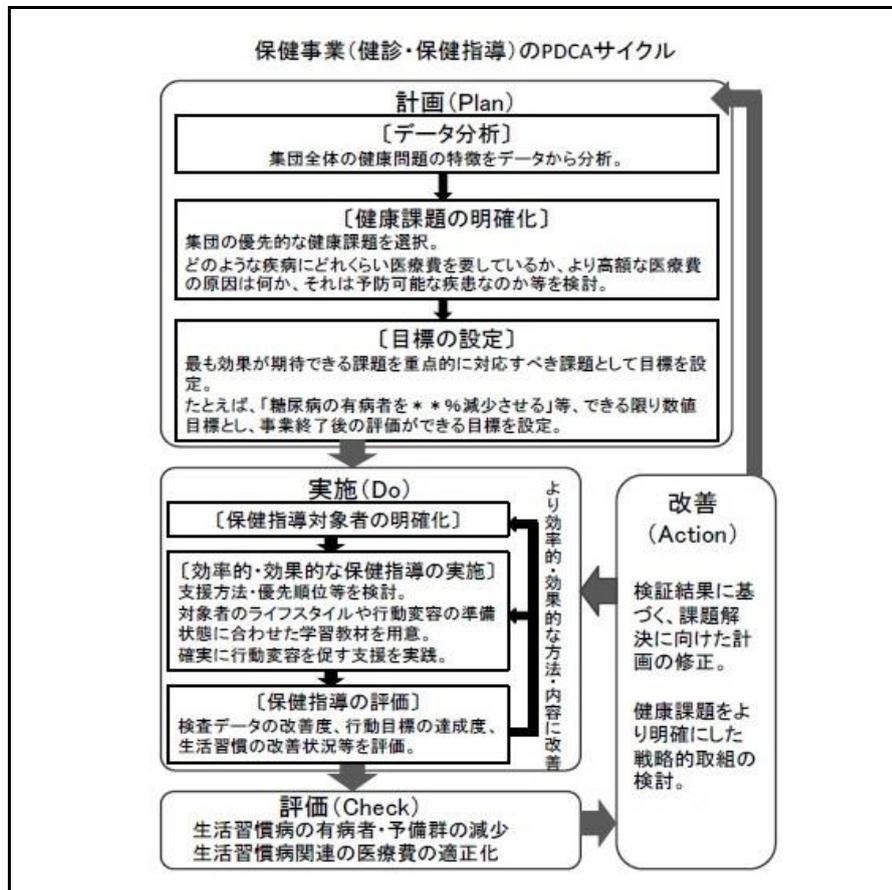
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ							
2017.10.11							
「健康日本21」計画		※ 健康増進事業実施者とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			「医療費適正化計画」	「医療計画」	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	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方針	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方針	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方針	
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、生活習慣病の予防や生活習慣病の早期発見とともに、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、社会参加の促進が期待されるものとなるよう、生活習慣の改善及び社会参加の促進に取り組むこととする。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸・生活習慣病の予防・生活習慣病の早期発見・生活習慣病の重症化の防止を図ることができ、かつ、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生を予防し、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に資するものとする。	生活習慣病の予防を主として、被保険者の自主的な健康増進活動の推進を図り、健康増進活動の普及・浸透を図ることを目的として、生活習慣病の予防を主として、被保険者の自主的な健康増進活動の推進を図ることを目的とする。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を送ることができるよう支援すること。要介護状態とならば要介護状態となることへの防止及び要介護状態等の軽減もしくは重症化の防止を理念として取り組むこととする。	国民生活の向上を図るため、国民の生活の質の維持及び向上を図ることを目的として、国民生活の向上を図ることを目的とする。	医療提供体制の確保を図ることを目的として、医療提供体制の確保を図ることを目的とする。	医療提供体制の確保を図ることを目的として、医療提供体制の確保を図ることを目的とする。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児、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若年期・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 骨髄小脳変性症、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	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透析導入患者数） ③治療継続率の割合 ④血糖コントロール状態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メタボ予備軍・メタボ該当者の減少 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⑪肥満、やせの減少 ⑫適切な食料と質の食事をとる ⑬日常生活における歩数 ⑭運動習慣者の割合 ⑮成人の喫煙率 ⑯飲酒している者	①特定健康診査率 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(特定健診の実施率を参照する) ②日常生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健康診査 ⑧特定保健指導率 ⑨健康診査の変化 ⑩生活習慣病の有病者・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費 ⑬介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防 軽減 悪化の防止 ③介護給付の適正化	①医療費適正化の取組 外※ ②一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボ該当者・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化 連携の推進	①5病種5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)	
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定				保険者協議会(事務局:国保連合会)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. 実施体制と関係者との連携等

1) 実施体制

計画は、住民課が主体となり策定する。

ただし、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている健康福祉課の保健師等の専門職と連携し計画策定を進めていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整える。（図表4）

また、連合会の支援協議会から支援を受け、関係部局の連携を推進するため国保運営協議会、志賀町・羽咋郡市医師会行政連絡会議などを通じ町長をはじめとする幹部と計画の進捗状況を共有する。

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・協力が重要となることから、国保運営協議会や既存の保健医療関係者等委員会、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、計画策定の段階から都道府県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

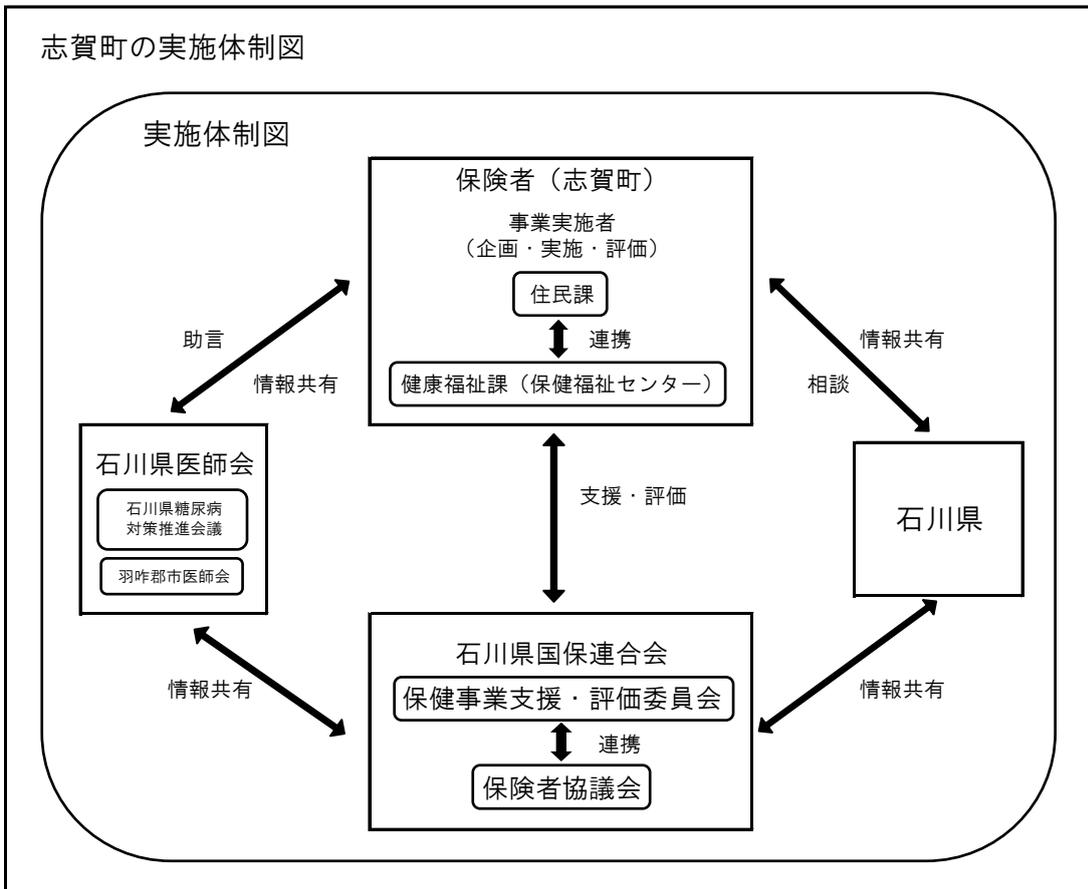
また、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を図る。

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】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点（満点）		345	580	850	850
交付額（万円）		294			
総得点（体制構築加点含む）		239			
全国順位（1,741市町村中）		310			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患（病）検診の実施	10			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	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	10			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	7			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. 保険者の特性

志賀町の人口は21,112人（平成28年度末）。町合併時の平成17年9月1日に25,347人であった人口は13年間で16.7%減少している。

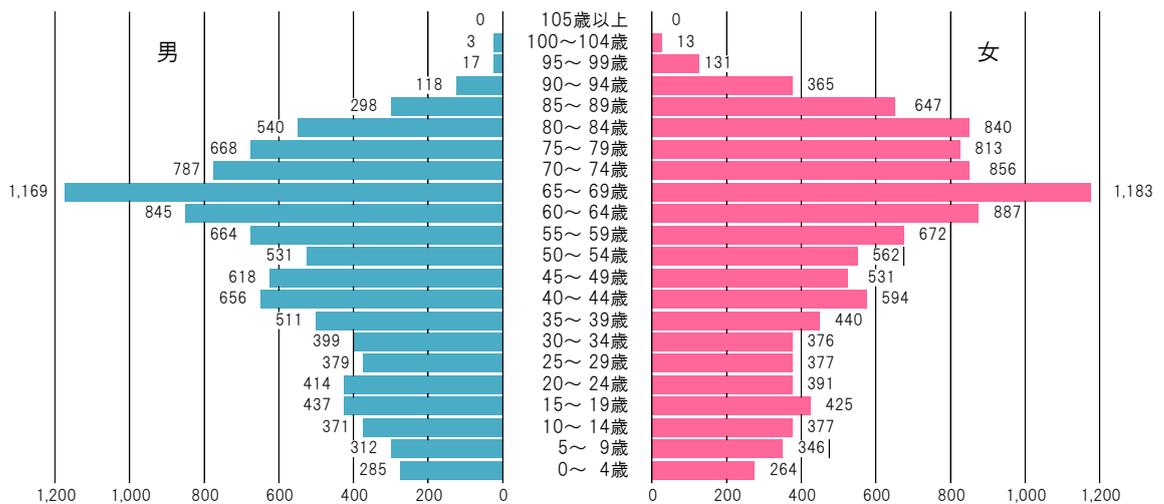
高齢化率は40%であり、全国、県と比較して高齢化が進展している。

国保の加入率は24.2%である。

平成27年国勢調査において、就業者数では、9,884人となっている。就業者の産業分類別の割合では、第1次産業が10.0%、第2次産業が31.9%、第3次産業が58.1%となっており、石川県全体と比較すると、第1次産業と第2次産業の割合が高くなっているものの、昭和35年から平成27年までの推移をみると、第1次産業の減少が著しく、農・漁業離れが進んでいることがうかがえる。

【図表6】

年齢別人口（平成29年3月末現在）



(人)

年齢	男	女	計
0～4歳	285	264	549
5～9歳	312	346	658
10～14歳	371	377	748
15～19歳	437	425	862
20～24歳	414	391	805
25～29歳	379	377	756
30～34歳	399	376	775
35～39歳	511	440	951
40～44歳	656	594	1,250
45～49歳	618	531	1,149
50～54歳	531	562	1,093
55～59歳	664	672	1,336
60～64歳	845	887	1,732
65～69歳	1,169	1,183	2,352
70～74歳	787	856	1,643
75～79歳	668	813	1,481
80～84歳	540	840	1,380
85～89歳	298	647	945
90～94歳	118	365	483
95～99歳	17	131	148
100～104歳	3	13	16
105歳以上	0	0	0
合計	10,022	11,090	21,112

	男	女	計
65歳以上人口	3,600	4,848	8,448
高齢化率	35.9%	43.7%	40.0%

	男	女	計
20歳以上人口	8,617	9,678	18,295

※日本人と外国人を合わせた数値を掲載しています。

2. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 健康状況

(1) 死亡の状況

石川県の平均寿命を見ると、平成22年の男性では18位、女性では11位となっており、志賀町の平均寿命は、男性は国や県より短く、女性は国より長く県と同程度である。また、65歳未満の死亡割合は、男性は国や県より高く、女性は低い状況である。死因の原因疾患を平成25年度と平成28年度を比べるとがんが増えている。

平均寿命と65歳未満死亡割合

【図表7】

性別	平均寿命（歳）				65歳未満死亡割合（%）			
	男性		女性		男性		女性	
年	平成12年	平成22年	平成12年	平成22年	平成12年	平成28年	平成12年	平成28年
石川県	77.96	79.71	85.18	86.75	22.3	12.2	13.3	6.2
全国値	77.71	79.59	84.62	86.35	26.3	13.5	14.9	7.2
順位	16位	18位	10位	11位	33位	30位	22位	29位
志賀町	76.0(旧志賀町) 78.0(旧富来町)	79.2	84.3(旧志賀町) 85.7(旧富来町)	86.7	15.3%	14.5%(H27)	8.8%	1.7%(H27)

資料 人口動態調査、都道府県別生命表、市区町村別生命表（厚生労働省）

平均寿命と65歳未満死亡割合

【図表8】

	年間調整 死亡率※	虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		閉塞性肺疾患 (COPD)		糖尿病	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	42位	26位	32位
女性	石川県	19.5	9.5	39.3	21.9	3.2	3.8	2.7	0.7	4.2	1.9
	全国	21.7	11.8	45.7	21.0	5.7	4.0	2.0	1.1	4.4	2.5
	順位	27位	27位	43位	19位	47位	33位	5位	38位	26位	38位

	年間調整 死亡率※	胃がん		肺がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		平成12年	平成27年								
男性	石川県	42.1	22.7	46.9	41.9	22.4	17.8	/	/	/	/
	全国	39.1	22.9	46.3	39.2	23.7	21.0				
	順位	13位	24位	22位	6位	28位	40位				
女性	石川県	15.0	10.0	10.4	11.3	13.0	11.2	10.6	11.2	4.6	6.2
	全国	15.3	8.3	12.3	11.1	13.6	12.1	10.7	12.0	5.3	5.6
	順位	29位	5位	38位	15位	27位	29位	16位	27位	35位	8位

死因 (実人数)	志賀町	
	平成25年度	平成28年度
がん	86人	104人
心臓病	50人	45人
脳疾患	40人	28人
糖尿病	3人	3人
腎不全	7人	6人
自殺	6人	3人

(2) 介護の状況

志賀町の介護状況を平成25年度と平成28年度を比べると、1件当たりの給付費は居宅、施設サービスともに減っているが、認定者数の増加により介護給付費は増えている。40～64歳の2号保険者の認定率に変化はないが、新規認定者数が2人から5人に増え、65～74歳未満の1号保険者の新規認定者数も増えている。65～74歳の1号保険者の有病状況をみると、腎不全、血管内皮を傷める生活習慣病を含む血管疾患、認知症の割合が増えている。

【図表9】

介護給付費の変化

年度	志賀町				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	22億9,906万円	73,669	40,793	289,984	65,293	41,599	283,210
H28年度	25億3,974万円	72,616	40,091	275,265	62,877	40,725	277,662

要介護認定率と要介護認定者の有病状況

【図表10】

	2号 40～64歳				1号 65～74歳				
	平成25年度		平成28年度		平成25年度		平成28年度		
	認定数(人)	認定率(%)	認定数(人)	認定率(%)	認定数(人)	認定率(%)	認定数(人)	認定率(%)	
認定数(人)	25		26		119		129		
認定率(%)	0.32		0.33		3.6		3.9		
新規認定者数	2		5		31		34		
要支援1・2	9	36.0%	7	26.9%	36	30.3%	37	28.7%	
要介護1・2	7	28.0%	8	30.8%	42	35.3%	39	30.2%	
要介護3～5	9	36.0%	11	42.3%	41	34.5%	53	41.1%	
血管疾患	脳卒中	11	55.0%	13	54.2%	53	44.5%	47	41.2%
	虚血性心疾患	2	10.0%	4	16.7%	40	33.6%	11	9.6%
	腎不全	2	10.0%	5	20.8%	11	9.2%	33	28.9%
	糖尿病	9	45.0%	8	33.3%	—	—	17	14.9%
	血管疾患合計	16	80.0%	17	70.8%	93	78.2%	102	89.5%
筋・骨格疾患	13	52.0%	17	70.8%	79	66.4%	91	79.8%	
認知症	0	0.0%	1	4.2%	7	5.9%	24	21.1%	

資料 KDB2次加工ツール

(3) 医療の状況

志賀町の一人当たり医療費は、平成28年度は31,492円で県内4位、同規模では164市町中8位と高く、県29,225円、国24,253円と比べても、高いことがわかる。

入院件数の割合は3.9%と、同規模、県、国の割合より高く、費用割合も46.4%と高い。

H25年度とH28年度を比べると、総医療費の抑制はみられるが、一人当たり医療費は入院、入院外ともに増えているが、同規模と比べると伸び率は少ない。

①医療費の変化

医療費の変化

【図表11】

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		
			町	同規模			町	同規模			町	同規模	
1 総医療費 (円)	H25年度	21億2,437万円	—	—	—	9億8,549万円	—	—	—	11億3,888万円	—	—	—
	H28年度	20億261万円	△1億2,176万円	△ 5.7	△ 6.6	9億2,903万円	△5,646万円	△ 5.7	△ 6.7	10億7,358万円	△6,530万円	△ 5.7	△ 6.5
2 一人当たり 医療費 (円)	H25年度	29,593	—	—	—	13,640	—	—	—	15,860	—	—	—
	H28年度	31,492	1,899	6.4	8.8	14,610	880	6.4	8.6	16,880	1,020	6.4	8.9

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

②受療率の推移

受療率の推移（人口10万対）

【図表12】

受療率※1		総数		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全等		糖尿病	
年		H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26
入院	県	1,401	1,310	21	21	198	160	26	35	27	26
	全国	1,068	1,038	13	12	137	125	28	26	19	16
	順位	15位	15位	4位	3位	9位	12位	28位	10位	13位	9位
外来	県	5,214	4,921	64	48	78	52	53	99	182	157
	全国	5,784	5,696	49	47	89	74	100	93	166	175
	順位	40位	45位	11位	23位	30位	42位	45位	23位	16位	36位

資料 患者調査※2（厚生労働省）

※1受療率 調査日に人口10万人に対して全国の医療施設で受療した患者数

※2患者調査とは、医療施設を利用する患者について、その傷病の状況等を明らかにすることを目的とした調査。3年ごとに実施。

③医療費と介護給付費の変化

医療費と介護給付費の変化

【図表13】

項目		国保医療費 ※1			後期医療 ※2		介護費 ※3		後期＋介護	
年度		H26年	H27年	H28年	H26年	H27年	H26年	H27年	H26年	H27年
1人あたり 費用額	県	374,016	396,799	397,071	987,322	997,844	330,890	326,975	1,318,212	1,324,819
	全国	330,628	347,801	348,175	923,735	941,240	295,647	295,483	1,219,382	1,236,723
順位		12位	11位	12位	15位	16位	16位	17位	14位	14位

※1 国民健康保険の実態（国保中央会）

※2 後期高齢者医療事業状況報告（確報）第2表（厚生労働省）

※3 国保中央会：月別 介護給付費の状況 介護費1年間総額÷65歳以上人口（介護保険第1号被保険者数）
65歳以上人口…介護保険事業年報第2表（厚生労働省）

④高額になる疾患

ひと月200万円以上の高額になる疾患を分析すると、全体の人数は変わらないが、費用額は2,500万円ほど増えている。疾患別にみるとがんが急増し、全体の費用額に占める割合は約6割以上である。年齢別にみると、平成25年度は70～74歳で発症している割合が高いが、平成28年度では60歳代で発症している。

高額になる疾患

【図表14】

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他			
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	30人	30人	2人	1人	3人	5人	7人	16人	18人	8人	
		件数	33件	43件	2件	1件	4件	5件	7件	25件	20件	12件	
			6.1%	2.3%	12.1%	11.6%	21.2%	58.1%	60.6%	27.9%			
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
			40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
			50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	12.0%
60代	1		50.0%	1	100.0%	2	50.0%	4	80.0%	2	28.6%		
70-74歳	1	50.0%	0	0.0%	2	50.0%	1	20.0%	5	71.4%			
費用額	8,992万円	1億1,429万円	515万円	256万円	1,099万円	1,357万円	1,658万円	7,039万円	5,720万円	2,778万円			
			5.7%	2.2%	12.2%	11.9%	18.4%	61.6%	63.6%	24.3%			

⑤長期入院

全体の人数、件数、費用額ともに減少したが、脳血管疾患の費用額の割合が増えている。

長期入院

【図表15】

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患		
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	49人	46人	33人	30人	5人	5人	7人	1人
		件数	450件	401件	333件	293件	43件	35件	37件	12件
			74.0%	73.1%	9.6%	8.7%	8.2%	3.0%		
費用額	2億181万円	1億9,762万円	1億2,495万円	1億777万円	2,515万円	2,755万円	1,325万円	433万円		
			61.9%	54.5%	12.5%	13.9%	6.6%	2.2%		

⑥人工透析患者

長期療養する疾患である人工透析を疾患別にみると、糖尿病性腎症と虚血性心疾患由来による割合が疾患別にみると、糖尿病性腎症と虚血性心疾患由来による割合が多い。

人工透析患者

【図表16】

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	16人	17人	7人	11人	4人	5人	12人	11人
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		件数	239件	247件	97件	158件	53件	67件	159件	143件
		費用額	1億312万円	1億1,240万円	3,920万円	7,260万円	2,253万円	2,943万円	6,830万円	6,311万円
			38.0%	64.6%	21.9%	26.2%	66.2%	56.2%		

⑦中長期的疾患及び短期的な疾患（最大医療資源）

一人あたり医療費は、約2千円増加したものの、総医療費と目標疾患医療費計は減少した。中長期目標疾患では、透析なしの慢性腎不全、脳、心疾患は減少し、透析ありの慢性腎不全の割合が若干増えたにとどまった。また、中長期目標疾患のリスクとなる短期目標疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症）の割合はいずれも減少しているが、県や国と比べるといずれも割合は高い。

【図表17】

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

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								
						6位	4位	4.61%	0.37%								2.19%
H25	志賀町	2,124,376,860	29,593	6位	4位	4.61%	0.37%	2.19%	3.69%	6.90%	7.34%	3.33%	603,876,990	28.43%	12.28%	10.47%	9.12%
H28	志賀町	2,002,617,760	31,492	7位	4位	5.00%	0.14%	1.81%	2.84%	6.88%	5.30%	3.19%	503,877,600	25.16%	19.25%	8.93%	9.66%
H28	石川県	93,645,808,090	29,225	-	-	4.30%	0.35%	2.30%	2.73%	5.43%	4.27%	2.79%	20,135,987,530	22.18%	9.46%	15.37%	7.21%
	国	9,677,041,336,540	24,253	-	-	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

【出典】

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

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

⑧中長期的な目標となる疾患

中長期的に目標とする予防可能な疾患は、医療費が高額となる疾患、6カ月以上の入院が必要となる疾患、長期化することで高額になる疾患、介護保険認定者の有病状況の多い疾患である。これまでの健診・医療情報を分析した結果、目標とする予防可能な疾患は、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析であり、これらを減少させることが重要である。

全体の割合では平成25年度と平成28年度を比べると、虚血性心疾患と脳血管疾患が減少し、人工透析は変動がない。

【図表18】

厚労省様式 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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,032	371	6.2%	66	17.8%	12	3.2%	295	79.5%	196	52.8%	230	62%
	64歳以下	3,267	96	2.9%	17	17.7%	11	11.5%	73	76%	57	59.4%	64	66.7%
	65歳以上	2,765	275	9.9%	49	17.8%	1	0.4%	222	80.7%	139	50.5%	166	60.4%
H28	全体	5,429	316	5.8%	54	17.1%	11	3.5%	248	78.5%	182	57.6%	207	65.5%
	64歳以下	2,380	57	2.4%	9	15.8%	7	12.3%	43	75.4%	38	66.7%	42	73.7%
	65歳以上	3,049	259	8.5%	45	17.4%	4	1.5%	205	79.2%	144	55.6%	165	63.7%

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標							
			被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,032	241	4%	66	27.4%	4	1.7%	187	77.6%	129	53.5%	136	56.4%		
	64歳以下	3,267	64	2%	17	26.6%	4	6.3%	45	70.3%	33	51.6%	34	53.1%		
	65歳以上	2,765	177	6.4%	49	27.7%	0	0%	142	80.2%	96	54.2%	102	57.6%		
H28	全体	5,429	212	3.9%	54	25.5%	5	2.4%	160	75.5%	114	53.8%	128	60.4%		
	64歳以下	2,380	50	2.1%	9	18%	4	8%	41	82%	29	58%	31	62%		
	65歳以上	3,049	162	5.3%	45	27.8%	1	0.6%	119	73.5%	85	52.5%	97	59.9%		

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標							
			被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,032	16	0.3%	4	25%	12	75%	16	100%	7	43.8%	8	50%		
	64歳以下	3,267	14	0.4%	4	28.6%	11	78.6%	14	100%	5	35.7%	7	50%		
	65歳以上	2,765	2	0.1%	0	0%	1	50%	2	100%	2	100%	1	50%		
H28	全体	5,429	16	0.3%	5	31.3%	11	68.8%	17	106.3%	11	68.8%	7	43.8%		
	64歳以下	2,380	14	0.6%	4	28.6%	7	50%	12	85.7%	7	50%	5	35.7%		
	65歳以上	3,049	2	0.1%	1	50%	4	200%	5	250%	4	200%	2	100%		

⑨短期目標となる疾患

①共通リスク（厚労省様式3-2～3-4）（図表19）

短期目標となる疾患は、血管変化における共通のリスクとされる糖尿病、高血圧、脂質異常症などをコントロールすることで予防できる。また、これらの発症を未然に予防することも重要である。

全体の割合では平成25年度と平成28年度を比べると、糖尿病と脂質異常症は若干増え、高血圧は減少している。各疾患においては、脂質異常症の割合が増えている。これは、平成26年度から要医療・糖精密検査受診券の発行を始めたことが治療開始に繋がり、中長期的目標疾患の重症化予防の一環と考える。

【図表19】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標									
			被保険者数		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
H25	全体	6,032	904	15%	64	7.1%	669	74%	526	58.2%	196	21.7%	129	14.3%	7	0.8%	134	14.8%		
	64歳以下	3,267	318	9.7%	33	10.4%	213	67%	193	60.7%	57	17.9%	33	10.4%	5	1.6%	35	11%		
	65歳以上	2,765	586	21.2%	31	5.3%	456	77.8%	333	56.8%	139	23.7%	96	16.4%	2	0.3%	99	16.9%		
H28	全体	5,429	860	15.8%	62	7.2%	630	73.3%	530	61.6%	182	21.2%	114	13.3%	11	1.3%	139	16.2%		
	64歳以下	2,380	210	8.8%	21	10%	148	70.5%	143	68.1%	38	18.1%	29	13.8%	7	3.3%	40	19%		
	65歳以上	3,049	650	21.3%	41	6.3%	482	74.2%	387	59.5%	144	22.2%	85	13.1%	4	0.6%	99	15.2%		

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧		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
H25	全体	6,032	1,572	26.1%	669	42.6%	811	51.6%	295	18.8%	187	11.9%	16	1%
	64歳以下	3,267	491	15%	213	43.4%	249	50.7%	73	14.9%	45	9.2%	14	2.9%
	65歳以上	2,765	1,081	39.1%	456	42.2%	562	52%	222	20.5%	142	13.1%	2	0.2%
H28	全体	5,429	1,382	25.5%	630	45.6%	753	54.5%	248	17.9%	160	11.6%	17	1.2%
	64歳以下	2,380	323	13.6%	148	45.8%	179	55.4%	43	13.3%	41	12.7%	12	3.7%
	65歳以上	3,049	1,059	34.7%	482	45.5%	574	54.2%	205	19.4%	119	11.2%	5	0.5%

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		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
H25	全体	6,032	1,107	18.4%	526	47.5%	811	73.3%	230	20.8%	136	12.3%	8	0.7%
	64歳以下	3,267	364	11.1%	193	53%	249	68.4%	64	17.6%	34	9.3%	7	1.9%
	65歳以上	2,765	743	26.9%	333	44.8%	562	75.6%	166	22.3%	102	13.7%	1	0.1%
H28	全体	5,429	1,029	19%	530	51.5%	753	73.2%	207	20.1%	128	12.4%	7	0.7%
	64歳以下	2,380	262	11%	143	54.6%	179	68.3%	42	16%	31	11.8%	5	1.9%
	65歳以上	3,049	767	25.2%	387	50.5%	574	74.8%	165	21.5%	97	12.6%	2	0.3%

(4) 健診の状況

① リスクの健診結果経年変化

健診データのうち、男女ともにHbA1cの項目で有所見者割合が県より高く、平成25年度と平成28年度を比べると増えている。また、男女ともにBMIと腹囲の項目が増えており、メタボリックシンドローム該当者のうち3項目全てが基準値より高い割合が増えている。内臓脂肪の蓄積が、インスリン抵抗性を誘発させ肥満や高血糖状態を引き起こす要因と考える。

【図表20】

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

☆No.23帳票

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	336	32.2	516	49.4	234	22.4	180	17.2	108	10.3	252	24.1	670	64.1	202	19.3	484	46.3	241	23.1	384	36.7	-	-	-	-	
	H25	40-64	108	33.5	161	50.0	89	27.6	61	18.9	33	10.2	58	18.0	197	61.2	62	19.3	132	41.0	97	30.1	141	43.8	-	-	-	-
	65-74	228	31.5	355	49.1	145	20.1	119	16.5	75	10.4	194	26.8	473	65.4	140	19.4	352	48.7	144	19.9	243	33.6	-	-	-	-	
H28	合計	367	35.4	567	54.7	270	26.3	185	18.0	112	10.8	269	26.0	774	74.7	182	17.6	528	51.0	217	21.0	408	39.4	27	2.6	27	2.6	
	40-64	94	41.0	135	59.0	82	36.2	59	25.8	26	11.4	53	23.1	155	67.7	54	23.6	105	45.9	70	30.6	101	44.1	5	5.2	5	2.2	
	65-74	273	33.8	432	53.5	188	23.4	126	15.7	86	10.7	216	26.8	619	76.7	128	15.9	423	52.4	147	18.3	307	38.0	22	2.7	22	2.7	
	県(割合)	30.1		52.1		29.4		20.1		11.4		23.5		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		1.8		

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
女性	合計	343	24.5	250	17.9	246	17.6	99	7.1	45	3.2	191	13.6	896	64.0	30	2.1	585	41.8	189	13.5	753	53.8	-	-	-	-	
	H25	40-64	112	23.6	79	16.6	74	15.6	39	8.2	13	2.7	57	12.0	279	58.7	11	2.3	161	33.9	81	17.1	269	56.6	-	-	-	-
	65-74	231	25.0	171	18.5	172	18.6	60	6.5	32	3.5	134	14.5	617	66.7	19	2.1	424	45.8	108	11.7	484	52.3	-	-	-	-	
H28	合計	338	25.9	262	20.1	243	18.6	115	8.8	45	3.5	186	14.3	972	74.6	24	1.8	595	45.7	167	12.8	651	50.0	1	0.1	1	0.1	
	40-64	73	24.2	61	20.2	51	16.9	37	12.3	8	2.6	43	14.3	194	64.2	3	1.0	95	31.5	42	13.9	158	52.3	0	0.0	0	0.0	
	65-74	265	26.5	201	20.1	192	19.2	78	7.8	37	3.7	143	14.3	778	77.7	21	2.1	500	50.0	125	12.5	493	49.3	1	0.1	1	0.1	
	県(割合)	21.0		52.1		19.4		9.0		2.7		12.7		64.2		2.3		41.0		12.8		50.4		0.3		0.3		

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握（厚生労働省様式6-8）

☆No.24帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備軍						該当者												
		人数	割合	人数	割合	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						
男性	合計	1,122	46.0	51	4.5	186	16.6	11	1.0	144	12.8	31	2.8	322	28.7	54	4.8	20	1.8	149	13.3	99	8.8	
	H25	40-64	347	35.0	21	6.1	52	15.0	2	0.6	35	10.1	15	4.3	101	29.1	14	4.0	11	3.2	48	13.8	28	8.1
	65-74	775	53.5	30	3.9	134	17.3	9	1.2	109	14.1	16	2.1	221	28.5	40	5.2	9	1.2	101	13.0	71	9.2	
H28	合計	1,036	49.8	40	3.9	202	19.5	15	1.4	150	14.5	37	3.6	325	31.4	58	5.6	17	1.6	131	12.6	119	11.5	
	40-64	229	33.1	17	7.4	48	21.0	0	0.0	31	13.5	17	7.4	70	30.6	9	3.9	6	2.6	29	12.7	26	11.1	
	65-74	807	58.0	23	2.9	154	19.1	15	1.9	119	14.7	20	2.5	255	31.6	49	6.1	11	1.4	102	12.6	93	11.5	

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備軍						該当者												
		人数	割合	人数	割合	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						
女性	合計	1,456	59.0	26	1.8	67	4.6	1	0.1	45	3.1	21	1.4	169	11.6	22	1.5	7	0.5	94	6.5	46	3.2	
	H25	40-64	489	51.2	15	3.1	23	4.7	0	0.0	15	3.1	8	1.6	44	9.0	6	1.2	2	0.4	25	5.1	11	2.2
	65-74	967	64.0	11	1.1	44	4.6	1	0.1	30	3.1	13	1.3	125	12.9	16	1.1	5	0.5	69	7.1	35	3.6	
H28	合計	1,303	60.4	33	2.5	73	5.6	5	0.4	44	3.4	24	1.8	156	12.0	17	1.3	5	0.4	73	5.6	61	4.7	
	40-64	302	45.2	13	4.3	23	7.6	2	0.7	11	3.6	10	3.3	25	8.3	2	0.7	2	0.7	11	3.6	10	3.3	
	65-74	1,001	67.2	20	2.0	50	5.0	3	0.3	33	3.3	14	1.4	131	13.1	15	1.5	3	0.3	62	6.2	51	5.1	

②血圧、血糖、LDLコレステロールのコントロール状況

平成25年度と平成28年度を比べると、血糖に関しては、合併症の危険が高くなるHbA1c 7.0%以上の割合は、治療ありの場合28.0%から30.4%、治療なしでは1.1%から1.4%と増えている。血圧では、重症となる可能性が高いⅡ度以上は、治療中・治療なしともに減少している。LDLコレステロールでは、動脈硬化の危険性が高い180以上は、治療なしの場合減少傾向である。

【図表21】

糖尿病 治療と未治療の状況

上段：NGSP値
下段：JDS値

	HbA1c測定	正常								保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常				正常高値				糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病						7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0以上)					
		5.5以下 (5.1以下)				5.6~5.9 (5.2~5.5)				6.0~6.4 (5.6~6.0)		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる									
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合					
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A								
治療中	H24	201	8.1%	6	3.0%	15	7.5%	52	25.9%	63	31.3%	42	20.9%	23	11.4%	45	22.4%	16	8.0%						
	H25	268	10.5%	5	1.9%	23	8.6%	77	28.7%	88	32.8%	53	19.8%	22	8.2%	48	17.9%	11	4.1%						
	H26	272	10.8%	5	1.8%	22	8.1%	93	34.2%	84	30.9%	50	18.4%	18	6.6%	44	16.2%	12	4.4%						
	H27	298	11.4%	3	1.0%	22	7.4%	88	29.5%	95	31.9%	74	24.8%	16	5.4%	44	14.8%	7	2.3%						
	H28	260	10.8%	2	0.8%	14	5.4%	79	30.4%	86	33.1%	64	24.6%	15	5.8%	41	15.8%	7	2.7%						
治療なし	H24	2,273	91.9%	838	36.9%	951	41.8%	384	16.9%	68	3.0%	23	1.0%	9	0.4%	16	0.7%	6	0.3%						
	H25	2,275	89.5%	899	39.5%	912	40.1%	373	16.4%	65	2.9%	18	0.8%	8	0.4%	13	0.6%	6	0.3%						
	H26	2,250	89.2%	810	36.0%	983	43.7%	372	16.5%	57	2.5%	18	0.8%	10	0.4%	17	0.8%	8	0.4%						
	H27	2,306	88.6%	752	32.6%	1,030	44.7%	426	18.5%	74	3.2%	18	0.8%	6	0.3%	14	0.6%	5	0.2%						
	H28	2,145	89.2%	611	28.5%	964	44.9%	468	21.8%	73	3.4%	14	0.7%	15	0.7%	21	1.0%	9	0.4%						

高血圧 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値							
		正常				正常高値				Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A				
治療中	H24	1,051	42.4%	392	37.3%	286	27.2%	293	27.9%	70	6.7%	10	1.0%				
	H25	1,129	43.8%	477	42.2%	267	23.6%	306	27.1%	72	6.4%	7	0.6%				
	H26	1,134	44.3%	459	40.5%	308	27.2%	292	25.7%	69	6.1%	6	0.5%				
	H27	1,197	45.0%	488	40.8%	316	26.4%	314	26.2%	70	5.8%	9	0.8%				
	H28	1,085	45.1%	412	38.0%	311	28.7%	318	29.3%	42	3.9%	2	0.2%				
治療なし	H24	1,427	57.6%	826	57.9%	286	20.0%	246	17.2%	63	4.4%	6	0.4%				
	H25	1,451	56.2%	889	61.3%	262	18.1%	230	15.9%	53	3.7%	17	1.2%				
	H26	1,426	55.7%	870	61.0%	263	18.4%	224	15.7%	62	4.3%	7	0.5%				
	H27	1,465	55.0%	829	56.6%	285	19.5%	283	19.3%	54	3.7%	14	1.0%				
	H28	1,320	54.9%	791	59.9%	263	19.9%	214	16.2%	44	3.3%	8	0.6%				

脂質異常 治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値							
		120未満				120~139				140~159		160~179		180以上			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A				
治療中	H24	641	25.9%	429	66.9%	123	19.2%	63	9.8%	18	2.8%	8	1.2%				
	H25	730	28.3%	498	68.2%	151	20.7%	57	7.8%	19	2.6%	5	0.7%				
	H26	737	28.8%	472	64.0%	167	22.7%	64	8.7%	22	3.0%	12	1.6%				
	H27	768	28.9%	536	69.8%	155	20.2%	53	6.9%	13	1.7%	11	1.4%				
	H28	740	30.8%	516	69.7%	145	19.6%	51	6.9%	19	2.6%	9	1.2%				
治療なし	H24	1,837	74.1%	895	48.7%	470	25.6%	266	14.5%	124	6.8%	82	4.5%				
	H25	1,850	71.7%	897	48.5%	481	26.0%	283	15.3%	124	6.7%	65	3.5%				
	H26	1,823	71.2%	820	45.0%	455	25.0%	317	17.4%	160	8.8%	71	3.9%				
	H27	1,894	71.1%	947	50.0%	463	24.4%	296	15.6%	135	7.1%	53	2.8%				
	H28	1,665	69.2%	795	47.7%	451	27.1%	262	15.7%	110	6.6%	47	2.8%				

③重症化予防対象者の状況

特定健康診査受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者を各学会のガイドラインに基づき抽出すると、平成28年度は782人と32.5%であり、平成25年度に比べると増加している。また、項目別では、心房細動所見あり、メタボ2項目以上の該当、HbA1c6.5%以上の割合が増えている。さらに、治療の有無別では、治療なしの重症化予防対象者は減り、治療中が増えている。

【図表22】

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

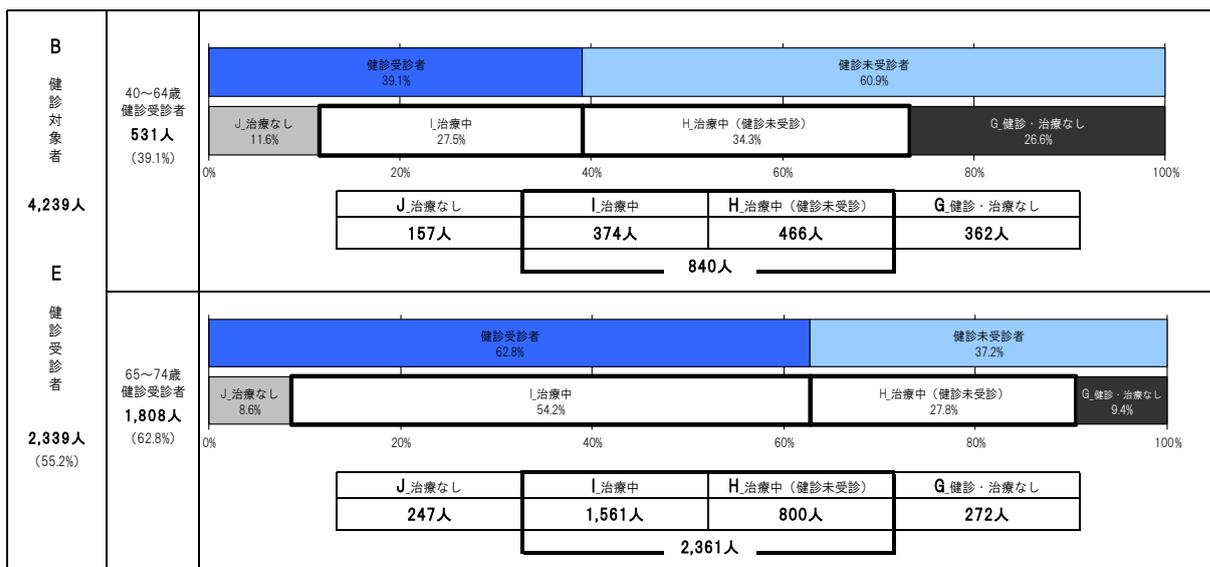
健康日本21(第2次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入者数の減少				重症化予防 対象者 (実人数)	
優先すべき 課題の明確化		高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病	慢性腎臓病(CKD)						
科学的根拠に基づき 健診結果から対象者の抽出		高血圧治療 ガイドライン 2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防 ガイドライン2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリック シンドローム の診断基準		糖尿病治療 ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象		高血圧 Ⅱ度以上	心房細動 所見あり	中性脂肪 300mg/dl以上	LDL-c 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満					
受診者数 (受診率)	平成25年度	2,580人 (55.6%)													
	平成28年度	2,445人 (57.8%)													
対象者数	平成25年度	161人 6.0%	31人 1.2%	58人 2.2%	72人 2.7%	506人 18.9%	170人 6.3%	43人 1.6%	57人 2.1%	841人 31.4%					
	平成28年度	104人 4.0%	40人 1.7%	56人 2.3%	56人 2.3%	499人 20.7%	181人 7.5%	35人 1.5%	75人 3.1%	782人 32.5%					
治療なし	平成25年度	78人 5.2%	11人 0.9%	45人 2.3%	67人 3.5%	63人 5.3%	92人 3.9%	10人 0.8%	11人 0.9%	230人 19.3%					
	平成28年度	52人 3.9%	11人 1.1%	32人 1.9%	47人 2.8%	59人 5.9%	102人 4.8%	9人 0.9%	18人 1.8%	174人 17.4%					
治療中	平成25年度	83人 7.1%	20人 1.3%	13人 1.7%	5人 0.7%	443人 29.8%	78人 28.1%	33人 2.2%	46人 3.1%	611人 41.1%					
	平成28年度	44人 4.1%	29人 2.1%	24人 3.2%	9人 1.2%	440人 31.3%	79人 30.4%	26人 1.8%	57人 4.1%	608人 43.2%					

※KDB2次加工ツールより

④未受診者の状況

年齢別にみると、40～64歳では未受診者の割合が60.9%、65～74歳では37.2%であり、65歳未満の受診勧奨が必要である。特に、40～74歳の健診も治療も受けていない者（G）の634人は、自らの健康状態が把握できていない。また、健診未受診者で治療中の者（H）の1,266人に対しては、情報提供の周知に努めることで受診率の向上を図る。

【図表23】



⑤特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率・特定保健指導実施率は向上しており、石川県市町国保より高い。

【図表24】

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	修了者数	実施率	医療機関受診率	
									志賀町	同規模平均
志賀町	H25年度	4,640	2,580	55.6	8位	205	99	48.3	50.3%	51.5%
	H28年度	4,231	2,445	57.8	13位	238	164	68.9	50.9%	51.9%
市町国保	H28年度			45.1				56.8		

2) 保健事業の実施

(1) 実施体制

健診結果に基づく保健指導は、保健事業の中核である。生活習慣病の発症予防、重症化予防のため、保健師及び管理栄養士等が実施している。

【図表25】

保健活動の実施体制

		H25	H26	H27	H28
保 健 師	保健師総数	12	12	12	12
	保健部門での勤務	7	6	6	6
	志賀町	58%	50%	50%	50%
	石川県	54%	65%	63%	62%
管 理 栄 養 士	管理栄養士	3	3	3	3
	栄養士	1	1	1	1
	保健部門での勤務	2	2	2	2

(2) 保健指導の実施状況

保健指導の対象者は、健診結果に基づき、予防のターゲットとなる対象者を抽出し、個人の健診データに応じた保健指導や医療との連携を進めることが効果的である。

平成26年度から、健診結果の経年表を健診受診者に配布し個別指導している。また、要治療・要精密検査受診票を発行し、確実な早期治療に努めている。

平成27年度からは、保健指導等の優先順位とその選定基準を設け、保健指導に取り組むことで、専門職の共通理解による指導が実施できる体制を構築してきた。

平成30年度の保健指導に向け、重症化予防を展開していくにあたり、特に、糖尿病性腎症重症化予防に焦点をあて、糖尿病管理台帳を作成した。

今後は、中長期目標に掲げる重症化予防対象者の減少を目標に、地区担当制を導入し、糖尿病管理台帳をもとに、家庭訪問と二次健診、相談、教育を連動させ、①未受診者②治療中断者③ハイリスク者への保健指導を強化する。

また、糖尿病管理台帳を地区別に管理できるように、地区担当が責任により年度計画を立て保健指導を実施していく。今後も糖尿病性腎症重症化予防については、県で作成したプログラムの実践に向けた活動が必要となる。

さらに、保険者努力支援制度は、特定保健指導実施率が評価される。これに関しては第4章で目標設定をし、特定保健指導を実施し実施率向上に努めている。

保健指導対象者

【図表26】

優先度	治療	心電図	CKD	血圧	血糖	脂質	特定保健指導等	尿酸	肝機能
		所見	Cr:mg/dl、	mmHg	HbA1c:％、Bs:mg/dl	mg/dl	指導必須	mg/dl	IU/L
I 緊急訪問	未	・心房細動 ・心房粗動	・Cr1.8mg/dl以上 ・eGFR30未満	・Ⅲ度 180/110以上	・HbA1c7.4以上 ・Bs(空腹・随時) 200以上 ・尿糖2+以上	・LDL29以下 ・LDL250以上 ・TG1000以上			・GOT300以上 ・GPT300以上 ・γ GTP700以上
II 受診勧奨・内服確認		・心房細動等管理中 で新規所見あり ・前年比較で ST変動あり ・前年度比較で 新規所見あり ・他、複数所見あり	・尿蛋白2+以上 ・尿蛋白且つ尿潜血+ ・eGFR50未満 (70歳以上40未満)	・Ⅱ度 160/100以上 ・高リスク者は 130/85以上	・HbA1c6.5以上 (治療中7.0以上) ・Bs(空腹) 126以上 ・Bs(随時) 200以上	・LDL180～250 ・HDL35未満 ・TG500以上 (食後1000以上)		・UA9.0以上	・GOT100以上 ・GPT100以上 ・γ GTP200以上
III 5、6ヶ月後再検	治療の有無関係なし	・所見ありで 他項目異常あり		・Ⅰ度 140/90以上 家庭血圧確認 ・中等リスク者は 140/90以上 (但し1か月後再検)	・HbA1c5.9～6.4 ・Bs(空腹) 110～126未満 ・Bs(随時) 140～200未満	・LDL160～179 (他HT、DMあれば 140～179) ・TG300～499		・UA8.0以上	・GOT51～99 ・GPT51～99 ・γ GTP101～199
IV 生活改善指導			・eGFR60未満 (70歳以上50未満) ・eGFR値、前年度と 比較し、6以上低下 ・eGFR90以上 ・尿蛋白と潜血+以上	・130/85以上 家庭血圧確認	・HbA1c5.6以上 ・Bs(空腹) 100以上 ・Bs(随時) 140mg/dl以上 ・尿糖+以上	・LDL120以上 ・TG150以上 食後は200以上 ・HDL40未満	・積極的支援 (メタボ該当) ・動機づけ支援 (メタボ予備) ・BMI25以上 ・禁煙	・UA7.1以上	・GOT31以上 ・GPT31以上 ・γ GTP51以上
治療中者のうち、メタボ予備軍・該当者									
※個人のデータによって優先度が変動する場合は、要検討とする。									
受診勧奨と事後指導	未治療	二次健診(75g糖負荷試験)			未治療者のHbA1c5.9～6.4 ・Bs(空腹)110～125		・積極的支援 ・動機づけ支援のうち、糖尿病家族歴有		

3) 第1期に係る考察

第1期計画では、短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の早期発見・治療開始を進めてきた結果、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全などの重症化予防につながり、入院医療費の抑制など医療費適正化が図られてきた。しかし、介護認定率、2号保険者の新規認定者の増加、がん患者や人工透析患者における糖尿病性腎症件数と費用額の増加など新たな課題も見えてきた。

この課題の背景として、治療後のコントロールが重要と考える。今後は、治療に繋がったが継続した治療ができていないか、内服に頼らず生活習慣の改善を継続しているかなど、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も取り組むべき課題であり、患者の状態に応じた医療機関との連携が必須となる。そのためにも、町民自らが身体の状態を確認できる機会として特定健診を受け、健診データを介して経年的に支援していく取り組みが重要である。

3. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 医療の状況

医療費の動向や受療状況を把握し、そのうち予防可能な疾患をターゲットに保健事業により医療費の適正化を図り、もって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、また被保険者の利益を守る観点からも重要である。

ターゲットとする脳、心、腎の対象疾患のうち慢性腎不全（透析有）の医療費が総医療費に占める割合が4.61%から5.00%と伸びているため、個別の経年的なデータから腎機能の指標であるe-GFR値の低下を防ぐための個人の生活にあった指導を強化していく必要がある。

また、メタボリックシンドロームを背景とする生活習慣病等は薬物治療だけでは改善が難しい場合が多いことから、治療中であっても、栄養指導、運動習慣の継続支援は重要である。

2) 介護保険の状況

介護認定者におけるレセプト分析では、平成25年度と平成28年度を比べると、血管疾患によるものが80%から70.8%と減少しているものの、筋・骨格疾患の割合と同じである。また、65～74歳の1号認定者では78.2%から89.5%と増えており、筋・骨格疾患よりも多い実態から、若い年代から血管疾患共通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が介護予防にもつながると考える。

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。

3) 健診の状況

生活習慣病は本人に明確な自覚症状がないまま悪化することが多いことから、生活習慣病等の発症や進行状況を把握するには、健康診査の結果を把握、分析することが重要である。特に近年は、それぞれの検査値がそれほど異常でなくても、内臓脂肪の蓄積に加え、高血糖や高血圧、脂質異常が重なった場合に、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高くなる「メタボリックシンドローム」の危険性が指摘されており、個々の検査項目の異常だけでなく異常項目の重複、組み合わせについても把握、分析することが重要である。

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

平成28年度の健診結果では、腹囲が基準値以上（内臓肥満が疑われるもの）の者の割合は、男性54.7%、女性20.1%、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は男性50.9%、女性17.6%であり、平成25年度と比べて男女とも増えている。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の検査項目における異常の重なりでは、血圧値と脂質異常の重なりが8.7%と最も多く、次いで、血圧値異常のみ8.3%、血糖値と血圧

値、脂質異常の3項目すべて該当するもの7.7%の順となっている。特に、肥満でない高血糖の割合が11.8%と、県10.2%、国9.3%と比べると高いことも課題である。

特定健診の結果、各検査項目の値が保健指導判定値以上の者の割合をみると、約2カ月平均の血液の中の糖の割合を示すHbA1c値5.6%以上が74.7%と、県内市町の中では第3位である。収縮期血圧値130mmHg以上の者の割合は県内市町の中で第4位の48.4%である。

内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因であるLDLコレステロール値120以上の異常値は44.5%であり、県内市町の中で14位であるが、160以上の治療なし157人を早期治療につなげることが重症化予防となる。

重症化を予防する上では、重症化しやすい各検査項目の値をみると、合併症の危険性が高いといわれるHbA1c値7.0%以上の割合は県平均より高く、治療なしは1.4%、治療ありは県平均より低い31.9%である。医療機関にかかっているがコントロールできていない者がいる。高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、他の危険因子に比べると発症や死亡にも影響を与える因子と言われている。一方、LDLコレステロールも虚血性心疾患の単独で重症なリスクであり、心血管疾患の発症に注意、予防を進める必要がある。

また、全体として、医療機関への受診が必要な者は男性11.0%、女性17.0%を占め、既に医療機関にかかっているがコントロールできていない者は、男性37.9%、女性28.9%と、平成25年度と比べると前者は減ってきているが、後者のコントロールできていない者の割合は増えており、治療開始後も生活習慣の改善指導が必要であり、特定保健指導対象者以外の保健指導についても取り組みが必要である。

特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、健診受診者の32.5%（2,445人中782人）と、県の30.7%より多い。このうち、特定保健指導の対象となる者は11.9%（93人）を占め、特定保健指導の徹底と併せて重症化予防の指導を行うことが効率的である。

特定保健指導の対象とならない者（情報提供者）756人のうち、未治療者は全体で14.4%（351人）であり、LDLコレステロール値180以上の異常者は1,423人中31人と2.2%が未治療、Ⅱ度高血圧以上の異常者は1,078人中31人と2.9%が未治療であり、早急な受診勧奨が必要である。

一方、血糖検査値（HbA1c）では、既に治療中のものが2,405人中260人で10.8%、このうち、治療を受けてはいるが、血糖コントロールができていないHbA1c値が7.0%以上は79人の30.4%を占めており、改善に向けての取り組みが必要である。

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362人の割合は26.6%と、平成25年度の28.4%に比べ減っており、今後も継続的に受診勧奨する。

4. 計画の目標の設定

(1) 優先すべき課題

データヘルス計画の目的は、主に虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症（透析予防）等による死亡、障害の発生を防ぐことである。

これら疾患の重大な発症リスクであるメタボリックシンドローム該当者の割合が県内市町の中ではワースト11位である。さらに血圧値、血糖検査値（空腹時血糖、HbA1c）、LDLコレステロール値が重症域である者の割合もワースト3位、15位、10位となっており、発症の危険性が高い重症化予防対象者は受診者の32.5%を占めるに至っている。また腎機能を低下させる尿蛋白陽性（2+）の人の割合もワースト5位と多い傾向である。

以上の結果を踏まえ、今期計画では、心血管疾患発症のリスクが高いメタボリックシンドローム該当者、血圧値、血糖検査値、LDLコレステロール値が重症域レベルの者への対策を最優先課題として取り組む。

(2) 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カ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。

医療費の割合を平成25年度と平成28年度を比べると、虚血性心疾患の減少がみられたことから、評価年度の平成35年度に向けて、さらに3%減少させるほか、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合をそれぞれ8%減少させることを目標にする。

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

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患に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4章の「特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載する。

【図表27】

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	評価値									現状値の把握方法		
				初期値	H28	H29	H30	中間評価値	H31	H32	H33	H34		H35	最終評価値
特定健診等	・糖尿病性腎症患者割合が県内でワースト1位。糖尿病性腎症による透析患者割合が増えている。 ・メタボリックシンドローム該当者の割合が多い。	医療費削減のために、特定健診・特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。	特定健診受診率60%以上	57.8%	58%	59%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	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%以上	68.9%	69%	70%	71%	72%	73%	74%	75%				
			特定保健指導対象者の減少率25%減少	238人	230人	220人	210人	200人	190人	180人	170人				
データヘルス計画	中長期	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8%減少	1.81%			1.75%					1.66%	KDBシステム		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合3%減少	2.83%			2.70%					2.59%			
			糖尿病性腎症による透析患者数の減少	11人			10人					8人			
	短期	・健診受診者の心電図で心房細動所見割合が増え、介護保険における2号保険者に脳血管疾患が多い。 ・管理中のコントロール不良者の減少	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、メタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの対象者を減らす。特に、糖尿病に関しては、治療開始と継続的支援実施率を増やす。	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少15%	20.7%	20%	20%	19%	18%	17%	16%	15%		がん検診実績報告	
				健診受診者の高血圧者の割合減少8%減少(160/100以上)	104人	103人	101人	100人	99人	98人	97人	96人			
				健診受診者の脂質異常症者の割合減少10%減少(LDL-c140以上)	19%			18%							17%
				健診受診者の糖尿病者の割合減少10%減少(HbA1c6.5%以上)	15.8%			15.0%							14.0%
				糖尿病領域の未治療者を治療に結びつける割合80%			50.0%	60.0%							80.0%
				糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上			50.0%	60.0%							80.0%
				がん検診受診率 胃がん検診※1 13%以上	17.1%			15.0%							13.0%
保険者努力支援制度	・がんによる医療費の急増。	がんの早期発見・早期治療	肺がん検診 26%以上	24.7%			25.2%					26.0%			
			大腸がん検診 23%以上	22.3%			22.8%					23.5%			
			子宮頸がん検診 27%以上	26.6%			27.2%					27.8%			
			乳がん検診 27%以上	26.3%			26.9%					27.5%			
			健康ポイントの取組みを行う	未実施	検討	検討	実施					取組継続	志賀町商工観光課		
取組みの参加者数の増加	-	-	-	基準数					増加数						
数量シェア	H28年70.9%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合75%以上	70.9%			72.0%					75.0%	志賀町住民課		

※1：胃がん検診に関しては、H29年度から胃リスク検査を導入したためその後の胃バリウム検診受診率は下がる見込み。

第3章 保健事業の内容

I 保健事業計画の方向性

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

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

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

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。

高血圧や糖尿病等の重症化予防のためには、日々の値のコントロールが重要であり、本人自らが自分の値を知り、日々の食事や生活等を振り返りながら、悪化要因等を学んで行くことが重要である。

このため、健診結果をわかりやすく情報提供していきながら、血圧や血糖値の重症化予防対象者に、血圧計、血糖値自己測定器の貸し出し（購入の補助）、「糖尿病連携手帳」等を配布し、自己管理できるよう支援する。

また、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドラインも踏まえ、健康づくりの取組をはじめのきっかけや継続するためICT等を活用しつつ支援する。

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）及び石川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28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28】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成（国保・衛星・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	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	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	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	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石川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29）

【図表29】

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
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	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
第4期 (腎不全期)	問わない	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。志賀町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。

（参考資料2）

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表30)

志賀町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は125人(32.5%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者856人中のうち、特定健診受診者が178人(20.8%・G)であったが、9人(5.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者596人(69.6%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者85人中3人は治療中断であることが分かった。また、82人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表30より志賀町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)…125人
- ・糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)…12人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)…169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

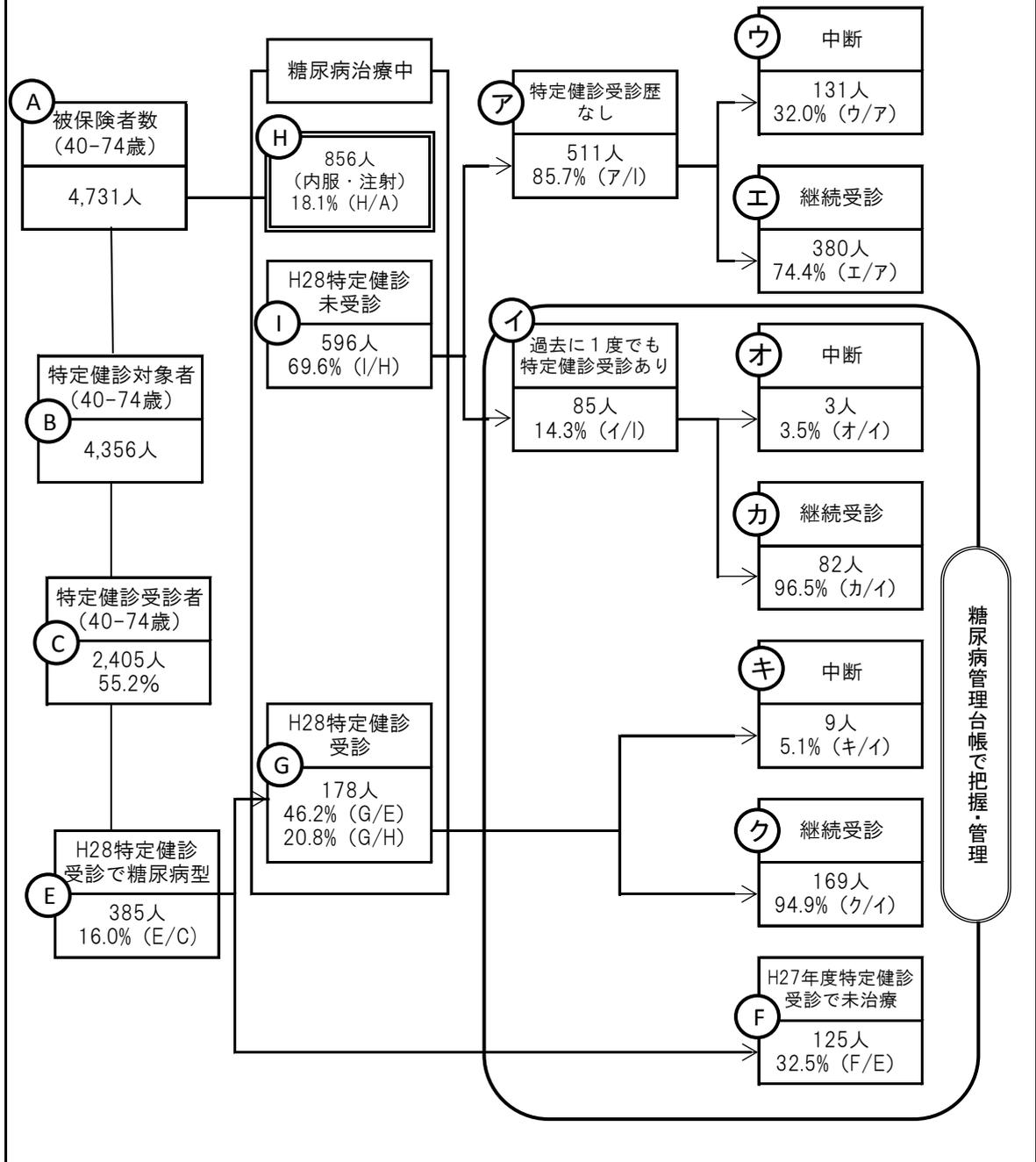
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)…82人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表30】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3ヶ月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病管理台帳作成手順】

(a) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1c6.5%以上の者については以下の情報を糖尿病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

(b) 資格を確認する

(c) 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

(d) 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。

(e) 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）…114人

②腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）…90人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。志賀町においては、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31)

【図表31】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">経年表</div>  </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少くない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼（網膜症）～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう（グリコカリックス）
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解（インスリン作用不足という） 「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病期なのでしょう？ 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、体は血糖を取り組むための準備をします 13. 私はどのパターン？（抵抗性） 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか（A）（B） 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料…別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を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</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 →経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin: 10px 0;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <ol style="list-style-type: none"> 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？ </div> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ピグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

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石川県プログラムに準じ行っていく。

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様式6-2糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化

- eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

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）

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6)

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7)

(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。志賀町において健診受診者2,445人のうち心電図検査実施者は1,714人(69.4%)であり、そのうちST所見があったのは55人であった(図表31)。ST所見あり55人中のうち21人は要精査であり、その後の受診状況をみると2人は未受診であった(図表32)。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34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。

志賀町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表32】

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
					ST所見あり(C)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(C/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	2,445	57.8%	2,445	100.0%	55	2.3%	831	34.0%	1,710	69.9%

重複あり

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表33】

ST所見あり (a)		要精査 (b)		医療機関受診あり (C)		受診なし (d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(C/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
55	100.0%	21	38.2%	19	90.5%	2	9.5%

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34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34】

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある。 ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う 			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

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

(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) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

6) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

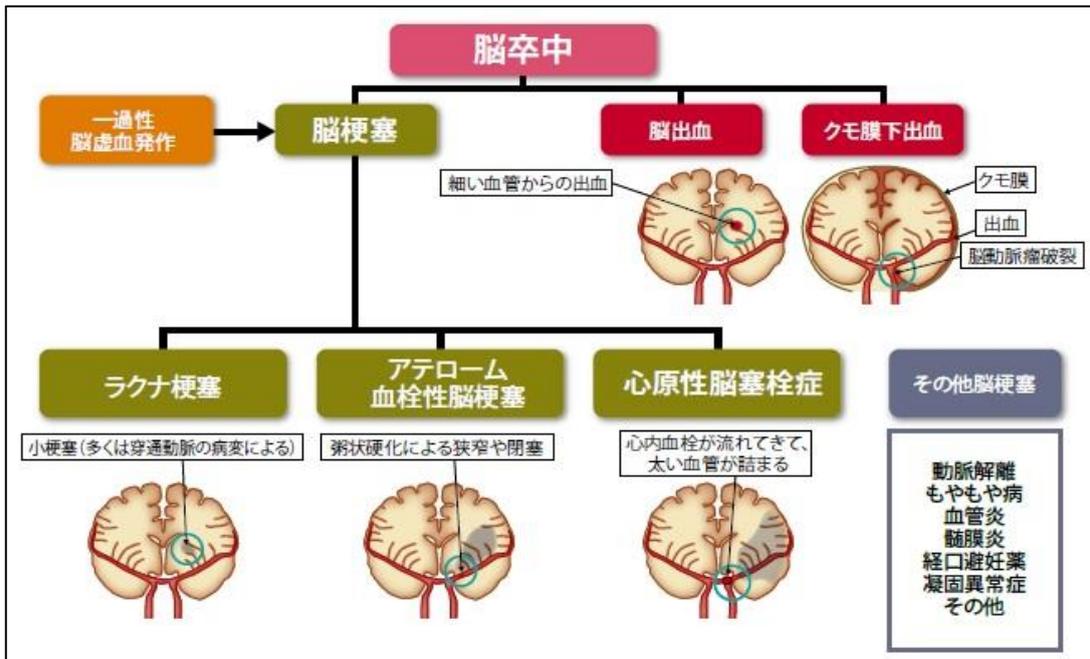
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表35、36)

【脳卒中の分類】

【図表35】



(脳卒中予防への提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表36】

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37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37】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
脳出血	心原性脳梗塞	●				●	○	○							
	脳出血	●													
くも膜下出血	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 2,405人		96	4.0%	181	7.5%	56	2.3%	40	1.7%	499	20.7%	35	1.5%	75	3.1%
治療なし		52	3.9%	102	4.8%	47	2.8%	11	1.1%	59	5.9%	9	0.9%	18	1.8%
治療あり		44	4.1%	79	30.4%	9	1.2%	29	2.1%	440	31.3%	26	1.8%	57	4.1%
臓器障害あり		19	36.5%	38	37.3%	13	27.7%	11	100.0%	25	42.4%	9	100.0%	18	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象)	9		7		2		0		6		9		18	
	尿蛋白(2+)以上	3		4		1		0		4		9		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1		2		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	5		2		2		0		2		0		18	
	心電図所見あり	14		33		11		11		19		4		7	

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96人(4.0%)であり、52人は未治療者であった。また未治療者のうち19人(36.5%)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44人(4.1%)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お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38)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表38】

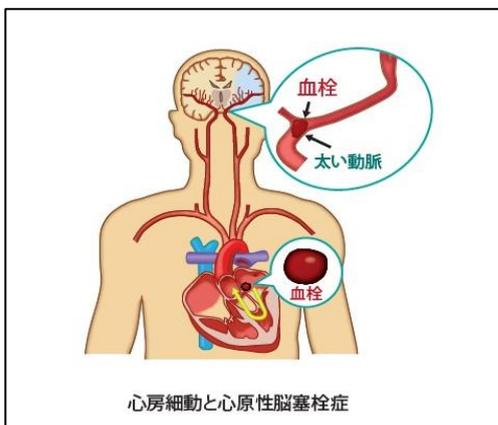
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
1,320		401 30.4%	390 29.5%	263 19.9%	214 16.2%	44 3.3%	8 0.6%	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
リスク第1層	94 7.1%	50 12.5%	21 5.4%	11 4.2%	8 3.7%	3 6.8%	1 12.5%	8 100%	3 2.6%	1 0.7%
リスク第2層	682 51.7%	221 55.1%	192 49.2%	134 51.0%	114 53.3%	17 38.6%	4 50.0%	--	114 97.4%	21 14.9%
リスク第3層	544 41.2%	130 32.4%	177 45.4%	118 44.9%	92 43.0%	24 54.5%	3 37.5%	--	--	119 84.4%
再掲) 重複あり	糖尿病	154 28.3%	44 33.8%	53 29.9%	27 22.9%	24 26.1%	5 20.8%	1 33.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	266 48.9%	69 53.1%	83 46.9%	56 47.5%	41 44.6%	15 62.5%	2 66.7%		
	3個以上の危険因子	251 46.1%	45 34.6%	80 45.2%	61 51.7%	50 54.3%	13 54.2%	2 66.7%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表38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



(脳卒中予防への提言より引用)

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39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39】

特定健診受診者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				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,062	1,343	33	20.4%	8	0.6%	-	-
40歳代	40	26	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50歳代	76	91	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	578	773	19	3.3%	4	0.5%	1.9%	0.4%
70～74歳	368	453	14	3.8%	4	0.9%	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

【図表40】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
41	1.7%	11	26.8%	30	73.2%

心電図検査において41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41人のうち30人は既に治療が開始されていたが、11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、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。

血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とある。

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必要がある。

(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る。（参考資料8）

②心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 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

6) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ その他

1. COPD

たばこは、がん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患等）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）周産期の異常（早産、低出生体重児等）等の原因となることが国内外の多数の科学的知見により明らかとなっている。

このうち、COPDは、WHO（世界保健機関）が「予防でき、治療できる病気」として啓発運動を勧めることを提言しており、日本では「健康日本21（第二次）」に、今後取り組むべき深刻な病気として新たに加えられたところである。COPDは、タバコ煙を主とする有害物質を長期にわたり吸入し続けることで生じる肺の炎症性疾患で、慢性的に咳、喀痰、労作時呼吸困難などがみられ、診断や治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下し、酸素療法が必要となり、外出が不自由となったり、寝たきりに近い生活に追い込まれることもある。

また、COPDの主要因である喫煙自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、COPDを全身性疾患として捉える考え方もある。

- 全身性炎症：全身性サイトカインの上昇、CRPの上昇
- 栄養障害：脂肪量、除脂肪量の減少
- 骨格筋機能障害：筋量・筋力の低下
- 心・血管疾患：心筋梗塞、狭心症、脳血管障害
- 骨粗鬆症：脊椎圧迫骨折 ●抑うつ ●糖尿病 ●睡眠障害 ●貧血

志賀町の健診受診者における喫煙率は、平成25年度より増加しており、県や同規模と比べても高い。

このため、喫煙対策にあたっては、これまでのがんや循環器疾患等に加え、COPDについても正しい知識の普及を行うとともに、喫煙者に対しては、人間ドック等の機会を通じて、呼吸器の検査（スパイロメトリー）によりCOPDの早期発見に努め、必要な場合は医療機関への受診勧奨、禁煙支援等を行う必要がある。

また、子どもの頃からの受動喫煙や未成年者の喫煙は肺の正常な発達を著しく妨げ、さらに、成人になってから喫煙することでCOPDを発症しやすいことが知られており、妊産婦や子どものいる被保険者の家庭に対して、積極的に受動喫煙の害やCOPDに関する知識の普及に努める。

【図表41】

喫煙率

	平成25年度	平成28年度
志賀町	12.7%	14.1%
県	13.3%	12.6%
同規模	13.5%	13.4%
国	14.0%	14.7%

2. がん

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。

がん検診受診率向上と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。

3. こどもの生活習慣

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通してみられる生活習慣は、食や生活リズム、運動習慣などである。

食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題などがある。生活習慣病予防につながる野菜は、1日の目標摂取量（350g）を男女ともに達している県は、長野県だけとなっている（平成24年国民健康栄養調査）。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活である。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。

大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣病を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。

運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておくなどである。

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。

子供の成長発達と親が学習する機会

【図表42】

		2か月	4か月	7か月	10か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園・保育所	学校	成人期	
子どもの成長・発達	食	離乳食											
		消化吸収能力に応じて食品、形成、リズムを変えていく。											
		すい臓完成											
すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。													
味覚の形成													
酸味や苦み（野菜）は本能的に嫌いな味。体験で好む味に育つ。 塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。													
3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取													
4歳で大人と同じエネルギー配分になる (糖質・タンパク質・脂質=60:15:25の比率)													
生活リズム	生活リズムをコントロールする脳												
	生活リズムをコントロールする脳は、4歳から3歳で完成。 完成までに太陽のリズムに合わせて朝は起こし、夜は寝かしつけることを続ける（早寝・早起き）。												
運動	全身運動の基礎												
	月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使った遊びを好むようになる。 身体を使う体験が少ないと、体を使う遊びを好まなくなる。												
親が学習する機会	訪問	前期健診		後期健診			1歳6ヵ月健診		3歳児健診				
		教室		教室			教室		教室				
身長・体重の伸び(成長)と体格(身長と体重のバランス)をみていく													

4. 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

また、重複服薬者については、電話・文書等で指導を行い服薬指導を実施する。

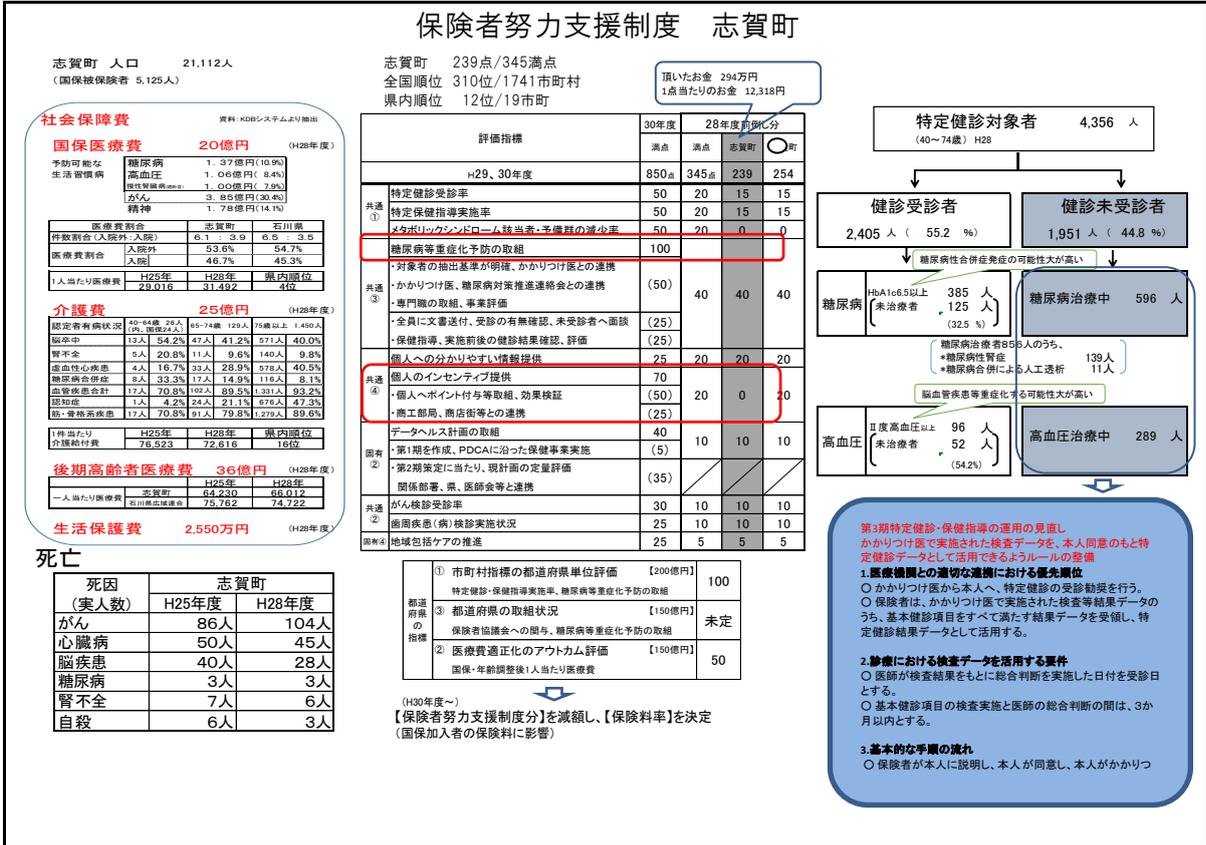
5. 後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

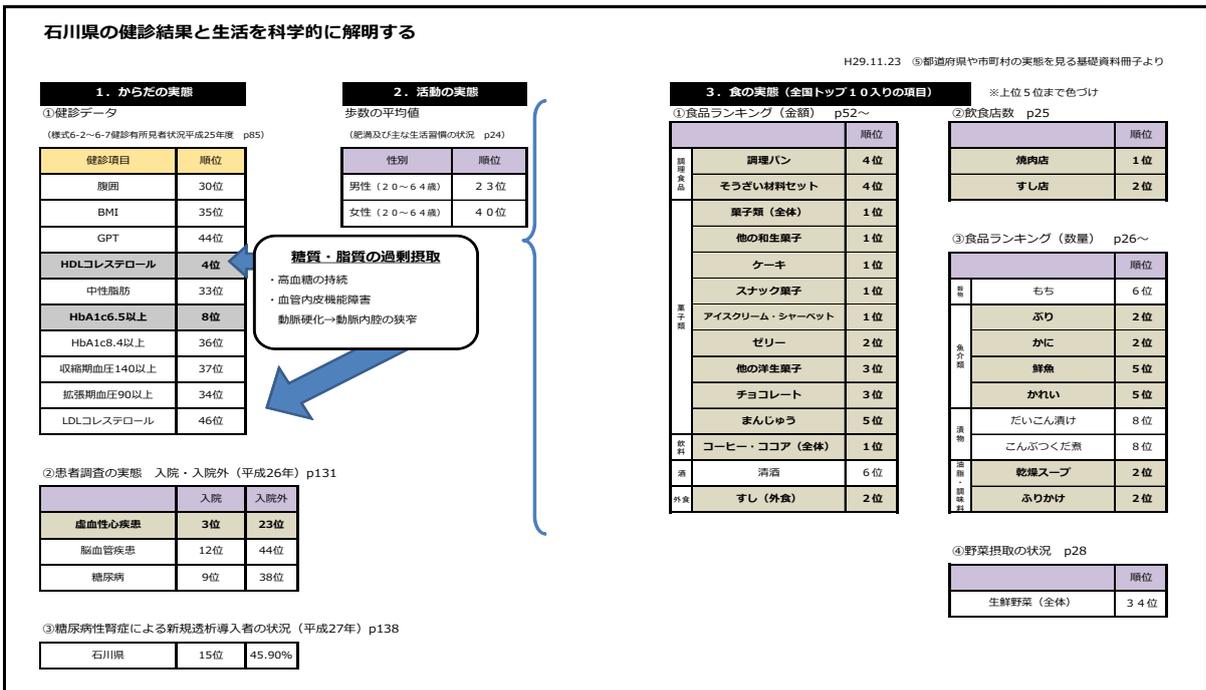
IV ポピュレーションアプローチ

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43・44)

【図表43】



【図表44】



第4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45】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	70%	72%	72%	73%	74%	75%

3. 対象者の見込み

【図表46】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	4,100人	4,040人	3,970人	3,900人	3,840人	3,800人
	受診者数	2,460人	2,424人	2,382人	2,340人	2,304人	2,280人
特定保健指導	対象者数	220人	215人	202人	187人	180人	170人
	受診者数	154人	155人	145人	137人	133人	128人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保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（志賀町保健福祉センター他）
- 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、石川県国保連合会（市町村）のホームページに掲載する。（参照）URL：http://ishikawa-kokuhoren.or.jp/

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪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）及び、詳細検査（心電図・眼底検査）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

5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、石川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47）

保険者年間実施スケジュール

【図表47】

保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年4月1日現在)	周知方法	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
志賀町	4,190	広報掲載	○					○					
		KTV放映	→										
		発行	2日:全対象					不参加ハガキ		未受診者対策			

※実際に受診券が発行・交付されるのは5月です。途中加入者に対しては期間中にその都度、発行・交付します。

（注）年度途中で75歳に到達する方については、誕生日の前日までが有効期限です。

5. 特定保健指導の実施

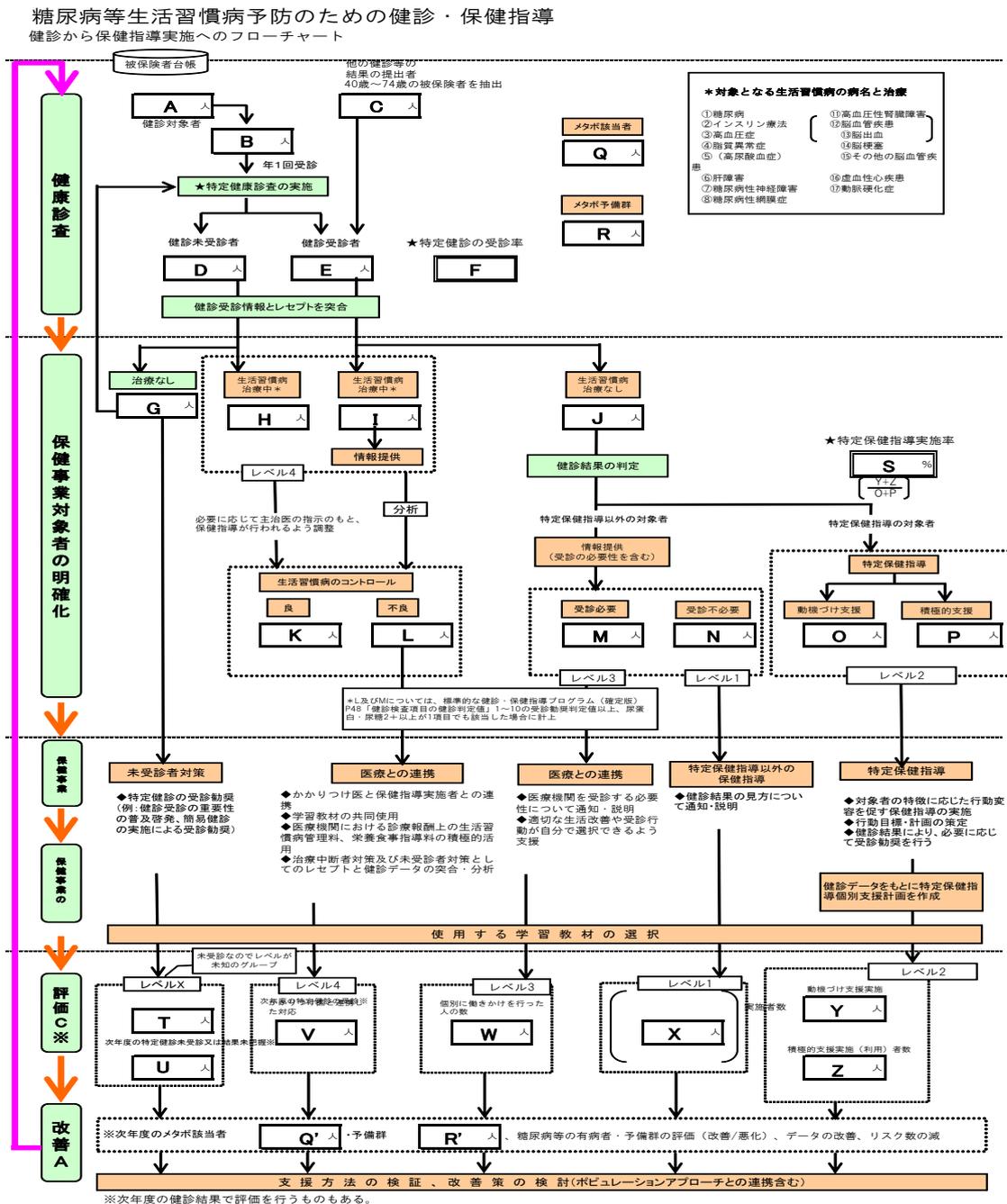
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

(図表48)

【図表48】



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

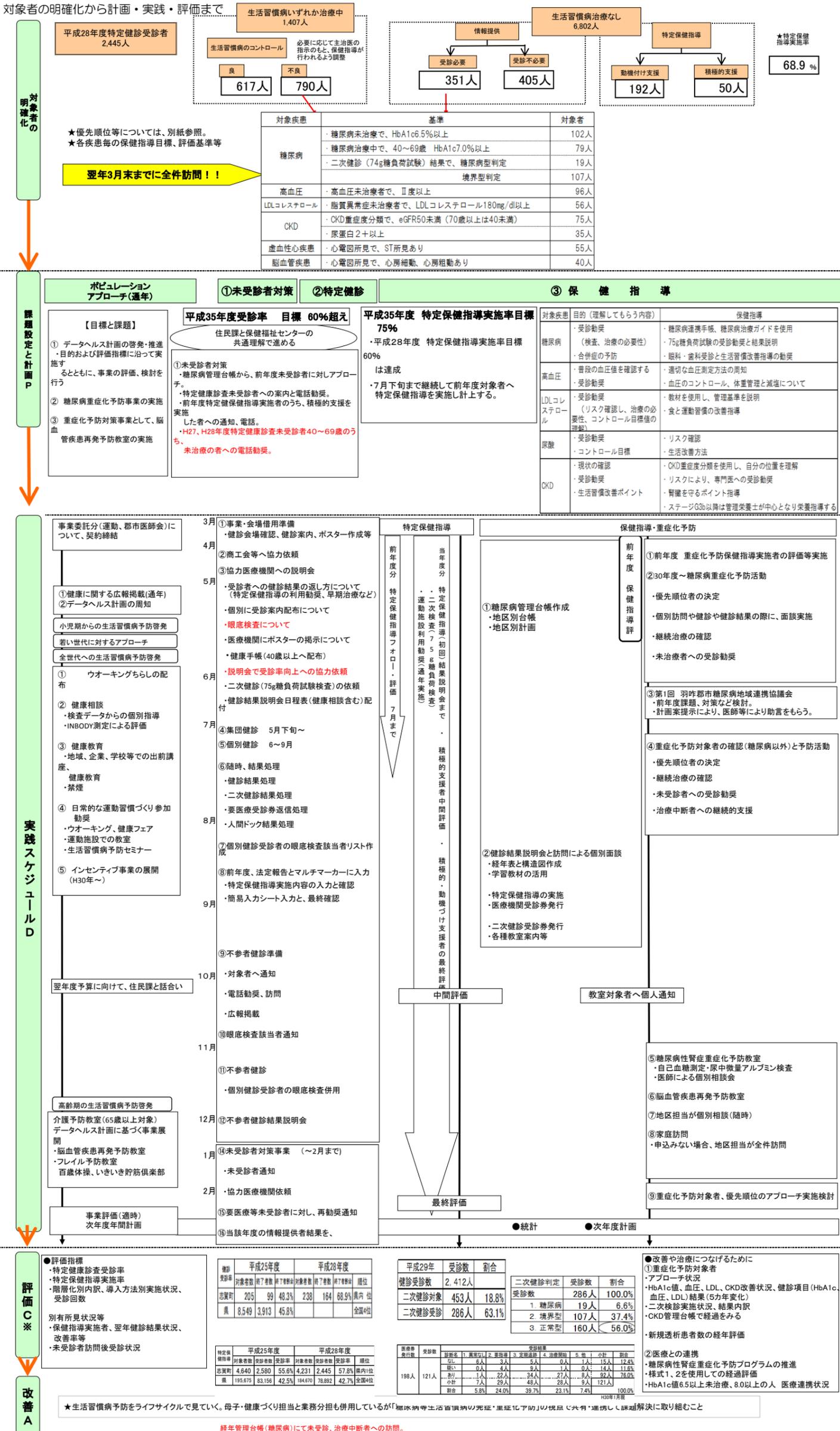
【図表49】

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 H35 (受診者の〇%)	H35 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	170人 (7.5%)	積極的支援者については100%
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	330人 (14.5%)	HbA1c6.5以上については100%
3	L	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	790人 (35%)	HbA1c7.0%以上については100%
4	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、不参加健診の実施による受診勧奨、未受診者対策拡充事業の実施）	1,520人 (40%)	150人 10%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	400人 (17.5%)	80%

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PDC A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50】

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



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志賀町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条3項（保健者は、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、志賀町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

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。

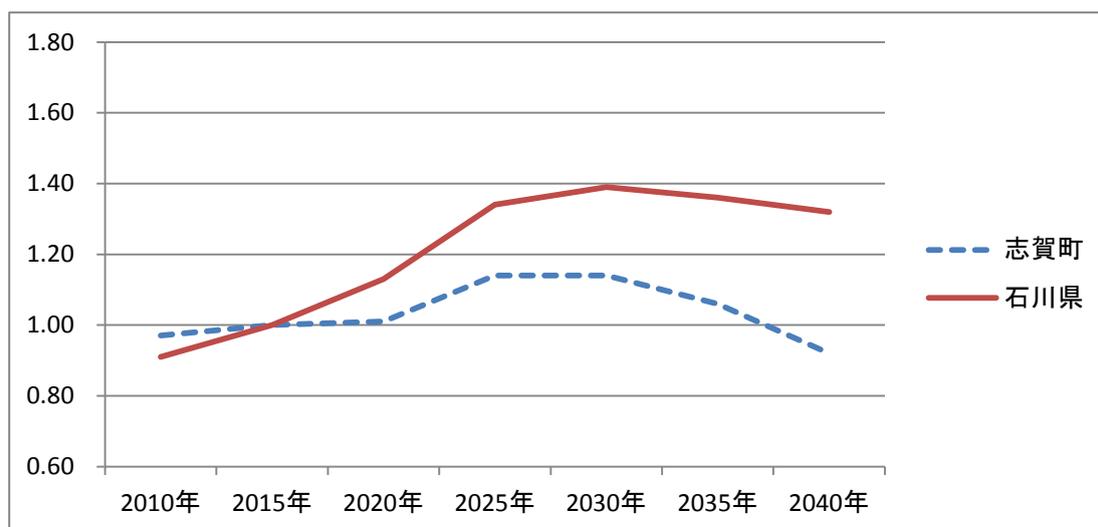
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第3章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

志賀町の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0.92と若干低くなると推計されており、石川県の将来推計では、1.32と高くなると推計されている。（図表51）

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51】

75歳以上人口の将来推計
(2015年の人口を1.0としたときの指数)



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」より作成

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いくためには、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。

KDB等から要支援・介護認定者の有病状況を分析し、予防可能な疾患をターゲットに重点的に保健事業を実施するとともに、地域包括ケア推進にかかる各種会議等に国保主管課が出席し、要支援・介護認定者の有病状況等の情報共有を図りながら、国保直診施設や関係部署と連携しながら地域包括ケアの推進を図る。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して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10）

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）	<ul style="list-style-type: none">・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）	<ul style="list-style-type: none">・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）	<ul style="list-style-type: none">・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）	<ul style="list-style-type: none">・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志賀町の位置
- 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6-2 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 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 第1期全体評価と、今後の取り組みと課題整理

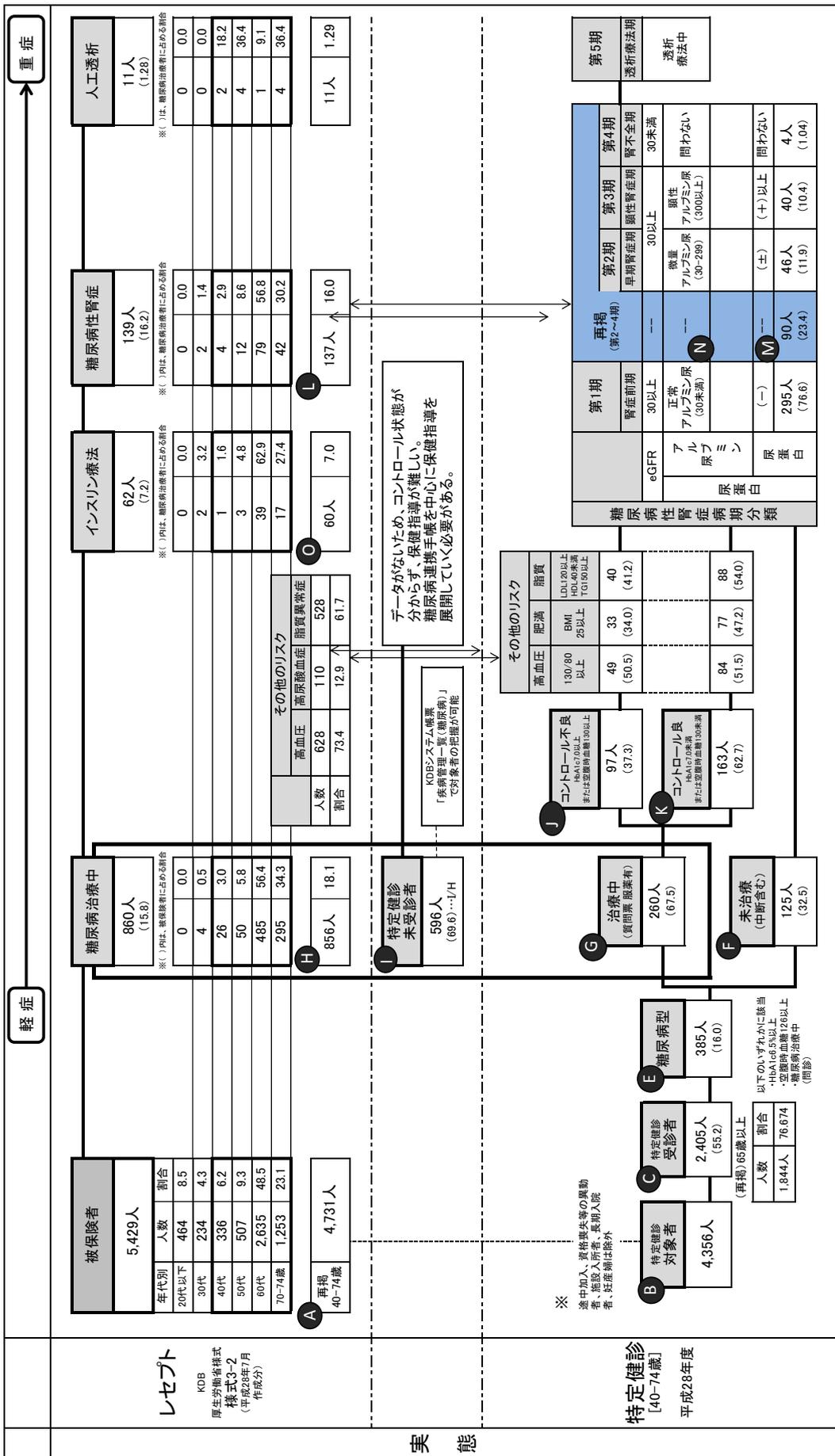
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた志賀町の位置

項目			志賀町		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		
1	① 人口構成	総人口	22,063		4,840,962		1,149,040		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）	7,574	34.3	1,107,232	22.9	274,533	23.9	29,020,766	23.2		
		75歳以上	4,234	19.2			139,678	12.2	13,989,864	11.2		
		65～74歳	3,340	15.1			134,855	11.7	15,030,902	12.0		
		40～64歳	7,876	35.7			387,206	33.7	42,411,922	34.0		
	39歳以下	6,613	30.0			487,301	42.4	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	10.6		6.2		3.3		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	33.3		28.8		28.7		25.2			
		第3次産業	56.1		65.0		68.0		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.2		79.7		79.7		79.6		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		女性	86.7		86.5		86.8		86.4			
	④ 健康寿命	男性	65.0		65.4		65.2		65.2		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		66.7		66.9		66.9		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	106.8	98.8	98.4	100	100	100	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			女性	98.0	98.9	95.4	100	100				
		死因	がん	104	55.0	13,676	49.0	3,535	50.1		367,905	49.6
			心臓病	45	23.8	7,410	26.6	1,855	26.3		196,768	26.5
			脳疾患	28	14.8	4,436	15.9	1,190	16.9		114,122	15.4
			糖尿病	3	1.6	538	1.9	113	1.6		13,658	1.8
			腎不全	6	3.2	920	3.3	187	2.6		24,763	3.3
			自殺	3	1.6	924	3.3	180	2.5		24,294	3.3
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	1,577	21.1	214,190	19.5	58,480	21.3	5,882,340	21.2	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	32	0.3	3,882	0.3	902	0.3	105,654	0.3		
		2号認定者	28	0.3	5,773	0.4	1,117	0.3	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	382	23.7	50,596	22.6	16,617	27.4	1,343,240	21.9		
		高血圧症	845	50.5	116,354	52.3	32,225	53.2	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	394	23.1	62,322	27.8	17,890	29.5	1,733,323	28.2		
		心臓病	986	58.8	132,584	59.7	38,176	63.1	3,511,354	57.5		
		脳疾患	356	21.4	59,279	26.8	17,523	29.4	1,530,506	25.3		
		がん	129	8.2	22,271	9.9	6,811	11.1	629,053	10.1		
		筋・骨格	792	48.6	114,209	51.3	32,018	53.0	3,051,816	49.9		
精神	674	39.8	79,819	35.7	24,972	41.2	2,141,880	34.9				
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	72,616		62,877		67,606		58,349				
	居宅サービス	40,091		40,725		43,494		39,683				
	施設サービス	275,265		277,662		277,404		281,115				
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	9,516	8,363	8,950	7,980						
	認定なし	4,480	3,835	4,393	3,822							
4	① 国保の状況	被保険者数	5,192		1,197,997		251,804		32,587,223		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	2,975	57.3			117,200	46.5	12,462,053	38.2		
		40～64歳	1,549	29.8			78,632	31.2	10,946,693	33.6		
		39歳以下	668	12.9			55,972	22.2	9,178,477	28.2		
	加入率	23.5		25.1		21.9		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.4	296	0.2	97	0.4	8,255	0.3		
		診療所数	9	1.7	2,970	2.5	874	3.5	96,727	3.0		
		病床数	152	29.3	53,431	44.6	18,468	73.3	1,524,378	46.8		
		医師数	21	4.0	8,940	7.5	3,303	13.1	299,792	9.2		
		外来患者数	674.1		692.6		689.8		668.3			
	入院患者数	27.7		19.6		25.3		18.2				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	31,492	県内4位 同規模8位	25,607	29,225	24,253					
		受診率	701.849		712.277		715.094		686.501			
		外来	費用の割合	53.6		59.2		54.7		60.1		
			件数の割合	96.1		97.2		96.5		97.4		
		入院	費用の割合	46.4		40.8		45.3		39.9		
件数の割合			3.9		2.8		3.5		2.6			
1件あたり在院日数		15.7日		15.8日		16.8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	384,854,590	30.4	25.1	27.1	25.6						
	慢性腎不全（透析あり）	100,215,660	7.9	9.3	7.4	9.7						
	糖尿病	137,567,980	10.9	10.1	9.4	9.7						
	高血圧症	106,127,510	8.4	8.8	7.4	8.6						
	精神	178,935,450	14.1	16.6	19.4	16.9						
筋・骨格	193,661,690	15.3	15.5	14.7	15.2							

4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数20	入院 ()内 は在院日数	糖尿病	628,743	3位	(18)															KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域
				高血圧	600,551	4位	(17)															
				脂質異常症	571,032	7位	(15)															
				脳血管疾患	613,063	11位	(19)															
				心疾患	499,576	18位	(10)															
				腎不全	637,964	16位	(18)															
				精神	450,009	11位	(25)															
				悪性新生物	718,880	2位	(14)															
				糖尿病	41,681	5位																
				高血圧	32,907	6位																
				脂質異常症	31,812	3位																
				脳血管疾患	47,470	4位																
				心疾患	53,222	3位																
				腎不全	196,289	6位																
精神	30,914	15位																				
悪性新生物	66,744	6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	5,675	2,673	3,045	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	14,186	12,504	14,627	12,683															
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	15,074	7,298	8,275	5,940															
			健診未受診者	37,679	34,143	39,753	36,479															
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,281	54.9	186,267	56.4	42,806	52.9	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の 把握											
		医療機関受診率	1,189	50.9	171,291	51.9	40,083	49.5	3,799,744	51.6												
		医療機関非受診率	92	3.9	14,976	4.5	2,723	3.4	316,786	4.3												
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数20	メタボ 該当 ・ 予備 群 レベル	健診受診者	2,335	329,973	80,985	7,362,845	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握													
				受診率	55.1	県内3位 同規模13位	39.6	44.4		全国3位	34.0											
				特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	3438	8.5		726	8.7	35,557	4.1									
				非肥満高血糖	274	11.7	33,794	10.2		8,242	10.2	687,157	9.3									
				メタボ	該当者	481	20.6	58,303		17.7	15,692	19.4	1,272,714	17.3								
					男性	325	31.4	39,754		27.5	10,201	30.6	875,805	27.5								
					女性	156	12.0	18,549		10.0	5,491	11.5	396,909	9.5								
					予備群	275	11.8	35,610		10.8	8,278	10.2	790,096	10.7								
				BMI	男性	202	19.5	24,589		17.0	5,531	16.6	548,609	17.2								
					女性	73	5.6	11,021		5.9	2,747	5.8	241,487	5.8								
					総数	829	35.5	105,603		32.0	26,570	32.8	2,320,533	31.5								
					男性	567	54.8	72,052		49.9	17,375	52.1	1,597,371	50.1								
				BMI	女性	262	20.1	33,551		18.1	9,195	19.3	723,162	17.3								
					総数	137	5.9	15,802		4.8	3,551	4.4	346,181	4.7								
					男性	19	1.8	2,382		1.6	460	1.4	55,460	1.7								
					女性	118	9.1	13,420		7.2	3,091	6.5	290,721	7.0								
				血糖のみ	20	0.9	2,430	0.7		521	0.6	48,685	0.7									
				血圧のみ	194	8.3	24,544	7.4		5,432	6.7	546,667	7.4									
				脂質のみ	61	2.6	8,636	2.6		2,325	2.9	194,744	2.6									
血糖・血圧	75	3.2	9,715	2.9	1,978	2.4	196,978	2.7														
血糖・脂質	22	0.9	3,376	1.0	941	1.2	69,975	1.0														
血圧・脂質	204	8.7	27,313	8.3	7,719	9.5	619,684	8.4														
血糖・血圧・脂質	180	7.7	17,899	5.4	5,054	6.2	386,077	5.2														
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬 既往歴 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日 飲酒 量	高血圧	1,059	45.4	112,638	34.2	30,643	37.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の 把握									
				糖尿病	251	10.7	25,723	7.8	7,505	9.3	551,051	7.5										
				脂質異常症	725	31.0	76,839	23.3	23,664	29.2	1,738,149	23.6										
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	95	4.1	10,317	3.2	3,003	3.9	230,777	3.3										
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	229	9.8	18,529	5.8	5,767	7.6	391,296	5.5										
				腎不全	5	0.2	2,296	0.7	298	0.4	37,041	0.5										
				貧血	302	13.0	30,853	9.7	10,735	13.7	710,650	10.1										
				喫煙	328	14.0	44,224	13.4	10,592	13.1	1,048,171	14.2										
				週3回以上朝食を抜く	144	6.2	20,748	7.1	5,020	7.6	540,374	8.5										
				週3回以上食後間食	286	12.3	32,113	11.0	10,506	15.8	743,581	11.8										
				週3回以上就寝前夕食	505	21.7	43,130	14.6	11,679	17.6	983,474	15.4										
				食べる速度が速い	583	25.0	73,435	25.2	18,452	28.0	1,636,988	25.9										
				20歳時体重から10kg以上増加	812	34.8	95,681	32.4	20,240	30.8	2,047,756	32.1										
				1回30分以上運動習慣なし	1,397	59.9	169,920	57.8	39,178	58.9	3,761,302	58.7										
1日1時間以上運動なし	1,008	43.2	136,130	46.0	30,690	42.7	2,991,854	46.9														
睡眠不足	527	22.8	70,019	24.1	14,736	22.5	1,584,002	25.0														
毎日飲酒	659	28.3	77,040	24.4	19,466	26.5	1,760,104	25.6														
時々飲酒	370	15.9	65,382	20.7	13,966	19.0	1,514,321	22.0														
一日 飲酒 量	1合未満	611	51.9	138,321	65.4	27,178	61.5	3,118,433	64.1													
	1~2合	410	34.8	49,631	23.5	11,627	26.3	1,158,318	23.8													
	2~3合	127	10.8	18,608	8.8	4,254	9.6	452,785	9.3													
	3合以上	30	2.5	5,046	2.4	1,165	2.6	132,608	2.7													

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合

都道府県名 石川県 市町村名 志賀町 同規模区分 12



【参考資料3】

糖尿病管理台帳				【対象者抽出基準】				※糖尿病療養は問診結果による ※「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											
(HbA1c6.5以上)				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															
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	診療開始日 合併の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出・死亡	備考		
1	東増穂							45	H28年度	糖尿病	糖	服薬							H28年度DM治療開始。体重減量経過観察中。
										高血圧	糖	HbA1c	6.5	6.7			7.1	8.1	
										虚血性心疾患	糖	体重	97.5	99			98	97	
										脳血管疾患	糖以外	BMI	34.6	35.2			34.7	34.5	
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	113/65	120/63			125/70	121/73	
											CKD	GFR	85.3	87.1			79.2	80.8	
2	高浜							47	H28年度	糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○		1型糖尿病の管理中
										高血圧	糖	HbA1c	8.2	8.2	7.3	9.7	8.5		
										虚血性心疾患	糖	体重	73	74	75.5	70.5	72.5		
										脳血管疾患	糖以外	BMI	30.8	31.6	32	29.9	30.7		
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	124/78	139/89	132/88	132/78	117/74		
											CKD	GFR	72	71.5	75.8	69.5	66		
3	志加浦(赤住)							48	H28年度	糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○		病院で健診受診
										高血圧	糖	HbA1c	6.7	6.7	5.8	5.4	5.6		
										虚血性心疾患	糖	体重	95.4	98	92.2	90	92		
										脳血管疾患	糖以外	BMI	33.0	34.6	32.5	31.3	32.5		
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	153/101	166/105	175/98	155/94	169/106		
											CKD	GFR	86.7	86.6	87	77.5	91.5		
4	加茂(安津免)							52	H28年度	糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○		社保 病院で健診受診
										高血圧	糖	HbA1c	7.5						
										虚血性心疾患	糖	体重	76.4						
										脳血管疾患	糖以外	BMI	27.9						
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	174/96						
											CKD	GFR	81.5						
5	志加浦(上野)							53	H28年度	糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○		
										高血圧	糖	HbA1c	7.7	6.6					
										虚血性心疾患	糖	体重	69.5	63.5					
										脳血管疾患	糖以外	BMI	25	22.7					
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	125/60	125/75					
											CKD	GFR	82	87.4					
6	中甘田(福野)							54	H28年度	糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○		
										高血圧	糖	HbA1c	8.4	8.4			6.7	7.7	
										虚血性心疾患	糖	体重	77	70			67	65.5	
										脳血管疾患	糖以外	BMI	27.3	25			23.9	23.6	
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	95/68	111/71			105/67	113/76	
											CKD	GFR	93.3	91.3			93.2	82.2	
7	高浜							56	H28年度	糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○		クリニック管理
										高血圧	糖	HbA1c	10.2	8.3	7.7				
										虚血性心疾患	糖	体重	70.6	68.4	67.4				
										脳血管疾患	糖以外	BMI	30.4	29.5	28.8				
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	148/92	124/78	92/73				
											CKD	GFR	80.7	61.9	74.4				

【参考資料4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28年度

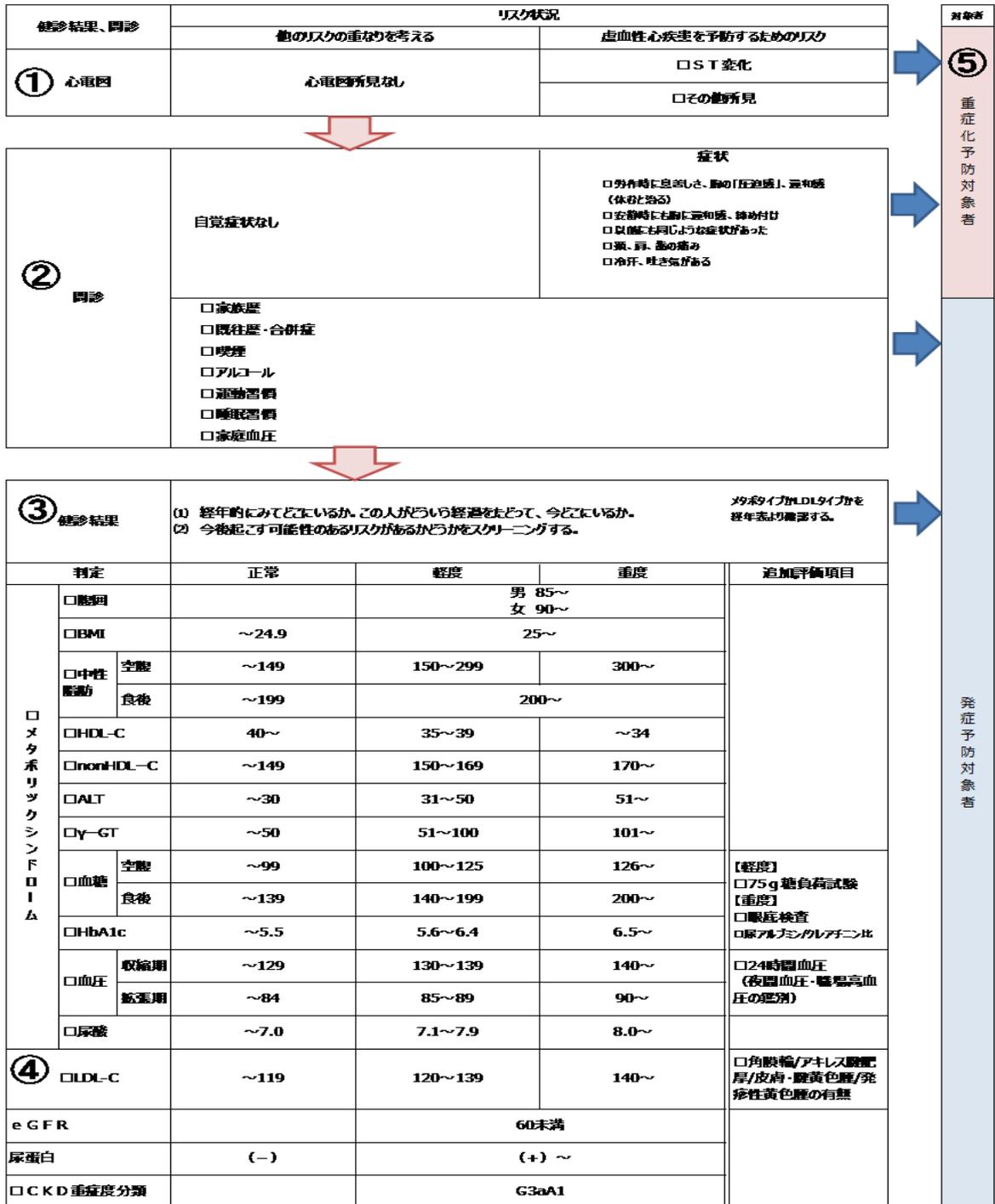
()保健師:担当地区()

	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(①+②) 593人		
	②健診未受診者 237人	1. 資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡は、その原因	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
	結果未把握(内訳)	2. レセプトの確認 ○治療状況の確認 ○直近の治療有無の確認	
	①国保(生保) 106人	3. 会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	
	②後期高齢者 81人	4. 結果から動く ○経年表での他のリスク(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 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	かかりつけ医、糖尿病専門医
	③他保険 29人		
	④任意異動(死亡・転出) 21人		
	⑤確認できていない 0人		
	①-1 未治療者(中断者含む) 27人 ※対象者の明確者のためにも内訳を把握する作業が必要である		
	②結果把握 360人		
①HbA1cが7%以上 112人			
②尿蛋白 (-) 275人 (±) 46人 (+)～顕性腎症 43人		尿アルブミン検査の継続 栄養士中心	
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 10人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 115人		腎専門医	

様式6-2 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者（平均）		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	5,429人							KDB_厚生労働省様式様式3-2
	② (再掲)40-74歳		4,731人							
2	① 対象者数	B	4,356人							市町村国保 特定健康診査:特定保健指導 状況概況報告書
	② 特定健診 受診者数	C	2,405人							
	③ 受診率		55.2%							
3	① 特定 対象者数		164人							
	② 保健指導 実施率		68.9%							
4	① 糖尿病型	E	385人	16.0%						特定健診結果
	② 未治療・中断者(質問票服薬なし)	F	125人	32.5%						
	③ 治療中(質問票服薬あり)	G	260人	67.5%						
	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	97人	37.3%						
	⑤ 血圧 130/80以上		49人	50.5%						
	⑥ 肥満 BMI25以上		33人	34.0%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	163人	62.7%						
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	295人	76.6%						
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		46人	11.9%						
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		40人	10.4%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	1.0%						
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		158.4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)		180.9人							
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1内は被保険者千対)		入院外(件数)	3,722件	(822.7)			4,309件	(785.4)	KDB_疫学別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院(件数)		35件	(7.7)			28件	(5.1)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	860人	15.8%						KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳		856人	18.1%						
	⑦ 健診未受診者	I	596人	69.6%						
	⑧ インスリン治療	O	62人	7.2%						
	⑨ (再掲)40-74歳		60人	7.0%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	139人	16.2%						
	⑪ (再掲)40-74歳		137人	16.0%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.28%						
	⑬ (再掲)40-74歳		11人	1.29%						
	⑭ 新規透析患者数		3人							
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人							
	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)		13人	1.1%						KDB_厚生労働省様式様式3-2※後期ユーザー
6	① 総医療費		20億252万円					23億569万円		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		12億6,623万円					13億229万円		
	③ (総医療費に占める割合)		63.2%					56.5%		
	④ 生活習慣病対 象者一人あた り		健診受診者	15,075円				8,244円		
	⑤ 健診未受診者		37,682円				33,045円			
	⑥ 糖尿病医療費		1億3785万円					1億3,171万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.9%					10.1%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億3,073万円							
	⑨ 1件あたり		41,681円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		3億1,311万円							
	⑪ 1件あたり		628,743円							
	⑫ 在院日数		18日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億301万円					1億2,887万円		
	⑭ 透析有り		1億22万円					1億2,093万円		
	⑮ 透析なし		279万円					794万円		
7	① 介護 介護給付費		25億3,973万円					19億7,126万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		8件	33.3%						
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		3人	0.9%			3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 虚血性心疾患予防に関する包括的リスク管理チャート

第1期全体評価と、今後の取り組みと課題整理

課題・目標		評価		今後の取り組み		⑤残っている課題	
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定診療・特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○健康増進活動の改善結果の改善 (血圧・血糖・脂質) ○重症化予防対象者(虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病)を減らすことを目標に、平成25年度と比較して3疾患それぞれ3%減少させる。 ○医療費の伸びを抑える <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率は国の目標に至らない。 ◆受診動員の対象者、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 <p>○早期介入保健指導事業</p> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆地区台帳の活用。 ◆対象者抽出、方法等の検討。 ◆訪問、事業の目標、評価項目の共有。 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆協議会等で、課題共有などの連携は、整ってきつつある。 ◆治滞開始の基準値に医療と保健では格差がある。 ◆眼科連携事業(かかりつけ医・眼科)連携事業(かかりつけ医・活用した個別の連携等)についてテーマを掲げ、実践を通じて力養成している。 ◆未受診者対策の二層としても、重症化予防事業の開始の中で、医療機関とのつながりを進めている。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定診療 <ul style="list-style-type: none"> ・保健福祉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り、H26年度からは職員が、40～60歳の健診未受診者に対して受診勧奨の電話かけを依頼している。 ・保健指導員活動として、健診受診の声を伝えている。 ○不参着健診後に、再度健診機会を設け再々案内を交付したり、金銭支援事業のスーパー検診受診を活用したりと、受診率に反映させた。 ○受診率向上に向けての取り組みは要領して、個別化取り組みは、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、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である。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成・整理している個別化指導台帳等を活用していくことで未受診者対策につながることを考える。 ○今後、地区担当を推進し、個別の対応を動かしていくにも、台帳の活用が重要である。 ○30歳代健診の結果をみて、受診時までにメタや飲酒量の把握がみられ、重症化予防対象者等がいる。H29年度からは、30歳代の受診率をいかに向上させるか、生活習慣の改善や早期治療に繋げる。今後は、事業を検討して、受診率向上に向けて、新たな取り組み体制の確立が必要である。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防対象者として、今までは主治医を優先的にアプローチしてきたが、今年度は、治療中の方も健診後に早期介入をこころみ、対象者選定も単年の健診結果で抽出し、数回による条件等で職員内で共有し対応してきた。 ・対象者の健康を害する要因は多岐にわたり、保健指導は、一律の基準値選定では困難な現状があり、力量形成が必要である。 ・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、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化や経年的な観点から優先順位をみていく必要がある。そのため、個別ファイルの作成に取りかかり、関連や生活習慣の観点から世帯ごと、作成した地区別の糖尿病管理台帳等を地区担当が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げる。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、目的、目標を明確にすることで、評価にもつなげる。 ・現在、事業実施量が増えているが、今後は、重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要である。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要で、NPO測定や自己血糖測定データなどを評価し、対象者の意識づけの機会とし、継続的な支援が可能となるような体制づくりを構築する。 ・若年者、国民外からの国民加入者に重症化予防の必要人がいる。他保険の方で、保健指導を受けられないような対象者へのアプローチについては、個別化の悪い状態を目的とした対策へ加入していく。また、働きながら受診が困難な状況や検査センターを活用し、保健指導を希望される方には実施していく。 	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○情報提供依頼(本人、医療機関)の継続 ○未受診者の受診勧奨電話と訪問実施状況 ○保健指導員への受診勧奨協力の継続 ○糖尿病管理台帳を活用し、状況未受診者へのアプローチ状況 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(面談、訪問)実施状況 ○かかりつけ医と個々のケースを通じた連携状況 ○他保健者(保健、社保、社保共済、後期高齢者、30歳代国民健康保険)に対する保健指導実施状況 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○協議会の開催および、参集状況 ○3科・栄養指導連携事業の使用状況 ○個々の医療機関との連携状況 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況 	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定診療受診率 H30年度目標60%達成状況 ○未受診者アプローチ後の状況(糖尿病管理台帳の活用や電話・訪問など) ○情報提供(本人、医療機関)数の状況 ○保健指導員活動の実施により、地区毎の受診率状況 ○住長へのポピュレーションアプローチ状況 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防対象者の減少状況 ○保健指導実施者の受診率状況 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○医療費の削減状況 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○3科連携事業にてすすめた検査、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) ○治療中のコントロール良好者割合の増加 ○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) 	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○情報提供依頼(本人、医療機関)の継続 ○未受診者の受診勧奨電話と訪問実施状況 ○保健指導員への受診勧奨協力の継続 ○糖尿病管理台帳を活用し、状況未受診者へのアプローチ状況 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(面談、訪問)実施状況 ○かかりつけ医と個々のケースを通じた連携状況 ○他保健者(保健、社保、社保共済、後期高齢者、30歳代国民健康保険)に対する保健指導実施状況 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○協議会の開催および、参集状況 ○3科・栄養指導連携事業の使用状況 ○個々の医療機関との連携状況 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況 	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>業務分担制</p> <p>未受診者対策と重症化予防対策を連動させて取り組むが効果・効率的であり、体制を構築し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地区担当制の活用。糖尿病管理台帳の地区別をもとに毎年健診活動を行っている。 ○事業実施等、職員間の共通認識を固めていく。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病管理台帳を活用し、未受診者訪問など個々のアプローチ(健診や治療)未受診者、中絶者の継続受診(受診) ○医療機関への協力依頼継続 ○保健推進員活動や住長への周知(図表43・44などを活用したポピュレーションアプローチの展開) <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個人ファイルの作成と世帯単位での支援 ○対象者の検討(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者に検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者に検討) <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○協議会などで健康課題を共有する。 ○地区担当が、重症化予防対策と連動し、個々のケースを介した連携体制構築する。 	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健活動に関して具体的な目標、効果を追加させ、アプローチに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用。糖尿病管理台帳の地区別をもとに毎年健診活動を行っている。 ○事業実施等、職員間の共通認識を固めていく。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病管理台帳を活用し、未受診者訪問など個々のアプローチ(健診や治療)未受診者、中絶者の継続受診(受診) ○医療機関への協力依頼継続 ○保健推進員活動や住長への周知(図表43・44などを活用したポピュレーションアプローチの展開) <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個人ファイルの作成と世帯単位での支援 ○対象者の検討(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者に検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者に検討) <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○協議会などで健康課題を共有する。 ○地区担当が、重症化予防対策と連動し、個々のケースを介した連携体制構築する。 	