

保健事業実施計画（データヘルス計画）

－ 第 2 期 －

2018.3.31 現在

平成 30 年 3 月 御代田町

保健事業実施計画（データヘルス計画）－ 第２期 －

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１期計画に係る評価及び考察と第２期計画における健康課題の明確化	９
1.	第１期計画に係る評価及び考察	
2.	第２期計画における健康課題の明確化	
3.	目標の設定	
第３章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1.	第三期特定健診等実施計画について	
2.	目標値の設定	
3.	対象者の見込み	
4.	特定健診の実施	
5.	特定保健指導の実施	
6.	個人情報の保護	
7.	結果の報告	
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第４章	保健事業の内容	26
I	保健事業の方向性	
II	重症化予防の取組	
1.	糖尿病性腎症重症化予防	
2.	虚血性心疾患重症化予防	
3.	脳血管疾患重症化予防	
III	ポピュレーションアプローチ	
第５章	地域包括ケアに係る取組	43
第６章	計画の評価・見直し	44

第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	45
参考資料	46

保健事業実施計画(データヘルス計画) - 第2期 -

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。

御代田町においては、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御代田町健康なまちづくり計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表 1・2・3）

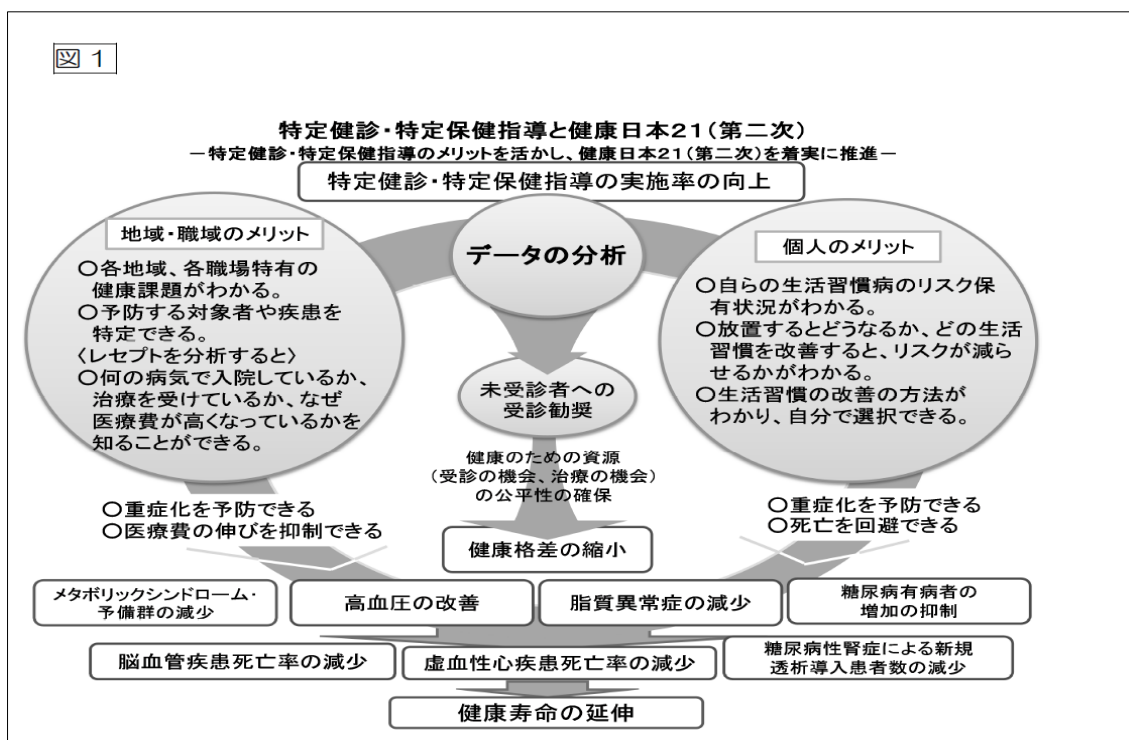
【図表 1】

2017.10.11

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

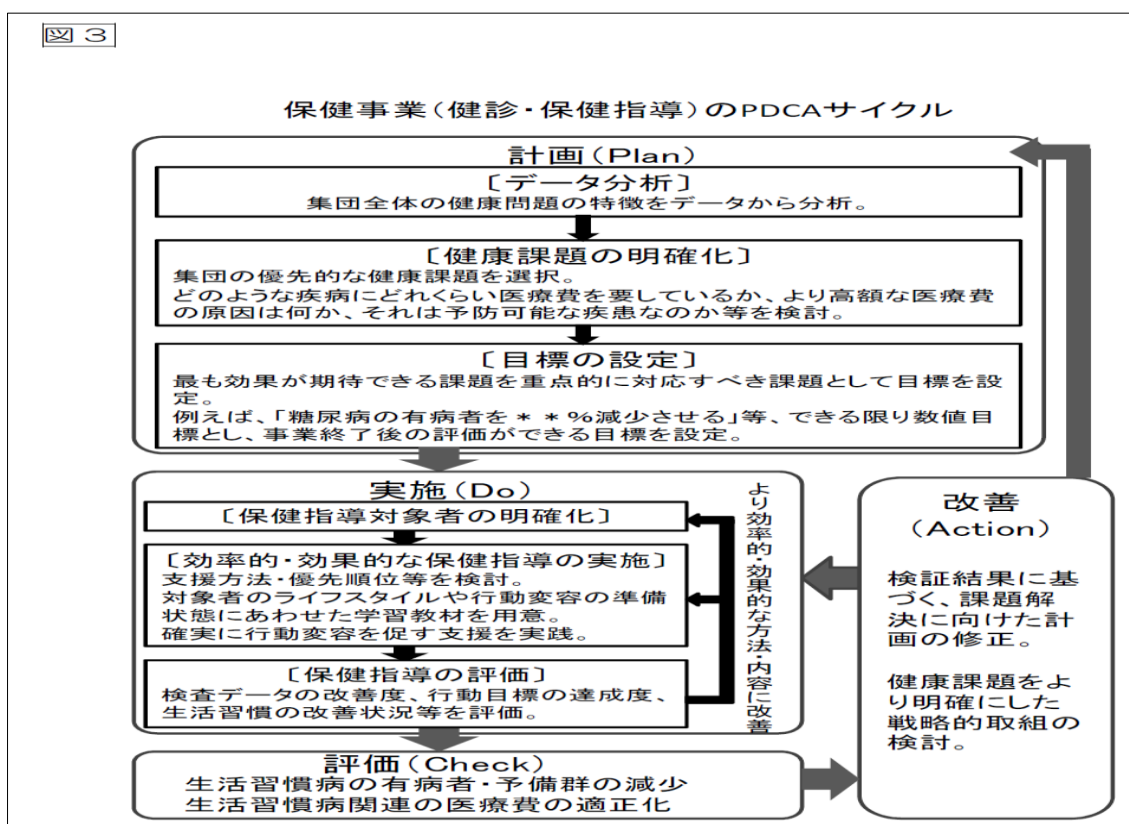
※ 健康推進事業法制定とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法							「医療費適正化計画」	「医療計画」	
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」					
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者法	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条			医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年4月 特定健康診査普及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4月 「国民健康診査に基づく保健事業の 実施等に関する指針(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業の実施給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針〔全部改正〕			厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確立に関する基本指針	
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、生活習慣的 危険因子や遺伝性リスク要因 として、社会生活を営むために必要となる 認知機能及び向上を目指し、その結果、脳血管疾患の発症率を抑え、人口急激な減少が起きることによる、高齢化に伴う経済活動の停滞などのような、生活習慣の改善及び社会環境の整備に切り替えることを目標とする。	生活習慣の改善による 糖尿病等の生活習慣病の予防効果を進め、糖尿病等を予防することができれば、関連する病気を減らすことができ、さらには高血圧や合併症の発生を防ぎ、入院患者を減らすことができる。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持続可能性を高めることが可能となり、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が必要とするものも、約半に削減するために行うものである。	生活習慣病的状態をはじめとして、被保険者の直立的な健康増進及び疾病予防の取り組みについては、最優先事項としての認識が強くあり、被保険者の特性を踏まえつつ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旨とするものである。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び被保険者の財政負担軽減が図られることは被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支援することや、重症度に応じては緊急対応態勢となることなど又は、要介護状態等の経過としては 高血圧を理念としている。	国民皆保険制度を堅持していきなり、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増加しないようにしていくとともに、医療にかかっている医療費効果的に提供する役割の強化を図っていく。			医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において 役割分担の明確化を促進させ、自費で受けるべき医療サービスを提供する体制の構築を図る	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期)に対応して	(40歳〜74歳)	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・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 虚心性心疾患 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 メンタルヘルズ	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 虚心性心疾患 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 虚心性心疾患 脳血管疾患	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	生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患				
評価	※53項目中 特定健診に関連する項目15項目 ①脳血管疾患・虚心性心疾患の有症率(糖尿病患者と特定健康診査(糖尿病性腎症)による年間継続治療導入患者数) ②血液検査値の割合 ③血糖コントロール良好におけるコントロール不良者と不満足者 ④特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑤メタボ予備群、メタボ該当者 ⑥高血圧方向医療費支出 ⑦適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑧適切な喫煙と飲酒の教育を受ける者 ⑨日常生活における歩数 ⑩運動習慣者の割合 ⑪成人の喫煙率 ⑫飲酒している者	①特定健康診査 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の高い事も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健康診断を実施する) 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)健康診断等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健康診断の変化 ④生活習慣病の有患者・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、悪化防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外資 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健康診査・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 入浴 関係機関分岐・連携の推進			①5歳未満・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 [保険者努力支援制度]を減額し、保険料率決定			保険者協議会(事務局：国保連合会)を通じて、保険者との連携				

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

御代田町においては、保健福祉課国保年金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。特に健康推進系の保健師等の専門職と連携をして、保健福祉課一体となって計画策定を進めていく必要がある。

そのほか、高齢者医療担当、介護保険担当（介護高齢係）、保健衛生担当（健康推進係）、生活保護担当（福祉係）、町国民健康保険の運営全般に携わる国保運営協議会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、課内・担当者の業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、御代田町は計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努めるものとする。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うために

は、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

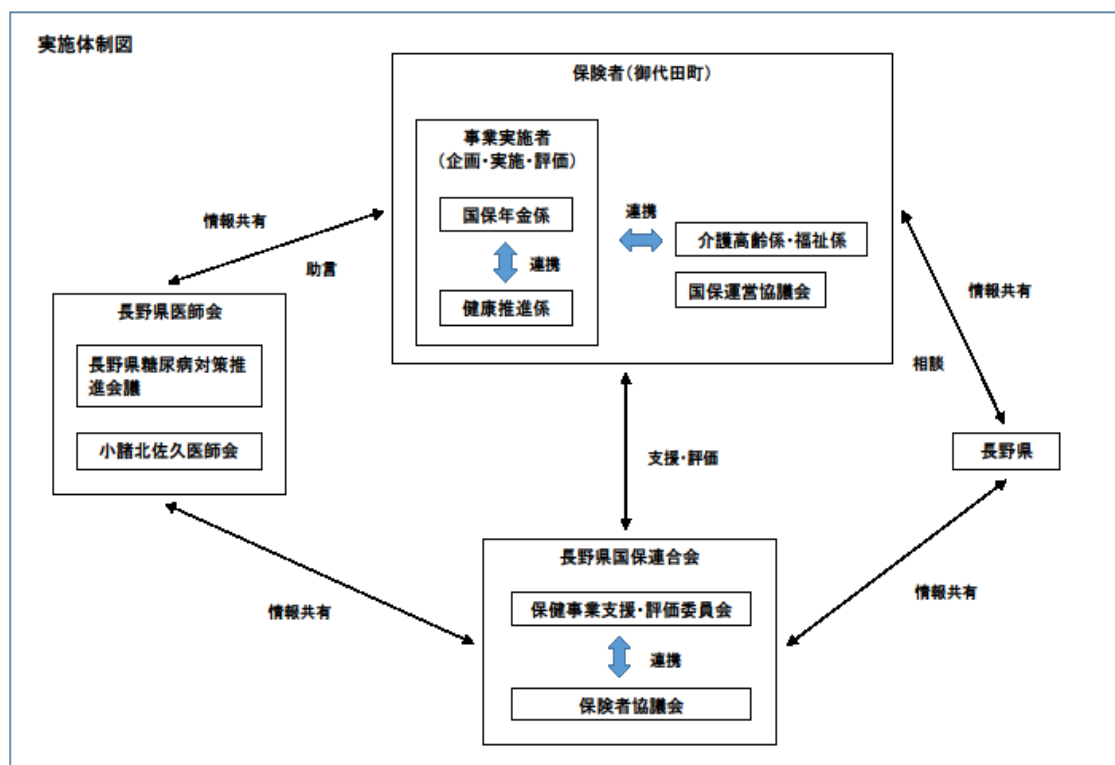
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めるものとする。

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

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解し、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（税）収納率の実施状況等を高く評価している。

当町では、糖尿病等の重症化予防に取り組むとともに、保険税の収納率アップに向けた取り組みなどに力を入れている。（図表 5）

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28得点	H29配点	H30配点
総得点(満点)		345		
交付額 (万円)		153		
総得点(体制構築加点含む)		159		
県内順位(77市町村中)		67		
共通 ①	特定健診受診率	35		
	特定保健指導実施率			
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率			
共通 ②	がん検診受診率	0		
	歯周疾患(病)検診の実施			
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0		
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10		
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	17		
	個人インセンティブ提供			
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0		
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0		
	後発医薬品の使用割合			
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15		
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0		
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5		
	第三者求償の取組の実施状況	7		
固有 ⑤	適正かつ健全な事業運営の実施状況			
体制構築加点		70		

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化（参考資料1、様式6-1）

①人口構成等

人口構成は、国・県に比較して39歳以下の割合が42.6%と高い割合にある。一方高齢化率は22.8%で同規模平均より5.7%低い。産業構成は2次産業が32.4%で同規模より4.8%高い。

このことから、当町は若年者が多く高齢化率が低い、2次産業従事者が多い町と言える。また、2次産業従事者の扶養者等が健診を受けられる状況であるかが課題となる。

②死亡の状況

女性のSMRは102.4で、国・県・同規模平均より高いことが問題で、原因の分析が必要である。

平成25年度と平成28年度の経年比較では、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は微増となっている。死因別には、脳疾患による死亡割合が下がったものの、がん・糖尿病・腎不全はほぼ横ばいとなっており、心臓病による死亡割合は12.2%の増となっている。

生活習慣病と関連する死因では、心臓病が7.9%同規模より高い。

③介護状況

当町の認定率は、1号は13.7%で同規模より6.7%低く、H25年度より1.0%減少している。2号は0.2%で同規模より0.2%低い。

有病状況を見ると、脳血管疾患・がんが同規模より高い。

1件当たりの介護給付費（全体）は69,696円で同規模より2,588円高い。居宅サービスは43,861円で1,937円高く、施設サービスは265,516円で10,563円高い。

要介護認定別医療費は「認定あり」が9,404円、「認定なし」が3,877円で、「認定あり」が「認定なし」の約2.5倍となっている。この傾向は、国・県・同規模に比べて差が大きい。

このことから、有病状況の分析と認定率を上げないことが課題となる。

④国保の状況

当町における国保被保険者の年齢構成は、65～74歳が38.6%で県と比べて3.8%低い。H25年度と比べると7.6%増加しており、高齢者が増加してきている。

医療費の状況は、一人あたりの医療費は21,708円で、県内では61位、同規模では120位となっている。

費用額の県内順位を見ると、入院では、心疾患13位、腎不全18位、糖尿病20位、脳血管疾患37位、外来では、悪性新生物10位、脂質異常症13位、高血圧20位、腎不全24位となっており、生活習慣病が目立つ。

健診対象者一人当たりの医療費は、健診未受診者は 9,044 円となっており健診受診者 4,742 円の約 2 倍、生活習慣病対象者一人あたりの医療費は、健診未受診者は 28,480 円となっており健診受診者 14,933 円の約 2 倍となっている。

受診勧奨者の医療機関受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、H28 年度は特定健診受診率が減少しているため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

⑤健康診査状況

当町の受診率は 46.2%で、H25 年度より 4.3%増加し、県内 51 位、同規模 43 位となっている。予備軍レベルでは、脂質のみ 3.2%、血糖・血圧・脂質 6.0%といずれも同規模より高くなっている。

当町では、受診率の向上を図る必要があるとともに、血管を痛める糖・血圧・脂質が課題となる。

⑥生活習慣の状況

当町は、20 歳時体重から 10kg 以上増加が 15.2%、1 日 1 時間以上の運動習慣なしが 71.5%、睡眠不足が 49.0%といずれも同規模より高い。

生活習慣病予防に効果のある運動の啓発と運動習慣の確立が課題となる。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 6）

H25 年度と H28 年度の介護給付費を比較すると、当町における介護給付費は 2,047 万円の減となっている。1 件当たり給付費（全体）では、同規模平均は 2,600 円ほど減となっているのに対して、当町は 1,100 円ほど増となっている。当町では施設サービスに係る給付費は下がっているものの、居宅サービスに係る給付費が上がっていることがわかる。

【図表 6】

介護給付費の変化

年度	御代田町				同規模平均		
	介護給付費	1 件当たり 給付費（全体）			1 件当たり 給付費（全体）		
		給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H25 年度	8 億 9,604 万円	68,560 円	42,733 円	278,912 円	69,743 円	42,430 円	283,377 円
H28 年度	8 億 7,557 万円	69,696 円	43,861 円	265,516 円	67,108 円	41,924 円	276,079 円

②医療費の状況（図表 7）

H25 年度と H28 年度の医療費を比較すると、総医療費の伸び率は同規模平均が 35.6%と大きく伸びているのに対し、当町では 0.89%とそれほど伸びていないが、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、当町は入院費の伸び率が高くなって

いるものの、外来に係る費用は低くなっており、全体でみると同規模平均とほぼ同じくらいの伸び率となっていることがわかる。

【図表 7】

医療費の変化													
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
総医療費(円)	H25年度	10億5,124万円	—	—	—	3億8,676万円	—	—	—	6億6,448万円	—	—	—
	H28年度	10億6,061万円	937万円	0.89%	35.60%	4億1,199万円	2,523万円	6.52%	32.61%	6億4,862万円	▲1,586万円	▲2.39%	37.86%
一人当たり医療費(円)	H25年度	19,647円	—	—	—	7,171円	—	—	—	12,476円	—	—	—
	H28年度	21,708円	2,061円	10.49%	9.47%	8,488円	1,317円	18.37%	7.19%	13,220円	744円	5.96%	11.20%

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

H25 年度と H28 年度の中長期目標疾患の医療費を比較すると、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(透析)に係る医療費計は、減少している。

疾患別にみると脳血管疾患・慢性腎不全(透析)に係る医療費は減少しているものの、虚血性心疾患に係る費用が増加していることがわかる。また、虚血性心疾患・慢性腎不全(透析)は、国、長野県と比較して高くなっている。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用について、H25 年度と H28 年度を比較すると、糖尿病・高血圧は減少し、脂質異常症は増加している。また、糖尿病・高血圧は国より高いが県より低く、脂質異常症は国・県を上回っている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度の比較)																	
同規模区分	市町村等名		総医療費(円)	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			
				金額(円)	順位		慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞	狭心症	糖尿病	高血圧	脂質異常症				
					同規模	県内											
	H25年度	御代田町	1,073,463,120	19,647	135位	67位	9.04%	0.22%	2.34%	0.80%	5.84%	6.86%	2.92%	300,758,860	28.02%	9.68%	6.31%
	H28年度		1,086,867,890	21,708	119位	61位	5.86%	0.14%	1.65%	2.21%	5.43%	4.83%	3.08%	252,205,600	23.20%	15.98%	8.40%
	H28年度	長野県	159,825,419,870	24,014	—	—	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660	23.60%	14.18%	10.12%
	H28年度	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%

④中長期的な疾患 (図表 9)

当町の H25 年度と H28 年度を比較すると、被保険者は 6.3%減少している。

中長期的な目標である虚血性心疾患は 2.4%減少しているが、重複している脳血管疾患は 52.6%増加している。

脳血管疾患は 8.4%減少しているが、重複している虚血性心疾患は 52.6%増加している。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧	糖尿病	脂質異常症				
			人数	割合	人数	割合	人数	割合							
H25	全体	4,507	121	2.7%	19	15.7%	8	6.6%	95	78.5%	47	38.8%	77	63.6%	
	64歳以下	3,168	42	1.3%	5	11.9%	3	7.1%	30	71.4%	15	35.7%	24	57.1%	
	65歳以上	1,339	79	5.9%	14	17.7%	5	6.3%	65	82.3%	32	40.5%	53	67.1%	
H28	全体	4,224	118	2.8%	29	24.6%	5	4.2%	101	85.6%	60	50.8%	81	68.6%	
	64歳以下	2,648	20	0.8%	2	10.0%	3	15.0%	16	80.0%	9	45.0%	14	70.0%	
	65歳以上	1,576	98	6.2%	27	27.6%	2	2.0%	85	86.7%	51	52.0%	67	68.4%	

821.019 作成年月:各年7月

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	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧	糖尿病	脂質異常症				
			人数	割合	人数	割合	人数	割合							
H25	全体	4,507	177	3.9%	19	10.7%	6	3.4%	135	76.3%	63	35.6%	98	55.4%	
	64歳以下	3,168	71	2.2%	5	7.0%	4	5.6%	55	77.5%	22	31.0%	40	56.3%	
	65歳以上	1,339	106	7.9%	14	13.2%	2	1.9%	80	75.5%	41	38.7%	58	54.7%	
H28	全体	4,224	162	3.8%	29	17.9%	4	2.5%	123	75.9%	75	46.3%	116	71.6%	
	64歳以下	2,648	32	1.2%	2	6.3%	2	6.3%	22	68.8%	16	50.0%	23	71.9%	
	65歳以上	1,576	130	8.2%	27	20.8%	2	1.5%	101	77.7%	59	45.4%	93	71.5%	

821.020 作成年月:各年7月

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							
H25	全体	4,507	16	0.4%	6	37.5%	8	50.0%	16	100.0%	10	62.5%	5	31.3%	
	64歳以下	3,168	8	0.3%	4	50.0%	3	37.5%	8	100.0%	5	62.5%	2	25.0%	
	65歳以上	1,339	8	0.6%	2	25.0%	5	62.5%	8	100.0%	5	62.5%	3	37.5%	
H28	全体	4,224	10	0.2%	4	40.0%	5	50.0%	10	100.0%	5	50.0%	4	40.0%	
	64歳以下	2,648	7	0.3%	2	28.6%	3	42.9%	7	100.0%	4	57.1%	2	28.6%	
	65歳以上	1,576	3	0.2%	2	66.7%	2	66.7%	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (図表 10)

当町の H25 年度と H28 年度を比較すると、中長期目標疾患に共通する基礎疾患を見ると糖尿病は 14.7%増加し、脂質異常症は 2.9%増加している。一方、高血圧は 1.9%減少している。

糖尿病の中長期的な目標の虚血性心疾患、脳血管疾患は増加している。また、糖尿病性腎症は増加しているが、重症化予防が十分でなかったということが推測される一方、医療機関への受診により合併症が発見されたことで、適切な治療につながっているとも考えられる。

脂質異常症の中長期的な目標の虚血性心疾患、脳血管疾患は増加している。

今後も、特定健診受診率を上げていくほか、早期に介入して必要な場合は、服薬等により重症化予防をするとともに、治療中断者がいなかったかなどを確認していく必要がある。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病				インスリン療法				高血圧				脂質異常症			
			人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,507	395	8.8%	45	11.4%	290	73.4%	250	63.3%	47	11.9%	63	15.9%	10	2.5%	49	12.4%
	64歳以下	3,168	136	4.3%	17	12.5%	93	68.4%	87	64.0%	15	11.0%	22	16.2%	5	3.7%	20	14.7%
	65歳以上	1,339	259	19.3%	28	10.8%	197	76.1%	163	62.9%	32	12.4%	41	15.8%	5	1.9%	29	11.2%
H28	全体	4,224	453	10.7%	37	8.2%	323	71.3%	292	64.5%	60	13.2%	75	16.6%	5	1.1%	58	12.8%
	64歳以下	2,648	126	4.8%	9	7.1%	82	65.1%	83	65.9%	9	7.1%	16	12.7%	4	3.2%	16	12.7%
	65歳以上	1,576	327	20.7%	28	8.6%	241	73.7%	209	63.9%	51	15.6%	59	18.0%	1	0.3%	42	12.8%

※21.016 作成年月: 令和7月

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			
			人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,507	744	16.5%	290	39.0%	379	50.9%	95	12.8%	135	18.1%	16	2.2%				
	64歳以下	3,168	266	8.4%	93	35.0%	132	49.6%	30	11.3%	55	20.7%	8	3.0%				
	65歳以上	1,339	478	35.7%	197	41.2%	247	51.7%	65	13.6%	80	16.7%	8	1.7%				
H28	全体	4,224	730	17.3%	323	44.2%	380	52.1%	101	13.8%	123	16.8%	10	1.4%				
	64歳以下	2,648	204	7.7%	82	40.2%	98	48.0%	16	7.8%	22	10.8%	7	3.4%				
	65歳以上	1,576	526	33.4%	241	45.8%	282	53.6%	85	16.2%	101	19.2%	3	0.6%				

※21.017 作成年月: 令和7月

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			
			人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,507	549	12.2%	250	45.5%	379	69.0%	77	14.0%	98	17.9%	5	0.9%				
	64歳以下	3,168	203	6.4%	87	42.9%	132	65.0%	24	11.8%	40	19.7%	2	1.0%				
	65歳以上	1,339	346	25.8%	163	47.1%	247	71.4%	53	15.3%	58	16.8%	3	0.9%				
H28	全体	4,224	565	13.4%	292	51.7%	380	67.3%	81	14.3%	116	20.5%	4	0.7%				
	64歳以下	2,648	162	6.1%	83	51.2%	98	60.5%	14	8.6%	23	14.2%	2	1.2%				
	65歳以上	1,576	403	25.6%	209	51.9%	282	70.0%	67	16.6%	93	23.1%	2	0.5%				

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の H25 年度と H28 年度を比較すると、男性では、腹囲・空腹時血糖・HbA1c・収縮期血圧・LDL-C の有所見者の割合が高い。また、女性では HbA1c・LDL-C の有所見者の割合が高い。

男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増となっており、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 11】

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

※H23標準

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		%P2	
		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	135	24.5	240	43.6	159	28.9	117	21.2	55	10.0	183	33.2	301	54.6	89	16.2	189	34.3	120	21.8	276	50.1	4	0.7
	40-64	62	26.6	90	38.6	69	29.6	61	26.2	19	8.2	62	26.6	113	48.5	40	17.2	65	27.9	49	21.0	129	55.4	1	0.4
	65-74	73	23.0	150	47.2	90	28.3	56	17.6	36	11.3	121	38.1	188	59.1	49	15.4	124	39.0	71	22.3	147	46.2	3	0.9
H28年度	合計	158	27.8	230	40.4	167	29.3	126	22.1	62	10.9	211	37.1	359	63.1	80	14.1	216	38.0	129	22.7	268	47.1	6	1.1
	40-64	51	27.6	65	35.1	63	34.1	45	24.3	18	9.7	60	32.4	110	59.5	34	18.4	59	31.9	43	23.2	97	52.4	0	0.0
	65-74	107	27.9	165	43.0	104	27.1	81	21.1	44	11.5	151	39.3	249	64.8	46	12.0	157	40.9	86	22.4	171	44.5	6	1.6

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		%P2	
		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
女性	合計	102	16.4	99	15.9	99	15.9	35	5.6	13	2.1	136	21.9	327	52.6	11	1.8	157	25.2	75	12.1	357	57.4	0	0.0
	40-64	53	18.1	45	15.4	44	15.0	20	6.8	5	1.7	54	18.4	134	45.7	5	1.7	61	20.8	39	13.3	171	58.4	0	0.0
	65-74	49	14.9	54	16.4	55	16.7	15	4.6	8	2.4	82	24.9	193	58.7	6	1.8	96	29.2	36	10.9	186	56.5	0	0.0
H28年度	合計	122	18.4	100	15.1	115	17.3	52	7.8	8	1.2	146	22.0	387	58.4	19	2.9	202	30.5	67	10.1	369	55.7	2	0.3
	40-64	46	19.3	29	12.2	35	14.7	14	5.9	2	0.8	37	15.5	115	48.3	7	2.9	45	18.9	21	8.8	129	54.2	0	0.0
	65-74	76	17.9	71	16.7	80	18.8	38	8.9	6	1.4	109	25.6	272	64.0	12	2.8	157	36.9	46	10.8	240	56.5	2	0.5

メボロ(メタボリック)症候群の診断基準(厚生労働省発表平成15年)																							平成24年度			
性別		健診受診者		既病のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25年度	合計	551	40.3	29	5.3%	82	14.9%	10	1.8%	53	9.6%	19	3.4%	129	23.4%	28	5.1%	10	1.8%	52	9.4%	39	7.1%			
	40-64	233	32.8	17	7.3%	29	12.4%	4	1.7%	15	6.4%	10	4.3%	44	18.9%	6	2.6%	5	2.1%	20	8.6%	13	5.6%			
	65-74	318	48.5	12	3.8%	53	16.7%	6	1.9%	38	11.9%	9	2.8%	85	26.7%	22	6.9%	5	1.6%	32	10.1%	26	8.2%			
H28年度	合計	569	43.9	21	3.7%	84	14.8%	6	1.1%	51	9.0%	27	4.7%	125	22.0%	24	4.2%	9	1.6%	41	7.2%	51	9.0%			
	40-64	185	32.7	12	6.5%	21	11.4%	0	0.0%	9	4.9%	12	6.5%	32	17.3%	3	1.6%	3	1.6%	14	7.6%	12	6.5%			
	65-74	384	52.7	9	2.3%	63	16.4%	6	1.6%	42	10.9%	15	3.9%	93	24.2%	21	5.5%	6	1.6%	27	7.0%	39	10.2%			

女性		健診受診者		既病のみ		予備群		高血糖			高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25年度	合計	622	43.5	10	1.6%	35	5.6%	3	0.5%	23	3.7%	9	1.4%	54	8.7%	8	1.3%	5	0.8%	25	4.0%	16	2.6%	
	40-64	293	38.4	7	2.4%	20	6.8%	2	0.7%	12	4.1%	6	2.0%	18	6.1%	2	0.7%	3	1.0%	9	3.1%	4	1.4%	
	65-74	329	49.3	3	0.9%	15	4.6%	1	0.3%	11	3.3%	3	0.9%	36	10.9%	6	1.8%	2	0.6%	16	4.9%	12	3.6%	
H28年度	合計	663	48.3	12	1.8%	37	5.6%	2	0.3%	23	3.5%	12	1.8%	51	7.7%	6	0.9%	3	0.5%	19	2.9%	23	3.5%	
	40-64	238	39.4	8	3.4%	11	4.6%	0	0.0%	6	2.5%	5	2.1%	10	4.2%	0	0.0%	1	0.4%	6	2.5%	3	1.3%	
	65-74	425	55.3	4	0.9%	26	6.1%	2	0.5%	17	4.0%	7	1.6%	41	9.6%	6	1.4%	2	0.5%	13	3.1%	20	4.7%	

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

H25 年度と H28 年度の特定健診受診率を比較すると、H28 年度は 46.2%となり、H25 年度と比べて 4.3%増加している。特定保健指導実施率についても、H28 年度は 75.2%となり、H25 年度と比べて 28.1%増加している。また、終了者数も増加している。

受診勧奨者の医療機関受診率は同規模平均よりは低いですが、1.4%の増加が見られる。重症化を予防していくためには、さらに特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

特定健診受診率・特定保健指導実施率

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 %	
								御代田町	同規模平均
H25年度	2,796	1,173	41.9	63位	114	68	59.6	47.1	50.8
H28年度	2,670	1,232	46.2	43位	117	88	75.2	48.5	51.1

2) 第 1 期に係る考察

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

脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(透析)に係る医療費計は、減少している。疾患別にみると脳血管疾患・慢性腎不全(透析)に係る医療費は減少しているものの虚血性心疾患に係る費用が増加していることがわかった。また、虚血性心疾患・慢性腎不全(透析)は、国、長野県と比較して高くなるなど新たな課題も見えてきた。

その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は

重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

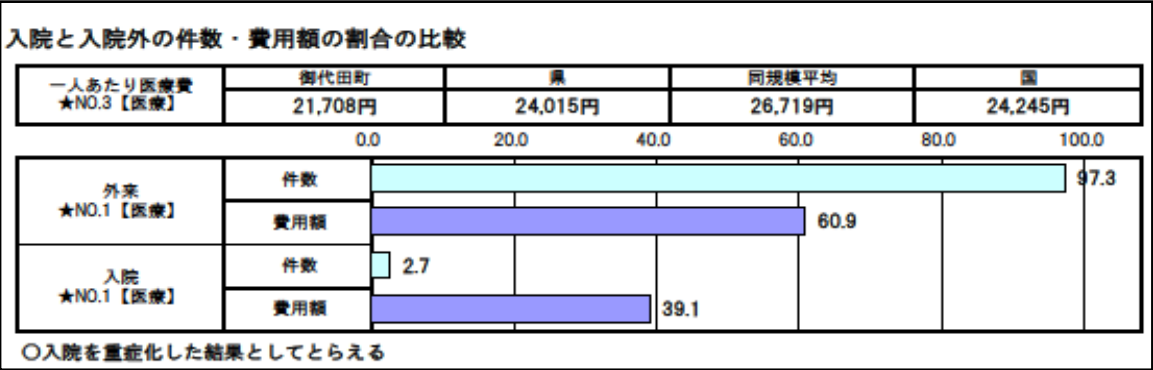
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

御代田町の一人あたりの医療費は、21,708 円で、同規模平均、県、国に比較して低い。また、入院件数は 2.7%で、費用額全体の 39.1%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】



(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

高額になる疾患は、虚血性心疾患が件数で 8.5%、費用額で 10.9%、脳血管疾患が件数で 4.3%、費用額で 4.2%を占めている。また、長期入院でも虚血性心疾患は費用額が 20.5%となっている。

人工透析患者では、糖尿病性腎症が件数で 48.5%、費用額で 52.8%を占め、糖尿病との関係が深いことがわかる。

重症化している生活習慣病の治療者数を基礎疾患の重なりで見ると、脳血管疾患・虚血性心疾患は高血圧・脂質異常症が多く、糖尿病性腎症は糖尿病・高血圧・脂質異常症が多くなっている。

【図表 14】

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	(H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	117件	5件 4.3%	10件 8.5%	--
		費用額	1億7664万円	735万円 4.2%	1925万円 10.9%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	137件	1件 0.7%	17件 12.4%	--
		費用額	6877万円	8万円 0.1%	1409万円 20.5%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	132件	46件 34.8%	64件 48.5%	64件 48.5%
		費用額	6873万円	2321万円 33.8%	4001万円 58.2%	3627万円 52.8%

厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～19 (標準)	生活習慣病の治療者数 構成割合	基礎疾患 の重なり	1,397人	162人 11.6%	118人 8.4%	58人 4.2%
			高血圧	123人 75.9%	101人 85.6%	38人 65.5%
		糖尿病	75人 46.3%	60人 50.8%	58人 100%	
			脂質異常症	116人 71.6%	81人 68.6%	38人 65.5%
		高血圧症	730人 52.3%	453人 32.4%	565人 40.4%	163人 11.7%
		糖尿病				
		脂質異常症				
		高尿酸血症				

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが86.1%であり、筋・骨格疾患の84.5%、認知症が44.5%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者より75歳以上の1号認定者で年齢が高いほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

すべての疾患は年齢が高くなるに従い増加していることから、特定健診受診者を増やし、早期から血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 15】

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		4,950人		1,521人		1,738人		3,259人		8,209人								
	認定者数		9人		56人		387人		443人		452人								
	認定率		0.18%		3.7%		22.3%		13.6%		5.5%								
	新規認定者数		0人		1人		7人		8人		8人								
	介護度 別人数	要支援1・2		1	11.1%	14	25.0%	42	10.9%	56	12.6%	57	12.6%						
要介護1・2		2	22.2%	23	41.1%	173	44.7%	196	44.2%	198	43.8%								
要介護3～5		6	66.7%	19	33.9%	172	44.4%	191	43.1%	197	43.6%								
要介護 実合状況 ★NO.49	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	種別	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合				
				件数	--	9		56		387		443		452					
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	1	11.1%	脳卒中	20	35.7%	脳卒中	194	50.1%	脳卒中	214	48.3%	脳卒中	215	47.6%
				2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	6	10.7%	虚血性心疾患	100	25.8%	虚血性心疾患	106	23.9%	虚血性心疾患	106	23.5%
				3	腎不全	0	0.0%	腎不全	4	7.1%	腎不全	46	11.9%	腎不全	50	11.3%	腎不全	50	11.1%
			基礎疾患	糖尿病等		2	22.2%	糖尿病等	35	62.5%	糖尿病等	334	86.3%	糖尿病等	369	83.3%	糖尿病等	371	82.1%
				血管疾患合計		3	33.3%	合計	40	71.4%	合計	346	89.4%	合計	386	87.1%	合計	389	86.1%
			筋・骨格疾患	合計		3	33.3%	合計	40	71.4%	合計	346	89.4%	合計	386	87.1%	合計	389	86.1%
		認知症		1	11.1%	認知症	13	23.2%	認知症	187	48.3%	認知症	200	45.1%	認知症	201	44.5%		
		筋・骨格疾患		4	44.4%	筋・骨格系	36	64.3%	筋・骨格系	342	88.4%	筋・骨格系	378	85.3%	筋・骨格系	382	84.5%		

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】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						9,404
要介護認定なし医療費 (40歳以上)						3,877

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

【図表 16】

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

★NO.23 (標準)

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	21,950	27.9	36,456	46.3	22,085	28.0	15,711	19.9	6,763	8.6	24,025	30.5	51,346	65.2	12,919	16.4	34,608	43.9	19,798	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5	
県民 者	合計	158	27.8	230	40.4	167	29.3	126	22.1	62	10.9	211	37.1	359	63.1	80	14.1	216	38.0	129	22.7	268	47.1	6	1.1
	40-64	51	27.6	65	35.1	63	34.1	45	24.3	18	9.7	60	32.4	110	59.5	34	18.4	59	31.9	43	23.2	97	52.4	0	0.0
	65-74	107	27.9	165	43.0	104	27.1	81	21.1	44	11.5	151	39.3	249	64.8	46	12.0	157	40.9	86	22.4	171	44.5	6	1.6

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	18,185	19.2	14,811	15.4	16,172	17.0	7,904	8.3	1,948	2.1	17,162	18.1	62,563	65.9	1,980	2.1	36,338	38.3	14,343	15.1	53,213	56.1	157	0.2	
県民 者	合計	122	18.4	100	15.1	115	17.3	52	7.8	8	1.2	146	22.0	387	58.4	19	2.9	202	30.5	67	10.1	369	55.7	2	0.3
	40-64	46	19.3	29	12.2	35	14.7	14	5.9	2	0.8	37	15.5	115	48.3	7	2.9	45	18.9	21	8.8	129	54.2	0	0.0
	65-74	76	17.9	71	16.7	80	18.8	38	8.9	6	1.4	109	25.6	272	64.0	12	2.8	157	36.9	46	10.8	240	56.5	2	0.5

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（続解）

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	569	43.9	21	3.7%	84	14.8%	6	1.1%	51	9.0%	27	4.7%	125	22.0%	24	4.2%	9	1.6%	41	7.2%	51	9.0%
	40～64	185	32.7	12	6.5%	21	11.4%	0	0.0%	9	4.9%	12	6.5%	32	17.3%	3	1.6%	3	1.6%	14	7.6%	12	6.5%
	65～74	384	52.7	9	2.3%	63	16.4%	6	1.6%	42	10.9%	15	3.9%	93	24.2%	21	5.5%	6	1.6%	27	7.0%	39	10.2%
女性	合計	663	48.3	12	1.8%	37	5.6%	2	0.3%	23	3.5%	12	1.8%	51	7.7%	6	0.9%	3	0.5%	19	2.9%	23	3.5%
	40～64	238	39.4	8	3.4%	11	4.6%	0	0.0%	6	2.5%	5	2.1%	10	4.2%	0	0.0%	1	0.4%	6	2.5%	3	1.3%
	65～74	425	55.3	4	0.9%	26	6.1%	2	0.5%	17	4.0%	7	1.6%	41	9.6%	6	1.4%	2	0.5%	13	3.1%	20	4.7%

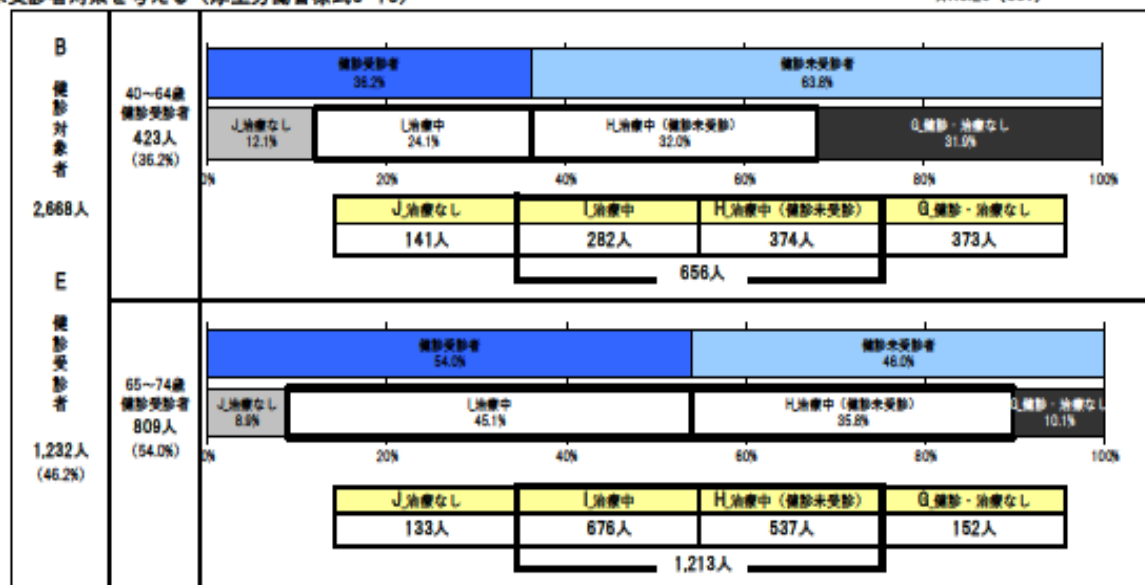
3) 未受診者の把握（図表 18）

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が31.0%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 18】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

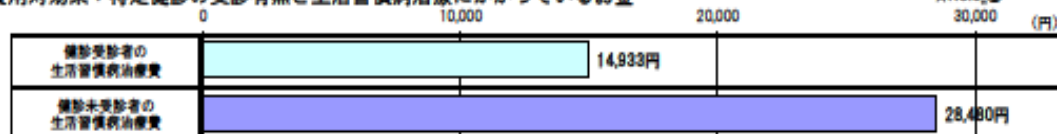
★NO.26（CSV）



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3⑤



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

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。

H35年度には、H30年度と比較して3つの疾患をそれぞれ減少させることを目標とする。また、3年後のH32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

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、今後、高齢化が進展する中で医療費そのものを抑えることは難しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、当町は脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに患者数が増え、入院医療費が増加していることが課題であり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を上げないことを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、毎年、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への適切な働きかけや、治療の継続への働きかけを行うとともに、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挙げられる。

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り、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 19】

	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	50%	50%	50%	55%	55%	60%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	85%	85%	90%

3. 対象者の見込み

【図表 20】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	2,900人	2,900人	2,900人	2,900人	2,900人	2,900人
	受診者数	1,450人	1,450人	1,450人	1,450人	1,450人	1,450人
特定保健指導	対象者数	160人	160人	160人	160人	160人	160人
	受診者数	128人	128人	128人	136人	136人	144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(御代田町保健センター他)

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、長野県国保連合会(市町村)のホームページで掲載している。(参照)URL：<http://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換えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

(5) 実施時期

毎年 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(図表 21)

健診の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 21】

保険者年間実施スケジュール													
保険者名	受診券発行予定枚数	H30年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		打合せ会議	集団健診	6/1 受診券発送	戸別訪問や電話での受診勧奨			集団健診		集団健診		個別健診未受診者に、個別健診受診勧奨の通知の発送	
御代田町	2,900				40歳代未受診者への個別通知、アンケート		前年度受診者への集団健診受診勧奨通知の発送、電話	打合せ会議		11月末までの個別健診未受診者に、個別健診受診勧奨通知の発送			
(注)平成30年度内に75歳に達する方については、誕生日の前日までが有効期限です。													

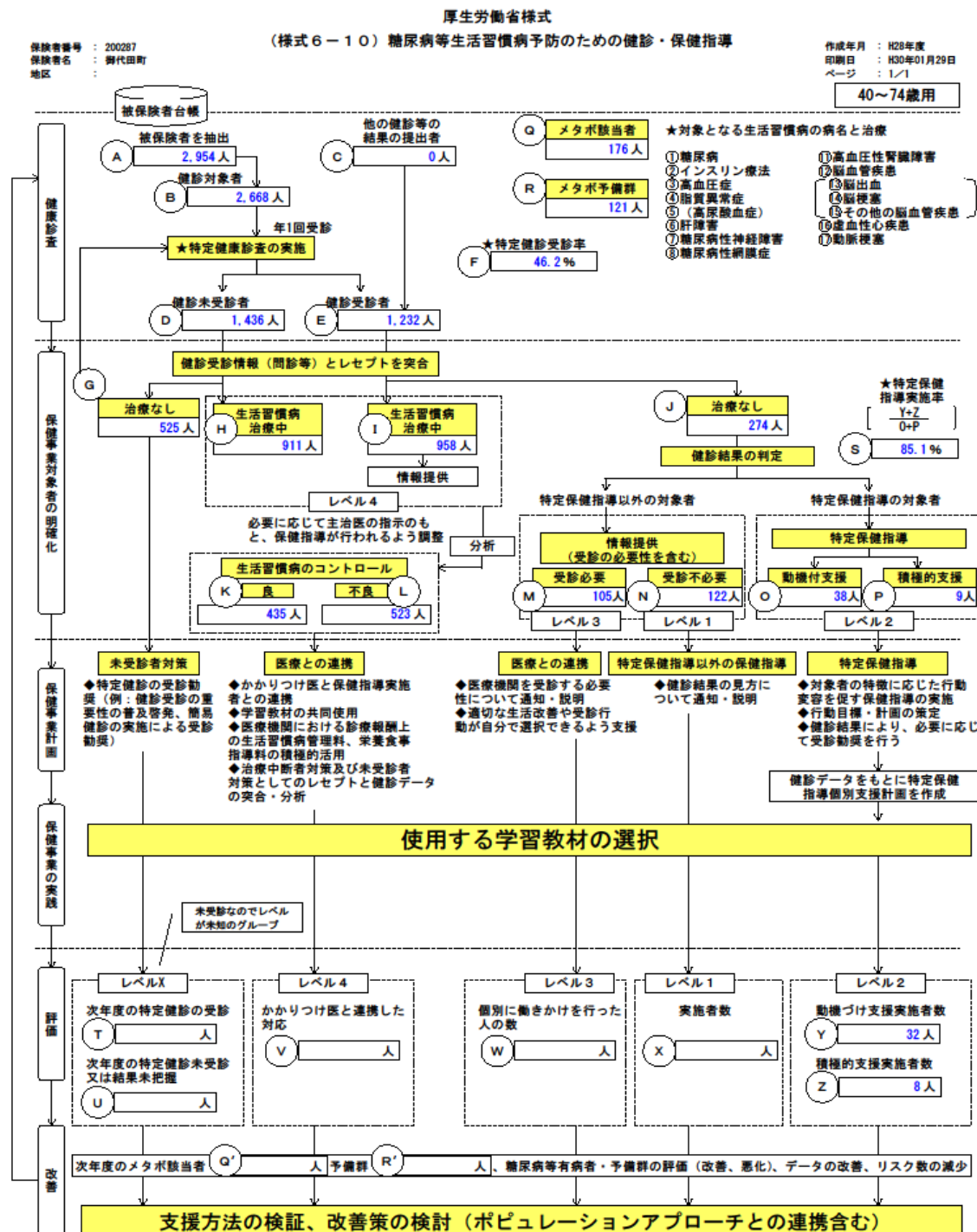
5. 特定保健指導の実施

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行う。

(1) 健診から保健指導実施の流れ(図表 22)

「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 22】



(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 23）

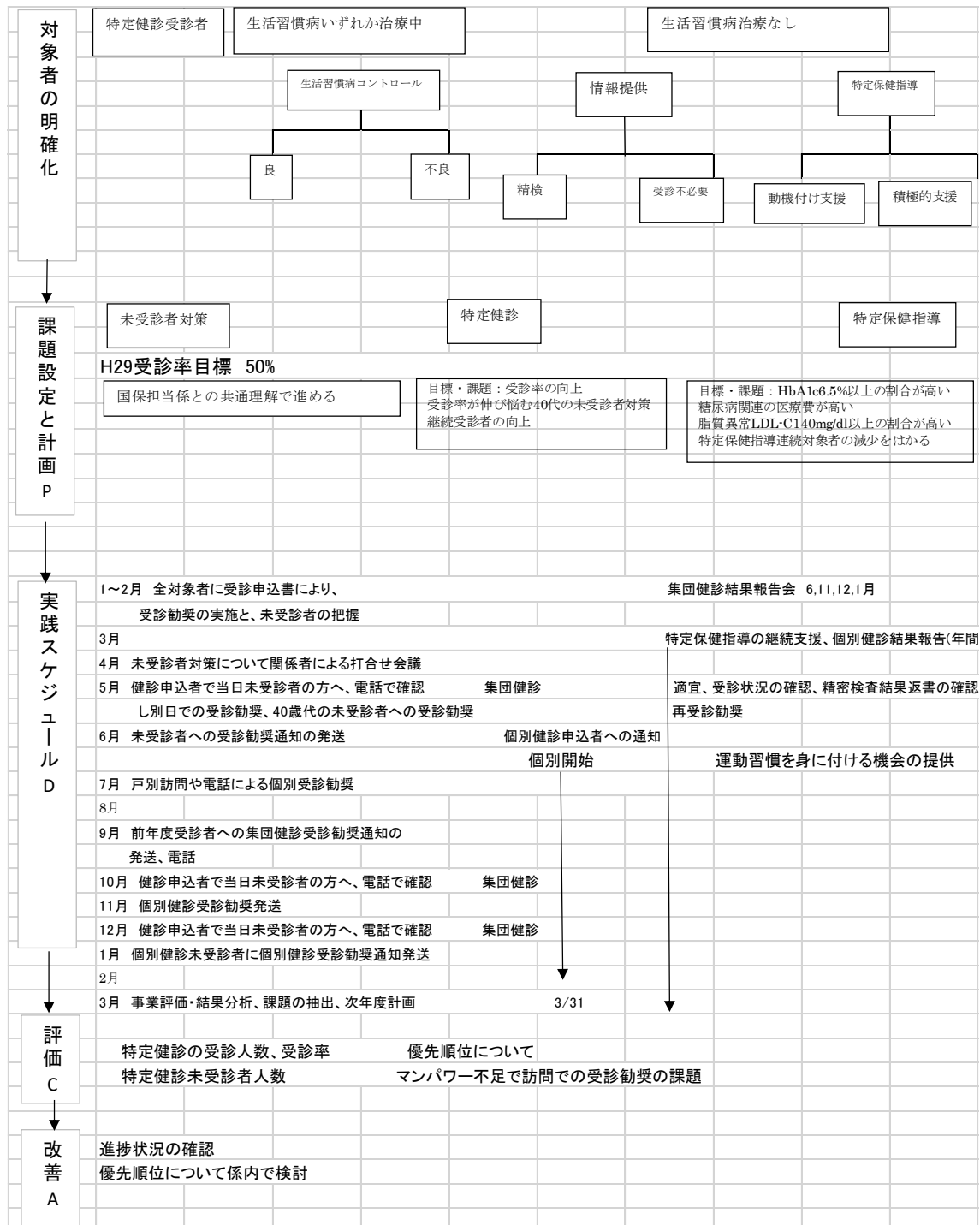
【図表 23】

優先 順位	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	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	128 人 (8.8%)	80%
2	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発)	1450 人 (50%)	%
3	情報提供	◆健診結果の見方について説明、生活習慣病予防のための指導		%
4	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆治療中断者対策として KDB 分析		%

(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（図表 24）

目標に向かっての進捗状況管理とP D C 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 24】



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御代田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、御代田町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び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25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 25】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては長野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 26)

【図表 26】

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及び腎機能 (eGFR) で把握していく。

しかし、御代田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状況である。

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の突合により、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(参考資料 2)

御代田町において、H28 年度特定健診受診者で糖尿病型 171 人のうち、未治療者は 73 人(42.7%・F)であった。未治療者が約半数なのは課題であり、介入等により治療に結びつける必要性を感じる。

また、40～74 歳の被保険者のうち、糖尿病治療中は 448 人であり 14.8%を占めている。このうち、特定健診受診者が 98 人(21.9%・G)、健診未受診者が 350 人(78.1%・I)で、糖尿病治療中は健診未受診者の占める割合が高い。両者も中断者をなくし、継続受診を増やすことが課題である。

健診未受診者については、健診データがないことから健診受診を勧めるとともに、糖尿病連携手帳を活用し、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要である。

③介入方法と優先順位

参考資料 2 より、御代田町における介入方法は以下のとおりとする。

ア. 優先順位 1

【受診勧奨】

①糖尿病が重症化するリスクの高い、特定健診受診者で糖尿病型の、未治療者(F)

②糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

イ. 優先順位 2

【保健指導】

・糖尿病治療中で継続受診しているが、重症化するリスクの高い者(ク)

・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

ウ. 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)

・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、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

①健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

① HbA1c ② 血圧 ③ 体重 ④ eGFR ⑤ 尿蛋白

②資格を確認する

③レセプトを確認し情報を記載する

④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

⑤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。

⑥担当地区の対象者数の把握

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。御代田町においては、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 27）

【図表 27】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資 料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○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か？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞けど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは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長野県版の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地域包括支援センター等と連携していく。

7) 評価

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

(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5 ml/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
- 6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 5)

(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。御代田町では詳細な健診の対象者のみ心電図検査を実施している。今後、対象者を拡大していくことも検討していく。

②心電図以外からの把握

心電図検査は平成 30 年度より「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。

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

【図表 28】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料6に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診として、これらの検査について検討することが必要。

(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（介護高齢係）との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

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

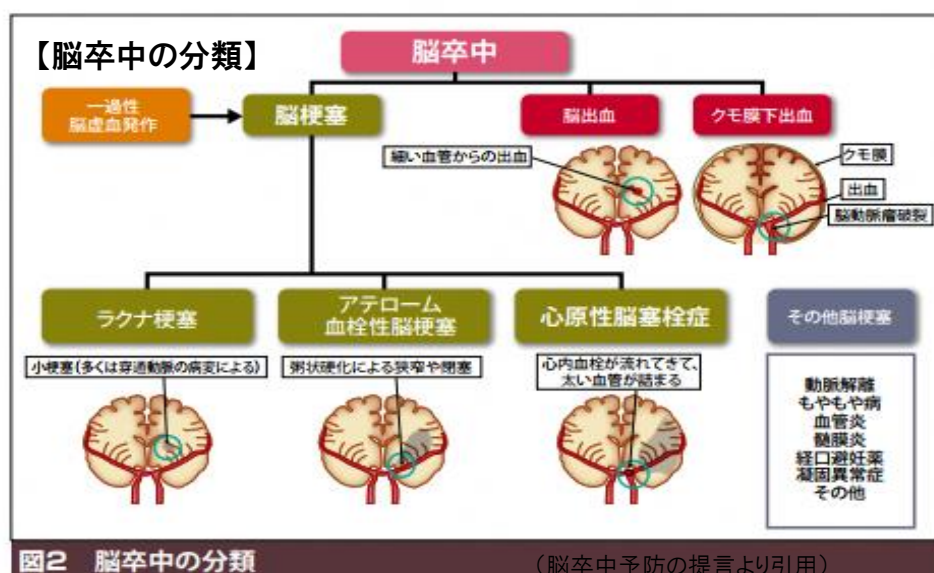
5 月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3. 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 29、30)

【図表 29】



【図表 30】

脳血管疾患とリスク因子

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 31 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 31】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○		○					
	心原性脳梗塞	●				●		○		○					
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)				
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/d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 1,218人		30人	2.5%	92人	7.6%	48人	3.9%	0人	0%	174人	14.3%	8人	0.7%	15人	1.2%
治療なし		19人	2.4%	56人	5.1%	40人	4.1%	0人	0%	19人	2.9%	2人	0.3%	5人	1.0%
治療あり		11人	2.7%	36人	37.5%	8人	3.3%	0人	0%	155人	27.8%	6人	1.1%	10人	2.8%
臓器障害あり		2人	10.5%	3人	5.4%	0人	0%	0人	0%	4人	21.1%	2人	100.0%	5人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象者)	2人		2人		0人		0人		0人		2人		5人	
	尿蛋白 (2+) 以上	0人		2人		0人		0人		0人		2人		0人	
	尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+)	1人		0人		0人		0人		0人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人		0人		0人		0人		0人		0人		5人	
	心電図所見あり	0人		1人		0人		0人		4人		0人		0人	

※平成28年度特定健診結果より作成

脳血管疾患において高血圧はもっとも危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が30人(2.5%)であり、19人は未治療者となっている。また、未治療者のうち2人(10.5%)はCKDや心電図に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。

治療中でⅡ度高血圧である者が11人(2.7%)、HbA1c7.0以上が36人(37.5%)、メタボ該当者が155人(27.8%)いることがわかった。重症化予防のためには、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 32)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類		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	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
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	808	338 41.8%	220 27.2%	130 16.1%	101 12.5%	18 2.2%	1 0.1%	7 0.9%	56 6.9%	57 7.1%
	リスク第1層	103 12.7%	70 20.7%	21 9.5%	5 3.8%	7 6.9%	0 0.0%	7 100%	0 0.0%	0 0.0%
リスク第2層	455	179 56.3%	141 53.0%	72 64.1%	55.4%	6 33.3%	1 100.0%	--	56 100.0%	7 12.3%
	リスク第3層	250 30.9%	89 26.3%	58 26.4%	53 40.8%	38 37.6%	12 66.7%	--	--	50 87.7%
再掲 重複あり	糖尿病	76 30.4%	21 23.6%	18 31.0%	19 35.8%	15 39.5%	3 25.0%	--	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	116 46.4%	47 52.8%	29 50.0%	17 32.1%	16 42.1%	7 58.3%	--	--	--
	3個以上の危険因子	107 42.8%	30 33.7%	24 41.4%	26 49.1%	19 50.0%	8 66.7%	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

リスク層(3層に分けられる)

第1層: 高血圧のみ

第2層: 糖尿病以外の1～2個の危険因子、3項目を満たすメタボリックシンドロームのいずれかがある。

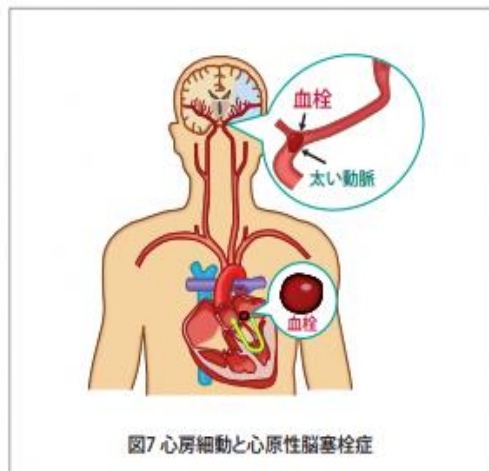
第3層: 糖尿病、CKD、心血管病による臓器障害、3個以上の危険因子、4項目を満たすメタボリックシンドロームのいずれかがある。

メタボリックシンドローム: 内臓脂肪＋正常高血圧以上・空腹時血糖110mg/dl以上・脂質異常症

リスク層を血圧分類によって、低リスク群、中リスク群、高リスク群に分類し、降圧薬治療導入時が決められている。

【図表 32】は降圧薬治療者を除いているため、高リスク群に対しては早急な受診勧奨が必要になってくる。御代田町の高リスク群は57人となっているが、第1層が0、第2層が7人(12.3%)、第3層が50人(87.7%)と多くなっている。第3層の50人中、特にリスクが高い糖尿病18人、慢性腎臓病(CKD)23人に対しては積極的な高血圧治療が多くのガイドラインで推奨されている。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。(脳卒中予防の提言より引用)

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二次健診において、これらの検査を実施について検討していくことが必要。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

考資料 7)

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 8)

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（介護高齢係）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係等と連携していく

6) 評価

(1) 短期的評価

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。

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）

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

誰もが、自身の健康に関心を持ち、健康の保持のために必要な生活習慣が実践できるよう地域の特性や課題などを、各種事業や広報などの機会をとらえ、周知・啓発します。

また、生活習慣病予防が介護予防、後期高齢者医療の適正化にもつながることを踏まえて、地域全体で生活習慣病の改善に向けた取り組みが一体化されるよう、関係者とも情報を共有し、生活習慣病予防のための食生活や運動等の実践につながるような支援を、様々な機会を活用して行います。

1. 健康づくりに関する普及・啓発

<乳児期(1歳未満)・幼児期(1歳～5歳)>

事業名	取り組み内容
乳幼児健康診査	4ヶ月児、10ヶ月児、1歳6ヶ月児、3歳児を対象として、身長体重測定、内科健診等にあわせて、生活リズムや離乳食等の個別相談を実施。 4ヶ月児健康診査時は、小集団で離乳食の開始時期、食材(調理)、食具等の指導を行う。
ふれあい教室	2～3ヶ月児を対象として、子育てや生活リズムの講話を保健師が実施。栄養士は親におかゆの試食をしてもらいながら、おかゆの作り方、離乳食の導入の方法などの指導を行う。
モグモグ教室	7～8ヶ月児を対象として、離乳食、生活リズムの講話。児に離乳食の試食してもらい、食材、食べ方、量、作り方等について親に指導を行う。
2歳児すくすく教室	運動、子育て、歯の話、食についての講話。必要に応じて個別相談を実施。
5歳児健やか教室	運動、子育て、歯の話、食についての講話。必要に応じて個別相談を実施。

<学童期・思春期(6歳～17歳)>

事業名	取り組み内容
親子ふれ愛料理教室	親子で調理する体験から食への関心を深め、食生活を意識してもらうよう取り組みを行う。 食生活改善推進委員の協力により、地元の食材を多く取り入れ、旬の食材を使った料理を作ることで、食事の重要性や楽しさ、栄養面などについて学んでもらう。

2. 生活習慣改善のための普及・啓発

＜青年期（18 歳～39 歳）壮年期（40 歳～64 歳）＞

事業名	取り組み内容
働き盛りの運動実践 セミナー	生涯にわたり健康づくりのための運動を実践していくノウハウを学習する。特定保健指導対象者や骨健診（骨密度低下）フォロー者への運動継続、食生活改善を働きかける機会とするため、専門スタッフによる高血圧や膝関節症等の痛みのリスク管理を行いながら実施する。
ロコモ予防教室	住民を対象としてストレッチ体操やポールウォーキング等を行い、ロコモティブシンドローム（＝運動器症候群）予防を図る。特に、健康寿命を意識して、腰痛、膝関節痛予防を図る。
ポールウォーキング 講習会	生涯にわたり健康づくりのための運動としてポールウォーキングを学習する。専門スタッフによる高血圧や膝関節症等の痛みのリスク管理を行いながら実施する。 この事業を通して、健康づくりに関する住民の自発的な活動が長期的に継続するよう働きかけを行い、生活習慣病、フレイルを予防していくことを目的とする。

3. 介護予防の推進

＜高齢期（65 歳以上）＞

事業名	取り組み内容
介護予防教室	60 歳以上の方を対象に、介護予防の目的と基礎知識、運動器の機能向上、食生活・栄養改善（調理実習）、認知症予防とうつ予防、口腔機能向上等の介護予防を行う。

4. 健康づくりのつどい

住民に、健康づくりへの意識をもっていただくことを目的として、健康づくりのつどいを開催し啓発を行う。

5. 保健補導員会

「自分たちの健康は自分たちでつくり守りましょう」をスローガンに、家族、地域の方々が、生活習慣病予防などの健康づくりに取り組んでいただけるように、活動している。

6. 食生活改善推進協議会

「私達の健康は、私達の手で」をスローガンに、食を通した健康づくりのボランティアとして食生活改善に取り組む。

第5章 地域包括ケアに係る取組

団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、介護だけでなく、医療や予防、生活支援、住まいを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築を目指します。

そのため、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させ、地域の支え合い体制づくりの推進が求められます。

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

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。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。（参考資料10）

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

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

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた御代田町の位置

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 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

参考資料 6 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 血圧評価表

参考資料 8 心房細動管理台帳

参考資料 9 事業評価について
Ⅰ.特定健診未受診者対策について
Ⅱ.重症化予防対策について

参考資料 10 御代田町が目指す地域包括ケアシステムの姿

【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた御代田町の位置										KDB処理年月平成29年11月				2017/12/8	
項目				H25		H28		同規模平均 (H28)		県 (H28)		国 (H28)		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	14,300		14,300		2,213,234		2,115,647		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)	3,259	22.8	3,259	22.8	623,636	28.2	567,919	26.8	29,020,766	23.2		
			75歳以上	1,738	12.2	1,738	12.2			303,854	14.4	13,989,864	11.2		
			65～74歳	1,521	10.6	1,521	10.6			264,065	12.5	15,030,902	12.0		
			40～64歳	4,950	34.6	4,950	34.6			701,088	33.1	42,411,922	34.0		
		39歳以下	6,091	42.6	6,091	42.6			846,640	40.0	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	10.4		10.4		12.2		9.8		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	32.4		32.4		27.7		29.5		25.2			
			第3次産業	57.2		57.2		60.1		60.7		70.6			
	③	平均寿命	男性	80.0		80.0		79.3		80.9		79.6		KDB,NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.8		86.8		86.3		87.2		86.4				
④	健康寿命	男性	65.1		65.2		65.1		65.7		65.2		KDB,NO.1 地域全体像の把握		
		女性	67.4		67.4		66.8		67.2		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	94.3		87.6		103.9		90.3		100		KDB,NO.1 地域全体像の把握
				女性	94.1		102.4		102.0		94.5		100		
			死因	がん	37	45.7	37	44.0	7,565	46.0	6,285	44.7	367,905	49.6	
				心臓病	20	24.7	31	36.9	4,757	29.0	3,777	26.9	196,768	26.5	
				脳疾患	18	22.2	11	13.1	2,675	16.3	2,908	20.7	114,122	15.4	
				糖尿病	1	1.2	1	1.2	338	2.1	270	1.9	13,658	1.8	
				腎不全	3	3.7	2	2.4	619	3.8	370	2.6	24,763	3.3	
				自殺	2	2.5	2	2.4	474	2.9	436	3.1	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	11	8.5	15	8.6			1,961	7.8	136,944	厚生省HP 人口動態調査		
			男性	8	14.0	8	9.0			1,294	10.3	91,123			
		女性	3	4.2	7	8.2			667	5.3	45,821				
3	①	介護保険	1号認定者数 (認定率)	475	14.7	443	13.7	126,477	20.4	111,462	19.7	5,885,270	21.2	KDB,NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者	6	0.2	8	0.2	2,113	0.3	1,767	0.3	105,636	0.3		
	②	有病状況	2号認定者	10	0.2	9	0.2	2,818	0.4	2,068	0.3	151,813	0.4		
			糖尿病	104	21.2	98	20.9	27,976	21.2	23,930	20.8	1,350,152	22.1		
			高血圧症	242	49.4	241	50.0	69,160	52.8	62,279	54.1	3,101,200	50.9		
			脂質異常症	88	19.2	91	20.1	35,266	26.8	31,038	26.7	1,741,866	28.4		
			心臓病	278	56.2	262	55.8	78,851	60.3	71,424	62.1	3,529,682	58.0		
			脳疾患	127	26.4	143	30.2	34,930	26.8	33,027	28.9	1,538,683	25.5		
			がん	48	9.7	41	10.3	13,037	9.8	12,106	10.5	631,950	10.3		
	筋・骨格	241	48.2	227	49.2	67,521	51.7	61,749	53.7	3,067,196	50.3				
	精神	173	33.5	170	35.8	47,722	36.3	42,134	36.4	2,154,214	35.2				
③	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	68,560		69,696		67,108		58,547		58,284		KDB,NO.1 地域全体像の把握		
		居宅サービス	42,733		43,861		41,924		38,590		39,662				
		施設サービス	278,912		265,516		276,079		272,580		281,186				
④	医療費等	要介護認定別	7,910		9,404		8,324		7,747		7,980		KDB,NO.1 地域全体像の把握		
		医療費 (40歳以上)	3,794		3,877		3,994		3,666		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数	4,559		4,108		574,796		540,810		32,587,866		KDB,NO.1 地域全体像の把握 被保険者の状況	
			65～74歳	1,412	31.0	1,585	38.6			229,556	42.4	12,461,613	38.2		
			40～64歳	1,749	38.4	1,369	33.3			176,381	32.6	10,946,712	33.6		
			39歳以下	1,398	30.7	1,154	28.1			134,873	24.9	9,179,541	28.2		
		加入率	31.9		28.7		26.0		25.6		26.9				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	173	0.3	131	0.2	8,255	0.3		
			診療所数	6	1.3	6	1.5	1,295	2.3	1,561	2.9	96,727	3.0		
			病床数	158	34.7	158	38.5	22,850	39.8	24,190	44.7	1,524,378	46.8		
			医師数	13	2.9	15	3.7	2,887	5.0	4,786	8.8	299,792	9.2		
			外来患者数	546.8		579.8		686.7		668.8		668.1			
	入院患者数	13.3		16.1		22.1		17.7		18.2					
③	医療費の状況	一人当たり医療費	19,647	県内67位 同規模135位	21,708	県内61位 同規模120位	26,719	24,015	24,245				KDB,NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB,NO.1 地域全体像の把握		
		受診率	560.105		595.93		708.781		686.489		686.286				
		外来	費用の割合	63.5		60.9		57.8		60.9		60.1			
		件数の割合	97.6		97.3		96.9		97.4		97.4				
		入院	費用の割合	36.5		39.1		42.2		39.1		39.9			
		件数の割合	2.4		2.7		3.1		2.6		2.6				
④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源獲得 名 (調剤含む)	新生物	16.9		27.5		24.4		24.8		25.6		KDB,NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		慢性腎不全 (透析あり)	15.8		10.1		9.4		9.5		9.7				
		糖尿病	10.2		9.3		10.2		10.0		9.7				
		高血圧症	12.0		8.3		9.0		8.8		8.6				
		精神	11.0		14.4		18.4		17.7		16.9				
		筋・骨疾患	22.6		17.3		15.2		15.7		15.2				

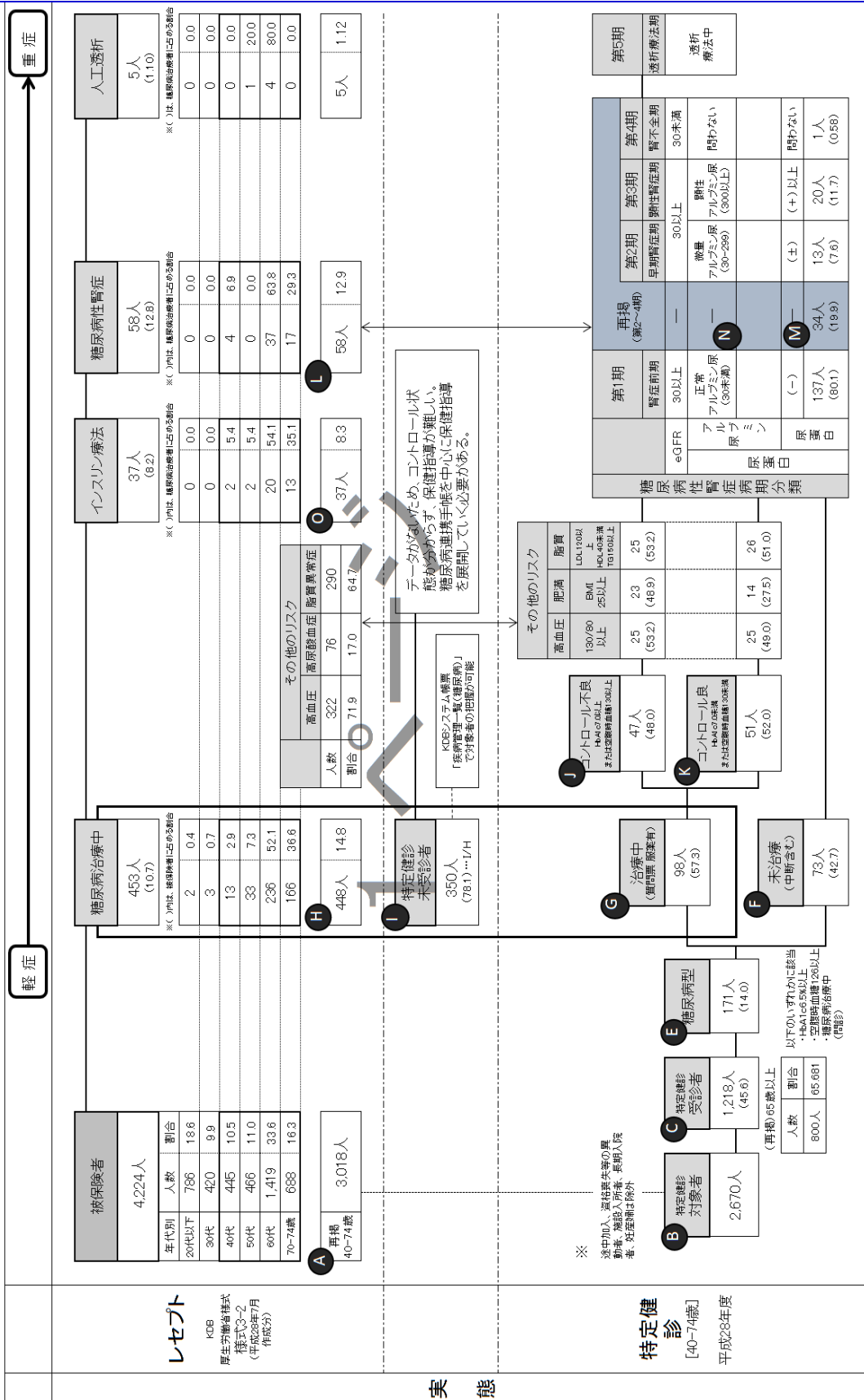
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	645,459	15位	(14)	631,310	20位	(15)					KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地域
				高血圧	599,886	36位	(17)	597,791	39位	(17)					
				脂質異常症	518,959	50位	(14)	632,570	18位	(15)					
				脳血管疾患	723,057	19位	(17)	670,013	37位	(16)					
		県内順位	外来	心疾患	701,635	37位	(17)	847,467	13位	(18)					
				腎不全	864,276	18位	(21)	807,267	18位	(23)					
				精神	375,023	71位	(22)	460,486	48位	(23)					
				悪性新生物	718,066	8位	(14)	630,635	37位	(11)					
		順位総数79		糖尿病	39,183	13位		33,541	45位						
				高血圧	33,023	7位		30,833	20位						
脂質異常症	31,595			4位		28,668	13位								
脳血管疾患	43,119			14位		36,564	30位								
入院の（ ） 内は入院日数		心疾患	59,381	3位		39,531	39位								
		腎不全	220,582	13位		182,812	24位								
		精神	33,325	7位		29,861	29位								
		悪性新生物	52,557	21位		62,290	10位								

⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	健診受診者	4,681	4,742	3,095	4,133	2,346	KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
		一人当たり	健診未受診者	6,644	9,044	12,111	10,132	12,339					
		生活習慣病対象者	健診受診者	15,099	14,933	8,344	11,509	6,742					
		一人当たり	健診未受診者	21,430	28,480	32,649	28,217	35,459					
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨率	608	51.8	656	53.2	94,645	55.9	92,792	53.4	4,427,360	56.1	KDB No.1 地域全体像の把握
		医療機関受診率	553	47.1	598	48.5	86,525	51.1	85,477	49.2	4,069,618	51.5	
		医療機関非受診率	55	4.7	58	4.7	8,120	4.8	7,315	4.2	357,742	4.5	

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	健診受診者		1,173	1,232	169,408	173,700	7,898,427	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	41.9	県内56位 同規模63位	46.2	県内51位 同規模43位	41.0	46.5		全国2位	36.4		
			特定保健指導終了者（実施率）	70	61.4	76	65.0	7801	37.5		8,832	46.4	198,683	21.1
			非肥満高血糖	123	10.5	147	11.9	16,973	10.0		17,859	10.3	737,886	9.3
		県内順位	メタボ	該当者	183	15.6	176	14.3	29,846	17.6	28,075	16.2	1,365,855	17.3
				男性	129	23.4	125	22.0	20,491	26.8	19,933	25.3	940,335	27.5
				女性	54	8.7	51	7.7	9,355	10.1	8,142	8.6	425,520	9.5
				予備群	117	10.0	121	9.8	18,586	11.0	17,026	9.8	847,733	10.7
		順位総数79	メタボ 該当・予 備群レ ベル	男性	82	14.9	84	14.8	12,858	16.8	12,313	15.6	588,308	17.2
				女性	35	5.6	37	5.6	5,728	6.2	4,713	5.0	259,425	5.8
				総数	339	28.9	330	26.8	54,260	32.0	51,067	29.4	2,490,581	31.5
				男性	240	43.6	230	40.4	37,209	48.6	36,456	46.3	1,714,251	50.2
			BMI	女性	99	15.9	100	15.1	17,051	18.4	14,611	15.4	776,330	17.3
				総数	39	3.3	61	5.0	8,619	5.1	8,022	4.6	372,685	4.7
				男性	10	1.8	15	2.6	1,455	1.9	1,383	1.8	59,615	1.7
				女性	29	4.7	46	6.9	7,164	7.7	6,639	7.0	313,070	7.0
				血糖のみ	13	1.1	8	0.6	1,182	0.7	1,191	0.7	52,296	0.7
				血圧のみ	76	6.5	74	6.0	12,869	7.6	11,167	6.4	587,214	7.4
				脂質のみ	28	2.4	39	3.2	4,535	2.7	4,668	2.7	208,214	2.6
血糖・血圧	36			3.1	30	2.4	5,121	3.0	4,337	2.5	212,002	2.7		
		血糖・脂質	15	1.3	12	1.0	1,656	1.0	1,828	1.1	75,032	0.9		
		血圧・脂質	77	6.6	60	4.9	13,983	8.3	13,135	7.6	663,512	8.4		
		血糖・血圧・脂質	55	4.7	74	6.0	9,086	5.4	8,775	5.1	415,310	5.3		

6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	生活習慣の 状況	服薬	370	31.5	416	33.8	59,184	34.9	57,994	33.4	2,650,283	33.6	KDB No.1 地域全体像の把握
			既往歴	97	8.3	101	8.2	13,759	8.1	13,400	7.7	589,711	7.5	
			喫煙	206	17.6	251	20.4	39,061	23.1	40,689	23.4	1,861,221	23.6	
			週3回以上朝食を抜く	23	2.4	24	2.4	5,170	3.2	5,005	3.1	246,252	3.3	
			週3回以上食後間食	48	5.1	60	6.0	9,674	6.0	10,576	6.5	417,378	5.5	
			週3回以上就寝前夕食	4	0.4	3	0.3	786	0.5	935	0.6	39,184	0.5	
			食べる速度が速い	47	5.0	76	7.6	13,913	8.7	12,257	7.6	761,573	10.2	
			20歳時体重から10kg以上増加	184	15.7	187	15.2	23,954	14.1	23,063	13.3	1,122,649	14.2	
			1回30分以上運動習慣なし	279	29.6	299	29.9	47,866	32.1	43,857	29.1	2,192,264	32.1	
			1日1時間以上運動なし	654	69.3	719	71.5	93,973	62.8	96,372	64.0	4,026,105	58.8	
			睡眠不足	423	44.9	492	49.0	70,866	47.6	69,243	45.9	3,209,187	47.0	
			毎日飲酒	496	52.5	538	53.5	81,330	54.7	73,181	50.9	3,387,102	50.3	
			時々飲酒	147	15.6	167	16.6	28,924	19.4	26,938	17.9	1,321,337	19.5	
			一日1合未満	271	28.7	277	27.6	41,061	27.5	36,724	25.5	1,755,597	26.0	
			1～2合	598	63.3	643	64.0	94,342	63.2	95,513	66.3	4,425,971	65.6	
			2～3合	75	7.9	85	8.5	13,970	9.4	11,888	8.2	567,502	8.4	
			3合以上	153	16.2	139	13.8	23,753	15.9	21,566	15.0	1,054,516	15.5	

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

【对象者抽出基準】

※糖尿病薬服用は問診結果による

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

番号	地区	追加 年度	氏名	性別	H28年 度末年 齢	診療開始日 合併症の有無	項目		H24	H25	H26	H27	H28	備考
		H24				糖尿病	糖	服薬						
						高血圧		HbA1c						
						虚血性心疾患	糖 以外	体重						
						脳血管疾患		BMI						
						糖尿病性腎症	血圧							
							GFR							
				尿蛋白										
		H24				糖尿病	糖	服薬						
						高血圧		HbA1c						
						虚血性心疾患	糖 以外	体重						
						脳血管疾患		BMI						
						糖尿病性腎症	血圧							
							GFR							
				尿蛋白										
		H24				糖尿病	糖	服薬						
						高血圧		HbA1c						
						虚血性心疾患	糖 以外	体重						
						脳血管疾患		BMI						
						糖尿病性腎症	血圧							
							GFR							
				尿蛋白										

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 年度

担当者名:

担当地区:

結果把握

保健指導の優先づけ

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											
糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人 ④健診未受診者 ()人 <table><tr><th colspan="2">結果把握(内訳)</th></tr><tr><td>①国保(生保)</td><td>()人</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td>()人</td></tr><tr><td>③他保険</td><td>()人</td></tr><tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>()人</td></tr><tr><td>⑤確認できず</td><td>()人</td></tr></table> ①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である ①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 (土) ()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	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.資格喪失(死亡・転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○健診データを本人から ○死亡はその原因 ○レセプトの確認協力 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析 ●がん 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ---- 尿アルブミン検査の継続 ----- 栄養士中心 ----- 腎専門医
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												

発症予防

重症化予防（早期発見）

年齢（経過）



【参考資料 6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者																																																																																									
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク																																																																																										
① 心電図	心電図所見なし	☐ S T 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 ☐ 以前にも同様な症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者																																																																																									
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。		⑤ 重症化予防対象者																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">判定</th> <th>正常</th> <th>軽度</th> <th>重度</th> <th>追加評価項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="14">□メタボリックシンドローム</td> <td>□腹囲</td> <td></td> <td colspan="2">男 85～ 女 90～</td> <td rowspan="14"></td> </tr> <tr> <td>□BMI</td> <td>～24.9</td> <td colspan="2">25～</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□中性脂肪</td> <td>空腹</td> <td>～149</td> <td>150～299</td> <td>300～</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>～199</td> <td colspan="2">200～</td> </tr> <tr> <td>□HDL-C</td> <td>40～</td> <td>35～39</td> <td>～34</td> </tr> <tr> <td>□nonHDL-C</td> <td>～149</td> <td>150～169</td> <td>170～</td> </tr> <tr> <td>□ALT</td> <td>～30</td> <td>31～50</td> <td>51～</td> </tr> <tr> <td>□γ-GT</td> <td>～50</td> <td>51～100</td> <td>101～</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血糖</td> <td>空腹</td> <td>～99</td> <td>100～125</td> <td>126～</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>～139</td> <td>140～199</td> <td>200～</td> </tr> <tr> <td>□HbA1c</td> <td>～5.5</td> <td>5.6～6.4</td> <td>6.5～</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血圧</td> <td>収縮期</td> <td>～129</td> <td>130～139</td> <td>140～</td> </tr> <tr> <td>拡張期</td> <td>～84</td> <td>85～89</td> <td>90～</td> </tr> <tr> <td>□尿酸</td> <td>～7.0</td> <td>7.1～7.9</td> <td>8.0～</td> </tr> <tr> <td colspan="2">④ □LDL-C</td> <td>～119</td> <td>120～139</td> <td>140～</td> <td> ☐ 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 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">e G F R</td> <td></td> <td colspan="2">60未満</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">尿蛋白</td> <td>(-)</td> <td colspan="2">(+) ～</td> </tr> <tr> <td colspan="2">□C K D重症度分類</td> <td></td> <td colspan="2">G3aA1</td> </tr> </tbody> </table>		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～	食後	～139	140～199	200～	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	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	e G F R			60未満			尿蛋白		(-)	(+) ～		□C K D重症度分類			G3aA1			
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～																																																																																							
		食後	～139	140～199		200～																																																																																							
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～																																																																																									
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～																																																																																							
		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																																																																																								
e G F R			60未満																																																																																										
尿蛋白		(-)	(+) ～																																																																																										
□C K D重症度分類			G3aA1																																																																																										

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 7】

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		
						治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期					治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期

【参考資料 8】

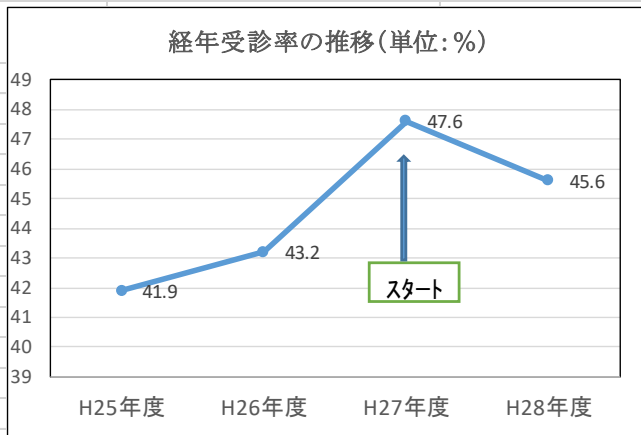
心房細動管理台帳																										
患者 番号	登録 年度 市町村	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始 日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	H26年度					H27年度					H28年度				
												健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考

事業評価について		【参考資料 9】	
I. 特定健診未受診者対策について			
1. ストラクチャー			
(1) 年度毎の評価			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・現状を分析し、健康課題を明確にしている	・現状を分析し、健康課題を明確にしている	・現状を分析し、健康課題を明確にしている
	・無理のない効果的な体制がとられている(予算、職員体制等)	・無理のない効果的な体制がとられている(予算、職員体制等)	・無理のない効果的な体制がとられている(予算、職員体制等)
	・事業の評価指標・評価方法を設定している	・事業の評価指標・評価方法を設定している	・事業の評価指標・評価方法を設定している
	・関係機関と連携・調整の上、体制づくりができています	・関係機関と連携・調整の上、体制づくりができています	・関係機関と連携・調整の上、体制づくりができています
		・対象者を明確にしている	・対象者を明確にしている
達成(未達成)状況の 確認と評価	・予算:7,660千円(受診率45%で設定)	予算:7,681千円(受診率45%で設定)	予算:7,606千円(受診率45%で設定)
	・職員体制:係長1名、係員9名(事務2、保健師5、栄養士1、看護師1)うち特定健診担当者1名	・職員体制:係長1名、係員9名(事務2、保健師5、栄養士1、看護師1)うち特定健診担当者1名	・職員体制:①国保年金係一係長1名、係員2名(事務2)、②健康推進係一係長1名、係員(保健師3、栄養士1、看護師2)うち特定健診担当者1名
			・職員体制において、主担当1名を置いた。
	・職員体制において、主担当1名を置き、担当者が中心となって業務を行ったが、係員全員も一丸となり、一つのプロジェクトとして受診勧奨を行う体制を整えた。	・本年度、係内職員の入れ換わりがあり、新体制での実施となり、通常業務に追われ、未受診者対策に十分取組めていない部分もあった。	・本年度、係が2つに分かれ、職員の入れ換わりもあり、新体制での実施となった。通常業務に追われ、未受診者対策に十分取組めていない部分もあったが、できる限り受診勧奨に取り組んだ状況
		・できる限り受診勧奨に取り組んだ。	
	・体制自体の評価項目、評価方法は未設定。	・平成28年度未受診者1,408名に対し実施	・平成29年度未受診者1,328名に対し実施
	・健康課題については、KDBのデータ分析から、受診率の低迷や40代の受診率が低く、30・40代の健診結果も良くないことから、40代の受診率をあげることに着目している。	・健康課題については、経年の健診結果から、受診率の低迷や40代の受診率が低いことから、優先度を決めて取り組んだ。	・健康課題については、経年の健診結果から、受診率の低迷や40代の受診率が低いことから、優先度を決めて取り組んだ。
	・事業前には、健診委託機関と担当職員で打合せ会議を持ち、事業に臨んだ。また、小諸北佐久医師会、保健補導員などとも連携し、協力体制をもった。	・事業前には、健診委託機関と担当職員で打合せ会議を持ち、事業に臨んだ。また、小諸北佐久医師会、保健補導員などとも連携し、協力体制をもった。	・事業前には、健診委託機関と担当職員で打合せ会議を持ち、事業に臨んだ。また、小諸北佐久医師会、保健補導員などとも連携し、協力体制をもった。

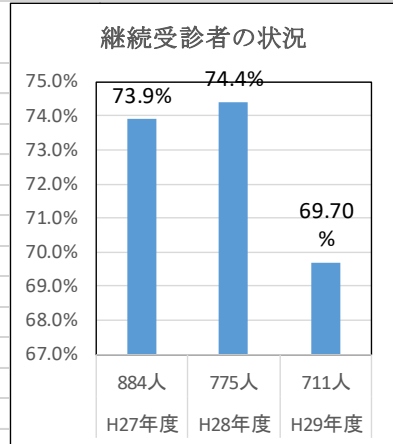
(2) 全体評価

ア 特定健診未受診者対策に対しての、職員体制は係長1名、係員9名(事務2、保健師4、栄養士1、看護師2)で対応した。通常業務に追われ、未受診者対策に十分取組めない部分もあった。

① 経年受診率の推移

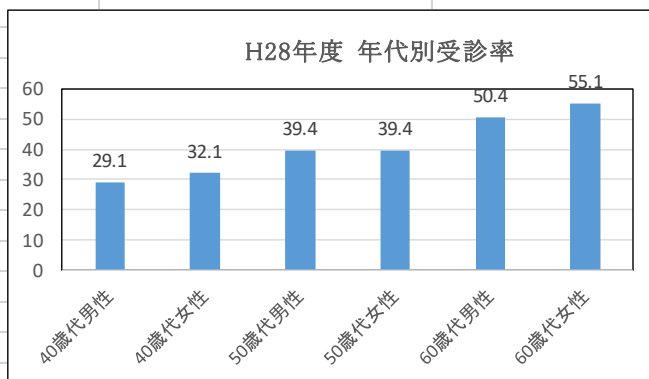


② 継続受診者の状況



イ 平成28年度の予算額は7,681千円とした。(受診率は45%で設定)

ウ 健康課題については、経年の健診結果から受診率の低迷や40歳代の受診率が低いことから、優先度を決めて取り組んだ。



エ 医療機関受診中の者には、通知及び個別訪問時にデータ提出の依頼、みなし健診の依頼を呼びかけた。

2. プロセス

(1) 年度毎の評価

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・特定健診受診率増加に向けて、関係者間で情報共有している	・特定健診受診率増加に向けて、関係者間で情報共有している	・特定健診受診率増加に向けて、関係者間で情報共有している
	・各係員が共通認識を持って、未受診者訪問、連絡に取り組んでいる(受診券発送、各地区未受診者割出)	・地区ごとの未受診者リストの作成	・地区ごとの未受診者リストの作成
	・対象者、実施方法、実施期間などを明確にした事業計画を作成している	・未受診者への受診券発送、訪問、電話などにより、個別に受診勧奨を行っている。	・未受診者への受診券発送、訪問、電話などにより、個別に受診勧奨を行っている。
	・健診データ、レセプト等のデータを基に現状分析し、成果目標を設定している	・対象者、実施方法、実施期間などを明確にした事業計画を作成している。	・対象者、実施方法、実施期間などを明確にした事業計画を作成している。
	・事業の評価指標。評価方法を設定している	・事業の評価指標。評価方法を設定している	・事業の評価指標。評価方法を設定している

・年度当初に、係内会議を持ち、特定健診の受診率向上を目標に、係としての取組みについて確認し合い、各地区担当で6、7、8月に集中して未申込者の訪問に出た。事務職員にも電話にて受診勧奨してもらった。	・年度当初に、係内会議を持ち、特定健診の受診率向上を目標に、係としての取組みについて確認し合い、各地区担当で6、7、9月に集中して未申込者の訪問に出た。事務職員にも電話にて受診勧奨してもらった。	・年度当初に、係内会議を持ち、特定健診の受診率向上を目標に、係としての取組みについて確認し合い、各地区担当で6、7、9月に集中して未申込者の訪問に出た。事務職員にも電話にて受診勧奨してもらった。
	・未受診者リストの作成、受診券の発送は計画どおりできた。	・未受診者リストの作成、受診券の発送は計画どおり実施できた。
・各集団健診ごとに、未受診者には当日電話にて受診勧奨を行った。	・各集団健診ごとに、未受診者には当日電話にて受診勧奨と、個別通知での勧奨を実施した。	・各集団健診ごとに、未受診者には当日電話にて受診勧奨と、個別通知での勧奨を実施した。
・定期的に未受診者対策の進捗状況確認などの会議を持つことができなかった。	・定期的に未受診者対策の進捗状況確認などの会議を持つことが時間的に余裕がなくなかった。	・定期的に未受診者対策の進捗状況確認などの会議を持つことができなかった。
・受診券や受診勧奨通知などが住民の手元に届いてから、訪問に回った方が、内容を理解してもらえないのでは、との意見もあり、未受診者への受診券等の発送を6月上旬に早めた。		
・今年度初めて、5月10月の健診未受診者向けに12月にも集団健診を実施し、休日にも設定した。個別健診についても年間実施しているため、受診者の利便性は考慮されたとと思われる。	・今年度も12月にも集団健診を実施し、休日にも設定。個別健診についても年間実施した。	・今年度も12月にも集団健診を実施し、休日にも設定。個別健診についても年間実施した。
・医療機関受診中の者には、通知にてデータ提出の依頼、みなし健診の依頼を定期的呼びかけた。	・医療機関受診中の者には、通知及び個別訪問時にデータ提出の依頼、みなし健診の依頼を呼びかけた。	・医療機関受診中の者には、通知及び個別訪問時にデータ提出の依頼、みなし健診の依頼を呼びかけた。
健診データ、レセプトの分析から健康課題を抽出し、計画作成、データ管理なども行った。		
保健補導員に検診申込書の配布等受診勧奨に協力してもらった。	保健補導員に検診申込書の配布等受診勧奨に協力してもらった。	保健補導員に検診申込書の配布等受診勧奨に協力してもらった。
計画当初で、事業体制、過程における評価基準が明確にされていなかった。		

(2) 全体評価

イ 当初、係内会議を持ち方針を確認し、7～8月に集中し未受診者へ電話や訪問での受診勧奨を実施し、定期的に会議を開催し進捗状況を確認した。

エ 平成28年度は、未受診者1,408名を対象に、平成29年度は、未受診者1,328名を対象に実施した。未受診者リストの作成、受診券の発送は計画どおり実施した。

オ 各集団健診ごとに、未受診者に対し当日電話での受診勧奨と個別通知での勧奨を実施した。

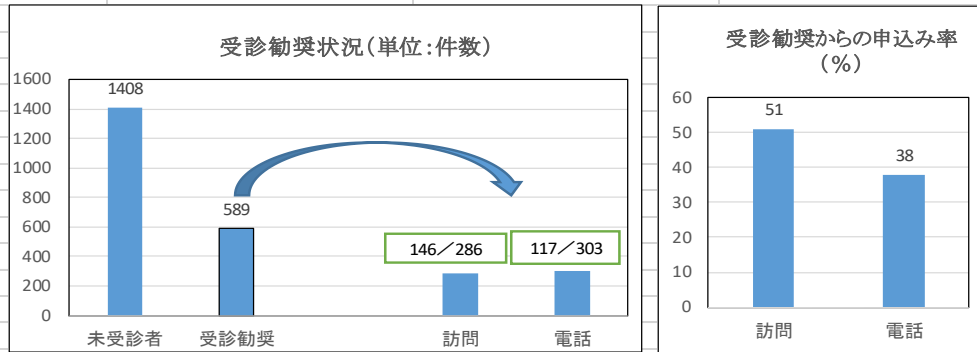
カ 集団検診を年3回(5月、10月、12月)実施、休日にも設定した。個別健診については通年実施した。

オ 健康課題については、経年の健診結果から受診率の低迷や40歳代の受診率が低いことから、優先度を決めて取り組んだ。

カ 医療機関受診中の者には、通知及び個別訪問時にデータ提出の依頼、みなし健診の依頼を呼びかけた。

3. アウトプット			
(1) 年度毎の評価			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・未受診者への個別訪問件数	・未受診者への個別受診勧奨件数増加(訪問件数及び電話での勧奨件数)	・未受診者への個別受診勧奨件数増加(訪問件数及び電話での勧奨件数)
	・受診勧奨から受診につながった人数	・受診勧奨から受診につながった件数増加(訪問から受診につながった件数、電話から受診につながった件数)	・受診勧奨から受診につながった件数増加(訪問から受診につながった件数、電話から受診につながった件数)
	・継続受診者の人数	・継続受診者の人数	・継続受診者の人数
		・40歳代受診者の増加(受診勧奨から受診につながった件数)	・40歳代受診者の増加(受診勧奨から受診につながった件数)
		・医療機関データ提出者の増加	・医療機関データ提出者の増加
達成(未達成)状況の 確認と評価	・6月に未受診者全員(1,483名)に受診券と受診勧奨通知送付	・6月に未受診者全員(1,408名)に受診券と受診勧奨通知送付	・6月に未受診者全員(1,328名)に受診券と受診勧奨通知送付
	・受診勧奨訪問等件数:850件	・未受診者勧奨件数:589件(訪問件数:286件、電話での勧奨件数:303件)	・未受診者勧奨件数(電話):296件
	・実施率:57.3%		
	(H26訪問件数553件 実施率35.2%)	・個別受診勧奨実施率:41.8%、うち申込者:263人	・個別受診勧奨実施率:22.3%(12月末時点)
	・受診勧奨から受診につながった人数	・勧奨からの申込率:44.7%(訪問での申込者:146人(51%)、電話での申込者:117人(38.6%))	・勧奨からの申込率(電話):13.1%
	214人(データ提出者含む)		
	・未受診者全員への訪問は、マンパワー不足もあり行えなかったが、訪問件数は昨年より約300件上回り、訪問した方のうち214人が受診につながる結果となった。	・未受診者全員への受診勧奨は、マンパワー不足もあり行えなかった。	・未受診者全員への受診勧奨は、マンパワー不足もあり行えなかった。対象者をしぼり、過去3年に1回以上受診をした人290人と、過去5年間に2回以上健診を受診したことがある116人を対象とした。また、2回以上のうち人間ドックのみの受けた人47人については、電話勧奨をして受診の確認を行った。
	・継続受診者数:884名(継続受診率:73.2%)	・前年度からの継続受診者数:775人(継続受診率:74.4%)	・前年度からの継続受診者数:711人(継続受診率:69.7%)
	・11月再勧奨通知発送	・通知と電話による再受診勧奨(8月)	・通知と電話による再受診勧奨(8月)
	・未受診者うち過去5年間に特定健診受診者(継続受診者)を対象	・未受診者のうち前年度集団健診受診者:96件対象、うち申込者数:18件	・未受診者のうち前年度集団健診受診者52件対象、うち申込者数:30件
	発送数 件		
	受診につながった件数 件		・通知による40歳未受診者受診勧奨(9月)一対象20件 申込者1件(人間ドック分)
	・12月健診の受診勧奨電話連絡	・通知による12月集団健診再受診勧奨(11月)	・通知による12月集団健診再受診勧奨(11月)一対象133件 うち申込み数16件
	・対象者:未受診者うち、H27年度に町の集団健診受診者	・H28集団健診(5月・10月)申込みで未受診だった者と、未受診のうち過去5年間に集団健診受診歴のある者:150件	・H28集団健診(5月・10月)申込みで未受診だった者と、未受診のうち過去5年間に集団健診受診歴のある者:133件
	連絡した件数:40件	電話での勧奨数:40件	電話での勧奨数:26件
	うちつながった件数:25件	連絡がついた件数:25件	連絡がついた件数:11件
	健診につながった件数:17件	申込数:17件(68%)	申込数:3件(11.5%)
	合計:68%		
		・通知による40歳未受診者受診勧奨	
		対象:20件 申込者:1件	
		・データ提出依頼通知発送:270	・データ提出依頼通知発送:274
		データ提出者:140件(51.9%)	データ提出者:151件(55.1%)

(2) 全体評価	
ア 受診勧奨については、未受診者全員(1408人)へ受診券と勧奨通知を送付した。	
イ 未受診者勧奨件数は589件で、訪問件数は286件、電話での受診勧奨は303件であった。	
ウ 個別受診勧奨実施率は41.8%で、申込者は263人だった。	
エ 受診勧奨からの申込率は44.7%で、訪問での申込者146人(51%)、電話での申込者117人(38.6%)であった。	
オ 未受診者全員への受診勧奨はマンパワー不足もあり、実施できなかった。	



4. アウトカム

(1) 年度毎の評価

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・特定健診受診率 目標値 45%	・特定健診受診率、伸び率の向上	・特定健診受診率、伸び率の向上
	・40代の受診率 40%	H28目標受診率45%	H28目標受診率45%
	・医療費の抑制	・40代の受診率 40%	・40代の受診率 40%
		・医療費の経年比較	・医療費の経年比較
達成(未達成)状況の 確認と評価	特定健診受診率:43.2%(暫定値)	特定健診受診率:38.4%(12月末現在)	特定健診受診率:42.7%(12月末現在)
	現時点では1.8%目標値に達していないが、26年度より0.3%増	H29/11月法定報告をもって評価	H30/11月法定報告をもって評価
		H26:43.2%	H27:47.6%
		H27:47.6%(4.4%↑)	H28:45.6%(2.0%↓)
		継続受診率	継続受診率
		H27:73.3%	H28:74.4%
		H28:74.4%(1.1%↑)	H29:69.7%(4.7%↓)
	40歳代の受診率	40歳代の受診率(12月末現在)	40歳代の受診率(12月末現在)
	・男性27.5%、女性29.3%で目標40%には男女ともに達していない。	・男性18.7%、女性22.3%で目標40%には男女ともに達していない。	・男性15.7%、女性12.8%で目標40%には男女ともに達していない。
	・40歳代の受診率増加は目標では立てられたが、実際特別なアプローチはできなかった。	・今後、40歳代未受診者に対してアンケートをおこなうなどして、受診につながる取り組みが必要。	・今後、40歳代未受診者に対してアンケートも実施できなかった。受診につながる取り組みを考察していく必要がある。
	・医療費の抑制効果については、前年度からの1人当たり医療費は372円増。伸び率1.8%。大きな伸びはないが、年々上昇している。		
	・25年度から26年度の伸び率(5.5%)と比較すると抑制できていると思われる。	・健診受診の有無と生活習慣病治療費の比較	・健診受診の有無と生活習慣病治療費の比較
		・健診受診者	・健診受診者
		H27:11,196円	H28:14,933円

(2) 全体評価

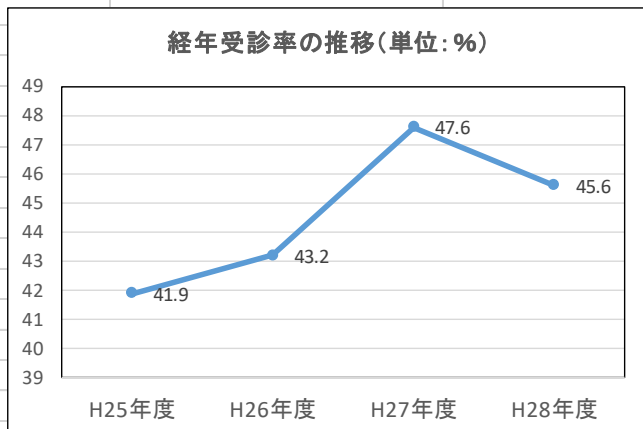
ア 特定健診受診率は、H26年度43.2%、H27年度47.6%（前年度比4.4%増）、H28年度43.4%（6月末現在）となっている。

イ 継続受診率は、H27年度73.3%、H28年度74.4%、H29年度69.7（前年度比4.71%減）の711人となっている

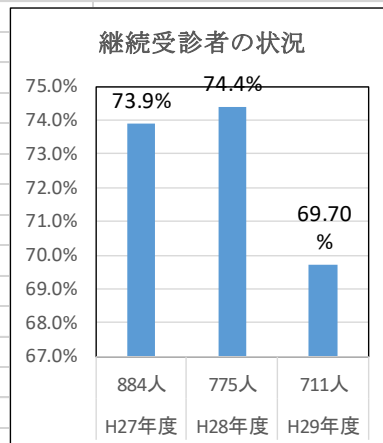
エ 40歳代の受診率は、男性18.7%、女性22.3%（12月現在）で目標の40%に到達していない。今後、40歳代の未受診者に対しアンケートを行い、受診につながる取り組みを実施していく必要がある。

オ 健診受診の有無と生活習慣病医療費の比較は、受診者の医療費はH27年度11,196円、H28年度14,933円、H29年度6,236円（12月時点）、一方未受診者の医療費はH27年度31,119円、H28年度28,480円、H29年度38,506円（12月時点）だった。

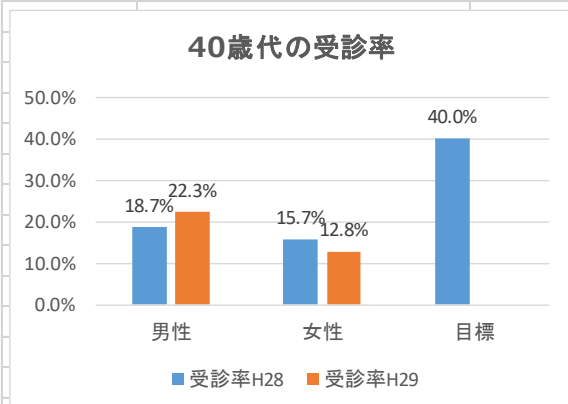
①経年受診率の推移



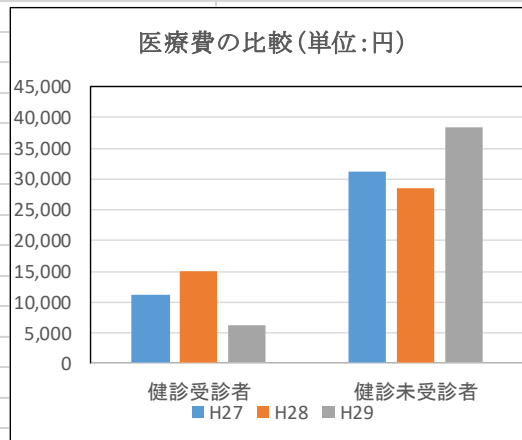
②継続受診者の状況



③40歳代の受診率



④継続受診者の状況



5. 総合評価

ア 特定健診受診率は、毎年増加傾向にある。継続受診率は、74.4%（前年度比1.1%増）で大幅な増加はないが、リピーターは確保できている。また、リピーターを増やすため、初回受診者の翌年の申し込み状況を確認していきたい。

イ 事業実施に当たり、年度当初に年度当初に会議を開催したが、定期的に事業の進捗状況を確認し合う会議を、時間的にも余裕がなく開催することができなかった。

ウ 受診勧奨は、通知、訪問、電話連絡等を行い、勧奨時の状況もリストに記載した。どのようなアプローチが効果的であったが共有し、次年度に生かしたい。

エ 未受診者の受診歴から優先順位を絞ってアプローチしたが、受診歴のある人のほうが受診につながりやすい傾向があった。しかし、健診受診の有無により医療費に差があることから、未受診者へのアプローチは必要と考える。

オ 重症化予防のためにも、若年層からの健診受診を啓発していくことは重要であるが、40歳健診初年度の未受診者に対し個別通知を送付したが5%しか効果がなかった。若年層は日中に連絡を取りにくいいため、アプローチ方法については検討を要する。

事業評価について			
Ⅱ．重症化予防対策について			
1. ストラクチャー			
(1) 年度毎の評価			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・現状を分析し、健康課題を明確にしている。	・現状を分析し、健康課題を明確にしている。	・現状を分析し、健康課題を明確にしている。
	・無理のない効果的な体制がとられている(予算、職員体制等)	・対象者を抽出する	・対象者を抽出する
	・事業の評価指標・評価方法を設定している。	・事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健師、栄養士が連携して実施する。	・事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健師、栄養士が連携して実施する。
	・関係機関と連携・調整の上、体制づくりができています。	・関係機関と連携・調整の上、体制づくりができています。	・関係機関と連携・調整の上、体制づくりができています。
達成(未達成)状況の 確認と評価	・健診データ、KDBデータより、当町では血糖の有所見率が高く、糖尿病の重症化予防が重要であることに着目した計画を作成。	・健診データより、血糖の有所見率が高いため、糖尿病重症化予防に着目した計画を作成。	・健診データ及びKDBデータより、血糖の有所見率が高いため、糖尿病重症化予防に着目した計画を作成。
	【報告会の体制】	【報告会の体制】	【報告会の体制】
	・保健師6～7名、管理栄養士2～3名、日数15日間で実施。	・保健師6～7名、管理栄養士2～3名、日数12日間で実施。	・保健師6～7名、管理栄養士2～3名、日数13日間で実施。
	・個別健診受診者には、個別対応で結果返却。 ・健診受診の際に結果報告会の予約を入れてもらい、報告会体制(日数、時間、スタッフ)を確保。 ・健診結果より、町で決めた基準に該当した方には、町内医療機関等で糖負荷検査を実施できる体制を整えた。	・個別健診受診者には、個別対応で結果返却。 ・食生活の見直し、改善が必要な対象者については、栄養士にも一緒に指導に入ってもらった。 ・健診受診の際に結果報告会の予約を入れてもらい、報告会体制(日数、時間、スタッフ)を確保。	・個別健診受診者には、個別対応で結果返却。 ・食生活の見直し、改善が必要な対象者については、栄養士にも一緒に指導に入ってもらった。 ・健診受診の際に結果報告会の予約を入れてもらい、報告会体制(日数、時間、スタッフ)を確保。
(2) 全体評価			
ア 重症化予防に向け、健診結果報告会は保健師・管理栄養士が個別に対応した。報告会は予約制にして職員体制も整えて臨んだ。			
2. プロセス			
(1) 年度毎の評価			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・重症化予防に向け、関係者間で情報共有している。	・重症化予防に向け、関係者間で情報共有している。	・重症化予防に向け、関係者間で情報共有している。
	・対象者、実施方法、実施期間などを明確にした事業計画を作成している。	・対象者、実施方法、実施期間などを明確にした事業計画を作成している。	・対象者、実施方法、実施期間などを明確にした事業計画を作成している。
	・健診データ、レセプト等のデータに基づいて現状分析している。	・健診データ、レセプト等のデータに基づいて現状分析している。	・健診データ、レセプト等のデータに基づいて現状分析している。
	・事業の評価指標。評価方法を設定している		

達成(未達成)状況の確認と評価	・KDBデータを基に、担当者が分析し、係内会議や回覧で、健康課題を共有し取り組んだ。	・KDBデータを基に、担当者が分析。	・KDBデータを基に、担当者が分析。
		・H28年度の結果が確定次第、係り内で情報共有予定。	・H29年度の結果が確定次第、係り内で情報共有予定。
	・対象者、実施方法、実施期間などを明確にした計画を作成できた。		
	・保健指導の実施に当たっては、共通のツールを準備したが、自己学習だったため、事例検討など勉強会も検討が必要。	・保健指導の実施に当たっては、共通のツールを準備しているが、使用方法は個々による。時間的余裕がなく、事例検討など勉強会などは実施できていないが、職員体制も代わっているため、今後要検討。	・保健指導の実施に当たっては、共通のツールを準備しているが、使用方法は個々による。時間的余裕がなく、事例検討など勉強会などは実施できていないが、職員体制も代わっているため、今後要検討。
	・栄養士、特定健診担当で報告会の会場に設置する展示物、教材を準備(糖分、塩分、野菜の摂取量について実物を使っの表示等)。	・栄養士、特定健診担当で報告会の会場に設置する展示物、教材を準備(糖分、塩分、野菜の摂取量について実物を使っの表示等)。今後も継続して啓発していく。	・栄養士、特定健診担当で報告会の会場に設置する展示物、教材を準備(糖分、塩分、野菜の摂取量について実物を使っの表示等)。今後も継続して啓発していく。
	・特定健診対象者以外の全ての受診者に個別での結果説明を実施し、必ず経年記録表に状況も記入するようにした。 ・実施過程においての評価基準は明確にされていなかった。		

(2) 全体評価

ア 健診データ及びKDBデータより、血糖の有所見率が高いため、糖尿病の重症化予防に着目した計画を作成した。

イ 健診結果報告会の会場には、糖分・塩分・野菜の摂取量の展示等、実物を使って展示をし理解を深めた。

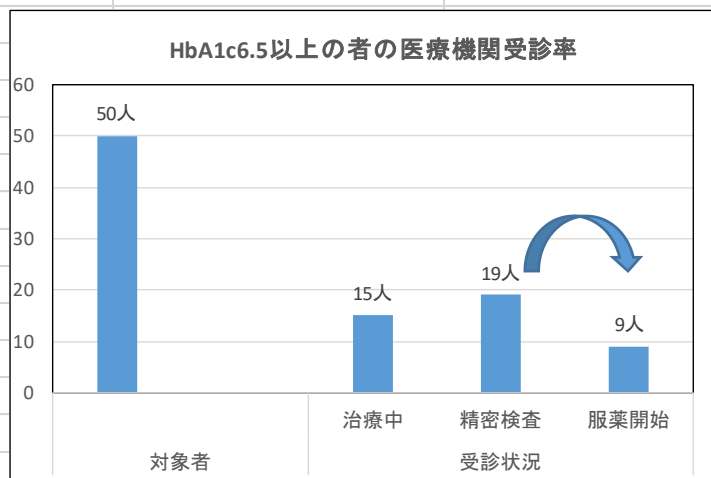
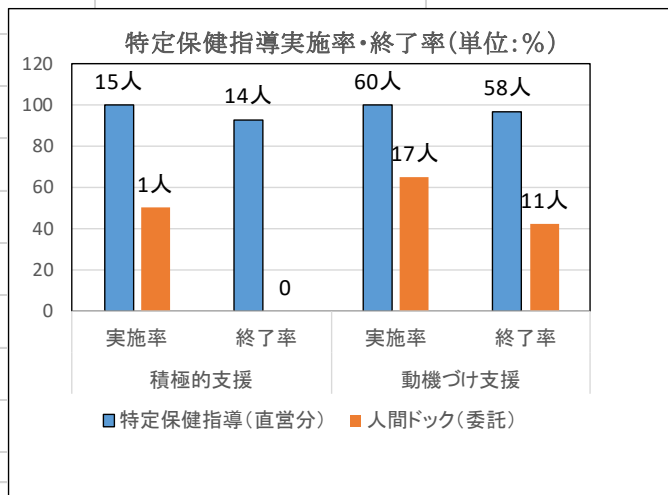
3. アウトプット

(1) 年度毎の評価

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・健診結果報告会の参加率	・健診結果報告会の参加率維持	・健診結果報告会の参加率維持
	・特定保健指導実施率	・特定保健指導実施率	・特定保健指導実施率
	・特定保健指導終了率	・特定保健指導終了率	・特定保健指導終了率
		・HbA1c6.5以上の者の医療機関移行率	・HbA1c6.5以上の者の医療機関移行率

達成(未達成)状況の確認と評価	・集団健診結果報告会参加者数1,034名 ・参加率:98.6%	・集団健診結果報告会参加者数720名 ・参加率:98.8%	・集団健診結果報告会参加者数951名 ・参加率:96.7%
	・特定保健指導実施率	・特定保健指導実施率(直営分)	・特定保健指導実施率(直営分)12月末現在
	積極的支援対象者:34名	積極的支援対象者:15名	積極的支援対象者:20名
	実施率:91.2%	実施率:100%	実施率:95%
	終了率:42%(3月末時点)	終了率:93%	終了率:未確定
	動機づけ支援対象者:85名	動機づけ支援対象者:60名	動機づけ支援対象者:65名
	実施率:89.4%	実施率:100%	実施率:96.9%
	終了率:38.2%(3月末時点)	終了率:97%	終了率:未確定
	・特定保健指導実施率については、結果報告会の際に個別結果説明に加え、初回面接を実施するようにしているため、毎年高い。初回面接が実施できた者については継続的な関わりも各担当にて実施し、記録の管理もおこなっている。しかし、人間ドックについては医療機関に委託しているため、そこでの実施率が低くなっている。(動機づけ支援:68.2%)	・直営分の特定保健指導については、初回面接は全員に実施できている。	・直営分の特定保健指導については、初回面接は全員に実施できている。
	・委託医療機関にも実施率、終了率向上に向けて取り組んでいただけるよう、連携をとる。	・人間ドック実施医療機関委託分 積極的支援対象者:2名	・人間ドック実施医療機関委託分12月末現在 積極的支援対象者:0名
		実施率:50%	
		終了率:0	
		動機づけ支援対象者:26名	動機づけ支援対象者:9名
		実施率:65%	実施率:66.7%
		終了率:42%	終了率:未確定
		・委託先での特定保健指導実施率が低い。委託医療機関にも実施率、終了率向上に向けて取り組んでもらうよう連携をとる。	・委託先での特定保健指導実施率が低い。委託医療機関にも実施率、終了率向上に向けて取り組んでもらうよう連携をとる。
		・HbA1c6.5以上の者の医療機関受診率	・HbA1c6.5以上の者の医療機関受診率
		対象者:50人 うち治療中の者:15人(30%)	対象者:73人 うち治療中の者:42人(57.5%)
		精検につながった者:19人(54.3%)	精検につながった者:10人(13.7%)
		うち内服開始:9人	うち内服開始:2人

(2) 全体評価		
ア 集団検診結果報告会のH29年度参加者は951人で、参加率は96.7%だった。		
イ 特定保健指導の実施率は、積極的支援対象者10名(実施率100%)動機づけ支援対象者56名(実施率100%)で、当町での直営分の特定保健指導については、初回面接は全員に実施できている。		
ウ 人間ドック実施医療機関委託分の特定保健指導の実施率は、積極的支援対象者2名(実施率50%)動機づけ支援対象者20名(実施率65%)で、委託分の特定保健指導は低い。今後、実施率、終了率向上に向けて働きかけ、連携していくことが大切である。		
エ HbA1c6.5%以上の者の医療機関受診率については、対象者50人のうち治療中の者15人(30%)、精密検査につながった者19人(54.3%)で9名は服薬を開始しました。		



4. アウトカム			
(1) 年度毎の評価			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値 (評価目標・ 評価指標)	・健診結果の変化		・特定保健指導対象者の減少
	・医療費の変化		・医療データ有所見者の減少
			・HbA1c6.5%以上の者のデータ改善率(翌年度の健診で評価)
			・生活習慣病に関する医療費の変化

達成(未達成)状況の確認と評価		H27健診結果より	H28健診結果より
		・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率:22.5%	・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率:15.2%
	・特定健診結果有所見者の割合	・特定健診結果有所見者の割合	・特定健診結果有所見者の割合
	H26 HbA1c6.5以上:9.2%	H27 HbA1c6.5以上:8.4%	H28 HbA1c6.5以上:9.2%
	H27 HbA1c6.5以上:8.4%(暫定値)	H28 HbA1c6.5以上:8.4%(暫定値)	H29 HbA1c6.5以上:8.4%(暫定値)
	前年比:-0.8%	前年比:0%	前年比:-0.8%
	H26 HDL39mg/dl以下:5.8%	H27 HDL39mg/dl以下:5.5%	H28 HDL39mg/dl以下:5.8%
	H27 HDL39mg/dl以下:5.5%(暫定値)	H28 HDL39mg/dl以下:6.1%(暫定値)	H29 HDL39mg/dl以下:5.5%(暫定値)
	前年比:-0.3%	前年比+0.6%	前年比-0.3%
	H26 LDL140mg/dl以上:30.8%	H27 LDL140mg/dl以上:30%	H28 LDL140mg/dl以上:30.8%
	H27 LDL140mg/dl以上:30%(暫定値)	H28 LDL140mg/dl以上:28%(暫定値)	H29 LDL140mg/dl以上:30%(暫定値)
	前年比:-0.8%	前年比:-2%	前年比:-0.8%
	一人当たり医療費	一人当たり医療費	一人当たり医療費
	H26 20,728円	H27 21,148円	H28 20,728円
	H27 21,100円 伸び率1.8%	H28 21,425円 伸び率1.3%	H29 21,100円 伸び率1.02%
	・H25からH26までの伸び率5.5%と比較すると、医療費自体は増加しているが、伸び率は抑えられている。	・大きな伸びはないが、年々増加傾向	・大きな伸びはないが、年々増加傾向

(2) 全体評価

ア 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少(減少率22.5%)

イ 特定健診結果有所見者の割合は、HbA1c6.5%以上はH27年度8.4%、H28年度8.4%。HDL38mg/dl以下はH27年度5.5%、H28年度6.1%。LDL140mg/dl以上はH27年度30%、H28年度28%であった。

ウ 一人あたりの医療費はH27年度21,148円、H28年度21,425円で伸び率は1.3%増で大きな伸びはないが年々増加傾向にある。

