

第 2 期データヘルス計画 北大東村

北大東村役場 福祉衛生課

2018 年 1 月 15 日

第2期データヘルス計画 北大東村

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	1
2.	計画の位置づけ	1
3.	計画期間	4
4.	関係者が果たすべき役割と連携	4
1)	実施主体、関係部局の役割	4
2)	外部有識者等との役割	4
3)	被保険者の役割	4
5.	保険者努力支援制度	5
第2章	第1期計画に係る考察及び第2期計画における健康課題の明確化	6
1.	第1期計画に係る評価	6
1)	全体の経年変化	6
2)	中長期目標の達成状況	6
3)	短期的目標の達成状況	10
2.	第1期計画に係る考察	13
3.	第2期計画における健康課題の明確化	14
1)	入院と入院外の件数・費用額の割合の比較	14
2)	何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか	14
3)	何の疾患で介護保険を受けているのか	16
4)	検診受診者の実態	18
5)	糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況	20
6)	未受診者の把握	21
4.	目標の設定	22
1)	中長期的な目標の設定	22
2)	短期的な目標の設定	22
第3章	特定健診・特定保健指導の実施	23
1.	第3期特定健診等実施計画について	23
2.	目標値の設定	23
3.	対象者の見込み	23
4.	特定健診、特定保健指導計画	23
1)	実施方法	23
2)	特定健診委託基準	23
3)	検診実施機関リスト	24
4)	特定健診実施項目	24

5)	実施時期	24
6)	医療機関との適切な連携	24
7)	代行機関	24
8)	健診の案内方法・実施スケジュール	24
5.	特定保健指導の実施	25
1)	健診から保健指導実施の流れ	25
2)	要保健指導対象者飲み込み、選定と優先順位・支援方法	26
3)	生活習病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	27
6.	個人情報の取り扱い	28
1)	基本的な考え方	28
2)	特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間	28
7.	結果報告	28
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	28
第4章	保健事業の内容	29
1.	保健事業の方向性	29
2.	重症化予防への取組	29
1)	糖尿病腎症重症化予防の取組	29
2)	虚血性心疾患重症化予防	34
3)	脳血管疾患	36
3.	ポピュレーションアプローチ	37
第5章	地域包括ケアに係る取組	38
第6章	計画の評価・見直し	39
1.	評価の時期	39
2.	評価方法・体制	39
第7章	計画の公表・周知、個人情報の取り扱い	41
1.	計画の公表・周知	41
2.	個人情報の取り扱い	41
参考資料		42

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、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

これまで、保険者等においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

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）1（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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

北大東村においては、国の指針に基づき「第2期保健事業計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病を初めとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置づけ

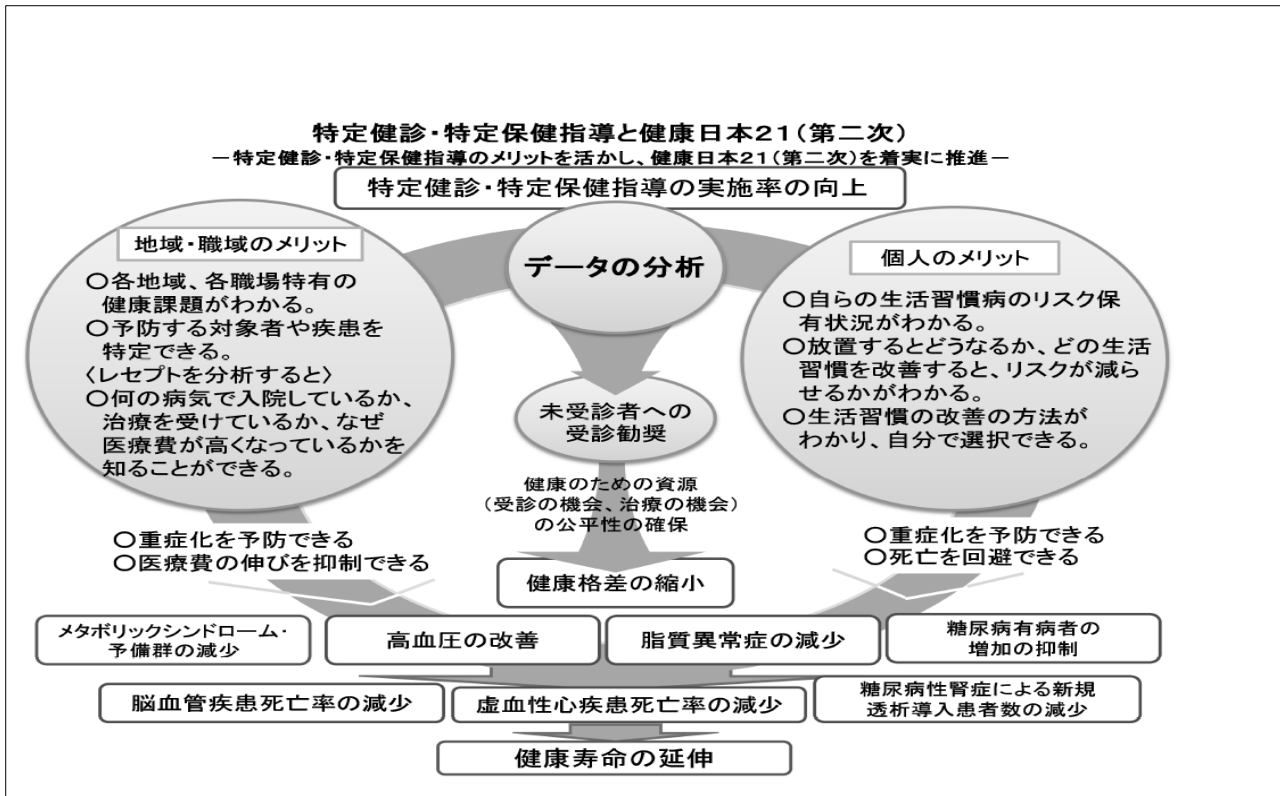
保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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。

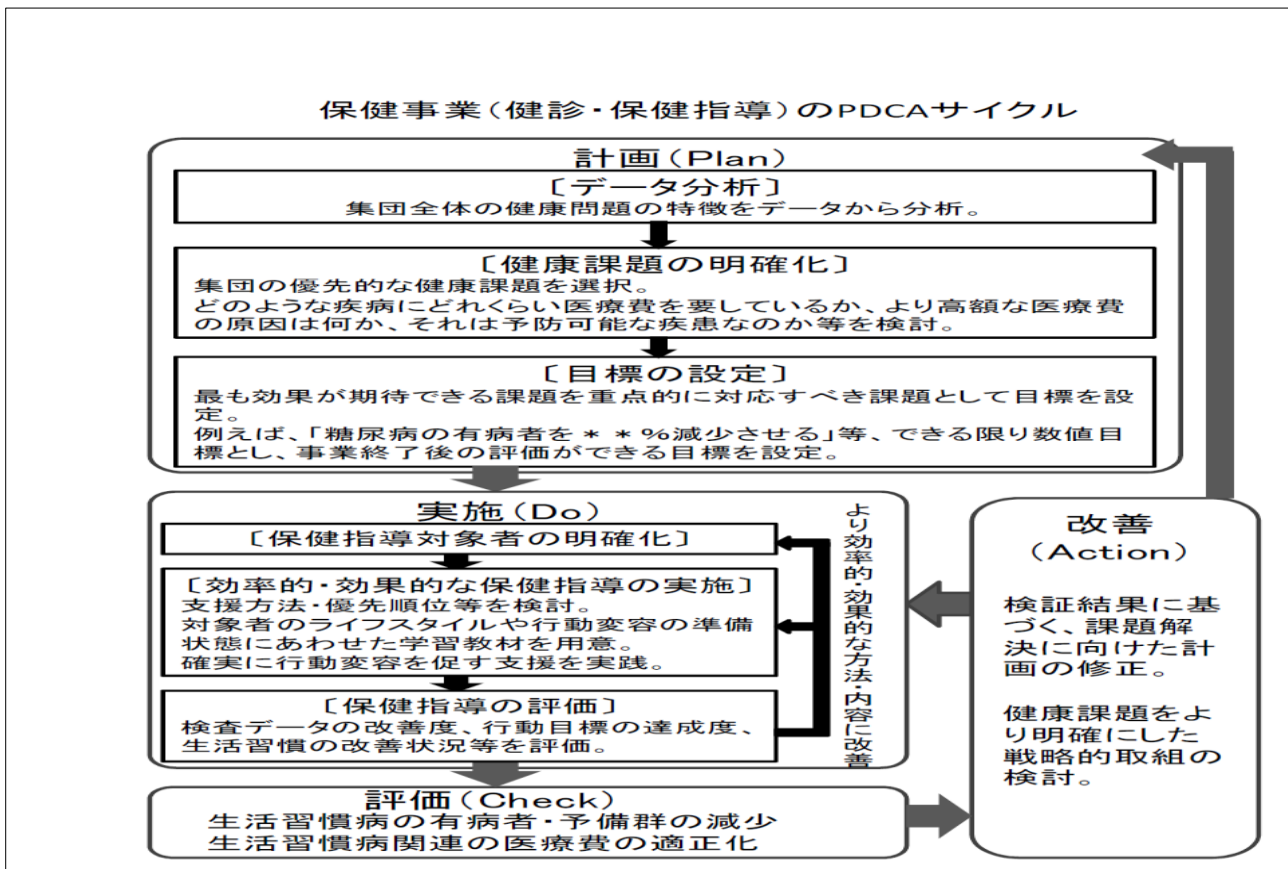
図表 1 平成 30 年に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進事業実施法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第9条、第9条 第6条(健康増進事業実施法※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 健康局 平成29年3月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を重点として、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、 社会経済 情度が維持可動なものとなるよう 、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の 生活習慣病の予防 促進 を目的とし、慢性疾患等の 重症化や合併症の発生を 抑制 し、入院患者を減らすことが、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 医療の質の向上 を促 すことが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする ものを、約指針に抽出するために行うものである。	生活習慣病の予防 を主として、被保険者の 自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 医 療者 がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえ、効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の財政基盤強化 が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護 状態または要支援状態となることへの 予防 又は、要介護 状態等の経過もしくは 重症化の防止 を理念としている	国民健康保険を堅持 していき、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようしていきたいとともに、 良質 かつ適切な医療を効果的に提供する医療の 発展 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効果 的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統薬物能、前立腺癌併発動脈硬化 後縦筋骨粗鬆症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目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)による年間入院患者数(入院患者数) ③治療継続者の割合 ④血圧コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病発症者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧予備群・高血圧者 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な食生活の割合 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用し、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) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外未 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①55歳未満 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度区分】を減額し、保険料率決定	保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

図表2 標準的な健診・保健指導プログラム概念図



図表3 標準的な健診・保健指導プログラムのPDCAサイクル



3. 計画期間

2018年度から2023年度までの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、関係部局の役割

北大東村においては福祉衛生課が主体と成りデータヘルス計画を策定する。課内には保健・福祉・環境・介護・国保・後期高齢・母子等の担当部門が有り、課内で共同して計画策定を行う。連携体制として、課内会議を活用する。

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出来るよう、担当者・チームの用務の明確化・標準化を進めるとともに、担当者が異動する際には経過等も含めて確実に引き継ぎを行うなど体制を整える。

2) 外部有識者等との役割

計画の実効性を高めるため、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者などとの連携協力を図る。外部有識者とは、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）および国保連に設置される支援・評価委員会などのことをいう。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期待する。

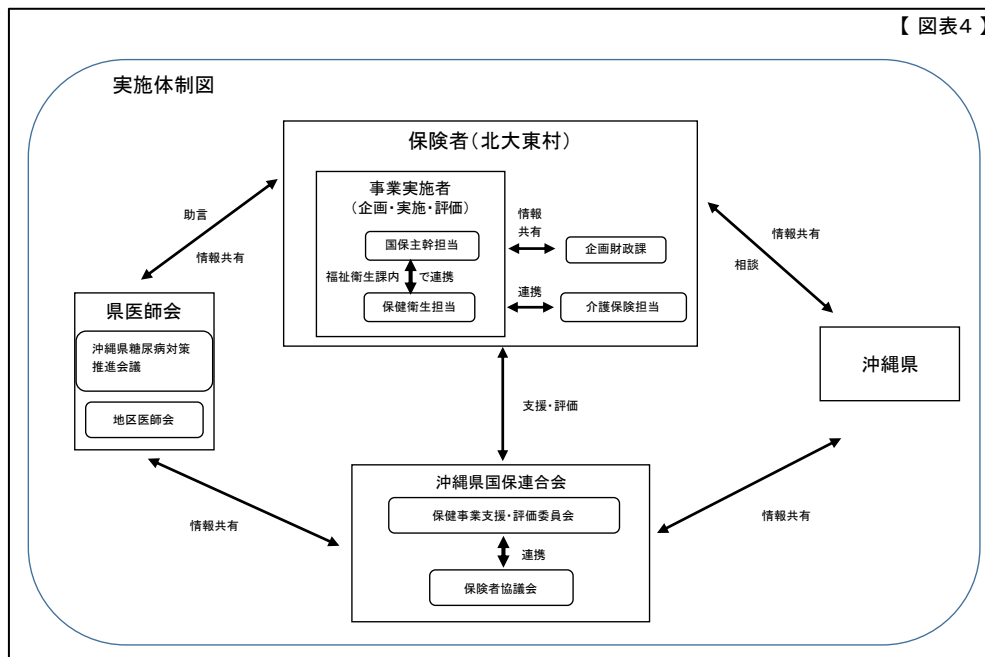
また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、都道府県の関与が保険者機能の強化として重要である。したがって、都道府県との連携を努める。

また、北大東村には医師会が存在しないため、北大東診療所とその運営母体である南部医療センターと連携を図る。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康保持増進が最終目的であり、その実効性を高める上で、被保険者自身の状況理解と主体的積極的取組が重要である。

図表4 実施体制図



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体へのインセンティブとして、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年度から市中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おり、平成30年度から本格実施が始まる。

国は、保険者努力支援制度の評価紙票について、毎年の実績や実施状況を観ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病の重症化予防親保険料徴収率の実施状況を高く評価している。

第2章 第1期計画に係る考察及び第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

1) 全体の経年変化

母数が少ないため単純な数値の変動で傾向を明らかにすることが難しい。さらに割合に関しても同様で、1人のもつ割合が多いので、1名の増減で大幅に変化してしま。有病率や死亡原因などの状況を数値から読み取ることが困難である。

その中にあっても、介護保険1号認定者数の増加、1件当たりの介護給付費の多さ、国保被保険者数の高齢化、健診受診率の低下、喫煙率の高さ、飲酒機会と1日飲酒量の多さについては課題としてあげられると考える。(参考資料1)

2) 中長期目標の達成状況

(1) 介護給付費の状況

介護給付費は、1件当たりの給付費が増大しており、同規模市町村と比較しても高い値となっている。これは島内に介護保険利用可能なサービスが無く、介護度が高くなって本島などの施設に移ってから介護保険を利用し始めるためだと考えられる。介護度の低い方向けのサービスがないため介護認定を積極的に受けることが無く、悪くなってから認定を受けてサービスも受給している点が課題であるので、島内で早期から介護予防できる介護保険サービスを確立する必要がある。

図表6 介護給付費の変化

介護給付費の変化

【図表6】

年度	北大東村				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費	1件当たり給付費		1件当たり給付費	1件当たり給付費	
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
平成25年度	2,160万6705円	82,468	53,982	261,300	75,804	40,098	279,554
平成28年度	2,270万3870円	114,666	52,452	284,873	73,752	39,649	273,932

(2) 医療費の現状

総医療費は、平成25年からの4年間で500万円増加し、伸び率は18.3%であった。同規模保険者の伸び率1.3%と比較すると、大幅に増加している。入院と入院外ともに大きく増加しており、どちらかに偏りが無い事が分かる。(図表7)

そして一人あたりの医療費も、全体で約1300円増加している。しかし、伸び率は9.4%と同規模保険者の7.5%と大きな差が無い。したがって、同規模保険者と比較すると、北大東は「一人あたりの医療費の伸びは少ないが、総医療費の伸びが大きい」と言える。

詳細を確認すると、平成 25 年から 27 年にかけて大幅に増加していることが分かる。これは、一人あたりの医療費が伸びると共に被保険者数もともに増加しているためだ。逆に平成 27 年から 28 年にかけては総医療費と被保険者数、一人あたりの医療費の全てが減少している。しかし、それでも平成 25 年と比較すると全てにおいて増加している。

したがって、一人あたりの医療費の伸びは少ないが、総医療費の伸びが大きい理由として、同規模市町村と比較して被保険者数が増加していることが考えられる。実際、国保の保険者数は 147 名から 155 名に増加しており、その中でも 65 歳から 74 歳の被保険者は 36 名 (24.5%) から 43 名 (27.7%) へと増加した。高齢の国保被保険者が増加することで医療にかかる総被保険者数が増えているのではないかと。

しかし、それでも同規模自治体や全国平均と比較すると、一人あたりの医療費はかなり低い金額となっている。これについて、簡単に専門医にかかることの出来ない状況があるので単に受診できていないだけか、被保険者が健康であるのかは検討する必要がある。

図表 7 医療費の変化

医療費の変化

【 図表 7 】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	25,404,290				10,584,600				14,819,690			
	H28年度	30,057,920	4,653,630	18.3%	1.3%	12,390,920	1,806,320	17.1%	0.7%	17,667,000	2,847,310	19.2%	1.9%
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	14,459				6,024				8,435			
	H28年度	15,812	1,353	9.4%	7.5%	6,518	494	8.2%	6.4%	9,294	859	10.2%	8.4%

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

年度	レセプト総点数	被保険者数	1人当たり医療費	県内順位	同規模内順位	1人当たり医療費(全国平均)
平成25年度	2,540,429	1,757	14,459	39	225	22,383
平成26年度	3,549,414	1,919	18,496	33	221	22,922
平成27年度	3,919,300	2,063	18,998	33	227	24,295
平成28年度	3,005,792	1,901	15,812	40	241	24,245

(3) 最大医療資源 (中長期的疾患及び短期的な疾患)

中長期的目標疾患は3つの項目(腎・脳・心)に分けられ、腎臓に関しては透析の有無についても分類している。透析有りの割合は平成 25 年から 28 年まで 0%を維持しているが、村内に透析可能な施設がないため透析患者が転出しているだけという可能性がある。

透析無しの腎不全治療に関する医療費は 5.91%と沖縄県の 0.35%や全国の 5.91%と比較すると大幅に大きい。だが、脳疾患や心疾患の割合の増減が大きいことを踏まえると、どのような疾患であっても、自治体規模が小さいので総医療費に対する割合が大きく変化しやすいためであると考えられる。したがって、この図表から「北大東村は透析無しの腎不全患者が急増しており早急に対応しなければならない」などと判断することが困難である。

短期的疾患や目標疾患医療費計についても同様に、割合を見ただけではどこを問題として重点的に取り扱うべきか判断することは困難である。北大東村においては割合を指標として計画を立てるのではなく、「基礎的な理解を深めること」と「健診や受診の啓発すること」が特に重要となる。

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

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較) 図表8

市町村名	総医療費	一人あたり医療費				新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位					
			同規模	県内				
H25	北大東村	25,404,290	14,459	225位	39位	6.82%	15.97%	4.72%
H28		30,057,920	15,812	241位	40位	4.07%	5.88%	5.66%
H28	沖縄県	120,484,405,470	22,111	--	--	9.47%	15.38%	7.21%
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	14.21%	9.38%	8.45%

市町村名	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		
	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症			
	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞						
H25	北大東村	0.00%	0.00%	6.15%	1.83%	4.42%	10.42%	1.48%	6,171,920	24.29%
H28		0.00%	5.91%	3.52%	7.30%	3.84%	7.57%	2.79%	9,299,000	30.94%
H28	沖縄県	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510	22.50%
	国	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「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

【出典】

KDBシステム: 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

(4) 中長期的な目標の達成状況(図表 8)

北大東村第 1 期データヘルス計画における中長期的な目標は、「虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の 3 つの疾患をそれぞれ 10%減少させる(元の計画に人数が割合か何を基準として 10%なのか記載されていない)」であった。

全体を眺めると結果は、血性心疾患 2 名(5.4%→6.1%)増加、脳血管疾患 3 名減少(7.4%→4.8%)、糖尿病性腎症 1 件(26.3%→35.3)増加していた。

各疾患 10%の減少という目標が曖昧であり基準が明確で無い。しかし増加している項目があるので達成できなかったと言えるであろう。だが、H26 年度の母数が少ないため最初から達成困難であったと考えられる北大東村における患者数については、このように 1 件の変化で大きく割合が変動してしまい、割合で検討することが難しいと考えられる。そのため件数で増減を捕らえ、人口の大きな変化がないことを前提として、実件数の減少や維持を目標とすることが望ましいのではないか。対象となる疾患に精神障害(認知症含む)も追加し、4 疾患として今後も患者数の減少と増加抑制に努めることが求められる。そして、総発生の抑制することを目標とした予防施策を行い、総件数の減少を評価基準とする。

図表 9 中長期的な疾患と短中長期的な目標の変化

【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		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	148	8	5.4	2	25.0	0	0.0	6	75.0	4	50.0	5	62.5
	64歳以下	108	4	3.7	1	25.0	0	0.0	3	75.0	1	25.0	2	50.0
	65歳以上	40	4	10.0	1	25.0	0	0.0	3	75.0	3	75.0	3	75.0
H28	全体	165	10	6.1	3	30.0	0	0.0	9	90.0	6	60.0	7	70.0
	64歳以下	121	3	2.5	0	0.0	0	0.0	3	100.0	2	66.7	2	66.7
	65歳以上	44	7	15.9	3	42.9	0	0.0	6	85.7	4	57.1	5	71.4

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		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	148	11	7.4	2	18.2	0	0.0	11	100.0	4	36.4	6	54.5
	64歳以下	108	4	3.7	1	25.0	0	0.0	4	100.0	1	25.0	2	50.0
	65歳以上	40	7	17.5	1	14.3	0	0.0	7	100.0	3	42.9	4	57.1
H28	全体	165	8	4.8	3	37.5	0	0.0	8	100.0	4	50.0	6	75.0
	64歳以下	121	4	3.3	0	0.0	0	0.0	4	100.0	1	25.0	2	50.0
	65歳以上	44	4	9.1	3	75.0	0	0.0	4	100.0	3	75.0	4	100.0

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	148	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
	64歳以下	108	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
	65歳以上	40	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
H28	全体	165	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
	64歳以下	121	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
	65歳以上	44	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		

3) 短期的目標の達成状況

(1) 共通リスク(図表 10)

北大東村第1期データヘルス計画では短期的目標を、「血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善。適切な受診への働きかけと医療機関の受診を中断している者への適切な保健指導の実施。」としていた。血圧・血糖値・脂質・CKDの検査結果の評価は(2)リスクの健診結果経年変化の項目で行うため、本項については明確な目標が立てられていない。以下に考察のみ記す。

糖尿病について、人数割合共に減少しているが、高血圧や脂質異常症を合併している被保険者は増加し、虚血性心疾患や糖尿病性腎症を罹患している人数割合も増加している。高血圧について、人数割合共に減少しているが、高血圧や脂質異常症を合併している被保険者は横ばいであり、虚血性心疾患については増加、脳血管疾患については減少している。脂質異常症について、人数割合共に増加し、糖尿病を合併している方は増加、高血圧を合併している方について人数は増加したが割合は減少している。これらについても、長期的目標の達成状況と同じく割合で変化を見ることが難しい。総件数の減少を指標とすることが良いのではないか。

図表 10

【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							
		被保険者数		糖尿病			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
H25	全体	148	19	12.8	1	5.3	16	84.2	9	47.4	4	21.1	4	21.1	0	0.0	5	26.3
	64歳以下	108	11	10.2	0	0.0	9	81.8	4	36.4	1	9.1	1	9.1	0	0.0	3	27.3
	65歳以上	40	8	20.0	1	12.5	7	87.5	5	62.5	3	37.5	3	37.5	0	0.0	2	25.0
H28	全体	165	17	10.3	1	5.9	16	94.1	12	70.6	6	35.3	4	23.5	0	0.0	6	35.3
	64歳以下	121	9	7.4	0	0.0	8	88.9	6	66.7	2	22.2	1	11.1	0	0.0	3	33.3
	65歳以上	44	8	18.2	1	12.5	8	100.0	6	75.0	4	50.0	3	37.5	0	0.0	3	37.5

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		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	
				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	148	48	32.4	16	33.3	21	43.8	6	12.5	11	22.9	0	0.0	
	64歳以下	108	26	24.1	9	34.6	10	38.5	3	11.5	4	15.4	0	0.0	
	65歳以上	40	22	55.0	7	31.8	11	50.0	3	13.6	7	31.8	0	0.0	
H28	全体	165	47	28.5	16	34.0	23	48.9	9	19.1	8	17.0	0	0.0	
	64歳以下	121	25	20.7	8	32.0	10	40.0	3	12.0	4	16.0	0	0.0	
	65歳以上	44	22	50.0	8	36.4	13	59.1	6	27.3	4	18.2	0	0.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	148	23	15.5	9	39.1	21	91.3	5	21.7	6	26.1	0	0.0	
	64歳以下	108	10	9.3	4	40.0	10	100.0	2	20.0	2	20.0	0	0.0	
	65歳以上	40	13	32.5	5	38.5	11	84.6	3	23.1	4	30.8	0	0.0	
H28	全体	165	26	15.8	12	46.2	23	88.5	7	26.9	6	23.1	0	0.0	
	64歳以下	121	12	9.9	6	50.0	10	83.3	2	16.7	2	16.7	0	0.0	
	65歳以上	44	14	31.8	6	42.9	13	92.9	5	35.7	4	28.6	0	0.0	

(2) リスクの健診結果経年変化

血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病 (CKD) の検査結果について目標達成状況を確認する。第 1 期データヘルス計画における目標は「検査結果の改善」とされているので、人数や割合など何を改善の基準にするのか明確にされていない。前項までの考察を踏まえ、割合では母数が少ないため頒価の幅が大きくなりすぎてしまうので、総人数を指標としたいと考える。本項においても人数で変化を検討する。

血圧については、収縮期血圧が 130mmHg 以上のかたの人数を確認すると、平成 25 年では 21 名 (男性 : 14 名、女性 : 7 名)、28 年では 23 名 (男性 : 13 名、女性 : 10 名) であり 2 名増加している。拡張期血圧が 85mmHg 以上のかたは 13 名 (男性 : 10 名、女性 : 3 名) から 9 名 (男性 : 5 名、女性 : 4 名) であり 4 名減少している。性別ごとで確認すると、男性・女性共に 40% 程度を維持していることが分かる。さらに詳細に年代ごとをみると、男性は 40-64 歳、女性は 65 歳以上で基準値超過者が多い。

血糖については、空腹時血糖が 100mg/dl 以上のかたは、20 名 (男性 : 12 名、女性 : 8 名) から 20 名 (男性 : 16 名、女性 : 4 名) であり増減 0 名であった。男性は 40-64 歳、女性は 65 歳以上で基準値超過者が多いことが分かる。

脂質については、中性脂肪が 150mg/dl 以上のかたは、15 名 (男性 : 11 名、女性 : 4 名) から 16 名 (男性 : 14 名、女性 : 2 名) であり 1 名増加であった。LDL-C が 120 mg/dl 以上のかたは、38 名 (男性 : 20 名、女性 : 18 名) から 29 名 (男性 : 19 名、女性 : 10 名) であり 9 名減少であった。HDL-C が 40mg/dl 未満のかたは、6 名 (男性 : 5 名、女性 : 1 名) から 8 名 (男性 : 8 名、女性 : 0 名) であり 2 名増加であった。中性脂肪は男性に対象者が多く、LDL-C は男女共に対象者が多いという、各項目によって性差が生じていた。

腎不全については、クレアチニンが基準値以上のかたは 1 名 (男性 : 1 名、女性 0 名) から 2 名 (男性 2 名、女性 0 名) であった。人数は少ないが全て男性の対象者であった。

検査結果は改善している部分があれば改善していない部分もあった。割合で比較しようとしても年代ごとの健診受診者がまばらなので、正しい姿を示しているか評価がやはり困難である。検査結果も各項目の改善を見ようとしても、個人で重複しているかどうかや各データのバランスが評価できないので、北大東の人数を考えると指標としての意味を成さない可能性がある。

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6-2~6-7)

☆No.23帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	16	50.0	20	62.5	11	34.4	10	31.3	5	15.6	12	37.5	8	25.0	11	34.4	14	43.8	10	31.3	20	62.5	1	3.1
	40-64	10	62.5	12	75.0	8	50.0	6	37.5	3	18.8	6	37.5	4	25.0	6	37.5	7	43.8	4	25.0	11	68.8	1	6.3
	65-74	6	37.5	8	50.0	3	18.8	4	25.0	2	12.5	6	37.5	4	25.0	5	31.3	7	43.8	6	37.5	9	56.3	0	0.0
H28	合計	22	62.9	24	68.6	14	40.0	10	28.6	8	22.9	16	45.7	12	34.3	9	25.7	13	37.1	5	14.3	19	54.3	2	5.7
	40-64	9	69.2	11	84.6	6	46.2	4	30.8	3	23.1	6	46.2	6	46.2	3	23.1	6	46.2	3	23.1	6	46.2	0	0.0
	65-74	13	59.1	13	59.1	8	36.4	6	27.3	5	22.7	10	45.5	6	27.3	6	27.3	7	31.8	2	9.1	13	59.1	2	9.1

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	16	59.3	13	48.1	4	14.8	6	22.2	1	3.7	8	29.6	15	55.6	3	11.1	7	25.9	3	11.1	18	66.7	0	0.0
	40-64	8	50.0	7	43.8	2	12.5	3	18.8	1	6.3	3	18.8	6	37.5	1	6.3	2	12.5	1	6.3	10	62.5	0	0.0
	65-74	8	72.7	6	54.5	2	18.2	3	27.3	0	0.0	5	45.5	9	81.8	2	18.2	5	45.5	2	18.2	8	72.7	0	0.0
H28	合計	10	47.6	9	42.9	2	9.5	4	19.0	0	0.0	4	19.0	7	33.3	0	0.0	10	47.6	4	19.0	10	47.6	0	0.0
	40-64	8	61.5	5	38.5	1	7.7	2	15.4	0	0.0	2	15.4	3	23.1	0	0.0	5	38.5	3	23.1	6	46.2	0	0.0
	65-74	2	25.0	4	50.0	1	12.5	2	25.0	0	0.0	2	25.0	4	50.0	0	0.0	5	62.5	1	12.5	4	50.0	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	32	51.6	3	9.4%	8	25.0%	1	3.1%	5	15.6%	2	6.3%	9	28.1%	2	6.3%	1	3.1%	5	15.6%	1	3.1%
	40-64	16	40.0	2	12.5%	4	25.0%	0	0.0%	3	18.8%	1	6.3%	6	37.5%	2	12.5%	1	6.3%	2	12.5%	1	6.3%
	65-74	16	72.7	1	6.3%	4	25.0%	1	6.3%	2	12.5%	1	6.3%	3	18.8%	0	0.0%	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%
H28	合計	35	47.9	2	5.7%	7	20.0%	0	0.0%	5	14.3%	2	5.7%	15	42.9%	1	2.9%	1	2.9%	8	22.9%	5	14.3%
	40-64	13	31.7	1	7.7%	5	38.5%	0	0.0%	4	30.8%	1	7.7%	5	38.5%	0	0.0%	1	7.7%	2	15.4%	2	15.4%
	65-74	22	68.8	1	4.5%	2	9.1%	0	0.0%	1	4.5%	1	4.5%	10	45.5%	1	4.5%	0	0.0%	6	27.3%	3	13.6%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	27	69.2	4	14.8%	3	11.1%	0	0.0%	3	11.1%	0	0.0%	6	22.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	14.8%	2	7.4%
	40-64	16	61.5	4	25.0%	1	6.3%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	2	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.3%	1	6.3%
	65-74	11	84.6	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	4	36.4%	0	0.0%	0	0.0%	3	27.3%	1	9.1%
H28	合計	21	50.0	3	14.3%	4	19.0%	0	0.0%	3	14.3%	1	4.8%	2	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	1	4.8%
	40-64	13	44.8	2	15.4%	2	15.4%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%
	65-74	8	61.5	1	12.5%	2	25.0%	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%

(3) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

第1期データヘルス計画における目標は「栄養指導の保健指導の実施。特定健診等実施計画に準じた特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上。」であった。特定健診受診率は受診率低下しているため目標は未達成、特定保健指導は受診率向上しており目標達成している。これは母数の少なさがあるため、数名の変化であっても大きく変化するためであって、地域の正しい姿を反映しているかどうかは不明である。

また、特定保健指導の受診率が高いのは沖縄県健康づくり財団に委託して実施していることが原因と考えられる。

図表 12 実施率の推移

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								〇町	同規模平均
H25年度	101	59	58.4	3	11	5	45.5	55.9	50.4
H28年度	115	56	48.7	9	12	10	83.3	50	51.6

2. 第1期計画に係る考察

第1期計画では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の3つの疾患着目し罹患率の減少を目指した。また、短期的な目標として、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善や適切な受診への働きかけと医療機関の受診を中断している者への適切な保健指導の実施を目標とした。そして、特定健診受診率・特定保健指導実施率については、栄養指導の保健指導の実施と特定健診等実施計画に準じた特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上を目標としていた。

しかし、具体的な課題別の保健事業計画については、第2章の各論で定めることとし、その際は「目的」「目標」「対象者」「保健事業内容」「実施方法」「実施者」「実施期間」等を記載するという予定であったが、現在までに各論が整備されていない。評価困難であるため、第2期計画では具体まで定めることが求められる。

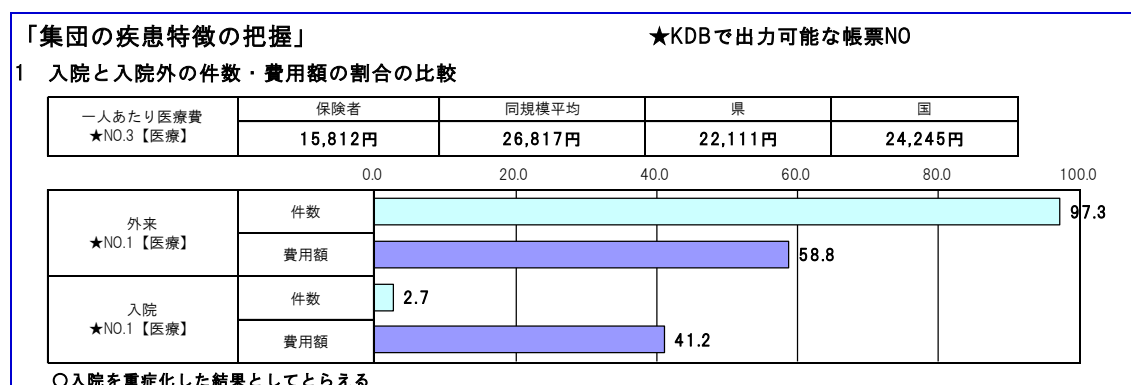
3. 第2期計画における健康問題の明確化

1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたりの医療費は同規模平均と比較して1万円以上低く、県や国と比較しても低い金額となっている。これは健康だから医療に係らず低い金額で済んでいるのか、医療が必要でも係っていないために低い金額で済んでいるかの判断が出来ない。

そして、入院と入院外の費用と件数の割合については、入院が件数の2.7%に関わらず費用の41.2%を占めており、1件の入院に対して多額の費用が発生していることが分かる。したがって、入院が必要な状態とならないように、入院外の時点で効果的な医療や保健サービスを使用してもらうよう支援する必要がある。

図表 13 入院と外来の件数・費用額の割合



2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

入院医療費の内訳として、レセプトが80万円以上の高額な入院費用となった疾患は5件であり、脳血管疾患と虚血性心疾患がそれぞれ1件(どちらも70-74歳)、その他3件であった。そして、6ヶ月以上の入院を要した長期入院患者は居らず、人工透析患者も0名であった。

これらのことから、北大東村における入院費用は脳血管疾患と虚血性心疾患について、長期の入院では無いが治療に費用がかかっていると考えられる。したがって、前項と合わせて考えると、脳血管疾患と虚血性心疾患に関して入院にならないような支援を島内で実施する必要がある。

また、生活習慣病の治療者数について構成割合をみると、脳血管疾患と虚血性心疾患、糖尿病性腎症のすべてにおいて、基礎疾患は多くの場合で7割以上が複合している。これらの方や更にそれ以前の基礎疾患を持つ方に対して、入院加療が必要とならないよう医療や保健サービスに繋げることが重要。人数的には63名と少数であるため、個別の声かけや保健指導が有効であると考えられる。

図表 14 入院理由と治療内容

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H●年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	5人	1人 20.0%		1人 20.0%		0人 0.0%		3人 60.0%			
		件数	5件	1件 20.0%		1件 20.0%		0件 0.0%		3件 60.0%			
				年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%
					40代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	1	33.3%
					50代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	0	0.0%
					60代	0	0.0%	0	0.0%	0	--	2	66.7%
70-74歳	1	100.0%	1	100.0%	0	--	0	0.0%					
費用額	517万円	106万円 20.5%		106万円 20.4%		--		305万円 59.1%					

*最大医療資源獲得名(主病)で計上

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

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

*精神疾患については最大医療資源獲得名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H●5 診療分	人数	0人	0人	0人
		H●年度 累計	件数	0件	0件	0件
様式2-2 ★NO.12 (CSV)			費用額	--	--	--

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

厚労省様式	対象レセプト (H●年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (振票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の 基 礎 疾 患	全体	63人	8人 12.7%	10人 15.9%	6人 9.5%
			高血圧	8人 100.0%	9人 90.0%	6人 100.0%	
			糖尿病	4人 50.0%	6人 60.0%	6人 100.0%	
			脂質異常症	6人 75.0%	7人 70.0%	5人 83.3%	
			高血圧症	47人 74.6%	17人 27.0%	26人 41.3%	12人 19.0%
			糖尿病	17人 27.0%	26人 41.3%	12人 19.0%	

○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受けているのか

介護保険の利用状況を見ると、認定者数は75歳以上の1号被保険者に集中していて、要支援1・2は4名や要介護1・2は7名、要介護3以上は5名。新規認定者が50%を占めているが、これは村内の介護保険事業推進のため認定を推し進めていることと一致する。

要介護者の疾患について、半数が虚血性心疾患を有病しており、40%以上が脳卒中を有病している。基礎疾患は80%、筋骨格疾患は93%が有病していた。しかし、介護保険を認定されるに至った疾患では無く、介護保険認定者の有病状況であるので、どの疾患を改善すれば介護保険認定が減少させられるかの判断は出来ない。とくに介護保険認定者は75歳以上と高齢であるので、介護認定を受けてから発症した可能性も否定できない。

要介護認定者の医療費は認定されていない方に比べて高額であるが、介護を受けているから長生きが出来ており医療費もかかっているのか、医療費がかかる病気を有しているから介護を受ける必要があるのか判断できない。40歳以上で区分されているため、80歳や90歳以上と言った長寿な方が介護を受けつつ生活をしていることを踏まえると判断基準としては不明瞭である。

高齢者は基礎疾患を複合的に有していたり、認知機能に低下が認められていたりする場合も有り、生活習慣改善の保健指導も難しい。適切な医療につなげることが出来るような支援が必要である。

図表 15 介護保険の利用状況

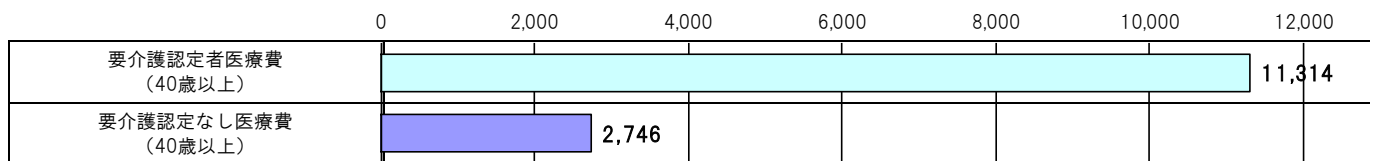
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計						
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計						
	被保険者数		314人		62人		41人		103人	417人					
	認定者数		0人		1人		16人		17人	17人					
	認定率		0.00%		1.6%		39.0%		16.5%	4.1%					
	新規認定者数 (*1)		0人		0人		8人		8人	8人					
介護度別人数	要支援1・2		0	--	0	0.0%	4	25.0%	4	23.5%	4	23.5%			
	要介護1・2		0	--	0	0.0%	7	43.8%	7	41.2%	7	41.2%			
	要介護3～5		0	--	1	100.0%	5	31.3%	6	35.3%	6	35.3%			
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計						
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計						
	介護件数 (全体)		0		1		16		17	17					
	再) 国保・後期		0		1		15		16	16					
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合		
			1	脳卒中	0	--	脳卒中	1	100.0%	虚血性心疾患	8	53.3%	虚血性心疾患	9	56.3%
			2	虚血性心疾患	0	--	虚血性心疾患	1	100.0%	脳卒中	6	40.0%	脳卒中	7	43.8%
			3	腎不全	0	--	腎不全	0	0.0%	腎不全	2	13.3%	腎不全	2	12.5%
		4	糖尿病合併症	0	--	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	2	13.3%	糖尿病合併症	2	12.5%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		0	--	1	100.0%	12	80.0%	13	81.3%	13	81.3%		
		血管疾患 合計		0	--	1	100.0%	13	86.7%	14	87.5%	14	87.5%		
		認知症		0	--	1	100.0%	5	33.3%	6	37.5%	6	37.5%		
		筋・骨格疾患		0	--	1	100.0%	14	93.3%	15	93.8%	15	93.8%		

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

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】



4) 検診受診者の実態

有所見者割合の高い項目についてみると、全国や県と比較しても、男女ともにBMIと腹囲、GPTについて高い傾向があり、北大東村の課題として肥満と肝障害があげられる。

また、中性脂肪とHDL-C、LDL-C、尿酸値、クレアチンは男性のみが高値であり、収縮期血圧・拡張期血圧は女性のみが高値であった。男性は高脂血症と高尿酸血症が課題ということが分かり、肥満と合わせて考えると飲酒や脂質の過剰摂取など食習慣が問題ではないかと予想される。女性に関しても同様に、肥満と高血圧から塩分過多の食習慣が考えられる。

空腹時血糖は男女ともに高いが、HbA1cは男女ともに全国や県を下回る。空腹時血糖の基準値が100mg/dlで有所見者と判断しているため、実際の糖尿病患者以上に有所見と判断している可能性がある。HbA1cのみでみると有所見者の割合は全国や県の平均を下回っており、村内の課題にはのぼらない可能性がある。

以上のことから、村内の課題としては「肥満や飲酒、脂質や塩分の過剰摂取というような生活習慣」があげられた。しかし、この健診データについて母数が少なく、健診受診者が年度毎に変化すると大幅にデータの中身が変わってしまう。したがって、この課題についても正しい村の課題として明確化することが難しい。北大東村においては、村全体の課題として重点的に特定の疾患や指標に関して活動を行うことは不適切であり、個別の保健指導や医療との連携を持つことの方が適切である。全体としての基礎知識の向上と、個別の保健指導を行うことが村内の実態には適合している。

図表 16 および 17

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）																							★NO.23（帳票）		
男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
保険者	合計	22	62.9	24	68.6	14	40.0	10	28.6	8	22.9	16	45.7	12	34.3	9	25.7	13	37.1	5	14.3	19	54.3	2	5.7
	40-64	9	69.2	11	84.6	6	46.2	4	30.8	3	23.1	6	46.2	6	46.2	3	23.1	6	46.2	3	23.1	6	46.2	0	0.0
	65-74	13	59.1	13	59.1	8	36.4	6	27.3	5	22.7	10	45.5	6	27.3	6	27.3	7	31.8	2	9.1	13	59.1	2	9.1
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	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5	
保険者	合計	10	47.6	9	42.9	2	9.5	4	19.0	0	0.0	4	19.0	7	33.3	0	0.0	10	47.6	4	19.0	10	47.6	0	0.0
	40-64	8	61.5	5	38.5	1	7.7	2	15.4	0	0.0	2	15.4	3	23.1	0	0.0	5	38.5	3	23.1	6	46.2	0	0.0
	65-74	2	25.0	4	50.0	1	12.5	2	25.0	0	0.0	2	25.0	4	50.0	0	0.0	5	62.5	1	12.5	4	50.0	0	0.0

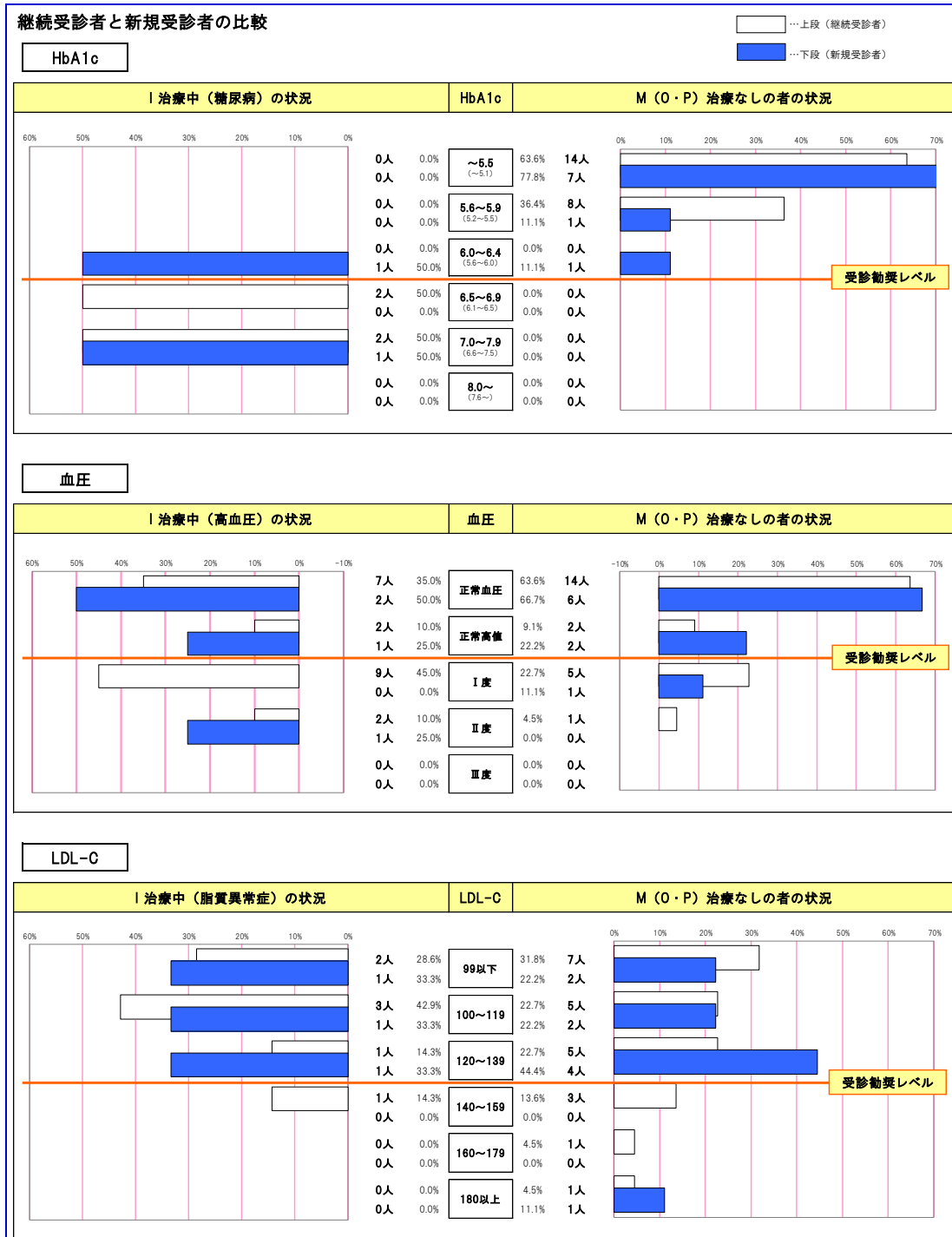
*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）																							★NO.24（帳票）	
男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	35	47.9	2	5.7%	7	20.0%	0	0.0%	5	14.3%	2	5.7%	15	42.9%	1	2.9%	1	2.9%	8	22.9%	5	14.3%	
	40-64	13	31.7	1	7.7%	5	38.5%	0	0.0%	4	30.8%	1	7.7%	5	38.5%	0	0.0%	1	7.7%	2	15.4%	2	15.4%	
	65-74	22	68.8	1	4.5%	2	9.1%	0	0.0%	1	4.5%	1	4.5%	10	45.5%	1	4.5%	0	0.0%	6	27.3%	3	13.6%	
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
保険者	合計	21	50.0	3	14.3%	4	19.0%	0	0.0%	3	14.3%	1	4.8%	2	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	1	4.8%	
	40-64	13	44.8	2	15.4%	2	15.4%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	
	65-74	8	61.5	1	12.5%	2	25.0%	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	

5) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

受診勧奨レベルの者に対して、高血圧と高脂血症については治療無しの者が存在している。しかし、母数が少なく5名以下と少数であるので、介護度やその他疾患との複合の有無を把握していないこのデータでは、問題となる対象者が未治療で残存しているかどうか不明である。

図表 18



6) 未受診者の把握

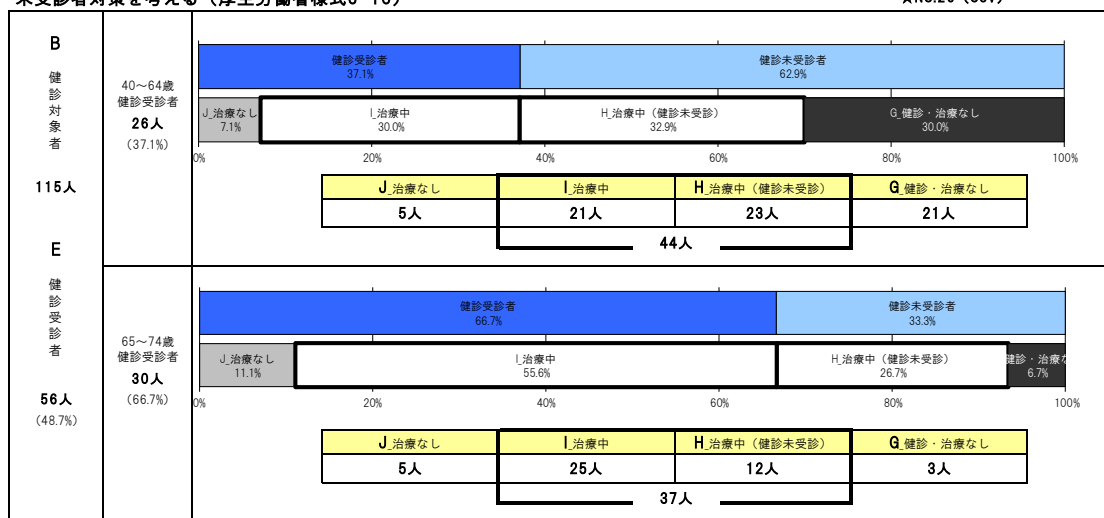
図表 19 から、40 から 64 歳の未受診者が多いが、総健診対象者が 115 名と少数であるので、全数に対するアプローチが可能であると考えられる。治療中のため健診未受診である方もいるが、健診も治療も未受診の方も少数であるが存在する。この層への支援方法を検討し、健診受診へと繋げる必要がある。

健診受診者の医療費に対して、健診未受診者の医療費は何倍も高額になっている。だが、健診未受診者の中には治療中のかたが存在しているので、一概に「健診を受けていないから重症化して高額な医療費がかかっている」と明らかにすることは出来ない。疾患を治療中のため病院でフォローされており健診の必要性を感じない方がいると考えられ、その方々は疾患を指摘されるまでは健診を適切に受診していた可能性がある。病気を指摘されたから治療費が多くかかるのか、指摘されずに悪化させてしまって治療費が多くかかるのかはこの表から判断することは出来ない。

図表 19

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

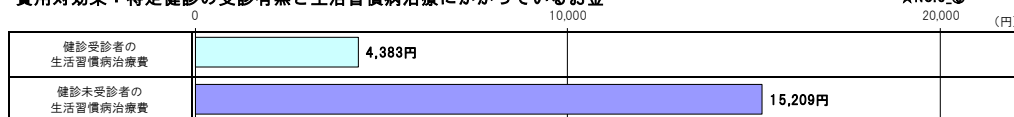
★NO.26 (GSV)



○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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



4. 目標の設定

1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報からでは北大東村の現状を明らかに出来ているとは言い難い。統計的処理を行っておらず、割合や実数の変化を眺めているのに過ぎないためである。しかし、統計的に処理を行うには母数が少なく、実態を明らかにすることは困難であるとする。不完全なデータであるということを踏まえて、北大東村における傾向として今後の保健事業の参考とする。

実施する事業は以下の通り。

- 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症に精神障害（認知症含む）も追加し、4疾患として総来的な発生を抑制することを目標とする。具体的な評価基準は総件数であり、【虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症と精神障害の総件数の維持・改善】を具体的目標として掲げる。

2) 短期的な目標の設定

中長期的な目標の設定と同じく、これらのデータからでは実態を真に明らかにしているかどうか判断することができない。しかし、北大東村における傾向として捉え、保健事業の参考とする。血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果について改善することを目標とするが、北大東村の母数からこの目標のためにはデータ上で改善しているかどうかを判断することが困難である。したがって、改善を目標とした健診受診率の向上や保健指導受診率の向上を目標とする。

実施する事業は以下の通り。

- 【健診未受診者かつ医療機関未受診者を標的として、どちらも受診していない40歳以上の被保険者の減少】を目標とする。
- 【健診結果説明を面談で実施する被保険者の維持・増加】を目標とする。
- 【特定保健指導対象者の完了率の維持・増加】を目標とする。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 第3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、第3期特定健診・特定保健指導に関する実施計画を定めるものとされている。なお、第1期および第2期は5年を1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踏まえ、第3期(平成30年以降)からは6年1期として策定する。

2. 目標値の設定

目標値は図表20のように設定する。

図表20

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	60%	62%	64%	66%	68%	70%
特定保健指導実施率	90%	92%	94%	96%	98%	100%

2. 目標の設定

【図表20】

3. 対象者の見込み

見込みは参考ではあるが図表21のように設定する。

図表21 対象者の見込み

		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	100人	100人	100人	100人	100人	100人
	受診者数	60人	62人	64人	66人	68人	70人
特定保健指導	対象者数	10人	10人	10人	10人	10人	10人
	受診者数	9人	9人	9人	9人	9人	10人

3. 対象者の見込み

【図表21】

4. 特定健診、特定保健指導計画

1) 実施方法

沖縄県健康づくり財団に委託し、住民健診といった形集団健診を実施する。個別健診に関しては、国保連合会が集合契約を行う。

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律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高齢労働大臣の告示において定められている。

3) 検診実施機関リスト

特定健診実施期間リストは沖縄県国保連合会のホームページに記載する。

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 コレステロールは中性脂肪が400mg/dl 以上又は食後採血の場合は nonLDL 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

年に1回の開催のため、委託先である沖縄県健康づくり財団と協議して決定する。

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、沖縄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・実施スケジュール

図表 22 に準じて健診の周知とその後の保健指導を実施する。

図表 22

行程 項目	平成30年度											
	7月			8月			9月			10月		
	上	中	下	上	中	下	上	中	下	上	中	下
健診の案内	←		→									
健診の実施				←	→							
特定保健指導の実施							←	→				
健診結果説明会の実施										←	→	

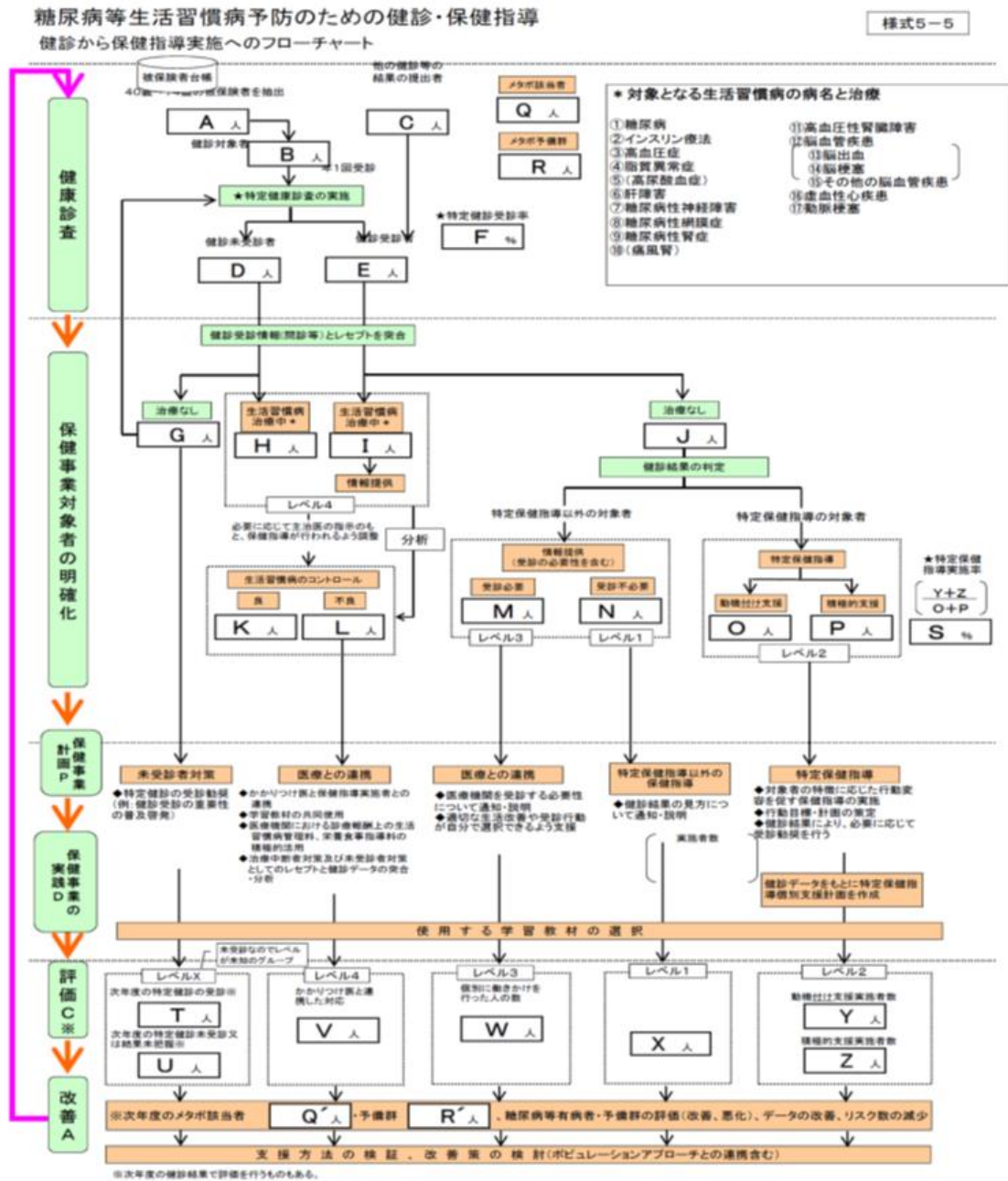
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導については沖縄県健康づくり財団に依頼して実施する。

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表23



- 2) 要保健指導対象者飲み込み、選定と優先順位・支援方法
図表 24 に準じる。

図表 24

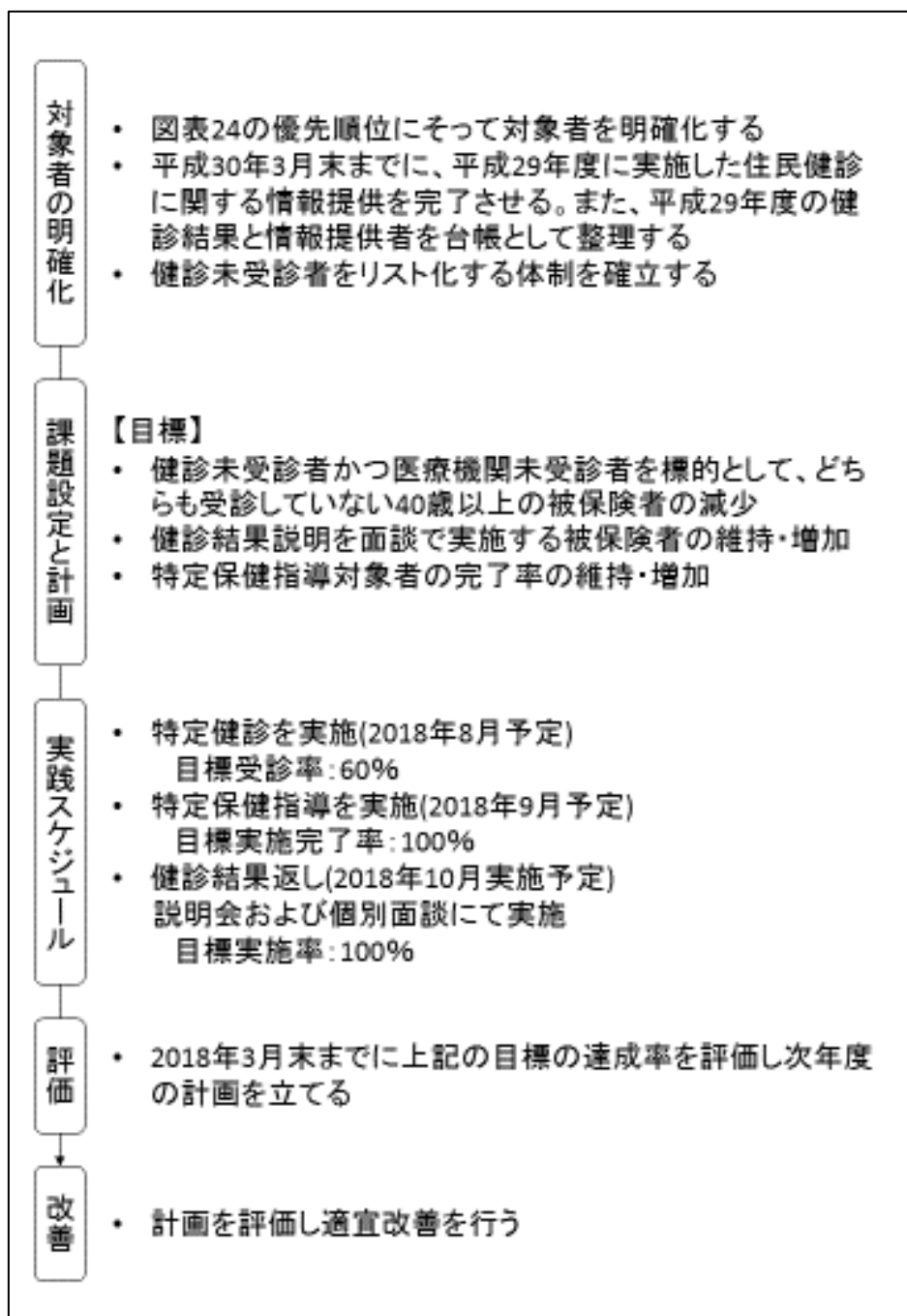
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者見込み数	目標実施率
1	0, P	特定保健指導 0: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	11 人	90%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知説明 ◆適切な生活改善や受診行動を自分で選択できるよう支援	3 人	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 個別面談や電話をして受診を呼びかける、特に治療なし群(G 群)については積極的な勧奨実施する。	50 人	70%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	17 人	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者の連携 ◆治療中断者対策および未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合	25 人	100%

M, N, I 群への情報提供には健診結果説明会を活用し、0, P 群には個別の特定保健指導を実施。
D 群には個別面談及び電話連絡にて受診勧奨をする。

3) 生活習病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

図表 25 に準じて計画を実施する。

図表 25



6. 個人情報の取り扱い

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

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、保健センターに見本を設置することにより公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

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

H29年度北大東村糖尿病重症化予防プログラムに準じて計画策定を行う

2. 重症化予防への取組

1) 糖尿病腎症重症化予防の取組

(1) 基本的な考え方

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者や治療中断者について、適切な対応を行うことで治療に結びつける。糖尿病性腎症などで通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行う。(参考: 図表 26)

(2) 対象者の明確化

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者と治療中断者
- ② 糖尿病性腎症で通院する患者のうち特に重症化リスクの高い者

(3) 対象者の抽出基準 参考: 図表 27

- ①. 健診を受診した者のうち、医療機関未受診者および糖尿病治療中断者
 - (ア) 空腹時血糖: 126mg/dl 以上
 - (イ) HbA1c: 6.5%以上
 - (ウ) 過去に糖尿病治療歴がある者で、直近1年間において糖尿病受療歴がない者。

(留意点)

上記(ア)、(イ)を満たす者のうち以下の結果値を示す者には強めの受診勧奨を行う。

a) 尿蛋白(1+)以上の者

b) eGFRが70歳未満の場合60未満、70歳以上の場合50未満の者

(ウ)を満たす者は強めの受診勧奨を行う。

②. 通院患者

(ア) 糖尿病性腎症で通院している患者

a) 糖尿病性腎症の病期が2, 3, 4期と思われる者

b) 糖尿病治療中で、尿蛋白(1+)以上の者

c) 糖尿病治療中で、eGFRが70歳未満の場合60未満、70歳以上の場合50未満の者

d) 糖尿病治療中で、eGFRが5/年で低下している者

e) 糖尿病治療中で、家族に透析導入患者のいる者

(留意点)

除外基準

(a) がん等で終末期にある者

(b) 認知機能に障害のある者

(c) かかりつけ医が除外することが望ましいと判断した者

(イ) 糖尿病患者のうち、糖尿病性腎症を発症して良いない者

a) メタボリックシンドローム該当者

b) I度高血圧(140/90mmHg) 該当者

c) 脂質異常該当者

d) 高尿酸血症(7.1mg/dl) 該当者

e) 糖尿病の家族歴のある者

f) 生活習慣の改善が難しい者

(留意点)

後期高齢者については年齢層を考慮し、重症化予防の指導が望ましいと専門職(保健師など)が判断した場合のみ介入を行う。

図表 26

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

図表 27

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	

(4) 保健指導の実施

保健指導は個別性を尊重し、保険者の判断で実施する。かかりつけ医（北大東診療所など）と以下の方法で必要な連携をした上で保健指導を実施する。

a) かかりつけ医から包括的に了解を得る

保険者は、本プログラム内容について、事前にかかりつけ医に説明し包括的了解を得たのちに保健指導実施する。保健指導の実施の有無や内容について糖尿病連携手帳やケア会議等でかかりつけ医に情報を提供する。

b) 保健指導対象者ごとに、個別にかかりつけ医の了承を得る。

保険者は保健指導対象者ごとに、かかりつけ医との連携の上で保健指導を実施する。

(5) 保険者・かかりつけ医・専門医との連携

- ①. 保険者は、かかりつけ医等との連携について、関係機関と協議し推進体制を構築する。
- ②. 保険者は、最大限可能な限り関係機関と情報共有を行う。
- ③. 保険者は、保健指導の終了後もできる限り、継続的な治療や支援に繋げる。

(6) プログラムの評価

ストラクチャー（構造）：糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じた構造を設け、平成 29 年度事業を実施し、アウトカムの評価に基づいて次年度の構造を年度末に再検討する。

プロセス（過程）：保健指導を行う際の情報収集やアセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段について保健指導者の会議を持ち、実施の振り返りを行い評価する。

アウトプット（事業実施量）：保健指導対象者の指導同意率、保健指導の実施率、
受診勧奨対象者の受診率を評価指標とする。

アウトカム（結果）：糖尿病に関する検査データ、腎症に関連した腎臓の検査データ等について評価指標とする。具体的項目は以下。

- (1) 新規人工透析導入患者数の推移
- (2) 人工透析にかかる医療費の推移
- (3) 健診受診者の糖尿病性腎症の進行に係るリスク管理状況の改善
- (4) CKD 重症度推移の検証、蛋白尿の改善率、eGFR の低下抑制等
- (5) 医療機関未受診者の割合
- (6) 治療中断者の割合減少

(7) 円滑な実施に向けて

平成 29 年度の住民健診は 12 月初旬に実施、住民健診の結果を持って運用を開始する。運用後事業の取組を評価し、より効果的になるよう適宜事業を展開していく。次年度以降適宜見直しを行う。

2) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

(2) 対象者の明確化

①. 対象者選定基準の考え方

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

②. 重症化予防対象者の抽出

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。

異常所見ありのかた全数について面談し、保健指導を行う。

心電図検査以外からの把握

健診の受診項目について、心疾患の既往がある場合治療歴や現在の受診状況を確認し、保健指導を実施する。

(3) 保健指導の実施

①. 受診検証及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 32 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。

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 32 虚血性心疾患に関する症状

虚血性心疾患に関する症状

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

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

②. 対象者の管理

個人台帳にて管理を行う。

(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。

(5) 評価

虚血性心疾患の評価は中長期的な目標の項目にて評価する

(6) 実施機関及びスケジュール

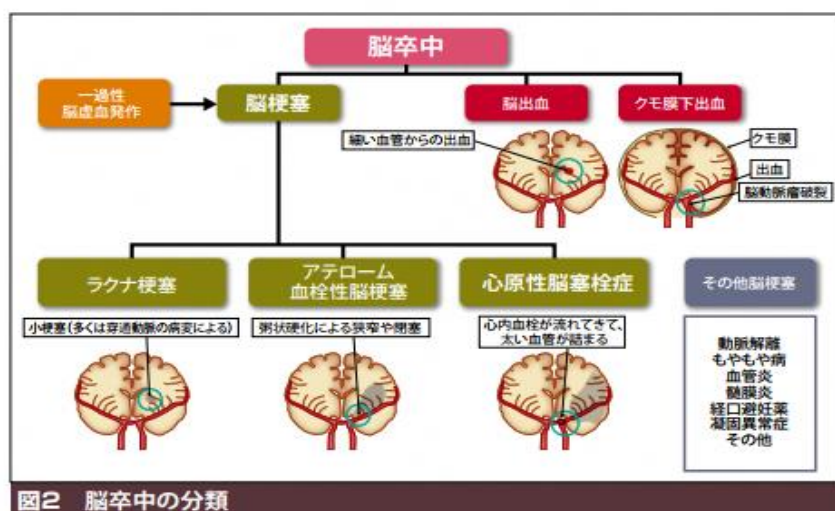
平成29年度の住民健診は12月初旬に実施、住民健診の結果を持って運用を開始する。運用後事業の取組を評価し、より効果的になるよう適宜事業を展開していく。次年度以降適宜見直しを行う。

3) 脳血管疾患

(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。(参考：図表 34、35)

図表 34 脳卒中分類



図表 35 脳血管疾患とリスク因子

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

重症化予防対象者の抽出

図表 35 より、脳梗塞・脳出血ともに高血圧が重要なリスク因子である。健診において高血圧を指摘されている方について保健指導を行い、未治療者には受診勧奨を行う。治療中だがコントロール不良な方へは、医療機関と連携した保健指導を行う。

(3) 保健指導の実施

①. 受診勧奨及び保健指導

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

②. 対象者の管理

高血圧者や心房細動の管理台帳は個人台帳によって管理する。

(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う。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。

(5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(6) 評価

虚血性心疾患の評価は中長期的な目標の項目にて評価する

(7) 実施機関及びスケジュール

平成 29 年度の住民健診は 12 月初旬に実施、住民健診の結果を持って運用を開始する。運用後事業の取組を評価し、より効果的になるよう適宜事業を展開していく。次年度以降適宜見直しを行う。

3. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について周知する。周知方法には北大東村健康づくり推進協議会やチラシ配布などの保健事業を活用する。

第5章 地域包括ケアに係る取組

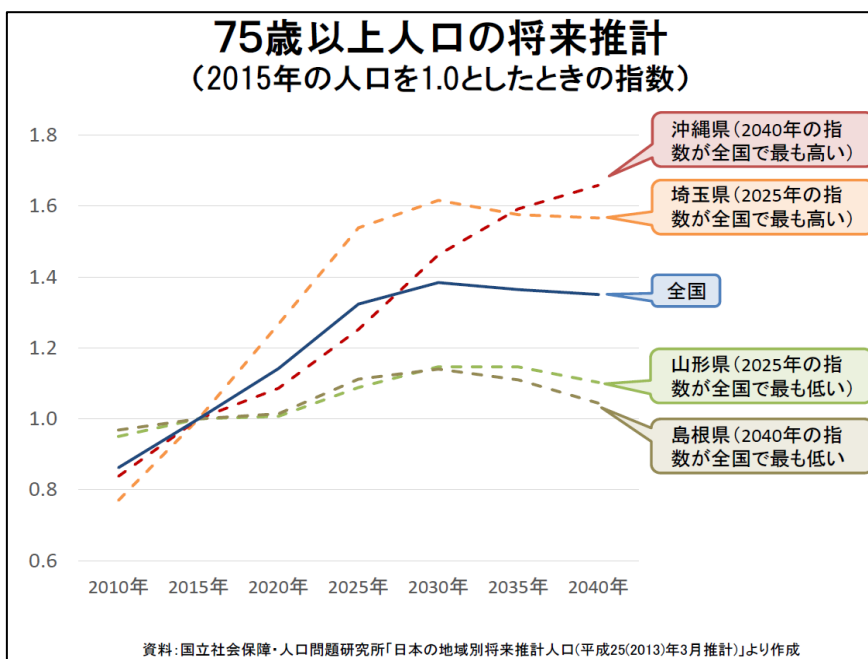
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

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

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

図表42 75歳以上の人口の将来推計



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<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)

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。北大東村は住民の母数が少なく、割合の変化では全体の改善が評価しづらいため、個人台帳にて情報を管理し評価する。重症化予防の事業実施状況については、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。

3. データヘルス計画の目標管理一覧

目標の進捗状況は図表43を用いて行う。

図表 43 目標達成率

目標	初期値		中間評価				最終評価		数値の取得方法
	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	
中長期	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症と精神障害の総件数の維持・改善	虚血性心疾患	2名						KDB_CSV2次加工ツール/様式6-1/4②既往歴
		脳血管疾患	2名						KDB_CSV2次加工ツール/様式6-1/4②既往歴
		糖尿病性腎症	4名						②_1_集計ツール/DM腎症(レセ×健診)
		精神疾患	15名						自立支援認定者数
短期	健診未受診者かつ医療機関未受診者のどちらにも受診していない40歳以上の被保険者の減少 特定健診受診率の維持増加 健診結果説明を面談で実施する被保険者の維持・増加 特定保健指導対象者の完了率の維持・増加	健診未受診者かつ医療機関未受診者のどちらにも受診していない	24名						KDB_CSV2次加工ツール/特徴の把握_5~8/6未受診者対策を考える(厚生労働省様式6-10)
		特定健診受診率の維持増加	48.7%						KDB_CSV2次加工ツール/様式6-1/5②既往歴
		健診結果説明を面談で実施する被保険者の維持・増加	59名						健診結果説明会参加者数+個別面談実施者数
		特定保健指導対象者の完了率の維持・増加	71.4%						KDB_CSV2次加工ツール/様式6-1/5③既往歴

第7章 計画の公表・周知、個人情報の取り扱い

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. 個人情報の取り扱い

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北大東村の現況

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

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 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

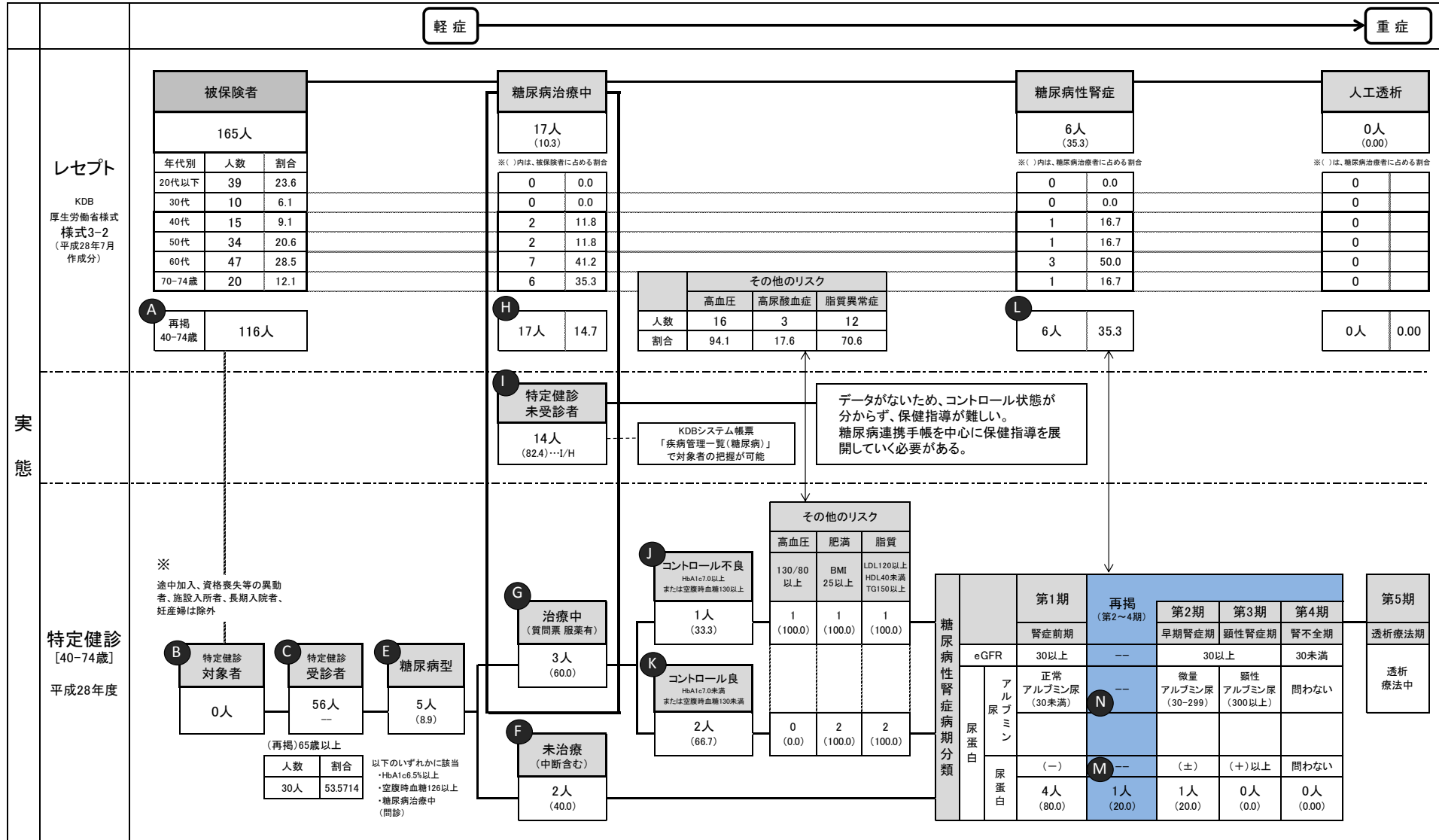
参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた北大東村の現況

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたA市の位置																								
項目			保険者(H25)		保険者(H28)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)											
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合												
1	①	人口構成	総人口	656		656		712,964		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題										
			65歳以上(高齢化率)	103	15.7	103	15.7	250,396	35.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2											
			75歳以上	41	6.3	41	6.3			119,934	8.7	13,989,864	11.2											
			65~74歳	62	9.5	62	9.5			119,552	8.7	15,030,902	12.0											
			40~64歳	314	47.9	314	47.9			448,207	32.6	42,411,922	34.0											
	39歳以下	239	36.4	239	36.4			685,883	49.9	53,420,287	42.8													
	②	産業構成	第1次産業	14.6		14.6		22.7		5.4		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題										
			第2次産業	40.9		40.9		21.7		15.4		25.2												
			第3次産業	44.5		44.5		55.6		79.2		70.6												
	③	平均寿命	男性	79.3		79.3		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握										
			女性	87.0		87.0		86.5		87.0		86.4												
	④	健康寿命	男性	64.6		64.6		65.1		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握										
女性			66.9		66.6		66.7		66.5		66.8													
2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	95.7		81.6		102.6		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握										
			男性	82.4		45.9		98.2		87.5		100												
			女性	0		0.0		2,874		44.3		2,965			48.0									
			がん	0		0.0		1,917		29.6		1,600			25.9									
			心臓病	0		0.0		1,158		17.9		893			14.5									
			脳疾患	0		0.0		1		25.0		115			1.8									
			糖尿病	0		0.0		0		0.0		231			3.6									
	②	早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	1		0								厚労省HP 人口動態調査										
			男性	1		0																		
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	11		10.4		17		13.8		49,966		20.0		54,602		22.9		5,885,270		21.2	
				新規認定者	0		0.2		0		0.7		781		0.3		122		0.3		105,636		0.3	
				2号認定者	0		0.0		0		0.0		856		0.4		2,288		0.5		151,813		0.4	
②		有病状況	糖尿病	2		21.7		5		19.9		10,599		20.4		10,612		18.3		1,350,152		22.1		
			高血圧症	5		65.1		12		52.0		28,380		55.1		27,224		47.1		3,101,200		50.9		
			脂質異常症	1		18.6		9		41.5		14,058		27.1		14,881		25.6		1,741,866		28.4		
			心臓病	5		68.2		12		56.1		31,946		62.2		30,191		52.3		3,529,682		58.0		
			脳疾患	3		48.1		6		32.2		13,362		26.3		15,052		26.1		1,538,683		25.5		
			がん	1		15.5		1		8.2		4,857		9.3		4,558		7.8		631,950		10.3		
			筋・骨格	5		65.1		12		59.6		28,320		55.1		27,292		47.3		3,067,196		50.3		
精神		1		20.2		9		32.7		19,128		37.0		19,275		33.0		2,154,214		35.2				
③		介護給付費	1件当たり給付費(全体)	82,468		114,666		73,752		71,386		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握										
	居宅サービス		53,982		52,452		39,649		52,569		39,662													
④	医療費等	施設サービス	261,300		284,873		273,932		282,196		281,186													
		要介護認定別医療費(40歳以上)	8,351		11,314		8,522		9,703		7,980													
4	①	国保の状況	被保険者数	147		155		198,805		444,291		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況										
			65~74歳	36		24.5		43		27.7		103,448			23.3									
			40~64歳	74		50.3		67		43.2		168,937			38.0									
			39歳以下	37		25.2		45		29.0		171,906			38.7									
	加入率			22.4		23.6		28.1		32.3		26.9												
	②	医療の概況(人口千対)	病院数	0		0.0		47		0.2		94		0.2										
			診療所数	1		6.8		1		6.5		621		3.1										
			病床数	0		0.0		0		0.0		3,963		19.9										
			医師数	1		6.8		1		6.5		541		2.7										
			外来患者数	578.8		578.1		652.3		507.9		668.1												
			入院患者数	17.6		16.3		23.7		20.0		18.2												
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	14,459		15,812		26,817		22,111		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			596,471		594,424		676,037		527,86		686,286													
外来費用の割合			58.3		58.8		55.3		52.4		60.1													
入院費用の割合			97.0		97.3		96.5		96.2		97.4													
1件あたり在院日数			11.0日		8.0日		16.3日		17.1日		15.6日													
がん			1,733,660		12.8		1,223,930		8.7		24.2		17.3											
慢性腎不全(透析あり)			0		0.0		0		0.0		7.9		16.0											
④	最大医療資源傷病名(調割合含む)	糖尿病	1,122,240		8.3		1,155,060		8.2		10.1		7.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題									
		高血圧症	2,646,370		19.6		2,275,170		16.2		9.4		6.3											
		精神	4,057,750		30.0		1,767,320		12.6		18.6		28.0											
		筋・骨格	1,198,990		8.9		1,702,410		12.1		16.4		13.1											

項目	保険者(H25)		保険者(H28)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)								
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合									
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	541,310	30位 (9)	523,920	35位 (10)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域							
				高血圧	383,278	41位 (12)	398,222	42位 (8)											
				脂質異常症	529,700	30位 (12)	359,838	41位 (7)											
				脳血管疾患	361,468	41位 (8)	594,273	32位 (15)											
		心疾患	0	42位 ()	603,512	29位 (11)													
		腎不全	0	42位 ()	598,443	37位 (17)													
		精神	375,762	38位 (17)	580,736	3位 (14)													
		悪性新生物	516,250	39位 (8)	135,980	42位 (3)													
	県内順位	外来	糖尿病	17,605	42位	23,422	37位												
			高血圧	13,882	42位	17,553	38位												
			脂質異常症	15,351	42位	21,113	38位												
			脳血管疾患	17,382	40位	24,721	37位												
	入院の()内 は入院日数	外来	心疾患	18,991	41位	26,507	37位												
			腎不全	43,655	39位	17,965	40位												
精神			18,790	38位	26,862	32位													
悪性新生物			23,324	42位	30,700	39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	5,066		1,599		3,151	1,919	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域								
			健診未受診者	4,142		5,550		12,337	10,954	12,339									
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,858		4,383		8,737	6,836	6,742									
			健診未受診者	10,514		15,209		34,206	39,024	35,459									
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	39	66.1	29	51.8	37,189	56.9	54,166	55.9	4,427,360	56.1							
		医療機関受診率	33	55.9	28	50.0	33,746	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5							
		医療機関非受診率	6	10.2	1	1.8	3,443	5.3	4,230	4.4	357,742	4.5							
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	①	健診受診者	59		56		65,384	96,836	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							
				②	受診率	58.4	県内3位 同規模50位	48.7	県内9位 同規模127位	46.4	37.5		全国25位	36.4					
			③	特定保健指導終了者(実施率)	5	45.5	10	71.4	3904	45.4	7,845		50.6	198,683	21.1				
			④	非肥満高血糖	3	5.1	1	1.8	6,352	9.7	6,227		6.4	737,886	9.3				
			⑤	メタボ	該当者	15	25.4	17	30.4	12,200	18.7		21,916	22.6	1,365,855	17.3			
					男性	9	28.1	15	42.9	8,464	27.7		15,055	32.9	940,335	27.5			
					女性	6	22.2	2	9.5	3,736	10.7		6,861	13.4	425,520	9.5			
					予備群	11	18.6	11	19.6	7,622	11.7		14,505	15.0	847,733	10.7			
			⑥	メタボ	男性	8	25.0	7	20.0	5,264	17.2		9,655	21.1	588,308	17.2			
					女性	3	11.1	4	19.0	2,358	6.8		4,850	9.5	259,425	5.8			
			⑦	メタボ該当 予備群 レベル	⑧	腹囲	総数	33	55.9	33	58.9		22,315	34.1	41,588	42.9	2,490,581	31.5	
							男性	20	62.5	24	68.6		15,455	50.5	27,902	60.9	1,714,251	50.2	
						女性	13	48.1	9	42.9	6,860		19.7	13,686	26.8	776,330	17.3		
						⑨	BMI	総数	3	5.1	5		8.9	4,378	6.7	6,193	6.4	372,685	4.7
								男性	0	0.0	0		0.0	814	2.7	901	2.0	59,615	1.7
								女性	3	11.1	5		23.8	3,564	10.2	5,292	10.4	313,070	7.0
								血糖のみ	1	1.7	0		0.0	530	0.8	913	0.9	52,296	0.7
								血圧のみ	8	13.6	8		14.3	5,287	8.1	10,137	10.5	587,214	7.4
						⑩	予備群 レベル	脂質のみ	2	3.4	3		5.4	1,805	2.8	3,455	3.6	208,214	2.6
血糖・血圧	2	3.4						1	1.8	2,183	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7				
血糖・脂質	1	1.7						1	1.8	681	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9				
血圧・脂質	9	15.3						9	16.1	5,537	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4				
血糖・血圧・脂質	3	5.1						6	10.7	3,799	5.8	6,804	7.0	415,310	5.3				
6	生活習慣の 状況	⑬				服薬	高血圧	21	35.6	24	42.9	23,752	36.3	35,736	36.9	2,650,283	33.6		
							糖尿病	3	5.1	3	5.4	5,883	9.0	8,886	9.2	589,711	7.5		
							脂質異常症	10	16.9	9	16.1	14,929	22.8	19,747	20.4	1,861,221	23.6		
						⑭	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	2	3.7	2	4.2	1,997	3.2	2,781	3.2	246,252	3.3	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	2	3.7			2	4.2	3,427	5.5	3,985	4.5	417,378	5.5				
			腎不全	0	0.0			0	0.0	373	0.6	477	0.5	39,184	0.5				
			貧血	0	0.0			0	0.0	5,122	8.4	5,051	6.2	761,573	10.2				
			⑮	喫煙	週3回以上朝食を抜く	1	14.3	3	33.3	4,442	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7				
					週3回以上食後間食	0	0.0	1	11.1	7,977	13.9	9,397	16.7	803,966	11.9				
					週3回以上就寝前夕食	0	0.0	2	22.2	9,245	16.1	13,503	23.9	1,054,516	15.5				
					食べる速度が速い	4	57.1	4	44.4	16,109	28.0	17,001	31.4	1,755,597	26.0				
					20歳時体重から10kg以上増加	3	42.9	5	55.6	19,703	34.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1				
					1回30分以上運動習慣なし	4	57.1	7	70.0	39,568	67.9	32,954	57.5	4,026,105	58.8				
					1日1時間以上運動なし	4	57.1	2	22.2	28,954	50.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0				
睡眠不足	3	42.9			5	55.6	13,994	24.2	16,386	30.1	1,698,104	25.1							
毎日飲酒	7	29.2			8	29.6	16,174	26.7	14,259	22.1	1,886,293	25.6							
時々飲酒	12	50.0			15	55.6	13,654	22.6	18,519	28.7	1,628,466	22.1							
⑯	一日 飲酒 量	1合未満			5	20.8	9	26.5	23,418	57.0	22,185	50.1	3,333,836	64.0					
		1~2合	13	54.2	12	35.3	11,323	27.6	12,695	28.7	1,245,341	23.9							
		2~3合	3	12.5	8	23.5	4,591	11.2	5,994	13.5	486,491	9.3							
		3合以上	3	12.5	5	14.7	1,750	4.3	3,385	7.6	142,733	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突合

都道府県名	沖縄県	市町村名	北大東村	同規模区分
-------	-----	------	------	-------



参考資料3 糖尿病管理台帳

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

※個人情報のため白紙で記載

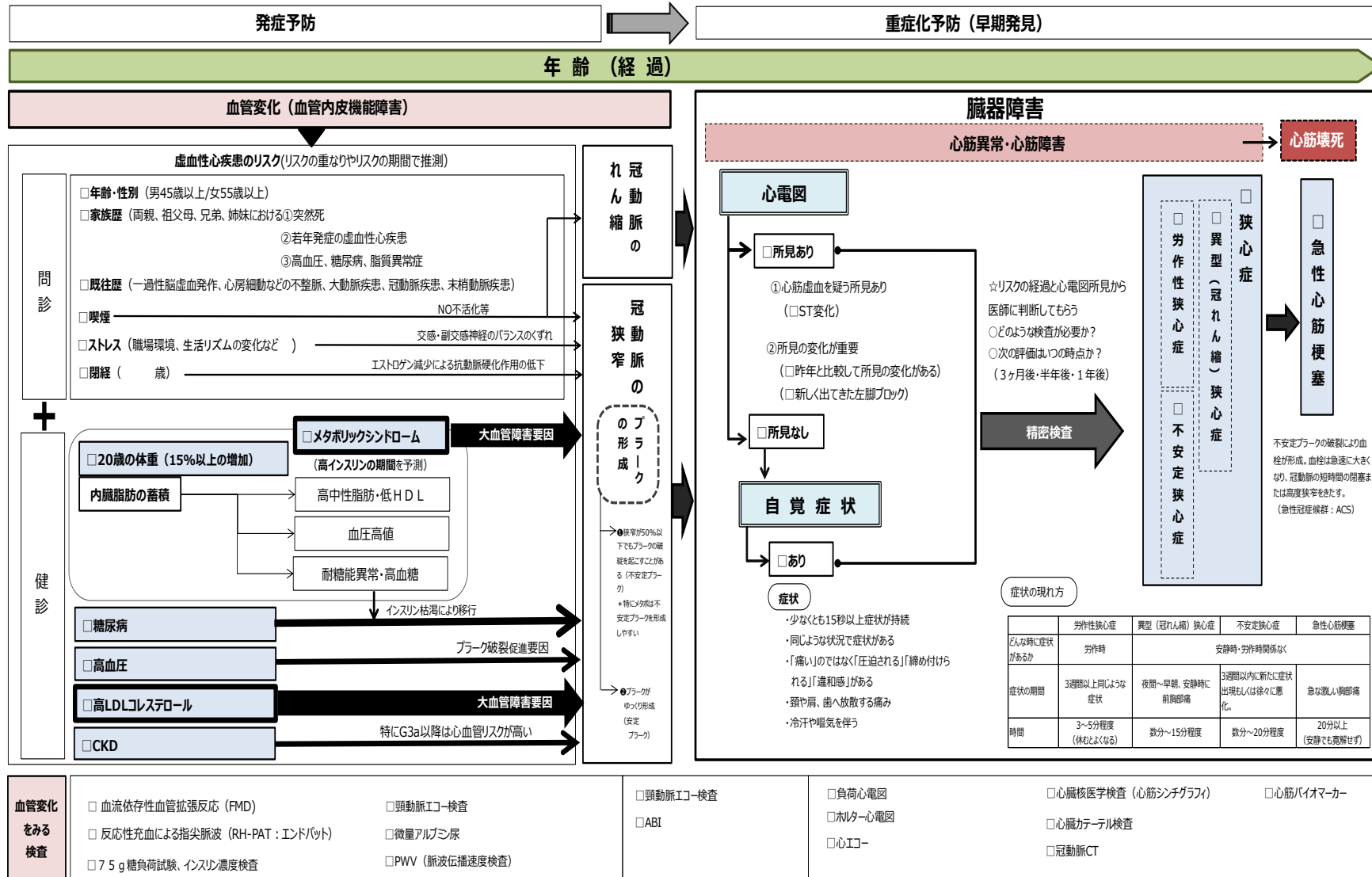
参考資料4 糖尿病管理台帳からの年次計画

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	対象者把握		地区担当が実施すること												
	<p>糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人</p> <p>④健診未受診者 ()人</p> <table border="1"> <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> <p>①-1 未治療者(中断者含む) ()人</p> <p>*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</p>		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	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険</p> <p>○医療保険移動の確認 ○健診データを本人から</p> <p>○死亡はその原因 ○レセプトの確認協力</p> <p>2.レセプトの確認</p> <p>○治療の確認 ●合併症</p> <p>○直近の治療の有無の確認 ●脳・心疾患-手術</p> <p>●人工透析</p> <p>●がん</p> <p>3.会いに行く</p> <p>○医療受診勧奨の保健指導</p> <p>○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>4.結果から動く</p> <p>○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認</p> <p>○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継続</p> <p>○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>
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														
保健指導の優先づけ	⑤結果把握 ()人														
	<p>①HbA1cが悪化している ()人</p> <p>②HbA1c7.0以上で前年度より悪化している ()人</p> <p>*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②尿蛋白 (-) ()人</p> <p>(±) ()人</p> <p>(+) ~顕性腎症 ()人</p> <p>③eGFR値の変化</p> <p>1年で25%以上低下 ()人</p> <p>1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人</p>														

参考資料 5 様式 6-1 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		データ元	
			H28年度		H29年度		H30年度		実数	割合		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 被保険者数	A	92,018人							KDB厚生労働省様式 様式3-2		
	(再掲)40才-74歳		57,492人									
2	① 特定健診	B	57,492人							あなみツール ②1 集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))		
	② 健診対象者数	C	19,424人									
	③ 健診受診率		33.8%									
3	① 特定保健指導									市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書		
	② 保健指導対象者数		2,816人									
	② 実施率		47.9%									
	健診データ											
4	① 糖尿病型	E	2,434人	12.50%	人	%	人	%	人	%	特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	925人	38.0%	人	%	人	%	人	%		
	③ 治療中(質問票 服薬有)	G	1,509人	62.0%	人	%	人	%	人	%		
	④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	879人	58.3%	人	%	人	%	人	%		
			⑤ 血圧 130/80以上	503人	57.2%	人	%	人	%	人		%
			⑥ 肥満 BMI25.0以上	517人	58.8%	人	%	人	%	人		%
	⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	632人	41.9%	人	%	人	%	人	%		
	⑧ 糖尿病病期分類	M	⑨ 尿蛋白(-) 第1期	1,660人	68.2%	人	%	人	%	人		%
			⑩ (±) 第2期	373人	15.3%	人	%	人	%	人		%
			⑪ (+)以上 第3期	375人	15.4%	人	%	人	%	人		%
			⑫ eGFR(30未満) 第4期	28人	1.2%	人	%	人	%	人		%
5	① レセプト										KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	② 糖尿病受療率(人口10万人対)		人	%	人	%	人	%	人	%		
	③ 入院外		人	%	人	%	人	%	人	%		
	④ 入院		人	%	人	%	人	%	人	%		
	⑤ 糖尿病治療中	H	6,209人	6.7%	人	%	人	%	人	%		
	⑥ (再掲)40才-74才		6,071人	10.6%	人	%	人	%	人	%		
	⑦ 健診未受診者	I	4,562人	75.1%	人	%	人	%	人	%		
	⑧ 糖尿病性腎症	L	560人	9.0%	人	%	人	%	人	%		
	⑨ (再掲)40才-74才		553人	9.1%	人	%	人	%	人	%		
	⑩ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		215人	3.5%	人	%	人	%	人	%		
	⑪ (再掲)40才-74才		213人	3.5%	人	%	人	%	人	%		
	⑫ 新規透析患者数		人	%	人	%	人	%	人	%		
	⑬ (再掲)糖尿病性腎症											
⑭ 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		170人	2.3%									
6	① 医療費	総医療費	a	257.4億円	億円	億円	億円	億円	億円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題 同規模保険者比較		
	② 生活習慣病総医療費	b	144.7億円	円	円	円	円	円				
	③ (総医療費に占める割合)	b/a	56.2%									
	④ 生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者		5,925円								
		健診未受診者		38,754円	円	円	円	円				
	⑤ 糖尿病医療費	c	8.9億円	円	円	円	円					
	⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	6.2%	%	%	%	%					
	⑦ 糖尿病入院外総医療費		34.6億円	円	円	円	円					
	⑧ 1件当たり		41,908円	円	円	円	円					
	⑨ 糖尿病入院総医療費		25.1億円	円	円	円	円					
	⑩ 1件当たり		632,202円	円	円	円	円					
	⑪ 在院日数		18日	日	日	日	日					
	⑫ 慢性腎不全医療費		透析有り	23.6億円	円	円	円	円				
			透析なし	0.98億円	円	円	円	円				
7	① 介護	介護給付費		217億円	円	円	円	円	KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状 況			
	② (再掲)2号認定者の有所見											
8	① 死亡	死因別死亡者数						人	KDB 地域の全体像の把握			
		糖尿病	28人	2.1%	人	人	人					

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



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

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「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」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			⑥ 発症予防対象者	
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。				
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
④ メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	<input type="checkbox"/> AST	～30	31～50	51～		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～		
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～		
	拡張期	～84	85～89	90～		
<input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膏・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1～				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

参考資料 8 血圧評価表

血圧評価表																				
番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	難診データ														
	記号	番号				過去6年間のうち直近					血圧									
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28
診察日	収縮期血圧	拡張期血圧	診察日	収縮期血圧	拡張期血圧	診察日	収縮期血圧	拡張期血圧	診察日	収縮期血圧	拡張期血圧	診察日	収縮期血圧	拡張期血圧	診察日	収縮期血圧	拡張期血圧			

※個人情報のため白紙で記載

参考資料 9 心房細動管理台帳

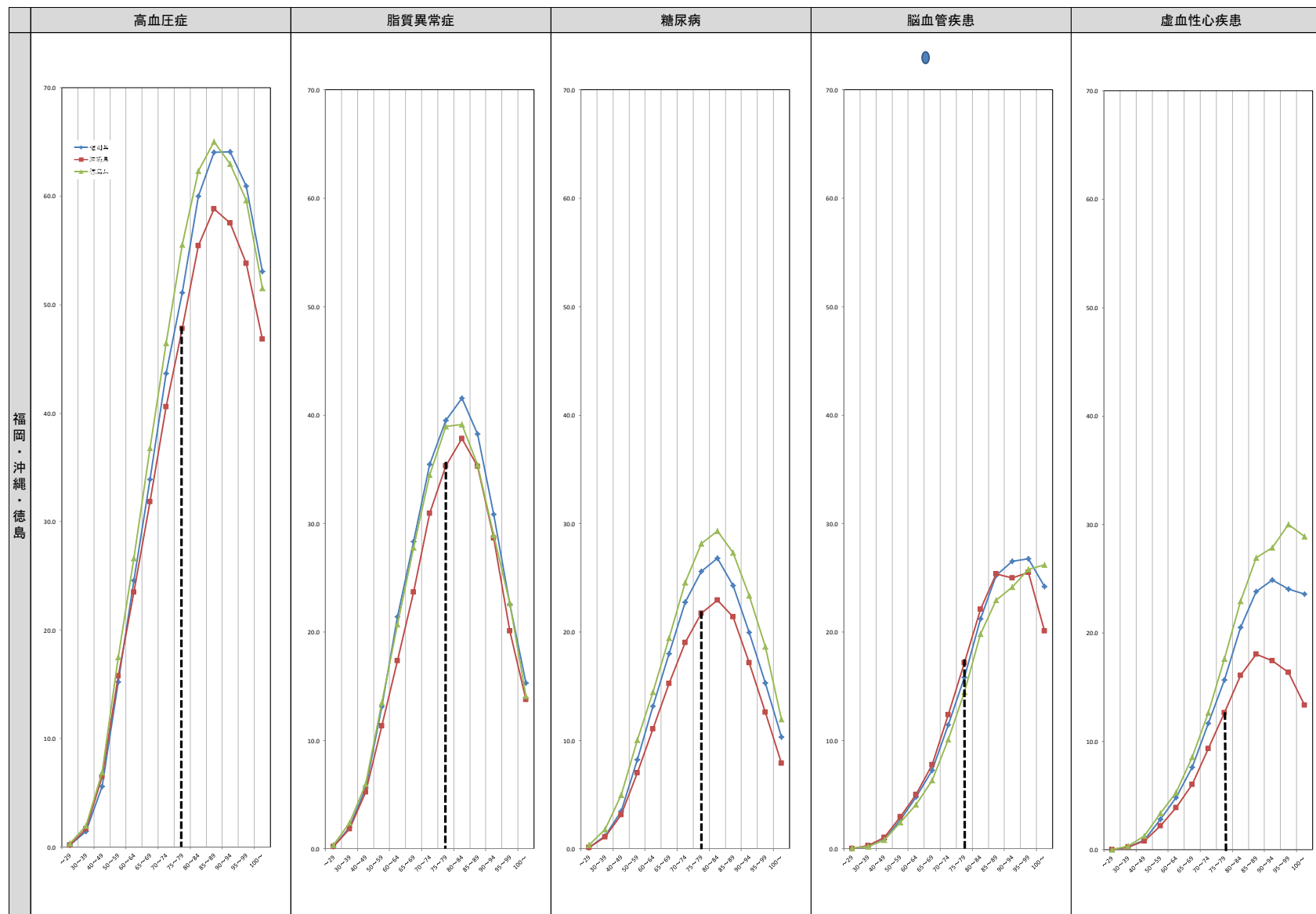
心房細動管理台帳																							
番号	登録年度番号	基本情報				治療の状況			難診症の有無		毎年検診すること												
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医師 機長名	心房細動 の病名	心房細動 診断日	難診症 病名	難診症 診断日	H26年度				H27年度				H28年度			
												診察日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	診察日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	診察日	心電図 判定

※個人情報のため白紙で記載

参考資料 10 生活習慣病有病状況

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成29年7月作成分)



平成29年度に向けての全体評価					様式 1
課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
目標 ○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD) ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。 ○医療費の伸びを抑える	未受診者対策 ○特定健診 ・保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続受診対策中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診、生活習慣病未治療者に対して受診勧奨訪問を行った。 ・未受診の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会で、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。 ↓ ・受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みではなかった。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に行うために、医療機関との協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・35歳健診の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み等ポピュレーションアプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要がある。ポピュレーション対象者を住民にすただけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。	未受診者対策 ○医療機関説明会実施状況 ○個々の医療機関へのアプローチ状況 ○未受診者訪問実施状況 ○ポピュレーション実施状況 ○早期介入保健指導実施状況	未受診者対策 ○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○地区担当制もとっているが、十分に機能していない。 ○行ったポピュレーション毎の結果(例えば地区毎の受診率等) ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況	○業務分担制(成人3担当) 未受診者対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている。両方の取り組みは切り離して考えられない。また、計画立案、評価実施しているが、3担当での共通認識が十分図れていない。 ○地区担当制もとっているが、十分に機能していない。 ○重症化予防対策を取り組んでいく上で、栄養士の役割は重要である。今後の栄養指導状況、対象者数等によって、栄養士の確保も検討が必要となる。 ○通常業務の時間帯では、アプローチしても会えない人がいる。不在票等活用しているが、そのままになった人で、さらに重症化してしまっている。業務時間の検討。 ○医師会との会議等の連携は進んでいる。個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区担当制の活用、ひとつひとつの事例を通して連携を積み重ねていくようにする。(いろんな医療機関との関わりを活用していく。)	全体 ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っている。 ○事業実施等ばらばらにならないように、成人3担当で話し合いをし、共通認識を図っていく。
未受診者対策 ◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(地区台帳の活用等) ◆医療機関の協力等による取り組み ○早期介入保健指導事業 ◆対象者の設定、評価方法等検討	重症化予防対策 ・重症化予防対象者として、今までは未治療者を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診後できるだけ早期に介入していくようにした。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。 ・保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に任せられていたり、共通認識十分図れていない現状がある。 ↓ ・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみていく必要がある。そのために、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながると思う。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。 ・若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防の必要な人がある。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについて(健診結果の悪い状態まま、悪化して国保へ加入してくる？働きなくなってから等・・・。医療費抑制等考えたり、市民ということを考えて・・・)の対策は必要。他保険者であっても、健診結果を持参し、保健指導を希望される方には実施していく。	重症化予防対策 ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(所内、訪問)実施状況 ○他保険者に対する保健指導実施状況	重症化予防対策 ○保健指導実施者の翌年の健診結果状況 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○経年評価(評価項目)集団、個別両方 ○健診結果の状況(各対象者毎の高値割合減少状況) ○重症化予防対象者数(3疾患治療なしの者)	重症化予防対策 ○対象者の検討。(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)	
医療とのつながり ◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となると、進んでいないのが現状。 ◆試験的事業の中で、個々の連携等について実証を通じて、検討していく。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。	医療とのつながり ・CKD連携様式の作成を行ったが、対象者の方が医療機関へ持参するという活用までには、なかなか至っていない。また、連携を考えた上で、医療機関と「顔の見える連携」となるのが難しい。さらに、一歩進めるために、対象者の方に同意を得られた場合にかりつけ医等に直接保健センターから連絡がとれるような流れを医師会と検討した。 ・医療機関連携のシステムを検討していく中で、委員の先生より提案があり、試験的事業として、何例か事例を通じて医療機関連携をしながら、重症化予防を実施してみることになった。今後、この取り組みが好事例として全体へと広がっていく。 ・未受診者対策も含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。	医療とのつながり ○CKD連携様式使用状況 ○個々の医療機関との連携状況 ○試験的事業の実施状況 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況	医療とのつながり ○CKD連携様式にすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○試験的事業の実施状況(対象者の検査値、受診行動、生活状況等) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等)	医療とのつながり ○試験的事業等個々の事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく。	

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		表 2																					
平成29年度 課題	評価(良くなったところ)																						
	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題																		
<p>目 標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質)</p> <p>○虚血性疾患・脳血管疾患・糖尿病発症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。</p>	<p>全 体</p> <p>○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>○成人3担当にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ ・がん検診医療機関説明会にて、特定健診の受診について協力依頼する。</p> <table border="1"> <tr> <th>回数</th> <th>医療機関数</th> </tr> <tr> <td>4回</td> <td>185</td> </tr> </table> <p>・個々の医療機関へ訪問。(90カ所)</p> <p>○未受診者訪問 ・前々年度保健指導実施者で前年度未受診者へ訪問 ・40、65、67歳未受診・未治療へ受診勧奨訪問を実施。 ・糖尿病管理台帳の3年間未受診・未治療者へ訪問。</p> <table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>アプローチ方法</th> <th>対象者数</th> </tr> <tr> <td>①</td> <td>訪問</td> <td>188人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>通知</td> <td>70人</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>電話</td> <td>未</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>訪問</td> <td>856人</td> </tr> </table> <p>○39歳健康診査 (H29.9.4 現在) ◆対象者選定し、個人通知。 ・39歳健診対象者468名に通知し、81名(17.3%)の申込みあり。 ◆受診結果により、保健指導実施。 ・81名申込者のうち、69名(85.2%)が受診し、保健指導65名に実施。</p>	回数	医療機関数	4回	185	対象者	アプローチ方法	対象者数	①	訪問	188人	②	通知	70人	③	電話	未	④	訪問	856人	<p>**未受診者対策**</p> <p>○特定健診受診率向上のために、既存事業を活用し、治療中で健康診査未受診者への受診をすすめてもらうために、医療機関説明会で協力依頼を行った。ちらしの配布依頼、ポスター掲示の協力はしてもらっていたが、医療機関より、少しでも声かけ等行っていただき、継続していく。来年度から健診の変更等もあるので、より機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、協力を得ていく必要がある。</p> <p>○40、65、67歳で全くの健診未受診で、生活習慣病で未治療者に対して、受診勧奨訪問を行った。職場等で健診を受診しているという方もおられ、その方達の健診結果を有効活用していかなければいけない。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのように保健指導していくと効果があるか検討が必要。</p> <p>○糖尿病管理台帳台帳から見えてきた重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。</p> <p>○前年度35歳健康診査の受診者へ事後フォローとして、簡易ではあるが健康チェックができる「20・30歳代の健康チェック」の案内通知を行い、参加状況にて評価実施する。参加者は少なかった。受診者の中には、特定健診の項目での必要性等どう伝えていくか等課題がある。</p> <p>○39歳健診と対象者を変更した。申し込み率等は年齢等変更してもあまり変わらない。若年層への健診の必要性等どう伝えていくか等課題がある。</p>	<p>**重症化予防対策**</p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わることができる。今年度は、3年間未健診・未受診者訪問を実施していくことからはじめた。今後、地区毎での課題も見えてくるので、それぞれの台帳活用を検討が必要となってくる。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p> <p>○今年度からの重症化予防の保健指導後評価も作成したので、これから実践していく。</p>
回数	医療機関数																						
4回	185																						
対象者	アプローチ方法	対象者数																					
①	訪問	188人																					
②	通知	70人																					
③	電話	未																					
④	訪問	856人																					
<p>全 体</p> <p>◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ◆成人3担当で評価、計画等共通認識を図る。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○取り組み ・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に増やし実施。 ・糖尿病管理台帳を活用し、3年間未健診・未治療者への受診勧奨訪問。 ・医療機関への働きかけとして ①がん検診医療機関説明会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 ②医療機関(90カ所)へ個別に訪問し、重症化予防、特定健康診査の受診勧奨の協力依頼を実施。 ・早期介入健診の対象年齢を39歳に変更。</p> <p>・未受診者訪問の対象者年齢を検討し、いかに受診してもらうようにしていくかが今後の課題。受診勧奨訪問を行うことで若干の受診率向上とはつながっている。</p> <p>・糖尿病管理台帳の活用を活用し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ・医療機関への個別訪問を実施し、少しずつだが、顔の見える関係づくりができるよう取り組みはじめた。今後も継続し、医療機関数も増加していきたいながら実施していくことが重要である。 ・39歳健診については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関との試験的的事业は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																				
<p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(地区台帳の活用等) ○医療機関の協力等による取り組み</p> <p>○早期介入保健指導事業 ◆対象者の選定、評価方法等検討</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆PDCAサイクルに基づき計画を立案し、年度当初に成人3担当にて共通認識を図った。(表1)(表2) ・対象者選定について検討し、評価指標について毎年毎で設定。また、それに合わせて保健指導内容も検討した。(表3) ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経年管理を行っていくようにした。 ・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチを行っていく。 ・栄養指導の強化として、糖尿病性腎症病期分類第3期以降の方に栄養指導を実施していく。 ・医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・医療機関へ個々に訪問。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関との試験的的事业は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																				
<p>重症化予防対策</p> <p>○35歳健康診査 ◆対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健診の必要性等理解が得られるようなアプローチが重要と考えられる。 ◆事業参加者の健診受診行動につながったかどうかの評価方法について検討する必要がある。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・年度当初に前年度からの課題等を共有し、今年度の計画を確認していくことで、人事異動があったり、担当が変更があったりしても、継続した取り組みとなる。 ・糖尿病管理台帳の活用し、整理していく中で、見えてくる対象者がある。一定の関わりについては決めているが、地区毎で優先順位を見ながら関わっていく。 ・栄養指導に関しては、今後検討していきながらすすめていく、継続していくことが重要と感じた。 ・医療連携の個別訪問に関しては、少しずつですがすすめていき、継続していくことが重要と感じた。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関との試験的的事业は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																				
<p>重症化予防対策</p> <p>○保健指導の内容、優先順位の検討。 ・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。 ・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。 ・糖尿病管理台帳の活用について ・CKD重症度分類のレベルによっては、栄養指導が重要であるが、なかなか栄養指導までつながっていない。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆PDCAサイクルに基づき計画を立案し、年度当初に成人3担当にて共通認識を図った。(表1)(表2) ・対象者選定について検討し、評価指標について毎年毎で設定。また、それに合わせて保健指導内容も検討した。(表3) ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経年管理を行っていくようにした。 ・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチを行っていく。 ・栄養指導の強化として、糖尿病性腎症病期分類第3期以降の方に栄養指導を実施していく。 ・医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・医療機関へ個々に訪問。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関との試験的的事业は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																				
<p>重症化予防対策</p> <p>○評価方法の検討 ・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価)</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・個々の医療機関に訪問し、直接説明していく中で、先生方の考え等を聞く機会となった。直接話をしていくことで、少しでも取り組みを理解していただけるし、協力していただける医療機関が増えていくと実感した。今後、取り組み継続していくにあたって検討が必要である。 ・連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を数値にて評価していくようにする。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関との試験的的事业は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																				
<p>重症化予防対策</p> <p>○個々の医療機関との連携が難しい。評価委員会からのアドバイスにも「顔のみえる連携」をとったことだったが・・・今後検討が必要。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関との試験的的事业は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																				
<p>重症化予防対策</p> <p>○個々の医療機関との連携が難しい。評価委員会からのアドバイスにも「顔のみえる連携」をとったことだったが・・・今後検討が必要。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>**医療とのつながり**</p> <p>○医療機関との試験的的事业は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療機関の一歩として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介する場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのではと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中)</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																				