

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

佐那河内村においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保

険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

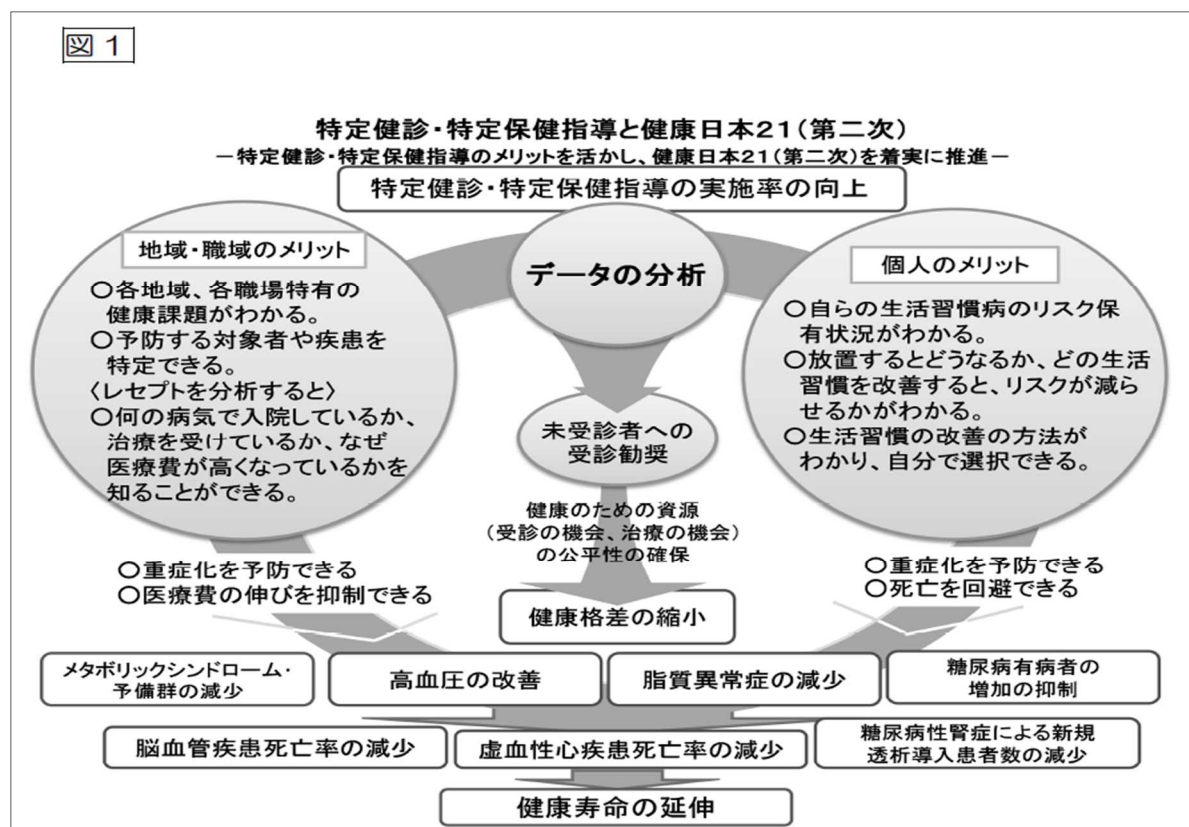
第 2 期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

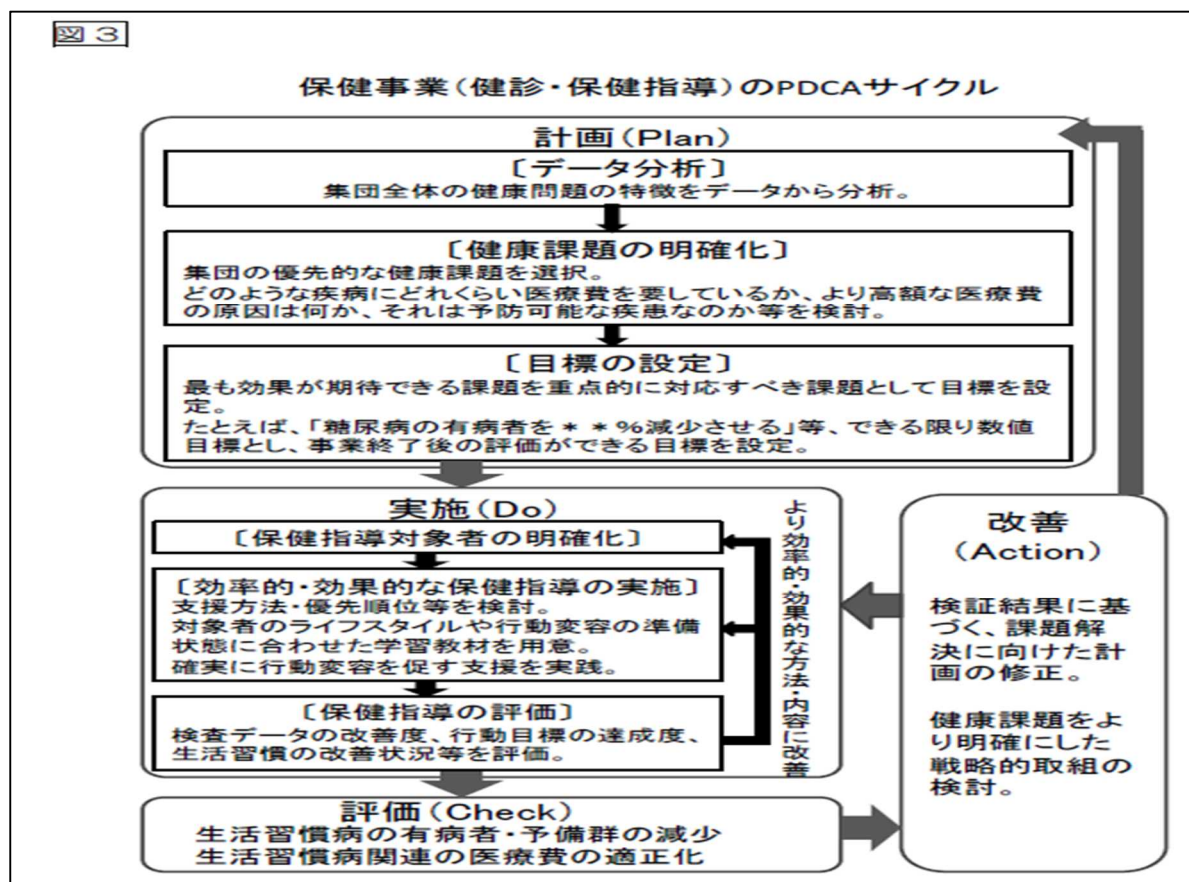
【図表 1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
健康増進法第21条とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施計画)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進と社会的な 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8月 特定健康診査及び特定健康増進計画の適切な かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年 介護保険事業に関する保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年2月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2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 施策とともに、社会生活を営むために必要な健 康の維持及び向上を目指し、その結果、社会健康 増進が期待されるものとなるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。 る。	生活習慣の改善による慢性疾患の生活習慣病の予防 施策を進め、糖尿病等を予防することができれば、連閉患 者から予防することができ、さらには重症化や合併症の発症を 抑制し、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図ることが医療の伸びの抑制と重 複することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防することを目指して、メタボリックシンドロームに重 点し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものを、的確に実施するために取り組むものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の健康 的な健康増進及び保健予防の取り組みについて、重 点者がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び被保険者の財政負担軽減化が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、重症化 患者または重症化リスクとなることへの予防又は、要介護 状態等の防止も、重症化の防止を指すとしている	国民健康保険法に基づき、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が適度に増加しないようにしていくとともに、良質 かつ適切な医療を効果的に提供することを目指す。医療費の適 正化を図っていく。	医療費の適正化・適正な医療費の確保を図ることを 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 的に提供することを目指す体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青年期、高 齢期)に対応	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる高齢期を迎 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 骨質・骨密度低下 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、腎臓管障害等 関節リウマチ、変形性関節症 多発性骨髄腫、前立腺性神経腫瘍 後天性免疫不全症	メタボリックシンドローム 糖尿病 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	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	当SOS計画・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別罹患率 ②生活習慣病(糖尿病・脂質異常症)による年間医療費増進率(患者数) ③生活習慣病の割合 ④生活習慣病(糖尿病・脂質異常症)における生活習慣病の割合 ⑤糖尿病罹患率 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの割合 ⑧認知症・メンタルヘルス ⑨生活習慣病の割合 ⑩生活習慣病の割合 ⑪生活習慣病の割合 ⑫生活習慣病の割合 ⑬生活習慣病の割合 ⑭生活習慣病の割合 ⑮生活習慣病の割合 ⑯生活習慣病の割合 ⑰生活習慣病の割合 ⑱生活習慣病の割合 ⑲生活習慣病の割合 ⑳生活習慣病の割合 ㉑生活習慣病の割合 ㉒生活習慣病の割合 ㉓生活習慣病の割合 ㉔生活習慣病の割合 ㉕生活習慣病の割合 ㉖生活習慣病の割合 ㉗生活習慣病の割合 ㉘生活習慣病の割合 ㉙生活習慣病の割合 ㉚生活習慣病の割合 ㉛生活習慣病の割合 ㉜生活習慣病の割合 ㉝生活習慣病の割合 ㉞生活習慣病の割合 ㉟生活習慣病の割合 ㊱生活習慣病の割合 ㊲生活習慣病の割合 ㊳生活習慣病の割合 ㊴生活習慣病の割合 ㊵生活習慣病の割合 ㊶生活習慣病の割合 ㊷生活習慣病の割合 ㊸生活習慣病の割合 ㊹生活習慣病の割合 ㊺生活習慣病の割合 ㊻生活習慣病の割合 ㊼生活習慣病の割合 ㊽生活習慣病の割合 ㊾生活習慣病の割合 ㊿生活習慣病の割合	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(特定健康診査の実施率)を評価する ①生活習慣 ②日常生活における歩数 ③アルコー ール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健康診査の結果 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費 ③医療費 ④介護費 ⑤医療費 ⑥介護費 ⑦医療費 ⑧介護費 ⑨医療費 ⑩介護費 ⑪医療費 ⑫介護費 ⑬医療費 ⑭介護費 ⑮医療費 ⑯介護費 ⑰医療費 ⑱介護費 ⑲医療費 ⑳介護費 ㉑医療費 ㉒介護費 ㉓医療費 ㉔介護費 ㉕医療費 ㉖介護費 ㉗医療費 ㉘介護費 ㉙医療費 ㉚介護費 ㉛医療費 ㉜介護費 ㉝医療費 ㉞介護費 ㉟医療費 ㊱介護費 ㊲医療費 ㊳介護費 ㊴医療費 ㊵介護費 ㊶医療費 ㊷介護費 ㊸医療費 ㊹介護費 ㊺医療費 ㊻介護費 ㊼医療費 ㊽介護費 ㊾医療費 ㊿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	①医療費適正化の取組 外資 ②一時的または長期的な医療費の増減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドロームの割合の減少 ⑤糖尿病罹患率・予備群の減少 ⑥糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて決定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国民健康保険法)による計画作成支援	保健事業支援・評価委員会(事務局:国民健康保険法)による計画作成支援	保健事業支援・評価委員会(事務局:国民健康保険法)による計画作成支援	保健事業支援・評価委員会(事務局:国民健康保険法)による計画作成支援	保健事業支援・評価委員会(事務局:国民健康保険法)による計画作成支援

【図表 2】



【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

佐那河内村においては、健康福祉課が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各担当者が関わっている。

高齢者医療担当者、保健衛生担当者、介護保険担当者とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

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

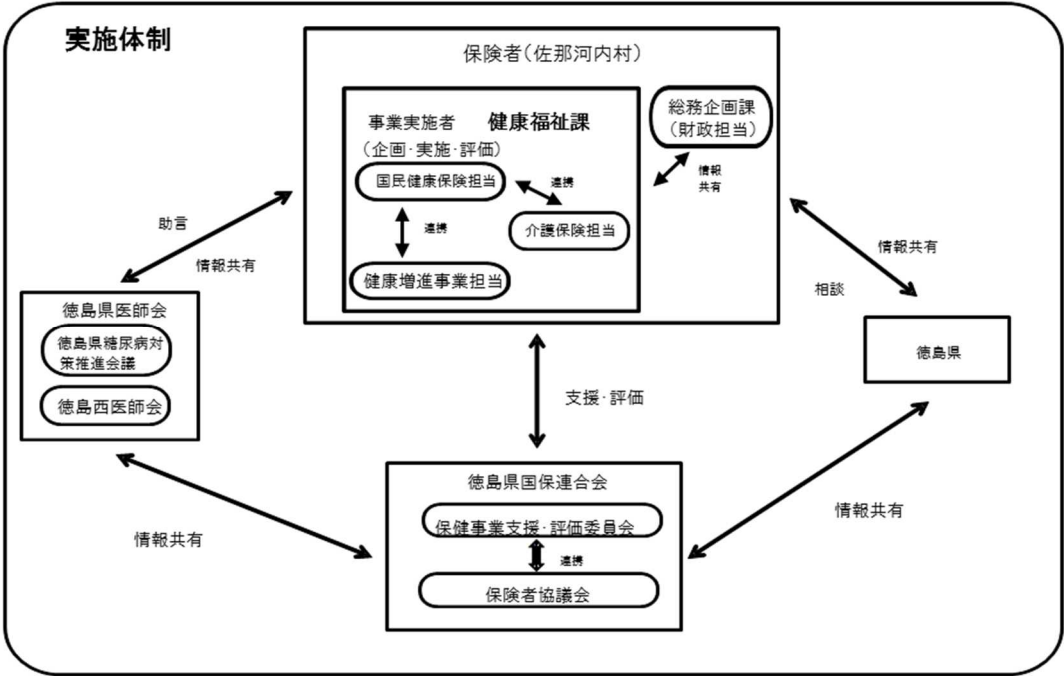
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

佐那河内村の実施体制図

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

評価指標		H 28 配点	H 29 配点	H 30 配点	H 30 満点
総得点（満点）		345	580	850	850点
交付額（万円）		67.6			
一人当たり交付額（円）		497			
総得点（体制構築加算点H28・29年70点、H30年60点含む）		215			
全国順位（1,741市町村中）		637			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患（病）検診実施状況	0			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価				(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				(25)
					(25)
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施				(5)
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携				(35)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	0			70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携				(50)
					(25)
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	4			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化

1. 第 1 期計画に係る評価及び考察

1) 第 1 期計画に係る評価

(1)全体の経年変化

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65 歳未満)の割合は減少していたが、死因別に腎不全による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64 歳の 2 号認定率の減少、それに伴う介護給付費は横ばいである。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少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、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。(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(図表 6)

平成 28 年度から介護予防、日常生活支援総合事業を実施している。

平成 25 年度と平成 28 年度と比較すると介護給付費は減少しているが、1 件当たりの給付費は増加している。同規模平均と比較すると、1 件当たりの給付費は高い。

【図表 6】

介護給付費の変化

年度	佐那河内村				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	3億2084万円	70,748	33,293	278,396	76,039	40,364	279,607
H28年度	2億7731万円	80,800	37,423	265,750	73,702	39,646	273,946

②医療費の状況(図表 7)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、入院、入院外の総医療費、一人当たり医療費とも減少している。

【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	
							佐那河内村	同規模				佐那河内村	同規模				佐那河内村	同規模
1	総医療費(円)	H25年度	2億3,722万円					1億1,852万円					1億1,869万円					
	H28年度	2億0,306万円	-3,415万円	-16.82	3.45	9,586万円	-2,266万円	-23.64	3.20	1億0,720万円	-1,149万円	-10.72	3.65					
2	一人当たり医療費(円)	H25年度	322,304					161,035					161,269					
	H28年度	290,092	-32,212	-11.10	6.01	136,942	-24,093	-18	5.77	153,150	-8,119	-5.3	6.21					

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。【出典】
KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

平成 25 年度と平成 28 年度のデータヘルス計画のターゲットとなる疾患の医療費の占める割合を比較すると短期目標疾患の高血圧・脂質異常症は増加しているが、糖尿病は減少している。中長期目標疾患の慢性腎不全、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞は減少している。

また、国・県と比較すると高血圧、慢性腎不全（透析無）の占める割合が高い。

【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年度との比較）

市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	佐那河内村	237,215,440	26,496	99位	12位	2.98%	1.50%	1.67%	2.02%	6.02%	4.31%	1.55%	47,582,810	20.06%	12.57%	18.67%	6.64%
H28		203,064,120	24,148	179位	23位	1.26%	0.43%	1.58%	0.72%	5.34%	5.33%	1.85%	33,526,090	16.51%	8.88%	19.11%	8.71%
H28	徳島県	59,934,641,070	28,005	--	--	4.17%	0.36%	1.84%	2.44%	5.61%	4.88%	2.59%	13,118,891,830	21.89%	13.36%	14.88%	8.01%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

【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中長期的な疾患(図表 9)

平成 25 年度と平成 28 年度の被保険者数は 32 人減少しているが、うち 64 歳以下では 52 人減少、65 歳以上は 20 人増加し高齢者の占める割合が増加している。

中長期的な目標疾患で、虚血性心疾患の割合は、64 歳以下は横ばい、65 歳以上は減少している。

脳血管疾患の割合は、64 歳以下、65 歳以上とも減少している。

人工透析は 1 人が、後期高齢者医療となり 0 人となった。

【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					
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	746	36	4.8	6	16.7	1	2.8	26	72.2	15	41.7	21	58.3	
	64歳以下	455	9	2.0	0	0.0	1	11.1	5	55.6	1	11.1	3	33.3	
	65歳以上	291	27	9.3	6	22.2	0	0.0	21	77.8	14	51.9	18	66.7	
H28	全体	714	29	4.1	6	20.7	0	0.0	22	75.9	11	37.9	13	44.8	
	64歳以下	403	8	2.0	0	0.0	0	0.0	6	75.0	2	25.0	3	37.5	
	65歳以上	311	21	6.8	6	28.6	0	0.0	16	76.2	9	42.9	10	47.6	

厚労省様式 様式 3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
	被保険者数	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	746	30	4.0	6	20.0	0	0.0	18	60.0	14	46.7	13	43.3	
	64歳以下	455	4	0.9	0	0.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	
	65歳以上	291	26	8.9	6	23.1	0	0.0	16	61.5	13	50.0	12	46.2	
H28	全体	714	30	4.2	6	20.0	0	0.0	21	70.0	12	40.0	17	56.7	
	64歳以下	403	3	0.7	0	0.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	100.0	
	65歳以上	311	27	8.7	6	22.2	0	0.0	19	70.4	11	40.7	14	51.9	

厚労省様式 様式 3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
	被保険者数	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	746	1	0.1	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	
	64歳以下	455	1	0.2	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	
	65歳以上	291	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	714	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	403	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	311	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	

【出典】
KDBシステム：様式3-5、様式3-6、様式3-7 H25・28年7月作成

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2～3-4)(図表 10)

平成 25 年度と平成 28 年度の短期目標の達成状況を比較すると、糖尿病は 64 歳以下の割合が増加、高血圧では、64 歳以下、65 歳以上ともに増加している。脂質異常症では、64 歳以下は増加、65 歳以上では、減少している。

【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		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症			
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	746	86	11.5	9	10.5	49	57.0	42	48.8	15	17.4	14	16.3	0	0.0	5	5.8		
	64歳以下	455	25	5.5	3	12.0	10	40.0	8	32.0	1	4.0	1	4.0	0	0.0	2	8.0		
	65歳以上	291	61	21.0	6	9.8	39	63.9	34	55.7	14	23.0	13	21.3	0	0.0	3	4.9		
H28	全体	714	80	11.2	5	6.3	49	61.3	33	41.3	11	13.8	12	15.0	0	0.0	3	3.8		
	64歳以下	403	27	6.7	1	3.7	13	48.1	8	29.6	2	7.4	1	3.7	0	0.0	0	0.0		
	65歳以上	311	53	17.0	4	7.5	36	67.9	25	47.2	9	17.0	11	20.8	0	0.0	3	5.7		

厚労省様式 様式 3-3			短期的な目標							中長期的な目標						
			高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
被保険者数			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	746	127	17.0	49	38.6	62	48.8	26	20.5	18	14.2	0	0.0		
	64歳以下	455	41	9.0	10	24.4	17	41.5	5	12.2	2	4.9	0	0.0		
	65歳以上	291	86	29.6	39	45.3	45	52.3	21	24.4	16	18.6	0	0.0		
H28	全体	714	159	22.3	49	30.8	70	44.0	22	13.8	21	13.2	0	0.0		
	64歳以下	403	48	11.9	13	27.1	22	45.8	6	12.5	2	4.2	0	0.0		
	65歳以上	311	111	35.7	36	32.4	48	43.2	16	14.4	19	17.1	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							
		脂質異常症				糖尿病				高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	746	90	12.1	42	46.7	62	68.9	21	23.3	13	14.4	1	1.1			
	64歳以下	455	29	6.4	8	27.6	17	58.6	3	10.3	1	3.4	1	3.4			
	65歳以上	291	61	21.0	34	55.7	45	73.8	18	29.5	12	19.7	0	0.0			
H28	全体	714	96	13.4	33	34.4	70	72.9	13	13.5	17	17.7	0	0.0			
	64歳以下	403	32	7.9	8	25.0	22	68.8	3	9.4	3	9.4	0	0.0			
	65歳以上	311	64	20.6	25	39.1	48	75.0	10	15.6	14	21.9	0	0.0			

【出典】

KDBシステム:様式3-2、様式3-3、様式3-4 H25・28年7月作成

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

平成 25 年度と平成 28 年度の男女別・年代別（40 歳～64 歳・65 歳～74 歳）健診データのうち有所見者割合を比較すると男性の 40 歳～64 歳では尿酸、拡張期血圧、LDL-C では減少、その他の項目では増加している。65 歳から 74 歳では、BMI、中性脂肪は減少しているが、その他の項目は増加している。

女性の 40 歳から 64 歳では、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、収縮期血圧・拡張期血圧が増加、65 歳から 74 歳では、GPT、空腹時血糖、HbA1c、収縮期血圧・拡張期血圧が増加している。

メタボリックシンドローム予備群の男性は、8.8%増加 高血圧の割合が一番多い、メタボリックシンドローム該当者 40 歳から 64 歳では 8.5%増加 高血圧・脂質異常の割合が一番多い。

メタボリックシンドローム予備群女性では、6.5%減少 高血圧の割合が 5%減少している。メタボリックシンドローム該当者は、0.5%増加し高血圧・脂質異常の割合が多いが、高血糖・高血圧割合の伸びが高い。

【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）

KDB帳票№23 厚労省様式6-2～6-7

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	29	26.6	47	43.1	24	22.0	15	13.8	9	8.3	30	27.5	64	58.7	22	20.2	48	44.0	16	14.7	48	44.0	2	1.8
	40-64	10	26.3	18	47.4	7	18.4	10	26.3	1	2.6	7	18.4	21	55.3	11	28.9	8	21.1	6	15.8	21	55.3	1	2.6
	65-74	19	26.8	29	40.8	17	23.9	5	7.0	8	11.3	23	32.4	43	60.6	11	15.5	40	56.3	10	14.1	27	38.0	1	1.4
H28	合計	25	28.4	51	58.0	19	21.6	17	19.3	9	10.2	37	42.0	63	71.6	23	26.1	44	50.0	25	28.4	43	48.9	2	2.3
	40-64	12	44.4	19	70.4	10	37.0	9	33.3	2	7.4	10	37.0	20	74.1	6	22.2	8	29.6	4	14.8	13	48.1	1	3.7
	65-74	13	21.3	32	52.5	9	14.8	8	13.1	7	11.5	27	44.3	43	70.5	17	27.9	36	59.0	21	34.4	30	49.2	1	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
H25	合計	32	24.6	26	20.0	15	11.5	3	2.3	7	5.4	25	19.2	73	56.2	3	2.3	42	32.3	14	10.8	74	56.9	0	0.0
	40-64	7	13.5	6	11.5	4	7.7	0	0.0	1	1.9	7	13.5	21	40.4	1	1.9	14	26.9	9	17.3	30	57.7	0	0.0
	65-74	25	32.1	20	25.6	11	14.1	3	3.8	6	7.7	18	23.1	52	66.7	2	2.6	28	35.9	5	6.4	44	56.4	0	0.0
H28	合計	25	21.0	18	15.1	11	9.2	3	2.5	5	4.2	34	28.6	86	72.3	2	1.7	52	43.7	16	13.4	58	48.7	0	0.0
	40-64	5	11.9	3	7.1	4	9.5	0	0.0	1	2.4	13	31.0	21	50.0	0	0.0	15	35.7	9	21.4	20	47.6	0	0.0
	65-74	20	26.0	15	19.5	7	9.1	3	3.9	4	5.2	21	27.3	65	84.4	2	2.6	37	48.1	7	9.1	38	49.4	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）

KDB帳票No.24 厚労省様式6-8

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	109	37.8	10	9.2%	14	12.8%	1	0.9%	13	11.9%	0	0.0%	23	21.1%	3	2.8%	2	1.8%	12	11.0%	6	5.5%
	40～64	38	26.6	7	18.4%	3	7.9%	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	8	21.1%	2	5.3%	1	2.6%	3	7.9%	2	5.3%
	65～74	71	49.0	3	4.2%	11	15.5%	1	1.4%	10	14.1%	0	0.0%	15	21.1%	1	1.4%	1	1.4%	9	12.7%	4	5.6%
H28	合計	88	34.2	11	12.5%	19	21.6%	2	2.3%	13	14.8%	4	4.5%	21	23.9%	4	4.5%	1	1.1%	12	13.6%	4	4.5%
	40～64	27	24.3	6	22.2%	5	18.5%	1	3.7%	1	3.7%	3	11.1%	8	29.6%	0	0.0%	1	3.7%	5	18.5%	2	7.4%
	65～74	61	41.8	5	8.2%	14	23.0%	1	1.6%	12	19.7%	1	1.6%	13	21.3%	4	6.6%	0	0.0%	7	11.5%	2	3.3%

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	130	50.8	3	2.3%	15	11.5%	0	0.0%	12	9.2%	3	2.3%	8	6.2%	1	0.8%	2	1.5%	4	3.1%	1	0.8%
	40-64	52	45.2	1	1.9%	4	7.7%	0	0.0%	2	3.8%	2	3.8%	1	1.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	78	55.3	2	2.6%	11	14.1%	0	0.0%	10	12.8%	1	1.3%	7	9.0%	1	1.3%	1	1.3%	4	5.1%	1	1.3%
H28	合計	119	45.8	4	3.4%	6	5.0%	0	0.0%	5	4.2%	1	0.8%	8	6.7%	2	1.7%	2	1.7%	3	2.5%	1	0.8%
	40-64	42	39.3	0	0.0%	2	4.8%	0	0.0%	2	4.8%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	77	50.3	4	5.2%	4	5.2%	0	0.0%	3	3.9%	1	1.3%	7	9.1%	2	2.6%	1	1.3%	3	3.9%	1	1.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

平成 25 年度と平成 28 年度の特定健診受診率・特定保健指導実施率を比較すると、特定健診受診率は 4.4%減少、特定保健指導実施率は 37.7%増加している。

特定保健指導率が増加しているが、特定健診受診率は減少していることから、重症化を予防していくためには、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】

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

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	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								佐那河内村	同規模平均
平成25年度	535	239	44.7%	128位	31	16	51.6%	40.6%	50.4%
平成28年度	514	207	40.3%	150位	28	25	89.3%	47.8%	51.3%

1)第 1 期に係る考察

【考察】

第 1 期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 つの疾患について、平成 28 年度には 25 年度と比較して、それぞれ 10%減少させることであった。

(図表 9) より、虚血性心疾患、人工透析(糖尿病性腎症含む)については 10%以上の減少を認めており、目標を達成している。しかし、脳血管疾患については増加していた。その背景として、脳血管変化におけるリスクの高血圧や脂質異常症である者の割合が、増加していたことが挙げられる。これらのことより、短期的目標にかかっている高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の血管変化におけるリスクを減らしていけるようにすることが重要である。

今後も医療費が高額となる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の 3 つの疾患を減らしていくためにも、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の生活習慣病を減らしていくため、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけや、治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している者についても適切な保健指導を行えるよう、継続した取り組みが必要である。

そのためにも、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・重症化予防につなげることが重要となるため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも継続して取り組むことが必要である。

第 2 期においても、継続して特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上のための取り組みや、生活習慣病の発症予防や重症化予防、医療費適正化に向けた取り組みを行う必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

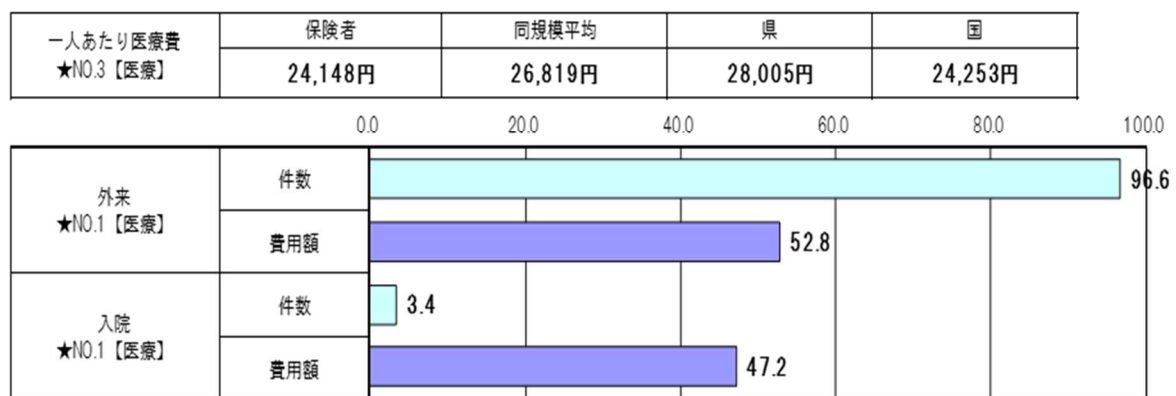
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

平成28年度1人当たりの医療費は、同規模平均、県、国に比較して少ない。入院の件数の割合は3.4%だが、医療費の47.2%を占めている。

「集団の疾患特徴の把握」 【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



〇入院を重症化した結果としてとらえる

(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)

80万円以上になる疾患で、17件のうち脳血管疾患が2件(11.8%)、がん4件(23.5%)、虚血性心疾患は0件である。年代別に見ると脳血管疾患が60歳代であった。

長期入院(6ヶ月以上の入院)では、精神疾患が65%を占めている。

平成28年5月診療分の生活習慣病で治療者数は286人で脳血管疾患は10.5%、虚血性心疾患は10.1%、糖尿病性腎症は1%の割合である。

基礎疾患の重なりは高血圧が一番多く、糖尿病性腎症では100%、虚血性心疾患は75.9%、脳血管疾患は70%の方が治療している。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	精神疾患
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	件数	17件	2件 11.8%	0件 0.0%	--	--
		費用額	2790万円 18.1%	504万円	--	--	--
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	件数	117件	0件 0.0%	5件 4.3%	--	76件 65.0%
		費用額	4021万円 --	--	210万円 5.2%	--	2645万円 65.8%
様式2-2 ★NO.12（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	件数	0件	0件 --	0件 --	0件 --	--
		費用額	--	--	--	--	--

厚労省様式	対象レセプト（H28年5月診療分）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 な疾 患	286人	30人 10.5%	29人 10.1%	3人 1.0%
			高血圧	21人 70.0%	22人 75.9%	3人 100.0%
			糖尿病	12人 40.0%	11人 37.9%	3人 100.0%
			脂質異常症	17人 56.7%	13人 44.8%	2人 66.7%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			159人 55.6%	80人 28.0%	96人 33.6%	27人 9.4%

○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)

平成28年度2号被保険者の新規認定者は0人、1号被保険者984人のうち29人が新規認定であった。年齢が高くなるほど介護度3～5の割合が多くなる。

筋・骨格系疾患で介護保険サービスを受けている割合が一番多いが、循環疾患のうち脳卒中の占める割合が高く、基礎疾患の高血圧の占める割合が高い。介護を受けている人と受けていない人の医療費を比較すると受けている人の2分の1の医療費である。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28年度

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		863人		406人		578人		984人		1,847人		
	認定者数		1人		14人		176人		190人		191人		
		認定率	0.12%		3.4%		30.4%		19.3%		10.3%		
	新規認定者数（※1）		0人		4人		25人		29人		29人		
	介護度 別人数	要支援1・2	1	100.0%	5	35.7%	48	27.3%	53	27.9%	54	28.3%	
		要介護1・2	0	0.0%	4	28.6%	57	32.4%	61	32.1%	61	31.9%	
要介護3～5		0	0.0%	5	35.7%	71	40.3%	76	40.0%	76	39.8%		
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）		1		14		176		190		191		
	再）国保・後期		1		12		172		184		185		
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	0 0.0%	脳卒中	6 50.0%	虚血性 心疾患	97 56.4%	虚血性 心疾患	101 54.9%	虚血性 心疾患	101 54.6%
				2	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	4 33.3%	脳卒中	81 47.1%	脳卒中	87 47.3%	脳卒中
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	1 8.3%	腎不全	31 18.0%	腎不全	32 17.4%	腎不全	32 17.3%
				基礎疾患 （※2）	糖尿病	0 0.0%	糖尿病	6 50.0%	糖尿病	93 54.1%	糖尿病	99 53.8%	糖尿病
			0 0.0%			高血圧	10 83.3%	高血圧	135 78.5%	高血圧	145 78.8%	高血圧	145 78.4%
			脂質 異常症		0 0.0%	脂質 異常症	6 50.0%	脂質 異常症	88 51.2%	脂質 異常症	94 51.1%	脂質 異常症	94 50.8%
		血管疾患 合計			0 0.0%	合計	12 100.0%	合計	164 95.3%	合計	176 95.7%	合計	176 95.1%
		認知症	認知症	0 0.0%	認知症	5 41.7%	認知症	78 45.3%	認知症	83 45.1%	認知症	83 44.9%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	0 0.0%	筋骨格系	11 91.7%	筋骨格系	158 91.9%	筋骨格系	169 91.8%	筋骨格系	169 91.4%	

※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）基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

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）	9,043					
要介護認定なし医療費 （40歳以上）	4,354					

健診受診者の実態(図表 16・17)

健診データのうち男性の40歳から64歳BMI、腹囲、中性脂肪、GPT、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、LDL-C、クレアチニン、の有所見割合が国、県に比べて割合が多い。

65歳から74歳では、HDL-C、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、収縮期血圧・拡張期血圧、LDL-Cの有所見者割合が国、県に比べて割合が多い。

女性の40歳から64歳では、空腹時血糖、拡張期血圧の有所見者割合が多い。65歳から74歳では、BMI、腹囲、HDL-C、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、収縮期血圧の有所見者割合が多い。

【図表 16】

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

★NO.23(帳票)

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9	
保 険 者	合計	25	28.4	51	58.0	19	21.6	17	19.3	9	10.2	37	42.0	63	71.6	23	26.1	44	50.0	25	28.4	43	48.9	2	2.3
	40-64	12	44.4	19	70.4	10	37.0	9	33.3	2	7.4	10	37.0	20	74.1	6	22.2	8	29.6	4	14.8	13	48.1	1	3.7
	65-74	13	21.3	32	52.5	9	14.8	8	13.1	7	11.5	27	44.3	43	70.5	17	27.9	36	59.0	21	34.4	30	49.2	1	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		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3	
保 険 者	合計	25	21.0	18	15.1	11	9.2	3	2.5	5	4.2	34	28.6	86	72.3	2	1.7	52	43.7	16	13.4	58	48.7	0	0.0
	40-64	5	11.9	3	7.1	4	9.5	0	0.0	1	2.4	13	31.0	21	50.0	0	0.0	15	35.7	9	21.4	20	47.6	0	0.0
	65-74	20	26.0	15	19.5	7	9.1	3	3.9	4	5.2	21	27.3	65	84.4	2	2.6	37	48.1	7	9.1	38	49.4	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム予備群・該当者のうち、男性の予備群では、40 歳から 64 歳は脂質異常症、65 歳から 74 歳は高血圧、該当者では高血圧・脂質異常症の割合が高い。

女性の予備群では高血圧、該当者の 40 歳から 64 歳では、高血圧・脂質異常、65 歳から 74 歳では高血圧・脂質異常の割合が高い。

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保 険 者	合計	88	34.2	11	12.5%	19	21.6%	2	2.3%	13	14.8%	4	4.5%	21	23.9%	4	4.5%	1	1.1%	12	13.6%	4	4.5%
	40-64	27	24.3	6	22.2%	5	18.5%	1	3.7%	1	3.7%	3	11.1%	8	29.6%	0	0.0%	1	3.7%	5	18.5%	2	7.4%
	65-74	61	41.8	5	8.2%	14	23.0%	1	1.6%	12	19.7%	1	1.6%	13	21.3%	4	6.6%	0	0.0%	7	11.5%	2	3.3%

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	119	45.8	4	3.4%	6	5.0%	0	0.0%	5	4.2%	1	0.8%	8	6.7%	2	1.7%	2	1.7%	3	2.5%	1	0.8%
	40-64	42	39.3	0	0.0%	2	4.8%	0	0.0%	2	4.8%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	77	50.3	4	5.2%	4	5.2%	0	0.0%	3	3.9%	1	1.3%	7	9.1%	2	2.6%	1	1.3%	3	3.9%	1	1.3%

3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

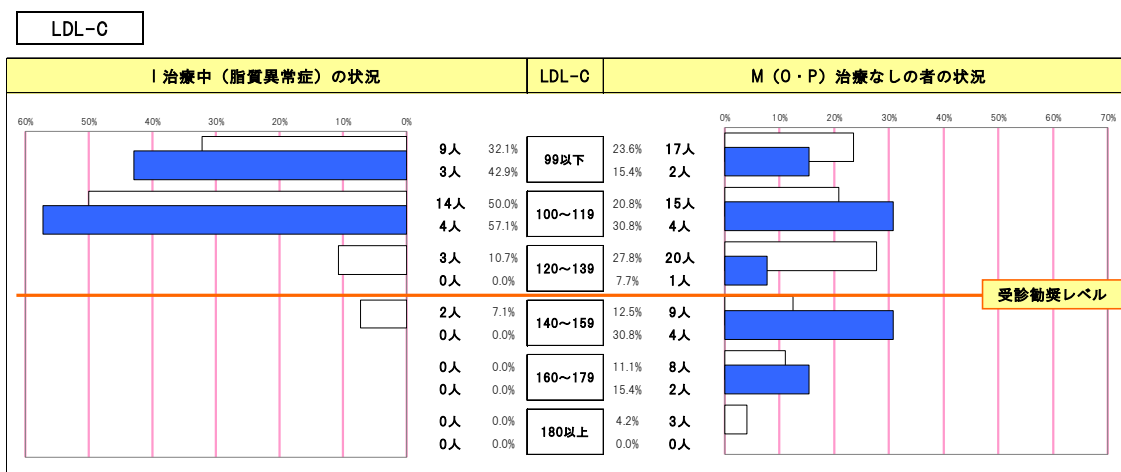
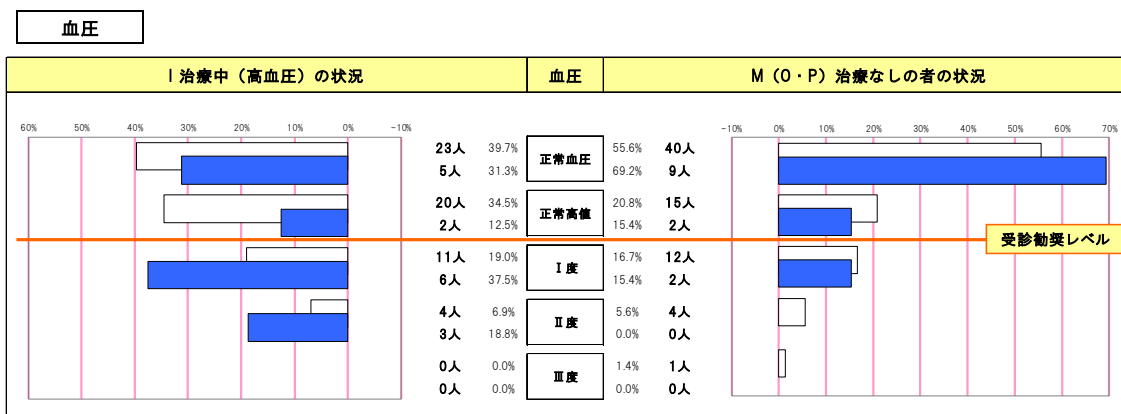
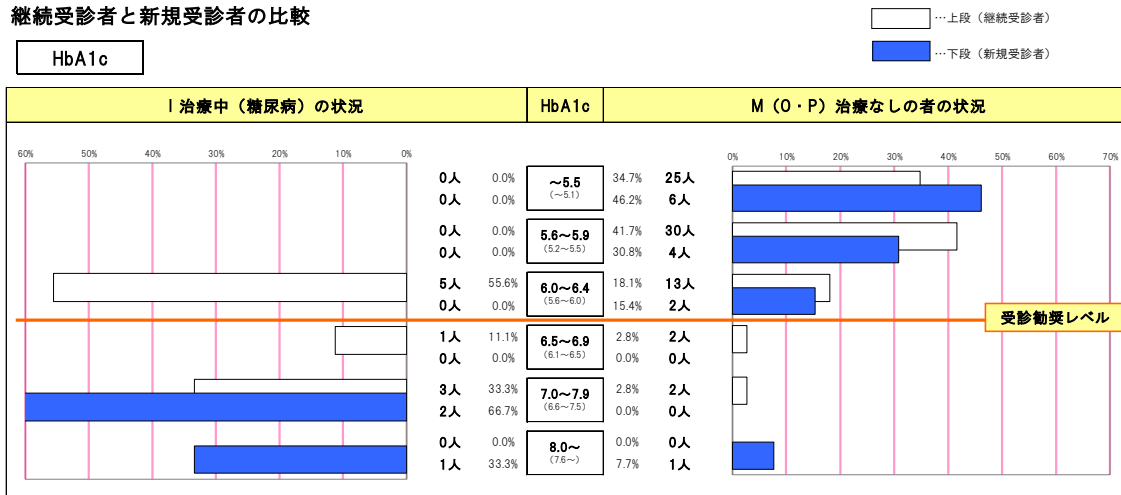
継続受診者と新規受診者の糖尿病のコントロール状況は、治療中で新規受診者が継続受診者よりもHbA1c 7.0以上の割合が多い。

次に、血圧のコントロール状況も治療中のⅠ度とⅡ度の割合が新規受診者が継続受診者よりも多い。

LDL-Cでは治療なしの者の状況を見ると受診勧奨レベルが新規受診者の割合が多い。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握(図表 19)

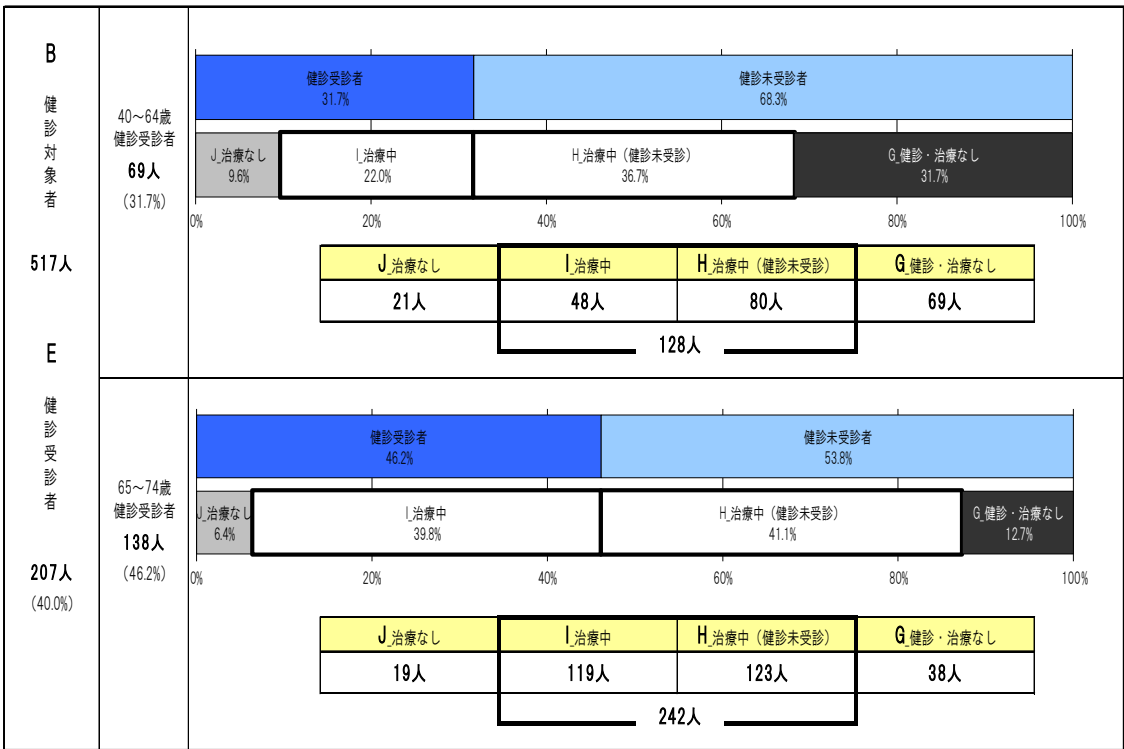
平成28年度健診対象者は517人、健診受診者は207人(40%)。年齢別でみると40歳から64歳の健診受診者は69人(31.7%)健診未受診者は149人(68.3%)である。健診未受診者のうち治療中は80人(36.7%)、健診も治療もないのが69人(31.7%)である。

65歳から74歳の健診受診者は138人(46.2%)健診未受診者は161人(53.8%)である。健診未受診者のうち治療中は123人(41.1%)健診も治療もないのが38人(12.7%)である。

【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 (CSV)



OQ_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

3. 目標の設定

(1)成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35 年度には 30 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、佐那河内村では、重症化予防、医療費の適正化をおこなうことで、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

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

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表 20】

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診実施率	41.0%	43.5%	45.0%	47.0%	48.5%	50.0%
特定保健指導実施率	90%	94%	94%	96%	96%	100%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診	対象者数	514 人	510 人	505 人	500 人	495 人	490 人
	受診者数	210 人	221 人	227 人	235 人	240 人	245 人
特定保健指導	対象者数	30 人	30 人	30 人	30 人	30 人	30 人
	受診者数	27 人	28 人	28 人	29 人	29 人	30 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(農業振興センターほか)
- 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、徳島県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL: <http://tokushima-kokuhoren.or.jp/>

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

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、徳島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

【図表 22】

平成29年度 佐那河内村年間実施スケジュール

受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
536	対象者確定 集団健診等の日程周知 ※広報4月号～11月号まで 掲載して周知する等		6月1日 受診券発行日						12月31日 受診券 有効期限			

※「受診券発行日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。

※平成29年10月以降に75歳に到達する方については、一律「9月30日」が有効期限です。

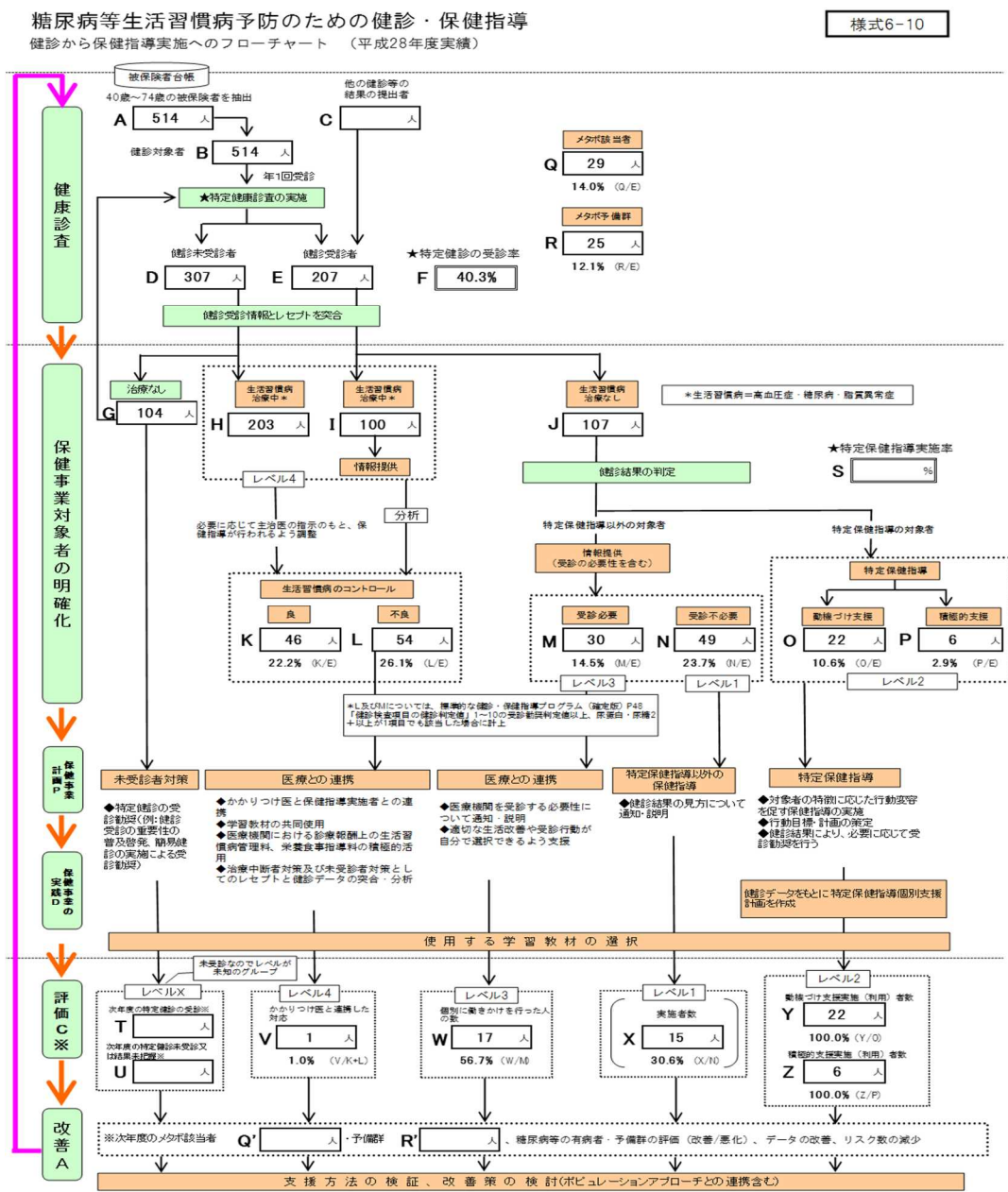
5. 特定保健指導の実施

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 24)

【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	28 人 (13.5%)	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が自分で選択できるよう支援	30人 (14.5%)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	307 人 ※受診率目標達成までにあと50 人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	49 人 (23.7%)	%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	54 人 (26.1%)	%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

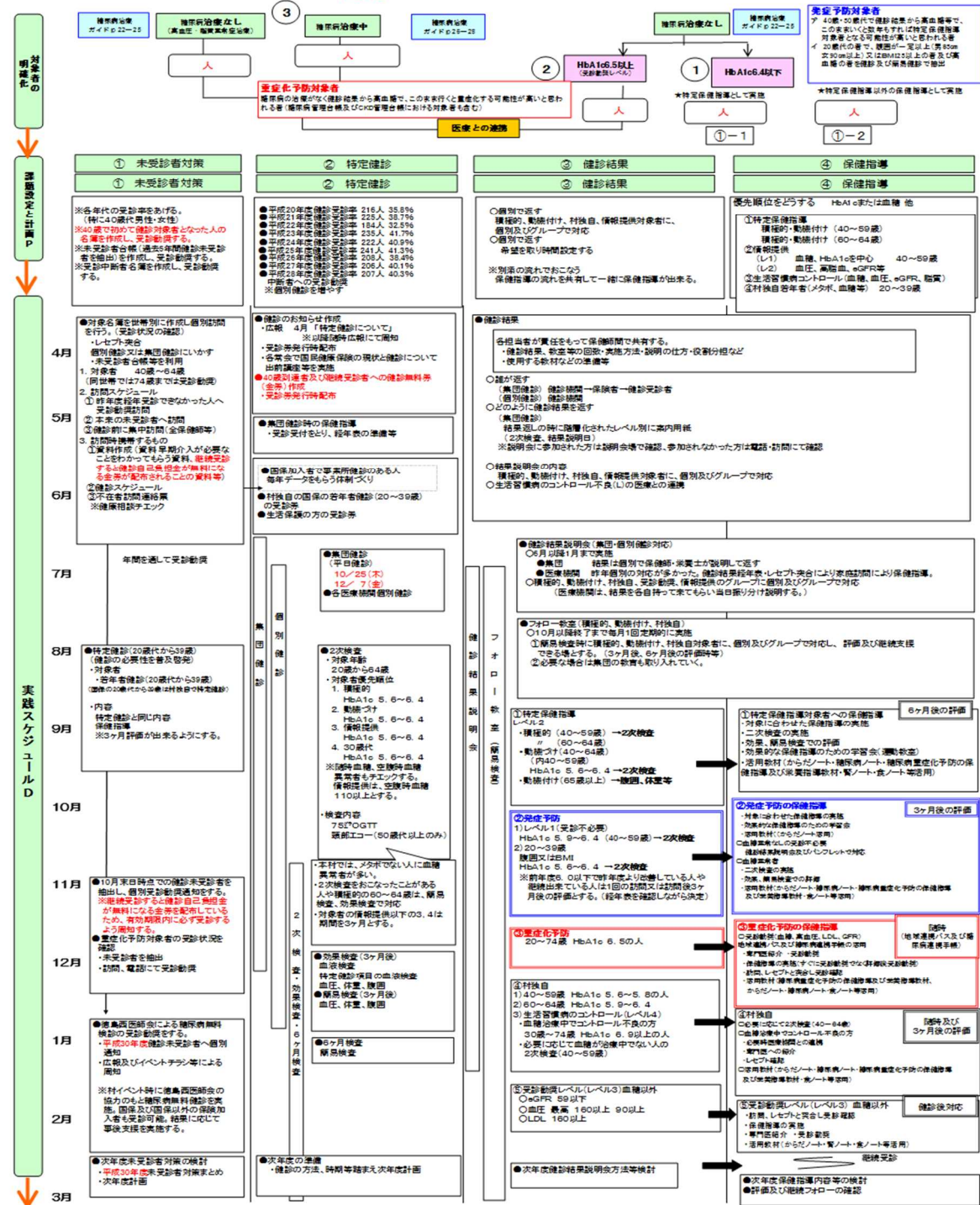
【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成30年度計画）

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

※人数は平成29年度健診結果より抽出

佐那河内村



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佐那河内村個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、佐那河内村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第 4 章 保健事業の内容

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る必要がある。

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

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

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

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

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO		項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2		健康課題の把握	○				□
3		チーム内での情報共有	○				□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5		医師会等への相談(情報提供)	○				□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7		情報連携方法の確認	○				□
8		対象者選定基準検討		○			□
9		基準に基づき該当者数試算		○			□
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徳島県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m 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。

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

)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

佐那河内村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は11人(45.8%・F')であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者132人の中のうち、特定健診受診者が13人(54.2%・G)であったが、1人(7.7%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者79人(83.8%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者12人中1人は治療中断であることが分かった。また、12人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より佐那河内村においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F')……11人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)…………… 2人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)……12人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

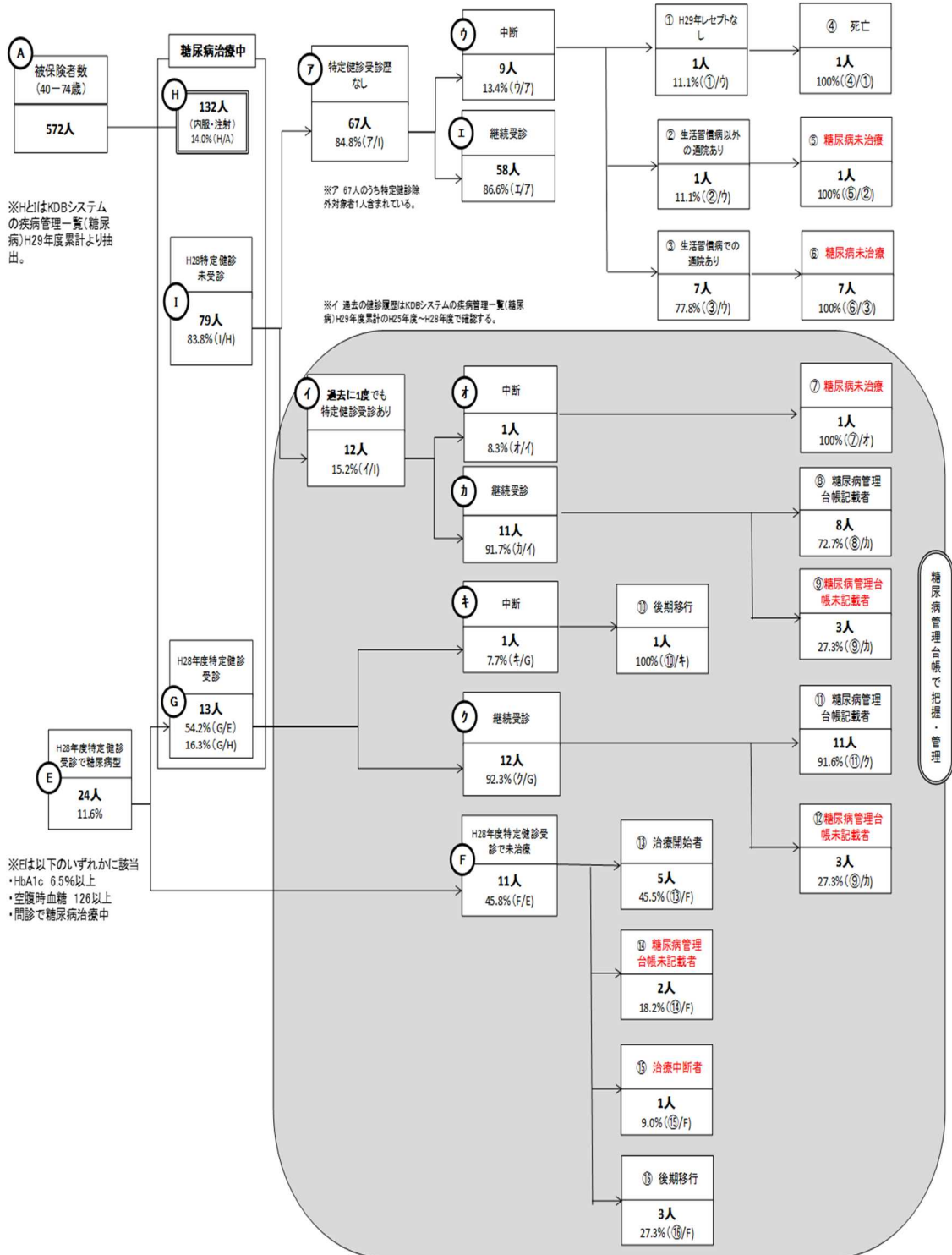
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)……………11人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

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

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

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

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)…………… 5人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)…………… 7人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。佐那河内村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

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

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは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

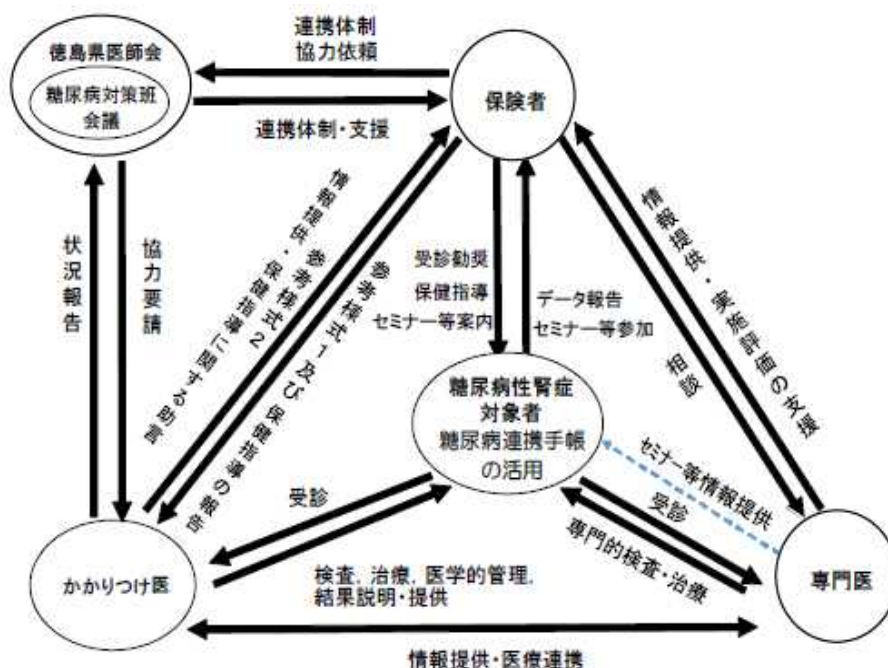
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(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徳島県プログラムに準じていく。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う糖尿病対策推進連携協議会、徳島西医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取り組みを行う。



6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 6)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。佐那河内村において健診受診者207人のうち心電図検査実施者は2人(0.9%)であり、そのうち ST 所見があったのは1人であった(図表 30)。

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

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者		心電図検査(b)							
	(a)				ST 所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28 年度	207	100	2	0.9	1	50.0	1	50.0	0	0

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST 所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
1	100	1	100	1	100	0	0

①心電図以外からの把握

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

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施			①心電図検査実施					
			受診者	ST変化		その他の変化	異常なし	実施なし
			4,648	121	1,212	3,315	0	
				2.6%	26.1%	71.3%	0.0%	
メタボ該当者			986	35	301	650	0	②-1
			21.2%	3.5%	30.5%	65.9%	0.0%	
メタボ予備群			475	15	139	321	0	
			10.2%	3.2%	29.3%	67.6%	0.0%	
メタボなし			3187	71	772	2,344	0	
			68.6%	2.2%	24.2%	73.5%	0.0%	
LDL-C	140－159	458	14	109	335	0		
		14.4%	3.1%	23.8%	73.1%	0.0%		
	160－179	193	5	52	136	0		
		6.1%	2.6%	26.9%	70.5%	0.0%		
	180－	82	1	28	53	0	②-2	
		2.6%	1.2%	34.1%	64.6%	0.0%		

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-	337	6	99	232	0
		7.3%	1.8%	29.4%	68.8%	0.0%
	170-189	512	15	144	353	0
		11.0%	2.9%	28.1%	68.9%	0.0%
CKD	G3aA1~	973	34	267	672	0
		20.9%	3.5%	27.4%	69.1%	0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

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

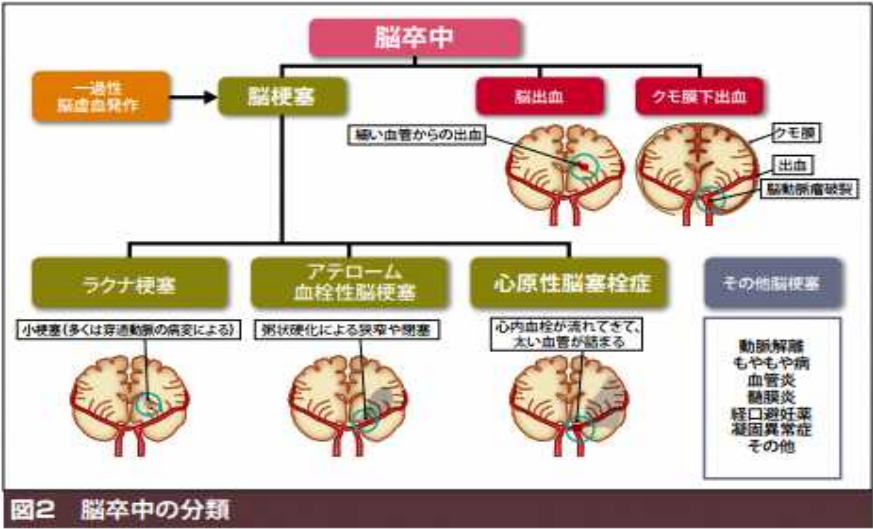
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 34、35)

【脳卒中の分類】 【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子 【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●				○			○
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		○	●		○
	心原性脳梗塞	●	●			○			○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							
リスク因子		高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	
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	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 207人		15 7.2%	0 0.0%	4 1.9%	3 1.4%	29 14.0%	15 7.2%	5 2.4%	6 2.9%
治療なし		7 5.6%	0 0.0%	4 2.4%	3 1.8%	7 6.5%	9 4.6%	2 1.9%	0 0.0%
(再掲) 特定保健指導		3 20.0%	0 --	1 25.0%	2 66.7%	7 24.1%	3 20.0%	1 20.0%	0 0.0%
治療中		8 9.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	22 22.0%	6 46.2%	3 3.0%	6 6.0%
臓器障害あり		0 0.0%	0 --	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 --
CKD(専門医対象者)		0	0	0	2	0	0	2	0
尿蛋白(2+)以上		0	0	0	1	0	0	2	0
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上		0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		0	0	0	1	0	0	0	0
心電図所見あり		0	0	0	0	0	0	0	0

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が15人(7.2%)であり、7人は未治療者であった。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も8人(9.6%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

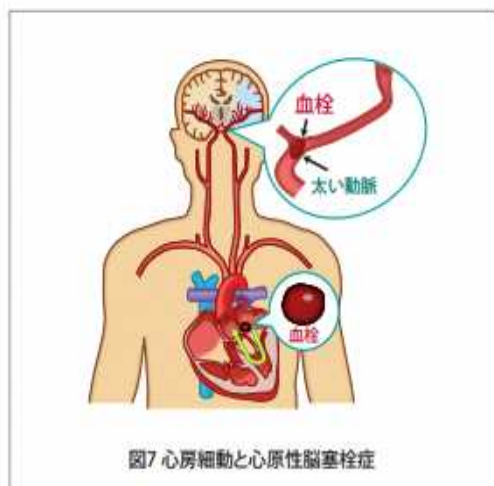
図表 37 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表 37】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	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
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク第1層	125	47 37.6%	28 22.4%	25 20.0%	18 14.4%	6 4.8%	1 0.8%
	18	12 14.4%	4 14.3%	2 8.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
リスク第2層	65	30 52.0%	12 63.8%	8 42.9%	11 61.1%	3 50.0%	1 100.0%
	42	5 33.6%	12 10.6%	15 42.9%	7 38.9%	3 50.0%	0 0.0%
再掲 重複あり	糖尿病	16 38.1%	1 20.0%	6 50.0%	3 42.9%	0 0.0%	0 0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	19 45.2%	2 40.0%	5 41.7%	4 57.1%	2 66.7%	0 0.0%
	3個以上の危険因子	23 54.8%	3 60.0%	7 58.3%	3 42.9%	1 33.3%	0 0.0%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(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。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	0	0	0	0	0	0	—	—
40 歳代							0.2	0.04
50 歳代							0.8	0.1
60 歳代							1.9	0.4
70～74 歳							3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の 70～74 歳の値は 70～79 歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	0	0	0	0	0

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

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

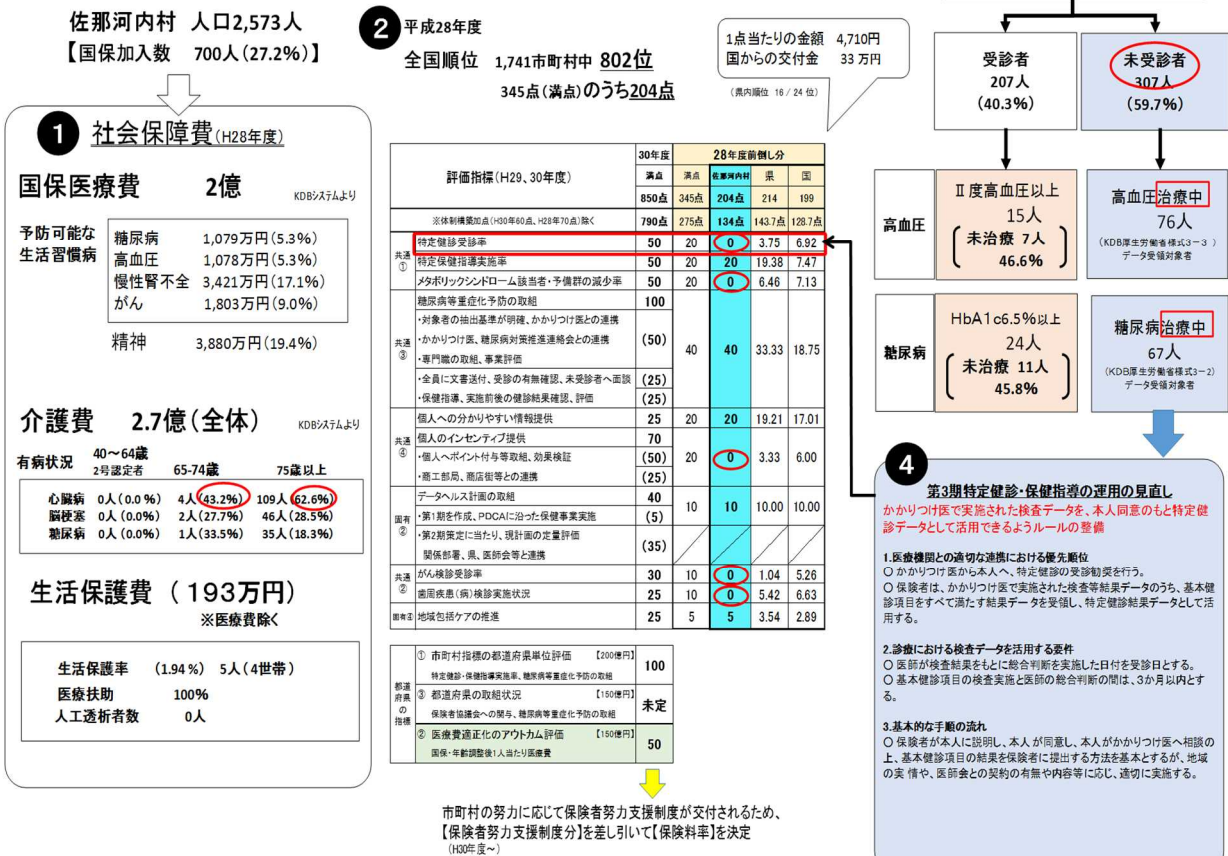
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】

保険者努力支援制度の視点で、佐那河内村の社会保障費と予防・健康管理をみる



【図表 41】

佐那河内村の食の実態と体の実態を考える

佐那河内村の体の実態(H28)

～健診～

◆特定健診結果有所見率より

- ・非肥満高血糖 9.7%
- ・メタボ予備軍(男性) 21.6%
- ・腹囲(男性) 58.0%

◆健診受診者の質問表より(県と比較して有意に高いもの)

- ・服薬(高血圧) 39.6% (脂質) 22.5%
- ・既往歴(腎不全) 1.0%
- ・週3回以上就寝前夕食 31.6%
- ・食べる速度が速い 31.6%
- ・1回30分以上運動習慣なし 71.8%

～医療～

◆死亡の状況

- ・標準化死亡比(男) 85.0 (女) 92.9
- ・死因(がん) 52.8% (腎不全) 8.3%

◆医療費分析(入院費用額1件あたり)

- ・脳血管疾患(県内1位)

～介護～

◆国保データベースより

- ・要介護認定率(第1号被保険者) 19.3%
- ・要介護新規認定者 1人
- ・介護度3～5の割合(第1号被保険者) 40.0%

徳島県の体の実態

入院受療率(H26)

- ・糖尿病(全国8位)
- ・虚血性心疾患(全国4位)
- ・脳血管疾患(全国7位)

外来受療率

- ・糖尿病(全国8位)
- ・腎不全等(全国5位)

死亡率(H27年)

- ・糖尿病(全国5位) 男性8位、女性1位
- ・腎不全 男性1位、女性4位
- ・急性心筋梗塞(全国28位)、脳血管疾患(全国17位)

食の実態(H29. 8. 26⑤基礎資料より)徳島市の食品ランキング

- ・野菜ジュース(全国3位)、乳飲料(全国4位)
- ・コーヒー、ココア(全国3位)、コーヒー飲料(全国3位)
- ・天ぷら、フライ(全国9位)、やきとり(全国7位)
- ・ソース(全国3位)、ケチャップ(全国5位)
- ・その他柑橘類(全国9位) *果物は低い
- ・豆腐(全国4位)
- ・生しいたけ(全国3位)
- ・さつまいも(全国1位)
- ・ちくわ(全国2位)
- ・かつお(全国9位)
- ・他の穀物(全国9位)、生うどん、そば(全国8位)

店舗

- ・お好み焼等の店(全国4位)
- ・そば、うどん店(全国9位)

よく作るもの

(自宅)

◆おかず

- ・煮物
- ・焼き魚
- ・揚げ物
- ・炒め物
- ・鍋
- ・おでん

◆汁物

- ・味噌汁
- ・そば米汁
- ◆副菜
- ・サラダ
- ・マカロニ
- ・大根
- ・酢の物

(住民グループが作って販売)

- ・赤飯
- ・こんにやく
- ・餡入りもち
- ・スイートポテト
- ・味噌
- ・焼き肉のタレ

◆郷土料理

・いりめし(混ぜごはん)

漬け汁にちりめんを漬ける

ごぼう、こんにやく、人参、しいたけ等を調味料で煮付け

その具材とちりめんを漬け汁ごとご飯と混ぜる

漬け汁… 米酢大さじ1、すだち酢小さじ2、

濃口しょうゆ大さじ1、砂糖少し

調味料… だし汁100cc、砂糖小さじ1、濃口しょうゆ小さじ1

*ご飯2合に対して

付け合わせでうどん・そば米汁なども一緒に
食べ、糖質・塩分などの摂取量は多くなる

◆ばら寿司

ごぼう、こんにやく、人参、しいたけ、ちくわ、絹さやなどの具材
を調味料で煮詰め、酢飯に混ぜ上から錦糸卵・金時豆をのせる

調味料… だし汁200cc、砂糖大さじ2と2/3、

料理酒大さじ2、薄口しょうゆ大さじ1と1/2

金時豆… 豆60g、砂糖12g、薄口しょうゆ12g

合わせ酢… 酢60ml、砂糖50g、塩9g

*ご飯3合に対して

間食

◆和菓子

- ・まんじゅう
- ・せんべい
- ・ようかん
- ・おかき
- ◆洋菓子
- ・チョコレート
- ・ケーキ
- ・クッキー
- ・パン

◆飲み物

- ・コーヒー
- ・栄養ドリンク
- ◆果物
- ・みかん
- ・柿
- ・キウイ
- ・イチゴ

(子どものおやつ)

- ・果物(みかん、キウイ、りんご…)
- ・クリームパン、クッキー、ラムネ
- ・せんべい

果物は家で作って
いる人も多く、1日
に数個食べる

生活の状況

商店

- ・コンビニが1軒あり、その他は小さな商店と直売所があるのみ
- ・村内での買い物はほとんどがコンビニで週末にまとめ買い

食習慣

- ・農業の合間や夕食前などに間食(菓子パンなど)を食べる
- 「食べない動けん」
- ・高齢者でカップラーメンで簡単に済ませることがある
- ・地域の住民同士の関わりが密にあり、コーヒー・お菓子を食べる機会が多い
- ・農協ですだちジュースなどを箱買い
- ・栄養ドリンクやスポーツドリンクを箱で買う

運動

- ・マイカー所有率が県内で1位一歩く機会が減る

第5章 地域包括ケアに係る取組み

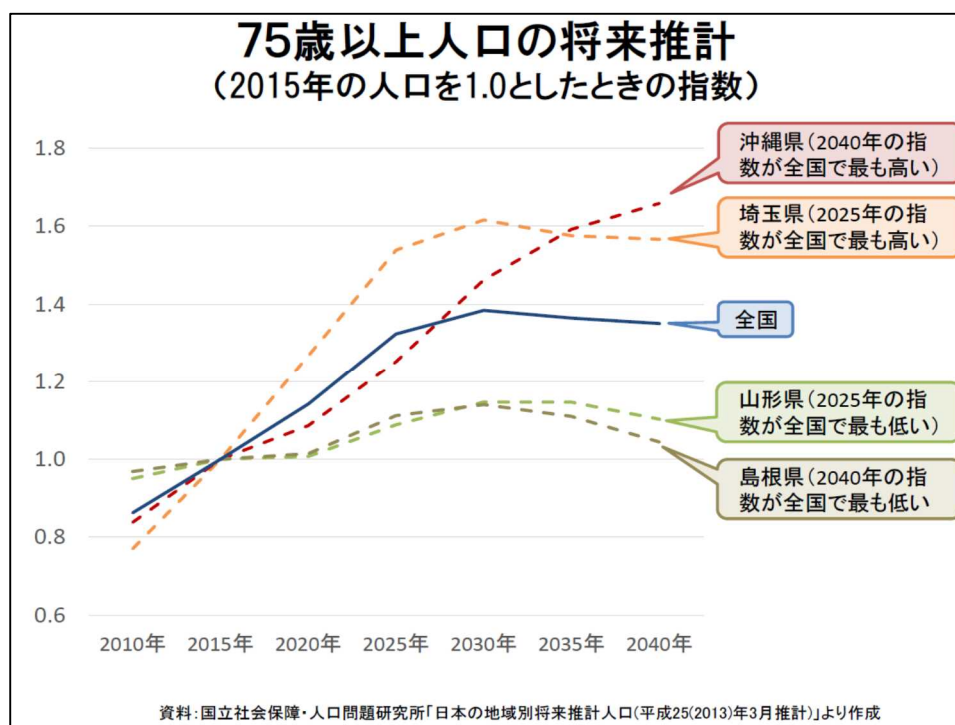
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

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

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

【図表 42】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標(参考資料11・12)

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた佐那河内村の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7-1 高血圧予防のためのレセプトと健診データの突合

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佐那河内村の位置

2017.1114作成

項目				H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)	
				保険者		保険者		同規模平均		県		国			
				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		2,573		2,573		712,964		772,357		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・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）		984	38.2	984	38.2	250,396	35.1	209,460	27.1	29,020,766	23.2		
		75歳以上		578	22.5	578	22.5			113,837	14.7	13,989,864	11.2		
		65～74歳		406	15.8	406	15.8			95,623	12.4	15,030,902	12.0		
		40～64歳		863	33.5	863	33.5			266,169	34.5	42,411,922	34.0		
	39歳以下		726	28.2	726	28.2			296,728	38.4	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業		41.8		41.8		22.7		8.8		4.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		19.3		19.3		21.7		24.3		25.2			
		第3次産業		39.0		39.0		55.6		66.9		70.6			
	③ 平均寿命	男性		79.9		79.9		79.4		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		85.2		85.2		86.5		86.2		86.4			
	④ 健康寿命	男性		65.3		65.4		65.1		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		65.7		65.7		66.7		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		100.6		85.0		102.6		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				100.7		92.9		98.2		99.4		100			
		死因	がん		7	29.2	19	52.8	2,874	44.3	2,469	46.4	367,905		49.6
			心臓病		10	41.7	8	22.2	1,917	29.6	1,543	29.0	196,768		26.5
			脳疾患		3	12.5	4	11.1	1,158	17.9	825	15.5	114,122		15.4
			糖尿病		1	4.2	0	0.0	115	1.8	113	2.1	13,658		1.8
			腎不全		1	4.2	3	8.3	231	3.6	218	4.1	24,763		3.3
			自殺		2	8.3	2	5.6	187	2.9	151	2.8	24,294		3.3
			合計												
			男性												
	女性														
	② 早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計												厚生省HP 人口動態調査	
		男性													
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		198	21.0	190	19.0	49,932	20.0	48,252	23.1	5,882,340	21.2		
		新規認定者		5	0.2	0	0.2	781	0.3	727	0.3	105,654	0.3		
		2号認定者		4	0.5	1	0.3	856	0.4	941	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		35	19.3	36	19.1	10,568	20.4	13,140	26.4	1,343,240	21.9		
		高血圧症		102	52.3	91	48.5	28,302	55.0	28,314	57.0	3,085,109	50.5		
		脂質異常症		39	22.1	40	20.2	14,020	27.1	14,741	29.6	1,733,323	28.2		
		心臓病		119	62.6	113	60.5	31,852	62.1	32,169	64.9	3,511,354	57.5		
		脳疾患		60	31.1	48	28.1	13,312	26.3	12,843	26.0	1,530,506	25.3		
		がん		9	7.3	25	10.8	4,845	9.3	5,291	10.5	629,053	10.1		
		筋・骨格		108	53.4	108	54.1	28,251	55.0	29,441	59.5	3,051,816	49.9		
		精神		66	33.4	73	38.7	19,059	36.9	17,887	35.6	2,141,880	34.9		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		70,748		80,800		73,702		60,272		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		居宅サービス		33,293		37,423		39,646		39,151		39,683			
施設サービス		278,396		265,750		273,946		284,661		281,115					
④ 医療費等	要介護認定別		9,824		9,043		8,522		7,585		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	医療費（40歳以上） 認定あり 認定なし		5,059 認定なし		4,354		4,226		4,219		3,822				
4	① 国保の状況	被保険者数		736		700		198,796		173,928		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		297	40.4	317	45.3			75,546	43.4	12,462,053	38.2		
		40～64歳		278	37.8	248	35.4			59,408	34.2	10,946,693	33.6		
		39歳以下		161	21.9	135	19.3			38,974	22.4	9,178,477	28.2		
		加入率		28.6		27.2		28.1		22.5		26.9			
	② 医療の概況（人口千対）	病院数		0		0		0		113		8,255		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数		2		2		2		743		96,727			
		病床数		0		0		0		14,845		1,524,378			
		医師数		1		2		2		2,463		299,792			
		外来患者数		655.8		727.9		652.4		721.1		668.3			
		入院患者数		32.4		25.7		23.7		25.6		18.2			
		入院患者数		32.4		25.7		23.7		25.6		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		26,496	県内12位 同規模99位	24,148	県内23位 同規模179位	26,819		28,005		24,253		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
受診率		688.149		753.597		676.093		746.696		686.501		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
費用の割合		50.0		52.8		55.3		54.7		60.1					
件数の割合		95.3		96.6		96.5		96.6		97.4					
費用の割合		50.0		47.2		44.7		45.3		39.9					
件数の割合		4.7		3.4		3.5		3.4		2.6					
1件あたり在院日数		20.5日		22.5日		16.3日		18.8日		15.6日					
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名（調剤含む）	がん		29,812,850	21.6	18,034,000	16.6	24.1		22.9		25.6		KDB_NO.3 健康・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）		7,060,960	5.1	2,548,900	2.3	7.9		7.1		9.7				
	糖尿病		14,276,180	10.4	10,839,310	10.0	10.1		9.6		9.7				
	高血圧症		10,230,810	7.4	10,824,290	10.0	9.4		8.3		8.6				
	精神		44,284,450	32.2	38,802,600	35.7	18.6		25.5		16.9				
	筋・骨格		15,761,080	11.4	17,688,030	16.3	16.4		13.7		15.2				

4

⑤

費用額
(1件あたり)

県内順位
順位総数25

入院の（ ）内
は在院日数

入院

糖尿病
高血圧
脂質異常症
脳血管疾患
心疾患
腎不全
精神
悪性新生物

441,371
448,813
405,756
514,057
527,504
893,883
365,548
552,933

22位
23位
24位
21位
21位
1位
23位
22位

(18)
(17)
(13)
(14)
(19)
(24)
(28)
(17)

409,238
417,148
562,585
955,581
530,264
598,336
404,300
517,217

25位
25位
6位
1位
19位
14位
21位
24位

(20)
(22)
(22)
(12)
(21)
(22)
(29)
(21)

外来

糖尿病
高血圧
脂質異常症
脳血管疾患
心疾患
腎不全
精神
悪性新生物

28,392
29,526
28,765
41,423
42,836
102,718
25,738
55,278

23位
3位
1位
1位
3位
20位
17位
6位

26,742
20,493
24,198
22,599
28,085
92,039
23,486
40,028

25位
25位
16位
23位
22位
23位
23位
24位

⑥

健診の有無別
一人当たり
点数

健診対象者
一人当たり
生活習慣病対象者
一人当たり

健診受診者
健診未受診者
健診受診者
健診未受診者

1,890
7,871
5,833
24,297

2,355
7,978
6,591
22,335

2,810
12,706
7,804
35,289

2,156
14,140
5,630
36,924

2,065
12,683
5,940
36,479

⑦

健診・レセ
実合

受診勧奨者
医療機関受診率
医療機関非受診率

107
97
10

44.8
40.6
4.2

106
99
7

51.2
47.8
3.4

31,779
28,823
2,956

56.5
51.3
5.3

24,202
22,713
1,489

56.7
53.2
3.5

4,116,530
3,799,744
316,786

55.9
51.6
4.3

①

健診受診者

239

207

56,224

42,706

7,362,845

②

受診率

44.7

県内4位
同規模128位

40.3

県内9位
同規模150位

39.7

34.3

全国28位

34.0

③

特定保健指導終了者（実施率）

16

51.6

25

89.3

498

6.6

222

4.2

35,557

4.1

④

非肥満高血糖

12

5.0

20

9.7

5,467

9.7

3,222

7.5

687,157

9.3

⑤

メタボ

該当者
男性
女性
予備群
男性
女性

31
23
8
29
14
15

13.0
21.1
6.2
12.1
12.8
11.5

29
21
8
25
19
6

14.0
23.9
6.7
12.1
21.6
5.0

10,599
7,361
3,238
6,633
4,566
2,067

18.9
27.9
10.8
11.8
17.3
6.9

7,762
5,267
2,495
5,066
3,407
1,659

18.2
29.4
10.1
10.9
19.0
6.7

1,272,714
875,905
396,909
790,096
548,609
241,487

17.3
27.5
9.5
10.7
17.2
5.8

⑥

メタボ

総数
男性
女性

73
47
26

30.5
43.1
20.0

69
51
18

33.3
58.0
15.1

19,372
13,388
5,984

34.5
50.8
20.0

14,326
9,643
4,683

33.5
53.9
18.9

2,320,533
1,597,371
723,162

31.5
50.1
17.3

⑦

BMI

総数
男性
女性

14
3
11

5.9
2.8
8.5

12
0
12

5.8
0.0
10.1

3,615
629
2,986

6.4
2.4
10.0

2,322
291
2,031

5.4
1.6
8.2

346,181
55,460
290,721

4.7
1.7
7.0

⑧

血糖のみ

1

0.4

2

1.0

464

0.8

297

0.7

48,685

0.7

⑨

血圧のみ

25

10.5

18

8.7

4,606

8.2

3,652

8.6

546,667

7.4

⑩

脂質のみ

3

1.3

5

2.4

1,563

2.8

1,117

2.6

194,744

2.6

⑪

血糖・血圧

4

1.7

6

2.9

1,913

3.4

1,137

2.7

196,978

2.7

⑫

血糖・脂質

4

1.7

3

1.4

596

1.1

383

0.9

69,975

1.0

⑬

血圧・脂質

16

6.7

15

7.2

4,926

8.6

4,084

9.6

619,684

8.4

⑭

血糖・血圧・脂質

7

2.9

5

2.4

3,264

5.8

2,158

5.1

386,077

5.2

①

服薬

高血圧
糖尿病
脂質異常症

80
16
36

33.5
6.7
15.1

82
13
40

39.6
6.3
19.3

20,411
5,000
12,656

36.4
8.9
22.6

15,305
3,137
9,629

35.8
7.3
22.5

2,479,216
551,051
1,738,149

33.7
7.5
23.6

②

既往歴

脳卒中（脳出血、脳梗塞等）
心臓病（狭心症、心筋梗塞等）
腎不全
貧血

15
13
1
32

6.3
5.4
0.4
13.4

6
7
2
24

2.9
3.4
1.0
11.6

1,721
2,998
335
4,296

3.1
5.5
0.6
8.1

1,383
2,356
253
4,762

22.5
5.6
0.6
11.4

230,777
391,296
37,041
710,650

3.3
5.5
0.5
10.1

③

喫煙

19

7.9

19

9.2

9,314

16.6

4,843

11.3

1,048,171

14.2

④

週3回以上朝食を抜く

17

7.1

15

7.3

3,727

7.5

3,015

7.5

540,374

8.5

⑤

週3回以上食後朝食

46

19.2

31

15.0

6,739

13.5

6,546

16.2

743,581

11.8

⑥

週3回以上就寝前夕食

41

17.2

37

18.0

8,014

16.0

6,601

16.3

983,474

15.4

⑦

食べる速度が遅い

61

25.5

65

31.6

13,924

27.9

11,814

29.2

1,636,988

25.9

⑧

20歳時体重から10kg以上増加

70

29.4

60

29.1

17,050

33.9

13,637

33.7

2,047,756

32.1

⑨

1日30分以上運動習慣なし

168

70.3

148

71.8

34,200

67.6

22,470

55.5

3,761,302

58.7

⑩

1日1時間以上運動なし

118

49.4

96

46.6

24,869

49.6

19,685

48.7

2,991,854

46.9

⑪

睡眠不足

59

24.8

53

25.9

12,204

24.3

10,644

26.5

1,584,002

25.0

⑫

毎日飲酒

55

23.1

50

24.4

14,071

27.0

9,908

23.7

1,760,104

25.6

⑬

時々飲酒

49

20.6

39

19.0

11,710

22.5

7,426

17.7

1,514,321

22.0

⑭

日飲酒量

1
1～2合
2～3合
3合以上

79
42
17
1

56.8
30.2
12.2
0.7

79
24
12
6

65.3
19.8
9.9
5.0

19,633
9,756
3,922
1,539

56.3
28.0
11.3
4.4

15,688
5,650
2,480
667

64.1
23.1
10.1
2.7

3,118,433
1,158,318
452,785
132,608

64.1
23.1
9.3
9.7

①

生活習慣の
状況

1
週3回以上朝食を抜く
週3回以上食後朝食
週3回以上就寝前夕食
食べる速度が遅い
20歳時体重から10kg以上増加
1日30分以上運動習慣なし
1日1時間以上運動なし
睡眠不足
毎日飲酒
時々飲酒
1
1合未満
1～2合
2～3合
3合以上

79
42
17
1
1
168
118
59
55
49
1

56.8
30.2
12.2
0.7
0.7
70.3
49.4
24.8
23.1
20.6
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1
1

佐那河内村

佐那河内村

【参考資料 3】

H30.2.9時点

56

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28年度		担当者名:	担当地区:														
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携														
糖尿病管理台帳の全数 (㉔+㉕) (29) 人																	
㉔ 健診未受診者 (10) 人		1. 資格喪失（死亡、転出）の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡は、その原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力														
結果把握	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">結果未把握（内訳）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 国保（生保）</td> <td>(3) 人</td> </tr> <tr> <td>② 後期高齢者</td> <td>(6) 人</td> </tr> <tr> <td>③ 他保険</td> <td>(0) 人</td> </tr> <tr> <td>④ 住基異動（死亡・転出）</td> <td>(0) 人</td> </tr> <tr> <td>⑤ 確認できない</td> <td>(0) 人</td> </tr> <tr> <td>⑥ 長期入院</td> <td>(1) 人</td> </tr> </tbody> </table>	結果未把握（内訳）		① 国保（生保）	(3) 人	② 後期高齢者	(6) 人	③ 他保険	(0) 人	④ 住基異動（死亡・転出）	(0) 人	⑤ 確認できない	(0) 人	⑥ 長期入院	(1) 人	2. レセプトの確認 ○治療状況の確認 ○直近の治療有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患－手術 ●人工透析導入 ●がん
	結果未把握（内訳）																
	① 国保（生保）	(3) 人															
	② 後期高齢者	(6) 人															
	③ 他保険	(0) 人															
④ 住基異動（死亡・転出）	(0) 人																
⑤ 確認できない	(0) 人																
⑥ 長期入院	(1) 人																
①-1 未治療者（中断者含む） (0) 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		3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医														
㉕ 結果把握 (19) 人		4. 結果から動く ○経年表で他のリスク（メタボ、血圧等）の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導		尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医													
① HbA1cが悪化している (9) 人 例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (5) 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 (－) (13) 人 (±) (4) 人 (+) ～ 顕性腎症 (2) 人																	
③ eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 (0) 人 1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下 (3) 人																	
保健指導の優先づけ																	

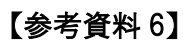
様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

		項目	突合表	佐那河内村				同規模保険者		データ元			
				H28年度		H29年度		H30年度			H28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	714人								KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)	
		(再掲)40才～74歳		572人									
2	①	特定健診	B									あなみツール ②.1 集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))	
	②	健診対象者数		514人									
	③	健診受診者数	C		207人								
3	①	健診受診率		40.3%								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	特定保健指導											
	③	保健指導対象者数		28人									
	④	実施率		89.3%									
4		健診データ										特定健診結果	
	①	糖尿病型	E	24人	11.6%	人	%	人	%	人	%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	11人	45.8%	人	%	人	%	人	%		
	③	治療中(質問票 服薬有)	G	13人	54.2%	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	7人	53.8%	人	%	人	%	人	%		
	⑤			血圧 130/80以上	4人	57.1%	人	%	人	%	人		%
	⑥			肥満 BMI25.0以上	3人	42.9%	人	%	人	%	人		%
	⑦	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	6人	46.2%	人	%	人	%	人	%		
	⑧	糖尿病病期分類	M										
	⑨	尿蛋白(-)		第1期	18人	75.0%	人	%	人	%	人		%
	⑩	(±)		第2期	3人	12.5%	人	%	人	%	人		%
⑪	(+)以上	第3期		3人	12.5%	人	%	人	%	人	%		
	⑫	eGFR(30未満)	第4期	0人	0.0%	人	%	人	%	人	%		
5	①	レセプト										KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)	
	②	糖尿病受診率(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	80人	11.2%	人	%	人	%	人	%		
	⑥	(再掲)40才～74才		80人	14.0%	人	%	人	%	人	%		
	⑦	健診未受診者	I	67人	83.8%	人	%	人	%	人	%		
	⑧	糖尿病性腎症	L	3人	3.8%	人	%	人	%	人	%		
	⑨	(再掲)40才～74才		3人	3.8%	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)		0人	0.0%	人	%	人	%	人	%		
	⑪	(再掲)40才～74才		0人	0.0%	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)		1人	0.8%							後期高齢者医療広域連合		
6	①	医療費	総医療費	a	2.03億円		億円	億円	652.76億円			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	6459.2万円		円	円	270.48億円					
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	31.8%				41.4%					
	④	生活習慣病対象者	健診受診者	6,591円				7,804円					
	⑤	1人当たり	健診未受診者	22,335円		円	円	35,289円					
	⑥	糖尿病医療費	c	1083.9万円		円	円	37.36億円					
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	16.8%		%	%	13.8%					
	⑧	糖尿病入院外総医療費		2676.9万円		円	円	円					
	⑨	1件当たり		26,742円		円	円	円					
	⑩	糖尿病入院総医療費		1145.9万円		円	円	円					
	⑪	1件当たり		409238円		円	円	円					
	⑫	在院日数		20日		日	日	日					
	⑬	慢性腎不全医療費											
	⑭	透析有り		254.9万円		円	円	29.36億円					
	⑮	透析なし		87.3万円		円	円	2.85億円					
7	①	介護	介護給付費		2.77億円		円	円	771.22億円		KDB 地域の全体像の把握 要介護(支援)者認定状 況		
	②	(再掲)2号認定者の有所見											
		糖尿病		0.0%		%	%	%					
8	①	死亡	死因別死亡者数								KDB 地域の全体像の把握		
		糖尿病		0人 0.0%		人	人	115人 1.8%					

発症予防

重症化予防 (早期発見)

年齢 (経過)



【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

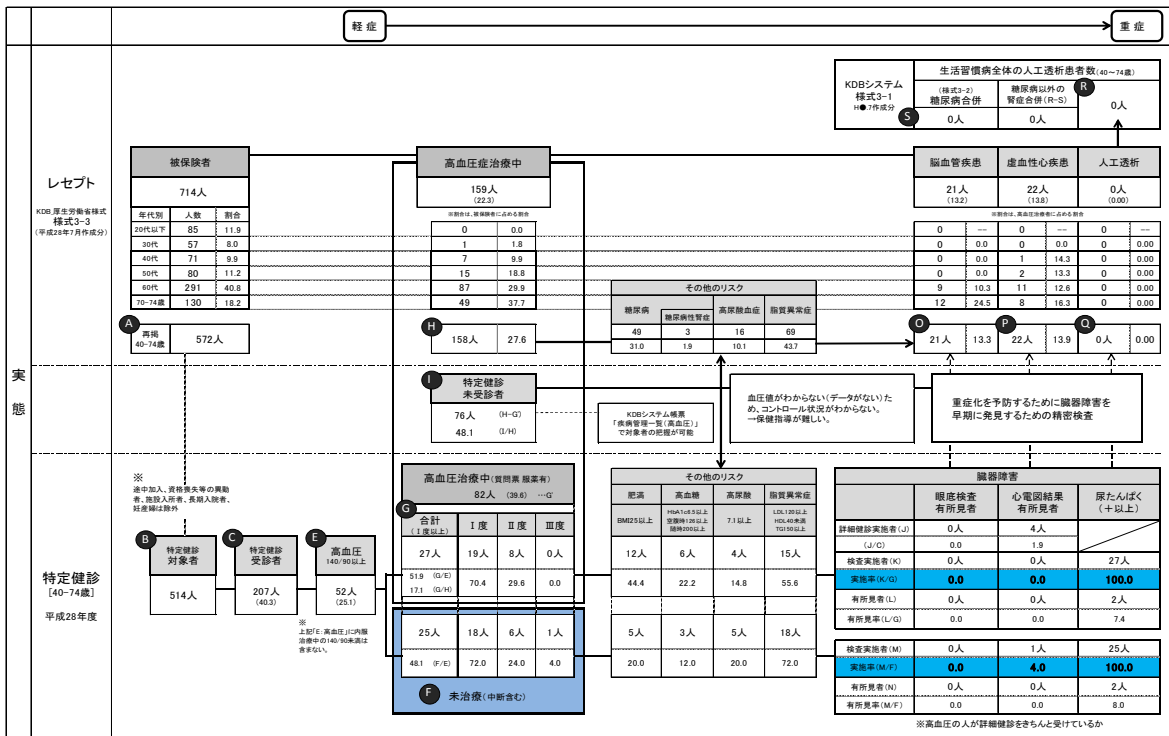
健診結果、問診		リスク状況		対象者		
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある				
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧					
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		⑤ 重症化予防対象者		
		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。				
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		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		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 7-1】

高血圧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 徳島県 市町村名 佐那河内村 同規模区分 8



【参考資料 8】

血圧評価表 32名 (過去5年間で一度でもⅡ度高血圧以上の基準に該当した方)

個人 番号	被保険者証 記号 番号	名前	性別	年齢	健診データ																			
					過去5年間のうち直近							血圧												
					メタB 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28					
											治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期				
1	佐那河内	男	70	該当者	5.4	162	29.4	—	7.7	○	165	80	○	153	85	○	180	80	○	188	85	○	150	79
2	佐那河内	女	73	なし	5.5	148	67	—	4.8					165	84		132	88		130	78		179	99
3	佐那河内	男	74	なし	6.3	130	60.4	—	6.7		150	100		140	90		140	90					140	90
4	佐那河内	男	69	なし	5.1	72	55.1	+	9.9				○	160	104	○	156	90	○	190	90	○	144	70
5	佐那河内	女	69	なし	5.1	91	74.4	—	3.9		135	86		157	90		164	83		137	87		139	78
6	佐那河内	女	65	なし	4.9	116	63.9	+	5.3		148	74					138	80				○	162	78
7	佐那河内	男	69	予備群	5.5	135	63.6	±	5.2							○	162	89						
8	佐那河内	男	68	なし	5.6	241	57.2	—	7.7		160	99		142	90		130	70		130	88		140	90
9	佐那河内	女	61	なし	5.7	114	60.4	—	4				○	172	99	○	175	90	○	136	79	○	178	95
10	佐那河内	女	73	なし	5.7	120	64.9	—	5.2		131	85		124	70					161	96		132	71
11	佐那河内	女	64	なし	5.1	116	118.4	—	3.3		168	99		182	108	○	135	87	○	138	90	○	144	86
12	佐那河内	女	68	なし	5.8	162	72.1	—	5.2		128	86		124	82		132	84		152	94		175	85

血圧評価表 15名 (H28年度の健診でⅡ度高血圧以上の基準に該当した方)

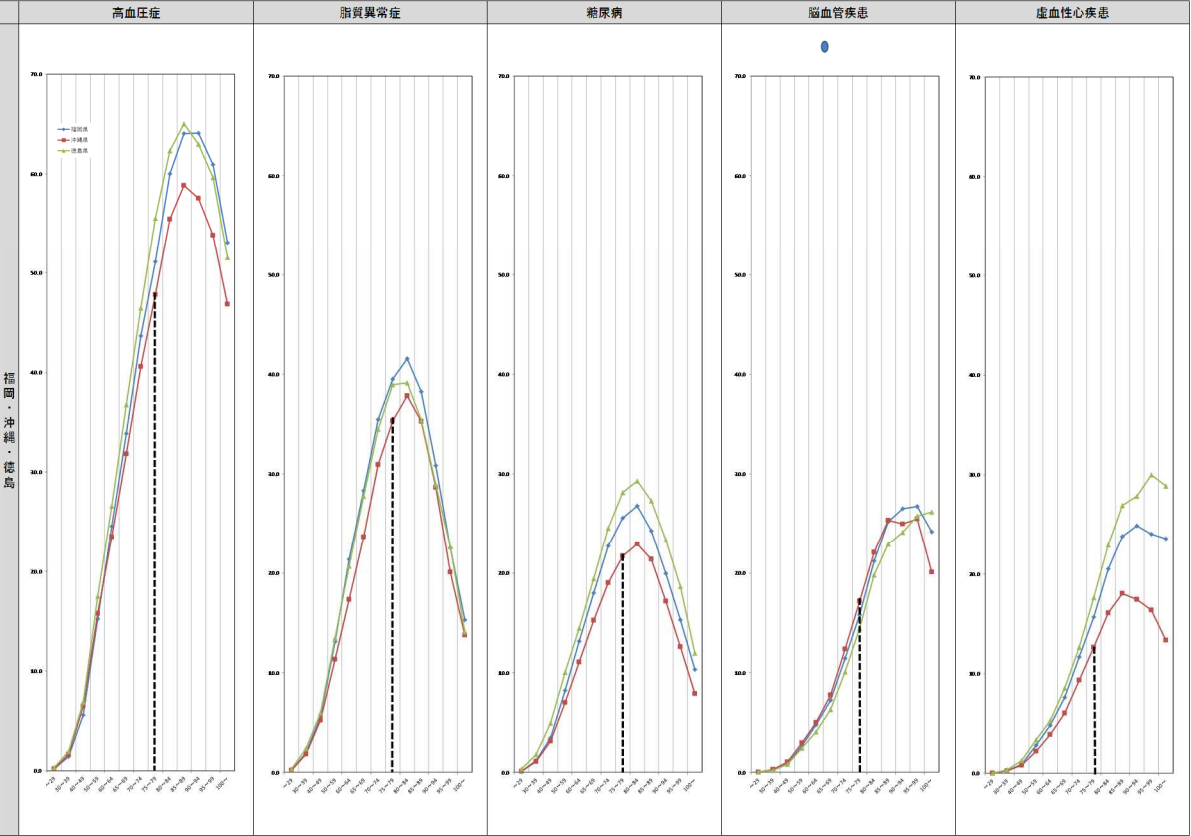
個人 番号	被保険者証 記号 番号	名前	性別	年齢	健診データ																				
					過去5年間のうち直近						血圧														
					メタ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28						
											治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期					
1	佐那河内	男	68	なし	6	126	76.9	—	3.6			133	88		136	96		125	80		136	90		197	123
2	佐那河内	男	44	該当者	5.6	152	70.1	—	7.1														○	174	109
3	佐那河内	女	73	なし	5.5	148	67	—	4.8					165	84		132	88		130	78		179	99	
4	佐那河内	女	61	なし	5.7	114	60.4	—	4				○	172	99	○	175	90	○	136	79	○	178	95	
5	佐那河内	男	73	予備群	5.5	127	59.2	—	6.7						120	70		124	85					173	95
6	佐那河内	女	67	該当者	7.3	90	42.9	—	4.3														○	171	95
7	佐那河内	女	66	なし	5.8	143	76.7	—	2.7				○	168	90	○	180	82	○	168	78	○	162	92	
8	佐那河内	男	73	なし	5.7	80	79.9	—	5.1		116	70					118	80		140	86		160	88	
9	佐那河内	女	59	なし	6.1	168	75	—	3.8														○	167	86
10	佐那河内	女	65	なし	5.2	132	77.1	—	3.4		128	80		118	60		137	86		120	79		162	86	
11	佐那河内	女	68	なし	5.8	162	72.1	—	5.2		128	86		124	82		132	84		152	94		175	85	
12	佐那河内	女	69	なし	5.9	106	64.9	—	5.3	○	116	65	○	125	70	○	130	75	○	125	61	○	167	82	
13	佐那河内	女	60	予備群	5.6	126	57.3	—	4.9		130	86		164	88		148	81					164	79	
14	佐那河内	女	65	なし	4.9	116	63.9	+	5.3		148	74					138	80					○	162	78
15	佐那河内	女	74	なし	5.7	113	52.5	—	5	○	136	70	○	110	78	○	158	82	○	151	77	○	164	74	

【参考資料 9】

心房細動管理台帳																										
自治体 コード	自治体 名称 コード	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 医師	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

【参考資料 10】

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(ODB)システム 平成29年7月作成分)



①平成29年度データヘルスの取組みと課題整理(平成29年度実践・評価)

佐那河内村

評価(良くなったところ)				
①平成29年度支援・評価委員会の助言をふまえ、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
1. 一① 特定健診受診率向上のため、健診継続受診者へ健診無料料(金券)を渡す取り組みを平成30年度から実施するようとする。(金券使用は、徳島西医師会の医療機関、とくしま未来健康づくり機構、厚生連のみで使用可とする) ●平成29年8月24日国保運営協議会にて、健診無料料(金券)を渡す取り組みについて説明し、承認をいただく。 ●平成29年11月に健診未受診者へ健診無料料(金券)の配布について個別通知(399人)および広報にて周知する。 ●平成29年12月15日徳島西医師会会長へ健診無料料(金券)の取り組みについて、二階元村にだけよう説明し依頼する。 ●平成30年2月3日、村のイベントにてヘルスマイトや商工会の方(ヘルスマイト・会員・商工会メンバー)がいて、減価を減額する間、知や地域商品の配布を実施する。また、イベントでは、徳島西医師会と連携して健診無料料(金券)を渡すことにより、健診受診者へのメリット(健診無料料の配布等)を説明し周知する。 1. 一② 徳島西医師会へ、かかりつけ医から患者本人へ、特定健診の受診勧奨を行っているよう依頼する。 ●平成30年1月31日徳島西医師会糖尿病性腎症重症化予防協議会において、パネリストとして参加していただき、徳島西医師会会員の先生方へ本村の特定健診受診率等の現状を説明していただき、治療中の方への受診勧奨をしていただけるよう協力依頼する。 2. 糖尿病性腎症重症化予防に向けての医療連携について ●平成29年12月15日徳島西医師会会長へ、本村における糖尿病性腎症重症化予防対策の取り組み方針等を説明し、協力依頼する。 ●平成30年1月31日徳島西医師会糖尿病性腎症重症化予防協議会において、パネリストとして参加していただき、徳島西医師会会員の先生方へ本村における糖尿病性腎症重症化予防対策の取り組み方針等を説明し、協力依頼する。 ↓ ※徳島西医師会の会員は、村内にある1医療機関以外には、すべて徳島市内にあるため、徳島市とも連携をさせていただいた上で、糖尿病性腎症重症化予防対策の取り組み方針を決定した。(徳島市と共同で徳島西医師会との連携について協力依頼させていただいた。)	●健診継続受診者(金券)の取り組みが始まる前を周知したところ、今まで健診中断者による受診勧奨してきたが健診受診に繋がっていない人が、受診してきていた。(未受診者台帳より) 平成29年度健診率44.7%をピークに現在受診率40.4%前後で横ばい状態 ●平成29年11月に健診未受診者へ健診無料料(金券)の配布について個別通知(399人)および広報にて周知する。 ●平成29年12月15日徳島西医師会会長へ健診無料料(金券)の取り組みについて、二階元村にだけよう説明し依頼する。 ●平成30年2月3日、村のイベントにてヘルスマイトや商工会の方(ヘルスマイト・会員・商工会メンバー)がいて、減価を減額する間、知や地域商品の配布を実施する。また、イベントでは、徳島西医師会と連携して健診無料料(金券)を渡すことにより、健診受診者へのメリット(健診無料料の配布等)を説明し周知する。 1. 一②及び② 徳島西医師会糖尿病性腎症重症化予防協議会を定例として開催していただき、医療機関が半分以上あったため、充分に協力依頼することができた。 今後は徳島西医師会会員の医療機関全体に健診の受診勧奨や糖尿病性腎症重症化予防における医療連携について説明、協力依頼する必要がある。 ↓ ●徳島西医師会会員の先生方に向けて、特定健診受診率向上に向けて、健診受診勧奨をしていただくよう依頼が必要。(できれば個別に説明させていただくことが望ましい。)	1. 一① ●平成30年度当初予算にて健診無料料(金券)を渡すための予算を確保する。(システム改修、印刷費、本費等の予算を確保) ●健診無料料(金券)を渡すための要領を整備する。(現在作成途中) ●保健指導及び栄養指導実施体制を構築する(うち一人は管理職) ●未受診者は重く上げ(臨時雇用) ※保健師人件制であるが、平成30年度末に一人は定年退職となる。地区は3地区あり、地区担当割りしている。 ※未受診者については、近年本村で糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいる未受診者が増えている。 ●治療中で未受診者が多い 平成28年度健診対象者514人中、健診未受診者は307人(59.7%)。 ↓ 1. 一②及び② ●KDB厚生労働省様式3-3データ受診対象者より、未受診者のうち高血圧治療中78人いる。 ●KDB厚生労働省様式3-2データ受診対象者より、未受診者のうち糖尿病治療中463人いる。 ※徳島西医師会との連携により、治療中の方に健診勧奨を実施していただけたよう協力依頼が必要。 2. 糖尿病性腎症重症化予防に向けての医療連携 ●徳島西医師会会員の医療機関全体に糖尿病性腎症重症化予防における医療連携について説明、協力依頼することが必要。 ●保健指導及び栄養指導の力量を形成し、効果的な重症化予防への取り組みになるようにすることが必要。 ●平成30年度以降のマンパワー不足。	1. 特定健診受診率の伸び悩み ●平成29年度の健診受診者の内訳等の分析結果によれば、新たな健診も必要になるが、もしも健診を受けることにより、住民に理解していただくが肝要。メリットのうち、継続受診すると健診自己負担金が無料になる。ことも平成30年度からは加わるので、更なる周知が必要。 ・特定健診受診率の推移 平成29年度 44.7% 平成26年度 38.4% 平成27年度 40.1% 平成28年度 40.3% ・継続受診率の推移 平成29年度 74.8% 平成26年度 67.4% 平成27年度 72.3% 平成28年度 68.4% ●治療中で未受診者が多い 平成28年度健診対象者514人中、健診未受診者は307人(59.7%)。 ↓ 1. 一②及び② ●KDB厚生労働省様式3-3データ受診対象者より、未受診者のうち高血圧治療中78人いる。 ●KDB厚生労働省様式3-2データ受診対象者より、未受診者のうち糖尿病治療中463人いる。 ※徳島西医師会との連携により、治療中の方に健診勧奨を実施していただけたよう協力依頼が必要。 2. 糖尿病性腎症重症化予防に向けての医療連携 ●徳島西医師会会員の医療機関全体に糖尿病性腎症重症化予防における医療連携について説明、協力依頼することが必要。 ●保健指導及び栄養指導の力量を形成し、効果的な重症化予防への取り組みになるようにすることが必要。 ●平成30年度以降のマンパワー不足。	

(参考) 国民健康保険中央会 (国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン (平成28年1月))

評価（良くなったところ）					⑤残っている課題															
平成30年度課題	①平成29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（構造）																
②平成29年度の実践評価をふまえ、平成30年度の取組みと課題整理（平成29年度進捗状況）	1. 特定健診受診率の伸び悩み ●平成29年度の健診受診者の内訳等の分析結果によれば、新たな動向も必要になるかもしれないが、健診を受けることのメリットを住民に理解していただくことが肝要。メリットのうち、継続受診すると健診自己負担金が無料になることも平成30年度からは加わるので、更なる周知が必要。 ・特定健診受診率の推移 <table><tr><td>平成25年度</td><td>44.7%</td></tr><tr><td>平成26年度</td><td>38.4%</td></tr><tr><td>平成27年度</td><td>40.1%</td></tr><tr><td>平成28年度</td><td>40.3%</td></tr></table> ・継続受診率の推移 <table><tr><td>平成25年度</td><td>74.8%</td></tr><tr><td>平成26年度</td><td>67.4%</td></tr><tr><td>平成27年度</td><td>72.3%</td></tr><tr><td>平成28年度</td><td>69.4%</td></tr></table> ●治療中で未受診者が多い 平成28年度健診対象者514人中、健診未受診者は307人（59.7%）。 1 ●KDB厚生労働省様式3ー3データ受診対象者より、未受診者のうち高血圧治療中は76人いる。 ●KDB厚生労働省様式3ー2データ受診対象者より、未受診者のうち糖尿病治療中は63人いる。 ※徳島西医師会との連携により、治療の方に健診受診勧誘をいただけたよう協力依頼が必要。 2. 糖尿病性腎症重症化予防に向けての医師連携 医師連携 ●徳島西医師会会員の医師機関全体に糖尿病性腎症重症化予防における医師連携について説明、協力依頼することが必要。 ●尿検査指導及び尿検査指導の力量を形成し、効果的な重症化予防への取り組みになるようにすることが必要。 ●平成30年度以降のマンパワー不足。	平成25年度	44.7%	平成26年度	38.4%	平成27年度	40.1%	平成28年度	40.3%	平成25年度	74.8%	平成26年度	67.4%	平成27年度	72.3%	平成28年度	69.4%	1. 未受診者対策 ●40歳未満者及び継続受診者への健診無料券（金券）を健診受診券発行使時に一斉に配布。 ・40歳未満者は初めて健診対象者となったため、個別訪問して健診を受けることのメリット等を説明し、健診受診と継続受診へつなげていく。 ・未受診者台帳及び受診中断者名簿に掲載されている対象者へ、個別訪問して受診勧誘を行う。（健診受診のメリット、継続受診すると健診自己負担金が無料になる旨等理解してもらえるよう個別に説明させていただく。） ・徳島西医師会会員及び集回健診機関へ健診無料券（金券）の取り組みについて説明し、協力依頼する。 ・徳島西医師会会員へ治療中の方への健診受診勧誘の協力依頼をする。 2. 糖尿病性腎症重症化予防に向けての医師連携 ●徳島西医師会会員の医師機関全体に糖尿病性腎症重症化予防における医師連携について説明、協力依頼する。 ●糖尿病管理台帳等の対象者（重症化予防対象者）の健診受診状況を把握し、糖尿病連携手帳による連携を進めていく。 ●糖尿病性腎症重症化予防における尿検査指導及び尿検査指導の力量形成のための継続学習を行う。ケースによっては、重症化予防について主治医に保健師等から相談させていただき、アプローチ方法等の指導をいただくようにする。 ●平成30年度以降は保健師1人減となるため、業務内容、担当地区割等の見直しが必要。できれば保健師の活用も要望していく。また、医業士については、将来的に常勤での活用をしてもらえるよう働きかけていく。		
平成25年度	44.7%																			
平成26年度	38.4%																			
平成27年度	40.1%																			
平成28年度	40.3%																			
平成25年度	74.8%																			
平成26年度	67.4%																			
平成27年度	72.3%																			
平成28年度	69.4%																			

佐那河内村