

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、これらの医療データの集計・分析が行える「国保データベースシステム」（KDB システム）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、評価等の取組みを求めるとともに、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。

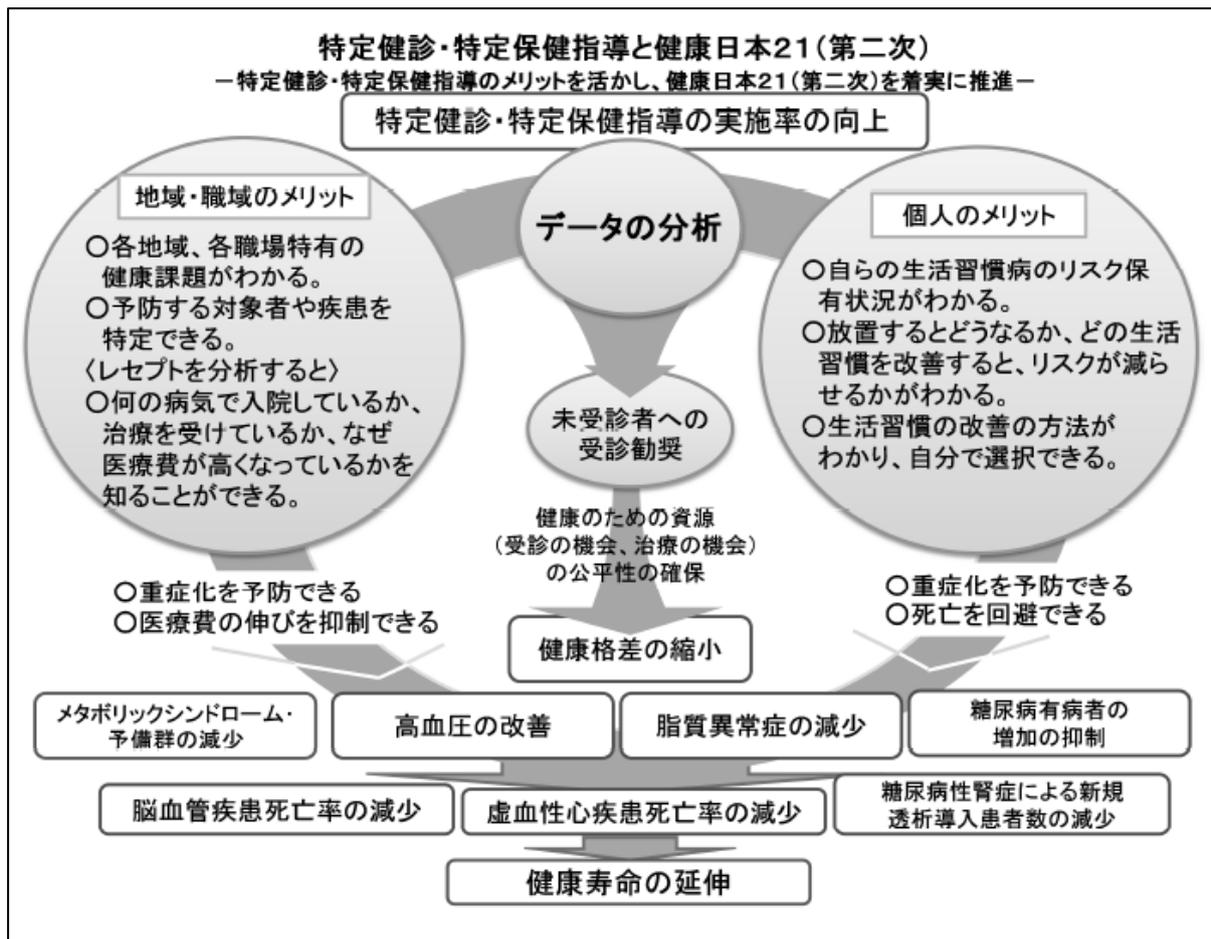
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部改正等により、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・改善等を行うこととした。

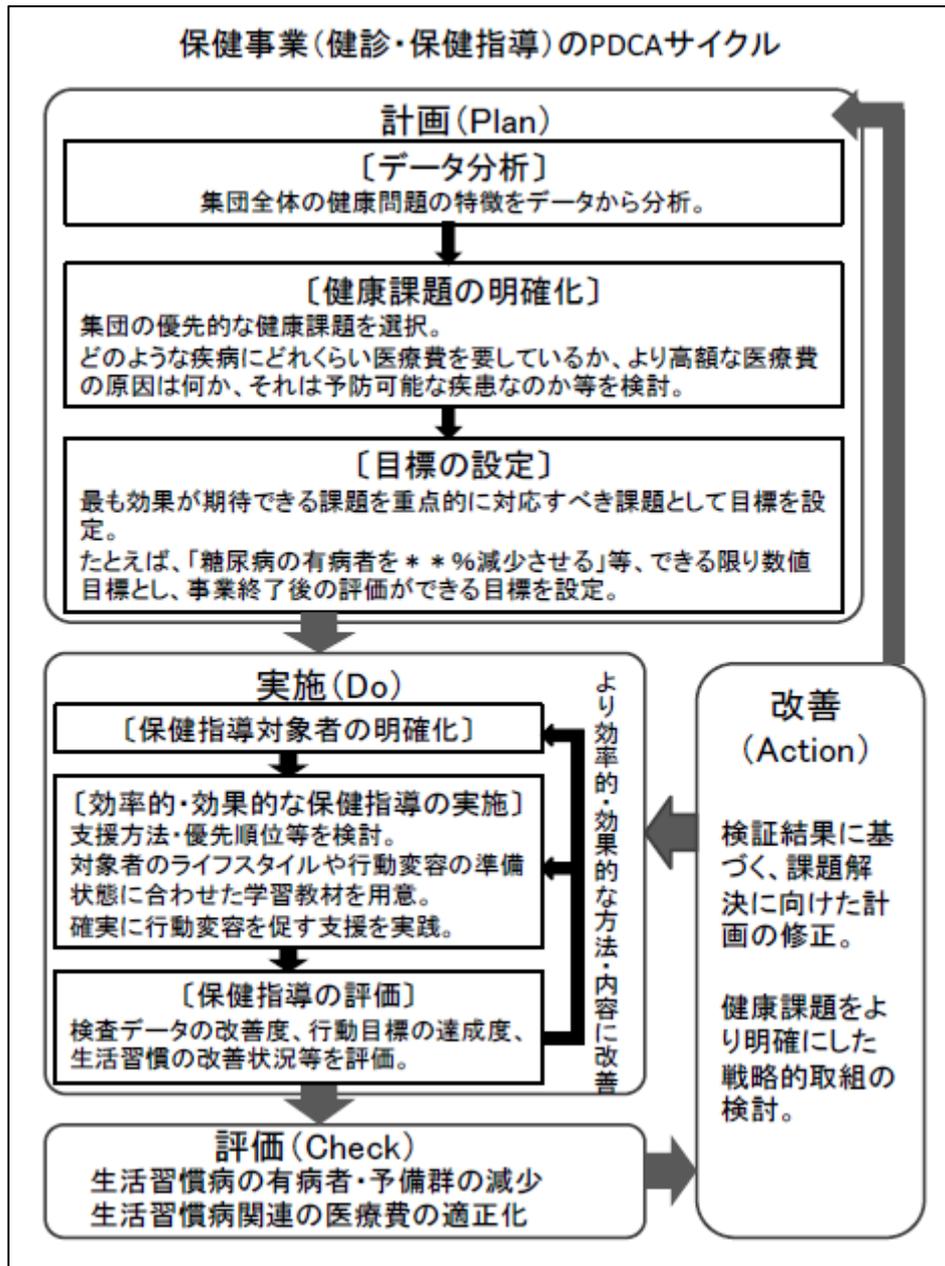
龍ヶ崎市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【図表2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成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

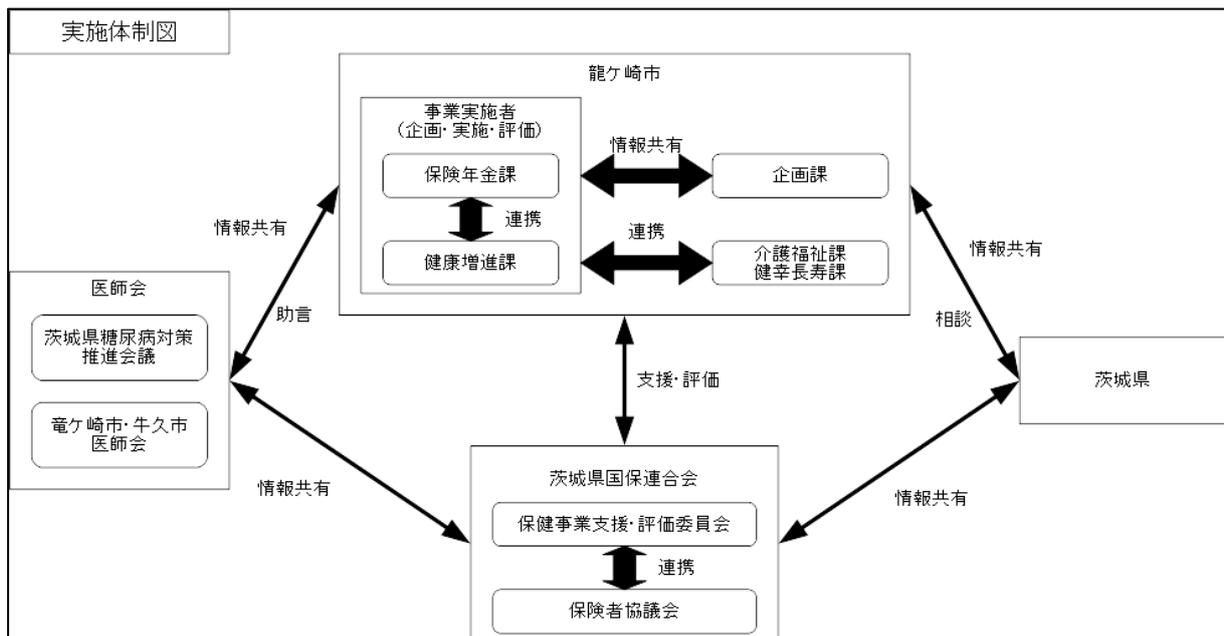
1) 実施主体関係部局の役割

龍ヶ崎市においては、国民健康保険主管課（保険年金課）が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康増進課の保健師・管理栄養士等の専門職と連携をして、市が一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（健幸長寿課）、保健衛生部局（健康増進課）、介護保険部局（介護福祉課）、企画部局（企画課）、生活保護部局（生活支援課）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の体制を整えることも重要である。（図表4）

【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、特に市の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となる。

このため、市は計画素案について県関係課と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等と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、県が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。

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、健診等の受診率や糖尿病等の重症化予防などの保健事業について配点を高くし、特に重要視している。（図表5）

【図表5】

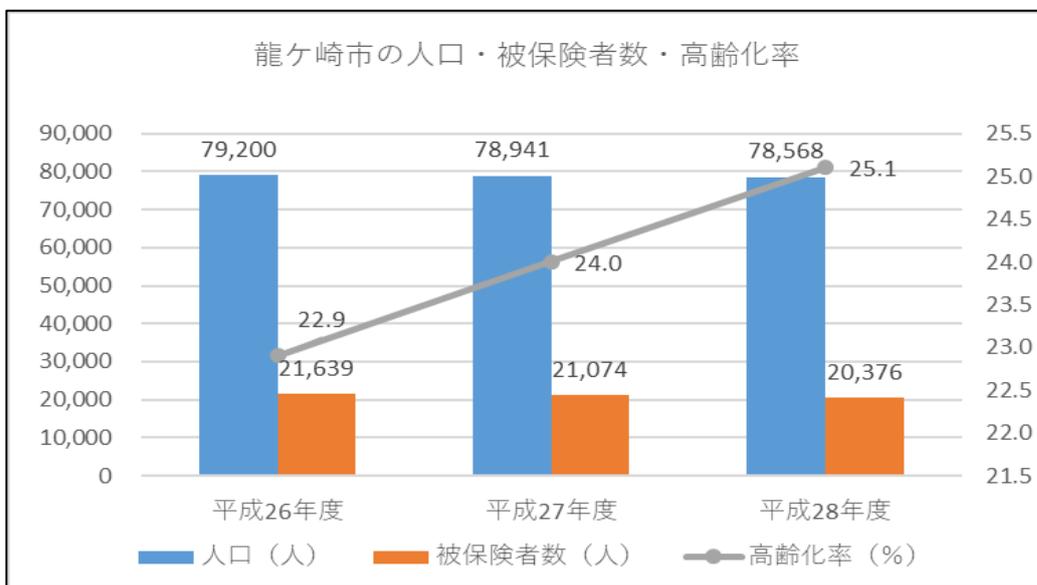
評価指標	龍ヶ崎市得点／配点			
	H28	H29	H30	
共通①	(1) 特定健診受診率	0/ 20	0/ 35	0/ 50
	(2) 特定保健指導実施率	0/ 20	25/ 35	40/ 50
	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15/ 20	15/ 35	25/ 50
共通②	(1) がん検診受診率	0/ 10	0/ 20	0/ 30
	(2) 歯周疾患（病）検診	10/ 10	15/ 15	25/ 25
共通③	重症化予防の取組	40/ 40	70/ 70	100/100
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	0/ 20	45/ 45	70/ 70
	(2) 個人へのわかりやすい情報提供	20/ 20	15/ 15	25/ 25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10/ 10	25/ 25	35/ 35
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	15/ 15	25/ 25	35/ 35
	(2) 後発医薬品の使用割合	0/ 15	10/ 30	15/ 40
固有①	収納率向上	35/ 40	25/ 70	45/100
固有②	データヘルス計画の取組	10/ 10	30/ 30	40/ 40
固有③	医療費通知の取組	10/ 10	15/ 15	25/ 25
固有④	地域包括ケアの推進	5/ 5	11/ 15	17/ 25
固有⑤	第三者求償の取組	10/ 10	23/ 30	29/ 40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	—	—	26/ 50
体制構築加点		70/ 70	70/ 70	60/ 60
合 計		250/345	419/580	612/850
得点率		72.5%	72.2%	72.0%

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. 龍ヶ崎市の概況

1) 龍ヶ崎市の人口・被保険者数・高齢化率

平成26年度から、龍ヶ崎市の人口は年々減少傾向にあり、それに伴い国民健康保険加入者も減少している。ただし、高齢化率は、年々上昇している。



2) 国保の加入状況

国保の加入状況を見てみると65歳以上が41.7%を占めている。

3年間の加入者の経過を見てみると被保険者数は全体では6.9%減少しているが、65歳以上の被保険者数は1.8%増と、国保被保険者も高齢化が進んでいる。

龍ヶ崎市全体と国保被保険者の人口構成

			39歳以下	40～64歳	65～74歳
龍ヶ崎市全体	人数		35,413	28,249	8,855
	%		45	35.9	11.2
国保被保険者	人数		5,460	6,432	8,490
	%		26.8	31.6	41.7
国	被保険者	%	28.2	33.6	38.2
県	被保険者	%	27.5	34	38.5

2. 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26年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別では心臓病・脳疾患・糖尿病による死亡割合は減少しているが、標準化死亡比では男女ともに急性心筋梗塞の死亡率が全国と比べて有意に高く、男性では糖尿病の死亡率も高い。腎不全による死亡は1.3倍に増加している。

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は若干上昇し、40～64歳の2号認定率は横ばいであることから、それに伴い介護給付費の増加がみられた。

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増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動が重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が横ばいの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)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付費は平成26年度と平成28年度を比較すると増加している。1件当たりの給付費(全体)で見ても28年は増加している。居宅サービスは増加、施設サービスは減少している。有病別で見ると心臓病、高血圧症が多く、標準化死亡比の高さとも関連がある。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	龍ヶ崎市				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
H26年度	37億7,181	67,664	42,945	289,429	62,856	40,797	285,218
H28年度	↑ 42億4,398	↑ 68,822	↑ 43,016	↓ 284,973	61,245	40,247	278,147

②医療費の状況(図表7)

龍ヶ崎市の総医療費は平成26年度と平成28年度と比較すると、入院が減少し、3億円の減額となっている。また、一人当たりの医療費で見ると、入院は9.7%下がっているのに対し、入院外は7.8%上がっている。

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

【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	
				龍ヶ崎市	同規模			龍ヶ崎市	同規模			龍ヶ崎市	同規模
1 総医療費 (円)	H26年度	64億				25億9840万				38億16万			
	H28年度	61億	△3億	△4.6%	6.0%	22億2040万	△3億780万	△11.8%	5.5%	38億796万	780万	0.2%	6.3%
2 一人当たり医療費 (円)	H26年度	21,106				8,569				12,537			
	H28年度	21,257	145	0.71%	6.5%	7,738	△831.5	△9.7%	6.8%	13,519	982万	7.8%	6.4%

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表8)

総医療費をみると、平成26年度と平成28年度では減少しているが、1人当たりでは増加している。疾患別にみると慢性腎不全(透析有)で下がっているが、慢性腎不全(透析無)では増加している。また、心疾患、糖尿病、脂質異常症が増加している。糖尿病などの生活習慣病は自覚症状がないため、放置することで進行し重症化を引き起こす恐れがある。

【図表8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成26年度と平成28年度との比較)

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中期目標疾患					短期目標疾患			(中期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・音疾患
			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								
H26	龍ヶ崎市	5,629,418,200	21,106	239	28	4.36%	0.23%	3.52%	1.99%	5.54%	5.89%	2.75%	1,367,066,890	24.28%	13.27%	8.95%	7.48%
		5,364,955,550	21,257	251	40	↓3.33%	↑0.27%	↓2.28%	↓2.14%	↑5.77%	↑5.28%	↓2.80%	1,161,772,380	21.65%	↓4.47%	8.91%	7.93%
H28	茨城県	222,246,143,840	22,467	--	--	4.36%	0.30%	2.16%	2.10%	6.20%	0.05%	0.03%	52,348,033,510	23.55%	14.41%	9.71%	8.20%
		9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源疾患(調剤含む)による分析結果

※最大医療資源疾患とは、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中長期的な疾患 (図表9)

生活習慣病重症化治療者で虚血性心疾患・脳血管疾患及び人工透析の割合は全体的に減少しているが、該当する人は基礎疾患が重症化し発症している。人工透析の基礎疾患については、糖尿病、脂質異常症の割合が平成26年度より平成28年度が高くなっている。

高血圧や糖尿病といった生活習慣病を予防することで、医療費、介護給付費に大きく影響する。

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

【図表9】

厚生省様式 様式3-5		中期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	22,000	656	3.0%	144	22.0%	18	2.7%	510	77.7%	287	43.8%	439	66.9%	
	64歳以下	13,562	149	1.1%	26	17.4%	18	12.1%	104	69.8%	70	47.0%	95	63.8%	
	65歳以上	8,438	507	6.0%	118	23.3%	0	0.0%	406	80.1%	217	42.8%	344	67.9%	
H28	全体	20,616	587	2.8%	122	20.8%	15	2.6%	462	78.7%	257	43.8%	410	69.8%	
	64歳以下	12,094	124	1.0%	18	14.5%	14	11.3%	94	75.8%	58	46.8%	78	62.9%	
	65歳以上	8,522	463	5.4%	104	22.5%	1	0.2%	368	79.5%	199	43.0%	332	71.7%	

厚生省様式 様式3-6		中期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	22,000	741	3.4%	144	19.4%	3	0.4%	567	76.5%	293	39.5%	426	57.5%	
	64歳以下	13,562	170	1.3%	26	15.3%	3	1.8%	110	64.7%	55	32.4%	88	51.8%	
	65歳以上	8,438	571	6.8%	118	20.7%	0	0.0%	457	80.0%	238	41.7%	338	59.2%	
H28	全体	20,616	661	3.2%	122	18.5%	4	0.6%	499	75.5%	251	38.0%	374	56.6%	
	64歳以下	12,094	131	1.1%	18	13.7%	3	2.3%	96	73.3%	45	34.4%	63	48.1%	
	65歳以上	8,522	530	6.2%	104	19.6%	1	0.2%	403	76.0%	206	38.9%	311	58.7%	

厚生省様式 様式3-7		中期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		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		
H26	全体	22,520	42	0.2%	5	11.9%	18	42.9%	41	97.6%	26	61.9%	14	33.3%	
	64歳以下	14,344	42	0.3%	5	11.9%	18	42.9%	41	97.6%	26	61.9%	14	0.3%	
	65歳以上	8,176	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
H28	全体	20,616	34	0.2%	4	11.8%	15	44.1%	31	91.2%	22	64.7%	14	41.2%	
	64歳以下	12,064	31	0.3%	3	9.7%	14	45.2%	28	90.3%	19	61.3%	13	41.9%	
	65歳以上	8,552	3	0.0%	1	33.3%	1	33.3%	3	100.0%	3	100.0%	1	33.3%	

(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)

中長期目標疾患の治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者の割合は増加しており、インスリン療法の割合も増えている。

生活習慣病の重症化を予防していくためには、引き続き特定健診受診率の向上への取り組みとともに、健診受診者の中でもハイリスク者への特定保健指導や、情報提供レベルの者への生活習慣の改善、医療機関への受診勧奨を充実させていくことが重要である。

【図表10】

厚生省様式 様式3-2		中期的な目標								短期的な目標																			
		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			
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
H26	全体	22,520	1,860	8.3%	162	8.7%	1,297	69.7%	1,156	62.2%	298	16.0%	285	15.3%	14	1.4%	159	8.5%											
	64歳以下	14,344	592	4.1%	69	11.7%	377	63.7%	342	57.8%	77	13.0%	52	8.8%	4	4.4%	60	10.1%											
	65歳以上	8,176	1,268	15.5%	93	7.3%	920	72.6%	814	64.2%	221	17.4%	233	18.4%	0	0.0%	99	7.8%											
H28	全体	20,616	1,757	8.5%	160	9.1%	1,193	67.9%	1,094	62.3%	257	14.6%	251	14.3%	13	1.3%	133	7.6%											
	64歳以下	12,094	489	4.0%	64	13.1%	291	59.5%	296	60.5%	58	11.9%	45	9.2%	3	3.9%	43	8.8%											
	65歳以上	8,522	1,268	14.9%	96	7.6%	902	71.1%	798	62.9%	199	15.7%	206	16.2%	3	0.2%	90	7.1%											

厚生省様式 様式3-3		中期的な目標								短期的な目標															
		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
H26	全体	22,520	3,807	16.9%	1,297	34.1%	2,003	52.6%	572	15.0%	571	15.0%	41	1.1%											
	64歳以下	14,344	1,137	7.9%	377	33.2%	552	48.5%	140	12.3%	115	10.1%	41	3.6%											
	65歳以上	8,176	2,670	32.7%	920	34.5%	1,451	54.3%	432	16.2%	456	17.1%	0	0.0%											
H28	全体	20,616	3,527	17.1%	1,193	33.8%	1,883	53.4%	462	13.1%	499	14.1%	31	0.9%											
	64歳以下	12,064	914	7.6%	291	31.8%	440	48.1%	94	10.3%	96	10.5%	28	3.1%											
	65歳以上	8,552	2,613	30.6%	902	34.5%	1,443	55.2%	368	4.3%	403	15.4%	3	0.1%											

厚生省様式 様式3-4		中期的な目標								短期的な目標															
		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	人数	割合	人数	割合					
H26	全体	22,520	2,883	13%	1,156	40.1%	2,003	69.5%	445	15.4%	429	14.9%	14	0.5%											
	64歳以下	14,344	913	6%	342	37.5%	552	60.5%	110	12.0%	81	8.9%	14	1.5%											
	65歳以上	8,176	1,970	24%	814	41.3%	1,451	73.7%	335	17.0%	348	17.7%	0	0.0%											
H28	全体	20,616	2,773	13.5%	1,094	39.5%	1,883	67.9%	410	14.8%	374	13.5%	14	0.5%											
	64歳以下	12,064	760	6.3%	296	38.9%	440	57.9%	78	10.3%	63	8.3%	13	1.7%											
	65歳以上	8,552	2,013	23.5%	798	39.8%	1,443	71.7%	332	16.5%	311	15.4%	1	0.0%											

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果の有所見者割合をみると、男性においては、特に40-64歳の若い世代に腹囲、中性脂肪、空腹時血糖等の増加傾向がみられた。女性は空腹時血糖の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者においては、男性の40-64歳の若い世代に増加が目立つ。

【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)

★NO.23(標票)

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	502	27.6	810	44.5	476	26.2	315	17.3	124	6.6	248	13.6	1,250	68.7	3	0.2	789	43.4	391	21.5	946	52.0	0	0.0
	40-64	182	33.6	264	48.8	167	30.9	142	26.2	44	8.1	68	12.6	339	62.7	2	0.4	184	34.0	145	26.8	318	58.8	0	0.0
	65-74	320	25.0	546	42.7	309	24.2	173	13.5	80	6.3	180	14.1	911	71.3	1	0.1	605	47.3	246	19.2	628	49.1	0	0.0
H28	合計	491	26.9	830	45.5	496	27.2	345	18.9	131	7.2	331	18.1	1,166	63.9	201	11.0	785	43.0	398	21.8	891	48.8	20	1.1
	40-64	166	32.2	249	48.3	173	33.5	146	28.3	51	9.9	92	17.8	264	51.2	59	11.4	170	32.9	130	25.2	277	53.7	2	0.4
	65-74	325	24.8	581	44.4	323	24.7	199	15.2	80	6.1	239	18.3	902	69.0	109	10.9	615	47.0	268	20.5	614	46.9	18	1.4

性別	年齢	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
女性	合計	393	17.4	313	13.9	361	16.0	173	7.7	31	1.4	140	6.2	1,626	72.1	1	0.0	727	32.2	321	14.2	1,312	58.2	0	0.0
	40-64	135	16.3	97	11.7	119	14.4	72	8.7	5	0.6	44	5.3	516	62.3	1	0.1	187	22.6	127	15.3	491	59.3	0	0.0
	65-74	258	18.1	216	15.1	242	17.0	101	7.1	26	1.8	96	6.7	1,110	77.8	0	0.0	540	37.8	194	13.6	821	57.5	0	0.0
H28	合計	425	18.2	336	14.4	349	14.9	201	8.6	26	1.1	246	10.5	1,556	66.5	30	1.3	773	33.0	302	12.9	1,372	58.6	4	0.2
	40-64	137	17.8	106	13.7	91	11.8	68	8.8	7	0.9	66	8.6	438	56.8	8	1.0	175	22.7	89	11.5	466	60.4	0	0.0
	65-74	288	18.4	230	14.7	258	16.4	133	8.5	19	1.2	180	11.5	1,118	71.3	22	1.4	598	38.1	213	13.6	906	57.7	4	0.3

* 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該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24(標票)

性別	年齢	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		
男性	合計	1,819	26.4	116	6.4	294	16.2	28	1.5	193	10.6	73	4.0	400	22.0	89	4.9	33	1.8	147	8.1	131	7.2
	40-64	541	17.8	50	9.2	91	16.8	5	0.9	48	8.9	38	7.0	123	22.7	21	3.9	15	2.8	40	7.4	47	8.7
	65-74	1,278	33.3	66	5.2	203	15.9	23	1.8	145	11.3	35	2.7	277	21.7	68	5.3	18	1.4	107	8.4	84	6.6
H28	合計	1,824	28.0	110	6.0	299	16.4	28	1.5	184	10.1	87	4.8	421	23.1	83	4.6	38	2.1	174	9.5	126	6.9
	40-64	516	19.4	40	7.8	99	19.2	10	1.9	45	8.7	44	8.5	110	21.3	16	3.1	17	3.3	46	8.9	31	6.0
	65-74	1,308	34.0	70	5.4	200	15.3	18	1.4	139	10.6	43	3.3	311	23.8	67	5.1	21	1.6	128	9.8	95	7.3

性別	年齢	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				
女性	合計	2,255	30.2	40	1.8	89	3.9	6	0.3	54	2.4	29	1.3	184	8.2	27	1.2	12	0.5	73	3.2	72	3.2
	40-64	828	24.9	22	2.7	42	5.1	5	0.6	23	2.8	14	1.7	33	4.0	6	0.7	4	0.5	15	1.8	8	1.0
	65-74	1,427	34.4	18	1.3	47	3.3	1	0.1	31	2.2	15	1.1	151	10.6	21	1.5	8	0.6	58	4.1	64	4.5
H28	合計	2,340	32.6	51	2.2	95	4.1	9	0.4	65	2.8	21	0.9	190	8.1	33	1.4	11	0.5	73	3.1	73	3.1
	40-64	771	26.8	29	3.8	35	4.5	3	0.4	23	3.0	9	1.2	42	5.4	10	1.3	3	0.4	17	2.2	12	1.6
	65-74	1,569	36.5	22	1.4	60	3.8	6	0.4	42	2.7	12	0.8	148	9.4	23	1.5	8	0.5	56	3.6	61	3.9

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診の受診率は平成 26 年度と比べると平成 28 年度は 2.1 ポイント上昇した。特定保健指導実施率は 20.2 ポイント上昇している。

受診者を性別・年代別に見てみると、40 歳代の男女と 50 歳代の男性で 20%未満であり、60 歳以上の受診率と比べかなり低いことから、若い年代に特に受診勧奨を行っていく必要がある。

生活習慣病の重症化を予防していくためには、引き続き特定健診受診率の向上への取り組みとともに、健診受診者の中でもハイリスク者への特定保健指導や、情報提供レベルの者への生活習慣の改善、医療機関への受診勧奨を充実させていくことが重要である。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								龍ヶ崎市	同規模平均
H26年度	14,354	4,074	28.4%	236	531	147	27.7%	52.3%	56.1%
H28年度※	13,678	4,167	30.5%	235	543	260	47.9%	49.4%	51.6%

※H30.1.31現在

H28年度特定健診男女別年代別受診率

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	40～64歳	65～69歳	70～74歳	65～74歳
男性	15.3%	17.8%	16.6%	16.2%	26.8%	19.4%	35.8%	32.0%	34.0%
女性	18.3%	16.6%	22.2%	26.5%	35.1%	26.8%	37.0%	35.9%	36.5%

（４）第 1 期に係る考察

これまでの取組みと事業評価

【評価の考え方】

アウトプット指標（事業の実施量等）の不要かに当たっては以下定義による。

- A：実施目標に達している
- B：実施したが実施目標に達しなかった。
- C：実施しなかった。

アウトカム指標（検査値の改善等）の評価に当たっては次の定義による。

- A：目標に達している
- B：目標には達しなかったが改善がみられた
- C：改善が見られない。

①特定健康診査未受診者対策（特定健診受診率向上）

計画内容	特定健康診査未受診者の未受診理由を把握し、各段階（年齢・性別・未受診理由等）に応じた受診勧奨を行う			
実施年度	アウトプット	評価	アウトカム	評価
平成27年度	対象者への通知率 100%	A	特定健診受診率 30%	A
平成28年度	対象者への通知率 100%	A	特定健診受診率 33%	B
平成29年度	対象者への通知率 100%	A	特定健診受診率 36%	B

	H26	H27	H28	H29
特定健康診査受診率	28.4%	30.5%	30.5%	未確定

受診率からみると、平成28年度は30.5%と平成26年度の28.4%より増加しており、検診未受診者（全体）は減少しているが、被保険者も平成26年度から減少している。

②特定保健指導事業

計画内容	特定保健指導対象者への指導を行う。 特定健康診査結果による検査値の推移を確認する。			
実施年度	アウトプット	評価	アウトカム※	評価
平成27年度	指導対象者の指導実施率10%向上	A	特定保健指導実施者の生活習慣改善率50%	A
平成28年度	指導対象者の指導実施率10%向上	A	特定保健指導実施者の生活習慣改善率50%	A
平成29年度	指導対象者の指導実施率10%向上	A	特定保健指導実施者の生活習慣改善率50%	-

※特定保健指導実施前後で生活習慣が改善された人の割合

方法	詳細	成果目標
指導前と指導後の問診項目の回答状況・検査値等を比較する。	腹囲、BMI、脂質、血糖、血圧、問診項目（食事・運動・睡眠・喫煙等）	指導後の生活習慣改善率50%

<特定保健指導実施率>

	H26	H27	H28	H29
特定保健指導対象者（全体）	289	318	550	未確定
特定保健指導実施率	27.7	47.6	47.9	未確定

特定保健指導対象者については増加しており、リスク判定に該当するものが増加している。

③健診異常値受診勧奨事業

計画内容	特定健康診査結果異常値放置者に医療機関への受診勧奨通知を送付する。 通知後に医療機関受診の有無を確認し、受診がない場合は個別勧奨を実施する（電話・訪問）			
計画内容	アウトプット	評価	アウトカム※	評価
平成 27年度	対象者への通知率 100% 対象者への面接又は電話指導率 40%	A	健診異常値放置者数 20%減少	B
平成 28年度	対象者への通知率 100% 対象者への面接又は電話指導率 40%	A	健診異常値放置者数 20%減少	C
平成 29年度	対象者への通知率 100% 対象者への面接又は電話指導率 40%	A	健診異常値放置者数 20%減少	C

※通知後、医療機関を受診しなかった者の割合

	H26	H27	H28
健診異常値放置受診勧奨対象者（全体人数）	339（471）	340（498）	432（629）

④高血圧重症化予防事業

計画内容	健診受診後、指導対象者※に対し、血圧をコントロールするための指導を行う。 健診、レセプトデータにより検査値の推移、定期的な通院の有無を確認する。			
実施年度	アウトプット	評価	アウトカム	評価
平成 27 年度	指導対象者の指導実施率 10%向上	A	I 度高血圧以上の治療なしの割合 10%減少	B
平成 28 年度	指導対象者の指導実施率 10%向上	A	I 度高血圧以上の治療なしの割合 10%減少	A
平成 29 年度	指導対象者の指導実施率 10%向上	A	I 度高血圧以上の治療なしの割合 10%減少	B

※Ⅲ度高血圧：全年齢、Ⅱ度高血圧以上：74 歳以下、Ⅰ度高血圧以上：69 歳以下

⑤糖尿病性腎症重症化予防事業

計画内容	主治医、医師会との連携を図りつつ、指導対象者に対し生活習慣の改善のための指導を行う。 健診、レセプトデータにより検査値の推移、定期的な通院の有無を確認する。			
実施年度	アウトプット	評価	アウトカム	評価
平成 27 年度	指導実施率 20%	A	検査値のコントロール不良者 10%減少	B
平成 28 年度	指導実施率 20%	A	検査値のコントロール不良者 10%減少	B
平成 29 年度	指導実施率 20%	A	検査値のコントロール不良者 10%減少	B

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

指導実施者数	H26	H27	H28
腎不全期（Ⅲ）（Ⅳ）	8	135	142
慢性腎症期（Ⅲ）	103		

Ⅲ期以降の腎症患者数は増加している。それに対し指導の優先順位が高い患者の数も増えているため、早期指導介入により重症化予防をすることができる。

⑥生活習慣病治療中断者受診勧奨事業

計画内容	医療機関受診勧奨通知を作成、生活習慣病治療中断者に対し郵送する。 通知後に医療機関受診の有無を確認し、受診が無い場合は個別に対応する。			
実施年度	アウトプット	評価	アウトカム	評価
平成 27 年度	対象者への通知率 100% 対象者への面接又は電話指導率 40%	A	治療中断者対象者数 20%減少	A
平成 28 年度	対象者への通知率 100% 対象者への面接又は電話指導率 40%	A	治療中断者対象者数 20%減少	A
平成 29 年度	対象者への通知率 100% 対象者への面接又は電話指導率 40%	A	治療中断者対象者数 20%減少	A

⑦受診行動適正化指導事業（重複受診、頻回受診、重複服薬）

計画内容	指導対象者に対し、適正な受診指導を行う。レセプトデータをもとに適正な受診行動が行われているか確認する。			
実施年度	アウトプット	評価	アウトカム	評価
平成 27 年度	対象者への指導実施率 40%	A	指導実施者受診行動改善者数 20%増加	A
平成 28 年度	対象者への指導実施率 40%	A	指導実施者受診行動改善者数 20%増加	A
平成 29 年度	対象者への指導実施率 40%	A	指導実施者受診行動改善者数 20%増加	A

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

		H26	H27	H28
5～6 カ月レセプト該当	60 歳以上	3	8	8
	50～59 歳	0	2	0
3～4 カ月レセプト該当	60 歳以上	16	13	7
	50～59 歳	2	0	2
2 カ月レセプト該当	60 歳以上	2	2	6
	50～59 歳	1	0	0
上記 6 条件に該当しない者		178	259	150
効果が高く効率の良い患者数（上記のうちに含まれる）		24	25	23

経年比較してみると、対象者の人数はほとんど変わらない。毎年対象になる者は数人でほとんどは単年度の重複・頻回受診である。

⑧ジェネリック医薬品への切替推進事業

ジェネリック 医薬品への切 替推進事業	広報紙、公式ホームページ、ポスター、リーフレット等を通じたジェネリック医薬品使用の啓発 「ジェネリック医薬品希望カード」の送付 「ジェネリック医薬品差額通知」の送付（年 2 回）	A
---------------------------	---	---

窓口での新規加入者へはジェネリックの案内を渡している。

⑨薬剤併用禁忌防止事業

薬剤併用禁忌 防止事業	広報紙、公式ホームページ、ポスター、リーフレット等を通じた「お薬手帳」の活用啓発 保健指導（個別）対応	A
----------------	---	---

⑩COPD 啓発・予防事業

COPD 啓発・ 予防事業	広報紙、公式ホームページ、ポスター、リーフレット等を通じた啓発 保健指導（個別）対応	A
------------------	---	---

(5) 第1期に係る考察

- ▶ 平成26年度から平成28年度の介護給付費が増えている。
- ▶ 平成26年度医療費の総額をから見ていくと、H27は1%増額となったがH28は5%減額になった。この原因は患者数が3%減少したためと思われる。
- ▶ 40代からの一人あたりの医療費は30代以下と比べると高くなっている。しかも40代・50代は特定健診の受診率が低く、保健指導の早期介入が難しい。重症化予防のためにも、健診受診勧奨を強化し、生活習慣病の発症予防が重要である。
- ▶ 疾病別にみると、心臓病・脳疾患の死亡率が高い。
- ▶ 健診で異常値が指摘されても医療機関を受診しない者も少なくないため、医療機関へ受診を促す。
- ▶ また医療機関へ受診をしても、長期にわたる治療のうちに治療を中断してしまうものがあるため、生活習慣病が重篤化する恐れが強い。
- ▶ 糖尿病治療者の割合は増えており、インスリン療法の割合も増えている。
- ▶ 心臓病・脳疾患の死亡率が高い。生活習慣病から重篤化した疾患のなかでは脳梗塞の患者が多く、特に対策が必要と思われる。また、脳卒中・心筋梗塞においては、再発率が高いため、治療完了後の生活習慣の改善が必要と思われる。

1期の目標に対してどうだったか

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

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、治療に繋がった後のフォローや、治療の継続ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

3. 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)

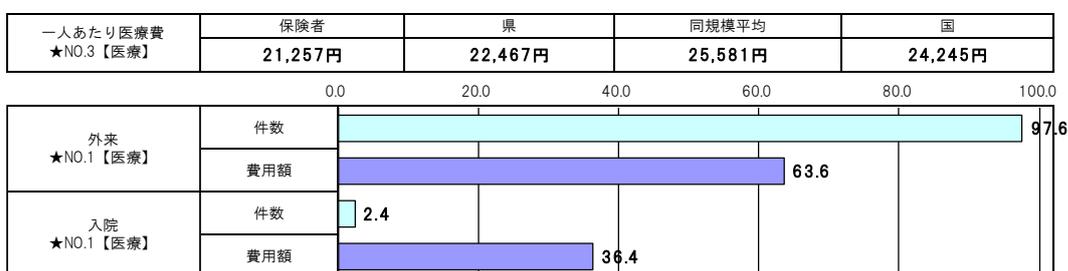
龍ヶ崎市の入院は件数で 2.4%、入院費用額は全体の 36.4%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○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)

長期化する疾患として人工透析がある。その原因疾患として「糖尿病性腎症」が全体の58%を占めている。今後、医療費の増大が予測されることから糖尿病の発症予防、重症化予防が重要である。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (●年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	840件	63件 7.5%	65件 7.7%	--
		費用額	11億7273万円	7474万円 6.4%	1億1310万円 9.6%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	792件	44件 5.6%	42件 5.3%	--
		費用額	3億1196万円	2619万円 8.4%	1713万円 5.5%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	487件	53件 10.9%	182件 37.4%	263件 54.0%
		費用額	1億9544万円	2276万円 11.6%	7851万円 40.2%	1億1330万円 58.0%

厚労省様式	対象レセプト (H●5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	6,876人	696人 10.1%	645人 9.4%	146人 2.1%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	534人 76.7%	507人 78.6%	106人 72.6%
			糖尿病	271人 38.9%	275人 42.6%	146人 100%
			脂質異常症	415人 59.6%	429人 66.5%	103人 70.5%
		高血圧症	3,616人 52.6%	糖尿病 1,819人 26.5%	脂質異常症 2,839人 41.3%	高尿酸血症 552人 8.0%

○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うけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが91.9%であり、筋・骨格疾患の88.8%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者の年齢が若い世代についても約86%血管疾患により介護認定を受けていることが分かる。

この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

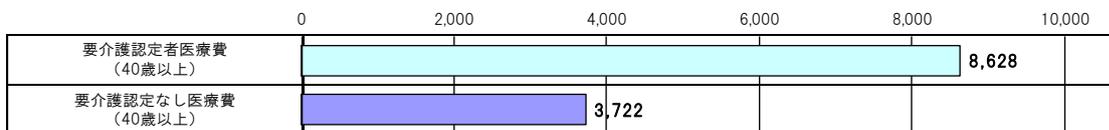
【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計							
	被保険者数		28,249人	8,855人	6,234人	15,089人		43,338人					
	認定者数		76人	356人	2,144人	2,500人		2,576人					
	認定率		0.27%	4.0%	34.4%	16.6%		5.9%					
	新規認定者数		2人	9人	33人	42人		44人					
介護度別人数	要支援1・2		10	13.2%	74	20.8%	428	20.0%	502	20.1%	512	19.9%	
	要介護1・2		38	50.0%	136	38.2%	813	37.9%	949	38.0%	987	38.3%	
	要介護3～5		28	36.8%	146	41.0%	903	42.1%	1,049	42.0%	1,077	41.8%	
要介護 突合状況 ★NO.49	(レセプトの 有病状況 より重複して計上)	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
		件数	--	42		158		2		160		202	
		循環器 疾患	1	脳卒中	21 50.0%	脳卒中	77 48.7%	脳卒中	1 50.0%	脳卒中	78 48.8%	脳卒中	99 49.0%
			2	虚血性 心疾患	8 19.0%	虚血性 心疾患	37 23.4%	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	37 23.1%	虚血性 心疾患	45 22.3%
			3	腎不全	1 2.4%	腎不全	12 7.6%	腎不全	0 0.0%	腎不全	12 7.5%	腎不全	13 6.4%
		基礎疾患	糖尿病等	36 85.7%	糖尿病等	134 84.8%	糖尿病等	1 50.0%	糖尿病等	135 84.4%	糖尿病等	171 84.7%	
			血管疾患 合計	38 90.5%	合計	138 87.3%	合計	2 100.0%	合計	140 87.5%	合計	178 88.1%	
		認知症	認知症	8 19.0%	認知症	53 33.5%	認知症	1 50.0%	認知症	54 33.8%	認知症	62 30.7%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	35 83.3%	筋骨格系	129 81.6%	筋骨格系	1 50.0%	筋骨格系	130 81.3%	筋骨格系	165 81.7%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

龍ヶ崎市においては、全国と比較して、健診結果の有所見状況において、男性がBMI・中性脂肪・GPT・空腹時血糖・HbA1c、女性では、空腹時血糖・HbA1c・尿酸などが高いことが分かる。

いずれも内臓脂肪の蓄積に伴う項目が高い。これらの所見が重なることにより、脳卒中や虚血性心疾患等の重症化につながる危険性がある。

【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)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
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	26,985	31.6	41,660	48.7	25,935	30.3	16,755	19.6	7,169	8.4	12,947	15.1	51,740	60.5	5,309	6.2	39,824	46.6	19,926	23.3	40,463	47.3	1,375	1.6	
保険者	合計	491	26.9	830	45.5	496	27.2	345	18.9	131	7.2	331	18.1	1,166	63.9	201	11.0	785	43.0	398	21.8	891	48.8	20	1.1
	40-64	166	32.2	249	48.3	173	33.5	146	28.3	51	9.9	92	17.8	264	51.2	59	11.4	170	32.9	130	25.2	277	53.7	2	0.4
	65-74	325	24.8	581	44.4	323	24.7	199	15.2	80	6.1	239	18.3	902	69.0	142	10.9	615	47.0	268	20.5	614	46.9	18	1.4
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	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	24,542	22.1	17,990	16.2	21,415	19.3	9,525	8.6	1,935	1.7	9,860	8.9	69,910	62.9	792	0.7	43,150	38.8	14,977	13.5	63,439	57.1	216	0.2	
保険者	合計	425	18.2	336	14.4	349	14.9	201	8.6	26	1.1	246	10.5	1,556	66.5	30	1.3	773	33.0	302	12.9	1,372	58.6	4	0.2
	40-64	137	17.8	106	13.7	91	11.8	68	8.8	7	0.9	66	8.6	438	56.8	8	1.0	175	22.7	89	11.5	466	60.4	0	0.0
	65-74	288	18.4	230	14.7	258	16.4	133	8.5	19	1.2	180	11.5	1,118	71.3	22	1.4	598	38.1	213	13.6	906	57.7	4	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

【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)

性別	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	1,824	28.0	110	6.0%	299	16.4%	28	1.5%	184	10.1%	87	4.8%	421	23.1%	83	4.6%	38	2.1%	174	9.5%	126	6.9%	
	40-64	516	19.4	40	7.8%	99	19.2%	10	1.9%	45	8.7%	44	8.5%	110	21.3%	16	3.1%	17	3.3%	46	8.9%	31	6.0%	
	65-74	1,308	34.0	70	5.4%	200	15.3%	18	1.4%	139	10.6%	43	3.3%	311	23.8%	67	5.1%	21	1.6%	128	9.8%	95	7.3%	
女性	合計	2,340	32.6	51	2.2%	95	4.1%	9	0.4%	65	2.8%	21	0.9%	190	8.1%	33	1.4%	11	0.5%	73	3.1%	73	3.1%	
	40-64	771	26.8	29	3.8%	35	4.5%	3	0.4%	23	3.0%	9	1.2%	42	5.4%	10	1.3%	3	0.4%	17	2.2%	12	1.6%	
	65-74	1,569	36.5	22	1.4%	60	3.8%	6	0.4%	42	2.7%	12	0.8%	148	9.4%	23	1.5%	8	0.5%	56	3.6%	61	3.9%	

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

新規受診者の HbA1c8.0 以上の割合が、継続受診者と比べ、治療中、治療なし共に上回っている。糖尿病の重症化といわれる網膜症や腎症、神経症の合併症の危険がさらに大きくなることから、継続した健診受診が必要である。

【図表 18】



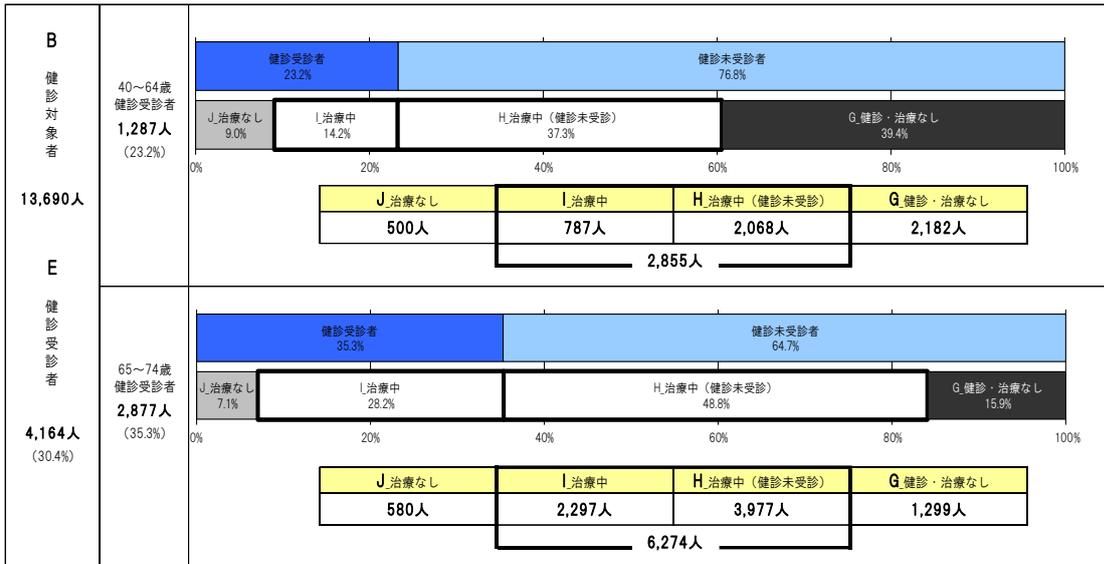
4) 未受診者の把握 (図表 19)

健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が39.4%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療費をみると、健診未受診者は健診受診者の約6倍である。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

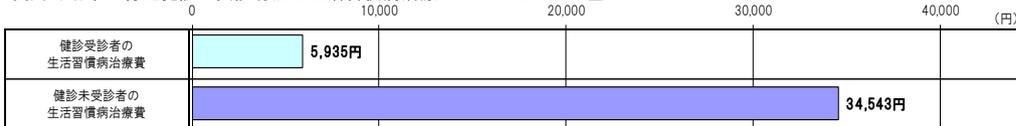
★NO.26 (CSV)



OG_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.3⑥



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

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8%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、必要時には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、龍ヶ崎市の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成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、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第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

1. 第三期特定健診等実施計画

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踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 20】

	平成30年度	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	33.5%	36.5%	39.5%	42.5%	45.5%	48.5%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		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	14,819	14,536	14,256	13,979	13,706	13,437
	受診者数	4,964	5,306	5,631	5,941	6,236	6,517
特定保健指導	対象者数	645	690	732	772	811	847
	受診者数	323	359	395	432	470	508

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(保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、茨城県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.ibaraki-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ために国が定めた項目に加え、追加の検査（血清クレアチニン・尿酸）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

毎年度 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、茨城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】

特定健診実施スケジュール

受診券発行日	発送予定日	受診券発行予定数	受診券発行対象者	有効期限
H30.4月	随時	15,070	4月1日に国保の資格を有している者 (4, 5月に医療機関健診等を受診する者に発送)	H31.3.31 ただし、途中で75歳に到達する者は誕生日の前日まで。 なお、国保の資格を喪失した者は喪失日の前日まで。
5月	下旬	310	4月中に国保の資格を取得した者 (発送は5月中に資格を喪失した者・4, 5月に健診等を受診した者は除く。)	
6月	4日	108	5月中に国保の資格を取得した者	
7月	3日	118	6月中に国保の資格を取得した者	
8月	2日	126	7月中に国保の資格を取得した者	
9月	4日	69	8月中に国保の資格を取得した者	
10月	2日	86	9月中に国保の資格を取得した者	
11月	2日	106	10月中に国保の資格を取得した者	
12月	4日	98	11月中に国保の資格を取得した者	
H30.1月	7日	107	12月中に国保の資格を取得した者	
2月	4日	109	1月中に国保の資格を取得した者	
3月	随時(希望者のみ)	100	2・3月中に国保の資格を取得した者	

※発行予定数はH29年度の実績に基づく

5. 特定保健指導の実施

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

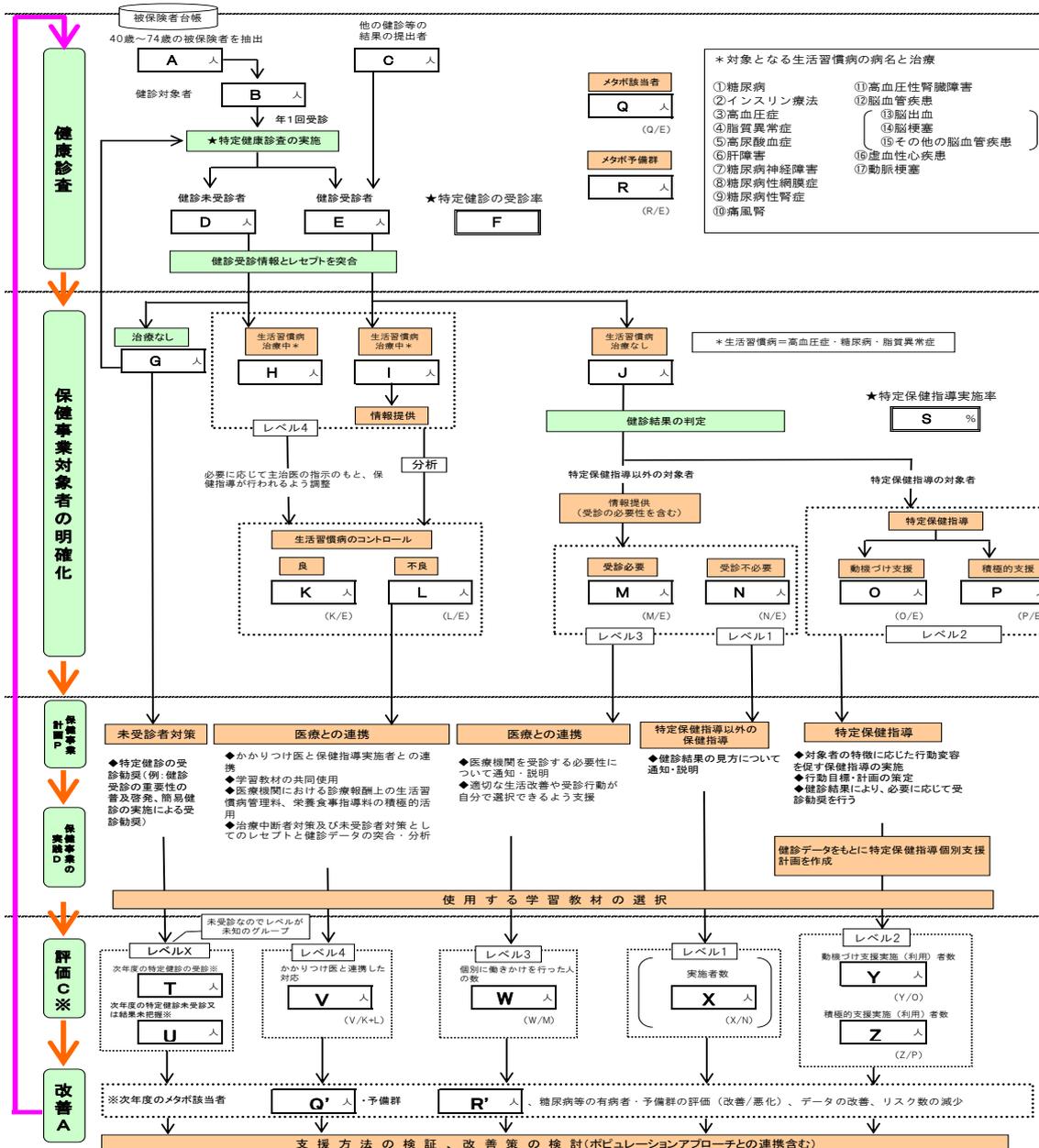
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート (平成30年度実績)

様式6-10



(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】

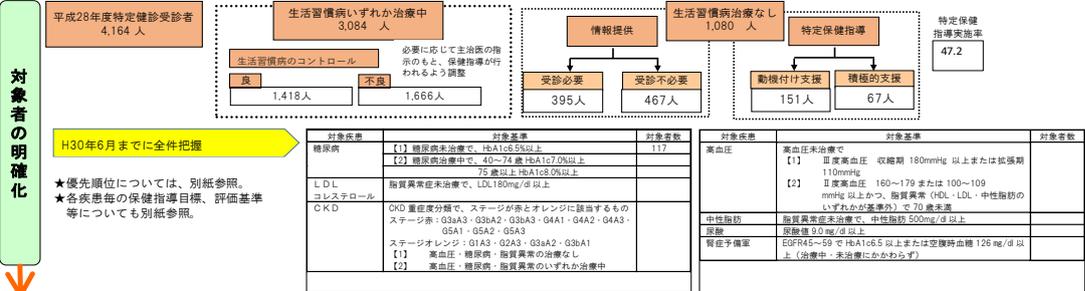
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率 (H30)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応 じて受診勧奨を行う	645 人 (13.0)	50%
2	M	情報提供 (受診必 要)	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	1,013 人 (20.4)	HbA1c5.6 以 上について は 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例： 健診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)	9,855 人 ※受診率目標 達成までにあ と 797 人	健診受診率 33.5%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	1,116 人 (22.5)	30%
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	1,623 人 (32.7)	25%

(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

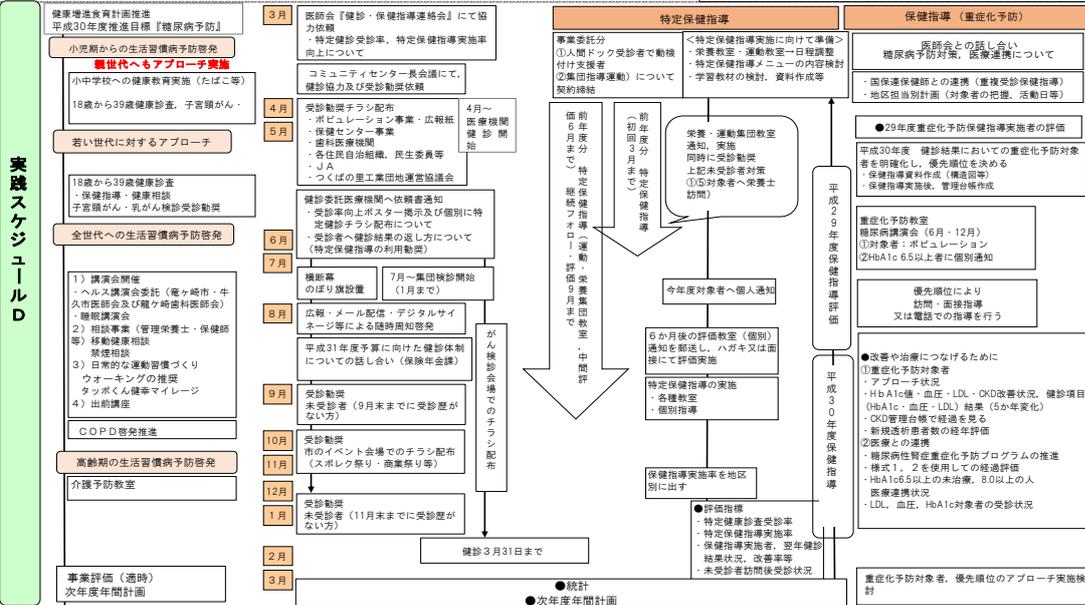
目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25) 【図表 25】

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)

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



対象者	対象基準	対象者数
糖尿病	【1】糖尿病未治療で、HbA1c6.5%以上 【2】糖尿病治療中で、40~74歳HbA1c7.0%以上	117
LDL	脂質異常症未治療で、LDL180mg/d以上	
コレステロール	CKD重症度分類で、ステージが赤とオレンジに該当するもの ステージ別：G3a3・G3a2・G3a3・G4A1・G4A2・G4A3・G5A1・G5A2・G5A3 ステージ別：G1A3・G2A3・G3a2・G3a1	
CKD	【1】 高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療なし 【2】 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれか治療中	
高血圧	高血圧未治療で 【1】 収縮期血圧 180mmHg以上または拡張期 110mmHg以上 【2】 収縮期血圧 160~179または100~109mmHg以上かつ、脂質異常(HDL・LDL・中性脂肪のいずれかが異常値)で70歳未満	
中性脂肪	脂質異常症未治療で、中性脂肪500mg/d以上	
尿酸	尿酸値9.0mg/d以上	
腎症予備軍	eGFR45~59でHbA1c6.5以上または空腹時血糖126mg/d以上(治療中、未治療にかかわらず)	



【特定健診】	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
対象者数	30	35	30	33	36
受診率	27.6	28.4	30.3	30.5	-

対象者数	全体の		積極的支援		動機づけ支援	
	該当者	実施者	該当者	実施者	該当者	実施者
平成25年度	3956	533	13.5	143	26.8	142
平成26年度	4069	531	13	147	27.7	133
平成27年度	4333	508	11.7	242	47.6	116
平成28年度	4167	543	13	260	47.9	144

対象疾患	改善状況		治療率	未治療
	改善	維持		
糖尿病	21.1%	37.1%	17.9%	33.9%
CKD	3.0%	10.5%	3.9%	29.6%
LDL	35.3%	26.1%	9.0%	29.6%
高血圧	31.3%	31.1%	4.5%	39.1%

★生活習慣病予防をライフサイクルで見ていく。母子担当と業務分担も併用しているが「糖尿病生活習慣病の発症・重症化予防」の観点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

6. 個人情報保護

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龍ヶ崎市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、龍ヶ崎市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市民へ周知する。

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）及び茨城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	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	D 受診勧奨 記録、実施件数把握			○		□
22	D 受診勧奨 かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D 受診勧奨 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	D 保健指導 対象者決定		○			□
26	D 保健指導 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 保健指導 継続的支援		○			□
28	D 保健指導 カンファレンス、安全管理		○			□
29	D 保健指導 かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 保健指導 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	C 評価報告 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 評価報告 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 評価報告 医師会等への事業報告	○				□
35	C 評価報告 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	A 改善 マニュアル修正		○			□
38	A 改善 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、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】

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。龍ヶ崎市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)

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,539 人（86.9%・I）のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者 188 人中（オ・今後の課題）人は治療中断である。また（カ・今後の課題）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 より龍ヶ崎市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）・・・89人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者（オ・キ）・・・21人+ α
 - ・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）・・・210人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料3）及び年次計画表(参考資料4)で行い、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】

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

① 資格を確認する

② レセプトを確認し情報を記載する

【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

③ 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。

④ 担当地区の対象者数の把握

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

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。龍ヶ崎市においては、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
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 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</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div> <div style="margin-left: 150px;"> <p>6.0%未満</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-top: 20px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもと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。（平成32年度実施を目指す）

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、事前に市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竜ヶ崎市・牛久市医師会等と協議していく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

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

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5 ml/1.73 m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管病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

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、その所見があった場合は血圧、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。龍ヶ崎市において健診受診者 4,512 人のうち心電図検査実施者は 737 人(16.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 30 人であった(図表 30)。

龍ヶ崎市は県・全国と比較して男性の「BMI」「腹囲」の有所見者割合が多い。内臓脂肪の増加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。

【図表 30】

	健診受診者 (a) (人)	心電図(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
		(人)	b/a (%)	(人)	c/b (%)	(人)	d/b (%)	(人)	e/b (%)
平成28年度	4,510	737	16.3	30	4.1	287	38.9	438	59.4

②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」を基準として実施する「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。

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 31 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 31】

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) 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。

(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ーチャート」（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（高齢者医療部局）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

(2) 中長期的評価

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糖尿病性腎症・脳血管疾患等患者の減少

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

7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 32、33)

【脳卒中の分類】

【図表 32】

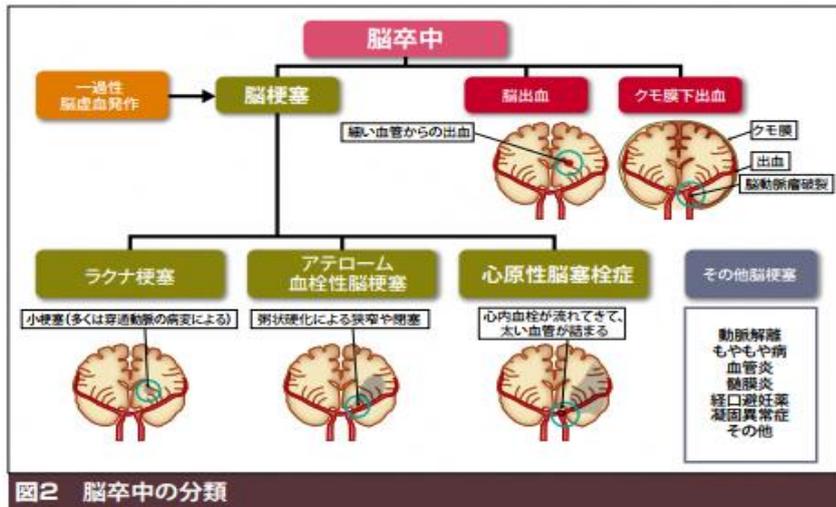


図2 脳卒中の分類

(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 33】

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

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 34】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○		
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○		
心原性脳梗塞		●			●		○	○		
脳出血	脳出血	●								
	くも膜下出血	●								
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)	
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+) 以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)
受診者数 2,501人		108人 4.3%	135人 5.4%	73人 2.9%			517人 20.7%	42人 1.7%	109人 4.4%	
治療なし		56人 3.5%	72人 3.2%	66人 3.4%			101人 7.6%	12人 0.9%	28人 2.1%	
治療あり		52人 5.7%	63人 28.9%	7人 1.2%			416人 35.3%	30人 2.6%	81人 6.9%	
臓器障害あり		6人 10.7%	11人 15.3%	4人 6.1%			7人 6.9%	12人 100%	28人 100%	
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	4人	9人	3人			4人	12人	28人	
	尿蛋白(2+)以上	3人	2人	0			2人	12人	2人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人	2人	1人			2人	0	3人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0	5人	2人			1人	2人	28人	
	心電図所見あり	2人	2人	1人			3人	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108人(4.3%)であり、56人は未治療者であった。また未治療者のうち6人(10.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も52人(5.7%)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 35)

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

【図表 35】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

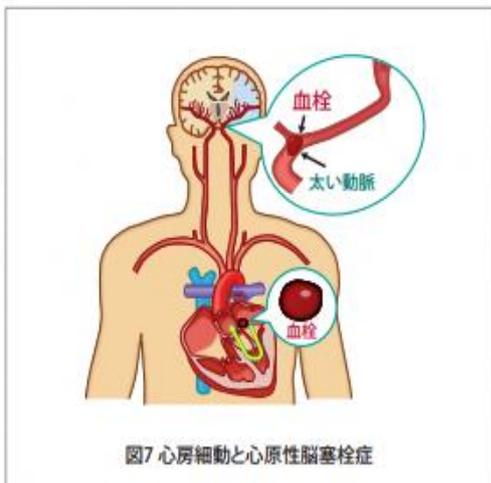
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
		3,205	1,194	898	563	455	75	20		
		37.3%	28.0%	17.6%	14.2%	2.3%	0.6%			
リスク第1層		379	206	94	50	23 ^④	5	1 ^①		
		11.8%	17.3%	10.5%	8.9%	5.1%	6.7%	5.0%		
リスク第2層		1,859	699	556	311	250 ^③	34	9		
		58.0%	58.5%	61.9%	55.2%	54.9%	45.3%	45.0%		
リスク第3層		967	289	248	202	182 ^②	36	10		
		30.2%	24.2%	27.6%	35.9%	40.0%	48.0%	50.0%		
再掲 重複あり	糖尿病	255	67	66	57	50	12	3		
		26.4%	23.2%	26.6%	28.2%	27.5%	33.3%	30.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	447	160	112	89	70	11	5		
	46.2%	55.4%	45.2%	44.1%	38.5%	30.6%	50.0%			
	3個以上の危険因子	469	101	130	102	109	23	4		
		48.5%	34.9%	52.4%	50.5%	59.9%	63.9%	40.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 35 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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 36 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)

【図表 36】

心房細動の有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
28	13	46.4	15	53.8

心電図検査において28人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また28人のうち15人は既に治療が開始されていたが、13人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(医療保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

(2) 中長期的評価

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糖尿病性腎症・脳血管疾患等患者の減少

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

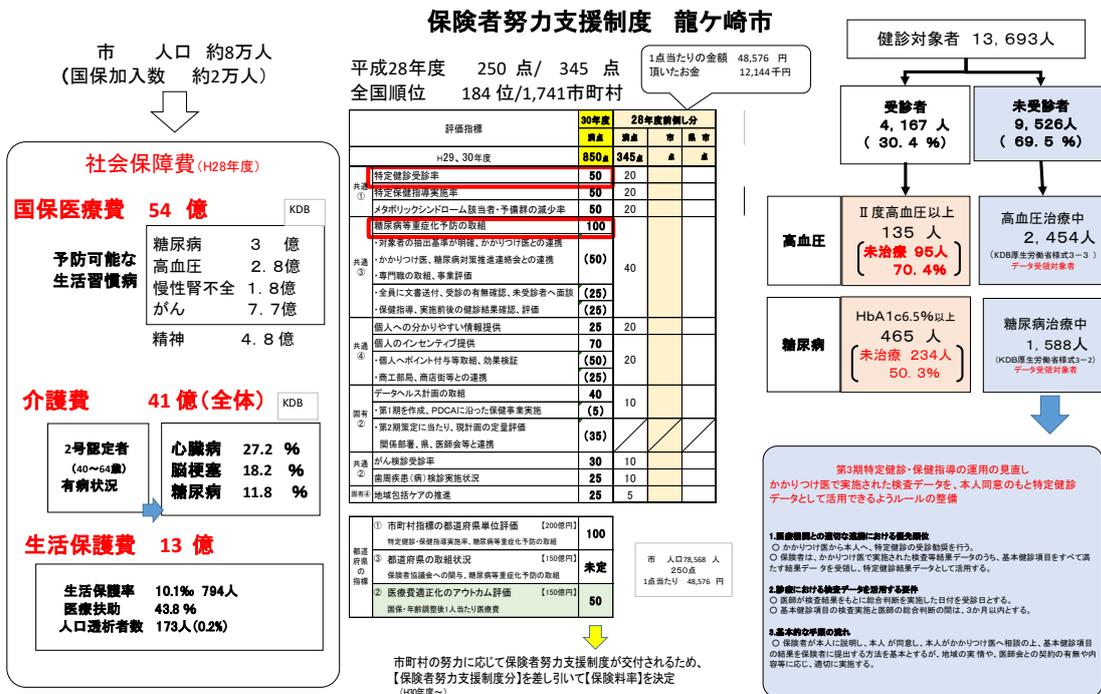
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7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）

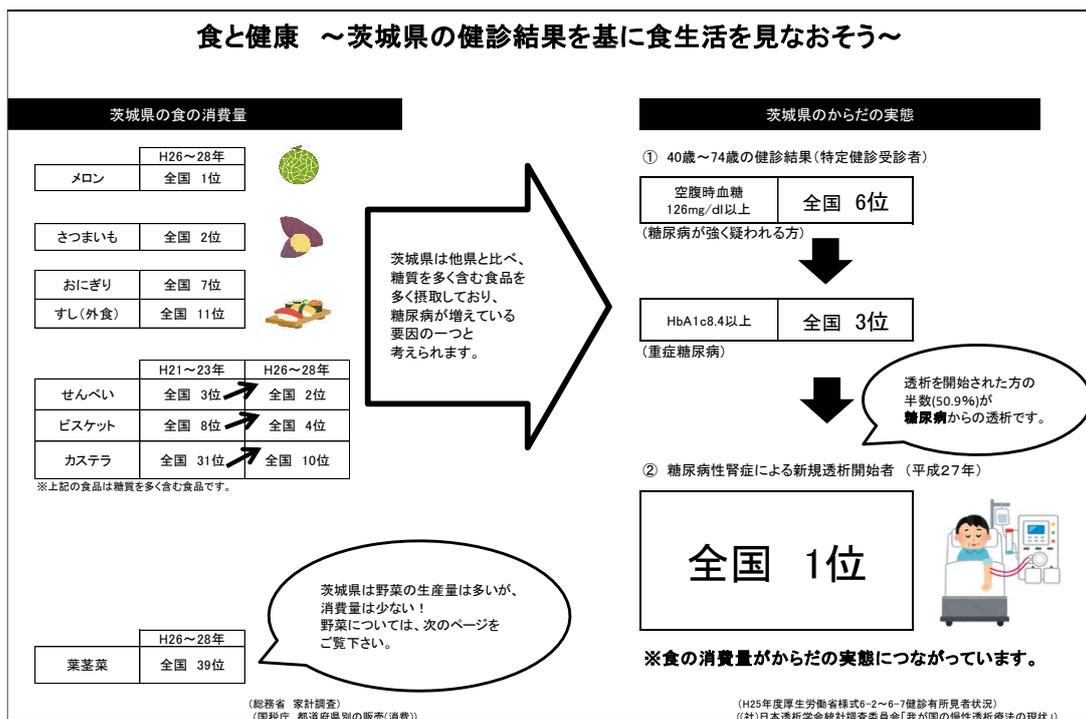
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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实態と社会環境等について広く住民へ周知していく。(図表 37・38)

【図表 37】



【図表 38】



第5章 地域包括ケアに係る取組

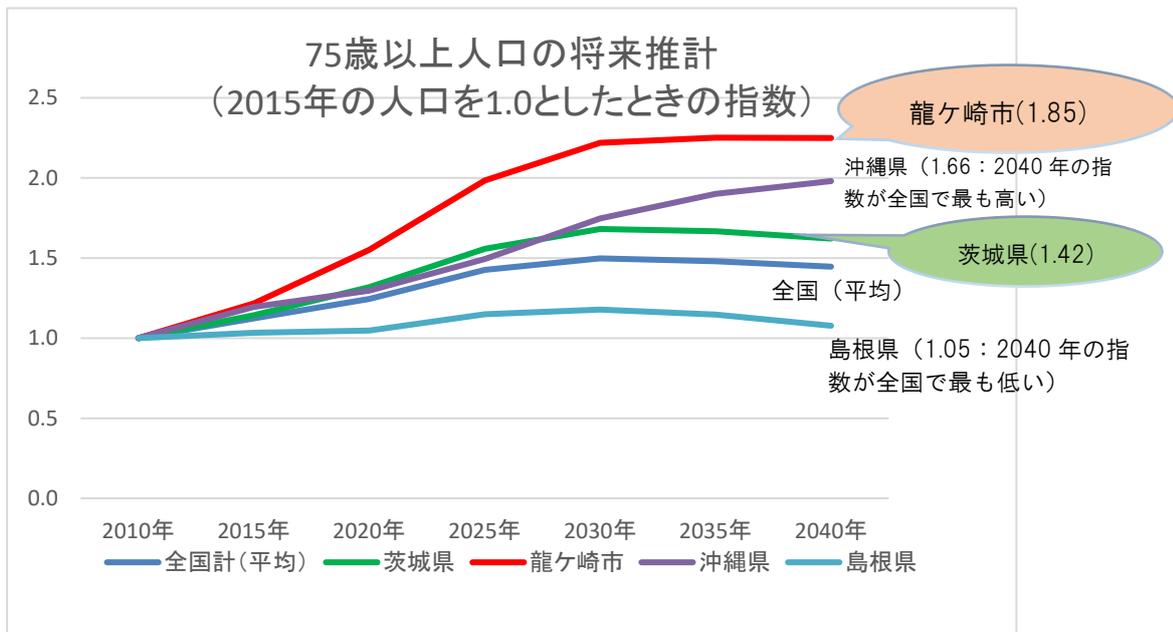
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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うち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、住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。

本県の 75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.42 で全国 38 位と推計されているが、当市は 1.85 と都道府県で最も高い沖縄県の 1.66 を大きく上回る。(図表 39)

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 39】



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市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P D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料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（予算なども含む）。 ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

第7章 計画の公表・周知及び

個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等に周知することが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

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

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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龍ヶ崎市の位置

参考資料 2 龍ヶ崎市死亡数及び標準化死亡比（2010～2014）

参考：平成 29 年茨城県市町村別健康指標より

参考資料 3 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 4 糖尿病管理台帳

参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 6 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 7 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 8 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 9 血圧評価表

参考資料 10 心房細動管理台帳

参考資料 11 生活習慣病有病状況

参考資料 12 様式 1 全体評価

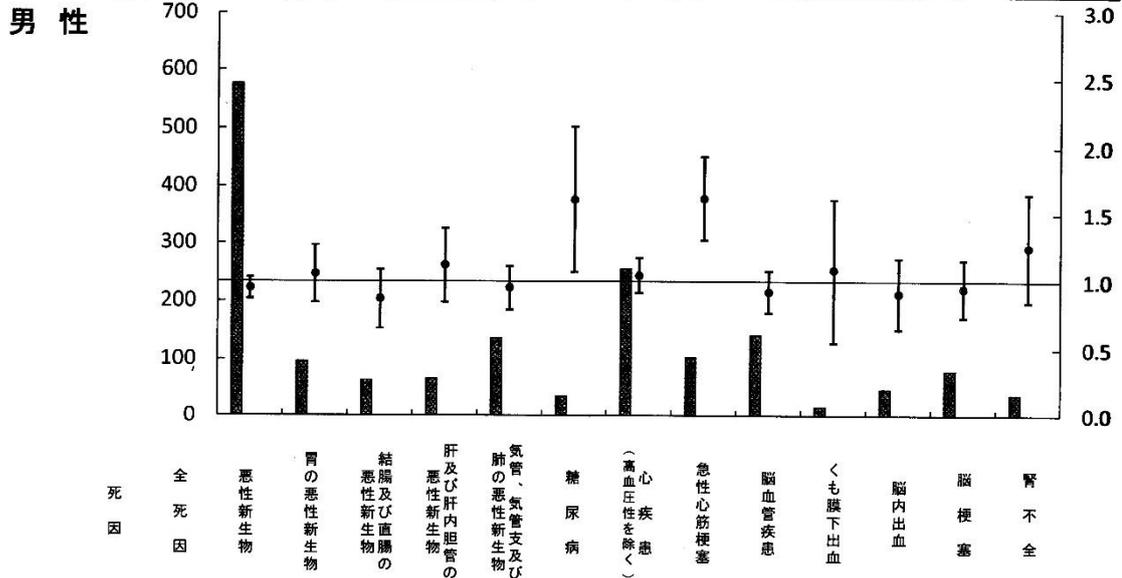
参考資料 13 様式 2 現年度の進捗状況及び課題の整理

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた龍ヶ崎市の位置

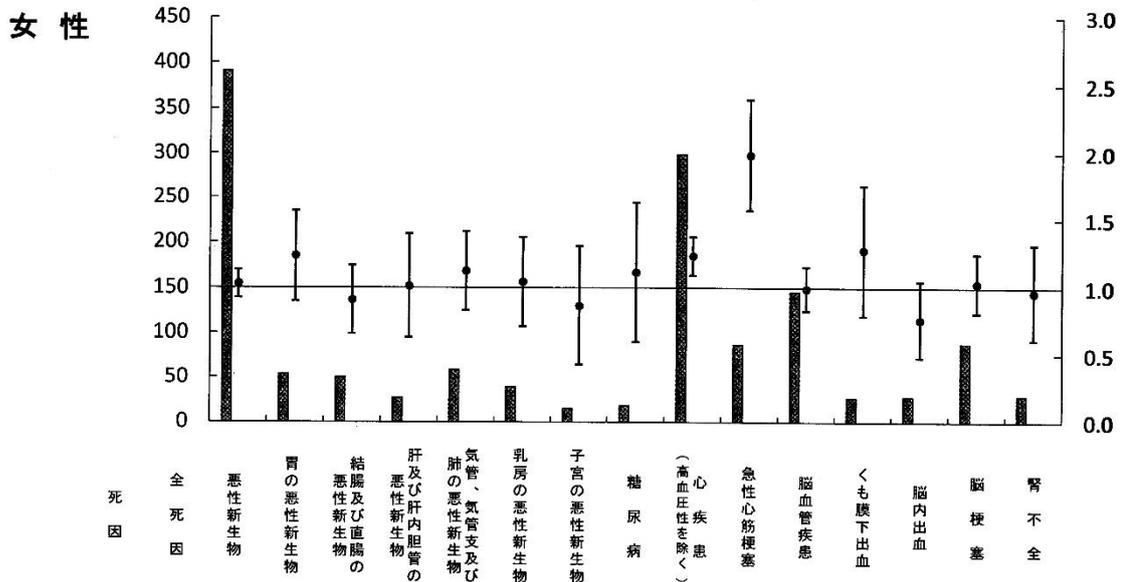
項目	H26		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)												
	保険者		保険者		県		同規模平均		国														
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合													
1	① 人口構成	総人口										KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題											
		65歳以上（高齢化率）	15,089	19.2	15,089	19.2	6,635,511	22.8	4,430,444	24.1	29,020,766		23.2										
		75歳以上	6,234	7.9	6,234	7.9	3,144,408	10.8			13,989,864		11.2										
		65～74歳	8,855	11.2	8,855	11.2	3,491,103	12.0			15,030,902		12.0										
		40～64歳	28,249	35.9	28,249	35.9	1,010,865	34.7			42,411,922		34.0										
	39歳以下	35,413	45.0	35,413	45.0	1,239,759	42.5			53,420,287	42.8												
	② 産業構成	第1次産業		2.3		2.3		6.2		6.1		4.2											
		第2次産業		26.8		26.8		29.8		28.9		25.2											
		第3次産業		71.0		71.0		64.1		65.0		70.6											
	③ 平均寿命	男性		79.1		79.1		79.1		79.6		79.6											
女性			86.1		86.1		85.8		86.3		86.4												
④ 健康寿命	男性		65.4		65.4		65.1		65.3		65.2												
	女性		67.3		67.2		66.8		66.8		66.8												
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)		男性		103.8		101.5		104.2		100.0		100									
				女性		105.2		105.3		105.5		100.9		100									
		死因	がん	188	45.6	238	53.0	8,639	48.1	54,818	48.1	367,905	49.6										
			心臓病	129	31.3	120	26.7	4,762	26.5	30,930	27.1	196,768	26.5										
			脳疾患	61	14.8	57	12.7	3,048	17.0	18,797	16.5	114,122	15.4										
			糖尿病	11	2.7	7	1.6	381	2.1	2,153	1.9	13,658	1.8										
			腎不全	11	2.7	16	3.6	574	3.2	3,750	3.3	24,763	3.3										
	自殺		12	2.9	11	2.4	568	3.2	3,547	3.1	24,294	3.3											
	② 早世子防からみた死亡 (65歳未満)	合計																					
		男性																					
女性																							
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		2,326		15.3		2,500		16.5		121,496		18.1		891,869		20.2		5,885,270		21.2	
		新規認定者		47		0.3		42		0.3		2,393		0.3		15,306		0.3		105,636		0.3	
		2号認定者		80		0.3		76		0.3		3,814		0.4		21,986		0.4		151,813		0.4	
	② 有病状況	糖尿病	477	19.9	514	19.8	28,379	22.3	203,882	22.0	1,350,152	22.1											
		高血圧症	1172	49.4	1282	49.8	67,924	53.7	479,210	51.8	3,101,200	50.9											
		脂質異常症	512	20.9	578	22.2	33,615	26.3	256,268	27.6	1,741,866	28.4											
		心臓病	1332	56.0	1445	56.8	76,051	60.2	546,239	59.2	3,529,682	58.0											
		脳疾患	632	27.2	661	26.1	34,670	27.6	239,587	26.2	1,538,683	25.5											
		がん	231	10.3	282	10.5	12,783	10.0	93,015	10.0	631,950	10.3											
		筋・骨格	1176	48.5	1312	50.4	64,311	50.7	469,492	50.8	3,067,196	50.3											
精神		814	34.8	1003	38.0	43,508	34.0	331,335	35.6	2,154,214	35.2												
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		67,664		68,822		66,869		61,245		58,284												
	居宅サービス		42,945		43,016		41,817		40,247		39,662												
	施設サービス		289,429		284,973		274,807		278,147		281,186												
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		8,962		8,628		8,187		8,027		7,980												
	認定あり		3,844		3,722		3,833		3,808		3,816												
4	① 国保の状況	被保険者数		21,898		20,382		799,191		4,516,800		32,587,866											
		65～74歳		8,338		38.1		8,490		41.7		307,581		38.5		12,461,613		38.2					
		40～64歳		7,241		33.1		6,432		31.6		271,700		34.0		10,946,712		33.6					
		39歳以下		6,319		28.9		5,460		26.8		219,910		27.5		9,179,541		28.2					
	加入率		27.8		25.9		27.4		24.7		26.9												
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.1	3	0.1	181	0.2	1257	0.3	8,255	0.3											
		診療所数	44	2.0	45	2.2	1,722	2.2	12,813	2.8	96,727	3.0											
		病床数	553	25.3	553	27.1	32,151	40.2	227,288	50.3	1,524,378	46.8											
		医師数	98	4.5	114	5.6	5,188	6.5	33,690	7.5	299,792	9.2											
		外来患者数	599.7		618.2		629.2		688.2		668.1												
入院患者数	16.8		15.2		16.3		19.8		18.2														
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		21,106		21,257		22,467		25,581		24,245												
	受診率		616.525		633.387		645.487		707.975		686.286												
	外来	費用の割合	59.4		63.6		62.2		59.3		60.1												
		件数の割合	97.3		97.6		97.5		97.2		97.4												
		入院	費用の割合	40.6		36.4		37.8		40.7		39.9											
	入院	件数の割合	2.7		2.4		2.5		2.8		2.6												
	1件あたり在院日数		15.5日		14.6日		15.1日		16.2日		15.6日												
④ 医療費分析 (総額に占める割合 最大医療費源傷病名 (調剤含む))	新生物	24.4		27.2		26.1		25.0		25.6													
	慢性腎不全（透析あり）	8.0		6.3		7.9		9.5		9.7													
	糖尿病	10.2		10.8		11.2		10.1		9.7													
	高血圧症	10.9		9.9		9.8		8.9		8.6													
	精神	16.5		16.8		15.8		17.6		16.9													
	筋・骨疾患	13.8		14.9		14.9		14.9		15.2													

龍ヶ崎市 死亡数及び標準化死亡比 (2010~2014)

男女ともに急性心筋梗塞の死亡率が高く、男性では糖尿病の死亡率も高い。より一層の高血圧対策、喫煙対策および男性の肥満対策が重要である。



標準化死亡比	1.00	0.95	1.06	0.87	1.12	0.95	1.61	1.04	1.62	0.92	1.08	0.91	0.95	1.25
死亡数	1774	576	96	63	65	137	34	255	103	142	16	47	79	37
期待死亡数	1766.1	605.6	90.8	72.2	58.0	143.8	21.1	244.5	63.6	153.7	14.8	51.7	83.4	29.6
期待死亡数との差	7.9	-29.6	5.2	-9.2	7.0	-6.8	12.9	10.5	39.4	-11.7	1.2	-4.7	-4.4	7.4
全国に比べて有意に高い							○		○					
全国に比べて有意に低い														

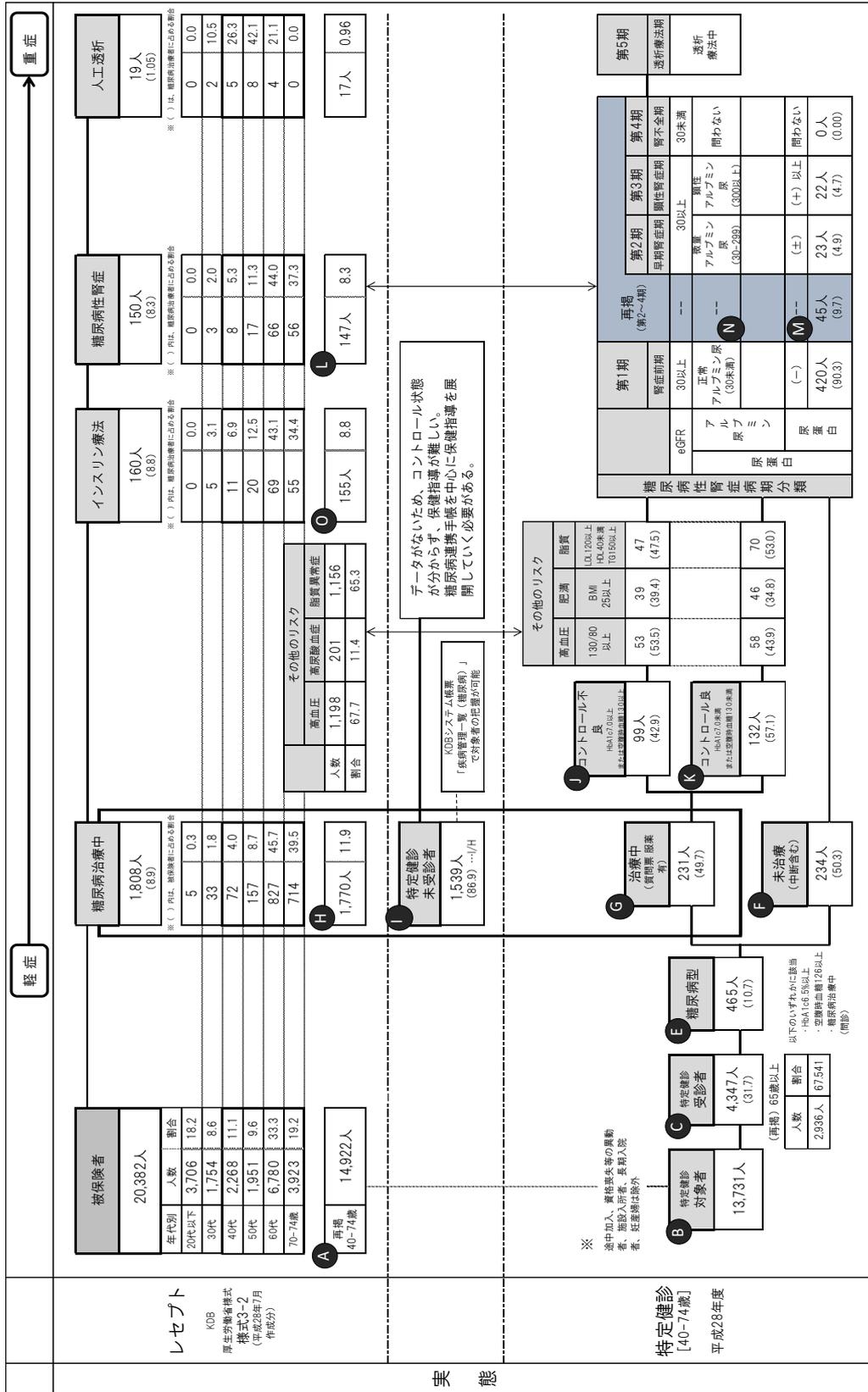


標準化死亡比	1.11	1.03	1.23	0.91	1.01	1.12	1.04	0.87	1.11	1.23	1.98	0.99	1.28	0.76	1.03	0.97
死亡数	1604	391	53	50	27	58	39	15	18	299	87	146	27	28	88	29
期待死亡数	1441.9	380.0	42.9	54.9	26.7	51.7	37.4	17.3	16.2	242.7	43.8	147.0	21.2	36.6	85.3	30.0
期待死亡数との差	162.1	11.0	10.1	-4.9	0.3	6.3	1.6	-2.3	1.8	56.3	43.2	-1.0	5.8	-8.6	2.7	-1.0
全国に比べて有意に高い	○									○	○					
全国に比べて有意に低い																

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

龍ヶ崎市 H28年度

【参考資料3】



【参考資料 4】

糖尿病管理台帳（永年）

番号	追加年度	地区	氏名	性別	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						
							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												

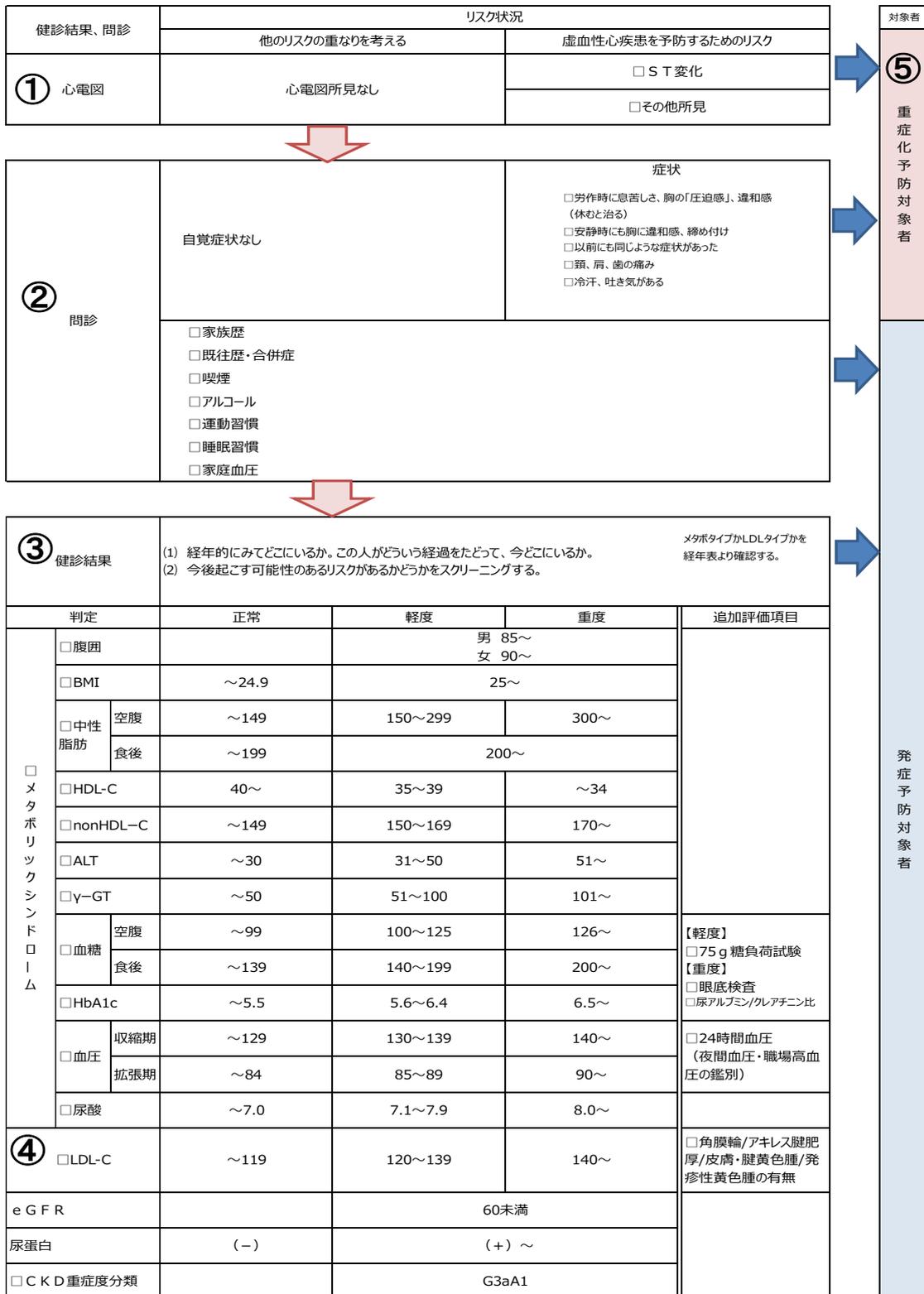
【参考資料 5】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○健診データを本人から ○死亡はその原因 ○レセプトの確認協力 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ●合併症 ○直近の治療の有無の確認 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん	○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 ----- 栄養士中心 ----- 腎専門医
	㉔健診未受診者 ()人			
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保) ()人			
	②後期高齢者 ()人			
	③他保険 ()人			
	④住基異動(死亡・転出) ()人			
	⑤確認できず ()人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	㉕結果把握 ()人			
①HbA1cが悪化している ()人				
例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ()人				
(±) ()人				
(+) ~顕性腎症 ()人				
③eGFR値の変化				
1年で25%以上低下 ()人				
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人				

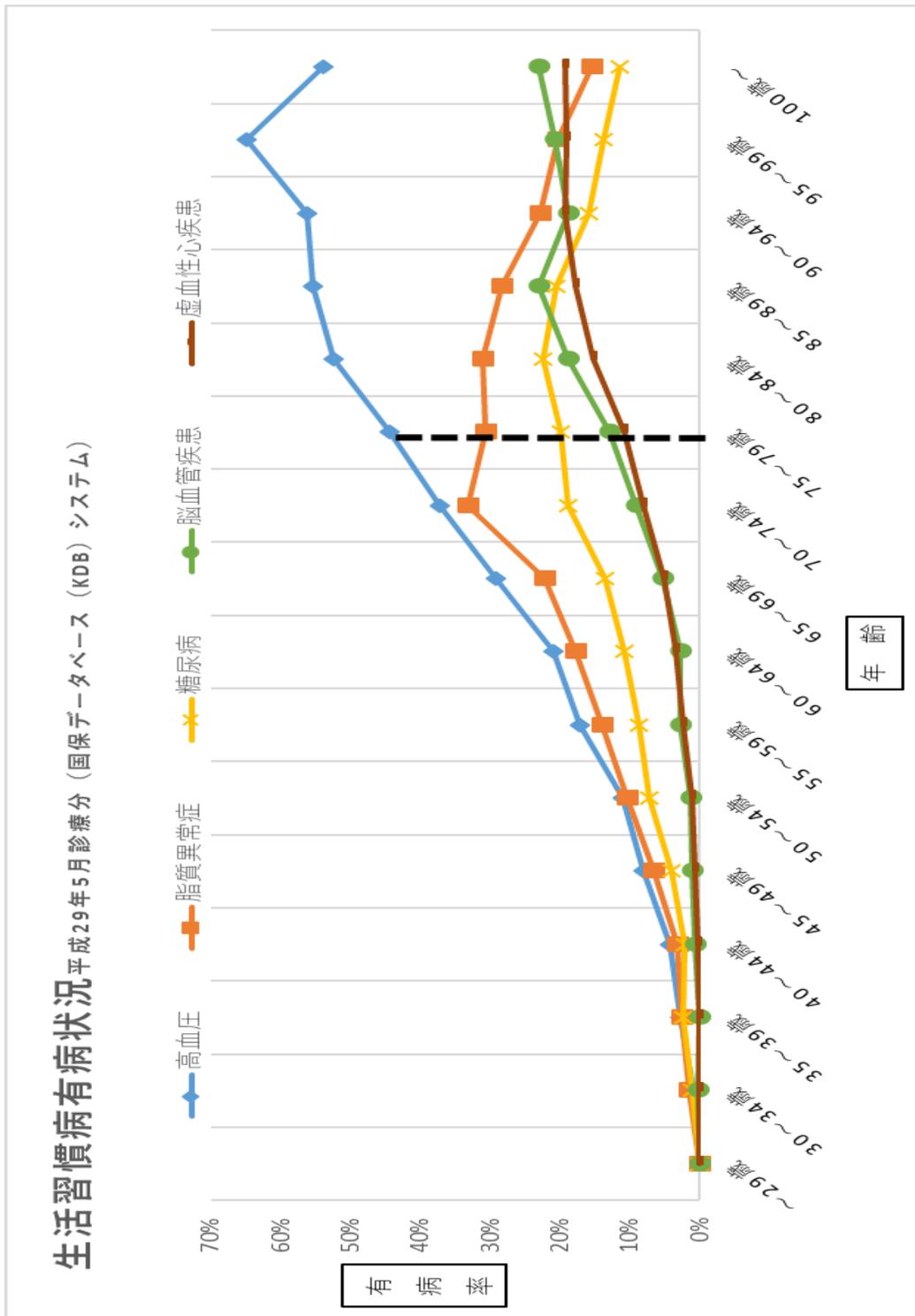
様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者（平均）		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数266		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	20,382人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳	A	14,922人							
2	① 特定健診 対象者数	B	13,731人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	4,347人							
	③ 特定健診 受診率	C	31.7%							
3	① 特定保健指導 対象者数		543人							
	② 特定保健指導 実施率		47.9%							
4	① 健診データ 糖尿病型	E	465人	10.7%					特定健診結果	
	② 未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	234人	50.3%						
	③ 治療中（質問票 服薬あり）	G	231人	49.7%						
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	99人	42.9%						
	⑤ 血圧 130/80以上		53人	53.5%						
	⑥ 肥満 BMI25以上		39人	39.4%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	132人	57.1%						
	⑧ 第1期 尿蛋白（-）	M	420人	90.3%						
	⑨ 第2期 尿蛋白（±）		23人	4.9%						
	⑩ 第3期 尿蛋白（+）以上		22人	4.7%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%						
5	① 糖尿病受診率（被保険者対）		88.7人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳（被保険者対）		118.6人							
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対		入院外（件数）	9,601件	(643.4)			9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院（件数）		59件	(4.0)			65件	(5.0)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	1,808人	8.9%					KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	⑥ (再掲) 40-74歳		1,770人	11.9%						
	⑦ 健診未受診者		1,539人	86.9%						
	⑧ インスリン治療	O	160人	8.8%						
	⑨ (再掲) 40-74歳		155人	8.8%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	150人	8.3%						
	⑪ (再掲) 40-74歳		147人	8.3%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		19人	1.05%					KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑬ (再掲) 40-74歳		17人	0.96%						
	⑭ 新規透析患者数									
	⑮ (再掲) 糖尿病性腎症									
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1,785人	2.9%						
6	① 総医療費		53億6496万円				53億6461万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	② 生活習慣病総医療費		28億4852万円				30億4285万円			
	③ (総医療費に占める割合)		53.1%				56.7%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	4,236円			6,634円			
	⑤ 健診未受診者		36,849円			34,890円				
	⑥ 糖尿病医療費		3億0971万円				3億0601万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.9%				10.1%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		9億1838万円							
	⑨ 1件あたり		38,662円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		4億5541万円							
	⑪ 1件あたり		582,365円							
	⑫ 在院日数		15日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億9267万円				3億0859万円			
	⑭ 透析有り		1億7841万円				2億8997万円			
	⑮ 透析なし		1426万円				1862万円			
7	① 介護 介護給付費		41億8600万円				49億7299万円			
	② (2号認定者) 糖尿病合併症		3件	6.7%						
8	① 死亡 糖尿病（死因別死亡数）		7人	1.1%			8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



平成 30 年度に向けての全体評価

<p>目標</p>	<p>○特定健診受診率：平成 30 年度目標 33.5% ○特定保健指導実施率：平成 30 年度目標 50% ○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 30 年度には平成 27 年度と比較して 3 疾患それぞれ 3%減少させる。 ○医療費の伸びを抑える</p>				
<p>課題</p>	<p>評価（よくなったところ）</p>				<p>⑤ 残っている課題</p>
		<p>①プロセス(やってきた実践の過程)</p>	<p>②アウトプット(事業実施量)</p>	<p>③アウトカム(結果)</p>	<p>④ストラクチャー(構造)</p>
<p>未受診者対策</p>					
<p>◆受診率が低い ◆年代別の受診勧奨通知の実施 ◆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</p>	<p>○特定健診 ・保健センターとしての未受診者対策保健指導実施者の継続受診対策中心であった。 ・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、がん検診のちらし配布の協力を依頼し、治療中の方への受診勧奨をお願いした。 ↓ ・受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に行うため、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。 ・39 歳以下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、早期から生活習慣病改善等への取り組み等ポピュレーションは重要。</p>	<p>・地区説明会実施状況 ・個々の医療機関へのアプローチ状況 ・ポピュレーション実施状況 ・早期介入保健指導実施状況</p>	<p>○特定健診受診率 平成 30 年度目標 33.5%達成状況 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数 ○行ったポピュレーションアプローチ毎の結果（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</p>	<p>○業務分担制 （成人保健師 4 人・栄養士 4 人担当） 特定保健指導、重症化予防対策を検討する担当が分かれている。両方の取り組みはお互いに情報を共有しながら事業を実施している。 ○地区担当制もっているがまだ十分に機能しているとは言えない。</p>	<p>○医療機関への協力依頼の検討 ○未受診者訪問の対象者の検討（全くの未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等） ○ポピュレーションの取り組みを検討（医療機関・住民対象をどうしていくのか等） ○評価項目の検討（受診率、受診行動等）</p>
<p>重症化予防対策</p>					
<p>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆地区台帳の検討 ◆訪問、事業の目標、評価等検討。 ◆評価指標の検討</p>	<p>・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早期に介入していくようにした。 ↓ ・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。そのためにも、現在、作成・整理している HbA1c 台帳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。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。</p>	<p>○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導実施状況</p>	<p>○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（評価項目毎）集団、個別両方 ○健診結果の状況</p>	<p>○重症化予防対策に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である。</p>	<p>○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）</p>
<p>医療とのつながり</p>					
<p>◆かかりつけ医との連携の形は、整ってきつつあるが、会議等での連携となると今後の課題である。 ◆栄養相談の連携の中で、個々の連携等について実践を通じて、検討していく。 ◆未受診者対策、重症化予防事業それぞれのかかわりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</p>	<p>・かかりつけ医と栄養相談について、様式の作成を行い、医師会と協議をし連携を図ることができた。</p>	<p>○個々の医療機関との連携状況 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>	<p>○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>		<p>○個々の事例などを積み重ねて協力体制を広げていく</p>

平成 28 年度の実績評価を踏まえ、平成 29 年度の取り組みと課題整理

目標	○特定健診受診率：H29 年度目標 36% ○特定保健指導実施率：H29 年度目標 47% ○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			
	課題			
評価（よくなったところ）				
①プロセス(28 年度から残っている課題を踏まえ、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)				
⑤残っている課題				
全体				
<p>◆保健活動を PDCA サイクルに基づいて計画実施する。</p> <p>◆成人担当で評価、計画等共通確認を図る。</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>○国保担当者及び保健指導担当者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>			
未受診者対策				
<p>◆受診率が低い。</p> <p>◆年代別の受診勧奨通知の実施</p> <p>◆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</p> <p>◆対象者の選定、評価方法等検討</p> <p>○35～39 歳健康診査</p> <p>◆対象者に個人通知を行っても、健診受診ににつながるのには 1 割にも満たない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。</p> <p>◆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>○取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率の低い 40 代、50 代について、過去に受診歴のある人には受診結果に応じた個別通知を作成、送付。 ・がん予防推進員への健診勧奨のお願いをした ・医療機関への働きかけとして <ul style="list-style-type: none"> ①医療機関にがん検診ちらし配布の協力を依頼し、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 ②医療機関（15 か所）へ個別訪問し、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 18 歳に変更。 ・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えるようにしていくかが今後の課題。 <p>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> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病管理台帳の活用し、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はじめた。 <p>今後も継続し、医療機関数も増加していきながら実施していきながら実施していくことが重要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・39 歳以下健診については、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。 <p>熟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>○医療機関へのアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん予防推進員、地区代表者へ特定健診の受診について協力依頼した。 <p>がん予防推進員 41 名</p> <p>自治組織説明会の時に実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々の医療機関へ訪問（15 か所）。 ・糖尿病管理台帳の未治療・コントロール不良者へ訪問 <p>○39 以下歳健康診査</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆対象者選定し、個人通知。 ・30-39 歳国保の方 625 名に通知し、受診者 120 名受診（H30.1 月末現在） <p>特定保健指導対象者と同じ抽出条件で保健指導を実施</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>○若い世代への健診習慣を身につけてもらうため 18 歳から健診が受けられるよう年齢を引き上げた。また、前年度 35-39 歳の健診をみると受診者の約 8 割に有所見が見られた。健診後の保健指導が重要と思われる。</p> <p>○糖尿病管理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>○がん予防推進員への協力を得て、がん検診とともに特定健診受診勧奨を依頼した。</p>	
重症化予防対策				
<p>◎保健指導の内容、優先順位の検討。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防を実施していくための優先検討が必要と考えられる。 ・保健指導に関して、標準化出来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、栄養指導までつながっていない。 <p>◎評価方法の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の評価可能な指標（アウトカム評価） 	<ul style="list-style-type: none"> ・PDCA サイクルに基づき計画を立案し、年度当初に担当にて共通認識を図った。 ・対象者選定について検討し、評価指導を疾患毎で設定。また、それに合わせて保健指導内容も検討した。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経年管理を行って行くようにした。 ・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認（受診状況等）、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、医療機関へ糖尿病性腎症重症化の取り組みとして、かかりつけ医からの情報提供の依頼をした。また、保健センターにて栄養相談を行う周知を図った。 ・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。 ・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、担当に変更があっても、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くが、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、医療機関との連携をさらに充実させ今後検討していきながら進めていく。 ・医療連携の個別訪問に関しては、少しずつだが進めていき、継続していくことが重要と感じた。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆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>○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、未治療・コントロール不良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の検討が必要となってくる。</p> <p>○医療連携の一步として、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。</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>	
医療とのつながり				
<p>◎個々の医療機関との連携を継続することで「顔の見える連携」が可能になると考える</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関を訪問し、未受診者対策、重症化予防対策（糖尿病重症化プログラムの実施）の協力依頼を実施。（15 か所） ・連携様式、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・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。 <p>直接話をしていくことで、少しでも取り組みを理解して、頂けるし、協力して頂ける医療機関が増えいくと実感した。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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関に個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼した。 	<p>○連携の一步として、医療機関に個別訪問を行った。今後も継続して連携をすすめていけるように体制づくりが必要。</p> <p>○栄養相談を介して医療機関との連携を図ることができた。今後も、顔が見える連携を図るため、来年度は医師会との会議などもっていく。</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>	