

## 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成30年度から平成35年度

## 第3期特定健康診査等実施計画

平成30年度から平成35年度

平成 30年 3月 富士見町

# 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

<b>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</b> . . . . .	<b>1</b>
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
5. 保険者努力支援制度	6
<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</b> . . .	<b>7</b>
1. 第1期計画に係る評価及び考察	7
2. 第2期計画における健康課題の明確化	13
3. 目標の設定	18
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）</b> . . . . .	<b>19</b>
1. 第3期特定健診等実施計画について	19
2. 目標値の設定	19
3. 対象者の見込み	19
4. 特定健診の実施	19
5. 特定保健指導の実施	22
6. 個人情報の保護	26
7. 結果の報告	26
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	26
<b>第4章 保健事業の内容</b> . . . . .	<b>27</b>
I 保健事業の方向性	27
II 重症化予防の取り組み	27
1. 糖尿病性腎症重症化予防	27
2. 虚血性心疾患重症化予防	36
3. 脳血管疾患重症化予防	39

<b>第4章 保健事業の内容</b>	
Ⅲ 共通のリスクに対する取り組み	<b>43</b>
1．糖尿病の保健指導計画	43
2．高血圧の保健指導計画	47
3．脂質異常の保健指導計画	53
4．CKDの保健指導計画	57
Ⅳ ポピュレーションアプローチ	<b>63</b>
<b>第5章 地域包括ケアに係る取り組み</b> . . . . .	<b>64</b>
<b>第6章 計画の評価・見直し</b> . . . . .	<b>65</b>
1．評価の時期	65
2．評価方法・体制	65
<b>第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b> . . . . .	<b>66</b>
<b>参考資料</b> . . . . .	<b>67</b>

# 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。

富士見町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、「第3期特定健診実施計画」を第3章に位置づけ、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、KDBシステム等の健康・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。 ※KDBシステム・・・国保データベースシステム

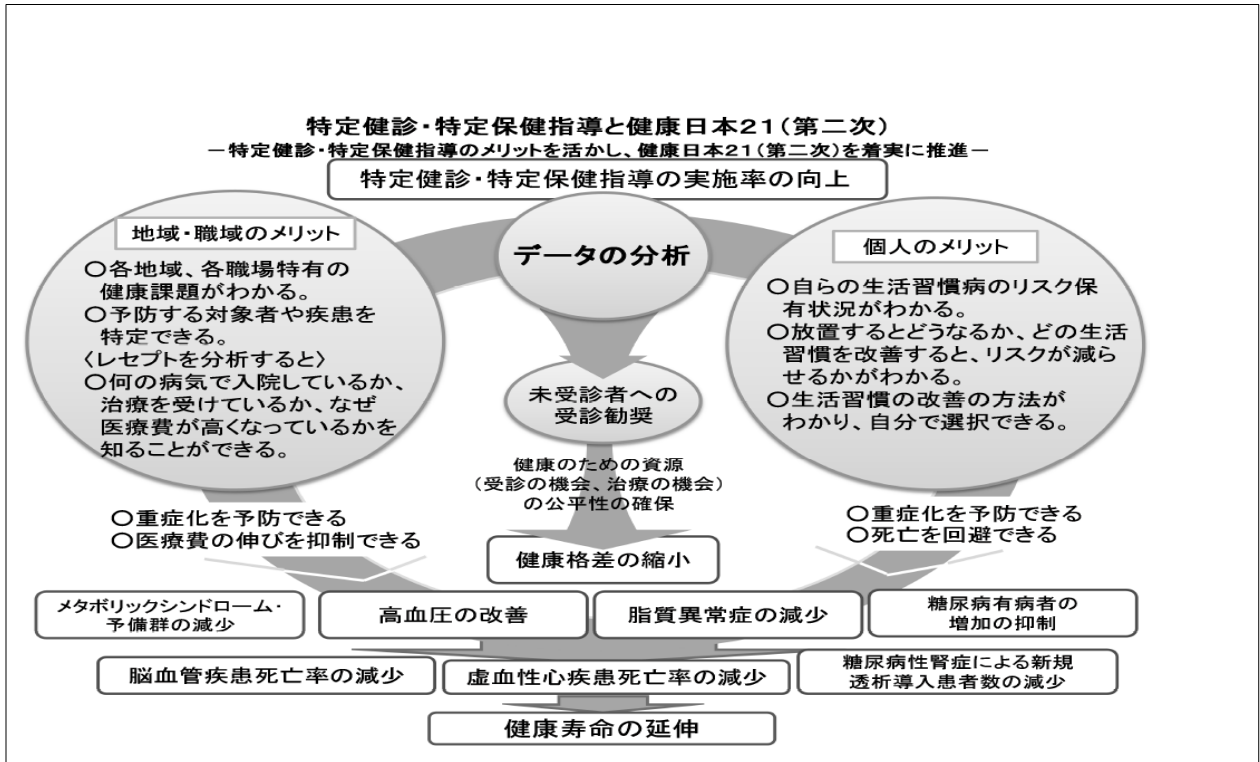
【図表1】

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）

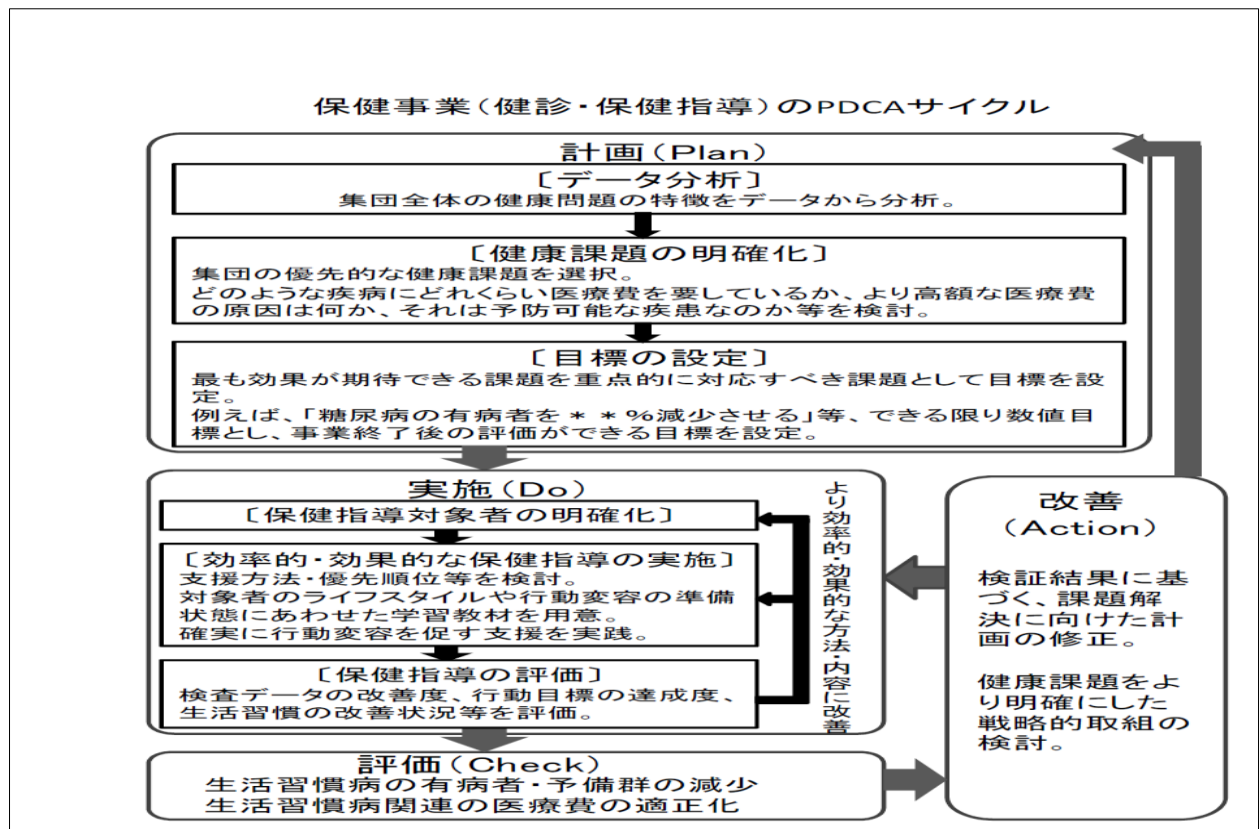
【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「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6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年6月 介護保険事業に係る後援交付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療費適正化に関する指針 について基本指針【医療費適正化】	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の進歩の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を重点とし、社会生活や心身の健康の維持及び向上を旨とし、その結果、社会経済が持続可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。	生活習慣の改善による慢性疾患等の生活習慣病の予防対策を進め、慢性疾患を予防することができ、重症化を遅らせることができ、さらに重症化や重症化の発生を遅らせ、入院患者を減らすことができる。この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図ることができ、医療の伸びの抑制を達成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重症化や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、対象に抽出するためのに行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び予防活動の取組がもたらす、保険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旨とするものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の負担軽減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支援すること、要介護状態となることへの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは防止を理念としている	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、医療費が適正に抑えられ、国民の健康の維持増進を図ることを旨とし、国民の健康の維持増進を図ることを旨とする。国民の健康の維持増進を図ることを旨とし、国民の健康の維持増進を図ることを旨とする。	医療機能の分化・連携を推進することを旨とし、地域において役割の異なる医療機関の連携の実現を図ることを旨とする。国民の健康の維持増進を図ることを旨とする。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期)に対応して	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期(高齢期)を迎える現在の若年層(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)がん未期 初期・中期・重症 パーキンソン病 脊髄小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、脳変性性神経変性疾患 強迫神経症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中、特定健診に関係する15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間顕微鏡視膜出血患者数) ③慢性閉塞性肺疾患 ④血糖コントロール良好率 ⑤糖尿病性腎症 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 ⑧高血圧 ⑨脳血管疾患 ⑩適正体重を維持している者の割合(肥満、やせの減少) ⑪適正な食生活と適度な運動を営む者の割合 ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者の割合	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)生活習慣の状況(特定健康診査の受診率) ①食事生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外注 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドローム・予備群の減少 ④糖尿病性腎症予防の推進 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調整)
その他						

【図表2】



【図表3】



標準的な健診・保健指導プログラム「平成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

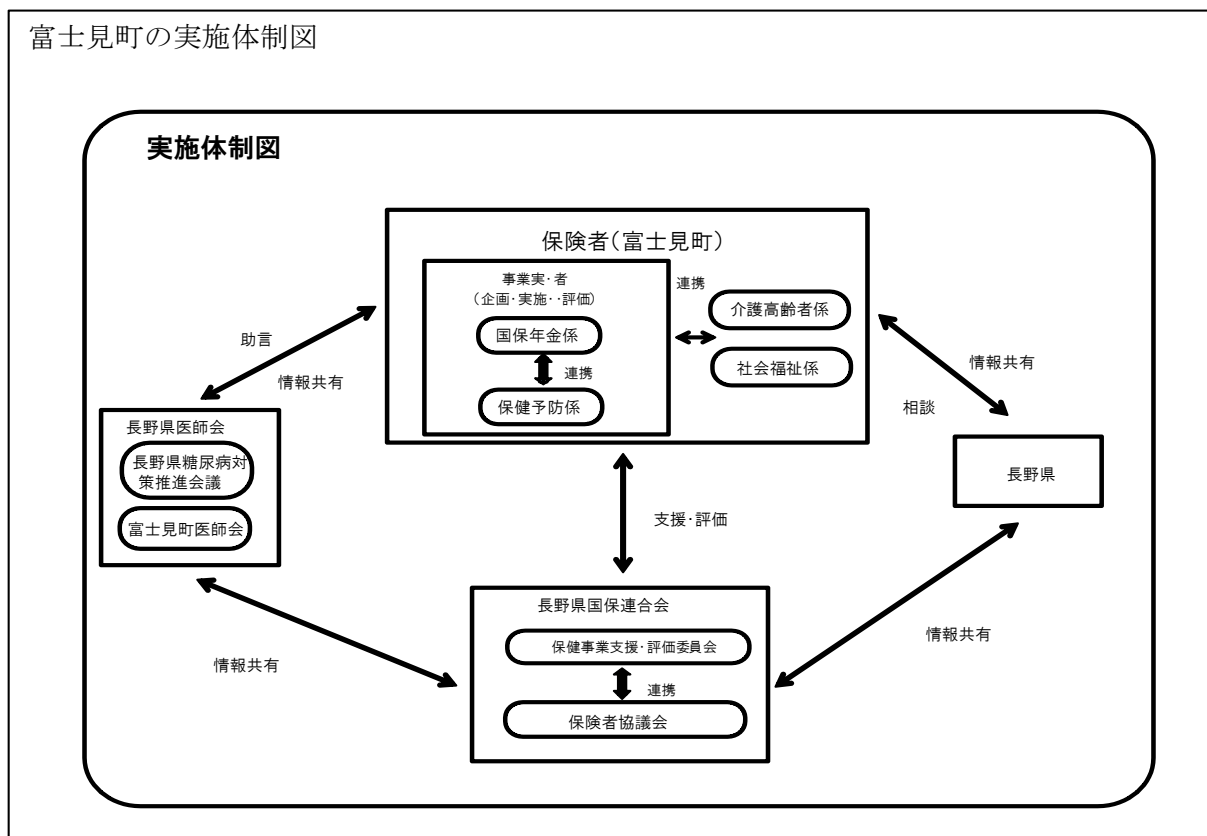
#### 1) 実施主体等の役割

富士見町においては、国保年金係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い係が関わっている。具体的には、住民福祉課（保健予防係、社会福祉係、介護高齢者係）とも十分連携することが望ましい。

特に保健予防係の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

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



## 5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

### 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H31 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		207			
総得点(体制・加点含む)		237			
全国順位(1,741市町村中)		323			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	5			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)健診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
共通 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
共通 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
共通 ③	医療費通知の取組の実施状況	0			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	10			40
共通 ⑥	適性かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

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

### 1. 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、被保険者数は減少傾向にあり、全体の医療費も減少している。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、死因では心臓病の割合が増加していた。死因の脳疾患や糖尿病の割合は減少しているものの同規模平均と比較すると多かった。

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、入院日数も減少していることから、1人当たりの医療費も減少したと考えられる。また、特定保健指導の実施率は向上している。今後も生活習慣の改善や適切な医療受診が、疾病の重症化予防に今後つながっていくよう努めることが重要である。健診受診率については微増しているが、目標であった60%を達成することができなかつたため、医療費適正化の観点からも健診未受診者対策に取り組む。(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・有病状況

介護給付の変化について、認定率が上がったことにより、平成28年度の介護給付費は増えているが、1件あたりの給付費は減少した。平成25年度より施設サービスの給付費が減少し、居宅サービスが増えていた。(図表6)

介護保険を受けている人の有病状況では40~64歳で脳卒中の割合が減少し、腎不全の割合が増加していた。血管疾患の有病率は増加しており、介護予防のためにも血管疾患の予防に関する取組が必要である。

【図表6】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた富士見町の位置

KDB処理年月平成29年11月

項目			H25	H28	H28		
			富士見町	富士見町	県	同規模平均	国
①	人口構成	総人口(人)	15,079	15,079	2,115,647	2,213,234	124,852,975
③	介護給付費	1件当たり給付費(全体)円	62,807	62,082	58,547	67,108	58,284
		居宅サービス	40,980	41,911	38,590	41,924	39,662
		施設サービス	258,785	257,218	272,580	276,079	281,186
血管疾患	循環器疾患	脳卒中	87.2 %	65.5 %			
		虚血性心疾患	12.3 %	4.4 %			
		腎不全	8.7 %	22.2 %			
	基礎疾患	糖尿病	36.9 %	47.8 %			
		高血圧	72.3 %	74.9 %			
		脂質異常症	54.9 %	55.2 %			
血管疾患 合計		97.9 %	100 %				

②医療費の状況（図表7）

医療費の変化について、入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していた。入院日数も減少していることから、重症化して入院する人が減少し、1人当たり医療費が減少していると考えられる。

【図表7】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた富士見町の位置

KDB処理年月平成29年11月

項目	H25		H28		H28					
	富士見町		富士見町		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
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		23,274	県内30位 同規模96位	21,240	県内65位 同規模122位	24,015	26,719	24,245	
	受診率		595.17		596.079		686.489	708.781		686.286
	外来	費用の割合	56.5		64.9		60.9	57.8		60.1
		件数の割合	96.9		97.5		97.4	96.9		97.4
	入院	費用の割合	43.5		35.1		39.1	42.2		39.9
		件数の割合	3.1		2.5		2.6	3.1		2.6
	1件あたり在院日数		15.4日		13.9日		15.1日	16.6日		15.6日

③最大医療資源(中長期目標疾患及び短期目標疾患)（図表8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費の割合はそれぞれ減少していた。

中長期目標疾患のリスクとなる疾患(短期目標疾患)に係る費用については、糖尿病、脂質異常症の費用割合が増加しており、高血圧は減少しているものの、国・県と比較して高くなっていた。

中長期・短期目標疾患医療費計は減少した。これは短期目標疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療割合が増え、重症化を抑えられているためと考えられる。治療中の人は増加しているため、治療の中断等により重症化してしまうと医療費が増大することが考えられる。

【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28年度・平成25年度）

【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  
(KDB処理年月：平成29年10月) 平成29年11月15日出力データ

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
			金額	順位		腎		脳		心						糖尿病	高血圧	脂質異常症
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H28	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%	
	県	159,625,419,870	24,014	--	--	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%	
H28	富士見町	968,508,580	21,235	121位	65位	4.93%	0.47%	1.08%	1.83%	6.29%	5.45%	2.69%	220,313,490	22.75%	14.56%	9.55%	9.61%	
H25	富士見町	1,171,046,500	23,274	96位	30位	7.17%	0.17%	3.52%	2.67%	5.47%	5.77%	2.30%	316,895,930	27.06%	13.93%	8.22%	10.57%	

④中長期的な目標疾患（図表9）

中長期的な目標疾患では、虚血性心疾患の患者のうち脳血管疾患も持っている人が増加しており、人工透析患者においても脳血管疾患を併せ持っている人が増加していた。その背景には高血圧・糖尿病・脂質異常症といった基礎疾患の増加による全身の血管への影響があると考えられる。

発症する人の中には高血圧が依然として高く、脂質異常症もそれぞれの疾患で割合が増加していた。特に、64歳以下の人において短期的な目標疾患がある人が増加し、中長期的な疾患の発症はこれらの疾患の重症化の結果と考えられ、高血圧・糖尿病・脂質異常症の発症予防のみならず、重症化予防にも努めていくことが重要である。

【図表9】

KDBシステム 平成29年12月26日出力  
S21.018 作成年月：各年7月

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
H25	全体	4,189	127	3.0%	24	18.9%	2	1.6%	101	79.5%	53	41.7%	79	62.2%
	64歳以下	2,590	25	1.0%	5	20.0%	2	8.0%	20	80.0%	9	36.0%	15	60.0%
	65歳以上	1,599	102	6.4%	19	18.6%	0	0.0%	81	79.4%	44	43.1%	64	62.7%
H28	全体	3,796	118	3.1%	28	23.7%	1	0.8%	92	78.0%	51	43.2%	78	66.1%
	64歳以下	2,089	13	0.6%	3	23.1%	1	7.7%	7	53.8%	7	53.8%	11	84.6%
	65歳以上	1,707	105	6.2%	25	23.8%	0	0.0%	85	81.0%	44	41.9%	67	63.8%

S21.019 作成年月：各年7月

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			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
H25	全体	4,189	194	4.6%	24	12.4%	2	1.0%	162	83.5%	76	39.2%	114	58.8%
	64歳以下	2,590	51	2.0%	5	9.8%	1	2.0%	41	80.4%	21	41.2%	25	49.0%
	65歳以上	1,599	143	8.9%	19	13.3%	1	0.7%	121	84.6%	55	38.5%	89	62.2%
H28	全体	3,796	180	4.7%	28	15.6%	2	1.1%	152	84.4%	68	37.8%	127	70.6%
	64歳以下	2,089	37	1.8%	3	8.1%	2	5.4%	26	70.3%	13	35.1%	27	73.0%
	65歳以上	1,707	143	8.4%	25	17.5%	0	0.0%	126	88.1%	55	38.5%	100	69.9%

S21.020 作成年月：各年7月

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			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
H25	全体	4,189	12	0.3%	2	16.7%	2	16.7%	11	91.7%	5	41.7%	5	41.7%
	64歳以下	2,590	10	0.4%	1	10.0%	2	20.0%	10	100.0%	4	40.0%	4	40.0%
	65歳以上	1,599	2	0.1%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%
H28	全体	3,796	8	0.2%	2	25.0%	1	12.5%	7	87.5%	6	75.0%	5	62.5%
	64歳以下	2,089	7	0.3%	2	28.6%	1	14.3%	7	100.0%	6	85.7%	5	71.4%
	65歳以上	1,707	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク

(図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである疾患の治療状況を見ると、糖尿病治療者割合は増加しているが、糖尿病性腎症の割合が減少していた。しかし透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか確認していくとともに、医療機関と連携しながら重症化予防に努めることが必要である。

また、高血圧の人は脂質異常症も併せ持っている等、他の疾患を併せ持っている人の割合が増加していた。虚血性心疾患や脳血管疾患につながっている人も増加しており、基礎疾患の重なりにより重症化のリスクの高い人が増加していると考えられる。

【図表10】

KDBシステム 平成29年12月26日仕  
S21.015 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標								
		被保険者数	糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,189	360	8.6%	37	10.3%	249	69.2%	225	62.5%	53	14.7%	76	21.1%	5	1.4%	74	20.6%
	64歳以下	2,590	124	4.8%	16	12.9%	76	61.3%	72	58.1%	9	7.3%	21	16.9%	4	3.2%	24	19.4%
	65歳以上	1,599	236	14.8%	21	8.9%	173	73.3%	153	64.8%	44	18.6%	55	23.3%	1	0.4%	50	21.2%
H28	全体	3,796	342	9.0%	33	9.6%	244	71.3%	227	66.4%	51	14.9%	68	19.9%	6	1.8%	57	16.7%
	64歳以下	2,089	96	4.6%	13	13.5%	56	58.3%	65	67.7%	7	7.3%	13	13.5%	6	6.3%	19	19.8%
	65歳以上	1,707	246	14.4%	20	8.1%	188	76.4%	162	65.9%	44	17.9%	55	22.4%	0	0.0%	38	15.4%

S21.016 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,189	801	19.1%	249	31.1%	433	54.1%	101	12.6%	162	20.2%	11	1.4%
	64歳以下	2,590	227	8.8%	76	33.5%	116	51.1%	20	8.8%	41	18.1%	10	4.4%
	65歳以上	1,599	574	35.9%	173	30.1%	317	55.2%	81	14.1%	121	21.1%	1	0.2%
H28	全体	3,796	692	18.2%	244	35.3%	406	58.7%	92	13.3%	152	22.0%	7	1.0%
	64歳以下	2,089	142	6.8%	56	39.4%	77	54.2%	7	4.9%	26	18.3%	7	4.9%
	65歳以上	1,707	550	32.2%	188	34.2%	329	59.8%	85	15.5%	126	22.9%	0	0.0%

S21.017 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,189	614	14.7%	225	36.6%	433	70.5%	79	12.9%	114	18.6%	5	0.8%
	64歳以下	2,590	194	7.5%	72	37.1%	116	59.8%	15	7.7%	25	12.9%	4	2.1%
	65歳以上	1,599	420	26.3%	153	36.4%	317	75.5%	64	15.2%	89	21.2%	1	0.2%
H28	全体	3,796	583	15.4%	227	38.9%	406	69.6%	78	13.4%	127	21.8%	5	0.9%
	64歳以下	2,089	155	7.4%	65	41.9%	77	49.7%	11	7.1%	27	17.4%	5	3.2%
	65歳以上	1,707	428	25.1%	162	37.9%	329	76.9%	67	15.7%	100	23.4%	0	0.0%

②リスクの健診結果経年変化（図表11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると男性、女性ともに割合の高かった空腹時血糖、HbA1cの有所見者が平成25年度よりは減少しているものの、平成26年度以降は増加傾向にあった。女性では、肥満者が増加し、中性脂肪、GPTの項目でも有所見者が増加していた。血圧、LDLコレステロールについては有所見者は減少しているが、依然として有所見者が多く課題である。

メタボリックシンドローム予備群・該当者の合計の割合は減少しているにも関わらず、健診データの有所見者割合が減少しておらず、メタボリックシンドローム非該当者の対策が課題である。

【図表11】

有所見者割合の経年変化

KDBシステム S26\_024

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システム 平成29年12月15日出力

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	139	22.9	238	39.2	157	25.9	102	16.8	60	9.9	198	32.6	447	73.6	1	0.2	305	50.2	204	33.6	310	51.1	0	0.0
	40-64	62	27.7	88	39.3	57	25.4	43	19.2	18	8.0	85	37.9	153	68.3	0	0.0	81	36.2	68	30.4	119	53.1	0	0.0
	65-74	77	20.1	150	39.2	100	26.1	59	15.4	42	11.0	113	29.5	294	76.8	1	0.3	224	58.5	136	35.5	191	49.9	0	0.0
H28	合計	130	21.3	224	36.7	155	25.4	108	17.7	53	8.7	184	30.2	323	53.0	120	19.7	289	47.4	186	30.5	291	47.7	11	1.8
	40-64	54	27.3	74	37.4	54	27.3	43	21.7	19	9.6	57	28.8	84	42.4	46	23.2	72	36.4	63	31.8	100	50.5	1	0.5
	65-74	76	18.4	150	36.4	101	24.5	65	15.8	34	8.3	127	30.8	239	58.0	74	18.0	217	52.7	123	29.9	191	46.4	10	2.4

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		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	119	15.6	103	13.5	105	13.8	45	5.9	20	2.6	156	20.5	617	81.1	0	0.0	334	43.9	142	18.7	486	63.9	0	0.0
	40-64	40	14.8	33	12.2	38	14.0	12	4.4	6	2.2	52	19.2	202	74.5	0	0.0	87	32.1	46	17.0	169	62.4	0	0.0
	65-74	79	16.1	70	14.3	67	13.7	33	6.7	14	2.9	104	21.2	415	84.7	0	0.0	247	50.4	96	19.6	317	64.7	0	0.0
H28	合計	122	16.1	99	13.0	113	14.9	56	7.4	12	1.6	149	19.6	447	58.9	16	2.1	330	43.5	158	20.8	430	56.7	2	0.3
	40-64	37	14.2	26	10.0	47	18.1	21	8.1	3	1.2	42	16.2	128	49.2	5	1.9	76	29.2	45	17.3	136	52.3	0	0.0
	65-74	85	17.0	73	14.6	66	13.2	35	7.0	9	1.8	107	21.4	319	63.9	11	2.2	254	50.9	113	22.6	294	58.9	2	0.4

メタボリック該当者・予備軍の経年比較

KDBシステム S26\_025

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システム 平成29年12月15日出力

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
						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	607	42.1	26	4.3%	79	13.0%	3	0.5%	57	9.4%	19	3.1%	133	21.9%	36	5.9%	12	2.0%	48	7.9%	37	6.1%
	40-64	224	33.3	17	7.6%	31	13.8%	1	0.4%	18	8.0%	12	5.4%	40	17.9%	11	4.9%	5	2.2%	14	6.3%	10	4.5%
	65-74	383	49.8	9	2.3%	48	12.5%	2	0.5%	39	10.2%	7	1.8%	93	24.3%	25	6.5%	7	1.8%	34	8.9%	27	7.0%
H28	合計	610	46.4	31	5.1%	83	13.6%	3	0.5%	55	9.0%	25	4.1%	110	18.0%	19	3.1%	4	0.7%	63	10.3%	24	3.9%
	40-64	198	35.5	16	8.1%	28	14.1%	0	0.0%	11	5.6%	17	8.6%	30	15.2%	3	1.5%	1	0.5%	20	10.1%	6	3.0%
	65-74	412	54.4	15	3.6%	55	13.3%	3	0.7%	44	10.7%	8	1.9%	80	19.4%	16	3.9%	3	0.7%	43	10.4%	18	4.4%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
						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	761	53.0	16	2.1%	33	4.3%	4	0.5%	23	3.0%	6	0.8%	54	7.1%	7	0.9%	4	0.5%	21	2.8%	22	2.9%
	40-64	271	44.1	9	3.3%	14	5.2%	1	0.4%	8	3.0%	5	1.8%	10	3.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.8%	5	1.8%
	65-74	490	59.7	7	1.4%	19	3.9%	3	0.6%	15	3.1%	1	0.2%	44	9.0%	7	1.4%	4	0.8%	16	3.3%	17	3.5%
H28	合計	759	56.8	13	1.7%	32	4.2%	2	0.3%	21	2.8%	9	1.2%	54	7.1%	4	0.5%	3	0.4%	38	5.0%	9	1.2%
	40-64	260	51.7	4	1.5%	12	4.6%	2	0.8%	6	2.3%	4	1.5%	10	3.8%	1	0.4%	2	0.8%	7	2.7%	0	0.0%
	65-74	499	59.8	9	1.8%	20	4.0%	0	0.0%	15	3.0%	5	1.0%	44	8.8%	3	0.6%	1	0.2%	31	6.2%	9	1.8%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表12）

特定保健指導率が向上し、特定健診受診率もやや増加した。しかし、未受診者も多く、健康状態が把握できない人が存在している。今後は、毎年健診で健康状態の確認をする人が増えるように保健指導を実施し、健診のリピーターを確保するとともに、全く健診を受けたことのない人への対策を充実させていくことで健診の受診率向上に取り組む必要がある。

健診受診者の中には、受診勧奨の対象となっても医療機関の受診につながっていない人が増加しているため、受診勧奨の徹底に努めることが必要である。

【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	
								富士見町	同規模平均
H25年度	2,876	1,366	47.5%	29	151	3	2.0%	54.8%	56.3%
H28年度	2,651	1,367	51.6%	16	132	76	57.6%	50.7%	51.1%

2) 第1期に係る考察

第1期計画においては、生活習慣病の発症予防のため特定保健指導を中心に保健事業を展開してきた。

その結果、高血圧等の短期目標疾患の治療割合が増え、外来の費用割合が増加し、入院等の重症化予防につながり、医療費の伸びを抑えることができた。特定保健指導の実施率の向上や健診でのメタボリックシンドローム予備群・該当者の減少にも関わらず、健診結果における有所見者割合は近年、増加傾向であった。このことから、今後は健康状態がわからない人への健診受診勧奨と、メタボリックシンドローム非該当者で健診結果に所見がある人への保健指導といった取り組みが重要と考えられる。加えて、健診で医療機関受診が必要とされた人の医療機関受診率も減少していることが課題であり、受診勧奨の徹底が必要である。

また、治療者の増加に加え、治療中でも複数のリスクを持つ人が増えてきていることがわかり、継続した治療ができていかなど重症化予防の視点として医療機関と連携しつつ、医療機関受診後の支援も医療費適正化のために必要である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表13)

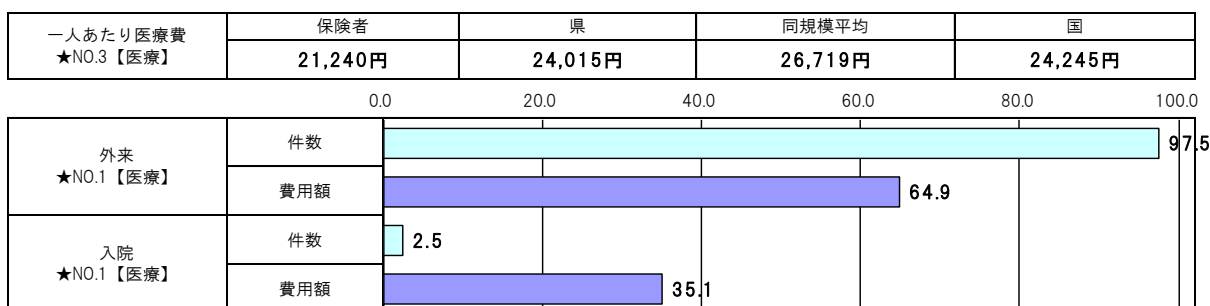
入院件数は2.5%と少ないが、費用額全体の48.8%を占めている。重症化予防の取り組みは入院を減らしていくことにつながり費用対効果の面からも効率がよいといえる。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表13】

#### 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)

高額となったレセプトにおいては、脳血管疾患で139万円/件、虚血性心疾患で247万円/件となっており、件数は少なくとも費用がかかっていることがわかった。虚血性心疾患においては、長期入院の件数も多くなっており、重症化していることが推測される。人工透析のうち72.1%は糖尿病性腎症であり、糖尿病の重症化予防に取り組むことで人工透析の患者を減らし、医療費の適正化にもつながる。また、高血圧や脂質異常症といった基礎疾患のある人が多く、基礎疾患の発症予防・重症化予防が課題である。

【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	H28年度	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	104件	6件 5.8%	5件 4.8%	--
		費用額	1億6530万円	839万円 5.1%	1237万円 7.5%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	101件	3件 3.0%	36件 35.6%	--
		費用額	3841万円	142万円 3.7%	1194万円 31.1%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	122件	24件 19.7%	27件 22.1%	88件 72.1%
		費用額	5182万円	924万円 17.8%	1085万円 20.9%	3527万円 68.1%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	1,282人	180人 14.0%	118人 9.2%	57人 4.4%	
		基礎疾患の重なり	高血圧	152人 84.4%	92人 78.0%	48人 84.2%
		糖尿病	68人 37.8%	51人 43.2%	57人 100%	
		脂質異常症	127人 70.6%	78人 66.1%	45人 78.9%	
		高血圧症	692人 54.0%	342人 26.7%	583人 45.5%	135人 10.5%
		糖尿病	342人 26.7%	583人 45.5%	135人 10.5%	

○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)

介護認定を受けている人は医療費が介護認定を受けていない人の約2倍となっており、重なる基礎疾患の重症化により介護状態になっていることがわかる。

介護認定者におけるレセプト分析では、全体では血管疾患によるものが89.2%と最も多く、2号認定者においては、血管疾患の有病率は100%となっている。このことから、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表15】

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 ★N0.47	受給者区分		2号		1号				合計								
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計											
	被保険者数		4,915人	1,916人	2,645人	4,561人		9,476人									
	認定者数		21人	58人	820人	878人		899人									
	認定率		0.43%	3.0%	31.0%	19.3%		9.5%									
	新規認定者数 (*1)		4人	45人	80人	125人		129人									
介護度別人数	要支援1・2		5	15	162	177	182										
	要介護1・2		10	25	399	424	434										
	要介護3～5		6	18	259	277	283										
	割合		23.8%	25.9%	19.8%	20.2%	20.2%										
	割合		47.6%	43.1%	48.7%	48.3%	48.3%										
	割合		28.6%	31.0%	31.6%	31.5%	31.5%										
要介護突合状況 ★N0.49	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)		203	431	1,000	1,431		1,634									
	再) 国保・後期		203	431	1,000	1,431		1,634									
(レセプトの診断名より重複して計上)	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			
				割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合						
	循環器疾患	1	脳卒中	133	65.5%	脳卒中	166	38.5%	脳卒中	415	41.5%	脳卒中	581	40.6%	脳卒中	714	43.7%
		2	腎不全	45	22.2%	虚血性心疾患	90	20.9%	虚血性心疾患	286	28.6%	虚血性心疾患	376	26.3%	虚血性心疾患	385	23.6%
		3	虚血性心疾患	9	4.4%	腎不全	17	3.9%	腎不全	75	7.5%	腎不全	92	6.4%	腎不全	137	8.4%
	基礎疾患 (*2)		糖尿病	97	47.8%	糖尿病	167	38.7%	糖尿病	236	23.6%	糖尿病	403	28.2%	糖尿病	500	30.6%
			高血圧	152	74.9%	高血圧	302	70.1%	高血圧	819	81.9%	高血圧	1121	78.3%	高血圧	1273	77.9%
			脂質異常症	112	55.2%	脂質異常症	226	52.4%	脂質異常症	462	46.2%	脂質異常症	688	48.1%	脂質異常症	800	49.0%
	血管疾患合計		合計	203	100.0%	合計	361	83.8%	合計	893	89.3%	合計	1254	87.6%	合計	1457	89.2%
	認知症		認知症	10	4.9%	認知症	104	24.1%	認知症	407	40.7%	認知症	511	35.7%	認知症	521	31.9%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	159	78.3%	筋骨格系	370	85.8%	筋骨格系	898	89.8%	筋骨格系	1268	88.6%	筋骨格系	1427	87.3%

\*1) 新規認定者についてはN0.49\_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

★N0.1【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)	8,589					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,359					

今後の課題

- ・医療費適正化・介護予防のために、高血圧・脂質異常症・糖尿病といった基礎疾患の重症化予防が必要である。
- ・人口透析の72.1%は糖尿病性腎症であることから、糖尿病の重症化予防が必要である。

2) 健診受診者の実態 (図表16・17)

国や県と比較すると肥満者の割合は少ないが、HDLコレステロール・空腹時血糖・HbA1c(女性)・尿酸(男性)・収縮期血圧・拡張期血圧・LDLコレステロール・クレアチニンの有所見者が国や県と比較し高くなっている。メタボリックシンドロームの予備群・該当者には高血圧・脂質異常に該当する人が多く、肥満の改善により高血圧・脂質異常については対策がとれると考えられるが、富士見町では非肥満による有所見者が多いと考えられ、今後保健指導を通して、生活習慣等を確認していく。

【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 (概要)

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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
県	21,950	27.9	36,456	46.3	22,085	28.0	15,711	19.9	6,763	8.6	24,025	30.5	51,346	65.2	12,919	16.4	34,608	43.9	19,798	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5
合計	130	21.3	224	36.7	155	25.4	108	17.7	53	8.7	184	30.2	323	53.0	120	19.7	289	47.4	186	30.5	291	47.7	11	1.8
40-64	54	27.3	74	37.4	54	27.3	43	21.7	19	9.6	57	28.8	84	42.4	46	23.2	72	36.4	63	31.8	100	50.5	1	0.5
65-74	76	18.4	150	36.4	101	24.5	65	15.8	34	8.3	127	30.8	239	58.0	74	18.0	217	52.7	123	29.9	191	46.4	10	2.4

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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
県	18,185	19.2	14,611	15.4	16,172	17.0	7,904	8.3	1,948	2.1	17,152	18.1	62,563	65.9	1,980	2.1	36,338	38.3	14,343	15.1	53,213	56.1	157	0.2
合計	122	16.1	99	13.0	113	14.9	56	7.4	12	1.6	149	19.6	447	58.9	16	2.1	330	43.5	158	20.8	430	56.7	2	0.3
40-64	37	14.2	26	10.0	47	18.1	21	8.1	3	1.2	42	16.2	128	49.2	5	1.9	76	29.2	45	17.3	136	52.3	0	0.0
65-74	85	17.0	73	14.6	66	13.2	35	7.0	9	1.8	107	21.4	319	63.9	11	2.2	254	50.9	113	22.6	294	58.9	2	0.4

\*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)

★NO.24 (概要)

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
合計	610	46.4	31	5.1%	83	13.6%	3	0.5%	55	9.0%	25	4.1%	110	18.0%	19	3.1%	4	0.7%	63	10.3%	24	3.9%
40-64	198	35.5	16	8.1%	28	14.1%	0	0.0%	11	5.6%	17	8.6%	30	15.2%	3	1.5%	1	0.5%	20	10.1%	6	3.0%
65-74	412	54.4	15	3.6%	55	13.3%	3	0.7%	44	10.7%	8	1.9%	80	19.4%	16	3.9%	3	0.7%	43	10.4%	18	4.4%

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
合計	759	56.8	13	1.7%	32	4.2%	2	0.3%	21	2.8%	9	1.2%	54	7.1%	4	0.5%	3	0.4%	38	5.0%	9	1.2%
40-64	260	51.7	4	1.5%	12	4.6%	2	0.8%	6	2.3%	4	1.5%	10	3.8%	1	0.4%	2	0.8%	7	2.7%	0	0.0%
65-74	499	59.8	9	1.8%	20	4.0%	0	0.0%	15	3.0%	5	1.0%	44	8.8%	3	0.6%	1	0.2%	31	6.2%	9	1.8%

今後の課題

- ・メタボリックシンドローム予備群・該当者には高血圧・脂質異常が多いので、肥満の改善が必要
- ・肥満に関係なく、有所見者が多い(健診データが悪い人が多い)ため、非肥満でも健診の所見があれば保健指導の対象としていく

### 3) 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況 (図表18)

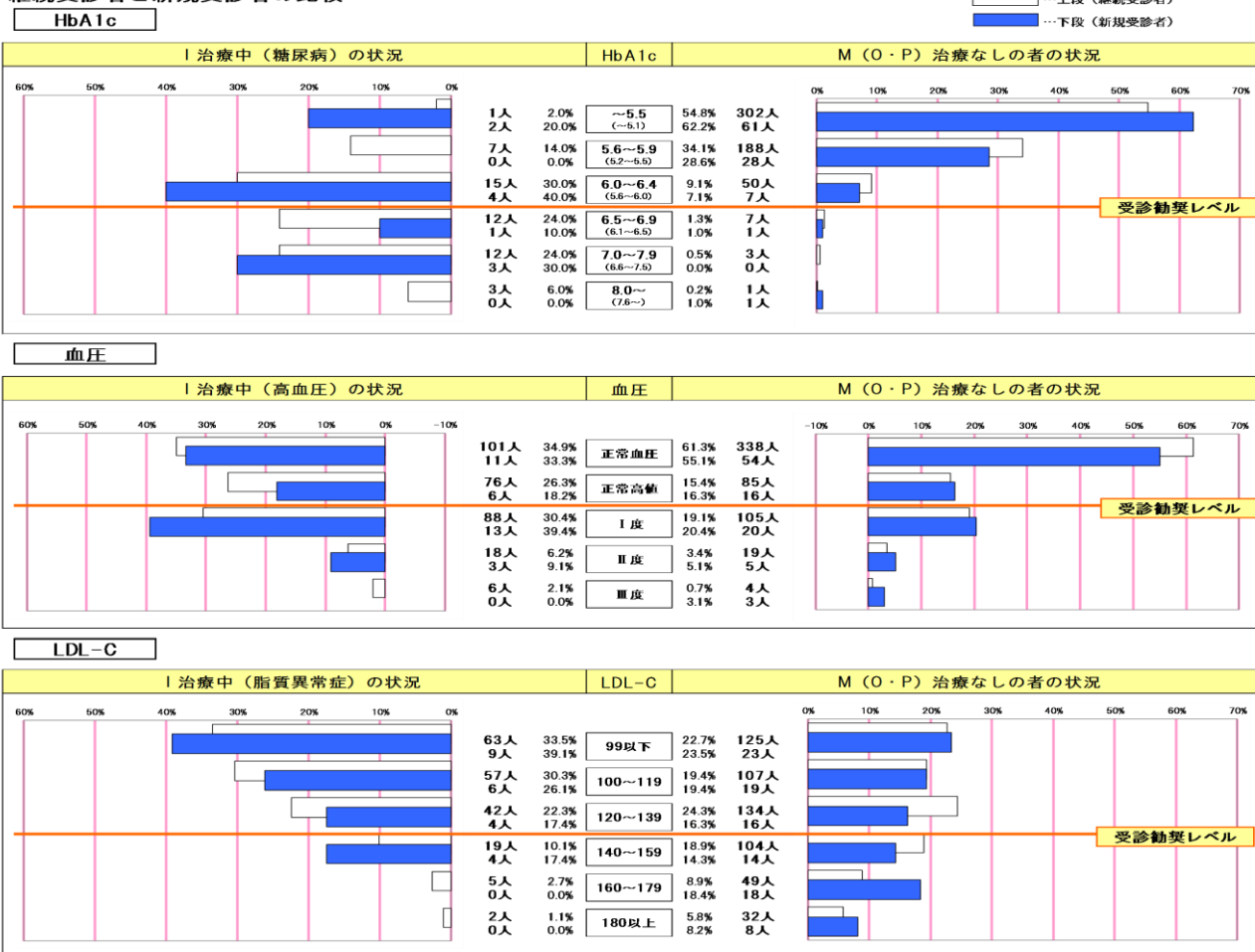
HbA1c6.5%以上となる有所見者の多くは糖尿病治療中であり、糖尿病は薬物療法が開始されていても改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であり、医療機関と十分に連携して保健指導を行い、治療継続への働きかけを行っていくことが必要である。

また、LDLコレステロールについては受診勧奨レベルに該当する人のほとんどが未治療であり、治療をしている人はコントロール良好であるため、適切な治療につなげることが重要である。

血圧については、治療なしの新規受診者の3割近くが受診勧奨レベルとなっており、LDLコレステロールについては4割を超えていた。このように健診受診により早期発見・早期治療が可能なものであるため、健診受診率の向上に努める必要がある。

【図表18】

#### 継続受診者と新規受診者の比較



#### 今後の課題

- 糖尿病は薬物療法だけでは改善が難しく、医療機関と連携しての保健指導が必要
- 血圧、LDLコレステロールについては、健診を受診することによって早期発見・早期治療が可能なため、確実に受診勧奨につなげていく

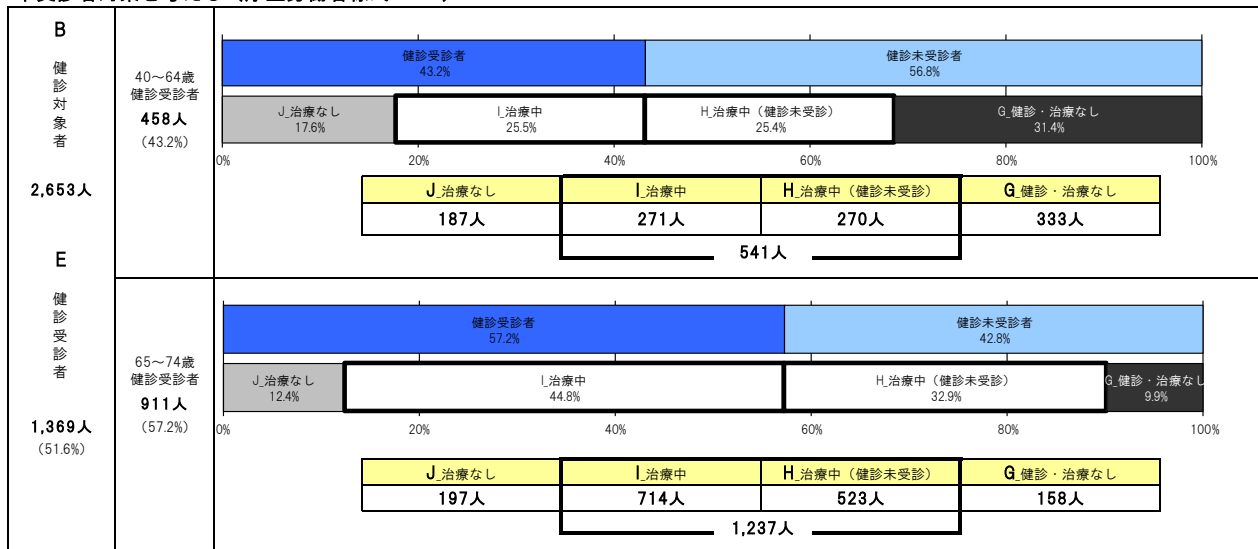
4) 未受診者の把握 (図表19)

40歳～64歳の健診対象者のうち、健診も治療も受けていない人の割合が31.4%と最も高くなっていた。これはこの年代の健診未受診者の半数以上は健康状態が全く分からないことを示しており、今後の課題である。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

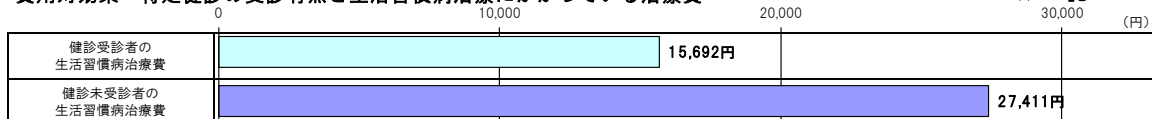
★NO.26 (CSV)



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治療費

★NO.3\_⑥



今後の課題

- 40～64歳の健診未受診者の半数以上は健康状態が全くわからないため、健診受診勧奨に取り組む

### 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減少させることを目標にし、必要時計画及び評価の見直しをしていく。

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、医療費そのものではなく、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

##### (2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、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。

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。

さらに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、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3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1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	53%	54%	55%	57%	59%	60%
特定保健指導実施率	58%	58%	59%	59%	60%	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	2,687人	2,678人	2,699人	2,725人	2,731人	2,687人
	受診者数	1,425人	1,447人	1,485人	1,554人	1,612人	1,613人
特定保健指導	対象者数	139人	141人	145人	151人	157人	157人
	受診者数	81人	82人	86人	90人	95人	95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。

- ① 集団健診（富士見町保健センター）
- ② 個別健診（富士見町内委託医療機関）

#### (2)特定健診委託基準

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

### (3) 健診実施機関リスト

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

(参照)URL : <http://www.kokuho-nagano.or.jp>

### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を継続実施する。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替えられる。(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検討する。

### (7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長野県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託することを検討する。

### (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】

	データ管理	受診勧奨	特定(集団健康スクリーニング)長寿・(いきいき健診)	個別健康診査(特定・長寿)	特定保健指導	その他
4月	・国保連特定健診データシステムへ人間ドック結果入力(通年)	・往復はがきによる2月健診申込未把握者に意向確認通知送付	・委託先医療機関(高原病院)との打合せ会(国保年金係同席・各種健診前年度実績、今年度受診予定者数確認)	・委託先医療機関(高原病院)との打合せ会(集団と同日)	・高原病院人間ドック受診者で特定健診受診者については、委託により高原病院で指導実施(通年)・他医療機関で人間ドック受診者で特定健診受診者は町で指導実施(通年)	・健康ふじみ21推進(通年) ・特定健診、特定保健指導関係委託契約・事業実施起案
5月	・20日以降:国保連に特定健診受診券作成処理、契約マスタ更新登録依頼・後期高齢者健診も結果入力のため、同様に実施		・通知用封筒作成依頼 ・6月広報掲載準備			各種パンフレット購入(結果報告会・保健指導用)・健康手帳準備(差替用)・保健指導書式準備
			・2月健診申込による健診受診希望者抽出(行政区別・大腸有無) ・健診受診希望者日程割付			・保健補導員会連合会・食生活改善推進協議会学習会(町の健康状態)
			・情報センタ打ち出し条件作成依頼			・肝炎健診案内準備
			・受診案内準備・封入作業は町社協委託・送付は健診1か月前目標			・前立腺がん検診案内準備(健診同時・単独)
	・健診受診予定者データ⇒CDにて厚生連佐久へ送付(健診2週間前目標)		・追加申込み随時受付発送		・インターバル速歩教室打ち合わせ	
6月	・健診受診者即日入力(受診年月日・受診者名、大腸受診者も同様に入力)(未受診者受診勧奨のため)	・6月広報ふじみ健診のお知らせ掲載	・健診実施:特定健診:5日間(大腸・前立腺・肝炎 同時実施) 長寿医療健診:3日間(大腸・肝炎同時実施 眼底無し)	・健診希望者確定 ・受診案内準備・送付(6月下旬) ・各医療機関、検査機関と打ち合わせ	集団特定健診当日、事後相談にて特定保健指導対象者に初回面接実施(保健師・管理栄養士・在宅管理栄養士)・8月結果送付時は電話・面接で2回目対応となる。結果通知方法本人に確認	・保健補導員会連合会学習会(町の栄養課題解決のため)
7月		・集団未受診者へ個別健康診査受診案内通知送付		・健診開始(～9月)実施期間については医師会と協議		・特定・長寿医療健診結果相談会準備
	・健診結果データ提供を厚生連佐久と委託契約		・結果通知送付・特定保健指導対象者以外は郵送、特定保健指導対象者は通知・面接にて渡す			・精検受診方法を各病院へ確認(各種がん検診含み)・保健補導員会連合会学習会(運動推進)
8月	・厚生連佐久に健診結果データ提供依頼(特定健診・後期)同時に大腸・前立腺・肝炎の結果も依頼し、結果を健康かるてに入力(CDでもらう)			月毎支払データ入力、受診者数集計	・集団健診受診の対象者へ通知(健診当日確認済・面接・郵送)	・保健補導員地区料理教室・運動教室開催(～12月まで)・結果相談会案内通知を健診結果に同封
	・国保連特定健診データシステムに、特定健診結果入力(健康かるてからのデータ移入)後期データも 移入	・個別健康診査未受診者へ受診案内通知送付			・集団健診受診者のうち必要者に保健指導2回目開始(町保健師・管理栄養士・在宅管理栄養士)3か月以降に評価実施・インターバル速歩教室受講のすすめ・マルチマーカー活用・個別健康診査を高原病院で受診し、特定保健指導対象となった方は、高原病院委託により実施・3か月以降に評価実施	・結果相談会実施・健康教室声かけ(長寿医療健診分は包括支援センター合同保健師出役依頼)
9月						
10月	・前年度受診率等法定報告数値確定(受診結果・特定保健指導結果入力)		・非肥満者で要保健指導対象者への保健指導実施		・インターバル速歩教室打ち合わせ・委託契約(国保年金係)	・健康教室開催(～12月)
11月			・要精密検査・要治療対象者で未受診者への受診勧奨(通知)			・健康づくり推進協議会にて実績報告
12月～3月	・勤め先ので特定健診受診結果、国保連特定健診データシステムへ入力	・2月各種健診申込取りまとめ書各戸配付(郵送)・国保加入者で勤め先にて特定健診受診者のデータ提供依頼通知送付・未受診者受診勧奨(電話・訪問)	・要精密検査・要治療対象者で未受診者への受診勧奨(電話・訪問)・2月各種健診申込取りまとめ書に特定・長寿医療健診について掲載		・インターバル速歩教室開催(高原病院委託)12月～翌年11月の1年間実施初回は町も参加 ・特定保健指導結果入力(マルチマーカーへ各自、委託分は担当)国保連特定健診データシステムへデータ移入	・健康管理確認書送付(勤め先)・内科治療の方については検診・特定保健指導実施率、特定健診受診率アップ方法検討・健診結果広報掲載
翌年度8～10月までに	・除外者登録(H29実施無し)					
その他	・資格重複疑い者等国保年金係チェック(通年)			●医療機関→町:データ受領方法検討(費用決済と併せて検討)		糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施(台帳管理等通年)



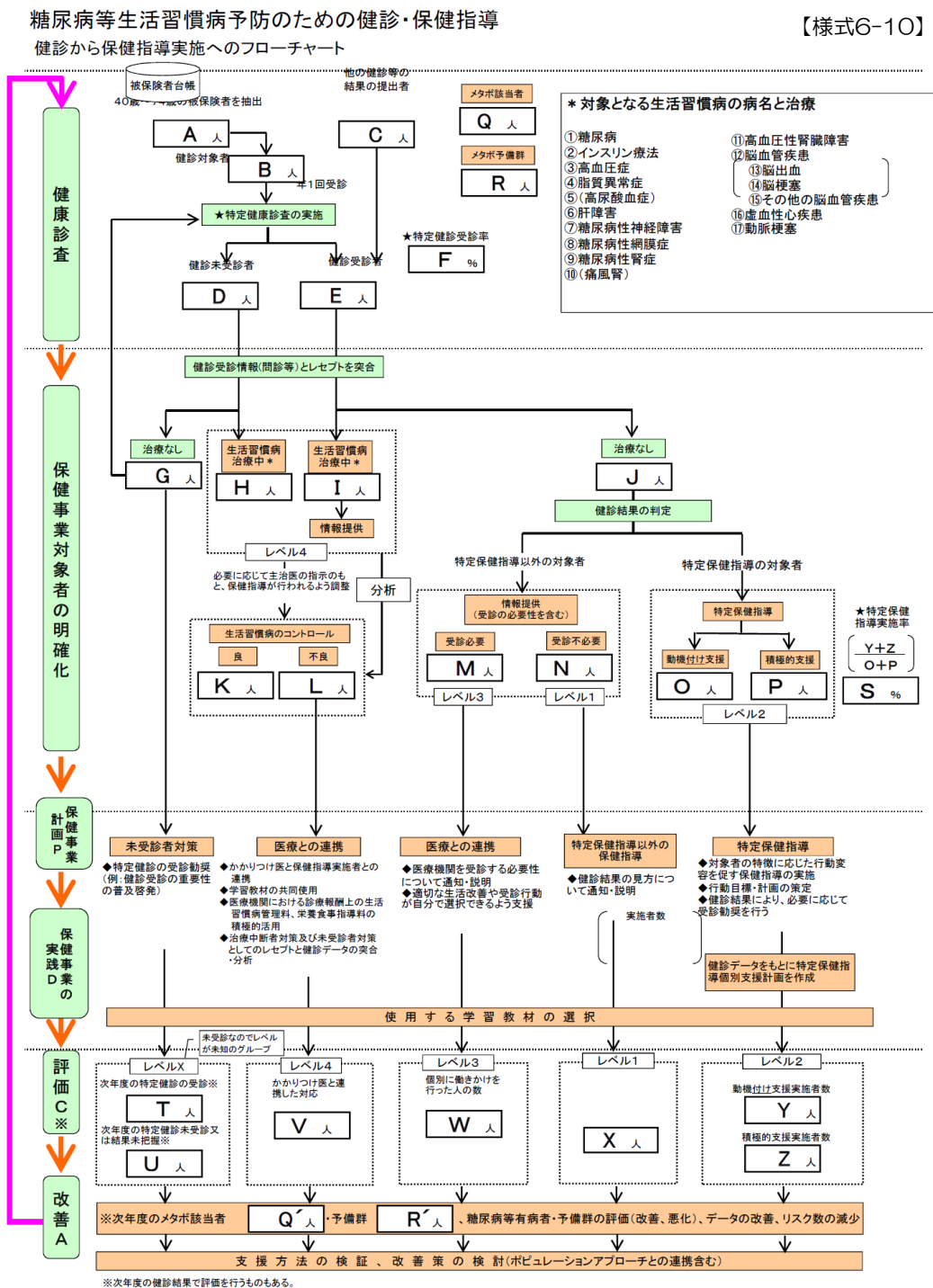
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施と特定保健指導実施機関への委託の形態で行う。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)」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	平成28年度 対象者数  (受診者に対する割合 %)	最終年度 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	132人  (9.7%)	60%
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	159人  (11.6%)	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）	1,284人 ※受診率目標達成までにあと 224人	特定健診受診率  60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知 ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施	169人  (12.4%)	100%
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	985人  (72.1%)  576人 (42.1%)	※うち、生活習慣病コントロール不良者

(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を参照とする。(図表25)

【図表25】

事業名	目標	計画・実施	実施時期		評価時期			
			実施時期	進捗管理				
特定健診	平成35年度特定健診受診率60%を目指す 目標 平成30年度:53% 平成31年度:54% 平成32年度:55% 平成33年度:57% 平成34年度:59%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○未受診者対策、受診率増加対策全体検討・予算確保</li> <li>・治療中者の個別健康診査受診勧奨検討(町医師会協力依頼)</li> <li>・個別健診の期間延長検討(町医師会協力依頼)</li> <li>・内科治療者の医療機関へデータ作成依頼について検討</li> <li>・特定健診内容検討</li> <li>・40歳未満の国保加入者健診実施検討(健診委託機関、町医師会相談)</li> <li>・保健事業推進のための事務作業分担について検討</li> <li>○特定健診受診案内作成・配付(各種健診申込み取りまとめ時)</li> <li>○特定健診未申込者勧奨用はがきによる通知(L型圧着はがき)</li> <li>○電話・訪問による特定健診未受診者受診勧奨 (年代・地区別等焦点の絞り込みと受診勧奨実施40～64歳対応優先)</li> <li>○集団健診未受診者への個別健診受診勧奨の実施</li> <li>○国保加入者で勤め先での健診受診者の健診結果確認書提出依頼作成・配布</li> <li>○特定健診結果広報掲載</li> <li>○保健指導員活動へ健診結果を活かす(町の健康状態について理解を深め、健診受診の必要性を理解し、受診勧奨につなげる)</li> <li>・保健指導員地区活動にも健診結果を活かす</li> <li>○食生活改善推進員活動へ健診結果を活かす(町の健康状態について理解を深め、健診受診の必要性を理解し、受診勧奨につなげる)</li> <li>・食生活改善推進員地区活動にも健診結果を活かす</li> <li>○健診受診状況の確認(連続受診状況等)</li> <li>○特定健診時がん検診等同時実施継続(前立腺・大腸・肝炎)</li> <li>○受診しやすい健診体制の継続(集団・個別)</li> <li>○健康教室へ健診結果を活かす(町の健康状態について理解を深め、健診受診の必要性を理解し、受診勧奨につなげる)</li> <li>○国保連特定健診等データ管理システム管理</li> <li>○マルチマーカースystem管理</li> <li>○KDBシステム管理</li> <li>○健診結果データ分析</li> </ul>	10月		12月			
			12月		3月			
			5月		10月			
			通年		10月			
			7月		10月			
			12月		3月			
			通年		10月			
			4月		3月			
			4月		3月			
			4月		3月			
			10月		3月			
			6月		8月			
			6月		10月			
			8月		3月			
			通年		10月			
			通年		10月			
			通年		10月			
			10月		3月			
			特定保健指導	平成35年度特定保健指導終了率60%を目指す 目標 平成30年度:58% 平成31年度:58% 平成32年度:59% 平成33年度:59% 平成34年度:60%	<ul style="list-style-type: none"> <li>○特定保健指導全体検討・予算確保</li> <li>・特定保健指導未利用者対策</li> <li>・特定保健指導終了率増加のための事務作業分担について検討</li> <li>○特定保健指導実施者の確保(保健師・管理栄養士・在宅有資格者・委託)</li> <li>○集団での特定健診受診時初回面接実施(特定保健指導の一部として実施)</li> <li>○特定保健指導対象者への利用勧奨(通知・電話・訪問)</li> <li>○特定保健指導実施時間の工夫(時間外)</li> <li>○特定保健指導実施中に健康教室実施し、生活習慣改善の具体策を伝える</li> <li>○具体的な運動指導としてインターバル速歩教室受講勧奨</li> <li>○人間ドック受診者の特定保健指導対象者への特定保健指導実施 (富士見高原病院受診対象者は委託とする)</li> <li>○データ管理(集団・個別・ドック)</li> <li>○特定保健指導評価実施</li> <li>○特定保健指導実施者の保健指導技術スキルアップ・利用者が納得できる指導の実施</li> <li>・学習の機会確保</li> <li>・マルチマーカースystem活用</li> <li>・病態別構造図の理解</li> <li>・経年変化一覧表作成</li> <li>・各種保健指導用資料準備</li> <li>・体脂肪計、フードモデル、模型等活用</li> <li>・必要時事例検討実施</li> </ul>	10月		12月
						10月		12月
6月		10月						
8月		10月						
通年		10月						
9月		12月						
11月		3月						
通年		10月						
通年		3月						
通年		9月						
通年		3月						

事業名	目標	計画・実施	実施時期		評価時期
			実施時期	進捗管理	
重症化予防	平成35年度 糖尿病要精密検査・要治療対象者受診率(返書)100%	○重症化予防対策全体検討・予算確保 ・治療中者・治療中断者への主治医との連携方法・内容検討 ・保健事業推進のための事務作業分担について検討 ・保健指導実施者の確保(保健師・管理栄養士・在宅有資格者)	10月		12月
		○重症化予防対策実施 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム ・虚血性心疾患重症化予防取組み ・脳血管疾患重症化予防取組み	通年		3月
	○特定健診後、要精密検査・要治療者受診状況確認(返書・レセプト) ・特定健診結果受診勧奨判定該当者受診勧奨(通知) ・ “ (電話・訪問等による保健指導実施)	通年 11月		3月 12月	
	○治療中者・治療中断者への主治医との連携による生活習慣改善支援(訪問・相談) ○KDBシステム活用 ○新規透析者の分析	1月 通年 10月		3月 3月 3月	
特定保健指導非該当者保健指導		○特定保健指導非該当者への保健指導実施全体検討・予算確保 ・保健指導実施者の確保(保健師・管理栄養士・在宅有資格者)	10月		12月
		○特定保健指導非該当者へ保健指導実施(保健師・管理栄養士・在宅有資格者) ・特定健診等結果相談会開催 ・保健指導利用勧奨(通知・電話・訪問) ・保健指導実施時間の工夫(時間外)	9月 8月 9月		3月 9月 3月
		・特定保健指導実施中に健康教室実施し、生活習慣改善の具体策を伝える ○保健指導実施者の保健指導技術スキルアップ・利用者が納得できる指導実施 ・学習の機会確保 ・病態別構造図の理解 ・マルチマーカースystem活用 ・経年変化一覧表作成 ・各種保健指導用資料準備 ・体脂肪計、フードモデル、模型等活用 ・必要時事例検討実施	9月 通年		12月 3月
生活習慣改善	生活習慣データ改善(食事・喫煙・飲酒等)	○第2次富士見町健康づくり計画「健康ふじみ21」の推進 ○子どもの頃から生活習慣病予防の取り組み検討 ・乳幼児健診における健康教育、保健指導内容検討 ・学校保健会等での資料提供 ○生活習慣病予防と健康増進のための健康教育・健康相談実施	通年 10月		10月 3月
			通年		10月

## 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富士見町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。記録の保存期間は最低5年とする。

## 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、富士見町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

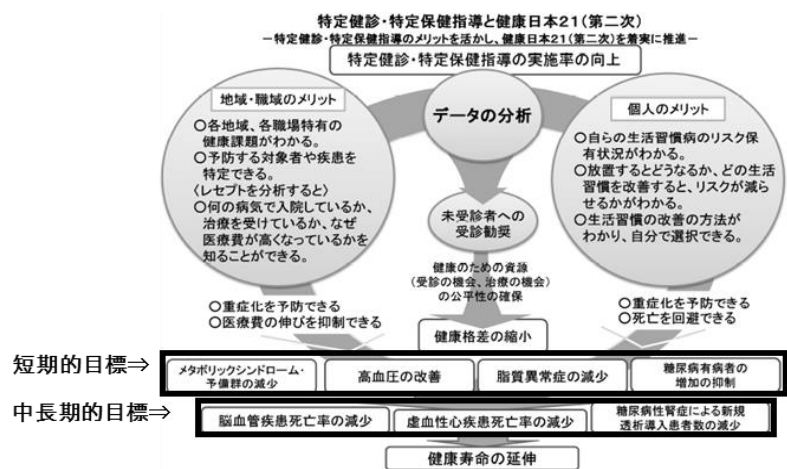
### I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の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生活習慣病減少を目指し、特定健診における血糖、血圧、脂質等の検査結果を改善していくこととする。

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が重要である。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り、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。さらに、本計画では短期的目標疾患対策として、非肥満でリスクがある者への保健指導や、慢性腎臓病（CKD）早期発見・重症化予防等も加え、より対象者に合った保健指導の充実を図り実施していく。それに加え、重症化予防の取り組み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。

重症化予防の取り組みとしては、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、中長期的目標疾患の対策として、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勧奨を実施し、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、医療費の適正化・社会保障の安定化について、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等が社会保障費の増大につながっている実態等を広く町民に周知していくこととする。



### II 重症化予防の取り組み

#### 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平成28年度より、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ作成した富士見町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者について適切な受診勧奨によって治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院している人が今後人工透析へ移行しないように医療機関と連携しながら保健指導を行っている。今後も継続して実施するため、第2期データヘルス計画における保健事業の一つとして、取り組んでいく。

糖尿病性腎症重症化予防は、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表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) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
- (3) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

【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 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 次年度計画策定		○			□

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては長野県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われるもの

(特定健診受診者から対象者を抽出する場合は健診結果からは糖尿病性腎症の第1期と第2期の判別が正確にできないため、長野県プログラムに準じ、以下のいずれかに該当するものとする)

- a.尿蛋白 ±以上
- b.eGFR 60ml/分/1.73m<sup>2</sup>

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有するもの

- a.高血圧
- b.喫煙者

ウ. その他、保険者が必要と認めたもの

- a.高血圧のハイリスク者
- b.脂質異常症、高尿酸血症等を認める者
- c.BMI25以上または、腹囲男性85cm以上、女性90cm以上
- d.糖尿病の家族歴がある者
- e.生活習慣の改善が困難なもの

### (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)



糖尿病性腎症病期分類(改訂)

【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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

富士見町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白(+))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。

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)(図表29)

富士見町において特定健診受診者のうち糖尿病治療中者・糖尿病型に該当する人は119人(図28-E)であった。そのうち、未治療者は43人(図28-F)であった。

糖尿病治療者336人(図28-H)のうち特定健診未受診者260人(図28-I)であった。

過去に健診を受診したことのある者63人のうち治療中断と思われる人数は7人(図29)であった。また、継続健診受診者110人(図29)についても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

健診受診履歴のない人については、特定健診実施計画に基づき、健診受診勧奨を行う。

健診受診履歴のある人については、図表28・29より富士見町で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(図28-F)・・・43人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(図29)・・・7人
- ③ その他、管理台帳で把握し、治療中断と思われるもの
  - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

## 優先順位2

### 【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち**重症化する可能性のある者**（図28-J・K）・・・76人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・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（図29）・・・63人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・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2）及び年次計画（参考資料3）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%以上の人は、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 HbA1c ② eGFR ③ 尿蛋白 ④ 体重 ⑤ 血圧

- (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。

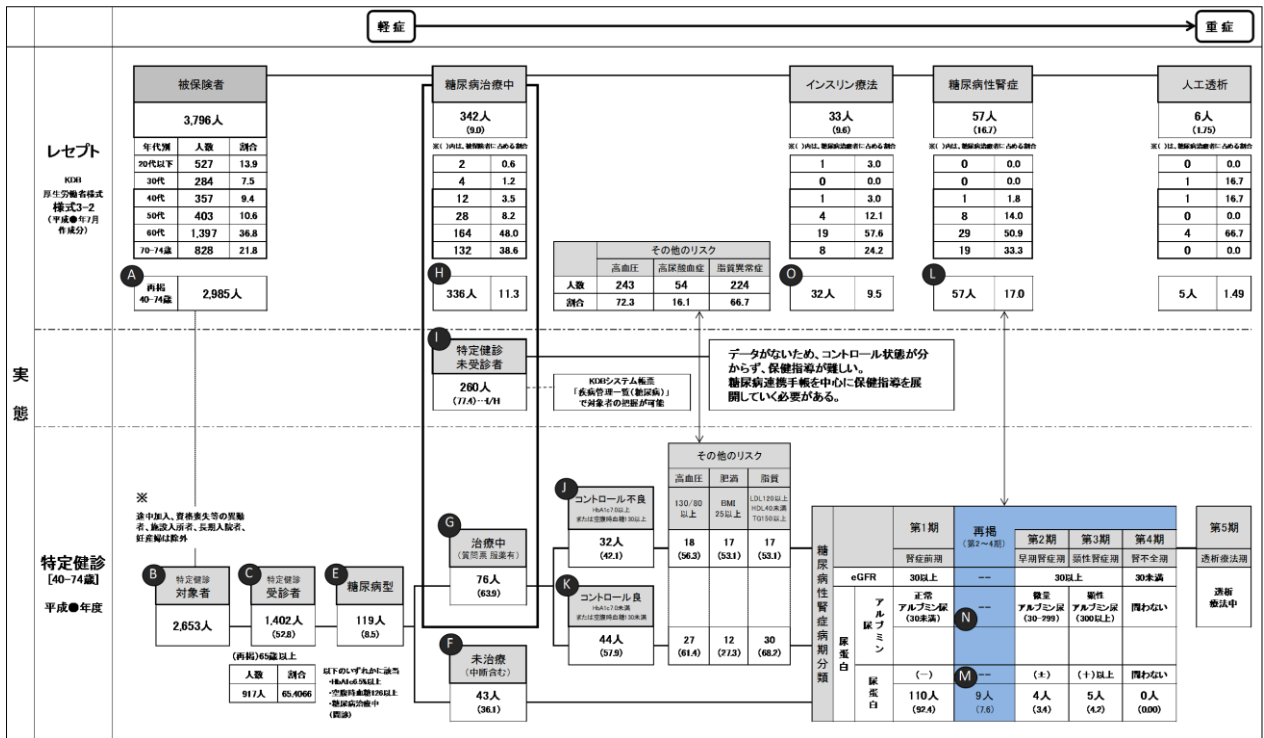
- (5) 担当地区の対象者数の把握

- ・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）

【図表28】

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名 長野県 市町村名 富士見町 同規模区分 11



【図表29】

糖尿病管理台帳からの年次計画

【H28年管理台帳から】

全町

富士見町 34

	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	糖尿病管理台帳の全数 (㉔ + ㉕) ( 245 )人		
	㉔ 健診未受診者 ( 135 )人	1. 資格喪失の確認 ○医療保険喪失の確認 ○死亡の場合その原因	後期高齢者、社保 ○健診データ本人に確認(糖尿病連携手帳活用) ○レセプトの確認協力
	内訳		
	①国保 ( 63 )人		
	②後期高齢者 ( 58 )人		
	③他保険 ( 8 )人		
	④住基異動(死亡・転出) ( 6 )人		
	⑤確認できていない ( 0 )人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ( 7 )人	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
	保健指導の優先付け	㉕ 結果把握(健診データ、連携手帳より) ( 110 )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
①HbA1cが悪化している ( 33 )人			
再掲) HbA1c7.0以上で前年度より悪化 ( 19 )人			
②尿蛋白 (-) ( 102 )人			
(±) ( 3 )人 (+)~ ( 5 )人			
③eGFR値の変化			
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( 26 )人			
再掲) 1年で25%以上低下 ( 0 )人		腎専門医	

●合併症  
 ●脳・心疾患一手術  
 ●人工透析導入  
 ●がん

## 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、喫煙などのリスク因子の管理も重要となってくる。富士見町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表30)

【図表30】

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: 5px; display: inline-block;">経年表</div> <span style="font-size: 2em;">→</span> </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><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は?</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</li> <li>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ずみ方 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～</li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 8.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか?</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン?(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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?</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは?</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p>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?</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策の検討について

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(±)へは二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ことができるため、二次健診の実施を含め検討していく。

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者には精密検査依頼書を発行し、医療機関から健診受診後の治療開始の有無やその内容について指示をもらう。さらに保健指導の助言が必要な場合は(2)治療中の者への対応の通りとする。

治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に町医師会等と協議した紹介状を使用する等、医療機関受診がスムーズになるように検討していく。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病保健指導連絡票や糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県プログラムに準じ行っていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護高齢者係)等との連携

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システム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4)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/1.73m<sup>2</sup>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

8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月 事業評価

## 2. 虚血性心疾患重症化予防（Ⅱ重症化予防の取り組み）

### 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5）

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

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

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握（心電図検査でST変化の有無）

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。また要精査には該当しないがST所見ありの場合は、健診データと合わせて心電図におけるST所見ありとはどのような状態であるのかということ伝えるため対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

##### ② 心電図以外からの把握

心電図検査を実施しない場合や心電図検査で異常がない場合は、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。

※CKD・・・慢性腎臓病

### 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

- ・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) 二次健診の実施の検討について

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料6に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013より「心血管疾患の主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、健診にて虚血性心疾患を発症する可能性がある人のリスクを正確に把握するために、これらの検査を二次健診として実施するかどうか、富士見町の状況も踏まえながら検討していく。



### (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、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システム等を活用しデータを収集していく。

## 5) 高齢者福祉部門（介護高齢者係）等との連携

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システム等の情報**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

8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月 評価

### 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、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、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)

【図表32】

【脳卒中の分類】

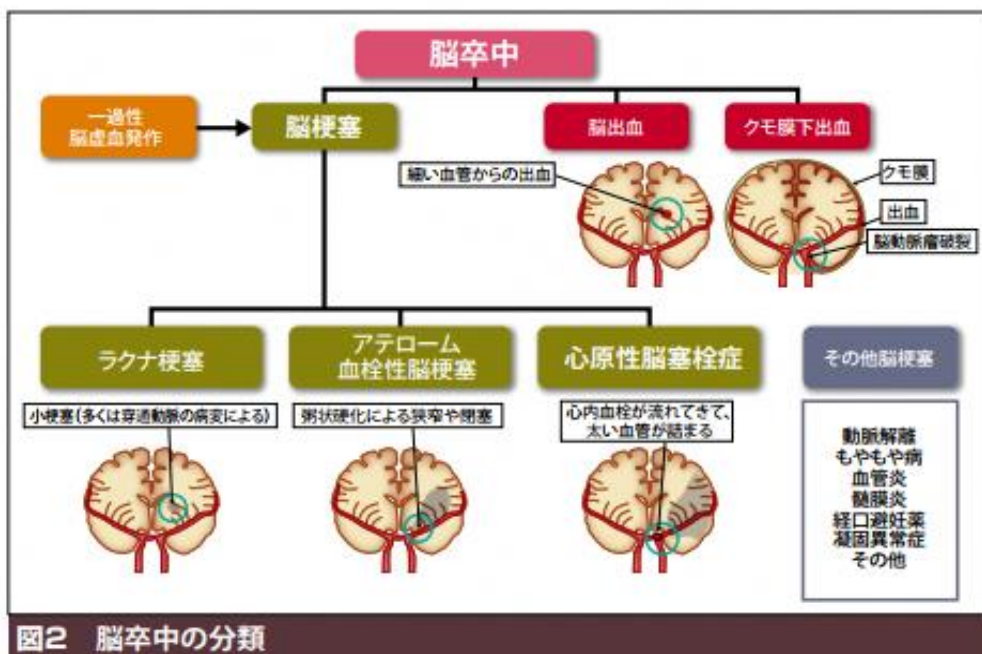


図2 脳卒中の分類

【図表33】

#### 脳血管疾患とリスク因子

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

【図表34】

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)	
科学的根拠に基づき 健診勧奨から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	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 (空腹中:7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 1,223 対象者数	76 6.2%	15 1.2%	53 4.3%	40 3.3%	142 11.6%	46 3.8%	6 0.5%	43 3.5%
治療なし	48 5.5%	6 0.8%	51 5.1%	33 3.3%	26 3.6%	27 2.3%	0 0.0%	13 1.8%
(再掲) 特定保健指導	11 14.5%	2 13.3%	9 17.0%	12 30.0%	26 18.3%	5 10.9%	0 0.0%	4 9.3%
治療中	28 8.0%	9 1.8%	2 0.9%	7 3.0%	116 23.5%	19 28.4%	6 1.2%	30 6.1%
臓器障害 あり	7 14.6%	6 100.0%	5 9.8%	7 21.2%	5 19.2%	8 29.6%	0 --	13 100.0%
CKD (専門医対象者)	0	0	1	3	1	1	0	13
尿蛋白(2+)以上	0	0	0	1	0	0	0	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	1	2	1	1	0	13
心電図所見あり	7	6	4	4	4	7	0	2
臓器障害 なし	41 85.4%	--	46 90.2%	26 78.8%	21 80.8%	19 70.4%	--	--

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76人(6.2%)であり、48人は未治療者であった。また未治療者のうち7人(14.6%)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28人(8.0%)いた。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。(優先順位等については高血圧対策と同様とする)

### (3) 心房細動発見のための心電図検査の実施について

心原性脳塞栓症は、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ため、継続受診の必要性和有所見者に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。



【図表35】

(脳卒中予防の提言より引用)

## 3) 保健指導の実施

### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

### (2) 二次健診の実施の検討について

脳血管疾患重症化予防対象者については、同章「虚血性心疾患重症化予防」(Ⅱ-2重症化予防の取り組み)において、対象としたものと重なりあってくることから、全身の血管状態を把握することでリスクの評価につながると考えられる。富士見町の現状を見ながら、二次健診の実施について検討していく。

### (3) 対象者の管理

#### ① 糖尿病管理台帳における管理

糖尿病は脳梗塞の単独の危険因子であるため、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脳血管疾患の診療開始日も記載できるようになっている。

#### ② 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。

#### ③ 心房細動の管理

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経過を把握していく。

## 4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行う。治療中の者へは血管リスク低減に向けて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システム等を活用しデータを収集していく。

## 5) 高齢者福祉部門（介護高齢者係）等との連携

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システム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・虚血性心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

8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 共通のリスクに対する取り組み

### 1. 糖尿病の保健指導計画

#### 1) 基本的考え方

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変、歯周病といった合併症を併発するなどによって、生活の質（QOL：Quality of Life）ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼす。しかしながら、自覚症状に乏しく、患者は病識を持たない場合が多い等の理由から、患者が増加しており、糖尿病の早期診断・早期治療や治療中断の阻止が重要な課題となっている。

日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド2016-2017」には、

①2型糖尿病の場合、初診時に既に網膜症、腎症、神経障害及び動脈硬化性疾患などを認める場合が少なくない。

②自覚症状が乏しいため通院が中断しがちである。病態の把握は、検査値を中心に行われることをよく理解してもらう。

③糖尿病治療は患者の日常生活の中で実施され、その主体は患者であると記載されている。

糖尿病の保健指導は、HbA1cを入り口として、

○今の自分の値が糖尿病のどの段階にあるかを確認してもらうこと。

○その発症・重症化のリスクは、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくること。

これらを保健指導対象者が理解し、主体的に自己管理ができるよう支援し続けることを目的とし、実施する。

#### 2) 保健指導の目標設定

2012年に厚生労働大臣が告示した、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」の糖尿病に関する以下の項目を目標とする。

- ①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少
- ②HbA1cが8.4%以上の者の割合の減少
- ③糖尿病治療継続者の割合の増加
- ④糖尿病有病者の増加の抑制

#### 3) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」と、「糖尿病治療ガイド（2016-2017）」に基づいて、健診におけるHbA1cの値より選定する。

HbA1cは「採血時から過去1～2ヵ月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断に用いられるとともに、血糖コントロール状態の指標となる」とされ、評価指標として有用であるので、HbA1cの値を使用する。

HbA1cが6.5%以上の受診勧奨判定値となった場合や糖尿病治療中の場合は、Ⅲ-1「糖尿病性腎症重症化予防」に準じることとする。

(2) 目標に対する対象者

糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少 . . . . . ①, ②

HbA1cが8.4%以上の者の割合の減少 . . . . . ①

糖尿病治療継続者の割合の増加 . . . . . ③

糖尿病有病者の増加の抑制 . . . . . ④、⑤

【図表36】

HbA1cの状況

HbA1cの測定	正常域		保健指導判定値				受診勧奨判定値							
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない ④		糖尿病 ③		② 合併症の恐れ ①					
			～5.5		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0～	
人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
糖尿病治療中	76	5.4%	3	3.9%	⑤ 10	13.2%	25	32.9%	17	22.4%	18	23.7%	3	3.9%
糖尿病治療なし	1,320	94.6%	606	45.9%	505	38.3%	173	13.1%	26	2.0%	8	0.6%	2	0.2%

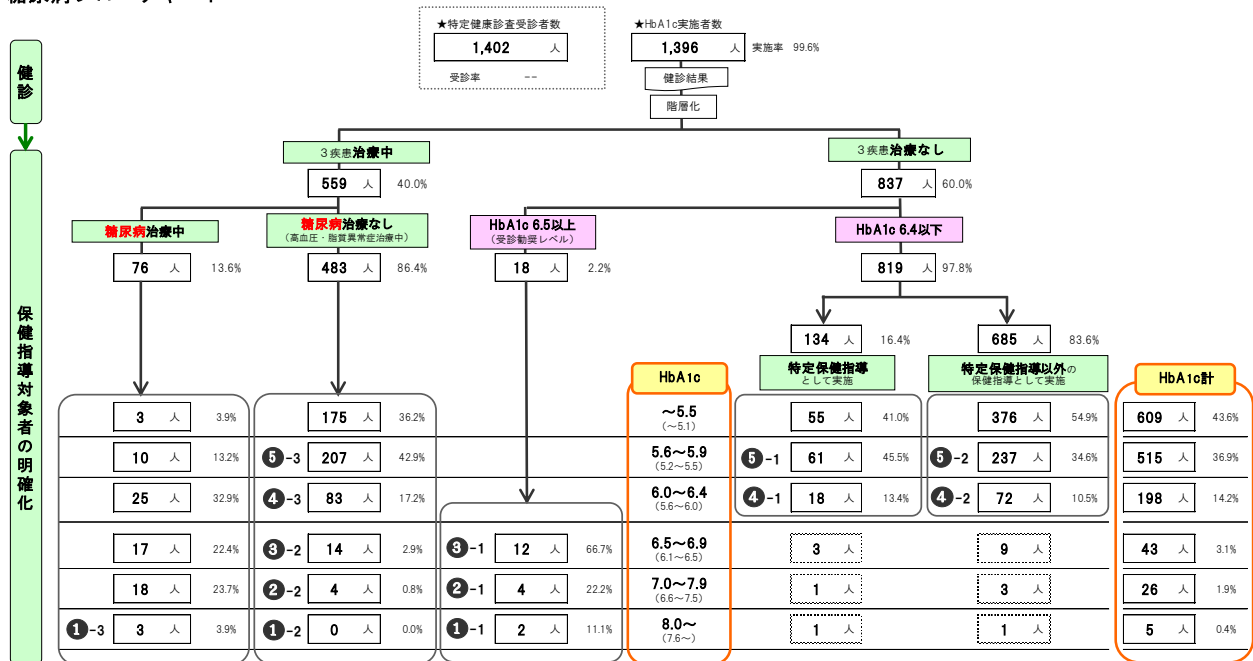
(3) 優先すべき対象者の抽出

未治療でHbA1cが高い方、他リスクを複数持つ方を優先とする。

(●-1、●-2、●-3の順)

【図表37】

糖尿病フローチャート



## 4) 保健指導の実施

### (1) 受診勧奨および保健指導

糖尿病治療ガイド2016-2017では、腹囲やBMIの基準を満たさない場合でも、「空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上では、糖尿病が強く疑われるので、直ちに医療機関を受診すること」、「空腹時血糖110~125mg/dl又はHbA1c6.0~6.4%では、できるだけブドウ糖負荷試験を行う。その結果、境界型であれば追跡あるいは生活習慣指導を行い、糖尿病型であれば医療機関を受診させる」、「空腹時血糖100~109mg/dl又はHbA1c5.6~5.9%では、境界型とはいえないものの、それ未満の場合に比べ将来の糖尿病発症や動脈硬化の発症リスクが高いと考えられるので、他のリスクを勘定して、情報提供、追跡あるいはブドウ糖負荷試験を行う」としていることから、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みとともに保健指導・受診勧奨を行っていく。

### (2) 歯科受診勧奨

糖尿病治療ガイド2016-2017では、「糖尿病患者では歯周病が重症化する」、「歯周病が重症であるほど血糖コントロールは不良となる」、「歯周病治療によって歯周組織の慢性炎症が改善すると、インスリン抵抗性が軽減し、血糖コントロール状態も改善することが報告されている」と示されていることから、保健指導対象者に歯科の受診勧奨を行う。

## 5) 保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、個人ファイル、高血糖を考える経過表あるいは、糖尿病連携手帳に記入する。

## 6) 保健指導の評価

(1) 糖尿病管理台帳(参考資料3)を用いて、以下3つの翌年度の状況を把握する。

- ①健診受診状況
- ②HbA1c値、その他の検査結果
- ③治療継続の状況

(2) 継続受診者のHbA1c変化、経年変化、健診中断者の実態を用いて、総合的な評価を年1回行う。



## 2. 高血圧の保健指導計画（4章Ⅲ）

### 1) 基本的考え方

高血圧は、心血管病（脳卒中および心疾患）の最大の危険因子で、至適血圧（収縮期血圧120mmHg未満かつ拡張期血圧80mmHg未満）を超えて血圧が高くなるほど、全心血管病、脳卒中、心筋梗塞、慢性腎不全などの罹患リスクおよび死亡リスクは高くなり、心血管病死亡の約50%、脳卒中罹患の50%以上が、至適血圧を超える血圧高値に起因するものと推定されている。収縮期血圧は心血管病リスクをより強く予測し、他の危険因子の合併により、心血管病リスクはさらに高くなることも示されている。また、重症高血圧者の減少により、脳卒中罹患患者数の中心が重症高血圧者から軽症高血圧者に移りつつあることが明らかになってきており、正常血圧高値やⅠ度高血圧における生活習慣修正や高血圧発症予防対策がさらに重要になっている。

（日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」より）

血圧測定の意義について、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」では、

- ① 高血圧と診断するには、正しい血圧測定が必要である。診察室血圧は、さまざまな点で、その臨床的価値に疑問が投げかけられている。問題は指針に従った血圧測定が、健診や診療の現場でめったに行われないことにある。そして多くの場合、測定精度は軽視、あるいは無視されている。
- ② 本邦における家庭血圧測定の普及は著しい。家庭血圧の測定は、患者の治療継続率を改善するとともに、降圧薬治療による過剰な降圧、あるいは不十分な降圧を評価するのに役立つとされており、各医家はガイドラインに示す測定条件に基づき、家庭血圧測定法を指導することが強く勧められる。
- ③ 測定者がすべての測定値を記録することを強く推奨する。  
と示している。

高血圧の保健指導は、血圧値を入り口として、

- 「脳・心臓・腎臓などの生きていく上で重要な臓器を守るために、血管の中を、血液がある一定の圧で常に一定量流れている」という仕組みが大切であることを理解してもらうこと。
- 血圧の基準値は一人一人違うので、今の自分の値がどの段階にあるかを確認してもらうこと。
- 血圧の上がる原因は、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくること。これらを保健指導対象者が理解し、主体的に自己管理ができるよう支援し続けることを目的とし、実施する。

## 2) 保健指導の目標設定

2012年に厚生労働大臣が告示した「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」では、「収縮期血圧の平均値の低下」を目標に掲げているが、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差（健康格差）があることから、全てを平均した指標を用いるのではなく、人々が自らの健康づくりに取り組むことができるよう、「収縮期血圧の平均値の低下」を改め、**重症化しやすい「Ⅱ度高血圧以上（収縮期160mmHg以上 拡張期100mmHg以上）の者の減少を目指す」とする。**

## 3) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」及び、関連する下記学会のガイドラインに基づいて選定する。

- ・高血圧治療ガイドライン2014
- ・動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017
- ・脳卒中治療ガイドライン2015（追補2017）

### (2) 優先すべき対象者の抽出

#### ①血圧の状況（治療・未治療別）から把握

まず、未治療にある高血圧者の課題解決を優先に考える。未治療者の解決が進み、医療機関と連携がとれる条件が整っている場合は、次に降圧治療中の血圧コントロール不良者の解決を考える。

【図表38】

表 治療と未治療の状況（富士見町）

		血圧測定者 1223人(A)		正常		保健指導判定値 正常高値		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H28	350	28.60%	124	10.10%	88	7.20%	110	9.00%	22	1.80%	6	0.50%
治療なし	H28	873	71.40%	516	42.20%	143	11.70%	166	13.60%	39	3.20%	9	0.70%

参考：成人における血圧値の分類（mmHg）

分類		収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧	<120	かつ	<80
	正常血圧	120-129	かつ/または	80-84
	正常高値血圧	130-139	かつ/または	85-89
高血圧	Ⅰ度高血圧	140-159	かつ/または	90-99
	Ⅱ度高血圧	160-179	かつ/または	100-109
	Ⅲ度高血圧	≥180	かつ/または	≥110
	(孤立性)収縮期高血圧	≥140	かつ	<90

## ②リスク層別化による対象者の把握

血管を守るために、血圧値だけでなく他のリスクの有無も考慮し、重症化しやすい対象者を選定する。降圧治療のない者については、血圧に基づいた心血管リスク層別化を行い、「高血圧治療ガイドライン2014」に基づき、以下のようにリスクに基づく優先順位を考える。

### 【血圧以外の心血管病の危険因子】

- 糖尿病（糖尿病治療中、空腹時血糖 $\geq 126\text{mg/dL}$ またはHbA1c $\geq 6.5$ 以上（NGSP））
- CKD（蛋白尿、eGFR $< 60\text{mL/分/1.73m}^2$ ）
- その他の危険因子
  - ①65歳以上
  - ②喫煙
  - ③脂質異常症
    - 低HDLコレステロール血症（ $< 40\text{mg/dL}$ ）
    - 高LDLコレステロール血症（ $\geq 140\text{mg/dL}$ ）
    - 高トリグリセライド血症（ $\geq 150\text{mg/dL}$ ）
  - ④肥満（BMI $\geq 25$ 、または腹囲 男85cm、女90cm以上）
  - ⑤メタボリックシンドローム

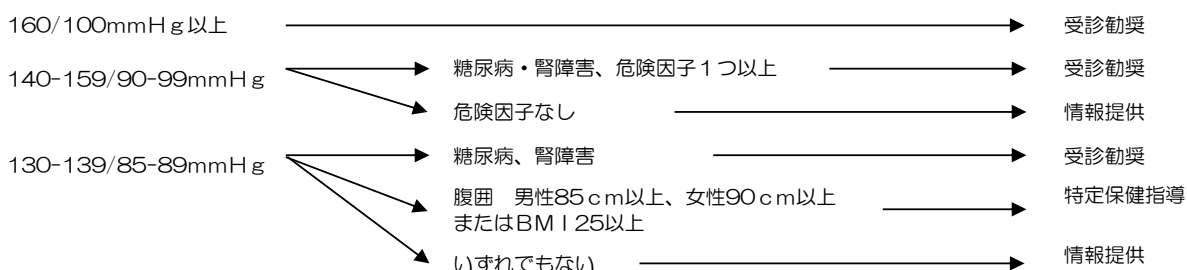
予防的な観点から次のように定義する。

正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満（男性85cm以上、女性90cm以上）に加え、血糖値異常（空腹時血糖110-125mg/dL、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常）、あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの

血圧に基づいた心血管リスク層別化の実施（①～④グループ＝保健指導対象者）

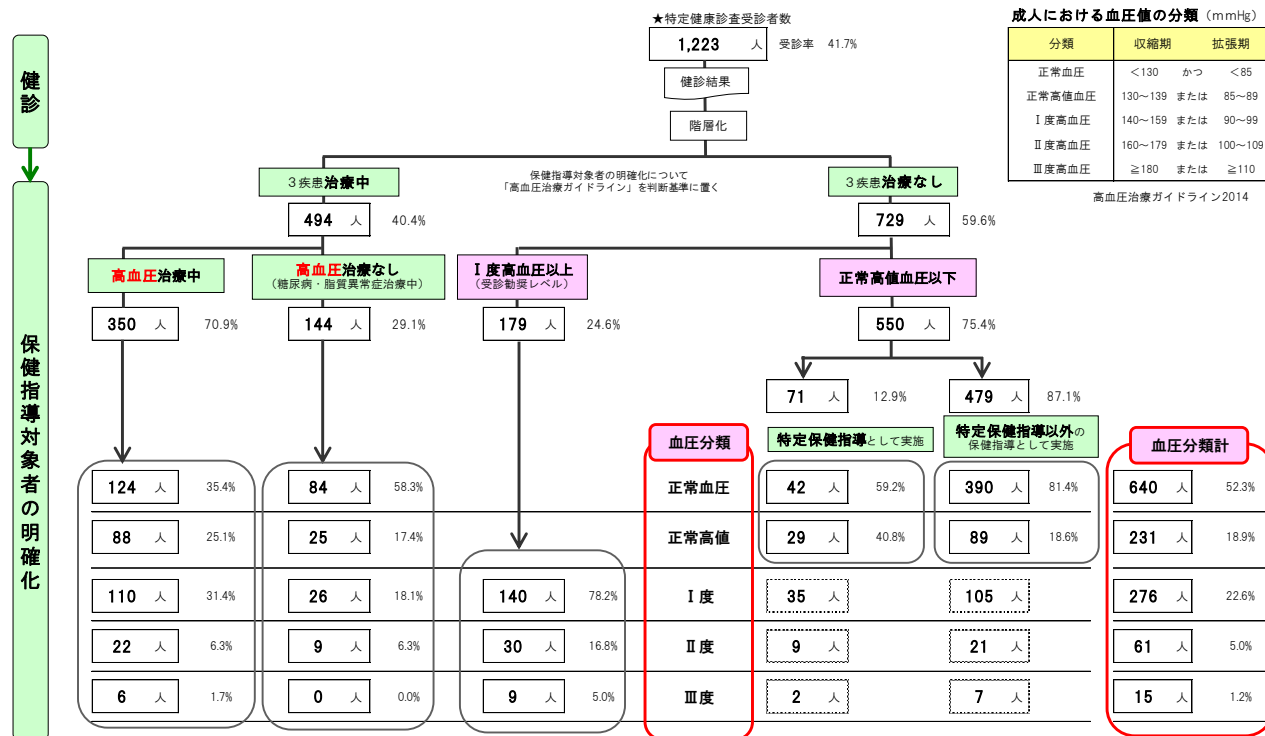
【図表39】

グループ	血圧レベル	血圧以外の心血管病の危険因子
①	Ⅱ度高血圧以上	
②	I度高血圧	糖尿病またはCKD、または①～⑤の危険因子3個以上
③	I度高血圧	①～⑤の危険因子1～2個
④	I度高血圧	①～⑤の危険因子なし



【図表40】

高血圧フローチャート



保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

【図表41】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健康診査結果より (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
873	335	181	143	166	39	9	9	105	100	
	38.4%	20.7%	16.4%	19.0%	4.5%	1.0%	1.0%	12.0%	11.5%	
リスク第1層	111	67	20	11	9	4	0	9	4	0
	12.7%	20.0%	11.0%	7.7%	5.4%	10.3%	0.0%	100%	3.8%	0.0%
リスク第2層	461	171	94	75	101	15	5	--	101	20
	52.8%	51.0%	51.9%	52.4%	60.8%	38.5%	55.6%	--	96.2%	20.0%
リスク第3層	301	97	67	57	56	20	4	--	--	80
	34.5%	29.0%	37.0%	39.9%	33.7%	51.3%	44.4%	--	--	80.0%
再掲 重複あり	糖尿病	47	6	15	12	8	5	1		
		15.6%	6.2%	22.4%	21.1%	14.3%	25.0%	25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	201	80	36	36	33	13	3		
	66.8%	82.5%	53.7%	63.2%	58.9%	65.0%	75.0%			
3個以上の危険因子	104	19	24	26	25	9	1			
	34.6%	19.6%	35.8%	45.6%	44.6%	45.0%	25.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

## 4) 保健指導の実施

### (1) 受診勧奨および保健指導

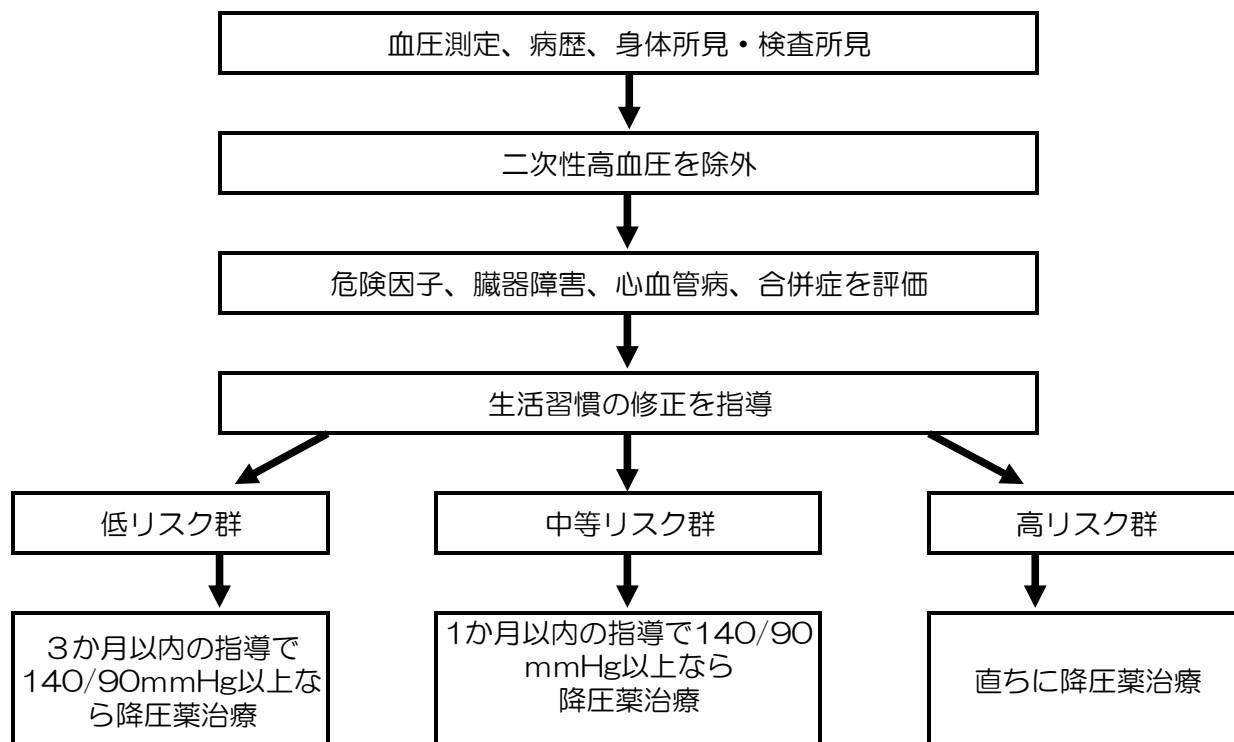
高血圧治療ガイドライン2014では、

「初診時に血圧が高くても、通常は日を改めて再度、数回血圧を測定する。その間に、家庭血圧の測定を指導し、白衣高血圧、白衣現象、仮面高血圧の有無を確認する」、  
「160/100mmHg以上のⅡ度高血圧以上では、ただちに受診することを勧める」、  
「140～159/90～99mmHgのⅠ度高血圧では、糖尿病、CKDなどがある高リスクではただちに受診することを勧める」

と示されていることから、受診が必要かどうかの判断、家庭血圧測定の必要性やその方法、家庭血圧値の基準などを対象者に合わせて指導する。血圧手帳の活用も検討する。

家庭血圧測定値の変化や生活習慣改善の状況から受診(治療)の必要性を判断するとともに、生活習慣だけではない高血圧(二次性高血圧、睡眠時無呼吸症候群等)を見逃さないように注意する。

## 初診時の高血圧管理計画



※低・中等・高リスクとも直ちに生活習慣の是正指導を行う。低リスク群では3か月以内の生活習慣是正の指導で、140/90mmHg以上なら、降圧薬治療を開始。中等リスク群では1か月以内の指導で140/90mmHg以上なら降圧薬治療を開始。高リスク群では直ちに降圧薬治療を開始。

表 診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化

	I 度高血圧 140-159/90-99mmHg	II 度高血圧 160-179/100-109mmHg	III 度高血圧 ≥180/≥110mmHg
リスク第一層 (予後影響因子がない)	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 (糖尿病以外の1-2個の危険因子、3項目を満たすMetSのいずれかがある)	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 (糖尿病、CKD、臓器障害/心血管病、4項目を満たすMetS、3個以上の危険因子のいずれかがある)	高リスク	高リスク	高リスク

## 5) 保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、個人ファイルに記入する。

## 6) 保健指導の評価

(1) 血圧評価表 「血圧評価表」を用いて、以下3つの翌年度の状況を把握する。

- ① 健診受診状況
- ② 血圧値、その他の検査結果
- ③ 治療継続の状況

(2) 継続受診者の血圧変化、I度高血圧以上の経年変化、健診中断者の実態（血圧）を用いて、総合的な評価を年1回行う。

(3) 高血圧の疾病管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないために、血圧評価表を活用する。  
管理台帳としての整備をすすめるために、KDBシステム等を活用する。

### 3. 脂質異常の保健指導計画（4章Ⅲ）

#### 1) 保健指導の基本的考え方

脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子の1つであり、LDLコレステロールや中性脂肪が高いほど、HDLコレステロールが低いほど冠動脈疾患の発症頻度が高くなっていることがわかっていて、特に、動脈硬化巣の初期病変であるプラークの内部にはコレステロールが沈着しているが、このコレステロールはLDLコレステロールに由来するものであることが判明しており、LDLコレステロールを低下させることで動脈硬化性疾患が減少することも確認されている。

また、日本人は総コレステロールが高値であってもHDLコレステロールも高値であるために、LDLコレステロールが正常であることが多く認められる。このことから、動脈硬化性疾患リスクの直接的な危険因子であるLDLコレステロール値が、主たる危険因子として扱われている。また、中性脂肪値の上昇に伴い、動脈硬化性疾患を促進する因子（レムナントリポ蛋白の増加、small dense LDLの増加、低HDLコレステロール血症合併、メタボリックシンドローム等）の1所見がみられるなど、重要な意味が含まれることが多いことから、中性脂肪値の管理も必要となる。HDLコレステロールは、HDLコレステロールのみが低く他の脂質異常症を伴わない場合は冠動脈疾患のリスクが高くないという報告がある。

よって、LDLコレステロールと中性脂肪の管理を行った上で、基本的には生活習慣の改善で対処していくことが冠動脈疾患の予防において重要となる。

脂質異常症の保健指導はLDLコレステロール値と中性脂肪値を入り口に、

- 脂質に関連する検査値が上がる理由や、動脈硬化を促進する他の危険要素（冠動脈疾患の既往や喫煙、高血圧等）がいくつ当てはまるかを把握すること。
- 総エネルギーの過剰等、食事の内容が影響して検査値が上昇することを理解すること。
- 脂質に関する検査値は遺伝的要因も影響してくること。

これらを保健指導対象者が理解し、主体的に自己管理ができるように支援し続けることを目的とし、実施する。

#### 2) 保健指導の目標設定

2012年に厚生労働大臣が告示した、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21(第2次)）」に基づき、脂質異常症（LDLコレステロール160mg/dℓ以上の者）の減少とする。

#### 3) 対象者の明確化

##### (1) LDLコレステロールの対象者選定基準の考え方

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017では、わが国の疫学調査において、LDLコレステロールが上昇するとともに冠動脈疾患の絶対リスクが上昇することが確かめられており、脂質異常症における冠動脈疾患予防のために優先すべきことは、LDLコレステロールが管理目標値に達成することであるとされている。標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）では、動脈硬化性疾患予防ガイドライン及び老人保健法による健康診査マニュアルに基づき、保健指導判定値、受診勧奨値を定めていることから、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017に基づき保健指導の対象者を決め、保健指導を行う。



### ①優先すべき対象者の抽出

#### ア. LDLコレステロールの状況（治療・未治療別）から把握

未治療にある者の課題解決を優先に考える。冠動脈疾患の予防・治療の立場からみた日本人の高LDLコレステロール血症の診断基準はLDLコレステロール140 mg/dℓ以上、他の危険因子の重複の影響を慎重に判断すべき境界域、LDLコレステロール120～139mg/dℓと設定されている。

【図表43】

LDLコレステロールの状況

脂質受診者数	測定者(人) 1,402													
			正常域				境界型高LDL-C血		高LDL-C血症					
			～99		100～119		120～139		140～159		160～179		180～	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
脂質治療中	267	19	88	33	80	30	58	22	29	11	9	3	3	1
脂質治療なし	1,135	81	280	25	218	19	272	24	201	18	105	9	59	5

#### イ. リスク層別化による対象者の把握

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017の脂質異常症のスクリーニングにおける冠動脈疾患の既往、性・年齢と危険因子の数をを用いたリスク分類を考慮しながら、リスクの層別化を行う。

受診（治療）対象者は医療機関においてLDLコレステロール値の継続的な確認が必要となる。ただし、一次予防における管理目標達成の手段は非薬物療法が基本であるが、低リスクにおいてもLDLコレステロールが180mg/dℓ以上の場合は薬物治療を考慮するとともに、家族性高コレステロール血症の可能性を念頭においておくこと。

#### ウ. Non-HDLコレステロールについて

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017では、Non-HDLコレステロールはLDLコレステロールよりも動脈硬化性疾患の発症予測能が優れているという考え方がある。また、LDLコレステロールが管理目標値を達成していても、中性脂肪が高い場合はNon-HDLコレステロールを目標とした脂質管理を行うべきであるとも示されている。標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）において、脂質管理において最優先で管理すべき指標はLDLコレステロールであると示されており、Non-HDLコレステロールは中性脂肪高値の場合に参考指標として用いる。

### （2）中性脂肪の対象者選定基準の考え方

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017では、我が国の疫学調査では、冠動脈疾患の発症が空腹時中性脂肪150 mg/dℓ以上で増加すること、非空腹時中性脂肪165 mg/dℓ以上で心筋梗塞、労作性狭心症、突然死が増加することが示されている。さらに冠動脈疾患より弱い関連ではあるが、高中性脂肪血症が脳梗塞のリスクだとする報告も多いことから保健指導を行う。

①優先すべき対象者の抽出

ア. 中性脂肪の状況（治療・未治療別）から把握

保健指導は未治療にある者の課題解決を優先に考える。

【図表 44】

中性脂肪の状況

測定者(人) 1488

	脂質受診者数		中性脂肪									
			～149		150～299		300～399		400～999		1000～	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
脂質治療中	280	18.8	218	77.9	54	19.3	7	2.5	1	0.4	0	0
脂質治療なし	1208	81.2	977	80.9	192	15.9	22	1.8	17	1.4	0	0

2

1

イ. 中性脂肪値別の対象者の把握

動脈硬化性疾患予防ガイドラインで示された高中性脂肪血症のスクリーニング基準の150 mg/dℓ以上は、標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年版）に示された特定健診項目の保健指導判定値であるが、受診勧奨判定値は老人保健法による健康診査マニュアルに基づくと考えられガイドラインと整合しない。

しかし、高中性脂肪血症はレムナントリポ蛋白等の因子にとって十分考慮する必要があるとガイドラインに記載されているため、以下のように優先順位を決め、対象者を把握する。

- ①中性脂肪 300 mg/dℓ以上  
（ただし、中性脂肪1000 mg/dℓ以上では急性膵炎を起こす可能性がある）
- ②中性脂肪 150～299 mg/dℓ

4) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

動脈硬化疾患予防ガイドライン2017年版では、「原則として3～6か月間は生活習慣の改善を行ってその効果を評価した後に、薬物療法の起用も検討すべきである」、「動脈硬化性疾患は素因に過食、身体活動不足をはじめとする環境因子が加わり発症する」、「コレステロールと動物性脂肪（飽和脂肪酸）の過剰摂取は血清LDLコレステロールの上昇をきたす」、「過食と身体活動不足はメタボリックシンドロームの主な原因となり、内臓脂肪蓄積、糖代謝異常、血圧上昇、中性脂肪の上昇およびHDLコレステロールの低下をきたす」と示されており、これらを考慮して保健指導を行うが、冠動脈疾患のリスクが高く、家族性高コレステロール血症の可能性が含まれるLDLコレステロール180mg/dℓ以上が持続する場合や、危険因子が多く当てはまり動脈硬化性疾患の絶対リスクの高い場合は、薬物療法の対象となることを考慮して保健指導や受診勧奨を行う。

## 5) 保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、個人ファイルに記入する。

## 6) 保健指導の評価

(1) LDL評価表 「LDL評価表」を用いて、以下3つの翌年度の状況を把握する。

- ①健診受診状況
- ②LDLコレステロール値、その他の検査結果
- ③治療継続の状況

(2) 継続受診者のLDLコレステロール変化、経年変化、健診中断者の実態を用いて、総合的な評価を年1回行う。

(3) 脂質異常の疾病管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められるため、KDBシステムを活用し、その仕組みづくりを検討する。

## 4. CKDの保健指導計画（4章Ⅲ）

### 1) 基本的考え方

厚生労働省と日本腎臓学会は、協同してCKDの重症化を予防する施策を検討してきた。CKDの重症化予防を実現するには、①生活習慣を見直し腎臓に不必要な負担をかけない（発症予防）、②健診でCKDを早期に発見する（早期発見）、③見つかったCKDを放置しないで、かかりつけ医や専門医によって適切な医療を実現する（重症化予防）ことが重要であることがわかってきた。

CKDは末期腎不全の危険因子であるとともに、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の強い危険因子でもある。つまり、CKDは腎臓だけの問題ではなく、全身の血管系の問題として捉えることが必要である。一方で、CKDは医療の進歩により、早期から適切な治療を受けることで完治や進行抑制することが可能な疾患となっている。

また、これまでのCKD対策は、尿蛋白陽性や腎機能低下者を早期に発見し、早期に治療することを中心に行われてきたが、CKDの発症と重症化に高血圧、高血糖、肥満、喫煙、食塩の過剰摂取などの生活習慣が強く関与していることから、生活習慣改善への介入、保健指導が重要になってきている。

科学的根拠に基づき取り組むにあたり、以下のガイドラインを参考にする。

CKDの発症・重症化予防	1. CKD診療ガイド2012（日本腎臓学会 編） 2. エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013（日本腎臓学会）
CKDのリスク管理	1. 糖尿病治療ガイド2016-2017（日本糖尿病学会 編） 2. 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013（日本糖尿病学会 編） 3. 高血圧治療ガイドライン2014（日本高血圧学会 編） 4. 高尿酸血症・痛風の診療ガイドライン 2010（日本痛風・核酸代謝学会 編）
CKDの保健指導	1. 日本人の食事摂取基準2015年版（厚生労働省策定検討会報告書） 2. 慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014（日本腎臓学会 編）

#### CKDの発症予防のまとめ

- 1 糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症などの生活習慣の治療を適切に開始し、中断しない。
- 2 適切な体重を維持する。
- 3 CKDを引き起こす生活習慣を是正する  
（過度の食塩摂取、大量飲酒、喫煙、鎮痛剤などの常用を避ける）。

### 2) 保健指導の目標設定

CKD該当者（GFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満または尿蛋白陽性（1+）以上）の減少

### 3) 対象者の明確化

CKDの対象者は「CKD重症度分類」を基盤に整理する。(CKD診療ガイド2012 P3参照)

#### (1) 富士見町のCKD該当者の実態

【図表45】

CKD該当者全体				該当者				図1
原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿	
尿蛋白区分				A1	A2		A3	
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )			尿検査・GFR 共に実施	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
				1,395 人	1,365 人	24 人	4 人	6 人
				97.8%	1.7%	16.7%	0.4%	
G1	正常 または高値	90以上	59 人	59 人	0 人	0 人	0 人	
			4.2%	4.2%	0.0%	--	0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,001 人	986 人	14 人	4 人	1 人	
			71.8%	70.7%	1.0%	28.6%	0.1%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	301 人	291 人	6 人	0 人	4 人	
			21.6%	20.9%	0.4%	0.0%	0.3%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	31 人	27 人	3 人	0 人	1 人	
			2.2%	1.9%	0.2%	0.0%	0.1%	
G4	高度低下	15-30 未満	3 人	2 人	1 人	0 人	0 人	
			0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	

#### (2) CKD該当者のうち、治療なしの人数

【図表46】

CKD該当者 (治療なし)				該当者				図2
原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿	
尿蛋白区分				A1	A2		A3	
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )			尿検査・GFR 共に実施	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
				837 人	825 人	12 人	4 人	0 人
				98.6%	1.4%	33.3%	0.0%	
G1	正常 または高値	90以上	45 人	45 人	0 人	0 人	0 人	
			5.4%	5.4%	0.0%	--	0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	626 人	616 人	10 人	4 人	0 人	
			74.8%	73.6%	1.2%	40.0%	0.0%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	156 人	154 人	2 人	0 人	0 人	
			18.6%	18.4%	0.2%	0.0%	0.0%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	9 人	9 人	0 人	0 人	0 人	
			1.1%	1.1%	0.0%	--	0.0%	
G4	高度低下	15-30 未満	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	
			0.1%	0.1%	0.0%	--	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	

健診において発見されたCKDが放置されることがないように医療機関への確実な受診勧奨が必要である。健診からかかりつけ医療機関への紹介基準は以下の通りである。

<健診からかかりつけ医療機関への紹介基準>  
 尿蛋白陽性（1+）以上、もしくはGFR60ml /分/1.73m<sup>2</sup>未満

ただし、地域の実情や対象者の背景に応じて変更することが必要です。例えば、GFRが70歳未満では、その値が50以上60未満で安定している者、70歳以上ではその値が40以上60未満で安定している者は保健指導のみで経過観察することも考慮する。

（3）腎専門医に紹介すべき対象者

CKDの該当者の中には、必ずしも生活習慣が基盤にないCKDが混在している可能性があるため、尿蛋白やGFRの低下の原因を精査するために医療機関の受診勧奨が必要になる。特に、腎専門医への紹介基準に該当する者については、確実に医療機関へ受診させることが重症化予防になる。

【図表47】

腎臓専門医に紹介すべき対象者

図 3

	総数	治療なし					治療中	治療中			
		40代	50代	60代	70-74	40代		50代	60代	70-74	
専門医受診対象者 (①~③の実人数)	54人 3.9%	18人 33.3%	2人 11.1%	1人 5.6%	14人 77.8%	1人 5.6%	36人 66.7%	0人 0.0%	0人 0.0%	26人 72.2%	10人 27.8%
① 尿蛋白 2+以上	6人 0.4%	0人 0.0%	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --	6人 100.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	3人 50.0%	3人 50.0%
② 尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	4人 0.3%	4人 100.0%	1人 25.0%	1人 25.0%	1人 25.0%	1人 25.0%	0人 0.0%	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --
③ GFR50未満 70歳以上は40未満	46人 3.3%	14人 30.4%	1人 7.1%	0人 0.0%	13人 92.9%	0人 0.0%	32人 69.6%	0人 0.0%	0人 0.0%	25人 78.1%	7人 21.9%

<かかりつけ医療機関から腎専門医への紹介基準>

- 1 高度蛋白尿：尿蛋白/Cr比0.50g/g Cr以上 または2+以上
- 2 蛋白尿と血尿ともに陽性（+）以上
- 3 GFRが50未満（腎機能の安定した70歳以上ではGFR40未満、40歳未満ではGFR60未満）

治療中で腎専門医に紹介すべき対象者においては、かかりつけ医との連携のうえ受診することが望ましい。治療なしで腎専門医に紹介すべき対象者においては適切な医療機関を紹介する等の受診勧奨が必要である。

(4) 優先すべき保健指導対象者の選定

まず、未治療にあるCKD該当者の課題解決を優先に考える。未治療の解決が進み、医療機関と連携がとれる条件が整っている場合は、コントロール不良者の解決を考える。また、透析導入の多くは糖尿病性腎症によるものであるため、原因疾患別に考え、優先順位は以下のとおりとする。

- ①糖尿病（糖尿病性腎症）
- ②高血圧・高尿酸・腎炎その他の疾患

①糖尿病（糖尿病性腎症）においては、糖尿病性腎症重症予防に基づき、糖尿病管理台帳にて管理していく。

②高血圧・高尿酸・腎炎その他の疾患においては、未治療の人を優先に①→②→③の順に、疾患のリスクに応じた保健指導を行っていく。治療中でコントロール不良者の優先順位も同様である。

【図表48】

高血圧・高尿酸・腎炎その他					A1	A2	A3
尿検査・GFR共に実施 1,283 人					(-) or (±)	(+)	(2+) 以上
3 疾患 治療 なし	G1	正常 または高値	90以上	42 人	42 人	0 人	0 人
				5.1%	5.1%	0.0%	0.0%
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	614 人	604 人	10 人	0 人
				75.0%	73.7%	1.2%	0.0%
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	153 人	151 人	2 人	0 人
				18.7%	18.4%	0.2%	0.0%
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	9 人	9 人	0 人	0 人
1.1%				1.1%	0.0%	0.0%	
G4	高度低下	15-30 未満	1 人	1 人	0 人	0 人	
			0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	
			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
治療 中	G4	高度低下	15-30 未満	0 人	0 人	0 人	0 人
				0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	2 人	1 人	1 人	0 人
				0.4%	0.2%	0.2%	0.0%
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	17 人	15 人	2 人	0 人
3.7%				3.2%	0.4%	0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	122 人	116 人	3 人	3 人	
			26.3%	25.0%	0.6%	0.6%	
G1	正常 または高値	90以上	314 人	310 人	3 人	1 人	
			67.7%	66.8%	0.6%	0.2%	
G1	正常 または高値	90以上	9 人	9 人	0 人	0 人	
			1.9%	1.9%	0.0%	0.0%	
					451 人	9 人	4 人
					97.2%	1.9%	0.9%
					A1	A2	A3

#### 4) 保健指導の実施

##### (1) 受診勧奨および保健指導

CKD重症度分類のステージにより方針が定められているため、個人のリスクに応じた保健指導を行う。腎障害の有無と腎機能の低下の程度から腎専門医による治療が必要かの確認を行ったうえで、保健指導や受診勧奨を行う。健診結果以外のリスクについては以下の内容に注意して情報を整理しておく。医療機関受診後は、治療の経過を確認するとともに受診継続を支援する。

重症化予防においては管理栄養士・栄養士の担う栄養指導が重要であるため、医療機関と連携を取りながら食事療法を支えていく。具体的には「日本人の食事摂取基準2015年版」ならびに、「日本腎臓学会編慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版」、「医師・医療従事者のための慢性腎臓病 生活・食事指導マニュアル」、「慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル 栄養指導実践編」などにもとづきCKD重症度分類のステージに応じて実施する。

【図表49】

	CKDリスク	
1	過去の健診での尿異常	学校検診での尿所見(蛋白、潜血)で指摘されたか その時の受診の有無、治療の有無
2	腎臓病の家族	家族に腎臓病や人工透析の人がいるか
3	腎疾患の既往歴	急性腎不全、IgA腎症、腎盂腎炎などの腎疾患の既往 原因は分からないが発熱での入院があるか 治療期間、内容、医療機関
4	腎臓の形態の異常	片方しか腎臓がない、萎縮しているなど過去の検査で 腎臓の形態異常を指摘されたことは
5	その他の既往歴	膠原病(関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群等) 感染症(慢性扁桃炎、溶連菌感染等) 尿路結石、前立腺肥大などの泌尿器系の疾患
6	薬などの常用歴	痛み止め等を長期間飲んでいた(いる) 特に解熱鎮痛作用を有する非ステロイド抗炎症薬(NSAIDs) サプリメント等常用している薬はあるか
7	出生体重	出生体重が2,500g未満、未熟児で生まれた
8	妊娠出産の経過(女性)	妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 妊娠中に血圧が高くなった、尿蛋白が出ていた (可能であれば母子手帳の確認を行う)
9	健診結果	高血圧、耐糖能異常や糖尿病、肥満およびメタボリックシンド ローム、脂質異常症、高尿酸血症

##### (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策の検討について

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施であるため、今後は早期に腎障害予防への介入を可能とする尿蛋白定量検査の実施について、今後検討する。また、同章「糖尿病性腎症重症化予防」(Ⅱ-1重症化予防の取り組み)のなかで尿アルブミン検査の実施を検討していく。



## 5) 医療との連携

医療機関に受診が必要な者、腎専門医に受診が必要な者は精密検査票、またはかかりつけ医の紹介状により適切な受診を促進できるよう連携していく。

## 6) 保健指導の記録

遺伝的なこと、環境的なことも含め、個人ファイルに記入する。

## 7) 保健指導の評価

各評価表を用いて、以下3つの翌年度の状況を把握する。

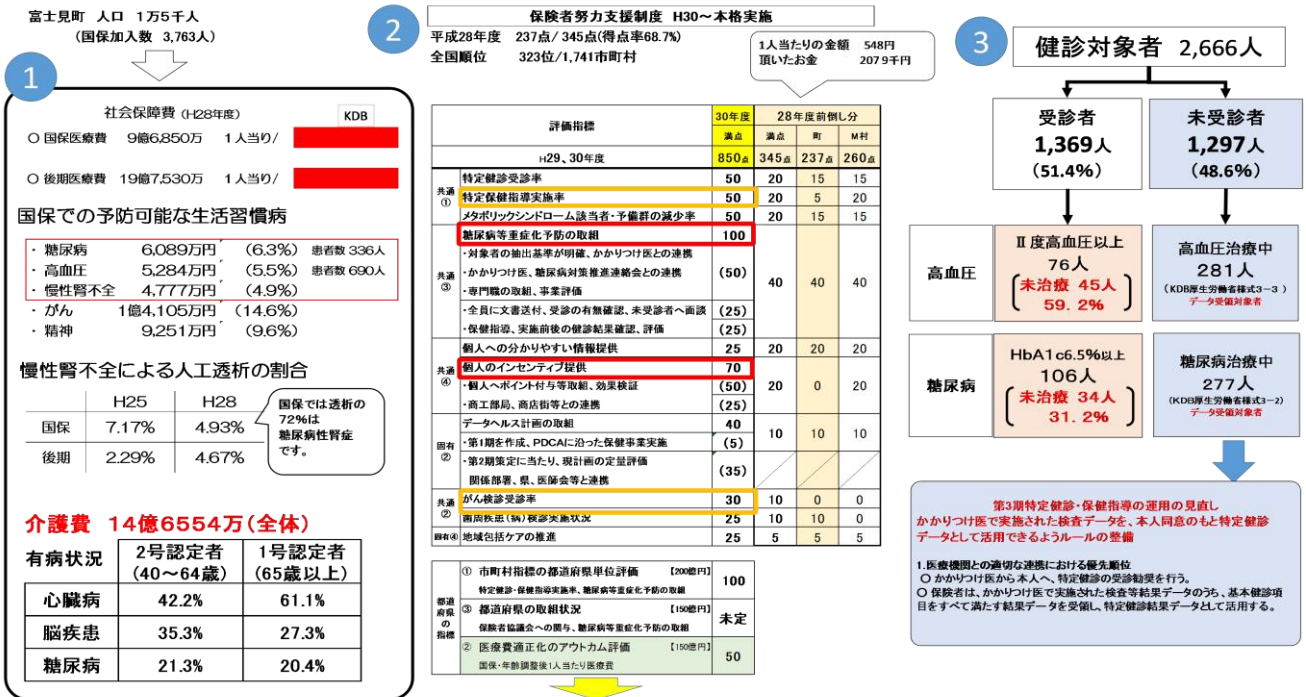
- ①健診受診状況
- ②GFR、尿蛋白
- ③治療継続の状況

# IV ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表50)

【図表50】

## 保険者努力支援制度の視点から見る富士見町の健康課題



## 第5章 地域包括ケアに係る取り組み

「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。

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。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画は1年毎に評価を実施し、その都度見直しを行うこととする。

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7）

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"><li>・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）</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・設定した目標に達することができたか</li></ul> <p>(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)</p>

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等は、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。（参考資料8）

## 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富士見町の位置

参考資料2 糖尿病管理台帳

参考資料3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料4 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5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料7 全体評価表イメージ

参考資料8 データヘルス計画の目標管理一覧表イメージ

参考資料9 課題整理（表2）

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた富士見町の位置

KDB処理年月平成29年11月

項目		H25		H28		H28		H28		H28				
		富士見町		富士見町		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	人口構成	総人口(人)		15,079		15,079		2,115,647		2,213,234		124,852,975		
		65歳以上(高齢化率)		4,561	30.2	4,561	30.2	567,919	26.8	623,636	28.2	29,020,766	23.2	
		75歳以上		2,645	17.5	2,645	17.5	303,854	14.4			13,989,864	11.2	
		65~74歳		1,916	12.7	1,916	12.7	264,065	12.5			15,030,902	12.0	
		40~64歳		4,915	32.6	4,915	32.6	701,088	33.1			42,411,922	34.0	
39歳以下		5,603	37.2	5,603	37.2	846,640	40.0			53,420,287	42.8			
②	産業構成	第1次産業		13.3		13.3		9.8		12.2		4.2		
		第2次産業		36.2		36.2		29.5		27.7		25.2		
		第3次産業		50.6		50.6		60.7		60.1		70.6		
③	平均寿命	男性		80.6		80.6		80.9		79.3		79.6		
		女性		87.4		87.4		87.2		86.3		86.4		
④	健康寿命	男性		65.5		65.4		65.7		65.1		65.2		
		女性		67.4		67.4		67.2		66.8		66.8		
①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		83.1		82.9		90.3		103.9		100		
				男性		85.2		98.9		94.5		102.0		
				女性										
		死因	がん		48	43.2	50	42.0	6,285	44.7	7,565	46.0	367,905	49.6
			心臓病		30	27.0	38	31.9	3,777	26.9	4,757	29.0	196,768	26.5
			脳疾患		22	19.8	22	18.5	2,908	20.7	2,675	16.3	114,122	15.4
			糖尿病		4	3.6	3	2.5	270	1.9	338	2.1	13,658	1.8
			腎不全		2	1.8	2	1.7	370	2.6	619	3.8	24,763	3.3
自殺			5	4.5	4	3.4	436	3.1	474	2.9	24,294	3.3		
合計			16	8.7	12	5.5	1,961	7.8			136,944	10.5		
早世予防からみた死亡(65歳未満)		9	9.4	8	7.5	1,294	10.3			91,123	13.5			
		7	8.0	4	3.6	667	5.3			45,821	7.2			
①	介護保険	1号認定者数(認定率)		856	18.7	878	19.3	111,462	19.7	126,477	20.4	5,885,270	21.2	
		新規認定者		12	0.2	12	0.3	1,767	0.3	2,113	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者		20	0.4	21	0.4	2,068	0.3	2,818	0.4	151,813	0.4	
②	有病状況	糖尿病		173	19.6	191	20.4	23,930	20.8	27,976	21.2	1,350,152	22.1	
		高血圧症		457	52.2	478	53.4	62,279	54.1	69,160	52.8	3,101,200	50.9	
		脂質異常症		204	21.8	239	24.7	31,038	26.7	35,266	26.8	1,741,866	28.4	
		心臓病		523	58.7	553	60.6	71,424	62.1	78,851	60.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患		242	28.7	246	27.3	33,027	28.9	34,930	26.8	1,538,683	25.5	
		がん		106	12.1	134	13.6	12,106	10.5	13,037	9.8	631,950	10.3	
		筋・骨格		426	47.2	464	48.8	61,749	53.7	67,521	51.7	3,067,196	50.3	
		精神		341	37.6	356	38.5	42,134	36.4	47,722	36.3	2,154,214	35.2	
③	介護給付費	1件当たり給付費(全体)円		62,807		62,082		58,547		67,108		58,284		
		居宅サービス		40,980		41,911		38,590		41,924		39,662		
		施設サービス		258,785		257,218		272,580		276,079		281,186		
④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		9,776		8,589		7,747		8,324		7,980		
		認定あり		4,014		4,359		3,666		3,994		3,816		
		認定なし												
①	国保の状況	被保険者数		4,183		3,759		540,810		574,796		32,587,866		
		65~74歳		1,667	39.9	1,662	44.2	229,556	42.4			12,461,613	38.2	
		40~64歳		1,464	35.0	1,269	33.8	176,381	32.6			10,946,712	33.6	
		39歳以下		1,052	25.1	828	22.0	134,873	24.9			9,179,541	28.2	
		加入率		27.7		24.9		25.6		26.0		26.9		
②	医療の概況(人口千対)	病院数		1	0.2	1	0.3	131	0.2	173	0.3	8,255	0.3	
		診療所数		9	2.2	9	2.4	1,561	2.9	1,295	2.3	96,727	3.0	
		病床数		149	35.6	161	42.8	24,190	44.7	22,850	39.8	1,524,378	46.8	
		医師数		30	7.2	28	7.4	4,786	8.8	2,887	5.0	299,792	9.2	
		外来患者数		576.4		581.1		668.8		686.7		668.1		
		入院患者数		18.7		15.0		17.7		22.1		18.2		
③	医療費の状況	一人当たり医療費		23,274	県内30位 同規模96位	21,240	県内65位 同規模122位	24,015		26,719		24,245		
		受診率		595.17		596.079		686.489		708.781		686.286		
		外来	費用の割合		56.5		64.9		60.9		57.8		60.1	
			件数の割合		96.9		97.5		97.4		96.9		97.4	
		入院	費用の割合		43.5		35.1		39.1		42.2		39.9	
			件数の割合		3.1		2.5		2.6		3.1		2.6	
		1件あたり在院日数		15.4日		13.9日		15.1日		16.6日		15.6日		
④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名(調期含む)	新生物		23.0		25.6		24.8		24.4		25.6		
		慢性腎不全(透析あり)		11.9		8.7		9.5		9.4		9.7		
		糖尿病		9.0		11.1		10.0		10.2		9.7		
		高血圧症		9.5		9.6		8.8		9.0		8.6		
		精神		13.6		16.8		17.7		18.4		16.9		
		筋・骨疾患		17.5		16.9		15.7		15.2		15.2		

⑤	費用額 (1件あたり)	入院 県内順位 順位総数79	糖尿病	633,820	19位	(17)	501,084	56位	(12)							
			高血圧	692,551	8位	(16)	645,067	27位	(14)							
			脂質異常症	604,436	19位	(17)	586,603	29位	(14)							
			脳血管疾患	721,121	21位	(22)	702,370	31位	(14)							
			心疾患	735,367	28位	(16)	538,327	64位	(21)							
			腎不全	868,929	15位	(19)	701,290	29位	(15)							
			精神	428,533	46位	(24)	443,754	58位	(25)							
			悪性新生物	720,104	7位	(13)	769,248	6位	(13)							
			外来 入院の( )内 は在院日数	糖尿病	39,122	14位		41,922	7位							
				高血圧	33,249	6位		33,965	8位							
				脂質異常症	28,681	14位		30,670	8位							
				脳血管疾患	37,183	36位		38,635	21位							
				心疾患	40,750	27位		39,796	37位							
				腎不全	179,764	33位		174,032	33位							
精神	29,504	33位			31,981	17位										
悪性新生物	48,726	39位			53,822	34位										
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,208			4,894			4,133	3,095	2,346				
			健診未受診者	9,073			8,549			10,132	12,111	12,339				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	16,080			15,692			11,509	8,344	6,742				
			健診未受診者	28,013			27,411			28,217	32,649	35,459				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	829	60.6	778	56.8	92,792	53.4	94,645	55.9	4,427,360	56.1				
		医療機関受診率	750	54.8	694	50.7	85,477	49.2	86,525	51.1	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	79	5.8	84	6.1	7,315	4.2	8,120	4.8	357,742	4.5				
①	特定健診の 状況 県内順位 順位総数79	健診受診者	1,368		1,369		173,700		169,408		7,898,427					
②		受診率	47.5	県内37位 同規模29位	51.6	県内34位 同規模16位	46.5	全国2位	41.0	36.4						
③		特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	76	57.6	8,832	46.4	7801	37.5	198,683	21.1				
④		非肥満高血糖	217	15.9	114	8.3	17,859	10.3	16,973	10.0	737,886	9.3				
⑤		メタボ	該当者	187	13.7	164	12.0	28,075	16.2	29,846	17.6	1,365,855	17.3			
			男性	133	21.9	110	18.0	19,933	25.3	20,491	26.8	940,335	27.5			
			女性	54	7.1	54	7.1	8,142	8.6	9,355	10.1	425,520	9.5			
			予備群	112	8.2	115	8.4	17,026	9.8	18,586	11.0	847,733	10.7			
⑥		メタボ	男性	79	13.0	83	13.6	12,313	15.6	12,858	16.8	588,308	17.2			
			女性	33	4.3	32	4.2	4,713	5.0	5,728	6.2	259,425	5.8			
⑦		メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	341	24.9	323	23.6	51,067	29.4	54,260	32.0	2,490,581	31.5		
男性				238	39.2	224	36.7	36,456	46.3	37,209	48.6	1,714,251	50.2			
女性			103	13.5	99	13.0	14,611	15.4	17,051	18.4	776,330	17.3				
⑧			BMI	総数	43	3.1	65	4.7	8,022	4.6	8,619	5.1	372,685	4.7		
男性				11	1.8	21	3.4	1,383	1.8	1,455	1.9	59,615	1.7			
⑨			女性	32	4.2	44	5.8	6,639	7.0	7,164	7.7	313,070	7.0			
⑩			血糖のみ	7	0.5	5	0.4	1,191	0.7	1,182	0.7	52,296	0.7			
⑪			血圧のみ	80	5.8	76	5.6	11,167	6.4	12,869	7.6	587,214	7.4			
⑫			脂質のみ	25	1.8	34	2.5	4,668	2.7	4,535	2.7	208,214	2.6			
⑬	血糖・血圧		43	3.1	23	1.7	4,337	2.5	5,121	3.0	212,002	2.7				
⑭	血糖・脂質		16	1.2	7	0.5	1,828	1.1	1,656	1.0	75,032	0.9				
⑮	血圧・脂質		69	5.0	101	7.4	13,135	7.6	13,983	8.3	663,512	8.4				
⑯	血糖・血圧・脂質		59	4.3	33	2.4	8,775	5.1	9,086	5.4	415,310	5.3				
①	生活習慣の 状況	服薬	400	29.2	398	29.1	57,994	33.4	59,184	34.9	2,650,283	33.6				
②		既往歴	77	5.6	73	5.3	13,400	7.7	13,759	8.1	589,711	7.5				
③		喫煙	212	15.5	261	19.1	40,689	23.4	39,061	23.1	1,861,221	23.6				
④		週3回以上朝食を抜く	33	2.4	25	1.8	5,005	3.1	5,170	3.2	246,252	3.3				
⑤		週3回以上食後間食	64	4.7	77	5.6	10,576	6.5	9,674	6.0	417,378	5.5				
⑥		週3回以上就寝前夕食	3	0.2	3	0.2	935	0.6	786	0.5	39,184	0.5				
⑦		食べる速度が速い	120	8.8	110	8.1	12,257	7.6	13,913	8.7	761,573	10.2				
⑧		20歳時体重から10kg以上増加	132	9.6	147	10.7	23,063	13.3	23,954	14.1	1,122,649	14.2				
⑨		1回30分以上運動習慣なし	297	26.6	291	27.4	43,857	29.1	47,866	32.1	2,192,264	32.1				
⑩		1日1時間以上運動なし	774	68.5	769	71.7	96,372	64.0	93,973	62.8	4,026,105	58.8				
⑪		睡眠不足	477	42.0	442	41.0	69,243	45.9	70,866	47.6	3,209,187	47.0				
⑫		毎日飲酒	506	45.2	488	45.7	73,181	50.9	81,330	54.7	3,387,102	50.3				
⑬		時々飲酒	165	14.7	154	14.4	26,938	17.9	28,924	19.4	1,321,337	19.5				
⑭		一日 飲酒 量	1合未満	336	29.5	315	29.1	36,724	25.5	41,061	27.5	1,755,597	26.0			
⑮			1~2合	677	59.4	648	59.9	95,513	66.3	94,342	63.2	4,425,971	65.6			
⑯			2~3合	127	11.1	118	10.9	11,888	8.2	13,970	9.4	567,502	8.4			
⑰			3合以上	196	17.2	178	16.5	21,566	15.0	23,753	15.9	1,054,516	15.5			



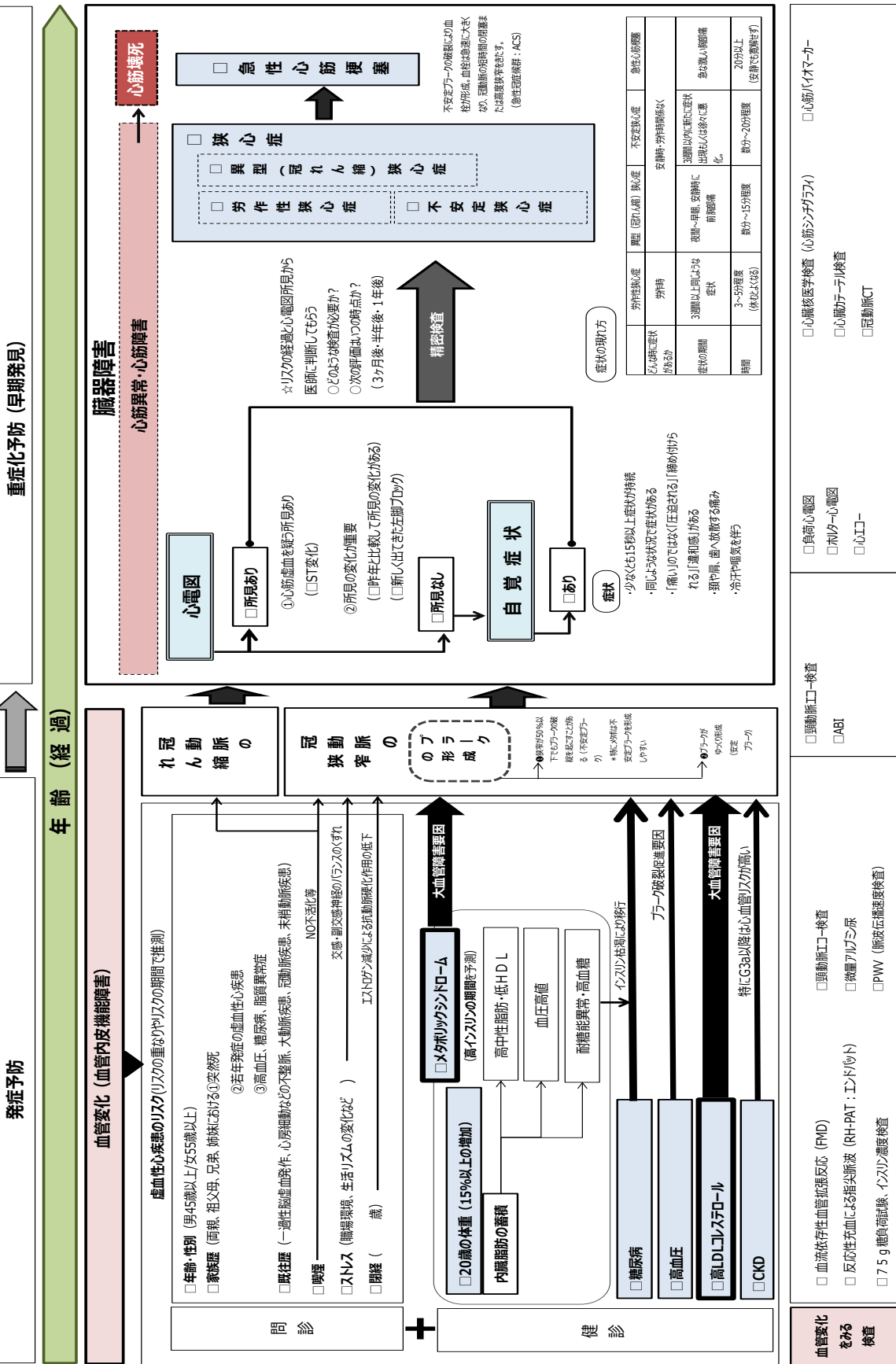
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	服薬								
						高血圧	HbA1c								
						虚血性心疾患	体重								
						脳血管疾患	BMI								
						糖尿病性腎症	血圧								
							GFR								
							尿蛋白								
						糖尿病	服薬								
						高血圧	HbA1c								
						虚血性心疾患	体重								
					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

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	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因  2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認  4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	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  かかりつけ医、糖尿病専門医  栄養士中心  腎専門医
	④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		
	⑥結果把握 ( )人		
保健指導の優先づけ	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	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん	尿酸値 ○尿アルブミン検査の継続
	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		

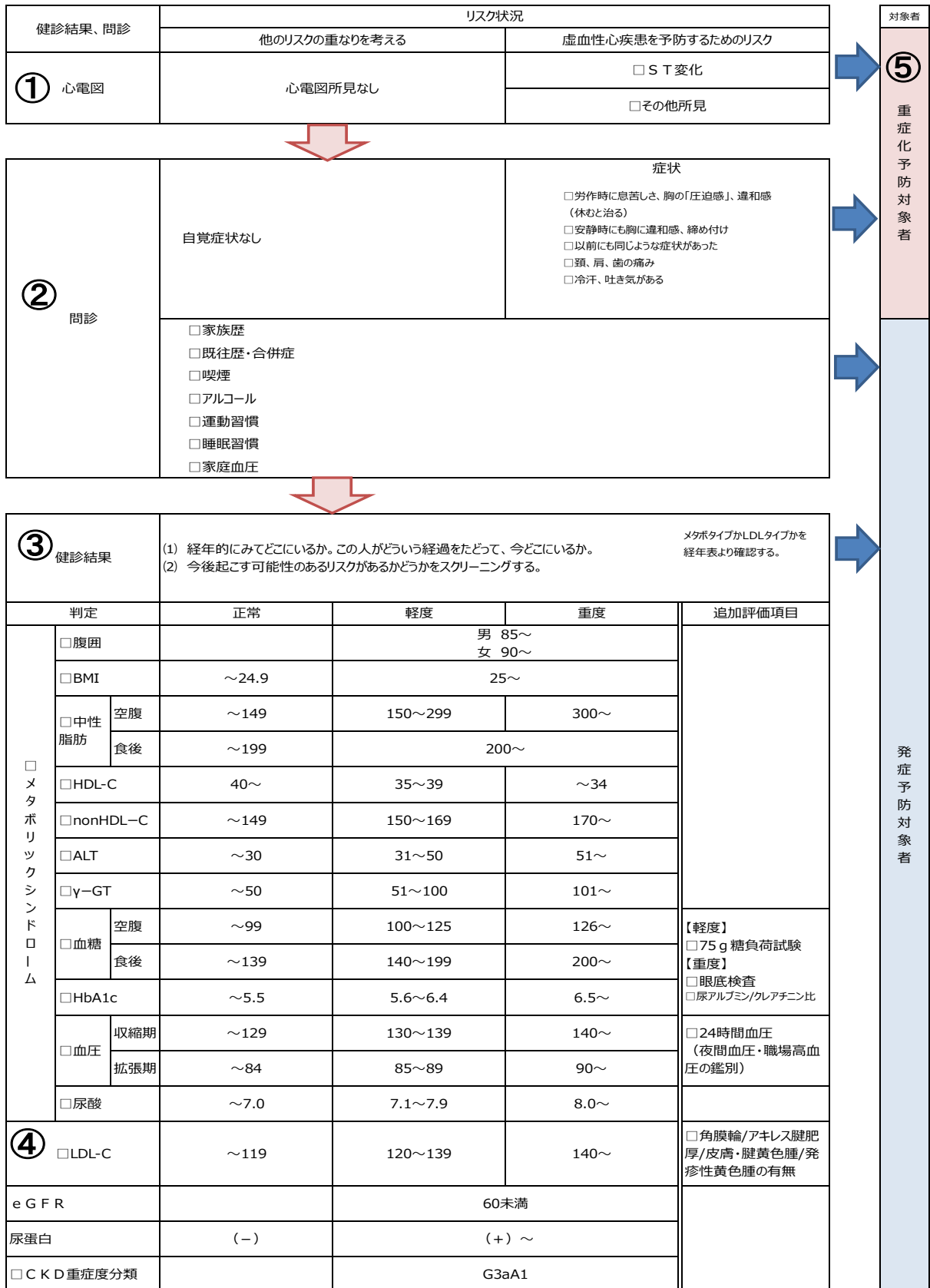
様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

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127				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	3,796人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	②			(再掲)40-74歳	2,985人								
2	①	特定健診	B	2,651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			対象者数	1,367人								
	③			受診率	51.6%								
3	①	特定保健指導	C	132人									
	②			実施率	57.6%								
4	①	健診データ	E	糖尿病型	119人	8.5%					特定健診結果		
	②			未治療・中断者(質問票 服薬なし)	43人	36.1%							
	③			治療中(質問票 服薬あり)	76人	63.9%							
	④			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	32人	42.1%							
	⑤			血圧 130/80以上	18人	56.3%							
	⑥			肥満 BMI25以上	17人	53.1%							
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	44人	57.9%							
	⑧			第1期 尿蛋白(-)	M	110人		92.4%					
	⑨					第2期 尿蛋白(±)	4人		3.4%				
	⑩					第3期 尿蛋白(+)	5人		4.2%				
	⑪					第4期 eGFR30未満	0人		0.0%				
5	①	レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者千対)	90.1人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②			(再掲)40-74歳(被保険者千対)	112.6人								
	③			レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	1,650件	(562.9)			2,741件	(787.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④				入院(件数)	8件	(2.7)			19件	(5.6)		
	⑤			糖尿病治療中	342人	9.0%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥			(再掲)40-74歳	336人	11.3%							
	⑦			健診未受診者	260人	77.4%							
	⑧			インスリン治療	O	33人		9.6%					
	⑨					(再掲)40-74歳	32人		9.5%				
	⑩			糖尿病性腎症	L	57人		16.7%					
	⑪					(再掲)40-74歳	57人		17.0%				
	⑫			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	6人		1.75%						
	⑬			(再掲)40-74歳	5人		1.49%						
	⑭			新規透析患者数	1人		-						
	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)	578人		1.0%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	医療費		総医療費	9億6851万円				14億8907万円	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	5億5028万円				8億4869万円				
	③			(総医療費に占める割合)	56.8%				57.0%				
	④			生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	15,692円					8,344円		
	⑤				健診未受診者	27,411円					32,649円		
	⑥			糖尿病医療費	6089万円				8615万円				
	⑦			(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.1%				10.2%				
	⑧			糖尿病入院外総医療費	1億8848万円								
	⑨			1件あたり	41,922円								
	⑩			糖尿病入院総医療費	5813万円								
	⑪			1件あたり	501,084円								
	⑫			在院日数	12日								
	⑬			慢性腎不全医療費	5234万円				8497万円				
	⑭			透析有り	4778万円				7975万円				
	⑮			透析なし	456万円				522万円				
7	①	介護		介護給付費	14億7445万円				15億4299万円				
	②			(2号認定者)糖尿病合併症	97件	47.8%							
8	①	死亡		3人	1.5%			3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



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年度全体評価表

(参考資料11)

課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①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)	②プロセス(保健事業の実施過程)	③アウトプット(保健事業の実施量)	④アウトカム(成果)	
<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H30年度目標53%</li> <li>○特定保健指導実施率 H30年度目標58%</li> <li>○高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、メタボリックシンドローム等の減少</li> <li>○糖尿病要精密検査・要治療受診率 H35年度目標100%(返書)</li> <li>○脂質異常・高血圧要精密検査・要治療率 H35年度目標80%(返書)</li> <li>○医療中断者への適切な保健指導の実施</li> <li>○脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の減少</li> <li>○医療費の伸びの減少</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆特定健診受診率横ばい</li> <li>◆40～64歳の健診未受診者の半数以上は健康状態不明</li> <li>◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法の検討</li> <li>◆医療機関の協力による取組</li> <li>◆健診受診中断者の把握・受診勧奨(特定保健指導対象者中心)</li> </ul> <p><b>特定保健指導対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆実施率増加のための方法検討</li> </ul> <p><b>重症化予防対策・医療機関連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆治療中者、医療中断者について医療機関との連携方法検討</li> <li>◆糖尿病管理台帳活用</li> <li>◆町医師会での相談体制継続。</li> </ul> <p><b>健康ふじみ21関係</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆がん検診受診率低率</li> <li>◆健康ふじみ21推進チームでの課題協議と生活習慣改善(栄養・運動・たばこ・アルコール・歯科)</li> </ul>	<p>・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</p> <p>・保健指導実施のための専門職の配置</p> <p>・KDBシステム活用環境の確保</p>	<p>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</p> <p>・必要なデータは入手できているか</p> <p>・スケジュールどおりに行われているか</p> <p>未受診者対策</p> <p>特定保健指導対策</p> <p>重症化予防対策・医療機関連携</p> <p>健康ふじみ21関係</p>	<p>・特定健診受診率、特定保健指導実施率</p> <p>・計画した保健事業を実施したか</p> <p>・保健指導実施数、受診勧奨実施数等</p> <p>未受診者対策</p> <p>特定保健指導対策</p> <p>重症化予防対策・医療機関連携</p> <p>健康ふじみ21関係</p>	<p>・設定した目標に達成することができたか(検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等有病者の変化、要介護率等)</p> <p>全体</p> <p>未受診者対策</p> <p>特定保健指導対策</p> <p>重症化予防対策・医療機関連携</p> <p>健康ふじみ21関係</p>	

データヘルス計画の目標管理一覽表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	最終評価年度											現状値の把握方法
				H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35					
特定 等計 画診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)				
中 長 期	・健診受診者で低HDLコレステロール、高血糖、高血圧、高LDLコレステロール、高尿酸(男性)の有見者割合が国や県と比較して高い ・糖尿病性腎症の原因とする透析者が透析者の72.1%を占めており、増加している	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 メタボリックシンドローム・予備群の割合減少								KDBシステム				
短期	・各種がん検診の受診率低迷 ・個人のインセンティブに関する取組未実施 ・数量シェアH28年度0%	がんの早期発見、早期治療 自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	がん検診受診率 胃がん検診 40%以上 大腸がん検診 40%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上 健康ポイントの取組みの検討 後発医薬品の使用割合〇%以上								第2次健康 ふしみ21				
データヘルス計画															
保険者努力支援制度											地域保健事業 報告				
											住民福祉課内				
											厚生労働省公 表結果				

【参考資料8】

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

平成29年度 課題		評価(良くなったこと)		⑤残っている課題												
<p><b>平成28年度 課題</b></p> <p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定高齢受診率 H28年度目標60%</li> <li>○特定保健指導実施率 H28年度目標60%</li> <li>○健康改善率(CKD) 結果の改善(血糖を減らすことと目標にて、平成28年度には平均血糖値と比較して血糖それぞれが減少する)</li> </ul> <p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆健康増進のPCVサイクルに基づいて計画実施する。</li> <li>◆老人3担当で評価、計測等共通認識を図る。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆終診が低い。</li> <li>◆受診者の対象者、アプローチ方法(後付、地区台帳の活用等)</li> <li>◆医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○35歳健康診査</li> <li>◆対象者に個人通知が行ったが、健診実施しよと申込みがあるのは、約15割(150名)程度で、残りの約85%は受診率向上の課題がある。</li> <li>◆事業参加者の健康診査行動につながったかどうかの計測方法について検討する必要がある。</li> </ul>	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返り(プロセス)</p> <p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○年度当初、新年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</li> <li>○老人3担当にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、専任しながら、フォローアップしていくことが重要である。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆取り組み             <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進のPCVサイクルに基づいて実施する。</li> <li>◆健康増進のPCVサイクルに基づいて計画実施する。</li> <li>◆老人3担当で評価、計測等共通認識を図る。</li> </ul> </li> <li>◆未受診訪問の対象者有数を確認。いかに健診してもらおうかに今後の課題、受診動機訪問を行ったことでの受診率向上とはなっていない。</li> <li>◆健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>◆医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>◆医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実地量)</p> <p>未受診者対策</p> <table border="1"> <tr><td>回数</td><td>4回</td></tr> <tr><td>医師側面数</td><td>185</td></tr> </table> <p>「直々の医師側面」訪問(10名)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○未受診訪問             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆未受診訪問 健康増進者で昨年未受診者へ訪問、</li> <li>*40、65、67歳未受診、未治療へ受診動機訪問実施。</li> <li>◆未受診訪問実施者、健康増進者で昨年未受診者へ訪問。</li> </ul> </li> </ul> <p>対象者 アプローチ方法</p> <table border="1"> <tr><td>① 訪問</td><td>189人</td></tr> <tr><td>② 通知</td><td>70人</td></tr> <tr><td>③ 電話</td><td>7人</td></tr> <tr><td>④ 訪問</td><td>855人</td></tr> </table> <p>○35歳健康診査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者に個人通知、</li> <li>-35歳健康診査対象者488名に通知</li> <li>◆受診率向上に向けて健康増進者、健康増進者から呼びかけ、健康増進者が受診し、健康増進者6名に実施。</li> </ul> <p>○39歳健康診査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者に個人通知、</li> <li>-39歳健康診査対象者488名に通知</li> <li>◆受診率向上に向けて健康増進者、健康増進者から呼びかけ、健康増進者が受診し、健康増進者6名に実施。</li> </ul>	回数	4回	医師側面数	185	① 訪問	189人	② 通知	70人	③ 電話	7人	④ 訪問	855人	<p>③アウトカム (結果)</p> <p><b>◆未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul> <p><b>◆重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul>	<p>④ストラクチャ(構造)</p> <p>⑤残っている課題</p> <p><b>◆未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul> <p><b>◆重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul>
回数	4回															
医師側面数	185															
① 訪問	189人															
② 通知	70人															
③ 電話	7人															
④ 訪問	855人															
<p><b>平成29年度 課題</b></p> <p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定高齢受診率 H29年度目標65%</li> <li>○特定保健指導実施率 H29年度目標65%</li> <li>○健康改善率(CKD) 結果の改善(血糖を減らすことと目標にて、平成29年度には平均血糖値と比較して血糖それぞれが減少する)</li> </ul> <p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆健康増進のPCVサイクルに基づいて計画実施する。</li> <li>◆老人3担当で評価、計測等共通認識を図る。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆終診が低い。</li> <li>◆受診者の対象者、アプローチ方法(後付、地区台帳の活用等)</li> <li>◆医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○35歳健康診査</li> <li>◆対象者に個人通知が行ったが、健診実施しよと申込みがあるのは、約15割(150名)程度で、残りの約85%は受診率向上の課題がある。</li> <li>◆事業参加者の健康診査行動につながったかどうかの計測方法について検討する必要がある。</li> </ul>	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返り(プロセス)</p> <p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○年度当初、新年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</li> <li>○老人3担当にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、専任しながら、フォローアップしていくことが重要である。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆取り組み             <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進のPCVサイクルに基づいて実施する。</li> <li>◆健康増進のPCVサイクルに基づいて計画実施する。</li> <li>◆老人3担当で評価、計測等共通認識を図る。</li> </ul> </li> <li>◆未受診訪問の対象者有数を確認。いかに健診してもらおうかに今後の課題、受診動機訪問を行ったことでの受診率向上とはなっていない。</li> <li>◆健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>◆医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>◆医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実地量)</p> <p>未受診者対策</p> <table border="1"> <tr><td>回数</td><td>4回</td></tr> <tr><td>医師側面数</td><td>185</td></tr> </table> <p>「直々の医師側面」訪問(10名)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○未受診訪問             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆未受診訪問 健康増進者で昨年未受診者へ訪問、</li> <li>*40、65、67歳未受診、未治療へ受診動機訪問実施。</li> <li>◆未受診訪問実施者、健康増進者で昨年未受診者へ訪問。</li> </ul> </li> </ul> <p>対象者 アプローチ方法</p> <table border="1"> <tr><td>① 訪問</td><td>189人</td></tr> <tr><td>② 通知</td><td>70人</td></tr> <tr><td>③ 電話</td><td>7人</td></tr> <tr><td>④ 訪問</td><td>855人</td></tr> </table> <p>○35歳健康診査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者に個人通知、</li> <li>-35歳健康診査対象者488名に通知</li> <li>◆受診率向上に向けて健康増進者、健康増進者から呼びかけ、健康増進者が受診し、健康増進者6名に実施。</li> </ul> <p>○39歳健康診査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者に個人通知、</li> <li>-39歳健康診査対象者488名に通知</li> <li>◆受診率向上に向けて健康増進者、健康増進者から呼びかけ、健康増進者が受診し、健康増進者6名に実施。</li> </ul>	回数	4回	医師側面数	185	① 訪問	189人	② 通知	70人	③ 電話	7人	④ 訪問	855人	<p>③アウトカム (結果)</p> <p><b>◆未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul> <p><b>◆重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul>	<p>④ストラクチャ(構造)</p> <p>⑤残っている課題</p> <p><b>◆未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul> <p><b>◆重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康増進の活用、医師側への個別訪問、医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○健康増進の活用をしながら、継続受診、治療となるように関わっている。</li> <li>○医師側への個別訪問を実施し、少しづつだが、目の見える関係づきにより取り組みははじめた。今後継続し、受診回数も増加していくことが重要である。</li> <li>○医師側の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保険指導事業</li> <li>◆対象者の選定、計画方法等検討</li> </ul>
回数	4回															
医師側面数	185															
① 訪問	189人															
② 通知	70人															
③ 電話	7人															
④ 訪問	855人															