第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

·第3期特定健康診査等実施計画



平成 30 年 3 月 平川市

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)・第3期特定健康診査等実施計画

目 次

第	1 :	章	保值	建事	業実	€施	計ī	画	(-	デ	—	タ	^	\ /	レフ	ス言	+ī	画)	の	基	本	的	事	項										• 1
	1.	. 킽	景	・目	的																												•		• 1
	2.	. <u>=</u>	十画(の位	置付	ナけ																											•		• 1
	3.	. <u>=</u>	十画井	朝間]																														. 2
	4.	. 厚		者が	果た	- す	べ	き	役	割	ع	連	抄	<u>E</u>																			•		. 2
	5.	. 俘	マスタス スタスティス マイス マイス マイス マイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス ア	者努	力支	泛援	制厂	芰			•	•	•	•								•							•		•	•			. 7
第	2 :	章	第	1 期	計画	回に	係.	る	評化	価	及	U	老	雾	₹ ¿	上分		2 ;	期	計	画	j/=	お	け	·る	健	康	語	提	[σ.) 則	目研	奎什	<u>L</u>	. (
	1.	. 	有14	期計	画に	- 係	る	評	価	及	び	考	察	₹																			•		. (
					画に										月石	隺亻	匕																		1
			目標の					•	•							•																			23
第	3:	章	特別	定健	診·	特	定位	保化	健	指	導	σ	実	€ が	匝	(<u>)</u>	去汉	定	義	務	(26
	1.	. 	有3‡	期特	定例	診	等	実	施	計	画	1=	: -	し	17	_																			26
	2.	. 	有2;	期計	·画 σ)評	価																												26
	3.				設定																														2
	4.	. 文	す象を	者の	見辺	しみ																													2
	5.	. 华	寺定伯	建診	の実	€施																													2
	6.				指導			施																											30
	7.	. 1	□ 固人化	青報	の傷	· R護																													38
	8.		吉果(3
	9.	. #	寺定伯	建康	診査	等	実力	拖	計i	画	の	公	未	₹.	· /ā	割知	1																		3
第	4:	章	保化	建事	業σ)内	容																												36
	1.	. 化	₹健-	事業	のカ	方向	性																												36
	2.	. <u>I</u>	[症	化予	防σ	取	組																												36
	3.	. 7	ぱピ.	ュレ	ーシ	/ ∃	ン	ア	プ		_	チ	-					•					•		•		•								53
第	5 :	章	地	或包	括ク	ァア	に	系.	る]	取	組								•																54
第	6	章	計ī	画の	評価	<u> </u>					•																								5!
	1.	. Ē	平価の	の時	期																														5
	2	Ī	平価-	方法	· 仂	出																													5!

第7章	計画の公表・周知及び	が個人情	青報の]	取扱い	 	56	
1. 言	画の公表・周知				 	56	
2. 個	引人情報の取扱い				 	• • • • • 56	
参考資料	ļ · · · · · · · ·				 	57	

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」とします。) の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」とします。)等の電子化の進展、市町村国 保(以下「保険者」とします。)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ます。

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りました。

同じく平成30年度からは、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りました。しかしながら、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こととなっています。

こうした背景を踏まえ、国は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」とします。)の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしました。

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

2. 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下、「計画」とします。)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、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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ります。(図表 1・2・3)

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こととなっています。青森県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点で、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体・関係部局の役割

平川市においては、国保年金課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、市民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に健康推進課の保健師・栄養士等の専門職と連携して、市が一体となって計画策定を進めていきます。

具体的には、市民生活部(国保年金課)と、健康福祉部(健康推進課、高齢介護課、 福祉課)とが連携していきます。

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よう努めます。 (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・協力が重要となります。

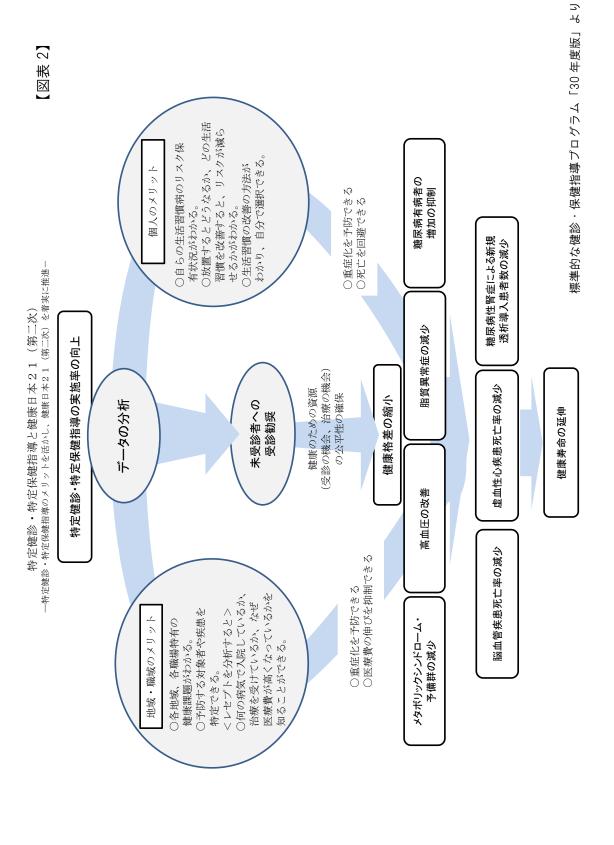
このため、平川市では計画素案について、健康づくり推進協議会において青森県(保健所)や地域の医師会・歯科医師会及び地域の関係団体と、市の健康課題や対策について共通理解の下で意見交換を行い、計画の推進に努めます。

また、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」とします。)と青森県は、ともに市町村等の保険者を支援する立場にあることから、平素から両者との積極的な連携に努めるとともに、保険者の職員向け研修の充実・実施に期待します。

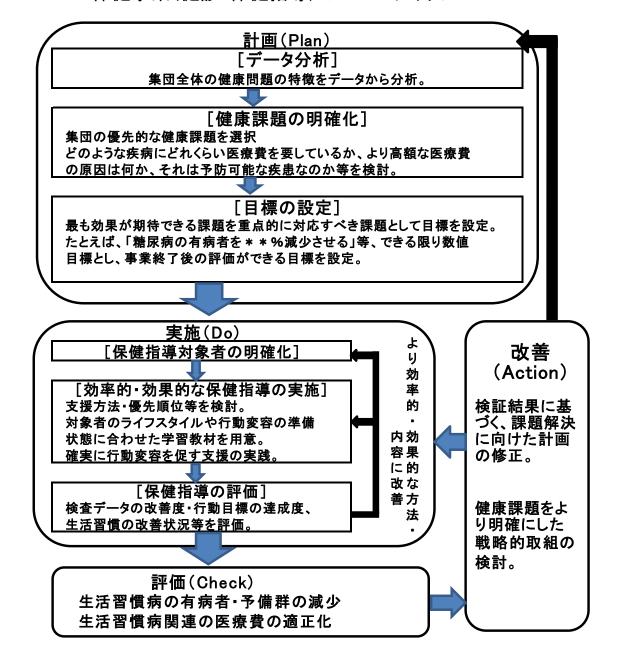
さらに、健診データやレセプトデータ等による課題抽出や事業実施後の評価分析等において、必要に応じて国保連に設置された支援・評価委員会を活用します。

保険者は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことに鑑み、他の医療保険者と

### (1998年 1998年	7成30年度に	向けての構造図と法定計画等の位置	づけ				【図表1】
日本日本		「健康日本211計画	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共	· 济組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保験法)	、学校保険法	「医療整済電ル料面」	「医毒料面」
### 1		・魔像ログと・1月間	「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」	- 「在深美趣正に印画」	, in 18 18 20 i
情報	法律		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
野田田安市 田田田安市 田田田田安市 田田田田田田田田安市 田田田田田田田田田田	基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」	厚生労働省 保険局 平成29年7月 「特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針」	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 「介護保健事業に係る保険給付の円滑な実施を 確保するための基本的な指針」	厚生労働省 保険局 平成28年3月 「医療費適正化に関する施策について基本指針」【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 「医療提供体制の確保に関する基本指針」
### 1998 (1999 1999 1999 1999 1999 1999 199	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	都道府県:義務、市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
対象有動	基本的な考え方	活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活 を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善	査を進め、職保等等を予防することができれば、適院書きを流り らすことができ、さらには重性化や合食をの発生物具、人院 は 恵主を返しましたができ、この結果、国民の主法の質の維持がよう はび向上を図りながら重視の棒切の抑制を実現することが可 能となる。 特定機能等は、観視の今に活ぎ間の分量や重点化を 予防することを目的として、メケポリックシンドロームに着目し、 生活習慣を必要するよのと思います。	製造な疾病学院の取り組みについて、保険者がその支援 の中心となって、接保終者の特性を請求えた効果的かつ効率 的立登標事金を展開することを目指すものである。 接続者の職がの保持者当により、医療費の重正化及び保 接合の財産基準性が関われることは保険者自身にとっても 重要である。	むことができるように支援することや、要介護状態または要 支援状態となることの予防または、要介護状態の軽減もしく	の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しない ようにしていくとともに、良質かつ 適切な医療を効果的に提	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域 において 切れ目のない医療の機構 を実現し、負責か つ 適切な医療を効果的に提供する体制 の確保を図る。
記录 記录 記录 記录 記录 記录 記录 記	対象年齢		40歳~74歳	特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在		すべて	すべて
第画任 高血任 高血任 高血任 高血任 高血任 高血任 金売管債務 虚血性心疾患 虚血性心疾患 虚血性心疾患 国血管疾患 同常性動疾患(COPD) がん 原発質素の心 原本中 日本子グシンドローム 認知度 メンクルヘルス 「日本子グシンドローム 認知度 メンクルヘルス 「日本子グシンドローム 認知度 メンクルヘルス 「日本子グランドローム 認知度 メンクルヘルス 「日本日本の疾患 自由性の疾患 同常性動疾患(COPD) がん 東京 日本の変更 日本の変更更 日本の変更更 日本の変更 日本の変更 日本の変更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更更						メタボリックシンドローム	
第曲圧 高曲圧 高曲圧 高曲圧 高曲圧 高曲圧 高曲圧 自動資業産		1 1			糖尿病性肾症 糖尿病性神経障害	糖尿病	糖尿病
虚血性心疾患 虚血性心疾患 協血管疾患	対象疾病	—————————————————————————————————————	高血圧		MILTHICALE.	生活習慣病	
がん Dコモディブシンドローム 設知症 メンタルヘルス ### ### ### #### ###################			虚血性心疾患				心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
認知症 おンタルヘルス 一部 「一部 一部 一部 一部 一部 一部 一							#\$A
次の場合で、特定機能の表の自動機を表の主動機を表の主動機を表の主動機を表の主動機を表の自動機を表の自動機を表の自動機を表の自動機を表の自動機を表の自動機を表の自動機を表の自動機を表の自動機を表の自動と (1) 生活習慣の状況(特定機能の質問票を参照する) (2を分様に機原病性管理による年間新規連析導入患者数)の 成少 (3) 液療機能者の割合の増加 (4) 特定機能対象と対象 (3) アルール摂取量 (4) 特定機能対象の表面を対象 (3) アルール摂取量 (4) 特定機能対象を対象 (3) アルール規制におけるコントロール不良者の割合の 成少 (5) 機解系有病者の増加の抑制 (2) 特定保健指導実施率 (2) 特定保健指導実施率 (2) 特定保健指導実施率 (2) 特定保健指導実施率 (3) 機能対象の多能 (3) 医療費等 (3) 医療費等 (3) 医療費等 (3) 医療費者		認知症			骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 骨髄小脳変性症・脊柱管狭窄症 関節リウマチ・変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性傷素硬化症		精神疾患
(3) 医療費等 (9)脂質異常症の減少		①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②合併性(維尿病性腎症による年間新規連析導入患者数)の 減少 ③治療無終者の割合の増加 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の 減少 ⑤動便疾病有の増加の抑制 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上		(1) 生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) (1)食主活 (2)日常生活における多数 (3)アルコール摂取量 (4)実理 (2) 健康診査等の受診率 (1)特定健診率 (2)特定保健指導率	②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止	外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②や存置診・特定保健所導の実施率の向上 ③メケ球競争等・受護的減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院	②在宅医療連携体制
野 価	評価	図高血圧の改善 ②脂質異常症の減少 「明直に体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) 「適可な料と質の食事をとるものの増加 ①日常生活における参数の増加 ③速回管債者の耐合の増加 (現成)の規律の減少		(3) 医療費等 ①医療費 ②介護費			
®生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の耐合の減 少 【保険者努力支援制度】分を減額し、保険料率決定		(5)生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少		分を減額し、保険料率決定			
その他 保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者協議会(事務局:国保連合会)を通して、保険者との連携	1						



保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より

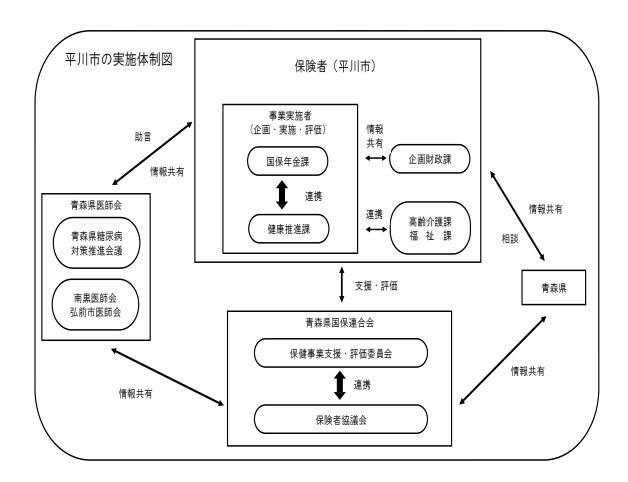
の健康・医療情報の分析結果の共有、保健事業の連携等が重要です。よって、保険者間の連携・協力をするため、保険者協議会等の各関係機関を活用することも有用であると考えます。

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うえで、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要です。

そのため、健診や健康教育等を通じて、市の健康課題の分析結果を示し、被保険者に 当事者意識を持ってもらい、行動変容を促せるよう工夫します。

また、国民健康保険運営協議会の場を通じて、被保険者の意見反映に努めます。

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、保険者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ます。(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 高く評価しています。(図表 5)

保険者努力支援制度

【図表 5】

	H28 平川市実績	
総得点	(満点)	345
交 付 額	(万円)	385.7
総得点	(体制構築加点含む)	176
全国順位	(1,741市町村)	1,168

	評価指標	H28 平川市 得点	H28 配点	H29 配点	H30 配点
	総得点(体制構築加点含む)	176	345	580	850
十,宝	特定健診受診率	10	20	35	50
共通 ①	特定保健指導実施率	10	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20	35	50
共通	がん検診受診率	10	10	20	30
2	歯周疾患(病)検診実施状況	0	10	15	25
共通③	重症化予防の取り組み	0	40	70	100
共通	個人のインセンティブ提供	0	20	45	70
4	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	0	10	25	35
共通	後発医薬品の促進の取組	4	15	25	35
6	後発医薬品の使用割合	15	15	30	40
固有①	収納率向上	10	40	70	100
固有②	データヘルス計画の取り組み	10	10	30	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	0	5	15	25
固有⑤	第三者求償の取組	7	10	30	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
	体制構築加点	70	70	70	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

平川市の人口は、平成 25 年は 33,299 人だったが、平成 28 年には 32,088 人と、年々減少しています。一方、高齢化率をみると、平成 25 年では 28.7 から平成 28 年には 31.5 と増加しています。

平川市の平均寿命は男性 76.7 歳、女性 85.4 歳と低く、特に、男性は全市町村中、ワースト 7 位という結果であり、市の重要な健康課題となっています。

短命市の原因の一つと考えられる 65 歳未満の早世死亡をみると、平成 25 年は男性 19.9%、女性 3.8%と男性の 5 人に 1 人は 65 歳未満の早世死亡でしたが、平成 28 年に は男性 11.2%、女性 6.3%と、男性では改善がみられました。死因別では心臓病による 死亡は減少していますが、脳疾患・腎不全は横ばい、糖尿病による死亡割合はおよそ 2 倍に増加しています。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると介護認定率は横ばいですが、40~64歳の2号認定率は0.7から0.5に減少しています。介護給付費をみると、1件当たりの介護給付費は増加しています。

一方、医療費をみると、1人当たりの医療費は増加しているものの、県内順位は下がっています。医療費に占める入院費用の割合はわずかながら減少し、外来費用割合が増加していることがわかりました。医療機関受診率の増加、特定健診受診者における受診勧奨者の医療機関非受診率の減少と合わせて考えると、特定健診受診後の適正な医療機関受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できます。特定健診受診率は緩やかに増加していますが、医療費適正化の観点からも今後も特定健診受診率向上への取組は重要となります。(※参考資料1を参照)

(2)中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況 (図表 6)

介護給付の変化について、平成 28 年度の介護給付費は増加しており、1 件当たりの介護給付費が同規模平均では減っているのに対し、平川市は増えています。サービス別でみると、居宅サービスが増え、施設サービスは減少していることがわかりました。

介護給付費の変化

		平川市				同規模平均	
年度	△ 羅松丹弗(〒四)	1件当たり			1件当たり		
十段	介護給付費(万円)	給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	32億7,892万円	67,146	45,949	293,695	67,562	41,726	283,881
H28年度	33億1,087万円	69,984	47,288	287,034	66,708	41,740	278,164

【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

②医療費の状況(図表7)

前期計画では、入院の伸び率を国並みにすることを成果目標としていましたが、医療費の変化をみると、総医療費、一人当たりの医療費の伸び率を国と比較すると、平川市は入院、入院外とも費用の伸び率を抑制できていることがわかりました。

医療費の変化

【図表 7】

			全体				入院				入院外		
項目	年度	費用額	増減	伸て	『率	費用額	増減	伸び	/率	費用額	増減	伸び	k率
		其用領	· 自/吹	平川市	国	其用銀	· 自/收	平川市	国	其用報	垣/似	平川市	国
秘区原复	H25年度	29億8,869万円				12億3,631万円				17億5,238万円			
(円)	H28年度	27億3,960万円	△24,908万円	-8.3%	-0.2%	11億104万円	△1億3,527万円	-10.9%	-0.7%	16億3,856万円	△1億1,381万円	-6.5%	0.0%
一人当たり	H25年度	22,936				9,488				13,448			
医療費(円)	H28年度	24,133	1,197	5.2%	6.5%	9,699	211	2.2%	7.8%	14,434	986	7.3%	8.6%

【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 一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

③ 最大医療資源(中長期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)に係る医療費計では、慢性腎不全(透析)の医療費が減少しているものの、脳血管疾患に係る費用が増加していることがわかりました。

中長期目標疾患に共通する糖尿病、高血圧、脂質異常症に係る費用については、糖尿病に係る医療費が増加しており、県、国と比較しても高くなっています。

【図表8】

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

				一人	あたり医療	療費		中長期目	標疾患		短	期目標疾	患		
١,	‡ (#T:	村名	総医療費		順	位	Ē	Z I	脳	心				(中長期・短期	
Ľ	. נישנו	17) 12	心心深具	金額	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	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	目標疾患医療費	計
H2				15位	5.0%	0.3%	2.6%	2.7%	11.0%	12.5%	4.7%	663,941,570	22.22%		
H2	平川市	2,739,609,200	24,133	231位	25位	3.3%	0.5%	6.5%	2.3%	12.1%	11.0%	4.7%	636,590,890	23.24%	
		青森県	108,153,616,610	24,612		_	7.6%	0.6%	4.3%	2.9%	11.1%	10.3%	4.7%	25,931,510,210	23.98%
HZ	H28	国	9,677,041,336,540	24,253	_	_	9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	9.7%	8.6%	5.3%	2,237,085,545,700	23.12%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【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

^{◆「}最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

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

			一人	あたり医	寮費		中長期目	標疾患		短	期目標疾	患		
市町	村名	総医療費		順	位	Ē	Z j	脳	心				(中長期・短期	
1,74,	11.11	心色水支	金額	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	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	目標疾患医療費	計
H25	.π.u.±	2,988,697,740	22,936	203位	15位	5.0%	0.3%	2.6%	2.7%	11.0%	12.5%	4.7%	663,941,570	22.22%
H28	平川市	2,739,609,200	24,133	231位	25位	3.3%	0.5%	6.5%	2.3%	12.1%	11.0%	4.7%	636,590,890	23.24%
H28	青森県	108,153,616,610	24,612	_	_	7.6%	0.6%	4.3%	2.9%	11.1%	10.3%	4.7%	25,931,510,210	23.98%
П20	围	9,677,041,336,540	24,253	_	1	9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	9.7%	8.6%	5.3%	2,237,085,545,700	23.12%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【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

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

④ 中長期目標疾患(図表9)

中長期目標疾患である虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析者の治療状況をみると、 脳血管疾患の割合が減少していることがわかりました。

また、虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクとなる高血圧や糖尿病の治療割合が増加しています。

人工透析者のリスクとなる高血圧の割合は減少していますが、糖尿病の治療割合は増えていて、糖尿病性腎症の増加が考えられます。

中長期目標疾患の治療状況

	虚血性心疾	患			中長期的	りな目標					短期的	な目標		
(52			虚血性	心疾患	脳血管	奈 患	人工	透析	高血	旺	糖质	禄	脂質郹	常症
(序)	(厚労省様式 3-5) 被保険者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	11,002	406	3.7%	94	23.2%	6	1.5%	317	78.1%	188	46.3%	251	61.8%
H25	64歳以下	7,907	162	2.0%	29	17.9%	6	3.7%	122	75.3%	82	50.6%	99	61.1%
	65歳以上	3,095	244	7.9%	65	26.6%	0	0.0%	195	79.9%	106	43.4%	152	62.3%
	全体	9,678	363	3.8%	57	15.7%	4	1.1%	306	84.3%	188	51.8%	250	68.9%
H28	64歳以下	6,296	120	1.9%	17	10.5%	3	2.5%	105	87.5%	63	52.5%	84	70.0%
	65歳以上	3,382	243	7.2%	40	16.4%	1	0.4%	201	82.7%	125	51.4%	166	68.3%

	脳血管疾患				中長期的	りな目標					短期的	な目標		
/52			脳血管	管疾患	虚血性	心疾患	人工	透析	高血	1圧	糖质	禄	脂質類	常症
(厚牙	6省様式 3-6)	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	11,002	465	4.2%	94	20.2%	5	1.1%	366	78.7%	149	32.0%	283	60.9%
H25	64歳以下	7,907	156	2.0%	29	17.9%	5	3.2%	127	81.4%	56	35.9%	91	58.3%
	65歳以上	3,095	309	10.0%	65	26.6%	0	0.0%	239	77.3%	93	30.1%	192	62.1%
	全体	9,678	350	3.6%	57	16.3%	4	1.1%	280	80.0%	119	34.0%	215	61.4%
H28	64歳以下	6,296	99	1.6%	17	10.5%	4	4.0%	76	76.8%	30	30.3%	54	54.5%
	65歳以上	3,382	251	7.4%	40	16.4%	0	0.0%	204	81.3%	89	35.5%	161	64.1%

	人工透析				中長期的	りな目標					短期的	な目標		
/62			人工	透析	脳血管	疾患	虚血性	心疾患	高血	1圧	糖原	禄	脂質郹	常症
(序)	6省様式 3-7)	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	11,002	15	0.1%	5	33.3%	6	40.0%	13	86.7%	6	40.0%	9	60.0%
H25	64歳以下	7,907	14	0.2%	5	3.1%	6	42.9%	12	85.7%	5	35.7%	8	57.1%
	65歳以上	3,095	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
	全体	9,678	12	0.1%	4	33.3%	4	33.3%	9	75.0%	7	58.3%	2	16.7%
H28	64歳以下	6,296	11	0.2%	4	2.5%	3	27.3%	8	72.7%	6	54.5%	2	18.2%
	65歳以上	3,382	1	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%

*各年度5月診療分

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク (様式 3-2~3-4) (図表 10)

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況をみると、3疾患ともに平成25年度に比べ、平成28年度では治療者が増加しています。

糖尿病治療者(様式 3-2)においては、治療者は増加していますが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測されます。糖尿病性腎症の人々を透析に移行させないよう、糖尿病性腎症重症化予防に力を入れていく必要があります。

高血圧治療者をみると、30~50%の者が糖尿病や脂質異常を合併していて、14%程

度の者においては、心疾患や脳血管疾患へと重症化していることがわかりました。

【図表 10】

短期目標疾患の治療状況

	糖尿病					短期的	な目標							中長期的	かな目標			
/信兴	省様式 3-2) (糖尿	病	インスリ	ン療法	高血	1圧	脂質昇	常症	虚血性	心疾患	脳血管	族患	人工	透析	糖尿病	性腎症
(子刀	1百休八 3-2)	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	11,002	1025	9.3%	134	13.1%	728	71.0%	624	60.9%	188	18.3%	149	14.5%	6	0.6%	116	11.3%
H25	64歳以下	7,907	476	6.0%	66	13.9%	312	65.5%	279	58.6%	82	17.2%	56	11.8%	5	1.1%	53	11.1%
	65歳以上	3,095	549	17.7%	68	12.4%	416	75.8%	345	62.8%	106	19.3%	93	16.9%	1	0.2%	63	11.5%
	全体	9,678	1048	10.8%	95	9.1%	764	72.9%	652	62.2%	188	17.9%	119	11.4%	7	0.7%	104	9.99
H28	64歳以下	6,296	396	6.3%	43	9.0%	271	68.4%	238	60.1%	63	15.9%	30	7.6%	6	1.5%	44	11.1%
	65歳以上	3,382	652	19.3%	52	9.5%	493	75.6%	414	63.5%	125	19.2%	89	13.7%	1	0.2%	60	9.2%

	高血圧				短期的	な目標					中長期的	りな目標		
/信兴	省様式 3-5)		高血	1圧	糖质	禄	脂質昇	常症	虚血性	心疾患	脳血管	奈患	人工	透析
(序为	111年末 3-3)	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	11,002	2245	20.4%	728	32.4%	1151	51.3%	317	14.1%	366	16.3%	13	0.6%
H25	64歳以下	7,907	963	12.2%	312	65.5%	476	49.4%	122	12.7%	127	13.2%	12	1.2%
	65歳以上	3,095	1282	41.4%	416	75.8%	675	52.7%	195	15.2%	239	18.6%	1	0.1%
	全体	9,678	2134	22.1%	764	35.8%	1151	53.9%	306	14.3%	280	13.1%	9	0.4%
H28	64歳以下	6,296	771	12.2%	271	56.9%	394	51.1%	105	13.6%	76	9.9%	8	1.0%
	65歳以上	3,382	1363	40.3%	493	89.8%	757	55.5%	201	14.7%	204	15.0%	1	0.1%

	脂質異常症	Ė			短期的	な目標					中長期的	的な目標		
/信兴	省様式 3-4)		脂質郹	異常症	糖质	禄	高血	垣	虚血性	心疾患	脳血管	疾患	人工	透析
(序力	1111年11日 (1111日)	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全体	11,002	1,613	14.7%	624	38.7%	1,151	71.4%	251	15.6%	283	17.5%	9	0.6%
H25	64歳以下	7,907	715	9.0%	279	58.6%	476	66.6%	99	13.8%	91	12.7%	8	1.1%
	65歳以上	3,095	898	29.0%	345	62.8%	675	75.2%	152	16.9%	192	21.4%	1	0.1%
	全体	9,678	1,574	16.3%	652	41.4%	1,151	73.1%	250	15.9%	215	13.7%	2	0.1%
H28	64歳以下	6,296	582	9.2%	238	50.0%	394	67.7%	84	14.4%	54	9.3%	2	0.3%
	65歳以上	3,382	992	29.3%	414	75.4%	757	76.3%	166	16.7%	161	16.2%	0	0.0%

*各年度5月診療分

②健診結果の有所見者の経年変化(図表 11)

健診結果の有所見者の経年変化をみると、男性、女性とも HbA1c の有所見者が増加した他、男性では BMI や腹囲、GPT、HDL コレステロールの有所見者が増加しています。一方、男女とも、収縮期血圧や拡張期血圧、LDL コレステロールの有所見者が減少していることがわかりました。

男性はメタボリックシンドローム予備群・該当者が、女性は予備群が増加傾向にあることから、HbA1c有所見者の増加は、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測されます。

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)

★N0.23 (帳票)

		BN	1	腹	囲	中性的	脂肪	GF	·Τ	HDL	C	空腹時	血糖	HbA	.1c	尿	鮻	収縮期	加圧	拡張期	血圧	LDL	C	クレアラ	チニン
月	性	25 l	止	85L)	<u>٢</u>	1504	北	31以	上	40未	満	1004	X上	5.613	上	7.013	上	1301	以上	85L)	F	1201	以上	1.3以	北上
		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
	合計	358	28.1	530	41.6	370	29.0	323	25.4	62	4.9	569	44.7	513	40.3	247	19.4	619	48.6	367	28.8	630	49.5	20	1.6
H25	40-64	216	32.7	285	43.1	141	21.3	204	30.9	32	4.8	270	40.8	237	35.9	137	20.7	292	44.2	222	33.6	364	55.1	4	0.6
	65-74	142	23.2	245	40.0	229	37.4	119	19.4	30	4.9	299	48.8	276	45.0	110	17.9	327	53.3	145	23.7	266	43.4	16	2.6
	合計	429	(32.0)	629	(46.9)	373	27.8	373	(7.8)	85	6.3	593	44.2	656	(48.9)	308	23.0	629	46.9	340	25.3	610	45.5	21	1.6
H28	40-64	223	37.5	287	48.3	192	32.3	199	33.5	47	7.9	229	38.6	255	42.9	169	28.5	234	39.4	179	30.1	289	48.7	3	0.5
	65-74	206	27.5	342	45.7	181	24.2	174	23.3	38	5.1	364	48.7	401	53.6	139	18.6	395	52.8	161	21.5	321	42.9	18	2.4

		BN	1	腹	囲	中性原	脂肪	GP	·Τ	HDL	C	空腹時	血糖	HbA	.1c	尿	鮻	収縮期	加圧	拡張期	血圧	LDL	-C	クレアラ	チニン
3	7性	25 l)	止	901)	上	1504	北	311)	上	40未	満	1004	北上	5.613	北上	7.01)	止	1301	人上	85L)	止	1201	以上	1.3以	北上
		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
	合計	405	31.8	283	22.2	204	16.0	204	16.0	28	2.2	438	34.4	630	49.5	30	2.4	638	50.1	268	21.0	933	73.2	1	0.1
H25	40-64	194	29.3	129	19.5	99	15.0	94	14.2	10	1.5	186	28.1	264	39.9	15	2.3	247	37.4	142	21.5	447	67.6	0	0.0
	65-74	211	34.4	154	25.1	105	17.1	110	17.9	18	2.9	252	41.1	366	59.7	15	2.4	391	63.8	126	20.6	486	79.3	1	0.2
	合計	418	26.5	301	19.1	205	13.0	181	11.5	28	1.8	481	30.4	815	(51.6)	43	(2.7)	658	41.6	225	14.2	882	55.8	3	0.2
H28	40-64	154	24.0	112	17.5	85	13.3	67	10.5	9	1.4	163	25.4	277	43.2	10	1.6	211	32.9	104	16.2	362	56.5	1	0.2
	65-74	264	28.1	189	20.1	120	12.8	114	12.1	19	2.0	318	33.9	538	57.3	33	3.5	447	47.6	121	12.9	520	55.4	2	0.2

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)

★N0.24 (帳票)

		健診受	250.4	腹囲	D 7.	予備	± #¥							該当	4 *								
貝	性	建設ス	(砂伯	版出	DOT	771/1	₩ A干	高血	糖	高血	1圧	脂質異	常症	改二	由	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	1,274	35.2	55	4.3%	181	14.2%	12	0.9%	120	9.4%	39	3.1%	294	23.1%	69	5.4%	17	1.3%	119	9.3%	89	7.0%
H25	40-64	661	29.9	38	5.7%	94	14.2%	4	0.6%	50	7.6%	30	4.5%	153	23.1%	32	4.8%	10	1.5%	62	9.4%	49	7.4%
	65-74	613	43.6	17	2.8%	87	14.2%	8	1.3%	70	11.4%	9	1.5%	141	23.0%	37	6.0%	7	1.1%	57	9.3%	40	6.5%
	合計	1,342	40.9	70	(5.2%)	236	(7.69)	15	(1.19)	165	12.3%	56	4.2%	323	(24.19)	82	6.1%	22	(1.69)	119	8.9%	100	7.5%
H28	40-64	594	34.1	44	7.4%	117	19.7%	7	1.2%	69	11.6%	41	6.9%	126	21.2%	15	2.5%	11	1.9%	57	9.6%	43	7.2%
	65-74	748	48.5	26	3.5%	119	15.9%	8	1.1%	96	12.8%	15	2.0%	197	26.3%	67	9.0%	11	1.5%	62	8.3%	57	7.6%

		健診受	2.1公本	腹囲	Φ 1,	予備	± n ¥							該当	4								
女	性	健紗又	(砂伯	版出	0)07	771/	₩ T	高血	糖	高血	1圧	脂質異	常症	故二	113	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	1,536	43.0	38	2.5%	107	7.0%	2	0.1%	91	5.9%	14	0.9%	138	9.0%	28	1.8%	2	0.1%	81	5.3%	27	1.8%
H25	40-64	735	37.9	26	3.5%	50	6.8%	1	0.1%	41	5.6%	8	1.1%	53	7.2%	9	1.2%	2	0.3%	35	4.8%	7	1.0%
	65-74	801	49.0	12	1.5%	57	7.1%	1	0.1%	50	6.2%	6	0.7%	85	10.6%	19	2.4%	0	0.0%	46	5.7%	20	2.5%
	合計	1,580	48.9	42	(2.79)	124	(7.8%)	0	0.0%	102	6.5%	22	(1.49)	135	8.5%	30	1.9%	1	0.1%	71	4.5%	33	2.1%
H28	40-64	641	41.9	25	3.9%	42	6.6%	0	0.0%	34	5.3%	8	1.2%	45	7.0%	15	2.3%	1	0.2%	22	3.4%	7	1.1%
	65-74	939	55.2	17	1.8%	82	8.7%	0	0.0%	68	7.2%	14	1.5%	90	9.6%	15	1.6%	0	0.0%	49	5.2%	26	2.8%

③特定健診受診率·特定保健指導実施率(図表 12)

特定健診受診率は増加していますが、特定保健指導率は減少しています。重症化を予防していくためには、特定保健指導率の向上と、更なる特定健診受診率の向上への取組が重要となっています。

特定健診受診率·特定保健指導実施率

		特定	健診		特	寺定保健指導		受診	勧奨者
項目	対象者数	受診者数	受診率	同規模内	対象者数	終了者数	実施率	医療機	関受診率
	对 条日	文形有效	文砂牛	の順位	对 条日	於] 日 奴	天心平	市	同規模平均
H25年度	7,134	2,808	39.4%	104位	308	126	40.9%	53.7%	50.8%
H28年度	6,490	2,919	45.0%	59位	314	98	30.9%	51.5%	51.1%

2) 第1期に係る考察

(1) 重症化予防への取組

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

重症化予防への取組としては、次のことを実施してきました。

①特定健診、特定保健指導の実施

【図表 13】

特定健診実績評価

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
第二期計画の目標	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
第二期計画の実績	39.4%	41.9%	44.0%	45.0%	未定

【図表 14】

特定保健指導実績評価

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
第二期計画の目標	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
第二期計画の実績	40.9%	41.9%	30.3%	30.9%	未定

重症化予防の第一歩は、特定健診を受診してもらい、その結果に基づき保健指導を実施することです。平川市の特定健診の受診率は、年々増加しているものの、国の目標には達していません。また、特定保健指導実施率についても、年度でばらつきがあり、国の目標に達していない現状があります。

②結果説明会や訪問等による、健診結果の説明と情報提供

平川市の特定健診結果として、非肥満者の高血圧、高血糖、脂質異常症の割合が高いことが挙げられます。このことから、特定健診受診者に対しては、結果説明会や訪問、電話、文書で保健指導や情報提供を実施してきました。特に、受診勧奨値の人には、訪問や面接などによる保健指導を実施していますが、医療機関の受診につながらず、未治療となる事例が課題となっています。

③医療受診勧奨値でありながら医療機関未受診の者への受診勧奨 (特に、HbA1c7.0 以上、高血圧Ⅱ度以上、心房細動、eGFR45 未満の者)

【図表 15】

平成27年度	高血圧 II 度以上	HbA1c7.0 以上	LDL190以 上	心房細動	eGFR60 未満	合計
対象者	49	19	52	20	5	145
受診した人	32	14	32	16	5	99
受診した人の割合	65.3%	73.7%	61.5%	80.0%	100.0%	68.3%

平成28年度	高血圧Ⅱ 度以上	HbA1c6.5 以上	LDL180以 上	心房細動	eGFR60 未満	合計
対象者	77	75	86	9	7	254
受診した人	48	38	30	6	6	128
受診した人の割合	62.3%	50.7%	34.9%	66.7%	85.7%	50.4%

上記のように、医療受診勧奨値のある者へは、結果説明会や訪問等で保健指導を実施しています。その後、3ヶ月~半年後にレセプトを確認し、医療機関未受診者に対して、再度、保健師が訪問や電話などで受診勧奨を実施しています。(図表 15)

課題としては、たびかさなる受診勧奨にもかかわらず、医療機関未受診者が3割~5割程度いることです。

(2) 取組の結果

その結果、総医療費、1人当たりの医療費の伸び率は国と比較すると平川市は入院、入院外の医療費の伸び率を抑制できており医療費適正化につながったと思われます。

しかし、中長期目標疾患の医療費でみると、慢性腎不全(透析)による医療費は減少しているものの、脳血管疾患に係る医療費は増加しています。脳血管疾患のリスクとなる高血圧や糖尿病治療割合は健診受診後の受診勧奨もあり増加していますが、HbA1c値が高い者の割合も増加しており、治療者の血糖コントロールに課題が残っています。今後は、医療機関と連携し、医療機関受診後の支援も保険者として取り組むべき重要な課題と考えます。

また、メタボリックシンドローム該当者・予備群が増加していることから内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性の問題もあることが推測され、特定保健指導にはさらなる取組が必要です。さらに、特定健診は、市民自らが体の状態を確認し、適正な医療につながるためにも重要であり、今後も特定健診受診率の向上に、取り組む必要があります。

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 16)

医療費の入院・入院外をみると、入院はわずか 2.6%の件数で、費用額全体の 40.2% を占めています。入院を減らしていくことが、医療費削減に効率が良いと考えられます。 このことから重症化予防対策を実施し、入院を減らしていきます。

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 16】



○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 17)

医療費が 1 件 200 万円以上の入院や長期入院となる疾患で、最も多いのが脳血管疾患であり、年代別でみると 50 歳代が 3 人いることがわかりました。その基礎疾患としては、高血圧が 80%と最も多く、次いで脂質異常、糖尿病でした。人工透析者の 70% は糖尿病が原因で人工透析となっています。

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(H2	28年度)		全体	脳血	管疾患	虚血性	心疾患	か	ا لم	そ	の他
		人数		40人	4	人	3	Д	8	人	2!	5人
		八奴		TUX	10	0.0%	7.	5%	20	.0%	62	2.5%
i				40件	4	件	3	件	8	件	2!	5件
				TOIT	10	0.0%	7.	5%	20	.0%	62	2.5%
様式1-1	高額になる疾患			40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	2	8.0%
★NO.10 (CSV)	(200万円以上レセ)	件数	年	40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%
			代	50代	3	75.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%
			別	60代	1	25.0%	0	0.0%	5	62.5%	13	52.0%
				70-74歳	0	0.0%	3	100.0%	2	25.0%	7	28.0%
		費用額	1.66	0780万円	127	7万円	751	万円	189	7万円	685	6万円
ı		東州 領	17/8	[0/00/0]	11	.8%	7.	0%	17	'.6%	63	3.6%

^{*}最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

厚労省様式	対象レセプト(H2	18年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
		人数	54人	32人	4人	4人
		八蚁	347	59.3%	7.4%	7.4%
様式2-1	長期入院	件数	419件	257件	18件	24件
★NO.11 (CSV)	(6か月以上の入院)	计数	419#	61.3%	4.3%	5.7%
		費用額	2億0304万円	9322万円	944万円	754万円
		其用領	218.0304万円	45.9%	4.6%	3.7%

^{*}精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

^{*}脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプ	٢		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7		H28.5	人数	10人	7人	4人	4人
★NO.19 (CSV)		診療分	八奴	10%	70.0%	40.0%	40.0%
	人工透析患者		件数	138件	88件	47件	54件
様式2-2	(長期化する疾患)	H28年度	一致	1001	63.8%	34.1%	39.1%
★NO.12 (CSV)		累計	費用額	5528万円	3564万円	1871万円	2217万円
			具用領	332377FJ	64.5%	33.8%	40.1%

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

厚労省様式	対象レセプト(H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
		9	,696人	398人	395人	116人
		١	,090人	10.8%	10.7%	3.1%
			高血圧	322人	324人	90人
		の基	向皿圧	80.9%	82.0%	77.6%
様式3		重礎	糖尿病	141人	223人	116人
★N0.13~18	生活習慣病の治療者数 構成割合	な疾	相水内	35.4%	56.5%	100.0%
(帳票)	将风剖口	り患	脂質	238人	281人	70人
			異常症	59.8%	71.1%	60.3%
		ī	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		2	,225人	1,131人	1,651人	360人
			60.2%	30.6%	44.7%	9.7%

〇生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3) 何の疾患で介護保険を受けているのか(図表 18)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 91.0%であり、筋・骨 格疾患の 87.9%を上回っていました。特に 2 号認定者では、およそ 75%が脳血管疾患 により介護認定を受けている実態でした。

本計画の対象者は太枠の 75 歳未満であり、40~64 歳では 89.7%、65~74 歳では 81.5%が血管疾患で占められていることから、予防可能な血管疾患への対策が最重要課 題となります。

2 号認定者 62 人中、特定健診受診者は 9 人でおよそ 15%でした。特定健診を受診 し、生活習慣病予防や高血圧、高血糖、脂質異常症の重症化予防に取り組むことが介護 予防にもつながります。

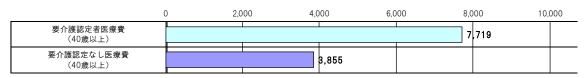
何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 18】

		受給者	首区分		2号				1号				合計	
		年	齢		40~64	4歳	65~7	4歳	75歳以	上	計			
		被保険	食者数		11,78	2人	4,356	人	5,034	人	9,390)人	21,17	2人
		認定	者数		62 <i>)</i>		205.	Υ	1,775	人	1,980)人	2,042	2人
要介護 認定状況			認定率		0.53	%	4.79	6	35.3	%	21.1	%	9.6	%
★ NO.47	新規	認定を	者数 (*1)		15人		44)		185	人	229	人	244	<u>人</u>
		要	支援1・2	2	13	21.0%	35	17.1%	336	18.9%	371	18.7%	384	18.8%
	介護度 別人数	要	介護1·2)	28	45.2%	92	44.9%	739	41.6%	831	42.0%	859	42.1%
	7517192	要	介護3~5	;	21	33.9%	78	38.0%	700	39.4%	778	39.3%	799	39.1%
		受給者			2号				1号				合計	-
		年			40~64	7.07	65~7	4歳	75歳以	上	計		нп	
	介語	美件数	(全体)		62		205	5	1,77	5	1,98	0	2,04	.2
		再)	国保·後	期	39		162	2	1,66	3	1,82	!5	1,86	4
		à	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
				1	脳血管疾患	29	脳血管疾患	73	脳血管疾患	752	脳血管疾患	825	脳血管疾患	854
	$\overline{}$				旭 皿自沃芯	74.4%	<u> </u>	45.1%	旭 血自沃志	45.2%	加皿自沃志	45.2%	加皿自沃志	45.8%
	レセ		循環器	2	虚血性	7	虚血性	39	虚血性	575	虚血性	614	虚血性	621
	プ		疾患	_	心疾患	17.9%	心疾患	24.1%	心疾患	34.6%	心疾患	33.6%	心疾患	33.3%
要介護 突合状況	トの	血		3	腎不全	5	腎不全	20	腎不全	196	· 腎不全	216	腎不全	221
★NO.49	診 有 断	管		_	17.1	12.8%	17.1	12.3%	1,,,	11.8%	.,	11.8%	1,	11.9%
	病名	疾患	合併症	4	糖尿病 合併症	7	糖尿病 合併症	24	糖尿病 合併症	172	糖尿病 合併症	196	糖尿病合併症	203
	状ょ 況り	,0	基礎疾	H		17.9%		14.8%		10.3%		10.7%		10.9%
	重		高血圧・糖	尿病	35 89.7		125 77.2		1,48 89.1		1,60 88.0		1,64 88.0	
	複 し		脂質異常 血管疾		35	70	132		1.52		1.66		1.69	
	て 計		合計		89.79	%	81.5		91.9		91.0		91.0	
	上				6		41		716		757	7	763	3
			認知症		15.49	%	25.3	%	43.1	%	41.5	%	40.9	%
		<u>te</u> tr	□ +b ←=		29		118		1,49	1	1,60	9	1,63	8
		肋	·骨格疾患	思	74.49	%	72.8	%	89.7	%	88.2	%	87.9	%

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較



★N0.1【介護】

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

(1)健診データの有所見状況(図表19)

健診データの有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、男女とも、BMI、GPT、空腹時血糖、尿酸の項目です。男性では加えて、中性脂肪の項目が全国より高く、特に40~64歳の男性の有所見率が高いことがわかります。

【図表 19】 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7) ★NO.23 (帳票)

		BI	Л	腹	囲	中性	脂肪	GP	Τ	HDL	-C	空腹時	抽糖	Hb/	A1c	尿	by .	収縮期	加圧	拡張期	血圧	LDL	-C	ケレアチ	Ç
	男性	25 L	灶	85L)	止	1504	灶	31以	Ţ.	40未	満	1001	X上	5.61	以上	7.01	止	1301	灶	85L)	止	1201	灶	1.31)	Ţ.
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	30.	5	50.	1	28.	2	20.	4	8.7	7	27.	9	55	.6	13.	9	49.	2	24.	1	47.	3	1.8	}
	県	13,167	33.9	18,219	46.8	9,499	24.4	10,104	26.0	2,511	6.5	18,595	47.8	21,800	56.1	3,694	9.5	18,756	48.2	10,149	26.1	18,163	46.7	579	1.5
保	合計	429	32.0	629	46.9	373	27.8	373	27.8)	85	6.3	593	44.2)	656	48.9	308	23.0	629	46.9	340	25.3	610	45.5	21	1.6
険	40-64	223	37.5	287	48.3	192	32.3	199	33.5	47	7.9	229	38.6	255	42.9	169	28.5	234	39.4	179	30.1	289	48.7	3	0.5
者	65-74	206	27.5	342	45.7	181	24.2	174	23.3	38	5.1	364	48.7)	401	53.6	139	18.6	395	52.8	161	21.5	321	42.9	18	2.4

		BN	Л	腹	H	中性	脂肪	GP	Τ	HDL	-C	空腹周	持血糖	HbA	(1c	尿	餕	収縮期	血圧	拡張期	血圧	LDL	C	ケレアラ	f=')
	女性	2513	止	901)	土	1501	X上	31以	止	40未	満	100	以上	5.64	灶	7.01)	让	1301	灶	85L)	让	120	以上	1.31	l上
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	20.	6	17.	3	16.	3	8.7	7	1.8	}	16	.8	55.	2	1.8		42.	7	14.	4	57.	.1	0.2	2
	県	13,708	26.6	9,561	18.6	5,954	11.6	5,794	11.3	717	1.4	15,775	30.6	29,384	57.1	643	1.2	20,995	40.8	7,764	15.1	28,373	55.1	99	0.2
保	合計	418	26.5	301	19.1	205	13.0	181	11.5	28	1.8	481	30.4	815	51.6	43	2.7)	658	41.6	225	14.2	882	55.8	3	0.2
険	40-64	154	24.0	112	17.5	85	13.3	67	10.5	9	1.4	163	25.4	277	43.2	10	1.6	211	32.9	104	16.2	362	56.5	1	0.2
者	65-74	264	28.1)	189	20.1	120	12.8	114	12.1)	19	2.0	318	33.9	538	57.3	33	3.5	447	47.6	121	12.9	520	55.4	2	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

(2) メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(図表 20)

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況をみると、男女とも予備群が全国より多く、特に40~64歳の男性で高い割合となっています。

項目をみると、予備群では高血圧の項目が高い割合で、該当者では血圧+脂質、次いで血圧+血糖+脂質の 3 項目、血糖+血圧の順で高くなっており、高血圧の問題があることが推測されます。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24(帳票)

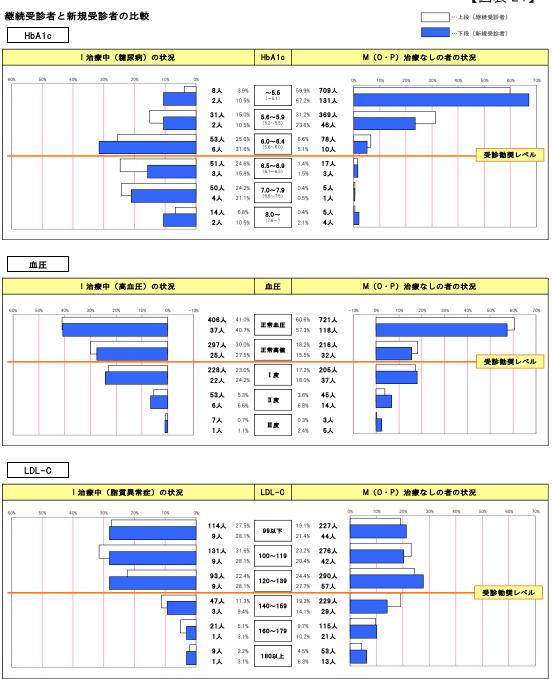
	男性	健診受	診者	腹囲の	በ ት	予備	群	高血	l糖	高血	旺	脂質異	常症	該出	绪	血糖+	血圧	血糖+	·脂質	血圧+	·脂質	3項目	全て
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	国全					17.	.2							27	.5								
	県						16.2								26.3								
保	合計	1,342	40.9	70	5.2%	236	(17.6%	15	1.1%	165	12.3%	56	4.2%	323	24.1%	82	6.1%	22	1.6%	119	8.9%	100	7.5%
険	40-64	594	34.1	44	7.4%	117	(19.7%)	7	1.2%	69	11.6%	41	6.9%	126	21.2%	15	2.5%	11	1.9%	57	9.6%	43	7.2%
者	65-74	748	48.5	26	3.5%	119	15.9%	8	1.1%	96	12.8%	15	2.0%	197	26.3%	67	9.0%	11	1.5%	62	8.3%	57	7.6%

	女性	健診受	診者	腹囲の	በ ት	予備	群	高血	1糖	高血	1圧	脂質異	常症	該当	堵	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
	国全					5.8	8							9.	5								
	県						6.7								9.8								
保	合計	1,580	48.9	42	2.7%	124	7.8%	0	0.0%	102	6.5%	22	1.4%	135	8.5%	30	1.9%	1	0.1%	71	4.5%	33	2.1%
険	40-64	641	41.9	25	3.9%	42	6.6%	0	0.0%	34	5.3%	8	1.2%	45	7.0%	15	2.3%	1	0.2%	22	3.4%	7	1.1%
者	65-74	939	55.2	17	1.8%	82	8.7%	0	0.0%	68	7.2%	14	1.5%	90	9.6%	15	1.6%	0	0.0%	49	5.2%	26	2.8%

(3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 21)

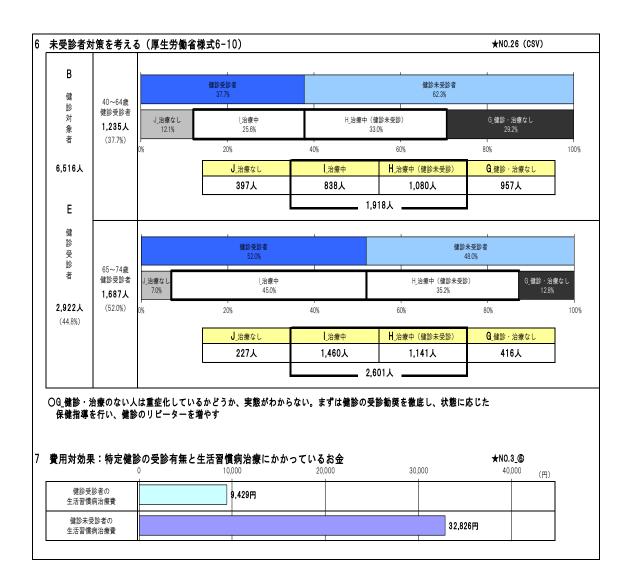
継続受診者と新規受診者の比較をすると継続受診者はデータが良い傾向にあるものの、HbA1cと血圧は治療中でもコントロール不良者が多くなっています。糖尿病は治療中であっても、食事や運動など生活習慣の改善も必要です。一方高血圧においては、正しく服薬ができているか等の確認が必要と考えられます。

【図表 21】



3) 未受診者の把握(図表 22)

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要ですが、図表 22 の「G 健診・治療なし」をみると、年齢が若い 40~64 歳の割合が 29.2%と高くなっています。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態です。また、特定健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金で見ても、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ります。



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

3. 目標の設定

1)成果目標

(1)中長期目標の設定

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します。平成35

年度には平成 30 年度と比較して、3 つの疾患でそれぞれの総医療費に占める割合を減少させることを目標にします。

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

特に、入院を抑え、入院外を伸ばすことを目標とし、1期計画と同様に入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指します。

(2) 短期目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととします。そのためには、医療機関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、医療機関受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。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します。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられます。これらは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていきます。

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あり、そ の目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

また、計画の目標については、一覧表で管理していきます。(図表 23)

	現状値の把握方法		特定健診・特	定保健指導結 果(厚生労働	(東		イン・ファン	4 () () () () () () () () () (中三中	健康増進計画				地域保健事業 報告			平川市 健康推進課	厚生労働省公 表結果
Ì	最終評価値	H35																		
		H34																		
-		H33																		
-		H32																		
) H31																		
		9 H30																		
	刪	8 H29	%	%	%:	%6	%:	%	,	%		%	%	%	%	%	%	%:	%	%
	初期値	H28	45.0%	30.9%	26.6%	-10.9%	3.74%	1.3%	7人	28.0%	5.4%	10.9%	7.3%	24.9%	19.7%	20.7%	19.5%	22.8%	4.5%	74.4%
	課題を解決するための目標		特定健診受診率60%以上	特定保健指導実施率60%以上	内臓脂肪症候群該当者の減少率	入院の医療費の伸び率を国並みにする(前年度比)	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数の減少	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少	健診受診者の高血圧1度(160/100以上)以上の者の割合50%まで減少	・ 健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合75%まで減少	健診受診者の糖尿病者(HbA1c6.5以上)の割合の減少	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	肺がん検診 50%以上	大腸がん検診 50%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を行う実施者の割合5.2%以上	後発医薬品の使用割合80%以上
覧表	達成すべき目的		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		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿症性腎症による薬状の医療患の	MIE単近による辺がIの区域 伸びを抑制する		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿		、相具来吊油、橋シンドローム等の	者を減らす			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
データヘルス計画の目標管理一	健康課題				-	・脳血管疾患、糖尿病の医療 番+ 描。 国ゼョレロゼリア	負むる、国で米Cの数のこの高い。	A 特定健診では、男女とも 期 HbA1cの有所見者の割合が	増加している。						・がんによる死亡率が国と比較して高い	° 5 11 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7			・健康に関心の低い人が多い	・数量シェアH28年度74.4%
データへ	関連計画		# 本·	计计图像	細		— ₩ ₩ 1	/ — 1 K 戡	* <		盂	=			即	軍	数卡	2 X	浅制度	

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ます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期(平成30年度以降)からは6年一期として策定します。

2. 第2期計画の評価

特定健診実績評価

【図表 24】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
第二期計画の目標	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
第二期計画の実績	39.4%	41.9%	44.0%	45.0%	未定

特定保健指導実績評価

【図表 25】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
第二期計画の目標	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
第二期計画の実績	40.9%	41.9%	30.3%	30.9%	未定

第 2 期計画の評価では、特定健診実施率は年々増加しているものの、まだ目標の 60% には達していません。医療費適正化の観点からも今後も特定健診受診率向上への取組は重要です。

また、特定保健指導実施率は、年度によりばらつきはあるものの、目標の 60%に達していないため、今後も引き続き特定保健指導実施率向上へ取り組む必要があります。

3. 目標値の設定

目標値の設定

【図表 26】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%

4. 対象者の見込み

対象者の見込み

【図表 27】

		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	5,836人	5,541人	5,245人	4,950人	4,655人	4,359人
	受診者数	2,918人	2,881人	2,833人	2,772人	2,700人	2,616人
特定保健指導	対象者数	312人	308人	303人	297人	289人	280人
	受診者数	125人	136人	145人	154人	162人	168人

5. 特定健診の実施

1)特定健康診査の内容

国が示す健診項目を基本に実施し、科学的根拠に基づき、心血管疾患の発症予防及び 重症化予防の観点から、必要に応じて市独自の健診項目を追加して実施します。

(1)基本的な実施項目(全員実施)

問診項目、身体計測、(身長、体重、BMI、腹囲)、診察、血圧測定、血中脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール)、肝機能検査(AST(GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP))、血糖検査(空腹時血糖)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

(2) 詳細な健診項目(国の基準に該当する場合に行う項目)

心電図検査、眼底検査、貧血検査(血色素、赤血球数、ヘマトクリット値)、クレア チニン

(3) 市独自の健診項目(全員実施)

HbA1c、尿酸、尿潜血、クレアチニン*、心電図検査*、眼底検査(集団健診のみ)*、

貧血検査(血色素、赤血球数、ヘマトクリット値)* (※印は、(2)に該当しない場合に実施します。)

2)健診対象者

特定健診の対象者である 40 歳から 74 歳に加え、生活習慣病の中長期的な予防を目指し 30 歳から 39 歳についても、基本的な健診項目と市独自の健診項目を実施します。

3) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。集団健診と個別健診の方法で実施 し、受診しやすい環境づくりを検討していきます。

個別健診は南黒医師会と弘前市医師会が実施機関の取りまとめを行い、平川市国民健 康保険とそれぞれ契約します。医師会未加入の特定健診実施機関とは個別に契約します。

○集団健診(実施場所:平川市健康センター他)

○個別健診(実施場所:委託医療機関)

4)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ま す。

5)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、平川市の健康カレンダーやホームページに掲載します。 (参照) URL: http//www.city.hirakawa.lg.jp/

6) 実施時期

4月から翌年1月末まで実施します。

7) 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します。

また、本人同意の下で、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結

果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

8)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、青森県国保連に事務処理を委託します。

9)受診券

特定健診を受診する際には、受診券を提示します。(※参考資料2を参照)

10)健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健診対象者には、受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知します。 通知内容は、受診券、集団健診日程、個別健診実施機関一覧表及びリーフレットです。 また、健康カレンダーや広報、ホームページなどでも、周知広報活動を実施します。 健診スケジュールは、おおむね【図表 28】のとおりです。

詳細なスケジュールについては、各実施年度において定めます。

【図表 28】

健診実施スケジュール

IXE HZ Z CHO?	ヘケシュール				
	特定健	特定保健指導			
月	青森県総合健診センター	個別健診実施医療機関	平川市国保		
	集団健診	個別健診	十川川国体		
4 月					
5月	受診券	等送付			
6 月	集				
7月	団	個	特結		
8月	集団健	個 別 健 診 実 施	特		
9月	H.J		□ 健 □ 明 □		
10月		実	指		
11月		他	4		
12月					
1月					
2月					
3月					
4月					
5月					
6 月					
7月					
8月					
9月					

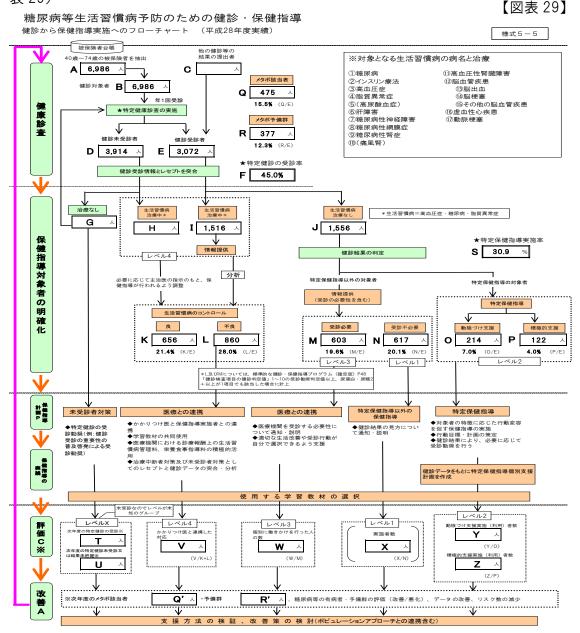
6. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、衛生部門(市健康推進課)への執行委任の形態で行います。法で定める委託基準を遵守し実施します。

また、特定保健指導以外の対象者への保健指導の実施については、今後とも衛生部門が健診結果説明会や訪問、電話などにおいて行っていきます。

1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年度版)」様式5-5を基に、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・評価を行います。(図表29)



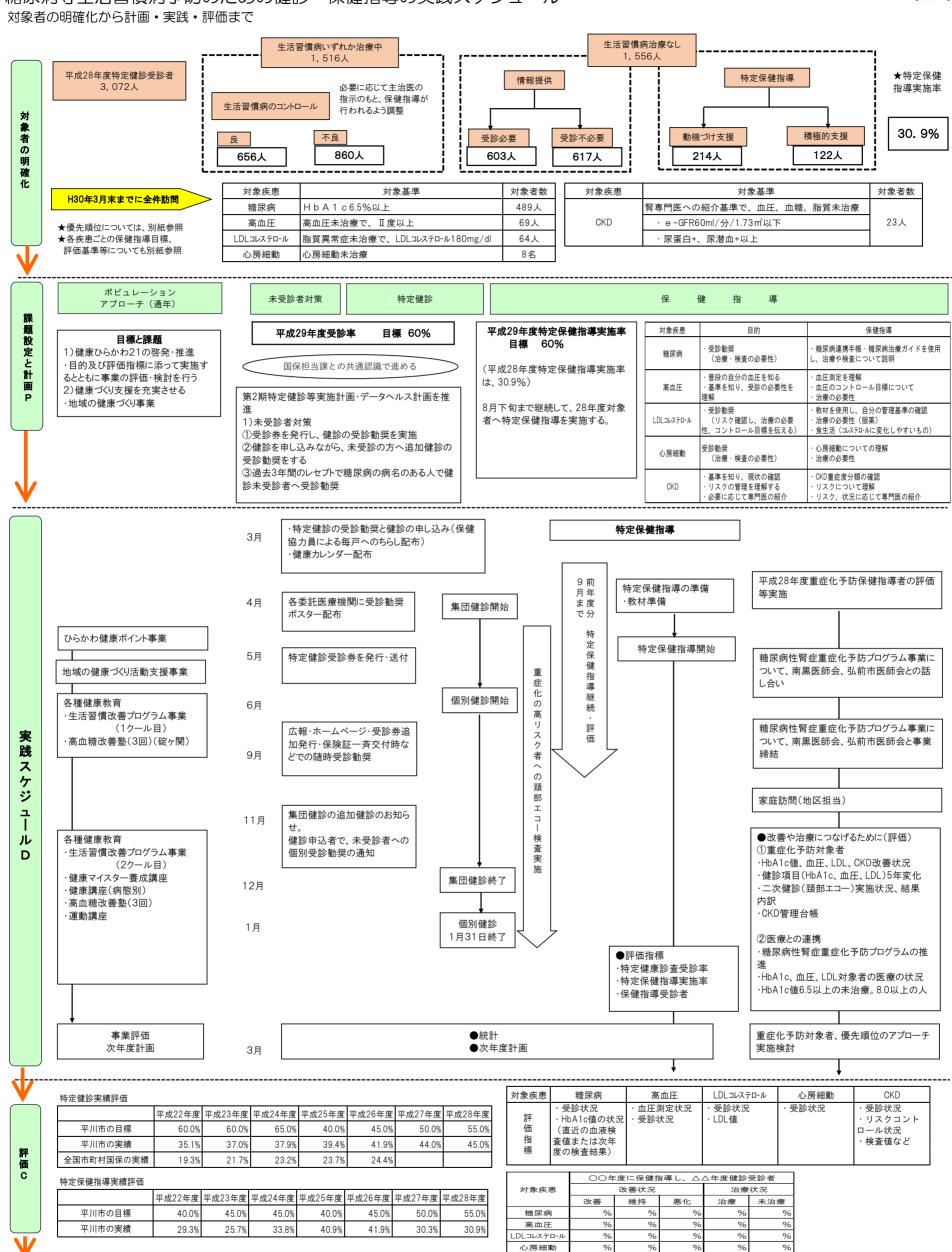
保健指導レベルに応じて、優先順位と支援方法を定め、保健指導を行います。

【図表 30】

優先	様式	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込	目標
順位	6-10	体性拍导レベル	又饭刀広	(出現率%)	実施率
1	0 P	特定保健指導 〇: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	330 人 (11.0%)	60%
2	М	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	II 度高血圧以 上 90 人 HbA1c6.5 以上 82 人	HbA1c6.5 以上につ いては 100%
3	L	情報提供 生活習慣病の治 療中でコントロ ール不良	◆効果的な治療継続を目指した健診結果の見方を説明 ◆かかりつけ医との連携 ◆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	I 度高血圧以 上 77 人 HbA1c6.5 以上 78 人 LDL180 以上 11 人 腎専門医紹介 レベル 5 人	50%
4	N K	情報提供 特定保健指導以 外の者で受診不 必要、治療中で コントロール良	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う	約 1,200 人	100%
5	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:広報、町内回覧、各種講座等による特定健診受診の重要性の普及啓発、未受診勧奨はがきの送付、他課や保健協力員とのタイアップ)	約 3,900 人	_

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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します。(図表 31)



改善A

7. 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平川市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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します。

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います。保存期間については、特定健康診査等基本指針の考え方に添って行います。

8. 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 日までに報告します。

9.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、平川市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における 共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少 を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととし ます。

そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施 していく必要があります。

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

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。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ます。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します。

2. 重症化予防の取組

1)糖尿病性腎症重症化予防

(1)基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び平川市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 に沿って実施します。なお、取組にあたっては図表 29 に沿って実施します。

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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取り組みの流れ】

	済
子一人内での情報共有	
保健事業の構想を練る(予算等) 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日	
医師会等への相談(情報提供) ○	
## できる	
情報連携方法の確認	
8	
10 11 2 2 2 2 2 2 2 2	
計画	
本	
12 13	
12	
14	
15	
保健指導等の準備	
17	
17	
18	
20 D	
記録、実施件数把握	
22	
22	
24 募集(複数の手段で) 25 力 26 保 27 健 28 海 29 かかりつけ医との連携状況確認 30 記録、実施件数把握 31 C 3カ月後実施状況評価 ○ 3カ月後実施状況評価 ○	
対象者決定 ○	
26 保 介入開始(初回面接) ○ 27 健 継続的支援 ○ 28 指導 カンファレンス、安全管理 ○ 29 かかりつけ医との連携状況確認 ○ 30 記録、実施件数把握 ○ 31 C 3カ月後実施状況評価 ○ 20 C C+日後等アグ(独会) + 1-元(1) ○	
26 保 介入開始(初回面接) 〇 27 健 継続的支援 〇 28 導 カンファレンス、安全管理 〇 30 記録、実施件数把握 〇 31 C 3カ月後実施状況評価 〇 20 C 〇 〇	
27 健 継続的支援 ○ 28 指導 カンファレンス、安全管理 29 がかりつけ医との連携状況確認 ○ 30 記録、実施件数把握 ○ 31 C 3カ月後実施状況評価 ○ 20 C C + R 後可区(原金) + L ープ()	
29 かかりつけ医との連携状況確認 ○ 30 記録、実施件数把握 ○ 31 C 3ヵ月後実施状況評価 ○ 0 ○ ○	
29 かかりつけ医との連携状況確認 ○ 30 記録、実施件数把握 ○ 31 C 3ヵ月後実施状況評価 ○ 0 ○ ○	
31 C 3カ月後実施状況評価 〇	
C C G G G G G G G G G G G G G G G G G G	
33 価 1年後評価(健診・レセプト)	
34 報告 医師会等への事業報告 ○	
35 [・] 糖尿病対策推進会議等への報告 ○	
36 A 改善点の検討 O	
37 改 マニュアルの修正	
38 善 次年度計画策定	

※平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図行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平川市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下の者とします。

- ○医療機関未受診者
- ○医療機関受診中断者
- ○糖尿病治療中の者
 - ・糖尿病性腎症で通院している者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないが、eGFR60 (ml/分/1.73 m²) 未満の者で、高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

②選定基準に基づく該当数の把握

i. 対象者の抽出

取組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ります。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の把握を行います。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)を基盤とします。(図表 33)

【図表 33】

糖尿病性	腎症病期分類(改訂)注1	
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握することとなっています。

平川市においては特定健診で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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては検査項目でないため、把握できません。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。(参考資料3)

ii. 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の把

握を行いました。(図表 34)

平川市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 116 人 $(31.3\% \cdot F)$ でした。また $40\sim74$ 歳における糖尿病治療者 1,034 人中、特定健診受診者が 255 人 $(24.7\% \cdot G)$ でありましたが、8 人 $(3.1\% \cdot +)$ は中断でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 779 人 (75.3%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 107 人中 20 人は未治療であることがわかりました。また、87 人 (81.3%) については継続受診中ですがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

iii. 介入方法と優先順位

図表 34 より平川市においての介入方法を以下の通りとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ○糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)···116人
- ○糖尿病治療中であったが未治療または中断者(オ・キ)・・・・28人
 - ・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リスクの高い者(ク)・・・247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

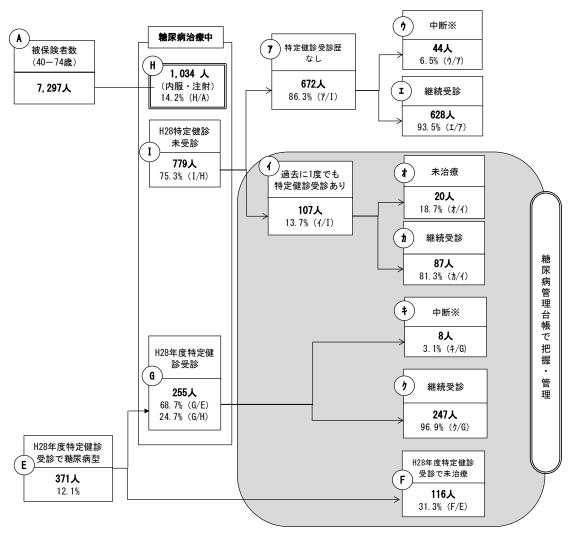
優先順位3

【保健指導】

- ○過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・87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

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



(3)対象者の進捗管理

①糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料4)及び年次計画表(参考資料5)で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病台帳作成手順】

- i. 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1 c 6.5%以上は以下の情報を 管理台帳に記載
 - ○HbA1 c ○血圧 ○体重 ○eGFR ○尿蛋白 ※HbA1 c 6.5%未満でも糖尿病治療中の場合は記載。

※HbA1 c 6.5%未満でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載。

※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 HbA1 c 6.5%以上になった場合は記載。

ii. 保険資格を確認

- iii. レセプトを確認し、治療状況を把握して情報を記載 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
- iv. 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。
- v. 担当地区の対象者数の把握
 - ○医療機関未受診者·中断者(受診勧奨者)
 - ○腎症重症化ハイリスク者 (保健指導対象者)

(4)保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。平川市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子と合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととします。

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きます。(図表 35)

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見て組み立てる 糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29) 資 料 インスリン非依存状態:2型糖尿病 病態の把握は検査値を中心に行われる 未受診者の保健指導 1. HbA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3 健診を受けた人の中での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 经年表 5. HbA1cとeGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過~私はどの段階? ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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 ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 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…~ → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確 ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 認し対応する ④糖尿病性神経障害~起こる体の部位と症状のあらわれ方~ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう (グリコカリックス) 食事療法・運動療法の必要性 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という) 10. 糖尿病のタイプ 「代謝改善」という言い方 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 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 13. 私はどのパターン? (抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 15 自分の腎機能の位置と腎の構造 ○食事療法や運動療法だけで 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 達成可能な場合 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの 18. 腎臓のお仕事 副作用なく達成可能な場合 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料 薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量~ 血糖コントロールの 23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど? 状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コント ロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら 薬は減量・中止になることもある 4. HbA1cと体重の変化 ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度、 5 HhA1cとeGFRの変化 肝・腎機能を評価 6. 糖尿病腎症の経過~私はどの段階? 薬が必要になった人の保健指導 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 → 経口血糖降下薬 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして インスリン製剤 血糖を調節しています GLP-1受容体作動薬 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

②二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を見逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち医療機関 未受診者と医療機関受診中断者で尿蛋白定性(一)(±)の者へは、委託医療機関にお いて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 を目指します。

(5) 医療との連携

①医療機関未受診者について

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

②治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては平川市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていきます。

(6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(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きます。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 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していきます。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症重症化予防の取組評価表(参考資料 6)を用いて行っていきます。

①短期的評価

- i. 受診勧奨者に対する評価
 - ○受診勧奨対象者への介入率
 - ○医療機関受診率
 - ○医療機関未受診者への再勧奨数

ii. 保健指導対象者に対する評価

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

(8) 実施期間及びスケジュール

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

2) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。(参考資料7)

(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きます。(参考資料8)

②重症化予防対象者の抽出

i. 心雷図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つです。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)の中で、「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」とのことから、平川市では、特定健診開始当初から心電図検査を受診者全員に実施しています。心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

平川市において特定健診受診者 3,164 人のうち心電図検査実施者は 3,140 人(99.2%) であり、そのうち ST 所見で要精査の者は 112 人でした (図表 36)。ST 所見のある者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また要精査には該当しないが ST 所見ありの者へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと併せて対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。

平川市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多く、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、今後も心電図検査の全数実施を継続する必要があります。

心電図検査結果

	健診		検査(b)							
	受診者(a)	診者(a)			ST所見あり(c))所見(d)	異常なし(e)		
	人	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%	人	(e/b)%	
平成28年度	3,164	3,140	99.2%	112	3.6%	599	19.1%	2,429	77.4%	

ii. 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目です。心電図検査を実施しない場合、図表37に沿って対象者を抽出します。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していきます。また、CKDステージとの関連もあり、ステージによる対象者の把握もしていきます。

【図表 37】

心電図以外の保健指導対象者の把握

		四沙土		心電図検査実施		実施なし
平成28年度	中华	受診者	ST変化	その他の変化	異常なし	(脳ドック等)
十八20十月	支夫旭	2 16/	112	599	2429	24
		3,164	3.5%	18.9%	76.8%	0.8%
メタボ該	小本	483	27	108	343	5
クメ小 級	∃1	15.3%	5.6%	22.4%	71.0%	1.0%
メタボ予備軍	供用	394	12	84	293	5
△×小]^	メダ小ブ畑里		3.0%	21.3%	74.4%	1.3%
メタボな	2.1	2287	73	407	1,793	14
ハ		72.3%	3.2%	17.8%	78.4%	0.6%
	140~159	354	12	44	297	1
	140 - 133	11.2%	3.4%	12.4%	83.9%	0.3%
LDL- C	160~179	165	4	34	126	1
	100 - 173	5.2%	2.4%	20.6%	76.4%	0.6%
	180~	84	4	10	70	0
	100.0	2.7%	4.8%	11.9%	83.3%	0.0%

CKD	G3aA1∼	296	17	76	203	0
CKD	G SaAT	9.4%	5.7%	25.7%	68.6%	0.0%

(3)保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 38 の問診が重要です。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療機関受診の早期対応により重症化の予防につながります。

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います。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ます。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います。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います。治療中でリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

【図表 38】

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対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。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ます。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きます。

(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 を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデ

ータを収集していきます。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

(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きます。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 回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していきます。

また、中長期的評価においては他の脳血管疾患・糖尿病性腎症等と併せて行っていきます。

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状況で評価します。

(7) 実施期間及びスケジュール

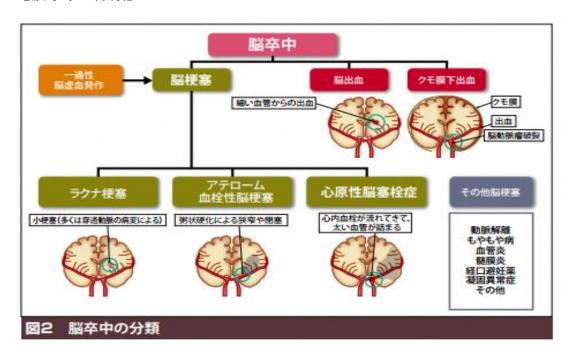
- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月~特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後、順次対象 者へ介入(通年)

3) 脳血管疾患重症化予防

(1)基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への 提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 39、40)

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 40】

	リスク因子 (〇はハイリスク群)	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	ラクナ梗塞	•						0	0
梗	アテローム血栓性脳梗塞	•	•	•		•	•	0	0
塞	心原性脳梗塞	•			•			0	0
脳	脳出血	•							
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 41 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。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ります。

特定健診受診者における重症化予防対象者

			リスク因子 はハイリスク群)	高血	iÆ	糖质	尿病	脂質異常症 (高LDL)		心房細動		メタホ [*] リック シント [*] ロ-ム		1	慢性腎臓	病 (CKD)	
	BV		ラクナ梗塞)	0			
	脳梗塞		アテローム血栓性脳梗塞)))		()	
	坓		心原性脳梗塞))		()	
	脳出		脳出血)												
	<u>ш</u> <u>ф</u>		くも膜下出血														
	*		診受診者における E化予防対象者	Ⅱ度高血	近正以上		6.5%以上 LDL180mg/dl 心房細動 メタホ [*] 該当者 尿蛋白(2		2+)以上	L上 e GFR50未満 (70歲以上40未満)							
			受診者数 3072人	167人	5.4%	160人	5.2%	108人	3.5%	57人	1.9%	475人	15.5%	47人	1.5%	53人	1.7%
	F	-	治療なし	90人	4.8%	82人	2.9%	97人	3.7%	14人	0.9%	91人	5.8%	14人	0.9%	6人	0.4%
			治療あり	77人	6.5%	78人	30.7%	11人	2.3%	43人	2.8%	384人	25.3%	33人	2.2%	47人	3.1%
L		-	臓器障害あり	26人	28.9%	27人	32.9%	20人	20.6%	14人	100.0%	21人	23.1%	14人	100.0%	6人	100.0%
臓			CKD(専門医対象)	5人		11人		2人		2人		4人		14人		6人	
器障害			尿蛋白(2+)以上	4人		4人		2人		2人		2人		14人		0人	
害あり	あ		尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		4人		0人		0人		1人		0人		0人	
の う			e GFR50未満 (70歳以上40未満)	0人		3人		0人		0人		1人		0人		6人	
5			心電図所見あり	25人		19人		19人		14人		18人		7人		3人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が167人(5.4%)であり、90人(4.8%)は未治療者でした。また、未治療者のうち26人(28.9%)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す。また、治療中であっても、Ⅱ度高血圧である者も77人(6.5%)いることがわかりました。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きます。

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すが、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ます。そのため特定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ります。(図表 42)

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

			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
	m. (m	~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
	リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,887	729	390	354	324	80	10
		.,	38.6%	20.7%	18.8%	17.2%	4.2%	0.5%
	リスク第1層	250	118	56	36	32 4	6	2 1
	, , », », »,	13.2%	16.2%	14.4%	10.2%	9.9%	7.5%	20.0%
	リスク第2層	1,110	439	231	208	187 3	41	4
	, · · , », », », », »,	58.8%	60.2%	59.2%	58.8%	57.7%	51.3%	40.0%
	リスク第3層	527	172	103	110	105 2	33	4
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	27.9%	23.6%	26.4%	31.1%	32.4%	41.3%	40.0%
再	糖尿病	153	42	27	41	32	8	3
掲	104 # 3 - 71 3	29.0%	24.4%	26.2%	37.3%	30.5%	24.2%	75.0%
重	慢性腎臓病 (CKD)	187	67	37	35	35	12	1
複		35.5%	39.0%	35.9%	31.8%	33.3%	36.4%	25.0%
あり	3個以上の危険因子	301	94	59	71	57	18	2
Ĺ		57.1%	54.7%	57.3%	64.5%	54.3%	54.5%	50.0%

低リスク群	中リスク群	高リスク群		
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		
32	193	189		
1.7%	10.2%	10.0%		
32	6	2		
100%	3.1%	1.1%		
	187	45		
	96.9%	23.8%		
		142		
		75.1%		

(参考) 高血圧治療がイドライン2014 日本高血圧学会

図表 42 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いている ため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってきます。

③心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流に乗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」になる頻度が高い疾患です。この心原性脳塞栓症の最大の原因は心房細動で、心電図検査によって早期に発見することが可能です。図表 43 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況

	137C PC ID 1 = 00 17 0 12 75 11 17 1 20 1 7 1 7												
年代		図検査 ②者	1	心房細動	日循疫学 調査(※)								
#1C	男性	女性	女性 男性 女性		男性	女性							
	人数	人数	人数	割合	人数	割合	割合	割合					
合計	1435	1705	49	3.4%	10	0.6%	_	-					
40歳代	151	109	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%					
50歳代	228	248	4	1.8%	1	0.4%	0.8%	0.1%					
60歳代	710	889	21	3.0%	6	0.7%	1.9%	0.4%					
70~75歳	346	459	24	6.9%	3	0.7%	3.4%	1.1%					

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率 ※日本循環器学会疫学調査70~75歳の値は70~79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 44】

心房細動		治療の					
有所見者	未治	療者	治療	李中	(再掲)抗凝固薬内服中		
人	人 %		人	%	人	%	
59	9	15.3%	50	84.7%	48	81.4%	

心電図検査において 59 人が心房細動の所見がありました。有所見率をみると年齢が高くなるにつれ増加しています。特に 50 代以上の年代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかりました。また、59 人のうち 50 人は既に治療が開始されていましたが、9 人は特定健診を受診し、心電図検査を受ける事で発見できた受診勧奨が必要な対象者です。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と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の継続が望まれます。

(3) 保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。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ます。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、受診勧奨を行います。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います。治療中でリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

②二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「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」とあることから、動脈硬化等の血管変化のハイリスク者へは二次健診として頚動脈超音波検査を実施していきます。

③対象者の管理

i. 高血圧者の管理

過去の特定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きます。(参考資料 9)

ii. 心房細動の管理台帳

特定健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。(参考資料 10)

④医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、Ⅱ度高血圧及び心房細動の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ます。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きます。医療の情報についてはかかりつけ医 や対象者、KDB等を活用しデータを収集していきます。

⑤高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

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きます。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 回行うものとします。その際は血圧評価表や心房細動管理台帳の情報及びKDB等の情報も併せて活用していきます。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と併せて行っていきます。

i. 短期的評価

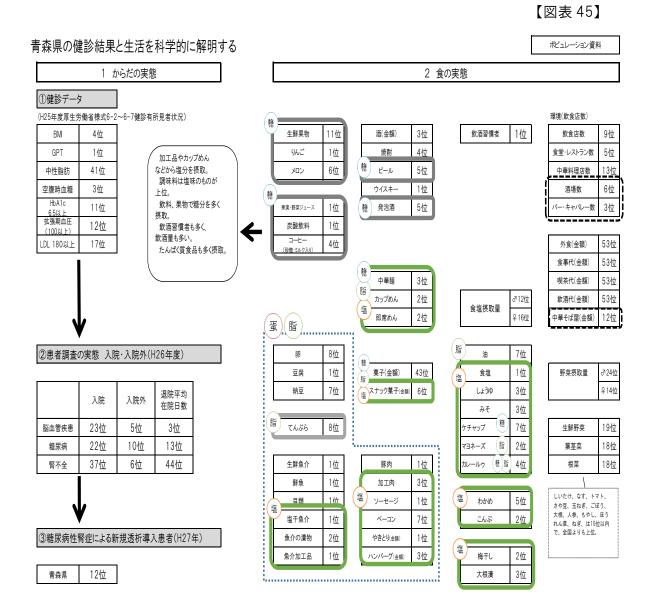
高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少 状況で評価します。

⑦実施期間及びスケジュール

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

3. 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市民へ周知していきます。(図表 45)



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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ます。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。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て、ハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。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ことができます。

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ます。このような状況に鑑みれば、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す。

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

第6章 計画の評価

1. 評価の時期

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度の平成 35 年度において、次期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います。

また、毎年度の事業評価の結果、必要に応じて進捗確認・中間評価を行います。

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ます。

※評価における4つの指標(参考資料11)

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

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

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します。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化 予防事業の事業実施状況は、毎年度取りまとめておくものとします。

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得ることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

平川市では、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知します。

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をします。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

目 次

参考資料1	国・県・同規模平均と比べてみた平川市の位置・・・・・・58
参考資料 2	受診券様式・・・・・・・・・・・・・・・・60
参考資料 3	糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合・・・・61
参考資料 4	糖尿病管理台帳・・・・・・・・・・・・・・・・・62
参考資料 5	糖尿病管理台帳からの年次計画・・・・・・・・・・62
参考資料 6	糖尿病性腎症重症化予防の取組評価表・・・・・・・・・63
参考資料7	虚血性心疾患予防をどのように考えていくか ・・・・・・64
参考資料 8	虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方・・・・65
参考資料 9	血圧評価表・・・・・・・・・・・・・・・・・・66
参考資料 10	心房細動管理台帳・・・・・・・・・・・・・・・66
参考資料 11	評価イメージ1・・・・・・・・・・・・・・・67

【参考資料1】

国・県・同規模平均と比べてみた平川市の位置

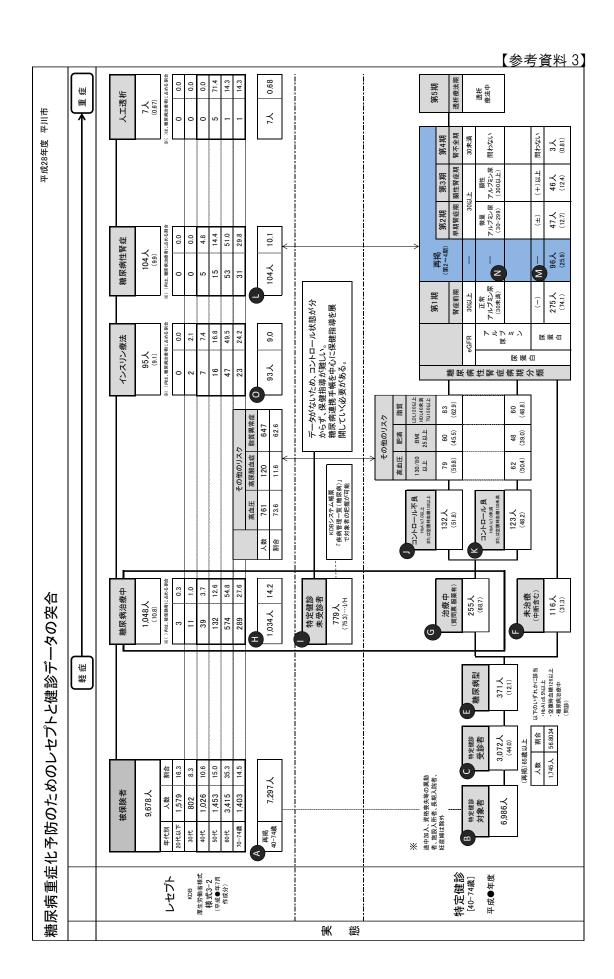
						H	125				H28	3				
			項目				· L O	£	 呆険者	同規格		ļ		Ξ		データ元 (CSV)
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	(634)
			総人			3	3,299	3	32,088	9,030),767	1,363	3,393	124,85	2,975	W00 N0 5
				65歳以上(高	齢化率)	9,555	28.7	10,108	31.5	2,626,654	29.1	352,351	25.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況
	1)	人口構成		75歳以上		5,235	15.7	5,365	16.7			179,439	13.2	13,989,864	11.2	KDB_NO.3
市		7		65~74歳		4,320	13.0	4,743	14.8	***************************************	***************************************	172,912	12.7	15,030,902	12.0	健診・医療・介護データからみる地域
の				40~64歳		11,674	35.1	10,939	34.1			487,230	35.7	42,411,922	34.0	の健康課題
			_	39歳以下		12,070	36.2	11,041	34.4			523,812	38.4	53,420,287	42.8	
全				文産業			26.5		26.5	11		13		4.		KDB_NO.3 健診・医療・介護
体	2	産業構成	0000000000	文産業			22.3		22.3	******************	7.5	20		25		データからみる地域
像			-	文産業			51.2 76.7		76.7	61		66 77		70 79		の健康課題
	3	平均寿命	男性女性	~~~~~~			85.4		85.4	86		85		86		
			男性				63.9		63.9	65		64		65		KDB_NO.1 地域全体像の把握
	4	健康寿命	女性				66.4		66.4	66		66		66		
			H	準化死亡比	男性		129.1		121.6	10		119		10		
			127	(SMR)	女性		110.8		109.2	10		10:		10		,
				がん	У Г	136	45.8	140	49.5	32,164	46.4	5,002	48.6	367,905	49.6	
死				心臓病		90	30.3	68	24.0	19,517	28.2	2,584	25.1	196,768	26.5	KDB NO.1
亡	1	死亡の状況	死	脳疾患		46	15.5	43	15.2	11,781	17.0	1,746	17.0	114,122	15.4	NDD_INU.I 地域全体像の把握
				糖尿病		5	1.7	9	3.2	1,340	1.9	236	2.3	13,658	1.8	1
状				腎不全		13	4.4	12	4.2	2,559	3.7	447	4.3	24,763	3.3	1
況				自殺		7	2.4	11	3.9	1,902	2.7	270	2.6	24,294	3.3	1
		早世予防から	合計				12.1		8.9				11		10.5	同光小り
	2	みた死亡		男性			19.9		11.2				14.7		13.5	厚労省HP 人口動態調査
		(65歳未満)	_	女性	\	0.000	3.8		6.3	500 551	00 -	75.7.	7.1	F.000	7.2	
	•	A =++ /m nA		マスティック マスティップ マスティック アイス	[举)	2,022	21.8	1,980	(21.2)	539,524	20.5	75,719	21.5	5,882,340	21.2	
	1	介護保険	-	新規認定者		24	0.2	35	0.2	8,953	0.3	1,166	0.3	105,654	0.3	
			2万部	記定者		79 439	20.9	62 458	22.1	11,164 125,517	0.4 22.3	2,255 17,015	0.5 21.3	151,745 1,343,240	0.4 21.9	
介				77 圧症		1,103	51.8	1.042	50.9	305,818	54.6	40,868	21.3 51.7	3,085,109	50.5	ł
護				異常症		499	23.5	530	25.0	159,712	28.3	20.416	25.7	1,733,323	28.2	
			心臓			1,239	58.3	1,199	58.0	349,121	62.4	45,582	57.6	3,511,354	57.5	,
保	2	有病状況	脳疾		***************************************	618	29.8	573	28.3	154,757	27.9	20,863	26.6	1,530,506	25.3	VDD NO 1
険			がん			192	8.7	200	8.9	58,389	10.3	6.857	8.6	629.053	10.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
の				骨格	***************************************	1,059	51.1	1,028	50.1	303,080	54.0	36,167	46.0	3,051,816	49.9	1
状			精神			732	34.8	763	37.2	213,249	37.8	28,575	35.9	2,141,880	34.9	ĺ
況			1件늘	当たり給付費((全体)	6	7,146		69,984	66,	708	64,2	282	58,3	349	
<i>/</i> /L	3	介護給付費		居宅サービス		4	5,949	2	17,288	41,	740	45,9	991	39,6	83]
				施設サービス		29	93,695	\bigcirc 2	87,034	278	164	286,	,890	281,	115	
	(4)	医療費等	_	要介護認定別	認定あり		7,352		7,719	8,2		6,9		7,9		,
)	E/A Z 1		養 (40歳以上)	認定なし		3,889		3,855	4,0		3,6		3,8		
				険者数		,	0,626		9,241	2,264	1,275	355,		32,58		
				65~74歳		3,121	29.4	3,389	36.7			140,374	39.5	12,462,053	38.2	ļ
	1	国保の状況		40~64歳		4,541	42.7 27.9	3,647	39.5 23.9			133,040	37.4	10,946,693	33.6	ļ
				39歳以下加入3	校	2,964	31.5	2,205	27.4	25	. 1	82,189 26	23.1	9,178,477	28.2	KDB NO.1
			病院		-	1	0.1	1	0.1	833	0.4	97	0.3	8,255	0.3	地域全体像の把握
			診療	***************************************		20	1.9	20	2.2	6,529	2.9	895	2.5	96,727	3.0	KDB_NO.5 被保険者の状況
		医療の概況	病床			60	5.6	60	6.5	135,296	59.8	17,664	49.7	1.524.378	46.8	以外内省の仏儿
_	2	(人口千対)	医師			22	2.1	22	2.4	16,982	7.5	2,681	7.5	299,792	9.2	1
医							337.5		681.9	69		69		66		1
療			入院	患者数		***************************************	17.9	***************************************	18.3	23	3.6	18	3.0	18	.2	1
費				一人当たり	医療費	22,936	県内15位	24,133	県内25位	27,	773	24,6	612	24,2	253	
の			受診				同規模206位 55.467		同規模231位 00.226	722		711.		686.		KDB NO.3
状		F-+		費用の割合			58.6	<u> </u>	59.8	56		61		60		健診・医療・介護
	3	医療費の 状況	-	件数の割合			97.3		97.4	96		97		97		データからみる地域 の健康課題
況		V.///L	入	費用の割合			41.4		40.2	43	3.1	38	3.4	39	.9	KDB_N0.1
			1.	件数の割合		***************************************	2.7		2.6	3	3	2.	.5	2.	6	地域全体像の把握
			1件を	あたり在院日数	t	1	6.4日	1	16.6日	17.	0日	15.	7日	15.6	日	1
			がん			509	,673,430 29.7	424	4,170,370 27.1	23	.9	27	.6	25.	6	
		医療費分析	慢性	腎不全(透析	あり)	85	,055,130 5.0	5.	2,409,040 3.3	9.	2	7.	6	9.	7]
		生活習慣病に										1		9.	7	KDB NO.3
	(A)	占める割合	糖尿	病		187	,840,340 10.9	190	0,352,890 12.1	9.	9	11	.	J.		
	4		糖尿高血	***************************************		215	,450,730 12.6	17:	2,931,560 11.0	8.	9	10	.3	8.6	3	健診・医療・介護
	4	占める割合 最大医療資源傷病 名 (調剤含む)	*********	圧症		215 229	······	17: 22			9	****************	.3		9	

							H25				H28	3				データ元
			項目	I		P	除者	f	呆険者		奠平均	ļ	果		I	(CSV)
\vdash				糖尿病		実数 541,090	割合 20位 (17)	実数 587,096	割合 15位 (16)	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
				高血圧	***************************************	612,482	15位 (17)	595,087	20位 (18)	l						
				脂質異常症		603,403	18位 (18)	640,675	7位 (17)	İ						
		費用額	入	脳血管疾患		770,268	11位 (17)	736,549	5位 (18)]						
		(1件あたり)	院	心疾患		557,792	25位 (17)	671,723	13位 (17)							
		旧山城丛		腎不全 精神		561,478	30位 (14)	657,435	25位 (15) 23位 (24)	ł						
		県内順位 順位総数41		相仲 悪性新生物		452,869 654,559	18位 (25) 10位 (15)	461,931 605,890	23位 (24) 27位 (14)	}						KDB_NO.3
医	5	INCLUMB SATT		糖尿病		32,367	31位	32,049	33位							健診・医療・介護 データからみる地域
療		入院の()内		高血圧	***************************************	28,190	22位	26,671	34位]) 一タからかる地域
費		は在院日数		脂質異常症	***************************************	26,031	25位	24,251	34位							
			外来	脳血管疾患 心疾患		33,512 36,371	26位 27位	31,276 34,294	23位 28位							
0				腎不全	***************************************	139,313	39位	134,720	36位	l						
状				精神		29,487	16位	28,065	26位	İ						
況				悪性新生物		55,025	15位	53,181	29位							
		健診有無別		健診対象者	健診受診者		3,355		3,549	······································	526		413	2,0		YDD NO 0
	6	健診有無別 一人当たり		一人当たり	健診未受診者		0,338		12,357		206		859	<u> </u>	683	KDB_NO.3 健診・医療・介護
		点数		舌習慣病対象者 一人当たり	健診受診者		9,298		9,429		001		430		470	データからみる地域
	Н			制奨者	健診未受診者		28,652 58.8		32,826 56.0		214 55.5		260 55.3	36, 4.116.530	479 55 a	-
	7)	健診・レセ	文衫	御突石 医療機関受診	<u>*</u>	1,652 1.508	53.7	1,636 1,504	51.5	344,966 317,329	55.5	49,976 46,476	51.4	3,799,744	55.9 51.6	KDB_NO.1
	v	突合		医療機関非受		1,306	5.1	1,304	4.5	27.637	4.4	3,500	3.9	316,786	4.3	地域全体像の把握
	1		健診	受診者	- 1		2,810	.02	2,922	,	,137		375		2,845	<u> </u>
	2			受診率		39.4	県内10位	44.8	県内9位		8.0	35.4	全国27位		4.0	1
	\vdash		歩中	保健指導終了	Y (串体本)		同規模104位 38.6		同規模59位 27.7		9	783				-
	34			保健指導於了? !満高血糖	日 (天肥半)	119 295	10.5	87 255	8.7	6491 65.298	8.7 10.5	9,481	8.4 10.5	35,557 687,157	4.1 9.3	1
	4		∌F/JL	·/M (e) mr./0e	該当者	432	15.4	458	15.7	109,931	17.7	15.283	16.9	1,272,714	17.3	
	(5)				男性	294	23.1	323	24.1	74,832	27.3	10,219	26.3	875,805	27.5	
		杜中勝込の			女性	138	9.0	135	8.5	35,099	10.1	5,064	9.8	396,909	9.5	
特		特定健診の 状況		メタボ	予備群	288	10.2	360	12.3	66,382	10.7	9,741	10.8	790,096	10.7	
定	6				男性	181	14.2	236	17.6	45,367	16.6	6,315	16.2	548,609	17.2	
健		県内順位			女性	107	7.0	124	7.8	21,015	6.1	3,426	6.7	241,487	5.8	KDB_NO.3
	7	順位総数41			総数	813	28.9	930	31.8	197,014	31.7	27,780	30.7	2,320,533	31.5	健診・医療・介護 データからみる地域
診	8		X	腹囲	男性	530	41.6	629	46.9	133,907	48.9	18,219	46.8	1,597,371	50.1	の健康課題
の	9		クタ		女性	283	18.4	301	19.1	63,107	18.2	9,561	18.6	723,162	17.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
状	0		ボ	DM	総数	197	7.0	186	6.4	32,585	5.2	6,626	7.3	346,181	4.7	
況	(1)		該当	BMI	男性	28 169	2.2 11.0	30	2.2 9.9	5,175	1.9 7.9	1147	2.9	55,460	1.7 7.0	-
,,,,	(3)			血糖のみ	女性	14	0.5	156 15	0.5	27,410 4,454	0.7	5,479 636	10.6 0.7	290,721 48,685	0.7	
	14		予備	血圧のみ		221	7.9	267	9.1	46,253	7.4	7.150	7.9	546.667	7.4	
	(5)		群	脂質のみ		53	1.9	78	2.7	15,675	2.5	1,955	2.2	194,744	2.6	1
	16		レ	血糖・血圧		97	3.5	112	3.8	18,184	2.9	3,345	3.7	196,978	2.7	
	(17)		ベル	血糖·脂質		19	0.7	23	0.8	6,261	1.0	650	0.7	69,975	1.0	
	(18)			血圧・脂質		200	7.1	190	6.5	51,428	8.3	6,823	7.5	619,684	8.4]
	19		L	血糖・血圧・	指質	116	4.1	133	4.6	34,058	5.5	4,465	4.9	386,077	5.2	
			服	高血圧		1,022	36.4	1,145	39.2	219,823	35.4	36,148	40.0	2,479,216	33.7	
	1		ル 薬	糖尿病		230	8.2	246	8.4	50,754	8.2	8,225	9.1	551,051	7.5	Į.
	Ш		<u> </u>	脂質異常症	ma (make e e	423	15.1	471	16.1	147,133	23.7	21,831	24.2	1,738,149	23.6	-
			既	脳卒中(脳出血 心臓病(狭心症		58 57	2.3 2.3	64 57	2.5 2.2	19,677 34,519	3.3 5.7	2,582 4,579	3.2 5.7	230,777 391,296	3.3 5.5	ł
	2		往	心脈病 (茶心症 腎不全	・心筋快差等丿	16	0.6	15	0.6	34,519	0.5	633	0.8	37,041	0.5	1
			歴	自小王 貧血		38	1.5	41	1.6	54,423	9.1	3,746	4.6	710,650	10.1	1
生	3		喫煙			506	18.0	535	(18.3)	84,044	13.5	13,605	15.1	1,048,171	14.2	1
活	4		**********	回以上朝食を抜	ζ (179	7.2	162	6.3	37,458	6.8	6,037	7.5	540,374	8.5	1
習	5		週3[回以上食後間食		431	17.2	406	15.8	65,982	12.0	12,579	15.7	743,581	11.8]
慣	6		週3[回以上就寝前夕	食	473	18.9	455	17.7	79,834	14.5	14,658	18.3	983,474	15.4	KDB_NO.1
	7	状況	000000000	る速度が速い		1,080	43.1	1,094	42.5	145,031	26.4	29,757	37.1	1,636,988	25.9	地域全体像の把握
S D	8			時体重から10		795	31.8	829	32.2	170,562	31.2	26,978	33.6	2,047,756	32.1	ļ
状	9			80分以上運動習		1,747	69.8	1,817	70.6	343,108	62.1	52,327	65.2	3,761,302	58.7	ļ
況	10		000000000	時間以上運動	なし	1,188	47.5	1,302	50.6	248,397	44.8	40,559	50.6	2,991,854	46.9	ł
	1)		000000000	:不足 		558	22.3	598	23.2	133,710	24.2	24,639	30.7	1,584,002	25.0	
	12			飲酒飲酒		821	29.2 18.0	876	30.0 18.3	149,888	25.3	22,550	25.3	1,760,104	25.6	-
	(13)		一 4	1合未満		507 1,583	60.0	535 1,540	57.0	120,440 246,382	20.3 63.7	20,146 41,988	22.6 57.4	1,514,321 3,118,433	22.0 64.1	1
			日	1~2合		553	21.0	600	22.2	94,409	24.4	18,019	24.7	1,158,318	23.8	1
	(14)		飲酒	2~3合		250	9.5	275	10.2	35,983	9.3	7,882	10.8	452,785	9.3	1
1	1		沿量	3合以上		253	9.6	289	10.7	10,264	2.7	5,205	7.1	132,608	2.7	1

【参考資料 2】

I	036-0104 青森県平川市柏木町藤山25-6	₩ 円器
	ヒラカワ クロウ 籐	≺≅
	平成29年度 特定健康診査受診	受診上の注意事項
ı.i	上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自 (特定健康診査受診結果等の送付に用います。)	自署してください。
2)	特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険 どちらか一方だけでは受診できません。	受診券と被保険者証を窓口に提出してください。 ん。
	特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診し	安診してください。
4	特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知すると 必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、 診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同	するとともに、保険者等において保存し、 70上、受診願います。また、この券で受 ても同様です。
υ.	健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検される 告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご丁承	されることがある他、国への実施結果報ご了承の上、受診願います。
. 9	被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。 (国民権険から他の医療機関へ加入手続き中の方もこの券を使用しての受診はできません。) すかにこの券を保険者等にお返しください。また、この券を使用できない時 (被保険者のが無い期間や、同一年度内に特定健康診査を既に受診済みの場合等) に特定健康診査を した場合は、受診費用を全額自己負担していただきますのでご注意ください。	この券を使用しての受診はできません。 (国民健康保力もこの券を使用しての受診はできません。) すみやい。また、この券を使用できない時 (被保険者の資格)整査を既に受診済みの場合等) に特定健康診査を受診していただきますのでご注意ください。
7.	不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪と	して懲役の処分を受けることもあります。
∞.	この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに さい。	すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてくだ

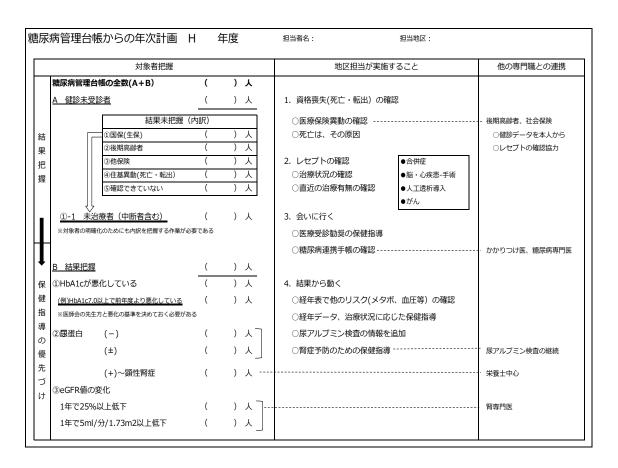
				₩.	쎢定健康診査受診券	査受診券		
						200	2017年 (平成29年) 4.	4月 1日 交付
ĄŊ.	受給券整理番号	14年号	171000	17100000001				
氏名	24		ヒラカワ	17 A D				
性別	91			男	生年月日	1950年 (昭和26年)	F) 12月20日	
争	有効期限		2018年	: (平成30年)) 1月 31日			
	Age 494	-	1	1		窓口の自己負担		保険者負担
	種形内谷	*	美麗ಶ馬	美施項目	負担額	同時実施負担額	負担率	上限額
	#	1	個別	0	田0	1	1	ı
	南	奉 本項目	集団	0	⊞0	1	1	1
		1	個別	⊲	田0	1	1	ı
特定	-	紅目	集団	⊲	⊞0	1	1	1
雙翁	壯果	を	個別	⊲	田0	ı	1	ı
2	画品	が 開 対	集団	⊲	⊞0	1	ı	1
	I	祖	個別	⊲		0円	_	-
		HK/EX	集団	⊲		0周	ı	-
华	#1	生活機能	個別	1		1	ı	ı
定律	店 機	チェック	集団	1		1	ı	ı
(組計	生活機能	個別	1		1	1	ı
₹	軍	検	集団	1		1	ı	ı
の項	ū	di fin Metal	個別	⊲		田0	1	1
ш	Đ.	加速部	集団	⊲		田0	ı	1
	4 St III 1	77	個別	-		1	-	1
			集団	1		1	ı	_
7 (进	△は、基	基本項目、生活	生活機能チェ	ックの結果及び、		保険者の契約内容を確認し実施します	₩ ₩	
	(8)	14	平川市権	平川市柏木町藤山25-6	9-			
账	0	TEAE						
剱 耆	钽	電話番号	0172-44-1111	-1111				
排	梅	中	0	0	0 2	2 0	2 7	公印省略
	杂	奉	平川市					
	#07	契約とりまとめ機関名	め機関名		医師会			
	16/	支払代行機関番号	* 台墾		90299025			
		支払代行機関名	蜀名 *		青秦県国民健房	青森県国民健康保険団体連合会		
-%		間の部在ナス	: 同位浦今~	- 中米 〇 公	4番雑組の形式よど国民事会会の条件、2条に落りますがある。	がオル		
:	- XMETAKI	MAZZIZITE 7 .º	一門子供に	t · D III · A	147年~1016~1日~1~~	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\		



【参考資料 4】

番号	追加 年度	地区	氏名	性 別	年度 年齢	診療開 合併症(]	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧	楣	HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	2/1	血圧								
							CKD	GFR								
							GND	尿蛋白								
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧	楣	HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	ルバ	血圧								
								GFR								
							CKD	尿蛋白								

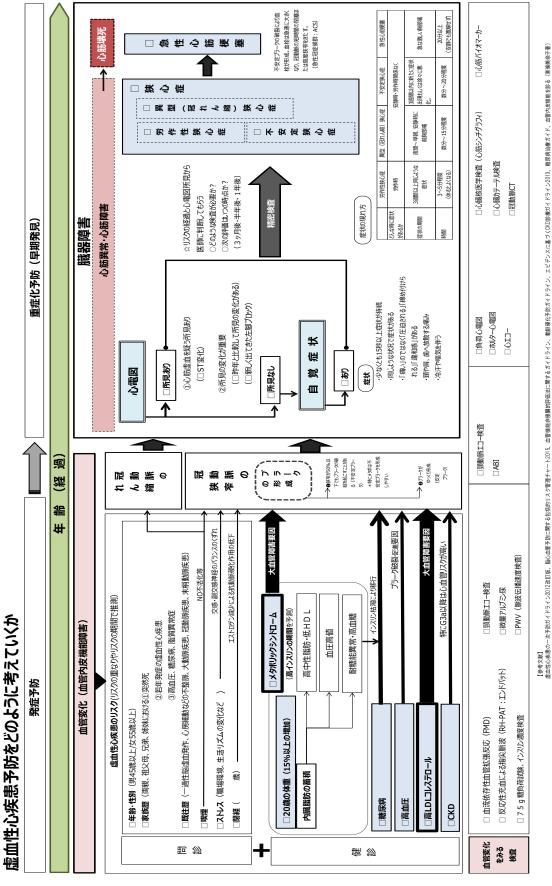
【参考資料 5】



糖尿病性腎症重症化予防の取組評価表

1/11	//J\//I			II 10 1 1	りの取組評価:	突			保険	6者			同規模保険	者(平均)	
				項目		合	28年	- 度	29年		304	 F.度	28年度同規模		データ基
						表	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	1	被保険者	数			Α		9,678人							KDB_厚生労働省様式
1	2		(再	搏)40-74	4歳	ζ		7,297人							様式3-2
	1		対象	8者数		В		6,490人							
2	2	特定健診	受診	含者数		С		2,919人							市町村国保
	3		受診	§率				45.0%							特定健康診査・特定保健指導
3	1	特定	対象	2者数				313人							状況概況報告書
_	2	保健指導	実旅					30.7%				1			
	1		糖尿	病型		Е	371人	12.1%							
	2				・中断者 (質問票服薬なし	F	116人	31.3%							
	3				(質問票 服薬あり) ・トロール不良	G	255人	68.7%							
	4				1c7.0以上または空腹時血糖130以上		132人	51.8%							
4	5	健診			血圧 130/80以上	J	79人	59.8%							特定健診結果
4	67	データ		コン	肥満 BMI25以上 /トロール良	K	60人	45.5% 48.2%							行足姓彭和木
	8			第1期	pAlc7.0未満かつ空際時血糖130未満 尿蛋白(-)	IX	275人	74.1%							
	9			第2期	尿蛋白(±)		47人	12.7%			 				
	10			第3期	尿蛋白(+)以上	М	46人	12.4%			 				
	11)			第4期	eGFR30未満		3人	0.8%							
	1		糖尿	尿病受療率	(被保数千対)			108.3人		I		1		1	KDB_厚生労働省様式
	2			(再掲)	40-74歳 (被保数千対)			141.7人							様式3-2
	3			レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)		5,811件	(825.9)					5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析
	4			() 内は被保敷千 対	入院(件数)		52件	(7.4)					40件	(5.8)	(生活習慣病)
	(5)		糖尿	尿病治療中		Н	1,048人	10.8%							
	6			(再掲)	40-74歳	"	1,034人	14.2%							
	7			健	診未受診者	- 1	779人	75.3%							
5	8	レセプト	イン	/スリン治		0	95人	9.1%							KDB_厚生労働省様式
]	9				40-74歳		93人	9.0%							株式3-2
	10		糖尿	病性腎症	10.74%	L	104人	9.9%							
	11)		倡性				104人	10.1%							
	12)			慢性人工透析患者数 (線原病治療中に占める割合)			7人	0.67%							
	13)			(11117	40-74歳		7人	0.68%							
	14)				折患者数 糖尿病性腎症		0人	0%							
	(15)	ŀ	【参:	(,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	据		0人	0%							KDB_厚生労働省様式
	16)			(糖尿病治療中に占			20人	1.6%					0.04		様式3-2 ※後期ユーザー
	1		総色	療費	世			3961万円					+	9383万円	
	3				貫病総医療費 費に占める割合)		15億	6722万円 57.2%			1		1/1億	2834万円 57.7%	
	4			生活習慣病	健診受診者			9,429円			 			7,709円	
	5			対象者	健診未受診者			32,817円			 			34,303円	
	6	ŀ	糖尿	尿病医療費				8964万円						7157万円	
	7	ŀ			医療費に占める割合)			12.1%						9.9%	
6	8	医療費	糖尿	表病入院外	総医療費		4億	4423万円							KDB
	9			1件あた	: 4)			32,049円							健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
	10	ļ	糖尿	マ病入院総 に	医療費		3億	0177万円							
	(1)			1件あた	ŋ		5	87,096円							
	12)	[在院日数	效			16日							
	13)		慢性	慢性腎不全医療費				6083万円						6920万円	
	14)			透析有			!	5241万円					-	5806万円	
	15)			透析なし	L			842万円						1114万円	
7	1	介護	介護	養給付費				1333万円		Ι	-	1	31億	7863万円	
-	2		web C		定者) 糖尿病合併症		1	17.9%						4.4.0	KDB_健診・医療・介護データ
8	1	死亡	槽牙	表病 (死因)	州火工 致 <i>)</i>		9人	2.0%					5人	1.1%	からみる地域の健康課題

【参考資料7】



64

【参考資料8】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

rate.	=^//+======	10=0		リスク	状況			対象者
健	診結果、問	問診	他のリスクの重	重なりを考える	虚血性心疾患を	予防するためのリスク		(
1	心電図		心雷図	所見なし		S T変化		(5)
	.0.46121		.0 60	7170-60	□₹0	の他所見		重
								症
2	問診		□自覚症状なし □家族歴 父	母、祖父母、兄弟姉妹 (1)郊	□少なくとも15秒以上の8 □同じような状況で症状が □「痛い」のではなく「圧迫感がある □以前にも同じような症が □頚や肩、歯へ放散する8 □冷汗、吐き気がある	がある される」「締め付けられる」「違和 があった 痛み		化予防対象者
					5年での虚血性心疾患の発症 5血圧、糖尿病、脂質異常症			
			□既往歴·合併症 — □喫煙	過性脳虚血発作、心房細動な	どの不整脈、大動脈疾患、流	冠動脈疾患、末梢動脈疾患		
3	健診結果	₹		か。この人がどういう経過をたどっ るリスクがあるかどうかをスクリーニン		メタボタイプかLDLタイプか を経年表より確認する。		
	判定		正常	軽度	重度	追加評価項目		
	□腹囲			I	85~ 90~			
	□ВМІ		~24.9		5~			
	□中性	空腹	~149	150~299	300∼			
Х	脂肪	食後	~199	20	00~			
タボリ	□nonH	IDL-C	~149	150~169	170~			
ツ	□AST		~30	31~50	51∼			発 症
クシン	□血糖	空腹	~99	100~125	126~	【軽度】 □75g糖負荷試験		予防
۴		食後	~139	140~199	200~	【重度】		対 象
I A	□HbA1	.c	~5.5	5.6~6.4	6.5~	□眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比		者
	□尿酸		~7.0	7.1~7.9	8.0~			
	□血圧	収縮期	~129	130~139	140~	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧		
		拡張期	~84	85~89	90~	の鑑別)		
4	□LDL-C	2	~119	120~139	140~	□角膜輪/アキレス腱肥厚 /皮膚・腱黄色腫/発疹性 黄色腫の有無		
e G F	R			60	 未満			
尿蛋白	l		(-)	(+	-) ~			
□ск	D重症度	分類		G3a	nA1~			
	その他		□閉経 □アルコール □運動習慣 □睡眠・生活リズム 0		12	24		

参考:脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料9】

<u>ń</u>	王評 [·]	価表	1																							
	址 但 ℝ	負者証													健診す	<u>-</u> 4										
w -	1以不	火 1証	n h	14 ni	F ±A		過:	去5年間(かうち直	Ú									ΔE							
番号			氏名	性別	年齢	メタボ			450				H24			H25			H26			H27			H28	
	記号	番号				段	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期

【参考資料 10】

			基本情	軵				治療の状況	7	脳梗塞	の有無							毎年度	確認する	izł					
号	登録年度						医療	心房細動	心房細動	脳梗塞	脳梗塞			H26年度					H27年,	度				H28年度	ŧ
	番号	行政区	担当	氏名	年齢	性別	機関名	の病名	沙療開始日		診療日	鬱鉛	心電図 判定	牆	内服薬	備考	鬱	心電図 判定	牆狀	内服薬	備考	鼢	心電図 判定	糖状況	内服薬

	評価(良くなった	ところ)			
平成29年度 課 題	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
日 標 ○特定健診受診率 H29年度目標60% 今定保健指導実施率 H29年度目標60% ○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らすことを目標に、平成29年度に平成26年度と比較して疾患それぞれに10%減少させる。 未受診者対策 ◆受診率が低い。 ◆受診動奨の対象者、アプローチ 方法の取組 ◆医療機関の協力等による取組 ○早期介入保健指導事業 ◆対象者の選定、評価方法等の検討 ○国保30歳代の健康診査(集団のみ) ◆年々受診者が減少傾向 健診申込があるのは、70人(9%)程度。若年層への健診の必要性等理解が得られるようなアプローチが重要と考えられる。 ◆事業参加者の健診行動につながったかどうかの評価方法について検討する必要がある。 重症化予防対策	(プロセス) 未 受 診 対 策 ・広報や受診券発送時、保険証更新時など受診勧奨する。 ・健康教育の機会を利用し受診の必要性をPRする。 ・30歳代からの受診(集団健診のみ) ・国保途中加入者の受診 ・南県医師会、弘前市医師会と委託契約し、個別健診の受診医療機関を増やす。 ・個別健診の受診者を増やすため医療機関に受診勧奨のポスターを掲示する。 ・12月の追加健診前に未受診者へのハガキでの受診勧奨・糖尿病管理台帳を活用し、5年間未受診・未治療者への受診勧奨訪問 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム市内の協力医療機関5か所に訪問し重症化予防、特定健康診査の受診勧奨の協力依頼を実施 ・40~50歳代の受診率が特に低い。この年代の未受診者対策が必要である。 ・糖尿病管理台帳の活用し、継続受診、治療となるよう関わっていく。 ・医療機関への個別訪問を実施し、少しずつだが医療機関を関係づくりができるように取り組み始めた。今後も継続し、医療機関を関係づくりができるように取り組み始めた。今後も継続し、医療機関を関係づくりができるように取り組み始めた。今後も継続し、医療機関を関係である。 ・30台健診についても、未受診の場合は、受診勧奨が必要である。 ・対象者選定について検討し、評価指標について疾患毎で設定。またそれに合わせて保健指導内容に検討必要。 ・糖尿病管理台帳の活用について、経年管理を行っていくようにした。 ・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチを行っていく。	未受診者対策 ・受診券発送時、保険証更新時受診勧奨のチラシ同封 ・30歳代の受診 59人 ・12月追加健診受診者数 202人 ・2日間で5か所の医療機関訪問 ・糖尿病管理台帳の活用により受診勧奨 重症化予防対策 ◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ	**未受診者対策** ○受診券発送時、保険証 キで受診動奨を実施した ようにするか検討が必要 ○治療中の方で特定健診 を掲示してもらった。 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	更新時に受診勧奨し、! 40歳台の受診率がである。 → H30年 未受診者への受診を勧放30年度から健診の変いかけていく必要がある。 えてきた重症化予防対!	象者へのアプローチも検討が必要。
●保健指導の内容、優先順位の検討・重症化予防を実践していくための優先順位の検討・重症化予防を実践していくための優先順位の検討が必要と考えられる。 ・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図るようにしていく必要がある。 ・糖尿病管理台帳の作成について・CKD重症化分類のレベルによっては栄養指導が重要であるが、なかなか栄養指導までつながっていない。 ●評価方法の検討・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価) 医療とのつながり ●個々の医療機関と連携が難しい。・今後検討が必要。	・医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・必要時、医療機関へ個別に訪問。 ・年度当初に前年度からの課題等を共有し、今年度の計画を確認していくことは重要で、人事異動があったり、担当が変更になっても継続した取組になる。 ・糖尿病管理台帳の活用し、整理していく中で見えてくる対象者もある。一定の関わりについてはルールを決めているが、地区毎で優先順位を見ながら関わっていける。・栄養指導に関しては、今後検討していきながらすすめていく。 ・医療連携の個別訪問は、少しずつでもすすめて継続していくことが重要。 医療とのなが、地区毎で優先順位を見ながら関わっていける。・栄養指導に関しては、今後検討していきながらすすめて終。していくことが重要。 ・直携様式、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・個々の医療機関に訪問し、直接説明していく中で、先生方の考え等を聞く機会となった。また、市の取組を理解していただけることにより、協力していただける医療機関が増える可能性が大きく、継続していく必要がある。 ・連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を数値で評価していくようにする。	対象名で歴史し、「フーーフ 実施中、(まずは未受診・未 治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施 医療とのつながり ◆医療機関5か所に個別訪問 をし、未受診者対策、重症化 予防対策について協力依頼 をした。	きる。今年度は過去5年間開始した。今後地区毎のである。 ○医療連携の一歩として例を通じての連携を進め ○紹介状や保健指導情報 把握していく。 **医療とのつながり** ○南黒医師会、弘前市医ラムの事業をすすめている ○医療連携の一歩として、個々の事例を通じての連携	間の中で健診未受診、医 課題も見えてくると思: 、市内の医療機関5か所 ていけるよう体制作り; 提供書の連携様式と糖/ と 市内の医療機関5か所 きながら、医療機関5か所 携をすすめていけるよう	療機関末受診者の訪問を実施していくことか われるので、それぞれの台帳の活用の検討が必 に個別訪問を行った。今後継続した関わり、「

第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

• 第 3 期特定健康診査等実施計画

発行年月 平成 30 年 (2018 年) 3 月

発 行 平川市

編集健康福祉部健康推進課(平川市健康センター内)

〒036-0104 青森県平川市柏木町藤山 16 番地 1 TEL 0172-44-1111 (代表) FAX0172-44-8619

URL http://www.city.hirakawa.lg.jp