

只見町保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成30年3月

只見町

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 健康課題の明確化	8
1.健康格差の縮小	
2.これまでの取組み	
3.健康・医療情報の分析	
4.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	27
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	43
第6章 計画の評価・見直し	44
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	45
参考資料	46

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の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を図るため、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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図る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。

只見町においては、国指針に基づき、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られることを目的とする。

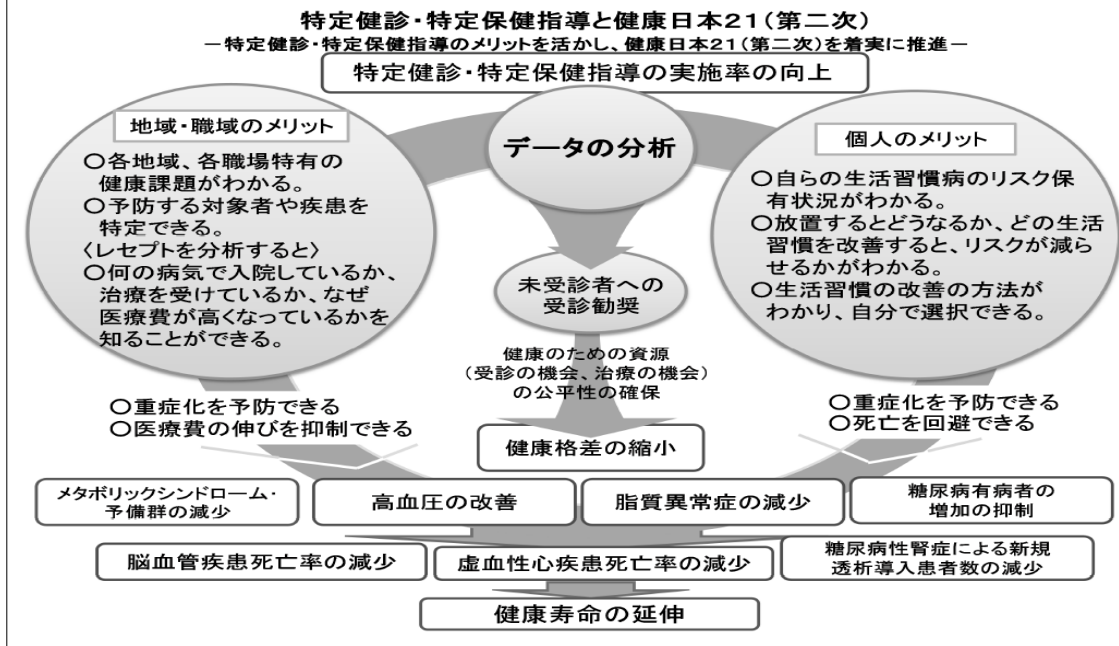
2. 計画の位置付け

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

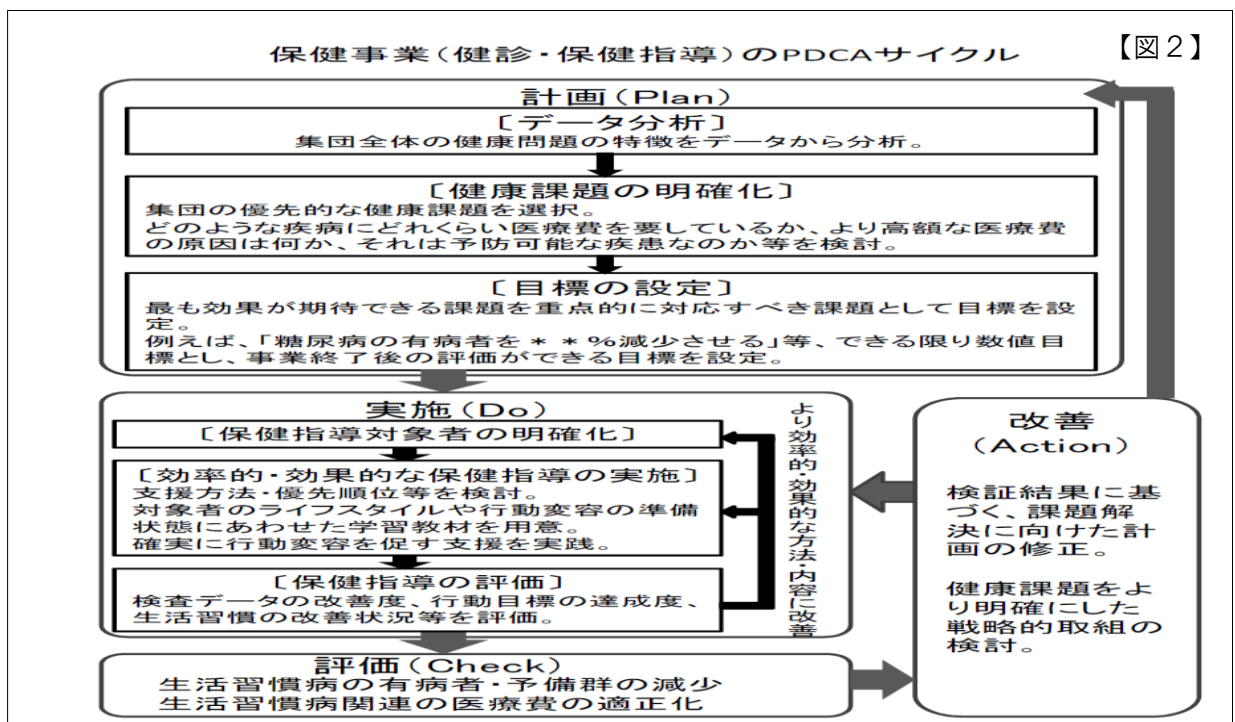
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表 1・2・3）

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
※ 健康増進法第9条第2項 第2号 健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村（電子保護法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 （健康増進事業実施者等）	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28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施策を推進するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成23年6月 「国民健康保険法」に基づく健康事業の実施等に関する指針の一部改定	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について「基本指針」【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～32年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活 習慣病の発生予防や重症化予防 を重要なとらえ、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を指し、その結果、 生活習慣病の発症が継続予防 となること、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の 生活習慣病の予防 を推進し、慢性疾患を予防することができれば、通院回数を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発生を抑制 、入院患者を減らすことができ、その結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を実現することが可能である。 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 に重点を置き、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と、約款に抽出するために行うものである。	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疾病予防の取り組み について、 医療者がその支援の中心 として、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。 被保険者の健康の持続性増進 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 健康意識 の向上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立身し立身した日常生活を営むことができるよう支援することや、 要介護状態または要支援状態となることへの予防 又は、要介護状態等の軽減もしくは 重症化の防止 を理念としている。	国民皆保険を堅持 し、続けていかなければ、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていくとともに、 医療者が適切な医療を効果的に提供するための体制の整備 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において役割の異なる医療者の連携 を実現し、良質な適切な医療を効率的に提供するための体制の整備を図る。
対象年齢	ライフステージ（ 乳幼児期 、 若壮年期 、 高齢期 ）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える現在の有期（壮年期）世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	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	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 精神疾患
評価	※50項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症）による年間特定医療費対入患者数 ③合併症（糖尿病性腎症）による年間特定医療費対入患者数 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合 ㊶糖尿病性腎症の割合 ㊷糖尿病性腎症の割合 ㊸糖尿病性腎症の割合 ㊹糖尿病性腎症の割合 ㊺糖尿病性腎症の割合 ㊻糖尿病性腎症の割合 ㊼糖尿病性腎症の割合 ㊽糖尿病性腎症の割合 ㊾糖尿病性腎症の割合 ㊿糖尿病性腎症の割合 ①糖尿病性腎症の割合 ②糖尿病性腎症の割合 ③糖尿病性腎症の割合 ④糖尿病性腎症の割合 ⑤糖尿病性腎症の割合 ⑥糖尿病性腎症の割合 ⑦糖尿病性腎症の割合 ⑧糖尿病性腎症の割合 ⑨糖尿病性腎症の割合 ⑩糖尿病性腎症の割合 ⑪糖尿病性腎症の割合 ⑫糖尿病性腎症の割合 ⑬糖尿病性腎症の割合 ⑭糖尿病性腎症の割合 ⑮糖尿病性腎症の割合 ⑯糖尿病性腎症の割合 ⑰糖尿病性腎症の割合 ⑱糖尿病性腎症の割合 ⑲糖尿病性腎症の割合 ⑳糖尿病性腎症の割合 ㉑糖尿病性腎症の割合 ㉒糖尿病性腎症の割合 ㉓糖尿病性腎症の割合 ㉔糖尿病性腎症の割合 ㉕糖尿病性腎症の割合 ㉖糖尿病性腎症の割合 ㉗糖尿病性腎症の割合 ㉘糖尿病性腎症の割合 ㉙糖尿病性腎症の割合 ㉚糖尿病性腎症の割合 ㉛糖尿病性腎症の割合 ㉜糖尿病性腎症の割合 ㉝糖尿病性腎症の割合 ㉞糖尿病性腎症の割合 ㉟糖尿病性腎症の割合 ㊱糖尿病性腎症の割合 ㊲糖尿病性腎症の割合 ㊳糖尿病性腎症の割合 ㊴糖尿病性腎症の割合 ㊵糖尿病性腎症の割合					

【図 1】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

只見町においては、保健福祉課が主体となり計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、保健師等の専門職と連携をして計画策定を進めていく。具体的には、後期高齢者医療、健康増進、介護保険、生活保護等の担当とも十分に連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、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。

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。これらの外部有識者等は、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者としての立場と専門的知見を有する第3者としての立場の両方の立場を有することが条件となり、健康保険組合等の他の医療保険者、国保連及び国保連に設置される支援・評価委員会や都道府県との連携・協力も重要である。

これらの者との連携・協力に当たっては、データの見える化等により、被保険者の健康課題をこれらの者の間で共有することが重要となる。また、これらの者に対し、保険者等の職員向け研修への参画を求めることも考えられる。

（保健医療関係者の役割）

計画の実効性を高めるためには、とりわけ、保健医療関係者又は保健医療関係団体（以下単に「保健医療関係者」という。）との連携・協力が重要である。

このため、保険者等は、計画の策定等に保健医療関係者の協力が積極的に得られるよう、

○意見交換や情報提供を日常的に行う、

○保健事業の構想段階から相談する、

○計画策定等に積極的に加わってもらう（策定等のための会議に参画してもらう）

ことなどを通じて、連携に努める必要がある。

これに対し、保健医療関係者は、保健医療に係る専門的見地から、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

（国保連及び支援・評価委員会への役割）

国保連に設置された支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くのノウハウが蓄積されている。

このため、保険者等は、可能な限りの支援・評価委員会の支援・評価を受けることが望ましい。これに対し、支援・評価委員会は、そのノウハウや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、保険者等による国保データベース（以下「KDB」という。）等のデータ分析の質を高めるため、保険者等のニーズをくみ上げた迅速な帳票の改修、保険者等の職員向け研修の充実に努めることが期待される。国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

（都道府県の役割）

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。

都道府県は、保険者等からの求めがある場合には、特に保健医療関係者などの外部有識者等との連携の面で支援を行うことが期待される。とりわけ、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者（団体）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。

（国保連と都道府県との連携）

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、国保連は、都道府県の求めに応じ都道府県の会議・研修会等に参画する、両者共同での会議や研修会、意見交換の場を設置し開催する、都道府県は、国保連の求めに応じ支援・評価委員会に参画する、などにより、平素から両者が積極的な連携に努めることが重要である。

（他の医療保険者等との連携）

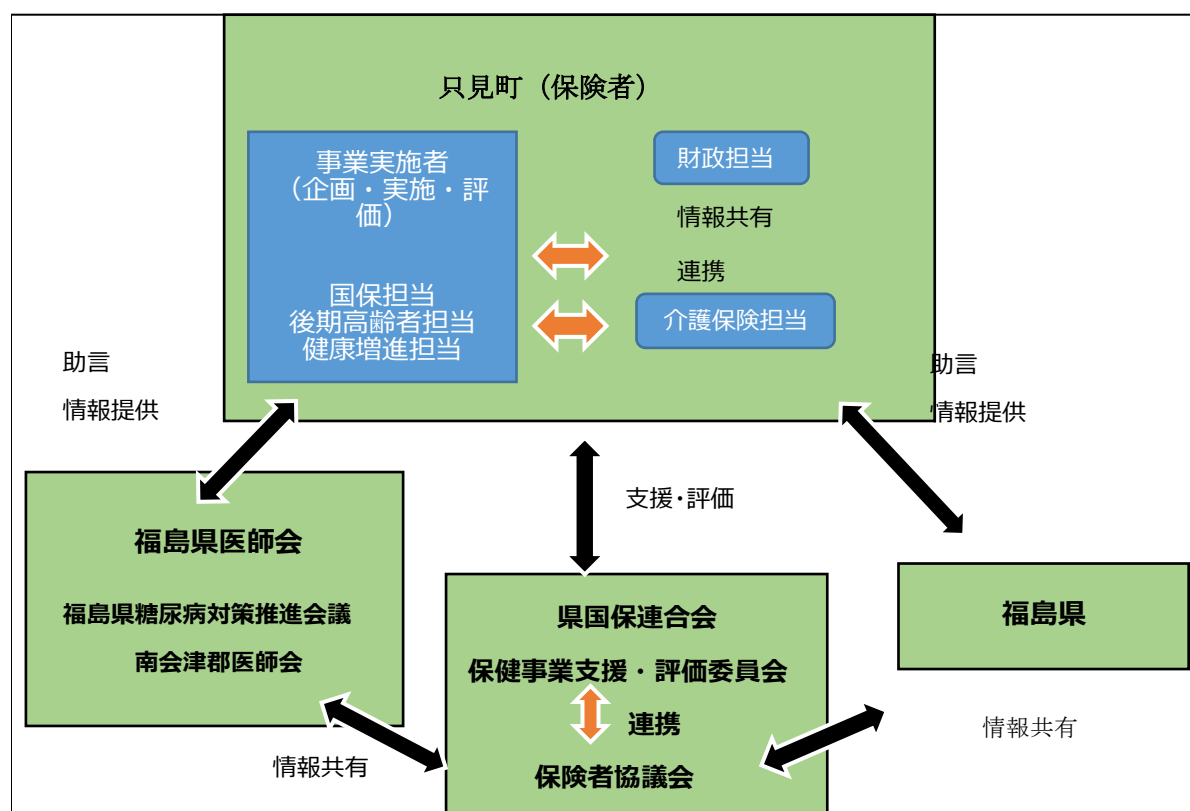
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことに鑑み、健康保険組合など他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保健事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用した連携促進も有用である。また、地域の保健、医療、介護、福祉、スポーツ等の関係者との連携等にも留意する。

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。このため、保険者等は、外部有識者等だけではなく、被保険者の立場からの意見を計画等に反映させるべきである。

只見町の実施体制図

【図 3】



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。

評価指標							30年度 満点	28年度 前倒し分 満点
H29、30年度							850点	345点
共通 ①	特定健診受診率						50	20
	特定保健指導実施率						50	20
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率						50	20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組						100	40
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携						(50)	
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携						(25)	
	・専門職の取組、事業評価						(25)	
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談						(25)	
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供						25	20
	個人のインセンティブ提供						70	20
	・個人へポイント付与等取組、効果検証						(50)	
	・商工部局、商店街等との連携						(25)	
固有 ②	データヘルス計画の取組						40	10
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施						(5)	
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価						(35)	
	関係部署、県、医師会等と連携							
共通 ②	がん検診受診率						30	10
	歯周疾患(病)検診実施状況						25	10
固有④	地域包括ケアの推進						25	5

第2章 健康課題の明確化

1. 健康格差の縮小

今回の計画の目的は、脳血管疾患、虚血性心疾患の死亡を減らし、健康格差を縮小することであるが、平成27年度厚生労働省調査結果によると、福島県は、メタボリックシンドローム該当者は17.1%であり、全国順位ではワースト3位となっている。また、年齢調整死亡率では、虚血性心疾患は平成22年度と比較して上位になっている。特に急性心筋梗塞では男女ともに1位、脳梗塞では男性7位、女性5位となっている。

福島県の順位												
	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		急性心筋梗塞		脳梗塞	
性別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
全国順位	11位	9位	4位	4位	11位	6位	11位	20位	1位	1位	7位	5位
過去の順位	15位	12位	6位	6位	8位	5位	13位	35位	1位	1位	5位	1位
厚労省：人口動態統計特殊報告「都道府県別に見た主な死因男女別年齢調整死亡率」より												

2. これまでの取り組み

只見町においては、これまで内臓脂肪症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導を実施し、未受診者対策や個別訪問に力を入れてきた結果、特定健診受診率が向上し、特定保健指導実施率も伸びてきている。

個人の健康課題の解決のために、メタボリックシンドローム以外の、特に只見町の健康課題である高血圧を主に、1人でも多くの方へ保健指導を実施してきたが、すでに重症化している心血管疾患患者も発生しているため、今後は重症化予防対象者を明確にし、血管変化まで起こしているにもかかわらず、治療を受けていない方に治療の必要性を理解してもらい治療につなげること、治療中でも受診の中断がないかの確認が必要となると考えられる。

3. 健康・医療情報の分析

(1) 全体の経年変化

KDB システムは平成25年度から稼働しており、計画を策定するにあたり、只見町の特性を把握するために、KDB システムからの情報を確認及び同規模保険者と比較を行い、第2期只見町特定健診保健指導実施計画の計画期間内の医療費の状況を分析した。

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、標準化死亡比は男女ともに、わずかに増加している。死因別には、心臓病、脳疾患、糖尿病は減少していたが、腎不全による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇があり、40～64歳の2号認定率は減少しているものの、1号認定者の増加によって、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合はやや増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。医療機関受療率の減少、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加及び非受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動をしているために医療機関により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、同時に非受診率も

増加しているため、適正受診がないまま生活習慣の改善をしていない場合もあることから、重症化してしまうことも推測できる。

健診有無別に一人当たり点数でみると、健診未受診者の方が診療点数が高かった。只見町の特定健診受診率は増加しているが、医療費適正化の観点からもさらに特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料 1）

（２） 中長期的な疾患の状況

①介護給付費の状況

介護給付の変化について、同規模平均では、1件当たり給付費、居宅サービス及び施設サービスがそれぞれ減少しているのに対し、只見町は介護給付費、1件当たり給付費、居宅サービスが増加していることが分かった。

介護給付費の変化

年度	町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス	1件当たり給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス
H25年度	5億4950万円	70,194	41,823	268,417	76,039	40,364	279,607
H28年度	6億2467万円	93,795	47,853	271,846	73,702	39,646	273,946

②医療費の状況

医療費の変化について、総医療費、入院医療費、入院外医療費を見ると只見町は減少しており、伸び率も同規模平均より低いことが分かった。一人当たり医療費は、入院及び入院外医療費それぞれに増加しており、伸び率も同規模を上回っていることが分かった。

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額(万円)	増減	伸び率		費用額(万円)	増減	伸び率		費用額(万円)	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費	H25	3億8270万円				1億5805万円				2億2464万円			
	H28	3億6366万円	△1904万円	-0.050	-0.028	1億5746万円	△59万円	-0.004	-0.052	2億0619万円	△1845万円	-0.051	-0.011
一人当たり 医療費	H25	24,820				10,250				14,571			
	H28	27,990	3,170	0.128	-0.018	12,113	1,863	0.182	-0.046	15,876	1,305	0.126	-0.001

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

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、増加しており、疾患別に医療費に占める割合をみると脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることがわかった。

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、高血圧、脂質異常症は増加しているが、糖尿病は減少している。国と比較すると、中長期疾患では、いずれの疾患でも医療費に占める割合が高くなっていた。短期目標疾患では、高血圧と糖尿病が高くなっていた。

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28年度の比較)																	
市町村名		総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎				脳	心	糖尿病	高血圧					脂質異常症
					同規模		県内										
					慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞脳出血	狭心症心筋梗塞									
H25	只見町	363,668,200	27,990	106位	11位	5.77%	0.02%	1.45%	2.41%	6.22%	4.67%	2.51%	23.05%	19.13%	6.18%	11.34%	
H28		382,702,650	24,820	128位	15位	7.20%	0.19%	3.59%	3.14%	5.91%	7.15%	2.65%	29.83%	10.96%	5.06%	12.76%	
H28		9,677,041,336,540	24,253	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	
	国																
	県	145,376,539,640	24,818	—	—	4.97%	0.34%	2.26%	2.14%	6.26%	5.85%	3.04%	24.86%	14.22%	11.01%	7.99%	
【出典】																	
KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題																	

④中長期的な目標疾患の割合

中長期的疾患の罹患者の割合を見ると、虚血性心疾患(様式3-5)の割合は減少しており、虚血性心疾患に罹患している者のうち、脳血管疾患及び人工透析を実施している者の割合は増加傾向にあることが分かった。短期目標疾患では、糖尿病、高血圧は減少しているが、脂質異常症が増加していた。

脳血管疾患(様式3-6)の割合は増加しており、脳血管疾患に罹患している者のうち、虚血性心疾患及び人工透析を実施している者の割合は横ばいだった。短期目標では高血圧、糖尿病は減少しており、脂質異常症は増加していた。

厚生労働省 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患			人工透析			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	全体	1339	49	3.70	4	8.20	2	4.10	36	73.50	8	16.30	19	38.80
	64歳以下	755	12	1.59	1	8.33	2	16.67	7	58.33	2	16.67	6	50.00
	65歳以上	584	37	6.30	3	8.10	0	0.00	29	78.40	6	16.20	13	35.10
H28	全体	1137	40	3.50	4	10.00	3	7.50	29	72.50	6	15.00	24	60.00
	64歳以下	559	7	1.25	0	0.00	3	42.86	4	57.14	2	28.57	3	42.86
	65歳以上	578	33	5.70	4	12.10	0	0.00	25	75.80	4	12.10	21	63.60
厚生労働省 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患			人工透析			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	全体	1339	37	2.80	4	10.80	1	2.70	31	83.80	12	32.40	13	35.10
	64歳以下	755	12	1.59	1	8.33	1	8.33	9	75.00	2	16.67	4	33.33
	65歳以上	584	25	4.30	3	12.00	0	0.00	22	88.00	10	40.00	9	36.00
H28	全体	1137	37	3.30	4	10.80	1	2.70	29	78.40	9	24.30	16	43.20
	64歳以下	559	8	1.43	0	0.00	1	12.50	5	62.50	2	25.00	2	25.00
	65歳以上	578	29	5.00	4	13.80	0	0.00	24	82.80	7	24.10	14	48.30
厚生労働省 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析			虚血性心疾患			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H25	全体	1339	4	0.30	1	25.00	2	50.00	3	75.00	1	25.00	2	50.00
	64歳以下	755	4	0.53	1	25.00	2	50.00	3	75.00	1	25.00	2	50.00
	65歳以上	584	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
H28	全体	1137	5	0.40	1	20.00	3	60.00	5	100.00	3	60.00	3	60.00
	64歳以下	559	5	0.89	1	20.00	3	60.00	5	100.00	3	60.00	3	60.00
	65歳以上	578	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

人工透析(様式3-7)の割合はやや増加しており、人工透析実施者のうち脳血管疾患の割合は減少しているが、虚血性疾患は増加していた。短期目標では、高血圧、糖尿病、脂質異常症の者の割合が増加していた。

(3) 短期的な疾患の状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者の割合は減少しており、インスリン療法の実施者が減少していることから、早期受診により重症化防止ができたと推測できる。しかし糖尿病性腎症の人工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、確認していく必要がある。

高血圧治療者(様式3-3)においては、高血圧治療者の割合は減少しており、虚血性心疾患の割合が減少している。しかし、脳血管疾患、人工透析は増加していたことから、治療中断者がいなかったか、生活習慣の改善ができていないか等について確認を行い、重症化予防の取組を充実する必要がある。

脂質異常症治療者(様式3-4)においては、脂質異常症の割合が増加しているものの、糖尿病及び高血圧の割合が減少しているため、生活習慣病のリスクの重複を防止できていると推測される。しかし、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析が増加しているため、中長期的な重症化防止の取組のために、治療中断がなかったか、生活習慣の改善があったかについて確認していく必要がある。

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標									
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症					
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)			
H25	全体	1339	106	7.9	13	12.3	75	70.8	63	59.4	8	7.5	12	11.3	1	0.9	2	1.9			
	64歳以下	755	42	5.6	10.0	23.8	26.0	61.9	27.0	64.3	2.0	4.8	2.0	4.8	1.0	2.4	2.0	4.8			
	65歳以上	584	64	11	3	4.7	49	76.6	36	56.3	6	9.4	10	15.6	0	0	0	0			
H28	全体	1137	88	7.7	9	10.2	67	76.1	60	68.2	6	6.8	9	10.2	3	3.4	4	4.5			
	64歳以下	559	22	3.9	5.0	22.7	16.0	72.7	12.0	54.5	2.0	9.1	2.0	9.1	3.0	13.6	2.0	9.1			
	65歳以上	578	66	11.4	4	6.1	51	77.3	48	72.7	4	6.1	7	10.6	0	0	2	3			
厚生労働省 様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標									
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析									
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)			
H25	全体	1339	282	21.1	75	26.6	126	44.7	36	12.8	31	11	3	1.1							
	64歳以下	755	94	12.5	26.0	27.7	51.0	54.3	7.0	7.4	9.0	9.6	3.0	3.2							
	65歳以上	584	188	32.2	49	26.1	75	39.9	29	15.4	22	11.7	0	0							
H28	全体	1137	235	20.7	67	28.5	123	52.3	29	12.3	29	12.3	5	2.1							
	64歳以下	559	60	10.7	16.0	26.7	32.0	53.3	4.0	6.7	5.0	8.3	5.0	8.3							
	65歳以上	578	175	30.3	51	29.1	91	52	25	14.3	24	13.7	0	0							
厚生労働省 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標									
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析									
		被保険者数	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)			
H25	全体	1339	178	13.3	63	35.4	126	70.8	19	10.7	13	7.3	2	1.1							
	64歳以下	755	72	9.5	27	37.5	51	70.8	6	8.3	4	5.6	2	2.8							
	65歳以上	584	106	18.2	36	34	75	70.8	13	12.3	9	8.5	0	0							
H28	全体	1137	177	15.6	60	33.9	123	69.5	24	13.6	16	9	3	1.7							
	64歳以下	559	50	8.9	12	24.0	32	64.0	27	54.0	2	4.0	3	6.0							
	65歳以上	578	127	22	48	37.8	91	71.7	21	16.5	14	11	0	0							

② リスクの健診結果経年変化

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにHbA1cの有所見者が増加していることがわかった。つまりメタボリックシンドローム予備群の女性は増加しており、該当者は男女共に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による高血糖状態であることが推測される。

リスクの重複については、メタボリック該当者について、男女ともに血糖と血圧のリスクの重複、血圧と脂質の重複が増加しているため、内臓脂肪の蓄積によるリスクの増大が起きていると推測される。

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）										
男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	296		483		282		200		91		265		507		120		494		241		489		14		
県	15,537	33.5	23,800	51.3	11,999	25.9	9,815	21.1	4,727	10.2	18,811	40.5	22,701	48.9	2,674	5.8	24,292	52.3	11,009	23.7	21,693	46.7	415	0.9	
H 2 5	合計	82	30.7	127	47.6	62	23.2	57	21.3	18	6.7	96	36.0	114	42.7	11	4.1	188	70.4	90	33.7	117	43.8	2	0.7
	40-64	29	29.3	41	41.4	26	26.3	27	27.3	5	5.1	27	27.3	35	35.4	5	5.1	55	55.6	33	33.3	47	47.5	2	2.0
	65-74	53	31.5	86	51.2	36	21.4	30	17.9	13	7.7	69	41.1	79	47.0	6	3.6	133	79.2	57	33.9	70	41.7	0	0.0
H 2 8	合計	76	32.3	128	54.5	50	21.3	57	24.3	22	9.4	95	40.4	118	50.2	8	3.4	162	68.9	82	34.9	102	43.4	2	0.9
	40-64	27	37.0	42	57.5	22	30.1	22	30.1	7	9.6	23	31.5	27	37.0	1	1.4	44	60.3	29	39.7	36	49.3	0	0.0
	65-74	49	30.2	86	53.1	28	17.3	35	21.6	15	9.3	72	44.4	91	56.2	7	4.3	118	72.8	53	32.7	66	40.7	2	1.2

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	208		175		167		87		21		158		506		15		430		146		589		0.2		
県	15,667	27.1	12,405	21.5	8,826	15.3	5,690	9.9	1,633	2.8	15,259	26.4	29,333	50.8	346	0.6	25,875	44.8	8,453	14.6	33,150	57.4	67	0.1	
H 2 5	合計	82	26.8	70	22.9	32	10.5	29	9.5	8	2.6	70	22.9	125	40.8	0	0.0	186	60.8	69	22.5	173	56.5	0	0.0
	40-64	27	24.5	20	18.2	10	9.1	12	10.9	1	0.9	19	17.3	44	40.0	0	0.0	44	40.0	23	20.9	64	58.2	0	0.0
	65-74	55	28.1	50	25.5	22	11.2	17	8.7	7	3.6	51	26.0	81	41.3	0	0.0	142	72.4	46	23.5	109	55.6	0	0.0
H 2 8	合計	76	27.7	62	22.6	28	10.2	26	9.5	4	1.5	74	27.0	131	47.8	0	0.0	155	56.6	69	25.2	156	56.9	0	0.0
	40-64	24	26.1	21	22.8	14	15.2	8	8.7	1	1.1	16	17.4	42	45.7	0	0.0	40	43.5	25	27.2	52	56.5	0	0.0
	65-74	52	28.6	41	22.5	14	7.7	18	9.9	3	1.6	58	31.9	89	48.9	0	0.0	115	63.2	44	24.2	104	57.1	0	0.0

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）									
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H 2 5	合計	267	54.4	6	2.2%	62	23.2%	1	0.4%	51	19.1%	10	3.7%	59	22.1%	14	5.2%	4	1.5%	28	10.5%	13	4.9%	
	40-64	99	45.0	3	3.0%	22	22.2%	0	0.0%	15	15.2%	7	7.1%	16	16.2%	3	3.0%	0	0.0%	8	8.1%	5	5.1%	
	65-74	168	62.0	3	1.8%	40	23.8%	1	0.6%	36	21.4%	3	1.8%	43	25.6%	11	6.5%	4	2.4%	20	11.9%	8	4.8%	
H 2 8	合計	235	57.5	13	5.5%	43	18.3%	2	0.9%	37	15.7%	4	1.7%	72	30.6%	16	6.8%	3	1.3%	36	15.3%	17	7.2%	
	40-64	73	45.6	6	8.2%	14	19.2%	0	0.0%	12	16.4%	2	2.7%	22	30.1%	5	6.8%	1	1.4%	15	20.5%	1	1.4%	
	65-74	162	65.1	7	4.3%	29	17.9%	2	1.2%	25	15.4%	2	1.2%	50	30.9%	11	6.8%	2	1.2%	21	13.0%	16	9.9%	
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H 2 5	合計	306	61.0	8	2.6%	26	8.5%	1	0.3%	22	7.2%	3	1.0%	36	11.8%	6	2.0%	0	0.0%	21	6.9%	9	2.9%	
	40-64	110	51.9	5	4.5%	6	5.5%	1	0.9%	4	3.6%	1	0.9%	9	8.2%	2	1.8%	0	0.0%	5	4.5%	2	1.8%	
	65-74	196	67.6	3	1.5%	20	10.2%	0	0.0%	18	9.2%	2	1.0%	27	13.8%	4	2.0%	0	0.0%	16	8.2%	7	3.6%	
H 2 8	合計	235	57.5	13	5.5%	43	18.3%	2	0.9%	37	15.7%	4	1.7%	72	30.6%	16	6.8%	3	1.3%	36	15.3%	17	7.2%	
	40-64	73	45.6	6	8.2%	14	19.2%	0	0.0%	12	16.4%	2	2.7%	22	30.1%	5	6.8%	1	1.4%	15	20.5%	1	1.4%	
	65-74	162	65.1	7	4.3%	29	17.9%	2	1.2%	25	15.4%	2	1.2%	50	30.9%	11	6.8%	2	1.2%	21	13.0%	16	9.9%	

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率、特定保健指導率ともに増加していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者	終了者	実施率	医療機関受診率	
								只見町	同規模平均
H25	988	573	58.0	49	80	70	87.5	60.9	56.0
H28	831	511	61.5	29	69	64	92.8	66.8	56.5

（４）健康・医療情報の考察

平成25年～平成28年の期間において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来医療費及び入院医療費が減少するなど、医療費適正化に繋がったと思われる。医療費の内訳を見ると、慢性腎不全（透析有）、糖尿病、高血圧症の医療費割合が減少していた。しかし、脳血管疾患の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、糖尿病、高血圧、脂質異常症の短期的な目標の疾患については、治療に繋がったものの、継続した治療ができていないかなどの、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題が明らかになった。

また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健

診は重要であり、健診対象者の一人当たり点数を健診受診者と非受診者で見ると、非受診者の方が、点数が高いことから特定健診は重要であることから、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。また、特定健診実施後の、受診勧奨者の割合が増加していることから、受診勧奨対象者の適切な医療機関受診を勧奨し、治療の継続と生活習慣の改善を図るための保健指導が重要であることが分かる。

2. 第1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

只見町の入院外医療費は件数の割合は96.5%で、医療費のうち56.7%を占めている。また、入院件数は3.5%で、医療費全体の43.3%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

入院を生活習慣病が重症化した結果として捉えたと、医療費を医療費全体の割合で見ると入院医療費より外来医療費の割合が多いことから、入院医療を抑制できていると考えられる。

しかし、一人当たり医療費の割合が同規模及び県平均と比較して高いことから、重症化して入院する場合も考えられるため、生活習慣病の重症化予防の保健指導の取組は重要である。

「集団の疾患特徴の把握」			★KDBで出力可能な帳票NO			
1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較						
一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	県	同規模平均	国		
	27,990円	24,818円	26,819円	24,253円		
	0円	2000	4000	6000	8000	10000
外来 ★NO.1【医療】	件数	96.5				
	費用額	56.7				
入院 ★NO.1【医療】	件数	3.5				
	費用額	43.3				
○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

80万円以上の高額レセプト状況を見ると、予防可能な生活習慣病のうち、虚血性心疾患のみが12件を占めていた。長期入院では脳血管疾患が19件、人工透析患者のうち、脳血管疾患14件、虚血性心疾患39件、糖尿病44件となっている。

生活習慣病の治療者数の構成割合では、基礎疾患の重なりを見ると脳血管疾患及び虚血性心疾患では高血圧が多く、虚血性心疾患では脂質異常症も多い状況である。

糖尿病性腎症では、高血圧、糖尿病、脂質異常症の基礎疾患がすべて重なっていた。基礎疾患の割合では、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に多くなっている。

生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化するため、長期化する疾患の予防には、基礎疾患の予防が重要であることが分かる。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか									
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 (80万円以上レセ)	件数	65件	0件 0.0%	12件 18.5%	--			
		費用額	7953万円	--	1496万円 18.8%	--			
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	34件	19件 55.9%	0件 0.0%	--			
		費用額	2328万円	1156万円 49.7%	--	--			
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	71件	14件 19.7%	39件 54.9%	44件 62.0%			
		費用額	2756万円	484万円 17.6%	1485万円 53.9%	1841万円 66.8%			
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	基礎疾患 の重なり	422人	37人 8.8%		40人 9.5%	4人 0.9%		
				高血圧	29人 78.4%		29人 72.5%	4人 100.0%	
			糖尿病	9人 24.3%		6人 15.0%	4人 100%		
			脂質 異常症	16人 43.2%		24人 60.0%	4人 100.0%		
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
			235人 55.7%	88人 20.9%	177人 41.9%	44人 10.4%			
		○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。							

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか

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88.6%であり、筋・骨格疾患の94.3%を下回っていた。1号認定者の年齢が高いものほど、筋骨格系疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、2号被保険者及び1号被保険者の74歳未満は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

介護保険を受けている人と、受けていない人の医療費を比較すると、要介護認定者の医療費が認定を受けていない人よりも高いことが分かる。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2 号		1 号						合 計	
	年 齢		40～64 歳		65～74 歳		75 歳以上		計			
	被保険者数		1,517 人		802 人		1,225 人		2,027 人		3,544 人	
	認定者数		3 人		21 人		420 人		441 人		444 人	
			認定率		0.20%		2.6%		34.3%		21.8%	
	新規認定者数（＊1）		0 人		0 人		152 人		152 人		152 人	
	介護度 別人数	要支援 1・2		1	33.3%	6	28.6%	117	27.9%	123	27.9%	124
要介護 1・2		1	33.3%	3	14.3%	154	36.7%	157	35.6%	158	35.6%	
要介護 3～5		1	33.3%	12	57.1%	149	35.5%	161	36.5%	162	36.5%	

要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分		2 号		1 号						合 計			
	年 齢		40～64 歳		65～74 歳		75 歳以上		計					
	介護件数（全体）		18		49		951		1,000		1,018			
	再）国保・後期		18		39		898		937		955			
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
						割合		割合		割合		割合		割合
			循環器疾患	1	脳卒中	11 61.1%	脳卒中	12 30.8%	虚血性心疾患	284 31.6%	虚血性心疾患	289 30.8%	虚血性心疾患	289 30.3%
				2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	5 12.8%	脳卒中	264 29.4%	脳卒中	276 29.5%	脳卒中	287 30.1%
				3	腎不全	0 0.0%	腎不全	0 0.0%	腎不全	62 6.9%	腎不全	62 6.6%	腎不全	62 6.5%
			合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	34 3.8%	糖尿病合併症	34 3.6%	糖尿病合併症	34 3.6%
						基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		18 100.0%	29 74.4%	771 85.9%	800 85.4%	818 85.7%		
			血管疾患 合計		18 100.0%	29 74.4%	801 89.2%	830 88.6%	848 88.8%					
					認知症		0 0.0%	20 51.3%	373 41.5%	393 41.9%	393 41.2%			
			筋・骨格疾患		7 38.9%	29 74.4%	855 95.2%	884 94.3%	891 93.3%					

＊1）新規認定者についてはNO.49_要介護実合状況の「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

2）健診受診者の実態

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、糖尿病性腎症等の只見町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

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）	
男性	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン			
	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	全国	305	28.2	501	20.4	87	27.9	55.6	13.9	49.2	24.1	47.3	1.8		
28只見町	県	18,356	34.3	28,719	53.7	13,962	26.1	11,464	21.4	4,705	8.8	23,864	44.6	28,991	54.2
	合計	76	32.3	128	54.5	50	21.3	57	24.3	22	9.4	95	40.4	118	50.2
	40-64	27	37.0	42	57.5	22	30.1	22	30.1	7	9.6	23	31.5	27	37.0
	65-74	49	30.2	86	53.1	28	17.3	35	21.6	15	9.3	72	44.4	91	56.2
女性	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン			
	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	全国	206	17.3	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	1.8	42.7	14.4	57.1	0.2		
28只見町	県	17,986	26.6	14,702	21.8	10,208	15.1	6,534	9.7	1,399	2.1	20,297	30.0	37,631	55.7
	合計	76	27.7	62	22.6	28	10.2	26	9.5	4	1.5	74	27.0	131	47.8
	40-64	24	26.1	21	22.8	14	15.2	8	8.7	1	1.1	16	17.4	42	45.7
	65-74	52	28.6	41	22.5	14	7.7	18	9.9	3	1.6	58	31.9	89	48.9
＊全国については、有所見割合のみ表示															

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）																			★NO.24（帳票）				
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
28只見町	合計	235	57.5	13	5.5%	43	18.3%	2	0.9%	37	15.7%	4	1.7%	72	30.6%	16	6.8%	3	1.3%	36	15.3%	17	7.2%
	40-64	73	45.6	6	8.2%	14	19.2%	0	0.0%	12	16.4%	2	2.7%	22	30.1%	5	6.8%	1	1.4%	15	20.5%	1	1.4%
	65-74	162	65.1	7	4.3%	29	17.9%	2	1.2%	25	15.4%	2	1.2%	50	30.9%	11	6.8%	2	1.2%	21	13.0%	16	9.9%
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
28只見町	合計	274	65.6	6	2.2%	22	8.0%	1	0.4%	18	6.6%	3	1.1%	34	12.4%	3	1.1%	3	1.1%	20	7.3%	8	2.9%
	40-64	92	59.0	2	2.2%	9	9.8%	1	1.1%	6	6.5%	2	2.2%	10	10.9%	0	0.0%	1	1.1%	6	6.5%	3	3.3%
	65-74	182	69.5	4	2.2%	13	7.1%	0	0.0%	12	6.6%	1	0.5%	24	13.2%	3	1.6%	2	1.1%	14	7.7%	5	2.7%

3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況

特定健診の結果から継続受診者と新規受診者を比較して、HbA1c の受診勧奨値以上の者は糖尿病治療なしの者より治療中の者の方が多い状況だった。糖尿病治療中の受診勧奨値に該当する健診受診者のうち、継続受診者は新規受診者より多かったが、新規受診者の方がHbA1cの数値が高かった。高血圧では、受診勧奨値の者は治療なしの者より治療中の者の方が多かった。また高血圧治療中の者のうち、約半数が受診勧奨判定値であった。脂質異常症の状況では、受診勧奨値の者は治療なしの者よりも脂質異常症の治療中の者の方が多かった。新規受診者の中には、受診勧奨値に該当する者がいることから、特定健診の継続受診は重要である。



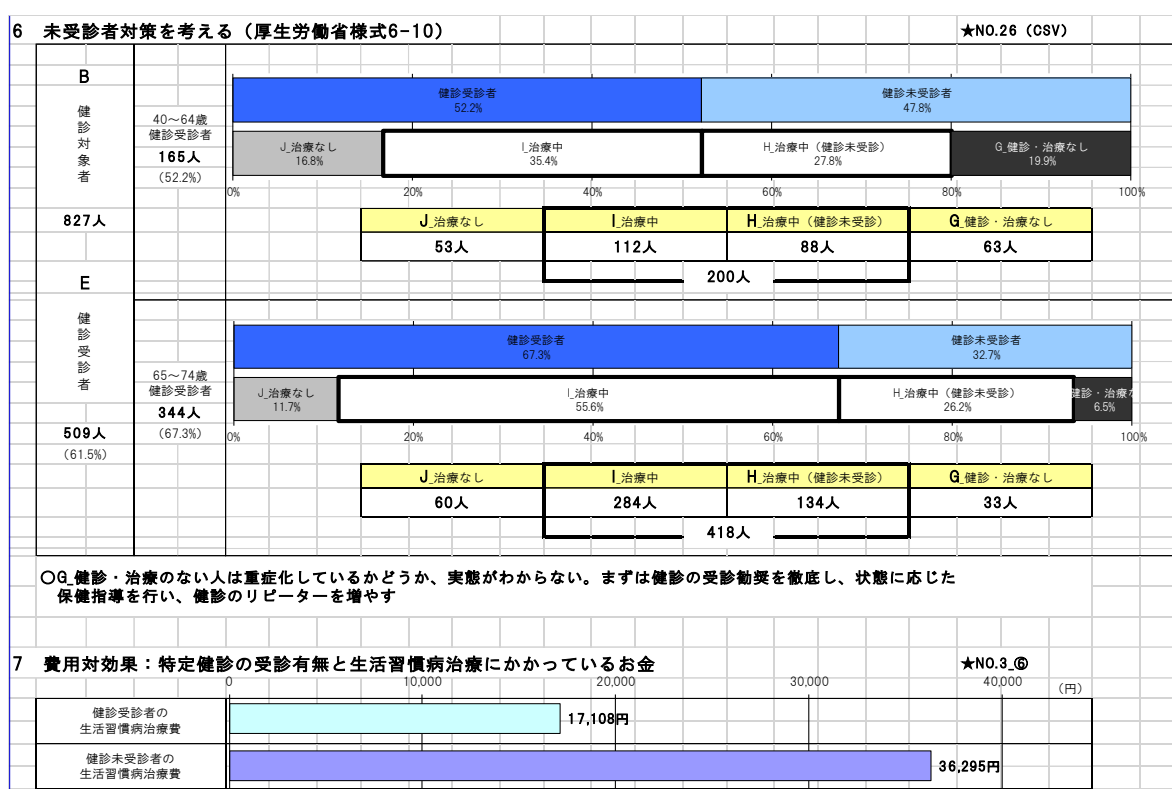
4) 未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、65歳以上の者は6.5%であるのに対して、年齢が若い40～64歳の割合が19.9%と高くなっている。

健診も治療も受けていないことは、生活習慣病の予防ができないばかりか、自分自身の健康状態を確認することができず、体の実態が全く分からない状態である。

また、健診受診者と未受診者の治療に要する費用を見ると、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。健診未受診者の生活習慣病治療費は、健診受診者の生活習慣病治療費よりも高い。

生活習慣病は自覚症状が全くないまま重症化するため、まずは健診の機会を提供し、受診者の状態に応じた保健指導を実施することによって生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。



3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

健診結果及び医療費を分析した結果、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。平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ1.0%減少させることを目標にする。

また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の

見直しをする。

今後さらに高齢化が進行し、被保険者の年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管内皮が傷つくことにより、脳血管疾患、虚血性心疾患等の発症があるため、医療費そのものを抑えることは非常に厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、只見町の医療機関への受診状況は、医療に普段はかからず、重症化して突然入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度までに国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

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

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

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

目標値の設定						
	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	62.0	62.5	63.0	63.5	64.0	64.5
特定保健指導実施率	93.0	93.5	94.0	94.5	95.0	95.5

3. 対象者の見込み

対象者の見込み							
		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者	795	765	735	705	675	645
	受診者	493	478	466	451	432	416
特定保健指導	対象者	60	59	58	57	56	55
	実施者数	55	56	57	58	59	60

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

特定健診については、特定健診実施機関に委託する。施設健診は、南会津郡医師会が実施機関の取りまとめを行い、福島県国保連合会と集合契約を締結する。

- ① 集団健診（町内各集会施設他）
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、只見町のホームページに掲載する。

(参照)URL <http://www.tadami.gr.jp/lifeguide/cat03/cat2/000083.html>

(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基本的項目に加え、追加の検査（血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、心電図、眼底検査、貧血検査）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

①基本的な健診の項目

- ・質問項目（喫煙の有無、高血圧・高血糖・脂質異常症での内服の有無等）
- ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ・理学的検査（身体診察）
- ・血圧測定
- ・血中脂質検査
（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又はnon-HDL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、HbA1c 検査、やむを得ない場合には随時血糖）
- ・尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）

②追加検査

- ・腎機能検査（血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した e G F R 値）
- ・血清尿酸検査
- ・尿潜血
- ・12誘導心電図検査
- ・貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）
- ・眼底検査
- ・微量アルブミン尿検査（一定基準該当者）

③詳細な健診の項目（「詳細な健診」項目に基づいて実施）

- ・12誘導心電図検査
- ・貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）
- ・眼底検査

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。ただし、集団健診、施設健診等の健診の種類によって受診できる期間が異なる。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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

果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7)事業主との連携

只見町国民健康保険被保険者が労働安全衛生法に基づく事業主健診や人間ドックなどの特定健診に代わる健診の結果等を提出すると、特定健診受診率に算定されることから、健診結果を提出してもらうよう周知するとともに、必要に応じて特定保健指導または特定保健指導以外の保健指導を実施します。特に、働き盛りの年代からの保健指導は、将来の動脈硬化症をはじめとする、生活習慣病予防を行う上で重要あることから、事業主と十分に連携を図りながら、必要な者には保健指導を行う。

(8)代行機関

集団健診の場合は、福島県保健衛生協会と直接契約を締結する。特定健診の施設健診に係る費用の請求・支払の代行は、福島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(9)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、特定健診受診率の向上につながるよう、様々な方法で情報提供等を行う。集団健診の案内は、一斉通知、医療機関等の施設健診の場合は、個別案内を行い、併せて広報等による周知や、未受診者の状況把握及び受診勧奨を実施する。

＜特定健診等の年間スケジュールの一例＞

	特定健診	特定保健指導	その他
2月			健康管理世帯台帳調査 健康管理世帯調査結果入力
3月	特定健診対象見込者確定		健康管理世帯台帳結果返送
4月	特定健診（集団）		
5月	特定健診（集団） 集団健診未受診者へ勧奨 特定健診結果通知	特定保健指導利用券の発行 特定保健指導対象者への初回面接の実施	
6月	特定健診（施設健診）		
9月	特定健診未受診者勧奨	中間評価	
2月		特定保健指導の終了	
3月		特定保健指導の評価	

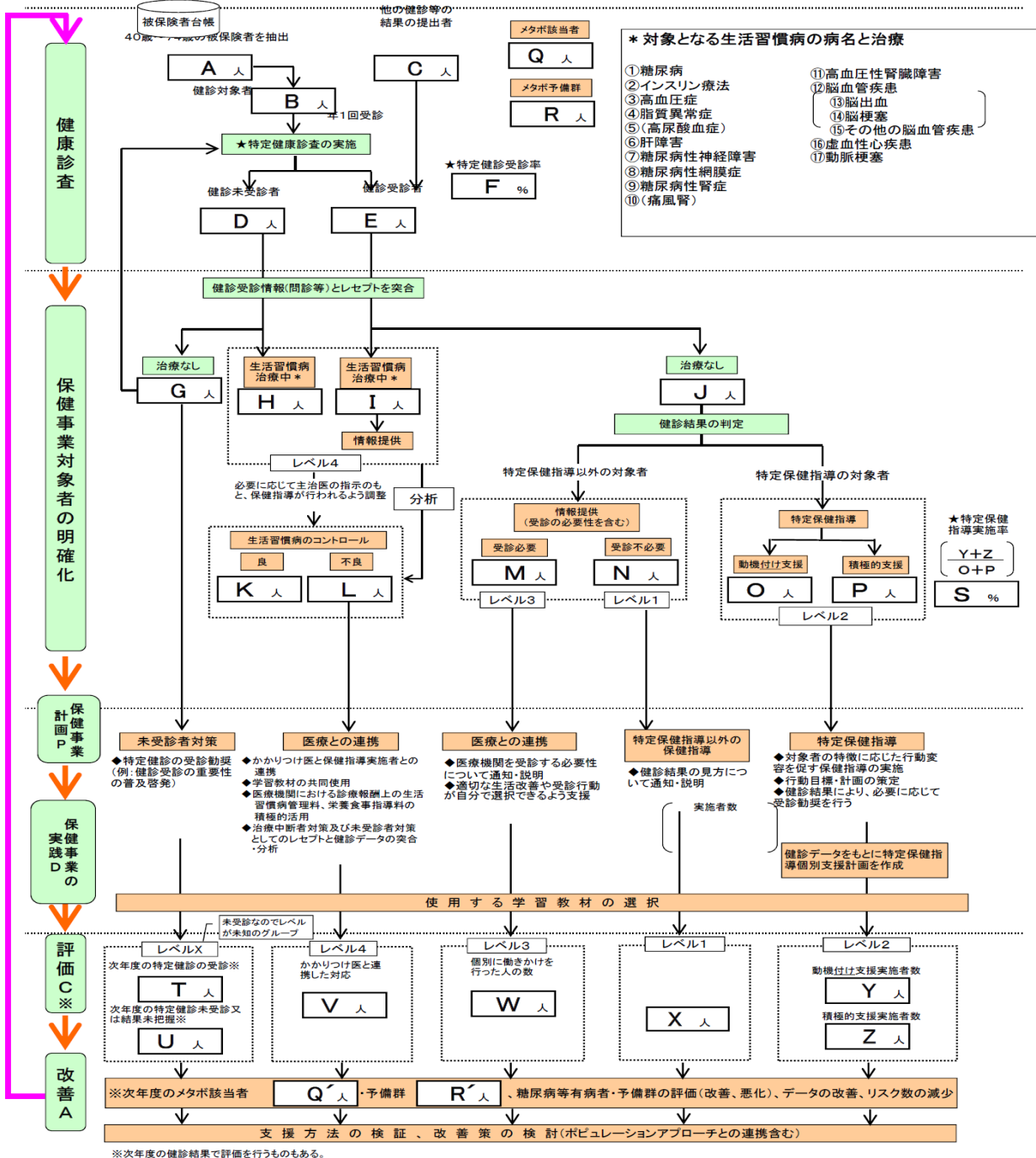
5. 特定保健指導の実施

(1)特定健診から特定保健指導実施の流れ

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

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

様式5-5

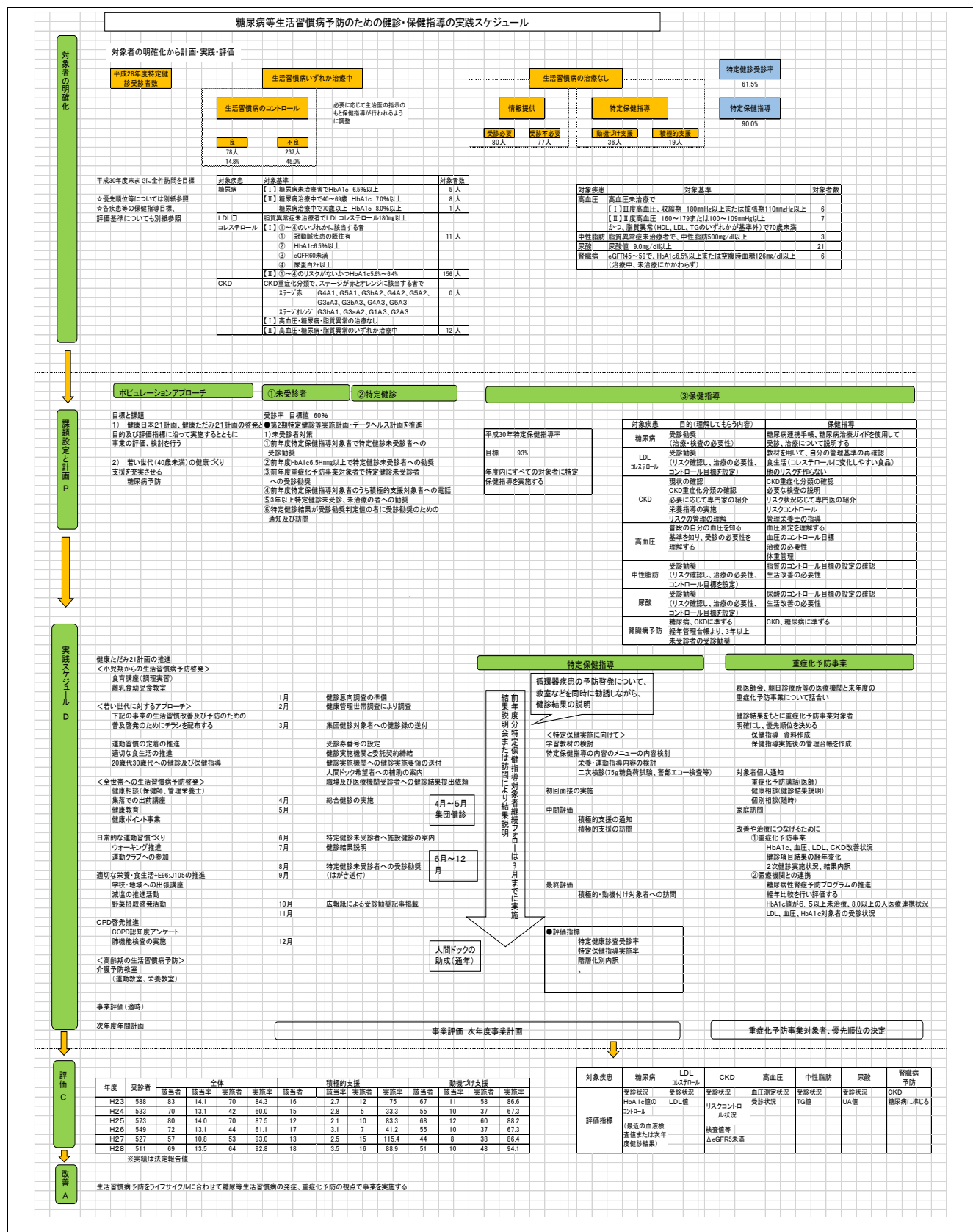


(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の割合%)	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	60 人 (11%)	95%
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	80 人 (15.9%)	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)	380 人 ※受診率目標 達成までにあ と 10 人	4%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	73 人 (14.5%)	20%
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	300 人 (33.1%)	20%

(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。



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只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。

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、只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、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知し、疾病の早期予防の重要性について理解が得られるよう努める。

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

※ポピュレーションアプローチ ⇒ 健康障害を引き起こす可能性のある集団の中から、まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、只見町糖尿病性腎症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、取組にあたっては重症化予防の基本的な取組の流れに沿って実施する。

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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○			□
5		医師会等への相談(情報提供)	○			□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
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 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)		○		□
21		記録、実施件数把握			○	□
22		かかりつけ医との連携状況把握		○		□
23		レセプトにて受診状況把握			○	□
24	D 保 健 指 導	募集(複数の手段で)		○		□
25		対象者決定		○		□
26		介入開始(初回面接)		○		□
27		継続的支援		○		□
28		カンファレンス、安全管理		○		□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○		□
30		記録、実施件数把握			○	□
31	C 評 価 報 告	3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36	A 改 善	改善点の検討		○		□
37		マニュアル修正		○		□
38		次年度計画策定		○		□

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては福島県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とする。

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。只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 (+) としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

只見町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 25 人（42.4%-F）であった。

また 40～74 歳における糖尿病治療者 86 人中のうち特定健診受診者が 34 人（57.6%-G）であったが、17 人（50.0%-J）はコントロール不良であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 52 人（64.4%・I）は健診及び医療機関での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る。

③ 介入方法と優先順位

只見町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者

②糖尿病治療中であったが中断者

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】①糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

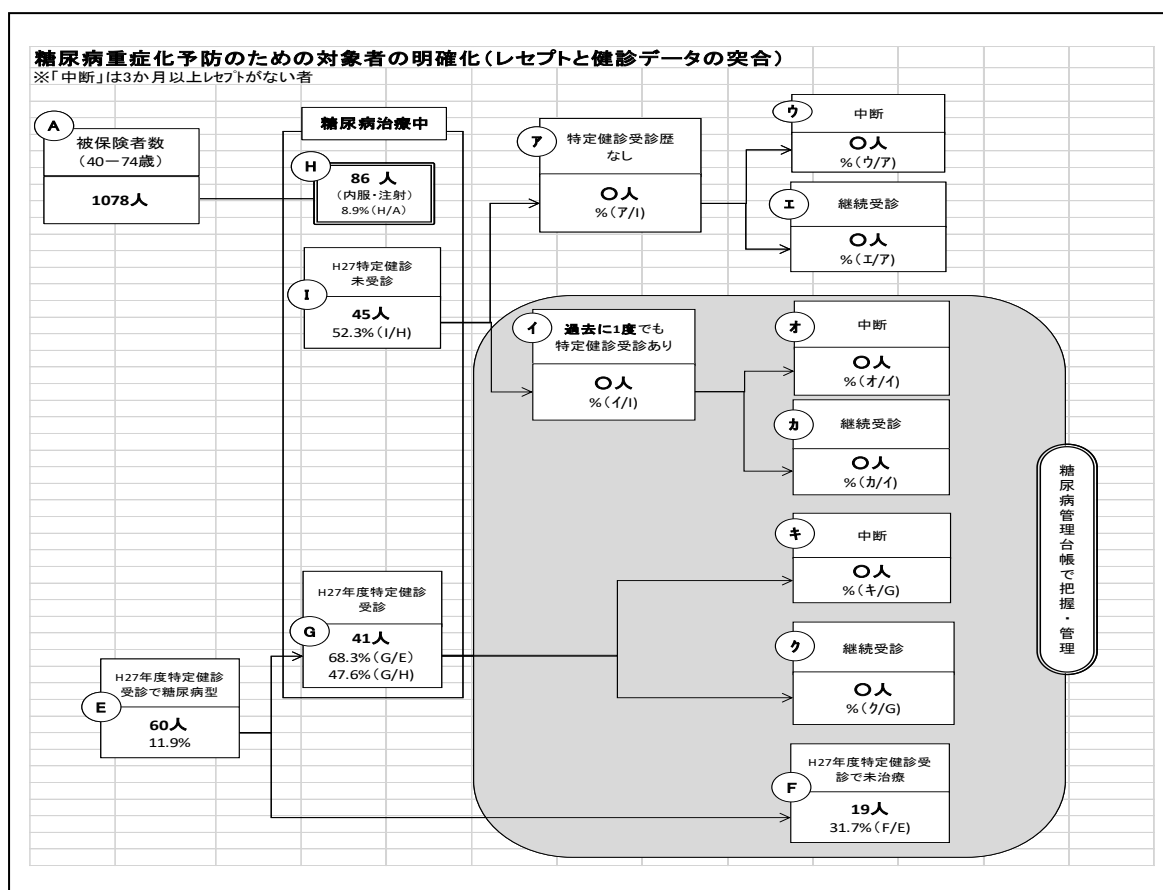
・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】①過去に特定健診歴のある糖尿病治療者

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当で管理していく。

【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 HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

ii. 資格を確認する

iii. 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

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する。

v. 対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。只見町においては、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。

(2) 2 次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れ

がある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者に微量アルブミン尿検査を実施し、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。

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する 食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解（インスリン作用不足という） 「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○ 合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○ 食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○ 薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6.0%未満 薬物療法 ① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ① 糖尿病による網膜症 ② 眼（網膜症）～失明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すみ方 ④ 糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう（グリコカリックス） 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？（抵抗性） 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか（A）（B） 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ○ 食の資料 …… 別資料 23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともと働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアグリドン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

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、事前に郡医師会、朝日診療所等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価について

はデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用してく。また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率
 - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見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。

只見町において健診受診者 462 人のうち心電図検査実施者は 461 人 (99. 7%) であり、そのうち ST 所見があったのは 12 人であった。ST 所見あり 12 人中のうち 2 人は要精査であったが、その後医療機関で精密検査を受診していた。医療機関未受診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る。また要精査には該当しないが ST 所見ありの受診者へは、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合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。只見町は同規模保険者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い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図結果(集団)										
	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%(b/a)	人	%(c/b)	人	%(d/b)	人	%(e/b)
平成29年度	462	100	461	99.7	12	2.60	116	25.16	333	72.23

ST所見ありの医療機関受診状況								
ST所見あり(a)	要精査 (b)		心電図検査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人	%	人	%(b/a)	人	%(c/b)	人	%(d/b)
12	2	16.67	2	100	2	100.00	0	0.00

② 心電図以外からの把握

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

心電図結果(集団)							
平成29年度実施			健診受診者(a)	ST所見あり(c)	その他の所見(d)	異常なし(e)	実施なし
			人	人	人	人	人
			462	12	116	333	1
			100.00	2.60	25.16	72.23	
メタボ該当者			91	3	87	56	0
			19.70	3.30	95.60	61.54	0.00
メタボ予備軍			53	1	52	40	0
			11.47	1.89	98.11	75.47	0.00
メタボなし			318	8	310	237	1
			68.83	2.52	97.48	74.53	0.31
LDL-C	140-159	54	2	11	41	0	
		16.98	3.70	20.37	75.93	0.00	
	160-179	22	0	3	19	0	
		6.92	0.00	13.64	86.36	0.00	
	180以上	13	0	1	12	0	
		4.09	0.00	7.69	92.31	0.00	

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

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

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

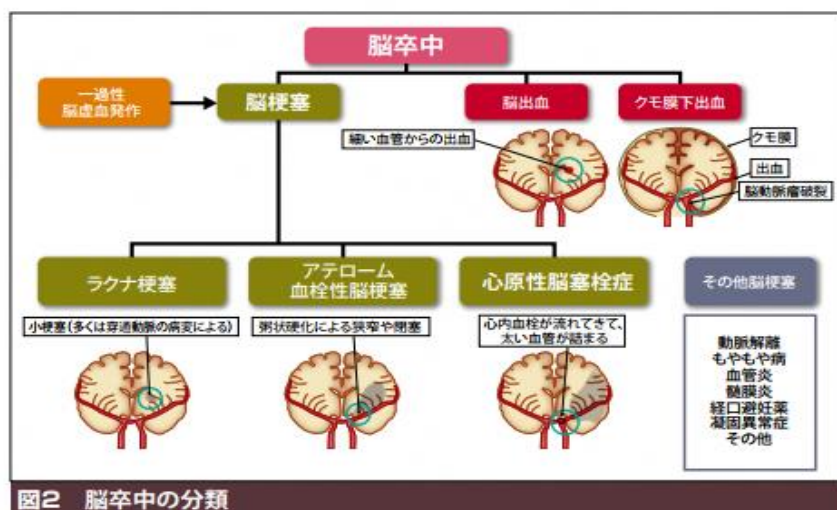
- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6 月以降 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。
台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【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

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては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。

脳・心・腎を守るためにー重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにするー

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 脳卒中金澤県ガイドライン2009 (脳卒中金澤県ガイドライン参照)	虚血性心疾患 心臓病発症率の減少 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (虚血性心疾患の一次予防ガイドライン参照)	糖尿病性腎症 による慢性腎臓病(CKD)発症率の減少	
特約機関にあり レセプトデータ 介護保険データ その他統計資料等 に基づいて 関係性を分析	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中金澤県ガイドライン参照)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (虚血性心疾患の一次予防ガイドライン参照)	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD治療ガイド2012 (日本腎臓学会)
	クモ膜下出血 (7%) 脳出血 (14%) 脳梗塞 (71%) 心原性脳塞栓症 (37.8%) ラクナ梗塞 (11.1%) アテローム血栓性脳梗塞 (12.1%) ※心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症		

優先すべき課題の明確化	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)	重症化予防対象者(要人数)		
科学的根拠に基づき優先課題の抽出 重症化予防対象	高血圧治療ガイドライン2009 (日本高血圧学会)	心房細動治療ガイドライン2012 (日本循環器学会)	脂質異常症治療ガイドライン2012 (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2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD治療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
	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	メタボリックシンドローム (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (2項目以上)	蛋白尿 (2+)以上 eGFR(CKD) 75未満以上45未満			
対象者数 431	32 7.4%	1 0.2%	16 3.7%	9 2.1%	88 20.0%	30 7.0%	1 0.2%	10 2.3%	重症化予防対象者(要人数)
治療なし	10 4.2%	0 0.0%	11 4.0%	4 1.5%	8 3.1%	8 2.1%	1 0.8%	0 0.0%	25 9.8%
(再発) 特定保健指導	4 12.5%	0 0.0%	5 31.3%	1 11.1%	8 9.3%	3 10.0%	1 100.0%	0 0.0%	16 11.3%
治療中	22 11.4%	1 0.4%	5 2.2%	5 3.2%	78 28.0%	22 47.8%	0 0.0%	10 9.7%	117 43.5%

臓器障害あり	5 50.0%	0 --	2 18.2%	0 0.0%	2 25.0%	4 50.0%	1 100.0%	0 --	7 28.0%
CKD(慢性腎臓病)	0	0	0	0	0	0	1	0	1
糖尿病(2+)以上	0	0	0	0	0	0	1	0	1
脂質異常(2+)以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心電図所見あり	0	0	2	0	2	4	0	0	6
臓器障害なし	5 50.0%	--	9 81.8%	4 100.0%	6 75.0%	4 50.0%	--	--	--

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 32 人(7.4%)であり、10 人は未治療者であった。また未治療者のうち 5 人(50.0%)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 22 人(11.4%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

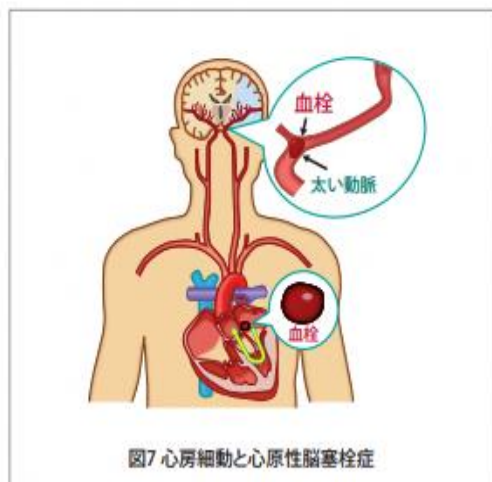
(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

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）							
血圧分類	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	
	～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	
リスク層 （血圧以外のリスク因子）	298	59	68	68	80	16	7
	19.8%	22.8%	22.8%	26.8%	5.4%	2.3%	
リスク第1層	30	12	7	5	5	0	1
	10.1%	20.3%	10.3%	7.4%	6.3%	0.0%	14.3%
リスク第2層	145	29	37	29	38	8	4
	48.7%	49.2%	54.4%	42.6%	47.5%	50.0%	57.1%
リスク第3層	123	18	24	34	37	8	2
	41.3%	30.5%	35.3%	50.0%	46.3%	50.0%	28.6%
糖尿病	26	3	8	7	7	1	0
	21.1%	16.7%	33.3%	20.6%	18.9%	12.5%	0.0%
慢性腎臓病（CKD）	50	8	8	13	18	3	0
	40.7%	44.4%	33.3%	38.2%	48.6%	37.5%	0.0%
3個以上の危険因子	84	12	16	26	22	6	2
	68.3%	66.7%	76.5%	76.5%	59.5%	75.0%	100.0%
（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会							

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

（3）心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。下表は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見状況								
年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日蝕疫学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	203	259	3	0	0	0	-	-
40歳代	36	24	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	24	20	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	93	119	1	1.1	0	0	1.9	0.4
70～74歳	74	96	2	2.7	0	0	3.4	1.1

心房細動有所見者の治療の有無				
心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
3	0	0	3	100

心電図検査において男性 3 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加しているが、日本循環器学会疫学調査と比較すると低いことがわかった。

また有所見者 3 人は既に治療が開始されていた。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。

血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診等において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の血圧評価表

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は**糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報**を活用していく。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

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

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

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

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

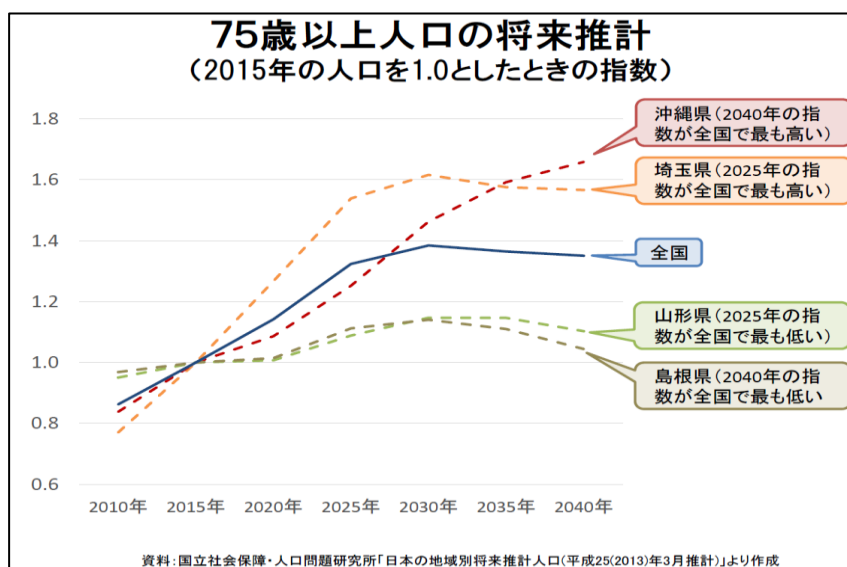
第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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

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

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。



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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

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

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会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 国・県・同規模平均と比べてみた只見町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ 1
- 参考資料 11 評価イメージ 2
- 参考資料 12 評価イメージ 3

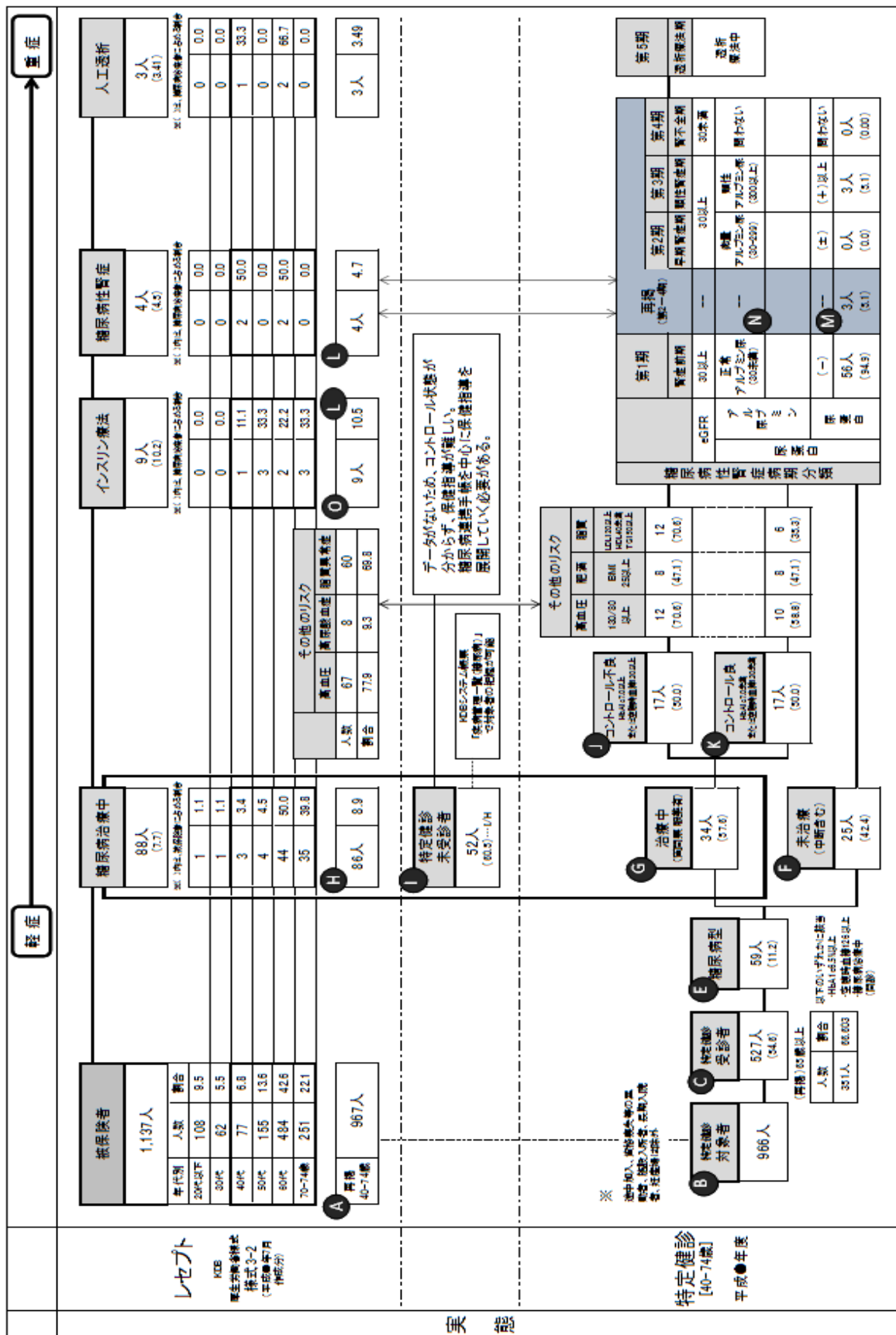
【参考資料 1】

国・県・同規模平均と比べてみた只見町の位置																
項目				H25		H28		県		同規模平均		国		データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口	4,821		4,518		2,004,977		712,964		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
			65歳以上（高齢化率）	2,054	42.6	2,035	45.0	503,588	25.1	250,396	35.1	29,020,766	23.2			
			75歳以上	1,297	26.9	1,285	28.4	272,306	13.6			13,989,864	11.2			
			65～74歳	757	15.7	750	16.6	231,282	11.5			15,030,902	12.0			
			40～64歳	1,436	29.8	1,306	28.9	687,856	34.3			42,411,922	34.0			
		39歳以下	1,331	27.6	1,177	26.1	813,533	40.6			53,420,287	42.8				
	②	産業構成	第1次産業	16.2		16.2		7.9		22.7		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
			第2次産業	33.4		33.4		30.1		21.7		25.2				
			第3次産業	50.5		50.5		62.0		55.6		70.6				
	③	平均寿命	男性	78.7		78.7		78.8		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性			86.4		86.4		86.1		86.5		86.4					
④	健康寿命	男性	64.9		64.8		64.8		65.1		65.2					
		女性	66.8		66.7		66.8		66.7		66.8					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性 93.7		94.7		106.3		102.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性 96.8		98.0		104.8		98.2		100				
			がん	13	40.6	21	46.7	6,128	43.9	2,874	44.3	367,905	49.6			
			心臓病	12	37.5	13	28.9	4,151	29.7	1,917	29.6	196,768	26.5			
			脳疾患	6	18.8	8	17.8	2,528	18.1	1,158	17.9	114,122	15.4			
			糖尿病	1	3.1	1	2.2	295	2.1	115	1.8	13,658	1.8			
			腎不全	0	0.0	2	4.4	439	3.1	231	3.6	24,763	3.3			
			自殺	0	0.0	0	0.0	421	3.0	187	2.9	24,294	3.3			
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	1.13		7.22							厚労省HP 人口動態調査			
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	400	19.8	441	21.4	106,930	21.1	49,932	20.0	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			新規認定者	4	0.3	4	0.3	1,974	0.3	781	0.3	105,654	0.3			
			2号認定者	6	0.3	3	0.2	2,910	0.4	856	0.4	151,745	0.4			
	②	有病状況	糖尿病	47	10.8	48	10.6	21,811	19.6	10,568	20.4	1,343,240	21.9			
			高血圧症	211	53.9	255	57.0	61,913	56.0	28,302	55.0	3,085,109	50.5			
			脂質異常症	82	20.4	109	23.4	31,266	28.1	14,020	27.1	1,733,323	28.2			
			心臓病	230	59.6	281	63.9	68,835	62.3	31,852	62.1	3,511,354	57.5			
			脳疾患	82	22.7	117	26.6	30,389	27.5	13,312	26.3	1,530,506	25.3			
			がん	45	10.5	45	10.0	11,047	9.9	4,845	9.3	629,053	10.1			
			筋・骨格	237	58.2	280	63.4	57,694	52.0	28,251	55.0	3,051,816	49.9			
			精神	161	40.1	196	45.4	43,296	39.1	19,059	36.9	2,141,880	34.9			
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	70,194		93,795		61,278		73,702		58,349				
			居宅サービス	41,823		47,853		39,921		39,646		39,683				
	④	医療費等	施設サービス	268,417		271,846		276,367		273,946		281,115				
			要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり 7,153	認定なし 4,006	6,632 4,089	7,307 3,623	8,522 4,226	7,980 3,822							
	4	①	国保の状況	被保険者数	1,258		1,078		474,080		198,796		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
65～74歳				573	45.5	547	50.7	192,881	40.7			12,462,053	38.2			
40～64歳				486	38.6	374	34.7	168,381	35.5			10,946,693	33.6			
39歳以下				199	15.8	157	14.6	112,818	23.8			9,178,477	28.2			
加入率				25.6		22.0		23.6		28.1		26.9				
②		医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	128	0.3	47	0.2	8,255	0.3			
			診療所数	2	1.6	2	1.9	1,366	2.9	621	3.1	96,727	3.0			
			病床数	0	0.0	0	0.0	25,835	54.5	3,963	19.9	1,524,378	46.8			
			医師数	3	2.4	2	1.9	3,810	8.0	541	2.7	299,792	9.2			
			外来患者数	638.3		632.3		699.3		652.4		668.3				
		入院患者数	20.4		22.8		19.4		23.7		18.2					
③		医療費の 状況	一人当たり医療費	24,820	県内15位 同規模128位	27,990	県内11位 同規模106位	24,818	26,819	24,253				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	658.733		655.122		718.737		676.093		686.501				
			外 費用の割合	58.7		56.7		60.5		55.3		60.1				
			来 件数の割合	96.9		96.5		97.3		96.5		97.4				
			入 費用の割合	41.3		43.3		39.5		44.7		39.9				
			院 件数の割合	3.1		3.5		2.7		3.5		2.6				
			1件あたり在院日数	12.6日		12.4日		16.4日		16.3日		15.6日				
④		医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源傷病 名（調剤含む）	がん	41,930,200		69,578,350		31.9		24.3		24.1		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
			慢性腎不全（透析あり）	27,564,770		12.2		20,998,860		9.6		8.5		7.9		9.7
	糖尿病		22,627,840		10.0		22,616,360		10.4		10.7		10.1			9.7
	高血圧症		27,351,450		12.1		16,989,140		7.8		10.0		9.4			8.6
	精神		19,378,890		8.6		22,460,950		10.3		18.8		18.6			16.9
	筋・骨格	48,829,380		21.6		41,251,040		18.9		13.7		16.4		15.2		

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	660,806	10位	(14)	480,336	57位	(9)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
				高血圧	636,374	14位	(14)	545,925	49位	(10)					
				脂質異常症	415,821	57位	(10)	533,102	35位	(13)					
				脳血管疾患	725,028	13位	(20)	631,071	29位	(14)					
				心疾患	772,256	9位	(12)	757,947	11位	(12)					
				腎不全	606,511	34位	(11)	407,510	56位	(2)					
		県内順位	順位総数61	精神	538,076	3位	(24)	601,968	1位	(22)					
				悪性新生物	576,380	49位	(11)	639,009	25位	(12)					
		入院の()内 は入院日数	外来	糖尿病	40,961	7位		48,602	3位						
				高血圧	31,911	10位		33,099	7位						
				脂質異常症	30,622	6位		34,699	2位						
				脳血管疾患	42,433	10位		38,140	19位						
心疾患	45,472			19位		62,251	5位								
腎不全	204,056			34位		283,519	5位								
		精神	29,658	28位		33,024	11位								
		悪性新生物	36,237	59位		52,430	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	3,987		5,484		2,004		2,810		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			健診未受診者	8,680		11,636		13,489		12,706		12,683			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,761		17,108		5,186		7,804		5,940			
			健診未受診者	25,602		36,295		34,900		35,289		36,479			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	349	60.9	340	66.8	68,027	56.2	31,779	56.5	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	320	55.8	305	59.9	62,774	51.9	28,823	51.3	3,799,744	51.6			
		医療機関非受診率	29	5.1	35	6.9	5,253	4.3	2,956	5.3	316,786	4.3			
5	①	特定健診の 状況	健診受診者	573		509		121,038		56,224		7,362,845	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	②		受診率	57.7	県内12位 同規模49位	61.5	県内10位 同規模29位	36.2	全国23位	39.7	34.0				
	③		特定保健指導終了者(実施率)	70	87.5	62	90.0	169	1.2	498	6.6	35,557		4.1	
	④		非肥満高血糖	43	7.5	44	8.6	10,834	9.0	5,467	9.7	687,157		9.3	
	⑤		メタボ	該当者	95	16.6	106	20.8	24,349	20.1	10,599	18.9		1,272,714	17.3
				男性	59	22.1	72	30.6	16,177	30.3	7,361	27.9		875,805	27.5
				女性	36	11.8	34	12.4	8,172	12.1	3,238	10.8		396,909	9.5
				予備群	88	15.4	65	12.8	14,888	12.3	6,633	11.8		790,096	10.7
				男性	62	23.2	43	18.3	9,975	18.7	4,566	17.3		548,609	17.2
	⑥		県内順位	女性	26	8.5	22	8.0	4,913	7.3	2,067	6.9		241,487	5.8
	総数			197	34.4	190	37.3	43,421	35.9	19,372	34.5	2,320,533		31.5	
	BMI			男性	127	47.6	128	54.5	28,719	53.7	13,388	50.8		1,597,371	50.1
				女性	70	22.9	62	22.6	14,702	21.8	5,984	20.0		723,162	17.3
				総数	31	5.4	24	4.7	6,741	5.6	3,615	6.4		346,181	4.7
			⑦	メタボ該当・ 予備群レベル	男性	5	1.9	3	1.3	912	1.7	629		2.4	55,460
	女性		26		8.5	21	7.7	5,829	8.6	2,986	10.0	290,721		7.0	
	血糖のみ		2		0.3	3	0.6	899	0.7	464	0.8	48,685		0.7	
	血圧のみ		73		12.7	55	10.8	10,921	9.0	4,606	8.2	546,667		7.4	
	脂質のみ		13		2.3	7	1.4	3,068	2.5	1,563	2.8	194,744		2.6	
血糖・血圧	20	3.5	19		3.7	4,460	3.7	1,913	3.4	196,978	2.7				
血糖・脂質	4	0.7	6		1.2	1,107	0.9	596	1.1	69,975	1.0				
血圧・脂質	49	8.6	56		11.0	11,682	9.7	4,826	8.6	619,684	8.4				
血糖・血圧・脂質	22	3.8	25		4.9	7,100	5.9	3,264	5.8	386,077	5.2				
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧		210	36.6	199	39.1	20,411	36.4	47,874	39.6	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		糖尿病	33		5.8	28	5.5	5,000	8.9	10,640	8.8	551,051	7.5		
		脂質異常症	112		19.5	118	23.2	12,656	22.6	31,050	25.7	1,738,149	23.6		
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		16	2.9	14	2.8	1,721	3.1	3,920	3.3	230,777	3.3	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	23	4.2	20	4.0	2,998	5.5	6,590	5.6	391,296	5.5		
			腎不全	2	0.4	0	0.0	335	0.6	226	0.2	37,041	0.5		
			貧血	17	3.1	21	4.3	4,296	8.1	6,159	5.2	710,650	10.1		
		③	喫煙	81	14.1	82	16.1	9,314	16.6	17,454	14.4	1,048,171	14.2		
		④	週3回以上朝食を抜く	36	6.6	54	10.9	3,727	7.5	8,389	7.1	540,374	8.5		
		⑤	週3回以上食後間食	52	9.5	42	8.5	6,739	13.5	11,061	9.3	743,581	11.8		
		⑥	週3回以上就寝前夕食	72	13.2	61	12.3	8,014	16.0	18,698	15.8	983,474	15.4		
		⑦	食べる速度が速い	134	24.6	134	27.1	13,924	27.9	31,092	26.2	1,636,988	25.9		
		⑧	20歳時体重から10kg以上増加	159	29.2	146	29.6	17,050	33.9	41,415	34.9	2,047,756	32.1		
		⑨	1回30分以上運動習慣なし	414	76.0	371	75.1	34,200	67.6	74,895	63.2	3,761,302	58.7		
⑩	1日1時間以上運動なし	374	68.6	316	64.0	24,869	49.6	72,097	60.8	2,991,854	46.9				
⑪	睡眠不足	131	24.0	112	22.7	12,204	24.3	30,194	25.5	1,584,002	25.0				
⑫	毎日飲酒	154	28.3	164	33.2	14,071	27.0	30,758	25.8	1,760,104	25.6				
⑬	時々飲酒	134	24.6	95	19.2	11,710	22.5	27,197	22.8	1,514,321	22.0				
⑭	一日飲酒	1合未満	266	64.6	238	60.4	19,633	56.3	60,949	65.1	3,118,433	64.1			
		1～2合	104	25.2	114	28.9	9,756	28.0	22,800	24.3	1,158,318	23.8			
		2～3合	36	8.7	32	8.1	3,922	11.3	8,273	8.8	452,785	9.3			

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

観望場所	観望者	市町村名	只見町	国保地区	8
------	-----	------	-----	------	---



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳(永年【対象者抽出基準】 (HbA1c)						※糖尿病服薬は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え									
番号	追加年度	地区	氏名	性別	診療開始日 合併症の有無		項目		H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	備考
					糖尿病		糖	服薬							
					高血圧			HbA1c							
					虚血性心疾患		糖 以外	体重							
					脳血管疾患			BMI							
					糖尿病性腎症			血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							
					糖尿病		糖	服薬							
					高血圧			HbA1c							
					虚血性心疾患		糖 以外	体重							
					脳血管疾患			BMI							
					糖尿病性腎症			血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							
					糖尿病		糖	服薬							
					高血圧			HbA1c							
					虚血性心疾患		糖 以外	体重							
					脳血管疾患			BMI							
					糖尿病性腎症			血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次結果									
対象者の把握					保健指導担当者			他職種との連携	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(A+B)		()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			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	
	A)健診未受診者		()人		2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認			合併症 脳・心疾患－手術 人口透析 がん	
	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		3. 会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認			○かかりつけ医、糖尿病専門医	
	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内訳を把握する作業が必要								
保健指導の位置付	B)結果把握		()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 ○微量アルブミン尿検査、治療状況に応じた保健指導			○尿アルブミン検査の継続	
	①HbA1cが悪化している		()人					○管理栄養士と連携した指導	
	例)HbA1c 7.0以上で昨年度より悪化している人 ()人								
	②尿蛋白(－)		()人						
	尿蛋白(±)		()人						
	尿蛋白(＋)～顕性腎症		()人						
	③eGFR値の変化							○腎専門医	
1年で25%以上低下		()人							
1年で5ml/1.73㎡以上低下		()人							

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245			
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数		A	1,078人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳		921人									
2	①	特定健診	対象者数	B	966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		受診者数		509人									
	③		受診率		61.5%									
3	①	特定	対象者数		69人							特定健診結果		
	②	保健指導 実施率	92.8%											
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	60人	11.9%								
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	19人	31.7%								
	③			治療中(質問票 服薬あり)	G	41人	68.3%							
	④				コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	27人	65.9%						
	⑤						血圧 130/80以上	17人	63.0%					
	⑥							肥満 BMI25以上	10人	37.0%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満						K	14人	34.1%			
	⑧		第1期	尿蛋白(-)	M	60人	100.0%							
	⑨					第2期	尿蛋白(±)	0人						
	⑩					第3期	尿蛋白(+)以上	0人						
	⑪					第4期	eGFR30未満	0人						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		7.7人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)	8.9人										
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は糖尿病者対	入院外(件数)	625件	(48.2)					KDB_疾病別 医療費分析 (生涯医療)			
	④				入院(件数)	9件	(0.7)							
	⑤		糖尿病治療中		88人	7.7%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		(再掲)40-74歳	H	86人	8.9%								
	⑦				健診未受診者	I	45人	52.3%						
	⑧		インスリン治療	O	9人	10.2%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※ 後期ユー ザー	
	⑨		(再掲)40-74歳	O	9人	10.2%								
	⑩		糖尿病性腎症	L	4人	4.5%								
	⑪		(再掲)40-74歳		4人	4.5%								
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症による割合)		3人	3.41%								
	⑬		(再掲)40-74歳	3人	3.49%									
	⑭		新規透析患者数	0	0									
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症	0	0									
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	1人	0.6%									
6	①	医療費	総医療費		3億6367万円						2億6643万円	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 (総医療費に占める割合)	2億1838万円						1億5157万円				
	③			60.0%					56.9%					
	④			生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	17,108円			7,804円					
	⑤		健診未受診者		36,295円			35,289円						
	⑥		糖尿病医療費	2262万円			1525万円							
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.4%			10.1%							
	⑧		糖尿病入院外総医療費	5706万円										
	⑨		1件あたり	48,602円										
	⑩		糖尿病入院総医療費	2546万円										
	⑪		1件あたり	480,336円										
	⑫		在院日数	9日										
	⑬		慢性腎不全医療費	2108万円			1315万円							
	⑭		透析有り	2100万円			1198万円							
	⑮		透析なし	9万円			116万円							
7	①	介護	介護給付費		6億2468万円					3億1478万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	32件	3.5%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	1.0%				0人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		

[illegible]

【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】

健診結果、問診		リスク状況		対象者		
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし ☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者		
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		⑤ 重症化予防対象者		
		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。				
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～
拡張期		～84	85～89	90～		
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

血圧評価表

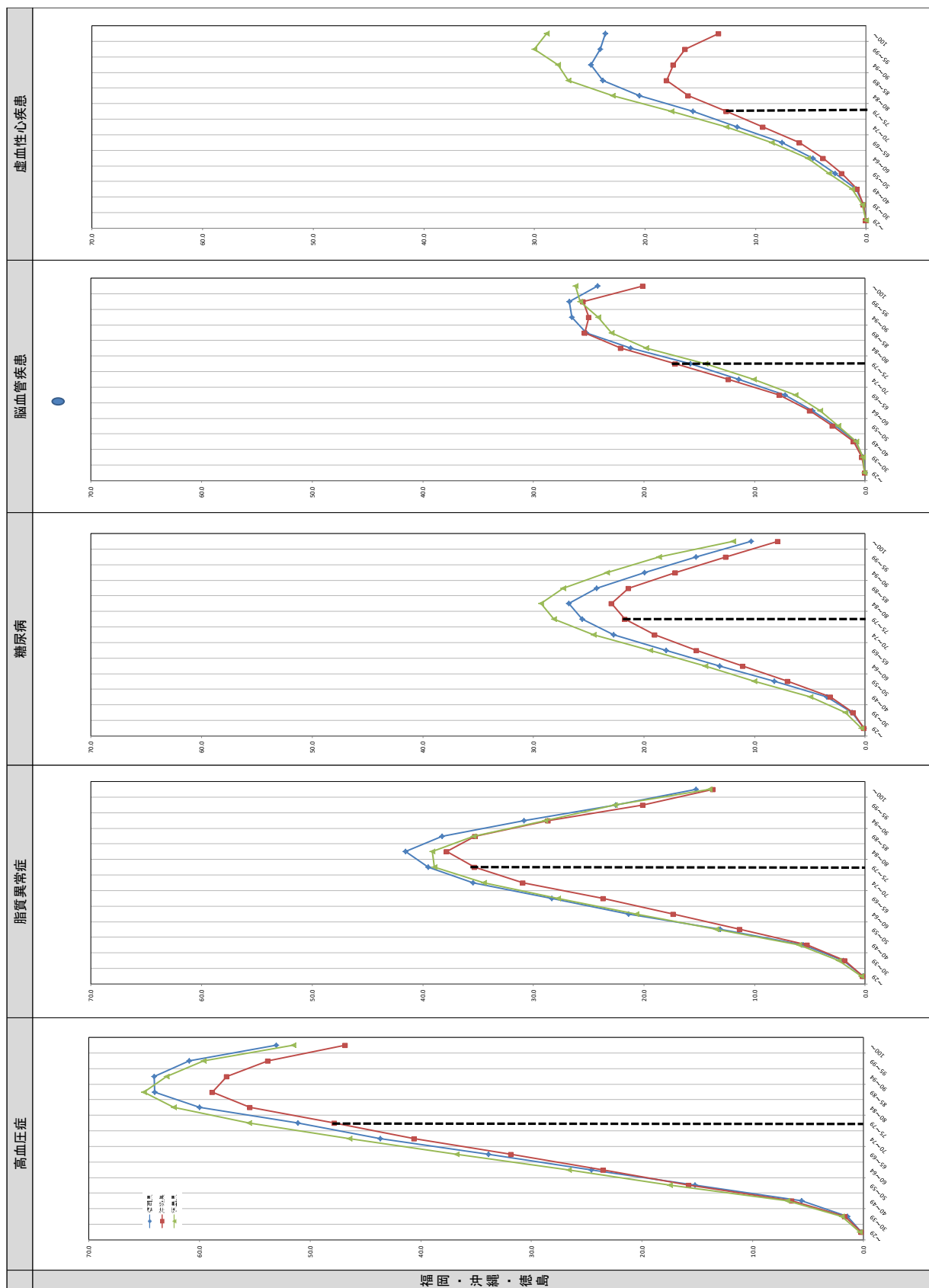
番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
	メタボ 判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿糖	H24			H25			H26			H27			H28				
										治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧	治療 有無	収縮期 血圧	拡張期 血圧		

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26年度					H27年度					H28年度				
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

生活習慣病有病状況

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



【参考資料 10】

福岡・沖縄・徳島

当年度の結果を踏まえて次年度以降の取組と課題	課題	①実施内容(プロセス)	②事業実施量 (アウトプット)	③結果 (アウトカム)	④構造 (ストラクチャー)	⑤残っている課題				
【目標】 ○特定健診受診率 平成29年度目標 60% ○特定保健指導実施率 平成29年度目標 85% ○健診受診者の健診結果の改善 (血圧、血糖、脂質、CKD) ○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症を減らす 3疾患それぞれ医療費の伸び率を1%ずつ減らす	【未受診者対策】 未受診者に対して、施設健診の案内を発送 未受診者に対して受診勧奨はがきの発送 町広報紙や冊子を活用した受診勧奨 事業主健診で受診した方の健診データの提出依頼 人間ドック受診者への健診結果データ提供の依頼 ↓ 未受診者対策は実施できており、2回にわたって未受診者への 受診勧奨の通知を送っている。 今後は、事業主健診等会社で受診する方への健診結果の提出 医療機関での検査結果の提出を実施したい	【未受診者対策】 未受診者勧奨実施 ポピュレーション実施 40歳未満受診状況	【未受診者対策】 健診受診率達成状況 受診勧奨後の受診 40歳未満の者の健診 受診状況	【全体】 勤務時間帯では会えない 人もいる 電話をしてもつながらない 医療機関との連携は少し ずつできている 地区担当制を活用	【全体】 保健活動に関して 具体的な目標、効果 を検討し、PDCAサイ クルで事業を実施	【未受診者対策】 医療機関への協力依頼 未受診者訪問の検討 評価項目の検討				
							【重症化予防対策】 PDCAサイクルにて計画を立案する。 糖尿病管理台帳の活用を行い、終生管理を実施する。 医療連携を図るために糖尿病連携手帳を活用する かかりつけ医から情報提供が得られるように個々に報告する 健診未受診者であっても医療機関からの依頼で保健指導実施 ↓ これまでは、未治療者への受診勧奨が主だったが、次年度からは 未受診に関係なく保健指導を実施する	【重症化予防対策】 保健指導実施者の 翌年の健診結果の 状況 重症化予防対象者 (治療無)の者	【重症化予防対策】 対象者の検討 保健指導後の評価指標の 検討 (健診、検査値の改善) 保健事業の目標、評価の 検討	
							【医療との連携】 保健指導指示書の状況 対象者の受診行動 医療機関との連携状況 対象者の生活状況 対象者の変化	【医療との連携】 保健指導実施者の受診行動 対象者の生活状況 対象者の変化	【医療との連携】 1例ずつの連携を広めて 対象者を増やす	
							【重症化予防対策】 ◎保健指導の内容、優先順位の検討。 ・重症化予防事業を実施するための優先順位が必要 ・保健指導を標準化できる教材の活用、指導内容の検討 ・糖尿病管理台帳の活用 ・CKD重症度分類のレベル別に栄養指導 ◎評価の方法の検討 ・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価)	【医療との連携】 保健指導実施者の受診行動 対象者の生活状況 対象者の変化	【医療との連携】 保健指導実施者の受診行動 対象者の生活状況 対象者の変化	【医療との連携】 1例ずつの連携を広めて 対象者を増やす
							【医療機関との連携】 郡医師会及び診療所との連携 顔の見える連携と医師会長よりあった。 保健所と相談し今後連携の在り方について検討する。	【医療機関との連携】 保健指導実施者の受診行動 対象者の生活状況 対象者の変化	【医療機関との連携】 保健指導実施者の受診行動 対象者の生活状況 対象者の変化	【医療機関との連携】 保健指導実施者の受診行動 対象者の生活状況 対象者の変化

当年度の結果を踏まえて次年度以降の取組と課題整理(進捗状況)					評価			
課題		①実施内容(プロセス)		②事業実施量 (アウトプット)		③結果 (アウトカム)	④構造 (ストラクチャー)	⑤残っている課題
【目標】 ○特定健診受診率 平成29年度目標 60%		【全体】 前年度の評価を共有し、次年度以降の方向性を確認する。		【未受診者対策】				
○特定保健指導実施率 平成29年度目標 85%								
○健診受診者の健診結果の改善 (血圧、血糖、脂質、CKD)		【未受診者対策】 未受診者に対して、施設健診の実内を発送 未受診者に対して受診勧奨はがきの発送 即広報紙やHPを活用した受診勧奨 事業主健診で受診した方の健診データの提出依頼 人間ドック受診者への健診結果データ提供の依頼						
【全体】 保健活動をPDCAサイクルで実施する		【重症化予防対策】 PDCAサイクルにて計画を立案する。 糖尿病管理台帳の活用を行い、終年管理を実施する。 医療連携を図るために糖尿病連携手帳を活用する かかりつけ医から情報提供が得られるように個々に報告する 健診未受診者であっても医療機関からの依頼で保健指導実施		【重症化予防対策】				
【未受診者対策】 ▲受診率がなかなか伸びない								
▲受診勧奨の対象者及びアプローチの方法を検討する 医療機関に協力依頼する								
▲40歳未満の者に対する健診の動機づけ (既存健診対象外の者)								
【重症化予防対策】 ◎保健指導の内容、優先順位の検討。 ・重症化予防事業を実施するための優先順位が必要 ・保健指導を標準化できる教材の活用、指導内容の検討 ・糖尿病管理台帳の活用 ・CKD重症度分類のレベル別に栄養指導		【医療との連携】 医療機関に未受診者対策、重症化予防について保健指導実施 にあたり、協力依頼実施 医師から保健指導指示書等を保健師へ送付 糖尿病連携手帳を活用して指導内容を報告する		【医療との連携】				
◎評価の方法の検討 ・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価)								
【医療機関との連携】 郡医師会及び診療所との連携 顔の見える連携と医師会長よりあった。 保健所と相談し今後連携の在り方について検討する。								