

小松市国民健康保険

第2期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

平成30年3月

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	3
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.実施体制と関係者の連携等	
5.保険者努力支援制度	
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	9
1.保険者の特性	
2.第 1 期計画に係る評価及び考察	
3.第 2 期計画における健康課題の明確化	
4.計画の目標の設定	
第 3 章 保健事業の内容	31
1.保健事業の方向性	
2.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	
3.その他	
4.ポピュレーションアプローチ	
第 4 章 第 3 期特定健康診査・特定保健指導実施計画	52
1.第 3 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.特定健診等の実施方法	
5.個人情報保護	
6.結果の報告	
7.特定健康診査等実施計画の公表、周知及び趣旨の普及啓発	
8.その他	

第5章 地域包括ケアに係る取組	58
第6章 計画の評価・見直し	59
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	60
参考資料	61

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

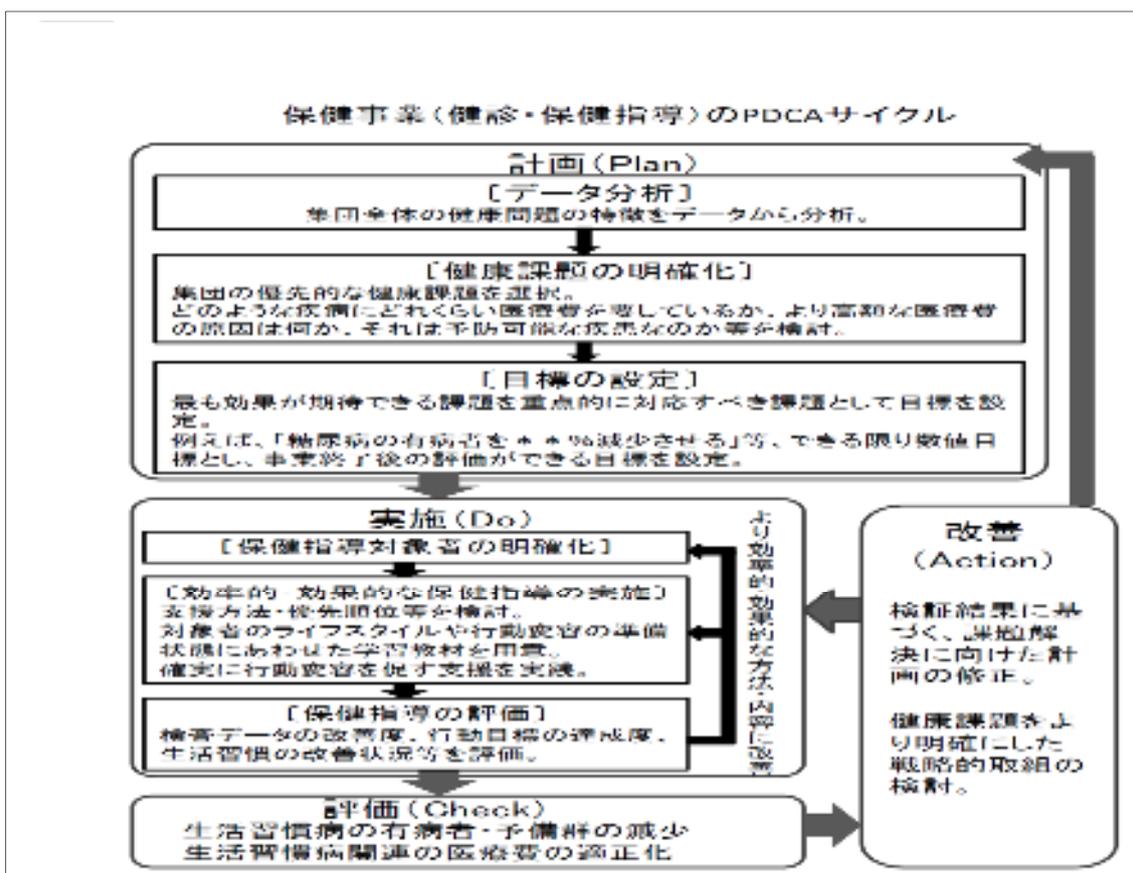
## 2. 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「いしかわ健康フロンティア戦略」及び「すこやかこまつ21（第2次）」、「石川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）

また、「小松市第3期特定健康診査・保健指導実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定する。

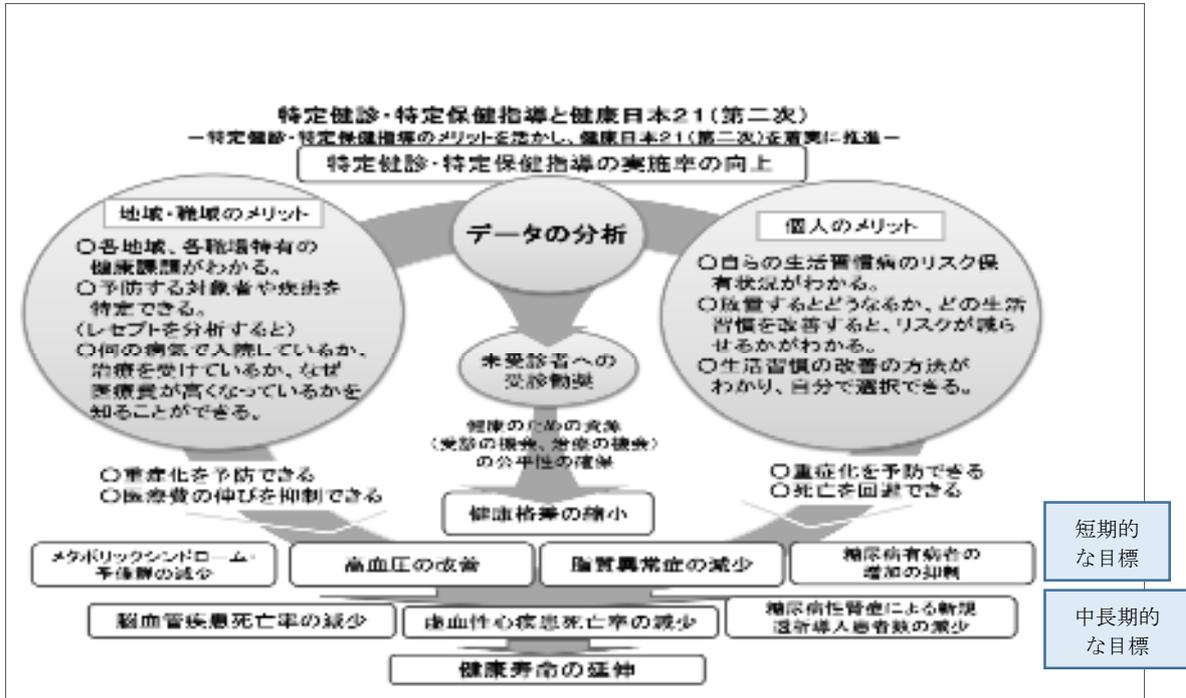
【図表1】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋



【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、特定健康診査等実施計画作成の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. 実施体制と関係者との連携等

#### 1) 実施体制

本市においては、国保部門である保険年金課が主体となりデータヘルス計画を策定する。ただし、本市は国保部門に保健師等の専門職が配置されていないため、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしているいきいき健康課の保健師等と連携し、計画策定を進めていく。また、住民の健康の保持増進には幅広い課が関わっており、長寿介護課、ふれあい福祉課等とも十分連携し進めていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過

等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整える。(図表 4)

また、関係部局の連携を促進するため市長をはじめとする幹部と計画の進捗状況等を共有する。

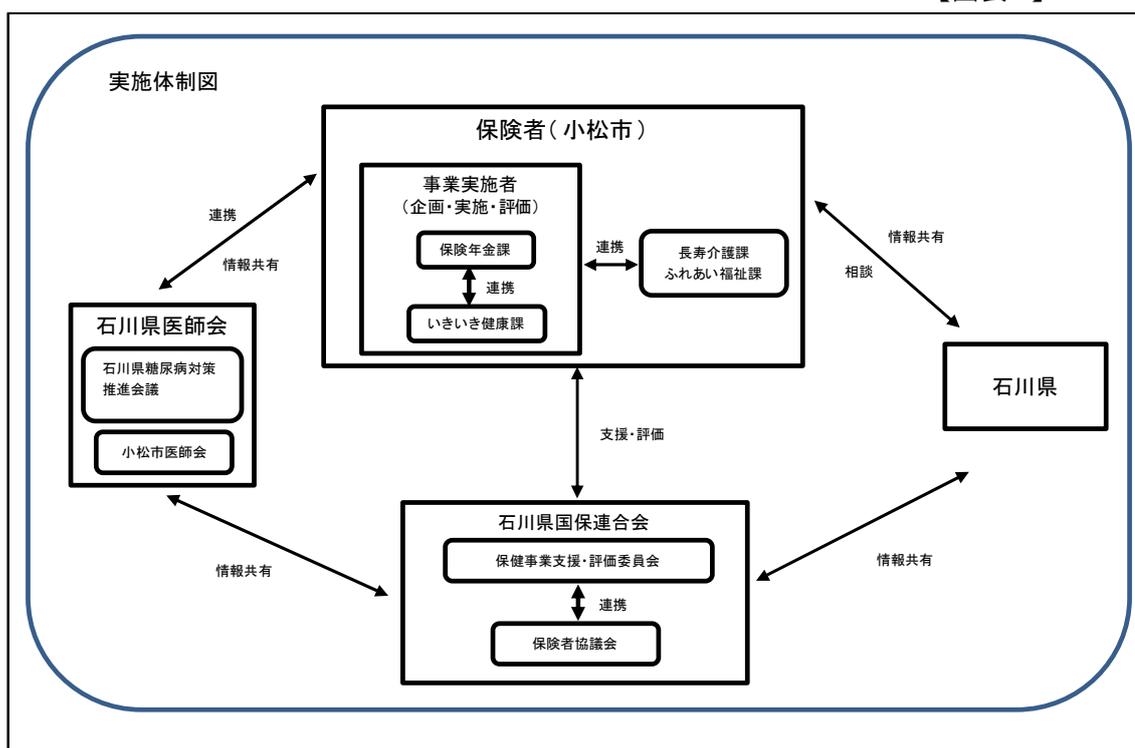
## 2) 外部有識者等の役割

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・協力が重要となることから、国保運営協議会や健康づくり推進協議会、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・評価委員会等と連携、協力を図っていく。

また、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として市医師会等地域の保健医療関係者との連携を図る。

さらに、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、計画策定の段階から県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

【図表 4】



## 3) 被保険者の役割

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

## 5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		1,099			
総得点(体制構築加点を含む)		223			850
全国順位(1,741市町村中)		518			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	7			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	60	60

## 第2章

### 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

#### 1. 保険者の特性

本市の平成29年1月1日現在の人口は108,662人となっており、平成27年度よりは増加しているが減少傾向である。老年人口（高齢化率）は27.5%で年々増加しており、今後も高齢化が進展していくことが予想される。（図表6）

【図表6】

小松市の人口推移

		H25		H26		H27		H28	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
人口構成	総人口	108,980		108,823		108,578		108,662	
	65歳以上（高齢化率）	27,756	25.5	28,685	26.4	29,375	27.1	29,876	27.5↑
	75歳以上	13,109	12.0	15,378	14.1	15,681	14.4	15,658	14.4
	65～74歳	14,647	13.4	13,307	12.2	13,694	12.6	14,218	13.1
	40～64歳	35,223	32.3	34,870	32.0	34,812	32.1	34,796	32.0
	39歳以下	46,001	42.2	45,268	41.6	44,391	40.8	43,990	40.5

資料：小松市統計書（各年度1月1日現在の数）

国民健康保険の加入率は21.3%で年々減少傾向であり、全国、県、同規模平均（以下、「同規模」という。）と比較して低くなっている。年齢構成別にみると、65～74歳が48.9%と約半数を占めている。

産業構成をみると、全国、県、同規模と比較して製造業や建設業などの第2次産業に従事している人の割合が多く、農業などの第1次産業やサービス業などの第3次産業に従事している人の割合が少ない状況である。64歳以下の国保加入率が全国と比較して低いことから、本市の若い年齢層は雇用されている人が多いことが推測される。（図表7）

国・県・同規模平均と比べてみた小松市の位置（平成 28 年度） 【図表 7】

項目		小松市		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
人口構成	総人口	105,893		12,672,078		1,149,040		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）	25,270	23.9	2,924,766	23.1	274,533	23.9	29,020,766	23.2		
	75歳以上	12,351	11.7			139,678	12.2	13,989,864	11.2		
	65～74歳	12,919	12.2			134,855	11.7	15,030,902	12.0		
	40～64歳	35,413	33.4			387,206	33.7	42,411,922	34.0		
	39歳以下	45,210	42.7			487,301	42.4	53,420,287	42.8		
産業構成	第1次産業	2.1		3.8		3.3		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	37.6		27.7		28.7		25.2			
	第3次産業	60.3		68.5		68.0		70.6			
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	98.2	99.1	98.4	100	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		女性	99.6	100.7	95.4	100					
	死 因	がん	299	49.4	36,947	49.6		3,535	50.1	367,905	49.6
		心臓病	153	25.3	19,873	26.7		1,855	26.3	196,768	26.5
		脳疾患	109	18.0	11,361	15.3		1,190	16.9	114,122	15.4
		糖尿病	10	1.7	1,352	1.8		113	1.6	13,658	1.8
		腎不全	20	3.3	2,517	3.4		187	2.6	24,763	3.3
		自殺	14	2.3	2,408	3.2		180	2.5	24,294	3.3
国保の状況	被保険者数	22,587		3,124,831		251,804		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	11,054	48.9			117,200	46.5	12,462,053	38.2		
	40～64歳	6,806	30.1			78,632	31.2	10,946,693	33.6		
	39歳以下	4,727	20.9			55,972	22.2	9,178,477	28.2		
	加入率	21.3		24.7		21.9		26.9			
医療の概況 (人口千対)	病院数	12	0.5	859	0.3	97	0.4	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
	診療所数	73	3.2	9,318	3.0	874	3.5	96,727	3.0		
	病床数	1,293	57.2	160,666	51.4	18,468	73.3	1,524,378	46.8		
	医師数	202	8.9	26,206	8.4	3,303	13.1	299,792	9.2		
	外来患者数	715.3		686.6		689.8		668.3			
	入院患者数	25.1		19.3		25.3		18.2			

資料：国保データベース（KDB）システム 様式 6-1 から抜粋

※人口構成：国勢調査\_人口等基本集計\_H22 年データ

## 2. 第 1 期計画に係る評価及び考察

### 1) 健康状況

#### (1) 死亡の状況

本市における死亡率について、全国を基準にした SMR（標準化死亡比）で比較すると、全国よりも下回っている状況である。主要 6 疾患に対する割合では、脳疾患の割合が全国、県、同規模と比較して高く、がん、心疾患、自殺は低くなっている。（図表 7）

本県の平均寿命の全国順位は若干下がったものの上位に位置しており、本市においても、平成 12 年と比較して全国、県と同様に伸びている。65 歳未満の死亡割合は、平成 12 年と比較して低下しており、男女ともに全国、県と比較して割合が低い状況である。（図表 8）

【図表 8】

## 平均寿命と65歳未満死亡割合

性別	平均寿命(歳)				65歳未満死亡割合(%)			
	男性		女性		男性		女性	
	平成12年	平成22年	平成12年	平成22年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
石川県	77.96	79.71	85.18	86.75	22.3	13.1	13.3	6.2
全国値	77.71	79.59	84.62	86.35	26.3	14.3	14.9	7.6
順位	16位	18位	10位	11位	33位	27位	22位	33位
小松市	78.0	79.8	84.6	86.4	22.0	11.8	16.3	6.0

資料 人口動態調査、都道府県別生命表、市区町村別生命表(厚生労働省)

また、本県の疾患別の年齢調整死亡率では、女性の脳血管疾患、腎不全の順位が上がっている。がんの部位別の年齢調整死亡率では、男性では肺がんが最も高く、次いで胃がん、大腸がんの順になっている。肺がんの死亡率は全国と比較して高くなっている。

女性では肺がん、乳がん、大腸がんの死亡率が高く、全国と比較して胃がん、肺がん、子宮がんの死亡率は高くなっている。(図表9)

【図表 9】

## 石川県年齢調整死亡率

	年齢調整死亡率※	虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		閉塞性肺疾患(COPD)		糖尿病	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	43位	26位	33位
女性	石川県	19.5	9.5	39.3	21.9	3.2	3.8	2.7	0.7	4.2	1.9
	全国	21.7	11.8	45.7	21.0	5.7	4.0	2.0	1.1	4.4	2.5
	順位	27位	27位	43位	19位↑	47位	36位↑	5位	40位	26位	38位

	年齢調整死亡率※	胃がん		肺がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		平成12年	平成27年								
男性	石川県	42.1	22.7	46.9	41.9	22.4	17.8	/		/	
	全国	39.1	22.9	46.3	39.2	23.7	21.0				
	順位	13位	24位	22位	6位↑	28位	40位				
女性	石川県	15.0	10.0	10.4	11.3	13.0	11.2	10.6	11.2	4.6	6.2
	全国	15.3	8.3	12.3	11.1	13.6	12.1	10.7	12.0	5.3	5.6
	順位	29位	6位↑	38位	16位↑	27位	32位	16位	27位	35位	8位↑

資料 人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

## (2)介護の状況

本市の第2号認定者及び65～74歳第1号認定者の認定者数は減っており、要介護

認定率に大きな変化はないが(図表 11)、第 1 号認定者全体の要介護認定率は増加(参考資料 1) している。介護給付費の総額は平成 25 年度と比較して増加しているが、一件当たりの給付費は減少している。しかし、一件当たりの給付費、居宅サービス給付費は同規模と比較して高い傾向にある。(図表 10)

また、要介護認定者の有病状況は、第 2 号認定者では脳卒中が最も多く、65～74 歳第 1 号認定者では糖尿病が多くなっている。(図表 11)

【図表 10】

介護給付費の変化

年度	小松市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	一件当たり 給付費 (全体)			一件当たり 給付費 (全体)		
		居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス	
H25年度	8,571,892,258	72,018	46,035	280,494	61,256	41,072	286,415
H28年度	8,668,603,832 ↑	70,741 ↓	46,313 ↑	274,430 ↓	58,799	40,010	280,265

資料：KDB 帳票

【図表 11】

要介護認定率と要介護認定者の有病状況

	2号				1号 (一部)				
	40～64歳				65～74歳				
	平成25年度		平成28年度		平成25年度		平成28年度		
認定数 (人)	102人		100人		555人		527人		
認定率 (%)	0.29%		0.28%		4.3%		4.1%		
新規認定者数	12人		14人		107人		86人		
要支援1・2	26	25.5%	25	25.0%	149	26.8%	138	26.2%	
要介護1・2	36	35.3%	42	42.0%	221	39.8%	211	40.0%	
要介護3～5	40	39.2%	33	33.0%	185	33.3%	178	33.8%	
有病状況 件数	60		56		457		430		
血管疾患	脳卒中	38	63.3%	40	71.0%	228	52.4%	229	53.3%
	虚血性心疾患	10	16.7%	10	17.9%	129	29.7%	141	32.8%
	腎不全	4	6.7%	4	7.1%	37	8.5%	37	8.6%
	糖尿病	31	51.7%	30	53.6%	227	52.2%	250	58.1%
	血管疾患合計	58	96.7%	54	96.4%	382	87.8%	389	90.5%
認知症	5	8.3%	10	17.9%	109	25.1%	105	24.4%	
筋・骨格疾患	43	71.7%	44	78.6%	308	70.8%	337	78.4%	

資料 KDB2次加工ツール

### (3)医療の状況

#### ①医療費の変化

本市の平成 28 年度における総医療費は約 80 億円となっており、平成 25 年度と比較すると減少している。しかし、国保加入者数は減少しているものの、一人当たりの医療費は増加し、特に一人当たりの入院外医療費が伸びている。(図表 12)

【図表 12】

医療費の変化

KDB帳票「市区町村別データ」

項目	全体					入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		
			小松市	同規模			小松市	同規模			小松市	同規模	
1 総医療費 (円)	H25	84億 7,558万				38億 5,267万				46億 2,291万			
	H28	80億 3,908万	△4億3,650万	-5.15		35億 5,138万	△3億129万	-7.82		44億 8,769万	△1億3,522万	-2.92	
2 一人当たり 医療費 (円)	H25	27,143				12,338				14,805			
	H28	28,808↑	1,665	6.13	7.62	12,726	388	3.14↑		16,082↑	1,277	8.63↑	

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

#### ②受療率の推移

本県の受療率は虚血性心疾患による入院が全国 3 位と高く、脳血管疾患、腎不全等、糖尿病のいずれも入院が全国よりも高い状況である。外来では腎不全等の受療率は全国よりも高くなっており、順位も平成 23 年度と比較して順位が上がっている。(図表 13)

【図表 13】

受療率の推移(人口10万対)

受療率※1		総数		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全等		糖尿病	
年		H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26
入院	県	1,401	1,310	21	21	198	160	26	35	27	26
	全国	1,068	1,038	13	12	137	125	28	26	19	16
	順位	15位	15位	4位	3位	9位	12位	28位	10位↑	13位	9位↑
外来	県	5,214	4,921	64	48	78	52	53	99	182	157
	全国	5,784	5,696	49	47	89	74	100	93	166	175
	順位	40位	45位	11位	23位	30位	42位	45位	23位	16位	36位

資料 患者調査※2(厚生労働省)

※1受療率 調査日に人口10万人に対して全国の医療施設で受療した患者数

※2患者調査とは、医療施設を利用する患者について、その傷病の状況等を明らかにすることを目的とした調査。3年ごとに実施。

#### ③医療費と介護給付費の変化

本県の1人あたりの医療費と介護給付費の変化をみると、いずれも全国と比較して高く、年々増加している。全国順位も高い状況にある。(図表 14)

【図表 14】

## 医療費と介護給付費の変化

項目		国保医療費 ※1			後期医療 ※2		介護費 ※3		後期+介護	
年度		H26年	H27年	H28年	H26年	H27年	H26年	H27年	H26年	H27年
1人あたり 費用額	県	374,016	396,799	397,071	987,322	997,844	330,890	326,975	1,318,212	1,324,819
	全国	330,628	347,801	348,175	923,735	941,240	295,647	295,483	1,219,382	1,236,723
順位		12位	11位	12位	15位	16位	16位	17位	14位	14位

※1 国民健康保険の実態(国保中央会)

※2 後期高齢者医療事業状況報告(確報) 第2表(厚生労働省)

※3 国保中央会:月別 介護給付費の状況 介護費1年間総額÷65歳以上人口(介護保険第1号被保険者数)

65歳以上人口…介護保険事業年報第2表(厚生労働省)

## ④高額になる疾患

本市のひと月 200 万円以上の高額になるレセプトをみると、生活習慣病であるがん、脳血管疾患、虚血性心疾患のレセプト件数は全体の 44.8%、費用額は全体の 43.1% を占めている。がんの件数、費用額は平成 25 年度と比較して大きく増加し、40 歳代から発生している。(図表 15)

【図表 15】

## 高額になる疾患

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他							
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28						
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	113人	109人	4人	3人	23人	12人	22人	33人	68人	64人					
				3.5%	2.8%	20.4%	11.0%	19.5%	30.3%	60.2%	58.7%						
		件数	135件	145件	5件	3件	24件	12件	28件	50件	78件	80件					
				3.7%	2.1%	17.8%	8.3%	20.7%	34.5%	57.8%	55.2%						
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	9.0%	2	2.5%
			40代	0	0.0%	0	0.0%	2	8.3%	0	0.0%	2	7.1%	3	6.0%	2	2.6%
			50代	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	3	10.7%	6	12.0%	8	10.3%
60代	2		40.0%	1	33.3%	9	37.5%	2	16.7%	17	60.7%	25	50.0%	38	48.7%		
70-74歳	2	40.0%	2	6.7%	13	54.2%	9	75.0%	6	21.4%	16	32.0%	23	29.5%			
費用額	4億0510万円	4億2129万円	1662万円	892万円	7031万円	364万円	7128万円	1億3635万円	2億4689万円	2億3960万円							
			4.1%	2.1%	17.4%	8.6%	17.6%	32.4%	60.9%	56.9%							

資料：KDB 帳票 各 5 月診療分

## ⑤長期入院

脳血管疾患と虚血性心疾患で長期入院をしている人は 37 人 (全体の 19.1%) で、医療費は 1 億 5,709 万円 (一人当たり約 425 万円) となっている。いずれも平成 25 年度と比較すると患者数、件数は減少しているが、医療費は増加している。(図表 16)

【図表 16】

## 長期入院

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患		
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	206人	193人	155人 75.2%	129人 66.8%	23人 11.2%	20人 10.4%	20人 9.7%	17人 8.8%
		件数	1,877件	1,847件	1,434件 76.4%	1,282件 69.4%	167件 8.9%	157件 8.5%	139件 7.4%	121件 6.6%
		費用額	7億8374万円	8億3770万円	5億3135万円 67.8%	4億8965万円 58.5%	7709万円 9.8%	9202万円 11.0%	5942万円 7.6%	6507万円 7.8%

資料：KDB 帳票 各5月診療分

## ⑥人工透析患者

長期療養が必要な人工透析のレセプトをみると、透析患者数は50人であり、そのうち68.0%が糖尿病性腎症を持っている。1人あたりの費用額はひと月630万円を超える状況である。また、人工透析患者は脳血管疾患や虚血性心疾患も併せ持っていると考えられ、その割合も増加している。(図表17)

【図表 17】

## 人工透析患者

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	45人	50人	27人 60.0%	34人 68.0%	16人 35.6%	23人 46.0%	24人 53.3%	29人 58.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		件数	595件	707件	319件 53.6%	438件 62.0%	211件 35.5%	301件 42.6%	320件 53.8%	355件 50.2%
		費用額	2億9295万円	3億4021万円	1億5168万円 51.8%	2億1423万円 63.0%	9786万円 33.4%	1億3093万円 38.5%	1億4699万円 50.2%	1億8488万円 54.3%

資料：KDB 帳票 各5月診療分

## ⑦中長期的及び短期的な目標の疾患別医療費（最大医療資源傷病）

中長期目標疾患とは、高額な治療が必要となる疾患（心臓）や長期の入院が必要となる疾患（脳）、長期の療養が必要となる疾患（腎臓）である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症のことである。総医療費は減少しており、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析無)に係る各医療費の割合も減少しているものの、慢性腎不全(透析有)に係る費用の割合が増加している。

また、中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症（短期目標疾患）に係る費用の割合は減少しているが、県と比較すると高い状況である。(図表18)

【図表 18】

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

【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

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								
国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県	90,801,717,410	29,225	--	--	4.30%	0.35%	2.30%	2.73%	5.43%	4.27%	2.79%	20,135,987,530	22.18%	15.68%	11.25%	8.50%
H28	8,039,083,400	28,808	4位	13位	3.70%	0.64%	1.40%	2.90%	5.97%	4.93%	2.92%	1,805,753,710	22.46%	14.84%	12.06%	8.12%
H25	8,475,582,210	27,143	13位	12位	3.00%	1.12%	2.32%	3.13%	6.06%	6.79%	3.29%	2,179,625,900	25.72%	13.42%	11.58%	8.27%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「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

## ⑧中長期的な目標の疾患

中長期目標疾患の治療状況を見ると、いずれも有病者の割合は増加傾向にあり、基礎疾患に高血圧を合併している割合が高くなっている。また、虚血性心疾患、人工透析における糖尿病を合併している割合は大きく増加しており、人工透析については短期的な目標である基礎疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)、中長期的な目標疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患)がいずれも増加している。(図表 19)

【図表 19】

厚生労働様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		虚血性心疾患							高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	脳血管疾患		人工透析		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体		19,797	1,397	7.1	376								
	40～64歳	9,302	348	3.7	83	23.9	16	4.6	272	78.2	180	51.7	243	69.8
	65～74歳	10,495	1,049	10.0	293	27.9	7	0.7	827	78.8	528	50.3	717	68.4
H28	全体	18,681	1,336	7.2	387	29.0	28	2.1	1,052	78.7	760	56.9	964	72.2
	40～64歳	7,334	260	3.5	68	26.2	16	6.2	197	75.8	162	62.3	175	67.3
	65～74歳	11,347	1,076	9.5	319	29.6	12	1.1	855	79.5	598	55.6	789	73.3

厚生労働様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患							高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	虚血性心疾患		人工透析		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体		19,797	1,304	6.6	376								
	40～64歳	9,302	330	3.5	83	25.2	12	3.6	257	77.9	151	45.8	204	61.8
	65～74歳	10,495	974	9.3	293	30.1	3	0.3	782	80.3	444	45.6	615	63.1
H28	全体	18,681	1,275	6.8	387	30.4	22	1.7	1,025	80.4	605	47.5	839	65.8
	40～64歳	7,334	259	3.5	68	26.3	14	5.4	200	77.2	120	46.3	148	57.1
	65～74歳	11,347	1,016	9	319	31.4	8	0.8	825	81.2	485	47.7	691	68.0

厚生労働様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析							高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体		19,797	44	0.2	15								
	40～64歳	9,302	32	0.3	12	37.5	16	50.0	30	93.8	20	62.5	12	37.5
	65～74歳	10,495	12	0.1	3	25.0	7	58.3	10	83	7	58.3	4	33.3
H28	全体	18,681	48	0.3	22	45.8	28	58.3	47	97.9	34	70.8	24	50.0
	40～64歳	7,334	29	0.4	14	48.3	16	55.2	28	96.6	21	72.4	16	55.2
	65～74歳	11,347	19	0.2	8	42.1	12	63.2	19	100	13	68.4	8	42.1

⑨短期的な目標の疾患

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を発症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、高血圧は減少しているが、糖尿病、脂質異常症の治療者は増加している。また、糖尿病治療者におけるインスリン療法の割合は減少しているが、人工透析や糖尿病性腎症は増加している。（図表 20）

【図表 20】

厚生労働様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標								
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	19,797	3,027	15.3	293	9.7	2,180	72.0	1,956	64.6	708	23.4	595	19.7	27	0.9	235	7.8
	40～64歳	9,302	938	10.1	122	13.0	619	66.0	611	65.1	180	19.2	151	16.1	20	2.1	64	6.8
	65歳以上	10,495	2,089	19.9	171	8.2	1,561	74.7	1,345	64.4	528	25.3	444	21.3	7	0.3	171	8.2
H28	全体	18,681	3,127	16.7	272	8.7	2,235	71.5	2,070	66.2	760	24.3	605	19.3	34	1.1	272	8.7
	40～64歳	7,334	773	10.5	91	11.8	472	61.1	483	62.5	162	21.0	120	15.5	21	2.7	67	8.7
	65歳以上	11,347	2,354	20.7	181	7.7	1,763	74.9	1,587	67.4	598	25.4	485	20.6	13	0.6	205	8.7

厚生労働様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	19,797	5,905	29.8	2,180	36.9	3,428	58.1	1,099	18.6	1,039	17.6	40	0.7
	40～64歳	9,302	1,716	18.4	619	36.1	990	57.7	272	15.9	257	15.0	30	1.7
	65歳以上	10,495	4,189	39.9	1,561	37.3	2,438	58.2	827	19.7	782	18.7	10	0.2
H28	全体	18,681	5,497	29.4	2,235	40.7	3,324	60.5	1,052	19.1	1,025	18.6	47	0.9
	40～64歳	7,334	1,186	16.2	472	39.8	672	56.7	197	16.6	200	16.9	28	2.4
	65歳以上	11,347	4,311	38.0	1,763	40.9	2,652	61.5	855	19.8	825	19.1	19	0.4

厚生労働様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	19,797	4,785	24.2	1,956	40.9	3,428	71.6	960	20.1	819	17.1	16	0.3
	40～64歳	9,302	1,511	16.2	611	40.4	990	65.5	243	16.1	204	13.5	12	0.8
	65歳以上	10,495	3,274	31.2	1,345	41.1	2,438	74.5	717	21.9	615	18.8	4	0.1
H28	全体	18,681	4,725	25.3	2,070	43.8	3,324	70.3	964	20.4	839	17.8	24	0.5
	40～64歳	7,334	1,120	15.3	483	43.1	672	60.0	175	15.6	148	13.2	16	1.4
	65歳以上	11,347	3,605	31.8	1,587	44.0	2,652	73.6	789	21.9	691	19.2	8	0.2

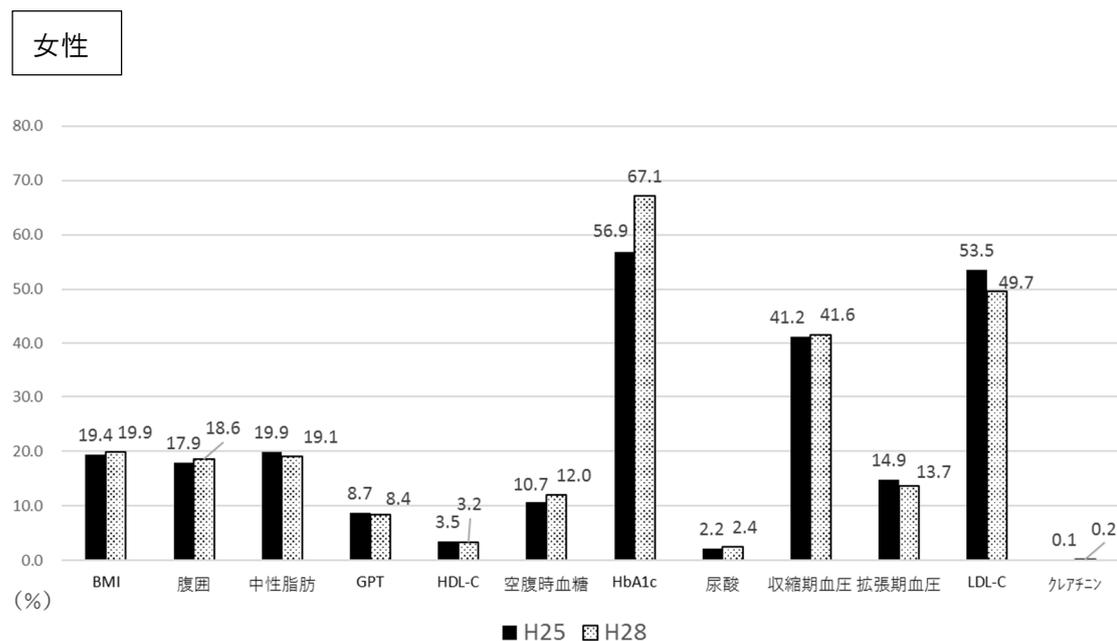
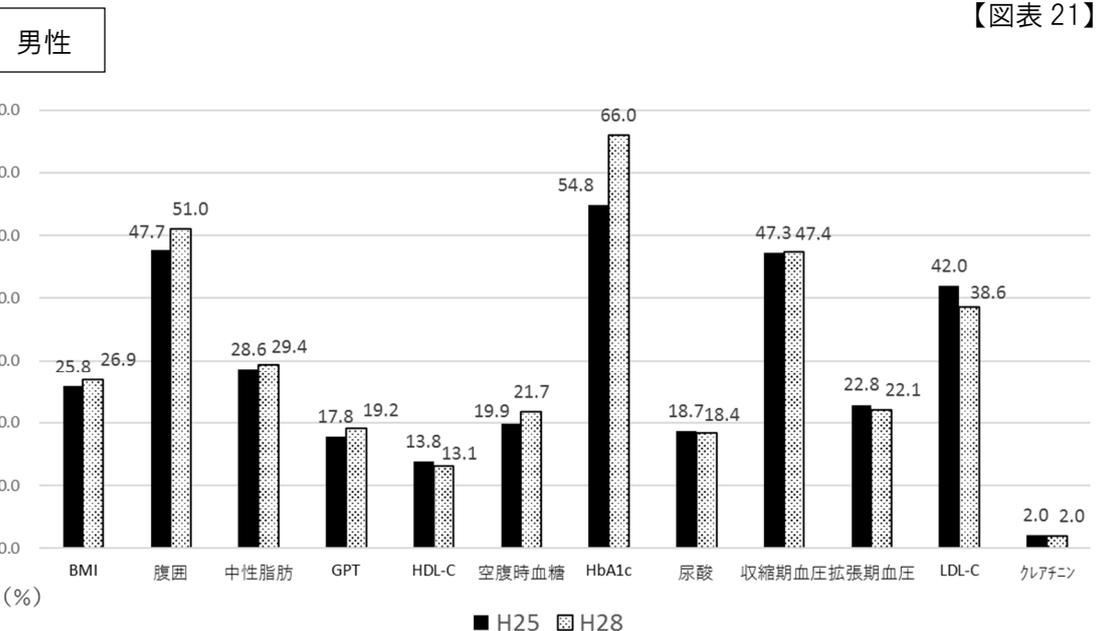
(4)特定健診結果の状況

①特定健診結果の有所見者の状況

平成 28 年度の健診結果では、男性では BMI、腹囲、中性脂肪、GPT、空腹時血糖、HbA1c の有所見者割合が増加しており、女性では HbA1c の有所見者割合が大きく増加している。男性は女性に比べて有所見者割合が高く、特に腹囲は 51%であり、健診受診者のうちの半数が基準値を超えている状況である。(図表 21)

健診結果の有所見者割合（資料：小松市特定健康診査結果）

【図表 21】

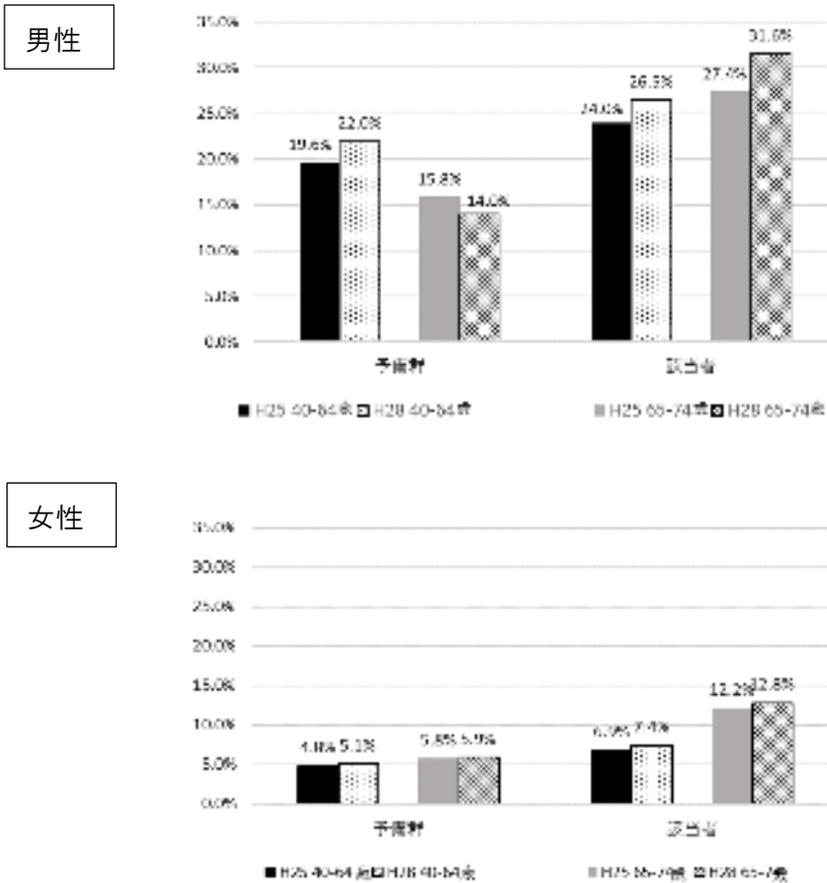


メタボリックシンドロームの割合は、男性の40～64歳の予備群を除いて増加傾向にあり、女性と比較して男性の割合が高くなっている。（図表 22）

メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスクの重複状況を見ると、男女とも該当者では高血圧と脂質異常の両方のリスクを持つ人が多く、予備群では高血圧が多くなっている。（図表 23）

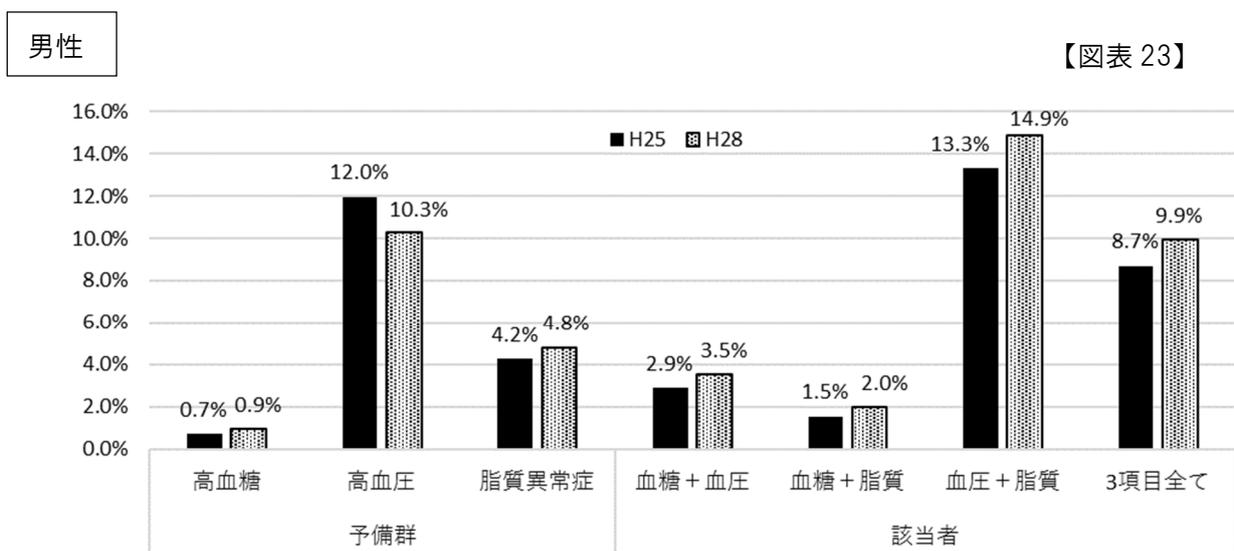
メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合（資料：小松市特定健康診査結果）

【図表 22】

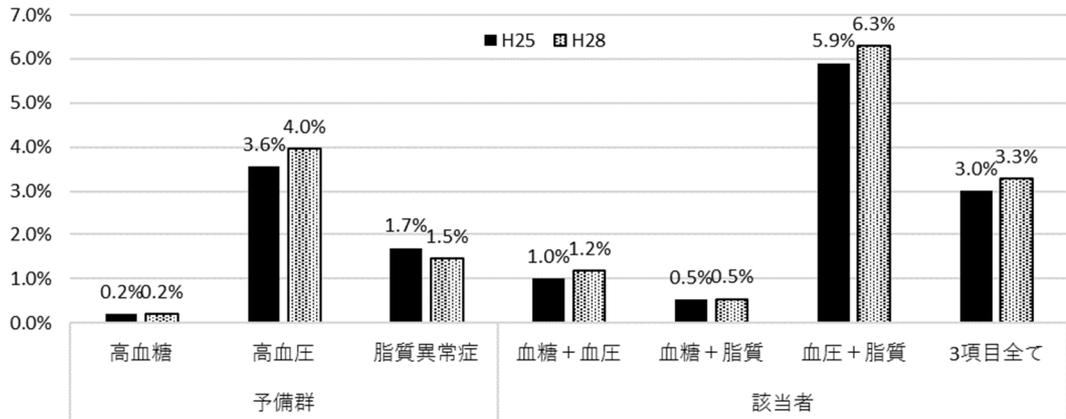


メタボリックシンドローム予備群・該当者の有所見割合（資料：小松市特定健康診査結果）

【図表 23】



女性

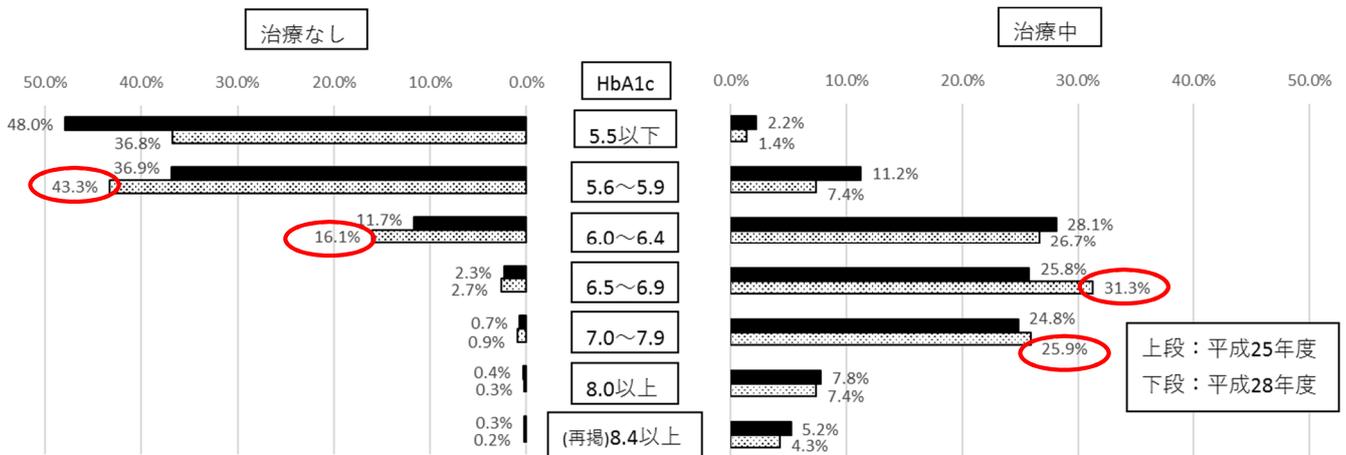


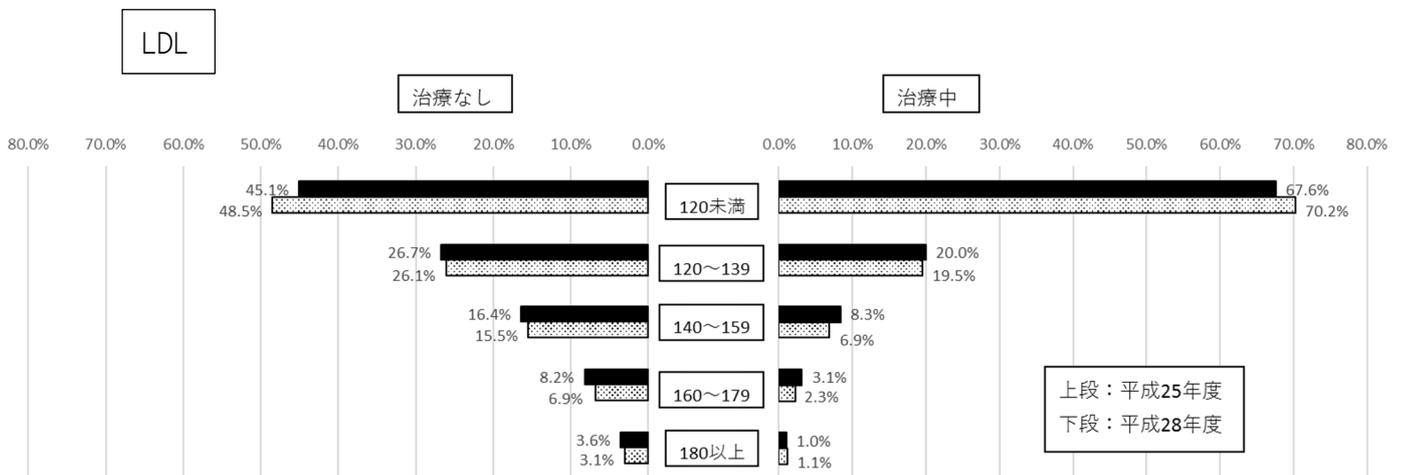
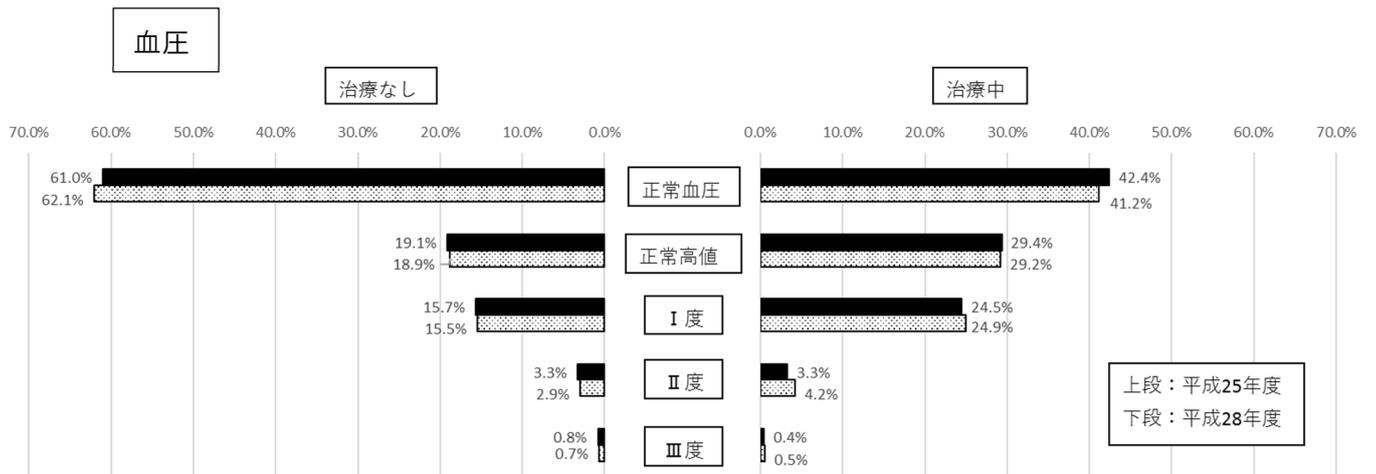
②血圧、血糖、LDL コレステロールのコントロール状況

HbA1c のコントロール状況をみると、治療をしていない人の保健指導判定値 (HbA1c5.6~5.9、6.0~6.4) の割合が増加している。また、治療中の人の受診勧奨判定値 (HbA1c6.5~6.9、7.0~7.4) の割合も増加している。高血圧については、治療をしている人の受診勧奨判定値 (I度高血圧以上) の割合が増加しており、LDL については、治療中の人、治療をしていない人とともにすべての段階で改善傾向にある。(図表 24)

糖尿病

【図表 24】





資料：小松市特定健康診査結果

### ③重症化予防対象者の状況

本市の平成28年度の特定健診受診者のうち、日本循環器学会などの各学会が出すガイドラインに基づき抽出した重症化予防の対象者は2,535人おり、健診受診者に占める割合は増加している。そのうち、治療をしていない人は716人（28.2%）となっている。また、重症化予防対象者のうちの未受診者の中には特定保健指導対象者も382人（53.4%）含まれており、特定保健指導の徹底が重症化予防につながると考えられる。（図表25）さらに、臓器障害があり直ちに治療に取り組むべき対象者は275人（38.4%）である。（図表26）

重症化予防対象者への取り組みは、医療との連携が不可欠であり、受診が必要な人が保健指導を行った後、確実に医療機関を受診したのか、KDBシステムを活用し、医療受診の状況を確認したり、その後も治療中断はしないか等の疾病管理をしていく必要がある。

【図表 25】

重症化予防対象者の推移

	受診者数 (a)	対象者数 (b)		治療なし (c)			(再掲) 特定保健指導		治療中	
		(a)に占める割合	(b)に占める割合	(c)に占める割合	(b)に占める割合	(c)に占める割合	(b)に占める割合	(c)に占める割合		
H25	8,585	2,431	28.3%	782	32.2%	407	52.0%	1,649	67.8%	
H28	8,408	2,535	30.1%	716	28.2%	382	53.4%	1,819	71.8%	

【図表 26】

脳・心・腎を守るために - 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 -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年齢調整透析導入患者数の減少					
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン (2005年度全国研究協議会))			糖尿病治療ガイド 2014-2018 (日本糖尿病学会)			CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)		
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 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>クモ膜下出血(7%)</div> <div>脳出血(18%)</div> <div>脳梗塞(75%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>心原性脳塞栓症(27%*)</div> <div>ラクナ梗塞(31.9%)</div> <div>アテローム血栓性脳梗塞(33.9%)</div> </div> <p style="font-size: small;">*脳卒中 予一オピシタ 2009より</p>			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)						
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)					
受診者数 8,408 対象者数	339 4.0%	56 0.7%	209 2.5%	241 2.9%	1,604 19.1%	554 6.6%	92 1.1%	170 2.0%	2,535 30.1%			
治療なし	186 3.6%	15 0.4%	182 3.1%	173 2.9%	258 6.5%	288 3.8%	28 0.7%	32 0.9%	716 17.9%			
(再掲) 特定保健指導	81 23.9%	3 5.4%	63 30.1%	57 23.7%	258 16.1%	60 10.8%	12 13.0%	7 4.1%	382 15.1%			
治療中	153 4.7%	41 0.9%	27 1.1%	68 2.7%	1,346 30.5%	266 33.3%	64 1.5%	138 3.3%	1,819 41.3%			
臓器障害あり	69 37.1%	15 100.0%	50 27.5%	69 39.9%	105 40.7%	120 41.7%	28 100.0%	32 100.0%	275 38.4%			
CKD(専門医対象者)	10	0	7	9	11	16	28	32	61			
原蛋白(2+)以上	5	0	5	3	7	7	28	3	28			
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	4	0	0	0	3	4	0	1	5			
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	1	0	3	8	1	7	3	32	32			
心電図所見あり	64	15	45	65	98	111	8	11	235			
臓器障害なし	117 62.9%	--	132 72.5%	104 60.1%	153 59.3%	168 58.3%	--	--	--			

(臓器障害あり…CKD 所見や心電図所見があること)

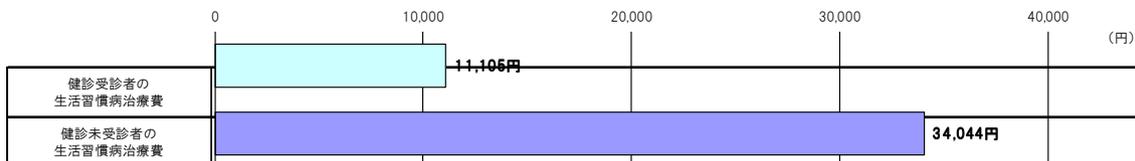
④未受診者の状況

健診受診者と未受診者の生活習慣病における治療費を比較すると、受診者の11,105円に対して、未受診者は34,044円と約3倍であった。(図表 27) 健診受診率は増加している一方で、健診も治療も受けていない人は40~64歳で31.3%、65~74歳で11.2%おり、これらの人については健康の状況が全くわからない状況にある

ことから、健診受診の徹底を図る必要がある。(図表 28)

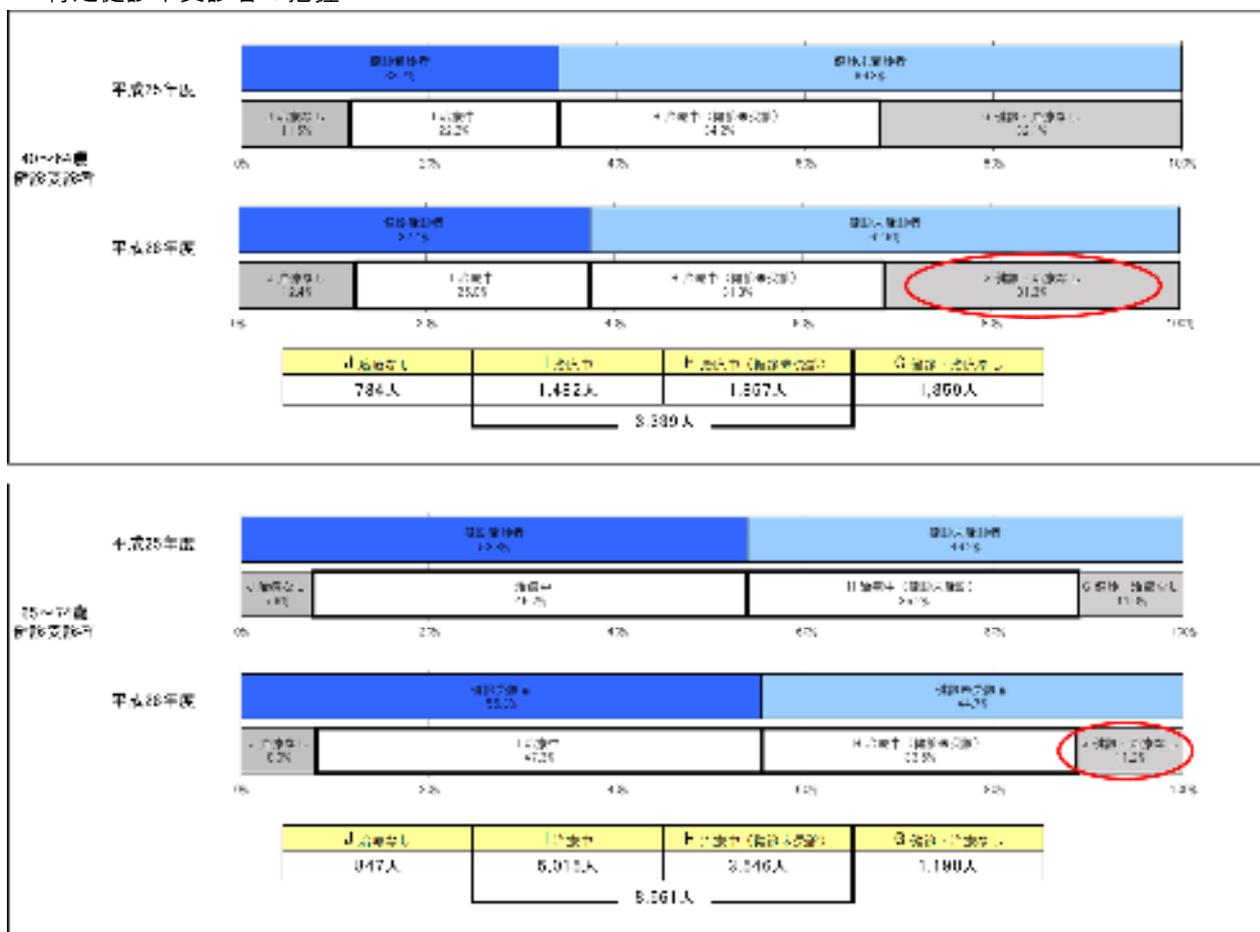
【図表 27】

特定健診の受診有無による生活習慣病治療費の比較 (平成 28 年度一人当たり月額)



特定健診未受診者の把握

【図表 28】



⑤特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成 28 年度の特定健診受診率は 49.5%であり、年々増加しているが近年は伸び悩んでいる。特定保健指導については、平成 28 年度は専属の職員を配置する体制を整えたため実施率が大きく増加し、国の目標である 60%を達成している。(図表 29)

【図表 29】

## 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移(法定報告)

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定健診	対象者数	18,118人	17,725人	17,166人	16,309人
	受診者数	8,319人	8,487人	8,500人	8,094人
	受診率	45.9%	47.9%	49.5%	49.6%
特定保健指導	対象者数	828人	816人	856人	857人
	実施数	406人	521人	507人	567人
	実施率	49.0%	63.8%	59.2%	70.6%

## 2) 保健事業の実施

## (1) 実施体制

健診結果に基づく保健指導は、保健事業の中核である。生活習慣病の発症予防、重症化予防のため、いきいき健康課と連携をとり、保健師及び管理栄養士等が保健事業を実施してきた。専門職が各々の能力を活用した役割分担をすることが住民の利益につながるため、国の制度改革に合わせて専門職を適切に配置していくことが必要である。なお、本計画の主管である保険年金課に保健師等の専門職が配置されていないことから、いきいき健康課の保健師等に事業の執行委任を行い、本計画に沿った事業を展開することとする。(図表 30)

【図表 30】

## 保健活動の実施体制

		H25	H26	H27	H28
保健師	保健師総数	23	23	25	25
	保健部門での勤務	18(0)	18(1)	20(1)	19(3)
	うち管理職	3	4	4	5
	小松市	78%	78%	80%	76%
	石川県	54%	65%	63%	62%
管理栄養士	管理栄養士	4	5	5	6
	保健部門での勤務	2(1)	3(2)	3(3)	4(3)
	小松市	50%	60%	60%	67%

( ) 嘱託数再掲

## (2) 保健指導の実施状況

保健指導の対象者は、健診結果に基づき、予防のターゲットとなる対象者を抽出し、個人の健診データに応じた保健指導や医療との連携を進めることが効果的である。

保険者努力支援制度では、特定保健指導実施率についての評価がある。これについては、第4章で目標設定をし、特定保健指導を実施している。

また、重症化予防としての糖尿病性腎症重症化予防については、糖尿病管理台帳をもとに、①未受診者②治療中断者③ハイリスク者への保健指導が重要であるが、平成28年度までは①未受診者について保健指導を実施してきた。

今後は糖尿病管理台帳を地区別に管理できるように、地区担当者が年度計画を立て保健指導を実施し、糖尿病性腎症重症化予防については、石川県が作成した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の実践に向けた活動が必要となる。(図表31)

【図表 31】

保健指導対象者		平成25年度			平成28年度		
		対象者数	保健指導実施	実施割合	対象者数	保健指導実施	実施割合
第1優先	糖尿病(HbA1c6.5%以上)	267	64	24.0	288	91	31.6
第2優先	CKD(e-GFR50未満または尿蛋白(2+)以上または尿蛋白(+))かつ尿潜血(+)	52	7	13.5	65	42	64.6
第3優先	心房細動	13	2	15.4	15	7	46.7
第4優先	脂質異常(LDL180以上)	225	37	16.4	182	107	58.8
第5優先	高血圧Ⅲ度以上	44	9	20.5	35	18	51.4
第6優先	メタボリックシンドローム3項目該当	53	23	43.4	50	37	74.0
第7優先	脂質異常(LDL160~179、中性脂肪300以上)	513	77	15.0	430	316	73.5
第8優先	高血圧Ⅱ度	177	32	18.1	151	99	65.6
第9優先	メタボリックシンドローム2項目該当	230	109	47.4	208	146	70.2

※保健指導はいずれも3疾患(血圧・血糖・脂質異常)治療なしの者に実施(特定保健指導で指導を行った者も含む)

## 3) 第1期に係る考察

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

しかし、一人当たり医療費の増加や脳血管疾患や虚血性心疾患での長期入院に係る医療費の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など解決できていない課題も見えてきた。その背景として、メタボリックシンドロームや糖尿病等、薬物治療だけでは改善が難しい疾患が増加していること、継続した治療ができていないか、治療と併せて生活改善ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診中の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自

ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

### 3. 第2期計画における健康課題の明確化

#### 1) 医療の状況

医療費の動向や受療状況を把握し、そのうち予防可能な疾患をターゲットに保健事業により医療費の適正化を図り、もって保険者の財政基盤強化が図られることは、保険者自身にとっても、また被保険者の利益を守る観点からも重要である。

ターゲットとする脳、心、腎の対象疾患のうち慢性腎不全（透析有）の医療費の総医療費に占める割合が増えており、その基礎疾患である糖尿病の割合は大きく増加している。人工透析は一人当たりの費用額が630万円と高額であり、長期化する疾患であるため医療費増加の一因となる。また、人工透析者の大多数が高血圧、糖尿病、脂質異常症を持っている。これらの生活習慣病は慢性腎臓病のリスク要因であり、慢性腎臓病と診断された後も治療せずに放置すると人工透析が必要な状態となってしまう。移行を防ぐためにも、慢性腎臓病に対する早期の治療開始が必要であり、生活習慣病への認識を深め、重症化を予防することが重要である。

#### 2) 介護保険の状況

2号認定者及び65～74歳の1号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9割以上であり、筋・骨格疾患を上回っていた。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、医療費を抑制するだけでなく、要介護状態になることを防ぎ、74歳までの要介護認定者を減らすことにもつながると考えられる。

#### 3) 健診の状況

生活習慣病は本人に明確な自覚症状がないまま悪化することが多いことから、生活習慣病等の発症や進行状況を把握するには、健康診査の結果を把握、分析することが重要である。特に近年は、それぞれの検査値がそれほど異常でなくても、内臓脂肪の蓄積に加え、高血糖や高血圧、脂質異常が重なった場合に、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高くなる「メタボリックシンドローム」の危険性が指摘されており、個々の検査項目の異常だけでなく異常項目の重複、組み合わせについても把握、分析することが重要である。

本市においては、メタボリックシンドローム予備群・該当者は増加傾向であり、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・HbA1cなどが高く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

腹囲が基準値以上（内臓肥満が疑われるもの）の者の割合は平成25年度と比べてや

や増加しており、特に男性の該当率が高くなっている。リスクの重なりをみると、メタボリックシンドローム該当者では、「高血圧と脂質異常」の重なりが多く、予備群では「高血圧のみ」を持つ人が多いなど、内臓脂肪が血管変化や血液への影響を及ぼしていることがわかる。さらに、40～64歳男性は特定健診の受診率が低いにも関わらず、メタボリックシンドロームの割合が高いことから、健診の未受診者の中にも生活習慣病のリスクを持つ人が多く存在すると考えられ、若い年代層の受診率向上対策が必要である。

特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、健診受診者の30.1%（2,535人）である。重症化予防対象者のうち、治療をしていない人は28.2%（716人）であるが、そのうち肥満があり特定保健指導の対象となる者は53.4%（382人）と半数以上を占め、特定保健指導の徹底と併せて重症化予防の指導を行うことが効率的である。また、未治療者の中には臓器障害があり直ちに治療に取り組むべき対象者が38.4%（275人）おり、早急な受診勧奨が必要である。

糖尿病はメタボリックシンドロームに次いで重症化予防対象者が多く、健診の有所見率でもHbA1cは男女とも高くなっている。糖尿病治療者も増加しており、合併症予防のための目標であるHbA1c7.0%を超える人も増えていることから、治療を受けてはいるが血糖コントロールができていないことがうかがえるため、改善に向けての取り組みが必要である。

特定健診の受診率は増加傾向にあるが、平成28年度は目標の57.0%には達していない状況である。特に、若い年齢層や男性の受診率が低くなっている。健診未受診者の中には健診も治療も受けていない人がおり、どのような健康状態であるのか把握することができない。脳血管疾患及び虚血性心疾患は、基礎疾患である高血圧症や脂質異常症、糖尿病の複数の疾患が重なって発症する。重症化予防を進めるためには、まずは特定健診を受診することで自身の健康状態を把握し、生活習慣の改善、早期治療をすることで疾病をコントロールしていくことが重要となる。

## 4 計画の目標の設定

### （1）優先すべき課題

データヘルス計画の目的は、主に虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症（透析予防）等による死亡、障害の発生を防ぐことである。

そのため、本市の健康課題を踏まえ、以下のように中長期的な目標と、その達成のために必要となる短期的な目標を設定し、最優先事項として取り組むこととする。

### （2）成果目標（図表32）

#### ①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成 35 年度には平成 30 年度と比較して、3 つの疾患の総医療費に占める割合をそれぞれ減少させることを目標にする。

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

## ②短期的な目標の設定

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

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

そのためには、医療受診が必要な者についても適切な働きかけや、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及び受診勧奨を実施する。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必要がある。さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施して、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る。その目標値は、第 4 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載することとする。

【図表 32】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	評価値								現状値の把握方法			
				初期値	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		2023		
特定健診等		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	49.6%									特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
			特定保健指導実施率60%以上	70.6%											
			特定保健指導対象者の減少率25%	20.3%											
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病の有病者の割合が28.0%で全国、県、同規模と比較して高い。</li> <li>・健診の結果、HbA1cの有所見割合が増加している。</li> <li>・透析者のうち糖尿病性腎症を持っている人が68.0%おり、増加している。</li> <li>・慢性腎不全(透析有)に係る医療費が増加している。</li> </ul>	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.4%								KDBシステム			
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.9%											
			糖尿病性腎症による透析導入者の減少	11人											
				<ul style="list-style-type: none"> <li>・がんの高額レセプトが増加している。</li> </ul>	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	9.8%								小松市いきいき健康課
						健診受診者の高血圧の割合の減少(160/100以上)	4.0%								
						健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.0%								
						健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少(HbA1c6.5以上)	9.6%								
						メタボリックシンドローム・該当者の割合の減少	19.1%								
						糖尿病の未治療者の割合の減少	3.8%								
						糖尿病の保健指導を実施した割合増加	31.6%								
保険者努力支援制度			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	11.3%								地域保健事業報告			
			肺がん検診 50%以上	27.6%											
			大腸がん検診 50%以上	23.6%											
			子宮頸がん検診 50%以上	31.6%											
			乳がん検診 50%以上	25.4%											
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	74.9%							厚生労働省公表結果				

## 第3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実施していく必要がある。

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

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第4章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

高血圧や糖尿病等の重症化予防のためには、日々の値のコントロールが重要であり、本人自らが自分の値を知り、日々の食事や生活等を振り返りながら、悪化要因等を学んでいくことが重要である。

このため、健診結果をわかりやすく情報提供していきながら、糖尿病の重症化予防対象者に「糖尿病連携手帳」等を配布し、自己管理できるよう支援する。

また、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドラインも踏まえ、健康づくりの取組をはじめのきっかけや継続するためICT等を活用しつつ支援する。

## 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「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。

なお、取組にあたっては図表 33 に沿って実施する。

- ア. 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
- イ. 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ウ. 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 33】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	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 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 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 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	C 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		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	A 次年度計画策定		○			□

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

## (2) 対象者の明確化

### ア. 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「いしかわ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
  - a. 糖尿病性腎症で通院している者
  - b. 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

### イ. 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の把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 34)

【図表 34】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注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。

本市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿とすることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(図表 34)

② 基準に基づく該当者数の把握（図表 35）

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う。本市において特定健診受診者 8,408 人(C)のうち、糖尿病型と診断された人は 1,121 人(E)であり、そのうち糖尿病未治療者は 321 人(F)であった。40～74 歳における糖尿病治療者 3,127 人(H)のうち、特定健診受診者は 800 人(G)であったが、そのうち 309 人(J)は重症化するリスクの高い者であった。

③ 介入方法と優先順位

図表 35 及びいしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより本市においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

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

優先順位2

【保健指導】

- 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)
- ・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

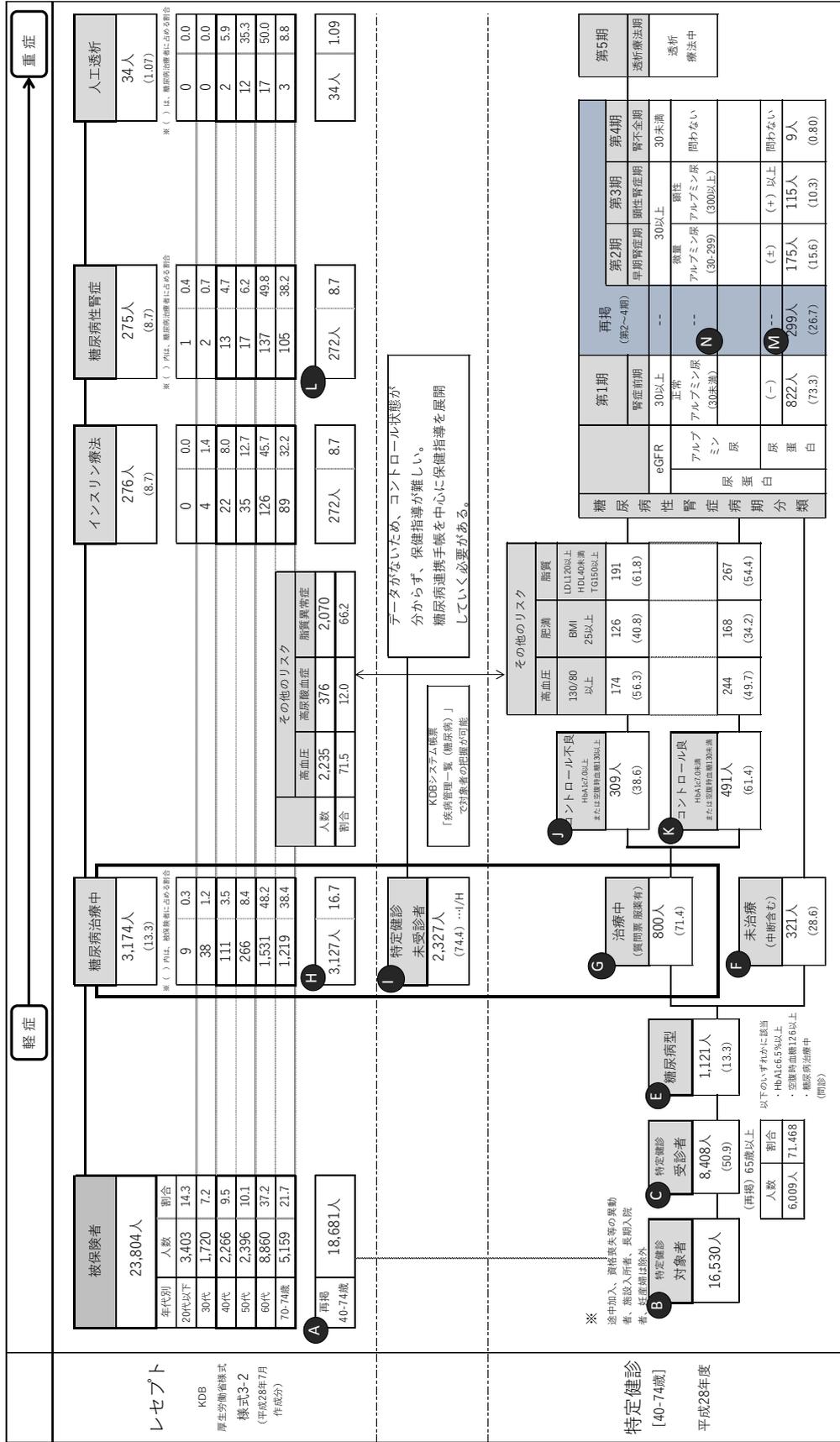
優先順位3

【保健指導】

- 糖尿病管理台帳掲載者で特定健診未受診者
- ・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

【図表 35】

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



### (3) 対象者の進捗管理

#### ア. 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 2)及び年次計画表(参考資料 3)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

#### 【糖尿病台帳作成手順】

- ① 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上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

a. HbA1c b. 血圧 c. 体重 d. eGFR e. 尿蛋白

- ② 資格を確認する

- ③ レセプトを確認し情報を記載する

a. 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

- ④ 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

- ⑤ 担当地区の対象者数の把握

- a. 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- b. 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

#### ア. 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。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 36)

【図表 36】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中の私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>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</p>

(5) 医療との連携

ア. 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、小松市糖尿病連携推進協議会と協議して作成した「糖尿病受診勧奨連絡票」を使用する。

## イ. 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をする。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じていく。

## (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様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 4)を用いて行っていく。

## ア. 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 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## (7) 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2 月 糖尿病管理台帳の更新、順次、特定健診未受診者へ介入

## 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 5)

### (2) 対象者の明確化

#### ア. 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)

#### イ. 重症化予防対象者の抽出

#### 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。本市において健診受診者8,408人のうち心電図検査実施者は8,209人(97.6%)であり、そのうちST所見があったのは413人であった(図表37)。ST所見ありの者については心電図における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。

本市は全国、同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。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、本市の特定健診では今後も心電図検査の全数実施を行っていく。

【図表 37】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	8,408	100	8,209	97.6	413	5.0	2,405	29.3	5,606	68.3

※特定健診受診者は全数実施。結果提供者については未実施を含む。

### (3) 保健指導の実施

#### ア. 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

【図表 38】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 15 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>			
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)

#### イ. 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防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) 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。

#### ア. 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

### (6)実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2 月 糖尿病管理台帳の更新

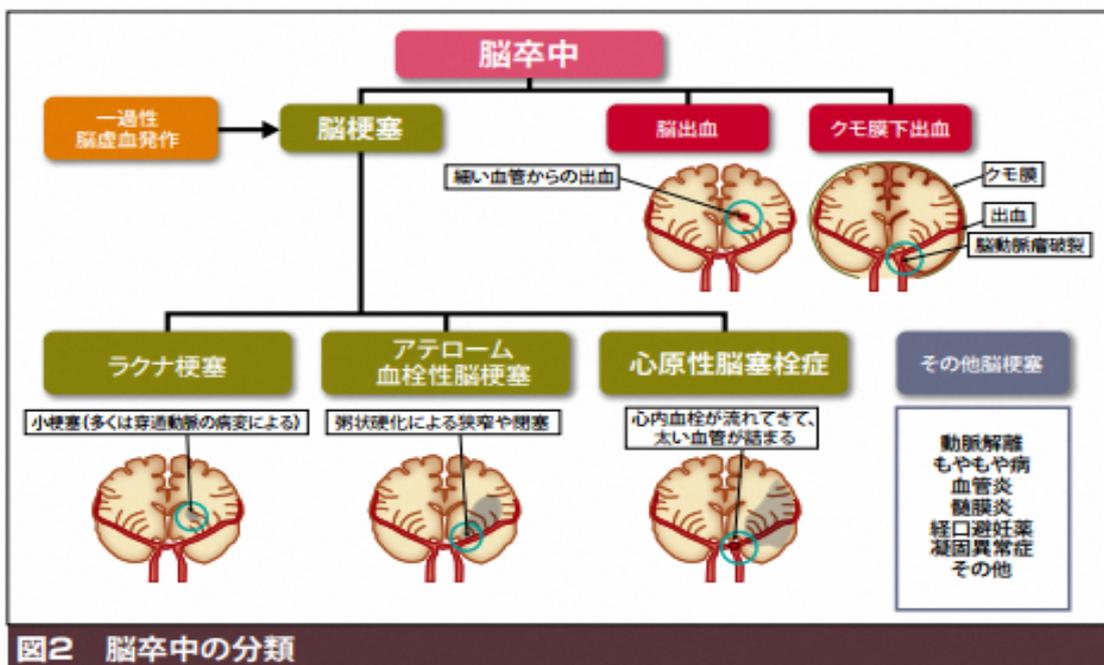
### 3)脳血管疾患重症化予防

#### (1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 39】



#### 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

### ア. 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する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 41】

H28 特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●							○	○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●					○	○						
脳出血	心原性脳梗塞	●				●			○	○						
	脳出血	●														
脳出血	くも膜下出血	●														
	リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧	糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		8,408人	339人	4.0%	554人	6.6%	209人	2.5%	56人	0.7%	1,604人	19.1%	92人	1.1%	170人	2.0%
治療なし		186人	3.6%	288人	3.8%	182人	3.1%	15人	0.4%	258人	6.5%	28人	0.7%	32人	0.9%	
治療あり		153人	4.7%	266人	33.3%	27人	1.1%	41人	0.9%	1,346人	30.5%	64人	1.5%	138人	3.3%	
臓器障害あり		69人	37.1%	120人	41.7%	50人	27.5%	15人	100.0%	105人	40.7%	28人	100.0%	32人	100.0%	
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	10人	16人	7人	0人	11人	28人	32人								
	尿蛋白(2+)以上	5人	7人	5人	0人	7人	28人	3人								
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	4人	4人	0人	0人	3人	0人	1人								
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人	4人	3人	0人	1人	3人	32人								
	心電図所見あり	64人	111人	45人	15人	98人	8人	11人								

(臓器障害あり…CKD 所見や心電図所見があること)

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339人(4.0%)であり、186人は未治療者であった。また未治療者のうち69人(37.1%)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153人(4.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### イ. リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 42】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

H28 特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

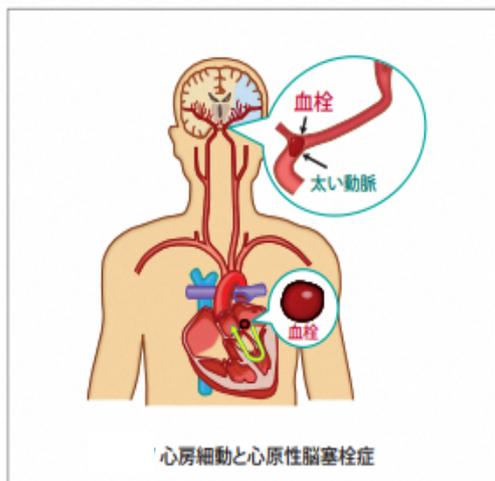
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上				3ヶ月以内の指導で 140/90以上なら降圧薬治療
		5,152	1,808	1,390	972	796	151	35			
		35.1%	27.0%	18.9%	15.5%	2.9%	0.7%				
リスク第1層		595	325	132	72	51 <sup>④</sup>	13	2 <sup>①</sup>	51	421	510
		11.5%	18.0%	9.5%	7.4%	6.4%	8.6%	5.7%	1.0%	8.2%	9.9%
リスク第2層		2,841	1,007	781	551	408 <sup>③</sup>	78	16	51	13	2
		55.1%	55.7%	56.2%	56.7%	51.3%	51.7%	45.7%	100%	3.1%	0.4%
リスク第3層		1,716	476	477	349	337 <sup>②</sup>	60	17	--	408	94
		33.3%	26.3%	34.3%	35.9%	42.3%	39.7%	48.6%	--	96.9%	18.4%
再掲) 重複あり	糖尿病	462	124	120	98	98	20	2	--	--	414
		26.9%	26.1%	25.2%	28.1%	29.1%	33.3%	11.8%	--	--	81.2%
	慢性腎臓病 (CKD)	797	257	212	159	138	20	11			
		46.4%	54.0%	44.4%	45.6%	40.9%	33.3%	64.7%			
3個以上の危険因子		833	174	234	189	189	38	9			
		48.5%	36.6%	49.1%	54.2%	56.1%	63.3%	52.9%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

リスク層：血圧以外の高齢、喫煙、脂質異常症、肥満、メタボ、糖尿病、CKD の各危険因子の該当数により第1層～第3層に分類したもの。リスク第1層は危険因子なし、第2層は危険因子1～2個、第3層は危険因子3個以上。

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くる。

ウ. 心電図検査における心房細動の実態



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

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 43】

## H28 特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	3441	4967	46	1.3	10	0.2	-	-
40歳代	265	292	1	0.4	0	0	0.2	0.04
50歳代	335	439	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	1,574	2,593	22	1.4	5	0.2	1.9	0.4
70～74歳	1,267	1,643	23	1.8	5	0.3	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

\* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

## 心房細動有所見者の治療の有無

【図表 44】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
56	100	15	26.8	41	73.2

心電図検査において 56 人が心房細動の所見であった。有所見率をみると男女とも 60 歳以上がほとんどであったが、日本循環器学会疫学調査と比較しても大きな違いはなかった。また 56 人のうち 41 人は既に治療が開始されていたが、15 人は特定健診の心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続していく。(図表 44)

## (3) 保健指導の実施

## ア. 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。

## イ. 対象者の管理

## ① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 7)

#### 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 8)

### (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) 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。その際は高血圧者管理表、心房細動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。

#### ア. 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

### (6) 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

12 月 特定健診結果を高血圧者管理表、心房細動管理台帳に記載。

1 月 台帳記載後順次、対象者へ介入

### 3. その他

#### 1) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

たばこは、がん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患等）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、周産期の異常（早産、低出生体重児等）等の原因となることが国内外の多数の科学的知見により明らかとなっている。

このうち、COPD は、WHO（世界保健機関）が「予防でき、治療できる病気」として啓発運動を勧めることを提言しており、日本では「健康日本 21（第二次）」に、今後取り組むべき深刻な病気として新たに加えられたところである。COPD は、タバコの煙を主とする有害物質を長期にわたり吸入し続けることで生じる肺の炎症性疾患で、慢性的に咳、喀痰、労作時呼吸困難などがみられ、診断や治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下し、酸素療法が必要となり、外出が不自由となったり、寝たきりに近い生活に追い込まれることもある。

また、COPD の主要因である喫煙自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、COPD を全身性疾患として捉える考え方もある。

- 全身性炎症：全身性サイトカインの上昇、CRP の上昇
- 栄養障害：脂肪量、除脂肪量の減少
- 骨格筋機能障害：筋量・筋力の低下
- 心・血管疾患：心筋梗塞、狭心症、脳血管障害
- 骨粗鬆症：脊椎圧迫骨折 ●抑うつ ●糖尿病 ●睡眠障害 ●貧血

このため、喫煙対策にあたっては、これまでのがんや循環器疾患等に加え、COPD についても正しい知識の普及を行うとともに、喫煙者に対しては、人間ドック等の機会を通じて、呼吸器の検査（スパイロメトリー）により COPD の早期発見に努め、必要な場合は医療機関への受診勧奨、禁煙支援等を行う。また、本市では禁煙外来治療費助成金で治療費の一部を助成する。

また、子どもの頃からの受動喫煙や未成年者の喫煙は肺の正常な発達を著しく妨げ、さらに、成人になってから喫煙することで COPD を発症しやすいことが知られており、妊産婦や子どものいる被保険者の家庭に対して、積極的に受動喫煙の害や COPD に関する知識の普及に努める。

具体的対策は小松市健康づくり計画である「すこやかこまつ 21（第 2 次）」に基づき進めていく。

## 2) がん

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。

具体的対策は「すこやかこまつ 21（第2次）」にて、がん検診受診率向上と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。

## 3) こどもの生活習慣

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通してみられる生活習慣は、食や生活リズム、運動習慣などである。

食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題などがある。生活習慣病予防につながる野菜は、1日の目標摂取量（350g）を男女ともに達している県は、長野県だけとなっている（平成24年国民健康栄養調査）。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活である。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。

大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。

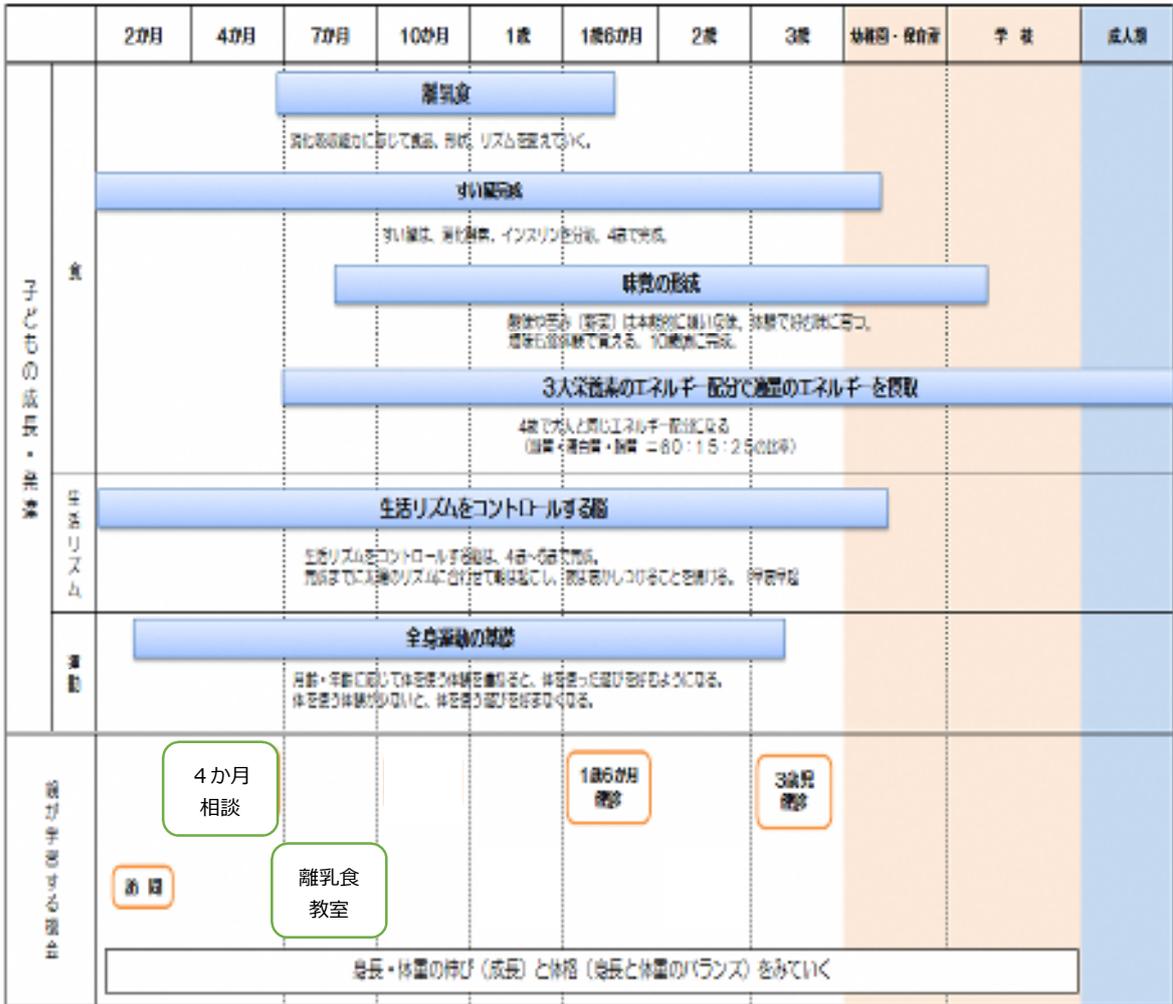
運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておくなどである。

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。

具体的対策は「すこやかこまつ 21（第2次）」にて取り組むこととする。

子どもの成長発達と親が学習する機会

【図表 45】



4) 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

また、重複服薬者については、電話・文書等で指導を行い、服薬指導を実施する。

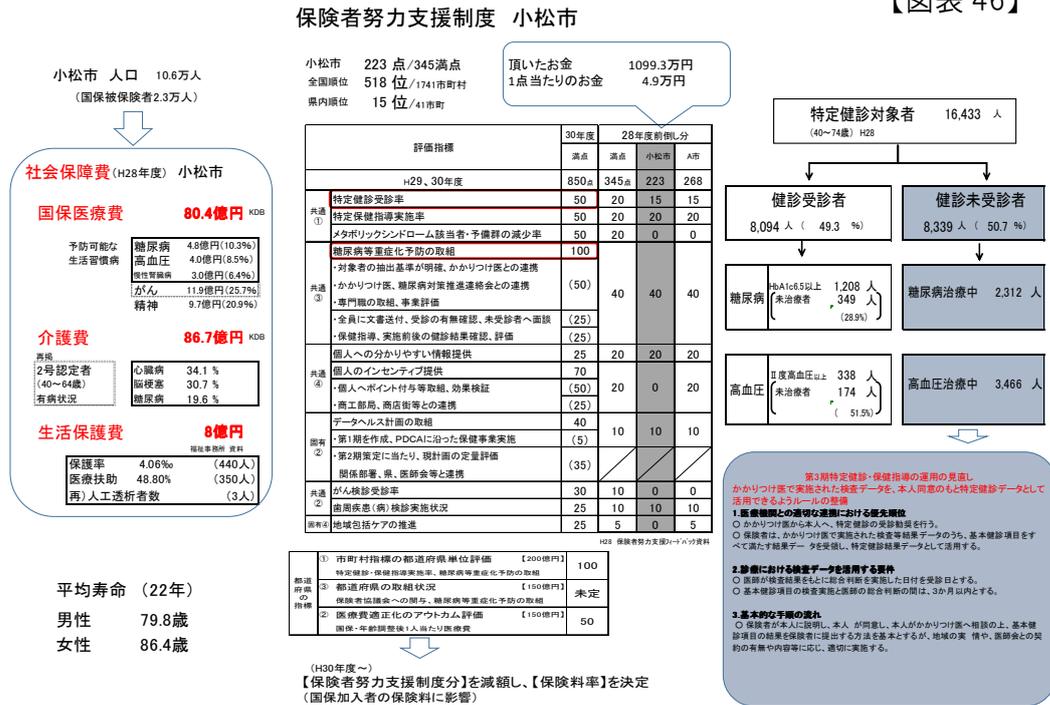
5) 後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

# 4. ポピュレーションアプローチ

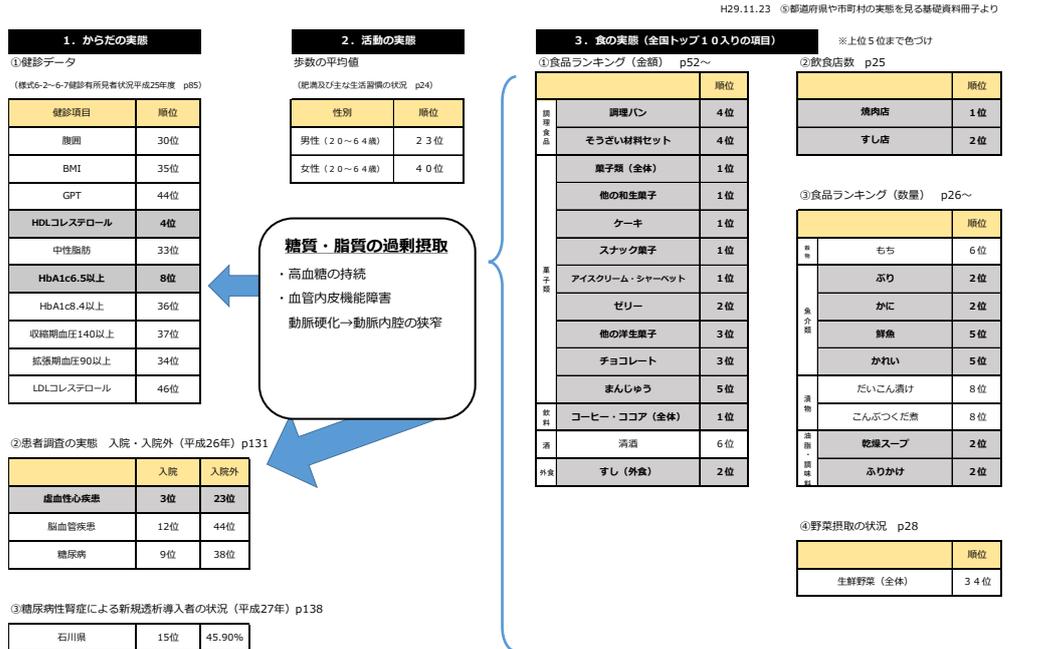
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 46・47)

【図表 46】



石川県の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表 47】



## 第4章 第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画

### 1. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（2018年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表 48】

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%

### 3. 対象者の見込み

(単位:人)【図表 49】

		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診	対象者数	16,900	16,250	15,770	15,330	14,690	14,090
	受診者数	8,450	8,450	8,520	8,580	8,520	8,450
特定保健指導	対象者数	850	850	850	860	850	850
	実施者数	600	600	610	630	630	640

### 4. 特定健診等の実施方法

特定健診、特定保健指導の実施については、いきいき健康課への執行委任の形態で行う。

#### 1) 実施場所

##### (1) 特定健診

- ア 個別健診：委託契約に基づき市が指定する健診機関
- イ 集団健診：すこやかセンター等

##### (2) 特定保健指導

- ア 市直営は個別訪問等
- イ その他委託契約に基づき市が指定する保健指導機関

#### 2) 実施項目

##### (1) 特定健診

##### ア 健診項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿

酸、尿潜血、総コレステロール)を実施する。なお、小松市国民健康保険人間ドック及び脳ドックを特定健診に代えて実施する。

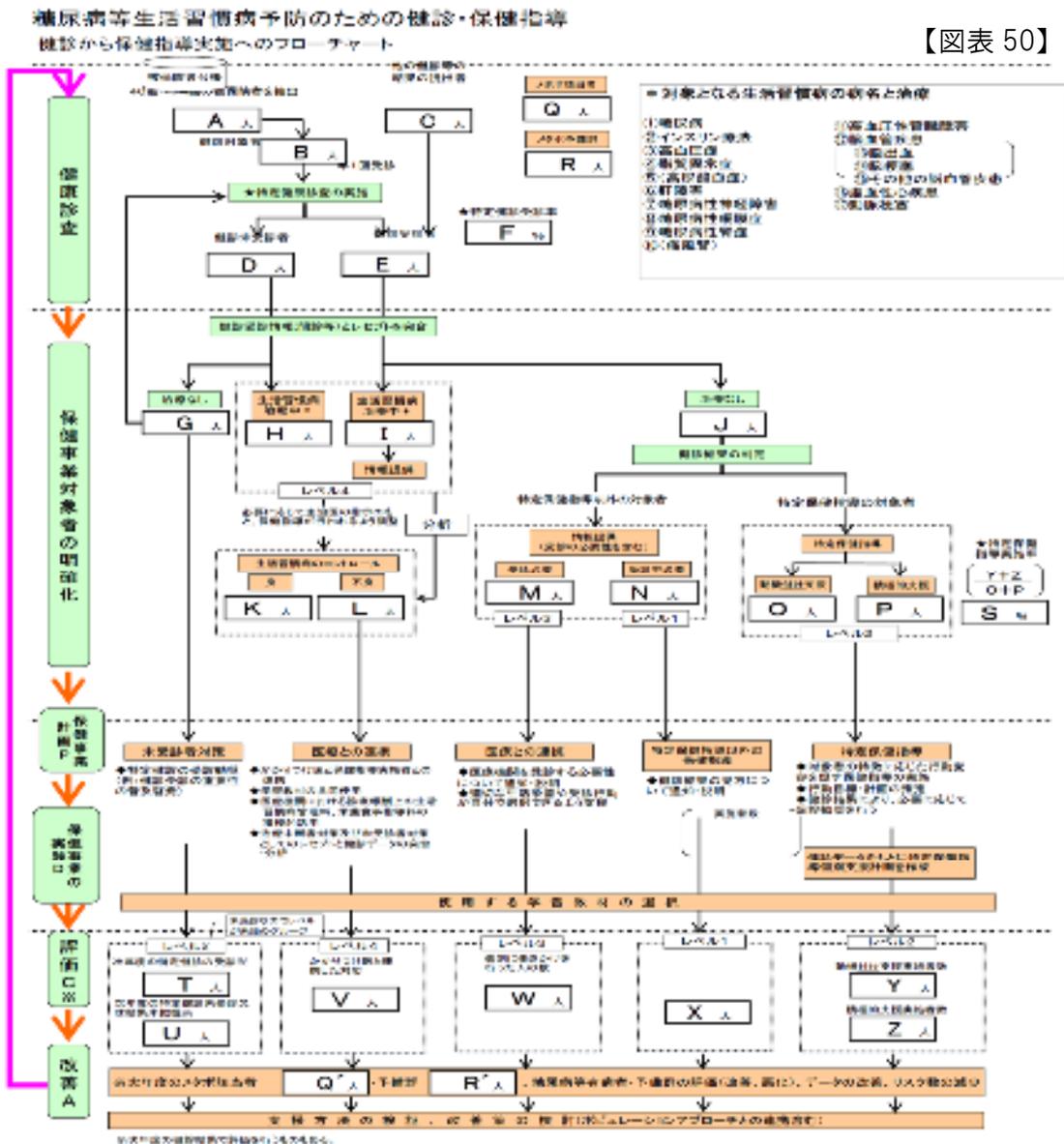
イ 情報提供

健診結果の提供に合わせて個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供する。

(2) 特定保健指導

ア 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(案)(平成30年版)」様式5-5を参考に、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表50)



イ 要保健指導対象者数の選定と優先順位・支援方法（図表 51）

【図表 51】

優先順位	図表 50	保健指導レベル	支援方法
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
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
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、）
4	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明

3）実施時期（期間）

（1）特定健診

市が指定する医療機関で行う個別健診及び集団健診は、概ね6月中旬から11月までの間で期間を定めて実施する。

（2）特定保健指導

初回面接を起点として最低3か月間とする。なお、初回面接は、特定健診受診年度内（概ね7月～12月）に実施する。

4）外部委託の有無、外部委託の契約形態、外部委託先の選定に当たっての考え方及び代行機関の利用

（1）外部委託の実施

特定健診、特定保健指導の実施に当たっては、対象者に確実に実施できるよう、特定健診については全面委託する。特定保健指導については原則として直営で実施するが、必要に応じて部分的に外部委託を実施する。

（2）外部委託の契約形態

外部委託に関しては基本的な契約形態は個別契約とするが、小松市医師会との契約については集合契約とする。

### (3) 外部委託先の選定に当たっての考え方

外部委託者の選定に当たっては、「厚生労働省告示第十一号」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしていること、健診、保健指導の質が安定的に確保できることを条件として選定を行う。

### (4) 代行機関の利用

小松市と健診・保健指導機関との間に立ち、実施における費用の決済や、健診機関等から送付された健診・保健指導結果データの管理に関する事務処理等を行うための代行機関を、石川県国民健康保険団体連合会とする。

## 5) 周知や案内の方法

### (1) 周知の方法

広報こまつ、小松市ホームページへの掲載、医療機関でのポスター等の掲示、町内放送による受診の呼びかけを実施する。

### (2) 受診案内等の方法

- ア 特定健康診査の開始前までに受診券を特定健康診査の対象者宛に郵送する。
- イ 健診結果に基づき、特定保健指導対象者には実施機関より案内する。

## 6) 労働安全衛生法に基づく事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

受診案内に、事業主健診等の健診受診者はデータを小松市へ提出して欲しい旨を記載し、提供を依頼する。提供を受けたデータが紙データである場合は小松市が電子データ化する。

## 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。

## 8) 実施に関する毎年度の年間スケジュール

年間スケジュールは原則として図表 52 のとおりとする。

図表 52 特定健診・特定保健指導の年間スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診	受診券発送準備及び発送			個別健診			集団健診					
特定保健指導				初回面接			3か月継続支援（中間評価含む）等			6か月後評価		

## 5. 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小松市情報公開及び個人情報保護に関する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。

## 6. 結果の報告

実績報告については、特定健診等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。

## 7. 特定健康診査等実施計画の公表、周知及び趣旨の普及啓発

この計画の概要をホームページ上で公表し、内容の周知、趣旨の普及啓発を図る。

## 8. その他

### 1) 事業の質と安全確保

保険者として、研修の実施等により、特定健診や特定保健指導に従事する者の知識及び技能の向上を図るよう努める。

### 2) 特定健診情報等の提供

特定健診や特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低 5 年間又は被保険者が他の保険者の被保険者となった日の属する年度の翌年度の末日までとするが、保存期間の満了後は、5 年分の記録を被保険者の求めに応じて当該被保険者に提供する等、被保険者が生涯にわたり自己の健診情報等を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うよう努めていく。

### 3) 特定保健指導以外の保健指導の実施

保険者として、被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果や診療報酬明細等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診の勧奨、その他の保健指導を行う必要がある者に対する保健指導等の実施に努める。

## 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、市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3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。

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市民を増やしていくことにつながる。

KDB等から要支援・介護認定者の有病状況を分析し、予防可能な疾患をターゲットに重点的に保健事業を実施するとともに、地域包括ケア推進にかかる各種会議等に保険年金課が出席し、要支援・介護認定者の有病状況等の情報共有を図りながら、小松市民病院や関係部署と連携しながら地域包括ケアの推進を図る。

## 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2020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2023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9・10）

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、特定保健指導実施率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行う。

なお、計画に関する進捗管理は「すこやかこまつ21」とあわせて行う。

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

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

策定した計画は、市の広報誌やホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しを実施する。

### 2. 個人情報の取扱い

小松市における個人情報の取扱いは、小松市情報公開及び個人情報保護に関する条例（平成7年小松市条例第1号）によるものとする。

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小松市の位置
- 参考資料 2 糖尿病管理台帳
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 4 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 7 血圧評価表
- 参考資料 8 心房細動管理台帳
- 参考資料 9 第 1 期全体評価
- 参考資料 10 平成 29 年度の取組みと課題整理（平成 29 年度進捗状況）

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小松市の位置

項目		H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
		小松市		小松市		同規模平均		県			国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合		
1	① 人口構成	総人口		105,893		105,893		12,672,078		1,149,040		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）		25,270 23.9		25,270 23.9		2,924,766 23.1		274,533 23.9		29,020,766 23.2		
		75歳以上		12,351 11.7		12,351 11.7				139,678 12.2		13,989,864 11.2		
		65～74歳		12,919 12.2		12,919 12.2				134,855 11.7		15,030,902 12.0		
		40～64歳		35,413 33.4		35,413 33.4				387,206 33.7		42,411,922 34.0		
	39歳以下		45,210 42.7		45,210 42.7				487,301 42.4		53,420,287 42.8			
	② 産業構成	第1次産業		2.1		2.1		3.8		3.3		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		37.6		37.6		27.7		28.7		25.2		
		第3次産業		60.3		60.3		68.5		68.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性		79.8		79.8		79.7		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.4		86.4		86.4		86.8		86.4				
④ 健康寿命	男性		65.3		65.3		65.3		65.2		65.2			
	女性		67.0		67.0		66.9		66.9		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		96.8		98.2		99.1		98.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん		302 48.2		299 49.4		36,947 49.6		3,535 50.1		367,905 49.6		
		心臓病		165 26.3		153 25.3		19,873 26.7		1,855 26.3		196,768 26.5		
		脳疾患		104 16.6		109 18.0		11,361 15.3		1,190 16.9		114,122 15.4		
		糖尿病		11 1.8		10 1.7		1,352 1.8		113 1.6		13,658 1.8		
		腎不全		26 4.1		20 3.3		2,517 3.4		187 2.6		24,763 3.3		
	自殺		19 3.0		14 2.3		2,408 3.2		180 2.5		24,294 3.3			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		1,083 10.5						1,146 9.2		136,944 10.5		厚労省HP 人口動態調査
		男性		74 13.9						758 12.2		91,123 13.5		
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		5,037 19.8		5,333 21.1		606,908 20.6		58,480 21.3		5,882,340 21.2	
新規認定者			85 0.3		81 0.3		10,534 0.3		902 0.3		105,654 0.3			
2号認定者		102 0.3		100 0.3		16,125 0.4		1,117 0.3		151,745 0.4				
② 有病状況		糖尿病		1,328 25.0		1,658 29.4		131,443 20.9		16,617 27.4		1,343,240 21.9		
		高血圧症		2,701 51.7		2,970 53.9		305,183 48.7		32,225 53.2		3,085,109 50.5		
		脂質異常症		1,563 29.1		1,827 33.0		170,173 27.0		17,890 29.5		1,733,323 28.2		
		心臓病		3,205 61.5		3,507 63.6		348,027 55.6		38,176 63.1		3,511,354 57.5		
		脳疾患		1,705 32.6		1,876 34.2		154,150 24.9		17,523 29.4		1,530,506 25.3		
		がん		481 9.1		579 10.0		59,542 9.4		6,811 11.1		629,053 10.1		
筋・骨格		2,662 50.7		2,938 53.3		298,676 47.7		32,018 53.0		3,051,816 49.9				
精神		2,026 39.5		2,254 40.6		212,040 33.7		24,972 41.2		2,141,880 34.9				
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		72,018		70,741		58,799		67,606		58,349			
	居宅サービス		46,035		46,313		40,010		43,494		39,683			
施設サービス		280,494		274,430		280,265		277,404		281,115				
④ 医療費等	要介護認定別		8,536		7,784		7,886		8,950		7,980			
	医療費（40歳以上）		4,121		4,134		3,779		4,393		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数		25,658		22,587		3,124,831		251,804		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		11,047 43.1		11,054 48.9				117,200 46.5		12,462,053 38.2		
		40～64歳		8,581 33.4		6,806 30.1				78,632 31.2		10,946,693 33.6		
		39歳以下		6,030 23.5		4,727 20.9				55,972 22.2		9,178,477 28.2		
	加入率		24.2		21.3		24.7		21.9		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		12 0.5		12 0.5		859 0.3		97 0.4		8,255 0.3		
		診療所数		75 2.9		73 3.2		9,318 3.0		874 3.5		96,727 3.0		
		病床数		1,344 52.4		1,293 57.2		160,666 51.4		18,468 73.3		1,524,378 46.8		
		医師数		202 7.9		202 8.9		26,206 8.4		3,303 13.1		299,792 9.2		
		外来患者数		685.7		715.3		686.6		689.8		668.3		
入院患者数		24.7		25.1		19.3		25.3		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		27,143		28,808		25,253		29,225		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		710.417		740.428		705.884		715.094		686.501			
	外来費用の割合		54.5		55.8		59.7		54.7		60.1			
	入院費用の割合		45.5		44.2		40.3		45.3		39.9			
	1件あたり在院日数		16.2日		16.3日		16.1日		16.8日		15.6日			
	がん		1,137,582,790 22.6		1,193,018,790 25.7		25.1		27.1		25.6			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名（調割合含む）	慢性腎不全（透析あり）		254,235,670 5.0		297,664,480 6.4		9.9		7.4		9.7		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	糖尿病		513,899,040 10.2		479,593,270 10.3		9.7		9.4		9.7			
	高血圧症		575,431,350 11.4		396,078,490 8.5		8.6		7.4		8.6			
	精神		981,347,440 19.5		969,391,160 20.9		17.7		19.4		16.9			
	筋・骨格		700,686,610 13.9		652,430,240 14.1		14.6		14.7		15.2			

※1-①～④：国勢調査\_人口等基本集計、市町村別決算状況、市区町村別生命表(H22年テ\* -タ)



【参考資料 2】

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

【参考資料 3】

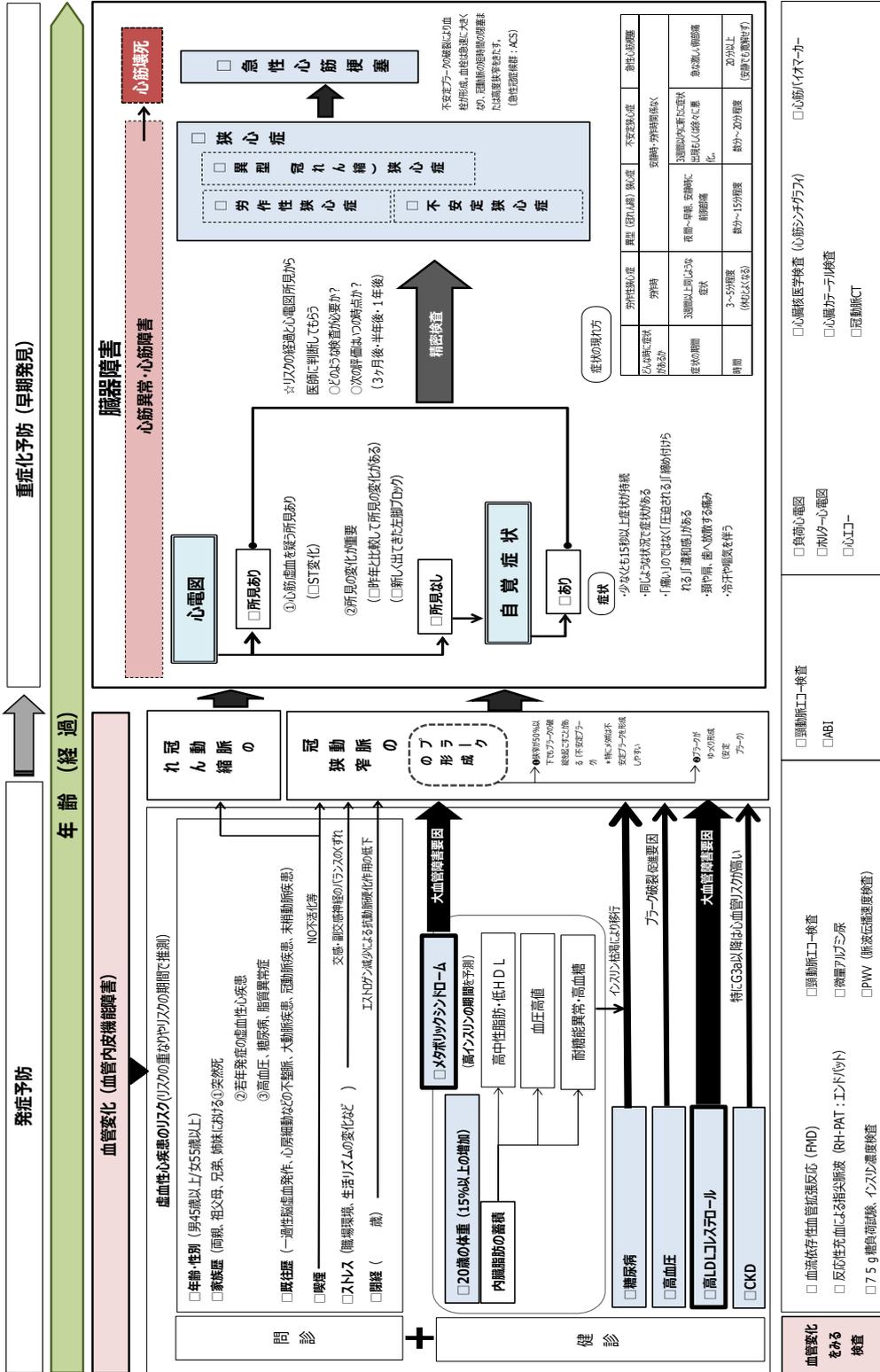
糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因  2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 -----  4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力	
	④健診未受診者 ( )人		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                         ●合併症                          ●脳・心疾患-手術                          ●人工透析                          ●がん                     </div>	かかりつけ医、糖尿病専門医
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保) ( )人			
	②後期高齢者 ( )人			
	③他保険 ( )人			
	④住基異動(死亡・転出) ( )人			
	⑤確認できず ( )人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	⑥結果把握 ( )人			
①HbA1cが悪化している ( )人 ②例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ( )人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人		栄養士中心		
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人		腎専門医		

【参考資料 4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実 合 表	小松市						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105			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ①	被保険者数	A	23,804人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
2 ②	(再掲) 40-74歳		18,681人								
2 ①	対象者数		16,309人								
2 ②	特定健診 受診者数		8,094人							特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)	
2 ③	受診率		49.6%								
3 ①	特定 保健指導 対象者数		857人								
3 ②	実施率		70.6%								
4 ①	健診 データ	糖尿病型	E	1,121人	13.3%						
4 ②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	321人	28.6%						
4 ③		治療中（質問票 服薬あり）	G	800人	71.4%						
4 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	309人	38.6%						
4 ⑤				内訳	174人	56.3%					
4 ⑥				内訳	126人	40.8%					
4 ⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	491人	61.4%						
4 ⑧		第1期 尿蛋白（-）	M	822人	73.3%						
4 ⑨		第2期 尿蛋白（±）		175人	15.6%						
4 ⑩		第3期 尿蛋白（+）以上		115人	10.3%						
4 ⑪		第4期 eGFR30未満		9人	0.8%						
5 ①	糖尿病受療率（被保険者対）		133.3人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
5 ②	(再掲) 40-74歳（被保険者対）		167.4人								
5 ③	レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者 対	入院外（件数）	14,738件	(825.2)			16,628件	(752.2)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
5 ④		入院（件数）	111件	(6.2)			102件	(4.6)			
5 ⑤	糖尿病治療中	H	3,174人	13.3%							
5 ⑥	(再掲) 40-74歳		3,127人	16.7%							
5 ⑦	健診未受診者	I	2,327人	74.4%							
5 ⑧	インスリン治療	O	276人	8.7%							
5 ⑨	(再掲) 40-74歳		272人	8.7%							
5 ⑩	糖尿病性腎症	L	275人	8.7%							
5 ⑪	(再掲) 40-74歳		272人	8.7%							
5 ⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		34人	1.07%							
5 ⑬	(再掲) 40-74歳		34人	1.09%							
5 ⑭	新規透析患者数（年度毎）		9人							小松市ふれあい福祉課 更正医療受給者データ	
5 ⑮	(再掲) 糖尿病性腎症		3人								
5 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)		60人	1.4%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6 ①	医療費	総医療費	80億3908万円				92億3699万円				
6 ②		生活習慣病総医療費	46億4298万円				52億0546万円				
6 ③		(総医療費に占める割合)	57.8%				56.4%				
6 ④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	11,105円				6,438円			
6 ⑤			健診未受診者	34,044円				35,363円			
6 ⑥		糖尿病医療費	4億7959万円				5億0429万円				
6 ⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.3%				9.7%				
6 ⑧		糖尿病入院外総医療費	15億2250万円								
6 ⑨		1件あたり	37,134円								
6 ⑩		糖尿病入院総医療費	9億5196万円								
6 ⑪		1件あたり	575,204円								
6 ⑫		在院日数	16日								
6 ⑬		慢性腎不全医療費	3億4924万円				5億4684万円				
6 ⑭		透析有り	2億9766万円				5億1312万円				
6 ⑮		透析なし	5157万円				3372万円				
7 ①	介護	介護給付費	86億6860万円				83億5423万円				
7 ②		(2号認定者) 糖尿病合併症	30件	53.6%							
8 ①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）	10人	0.9%			13人	1.1%		KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

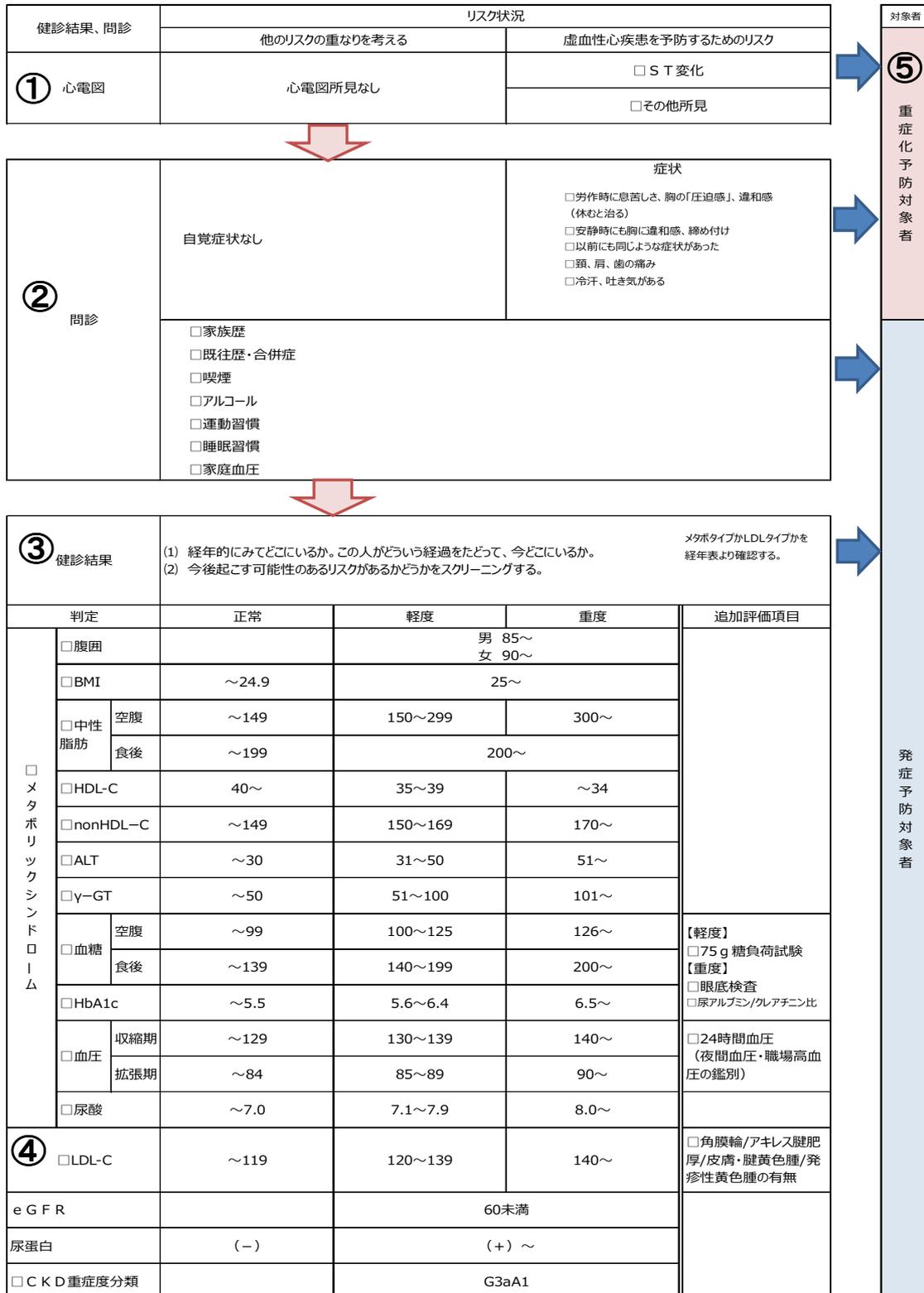
# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



## 【参考資料 5】

【参考文献】  
 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン2015、血管機能障害の診断に關する包括的リスク管理ガイドライン、エビデンスに基づくCOX2阻害剤ガイドライン、糖尿病治療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイドライン2013

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



## 第1期全体評価

課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
<p><b>目標</b></p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標75%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。(患者数の</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>・未受診者に治療中の方の割合が多いことから、医療機関を対象とした特定健診等説明会で、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。</p> <p>・40～60歳代の前年未受診者への電話勧奨及び健診期間中未受診者へはがきによる勧奨を実施した。</p> <p>・集団総合健診開始前に未受診者への個別通知を発送し、H28年度からは糖尿病等の治療中で健診を受けない方へ受診の際の結果提供依頼もハガキに記載。市内医療機関へも個別に説明及び依頼を行っている。</p> <p>・地区別健康懇談会をH25年度から25校下に実施し、健診受診の呼びかけを行った。</p> <p>↓</p> <p>・受診率向上に向けての取り組みはいろいろと行っている。8月には未受診者に受診勧奨はがきの発送、電話勧奨を行ったが、対象については、次年度に向け検討する必要がある。</p> <p>・集団総合健診の案内通知には、H28年度から治療中で健診を受けない場合に結果の提供の依頼についても掲載し、市内の医療機関へ説明と依頼に回った。それにより主旨や必要性を理解してもらえた。</p> <p>・若者の健診(30、35、39歳)の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることか</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○未受診者への電話勧奨と勧奨ハガキの発送</p> <p>○健診の説明会を毎年6月に市内医療機関を対象に実施し、健診の積極的な受診についての協力を依頼。</p> <p>○市内の医療機関(43カ所)へ健診未受診者で治療中の方のデータ提供の依頼を保険年金課職員と実施。(H28年度)</p> <p>○地区別健康懇談会の開催 3年間で25校下に実施</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○特定健診受診率の増加 H26年度47.9% H27年度49.5% H28年度49.6%と伸びている。</p> <p>○市内医療機関へのデータ提供依頼による提供数の増加 H26年度 36件 H27年度 27件 H28年度 64件と増えている。</p> <p>○地区別健康懇談会実施地区の受診率 H27年度地区別健康懇談会を実施した8校下の前年度からの特定健診受診率の伸びは1.6%で、開催しなかった残りの17校下の平均伸び率-0.4%と比べ大きく上回っている。</p>	<p>○成人保健担当職員で、訪問の地区分担制をとっているが、十分に機能しきれていない。</p> <p>○重症化予防対策を取り組んでいく上で、保健師・管理栄養士の役割は重要である。今後、CKD重症度分類のレベルによっては、栄養指導が重要であり、一層の強化が必要となる。</p> <p>○医師会との連携は会議の開催や講話での協力等行えている。今後、個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区担当制の活用、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていくようにする。(いろんな医療機関との関わりを活用していく。)</p>	<p><b>全体</b></p> <p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>○地区担当制の活用。糖尿病管理台帳をもとに経年管理していく。また、地区の状況に合わせて、保健活動を行っていく。</p> <p>○事業の方向性がばらばらにならないよう、成人保健担当職員で話し合い共通認識を図っていく必要がある。</p>
<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○受診率が伸びない。</p> <p>○受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(糖尿病管理台帳の活用等)</p> <p>○医療機関の協力等による取り組み(治療中の人への積極的な受診勧奨等)</p> <p>○早期介入保健指導事業(若者の健診)</p> <p>○対象者の選定、評価方法等検討</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>・重症化予防の対象は、糖尿病、慢性腎臓病、心房細動、脂質異常症、高血圧症で検査値が高値の方に家庭訪問や手紙での受診勧奨等を実施している。H28年度からは糖尿病の重症者で血圧や脂質異常症の内服中の方にも拡大実施している。</p> <p>・H25年度から、糖尿病対策について、医師会の先生方と一緒に検討し、健診結果でHbA1c6.5以上の未治療者に訪問を行った際に対象者に渡す連絡帳票の作成を行い、それを使用しての受診勧奨を行っている。連絡帳票は受診した医療機関から市へ返送されることになっているが、返送されていない方については、その後対象者へ電話し、受診状況の確認を行っている。</p> <p>・保健指導の標準化は十分でないが、勉強会や事例検討会を開催し共通認識が持てるようにしている。</p> <p>↓</p> <p>・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみていく必要がある。そのために、現在、作成・整理している、糖尿病管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。</p> <p>・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながる。</p> <p>・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標の検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価となっている。</p> <p>・若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防の必要な人がいる。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについての対策は必要。他保険者であっても、健診結果を持参し、保健指導を希望する方には健康相談等に対応していく。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○重症化予防事業の指導人数(訪問)</p> <p>H26年度 138名 H27年度 231名 H28年度 161名(手紙による受診勧奨)</p> <p>H27年度 233名 H28年度 263名</p> <p>○糖尿病受診勧奨連絡票の交付</p> <p>H26年度 23件 返信数13件 H27年度 24件 返信数9件 H28年度 13件 返信数5件</p> <p>○特定保健指導実施状況</p> <p>H26年度 63.8% H27年度 59.2%</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 H28年度については、訪問実施した161名中112名(69.5%)がその後医療機関に受診していた。</p> <p>○糖尿病受診勧奨連絡票(レセプト情報より)</p>	<p>○引き続き医療機関への協力の依頼</p> <p>○未受診者への電話勧奨及び通知の対象者の検討を行いターゲットを絞って行う</p> <p>○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</p>	
<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○PDCAサイクルからの計画を立案する。</p> <p>○対象者、方法等の検討。</p> <p>○糖尿病管理台帳の整備。</p> <p>○訪問、事業の目標、評価等検討。</p> <p>○体制(特定保健指導、健康づくり担当が分かれており、課題の共有を行う必要がある。)</p> <p>○評価指標の検討。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>・上記の糖尿病対策に加え、糖尿病の疑いのある人が受診した際に、どの医療機関でも同様の検査の結果をもとに治療方針を決定していくことを目指して、必要な検査項目についてのリスト化を行った。また、個々の医療機関での栄養指導が難しい場合には、市の栄養士が栄養指導を行ったり、市の運動教室への紹介をいただく体制づくりも行い医療機関からの紹介等での連携も図っている。</p> <p>・糖尿病連携推進協議会(WGも含む)へ年1、2回参加している。</p> <p>・H26年度からH28年度は地区別健康懇談会で医師会の協力を得て、医師の講話を行った。H28年度からは金沢大学と連携し、健診結果のデータ分析を行った結果、高血圧の人の割合が高いという特徴のある地区を選定し、健康実践プロジェクトを実施。市民病院の医師や栄養士の講話も行っている。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○栄養相談の紹介件数</p> <p>H26年度 15名(5医療機関) H27年度 33名(5医療機関) H28年度 15名(5医療機関)</p> <p>○運動教室の紹介件数</p> <p>H26年度 6名(3医療機関) H27年度 9名(3医療機関) H28年度 3名(3医療機関)</p> <p>○地区別健康懇談会での医師会との連携</p> <p>毎回市内医療機関医師の講演を実施(3年間で25会場)</p> <p>○健康実践プロジェクトでの医師会との連携</p> <p>H28年度 6回開催</p> <p>○糖尿病連携推進協議会(WGも含む)を年2回程度開催</p> <p>○慢性腎臓病連絡会開催(H27・小松市・小松市民病院・南加賀保健福祉センター)</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○糖尿病受診勧奨連絡票を使用し、スムーズに受診できるような体制になっている。</p> <p>○H28年度から実施している健康実践プロジェクトについて、市民病院の医師・栄養士・看護師等と連携し実施。アンケート結果では、その後の行動変容や検査値の改善等が見られた。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○対象者の検討。(単年の健診結果での抽出に加え、糖尿病管理台帳から優先すべき対象者の選定等)特に糖尿病性腎症重症化予防プログラム中の対象者として上がっている治療中の方についてはH29年度に介入予定。</p> <p>○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>○重症化予防対策では栄養指導の強化が一層必要である。</p>	
<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○糖尿病連携推進協議会で共通の帳票等の作成を行った。今後も活用をしていきたい。</p> <p>○未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関との連携を進めていく。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○訪問件数や事例を増やしながら、現状や課題を整理し、共有していくことで協力体制を広げていく。</p> <p>○糖尿病連携で、栄養相談や運動教室の紹介など医療機関との連携の形は、整っているが、限られた医療機関との連携となっているのが現状なので、活用について周知を図っていく。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p>	<p><b>医療とのつながり</b></p>	<p><b>医療とのつながり</b></p>	

# 平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

【参考資料10】

平成29年度 課題	評価(良くなったところ)																												
	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																								
<table border="1"> <tr> <td>目 標</td> <td> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標75%</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度にはその原因疾患である高血圧の改善、LDLコレステロールの改善、HbA1c6.5以上の増加の抑制、HbA1c8.0以上の割合の減少。 (各目標値は図表32参照)</p> </td> </tr> <tr> <td>全 体</td> <td> <p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>○地区担当制の活用。糖尿病管理台帳をもとに経年管理をしていく。また、地区の状況に合わせて、保健活動を行っていく。</p> <p>○事業の方向性がばらばらにならないように成人担当で話し合いを行い共通認識を図っていく。</p> </td> </tr> <tr> <td>未受診者対策</td> <td> <p>○受診率が伸び悩んでいる。</p> <p>○受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(糖尿病管理台帳の活用等)</p> <p>○医療機関の協力等による取り組みの検討。</p> </td> </tr> <tr> <td>重症化予防対策</td> <td> <p>○保健指導の内容、優先順位の検討。</p> <p>・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要。</p> <p>・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、共通認識を図れるようにしていく必要がある。</p> <p>・糖尿病管理台帳を整備し活用していく必要がある。</p> <p>○CKD重症化分類のレベルによっては栄養士による栄養指導が必要になるので、栄養士の確保も検討が必要。</p> <p>○評価方法の検討</p> <p>・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価)</p> </td> </tr> <tr> <td>医療とのつながり</td> <td> <p>○未受診者対策においても、重症化予防対策においても、さらに医療機関との連携が必要である。</p> </td> </tr> </table>	目 標	<p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標75%</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度にはその原因疾患である高血圧の改善、LDLコレステロールの改善、HbA1c6.5以上の増加の抑制、HbA1c8.0以上の割合の減少。 (各目標値は図表32参照)</p>	全 体	<p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>○地区担当制の活用。糖尿病管理台帳をもとに経年管理をしていく。また、地区の状況に合わせて、保健活動を行っていく。</p> <p>○事業の方向性がばらばらにならないように成人担当で話し合いを行い共通認識を図っていく。</p>	未受診者対策	<p>○受診率が伸び悩んでいる。</p> <p>○受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(糖尿病管理台帳の活用等)</p> <p>○医療機関の協力等による取り組みの検討。</p>	重症化予防対策	<p>○保健指導の内容、優先順位の検討。</p> <p>・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要。</p> <p>・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、共通認識を図れるようにしていく必要がある。</p> <p>・糖尿病管理台帳を整備し活用していく必要がある。</p> <p>○CKD重症化分類のレベルによっては栄養士による栄養指導が必要になるので、栄養士の確保も検討が必要。</p> <p>○評価方法の検討</p> <p>・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価)</p>	医療とのつながり	<p>○未受診者対策においても、重症化予防対策においても、さらに医療機関との連携が必要である。</p>	<table border="1"> <tr> <td>全 体</td> <td> <p>○今年度、課内の成人保健担当職員で生活習慣病対策に関する打ち合わせを行い、H29年度の特定保健指導、糖尿病性腎症予防プログラムに沿った重症化予防事業、及びその他の疾患に関する重症化予防事業とH28年度から新規で実施した健康実践プロジェクトについての実施状況の確認を行い、共通認識を図った。</p> <p>○H29年3月に県が策定した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に添っての重症化予防対策を進めていくことで、事業の優先順位や位置づけの確認を行った。</p> </td> </tr> <tr> <td>未受診者対策</td> <td> <p>○取り組み</p> <p>■電話勧奨</p> <p>・国保連合会の未受診者対策推進事業及び市職員による電話勧奨</p> <p>①7月中に3日間、スタッフ延べ7人(対象)55～70歳の不定期受診者(今年度とH28年度未受診で、H26またはH27に1～2回受診したことがある人)</p> <p>②8月に4日間、スタッフ延べ17人(対象)受診率の低い校下(粟津、荒屋、能美、安宅)の今年度未受診者</p> <p>③10月に4日間、スタッフ延べ24人(市職員も同時期に実施)(対象)40～55歳の、今年度とH28年度未受診者</p> <p>■個別受診勧奨通知</p> <p>①8月に今年度未受診の40歳～69歳に個別の受診勧奨ハガキを発送</p> <p>②個別健診での未受診者には、10月からの集団総合健診の受診勧奨ハガキを個別通知</p> <p>■医療機関への依頼</p> <p>・集団総合健診のハガキに、治療中の方への結果の提供依頼を掲載。市内医療機関へも依頼と説明を実施に回った。(市内42医療機関)</p> <p>■過去に職場等で健診を受けた方からの結果提供者について、今年度から結果提供の依頼を先に行った。</p> </td> </tr> <tr> <td>重症化予防対策</td> <td> <p>○今年度の重症化予防対策について成人保健担当職員で共通認識を図る。</p> <p>○H29年3月に県が策定した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って、これまで取り組めていなかった対象(ハイリスク者)についての対策(保健指導の実施計画)を医師会に提案した。</p> <p>○糖尿病管理台帳を校下ごとに作成し、活用について話し合った。</p> <p>○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。</p> </td> </tr> <tr> <td>医療とのつながり</td> <td> <p>○市内の医療機関に訪問し、未受診者対策(受診率向上対策)として、治療中の方の結果提供の協力依頼を実施。(42カ所)</p> <p>○糖尿病対策として受診勧奨の際の連絡帳票を使つての連携や、市の栄養相談、運動教室への紹介等で協力依頼を健診説明会で行う。</p> <p>○H28年度から行っている健康推進プロジェクトで市民病院と連携(医師の講話、栄養士の講話、看護師等の協力)</p> <p>○糖尿病連携推進協議会(WG)への参加</p> </td> </tr> </table>	全 体	<p>○今年度、課内の成人保健担当職員で生活習慣病対策に関する打ち合わせを行い、H29年度の特定保健指導、糖尿病性腎症予防プログラムに沿った重症化予防事業、及びその他の疾患に関する重症化予防事業とH28年度から新規で実施した健康実践プロジェクトについての実施状況の確認を行い、共通認識を図った。</p> <p>○H29年3月に県が策定した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に添っての重症化予防対策を進めていくことで、事業の優先順位や位置づけの確認を行った。</p>	未受診者対策	<p>○取り組み</p> <p>■電話勧奨</p> <p>・国保連合会の未受診者対策推進事業及び市職員による電話勧奨</p> <p>①7月中に3日間、スタッフ延べ7人(対象)55～70歳の不定期受診者(今年度とH28年度未受診で、H26またはH27に1～2回受診したことがある人)</p> <p>②8月に4日間、スタッフ延べ17人(対象)受診率の低い校下(粟津、荒屋、能美、安宅)の今年度未受診者</p> <p>③10月に4日間、スタッフ延べ24人(市職員も同時期に実施)(対象)40～55歳の、今年度とH28年度未受診者</p> <p>■個別受診勧奨通知</p> <p>①8月に今年度未受診の40歳～69歳に個別の受診勧奨ハガキを発送</p> <p>②個別健診での未受診者には、10月からの集団総合健診の受診勧奨ハガキを個別通知</p> <p>■医療機関への依頼</p> <p>・集団総合健診のハガキに、治療中の方への結果の提供依頼を掲載。市内医療機関へも依頼と説明を実施に回った。(市内42医療機関)</p> <p>■過去に職場等で健診を受けた方からの結果提供者について、今年度から結果提供の依頼を先に行った。</p>	重症化予防対策	<p>○今年度の重症化予防対策について成人保健担当職員で共通認識を図る。</p> <p>○H29年3月に県が策定した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って、これまで取り組めていなかった対象(ハイリスク者)についての対策(保健指導の実施計画)を医師会に提案した。</p> <p>○糖尿病管理台帳を校下ごとに作成し、活用について話し合った。</p> <p>○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。</p>	医療とのつながり	<p>○市内の医療機関に訪問し、未受診者対策(受診率向上対策)として、治療中の方の結果提供の協力依頼を実施。(42カ所)</p> <p>○糖尿病対策として受診勧奨の際の連絡帳票を使つての連携や、市の栄養相談、運動教室への紹介等で協力依頼を健診説明会で行う。</p> <p>○H28年度から行っている健康推進プロジェクトで市民病院と連携(医師の講話、栄養士の講話、看護師等の協力)</p> <p>○糖尿病連携推進協議会(WG)への参加</p>	<table border="1"> <tr> <td>未受診者対策</td> <td> <p>■電話勧奨実施状況</p> <p>電話件数(かけた数) 1,234件</p> <p>受診勧奨数(つながった数) 790件(64.0%)</p> <p>■個別受診勧奨通知</p> <p>受診勧奨ハガキ(8月) 6,838通発送</p> <p>集団総合健診ハガキ(10月) 9,065通発送</p> <p>■医療機関からの情報提供数 30件(1月時点)</p> <p>■結果提供数 115件(1月時点)</p> </td> </tr> <tr> <td>重症化予防対策</td> <td> <p>○今年度の重症化予防の対象を決め、計画を立案。新規の取り組み対象者について、糖尿病連携推進協議会WGで提示し了承をいただく。(新規取組み対象者)</p> <p>①今年度の健診結果でHbA1c7.0以上の中で尿蛋白(±)以上またはeGFR60未満の方</p> <p>②今年度健診未受診者で過去に1度でも健診結果でHbA1c7.0以上の未治療者</p> <p>○糖尿病管理台帳の整備</p> <p>○糖尿病連携手帳の活用</p> </td> </tr> <tr> <td>医療とのつながり</td> <td> <p>○糖尿病対策として栄養相談、運動教室の紹介等での連携</p> <p>栄養相談実施数 14名</p> <p>運動教室参加数 3名 (1月時点)</p> <p>○健康推進プロジェクト 5会場で実施(参加数119名)</p> <p>○糖尿病連携推進会議(WGも含む)を年2回程度開催</p> </td> </tr> </table>	未受診者対策	<p>■電話勧奨実施状況</p> <p>電話件数(かけた数) 1,234件</p> <p>受診勧奨数(つながった数) 790件(64.0%)</p> <p>■個別受診勧奨通知</p> <p>受診勧奨ハガキ(8月) 6,838通発送</p> <p>集団総合健診ハガキ(10月) 9,065通発送</p> <p>■医療機関からの情報提供数 30件(1月時点)</p> <p>■結果提供数 115件(1月時点)</p>	重症化予防対策	<p>○今年度の重症化予防の対象を決め、計画を立案。新規の取り組み対象者について、糖尿病連携推進協議会WGで提示し了承をいただく。(新規取組み対象者)</p> <p>①今年度の健診結果でHbA1c7.0以上の中で尿蛋白(±)以上またはeGFR60未満の方</p> <p>②今年度健診未受診者で過去に1度でも健診結果でHbA1c7.0以上の未治療者</p> <p>○糖尿病管理台帳の整備</p> <p>○糖尿病連携手帳の活用</p>	医療とのつながり	<p>○糖尿病対策として栄養相談、運動教室の紹介等での連携</p> <p>栄養相談実施数 14名</p> <p>運動教室参加数 3名 (1月時点)</p> <p>○健康推進プロジェクト 5会場で実施(参加数119名)</p> <p>○糖尿病連携推進会議(WGも含む)を年2回程度開催</p>	<p>★★未受診者対策★★</p> <p>○特定健診受診率向上のため、治療中の方への健診の積極的な受診についての協力依頼を健診説明会で行った。また、これまでも実施してきたポスター掲示のほか、窓口に設置してもらうPR用のミニ旗を作成し配布した。今後も少しでも受診に結びつくよう対策を検討していく。</p> <p>○H28年度から集団総合健診のお知らせハガキに結果提供依頼について掲載し、医療機関へも協力について依頼を実施しており、今年度も引き続き行った。はつらつ健診の受診率は伸び悩んでいるため、治療中で健診未受診となる方の結果の提供等も拡大していくことができるよう、引き続き医療機関の協力を得ていく必要がある。</p> <p>○糖尿病管理台帳に上がってくる当該年度未受診者で過去にHbA1c7.0以上の未治療者については、状況が把握できていないため、来年度の健診の受診勧奨と糖尿病の重症化予防に向け、健診開始前に訪問実施予定。</p> <p>○若い世代の受診率が低く、電話勧奨でも若い年代は勧奨後の健診受診も6.4%とつながりにくいことがわかった。若年層の健診の必要性等どう伝えていくかが課題であるが、受診勧奨の対象や方法についても検討が必要である。また、受診率を上げる為に、健診期間の延長や集団総合健診の実施期間の見直しも行い、受けやすい体制づくりを検討していく。</p>	<p>★★重症化予防対策★★</p> <p>○今年度、糖尿病管理台帳を校下ごとに作成し、対象者数の状況等の確認を行った。いしかわ糖尿病重症化予防プログラムにも対象として上がっているが、市の重症化予防対策として、新規の取組み対象者についても糖尿病連携推進協議会WGに回り、医師会の了承を得たため、訪問指導を現在行い始めた。今後はより一層の台帳の活用が必要である。</p> <p>○市の栄養相談や運動教室については、糖尿病で治療中の方で先生が必要と判断された場合に紹介を受けている。今後も必要な方に利用してもらい、引き続き医療機関との連携を図っていく。</p> <p>○医療連携の一環として、糖尿病連携手帳を活用した状況等、評価できるように把握していく。</p>	<p>★★医療とのつながり★★</p> <p>○未受診者対策も兼ねて治療中の方の結果の提供は、今後も増やして行けるよう継続して協力依頼を行っていく。</p> <p>○医療機関からの栄養相談の依頼や運動教室への参加依頼についても継続して行い、引き続き医療連携を図っていききたい。</p> <p>○健康推進プロジェクトは市民病院と連携しており、H28、29年度と2年間実施。今後も医療連携を進めていききたい。</p> <p>○糖尿病対策として、糖尿病の管理台帳を活用しながら、現状や課題を整理し医療機関にも提示し協力を図っていききたい。</p>
目 標	<p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標75%</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度にはその原因疾患である高血圧の改善、LDLコレステロールの改善、HbA1c6.5以上の増加の抑制、HbA1c8.0以上の割合の減少。 (各目標値は図表32参照)</p>																												
全 体	<p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>○地区担当制の活用。糖尿病管理台帳をもとに経年管理をしていく。また、地区の状況に合わせて、保健活動を行っていく。</p> <p>○事業の方向性がばらばらにならないように成人担当で話し合いを行い共通認識を図っていく。</p>																												
未受診者対策	<p>○受診率が伸び悩んでいる。</p> <p>○受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(糖尿病管理台帳の活用等)</p> <p>○医療機関の協力等による取り組みの検討。</p>																												
重症化予防対策	<p>○保健指導の内容、優先順位の検討。</p> <p>・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要。</p> <p>・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、共通認識を図れるようにしていく必要がある。</p> <p>・糖尿病管理台帳を整備し活用していく必要がある。</p> <p>○CKD重症化分類のレベルによっては栄養士による栄養指導が必要になるので、栄養士の確保も検討が必要。</p> <p>○評価方法の検討</p> <p>・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価)</p>																												
医療とのつながり	<p>○未受診者対策においても、重症化予防対策においても、さらに医療機関との連携が必要である。</p>																												
全 体	<p>○今年度、課内の成人保健担当職員で生活習慣病対策に関する打ち合わせを行い、H29年度の特定保健指導、糖尿病性腎症予防プログラムに沿った重症化予防事業、及びその他の疾患に関する重症化予防事業とH28年度から新規で実施した健康実践プロジェクトについての実施状況の確認を行い、共通認識を図った。</p> <p>○H29年3月に県が策定した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に添っての重症化予防対策を進めていくことで、事業の優先順位や位置づけの確認を行った。</p>																												
未受診者対策	<p>○取り組み</p> <p>■電話勧奨</p> <p>・国保連合会の未受診者対策推進事業及び市職員による電話勧奨</p> <p>①7月中に3日間、スタッフ延べ7人(対象)55～70歳の不定期受診者(今年度とH28年度未受診で、H26またはH27に1～2回受診したことがある人)</p> <p>②8月に4日間、スタッフ延べ17人(対象)受診率の低い校下(粟津、荒屋、能美、安宅)の今年度未受診者</p> <p>③10月に4日間、スタッフ延べ24人(市職員も同時期に実施)(対象)40～55歳の、今年度とH28年度未受診者</p> <p>■個別受診勧奨通知</p> <p>①8月に今年度未受診の40歳～69歳に個別の受診勧奨ハガキを発送</p> <p>②個別健診での未受診者には、10月からの集団総合健診の受診勧奨ハガキを個別通知</p> <p>■医療機関への依頼</p> <p>・集団総合健診のハガキに、治療中の方への結果の提供依頼を掲載。市内医療機関へも依頼と説明を実施に回った。(市内42医療機関)</p> <p>■過去に職場等で健診を受けた方からの結果提供者について、今年度から結果提供の依頼を先に行った。</p>																												
重症化予防対策	<p>○今年度の重症化予防対策について成人保健担当職員で共通認識を図る。</p> <p>○H29年3月に県が策定した「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って、これまで取り組めていなかった対象(ハイリスク者)についての対策(保健指導の実施計画)を医師会に提案した。</p> <p>○糖尿病管理台帳を校下ごとに作成し、活用について話し合った。</p> <p>○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。</p>																												
医療とのつながり	<p>○市内の医療機関に訪問し、未受診者対策(受診率向上対策)として、治療中の方の結果提供の協力依頼を実施。(42カ所)</p> <p>○糖尿病対策として受診勧奨の際の連絡帳票を使つての連携や、市の栄養相談、運動教室への紹介等で協力依頼を健診説明会で行う。</p> <p>○H28年度から行っている健康推進プロジェクトで市民病院と連携(医師の講話、栄養士の講話、看護師等の協力)</p> <p>○糖尿病連携推進協議会(WG)への参加</p>																												
未受診者対策	<p>■電話勧奨実施状況</p> <p>電話件数(かけた数) 1,234件</p> <p>受診勧奨数(つながった数) 790件(64.0%)</p> <p>■個別受診勧奨通知</p> <p>受診勧奨ハガキ(8月) 6,838通発送</p> <p>集団総合健診ハガキ(10月) 9,065通発送</p> <p>■医療機関からの情報提供数 30件(1月時点)</p> <p>■結果提供数 115件(1月時点)</p>																												
重症化予防対策	<p>○今年度の重症化予防の対象を決め、計画を立案。新規の取り組み対象者について、糖尿病連携推進協議会WGで提示し了承をいただく。(新規取組み対象者)</p> <p>①今年度の健診結果でHbA1c7.0以上の中で尿蛋白(±)以上またはeGFR60未満の方</p> <p>②今年度健診未受診者で過去に1度でも健診結果でHbA1c7.0以上の未治療者</p> <p>○糖尿病管理台帳の整備</p> <p>○糖尿病連携手帳の活用</p>																												
医療とのつながり	<p>○糖尿病対策として栄養相談、運動教室の紹介等での連携</p> <p>栄養相談実施数 14名</p> <p>運動教室参加数 3名 (1月時点)</p> <p>○健康推進プロジェクト 5会場で実施(参加数119名)</p> <p>○糖尿病連携推進会議(WGも含む)を年2回程度開催</p>																												