

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 4 月 三島村

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
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 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	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察	
2. 第2期計画における健康課題の明確化	
3. 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)	19
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	25
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	46
第 6 章 計画の評価・見直し	48
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	50
参考資料	51

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、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 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。

三島村においては、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

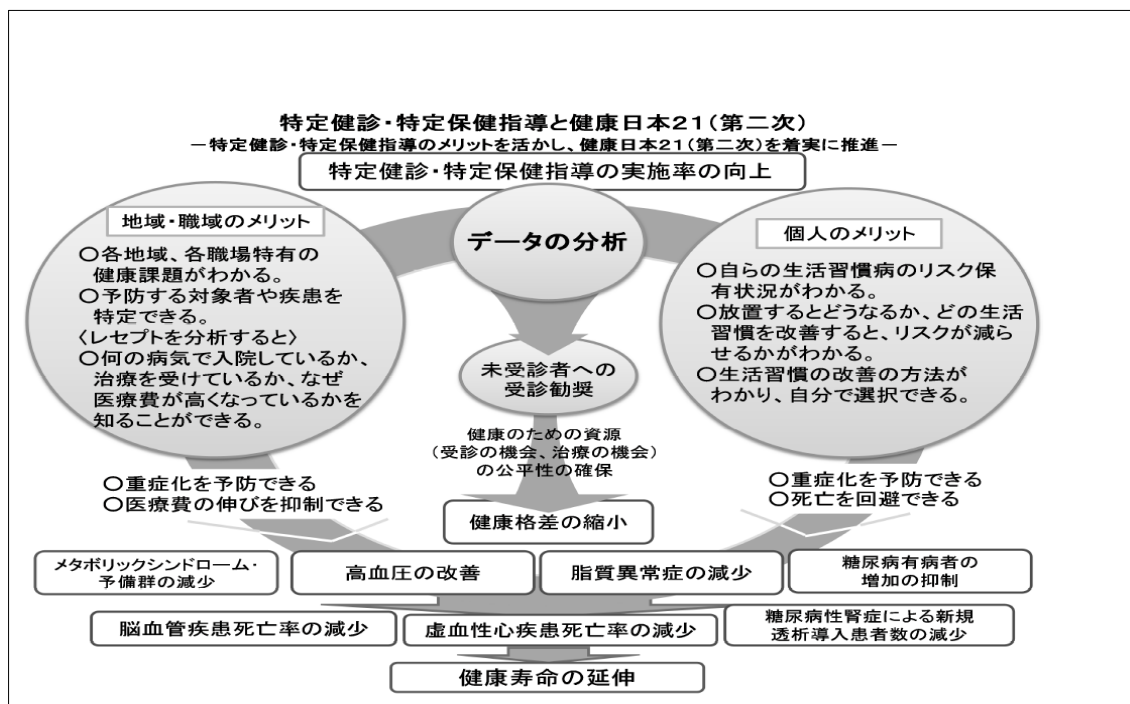
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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）

【図表1】

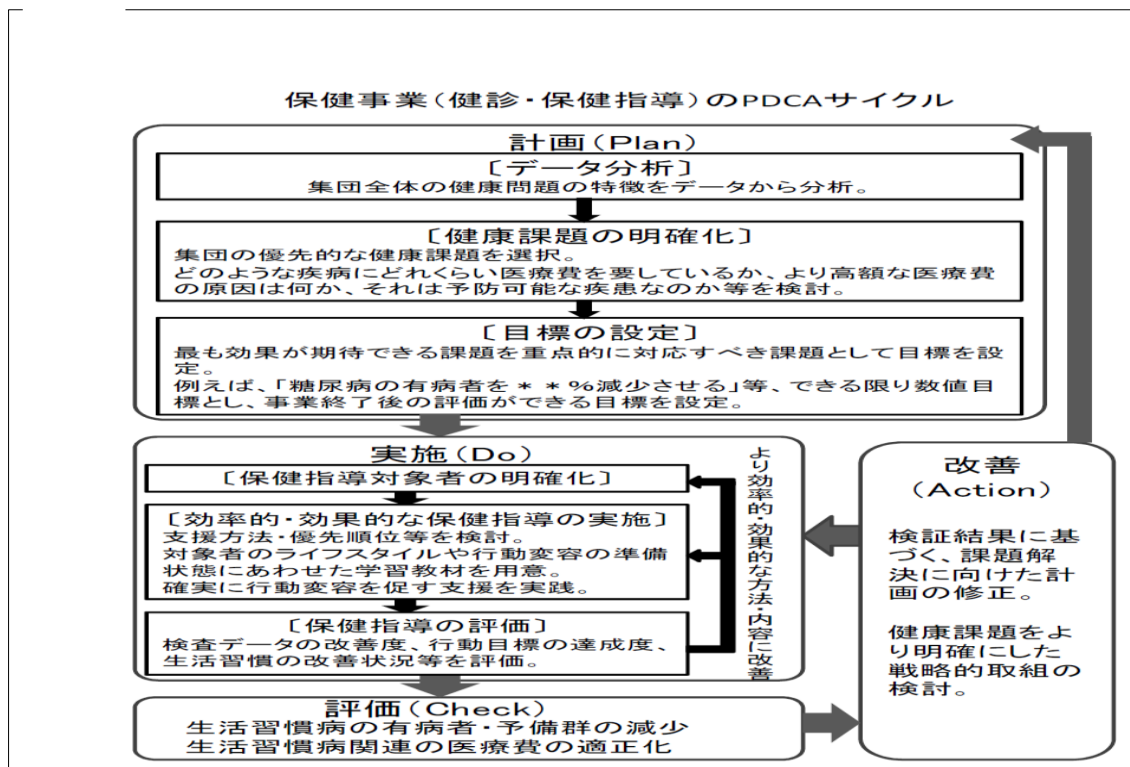
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年4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24年4月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に定め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 健康局 平成24年2月 医療費適正化に関する指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成24年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を重点とし、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会生活能力が維持・向上 するものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の 生活習慣病の予防 を進め、慢性疾患等を予防することができれば、重症化を防ぐことができ、さらに 重症化や合併症の重症化 を防ぐことが可能となる。特定健康診査は、 慢性疾患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実施するものとする。	生活習慣病の予防 をはじめとして、被保険者の 主体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目標とする。被保険者の 健康意識の向上 により、 医療費の適正化 及び保険者の 財政基盤の強化 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、重症化防止または要支援状態となることへの 予防 又は、要介護状態等の防止（ 重症化の防止 ）を理念としている。	国民生活の向上 と結びつけていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増えないようにつけていくとともに、 良質かつ適切な医療を効果的に提供すること を目標とする。	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の連携 を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供することの推進を図る。
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期を迎える現在の若年（ 若壮年期 ）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 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん がん末期 老老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管性、腎性骨格等症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、前多系統性神経変性症 後縦脊神経変性症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目 15項目 ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ② がん（肺がん・大腸がん）による年間罹患率（人口10万人当たり） ③ 糖尿病性腎症の割合 ④ 脳血管疾患の割合 ⑤ 脳血管疾患の割合 ⑥ 脳血管疾患の割合 ⑦ 脳血管疾患の割合 ⑧ 脳血管疾患の割合 ⑨ 脳血管疾患の割合 ⑩ 脳血管疾患の割合 ⑪ 脳血管疾患の割合 ⑫ 脳血管疾患の割合 ⑬ 脳血管疾患の割合 ⑭ 脳血管疾患の割合 ⑮ 脳血管疾患の割合 ⑯ 脳血管疾患の割合 ⑰ 脳血管疾患の割合 ⑱ 脳血管疾患の割合 ⑲ 脳血管疾患の割合 ⑳ 脳血管疾患の割合 ㉑ 脳血管疾患の割合 ㉒ 脳血管疾患の割合 ㉓ 脳血管疾患の割合 ㉔ 脳血管疾患の割合 ㉕ 脳血管疾患の割合 ㉖ 脳血管疾患の割合 ㉗ 脳血管疾患の割合 ㉘ 脳血管疾患の割合 ㉙ 脳血管疾患の割合 ㉚ 脳血管疾患の割合 ㉛ 脳血管疾患の割合 ㉜ 脳血管疾患の割合 ㉝ 脳血管疾患の割合 ㉞ 脳血管疾患の割合 ㉟ 脳血管疾患の割合 ㊱ 脳血管疾患の割合 ㊲ 脳血管疾患の割合 ㊳ 脳血管疾患の割合 ㊴ 脳血管疾患の割合 ㊵ 脳血管疾患の割合 ㊶ 脳血管疾患の割合 ㊷ 脳血管疾患の割合 ㊸ 脳血管疾患の割合 ㊹ 脳血管疾患の割合 ㊺ 脳血管疾患の割合 ㊻ 脳血管疾患の割合 ㊼ 脳血管疾患の割合 ㊽ 脳血管疾患の割合 ㊾ 脳血管疾患の割合 ㊿ 脳血管疾患の割合	① 特定健康診査受診率 ② 特定保健指導実施率	① 特定健康診査受診率 ② 特定保健指導実施率 ③ 特定健康診査受診率 ④ 特定保健指導実施率 ⑤ 特定健康診査受診率 ⑥ 特定保健指導実施率 ⑦ 特定健康診査受診率 ⑧ 特定保健指導実施率 ⑨ 特定健康診査受診率 ⑩ 特定保健指導実施率 ⑪ 特定健康診査受診率 ⑫ 特定保健指導実施率 ⑬ 特定健康診査受診率 ⑭ 特定保健指導実施率 ⑮ 特定健康診査受診率 ⑯ 特定保健指導実施率 ⑰ 特定健康診査受診率 ⑱ 特定保健指導実施率 ⑲ 特定健康診査受診率 ⑳ 特定保健指導実施率 ㉑ 特定健康診査受診率 ㉒ 特定保健指導実施率 ㉓ 特定健康診査受診率 ㉔ 特定保健指導実施率 ㉕ 特定健康診査受診率 ㉖ 特定保健指導実施率 ㉗ 特定健康診査受診率 ㉘ 特定保健指導実施率 ㉙ 特定健康診査受診率 ㉚ 特定保健指導実施率 ㉛ 特定健康診査受診率 ㉜ 特定保健指導実施率 ㉝ 特定健康診査受診率 ㉞ 特定保健指導実施率 ㉟ 特定健康診査受診率 ㊱ 特定保健指導実施率 ㊲ 特定健康診査受診率 ㊳ 特定保健指導実施率 ㊴ 特定健康診査受診率 ㊵ 特定保健指導実施率 ㊶ 特定健康診査受診率 ㊷ 特定保健指導実施率 ㊸ 特定健康診査受診率 ㊹ 特定保健指導実施率 ㊺ 特定健康診査受診率 ㊻ 特定保健指導実施率 ㊼ 特定健康診査受診率 ㊽ 特定保健指導実施率 ㊾ 特定健康診査受診率 ㊿ 特定保健指導実施率	① 地域における自立した日常生活の支援 ② 要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③ 介護給付費の適正化	① 医療費適正化の取組 外資 ② 一人あたり医療費の適正化の取組 ③ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④ メタボリックシンドロームの減少 ⑤ 糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	① 55歳～59歳 ② 在宅医療連携体制 （地域の医師に委託して実施）
その他		保健事業支援（評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援			保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

三島村においては、民生課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、特に保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から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、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等と市郡医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

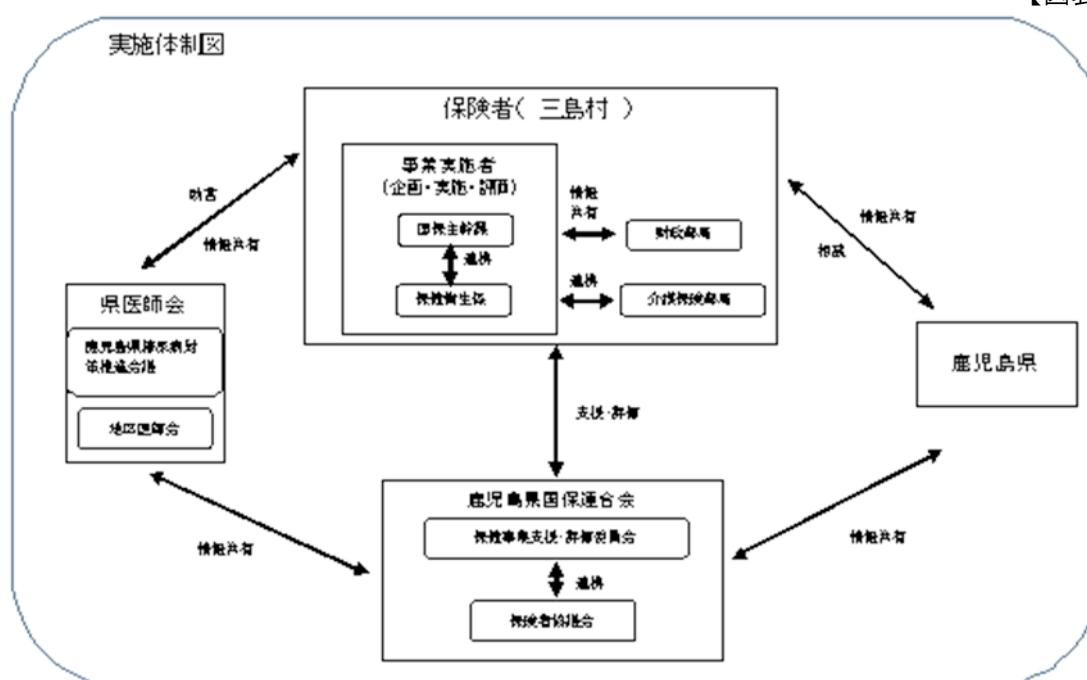
国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、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)

保険者努力支援制度

【図表 5】

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)				17	
全国順位(1, 741市町村中)		1239			
共通 ①	特定健診受診率	15		0	50
	特定保健指導実施率	15		50	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0		20	50
共通 ②	がん検診受診率	10		15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10		25	20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0		100	100
	データヘルス計画策定状況	0		40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20		25	25
	個人インセンティブ提供	0		0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0		0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7		20	35
	後発医薬品の使用割合	0		0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	25		0	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0		25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0		5	25
	第三者求償の取組の実施状況	0		6	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			6	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の死因別の経年比較を見ると、平成28年度は、がん2名、心臓病1名、脳疾患1名の合計4名となっており、平成25年度と比較すると心臓病による死亡数が1名増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率はほぼ横ばいであるが、介護給付費の増加がみられた。

また、外来件数は減少していたが、入院件数の割合や1件当たり在院日数が増加していることが分かった。外来件数や医療機関受療率の減少、悪性新生物に占める医療費の増加と合わせて考えると、疾病が重症化し入院に至ることによって長期間入院をしなければならない被保険者数が増加し、一人当たり医療費の増加につながっていると推察できる。医療費適正化の観点からも、受診勧奨者やメタボ予備群・該当者への取組、がん検診の受診率向上への取組が重要である。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の変化について、平成28年度の介護給付費は約2倍に増え、同規模平均では、1件当たり介護給付費はほぼ同じであるのに対し、三島村は1件当たり給付費および居宅サービス・施設サービスともに増えていることがわかった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	三島村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	1681万円	132,392	48,948	260,040	303,516	40,098	279,554
平成28年度	3343万円	263,250	51,744	294,676	308,944	39,649	273,932

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率は同規模と比較すると三島村は入院外費用の伸び率に変化はなかったが、入院費用の伸び率が増加し、総医療費も増加している。医療費の抑制に向けて、重症化予防や医療費の適正化に向けた取組が喫緊の課題である。

医療費の変化 【図表 7】

項目		総医療費(円)											
		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	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	3163万円				2184万円				979万円			
	H28年度	4316万円	1152万円	36.4	3.0	3139万円	955万円	43.7	2.609	1177万円	197万円	20.2	3.3
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	24,850				17,160				7,690			
	H28年度	28,320	3,470	14.0	5.8	20,600	3,440	20.0	5.5	7,720	30	0.4	6.2

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

③ 最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）（図表 8）

三島村は、中長期・短期目標疾患医療費計は減少しているが、中長期目標疾患である虚血性心疾患や中長期目標疾患に共通する糖尿病の費用は、国に比較すると高いことがわかった。このことから、虚血性心疾患や糖尿病等の予防に向けた取組の強化が重要である。

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 【図表 8】

	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								
	同規模区分	H25	三島村	31,633,620	24,850	127位	29位	0.00%	0.00%	3.55%	11.03%	8.82%	0.68%	0.27%	7,706,770	24.36%	5.49%	22.95%
H28		43,157,930		28,319	101位	27位	0.00%	0.08%	0.19%	3.48%	6.02%	1.09%	0.58%	4,942,380	11.45%	13.43%	14.29%	15.20%
H25		鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%
		全国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%
H28		鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	12.07%	13.69%	8.85%
		全国	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%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

出典:KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

④ 中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患・脳血管疾患の発症者は減少しており、人工透析になる者も発生していない現状である。

また、虚血性心疾患においては、高血圧・糖尿病・脂質異常症の割合が高いことから、虚血性心疾患の予防に向けた生活習慣病への取組を進めていくことが重要である。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標							短期的な目標					
			虚血性心疾患												
		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	101	6	5.9	3	50.0	0	0.0	4	66.7	4	66.7	2	33.3	
	64歳以下	62	1	1.6	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	39	5	12.8	2	40.0	0	0.0	3	60.0	4	80.0	2	40.0	
H28	全体	124	4	3.2	0	0.0	0	0.0	3	75.0	3	75.0	4	100.0	
	64歳以下	86	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	38	4	10.5	0	0.0	0	0.0	3	75.0	3	75.0	4	100.0	

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患											
		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	101	4	4.0	3	75.0	0	0.0	4	100.0	3	75.0	1	25.0
	64歳以下	62	1	1.6	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	39	3	7.7	2	66.7	0	0.0	3	100.0	3	100.0	1	33.3
H28	全体	124	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
	64歳以下	86	1	1.2	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	38	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標							短期的な目標					
			人工透析												
		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	101	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	62	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	39	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	124	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	86	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	38	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (図表 10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者は減少しているが、糖尿病や脂質異常症の治療者においては虚血性心疾患が増加していることが分かった。一方、脳血管疾患については、高血圧治療者のみ発症していた。また、糖尿病治療者のインスリン療法が増加していたが、人工透析や糖尿病性腎症の増加はないことから早期の受診により重症化防止ができたと推察される。医療費適正化の観点からも、中長期的な疾患を予防し、共通リスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症を予防する取組を進めていくことが重要である。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標									中長期的な目標									
			糖尿病						高血圧			脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	101	8	7.9	1	12.5	5	62.5	3	37.5	4	50.0	3	37.5	0	0.0	1	12.5			
	64歳以下	62	1	1.6	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0			
	65歳以上	39	7	17.9	0	0.0	4	57.1	2	28.6	4	57.1	3	42.9	0	0.0	0	0.0			
H28	全体	124	5	4.0	2	40.0	3	60.0	3	60.0	3	60.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0			
	64歳以下	86	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
	65歳以上	38	4	10.5	2	50.0	3	75.0	3	75.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0			

厚労省様式 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	人数	割合	
H25	全体	101	9	8.9	5	55.6	2	22.2	4	44.4	4	44.4	0	0.0		
	64歳以下	62	4	6.5	1	25.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0		
	65歳以上	39	5	12.8	4	80.0	1	20.0	3	60.0	3	60.0	0	0.0		
H28	全体	124	8	6.5	3	37.5	4	50.0	3	37.5	1	12.5	0	0.0		
	64歳以下	86	2	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0		
	65歳以上	38	6	15.8	3	50.0	4	66.7	3	50.0	0	0.0	0	0.0		

厚労省様式 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	101	5	5.0	3	60.0	2	40.0	2	40.0	1	20.0	0	0.0		
	64歳以下	62	3	4.8	1	33.3	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	65歳以上	39	2	5.1	2	100.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0		
H28	全体	124	5	4.0	3	60.0	4	80.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0		
	64歳以下	86	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	65歳以上	38	5	13.2	3	60.0	4	80.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0		

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、空腹時血糖・HbA1c の有所見者は減少していたが、中性脂肪・HDL-C・血圧の有所見者が増加していることが分かった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は女性の予備群を除き、男性・女性ともに増加していることから、内臓脂肪蓄積を基盤とするリスク集積状態であることが推測される。また、40-64 歳の男性では、中性脂肪・HDL-C・LDL-C の有所見者が増加していたことから、若年層からの生活習慣病予防への取組が重要となってくる。

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6-2～6-7)

【図表 11】

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
H25	合計	6	35.3	7	41.2	4	23.5	4	23.5	1	5.9	7	41.2	9	52.9	0	0.0	9	52.9	4	23.5	8	47.1	1	5.9
	40-64	4	44.4	4	44.4	2	22.2	3	33.3	0	0.0	2	22.2	2	22.2	0	0.0	5	55.6	4	44.4	4	44.4	0	0.0
	65-74	2	25.0	3	37.5	2	25.0	1	12.5	1	12.5	5	62.5	7	87.5	0	0.0	4	50.0	0	0.0	4	50.0	1	12.5
H28	合計	7	29.2	13	54.2	8	33.3	4	16.7	4	16.7	4	16.7	8	33.3	0	0.0	12	50.0	9	37.5	10	41.7	1	4.2
	40-64	3	23.1	6	46.2	7	53.8	4	30.8	3	23.1	0	0.0	3	23.1	0	0.0	6	46.2	6	46.2	8	61.5	0	0.0
	65-74	4	36.4	7	63.6	1	9.1	0	0.0	1	9.1	4	36.4	5	45.5	0	0.0	6	54.5	3	27.3	2	18.2	1	9.1

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
H25	合計	6	33.3	5	27.8	0	0.0	1	5.6	0	0.0	3	16.7	10	55.6	0	0.0	9	50.0	3	16.7	11	61.1	0	0.0
	40-64	3	50.0	1	16.7	0	0.0	1	16.7	0	0.0	1	16.7	3	50.0	0	0.0	2	33.3	1	16.7	2	33.3	0	0.0
	65-74	3	25.0	4	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	16.7	7	58.3	0	0.0	7	58.3	2	16.7	9	75.0	0	0.0
H28	合計	8	38.1	5	23.8	1	4.8	2	9.5	1	4.8	7	33.3	8	38.1	0	0.0	9	42.9	3	14.3	7	33.3	0	0.0
	40-64	2	22.2	1	11.1	1	11.1	1	11.1	0	0.0	1	11.1	2	22.2	0	0.0	3	33.3	2	22.2	3	33.3	0	0.0
	65-74	6	50.0	4	33.3	0	0.0	1	8.3	1	8.3	6	50.0	6	50.0	0	0.0	6	50.0	1	8.3	4	33.3	0	0.0

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
H25	合計	17	44.7	1	5.9%	1	5.9%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	5	29.4%	1	5.9%	0	0.0%	2	11.8%
	40-64	9	42.9	1	11.1%	1	11.1%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	2	22.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%
	65-74	8	47.1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	37.5%	1	12.5%	0	0.0%	1	12.5%
H28	合計	24	61.5	1	4.2%	6	25.0%	0	0.0%	4	16.7%	2	8.3%	6	25.0%	1	4.2%	0	0.0%	3	12.5%
	40-64	13	61.9	1	7.7%	3	23.1%	0	0.0%	1	7.7%	2	15.4%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%
	65-74	11	61.1	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	4	36.4%	1	9.1%	0	0.0%	1	9.1%

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
H25	合計	18	50.0	0	0.0%	4	22.2%	0	0.0%	4	22.2%	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.6%
	40-64	6	42.9	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%
	65-74	12	54.5	0	0.0%	4	33.3%	0	0.0%	4	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	合計	21	58.3	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	3	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	9.5%
	40-64	9	56.3	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	12	60.0	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	3	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	16.7%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率および特定保健指導受診率は増加しているが、重症化を予防していくためには、特定健診目標 70%、特定保健指導目標 50%とした受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								三島村	同規模平均
H25年度	69	35	47.3	122	3	1	33.3	48.6	50.4
H28年度	77	45	60	43	7	3	42.9	37.8	51.6

2) 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、特定健診受診率や特定保健指導受診率は増加しているが、特定健診受診率目標 70%、特定保健指導受診率目標 50%は達成できていない。その要因として、三島村では特定健診とがん検診を同日に実施して受診率の向上を図っているが、年 1 回しか健診を受ける体制がないため受診率向上には限界があると推察される。目標達成に向けて、健診体制の検討など新たな課題が見えてきた。

また、中長期的目標である「3 疾患を 10%減少させる」、「入院の伸び率を国並みとする」については、三島村は被保険者数が少なくデータによる正確な分析や評価が難しいが、総医療費の増加や一人当たり入院費の増加から医療費適正化に繋がっていないと推察する。短期的目標である「3 疾患の共通リスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病等を減らす」については、有所見者は減少しているが、メタボリックシンドローム予備群・該当者は増加していることから、重症化予防に向けて取り組むべき喫緊の課題である。

なお、一人当たり医療費の増加は、悪性新生物による外来費や入院費、1 件当たり在院日数の増加等によるものが大きいと推察されるため、がん対策についても発症予防や重症化予防に繋げることが重要である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

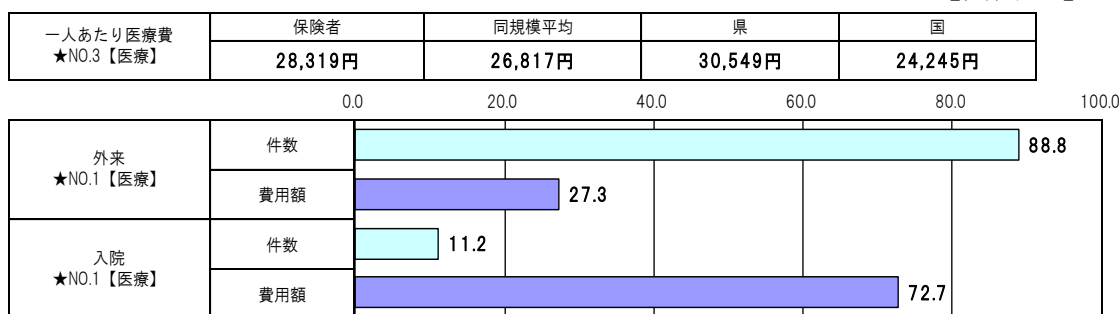
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

入院件数は11.2%で、費用額全体の72.2%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ため、重点的に取り組み、入院費の抑制につなげる。

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 13】



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

医療費の負担額が大きい疾患および予防可能な疾患として、脳血管疾患が5件占めている。高血圧症の割合が高いため、脳血管疾患の予防対策として重点的に取り組み、入院費の抑制につなげる。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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	11件	0件	0件
		費用額	1256万円	0.0%	0.0%
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	6件	5件	0件
		費用額	204万円	83.3%	0.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	0件	0件	0件
		費用額	0円	71.9%	0.0%

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	16人	1人	4人	1人
			6.3%	25.0%	6.3%
		の基礎疾患	1人	3人	1人
			100.0%	75.0%	100.0%
			0人	3人	1人
			0.0%	75.0%	100.0%
			0人	4人	1人
			0.0%	100.0%	100.0%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		8人	5人	5人	1人
		50.0%	31.3%	31.3%	6.3%

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 100.0%であり、筋・骨格疾患も同じく 100.0%であった。血管疾患の 9 割以上の者が、高血圧・糖尿病・脂質異常症の基礎疾患を持っている。

また、65 歳以上から介護認定をうけている者がいることから、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り、介護給付費の抑制にもつながると考えられる。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		135人		44人		83人		127人		262人	
	認定者数		0人		3人		17人		20人		20人	
	認定率		0.00%		6.8%		20.5%		15.7%		7.6%	
	新規認定者数（※1）		0人		1人		2人		3人		3人	
	介護度 別人数	要支援1・2		0	--	1	33.3%	2	11.8%	3	15.0%	3
要介護1・2		0	--	2	66.7%	7	41.2%	9	45.0%	9	45.0%	
要介護3～5		0	--	0	0.0%	8	47.1%	8	40.0%	8	40.0%	

要介護 突合状況 ★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）		0		3		17		20		20		
	再）国保・後期		0		1		12		13		13		
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
				脳卒中	0 --	脳卒中	1 100.0%	虚血性 心疾患	7 58.3%	脳卒中	7 53.8%	脳卒中	7 53.8%
		循環器 疾患	2	虚血性 心疾患	0 --	虚血性 心疾患	0 0.0%	脳卒中	6 50.0%	虚血性 心疾患	7 53.8%	虚血性 心疾患	7 53.8%
			3	腎不全	0 --	腎不全	0 0.0%	腎不全	3 25.0%	腎不全	3 23.1%	腎不全	3 23.1%
			合併症	4	糖尿病 合併症	0 --	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	1 8.3%	糖尿病 合併症	1 7.7%	糖尿病 合併症
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		0 --	1 100.0%		11 91.7%		12 92.3%		12 92.3%		
		血管疾患 合計		0 --	1 100.0%		12 100.0%		13 100.0%		13 100.0%		
		認知症		0 --	0 0.0%		6 50.0%		6 46.2%		6 46.2%		
		筋・骨格疾患		0 --	1 100.0%		12 100.0%		13 100.0%		13 100.0%		

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000	14,000	16,000	18,000	20,000	22,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	19,400											
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	7,630											

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診受診者の有所見者状況は、男性が中性脂肪・HDL-C・拡張期血圧・クレアチニンが高く、女性が GPT・HDL-C・空腹時血糖が高いことが分かった。三島村は、国に比較するとメタボリックシンドローム予備群・該当者が多いため、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推察される。

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)

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	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	17,687	32.4	28,019	51.4	13,109	24.0	11,162	20.5	5,501	10.1	23,746	43.5	26,618	48.8	7,207	13.2	27,790	50.9	10,793	19.8	22,792	41.8	1,460	2.7	
保険者	合計	7	29.2	13	54.2	8	33.3	4	16.7	4	16.7	4	16.7	8	33.3	0	0.0	12	50.0	9	37.5	10	41.7	1	4.2
	40-64	3	23.1	6	46.2	7	53.8	4	30.8	3	23.1	0	0.0	3	23.1	0	0.0	6	46.2	6	46.2	8	61.5	0	0.0
	65-74	4	36.4	7	63.6	1	9.1	0	0.0	1	9.1	4	36.4	5	45.5	0	0.0	6	54.5	3	27.3	2	18.2	1	9.1

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	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	17,166	24.4	14,284	20.3	9,494	13.5	6,666	9.5	1,950	2.8	19,033	27.1	33,416	47.5	1,304	1.9	30,939	44.0	9,051	12.9	37,843	53.8	327	0.5	
保険者	合計	8	38.1	5	23.8	1	4.8	2	9.5	1	4.8	7	33.3	8	38.1	0	0.0	9	42.9	3	14.3	7	33.3	0	0.0
	40-64	2	22.2	1	11.1	1	11.1	1	11.1	0	0.0	1	11.1	2	22.2	0	0.0	3	33.3	2	22.2	3	33.3	0	0.0
	65-74	6	50.0	4	33.3	0	0.0	1	8.3	1	8.3	6	50.0	6	50.0	0	0.0	6	50.0	1	8.3	4	33.3	0	0.0

*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)

【図表 17】

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	24	61.5	1	4.2%	6	25.0%	0	0.0%	4	16.7%	2	8.3%	6	25.0%	1	4.2%	0	0.0%	3	12.5%	2	8.3%
	40-64	13	61.9	1	7.7%	3	23.1%	0	0.0%	1	7.7%	2	15.4%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%	0	0.0%
	65-74	11	61.1	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	4	36.4%	1	9.1%	0	0.0%	1	9.1%	2	18.2%

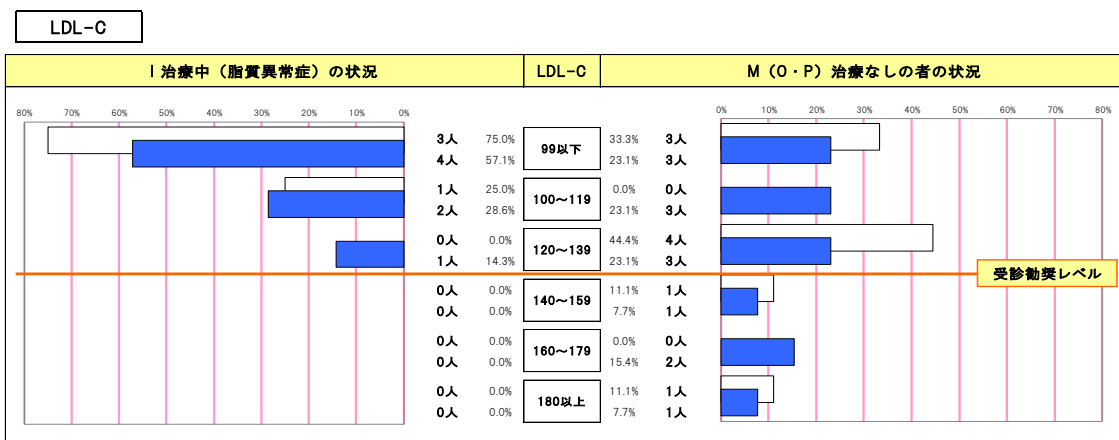
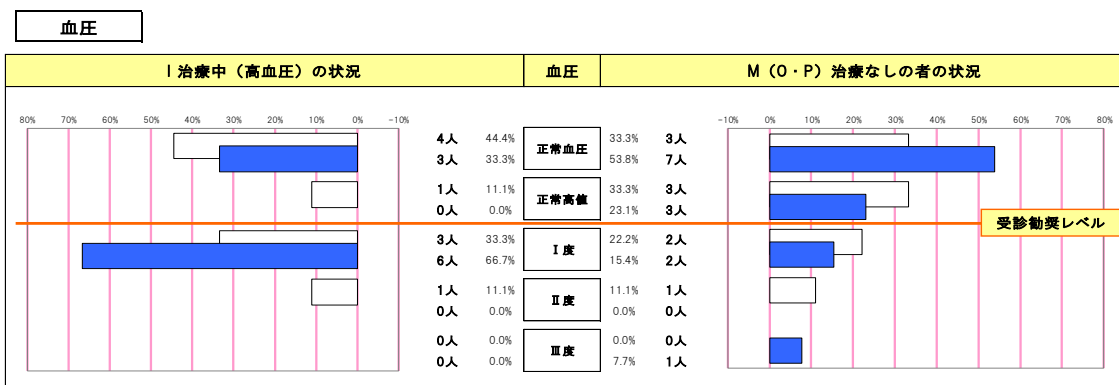
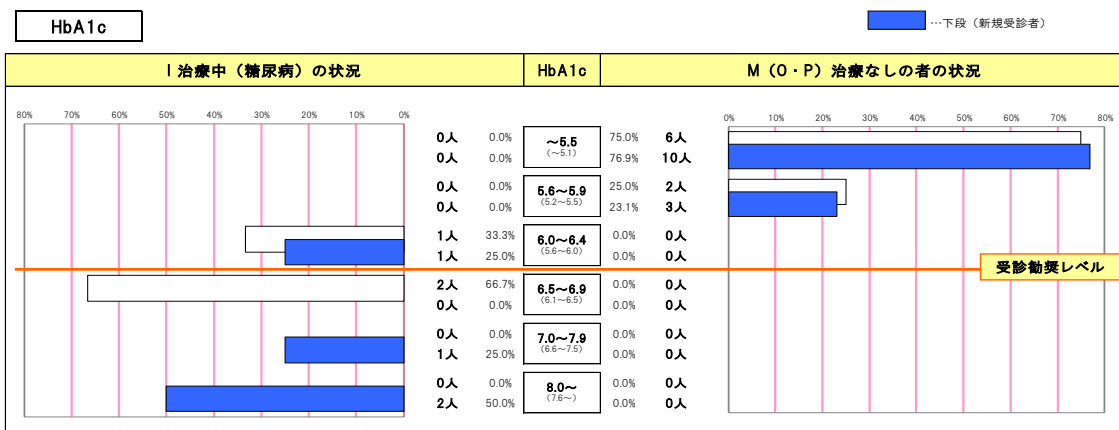
性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	21	58.3	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	3	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	2	9.5%
	40-64	9	56.3	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	12	60.0	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	3	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	2	16.7%

*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病では、新規受診者で血糖コントロール不良な者は全員治療に繋がっていることが分かった。一方、血圧や LDL-C では、新規受診者および継続受診者で受診勧奨レベルの対象者がいることから、生活習慣病の重症化予防につなげるために重点的に取り組んでいくことが重要である。

継続受診者と新規受診者の比較



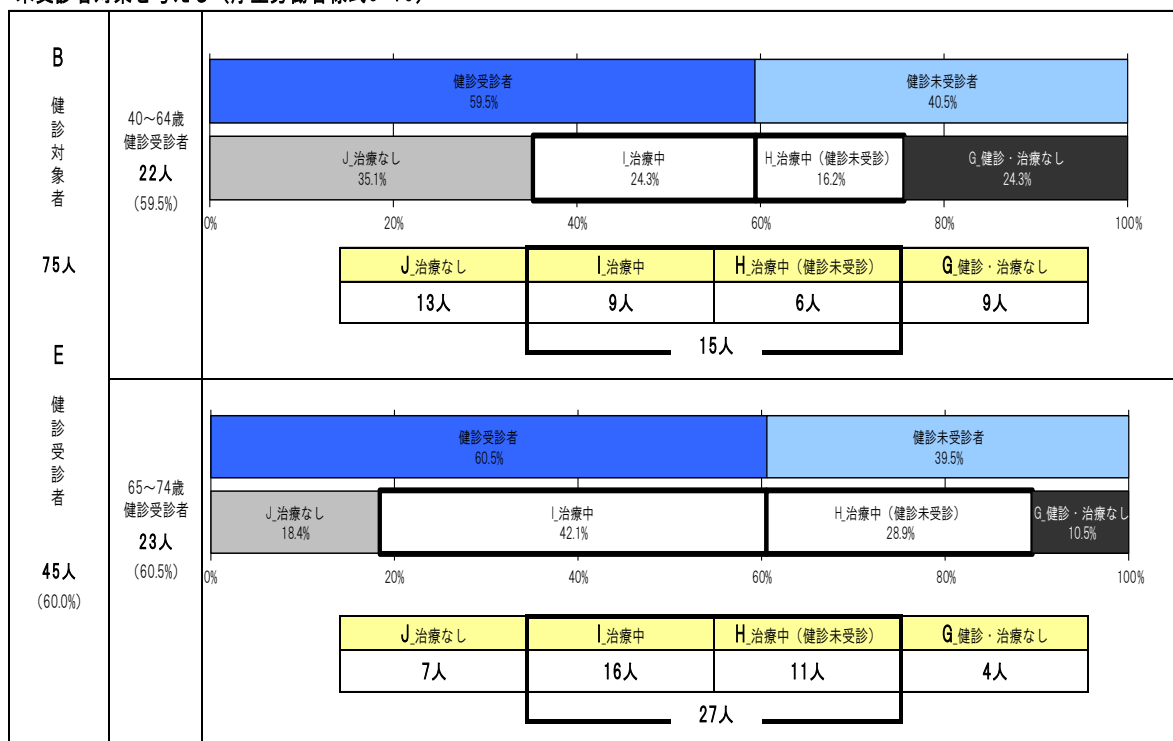
4) 未受診者の把握 (図表 19)

未受診者対策について、健診も治療も受けていない「G」を見ると、40～64 歳の割合が 24.3%、65～74 歳の割合が 10.5%と高くなっている。健診も治療も受けていない者は、体の実態が分からない状態と言える。生活習慣病は自覚症状がないことが多いため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。

また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金で見ても、健診を受診することは医療費適正化の面においても有効であることが分かる。

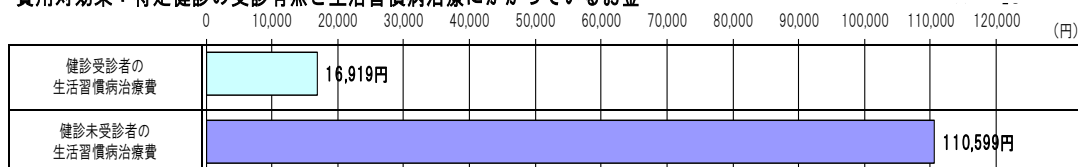
【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)



OG 健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



3. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患を発生させないこと、及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ2人以下に抑えることを目標にする。減少率をパーセントではなく、人数としたのは、三島村は被保険者数が少なく、疾患の発生者が一人増減するとパーセントが大きく変動するためである。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、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、三島村の医療のかかり方は、各地域に医師が常駐していないことから、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、このような離島の持つ特性を抜本的に改善することは難しいと考える。そのため、特定健診の受診率の向上に主眼をおき、リスクの早期発見と改善により重症化を防ぐことを目指す。

(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。其々の目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。【図表44】

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(GKD)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踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	70%	70%	70%	75%	75%	75%
特定保健指導実施率	55%	55%	55%	60%	60%	60%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	80人	80人	80人	80人	80人	80人
	受診者数	56人	56人	56人	60人	60人	60人
特定保健指導	対象者数	7人	7人	6人	6人	5人	5人
	受診者数	4人	4人	4人	4人	3人	3人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、村が直接雇用し、集団健診（各へき地診療所）を行う。

2) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。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換えられる。（実施基準第1条4項）

3) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

4) 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。

5) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

6) 健診の案内方法・健診実施スケジュール（図表 22）

【図表 22】

健診の案内方法	
特定健診申込書を発行し郵送する。広報紙及び防災無線での広報。各へき地診療所による受診勧奨。	
健診実施スケジュール	
4 月	: 申込書準備（健診対象者の抽出、印刷）、申込書送付
5 月末～6 月（4 月～翌年 3 月）	: 健診実施
6 月～翌年 9 月	: 特定保健指導実施
7 月～翌年 3 月	: 未受診者対策
10 月	: 前年度の実績報告
2 月～3 月	: 受診結果の把握と次年度健診準備

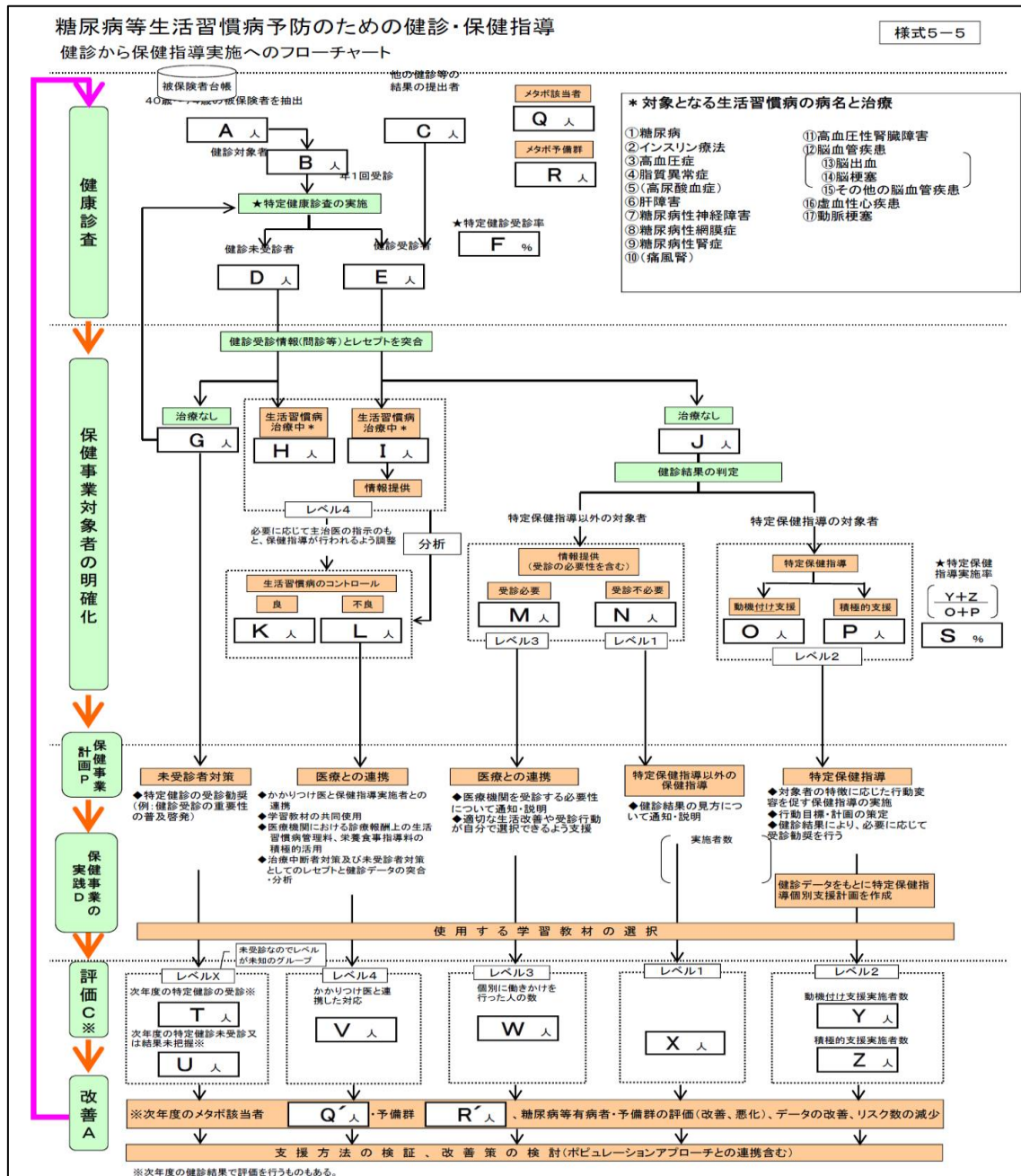
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行う。

1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 24】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	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	7 人 (15.5%)	55%
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 人 (6.7)	HbA1c6.5 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(健診受診の重要性の普及啓発)	30 人 ※受診率目標達成までにあと 8 人	30%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供(疾病リスクとの関係で検査値の意味について説明及び生活習慣についてのアドバイス)	10 人 (22.2)	55.5%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆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	25 人 (55.5)	55.5%

※(様式 5-5 を基に) H28 年度対象者割合で、H30 年度対象者数見込

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

[illegible]

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三島村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、広報等の掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては【図表26】に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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鹿児島県糖尿病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。（図表 27）

【図表 27】

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。

三島村においては、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。(図表 28)

三島村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 0 人 (0%・F) であった。また、40～74 歳における糖尿病治療者 12 人の中のうち、特定健診受診者が 5 人 (100%・G) であったが、1 人 (20.0%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 9 人 (75.0%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 3 人中 1 人は治療中断であることが分かった。また、2 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より三島村においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・0 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・2 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

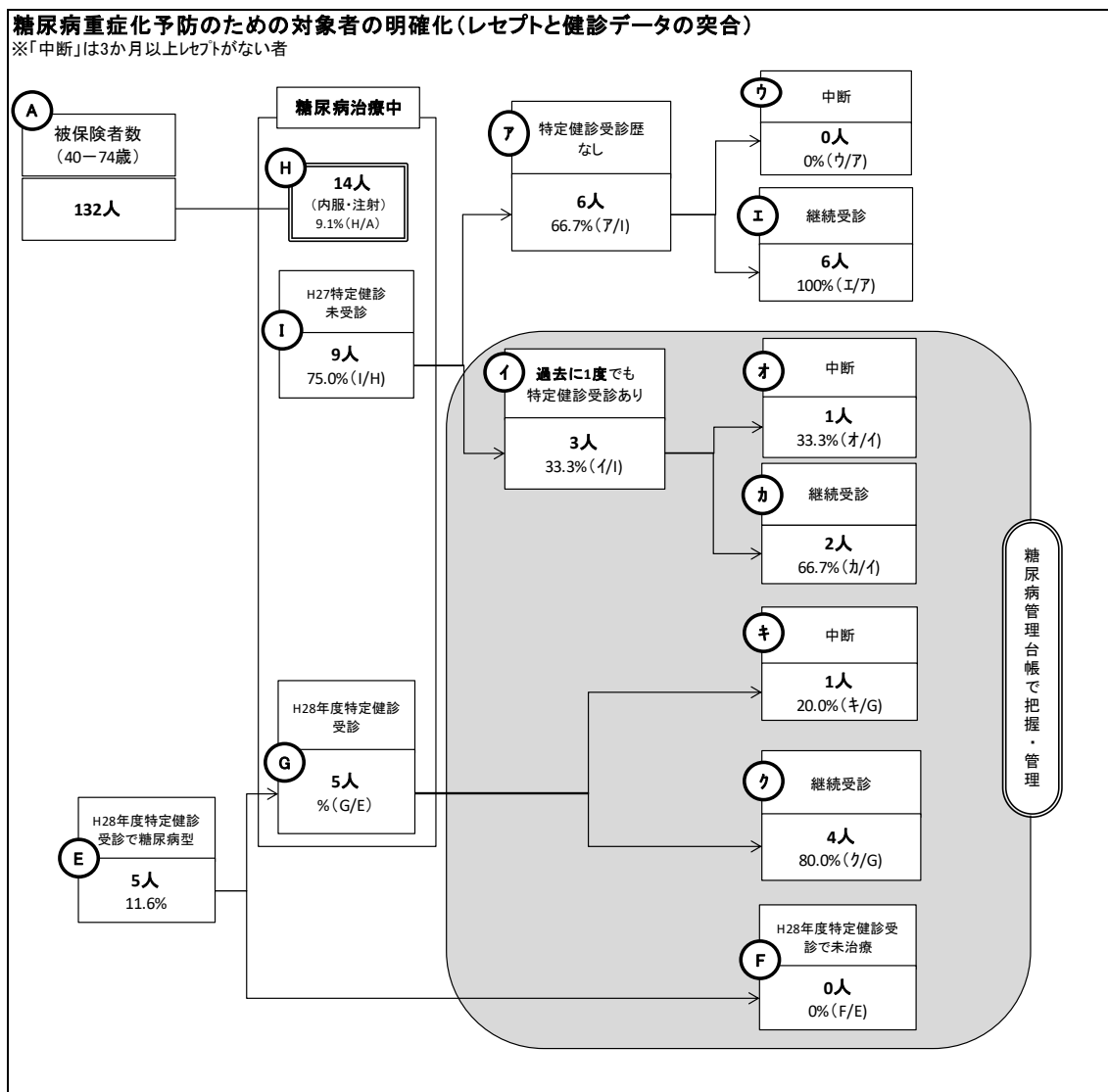
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・4 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (力)・・・2 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表（参考資料 4）で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病管理台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%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

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

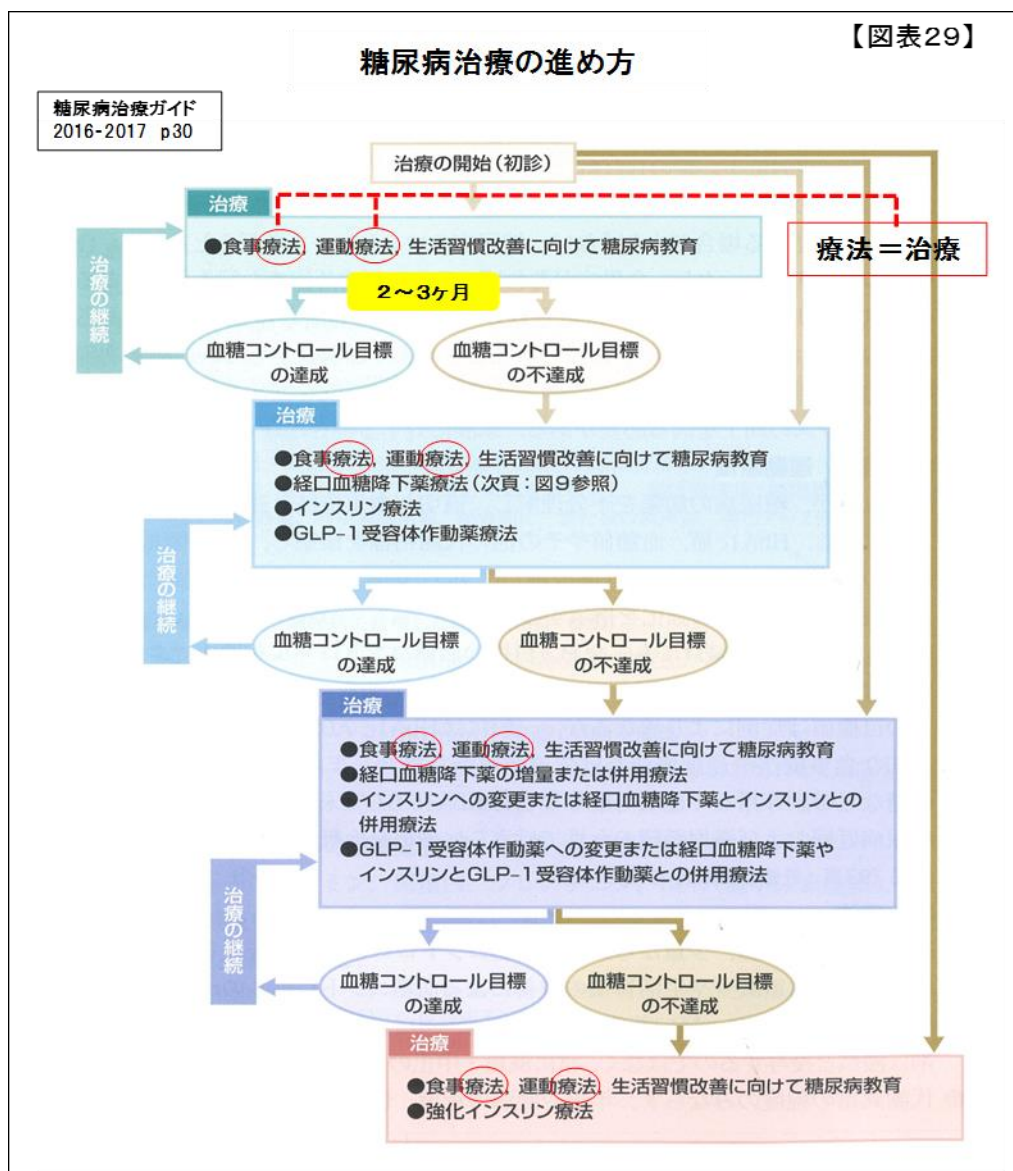
(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・・・・１人
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・・・１人

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。三島村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 29）



(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃

す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と

協議した紹介状等を使用する。

（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鹿児島県糖尿病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いく。

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 5）を用いて行っていく。

（１）短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア．受診勧奨対象者への介入率
- イ．医療機関受診率
- ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

- ア．保健指導実施率
- イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化（１年で 25%以上の低下、１年で 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
- ６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 6)

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 7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。三島村において、健診受診者 43 人のうち心電図検査実施者は 43 人(100%)であり、そのうち ST 所見があったのは 0 人であった。(図表 30・31)

三島村は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多い。メタボリックシンドロームは虚血性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。

心電図検査結果

【図表 30】

	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	43	100	43	100.0	0	0.0	0	0.0	43	100.0

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(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)(%)
0	0	0	330				

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。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	43	0	0	43	0
		0.0	0.0	100.0	0.0
メタボ該当者	9	0	0	9	0
	20.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
メタボ予備群	8	0	0	8	0
	18.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
メタボなし	26	0	0	26	0
	60.5%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
LDL	140－159	3	0	3	0
		7.0%	0.0%	100.0%	0.0%
	160－179	1	0	1	0
		2.3%	0.0%	100.0%	0.0%
	180－	1	0	1	0
		2.3%	0.0%	100.0%	0.0%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1～	4	0	0	4	0
		9.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 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 33】

・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へ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チャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。

また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健

指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（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様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 5）を用いて行っていく。

（1）短期的評価

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

6 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）

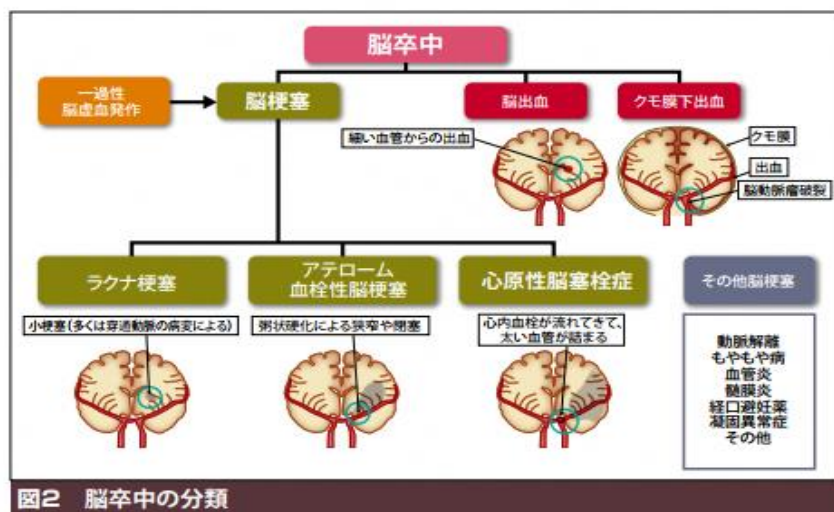
3. 脳血管疾患重症化予防

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 34・35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診

勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○		○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○			
	心原性脳梗塞	●						●		○		○			
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタリックシント 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		3人	7.0%	3人	7.0%	2人	4.7%	0人	0.0%	9人	20.9%	3人	7.0%	1人	2.3%
治療なし		2人	8.0%	0人	0.0%	2人	6.3%	0人	0.0%	2人	9.1%	0人	0.0%	0人	0.0%
治療あり		1人	33.3%	0人	0.0%	1人	50.0%	0人	--	2人	22.2%	0人	0.0%	0人	0.0%
臓器障害あり		1人	5.6%	0人	42.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	33.3%	0人	14.3%	0人	4.8%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人		0人		0人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		0人		0人		0人		1人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	

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3人(7.0%)であり、2人は未治療者であった。未治療者のうち1人(5.6%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も1人(33.3%)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く必要がある。(図表 37)

【図表 37】

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 (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
		～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)	25	5 20.0%	8 32.0%	6 24.0%	4 16.0%	1 4.0%	1 4.0%
	5	2 20.0%	1 12.5%	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
リスク第1層	14	2 56.0%	4 50.0%	5 83.3%	2 50.0%	1 100.0%	0 0.0%
	6	1 24.0%	3 37.5%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
リスク第2層	1	0 16.7%	1 33.3%	0 0.0%	0 --	0 --	0 0.0%
	2	0 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	0 --	0 --	1 100.0%
リスク第3層	4	1 66.7%	1 100.0%	1 33.3%	0 --	0 --	1 100.0%
	再掲 重複あり						

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 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

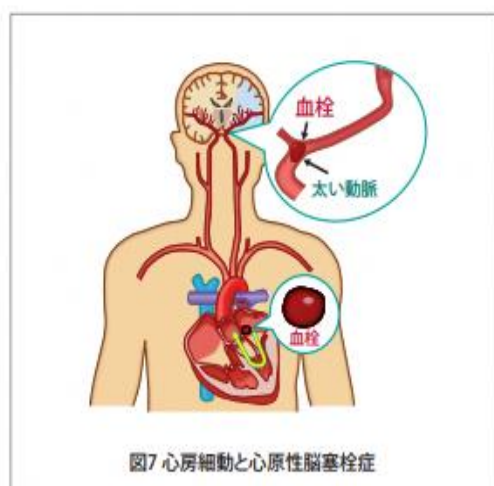


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(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。図表 38 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者状況

【図表 38】

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	23	20	0	0.0	0	0.0	—	—
40歳代	3	4	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	7	1	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	7	8	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	6	7	0	0.0	0	0.0	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 39】

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

心電図検査において心房細動有所見者は0名であった。日本循環器学会疫学調査の有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加している。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 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 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。その際は血圧評価表、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。

(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

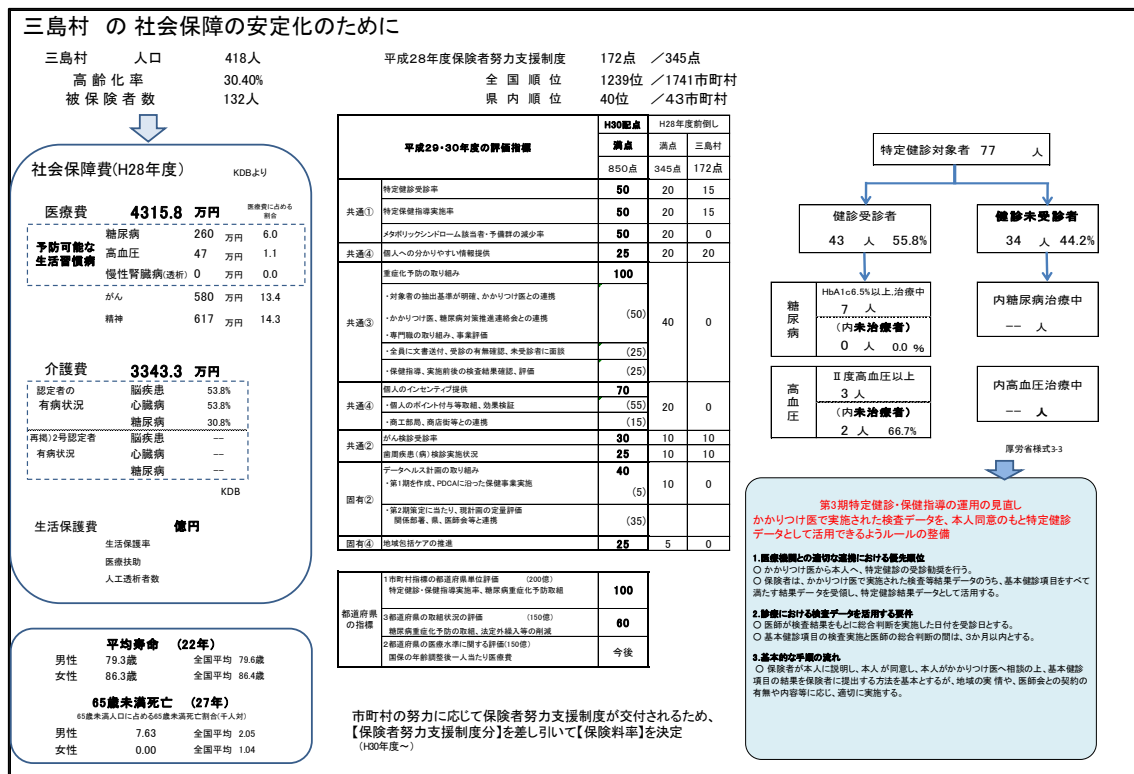
6 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第心房細動の管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

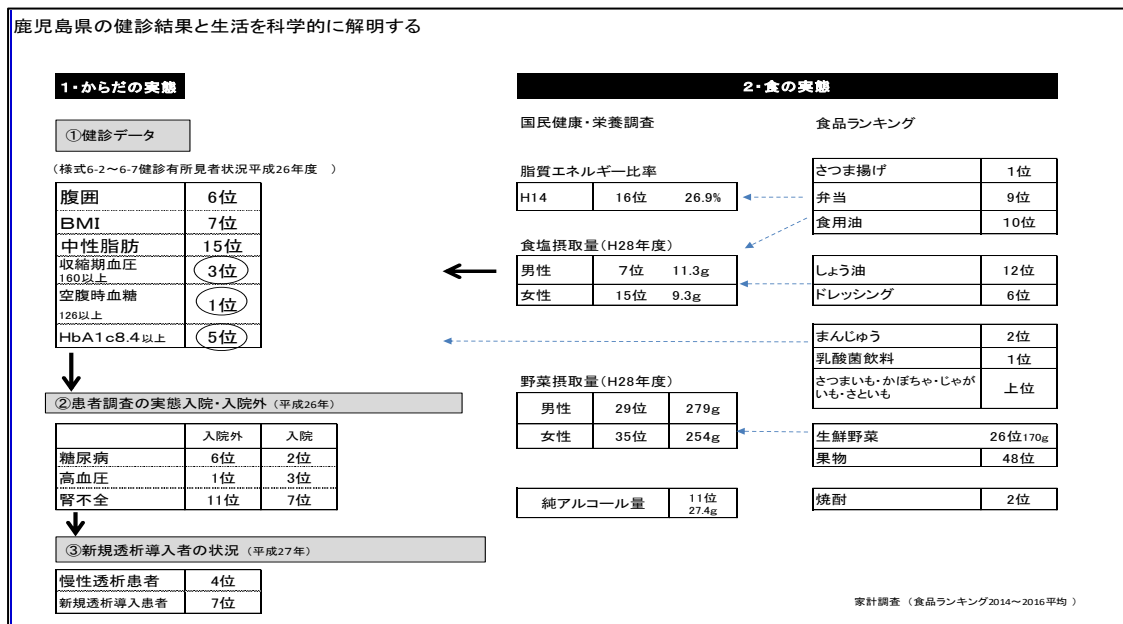
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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村民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

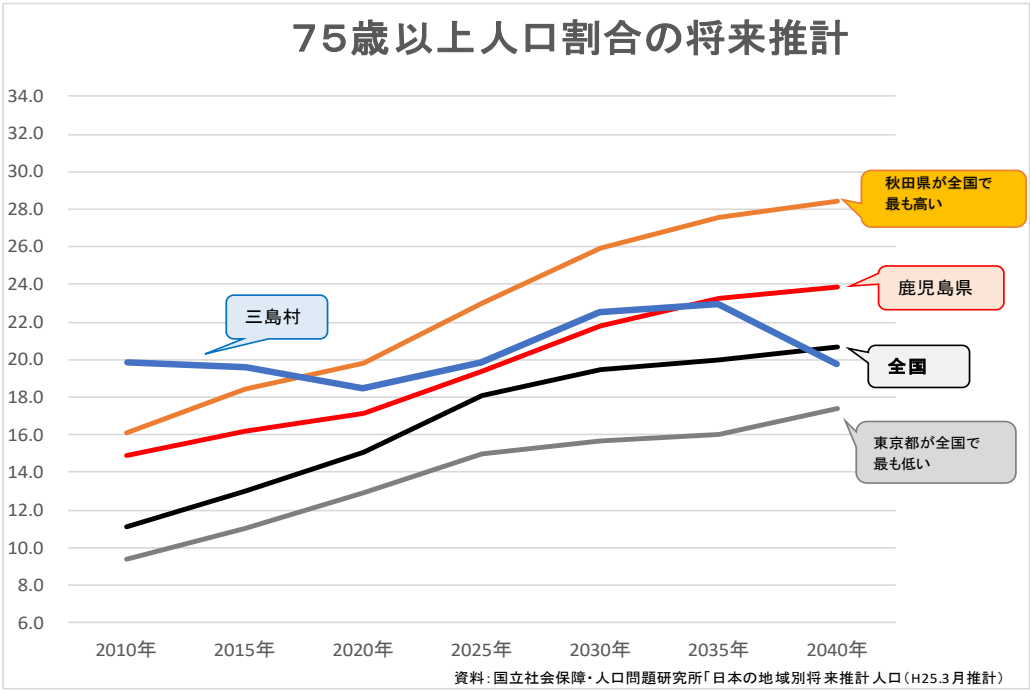
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52) 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、村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 歳以上割合が 2040 年 23.9%となり、4 人に 1 人が後期高齢者になる。75 歳以上人口の将来推計は、2010 年の人口を 100 としたときの指数で 2040 年が 124 と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。三島村においては、県より高い水準で推移し、2040 年には 5 人に 1 人が後期高齢者となる。(図表 42)

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

H27年度		被保険者数 (人)		療養諸費 (円)		一人当たり 療養諸費(円)
		国保に占める割合		国保に占める割合		
国保	国保(～74歳)	438,810	100%	1,741億	100%	396,863
	前期高齢者(65～74歳)	166,243	38%	987億	57%	593,971
後期高齢者(75歳～)		261,232	－	2,791億	－	1,068,398

H27年度国民健康保険事業状況報告年報 H27年度鹿児島県後期高齢者医療事業報告

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村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10・11）

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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。

3. 目標管理一覧

計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業見直しを行う。

【図表 44】

データヘルス計画の目標管理一覧表												三島村		様式2	
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	初期値		中間評価年度					最終評価年度		現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
特定保健指導等計画	・特定健診受診率55.8%、特定保健指導実施率42.9%と増加したが、目標達成できていない。	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70%以上	55.8%									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	42.9%											
			特定保健指導対象者の減少率15%	-											
中長期	・一人当たり医療費が国より高く、入院費が増加している。疾患別では、虚血性心疾患に占める医療費が3.48%、糖尿病に占める医療費が6.02%で国と比較して高い。 ・受診勧奨者の割合は国、同規模と同じであるが、医療機関受診率が37.8%と低く、医療機関非受診率が20.0%で国、同規模と比較して高い。	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	入院医療費の伸び率を同規模5.5%とする	20.0%									KDBシステム		
			必要な医療費を伸ばす10.0%	0.4%											
			脳血管疾患の総医療費に占める割合を2%以下とする	0.19%											
データヘルス計画		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	虚血性心疾患の総医療費に占める割合を2%以下とする	3.48%											
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合を0%とする	0.0%											
			健診受診者の高血圧の割合5%以下とする(160/100以上)	7.0%											
短期	・メタボリックシンドローム予備群が18.6%、該当者が20.9%と増加しており、国、同規模と比較しても高い。 ・特定健診受診後の重症化予防対象者では、治療なしの割合が27.3%と県と比較して高くなっている。また、糖尿病性腎症重症化予防では、治療中であるがコントロール不良な者の割合が57.1%と県と比較して高くなっている。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合5%以下とする(LDL160以上)	4.7%									三島村健康増進計画		
			健診受診者の糖尿病有病者の割合5%以下とする(HbA1c6.5以上)	7.0%											
			メタボリックシンドローム・予備群の割合15%以下とする	17.8%											
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合60%以下	-											
			糖尿病の保健指導を実施した割合60%以上	40.0%											

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※H32～H31のデータで中間評価を行う。

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

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、広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた三島村の位置

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 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 6 虚血性心疾患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

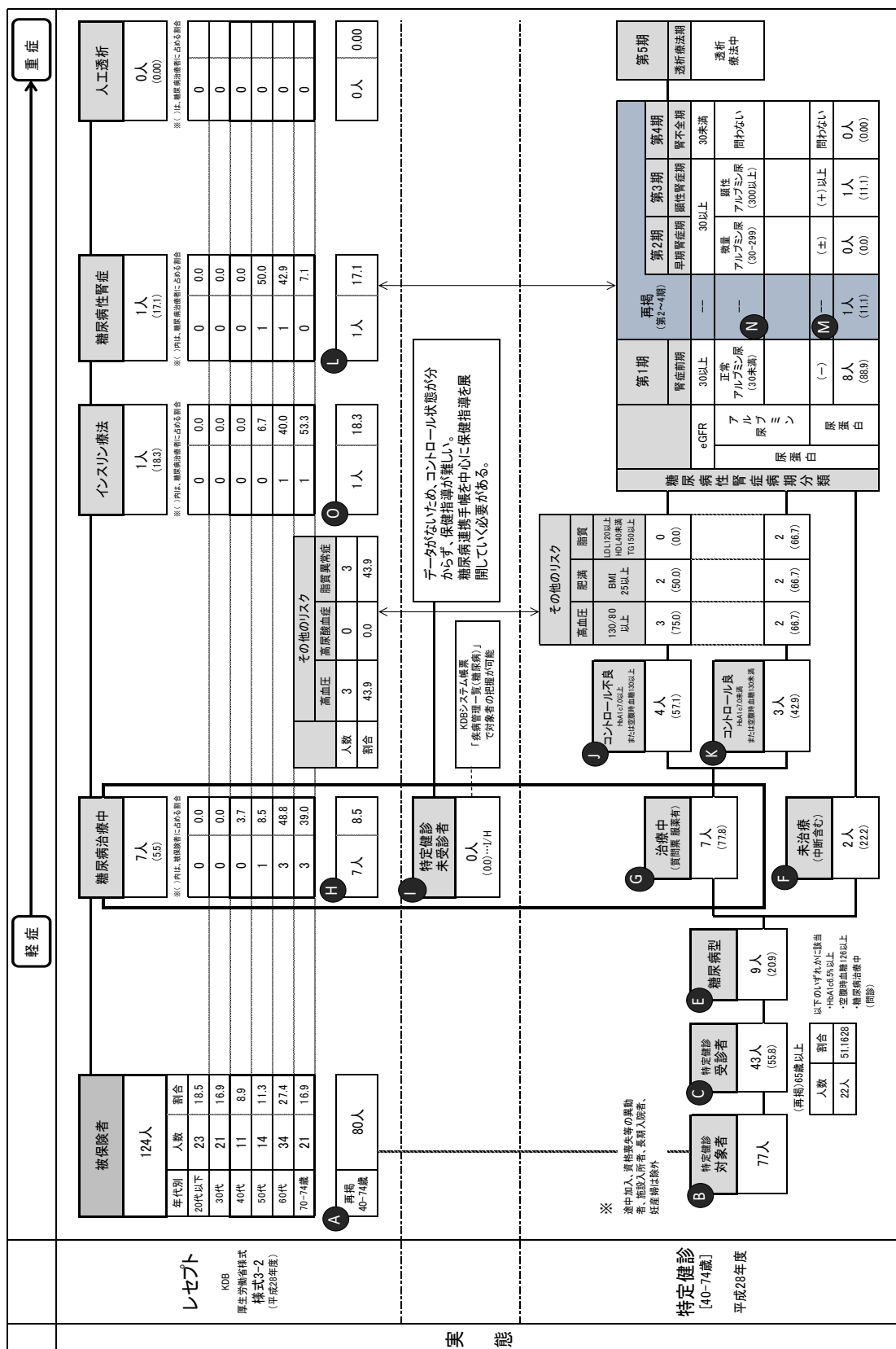
【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた三島村の位置

項目				H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28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		418		418		712,964		1,691,041		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）		127	30.4	127	30.4	250,396	35.1	449,078	26.6	29,020,766	23.2		
			75歳以上		83	19.9	83	19.9			251,927	14.9	13,989,864	11.2		
			65～74歳		44	10.5	44	10.5			197,151	11.7	15,030,902	12.0		
			40～64歳		135	32.3	135	32.3			572,168	33.8	42,411,922	34.0		
	39歳以下		156	37.3	156	37.3			669,795	39.6	53,420,287	42.8				
	②	産業構成	第1次産業		17.5		17.5		22.7		10.4		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		21.7		21.7		21.7		19.6		25.2			
			第3次産業		60.8		60.8		55.6		70.0		70.6			
	③	平均寿命	男性		79.3		79.3		79.4		79.2		79.6		KDB No.1 地域全体像の把握	
			女性		86.3		86.3		86.5		86.3		86.4			
	④	健康寿命	男性		65.1		65.1		65.1		64.8		65.2		地域全体像の把握	
			女性		66.7		66.8		66.7		66.6		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		101.6		87.9		102.6		102.1		100		KDB No.1 地域全体像の把握
				女性		98.1		57.6		98.2		99.4		100		
			死 因	がん	2	66.7	2	50.0	2,874	44.3	5,546	46.2	367,905	49.6		
				心臓病	0	0.0	1	25.0	1,917	29.6	3,146	26.2	196,768	26.5		
				脳疾患	1	33.3	1	25.0	1,158	17.9	2,166	18.0	114,122	15.4		
				糖尿病	0	0.0	0	0.0	115	1.8	233	1.9	13,658	1.8		
				腎不全	0	0.0	0	0.0	231	3.6	560	4.7	24,763	3.3		
				自殺	0	0.0	0	0.0	187	2.9	355	3.0	24,294	3.3		
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計											厚労省HP 人口動態調査		
			男性													
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		22	16.7	20	16.0	49,966	20.0	99,733	22.2	5,885,270	21.2	KDB No.1 地域全体像の把握
				新規認定者		1	0.6	1	0.3	781	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3	
				2号認定者		0	0.0	0	0.0	856	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4	
②		有病状況	糖尿病	1	9.8	1	2.0	10,599	20.4	22,589	22.0	1,350,152	22.1	KDB No.1 地域全体像の把握		
			高血圧症	4	27.8	7	23.4	28,380	55.1	60,158	58.7	3,101,200	50.9			
			脂質異常症	3	7.8	0	0.0	14,058	27.1	29,779	28.9	1,741,866	28.4			
			心臓病	6	34.9	9	35.2	31,946	62.2	69,010	67.5	3,529,682	58.0			
			脳疾患	3	24.7	4	18.9	13,362	26.3	35,809	35.2	1,538,683	25.5			
			がん	2	5.1	1	4.1	4,857	9.3	11,405	11.1	631,950	10.3			
			筋・骨格	6	23.9	6	21.3	28,320	55.1	61,746	60.5	3,067,196	50.3			
			精神	4	25.1	5	19.3	19,128	37.0	41,682	40.5	2,154,214	35.2			
			再掲/認知症	2	16.1	2	9.0	12,259	23.5	28,189	27.1	1,350,588	21.9			
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		132,392	16,813,742	263,250	33,432,689	308,944	77,198,258,354	331,923	149,059,341,986	310,082	8,520,837,374,323		
	1件当たり給付費（全体）		98,326		113,717		73,752		65,532		58,284					
	居宅サービス		48,948		51,744		39,649		43,003		39,662					
④	医療費等	施設サービス		260,040		294,676		273,932		284,004		281,186				
		要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	58,910		19,400		8,522		8,789		7,980				
			認定なし	4,476		7,630		4,224		4,245		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数		110		132		198,805		423,788		32,587,866		KDB No.1 地域全体像の把握 KDB No.5 被保険者の状況	
			65～74歳		37	33.6	37	28.0			170,125	40.1	12,461,613	38.2		
			40～64歳		40	36.4	43	32.6			147,787	34.9	10,946,712	33.6		
			39歳以下		33	30.0	52	39.4			105,876	25.0	9,179,541	28.2		
			加入率		26.3		31.6		28.1		25.1		26.9			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	256	0.6	8,255	0.3			
			診療所数	4	36.4	4	30.3	621	3.1	1,406	3.3	96,727	3.0			
			病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	34,275	80.9	1,524,378	46.8			
			医師数	0	0.0	0	0.0	541	2.7	4,300	10.1	299,792	9.2			
			外来患者数	419.5		318.2		652.3		710.0		668.1				
	③	医療費の 状況	入院患者数	23.6		40.0		23.7		29.9		18.2		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		
			一人当たり医療費		24,850	県内29位 同規模127位	28,319	県内27位 同規模101位	26,817		30,549		24,245			
			受診率		443.048		358.268		676.037		739.897		686.286			
外 来			費用の割合	31.0		27.3		55.3		52.2		60.1				
			件数の割合	94.7		88.8		96.5		96.0		97.4				
入 院			費用の割合	69.0		72.7		44.7		47.8		39.9				
			件数の割合	5.3		11.2		3.5		4.0		2.6				
1件あたり在院日数			12.7日		18.0日		16.3日		18.7日		15.6日					
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（頂割合含む）	がん	1,735,380	9.7	5,797,280	23.1	24.2	20.7	25.6					
				慢性腎不全（透析あり）	0	0.0	0	0.0	7.9	12.6	9.7					
				糖尿病	2,791,600	15.7	2,599,750	10.4	10.1	8.3	9.7					
				高血圧症	215,780	1.2	471,840	1.9	9.4	7.2	8.6					
				脂質異常症	86,730	0.5	250,180	1.0	4.9	3.6	5.3					
	脳梗塞・脳出血	1,122,560		6.3	81,660	0.3	3.8	4.7	4.0							
	狭心症・心筋梗塞	3,490,100		19.6	1,503,910	6.0	3.4	3.2	3.7							
	精神	7,261,470		40.8	6,168,780	24.6	18.6	23.4	16.9							
筋・骨格	1,061,850	6.0	6,558,110	26.2	16.4	15.1	15.2									

項目				保険者		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)
				費用額	件数	費用額	件数							
4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	入院 <											

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



【参考資料 3】

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	糖	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	糖	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 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画			H 29 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		他の専門職への紹介など	実施計画(月)
結果把握 						

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	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	124人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳			80人								
2	①	対象者数		B	77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		C	43人								
	③	受診率			55.8%								
3	①	対象者数											
	②	実施率											
4	①	健診 データ		糖尿病型	E	9人	20.9%						特定健診結果
	②			未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	2人	22.2%						
	③			治療中(質問票 服薬あり)	G	7人	77.8%						
	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	4人	57.1%						
	⑤			血圧 130/80以上		3人	75.0%						
	⑥			肥満 BMI25以上	K	2人	50.0%						
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		3人	42.9%						
	⑧			第1期 尿蛋白(－)	M	8人	88.9%						
	⑨			第2期 尿蛋白(±)		0人	0.0%						
	⑩			第3期 尿蛋白(＋)以上		1人	11.1%						
	⑪	第4期 eGFR30未満	0人	0.0%									
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)			40.3人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)			62.5人								
	③	レセプト 件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病千対	入院外(件数)			50件	(625.0)				472件	(757.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)			2件	(25.0)				4件	(5.9)	
	⑤	糖尿病治療中		H	5人	4.0%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳			5人	6.3%							
	⑦	健診未受診者		I	-2人	-40.0%							
	⑧	インスリン治療		O	2人	40.0%							
	⑨	(再掲)40-74歳			2人	40.0%							
	⑩	糖尿病性腎症		L	1人	20.0%							
	⑪	(再掲)40-74歳			1人	20.0%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			0人	0.00%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑬	(再掲)40-74歳			0人	0.00%							
	⑭	新規透析患者数											
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症											
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			0人	0.0%							
	6	①	総医療費			4316万円				2億6643万円			
②		生活習慣病総医療費			2506万円				1億5163万円				
③		(総医療費に占める割合)			58.1%				56.9%				
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		16,919円				8,737円				
⑤			健診未受診者		110,599円				34,206円				
⑥		糖尿病医療費			260万円				1526万円				
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			333万円								
⑨		1件あたり			38,285円								
⑩		糖尿病入院総医療費			601万円								
⑪		1件あたり			500,998円								
⑫		在院日数			15日								
⑬		慢性腎不全医療費			4万円				1315万円				
⑭		透析有り							1198万円				
⑮		透析なし			4万円				116万円				
7	①	介護給付費			3343万円				3億1509万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症			0件	0.0%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%				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]

【附录】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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	☐ S T 変化	⑤		
			☐ その他所見			
②	問診	☐ 自覚症状なし	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者		
		☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙				
③	健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、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。 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～		
	☐ nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	☐ AST	～30	31～50	51～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比	
	☐ 血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～		
☐ 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	☐ 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	～84	85～89	90～		
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		
e G F R		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ～				
☐ C K D 重症度分類		G3aA1～				
その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠・生活リズム 0 12 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

血圧評価表																								
地区番号	被保険者証番号		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		
										治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧

心房細動管理台帳

地区番号	H28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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															</

平成28年度事業評価(平成29年度に向けての全体評価)

三島村
様式3

P(計画)		D(実施)	C(評価 良くなったところ)			A(改善)
課題・目標		対象者の明確化・ 具体的な実践方法	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)
目 標 ○特定健診 受診率 H29年度 目標70% ○特定保健指 導実施率 H29年度 目標50% ○健診受診 者の検査結 果の改善 (血圧・血 糖・脂質・ CKD) ○虚血性心 疾患・脳血 管疾患・糖 尿病腎症を 減らすこと を 目標に、平 成29年度に は平成27年 度と比較し て3疾患そ れぞれ10% 減少させ る。	未受診者対策 ◆受診率が低い ◆受診勧奨の対象者、 アプローチ方法等検討 ◆地区別台帳の検討 ◆対象者の選定、評価 方法等検討 ◆医療機関の協力等 による取り組み	未受診者対策 ○特定健診 ・医療機関(各へき地診療所)と連 携し、健診未受診者に対して受診 勧奨を行った。年1回しか健診を受 ける機会がないため、特定健診の 周知に力を入れた。	未受診者対策 ・受診率向上に向けて、医療機関(各へき地 診療所)と協力して受診勧奨したり、広報等 で周知を行うことができた。	未受診者対策 ・医療機関(各へき 地診療所)に対して 随時説明実施 ・健診未受診者勧奨 実施(H28年4～5月) ・早期介入保健指導 実施(H28年6～7月)	未受診者対策 ○特定健診受診率 H29年度目標未達成 ○H28年度初回健診 者8名(17.8%) ○勧奨後の受診者 数等の個々の評価 分析ができていな い。	⑤残っている課題 全 体 ○国保2担 当で話し合 い、事業の 分担業務や 台帳管理 等、共通認 識を図る。 ・保健事業 のマンパ ワーは人員 要因のため 解決しな い。 ○保健活動 に関して被 保険者数が 少ないため 目標や評価 を検討し、 PDCAサイク ルに基いて 計画する必 要がある。
		重症化予防対策 ・医療機関(各へき地診療所)と連 携し、重症化予防対象者として未治 療者に対して受診勧奨を行った。対 象者選定は単年の健診結果で抽 出した。	重症化予防対策 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出して いるが、経年の状況や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、糖尿病管理 台帳や地区別台帳等を活用していくことで未 受診者対策にもつながると思うが、KDBシス テム等の十分な活用ができていないため対 象者の把握が不十分である。	重症化予防対策 ・重症化予防事業 の実施(H28年6 月～H29年3月) ・各へき地診療所 で保健指導実施 (H28年6月～H29 年3月)	重症化予防対策 ○高血圧・脂質異 常症・糖尿病有病 者の割合減少 ○保健指導後の 受診・服薬、検査 等・状況やH29年 度健診結果状況 等の個々の評価 分析ができていな い。	重症化予防対策 ○受診勧奨の対象 者選定(未治療者・ 治療中断者)の検 討、地区別台帳及び 糖尿病管理台帳等 の検討、評価項目を 明確化し、取り組む 必要がある。
医療機関との連携 ◆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、医療機関とのつ なかりを進めていく。	医療機関との連携 ・健診未受診者及び重症化予防対 象者として生活習慣病未治療者や 治療中断者を把握し、受診勧奨し てもらおう中で医療機関(各へき地診 療所)との連携を図った。	医療機関との連携 ・医療機関(各へき地診療所)と現状や課題 を共有していき、協力的体制の強化を図ること ができた。		医療機関との連携 ・協力的体制づくりに 向けてのアプロー ち随時実施		医療機関との連携 ○三島村と役場の 距離が離れている ため、交通事情や 宿泊等、直ぐに戸 別訪問できない環 境にある。
		医療機関との連携 ・医療機関(各へき地診療所)と現状や課題 を共有していき、協力的体制の強化を図ること ができた。		医療機関との連携 ○受診率の増加 につながった。		医療機関との連携 医療機関(各へき地 診療所)の新規職員 に対し、他地区の取 組を共有し、協力的 体制の強化を図る。

P(計画)		D(実施)		C(評価 良くなったところ)		A(改善)	
平成29年度課題		対象者の明確化・具体的な実践方法		①プロセス（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）		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	
目 標	未受診者対策	未受診者対策		未受診者対策		【未受診者対策】 ○特定健診受診率向上のために、年1回の健診機会に際して、広報や防災無線、村内の診療所看護師やヘルパー等と協力して周知すること、特定健診の受診率向上につながつている。 ○村内にいない対象者（長期不在者）等がいるため、受診率向上には限りがあると考えられるが、対象者のほぼ全員に受診勧奨をすることができている。 ○特定健診の体制（年1回実施）については、脱藩者の健診体制の検討等課題がある。	
○特定健診受診率 ・H29年度目標70% ○特定健診指導実施率 ・H29年度目標50% ○健診受診者の検査結果の改善（血圧・血糖・脂質・CKD）	◆受診率が低い ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等の検討 ◆地区別台帳の検討 ◆対象者の選定、評価方法等検討 ◆医師機関の協力等による取り組み	○取り組み ・医療機関（各へき地診療所）へ特定健診の申込状況を名簿化したものを送付し、健診申込書の未提出者及び未申込者に対して受診勧奨訪問した。		・地区別台帳や評価項目の検討については、国保2担当の共通認識をはじめ取り組めていないが、受診勧奨の対象者選定については被保険者数が少ないため、村内にいない対象者（長期不在等）を除き、ほぼ全員に受診勧奨することができた。		○特定健診受診率向上のために、年1回の健診機会に際して、広報や防災無線、村内の診療所看護師やヘルパー等と協力して周知すること、特定健診の受診率向上につながつている。 ○村内にいない対象者（長期不在者）等がいるため、受診率向上には限りがあると考えられるが、対象者のほぼ全員に受診勧奨をすることができている。 ○特定健診の体制（年1回実施）については、脱藩者の健診体制の検討等課題がある。	
○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減少することを目標に、平成29年度には平成27年度と比較して3疾患それぞれ10%減少させる。	◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討 ◆地区台帳の検討 ◆訪問 事業の目標、評価等検討 ◆評価指標の検討	重症化予防対策 ・医療機関（各へき地診療所）と連携し、重症化予防対象者として未受診者・未治療者に対して受診勧奨を行った。対象者選定は単年の健診結果で抽出した。 ・糖尿病管理台帳の活用について、国保2担当にて共通認識を図り、経年管理を行っていくようにした。糖尿病管理台帳の対象者に対して、栄養指導の健康教室を実施した。 ・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認（受診状況・服薬状況等）し、未受診者には再度アプローチを行う。		重症化予防対策 ○4医療機関（各へき地診療所）と連携 ○健診後の受診状況確認し、未受診者・未治療者へ受診勧奨（糖尿病管理台帳等の対象者含む） ○未受診者・未治療者に対して、郵送による受診勧奨を進めていくように検討中。		【重症化予防対策】 ○健診後の受診状況の確認については、医療機関（各へき地診療所）と連携し、把握できている。未受診者・未治療者をはじめ、治療中断者等へも重症化予防対策に向けて、医療機関（各へき地診療所）と連携しながら進めていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳や地区台帳等、一元管理するための体制づくりの構築が喫緊の課題である。	
課題 保健活動でPDCAサイクルに基づいて計画するが、マンパワーが不足しているため取り組めていない。	◆未受診者対策、重症化予防事業それぞれ の関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。	医療機関との連携 ・医療機関（各へき地診療所）に未受診者対策、重症化予防対策（糖尿病重症化予防プログラム）の実施の協力依頼を実施した。 ・糖尿病連携手帳を活用していく。		医療機関との連携 ・医療機関連携を効果的に進めていくように検討中。		【医療機関との連携】 ○医療機関（各へき地診療所）と連携を図りながら、今後も受診率向上や重症化予防対策等を効果的に進めていけるような体制づくりを構築していく。 ○糖尿病連携手帳の普及・活用状況を把握していく。	