

第3章 第3期特定健康診査等実施計画

1 特定健診等実施計画について

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

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

2 目標値の設定

【図表 21】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	45%	48%	50%	53%	57%	60%
特定保健指導実施率	73.9%	74.5%	75.0%	75.6%	76.1%	76.7%

3 対象者の見込み

【図表 22】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	11,420人	11,391人	11,362人	11,188人	11,015人	10,841人
	受診者数	5,139人	5,468人	5,681人	5,930人	6,279人	6,505人
特定保健指導	対象者数	488人	519人	539人	563人	596人	617人
	実施者数	361人	387人	404人	426人	454人	473人

※特定健診対象者数は、塩尻市の人口ビジョンと国保加入率により算出

※特定保健指導対象者数は、特定保健指導出現率により算出

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、医療機関健診は塩筑医師会に加入している28医療機関及び両小野診療所に業務委託し、集団健診は長野県健康づくり事業団へ委託している。

2018（平成30）年度から、本市としては新たな取組として、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が行う集合契約に参加する。

ア 集団健診(塩尻市保健福祉センター他)

イ 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、塩尻市のホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・貧血検査・心電図検査を受診者全員（集合契約による医療機関受診者は除く）に実施する。

(5) 第3期特定健診における変更点

【図表 23】

2018年度からの変更点	塩尻市の状況
詳細健診に「血清クレアチニン検査」を追加（結果表に、クレアチニンの結果と、eGFRによる腎機能評価が記載される）	特定健診受診者、全員に実施 （2018年度からは、結果表にeGFRによる腎機能評価が記載される）
詳細健診「眼底検査」の対象者の変更 ・①～⑤のいずれかに該当する者が対象 （血糖に関しては、前年度の値で確認） ①収縮期血圧 140以上 ②拡張期血圧 90以上 ③空腹時血糖 126以上 ④HbA1c 6.5以上 ⑤随時血糖 126以上	国の基準による詳細健診として実施 （2018年度からも、国の基準により実施）
質問票に歯科口腔に関する項目の追加 「食事をかんで食べる時の状態」	国の基準による質問票により実施

(6) 実施時期

6月から翌年1月末まで実施する。

（医療機関健診：6月～9月末、集団健診：8月末～翌年1月末）

(7) 医療機関との適切な連携

医療機関で治療中の者も特定健診の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、塩筑医師会を通じて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を得て実施する。

(8) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長野県国民健康保険団体連合会に事

務処理を委託する。

(9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、医療機関健診及び集団健診の開始前には、それぞれの健診対象者に案内を通知するとともに、実施期間の中間時点で、未受診者への受診勧奨はがきを送付している。併せて、毎年継続した受診を行うことも重要と考えているため、4～5月及び12～1月頃には、ぜひ受診していただきたい対象者を選定し、職員が電話及び訪問により、受診勧奨を実施する。(図表 24)

【図表 24】

塩尻市 国保特定健康診査 年間スケジュール

実施機関	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
塩筑医師会加入医療機関 及び両小野診療所				6/1～9/30									
長野県健康づくり事業団					8月末～1月末								

医療機関健診

集団健診

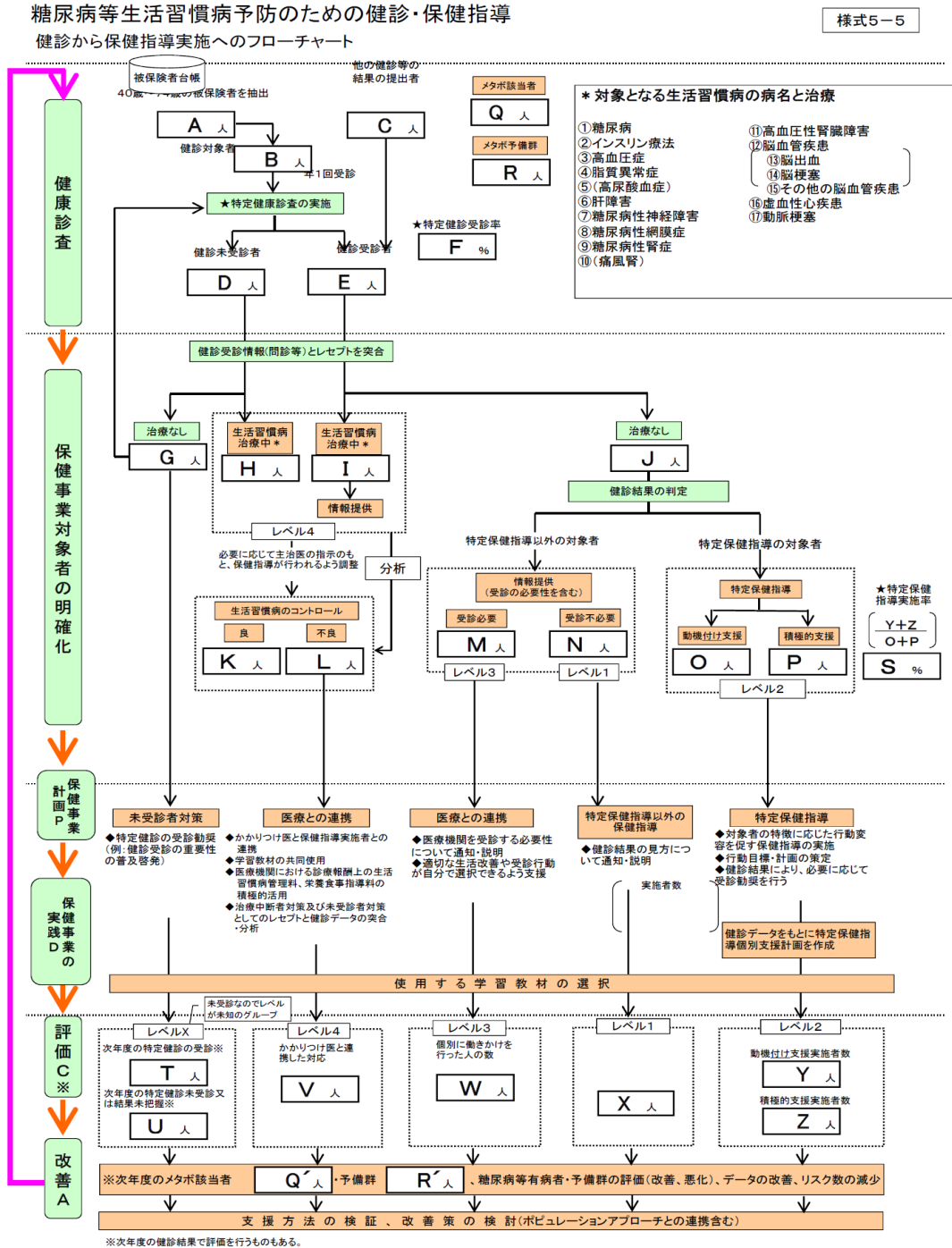
5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、健康づくり課への執行委任の形態で行う。

(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25)

【図表25】



(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 26)

【図表 26】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込	
				H28 個別・集団健診受診者の保健指導レベル内訳*1	H28 振り分け表により対応した人数(受診者割合)*2
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	435 人	445 人 (9.5%)
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	901 人	医療機関健診(訪問等): 269 人 (5.8%)
	L	生活習慣病コントロール不良	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆対象者の特徴、受診状況等に応じた保健指導の実施	1,125 人	集団健診(結果相談会等): 558 人 (11.9%)
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等)	—	6,263 人
4	N	情報提供 (受診不要)	◆健診結果の見方について通知・説明(体のメカニズム、食事、歯の健康、運動)	1,067 人	結果の見かた説明会: 1,530 人 (32.7%)
	K	生活習慣病コントロール良	◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるように支援	1,031 人	コメント・送付: 1,870 人 (40.0%)

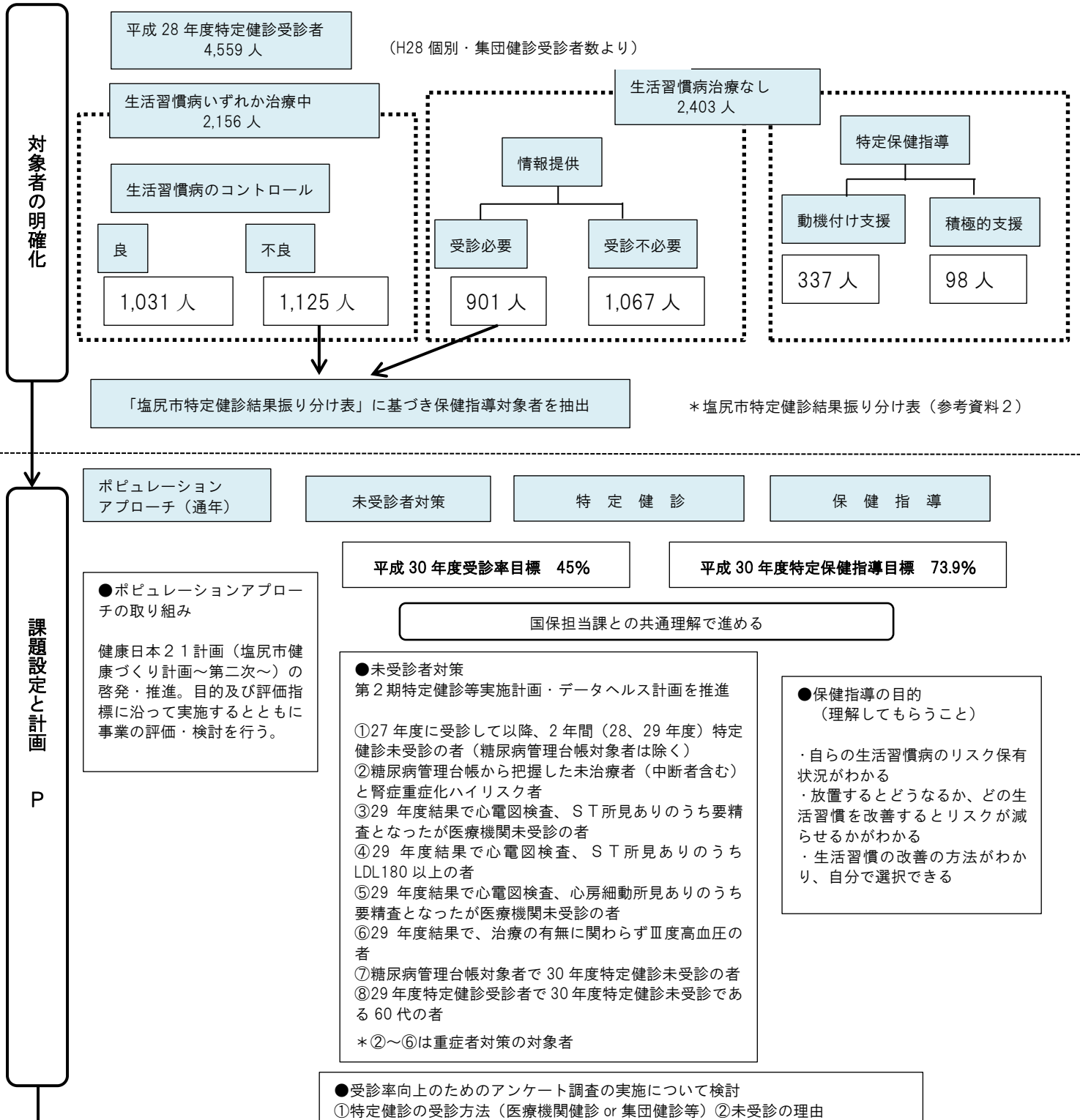
*1 マルチマーカ―より

*2 法定報告値、健康づくり報告書より

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール
 目標に向かっての進捗状況管理と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年度毎作成する。(図表 27)

【図表 27】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導実践スケジュール（平成30年度）
 対象者の明確化から計画・実践・評価まで



実践スケジュール

1) 啓発活動

- ①確定申告会場におけるアプローチ
国保加入者が多く訪れる確定申告会場
で、高血圧や脂質異常症、糖尿病に関する
展示、チラシ等配布
- ②区長会等既存の組織におけるアプロ
ーチ
・塩尻市民の健康状況(地区ごとの状況)
とその課題、健診の重要性について周知
・【図表 43】の活用
- ③ハイリスク者へのアプローチ
「ウォーキング体験教室(仮名)」の実施。
特定健診受診者で結果相談会の対象とな
った者に、運動の機会を提供
- ④妊婦、産婦へのアプローチ
CKD予防について、妊娠届出時アンケ
ート、妊婦健診から該当者を把握し、保
健指導を実施

2) 健康づくり活動支援

年度ごと重点テーマを設定し、健康づくり活動を支援する。

年度	テーマ
2018年度	腎
2019年度	高血圧
2020年度	脂質異常症
2021年度	糖尿病
2022年度	腎
2023年度	高血圧

- ①塩尻市ヘルスアップ委員会
・年度のテーマに沿った健康講座、栄養教室を開催
・「塩尻市ウォーキングマップ」を活用した、ウォー
キングの推進
- ②塩尻市食生活改善推進協議会
・年度のテーマに沿った、定例会や伝達講習を実施
・会員育成のための「きらめきヘルシー教室」において、
生活習慣病予防について学習
- ③塩尻市食育推進会議
・子どもの頃から、望ましい食習慣を身に付けるため、
保育園、小中学校、高校等への食育啓発の実施
- ④塩尻おいしく減るSee応援店
・生活習慣病があっても安心しておいしく外食を楽しめ
るよう脂肪(S)、塩分(e)、エネルギー(e)を抑え
たメニューを提供する応援店の増加と市民への周知

事業評価(随時)・次年度年間計画

未受診者対策

特定健診

保健指導

4月 個別受診勧奨(上
記未受診者対策
①)

5月 ・テレビ広報
・広報しおじり
・受診勧奨ポスターの
配布(医療機関・支所
等)

塩筑医師
会塩尻地
区協議会
で特定健
診への協
力依頼

6月 重症者訪問(上記未
受診者対策②~⑥
対象者への訪問)

6月~医療機関健診開始

7月 医療機関健診未
受診者に受診勧
奨ハガキを郵送

新聞に
広告掲載

8月末~集団健診開始

9月 9月医療機関健診終了

10月 集団健診未受診者
に受診勧奨ハガキ
を郵送

11月 医療機関健診、集団健診未
受診者に受診勧奨ハガキ
を郵送
個別受診勧奨(上記未受診
者対策⑦⑧)

1月 1月集団健診終了

2月
3月

統計・次年度計画

前年度分 継続フォロー・評価の実施 9月まで

当年度分 特定保健指導・特保以外の保健指導の実施 3月まで

糖尿病管理台帳から
年次計画を作成
・対象者の抽出(概
数の試算)
・介入方法、実施
方法の決定
・保健指導、受診
勧奨のための訪問

評価C

- 評価指標
・特定健診受診率
・特定保健指導実施率
・未受診者受診状況 等

改善A

保健事業の実施方法について修正等
改善点の検討

評価指標	数値							
	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診受診率60%以上	42.7%							
特定保健指導実施率76.7%	72.8%							
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	27.3%							
脳血管疾患の新規患者数(千人当たり) 現状値より減少	2,250							
虚血性心疾患新規患者数(千人当たり) 現状値より減少	2,375							
糖尿病性腎症新規患者数(年間) 現状値より減少	5人							
中長期・短期 目標疾患医療費計(%) 現状値より減少	23.8%							
メタボリックシンドローム該当者の割合 男性	24.8%							
メタボリックシンドローム該当者の割合 女性	8.1%							
メタボリックシンドローム予備軍の割合 男性	16.1%							
メタボリックシンドローム予備軍の割合 女性	4.1%							
健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上) 現状値より減少	3.2%							
健診受診者の脂質異常者の割合(LDL140以上) 現状値より減少	25.9%							
健診受診者の糖尿病者の割合(HbA1c6.5以上) 現状値より減少	7%							
糖尿病の未治療者が医療機関に受診した人数								
糖尿病管理台帳の重症者への保健指導実施率								

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及び塩尻市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、個人ファイル、健診データ分析ソフト（マルチマーカ―）、塩尻市健康管理システム、特定健康診査等データ管理システムで行う。保存期間は10年間とする。

7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、塩尻市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

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り組み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。(図表 28)

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り組みを行う。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り組みとしては、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3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「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)及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取り組みにあたっては図表28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 28】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 次年度計画策定		○			□

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

イ 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長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ・糖尿病性腎症で通院している者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、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 29）

【図表 29】

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。塩尻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、尿アルブミン値については把握が難しい。「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」では、以下のように病期を推測している。

糖尿病に加えて尿蛋白（+）であれば第3期と考え、尿蛋白（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、第1期～2期と推測される。（参考資料3）

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 29)

塩尻市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 62 人 (15%・F) であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 2,409 人中のうち、特定健診受診者が 801 人 (33.3%・G) であったが、122 人 (15.2%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,608 人 (66.7%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 477 人中 112 人は治療中断であることが分かった。また、365 人については継続受診中である。

③ 介入方法と優先順位

図表 29 より塩尻市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1 【医療機関受診勧奨・保健指導】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者[Ⓕ]・・・62 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者[Ⓖ]・[Ⓗ]・・・234 人
- ・介入方法として訪問、面談、電話等個別で対応

優先順位 2 【保健指導】

糖尿病で通院する患者 679 人のうち、以下の重症化するリスクの高い者[Ⓖ]

- ア. HbA1c8.0 以上 イ. eGFR30 未満 ウ. 尿蛋白 (+) 以上
- エ. eGFR 値の変化 (1 年で 25%以上低下、1 年で 5ml / 1.73 m²以上低下)
- ・介入方法として訪問、面談、電話等個別で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3 【健診受診勧奨・保健指導】

過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者[Ⓖ]・・・365 人

- ・介入方法として訪問、面談、電話等個別対応
- ・医療機関と連携した保健指導

Ⓖに該当する者 (健診結果で HbA1c6.5 以上の者) への対応

①未治療者：訪問、結果相談会等で個別に保健指導、医療機関受診勧奨を実施

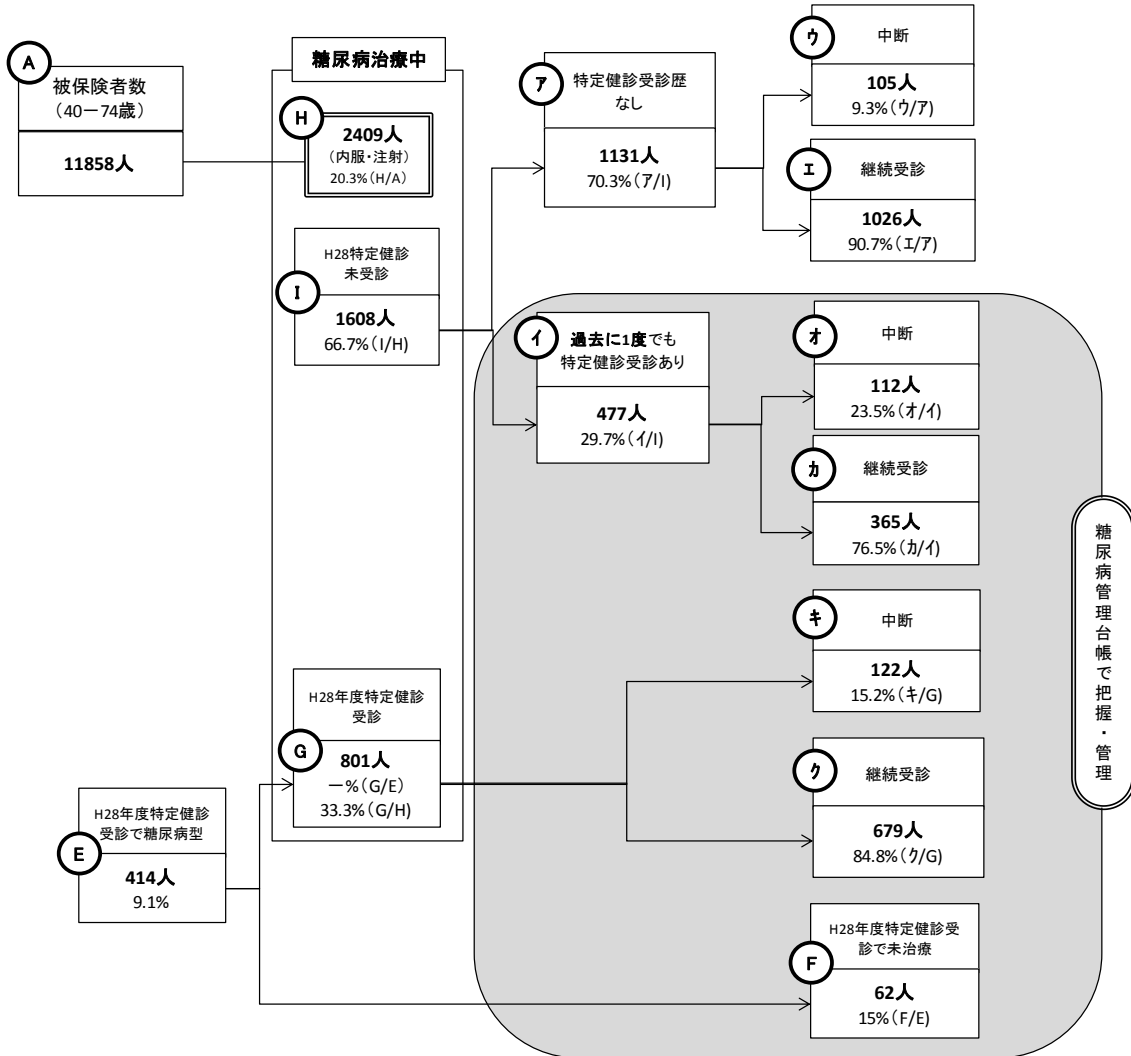
*集団健診で HbA1c6.5 以上かつ空腹時血糖 126 (随時 200) 以上かつ尿蛋白 (-) の者には尿アルブミン検査を実施の上、医療機関受診勧奨実施

②治療中：送付、結果の見方説明会で結果返却

HbA1c8.0 以上に電話、訪問、結果相談会等で個別に保健指導を実施

【図表 30】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)



ウ 対象者の進捗管理

糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

①健診データ HbA1c 6.5%以上は、治療の有無にかかわらず、以下の情報を管理台帳に記載する。

ア. HbA1c イ. 血圧 ウ. 体重 エ. BMI オ. eGFR カ. 尿蛋白

②資格（加入保険）を確認する

③レセプトを確認し以下の情報を確認、記載する。

ア. 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

イ. 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

ウ. 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載

エ. がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

④管理台帳を基に担当地区の年次計画を作成するため、以下の対象者を試算する。

ア. 未治療者・中断者（医療機関受診勧奨者）

イ. 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

エ 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。塩尻市においては、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て行っていく。（図表 31）

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; margin: 0 10px;">→</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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 ← 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<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・腎機能の評価</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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともと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 26. ビグアナイド薬とは 27. チアソリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(イ) ハイリスク者に着目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、集団健診においては、HbA1c6.5以上かつ空腹時血糖126(随時200)以上かつ尿蛋白(-)の者には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。

オ 医療との連携

(ア) 医療機関未受診者について

HbA1c6.5 以上かつ空腹時血糖 126（随時 200）以上の者については「糖尿病領域対象者保健指導指示書」を使用して、医師との連携を図る。

(イ) 治療中の者への対応

eGFR45 未満の者については、食事指導について、主治医の指示により対応する。

カ 高齢者福祉部門（介護保険部門）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。

キ 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 6）を用いて行っていく。

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 5 ml/1.73 m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

ク 実施期間及びスケジュール

4月～5月

- ・前年度健診結果で対象者の選定基準の確認、決定
- ・前年度の健診でHbA1c6.5以上の者のリストをマルチマーカで抽出
- ・糖尿病管理台帳と照合し年次計画を作成

6月～

対象者に介入

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

12月

国保連から提供された糖尿病管理台帳の情報を追加

1月

健診未受診者への受診勧奨

(2) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組み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7)

イ 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8)

(イ) 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」(参照：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の判断が必要である。

塩尻市において健診受診者4,559人のうち心電図検査実施者は4,540人(99.6%)であり、そのうちST所見があったのは183人であった(図表32)。ST所見あり183人中のうち12人は要精査であり、その後の受診状況をみると4人は未受診であった(図表32)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの171人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

心電図検査結果

【図表32】

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
					ST所見あり (c)		その他の所見(d)		異常なし (e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	4559	100	4540	99.6	183	4	1489	32.8	3083	67.9

※H28年度特定健診受診者リストより

※ST所見とは以下9種類とする

①ST-T異常 ②ST-T変化を伴う左室肥大 ③ST上昇 ④ST低下 ⑤T波異常(下壁心筋虚血の疑い) ⑥T波異常(前側壁心筋虚血の疑い) ⑦T波異常(前壁心筋虚血の疑い) ⑧T波異常(側壁心筋虚血の疑い) ⑨T波異常(平低T波・陰性T波)

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 33】

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)(%)
183	100	12	6.6	8	66.7%	4	33.3%

※医療機関受診とは精密検査依頼書の返書ありの者

② 心電図以外からの把握

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。

心電図以外の保健指導対象者の把握 (単位=人、%) 【図表 34】

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST所見	その他の所見	異常なし		
	4,540	183	1,489	2,868	19	
		4.0%	32.8%	63.2%	0.4%	
メタボ該当者	713	49	270	394	5	
	15.7%	6.9%	37.9%	55.3%	0.7%	
メタボ予備軍	401	18	135	248	0	
	8.8%	4.5%	33.7%	61.8%	0%	
メタボなし	3,426	116	1,084	2,226	14	
	75.5%	3.4%	31.6%	65.0%	0.4%	
LDL-C	140-159	724	27	205	492	1
		15.9%	3.7%	28.3%	68.0%	0.1%
	160-179	325	12	100	213	1
		7.2%	3.7%	30.8%	65.5%	0.3%
	180-	135	4	45	86	0
		3.0%	3.0%	33.3%	63.7%	0%

※H28年度受診者リストより

ウ 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 34 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。(図表 37)

【図表 35】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・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)

※病気がみえる 循環器 vol.2 より

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。

心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、図表 36 のような検査がある。

【図表 36】

動脈硬化病変検査

プラーク	血管機能不全	バイオマーカー
画像診断	血管機能検査	
・頸動脈超音波による頸動脈IMT (内膜中膜複合体厚)の測定	<ul style="list-style-type: none"> ・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) 	・尿中アルブミン検査

※血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より

(イ) 対象者

市の国保特定健診受診者には、塩尻市国保特定健診結果振り分け表に基づき、以下の対象者に個別に保健指導、並びに医療機関受診勧奨を実施している。(図表 37、参考資料 2)

【図表 37】

	健診実施方法	治療の有無	基準値	対応
LDL コレステ ロール	医療機関健診	有	180 以上	訪問、結果相談会等で個別に 保健指導、医療機関受診勧奨 を実施
		無	160 以上	
	集団健診	有	160 以上	
		無	150 以上	
心電図	医療機関健診	無	C 判定かつ	
	集団健診	無	リスクあり	

健診後の保健指導、医療機関受診勧奨後、下記の対象者を虚血性心疾患重症者とみなす。

- ①心電図検査ST所見ありのうち、要精密検査となったが、医療機関未受診の者
- ②心電図検査ST所見ありのうち、LDL コレステロール 180 以上の者

(ウ) 対象者の管理

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

エ 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。

オ 高齢者福祉部門(介護保険部門)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。

カ 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。

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

キ 実施期間及びスケジュール

4月～5月

- ・前年度の健診結果で対象者の選定基準の確認、決定
- ・対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- ・レセプト情報を確認し、糖尿病管理台帳に虚血性心疾患の診療開始日を入力

6月～

虚血性心疾患重症者へ介入

(3) 脳血管疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組み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 38、39)

【脳卒中の分類】

【図表 38】

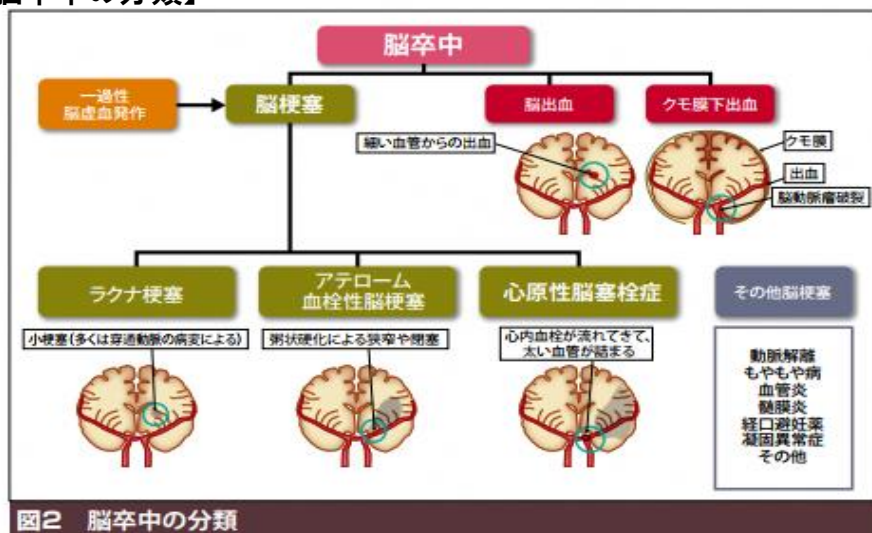


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

【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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	クモ膜下出血	●							

イ 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 40 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 40】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○						
脳出血	心原性脳塞栓症	●			●		○	○						
	脳出血	●												
	くも膜下出血	●												
リスク要因 (○はハイリスク郡)		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 (受診者数 4,350人)		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5% (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl			メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)		
治療なし		80人	2.8%	139人	3.4%	119人	3.6%		111人	4.8%	5人	0.2%	25人	1.1%
治療あり		62人	4.0%	78人	28.2%	11人	1.1%		557人	27.6%	20人	1.0%	71人	3.5%
臓器障害あり		3人	3.8%	8人	5.8%	4人	3.4%		3人	2.7%	5人	100%	25人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	3人		8人		4人			3人		5人		25人	
	尿蛋白(2+)以上	1人		6人		3人			1人		5人		0	
	尿蛋白(±)and尿潜血(+)	0		0		0			0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人		2人		1人			2人		0		25人	

※KDBで出力可能な帳票

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見るとⅡ度高血圧以上が142人(3.3%)であり、80人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(3.8%)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62人(4.0%)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 41)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 41】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

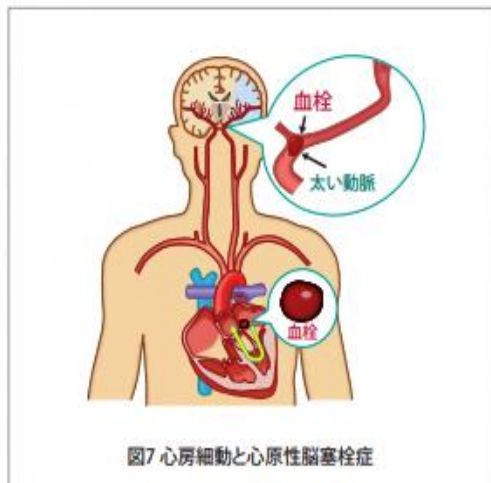
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	2,813	1,015	822	475	421	74	6
		36.1%	29.2%	16.9%	15.0%	2.6%	0.2%
リスク第1層	361	202	96	42	16	5	0
		12.8%	19.9%	11.7%	8.8%	3.8%	0.0%
リスク第2層	1,637	589	496	275	236	37	4
		58.2%	58.0%	60.3%	57.9%	56.1%	66.7%
リスク第3層	815	224	230	158	169	32	2
		29.0%	22.1%	28.0%	33.3%	40.1%	43.2%
再掲 重複あり	糖尿病	181	46	53	38	41	3
		22.2%	20.5%	23.0%	24.1%	24.3%	9.4%
	慢性腎臓病 (CKD)	419	127	113	76	88	15
		51.4%	56.7%	49.1%	48.1%	52.1%	46.9%
	3個以上の危険因子	377	86	110	76	80	23
		46.3%	38.4%	47.8%	48.1%	47.3%	71.9%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

※KDB で出力可能な帳票

図表 41 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となる。

(ウ) 心電図検査における心房細動の把握



(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 42 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。

【図表 42】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1932	2608	3	0.2	4	0.2	-	-
40歳代	200	189	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	159	193	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	843	1225	0	0	0	0	1.9	0.4
70～74歳	730	1001	3	0.4	4	0.4	3.4	1.1

*日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率

*日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳の値を記載

※H28年度特定健診受診者リストより

【図表 43】

心房細動有所見の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療者	
人	%	人	%	人	%
7	100	4	57.1	3	42.9

※レセプト情報より

心電図検査において7人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると日本循環器学会疫学調査と比較して低いことがわかった。また7人のうち3人は既に治療が開始されていたが、4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る。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は有効であることが分かる。(図表 43)

ウ 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。

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、血管変化には図表 44 のような検査がある。

【図表 44】

動脈硬化病変検査

プラーク	血管機能不全	バイオマーカー
画像診断	血管機能検査	
・頸動脈超音波による頸動脈IMT（内膜中膜複合体厚）の測定	<ul style="list-style-type: none"> ・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） 	・尿中アルブミン検査

※血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より

(イ) 対象者

市の国保特定健診受診者には、塩尻市国保特定健診結果振り分け表に基づき以下の対象者に個別に保健指導、並びに医療機関受診勧奨を実施している。

【図表 45】

	健診の実施方法	治療の有無	基準値	対応
血圧	医療機関健診	有	160 以上または 100 以上	訪問、結果相談会等で個別に保健指導、医療機関受診勧奨を実施
		無	150 以上または 100 以上	
	集団健診	有	160 以上または 100 以上	
		無	140 以上かつ 90 以上(160 以上 または 100 以上)	
心電図	医療機関健診	無	C 判定かつ リスクあり	
	集団健診健診	無		

健診後の保健指導、医療機関受診勧奨後、下記の対象者には脳血管疾患重症者とみなす。

- ①心電図検査心房細動所見ありのうち、要精密検査となったが、医療機関受診なしの者
- ②治療の有無に関わらず、Ⅲ度高血圧の者

(ウ) 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、Ⅲ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 9)

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 10)

エ 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。

オ 高齢者福祉部門（介護保険部門）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。

カ 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。

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

キ 実施期間及びスケジュール

4月～5月

- ・前年度の健診結果で対象者の選定基準の確認、決定
- ・対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- ・Ⅲ度高血圧者管理台帳、心房細動有所見者管理台帳作成
- ・レセプト情報を確認し、糖尿病管理台帳に脳血管疾患の診療開始日を入力

6月～

台帳作成後、脳血管疾患重症者へ介入

第5章 地域包括ケアに係る取組

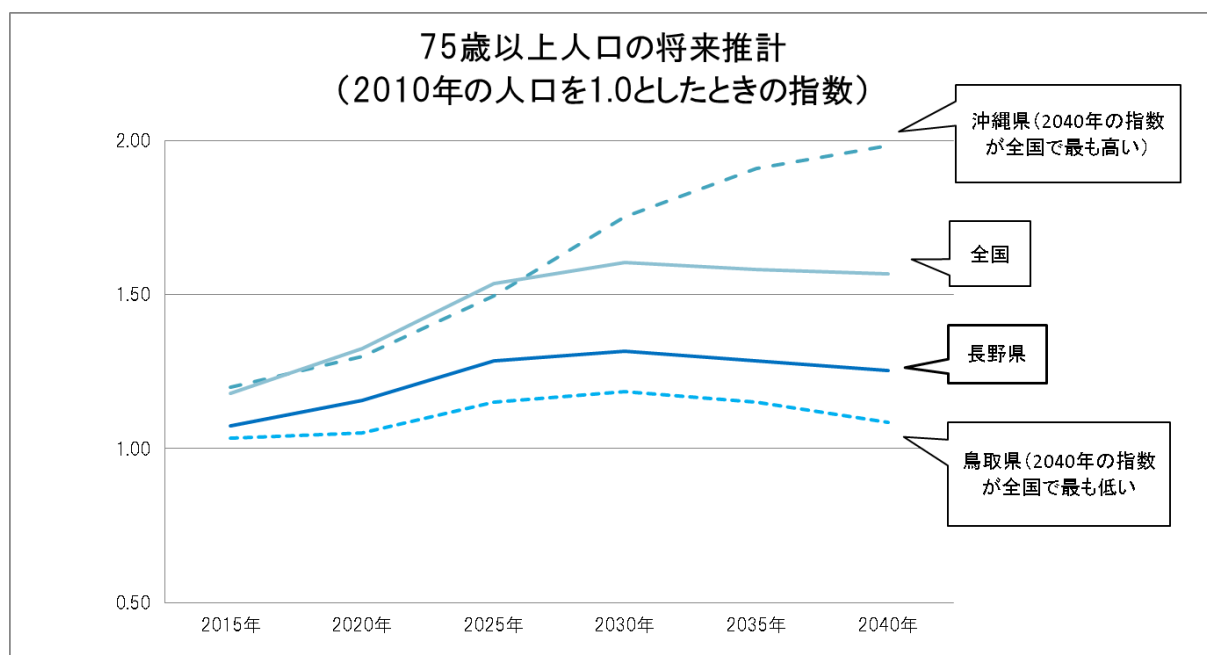
「地域包括ケア研究会報告書-2040年に向けた挑戦-（2017年3月）」に、「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2010年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.25と全国より低い指数と推計されている。（図表48）

国保の被保険者のうち、65歳以上高齢者数は年々増加傾向である。このような状況をかながみれば、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48】



※資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成2013年3月推計）より作成

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職種連携による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。

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11・12）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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 目標管理一覽

【図表 49】

データヘルス計画の目標管理一覽表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	評価指標	初期値 2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	最終評価値 2023年度	現状値の把握方法			
特定 計画 画診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率が低い 対象者の半数以上が未受診	特定健診受診率60%以上	42.7%								特定健診の把握方法 結果(厚生労働省)			
			特定保健指導実施率76.7%	72.8%											
データヘルス計画	①特定健診受診率が低い 対象者の半数以上が未受診 ②慢性腎不全(透析有) の医療費割合の増加 要因 ・HbA1c有所見者6割以上 ・糖尿病性腎症患者数増加 ・高血圧からの透析 ③高血圧に関する項目は減少 しつつあるが、まだ入院医療 費は高額であり、一人当たり 医療費も高い	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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	27.3%											
			脳血管疾患の新規患者数(千人当たり) 現状値より減少	2,250											
			虚血性心疾患新規患者数(千人当たり) 現状値より減少	2,375											
			糖尿病性腎症新規患者数(年間) 現状値より減少	5人											
			中長期・短期 目標疾患医療費計(%) 現状値より減少	23.8%										KDBシステム	
			メタボリックシンドローム該当者の割合 男性	24.8%											
			メタボリックシンドローム該当者の割合 女性	8.1%											
			メタボリックシンドローム予備軍の割合 男性	16.1%											
			メタボリックシンドローム予備軍の割合 女性	4.1%											
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上) 現状値より減少	3.2%											塩浜市 健康づくり課 (健康づくり報告書)
健診受診者の脂質異常者の割合(LDL140以上) 現状値より減少	25.9%														
健診受診者の糖尿病者の割合(HbA1c6.5以上) 現状値より減少	7%														
糖尿病の未治療者が医療機関に受診した人数												塩浜市 健康づくり課			
糖尿病管理台帳の重症者への保健指導実施率															
保険者努力 支援制度	がんの早期発見、早期治療 自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により医療費の削減	がん検診受診率 (市健康づくり計画 H32までの目標値)	胃がん検診 20%以上	13.2%											
			肺がん検診 50%以上	41.4%											
			大腸がん検診 30%以上	22.3%										塩浜市 健康づくり課 (健康づくり計画)	
			子宮がん検診 32%以上	24.8%											
			乳がん検診 38%以上	30.8%											
健康ポイントの取り組み実施状況の有無												保険者努力 支援制度報告			
後発医薬品の使用割合の上昇												66.6%			

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

2 個人情報の取扱い

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