

第2期

伊万里市いきいき健康づくりプラン21後期計画
及び

伊万里市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成30年4月

伊万里市

目次

計画の改定にあたって

1. 計画策定の趣旨	2
2. 計画の性格	2
3. 計画の期間	2
4. 計画の対象	2

序章 健康を取りまく概況

1. 本市の直近3年の人口動態	4
2. 平成27年度の死亡統計	4
3. 本市の過去3年の悪性新生物による死因別死亡数	5
4. 日本の最新がん統計	6
5. 各種がん検診の受診状況	6

第1章 中間評価について

第2章 健康づくりプラン後期計画

[分野 1] がん	14
[分野 2] 循環器疾患	16
[分野 3] 糖尿病	18
[分野 4] 食事	19
[分野 5] 身体活動	21
[分野 6] 飲酒	22
[分野 7] 喫煙	23
[分野 8] 歯・口腔	24
[分野 9] 高齢者の健康	25
[分野 10] こころの健康	26
[分野 11] 次世代（妊婦の健康）	27
[分野 11] 次世代（乳幼児の健康）	29
付属資料	31

第3章 保健事業実施計画（データヘルス計画）

1. 計画改定の趣旨

伊万里市では、平成25年4月に、国の「健康日本21（第二次）」を受け、平成25年度から平成34年度までの10年間を計画期間として「第2期伊万里市いきいき健康づくりプラン21」を策定し、生活習慣病の一次予防に重点を置き、合併症の発症や症状の進展などの重症化予防を重視し様々な健康づくりの事業に取り組んできました。

このプランは、計画期間の5年目である平成29年度に中間見直しを行い、後期計画に着手することとされておりましたので、今回、前期計画の評価を行うとともに、人口の高齢化や生活習慣の変化による疾病構造の変化など、健康づくり事業を取り巻く環境の変化を考慮し、改定を行うものです。

後期計画では、前期計画と同様に国が示した下記の5つの基本的な方向性を達成するため、11の分野ごとに課題を分析するとともに、目標年度である平成34年度までの5年間の方針を定め、目標達成へ向けた具体的な健康づくりの取り組みを推進していきます。

【 基本的な方向 】

- 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（非感染性疾患（NCD）の予防）
- 3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 4 健康を支え、守るための社会環境の整備
- 5 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

2. 計画の性格

この計画は、伊万里市第5次総合計画を上位計画とし、市民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「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」を参考とし、また、保健事業の効率的な実施を図るため、データヘルス計画と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

3. 計画の期間

前期計画：平成25年度から平成29年度（※平成29年度見直し）

後期計画：平成30年度から平成34年度

データヘルス計画：平成30年度から平成35年度

4. 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全市民を対象とします。

序章 健康を取りまく概況

1 本市の直近3年の人口動態

年	人口	出生			死亡		合計特殊出生率		
		数	率	低体重児	数	率	市	県	国
H25	55,850	569	10.2	53	659	11.8	2.11	1.59	1.43
H26	55,485	524	9.4	57	714	12.9	2.09	1.63	1.42
H27	54,868	486	8.9	43	712	13.0	1.88	1.64	1.45

年	乳児死亡		新生児死亡		死産				周産期死亡	
	数	率	数	率	計	自然	人工	率	数	率
H25	1	1.8	0	0.0	8	2	6	13.9	1	1.8
H26	0	0.0	0	0.0	13	9	4	24.2	2	3.8
H27	0	0.0	0	0.0	7	3	4	14.2	1	2.1

1) 平成27年人口動態の国・県比較

		出生	死亡	乳児死亡	新生児死亡	死産	周産期死亡
率	国	8.0	10.3	1.9	0.9	22.0	3.7
	県	8.5	11.7	1.0	0.3	22.6	3.4
	市	8.9	13	0.0	0.0	14.2	2.1

※ 出生・死亡は人口千対、乳児・新生児は出生千対、死産率は（出生＋死産）千対

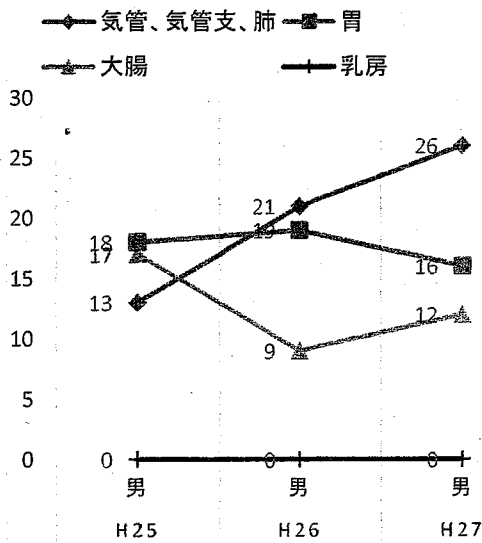
2 平成27年度の死亡統計

順位	伊万里市			佐賀県		国	
	原因	人	10万対	原因	10万対	原因	10万対
1位	悪性新生物	193	351.8	悪性新生物	325.5	悪性新生物	295.5
2位	心疾患	105	191.4	心疾患	152.1	心疾患	156.5
3位	脳血管疾患	78	142.2	肺炎	133.1	肺炎	96.5
4位	肺炎	68	123.9	脳血管疾患	100.9	肺血管疾患	89.4
5位	老衰	31	56.5	老衰	62.4	老衰	67.7
6位以下	不慮の事故	29	52.9				
	腎不全	17	31.0				
	自殺	10	18.2				
	糖尿病	10	18.2				
	慢性閉塞性肺疾患	8	14.6				
	肝疾患	7	12.8				
	高血圧性疾患	4	7.3				

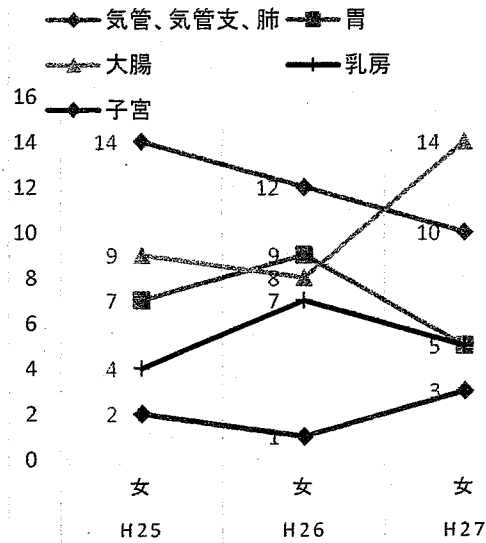
③ 本市の過去3年の悪性新生物による死因別死亡数

死因	H25			H26			H27		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
気管、気管支、肺	13	14	27	21	12	33	26	10	36
胃	18	7	25	19	9	28	16	5	21
大腸	17	9	26	9	8	17	12	14	26
膵臓	10	6	16	10	2	12	9	7	16
肝臓	9	6	15	10	8	18	11	10	21
胆のう、胆道	9	4	13	2	7	9	4	3	7
乳房	0	4	4	0	7	7	0	5	5
食道	3	1	4	9	0	9	3	0	3
前立腺	10	0	10	10	0	10	15	0	15
子宮	0	2	2	0	1	1	0	3	3
白血病	6	5	11	3	3	6	6	2	8
その他	16	18	34	25	21	46	19	13	32
計	111	76	187	118	78	196	121	72	193

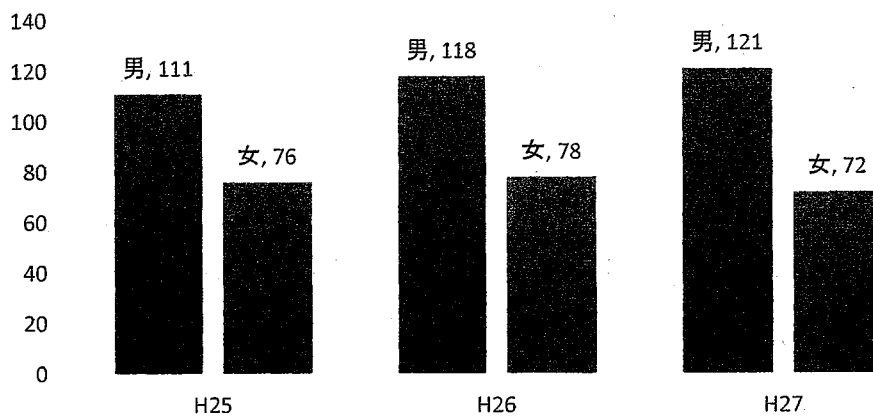
男性 死因別



女性 死因別



死亡者年度別男女比



4. 日本の最新がん統計

出典：国立がん研究センター がん情報サービス

1) 2016年の死亡数が多い部位

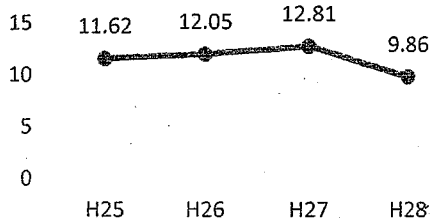
	1位	2位	3位	4位	5位
男性	肺	胃	大腸	肝臓	膵臓
女性	大腸	肺	膵臓	胃	乳房
男女計	肺	大腸	胃	膵臓	肝臓

2) 2013年の罹患数が多い部位

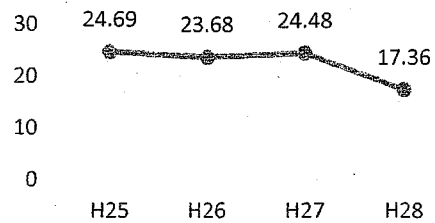
	1位	2位	3位	4位	5位
男性	胃	肺	大腸	前立腺	肝臓
女性	乳房	大腸	胃	肺	子宮
男女計	胃	大腸	肺	乳房	前立腺

5. 各種がん検診の受診状況

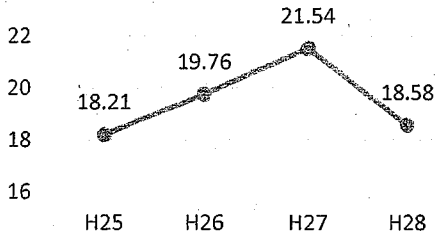
胃がん



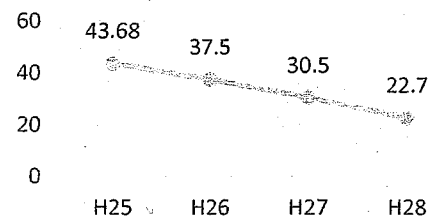
肺がん



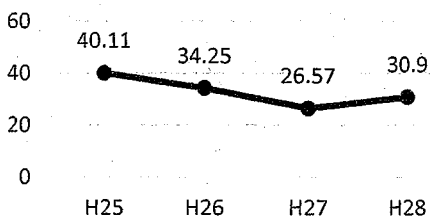
大腸がん



子宮頸がん



乳がん



第2期伊万里市いきいき健康づくりプラン21

第1章 中間評価について

(平成25年度～平成29年度)

中間評価では国が分類した健康づくりの分野(11分野)ごとの目標の達成度を評価するとともに、今後の課題と目標について検討を行いました。

伊万里市いきいき健康づくりプラン21 中間評価基準

評価	内容
A	目標値を達成しているもの
B	目標値を下回っているが10%以内の数値であるもの
C	目標値を10%を超えて下回っているもの
新	今後新たに取り組むもので評価できないもの

分野	指標	基準値	実績	実績	実績	実績	目標	達成度	評価	
			H25	H26	H27	H28	H29			
がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当り)	92.4	85.9	85.9	79.2	—	73.9	→	B	
	がん検診の受診率の向上									
	胃がん	12.05	11.62	12.1	12.81	9.86	15	↘	C	
	肺がん	25.01	24.69	23.68	24.48	17.36	25	↘	C	
	大腸がん	19.33	18.21	19.76	21.54	18.58	25	↘	C	
	子宮頸がん	43.46	43.68	37.50	30.50	22.70	35	↘	C	
	乳がん	42.07	40.11	34.25	26.57	30.90	35	↘	C	
循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少									
	脳血管疾患	—	19.5	19.5	19.1	15.8	15.4	→	B	
	虚血性心疾患	—	27.3	27.3	24.3	34.4	26.5	→	B	
	適正体重を維持している者の増加	61.5	70.1	70.2	68.5	66.6	61.5	↗	A	
	高血圧の改善(中等症高血圧以上者の割合の減少)	4.9	3.5	4.5	4.3	2.9	3.0	↘	C	
	LDLコレステロール160mg/dl以上者の割合の減少	11.3	11.8	14.2	11.4	9.6	10.0	↗	A	
	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	24.0	22.8	22.8	24.0	24.7	20.0	→	B	
	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上									
	特定健康診査の実施率	33.0	34.8	35.9	42.2	45.9	48.0	→	B	
	特定保健指導の実施率	48.8	30.7	53.9	67.8	65.3	60.0	↗	A	
糖尿病	合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	7	21	16	18	21	15	↘	C	
	治療継続者の割合の増加(HbA1c6.5%以上者で治療中の者の割合)	56.7	58.4	52.7	54.2	58.2	60	→	B	
	血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c8.4%以上者の割合の減少)	0.8	0.8	0.9	0.7	1.0	0.8	↘	C	
	糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5%以上者の割合)	5.1	8.6	9.5	10.2	11.1	10.0	→	B	
次世代	20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届出時のやせの者の割合)	21.5	—	—	—	22.2	20.0	→	B	
	全出生数中の低出生体重児の割合の減少	8.0	9.3	10.9	8.8	—	8%未満	→	B	
	肥満傾向にある子どもの割合の減少(小学5年生の肥満傾向児の割合)	—	1.1	0.9	1.1	1.2	1.0	↘	C	
	妊婦健康診査の受診割合の増加 (妊婦健康診査の受診者ではなく受診票の使用枚数の割合)	88.1	89.1	82.5	87.3	85.9	100	↘	C	
	乳幼児健診受診者割合の増加(平均受診率)	92.7	89.7	94.7	92.3	93	95	→	B	
	1歳までにBCGを接種した者の割合の増加	99.1	99.5	99.6	98.8	94.6	98	→	B	
	1歳6か月までに三種混合(H28年途中から四種混合に変更)の割合の増加	95.0	99.6	95	95.5	94.6	100	→	B	

今後の検討課題・目標	取り組み(事業名)
<p>がんによる県の75歳未満年齢調整死亡率は減少傾向にあるが、国の目標値73.9には到達していない。がん死亡率の男女比をみると、男性103.9に対し女性57.5と男性が2倍近く高いことから、男性に対するがん予防に力をいれる必要がある。</p> <p>しかし、当市のがん検診受診率は県内でもワースト1.2と低迷していることから、がん検診料金500円のワンコイン化の継続と、がん検診の受診勧奨・再勧奨を強化し、がんの早期発見・早期治療に繋げ、がんによる死亡率の低下を図る。</p>	<p>健康診査事業 健康教育事業</p>
<p>特定健診等実施計画及びデータヘルズ計画とともに実施している。</p> <p>平成28年度に受診者負担金の無料化、医療機関との連携強化等を行った結果、受診率は向上し目標値に近づいてきたので、今後さらに受診率向上対策の強化が必要である。</p> <p>集団健診の結果説明会時に特定保健指導の対象者とハイリスク対象者には、事前に電話等で面接時間を約束して来所を促し、欠席者や個別健診受診者には家庭訪問により生活習慣改善に向けた指導により、高血圧や高脂血症、メタボリックシンドロームの改善を図っており、今後も継続して行っていく必要がある。</p>	<p>特定健康診査事業 特定保健指導事業</p>
<p>特定健診受診率の上昇に伴い、HbA1c6.5以上者の把握率も上昇するものと思われる。保健指導で早期介入することで、透析導入者の減少にも繋がる為、保健指導の徹底及び受診勧奨に努める。</p>	<p>特定健康診査事業 特定保健指導事業 訪問健康指導事業 健康教育事業 健康相談事業</p>
<p>厚生労働省が実施した平成27年国民健康栄養調査結果と比較すると「やせ」の割合はほぼ同率。低体重児の出生へつながらないように保健指導を行う必要がある。</p>	
<p>就労妊婦や母体に課題のある妊婦が増えてきており、妊娠中の健康管理について情報提供が必要である。</p>	<p>妊婦健康診査 妊婦わくわくクラブ 母子訪問指導員活動</p>
<p>男子、女子とも肥満傾向の割合は減少していない。</p>	
<p>妊婦健診票は妊婦が出産までの間、適切な時期に適切な回数に妊婦健診を受診するよう14枚発行している。しかし、早産による低出生体重児(2500g未満)の出生が10程度あることから、妊娠後期の健診票の使用率が低下している。ハイリスク妊婦については産科医療機関と連携して支援を行う必要がある。</p>	<p>妊婦健康診査</p>
<p>集団で実施している3か月児、1歳6か月児、3歳児健診、医療機関で実施している乳児健診の平均受診率は、90%以上の高値であるが目標値に達成していないため、未受診者に対し受診勧奨していく必要がある。</p>	<p>3か月児 1歳6か月児 3歳8か月児健診 乳幼児相談</p>
<p>平成28年度は、10月からB型肝炎の定期化に伴い、接種時期が重なりBCGを平成29年4月以降に接種した人が増えたため接種率が低下している。</p>	<p>予防接種</p>
<p>1歳6か月までに4回の接種終了率を上げるため、1歳6か月児健診で母子健康手帳による四種混合予防接種の接種確認と未接種者には勧奨を行う必要がある。</p>	<p>予防接種</p>

分野	指標	基準値	実績	実績	実績	実績	目標	達成度	評価	
			H25	H26	H27	H28	H29			
次世代	1歳6か月までに麻疹風疹予防接種の終了者の割合の増加	95.0	93.2	91.9	97.3	97.6	100	→	B	
	産後うつ病の発生の減少(EPDS9点以下)	5.9	11.3	11.4	10.2	12.3	11	↘	C	
食事	適正な量と質の食事をとる者の増加									
	主食、主菜、副菜が揃った食事を毎日2食以上とる者の割合	90.1	90.1	—	88.0	—	95	→	B	
	野菜の摂取量の増加や食塩摂取量の減少などに気づいている者の割合	76.0	76.0	—	72.8	—	80	→	B	
	週3回以上朝食を欠食する人の割合の減少	—	7.5	7	7.7	8.4	7.0	↘	C	
	朝、昼、夜の3食を食べない子どもの割合を減らす	13.3	—	—	—	13.7	8	↘	C	
	共食の増加(小学5年生が家族そろって食事をする割合)	70.0	—	—	—	88.6	84	↗	A	
	低栄養傾向(BMI20未満)の高齢者の割合の減少	18.8	—	20.5	19.8	19.6	18	→	B	
身体活動	日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上する者の割合の増加	51.9	44.4	41.1	40.7	41.9	55	↘	C	
	運動習慣者の割合の増加(週2日以上の運動)	34.3	33.7	33.9	34.7	34.5	40	↘	C	
飲酒	妊娠中の飲酒をなくす	0	—	—	0.4	0.4	0	→	B	
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減	13.9	14.0	13.4	11.5	10.4	13	↗	A	
	(1日当り純アルコール摂取量が男性40mg以上、女性20mg以上)	1.4	—	—	—	—	1			
喫煙	妊婦の喫煙をなくす	0	7	6.1	2.5	5.3	0	→	B	
	成人の喫煙率の減少	14.1	14.3	14.3	15.3	15.2	12	↘	C	
歯	歯周病を有する者の割合の減少(歯周疾患検診受診者のうち要医療者の割合)	—	82	72	59	35	50	↗	A	
	3歳児のむし歯がない者の割合の増加	64.3	72.2	70.2	74	73.9	75	→	B	
	12歳児の1人平均むし歯数の減少	1	0.6	0.54	0.48	0.52	0.4	↘	C	
高齢者	介護保険サービス利用者の増加の抑制	2,540	2,820	2,893	2,893	3,184	—		C	
	何らかの地区活動をしている高齢者の割合の増加	58.3%	52%	—	55.7%	—	60%	→	B	
	暮らしの中で楽しみや励みになる「生きがい」を持っている人の割合の増加	77.1%	75.8%	—	68.7%	—	80%	↘	C	
こころ・休養	自殺死亡率の減少	—	20.91	15.7	17.56	15.97	減少傾向	→	B	
	睡眠による休養を十分取れていない者の割合の減少	35	24.9	24.0	23.9	24.1	30	↗	A	

今後の検討課題・目標	取り組み(事業名)
年々接種率は向上している。麻しん風しんⅡ期の接種率を上げるために、7か月児相談でⅠ期の案内や、1歳6か月児健診で母子健康手帳によるⅠ期の接種確認と未接種者には勧奨を行う。また保育園に協力依頼を行い、保護者への周知を図る。	予防接種
平成28年度より大多数の母へEPDS聴取するようになり多様な訴えが増えた。平成29年度からは産後保健指導や産後ケア事業も始まり、医療機関と連携しながら妊娠中から育児中の母の不安軽減に努めたい。	4か月児訪問
適正な量と質の食事を摂取できている人の割合が減少していることから、保健指導や地域での講習会を通じて、食生活の見直しについてのアドバイスを行い改善につなげていく必要がある。	特定保健指導事業 食生活改善推進事業
1日3回食べない子は1割以上の横ばい状態である。不規則な食生活は集中力の低下などの学習面への影響や、肥満など生活習慣病予備軍となることから、学童期の児童及び保護者を対象に食育に関する講習会で、3食きちんと食べることや家族一緒に食べることの重要性を伝えていく必要がある。	食生活改善推進事業
	食生活改善推進事業
	食生活改善推進事業
高齢者の低栄養は、日々の活動低下による認知症やロコモティブシンドロームなど要介護状態につながることから、保健指導や食の講習会などで低栄養による健康への影響について情報提供し改善していく必要がある。	食生活改善推進事業
特定健診後の保健指導で特にメタボに該当する方は運動実施をすすめているが、実践に繋がっていない。生活の中で1日1時間以上が難しい方には短時間でできる運動や家事労働によるエネルギー消費などの情報提供に努める。	特定保健指導事業 訪問健康指導事業
運動習慣者は年齢が高くなるにつれて増加しているが、全体では横ばい状態にあることから、保健指導で運動習慣の重要性・運動効果について周知し実践を促す必要がある。	特定保健指導事業 訪問健康指導事業
妊娠届出時や妊婦教室等でアルコールの影響について話し、禁酒をすすめる。	妊婦乳児健康診査事業 子育て世代包括支援センター事業
2合以上の飲酒者は減少しているが、毎日飲酒者は4割以上となり休肝日の設定が難しい。メタボリックシンドロームと飲酒の関係についての情報提供や改善指導が必要と考える。	特定保健指導事業 訪問健康指導事業
妊娠届出時や妊婦教室で喫煙が胎児と母体へ影響することを伝え禁煙指導する	妊婦乳児健康診査事業 子育て世代包括支援センター事業
保健指導でタバコの害について周知を図り、希望者には禁煙外来の情報提供に努める。	特定保健指導事業 訪問健康指導事業
歯周病を有する者の割合は減少しているが、健診受診者の約8割に症状があり若年期からの歯周病予防に関する情報提供が必要である。	歯周疾患検診
3歳児のむし歯がない者の割合は増加傾向があるので、国の目標値86%以上を目標に、むし歯予防事業の推進と要観察歯をもつ児への指導と受診勧奨等に努める	むし歯予防事業 3歳8か月児健康診査
全ての永久歯が生えそろう12歳時点でのむし歯(DMF歯数)を1以下で維持できるよう、教育委員会とも連携してむし歯予防の普及啓発に努める	むし歯予防事業
介護保険サービスの利用者が増加傾向にあることから、地域での健康づくりや生きがいづくり活動に対する対策が必要である。介護予防事業は、健康づくり課と地域包括支援センターそれぞれで行っていたため、1か所に集約強化していく必要があり、平成29年度から、介護予防事業は地域包括支援センターで実施することになった。	介護予防事業 (地域包括支援センターで実施)
全国・佐賀県とも年々自殺者数は減少しており、市自殺者数は近年10人前後で推移。自殺死亡率は、国、県より低く今後も継続して取り組む必要がある。	健康相談
睡眠による休養を十分取れていない者の割合は横ばい状態。睡眠障害はこころの病気だけでなく生活習慣病の悪化に繋がることから、睡眠や休養に関する相談や情報提供が必要である。	特定保健指導事業 健康相談

第2章 健康づくりプラン後期計画

[分野1] がん

本市の死亡原因の第1位は、昭和59年から今日まで30年以上にわたり、がんとなっており、がん対策は、健康寿命の延伸を図る上で重要な課題となっています。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 本市における人口10万人あたりのがん死亡率は国・県より高くなっており、増加傾向にあります。
- 本市における各種がん検診の受診率は年々低下しており、各種がん検診の周知を図るとともに、個別の受診勧奨を強化することで、各種がん検診受診率の向上を図る必要があります。

〔今後5年間の方針〕

- がん検診受診率の向上への取り組みを実施し、がんの早期発見・早期治療を促進し、がんによる死亡率の低下を図ります。

〔具体的な取り組み〕

- 特定健康診査との同時実施（会場によりがん検診の組み合わせを変更する）や民間企業が実施している検診との連携を検討するなど、受診しやすい環境の整備に努めます。
- 各種がん検診について、ポスター等による周知活動のほか、検診の対象者の性別・年齢等に応じた周知方法の検討、健康保険の切り替え時に受診方法について説明を行うなど、がん検診の認知度を高め受診率の向上に努めます。
- 各種がん検診の未受診者に対し通知を行うほか、個別訪問や各種データを活用した受診勧奨により、がん検診の受診意識の向上を図り、受診率向上に努めます。
- がん予防について、生活習慣改善による発症予防に関する周知に努めます。

〔成果指標〕

〔図表1〕

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
75歳未満のがん年齢調整死亡率の減少（10万人あたり）	85.9	85.9	79.2	—	H27国 78.0	70
がん検診受診率の向上						
胃がん(40～69歳)	11.62%	12.05%	12.81%	9.86%	H27県 18.28	30%
肺がん(40～69歳)	24.69%	23.68%	24.48%	17.36%	H27県 27.94	30%

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
大腸がん(40～69歳)	18.21%	19.76%	21.54%	18.58%	H27県 28.62	30%
子宮頸がん(20～69歳)	43.68%	37.50%	30.50%	22.70%	H27県 53.83	50%
乳がん(40～69歳)	40.11%	34.25%	26.57%	30.90%	H27県 47.28	50%

[分野 2] 循環器疾患

脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患は、がんと並んで主要な死因のひとつとなっています。循環器疾患の予防は、血圧高値、脂質異常、血糖高値、肥満の4つの危険因子の適正な管理が中心となり、これら危険因子には、栄養、運動、喫煙、飲酒といった生活習慣が深く関与しています。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 本市における脳血管疾患、虚血性心疾患の10万人あたりの死亡率は増加傾向にあります。
- 高血圧やLDL コレステロールの値が高い人の割合は減少しており、今後も生活習慣改善に向けた指導を継続的に行う必要があります。
- 適正体重を維持している人の割合が減少していることに加え、メタボリックシンドロームの該当者・予備群が増加傾向にあることから、特定保健指導を継続的に行う必要があります。
- 特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率のいずれも向上しており、受診料の無料化並びに、医療機関との連携強化の効果が表れており、今後も受診率向上に向けた継続的な取り組みが必要です。

〔今後5年間の方針〕

- 特定健診等実施計画及びデータヘルス計画に基づき、計画的に特定健康診査及び特定保健指導を実施し、実施率の向上に努め、特定健康診査受診者の生活習慣改善と疾病の重症化予防に努めます。

〔具体的な取り組み〕

- 特定健康診査の受診料の無料化を継続し、特定健康診査の受診率の向上を図ります。
- 特定保健指導の実施率の向上と糖尿病のハイリスク対象者に対する保健指導を強化し、重症化の予防を図ります。
- 集団による特定健康診査の結果説明会及び医療機関委託による特定保健指導を実施することにより特定保健指導の実施率向上を図ります。

〔成果指標〕

〔図表 2〕

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
脳血管疾患の死亡率の減少	19.5%	19.5%	19.1%	15.8%	H28国 15.4%	14.3%
虚血性心疾患の死亡率の減少	27.3%	27.3%	24.3%	34.4%	H28国 26.5%	29.8%

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
適正体重を維持している人の増加 ※1	70.1%	70.2%	68.5%	66.6%	H28国 67.9%	70.0%
高血圧の改善（中等症高血圧以上者の割合の減少）	3.5%	4.5%	4.3%	2.9%	H27県 4.07%	2.5%
LDL コレステロール160mg/dl以上の割合	11.8%	14.2%	11.4%	9.6%	—	9.0%
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	22.8%	22.8%	24.0%	24.7%	—	18.5%
特定健康診査の受診率	34.8%	35.9%	42.2%	45.9%	H27県 38.2%	60.0%
特定保健指導の実施率	30.7%	53.9%	67.8%	65.3%	H27県 56.1%	70.0%

[分野3] 糖尿病

糖尿病は、心血管疾患のリスクを高め、放置すると神経障害、網膜症、腎症、認知症といった合併症を引き起こすことにより、人工透析や失明に至るなど生活の質を著しく低下させるばかりではなく、医療費等に大きな負担をかけることになります。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数が若干増加傾向にあるため、特定保健指導による早期介入が必要となっています。
- 糖尿病の合併症のリスクの指標となる HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）¹の値が6.5%以上の人のうち、現在治療を継続的に実施している人の割合が増加しており、治療中断を防ぐために主治医との連携が重要になってきています。
- HbA1c が6.5%以上の人が増加しており、特定保健指導による早期介入により重症化を予防する必要があります。

〔今後5年間の方針〕

- 特定健康診査の受診を勧奨し、糖尿病のリスクのある人の把握に努めるほか、受診結果から早期に介入すべき人に対し、特定保健指導を徹底することで重症化予防の推進を図ります。

〔具体的な取り組み〕

- 糖尿病の予備群の人を把握するために、特定健康診査の実施率の向上を図ります。
- HbA1c 6.5%以上の人を対象として個別訪問等による保健指導を実施します。

〔成果指標〕

〔図表3〕

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	21人	16人	18人	21人	—	18人
治療継続者の割合の増加	58.4%	52.7%	54.2%	58.2%	—	65.7%
血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c 8.4%以上者の割合の減少）	0.8%	0.9%	0.7%	1.0%	—	0.9%
糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c 6.5%以上者の割合）	8.6%	9.5%	10.2%	11.1%	H28県 10.6%	8.9%

¹ HbA1c：過去1～2か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標

[分野 4] 食事

食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、また、多くの生活習慣病の予防や生活の質の向上の観点からも重要です。なお、市民一人ひとりが様々な食体験を通じて、「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践できるようになることも重要です。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 適正な量と質の食事をとる人の割合が減少傾向にあることから、食への理解を深め、食生活の改善を図り、健康な体づくりを推進する必要があります。
- 3食を食べない子どもの割合の減少の目標が達成できていないことから、児童及び保護者の食事の重要性への理解を向上させる必要があります。
- 塩分の取りすぎは高血圧だけでなく糖尿病や慢性腎臓病の重症化につながるため、正常血圧の人も塩分制限を心がけることが必要です。

〔今後 5 年間の方針〕

- 規則正しい生活リズムやバランスの摂れた食事、減塩や野菜を多く摂取することなど、生活習慣病を予防するための健全な食生活を実践する人の増加に加え、食育に関心を持ち、家族や仲間と楽しく食事をする人が増加する取り組みを推進します。

〔具体的な取り組み〕

- 学童期の児童及び保護者を対象とした食育講習会において、主食・主菜・副菜が揃った食事の1日3回摂取の勧奨に努めます。
- 食生活改善推進員による、バランスのとれた食生活や野菜の摂取、減塩活動を展開し、市民の健康づくり活動を応援します。
- 野菜たっぷり、食物繊維たっぷりといった郷土料理等のレシピの紹介等により、野菜摂取量の増加を図ります。
- 「おいしく減塩1日マイナス2g」を推進するため、毎月17日を減塩の日として減塩の普及啓発に努めます。

〔成果指標〕

[図表 4]

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
主食・主菜・副菜が揃った食事を毎日2食以上取る人の割合	90.1%	—	88.0%	—	—	88.0%以上
野菜の摂取量の増加や食塩摂取量の減少などに気をつけている人の割合	76.0%	—	72.8%	—	—	72.8%以上

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
週3回以上朝食を欠食する人の割合の減少	7.5%	7.0%	7.7%	8.4%	H28国 8.5%	6.0%
朝、昼、夜の3食を食べない子どもの割合の減少	—	—	—	13.7%	—	8.0%
1人で食事を食べる子どもの割合の減少	—	—	—	18.3%	—	18.3% 未満
低栄養傾向（BMI 2.0未満）の高齢者の割合の減少	—	20.5%	19.8%	19.6%	—	19.6% 未満

[分野5] 身体活動

身体活動・運動量が多い人は、少ない人と比較してがんや循環器疾患など非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。また、高齢者の認知機能や運動器機能の低下などにも関係することが明らかになっており、身体活動・運動の意義や重要性が広く市民に認識され実践されることは、市民の健康寿命の延伸に有用です。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 適度な運動を行う人の割合が目標値に比べ低い値で停滞していることから、定期的な運動を行う人の割合を増加させる必要があります。
- 運動習慣の重要性や運動による効果について周知を図る必要があります。

〔今後5年間の方針〕

- 適度な量の運動や、定期的な運動習慣を身につけることの重要性や効果について、市民の認識の向上を図るとともに、運動を行う人の割合の増加を促進することにより、生活習慣病の予防促進を図ります。

〔具体的な取り組み〕

- 特定保健指導において、定期的な運動の実施について指導を行うほか、短時間で可能な運動の情報提供に努めます。
- 特定保健指導において、運動習慣の重要性及び運動効果について指導を行います。

〔成果指標〕

[図表5]

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上する人の割合の増加 ※1	44.4%	41.1%	40.7%	41.9%	H28国 53.1%	47%
運動習慣者の割合の増加(週2日以上)の運動)	33.7%	33.9%	34.7%	34.5%	H28国 41.3%	40%

[分野6] 飲酒

飲酒は、生活・文化の一部として親しまれる一方、健康面からは、未成年・妊婦の飲酒や多量飲酒など考慮しなければならないことがあります。がん、脳血管疾患、高血圧、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、一日平均の飲酒量の増加とともに高まります。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 高血圧、脂質異常症などの生活習慣病のリスクを高める量（2合以上）の飲酒をしている人の割合が順調に低減しており、目標値を上回っています。

〔今後5年間の方針〕

- アルコールと健康の問題について、適切な判断ができるように、未成年者の発達や健康への影響、生活習慣病への影響、リスクの少ない飲酒などについて正確な知識の普及に努めます。

〔具体的な取り組み〕

- 特定保健指導において、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人に対し、アルコールの体への影響と1日に摂取するアルコールの適量等について指導します。
- 未成年者の飲酒の低減や根絶については、学校が実施する保健教育に協力します。

〔成果指標〕

[図表6]

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合の低減（2合以上飲酒）	男 12.8%	11.4%	9.1%	9.0%	—	7.0%
	女 0.9%	1.1%	0.9%	1.0%	—	0.8%

[分野 7] 喫煙

喫煙は、生活習慣病をはじめとした多くの疾患との因果関係があります。また、受動喫煙は、慢性影響として肺がんや循環器疾病等のリスクが上昇することから受動喫煙の機会を減らすことが必要です。喫煙及び受動喫煙対策により、がん、循環器疾患、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、糖尿病等の発症予防や健康づくりにおいて、確実に効果が期待できます。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 成人の喫煙率はわずかながら増加傾向にあり、たばこの健康へのリスクについて教育・啓発を推進し、喫煙率の低下を図る必要があります。

〔今後5年間の方針〕

- 受動喫煙を含むたばこの健康へのリスクについて教育・啓発を推進し、喫煙率の低下を促進します。

〔具体的な取り組み〕

- 特定保健指導において、たばこの健康へのリスクについて周知を行い、希望する人には禁煙外来の情報提供に努めます。
- 公共施設だけでなく多くの人が利用する施設については「禁煙・完全分煙認証施設」への登録を推奨します。
- 未成年者の喫煙の低減や根絶については、学校が実施する保健教育に協力します。

〔成果指標〕

[図表 7]

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
成人の喫煙率の減少 (たばこを習慣的に吸っている人の割合)	男 27.9%	27.4%	28.8%	27.9%	—	23.0%
	女 4.1%	4.0%	4.9%	5.6%	—	4.0%

[分野 8] 歯・口腔

歯と口の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体だけでなく、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。歯の喪失による咀嚼機能等の低下は、生活の質に影響を及ぼし、また、歯周病と糖尿病や循環器疾患等との密接な関係が報告されています。全身の健康を保つ観点からも、むし歯と歯周病の予防は重要となります。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 歯周病を有する人の割合が減少しており、歯周病予防の周知に一定の効果を見ることができ
ますが、まだ高い割合で歯周病の割合が推移していることから、更なる周知と対策を講じる必
要があります。
- すべての永久歯が生えそろう12歳児のむし歯数は、基準値と比較すると低い値となってい
ますが、目標よりも高い値となっていることから、児童への指導と受診勧奨が必要となります。

〔今後5年間の方針〕

- むし歯予防・歯周病予防の周知を徹底することにより、むし歯や歯周病を有する人の割合の
低減を図ります。

〔具体的な取り組み〕

- 教育委員会と連携してむし歯予防の普及啓発に努めます。
- 歯周疾患検診の受診者数を向上させ、歯周病予防の周知に努めます。

〔成果指標〕

〔図表 8〕

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
歯周病を有する人の割合の 減少 (歯周疾患検診で要医療の割合)	82%	72%	59%	35%	—	30%
12歳児の1人平均むし歯 数の減少	0.6本	0.54本	0.68本	0.86本	H28 県 0.70	0.70本

[分野9] 高齢者の健康

生活習慣を改善し、介護予防の取り組みを推奨することにより、高齢者が要介護状態になる時期を遅らせることが期待されます。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 介護保険サービスの利用者が年々増加しており、介護予防により健康な体づくりを推進する必要があります。
- 高齢者にとって地区活動などに参加することは、生活への張りや意欲を生むほか、閉じこもり予防や運動器の機能向上にも影響することから、参加者の割合の増加を図る必要があります。
- 暮らしの中の楽しみや励みなどの「生きがい」を持つ人の割合が低下していることから、高齢者の生きがいにつながる事業の展開が必要となります。

〔今後5年間の方針〕

- 介護予防事業については、前期計画では、健康づくり課と長寿社会課の地域包括支援センターにおいて個別に実施していましたが、今後は、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画において実施することとなります。

[分野10] こころの健康

こころの健康は、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件で、それを保つためには、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活などの要素に加え、睡眠や休養を十分にとり、ストレスと上手につきあうことが欠かせない要素となります。

また、社会問題になっている自殺の背景には、うつ病等こころの病が大きく関与しており、自殺者数を減少させることは、こころの健康を含めた市民の健康増進と深いつながりがあります。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 自殺の原因として、健康問題が最も多いものの、さまざまな要因が絡みあって自殺につながっているものと考えられ、若年層を中心とした臨床心理士による相談を実施した結果、本市の自殺者数は少数にとどまっています。
- こころの健康を維持するためには、睡眠による十分な休養をとることが重要であるが、睡眠による休養を取れていない人の割合は目標値を上回っており、今後も維持していく必要があります。

〔今後5年間の方針〕

- こころの健康の増進は、うつ病などのこころの病気を起因とする自殺と密接に関係することから、うつ病・アルコール依存症・統合失調症の早期発見、早期治療を実施することで、自殺率を引き下げる取り組みを推進します。

〔具体的な取り組み〕

- 臨床心理士による定期的な相談を開催し、うつ病等のこころの病気の早期発見、重症化の予防に努めます。

〔成果指標〕

[図表9]

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
自殺者死亡率の減少 (人口10万人あたり)	20.91%	15.70%	17.56%	15.97%	県 16.74 国 16.95	15.0%
睡眠による休養を十分取れていない人の割合の減少	24.9%	24.0%	23.9%	24.1%	国 25.0	24.0%

[分野 1 1] 次世代（妊婦の健康）

少子化社会において、安心して子どもを産み、健やかに育てることの意義は大変大きいものとなっています。母子の健康水準を向上させるための様々な取り組みを推進する母子保健は、すべての子どもが健やかに成長していく上での健康づくりの出発点であり、次世代を担う子どもたちを健やかに育てるための基盤となることから、安心・安全な妊娠・出産・育児のための切れ目ない妊産婦・乳幼児保健対策の充実が求められています。

また、妊産婦の家庭や地域における孤立感を軽減し、安心して妊娠期を過ごし、育児に臨めるようサポートすることが求められています。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 妊娠時にやせている場合、低出生体重児が出生する確率が高くなることから20歳代の女性のやせの人の割合を減少させる必要がありますが、若干ではあるものの増加しており、母体の胎児への影響等について指導を行う必要があります。
- 妊婦健康診査は、妊婦の貧血や妊娠高血圧症候群、胎児の発育異常等の早期発見や育児に関する相談を受ける機会として重要ですが、若干受診率が減少傾向にあるため、妊婦それぞれが出産までに必要な回数の妊婦健診を受診できるような取り組みが必要です。
- 妊娠中の飲酒や喫煙率をなくすことを目標としていましたが達成できていない状況であり、飲酒や喫煙が母体や胎児に及ぼす影響等について周知を図り、飲酒・喫煙率の減少を促進する必要があります。
- 産後うつ病の発生数は一時減少に転じたものの、増加傾向にあり、子育てに関する様々な悩みを相談する場を設けるほか、子育てに関する情報提供を行い、親子の心身の状況の把握に努める必要があります。

〔今後5年間の方針〕

- 妊娠期からの継続的な支援を特に必要とする家庭等に対して安定した妊娠出産、育児を迎えるための相談・支援を行うとともに、出産後間もない時期の母親や父親に対する育児不安の解消や養育技術の提供等のための相談・支援を強化し、子育て世代を包括的に支援するよう努めます。
- 妊婦の健康を守るとともに、胎児の発育異常等の早期発見につながる妊婦健康診査の受診率向上に向けた取り組みを行います。
- 早産予防の取り組みとして、妊婦の歯科保健対策の導入について検討します。

〔具体的な取り組み〕

- 子育て世代包括支援センターにおいて、原則として、すべての妊婦に保健師が面接を行い、母子健康手帳を交付します。
- ハイリスクな妊産婦に対して、面接の結果支援計画を策定し、関係機関と連携して支援を行います。
- 妊婦健康診査の受診率向上に努めます。

- 妊婦への飲酒・喫煙の母体や胎児への影響について、母子健康手帳の交付やパーキングパーミット申請時など機会を捉えて指導を行います。

〔成果指標〕

〔図表10〕

指標	実績値					目標値
	25年度	26年度	27年度	28年度	比較対象	34年度
20歳代女性のやせの人の割合の減少（妊娠届出時のやせの人の割合）	—	—	—	22.2%	H27 国 22.3	20%
妊婦健康診査の受診割合の増加	89.1%	82.5%	87.3%	85.9%	H24 県 79.6	100%
妊娠中の飲酒をなくす	—	—	0.4%	0.4%	H25 国 4.3	0%
妊婦の喫煙をなくす	7.0%	6.1%	2.5%	5.3%	H25 国 3.8	0%
産後うつ病の発生の減少（EPDS9点以下）	11.3%	11.4%	10.2%	12.3%	H25 国 8.4	8%

[分野 1 1] 次世代（乳幼児の健康）

乳幼児健診は、乳幼児の健康増進や発達障害の早期発見に資するものであるほか、育児に関する相談の機会としての必要性が高まっています。また、未受診家庭の虐待リスクが高いことが指摘されているなど、健診による虐待予防の支援が重要視されています。

低出生体重児については、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとされており、多胎妊娠、妊娠前の母親のやせ、低栄養、妊娠中の体重増加抑制、喫煙等が影響しているとされています。

また、予防接種については、接種を受けることで病気に対する免疫（抵抗力）がつけられ、その人の感染症の発症あるいは重症化を予防することができるほか、多くの人が接種を受け免疫を獲得していると病気の流行を阻止することができる「集団免疫効果」が発揮されます。

〔前期計画を振り返っての現況と課題〕

- 低出生体重児は、将来生活習慣病のリスクが高いことから、低体重児を減らすことは将来の生活習慣病予備群の減少につながります。本市の低出生体重児の数は、10%前後で推移しておりますが、目標値に達していないことから、妊娠初期からの健康管理について周知を図る必要があります。
- 乳幼児健診受診者の割合は高い数値を維持しているものの、目標値を下回っており、広報等の周知活動を実施し受診率向上を図る必要があります。
- BCG や麻しん風しんの予防接種の受診率が減少傾向もしくは横ばいで増加しない状況にあることから、あらゆる機会を通して、予防接種の必要性の啓発を行う必要があります。
- 肥満傾向にある子どもの割合は1%前後で安定しているものの、1人で食事を食べる子どもの割合は目標値より高く、偏食などを防ぐため、共食をより推進する必要があります。

〔今後5年間の方針〕

- 乳児期から就学まで、育児に関する様々な不安や悩みを持つ家庭に対し、相談の場である子育て世代包括支援センターにおいて相談に応じるほか、親子の心身の状況や養育環境等の把握、助言等を行い、支援が必要な家庭に対し切れ目のない支援を図ります。

〔具体的な取り組み〕

- 低出生体重児の出生を減少させるため、妊娠中の健康管理について情報提供と適切な健診受診の勧奨に努めます。
- 乳児個別健診の受診率が低迷しており、機会を捉えた受診勧奨を実施します。
- 予防接種の未受診者勧奨を行い、受診率の向上を図ります。
- むし歯予防の取り組みを推進します。

〔成果指標〕

〔図表 1 1〕

指標	実績値					目標値
	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	比較対象	34 年度
全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.3%	10.9%	8.8%	—	H24 国 9.6	8%未満
肥満傾向にある子どもの割合の減少	1.1%	0.9%	1.1%	1.2%	H25 国 9.5	1.0%
乳幼児健診受診者割合の増加（平均受診率）	89.7%	94.7%	92.3%	93%	H28 国 95.2	95%
1 歳までに BCG を接種した人の割合の増加	99.5%	99.6%	98.8%	94.6%	H24 国 92.9	98%
1 歳 6 か月までに三種混合（4 混）の割合の増加	99.6%	95.0%	95.5%	94.6%	H25 国 94.7	100%
1 歳 6 か月までに麻しん風しん予防接種の終了者の割合の増加	93.2%	91.9%	97.3%	97.6%	H25 国 87.1	100%
3 歳児でのむし歯のない人の割合の増加	72.2%	70.2%	74%	73.9%		86%

出典一覧

頁	図表番号	項目	出典等
P14	図表1	1	(記入予定)
		2	(記入予定)
P16	図表2	1、2、3、6	KDB「地域の全体像の把握」
		4、5	あなみツールの評価ツール
		7、8	法定報告
P18	図表3	1	(記入予定)
		2、3、4	あなみツールの評価ツール
P19	図表4	1、2	市政に関する市民アンケート調査
		3	(記入予定)
		4、5	KDB「地域の全体像の把握」
		6	食のまちづくりに関する意識調査(高校生)
P21	図表5	1、2	KDB「地域の全体像の把握」
P22	図表6	—	特定健診等データ管理システム 特定健診・特定保健指導実施結果総括表
P23	図表7	—	特定健診等データ管理システム 質問票項目別集計表
P24	図表8	1	健康づくり課事業概要
		2	学校教育課からの情報(聞き取り)
P26	図表9	1	厚生労働省HP 自殺対策統計
		2	KDB「地域の全体像の把握」
P28	図表10	1、3、4	妊婦健診票受領書の集計
		2	妊婦健診票の集計
		5	エジンバラ質問票の集計
P30	図表11	1	佐賀県人口動態統計第5表
		2	学校教育課からの情報(聞き取り)
		3	母子保健統計
		4、5、6	健康づくり課事業概要
		7	地域保健報告

付 属 資 料

- ❖ 伊万里市健康づくり推進連絡協議会設置要綱
- ❖ 伊万里市健康づくり推進部会運営要領

伊万里市健康づくり推進連絡協議会設置要綱

(設置)

第1条 市民の生涯健康の確保及び健康づくりの推進を図るため、伊万里市健康づくり推進連絡協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 協議会は、次に掲げる事項について協議するとともに、その推進に協力するものとする。

- (1) 健康診断事業の企画及び調整に関すること。
- (2) 健康づくり推進事業のための調査及び研究に関すること。
- (3) 健康づくりに係る資料の作成及び広報に関すること。
- (4) その他健康づくりの推進に関すること。

(組織)

第3条 協議会は、別表に掲げる団体から選出された者（以下「委員」という。）をもって組織する。

- 2 委員は、市長が委嘱し、又は任命する。
- 3 協議会に、会長及び副会長を置き、委員の互選により定める。
- 4 会長は、協議会を代表し、会務を総括する。
- 5 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第4条 会議は、会長が招集し、その議長となる。

- 2 議長は、必要があると認めるときは、協議事項に関係のある者に出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(部会)

第5条 協議会の円滑な運営を図るため、協議会に次の部会を置く。

- (1) 健康づくり推進部会

(2) 健康長寿推進プロジェクト検討部会

2 部会の組織及び運営に関し必要な事項は、別に定める。

(委員の任期)

第6条 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

(守秘義務)

第7条 協議会の委員及び部会の部会員は、諸会議、事業の実施及び調査等で知り得た個人の秘密を、他に漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(事務局)

第8条 協議会の庶務は、市民部健康づくり課において行う。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成16年5月1日から施行する。

2 伊万里市健康診断事業推進連絡会議設置要綱、母子保健連絡協議会及び母子保健研究会設置要綱及び伊万里市歯科保健推進協議会及び専門部会設置要綱は、廃止する。

附 則 この要綱は、平成18年5月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成27年1月6日から施行する。

附 則 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

別表（第3条関係）

伊万里・有田地区医師会
伊万里・有田地区歯科医師会
伊万里有田薬剤師会
伊万里労働基準監督署
伊万里市区長会連合会
伊万里市食生活改善推進協議会
伊万里市老人クラブ連合会
伊万里市民生委員児童委員協議会
伊万里商工会議所
伊万里市保育会
伊万里市社会福祉協議会
伊万里市農業協同組合
いまり女性ネットワーク
伊万里保健福祉事務所
伊万里市

伊万里市健康づくり推進部会運営要領

(趣旨)

第1条 この要領は、伊万里市健康づくり推進連絡協議会設置要綱第5条第2項の規定に基づき、健康づくり推進部会（以下「部会」という。）の組織及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第2条 部会は、次に掲げる事項について協議する。

- (1) 健康づくり推進事業の内容に関する事。
- (2) 関係機関等との調整及び連携に関する事。
- (3) 健康づくりの推進のための啓発活動に関する事。
- (4) その他健康づくりの推進に関する事。

(組織)

第3条 部会は、別表に掲げる団体から選出された者（以下「部会員」という。）をもって組織する。

- 2 部会に、部会長及び副部会長を置き、部会員の互選によりこれを定める。
- 3 部会長は、部会を代表し、会務を総括する。
- 4 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるとき、又は部会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第4条 部会の会議は、会長が招集し、その議長となる。

- 2 部会長は、必要があると認めるときは、協議事項に関係のある者に出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(報告)

第5条 部会長は、部会の会議が終了したときは、その結果を伊万里市健康づくり推進連絡協議会に報告しなければならない。

(事務局)

第6条 部会の庶務は、市民部健康づくり課において処理する。

(委任)

第7条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、部会長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成27年1月6日から施行する。

(伊万里市母子保健専門部会運営要領及び伊万里市歯科保健専門部会運営要領の
廃止)

2 次に掲げる要領は、廃止する。

(1) 伊万里市母子保健専門部会運営要領

(2) 伊万里市歯科保健専門部会運営要領

別表（第3条関係）

伊万里・有田地区医師会
伊万里・有田地区歯科医師会
伊万里有田薬剤師会
伊万里市小中学校連合PTA
伊万里市民生委員会・児童委員会
伊万里市こどもハートフルセンターひまわり園
伊万里市コミュニティケア会議
伊万里市食生活改善推進協議会
伊万里・有田地区歯科衛生士会
伊万里市養護部会
伊万里市保育会
伊万里・有田地域産業保健センター
伊万里保健福祉事務所
伊万里市
伊万里市教育委員会

第3章 伊万里市保健事業実施計画 (データヘルス計画)

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)	20
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	26
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	48

第6章 計画の評価・見直し	49
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「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。

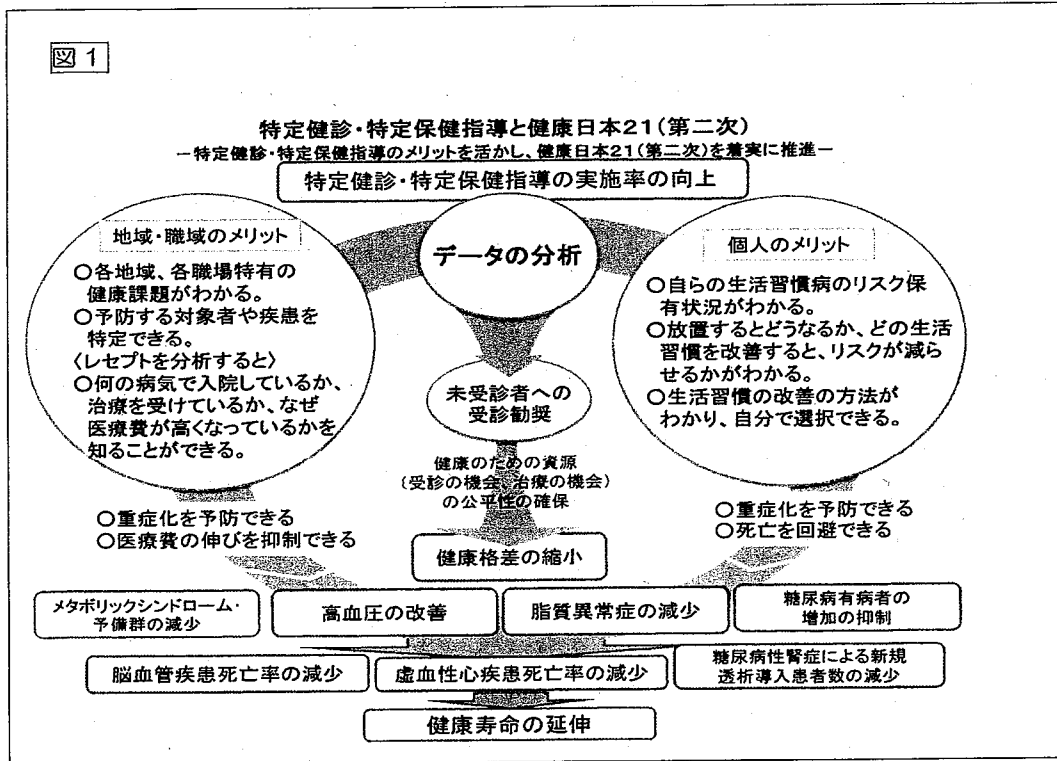
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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。

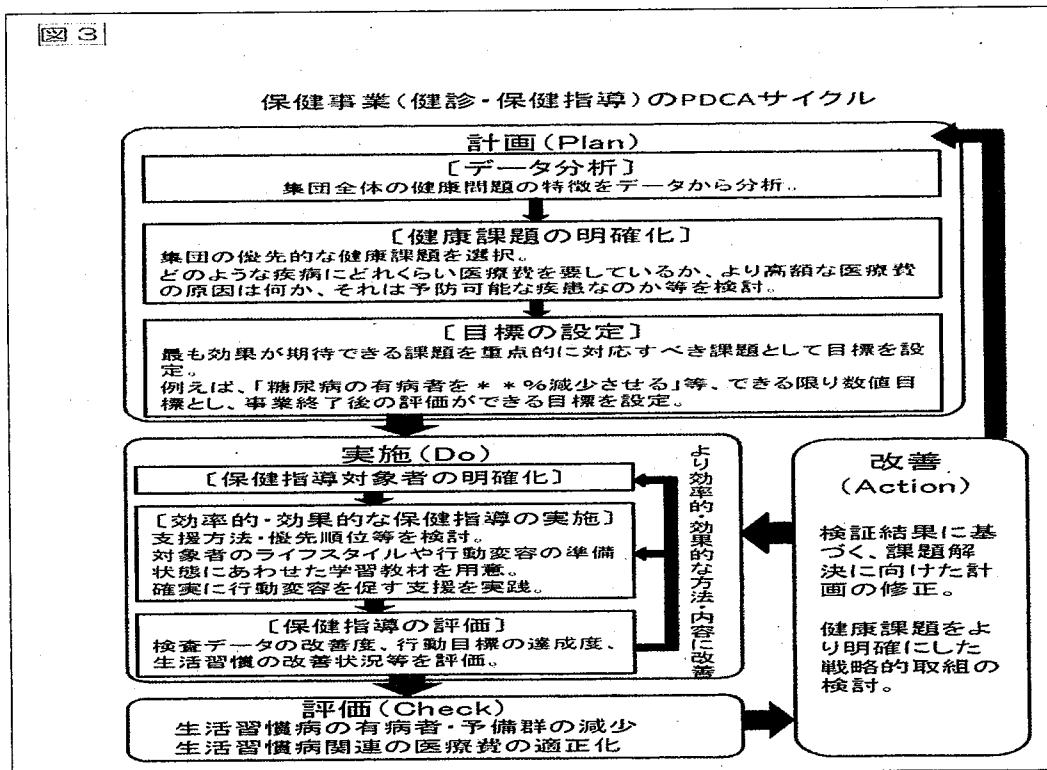
伊万里市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

【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) 実施主体関係部局の役割

伊万里市においては、健康づくり課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に長寿社会課と連携をして、市一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局、介護保険部局（長寿社会課）、生活保護部局（福祉課）とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・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年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、保険者は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うため

には、都道府県が都道府県医師会等地域の保健医療関係者との連携を推進することが重要である。

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

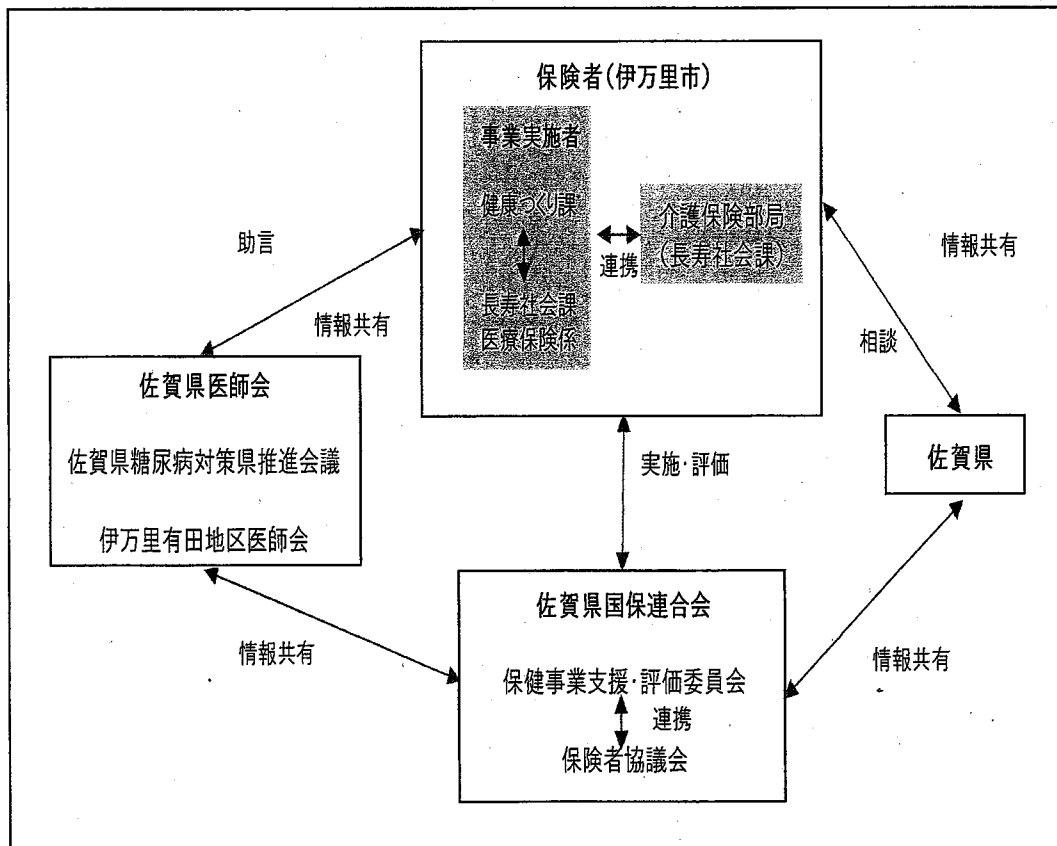
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

伊万里市の実施体制図

【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)

【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	H31 参考
総得点(満点)		345	580	850	
交付額(万円)		742		3,089	
総得点(体制構築加点含む)		175		711	
全国順位		—		—	
共通①	特定健診受診率	0		40	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・予備軍の減少	10		0	50
共通②	がん検診受診率	0		0	30
	歯周疾患(病)健診の実施	10		25	20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組実施状況	40		100	100
共通②	データヘルス計画策定状況	10		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		70	70
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	10		35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15		35	35
	後発医薬品の使用割合	10		35	40
固有①	収納率向上に関する取り組みの実施状況	10		75	100
固有③	医療費通知の取り組みの実施状況	10		25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取り組みの実施状況	5		21	25
	第三者求償の取組の実施状況	10		40	40
固有⑥	適正かつ健全な事業の運営の実施状況			35	50
体制構築加点		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年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は平成25年12.1から平成28年10.2に減少している。死因別にみると、心臓病による死亡割合は増加しており、脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は減少している。

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わずかだが減少している。また、40～64歳の2号認定率も減少しており、それに伴う介護給付費の減少がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合は増加している。これは、総額に占める慢性腎不全(透析あり)の割合が倍近く高くなっているためと思われる。

このことから、特定健診受診後の医療機関受診率をあげ、重症化予防につなげる必要があり、今後も特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、28年度の1件当たりの給付費は伊万里市及び同規模平均とも減っている。

しかし、サービス別にみても、伊万里市は居宅サービスが増えていることがわかった。

【図表6】

介護給費の変化

年度	伊万里市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり給付費(全体)		1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	5,306,757,065	71,893	50,930	295,114	63,212	40,782	284,377
H28年度	5,277,383,196 ↓	71,347 ↓	51,369 ↑	282,413 ↓	61,245 ↓	40,247	278,147

【出典】KDBシステム:「市町村別データ」

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、伊万里市の一人当たり医療費の伸び率は同規模平均だが、入院、入院外で比較すると入院は低く、入院外は高い状況である。

これは、医療機関で治療を受けているが、生活習慣病のコントロール不良者が多く重症化して入院する人も多いと考えられるため、重症化して入院する前に、適切な受診や治療をすることが優先課題となる。

【図表 7】

医療費の変化

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	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費(円)	H25年度	4,760,261,810				2,320,183,200				2,440,078,610			
	H28年度	4,579,423,840	-180,837,970	-3.8	-3.3	2,146,138,720	-174,044,480	-7.5	-3.5	2,433,285,120	-6,793,490	-0.2	-3.1
1人当たり医療費(円)	H25年度	26,690				13,010				13,680			
	H28年度	29,170	2,480	9.3	9.0	13,670	660	5.1	8.7	15,500	1,820	13.3	9.2

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となっている。

【出典】KDBシステム:「地域の全体像の把握」[健診・医療・介護データからみる地域の健診課題]

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計の割合は変わらないが、疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・脂質異常症に係る費用については、国と比較すると低くなっている。

【図表 8】

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

市町村名	総医療費	1人当たり医療費		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	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)									
H25 伊万里市	4,760,261,810	26,696	44位	16位	3.11%	0.27%	3.34%	1.99%	5.11%	5.86%	2.69%	1,064,640,090	22.37%	10.17%	15.29%	9.67%
	H28 4,579,423,840	29,177	38位	17位	6.35% ↑	0.36%	2.38% ↓	1.33% ↓	4.99%	4.51%	2.45%	1,024,300,020	22.37%	11.41%	15.28%	8.48%
H28 佐賀県	74,614,050,150	29,593	-	-	6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	16,482,147,040	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%
	国	9,687,968,260,190	24,245	-	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病名(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

【出典】KDBシステム:「地域の全体像の把握」[健診・医療・介護データからみる地域の健診課題]

④中長期的な疾患（図表 9）

H28 年度の脳血管疾患（様式 3-6）を見てみると、65 歳以上の有病率が 10.8%であり、年齢の上昇とともにその比率も上がっていることがわかる。

基礎疾患を見ると、高血圧症が 78.9%、脂質異常が 58.6%、糖尿病が 39.3% と高血圧症が糖尿病より 2 倍近く高く、また脂質異常症も糖尿病より高く、高血圧症や脂質異常症の予防可能な生活習慣病が脳卒中の背景にあることがわかる。

【図表 9】

厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標（基礎疾患）					
		被保険者数(人)	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H25	全体	10,857	525	4.8%	149	28.4%	19	3.6%	416	79.2%	220	41.9%	294	56.0%
	64歳以下	6,105	192	3.1%	40	20.8%	13	6.8%	144	75.0%	83	43.2%	103	53.6%
	65歳以上	4,752	333	7.0%	109	32.7%	6	1.8%	272	81.7%	137	41.1%	191	57.4%
H28	全体	10,102	520	5.1%	145	27.9%	21	4.0%	425	81.7%	238	45.8%	333	64.0%
	64歳以下	4,792	141	2.9%	35	24.8%	7	5.0%	108	76.6%	71	50.4%	90	63.8%
	65歳以上	5,310	379	7.1%	110	29.0%	14	3.7%	317	83.6%	167	44.1%	243	64.1%

厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標（基礎疾患）					
		被保険者数(人)	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H25	全体	10,857	652	6.0%	149	22.9%	12	1.8%	506	77.6%	246	37.7%	341	52.3%
	64歳以下	6,105	195	3.2%	40	20.5%	7	3.6%	144	73.8%	78	40.0%	101	51.8%
	65歳以上	4,752	457	9.6%	109	23.9%	5	1.1%	362	79.2%	168	36.8%	240	52.5%
H28	全体	10,857	672	6.2%	145	21.6%	22	3.3%	530	78.9%	264	39.3%	394	58.6%
	64歳以下	6,105	159	2.6%	35	22.0%	7	4.4%	118	74.2%	65	40.9%	85	53.5%
	65歳以上	4,752	513	10.8%	110	21.4%	15	2.9%	412	80.3%	199	38.8%	309	60.2%

厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標（基礎疾患）					
		被保険者数(人)	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H25	全体	10,857	52	0.5%	12	23.1%	19	36.5%	44	84.6%	25	48.1%	14	26.9%
	64歳以下	6,105	36	0.6%	7	19.4%	13	36.1%	31	86.1%	17	47.2%	8	22.2%
	65歳以上	4,752	16	0.3%	5	31.3%	6	37.5%	13	81.3%	8	50.0%	6	37.5%
H28	全体	10,857	57	0.5%	22	38.6%	21	36.8%	52	91.2%	31	54.4%	21	36.8%
	64歳以下	6,105	23	0.4%	7	30.4%	7	30.4%	19	82.6%	13	56.5%	8	34.8%
	65歳以上	4,752	34	0.7%	15	44.1%	14	41.2%	33	97.1%	18	52.9%	13	38.2%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2~3-4) (図表10)

短期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法が減少していることから早期の受診につながったと推測される。

しかし、糖尿病性腎症の割合や透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表10】

厚生労働省 様式3-2	短期的な目標									中長期的な目標												
	被保険者数(人)	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			
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
H25	全体	10,857	1,410	13.0%	132	9.4%	965	68.4%	807	57.2%	220	15.6%	246	17.4%	25	1.8%	127	9.0%				
	64歳以下	6,105	546	8.9%	63	11.5%	334	61.2%	311	57.0%	83	15.2%	78	14.3%	17	3.1%	41	7.5%				
	65歳以上	4,752	864	18.2%	69	8.0%	631	73.0%	496	57.4%	137	15.9%	168	19.4%	8	0.9%	86	10.0%				
H28	全体	10,102	1,434	14.2%	117	8.2%	1,004	70.0%	841	58.6%	238	16.6%	264	18.4%	31	2.2%	136	9.5%				
	64歳以下	4,792	442	9.2%	47	10.6%	283	64.6%	278	62.9%	71	16.1%	65	14.7%	13	2.9%	47	10.6%				
	65歳以上	5,310	992	18.7%	70	7.1%	721	72.7%	563	56.8%	167	16.8%	199	20.1%	18	1.8%	89	9.0%				

厚生労働省 様式3-3	短期的な目標						中長期的な目標								
	被保険者数(人)	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	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H25	全体	10,857	3,072	28.3%	965	31.4%	1,466	47.7%	416	13.5%	506	16.5%	44	1.4%	
	64歳以下	6,105	1,126	18.4%	334	29.7%	509	45.2%	144	12.8%	144	12.8%	31	2.8%	
	65歳以上	4,752	1,946	41.0%	631	32.4%	957	49.2%	272	14.0%	362	18.8%	13	0.7%	
H28	全体	10,857	3,046	28.1%	1,004	33.0%	1,576	51.7%	425	14.0%	530	17.4%	52	1.7%	
	64歳以下	6,105	890	14.6%	283	31.8%	454	51.0%	108	12.1%	118	13.3%	19	2.1%	
	65歳以上	4,752	2,156	45.4%	721	33.4%	1,122	52.0%	317	14.7%	412	19.1%	33	1.5%	

厚生労働省 様式3-4	短期的な目標						中長期的な目標								
	被保険者数(人)	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	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H25	全体	10,857	2,238	20.6%	807	36.1%	1,466	65.5%	294	13.1%	341	15.2%	14	0.6%	
	64歳以下	6,105	853	14.0%	311	36.5%	509	59.7%	103	12.1%	101	11.8%	8	0.9%	
	65歳以上	4,752	1,385	29.1%	496	35.8%	957	69.1%	191	13.8%	240	17.3%	6	0.4%	
H28	全体	10,857	2,297	21.2%	841	36.6%	1,576	68.6%	333	14.5%	394	17.2%	21	0.9%	
	64歳以下	6,105	721	11.8%	278	38.6%	454	63.0%	90	12.5%	95	11.8%	8	1.1%	
	65歳以上	4,752	1,576	33.2%	563	35.7%	1,122	71.2%	243	15.4%	309	19.6%	13	0.8%	

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、空腹時血糖は、男性の有所見者は減少しているが女性の有所見者は増加している。HbA1cは、男性、女性ともに有所見者が増加している。メタボリックシンドローム該当者は増加傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表11】

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G-2~6-7) ☆№23帳票

性別		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		γ-GTP	
		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		13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
男性	合計	371	25.4	581	39.7	361	24.7	275	18.8	109	7.5	359	24.6	931	63.7	324	22.2	656	44.9	275	18.8	725	49.6	13	0.9
	40-64	174	27.8	253	40.5	181	29.0	148	23.7	43	6.9	147	23.5	355	56.8	161	25.8	247	39.5	144	23.0	326	52.2	2	0.3
	65-74	197	23.5	328	39.2	180	21.5	127	15.2	66	7.9	212	25.3	576	68.8	163	19.5	409	48.9	131	15.7	399	47.7	11	1.3
H25	合計	382	19.6	323	16.5	263	13.5	169	8.7	42	2.2	282	14.4	1,358	69.6	46	2.4	733	37.6	200	10.2	1,120	57.4	1	0.1
	40-64	149	19.1	120	15.3	112	14.3	72	9.2	12	1.5	85	10.9	505	64.6	20	2.6	202	25.8	86	11.0	452	57.8	0	0.0
	65-74	233	19.9	203	17.4	151	12.9	97	8.3	30	2.6	197	16.8	853	72.9	26	2.2	531	45.4	114	9.7	668	57.1	1	0.1

性別		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		γ-GTP	
		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		13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
女性	合計	382	19.6	323	16.5	263	13.5	169	8.7	42	2.2	282	14.4	1,358	69.6	46	2.4	733	37.6	200	10.2	1,120	57.4	1	0.1
	40-64	149	19.1	120	15.3	112	14.3	72	9.2	12	1.5	85	10.9	505	64.6	20	2.6	202	25.8	86	11.0	452	57.8	0	0.0
	65-74	233	19.9	203	17.4	151	12.9	97	8.3	30	2.6	197	16.8	853	72.9	26	2.2	531	45.4	114	9.7	668	57.1	1	0.1
H25	合計	500	21.7	428	18.5	380	15.6	218	9.4	44	1.9	349	15.1	1,829	79.2	47	2.0	910	39.4	233	10.1	1,261	54.6	9	0.4
	40-64	157	22.1	114	16.1	114	16.1	86	12.1	10	1.4	87	12.3	517	72.9	14	2.0	194	27.4	83	11.7	417	58.8	2	0.3
	65-74	343	21.5	314	19.6	246	15.4	132	8.3	34	2.1	262	16.4	1,312	82.1	33	2.1	716	44.8	150	9.4	844	52.8	7	0.4

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式G-8) ☆№24帳票

性別		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				
男性	合計	1,462	30.1	70	4.8%	236	16.1%	17	1.2%	154	10.5%	65	4.4%	275	18.8%	47	3.2%	16	1.1%	139	9.5%	73	5.0%
	40-64	625	23.7	42	6.7%	103	16.5%	9	1.4%	58	9.3%	36	5.8%	108	17.3%	15	2.4%	12	1.9%	57	9.1%	24	3.8%
	65-74	837	37.7	28	3.3%	133	15.8%	8	1.0%	96	11.5%	29	3.5%	167	20.0%	32	3.8%	4	0.5%	82	9.8%	49	5.9%
H25	合計	1,758	39.8	81	4.6%	256	14.6%	13	0.7%	183	10.4%	60	3.4%	380	21.6%	71	4.0%	16	0.9%	171	9.7%	122	6.9%
	40-64	553	27.8	34	6.1%	80	14.5%	3	0.5%	42	7.6%	35	6.3%	109	19.7%	17	3.1%	6	1.1%	60	10.8%	26	4.7%
	65-74	1,205	49.5	47	3.9%	176	14.6%	10	0.8%	141	11.7%	25	2.1%	271	22.5%	54	4.5%	10	0.8%	111	9.2%	96	8.0%

性別		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				
女性	合計	1,952	39.6	55	2.8%	118	6.0%	2	0.1%	82	4.2%	34	1.7%	150	7.7%	16	0.8%	5	0.3%	98	5.0%	31	1.6%
	40-64	782	32.4	32	4.1%	36	4.6%	1	0.1%	23	2.9%	12	1.5%	52	6.6%	6	0.8%	4	0.5%	34	4.3%	8	1.0%
	65-74	1,170	46.6	23	2.0%	82	7.0%	1	0.1%	59	5.0%	22	1.9%	98	8.4%	10	0.9%	1	0.1%	64	5.5%	23	2.0%
H25	合計	2,308	51.4	56	2.4%	153	6.6%	4	0.2%	111	4.8%	38	1.6%	219	9.5%	22	1.0%	10	0.4%	129	5.6%	58	2.5%
	40-64	709	38.8	19	2.7%	47	6.6%	3	0.4%	31	4.4%	13	1.8%	49	6.8%	5	0.7%	2	0.3%	29	4.1%	12	1.7%
	65-74	1,599	60.2	37	2.3%	106	6.6%	1	0.1%	80	5.0%	25	1.6%	171	10.7%	17	1.1%	8	0.5%	100	6.3%	46	2.9%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診者の増加に伴い、特定保健指導対象者も増加しているが、特定保健指導実施率は 65.5%と高い。

今後も重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上とともに特定保健指導への取組も重要となってくる。

【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	実施率	医療機関受診率	
								伊万里市	同規模平均
平成25年度	9,805	3,408	34.8	156位	231	108	30.7	49.2%	51.1%
平成28年度	8,866	4,067	45.9	60位↑	354	232	65.5↑	49.7%	51.6%

【出典】法廷報告

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・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、総医療費は平成 25 年度から平成 28 年度のかけて約 1 億 8000 万円減少しており、入院だけで約 1 億 7400 万円減少している。また、介護認定率、2 号認定者の減少に繋がったと思われる。しかし、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。

まずは、適正な医療につなげるために、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、平成 28 年度の受診率は 45.9%と平成 25 年度より 11%高くなっているが国の目標である 60%を達成するためにも特定健診受診率向上は取り組むべき重要な課題である。

また、健診受診後、重症化予防対象者を明確化し、血管変化まで起こしている可能性があるにもかかわらず治療を受けていない人や治療に繋がったが継続した治療ができていない人などに治療の必要性を理解してもらい、治療につなげることが必要であり、医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

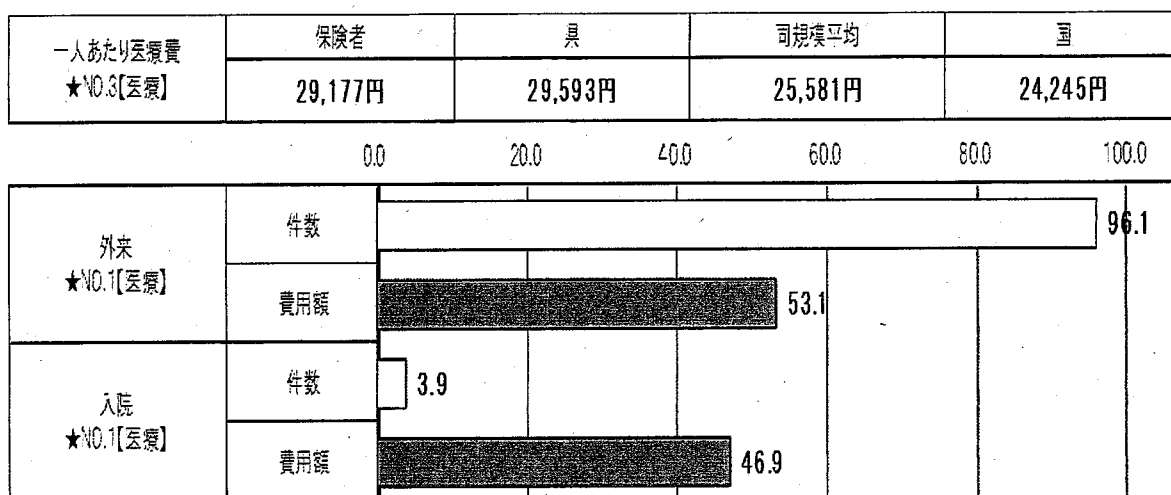
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

伊万里市の入院と入院外で比較すると、入院件数はわずか 3.9%であるが、費用額全体の 46.9%を占めている。このことから、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重要であると思われる。

【図表 13】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○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)

ひと月 100 万円以上の高額になる疾患は、脳血管疾患が全体 5.6%を占め、基礎疾患の重なりは、高血圧が 78.7%、脂質異常症が 58.7%、糖尿病が 39.3%である。6 か月以上の長期入院レセプトでは、脳血管疾患、虚血性心疾患とも 9.6%であった。長期療養する疾患である人工透析は、全体の 55.9%が糖尿病性腎症であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。

【図表 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H23年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他	
様式1-1 ★H10 10(CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	267人	17人 6.4%	19人 7.1%	79人 29.6%	162人 60.7%	
		件数	394件	22件 5.6%	20件 5.1%	113件 28.7%	239件 60.7%	
			年代別	40歳未満	0	0	3	29
				40代	0	1	7	27
				50代	2	5	12	27
				60代	12	10	55	104
70-74歳	5	4		36	52			
費用額	6億0960万円	3503万円 5.7%	2984万円 4.9%	1億6390万円 26.9%	3億8084万円 62.5%			

※最大医療費負担額(主病)で計上
※疾患別(脳血管疾患、虚血性心疾患)の人数は同一人でも主病が異なる場合があるため、合計人数と一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H23年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★H10 11(CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	160人	113人 70.6%	21人 13.1%	22人 13.8%
		件数	1,499件	1,075件 71.7%	144件 9.6%	144件 9.6%
		費用額	6億5367万円	4億0661万円 62.2%	7972万円 12.2%	6155万円 9.4%

※精神疾患については最大医療費負担額(主病)で計上
※脳血管疾患、虚血性心疾患は併発症(主病以外)を抽出し算出。

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★H10 19(CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H23年度 診療分	人数	57人 54.4%	31人 38.6%	21人 36.8%
		H23年度 累計	件数	700件	391件 55.9%	249件 35.6%
様式2-2 ★H10 12(CSV)		費用額	3億0630万円	1億6363万円 53.4%	1億1177万円 36.5%	1億1814万円 38.6%

※糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患(糖尿病)が診断されたものを計上

厚労省様式	対象レセプト (H23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 ★H10 13~15 (振替)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の 基 礎 疾 患	5,301人	675人 12.7%	521人 9.8%	137人 2.6%	
			高血圧	531人 78.7%	426人 81.8%	116人 84.7%	
			糖尿病	265人 39.3%	238人 45.7%	137人 100.0%	
			脂質異常症	396人 58.7%	333人 63.9%	116人 84.7%	
			高血圧症	3,070人 57.9%	1,446人 27.3%	2,318人 43.7%	436人 8.2%
			糖尿病				
脂質異常症							
高尿酸血症							

○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92.4%であり、筋・骨格疾患の90.5%を上回っており、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、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、介護予防にもつながる。

【図表 15】

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			19,183人		6,438人		8,205人		14,643人		33,826人						
認定者数			82人		277人		3,125人		3,402人		3,484人							
認定率			0.43%		4.3%		38.1%		23.2%		10.3%							
新規認定者数(*1)			15人		64人		368人		432人		447人							
介護度別人数	要支援1・2	21	25.6%	107	38.6%	934	29.9%	1,041	30.6%	1,062	30.5%							
	要介護1・2	31	37.8%	110	39.7%	1,172	37.5%	1,282	37.7%	1,313	37.7%							
	要介護3~5	30	36.6%	60	21.7%	1,019	32.6%	1,079	31.7%	1,109	31.8%							
要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分		2号				1号				合計							
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計									
	介護件数(全体)			82		277		3,125		3,402		3,484						
	再)国保・後期		51		206		3,013		3,219		3,270							
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	34	66.7%	脳卒中	88	42.7%	脳卒中	1,502	49.9%	脳卒中	1,590	49.4%	脳卒中	1,624	49.7%
				虚血性心疾患	11	21.6%	虚血性心疾患	44	21.4%	虚血性心疾患	1,084	36.0%	虚血性心疾患	1,128	35.0%	虚血性心疾患	1,139	34.8%
		3	腎不全	4	7.8%	腎不全	20	9.7%	腎不全	332	11.0%	腎不全	352	10.9%	腎不全	356	10.9%	
			合併症	4	7	13.7%	糖尿病合併症	34	16.5%	糖尿病合併症	234	7.8%	糖尿病合併症	268	8.3%	糖尿病合併症	275	8.4%
		基礎疾患 高血圧 糖尿病 脂質異常症	41		80.4%	174		84.5%	2,668		86.5%	2,842		88.3%	2,883		88.2%	
		血管疾患合計	44		86.3%	182		88.3%	2,797		92.8%	2,979		92.5%	3,023		92.4%	
		認知症	6		11.8%	48		23.3%	1,303		43.2%	1,351		42.0%	1,357		41.5%	
		筋・骨格疾患	43		84.3%	166		80.6%	2,750		91.3%	2,916		90.6%	2,959		90.5%	

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

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

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

伊万里市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合は、男女とも少ないが、男性は女性の2倍以上多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。(参考資料1)

【図表 16】

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) ☆No.23帳票

性別	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		ケアフィン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		56以上		70以上		130以上		85以上		120以上		13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	7,290	29.7	12,460	50.7	6,294	25.6	4,816	19.6	2,016	8.2	8,174	33.2	16,758	68.2	4,858	19.8	10,320	42.0	4,405	17.9	11,242	45.7	480	2.0	
H28	合計	455	25.9	717	40.8	434	24.7	348	19.8	146	8.3	444	25.3	1,272	72.4	335	19.1	789	44.9	295	16.8	761	43.3	31	1.8
	40-64	167	30.2	223	40.3	169	30.6	159	28.8	58	10.5	109	19.7	345	62.4	114	20.6	184	33.3	109	19.7	266	48.1	5	0.9
	65-74	288	23.9	494	41.0	265	22.0	189	15.7	88	7.3	335	27.8	927	76.9	221	18.3	605	50.2	186	15.4	495	41.1	26	2.2

性別	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		ケアフィン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		56以上		70以上		130以上		85以上		120以上		13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	6,647	21.5	6,381	20.7	4,258	13.8	2,681	8.7	534	1.7	6,561	21.2	22,790	73.8	737	2.4	11,017	35.7	3,251	10.5	17,586	56.9	81	0.3	
H28	合計	500	21.7	428	18.5	360	15.6	218	9.4	44	1.9	349	15.1	1,829	79.2	47	2.0	910	39.4	233	10.1	1,261	54.6	9	0.4
	40-64	157	22.1	114	16.1	114	16.1	86	12.1	10	1.4	87	12.3	517	72.9	14	2.0	194	27.4	83	11.7	417	58.8	2	0.3
	65-74	343	21.5	314	19.6	246	15.4	132	8.3	34	2.1	262	16.4	1,312	82.1	33	2.1	716	44.8	150	9.4	844	52.8	7	0.4

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8) ☆No.24帳票

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者																
							高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28	合計	1,758	39.8	81	4.6%	256	14.6%	13	0.7%	183	10.4%	60	3.4%	380	21.6%	71	4.0%	16	0.9%	171	9.7%	122	6.9%
	40-64	553	27.8	34	6.1%	80	14.5%	3	0.5%	42	7.6%	35	6.3%	109	19.7%	17	3.1%	6	1.1%	60	10.8%	26	4.7%
	65-74	1,205	49.5	47	3.9%	176	14.6%	10	0.8%	141	11.7%	25	2.1%	271	22.5%	54	4.5%	10	0.8%	111	9.2%	96	8.0%

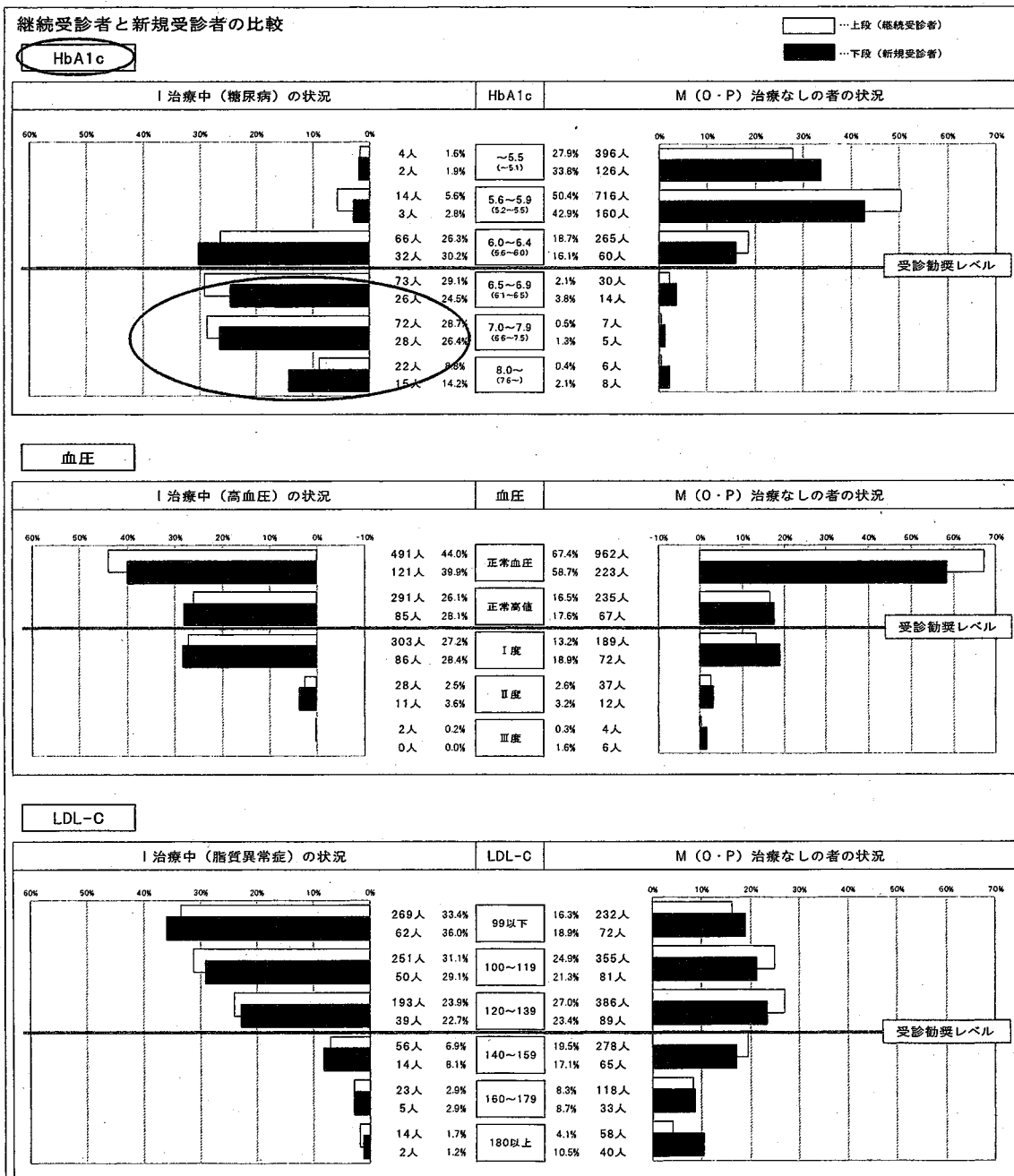
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者																
							高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28	合計	2,308	51.4	56	2.4%	153	6.6%	4	0.2%	111	4.8%	38	1.6%	219	9.5%	22	1.0%	10	0.4%	129	5.6%	58	2.5%
	40-64	709	38.8	19	2.7%	47	6.6%	3	0.4%	31	4.4%	13	1.8%	48	6.8%	5	0.7%	2	0.3%	29	4.1%	12	1.7%
	65-74	1,599	60.2	37	2.3%	106	6.6%	1	0.1%	80	5.0%	25	1.6%	171	10.7%	17	1.1%	8	0.5%	100	6.3%	46	2.9%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくためには、受診勧奨レベルの対象者へ医療機関への受診や治療を継続するよう適切な働きかけを行うとともに、継続的な治療が必要である。

しかし、糖尿病は治療中であっても HbA1c が高値の割合が高く、薬物療法だけではコントロールが難しいことがわかる。そのため、食事療法や運動療法と併用して治療を行うことが重要となってくる。

【図表 18】



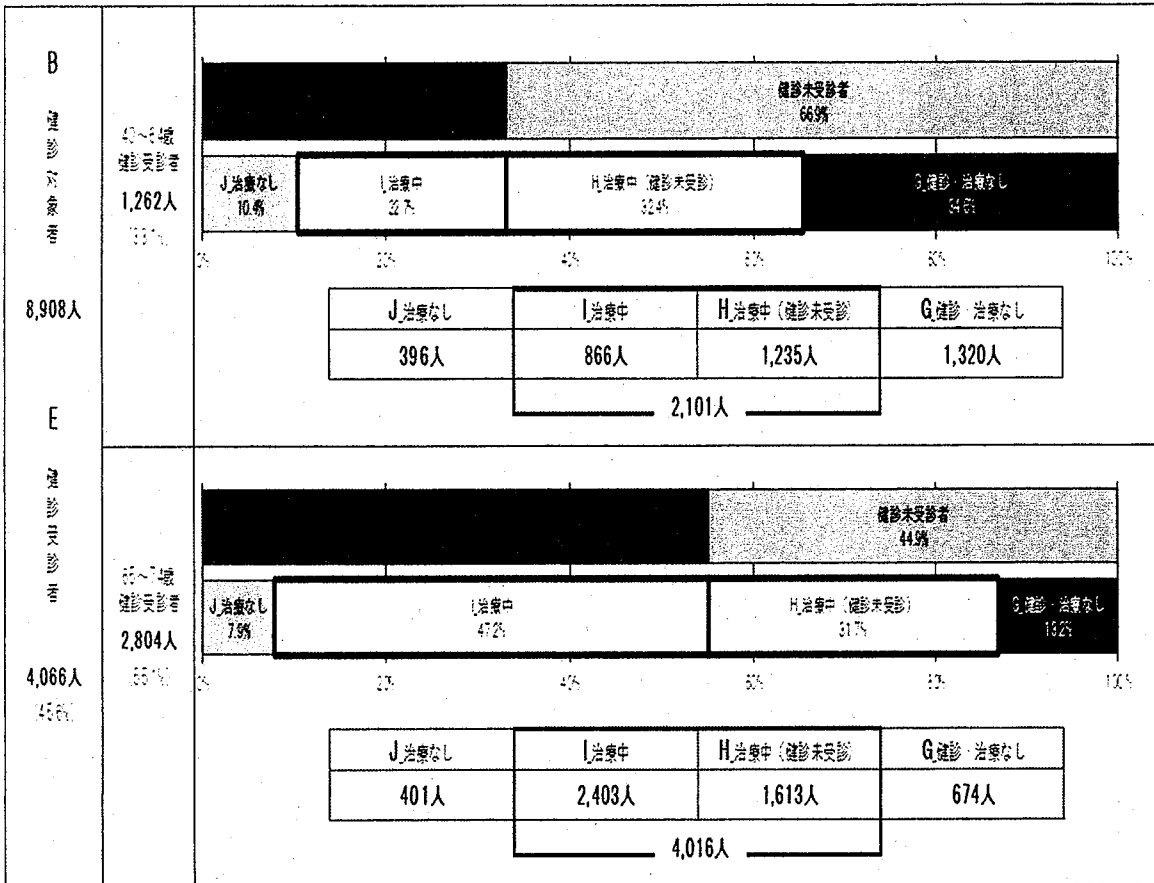
3) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、40～64歳の割合が34.6%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。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みても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

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

★NO.3⑥

	0	10,000	20,000	30,000	40,000	(円)
健診受診者の生活習慣病治療費		7,883円				
健診未受診者の生活習慣病治療費				29,978円		

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

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に多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とし、平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ3%減少させることとする。

また、総医療費をみると、減少はしているが慢性腎不全（透析有）の割合が2倍になっているため、重症化予防、医療費の適正化へつなげるために、まずは、1人当たり医療費の伸び率を平成35年度に同規模並みとすることを目指し、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。

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、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、健診結果の応じて医療機関受診や治療の継続への働きかけを行い、治療を中断している者についても保健指導を行う。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、改善していない疾患に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、食事療法や運動療法等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. 第三期特定健康診査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1期としていたが、医療費適正化計画等の見直しにあわせ、第三期（平成30年度以降）からは6年1期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診実施率	48%	49%	50%	51%	52%	53%
特定保健指導実施率	65%	66%	67%	68%	69%	70%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診	対象者数	9,000人	9,000人	9,000人	9,000人	9,000人	9,000人
	受診者数	4,320人	4,410人	4,500人	4,590人	4,680人	4,770人
特定保健指導	対象者数	432人	441人	450人	459人	468人	477人
	実施者数	281人	292人	302人	313人	323人	334人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

①集団健診（町公民館9か所及び市民センター）

健診機関の委託は個別契約とし、市の委託契約方法及び契約書の様式に準じて契約を行う。

②個別健診(委託医療機関)

県医師会と代表市町国保が集合契約を行う。

※実施医療機関は、県医師会が取りまとめリストを作成する。

(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、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、伊万里市役所のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.city.imar.saga.jp/>

(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、追加の検査（HbA1c・尿酸、尿潜血）を実施する。

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の対象者であることから、かかりつけ医からの健診の受診勧奨について、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、かかりつけ医の理解と協力を得る。

(7)代行機関

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

(8)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、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を行う。(図表 22)

【図表 22】

受診券発行予定者数		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
40~74歳	約9,100人	受診券発行	未受診者通知										
			← 受診券有効期間 →										
75歳到達者	約400人	受診券発行	← 受診券有効期間 (75歳到達前日までとする) →										

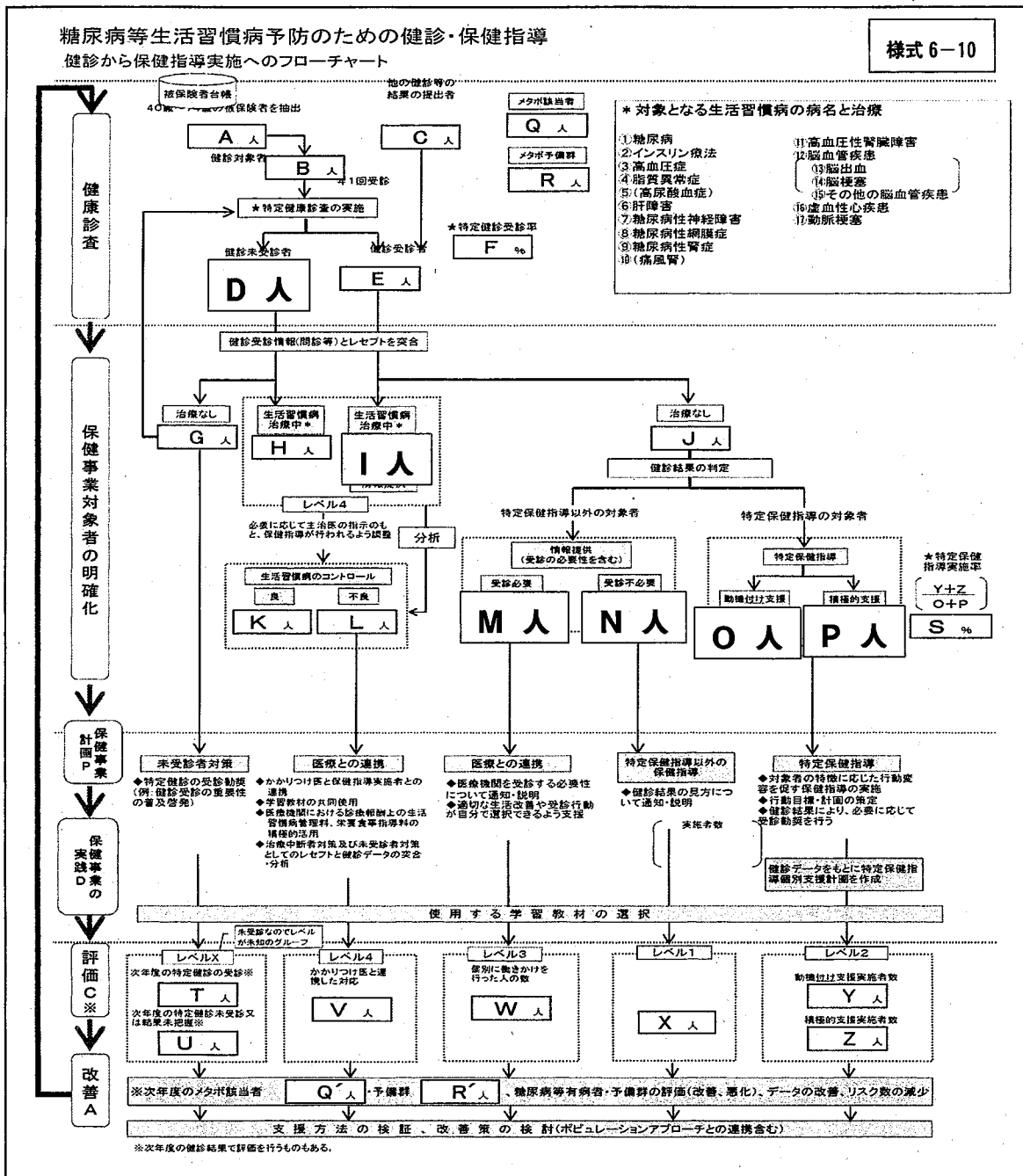
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、集団健診は保険者直接実施、個別健診は集合契約に基づき県内の特定保健指導実施機関に一部委託して行う。

(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」様式 6-10 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）

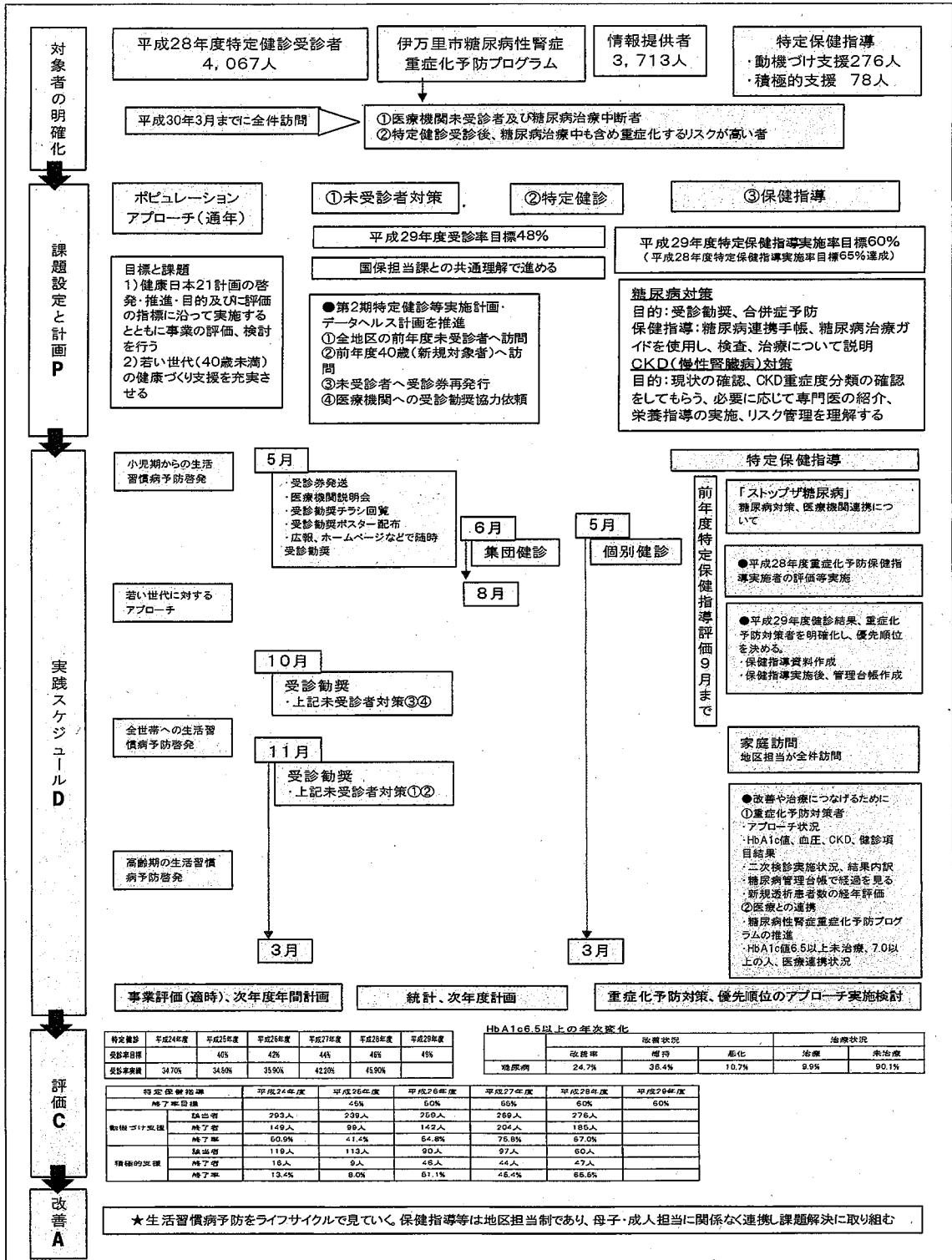
【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	2016年 対象者数 (受診者の〇%)	2023年 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	115人 (2.8%)	実施率 70%
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	322人 (7.9%)	HbA1c6.5以上 について 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	4,801人 (対象者の54.1%)	健診受診率 53%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	360人 (8.8%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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	3,269人 (80.3%)	糖・治療コントロール不良者について 100%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と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)

【図表 25】



6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健診・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伊万里市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健診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

特定健診・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。

特定健診・特定保健指導の記録の保存義務期間は、実施基準第10条に基づき「記録の作成日から5年を経過するまでの期間」又は「加入者が他の保険者の加入者となった日の年度の翌年度の末日までの期間」のいずれかの短い期間とする。

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、伊万里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

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り医療費や介護費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。

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)及び佐賀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	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	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	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	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	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伊万里市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- 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、保険者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。伊万里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)検査を尿蛋白十の方には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。また尿アルブミンについては対象者に対し、2次健診として実施している。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)

伊万里市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 116 人(17.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1750 人の中のうち、特定健診受診者が 551 人(31.5%・G)であったが、13 人(2.4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,098 人(62.7%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 167 人中 40 人は治療中断であることが分かった。また、931 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 より伊万里市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・116 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・53 人

介入方法として個別訪問、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)・・・538 人
- ・介入方法として個別訪問、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

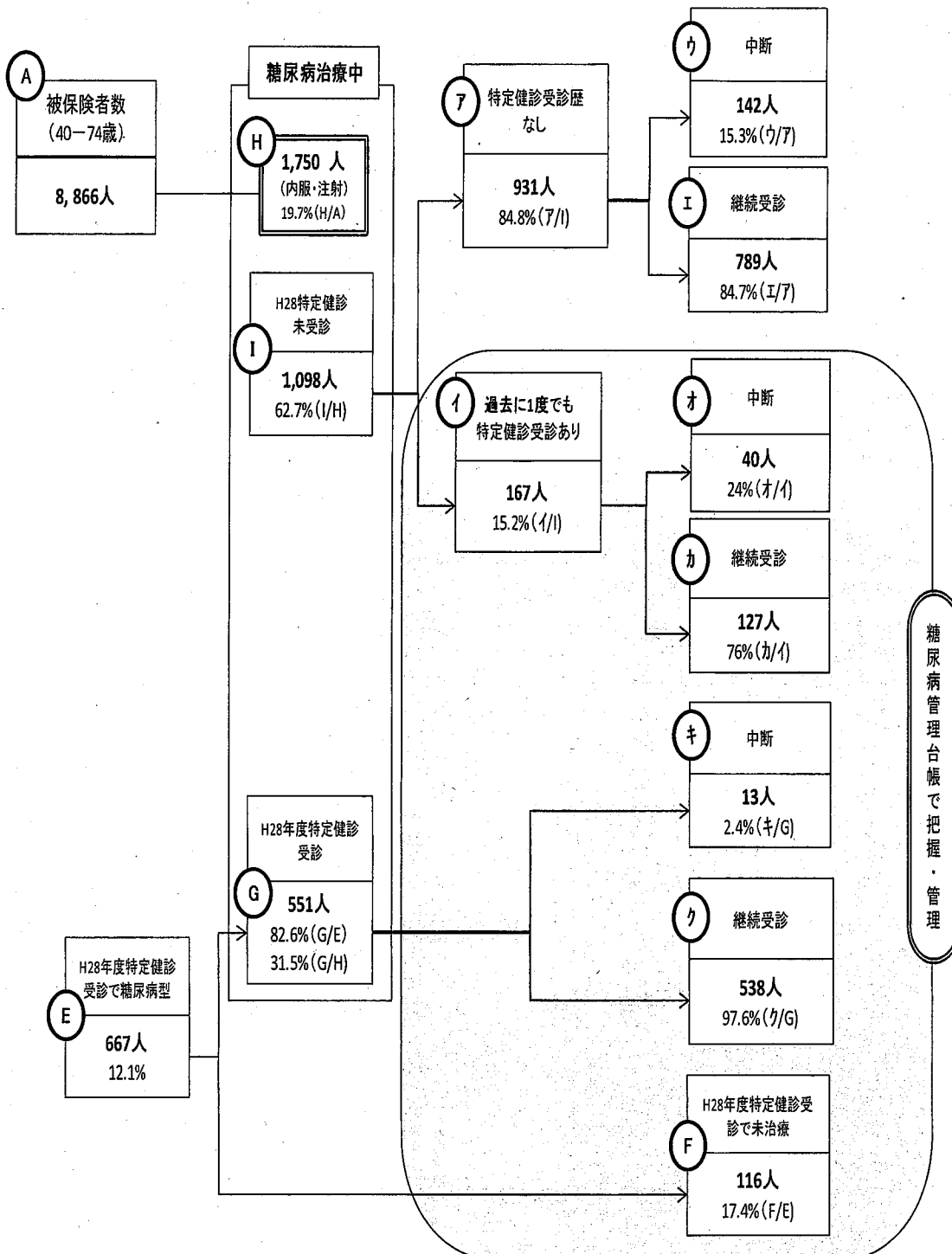
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・127 人
- ・介入方法として個別訪問、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】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 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

(把握項目)

HbA1c 血圧 体重 eGFR 尿蛋白 内服状況 BMI

- ② 資格を確認する
- ③ レセプトを確認し情報を記載する
(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
- ・未治療者・中断者(受診勧奨者)……○人
 - ・腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○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。

伊万里市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類(参考資料2)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)

【図表 29】

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> <p style="text-align: center;"> </p> <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"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は? HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 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～ 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"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう? 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン?(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 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見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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬薬の選択 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 ビッグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)等へは2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佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム・伊万里市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じていく。

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、中長期的評価・短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。

(1) 中長期的評価

様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)

(2) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

HbA1cの変化

eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)

尿蛋白の変化

服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

伊万里市において健診受診者4,067人のうち心電図検査実施者は291人(6.7%)であり、そのうちST所見があったのは10人であった(図表30)。ST所見あり10人中4人は要精査であり、その後の受診状況を見ると3人は未受診であった(図表31)。要精査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6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。

伊万里市は同規模と比較して腹囲の値が低い人が多い。しかしBMIの値は、同規模や県平均と比べて高い人が多い。そのため今後メタボリックシンドロームになる恐れが高い予備軍の増加が考えられる。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施について検討していく。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
			(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	4,067人	100	291	7.1	10	3.4	89	30.5	192	65.9

【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)(%)
10	100	4	40	1	25	3	75

② 心電図検査以外からの把握

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。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	心電図受診者	心電図検査の実施		
		ST変化	その他の変化	異常なし
	291	10	89	192
		2.90%	31%	65.90%
メタボ該当者				
メタボ予備軍	59	1	12	46
	20.20%	0.02%	20.30%	77.90%
メタボなし	197	7	58	132
	67.60%	3.50%	29.40%	67%
LDL-C	140~159	27	0	20
	160~179	15	0	11

【参考】

CKD	G3aA1~				
		43	2	14	27
		14.7	0.6	4.8	9.2

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 の問診項目が重要である。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。

【図表 33】

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)

(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管理は糖尿病管理台帳で行う。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 中長期的評価

様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)

(2) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】

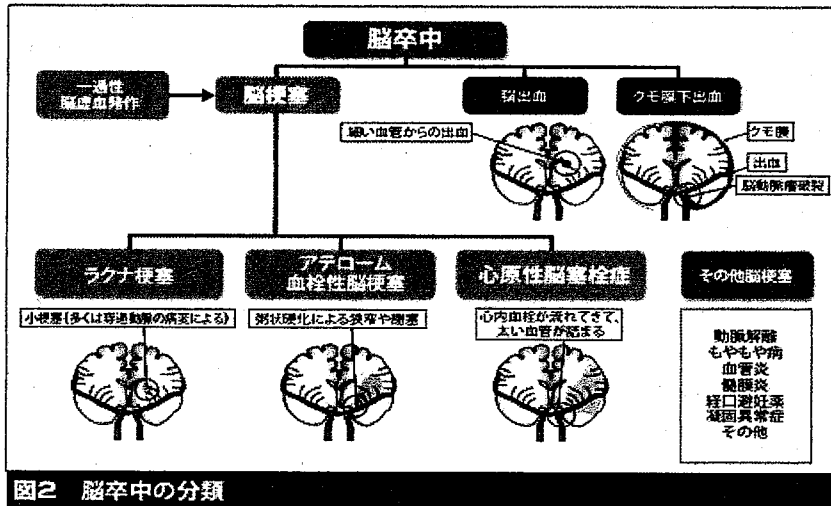


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 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。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

リスク因子(0はハイリスク者)	高血圧		糖尿病		脂質異常		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
	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)	
特定健診受診者における 重症化予防対象者 受診者数 4,067人	122	2.90%	347	8.20%	155	3.70%	5	0.10%	613	14.50%	60	1.40%	81	1.90%
治療なし	77	2.90%	191	5.10%	136	4.30%	3	0.10%	91	4.50%	12	0.60%	14	0.70%
治療あり	45	2.80%	156	38.20%	19	1.80%	2	0.10%	522	24%	48	2.20%	67	3.10%
臓器障害あり	8	10.40%	10	5.20%	12	8.80%	3	100%	8	8.80%	12	100%	14	100%
臓器障害 ありのうち	CKD(専門医対象)	5人	7人	10人					3人	12人	14人			
	尿蛋白(2+)以上	1人	4人	6人					2人	12人	1人			
	尿蛋白(+)と尿潜血(+)	4人	2人	3人					0人	0人	0人			
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	0人	2人	2人					1人	1人	14人			
	心電図所見あり	3人	4人	3人					6人	1人	1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122人(2.9%)であり、77人は未治療者であった。また未治療者のうち8人(10.4%)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45人(2.8%)いることから、治療中でも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】

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
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
	2,622	888	790	477	390	65	12
		33.9%	30.1%	18.2%	14.9%	2.5%	0.5%
リスク第1層	294	166	73	36	18	1	1
		11.2%	18.7%	9.2%	7.5%	4.6%	1.5%
リスク第2層	1,568	543	499	270	212		
		59.8%	61.1%	63.2%	56.6%	54.4%	
リスク第3層	760	179	218	171			
		29.0%	20.2%	27.6%	35.8%		
再掲 重複あり	糖尿病	283	56	95	62		
		37.2%	31.3%	43.6%	36.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	239	65	48	62		
		31.4%	36.3%	22.0%	36.3%		
	3個以上の危険因子	393	79	115	100		
		51.7%	44.1%	52.8%	58.5%		

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	
18	213	
0.7%	8.1%	
18	1	
100%	0.5%	
--	212	
--	--	

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

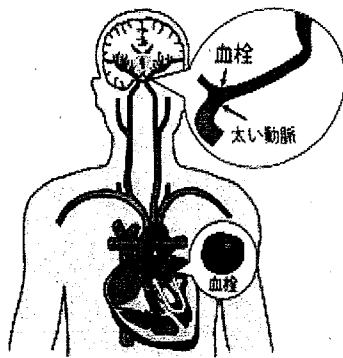


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(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	159	132	5	3.1	0	0	—	—
40歳代	15	7	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	16	12	1	6.2	0	0	0.8	0.1
60歳代	93	76	4	4.3	0	0	1.9	0.4
70~74歳	35	37	0	0	0	0	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※日本循環器学会疫学調査の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		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
5	100	0	0	5	100

心電図検査において5人に心房細動の所見があった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高くなっている。また5人のうち5人すべて治療が開始されていた。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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)

① 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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) 中長期的評価

様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)

(2) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

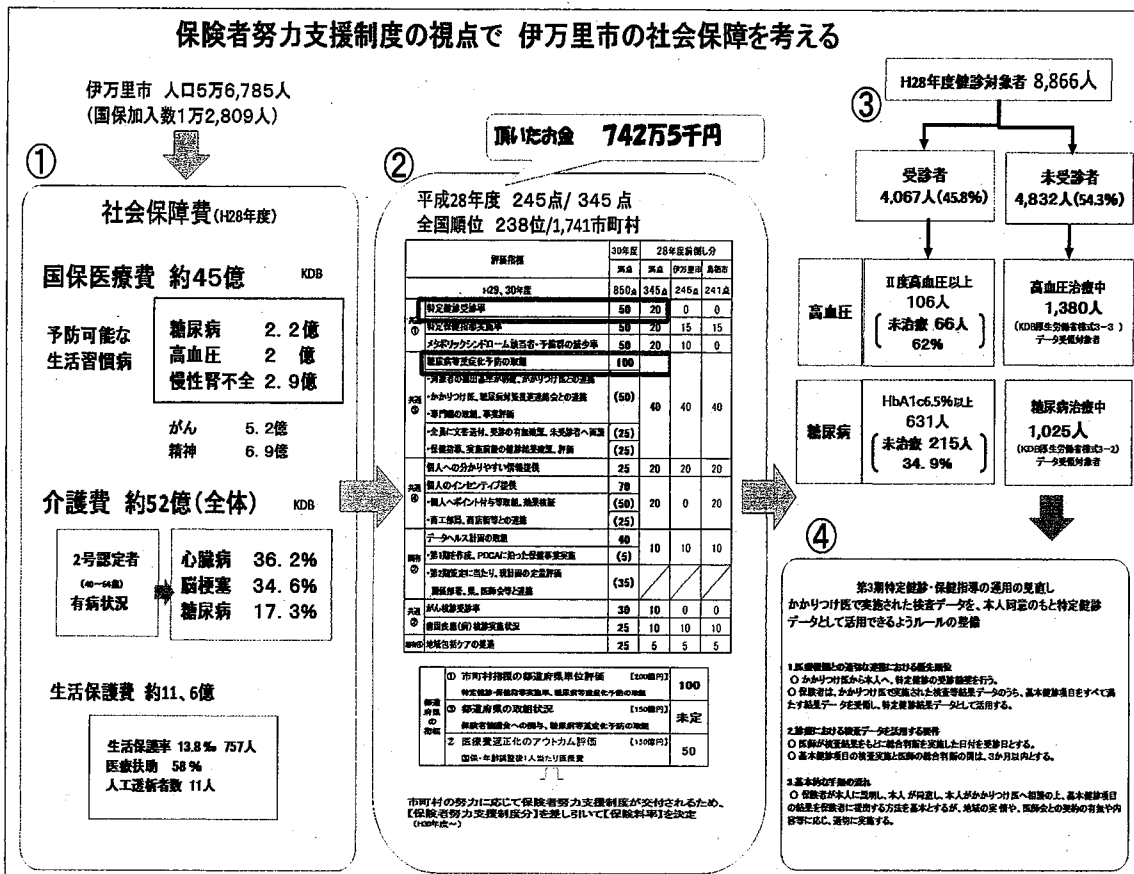
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報 ☆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 40・41)

【図表 40】



【図表 41】

ポピュレーションアプローチ

～佐賀県や伊万里市の健診結果と食生活を考える～

からだの実態

健診データ 佐賀県/全国

HbA1c6.5以上	2位
空腹時血糖126以上	29位
腹囲	16位
BMI	26位
血圧140以上	44位
LDLコレステロール 140以上	6位

食生活の実態

佐賀県の食の実態

ようかん	1位	牛肉	11位	あじ	3位
まんじゅう	15位	合いびき肉	4位	たい	1位
キャンデー	2位	しょうまい	8位	醤油	3位
米	14位	ハンバーグ	11位	みそ	8位
即席めん	11位	冷凍食品	9位	砂糖	10位

単純糖質、複合糖質、飽和脂肪酸の摂取増加による……
内臓脂肪の蓄積

(伊万里市の状況)

糖尿病型	14.9%	県内4位
※県平均・・・14%		
糖尿病性腎症	9.5%	県内1位
※県平均・・・7.9%		

【分析】

健診結果や食品ランキングから、習慣的に甘い、濃い味付けの料理を食べている家庭が多いことや、甘いものを日常的に食べていることが考えられる。その蓄積でHbA1c、腹囲、LDLコレステロールなどの値が高くなっている。

【1人1人ができる取り組み】

- ・若い人の受診率を上げ、早くから自分の体の事を知るきっかけ作りをする
- ・家庭で減塩や薄味を浸透させる。
- ・家庭でのおやつを取り方を考える。
- ・食事をよく噛んでゆっくり食べる。
- ・食事を食べる順番(野菜→汁物→魚肉→ごはん)を周知する。

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(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、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。

要介護状態にな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。

伊万里市は、65歳以上人口の高齢化率は、佐賀県の27.8%と比べると28.6%と高い。佐賀県や伊万里市の高齢化率は右肩上がりであり、2040年には35.5%と34.2%と予測されている。(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は過半数を超えている。このような状況を考えると、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】

65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
伊万里市	人	14,666	15,900	17,012	17,260	16,795	16,054	15,578
	%	25.7	28.6	31.6	33.3	33.7	33.6	34.2

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、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。(参考資料10)

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。

3. 目標管理一覧

データヘルス計画の目標管理一覧表

【資料11】

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	目標値	初期値	中間評価値							現状値の把握方法	
				H35	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35		
診特 画等定 計健	脳血管疾患、虚血性心疾患 の10万人あたりの死亡率は増加傾向にある。	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	60%	45.9%									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%	65.3%									
デー タ ヘル ス 計 画	適正体重を維持しているものの減少に くわえ、メタボリックシンドロームの 該当者・予備軍が増加傾向にある。 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者 数が若干増加傾向にある。 HbA1c6.5以上の者の割合が増加している。 糖尿病性腎症と診断されている割合が9.5% で県内で一番高い。	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	1人あたりの医療費の伸びをH28の同規模並みとする	9%	9.3%									KDBシステム (健診・医療・介護からなる地域の健康課題) (厚労省表3-5-3-7)
			脳血管疾患の有病者の減少(3%)	651人	672人									
			虚血性心疾患の有病者の減少(3%)	504人	520人									
			人工透析の有病者の減少(3%)	55人	57人									
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少	18.50%	24.7%									
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	2.50%	2.9%									
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	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9%	9.6%									伊万里市健康づくりプラン
			健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	8.90%	11.1%									
			糖尿病治療継続者の増加	65.70%	58.2%									
			血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c6.4%以上の者の割合の減少)	0.90%	1.0%									
			がん検診受診率 胃がん検診 30%以上	30%	9.86%									
			肺がん検診 30%以上	30%	17.36%									
保 険 者 努 力 支 援 制 度	特定健診や各種がん検診の積極的な受診など、国民加入者の健康意識を高める必要がある。	後発医薬品の使用促進により、医療費の適正化を図る	大腸がん検診 30%以上	30%	18.56%								地域保健事業報告	
			子宮頸がん検診 50%以上	50%	22.70%									
			乳がん検診 50%以上	50%	30.90%									
			特定健診や各種がん検診の積極的な受診など、国民加入者の健康意識を高める必要がある。	国民健康マイレージ事業への参加者数	1000人	-								
年々増加傾向にある医療費の適正化のため、後発医薬品の使用促進を図る必要がある	後発医薬品の使用割合	83.70%	69.7%								厚生労働省公表結果			

※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、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。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

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伊万里市の位置

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

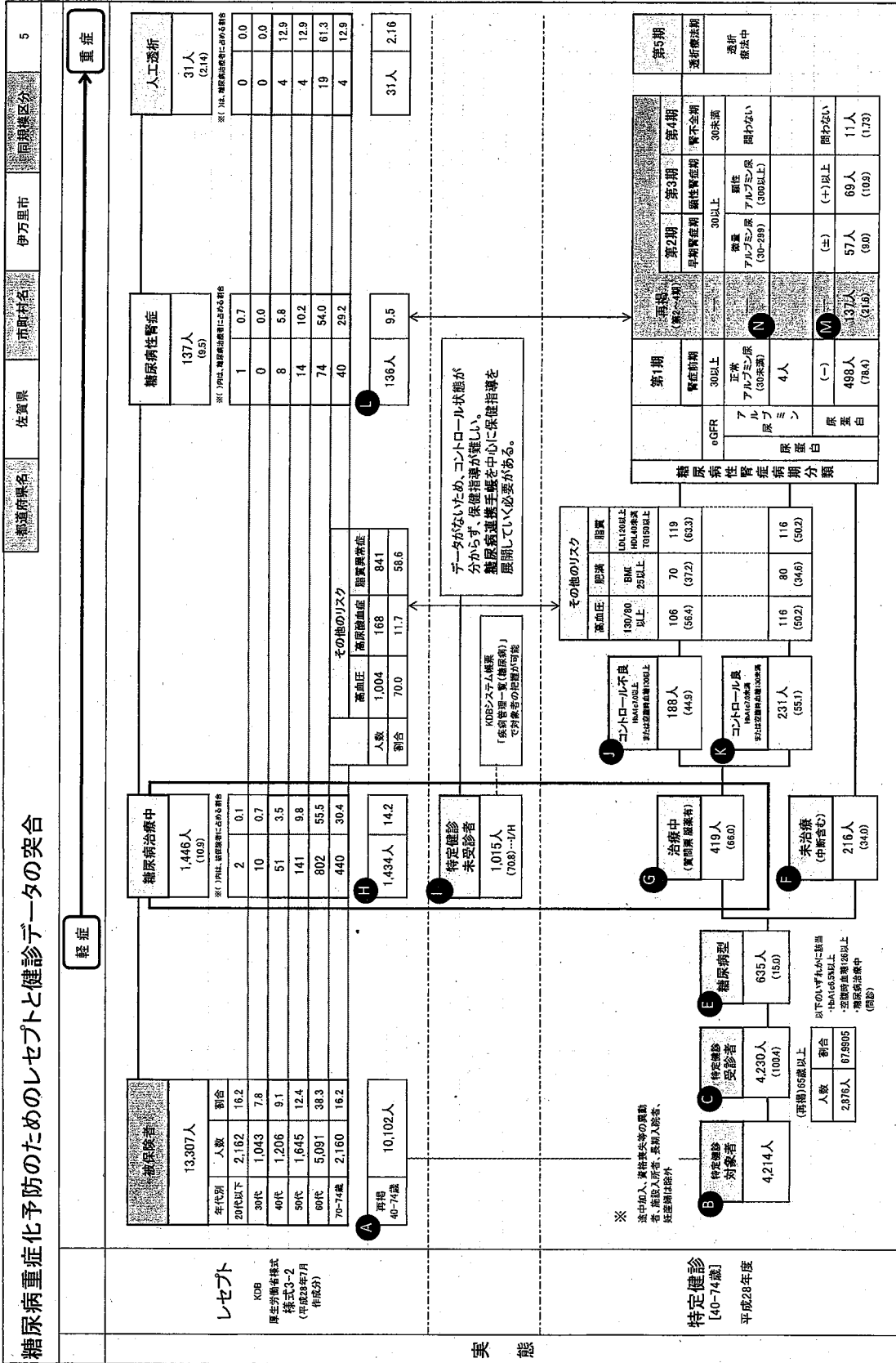
参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価 1

参考資料 12 評価 2

【参考資料1】

項目		H25		H28		H28						データ元 (CSV)	
		県		国		同規模平均		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	56,785		56,785		842,408		18,346,852		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況
		65歳以上(高齢化率)	14,643	25.8	14,643	25.8	207,778	24.7	4,430,444	24.1	29,020,766	23.2	KDB_NO.3 高齢化率
		75歳以上	8,205	14.4	8,205	14.4	112,903	13.4			13,999,864	11.2	KDB_NO.3 高齢化率
		65~74歳	6,438	11.3	6,438	11.3	94,875	11.3			15,030,902	12.0	KDB_NO.3 高齢化率
		40~64歳	19,183	33.8	19,183	33.8	283,027	33.6			42,411,922	34.0	KDB_NO.3 高齢化率
	39歳以下	22,959	40.4	22,959	40.4	351,603	41.7			53,420,287	42.8	KDB_NO.3 高齢化率	
	② 産業構成	第1次産業	10.1		10.1		9.5		6.1		4.2		KDB_NO.3 産業構成
		第2次産業	32.3		32.3		24.2		28.9		25.2		KDB_NO.3 産業構成
		第3次産業	57.6		57.6		66.2		65.0		70.6		KDB_NO.3 産業構成
	③ 平均寿命	男性	79.2		79.2		79.3		79.6		79.6		KDB_NO.1 平均寿命
		女性	85.8		85.8		86.6		86.3		86.4		KDB_NO.1 平均寿命
	④ 健康寿命	男性	65.4		65.4		65.2		65.3		65.2		KDB_NO.1 健康寿命
女性		66.0		66.0		65.8		66.8		66.9		KDB_NO.1 健康寿命	
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	106.8		107.2		102.7		100.0		100		KDB_NO.1 死亡の状況
		男性	106.8		107.2		102.7		100.0		100		
		女性	104.0		97.5		97.0		100.9		100		
		がん	190	46.3	196	43.6	2,798	51.0	54,818	48.1	367,905	49.6	
		心臓病	112	27.3	155	34.4	1,387	25.3	30,930	27.1	196,768	26.5	
		脳疾患	80	19.5	71	15.8	880	16.0	18,797	16.5	114,122	15.4	
		糖尿病	7	1.7	7	1.6	105	1.9	2,153	1.9	13,659	1.8	
		腎不全	12	2.9	12	2.7	174	3.2	3,750	3.3	24,763	3.3	
	自殺	9	2.2	9	2.0	141	2.6	3,547	3.1	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡(45歳未満)	合計											厚生省HP 人口動態調査
		男性											
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	3,442	23.4	3,433	23.2	45,242	21.7	691,669	20.2	5,885,270	21.2
新規認定者			45	0.3	40	0.3	795	0.3	15,306	0.3	105,636	0.3	
② 有病状況		2号認定者	86	0.5	79	0.4	1,071	0.4	21,986	0.4	151,813	0.4	KDB_NO.1 有病状況
		糖尿病	625	17.2	689	19.3	10,148	21.7	203,882	22.0	1,350,182	22.1	
		高血圧症	1996	54.5	2,141	60.7	27,849	59.7	479,210	51.8	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	887	24.0	971	28.3	14,344	30.6	258,268	27.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	2322	63.2	2,480	70.0	31,911	68.5	546,239	59.2	3,529,682	58.0	
		脳疾患	1126	31.6	1186	33.5	14,853	32.0	239,587	26.2	1,538,683	25.5	
		がん	342	9.4	423	12.0	5,946	12.6	93,015	10.0	631,950	10.3	
		筋・骨格	2046	56.4	2,203	61.9	28,340	60.6	469,492	50.8	3,067,196	50.3	
精神		1410	38.7	1,649	46.8	20,766	44.3	331,335	35.6	2,154,214	35.2		
③ 介護給付費		1件当たり給付費(全体)	71,899		71,347		65,198		61,245		58,284		KDB_NO.1 介護給付費
	居宅サービス	50,930		51,369		46,314		40,247		39,652			
④ 医療費等	施設サービス	295,114		282,413		282,952		278,147		281,186		KDB_NO.1 医療費等	
	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,549	6,628	8,101	6,027	7,990	3,808	3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数	14,682		12,809		205,165		4,516,800		32,587,866		KDB_NO.1 国保の状況
		65~74歳	4,931	33.6	5,352	41.8	80,173	39.1			12,461,613	38.2	
		40~64歳	5,773	39.3	4,370	34.1	69,731	34.0			10,946,712	33.6	
		39歳以下	3,978	27.1	3,087	24.1	55,261	26.9			9,179,541	28.2	
	加入率	25.9		22.6		24.4		24.7		26.9			
	② 医療の状況(人口千対)	病院数	10	0.7	10	0.8	108	0.5	1257	0.3	8,255	0.3	KDB_NO.5 医療の状況
		診療所数	42	2.9	42	3.3	684	3.3	12,813	2.8	96,727	3.0	
		病床数	1,098	74.8	1,098	85.7	15,108	73.6	227,288	50.3	1,524,378	46.8	
		医師数	90	6.1	85	6.6	2,319	11.3	33,690	7.5	299,792	9.2	
		外来患者数	669.0		727.1		736.4		688.2		668.1		
	入院患者数	28.6		29.4		26.3		19.8		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	26,896	県内16位 同規模44位	29,177	県内17位 同規模38位	29,593	25,581	24,245				KDB_NO.3 医療費の状況
受診率		697,576		758,556		762,714		707,975		686,286			
外来		費用の割合	51.3		53.1		55.6		59.3		60.1		
		件数の割合	95.9		96.1		96.6		97.2		97.4		
入院		費用の割合	48.7		46.9		44.4		40.7		39.9		
		件数の割合	4.1		3.9		3.4		2.8		2.6		
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療費500万円 未満(該当者なし)	1件あたり在院日数	18.9日		18.3日		18.0日		16.2日		15.6日		KDB_NO.3 医療費分析	
	新生児	17.6		19.7		21.4		25.0		25.6			
	慢性腎不全(透析あり)	5.4		11.0		11.0		9.5		9.7			
	糖尿病	8.9		8.6		8.4		10.1		9.7			
	高血圧症	10.1		7.8		7.8		8.9		8.6			
	精神	26.5		26.4		23.2		17.6		16.9			
筋・骨疾患	16.7		14.7		15.7		14.9		15.2				



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳(永年)

※糖尿病服薬は問診結果による
 ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
 ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

(HbA1c)

番号	地区	追加年度	氏名	性別	年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出・ 死亡等	備考	
1						糖尿病	糖	服薬					○		
						高血圧	糖	HbA1c					7.2		
						虚血性心疾患	糖	体重							29.8
						脳血管疾患	糖	BMI							126/86
						糖尿病性腎症	糖	血圧							61.1
							CKD	GFR							—
2						糖尿病	糖	服薬		○	○	○	○		
						高血圧	糖	HbA1c		7	7.5	7.9	8		
						虚血性心疾患	糖	体重							
						脳血管疾患	糖	BMI		22.6	22.8	22.8	23		
						糖尿病性腎症	糖	血圧		116/72	140/74	120/60	110/76		
							CKD	GFR		85.9	95.8	97.1	100.1		
3						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧	糖	HbA1c				7.5	7.9		
						虚血性心疾患	糖	体重							
						脳血管疾患	糖	BMI				25.5	25.4		
						糖尿病性腎症	糖	血圧				136/70	150/76		
							CKD	GFR				109.9	101.6		
4						糖尿病	糖	服薬		○				後期	
						高血圧	糖	HbA1c		7.2	7.2				
						虚血性心疾患	糖	体重							
						脳血管疾患	糖	BMI		20.5	20.1				
						糖尿病性腎症	糖	血圧		140/80	138/70				
							CKD	GFR		89	71.3				

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 【平成28年度】

担当者名:

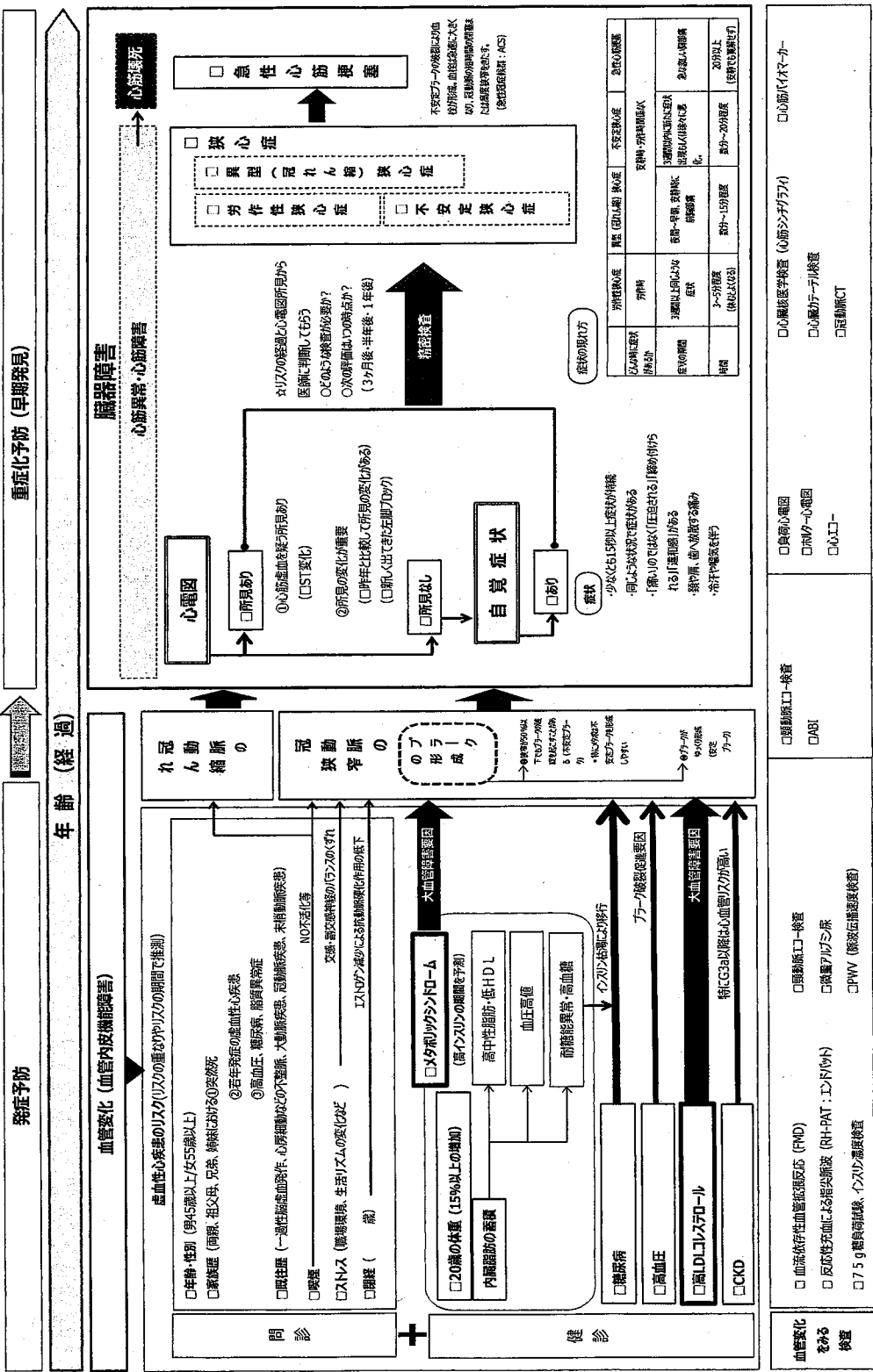
担当地区:

	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
	糖尿病管理台帳の全数(A+B)		
結果把握	A 健診未受診者 (420)人	1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	結果未把握(内訳)	2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	①国保(生保) (168)人	3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	②後期高齢者 (156)人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ・血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の実施
	③他保険 ()人		栄養士中心
	④住基異動(死亡・転出) (96)人		腎専門医
	⑤確認できず ()人		
	①-1 未治療者(中断者含む) (87)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		
	B 健診受診者 結果把握 (557)人		
	①HbA1cが悪化している (217)人 (再掲)HbA1c7.0%以上で昨年度より悪化している。 (58)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(-) (448)人 (±) (46)人 (+)~顕性腎症 (64)人			
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (9)人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 (105)人			

【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模 区分	5	都道 府県	41	市町村名	伊万里市	
項目	区分	保険者						同規模保険者(平均)		備考
		28年度		29年度		30年度		平成28年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	13,307人						KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		10,102人						
2	②	特定健診 対象者数	B	9,568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
	③	受診者数	C	4,230人						
3	①	特定 保健指導 対象者数		354人						
	②	実施率		65.5%						
4	①	糖尿病型	E	635人	15.0%					特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	216人	34.0%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	419人	66.0%					
	④	コントロール不良 ※A1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	188人	44.9%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	106人	56.4%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	70人	37.2%					
	⑦	コントロール良 ※A1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	231人	55.1%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	498人	78.4%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		57人	9.0%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		69人	10.9%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		11人	1.7%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		108.7人						KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		142.0人						
	③	レセプト件数 (40-74歳)		7,997件	(822.6)			9,887件	(770.4)	KDB,疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	入院(件数) (1)内は糖尿病対		73件	(7.5)			65件	(5.0)	
	⑤	糖尿病治療中	H	1,446人	10.9%					KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳		1,434人	14.2%					
	⑦	健診未受診者	I	1,015人	70.8%					
	⑧	インスリン治療	O	120人	8.3%					
	⑨	(再掲)40-74歳		117人	8.2%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	137人	9.5%					
	⑪	(再掲)40-74歳		136人	9.5%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		31人	2.14%					
	⑬	(再掲)40-74歳		31人	2.16%					
	⑭	新規透析患者数		3人	9.6%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		2人	6.4%					
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)		39人	2.2%					KDB,厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費		45億7942万円				53億6462万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		26億4603万円				30億4443万円		
	③	(総医療費に占める割合)		57.8%				56.8%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		7,883円			7,618円		
	⑤	健診未受診者		29,978円			33,667円			
	⑥	糖尿病医療費		2億2863万円			3億0618万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.6%			10.1%			
	⑧	糖尿病入院総医療費		6億8904万円						
	⑨	1件あたり		36,091円						
	⑩	糖尿病入院総医療費		5億4707万円						
	⑪	1件あたり		519,044円						
	⑫	在院日数		18日						
	⑬	慢性腎不全医療費		3億0737万円			3億0863万円			
	⑭	透析有り		2億0095万円			2億8998万円			
	⑮	透析なし		1642万円			1864万円			
7	①	介護給付費		52億7738万円			49億7433万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		7件 13.7%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		7人 1.0%			8人 1.2%		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



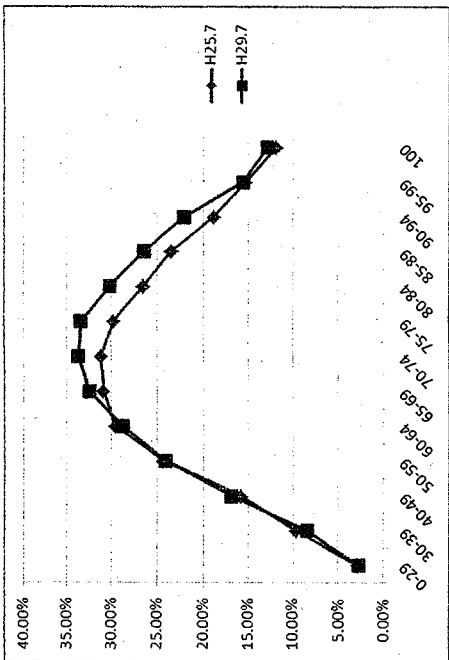
【参考文献6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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		<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑥ 発症予防対象者	
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
④ □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~	
	□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~		
	拡張期	~84	85~89	90~		
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□CKD重症度分類		G3aA1~				
⑦ その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

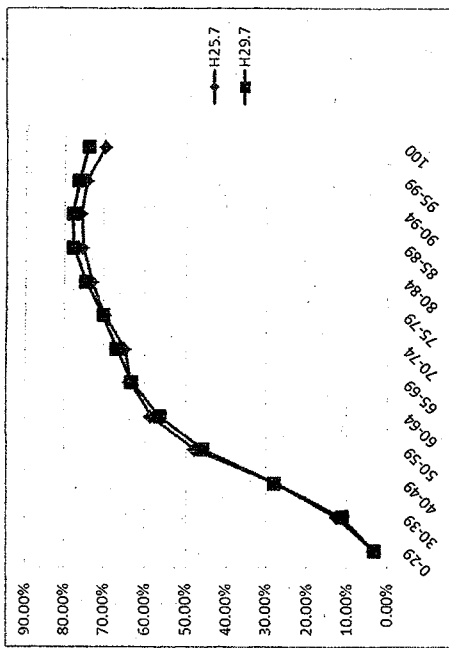
参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【糖尿病】



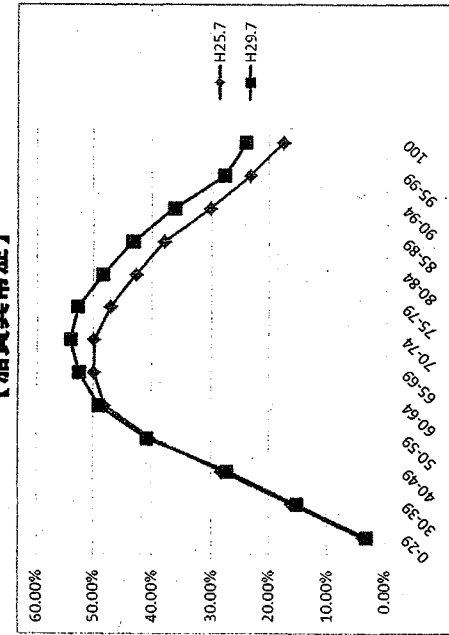
糖尿病	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	2.8%	9.6%	15.8%	24.2%	29.5%	30.8%	31.2%	29.7%	26.5%	23.4%	18.6%	15.2%	11.8%
H29.7	2.7%	8.4%	16.9%	24.3%	28.7%	33.6%	33.4%	30.2%	26.4%	22.0%	15.5%	12.8%	

【高血圧】



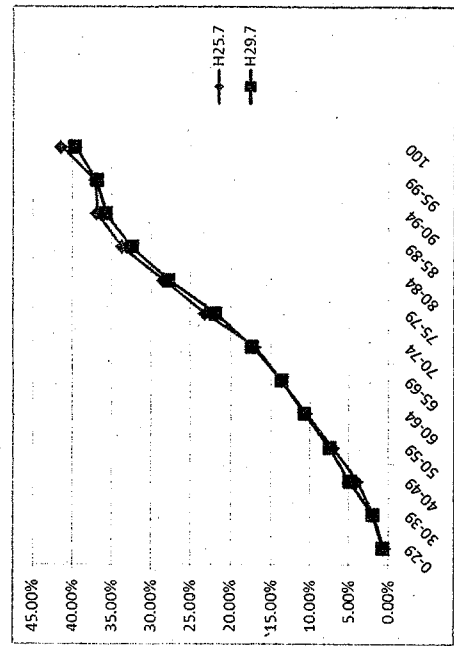
高血圧	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.4%	12.5%	27.7%	47.7%	58.4%	63.4%	64.7%	69.6%	72.9%	75.2%	74.3%	69.6%	
H29.7	3.1%	11.1%	27.8%	45.7%	56.2%	63.1%	66.6%	70.8%	74.4%	77.6%	76.2%	73.9%	

【脂質異常症】



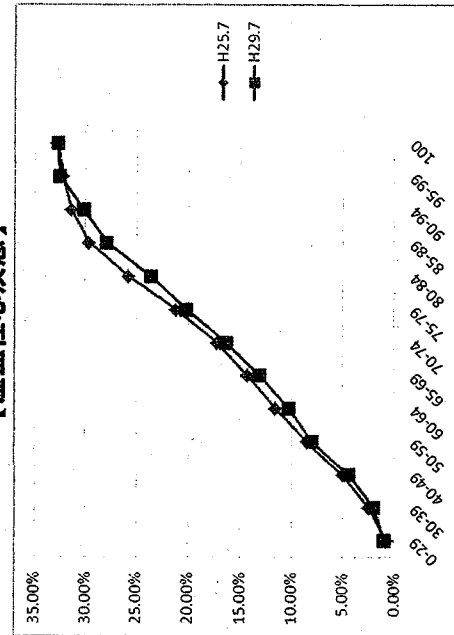
脂質異常症	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.8%	15.9%	28.2%	40.2%	48.1%	49.9%	49.8%	46.9%	42.7%	37.8%	30.1%	23.0%	
H29.7	3.1%	15.2%	27.3%	40.9%	49.1%	52.5%	54.0%	52.6%	48.3%	43.8%	36.2%	27.5%	

【脳血管疾患】



脳血管疾患	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.56%	1.97%	3.97%	7.01%	10.50%	13.6%	13.6%	12.2%	9.6%	7.0%	4.4%	3.6%	
H29.7	0.71%	2.01%	4.92%	7.42%	10.6%	13.6%	13.6%	12.2%	9.6%	7.0%	4.4%	3.6%	

【虚血性心疾患】



虚血性心疾患	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.70%	2.50%	5.00%	8.5%	11.5%	14.3%	17.2%	17.2%	15.8%	13.3%	10.2%	8.20%	
H29.7	0.96%	2.01%	4.3%	7.9%	10.3%	13.1%	16.3%	16.3%	15.8%	13.3%	10.2%	8.20%	

平成29年度に向けての全体評価（H28までの取り組み）

課題・目標	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ストラテジー (構造)	⑤残っている課題
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 平成29年度目標48% ○特定保健指導実施率 平成29年度目標60% ○健診受診者の検査結果の改善(血圧、血糖、脂質・CDK) ○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3%減少させる。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が目標に達していない ◆特定健診対象者へのアプローチ方法等検討 ◆医療機関の協力等による取り組み <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルからの計画を立案する ◆対象者や方法等の検討 ◆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 <p>医構とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となること、進んでいないのが現状。 ◆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、医療機関とのつながりを進めていく。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○取り組みの改善点 ○特定健診診察の無料化 ①料金の無料化 ②特定健診未受診者に受診券郵送(7,149人) ③健診の受けやすさ(待ち時間の解消と住民、大型検診車駐車場の確保、多様な健診パターンを設置等) <p>医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○10月、2月 医療機関に未受診者への受診勧奨依頼(レセプト確認2,240人) ○特定健診未受診者への訪問 ○H28年9月時点で受診率が低い地区に訪問し受診勧奨実施 <p>・特定健診を無料化にし受診率向上につながってはいるが、まだ周知が不十分である。</p> <p>・医療機関には、治療中の方への受診勧奨を依頼しているが、治療中の方が対象であることを知らない医療機関があり、今後も受診勧奨依頼を実施する必要がある。</p> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防対象者として、血圧、糖尿病、高コレステロール血症・CKDなど訪問の基盤値を決めて優先的に訪問を行う。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。 ・保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に任せられていたり、共通認識十分はかれていない現状がある。 ・継続指導が必要なケースでも継続できず、1回の訪問で終了しているケースが多い。 <p>・対象者の優先順位選定を単年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、個々の数値の変化から優先順位をみていく必要がある。そのため、現在、作成、整理しているCKD台帳、HbA1c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うえでも、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と思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の対策等がみえる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。 <p>医構とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ストッパ補原病対策会議が始まり、少しずつ連携体制の構築がされつつある。 ・未受診者対策を含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状や課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 ・特定健診診察率 ・特定健診結果 ・個々の医療機関へのアプローチ方法 <p>・未受診者実施状況</p> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(訪問)実施状況 <p>医構とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個々の医療機関との連携状況 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況 ○補原病連携手帳の使用状況 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○H29年度目標48%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施後の受診(服薬、検査等)状況 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○経年評価(評価項目ごと)集団、個別両方 ○健診結果の状況(各対象者毎の高値割合(減少状況)) ○重症化予防対象者数(3疾患治療なしの者) <p>医構とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等) 	<p>業務分担制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者対策、重症化予防対策の取り組みが切り離して考えず1人で担当しているが、計画立案、評価実施については、係内での共通認識が図られている。 ○地区担当制もついているが、機能している。 ○重症化予防対策を取り組んでいく上で、栄養士の役割は重要である。今後、栄養指導状況、対象者数等によって、管理栄養士の確保も検討していく。 ○通院業務の時間帯では、アプローチしてもあえない人がいる。不在連絡票等活用しているが、そのままになった人で、さらに重症化してしまっている。 ○業務時間の検討。 ○医師会との会議等の連携は進んできている。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し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>医構とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○試験的の事業等個々の事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく。 	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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検討する。 ○説明会実施 ・個々の医療機関へのアプローチ方法 ・未受診者対策 ○受診料無料化の周知 ・重症化予防対策 ○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の対象者など) ○保健指導後の評価資料の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)

表2

平成29年度の実績評価をふまえ、平成29年度の取り組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

平成29年度課題	①平成28年度残っている課題を踏まえ、やってきた実践事項を振り返りてみる	②アクトポイント(事業実施量)	③アクトカム(結果)	④ストラテジー(構想)	⑤残っている課題
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 平成29年度目標48% ○特定保健指導実施率 平成29年度目標60% ○健康診査結果の改善(血圧・血糖・脂質・ODK) ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病等を減らすことを目標に、平成29年度には平成28年度と比較して3疾患それぞれ3%減少させる。 <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する ◆係内で、評価、計画等共通認識を図る <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が目標に達していない ◆特定健診対象者へのアプローチ方法等検討 ◆医療機関の協力等による取り組み <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆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 ◆訪問や事業の目標、評価等の検討 ◆体制づくり ◆評価指標の検討 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ストップ糖尿病対策会議等で連携の体制は整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となる上進んでいないの現状、未受診者対策、重症化予防事業等それぞれつなごりを進めていく。 	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認、また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○係内にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけではなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診 <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への通知を平成28年度より早く行ってきた。 ・治療中の方への受診勧奨のため、8月受診者レセプトで把握し各医療機関ごとに名簿を作成し平成28年度より早く医療機関へ依頼。 ・未受診者訪問を平成28年度より11月早く開始。 ○未受診者対策を平成28年度より早く行うことで、受診者数の増加が昨年より早く見られ、特定保健指導対象者へのフォローが早く時期から開始できた。 ・未受診者訪問に優先順位をつけ、糖尿病管理台帳のついていない方を優先的に訪問し、糖尿病重症化予防対策につなげることができた。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・PDCAサイクルに基づき計画を立案し、事項や手順書の作成を行う。 ・対象者選定について検討し、またそれに合わせて保健指導内容の検討も行った。 ・糖尿病管理台帳の活用方法について、話し合いを行い経年管理を行うようになり、重症化予防対策の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチしていく。 ・医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳や連絡票を活用していく。 ・医療機関へ個々に訪問し、重症化予防の周知を行う。 ・年度当初に前年度からの課題等を共有し、今年度の計画を確認していくことで、人事異動があったり、担当が変更があったりしても、継続した取り組みとなる。 ・糖尿病管理台帳を活用し、整理していく中で、見えてくる対象者がある。一定の関わりについては決めているが、地区ごとに優先順位をみながらかわかっていく。 ・医療機関との連携は少しずつだが、進めていきかかれば医師との連携の必要性を感じている。 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆個々の医療機関に訪問し、直接説明していく中で先生方の考えを聞く機会となった。直接話をしていくことで少しでも取組を理解していただけた協力いただけた。医療機関が増えいくと実感した。今後取組を継続していくにあたって検討が必要である。 ◆連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を数値にて評価していくようにする。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関へのアプローチ <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への受診勧奨依頼(9月保レセプトより通院状況把握:3,240人) 回数:2回 医療機関:50か所 ○未受診者訪問 <ul style="list-style-type: none"> ・H28年9月時点で受診率が低い地区に訪問 対象者711人(延725人) 不在票387人 不在334人(延348人) <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導等の内容を確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。 ◆医療機関への個別訪問実施 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健康診査の無料化を受診率向上につなげるために周知方法を検討する。 ○特定健診受診率向上のために、既存事業を活用し、治療中で健康診査未受診者への受診を勧めようとするために、治療中の方をレセプトで確認し医療機関に名簿を渡し受診勧奨を行ってもらっているが、今後も継続する。来年度は医療機関への依頼を1か月前より早く行い、協力を得ていく必要がある。 ○糖尿病管理台帳から見えてきた重症化予防対策者へのアプローチを検討する。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わることができる。今年度は糖尿病管理台帳にのっている人を優先的に訪問している。今後、地区ごとの課題も見えてくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要となる。 ○医療連携の一步として、医療機関に重症化予防の取り組みの周知のため個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていくように体制づくりが必要と思われる。 ○連携様式、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>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関との試験的連携は徐々に進んでいる。今後事業を進めていながら医療機関との連携体制と検討していく。 ○医療連携の一步として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携を進めていけるよう体制づくりが必要と思われる。 ○連携様式、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。 	