

第2期 飛驒市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期 飛驒市国民健康保険特定健康診査等実施計画

平成30年度～平成35年度

平成30年3月 飛驒市



目 次

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	4
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	10
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)	24
1.第3期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
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	31
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	50
第6章 計画の評価・見直し	52
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	53
参考資料	54

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

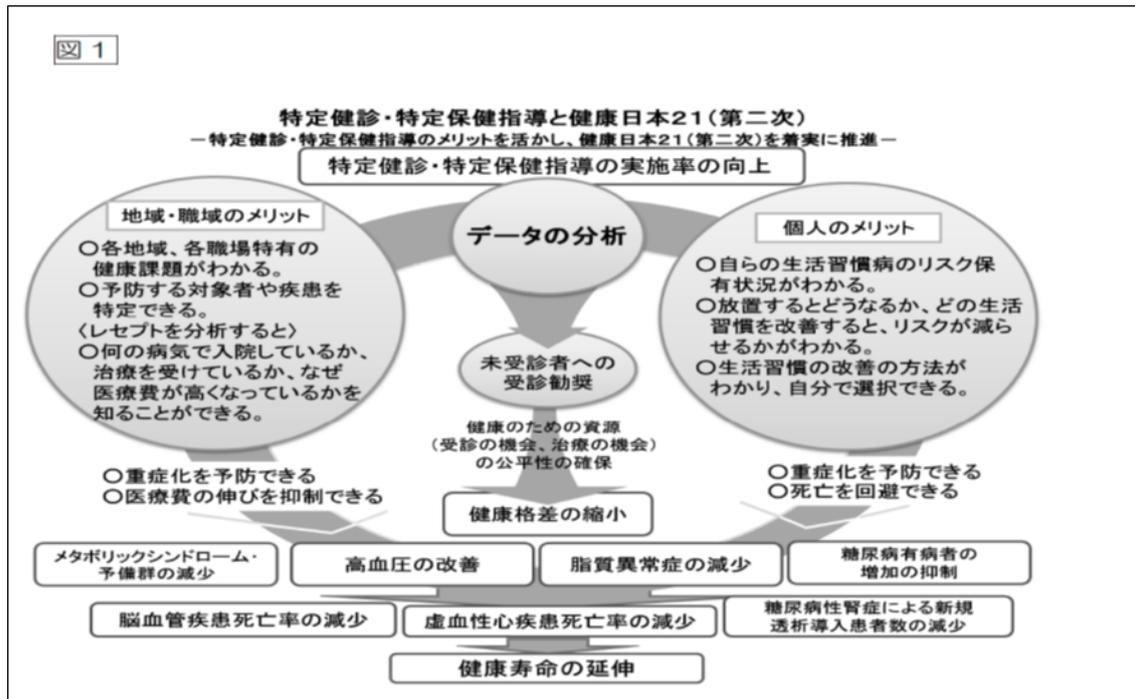
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなった。保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととなった。

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、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

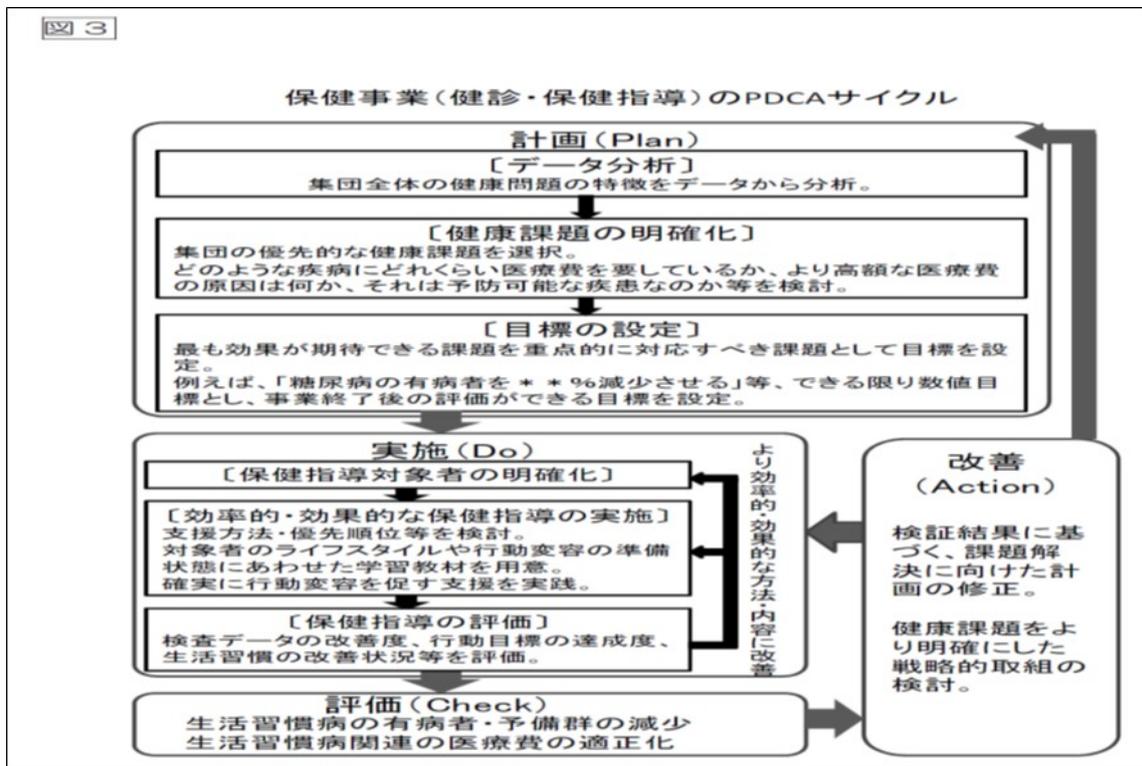
飛騨市においては、保健事業実施指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることとする。

【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が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

飛騨市においては、市民保健課（保険年金係と健康推進係）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は、さまざまな観点から総合的に検討することが必要であるため、他部局と連携し、市が一体となって計画策定及び健康の保持増進事業を進めていく。

特に地域包括ケア課（地域医療係・介護保険係・高齢政策係・社会福祉係・地域包括支援センター）との十分な連携を図り、地域包括ケアの推進に取り組む。

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に、業務の明確化・標準化を図り、実施体制を整える。（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、岐阜県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。

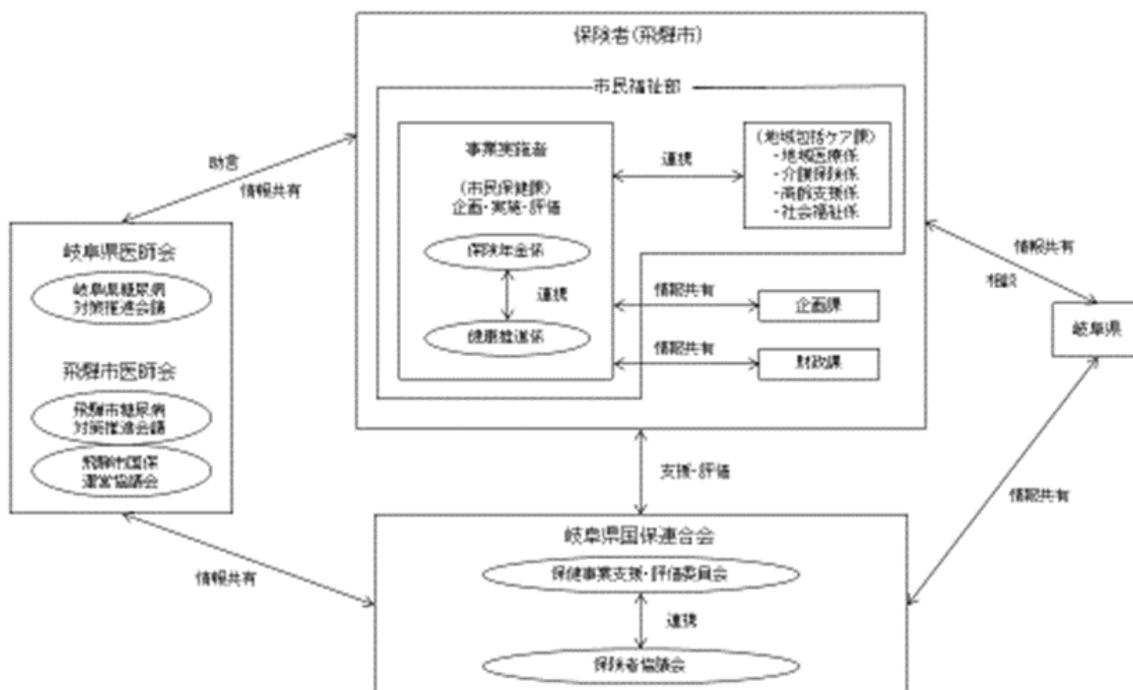
また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、飛騨市は、計画素案について岐阜県国民健康保険室と意見交換を行い、岐阜県との連携に努める。また、保険者等と飛騨市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、岐阜県が岐阜県医師会等との連携を推進することが重要である。国保連と岐阜県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

【図表4】

飛騨市の実施体制図



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て実施している。（平成30年度から本格実施）

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

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 満点
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		405			
総得点(体制構築加点含む)		291			
全国順位(1,741市町村中)		6			
共通 ①	特定健診受診率	20			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適性かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 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

H25年とH28年の経年比較を見ると、死亡の状況は脳血管疾患が減っているが、心臓病、糖尿病、腎不全の割合が増加している。特に腎不全は2倍になっている。また、重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、それに伴う介護給付費の増加がみられた。有病状況としては、糖尿病、がん、認知症を含む精神疾患が増えている。1件あたりの介護給付費をみても、国や県、*同規模保険者（以下「同規模」という）の中で一番多い。

国民健康保険の状況を見ると、65歳から74歳が55%を超えており、かなり高齢化が進んでいることがわかる。

医療費の状況を見ると、一人当たりの医療費の増加が著しく、県内では6番目に高くなっている。（H25年度：24,304円→H28年度：28,005円）

医療費に占める入院費用の割合も増加し、外来費用割合が減少している。入院の費用額はどの疾患も増大しているが、特に腎不全と悪性新生物の費用額が増大している。

特定健診を受けている者と受けていない者では、医療費に差ができており、H25年度より差が大きくなっている。

特定健診の受診率は減少したこともあったが、全ての年度で目標を上回った。健診の状況をみると、メタボ該当者が増えて、予備軍が減少している。有所見のデータの重なりを見ると、血糖・血圧・脂質の3つが重なる者が2.3%から3.5%と増加している。

今後も医療費適正化の観点から、特定健診受診率向上への取組やメタボ該当者への保健指導が重要となる。（参考資料1）

（用語解説）*同規模保険者

全国人口規模区分で飛騨市は同規模区分コード4（市：人口5万人未満）に分類される。同規模保険者として全国に258市が該当する。（平成27年度）

(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、H28年度の介護給付費が増え、同規模平均では、1件当たり介護給付費は減っているのに対し、飛騨市は1件当たり介護給付費が増え、居宅サービスが増えていることがわかる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費(全体)		同規模平均		
		居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	25億8600万	63,724	272,807	67,562	41,726	283,881
H28年度	27億316万	68,687	265,927	66,717	41,744	278,164

②医療費の状況(図表7)

総医療費、入院費が増加している。入院費は1億円以上増加している。

医療費の変化 <H28>

【図表7】

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
1 総医療費(円)	H25年度	19億8257万円			8億3981万円				11億4276万円				
	H28年度	20億1757万円	+3500万円	1.77	-1.49	9億4816万円	+1億835万円	0.13	-1.23	10億6941万円	△7335万円	-6.42	-1.70
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	24,304			10,295				14,009				
	H28年度	28,005	3,701	15.23	8.24	13,161	2,866	27.84	8.51	14,844	835	5.96	8.00

*KDBの一人当たり医療費は、月平均での表示となる

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に係る医療費に占める割合を疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析有)に係る費用が増加している。

【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年度との比較)

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患								(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				糖尿病	高血圧	脂質異常症	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血				狭心症 心筋梗塞
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)										
H25	飛騨市	1,982,577,710	24,304	163位	11位	2.50%	0.21%	2.35%	2.21%	6.08%	7.52%	4.39%	500,980,600	25.27%	12.60%	9.26%	11.27%	
						3.66%	0.13%	2.46%	2.37%	5.83%	5.29%	3.54%	469,612,570	23.28%	13.90%	9.78%	9.76%	
H28	岐阜県	161,013,249,690	25,250	--	--	5.78%	0.36%	2.08%	2.64%	5.90%	5.16%	3.20%	40,436,759,830	25.11%	14.24%	8.67%	8.38%	
						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(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源(調剤含む)」とは、レセプトに記載された疾患名のうち最も費用を要した疾患名

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表9）

虚血性心疾患・脳血管疾患の割合（様式3-5、3-6）は減少しているが、虚血性心疾患や脳血管疾患を起こした人で脂質異常症の割合が大幅に増加している。

全体的に人工透析の割合（様式3-7）は増加しており、人工透析の人で糖尿病の人も増加していることから、糖尿病性腎症重症化予防が必要である。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5633	302	5.4%	55	18.2%	6	2.0%	233	77.2%	115	38.1%	170	56.3%
	64歳以下	2489	62	2.5%	11	17.7%	2	3.2%	45	72.6%	24	38.7%	32	51.6%
	65歳以上	3144	240	7.6%	44	18.3%	4	1.7%	188	78.3%	91	37.9%	138	57.5%
H28	全体	5183	222	4.3%	42	18.9%	5	2.3%	175	78.8%	91	41.0%	156	70.3%
	64歳以下	1878	36	1.9%	3	8.3%	0	0.0%	27	75.0%	11	30.6%	26	72.2%
	65歳以上	3305	186	5.6%	39	21.0%	5	2.7%	148	79.6%	80	43.0%	130	69.9%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5633	301	5.3%	55	18.3%	3	1.0%	239	79.4%	114	37.9%	154	51.2%
	64歳以下	2489	62	2.5%	11	17.7%	1	1.6%	51	82.3%	26	41.9%	31	50.0%
	65歳以上	3144	239	7.6%	44	18.4%	2	0.8%	188	78.7%	88	36.8%	123	51.5%
H28	全体	5183	261	5.0%	42	16.1%	6	2.3%	201	77.0%	90	34.5%	152	58.2%
	64歳以下	1878	33	1.8%	3	9.1%	2	6.1%	23	69.7%	14	42.4%	14	42.4%
	65歳以上	3305	228	6.9%	39	17.1%	4	1.8%	178	78.1%	76	33.3%	138	60.5%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5633	12	0.2%	3	25.0%	6	50.0%	10	83.3%	5	41.7%	3	25.0%
	64歳以下	2489	6	0.2%	1	16.7%	2	33.3%	5	83.3%	3	50.0%	2	33.3%
	65歳以上	3144	6	0.2%	2	33.3%	4	66.7%	5	83.3%	2	33.3%	1	16.7%
H28	全体	5183	15	0.3%	6	40.0%	5	33.3%	13	86.7%	7	46.7%	4	26.7%
	64歳以下	1878	4	0.2%	2	50.0%	1	25.0%	3	75.0%	3	75.0%	0	0.0%
	65歳以上	3305	11	0.3%	4	36.4%	4	36.4%	10	90.9%	4	36.4%	4	36.4%

(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)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者の割合(様式3-2)は増加している。特に64歳以下のインスリン療法が増加している。しかし、人工透析者は増加していることから、治療中断者の状況を確認していく必要がある。高血圧治療者の割合(様式3-3)は減少しているが、高血圧で脂質異常症の人が増加している。65歳以上の人工透析者も増加している。

脂質異常症治療者の割合(様式3-4)は増加している。脂質異常症で糖尿病の人は増加し、高血圧は横ばいとなっている。全体的に虚血性心疾患治療者の割合が減少しているが、64歳以下の脂質異常症治療者で虚血性心疾患は増加しており対策が必要である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標								
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5633	734	13.0%	62	8.4%	515	70.2%	450	61.3%	115	15.7%	114	15.5%	5	0.7%	67	9.1%
	64歳以下	2489	224	9.0%	18	8.0%	146	65.2%	137	61.2%	24	10.7%	26	11.6%	3	1.3%	15	6.7%
	65歳以上	3144	510	16.2%	44	8.6%	369	72.4%	313	61.4%	91	17.8%	88	17.3%	2	0.4%	52	10.2%
H28	全体	5183	700	13.5%	54	7.7%	473	67.6%	454	64.9%	91	13.0%	90	12.9%	7	1.0%	52	7.4%
	64歳以下	1878	158	8.4%	14	8.9%	100	63.3%	106	67.1%	11	7.0%	14	8.9%	3	1.9%	8	5.1%
	65歳以上	3305	542	16.4%	40	7.4%	373	68.8%	348	64.2%	80	14.8%	76	14.0%	4	0.7%	44	8.1%

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5633	1713	30.4%	515	30.1%	880	51.4%	233	13.6%	239	14.0%	10	0.6%
	64歳以下	2489	486	19.5%	146	30.0%	250	51.4%	45	9.3%	51	10.5%	5	1.0%
	65歳以上	3144	1227	39.0%	369	30.1%	630	51.3%	188	15.3%	188	15.3%	5	0.4%
H28	全体	5183	1532	29.6%	473	30.9%	847	55.3%	175	11.4%	201	13.1%	13	0.8%
	64歳以下	1878	316	16.8%	100	31.6%	181	57.3%	27	8.5%	23	7.3%	3	0.9%
	65歳以上	3305	1216	36.8%	373	30.7%	666	54.8%	148	12.2%	178	14.6%	10	0.8%

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5633	1373	24.4%	450	32.8%	880	64.1%	170	12.4%	154	11.2%	3	0.2%
	64歳以下	2489	424	17.0%	137	32.3%	250	59.0%	32	7.5%	31	7.3%	2	0.5%
	65歳以上	3144	949	30.2%	313	33.0%	630	66.4%	138	14.5%	123	13.0%	1	0.1%
H28	全体	5183	1323	25.5%	454	34.3%	847	64.0%	156	11.8%	152	11.5%	4	0.3%
	64歳以下	1878	326	17.4%	106	32.5%	181	55.5%	26	8.0%	14	4.3%	0	0.0%
	65歳以上	3305	997	30.2%	348	34.9%	666	66.8%	130	13.0%	138	13.8%	4	0.4%

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（様式6-2～6-7）を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加していることがわかった。特に64歳以下の男女で異常者が多い。収縮期血圧、尿酸は男女共に増加している。

メタボリックシンドローム予備群（様式6-8）は減少しているが、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が上記項目増加の要因であることが推測される。

【図表11】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23（仮票）

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	295	22.1	400	30.0	321	24.1	244	18.3	125	9.4	336	25.2	652	48.9	345	25.9	562	42.2	343	25.8	598	44.9	20	1.5
	40-64	115	24.8	150	32.3	128	27.6	111	23.9	38	8.2	99	21.3	189	40.5	126	27.2	160	34.5	126	27.2	244	52.6	2	0.4
	65-74	180	20.7	250	28.8	193	22.2	133	15.3	87	10.0	237	27.3	464	53.5	219	25.2	402	46.3	217	25.0	354	40.8	18	2.1
女性	合計	302	24.0	391	31.1	287	22.8	234	18.6	91	7.2	360	28.6	862	68.5	356	28.3	690	54.8	376	29.9	532	42.3	21	1.7
	40-64	99	30.6	110	34.0	93	28.7	85	26.2	23	7.1	76	23.5	196	60.5	100	30.9	127	39.2	115	35.5	164	50.6	2	0.6
	65-74	203	21.7	281	30.1	194	20.8	149	16.0	68	7.3	284	30.4	666	71.3	256	27.4	563	60.3	261	27.9	368	39.4	19	2.0

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	277	15.9	181	10.4	225	12.9	155	8.9	37	2.1	238	13.7	946	54.4	46	2.6	583	33.5	259	14.9	968	55.7	3	0.2
	40-64	79	12.7	49	7.9	72	11.6	61	9.8	7	1.1	62	10.0	289	46.4	16	2.6	149	24.0	98	15.8	357	57.5	1	0.2
	65-74	198	17.7	132	11.8	153	13.7	94	8.4	30	2.7	176	15.8	659	58.9	30	2.7	434	38.9	161	14.4	611	54.7	2	0.2
女性	合計	261	16.3	174	10.9	201	12.5	127	7.9	33	2.1	256	16.0	1,183	73.8	45	2.8	719	44.9	227	14.2	899	55.5	2	0.1
	40-64	77	15.8	44	9.1	54	11.1	46	9.5	8	1.6	41	8.4	317	65.2	11	2.3	146	30.0	83	17.1	257	52.9	0	0.0
	65-74	184	16.5	130	11.6	147	13.2	81	7.3	25	2.2	215	19.3	866	77.6	34	3.0	573	51.3	144	12.9	632	56.6	2	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（仮票）

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		男性	合計	1,332	57.0	51	3.8%	171	12.8%	12	0.9%	117	8.8%	42	3.2%	178	13.4%	19	1.4%	12	0.9%	94	7.1%
40-64	464		52.3	31	6.7%	51	11.0%	4	0.9%	29	6.0%	19	4.1%	68	14.7%	6	1.3%	8	1.7%	37	8.0%	17	3.7%
65-74	868		59.9	20	2.3%	120	13.9%	8	0.9%	89	10.3%	23	2.6%	110	12.7%	13	1.5%	4	0.5%	57	6.6%	36	4.1%
女性	合計	1,258	58.7	42	3.3%	141	11.2%	7	0.6%	109	8.7%	25	2.0%	208	16.5%	42	3.3%	8	0.6%	85	6.8%	73	5.8%
	40-64	324	47.8	16	4.9%	36	11.1%	2	0.6%	20	6.2%	14	4.3%	58	17.9%	6	1.9%	3	0.9%	30	9.3%	19	5.9%
	65-74	934	63.7	26	2.8%	105	11.2%	5	0.5%	89	9.5%	11	1.2%	150	16.1%	36	3.9%	5	0.5%	55	5.9%	54	5.8%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		男性	合計	1,738	64.7	28	1.6%	65	3.7%	0	0.0%	45	2.6%	20	1.2%	88	5.1%	11	0.6%	2	0.1%	58	3.3%
40-64	621		59.3	11	1.8%	21	3.4%	0	0.0%	15	2.4%	6	1.0%	17	2.7%	1	0.2%	1	0.2%	12	1.9%	3	0.5%
65-74	1,117		68.1	17	1.5%	44	3.9%	0	0.0%	30	2.7%	14	1.3%	71	6.4%	10	0.9%	1	0.1%	46	4.1%	14	1.3%
女性	合計	1,602	66.3	25	1.6%	59	3.7%	1	0.1%	44	2.7%	14	0.9%	90	5.6%	12	0.7%	1	0.1%	50	3.1%	27	1.7%
	40-64	486	59.5	16	3.3%	14	2.9%	0	0.0%	12	2.5%	2	0.4%	14	2.9%	1	0.2%	0	0.0%	10	2.1%	3	0.6%
	65-74	1,116	69.8	9	0.8%	45	4.0%	1	0.1%	32	2.9%	12	1.1%	76	6.8%	11	1.0%	1	0.1%	40	3.6%	24	2.2%

③特定健診実施率・特定保健指導実施率（図表12）

特定健診の実施率については、目標の60%以上となっている。H28年度から実施した情報提供事業や個別の未受診者訪問により、特定健診実施率が微増した。同規模自治体（全国の人口5万人以内の259市町村）中では実施率は1位となった。今後も、医療機関と連携して実施率向上に努めることが必要である。

受診勧奨者の医療機関受診率が増加したのは、重症化予防として取り組んだ受診勧奨に成果があったといえる。

特定保健指導実施率が低下している。経年で連続して対象となる者がいることも一つの要因と思われる。重症化を予防していくためには、特定健診実施率の向上と受診者の特定保健指導を確実に実施する取組が重要である。

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	実施者数	実施率	同規模内の順位	対象者数	実施者数	実施率	医療機関受診率	
								市	同規模平均
H25年度	5,023	3,070	61.1	1位	233	219	94	44.4	50.8
H28年度	4,559	2,860	62.7	1位	197	177	89.8	51.5	51.2

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、高血圧症の医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。

しかし、総医療費の増大、介護認定率、慢性腎不全における透析費用の増加、64歳以下の脂質異常症の増加など新たな課題も見えてきた。

さらに、健診の後、病院に受診し治療に繋がったが、その後も継続した治療ができているかが不明なため、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる機会をつくるために、特定健診の実施率向上に取り組むことは、今後も重要な課題である。

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

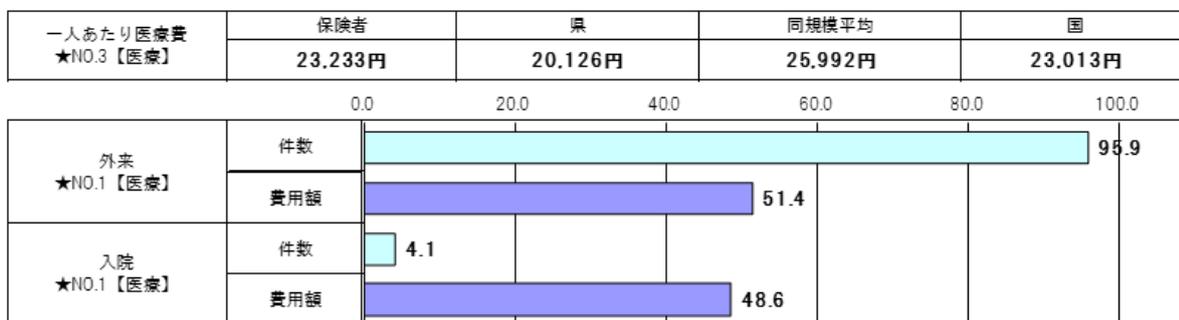
①入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

飛騨市の入院件数は3.3%で、費用額全体の47%を占めている。第1期計画時より一人当たりの費用が増加していることが分かる。重症化予防に取り組み、入院を減らしていくことは、医療費削減の面からも有効である。

【図表13】

< H 2 5 >

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

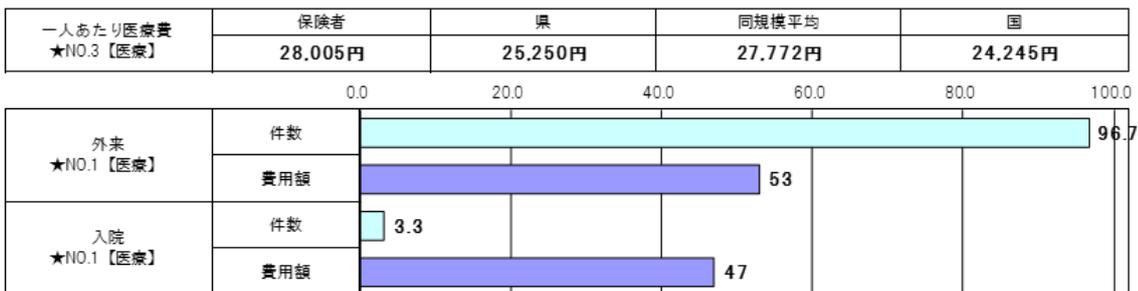


○入院を重症化した結果としてとらえる



< H 2 8 >

1 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80万円以上（H28年度）の高額レセプトは321件である。（様式1-1）をH25年度と比較すると、全体の費用額および、脳血管疾患、虚血性心疾患ともに増加しており、特に虚血性心疾患の増加率が大きい。

6か月以上の長期入院レセプト（様式2-1）477件を分析すると、H25年度より脳血管疾患、虚血性心疾患の割合が増加している。

長期療養する疾患である人工透析（様式2-2）183件を分析すると、H25年度よりH28年度は糖尿病性腎症が件数も割合も増加している。H28年度は85件で全体の46.4%を占める。高血圧で現在治療している人（様式3）は、1,539人いるが、すでに脳血管疾患を発症している人は、201人いる。糖尿病では、706人中90人が脳血管疾患、91人が虚血性心疾患を発症している。また、脂質異常症1,337人中152人が脳血管疾患、156人が虚血性心疾患を発症している。

【図表14】

<H25>

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

H25

厚労省様式	対象レセプト	(H25年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
		件数	費用額					
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数		241件	29件 12.0%	15件 6.2%	--	
		費用額		3億2840万円	3301万円 10.1%	3038万円 9.3%	--	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数		483件	37件 7.7%	12件 2.5%	--	
		費用額		1億9426万円	1966万円 10.1%	987万円 5.1%	--	
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数		153件	27件 17.6%	52件 34.0%	57件 37.3%	
		費用額		6518万円	1239万円 19.0%	2112万円 32.4%	2291万円 35.2%	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	(H25.5月診療分)		3,018人	302人 10.0%	304人 10.1%	68人 2.3%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧		239人 79.1%	234人 77.0%	53人 77.9%	
			糖尿病		115人 38.1%	116人 38.2%	68人 100%	
			脂質異常症		154人 51.0%	170人 55.9%	38人 55.9%	
		高血圧症	糖尿病		1,723人 57.1%	745人 24.7%	1,388人 46.0%	161人 5.3%
		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。



<H28>

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

H28

厚労省様式	対象レセプト	(28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
		件数	費用額					
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数		321件	30件 9.3%	33件 10.3%	--	
		費用額		4億6334万円	3890万円 8.4%	5641万円 12.2%	--	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数		477件	53件 11.1%	15件 3.1%	--	
		費用額		2億1561万円	2476万円 11.5%	1324万円 6.1%	--	
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数		183件	72件 39.3%	62件 33.9%	85件 46.4%	
		費用額		8950万円	3373万円 37.7%	3275万円 36.6%	3778万円 42.2%	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	(H28.5月診療分)		2,753人	261人 9.5%	222人 8.1%	52人 1.9%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧		201人 77.0%	175人 78.8%	39人 75.0%	
			糖尿病		90人 34.5%	91人 41.0%	52人 100%	
			脂質異常症		152人 58.2%	156人 70.3%	36人 69.2%	
		高血圧症	糖尿病		1,539人 55.9%	706人 25.6%	1,337人 48.6%	200人 7.3%
		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）

飛騨市の介護認定率は、64歳未満が0.18%、65～74歳が3.2%、75歳以上になると一気に増加し、30.1%となる

64歳以下の早世を予防する視点で2号被保険者の有病状況をみると、脳卒中が66.7%を占め、基礎疾患に糖尿病等を持つものが70%を超している。

65歳～74歳においても、脳卒中が55.6%を占め、基礎疾患に糖尿病を持つものが、80%を超している。

74歳までの介護認定を減らすためにも、若年からの生活習慣病予防、重症化予防が大切である。

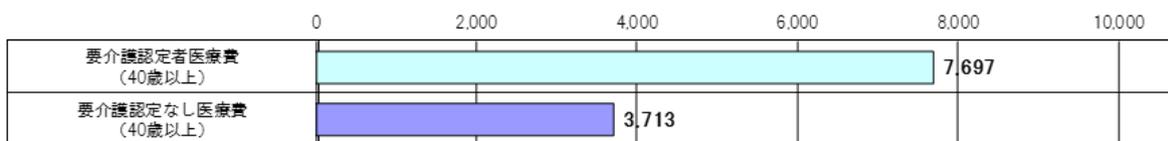
【図表15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計								
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計											
	被保険者数		8,825人	3,984人	4,912人	8,896人			17,721人								
	認定者数		16人	127人	1,477人	1,604人			1,620人								
	認定率		0.18%	3.2%	30.1%	18.0%			9.1%								
	新規認定者数		1人	4人	12人	16人			17人								
介護度別人数	要支援1・2	2	12.5%	36	28.3%	297	20.1%	333	20.8%	335	20.7%						
	要介護1・2	7	43.8%	41	32.3%	540	36.6%	581	36.2%	588	36.3%						
	要介護3～5	7	43.8%	50	39.4%	640	43.3%	690	43.0%	697	43.0%						
要介護 突合状況 ★NO.49	レセプトの 診断名より 重複して計上 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合		
				件数	--	12		90		0		90		102			
		循環器 疾患	1	脳卒中	8	66.7%	脳卒中	50	55.6%	脳卒中	0	0	0	0	脳卒中	58	56.9%
			2	虚血性 心疾患	1	8.3%	虚血性 心疾患	23	25.6%	虚血性 心疾患	0	0	0	0	虚血性 心疾患	24	23.5%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	11	12.2%	腎不全	0	0	0	0	腎不全	11	10.8%
		基礎疾患	糖尿病等	9	75.0%	糖尿病等	79	87.8%	糖尿病等	0	0	0	0	糖尿病等	79	86.3%	
			血管疾患 合計	合計	10	83.3%	合計	82	91.1%	合計	0	0	0	合計	82	90.2%	
		認知症	認知症	3	25.0%	認知症	22	24.4%	認知症	0	0	0	0	認知症	22	24.5%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	7	58.3%	筋骨格系	69	76.7%	筋骨格系	0	0	0	0	筋骨格系	69	74.5%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表16・17)

生活習慣病発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症の危険度が高くなる。

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」においては、高中性脂肪血症、耐糖能異常、高血圧、肥満のうち、3個以上合併した場合の危険率は、正常な人の30倍以上に達するとされている。また、内臓脂肪の蓄積は、脳血管疾患や心血管疾患の危険因子となっている。

内臓脂肪が蓄積していなくても、高血圧・脂質異常・高血糖、高尿酸は、それぞれが血管を傷める要因となるため、健診の結果を改善していくことが必要となる。

血圧、血糖 (HbA1c)、肝機能 (γ -GTP)、尿酸は、県内でも有所見者の割合が多くなっている。(図表16) 特に血圧では、Ⅱ度高血圧が県内で1番高くなっている。HbA1cは5.6%以上で、どの値でも県内では高いほうに位置している。肝機能 (γ -GTP) と尿酸値の有所見の割合が高いのは、地域的に飲酒との関連が考えられるため、生活習慣の改善が必要である。

メタボリックシンドローム該当者、予備軍とも、男性も女性も県内では下位で少ないが、該当者はH25と比較して男女とも、すべての年代で増加している。(参考資料1) (図表17)

男性の該当者は、40~64歳が17.9%と65歳以上に比べてやや高く、若い世代に多い。重なっている項目をみると、血圧+脂質が6.8%が一番多い。40~64歳では9.3%になっている。次に3項目すべてで5.8%となっている。

一方女性の該当者は、40~64歳で2.9%、65~74歳で6.8%と若い年代の約2倍の結果である。重なる項目は、男性と同様であり、血圧+脂質が3.1%が一番多く、3項目すべてで1.7%と男性よりも低くなっている。

健診データのうち、有所見割合の高い項目を性別で見ると、多くの項目で女性より男性の率が高い。また、年代別にみると、男性では40~64歳が65歳以上に比べて有所見割合が高い項目が多い。(BMI・腹囲・中性脂肪・GPT・尿酸・拡張期血圧・LDL-C)

上記の結果から、男性の40~64歳の若い層を重点的に取り組むべき年代とする。40~50歳代の特定健診受診率を向上し、重症化予防に向けて取り組むことが最優先課題といえる。

< H28 > 【図表16】

血圧の異常値の県内の状況														
受診勧奨 (Ⅰ度(軽症)高血圧) (140~159)					受診勧奨 (Ⅱ度(中等症)高血圧) 160~179					受診勧奨 (Ⅲ度(重症)高血圧) 180~				
自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位
土岐市	26.6	1	飛騨市	6.6	1	垂井町	1.5	1	白川村	4.3	1	白川村	5.4	1
海津市	24.2	2	垂井町	5.9	2	羽島市	0.9	2	輪之内町	2.9	2	輪之内町	3.3	2
池田町	23.6	3	海津市	4.9	3	飛騨市	0.9	3	富加町	2.7	3	富加町	3.2	3
瑞浪市	22.8	4	岐南町	4.8	4	岐南町	0.9	4	飛騨市	2.7	4	御嵩町	2.8	4
羽島市	22.8	5	羽島市	4.7	5	神戸町	0.9	5	安八町	2.7	5	関市	2.7	5
垂井町	22.6	6	土岐市	4.7	6	池田町	0.9	6	坂祝町	2.7	6	川辺町	2.6	6
飛騨市	22.1	7	下呂市	4.3	7	恵那市	0.8	7	各務原市	2.6	7	飛騨市	2.5	7
山県市	21.7	8	瑞浪市	4.1	8	海津市	0.8	8	美濃市	2.4	8	美濃市	2.4	8
関市	21.5	9	恵那市	4.1	9	笠松町	0.8	9	羽島市	2.4	9	各務原市	2.4	9
下呂市	21.5	10	七宗町	3.9	10	大垣市	0.7	10	神戸町	2.4	10	安八町	2.4	10

血糖値(HbA1c)の値の県内順位														
HbA1c 5.6~5.9			HbA1c 6.0~6.4			HbA1c 6.5~6.8			HbA1c 6.9~7.3			HbA1c 7.4~		
自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位
関ヶ原町	46.5	1	関ヶ原町	22.7	1	富加町	6.3	1	白川村	3.2	1	白川村	5.4	1
白川村	45.9	2	東白川村	20.8	2	関ヶ原町	5.3	2	輪之内町	2.9	2	輪之内町	3.3	2
高山市	45.1	3	郡上市	20.2	3	山県市	4.9	3	山県市	2.7	3	富加町	3.2	3
飛騨市	43.6	4	白川村	18.9	4	飛騨市	4.7	4	飛騨市	2.7	4	御嵩町	2.8	4
八百津町	42.7	5	飛騨市	17.8	5	郡上市	4.7	5	安八町	2.7	5	関市	2.7	5
川辺町	41.9	6	山県市	17.2	6	輪之内町	4.3	6	坂祝町	2.7	6	川辺町	2.6	6
七宗町	41.0	7	高山市	16.7	7	関市	4.2	7	各務原市	2.6	7	飛騨市	2.5	7
可児市	40.9	8	坂祝町	16.3	8	各務原市	4.0	8	美濃市	2.4	8	美濃市	2.4	8
白川町	40.6	9	美濃市	15.7	9	坂祝町	4.0	9	羽島市	2.4	9	各務原市	2.4	9
郡上市	39.9	10	垂井町	15.6	10	東白川村	4.0	10	神戸町	2.4	10	安八町	2.4	10

γ-GTP(肝機能)の県内順位														
51~100					100~					尿酸値の県内順位				
自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	7.00~7.99			8.00~8.99			9~		
自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位	自治体名	割合	順位
白川村	11.9	1	白川村	5.9	1	高山市	8.8	1	白川村	4.3	1	八百津町	1.5	1
御嵩町	11.2	2	郡上市	4.9	2	御嵩町	8.8	2	白川町	4.2	2	川辺町	1.2	2
飛騨市	10.9	3	土岐市	4.8	3	白川町	8.3	3	御嵩町	4.2	3	白川町	1.2	3
富加町	10.9	4	東白川村	4.7	4	飛騨市	8.2	4	八百津町	4.1	4	御嵩町	1.2	4
郡上市	10.6	5	高山市	4.6	5	下呂市	8.0	5	東白川村	4.0	5	高山市	1.0	5
恵那市	10.4	6	飛騨市	4.6	6	坂祝町	7.9	6	飛騨市	3.5	6	飛騨市	1.0	6
山県市	10.3	7	白川町	4.5	7	八百津町	7.8	7	高山市	3.4	7	安八町	1.0	7
坂祝町	10.3	8	恵那市	4.4	8	白川村	7.6	8	坂祝町	3.1	8	七宗町	1.0	8
八百津町	10.3	9	岐南町	4.4	9	富加町	7.4	9	川辺町	3.0	9	東白川村	1.0	9
高山市	10.0	10	富加町	4.4	10	七宗町	7.1	10	七宗町	2.9	10	瑞浪市	0.9	10

< H28 > 【図表17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)															★NO.24(概観)										
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
男性	合計	1,258	58.7	42	3.3%	141	11.2%	7	0.6%	109	8.7%	25	2.0%	208	16.5%	42	3.3%	8	0.6%	85	6.8%	73	5.8%		
	40-64	324	47.8	16	4.9%	36	11.1%	2	0.6%	20	6.2%	14	4.3%	58	17.9%	6	1.9%	3	0.9%	30	9.3%	19	5.9%		
	65-74	934	63.7	26	2.8%	105	11.2%	5	0.5%	89	9.5%	11	1.2%	150	16.1%	36	3.9%	5	0.5%	55	5.9%	54	5.8%		
女性	合計	1,602	66.3	25	1.6%	59	3.7%	1	0.1%	44	2.7%	14	0.9%	90	5.6%	12	0.7%	1	0.1%	60	3.1%	27	1.7%		
	40-64	486	59.5	16	3.3%	14	2.9%	0	0.0%	12	2.5%	2	0.4%	14	2.9%	1	0.2%	0	0.0%	10	2.1%	3	0.6%		
	65-74	1,116	69.8	9	0.8%	45	4.0%	1	0.1%	32	2.9%	12	1.1%	76	6.8%	11	1.0%	1	0.1%	40	3.5%	24	2.2%		

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7)															★NO.23(概観)										
性別	EM	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン													
	25以上	85以上	160以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上													
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合												
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	15,385	26.6	26,598	45.9	16,979	29.3	9,891	17.1	5,532	9.6	10,977	18.9	30,994	53.5	10,752	18.6	27,691	47.8	12,127	20.9	26,718	46.1	1,216	2.1	
保健者	合計	302	24.0	391	31.1	287	22.8	234	18.6	91	7.2	360	28.6	862	68.8	356	28.3	690	54.9	376	29.9	532	42.3	21	1.7
40-64	99	30.6	110	34.0	93	28.7	85	26.2	23	7.1	76	23.5	196	60.8	100	30.9	127	39.2	115	35.5	164	50.6	2	0.6	
65-74	203	21.7	281	30.1	194	20.8	149	16.0	68	7.3	284	30.4	666	71.3	256	27.4	563	60.3	261	27.9	368	39.4	19	2.0	
女性	EM	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン													
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	13,755	18.1	12,148	16.0	14,520	19.1	5,752	7.6	1,771	2.3	7,982	10.6	40,194	52.9	16,75	2.2	32,481	42.8	9,885	12.8	43,078	56.7	166	0.2	
保健者	合計	261	16.3	174	10.9	201	12.5	127	7.9	33	2.1	256	16.0	1,183	73.8	45	2.8	719	44.9	227	14.2	889	55.5	2	0.1
40-64	77	15.8	44	9.1	54	11.1	46	9.5	8	1.6	41	8.4	317	65.2	11	2.3	145	30.0	83	17.0	257	52.9	0	0.0	
65-74	184	16.5	130	11.6	147	13.2	81	7.3	25	2.2	215	19.3	866	77.6	34	3.0	573	51.3	144	12.9	632	56.6	2	0.2	

県の平均値より高い

*全国については、有所見割合のみ表示

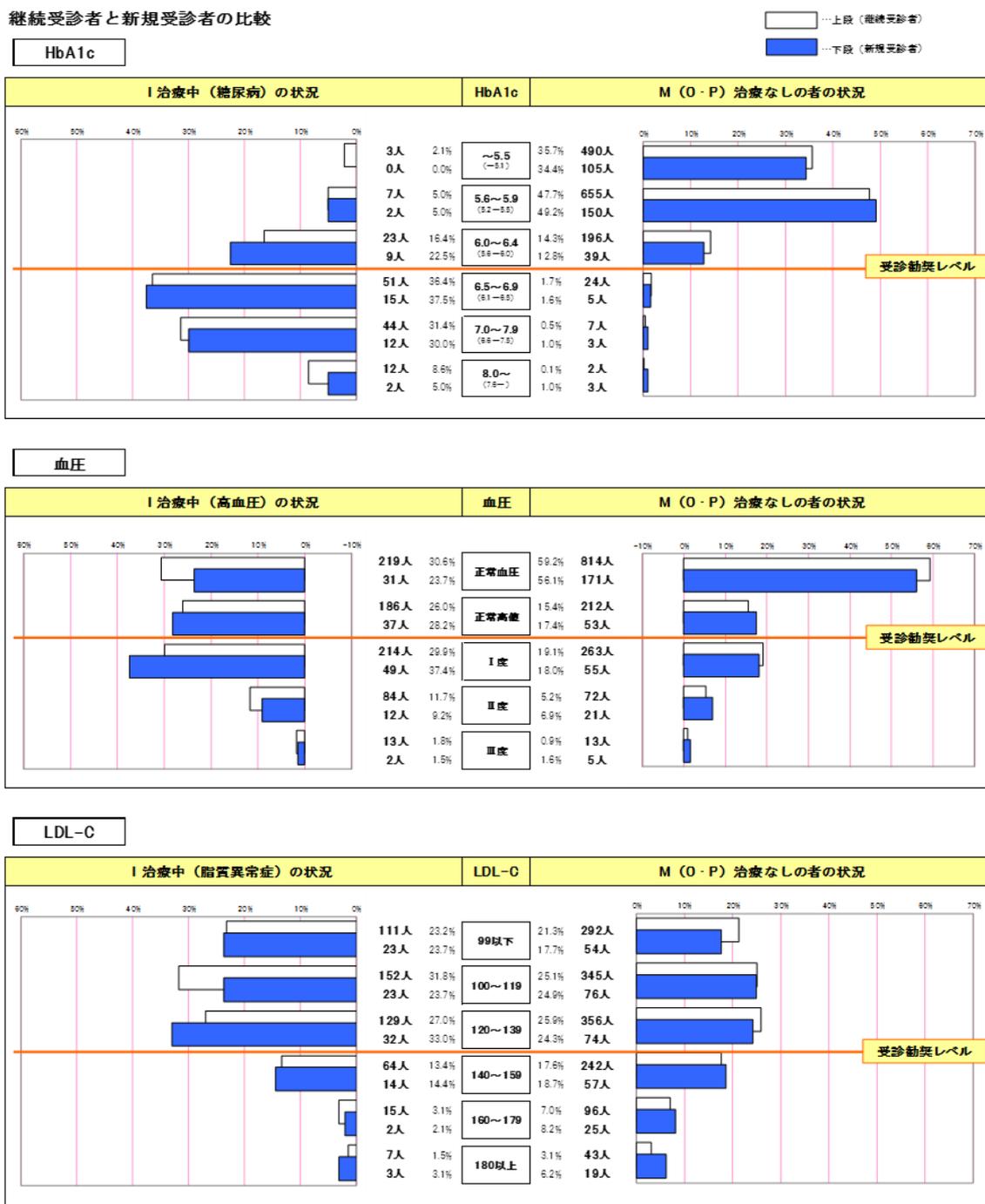
3) 糖尿病、血圧、LDL-cのコントロール状況 (図表18)

継続受診者と新規受診者を比較すると、糖尿病は、継続受診者でもHbA1cのコントロールが十分でない人が多いことから、薬物だけの治療では効果が上がりやすく、薬物治療と生活改善が必要だということがわかる。

高血圧は治療中にも関わらず、I度高血圧の人が多いことが分かる。適正な服薬ができていないかが課題である。

脂質異常症の中にはLDL-Cが180mg/dl以上でも内服治療がない人がいる。どの疾患も生活習慣の改善とともに、確実な内服が必要である。

<H28> 【図表18】



4) 未受診者の把握 (図表19)

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることができる。

また、特定健診の結果、特定保健指導の対象にならないが、生活習慣病の重複するリスクがある者に対しては、積極的に保健指導を実施する必要がある。

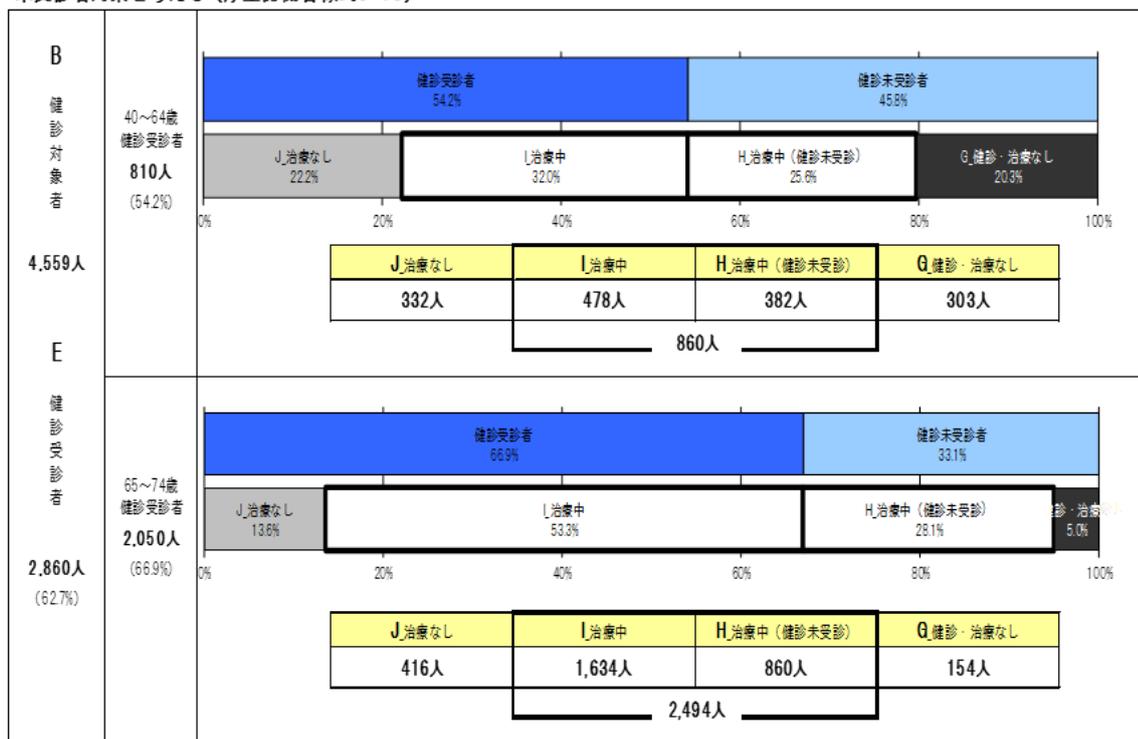
健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者一人当たり医療費は、健診受診者より、13,737円高くなっている。治療にかかる金額から、健診を受診することは医療費適正化の面において有効である。

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、年齢が若い40～64歳の割合が20.3%と高くなっており、特に若年層に対する健診の受診勧奨の取組みが大きな課題となっている。

< H28 > 【図表19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

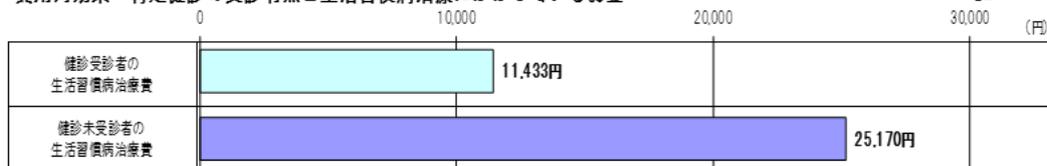
★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、高額な医療費、長期入院、人工透析及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らし、糖尿病性腎症の重症化予防をしていくことを目標とする。H35年度にはH30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ増加させないことを目標にする。また、3年後のH32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時、計画及び評価の見直しをする。

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

飛騨市の医療資源は少なく、専門医も不在の状況である。そのため、重症化して入院するときは遠方に長期間の入院となりやすい。重症化予防、医療費の適正化へつなげるには、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率をH35年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、①血圧、②脂質異常症、③糖尿病、④メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

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

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

また、治療中にも拘らずデータが改善しない疾病として高血圧症と糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であり、併せて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し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、具体的な目標値を参考資料14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3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（H30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診実施率 または結果把握率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率 または結果把握率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3. 対象者

40歳～74歳の飛騨市国民健康保険被保険者

（当該年度において75歳に達する者については、ぎふすこやか健診の対象とする）

4. 特定健診の実施

①実施方法

集団方式：各地域の保健センターや公民館等で実施する。

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、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

③実施期間

冬期に降雪する地域であることを勘案し、5月～12月頃までに実施する。

④個人負担金

特定健診受診券及び国民健康保険被保険者証を持参した者（本人に限る）は、個人負担金を500円とする。

⑤実施項目

⑥医療機関との適切な連携

【図表21】

飛騨市特定健診検査項目

特定健診項目	診察	既往歴	血中脂質検査	中性脂肪
		うち服薬歴		総コレステロール
		うち喫煙歴		HDL-コレステロール
		自覚症状		LDL-コレステロール
		他覚症状		空腹時血糖
	身体計測	身長	腎機能検査	HbA1c (NGSP) ※2
		体重		血清クレアチニン検査※3
		腹囲		尿酸
		BMI		尿糖
	血圧測定※1	収縮期血圧	尿検査	尿蛋白
		拡張期血圧		尿潜血※4
	肝機能検査	AST (GOT)		尿中塩分測定※4
ALT (GPT)				
γ-GTP				
詳細な健診	貧血検査	ヘマトクリット値	心電図※5	
		血色素量	眼底検査※5	
		赤血球数	血清クレアチニン検査	
同時実施	胸部エックス線検査			
会場により同時実施	大腸がん検診			
	胃がん検診			

※1 不規則脈波検出血圧計を使用して計測

※2 HbA1cは、過去1～2か月間の血糖値を反映したものであり、健診前の食事の摂取に影響を受けないことから、市ではHbA1cと血糖値を実施

※3 血清クレアチニン検査は詳細な検診の対象者以外のものに対しても市では全員を対象に実施する

※4 市で全員に実施する

※5 「標準的な健診・保健指導プログラム」に準じて実施する以外に、前年度の特定健診において特定保健指導対象者に実施する

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(情報提供事業)

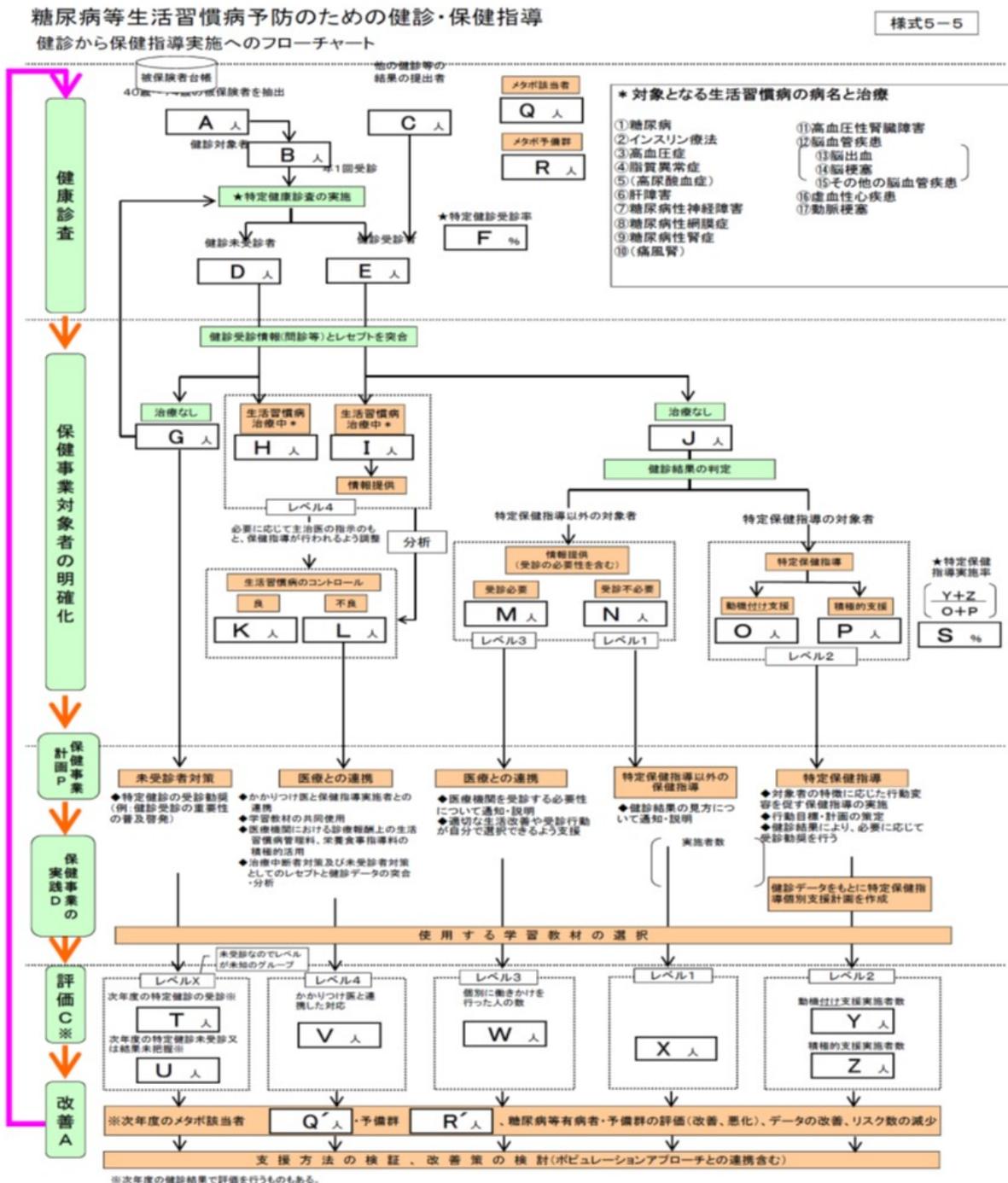
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施、一般衛生部門と共同でおこなう。

①健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



②要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表24）

【図表24】

区分	対象者	平成28年度実績				H29拡大分	H30～H35 の実施予定	
		40～64歳	65～74歳	実施人員				
				実人数	延人数			
階層化により 特定保健指導 になった者 指導	①積極的支援	集団（教室） 又は 個別（訪 問、面接）	/	36人	36人		○	
	②動機付け支援			167人	167人		○	
重症化予防	①Ⅱ度以上高血圧	受診勧奨 保健指導	受診勧奨 保健指導	596人	242人		○	
	②Hb A1c 8.4%以上				46人	7.0以上	○	
	③FBS126以上又はHb A1c6.5%以上（未治療者）				103人		○	
	④LDL-C 180mg/d l 以上				83人		○	
	⑤中性脂肪300mg/d l 以上				57人		○	
	⑥尿蛋白（+）以上				63人	※	○	
	⑦eGFR 50未満（70歳以上は40未満）				68人		○	
	⑧肝機能異常（γG T200以上、GOT100以上、GP T100以上）				54人		○	
	⑨高尿酸異常 UA10以上				9人	UA9以上	○	
	⑩メタボ3項目該当（治療中）				57人		○	
	⑪心電図所見あり（心房細動）				28人		○	
	※その他 データが基準値を外れており保健指導が必要と思われる者				47人		○	
	⑬糖尿病治療中で蛋白（+）又はeGFR60未満						H29拡大	○
	訪問件数						799	1060
情報提供	⑭結果説明会の実施	対象者	実施回数	参加人数	実施率		○	
	A 会場で結果を返し、結果説明会を実施	916人	25回	437人	47.7%		○	
	B 結果を郵送で返し、結果説明会を実施	1,112人	19回	159人	14.3%		○	

※（1+）で尿蛋白/尿中クレアチニン比（0.15以上）にて紹介状あり

6. 個人情報の保護

①基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および飛騨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・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、飛騨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る必要がある。

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

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

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。そのため特定健診実施率、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）及び飛騨市国民健康保険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サイクルに沿って実施する。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	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

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飛騨市国民健康保険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糖尿病治療中断者
- ③糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者

(特定健診の結果から糖尿病治療中であり。以下のいずれかに該当する者)

- ・尿蛋白定性(1+)以上の者
- ・eGFR60ml/分/1.73m²未満の者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが当該年度の健診において、HbA1c(NGSP)7.0%以上の者で、以下のリスク要因を有する者

- ・I度高血圧以上の者
- ・メタボリックシンドローム該当者
- ・LDL-c120mg/dl以上又は、TG300mg/dl以上の者
- ・血清尿酸7.1mg/dl以上の者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取組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。糖尿病性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】

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。

飛騨市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)と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)

飛騨市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は114人(29.6%・F)であった。また40~74歳における糖尿病治療者699人中のうち、特定健診受診者が283人(40.5%・G)であったが、71人(25.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者416人(59.5%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者293人中89人は治療中断であることが分かった。また、204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

図表28より飛騨市における介入方法を以下の通りとする。

介入方法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)・・・114人

糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・160人

〈1〉介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

介入方法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)・・・212人

〈2〉介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

〈3〉医療機関と連携した保健指導

介入方法3

【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・204人

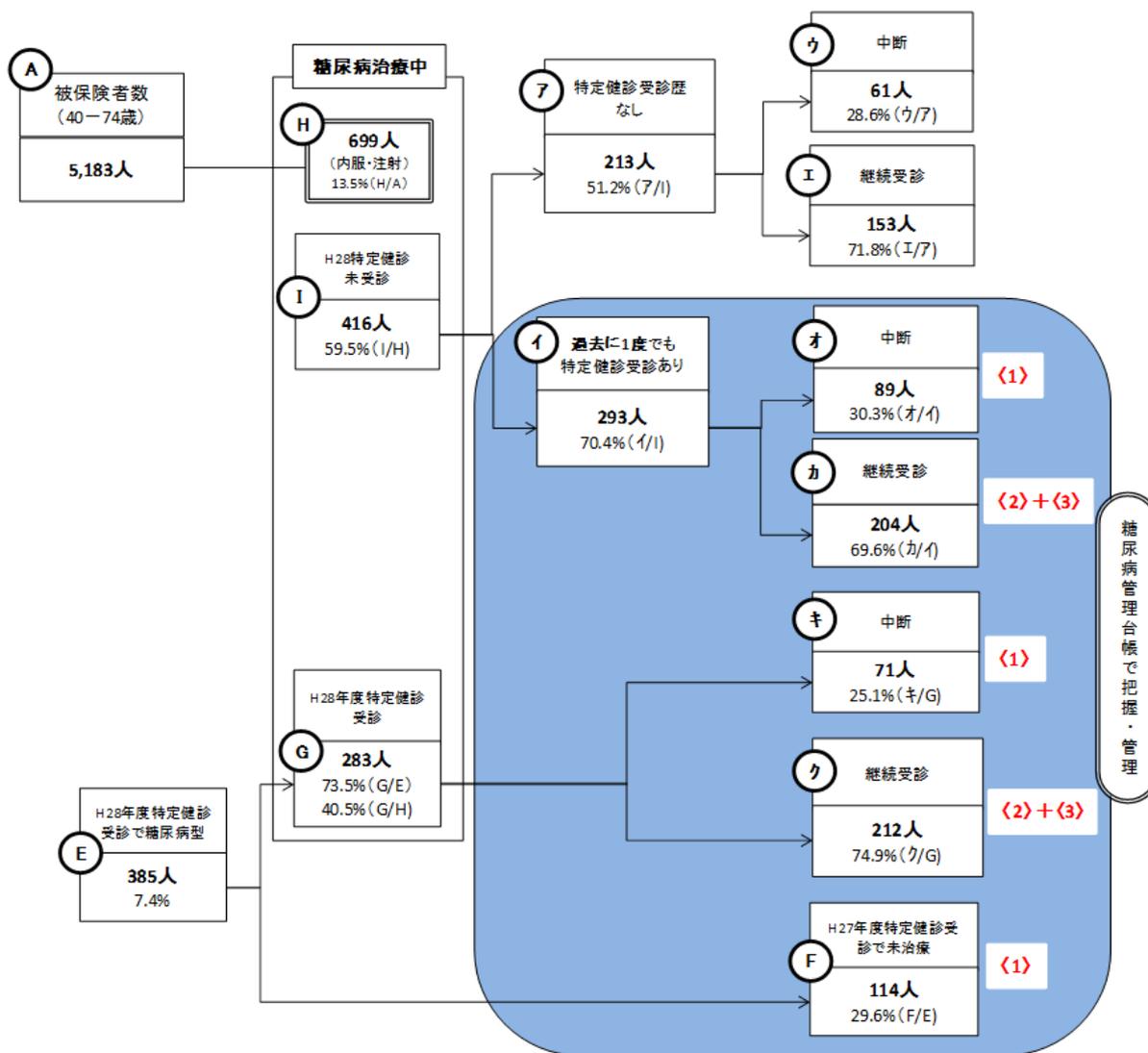
〈2〉介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

〈3〉 医療機関と連携した保健指導

< H28 > 【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】

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

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖値200mg/dl以上も記載する

*当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトで治療状況を確認し情報を記載する

- ・ 特定健診の間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

昨年度のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

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

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

飛騨市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表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> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>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？ <ol 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> <div style="margin-left: 20px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<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> <div style="margin-left: 20px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <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. チアグリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に飛騨市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等を活用し、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飛騨市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて実施する。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²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る。（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る。（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：日本文学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。飛騨市において健診受診者2,857人のうち心電図検査実施者は289人（10.1%）であり、そのうちST所見があったのは11人であった（図表30）。ST所見あり11人中のうち4人は要精査であり、その後の受診状況をみると全員受診していた（図表31）。また要精査には該当しないがST所見ありの7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。

飛騨市の心電図検査は「詳細な健診」の項目として「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」に実施している。

また、飛騨市は同規模自治体と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が少ないが、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前年度の結果特定保健指導の対象者も全員心電図検査を実施している。

心電図検査結果

	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	2857	100	289	10.1	11	3.8	142	49.1	136	47.1

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要検査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
11	100	4	36.4	4	100	0	0

②心電図以外からの把握

心電図検査を実施しない場合、図表32に沿って虚血性心疾患重症化予防対象者を抽出する。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する。

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	2,857	11 0.4%	142 5.0%	136 4.8%	2,568 89.9%	
メタボ該当者	252 8.8%	5 2.0%	28 11.1%	30 11.9%	189 75.0%	
メタボ予備群	210 7.4%	2 1.0%	40 19.0%	30 14.3%	138 65.7%	
メタボなし	2,395 83.8%	4 0.2%	74 3.1%	76 3.2%	2,241 93.6%	
LDL-C	140-159	385 16.1%	0 0.0%	6 1.6%	15 3.9%	364 94.5%
	160-179	141 5.9%	0 0.0%	8 5.7%	5 3.5%	128 90.8%
	180-	63 2.6%	0 0.0%	2 3.2%	3 4.8%	58 92.1%
Non-HDL	190-	256 9.0%	2 0.8%	15 5.9%	21 8.2%	218 85.2%
	170-189	341 11.9%	0 0.0%	13 3.8%	19 5.6%	309 90.6%
CKD	G3aA1~	570 20.0%	3 0.5%	28 4.9%	37 6.5%	502 88.1%

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、対象者が症状を理解し、症状の変化から早期に医療受診をすることが、重症化の予防につながる。そのため、問診が重要である。(図表33)

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

【図表33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

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」とあることから対象者へは二次健診において、頸動脈超音波検査を実施していく。

また、メタボリックシンドロームや内臓脂肪の蓄積により、インスリン抵抗性が生じ、インスリンの過剰分泌が血管内の環境の悪化を招きやすいことから、75g糖負荷試験を実施する。血圧については、虚血性心疾患を惹起する要因に考えられるため、減塩を指導するための指標として尿中塩分測定を実施する。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017）によると糖尿病、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する。

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する。

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する。

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必要がある。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等の情報を活用する。

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う。

(1) 短期的評価

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

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

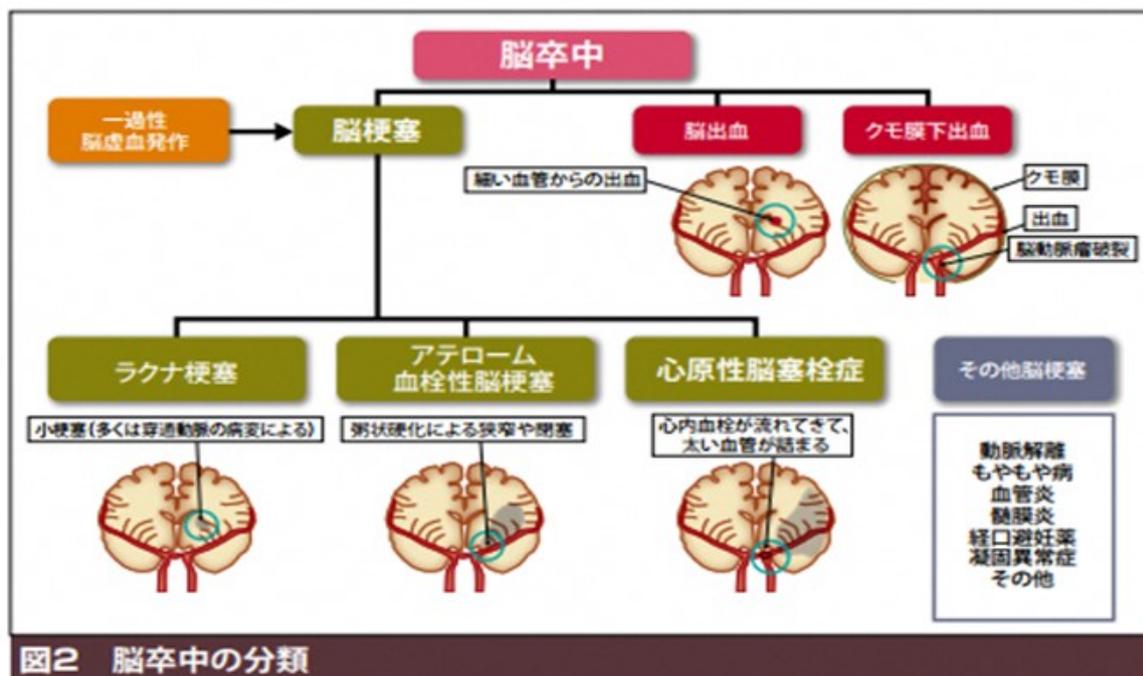
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

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)

【図表34】



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表35】

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては【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。

< H28 > 【図表36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●							○		○				
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●	●				○		○				
	心原性脳梗塞	●					●		○		○				
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細胞		メタボリック シンドローム		慢性腎不全(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c 6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細胞		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 2857人		242	8.5%	158	5.5%	83	2.9%	28	1.0%	252	8.8%	8	0.3%	72	2.5%
治療なし		131	54.1%	88	55.7%	73	88.0%	11	39.3%	40	15.9%	1	12.5%	20	27.8%
治療あり		111	45.9%	70	44.3%	10	12.0%	17	60.7%	212	84.1%	7	87.5%	50	69.4%
臓器障害あり		10	7.6%	8	9.1%	5	6.8%	11	100.0%	9	22.5%	1	100.0%	20	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	2		1		1		0		0		1		20	
	尿蛋白(2+)以上	1		0		0		0		0		1		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1		1		1		0		0		0		20	
	心電図所見あり	8		7		4		11		9		0		1	

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242人(8.5%)であり131人は未治療者であった。また未治療者のうち10人(7.6%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。

また治療中であってもⅡ度高血圧以上である者も111人(45.9%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表37)

< H28 > 【図表37】

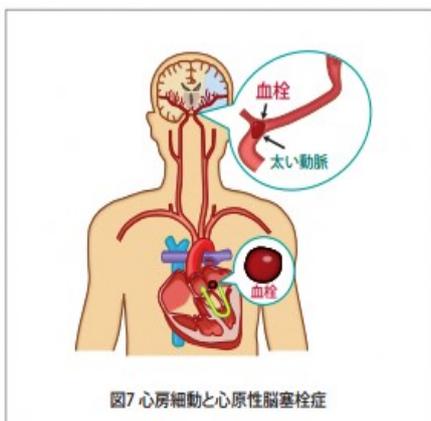
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		血圧に基づいた脳心血管リスク層別化						特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		2,045	697	484	340	390	114	20	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療
リスク第1層	256	144	46	37	21	5	3	21	223	280
リスク第2層	1,086	364	274	162	218	61	7	21	5	3
リスク第3層	703	189	164	141	151	48	10	--	218	68
再発あり	糖尿病	168	29	43	45	36	14	1	--	209
	慢性腎臓病 (CKD)	410	130	91	72	89	25	3	--	--
	3個以上の危険因子	250	60	56	53	54	18	9	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表37は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

高血圧を予防するための減塩指導を実践するため、尿中塩分測定を全数に実施し、生活習慣改善を早期から行うものとする。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

(脳卒中予防の提言より引用)

< H28 > 【図表38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	特定健診受診者		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		男性	女性
	人	人	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1245	1612	185	104	24	1.9	4	0.2	—	—
40歳代	91	104	12	4	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	107	160	12	54	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	662	814	97	35	10	1.5	1	0.1	1.9	0.4
70～74歳	385	534	64	104	14	3.6	3	0.6	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

< H28 > 【図表39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		精密検査結果									
		治療中		要治療		異常なし		その他の診断		6か月後再検	
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
28	100	19	67.9	4	14.3	3	10.7	1	3.6	1	3.6

心電図検査において28人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に70代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。

また28人のうち19人は既に治療が開始されていたが、4人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた治療が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

飛騨市においては、不整脈検知つき血圧計を使用し、特定健診会場において不整脈が現れた人については全数心電図を実施する。

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、保健指導教材や血圧手帳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

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」とあることから対象者へは二次健診において、頸動脈超音波検査を実施していく。

また、メタボリックシンドロームや内臓脂肪の蓄積により、インスリン抵抗性が生じ、インスリンの過剰分泌が血管内の環境の悪化を招きやすいことから、75g糖負荷試験を実施する。

血圧については、虚血性心疾患を惹起する要因に考えられるため、減塩を指導するための指標として尿中塩分測定を実施する。

(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度以上高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。

（参考資料8）

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

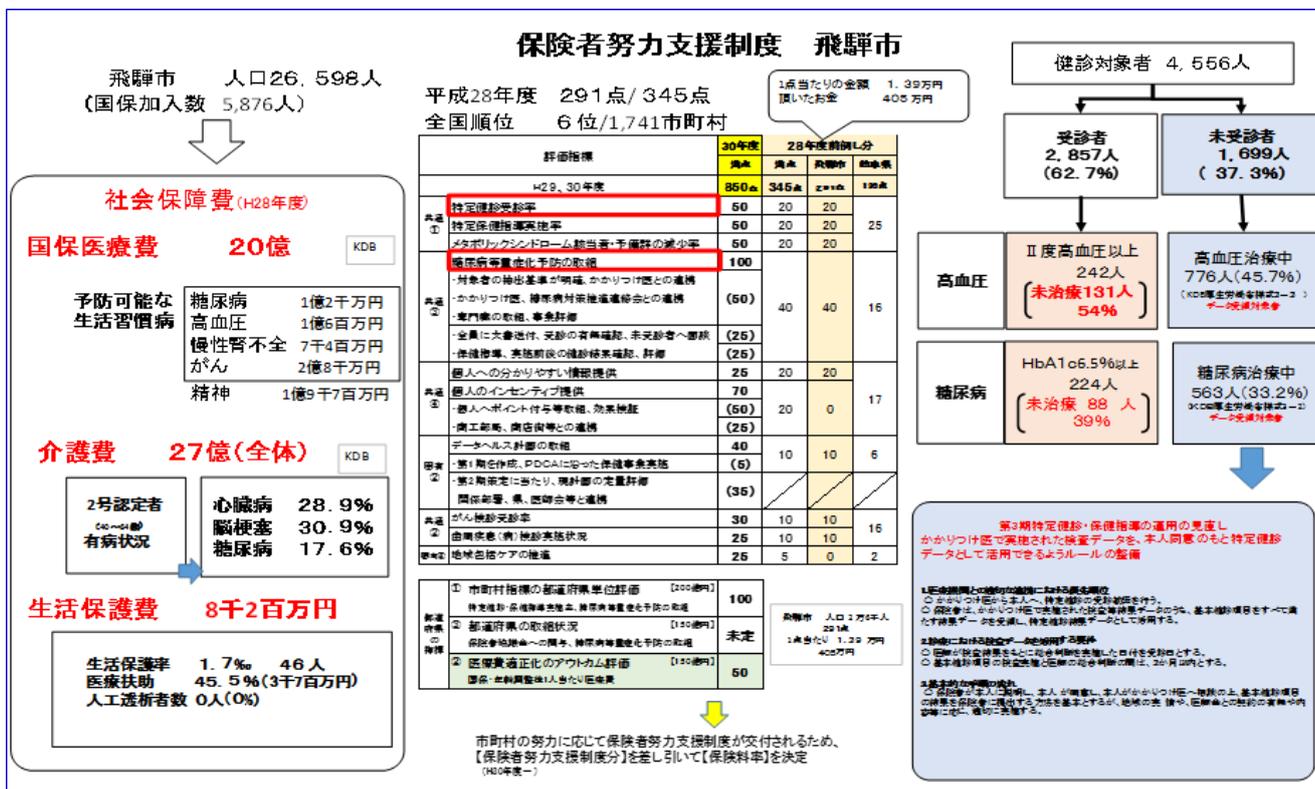
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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）

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）

【図表データ】



【図表41】

医療費は？

	飛騨市	同規模市平均
一人あたりの医療費 (県内順位)	26,260円 17位/42中	27,827円
総件数に占める入院件数の割合	3.2%	3.3%
総医療費に占める入院費の割合	43.0%	42.1%

介護保険を受けている人の病気は？

	脳血管疾患	虚血性心疾患
2号認定者 (40~64歳)	58.3%	8.3%
1号認定者 (65~74歳)	53.8%	19.8%

どんな病気で入院しているのでしょうか？

* 80万円/月を超える医療費の入院の状況

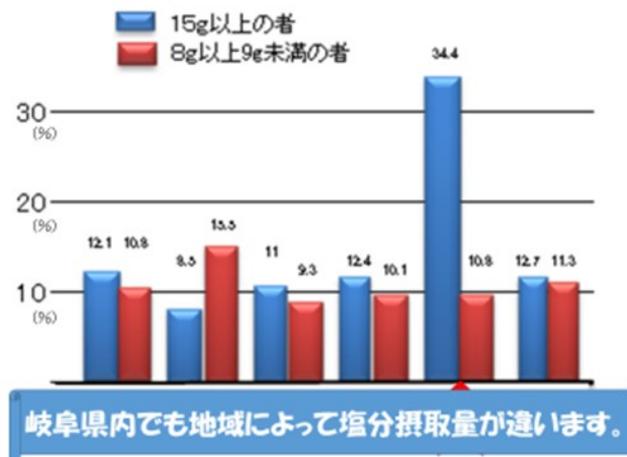
	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	156人	3人 (1.9%)	18人 (11.5%)
件数	248件	6件 (2.4%)	19件 (7.7%)
費用額	3億4,633万円	565万円 (1.6%)	3,289万円 (9.5%)
1件あたり費用額	140万円	94万円	173万円

健診と保健指導の状況は？

	飛騨市	同規模市平均
特定健診受診率 (同規模市内順位)	60.1% 4位/231市中	39.2%
保健指導実施率	90.2%	36.5%

健康な身体は財産です。
特定健診を受けて、自分の身体を科学的にみつめてみましょう。

食塩摂取量の状況(圏域別)



第5章 地域包括ケアに係る取組

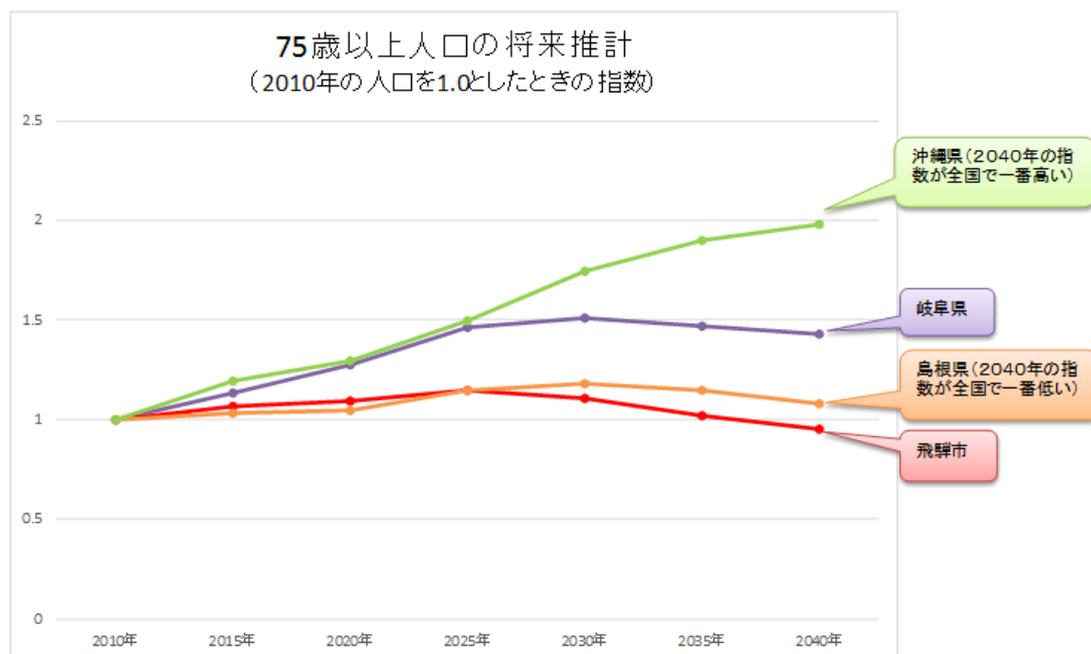
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(H52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

岐阜県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.4とほぼ全国平均である。飛騨市は2025年頃から後期高齢者の指数が下がることがわかる。（図表42）

飛騨市国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況に鑑みれば、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飛騨市国保にとっても非常に重要である。

【図表42】



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」より作成

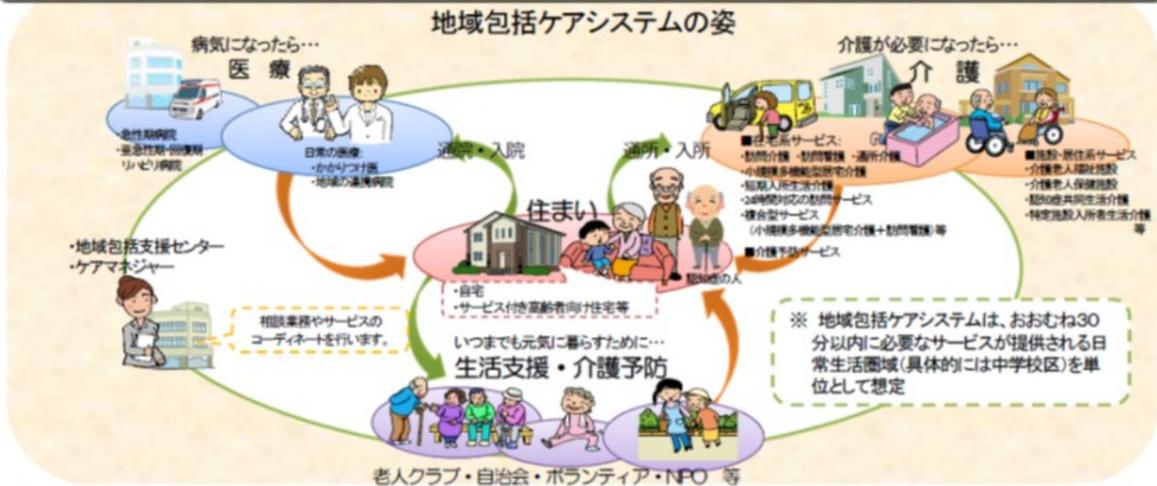
高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。

かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。【図表43】

【図表43】

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



地域包括ケアシステムの捉え方

- 地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を持っていることを図示したものです。
- 地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。
- 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、**高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。**そのような土をきんた土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役割を果たすものと考えられます。



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

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H32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H35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

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
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。特に直ちに取り組み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。（参考資料10～15）

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得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概要版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

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