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、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、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費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化を進めるため、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は、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）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。

七尾市においては、国指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的として本計画を定める。

２．計画の位置付け

第 2 期の計画は、１の目的のため、特定健診等の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用するものとする。

さらに、本計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、石川県健康増進計画や七尾市健康増進計画、石川県医療費適正化計画、介護保険事業計画と整合性を図ったものとする。（図表１・2・3）

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

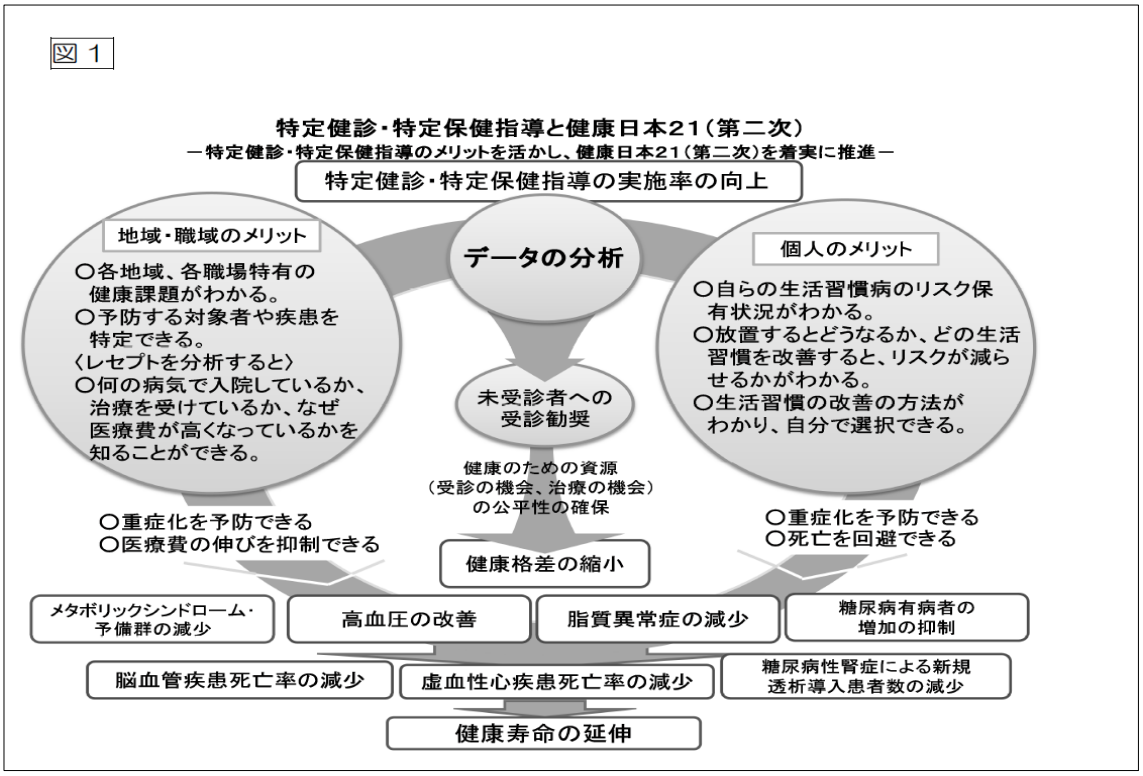
※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、

	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「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の一部改正」
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿性病腎症** 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん
評 価	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数） ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者 ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 （1）生活習慣の状況（特定健診の質問票を参照する） ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 （2） 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 （3）医療費等 ①医療費 ②介護費 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定
その他		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援	

【図表 1】

学校保健法 「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
厚生労働省　老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省　保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針 【全部改正】	厚生労働省　医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
法定　平成30～32年（第7次）	法定　平成30～35年（第3期）	法定　平成30～35年（第7次）
市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの**予防**又は、要介護状態等の軽減もしくは**悪化の防止**を理念としている	**国民皆保険を堅持**し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、**良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保**を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、**地域において切れ目のない医療の提供**を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳　特定疾病	すべて	すべて
	メタボリックシンドローム	
糖尿病性腎症 **糖尿病性神経障害** **糖尿病性網膜症**	**糖尿病**	**糖尿病**
脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋委縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症		がん 精神疾患
①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ③糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定）
	保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携	

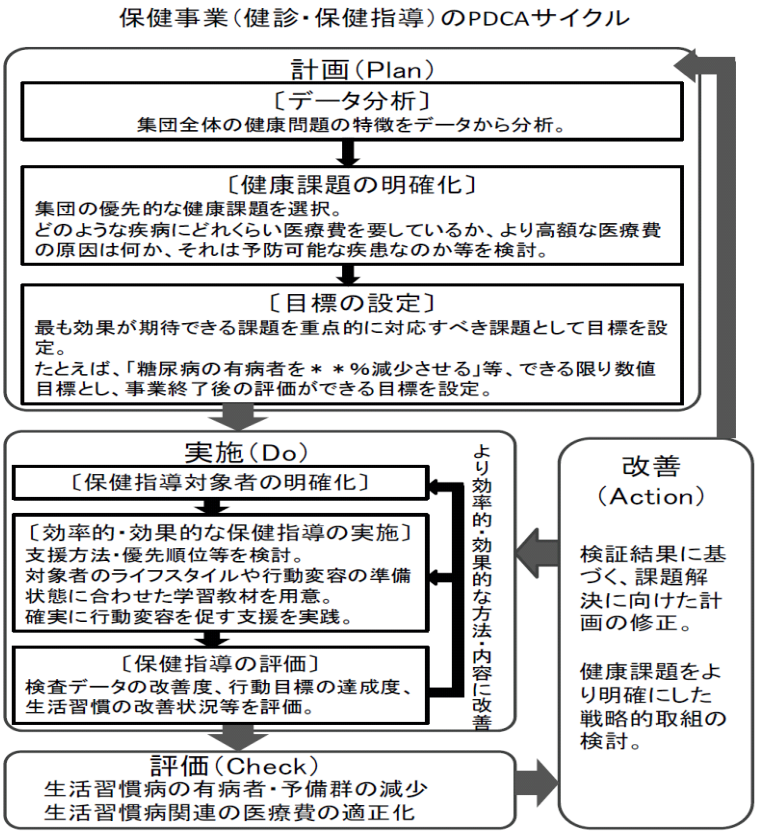
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

図３

【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

本計画の計画期間については、国指針第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」、また、「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」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こととされている。

そこで、石川県における医療費適正化計画と医療計画が平成 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、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．計画策定と実施体制

(1)　計画策定と関係者との連携等

計画は、国民健康保険担当課が主体となり策定する。

ただし、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている健康推進課の保健師等の専門職と連携し計画策定を進めるとともに、進捗管理をしていく。

また、関連する高齢者医療部門、介護保険部門、生活保護部門とともに、連携促進のため市長をはじめとする幹部と計画の進捗状況等を共有する。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の体制を整える。（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・協力が重要となることから、七尾市国保運営協議会や、石川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・評価委員会等を活用していく。

石川県医療費適正化計画との整合性を図る観点から、石川県関係課と意見交換を行い連携に努める。

また、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として七尾市医師会等地域の保健医療関係者との連携を図る。

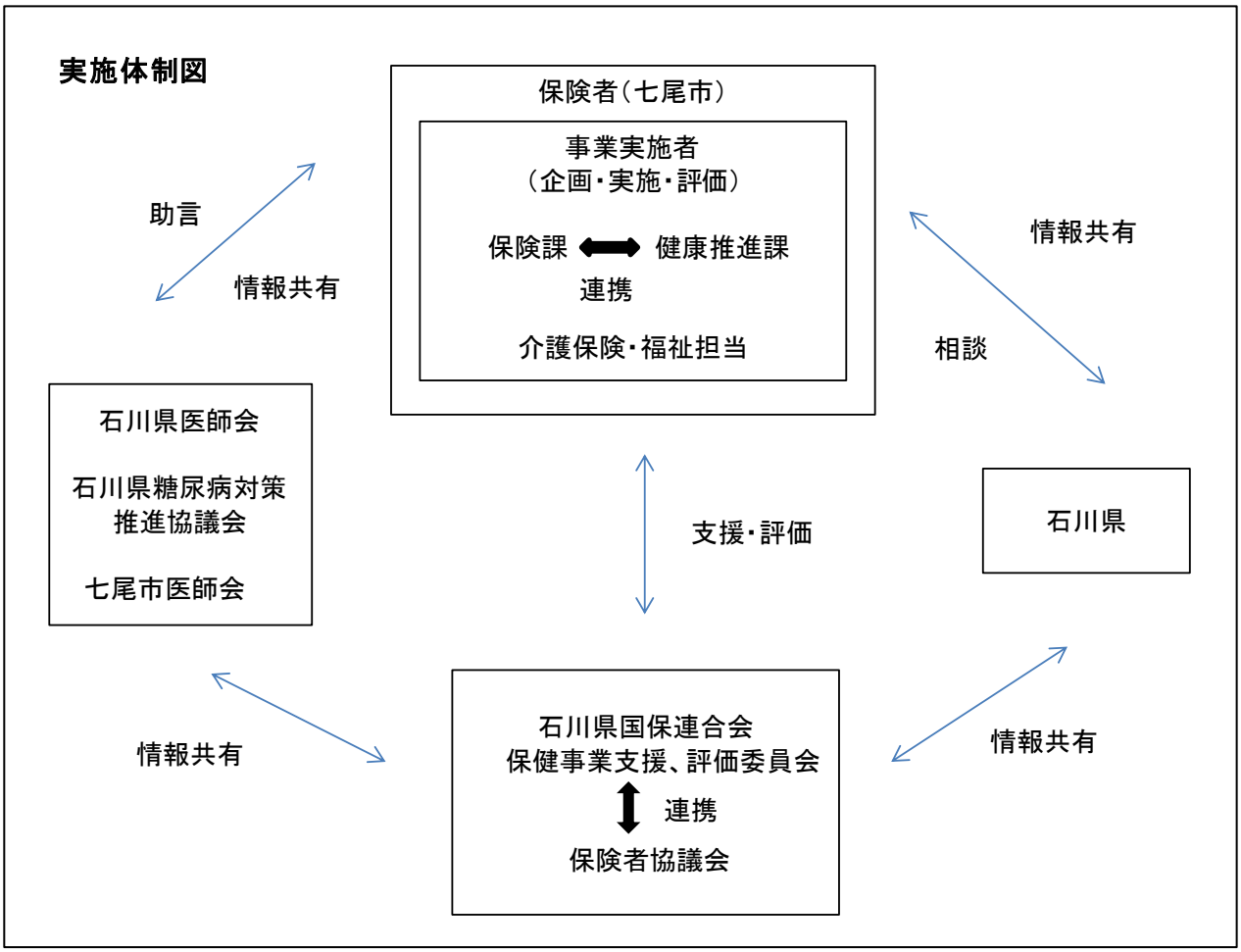
転職や加齢等よる被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等にも努める。

このためには、石川県保険者協議会等を活用することも検討する。

(3)　被保険者の役割

本計画は、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かつ積極的に取組むことが重要である。

【図表 4】



5．保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 （参考）
総得点（満点）		345	580	850	850
交付額（千円）		7,989	12,063	24,448	
七尾市総得点（体制構築点含む）		260	382	561	
全国順位（1,741市町村中）		106位			
共通①	（1）特定健診受診率	15	15	25	50
	（2）特定保健指導実施率	20	20	30	50
	（3）メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	10	10	20	50
共通②	（1）がん検診受診率	0	0	0	30
	（2）歯周疾患（病）検診の実施	10	15	25	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組みの実施状況	40	70	100	100
共通④	（1）個人インセンティブ提供	20	35	55	70
	（2）個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組み	10	25	35	35
共通⑥	（1）後発医薬品の促進	15	25	35	35
	（2）後発医薬品の使用割合	5	10	15	40
固有①	収納率向上に関する取組みの実施状況	0	25	45	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
固有③	医療費通知の取組みの実施状況	0	0	0	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組みの実施状況	5	4	8	25
固有⑤	第三者求償の取組みの実施状況	10	13	15	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			28	50
全体	体制構築加点	70	70	60	60

第２章　第１期計画に係る評価及び考察と第２期計画における健康課題の明確化

１．保険者の特性（参考資料１　厚生労働省様式 6-1）

七尾市の人口は、平成 27 年度国勢調査では 55,325 人、平成 29 年 3 月末で 54,191 人と年々減少傾向である。

図表６から人口構成をみると 65 歳以上（高齢化率）が 34.7%であり、同規模平均、県、国と比較して高齢化が進展している。生産年齢人口は、54.2%で年々減少傾向にある。国保の加入率は 22.2%である。

産業構成をみると第３次産業が 68.7%を占めている。

病院数が８か所、診療所数が 41 か所あり、医療機関には恵まれた環境である。

【図表 6】

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた七尾市の位置

項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元（CSV）
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口	55,325				1,154,008		127,094,745		平成２７年度国勢調査
			65歳以上（高齢化率）	18,940	34.7			317,151	27.9	33,465,441	26.6	
			16～64歳	29,571	54.2			672,515	59.1	76,288,736	60.7	
			15歳未満	6,041	11.1			148,372	13.0	15,886,810	12.6	
	②	産業構成	第1次産業	6.0				3.1		4.0		平成２７年度国勢調査
			第2次産業	25.3				28.5		25.0		
			第3次産業	68.7				68.3		71.0		
	③	平均寿命	男性	79.7		79.6		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	86.6		86.3		86.8		86.4		
	④	健康寿命	男性	65.4		65.3		65.2		65.2		
			女性	66.6		66.8		66.9		66.8		
4	①	国保の状況	被保険者数	12,839		4,516,485		252,481		32,446,129		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			65～74歳	6,351	49.5			117,557	46.6	12,421,239	38.3	
			40～64歳	4,179	32.5			79,204	31.4	10,944,546	33.7	
			39歳以下	2,309	18.0			55,720	22.1	9,080,344	28.0	
			加入率	22.2		24.7		21.9		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	8	0.6	1257	0.3	97	0.4	8,255	0.3	
			診療所数	41	3.2	12,813	2.8	874	3.5	96,727	3.0	
			病床数	1,538	120.4	227,288	50.3	18,468	73.3	1,524,378	46.8	
			医師数	176	13.8	33,690	7.5	3,303	13.1	299,792	9.2	
			外来患者数	644.0		688.2		689.8		668.3		
			入院患者数	25.1		19.8		25.3		18.2		

２．第１期計画に係る評価及び考察

(1) 健康状況

ア 死亡の状況

平成 22 年度、男性の平均寿命は 79.7 歳で平成 12 年より 2.6 歳、女性では 86.6 歳で平成 12 年より 1.8 歳伸びている（図表 7)。

石川県年齢調整死亡率では、男性で肺がんが 6 位、女性では胃がんが 5 位、子宮がんが 8 位と上位に位置しており、県全体でさらなるがん対策が必要である（図表 8)。

平均寿命と65歳未満死亡割合 【図表 7】

	平均寿命（歳）				65歳未満死亡割合（%）			
性別	男性		女性		男性		女性	
年	平成12年	平成22年	平成12年	平成22年	平成12年	平成28年	平成12年	平成28年
石川県	77.96	79.71	85.18	86.75	22.3	12.2	13.3	6.2
全国値	77.71	79.59	84.62	86.35	26.3	13.5	14.9	7.2
順位	16位	18位	10位	11位	33位	29位	22位	28位
七尾市	77.1	79.7	84.8	86.6	18.4（H17年）	11.8（H27年）	8.6（H17年）	5.6（H27年）

資料 人口動態調査、都道府県別生命表、市区町村別生命表（厚生労働省）、衛生統計年報

石川県年齢調整死亡率 【図表 8】

	年齢調整死亡率	虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		閉塞性肺疾患（COPD）		糖尿病	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	42位	26位	32位
女性	石川県	19.5	9.5	39.3	21.9	3.2	3.8	2.7	0.7	4.2	1.9
	全国	21.7	11.8	45.7	21.0	5.7	4.0	2.0	1.1	4.4	2.5
	順位	27位	27位	43位	19位	47位	33位	5位	38位	26位	38位

	年齢調整死亡率	胃がん		肺がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	42.1	22.7	46.9	41.9	22.4	17.8				
	全国	39.1	22.9	46.3	39.2	23.7	21.0				
	順位	13位	24位	22位	6位	28位	40位				
女性	石川県	15.0	10.0	10.4	11.3	13.0	11.2	10.6	11.2	4.6	6.2
	全国	15.3	8.3	12.3	11.1	13.6	12.1	10.7	12.0	5.3	5.6
	順位	29位	5位	38位	15位	27位	29位	16位	27位	35位	8位

資料 人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

イ　介護の状況

当市の１件当たり介護給付費は、H28 年度で 80,405 円とH25 年度から-2,543 円となっている。しかし、同規模平均と比較すると約 2 万円高くなっており、重度な要介護者が多い状態である（図表 9）。

40～64 歳の 2 号認定率は H28 年度 0.22%とH25 年度より減少しているが、循環器疾患の基礎疾患となる糖尿病、高血圧、脂質異常症が 96.7%と高い割合となっており、これら３疾患の重症化予防が介護予防へとつながる（図表 10）。

介護給付費の変化　【図表 9】

年度	七尾市				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件当たり 給付費（全体）	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	60億6,772万円	82,948	44,955	294,235	63,607	40,991	284,046
H28年度	61億1,645万円	80,405	44,251	283,673	61,236	40,245	278,146

資料　KDB市区町村別データ　厚生労働省様式6-1

要介護認定率と要介護認定者の有病状況　【図表 10】

				2号 40～64歳 平成25年度		2号 40～64歳 平成28年度		1号（一部） 65～74歳 平成25年度		1号（一部） 65～74歳 平成28年度	
認定数（人）				58人		46人		301人		299人	
認定率（%）				0.28%		0.22%		3.9%		3.9%	
再）新規認定者数				17人		15人		58人		68人	
介護度別人数	要支援1・2			14人	24.1%	11人	23.9%	65人	21.6%	67人	22.4%
介護度別人数	要介護1・2			22人	37.9%	20人	43.5%	133人	44.2%	112人	37.5%
介護度別人数	要介護3～5			22人	37.9%	15人	32.6%	103人	34.2%	120人	40.1%
再）国保・後期				43人		30人		257人		257人	
有病状況	血管疾患	循環器疾患	脳卒中	23	53.5%	15	50.0%	128	49.8%	128	49.8%
有病状況	血管疾患	循環器疾患	虚血性心疾患	11	25.6%	9	30.0%	86	33.5%	90	35.0%
有病状況	血管疾患	循環器疾患	腎不全	6	14.0%	7	23.3%	26	10.1%	32	12.5%
有病状況	血管疾患	合併症	糖尿病合併症	7	16.3%	7	23.3%	24	9.3%	39	15.2%
有病状況	血管疾患	基礎疾患 高血圧・糖尿病・脂質異常症		34	79.1%	29	96.7%	220	85.6%	225	87.5%
有病状況	血管疾患	血管疾患合計		35	81.4%	29	96.7%	232	90.3%	236	91.8%
有病状況	認知症			7	16.3%	7	23.3%	59	23.0%	75	29.2%
有病状況	筋・骨格疾患			30	69.8%	28	93.3%	199	77.4%	204	79.4%

資料　KDB2次加工ツール　様式6-1関係

ウ　医療の状況

（ア）　医療費の変化

総医療費は、H28 年度で 8,200 万円余り減となっている。しかし、入院の費用額が増加している。また、入院の一人当たり医療費は、H28 年度伸び率 14.1%と同規模の 8.8%より高くなっており、重症化してからの医療機関受診が多いことが伺える。

入院外の医療費では、H25 年度よりH28 年度で 1 億円余り減少し、伸び率も同規模より低く、一人当たり医療費も同規模の伸びより低くなっている。

医療費の変化　　【図表 11】

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	4,924,215,120				2,199,667,450				2,724,547,670			
	H28年度	4,841,602,230	↓ 82,612,890	1.7%	0.3%	2,224,344,360	↑ 24,676,910	1.1%	-0.3%	2,617,257,870	↓ 107,289,800	3.9%	0.7%
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	27,573				12,325				15,248			
	H28年度	30,605	3,032	↑ 11.0%	25.0%	14,061	1,736	↑ 14.1%	8.8%	16,544	1,296	8.5%	9.8%

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる　　資料 KDB2次加工ツール 様式6-1関係、地域全体像の把握

（イ）　受療率の推移

石川県の人口１０万人対の受療率は、入院における虚血性心疾患が全国よりも高く、H23 年で４位、H26 年でも３位と上位に位置しており、虚血性心疾患が石川県全体の健康課題となっている。

【図表 12】

受療率の推移（人口10万対）

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

資料　患者調査※2（厚生労働省）
※1受療率　調査日に人口10万人に対して全国の医療施設で受療した患者数
※2患者調査とは、医療施設を利用する患者について、その傷病の状況等を明らかにすることを目的とした調査。3年ごとに実施。

（ウ） 医療費と介護給付費の変化

石川県は、国保医療費、後期医療費、介護費ともに全国と比べると高額になっており、県全体で、予防可能な生活習慣病の発症及び重症化の予防に努める必要がある。

【図表 13】

医療費と介護費用

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

※1 国民健康保険の実態（国保中央会）
※2 後期高齢者医療事業状況報告（確報） 第2表（厚生労働省）
※3 国保中央会：月別 介護給付費の状況 介護費1年間総額÷65歳以上人口（介護保険第1号被保険者数）
65歳以上人口・・・介護保険事業年報第2表（厚生労働省）

（エ） 高額になる疾患

高額（200 万円以上）になる疾患は、H28 年は 75 人とH25 年より増加し、医療費も増加している。疾患別には、がんが最も多く、人数の 33.3%、200 万円以上医療費の 42.9%を占めている。次いで、虚血性心疾患が人数の 12.0%で、医療費の 10.1%を占めている状況である。

【図表 14】

高額になる疾患

厚労省様式	対象レセプト（H25年度、H28年度）			全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
				H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患（200万円以上レセ）	人数		52人	75人	1人	2人	6人	9人	14人	25人	33人	41人
						1.9%	2.7%	11.5%	12.0%	26.9%	33.3%	63.5%	54.7%
		件数		59件	98件	1件	2件	6件	9件	14件	41件	38件	46件
						1.7%	2.0%	10.2%	9.2%	23.7%	41.8%	64.4%	46.9%
			年代別	40歳未満		0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 29.3%	5 13.2%	7 15.2%
				40代		0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.3%
				50代		0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 22.2%	0 0.0%	4 9.8%	4 10.5%	2 4.3%
				60代		0 0.0%	1 50.0%	4 66.7%	4 44.4%	7 50.0%	14 34.1%	10 26.3%	22 47.8%
				70-74歳		1 100.0%	0 0.0%	2 33.3%	3 33.3%	7 50.0%	11 26.8%	19 50.0%	13 28.3%
		費用額		1億6264万円	2億7293万円	231万円	459万円	1479万円	2751万円	3532万円	1億1707万円	1億1022万円	1億2376万円
						1.4%	1.7%	9.1%	10.1%	21.7%	42.9%	67.8%	45.3%

（オ） 長期入院

長期入院件数全体では 9 人減少し 119 人となっているが、費用額は 4,395 万円(8.1%)増加している。疾患別にみてみると、虚血性心疾患では 98 件とH25 年の 62 件に比べると、1.58 倍に増加、費用額も 2,723 万円（57.1%）増加しており、重症化している。

生活習慣病は予防可能な疾患であることから、長期入院に至る前に、毎年健診を受け、健診結果が「異常なし」となるよう健診結果に応じて生活習慣を見直していくことが重要となる。また、健診結果が「要医療」となれば早期に医療機関を受診し診断を受けるなど、早期発見、早期治療につなげることで、長期入院を防ぐことができる。

【図表 15】

長期入院

厚労省様式	対象レセプト(H25年度、H28年度)		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		精神疾患	
			H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	128人	119人	13人	16人	10人	11人	71人	60人
					10.2%	13.4%	7.8%	9.2%	55.5%	50.4%
		件数	1,087件	1,027件	99件	109件	62件	98件	622件	476件
					9.1%	10.6%	5.7%	9.5%	57.2%	46.3%
		費用額	5億3957万円	5億8352万円	6391万円	6746万円	4767万円	7490万円	2億2405万円	1億7467万円
					11.8%	11.6%	8.8%	12.8%	41.5%	29.9%

（カ） 人工透析患者

人工透析患者数はH28 年で件数が 5 人減って 48 人、費用額は 6,442 万円減の 2 億 9,205 万円になっている。

疾病別では、H28 年で糖尿病性腎症が 62.5%を占めており、糖尿病の重症化を予防することで新規透析導入患者を減らすことができる。また、虚血性心疾患との重なりは 56.3%、脳血管疾患では 27.1%と３つの疾患とも H25 年より増加し、他の疾病も併発し重症化している。

【図表 16】

人工透析患者

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)		全体		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
			H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28
様式3-7 ★NO.19(CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数	53人	↓ 48人	31人	30人	11人	13人	20人	27人
					58.5%	62.5%	20.8%	↑ 27.1%	37.7%	↑ 56.3%
様式2-2 ★NO.12(CSV)		件数	731件	↓ 644件	463件	386件	167件	162件	355件	358件
					63.3%	59.9%	22.8%	25.2%	48.6%	55.6%
		費用額	3億5647万円	2億9205万円	2億2845万円	1億7046万円	7540万円	7836万円	1億7628万円	1億5961万円
					64.1%	58.4%	21.2%	26.8%	49.5%	54.7%

各5月診療分

（キ） 中長期的な目標疾患及び短期的な目標疾患（最大医療資源）

中長期的な目標疾患の腎・脳・心、短期的な目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症、どちらも医療費に占める割合は減少している。しかし同規模、国、県と比較すると、心疾患に係る医療費の割合が高くなっている。短期的な目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症は、同規模とは同等だが、県と比較すると医療費割合が高くなっており、引き続き重点的に取組む必要がある。新生物の医療費が増加しており、がん対策への取組み強化が必要である。

【図表 17】

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				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
					同規模	県内	慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
	H25	七尾市	4,924,215,120	27,592	31位	8位	5.99%	0.60%	2.41%	3.93%	5.95%	6.79%	3.96%	1,447,511,510	29.40%	12.22%	11.58%	7.43%
	H28	七尾市	4,841,602,230	30,605	23位	6位	5.36%	0.17%	2.30%	3.09%	5.70%	4.59%	3.01%	1,173,258,960	24.23%	15.58%	11.31%	6.89%
	H28	同規模	1,426,987,480,160	25,582	--	--	5.41%	0.35%	2.30%	2.01%	5.70%	5.02%	3.00%	339,461,504,830	23.79%	14.18%	9.98%	8.46%
	H28	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
	H28	県	90,801,717,410	29,225	--	--	4.30%	0.35%	2.30%	2.73%	5.43%	4.27%	2.79%	20,135,987,530	22.18%	15.68%	11.25%	8.50%
	H28	石川県後期	142,604,399,280	74,722	--	--	4.92%	0.66%	5.59%	2.81%	3.97%	3.65%	1.63%	33,130,360,110	23.23%	9.46%	3.91%	11.82%

（ｸ） 中長期的な目標疾患

中長期的な目標疾患の虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の人数は、減少傾向にあるが大きくは変わらない。これらの疾患で最も人数が多いのは虚血性心疾患で、Ｈ28年は904人となっている。また人工透析者で、虚血性心疾患を併発している者の割合がＨ25年37.7%からＨ28年56.3%と増加している。中長期的な目標疾患の虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に併発している短期的な目標疾患の３疾患において、最も多い疾患は高血圧であった。

【図表 18】

レセプトからの中長期的な目標疾患の状況

厚労省様式 様式3-5(5月診療分)			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	15,055	944	6.3%	183	19.4%	20	2.1%	775	82.1%	525	55.6%	674	71.4%
	64歳以下	9,079	250	2.8%	43	17.2%	15	6.0%	199	79.6%	135	54.0%	173	69.2%
	65歳以上	5,976	694	11.6%	140	20.2%	5	0.7%	576	83.0%	390	56.2%	501	72.2%
H28	全体	13,561	904	6.7%	184	20.4%	27	3.0%	762	84.3%	538	59.5%	676	74.8%
	64歳以下	7,004	207	3.0%	42	20.3%	21	10.1%	170	82.1%	123	59.4%	147	71.0%
	65歳以上	6,557	697	10.6%	142	20.4%	6	0.9%	592	84.9%	415	59.5%	529	75.9%

厚労省様式 様式3-6(5月診療分)			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	15,055	598	4.0%	183	30.6%	11	1.8%	484	80.9%	342	57.2%	409	68.4%
	64歳以下	9,079	202	2.2%	43	21.3%	8	4.0%	157	77.7%	115	56.9%	133	65.8%
	65歳以上	5,976	396	6.6%	140	35.4%	3	0.8%	327	82.6%	227	57.3%	276	69.7%
H28	全体	13,561	582	4.3%	182	31.3%	13	2.2%	472	81.1%	333	57.2%	401	68.9%
	64歳以下	7,004	155	2.2%	42	27.1%	9	5.8%	124	80.0%	76	49.0%	101	65.2%
	65歳以上	6,557	427	6.5%	140	32.8%	4	0.9%	348	81.5%	257	60.2%	300	70.3%

厚労省様式 様式3-7(5月診療分)			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	15,055	53	0.4%	11	20.8%	20	37.7%	44	83.0%	31	58.5%	28	52.8%
	64歳以下	9,079	43	0.5%	8	18.6%	15	34.9%	38	88.4%	25	58.1%	25	58.1%
	65歳以上	5,976	10	0.2%	3	30.0%	5	50.0%	6	60.0%	6	60.0%	3	30.0%
H28	全体	13,561	48	0.4%	13	27.1%	27	56.3%	45	93.8%	30	62.5%	28	58.3%
	64歳以下	7,004	37	0.5%	9	24.3%	23	62.2%	34	91.9%	22	59.5%	24	64.9%
	65歳以上	6,557	11	0.2%	4	36.4%	4	36.4%	11	100.0%	8	72.7%	4	36.4%

（ケ） 短期的な目標疾患

a　共通リスク

短期的な目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症ともに、H28 年ではその割合が増加している。また、中長期的な目標疾患の糖尿病性腎症の割合がH25 年 78 人 3.6%からH28 年 114 人 5.4%と増加している。

中長期的な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、インスリン療法の割合がH25 年の 6.6%からH28 年 5.9%と減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。

レセプトからの短期的な目標疾患の状況　【図表 19】

厚労省様式 様式3-2(5月診療分)			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	15,055	2,152	14.3%	141	6.6%	1,560	72.5%	1,561	72.5%	526	24.4%	342	15.9%	31	1.4%	78	3.6%
	64歳以下	9,079	787	8.7%	56	7.1%	515	65.4%	562	71.4%	135	17.2%	115	14.6%	25	3.2%	36	4.6%
	65歳以上	5,976	1,365	22.8%	85	6.2%	1,045	76.6%	999	73.2%	391	28.6%	227	16.6%	6	0.4%	42	3.1%
H28	全体	13,561	2,113	↑ 5.6%	125	↓ 5.9%	1,530	72.4%	1,562	73.9%	538	25.5%	333	15.8%	30	1.4%	↑ 114	5.4%
	64歳以下	7,004	592	8.5%	45	7.6%	372	62.8%	421	71.1%	123	20.8%	76	12.8%	22	3.7%	41	6.9%
	65歳以上	6,557	1,521	23.2%	80	5.3%	1,158	76.1%	1,141	75.0%	415	27.3%	257	16.9%	8	0.5%	73	4.8%

厚労省様式 様式3-3(5月診療分)			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	15,055	3,507	23.3%	1,560	44.5%	2,227	63.5%	775	22.1%	484	13.8%	44	1.3%
	64歳以下	9,079	1,167	12.9%	515	44.1%	722	61.9%	199	17.1%	157	13.5%	38	3.3%
	65歳以上	5,976	2,340	39.2%	1,045	44.7%	1,505	64.3%	576	24.6%	327	14.0%	6	0.3%
H28	全体	13,561	3,266	↑ 24.1%	1,530	46.8%	2,100	64.3%	762	23.3%	472	14.5%	45	1.4%
	64歳以下	7,004	805	11.5%	372	46.2%	486	60.4%	170	21.1%	109	13.5%	34	4.2%
	65歳以上	6,557	2,461	37.5%	1,158	47.1%	1,614	65.6%	592	24.1%	363	14.8%	11	0.4%

厚労省様式 様式3-4(5月診療分)			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	15,055	3,006	20.0%	1,561	51.9%	2,227	74.1%	674	22.4%	409	13.6%	28	0.9%
	64歳以下	9,079	1,081	11.9%	562	52.0%	722	66.8%	173	16.0%	133	12.3%	25	2.3%
	65歳以上	5,976	1,925	32.2%	999	51.9%	1,505	78.2%	501	26.0%	276	14.3%	3	0.2%
H28	全体	13,561	2,865	↑ 21.1%	1,562	54.5%	2,100	73.3%	676	23.6%	401	14.0%	28	1.0%
	64歳以下	7,004	740	10.6%	421	56.9%	486	65.7%	147	19.9%	101	13.6%	24	3.2%
	65歳以上	6,557	2,125	32.4%	1,141	53.7%	1,614	76.0%	529	24.9%	300	14.1%	4	0.2%

エ　健診の状況

（ア）　健診の有所見割合、メタボリックシンドロームの状況

健診の有所見割合で男性では BMI、腹囲、HbA1c、収縮期血圧で有所見割合が高くなっている。女性では、BMI、腹囲、中性脂肪、HbA1c、収縮期血圧で有所見割合が高くなっている（図表 20）。男女ともに動脈硬化のリスクを減らすための対策が重要になる。

男性のメタボ予備軍で「高血糖」「脂質異常症」が、女性のメタボ予備軍では「脂質異常症」、メタボ該当者では男女とも「3 項目全て」が増加している（図表 21）。

【図表 20】

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（帳票）

	男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全国	29.7		48.5		28.1		20.1		9.1		26.7		50.6		12.1		49.5		24.1		49.0		1.4	
H25	県	9,823	28.6	16,975	49.5	9,785	28.5	6,756	19.7	4,096	11.9	7,637	22.3	19,986	58.3	6,412	18.7	15,921	46.4	7,320	21.3	14,496	42.3	659	1.9
H25 保険者	合計	734	33.9	1,126	52.0	571	26.4	425	19.6	281	13.0	425	19.6	1,370	63.3	357	16.5	1,060	48.9	511	23.6	853	39.4	44	2.0
H25 保険者	40-64	262	36.3	379	52.5	235	32.5	196	27.1	97	13.4	139	19.3	422	58.4	142	19.7	322	44.6	229	31.7	325	45.0	8	1.1
H25 保険者	65-74	472	32.7	747	51.7	336	23.3	229	15.9	184	12.7	286	19.8	948	65.7	215	14.9	738	51.1	282	19.5	528	36.6	36	2.5
H28	全国	30.3		50.0		28.2		20.3		8.8		27.5		55.6		13.9		49.0		23.9		47.0		1.8	
H28	県	9,889	30.0	17,136	52.0	9,629	29.2	6,601	20.0	3,746	11.4	7,711	23.4	21,324	64.7	5,827	17.7	15,719	47.7	7,013	21.3	13,529	41.0	765	2.3
H28 保険者	合計	648	33.2	1,027	52.7	554	28.4	388	19.9	233	11.9	327	16.8	1,361	69.8	326	16.7	976	50.1	405	20.8	747	38.3	47	2.4
H28 保険者	40-64	177	34.6	263	51.4	171	33.4	145	28.3	72	14.1	92	18.0	331	64.6	116	22.7	191	37.3	133	26.0	237	46.3	10	2.0
H28 保険者	65-74	471	32.8	764	53.1	383	26.6	243	16.9	161	11.2	235	16.3	1,030	71.6	210	14.6	785	54.6	272	18.9	510	35.5	37	2.6

	女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全国	20.8		17.5		16.6		8.7		2.1		15.9		50.4		1.5		43.1		14.5		59.1		0.2	
H25	県	9,974	20.4	9,084	18.6	9,500	19.5	4,406	9.0	1,522	3.1	5,711	11.7	28,287	57.9	1,094	2.2	19,384	39.7	6,520	13.3	25,904	53.0	110	0.2
H25 保険者	合計	679	24.6	562	20.4	552	20.0	234	8.5	104	3.8	295	10.7	1,772	64.3	64	2.3	1,120	40.7	394	14.3	1,413	51.3	5	0.2
H25 保険者	40-64	234	23.7	187	18.9	194	19.7	83	8.4	24	2.4	95	9.6	586	59.4	21	2.1	317	32.1	172	17.4	534	54.1	1	0.1
H25 保険者	65-74	445	25.2	375	21.2	358	20.2	151	8.5	80	4.5	200	11.3	1,186	67.1	43	2.4	803	45.4	222	12.6	879	49.7	4	0.2
H28	全国	20.4		17.3		16.4		8.7		1.9		16.5		55.2		1.8		42.6		14.3		56.9		0.2	
H28	県	9,864	20.9	9,059	19.2	9,135	19.3	4,248	9.0	1,284	2.7	5,976	12.6	30,327	64.2	1,117	2.4	19,330	40.9	6,022	12.7	23,866	50.5	128	0.3
H28 保険者	合計	665	25.8	532	20.7	573	22.3	224	8.7	77	3.0	283	11.0	1,818	70.7	48	1.9	1,086	42.2	352	13.7	1,226	47.6	4	0.2
H28 保険者	40-64	171	23.9	157	21.9	159	22.2	62	8.7	21	2.9	73	10.2	458	64.0	15	2.1	217	30.3	117	16.3	363	50.7	1	0.1
H28 保険者	65-74	494	26.6	375	20.2	414	22.3	162	8.7	56	3.0	210	11.3	1,360	73.2	33	1.8	869	46.8	235	12.7	863	46.5	3	0.2

＊全国については、有所見割合のみ表示

【図表 21】

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

	男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		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
H25 保険者	合計	2,166	40.5	87	4.0%	366	16.9%	21	1.0%	275	12.7%	70	3.2%	673	31.1%	94	4.3%	43	2.0%	306	14.1%	230	10.6%
H25 保険者	40-64	722	29.0	40	5.5%	118	16.3%	6	0.8%	78	10.8%	34	4.7%	221	30.6%	26	3.6%	20	2.8%	112	15.5%	63	8.7%
H25 保険者	65-74	1,444	50.4	47	3.3%	248	17.2%	15	1.0%	197	13.6%	36	2.5%	452	31.3%	68	4.7%	23	1.6%	194	13.4%	167	11.6%
H28 保険者	合計	1,950	41.3	94	4.8%	313	16.1%	29	1.5%	211	10.8%	73	3.7%	620	31.8%	88	4.5%	38	1.9%	280	14.4%	214	11.0%
H28 保険者	40-64	512	27.5	39	7.6%	89	17.4%	7	1.4%	49	9.6%	33	6.4%	135	26.4%	11	2.1%	9	1.8%	70	13.7%	45	8.8%
H28 保険者	65-74	1,438	50.2	55	3.8%	224	15.6%	22	1.5%	162	11.3%	40	2.8%	485	33.7%	77	5.4%	29	2.0%	210	14.6%	169	11.8%

	女性	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
H25 保険者	合計	2,755	49.8	54	2.0%	154	5.6%	10	0.4%	98	3.6%	46	1.7%	354	12.8%	33	1.2%	29	1.1%	182	6.6%	110	4.0%
H25 保険者	40-64	987	41.9	37	3.7%	59	6.0%	6	0.6%	34	3.4%	19	1.9%	91	9.2%	9	0.9%	8	0.8%	38	3.9%	36	3.6%
H25 保険者	65-74	1,768	55.7	17	1.0%	95	5.4%	4	0.2%	64	3.6%	27	1.5%	263	14.9%	24	1.4%	21	1.2%	144	8.1%	74	4.2%
H28 保険者	合計	2,573	51.5	45	1.7%	148	5.8%	5	0.2%	91	3.5%	52	2.0%	339	13.2%	39	1.5%	29	1.1%	160	6.2%	111	4.3%
H28 保険者	40-64	716	40.5	19	2.7%	59	8.2%	4	0.6%	32	4.5%	23	3.2%	79	11.0%	11	1.5%	15	2.1%	32	4.5%	21	2.9%
H28 保険者	65-74	1,857	57.5	26	1.4%	89	4.8%	1	0.1%	59	3.2%	29	1.6%	260	14.0%	28	1.5%	14	0.8%	128	6.9%	90	4.8%

（イ）　血圧、血糖、LDL コレステロールのコントロール状況

「治療なし」をみると、糖尿病では 7.4 以上が減少、高血圧ではⅡ度高血圧が減少、脂質異常では LDL160 以上が減少している。これら３疾患を減らすことが、血管内皮障害を防ぎ、中長期的な目標である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析を予防することにつながる。今後も治療なしの受診勧奨判定値の方をしっかり医療につなげていくことが重要である。

【図表 22】

糖尿病　治療と未治療の状況

上段：NGSP値
下段：JDS値

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病 合併症予防のための目標		糖尿病 最低限達成が望ましい目標		糖尿病 合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下 (5.1以下)		5.6～5.9 (5.2～5.5)		6.0～6.4 (5.6～6.0)		6.5～6.9 (6.1～6.5)		7.0～7.9 (6.6～7.5)		8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0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
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H24	482	9.8%	12	2.5%	52	10.8%	127	26.3%	154	32.0%	99	20.5%	38	7.9%	81	16.8%	21	4.4%
	H25	482	9.9%	22	4.6%	47	9.8%	119	24.7%	129	26.8%	128	26.6%	37	7.7%	100	20.7%	21	4.4%
	H26	508	10.4%	10	2.0%	41	8.1%	134	26.4%	143	28.1%	132	26.0%	48	9.4%	105	20.7%	28	5.5%
	H27	514	10.8%	6	1.2%	44	8.6%	123	23.9%	159	30.9%	137	26.7%	45	8.8%	98	19.1%	26	5.1%
	H28	469	10.5%	8	1.7%	31	6.6%	123	26.2%	143	30.5%	125	26.7%	39	8.3%	88	18.8%	19	4.1%
治療なし	H24	4,420	90.2%	1,674	37.9%	1,799	40.7%	743	16.8%	130	2.9%	54	1.2%	20	0.5%	42	1.0%	16	0.4%
	H25	4,388	90.1%	1,708	38.9%	1,777	40.5%	706	16.1%	137	3.1%	43	1.0%	17	0.4%	39	0.9%	12	0.3%
	H26	4,375	89.6%	1,598	36.5%	1,782	40.7%	798	18.2%	133	3.0%	43	1.0%	21	0.5%	36	0.8%	18	0.4%
	H27	4,248	89.2%	1,459	34.3%	1,782	41.9%	817	19.2%	135	3.2%	44	1.0%	11	0.3%	21	0.5%	9	0.2%
	H28	4,001	89.5%	1,305	32.6%	1,681	42.0%	828	20.7%	135	3.4%	42	1.0%	10	0.2%	21	0.5%	9	0.2%

高血圧　治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	1,864	37.7%	788	42.3%	477	25.6%	507	27.2%	78	4.2%	14	0.8%
	H25	1,937	39.5%	875	45.2%	481	24.8%	495	25.6%	75	3.9%	11	0.6%
	H26	1,944	39.6%	863	44.4%	487	25.1%	512	26.3%	75	3.9%	7	0.4%
	H27	1,863	39.0%	775	41.6%	479	25.7%	503	27.0%	94	5.0%	12	0.6%
	H28	1,755	39.1%	677	38.6%	478	27.2%	525	29.9%	69	3.9%	6	0.3%
治療なし	H24	3,079	62.3%	1,811	58.8%	558	18.1%	558	18.1%	126	4.1%	26	0.8%
	H25	2,971	60.5%	1,719	57.9%	563	18.9%	539	18.1%	133	4.5%	17	0.6%
	H26	2,965	60.4%	1,789	60.3%	550	18.5%	493	16.6%	113	3.8%	20	0.7%
	H27	2,911	61.0%	1,734	59.6%	489	16.8%	541	18.6%	123	4.2%	24	0.8%
	H28	2,729	60.9%	1,700	62.3%	432	15.8%	466	17.1%	103	3.8%	28	1.0%

脂質異常　治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	1,375	27.8%	997	72.5%	253	18.4%	90	6.5%	28	2.0%	7	0.5%
	H25	1,381	28.1%	1,005	72.8%	237	17.2%	96	7.0%	24	1.7%	19	1.4%
	H26	1,437	29.3%	1,020	71.0%	255	17.7%	104	7.2%	40	2.8%	18	1.3%
	H27	1,403	29.4%	1,041	74.2%	227	16.2%	97	6.9%	22	1.6%	16	1.1%
	H28	1,333	29.7%	982	73.7%	221	16.6%	91	6.8%	29	2.2%	10	0.8%
治療なし	H24	3,568	72.2%	1,672	46.9%	898	25.2%	592	16.6%	264	7.4%	142	4.0%
	H25	3,527	71.9%	1,641	46.5%	901	25.5%	606	17.2%	255	7.2%	124	3.5%
	H26	3,472	70.7%	1,596	46.0%	867	25.0%	610	17.6%	258	7.4%	141	4.1%
	H27	3,371	70.6%	1,571	46.6%	874	25.9%	593	17.6%	240	7.1%	93	2.8%
	H28	3,151	70.3%	1,544	49.0%	782	24.8%	517	16.4%	216	6.9%	92	2.9%

（ウ） 重症化予防対象者の状況

重症化予防対象者は、H25 年度とH28 年度を比較するとH28 年度の方が糖尿病、メタボリックシンドローム、慢性腎臓病（CKD）の項目で有所見割合が高くなっている。慢性腎臓病（CKD）の治療なしでの対象者が増加し、腎臓専門医への受診対象となる尿たんぱく（2＋）やｅGFR50 未満の人数も増加している。

【図表 23】

特定健診受診者における重症化予防対象者

		受診者	重症化予防対象者（実人数）		高血圧		糖尿病		脂質異常（高LDL）		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病（CKD）			
					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歳以上の40未満）	
重症化予防対象者	H25	4,908	1,583	32.3%	236	4.8%	362	7.4%	143	2.9%	46	0.9%	1,028	20.9%	77	1.6%	86	1.8%
	H28	4,483	1,489	33.2%	205	4.6%	351	7.8%	102	2.3%	39	0.9%	949	21.2%	75	1.7%	126	2.8%
治療なし		H25	498	21.2%	150	5.0%	197	4.5%	124	3.5%	16	0.7%	204	8.7%	14	0.6%	18	0.8%
		H28	449	21.3%	130	4.8%	187	4.7%	92	2.9%	17	0.8%	172	8.2%	18	0.9%	39	1.9%
	臓器障害あり	H25	172	34.5%	55	36.7%	73	37.1%	34	27.4%	16	100.0%	67	32.8%	14	100.0%	18	100.0%
		H28	195	43.4%	69	53.1%	73	39.0%	38	41.3%	17	100.0%	63	36.6%	18	100.0%	39	100.0%
	CKD(専門医対象)	H25	35人		9人		10人		3人		3人		8人		14人		18人	
		H28	60人		16人		14人		5人		2人		12人		18人		39人	
	尿蛋白（2＋）以上	H25	14人		4人		5人		2人		1人		3人		14人		3人	
		H28	18人		7人		4人		3人		0人		3人		18人		4人	
	尿蛋白（＋）and尿潜血（＋）以上	H25	6人		3人		3人		0人		1人		3人		0人		0人	
		H28	8人		4人		3人		1人		0人		3人		0人		1人	
	eGFR50未満（70歳未満は40未満）	H25	18人		3人		3人		1人		2人		3人		3人		18人	
		H28	39人		7人		9人		2人		2人		6人		4人		39人	
治療中		H25	1,085	42.3%	86	4.4%	165	34.2%	19	1.4%	30	1.2%	824	32.1%	63	2.5%	68	2.7%
		H28	1,040	43.8%	75	4.3%	164	35.0%	10	0.8%	22	0.9%	777	32.7%	57	2.4%	87	3.7%

※法定報告の中から、心電図、eGFRのデータがとれる数値を使用

※参考：分母に使用している数

H25	問診結果からの服薬状況より					
	高血圧	脂質異常	糖尿病	3疾患		
				全数	尿蛋白	GFR
治療なし	2,971	3,527	4,388	2,345	2,342	2,315
治療中	1,937	1,381	482	2,563	2,563	2,526

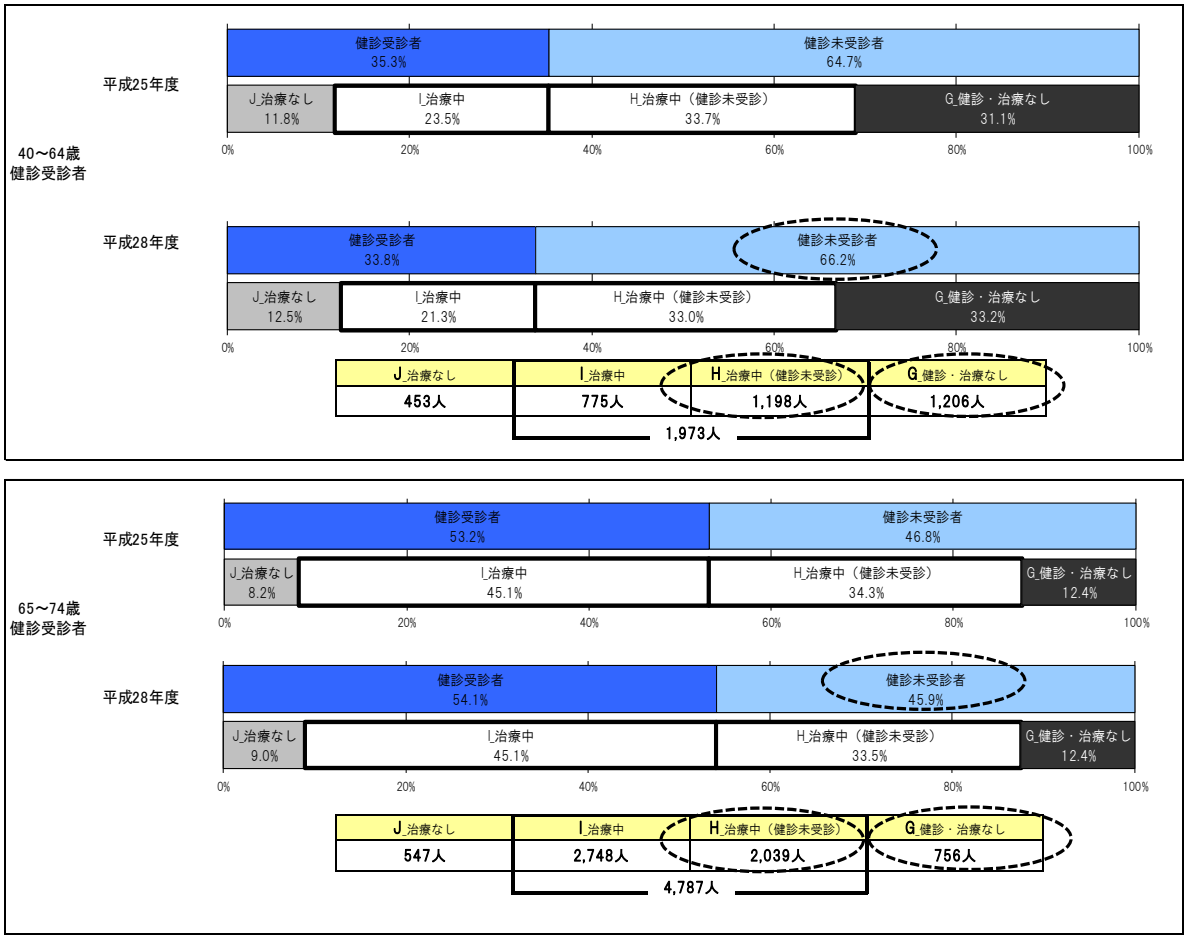
H28	問診結果からの服薬状況より					
	高血圧	脂質異常	糖尿病	3疾患		
				全数	尿蛋白	GFR
治療なし	2,729	3,151	3,995	2,108	2,107	2,086
治療中	1,754	1,333	469	2,376	2,374	2,354

（エ）　未受診者の状況

H28 年度 65～74 歳では、健診未受診者が 45.9%となっているが、40～64 歳の若い年代では 66.2%と、約 3 人に 2 人が未受診者となっており、若い世代への受診勧奨の方法等について検討が必要である。

また、どの年齢層も、治療中で未受診の割合が約 33%となっており、治療中であっても健診を通じて自己の生活習慣を見直すきっかけとなるよう受診勧奨を強化する必要がある。

【図表 24】



（オ）　特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は、46%前後で推移しており、継続して未受診者対策を実施していく。特定保健指導実施率は、H25 年度より 7%増加した。今後も、一人ひとりの生活習慣に応じた保健指導を行い、発症予防、重症化予防に努めていく。

【図表 25】

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	
								七尾市	同規模平均
H25年度	10,739	4,908	45.9%	37位	585	385	65.8%	50.6%	51.1%
H28年度	9,633	4,484	46.5%	47位	511	372	↑ 72.8%	50.5%	51.6%

資料 「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」、「地域全体像の把握」

(2) 保健事業の実施

ア 実施体制

健診結果に基づく保健指導は保健事業の中核であり、生活習慣病の発症予防、重症化予防のために保健衛生担当課と連携をしながら、保健師・管理栄養士等が取組んできた。

保健活動の実施体制 【図表 26】

		H25	H26	H27	H28
保健師	保健師総数	20	21	21	23
	保健部門での勤務	16	16	16	18
	七尾市	80.0%	76.2%	76.0%	78.2%
	石川県	54%	65%	63%	62%
管理栄養士	管理栄養士総数	4	3	3	4
	保健部門での勤務	3	3	3	4
	七尾市	75%	100%	100%	100%

イ 保健指導の実施状況

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

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

また、重症化予防としての糖尿病性腎症重症化予防については、糖尿病管理台帳をもとに、①未受診者②治療中断者③ハイリスク者への保健指導を実施している。

糖尿病管理台帳（地区別）を地区担当が管理しながら、年度計画を立て保健指導を実施している。糖尿病性腎症重症化予防については、今後も県で作成したプログラムの実践に向けた取組みを進めていく。

【図表 27-1】

保健指導の実施状況①

保健指導優先順位	項目	3疾患治療なし	平成25年度 対象者数	平成25年度 保健指導実施	平成25年度 実施割合	平成28年度 対象者数	平成28年度 保健指導実施	平成28年度 実施割合
1	糖尿病	随時血糖 200mg/dl以上	16	11	68.8%	7	3	42.9%
		HbA1c(NGSP値) 6.5%以上	102	65	63.7%	90	63	70.0%
		空腹時血糖 126mg/dl以上	28	14	50.0%	24	15	62.5%
2	腎	蛋白尿(2+)以上	83	45	54.2%	18	12	66.7%
		蛋白尿・潜血(1+)以上	23	16	69.6%	23	15	65.2%
		40～69歳 eGFR 60未満	136	67	49.3%	212	142	67.0%
		70～74歳 eGFR 40未満	3	2	66.7%	2	1	50.0%
4	心臓	心電図判定(要受診)	72	34	47.2%	54	37	68.5%
5	高血圧	Ⅲ度高血圧 (180/110以上)	17	10	58.8%	26	14	53.8%
		Ⅱ度高血圧 (160～179／100～109)	123	74	60.2%	89	60	67.4%
		I度高血圧 (140～159/90～99)リスク3	458	207	45.2%	369	151	40.9%
6	脂質異常	LDL 160mg/dl以上	324	187	57.7%	268	140	52.2%
		中性脂肪 300mg/dl以上	66	43	65.2%	57	42	73.7%
7	尿酸	尿酸 9.0mg/dl以上	14	8	57.1%	10	6	60.0%
合計			1,465	783	53.4%	1,249	701	56.1%

【図表　27-2】

保健指導の実施状況②

保健指導優先順位	項目	3疾患治療あり	平成25年度 対象者数	平成25年度 保健指導実施	平成25年度 実施割合	平成28年度 対象者数	平成28年度 保健指導実施	平成28年度 実施割合
1	メタボ	メタボ該当者（※参照）	812	389	47.9%	777	393	50.6%
2	糖尿病	HbA1c(NGSP値)　7.0%以上	190	76	40.0%	187	88	47.1%
3	腎	蛋白尿（2+）以上	61	30	49.2%	57	30	52.6%
		蛋白尿・潜血（1+）以上	37	23	62.2%	31	21	67.7%
		40～69歳　eGFR　60未満	200	70	35.0%	296	177	59.8%
		70～74歳　eGFR　40未満	26	16	61.5%	20	14	70.0%
4	心臓	心電図判定（要受診）	83	30	36.1%	50	26	52.0%
5	高血圧	Ⅲ度高血圧　（180/110以上）	11	5	45.5%	8	5	62.5%
		Ⅱ度高血圧　（160～179／100～109）	85	41	48.2%	82	34	41.5%
6	脂質異常	LDL　180mg/dl以上	36	14	38.9%	19	11	57.9%
		中性脂肪　300mg/dl以上	70	31	44.3%	82	44	53.7%
7	尿酸	尿酸　9.0mg/dl以上	9	3	33.3%	10	5	50.0%
合　　計			1,620	728	44.9%	1,619	848	52.4%

(3)　第１期に係る考察

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

その結果、介護２号認定者の減少、介護認定率の維持、慢性腎不全における透析費用減に繋がったと思われる。しかし、入院医療費、脳血管疾患における費用の増加、64 歳以下の虚血性心疾患の割合増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療には繋がったが、食事・運動療法など生活習慣の改善が不十分だったり、医療受診の中断等があると考えられる。重症化予防の視点で医療機関受診後の支援も保険者が取組むべき重要な課題である。また、適正な医療に繋げるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は取組むべき重要な課題である。

３．第２期計画における健康課題の明確化と医療の状況

(1) 医療の状況

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

七尾市の１人あたり医療費は同規模保険者と比較して入院の伸び率が高くなっている（図表 11)。医療費に占める割合では、ターゲットとする脳、心、腎の対象疾患の脳梗塞・脳出血は、同規模よりも低くなっている。また、狭心症・心筋梗塞も同規模より低くなっている。（図表 12)。

メタボリックシンドロームを背景とする生活習慣病等は薬物治療だけでは改善が難しい場合が多いことから、治療中であっても、保健指導を実施していくことは重要であり、さらなる医療との連携が必要である。

(2) 健診の状況

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

また、特定保健指導の対象とならない者の中にも、医療機関への受診が必要な者（17.1%）や、既に医療機関にかかってはいるが、コントロールできていない者（30.1%）も多く、特定保健指導以外の保健指導についても取組みが必要である（図表 47)。

腹囲が基準値以上（内臓肥満が疑われるもの）の者の割合は男性 52.7%、女性 20.7%（図表 20)、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合について、該当者は男性 31.8%、女性 13.2%、予備群は男性 16.1%、女性 5.8%（図表 21）で県内保険者の中で高い位置にいる。（参考資料 2）

メタボリックシンドローム該当者の重なりで高血糖、高血圧、脂質異常症の３項目の重なりが男性 11.0%、女性 4.3%と H25 年度から増加している（図表 21)。

特定健診の結果、有所見の高い状況は、HbA1c では男性 69.8%、女性 70.7%である。収縮期血圧は男性 50.1%、女性 42.2%となっている（図表 20)。重症化予防対象者では、慢性腎臓病（CKD）尿蛋白２＋以上の割合が 1.7%と、県内でも高い位置にある。（参考資料 4）また、高血圧でⅡ度以上が 4.6%と県内でも高い位置にある。高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、他の危険因子に比べると発症や死亡にも影響を与える因子と言われている。一方、ＬＤＬコレステロールは、180mg/dl 以上で 2.3%と県内では低い位置にあるが、単独でも虚血性心疾患の重要なリスクであり、メタボリックシンドロームからの心血管疾患の発症予防を進める必要がある。（参考資料 4）

特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、健診受診者の 33.2%（4,484 人中 1,490 人）と、県内保険者の中で 9 番目と高い位置にある。

（参考資料４）

このうち、肥満があり特定保健指導の対象となる者は 8.2%（172 人）にとどまり、殆どが情報提供対象者であることから、優先順位をつけて重症化予防の保健指導を行うことが効率的である。（図表 23）

血糖検査値（HbA1c）では、既に治療中のものが 10.5%と多いが、その中でも治療を受けてはいるが HbA1c8.0%以上の方が 8.3%と血糖コントロールができておらず、かかりつけ医と連携をとりながら改善に向けての取組みが必要である。（図表 22）

介護認定者におけるレセプト分析で、65～74 歳では血管疾患によるものが 91.8%であり、筋・骨格疾患の 79.4%を上回っていた。65～74 歳の 1 号認定者より、2 号認定者の方が血管疾患の有病状況割合が高くなっており、予防可能な血管疾患により介護認定を受けている実態がみられる。（図表 10）

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。

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リスクが高まる。七尾市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、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。

医療費適正化において、重症化予防の取組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「Ｇ健診・治療なし」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 33.2%と高くなっている。まずは、若いころから健診を受け、重症化にならないよう健診未受診者への勧奨が必要になってくる。（図表 24）

４．計画の目標の設定

(1) 優先すべき課題

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

これら疾患の重大な発症リスクであるメタボリックシンドローム該当者の割合（21.2%）が県内保険者の中で高い順で 8 位である。(参考資料 2)さらに血圧値、血糖検査値(HbA1c)、ＬＤＬコレステロール値が重症域である者の割合も高い順で高血圧 7 位、HbA1c8 位、ＬＤＬコレステロール 18 位となっており、発症の危険性が高い重症化予防対象者は受診者の 33.2%を占めている（参考資料 3)。また腎機能を低下させる尿蛋白陽性（２＋）の割合も高い順で 2 位である。(参考資料 4)

肥満や血圧値の異常者は、30 歳代から多く、若い頃から長期にわたって血管の損傷、血管変化が進行している可能性が高いことが危惧される。

以上の結果を踏まえ、今期計画では、心血管疾患発症のリスクが高いメタボリックシンドローム該当者、血圧値、血糖値、ＬＤＬコレステロール値が重症域レベルの方への対策を最優先課題として取組む。

(2) 成果目標

ア 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から、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。H35 年度にはH28 年度と比較して、3 つの疾患の総医療費に占める割合をそれぞれ 0.5%～1%減少させることを目標にする（目標管理一覧表）。

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。

当市の医療のかかり方は、普段は医療にかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげるためには、入院外（外来受診）を伸ばし、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。

イ 短期的な目標の設定

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

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

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養・運動等生活習慣改善のため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、その目標値は、第４章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健診等計画		・特定健診受診率が伸びない。 ・HbA1c有所見割合が、男性69.8%、女性70.7%と県や全国に比べて 高い。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の62.5%を占めている。 ・長期入院における虚血性心疾患の医療費が伸びている。 ・メタボ該当者は男性31.8%、女性13.2%と県内で高い位置	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55%	46.5%	47.0%	48.0%	49.0%	50.5%	52.0%	53.5%	55.0%	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80%以上	72.8%	74.0%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%	
				特定保健指導対象者の減少率25%	17.1%	18.4%	19.7%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	
データヘルス計画	中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.5%減少	2.30%	2.20%	2.10%	2.00%	1.95%	1.90%	1.85%	1.80%	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 様式3-7
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合1%減少	3.09%	3.00%	2.85%	2.70%	2.55%	2.40%	2.25%	2.10%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少3%	44.7%	44.5%	44.0%	43.5%	43.0%	42.5%	42.0%	41.5%	
	短期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の減少	21.2%	－	－	18.5%以下	18.4%	18.3%	18.2%	18.1%	H31年度までは健康増進計画目標値より H32年度からはデータヘルス計画目標値より ※計画上すでに目標達成している
				メタボリックシンドローム予備群の減少	10.3%	－	－	10.0%以下	9.8%	9.5%	9.3%	9.0%	
				健診受診者の高血圧者の割合の減少(140/90以上)	26.7%	－	－	22.0%以下	21.9%	21.8%	21.7%	21.6%	
				健診受診者の糖尿病者の割合の減少(HbA1c6.5以上)	11.1%	－	－	10%以下	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%	
保険者努力支援制度				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	23.0%	25.0%	28.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	40.0%	糖尿病管理台帳（健康推進課）
				糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	40.3%	41.0%	42.0%	43.0%	44.5%	46.0%	47.0%	48.0%	
		高額(200万円以上)になる疾患で、がんが最も多い疾患となっている	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の増加　胃がん検診	17.9%	－	－	18.0%	－	－	－	20.0%	地域保健・健康増進事業報告
				肺がん検診	25.3%	－	－	25.4%	－	－	－	28.0%	
				大腸がん検診	22.6%	－	－	23.0%	－	－	－	24.0%	
				子宮頸がん検診	11.6%	－	－	12.0%	－	－	－	13.0%	
				乳がん検診	14.2%	－	－	14.3%	－	－	－	16.0%	
		数量ｼｪｱH28年度69.0%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	69.0%		80%以上	80%以上	80%以上	--	--	--	厚生労働省公表結果

第３章　保健事業の内容

１．保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症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て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、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の重症化予防に向けた取組みを行う。具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけとなる受診勧奨を、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みとしては、生活習慣病の重症化が影響する医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

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

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

このため、健診結果をわかりやすく情報提供していきながら、血糖値や血圧の重症化予防対象者に、血圧計の貸し出しや「糖尿病連携手帳」等の配布を行い、自己管理できるよう支援する。

また、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドラインも踏まえ、健康づくりを始めるきっかけをつくり、さらに継続を促すためにICT等を活用しつつ支援する。（指針参照）

２．重症化予防の取組み

（1）　糖尿病性腎症重症化予防

ア　基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「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）及び石川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、取組みにあたっては図表 28 に沿って実施する。

（ｱ）　健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（ｲ）　治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（ｳ）　糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 28】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

イ　対象者の明確化

（ア）　対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては石川県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

a　医療機関未受診者

b　医療機関受診中断者

c　糖尿病治療中者

(a)　糖尿病性腎症で通院している者

(b)　糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

（イ）　選定基準に基づく該当数の把握

a　対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数の把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 29）

【図表 29】

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/1.73m²）
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。当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。しかし、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 5）

b　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 30）

当市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 103 人（16.7%・F）であっ

た。また 40～74 歳における糖尿病治療者 2,010 人中のうち、特定健診受診者が 381 人（19.0%・G）であったが、45 人（11.8%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,599 人（79.6%・Ⅰ）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 434 人中 113 人は、治療中断であることが分かった。また、321 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。

c　介入方法と優先順位

図表 30 より当市においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位１

【受診勧奨】

(a)　糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者（F)**・・・103 人

(b)　糖尿病治療中であったが**中断者（オ・キ)**・・・158 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】

(c)　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)**・・・336 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】

(d)　過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ)・・・321 人

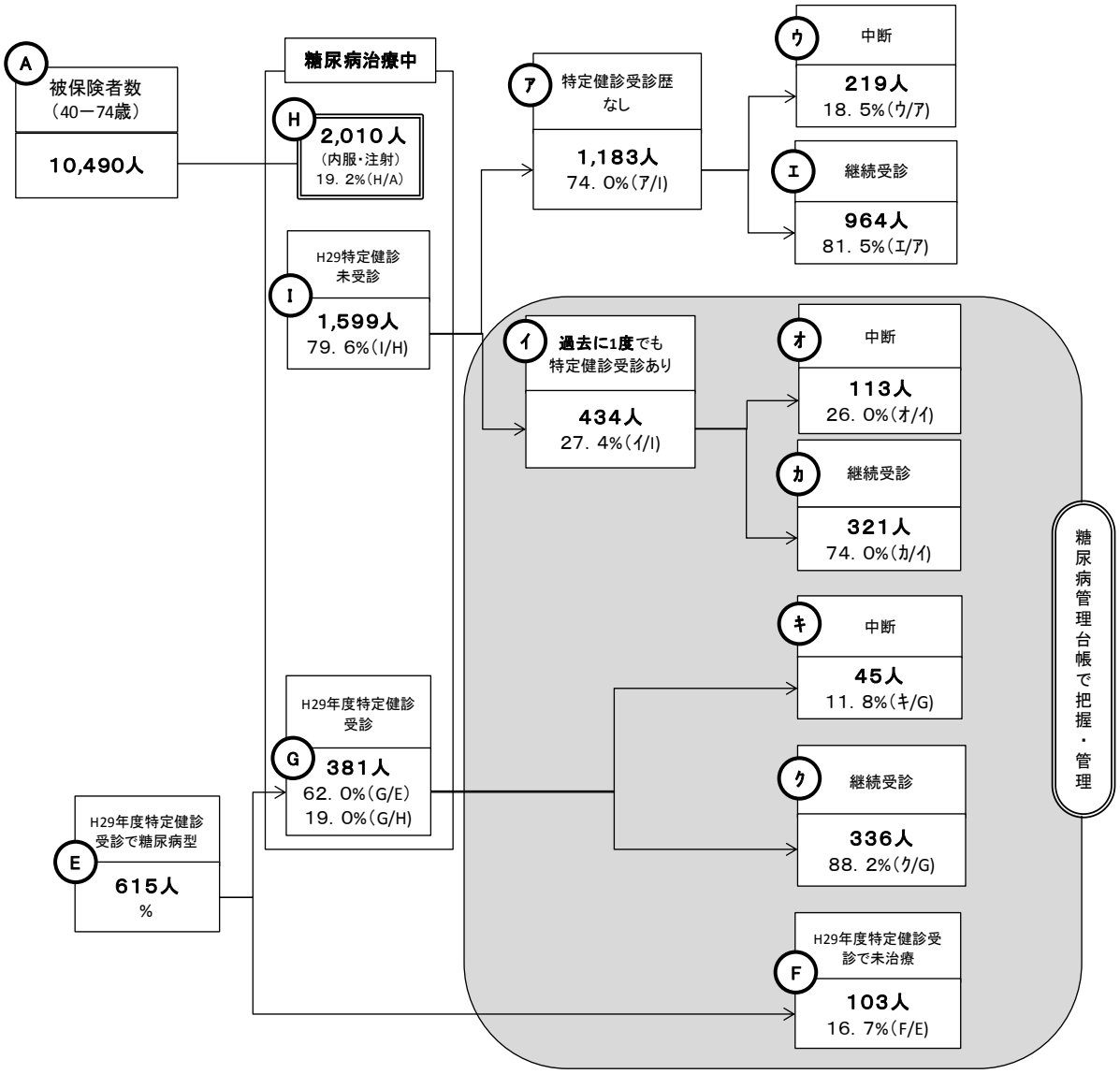
・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 30】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は6か月以上ﾚｾﾌﾟﾄがない者



ウ　対象者の管理

（ア）　糖尿病管理台帳の作成

対象者の管理は糖尿病管理台帳（参考資料 6）及び年次計画表(参考資料 7)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】

a　健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1ｃ6.5%以上の者については以下の情報を管理台帳に記載する。

(a)　HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

(b)　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

(c)　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

(d)　HbA1c、血圧、体重、BMI、eGFR、尿蛋白を記載する。

b　資格を確認する

c　レセプトを確認し情報を記載する

(a)　治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期的な目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、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

(b)　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。

d　担当地区の対象者数の把握

(a)　未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・133 人

(b)　腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・192 人

エ　保健指導の実施

（ア）　糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。当市においては、健診結果を糖尿病性腎症病期分類や生活習慣病のリスク因子に照らし合わせ、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していく。（図表 31）

【図表 31】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方（P29）	資　料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ①　病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ②　自覚症状が乏しいので中断しがち 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	**未受診者の保健指導** 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？ 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）
食事療法・運動療法の必要性 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 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 ○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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6．0%未満	9．糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10．糖尿病のタイプ 11．インスリンの仕事 12．食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13．私はどのパターン？（抵抗性） 14．なぜ体重を減らすのか ← 15．自分の腎機能の位置と腎の構造 16．高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17．私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18．腎臓は 19．なぜ血圧を130/80にするのでしょうか（A）（B） 20．血圧値で変化する腎機能の低下速度 21．血糖値で変化する腎機能の低下速度 22．血圧を下げる薬と作用 ❒　食の資料　…　別資料 ←
薬物療法 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 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 ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある 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 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	23．薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ **薬が必要になった人の保健指導** 24．病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25．薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26．ビグアナイド薬とは 27．チアゾリジン薬とは 28．SGLT2阻害薬とは

（イ）　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 期を逃すおそれがある。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（±）

に対しては、2 次健診等で尿中アルブミン検査を実施し、結果に基づき必要であれば早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

オ　医療との連携

（ア）　医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に七尾市医師会等と協議した紹介状等を使用する。

（イ）　治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、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石川県のプログラムに準じ行っていく。

カ　評価

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

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価（参考資料 8）を用いて行っていく。

（ア）　短期的評価

a　受診勧奨者に対する評価

(a)　受診勧奨対象者への介入率

(b)　医療機関受診率

(c)　医療機関未受診者への再勧奨数

（イ）　保健指導対象者に対する評価

a　保健指導実施率

b　糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

(a)　HbA1ｃの変化

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

(c)　尿蛋白の変化

(d)　服薬状況の変化

キ　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

６月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

(2) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 5)

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 9)

(イ) 重症化予防対象者の抽出

a 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。当市において健診受診者 4,484 人のうち心電図検査実施者は 4,477 人 (99.8%) であり、そのうち ST 所見があったのは 127 人であった (図表 32)。ST 所見あり 127 人中のうち 69 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 37 人は未受診であった (図表 33)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 58 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。

当市は同規模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多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 32】

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	4,484	100	4,477	99.8	127	2.8	1,067	23.8	3,283	73.3

【図表 33】

ST所見ありの医療機関受診状況

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)(%)
127	100	69	54.3	32	46.4	37	53.6

b　心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 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 34 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 34】

虚血重症化予防対象者の選定

平成28年度実施			受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
				ST変化	その他の変化	異常なし		
			4,484	121	1,045	3,315	0	
				2.7%	23.3%	73.9%	0.0%	
メタボ該当者			949	38	272	639	0	②-1
			21.2%	4.0%	28.7%	67.3%	0.0%	
メタボ予備群			461	17	118	326	0	
			10.3%	3.7%	25.6%	70.7%	0.0%	
メタボなし			3074	66	655	2,353	0	
			68.6%	2.1%	21.3%	76.5%	0.0%	
	LDL－C	140－159	446	13	91	342	0	
			14.5%	2.9%	20.4%	76.7%	0.0%	
		160－179	183	5	44	136	0	
			6.0%	2.7%	24.0%	74.3%	0.0%	
		180－	79	1	26	52	0	②-2
			2.6%	1.3%	32.9%	65.8%	0.0%	

【参考】

Non－HDL	190－	318	7	87	224	0
		7.1%	2.2%	27.4%	70.4%	0.0%
	170－189	496	16	123	357	0
		11.1%	3.2%	24.8%	72.0%	0.0%

CKD	G3aA1－	996	38	272	686	0
		22.2%	3.8%	27.3%	68.9%	0.0%

ウ　保健指導の実施

（ア）　受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 35 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。

虚血性心疾患に関する症状 【図表 35】

・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）

エ　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 10 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。

オ　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していく。

カ　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。

キ　評価

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

（ｱ）　短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少、がん検診受診率の向上など

（ｲ）　中長期的評価

総医療費に占める虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全の医療費の割合、糖尿病性腎症による透析導入割合の減少

ク　実施期間及びスケジュール

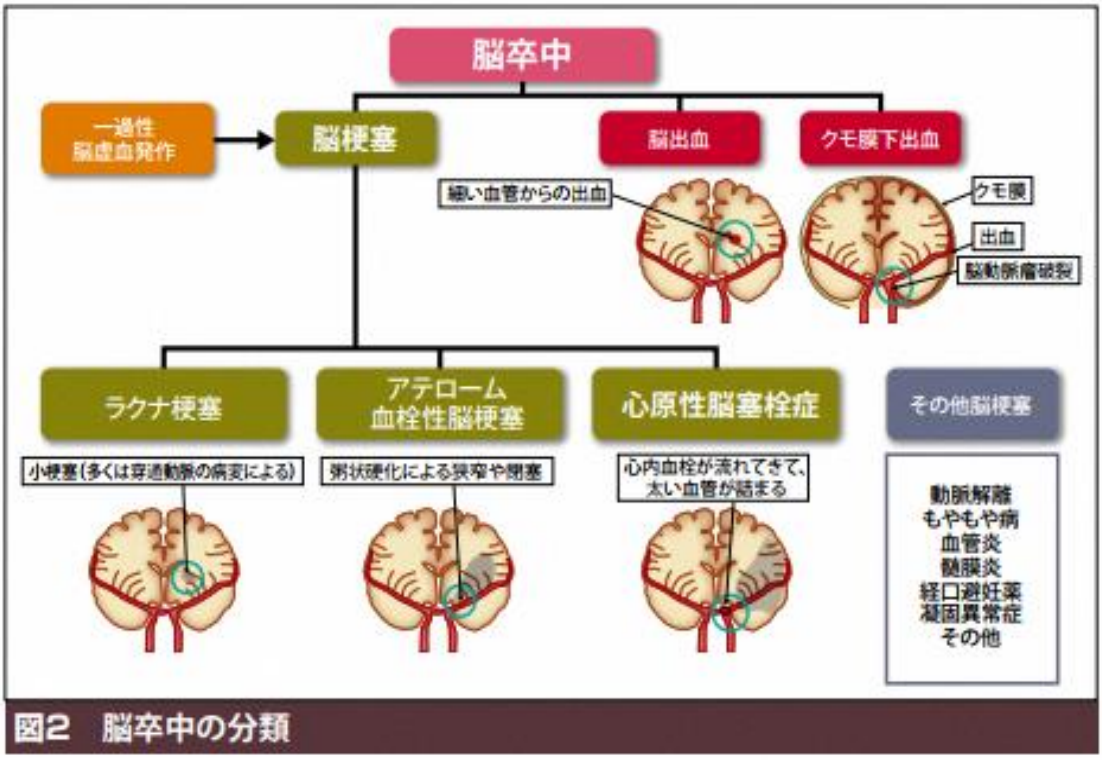
４月　対象者の選定基準の決定
５月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
６月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

(3)　脳血管疾患重症化予防

ア　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 36、37）

【脳卒中の分類】　　【図表 36】



（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 37】

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	●							

イ　対象者の明確化

（ア）　重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 38 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。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 205 人（4.6%）であり、130 人は未治療者であった。また未治療者のうち 69 人（53.1%）は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 75 人(4.3%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

特定健診受診者における重症化予防対象者　　【図表 38】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○		○			
脳梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○			
脳梗塞	心原性脳梗塞	●						●		○		○			
脳出血	脳出血	●													
脳出血	クモ膜下出血	●													
リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧		糖尿病		脂質異常（高LDL）		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上（治療中7.0%以上）		LDL180以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満（70歳以上40未満）	
受診者数 4,483人		205人	4.6%	351人	7.8%	102人	2.3%	39人	0.9%	949人	21.2%	75人	1.7%	126人	2.8%
	治療なし	130人	4.8%	187人	4.7%	92人	2.9%	17人	0.7%	172人	6.8%	18人	0.9%	39人	1.9%
	治療あり	75人	4.3%	164人	35.0%	10人	0.8%	22人	0.9%	777人	32.7%	57人	2.4%	87人	3.7%
	臓器障害あり	69人	53.1%	73人	39.0%	38人	41.3%	17人	100.0%	63人	36.6%	18人	100.0%	39人	100.0%
腎臓障害ありのうち	CKD(専門医対象)	16		14		5		2		12		18		39	
	尿蛋白(2+)以上	7		4		3		0		3		18		4	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	4		3		1		0		3		0		1	
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	7		9		2		2		6		4		39	
	心電図所見あり	58人		63人		36人		17人		56人		7		8	

（イ）　リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。図表 39 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。

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）

【図表 39】

			至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
			～119/～79	120～129/80～84	130～139/85～89	140～159/90～99	160～179/100～109	180以上/110以上	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
		2,971	912	807	563	539	133	17	39	280	370
			30.7%	27.2%	18.9%	18.1%	4.5%	0.6%	1.3%	9.4%	12.5%
	リスク第1層	323	145	96	38	39 ④	4	1 ①	39	4	1
			10.9%	15.9%	11.9%	6.7%	7.2%	3.0%	5.9%	100%	1.4%	0.3%
	リスク第2層	1,625	510	453	309	276 ③	71	6	--	276	77
			54.7%	55.9%	56.1%	54.9%	51.2%	53.4%	35.3%		98.6%	20.8%
	リスク第3層	1,023	257	258	216	224 ②	58	10	--	--	292
			34.4%	28.2%	32.0%	38.4%	41.6%	43.6%	58.8%			78.9%
再掲（重複あり）	糖尿病	323	86	86	72	63	15	1			
			31.6%	33.5%	33.3%	33.3%	28.1%	25.9%	10.0%			
	慢性腎臓病（CKD）	400	115	105	67	82	25	6			
			39.1%	44.7%	40.7%	31.0%	36.6%	43.1%	60.0%			
	3個以上の危険因子	546	110	133	124	143	32	4			
			53.4%	42.8%	51.6%	57.4%	63.8%	55.2%	40.0%			

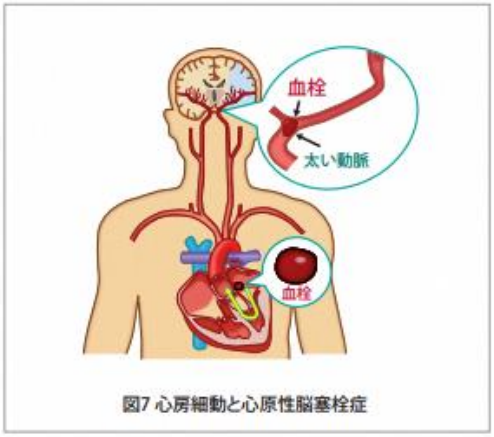
（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

（ウ）　心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にの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 40 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。

心電図検査において 25 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。また、25 人のうち 21 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受診勧奨対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と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心電図検査の全数実施が重要である。



（脳卒中予防の提言より引用）

特定健診における心房細動有所見状況　【図表 40】

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	1,926	2,551	21	1.1	4	0.2	—	—
40歳代	128	107	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	144	205	1	0.7	0	0	0.8	0.1
60歳代	946	1382	11	1.2	2	0.1	1.9	0.4
70～74歳	708	857	9	1.3	2	0.2	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査

心房細動有所見者の治療の有無　【図表 41】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
25	100	4	16.0	21	84.0

ウ　保健指導の実施

（ア）　受診勧奨及び保健指導

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

（イ）　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。

（ウ）　対象者の管理

ａ　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 11）

b　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 12）

エ　医療との連携

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

オ　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。

a　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

カ　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

６月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

３．その他

(1)　ＣＯＰＤ

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

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

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

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

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

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

【図表 42】

喫煙率

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
七尾市	14.8%	14.3%	13.5%	13.7%
県	13.3%	13.3%	13.3%	13.1%
同規模	13.2%	13.2%	13.3%	13.2%
国	14.1%	14.1%	14.2%	14.2%

(2) がん

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

がん検診受診率向上と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取組みを推進していく。

(3) こどもの生活習慣

小児期の生活習慣は、大人の影響が大きい。

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

大人の食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題などがある。生活習慣病予防につながる 1 日の野菜目標摂取量（350g）に達しているのは、長野県の男性だけとなっている（平成 28 年国民健康栄養調査）。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活で、運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。

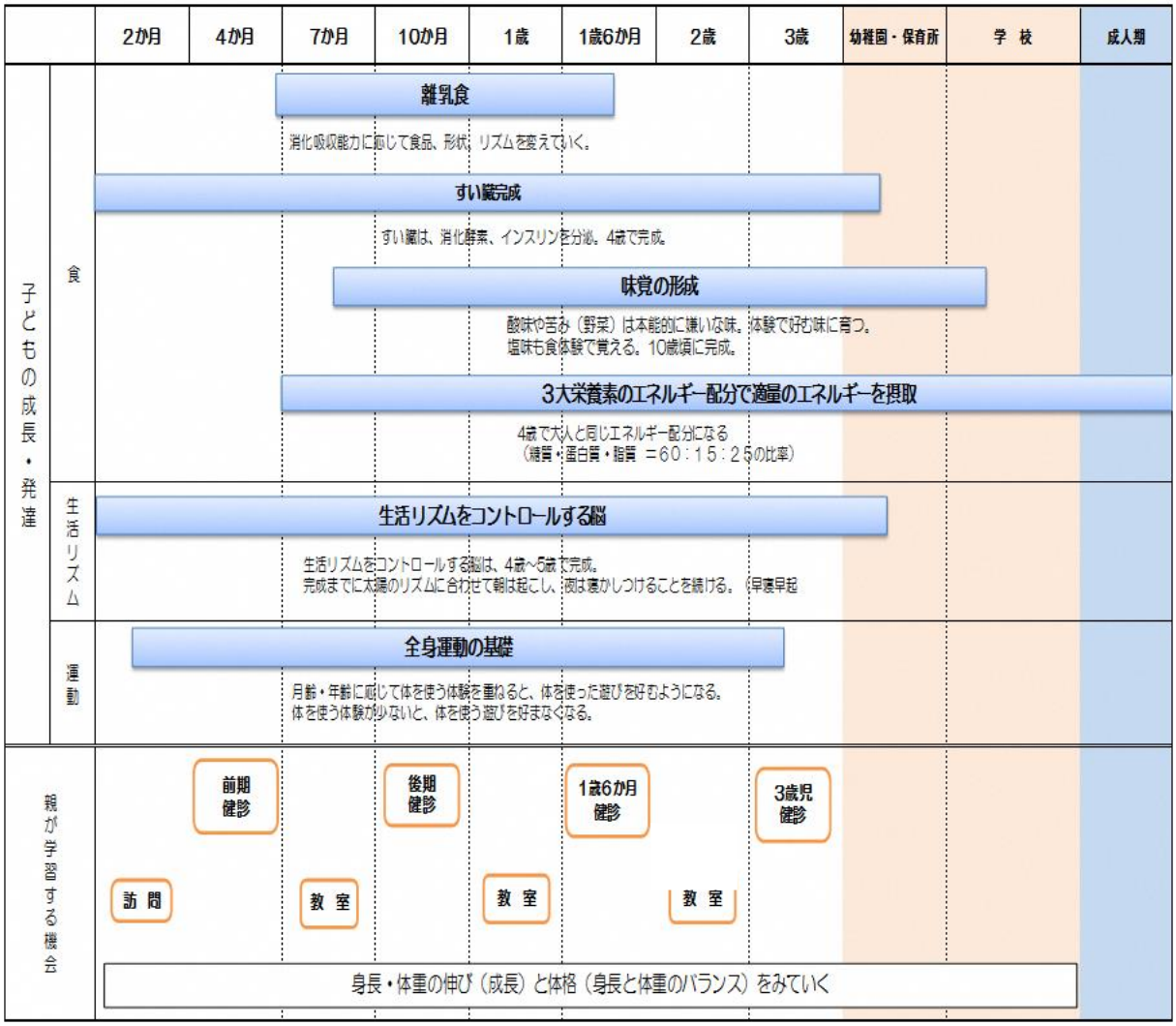
大人の生活習慣を見直しつつ、乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れた生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的に、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜嫌いの予防につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。

運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ね、体を動かすことを好むようにしておくことが望ましい。

保険者としては、成長発達の節目ごとに、親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

図11　子どもの成長発達と親が学習する機会　【図表 43】



（4）　重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

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

（5）　後発医薬品の使用促進

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

４．ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。（参考資料 13、14）

第４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１期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第３期（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 44】

	平成３０年度	平成３１年度	平成３２年度	平成３３年度	平成３４年度	平成３５年度
特定健診実施率	48.0%	49.0%	50.5%	52.0%	53.5%	55.0%
特定保健指導実施率	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%

３．対象者の見込み

【図表45】

		平成３０年度	平成３１年度	平成３２年度	平成３３年度	平成３４年度	平成３５年度
特定健診	対象者数	９，３８９人	９，３６２人	９，３８７人	９，２６７人	８，８５４人	８，８４３人
	受診者数	４，５０７人	４，５８７人	４，７４０人	４，８１９人	４，７３７人	４，８６４人
特定保健指導	対象者数	４９６人	４９５人	５０７人	５１１人	４９７人	５０６人
	受診者数	３７２人	３７７人	３９１人	３９８人	３９３人	４０５人

４．特定健診の実施

(1)　実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

ア　集団健診(各コミニュティセンター・集会所など)

イ　個別健診(委託医療機関)

(2)　特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、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、石川県国保連合会(市町)のホームページに掲載する。

(参照)URL：http//www.ishikawa-kokuho.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。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に変えられる。(実施基準第1条4項)

(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。

(7)　代行機関

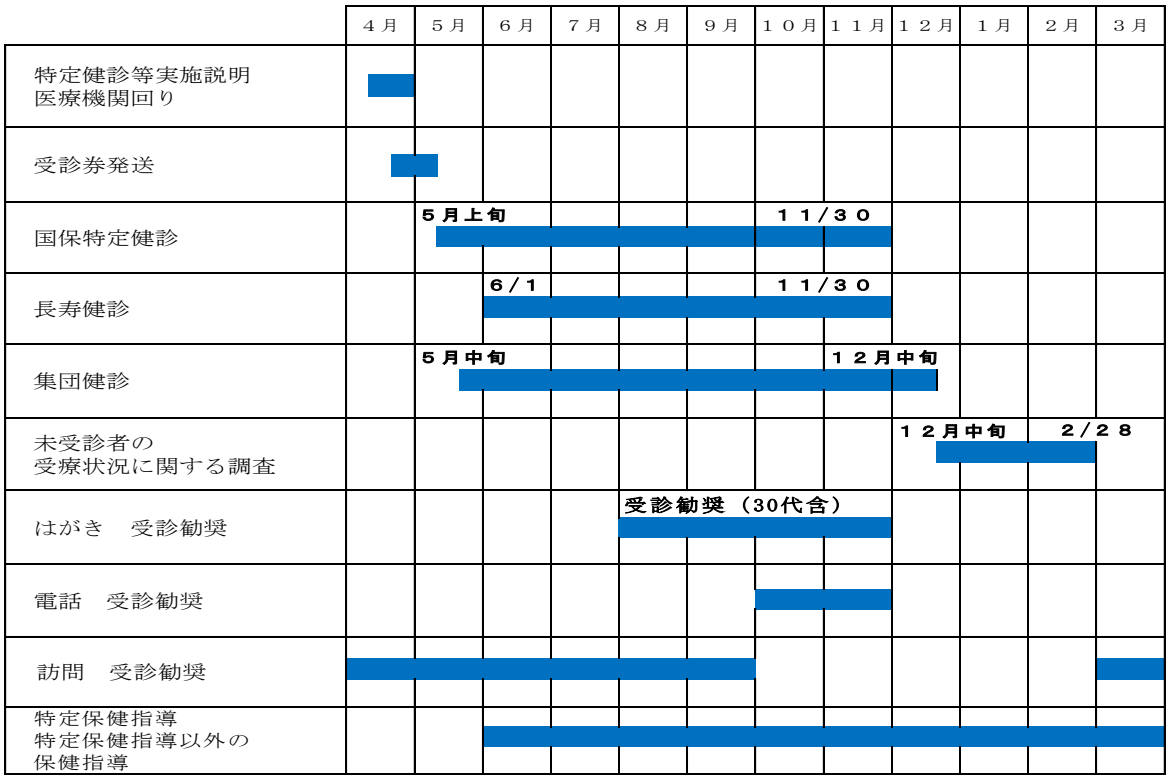
特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、石川県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(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について、どのように行う予定なのか記載する。(図表46)

【年間スケジュール】

【図表 46】



5．特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1)　健診から保健指導実施の流れ

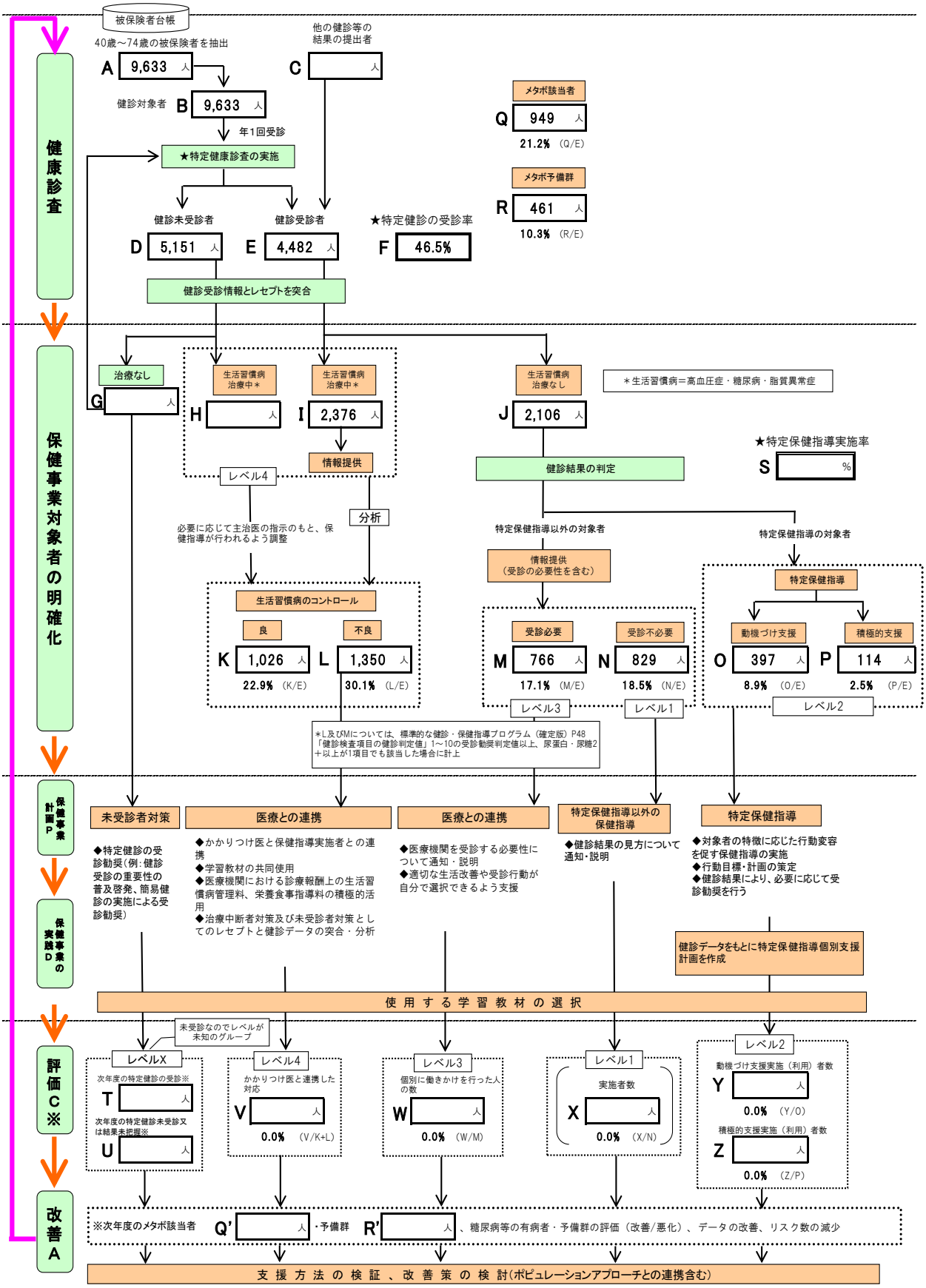
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表 47）

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート　（平成２８年度実績）

【図表 47】

様式6-10



(2) 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 48】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H35 年度 対象者数見込 (受診者の○%)	H35 年度 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	506 人 (10.4%)	80%
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	837 人 (17.2%)	80% HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発など）	3,979 人	40%
4	N	情報提供 (受診不要)	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆定期的な健診受診の必要性について説明	905 人 (18.6%)	—
5	I	情報提供 （生活習慣病治療中）	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,617 人 (53.8%)	40%

(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ＰＤＣＡ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。(参考資料 15)

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七尾市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)　特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査･特定保健指導の記録の管理は、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、七尾市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第 5 章　地域包括ケアに係る取組

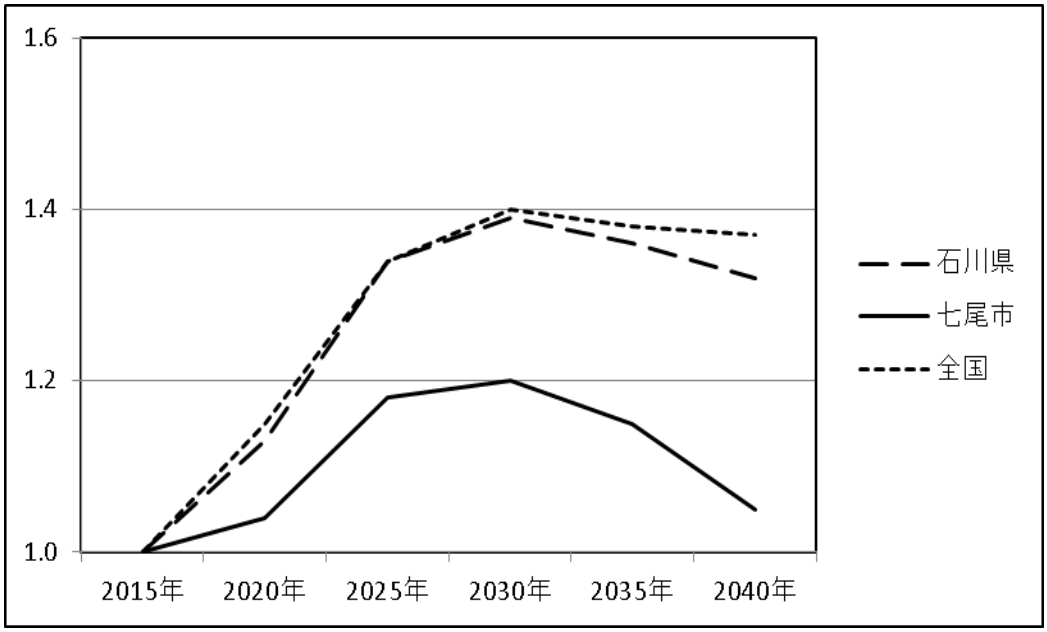
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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すことが困難となる方を減らすためには、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に保健指導を実施する、第 4 章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本市は、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 1.05 と県や国より低くなると推計される。（図表 49）

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割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても当市にとっても非常に重要である。

75 歳以上人口の将来推計（2015年の人口を 1.0 とした指数）　【図表 49】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療･介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

ＫＤＢ等から要支援・介護認定者の有病状況を分析し、予防可能な疾患をターゲットに重点的に保健事業を実施するとともに、地域包括ケア推進にかかる各種会議等に国保主管課や健康推進課が出席し、要支援・介護認定者の有病状況等の情報共有を図り、国保直診施設や関係部署と連携しながら地域包括ケアの推進を図る。

第６章　計画の評価・見直し

１．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の平成 32 年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の平成 35 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

２．評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても 4 つの指標での評価が求められている。

※評価における 4 つの指標（参考資料 16）

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。特に直ちに取組むべき重症化予防事業の実施状況は、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ことが重要であり、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七尾市の位置

参考資料２　メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

参考資料３　様式 6-2～6-7　健診有所見者（保健指導判定値以上）の状況

参考資料４　脳・心・腎を守るために―重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする―

参考資料５　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６　糖尿病管理台帳

参考資料７　糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料８　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９　虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

参考資料 10　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 11　血圧管理台帳

参考資料 12　心房細動管理台帳

参考資料 13　保険者努力支援制度

参考資料 14　市民の食の実態と体の実態を見る

参考資料 15　糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

参考資料 16　第１期の全体評価

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた七尾市の位置

項目					H25 保険者 実数	H25 保険者 割合	H28 保険者 実数	H28 保険者 割合	H28 同規模平均 実数	H28 同規模平均 割合	H28 県 実数	H28 県 割合	H28 国 実数	H28 国 割合	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口		57,421		57,421		18,346,852		1,149,040		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上（高齢化率）	17,085	29.8	17,085	29.8	4,430,444	24.1	274,533	23.9	29,020,766	23.2	
				75歳以上	9,387	16.3	9,387	16.3			139,678	12.2	13,989,864	11.2	
				65～74歳	7,698	13.4	7,698	13.4			134,855	11.7	15,030,902	12.0	
				40～64歳	20,451	35.6	20,451	35.6			387,206	33.7	42,411,922	34.0	
				39歳以下	19,885	34.6	19,885	34.6			487,301	42.4	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業		6.2		6.2		6.1		3.3		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業		26.1		26.1		28.9		28.7		25.2		
			第3次産業		67.7		67.7		65.0		68.0		70.6		
	③	平均寿命	男性		79.7		79.7		79.6		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		86.6		86.6		86.3		86.8		86.4		
	④	健康寿命	男性		65.4		65.4		65.3		65.2		65.2		
			女性		66.6		66.6		66.8		66.9		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	100.0		102.4		100.0		98.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	93.8		97.1		100.9		95.4		100		
			死因	がん	230	47.2	232	48.2	54,818	48.1	3,535	50.1	367,905	49.6	
				心臓病	121	24.8	122	25.4	30,930	27.1	1,855	26.3	196,768	26.5	
				脳疾患	96	19.7	99	20.6	18,797	16.5	1,190	16.9	114,122	15.4	
				糖尿病	8	1.6	5	1.0	2,153	1.9	113	1.6	13,658	1.8	
				腎不全	17	3.5	14	2.9	3,750	3.3	187	2.6	24,763	3.3	
				自殺	15	3.1	9	1.9	3,547	3.1	180	2.5	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計												厚労省HP 人口動態調査
				男性											
				女性											
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		3,477	20.2	3,414	20.0	891,715	20.2	58,480	21.3	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	60	0.3	48	0.3	15,309	0.3	902	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者		62	0.3	46	0.2	21,986	0.4	1,117	0.3	151,745	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		1,022	28.5	1,029	30.0	203,607	21.9	16,617	27.4	1,343,240	21.9	
			高血圧症		1,789	50.4	1,821	51.1	478,594	51.8	32,225	53.2	3,085,109	50.5	
			脂質異常症		1,002	27.8	1,008	28.5	255,994	27.6	17,890	29.5	1,733,323	28.2	
			心臓病		2,168	60.8	2,173	61.1	545,522	59.1	38,176	63.1	3,511,354	57.5	
			脳疾患		904	25.7	843	24.1	239,267	26.2	17,523	29.4	1,530,506	25.3	
			がん		318	8.9	341	9.6	92,924	10.0	6,811	11.1	629,053	10.1	
			筋・骨格		1,815	51.4	1,782	50.8	468,953	50.8	32,018	53.0	3,051,816	49.9	
			精神		1,318	36.6	1,353	38.1	330,813	35.6	24,972	41.2	2,141,880	34.9	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		82,948		80,405		61,236		67,606		58,349		
			居宅サービス		44,955		44,251		40,245		43,494		39,683		
			施設サービス		294,235		283,673		278,146		277,404		281,115		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	13,852		9,854		8,026		8,950		7,980		
				認定なし	4,316		4,750		3,809		4,393		3,822		
4	①	国保の状況	被保険者数		14,708		12,772		4,516,485		252,481		32,446,129		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	6,210	42.2	6,332	49.6			117,557	46.6	12,421,239	38.3	
				40～64歳	5,401	36.7	4,129	32.3			79,204	31.4	10,944,546	33.7	
				39歳以下	3,097	21.1	2,311	18.1			55,720	22.1	9,080,344	28.0	
			加入率		25.6		22.2		24.7		21.9		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		8	0.5	8	0.6	1257	0.3	97	0.4	8,255	0.3	
			診療所数		44	3.0	41	3.2	12,813	2.8	874	3.5	96,727	3.0	
			病床数		1,566	106.5	1,538	120.4	227,288	50.3	18,468	73.3	1,524,378	46.8	
			医師数		171	11.6	176	13.8	33,690	7.5	3,303	13.1	299,792	9.2	
			外来患者数		607.4		644.0		688.2		689.8		668.3		
			入院患者数		23.5		25.1		19.8		25.3		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		27,573	県内12位	30,605	県内6位 同規模23位	25,582		29,225		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		630.828		669.073		708.019		715.094		686.501		
			外来	費用の割合	55.3		54.1		59.3		54.7		60.1		
				件数の割合	96.3		96.2		97.2		96.5		97.4		
			入院	費用の割合	44.7		45.9		40.7		45.3		39.9		
				件数の割合	3.7		3.8		2.8		3.5		2.6		
			1件あたり在院日数		17.0日		17.4日		16.2日		16.8日		15.6日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		601,737,040	20.0	755,482,180	26.8	25.0		27.1		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）		294,410,910	9.8	259,574,990	9.2	9.5		7.4		9.7		
			糖尿病		292,607,610	9.7	276,022,340	9.8	10.1		9.4		9.7		
			高血圧症		333,677,240	11.1	222,608,140	7.9	8.9		7.4		8.6		
			精神		569,990,400	19.0	546,966,550	19.4	17.6		19.4		16.9		
			筋・骨格		365,567,910	12.2	332,768,560	11.8	14.9		14.7		15.2		

※KDB データは、その日により被保険者数が変更するため、特定健診受診率等法定報告と合致しない。

4	⑤	費用額（1件あたり） 県内順位 順位総数20 入院の（ ）内は在院日数	入院	糖尿病	624,663	5位	(20)	648,994	2位	(19)							KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧	591,350	6位	(18)	599,892	5位	(18)							
				脂質異常症	585,525	3位	(17)	580,276	6位	(16)							
				脳血管疾患	654,537	4位	(20)	689,566	3位	(21)							
				心疾患	613,150	11位	(12)	657,149	8位	(14)							
				腎不全	875,177	5位	(19)	718,099	14位	(21)							
				精神	472,636	5位	(25)	514,193	1位	(25)							
				悪性新生物	701,708	7位	(17)	756,364	1位	(16)							
			外来	糖尿病	39,199	7位		39,900	9位								
				高血圧	32,888	6位		32,386	7位								
				脂質異常症	31,831	6位		30,349	7位								
				脳血管疾患	45,775	6位		42,658	9位								
				心疾患	45,854	7位		50,351	5位								
				腎不全	179,475	11位		193,567	7位								
				精神	39,759	2位		40,933	2位								
				悪性新生物	57,881	8位		66,234	8位								
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	4,297			3,976			2,411		3,045		2,065		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				健診未受診者	6,320			12,763			12,679		14,627		12,683		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	17,533			10,849			6,634		8,275		5,940		
				健診未受診者	25,791			34,829			34,890		39,753		36,479		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		2,751	55.9		2,487	55.3		669,151	55.7	42,806	52.9	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率		2,493	50.7		2,273	50.5		617,720	51.5	40,083	49.5	3,799,744	51.6	
			医療機関非受診率		258	5.2		214	4.8		51,431	4.3	2,723	3.4	316,786	4.3	
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数20	健診受診者		4,921			4,498			1,200,553		80,985		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②		受診率		45.2	県内11位		46.7	県内14位 同規模52位		38.0		44.4	全国3位	34.0		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		384	65.8		372	72.8		44,581	30.2	4,732	56.2	198,683	21.1	
	④		非肥満高血糖		467	9.5		525	11.7		119,080	9.9	8,242	10.2	687,157	9.3	
	⑤		メタボ	該当者	1,027	20.9		953	21.2		209,544	17.5	15,692	19.4	1,272,714	17.3	
				男性	673	31.1		619	31.9		142,004	27.4	10,201	30.6	875,805	27.5	
				女性	354	12.8		334	13.1		67,540	9.9	5,491	11.5	396,909	9.5	
	⑥			予備群	520	10.6		460	10.2		128,835	10.7	8,278	10.2	790,096	10.7	
				男性	366	16.9		313	16.1		88,450	17.1	5,531	16.6	548,609	17.2	
				女性	154	5.6		147	5.7		40,385	5.9	2,747	5.8	241,487	5.8	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	1,688	34.3		1,551	34.5		379,261	31.6	26,570	32.8	2,320,533	31.5	
	⑧			腹囲 男性	1,126	52.0		1,026	52.9		257,437	49.7	17,375	52.1	1,597,371	50.1	
	⑨			腹囲 女性	562	20.4		525	20.5		121,824	17.9	9,195	19.3	723,162	17.3	
	⑩			BMI 総数	277	5.6		258	5.7		57,060	4.8	3,551	4.4	346,181	4.7	
	⑪			BMI 男性	37	1.7		31	1.6		8,477	1.6	460	1.4	55,460	1.7	
	⑫			BMI 女性	240	8.7		227	8.9		48,583	7.1	3,091	6.5	290,721	7.0	
	⑬			血糖のみ	31	0.6		34	0.8		8,214	0.7	521	0.6	48,685	0.7	
	⑭			血圧のみ	373	7.6		301	6.7		88,982	7.4	5,432	6.7	546,667	7.4	
	⑮			脂質のみ	116	2.4		125	2.8		31,639	2.6	2,325	2.9	194,744	2.6	
	⑯			血糖・血圧	127	2.6		125	2.8		32,969	2.7	1,978	2.4	196,978	2.7	
	⑰			血糖・脂質	72	1.5		67	1.5		11,910	1.0	941	1.2	69,975	1.0	
	⑱			血圧・脂質	488	9.9		437	9.7		101,012	8.4	7,719	9.5	619,684	8.4	
	⑲			血糖・血圧・脂質	340	6.9		324	7.2		63,653	5.3	5,054	6.2	386,077	5.2	
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧	1,945	39.5		1,765	39.2		412,372	34.4	30,643	37.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	485	9.9		470	10.5		93,059	7.8	7,505	9.3	551,051	7.5	
				脂質異常症	1,385	28.1		1,336	29.7		286,600	23.9	23,664	29.2	1,738,149	23.6	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	192	3.9		166	3.8		37,598	3.2	3,003	3.9	230,777	3.3	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	470	9.6		372	8.5		68,046	5.9	5,767	7.6	391,296	5.5	
				腎不全	16	0.3		10	0.2		7,528	0.7	298	0.4	37,041	0.5	
				貧血	714	14.5		656	15.0		116,827	10.1	10,735	13.7	710,650	10.1	
	③		喫煙		728	14.8		617	13.7		158,016	13.2	10,592	13.1	1,048,171	14.2	
	④		週3回以上朝食を抜く		373	7.6		310	6.9		72,002	7.1	5,020	7.6	540,374	8.5	
	⑤		週3回以上食後間食		674	13.7		585	13.1		111,439	10.9	10,506	15.8	743,581	11.8	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		1,109	22.6		935	20.9		149,833	14.5	11,679	17.6	983,474	15.4	
	⑦		食べる速度が速い		1,253	25.5		1,078	24.1		254,684	25.1	18,452	28.0	1,636,988	25.9	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		1,581	32.2		1,420	32.5		326,322	31.6	20,240	30.8	2,047,756	32.1	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		3,146	64.1		2,806	62.7		605,529	58.4	39,178	58.9	3,761,302	58.7	
	⑩		1日1時間以上運動なし		2,275	46.3		2,166	48.4		460,802	44.4	30,690	42.7	2,991,854	46.9	
	⑪		睡眠不足		1,060	21.9		1,043	23.5		250,124	24.3	14,736	22.5	1,584,002	25.0	
	⑫		毎日飲酒		1,251	25.5		1,149	25.6		278,304	24.6	19,466	26.5	1,760,104	25.6	
	⑬		時々飲酒		813	16.6		707	15.8		237,249	21.0	13,966	19.0	1,514,321	22.0	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	1,404	55.5		1,338	56.6		467,405	64.5	27,178	61.5	3,118,433	64.1	
				1～2合	736	29.1		700	29.6		172,836	23.9	11,627	26.3	1,158,318	23.8	
				2～3合	329	13.0		269	11.4		66,425	9.2	4,254	9.6	452,785	9.3	
				3合以上	63	2.5		56	2.4		17,859	2.5	1,165	2.6	132,608	2.7	

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況　平成28年度

【参考資料 2】

総数

	健診受診者	該当者			予備群		
	A	B	B/A	県内順位	C	B/A	県内順位
七尾市	4,484	951	21.2%	8位	460	10.2%	11位
石川県	80,701		19.6%			10.3%	

男性

	健診受診者	該当者			予備群		
	A	B	B/A	県内順位	C	B/A	県内順位
七尾市	1,931	617	31.8%	8位	312	16.1%	11位
石川県			30.8%			16.5%	

女性

	健診受診者	該当者			予備群		
	A	B	B/A	県内順位	C	B/A	県内順位
七尾市	2,553	334	13.2%	6位	148	5.8%	10位
石川県			11.7%			5.8%	

様式6-2～6-7　健診有所見者（保健指導判定値以上）の状況　平成28年度

	健診受診者	受診率	摂取エネルギーの過剰												
			腹囲			BMI			中性脂肪			ALT(GPT)		HDL	
			男85cm以上 女90cm以上			25以上			150以上			31以上		40未満	
	A		B	B/A	県内順位	C	C/A	県内順位	D	D/A	県内順位	E	E/A	F	F/A
七尾市	4,484	46.5%	1,545	34.5%	8位	1,299	29.0%	5位	1,119	25.0%	8位	607	13.5%	306	6.8%
石川県	80,701		26,640	33.0%		20,068	24.9%		19,079	23.6%		10,978	13.6%	5,128	6.4%

	血管を傷つける													
	空腹時血糖				HbA1c（NGSP）				収縮期血圧			拡張期血圧		
	実施者	100以上			実施者	5.6以上			130以上			85以上		
	a	G	G/a	県内順位	b	H	H/b	県内順位	J	J/A	県内順位	K	K/A	県内順位
七尾市	2,038	604	29.6%	13位	4,470	3,157	70.6%	8位	2,039	45.5%	7位	741	16.5%	10位
石川県	46,965	13,973	29.8%		80,062	52,280	65.3%		35,605	44.1%		13,189	16.3%	

	内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因			臓器障害						
	LDL			尿蛋白			eGFR			
	120以上			＋以上			実施者	60未満		
	L	L/A	県内順位	M	M/A	県内順位	d	N	N/d	県内順位
七尾市	1,958	43.7%	18位	242	5.4%	3位	4,440	936	21.1%	13位
石川県	37,454	46.4%		3,900	4.8%		79,028	16,431	20.8%	

脳・心・腎を守るために ー 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

平成28年度

健康日本21（第2次）目標目指すところ	脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009（脳卒中合同ガイドライン委員会）	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2006年改訂版）（循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2005年度合同研究班報告））	糖尿病治療ガイド 2014-2015（日本糖尿病学会）／CKD診療ガイド2012（日本腎臓病学会）
レセプトデータ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析	クモ膜下出血(7%)／脳出血(18%)／脳梗塞(75%)／心原性脳塞栓症(27%※)／ラクナ梗塞(31.9%)／アテローム血栓性脳梗塞(33.9%)／非心原性脳梗塞 ※脳卒中データバンク2009より	心筋梗塞／労作性／安静狭心症	

優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2009（日本高血圧学会）		動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版（日本動脈硬化学会）		メタボリックシンドロームの診断基準	糖尿病治療ガイド2012-2013（日本糖尿病学会）	CKD診療ガイド2012（日本腎臓病学会）	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者（2項目以上）	HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）	蛋白尿（2+）以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
七尾市 4,484人受診	206 4.6% 7位	40 0.9% 5位	102 2.3% 16位	139 3.1% 6位	948 21.1% 8位	351 7.8% 8位	75 1.7% 2位	126 2.8% 12位
石川県	3,297 4.0%	629 0.8%	2,198 2.6%	2,411 2.9%	15,797 19.0%	5,815 7.0%	1,071 1.3%	2,239 2.7%

重症化予防対象者（実人数）		
1,490	33.2%	9位
25,453	30.7%	

【参考資料 4】

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

都道府県名	石川県	市町村名	七尾市	同規模区分	5

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
（平成●年7月
作成分）

被保険者: 12,715人

年代別	人数	割合
20代以下	1,453	11.4
30代	772	6.1
40代	1,141	9.0
50代	1,339	10.5
60代	5,112	40.2
70-74歳	2,898	22.8

A 再掲 40-74歳: 10,490人

糖尿病治療中: 2,031人（16.0）

※（ ）内は、被保険者に占める割合

5	0.2
16	0.8
69	3.4
164	8.1
1,042	51.3
735	36.2

H: 2,010人 | 19.2

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	1,486	245	1,473
割合	73.9	12.2	73.3

インスリン療法: 117人（5.8）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
2	1.7
7	6.0
17	14.5
56	47.9
35	29.9

O: 115人 | 5.7

糖尿病性腎症: 119人（5.9）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
0	0.0
6	5.0
17	14.3
53	44.5
43	36.1

L: 119人 | 5.9

人工透析: 28人（1.38）

※（ ）は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
0	0.0
5	17.9
5	17.9
15	53.6
3	10.7

28人 | 1.39

特定健診

[40-74歳]

平成●年度

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診 対象者: 9,374人

C 特定健診 受診者: 4,225人（45.1）

（再掲）65歳以上

人数	割合
3,118人	73.7988

E 糖尿病型: 615人（14.6）

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中（問診）

G 治療中（質問票 服薬有）: 411人（66.8）

F 未治療（中断含む）: 204人（33.2）

I 特定健診 未受診者: 1,599人（79.6）…I/H

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（糖尿病）」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

J コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上: 178人（43.3）

K コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満: 233人（56.7）

	その他のリスク		
	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	101（56.7）	94（52.8）	105（59.0）
K	122（52.4）	92（39.5）	105（45.1）

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白	アルブミン尿	正常アルブミン尿（30未満）	N --	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白	尿蛋白	（－）	M --	（±）	（＋）以上	問わない	
		515人（83.7）	100人（16.3）	40人（6.5）	56人（9.1）	4人（0.65）	

【参考資料5】

【参考資料 6】

糖尿病管理台帳
（HbA1c6.5以上）

【対象者抽出基準】
過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※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

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28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							男	47	糖尿病		糖	服薬							
									高血圧			HbA1c	7.8						
									虚血性心疾患		糖以外	体重	81.3						
									脳血管疾患			BMI	29.4						
									糖尿病性腎症			血圧	139/89						
											CKD	GFR	84						
												尿蛋白	＋						
2							男	47	糖尿病		糖	服薬			○	○	○		
									高血圧			HbA1c	8.6		8	8.1	6.8		
									虚血性心疾患		糖以外	体重	65.5		64.5	66.4	61.5		
									脳血管疾患			BMI	27.1		26.6	27.3	25.2		
									糖尿病性腎症			血圧	125/81		160/93	151/91	115/78		
											CKD	GFR	79		85.4	84	79.8		
												尿蛋白	－		－	±	－		
3							男	47	糖尿病		糖	服薬		○					
									高血圧			HbA1c	7.1	7.1					
									虚血性心疾患		糖以外	体重	89.5	88.2					
									脳血管疾患			BMI	29.1	28.4					
									糖尿病性腎症			血圧	122/90	150/102					
											CKD	GFR	87	91					
												尿蛋白	－	－					
4							男	49	糖尿病		糖	服薬	○	○	○				
									高血圧			HbA1c	7.9	8.2	7				
									虚血性心疾患		糖以外	体重	88.7	83.9	84.6				
									脳血管疾患			BMI	32.2	30.4	30.5				
									糖尿病性腎症			血圧	132/70	120/64	126/70				
											CKD	GFR	73	66.8	65				
												尿蛋白	－	＋	＋＋				
5							男	50	糖尿病		糖	服薬	○	○	○	○	○		
									高血圧			HbA1c	7.1	7.6	8.1	7.8	7.7		
									虚血性心疾患		糖以外	体重	81.8	85.6	87.6	77	76		
									脳血管疾患			BMI	26.3	27.6	28	24.8	24.6		
									糖尿病性腎症			血圧	110/70	130/85	110/80	110/72	124/76		
											CKD	GFR	85	84.3	85	73	61.8		
												尿蛋白	－	－	－	－	－		
6							女	51	糖尿病		糖	服薬							
									高血圧			HbA1c	8.3						
									虚血性心疾患		糖以外	体重	67						
									脳血管疾患			BMI	29						
									糖尿病性腎症			血圧	157/108						
											CKD	GFR	104						
												尿蛋白	－						

【参考資料 7】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H　　29 年度　　担当地区：

対象者把握			地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(Ⓐ＋Ⓑ)	（ 1356 ） 人		
	Ⓐ健診未受診者	（ 668 ） 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
	結果把握(内訳) ①国保(生保) ②後期高齢者 ③他保険 ④住基移動(死亡・転出) ⑤確認できず	 （ 497 ） 人 （ 284 ） 人 （ 70 ） 人 （ 57 ） 人 （ 0 ） 人	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	
	①－1 未受診者(中断者含む)	（ 133 ） 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		3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	Ⓑ結果把握	（ 631 ） 人		
保健指導の優先づけ	① HbA1cが悪化している	（ 277 ） 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継続
	例) HbA1c7．0以上で昨年度より悪化している	（ 104 ） 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 (－) (±)	 （ 498 ） 人 （ 44 ） 人		
	(＋)～顕性腎症	（ 61 ） 人		栄養士中心
	③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 1年で5ml／分／1．73㎡以上低下	 （ 7 ） 人 （ 124 ） 人		腎専門医

【参考資料 8】

…太枠内は何も表示されません。各市町村で把握している情報を入力してください。

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 石川県　市町村名 七尾市

		項目	突合表	保険者 28年度 実数	保険者 28年度 割合	保険者 29年度 実数	保険者 29年度 割合	保険者 30年度 実数	保険者 30年度 割合	同規模保険者（平均） 28年度同規模保険者数266 実数	同規模保険者（平均） 28年度同規模保険者数266 割合	データ基
1	①	被保険者数	A	13,561人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	（再掲）40-74歳		11,055人								
2	①	特定健診 対象者数	B	9,633人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数	C	4,482人								
	③	特定健診 受診率		46.5%								
3	①	特定保健指導 対象者数		9,633人								
	②	特定保健指導 実施率		46.5%								
4	①	健診データ 糖尿病型	E	675人	15.1%							特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	206人	30.5%							
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	469人	69.5%							
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	176人	37.5%							
	⑤	血圧 130/80以上	J	96人	54.5%							
	⑥	肥満 BMI25以上	J	83人	47.2%							
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	293人	62.5%							
	⑧	第1期 尿蛋白（－）	M	557人	82.5%							
	⑨	第2期 尿蛋白（±）	M	38人	5.6%							
	⑩	第3期 尿蛋白（＋）以上	M	76人	11.3%							
	⑪	第4期 eGFR30未満	M	4人	0.6%							
5	①	レセプト 糖尿病受療率（被保数千対）		155.8人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	（再掲）40-74歳（被保数千対）		189.0人								
	③	レセプト件数（40-74歳）（）内は被保数千対 入院外（件数）		8,291件	(792.6)					9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	入院（件数）		66件	(6.3)					65件	(5.0)	
	⑤	糖尿病治療中	H	2,113人	15.6%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	（再掲）40-74歳	H	2,089人	18.9%							
	⑦	健診未受診者	I	1,620人	77.5%							
	⑧	インスリン治療	O	125人	5.9%							
	⑨	（再掲）40-74歳	O	124人	5.9%							
	⑩	糖尿病性腎症	L	114人	5.4%							
	⑪	（再掲）40-74歳	L	112人	5.4%							
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		30人	1.42%							
	⑬	（再掲）40-74歳		30人	1.44%							
	⑭	新規透析患者数		5人	16.7%							
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症		3人	60.0%							
	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）		54人	1.7%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	医療費 総医療費		48億4160万円						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		28億2358万円						30億4443万円		
	③	（総医療費に占める割合）		58.3%						56.8%		
	④	生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		10,849円						7,618円		
	⑤	健診未受診者		34,829円						33,667円		
	⑥	糖尿病医療費		2億7602万円						3億0618万円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）		9.8%						10.1%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		10億3936万円								
	⑨	1件あたり		39,900円								
	⑩	糖尿病入院総医療費		7億5738万円								
	⑪	1件あたり		648,994円								
	⑫	在院日数		19日								
	⑬	慢性腎不全医療費		2億6798万円						3億0863万円		
	⑭	透析有り		2億5958万円						2億8998万円		
	⑮	透析なし		840万円						1864万円		
7	①	介護 介護給付費		61億1644万円						49億7433万円		
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		20件	66.7%							
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		5人	0.7%					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

【参考資料９】

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なりやリスクの期間で推測)

問診

- □**年齢・性別**（男45歳以上/女55歳以上）
- □**家族歴**（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死 ②若年発症の虚血性心疾患 ③高血圧、糖尿病、脂質異常症）
- □**既往歴**（一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患）
- □**喫煙** → NO不活化等
- □**ストレス**（職場環境、生活リズムの変化など　）→ 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- □**閉経**（　　歳）→ エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

＋

健診

- □**20歳の体重（15%以上の増加）**
- **内臓脂肪の蓄積** → 高中性脂肪・低ＨＤＬ / 血圧高値 / 耐糖能異常・高血糖
- □**メタボリックシンドローム**（高インスリンの期間を予測）→ **大血管障害要因**
- □**糖尿病** → インスリン枯渇により移行
- □**高血圧** → プラーク破裂促進要因
- □**高LDLコレステロール** → **大血管障害要因**
- □**CKD** → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈のれん縮

冠動脈の狭窄

プラークの形成

❶狭窄が50%以下でもプラークの破綻を起こすことがある（不安定プラーク）
＊特にメタボは不安定プラークを形成しやすい

❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → **心筋壊死**

心電図

- □**所見あり**
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □**所見なし** → **自覚症状**
  - □**あり**

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
- ・頸や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や嘔気を伴う

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（３ヶ月後・半年後・１年後）

精密検査

- □**狭心症**
  - □**異型（冠れん縮）狭心症**
  - □**労作性狭心症**
  - □**不安定狭心症**

→ □**急性心筋梗塞**

不安定プラークの破裂により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間の閉塞または高度狭窄をきたす。
（急性冠症候群：ACS）

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）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・労作時関係なく		
症状の期間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも寛解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □７５ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT
- □心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料 10】

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	□ＳＴ変化 □その他所見	⑤ 重症化予防対象者
② 問診	□自覚症状なし	□症状あり □少なくとも15秒以上の症状が持続 □同じような状況で症状がある □「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある □以前にも同じような症状があった □頚や肩、歯へ放散する痛み □冷汗、吐き気がある	
	□家族歴　父母、祖父母、兄弟姉妹　(1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 □既往歴・合併症　一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 □喫煙		発症予防対象者

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。 **メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。**

判定			正常	軽度	重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム	□腹囲			男 85～ 女 90～		
	□BMI		～24.9	25～		
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299	300～	
		食後	～199	200～		
	□nonHDL−C		～149	150～169	170～	
	□AST		～30	31～50	51～	
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75ｇ糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199	200～	
	□HbA1c		～5.5	5.6～6.4	6.5～	
	□尿酸		～7.0	7.1～7.9	8.0～	
	□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84	85～89	90～	
④ □LDL-C			～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無
ｅＧＦＲ				60未満		
尿蛋白			（−）	（＋）～		
□ＣＫＤ重症度分類				G3aA1～		

その他	□閉経 □アルコール □運動習慣 □睡眠・生活リズム 0 ―― 12 ―― 24

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 11】

血圧管理台帳

個人番号	地区名	名前	性別	年齢H25	健診データ 平成20～24年度のうち直近 メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	血圧 H20 治療有無	H20 収縮期	H20 拡張期	H20 訪問・面接・電話	H21 治療有無	H21 収縮期	H21 拡張期	H21 訪問・面接・電話	H22 治療有無	H22 収縮期	H22 拡張期	H22 訪問・面接・電話	H23 治療有無	H23 収縮期	H23 拡張期	H23 訪問・面接・電話	H24 治療有無(H25.10月末までに確認)	H24 収縮期	H24 拡張期	H24 訪問・面接・電話	H25健診受診	レセプト(H25.10.1月分まで確認) 治療有無	H25 収縮期	H25 拡張期	H25 訪問・面接・電話
			男	70	なし	5	86	52.1	±	7.5					○	210	110	訪問か面接	○	158	86		○	210	100	電話拒否				◎	○	220	108	電話（妻）
			男	72	該当者	5	114	72.9	－	5.9														205	107	訪問か面接	○	188	83		◎	○	197	91	訪問
			女	69	予備群	5.3	155	63.4	－	5.4										153	88			161	86	訪問か面接					◎	治療開始	194	110	訪問
			女	71	なし	4.9	141	47.5	＋	3.8						146	97											190	87	面接	◎		193	104	訪問
			男	59	該当者	5.9	148	68.6	－	6.6										185	105	電話拒否									◎		191	103	電話拒否（妻）
			女	41	なし	4.7	122	87	－	3.8																		159	112	訪問	◎		190	95	訪問
			男	66	なし	5.2	129	86.5	－	6.2																		205	108	郵送	◎		189	109	面接
			男	67	なし	5	81	74.4	－	4														181	101	訪問か面接		167	100		◎	治療開始	188	92	訪問
			女	67	該当者	5.4	134	64.8	－	0.7	○	176	94																		◎	○	186	100	訪問
			男	65	なし	5	47	86.9	－	7.7																		166	87	面接	◎	治療開始	180	100	面接
			女	64	なし	6.4	115	76.3	－	6.4														163	90	訪問か面接		128	82		◎	治療開始	179	98	訪問
			男	73	なし	5.1	152	63.8	＋	5.6																	治療開始	160	110	電話拒否	◎	治療開始	178	116	電話拒否
			男	60	該当者	5.6	77	45.2	－	9.5		143	105	訪問か面接									○	158	101		○	164	101	郵送	◎	○	178	111	面接
			男	64	なし	5.4	93	87.3	－	3.8																	治療開始	166	87	電話	◎	治療開始	178	108	電話拒否
			男	71	なし	5.4	82	73.5	－	5										170	84	訪問か面接		142	94						◎		178	95	面接
			男	63	予備群	5.3	130	66.6	－	7.3																	治療開始	168	97		◎	治療開始	176	87	面接
			男	69	なし	4.8	117	57.8	－	5.2						158	101	訪問か面接		144	86			171	96	訪問か面接		147	94		◎		175	99	面接
			男	66	なし	5.5	84	74.7	－	4.9														151	94			148	101	訪問	◎	○	174	107	訪問
			女	59	該当者	5.6	107	95.4	－	5.1		170	107			170	107										治療開始	163	95	電話（母）	◎		173	99	郵送
			男	67	なし	5.6	95	74.4	－	4.5		162	95			166	84			166	86			163	80	電話拒否		157	84		◎		172	82	
			男	71	予備群	5.4	89	57.3	－	4.8		152	89			151	76			153	90			167	98	訪問か面接		162	80	訪問	◎		172	81	
			男	51	該当者	5.2	206	52	－	9.2										141	101	訪問か面接		163	132	郵送					◎	治療開始	170	132	
			女	66	該当者	5.5	168	55.2	－	6.3		125	77			136	87			118	69			131	81			167	85	面接	◎		170	89	
			男	73	なし	4.9	128	121.4	±	4.4	○	156	80		○	140	70		○	160	74		○	160	82		○	144	78		◎	○	170	80	
			男	73	なし	5.3	143	84	－	4.4																		166	90		◎	治療開始	169	94	郵送
			男	68	予備群	4.9	133	74.1	±	5														140	84			164	101		◎		168	108	
			男	69	該当者	4.8	162	101.1	±	6.9	○	166	106		○	150	99		○	146	88		○	134	80		○	136	74		◎	○	168	90	面接（妻）

【参考資料 12】

心房細動管理台帳

No	年度	氏名	生年月日	年齢	性別	特定健診その他のECG所見とレセプト（KDB活用） H25年度				H26年度				H27年度				その他心疾患 心不全	虚血性心疾患	弁膜症	備考	帰結
1	25			63	男	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		○ H26.3.20			糖尿病 高脂血症 高血圧症 ワーファリン錠1mg	
						上室性期外収縮	H21.8.19															
						薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中							
						ワーファリン H24.5	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン H24.5	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン H24.5	2. 治療開始（ 月～）							
						NOAK	3. 中断 （ 月～）			NOAK	3. 中断 （ 月～）			NOAK	3. 中断 （ 月～）							
						APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)							
						病院名 A医院	5. 病院受診無			病院名 A医院	5. 病院受診無			病院名 A医院	5. 病院受診無							
2	25			68	女	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		○ H24.9.18	○ H24.2.21	○	高血圧症 大動脈弁閉鎖不全症 ワーファリン錠1mg	
						頻脈性不整脈	H20.11.18															
						薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中							
						ワーファリン H24.4	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン H24.4	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン H24.4	2. 治療開始（ 月～）							
						NOAK	3. 中断 （ 月～）			NOAK	3. 中断 （ 月～）			NOAK	3. 中断 （ 月～）							
						APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)							
						病院名 A医院	5. 病院受診無			病院名 A医院	5. 病院受診無			病院名 A医院	5. 病院受診無							
3	25			72	男	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞			○ H27.2.17		高血圧症 脂肪肝 イグザレト15mg	
							H25.2.27															
						薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中							
						ワーファリン	2. 治療開始(5月～)			ワーファリン	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン	2. 治療開始（ 月～）							
						NOAK H25.5	3. 中断 （ 月～）			NOAK H25.5	3. 中断 （ 月～）			NOAK H25.5	3. 中断 （ 月～）							
						APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)							
						病院名 C医院	5. 病院受診無			病院名 C医院	5. 病院受診無			病院名 C医院	5. 病院受診無							
4	26			73	男	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		○ H26.6.16	○ H25.11.11		高血圧症 糖尿病 高脂血症 プラザキサカプセル75mg	
										頻脈性不整脈	H26.12.1											
						薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中							
						ワーファリン	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン	2. 治療開始(12月～)			ワーファリン	2. 治療開始（ 月～）							
						NOAK	3. 中断 （ 月～）			NOAK H26.12	3. 中断 （ 月～）			NOAK H26.12	3. 中断 （ 月～）							
						APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)							
						病院名 D医院	5. 病院受診無			病院名 D医院	5. 病院受診無			病院名 D医院	5. 病院受診無							
5	26			65	男	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		その他のECG所見	診療開始	脳梗塞		○ H23.1.19	○ H23.11.7		高血圧症 糖尿病 高尿酸血症	
							H23.1.19															
						薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中			薬 内服開始	1. 治療中							
						ワーファリン	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン	2. 治療開始（ 月～）			ワーファリン	2. 治療開始（ 月～）							
						NOAK	3. 中断 （ 月～）			NOAK	3. 中断 （ 月～）			NOAK	3. 中断 （6月～）							
						APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)			APA	4. 受診のみ(服薬無)							
						病院名 A医院	5. 病院受診無			病院名 A医院	5. 病院受診無			病院名 A医院	5. 病院受診無							

保険者努力支援制度　七尾市

七尾市　人口　5.4万人

（国保被保険者　1.2万人）

社会保障費（H28年度）　七尾市

国保医療費　49億円 KDB

			患者割合
予防可能な生活習慣病	糖尿病	2.8億円	（18.9%）
	高血圧	2.3億円	（29.3%）
	慢性腎臓病	2.6億円	（0.4%）
	がん	7.6億円	
	精神	5.5億円	

後期医療費　88億円 KDB

			患者割合
予防可能な生活習慣病	糖尿病	3.5億円	（31.9%）
	高血圧	3.4億円	（54.8%）
	慢性腎臓病	5.0億円	（0.9%）
	脳梗塞	3.6億円	（17.3%）

介護費　61億円 KDB

再掲

2号認定者（40～64歳）有病状況	心臓病	43.2%
	脳梗塞	43.8%
	糖尿病	58.9%

七尾市　260点/345満点
県内順位　3位/19市町村
全国順位　106位/1741市町村

頂いたお金　800万円
1点当たりのお金　3万円

	評価指標	30年度 満点	28年度前倒し分 満点	七尾市	N市 5.2万人
	H29、30年度	850点	345点	260点	278点
共通①	特定健診受診率	50	20	15	15
	特定保健指導実施率	50	20	20	15
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	10	10
共通③	糖尿病等重症化予防の取組	100	40	40	40
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価	(50)			
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)			
	・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)			
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	20
	個人のインセンティブ提供	70	20	20	20
	・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)			
	・商工部局、商店街等との連携	(25)			
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10	10
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携	(35)			
共通②	がん検診受診率	30	10	0	10
	歯周疾患（病）検診実施状況	25	10	10	10
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	5	5

H28　保険者努力支援ﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸ資料

都道府県の指標	① 市町村指標の都道府県単位評価 【200億円】 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	100
	③ 都道府県の取組状況 【150億円】 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	60
	② 医療費適正化のアウトカム評価 【150億円】 国保・年齢調整後1人当たり医療費	50

（H30年度～）
【保険者努力支援制度分】を減額し、【保険料率】を決定
（国保加入者の保険料に影響）

特定健診対象者　9,633　人
（40～74歳）H28

健診受診者　4,482 人（　46.5　%）

健診未受診者　5,151 人（　53.5　%）

糖尿病	HbA1c6.5以上	494 人	
	未治療者	130 人	（63.4%）
高血圧	Ⅱ度高血圧以上	494 人	
	未治療者	187 人	（37.9%）

糖尿病治療中　1,620　人

高血圧治療中　1,484　人

第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

1.医療機関との適切な連携における優先順位
○ かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
○ 保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

2.診療における検査データを活用する要件
○ 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
○ 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。

3.基本的な手順の流れ
○ 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本の健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

【参考資料13】

お菓子と魚のまち七尾　　市民の食の実態と体の実態を見る

地勢・風土

能登半島の中心に位置する
沿岸地域と中山間地域がある
夏は暑く、冬は降雪がある
中山間地域では水田・農用地・山林が多い
米生産量　10，800トン　県内5位

風習

慶事にはまんじゅうを配る慣わし
弔事（お通夜・葬式）には袋菓子を配る
年間を通しておはぎや餅・かき餅を作る家庭が多い
家庭に果樹を植えている
地域のまつりが多い

歴史

市街地は加賀前田藩小丸山城の城下町で茶の湯文化が伝承されている。おもてなし文化がある。
開湯1200年の和倉温泉を有する
郷土料理
和菓子
保存食

人づき合い
地域のまつりにおよばれ（飲酒習慣）
来客にはお菓子を出す

食品

米

じゃがいも　さつまいも
かぼちゃ　金時豆

大根　白菜　なす
きゅうり　トマト
ふき　水ぶき
たけのこ
柿　キウイ
いちじく　みかん

こぞくら　ふくらぎ　鰤
鰺　鯖　鰯　鱈
はちめ　とびうお
べっと
いいだこ　まだこ
あおりいか
かき貝

アイスクリーム
和菓子　洋菓子
チョコレート
袋菓子

味覚

醤　油
味　噌
食　塩
砂　糖
らっきょう酢

酢の物・寿司・漬物にらっきょう酢を使う
糖分　50%
大さじ1杯あたり
砂糖7．5g

えんがらまんじゅう
ながまし
みそまんじゅう
ふっくら
大豆飴
シュークリーム
大福もち

食べ方

米文化
寿司（にぎり・太巻き・いなり）
赤飯
おはぎ　まんじゅう
餅・かき餅

保存食文化
山菜漬物
野菜漬物
自家製味噌
塩干魚
魚の糠漬け

魚食文化
刺身　寿司　酢の物
みそ汁　煮る　焼く
練り製品（竹輪・かまぼこ）

菓子文化
自宅で間食時に食べる
食後のアイス（冬でも）

スーパーのいなり（1個）
ご飯　30～40g
スーパーののり巻き（1切）
ご飯　30g前後
自宅で作るかき餅（1枚）
砂糖5g　塩0．3g

かぶらずし
麹漬け
みそ漬け
塩漬け

竹輪（1本/110g）
149kcal　塩分2．9g
かにかま（1本/25g）
22kcal　塩分0．4g
ごぼう天（1本/35g）
53kcal　塩分0．6g
ひら天（1枚/35g）
58kcal　塩分0．2g
野菜揚げ（1枚/45g）
57kcal　塩分0．6g

和菓子屋　34
洋菓子　8
寿司屋　29
レストラン　16
焼肉店　16
スナック　82
農産品加工グループ　16

からだの実態

①健診データ　（七尾市）

脳・心・腎を守るために～重症化予防の視点で科学的根拠を明らかにする～

健診項目	人・県内順位	県の割合
重症化予防対象者	1,490人（33.2%）	30.70%
高血圧 Ⅱ度高血圧以上	206人（4.6%） 7位	4.0%
心房細動	40人（0.9%） 5位	0.8%
LDLコレステロール 180mg/dl以上	102人（2.3%） 16位	2.6%
中性脂肪 300mg/dl以上	**139人（3.1%） 6位**	**2.9%**
メタボ該当者 2項目以上	948人（21.1%） 8位	19.0%
HbA1c6.5%以上 治療中7.0%以上	**351人（7.8%） 8位**	**7.0%**
尿蛋白 （2＋）以上	75人（1.7%） 2位	1.70%
eGFR50未満 70歳以上40未満	126人（2.8%） 12位	2.70%

②石川県　患者調査の実態　入院・入院外（平成26年）p131

	入院	入院外
虚血性心疾患	**3位**	**23位**
脳血管疾患	12位	44位
糖尿病	9位	38位

③糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況（平成27年）p138

石川県	15位	45.90%

【参考資料 14】

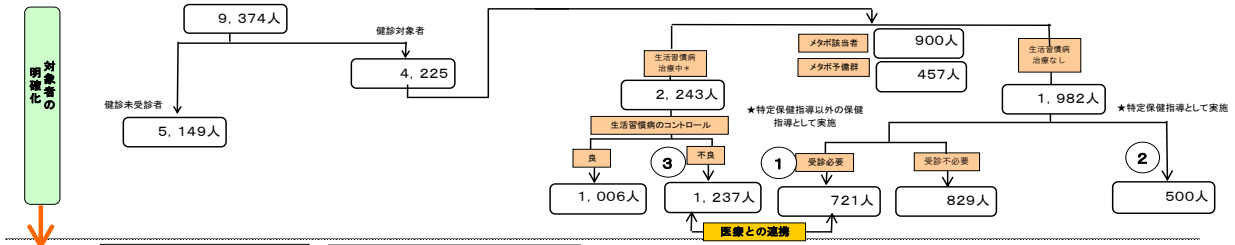
【参考資料 15】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール【平成２９年度】

七尾市

目標に向かっての進捗状況管理とPDCA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します。

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



課題設定と計画Ｐ

① 未受診者対策

●受診率向上にむけた受診勧奨の実施。
●発症予防と重症化予防
　○健康教育等での普及啓発
　○未受診者（一度も健診を受けたことがない者）に対する健診受診勧奨
　　糖尿病管理台帳から健診未受診者への受診勧奨
　○継続受診勧奨
　　（地区別の糖尿病管理台帳の活用）

② 特定健診

●健診への出務は行わない。（保健指導時間に活用する。）
●心電図、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニンについては、七尾市独自の追加項目として、全員に実施。

③ 健診結果

●健診結果を階層する。
　二次健診対象者へは、対象者であることを担当者がわかりやすいように明記する。

●階層化別にアプローチする。
　○健診結果説明会
　○個別保健指導　対象

④ 保健指導

●糖尿病の発症予防と重症化予防
　○優先順位をつけて、保健指導を実施する。
　　1．メタボ2項目以上
　　2．高血糖
　　3、高血圧
●特定保健指導
　○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
●特定保健指導以外
　○健診結果の見方について通知、説明
●医療との連携
　○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
　○連絡票を利用しかかりつけ医と保健指導実施者との連携
　○糖尿病専門医、腎専門医との事例検討会
　○治療中者のレセプトと健診データの突合

実践スケジュールＤ

3月
●糖尿病管理台帳を作成し、H28年度未受診者へ健診受診勧奨と未治療者への医療の受診勧奨　1，000人

4月
●広報掲載開始（～11月）
●公民館長・町会長への受診啓発
●医療機関から受診勧奨の依頼
○特定健診実施機関との業務契約締結
　各医療機関への健診説明にまわる
●受診券発送
　4月末～5月上旬、個人宛に発送

保健指導対象者を明確化にするために、健診結果より保健指導レベル別に対象者を絞り込む
○脳・心・腎を守るために二重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする

5月
●ケーブルTV放映開催（～11月）
●電話での受診勧奨開始
●特定健診開始
　集団：5月～12月
　個別：5月～11月
●健診結果相談会
　実施時期：5月～1月
　対象者：集団健診、個別健診受診者
●保健指導開始

6月
●受診意向調査開始（ハガキでの回答）
●受診状況進捗管理（随時）
●国保人間ドック開始（～12月末）
●H28年度健診を受けたか確認する

健診データからフローチャートを作成し、保健指導を優先順位で実施する
　集団と個の実施相撲
●糖尿病、高血圧、脂質異常、CKD
　（名簿ツール）
　○糖尿病管理台帳
　○HbA1c高値（7.0以上）の一覧表
　○重症高血圧（Ⅲ度高血圧）の一覧表
　○LDL200以上の一覧表
　○GFR低下者の一覧表
　○尿蛋白陽性者の一覧表

7月
●糖尿病の発症予防と重症化予防
　該当者への勧奨開始
　（随時：地区担当保健師）
●ハガキでの勧奨開始（随時）
○二次健診実施機関との業務契約締結
○特定健康診査未受診者の受療状況に関する調査事業の業務委託契約締結

●医療との連携
　○糖尿病専門医との糖尿病事例検討会の開催
　○腎疾患対策検討委員会
●保健指導
　○保健指導力量形成研修会
　○保健指導教材開発（地域に応じた教材）

8月
●二次健診開始
（75g糖負荷検査、頸部超音波検査）
（尿中アルブミン値の測定）
　実施時期：8月～2月

9月

事例学習
経年表、I表、プロセレコードを作成し、保健指導の力量形成とする。

10月
●個の背景をみる
　○実態の整理、課題のまとめ
　　※個人の食習慣から地域の食習慣がみえる
　　※地域の食習慣の背景に環境、歴史、文化、労働
　　↓
　　※実態に即した保健指導の見直し
　　※保健指導教材の検討

11月
●健診データ
　どの年代で何人受診しているか
　どの所見の異常者が多いのか
　地区単位でみるとどうなのか

　健診とレセとの突合⇒健診未受診者の治療中断者の確認
　健診受診　（様式6-9）
　健診有所見状況　（様式6-2～6-7）
　メタボリックシンドローム該当者・予備群　（様式6-8）

12月
●事業主健診のデータを授受
●特定健康診査未受診者の受療状況に関する調査事業（医師会からの情報提供）

1月
○次年度実施体制

2月
H29年度受診者で継続対象者の数の確認。
次年度健診に向けて受診勧奨訪問
○契約等準備

3月

●健診結果の変化をみる
　○同規模保険者との比較をする。（有所見、尿蛋白2＋のでる背景は）

　○メタボの減少
　○高血圧の改善
　○特定健診、特定保健指導の実施率の向上
　○糖尿病治療継続者の割合の増加
　○血糖コントロール不良者HbA1c（JDS値）8.0以上の割合の減少
　○糖尿病有病者の増加の抑制

　＊評価ツール（メタボ、高血圧、高血糖、尿蛋白）から次年度に向けた課題整理をする。
　　地区別に評価ツールを作成し、地区担当への情報提供と地区別の課題整理をする。

第１期の全体評価

課題・目標	評価（良くなったところ） ①プロセス （やってきた実践の過程）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結　果）	④ストラクチャー （構造）	⑤残っている課題
目　標 ○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標80% ○健診受診者の検査結果の改善【血圧・血糖・CKD・メタボ】 ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性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。 ○医療費の伸びを抑える **未受診者対策** ◆受診率の伸びが低迷 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討（地区台帳の活用等） ◆医療機関の協力等による取組み ○早期介入保健推進事業の推進	**未受診者対策** ○特定健診 ・健診の継続受診者を増やすことから、不定期受診者、受診率の伸びの低い地区にハガキによる勧奨を行った。 ・未受診の方に治療中の割合が多いことから、医療機関へ治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。 ↓ ・未受診者対策を効果的に行うために、医療機関からの協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。現在作成している糖尿病管理台帳を活用していいくことで、未受診者対策につがる。地区担当が台帳を活用していくことが重要である。 ・30歳健診の結果から、すでにメタボ、重症化予防対象者がいることから、早期からの生活習慣改善への取組み、ポピュレーションアプローチが重要である。事業を進めるうえで、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要がある。ポピュレーションアプローチの対象を住民だけでなく、医療機関に対しても現状説明、課題共有が協力を得ていくうえで必要である。	**未受診者対策** ○医療機関説明実施状況 医師会へ健診受診についての勧奨を依頼 ○個々の医療機関へのアプローチ状況 ○未受診者訪問実施状況 ◆Ｈ29　対象917　実施73（8.0%） ⇒　受診29（3.2%） ○ポピュレーション実施状況 第１期のデータヘルス計画１枚ものを毎年数値を変更し、市民の集まるときに使用した。 ○早期介入保健指導実施状況 30代保健指導 ◆Ｈ26　対象55　実施47（85.5%） ◆Ｈ29　対象49　実施35（71.4%）	**未受診者対策** ○特定健診受診率 Ｈ29年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ◆Ｈ26　訪問67⇒　受診36 ◆Ｈ29　糖尿病管理台帳からの健診未受診者訪問を実施 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 ○行ったポピュレーション毎の結果（例えば地区別の受診率等） ◆Ｈ26 １位中島51.0%　2位南大呑49.7% ◆Ｈ29 １位中島51.4%　２位東湊49.9% ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況 平成２８年度 対象者　58 保健指導　41 ↓ 平成２９年度 健診受診者　6 未受診者　52	○業務分担制、未受診者対策、重症化予防対策を検討担当が分かれている。両方の取組みは切り離して考えられない。また、計画立案、評価をしているが、共通認識を十分図る必要がある。 ○**地区担当制の機能を強化する必要がある。** ○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。**栄養士の地区担当も検討する必要がある。 ○**アプローチができず重症化している場合がある。糖尿病管理台帳の対象者を確実に訪問する。** ○医師会との会議等の連携は進んでいる。個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区担当の活用、一つ一つの事例を通じて連携を積み重ねていく。	**全体** ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、ＰＤＣＡサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。 ○事業実施等がばらばらにならないように、共通認識を図っていく。 **未受診者対策** ○医療機関への協力依頼の検討。 ○未受診者訪問の対象の検討（全くの未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等）。 ○ポピュレーションの取組みを検討（医療機関、住民への普及などどうしていくか）。 ○評価項目の検討（受診率、受診行動等）

課題・目標	評価（良くなったところ） ①プロセス （やってきた実践の過程）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結　果）	④ストラクチャー （構造）	⑤残っている課題
重症化予防対策 ◆PDCAサイクルからの課題を明確にする。 ◆対象者、選定方法等の検討 ◆地区台帳の検討 ◆体制（特定保健指導担当、健康づくり担当が分かれており、ばらばらになってしまう。） ◆評価指標の検討	**重症化予防対策** ・重症化予防対象者として治療中の方も早期に介入してきた。 ・保健指導の標準化が十分ではない。個々の教材使用に任されていたり、共通認識が十分図れていない現状がある。 ↓ ・糖尿病管理台帳の対象者への訪問、保健指導を活用していくことで、重症化予防につながる。地区担当が、台帳を十分に活用していくことが必要 ・保健指導を行う目的、目標を明確にすることで評価にもつながる。保健指導内容も具体的に標準化でき、共通理解を図ることにつながる。 ・重症化対策を評価してく指導内容の検討が必要。個別の効果等が見える指標検討が必要。現在は実施量が中心の評価。 ・若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防対象者がいる。保健指導がうけられない対象者へのアプローチについての対策は必要。他保険者であっても、健診結果を持参し、保健指導を希望される方には実施していく。	**重症化予防対策** ○重症化予防の実施状況 ○保健指導（面接・訪問）実施状況 ◆Ｈ26　対象1,954　実施1,177（60.2%） ◆Ｈ29　対象1,631　実施971（59.5%） ○他保険者に対する保健指導実施状況 ・市町村共済組合　対象81　実 ・協会けんぽ　　実施1（特定保健指導）	**重症化予防対策** ○保健指導実施者の翌年の健診結果状況 平成26年度 共通10,635 対象者 1,345 実施 774（57.5%） 健診未受診者 148（19.1%） 健診受診者 626（80.9%） 平成28年度 共通10,635 対象者 1,507 実施 925（61.4%） 健診未受診者 154（16.6%） 健診受診者 771（83.4%） ○保健指導後の受診（服薬、検査等）状況 ○経年評価（評価項目毎）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）		**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、経年地区台帳からの対象者等） ○保健指導後の評価指標の検討、（健診、検査後の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討） ○項目毎の経年評価、集団、個別毎 ○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の状況（３疾患治療なしの者）
医療とのつながり ◆個々の医療機関との連携は整いつつあるが、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った連携はまだ進んでいない現状 ◆未受診者対策、重症化予防対策それぞれの関わりのなかで、医療機関との連携を進める	**医療とのつながり** ・医療機関連携を進めているが、一度の連絡票の提出に終わっている。双方の情報共有のためには、双方複数回の連携が必要である。 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施に向け、連絡票を個々の同意をとり進めていく。また、糖尿病連携手帳の活用も検討していく。 ・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、課題を共有していく中で、協力体制を整えていく。	**医療とのつながり** ○ＣＫＤ連携様式使用状況 ◆Ｈ26　対象48　実施10（20.8%） ◆Ｈ29　対象56　実施13（23.2%） ○個々の医療機関との連携状況 ◆Ｈ27　21 ◆Ｈ29　45	**医療とのつながり** ○ＣＫＤ連携様式にてすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） 専門医への受診勧奨 対象者 48 / 55 専門医 10（20.8%） / 16（29.1%） 受診なし 38（79.2%） / 39（70.9%） 専門医への受診なし：つかまえかけ談話 16（42.1%） / 23（59.0%） その他 22（57.9%） / 16（41.0%）		**医療とのつながり** ○事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく。 ○七緒の会との連携をとり、健診、KDBからの情報を提供し共有を図る。 ○症例検討に参加し、最新の情報を取得し、医療機関のスタッフとの情報を共有する。