

第5章 地域包括ケアに係る取組

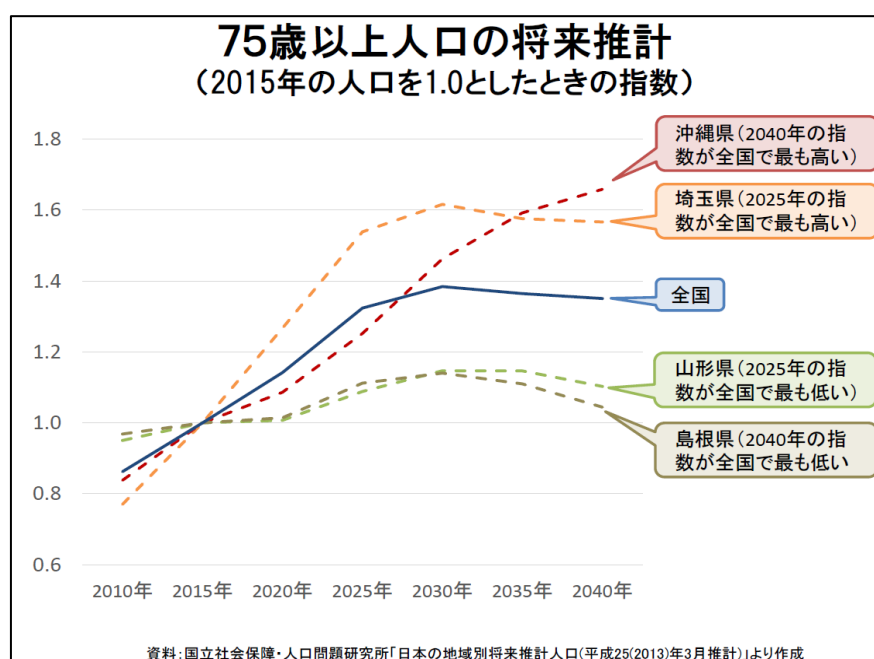
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表44)

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

【図表44】



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

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、次期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。(図表45)

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標(参考資料11)

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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導実施率・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)	<ul style="list-style-type: none">・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・管理栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

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										現状値の把握方法
			初期値	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	最終評価値	
特定健康計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	H28	55%	55%	56%	57%	58%	59%	60%	H35	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
				53%	53%	54%	55%	57%	59%	60%			
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する 中長期 ・メタボリックシンドローム該当者の中で血圧と脂質で有所見となっている割合が多い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の50.7%を占めている。	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%									5%	KDBシステム	
													5%
短期	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率が低い											石垣市健康増進計画
保険者努力支援制度	がん検診受診率が低い	がん検診受診率 胃がん検診 13%以上 肺がん検診 40%以上 大腸がん検診 40%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上											

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する ※H32にH31のデータで中間評価を行う。

【図表 45】

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

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石垣市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 高血圧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 4 糖尿病管理台帳
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年度計画
- 参考資料 6 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 7 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 8 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 9 血圧評価表
- 参考資料 10 心房細動管理台帳
- 参考資料 11 評価イメージ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた石垣市の位置

【参考資料1】

項目	H25		H28		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	保険者		保険者											
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口	46,523		46,523		9,030,767		1,373,576		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）	7,977	17.1	7,977	17.1	2,626,654	29.1	239,486	17.4	29,020,766		23.2	
		75歳以上	4,288	9.2	4,288	9.2			119,934	8.7	13,989,864		11.2	
		65～74歳	3,689	7.9	3,689	7.9			119,552	8.7	15,030,902		12.0	
		40～64歳	15,925	34.2	15,925	34.2			448,207	32.6	42,411,922		34.0	
	39歳以下	22,621	48.6	22,621	48.6			685,883	49.9	53,420,287	42.8			
2	② 産業構成	第1次産業	9.8		9.8		11.4		5.4		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
		第2次産業	15.9		15.9		27.5		15.4		25.2			
		第3次産業	74.3		74.3		61.1		79.2		70.6			
3	③ 平均寿命	男性	79.0		79.0		79.2		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	87.7		87.7		86.4		87.0		86.4			
4	④ 健康寿命	男性	64.5		64.5		65.1		64.5		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	66.8		66.9		66.8		66.5		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)										KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		がん	94	39.7	123	45.7	32,164	46.4	2,965	48.0	367,905		49.6	
		心臓病	47	19.8	58	21.6	19,517	28.2	1,600	25.9	196,768		26.5	
		脳疾患	71	30.0	59	21.9	11,781	17.0	893	14.5	114,122		15.4	
		糖尿病	8	3.4	9	3.3	1,340	1.9	187	3.0	13,658		1.8	
		腎不全	7	3.0	10	3.7	2,559	3.7	243	3.9	24,763		3.3	
		自殺	10	4.2	10	3.7	1,902	2.7	287	4.6	24,294		3.3	
		合計	88	21.9	89	20.3			1,989	17.0	136,944		10.5	
		早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	63	29.7	52	23.3			1,386	22.0		91,123	13.5
		女性	25	13.2	37	17.1			603	11.2	45,821		7.2	
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	1,887	23.3	1,702	22.0	539,696	20.5	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	27	0.3	8	0.2	8,952	0.3	122	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	76	0.5	72	0.4	11,164	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	393	18.7	385	21.0	125,636	22.3	10,612	18.3	1,350,152	22.1		
		高血圧症	1,020	51.8	905	50.9	306,174	54.6	27,224	47.1	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	600	30.2	549	32.0	159,862	28.4	14,881	25.6	1,741,866	28.4		
		心臓病	1,133	57.3	1,018	56.9	349,548	62.5	30,191	52.3	3,529,682	58.0		
		脳疾患	737	37.8	669	37.1	154,945	27.9	15,052	26.1	1,538,683	25.5		
		がん	123	5.9	121	6.6	58,440	10.3	4,558	7.8	631,950	10.3		
		筋・骨格	1,015	50.5	913	51.9	303,462	54.1	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
精神	687	33.9	695	38.2	213,558	37.8	19,275	33.0	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	71,154		72,514		66,717		71,386		58,284				
	居宅サービス	52,197		52,420		41,744		52,569		39,662				
	施設サービス	280,527		279,910		278,164		282,196		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	9,205		8,626		8,281		9,703		7,980				
	認定あり 認定なし	3,539		3,959		4,037		4,397		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数	18,552		16,877		2,264,375		444,291		32,587,866			
		65～74歳	3,018	16.3	3,468	20.5			103,448	23.3	12,461,613	38.2		
		40～64歳	7,531	40.6	6,758	40.0			168,937	38.0	10,946,712	33.6		
		39歳以下	8,003	43.1	6,651	39.4			171,906	38.7	9,179,541	28.2		
		加入率	39.9		36.3		25.1		32.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.2	3	0.2	833	0.4	94	0.2	8,255	0.3		
		診療所数	29	1.6	27	1.6	6,529	2.9	874	2.0	96,727	3.0		
		病床数	509	27.4	509	30.2	135,296	59.7	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
		医師数	85	4.6	86	5.1	16,982	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2		
		外来患者数	484.9		509.4		698.5		507.9		668.1			
入院患者数		15.0		17.0		23.6		20.0		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	16,655	県内37位 同規模247位	19,815	県内31位 同規模259位	27,772		22,111		24,245				
	受診率	499,896		526,406		722,103		527,86		686,286				
	外来 費用の割合	58.4		55.3		56.9		52.4		60.1				
	件数の割合	97.0		96.8		96.7		96.2		97.4				
	入院 費用の割合	41.6		44.7		43.1		47.6		39.9				
	件数の割合	3.0		3.2		3.3		3.8		2.6				
	1件あたり在院日数	13.1日		13.0日		17.0日		17.1日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (最大医療資源係数 名(調剤含む))	がん	361,904,920	18.8	498,062,150	22.9	23.9		17.3		25.6				
	慢性腎不全（透析あり）	284,414,200	14.8	380,638,950	17.5	9.1		16.0		9.7				
	糖尿病	184,424,190	9.6	199,290,000	9.2	9.9		7.0		9.7				
	高血圧症	209,589,140	10.9	147,497,560	6.8	8.9		6.3		8.6				
	精神	222,413,550	11.6	248,001,820	11.4	19.6		28.0		16.9				
	筋・骨格	397,707,930	20.7	395,442,150	18.2	15.2		13.1		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	528,045	32位(16)	607,185	20位(17)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				高血圧	564,631	28位(16)	641,742	10位(16)												
				脂質異常症	535,744	28位(16)	567,127	16位(15)												
				脳血管疾患	602,420	32位(19)	578,279	34位(19)												
				心疾患	646,634	22位(14)	806,940	8位(13)												
				腎不全	665,275	31位(14)	617,867	33位(15)												
				精神	454,258	19位(22)	530,877	6位(23)												
				悪性新生物	632,131	29位(14)	657,672	26位(14)												
				外来	糖尿病	35,039	31位	37,418	29位											
					高血圧	30,227	30位	33,304	25位											
					脂質異常症	27,934	29位	31,339	21位											
					脳血管疾患	32,487	32位	31,791	34位											
					心疾患	66,667	7位	67,345	9位											
					腎不全	212,838	14位	201,936	20位											
精神	29,211	31位	30,577		30位															
悪性新生物	46,391	26位	54,011		28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	2,978		2,818		2,895		1,919		2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域							
			健診未受診者	7,428		9,358		12,883		10,954		12,339								
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,095		9,954		7,709		6,836		6,742								
			健診未受診者	25,179		33,060		34,303		39,024		35,459								
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,593	55.6	2,621	53.0	359,875	55.6	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		医療機関受診率	2,328	49.9	2,358	47.7	331,214	51.2	49,936	51.6	4,069,618	51.5								
		医療機関非受診率	265	5.7	263	5.3	28,661	4.4	4,230	4.4	357,742	4.5								
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診受診者	4,665		4,947		647,170		96,836		7,898,427	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	47.7	県内15位 同規模33位	52.3	県内7位 同規模25位	39.8		37.5	全国25位		36.4					
				③	特定保健指導終了者(実施率)	571	63.8	449	48.0	29629	38.1	7,845	50.6		198,683	21.1				
				④	非肥満高血糖	278	6.0	246	5.0	68,180	10.5	6,227	6.4		737,886	9.3				
				⑤	メタボ	該当者	1,079	23.1	1,183	23.9	115,126	17.8	21,916		22.6	1,365,855	17.3			
						男性	741	33.5	817	33.5	78,359	27.4	15,055		32.9	940,335	27.5			
						女性	338	13.8	366	14.6	36,767	10.2	6,861		13.4	425,520	9.5			
				⑥	予備群	男性	755	16.2	813	16.4	69,101	10.7	14,505		15.0	847,733	10.7			
						女性	509	23.0	558	22.9	47,257	16.5	9,655		21.1	588,308	17.2			
				⑦	メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	2,091	44.8	2,319	46.9	205,718	31.8		41,588	42.9	2,490,581	31.5		
							男性	1,405	63.5	1,575	64.6	139,882	48.9		27,902	60.9	1,714,251	50.2		
						女性	686	28.0	744	29.7	65,836	18.2	13,686		26.8	776,330	17.3			
						BMI	総数	333	7.1	327	6.6	33,976	5.2		6,193	6.4	372,685	4.7		
							男性	55	2.5	45	1.8	5,403	1.9		901	2.0	59,615	1.7		
						女性	278	11.3	282	11.2	28,573	7.9	5,292		10.4	313,070	7.0			
						⑧	血糖のみ	40	0.9	56	1.1	4,666	0.7		913	0.9	52,296	0.7		
								⑨	血圧のみ	518	11.1	487	9.8		48,120	7.4	10,137	10.5	587,214	7.4
										⑩	脂質のみ	197	4.2		270	5.5	16,315	2.5	3,455	3.6
								⑪	血糖・血圧			173	3.7		176	3.6	19,030	2.9	3,328	3.4
⑫	血糖・脂質	48	1.0	81	1.6					6,579	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9					
		⑬	血圧・脂質	561	12.0			561	11.3	53,745	8.3	10,556	10.9	663,512	8.4					
⑭	血糖・血圧・脂質			297	6.4			365	7.4	35,772	5.5	6,804	7.0	415,310	5.3					
		6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	1,576	33.8	1,717	34.7	229,611	35.5	35,736	36.9	2,650,283	33.6				
糖尿病	378					8.1	447	9.0	53,445	8.3	8,886	9.2	589,711	7.5						
脂質異常症	754					16.2	834	16.9	154,568	23.9	19,747	20.4	1,861,221	23.6						
②	既往歴				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	159	3.7	174	3.6	20,399	3.3	2,781	3.2	246,252	3.3					
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	197	4.6	246	5.1	35,833	5.8	3,985	4.5	417,378	5.5					
					腎不全	65	1.5	33	0.7	3,288	0.5	477	0.5	39,184	0.5					
③	喫煙				貧血	356	8.3	404	8.4	56,999	9.2	5,051	6.2	761,573	10.2					
					800	17.1	902	18.2	87,621	13.5	14,476	14.9	1,122,649	14.2						
					週3回以上朝食を抜く	381	23.9	487	24.3	38,837	6.9	10,244	18.2	585,344	8.7					
					週3回以上食後間食	243	15.2	301	15.0	68,351	12.0	9,397	16.7	803,966	11.9					
					週3回以上就寝前夕食	462	29.0	572	28.5	82,506	14.5	13,503	23.9	1,054,516	15.5					
					食べる速度が速い	460	28.9	602	30.0	151,438	26.6	17,001	31.4	1,755,597	26.0					
					20歳時体重から10kg以上増加	782	48.4	995	49.3	176,120	31.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1					
					1回30分以上運動習慣なし	1,001	62.1	1,198	59.5	355,238	62.0	32,954	57.5	4,026,105	58.8					
		1日1時間以上運動なし	835	51.7	982	49.0	258,590	45.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0								
		睡眠不足	449	27.9	545	27.4	139,179	24.3	16,386	30.1	1,698,104	25.1								
		毎日飲酒	1,122	28.2	1,289	40.2	155,329	25.3	14,259	22.1	1,886,293	25.6								
時々飲酒	893	22.4	1,008	31.4	124,825	20.3	18,519	28.7	1,628,466	22.1										
⑭	一日飲 酒量	1合未満	1,378	48.6	1,525	47.8	257,268	63.8	22,185	50.1	3,333,836	64.0								
		1~2合	871	30.7	918	28.8	97,734	24.3	12,695	28.7	1,245,341	23.9								
		2~3合	336	11.9	420	13.2	37,372	9.3	5,994	13.5	486,491	9.3								
		3合以上	248	8.8	325	10.2	10,629	2.6	3,385	7.6	142,733	2.7								

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 沖縄県	市町村名 石垣市	同規模区分 4
-----------	----------	---------

重症 ← (軽症 →)

レセプト

KOB
厚生労働省様式
様式3-2
(平成28年7月
作成分)

年代別	人数	割合
20代以下	4,788	27.4
30代	2,172	12.4
40代	2,364	13.5
50代	2,748	15.7
60代	4,150	23.8
70~74歳	1,227	7.0

被保険者	
人数	17,449人

再掲	
人数	10,489人

人工透析
35人
(2.89)

糖尿病性腎症
142人
(11.7)

インスリン療法
88人
(7.3)

年齢	糖尿病性腎症に占める割合			人工透析に占める割合		
	人数	割合	再掲	人数	割合	再掲
20代以下	0	0.0	2	0	0.0	0
30代	2	1.4	1	0	0.0	0
40代	6	4.2	2	1	2.9	1
50代	21	14.8	21	9	25.7	9
60代	86	60.6	47	18	51.4	18
70~74歳	27	19.0	15	7	20.0	7

その他のリスク	
高血圧	869 (71.0)
高尿酸血症	273 (22.3)
脂質異常症	811 (66.9)

その他のリスク	
肥満	130/80以上のBMI 25以上 73.0 (6.0)
脂質	LDLコレステロール 130以上 HDLコレステロール 40未満 TG 180以上 81.1 (6.5)

※()内は、糖尿病治療中に占める割合

データの不足のため、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。

「糖尿病管理一覧(糖尿病)」で対象者の把握が可能

KOBシステム集票

特定健診未受診者
728人 (6.1)~17/H

特定健診対象者
10,226人

特定健診対象者
5,214人 (51.0)

特定健診受診者
721人 (13.8)

糖尿病型
721人 (13.8)

特定健診対象者
2,253人 (22.2%)

年齢: 18歳以上 65歳以上 (再掲)

人数: 43,210

割合: 43.2%

その他のリスク

項目	人数	割合
高血圧	130/80以上	66.1%
BMI	25以上	6.0%
脂質	LDLコレステロール 130以上, HDLコレステロール 40未満, TG 180以上	6.5%
糖尿病性腎症	アルブミン尿 (60未満) 177 (22.2%), 顕性アルブミン尿 (30~299) 219 (47.3%)	-
eGFR	30未満 488 (67.7%)	-
尿蛋白	尿蛋白 (-) 488 (67.7%)	-
尿蛋白 (±)	74 (10.3%)	-
尿蛋白 (+)	148 (20.5%)	-
尿蛋白 (++)以上	12 (1.6%)	-

再掲
(第2~4期)

再掲	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
腎症前期	30以上	30以上	顕性腎症期	腎不全期	透析療法中
再掲	245人 (52.9%)	219人 (47.3%)	463人 (64.2%)	258人 (35.8%)	-

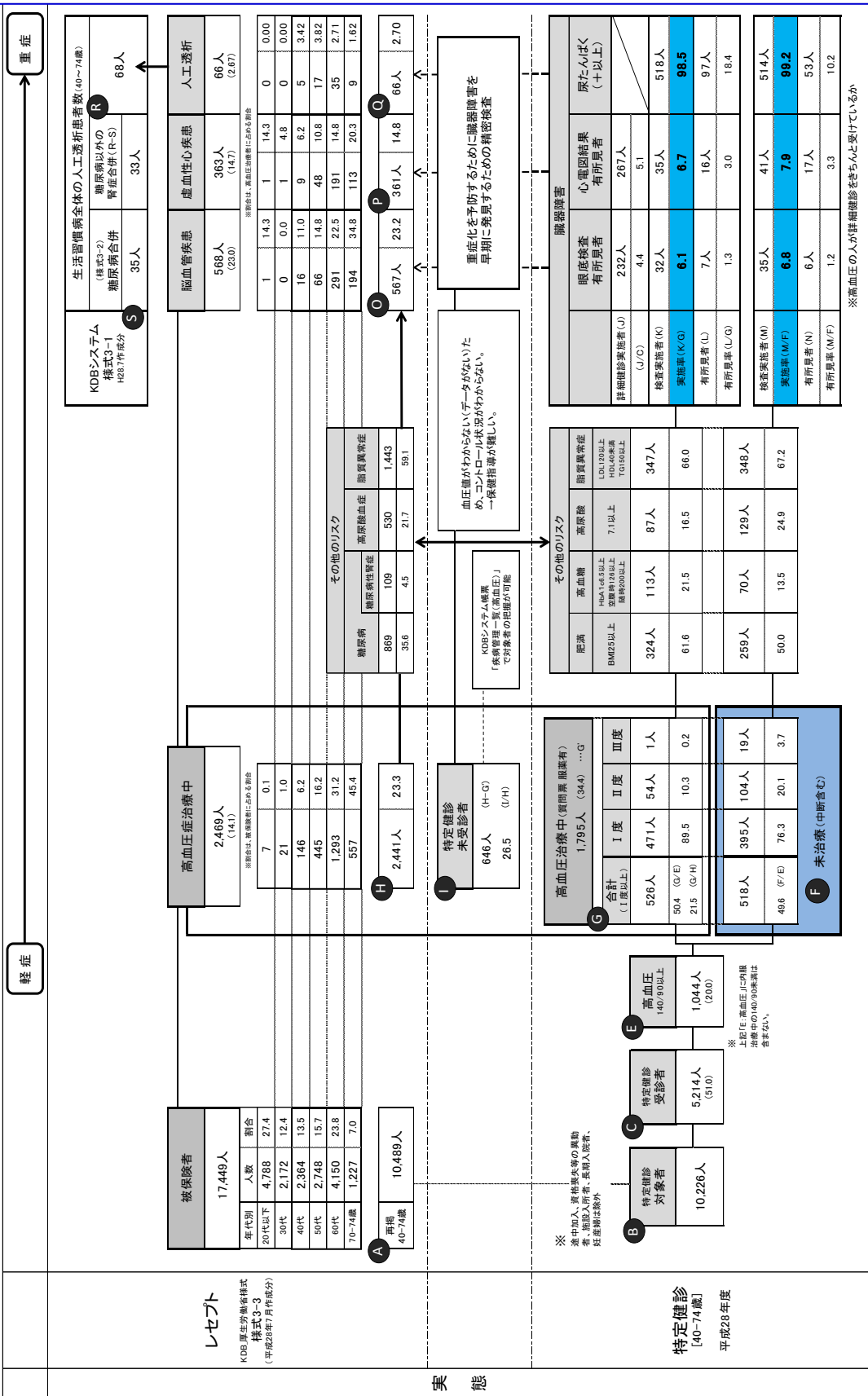
※途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊娠期間は除外

特定健診【40~74歳】
平成28年度

【参考資料2】

高血圧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 沖縄県 市町村名 石垣市 同種区分 4



【参考資料3】

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳				【対象者抽出基準】															
(HbA1c6.5以上)				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															
番号	地区	追加年月	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度 年齢	診療開始日 合病→有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出 転入	備考		
1		H28							糖尿病	糖	服薬								
									高血圧	糖	HbA1c	5.8	6.1	6.2	6	6.5			
									虚血性心疾患	糖	体重	58.1	58	55.9	57.3	54.9			
									脳血管疾患	糖	BMI	25.4	25.4	24.5	25.3	24.5			
									糖尿病性腎症	糖	以外	血圧	156/97	161/99	162/113	141/91			159/81
										CKD	GFR	76.8	71.3	69.7	70.6	75.3			
										CKD	尿蛋白	±	—	—	—	—			
2		H28							糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○			
									高血圧	糖	HbA1c	5.8	5.8	6.2	5.9	6.5			
									虚血性心疾患	糖	体重	56.7	58.8	58.3	57.7	60			
									脳血管疾患	糖	BMI	24.8	25.6	25.5	25.6	26.4			
									糖尿病性腎症	糖	以外	血圧	116/58	134/70	110/70	120/70			128/60
										CKD	GFR	55.1	62	54.7	56.9	54.2			
										CKD	尿蛋白	—	+	—	—	+			
3		H24							糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○			
									高血圧	糖	HbA1c	6.6	6.9	6.5	6.6	6.7			
									虚血性心疾患	糖	体重	56.2	59.8	58.6	60.1	60.7			
									脳血管疾患	糖	BMI	25.6	27.3	26.8	27.4	27.6			
									糖尿病性腎症	糖	以外	血圧	120/70	120/70	130/70	130/80			130/60
										CKD	GFR	79	75.8	83.1	76.5	77.7			
										CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—			
4		H24							糖尿病	糖	服薬								
									高血圧	糖	HbA1c	6.6	6.3	6.5	6.6				
									虚血性心疾患	糖	体重	76	74.6	75.2	74.1				
									脳血管疾患	糖	BMI	26.2	25.6	26	25.6				
									糖尿病性腎症	糖	以外	血圧	118/66	105/69	151/92	136/85			
										CKD	GFR	49.9	49.3	52.6	44.6				
										CKD	尿蛋白	±	±	+	+				
5		H26							糖尿病	糖	服薬				○	○			
									高血圧	糖	HbA1c				9.1	8.9			7.5
									虚血性心疾患	糖	体重			77.9	78.5	78			
									脳血管疾患	糖	BMI			26.7	26.5	26.6			
									糖尿病性腎症	糖	以外	血圧			180/110	152/90			140/80
										CKD	GFR			85.9	86.9	82.6			
										CKD	尿蛋白			+	—	—			

【参考資料 5】

糖尿病管理台帳からの年度計画

H 28年度

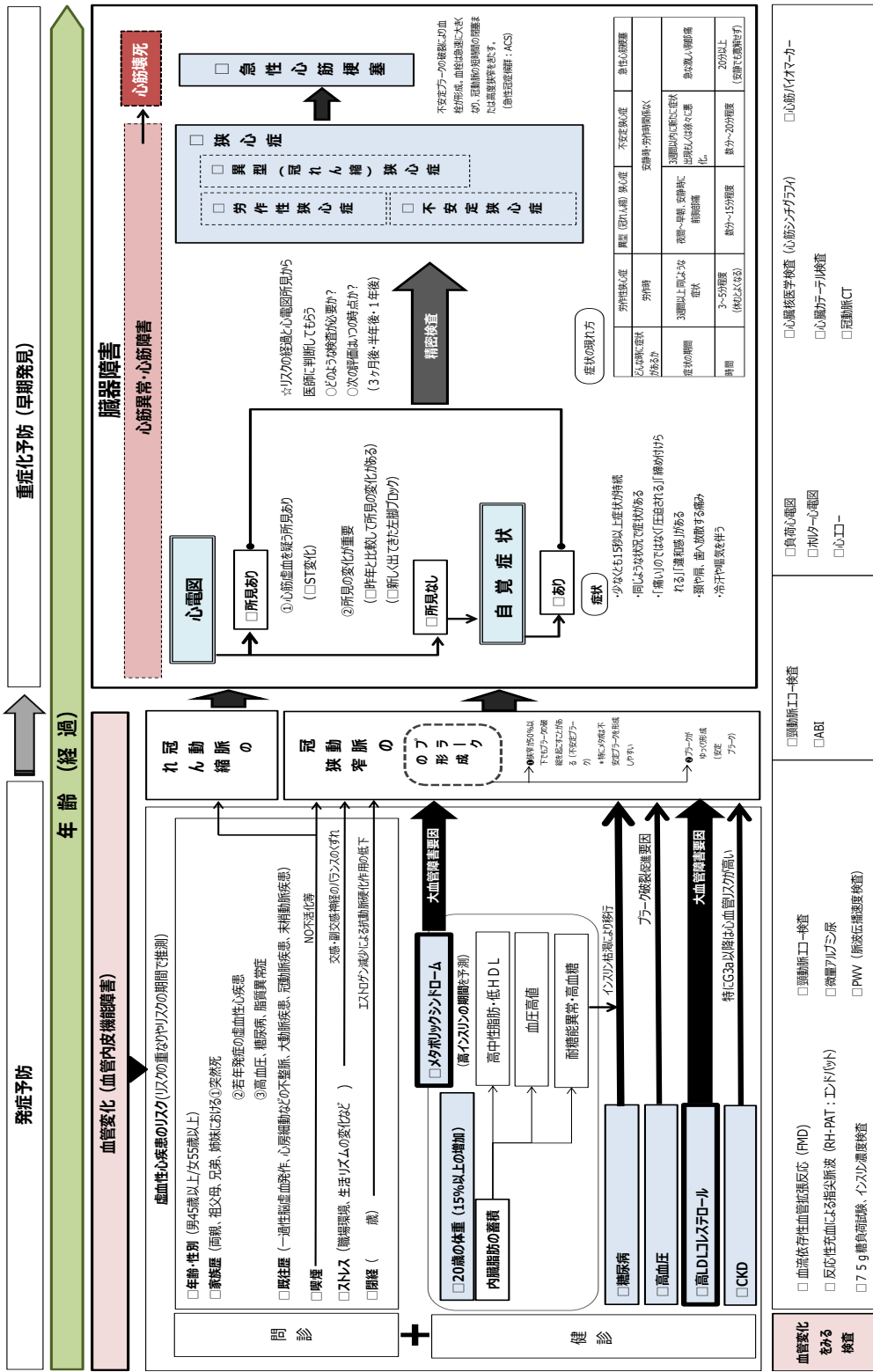
担当地区

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門医との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 (A + B) (1,000)人		
	(A) 健診未受診者 (378)人		
	結果把握(内訳)		
	①国保(生保) 159(4)人		
	②後期高齢者 133人		
	③他保険 57人		
	④住基異動(死亡・転出) 25人		
	⑤確認できず 0人		
	①-1未治療者(中断者含む) (36)人		
	*対象者の明確化のために内訳を把握する作業が必要である		
保健指導の優先づけ	(B) 健診受診者 (622)人		
	①HbA1cが悪化している (166)人		
	例)HbA1c7.0以上で前年度より悪化している *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蛋白尿 (-) (421)人 (±) (58)人 (+)~顕性腎症 (131)人		
	③eGFR値の変化 (10)人 1年で25%以上低下 (117)人 1年で5ml/㎡以上低下		
	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○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	
	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	
	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	
	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	
		栄養士中心	
		腎専門医	

【参考資料6】

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	4	都道府県	沖縄県	市町村名	石垣市		
項目	①	②	突合表	保険者						同規模保険者(平均)	データ基
				28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数259	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	被保険者数		A	17,449人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		(再掲)40-74歳		10,489人							
2	特定健診	対象者数	B	10,226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	
		受診者数	C	5,214人							
		受診率		51.0%							
3	特定保健指導	対象者数		933人							
		実施率		50.4%							
4	健診データ	糖尿病型	E	721人	13.8%						特定健診結果
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	258人	35.8%						
		治療中(質問票 服薬あり)	G	463人	64.2%						
		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	245人	52.9%						
		血圧 130/80以上	J	130人	53.1%						
		肥満 BMI25以上	J	162人	66.1%						
		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	219人	47.3%						
		第1期 尿蛋白(-)	M	488人	67.7%						
		第2期 尿蛋白(±)	M	74人	10.3%						
		第3期 尿蛋白(+)	M	148人	20.5%						
		第4期 eGFR30未満	M	12人	1.7%						
5	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		69.5人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		(再掲)40-74歳(被保険者対)		113.5人							
		レセプト件数(40-74歳)		6,345件	(620.5)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)	
		入院外(件数)		42件	(4.1)			40件	(5.8)		
		糖尿病治療中	H	1,213人	7.0%					KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		(再掲)40-74歳	H	1,191人	11.4%						
		健診未受診者	I	728人	61.1%						
		インスリン治療	O	88人	7.3%						
		(再掲)40-74歳	O	85人	7.1%						
		糖尿病性腎症	L	142人	11.7%						
		(再掲)40-74歳	L	140人	11.8%						
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		35人	2.89%						
		(再掲)40-74歳		35人	2.94%						
		新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症		18人							
		【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)		16人	1.5%					KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
		6	医療費	総医療費		40億8666万円				29億9383万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
生活習慣病総医療費				21億7442万円				17億2834万円			
(総医療費に占める割合)				53.2%				57.7%			
生活習慣病 対象者				9,954円				7,709円			
一人あたり				33,060円				34,303円			
糖尿病医療費				1億9929万円				1億7157万円			
(生活習慣病総医療費に占める割合)				9.2%				9.9%			
糖尿病入院外総医療費				5億8062万円							
1件あたり				37,418円							
糖尿病入院総医療費				4億9486万円							
1件あたり				607,185円							
在院日数				17日							
慢性腎不全医療費				4億0456万円				1億6920万円			
透析有り				3億8064万円				1億5806万円			
透析なし				2392万円				1114万円			
7	介護	介護給付費		32億2718万円				31億7863万円			
		(2号認定者)糖尿病合併症 尿病合併症									
8	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		9人	2.5%			5人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



心臓異常・心筋障害

- 急性心筋梗塞
- 狭心症
 - 異型 (冠れん槽) 狭心症
 - 労作性狭心症
 - 不安定狭心症

不安定フォーの発症は血液凝固、血圧変動に大抵的。冠動脈の閉塞は持続的である。 (急性冠症候群: ACS)

重症化予防 (早期発見)

精密検査

症状の強さ	
5分以上の症状が頻りにあるか	労作性狭心症
症状の頻度	労作性
期間	3週以上同様の症状 3~5分程度 (休息で軽減)

血管変化をみる検査

- 運動エコノミー検査
- IABI
- PWV (脈波伝播速度検査)

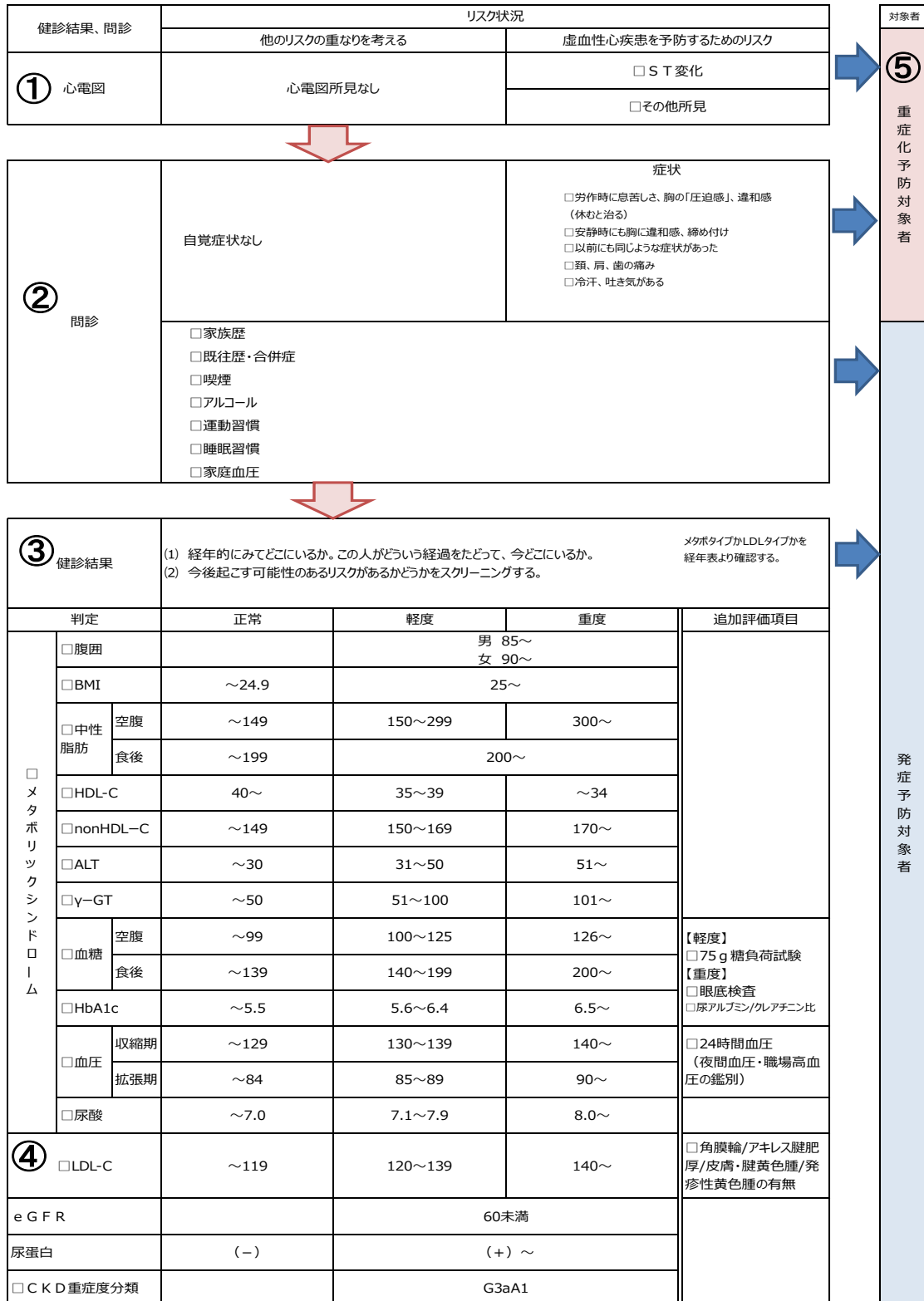
心臓異常・心筋障害

- 運動心電図
- ECG
- 心臓カテーテル検査
- 冠動脈CT

【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、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン2015、血管機能機能的評価法に関するガイドライン、動脈硬化の診断ガイドライン、エビデンスに基づいた二次予防ガイドライン、血管内皮機能的検査 (日本循環器学会)

【参考文献7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

【参考資料11】

平成29年度 課題	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題																																																																																																																																																											
	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	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)																																																																																																																																																												
<p>目標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○取り組み ・5月 特定健診対象者で40歳になった方への受診勧奨ペースイカード221通郵送 ・6月 特定健診未受診者へ集団健診案内ハガキ郵送 10,072通 ・6月 未受診訪問の対象を45～59歳で過去5年のうち、一度だけ受診したことのあるものとし家庭訪問を実施。(本人不在時は家族に伝言や不在票を置く) ・6月 市の広報誌、路線バス車内、団地、スーパー、コンビニへ集団健診案内掲載。 ・6月～7月 集団健診実施期間中、広報車両での宣伝 ・9月 未受診者(40～60代)への追加健診受診勧奨案内ハガキ郵送 6,343通 ・9月 追加健診予約受付開始案内広告 新聞社2社へ掲載 ・9月 団地、スーパー、コンビニ、ガソリンスタンド、銀行等43店舗にて追加健診案内掲示 ・10月 市の広報誌にて追加健診案内掲載 ・10月 追加健診の受診勧奨および電話予約受付。 ・1月 健診未受診者、70代未受診者への年賀状による受診勧奨 ・1月 個別健診受診勧奨ハガキの郵送 4,979通 ・3月 被保険者証更新時の継続受診の呼びかけ及び未受診者受診勧奨 ・通年 未受診者に対し、電話による受診勧奨実施</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>・受診勧奨訪問を行うことで受診率向上とはつながっている。 ・糖尿病管理台帳の活用を活用し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ・今後は医療機関への個別訪問を実施し、顔の見える関係づくりができるような取り組みが必要。</p>	<p>未受診者対策</p> <p><未受診者訪問内訳></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">家庭訪問実施人数</th> </tr> <tr> <th>男</th> <th>女</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保健相談</td> <td>46</td> <td>39</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>伝言(家族)</td> <td>25</td> <td>14</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>手紙等</td> <td>69</td> <td>53</td> <td>122</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>140</td> <td>106</td> <td>246</td> </tr> </tbody> </table> <p><電話勧奨実施数></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>電話勧奨</th> <th>不在</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td>210</td> <td>172</td> <td>382</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>1,131</td> <td>788</td> <td>1,919</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>1,341</td> <td>960</td> <td>2,301</td> </tr> </tbody> </table> <p>重症化予防対策</p> <p><要医療者支援事業></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象疾患</th> <th>対象基準</th> <th>対象者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>高血圧未治療者で収縮期160mmHg以上、または拡張期100mmHg以上</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>LDL コレステロール</td> <td>脂質異常症未治療者でLDLコレステロール180以上</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>糖尿病未治療者でHbA1c 6.5以上(NGSP)</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td>腎臓病未治療者で尿蛋白1以上、またはeGFR60未満70歳以上はeGFR40未満</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table> <p><糖尿病性腎症重症化予防></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ヘルスアップ 腎症</th> <th>治療未治療問わず ①A+B ②A+C</th> <th rowspan="2">65</th> </tr> <tr> <td>A: HbA1c6.5以上または空腹時血糖126以上 または随時血糖200以上 B: 尿蛋白 1以上(30)>eGFRは除く C: 60>eGFR230</td> </tr> </thead> </table> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>◆21推進会議での発表</p>		家庭訪問実施人数			男	女	計	保健相談	46	39	85	伝言(家族)	25	14	39	手紙等	69	53	122	計	140	106	246		電話勧奨	不在	計	午前	210	172	382	午後	1,131	788	1,919	合計	1,341	960	2,301	対象疾患	対象基準	対象者数	高血圧	高血圧未治療者で収縮期160mmHg以上、または拡張期100mmHg以上	14	LDL コレステロール	脂質異常症未治療者でLDLコレステロール180以上	22	糖尿病	糖尿病未治療者でHbA1c 6.5以上(NGSP)	14	CKD	腎臓病未治療者で尿蛋白1以上、またはeGFR60未満70歳以上はeGFR40未満	38	ヘルスアップ 腎症	治療未治療問わず ①A+B ②A+C	65	A: HbA1c6.5以上または空腹時血糖126以上 または随時血糖200以上 B: 尿蛋白 1以上(30)>eGFRは除く C: 60>eGFR230	<p>未受診者対策</p> <p><未受診者訪問後の健診受診状況></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">健診受診者</th> </tr> <tr> <th>男</th> <th>女</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保健相談</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>伝言(家族)</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>手紙等</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>19</td> <td>19</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table> <p>○通常業務の時間帯では、アプローチしても会えない人が多い。不在票等活用しているが、そのままになった人で、さらに重症化している人もいる。業務時間の検討も必要。</p> <p>重症化予防対策</p> <p><要医療者支援事業実施結果></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">対象者数</th> <th rowspan="2">初回指導数</th> <th rowspan="2">受診なし</th> <th colspan="3">受診あり</th> </tr> <tr> <th>継続受診</th> <th>主治医判断で終了</th> <th>自己中断</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>14</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>LDL</td> <td>22</td> <td>20</td> <td>14</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>14</td> <td>11</td> <td>8</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td>38</td> <td>29</td> <td>26</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>88</td> <td>72</td> <td>59</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p><糖尿病性腎症重症化予防参加状況></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>該当者</th> <th>参加</th> <th>不参加</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>男性</td> <td>41</td> <td>12</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>24</td> <td>4</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>65</td> <td>16</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table> <p><平成28年度実施者の次年度検査値></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>改善</th> <th>維持</th> <th>低下</th> <th>脱落</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eGFR ステージ分類</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> <td rowspan="2">6</td> </tr> <tr> <td>HbA1c</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>○重症化予防対策を取り組んでいく上で、栄養士の役割は重要である。今後の栄養指導状況、対象者数等によって、栄養士の確保も検討が必要となる。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○地区担当制を活用し、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていく。</p>		健診受診者			男	女	計	保健相談	8	7	15	伝言(家族)	3	2	5	手紙等	8	10	18	計	19	19	38		対象者数	初回指導数	受診なし	受診あり			継続受診	主治医判断で終了	自己中断	高血圧	14	12	11	1	0	0	LDL	22	20	14	5	1	0	糖尿病	14	11	8	3	0	0	CKD	38	29	26	2	1	0	計	88	72	59	10	2	0		該当者	参加	不参加	男性	41	12	30	女性	24	4	20	計	65	16	50		改善	維持	低下	脱落	eGFR ステージ分類	2	4	3	6	HbA1c	1	8	0	<p>全体</p> <p>○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。 ○事業実施等ばらばらにならないように、成人担当で話し合いをし、共通認識を図っていく。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関への協力依頼の検討、実施方法等の検討 ○未受診者訪問の対象者の検討(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り組みを検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等) ○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の検討。(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○事例等を積み重ねて、協力体制を作っていく。</p>
	家庭訪問実施人数																																																																																																																																																															
	男	女	計																																																																																																																																																													
保健相談	46	39	85																																																																																																																																																													
伝言(家族)	25	14	39																																																																																																																																																													
手紙等	69	53	122																																																																																																																																																													
計	140	106	246																																																																																																																																																													
	電話勧奨	不在	計																																																																																																																																																													
午前	210	172	382																																																																																																																																																													
午後	1,131	788	1,919																																																																																																																																																													
合計	1,341	960	2,301																																																																																																																																																													
対象疾患	対象基準	対象者数																																																																																																																																																														
高血圧	高血圧未治療者で収縮期160mmHg以上、または拡張期100mmHg以上	14																																																																																																																																																														
LDL コレステロール	脂質異常症未治療者でLDLコレステロール180以上	22																																																																																																																																																														
糖尿病	糖尿病未治療者でHbA1c 6.5以上(NGSP)	14																																																																																																																																																														
CKD	腎臓病未治療者で尿蛋白1以上、またはeGFR60未満70歳以上はeGFR40未満	38																																																																																																																																																														
ヘルスアップ 腎症	治療未治療問わず ①A+B ②A+C	65																																																																																																																																																														
	A: HbA1c6.5以上または空腹時血糖126以上 または随時血糖200以上 B: 尿蛋白 1以上(30)>eGFRは除く C: 60>eGFR230																																																																																																																																																															
	健診受診者																																																																																																																																																															
	男	女	計																																																																																																																																																													
保健相談	8	7	15																																																																																																																																																													
伝言(家族)	3	2	5																																																																																																																																																													
手紙等	8	10	18																																																																																																																																																													
計	19	19	38																																																																																																																																																													
	対象者数	初回指導数	受診なし	受診あり																																																																																																																																																												
				継続受診	主治医判断で終了	自己中断																																																																																																																																																										
高血圧	14	12	11	1	0	0																																																																																																																																																										
LDL	22	20	14	5	1	0																																																																																																																																																										
糖尿病	14	11	8	3	0	0																																																																																																																																																										
CKD	38	29	26	2	1	0																																																																																																																																																										
計	88	72	59	10	2	0																																																																																																																																																										
	該当者	参加	不参加																																																																																																																																																													
男性	41	12	30																																																																																																																																																													
女性	24	4	20																																																																																																																																																													
計	65	16	50																																																																																																																																																													
	改善	維持	低下	脱落																																																																																																																																																												
eGFR ステージ分類	2	4	3	6																																																																																																																																																												
HbA1c	1	8	0																																																																																																																																																													
<p>未受診者対策</p> <p>◆受診率をさらに向上させる ◆受診勧奨の対象者検討 ◆アプローチ方法等検討</p> <p>○特定健診未受診者対策事業 ◆対象者の選定、評価方法等検討</p> <p>○受診率向上に関する事業</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆対象者、方法等の検討。 ◆地区台帳の検討。 ◆訪問、事業の目標、評価等検討。 ◆評価指標の検討。</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防事業 ◆対象者の選定、評価方法等検討</p> <p>○石垣市重症化予防保健指導業務 ◆受診率の向上</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>◆会議等での情報共有はあるが、個々の医療機関との具体的な連携は進んでいない。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</p>																																																																																																																																																														