

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び 第三期特定健康診査等実施計画について（簡易版）

◆計画策定の趣旨・目的

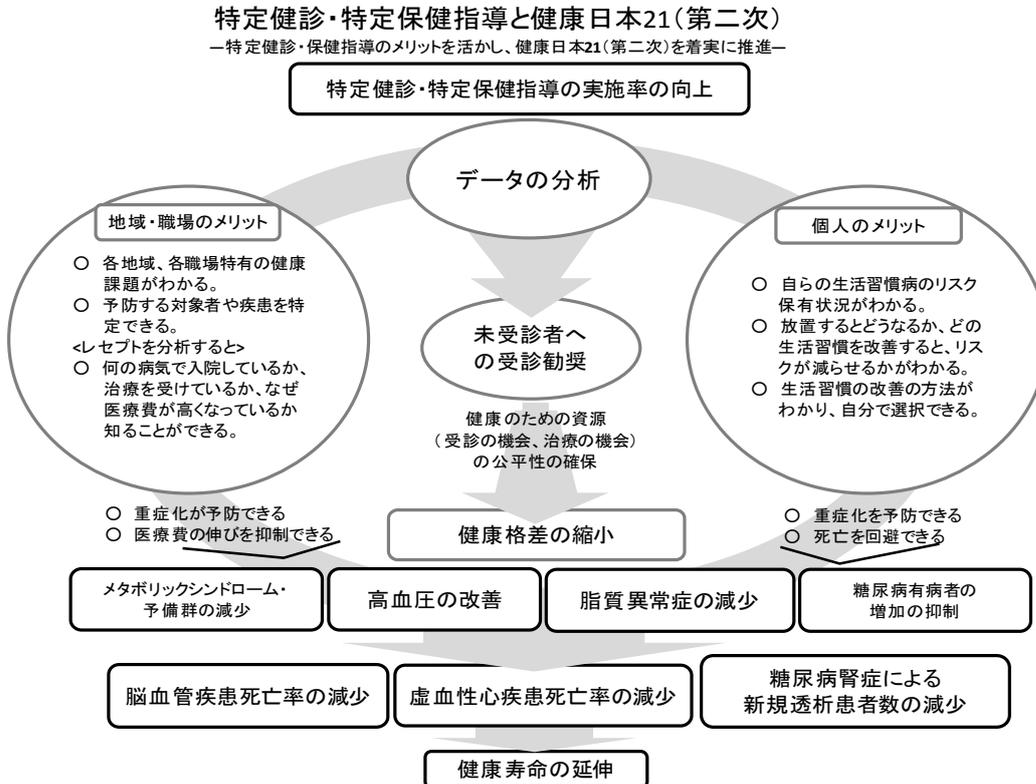
本市の現在の人口構造は若い世代が中心であり、かつ、全国トップレベルの人口増加率となっている。しかし若い世代が高齢化していくことにより、本市は今後急激な高齢化が見込まれる。これにより、社会保障費の増大等で国民健康保険の制度維持が難しくなることが懸念される。

このことから、高齢であっても健康であること、つまり健康寿命の延伸は、市の発展においても重要となってくる。

本市においては、「健康日本21」に示された基本方針を踏まえ、「野々市市保健事業実施計画」及び「特定健康診査等実施計画」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目標としてきた。

このたび、両計画が平成29年度をもって終了することから、平成30年度から平成35年度までを共通の計画期間とし相互の連動も念頭に置き、「第2期野々市市保健事業計画（データヘルス計画）」及び「第三期特定健康診査実施計画」の策定を一体的に行う。

【図表1】特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）



◆保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度が創設された。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おり、平成 30 年度から本格実施となる。

◆野々市市の状況と前計画の評価

・医療費からみる本市の状況

一人当たり医療費については県内で最も低い傾向にある。しかし入院費用額が増加し、外来費用額が減少していることから、入院が必要なほど重症化してから医療にかかっている人が増えていると考えられる。

【図表 2】医療費の変化

項目		全体				入院				外来			
		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率	
				野々市市	同規模			野々市市	同規模			野々市市	同規模
総医療費(円)	H25	31億 8,702万				13億 7,679万				18億 1,022万			
	H28	32億 2,190万	3,488万	1.09	0.3	14億 3,052万	5,373万	3.9	△ 0.30	17億 9,137万	△ 1,885万	△ 1.04	0.7
一人当たり医療費(円)	H25	24,702				10,671				14,031			
	H28	27,479	2,777	11.2	25.0	12,200	1,529	14.3	8.8	15,278	1,247	8.9	9.8

※H26年度まで「同規模区分4」、「H27年度から同規模区分5」に変更している。同規模区分5の伸び率を記載

参考 KDB

【図表 3】本市における入院・外来の医療費の状況

項目		野々市市		
		実数	割合	
費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	558,159	15位 (17)
		高血圧	577,749	9位 (16)
		脂質異常症	586,277	5位 (16)
		脳血管疾患	677,118	5位 (20)
		心疾患	670,314	6位 (14)
		腎不全	795,191	7位 (16)
		精神	478,148	4位 (25)
		悪性新生物	654,062	16位 (14)
入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	40,704	7位
		高血圧	31,483	10位
		脂質異常症	28,400	14位
		脳血管疾患	41,181	10位
		心疾患	47,673	9位
		腎不全	169,104	11位
		精神	33,217	8位
		悪性新生物	63,775	12位

参考 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域

・介護の状況

第1号被保険者の17.5%が要介護認定を受けており、同規模や県、国より低い傾向にある。40歳から64歳までの第2号被保険者の認定率は0.3%と同規模や県、国と同程度であり、本市の平成28年度認定率は平成25年度に比べて減少しているが、有病状況は血管疾患が約半数を占めている。

・長期入院の状況

6か月以上の長期入院レセプトによると、脳血管疾患は件数、費用額ともに減少傾向にあるが、虚血性心疾患については件数、費用額とも大きな変化はない。

・人工透析患者の状況

長期療養を要する人工透析では、総件数の54.8%が糖尿病性腎症によるものである。平成25年から平成28年にかけて費用額、件数ともに減少しているが、医療費に影響を及ぼす疾患として糖尿病性腎症を抑制することが重要な課題である。

・特定健診の状況

メタボリックシンドロームの該当者は平成25年度は17.0%であったが、平成28年度には18.0%と増加している。予備群は変わらず10.4%であった。

平成28年度と比較するとHbA1c値5.6%以上であった割合が平成25年度よりも増加しており、かつ全国・県よりも高い傾向にある。

・特定健診受診率、特定保健指導実施率の状況

特定健診受診率、特定保健指導実施率は徐々に上がっている。

【図表4】野々市市特定健診受診率・特定保健指導実施率

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	
								野々市市	同規模平均
H25	6,500	3,327	51.2	18位	380	220	57.9	47.2	50.8
H28	6,160	3,432	55.7	5位	351	237	67.5	46.9	51.5

前計画の評価

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきた。第2号被保険者の介護認定率や糖尿病性腎症による人工透析にかかる費用額は減少しており、医療費の伸びの抑制の一助となっている。しかし、入院医療費が伸び、外来医療費が減少しており、重症化してから医療機関にかかり入院してしまっていることが課題として挙げられるため、第2期の取組として力を入れていく。

◆今後の課題と目標

医療費の動向や医療機関受診の状況を把握し、そのうち生活習慣の改善により予防可能な疾患をターゲットに、医療費の適正化を図ることが重要である。中長期的な目標の疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を防ぐため、重症化するリスクの高いメタボリックシンドローム該当者、血圧値、血糖検査値、LDLコレステロール値が異常値を示す重症化予防対象者への対策を最優先課題として取り組む必要がある。

・中長期的な目標の疾患

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。

・短期的な目標の疾患

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

【図表5】データヘルス計画の目標及び評価

データヘルス計画の目標及び評価

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							最終評価値	現状値の把握方法	
				H28	H29	H30	中間評価値	H31	H32	H33			H34
特定健診等計画	・特に40～64歳の世代の健診受診者の割合が、40.8%で伸びていない。 ・脳血管疾患や心疾患にかかる医療費が減っていない。	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を向上させ、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	55.7									特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	67.5									
			特定保健指導対象者の減少率25%	23.6									
データヘルス計画 中長期	・脳血管疾患、心疾患や人工透析に高血圧や糖尿病、脂質異常症を含め、他疾患を併発している人の割合が、減少してはいるものの依然多い。 ・メタボリックシンドローム該当者の女性の割合が11.4%に増えている。 ・HbA1cが5.6%以上の者の割合が、全国、県と比較して高い。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	24.5									KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	24.0									
			糖尿病性腎症による透析導入者数の維持または減少(人)	1									
データヘルス計画 短期	・年齢調整死亡率において、男性の肺がん、女性の胃がん、肺がん、子宮がんが国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少20%	28.4									野々市市健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少5%(160/100以上)	3.5									
			健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL160以上)	8.7									
			健診受診者の糖尿病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	11.3									
			糖尿病の未治療者を治療に結び付けることができた割合55%	43.2									
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上(国保)	71.3									
保険者努力支援制度			がん検診受診率 胃がん検診40%以上	18.6									地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)
			肺がん検診50%以上	27.6									
			大腸がん検診40%以上	26.7									
			子宮頸がん検診50%以上	24.4									
			乳がん検診50%以上	24.8									
		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55%以上	43.5								厚生労働省公表結果	

◆保健事業について

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチ※を組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、医療機関受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等の社会保障費の増大につながっている実態を広く市民へ周知する。

※対象を一部に限定せず、集団全体にアプローチを行いリスクを下げていく方法。具体的な取組は、第4節参照。

重症化予防の取組

・糖尿病性重症化予防

健診データ及びレセプトデータを活用し、いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて対象者（医療機関未受診者や治療中断者、治療中でメタボリックシンドローム該当者など重症化するリスクが高い者）に対して、糖尿病管理台帳を活用し優先順位を基に保健指導を実施していく。また、治療中の者については糖尿病連携手帳などを活用して医療機関と連携を図る。

・虚血性心疾患重症化予防

「脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート」などにに基づき、受診勧奨者及び保健指導対象者を選定し保健指導を実施する。健診の心電図検査で要精密検査となった場合や問診で症状を把握した場合には医療機関受診につなぎ、重症化を予防する。

・脳血管疾患重症化予防

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ため、Ⅱ度（160/100mmHg）以上の高血圧者に対して医療機関へ受診勧奨を行う。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携して保健指導を実施していく。また心原性脳塞栓症を防ぐために、健診の心電図検査において心房細動を把握した場合は、医療機関への受診勧奨を行う。治療中の場合は、継続受診の必要性を指導し治療中断を防ぐ。また、メタボリックシンドロームや高血糖など治療だけでは改善しにくい要因がある場合は保健指導を併せて実施していく。

その他の保健指導

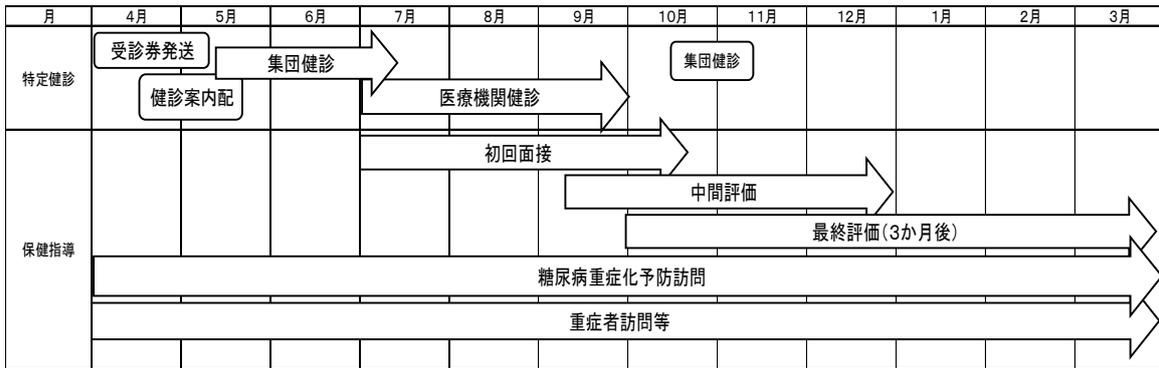
COPD（慢性閉塞性肺疾患）、子どもの生活習慣、がん、重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導、後発医薬品の使用促進を実施していく。

◆第三期特定健診等実施計画

・目標値の設定

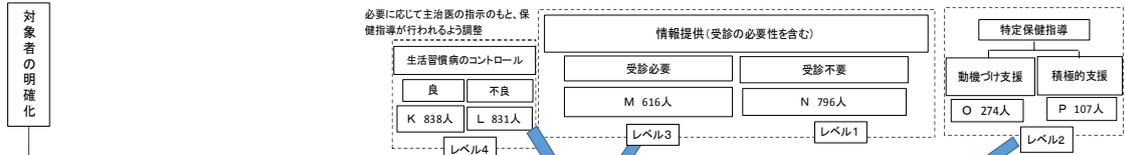
年度	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診受診率	56	57	58	59	60	61
特定保健指導実施率	70	71	72	73	74	75

・健診実施スケジュール



・保健指導実施スケジュール

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



対象疾患	対象基準	対象者数	対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	① HbA1c6.5~(NGSP) 治療なし	120	脂質異常症	① LDL160~ 治療なし	235
	② HbA1c6.5~(NGSP) 治療あり	163		② LDL160~ 治療あり	35
高血圧	① II度高血圧 治療なし	345	③ 中性脂肪500~	24	
	② II度高血圧 治療あり	29	① 積極的支援	64	
CKD	① A3G1~5	38	② 動機づけ支援	181	
	② A2G3a~G5	37	メタボ	メタボ基準該当 378	
	③ A1G3b~G5 (G3bは70歳以上でGFR40以上を除く)	28	① 心臓異常	① 心臓異常要精検 26	
			② 心電図異常要精検	111	
			尿酸	① 尿酸9.0~ 9	
				② 尿酸8.0~ 21	

※特定保健指導実施率 67.5%

計画 P	①未受診者対策	②特定健診	③健診結果	④保健指導
	連続未受診者:健康づくり推進員、保険年金課職員が受診勧奨 受診歴ありで保健指導対象者:保健師・栄養士が受診勧奨	H35 目標受診率 65% 4,225人	集団・市保健師・栄養士が直接返却施設・委託先が手渡し、情報提供まで行う	優先順位(図表51) ①レベル3:情報提供(受診勧奨) ②レベル2:特定保健指導 ③レベル4:情報提供(生活習慣病治療中)
4月	健康づくり推進員研修会開催(未受診者訪問説明) 健康づくり推進員による訪問 保健師・栄養士による訪問 保険年金課職員による電話勧奨 地区健康教室開催(健診受診への動機づけ) ポスターやチラシでの普及 市内医療機関への健診受診協力の呼びかけ	集団健診(5月中旬~7月中旬)	糖尿病重症化予防対象者台帳の作成と地区担当への配布 健診受診日より30日後をめぐりに結果説明会、もしくは個別面接にて必ず結果返却	糖尿病重症化予防対象者台帳の作成と地区担当への配布
5月		当日結果返却の方法説明、日程調整、連絡先の確認	保健指導判定レベル1 796人	集団健診結果説明会 6~8月 レベル1、レベル4のK 集団講話 9回 レベル2、レベル3の個別面接有
6月	前年度集団健診受診者へハガキでの受診勧奨	医療機関健診(7月~9月) 情報提供まで委託	受診勧奨判定 レベル3 616人 40~64歳 281人 65~74歳 246人 高血圧240人 eGFR39人 LDL487人 HbA1c58人 尿酸55人	受診勧奨判定対象者への保健指導 ・受診勧奨、医療機関の情報提供 ・医療連携 ・生活改善のための保健指導 ・受診確認
7月	国保税納付書送付時に健診受診勧奨チラシ添付	医療機関健診(7月~9月) 情報提供まで委託	二次検査対象者(60人 65歳未満)通知 レベル2(HbA1c6.5未満 随時血糖200未満)	個別面接(訪問、来所) 初回面接 二次検査勧奨
8月	健診未受診者へハガキでの受診勧奨	医療機関健診(7月~9月) 情報提供まで委託	特定保健指導判定 レベル2 346人 40~64歳 O 239人 P 107人	特定保健指導判定対象者への保健指導 ①二次検査の実施(75g経口糖負荷検査、頸部超音波検査、尿中アルブミン尿検査) 教室、個別相談 ②個別支援2回(相談・訪問)
9月	健康づくり推進員、保険年金課職員による訪問 保健師・栄養士による訪問 地区健康教室開催(健診受診への動機づけ)	集団健診 5日間実施	65~74歳 レベル2 184人	生活習慣病コントロール不良者への保健指導 ・医療連携・目標確認 ・生活改善のための保健指導 ・学習教材の共同使用
10月	予算要求に合わせ、保険年金課と健康推進課による次年度計画の打ち合わせ	若年者健診(39歳以下) 5日間実施(特定健診と同時実施)	生活習慣病コントロール不良 レベル4 高血圧243人 eGFR62人 LDL85人 HbA1c145人 尿酸65人	特定保健指導判定対象者の最終評価
11月	他の機関での健診受診結果提出のある者に結果提出依頼文送付	脳ドック データ入力		
12月	健康づくり推進員研修会(訪問実績・受診率等成果説明)	データ入力 保健指導判定		
1月	次年度に向けて、保険年金課と健康推進課による打ち合わせ			
2月				
3月				

健診・保健指導の実績集計・評価を実施。次年度に向けての保健指導計画策定(修正)、係内検討、課内打ち合わせ

評価指標	特定健診受診率、健診受診率の経年推移、地区別受診率 健診受診勧奨実施率とアプローチ後の健診受診率	特定保健指導実施率 有所見状況と経年変化(血圧、血糖、脂質異常、CKD、メタボ) 保健指導実施率、改善率、医療機関受診率	糖尿病重症化予防 保健指導実施率、保健指導後の変化(HbA1c、eGFR、尿蛋白) 医療受診勧奨対象者の医療受診率、医療機関との連携数、新規透析導入数
------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

年度	特定保健指導							評価指標				H27年度保健指導実施者のうち、H28年度健診受診した者の状況							
	市	市	市	市	市	市	市	糖尿病	高血圧	CKD	脂質異常症	特定保健指導	メタボリック	心電図異常	尿酸				
H22	2,905	345	11.9%	200	58.0%	106	3.6%	19	17.9%	239	8.2%	181	75.7%	24.5%	55.6%	18.9%	12.4%	87.6%	
H23	3,220	356	11.1%	203	57.0%	91	2.8%	12	13.2%	265	8.2%	191	72.1%	25.5%	56.2%	30.9%	12.9%	28.2%	71.8%
H24	3,327	380	11.4%	220	57.9%	100	3.0%	35	35.0%	280	8.4%	185	66.1%	56.7%	35.9%	7.4%	36.3%	63.7%	
H25	3,372	384	11.4%	257	66.9%	94	2.8%	34	36.2%	290	8.6%	223	76.9%	5.4%	83.4%	11.1%	58.0%	42.0%	
H26	3,441	368	10.7%	253	68.8%	78	2.3%	32	41.0%	290	8.4%	221	76.2%						
H27	3,432	351	10.2%	237	67.5%	77	2.2%	25	32.5%	274	8.0%	212	77.4%						

★生活習慣病予防をライフサイクルで見ている。母子・健康づくりなどのポピュレーションアプローチも含め、「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組む

◆地域包括ケアに関する取組

今後、高齢化が急速に進むことで65歳以上の中重度の要介護対象者が増加すると懸念されており、地域包括ケア研究会報告書によると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されている。

重度の要介護状態になる原因は生活習慣病の重症化によるものが多い。このことから重症化予防そのものが介護予防として捉えることができる。生活習慣病の重症化予防に取り組むとともに、関係部署と連携し情報共有を図りながら地域包括ケアの推進を図る。

◆計画の評価、見直し

・評価の時期

計画の見直しは3年後の平成32年度に中間評価を行う。

・評価方法

プロセス、アウトプット、アウトカム、ストラクチャーの4つの指標を基にする（図表5）

◆計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

・公表、周知

市広報や野々市市ホームページを通じた周知のほか、関係機関へも周知する。

・個人情報の取扱い

野々市市個人情報保護条例による

【図表6】実践評価をふまえ、平成29年度の取組と課題整理（平成29年度進捗状況）

実践評価をふまえ、平成29年度の取組と課題整理（平成29年度進捗状況）		評価（良くなったところ）			⑤課題																																
第1期データヘルス計画 目 標	平成29年度 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>★中長期的な目標</p> <p>○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年度は平成26年度と比較して、3疾患をそれぞれ5%減少させる。</p> <p>○重症化する前に早期に対応することで健康寿命を延伸し、一人ひとりの医療費の伸びを抑える。</p> <p>○重症化予防や適正な受診勧奨をすることを確実に取組み、入院する人を減らす。</p> <p>★短期的な目標</p> <p>○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す。</p> <p>・血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を改善していく。</p> <p>・治療が必要な者：受診や治療継続の働きかけ ・治療中断者：医療機関と連携を図りながら、適切に保健指導を行う。</p> <p>・メタボリックシンドロームや糖尿病では、薬物療法だけでは改善されにくい状況であるため、栄養指導等の保健指導に力を入れる。</p> <p>・生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受診してもらうことが必要であり、引き続き未受診者対策等に力を入れる。</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68%</p>	<p>全 体</p> <p>○保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。</p> <p>○生活習慣病予防をライフサイクルで見えていく。重点課題である「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組む。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○40歳～64歳の若い世代の受診率が低い。これまでも行ってきた地域住民と連携した活動を実施し、効果的な健診受診勧奨を行う。</p> <p>○健診も治療も受けていない対象者が、未受診者対策の優先対象者と捉え、確実に取り組む。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防対象者と特定保健指導対象者の重なりが48%である。特定保健指導の徹底を行うことから重症化予防につながる。</p> <p>○確実に医療機関につながっているかをKDBで確認し、受診後も治療が中断しないか等の管理を行う。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○医療との連携は不可欠であることから、個々の事例を通して連携を図っていく。</p>	<p>全 体</p> <p>○前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取組 ・未受診者台帳・糖尿病管理台帳を活用し、前年健診未受診者への訪問。 ・医療機関に、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 ・健康づくり推進員が地域での受診勧奨を行う。 ・40歳到達者では、個別訪問にて受診勧奨を実施。 ・電話・郵送による受診勧奨にて継続的な受診を呼びかける。 ・連合町内会研修会にて健診受診の呼びかけおよび、健康づくり推進員活動のバックアップを依頼。 ・未受診者台帳・糖尿病管理台帳を活用することで、継続受診や継続治療となるように関わっていく。 ・保険年金課と健康推進課の両方で未受診者対策を行っていく。 ・健診受診勧奨啓発ポスターを医療機関、公共機関、スーパー、金融機関などに設置。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○取組 ・糖尿病性腎症重症化予防のため糖尿病管理台帳を活用して対象者を抽出、管理の徹底を行う。 業務担当が地区毎に台帳を作成し、地区担当に配布する。地区担当による訪問・面接を実施する。未受診者に関しては受診勧奨とレセプトの確認。継続受診者には保健指導とレセプト確認を行う。年間を通じて情報を記入し、新たな台帳を配布する。 糖尿病管理台帳全数：665人</p> <p>・医療連携を図るために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・担当地区の医療機関を訪問し、主治医に相談しながら進めていく。 ・担当が変更しても、継続的した取組ができる。 ・糖尿病管理台帳の活用により、地区毎で優先順位を見ながら関わっていける。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○取組 ・市内の医療機関を訪問し、未受診者対策や重症化予防対策の協力依頼を実施。 ・糖尿病連携手帳を活用していく。 ・医療機関の個別訪問に関しては、継続していくことが重要である。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ 6月のいきいき健診説明会で、医療機関へ受診勧奨の説明を行った。</p> <table border="1"> <tr><th colspan="3">H29年9月1日現在</th></tr> <tr><th>対象者</th><th>アプローチ方法</th><th>対象者数</th></tr> <tr><td>①</td><td>訪問</td><td>1429</td></tr> <tr><td>②</td><td>訪問不在（ちらし配布）</td><td>863</td></tr> <tr><td>③</td><td>来所・面談</td><td>8</td></tr> <tr><td>④</td><td>電話</td><td>5</td></tr> </table> <p>※糖尿病管理台帳登録者も含む</p> <p>40歳到達者人数 105人</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防対象者（保健指導対象者第1・2優先）</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>糖尿病</th><th>高血圧</th><th>脂質異常</th><th>メタボリック</th></tr> <tr><td>対象者数</td><td>283</td><td>91</td><td>341</td><td>378</td></tr> <tr><td>アプローチ数</td><td>190</td><td>67</td><td>260</td><td>207</td></tr> </table> <p>※糖尿病：HbA1c6.5%以上 高血圧：Ⅱ度以上 脂質異常：LDL160以上もしくは中性脂肪300以上</p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定、アプローチを実施。</p> <p>HbA1c6.5%以上の未治療者に対する受診勧奨とハイリスク者に関する保健指導</p> <p>○特定保健指導実施率 67.5% （対象者351名中終了者237名）</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○個別事例を通して、医療機関に個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼をした。 医療機関20件中、8件依頼</p> <p>○糖尿病連携手帳発行数 20件（H29年12月1日現在）</p>	H29年9月1日現在			対象者	アプローチ方法	対象者数	①	訪問	1429	②	訪問不在（ちらし配布）	863	③	来所・面談	8	④	電話	5		糖尿病	高血圧	脂質異常	メタボリック	対象者数	283	91	341	378	アプローチ数	190	67	260	207	<p>○設定した目標に達することができたか ・特定健診受診率 ・未受診者へのアプローチ後の受診状況 ・健診データや医療費の変化 ・医療機関との協力体制</p> <p>○事業運営状況の管理体制(予算含む) ○保健指導実施のための専門職の配置</p> <p>＊＊未受診者対策＊＊</p> <p>○特定健診受診率 55.7%（6,160名中3,432名受診）。40～64歳の受診率が40.8%と若い世代の受診率が低い。今後も未受診者対策を進めていく。</p> <p>○未受診者対策により約10%が健診受診につながった。なお、直接面談すると受診率が高い。（訪問により12.5%が受診、来所・面談により22.2%が受診）健康づくり推進員などの地域住民と連携した活動を推進し、効果的な受診勧奨を継続する。</p> <p>○40歳到達者の健診自己負担金を無料化したことと訪問での受診勧奨を行ったことにより、受診率が上がった（25.2%→33.3%）。今後も40歳到達者の健診自己負担金の無料化と訪問による受診勧奨を継続し、健診の大切さを伝えていく。</p> <p>＊＊重症化予防対策＊＊</p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、活用することで経年管理を可能にし、継続的に関わることができる。今後、地区毎での課題も見えてくれば、それぞれの台帳活用の検討が必要となってくる。</p> <p>○管理台帳の対象者に対して窓口での面接や訪問を行っているが、対象者も多く、マンパワー不足である。科学的根拠に基づいた保健指導が十分にできる体制として保健師・管理栄養士の増員が必要である。</p> <p>○保健指導後の受診の有無 保健指導を行った後に、確実に医療機関の受診につながったかどうか、今後もKDBで確認する。また、受診後も治療が中断しないか等の疾病管理を行う。</p> <p>○健診データの変化 図表6、図表21参照 メタボリックシンドロームの該当者、予備群の割合が増えている。また、重なっている項目では「血圧＋脂質」が最も多い。また、治療におけるコントロールの状況を見ると、メタボリックシンドロームや糖尿病では、薬物療法では改善されにくい状況であるため、栄養指導等の保健指導に力を入れていく。</p> <p>○医療費の変化（月平均） 図表12参照 ・一人当たりの医療費24,702円→27,479円 （内訳：入院10,671円→12,200円で14.3%の伸び 外来14,031円→15,278円で8.9%の伸び） 入院の費用額における伸び率が外来の伸び率より多くなっており、重症化して医療にかかり入院してしまっていることが課題である。</p> <p>○第2号被保険者要介護認定者・認定率56人（0.38）→48人（0.32） 図表11参照 第2号被保険者要介護認定や糖尿病性腎症による人工透析による費用額は減少しており、医療費の伸びの抑制につながっている。引き続き取り組んでいく。</p> <p>＊＊医療とのつながり＊＊</p> <p>○医療連携として、地区担当が医療機関に個別訪問を行った。今後も継続した関わりや個々の事例を通じての連携をすすめていけるような体制づくりが必要である。また、医療機関同士の事例の共有も必要。</p>
	H29年9月1日現在																																				
	対象者	アプローチ方法	対象者数																																		
	①	訪問	1429																																		
②	訪問不在（ちらし配布）	863																																			
③	来所・面談	8																																			
④	電話	5																																			
	糖尿病	高血圧	脂質異常	メタボリック																																	
対象者数	283	91	341	378																																	
アプローチ数	190	67	260	207																																	