

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

.

第三期特定健診等実施計画

平成 30 年 3 月 増毛町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	25
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	45
第 6 章 計画の評価・見直し	47
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
参考資料	49

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画 (データヘルス計画) の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業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。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

2. 計画の位置付け

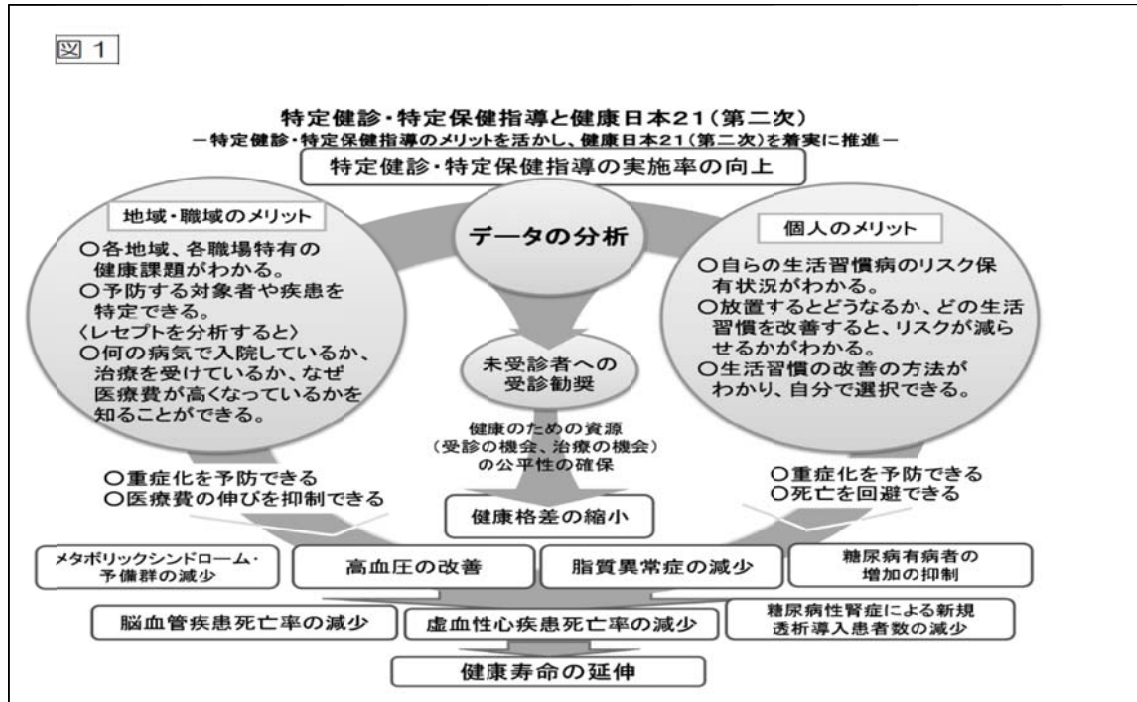
第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表 1・2・3)

【図表 1】

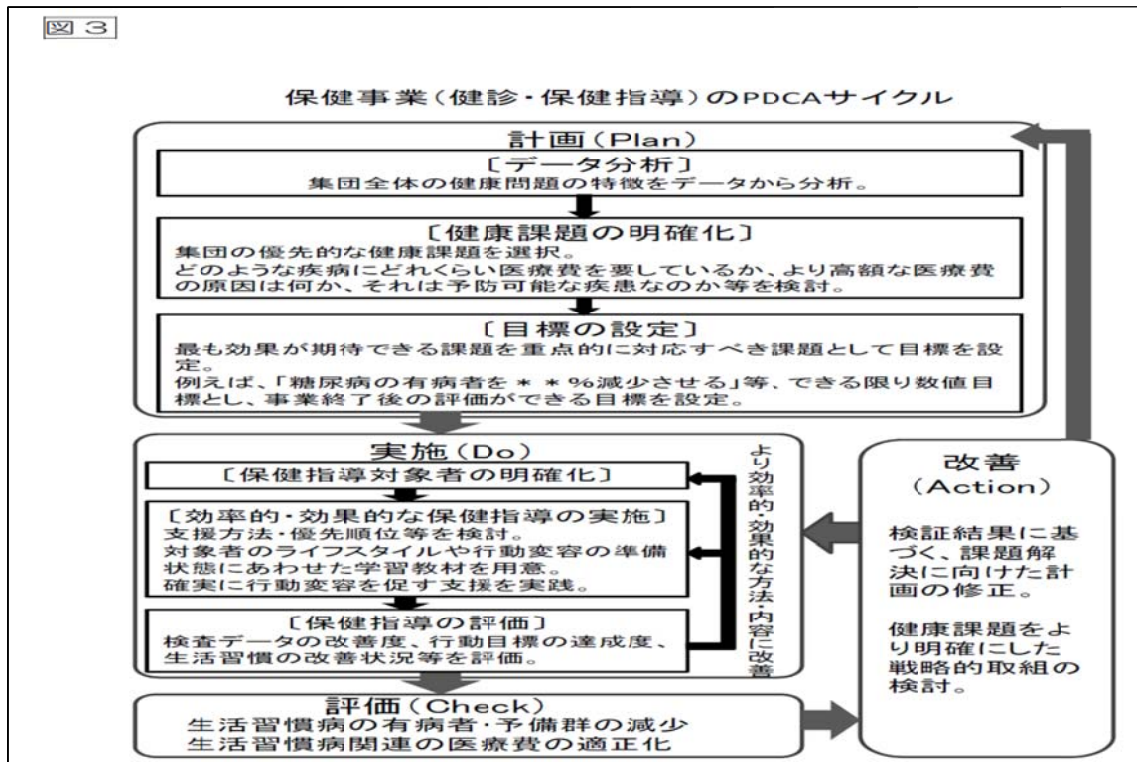
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ							2017.10.11
	健康増進法(第6条)とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				「医療費適正化計画」	「医療計画」	
法律	健康増進法 第6条、第9条 第6条(健康増進事業実施法)	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 特定健診実施及び特定保健指導の適切な実施に関する指針(第2版)	厚生労働省 健康局 平成24年8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(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成28年3月 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方針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する指針(第2版)について(基本指針)【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	
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)	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)	
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	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の促進の実現に向けて、生活習慣の改善や健康増進の推進を図るとともに、社会生活を営むために必要な能力の維持及び向上を目指し、その結果、社会健康増進が図られるものとなるよう、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健康寿命の延伸増進の推進を目的とし、糖尿病等の予防ができれば、重症化を減らすことができ、さらには重症化を予防することも可能となる。この結果、重症の生活習慣病の発症リスクを低減し、重症化の予防を図ることが可能となる。特定健診実施、健康増進の生活習慣の改善や健康増進を目的として、メタボリックシンドロームに重点を置き、重症化するリスクの低減を図る。	生活習慣の改善や健康増進の推進を目的として、被保険者の健康増進を図ることを目指す。健康増進の推進を図ることは、被保険者の健康増進を図ることに資するものである。健康増進の推進を図ることは、被保険者の健康増進を図ることに資するものである。健康増進の推進を図ることは、被保険者の健康増進を図ることに資するものである。	高齢者がその有する能力に即した日常生活を営むことができるよう支援することや、重症化防止や重症化防止となることへの予防や、重症化防止等の取組も、健康増進を図ることに資するものである。	医療費適正化を図り、国民の生活の負担及び向上を確保しつつ、医療費が適正に抑制されるよう努めること、重症化防止等の取組も、健康増進を図ることに資するものである。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において質の高い医療の提供を実現し、負傷かつ適切な医療を効率的に提供するための体制の確立を図る。	
対象年齢	ライフステージ(幼少期、若壮年期)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増える時期に高齢期を迎える若年(若壮年期)世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40歳~64歳 特定疾病	すべて	すべて	
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 脂質異常症 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 糖尿病性腎症 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	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん(末期) 認知症(認知症、早老症、若年・若老症) パーキンソン病関連疾患 特異性アレルギー、特異性アレルギー 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、前変性性アルツハイマー病 後認知症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①糖尿病(虚血性心疾患)の年齢別発症率 ②合併症(糖尿病性腎症)による年齢別発症率(人患数) ③合併症(慢性閉塞性肺疾患)の発症率 ④慢性閉塞性肺疾患(COPD)の発症率 ⑤がん(肺がん)の発症率 ⑥認知症(認知症)の発症率 ⑦ロコモティブシンドローム(認知症)の発症率 ⑧メンタルヘルスの発症率 ⑨特定健診・特定保健指導の実施率 ⑩メタボリックシンドロームの発症率 ⑪メタボリックシンドロームの発症率 ⑫糖尿病性腎症の実施率	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(2)健康行動の実践率(3)7 ①後生活 ②日常生活における歩数 ③7ルー ル摂取量 ④喫煙 (2) 健診受診率の実績率 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	①地域における自立した日常生活の支援 ②介護サービスの予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外注 ①一人あたり外来医療費の削減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの発症率の減少 ④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歳未満 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて)	
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)】を減額し、保険料率決定			保険者協議会(事務局:国民健康協会)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

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

増毛町においては、町民課保険年金係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に福祉厚生課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、福祉厚生課介護保険係、保健指導係、民生係、企画財政課企画係、とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）。

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）のことをいう。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課より情報の提供を受け、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

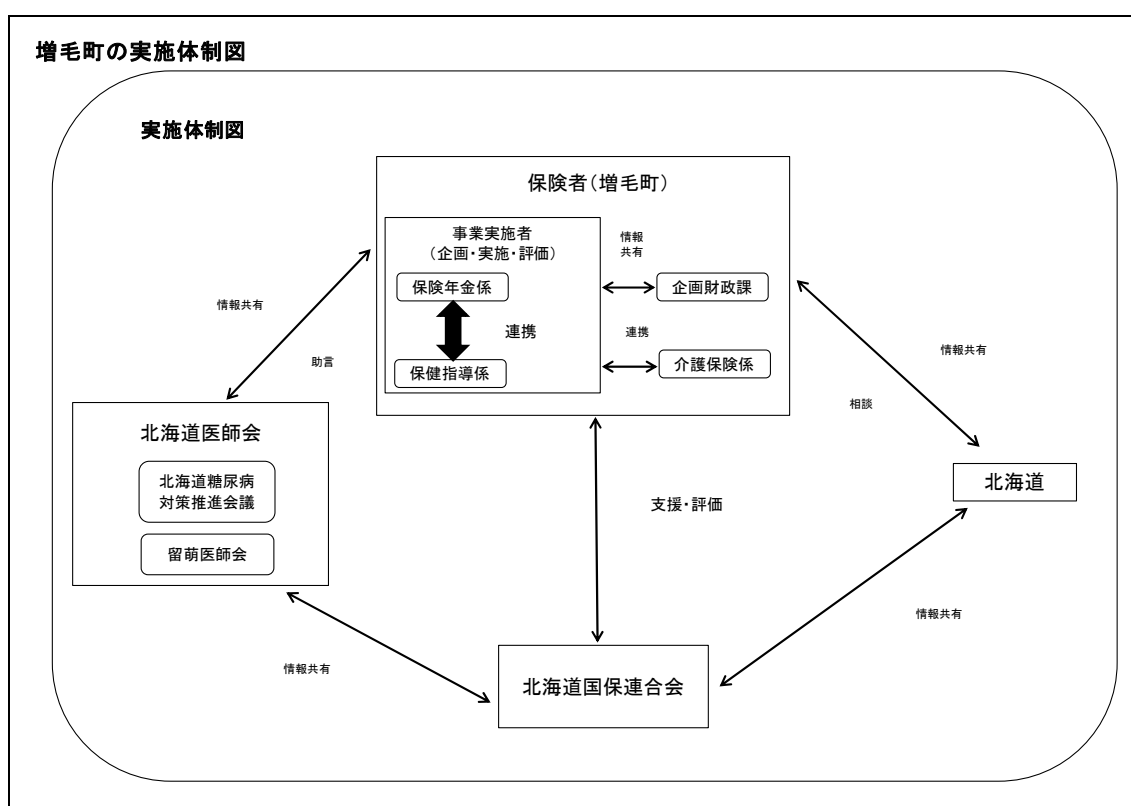
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度					
評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額 (万円)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較(参考資料1)を見ると、SMRが男女ともに100未満に下がり、若い方の死亡が少なくなったと考えられる。死亡の状況を見ると、脳疾患による死亡割合は増加したものの、心臓病、糖尿病、腎臓病の死亡割合は減少していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、1号認定率と40～64歳の2号認定率は増加していた。国や道、同規模平均から見ても増毛町は認定率が高い状況にあるため、健康寿命を伸ばし、介護を予防していくことも課題である。

また、医療費の状況を見ると、1人当たり医療費が増加している。そこで、医療費分析から傷病名を見てみると、悪性新生物が増加していた。一方、慢性腎不全、糖尿病、高血圧は減少している。介護の有病状況と合わせても特定健診受診後の適正な医療受診行動等の結果により重症化予防につながっていると推測できる。

人口構成を見ると高齢化率は国・道・同規模平均と比べてもはるかに高く、国保加入者の状況を見ても前期高齢者の割合が半数以上を占めるようになった。今後も特定健診で自身の体の状況を把握し、適正な医療や生活習慣の改善等による重症化予防、介護予防への取組は重要と考える。

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の変化

【図表6】

年度	増毛町				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	569,678,415	65,276	45,712	266,730	71,886	41,181	279,469
H28年度	636,054,047	64,884	46,906	259,494	73,702	39,646	273,946

介護給付の変化について、25年度と28年度を比較すると、同規模平均では1件当たり介護給付費は増加していたが、増毛町は若干減少していた。ただし、介護給付費総額は増加している。

②医療費の状況(図表 7)

【図表 7】

医療費の変化

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			町	同規模			町	同規模			町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	466,778,600			196,513,791				270,264,809			
	H28年度	491,813,610	25,035,010	5.4	38.3	250,333,127	53,819,336	27.4	241,480,483	△28,784,326	-10.6	
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	30,608			12,893				17,715			
	H28年度	37,701	7,093	23.1	9.3	19,176	6,283	48.7	18,525	810	4.6	7.5

医療費の変化を見ると、全体の医療費が増加している。特に、入院費の伸び率が大きく、1人当たり医療費を見ても全て増加している。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

【図表 8】

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

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				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		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	増毛町	466,778,600	30,608	23位	38位	1.43%	1.33%	1.02%	3.72%	5.02%	7.46%	3.70%	110,532,500	23.68%	13.63%	9.52%	11.71%
		491,813,610	37,701	9位	7位	0.93%	0.09%	2.37%	3.45%	4.73%	5.29%	3.25%	98,871,460	20.10%	19.10%	9.12%	11.71%
H28	北海道	446,995,066,940	27,782	--	--	3.60%	0.29%	2.40%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	92,638,560,010	20.72%	15.81%	9.53%	9.07%
		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%

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計は減少している。さらに疾患別に見てみると、慢性腎不全、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの脳血管疾患に係る費用が増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、糖尿病のみ国や北海道平均より低くなっている。高血圧・脂質異常症を見ると、増毛町としては減少傾向にあるが、国・北海道平均と比較するとまだまだ高い状況である。

④中長期的な疾患(図表 9)

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	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	1,320	91	6.9%	20	22.0%	0	0.0%	77	84.6%	41	45.1%	56	61.5%
	64歳以下	734	15	2.0%	1	6.7%	0	0.0%	10	66.7%	4	26.7%	8	53.3%
	65歳以上	586	76	13.0%	19	25.0%	0	0.0%	37	88.2%	37	48.7%	48	63.2%
H28	全体	1,128	73	6.5%	13	17.8%	0	0.0%	36	90.4%	31	42.5%	51	69.9%
	64歳以下	570	11	1.9%	1	9.1%	0	0.0%	10	90.9%	6	54.5%	7	63.6%
	65歳以上	558	62	11.1%	12	19.4%	0	0.0%	56	90.3%	25	40.3%	44	71.0%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	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	1,320	62	4.7%	20	32.3%	0	0.0%	46	74.2%	26	41.9%	40	64.5%
	64歳以下	734	13	1.8%	1	7.7%	0	0.0%	5	38.5%	8	61.5%	6	46.2%
	65歳以上	586	49	8.4%	19	38.8%	0	0.0%	41	83.7%	18	36.7%	34	69.4%
H28	全体	1,128	58	5.1%	13	22.4%	0	0.0%	49	84.5%	26	44.8%	43	74.1%
	64歳以下	570	13	2.3%	1	7.7%	0	0.0%	10	76.9%	6	46.2%	8	61.5%
	65歳以上	558	45	8.1%	12	26.7%	0	0.0%	39	86.7%	20	44.4%	35	77.8%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	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	1,320	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%	1	100%	0	0.0%
	64歳以下	734	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%	1	100%	0	0.0%
	65歳以上	586	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	1,128	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%	1	100%	0	0.0%
	64歳以下	570	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%	1	100%	0	0.0%
	65歳以上	558	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

虚血性心疾患治療者(様式 3-5)を見ると、治療人数・割合ともに減少している。人工透析(様式 3-7)も新たな治療者はいなかった。しかし、脳血管疾患治療者(様式 3-6)を見ると、65歳以上の割合は微減しているにも関わらず、64歳以下の治療者が増えていることがわかった。脳血管疾患治療者及び虚血性心疾患治療者の共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療割合を見ると、増加していることがわかる。原疾患の良好なコントロールが重症化予防につながるため、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療をきちんと継続できることが大切である。

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2~3-4)(図表10)

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病				高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	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	1,320	198	15.0%	12	6.1%	147	74.2%	128	64.6%	41	20.7%	26	13.1%	1	0.5%	5	2.5%	
	64歳以下	734	55	7.5%	3	5.5%	32	58.2%	31	56.4%	4	7.3%	8	14.5%	1	1.8%	2	3.6%	
	65歳以上	586	143	24.4%	9	6.3%	115	80.4%	97	67.8%	37	25.9%	18	12.6%	0	0.0%	3	2.1%	
H28	全体	1,128	171	15.2%	6	3.5%	128	74.9%	120	70.2%	31	18.1%	26	15.2%	1	0.6%	2	1.2%	
	64歳以下	570	44	7.7%	1	2.3%	27	61.4%	28	63.6%	6	13.6%	6	13.6%	1	2.3%	1	2.3%	
	65歳以上	558	127	22.8%	5	3.9%	101	79.5%	92	72.4%	25	19.7%	20	15.7%	0	0.0%	1	0.8%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標					
		被保険者数		高血圧				糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	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	1,320	352	26.7%	147	41.8%	190	54.0%	77	21.9%	46	13.1%	1	0.3%			
	64歳以下	734	79	10.8%	32	40.5%	42	53.2%	10	12.7%	5	6.3%	1	1.3%			
	65歳以上	586	273	46.6%	115	42.1%	148	54.2%	67	24.5%	41	15.0%	0	0.0%			
H28	全体	1,128	325	28.8%	128	39.4%	197	60.6%	66	20.3%	49	15.1%	1	0.3%			
	64歳以下	570	68	11.9%	27	39.7%	33	48.5%	10	14.7%	10	14.7%	1	1.5%			
	65歳以上	558	257	46.1%	101	39.3%	164	63.8%	56	21.8%	39	15.2%	0	0.0%			

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標					
		被保険者数		脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	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	1,320	259	19.6%	128	49.4%	190	73.4%	56	21.6%	40	15.4%	0	0.0%			
	64歳以下	734	79	10.8%	31	39.2%	42	53.2%	8	10.1%	6	7.6%	0	0.0%			
	65歳以上	586	180	30.7%	97	53.9%	148	82.2%	48	26.7%	34	18.9%	0	0.0%			
H28	全体	1,128	253	22.4%	120	47.4%	197	77.9%	51	20.2%	43	17.0%	0	0.0%			
	64歳以下	570	55	9.6%	28	50.9%	33	60.0%	7	12.7%	8	14.5%	0	0.0%			
	65歳以上	558	198	35.5%	92	46.5%	164	82.8%	44	22.2%	35	17.7%	0	0.0%			

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)、高血圧治療者(様式3-3)はほぼ横ばいだが、脂質異常症治療者(様式3-4)は増加している。特に64歳以下の糖尿病と高血圧を併せ持つ割合が増加していること、どの疾患においても脳血管疾患を治療している者が増えており、これについても64歳以下に多いため、早期からの重症化予防への取組が必要と考える。

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

【図表 11】

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

★NO.23(概要)

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	48	34.8	66	47.8	40	29.0	33	23.9	10	7.2	63	45.7	59	42.8	25	18.1	85	61.6	68	49.3	70	50.7	1	0.7
	40-64	20	40.8	16	53.1	16	32.7	12	24.5	4	8.2	20	40.8	16	32.7	11	22.4	22	44.9	18	36.7	27	55.1	0	0.0
	65-74	28	31.5	40	44.9	24	27	21	23.6	6	6.7	43	48.3	43	48.3	14	15.7	63	70.8	50	56.2	43	48.3	1	1.1
H28	合計	81	44.3	98	53.6	47	25.7	50	27.3	16	8.7	82	44.8	93	50.8	48	26.1	122	66.7	83	45.4	104	56.8	10	5.5
	40-64	30	47.6	30	47.6	18	28.6	23	36.5	5	7.9	27	42.9	30	47.6	17	27.1	31	49.2	25	39.7	42	66.7	0	0.0
	65-74	51	42.5	68	56.7	29	24.2	27	22.5	11	9.2	55	45.8	63	52.5	31	25.1	91	75.8	58	48.3	62	51.7	10	8.3

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	75	40.3	53	28.5	31	16.7	25	13.4	3	1.6	47	25.3	63	33.9	6	3.2	112	60.2	64	34.4	128	68.8	1	0.5
	40-64	31	40.8	23	30.3	14	18.4	13	17.1	1	1.3	14	18.4	18	23.7	1	1.3	38	50.0	24	31.6	53	69.7	1	1.3
	65-74	44	40.0	30	27.3	17	15.5	12	10.9	2	1.8	33	30.0	45	40.9	5	4.5	74	67.3	40	36.4	75	68.2	0	0.0
H28	合計	98	37.0	69	26.0	43	16.2	29	10.9	11	4.2	64	24.2	125	47.2	17	6.1	173	65.3	95	35.8	165	62.3	3	1.1
	40-64	23	32.4	15	21.1	12	16.9	7	9.9	2	2.8	7	9.9	21	29.6	2	2.8	33	46.5	23	32.4	45	63.4	0	0.0
	65-74	75	38.7	54	27.8	31	16.0	22	11.3	9	4.6	57	29.4	104	53.6	15	7.1	140	72.2	72	37.1	120	61.9	3	1.5

*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24(概要)

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	138	32.5	5	3.6	27	19.6	4	2.9	20	14.5	3	2.2	34	24.6	5	3.6	3	2.2	16	11.6	10	7.2
	40-64	49	25.7	5	10.2	7	14.3	0	0.0	5	10.2	2	4.1	14	28.6	2	4.1	2	4.1	7	14.3	3	6.1
	65-74	89	38.2	0	0	20	22.5	4	4.5	15	16.9	1	1.1	20	22.5	3	3.4	1	1.1	9	10.1	7	7.9
H28	合計	183	51.3	7	3.8	37	20.2	2	1.1	30	16.4	5	2.7	54	29.5	13	7.1	3	1.6	17	9.3	21	11.5
	40-64	63	42.9	6	9.5	10	15.9	1	1.6	7	11.1	2	3.2	14	22.2	1	1.6	1	1.6	5	7.9	7	11.1
	65-74	120	57.1	1	0.8	27	22.5	1	0.8	23	19.2	3	2.5	40	33.3	12	10.0	2	1.7	12	10.0	14	11.7

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	186	35.4	6	3.2	20	10.8	0	0.0	16	8.6	4	2.2	27	14.5	5	2.7	2	1.1	15	8.1	5	2.7
	40-64	76	36.0	3	3.9	10	13.2	0	0.0	7	9.2	3	3.9	10	13.2	1	1.3	2	2.6	5	6.6	2	2.6
	65-74	110	34.9	3	2.7	10	9.1	0	0.0	9	8.2	1	0.9	17	15.5	4	3.6	0	0.0	10	9.1	3	2.7
H28	合計	265	56.7	5	1.9	22	8.3	1	0.4	17	6.4	4	1.5	42	15.8	9	3.4	0	0.0	17	6.4	16	6.0
	40-64	71	44.9	2	2.8	9	12.7	0	0.0	7	9.9	2	2.8	4	5.6	1	1.4	0	0.0	1	1.4	2	2.8
	65-74	194	62.8	3	1.5	13	6.7	1	0.5	10	5.2	2	1.0	38	19.6	8	4.1	0	0.0	16	8.2	14	7.2

リスクの健診結果の経年変化を見ると、特に男性はほとんどの項目で増加していることがわかった。特に、HbA1c、収縮期血圧の有所見者が男女ともに増加している。メタボリックシンドロームの状況を見ると、女性の予備群は減少しているが、特に男性は予備群・該当者ともに増加している。さらに、3項目全て当てはまる割合が高いため、メタボリックシンドロームの改善を基本に、重症化予防の取組が大切であると考えられる。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

【図表 12】

特定健診受診率・特定健診保健指導実施率

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	
								増毛町	同規模平均
H25年度	937	324	34.6%	175位	45	34	75.6%	61.7%	50.8%
H28年度	820	448	54.4%	77位	54	56	103.7%	72.5%	51.3%

※法定報告より

特定保健指導実施率は増加している。また、医療機関受診率も増加し、同規模平均と比べても高い割合となっている。今後も、継続した保健指導の実施とともに適正な医療につながっていくことが重要である。

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、増毛町の医療費、介護給付費が高額になっている原因が「治療が必要であるが治療を開始していない者(=要治療未治療者)」と「治療していてもコントロールが悪い者(治療中コントロール不良者)」の割合が高いことにあるため、これらに当てはまる者を優先に重症化予防の視点で取り組んできた。

その結果、特定健診受診率の向上、中長期目標疾患である慢性腎不全、虚血性心疾患にかかる医療費の減少に繋がったと思われる。しかし、脳血管疾患にかかる医療費の増加やリスクの1つである高血圧がまだまだ高い状況であることは課題である。また、特定健診の有見者割合も国・道・同規模平均を比較してもほとんどの項目において増毛町が高いということがわかった。

重症化予防の視点として、住民が適正な医療につながる事、つながった後も中断することなく継続することは重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、自ら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重要な取り組むべき課題である。また、血管を守るためには、医療の継続とともに生活習慣を改善することが重要である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者		県		同規模平均		国	
	37,701円		27,782円		26,819円		24,253円	

外来 ★NO.1【医療】	件数	割合 (%)							
		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0	95.8	
	費用額	49.1							
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.2							
		費用額	50.9						

○入院を重症化した結果としてとらえる

増毛町の入院件数は4.2%で、費用額全体の50.9%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 14)

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト	(H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	99件	10件 10.1%	12件 12.1%	--
		費用額	1億4269万円	876万円 6.1%	2066万円 14.5%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	72件	17件 23.6%	3件 4.2%	--
		費用額	3146万円	878万円 27.9%	243万円 7.7%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	12件	0件 0.0%	0件 0.0%	12件 100.0%
		費用額	456万円	--	--	456万円 100.0%

厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	515人	58人 11.3%	73人 14.2%	2人 0.4%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	49人 84.5%	66人 90.4%	2人 100.0%
			糖尿病	26人 44.8%	31人 42.5%	2人 100%
			脂質異常症	43人 74.1%	51人 69.9%	1人 50.0%
		高血圧症	325人 63.1%	171人 33.2%	253人 49.1%	42人 8.2%

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

高額になる疾患を見ると虚血性心疾患の費用額が全体の14.5%を占めていた。一方、6ヵ月以上の長期入院にかかる費用を見ると脳血管疾患が約28%を占めている。生活習慣病治療者数構成割合を見ると、どちらも基礎疾患として高血圧が8~9割とほとんどの方が治療していることがわかる。高血圧をはじめとして糖尿病、脂質異常症など基礎疾患の早期受診勧奨及び治療中断を防ぐとともに生活習慣を見直していくことが、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症予防につながる。

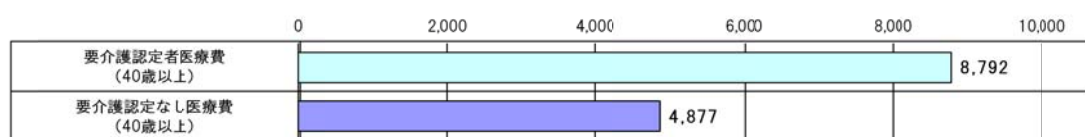
(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	計												
	被保険者数		1,671人	793人	1,148人	1,941人				3,612人								
	認定者数		15人	40人	414人	454人				469人								
	認定率		0.90%	5.0%	36.1%	23.4%				13.0%								
	新規認定者数		0人	2人	5人	7人				7人								
介護度別人数	要支援1・2		6	40.0%	14	35.0%	77	18.6%	91	20.0%	97	20.7%						
	要介護1・2		3	20.0%	14	35.0%	202	48.8%	216	47.6%	219	46.7%						
	要介護3~5		6	40.0%	12	30.0%	135	32.6%	147	32.4%	153	32.6%						
要介護 突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾病	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合					
		件数	--	15		40		414		454		469						
		循環器 疾患	1	脳卒中	3	20.0%	脳卒中	17	42.5%	虚血性心疾患	19	46.6%	虚血性心疾患	203	44.7%	虚血性心疾患	204	43.5%
			2	虚血性心疾患	1	6.7%	虚血性心疾患	10	25.0%	脳卒中	177	42.8%	脳卒中	194	42.7%	脳卒中	197	42.0%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	7.5%	腎不全	51	12.3%	腎不全	54	11.9%	腎不全	54	11.5%
		基礎疾患	糖尿病等	7	46.7%	糖尿病等	32	80.0%	糖尿病等	364	87.9%	糖尿病等	396	87.2%	糖尿病等	403	85.9%	
			血管疾患合計	7	46.7%	合計	32	80.0%	合計	36	88.9%	合計	40	88.1%	合計	407	86.8%	
		認知症	認知症	0	0.0%	認知症	7	17.5%	認知症	17	41.5%	認知症	179	39.4%	認知症	179	38.2%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	6	40.0%	筋骨格系	29	72.5%	筋骨格系	36	88.4%	筋骨格系	395	87.0%	筋骨格系	401	85.5%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 ★NO.1【介護】



要介護認定状況を見てみると、2号認定率が0.9%と高い状況である。さらに、介護度別に割合を見ると、要介護3~5度が4割を占めていた。全体の有病状況では血管疾患と筋骨格系疾患の割合が同程度だったのに対し、2号認定者及び1号認定者のうち65~74歳の有病状況は血管疾患が筋骨格系を上回っている状況であった。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、特定健診を受診して血管状態を把握し、重症化を予防することで介護予防にもつなげていくことが必要だと考える。

2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7) ★NO.23(帳票)

	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		56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	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8				
県	33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,533	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,201	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5			
保険者	合計	81	44.3	98	53.6	47	25.7	50	27.3	16	8.7	82	44.8	33	50.8	48	26.2	122	66.7	83	45.4	104	56.8	10	5.5		
	40-64	30	47.6	30	47.6	18	28.6	23	36.5	5	7.9	27	42.9	30	47.6	17	27.0	31	49.2	25	39.7	42	66.7	0	0.0		
	65-74	51	42.5	68	56.7	29	24.2	27	22.5	11	9.2	55	45.8	33	52.5	31	25.8	91	75.8	58	48.3	62	51.7	10	8.3		

	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		56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	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2				
県	30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2			
保険者	合計	98	37.0	69	26.0	43	16.2	29	10.9	11	4.2	64	24.2	125	47.2	17	6.4	173	65.3	95	35.8	165	62.3	3	1.1		
	40-64	23	32.4	15	21.1	12	16.9	7	9.9	2	2.8	7	9.9	21	29.6	2	2.8	33	46.5	23	32.4	45	63.4	0	0.0		
	65-74	75	38.7	54	27.8	31	16.0	22	11.3	9	4.6	57	29.4	104	53.6	15	7.7	140	72.2	72	37.1	120	61.9	3	1.5		

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

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

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
	全国	3,206,030	32.4			564,654	17.1							897,054	27.1												
県	100,257	25.0			18,014	18.0							27,027	26.9													
保険者	合計	183	51.3	7	3.8	37	20.2	2	1.1%	30	16.4%	5	2.7%	54	29.5%	13	7.1%	3	1.6%	17	9.3%	21	11.5%				
	40-64	63	42.9	6	9.5%	10	15.9%	1	1.6%	7	11.1%	2	3.2%	14	22.2%	1	1.6%	1	1.6%	5	7.9%	7	11.1%				
	65-74	120	57.1	1	0.8%	27	22.5%	1	0.8%	23	19.2%	3	2.5%	40	33.3%	12	10.0%	2	1.7%	12	10.0%	14	11.7%				

	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			
	全国	4,531,499	39.8			262,862	5.8							424,580	9.4										
県	145,196	28.8			8,034	5.5							13,071	9.0											
保険者	合計	265	56.7	5	1.9%	22	8.3%	1	0.4%	17	6.4%	4	1.5%	42	15.8%	9	3.4%	0	0.0%	17	6.4%	16	6.0%		
	40-64	71	44.9	2	2.8%	9	12.7%	0	0.0%	7	9.9%	2	2.8%	4	5.6%	1	1.4%	0	0.0%	1	1.4%	2	2.8%		
	65-74	194	62.8	3	1.5%	13	6.7%	1	0.5%	10	5.2%	2	1.0%	38	19.6%	8	4.1%	0	0.0%	16	8.2%	14	7.2%		

*全国・県についてH27年度市町村国保 特定健診・特定保健指導実施状況概況報告書 国民健康保険中央会より抜粋

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くなる。

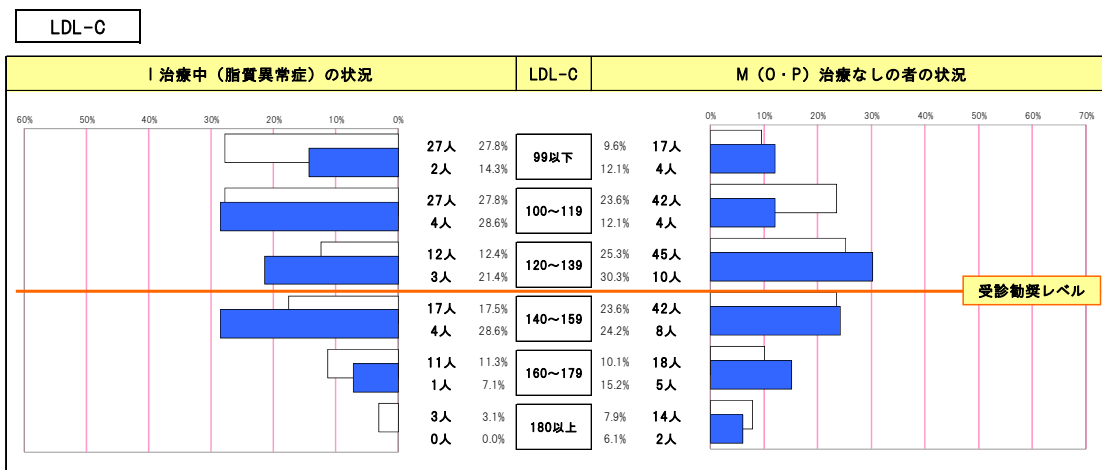
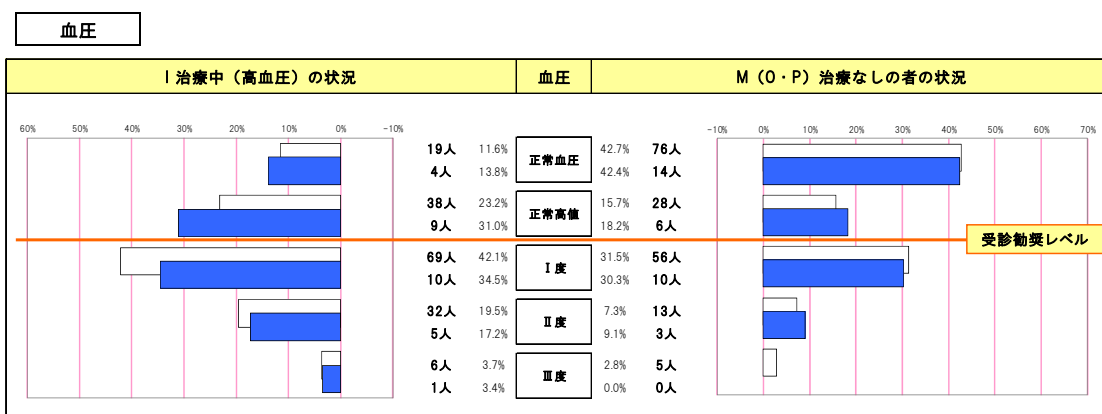
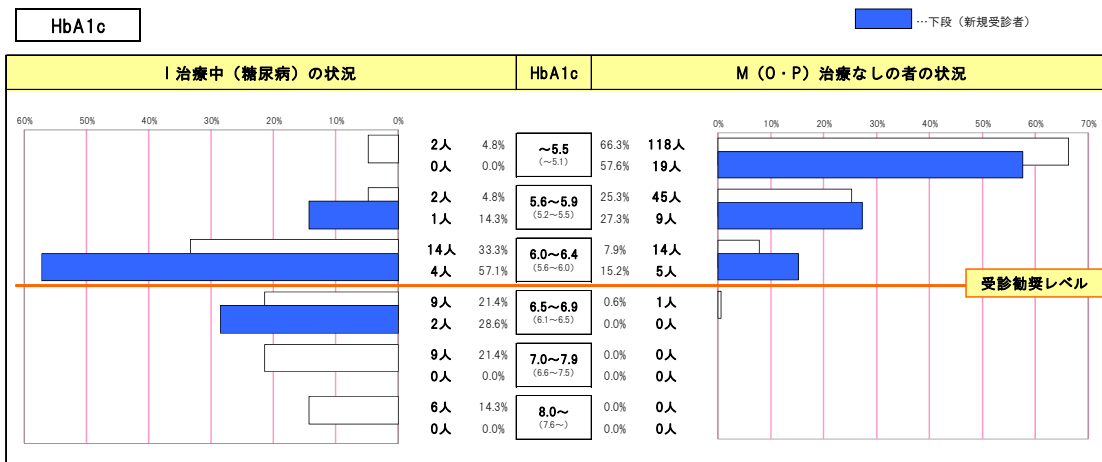
増毛町においては、国・道と比較してもメタボリックシンドローム予備群・該当者が男女ともに多く、健診結果の有所見状況でもほとんどのものが男女ともに全国より高い状況である。特に、血圧は収縮期、拡張期ともにはるかに高く、第1期から継続する最も重要な課題といえる。メタボリックシンドロームの改善は食事や運動といった生活習慣の改善が不可欠である。健診結果や個人の状態に合わせた保健指導を実施することで、生活習慣の見直し・改善につなげていきたい。

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較 (H27-H28増毛町)

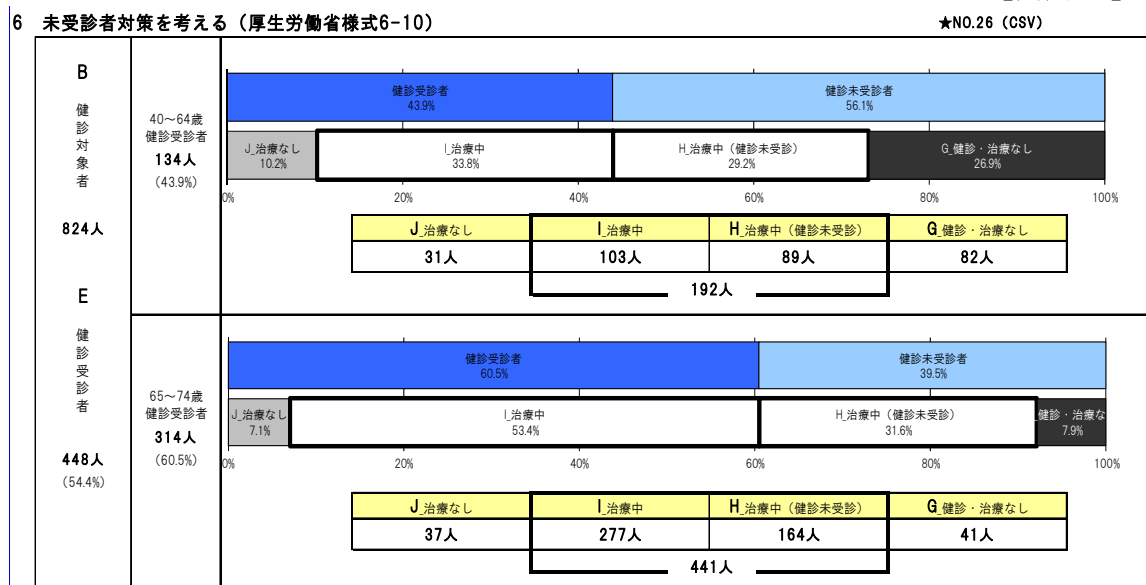
□ …上段 (継続受診者)
■ …下段 (新規受診者)



第 1 期計画でも触れたように、治療中コントロール不良者が多いことと要治療未治療者が多いことは、医療費と介護給付費が上がる原因である。増毛町においては、どの疾患においても治療中コントロール不良者が少なくない。受診勧奨レベルに達した未治療者には確実に医療に結びつけると同時に、継続して治療が受けられるよう医療と連携し、運動や食事といった生活習慣の改善も含めて良好なコントロールができるよう取り組むことが重要である。

4) 未受診者の把握(図表 19)

【図表 19】



○G: 健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果: 特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥

	0	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000	(円)
健康受診者の生活習慣病治療費			17,870円				
健康未受診者の生活習慣病治療費					40,326円		

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が26.9%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、医療費の面からみても、特定健診を受診することは医療費抑制につながる。しかし、増毛町国保の65~74歳の前期高齢者割合は半数以上であり、医療費の抑制は厳しい課題でもある。生活習慣病は自覚症状がないため、若い年代から特定健診を受診することを習慣化し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげたい。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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。35 年度には 30 年度と比較して、脳血管疾患を 4.7%、虚血性心疾患を 5.8%、人工透析を 0.1%とすることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

国保加入者における年齢構成を見ると(参考資料1)、道・国と比較しても 65～74 歳の占める割合がかなり高く、H25 年度と H28 年度を比較しても大きく進展していることがわかる。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状況ではある。そのため、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

② 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、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、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健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、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期(平成 30 年度以降)からは 6 年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 20】

	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	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		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	780 人	760 人	740 人	720 人	700 人	680 人
	受診者数	390 人	380 人	370 人	360 人	385 人	408 人
特定保健指導	対象者数	47 人	46 人	45 人	44 人	47 人	50 人
	受診者数	29 人	28 人	27 人	27 人	29 人	30 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関と委託契約を締結し、集団および個別健診にて実施する。また、委託契約を締結若しくは締結していない医療機関が実施した検査データを本人同意のもとに受領し、増毛町立市街診療所医師により判定を行った結果を特定健診結果データとして取り扱う。

- ①集団健診[実施機関:委託医療機関 実施場所:増毛町保健センター他]
- ②個別健診[実施機関:委託医療機関 実施場所:各医療機関]
- ③データ受領[実施機関:医療機関及び検査機関 実施場所:各医療機関等]

(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、増毛町のホームページに掲載する。

(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・血清クレアチニン・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)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、加入者に対し、訪問、郵送、町広報にて案内。周知を行う。

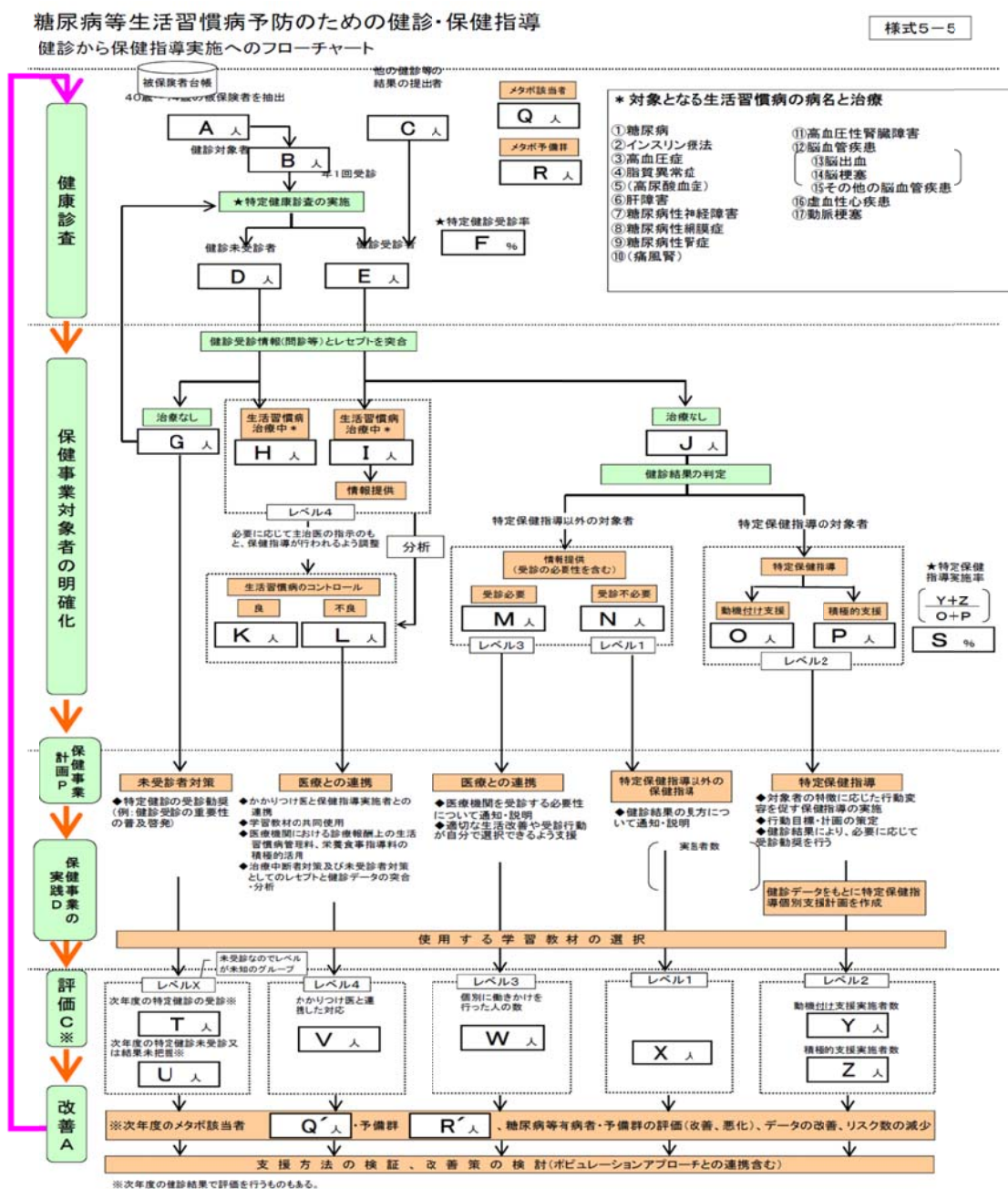
5. 特定保健指導の実施

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22)

【図表22】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 23)

【図表 23】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	47人 (12.1)	60%
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	84人 (21.5)	血圧Ⅱ度、 HbA1c6.1 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、簡易健診の実施による受診勧奨)	390人 ※受診率目標 達成までにあ と78人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	89人 (22.8)	80%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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	170人 (43.6)	30%

(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。(図表 24(スケジュール例))

【図表 24(例)】

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)

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

生活習慣病いずれか治療中
5,398人

生活習慣病のコントロール
5,398人

必要に応じて生活習慣病
のコントロールと、保健指導が行
われる治療

生活習慣病治療なし
6,802人

特定保健指導
59.7%

情報提供
2,518人

受診必要
2,518人

受診不必要
2,689人

生活習慣病治療済
1,278人

特定保健指導
317人

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】糖尿病未治療で、HbA1c 6.5%以上 【2】糖尿病治療中で、40～69歳 HbA1c 7.5%以上 70歳以上、HbA1c 8.0%以上	319	高血圧	高血圧未治療で、 【1】1年未満 HbA1c 130mg/dL以上は基準値110mg/dL以上 【2】2度高血圧 160～179または100～109mmHg以上 かつ、脂質異常(HDL、LDL、TGのいずれかが基準値)70歳未満	27
LDL コレステロール	脂質異常症治療で、LDLコレステロール180mg/dL以上 【1】31～69歳のいずれかの性別 ① LDLコレステロール180未満 ② TG 150未満 ③ HDL 60未満 【2】70～79歳のいずれかの性別 ① LDLコレステロール180未満 ② TG 150未満 ③ HDL 60未満	67	脂質異常	脂質異常症未治療で、中性脂肪500mg/dL以上	32
CKD	【1】eGFR 30未満 【2】eGFR 30未満で、ステージがⅢ以上かつHbA1c 5.6%～6.4% 【3】CKD重症度分類で、ステージⅢ以上かつHbA1c 5.6%～6.4% 【4】ステージⅢ以上かつHbA1c 5.6%～6.4% 【5】ステージⅢ以上かつHbA1c 5.6%～6.4% 【6】ステージⅢ以上かつHbA1c 5.6%～6.4% 【7】ステージⅢ以上かつHbA1c 5.6%～6.4% 【8】ステージⅢ以上かつHbA1c 5.6%～6.4%	90	ヘルスアップ 腎症	eGFR 30未満で、HbA1c 6.5%以上または空腹血糖126mg/dL以上 (治療中・未治療にかかわらず)	106
	【9】高血圧・糖尿病・脂質異常のいずれか治療中 【10】高血圧・糖尿病・脂質異常のいずれか治療中	283			

① 未受診者対策 目標 60%

関保担当との共通理解を進める

目標と課題

- 健康日本21計画の啓発・推進
目的および評価指標に沿って実施するとともに、事業の計画、検討を行う
- 若い世代(40歳未満)の健康づくり実感を高める
・糖尿病予防大作戦の普及

●第2期特定保健指導実施計画(データヘルス計画)を推進
1)未受診者対策
①H27年度特定保健指導実施者のうち、H28年度特定保健指導未受診者への訪問
②H27年度HbA1c値6.5%以上でH28年度特定保健指導未受診者への訪問
③H27年度重症化予防保健指導実施者のうち、H28年度特定保健指導未受診者へのアプローチを実施
④H28年度特定保健指導実施者のうち、積極的支援を実施した者への電話
⑤がん検診医療機関説明会での受診率向上への協力依頼を実施
⑥H27、H28年度特定保健指導未受診者40、66、67名のうち、
⑦終年管理目標(DMCKD)にて3年間未受診、未治療者への訪問

② 特定健診 目標 60%

平成29年度 特定保健指導実施率
目標 60% (平成28年度 特定保健指導実施率半目標 55%は達成)

6月下旬まで継続して28年度対象者へ特定保健指導(初回)を実施し、29年度指導数に計上する。

③ 保健指導

対象疾患

- 糖尿病
 - ・糖尿病治療手帳、糖尿病指導ガイドを使用し、糖尿病治療の必要性
 - ・合併症の予防
 - ・合併症の発生を予防するための必要、コントロール目標を提示する
- LDLコレステロール
 - ・脂質の管理(食事等)について
 - ・CKD重症度分類の提示(自分の立ち位置を把握)
 - ・必要者の相談
 - ・リスク、状態により、専門家の紹介
 - ・保健指導(減塩等)→ステップアップの方は管理療養以上の管理を指導する
- CKD
 - ・腎臓の健康状態を把握
 - ・CKD重症度分類の提示(自分の立ち位置を把握)
 - ・必要者の相談
 - ・リスク、状態により、専門家の紹介
 - ・保健指導(減塩等)→ステップアップの方は管理療養以上の管理を指導する
- 高血圧
 - ・高血圧治療手帳
 - ・H28年度重症化予防教室参加者・28年度保健指導実施者に、事後フォロー通知し、6月に個別相談
 - ・H29年度保健指導実施率
- 中性脂肪
 - ・脂質の管理(食事等)について
 - ・コントロール目標を提示し、治療の必要性
 - ・H28年度重症化予防教室参加者・28年度保健指導実施者に、事後フォロー通知し、6月に個別相談
- 尿酸
 - ・尿酸治療手帳
 - ・H28年度重症化予防教室参加者・28年度保健指導実施者に、事後フォロー通知し、6月に個別相談
 - ・H29年度保健指導実施率
- ヘルスアップ
腎症
 - ・腎臓の健康状態を把握
 - ・CKD重症度分類の提示(自分の立ち位置を把握)
 - ・必要者の相談
 - ・リスク、状態により、専門家の紹介
 - ・保健指導(減塩等)→ステップアップの方は管理療養以上の管理を指導する

実践スケジュール

4月: 受診勧奨チラシ配布、ポピュレーション事業、保健センター事業

5月: 受診勧奨ポスター配布、医師機関・支所・農協など

6月: 医師会特定保健指導推進委員会、母子事業等にて配布(ホームページ・リンクするQRコード入にする)

7月: 受診勧奨、上記未受診者対策①、対象者②へ通知

8月: がん検診会場で受診勧奨チラシ配布

9月: 平成29年度予算に両、ワーキング推進事業(きっかけのワーキング、地区イベントなど)、ワーキングマップ作成(ひょうたん橋上等)

10月: 最終受診勧奨記載(広報・市政だより)

11月: 受診勧奨通知、未受診者(過去2か年未受診者等)

12月: COPD啓発推進事業、COPD認知アンケート→COPD対策、保健推進事業委員会へ、啓発推進実施(スライディング)、40歳以上

1月: 高齢者の生活習慣病予防啓発、介護予防教室(65歳以上対象)、運動教室、栄養教室

2月: 事業評価(過半)次年度年間計画

3月: 評価

年度	受診者数	実施者数	実施率	受診者数	実施者数	実施率
平成22年度	12,774	1,698	13.3%	704	41.5%	42.5%
平成23年度	12,417	1,648	13.3%	756	45.9%	49.2%
平成24年度	12,754	1,871	14.7%	748	49.2%	51.1%
平成25年度	12,795	1,874	14.7%	805	51.1%	53.5%
平成26年度	13,404	1,887	14.1%	849	53.5%	57.4%

対象疾患	改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病	23.4%	63.8%	12.8%	21.3%	78.7%
LDL	36.4%	63.6%	2.7%	27.3%	72.7%
高血圧	99.0%	9.5%			42.9%

●生活習慣病予防PDCAサイクルで見ている。母子健康づくり担当も併用しているが「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こと

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増毛町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、増毛町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第 4 章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第 3 章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び増毛町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 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 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 保健指導 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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者・腎症(第2・3・4期)と思われる者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{±2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{±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 ^{±4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{±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。

増毛町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。そのため、特定健診受診者のうちハイリスクの者には、二次健診として微量アルブミン尿検査を実施し、より詳細な状態を把握できるようにする。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

増毛町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 20 人(29%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 166 人中のうち、特定健診受診者が 49 人(29.5%・G)、中断者はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 117 人(70.5%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 12 人には治療中断者はいないことがわかったが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より増毛町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】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・20 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

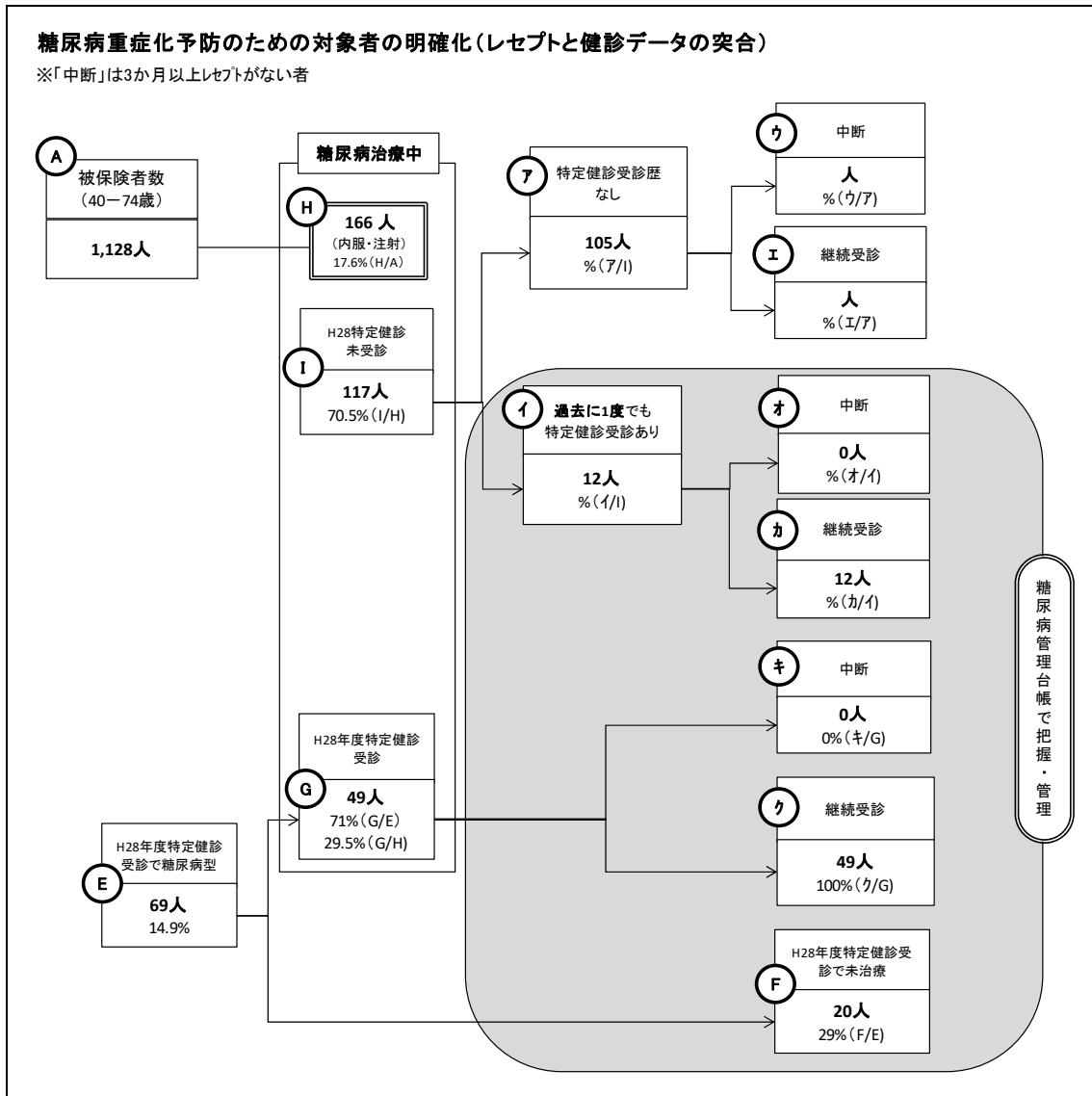
- ・糖尿病治療中だが、コントロールが不良の者・・・22 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【健診受診勧奨】

- ・糖尿病治療中で特定健診未受診の者・・・117 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携し、健診受診もしくはデータ受領で状態を把握し、保健指導を実施

【図表 28】



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料3)及び年次計画表(参考資料4)で行い、栄養士を中心に作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 栄養士と地区担当者が連携し対象者数を把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。増毛町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 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～ <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<p>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</p> <p>10. 糖尿病のタイプ</p> <p>11. インスリンの仕事</p> <p>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</p> <p>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</p> <p>14. なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>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？</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p>□ 食の資料 … 別資料</p>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を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</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>〔 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 〕</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうちHbA1c6.5%未満で尿蛋白定性(±)及び(+)になった者、HbA1c6.5%以上の者(尿蛋白定性2+を除く)には、2次健診を活用し、尿アルブミン検査を実施、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

また、糖尿病治療ガイド(2016-2017)によると糖尿病の重大な合併症のひとつとして歯周病をあげている。血糖コントロールの不良が歯周病を増悪させるとともに、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良となる。一方、歯周病治療によって慢性炎症が改善するとインスリン抵抗性が改善し、血糖コントロールも良好になると報告されている。このことから、2次健診に歯周病検診を取り入れ、歯科医師と連携して歯周病の早期発見・治療につなげていくことで重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては北海道プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

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。そのため、増毛町では、原則特定健診受診者全員に心電図検査を実施することとしている(データ受領等の場合は実施していないケースもある)。「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。増毛町では、特定健診受診者のうち451人(97.6%)に心電図を実施しており、そのうちST所見があったのは6人(1.3%)であった(図表30)。ST所見あり6人中のうち1人が要精査であり、医療機関への受診につながった(図表31)。また、要精査には該当しないがST所見ありの5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。

増毛町は、同規模、国、道平均と比較してもメタボリックシンドローム予備群・該当者が多い状況である。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査を継続して実施していく。また、LDLコレステロールやCKDステージとの関連もあるため、心電図検査の結果だけではなく、これらのデータにも留意しながら対象者を把握していく。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	462	100	451	97.6%	6	1.3%	44	9.8%	401	88.9%

※全受診者の結果より

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査・要精検(b)					
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
				(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/c)(%)
6	100%	1	16.7%	1	100%	0	0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。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。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」
「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは 2 次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の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。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

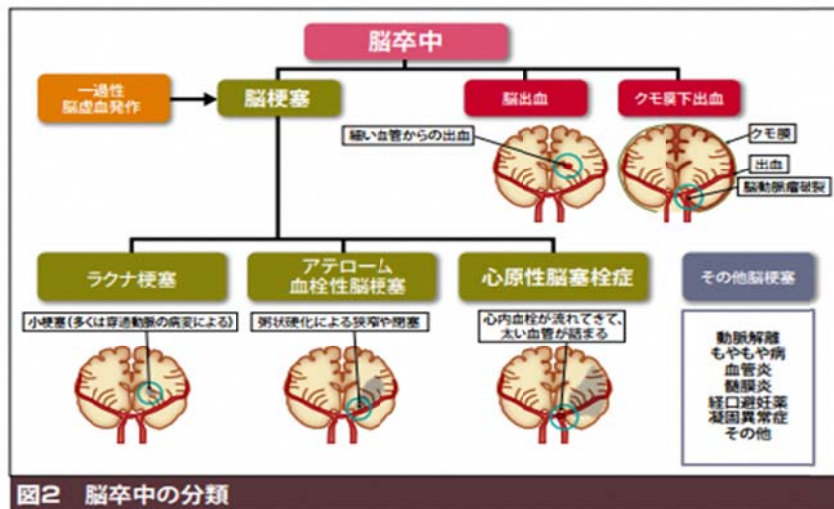
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○				○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○				○			
	心原性脳梗塞	●					●	○				○			
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		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)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 468名		74人	15.8%	27人	5.8%	26人	5.6%	8人	1.7%	93人	19.9%	6人	1.3%	30人	6.4%
治療なし		29人	10.6%	12人	5.3%	22人	6.2%	2人	0.9%	12人	5.3%	2人	0.9%	7人	3.2%
治療あり		45人	23.1%	81人	33.3%	4人	3.5%	6人	2.5%	81人	33.3%	4人	1.6%	23人	9.5%
臓器障害あり		3人	10.3%	5人	22.7%	5人	22.7%	2人	100%	3人	25.0%	2人	100%	7人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)		2人		2人		4人		1人		3人		2人		7人
	尿蛋白(2+)以上		0人		0人		3人		1人		0人		2人		0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)		0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		2人		1人		3人		0人		1人		0人		7人
	心電図所見あり		1人		1人		1人		2人		1人		1人		2人

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が74人(15.8%)であり、29人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(10.3%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も45人(23.1%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

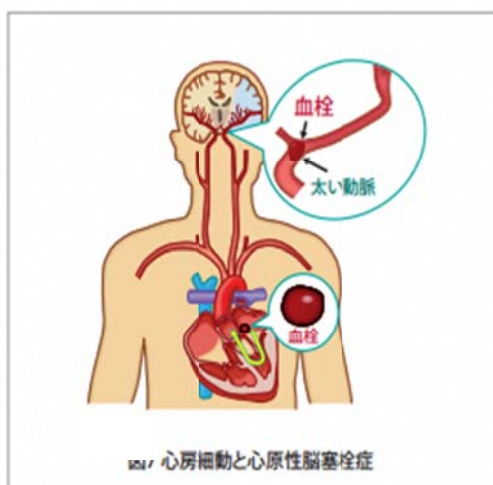
【図表 37】

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）		血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適血圧 ~119 / ~79	正常血圧 120~129 / 80~84	正常高値血圧 130~139 / 85~89	I度高血圧 140~159 / 90~99	II度高血圧 160~179 / 100~109	III度高血圧 180以上 / 110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	273	51 18.7%	72 26.4%	43 15.8%	78 28.6%	22 8.1%	7 2.6%	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
	リスク第1層	18 6.6%	5 9.8%	8 11.1%	2 4.7%	2 2.6%	1 4.5%	0 0.0%	2 0.7%	1 13.2%
リスク第2層	128 46.9%	27 52.9%	31 43.1%	22 51.2%	35 44.9%	10 45.5%	3 42.9%	--	35 97.2%	13 18.8%
リスク第3層	127 46.5%	19 37.3%	33 45.8%	19 44.2%	41 52.6%	11 50.0%	4 57.1%	--	--	56 81.2%
再掲) 重複あり	糖尿病	27 21.3%	3 15.8%	7 21.2%	6 31.6%	7 17.1%	3 27.3%	1 25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	76 59.8%	13 68.4%	18 54.5%	10 52.6%	26 63.4%	6 54.5%	3 75.0%		
	3個以上の危険因子	57 44.9%	9 47.4%	14 42.4%	9 47.4%	21 51.2%	4 36.4%	0 0.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見状況

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	191	270	7	3.7%	1	0.4%	—	—
40歳代	24	20	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	26	22	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	82	130	3	3.7%	1	0.8%	1.9%	0.4%
70～74歳	59	98	4	6.8%	0	0.0%	3.4%	1.1%

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
8	100%	0	0.0%	8	100%

心電図検査において8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、所見があったいずれの性別、年代も日本循環器学会疫学調査と比較して高いことがわかった。また、所見が見られた8人は全員治療中であった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、心電図検査の全数実施を継続していく。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っている。(参考資料 8)

②心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

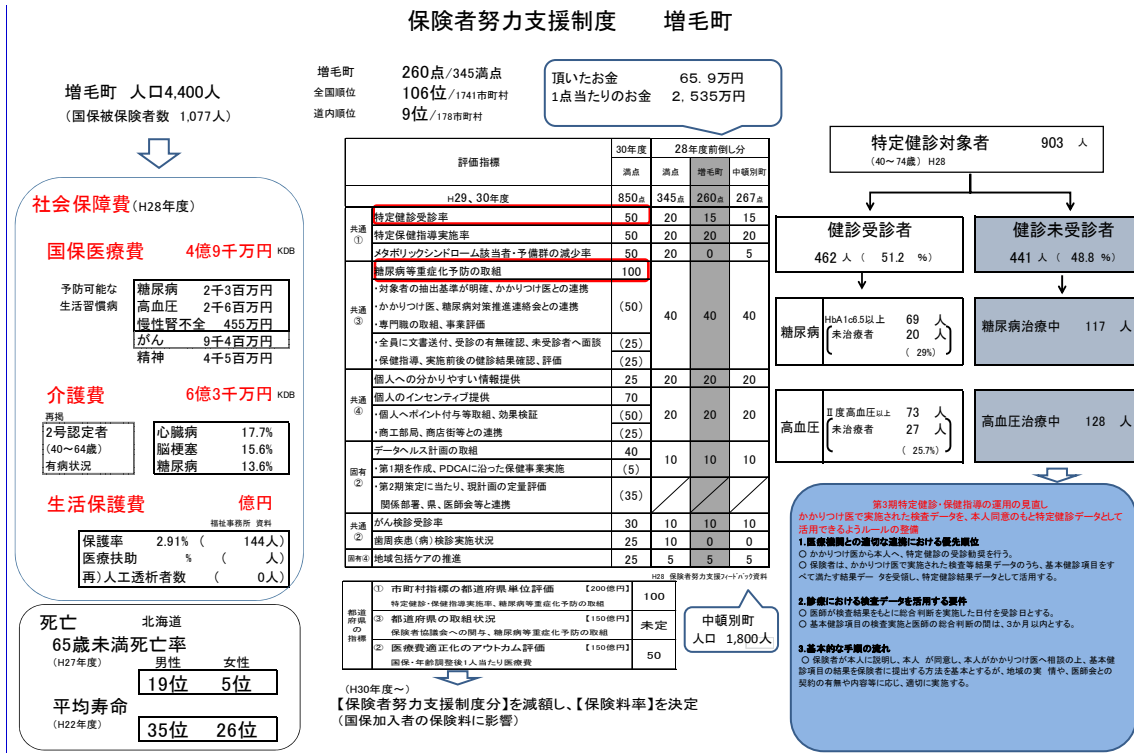
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

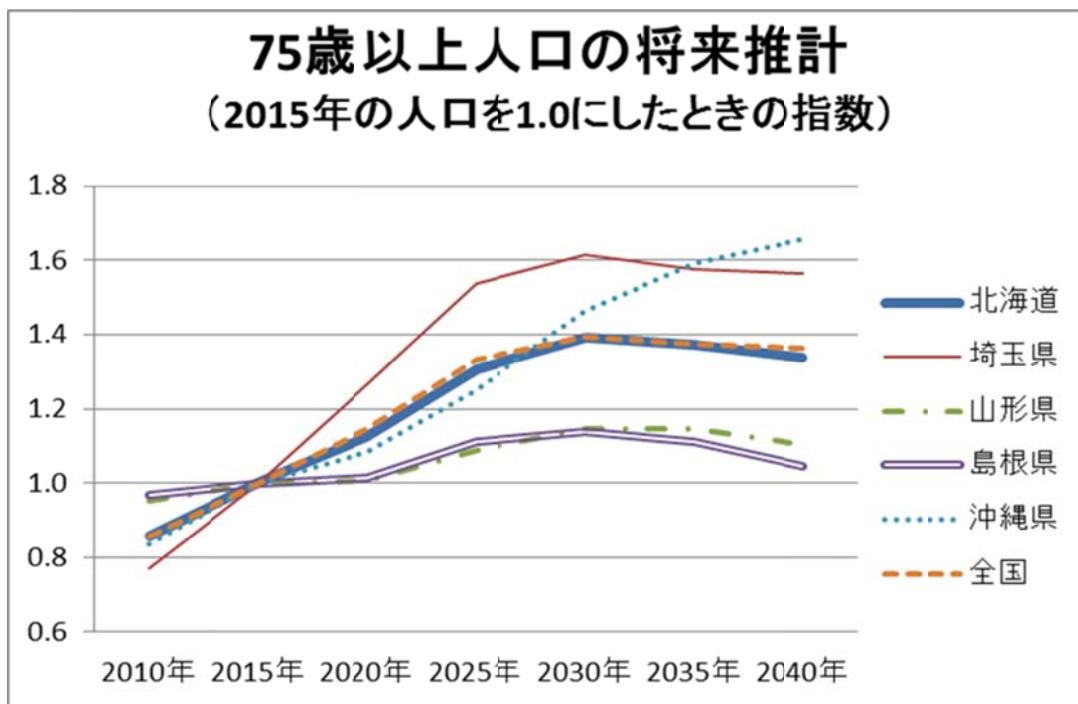
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、町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。

北海道は、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1.34とほぼ全国と同等と推計されている。(図表42)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が半数以上を占め、そのうち9割近くの方が医療機関を受診している。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町村にとっても非常に重要である。

【図表42】



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町民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標(参考資料11・12)

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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増毛町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

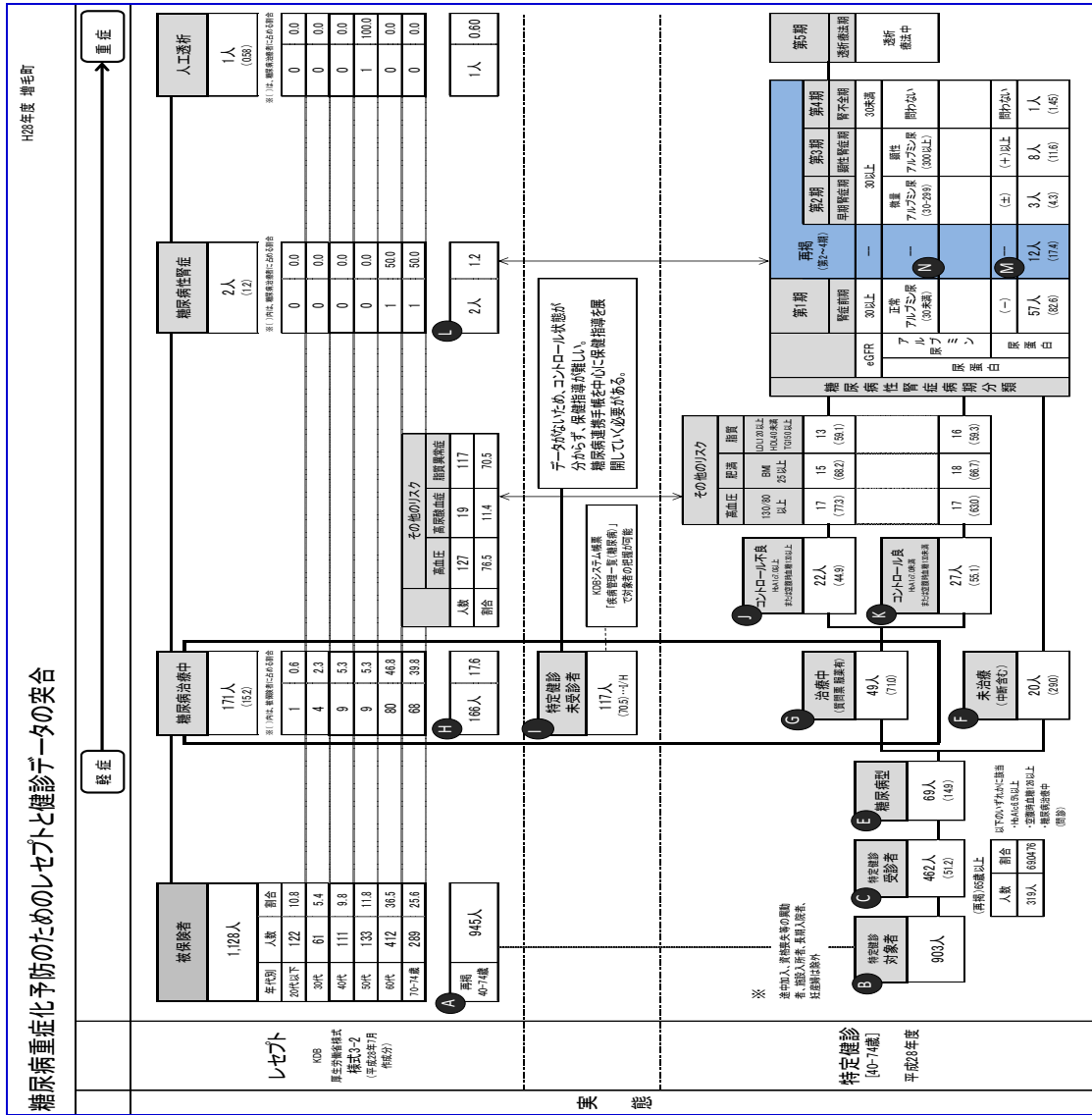
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた増毛町の位置

項目	H25		H28		H28		同規模平均		国		データ元 (CSV)	
	増毛町		増毛町		県		同規模平均		国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
① 人口構成	総人口	5,019		5,019		5,475,176		712,964		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)	1,941	38.7	1,941	38.7	1,356,131	24.8	250,396	35.1	29,020,766		23.2
	75歳以上	1,148	22.9	1,148	22.9	669,235	12.2			13,989,864		11.2
	65～74歳	793	15.8	793	15.8	686,896	12.5			15,030,902		12.0
	40～64歳	1,671	33.3	1,671	33.3	1,932,595	35.3			42,411,922		34.0
39歳以下	1,407	28.0	1,407	28.0	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8		
② 産業構成	第1次産業	21.9		21.9		7.7		22.7		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	25.7		25.7		18.1		21.7		25.2		
	第3次産業	52.4		52.4		74.2		55.6		70.6		
③ 平均寿命	男性	78.6		78.6		79.2		79.4		79.6	KDB.No.1 地域全体像 の把握	
	女性	86.9		86.9		86.3		86.5		86.4		
④ 健康寿命	男性	64.3		64.3		64.9		65.1		65.2	KDB.No.1 地域全体像 の把握	
	女性	66.5		66.4		66.5		66.7		66.8		
	標準化死亡比 (SMR)	107.4		99.6		101.0		102.6		100		
① 死亡の状況	男性	101.7		94.9		97.6		98.2		100	KDB.No.1 地域全体像 の把握	
	女性	101.7		94.9		97.6		98.2		100		
	がん	20	40.0	25	44.6 ↑	18,759	51.6	2,874	44.3	367,905		49.6
	心臓病	17	34.0	18	32.1	9,429	25.9	1,917	29.6	196,768		26.5
	脳疾患	7	14.0	10	17.9 ↑	4,909	13.5	1,158	17.9	114,122		15.4
	糖尿病	2	4.0	0	0.0	669	1.8	115	1.8	13,658		1.8
	腎不全	3	6.0	3	5.4	1,543	4.2	231	3.6	24,763		3.3
	自殺	1	2.0	0	0.0	1,080	3.0	187	2.9	24,294		3.3
	合計											
	早世予防からみた死亡 (65歳未満)											
② 介護保険	1号認定者数 (認定率)	418	20.6	454	23.4 ↑	315,124	23.0	49,932	20.0	5,882,340	21.2	
	新規認定者	10	0.4	7	0.4	5,300	0.4	781	0.3	105,654	0.3	
③ 有病状況	2号認定者	12	0.7	15	0.9 ↑	7,521	0.4	856	0.4	151,745	0.4	
	糖尿病	113	26.1	121	26.0 ↓	82,243	25.0	10,568	20.4	1,343,240	21.9	
	高血圧症	281	64.4	292	61.0 ↓	169,499	51.7	28,302	55.0	3,085,109	50.5	
	脂質異常症	180	40.1	196	41.1	100,850	30.7	14,020	27.1	1,733,323	28.2	
	心臓病	302	70.4	323	67.9 ↓	189,212	57.9	31,852	62.1	3,511,354	57.5	
	脳疾患	168	36.4	147	31.9 ↓	79,841	24.6	13,312	26.3	1,530,506	25.3	
	がん	54	11.4	46	9.1	38,597	11.6	4,845	9.3	629,053	10.1	
	筋・骨格	275	63.6	296	61.8	168,550	51.4	28,251	55.0	3,051,816	49.9	
	精神	194	43.7	209	45.4	121,275	36.9	19,059	36.9	2,141,880	34.9	
	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	65,276		64,884		57,953		73,702		58,349	
居宅サービス	45,712		46,906		38,810		39,646		39,683			
施設サービス	266,730		259,494		283,015		273,946		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	8,267		8,792		8,976		8,522		7,980	
	医療費 (40歳以上)	認定なし	4,892		4,877		4,619		4,226		3,822	
① 国保の状況	被保険者数	1,247		1,077		1,312,713		198,796		32,587,223	KDB.No.1 地域全体像 の把握 KDB.No.5 被保険者の状 況	
	65～74歳	565	45.3	556	51.6 ↑	547,063	41.7			12,462,053		38.2
	40～64歳	458	36.7	347	32.2	441,494	33.6			10,946,693		33.6
	39歳以下	224	18.0	174	16.2	324,156	24.7			9,178,477		28.2
	加入率	24.8		21.5		24.0		28.1		26.9		
② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	569	0.4	47	0.2	8,255	0.3	
	診療所数	5	4.0	5	4.6	3,377	2.6	621	3.1	96,727	3.0	
	病床数	0	0.0	0	0.0	96,574	73.6	3,963	19.9	1,524,378	46.8	
	医師数	1	0.8	1	0.9	12,987	9.9	541	2.7	299,792	9.2	
	外来患者数	689.6		716.4		646.1		652.4		668.3		
	入院患者数	27.4		31.6		22.9		23.7		18.2		
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	30,608		37,701 ↑		27,782		26,819		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	717,049		748,026		668,982		676,093		686,501		
	外 費用の割合	57.9		49.1		55.2		55.3		60.1		
	来 件数の割合	96.2		95.8		96.6		96.5		97.4		
	入 費用の割合	42.1		50.9		44.8		44.7		39.9		
院 件数の割合	3.8		4.2		3.4		3.5		2.6			
④ 医療費分析 (1件あたり)	1件あたり在院日数	14.4日		16.7日 ↑		15.8日		16.3日		15.6日	KDB.No.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域	
	新生物	23.1		31.7 ↑		28.5		24.1		25.6		
	慢性腎不全 (透析あり)	2.4		1.5 ↓		6.5		7.9		9.7		
	糖尿病	8.5		7.8 ↓		9.3		10.1		9.7		
	高血圧症	12.7		8.8 ↓		7.9		9.4		8.6		
⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 順位数2181	入院 () 内は在院日数	糖尿病	485,750	152位 (17)	634,576	49位 (19)					KDB.No.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域	
		高血圧	563,413	124位 (15)	716,654	16位 (18)						
		脂質異常症	484,879	141位 (18)	555,828	100位 (19)						
		脳血管疾患	642,755	97位 (23)	526,344	157位 (23)						
		心疾患	736,021	63位 (15)	867,729	20位 (17)						
		腎不全	539,602	140位 (10)	404,629	174位 (8)						
	外来	精神	508,322	41位 (22)	490,285	83位 (26)						
		悪性新生物	623,376	99位 (13)	769,811	12位 (13)						
		糖尿病	36,667	94位	39,664	55位						
		高血圧	32,832	59位	30,899	112位						
		脂質異常症	32,925	32位	30,311	75位						
		脳血管疾患	37,932	83位	33,182	117位						
		心疾患	33,161	158位	32,547	158位						
		腎不全	110,883	150位	91,147	151位						
		精神	33,854	26位	36,571	15位						
悪性新生物	54,669	46位	72,490	18位								
⑥ 健診の有無別 一人当たり点数	健診対象者	3,405		7,193		1,458		2,810		2,065	KDB.No.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域	
	一人当たり 健診未受診者	14,637		16,231		15,594		12,706		12,683		
⑦ 健診・レセ 突合	生活習慣病対象者	8,422		17,870		4,388		7,804		5,940	KDB.No.1 地域全体像 の把握	
	一人当たり 健診未受診者	36,199		40,326		46,918		35,289		36,479		
⑧ 受診動向	受診動向者	222	68.5	343	76.6	129,168	57.2	31,779	56.5	4,116,530	55.9	
	医療機関受診率	200	61.7	325	72.5	118,763	52.6	28,823	51.3	3,799,744	51.6	
	医療機関非受診率	22	6.8	18	4.0	10,405	4.6	2,956	5.3	316,786	4.3	

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた増毛町の位置

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
	増毛町		増毛町		県		同規模平均		国						
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数181	健診受診者	324		448		225,931		56,224		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			
		受診率	34.1	県内74位 同規模175位	54.2	県内19位 同規模77位	25.1	全国44位	39.7		34.0				
		特定保健指導終了者(実施率)	34	75.6	47	81.0	938	3.5	498	6.6	35,557		4.1		
		メタボ	非肥満高血糖	23	7.1	32	7.1	17,429	7.7	5,467	9.7		687,157	9.3	
			該当者	61	18.8	96	21.4	37,430	16.6	10,599	18.9		1,272,714	17.3	
			男性	34	24.6	54	29.5	25,731	27.5	7,361	27.9		875,805	27.5	
			女性	27	14.5	42	15.8	11,699	8.8	3,238	10.8		396,909	9.5	
			予備群	47	14.5	59	13.2	24,029	10.6	6,633	11.8		790,096	10.7	
			男性	27	19.6	37	20.2	16,766	17.9	4,566	17.3		548,609	17.2	
		メタボ 該当 予備群 レベル	腹囲	女性	20	10.8	22	8.3	7,263	5.5	2,067		6.9	241,487	5.8
				総数	119	36.7	167	37.3	69,361	30.7	19,372		34.5	2,320,533	31.5
			BMI	男性	66	47.8	98	53.6	47,819	51.1	13,388		50.8	1,597,371	50.1
				女性	53	28.5	69	26.0	21,542	16.3	5,984		20.0	723,162	17.3
			総数	25	7.7	39	8.7	14,535	6.4	3,615	6.4		346,181	4.7	
			女性	2	1.4	5	2.7	2,471	2.6	629	2.4		55,460	1.7	
		女性	23	12.4	34	12.8	12,064	9.1	2,986	10.0	290,721		7.0		
		血糖のみ	4	1.2	3	0.7	1,283	0.6	464	0.8	48,685		0.7		
		血圧のみ	36	11.1	47	10.5	16,730	7.4	4,606	8.2	546,667		7.4		
		脂質のみ	7	2.2	9	2.0	6,016	2.7	1,563	2.8	194,744		2.6		
血糖・血圧	10	3.1	22	4.9	5,478	2.4	1,913	3.4	196,978	2.7					
血糖・脂質	5	1.5	3	0.7	1,811	0.8	596	1.1	69,975	1.0					
血圧・脂質	31	9.6	34	7.6	19,151	8.5	4,826	8.6	619,684	8.4					
血糖・血圧・脂質	15	4.6	37	8.3	10,990	4.9	3,264	5.8	386,077	5.2					
6	生活習慣の 状況	服薬	108	33.3	192	43.0	74,890	33.2	20,411	36.4	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		既往歴	27	8.3	49	11.0	15,872	7.0	5,000	8.9	551,051	7.5			
		喫煙	53	16.4	112	25.1	55,219	24.4	12,656	22.6	1,738,149	23.6			
		週3回以上朝食を抜く	12	3.7	21	6.1	7,611	3.5	1,721	3.1	230,777	3.3			
		週3回以上食後間食	21	6.5	31	9.1	12,203	5.6	2,998	5.5	391,296	5.5			
		週3回以上就寝前夕食	0	0.0	1	0.3	1,056	0.5	335	0.6	37,041	0.5			
		食べる速度が遅い	25	7.7	21	6.1	20,157	9.2	4,296	8.1	710,650	10.1			
		20歳時体重から10kg以上増加	60	18.5	88	19.7	37,780	16.7	9,314	16.6	1,048,171	14.2			
		1回30分以上運動習慣なし	123	38.0	138	40.4	67,673	33.1	17,050	33.9	2,047,756	32.1			
		1日1時間以上運動なし	220	67.9	256	74.6	126,554	61.6	34,200	67.6	3,761,302	58.7			
		睡眠不足	160	49.7	194	56.7	98,397	48.0	24,869	49.6	2,991,854	46.9			
		毎日飲酒	155	48.1	178	51.9	98,176	48.3	28,359	57.1	3,178,697	50.4			
		時々飲酒	75	23.3	98	28.7	46,484	22.8	10,594	21.2	1,234,462	19.5			
		一 日 飲 酒	1合未満	88	27.4	104	30.4	55,733	27.3	13,924	27.9	1,636,988		25.9	
		1～2合	204	63.6	219	64.0	131,952	64.7	31,809	63.7	4,152,661	65.8			
		2～3合	29	9.0	19	5.6	16,236	8.0	4,212	8.4	525,413	8.3			
		3合以上	58	17.9	49	14.3	29,861	14.6	8,014	16.0	983,474	15.4			



糖尿病管理台帳（永年）																
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患	糖 以外	体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症	CKD	血圧								
								GFR								
								尿蛋白								
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患	糖 以外	体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症	CKD	血圧								
								GFR								
								尿蛋白								

【参考資料 4】

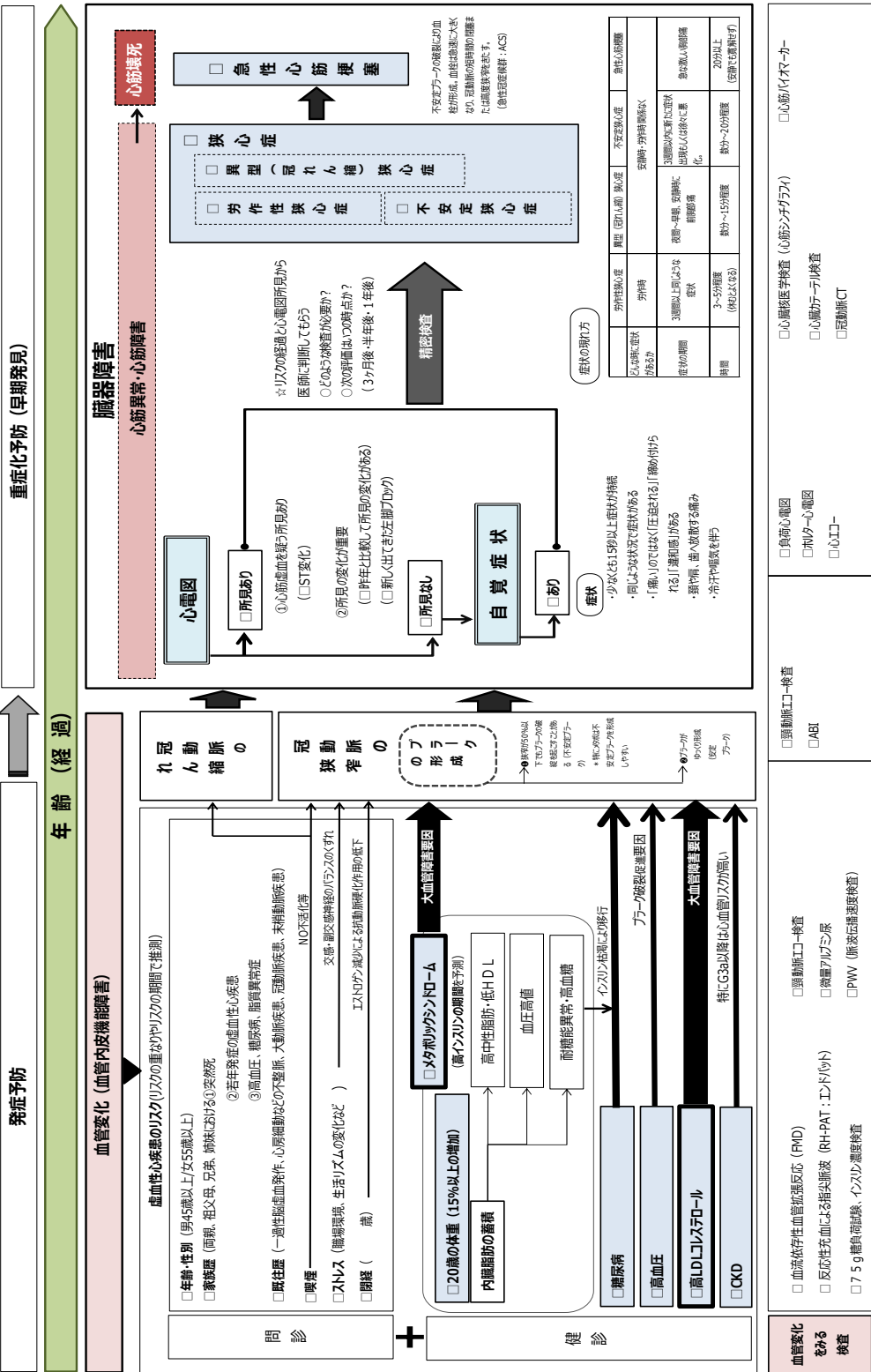
糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 <input type="checkbox"/> 医療保険移動の確認 <input type="checkbox"/> 死亡はその原因 2.レセプトの確認 <input type="checkbox"/> 治療の確認 <input type="checkbox"/> 直近の治療の有無の確認 3.会いに行く <input type="checkbox"/> 医療受診動向の保健指導 <input type="checkbox"/> 糖尿病手帳の確認 4.結果から動く <input type="checkbox"/> 経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 <input type="checkbox"/> 経年データ、治療状況に応じた保健指導 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 <input type="checkbox"/> 健診データを本人から <input type="checkbox"/> レセプトの確認協力	
	④健診未受診者 ()人			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん </div>	
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保)	()人			
	②後期高齢者	()人			
	③他保険	()人			
	④住基異動(死亡・転出)	()人			
	⑤確認できず	()人			
	①-1. 未治療者(中断者含む) ()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				
	⑥結果把握 ()人				
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨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尿蛋白 ()人 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人			栄養士中心		
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人			腎専門医		

【参考資料 5】

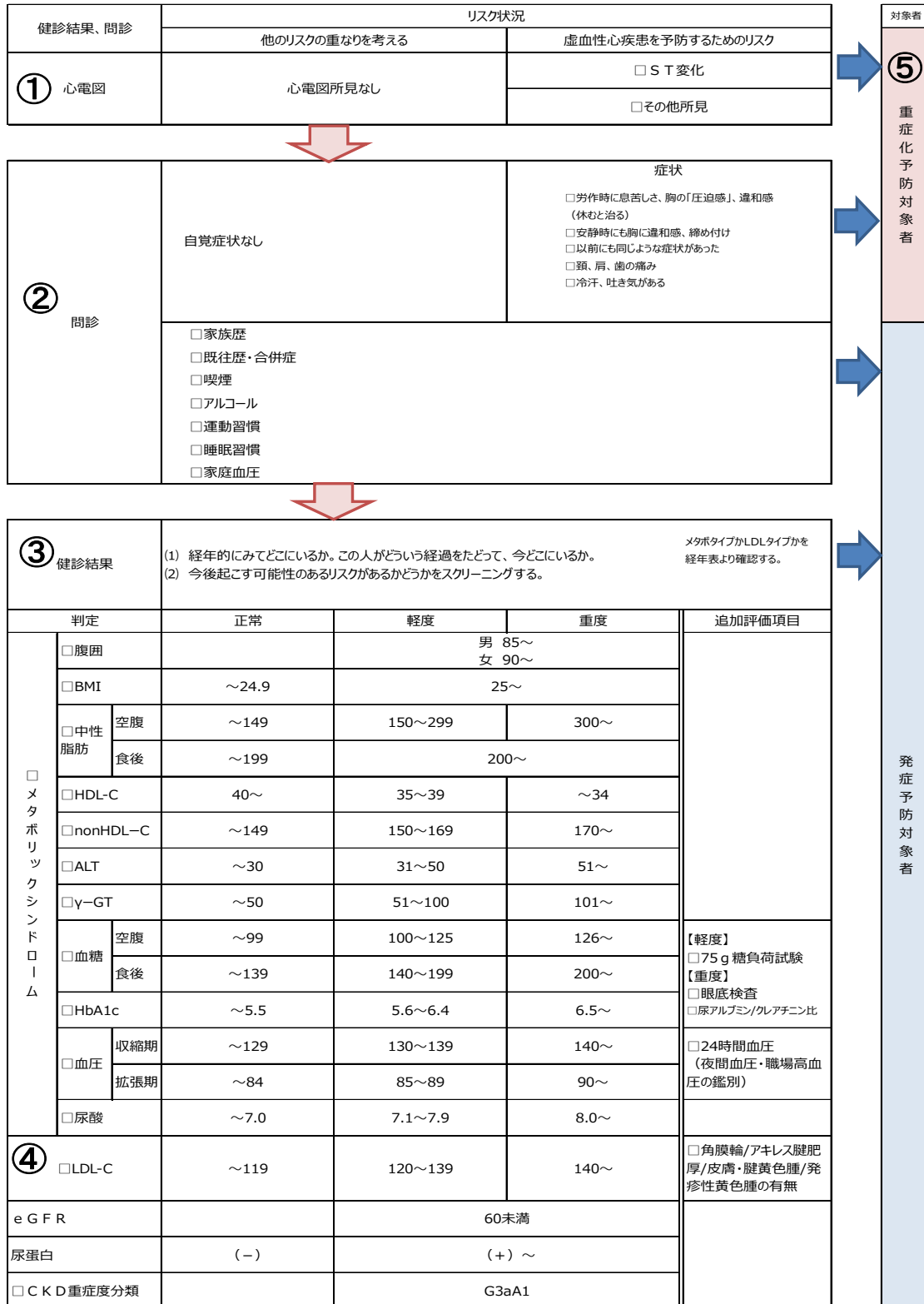
様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	統合表	増毛町						同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数248				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	1,128人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	945人										
2	① 対象者数	903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	462人										
	③ 受診率	51.2%										
3	① 特定 保健指導 対象者数	47人										
	② 実施率	81.0%										
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	69人	14.9%					特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人	29.0%							
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	49人	71.0%							
		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	22人	44.9%							
		⑤ 血圧 130/80以上		17人	77.3%							
		⑥ 肥満 BMI25以上		15人	68.2%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	27人	55.1%							
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	57人	82.6%							
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		3人	4.3%							
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		8人	11.6%							
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	1.4%							
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	151.6人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	175.7人									
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は糖尿病者対)	入院外(件数)	741件	(820.6)					KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
		④ 入院(件数)	2件	(2.2)								
		⑤ 糖尿病治療中	H	171人	15.2%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳	I	166人	17.6%							
		⑦ 健診未受診者		117人	70.5%							
		⑧ インスリン治療	O	6人	3.5%							
		⑨ (再掲)40-74歳		6人	3.6%							
		⑩ 糖尿病性腎症	L	2人	1.2%							
		⑪ (再掲)40-74歳		2人	1.2%							
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.58%							
		⑬ (再掲)40-74歳		1人	0.60%							
		⑭ 新規透析患者数		0人	0							
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人	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)		2人	0.6%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	医療費	① 総医療費	4億9181万円								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	2億9867万円									
		③ (総医療費に占める割合)	60.7%									
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	17,924円								
		⑤ 健診未受診者	40,677円									
		⑥ 糖尿病医療費	2335万円									
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	7.8%									
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	8552万円									
		⑨ 1件あたり	39,664円									
		⑩ 糖尿病入院総医療費	5077万円									
		⑪ 1件あたり	634,576円									
		⑫ 在院日数	19日									
		⑬ 慢性腎不全医療費	498万円									
		⑭ 透析有り	456万円									
		⑮ 透析なし	42万円									
7	介護	① 介護給付費	6億3605万円									
		② (2号認定者)糖尿病合併症	0件	0.0%								
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%					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



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

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																																			
	番号	番号				過去5年間のうち直近						血圧																													
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28																					
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期															

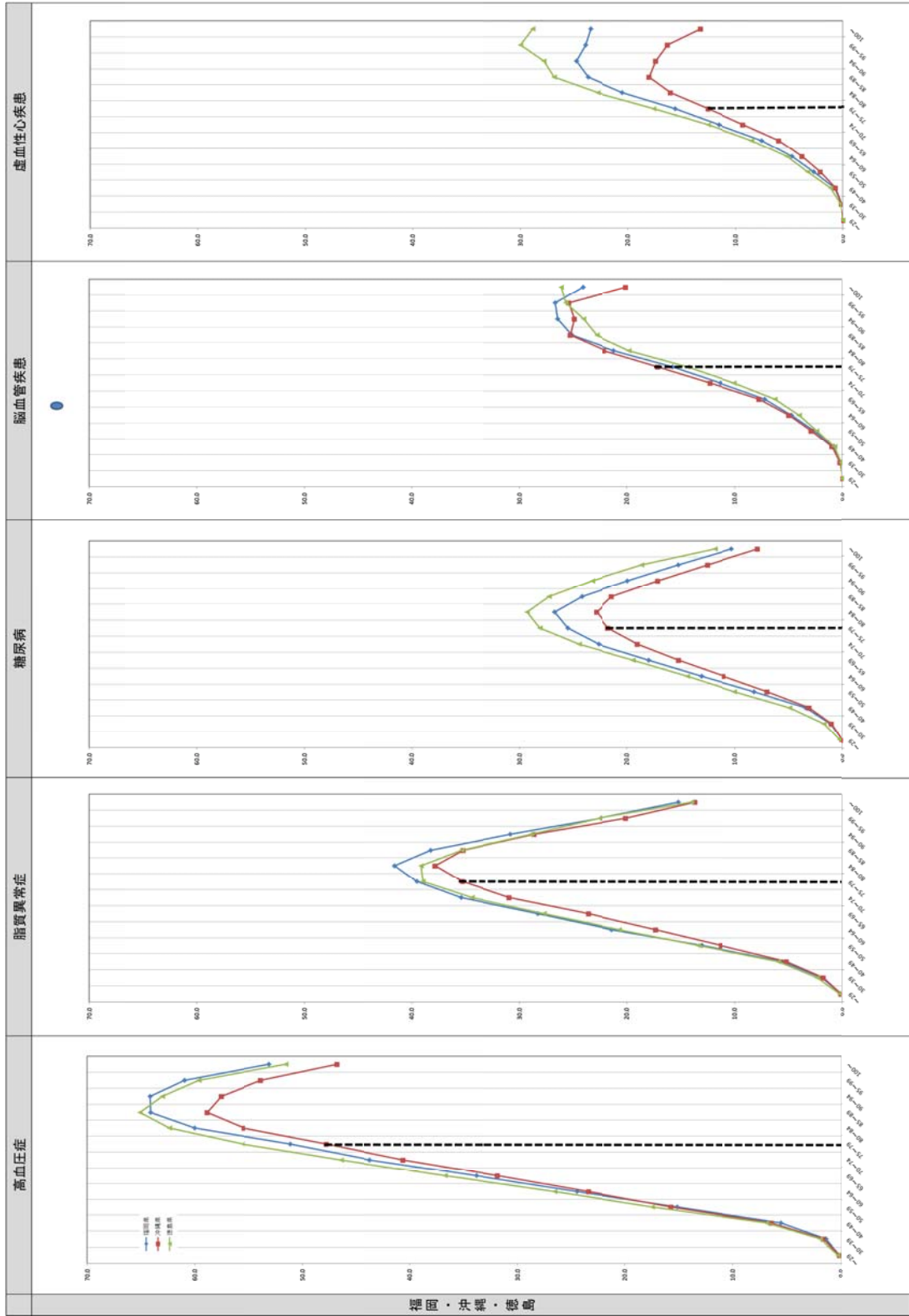
【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	年度	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること																												
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	脳梗塞の病名	心房細動の病名	心房細動の発症開始日	脳梗塞の病名	脳梗塞の発症日	H26年度			H27年度			H28年度																						
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	調剤	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	調剤	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	調剤														

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成29年7月作成分)



平成28年度の実績評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		評価(長くなったところ)		表 2	
<p>平成28年度課題</p> <p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p> <p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実績事項を振り返りみる(プロセス)</p> <p>全体</p> <p>◎年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。若し、それぞれに計画を立案し、目標、事業の達成率を把握し、進捗状況を把握し、必要に応じて、調整を図る。また、担当者が中心で進捗の遅れや遅延、遅れを把握し、原因を調査し、改善策を講ずる。</p> <p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p> <p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>②アウトプット(事業実施)</p> <p>未受診者対策</p> <p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>④ストラクチャー(構造)</p> <p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>
				<p>③アウトカム(結果)</p> <p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>
<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>
<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>	<p>◎健康増進の目標達成率 H29年度目標90% H29年度実績90% ◎特定保健指導実施率 H29年度目標60% ◎健康診査の検診率の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ◎がん検診率の向上(がん検診率は平成28年度と比較して検診それぞれ5%減少)</p>