

剣淵町第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

剣淵町第3期特定健康診査等実施計画

平成30年 6月 剣淵町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

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 8

- 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 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務) 21

- 1.第3期特定健康診査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.特定健康診査の実施
- 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 27

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	48
第 6 章 計画の評価・見直し	50
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52
参考資料	53

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画

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 P D C A 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。

剣淵町においては、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）

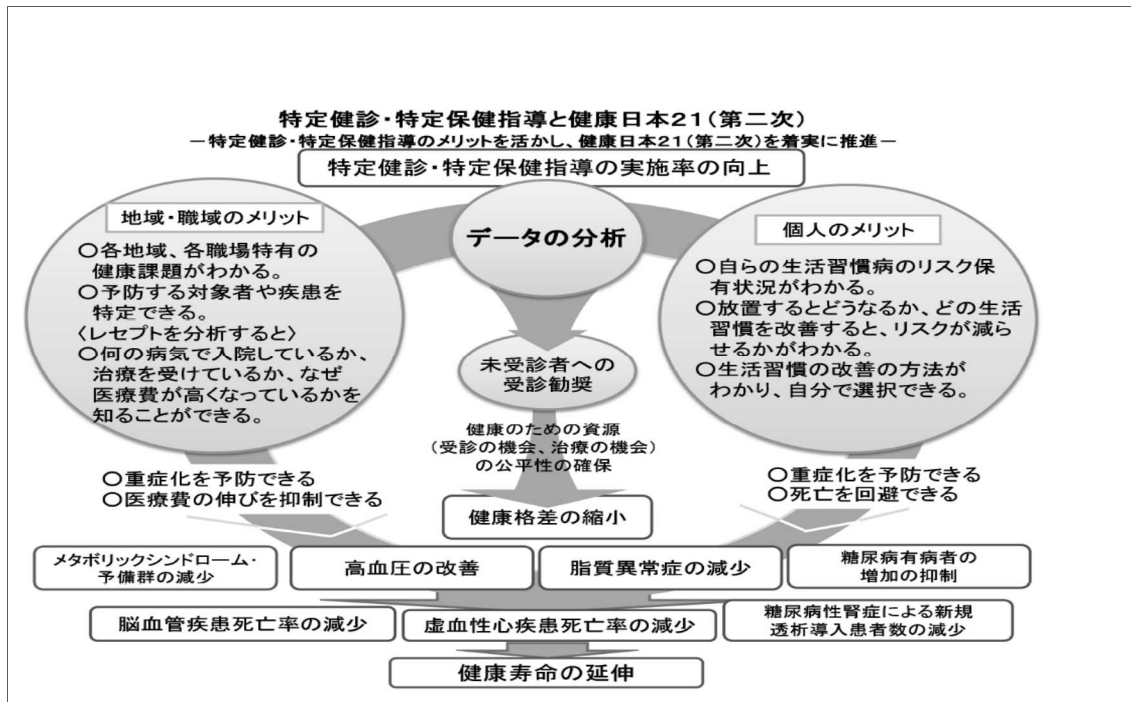
【図表 1】

2017 10 11

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

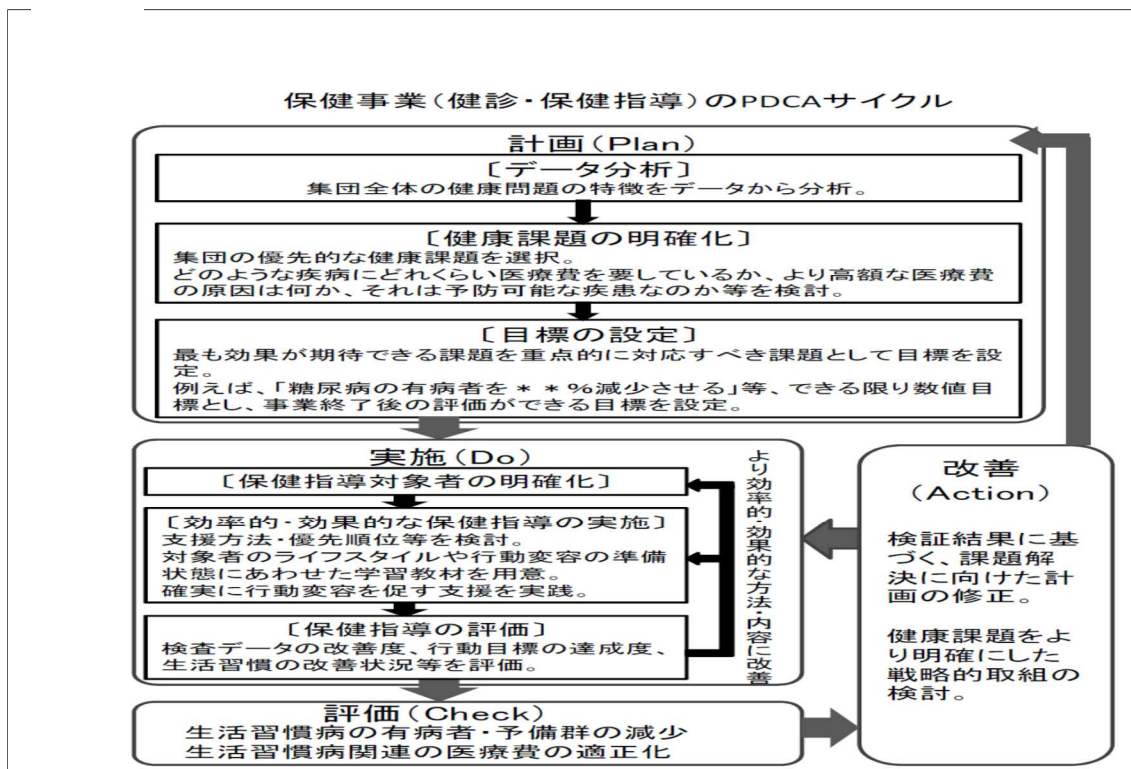
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民の健康の増進を総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年4月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有質な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年4月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全改正】	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格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指す。その結果、社会健康増進が持続可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の生活習慣病の予防対策を進め、健康寿命を延ばすことができれば、過剰患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら、医療の負担の抑制を支援することが可能となる。 特定健康診査は、健康寿命の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに注目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、約年に1回実施するものとする。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び医療費の抑制を図るため、医療費の抑制の中心として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは医療の防止を理念としている。	国民健康保険を堅持し、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていくとともに、医療にかつ適切な医療を効果的に提供するための施策を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療機関を連携し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確立を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、育壮年期、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高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳、特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルズ	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 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 軽度小脳変性症、脊髄性神経症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、前老性神経変性症 後老性神経変性症	糖尿病 生活習慣病 がん 精神疾患	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 特定健康診査に関する15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年間罹患率等 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新発患者数・入院患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群、メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な食料の消費率をとも ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率	健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健康診査の受診率も含む) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健康結果の変化 ④生活習慣病の有病率・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要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外案 ①一人あたり外付医療費の地域差の縮減 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 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疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局 国保連合会)による計画作成支援	保険者努力支援制度 ↓ 【保険者努力支援制度判定】を減額し、保険料率決定		保険者協議会(事務局 国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 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) 実施主体関係部局の役割

剣淵町においては、住民課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。特に健康福祉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、医療部局（住民課）、保健衛生部局（健康福祉課）、介護保険部局（健康福祉課）企画部局（町づくり観光課）、生活保護部局（住民課）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。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベース（以下「KDB」という。）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と意見交換を行い、

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。

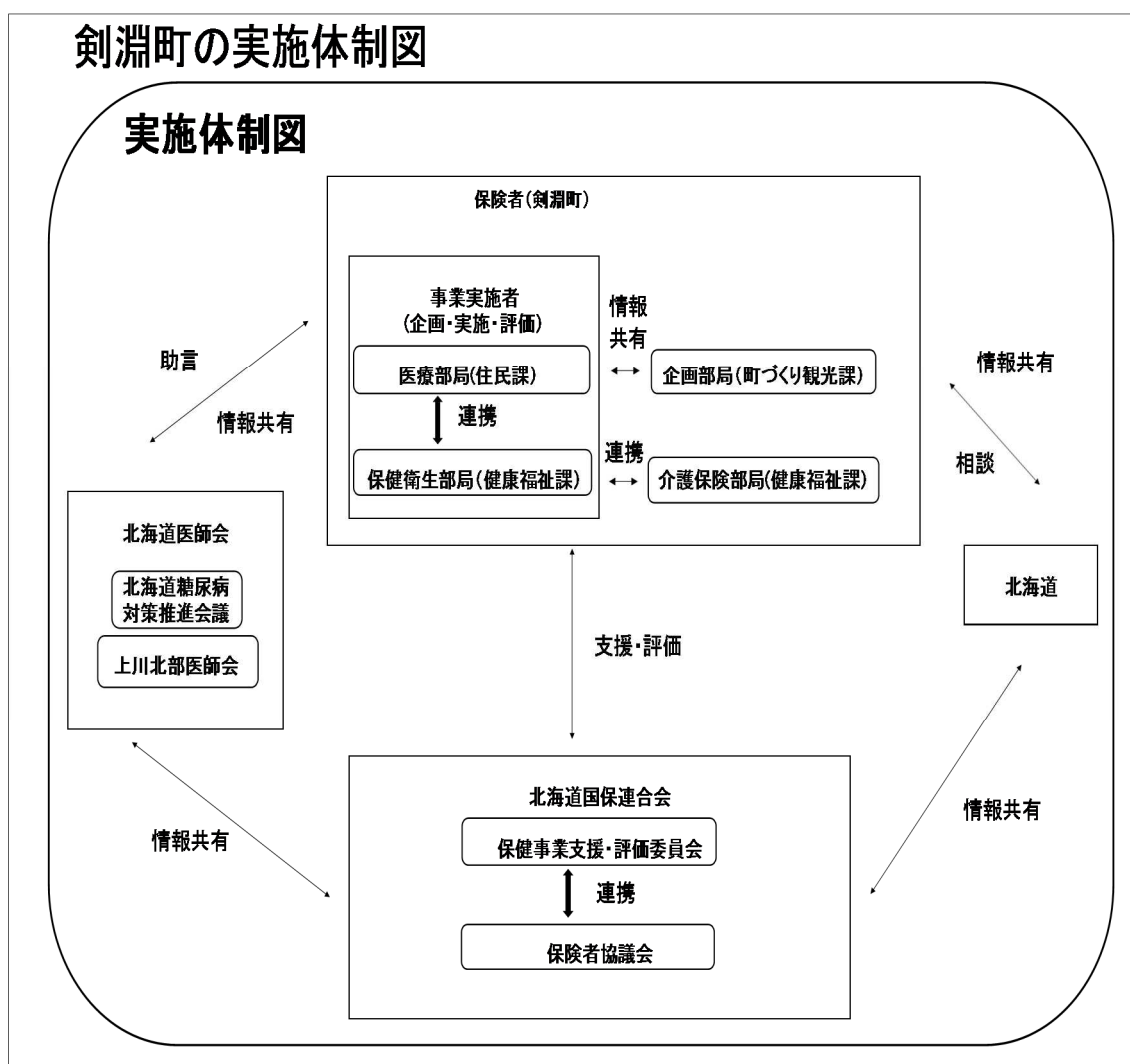
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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税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
交付金(万円)		65			
総得点(体制構築加点含む)					
全国順位(1,741市町村中)		232			
共通①	特定健診受診率	50			50
	特定保健指導実施率	50			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	50			50
共通②	がん検診受診率	30			30
	歯周疾患(秒)健診の実施	25			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組実施状況	100			100
固有②	データヘルス計画策定状況	40			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25			25
	個人インセンティブ提供	70			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組				35
共通⑥	後発医薬品の促進				35
	後発医薬品の使用割合				40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況				100
固有③	医療費通知の取組の実施状況				25
共通④	地域包括ケアの推進と取組実施状況	25			25
	第三者求償の取組の実施状況				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年度の経年比較を見ると、早世[※]予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率、40～64歳の2号認定率ともほぼ横ばいであるが、サービス利用増加による介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動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。しかし、特定健診受診率が減少しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

剣淵町の1件あたりの給付費は減少している。居宅サービス費は増えているが、よりコストの高い施設サービス費が減り、全体の給付費を下げている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	剣淵町				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	3億9361万円	83,098	35,206	276,084	76,041	40,283	279,561
H28年度	3億9234万円	73,213	38,893	267,934	73,702	39,646	273,946

※早世（そうせい）：若くして亡くなること。

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、入院の医療費は下がり、一人当たりの医療費も同規模と比較しても伸び率を抑制できている。入院外の費用は増加し総医療費も増加している。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額（円）	増減	伸び率（％）		費用額（円）	増減	伸び率（％）		費用額（円）	増減	伸び率（％）	
				剣淵町	同規模			剣淵町	同規模			剣淵町	同規模
1総医療費	H25年度	3億7,134万円				1億7,134万円				2億3,803万円			
	H28年度	3億9,009万円	1,875万円	5.1	-4.3	1億4,913万円	△2,221万円	-13.0	-4.7	2億4,096万円	293万	1.2	-3.9
2一人当たり医療費	H25年度	23,408				14,930				16,670			
	H28年度	27,404	3,996	17.1	7.7	13,500	-1,430	-9.6	4.0	17,050	380	2.3	3.5

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

慢性腎不全（透析有）の人が大きく増加し、北海道、国と比べても非常に高い割合となっている。平成 25 年度は慢性腎不全（透析無）の割合が高かったが、平成 28 年度には北海道と同程度に下がっており、重症化し透析に移行したと考えられる。また脳梗塞、脳出血の割合も高い。目標疾患医療費計は平成 25 年度よりも割合が増えており国、北海道よりも高くなっている。

【図表 8】

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

同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたりの医療費		中長期目標				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
				金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質異常症
					同規模	道内	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	剣淵町	378,130,910	23,836	148	140	3.04%	1.58%	1.66%	1.10%	5.93%	6.96%	4.72%	94,521,960	45.1%	20.1%	13.3%	21.0%
H28	390,100,490		27,404	118	101	5.98%	0.24%	5.69%	0.67%	4.29%	5.03%	2.87%	96,643,140	51.7%	22.6%	13.4%	11.9%	
H28	北海道	447,068,008,510	27,782	--	--	2.41%	0.29%	2.41%	2.41%	4.36%	4.36%	2.56%	92,704,528,050	37.3%	28.5%	17.2%	16.3%	
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	2.23%	0.35%	2.23%	2.23%	4.75%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	41.7%	25.6%	16.9%	15.2%	

④ 中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な疾患は虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析とも増加している。虚血性心疾患の割合が高く、併せ持つ疾患も多い。65 歳以上の人工透析患者は後期高齢者医療制度の被保険者となり国保被保険者ではなくなるため、人数上は現れてこない。（65 歳～74 歳で一定の障害がある方は後期高齢者医療制度の被保険者になる）

【図表 9】

厚労省様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患											
			脳血管疾患		人工透析		人数	割合	高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,434	42	2.9%	3	0.2%	2	0.1%	38	2.6%	27	1.9%	32	2.2%
	64歳以下	1,006	17	1.7%	2	0.2%	2	0.2%	17	1.7%	12	1.2%	13	1.3%
	65歳以上	428	25	5.8%	1	0.2%	0	0.0%	21	4.9%	15	3.5%	19	4.4%
H28	全体	1,242	40	3.2%	5	0.4%	2	0.2%	36	2.9%	26	2.1%	22	1.8%
	64歳以下	817	11	1.3%	2	0.2%	2	0.2%	10	1.2%	10	1.2%	6	0.7%
	65歳以上	425	29	6.8%	3	0.7%	0	0.0%	26	6.1%	16	3.8%	28	6.6%

厚労省様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患											
			虚血性心疾患		人工透析		人数	割合	高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,434	20	1.4%	3	0.2%	1	0.1%	16	1.1%	14	1.0%	11	0.8%
	64歳以下	1,006	9	0.9%	2	0.2%	1	0.1%	6	0.6%	6	0.6%	6	0.6%
	65歳以上	428	11	2.6%	1	0.2%	0	0.0%	10	2.3%	8	1.9%	5	1.2%
H28	全体	1,242	24	1.9%	1	0.1%	0	0.0%	3	0.2%	2	0.2%	5	0.4%
	64歳以下	817	7	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	2	0.2%	1	0.1%
	65歳以上	425	17	4.0%	1	0.2%	0	0.0%	2	0.5%	0	0.0%	4	0.9%

厚労省様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析											
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人数	割合	高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,434	2	0.1%	1	0.1%	2	0.1%	2	0.1%	2	0.1%	2	0.1%
	64歳以下	1,006	2	0.2%	1	0.1%	2	0.2%	2	0.2%	2	0.2%	2	0.2%
	65歳以上	428	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	1,242	4	0.3%	1	0.1%	2	0.2%	4	0.3%	2	0.2%	1	0.1%
	64歳以下	817	4	0.5%	1	0.1%	2	0.2%	4	0.5%	2	0.2%	1	0.1%
	65歳以上	425	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(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)

糖尿病、高血圧、脂質異常症と割合は増えている。高血圧を併せ持つ割合が高い。特に65歳以上では伸び率大きい。

【図表10】

厚労省様式3-5			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病															
					インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,434	171	11.9%	13	0.9%	111	7.7%	101	7.0%	27	1.9%	14	1.0%	2	0.1%	2	0.1%
	64歳以下	1,006	80	8.0%	7	0.7%	49	4.9%	45	4.5%	12	1.2%	6	0.6%	2	0.2%	1	0.1%
	65歳以上	428	91	21.3%	6	1.4%	62	14.5%	56	13.1%	15	3.5%	8	1.9%	0	0.0%	1	0.2%
H28	全体	1,242	159	12.8%	9	0.7%	122	9.8%	103	8.3%	26	2.1%	10	0.8%	2	0.2%	1	0.1%
	64歳以下	817	66	8.1%	3	0.4%	46	5.6%	35	4.3%	10	1.2%	5	0.6%	2	0.2%	0	0.0%
	65歳以上	425	93	21.9%	6	1.4%	76	17.9%	68	16.0%	16	3.8%	5	1.2%	0	0.0%	1	0.2%

厚労省様式3-5			短期的な目標								中長期的な目標							
			高血圧															
					糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析					
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,434	263	18.3%	111	7.7%	150	10.5%	38	2.6%	16	1.1%	2	0.1%				
	64歳以下	1,006	124	12.3%	49	4.9%	74	7.4%	17	1.7%	6	0.6%	2	0.2%				
	65歳以上	428	139	32.5%	62	14.5%	76	17.8%	21	4.9%	10	2.3%	0	0.0%				
H28	全体	1,242	273	22.0%	122	9.8%	179	14.4%	36	2.9%	17	1.4%	4	0.3%				
	64歳以下	817	96	11.8%	46	5.6%	61	7.5%	10	1.2%	4	0.5%	4	0.5%				
	65歳以上	425	177	41.6%	76	17.9%	118	27.8%	26	6.1%	13	3.1%	0	0.0%				

厚労省様式3-5			短期的な目標								中長期的な目標							
			脂質異常症															
					糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析					
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,434	223	15.6%	101	7.0%	150	10.5%	32	2.2%	11	0.8%	1	0.1%				
	64歳以下	1,006	112	11.1%	45	4.5%	74	7.4%	13	1.3%	6	0.6%	1	0.1%				
	65歳以上	428	111	25.9%	56	13.1%	76	17.8%	19	4.4%	5	1.2%	0	0.0%				
H28	全体	1,242	244	19.6%	103	8.3%	179	14.4%	28	2.3%	13	1.0%	1	0.1%				
	64歳以下	817	88	10.8%	35	4.3%	61	7.5%	6	0.7%	3	0.4%	1	0.1%				
	65歳以上	425	156	36.7%	68	16.0%	118	27.8%	22	5.2%	10	2.4%	0	0.0%				

②健診結果から見るリスクの経年変化（図表 11）

リスクの経年変化では血圧、および中性脂肪、HDL-C、LDL-Cなどの脂質が高い傾向は依然変わっていない。メタボリックシンドローム該当者、予備軍が増加しており、特に男性の伸び率が大きい。腹囲のみ該当の人の割合が減り、3項目すべての人の割合が増えており、全体的に悪化している傾向にある。内臓脂肪による影響が症状として表面化してきていると推測される。

【図表 11】

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

性別		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	96	40.5%	125	52.7%	74	31.2%	74	31.2%	23	9.7%	60	25.3%	105	44.3%	28	11.8%	97	40.9%	65	27.4%	96	40.5%	6	2.5%
	H25 40-64	59	45.0%	72	55.0%	50	38.2%	50	38.2%	17	13.0%	27	20.6%	53	40.5%	18	13.7%	49	37.4%	30	22.9%	60	45.8%	4	3.1%
	65-74	37	34.9%	53	40.5%	24	18.3%	24	18.3%	6	4.6%	33	25.2%	52	39.7%	10	7.6%	48	36.6%	25	19.1%	36	27.5%	2	1.5%
H28	合計	86	41.0%	110	52.4%	65	31.0%	44	21.0%	15	7.1%	48	22.9%	78	37.1%	23	11.0%	89	42.4%	51	24.3%	101	48.1%	3	1.4%
	40-64	42	44.2%	49	51.6%	35	36.8%	29	30.5%	6	6.3%	15	15.8%	23	24.2%	10	10.5%	35	36.8%	28	29.5%	50	52.6%	1	1.1%
	65-74	44	38.3%	61	53.0%	30	26.1%	15	13.0%	9	7.8%	33	28.7%	55	47.8%	13	11.3%	54	47.0%	23	20.0%	51	44.3%	2	1.7%

性別		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
女性	合計	103	33.1%	57	18.3%	44	14.1%	29	9.3%	10	3.2%	37	11.9%	139	44.7%	7	2.3%	111	35.7%	40	12.9%	159	51.1%	0	0.0%
	H25 40-64	54	33.8%	23	14.4%	26	16.3%	21	13.1%	4	2.5%	12	7.5%	61	38.1%	3	1.9%	50	31.3%	23	14.4%	87	54.4%	0	0.0%
	65-74	49	32.5%	24	15.9%	18	11.9%	8	5.3%	6	4.0%	25	16.6%	78	51.7%	4	2.6%	61	40.4%	17	11.3%	72	47.7%	0	0.0%
H28	合計	84	34.6%	47	19.3%	42	17.3%	26	10.7%	10	4.1%	34	14.0%	101	41.6%	5	2.1%	98	40.3%	35	14.4%	135	55.6%	0	0.0%
	40-64	37	35.2%	26	24.8%	24	22.9%	12	11.4%	4	3.8%	12	11.4%	38	36.2%	2	1.9%	33	31.4%	17	16.2%	63	60.0%	0	0.0%
	65-74	47	34.1%	21	15.2%	18	13.0%	14	10.1%	6	4.3%	22	15.9%	63	45.7%	3	2.2%	65	47.1%	18	13.0%	72	52.2%	0	0.0%

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24帳票

男性		健診受診者				腹囲のみ				予備軍				高血糖				高血圧				脂質異常症				該当者										3項目すべて			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
H25	合計	237	56.4%	13	5.5%	23	9.7%	1	0.4%	14	5.9%	8	3.4%	26	11.0%	3	1.3%	1	0.4%	18	7.6%	4	1.7%																
	40-64	131	55.0%	7	5.3%	14	10.7%	1	0.8%	7	5.3%	6	4.6%	14	10.7%	2	1.5%	0	0.0%	10	7.6%	2	1.5%																
	65-74	106	58.2%	6	5.7%	9	8.5%	0	0.0%	7	6.6%	2	1.9%	12	11.3%	1	0.9%	1	0.9%	8	7.5%	2	1.9%																
H28	合計	210	54.7%	11	5.2%	43	20.5%	2	1.0%	28	13.3%	13	6.2%	56	26.7%	5	2.4%	5	2.4%	31	14.8%	15	7.1%																
	40-64	95	49.2%	8	8.4%	19	20.0%	0	0.0%	10	10.5%	9	9.5%	22	23.2%	2	2.1%	2	2.1%	12	12.6%	5	5.3%																
	65-74	115	60.2%	3	2.6%	24	20.9%	2	1.7%	18	15.7%	4	3.5%	34	29.6%	3	2.6%	3	2.6%	18	15.7%	10	8.7%																

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備軍						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項目すべて			
		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		
H25	合計	311	66.3%	8	2.6%	23	7.4%	1	0.3%	14	4.5%	8	2.6%	26	8.4%	3	1.0%	1	0.3%	18	5.8%	4	1.3%
	40-64	160	66.4%	5	3.1%	14	8.8%	1	0.6%	7	4.4%	6	3.8%	14	8.8%	2	1.3%	0	0.0%	10	6.3%	2	1.3%
	65-74	151	66.2%	3	2.0%	9	6.0%	0	0.0%	7	4.6%	2	1.3%	12	7.9%	1	0.7%	1	0.7%	8	5.3%	2	1.3%
H28	合計	243	59.0%	2	0.8%	23	9.5%	0	0.0%	16	6.6%	7	2.9%	22	9.1%	1	0.4%	2	0.8%	11	4.5%	8	3.3%
	40-64	105	55.0%	0	0.0%	14	13.3%	0	0.0%	8	7.6%	6	5.7%	12	11.4%	0	0.0%	2	1.9%	7	6.7%	3	2.9%
	65-74	138	62.4%	2	0.9%	9	4.1%	0	0.0%	8	3.6%	1	0.5%	10	4.5%	1	0.5%	0	0.0%	4	1.8%	5	2.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診の受診率は低下しているが、特定保健指導実施率は向上した。受診勧奨と判定されたもののうち、医療機関を受診したのは半数を切っており同規模よりも少ない。健診から医療受診に確実につなげることが重症化予防につながると考える。

【図表 12】

項目	特定健診				特定健診指導			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	
								剣淵町	同規模平均
H25年度	890	543	61.0	8	81	41	50.6	43.1%	50.4%
H28年度	795	452	56.9	19	64	51	79.7	45.3%	51.6%

2) 第1期に係る考察

第1期計画において中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全を減らしていくことを目標に取り組んできた。平成25年度と平成28年度の変化をみると、医療技術の進歩により外来通院での治療が可能になったという背景もあり、入院の医療費が減ったという一定の効果はあったものの、医療費総額としては増加にあり、中でも慢性腎不全（透析有）、脳血管疾患の増加が著しい。有病率では虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の3疾患とも平成25年度より増加している上に、それぞれの発症リスクを高める糖尿病、高血圧、脂質異常症も上がっていることから、全体的に重症化しており、今後もこの傾向が続くと思われる。

健診結果からもメタボリックシンドローム該当者、予備軍の割合が増えているため、これらの対象者の保健指導を強化し重症化を防ぐことが不可欠である。

特定健診を受診し、個人のリスクの保有状況を把握することが将来の課題解決につながるが、近年受診率は低下傾向にある。そのため未受診者対策を進める必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

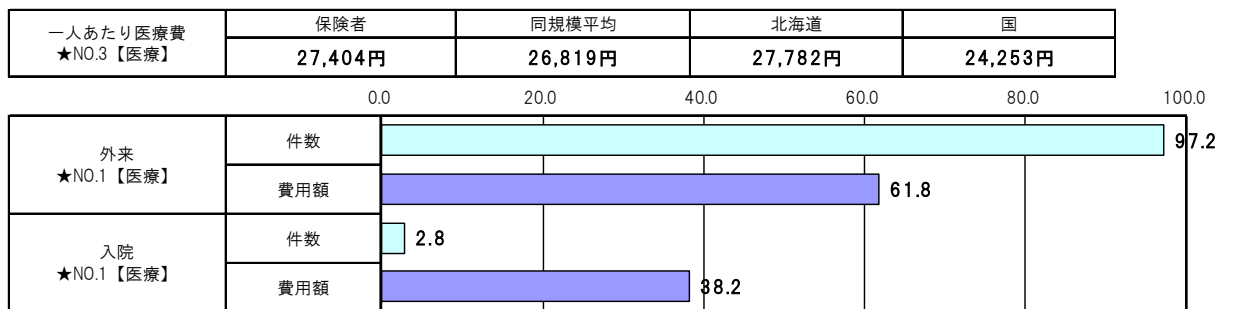
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

剣淵町の一人当たりの医療費は国や同規模と比べて高く、北海道と同等である。入院件数は2.8%であるが、費用額全体の38.2%を占めている。重症化予防を進め、入院を減らしていくことが全体の医療費減につながる。

【図表13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

医療費が高額になる疾患では、「その他」の中に人工透析の方が多く含まれる。また、虚血性以外の心疾患での治療中の方も多く、早期発見・重症化予防が医療費削減につながると考える。長期に療養する疾患である人工透析は糖尿病性腎症、虚血性心疾患を併せ持つ方が多く、この疾患を予防していくことで新規透析導入者を減らすことができると考える。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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		がん		その他	
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	31人		4人		0人		9人		21人	
				12.9%		0.0%		29.0%		67.7%		
		件数	58件	10件		0件		12件		36件		
				17.2%		0.0%		20.7%		62.1%		
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	2	16.7%	1	2.8%
				40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	2	5.6%
				50代	6	60.0%	0	--	0	0.0%	17	47.2%
				60代	4	40.0%	0	--	4	33.3%	7	19.4%
				70～74歳	0	0.0%	0	--	6	50.0%	9	25.0%
		費用額	8823万円	1329万円				1416万円		6079万円		
15.1%				--		16.0%		68.9%				

* 最大医療資源傷病名（主病）で計上

* 疾患別（脳・心・がん・その他）の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、会計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	人数	6人	2人	1人	0人
				33.3%	16.7%	0.0%
		件数	36件	13件	2件	0件
				36.1%	5.6%	0.0%
		費用額	1995万円	474万円	110万円	
				23.8%	5.5%	--

* 精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上

* 脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	H28.5 診療分	人数	5人	3人	2人	3人
			60.0%	40.0%	60.0%		
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	52件	17件	7件	25件
				32.7%	13.5%	48.1%	
			費用額	2334万円	915万円	259万円	1237万円
				39.2%	11.1%	53.0%	

* 糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト（H28年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.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	425人		23人	37人	1人
				5.4%	8.7%	0.2%
		の基礎 重なり 疾患	高血圧	16人	35人	1人
				69.6%	94.6%	100.0%
			糖尿病	13人	25人	1人
				56.5%	67.6%	100.0%
			脂質異常症	14人	28人	1人
				60.9%	75.7%	100.0%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		237人		135人	205人	48人
55.8%		31.8%	48.2%	11.3%		

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

要介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患を有しているものが全体の 92.7%を占め、特に 2 号認定者については 100%を占めている。筋・骨格疾患の有病率も全年齢において高い。

また、2 号認定者及び 65～74 歳の新規認定者がみられている。この年齢は特定健診対象年齢とも重なるため、血管疾患共通の基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【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		1,210人		495人		707人		1,202人		2,412人	
	認定者数		3人		22人		210人		232人		235人	
	認定率		0.25%		4.4%		29.7%		19.3%		9.7%	
	新規認定者数（※1）		2人		5人		35人		40人		42人	
	介護度 別人数	要支援1・2		1	33.3%	5	22.7%	61	29.0%	66	28.4%	67
要介護1・2		1	33.3%	10	45.5%	64	30.5%	74	31.9%	75	31.9%	
要介護3～5		1	33.3%	7	31.8%	85	40.5%	92	39.7%	93	39.6%	

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）		3		22		210		232		235		
	再）国保・後期		2		21		197		218		220		
	レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	2 100.0%	虚血性 心疾患	6 28.6%	虚血性 心疾患	86 43.7%	虚血性 心疾患	92 42.2%	虚血性 心疾患	94 42.7%
			2	虚血性 心疾患	2 100.0%	脳卒中	4 19.0%	脳卒中	78 39.6%	脳卒中	82 37.6%	脳卒中	84 38.2%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	1 4.8%	腎不全	25 12.7%	腎不全	26 11.9%	腎不全	26 11.8%
		合併症	4	糖尿病 合併症	1 50.0%	糖尿病 合併症	1 4.8%	糖尿病 合併症	8 4.1%	糖尿病 合併症	9 4.1%	糖尿病 合併症	10 4.5%
			基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		2 100.0%	20 95.2%	179 90.9%	199 91.3%	201 91.4%				
		血管疾患 合計		2 100.0%	20 95.2%	182 92.4%	202 92.7%	204 92.7%					
		認知症		0 0.0%	4 19.0%	89 45.2%	93 42.7%	93 42.3%					
		筋・骨格疾患		2 100.0%	17 81.0%	182 92.4%	199 91.3%	201 91.4%					

※1）新規認定者についてはNO.49「要介護認定状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

※2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

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】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)					8,350	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			4,785			

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高まる。

剣淵町においては、国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。特に女性の若い年代において有所見割合が高い。

【図表 16】 健診データのうち有所見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	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
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%	
北海道	33,204	35.5%	47,819	51.1%	26,300	28.1%	21,513	23.0%	7,561	8.1%	26,861	28.7%	46,503	49.7%	13,949	14.9%	47,697	51.0%	24,201	25.9%	47,190	50.5%	1,408	1.5%
合計	86	41.0%	110	52.4%	65	31.0%	44	21.0%	15	7.1%	48	22.9%	78	37.1%	23	11.0%	89	42.4%	51	24.3%	101	48.1%	3	1.4%
40-64	42	44.2%	49	51.6%	35	36.8%	29	30.5%	6	6.3%	15	15.8%	23	24.2%	10	10.5%	35	36.8%	28	29.5%	50	52.6%	1	1.1%
65-74	44	38.3%	61	53.0%	30	26.1%	15	13.0%	9	7.8%	33	28.7%	55	47.8%	13	11.3%	54	47.0%	23	20.0%	51	44.3%	2	1.7%

性別	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
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%	
北海道	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%
合計	84	34.6%	47	19.3%	42	17.3%	26	10.7%	10	4.1%	34	14.0%	101	41.6%	5	2.1%	98	40.3%	35	14.4%	135	55.6%	0	0.0%
40-64	37	35.2%	26	24.8%	24	22.9%	12	11.4%	4	3.8%	12	11.4%	38	36.2%	2	1.9%	33	31.4%	17	16.2%	63	60.0%	0	0.0%
65-74	47	34.1%	21	15.2%	18	13.0%	14	10.1%	6	4.3%	22	15.9%	63	45.7%	3	2.2%	65	47.1%	18	13.0%	72	52.2%	0	0.0%

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握 (厚生労働省様式6-8) 【図表 17】 ☆No.24概要

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備軍						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項目すべて	
		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
保 険 者	合計	210	54.7%	11	5.2%	43	20.5%	2	1.0%	28	13.3%	13	6.2%	56	26.7%	5	2.4%	5	2.4%	31	14.8%	15	7.1%
	40-64	95	49.2%	8	8.4%	19	20.0%	0	0.0%	10	10.5%	9	9.5%	22	23.2%	2	2.1%	2	2.1%	12	12.6%	5	5.3%
	65-74	115	60.2%	3	2.6%	24	20.9%	2	1.7%	18	15.7%	4	3.5%	34	29.6%	3	2.6%	3	2.6%	18	15.7%	10	8.7%

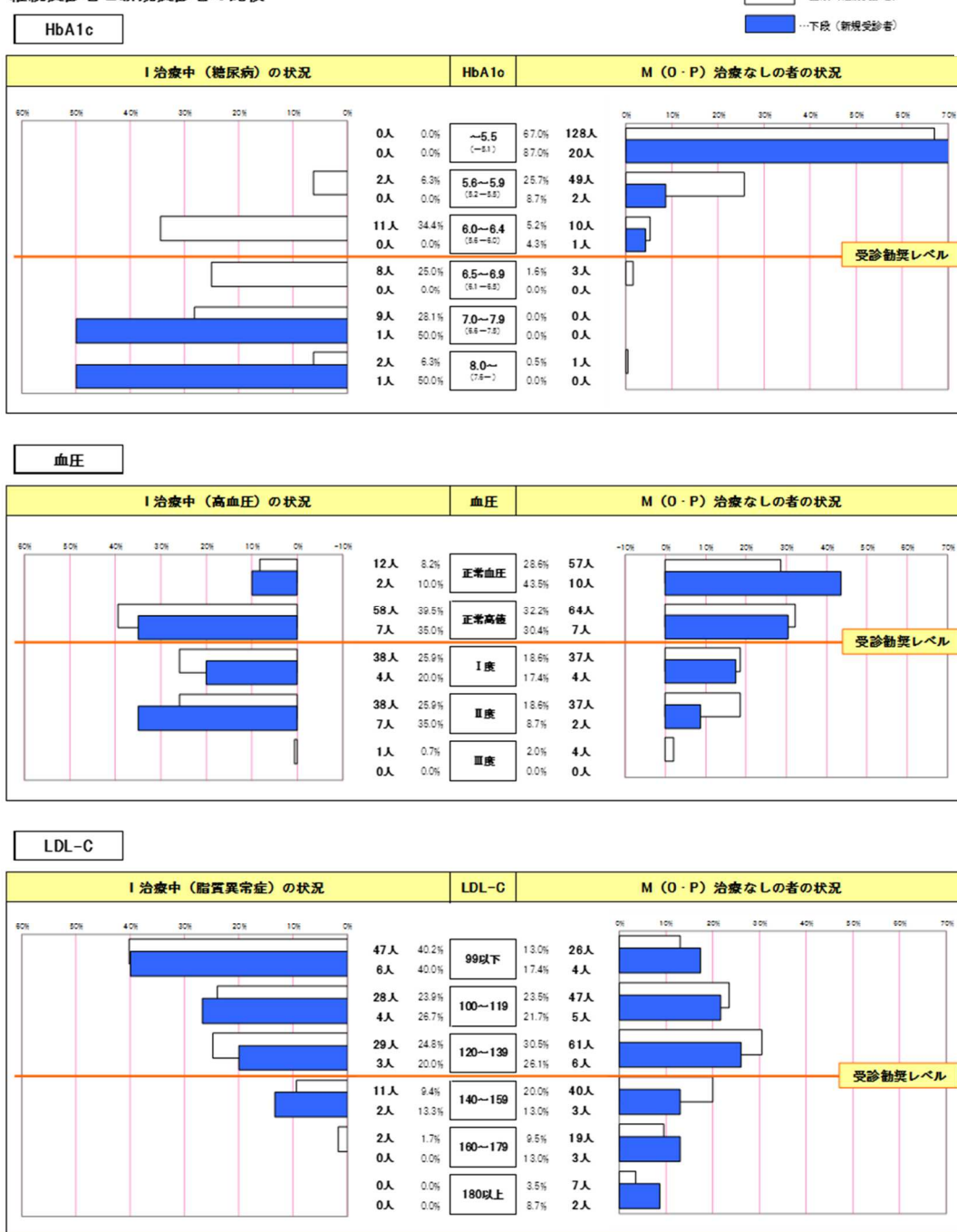
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備軍						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目すべて	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	243	59.0%	2	0.8%	23	9.5%	0	0.0%	16	6.6%	7	2.9%	22	9.1%	1	0.4%	2	0.8%	11	4.5%	8	3.3%
	40-64	105	55.0%	0	0.0%	14	13.3%	0	0.0%	8	7.6%	6	5.7%	12	11.4%	0	0.0%	2	1.9%	7	6.7%	3	2.9%
	65-74	138	62.4%	2	0.9%	9	4.1%	0	0.0%	8	3.6%	1	0.5%	10	4.5%	1	0.5%	0	0.0%	4	1.8%	5	2.3%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病 (HbA1c)、血圧は受診勧奨レベルを超える値の割合が治療中の方が多く、病院で治療をしてもコントロールが難しい状況がわかる。反対に LDL-C は受診勧奨レベルを超える値の治療中の方はほとんどいなく、治療の効果が期待できる状況が推測される。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 19)

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」群を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が22.7%と高くなっている。

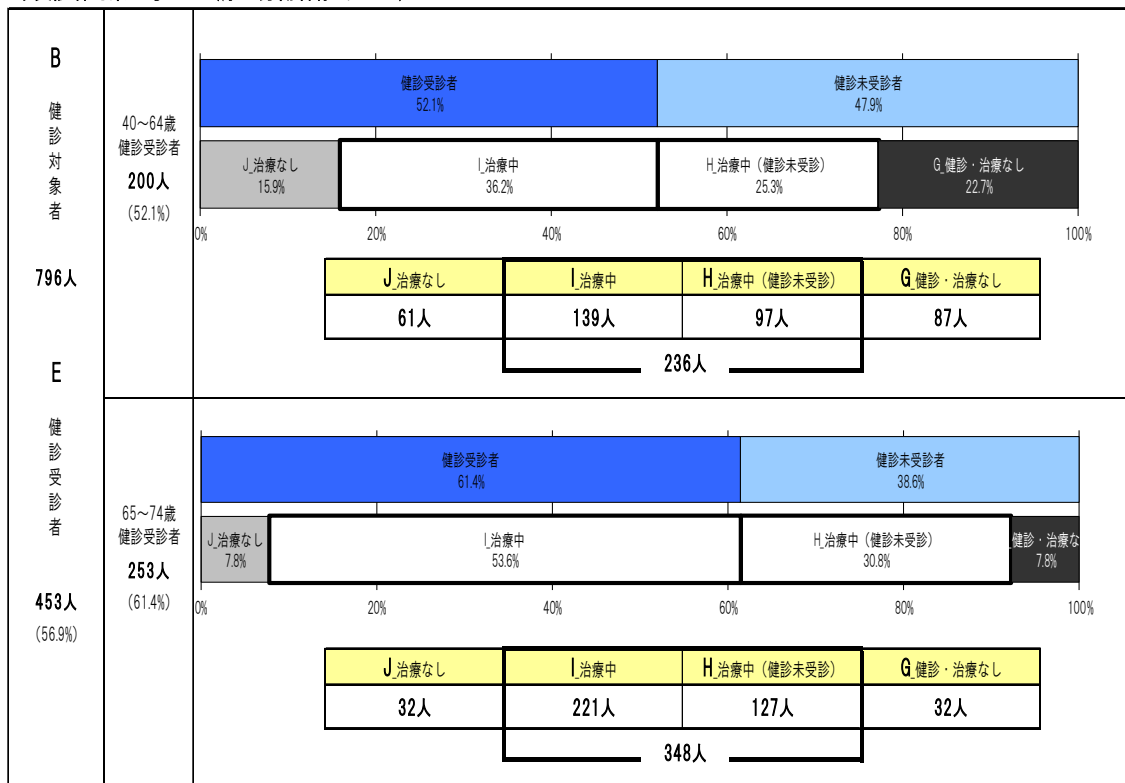
健診も治療も受けていないということは、身体の実態が全く分からない状態である。また、費用対効果を検証してみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用である。

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

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★N0.26 (CSV)



OQ_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

★N0.3.⑥

	0	10,000	20,000	30,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費		16,427円		
健診未受診者の生活習慣病治療費		22,873円		

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、長期化する疾患である人工透析と、6か月以上の長期入院となる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成30年度と比較して、脳血管疾患、虚血性心疾患を0.5%減、人工透析を0.1%減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、必要に応じ計画及び評価の見直しをする。

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

剣淵町の医療のかかり方は、北海道と比べて入院費用・件数の割合が低く、外来費用・件数の割合が高い。医療費の変化でも入院の医療費は下がっているが外来の医療費の伸び率が高い。平成35年度には入院費用割合を現状のまま維持しつつ、重症化する前に適切な医療につながることで外来費用割合を伸ばしながらも、生活習慣改善により重症化予防、医療費の適正化を目指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、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、医療受診が必要な方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方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、慢性腎臓病(CKD)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 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（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
特定健診受診率	57%	58%	59%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%

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	735人	705人	675人	645人	615人	585人
	受診者数	419人	409人	398人	387人	369人	351人
特定保健指導	対象者数	50人	49人	48人	46人	44人	42人
	実施者数	35人	34人	33人	32人	31人	30人

4. 特定健康診査の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ① 集団健診(剣淵町健康福祉総合センター)
- ② 個別健診(剣淵町立診療所)

(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、広報、個別通知に掲載する。

(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)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

【図表 22】

時 期	
4 月	・ 集団健診の実施
5 月	・ 個別健診の実施 ・ 受診勧奨 ・ 特定保健指導の実施 ・ 費用決済
6 月	・ 集団健診の実施
7 月	
8 月	
9 月	
10 月	
11 月	・ 集団健診の実施 ・ 予算作成
12 月	
1 月	
2 月	・ 次年度計画 ・ 契約準備
3 月	・ 結果分析

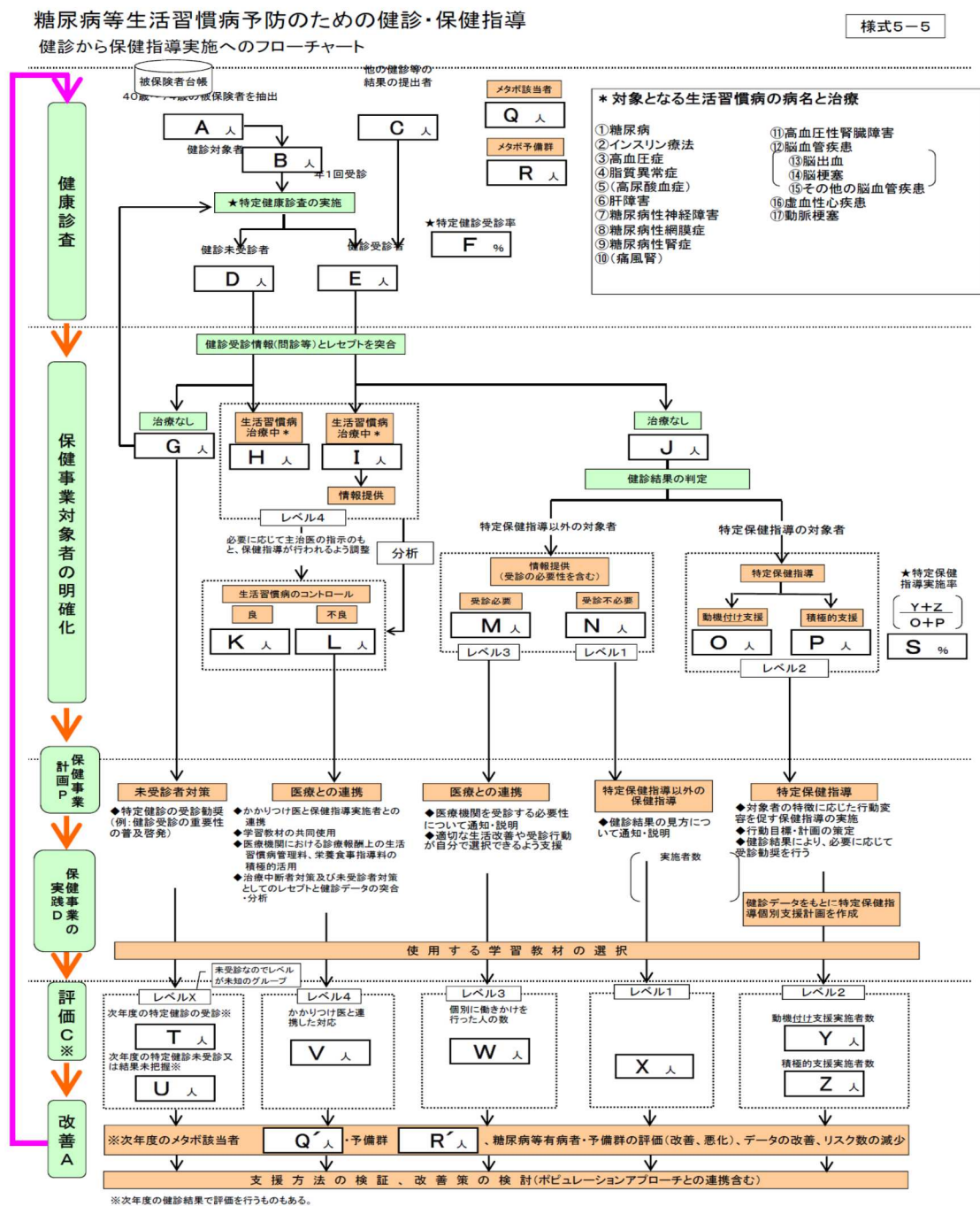
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

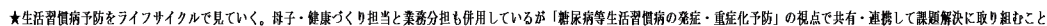
【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	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	50 人 (12.0)	70%
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	27 人 (6.5)	HbA1c6.5 以上については100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	316 人 ※受診率目標達成までにあと22人	受診率 60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	34 人 (8.0)	必要と思われるすべての対象者
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	189 人 (45.0)	

(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 25)

【図表 25】



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剣淵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、特定健診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、特定健診等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、剣淵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る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)及び北海道および釧路市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

※ポピュレーションアプローチ：まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること。

【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	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 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 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北海道プログラムに準じ、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
 - 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】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

剣淵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。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

剣淵町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 9 人(19.6%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 130 人の中のうち、特定健診受診者が 37 人(28.5%・G)であったが、中断は 0 人(0%・キ)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 93 人(71.5%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 14 人の中に治療中断者はいなかった。また、79 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より剣淵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】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・9 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・0 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】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・37 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

【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・14 人

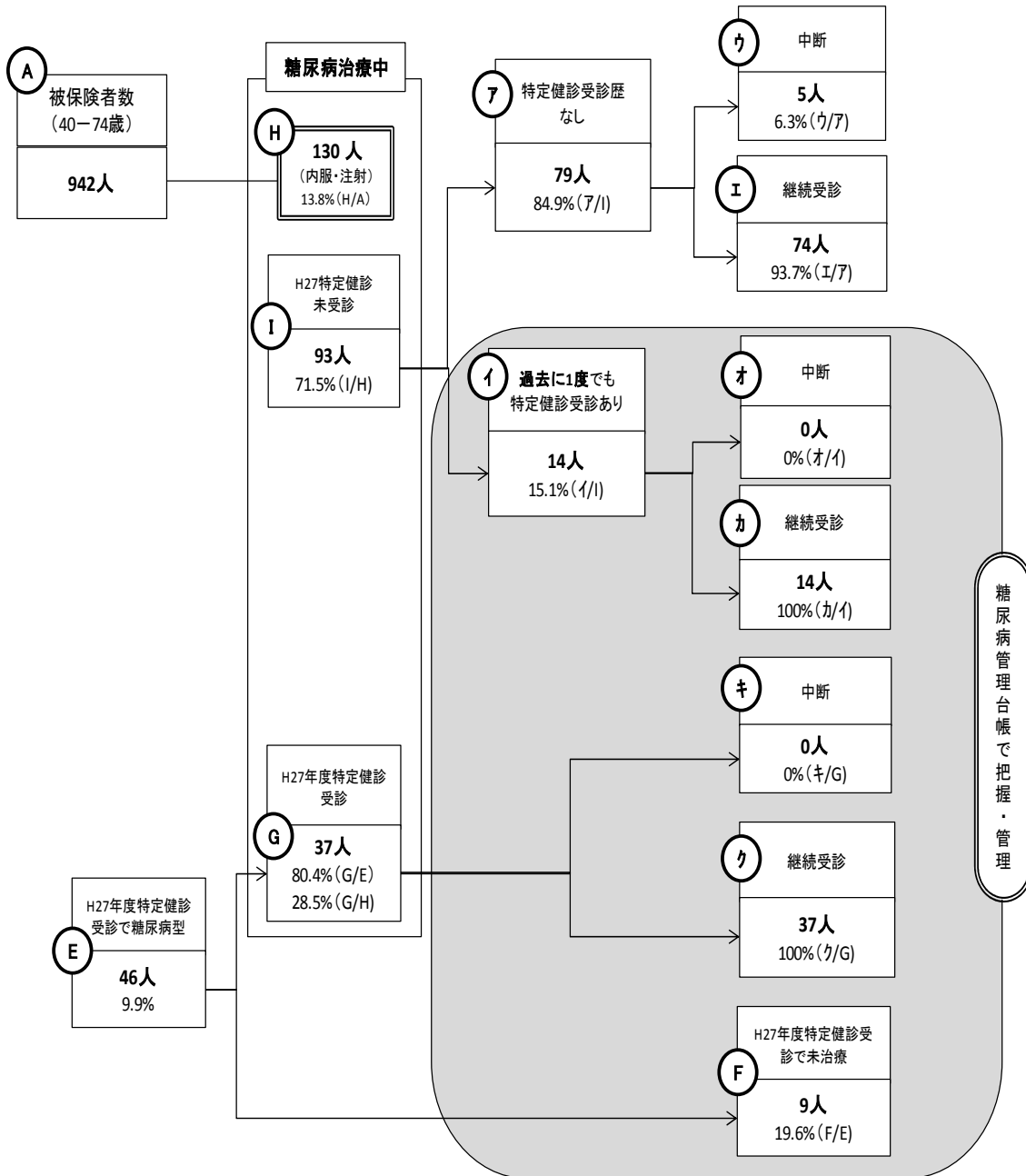
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

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

＊HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプト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) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……1 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……10 人

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。剣淵町においては、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
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → 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？ ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコリック)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料 ←
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 二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、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施に向け検討し、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。

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、特定健診経過表を作成し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いく。

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 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6)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本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。剣淵町の特定健診受診者452人のうち心電図検査実施者は263人(58.2%)であり、そのうちST所見があったのは8人であった(図表30)。ST所見あり8人の中のうち6人は要精査であり、その後の受診状況をみると1人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの2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。

剣淵町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	452	100	263	58.2	8	3.0	20	7.6	235	89.4

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(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
8	100	6	75.0	5	83.3	1	16.7

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準にした「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度実施			受診者	① 心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			452	8	20	235	189
				1.8%	4.4%	52.0%	41.8%
メタボ該当者			78	1	2	45	30
			17.3%	12.5%	10.0%	19.1%	15.9%
メタボ予備軍			65	2	2	35	26
			14.4%	25.0%	10.0%	14.9%	13.8%
メタボなし			309	5	16	155	133
			68.4%	62.5%	80.0%	66.0%	70.4%
LDL-C	140-159		68	0	4	35	29
			22.0%	0.0%	25.0%	22.6%	21.8%
		160-179	30	0	2	18	10
			9.7%	0.0%	12.5%	11.6%	7.5%
	180-		12	0	0	7	5
			3.9%	0.0%	0.0%	4.5%	3.8%

参考

CKD	G3aA1～ (eGFR60以下)	43	1	3	26	13
		9.5%	2.3%	7.0%	60.5%	30.2%

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

・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二次健診において、これらの検査を実施してい

くよう検討する。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

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を評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

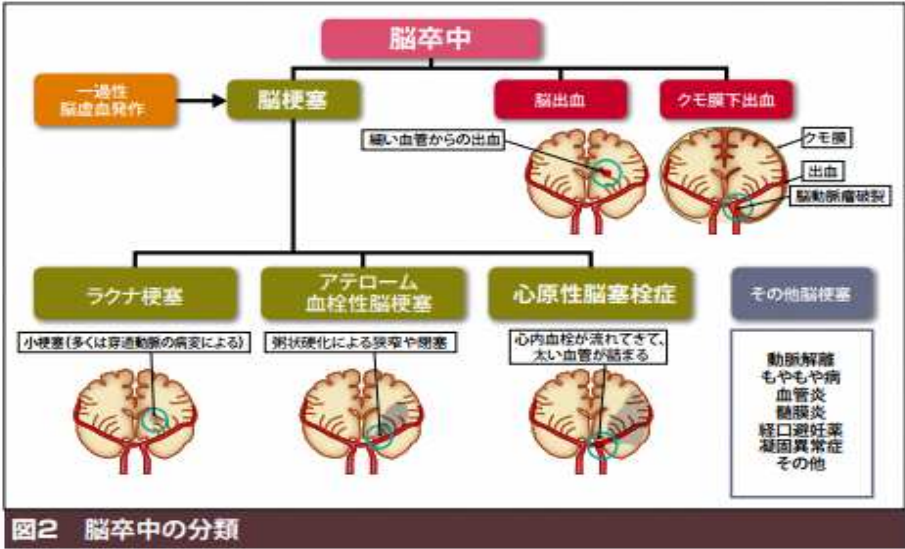
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表36】

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	脳梗塞	●													
	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 452 人		6人	1.3%	20人	4.4%	12人	2.7%	1人	0.2%	78人	17.3%	11人	2.4%	5人	1.1%
治療なし		5人	1.8%	7人	1.8%	12人	3.8%	1人	0.4%	14人	6.3%	3人	1.3%	1人	0.5%
治療あり		1人	0.6%	13人	38.2%	0	0.0%	0	0.0%	64人	27.9%	8人	3.5%	4人	1.7%
臓器障害あり		1人	20.0%	1人	14.3%	1人	8.3%	1人	100%	2人	14.3%	3人	100%	1人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0		1人		1人		0		2人		3人		1人	
	尿蛋白(2+)以上	0		1人		0		0		1人		3人		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0		0		1人		0		1人		0		1人	
	心電図所見あり	1人		0		0		1人		0		0		0	

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 6 人(1.3%)であり、5 人は未治療者であった。また未治療者のうち 1 人(20.0%)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 1 人(0.6%)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)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg) リスク層 (血圧以外のリスク因子)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
	285	82	91	59	48	4	1	4	29	20
		28.8%	31.9%	20.7%	16.8%	1.4%	0.4%	1.4%	10.2%	7.0%
リスク第1層	36	21	6	5	4	0	0	4	0	0
		12.6%	25.6%	6.6%	8.5%	8.3%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	167	47	55	34	29	1	1	--	29	2
		58.6%	57.3%	60.4%	60.4%	25.0%	100.0%	100.0%	100.0%	10.0%
リスク第3層	82	14	30	20	15	3	0	--	--	18
		28.8%	17.1%	33.0%	31.3%	75.0%	0.0%	--	--	90.0%
再掲 重複あり	糖尿病	20	5	6	4	4	1	0		
		24.4%	35.7%	20.0%	20.0%	26.7%	33.3%	--		
	慢性腎臓病（CKD）	26	1	8	9	8	0	0		
		31.7%	7.1%	26.7%	45.0%	53.3%	0.0%	--		
	3個以上の危険因子	56	11	23	13	7	2	0		
		68.3%	78.6%	76.7%	65.0%	46.7%	66.7%	--		

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

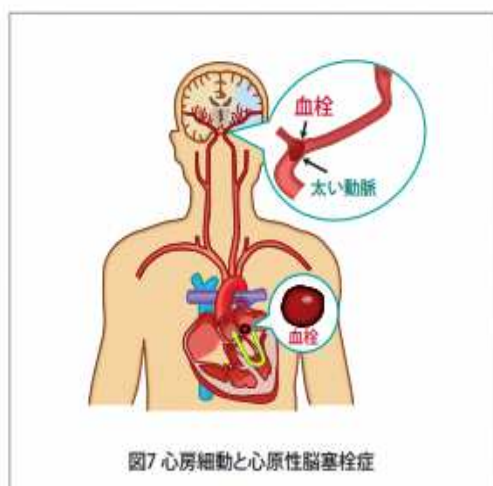


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

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。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 38】

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	136	127	1	0.7%	0	0	—	—
40歳代	11	7	0	0%	0	0	0.2	0.04
50歳代	33	24	0	0%	0	0	0.8	0.1
60歳代	60	63	1	1.7%	0	0	1.9	0.4
70～74歳	32	33	0	0%	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
1	100	0	0	1	100

心電図検査において1人が心房細動の所見であった。60代男性においては、日本循環器学会疫学調査と同じ程度の発生率であった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材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よう検討する。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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を評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

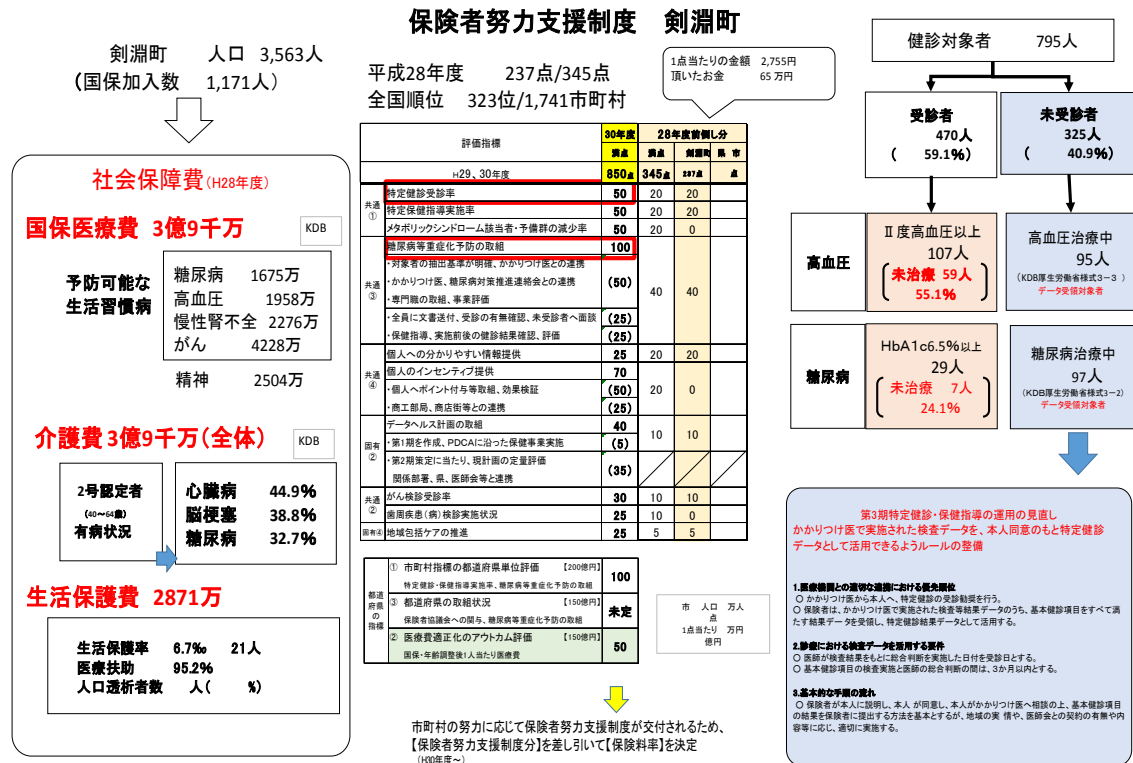
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

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】

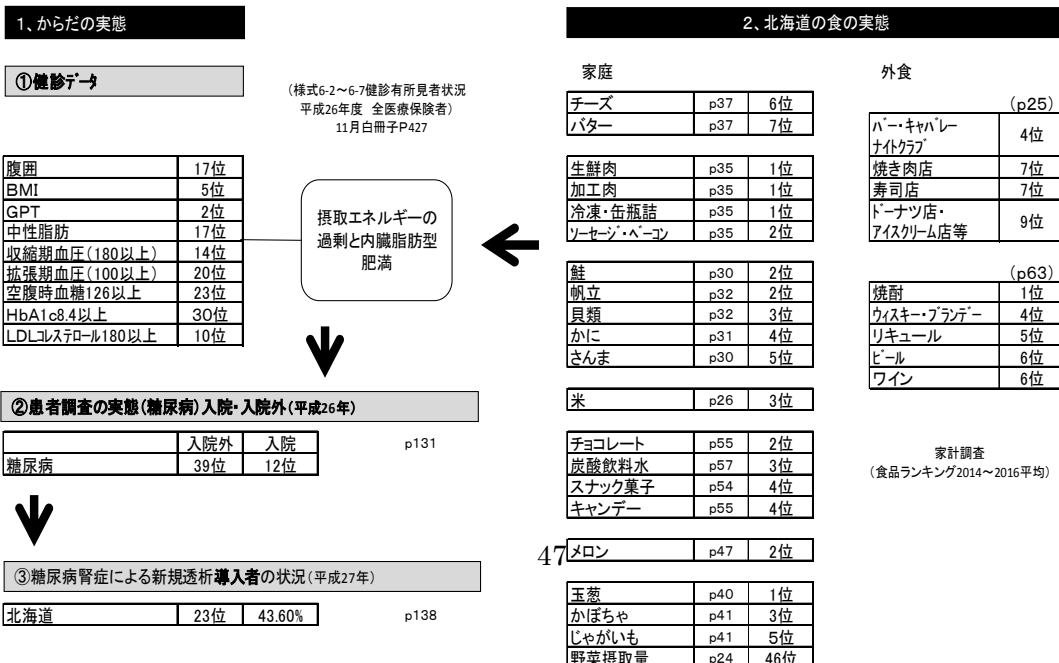


北海道の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表 41】

H29.12.28

⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より



第5章 地域包括ケアに係る取組

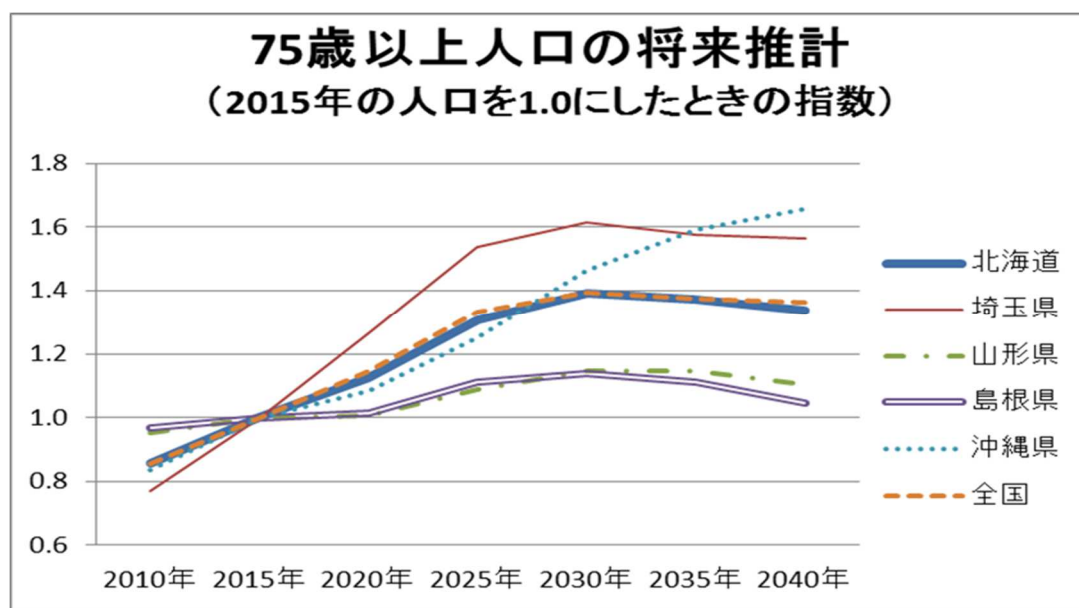
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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 とほぼ国と同等と推計されている。(図表 42)

剣淵町国保では被保険者のうちの 65 歳以上の高齢者の割合は、北海道よりは低い。医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合は 4 割～5 割で経過している。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。

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10）

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、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。

3. 目標管理一覧

【図表4-3】

データヘルス計画の目標管理一覧													
関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値				最終評価値		現状値の把握方法	
特定健診等計画		医療費削減のために特定健診受診率、特定保健指導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	56.9%	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	79.7%	80.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	20.3%	20.0%	21.0%	21.0%	21.0%	22.0%	22.0%	22.0%		
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の伸びを抑制する	脳血管疾患の人の被保険者数に占める割合0.5%減少	1.9%				1.6%				1.4%	KDBシステム
			虚血性心疾患の人の被保険者数に占める割合0.5%減少	3.2%				2.9%			2.6%		
			人工透析の人の被保険者数に占める割合0.1%減少	0.3%				0.3%			0.2%		
データヘルス計画		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率25%	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率25%	23.8%	23.0%	23.0%	24.0%	24.0%	24.0%	25.0%	25.0%	剣淵町健康福祉課	
			健診受診者の高血圧者の割合1.1%(160/100以上)	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%				
			健診受診者の脂質異常者の割合2.4%(LDL180以上)	2.7%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.4%				
保険者努力支援制度		がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合2.4%(LDL180以上)	4.4%	4.4%	4.4%	4.3%	4.3%	4.2%	4.2%	4.2%	地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)	
			健診受診者の糖尿病者の割合4.2%(未治療者HbA1c6.5、治療者7.0以上)	88.9%	88.9%	90.0%	90.0%	95.0%	95.0%	95.0%			
			糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%				
保険者努力支援制度		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診30%以上	14.1%	16.0%	19.0%	22.0%	25.0%	27.0%	29.0%	30.0%	地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)	
			肺がん検診40%以上	25.1%	27.0%	29.5%	32.0%	35.0%	37.0%	39.0%	40.0%		
			大腸がん検診30%以上	15.3%	16.0%	19.0%	22.0%	25.0%	27.0%	29.0%	30.0%		
保険者努力支援制度		がんの早期発見、早期治療	子宮頸がん検診35%以上	21.6%	23.0%	25.0%	27.0%	29.0%	32.0%	34.0%	35.0%	地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)	
			乳がん検診40%以上	26.6%	28.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%		
			健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合20%以上			10.0%	10.0%	15.0%	20.0%	20.0%			
保険者努力支援制度		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82.5%以上	77.5%	79.1%	80.0%	80.5%	81.0%	81.5%	82.0%	82.5%	北海道医療会 (シエネリック医薬品数量シェア参考帳簿)	
※各市町村独自の設定目標があればそれぞれ追加する													

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り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた剣淵町の位置
- 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 平成 29 年度の実践評価と平成 30 年度に向けての取り組み

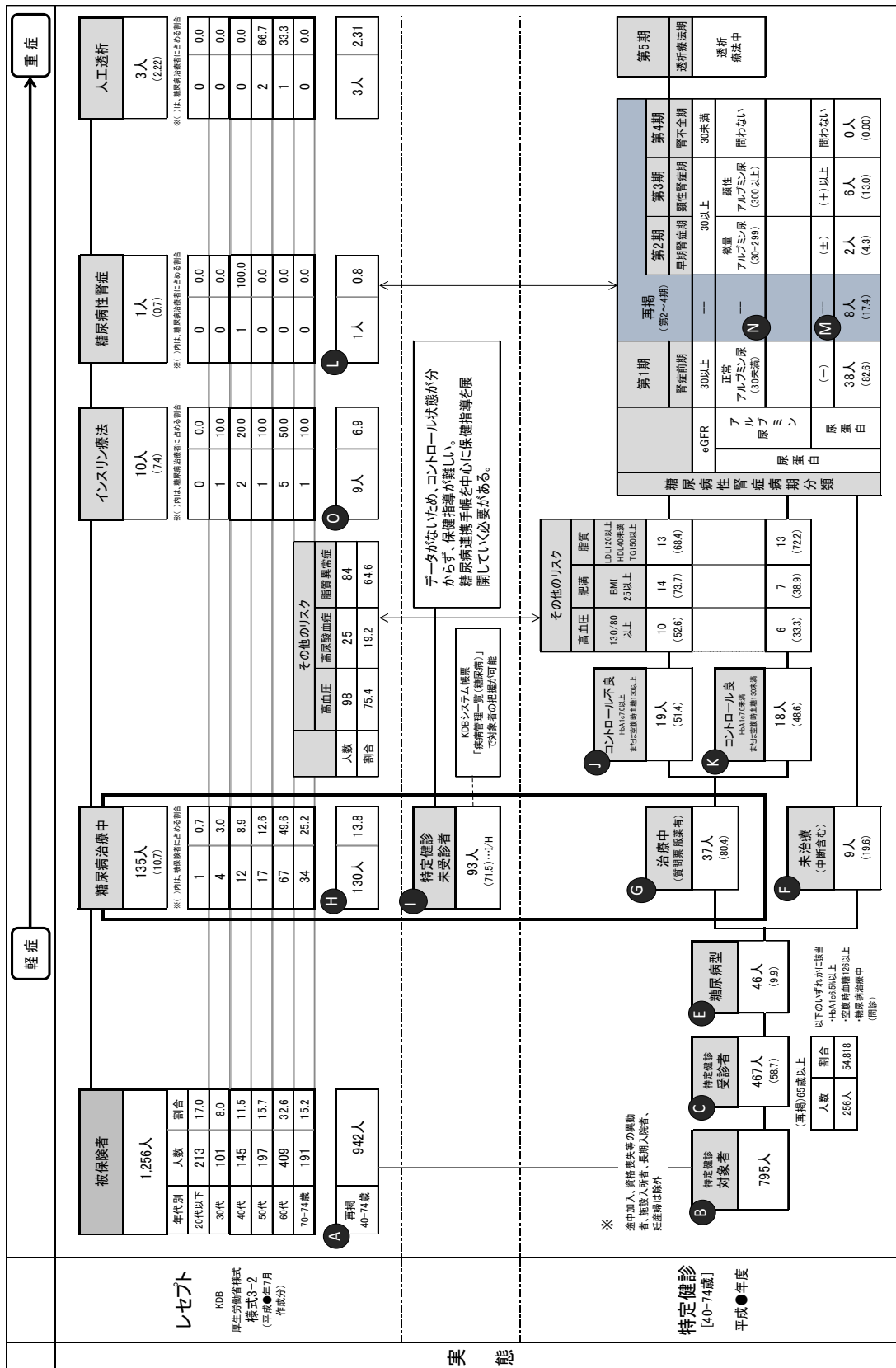
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた剣淵町の位置

【参考資料1】

項目				H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
				剣淵町		剣淵町		同規模平均		北海道			国		
				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	3,563		3,563		712,964		5,475,176		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・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）	1,202	33.7	1,202	33.7	250,396	35.1	1,356,131	24.8	29,020,766		23.2	
			75歳以上	707	19.8	707	19.8			669,235	12.2	13,989,864		11.2	
			65～74歳	495	13.9	495	13.9			686,896	12.5	15,030,902		12.0	
			40～64歳	1,210	34.0	1,210	34.0			1,932,595	35.3	42,411,922		34.0	
		39歳以下	1,151	32.3	1,151	32.3			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	41.5		41.5		22.7		7.7		4.2		KDB_NO.3	
			第2次産業	11.2		11.2		21.7		18.1		25.2		健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
			第3次産業	47.3		47.3		55.6		74.2		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.2		79.2		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.2		87.2		86.5		86.3		86.4				
④	健康寿命	男性	64.7		64.7		65.1		64.9		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	66.7		66.7		66.7		66.5		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	92.5		80.1		102.6		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				98.1		76.2		98.2		97.6		100			
			死因	がん	18	62.1	15	51.7	2,874	44.3	18,759	51.6	367,905		49.6
				心臓病	7	24.1	11	37.9	1,917	29.6	9,429	25.9	196,768		26.5
				脳疾患	0	0.0	2	6.9	1,158	17.9	4,909	13.5	114,122		15.4
				糖尿病	1	3.4	0	0.0	115	1.8	669	1.8	13,658		1.8
				腎不全	2	6.9	0	0.0	231	3.6	1,543	4.2	24,763		3.3
				自殺	1	3.4	1	3.4	187	2.9	1,080	3.0	24,294		3.3
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	3	5.9	3							厚労省HP 人口動態調査		
			男性	2	8.7	2									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	235	19.3	231	19.4	49,932	20.0	315,124	23.0	5,882,340	21.2		
			新規認定者	5	0.3	3	0.2	781	0.3	5,300	0.4	105,654	0.3		
			2号認定者	4	0.4	4	0.3	856	0.4	7,521	0.4	151,745	0.4		
	②	有病状況	糖尿病	65	23.3	66	26.8	10,568	20.4	82,243	25.0	1,343,240	21.9		
			高血圧症	136	52.5	143	56.5	28,302	55.0	169,499	51.7	3,085,109	50.5		
			脂質異常症	56	20.7	61	26.4	14,020	27.1	100,850	30.7	1,733,323	28.2		
			心臓病	145	56.0	152	60.7	31,852	62.1	189,212	57.9	3,511,354	57.5		
			脳疾患	61	26.3	56	21.1	13,312	26.3	79,841	24.6	1,530,506	25.3		
			がん	29	10.1	23	9.5	4,845	9.3	38,597	11.6	629,053	10.1		
			筋・骨格	122	45.3	117	48.4	28,251	55.0	168,550	51.4	3,051,816	49.9		
精神			96	36.3	96	38.9	19,059	36.9	121,275	36.9	2,141,880	34.9			
③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	83,098		73,213		73,702		57,953		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		居宅サービス	35,206		38,893		39,646		38,810		39,683				
		施設サービス	276,084		267,934		273,946		283,015		281,115				
④	医療費等	要介護認定別	認定あり	11,125	8,350	8,522		8,976		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療費（40歳以上）	認定なし	3,927	4,785	4,226		4,619		3,822					
4	①	国保の状況	被保険者数	1,278		1,171		198,796		1,312,713		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	428	33.5	433	37.0			547,063	41.7	12,462,053	38.2		
			40～64歳	561	43.9	462	39.5			441,494	33.6	10,946,693	33.6		
			39歳以下	289	22.6	276	23.6			324,156	24.7	9,178,477	28.2		
		加入率	35.9		32.9		28.1		24.0		26.9				
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	569	0.4	8,255	0.3		
			診療所数	3	2.3	3	2.6	621	3.1	3,377	2.6	96,727	3.0		
			病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	96,574	73.6	1,524,378	46.8		
			医師数	1	0.8	1	0.9	541	2.7	12,987	9.9	299,792	9.2		
			外来患者数	612.8		622.1		652.4		646.1		668.3			
入院患者数			17.5		18.0		23.7		22.9		18.2				
③	医療費の状況	一人当たり医療費	23,408	県内95位	27,404	県内101位 同規模118位	26,819		27,782		24,253		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		受診率	630.358		640.112		676.093		668.982		686.501				
		外	64.1		61.8	55.3	55.2	60.1	健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題						
		来	97.2		97.2	96.5	96.6	97.4							
		入	35.9		38.2	44.7	44.8	39.9							
		院	2.8		2.8	3.5	3.4	2.6							
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費資源傷病名（調剤含む）	1件あたり在院日数	14.7日		15.4日		16.3日		15.8日		15.6日		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		がん	39,559,740	19.2	42,285,510	22.6	24.1	28.5	25.6						
		慢性腎不全（透析あり）	11,492,320	5.6	23,341,820	12.5	7.9	6.5	9.7						
		糖尿病	22,433,240	10.9	16,754,700	9.0	10.1	9.3	9.7						
		高血圧症	25,862,660	12.6	19,589,650	10.5	9.4	7.9	8.6						
		精神	27,089,330	13.2	25,041,830	13.4	18.6	17.2	16.9						
	筋・骨格	43,845,800	21.3	22,259,820	11.9	16.4	16.4	15.2							

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

都道府県名	北海道	市町村名	剣淵町	同規模区分	8
-------	-----	------	-----	-------	---



【参考資料2】

【参考資料 3】

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												
						HbA1c														
						高血圧	糖 以外	体重												
						虚血性心疾患		BMI												
						脳血管疾患		血圧												
						糖尿病性腎症		GFR												
								尿蛋白												
						糖尿病	糖	服薬												
						HbA1c														
						高血圧	糖 以外	体重												
						虚血性心疾患		BMI												
						脳血管疾患		血圧												
						糖尿病性腎症		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 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○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	●合併症 ●脳・心疾患・手術 ●人工透析 ●がん	
	④健診未受診者 ()人			
	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 ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			
	②尿蛋白 (一) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人			
	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			

【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

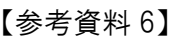
同規模
区分 8

都道
府県 北海道

市町村名

剣淵町

項目			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245		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	1,256人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		942人								
2	①	対象者数	B	795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	受診者数	C	467人								
	③	受診率		58.7%								
3	①	特定 保健指導		64人								
	②	実施率		79.7%								
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	46人	9.9%						特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	9人	19.6%						
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	37人	80.4%						
	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	19人	51.4%						
	⑤				血圧 130/80以上	10人	52.6%					
	⑥				肥満 BMI25以上	14人	73.7%					
	⑦				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	48.6%				
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	38人	82.6%						
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		2人	4.3%						
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		6人	13.0%						
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		107.5人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		138.0人							
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1件は糖尿病千対)		入院外(件数)	427件	(477.1)			472件		(757.6)
	④		入院(件数)		2件	(2.2)			4件	(5.9)		
	⑤		糖尿病治療中	H	135人	10.7%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		130人	13.8%						
	⑦		健診未受診者	I	93人	71.5%						
	⑧		インスリン治療	O	10人	7.4%						
	⑨		(再掲)40-74歳		9人	6.9%						
	⑩		糖尿病性腎症	L	1人	0.7%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑪		(再掲)40-74歳		1人	0.8%						
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	2.22%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
	⑬		(再掲)40-74歳		3人	2.31%						
	⑭		新規透析患者数		1							
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		1							
⑮	【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)		7人	3.5%								
6	①	医療費	総医療費		3億9010万円				2億6643万円		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		1億8705万円				1億5163万円			
	③		(総医療費に占める割合)		48.0%				56.9%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	16,441円				8,737円		
	⑤			健診未受診者	22,857円				34,206円			
	⑥		糖尿病医療費		1675万円				1526万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.0%				10.1%			
	⑧		糖尿病入院院外総医療費		7243万円							
	⑨		1件あたり		44,654円							
	⑩		糖尿病入院総医療費		4632万円							
	⑪		1件あたり		671,257円							
	⑫		在院日数		17日							
	⑬		慢性腎不全医療費		2426万円				1315万円			
	⑭		透析有り		2334万円				1198万円			
	⑮		透析なし		92万円				116万円			
⑮												
7	①	介護	介護給付費		3億9235万円				3億1509万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		— 0.0%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%			0人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方 【参考資料 7】

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ S T 変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	☐ 自覚症状なし	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙	(1) 突然死 (2) 若年での虚血性心疾患の発症 (3) 高血圧、糖尿病、脂質異常症			⑤ 重症化予防対象者		
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□AST	～30	31～50		51～		
	□血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
□C K D重症度分類		G3aA1～					
⑥ その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠・生活リズム 0 12 24						

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
						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	治療有無	収縮期	拡張期																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

市区町村	健康保険番号	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	医療機関名	心房細動の病名	心臓細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	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	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

目 標・課題	評価				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
目 標 ○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析の減少 ○健診受診者の検査結果の改善 未受診者対策 ○特定健診 ・未受診者対策は一昨年度受診者で昨年度未受診だった方に個別に受診勧奨をおこなったり、高齢単身者への安否確認の兼ねての受診勧奨などもおこなったが、実施後の評価をしていなかった。 ・若い世代の受診率が低い。母子保健事業の中で呼びかけはしたが、その世代に特化した対策はとっていない。 ・町立診療所での個別健診を通年で受診できるようにしたこととで、通院している方に診療所窓口から声をかけてもらうことができた。そのことで個別健診を受けたり、人間ドックの結果を受領することができた。 ・健診受診率が国保会計に与える影響について、受診勧奨の文書や国保運営協議会での周知をした。新聞報道などもあったことで、それなら受けた方がいいんだねと言う方も数名おられた。ポビュレーションアプローチとして広報していくことも大事。 重症化予防対策 ○特定健診 ・糖尿病管理台帳を作成したが、その後の活用について共有しきれていない。受診勧奨や保健指導にどのように活かすか検討していく。 ・受診勧奨、保健指導実施後の評価ができていなかった。 ・糖尿病連携手帳を持っていない方には配布し活用法の説明をした。 ・町立診療所では、糖負荷試験や尿蛋白定量検査や尿アルブミンの検査について、理解を得られているが他の医療機関では実施しているところは少なく、早期のうちの重症化予防については考えがわかれるところ。 重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳の作成。 ○対象者、方法の検討。 ○評価指標の検討。	未受診者対策 ○特定健診 ・未受診者対策は一昨年度受診者で昨年度未受診だった方に個別に受診勧奨をおこなったり、高齢単身者への安否確認の兼ねての受診勧奨などもおこなったが、実施後の評価をしていなかった。 ・若い世代の受診率が低い。母子保健事業の中で呼びかけはしたが、その世代に特化した対策はとっていない。 ・町立診療所での個別健診を通年で受診できるようにしたこととで、通院している方に診療所窓口から声をかけてもらうことができた。そのことで個別健診を受けたり、人間ドックの結果を受領することができた。 ・健診受診率が国保会計に与える影響について、受診勧奨の文書や国保運営協議会での周知をした。新聞報道などもあったことで、それなら受けた方がいいんだねと言う方も数名おられた。ポビュレーションアプローチとして広報していくことも大事。 重症化予防対策 ○特定健診 ・糖尿病管理台帳を作成したが、その後の活用について共有しきれていない。受診勧奨や保健指導にどのように活かすか検討していく。 ・受診勧奨、保健指導実施後の評価ができていなかった。 ・糖尿病連携手帳を持っていない方には配布し活用法の説明をした。 ・町立診療所では、糖負荷試験や尿蛋白定量検査や尿アルブミンの検査について、理解を得られているが他の医療機関では実施しているところは少なく、早期のうちの重症化予防については考えがわかれるところ。	未受診者対策 ○未受診者勧奨実施状況 ○ポビュレーション実施状況 重症化予防対策 ○保健指導実施状況 ○OGTT、CKD連携様式使用状況	未受診者対策 ○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 ○未受診者勧奨後の受診者数等個々の受診状況 ○ポビュレーション後の受診率等の結果 重症化予防対策 ○保健指導実施者の受診状況、翌年の健診結果状況 ○未受診者勧奨後の受診者数等個々の受診状況 ○健診結果の状況(各疾患ごとの高値割合減少状況)	○町立診療所では健診を医師から勧めてくれたり、連携はできているが他の医療機関との連携が必要である。 ○事業の実施に追われて地区担当の進捗状況の管理まで手が回らなかった。	全体 ○具体的な目標、効果を検討しPDCAサイクルに基づいて保健事業を計画する。 ○成人(健診・保健指導)担当を2人体制にし、地区担当との連携を強化する。 未受診者対策 ○未受診者勧奨の重点対象の検討。 ○糖尿病管理台帳等との運動を検討。 ○ポビュレーションの取り組みを検討。 ○評価項目、記録の仕方の検討。 重症化予防対策 ○対象者の検討。 ○糖尿病管理台帳のほか、各種台帳の整備と活用方法を検討。 ○保健指導後の評価指標の検討。

剣淵町第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

剣淵町第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月 発行

発行・編集 剣淵町健康福祉課

住 所 〒098-0338

北海道上川郡剣淵町仲町28番1号

電 話 0165-34-3955

F A X 0165-34-3985

U R L <http://www.town.kembuchi.hokkaido.jp>