

その他 別紙資料

第2期音更町国民健康保険保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成30年 2月 音更町

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	44
第6章 計画の評価・見直し	46
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

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。

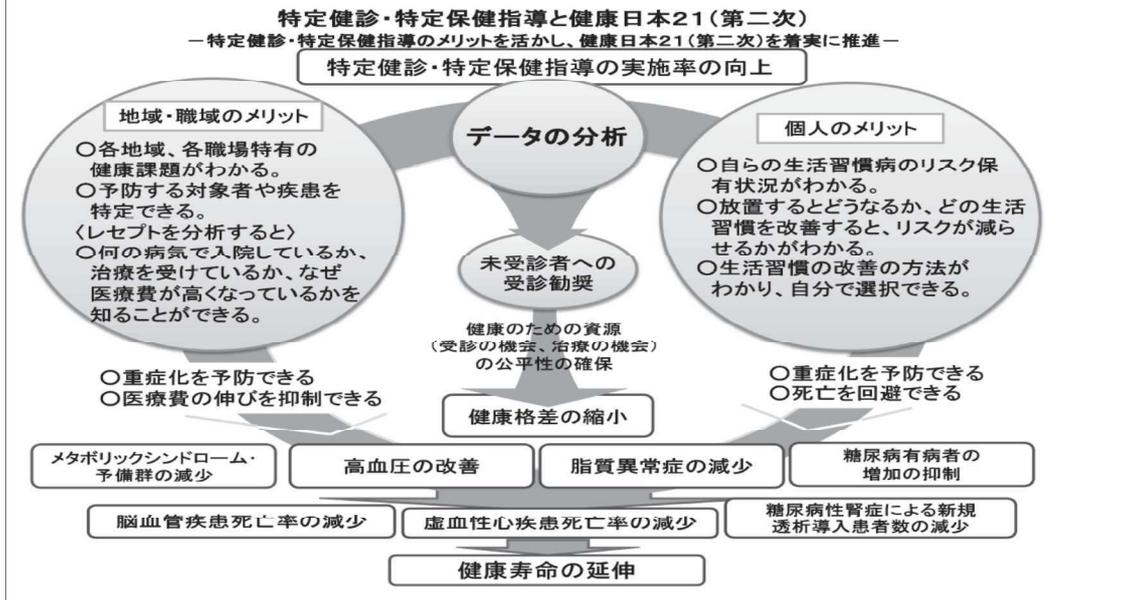
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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。

音更町においては、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。

【図 1】

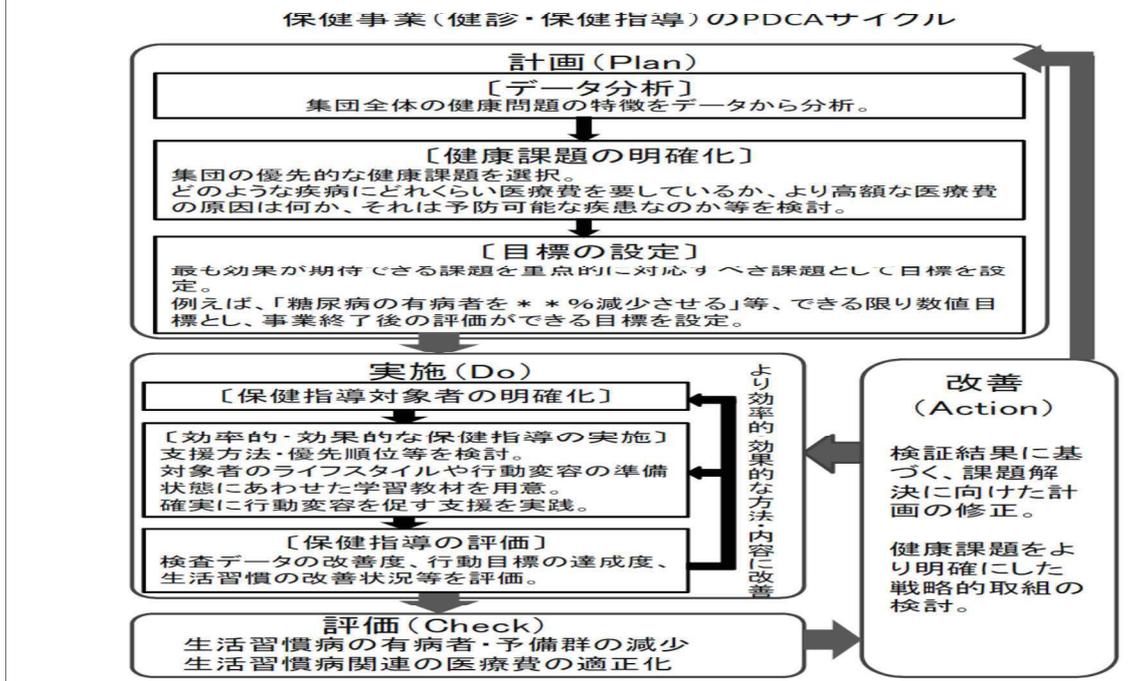
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図 3】

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3 計画期間

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

音更町においては、町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。特に保健課の保健師等の専門職と連携をして、音更町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（町民課）、保健衛生部局（保健課）、介護保険部局（高齢者福祉課）、企画部局（企画課）、生活保護部局（福祉課）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、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及びアドバイザー（その他の保健医療関係者）のことをいう。

音更町医療懇談会、医療と介護連携に向けた取組を考える会議等で、意見交換や情報提供を行い、また、データの見える化等により、被保険者の健康課題を共有する。アドバイザーからは、幅広い専門的知見を活用し、データヘルス計画策定の際の特定健康診査(以下「健診」という。)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から、保健事業のあり方について助言をもらうこととする。また、北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に設置されている保健事業評価・支援委員会の活用についても今後検討していく。

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、音更町は、計画素案について道関係課と意

見交換を行い、北海道との連携に努める。

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、北海道が北海道医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と北海道は、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。

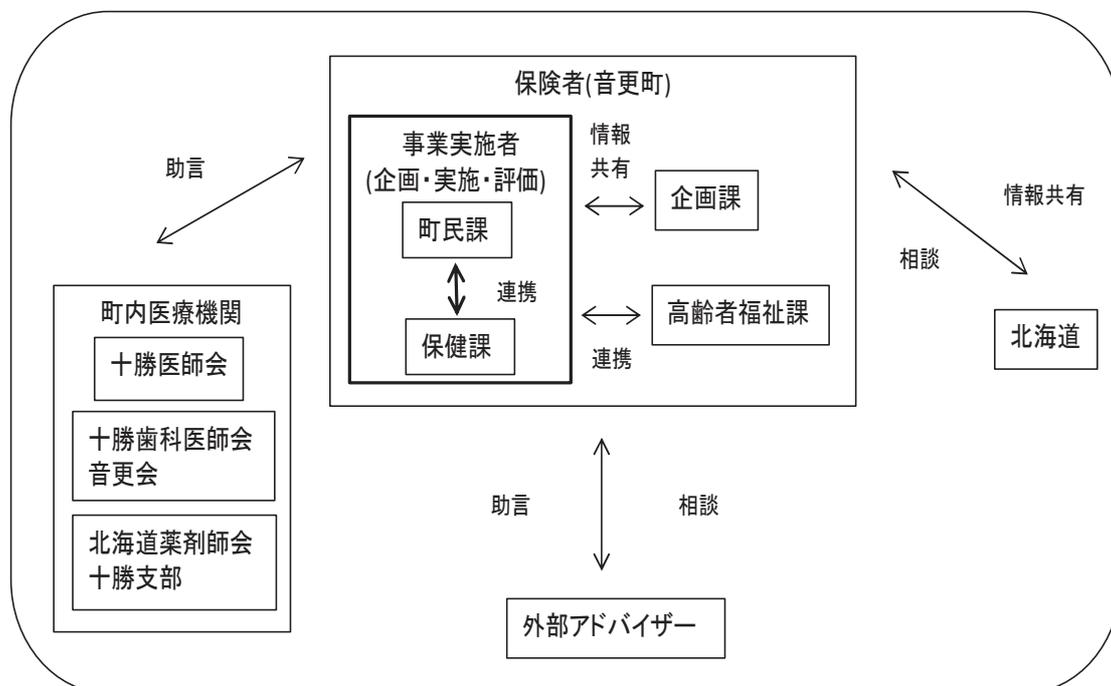
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用した連携促進も有用である。

(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。必要時、音更町国民健康保険運営協議会の場を通じ、議論に参画してもらうこととする。

【図表 4】

音更町の実施体制図



5 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)		632			
総得点(体制構築加点含む)		241	360	482	
全国順位(1,741市町村中)		279			
共通 ①	特定健診受診率	5	20	20	50
	特定保健指導実施率	15	50	50	50
	メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10	10	20	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	40	50	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	0	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	14	20	35
	後発医薬品の使用割合	10	25	35	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	30	50	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	6	9	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	20	27	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			26	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

ア 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）の割合は減少しており、心臓病・糖尿病による死亡割合も減少していたが、脳疾患・腎不全による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は上昇しているものの、40～64歳の2号認定率は変化なく、介護給付費は減少している。

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、健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の早期に医療受診行動をとった結果により重症化予防につながっていると推測できる。健診受診率は増加しているものの、医療費適正化の観点からも健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

イ 中長期目標の達成状況

(ア) 介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費は増えているものの、同規模平均と同様に1件当たり介護給付費は減っていることがわかった。

【図表6】

年度	音更町				同規模平均		
	介護給付費	1件あたり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	26億8476万円	64,387	40,733	283,372	65,293	41,599	283,210
H28年度	27億9052万円	61,245	38,332	277,011	62,887	40,725	277,662
H25年比	3.9%	-4.9%	-5.9%	-2.2%	-3.7%	-2.1%	-2.0%

(イ) 医療費の状況（図表7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると音更町は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。

※同規模とは、全国人口規模による区分であり、音更町は同規模区分12(町村人口2万人以上)で153の町村と比較している。

【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(%)	
				音更町	同規模			音更町	同規模			音更町	同規模
1総医療費(円)	H25年度	36億8788万円				14億3089万円				22億5698万円			
	H28年度	33億3149万円	-356,387,180	-9.7	2.5	12億4264万円	-188,250,665	-13.2	2.0	20億8884万円	-168,136,515	-7.4	-0.8
2一人当たり医療費(円)	H25年度	24,544				9,518				15,026			
	H28年度	24,661	117	0.5	8.5	9,191	-327	-3.4	7.8	15,472	446	3.0	8.8

※KDBの一人当たりの医療費は、月平均額での表示となる。

(ウ) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表8)

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)に係る医療費計では減少しているが、疾患別にみると慢性腎不全(透析)、脳血管疾患に係る医療費は減少しているものの、虚血性心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、国や北海道に比較すると同様または高くなっている。

【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年度との比較)

市町村名	総医療費	1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	腎臓		脳		心臓									
				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	糖尿病	高血圧
H25	音更町	36億8788万円	24,544	59位	121位	5.58%	0.53%	1.75%	1.91%	4.76%	5.88%	2.88%	8億5899万円	23.29%	13.08%	6.66%	9.67%
H28	音更町	33億3149万円	24,661	111位	136位	4.36%	0.61%	1.58%	2.72%	5.85%	4.37%	2.99%	7億4908万円	22.48%	13.79%	6.26%	9.04%
	同規模	378億1335万円	25,606	-	-	5.24%	0.34%	2.32%	2.15%	5.71%	4.98%	3.05%	900億5433万円	23.82%	14.21%	9.38%	8.74%
H28	道	4470億6800万円	27,782	-	-	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	927億0452万円	20.72%	15.83%	9.53%	9.08%
	国	9兆6879億6826万円	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2399億0893万円	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

※最大医療資源疾病(調剤含む)による分類

◆「最大医療傷病名」とはレセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

※比較して高いところに○をつけてみました。

(出典)

KDBシステム: 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(エ) 中長期的な疾患 (図表 9)

虚血性心疾患治療者 (様式 3-5)、人工透析者 (様式 3-7) は微減しており、脳血管疾患治療者 (様式 3-6) は微増していた。共通するリスクである高血圧治療者の割合は、脳血管疾患及び人工透析者で増加しており、虚血性心疾患治療者では減少していた。医療費と併せて考えると、虚血性心疾患治療者の一人当たりの費用が増えており、重症化している者がいると推測される。

【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	12,521	550	4.4%	78	14.2%	22	4.0%	453	82.4%	243	44.2%	351	63.8%
	64歳以下	4,616	169	3.7%	24	14.2%	20	11.8%	133	78.7%	80	47.3%	102	60.4%
	65歳以上	4,112	375	9.1%	375	14.4%	1	0.3%	316	84.3%	162	43.2%	247	65.9%
H28	全体	11,257	458	4.1%	74	16.2%	15	3.3%	369	80.6%	183	40.0%	313	68.3%
	64歳以下	3,782	104	2.7%	17	16.3%	13	12.5%	81	77.9%	43	41.3%	70	67.3%
	65歳以上	4,361	348	8.0%	56	16.1%	2	0.6%	283	81.3%	139	39.9%	241	69.3%

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	12,521	284	2.3%	78	27.5%	11	3.9%	206	72.5%	103	36.3%	159	56.0%
	64歳以下	4,616	86	1.9%	24	27.9%	10	11.6%	62	72.1%	32	37.2%	44	51.2%
	65歳以上	4,112	193	4.7%	54	28.0%	1	0.5%	143	74.1%	70	36.3%	114	59.1%
H28	全体	11,257	275	2.4%	74	26.9%	4	1.5%	206	74.9%	108	39.3%	164	59.6%
	64歳以下	3,782	74	2.0%	17	23.0%	3	4.1%	55	74.3%	29	39.2%	43	58.1%
	65歳以上	4,361	197	4.5%	56	28.4%	1	0.5%	150	76.1%	79	40.1%	120	60.9%

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	12,521	36	0.3%	11	30.6%	22	61.1%	35	97.2%	22	61.1%	16	44.4%
	64歳以下	4,616	31	0.7%	10	32.3%	20	64.5%	30	96.8%	21	67.7%	14	45.2%
	65歳以上	4,112	3	0.1%	1	33.3%	1	33.3%	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%
H28	全体	11,257	26	0.2%	4	15.4%	15	57.7%	26	100.0%	12	46.2%	14	53.8%
	64歳以下	3,782	21	0.6%	3	14.3%	13	61.9%	21	100.0%	10	47.6%	12	57.1%
	65歳以上	4,361	4	0.1%	1	25.0%	2	50.0%	4	100.0%	2	50.0%	2	50.0%

ウ 短期目標の達成状況

(ア) 共通リスク(様式3-2~3-4) (図表10)

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)においては、糖尿病治療者は増加しているが、透析者は減少している。しかし、糖尿病性腎症の割合に変化はなく、インスリン療法は増加しており、早期に受診している者も増加しているが、重症化してからの受診やコントロール不良者も一定数いると推測される。

高血圧治療者(様式3-3)においては、高血圧治療者、糖尿病治療者、脂質異常治療者は増加しており、虚血性心疾患は減少しているものの脳血管疾患は増加していることから、コントロール不良者または重症化している者が増えていると推測される。

【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								
		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	12,521	1,036	8.3%	77	7.4%	710	68.5%	647	62.5%	243	23.5%	103	9.9%	22	2.1%	46	4.4%
	64歳以下	4,616	371	8.0%	32	8.6%	247	66.6%	226	60.9%	80	21.6%	32	8.6%	21	5.7%	24	6.5%
	65歳以上	4,112	649	15.8%	42	6.5%	459	70.7%	413	63.6%	162	25.0%	70	10.8%	1	0.2%	21	3.2%
H28	全体	11,257	1,017	9.0%	90	8.8%	690	67.8%	633	62.2%	183	18.0%	108	10.6%	12	1.2%	37	4.4%
	64歳以下	3,782	305	8.1%	33	10.8%	191	62.6%	200	65.6%	43	14.1%	29	9.5%	10	3.3%	14	4.6%
	65歳以上	4,361	699	16.0%	54	7.7%	495	70.8%	426	60.9%	139	19.9%	79	11.3%	2	0.3%	22	3.1%

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	12,521	2,248	18.0%	710	31.6%	1,230	54.7%	453	20.2%	206	9.2%	35	1.6%
	64歳以下	4,616	788	17.1%	247	31.3%	396	50.3%	133	16.9%	62	7.9%	30	3.8%
	65歳以上	4,112	1,438	35.0%	459	31.9%	826	57.4%	316	22.0%	143	9.9%	3	0.2%
H28	全体	11,257	2,125	18.9%	690	32.5%	1,211	57.0%	369	17.4%	206	9.7%	26	1.2%
	64歳以下	3,782	607	16.0%	191	31.5%	347	57.2%	81	13.3%	55	9.1%	22	3.6%
	65歳以上	4,361	1,490	34.2%	495	33.2%	855	57.4%	283	19.0%	150	10.1%	3	0.2%

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	12,521	1,825	14.6%	647	35.3%	1,230	67.4%	351	19.2%	159	8.7%	16	0.9%
	64歳以下	4,616	653	14.1%	226	34.6%	396	60.6%	102	15.6%	44	6.7%	14	2.1%
	65歳以上	4,112	1,143	27.8%	413	36.1%	826	72.3%	247	21.6%	114	10.0%	2	0.2%
H28	全体	11,257	1,812	16.1%	633	34.9%	1,211	66.8%	313	17.3%	164	16.1%	14	0.8%
	64歳以下	3,782	557	14.7%	200	35.9%	347	62.3%	70	12.6%	43	14.7%	12	2.2%
	65歳以上	4,361	1,226	28.1%	426	34.7%	855	69.7%	241	19.7%	120	28.1%	2	0.2%

(イ) リスクの健診結果経年変化 (図表 11)

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにHbA1c、収縮期・拡張期血圧の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群は微減しているものの、該当者は増加傾向にあり、特に3項目全てに該当する者が増えていることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高インスリン状態にある者が多いと推測される。

【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 (概票)

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
H25	合計	345	37.5	463	50.3	264	28.7	206	22.4	87	9.5	312	33.9	516	56.1	146	15.9	362	39.3	153	16.6	513	55.8	12	1.3
	40-64	159	41.0	180	46.4	133	34.3	113	29.1	29	7.5	103	26.5	208	53.6	68	17.5	116	29.9	62	16.0	236	60.8	1	0.3
	65-74	186	35.0	283	53.2	131	24.6	93	17.5	58	10.9	209	39.3	308	57.9	78	14.7	246	46.2	91	17.1	277	52.1	11	2.1
H28	合計	541	40.6	751	56.3	378	28.4	320	24.0	118	8.9	446	33.5	765	57.4	222	16.7	638	47.9	277	20.8	689	51.7	43	3.2
	40-64	202	15.2	248	18.6	145	10.9	145	10.9	38	2.9	127	9.5	239	17.9	84	6.3	145	10.9	93	7.0	270	20.3	9	0.7
	65-74	339	25.4	503	37.7	233	17.5	175	13.1	80	6.0	319	23.9	526	39.5	138	10.4	493	37.0	184	13.8	419	31.4	34	2.6

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		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	310	25.9	203	16.9	168	14.0	121	10.1	17	1.4	265	22.1	631	52.6	28	2.3	495	41.3	141	11.8	763	63.6	2	0.2
	40-64	126	23.6	83	15.5	68	12.7	56	10.5	3	0.6	96	18.3	248	46.4	13	2.4	142	26.5	57	10.7	332	62.1	1	0.2
	65-74	184	27.7	120	18.1	100	15.1	65	9.8	14	2.1	167	25.2	383	57.7	15	2.3	353	53.2	84	12.7	431	64.9	1	0.2
H28	合計	506	27.5	344	18.7	295	16.0	210	11.4	31	1.7	386	21.0	1,011	54.9	47	2.6	784	42.6	260	14.1	1,080	57.7	11	0.6
	40-64	153	8.3	108	5.9	93	5.1	77	4.2	8	0.4	99	5.4	294	16.0	15	0.8	173	9.4	85	4.6	354	19.2	5	0.3
	65-74	353	19.2	236	12.8	202	11.0	133	7.2	23	1.2	287	15.6	717	38.9	32	1.7	611	33.2	175	9.5	726	39.4	6	0.3

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 (概票)

性別		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	人数	割合
H25	合計	920	25.2	60	6.5%	190	20.7%	12	1.3%	105	11.4%	73	7.9%	213	23.2%	30	3.3%	13	1.4%	110	12.0%	60	6.5%
	40-64	388	20.6	31	8.0%	77	19.8%	3	0.8%	31	8.0%	43	11.1%	72	18.6%	8	2.1%	3	0.8%	47	12.1%	14	3.6%
	65-74	532	29.9	29	5.5%	113	21.2%	9	1.7%	74	13.9%	30	5.6%	141	26.5%	22	4.1%	10	1.9%	63	11.8%	46	8.6%
H28	合計	1,333	41.4	72	5.4%	266	20.0%	21	1.6%	160	12.0%	85	6.4%	413	31.0%	65	4.9%	27	2.0%	185	13.9%	136	10.2%
	40-64	433	29.9	42	9.7%	89	20.6%	7	1.6%	38	8.8%	44	10.2%	117	27.0%	9	2.1%	10	2.3%	60	13.9%	38	8.8%
	65-74	900	50.9	30	3.3%	177	19.7%	14	1.6%	122	13.6%	41	4.6%	296	32.9%	56	6.2%	17	1.9%	125	13.9%	98	10.9%

性別		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		
H25	合計	1,199	27.5	37	3.1%	66	5.5%	4	0.3%	51	4.3%	11	0.9%	100	8.3%	13	1.1%	10	0.8%	54	4.5%	23	1.9%
	40-64	535	25.2	23	4.3%	22	4.1%	2	0.4%	15	2.8%	5	0.9%	38	7.1%	8	1.5%	4	0.7%	20	3.7%	6	1.1%
	65-74	664	29.7	14	2.1%	44	6.6%	2	0.3%	36	5.4%	6	0.9%	62	9.3%	5	0.8%	6	0.9%	34	5.1%	17	2.6%
H28	合計	1,841	46.0	44	2.4%	97	5.3%	8	0.4%	59	3.2%	30	1.6%	203	11.0%	28	1.5%	11	0.6%	112	6.1%	52	2.8%
	40-64	604	35.7	27	4.5%	29	4.8%	5	0.8%	15	2.5%	9	1.5%	52	8.6%	7	1.2%	4	0.7%	27	4.5%	14	2.3%
	65-74	1,237	53.6	17	1.4%	68	5.5%	3	0.2%	44	3.6%	21	1.7%	151	12.2%	21	1.7%	7	0.6%	85	6.9%	38	3.1%

(ウ) 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

健診受診率・特定保健指導率は増加している。メタボリックシンドローム該当者の減少率が増加しているにもかかわらず、該当者の割合が増えているのは、新規受診者に該当者が多いためと思われる。そのほかに、共通リスクやリスクの健診結果経年変化などから重症化している者も多いと推測されるため、重症化を予防していくためにも、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

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	
								音更町	同規模平均
H25 年度	7,902	2,118	26.8%	152 位	273	91	33.3%	53.6%	51.5%
H28 年度	7,202	3,169	44.0%	63 位	317	226	71.3%	55.5%	51.9%

	メタボリックシンドローム 該当者の減少率	メタボリックシンドローム 予備群の減少率	治療中未受診者		治療なし未受診者	
			40～64 歳	65～74 歳	40～64 歳	65～74 歳
H25 年度	19.2%	20.3%	44.2%	56.9%	32.7%	13.3%
H28 年度	26.0%	20.3%	36.7%	36.4%	30.3%	11.1%

(2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の減少を目標として、未受診者対策や重症化予防などの取組を進めてきた。

その結果、外来受療率の増加・入院医療費は減少し、介護認定率は増加しているものの、介護給付費は減少しており、医療費の抑制に繋がったと思われる(参考資料 1)。また、積極的に受診勧奨に取り組み、健診受診率は 17.2%増加した。特定健診開始当初は、「治療中だから特定健診は不要」と拒否していた者も多かったが、受診の必要性を丁寧に伝えていった結果、「治療中でも特定健診は必要」という意識が浸透し、治療中未受診者が減少したと思われる。特定保健指導率についても、平成 26 年度から結果説明会と重症化予防のための戸別訪問、平成 28 年度から保健指導専任者が 1 名から 2 名体制になり、保健指導委託機関とも連携をすすめ、対象者を丁寧に拾い上げていくことで 38%増につながったと思われる。

しかし、虚血性心疾患の医療費は増加しており、慢性腎不全における透析費用は減少しているものの糖尿病の医療費は増加しているなど取り組むべき課題も見えてきた。今後、医療費適正化と重症化予防を進めていくためにも、住民自らの状態を確認できる場として健診を活用し、健診受診率向上は重要な取り組むべき課題の一つである。(参考資料 12)

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

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

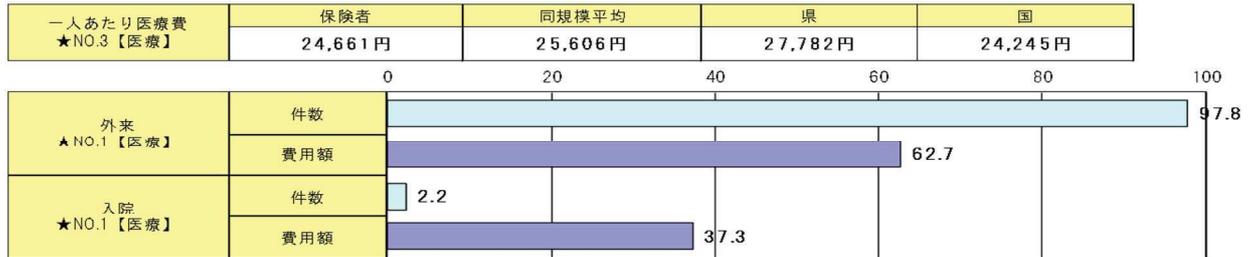
音更町の医療費に占める入院件数割合は2.2%で、費用額全体の37.3%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【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



○入院を重症化した結果としてとらえる

イ 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)

ひと月80万円以上の高額になる疾患では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用額の約13%を、6か月以上の長期入院のレセプト分析では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用額の約37%を占めていることがわかった。また、長期化する人工透析では、糖尿病によるものが約47%であった。これらの疾患に共通する基礎疾患として、高血圧、糖尿病、脂質異常症があり、高血圧、糖尿病、脂質異常症への早期受診勧奨及び治療中断を防ぐことが、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析への重症化を防ぐことにつながる。

【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	(28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	529件	40件 7.6%	44件 8.3%	--
		費用額	7億2291万円	4319万円 6.0%	8300万円 11.5%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	308件	78件 25.3%	30件 9.7%	--
		費用額	1億7692万円	4819万円 27.2%	1691万円 9.5%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	329件	52件 15.8%	186件 56.5%	154件 46.8%
		費用額	1億6323万円	2690万円 16.5%	8705万円 53.3%	8097万円 49.6%

厚労省様式	対象レセプト	(H29.5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	4,133人	276人 6.7%	466人 11.3%	36人 0.9%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	207人 75.0%	369人 79.2%	31人 86.1%
			糖尿病	101人 36.6%	190人 40.8%	36人 100%
			脂質異常症	171人 62.0%	320人 68.7%	27人 75.0%
		高血圧症	2,115人 51.2%	1,020人 24.7%	1,821人 44.1%	360人 8.7%

○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。

ウ 何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 94.8%であり、筋・骨格疾患の 91.0%を上回っていた。2号認定者においては、1号認定者よりも脳卒中・虚血性心疾患により、介護認定を受けている者が多かった。これらの疾患を持つ者は、6か月以上長期入院している割合も高く、共通するリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことで介護予防にもつながると言える。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

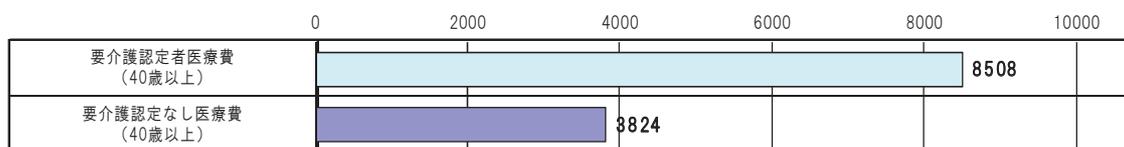
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上			計	
	被保険者数		15,157人		5,147人		5,144人		10,291人		25,448人
認定者数		53人		242人		1,927人		2,169人		2,222人	
認定率		0.35%		4.7%		37.5%		21.1%		8.7%	
新規認定者数(*1)		11人		44人		258人		302人		313人	
介護度別人数	要支援1・2	13	24.5%	58	24.0%	474	24.6%	532	24.5%	545	24.5%
	要介護1・2	23	43.4%	121	50.0%	864	44.8%	985	45.4%	1,008	45.4%
	要介護3～5	17	32.1%	63	26.0%	589	30.6%	652	30.1%	669	30.1%

要介護 実合状況 ★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)		53		242		1,927		2,169		2,222						
再) 国保・後期		26		193		1,787		1,980		2,006							
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	17	65.4%	脳卒中	86	44.6%	虚血性心疾患	845	47.3%	虚血性心疾患	912	46.1%	虚血性心疾患	920	45.9%
			虚血性心疾患	8	30.8%	虚血性心疾患	67	34.7%	脳卒中	697	39.0%	脳卒中	783	39.5%	脳卒中	800	39.9%
	3	腎不全	1	3.8%	腎不全	30	15.5%	腎不全	202	11.3%	腎不全	232	11.7%	腎不全	233	11.6%	
		糖尿病	11	42.3%	糖尿病	103	53.4%	糖尿病	892	49.9%	糖尿病	995	50.3%	糖尿病	1006	50.1%	
	基礎疾患(*2)	高血圧	高血圧	20	76.9%	高血圧	156	80.8%	高血圧	1530	85.6%	高血圧	1686	85.2%	高血圧	1706	85.0%
			脂質異常症	17	65.4%	脂質異常症	116	60.1%	脂質異常症	1053	58.9%	脂質異常症	1169	59.0%	脂質異常症	1186	59.1%
			血管疾患合計	合計	23	88.5%	合計	182	94.3%	合計	1696	94.9%	合計	1878	94.8%	合計	1901
	認知症	認知症	3	11.5%	認知症	42	21.8%	認知症	807	45.2%	認知症	849	42.9%	認知症	852	42.5%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	17	65.4%	筋骨格系	176	91.2%	筋骨格系	1633	91.4%	筋骨格系	1809	91.4%	筋骨格系	1826	91.0%	

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護実合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

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】



(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くなる。

本町においては、全国・全道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をみても BMI・GPT・空腹時血糖・尿酸などが高く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【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 (概要)

	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	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	46,503	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	541	46.7	751	56.3	378	28.4	320	24.0	118	8.9	446	33.5	765	57.4	222	16.7	638	47.9	277	20.8	689	51.7	43	3.2		
	40-64	202	46.7	248	57.3	145	33.5	145	33.5	38	8.8	127	29.3	239	55.2	84	19.4	145	33.5	93	21.5	270	62.4	9	2.1		
	65-74	339	37.7	503	55.9	233	25.9	175	19.4	80	8.9	319	35.4	526	58.4	138	15.3	493	54.8	184	20.4	419	46.6	34	3.8		

	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	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	506	27.5	344	18.7	295	16.0	210	11.4	31	1.7	386	21.0	1,011	54.9	47	2.6	784	42.6	260	14.1	1,080	58.7	11	0.6		
	40-64	153	25.3	108	17.9	93	15.4	77	12.7	8	1.3	99	16.4	294	48.7	15	2.5	173	28.6	85	14.1	354	58.6	5	0.8		
	65-74	353	28.5	236	19.1	202	16.3	133	10.8	23	1.9	287	23.2	717	58.0	32	2.6	611	49.4	175	14.1	726	58.7	6	0.5		

*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 (概要)

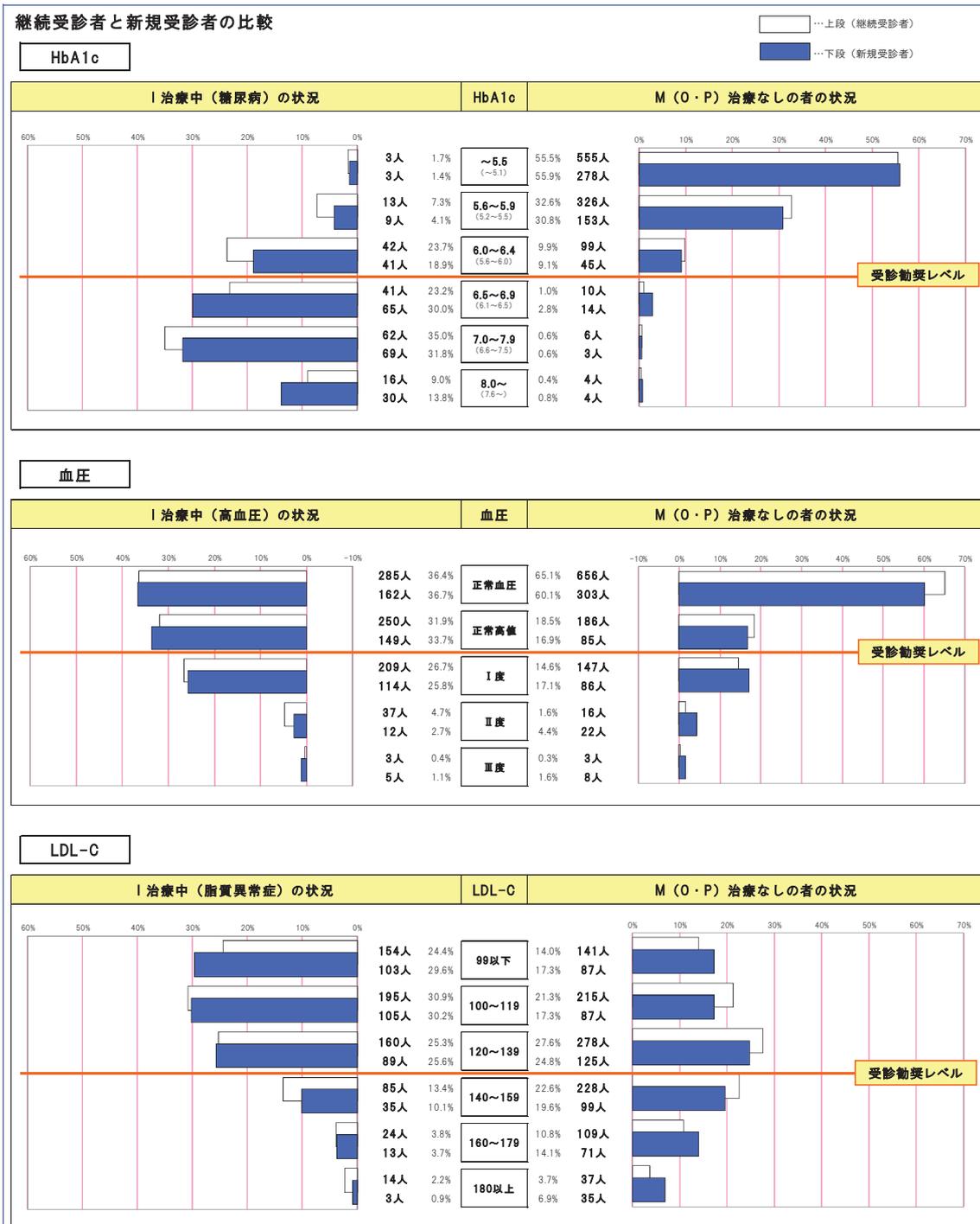
	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保険者	合計	1,333	41.4	72	5.4	266	20.0	21	1.6	160	12.0	85	6.4	413	31.0	65	4.9	27	2.0	185	13.9	136	10.2		
	40-64	433	29.9	42	9.7	89	20.6	7	1.6	38	8.8	44	10.2	117	27.0	9	2.1	10	2.3	60	13.9	38	8.8		
	65-74	900	50.9	30	3.3	177	19.7	14	1.6	122	13.6	41	4.6	296	32.9	56	6.2	17	1.9	125	13.9	98	10.9		
女性	合計	1,841	46.0	44	2.4	97	5.3	8	0.4	59	3.2	30	1.6	203	11.0	28	1.5	11	0.6	112	6.1	52	2.8		
	40-64	604	35.7	27	4.5	29	4.8	5	0.8	15	2.5	9	1.5	52	8.6	7	1.2	4	0.7	27	4.5	14	2.3		
	65-74	1,237	53.6	17	1.4	68	5.5	3	0.2	44	3.6	21	1.7	151	12.2	21	1.7	7	0.6	85	6.9	38	3.1		

(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病治療中者のうち合併症予防のコントロール目標値である HbA1C7.0%以上が半数近くを占めており、治療中でありながらもコントロール不良の者が多いと推測される。また、脂質異常症においては、治療なし者に受診勧奨レベルを超えている場合が多い。

※、M(O・P)については、図表 22 参照

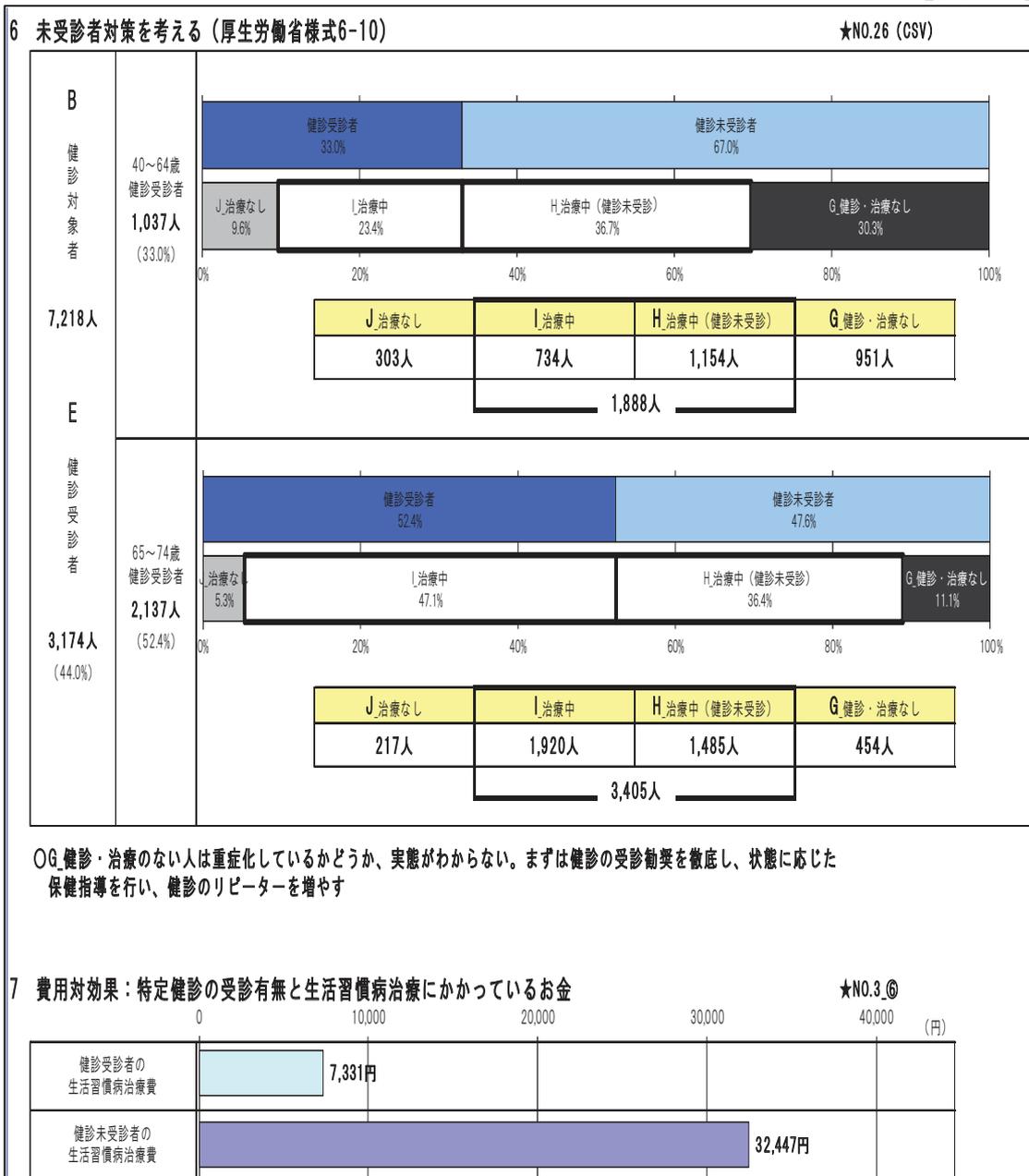
【図表 18】



(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」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が30.3%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、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用でみても、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ことがわかる。

【図表 19】



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。

3 目標の設定

(1) 成果目標

ア 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、「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。平成35年度には30年度と比較して、前述した3つの疾患をそれぞれ現状より減少させ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。

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

音更町では、特定健診を受診していない者が、重症化してから医療機関を受診し、生活習慣病治療に繋がっていることが明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげる観点から、入院外を伸ばし、入院を抑えることができている現状維持を目標とする。

イ 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、毎年、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%	55%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	72%	73%	73%	74%	74%	75%

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	6,942人	6,681人	6,488人	6,256人	5,995人	5,677人
	受診者数	3,471人	3,675人	3,893人	3,754人	3,597人	3,407人
特定保健指導	対象者数	467人	450人	437人	421人	403人	382人
	受診者数	337人	329人	320人	312人	299人	287人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。各医療機関と個別に委託契約を締結する。

ア 集団健診(音更町保健センター、木野コミュニティセンター)

イ 個別健診(町内医療機関及び帯広市内の一部医療機関)

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町ホームページに掲載する。

(参照)URL : www.town.otofuke.hokkaido.jp/life/mainichi-seikatu/kenkou-iryou/otofuke-tokuteikensin.html

(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、詳細な健診項目（血清クレアチニン、ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数、心電図検査）と保険者独自の項目（尿酸、HbA1c、総蛋白、アルブミン）を全員に実施する。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更される。（実施基準第 1 条 4 項）

(5) 実施時期

5 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、受診の案内の送付以外に、町広報紙及び町ホームページに等により医療保険者として加入者に対する基本的な周知活動を行う。

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施と医療機関への委託の形態でおこなう。

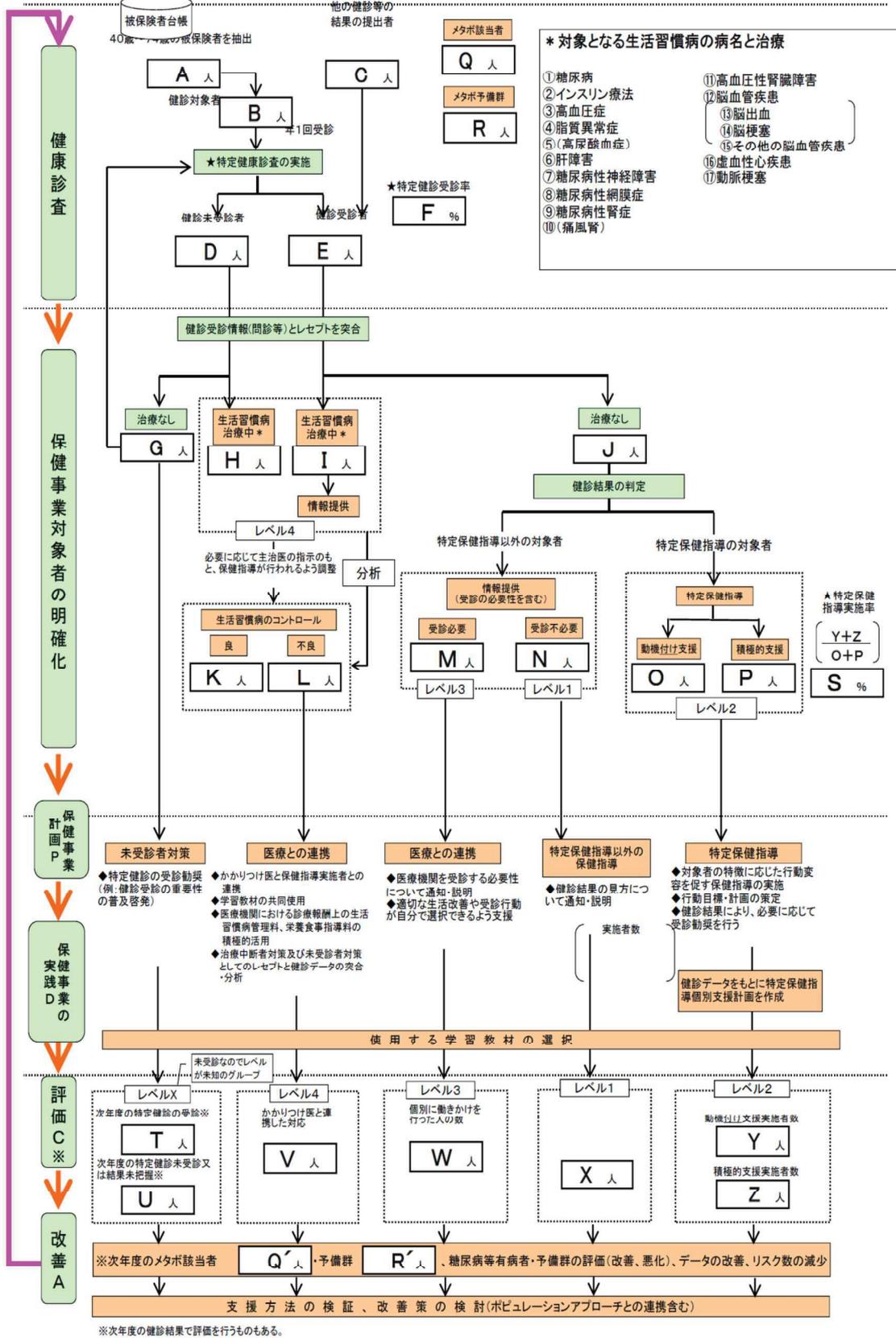
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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】

様式5-5

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート



(2) 平成 29 年度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 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	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	318人 (10.0%)	72%
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	561人 (17.7%)	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)	4,033人 ※受診率目標 達成までにあ と1,153人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	574人 (18.1%)	
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	1,716人 (54.1%)	

(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)

【図表24】

	H28年度						H29年度															H30年度										
	2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月		4月		5月	
	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬		
特定健診	受託意向調査(医療機関)	→																														
	委託契約締結			→																												
	各医療機関に依頼(結果返送方法等)					→																										
	特定健診受診券準備・発送							→																								
	特定健診(個別)									→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
	特定健診(集団)									→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
	情報提供依頼									→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
	国保との打合せ									→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
未受診者対策	国保保健事業					→																										
	受診勧奨(委託)							→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
	受診勧奨(直営)									→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
保健指導	H28年度分特定保健指導	→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
	H29年度分特定保健指導 (対象者には随時案内、実施)									→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
	集団健診結果説明会			→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
	重症化予防			→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
				→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		→		
ポピュレーションアプローチ	基本健診(18歳～39歳までの全町民を対象)																															
	健康相談・栄養相談																															
	出前講座(健康教育)																															
	広報・ホームページ																															

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及びガイドライン、音更町個人情報保護条例等遵守するものとする。

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、原則 5 年間保存するものとし、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、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

保健事業の実施に当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。その実施に当たっては第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当たっては「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、取組に当たっては図表25に沿って実施する。

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

【図表 25】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

(2) 対象者の明確化

ア 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準に当たっては音更町のプログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

イ 選定基準に基づく該当数の把握

(ア)対象者の抽出

取り組みを進めるに当たって、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 26)

【図表 26】

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。音更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ため、今後、尿アルブミン検査の実施を検討していく。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)

(イ)基準に基づく該当者数の把握

過去5年間の糖尿病疾病管理台帳と平成 28 年度の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 27)

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 42 人(7.8%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,582 人中のうち、特定健診受診者が 497 人(31.4%・G)であったが、17 人(3.4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,051 人(66.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 359 人中 106 人は治療中断であることが分かった。また、550 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。

(ウ)介入方法と優先順位

図表 27 より本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】

a 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・42 人

b 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・ 123 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)・・・ 480 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)・・・ 253 人

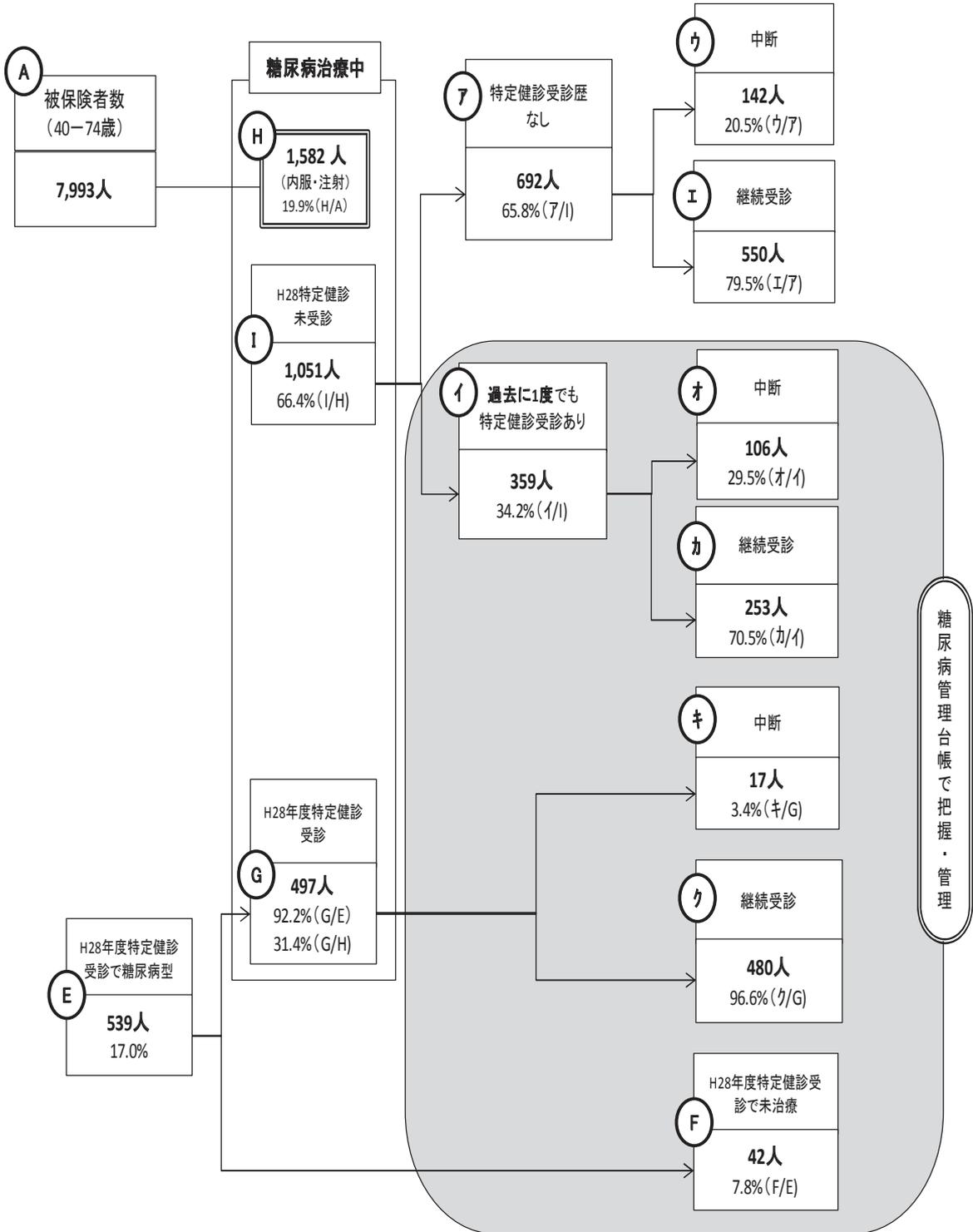
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 27】

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



過去5年分の糖尿病疾病管理台帳と平成28年度特定健診受診結果より作成

(3) 対象者の進捗管理

ア 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】

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

*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

(a)HbA1c (b)血圧 (c)体重 (d)eGFR (e)尿蛋白

b 資格を確認する

c レセプトを確認し情報を記載する

(a)治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期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

d 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。

e 担当地区の対象者数の把握

(a)未治療者・中断者(受診勧奨者)……59 人

(b)腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……480 人

(4) 保健指導の実施

ア 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。音更町においては、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 28)

【図表 28】

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: 5px; display: inline-block;">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"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病による網膜症 眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… 糖尿病性神経障害とそのすずみ方 糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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>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 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<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・腎機能の評価</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> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖降下薬の選択 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 ビッグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

(5) 医療との連携

ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に町内医療機関と協議した紹介状等を使用する。

イ 治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携に当たっては、音更町糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに準じて行っていく。

(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

評価を行うに当たっては、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。

ア 短期的評価

(ア)受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

(イ)保健指導対象者に対する評価

- a 保健指導実施率
- b 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - 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当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

ア 対象者選定基準の考え方

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

イ 重症化予防対象者の抽出

(ア) 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、その所見があった場合は血圧、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。音更町では、平成 26 年度から特定健診で心電図検査を全数実施しているが、情報提供時は必須項目としていない。音更町において特定健診受診者 3,169 人のうち心電図検査実施者は 2,583 人(81.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 90 人であった(図表 30)。ST 所見あり 90 人中のうち 14 人が医療機関を受診していない。(図表 31)。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、ST 所見ありの 90 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。

音更町は、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を継続していく必要がある。

【図表 29】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	3,169	44.0	2,583	81.5%	90	3.5%	407	15.8%	2,086	80.8%

【図表 30】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		医療機関受診あり(b)		受診なし(c)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/a)(%)
90	100	76	84.4	14	15.6

(イ)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「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31に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 31】

心電図以外の保健指導対象者の把握

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		
	3,169	90	407	2,086	586	
		2.8%	12.8%	65.8%	18.5%	
メタ [*] 該当者	616	21	90	338	167	
	19.4%	3.4%	14.6%	54.9%	27.1%	
メタ [*] 予備群	362	16	62	234	50	
	11.4%	4.4%	17.1%	64.6%	13.8%	
メタ [*] なし	2,191	53	255	1,514	369	
	69.1%	2.4%	11.6%	69.1%	16.8%	
LDL-C	140-159	403	10	39	301	53
		12.7%	2.5%	9.7%	74.7%	13.2%
	160-179	193	6	13	155	19
	6.1%	3.1%	6.7%	80.3%	9.8%	
	180-	76	2	16	50	8
	2.4%	2.6%	21.1%	65.8%	10.5%	
CKD	G3aA1~	416	14	68	250	84
		13.1%	3.4%	16.3%	60.1%	20.2%

(3)保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 32 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。

保健指導の実施に当たっては、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 32】

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)

イ 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

評価を行うに当たっては、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。

ア 短期的評価

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

(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)

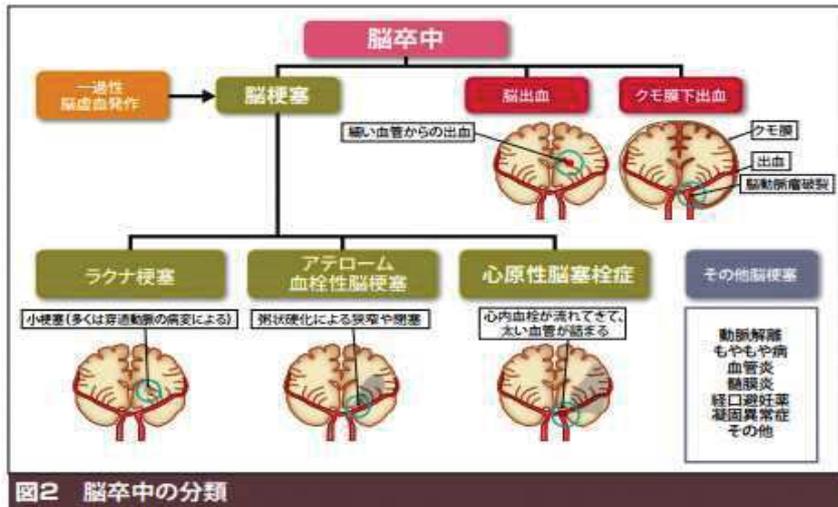
3 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組に当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 33、34)

【脳卒中の分類】

【図表 33】



(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 34】

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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

(2)対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 35 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 35】

特定健診受診者における重症化予防対象者

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		メタリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
脳梗塞	●		●		●				○		○				
アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○				
心原性脳梗塞	●						●		○		○				
脳出血	●														
くも膜下出血	●														
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		メタリック 該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)				
受診者数 3,169人	109人	3.4%	279人	8.8%	110人	3.5%	15人	0.5%	616人	19.4%	35人	8.8%	74人	2.3%	
治療なし	53人	2.7%	103人	3.8%	93人	4.2%	3人	0.2%	97人	6.7%	4人	0.3%	11人	0.8%	
治療あり	56人	4.7%	176人	45.2%	17人	1.8%	12人	0.7%	519人	30.2%	31人	1.8%	63人	3.8%	
臓器障害あり	17人	32.1%	18人	17.5%	25人	26.9%	3人	100.0%	21人	21.6%	4人	100.0%	11人	100.0%	
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)		3人		5人		0人		2人		4人		11人		
	尿蛋白(2+)以上		1人		4人		0人		1人		4人		0人		
	尿蛋白(+)-尿潜血(+)		0人		0人		0人		0人		0人		0人		
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		3人		1人		0人		1人		0人		11人		
	心電図所見あり		17人		15人		21人		3人		19人		0人		1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見るとⅡ度高血圧以上が113人(3.5%)であり、56人は未治療者であった。また未治療者のうち19人(33.9%)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57人(4.6%)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。

イ リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 36)

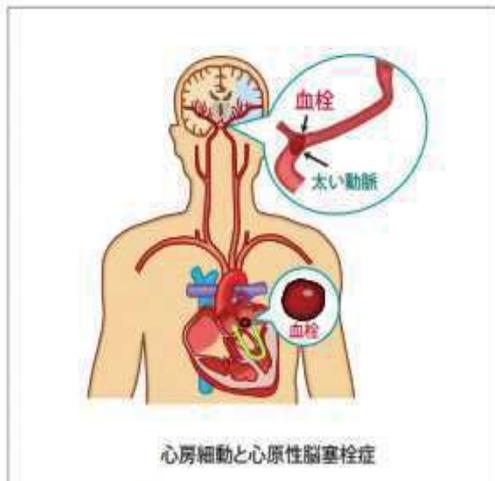
保健指導対象者の明確化と優先順位決定		【図表 36】						
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）						
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
	1,970	642	595	385	295	41	12	
		32.6%	30.2%	19.5%	15.0%	2.1%	0.6%	
リスク第1層	237	119	71	25	21 ^④	1	0 ^①	
		12.0%	18.5%	11.9%	6.5%	7.1%	2.4%	0.0%
リスク第2層	1,043	360	310	198	150 ^③	19	6	
		52.9%	56.1%	52.1%	51.4%	50.8%	46.3%	50.0%
リスク第3層	690	163	214	162	124 ^②	21	6	
		35.0%	25.4%	36.0%	42.1%	42.0%	51.2%	50.0%
再 過 重 複 あ り	糖尿病	221	39	73	62	42	4	1
		32.0%	23.9%	34.1%	38.3%	33.9%	19.0%	16.7%
	慢性腎臓病 (CKD)	239	63	74	56	41	3	2
	34.6%	38.7%	34.6%	34.6%	33.1%	14.3%	33.3%	
3個以上の危険因子	420	92	125	102	83	15	3	
	60.9%	56.4%	58.4%	63.0%	66.9%	71.4%	50.0%	

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
21	151	176
1.1%	7.7%	8.9%
21	1	0
100%	0.7%	0.0%
--	150	25
--	99.3%	14.2%
--	--	151
--	--	85.8%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 36 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。

ウ 心電図検査における心房細動の実態



(「脳卒中予防への提言(公益社団法人日本脳卒中協会)」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 37 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。

【図表 37】

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				日循環学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,089	1,512	14	1.29%	1	0.07%	-	-
40歳代	124	142	0	0%	0	0%	0.2	0.04
50歳代	135	142	0	0%	0	0%	0.8	0.1
60歳代	466	746	3	0.64%	0	0%	1.9	0.4
70～74歳	364	482	11	3.02%	1	0.21%	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査（2006）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

【図表 38】

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	%
15	100	3	20.0	12	80.0

心電図検査において 15 人に心房細動の所見があった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していたが、日本循環器学会疫学調査と比較すると低いことがわかった。また 15 人のうち 12 人は既に治療が開始されていたが、3 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続する必要がある。

(3) 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

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

イ 対象者の管理

(ア) 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)

(イ) 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個人管理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。

ア 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム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

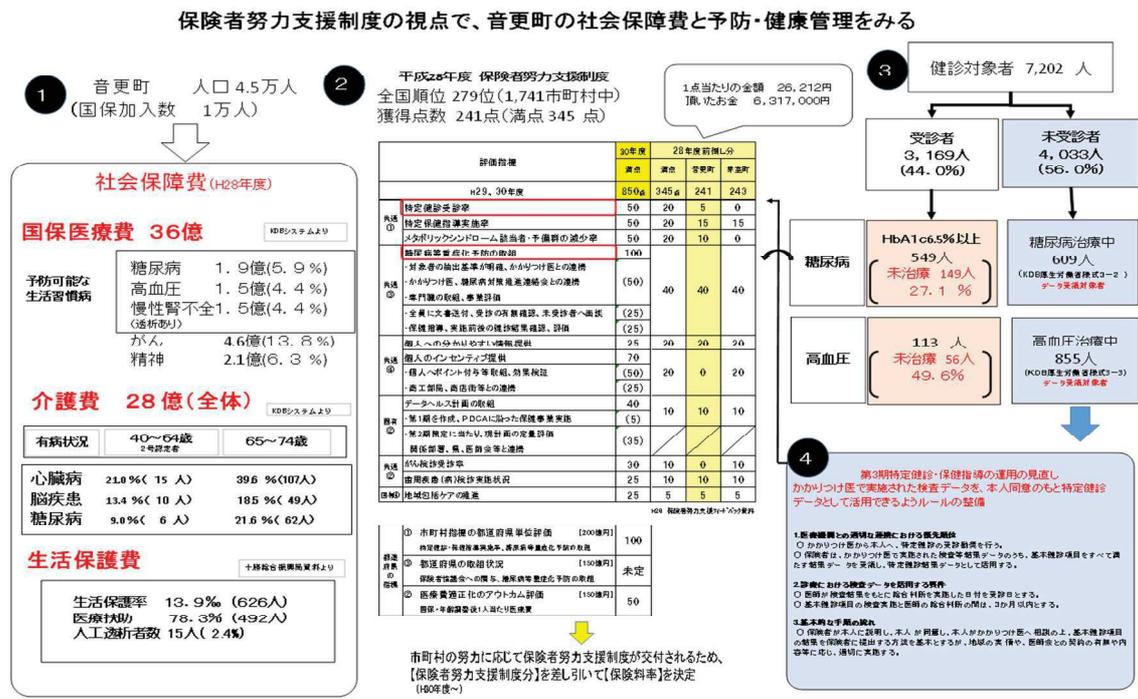
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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)

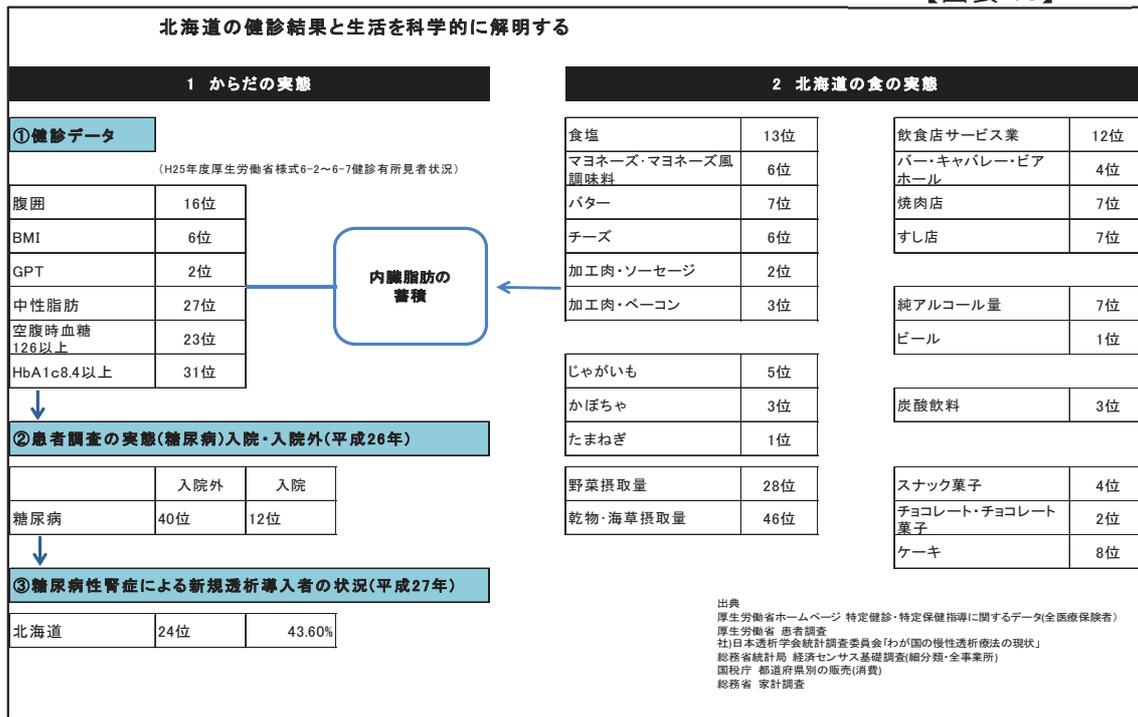
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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 39・40)

【図表 39】



【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

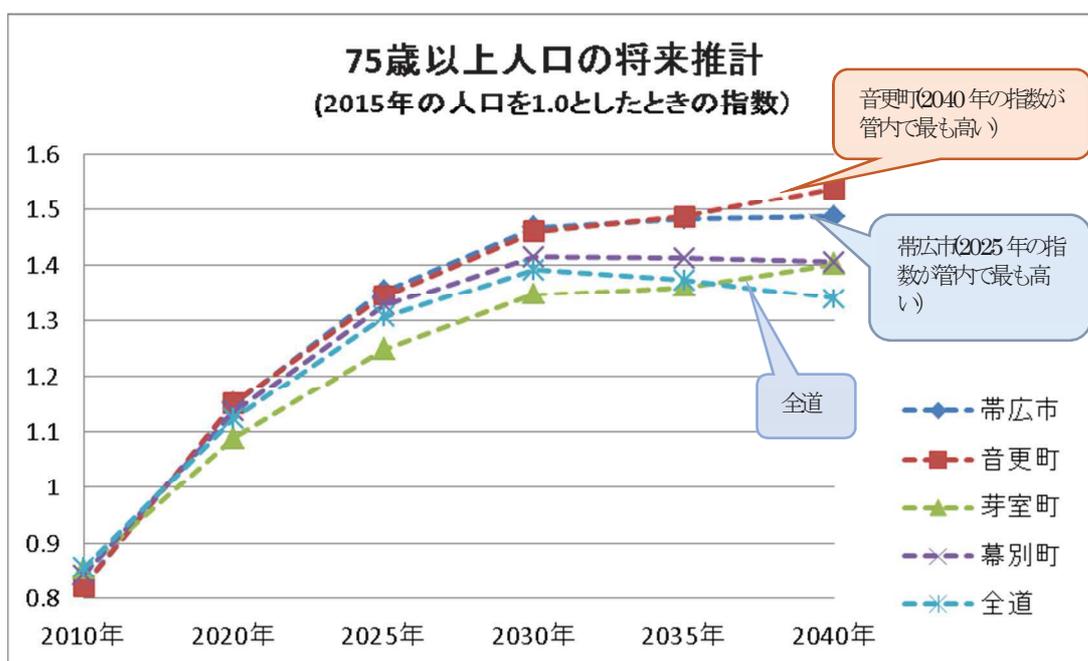
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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。

音更町の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1.54と管内一高くなると推計されている。(図表41)

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

【図表41】



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成 25(2013)年 3月推計)より作成

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。

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・11）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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、アドバイザー等から指導・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得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紙を通じた周知のほか、地域の医師会等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音更町の位置
- 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 心房細動管理票
- 参考資料 10 評価イメージ 1
- 参考資料 11 評価イメージ 2
- 参考資料 12 受診率向上対策の流れ

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた音更町の位置

項目		H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
		保険者		保険者		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 全体像	① 人口構成	総人口	45,001		45,001		4,840,962		5,475,176		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況
		65歳以上(高齢化率)	10,291	22.9	10,291	22.9	1,107,232	22.9	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.3
		75歳以上	5,144	11.4	5,144	11.4			669,235	12.2	13,989,864	11.2	
		65~74歳	5,147	11.4	5,147	11.4			686,896	12.5	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題
		40~64歳	15,157	33.7	15,157	33.7			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0	
	39歳以下	19,553	43.5	19,553	43.5			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	13.4		13.4		6.2		7.7		4.2		KDB_NO.3
		第2次産業	20.0		20.0		28.8		18.1		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題
		第3次産業	66.6		66.6		65.0		74.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	81.7		81.7		79.7		79.2		79.6		
女性		87.6		87.6		86.5		86.3		86.4		KDB_NO.1	
④ 健康寿命	男性	65.9		65.9		65.4		64.9		65.2		地域全体像の把握	
	女性	67.0		67.0		66.9		66.5		66.8			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	87.8		87.7		98.8		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	79.5		81.4		98.9		97.6		100		
		女性	79.5		81.4		98.9		97.6		100		
		がん	114	53.5	141	54.9	13,676	49.0	18,759	51.6	367,905	49.6	
		心臓病	59	27.7	58	22.6	7,410	26.6	9,429	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	24	11.3	34	13.2	4,436	15.9	4,909	13.5	114,122	15.4	
		糖尿病	5	2.3	4	1.6	538	1.9	669	1.8	13,658	1.8	
	腎不全	9	4.2	14	5.4	920	3.3	1,543	4.2	24,763	3.3		
	自殺	2	0.9	6	2.3	924	3.3	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	61	17.5	50	11.3							厚労省HP 人口動態調査
男性		36	18.8	32	7.2								
女性	25	12.5	18	4.1									
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,959	18.6	2,169	20.8	214,190	19.5	315,124	23.0	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	29	0.3	39	0.3	3,882	0.3	5,300	0.4	105,654	0.3	
		2号認定者	53	0.4	53	0.4	5,773	0.4	7,521	0.4	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	478	24.8	493	21.1	50,596	22.6	82,243	25.0	1,343,240	21.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		高血圧症	1,070	54.4	1,173	51.3	116,354	52.3	169,499	51.7	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	578	29.3	673	29.7	62,322	27.8	100,850	30.7	1,733,323	28.2	
		心臓病	1,217	61.3	1,285	57.0	132,584	59.7	189,212	57.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	449	23.0	472	20.5	59,279	26.8	79,841	24.6	1,530,506	25.3	
		がん	249	12.6	283	11.9	22,271	9.9	38,597	11.6	629,053	10.1	
		筋・骨格	1,001	51.2	1,108	48.3	114,209	51.3	168,550	51.4	3,051,816	49.9	
精神	776	38.5	820	36.1	79,819	35.7	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)	64,387		61,245		62,877		57,953		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	40,733		38,332		40,725		38,810		39,683			
	施設サービス	283,372		277,011		277,662		283,015		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	11,435	8,508	8,363	8,976	7,980						
	認定なし	3,493	3,824	3,835	4,619	3,822							
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	12,464		11,024		1,197,997		1,312,713		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		65~74歳	4,167	33.4	4,336	39.3			547,063	41.7	12,462,053	38.2	
		40~64歳	4,534	36.4	3,657	33.2			441,494	33.6	10,946,693	33.6	
		39歳以下	3,763	30.2	3,031	27.5			324,156	24.7	9,178,477	28.2	
	加入率	27.7		24.5		25.1		24.0		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.3	4	0.4	296	0.2	569	0.4	8,255	0.3	KDB_NO.5
		診療所数	20	1.6	22	2.0	2,970	2.5	3,377	2.6	96,727	3.0	被保険者の状況
		病床数	627	50.3	627	56.9	53,431	44.6	96,574	73.6	1,524,378	46.8	
		医師数	40	3.2	39	3.5	8,940	7.5	12,987	9.9	299,792	9.2	
		外来患者数	680.2		725.6		692.6		646.1		668.3		
入院患者数	17.4		16.5		19.6		22.9		18.2				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	24,544	県内121位 同規模59位	24,663	県内136位 同規模111位	25,607	27,782	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	697,594		742,186		712,277		668,982		686,501			
	外来 費用の割合	61.4		62.7		59.2		55.2		60.1			
	件数の割合	97.5		97.8		97.2		96.6		97.4			
	入院 費用の割合	38.6		37.3		40.8		44.8		39.9			
件数の割合	2.5		2.2		2.8		3.4		2.6				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源疾患 名(調剤含む)	1件あたり在院日数	15.0日		13.6日		15.8日		15.8日		15.6日		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
	がん	482,301,070	24.6	458,998,580	26.4	25.1	28.5	25.6					
	慢性腎不全(透析あり)	205,709,010	10.5	145,211,670	8.4	9.3	6.5	9.7					
	糖尿病	174,870,490	8.9	194,557,940	11.2	10.1	9.3	9.7					
	高血圧症	215,777,830	11.0	145,437,710	8.4	8.8	7.9	8.6					
	精神	242,858,110	12.4	208,660,660	12.0	16.6	17.2	16.9					
筋・骨格	356,126,960	18.2	304,512,080	17.5	15.5	16.4	15.2						

4	医療	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数183	入院	糖尿病	618,400	42位	(17)	592,090	77位	(15)									KDB_NO.3 健診・医療・介護 データから見る地域					
						高血圧	643,210	50位	(16)	608,149	95位	(16)														
						脂質異常症	582,794	61位	(19)	668,722	14位	(16)														
						脳血管疾患	733,152	40位	(19)	645,361	91位	(19)														
						心疾患	751,495	52位	(13)	747,715	55位	(12)														
						腎不全	775,290	64位	(18)	774,244	70位	(20)														
						精神	527,399	28位	(23)	547,964	36位	(22)														
						悪性新生物	693,040	33位	(14)	660,398	71位	(12)														
						外来	糖尿病	399,448	56位		38,182	82位														
						高血圧	32,860	57位		29,150	138位															
						脂質異常症	29,193	105位		26,191	145位															
						脳血管疾患	45,416	21位		38,243	69位															
						心疾患	45,194	58位		45,681	66位															
						腎不全	175,129	65位		168,003	64位															
精神	29,466	94位		26,754	145位																					
悪性新生物	47,370	104位		44,045	158位																					
6	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,957		2,699		2,673		1,458		2,065								KDB_NO.3 健診・医療・介護 データから見る地域						
			健診未受診者	7,315		11,945		12,504		15,594		12,683														
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,274		7,331		7,298		4,388		5,940														
			健診未受診者	30,925		32,447		34,143		46,918		36,479														
7	健診・レセ 実合	受診勧奨者	1,212	57.2	1,851	58.3	186,267	56.4	129,168	57.2	4,116,530	55.9								KDB_NO.1 地域全体の把握						
		医療機関受診率	1,135	53.6	1,760	55.5	171,291	51.9	118,763	52.6	3,799,744	51.6														
		医療機関非受診率	77	3.6	91	2.9	14,976	4.5	10,405	4.6	316,786	4.3														
5	健診	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数183	メタボ該当・予備群 レベル	健診受診者	2,119		3,169		329,973		225,931		7,362,845						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データから見る地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体の把握					
						受診率	26.8		44.0		39.6		25.1		34.0											
						特定保健指導終了者(実施率)	105	38.0	226	71.3	3,438	8.5	938	3.5	35,557	4.1										
						非肥満高血糖	143	6.7	298	9.4	33,794	10.2	17,429	7.7	687,157	9.3										
						メタボ	該当者	313	14.8	616	19.4	58,303	17.7	37,430	16.6	1,272,714	17.3									
							男性	213	23.2	413	31.0	39,754	27.5	25,731	27.5	875,805	27.5									
							女性	100	8.3	203	11.0	18,549	10.0	11,699	8.8	396,909	9.5									
							予備群	256	12.1	361	11.4	35,610	10.8	24,029	10.6	790,096	10.7									
							男性	190	20.7	264	20.0	24,589	17.0	16,766	17.9	548,609	17.2									
						女性	66	5.5	97	5.3	11,021	5.9	7,263	5.5	241,487	5.8										
						BMI	総数	666	31.4	1,095	34.5	105,603	32.0	69,361	30.7	2,320,533	31.5									
							男性	463	50.3	751	56.3	72,052	49.9	47,819	51.1	1,597,371	50.1									
							女性	203	16.9	344	18.7	33,551	18.1	21,542	16.3	723,162	17.3									
							総数	174	8.2	259	8.2	15,802	4.8	14,535	6.4	346,181	4.7									
							男性	28	3.0	36	2.7	2,382	1.6	2,471	2.6	55,460	1.7									
							女性	146	12.2	223	12.1	13,420	7.2	12,064	9.1	290,721	7.0									
							血糖のみ	16	0.8	29	0.9	2,430	0.7	1,283	0.6	48,685	0.7									
							血圧のみ	156	7.4	219	6.9	24,544	7.4	16,730	7.4	546,667	7.4									
							脂質のみ	84	4.0	115	3.6	8,636	2.6	6,016	2.7	194,744	2.6									
血糖・血圧	43	2.0	93	2.9	9,715		2.9	5,478	2.4	196,978	2.7															
血糖・脂質	23	1.1	38	1.2	3,376		1.0	1,811	0.8	69,975	1.0															
血圧・脂質	164	7.7	297	9.4	27,313		8.3	19,151	8.5	619,684	8.4															
血糖・血圧・脂質	83	3.9	188	5.9	17,899		5.4	10,990	4.9	386,077	5.2															
6	生活習慣 状況	①	既往歴	薬	高血圧		638	30.1	1,202	37.9	112,638	34.2	74,890	33.2	2,479,216	33.7						KDB_NO.1 地域全体の把握				
					糖尿病	148	7.0	395	12.4	25,723	7.8	15,872	7.0	551,051	7.5											
					脂質異常症	462	21.8	955	30.1	76,839	23.3	55,219	24.4	1,738,149	23.6											
					脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	50	2.8	68	2.8	10,317	3.2	7,611	3.5	230,777	3.3											
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	88	4.8	122	5.1	18,529	5.8	12,203	5.6	391,296	5.5											
					腎不全	5	0.3	6	0.2	2,296	0.7	1,056	0.5	37,041	0.5											
					貧血	175	9.6	248	10.3	30,853	9.7	20,157	9.2	710,650	10.1											
					喫煙	335	15.8	476	15.0	44,224	13.4	37,780	16.7	1,048,171	14.2											
					週3回以上朝食を抜く	176	9.7	219	9.1	20,748	7.1	21,204	10.4	540,374	8.5											
					週3回以上食後間食	301	16.6	354	14.7	32,113	11.0	32,406	15.9	743,581	11.8											
					週3回以上就寝前夕食	260	14.3	311	13.0	43,130	14.6	29,861	14.6	983,474	15.4											
					食べる速度が速い	520	28.6	684	28.5	73,435	25.2	55,733	27.3	1,636,988	25.9											
					20歳時体重から10kg以上増加	615	33.9	787	32.8	95,681	32.4	67,673	33.1	2,047,756	32.1											
					1回30分以上運動習慣なし	1,086	59.7	1,401	58.4	169,920	57.8	126,554	61.6	3,761,302	58.7											
1日1時間以上運動なし	937	51.6	1,226	51.1	136,130	46.0	98,397	48.0	2,991,854	46.9																
睡眠不足	405	22.4	494	20.9	70,019	24.1	46,189	22.6	1,584,002	25.0																
毎日飲酒	356	19.6	456	19.0	77,040	24.4	45,392	22.0	1,760,104	25.6																
時々飲酒	465	25.6	658	27.3	65,382	20.7	54,150	26.2	1,514,321	22.0																
②	一日飲酒量	1合未満	875	65.6	1,163	65.0	138,321	65.4	78,398	58.0	3,118,433	64.1														
	1~2合	315	23.6	434	24.3	49,631	23.5	36,067	26.7	1,158,318	23.8															
	2~3合	99	7.4	144	8.0	18,608	8.8	16,011	11.9	452,785	9.3															
	3合以上	44	3.3	48	2.7	5,046	2.4	4,637	3.4	132,608	2.7															

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳 【対象者抽出基準】
(HbA1c6.5以上) 過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病罹患は問診結果による
※75歳未満は15歳以上の対象者抽出基準に該当した年度を指す
※高齢年度別(75歳未満)に年度年齢が若い順に並び替え

№	地区	通知年度	個人番号	氏名	性別	H27年度年齢	診断開始日 自覚症状の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	血糖コントロール率	H29健診	通院医療機関	傷病名	内服	H29健診	重複率 (%)	担当	業種
1								糖尿病	糖尿病									0		DM, DM 腎臓病, DM	75歳以上 1.5mg/20Lの アルブミン 排泄量 アルブミン定量検査 している	306		
								高血圧	HbA1c	64	74.2	73.9	71.7											
								虚血性心疾患	体重	54	54	54	54											
								脳血管疾患	BMI	25	28.8	28.8	27.9											
								糖尿病性腎症	血圧	118/70	99/76	114/63	119/79											
									GFR	134.6	97.6	96.3	99.2											
									CKD	尿蛋白	±	—	—	—										
2								糖尿病	糖尿病									1 型DM	1 型DM	アトピー 喘息 糖尿病治療中	315			
								高血圧	HbA1c	7	—	—	—											
								虚血性心疾患	体重	59.8	58.2	60.6	58	61.1	60.6	61.3								
								脳血管疾患	BMI	21.7	21	21.8	20.8	21.9	21.7	22								
								糖尿病性腎症	血圧	111/69	111/62	100/64	100/76	111/60	119/63	115/73								
									GFR	98.7	99	93	87.2	93.2	94	92								
									CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—	—								
3								糖尿病	糖尿病									HT 糖尿病 腎臓病 DM, DM	メタボ アトピー アレルギー 糖尿病治療中					
								高血圧	HbA1c	6.6	6.6	—	—	—	—									
								虚血性心疾患	体重	90.8	90.9	89.7	91.7	91.5	91.6									
								脳血管疾患	BMI	32.5	32.7	32.3	33	32.6	33									
								糖尿病性腎症	血圧	130/70	124/71	123/69	121/75	124/71	131/84									
									GFR	98	97.4	83.6	85.4	89.9	82									
									CKD	尿蛋白	—	—	±	±	—									
4								糖尿病	糖尿病															
								高血圧	HbA1c	6.5	—	—	—	—	—									
								虚血性心疾患	体重	87.7	—	—	—	—	—									
								脳血管疾患	BMI	32.5	—	—	—	—	—									
								糖尿病性腎症	血圧	146/77	—	—	—	—	—									
									GFR	89.8	—	—	—	—	—									
									CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—									
5								糖尿病	糖尿病										糖尿病 アトピー アレルギー 糖尿病治療中 糖尿病治療中 糖尿病治療中	75歳以上 1.5mg/20Lの アルブミン 排泄量 アルブミン定量検査 している				
								高血圧	HbA1c	24.7	24.2	22.7	22.9	27.2	28									
								虚血性心疾患	体重	26.4	26.3	25.7	25.5	23.8	24.1									
								脳血管疾患	血圧	111/62	113/61	113/65	107/61	104/56	135/74									
								糖尿病性腎症	GFR	93.3	80.1	85.5	78.2	73.8	72.4									
									CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—									
									CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—									
6								糖尿病	糖尿病															
								高血圧	HbA1c	7	7	6.2	6.2	6.3	—									
								虚血性心疾患	体重	61.4	61	63.5	—	61.3	63.3									
								脳血管疾患	BMI	22.4	20.5	20.5	—	20.4	20.9									
								糖尿病性腎症	血圧	89/50	92/58	84/45	—	101/63	128/91									
									GFR	134	109.1	106.6	—	111.5	108.8									
									CKD	尿蛋白	—	±	—	—	—									
7								糖尿病	糖尿病															
								高血圧	HbA1c	25	29.2	27	22.8	24.8	23.8									
								虚血性心疾患	体重	26.8	26.4	27.8	27.9	28.2	28.1									
								脳血管疾患	BMI	26.8	26.4	27.8	27.9	28.2	28.1									
								糖尿病性腎症	血圧	153/79	141/70	129/71	128/67	103/58	163/72									
									GFR	79.2	69.3	69.8	69.4	64.3	61.8									
									CKD	尿蛋白	±	±	+	+	—									

【参考資料 4】

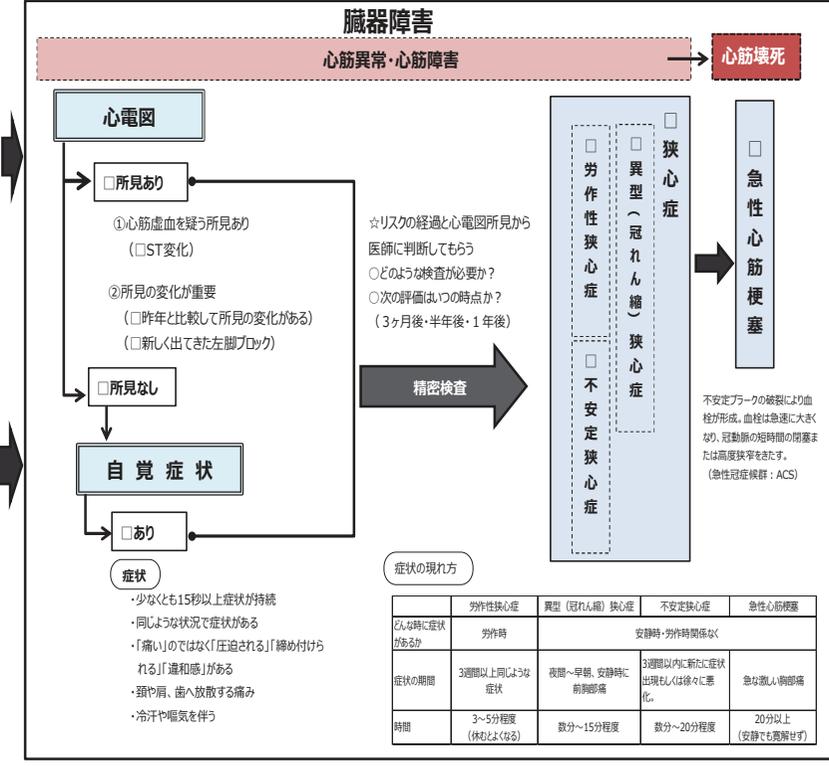
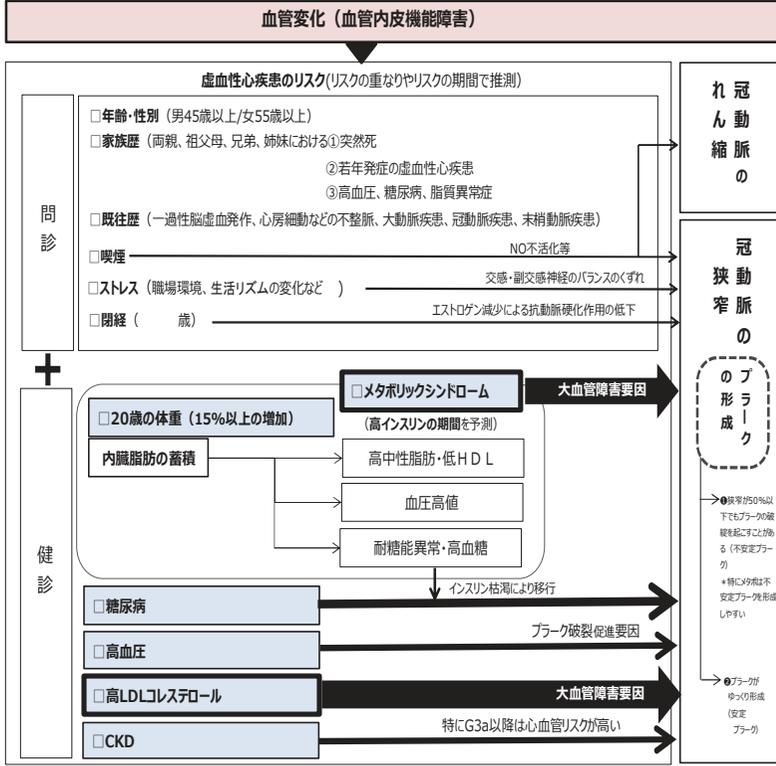
糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度 担当者名: 担当地区:

	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 (A+B) ()人		
	A 健診未受診者 ()人	1. 資格喪失(死亡・転出)の確認 ○ 医療保険移動の確認 ○ 死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○ 健診データを本人から ○ レセプトの確認協力
	結果把握(内訳)	2. レセプトの確認 ○ 治療の確認 ○ 直近の治療の有無の確認	● 合併症 ● 脳・心疾患—手術 ● 人工透析 ● がん
	① 国保(生保) ()人	3. 会いに行く ○ 医療受診勧奨の保健指導 ○ 糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	② 後期高齢者 ()人	4. 結果から動く ○ 経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○ 経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○ 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	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		
	B 結果把握 ()人		
① HbA1c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 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~ 顕性腎症 ()人			
③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73m ² 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	12	都道府県	1	市町村名	音更町	
項目	統合表	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164		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	11,705人						KDB 厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳	B	8,409人						
2	②	特定健診対象者数	C	7,202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
	③	受診率		44.0%						
3	①	特定保健指導対象者数		317人						
	②	実施率		71.3%						
4	①	糖尿病型	E	534人	16.9%					特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	140人	26.2%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	394人	73.8%					
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖180以上	J	206人	52.3%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	122人	59.2%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	109人	52.9%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	188人	47.7%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	422人	79.0%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		57人	10.7%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		44人	8.2%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		12人	2.2%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		87.1人						KDB 厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		120.0人						
	③	レセプト件数(40-74歳)	入院外(件数)	5,821件	(728.3)			4,309件	(785.4)	KDB 疾病別医療費分析(生活習慣病)
	④	1件当り受療率対	入院(件数)	41件	(5.1)			28件	(5.1)	
	⑤	糖尿病治療中	H	1,020人	8.7%					KDB 厚生労働省様式様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳		1,009人	12.0%					
	⑦	健診未受診者	I	615人	61.0%					
	⑧	インスリン治療	O	83人	8.1%					
	⑨	(再掲)40-74歳		82人	8.1%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	36人	3.5%					
	⑪	(再掲)40-74歳		35人	3.5%					
	⑫	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.08%					
	⑬	(再掲)40-74歳		11人	1.09%					
	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)		37人	2.9%					KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	総医療費		33億3150万円				23億0569万円	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		17億3731万円				13億0173万円		
	③	(総医療費に占める割合)		52.1%				56.5%		
	④	生活習慣病対象者	健診受診者	7,331円				7,298円		
	⑤	一人あたり	健診未受診者	32,447円				34,143円		
	⑥	糖尿病医療費		1億9456万円				1億3163万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.2%				10.1%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		5億0228万円						
	⑨	1件あたり		38,182円						
	⑩	糖尿病入院総医療費		2億9190万円						
	⑪	1件あたり		592,090円						
	⑫	在院日数		15日						
	⑬	慢性腎不全医療費		1億6562万円				1億2887万円		
	⑭	透析有り		1億4521万円				1億2093万円		
	⑮	透析なし		2041万円				794万円		
7	①	介護給付費		27億9052万円				19億6966万円		
②	(2号認定者)糖尿病合併症									
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		4人	1.2%			3人	1.2%	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



血管変化をみる検査	<ul style="list-style-type: none"> 血流依存性血管拡張反応（FMD） 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：インドット） 7.5g 糖負荷試験、インスリン濃度検査 頸動脈エコー検査 微量アルブミン尿 PWV（脈波伝播速度検査） 	<ul style="list-style-type: none"> 頸動脈エコー検査 ABI 	<ul style="list-style-type: none"> 負荷心電図 ホルター心電図 心エコー 	<ul style="list-style-type: none"> 心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ） 心臓カテテル検査 冠動脈CT 	<ul style="list-style-type: none"> 心筋バイオマーカー
-----------	---	---	--	---	---

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2016、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況		対象者				
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者				
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、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。		発症予防対象者				
	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~	
	□HDL-C	40~		35~39	~34		
	□nonHDL-C	~149		150~169	170~		
	□ALT	~30		31~50	51~		
	□γ-GT	~50		51~100	101~		
	□血糖	空腹	~99	100~125	126~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g糖負荷試験	
		食後	~139	140~199	200~	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比	
□HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~				
□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~			
□尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~				
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR			60未満				
尿蛋白	(-)		(+) ~				
□CKD重症度分類			G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

平成30年度に向けての全体評価

課題・目標	評価(良くなったところ)				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)	
<p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H30年度目標 60% ○特定保健指導実施率 H30年度目標 72% ○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らす ○医療費の伸びを抑える 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診 <ul style="list-style-type: none"> ・今までの未受診者対策は、医療機関での治療中者に対して、郵送や訪問で受診勧奨や情報提供依頼を行ってきた。今年度はそれに加え、国保保健事業補助金を活用し、未受診理由の把握と受診勧奨を行った。 ↓ ・未受診理由としては、「通院中なので必要ない」が多く未治療未受診者の理由としては「何かあれば医療機関にかかるので必要ない」が多く、健診の必要性が浸透していないことがわかった。こちらからの働きかけだけではなく、主治医からの働きかけも必要となるため、医療機関への現状説明や課題共有等が協力を得ていく上で重要。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者への受診勧奨の実施状況(委託、直営別) ○情報提供件数 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 平成30年度目標60%達成状況 ○未受診者への介入後の受診者数等、個々の受診状況 ○医療機関別受診者数 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○平成28年度の後半より重症化予防対策を地区分担制とした。業務分担制も併用しているため稼働量に限りがあり、十分に機能しているとは言いがたい。 ○受診者の増加に伴い、重症化予防対象者も増加している。地区の偏りや健診受診時期の偏りもあり、タイムリーに関わることができないこともある。 ○重症化予防対策に取り組む上で、栄養士の役割は重要だが、対象者の優先順位の選定が難しい。 	<p>全 体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○保健活動全体の見直し。時期により業務量に偏りが出てしまい、地区担当だけでは対応しきれないため、それを補完する仕組みづくりが必要。
<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○受診率の向上 ○受診勧奨の対象者、アプローチ方法の検討(委託を含めて) ○医療機関の協力等による取り組み 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防を最重要課題とし、介入する基準と優先順位を定め、保健指導を行った。 ・過去5年間の特定健診結果から糖尿病管理台帳を作成し、治療状況等を記載し確認できるようにした。 ・保健指導の標準化は十分ではない。使用教材は標準化されているが、何を使用するのは担当者に任せられているため、共通認識が十分に図られていない。 ↓ ・対象者の優先順位の選定を当該年度の健診結果で実施しているが、経年変化、治療の状況等も含め、選定していく必要がある。 ・保健指導の標準化については、担当者間で学習会を行い、事例検討を行っていくことで保健指導内容の共通認識が図られると考える。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。現在は、事業実施量が中心の評価のため、個別効果をどう判断していくか検討が必要。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健・栄養指導(結果説明会、訪問等)実施状況 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施者の翌年の健診結果 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○介入者と未介入者の健診結果の状況 ○重症化予防対象者数 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関への協力依頼の検討(実施方法、内容等) ○かかりつけ医からの受診勧奨の仕組みづくり 	
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○PDCAサイクルからの計画を立案する ○対象者、方法等の検討 ○評価指標・方法の検討 ○糖尿病管理台帳等の内容の検討 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の優先順位の選定を当該年度の健診結果で実施しているが、経年変化、治療の状況等も含め、選定していく必要がある。 ・保健指導の標準化については、担当者間で学習会を行い、事例検討を行っていくことで保健指導内容の共通認識が図られると考える。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。現在は、事業実施量が中心の評価のため、個別効果をどう判断していくか検討が必要。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健・栄養指導(結果説明会、訪問等)実施状況 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施者の翌年の健診結果 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○介入者と未介入者の健診結果の状況 ○重症化予防対象者数 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討(経年対象者、治療の状況等) ○保健指導後の評価指標の検討(検査値の改善状況、評価時期等) 	
<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○連携が整いつつある医療機関と整えにくい医療機関があり、具体的な連携については進んでいないのが現状 ○未受診者対策、重症化予防事業等の関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CKD・糖尿病重症化予防連絡票の作成を行い、町内医療機関に対し説明を行った。結果説明会や重症化予防訪問で対象となった人が、かかりつけ医に持参または、対象となった人から同意を得た上でかかりつけ医に保健センターから直接連絡をとっている。 ・未受診者対策、重症化予防対策では、医療機関の協力が不可欠であるため、会議等を通して協力体制を構築していく。 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○CKD・糖尿病重症化予防連絡票の使用状況 H29.12月末 12件 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○CKD・糖尿病重症化予防連絡票の対象となった人の受療状況(検査値、受診行動、生活状況等) 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討(経年対象者、治療の状況等) ○保健指導後の評価指標の検討(検査値の改善状況、評価時期等) 	
<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○連携が整いつつある医療機関と整えにくい医療機関があり、具体的な連携については進んでいないのが現状 ○未受診者対策、重症化予防事業等の関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CKD・糖尿病重症化予防連絡票の作成を行い、町内医療機関に対し説明を行った。結果説明会や重症化予防訪問で対象となった人が、かかりつけ医に持参または、対象となった人から同意を得た上でかかりつけ医に保健センターから直接連絡をとっている。 ・未受診者対策、重症化予防対策では、医療機関の協力が不可欠であるため、会議等を通して協力体制を構築していく。 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○CKD・糖尿病重症化予防連絡票の使用状況 H29.12月末 12件 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○CKD・糖尿病重症化予防連絡票の対象となった人の受療状況(検査値、受診行動、生活状況等) 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討(経年対象者、治療の状況等) ○保健指導後の評価指標の検討(検査値の改善状況、評価時期等) 	

平成29年度の実績評価を踏まえ、平成30年度の取組と課題整理(平成30年度進捗状況)

平成30年度課題	評価(良くなったところ)				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)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">目 標</div> <p>○特定健診受診率 H30年度目標 60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H30年度目標 72%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らす</p> <p>○医療費の伸びを抑える</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">未受診者対策</div> <p>○受診率の向上</p> <p>○受診勧奨の対象者、アプローチ方法の検討(委託を含めて)</p> <p>○医療機関の協力等による取り組み</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">重症化予防対策</div> <p>○PDCAサイクルからの計画を立案する</p> <p>○対象者、方法等の検討</p> <p>○評価指標・方法の検討</p> <p>○地区台帳の内容の検討</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">医療とのつながり</div> <p>○連携が整いつつある医療機関と整えにくい医療機関があり、具体的な連携については進んでいないのが現状</p> <p>○未受診者対策、重症化予防事業等の関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく</p>					

【参考資料 12】

○特定健康診査の受診率向上対策

年度	当該年度に新たに開始した主な対策	対象者数	受診者数	受診率	再掲		全道平均	道内順位
					40~64	65~74		
平成20年度	・特定健康診査事業開始	7,885人	1,435人	18.2%	17.5%	18.9%	20.9%	142位
平成21年度	・土日における集団健診の開始（結核予防会）実施：2日	7,892人	1,640人	20.8%	21.3%	20.2%	21.5%	130位
平成22年度	・検査項目の増 HbA1c（血糖検査）、血清クレアチニン（腎機能検査） ・健診対象医療機関の増（おとふけホームケアクリニック） ・集団健診の回数増 実施：4日 ・脳ドックとの同時受診の対応	7,924人	1,639人	20.7%	19.5%	21.9%	22.6%	136位
平成23年度	・未受診者に対する受診勧奨通知の実施 ・健診期間の延長（1月末→3月末） ・自己負担の引下げ 65歳以上（940円→500円） 64歳未満（1,570円→1,000円） ・集団健診の回数増 実施：6日	7,931人	1,875人	23.6%	21.6%	25.9%	23.5%	126位
平成24年度	・検査項目の増 総たんぱく、アルブミン（肝機能検査）、尿酸、赤血球数、 赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値（貧血検査） ※貧血検査については、従来詳細健診項目（医師の 判断による追加項目）とされていたものを全員を対象 とする追加項目とした。 ・医療機関からの通院者の検査結果の提供 ・北海道国保連からの保健師派遣事業の実施	7,954人	2,120人	26.7%	23.4%	30.1%	24.0%	124位
平成25年度	・集団健診の契約先の追加（対がん協会）、回数の増 実施10日 ・健診対象医療機関の増（豊川小児科内科医院）	7,902人	2,118人	26.8%	23.6%	30.0%	24.7%	123位
平成26年度	・検査項目の増 心電図検査（従来詳細健診項目であったものを全員検査に） ・健診対象医療機関の増（木野東クリニック） ・結果説明会の実施（次年度の受診率につなげるため） ・受診勧奨チラシのカラー化 ・前年度受診者への毎月の受診勧奨開始（冬季より） ・集団健診の回数の増 実施13日（結核予防会に1本化）	7,671人	2,671人	34.8%	28.6%	40.5%	26.1%	80位
平成27年度	・集団健診の回数増 実施：16日（全て土日と絡めた） ・受診券の封筒カラー化 ・集団健診時期の電話勧奨の回数増	7,523人	2,895人	38.5%	27.9%	44.8%	27.1%	68位
平成28年度	・帯広市内の医療機関と契約 ・厚生・協会・第一受診者に情報提供依頼、訪問 ・電話での情報提供依頼（横山・山田・徳・とかち等） ・集団健診・結果説明会時に次年度健診の予約を開始（冬季より）	7,206人	3,122人	44.0%	33.1%	52.4%	25.1%	54位