

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化を進めるため、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制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して 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。

和寒町においては、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。

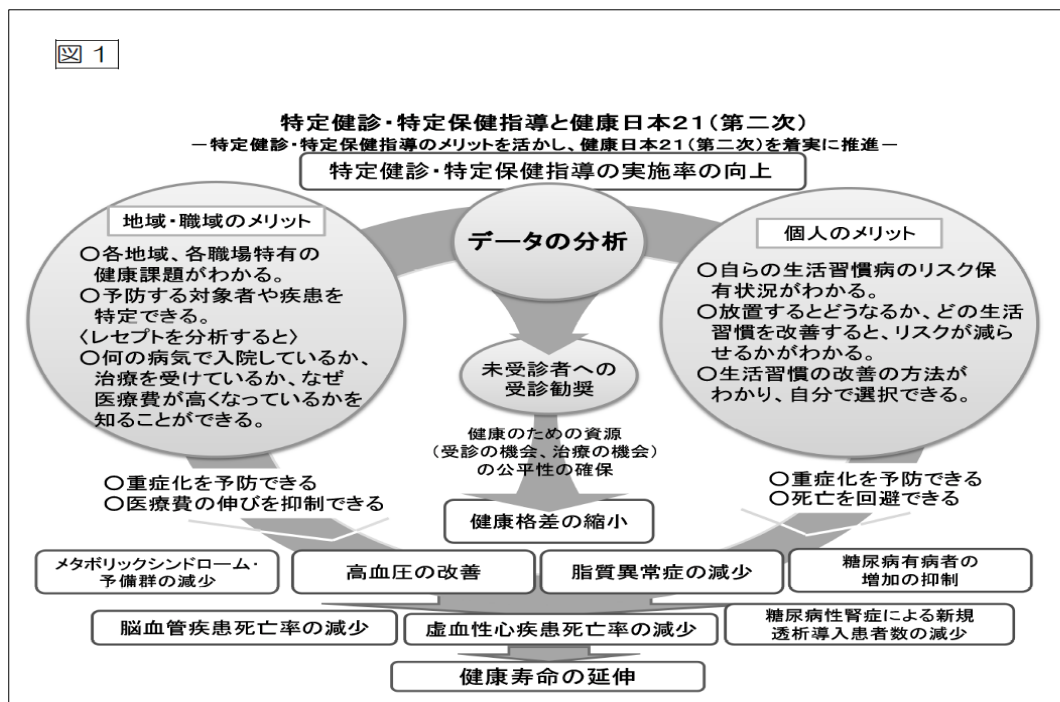
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

※ 健康増進事業実施計画は、健康保険法、国民健康保険法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

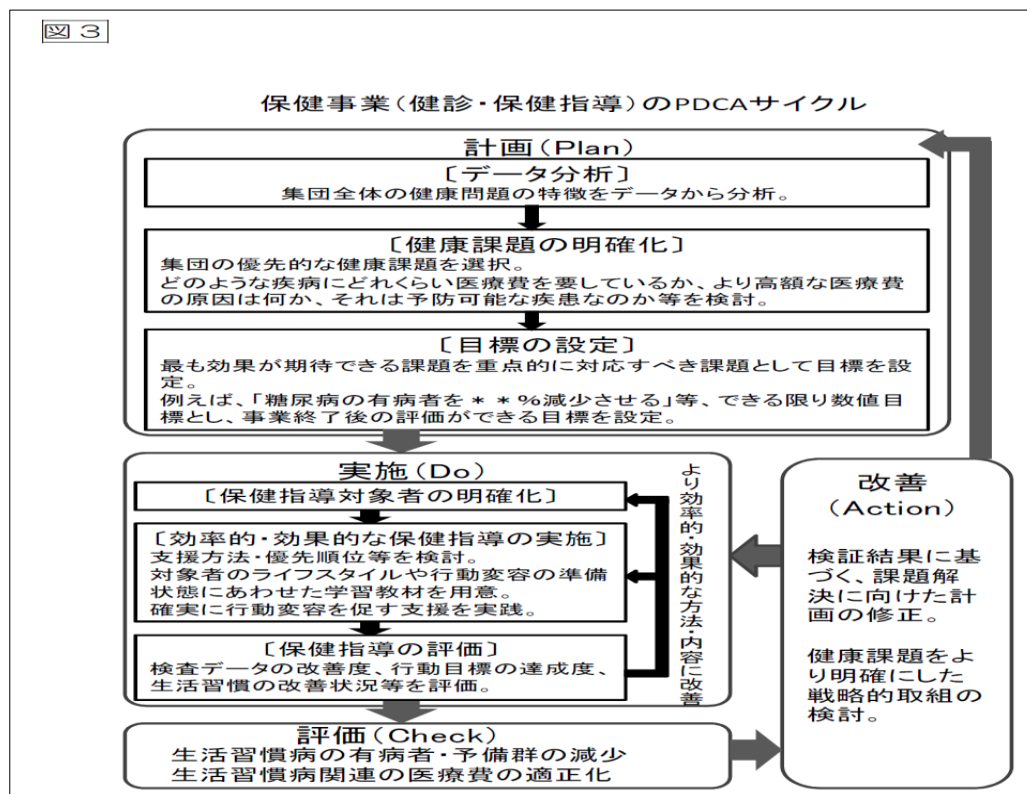
[illegible]

【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

和寒町においては、国保医療保険を担当する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。特に保健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、国保・高齢者医療部局（住民課）、保健衛生部局（保健福祉課）、介護保険部局（保健福祉課）、企画部局（総務課）、生活保護部局（保健福祉課）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、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、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

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

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、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。

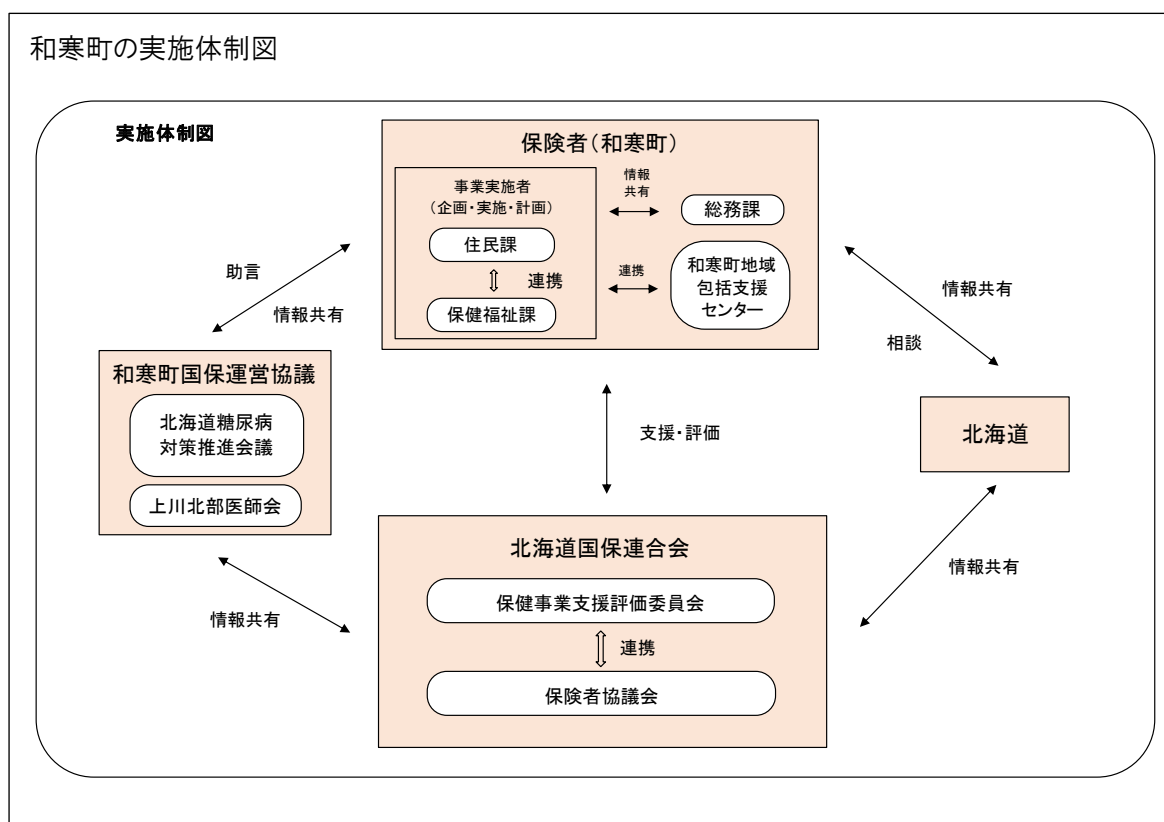
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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】



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】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点
総得点（体制構築加点含む満点）		345	580	850
	うち和寒町国保の獲得点数	230	341	507
全国順位（1,741市町村中）		424	－	－
交付額（千円）		661	1,075	2,114
共通①	特定健診受診率	20	20	30
	特定保健指導実施率	20	20	30
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	0	15	25
共通②	がん検診受診率	10	10	15
	歯周疾患（病）検診の実施	0	0	0
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40
共通④	個人インセンティブ提供	0	0	0
	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25
共通⑤	重複医薬者に対する取組	0	0	0
共通⑥	後発医薬品の促進	0	14	20
	後発医薬品の使用割合	0	0	0
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	30	50
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	13	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	19	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			22
体制構築加点		70	70	60

※H29・30年点数及び交付額は、現時点で未確定

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)の割合は増加し、死因別の死亡割合では心臓病・脳疾患による死亡割合が増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率の上昇や40～64歳の2号認定率の増加、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増加し、外来費用割合が減少している。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者の医療機関受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動は出来ているものの、その後改善できない、もしくは悪化していると推測できる。加えて、特定健診受診率は減少傾向の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)

和寒町の介護給付費は年々増加しているものの、平成28年度においては1件当たりの給付費は減少している。内訳の居宅サービスが増加しており、独居高齢者や高齢夫婦世帯が増えることで要介護認定を受けサービスを利用する人が増えていること、町内にある特別養護老人ホームの入所要件が要介護3以上になったことで町外施設に入居し外付けサービス(訪問介護など)を受ける人が増えている傾向が要因としてあげられる。

【図表6】

年度	和寒町				同規模平均		
	介護給付費	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	4億5,742万円	71,275	34,148	259,078	76,039	40,364	279,607
H28年度	5億356万円	70,040	34,696	253,575	73,752	39,649	273,932

*参考：訪問介護保険給付状況

	件数	日・回数	給付額
H25年度	625	5,975	25,419,870
H28年度	725	7,904	35,120,191

②医療費の状況（図表 7）

和寒町国保の医療費は総医療費及び一人当たり医療費のいずれも伸びがみられている。内訳をみると入院外に比べ、入院では総医療費・一人当たり医療費ともに増加しており、医療受診のタイミングの遅れや外来治療でのコントロール不良等による、入院の長期化や重症化などの要因が考えられる。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費 (円)	H25年度	3億7864万円				1億6248万円				2億1616万円			
	H28年度	3億9583万円	1,719万円	4.54	1.1	1億9,224万円	2,976万円	18.3	1.4	2億358万円	-1,258万円	-5.8	0.4
一人当たり 医療費(円)	H25年度	21,787円				9,349円				12,438円			
	H28年度	26,790円	5,003円	23.0	3.7	13,011円	3,662円	39.2	4.0	13,779円	1,341円	10.8	3.5

※KDB の一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

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)、及び短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症等の生活習慣病に係る医療費割合は H25 年度の 24.7%から H28 年度では 18.1%と大幅に減少している。

一方で、目標疾患以外の新生物の割合が増加しており、総医療費増加の大きな要因となっている。

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）

【図表 8】

市町村名		総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			金額	順位		腎		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	和寒町	378,640,360	21,787	186位	161位	7.3%	0.5%	0.8%	1.6%	5.0%	6.4%	3.2%	93,640,650	24.7%	10.7%	4.4%	10.3%
H28		395,826,990	26,790	125位	110位	5.3%	0.2%	1.5%	0.8%	4.6%	3.9%	1.8%	71,518,330	18.1%	24.6%	4.6%	9.3%
H28	北海道	446,995,066,940	27,782	--	--	3.6%	0.3%	2.4%	2.4%	5.1%	4.4%	2.6%	92,638,560,010	20.7%	15.8%	9.5%	9.1%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.4%	0.3%	2.2%	2.0%	5.4%	4.8%	2.9%	2,237,085,545,700	23.1%	14.2%	9.4%	8.4%

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患（様式 3-5）の患者割合は減少しているが、人工透析患者・高血圧症・高尿酸患者を合併する者の割合は増加している。脳血管疾患（様式 3-6）および人工透析（様式 3-7）では患者割合の増減はみられないものの、糖尿病や高血圧症の有所見者割合や虚血性心疾患や糖尿病性腎症、網膜症等合併症を重複して抱えているものがみられており、対象者を把握し重症化予防に努める必要がある。

【図表 9】

虚血性心疾患の方が合併している重症化リスク

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標										短期的な目標															
		虚血性 心疾患								(再掲) 糖尿病合併症																	
										(再掲) 糖尿病合併症								糖尿病以外の血管を傷める因子									
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	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	1,448	51	3.5	10	19.6	1	2.0	21	41.2	1	2.0	1	2.0	1	2.0	2	3.9	44	86.3	9	17.6	39	76.5			
	40-64歳	534	12	2.2	1	8.3	1	8.3	4	33.3	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	8	66.7	1	8.3	8	66.7			
	65-74歳	525	39	7.4	9	23.1	0	0.0	17	43.6	1	2.6	0	0.0	1	2.6	2	5.1	36	92.3	8	20.5	31	79.5			
H28	全体	1,231	37	3.0	6	16.2	2	5.4	15	40.5	0	0.0	1	2.7	0	0.0	0	0.0	32	86.5	7	18.9	26	70.3			
	40-64歳	409	6	1.5	0	0.0	2	33.3	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	100.0	2	33.3	5	83.3			
	65-74歳	513	31	6.0	6	19.4	0	0.0	13	41.9	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0	26	83.9	5	16.1	21	67.7			

脳血管性心疾患の方が合併している重症化リスク

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標										短期的な目標													
		脳血管性 心疾患										(再掲) 糖尿病合併症													
												糖尿病以外の血管を傷める因子													
												虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜 症		糖尿病性 神経障害	
	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	1,448	44	3.0	10	22.7	0	0.0	14	31.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	68.2	3	6.8	26	59.1	
	40-64歳	534	13	2.4	1	7.7	0	0.0	4	30.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	46.2	0	0.0	7	53.8	
	65-74歳	525	31	5.9	9	29.0	0	0.0	10	32.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	77.4	3	9.7	19	61.3	
H28	全体	1,231	37	3.0	6	16.2	0	0.0	13	35.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	26	70.3	2	5.4	21	56.8	
	40-64歳	409	4	1.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	75.0	0	0.0	3	75.0	
	65-74歳	513	32	6.2	6	18.8	0	0.0	12	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	71.9	2	6.3	18	56.3	

人口透析の方が合併している重症化リスク

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標																							
		人工透析								(再掲) 糖尿病合併症																							
										大血管障害								糖尿病								糖尿病以外の血管を傷める因子							
脳血管性心疾患				虚血性心疾患				インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		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	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	1,448	3	0.2	0	0.0	1	33.3	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	2	66.7	0	0.0									
	40-64歳	534	3	0.6	0	0.0	1	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.0	2	0.0	0	0.0									
	65-74歳	525	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0									
H28	全体	1,231	3	0.2	0	0.0	2	66.7	1	33.3	1	33.3	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100.0	2	66.7	2	66.7									
	40-64歳	409	3	0.7	0	0.0	2	0.0	1	33.3	1	33.3	1	0.0	1	0.0	1	0.0	3	0.0	2	0.0	2	0.0									
	65-74歳	513	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0									

①共通リスク(様式3-2～3-4)(図表10)

高血圧(様式 3-3)及び脂質異常症(様式 3-4)では患者割合は減少しているものの、内訳をみるとその他糖尿病以外の血管を痛める因子である高血圧、高尿酸、脂質異常症を合併している者の割合が増加している。

糖尿病の方が合併している重症化リスク

高血圧症の方が合併している重症化リスク

脂質異常症の方が合併している重症化リスク

11

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果からリスクの経年変化をみると、男女ともに BMI・空腹時血糖・尿酸・血圧・クレアチニンの有所見者割合が増加している。特に、40～64 歳男性で悪化している項目が増えており、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による代謝異常が推測される。一方で、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍では、女性のメタボ予備軍割合を除いてはやや減少傾向がみられている。

【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）

男性		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	115	40.1	132	46.0	73	25.4	74	25.8	30	10.5	103	35.9	169	58.9	56	19.5	110	38.3	57	19.9	138	48.1	2	0.7
	40-64	60	44.4	65	48.1	43	31.9	45	33.3	21	15.6	37	27.4	69	51.1	36	26.7	40	29.6	28	20.7	70	51.9	0	0.0
	65-74	55	36.2	67	44.1	30	19.7	29	19.1	9	5.9	66	43.4	100	65.8	20	13.2	70	46.1	29	19.1	68	44.7	2	1.3
H28	合計	106	42.7	108	43.5	61	24.6	70	28.2	22	8.9	91	36.7	155	62.5	61	24.6	99	39.9	56	23.8	117	47.2	4	1.6
	40-64	50	48.5	52	50.5	35	34.0	38	36.9	15	14.6	34	33.0	55	53.4	31	30.1	36	35.0	30	29.1	53	51.5	0	0.0
	65-74	56	38.6	56	38.6	26	17.9	32	22.1	7	4.8	57	39.3	100	69.0	30	20.7	63	43.4	29	20.0	64	44.1	4	2.8

女性		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	102	26.5	68	17.7	61	15.8	43	11.2	5	1.3	72	18.7	217	56.4	6	1.6	146	37.9	52	13.5	230	59.7	1	0.3
	40-64	46	28.0	29	17.7	28	17.1	22	13.4	1	0.6	25	15.2	76	46.3	2	1.2	43	26.2	22	13.4	108	65.9	0	0.0
	65-74	56	25.3	39	17.6	33	14.9	21	9.5	4	1.8	47	21.3	141	63.8	4	1.8	103	46.6	30	13.6	122	55.2	1	0.5
H28	合計	94	30.0	48	15.3	51	16.3	30	9.6	5	1.6	71	22.7	170	54.3	9	2.9	113	36.1	49	15.7	180	57.5	3	1.0
	40-64	39	35.5	22	20.0	18	16.4	12	10.9	1	0.9	22	20.0	51	46.4	1	0.9	29	26.4	12	10.9	65	59.1	0	0.0
	65-74	55	27.1	26	12.8	33	16.3	18	8.9	4	2.0	49	24.1	119	58.6	8	3.9	84	41.4	37	18.2	115	56.7	3	1.5

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）

男性		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	287	66.3	19	6.6%	47	16.4%	1	0.3%	29	10.1%	17	5.9%	66	23.0%	14	4.9%	3	1.0%	39	13.6%	10	3.5%
	40-64	135	61.1	12	8.9%	24	17.8%	1	0.7%	9	6.7%	14	10.4%	29	21.5%	3	2.2%	0	0.0%	20	14.8%	6	4.4%
	65-74	152	71.7	7	4.6%	23	15.1%	0	0.0%	20	13.2%	3	2.0%	37	24.3%	11	7.2%	3	2.0%	19	12.5%	4	2.6%
H28	合計	248	65.8	16	6.5%	38	15.3%	2	0.8%	26	10.5%	10	4.0%	54	21.8%	6	2.4%	3	1.2%	31	12.5%	14	5.6%
	40-64	103	58.9	10	9.7%	15	14.6%	0	0.0%	8	7.8%	7	6.8%	27	26.2%	4	3.9%	1	1.0%	19	18.4%	3	2.9%
	65-74	145	71.8	6	4.1%	23	15.9%	2	1.4%	18	12.4%	3	2.1%	27	18.6%	2	1.4%	2	1.4%	12	8.3%	11	7.6%

女性		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	385	73.3	12	3.1%	19	4.9%	0	0.0%	15	3.9%	4	1.0%	37	9.6%	2	0.5%	1	0.3%	24	6.2%	10	2.6%
	40～64	164	68.3	5	3.0%	9	5.5%	0	0.0%	6	3.7%	3	1.8%	15	9.1%	0	0.0%	1	0.6%	9	5.5%	5	3.0%
	65～74	221	77.5	7	3.2%	10	4.5%	0	0.0%	9	4.1%	1	0.5%	22	10.0%	2	0.9%	0	0.0%	15	6.8%	5	2.3%
H28	合計	313	69.2	6	1.9%	17	5.4%	1	0.3%	10	3.2%	6	1.9%	25	8.0%	1	0.3%	1	0.3%	12	3.8%	11	3.5%
	40～64	110	60.8	4	3.6%	6	5.5%	0	0.0%	2	1.8%	4	3.6%	12	10.9%	1	0.9%	1	0.9%	4	3.6%	6	5.5%
	65～74	203	74.9	2	1.0%	11	5.4%	1	0.5%	8	3.9%	2	1.0%	13	6.4%	0	0.0%	0	0.0%	8	3.9%	5	2.5%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は毎年少しずつ低下がみられている。今後重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

一方、特定保健指導率は上昇しているが、対象となる者が複数のリスク要因を有している場合や、長期にわたる経過により血管内皮障害が進行している可能性もあるため、適切なタイミングで医療機関へつなぐ必要がある。また、非肥満者の中にも重症化を招く恐れのある者も存在することから、可能な限り対象者全員に保健指導を行うことが必要である。

【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	
								和寒町	同規模平均
H25年度	958	672	70.1%	1位	89	53	59.6%	44.9%	50.4%
H28年度	829	561	67.7%	2位	61	45	73.8%	47.7%	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脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた結果、中長期目標疾患患者の割合維持・減少に繋がったと思われる。

しかし、新生物治療による医療費の増加や介護給付費の増加、糖尿病患者の割合増加、健診受診者の内臓脂肪を基盤とした有所見者の割合増加など新たな課題も見えてきた。医療受診につながった後自己判断で中断等することなく治療が継続されているか、また治療と共に自らの生活改善に努めているかなど、重症化予防の視点での支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、今後も健診受診率の向上に引き続き努めていく必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

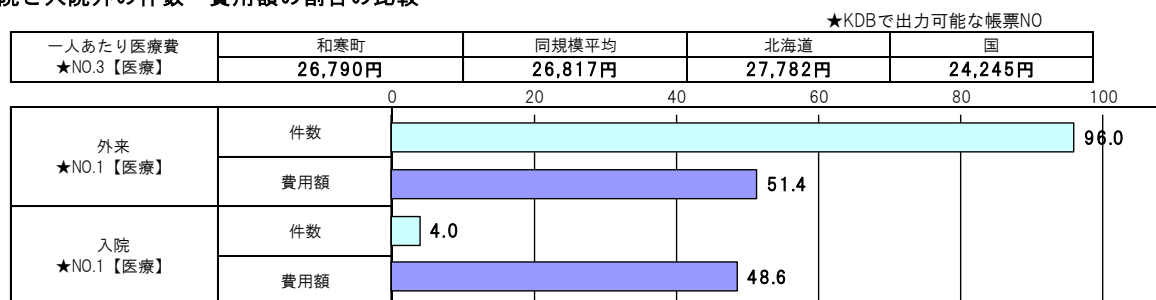
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

和寒町の入院件数割合は 4%で、費用額全体の 48.6%を占めている。外来での適切な治療を受け、できるだけ入院にかかる費用を少なくしていくことは医療費を適正化するうえで重要であることから、重症化予防に努める必要がある。

【図表 13】

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）

脳血管疾患や虚血性心疾患、がんによる入院は治療期間の長期化やレセプト 1 件当たり費用が高額となる傾向にあり、本人にとってもその後の生活状況に影響する場合が多い疾患である。人工透析においても同様に、1 件当たり費用が高額でありかつ治療期間が長期化する疾患であるうえ、虚血性心疾患等の合併も高まる傾向にある。

いずれも前段階である生活習慣病の段階で適切な治療へ繋げる、治療状況を確認し重症化を予防するなどの取り組みが必要である。

【図表 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式		対象レセプト（H28年度）		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん	
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （100万円以上レセ）	人数	37人		1人		0人		9人		
					2.7%		0.0%		24.3%		
		件数	48件		2件		0件		16件		
					4.2%		0.0%		33.3%		
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	2	12.5%	
				40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	
				50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	
		60代		2	100.0%	0	--	9	56.3%		
		70-74歳	0	0.0%	0	--	5	31.3%			
費用額	8849万円		261万円		2985万円						
			2.9%		--		33.7%				

*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、合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	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	1人		0人	
				16.7%		0.0%	
		件数	51件	2件		0件	
				3.9%		0.0%	
		費用額	2295万円	70万円			
				3.0%		--	

*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	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
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	3人	0人 0.0%	2人 66.7%	1人 33.3%
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	42件	0件 0.0%	27件 64.3%	14件 33.3%
			費用額	2111万円	-- 65.9%	1391万円 32.2%	680万円

*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	の基 礎 な 疾 患	371人	41人		38人		3人	
				11.1%		10.2%		0.8%	
			高血圧	26人		33人		3人	
				63.4%		86.8%		100.0%	
				16人		14人		3人	
			糖尿病	39.0%		36.8%		100.0%	
				23人		28人		3人	
			脂質異常症	56.1%		73.7%		100.0%	
			高血圧症	183人		103人		171人	
				49.3%		27.8%		46.1%	
								7.3%	

○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）

認定率は H25 年と比較すると上昇しており、いずれも 75 歳以上になると認定率は一気にあがる。独居高齢者や高齢夫婦世帯が増え要介護認定を受ける人が増加していることが伺える。

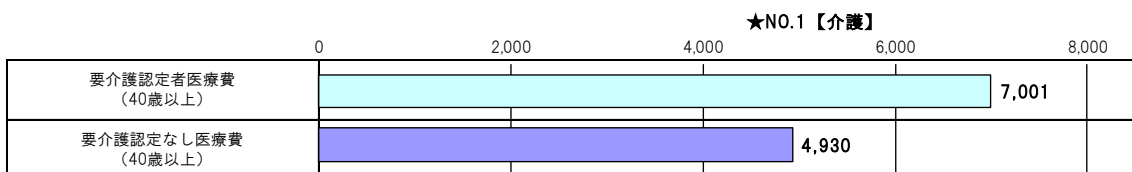
要介護認定者の有病状況では血管疾患の合計割合が 96.5%と高く、2号と 65～74 歳までの前期高齢者の有病状況では脳卒中が多い。また糖尿病合併症における前期高齢者の割合は 11.8%であり、後期高齢者の 7.0%を上回っている。前期高齢者は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。（図表 15）

H28 年の要介護認定別医療費は、認定を受けている方が 7,001 円で、認定なしの方の 4,930 に比べ医療費が高く、その差は 2,071 円高い。（参考資料 1）

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		1,220人		673人		832人		1,505人		2,725人	
	認定者数		3人		26人		301人		327人		330人	
	認定率		0.25%		3.9%		36.2%		21.7%		12.1%	
	新規認定者数（＊1）		0人		7人		42人		49人		49人	
	介護度 別人数	要支援1・2		1	33.3%	14	53.8%	56	18.6%	70	21.4%	71
要介護1・2		2	66.7%	8	30.8%	134	44.5%	142	43.4%	144	43.6%	
要介護3～5		0	0.0%	4	15.4%	111	36.9%	115	35.2%	115	34.8%	

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）		3		26		301		327		330					
	再）国保・後期		1		17		271		288		289					
	（レセプトの 診断名より 重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数			
					割合		割合		割合		割合		割合	割合		
		循環器 疾患	1	脳卒中	1	100.0%	脳卒中	8	47.1%	脳卒中	127	46.9%	脳卒中	135	47.1%	
			2	虚血性 心疾患	0	0.0%	虚血性 心疾患	5	29.4%	虚血性 心疾患	101	37.3%	虚血性 心疾患	106	36.7%	
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	1	5.9%	腎不全	59	21.8%	腎不全	60	20.8%	
			合併症	4	糖尿病 合併症	0	0.0%	糖尿病 合併症	2	11.8%	糖尿病 合併症	19	7.0%	糖尿病 合併症	21	7.3%
				基礎疾患 高血圧・糖 尿病 脂質異常症		1	100.0%	14	82.4%	258	95.2%	272	94.4%	273	94.5%	
		血管疾患 合計	1		100.0%	15	88.2%	263	97.0%	278	96.5%	279	96.5%			
			0		0.0%	3	17.6%	110	40.6%	113	39.2%	113	39.1%			
		認知症	1		100.0%	15	88.2%	251	92.6%	266	92.4%	267	92.4%			
			0		0.0%	3	17.6%	110	40.6%	113	39.2%	113	39.1%			
		筋・骨格疾患	1		100.0%	15	88.2%	251	92.6%	266	92.4%	267	92.4%			
			0		0.0%	3	17.6%	110	40.6%	113	39.2%	113	39.1%			

＊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）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



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。

和寒町においては、全国・北海道と比較して男女いずれも肥満者の割合が高く、特に40～64歳を中心にGPT・空腹時血糖・尿酸・血圧・LDL コレステロールなど内臓脂肪の蓄積による健診有所見者割合が高い。

【図表 16】

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)

男性	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	
全国	306		502		282		205		86		283		557		138		494		241		475		18		
北海道	37,306	36.0	53,297	51.4	29,225	28.2	24,101	23.2	8,358	8.1	30,105	29.0	51,998	50.2	15,185	14.6	52,940	51.1	26,789	25.8	52,221	50.4	1,524	1.5	
和寒町	合計	106	42.7	108	43.5	61	24.6	70	28.2	22	8.9	9	36.7	155	62.5	61	24.6	99	39.9	59	23.8	117	47.2	4	1.6
	40-64	50	48.5	52	50.5	35	34.0	38	36.9	15	14.6	34	33.0	55	53.4	31	30.1	36	35.0	30	29.1	53	51.5	0	0.0
	65-74	56	38.6	56	38.6	26	17.9	32	22.1	7	4.8	57	39.3	100	69.0	30	20.7	63	43.4	29	20.0	64	44.1	4	2.8

女性	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	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
北海道	33,966	23.3	24,041	16.5	22,767	15.6	14,189	9.7	2,419	1.7	24,260	16.6	68,334	46.8	3,151	2.2	62,981	43.1	22,682	15.5	85,356	58.5	300	0.2	
和寒町	合計	94	30.0	48	15.3	51	16.3	30	9.6	5	1.6	7	22.7	170	54.3	9	2.9	113	36.1	4	15.7	180	57.5	3	1.0
	40-64	39	35.5	22	20.0	18	16.4	12	10.9	1	0.9	22	20.0	51	46.4	1	0.9	29	26.4	12	10.9	65	59.1	0	0.0
	65-74	55	27.1	26	12.8	33	16.3	18	8.9	4	2.0	49	24.1	119	58.6	8	3.9	84	41.4	37	18.2	115	56.7	3	1.5

【図表 17】

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)

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						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	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		
和寒町	合計	248	65.8	16	6.5%	38	15.3%	2	0.8%	26	10.5%	10	4.0%	54	21.8%	6	2.4%	3	1.2%	31	12.5%	14	5.6%
	40-64	103	58.9	10	9.7%	15	14.6%	0	0.0%	8	7.8%	7	6.8%	27	26.2%	4	3.9%	1	1.0%	19	18.4%	3	2.9%
	65-74	145	71.8	6	4.1%	23	15.9%	2	1.4%	18	12.4%	3	2.1%	27	18.6%	2	1.4%	2	1.4%	12	8.3%	11	7.6%

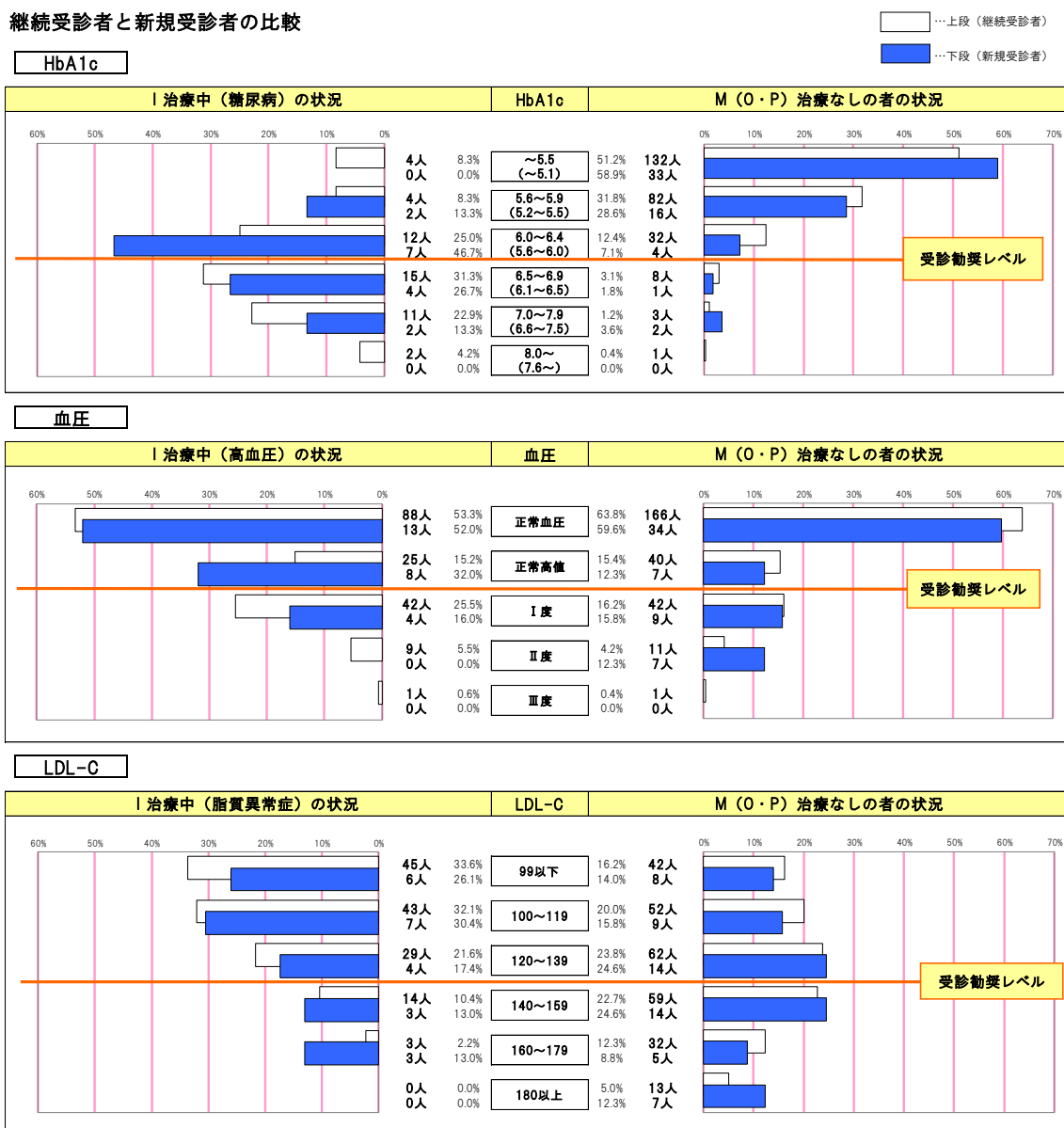
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
和寒町	合計	313	69.2	6	1.9%	17	5.4%	1	0.3%	10	3.2%	6	1.9%	25	8.0%	1	0.3%	1	0.3%	12	3.8%	11	3.5%
	40-64	110	60.8	4	3.6%	6	5.5%	0	0.0%	2	1.8%	4	3.6%	12	10.9%	1	0.9%	1	0.9%	4	3.6%	6	5.5%
	65-74	203	74.9	2	1.0%	11	5.4%	1	0.5%	8	3.9%	2	1.0%	13	6.4%	0	0.0%	0	0.0%	8	3.9%	5	2.5%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

平成 27・28 年度の 2 か年の健診受診者をリスク別にデータ、治療の有無で分類し比較したところ、HbA1c と血圧においては新規受診者ほど未治療で値の悪い者の割合が高くなっている傾向がある。一方で、脂質異常症の群では、継続受診者・新規受診者いずれも受診勧奨レベル以上の者が多く、前者の二つの疾患に比べ治療への意識が十分でないことが考えられる。また、HbA1c は治療中者においてもコントロール不良者が多い傾向となっているが、年齢や個人の直近のデータにより治療の目標値が変わるため、個別に健診データを確認し、支援していくことが必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



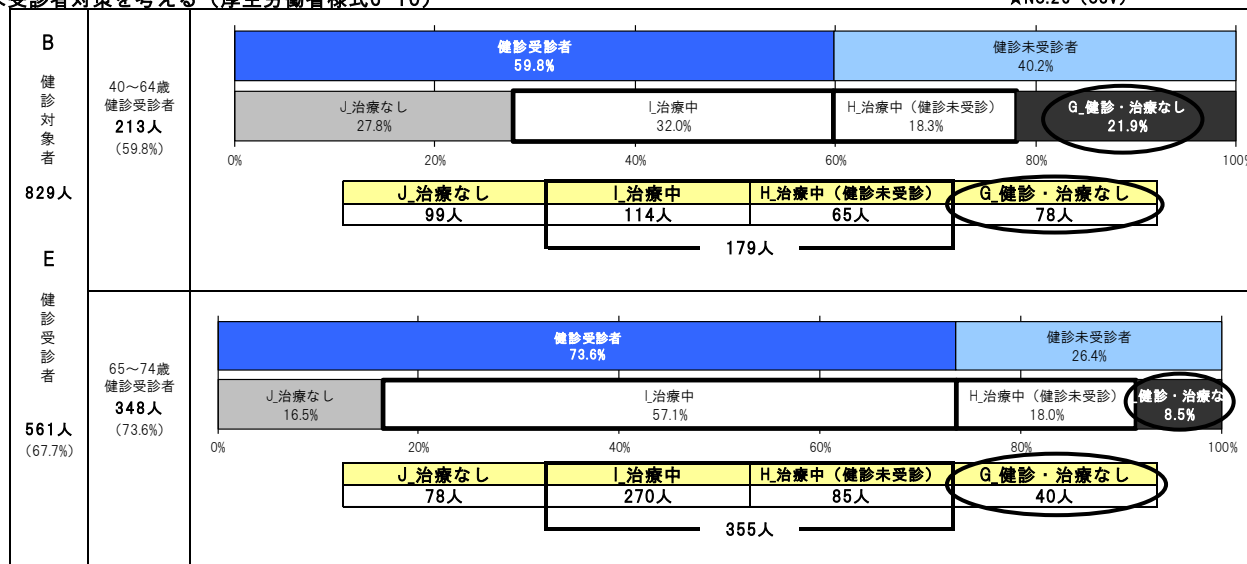
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において重症化予防の取り組みは大切であるが、一方で健診にも医療にもつながっていない未受診者対策も重要である。図表 19 より健診及び治療なしの「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 21.9%と高くなっており、自分のからだの実態を客観的に把握できていない状況にある。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金を比較すると、健診受診者に比べ未受診者の医療費は約 2.7 倍となっていることから、健診を受け自らの健康管理に努め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】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

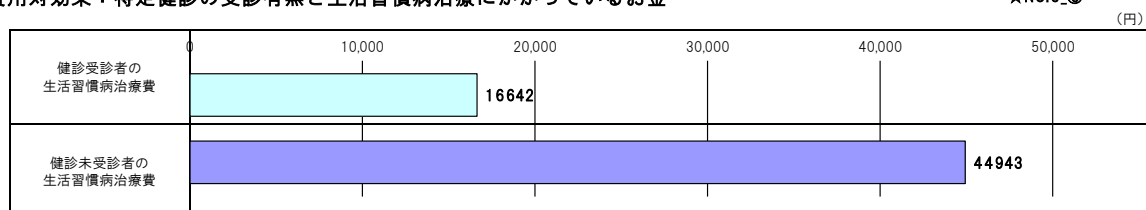
★NO.26 (CSV)



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑤



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

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定へ繋がる疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を維持・減少していくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ1%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。

和寒町の高齢化率は現在ピークを迎え今後減少していくことが予測されるが、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みが進むことを考慮し、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。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータおよび健診データから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと高血圧、脂質異常症があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事を含めた生活改善と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等を含め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	68%	69%	70%	70%	70%	70%
特定保健指導実施率	75%	77%	79%	81%	83%	85%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	780人	760人	740人	720人	700人	680人
	受診者数	530人	524人	518人	504人	490人	476人
特定保健指導実施率	対象者数	53人	52人	52人	50人	49人	48人
	実施者数	40人	40人	41人	41人	41人	41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。和寒町国保が各実施機関と個別契約する。

- ① 集団健診実施場所：各地域センター他
- ② 個別健診実施場所：委託医療機関

(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、和寒町のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.town.wassamu.hokkaido.jp>

(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・微量アルブミン・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 http/ の測定に換えられる。（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、受診の案内の送付のほか、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や健診の実施ついて、どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

【図表 22】

	①未受診者対策	②特定健診	③保健指導
4月		・4月1日時点の国保加入者状況の把握、対象者抽出 ・健診対象者名簿の作成 ・健診の案内を全対象者に送付 ・集団または個別健診の受診希望の有無を取りまとめ ・個別健診受診票随時送付	・保健指導開始(個別健診)
5月	・健診申し込みの無かった者に対して電話勧奨(5月下旬～集団健診実施まで)	・随時特定健診データの報告(国保連システム)	
6月		・集団健診受診票送付	
7月		・健診結果受領(集団健診分)	
8月		・健診結果返却(集団健診分)	・保健指導開始 ・健診結果説明会(上～中旬)随時訪問・来所対応
9月		・前年度分の特定健診データのエラーチェック(国保連システム) ・前年度健診除外者の報告	
10月	・保険異動者の確認後、未受診者へはがきによる個別通知 ・申し込みの無かった者に対し、KDBレセプトデータ過去の健診データを確認し、電話勧奨や訪問勧奨		・随時保健指導データの報告(国保連システム)
11月	事業所や個人で健診受診された方からデータ受領する		
12月			
1月			
2月			
3月			

特定保健指導の実施については、和寒町国保が直接実施する。具体的には、保健福祉課保健係が行う。

「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)

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

図1 生活習慣病の予防・改善に向けた保健事業のPDCAサイクル

健康診査

被保険者台帳
40歳以上の被保険者を抽出

他の健診受診者の結果の提出者

メタボ該当者
Q 人
メタボ予備群
R 人

健康診査対象者
A 人
B 人 (1回受診)
★特定健康診査の実施
健診未受診者
D 人
健診受診者
E 人
★特定健診受診率
F %

★対象となる生活習慣病の病名と治療

- ①糖尿病
- ②インスリン療法
- ③高血圧症
- ④脂質異常症
- ⑤(高尿酸血症)
- ⑥肝障害
- ⑦糖尿病性神経障害
- ⑧糖尿病性網膜症
- ⑨糖尿病性腎症
- ⑩(痛風腎)
- ⑪高血圧性腎臓障害
- ⑫脳血管疾患
- ⑬脳出血
- ⑭脳梗塞
- ⑮その他の脳血管疾患
- ⑯虚血性心疾患
- ⑰動脈硬化

健診受診情報(問診等)とレセプトを突合

治療なし
G 人

生活習慣病治療中*
H 人
生活習慣病治療中*
I 人
情報提供
レベル4
分析
生活習慣病のコントロール
良
不良
K 人
L 人

健診結果の判定

特定保健指導以外の対象者

情報提供
(受診の必要性を含む)
受診必要
M 人
受診不必要
N 人
レベル3

特定保健指導の対象者

特定保健指導
動機付け支援
O 人
積極的支援
P 人
レベル2

★特定保健指導実施率
Y+Z
O+P
S %

保健事業

計画P

未受診者対策
◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発)

医療との連携
◆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

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

特定保健指導以外の保健指導
◆健診結果の見方について通知・説明

特定保健指導
◆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

健診データをもとに特定保健指導個別支援計画を作成

評価

評価C※

使用する学習教材の選択

レベルX
未受診なのでレベルが未知のグループ
次年度の特定健診の受診※
T 人
次年度の特定健診未受診又は結果未把握※
U 人

レベル4
かかりつけ医と連携した対応
V 人

レベル3
個別に働きかけを行った人の数
W 人

レベル1
X 人

レベル2
動機付け支援実施者数
Y 人
積極的支援実施者数
Z 人

改善

改善A

※次年度のメタボ該当者
Q' 人
予備群
R' 人
糖尿病等有病者・予備群の評価(改善、悪化)、データの改善、リスク数の減少

支援方法の検証、改善策の検討(ポピュレーションアプローチとの連携含む)

※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

(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）

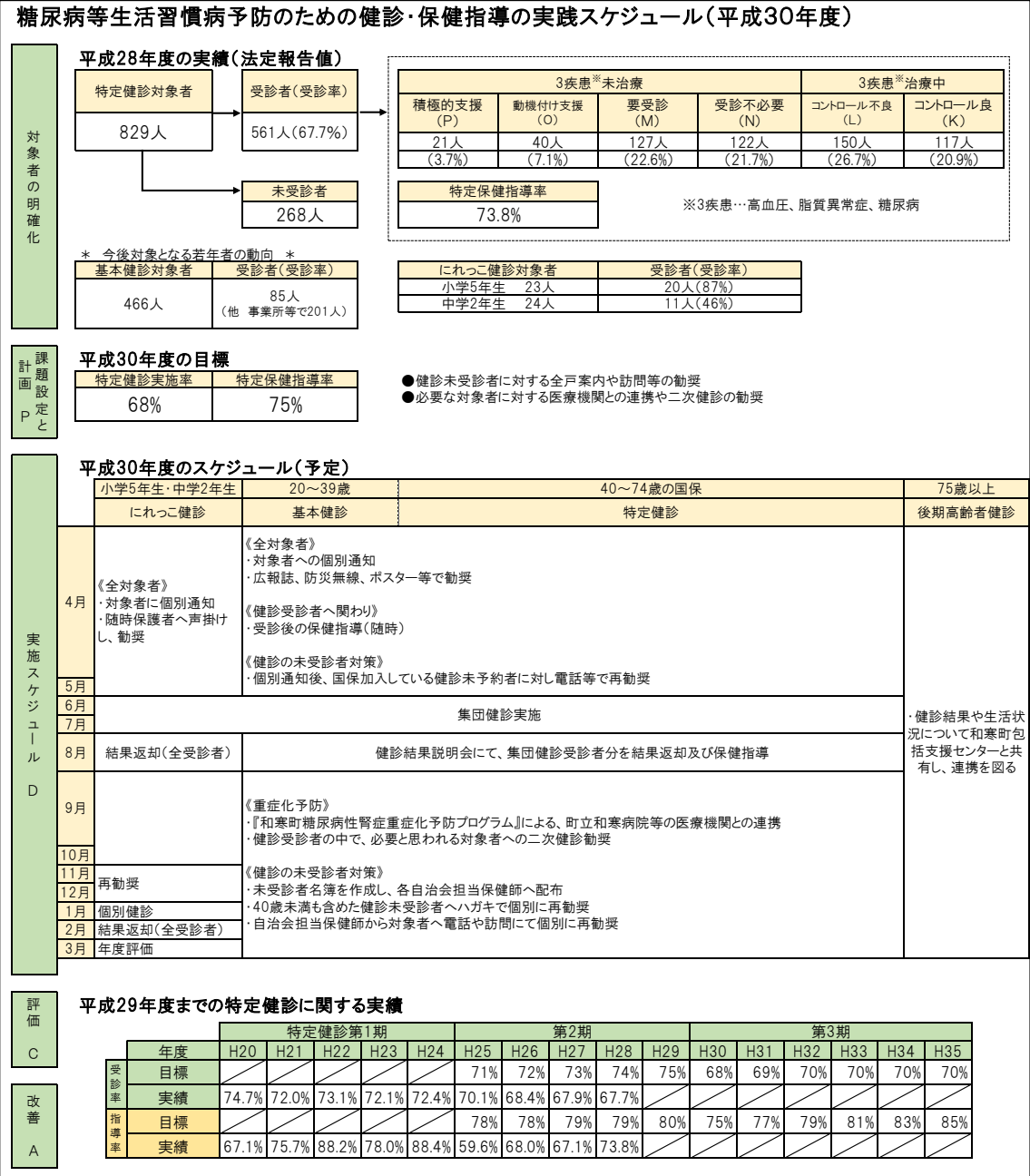
【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	平成 35 年度 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	48 人 (10%)	85%
2	M	情報提供 (要受診)	◆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	95 人 (20%)	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、簡易検査の実施による受診勧奨)	204 人	特定健診 受診率 70%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	95 人 (20%)	必要と思われ る全ての 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	238 人 (50%)	

(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和寒町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、和寒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)及び和寒町糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成 29 年 12 月 18 日 和寒町国保作成)に基づき以下の視点で PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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

(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和寒町プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ①医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者
- ②糖尿病等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者(ハイリスク者)
 - 1)現在糖尿病の治療中で、過去の健診において微量アルブミン 30 mg/gCr 以上
または尿蛋白定性(±)以上または推算糸球体ろ過量(eGFR)60ml/分/1.73 m²
未満の者
 - 2)その他和寒町国保が必要と認めた者

(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。

和寒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おり、平成 30 年度からは新たに微量アルブミン検査も項目に追加する。これまでの特定健診結果では、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)

和寒町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 35 人(35.7%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 103 人中のうち、特定健診受診者が 63 人(61.2%・G)であったが、10 人(15.9%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 40 人(38.8%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 18 人中 2 人は治療中断であることが分かった。また、22 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 より和寒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)・・・35 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・12 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】

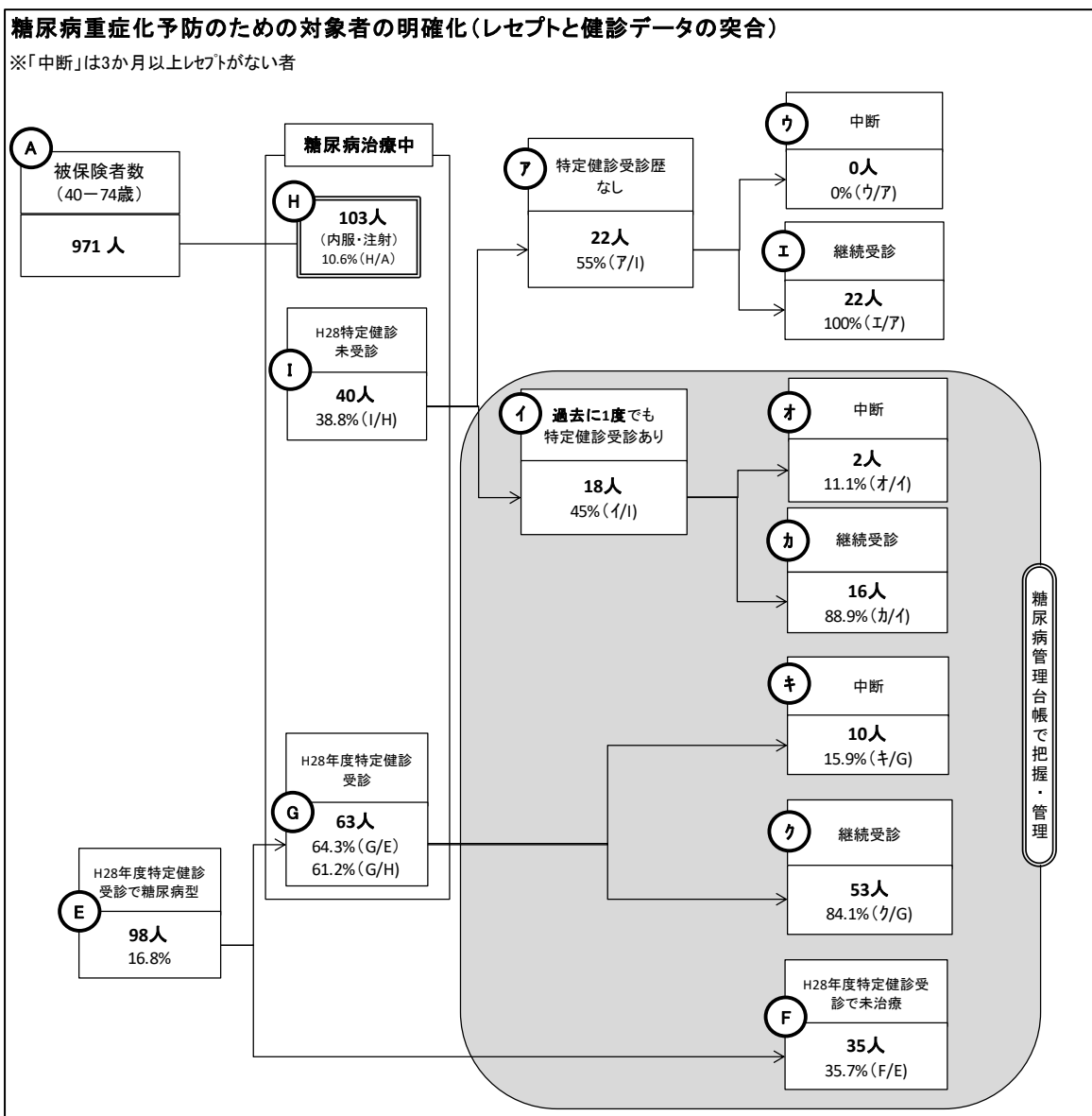
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・53 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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)・・・18 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】



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 HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 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)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。和寒町においては、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 → 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 - 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？ - 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)
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	- 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
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) 2 次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、平成 30 年度より和寒町国保独自で健診項目に微量アルブミン検査を追加するほか、事業所健診等の微量アルブミン検査を受けられなかった者等に対し 2 次健診として実施し、早期介入による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、糖尿病連携手帳や和寒町プログラムによる連携用様式を使用して連携を図る。

(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和寒町プログラムに準じ行っていく。

6) 介護保険部門との連携

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和寒町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。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。

(1) 短期的評価 (1 年評価)

- 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

○微量アルブミンの変化

○服薬状況の変化

(2)中長期的評価 (3 年評価)

様式 6-1 糖尿病性腎症取り組み評価表(参考資料5)を用いて経年で比較

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

i) ST 変化

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。心電図健診判定マニュアルより、「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」とあることから、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、脂質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。

和寒町において健診受診者 586 人のうち心電図検査実施者は 585 人(99.8%)であり、そのうち ST 所見があったのは7人(1.2%)であった(図表 30)。ST 所見あり7人のうち2人は要精査であり、その後の受診状況をみると未受診であった(図表 31)。医療機関未受診者2名は肥満、血圧、血糖、脂質、尿酸、腎臓機能低下などのリスクを有する者であることから受診勧奨を行う必要がある。

また、ST 所見があった7人には心電図検査における ST 変化とはどのような状態であるのかを指導し、重症化予防を図る。

ii) その他の変化

冠動脈病変の非侵襲的診断法に関するガイドラインより「心筋虚血の診断には主に ST 部分の変化が用いられるが、T 波の変化や各種不整脈の出現なども診断的価値を持つ」「狭心症患者では非発作時には心電図変化を認めないことも多く、心電図所見が正常でも冠動脈疾患を除外できない」とある。

その他の変化のあった 105 人には、今後虚血性心疾患につながるおそれのある所見であるかを評価し、健診データと合わせ保健指導を実施していく。

【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	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	586	100	585	99.8	7	1.2	105	17.9	473	80.7

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査など(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)(%)
7	100	2	28.6	0	0	2	100

心電図検査異常なしの者には保健指導における問診にて症状の有無を確認し、重症化予防対象者を把握していく。(参考資料7)

② 心電図検査以外からの把握

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」を基準に実施される「詳細な健診」項目である。

和寒町の実施なしの1人は正常血圧、高 LDL コレステロール、eGFR60 未満であったため、心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 32】

【図表

心電図所見以外のリスク因子			健診受診者	① 心電図検査実施		②	③ 実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
						要問診確認	
			586	7	105	473	1
				1.2%	17.9%	80.7%	0.2%
メタボ該当者			82	0	19	63	0
			14.0%	0.0%	23.2%	76.8%	0.0%
メタボ予備群			57	1	11	45	0
			9.7%	1.8%	19.3%	78.9%	0.0%
メタボなし			448	6	76	365	1
			76.5%	1.3%	17.0%	81.5%	0.2%
(再掲)	高LDL-C	140－159	80	1	24	55	0
			13.7%	1.3%	30.0%	68.8%	0.0%
		160－179	41	1	12	27	1
			7.0%	2.4%	29.3%	65.9%	2.4%
		180－	17	0	5	12	0
			2.9%	0.0%	29.4%	70.6%	0.0%
CKD※		G3aA1～ (eGFR60未満)	181	3	26	151	1
			31.4%	1.7%	14.4%	83.4%	0.6%

※必須項目ではないためクレアチニン検査受診者は 576 人、うち eGFR60 未満は 181 人。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の重症化予防には、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つなげることが重要である(図表 33)。

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。

虚血性心疾患に関する問診項目

【図表 33】

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)

参考)極論で語る循環器内科 第2版 他

(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。血管機能不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「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、メタボリックシンドローム、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和寒町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。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。

(1)短期的評価(年 1 回)

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

(2)中長期的評価

虚血性心疾患による医療費の減少、虚血性心疾患による介護保険認定者数の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

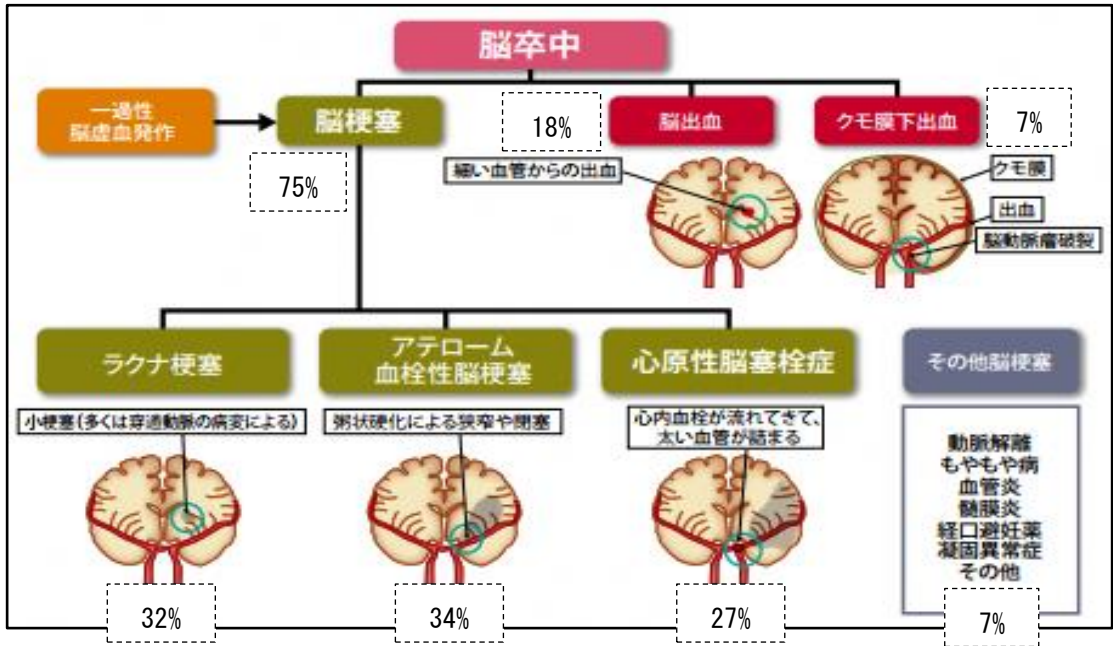
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】 【図表 34】



(2014 年 5 月「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会「脳卒中予防の提言」より)

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

(参考)脳卒中治療ガイドライン 2015〔追補 2017〕 日本脳卒中学会

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

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	●	●			○	○
	クモ膜下出血	●					
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	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	LDL-C 180mg/dl以上	心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	蛋白尿 (2+) 以上 eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 584		31 5.3%	42 7.2%	22 3.8%	10 1.7%	82 14.0%	11 1.9%
対象者数							
治療なし		21 67.7%	27 64.3%	22 100.0%	4 40.0%	17 20.7%	2 18.2%
(再掲) 特定保健指導		9 42.9%	7 25.9%	6 27.3%	2 50.0%	17 100.0%	2 16.7%
治療中		10 32.3%	15 35.7%	0 0.0%	6 60.0%	65 79.3%	9 81.8%
臓器障害 あり		8 38.1%	7 25.9%	3 13.6%	4 100.0%	2 11.8%	2 100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD (専門医対象者)	0	1	0	0	1	2
	蛋白尿 (2+) 以上	0	1	0	0	1	2
	蛋白尿 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	0	0
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	0	12
	心電図所見あり	6	7	3	4	2	1
	眼底検査所見あり	2	0	0	0	0	0

※「治療」とは、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療の有無をいう。

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。対象者となるⅡ度高血圧以上は 31 人(5.3%)であり、そのうち 21 人(67.7%)は未治療者であった。また未治療者のうち 8 人(38.1%)は臓器障害の所見が見られ、そのうち眼底検査で有所見であった者が 2 人であった。眼底検査で見ることができる網膜の血管は「脳の血管からの枝分かれ」であり、脳の血管の状態を推測できる外部から見える唯一の血管である。そのため、臓器障害が見られた者には早急な受診勧奨および家庭血圧測定を勧める必要がある。また治療中であってもⅡ度高血圧である者が 10 人(32.3%)いることがわかったため、血圧管理の重要性および医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) 血圧に基づいた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その他の危険因子で層別化し対象者を明確にする必要がある。(図表 37)

【図表 37】

①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 (血圧以外の予後影響因子)		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
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～ 109	180以上 /110以上
	395	111	141	61	61	20	1
		28.1%	35.7%	15.4%	15.4%	5.1%	0.3%
リスク第1層	37	15	16	5	1	0	0
		9.4%	13.5%	11.3%	8.2%	1.6%	0.0%
リスク第2層	171	44	60	31	25	10	1
		43.3%	39.6%	42.6%	50.8%	41.0%	100.0%
リスク第3層	187	52	65	25	35	10	0
		47.3%	46.8%	46.1%	67.4%	50.0%	0.0%
再掲 重複あり	糖尿病	48	13	12	7	11	5
		25.7%	25.0%	18.5%	28.0%	31.4%	50.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	127	33	48	16	27	3
		67.9%	63.5%	73.8%	64.0%	77.1%	30.0%
	3個以上の危険因子	71	15	24	9	17	6
		38.0%	28.8%	36.9%	36.0%	48.6%	60.0%

リスク第1層：予後影響因子がない

リスク第2層：A（糖尿病以外で1～2個）、C（3項目）のいずれかがある

リスク第3層：A（3個以上）、B（臓器障害/心血管病）、C（4項目）、糖尿病、CKDのいずれかがある

②初診時の高血圧管理計画

再掲		
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
1	25	56
0.3%	6.3%	14.2%
1	0	0
100%	0.0%	0.0%
--	25	11
	100.0%	19.6%
--	--	45
		80.4%

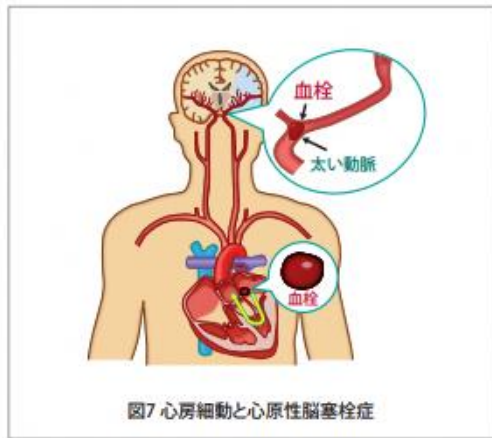
【リスク層別化に用いる予後影響因子】

A. 心血管病の危険因子(血圧値以外) ・高齢(65歳以上) ・喫煙 ・脂質異常症 低HDLコレステロール血症(<40mg/dl) - 高LDLコレステロール血症(≥140mg/dl) - 高トリグリセリド血症(≥150mg/dl) ・肥満(BMI≥25)(特に内臓脂肪型肥満) ・メタボリックシンドローム ・若年(50歳未満)発症の心血管病の家族歴 ・糖尿病 空腹時血糖≥126mg/dl 負荷後血糖2時間値≥200mg/dl 随時血糖≥200mg/dl HbA1c≥6.5%(NGSP)	B. 臓器障害/心血管病 脳 脳出血・脳梗塞 無症候性脳血管障害 一過性脳虚血発作 心臓 左室肥大(心電図、心エコー) 狭心症、心筋梗塞、冠動脈再建術後 心不全 腎臓 蛋白尿・アルブミン尿 低いeGFR(<60ml/分1.73m²) 慢性腎臓病(CKD) 確立された腎疾患(糖尿病性腎症、腎不全など) 血管 動脈硬化性プラーク 頸動脈内膜中膜複合体厚≥1.1mm 大血管疾患 末梢動脈疾患(足関節上腕血圧比低値:ABI≤0.9) 眼底 高血圧性網膜症	C. メタボリックシンドローム 1. 内臓脂肪型肥満 ウエスト周囲径 男性≥85cm 女性≥90cm (内臓脂肪面積 男女とも≥100cm² に相当) + 2. 血圧値 収縮期血圧≥130mmHg かつ/または 拡張期血圧≥85mmHg 上記2項目に加え、下記のいずれか1～2つ 3. 血糖値 空腹時血糖≥110mg/dl 4. 脂質値 高トリグリセリド血症≥150mg/dl かつ/または 低HDLコレステロール血症<40mg/dl
---	--	--

(参考)高血圧治療ガイドライン 2014 日本高血圧学会

図表 37 は降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたる 56 人については早急な受診勧奨が必要になる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



（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り、適切な抗凝固療法により約6割が脳梗塞を予防できるため、早期発見・早期治療が重要である。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。

【特定健診受診者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				(参考)日本循環器学会※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	262	323	8	3.1	2	0.6	—	—
40歳代	34	23	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	46	44	1	2.2	0	0	0.8	0.1
60歳代	98	153	4	4.1	1	0.7	1.9	0.4
70～74歳	84	103	3	3.6	1	1	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。ただし70～74歳の値は70～79歳の有病率とする。

【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	%
10	1	10	9	90

心電図検査において10人が心房細動の所見であった。特に男性では、50～70歳代の有所見者割合が日本循環器学会疫学調査と比較して高いことがわかった。また10人のうち9人は既に治療が開始されていたが、1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。医療機関の受診勧奨および継続受診の必要性について指導を行う必要がある。

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。

(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。血管機能不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

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

(1) 短期的評価

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

(2) 中長期的評価

脳血管疾患による医療費の減少、脳血管疾患による介護保険認定者数の減少

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

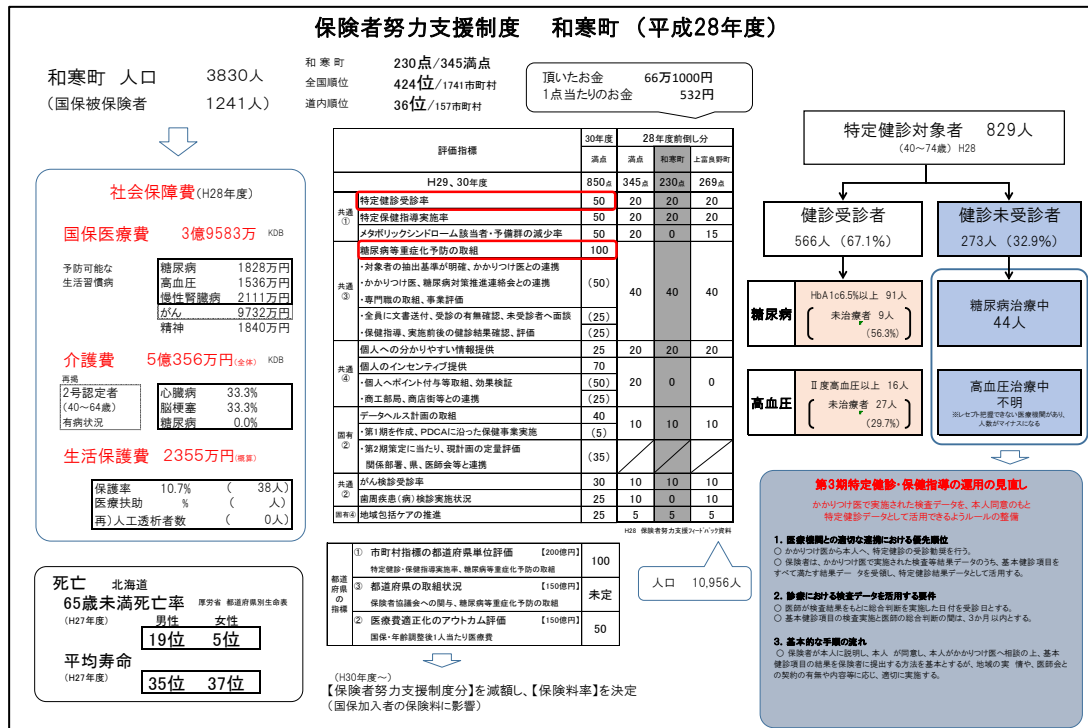
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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实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

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

1、からだの実態

①健診データ

(様式6-2～6-7健診有所見者状況
平成26年度 全医療保険者)
11月1日時点P427

腹囲	17位
BMI	5位
GPT	2位
中性脂肪	17位
収縮期血圧(180以上)	14位
拡張期血圧(100以上)	20位
空腹時血糖126以上	23位
HbA1c8.4以上	30位
LDLコレステロール180以上	10位

摂取エネルギーの
過剰と内臓脂肪型
肥満

②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外(平成26年)

	入院外	入院	p131
糖尿病	39位	12位	

③糖尿病腎症による新規透析導入者の状況(平成27年)

北海道	23位	43.60%	p138
-----	-----	--------	------

2、北海道の食の実態

家庭

チーズ	p37	6位
バター	p37	7位

生鮮肉	p35	1位
加工肉	p35	1位

冷凍・缶詰	p35	1位
ソーセージ・ベーコン	p35	2位

鮭	p30	2位
鯛立	p32	2位

貝類	p32	3位
かに	p31	4位

さんま	p30	5位
米	p26	3位

チョコレート	p55	2位
炭酸飲料水	p57	3位

スナック菓子	p54	4位
キャンデー	p55	4位

メロン	p47	2位
玉葱	p40	1位

かぼちゃ	p41	3位
じゃがいも	p41	5位

野菜摂取量	p24	46位
-------	-----	-----

外食

バー・キャバレー	(p25)
ナイトクラブ	4位

焼き肉店	7位
寿司店	7位

ドーナツ店・	9位
アイスクリーム店等	

焼酎	(p63)
ウイスキー・ブランデー	4位

リキュール	5位
ビール	6位

ワイン	6位
-----	----

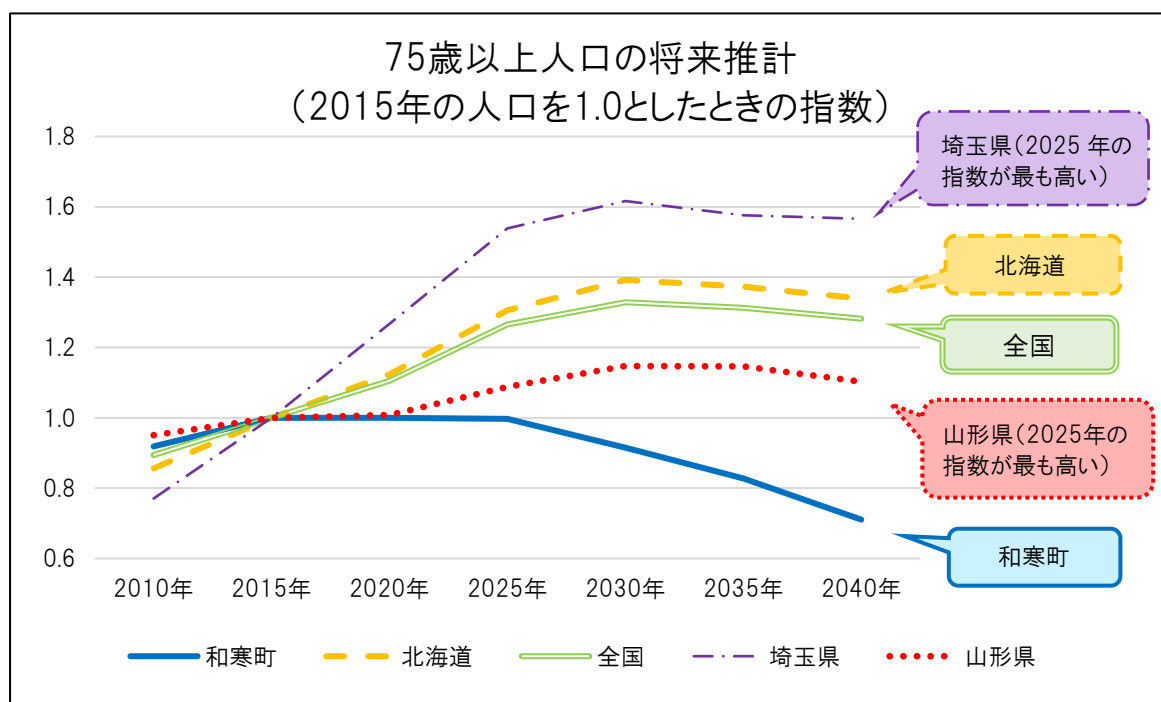
家計調査
(食品ランキング2014～2016平均)

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、和寒町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。

本町の高齢者数は既に減少傾向にあるが、生産年齢人口及び年少人口も減少しているため、高齢化率は今後も上昇していくことが予想される。(図表 42)



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

和寒町国保では被保険者のうち、65 歳から 74 歳までの前期高齢者の占める割合は H28 年は 40.3%と高く（参考資料 1）、和寒町国保の保険給付における前期高齢者が占める療養の給付の割合は H25 年は 58.9%、H28 年は 60.4%と上昇している。また、前期高齢者 1 人当たりの療養の給付費においても H25 年は 482,382 円、H28 年は 545,235 円と 62,853 円の上昇がある。（図表 43）これらの状況を鑑みると、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和寒町国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

和寒町の国民健康保険給付・医療給付の状況

【図表 43】

療養の給付等（費用額）

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
A 全体	435,130,834 円	451,575,172 円	457,638,992 円	451,254,027 円
B 前期高齢者分（再掲）	256,144,848 円	276,036,258 円	271,785,444 円	272,617,542 円
A/B 前期高齢者が占める療養の給付の割合	58.9%	61.1%	59.4%	60.4%
前期高齢者 1 人当たりの療養の給付費	482,382 円	—	—	545,235 円

国民健康保険事業状況報告書（事業年報）参照

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。（参考資料 10）

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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

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

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

データヘルス計画の目標管理一覧

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	データヘルス計画	中長期	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 70%以上	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）	
					67.7%									
			特定保健指導実施率 85%以上	特定保健指導対象者の割合 10%未満	73.8%									
			特定保健指導対象者の割合 10%未満		10.9%									
		・特定健診受診者における肥満者割合や、内臓脂肪を基準とした高血糖、脂質異常の割合が男女共に高い。また、特定健診受診率や特定保健指導実施率の低下がある。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合 現状維持または減少	1.5%						KDBシステム			
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合 現状維持または減少			0.8%										
	糖尿病性腎症による透析導入者の人数 0人			1人										
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 20%以下	23.9%									和歌県保健福祉課	
			健診受診者の高血圧者の割合（160／100以上） 5%以下	5.6%										
			健診受診者の脂質異常者の割合（LDL140以上） 25%以下	30.0%										
			健診受診者の糖尿病者の割合（HbA1c6.5以上） 9%以下	10.6%										
			健診受診者の糖尿病未治療者の割合 30%以下	34.6%										
			糖尿病の保健指導を実施した割合 60%以上	46.9%										
			がん検診受診率 胃がん検診 20%以上	13.0%									保健事業報告	
			肺がん検診 30%以上	26.7%										
			大腸がん検診 20%以上	15.8%										
			子宮頸がん検診 40%以上	38.7%										
			乳がん検診 50%以上	45.5%										
			後発医薬品の使用割合 90%以上	79.5%									厚生労働省公表結果	

【図表44】

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・北海道・同規模平均と比べてみた和寒町の位置

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 評価イメージ 1

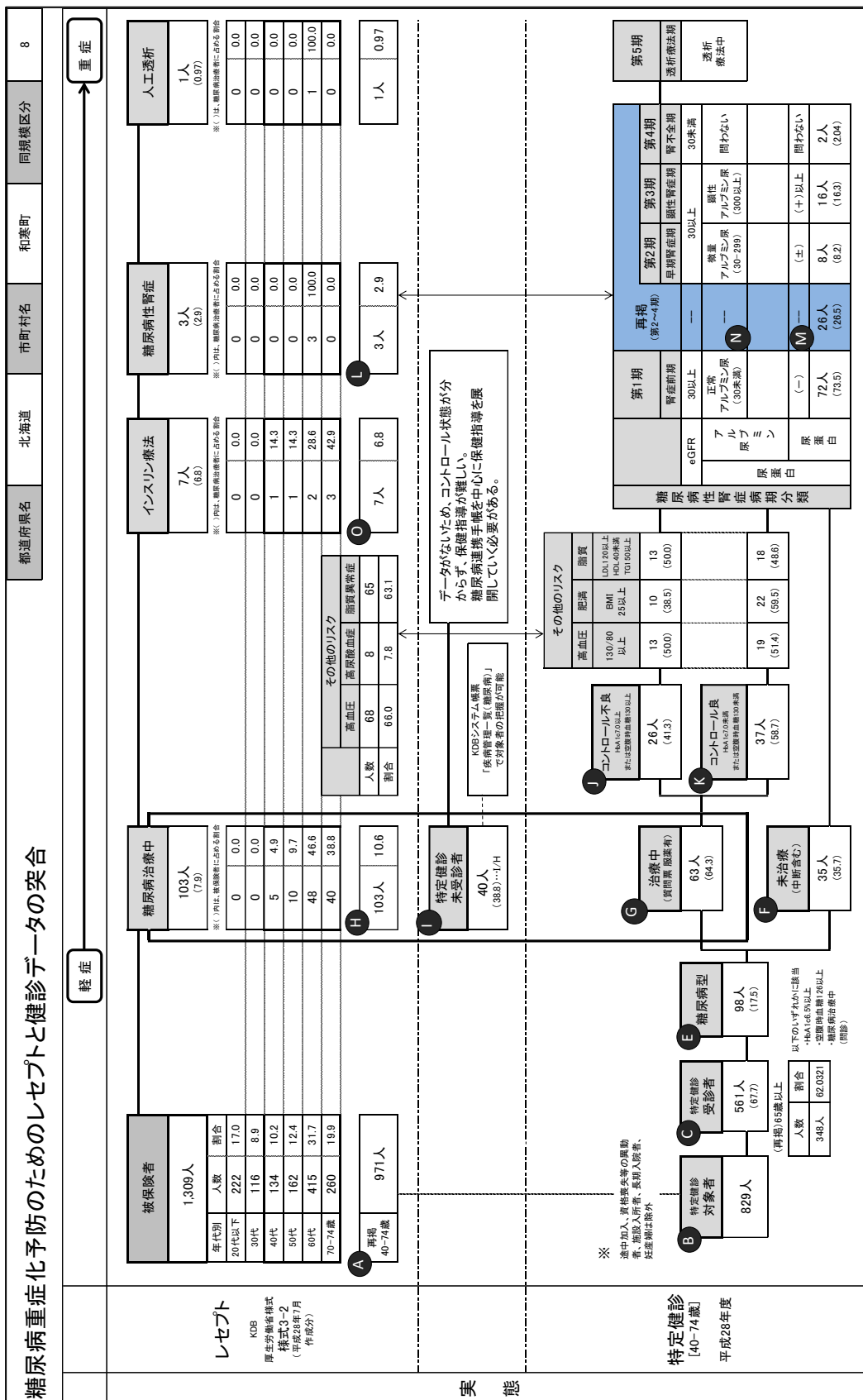
参考資料 11 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた和寒町の位置

【参考資料1】

項目				H25		H28		H28						データ元 (CSV)	
				和寒町		和寒町		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		3,830		3,830		712,964		5,475,176		124,852,975		KDB_No.5 人口の状況 KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
			65歳以上（高齢化率）		1,505	39.3	1,505	39.3	250,396	35.1	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2	
			75歳以上		832	21.7	832	21.7			669,235	12.2	13,989,864	11.2	
			65～74歳		673	17.6	673	17.6			686,896	12.5	15,030,902	12.0	
			40～64歳		1,220	31.9	1,220	31.9			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0	
	39歳以下		1,105	28.9	1,105	28.9			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業		38.7		38.7		22.7		7.7		4.2		KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
			第2次産業		13.3		13.3		21.7		18.1		25.2		
			第3次産業		48.0		48.0		55.6		74.2		70.6		
	③	平均寿命	男性		79.6		79.6		79.4		79.2		79.6		KDB_No.1 地域全体像の把握
女性			86.5		86.5		86.5		86.3		86.4				
④	健康寿命	男性		65.2		65.1		65.1		64.9		65.2		地域全体像の把握	
		女性		66.4		66.3		66.7		66.5		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	100.8		97.2		102.6		101.0		100		KDB_No.1 地域全体像の把握
				女性	98.9		78.2		98.2		97.6		100		
			死因	がん	23	48.9	18	46.2	2,874	44.3	18,759	51.6	367,905	49.6	
				心臓病	15	31.9	17	43.6	1,917	29.6	9,429	25.9	196,768	26.5	
				脳疾患	4	8.5	4	10.3	1,158	17.9	4,909	13.5	114,122	15.4	
				糖尿病	0	0.0	0	0.0	115	1.8	669	1.8	13,658	1.8	
				腎不全	3	6.4	0	0.0	231	3.6	1,543	4.2	24,763	3.3	
				自殺	2	4.3	0	0.0	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	4	8.0	5	9.3			6845	11.1	136944	10.5	厚労省HP 人口動態調査	
			男性	3	10.3	3	10.7			4406	13.7	91123	13.5		
女性	1		4.8	2	7.7			2439	8.2	45821	7.2				
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		293	19.4	327	21.8	49,932	20.0	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		4	0.3	1	0.3	781	0.3	5,300	0.4	105,654	0.3	
			2号認定者		1	0.1	3	0.3	856	0.4	7,521	0.4	151,745	0.4	
	②	有病状況	糖尿病	71	24.6	85	24.9	10,568	20.4	82,243	25.0	1,343,240	21.9		
			高血圧症	205	68.5	197	61.9	28,302	55.0	169,499	51.7	3,085,109	50.5		
			脂質異常症	128	43.1	130	41.0	14,020	27.1	100,850	30.7	1,733,323	28.2		
			心臓病	212	72.4	208	65.6	31,852	62.1	189,212	57.9	3,511,354	57.5		
			脳疾患	97	33.2	75	25.0	13,312	26.3	79,841	24.6	1,530,506	25.3		
			がん	28	9.6	34	10.1	4,845	9.3	38,597	11.6	629,053	10.1		
			筋・骨格	190	62.7	176	56.7	28,251	55.0	168,550	51.4	3,051,816	49.9		
精神			120	39.9	108	35.8	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）		71,460		70,040		73,702		57,953		58,349			
		居宅サービス		34,140		34,696		39,646		38,810		39,683			
		施設サービス		259,078		253,575		273,946		283,015		281,115			
④	医療費等	要介護認定別	7,195		7,001		8,522		8,976		7,980				
		医療費（40歳以上）	4,689		4,930		4,226		4,619		3,822				
4	①	国保の状況	被保険者数		1,473		1,241		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		531	36.0	500	40.3			547,063	41.7	12,462,053	38.2	
			40～64歳		537	36.5	414	33.4			441,494	33.6	10,946,693	33.6	
			39歳以下		405	27.5	327	26.3			324,156	24.7	9,178,477	28.2	
	加入率		38.5		32.4		28.1		24.0		26.9				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.7	1	0.8	47	0.2	569	0.4	8,255	0.3		
			診療所数	4	2.7	4	3.2	621	3.1	3,377	2.6	96,727	3.0		
			病床数	30	20.4	30	24.2	3,963	19.9	96,574	73.6	1,524,378	46.8		
			医師数	3	2.0	3	2.4	541	2.7	12,987	9.9	299,792	9.2		
			外来患者数	544.0		554.3		652.4		646.1		668.3			
入院患者数			18.4		23.1		23.7		22.9		18.2				
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		21,787	県内161位 同規模186位	26,790	県内110位 同規模126位	26,819		27,782		24,253			
		受診率		562.403		577.394		676.093		668.982		686.501			
		外 費用の割合	57.1		51.4		55.3		55.2		60.1				
		来 件数の割合	96.7		96.0		96.5		96.6		97.4				
		入 費用の割合	42.9		48.6		44.7		44.8		39.9				
		院 件数の割合	3.3		4.0		3.5		3.4		2.6				
		1件あたり在院日数		15.2日		14.0日		16.3日		15.8日		15.6日			
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷 病名（調割合む）	がん	40,613,540	21.3	97,357,500	43.2	24.1		28.5		25.6	KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
		慢性腎不全（透析あり）	27,662,710	14.5	21,113,570	9.4	7.9		6.5		9.7				
		糖尿病	18,830,750	9.9	18,276,000	8.1	10.1		9.3		9.7				
		高血圧症	24,208,900	12.7	15,338,080	6.8	9.4		7.9		8.6				
		精神	16,771,820	8.8	18,295,560	8.1	18.6		17.2		16.9				
		筋・骨格	38,870,680	20.4	36,774,860	16.3	16.4		16.4		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数183	入院	糖尿病	443,454	173位	(19)	550,417	109位	(18)	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域								
					高血圧	525,865	150位	(16)	721,457	12位	(15)									
					脂質異常症	563,638	82位	(19)	675,668	12位	(18)									
					脳血管疾患	644,481	98位	(23)	804,038	19位	(16)									
					心疾患	478,325	173位	(11)	847,479	24位	(7)									
					腎不全	659,089	110位	(19)	553,131	141位	(8)									
					精神	521,807	34位	(26)	388,836	175位	(24)									
					悪性新生物	626,704	92位	(15)	694,068	98位	(13)									
					外来	糖尿病	36,853	91位	39,857	52位										
						高血圧	33,250	54位	40,849	7位										
						脂質異常症	29,860	89位	39,494	3位										
						脳血管疾患	42,160	40位	42,272	39位										
						心疾患	49,706	31位	56,494	21位										
						腎不全	154,937	102位	192,150	33位										
精神	28,231	119位	25,140	160位																
悪性新生物	42,642	146位	73,452	15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	4,407	4,593	2,810	1,458	2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域											
			健診未受診者	6,736	12,404	12,706	15,594	12,683												
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	15,464	16,642	7,804	4,388	5,940												
			健診未受診者	23,634	44,943	35,289	46,918	36,479												
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	363	54.0	319	56.9	31,779	56.5	129,168	57.2	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		医療機関受診率	302	44.9	266	47.4	28,823	51.3	118,763	52.6	3,799,744	51.6								
		医療機関非受診率	61	9.1	53	9.4	2,956	5.3	10,405	4.6	316,786	4.3								
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	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	672				561				56,224		225,931		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
					受診率	70.1	県内2位 同規模9位	67.7	県内4位 同規模19位	39.7		25.1	全国44位	34.0						
					特定保健指導終了者（実施率）	53	59.6	43	67.2	498	6.6	938	3.5	35,557	4.1					
					非肥満高血糖	53	7.9	57	10.2	5,467	9.7	17,429	7.7	687,157	9.3					
					メタボ	該当者	103	15.3	79	14.1	10,599	18.9	37,430	16.6	1,272,714	17.3				
						男性	66	23.0	54	21.8	7,361	27.9	25,731	27.5	875,805	27.5				
						女性	37	9.6	25	8.0	3,238	10.8	11,699	8.8	396,909	9.5				
						予備群	66	9.8	55	9.8	6,633	11.8	24,029	10.6	790,096	10.7				
						男性	47	16.4	38	15.3	4,566	17.3	16,766	17.9	548,609	17.2				
						女性	19	4.9	17	5.4	2,067	6.9	7,263	5.5	241,487	5.8				
					BMI	総数	200	29.8	156	27.8	19,372	34.5	69,361	30.7	2,320,533	31.5				
						男性	132	46.0	108	43.5	13,388	50.8	47,819	51.1	1,597,371	50.1				
						女性	68	17.7	48	15.3	5,984	20.0	21,542	16.3	723,162	17.3				
						総数	67	10.0	61	10.9	3,615	6.4	14,535	6.4	346,181	4.7				
						男性	20	7.0	17	6.9	629	2.4	2,471	2.6	55,460	1.7				
						女性	47	12.2	44	14.1	2,986	10.0	12,064	9.1	290,721	7.0				
						血糖のみ	1	0.1	3	0.5	464	0.8	1,283	0.6	48,685	0.7				
						血圧のみ	44	6.5	36	6.4	4,606	8.2	16,730	7.4	546,667	7.4				
						脂質のみ	21	3.1	16	2.9	1,563	2.8	6,016	2.7	194,744	2.6				
						血糖・血圧	16	2.4	7	1.2	1,913	3.4	5,478	2.4	196,978	2.7				
血糖・脂質	4	0.6	4	0.7		596	1.1	1,811	0.8	69,975	1.0									
血圧・脂質	63	9.4	43	7.7		4,826	8.6	19,151	8.5	619,684	8.4									
血糖・血圧・脂質	20	3.0	25	4.5		3,264	5.8	10,990	4.9	386,077	5.2									
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬 既往歴	高血圧		227	33.8	183	32.6	20,411	36.4	74,890	33.2	2,479,216	33.7					
				糖尿病	58	8.6	61	10.9	5,000	8.9	15,872	7.0	551,051	7.5						
				脂質異常症	183	27.2	156	27.8	12,656	22.6	55,219	24.4	1,738,149	23.6						
				脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	30	4.5	24	4.3	1,721	3.1	7,611	3.5	230,777	3.3						
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	31	4.6	30	5.4	2,998	5.5	12,203	5.6	391,296	5.5						
				腎不全	3	0.4	4	0.7	335	0.6	1,056	0.5	37,041	0.5						
				貧血	78	11.6	49	8.8	4,296	8.1	20,157	9.2	710,650	10.1						
				喫煙	129	19.2	107	19.1	9,314	16.6	37,780	16.7	1,048,171	14.2						
				週3回以上朝食を抜く	8	7.3	9	10.1	3,727	7.5	21,204	10.4	540,374	8.5						
				週3回以上食後間食	23	21.3	18	20.2	6,739	13.5	32,406	15.9	743,581	11.8						
				週3回以上就寝前夕食	28	25.7	23	25.8	8,014	16.0	29,861	14.6	983,474	15.4						
				食べる速度が速い	26	24.1	21	23.6	13,924	27.9	55,733	27.3	1,636,988	25.9						
				20歳時体重から10kg以上増加	43	39.8	41	46.1	17,050	33.9	67,673	33.1	2,047,756	32.1						
				1回30分以上運動習慣なし	349	71.7	258	64.3	34,200	67.6	126,554	61.6	3,761,302	58.7						
				1日1時間以上運動なし	248	50.8	160	40.1	24,869	49.6	98,397	48.0	2,991,854	46.9						
				睡眠不足	68	14.0	56	13.9	12,204	24.3	46,189	22.6	1,584,002	25.0						
				毎日飲酒	101	20.6	90	22.4	14,071	27.0	45,392	22.0	1,760,104	25.6						
				時々飲酒	110	22.4	98	24.4	11,710	22.5	54,150	26.2	1,514,321	22.0						
				⑭	一日飲 酒量	1合未満	144	56.5	173	64.1	19,633	56.3	78,398	58.0	3,118,433	64.1				
1～2合	81	31.8	71			26.3	9,756	28.0	36,067	26.7	1,158,318	23.8								
2～3合	22	8.6	20			7.4	3,922	11.3	16,011	11.9	452,785	9.3								
3合以上	8	3.1	6			2.2	1,539	4.4	4,637	3.4	132,608	2.7								



【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

結果把握

保健指導の優先づけ

糖尿病管理台帳の全数(㉠+㉡)

()人

㉠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

㉡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

担当者名:

担当地区:

地区担当が実施すること

他の専門職との連携

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

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

○医療受診勧奨の保健指導

○糖尿病手帳の確認

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

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

●合併症

●脳・心疾患—手術

●人工透析

●がん

かかりつけ医、糖尿病専門医

尿アルブミン検査の継続

栄養士中心

腎専門医

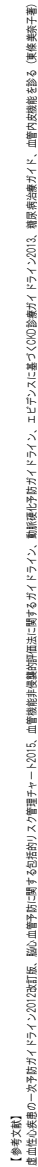
様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目				突合表	和寒町						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	1,309人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳			971人								
2	①	対象者数		B	829人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数		C	561人								
	③	受診率			67.7%								
3	①	特定 保健指導 対象者数			45人								
	②	実施率			73.8%								
4	①	健診 データ	糖尿病型		E	98人	17.5%						特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	35人	35.7%						
	③		治療中(質問票 服薬あり)		G	63人	64.3%						
	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	26人	41.3%						
	⑤		血圧 130/80以上			13人	50.0%						
	⑥		肥満 BMI25以上			10人	38.5%						
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	37人	58.7%						
	⑧		第1期	尿蛋白(ー)	M	72人	73.5%						
	⑨		第2期	尿蛋白(±)		8人	8.2%						
	⑩		第3期	尿蛋白(+)以上		16人	16.3%						
	⑪		第4期	eGFR30未満		2人	2.0%						
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)			78.7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)			106.1人								
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)		507件	(554.7)				472件	(757.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	(1)内は被保険者千対	入院(件数)		8件	(8.8)				4件	(5.9)		
	⑤	糖尿病治療中		H	103人	7.9%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳			103人	10.6%							
	⑦	健診未受診者		I	40人	38.8%							
	⑧	インスリン治療		O	7人	6.8%							
	⑨	(再掲)40-74歳			7人	6.8%							
	⑩	糖尿病性腎症		L	3人	2.9%							
	⑪	(再掲)40-74歳			3人	2.9%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			1人	0.97%							
	⑬	(再掲)40-74歳		1人	0.97%								
	⑭	新規透析患者数			0	0%	0	0%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			0	0%	0	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)			4人	1.9%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費			3億9583万円				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			2億2517万円				1億5163万円				
	③	(総医療費に占める割合)			56.9%				56.9%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		16,642円				8,737円				
	健診未受診者			44,943円				34,206円					
	⑤	糖尿病医療費			1828万円				1526万円				
	⑥	(生活習慣病総医療費に占める割合)			8.1%				10.1%				
	⑦	糖尿病入院外総医療費			5472万円								
	⑧	1件あたり			39,857円								
	⑨	糖尿病入院総医療費			4128万円								
	⑩	1件あたり			550,417円								
	⑪	在院日数			18日								
	⑫	慢性腎不全医療費			2180万円				1315万円				
	⑬	透析有り			2111万円				1198万円				
	⑭	透析なし			69万円				116万円				
7	①	介護			5億0359万円				3億1509万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症			1件	100.0%							
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	

発症予防

重症化予防（早期発見）

年齢（経過）



【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

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		
心電図		心電図所見なし		□ST変化		重症化予防対象者
				□その他所見		
問診		自覚症状なし		症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感(休むと治る) ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		重症化予防対象者
				☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧		
健診結果		(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。メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。 (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	重症	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】 □75g糖負荷試験
		食後	～139	140～199	200～	【重度】 □眼底検査 □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～		
□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

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証番号		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

番号	年度	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	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

平成29年度に向けた平成28年度の全体評価

評価（良くなったところ）					
課題・目標	①プロセス （やってきた実践の過程）	②アウトプット （事業実施評価）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	⑤残っている課題
目標 ●特定健診受診率 ●特定保健指導実施率 ●健康受診者の結果の改善（血圧、血糖、脂質、CKD） ●虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の減少 ●医療費の伸びを抑える				●地区分担と業務分担併用計画面類の評価や台帳整備は成人担当者が中心に行い、未受診者対策、重症化予防対策等で個別に関わりを持つ部分は各地区担当者を中心となって行っている。	全体 ●PDCAサイクルに基づく事業計画、実施
●受診率の低下 ●受診勧奨対象者へのアプローチ方法等検討	●特定健診通年や和菓子町国保に加入する者のうち、現年度の特定健診が未受診の者に対し、再勧奨用のハガキを個別に送付した。その後、反応の無かった者へ地区担当者から電話や訪問等で再勧奨を行う他、広報誌や防災無線で勧奨した。また、再勧奨用名簿として翌年度を含めた過去5年間の受診歴をまとめ、地区担当者へ配布した。 ⇒上記取り組みの具体的な方法や進め方について、地区担当者に任せられる部分が多く、計画的に勧奨を行っているが、既に属僚値のある者もあり、早期からの受診勧奨と生活習慣改善等への取り組みが、未受診者対策や重症化予防にとって重要である。	●未受診者訪問実施状況 ●ポピュレーション実施状況	●特定健診受診率 ●未受診者勧奨後の受診者数	●未受診者対策の具体化 ●特定健診未受診者であるが医療機関に通院する者のデータ受領関連	未受診者対策 ●未受診者に対する具体的な支援策 ●特定健診未受診者であるが医療機関に通院する者のデータ受領関連
●PDCAサイクルからの計画立案する ●対象者、方法等の検討 ●訪問、事業の目標、評価等検討 ●評価指標の検討	重症化予防として、未治療者に対する保健指導だけでなく、治療中の方も健診後のデータを保健指導を行った。また、5年間の健診データをもとに台帳を作成してきた。 ⇒治療中でありながらデータが思わしくない者もまだ多い。今後継続した保健指導による関わりが必要。また、台帳作成により対象者が明確化されてきているため、今後は具体的に対象者に対してどう支援していくか検討が必要。	●保健指導実施状況 ●台帳管理状況	●保健指導実施者の定年の特定健診結果 ●要治療者に対する保健指導実施後の受診（服薬や検査）状況	重症化予防対策 ●台帳の管理方法	重症化予防対策 ●台帳の管理方法
目標 ●会議等で町立と美病院との連携をはっきりさせていくが、個別に行う連携についてはまだ不十分。その他の医療機関での連携も進んでいない。	糖尿病等が原因で腎機能低下があると思われる者に対し、精密検査及び医師からの栄養指導をいただいたため、町立と美病院とのOKD連携様式を作成し活用した。 ⇒連携により糖尿病性腎症重症化の指標とされた微量アルブミン検査や、栄養指導に関する栄養指導を示すといったことにより住民に必要な保健指導を行うための体制が出来てきている。	●保健指導実施状況 ●協力体制づくりに向けた、会議等の現状、課題共有		●地区分担と業務分担併用計画面類の評価や台帳整備は成人担当者が中心に行い、未受診者対策、重症化予防対策等で個別に関わりを持つ部分は各地区担当者を中心となって行っている。 ●重症化予防対策を取り組んでいくうえで、栄養士の役割は重要である。対象者により、栄養士と連携共有しながら進めていく。	医療との繋がり ●連携形式等を利用した連携を継続して積み重ね、協力体制を広げていく

平成28年度の実績評価をふまえた、平成29年度の進捗状況と課題整理

平成29年度 課題	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる （プロセス）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	
目標 ●特定健診受診率 H29年度目標 75% ●特定保健指導実施率 H29年度目標 80% ●健診受診者の検査結果の改善 （血圧・血糖・脂質・CKD） 第2期特定健診実施計画より					
全体 ●保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ●保健係で随時課題や進め方、進捗について随時共通理解をはかる					
未受診者対策 ●受診者の低下 ●受診勧奨対象者へのアプローチ方法等検討	未受診者対策 ●通年で和寒町国保に加入する者のうち、現年度の特定健診が未受診の者に対し、再勧奨用のハガキを個別に送付した。その後、反応の無かった者へ地区担当者から電話や訪問等で再勧奨を行う他、広報誌や防災無線で勧奨した。また、再勧奨用を弾として現年度を含めた過去5年間の受診履歴をまとめ、地区担当者へ配布した。	未受診者対策 ●未受診者へのハガキ送付 全数 ●防災無線による勧奨 1か月 ●広報誌掲載 2回 ●各地区担当者からの再勧奨 約60件	未受診者対策 ●未受診者勧奨による受診者が増加している実感はあるが、未受診歴の長い者に対する勧奨が不足している。各地区担当者が計画的に勧奨を進めていけるよう、細かな打ち合わせや共通認識が必要。 【アウトカム】 未受診者勧奨後に増えた健診受診者 55名（3月20日現在） ●未受診者の中には医療機関で既に治療しているため健診を受ける必要性を感じないとする者も多い。そのような方に健診受診へ理解を得ることや、受診時の検査結果等の利活用について課題が残る ●H29年度より管理栄養士2名体制	未受診者対策 ●未受診者勧奨後に増えた健診受診者 55名（3月20日現在） ●未受診者の中には医療機関で既に治療しているため健診を受ける必要性を感じないとする者も多い。そのような方に健診受診へ理解を得ることや、受診時の検査結果等の利活用について課題が残る ●H29年度より管理栄養士2名体制	
重症化予防対策 ●重症化予防が必要な者を抽出するための、健診受診者の分析 ●重症化予防対象者への支援方法	重症化予防対策 ●和寒町糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、糖尿病の原因とした透析等への重症化予防のための医療連携の方法を整備 ●糖尿病管理台帳の随時更新と各地区担当者への配布 ●健診結果説明会にて簡易的な微量アルブミン検査の実施 ●糖尿病管理台帳を活用し、集団健診受診者のうち台帳に記載のある対象者について、健診結果説明会にて保健指導を行い、治療状況等を確認した	重症化予防対策 ●和寒町糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、糖尿病の原因とした透析等への重症化予防のための医療連携の方法を整備 ●糖尿病管理台帳の随時更新と各地区担当者への配布 ●健診結果説明会にて簡易的な微量アルブミン検査の実施 ●糖尿病管理台帳を活用し、集団健診受診者のうち台帳に記載のある対象者について、健診結果説明会にて保健指導を行い、治療状況等を確認した	重症化予防対策 ●和寒町糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、糖尿病の原因とした透析等への重症化予防のための医療連携の方法を整備 ●糖尿病管理台帳の随時更新と各地区担当者への配布 ●健診結果説明会にて簡易的な微量アルブミン検査の実施 ●糖尿病管理台帳を活用し、集団健診受診者のうち台帳に記載のある対象者について、健診結果説明会にて保健指導を行い、治療状況等を確認した	重症化予防対策 ●糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わる事ができる。今年度は、3年間未受診・未治療者訪問を実施していくことから始めた。今後、地区毎での課題も見えてくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要となってくる。 ●連携模式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。	
医療とのつながり ●重症化予防のため、医師と連携し保健指導が行える体制の整備	医療とのつながり ●和寒町糖尿病性腎症重症化予防プログラムにもとづいた医療機関との連携のための様式作成と、身近な医療機関として町立病院と連携体制を整えた。	医療とのつながり ●町立病院医師および看護師と共通に ●医療機関へ個別訪問を実施。 未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼をした。	医療とのつながり ●次年度からは、プログラムに準じて必要な者に対する医療機関との連携を図る。 ●連携模式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。	医療とのつながり ●次年度からは、プログラムに準じて必要な者に対する医療機関との連携を図る。 ●連携模式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。	

【参考資料 11】