

赤井川村第 2 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 赤井川村

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
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

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(法廷義務)…

1. 第3期特定健診等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 保健事業の内容

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

第6章 計画の評価・見直し

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

参考資料

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」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」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「日本再構戦略」において、「すべ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保険維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り組みを行うことを促進する。」とされ保健者はレセプト等を活用した保険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成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、保健事業の実施に関する方針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画（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。

赤井川村においては、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。

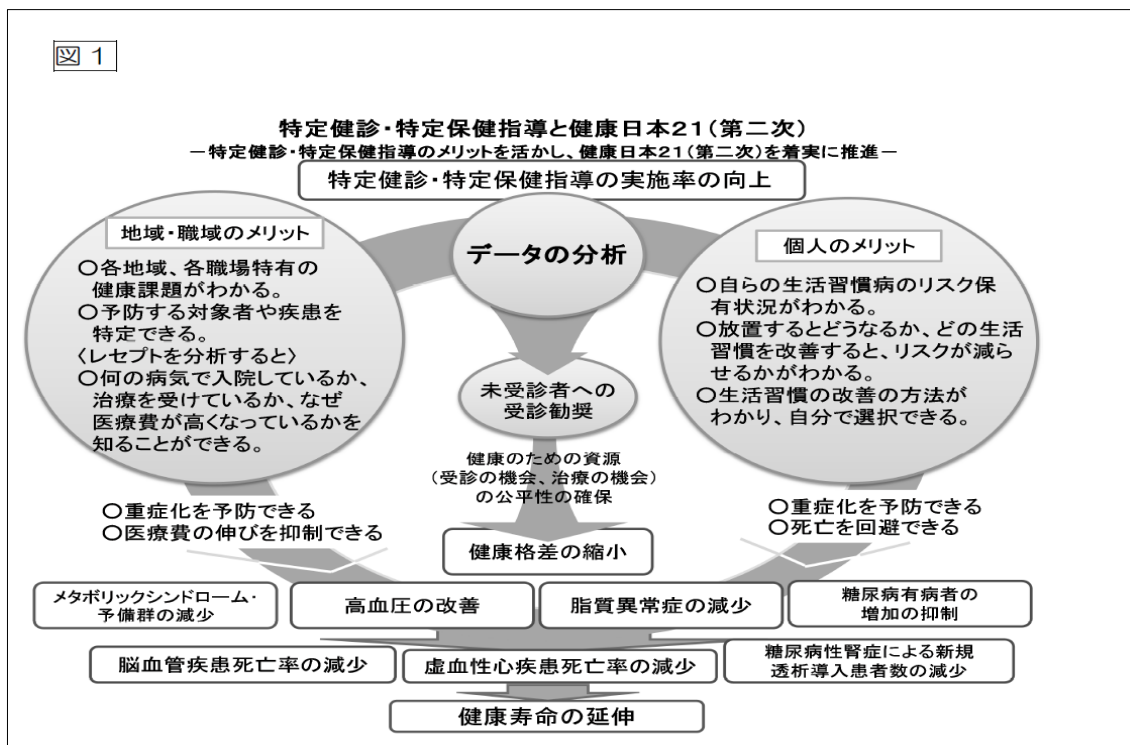
第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

【図表 1】

【図表 1】

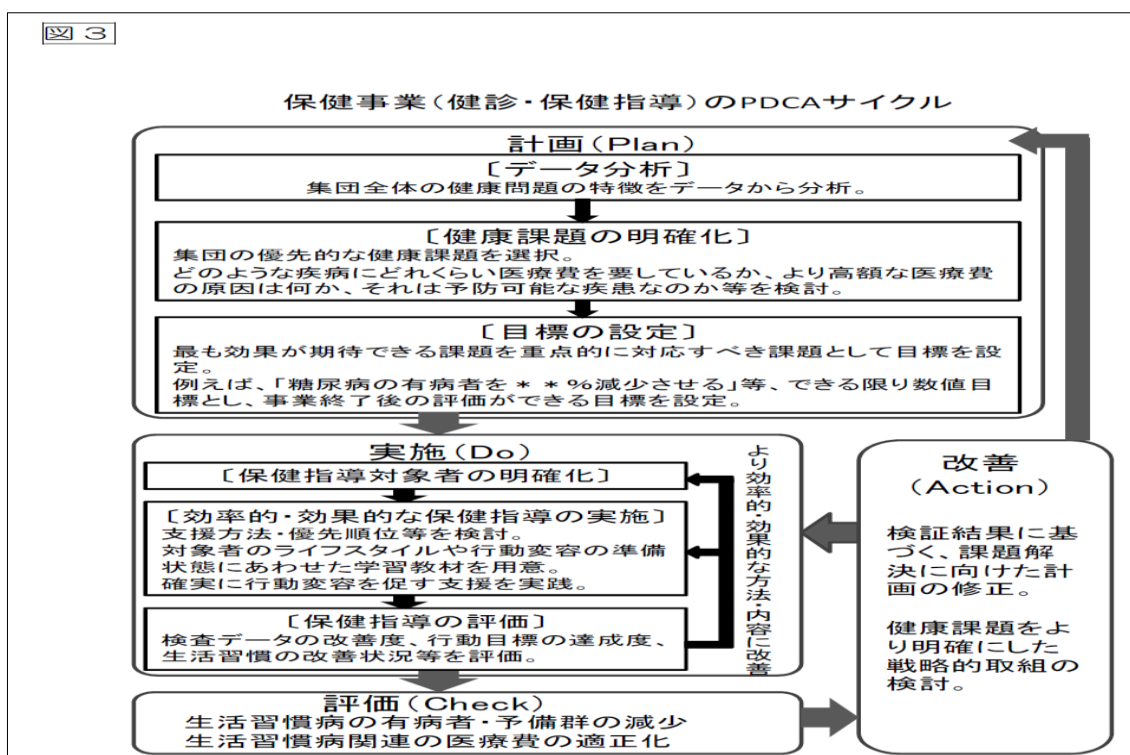
5

【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険医療関係の法廷計画との整合性を考慮するとしており、北海道における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1.)実施主体関係部の役割

赤井川村においては、保健福祉課保健福祉係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局がかかわっており、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・医療担当、介護保険担当、地域包括支援センター、生活保護担当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を含めて確実に引き継ぎを行うなど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、外部有識者との連携・協力が重要となる。

外部有識者とは、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た支援・評価委員会などのことをいう。

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年度から北海道が市町村の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、北海道の関与がさらに重要となる。

このため市町村国保は、計画素案について北海道の関係課と意見交換を行い連携に努める。

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。

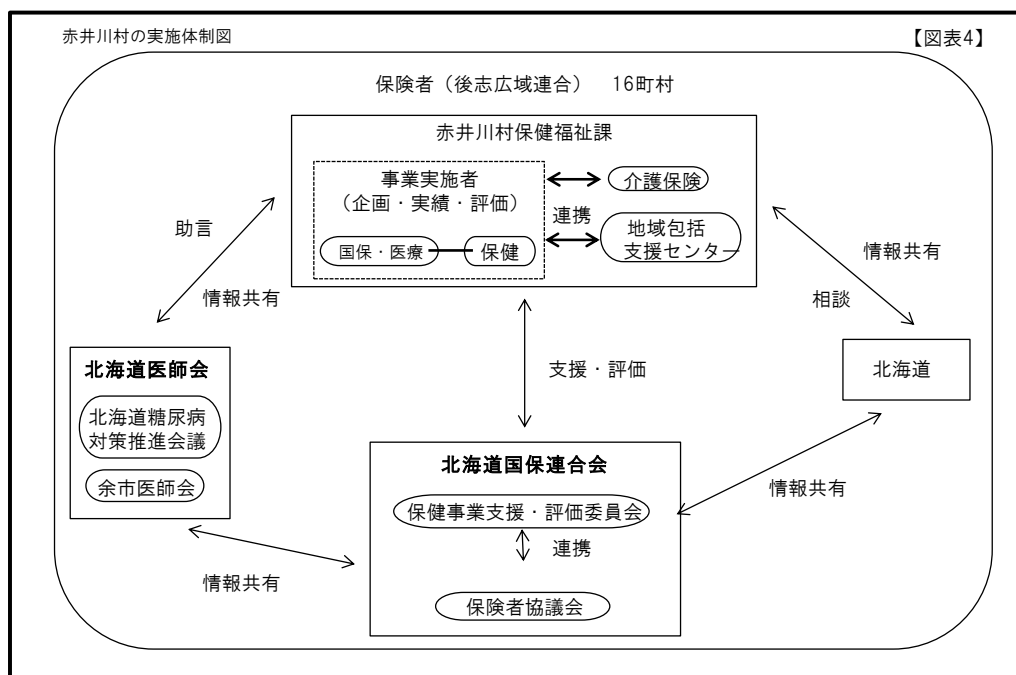
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両社が積極的に連携に努める。

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、ほか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効である。

3)被保険者の役割

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

【図表 4】



4.保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者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				
評価指数		H28 配点	H29 配点	H30 配点
総得点（満点）		345	580	850
交付額（万円）		？		
総得点（体制構築加点含む）		93		
全国順位（1,741市町村中）		1,289		
共通①	特定健診受診率	0		50
	特定保健指導実施率	0		50
	メタリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	0		50
共通②	がん検診受診率	10		30
	歯周疾患（病）検診の実施	0		20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0		100
固有②	データヘルス計画策定状況	0		40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	0		25
	個人インセンティブ提供	3		70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0		35
共通⑥	後発医薬品の促進	0		35
	後発医薬品の使用割合	0		40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	10		100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	0		25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0		25
	第三者求償の取組実施状況	0		40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			50
体制構築加点		70		60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における 健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

死亡 標準化死亡比(NSR)が平均より高く、がんが7割を占めている

介護 1号の認定数が同規模に比べ実数が多い

医療 一人当たり医療費(入院)・件数ともに平均より高い

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付の状況 (図表6)

【読み取り】

すべてのサービスにおいて給付費用が微減しているが同規模平均よりも上回っている

介護給付の変化					【図表6】		
年度	赤井川村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H26年度	12,724	81,094	49,668	296,200	75,205	39,796	281,312
H28年度	12,620	78,263	46,613	284,218	73,702	39,646	273,946

②医療費の状況（図表 7）

【読み取り】

入院の総医療費が大きく上がったが、一件当たりは下がった。

入院費用額が約 20%増加、入院外費用が約 15%減少

一人当たり医療費が H26 から約 10%増加している、病態の重症化が進み入院が増えたためと考えられる。

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）	H26	110,176,150	-	-	-	53,732,920	-	-	-	56,443,230	-	-	-	
	H28	113,425,150	3,249,000	2.9	0.8	65,844,140	12,111,220	22.5	0.4	47,581,010	△8,862,220	△15.7	1.1	
一人当たり 医療費（円）	H26	26,690	-	-	-	13,025	-	-	-	13,665	-	-	-	
	H28	29,896	3,206	1.1	3.4	12,526	△499	△3.8	2.9	17,370	3,705	27.1	3.7	

③最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）（図表 8）

【読み取り】

がんにかかる医療費が平均を大幅に超えている

【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26年度と平成28年度との比較）

市町村名		総医療費	一人当たり医療費			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	県内	慢性腎不全 （透析有）	慢性腎不全 （透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H26	赤井川村	62,726,190	26,690	104	90	0.0%	0.1%	0.2%	4.2%	13.3%	11.8%	4.1%	31,237,643	49.8%	25.4%	8.9%	15.5%
H28	赤井川村	73,455,980	29,896	79	57	0.0%	0.7%	0.5%	2.0%	9.1%	7.1%	3.3%	56,634,561	77.1%	49.8%	10.3%	17.0%
	道	248,255,184,230	27,782	—	—	6.5%	0.5%	4.3%	4.3%	9.2%	7.9%	4.6%	153,918,214,223	62.0%	28.5%	17.2%	16.3%
	国	5,376,570,309,870	24,245	—	—	9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	9.7%	8.6%	5.3%	3,102,281,068,795	57.7%	25.6%	16.9%	15.2%

④中長期的な疾患（図表 9）

【読み取り】

高血圧と脂質異常症の 65 歳以上の割合が増加している

【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						
			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	
			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
H26	全体	343	18	5.2%	2	11.1%	0	0.0%	13	72.2%	7	38.9%	8	44.4%	
	64歳以下	206	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	65歳以上	137	17	12.4%	2	11.8%	0	0.0%	13	76.5%	7	41.2%	8	47.1%	
H28	全体	331	17	5.1%	2	11.8%	0	0.0%	14	82.4%	7	41.2%	10	58.8%	
	64歳以下	205	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	
	65歳以上	126	16	12.7%	2	12.5%	0	0.0%	13	81.3%	6	37.5%	10	62.5%	

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標						
			虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常証	
			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
H26	全体	343	2	0.6%	5	250.0%	0	0.0%	3	150.0%	2	100.0%	0	0.0%	
	64歳以下	206	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	
	65歳以上	137	2	1.5%	3	150.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	
H28	全体	331	2	0.6%	6	300.0%	0	0.0%	4	200.0%	1	50.0%	1	50.0%	
	64歳以下	205	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	65歳以上	126	2	1.6%	4	200.0%	0	0.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常証	
		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
H26	全体	343	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	64歳以下	206	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65歳以上	137	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	331	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	64歳以下	205	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65歳以上	126	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク（様式 3-2～3-4）（図表 10）

【読み取り】

糖尿病の割合が増加傾向にある

【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			
H26	全体	343	40	11.7%	5	12.5%	25	62.5%	25	62.5%	7	17.5%	2	5.0%	0	0.0%	2	5.0%		
	64歳以下	206	12	5.8%	1	8.3%	7	58.3%	7	58.3%	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1	8.3%		
	65歳以上	137	28	20.4%	4	14.3%	18	64.3%	18	64.3%	7	25.0%	1	3.6%	0	0.0%	1	3.6%		
H28	全体	331	43	13.0%	5	11.6%	23	53.5%	26	60.5%	7	16.3%	1	2.3%	0	0.0%	3	7.0%		
	64歳以下	205	14	6.8%	1	7.1%	6	42.9%	9	64.3%	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	14.3%		
	65歳以上	126	29	23.0%	4	13.8%	17	58.6%	17	58.6%	6	20.7%	1	3.4%	0	0.0%	1	3.4%		

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		脂質異常賞		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		
H26	全体	343	77	22.4%	25	32.5%	37	48.1%	13	16.9%	3	3.9%	0	0.0%		
	64歳以下	206	26	12.6%	7	26.9%	12	46.2%	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%		
	65歳以上	137	51	37.2%	18	35.3%	25	49.0%	13	25.5%	1	2.0%	0	0.0%		
H28	全体	331	67	20.2%	23	34.3%	37	55.2%	14	20.9%	4	6.0%	0	0.0%		
	64歳以下	205	20	9.8%	6	30.0%	9	45.0%	1	5.0%	2	10.0%	0	0.0%		
	65歳以上	126	47	37.3%	17	36.2%	28	59.6%	13	27.7%	2	4.3%	0	0.0%		

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標						
			脂質異常賞		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H26	全体	被保険者数	343	56	16.3%	25	44.6%	37	66.1%	8	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
	64歳以下	206	18	8.7%	8	44.4%	12	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	65歳以上	137	38	27.7%	17	44.7%	25	65.8%	8	21.1%	0	0.0%	0	0.0%	
H28	全体	被保険者数	331	54	16.3%	26	48.1%	37	68.5%	10	18.5%	2	3.7%	0	0.0%
	64歳以下	205	20	9.8%	9	45.0%	9	45.0%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	
	65歳以上	126	34	27.0%	17	50.0%	28	82.4%	10	29.4%	1	2.9%	0	0.0%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

【読み取り】															
65 歳以上の BMI、腹囲が大きく増加している															

【図表 11】

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

★NO.23（概要）

性別		年齢別の人口割合（単位：人口100人に対する割合）※「人口割合」は、年齢別人口割合の総和が100となるように調整されている。																								
		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	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												
男性		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	H26	29.4		48.3		28.1		19.7		8.8		26.3		53.1		12.8		49.7		24.2		48.8		1.6		
	H28	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	H26	24,402	35.6%	34,470	50.3%	18,644	27.2%	16,225	23.7%	5,735	8.4%	18,365	26.8%	35,303	0.5	9,326	13.6%	34,341	50.1%	17,265	25.2%	34,137	49.8%	984	1.4%	
	H28	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	0.5	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	H26	17	34.0%	24	48.0%	12	24.0%	9	18.0%	1	2.0%	14	28.0%	41	0.8	15	30.0%	27	54.0%	15	30.0%	21	42.0%	1	2.0%
		H28	18	38.3%	23	48.9%	10	21.3%	8	17.0%	1	2.1%	13	27.7%	33	0.7	11	23.4%	19	40.4%	11	23.4%	20	42.6%	0	0.0%
	40-64	H26	10	41.7%	15	62.5%	8	33.3%	7	29.2%	0	0.0%	8	33.3%	19	0.8	10	41.7%	13	54.2%	8	33.3%	10	41.7%	1	4.2%
		H28	8	40.0%	12	60.0%	4	20.0%	5	25.0%	0	0.0%	4	20.0%	12	0.6	5	25.0%	5	25.0%	6	30.0%	13	65.0%	0	0.0%
	65-74	H26	7	26.9%	9	34.6%	4	15.4%	2	7.7%	1	3.8%	6	23.1%	22	0.8	5	19.2%	14	53.8%	7	26.9%	11	42.3%	0	0.0%
		H28	10	37.0%	11	40.7%	6	22.2%	3	11.1%	1	3.7%	9	33.3%	21	0.8	6	22.2%	14	51.9%	5	18.5%	7	25.9%	0	0.0%

女性		BMI		腰囲		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	H26	20.4		17.2		16.4		8.4		2.0		15.6		52.8		1.6		43.4		14.6		58.7		0.2		
	H28	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	H26	22,942	24.4%	15,713	16.7%	14,278	15.2%	9,177	9.7%	1,826	1.9%	14,390	15.3%	45,533	48.3%	1,698	1.8%	40,596	43.1%	14,723	15.6%	54,481	57.8%	216	0.2%	
	H28	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	H26	7	11.5%	2	3.3%	9	14.8%	4	6.6%	2	3.3%	10	16.4%	45	73.8%	4	6.6%	33	54.1%	15	24.6%	31	50.8%	0	0%
		H28	11	19.0%	6	10.3%	9	15.5%	5	8.6%	0	0.0%	11	19.0%	35	60.3%	3	5.2%	22	37.9%	8	13.8%	37	63.8%	0	0%
	40-64	H26	2	7.7%	0	0.0%	3	11.5%	2	7.7%	0	0.0%	2	7.7%	16	61.5%	1	3.8%	11	42.3%	11	42.3%	8	30.8%	0	0%
		H28	4	16.7%	1	4.2%	3	12.5%	2	8.3%	0	0.0%	3	12.5%	15	62.5%	1	4.2%	5	20.8%	1	4.2%	14	58.3%	0	0%
	65-74	H26	5	14.3%	2	5.7%	6	17.1%	2	5.7%	2	6.7%	8	22.9%	29	82.9%	3	8.6%	22	62.9%	4	11.4%	23	65.7%	0	0%
		H28	7	20.6%	5	14.7%	6	17.6%	3	8.8%	0	0.0%	8	23.5%	20	58.8%	2	5.9%	17	50.0%	7	20.6%	23	67.6%	0	0%

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）

男性			健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		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
保 険 者	合計	H26	50	46.3%	2	4.0%	8	16.0%	0	0.0%	8	16.0%	0	0.0%	14	28.0%	2	4.0%	3	6.0%	4	8.0%	5	10.0%
		H28	47	49.0%	4	8.5%	5	10.6%	1	2.1%	4	8.5%	0	0.0%	14	29.8%	2	4.3%	3	6.4%	6	12.8%	3	6.4%
	40-64	H26	24	42.9%	2	8.3%	6	25.0%	0	0.0%	6	25.0%	0	0.0%	7	29.2%	1	4.2%	1	4.2%	2	8.3%	3	12.5%
		H28	20	45.5%	3	15.0%	4	20.0%	1	5.0%	3	15.0%	0	0.0%	5	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	25.0%	0	0.0%
	65-74	H26	26	50.0%	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	7	26.9%	1	3.8%	2	7.7%	2	7.7%	2	7.7%
		H28	27	51.9%	1	3.7%	1	3.7%	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%	9	33.3%	2	7.4%	3	11.1%	1	3.7%	3	11.1%

女性			健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		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
保険者	合計	H26	61	50.8%	0	0.0%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	0	0.0%
		H28	58	53.7%	1	1.7%	3	5.2%	0	0.0%	3	5.2%	0	0.0%	2	3.4%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%
	40-64	H26	26	52.0%	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	24	60.0%	0	0.0%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	H26	35	50.0%	0	0.0%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.7%	0	0.0%
		H28	34	50.0%	1	2.9%	3	8.8%	0	0.0%	3	8.8%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

【読み取り】

健診・保健指導ともに割合的に増加傾向にある

受診勧奨後の医療機関受診率が減少し同規模平均以下に低下した。

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

2) 第1期に係る考察

【考察】

介護認定者が多く、その原因疾患が脳血管疾患等の血管疾患が約87%を占めていた。

健診の受診率は同規模や国と比べて高いが、例年受診されている方ばかりで年々、後期に移行するので新規受診者の増加がなくては目標受診率の達成は難しい。

総医療費も同規模平均よりも高く一人当たりにかかる費用も高くなっている。

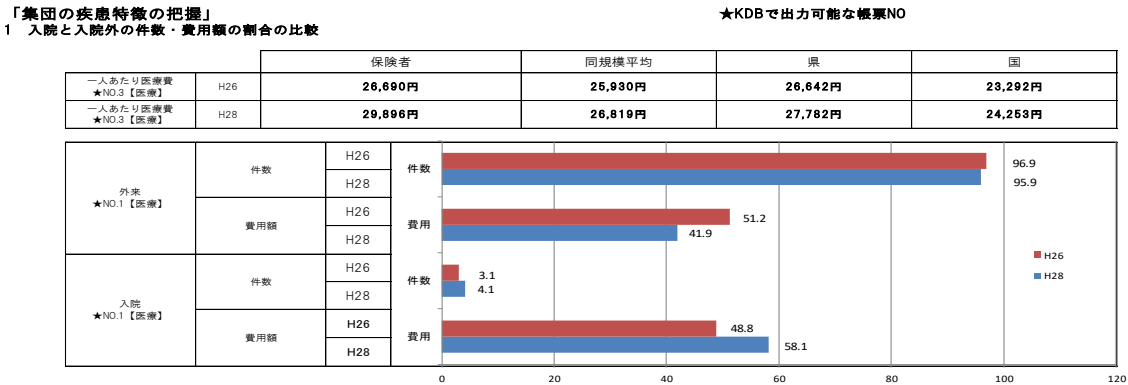
2. 第2期計画における健康課題の明確化

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)

【読み取り】
入院の件数・費用ともに増加したが
外来の件数費用ともに減少しているので総合的にはH26とあまり増減していない。

【図表 13】



(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)

【読み取り】
がんが医療費の大半を占めている。

【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（H●年度）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他			
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	9人	0人	0人	4人	5人		
			0.0%	0.0%	44.4%	55.6%			
		件数	28件	0件	0件	15件	13件		
			0.0%	0.0%	53.6%	46.4%			
		年代別	40歳未満	0	--	0	--	0	0.0%
			40代	0	--	0	--	1	6.7%
			50代	0	--	0	--	0	0.0%
60代	0		--	0	--	1	6.7%		
70～74歳	0	--	0	--	13	86.7%	1	7.7%	
費用額	3845万円	--	--	2535万円	1310万円				
				65.9%	34.1%				

★最大医療費源傷病名（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（H●年度）	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	人数	3人	2人	0人
			66.7%	0.0%	0.0%
		件数	24件	12件	0件
			50.0%	0.0%	0.0%
費用額	1320万円	387万円	--	--	

★精神疾患については最大医療費源傷病名（主病）で計上
★脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	H●5 診療分	0人	0人	0人	0人
			--	--	--	
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H●年度 累計	0件	0件	0件	0件
			--	--	--	--
		費用額	--	--	--	

★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（H●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	の基礎疾患	117人	6人	17人	3人
				5.1%	14.5%	2.6%
			高血圧	4人	14人	2人
				66.7%	82.4%	66.7%
			糖尿病	1人	7人	3人
				16.7%	41.2%	100.0%
			脂質異常症	2人	10人	1人
				33.3%	58.8%	33.3%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			67人	43人	54人	8人
	57.3%	36.8%	46.2%	6.8%		

○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受けているのか (図表 15)

【読み取り】

血管疾患の対象が 9 割を超えている

40～74 歳までは対象人数は少ないが血管疾患・筋骨疾患ともに 100%になっている。

【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		441人		159人		187人		346人		787人		
	認定者数		3人		5人		76人		81人		84人		
		認定率	0.68%		3.1%		40.6%		23.4%		10.7%		
	新規認定者数（※1）		0人		0人		14人		14人		14人		
	介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	2	40.0%	16	21.1%	18	22.2%	18	21.4%	
		要介護1・2	2	66.7%	3	60.0%	35	46.1%	38	46.9%	40	47.6%	
要介護3～5		1	33.3%	0	0.0%	25	32.9%	25	30.9%	26	31.0%		
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）		3		5		76		81		84		
	再）国保・後期		2		4		68		72		74		
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	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
		循環器疾患	1	脳卒中	1	脳卒中	2	脳卒中	32	脳卒中	34	脳卒中	35
					50.0%		50.0%		47.1%		47.2%		47.3%
				2	虚血性心疾患	1	腎不全	1	虚血性心疾患	30	虚血性心疾患	30	虚血性心疾患
				50.0%		25.0%		44.1%		41.7%		41.9%	
			3	腎不全	0	虚血性心疾患	0	腎不全	8	腎不全	9	腎不全	9
					0.0%		0.0%		11.8%		12.5%		12.2%
		基礎疾患（※2）		糖尿病	1	糖尿病	2	糖尿病	39	糖尿病	41	糖尿病	42
				50.0%		50.0%		57.4%		56.9%		56.8%	
			高血圧	1	高血圧	4	高血圧	54	高血圧	58	高血圧	59	
				50.0%		100.0%		79.4%		80.6%		79.7%	
		脂質異常症	1	脂質異常症	2	脂質異常症	36	脂質異常症	38	脂質異常症	39		
			50.0%		50.0%		52.9%		52.8%		52.7%		
血管疾患合計	合計	2	合計	4	合計	63	合計	67	合計	69			
		100.0%		100.0%		92.6%		93.1%		93.2%			
認知症	認知症	0	認知症	1	認知症	34	認知症	35	認知症	35			
		0.0%		25.0%		50.0%		48.6%		47.3%			
筋・骨格疾患	筋骨格系	2	筋骨格系	4	筋骨格系	64	筋骨格系	68	筋骨格系	70			
		100.0%		100.0%		94.1%		94.4%		94.6%			

※1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「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】					
			0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000		
要介護認定者医療費 (40歳以上)									9,163	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)									4,580	

2)健診受診者の実態(図表 16・17)

【読み取り】
メタボリックシンドローム該当者・予備軍が健診受診者の半分以上になっている

【図表 16】

4 健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）																	★N0.23（概要）								
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	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	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	
保険者	合計	18	38.3	23	48.9	10	21.3	8	17.0	1	2.1	13	27.7	33	70.2	11	23.4	19	40.4	11	23.4	20	42.6	0	0.0
	40-64	8	40.0	12	60.0	4	20.0	5	25.0	0	0.0	4	20.0	12	60.0	5	25.0	5	25.0	6	30.0	13	65.0	0	0.0
	65-74	10	37.0	11	40.7	6	22.2	3	11.1	1	3.7	9	33.3	21	77.8	6	22.2	14	51.9	5	18.5	7	25.9	0	0.0
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		
県	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	
保険者	合計	11	19.0	6	10.3	9	15.5	5	8.6	0	0.0	11	19.0	35	60.3	3	5.2	22	37.9	8	13.8	37	63.8	0	0.0
	40-64	4	16.7	1	4.2	3	12.5	2	8.3	0	0.0	3	12.5	15	62.5	1	4.2	5	20.8	1	4.2	14	58.3	0	0.0
	65-74	7	20.6	5	14.7	6	17.6	3	8.8	0	0.0	8	23.5	20	58.8	2	5.9	17	50.0	7	20.6	23	67.6	0	0.0
																	* 全国については、有所見割合のみ表示								

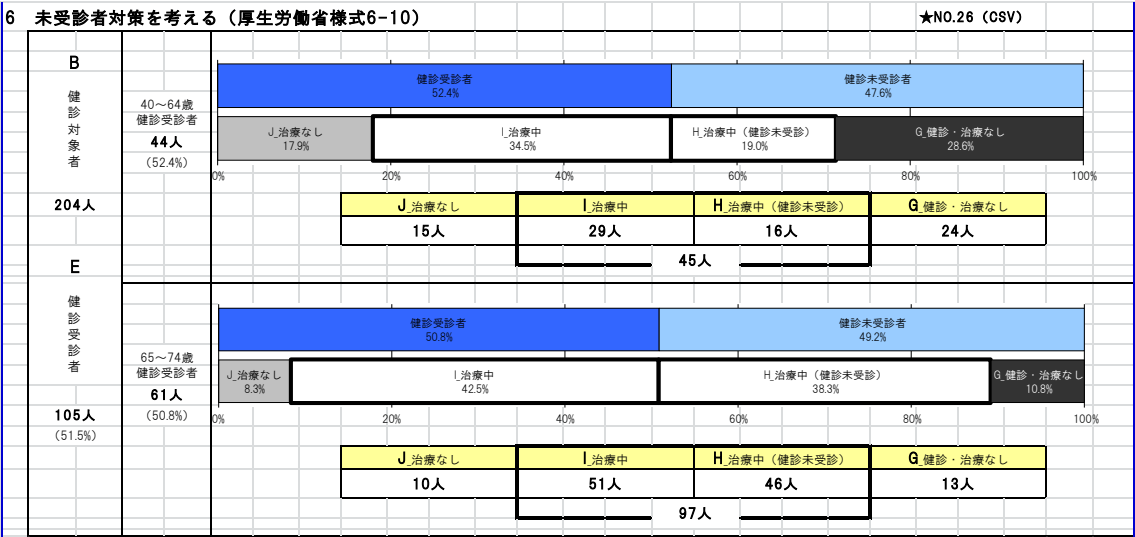
【図表 17】

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）													★N0.24（概要）										
男性		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
保 険 者	合計	47	49.0	4	8.5%	5	10.6%	1	2.1%	4	8.5%	0	0.0%	14	29.8%	2	4.3%	3	6.4%	6	12.8%	3	6.4%
	40-64	20	45.5	3	15.0%	4	20.0%	1	5.0%	3	15.0%	0	0.0%	5	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	25.0%	0	0.0%
	65-74	27	51.9	1	3.7%	1	3.7%	0	0.0%	1	3.7%	0	0.0%	9	33.3%	2	7.4%	3	11.1%	1	3.7%	3	11.1%
女性		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
保 険 者	合計	58	53.7	1	1.7%	3	5.2%	0	0.0%	3	5.2%	0	0.0%	2	3.4%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%
	40-64	24	60.0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	34	50.0	1	2.9%	3	8.8%	0	0.0%	3	8.8%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	0	0.0%

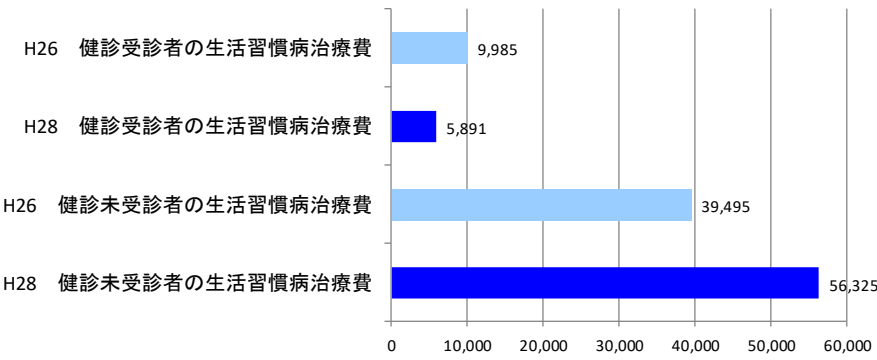
3)未受診者の把握【図表 18】

【読み取り】
健診受診者の治療費は H26 から約 40%減だが未受診者の治療費が約 40%増と大幅に費用が増えている。受診者と未受診者の費用の差が H26 は約 3 万だが H28 は約 5 万と 2 万円
の増

【図表 18】



7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



生活習慣病は自覚症状がない為、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

- ・ 外来が減り入院が増えてきている
- ・ 健診の受診率の増減はあまりないが健診未受診者の生活習慣病治療費が年々増加してきている。
- ・ 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の減

②短期的な目標の設定

- ・ 非肥満の高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症の減
(経年的に血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果改善)

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法廷義務）

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。

【図表 19】

2. 目標値の設定

	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	54%	55%	56%	57%	58%	60%
特定保健指導実施率	45%	45%	50%	55%	55%	60%

3. 対象者の見込み

【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	対象者数	185人	172人	160人	149人	138人	129人
	受診者数	100人	95人	90人	85人	81人	78人
特定保健指導	対象者数	8人	8人	7人	7人	6人	6人
	実施者数	4人	4人	4人	4人	3人	4人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、基本的には医療機関と特定健診実施機関に委託する。

集団健診（赤井川村健康支援センター）

(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条に基づき、具体的に委託できるもの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) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400 mg/dl 以上または食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。

(実施基準第 1 条 4 項)

(4)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(5)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推奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

(6)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 21】

保険者年間	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
実施スケジュール					広報 掲載	広報掲載・防災無線放 送・戸別通知・申込締切	整理券 発送	健診 実施	健診結果説明会				

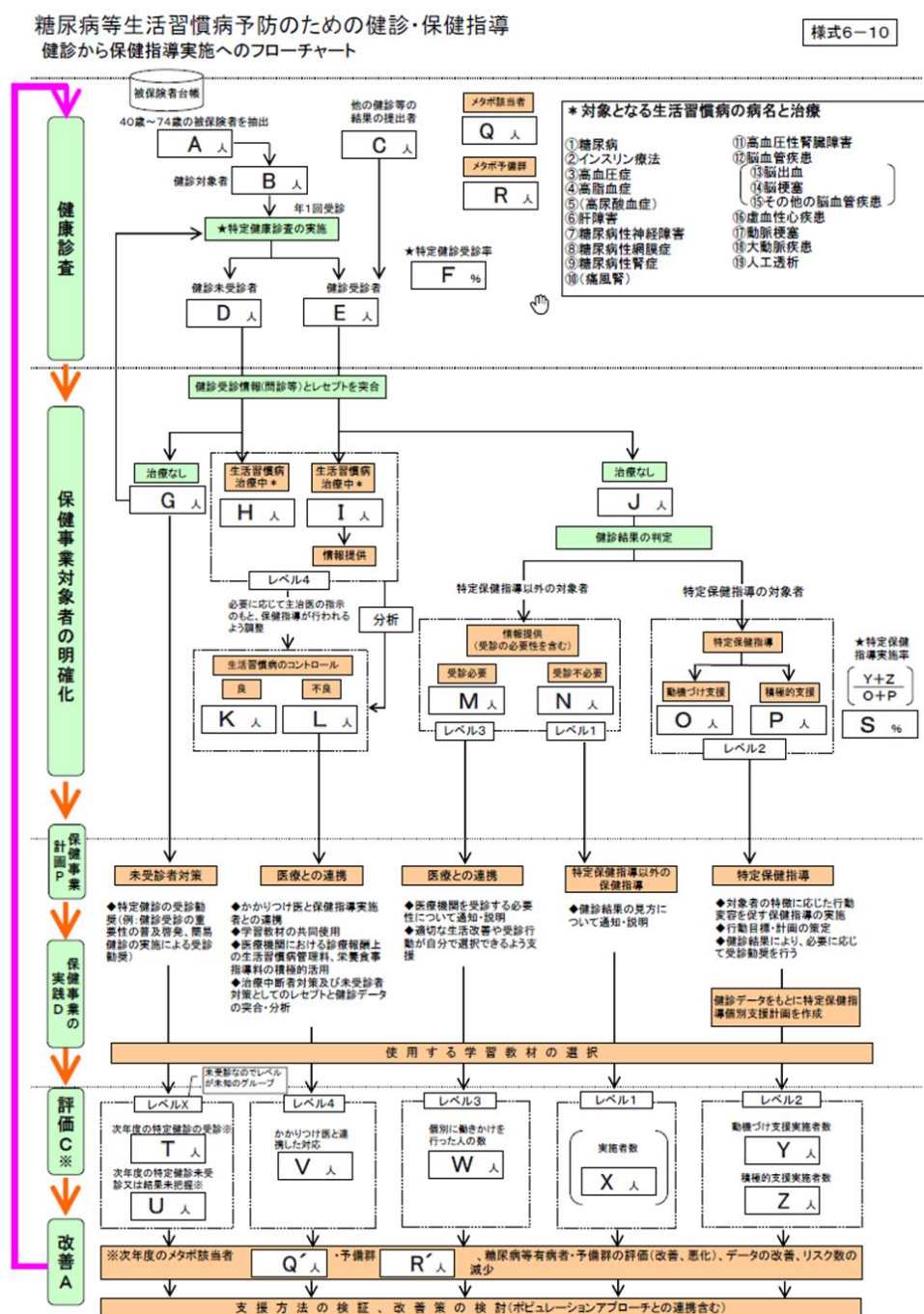
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については保険者の直接実施の形態で行う。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実施評価を行う。(図表22)

【図表22】



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赤井川村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、目的外の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

実施報告については、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 10 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)に基づく計画を公表、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推奨を、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村民へ周知する。

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

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表23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 23】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2)対象者の明確化

(1)対象者の選定基準の考え方

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

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③糖尿病治療中者

ア.糖尿病性腎症で通院している者

イ.糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有するもの

(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 24）

【図表 24】

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。

町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 2）

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 25)

赤井川村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 0 人(0%・F)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 0 人(0%・D)であった。

③介入方法と優先順位

図表 25 より赤井川村において介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診推奨者】

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)…0 人

②糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)…0 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)…0 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・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)…0 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

糖尿病服薬有無	有	無
40 代	3	8
50 代	2	12
60 代	29	20
70 代	23	14
合計	57	54

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 126 mg/dl 以上、随時血糖値 200 mg/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）… 0 人

②腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)… 0 人

4)保健指導の実施

(1)糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子も重要となってくる。赤井川村においては、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 26)

【図表 26】

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 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
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」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもと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. チアソリジン薬とは 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、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは 2 次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5)医療との連携

(1)医療機関未受診者について

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

(2)治療中の者への対応

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

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と連携していく。

7)評価

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

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

(1)短期的目標

①受診勧奨者に対する評価

ア.受診勧奨対象者への介入率

イ.医療機関受診率

ウ.医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア.保健指導実施率

イ.糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

- ・ HbA1c の変化
- ・ eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/1.73 m²以上低下)
- ・ 尿蛋白の変化
- ・ 服薬状況の変化

8)実施期間及びスケジュール

7 月 上 旬

契約

7 月中旬～8 月上旬	未受診者対策
8 月上旬～中旬	課内打ち合わせ、対象者名簿調整
8 月 7 日	通知発送
8 月 7 日～8 月 18 日	申込受付
9 月上旬～下旬	受診者確定後、課内及び厚生連との打ち合わせ 整理券の発送・厚生連へ名簿提供

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 6)

(2)重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドッグ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 変化は虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有するもの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。

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において、収縮期血圧が 140 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 90 mm Hg 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 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

3) 保健指導の実施

ア 受診勧奨者及び保健指導

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よう努める。

虚血性心疾患に関する症状

- ・少なくとも 15 秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐き気を伴う

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「元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脳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新士官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、未治療や治療中断中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ほかの糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせ行っていく。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

7 月上旬	契約
7 月中旬～8 月上旬	未受診者対策
8 月上旬～中旬	課内打ち合わせ、対象者名簿調整
8 月 7 日	通知発送
8 月 7 日～8 月 18 日	申込受付
9 月上旬～下旬	受診者確定後、課内及び厚生連との打ち合わせ 整理券の発送・厚生連へ名簿提供

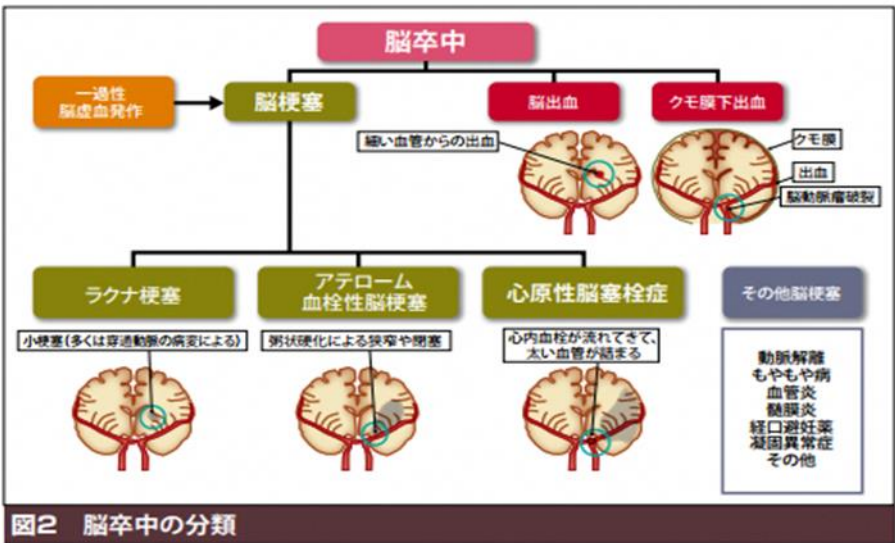
3.脳血管疾患重症化予防

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 27.28)

脳卒中の分類

【図表 27】



脳血管疾患とリスク因子

【図表 28】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 29 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 29】

脳・心・腎を守るためにー重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにするー

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少							
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器病の診療と治療に関するガイドライン (2005年厚生労働省研究班))				糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)					
	クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(75%) 心原性脳塞栓症(27%) ラクナ梗塞(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症											
優先すべき課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病(CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)		蛋白尿 (2+) 以上 eGFR50未満 70歳以上40未満					
受診者数 105 対象者数	2	1.9%	0	0.0%	3	2.9%	2	1.9%	4	3.8%	0	0.0%	2	1.9%	11	10.5%
治療なし	2	1.9%	0	0.0%	3	2.9%	0	0.0%	2	1.9%	0	--	0	--	2	1.9%
(再掲) 特定保健指導	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	0	--	0	--	1	50.0%
治療中	0	--	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	0	--	0	--	0	0.0%
臓器障害あり	2	100.0%	0	--	3	100.0%	0	--	2	100.0%	0	--	0	--	2	100.0%
CKD (専門医対象者)	0		0		0		0		0		0		2		2	
尿蛋白 (2+) 以上	0		0		0		0		0		0		0		0	
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0		0		0		0		0		0		0		0	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0		0		0		0		0		0		2		2	
心電図所見あり	2		0		3		0		2		0		2		9	
臓器障害なし	0	0.0%	--		0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	--	--	--	--	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が2人(1.9%)であり、2人とも未治療者であった。また未治療者の2人とも(100%)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。治療中の対象者はいなかったが治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 30)

【図表 30】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定									
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化									
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）									
血圧分類 (mmHg)		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		105	25	33	25	20	2	0	0
		23.8%	31.4%	23.8%	19.0%	1.9%	0.0%	2.9%	12.4%
リスク第1層		19	10	2	4	3	4	0	1
		18.1%	40.0%	6.1%	16.0%	15.0%	0.0%	---	---
リスク第2層		67	13	23	17	13	3	1	0
		63.8%	52.0%	69.7%	68.0%	65.0%	50.0%	---	---
リスク第3層		19	2	8	4	4	2	1	0
		18.1%	8.0%	24.2%	16.0%	20.0%	50.0%	---	---
再掲） 重複あり	糖尿病	1	0	0	1	0	0	0	0
		5.3%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	---	---
	慢性腎臓病（CKD）	14	2	7	2	2	1	0	0
		73.7%	100.0%	87.5%	50.0%	50.0%	100.0%	---	---
	3個以上の危険因子	7	0	4	1	2	0	0	0
		36.8%	0.0%	50.0%	25.0%	50.0%	0.0%	---	---
（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会									

心電図検査における心房細動の実態



図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変にはプラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「元雄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力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おこなっていく。(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信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、未治療や治療中断中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ほかの糖尿病性腎症・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、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

7 月上旬	契約
7 月中旬～8 月上旬	未受診者対策
8 月上旬～中旬	課内打ち合わせ、対象者名簿調整
8 月 7 日	通知発送
8 月 7 日～8 月 18 日	申込受付
9 月上旬～下旬	受診者確定後、課内及び厚生連との打ち合わせ 整理券の発送・厚生連へ名簿提供

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村民へ周知していく。(図表 31.32)

【図表 31】

保険者支援努力制度 赤井川村									
赤井川村 人口 人*H28年度末 (国保加入者304人)*支援制度報告値			平成28年度 点/点 全県順位 位			健診対象者204人			
社会保険費 (H28年度)			評価指標			30年度 28年度前倒し分			
国保医療費			H29.30年度			満点	満点	赤井川村	道N町
予防可能な			① 特定健診受診率			850点	345点	点	250点
生活習慣病			② 特定保健指導実施率			50	20	20	20
糖尿病			③ メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率			50	20	20	10
高血圧			④ 糖尿病等重症化予防の取り組み			100			
慢性腎不全			⑤ 対象者の抽出基手が明確、かかりつけ医との連携			(50)			
がん			⑥ かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携				40	0	40
筋・骨格			⑦ 専門職の取組、事業評価						
精神			⑧ 全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談			(25)			
介護費			⑨ 保健指導、実施前後の健診結果確認、評価			(25)			
1億2162万 (全体)			⑩ 個人へのわかりやすい情報提供			25	20	0	20
2号認定者			⑪ 個人のインセンティブ提供			70			
(40～64歳)			⑫ 個人ヘルシオ付与等取組、効果検証			(50)	20	0	0
有病状況			⑬ 農工部局、商店街等との連携			(25)			
心臓病			⑭ データヘルス計画の取組			40	10	0	10
脳梗塞			⑮ 第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施			(5)			
糖尿病			⑯ 第2期策定に当たり、現計画の定量評価			(35)			
生活保護費 (在宅のみ・概数)			⑰ 関係部署、県、医師会等と連携			30	10	0	10
生活保護率			⑱ がん検診受診率			25	10	0	0
0% 0人			⑲ 高血圧患(病)健診実施状況			25	5	0	5
医療扶助			⑳ 地域包括ケアの推進						
人工透析者			㉑ 市町村指標の都道府県単位評価 【200億】			100			
0人 0(%)			㉒ 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組			未定			
			㉓ 都道府県の取り組み状況 【150億】						
			㉔ 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組						
			㉕ 医療費適正化のアウトカム評価 【150億】			50			
			㉖ 国保・年齢調整後1人当たり医療費						

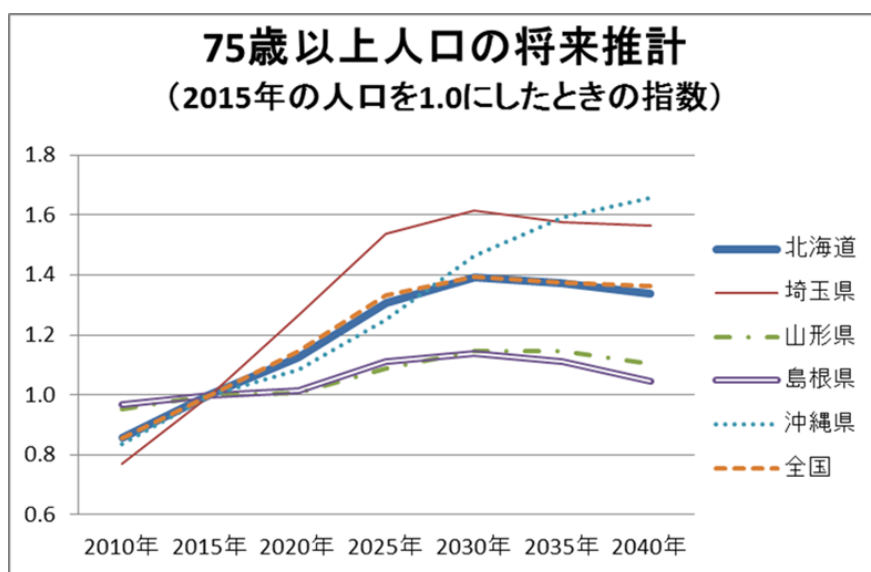
【図表 32】

北海道の健診結果と生活を科学的に解明する					ポピュレーションアプローチ資料				
1、からだの実態					⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より				
①健診データ					2、食の実態				
(様式6-2～6-7健診有所見者状況 平成25年度p85)					家庭				
内臓脂肪の蓄積					外食				
腹囲 16位					(p25)				
BMI 6位					バー・キャハレー				
GPT 2位					ナイトクラブ				
中性脂肪 26位					焼き肉店				
空腹時血糖 (126以上) 23位					寿司店				
HbA1c8.4以上 30位					ドーナツ店・				
					アイスクリーム店等				
					(p63)				
					焼酎				
					ウイスキー・ブランデー				
					リキュール				
					ビール				
					ワイン				
					家計調査(食品ランキング2014～2016平均)				
②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外(平成26年)					米				
糖尿病 入院外 入院					チョコレート				
39位 12位					炭酸飲料水				
					スナック菓子				
					キャンデー				
					メロン				
③糖尿病腎症による新規透析導入者の状況(平成27年)					玉葱				
北海道 23位 43.60%					かぼちゃ				
					野菜摂取量				
					p24 46位				

第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代に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。

重度の要介護状態に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、村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。



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いくためには、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村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)	・事業の運営状態を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等を含む) ・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
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 生活習慣病の有病状況の変化、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・介護のデータが集積されるので、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実施状況は毎年とりまとめ国保連に設置している保険事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1.計画の公表・周知

計画では、被保険者や保健医療関係者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・配布にあたっては、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.個人情報の取り扱い

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。

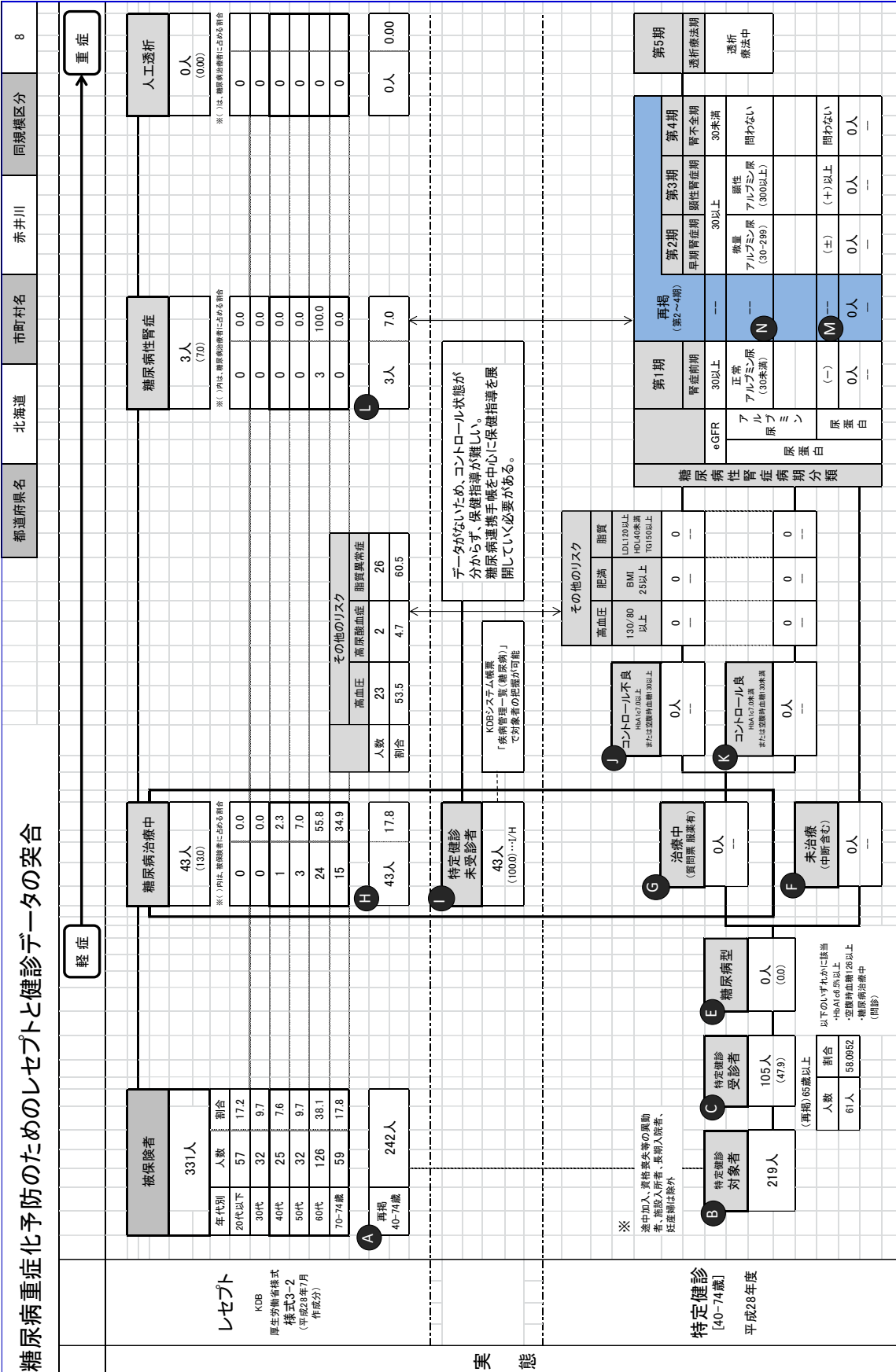
参考資料

参考資料 1	様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた赤井川村の位置
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	ST 変化管理台帳
参考資料 9	心房細動管理台帳
参考資料 10	評価イメージ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたA市の位置														
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				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		1,259		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）		346	27.5	250,396	35.1	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2		
			75歳以上		187	14.9			669,235	12.2	13,989,864	11.2		
			65～74歳		159	12.6			686,896	12.5	15,030,902	12.0		
			40～64歳		441	35.0			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0		
	39歳以下		472	37.5			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8				
	②	産業構成	第1次産業		33.2		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		13.6		21.7		18.1		25.2			
			第3次産業		53.2		55.6		74.2		70.6			
	③	平均寿命	男性		79.1		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性		86.6		86.5		86.3		86.4			
	④	健康寿命	男性		65.1		65.1		64.9		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性		66.4		66.7		66.5		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		109.7		102.6		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		98.8		98.2		97.6		100		
			死 因	がん		5	71.4	2,874	44.3	18,759	51.6	367,905	49.6	
				心臓病		2	28.6	1,917	29.6	9,429	25.9	196,768	26.5	
				脳疾患		0	0.0	1,158	17.9	4,909	13.5	114,122	15.4	
				糖尿病		0	0.0	115	1.8	669	1.8	13,658	1.8	
				腎不全		0	0.0	231	3.6	1,543	4.2	24,763	3.3	
				自殺		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										厚労省HP 人口動態調査	
			男性											
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		81	23.7	49,966	20.0	315,539	23.0	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		1	0.4	781	0.3	5,299	0.3	105,636	0.3	
				2号認定者		3	0.7	856	0.4	7,541	0.4	151,813	0.4	
②		有病状況	糖尿病		23	23.4	10,599	20.4	82,322	25.0	1,350,152	22.1		
			高血圧症		44	44.4	28,380	55.1	169,738	51.7	3,101,200	50.9		
			脂質異常症		23	22.2	14,058	27.1	100,963	30.7	1,741,866	28.4		
			心臓病		50	53.4	31,946	62.2	189,496	57.9	3,529,682	58.0		
			脳疾患		17	22.1	13,362	26.3	79,966	24.6	1,538,683	25.5		
			がん		8	14.1	4,857	9.3	38,646	11.6	631,950	10.3		
			筋・骨格		48	51.5	28,320	55.1	168,752	51.4	3,067,196	50.3		
			精神		30	30.7	19,128	37.0	121,460	36.9	2,154,214	35.2		
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）		78,263		73,752		57,970		58,284			
			居宅サービス		46,613		39,649		38,885		39,662			
	施設サービス		284,218		273,932		283,121		281,186					
④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）		9,163		8,522		8,974		7,980				
		認定あり 認定なし		4,580		4,224		4,605		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数		304		198,805		1,312,938		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳		122	40.1			547,124	41.7	12,461,613	38.2		
			40～64歳		97	31.9			441,573	33.6	10,946,712	33.6		
			39歳以下		85	28.0			324,241	24.7	9,179,541	28.2		
	加入率		24.1		28.1		24.0		26.9					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0	0.0	47	0.2	569	0.4	8,255	0.3		
			診療所数		1	3.3	621	3.1	3,377	2.6	96,727	3.0		
			病床数		0	0.0	3,963	19.9	96,574	73.6	1,524,378	46.8		
			医師数		1	3.3	541	2.7	12,987	9.9	299,792	9.2		
			外来患者数		679.8		652.3		646.1		668.1			
			入院患者数		28.7		23.7		22.9		18.2			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		29,896	県内57位 同規模79位	26,817		27,782		24,245		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		708.487		676.037		668.94		686.286			
外 来			費用の割合		41.9		55.3		55.2		60.1			
			件数の割合		95.9		96.5		96.6		97.4			
入 院			費用の割合		58.1		44.7		44.8		39.9			
			件数の割合		4.1		3.5		3.4		2.6			
1件あたり在院日数			15.9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（調剤含む）	がん		36,586,170		49.8		24.2		28.5		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		慢性腎不全（透析あり）		0		0.0		7.9		6.5				
		糖尿病		6,709,720		9.1		10.1		9.2				
		高血圧症		5,204,490		7.1		9.4		7.9				
		精神		7,554,820		10.3		18.6		17.2				
		筋・骨格		12,518,980		17.0		16.4		16.3				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	559,513	99位	(22)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	962,969	2位	(15)								
				脂質異常症	466,530	158位	(8)								
				脳血管疾患	176,585	182位	(4)								
				心疾患	186,810	183位	(3)								
		県内順位 順位総数183	腎不全	412,494	172位	(11)									
			精神	494,788	79位	(26)									
			悪性新生物	968,040	2位	(19)									
			入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	26,225	180位								
					高血圧	23,125	180位								
	脂質異常症	20,568			183位										
	脳血管疾患	25,533			177位										
	心疾患	24,260			182位										
			腎不全	62,519	167位										
精神			22,173	178位											
悪性新生物			44,614	156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	2,422	3,151	1,429	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				健診未受診者	23,173	12,337	15,426	12,339							
	生活習慣病対象者 一人当たり	5,891		8,737	4,353	6,742									
	健診未受診者	56,350		34,206	46,986	35,459									
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	56	53.3	37,189	56.9	143,243	57.4	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	51	48.6	33,746	51.6	131,617	52.7	4,069,618	51.5					
		医療機関非受診率	5	4.8	3,443	5.3	11,626	4.7	357,742	4.5					
5	①	特定健診の 状況	健診受診者	105		65,384		249,675		7,898,427		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			
	②		受診率	51.5	県内33位 同規模109位	46.4		27.5	全国44位	36.4					
	③		特定保健指導終了者(実施率)	4	57.1	3904	45.4	7,107	23.9	198,683	21.1				
	④		非肥満高血糖	9	8.6	6,352	9.7	19,584	7.8	737,886	9.3				
	⑤		メタボ	該当者	16	15.2	12,200	18.7	42,055	16.8	1,365,855		17.3		
				男性	14	29.8	8,464	27.7	28,852	27.8	940,335		27.5		
				女性	2	3.4	3,736	10.7	13,203	9.0	425,520		9.5		
	⑥		予備群	男性	8	7.6	7,622	11.7	26,495	10.6	847,733		10.7		
				女性	5	10.6	5,264	17.2	18,510	17.9	588,308		17.2		
				女性	3	5.2	2,358	6.8	7,985	5.5	259,425		5.8		
	⑦		県内順位 順位総数183	メタボ 該当・ 予備群 レベル	BMI	総数	29	27.6	22,315	34.1	77,338		31.0	2,490,581	31.5
						男性	23	48.9	15,455	50.5	53,297		51.4	1,714,251	50.2
						女性	6	10.3	6,860	19.7	24,041		16.5	776,330	17.3
	⑧					総数	5	4.8	4,378	6.7	16,335		6.5	372,685	4.7
						男性	0	0.0	814	2.7	2,776		2.7	59,615	1.7
						女性	5	8.6	3,564	10.2	13,559		9.3	313,070	7.0
						血糖のみ	1	1.0	530	0.8	1,436		0.6	52,296	0.7
						血圧のみ	7	6.7	5,287	8.1	18,409		7.4	587,214	7.4
		脂質のみ				0	0.0	1,805	2.8	6,650	2.7	208,214	2.6		
血糖・血圧		3				2.9	2,183	3.3	6,203	2.5	212,002	2.7			
血糖・脂質		3				2.9	681	1.0	2,088	0.8	75,032	0.9			
血圧・脂質		7				6.7	5,537	8.5	21,216	8.5	663,512	8.4			
血糖・血圧・脂質		3				2.9	3,799	5.8	12,548	5.0	415,310	5.3			
6		①				服薬	高血圧	37	35.2	23,752	36.3	83,160	33.3	2,650,283	33.6
	糖尿病		15	14.3	5,883		9.0	18,205	7.3	589,711	7.5				
	脂質異常症		26	24.8	14,929		22.8	61,645	24.7	1,861,221	23.6				
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	2	1.9	1,997	3.2	8,245	3.5	246,252	3.3				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	7	6.7	3,427	5.5	13,251	5.6	417,378	5.5				
			腎不全	0	0.0	373	0.6	1,163	0.5	39,184	0.5				
	③	生活習慣の 状況		貧血	11	10.5	5,122	8.4	22,312	9.4	761,573	10.2			
				喫煙	23	21.9	10,886	16.7	41,773	16.7	1,122,649	14.2			
				週3回以上朝食を抜く	7	6.7	4,442	7.7	23,367	10.4	585,344	8.7			
				週3回以上食後間食	19	18.1	7,977	13.9	35,967	16.1	803,966	11.9			
				週3回以上就寝前夕食	24	22.9	9,245	16.1	32,801	14.7	1,054,516	15.5			
				食べる速度が速い	32	30.5	16,109	28.0	61,284	27.4	1,755,597	26.0			
				20歳時体重から10kg以上増加	40	38.1	19,703	34.1	74,549	33.3	2,192,264	32.1			
				1回30分以上運動習慣なし	78	74.3	39,568	67.9	139,348	61.9	4,026,105	58.8			
1日1時間以上運動なし				71	68.3	28,954	50.1	107,812	48.0	3,209,187	47.0				
睡眠不足				27	25.7	13,994	24.2	50,615	22.6	1,698,104	25.1				
毎日飲酒				25	23.8	16,174	26.7	49,556	21.9	1,886,293	25.6				
④	時々飲酒	24	22.9	13,654	22.6	59,555	26.3	1,628,466	22.1						
⑤	一日 飲酒 量	1合未満	24	42.9	23,418	57.0	86,467	58.1	3,333,836	64.0					
		1～2合	24	42.9	11,323	27.6	39,620	26.6	1,245,341	23.9					
		2～3合	8	14.3	4,591	11.2	17,547	11.8	486,491	9.3					
		3合以上	0	0.0	1,750	4.3	5,131	3.4	142,733	2.7					

都道府県名	北海道	市町村名	赤井川	同規模区分	8
-------	-----	------	-----	-------	---



【参考資料 3】

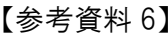
糖尿病管理台帳（永年）																	
番号	追加 年度	地区	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症		血圧									
								CKD	GFR								
		尿蛋白															
						糖尿病		糖	服薬				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

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(㉓+㉔) ()人			
	㉓ 随診未受診者 ()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 ○随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			
	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			
	⑦-1 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		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
	㉔ 結果把握 ()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
①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1c7.0以上で3年連続で悪化している ()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				
③尿蛋白 (一) ()人 (±) ()人 (+) ～顕性腎症 ()人			栄養士中心	
④eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人			腎専門医	

重症予防
重症化予防（早期発見）

年齢（経過）

[illegible][illegible]

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	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休息で治る） ☐ 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		⑤ 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						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			⑥ 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】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～		
	□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～	□角膜炎/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】

【管理台帳】 健診で「ST変化」の所見があった方

No	追加年度	氏名			H28	H29	その他心疾患			備考	帰結
		行政区	性別				心不全	虚血心疾患	弁膜症		
			年齢								
		担当者	生年月日								
1				健診受診日							
				心電図所見名							
				再検査指示	有 ・ 無	有 ・ 無					
				検受診日	H 年 月 日 ・ 無	H 年 月 日 ・ 無					
				定期通院医療機関							
2				健診受診日							
				心電図所見名	ST-T異常						
				再検査指示	有 ・ 無	有 ・ 無					
				検受診日	H 年 月 日 ・ 無	H 年 月 日 ・ 無					
			S31.3.5	定期通院医療機関							

【参考資料 9】

【管理台帳】 健診で「心房細動」の所見があった方

ECG＝心電図 NOAK＝非ビタミンK拮抗経口凝固薬

No	追加年度	行政区	性別	特定健診その他のECG所見とレセプト(KDB活用)							その他心疾患			備考	帰結
		担当者	年齢	H25年度			H26年度			心不全	虚血性疾患	弁膜症			
		氏名	生年月日												
1				その他のECG所見		診療開始	脳梗塞	その他のECG所見		診療開始	脳梗塞				
				無		有	無			有	無				
				薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月～) 3. 中断 (月～) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無		薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月～) 3. 中断 (月～) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無					
				ワーファリン				ワーファリン							
				NOAK				NOAK							
				APA				APA							
2				その他のECG所見		診療開始	脳梗塞	その他のECG所見		診療開始	脳梗塞				
				無		有	無			有	無				
				薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月～) 3. 中断 (月～) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無		薬	内服開始	1. 治療中 2. 治療開始 (月～) 3. 中断 (月～) 4. 受診のみ(服薬無) 5. 病院受診無					
				ワーファリン				ワーファリン							
				NOAK				NOAK							
				APA				APA							

平成30年度に向けての全体評価

評 価					⑤残っている課題
課題 目標	①プロセス (保健指導の実施過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (成果)	④ストラクチャー (実施体制)	
目 標 ○特定健診受診率 平成30年度目標30% ○特定保健指導実施率 平成30年度目標85% ○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ことを目的に平成35年度には平成30年度と比較し3疾患をそれぞれ1%減少させる ○医療費の伸びを抑える 未受診者対策 ◆受診率が低い ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法の実践（地区台帳の確認等） ◆医療機関の協力量による取組み ○早期介入保健指導事業 ◆対象者の設定・評価方法等 (若年者が特定健診受診につながったか) 重症化予防対策 ◆PDCAサイクルからの計画立案 ◆計画立案に基づき実施 ◆訪問、事業の目標、評価等検討 ◆指標に基づき評価の実施 医療とのつながり ●医療とのつながり ◆データ受領による結果返送まで協力を得られているが、会議への参加や個々の医療機関との具体的な連携は、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	未受診者対策 ○特定健診 未受診者リストを作成し、対象者は把握していたが、積極的な受診勧奨活動までは至らなかった。電話・訪問勧奨を行ってもほぼ実績がない実態であったため優先して実施する活動としていなかったが、勧奨時に説明資料等は準備してなかったため、受診勧奨の際に効果的な教材を準備していく。 ○昨年度の各健診申込者に対する受診勧奨要連絡を実施。 未受診者リストの中から、治療中の対象者を抽出し、データ受領を勧めた。 ○また、優先し健診受診を勧められるよう、各種台帳整備(糖尿病、心房細動、ST変化)を経年管理できるようにした。 ○平成30年度に後志広域連合の未受診者対策事業に参加予定であり、事業の中で業者に渡すリストや対象者別フローチャートの準備を行っていく。 重症化予防対策 保健指導の標準化は十分ではない。個々の教材使用に任されていたり、基本指導内容の統一が十分に図れていない現状がある。 ○昨年度までは、保健指導判定値により介入対象者を選定したが、町の優先課題や保健師数に合わせ、介入対象者を選定した。また、各検査項目の結果ごとに標準的な保健指導内容、使用資料を設定し、保健指導の質の確保を図った。 ○特定保健指導対象者が改善せず、継続し対象者となる方が多い。これらの方は保健指導がマンネリ化しており、指導内容に工夫が必要。若年健診では、既に重症化の兆候が現れている対象者が多い。若年者で指導が必要な結果であった場合には介入支援を行い、早期からの重症化予防を実施。 ○受診勧奨 医療機関受診勧奨者管理台帳を整備し、対象者の受診状況が把握しやすくなった。 医療とのつながり 医療機関紹介状を整備しても、受診していない対象者の存在や、受診しても医療機関から結果が返送されない実態がある。 ○医療機関の記入負担を減らした返信様式への改正や、診察の資料となる経年表等の情報提供を積極的に行い、医師の診断負担を減らす工夫を行った。 ○未受診者に対しては、定期的な受診確認機会を増やした。対象者を把握しやすいよう未受診者管理台帳を整備。	未受診者対策 ○ポピュレーション実施状況 ○医療機関へのアプローチ状況 ○連合会未受診者対策事業実施後介入状況 重症化予防対策 ○優先し健診受診を勧められるよう、各種台帳整備(糖尿病、心房細動、ST変化)を経年管理できるようにした。 ○平成30年度に後志広域連合の未受診者対策事業に参加予定であり、事業の中で業者に渡すリストや対象者別フローチャートの準備を行っていく。 医療とのつながり ○CKD医療機関受診勧奨対象者に対するCKD連携 模式使用状況 ○主治医の指示による個別支援実施状況 ○特定健診委託医療機関拡充の検討 ○医療機関と連携した個別支援対策の検討 ○治療中断確認状況	未受診者対策 ○特定健診受診率 ○特定保健指導実施率 ○未受診者対策 ○若年健診受診率 ○データ受領事業結果返送率 ○連合会未受診者対策事業実施者の健診受診率 重症化予防対策 ○健診結果結果の状況 ・各項目高値割合減少率 ・特定保健指導対象者の健診結果状況 ・保健指導後の医療機関受診率 ・保健指導介入対象者数 ・重症化予防対象者数 (あなみツール) 医療とのつながり ○紹介患者の結果返送率	④ストラクチャー (実施体制) ○支援分担について 母子保健と成人保健の事業起家・管理については業務分担と地区担当としている。そのため、各分野の全体的な課題や目指すべき方針は業務分担担当者で把握しており、他担当者に個別支援に反映させるべき方針等について共有し、方針に沿った支援が実践できているが確認する機会の確保、記録様式の整備を行う。 ○重症化予防対策を取り組んでいく上で栄養士の役割は重要である。町民の就業状況、生活習慣を踏まえ、それらに添って活動できる町の栄養士が必要である。 ○医師会との連携について、データ受領の了解は得られ、結果は届くが、個別支援について、機関と治療方針を一致させ、対象者の数値コントロールが良好に行えるようにするため、保健師・栄養士による指導を主治医が承諾し、指導の結果を主治医に報告できる体制作りが必要。個々の事例を通じた連携を目指し、医療機関受診勧奨の周知、紹介状に経年表を必ず入れることと、保健指導・栄養指導の承諾を得る様式を整備する。	全 体 ○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。 ○事業実施、支援方針等がばらばらにならないよう、保健師及び担当事務職員間で話し合い、共通認識を図っていく。 未受診者対策 健診・医療機関どちらにも未受診となっている対象者の把握・介入 重症化予防対策 継続し特定保健指導対象者となる方への保健指導の工夫 保健指導の効果検証 医療とのつながり 医師会医師との接触が図れていない。日常的な関わりがないため、筋が見える連携を推進していく