

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月

大樹町

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

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

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	47
第 6 章 計画の評価・見直し	49
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	51
参考資料	52

# 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ます。

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ました。

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りましたが、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います。

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

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されました。

大樹町においては、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します。

## 2. 計画の位置付け

第1期保健事業実施計画では、保健指導実施指針に基づき、被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業を実施してきました。

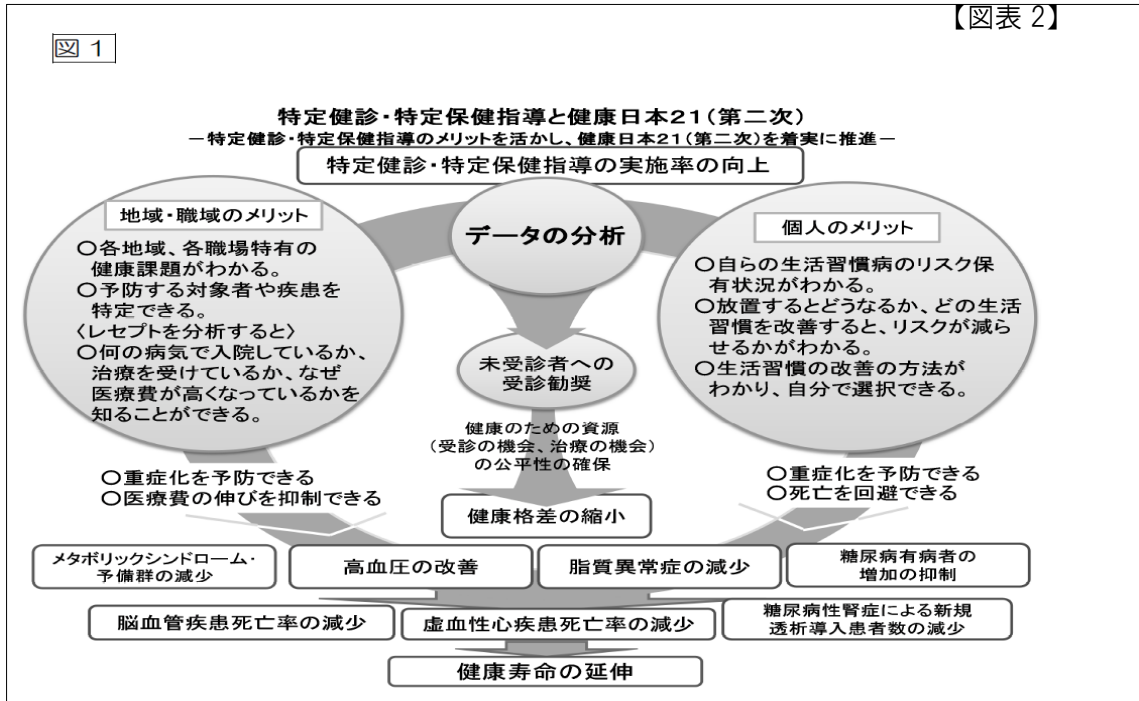
第2期保健事業実施計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。中でも特定健診・特定保健指導は法定義務になっています。(第3章)

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ります。(図表1・2・3)

【図表1】

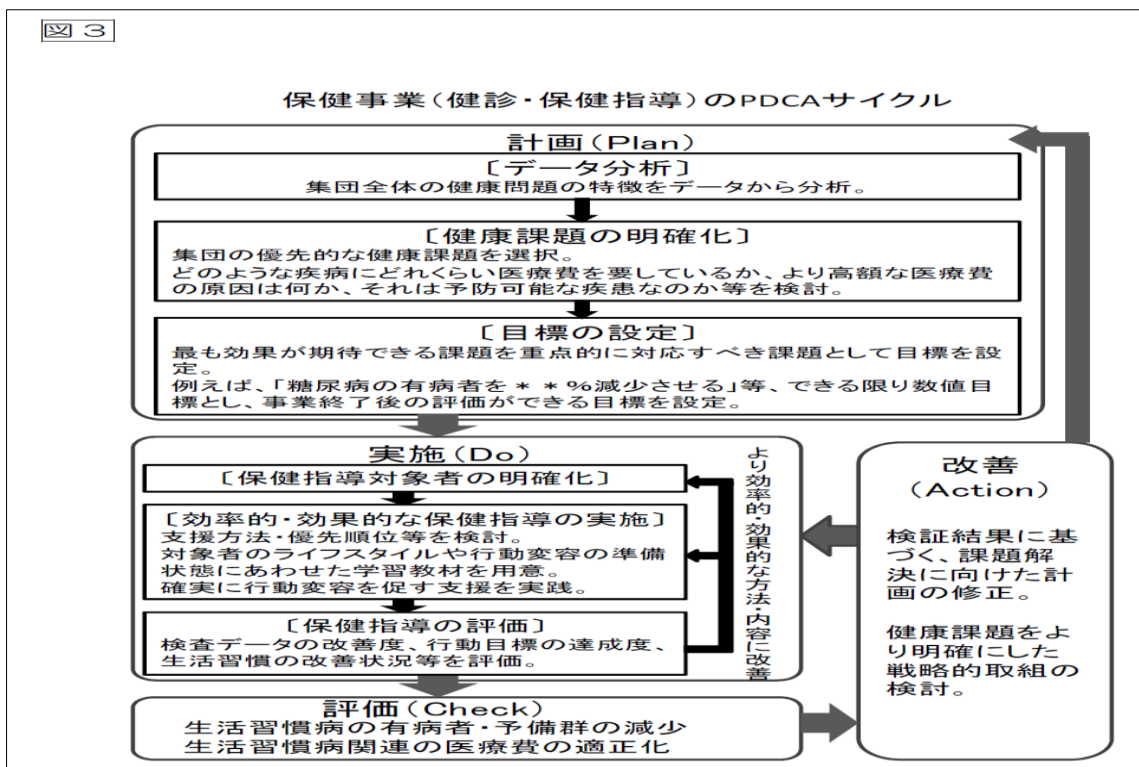
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
健康増進法(第2条)とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施指針)	高齢者の医療に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 「国民健康診査に基づく保健事業の実施等に関する指針(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年3月 医療費適正化に関する指針(全般改正)について(基本指針)【全般改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活の質が向上することを図る。生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防を図るとともに、糖尿病や高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、がん等の発症を抑制することを目指す。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の予防や重症化予防を図ることを目的として、データヘルス計画と連携して実施する。生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者の発症を抑制するための取組を行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の生活習慣の改善を図ることを目的とする。生活習慣病の予防や重症化予防を図るとともに、糖尿病や高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、がん等の発症を抑制することを目指す。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の予防や重症化予防を図ることを目的として、データヘルス計画と連携して実施する。生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者の発症を抑制するための取組を行うものである。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、重症化を防止するための支援を図ることの予防ケアは、要介護状態等の防止と併せて実施を図る。	国民生活の向上と健康増進を図り、国民の生活の質の維持及び向上を支援し、国民生活の向上を図る。国民生活の向上を図ることは、国民生活の向上を図ることに資する。国民生活の向上を図ることは、国民生活の向上を図ることに資する。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療機関の連携を図り、必要かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期)に依り	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年期・若壮年期、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルズ	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 特定期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓・脳血管系、腎臓関連等 閉塞性心疾患、虚血性心疾患 多系統臓器症、脳神経症 後縦靭帯狭窄症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※8項目中、特定健診に関する項目15項目 ①糖尿病発症・虚血性心疾患の年齢別発症率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症)による年間医療費(単人単年度) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦生活習慣病の予防 ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の予防 ⑩生活習慣病の予防 ⑪生活習慣病の予防 ⑫生活習慣病の予防 ⑬生活習慣病の予防 ⑭生活習慣病の予防 ⑮生活習慣病の予防 ⑯生活習慣病の予防 ⑰生活習慣病の予防 ⑱生活習慣病の予防 ⑲生活習慣病の予防 ⑳生活習慣病の予防 ㉑生活習慣病の予防 ㉒生活習慣病の予防 ㉓生活習慣病の予防 ㉔生活習慣病の予防 ㉕生活習慣病の予防 ㉖生活習慣病の予防 ㉗生活習慣病の予防 ㉘生活習慣病の予防 ㉙生活習慣病の予防 ㉚生活習慣病の予防 ㉛生活習慣病の予防 ㉜生活習慣病の予防 ㉝生活習慣病の予防 ㉞生活習慣病の予防 ㉟生活習慣病の予防 ㊱生活習慣病の予防 ㊲生活習慣病の予防 ㊳生活習慣病の予防 ㊴生活習慣病の予防 ㊵生活習慣病の予防 ㊶生活習慣病の予防 ㊷生活習慣病の予防 ㊸生活習慣病の予防 ㊹生活習慣病の予防 ㊺生活習慣病の予防 ㊻生活習慣病の予防 ㊼生活習慣病の予防 ㊽生活習慣病の予防 ㊾生活習慣病の予防 ㊿生活習慣病の予防	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の結果を参照) ①発症率 ②日常生活における有病率 ③アルファベット ④発症率 ⑤発症率 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健康診査の実施率 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外支 ①一人あたり医療費の適正化の取組 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③特定健康診査・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度(度分)を減額し、保険料率決定】	被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度(度分)を減額し、保険料率決定】	被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度(度分)を減額し、保険料率決定】	被保険者協働会(市町村・国保連合会)を通じて、被保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが2018（平成30）年度から2023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2018年度から2023年度の6年間とします。

### 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

大樹町においては、国民健康保険担当課（住民課）が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。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きます。

具体的には、高齢者担当、保健担当、介護保険担当、生活保護担当（それぞれ保健福祉課）、財政・企画担当（総務課・企画商工課）とも十分連携することが望ましいです。

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す。（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・協力が重要となります。

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います。

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ます。

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ます。

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ってきます。

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ます。

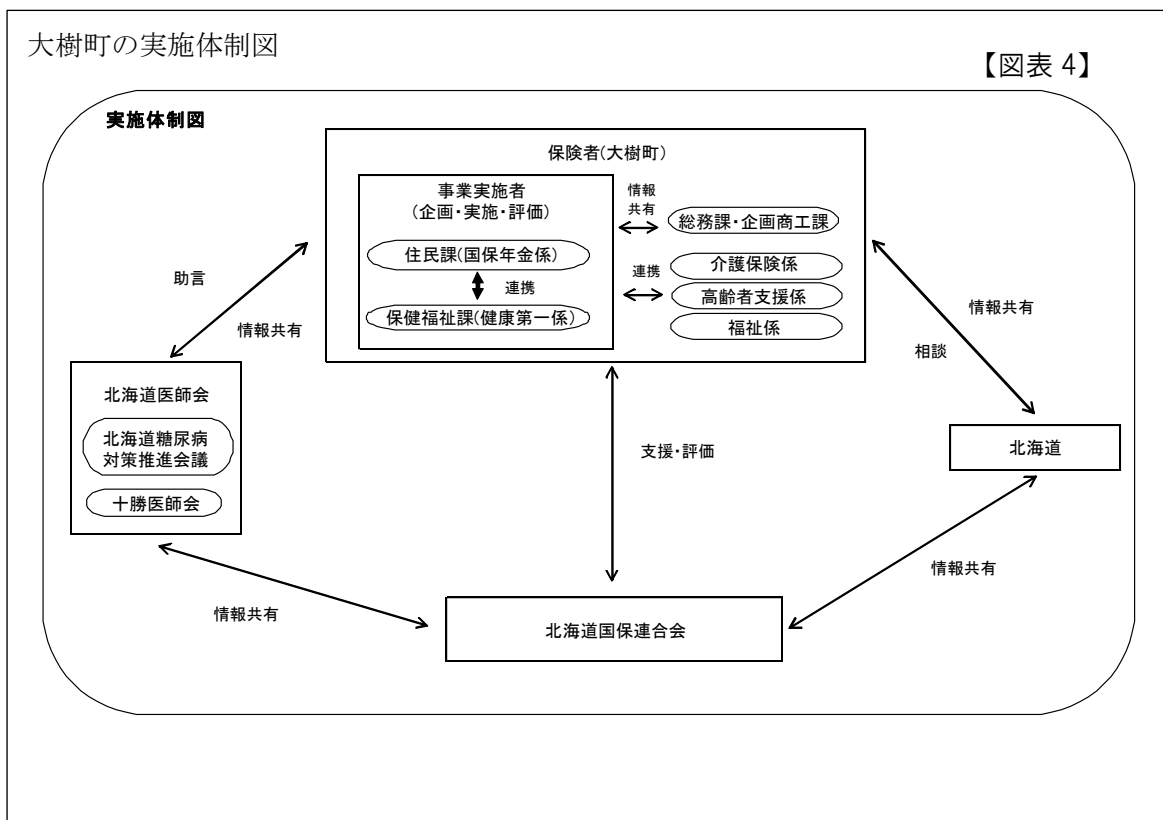
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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ます。

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す。特に労働安全衛生法に基づく事業所の定期健康診断の結果について、事業所から保険者に健診結果を迅速かつ確実に情報提供をし、事業所と保険者が一体となって取り組みを勧めていく必要があります。

### 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す。





## 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ます。（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状況です。（図表 5）

【図表 5】

### 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額 (万円)		106			
総得点(体制構築加算を含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診実施	10			25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	4			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

### 健康課題の明確化

#### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

##### 1) 第1期計画に係る評価

###### (1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死亡状況の死因別ではがんは減少していましたが、心臓病・脳疾患による死亡割合は増加しており、特に、脳疾患による死亡は3倍でした。65歳未満の死亡数は減少していました。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率はほぼ横ばい、40～64歳の2号認定率は0.6%から0.4%に減少しており、それに伴う介護給付費の減少がみられました。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかりました。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率を合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できます。特定健診受診率は上昇していますがまだ目標値を達成していないため、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ります。(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)

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費はほぼ横ばいですが、1件当たり給付費は減り、同規模平均よりも低くなったことがわかりました。

### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	大樹町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	一件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	一件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	5億6051万円	72,623	34,125	275,602	71,886	41,181	279,469
H28年度	5億3639万円	66,123	32,627	260,579	70,593	40,986	275,281

## ② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、大樹町は国保加入率が下がっていることを考慮する必要がありますが、その状況でも入院の伸び率や一人当たり医療費の伸び率を抑制できていることがわかりました。

【図表 7】

### 医療費の変化

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			町	同規模			町	同規模			町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	6億2557万円				2億4960万円				3億7597万円		
	H28年度	4億8568万円	△1億2989万円	- 20.8	- 14.6	1億6610万円	△8350万円	- 33.5	- 14.4	3億1958万円	△5639万円	- 15.0 - 14.7
2 1人当たり医療費(円)	H25年度	24,804			9,900					14,905		
	H28年度	23,025	△1779	- 7.2	7.7	7,879	△2021	- 20.4	2.3	15,145	240	1.6 3.2

※KDBの1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)に係る医療費計(目標疾患医療費計)は減少しましたが割合は横ばいとなっています。疾患別にみると虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの脳血管疾患に係る費用が増加していることがわかりました。

短期目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、糖尿病が増えています。国と比較すると3疾患とも高いことがわかりました。

【図表 8】

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

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎		心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	目	率					
					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
H25	大樹町	625,567,300	24,804	108位	119位	0.49%	0.91%	1.16%	4.26%	7.65%	6.46%	5.32%	164,180,250	26.25%	9.72%	4.27%	14.10%
		H28	485,681,910	23,025	200位	152位	0.65%	0.65%	4.23%	2.16%	8.99%	5.50%	4.37%	128,932,830	26.55%	11.69%	3.86%
H28	北海道	447,068,008,510	27,782	--	--	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	92,704,528,050	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源(調剤含む)」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患（図表 9）

中長期目標の虚血性心疾患は変化なし、脳血管疾患は減少しました。虚血性心疾患と脳血管疾患を合わせもつ人の割合は減少しており、その中で短期目標の高血圧を合わせもつ割合も減少しています。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5 (7月作成分レセプト)		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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1,456	103	7.1%	26	25.2%	0	0.0%	91	88.3%	46	44.7%	70	68.0%
	64歳以下	810	23	2.8%	4	17.4%	0	0.0%	18	78.3%	12	52.2%	16	69.6%
	65歳以上	646	80	12.4%	22	27.5%	0	0.0%	73	91.3%	34	42.5%	54	67.5%
H28	全体	1,305	93	7.1%	15	16.1%	0	0.0%	70	75.3%	39	41.9%	70	75.3%
	64歳以下	623	22	3.5%	0	0.0%	0	0.0%	13	59.1%	13	59.1%	16	72.7%
	65歳以上	682	71	10.4%	15	21.1%	0	0.0%	57	80.3%	26	36.6%	54	76.1%

厚労省様式 様式3-6 (7月作成分レセプト)		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1,456	76	5.2%	26	34.2%	0	0.0%	63	82.9%	36	47.4%	50	65.8%
	64歳以下	810	21	2.6%	4	19.0%	0	0.0%	17	81.0%	11	52.4%	15	71.4%
	65歳以上	646	55	8.5%	22	40.0%	0	0.0%	46	83.6%	25	45.5%	35	63.6%
H28	全体	1,305	55	4.2%	15	27.3%	1	1.8%	42	76.4%	27	49.1%	39	70.9%
	64歳以下	623	12	1.9%	0	0.0%	1	8.3%	9	75.0%	8	66.7%	9	75.0%
	65歳以上	682	43	6.3%	15	34.9%	0	0.0%	33	76.7%	19	44.2%	30	69.8%

厚労省様式 様式3-7 (7月作成分レセプト)		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1,456	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
	64歳以下	810	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
	65歳以上	646	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	1,305	2	0.2%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%
	64歳以下	623	2	0.3%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%
	65歳以上	682	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)

中長期目標疾患に共通するリスクの治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加していますが、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたかと推測されます。

短期的目標の糖尿病、高血圧、脂質異常症のいずれも脳血管疾患の割合が減少していたことがわかりました。

【図表10】

※年齢は40~74歳

厚労省様式 様式3-2 (7月作成成分レセプト)	被保険者数	短期期的な目標								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		
		人数	割合	人数	割合	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	1,456	197	13.5%	19	9.6%	140	71.1%	124	62.9%	46	23.4%	36	18.3%	1	0.5%	17	8.6%
	64歳以下	810	70	8.6%	9	12.9%	41	58.6%	41	58.6%	12	17.1%	11	15.7%	1	1.4%	4	5.7%
	65歳以上	646	127	19.7%	10	7.9%	99	78.0%	83	65.4%	34	26.8%	25	19.7%	0	0.0%	13	10.2%
H28	全体	1,305	185	14.2%	20	10.8%	124	67.0%	129	69.7%	39	21.1%	27	14.6%	2	1.1%	9	4.9%
	64歳以下	623	66	10.6%	7	10.6%	40	60.6%	49	74.2%	13	19.7%	8	12.1%	2	3.0%	2	3.0%
	65歳以上	682	119	17.4%	13	10.9%	84	70.6%	80	67.2%	26	21.8%	19	16.0%	0	0.0%	7	5.9%

厚労省様式 様式3-3 (7月作成成分レセプト)	被保険者数	短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		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	1,456	418	28.7%	140	33.5%	256	61.2%	91	21.8%	63	15.1%	1	0.2%
	64歳以下	810	141	17.4%	41	29.1%	72	51.1%	18	12.8%	17	12.1%	1	0.7%
	65歳以上	646	277	42.9%	99	35.7%	184	66.4%	73	26.4%	46	16.6%	0	0.0%
H28	全体	1,305	357	27.4%	124	34.7%	232	65.0%	70	19.6%	42	11.8%	2	0.6%
	64歳以下	623	95	15.2%	40	42.1%	58	61.1%	13	13.7%	9	9.5%	2	2.1%
	65歳以上	682	262	38.4%	84	32.1%	174	66.4%	57	21.8%	33	12.6%	0	0.0%

厚労省様式 様式3-4 (7月作成成分レセプト)	被保険者数	短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		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	1,456	371	25.5%	124	33.4%	256	69.0%	70	18.9%	50	13.5%	0	0.0%
	64歳以下	810	128	15.8%	41	32.0%	72	56.3%	16	12.5%	15	11.7%	0	0.0%
	65歳以上	646	243	37.6%	83	34.2%	184	75.7%	54	22.2%	35	14.4%	0	0.0%
H28	全体	1,305	352	27.0%	129	36.6%	232	65.9%	70	19.9%	39	11.1%	1	0.3%
	64歳以下	623	112	18.0%	49	43.8%	58	51.8%	16	14.3%	9	8.0%	1	0.9%
	65歳以上	682	240	35.2%	80	33.3%	174	72.5%	54	22.5%	30	12.5%	0	0.0%

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに腹囲、空腹時血糖の有所見者が増加していることがわかりました。メタボリックシンドローム予備群・該当者は男女とも該当者はやや減少したものの予備群は増加傾向です。内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測されます。

【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6-2~6-7) ☆No.23帳票 ☆No.23

性別		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
		人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合
男性	合計	159 (43.9%)	205 (56.6%)	69 (19.1%)	90 24.9%	38 10.5%	150 (41.4%)	222 61.3%	22 (6.1%)	154 (42.5%)	74 (20.4%)	151 41.7%	3 0.8%
	H25 40-64	79 45.1%	91 52.0%	37 21.1%	46 26.3%	14 8.0%	54 30.9%	96 54.9%	10 5.7%	64 36.6%	46 26.3%	100 57.1%	1 0.6%
	65-74	80 42.8%	114 61.0%	32 17.1%	44 23.5%	24 12.8%	96 51.3%	126 67.4%	12 6.4%	90 48.1%	28 15.0%	51 27.3%	2 1.1%
女性	合計	144 44.6%	190 58.8%	69 21.4%	62 (19.2%)	20 (6.2%)	138 42.7%	180 (55.7%)	20 6.2%	156 48.3%	82 25.4%	125 (38.7%)	2 (0.6%)
	H25 40-64	69 51.9%	81 60.9%	34 25.6%	35 26.3%	9 6.8%	42 31.6%	58 43.6%	10 7.5%	55 41.4%	36 27.1%	61 45.9%	0 0.0%
	65-74	75 39.5%	109 57.4%	35 18.4%	27 14.2%	11 5.8%	96 50.5%	122 64.2%	10 5.3%	101 53.2%	46 24.2%	64 33.7%	2 1.1%

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

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者							
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	高血糖	高血圧	脂質異常症	人数	割合	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
男性	合計	362 (55.7%)	24 6.6%	65 (18.0%)	6 1.7%	41 (11.3%)	18 (5.0%)	116 32.0%	20 (5.5%)	5 1.4%	51 14.1%	40 11.0%				
	H25 40-64	175 50.9%	19 10.9%	32 18.3%	3 1.7%	18 10.3%	11 6.3%	40 22.9%	6 3.4%	3 1.7%	19 10.9%	12 6.9%				
	65-74	187 61.1%	5 2.7%	33 17.6%	3 1.6%	23 12.3%	7 3.7%	76 40.6%	14 7.5%	2 1.1%	32 17.1%	28 15.0%				
女性	合計	323 59.9%	17 (5.3%)	72 22.3%	2 (0.6%)	45 13.9%	25 7.7%	101 (31.3%)	19 5.9%	4 (1.2%)	45 (13.9%)	33 (10.2%)				
	H25 40-64	133 51.0%	9 3.4%	33 24.8%	1 0.8%	18 13.5%	14 10.5%	39 29.3%	8 6.0%	2 1.5%	17 12.8%	12 9.0%				
	65-74	190 68.3%	8 4.2%	39 20.5%	1 0.5%	27 14.2%	11 5.8%	62 32.6%	11 5.8%	2 1.1%	28 14.7%	21 11.1%				

### 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、特定保健指導率は増加していますが、特定健診受診率はまだ目標には達成していません。重症化を予防していくためには、さらに特定健診受診率の向上への取り組みが重要となります。

【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	受診勧奨者率		医療機関受診率	
								大樹町	同規模平均	大樹町	同規模平均
H25年度	1,340	761	56.8	11	58	44	75.9	50.3	56.4	46.4	50.8
H28年度	1,134	679	59.9	63	50	45	90.0	52.7	56.9	49.3	51.6

※H29.11.20時点

※特定健診と特定保健指導(数・率)は、法定報告の数値

## 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ました。その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われます。また、介護認定率は横ばいで、2号認定者の割合減少も見られることから介護給付の抑制にも繋がったと考えられます。しかし、脳血管疾患の医療費増加など残されている課題も見えてきました。その背景として、治療に繋がったか、継続した治療ができているかなど、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題です。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、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題となります。



## 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)

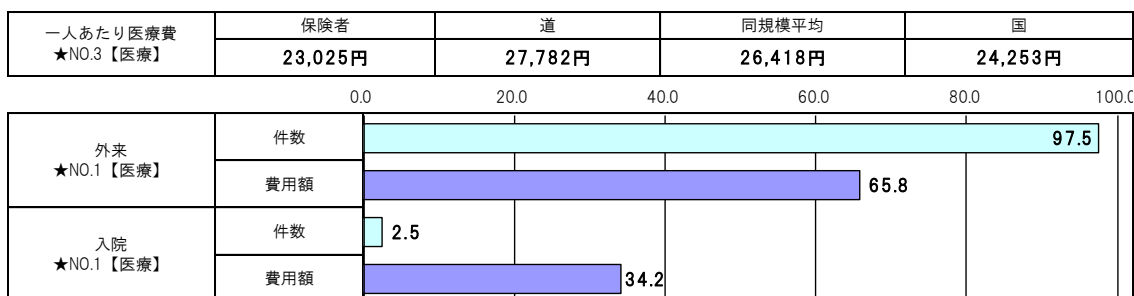
大樹町の一人あたり医療費は同規模平均と比較すると低く、入院件数は 2.5%で、費用額全体の 34.2%を占めています。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率が良いといえます。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

#### (2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

医療費が高額になる疾患、長期入院が必要となる疾患は脳血管疾患が占めています。生活習慣病の治療者数は虚血性心疾患の割合が多くなっています。

#### 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト	(H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	73件	14件 19.2%	1件 1.4%	--	
		費用額	9829万円	1906万円 19.4%	128万円 1.3%	--	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	33件	1件 3.0%	0件 0.0%	--	
		費用額	1978万円	63万円 3.2%	--	--	
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	18件	3件 16.7%	0件 0.0%	16件 88.9%	
		費用額	887万円	100万円 11.2%	--	729万円 82.2%	
厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	657人		55人 8.4%	95人 14.5%	9人 1.4%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	42人 76.4%	72人 75.8%	7人 7.8%	
			糖尿病	27人 49.1%	41人 43.2%	9人 100%	
			脂質異常症	39人 70.9%	72人 75.8%	8人 88.9%	
		高血圧症		361人 54.9%	191人 29.1%	356人 54.2%	50人 7.6%
		糖尿病					
脂質異常症							
高尿酸血症							

○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)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 86.9%であり、筋・骨格疾患の 83.1%を上回っていました。2号認定者及び 65~74 歳の 1号認定者のうち、血管疾患の中でも脳血管疾患（脳卒中）によって介護認定を受けている実態がありました。

また、この年齢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ります。

【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		2,020人		822人		995人		1,817人	3,837人								
	認定者数		10人		33人		330人		363人	373人								
	認定率		0.50%		4.0%		33.2%		20.0%	9.7%								
	新規認定者数		0人		1人		6人		7人	7人								
介護度別人数	要支援1・2		1	10.0%	11	33.3%	70	21.2%	81	22.3%	82	22.0%						
	要介護1・2		7	70.0%	10	30.3%	151	45.8%	161	44.4%	168	45.0%						
	要介護3~5		2	20.0%	12	36.4%	109	33.0%	121	33.3%	123	33.0%						
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
				件数	--	10		33		330		363		373				
		循環器疾患	1	脳卒中	4	40.0%	脳卒中	14	42.4%	虚血性心疾患	155	47.0%	虚血性心疾患	161	44.4%	虚血性心疾患	161	43.2%
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	6	18.2%	脳卒中	132	40.0%	脳卒中	146	40.2%	脳卒中	150	40.2%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	9.1%	腎不全	47	14.2%	腎不全	50	13.8%	腎不全	50	13.4%
		基礎疾患	糖尿病等	5	50.0%	糖尿病等	20	60.6%	糖尿病等	296	89.7%	糖尿病等	316	87.1%	糖尿病等	321	86.1%	
			血管疾患合計	合計	5	50.0%	合計	20	60.6%	合計	299	90.6%	合計	319	87.9%	合計	324	86.9%
		認知症	認知症	1	10.0%	認知症	6	18.2%	認知症	126	38.2%	認知症	132	36.4%	認知症	133	35.7%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	2	20.0%	筋骨格系	16	48.5%	筋骨格系	292	88.5%	筋骨格系	308	84.8%	筋骨格系	310	83.1%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 ★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						8,018
要介護認定なし医療費 (40歳以上)						4,295

## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等の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、糖尿病性腎症等の重症化になりやすいことがわかっています。

大樹町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも腹囲、肝機能、空腹時血糖・HbA1c など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測されます。

【図表 16】

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

★NO.23 (概票)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
道	33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,503	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,201	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5	
保険者	合計	144	44.6	190	58.8	69	21.4	62	19.2	20	6.2	138	42.7	180	55.7	20	6.2	156	48.3	82	25.4	125	38.7	2	0.6
	40-64	69	51.9	81	60.9	34	25.6	35	26.3	9	6.8	42	31.6	58	43.6	10	7.5	55	41.4	36	27.1	61	45.9	0	0.0
	65-74	75	39.5	109	57.4	35	18.4	27	14.2	11	5.8	96	50.5	122	64.2	10	5.3	101	53.2	46	24.2	64	33.7	2	1.1

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
道	30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2	
保険者	合計	116	32.7	70	19.7	47	13.2	41	11.5	5	1.4	107	30.1	188	53.0	3	0.8	148	41.7	63	17.7	142	40.0	2	0.6
	40-64	40	30.3	24	18.2	19	14.4	13	9.8	0	0.0	28	21.2	53	40.2	0	0.0	38	28.8	21	15.9	67	50.8	0	0.0
	65-74	76	34.1	46	20.6	28	12.6	28	12.6	5	2.2	79	35.4	135	60.5	3	1.3	110	49.3	42	18.8	75	33.6	2	0.9

【図表 17】

### 5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概票)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者																
							高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
全国					548,609	17.2%							875,805	27.5%									
道	97,643	25.2			17,403	17.8%							27,446	28.1%									
保険者	合計	323	59.9	17	5.3%	72	22.3%	2	0.6%	45	13.9%	25	7.7%	101	31.3%	19	5.9%	4	1.2%	45	13.9%	33	10.2%
	40-64	133	51.0	9	6.8%	33	24.8%	1	0.8%	18	13.5%	14	10.5%	39	29.3%	8	6.0%	2	1.5%	17	12.8%	12	9.0%
	65-74	190	68.3	8	4.2%	39	20.5%	1	0.5%	27	14.2%	11	5.8%	62	32.6%	11	5.8%	2	1.1%	28	14.7%	21	11.1%

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者																
							高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
全国					241,487	5.8%							396,909	9.5%									
道	141,845	29.4			7,857	5.5%							13,073	9.2%									
保険者	合計	355	59.4	5	1.4%	16	4.5%	0	0.0%	12	3.4%	4	1.1%	49	13.8%	7	2.0%	2	0.6%	23	6.5%	17	4.8%
	40-64	132	52.0	4	3.0%	7	5.3%	0	0.0%	5	3.8%	2	1.5%	13	9.8%	2	1.5%	1	0.8%	4	3.0%	6	4.5%
	65-74	223	64.8	1	0.4%	9	4.0%	0	0.0%	7	3.1%	2	0.9%	36	16.1%	5	2.2%	1	0.4%	19	8.5%	11	4.9%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病等の生活習慣病は、適切な医療を継続して受療していることが重症化を予防する上で重要です。受診勧奨が必要な者には必ず受療につなげていく必要があります。新規受診者（治療なし）のうち、LDL140 mg/dl 以上の割合が高く、糖尿病治療中の新規受診者はHbA1c6.5%以上の割合が高いことがわかりました。

【図表 18】

#### 継続受診者と新規受診者の比較



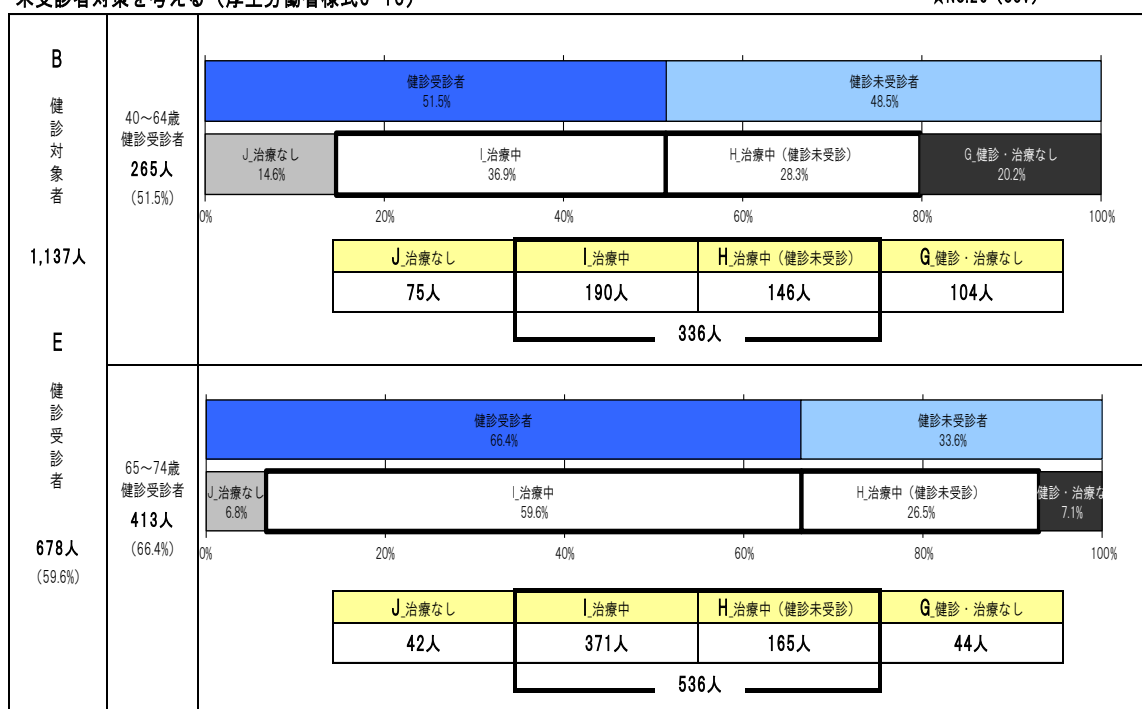
#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要ですが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が20.2%、65～74歳は7.1%となっています。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態です。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります。

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

#### 7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3\_⑥



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・重症化予防につなげていく事が可能です。

### 3. 目標の設定

#### 1) 成果目標

##### (1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標としました。2023年度には2018（H30）年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にします。また、3年後の2020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します。

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

大樹町の医療のかかり方は、治療を中断して、重症化して入院する実態があります。今後も重症化予防、医療費の適正化へつなげるために、さらに入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とします。

##### (2) 短期的な目標の設定

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

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します。

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い、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとします。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられます。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていきます。

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)」に記載します。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第3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ます。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期(平成30年度以降)からは6年1期として策定します。

### 2. 目標値の設定

【図表20】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %
特定保健指導実施率	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %

### 3. 対象者の見込み

【図表21】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	1,100 人	1,100 人	1,100 人	1,000 人	1,000 人	1,000 人
	受診者数	660 人	660 人	660 人	600 人	600 人	600 人
特定保健指導	対象者数	50 人	50 人	50 人	45 人	45 人	45 人
	受診者数	38 人	38 人	38 人	36 人	36 人	36 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形となります。北海道医師会が実施機関の取りまとめを行い、各実施機関と大樹町国保がそれぞれ個別に契約を締結します。

- ① 集団健診(大樹町保健福祉推進センター、町外1医療機関)
- ② 個別健診(町内外、全6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ます。

### (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、心電図）を実施します。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDL コレステロールの測定に変えることができます。（実施基準第1条第4項）

### (4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

### (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勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

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います。

### (6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、各実施機関の意向により北海道国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

### (7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

- 4月 特定健診受診券発行、郵送  
個別健診開始（翌年3月まで）
- 5月、11月、12月 集団健診

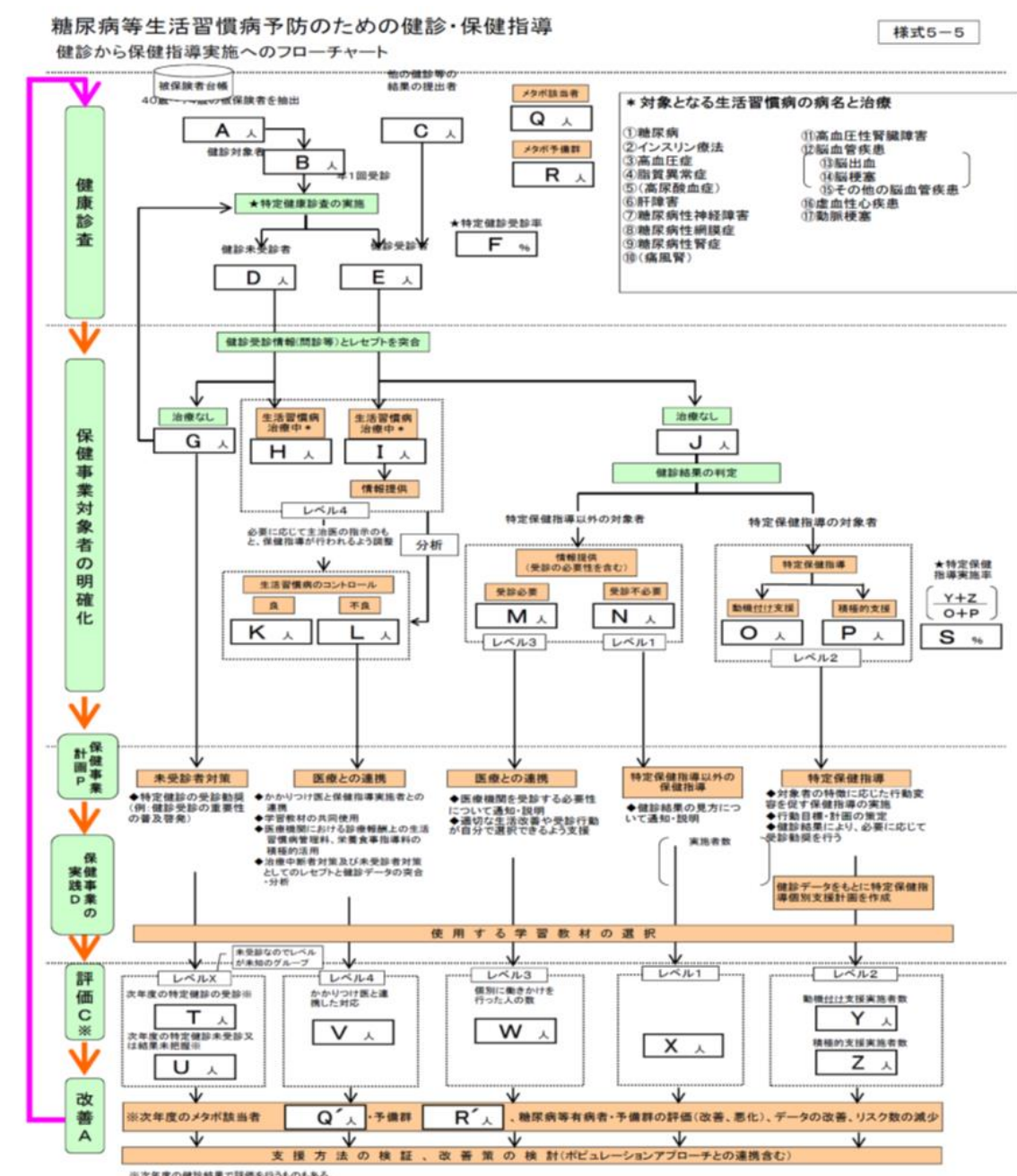
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表22】





(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 23)

【図表 23】

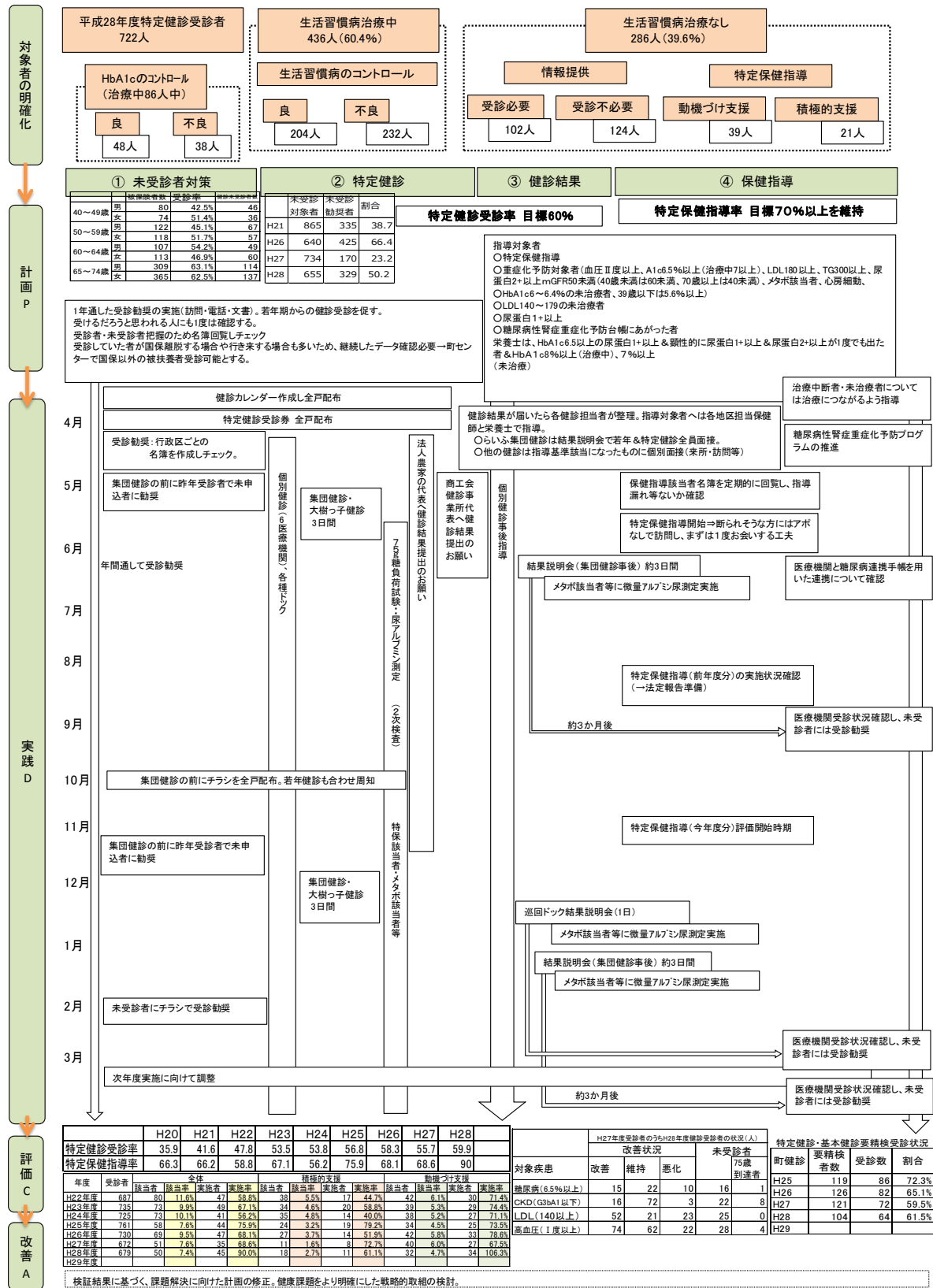
優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	50 人  (4.5%)	75%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	100 人  (8.7%)	HbA1c6.5 以上については 90%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	440 人  ※受診率目標達成 まであと 11 人	70%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	125 人  (10.9%)	50%
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	400 人  (34.8%)	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 P D C A 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します。(図表 24)

【図表 24】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)  
 対象者の明確化から計画・実践・評価まで



## 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大樹町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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します。

### (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います。

## 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日までに報告します。

## 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、大樹町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。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ります。

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います。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きます。

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

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です。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ります。その実施にあたっては第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に準ずるものとします。

※ポピュレーションアプローチ→糖尿病等の生活習慣病を発症していない健康な人たち（リスクを潜在的に持っている人も含む）に地域の特徴・個人の生活実態などが、どのようにして生活習慣病の重症化や、社会保障費の圧迫（健康保険料の値上げなど）につながっているのかを理解してもらう試み。集団へのアプローチをし、全体的にリスクを下げようという考え方。

## 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)及び大樹町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施します。なお、取組にあたっては図表 25 に沿って実施します。

- (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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 25】

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

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては大樹町プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおり定めます。

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

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があり、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います。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」(糖尿病性腎症同委員会)を基盤とします。(図表26)

【図表 26】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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)で把握していきます。

大樹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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/gCr)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ります。(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て医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 27)

大樹町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 16 人(15.7%・F)でした。また 40～74 歳における糖尿病治療者 185 人中のうち、特定健診受診者が 86 人(46.5%・G)で、中断は0人でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 99 人(53.5%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 29 人中 4 人は治療中断であることが分かりました。

また、25 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きます。

## ③ 介入方法と優先順位

図表 27 より大樹町においての介入方法を以下の通りとします。

### 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)・・・16 人
  - ② 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)・・・4 人
- ・介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### 優先順位2

#### 【保健指導】

- ・糖尿病の通院患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・86 人
- ・介入方法として家庭訪問、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】

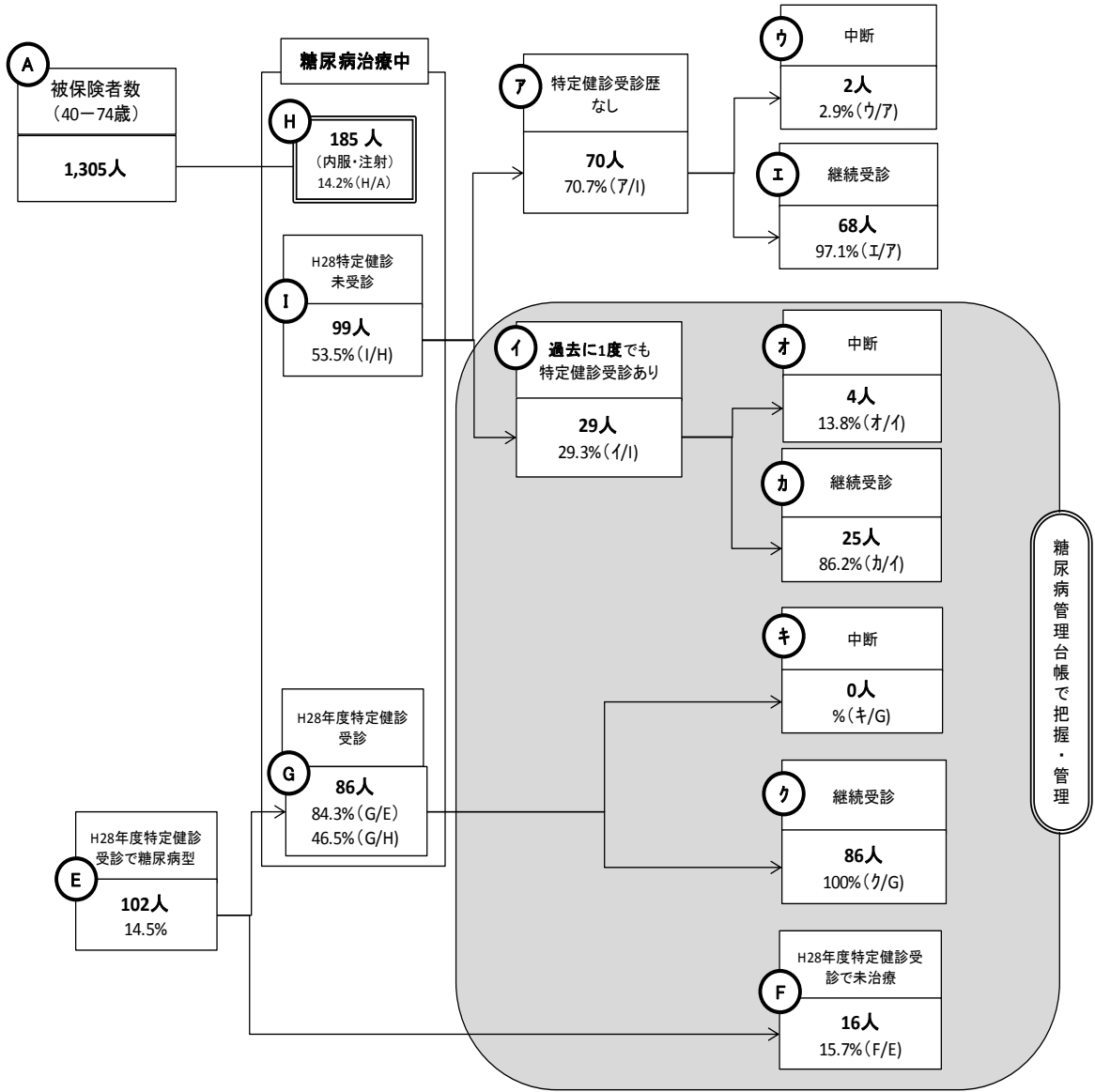
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・25 人
- ・介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導



【図表 27】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



### 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きます。

#### 【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。

\* 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

\* 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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認(死亡・転出等の有無)

(3) レセプトを確認し情報を記載

#### 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。

(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)……20 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……111 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す。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ります。大樹町においては、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します。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て行っていきます。(図表 28)

【図表 28】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすずみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1 受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> </div> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のも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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (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期を逃す恐れがあります。

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次健診等を活用して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します。

## 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、事前にかかりつけ医等と連絡調整します。

### (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いただき、情報共有します。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては大樹町プログラムに準じて行っていきます。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 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き、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回行うものとします。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きます。

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)を用いて行っていきます。

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。(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きます。(参考資料 7)

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つです。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。大樹町において健診受診者 733 人のうち心電図検査実施者は 684 人(93.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 7 人(1.0%)でした(図表 29)。ST 所見あり 7 人のうち要精査はいませんでした(図表 30)。今後、要精査がいた場合は医療機関受診状況を確認し、医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 7 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。

大樹町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多く、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査は重要です。

## 心電図検査結果

【図表 29】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)			
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	733	59.7	684	93.3	7	1.0	132	19.3	545	79.7

※40～74歳の国保・国保離脱者を含む

## ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 30】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
7	1.0%	0	0.0	0	0.0	0	0.0

※40～74歳の国保・国保離脱者を含む

## ② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に行う「詳細な健診」の項目です。心電図検査を実施しない場合、図表31に沿って対象者を抽出します。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きます。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きます。

### 心電図以外の保健指導対象者

【図表 31】

平成28年度実施		受診者	心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		733	7 1.0%	132 18.0%	545 74.4%	49 6.7%
メタボ該当者		159 21.7%	4 2.5%	39 24.5%	99 62.3%	17 10.7%
メタボ予備軍		98 13.4%	0 0%	18 18.4%	72 73.5%	8 8.2%
メタボなし		476 64.9%	3 0.6%	75 15.8%	374 78.6%	24 5.0%
LDL-C	140-159	91 19.1%	1 1.1%	17 18.7%	65 71.4%	8 8.8%
	160-179	38 8.0%	0 0%	4 10.5%	32 84.2%	2 5.3%
	180-	14 2.9%	0 0%	2 14.3%	11 78.6%	1 7.1%

<参考>

CKD	G3aA1～	126	2	29	84	11
		17.2%	1.6%	23.0%	66.7%	8.7%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 32 の問診が重要です。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ります。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い、教材を活用し対象者がイメージしやすい指導を心がけます。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います。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います。治療中でリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

#### 虚血性心疾患に関する症状

【図表 32】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 15 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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



### (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ーチャート」(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します。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ます。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していきます。

### 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ます。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ます。

### 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きます。

### 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きます。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 回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

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います。

#### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

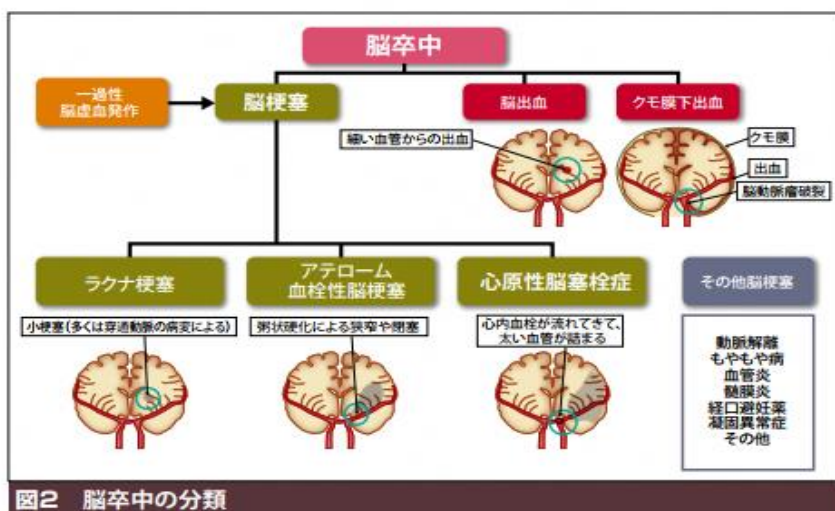
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます(図表 33、34)。

【脳卒中の分類】

【図表 33】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 34】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
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 35 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。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ります。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 35】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●							○		○				
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●			○		○				
脳出血	心原性脳梗塞	●						●	○		○				
	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上は40未満)			
受診者数 733人		42人	5.7%	34人	4.6%	14人	1.9%	11	1.5%	159人	21.7%	5人	0.7%	15人	2.0%
治療なし		17人	4.0%	12人	1.9%	10人	2.3%	2人	0.7%	17人	5.8%	0人	0.0%	1人	0.4%
治療あり		25人	8.1%	22人	25.9%	4人	1.4%	9人	2.0%	142人	32.1%	5人	1.1%	14人	3.3%
臓器障害あり		3	17.6%	6人	50.0%	2人	20.0%	2人	100.0%	5人	29.4%	0	--	1人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0		0		1		0		0		0		1	
	尿蛋白(2+)以上	0		0		1		0		0		0		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0		0		0		0		0		0		1	
	心電図所見あり	3		6		8		2		5		--		--	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が42人(5.7%)であり、17人は未治療者でした。また未治療者のうち3人(17.6%)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す。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も25人(8.1%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

### (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すが、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ます。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ります。

【図表 36】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

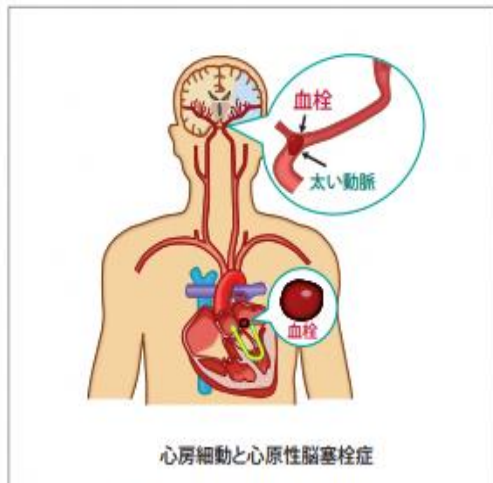
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
424		159	107	73	68	16	1	8	31	46
		37.5%	25.2%	17.2%	16.0%	3.8%	0.2%	1.9%	7.3%	10.8%
リスク第1層		34	15	9	8	1	0	8	1	0
		15.8%	21.4%	14.0%	12.3%	11.8%	6.3%	0.0%	100%	3.2%
リスク第2層		90	54	34	30	10	0	--	30	10
		51.4%	56.6%	50.5%	46.6%	44.1%	62.5%	0.0%	--	96.8%
リスク第3層		35	38	30	30	5	1	--	--	36
		32.8%	22.0%	35.5%	41.1%	44.1%	31.3%	100.0%	--	--
再掲) 重複あり	糖尿病	33	6	6	10	9	1	1		
		23.7%	17.1%	15.8%	33.3%	30.0%	20.0%	100.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	57	14	14	11	14	4	0		
	41.0%	40.0%	36.8%	36.7%	46.7%	80.0%	0.0%			
	3個以上の危険因子	79	21	24	17	13	4	0		
		56.8%	60.0%	63.2%	56.7%	43.3%	80.0%	0.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってきます。

(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」になる頻度が高い疾患です。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す。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す。

【図表 37】

## 特定健診における心房細動有所見状況

	心電図検査受診者		心房細動優所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	318	366	7	2.2	4	0.1	—	—
40歳代	34	39	2	5.9	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	51	56	1	2.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	133	161	3	2.3	2	0.1	1.9	0.4
70～74歳	100	110	1	1.0	2	0.2	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

\* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 38】

## 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
11	1.6%	1	9.1%	10	90.9%

心電図検査において11人が心房細動の所見でした。有所見率を年齢別で見ると60代以下の男性、特に40～50代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても特に高いことがわかりました。また11人のうち10人は既に治療が開始されていましたが、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す。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査は重要となります。

### 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い、教材を活用し対象者がイメージしやすい指導を心がけます。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います。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います。治療中でリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

#### (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ります。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

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

### (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きます。(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きます。(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ます。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ます。

## 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きます。

## 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きます。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 回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

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います。

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

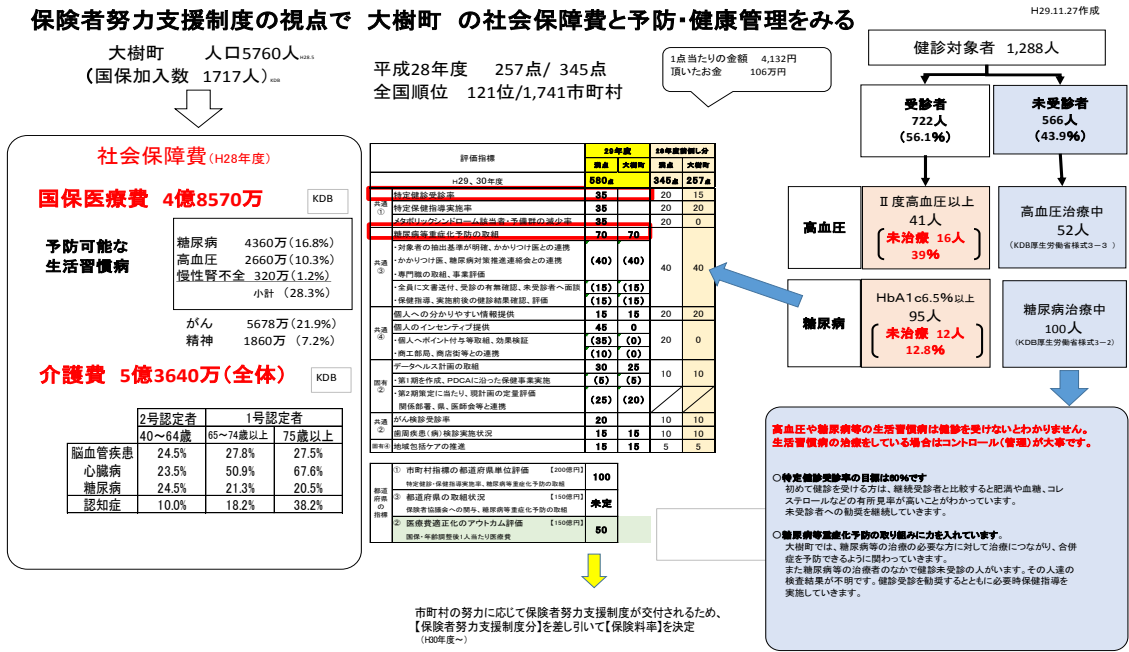
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)



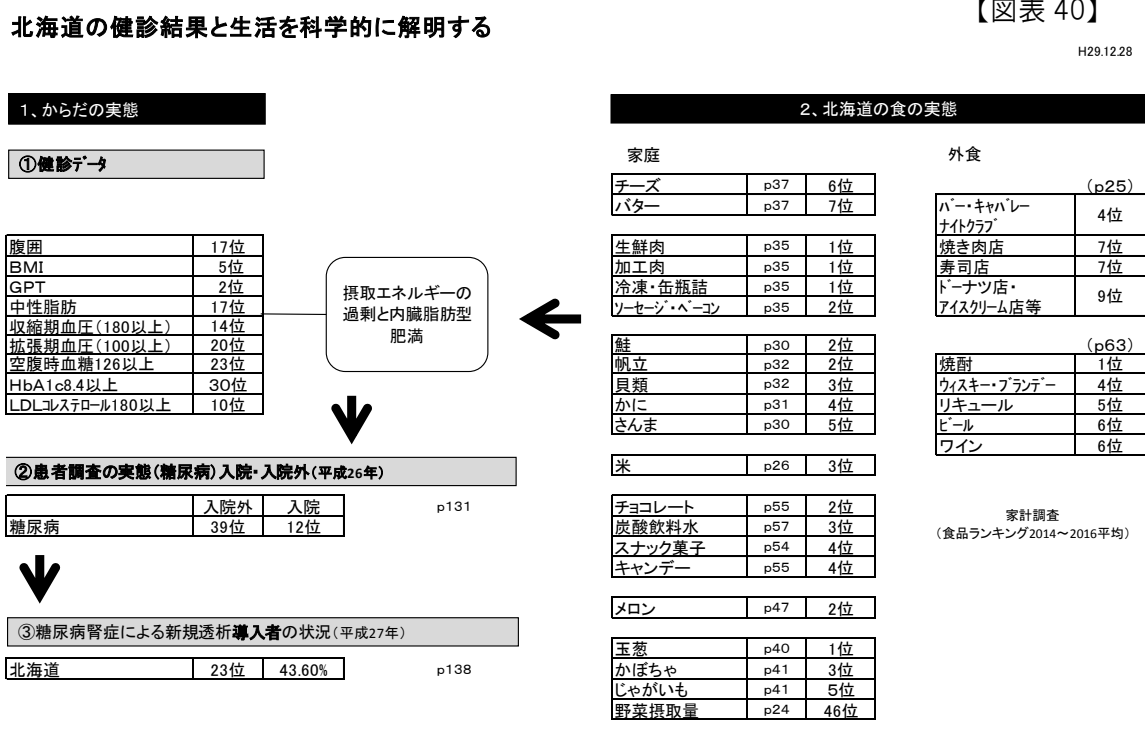
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の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住民へ周知していきます。(図表 39・40)

【図表 39】



【図表 40】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

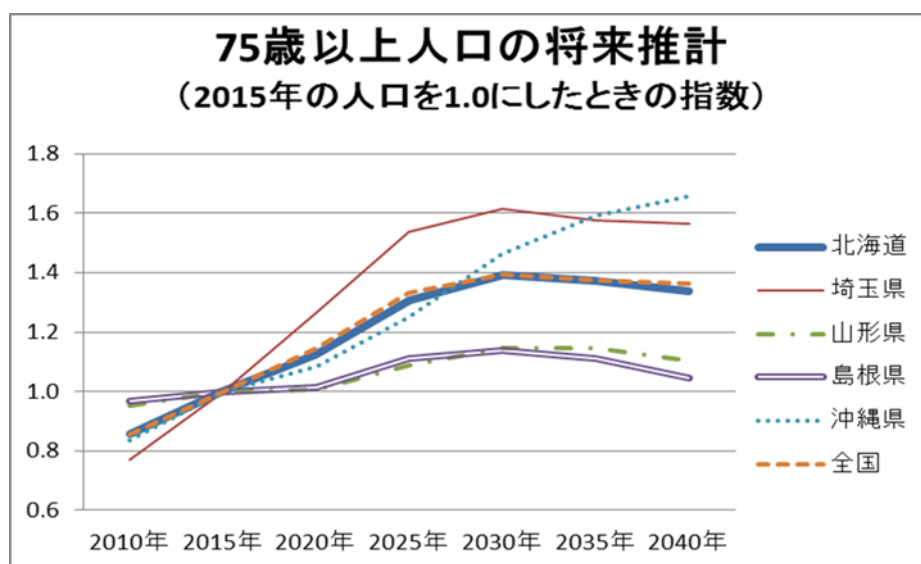
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ます。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。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、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必要があります。つまり、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ます。

北海道は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.34 とほぼ全国と同等と推計されています。(図表 41)

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

【図表 41】



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、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ります。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住民を増やしていくことにつながります。(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2020年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の2023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ります。

### 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ます。

※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います。

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します。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめることとし、必要時、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します。

【図表 42】

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
				2016年度 H28年度	2017年度 H29年度	2018年度 H30年度	2019年度 H31年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
特定 健 診 等 計 画		医療費削減のために特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	59.9%	%	%	%	%	%	%	%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導対象者の減少率25%	31.3%	%	%	%	%	%	%	%	%
中 長 期	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5%減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	4.23%								%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.16%								
データヘルス計画	・脳血管疾患に係る医療費が増加 ・メタボ該当者・予備群の割合が国と比較して多く、予備群は増加傾向 ・糖尿病・空腹時血糖の有所見者が増加	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%	0.65%								%
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%	35.1%	%	%	%	%	%	%	%	%
短 期	・がんの有病率は同郡平均よりも低い ・がん検診受診率が低い ・がん検診の精検受診率が低い	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の高血圧者の割合減少5%(160/100以上)	5.7%								%
			健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL140以上)	19.5%	%	%	%	%	%	%	%	%
保 険 者 努 力 支 援 制 度			健診受診者の糖尿病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	9.2%	%	%	%	%	%	%	%	%
			糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合90%以上	100%	%	%	%	%	%	%	%	%
			糖尿病の保健指導を実施した割合90%以上	84.4%	%	%	%	%	%	%	%	%
			がん検診受診率 胃がん検診25%以上	21.7%	%	%	%	%	%	%	%	%
			肺がん検診25%以上	19.9%	%	%	%	%	%	%	%	%
			大腸がん検診25%以上	20.4%	%	%	%	%	%	%	%	%
			子宮頸がん検診25%以上	21.9%	%	%	%	%	%	%	%	%
			乳がん検診35%以上	31.7%	%	%	%	%	%	%	%	%
・数量シェアH28年度79.9%		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合(検診中)	79.9%	%	%	%	%	%	%	%	%
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	79.9%	%	%	%	%	%	%	%	%

## 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ます。

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、各種団体への説明会及び国保被保険者のへのパンフレット等の配布を行い、公表・周知を行います。

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

## 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大樹町の位置

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り組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・道・同規模平均と比べてみた大樹町の位置

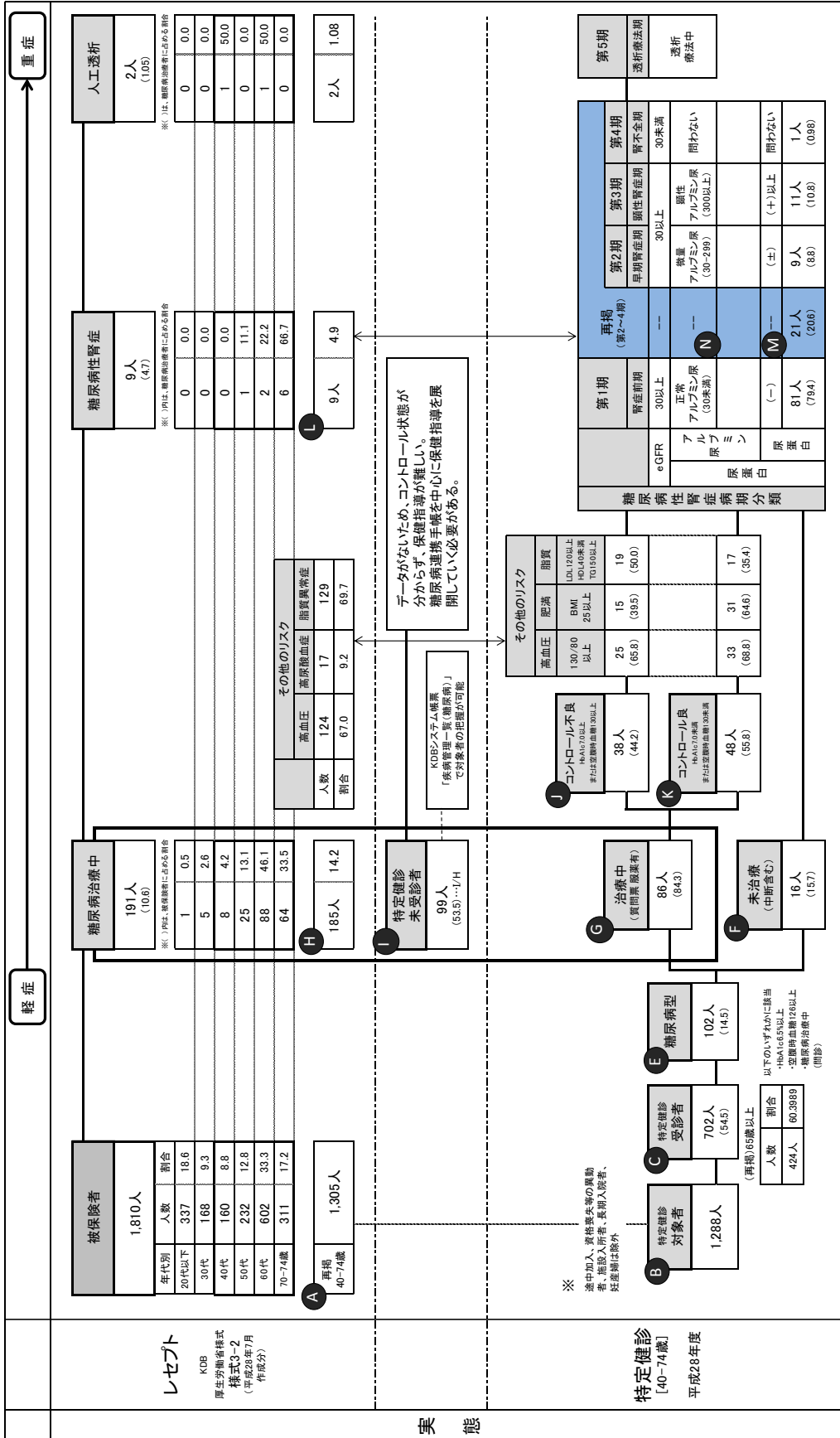
項目	H25		H28		道		H28		国		データ元 (CSV)			
	保険者		保険者		道		同規模平均		国					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口										KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
		65歳以上（高齢化率）	1,817	30.5	1,817	30.5	1,356,131	24.8	575,561	31.7	29,020,766		23.2	
		75歳以上	995	16.7	995	16.7	669,235	12.2			13,989,864		11.2	
		65～74歳	822	13.8	822	13.8	686,896	12.5			15,030,902		12.0	
		40～64歳	2,020	33.9	2,020	33.9	1,932,595	35.3			42,411,922		34.0	
	39歳以下	2,113	35.5	2,113	35.5	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	32.6		32.6		7.7		18.4		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	17.6		17.6		18.1		25.5		25.2			
		第3次産業	49.8		49.8		74.2		56.1		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.5		79.5		79.2		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性		87.9		87.9		86.3		86.4		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.2		65.2		64.9		65.2		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	女性	66.5		66.5		66.5		66.7		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		男性	95.6	77.1	101.0	104.8	100			KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性	83.0	67.7	97.6	100.8	100					
		死因	がん	19	52.8	18	40.9	18,759	51.6	6,817	45.1		367,905	49.6
			心臓病	9	25.0	12	27.3	9,429	25.9	4,392	29.1		196,768	26.5
			脳疾患	3	8.3	12	27.3	4,909	13.5	2,661	17.6		114,122	15.4
			糖尿病	2	5.6	0	0.0	669	1.8	274	1.8		13,658	1.8
			腎不全	2	5.6	1	2.3	1,543	4.2	548	3.6		24,763	3.3
			自殺	1	2.8	1	2.3	1,080	3.0	409	2.7		24,294	3.3
		② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	6	12.8	2	3.4	6,845	11.1				136,944	10.5
			男性	4	19.0	1	3.4	4,406	13.7				91,123	13.5
			女性	2	7.7	1	3.3	2,439	8.2		45,821	7.2	厚労省HP 人口動態調査	
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		377	19.7	363	19.6	315,124	23.0	114,707	20.1	5,882,340	21.2
			新規認定者		6	0.3	7	0.3	5,300	0.4	1,910	0.3	105,654	0.3
			2号認定者		12	0.6	10	0.4	7,521	0.4	2,325	0.4	151,745	0.4
		② 有病状況	糖尿病	88	22.2	73	20.6	82,243	25.0	25,164	21.2	1,343,240	21.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
高血圧症			229	60.3	195	53.9	169,499	51.7	64,630	54.6	3,085,109	50.5		
脂質異常症			134	34.7	120	32.0	100,850	30.7	31,788	26.7	1,733,323	28.2		
心臓病			249	64.9	231	65.2	189,212	57.9	73,217	61.9	3,511,354	57.5		
脳疾患			131	31.7	90	27.5	79,841	24.6	33,089	28.2	1,530,506	25.3		
がん			21	6.6	28	8.0	38,597	11.6	11,629	9.7	629,053	10.1		
筋・骨格			215	55.2	187	50.3	168,550	51.4	63,583	53.7	3,051,816	49.9		
精神			160	42.0	145	38.2	121,275	36.9	43,915	37.0	2,141,880	34.9		
③ 介護給付費		1件当たり給付費（全体）		72,623		66,123		57,953		70,593		58,349		
		居宅サービス		34,125		32,627		38,810		40,986		39,683		
		施設サービス		275,602		260,579		283,015		275,281		281,115		
④ 医療費等		要介護認定別	認定あり	4,626		8,018		8,976		8,458		7,980		
	医療費（40歳以上）		認定なし	4,396		4,295		4,619		4,123		3,822		
4	① 国保の状況	被保険者数		2,093		1,717		1,312,713		493,770		32,587,223		
		65～74歳	679	32.4	673	39.2	547,063	41.7			12,462,053	38.2		
		40～64歳	756	36.1	573	33.4	441,494	33.6			10,946,693	33.6		
		39歳以下	658	31.4	471	27.4	324,156	24.7			9,178,477	28.2		
		加入率		35.2		28.9		24.0		27.8		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.5	1	0.6	569	0.4	144	0.3	8,255	0.3		
		診療所数	3	1.4	3	1.7	3,377	2.6	1,108	2.2	96,727	3.0		
		病床数	52	24.8	52	30.3	96,574	73.6	15,468	31.3	1,524,378	46.8		
		医師数	9	4.3	7	4.1	12,987	9.9	1,575	3.2	299,792	9.2		
		外来患者数	609.0		637.4		646.1		658.5		668.3			
	入院患者数		18.0		16.6		22.9		22.6		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		24,804		23,025		27,782		26,418		24,253		
				県内117位 同規模105位		県内152位 同規模199位								
		受診率		627.042		653.977		668.982		681.134		686.501		
		外	費用の割合	60.1		65.8		55.2		56.6		60.1		
来		件数の割合	97.1		97.5		96.6		96.7		97.4			
入		費用の割合	39.9		34.2		44.8		43.4		39.9			
院		件数の割合	2.9		2.5		3.4		3.3		2.6			
1件あたり在院日数		12.9日		11.6日		15.8日		16.3日		15.6日				
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源 病名（顕割合含む）	新生物		17.9		21.9		28.5		24.1		25.6			
	慢性腎不全（透析あり）		0.9		1.2		6.5		9.1		9.7			
	糖尿病		13.9		16.8		9.3		10.2		9.7			
	高血圧症		11.9		10.3		7.9		9.2		8.6			
	精神		7.8		7.2		17.2		17.5		16.9			
筋・骨疾患		25.3		20.9		16.4		16.1		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	616,484	40位 (14)	599,577	72位 (17)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				高血圧	618,685	69位 (16)	636,322	63位 (15)										
				脂質異常症	559,569	82位 (12)	537,847	115位 (13)										
				脳血管疾患	580,328	137位 (15)	719,455	49位 (17)										
				心疾患	728,795	68位 (14)	406,987	179位 (8)										
				腎不全	1,082,570	12位 (15)	720,984	84位 (20)										
				精神	430,791	131位 (20)	544,475	38位 (22)										
				悪性新生物	716,389	22位 (12)	711,435	29位 (11)										
				外来	糖尿病	40,398	44位	35,731	124位									
					高血圧	34,491	29位	30,350	119位									
					脂質異常症	31,504	55位	30,084	79位									
					脳血管疾患	36,224	98位	29,998	151位									
					心疾患	43,741	74位	31,567	165位									
					腎不全	87,290	160位	98,945	145位									
					精神	32,715	41位	29,323	94位									
					悪性新生物	50,814	74位	57,463	73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	3,805		3,316		1,458			2,768		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	14,256		11,564		15,594			12,339		12,683	
						生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,615		9,036		4,388			7,719		5,940	
健診未受診者	39,771		31,506					46,918		34,410		36,479						
⑦	健診・レセ 適合	受診勧奨者	383	50.3	357	52.7	129,168	57.2	81,971	56.9	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	353	46.4	334	49.3	118,763	52.6	74,352	51.6	3,799,744	51.6						
		医療機関非受診率	30	3.9	23	3.4	10,405	4.6	7,619	5.3	316,786	4.3						
5	①-⑱	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	761		678		225,931		143,970		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				② 受診率	56.4	県内10位 同規模23位	59.6	県内28位 同規模63位	25.1	全国44位	41.0		34.0					
				③ 特定保健指導終了者(実施率)	37	63.8	34	65.4	938	3.5	1499	8.1	35,557	4.1				
				④ 非肥満高血糖	66	8.7	57	8.4	17,429	7.7	14,201	9.9	687,157	9.3				
				⑤-⑥	メタボ	該当者	173	22.7	150	22.1	37,430	16.6	25,927	18.0		1,272,714	17.3	
						男性	116	31.9	101	31.3	25,731	27.5	18,053	27.1		875,805	27.5	
						女性	57	14.4	49	13.8	11,699	8.8	7,874	10.2		396,909	9.5	
						予備群	79	10.4	88	13.0	24,029	10.6	16,553	11.5		790,096	10.7	
						男性	65	17.9	72	22.3	16,766	17.9	11,535	17.3		548,609	17.2	
						女性	14	3.5	16	4.5	7,263	5.5	5,018	6.5		241,487	5.8	
				⑦-⑱	BMI	総数	281	36.9	260	38.3	69,361	30.7	47,928	33.3		2,320,533	31.5	
						男性	205	56.3	190	58.8	47,819	51.1	33,271	49.9		1,597,371	50.1	
						女性	76	19.1	70	19.7	21,542	16.3	14,657	19.0		723,162	17.3	
						総数	68	8.9	55	8.1	14,535	6.4	8,649	6.0		346,181	4.7	
						男性	9	2.5	9	2.8	2,471	2.6	1,438	2.2		55,460	1.7	
						女性	59	14.9	46	13.0	12,064	9.1	7,211	9.3		290,721	7.0	
				⑭-⑱	予備群 レベル	血糖のみ	7	0.9	2	0.3	1,283	0.6	1,116	0.8		48,685	0.7	
						血圧のみ	51	6.7	57	8.4	16,730	7.4	11,683	8.1		546,667	7.4	
						脂質のみ	21	2.8	29	4.3	6,016	2.7	3,754	2.6		194,744	2.6	
血糖・血圧	24	3.2	26			3.8	5,478	2.4	4,665	3.2	196,978	2.7						
血糖・脂質	8	1.1	6			0.9	1,811	0.8	1,419	1.0	69,975	1.0						
血圧・脂質	84	11.0	68			10.0	19,151	8.5	12,004	8.3	619,684	8.4						
血糖・血圧・脂質	57	7.5	50			7.4	10,990	4.9	7,839	5.4	386,077	5.2						
6	①-⑱	生活習慣の 状況	服薬	316	41.5	295	43.5	74,890	33.2	51,055	35.5	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			既往歴	83	10.9	85	12.5	15,872	7.0	12,000	8.3	551,051	7.5					
			喫煙	298	39.2	278	41.0	55,219	24.4	32,128	22.3	1,738,149	23.6					
			週3回以上朝食を抜く	18	3.4	17	3.5	7,611	3.5	4,464	3.2	230,777	3.3					
			週3回以上食後間食	24	4.6	23	4.7	12,203	5.6	7,897	5.7	391,296	5.5					
			週3回以上就寝前夕食	1	0.2	2	0.4	1,056	0.5	1,763	1.3	37,041	0.5					
			食べる速度が遅い	61	11.6	63	12.8	20,157	9.2	11,617	8.5	710,650	10.1					
			20歳時体重から10kg以上増加	134	17.6	138	20.4	37,780	16.7	22,417	15.6	1,048,171	14.2					
			1回30分以上運動習慣なし	178	34.1	176	35.8	67,673	33.1	44,552	33.4	2,047,756	32.1					
			1日1時間以上運動なし	363	69.8	348	70.9	126,554	61.6	87,774	65.8	3,761,302	58.7					
			睡眠不足	264	50.7	257	52.7	98,397	48.0	64,466	48.5	2,991,854	46.9					
			毎日飲酒	302	58.6	266	54.6	98,176	48.3	74,478	56.2	3,178,697	50.4					
			時々飲酒	137	28.2	119	24.4	46,484	22.8	27,502	20.7	1,234,462	19.5					
			⑭-⑱	一日 飲酒 量	1合未満	148	28.6	140	28.7	55,733	27.3	36,107	27.2		1,636,988	25.9		
					1〜2合	320	61.9	314	64.5	131,952	64.7	85,936	64.6		4,152,661	65.8		
					2〜3合	49	9.5	33	6.8	16,236	8.0	10,944	8.2		525,413	8.3		
					3合以上	114	22.1	88	18.0	29,861	14.6	21,902	16.5		983,474	15.4		

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名 北海道 市町村名 大樹町 同規模区分 9



【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		
他専門職との連携				
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤)	( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 -----	
	④健診未受診者	( )人	○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	
	結果把握(内訳)		2.レセプトの確認	
	①国保(生保)	( )人	○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	
保健指導の優先づけ	②後期高齢者	( )人	3.会いに行く	
	③他保険	( )人	○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 -----	
	④住基異動(死亡・転出)	( )人	4.結果から動く	
	⑤確認できず	( )人	○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	
	①-1 未治療者(中断者含む)	( )人	○かかりつけ医、糖尿病専門医	
	*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		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●合併症</li> <li>●脳・心疾患-手術</li> <li>●人工透析</li> <li>●がん</li> </ul> </div>	
	⑥結果把握	( )人	----- 栄養士中心	
	①HbA1cが悪化している	( )人	----- 腎専門医	
	例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している	( )人		
	*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			
	②尿蛋白 (-)	( )人		
	(±)	( )人		
	(+) ~顕性腎症	( )人		
	③eGFR値の変化			
	1年で25%以上低下	( )人		
	1年で5ml/分/1.73㎡以上低下	( )人		

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 9

都道府県 1

市町村名

大樹町

項目	統合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	1,810人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	1,305人							
2	①	対象者数	1,288人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	受診者数	702人							
	③	受診率	54.5%							
3	①	特定保健指導 対象者数	50人							
	②	実施率	90.0%							
4	①	糖尿病型	E	102人	14.5%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	16人	15.7%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	86人	84.3%					
	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	38人	44.2%					
	⑤		血圧 130/80以上	J	25人	65.8%				
	⑥		肥満 BMI25以上	J	15人	39.5%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	48人	55.8%				
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	81人	79.4%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		9人	8.8%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		11人	10.8%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	1.0%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	105.5人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	141.8人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	1,210件	(971.1)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	入院外(件数)	6件	(4.8)			9件	(5.4)		
	⑤	糖尿病治療中	H	191人	10.6%				KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	H	185人	14.2%					
	⑦	健診未受診者	I	99人	53.5%					
	⑧	インスリン治療	O	20人	10.5%					
	⑨	(再掲)40-74歳		20人	10.8%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	9人	4.7%					
	⑪	(再掲)40-74歳		9人	4.9%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.05%					
	⑬	(再掲)40-74歳		2人	1.08%					
	⑭	新規透析患者数		0人						
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症								
	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)		232人	0.9%				KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	4億8568万円				6億7140万円		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	2億5926万円				3億8078万円			
	③	(総医療費に占める割合)	53.4%				56.7%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,038円			8,685円			
	⑤	健診未受診者	31,501円			33,204円				
	⑥	糖尿病医療費	4365万円				3885万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	16.8%				10.2%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	8518万円							
	⑨	1件あたり	35,731円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	6535万円							
	⑪	1件あたり	599,577円							
	⑫	在院日数	17日							
	⑬	慢性腎不全医療費	632万円				3708万円			
	⑭	透析有り	316万円				3468万円			
	⑮	透析なし	316万円				240万円			
7	①	介護給付費	5億3639万円				7億5295万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	3件	50.0%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%			1人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし  <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「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」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム  <input type="checkbox"/> LDL-C  e G F R 尿蛋白 <input type="checkbox"/> C K D 重症度分類  その他	<input type="checkbox"/> 腹囲	男 85~ 女 90~			【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比  <input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149			150~299	300~
		食後	~199			200~	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169			170~	
	<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50			51~	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99			100~125	126~
		食後	~139			140~199	200~
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~			
	<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~			
	拡張期	~84	85~89	90~			
<input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腿黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ~					
<input type="checkbox"/> C K D 重症度分類		G3a1~					
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24						

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

### 血圧評価表

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

【参考資料 9】

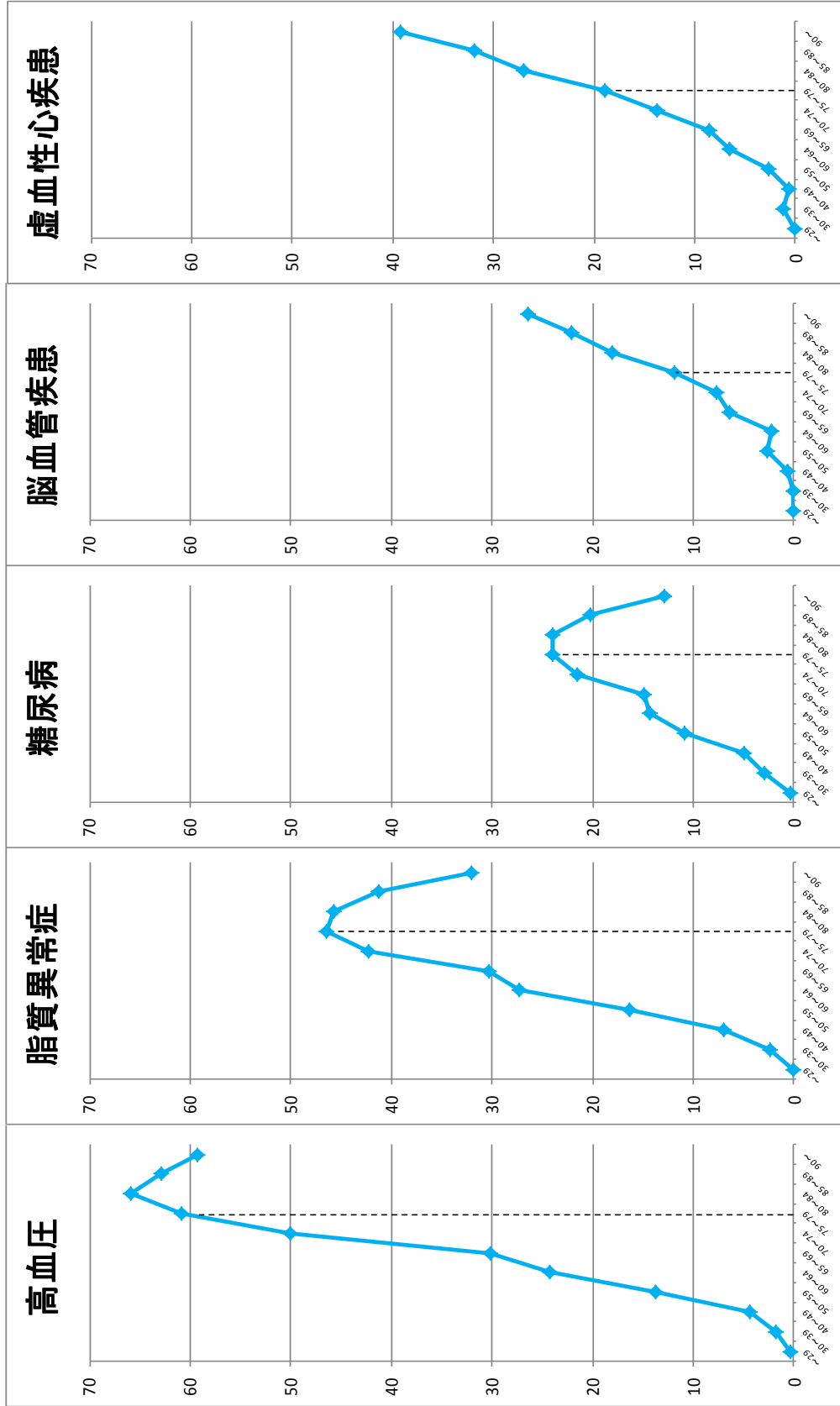
### 心房細動管理台帳

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	調剤	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	調剤	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	調剤															

# 生活習慣病有病状況

平成28年5月診療分(国保データベース(KDB)システム 平成28年7月作成分)

【参考資料 10】





平成 28 年度実績・評価・課題整理

データヘルス計画	①やっきた実践事項を振り返ってみる (カホシ)	②アウトプット(事業実施量)	評価(良かったところ)	③アウトカム(結果)	④ストラテジー(機軸)	⑤残っている課題																																																																																																																																																																								
<p>データヘルス計画</p> <p>長期目標</p> <p>虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病</p> <p>性差を減らす</p> <p>・H26 年度と H29 年度を比較し、それぞれ 5%減少させる。</p> <p>・医療費の伸びを抑える</p> <p>短期目標</p> <p>メタボ・糖尿病・高血圧・脂質異常症等を減らす</p> <p>・データ管理・受診勧奨(中断防止)</p> <p>・医療連携</p> <p>・受診率・特定保健指導</p> <p>・受診率・特定保健指導率の向上</p> <p>(H29 年)</p> <p>健診受診率 ……60%</p> <p>保健指導率 ……70%</p>	<p>【データ管理】</p> <p>○高血圧、糖尿病、LDL、CKD、心臓運動台帳の作成(地区担当保健師で各々管理)</p> <p>【受診勧奨(中断防止)】</p> <p>○町単位個別受診勧奨者名簿作成し、未受診者には3か月後ぐらいに受診勧奨の連絡。</p> <p>○治療中断者への受診勧奨は地区担当者が各々実施。KDB 等活用</p> <p>○台帳で未受診者を把握。</p> <p>【医療連携】</p> <p>○町立病院院長と DM 性腎症予に対して打合せ実施</p> <p>○町の医師・指導対象者・DM 連携手帳・指導アルゴリズムについて</p> <p>【保健指導・栄養指導・指導率の向上】</p> <p>○お悩みツールで指導対象者を抽出。特保以外にも町独自で指導対象者を設定。2 か月に 1 回指導対象者名簿を回収し、実施状況確認。</p> <p>○H27～町単位健診結果説明会で全員に配布(若者も)</p> <p>【健診受診率】</p> <p>○H26 から特定健診を無料化</p> <p>○受診券利用可能医療機関を町内 3 機関に加え、H25 年度は+2 機関、H28 年度は+1 機関が増える。</p> <p>○年当初に地区別受診券送付者名簿作成し、年間健診し受診勧奨(訪問・電話等)</p> <p>○年当初に未受診者名簿回収確認し受診勧奨。</p> <p>○らひ健診健診前には昨年受診者と見比べし、未申込みの人に受診勧奨を働きかける。</p> <p>○地区別の受診率を出し、グラフ化。</p> <p>【特定保健指導】</p> <p>○H26 年度から完全地区別制に。</p> <p>○健診対象者を、H26 年から 18 歳以上に拡大。(H21 年度 30 歳以下、H25 年度 20 歳以下)</p> <p>【若年健診】</p> <p>○大樹つ子健診を小 4～高 3 対象に実施。町センターにだけなく、中・高校で受診可能となる。</p> <p>○基本健診は、H21 年度から 30 歳～、H25 年度から 20 歳～、H26 年度からは 18 歳～、に引き下げた。</p> <p>【国保以外】</p> <p>○保健指導機関登録し、H27 年度から国保以外の特定保健指導実施。</p> <p>○国保以外の健診データの把握・保健指導実施に向けた体制整備</p>	<table border="1"> <tr> <th>特定健診受診率</th> <th>保健指導率</th> </tr> <tr> <td>H20 35.9</td> <td>66.3</td> </tr> <tr> <td>H21 41.6</td> <td>66.2</td> </tr> <tr> <td>H22 47.8</td> <td>58.8</td> </tr> <tr> <td>H23 53.5</td> <td>67.1</td> </tr> <tr> <td>H24 53.8</td> <td>56.2</td> </tr> <tr> <td>H25 56.8</td> <td>75.9</td> </tr> <tr> <td>H26 58.3</td> <td>68.1</td> </tr> <tr> <td>H27 55.7</td> <td>68.6</td> </tr> <tr> <td>H28</td> <td></td> </tr> </table> <p>H23～27</p> <p>5 年連続受診率：29.8%</p> <p>1 年のみ受診率：21.1%</p> <table border="1"> <tr> <th>未受診者数</th> <th>未受診率</th> <th>割合</th> </tr> <tr> <td>H21 865</td> <td>335</td> <td>38.7</td> </tr> <tr> <td>H26 640</td> <td>425</td> <td>66.4</td> </tr> <tr> <td>H27 734</td> <td>170</td> <td>23.2</td> </tr> <tr> <td>H28 655</td> <td>329</td> <td>50.2</td> </tr> </table>	特定健診受診率	保健指導率	H20 35.9	66.3	H21 41.6	66.2	H22 47.8	58.8	H23 53.5	67.1	H24 53.8	56.2	H25 56.8	75.9	H26 58.3	68.1	H27 55.7	68.6	H28		未受診者数	未受診率	割合	H21 865	335	38.7	H26 640	425	66.4	H27 734	170	23.2	H28 655	329	50.2	<p>①アウトカム(結果)</p> <table border="1"> <tr> <th>性別</th> <th>該当</th> <th>対象</th> <th>率</th> </tr> <tr> <td>H23</td> <td>20.7%</td> <td>199 人</td> <td>12.1%</td> </tr> <tr> <td>H24</td> <td>22.9%</td> <td>173 人</td> <td>12.6%</td> </tr> <tr> <td>H25</td> <td>22.9%</td> <td>178 人</td> <td>10.3%</td> </tr> <tr> <td>H26</td> <td>23.0%</td> <td>180 人</td> <td>12.8%</td> </tr> <tr> <td>H27</td> <td>20.2%</td> <td>146 人</td> <td>13.0%</td> </tr> <tr> <td>H27</td> <td>20.2%</td> <td>146 人</td> <td>13.0%</td> </tr> </table> <p>糖尿病性腎症重症化予防対象者(H23～H27)の健診で 1 度も HbA1c6.5%以上であったもの：175 名</p> <table border="1"> <tr> <th>糖尿病</th> <th>HbA1c6.5%以上(糖尿病)</th> </tr> <tr> <td>H24 5.0%</td> <td>38 人</td> </tr> <tr> <td>H25 3.2%</td> <td>29 人</td> </tr> <tr> <td>H26 6.1%</td> <td>48 人</td> </tr> <tr> <td>H27 5.1%</td> <td>37 人</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>心臓病</th> <th>糖尿病</th> <th>脂質異常</th> <th>高血圧</th> <th>LDL</th> <th>HbA1c6.5%以上(糖尿病)</th> </tr> <tr> <td>H24 0.5%</td> <td>4 人</td> <td>2.2%</td> <td>17 人</td> <td>2.6%</td> <td>20 人</td> </tr> <tr> <td>H25 0.6%</td> <td>5 人</td> <td>1.5%</td> <td>12 人</td> <td>2.4%</td> <td>19 人</td> </tr> <tr> <td>H26 0.5%</td> <td>4 人</td> <td>1.5%</td> <td>12 人</td> <td>3.2%</td> <td>25 人</td> </tr> <tr> <td>H27 1.0%</td> <td>7 人</td> <td>1.1%</td> <td>8 人</td> <td>2.9%</td> <td>21 人</td> </tr> </table> <p>H27 年度 20～29 歳の健診結果(全県より上回る項目のみ記載)</p> <table border="1"> <tr> <th>項目</th> <th>大樹町</th> <th>全県</th> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>56.2%</td> <td>38.0%</td> </tr> <tr> <td>BMI</td> <td>46.8%</td> <td>27.2%</td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td>34.3%</td> <td>30.5%</td> </tr> <tr> <td>Y-GT</td> <td>34.3%</td> <td>23.1%</td> </tr> <tr> <td>HbA1c</td> <td>50.0%</td> <td>23.1%</td> </tr> <tr> <td>尿酸</td> <td>37.5%</td> <td>20.3%</td> </tr> </table> <p>20～29 歳(男性)</p> <table border="1"> <tr> <th>項目</th> <th>大樹町</th> <th>全県</th> </tr> <tr> <td>BMI</td> <td>16.6%</td> <td>10.4%</td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td>16.6%</td> <td>5.8%</td> </tr> </table> <p>20～29 歳(女性)</p> <table border="1"> <tr> <th>項目</th> <th>大樹町</th> <th>全県</th> </tr> <tr> <td>BMI</td> <td>33.3%</td> <td>24.4%</td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td>33.3%</td> <td>20.9%</td> </tr> </table> <p>中長期的目標となる 3 疾患(患者数・医療費)</p> <table border="1"> <tr> <th>糖尿病</th> <th>脂質異常</th> <th>糖尿病性腎症</th> </tr> <tr> <td>H24 1928</td> <td>1043</td> <td>197</td> </tr> <tr> <td>H25 1318</td> <td>2333</td> <td>942</td> </tr> <tr> <td>H26 1243</td> <td>-5.5%</td> <td>807</td> </tr> <tr> <td>H27 1233</td> <td>-0.8%</td> <td>835</td> </tr> </table> <p>H25 H26 H27 H27 後の内訳</p> <table border="1"> <tr> <th>人数(人)</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>2</th> <th>40 歳代男性(体積)</th> <th>60 歳代女性(体積)</th> </tr> <tr> <td>糖尿病患者数</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>40</td> <td>24</td> </tr> </table>	性別	該当	対象	率	H23	20.7%	199 人	12.1%	H24	22.9%	173 人	12.6%	H25	22.9%	178 人	10.3%	H26	23.0%	180 人	12.8%	H27	20.2%	146 人	13.0%	H27	20.2%	146 人	13.0%	糖尿病	HbA1c6.5%以上(糖尿病)	H24 5.0%	38 人	H25 3.2%	29 人	H26 6.1%	48 人	H27 5.1%	37 人	心臓病	糖尿病	脂質異常	高血圧	LDL	HbA1c6.5%以上(糖尿病)	H24 0.5%	4 人	2.2%	17 人	2.6%	20 人	H25 0.6%	5 人	1.5%	12 人	2.4%	19 人	H26 0.5%	4 人	1.5%	12 人	3.2%	25 人	H27 1.0%	7 人	1.1%	8 人	2.9%	21 人	項目	大樹町	全県	糖尿病	56.2%	38.0%	BMI	46.8%	27.2%	GPT	34.3%	30.5%	Y-GT	34.3%	23.1%	HbA1c	50.0%	23.1%	尿酸	37.5%	20.3%	項目	大樹町	全県	BMI	16.6%	10.4%	GPT	16.6%	5.8%	項目	大樹町	全県	BMI	33.3%	24.4%	GPT	33.3%	20.9%	糖尿病	脂質異常	糖尿病性腎症	H24 1928	1043	197	H25 1318	2333	942	H26 1243	-5.5%	807	H27 1233	-0.8%	835	人数(人)	1	2	2	40 歳代男性(体積)	60 歳代女性(体積)	糖尿病患者数	1	2	2	40	24	<p>【人質】</p> <p>○H28 年度保健師：7 人</p> <p>町センター：6 人(全県健康予防部門に配属)</p> <p>町立病院：1 人</p> <p>管理栄養士：2 人(H27 から 1 人増)</p> <p>【建物】</p> <p>○地区分館制(H26～)</p> <p>【期間】</p> <p>○H28 年から 1 回(年 12 回)行っていた老人クラブの集まりを 8 回程度に減らす。</p> <p>○医療対象者(H28)：1,288 人</p> <p>○指導対象者(H28)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病 10 人</li> <li>・動機づけ 42 人</li> <li>・その他 323 人</li> </ul> <p>(業態化予防等)</p> <p>【受診率】</p> <p>○町健診</p> <p>町センター～5・12 月計 6 日</p> <p>厚生館～11 月 計 2 日</p> <p>個別健診(適年)</p> <p>町内 3 か所。</p> <p>開可 3、厚生館階 1、脳卒中・がん検診：日曜指定有大樹つ子健診：上記町つかと同日実施、その他中・高校でも実施。</p> <p>【国保以外】</p> <p>○協会けんぽ被保険者本人が受けられる健診機関は町内にない。被扶養者の特定健診は町内にある。</p>	<p>【健診受診率】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標の 60%に到達できず。</li> <li>・これまで受診していた人が国保機関とされるケースも多い</li> <li>・健診受診にならない人～「病院で受けるだろうと思っていた人」「受ける」と言ったのにけがなかった人」等</li> </ul> <p>【特定保健指導実施率】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標の 70%に到達できず。</li> <li>・「トク終了後にそこを保健師に話を聞いたから」と言われる場合もある。</li> <li>・らひ心健診事後、全員に面接すること</li> <li>・で初回面接が実施でき、終了率もあがった。</li> </ul> <p>【業態化予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費と虚血性心疾患が解決できていない。</li> <li>・高血圧 II 階以上や LDL180 以上の割合も減っていない。</li> <li>・健診では HbA1c6.5%以上の割合は減っていきはる糖尿病治療者(6.5%以上含む)の割合は 14%いる。腎症よう予防していく必要あり。</li> <li>【国保以外の対策】</li> <li>・国保から社保に変わる人が増えてきている。今後も、社保対策をすすめていく必要あり。</li> <li>・健診機関がなく、受けやすい環境は整えない状況。</li> <li>【医療機関との連携】</li> <li>・医師との打ち合わせで終了している中で、具体的な手段・方法等について検討共進理解をしていくこと必要。他の医療機関の方法も考えたい。</li> <li>【若い世代への対策】</li> <li>・すでに有原のみならず、心配あり。今後は若年に向けた対策を考えていく必要あり。</li> </ul>
特定健診受診率	保健指導率																																																																																																																																																																													
H20 35.9	66.3																																																																																																																																																																													
H21 41.6	66.2																																																																																																																																																																													
H22 47.8	58.8																																																																																																																																																																													
H23 53.5	67.1																																																																																																																																																																													
H24 53.8	56.2																																																																																																																																																																													
H25 56.8	75.9																																																																																																																																																																													
H26 58.3	68.1																																																																																																																																																																													
H27 55.7	68.6																																																																																																																																																																													
H28																																																																																																																																																																														
未受診者数	未受診率	割合																																																																																																																																																																												
H21 865	335	38.7																																																																																																																																																																												
H26 640	425	66.4																																																																																																																																																																												
H27 734	170	23.2																																																																																																																																																																												
H28 655	329	50.2																																																																																																																																																																												
性別	該当	対象	率																																																																																																																																																																											
H23	20.7%	199 人	12.1%																																																																																																																																																																											
H24	22.9%	173 人	12.6%																																																																																																																																																																											
H25	22.9%	178 人	10.3%																																																																																																																																																																											
H26	23.0%	180 人	12.8%																																																																																																																																																																											
H27	20.2%	146 人	13.0%																																																																																																																																																																											
H27	20.2%	146 人	13.0%																																																																																																																																																																											
糖尿病	HbA1c6.5%以上(糖尿病)																																																																																																																																																																													
H24 5.0%	38 人																																																																																																																																																																													
H25 3.2%	29 人																																																																																																																																																																													
H26 6.1%	48 人																																																																																																																																																																													
H27 5.1%	37 人																																																																																																																																																																													
心臓病	糖尿病	脂質異常	高血圧	LDL	HbA1c6.5%以上(糖尿病)																																																																																																																																																																									
H24 0.5%	4 人	2.2%	17 人	2.6%	20 人																																																																																																																																																																									
H25 0.6%	5 人	1.5%	12 人	2.4%	19 人																																																																																																																																																																									
H26 0.5%	4 人	1.5%	12 人	3.2%	25 人																																																																																																																																																																									
H27 1.0%	7 人	1.1%	8 人	2.9%	21 人																																																																																																																																																																									
項目	大樹町	全県																																																																																																																																																																												
糖尿病	56.2%	38.0%																																																																																																																																																																												
BMI	46.8%	27.2%																																																																																																																																																																												
GPT	34.3%	30.5%																																																																																																																																																																												
Y-GT	34.3%	23.1%																																																																																																																																																																												
HbA1c	50.0%	23.1%																																																																																																																																																																												
尿酸	37.5%	20.3%																																																																																																																																																																												
項目	大樹町	全県																																																																																																																																																																												
BMI	16.6%	10.4%																																																																																																																																																																												
GPT	16.6%	5.8%																																																																																																																																																																												
項目	大樹町	全県																																																																																																																																																																												
BMI	33.3%	24.4%																																																																																																																																																																												
GPT	33.3%	20.9%																																																																																																																																																																												
糖尿病	脂質異常	糖尿病性腎症																																																																																																																																																																												
H24 1928	1043	197																																																																																																																																																																												
H25 1318	2333	942																																																																																																																																																																												
H26 1243	-5.5%	807																																																																																																																																																																												
H27 1233	-0.8%	835																																																																																																																																																																												
人数(人)	1	2	2	40 歳代男性(体積)	60 歳代女性(体積)																																																																																																																																																																									
糖尿病患者数	1	2	2	40	24																																																																																																																																																																									

【参考資料 11】

データヘルス計画	H28年までに残された課題	課題を踏まえて H29年度を考える	評価（良くなったところ）				H29残っている課題
			プロセス	アウトプット	アウトカム	ストラクチャー	
<p>長期目標</p> <p>虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らす</p> <p>・H26年度とH29年度を比較し、それぞれ5%減少させる。</p> <p>・医療費の伸びを抑える</p> <p>短期目標</p> <p>メタボ・糖尿病・高血圧・脂質異常症等を減らす</p> <p>・データ管理</p> <p>・受診勧奨（中断防止）</p> <p>・医療連携</p> <p>・保健・栄養指導</p> <p>・受診率・特定保健指導率の向上</p> <p>(H29年)</p> <p>健診受診率 …60%</p> <p>保健指導率 …70%</p>	<p>【健診受診率】</p> <p>・目標の60%に到達できず。</p> <p>・これまで受診していた人が国保離脱されるケースも多い</p> <p>・継続受診にならない人～「病院で受けるだろうと思っていた人」「受けると言ったのにうけなかった人」等</p> <p>【特定保健指導実施率】</p> <p>・目標の70%に到達できず。</p> <p>・ドック終了後にその保健師に話を聞いたからと断られる場合もある、</p> <p>・いろいろ健診事後、全員に面接することで初回面接が実施でき、終了率が上がった。</p> <p>【重症化予防】</p> <p>・医療費を見ると虚血性心疾患が解決できていない。</p> <p>・高血圧Ⅱ度以上やLDL180以上の割合も減っていない。</p> <p>・健診ではHbA1c6.5%以上の数は減ってきている糖尿病治療者(6.5以上含む)の割合は14%いる。腎症に移行、または脳・心疾患発症しないよう予防していく必要あり。</p> <p>【国保以外への対策】</p> <p>・国保から社保に変わる人が増えてきている。今後も、社保対策すすめていく必要あり。</p> <p>・健診機関が不向き、受けやすい環境とは言えない状況。</p> <p>【医療機関との連携】</p> <p>・医師との打ち合わせで終了しているもので、具体的な手段・方法等について検討共通理解をしていくこと必要。他の医療機関との方法も考えていく。</p> <p>【若い世代への対策】</p> <p>すでに有所見みられ、心配あり今後は若年に向けた対策を考えていく必要あり。</p>	<p>【健診受診率】</p> <p>○29年度2313件（4/7発行数）60%になるには1390人受診必要（ちなみにH27年度法定報告より対象者数1206人、60%になるには724人以上受診数672人、724人-672人=52人増やしたい。○「受けるだろう」と思われる人にも1度は受診勧奨連絡をするようにする。</p> <p>○定期的に受診状況（未受診者）確認</p> <p>【特定保健指導・保健指導・栄養指導】</p> <p>○拒否の人は、今後もアホなし訪問。立ち話でも、必ずしも「特保」と言わなくても良いのではなか。体調確認等の話をさせてもらい継続につなげる。</p> <p>○質の向上～研修会等の参加。 屋外を活用した勉強会の開催</p> <p>○台帳での管理の継続。</p> <p>○指導名簿の回覧～方法再検討（→事業担当で特保状況確認を）</p> <p>【国保以外】</p> <p>○事業所周りを増やし、データ提供を呼びかける。</p> <p>○健診体制の整備</p> <p>【医療連携】</p> <p>○糖尿病手帳も活用しながら、具体的な方法を詰めていく。ケース1例ずつ積み重ねていく。他の病院との方法についても検討。</p> <p>【若年対策】</p> <p>○H27年度分析した結果をもとにチラシ作成 健診をうけてもらうようPR</p> <p>○母子手帳交付時に自分の身体に関心を持ってもらえよう。妊婦ノートを渡すこと検討。</p>	<p>プロセス</p> <p>アウトプット</p> <p>アウトカム</p> <p>ストラクチャー</p>	<p>H29残っている課題</p>			