

積丹町第 2 期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 積丹町



## 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)	20
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	26
1 保健事業の方向性	
2 重症化予防の取組	
3 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	43
第6章 計画の評価・見直し	45
1 評価の時期	
2 評価方法・体制	

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	46
1 計画の公表・周知	
2 個人情報の取扱い	
参考資料	47

# 積丹町第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 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

積丹町(以下「町」という。)においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とす

る。

## 2 計画の位置付け

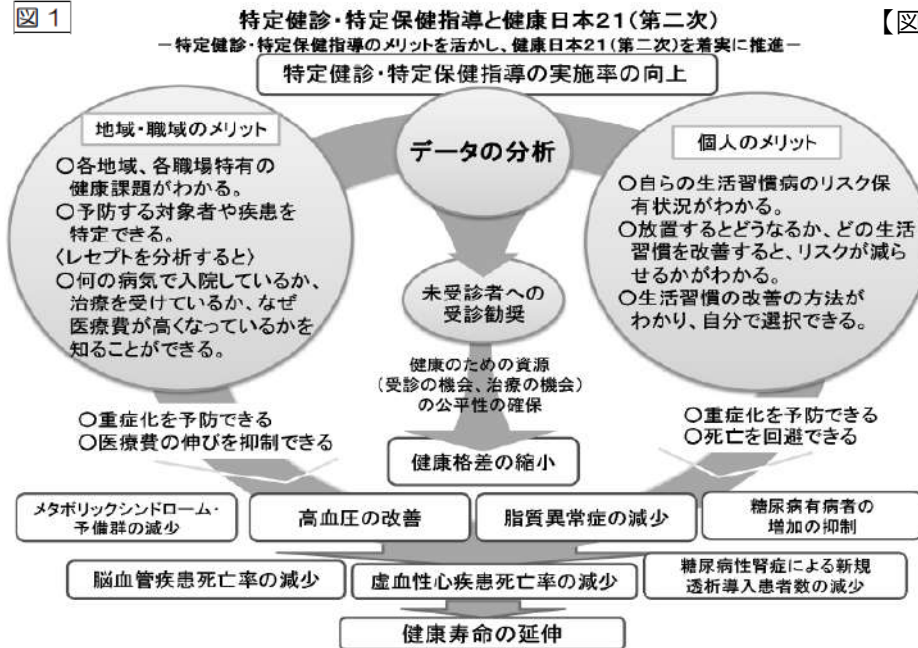
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や北海道医療費適正化計画、後志広域連合介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

		※ 健康増進法22条2号とは 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）、学校教育法					
		「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（健康増進事業実施者）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針		厚生労働省 健康局 平成24年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3月 特定健康診査及び特定健康指導の適切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4月 「国民健康保険法に基づき保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年3月 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28年3月 医療費適正化に関する指針【全部改正】について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間		法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者		都道府県・義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方		健康寿命の延伸及び健康増進の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防策とともに、社会生活を営むために必要な能力の維持及び向上を目標とし、その結果、 <b>社会生活能力が維持向上</b> のようになるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防策を講ずることができ、さらに <b>高血圧や高脂血症の発症を抑制</b> し、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら <b>医療の質の向上</b> を実現することが可能となる。 特定健康診査は、 <b>糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に着目し、生活習慣を改善するための特定健康指導を必要とするものを、明確に抽出するに努むる。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の <b>自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み</b> について、 <b>医療者がその支援の中心</b> となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。また、 <b>被保険者の健康の保持増進</b> により、 <b>医療費の適正化</b> 及び被保険者の <b>財政負担軽減</b> が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの <b>予防</b> 又は、要介護状態等の軽減もしくは <b>遅延の防止</b> を理念としている。	<b>国民健康保険法</b> を堅持し、続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 <b>医療費が適度に増大しないよう</b> にしていけるとともに、 <b>良質な医療が適切な医療費負担に提供される医療の確保</b> を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 <b>地域において切れ目のない医療の提供</b> を実現し、良質な医療を効率的に提供することを目指す。
対象年齢		ライフステージ（乳幼児期、 <b>若壮年期</b> 、高齢期）に依りて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づ（ク）	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病		メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	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	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 がん末期 初老期の認知症、早老症 骨格・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 青緑内障、緑内障 関節リウマチ、変形性関節症 多系統薬物症、筋萎縮性側索硬化症 後発動脈硬化症	糖尿病 生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	
評価		※63項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発症率 ②生活習慣病（糖尿病・脂質異常症・高血圧）による年齢別発症率（患者数） ③糖尿病の発症率 ④血糖コントロール状態におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定健康指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧・脂質異常症 ⑨国民健康増進法に基づき生活習慣病の増加（肥満、やせの減少） ⑩適切な科と量の食事をとる ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定健康指導実施率	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（特定健診の実施率を参照する） ②日常生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健診率 ⑧特定健康指導率 ⑨健診結果の変化 ⑩生活習慣病の有病者・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費の⑬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 ④健康診査等の受診率 ⑤健診結果の変化 ⑥生活習慣病の有病者・予備群 ⑦医療費等 ⑧介護費の⑨介護費	①医療費適正化の取組 ②一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ③特定健診・特定健康指導の実施率の向上 ④メタボ該当者・予備群の減少 ⑤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疾患・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							

【図 1】



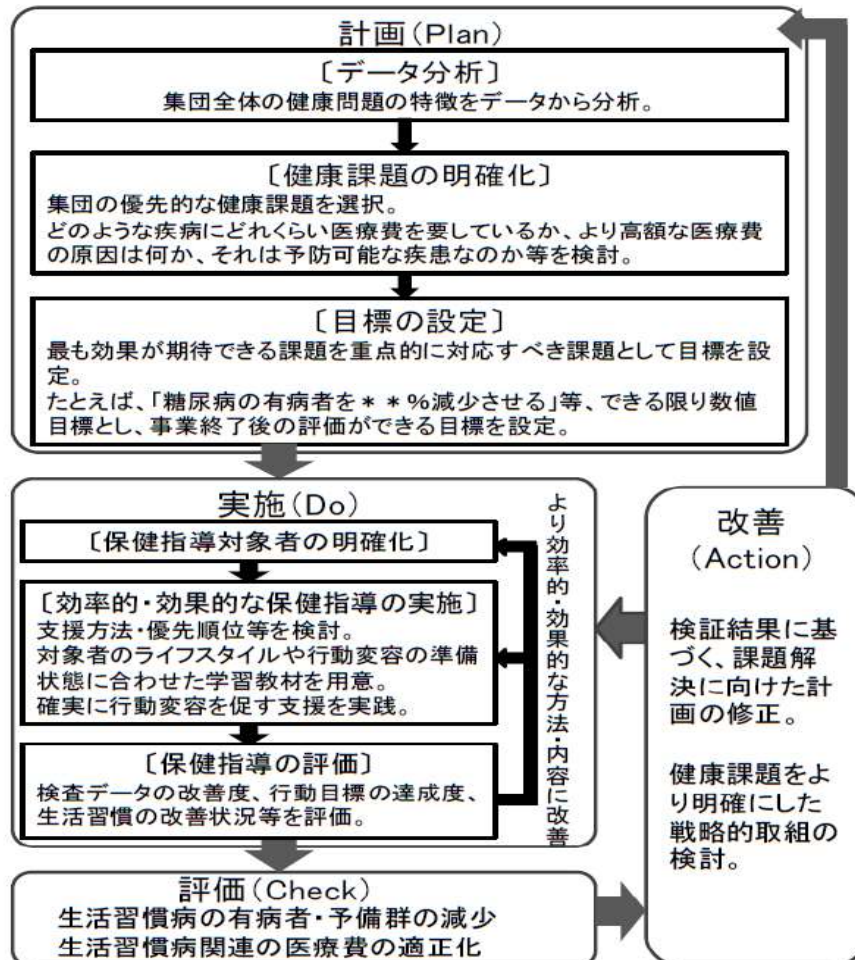
【図表 2】

標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図 3】

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル

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

### 4 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 実施主体関係部局の役割

町においては、住民福祉課国保担当及び保健担当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担当が関わっているため、町が一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、医療担当、介護保険担当、地域包括支援センター及び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・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等、体制を整えることも重要である。(図表4)

#### (2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベース（以下「KDB」という。）の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。今後、企画された研修等に積極的に参加し、情報を活用していく。

また、平成30年度から北海道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、北海道の関与が更に重要となる。このため、市町村国保は、計画素案について北海道の関係課と意見交換を行い、連携に努める。北海道との連携にあたっては、毎年年度当初



に開催される、各市町村担当の保健所職員との会議等において、計画の実施経過や、実施にあたっての助言を求める。

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。町としては、関係医療機関との連携のため、医師会事務局を通じ協議の場を設けていくこととする。

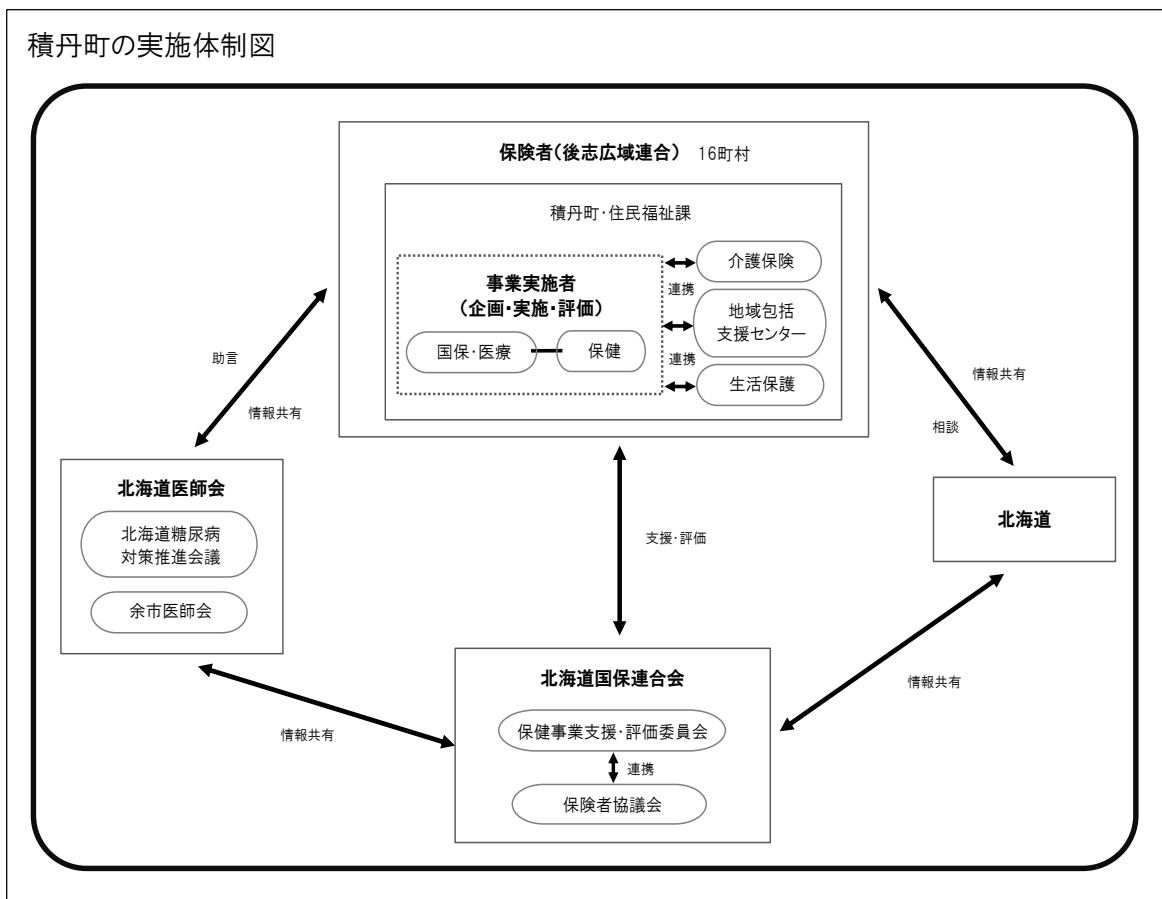
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

### (3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



## 5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成 30 年度から本格実施)

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表 5)

保険者努力支援制度

【図表 5】

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)		24			
総得点(体制構築加点含む)		123			
全国順位(1,741市町村中)		1,696			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	0			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	0			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	0			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	8			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	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			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（参考資料1）

死亡 標準化死亡比（SMR）、がん死亡割合が上昇した。心疾患死亡は変わらず高い状況にある。

介護 給付費は変わらず高い。

医療 一人あたり医療費が増加し、医療機関受診率が高い。

医療費総額に占める生活習慣病の割合は、がんが上昇し、糖尿病が変わらず高く、高血圧は道・全国並に減少した。

入院1人あたり費用額は、腎臓（全国同規模中3位/183）、心臓（全国同規模中1位/183）、脳（全国同規模中4位/183）の順に高額だった。

###### ② 中長期目標の達成状況

###### ア 介護給付費の状況（図表6・参考資料1）

介護保険認定者数が増加しており、介護給付費総額は増額したが、1件当たりの介護給付費は微減した。平成28年度4月、町内に老人福祉施設が開設されたが、施設サービス費の増額には反映しなかった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	積丹町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	2億7037万	87,219	42,289	302,145	76,039	40,364	279,603
H28年度	2億9329万	87,136	37,520	275,759	73,702	39,646	273,946

###### イ 医療費の状況（図表7）

医療費総額は減少したが、一人あたり医療費（特に入院）は増額となり、病態の重症化が進んでいると考える。同規模町村は減少傾向にあり、当町の対策を講じる必要性は高い。

【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
1 総医療費 (円)	H25年度	3億9173万	-	-	-	1億9665万	-	-	-	1億9565万	-	-	-
	H28年度	3億5162万	△4011万	-10.24	-3.26	1億7917万	△1748万	-8.89	-2.97	1億7245万	△2320万	-11.86	-3.49
2 一人当たり 医療費(円)	H25年度	31,794	-	-	-	15,961	-	-	-	15,833	-	-	-
	H28年度	34,142	2,348	7.39	5.83	17,397	1,436	9.00	-5.09	16,744	911	5.75	-5.6

### ウ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

腎不全による透析者はいないが、慢性腎不全(透析無)が増加しており、今後透析導入により医療費を押し上げる可能性がある。

心疾患は、道・国との比較し高い比率であるが、減少傾向で、短期目標疾患のそれぞれの割合も減少している。

国・道と比較し、中長期目標疾患は、総医療費を高くしている状況にはない。医療費を押し上げるといわれる新生物・精神疾患についても同様である。予防可能ではない疾患が医療費を上げた可能性もある。このため今後も医療費に占める疾患の分析を継続し、予防可能な疾患については、対策を講じていく必要がある。

【図表 8】

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

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	108,269,560				27.64%
			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								
H25 積丹町	391,736,000	31,794	25位	25位	4.31%	0.33%	2.32%	2.90%	6.81%	7.82%	3.16%	108,269,560	27.64%	11.86%	8.36%	13.39%
H28 積丹町	351,624,140	34,142	25位	14位	0.00%	0.56%	2.19%	2.55%	6.14%	5.03%	3.08%	68,764,910	19.56%	14.79%	9.06%	9.84%
H28 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%
H28 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%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポー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

エ 中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患や、脳血管疾患の割合は減少しているが、心疾患と脳血管疾患の両方を併発する割合が高くなっている。特に 65 歳～74 歳は、その傾向が高くなっている。

虚血性心疾患や、脳血管疾患の原因として、8 割以上に高血圧があり、その傾向は高めで維持している。また、糖尿病を併発している方の割合が特に増加傾向を示しており、糖尿病に対する対策の必要性が高い。

【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
H25	全体	1,046	58	5.5%	5	8.6%	0	0%	52	89.7%	24	41.4%	42	72.4%
	64歳以下	341	19	5.6%	1	5.3%	0	0%	18	94.7%	8	42.1%	12	63.2%
	65歳以上	705	39	5.5%	4	10.3%	0	0%	34	87.2%	16	41.0%	30	76.9%
H28	全体	892	43	4.8%	6	14.0%	0	0%	37	86.0%	21	48.8%	33	76.7%
	64歳以下	575	14	2.4%	2	14.3%	0	0%	13	92.9%	6	42.9%	9	64.3%
	65歳以上	317	29	9.1%	4	13.8%	0	0%	24	82.8%	15	51.7%	24	82.8%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患			虚血性心疾患		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
H25	全体	1,046	43	4.1%	5	11.6%	1	2.3%	36	83.7%	17	39.5%	28	65.1%
	64歳以下	341	12	3.5%	1	8.3%	1	8.3%	9	75.0%	5	41.7%	7	58.3%
	65歳以上	705	31	4.4%	4	12.9%	0	0.0%	27	87.1%	12	38.7%	21	67.7%
H28	全体	892	35	3.9%	6	17.1%	0	0.0%	28	80.0%	19	54.3%	19	54.3%
	64歳以下	575	10	1.7%	2	20.0%	0	0.0%	8	80.0%	5	50.0%	4	40.0%
	65歳以上	317	25	7.9%	4	16.0%	0	0.0%	20	80.0%	14	56.0%	15	60.0%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		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
H25	全体	1,046	2	0.2%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	1	50.0%
	64歳以下	341	1	0.3%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
	65歳以上	705	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
H28	全体	892	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	64歳以下	575	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65歳以上	317	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

ア 共通リスク（様式3-2～3-4）（図表10）

糖尿病・高血圧・脂質異常の治療者の病態としては大きな変動はないが、糖尿病で高血圧・虚血性心疾患・脳血管疾患患者・人工透析を併発している割合が増加している（図表9）。

重症化して初めて糖尿病・高血圧・脂質異常が明らかになる方がいると考えられる。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病				インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	1046	129	12.3%	19	14.7%	97	75.2%	87	67.4%	24	18.6%	17	13.2%	2	1.6%	6	4.7%	
	64歳以下	705	53	7.5%	11	20.8%	38	71.7%	30	56.6%	8	15.1%	5	9.4%	1	1.9%	4	7.5%	
	65歳以上	341	76	22.3%	8	10.5%	59	77.6%	57	75.0%	16	21.1%	12	15.8%	1	1.3%	2	2.6%	
H28	全体	892	111	12.4%	11	9.9%	85	76.6%	70	63.1%	21	18.9%	19	17.1%	5	4.5%	5	4.5%	
	64歳以下	575	37	6.4%	7	18.9%	27	73.0%	21	56.8%	6	16.2%	5	13.5%	2	5.4%	2	5.4%	
	65歳以上	317	74	23.3%	4	5.4%	58	78.4%	49	66.2%	15	20.3%	14	18.9%	3	4.1%	3	4.1%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		高血圧				糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1046	294	28.1%	97	33.0%	198	67.3%	52	17.7%	36	12.2%	1	0.3%	
	64歳以下	705	114	16.2%	38	33.3%	71	62.3%	18	15.8%	9	7.9%	1	0.9%	
	65歳以上	341	180	52.8%	59	32.8%	127	70.6%	34	18.9%	27	15.0%	0	0.0%	
H28	全体	892	228	25.6%	85	37.3%	151	66.2%	37	16.2%	28	12.3%	0	0.0%	
	64歳以下	575	82	14.3%	27	32.9%	49	59.8%	13	15.9%	8	9.8%	0	0.0%	
	65歳以上	317	146	46.1%	58	39.7%	102	69.9%	24	16.4%	20	13.7%	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							
		脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1046	257	24.6%	87	33.9%	198	77.0%	42	16.3%	28	10.9%	1	0.4%	
	64歳以下	705	104	14.8%	30	28.8%	71	68.3%	12	11.5%	7	6.7%	1	1.0%	
	65歳以上	341	153	44.9%	57	37.3%	127	83.0%	30	19.6%	21	13.7%	0	0.0%	
H28	全体	892	200	22.4%	70	35.0%	151	75.5%	33	16.5%	19	9.5%	0	0.0%	
	64歳以下	575	70	12.2%	21	30.0%	49	70.0%	9	12.9%	4	5.7%	0	0.0%	
	65歳以上	317	130	41.0%	49	37.7%	102	78.5%	24	18.5%	15	11.5%	0	0.0%	

イ リスクの健診結果経年変化（図表 11）

男性は、BMI・腹囲・中性脂肪の増加が目立ち、メタボの方が増加した。

男女ともに、血糖・血圧の値が悪化している比率が高くなった。

男性は、メタボ該当者が増加し、高血圧・高血糖・脂質異常の全てを併発している比率が増えている。

男性の尿酸値が大きく改善しており、未治療者が受診に繋がったことが影響していると考えられる。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(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	23	43.8	28	52.8	14	26.4	18	34.0	4	7.5	17	32.1	31	58.5	13	24.5	16	30.2	7	13.2	27	50.9	1	1.9
	40-64	15	53.6	18	64.3	10	35.7	12	42.9	4	14.3	8	28.6	17	60.7	10	35.7	8	28.6	6	21.4	18	64.3	0	0.0
	65-74	8	32.0	10	40.0	4	16.0	6	24.0	0	0.0	9	36.0	14	56.0	3	12.0	8	32.0	1	4.0	9	36.0	1	4.0
H28	合計	26	47.3	33	60.0	22	40.0	20	36.4	9	16.4	23	41.8	35	63.6	3	5.5	25	45.5	16	29.1	25	45.5	1	1.8
	40-64	16	45.7	19	54.3	15	42.9	14	40.0	6	17.1	9	25.7	20	57.1	2	5.7	12	34.3	9	25.7	21	60.0	1	2.9
	65-74	10	50.0	14	70.0	7	35.0	6	30.0	3	15.0	14	70.0	15	75.0	1	5.0	13	65.0	7	35.0	4	20.0	0	0.0

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(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
女性	合計	28	26.9	15	14.4	17	16.3	17	16.3	2	1.9	17	16.3	58	55.8	6	5.8	30	28.8	12	11.5	58	55.8	1	1.0
	40-64	14	24.6	5	8.8	11	19.3	9	15.8	0	0.0	10	17.5	25	43.9	2	3.5	9	15.8	5	8.8	27	47.4	0	0.0
	65-74	14	29.8	10	21.3	6	12.8	8	17.0	2	4.3	7	14.9	33	70.2	4	8.5	21	44.7	7	14.9	31	66.0	1	2.1
H28	合計	25	26.3	17	17.9	14	14.7	8	8.4	1	1.1	22	23.2	52	54.7	3	3.2	36	37.9	19	20.0	52	54.7	1	1.1
	40-64	9	19.1	5	10.6	10	21.3	4	8.5	0	0.0	7	14.9	23	48.9	1	2.1	12	25.5	9	19.1	27	57.4	0	0.0
	65-74	16	33.3	12	25.0	4	8.3	4	8.3	1	2.1	15	31.3	29	60.4	2	4.2	24	50.0	10	20.8	25	52.1	1	2.1

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	53	15.8	6	11.3%	10	18.9%	2	3.8%	3	5.7%	5	9.4%	12	22.6%	1	1.9%	1	1.9%	5	9.4%	5	9.4%
	40-64	28	15.3	6	21.4%	5	17.9%	1	3.6%	0	0.0%	4	14.3%	7	25.0%	0	0.0%	1	3.6%	3	10.7%	3	10.7%
	65-74	25	16.4	0	0.0%	5	20.0%	1	4.0%	3	12.0%	1	4.0%	5	20.0%	1	4.0%	0	0.0%	2	8.0%	2	8.0%
H28	合計	55	19.6	5	9.1%	8	14.5%	0	0.0%	3	5.5%	5	9.1%	20	36.4%	1	1.8%	3	5.5%	5	9.1%	11	20.0%
	40-64	35	22.9	4	11.4%	6	17.1%	0	0.0%	1	2.9%	5	14.3%	9	25.7%	0	0.0%	2	5.7%	3	8.6%	4	11.4%
	65-74	20	15.7	1	5.0%	2	10.0%	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	11	55.0%	1	5.0%	1	5.0%	2	10.0%	7	35.0%

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		
女性	合計	104	26.8	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	13	12.5%	1	1.0%	0	0.0%	7	6.7%	5	4.8%
	40-64	57	26.5	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	4	7.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	3	5.3%
	65-74	47	27.2	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	9	19.1%	1	2.1%	0	0.0%	6	12.8%	2	4.3%
H28	合計	95	30.4	1	1.1%	4	4.2%	0	0.0%	4	4.2%	0	0.0%	12	12.6%	0	0.0%	0	0.0%	6	6.3%	6	6.3%
	40-64	47	32.6	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	4	8.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.3%	2	4.3%
	65-74	48	28.6	1	2.1%	3	6.3%	0	0.0%	3	6.3%	0	0.0%	8	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	8.3%	4	8.3%

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は微増している。平成 28 年度から医療機関定期受診者のデータ受領を開始したことにより、健診受診数を維持させ、受診率を伸ばすことができている。

特定保健指導では、概ね全ての人に関わることができ、指導率も高くなっている。

特定健診の結果、受診勧奨となった方の医療機関受診率が、同規模と比較しても低い状況。受診勧奨の課題がある。

【図表 12】

法定報告値

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								積丹町	同規模平均
H25年度	716	157	21.9%	220位	16	1	6.3%	47.1%	50.4%
H28年度	580	147	25.3%	204位	18	17	94.4%	46.7%	51.3%

(2) 第 1 期に係る考察

1 人あたり医療費が高額で、増加している状況。医療費総額に占める予防可能な生活習慣病では、糖尿病が変わらず高く、透析にまだ至っていない慢性腎臓病者が増加している。

その他、虚血性心疾患や脳血管疾患になった方の半分以上が糖尿病を持ち、8割が高血圧である。

虚血性心疾患や脳血管疾患になった方は、未受診の方から起きている可能性も高い。

これらの状況をふまえ、特定健診も医療機関も受診していない方へ受診勧奨など、他に、糖代謝異常が判明した方が、継続的に治療や保健指導を受けられる仕組みとして、疾患毎に台帳管理を整備していく必要がある。

特定保健指導になった方の中には、何年も対象となり改善しない方も多い。

町の食生活や職業背景を踏まえた指導も重要であり、継続した保健指導栄養指導を提供できるように、管理栄養士の配置が望まれる。

妊娠中に糖代謝異常出現する妊婦が複数見られるが、産婦訪問時の聞き取りでわかることが多く、予防的介入ができていない状況がある。生活習慣病予防では妊娠期・乳幼児期からのアプローチが重要であるため、市町村が妊婦の血液情報を把握できる仕組みとして「妊婦健康診査及び乳幼児健康診査協定」の様式に血液情報を追加するよう北海道へ要望していく。

生活習慣病が起きる前からの定期健診の習慣化と生活習慣病の早期発見早期指導が必要である。



## 2 第2期計画における健康課題の明確化

### (1) 地域の特性

積丹町は、後志管内、北海道の中央部から日本海に突き出た積丹半島の先端に位置し、南は神恵内村、東は古平町、北及び西は日本海に面しており、総面積は238.21k㎡、東西24.1km、南北18.2kmで、総面積の約80%を林野面積が占め、地形は平野部が少なく、高さ100m余りの急峻で複雑な海岸線が連続している。気候は対馬海流の影響を受け北海道内では比較的温暖だが、冬は北西の季節風が強く、積雪も多く、特別豪雪地帯に指定されている。町内に鉄道はなく、民間バスが小樽市・札幌市との間で運行されており、町外とを結ぶ公共交通機関となっている。

役場所在地である美国地区に約半数の被保険者が居住しており、他は沿岸に点在している小規模集落に大部分が居住している。沿岸に面していない農村地区に居住している被保険者は1割に満たない。

特徴的な就業状況として、1次産業従事者が約27%と多く（参考資料1）、またその中でも漁業従事者が多いことが挙げられる。年度内に被保険者の約25%以上が異動しており、その背景として、夏季は1次産業に従事し、冬季は他産業に勤めるといった、年間雇用形態の変化等が影響している。

漁業従事者の生活としては、天候により就業日と休業日のサイクルが不規則となり、活動時間や活動量の変動が大きいため食事量の管理が難しい。また、夕食を食べてすぐ就寝し、その後、深夜に就労する等、食事時間が不規則になりやすい。空腹時間が長くなり、1回の食事量が多くなるなど、血糖値上昇や、内臓脂肪蓄積を起こしやすい職業と言える。運動習慣が少なく筋力や体力に課題がありながら、1次産業の負担のかかる重労働により、関節疾患を患う人が多くなる可能性もある。

健診に関心を持たない未受診者の健康状態は更に危惧される。

### (2) 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）

一人あたり医療費が高額であることが課題となっており、高額となる医療費の分析が必要である。

【図表13】

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	積丹町	北海道	同規模平均	国
	34,142円	27,782円	26,819円	24,253円

		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	95.8					
	費用額	49					
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.2					
	費用額	51					

○入院を重症化した結果としてとらえる

② 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

脳血管疾患と虚血性心疾患は医療費の 25%を占めている。

これらの重症化疾患の発症者は高血圧を持つ割合が高く、脳を守るためには、高血圧を放置しないことが重要である。虚血性心疾患を発症した 8 割近くの方は脂質異常症をもっており、脂質の管理が重要である。

【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 (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	58件	7件 12.1%	5件 8.6%	--
		費用額	8048万円	1133万円 14.1%	910万円 11.3%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	76件	0件 0.0%	0件 0.0%	--
		費用額	3341万円	--	--	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	0件	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%
		費用額		--	--	--

厚労省様式	対象レセプト (H29.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	355人		35人 9.9%	43人 12.1%	5人 1.4%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	28人 80.0%	37人 86.0%	5人 100.0%
			糖尿病	19人 54.3%	21人 48.8%	5人 100%
			脂質異常症	19人 54.3%	33人 76.7%	2人 40.0%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		228人 64.2%		111人 31.3%	200人 56.3%	44人 12.4%

○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）

2号被保険者(40～64歳の方)と74歳までの1号被保険者について、新規認定者は発生しなかった。

2号被保険者は、脳血管疾患が原因となっている。今後の2号認定者の発症予防としては若年の脳血管疾患を予防することが重要である。

1号被保険者(65歳以上の方)について、町は高齢者が多いことから、従来は筋骨格疾患が多く見られていたが、同比率で糖尿病を持つ方が、75%もいることがわかった。糖尿病はアルツハイマーなどの認知症の発症リスクとなり、介護を必要とする要因となるため、介護予防としての糖尿病対策が必要である。

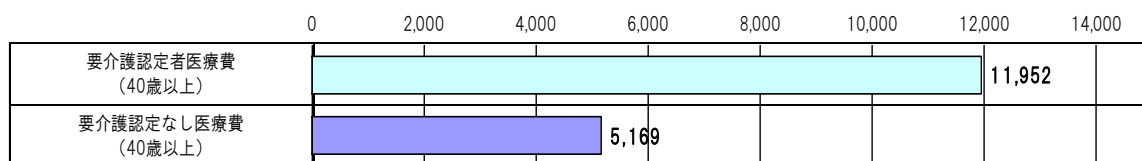
【図表 15】

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	880人	445人	568人	1,013人		1,893人											
	認定者数	3人	21人	195人	216人		219人											
	認定率	0.34%	4.7%	34.3%	21.3%		11.6%											
	新規認定者数	0人	0人	3人	3人		3人											
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	4	19.0%	28	14.4%	32	14.8%	32	14.6%							
	要介護1・2	3	100.0%	13	61.9%	84	43.1%	97	44.9%	100	45.7%							
	要介護3～5	0	0.0%	4	19.0%	83	42.6%	87	40.3%	87	39.7%							
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)	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	--	3		21		195		216		219						
		循環器疾患	1	脳卒中	2	66.7%	脳卒中	8	38.1%	脳卒中	79	40.5%	脳卒中	87	40.3%	脳卒中	89	40.6%
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	3	14.3%	虚血性心疾患	64	32.8%	虚血性心疾患	67	31.0%	虚血性心疾患	67	30.6%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	2	9.5%	腎不全	20	10.3%	腎不全	22	10.2%	腎不全	22	10.0%
		基礎疾患		糖尿病等	2	66.7%	糖尿病等	15	71.4%	糖尿病等	147	75.4%	糖尿病等	162	75.0%	糖尿病等	164	74.9%
		血管疾患合計		合計	2	66.7%	合計	15	71.4%	合計	149	76.4%	合計	164	75.9%	合計	166	75.8%
		認知症		認知症	0	0.0%	認知症	4	19.0%	認知症	71	36.4%	認知症	75	34.7%	認知症	75	34.2%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	2	66.7%	筋骨格系	15	71.4%	筋骨格系	149	76.4%	筋骨格系	164	75.9%	筋骨格系	166	75.8%

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】



(3) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

全国・道との健診データの比較においても、男性では、BMI・腹囲・中性脂肪・GPT・LDL  
コレステロールの項目について有所見者割合が多く、また男女ともにメタボ該当者・血糖  
値・拡張期血圧が高い方が多い。

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

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	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8				
北海道	33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,503	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,207	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5			
積丹町	合計	26	47.3	33	60.0	22	40.0	20	36.4	9	16.4	23	41.8	35	63.6	3	5.5	25	45.5	16	29.1	25	45.5	1	1.8		
	40-64	16	45.7	19	54.3	15	42.9	14	40.0	6	17.1	9	25.7	20	57.1	2	5.7	12	34.3	9	25.7	21	60.0	1	2.9		
	65-74	10	50.0	14	70.0	7	35.0	6	30.0	3	15.0	14	70.0	15	75.0	1	5.0	13	65.0	7	35.0	4	20.0	0	0.0		

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	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2				
北海道	30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2			
積丹町	合計	25	26.3	17	17.9	14	14.7	8	8.4	1	1.1	22	23.2	52	54.7	3	3.2	36	37.9	19	20.0	52	54.7	1	1.1		
	40-64	9	19.1	5	10.6	10	21.3	4	8.5	0	0.0	7	14.9	23	48.9	1	2.1	12	25.5	9	19.1	27	57.4	0	0.0		
	65-74	16	33.3	12	25.0	4	8.3	4	8.3	1	2.1	15	31.3	29	60.4	2	4.2	24	50.0	10	20.8	25	52.1	1	2.1		

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概要)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,054	27.1%											
積丹町	合計	55	19.8%	5	9.1%	8	14.5%	0	0.0%	3	5.5%	5	9.1%	20	36.4%	1	1.8%	3	5.5%	5	9.1%	11	20.0%		
	40-64	35	22.9%	4	11.4%	6	17.1%	0	0.0%	1	2.9%	5	14.3%	9	25.7%	0	0.0%	2	5.7%	3	8.6%	4	11.4%		
	65-74	20	16.0%	1	5.0%	2	10.0%	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	11	55.0%	1	5.0%	1	5.0%	2	10.0%	7	35.0%		

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	4,531,449	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4%											
積丹町	合計	95	30.5%	1	1.1%	4	4.2%	0	0.0%	4	4.2%	0	0.0%	12	12.6%	0	0.0%	0	0.0%	6	6.3%	6	6.3%		
	40-64	47	32.6%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	4	8.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.3%	2	4.3%		
	65-74	48	28.7%	1	2.1%	3	6.3%	0	0.0%	3	6.3%	0	0.0%	8	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	8.3%	4	8.3%		

\*全国については、有所見割合のみ表示

(4) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 18)

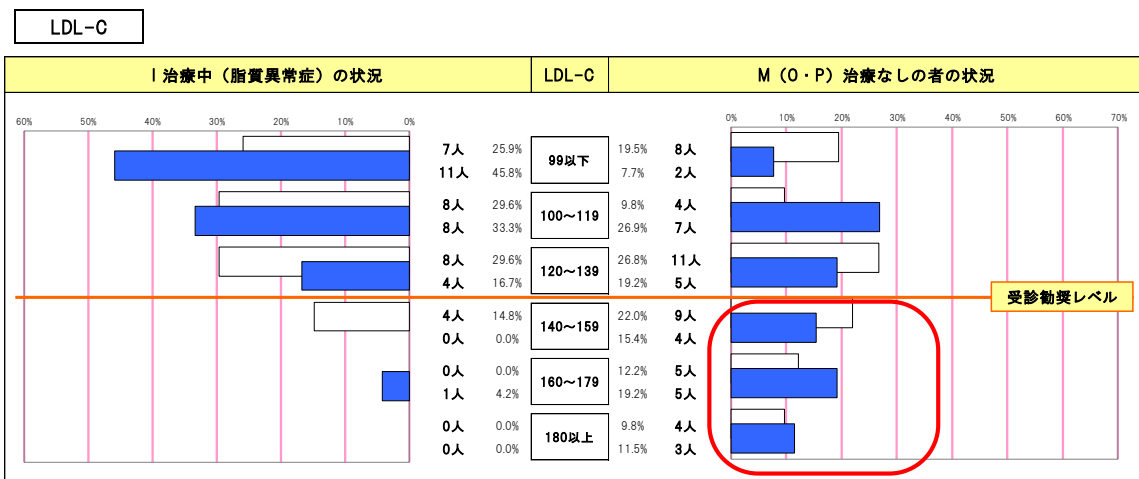
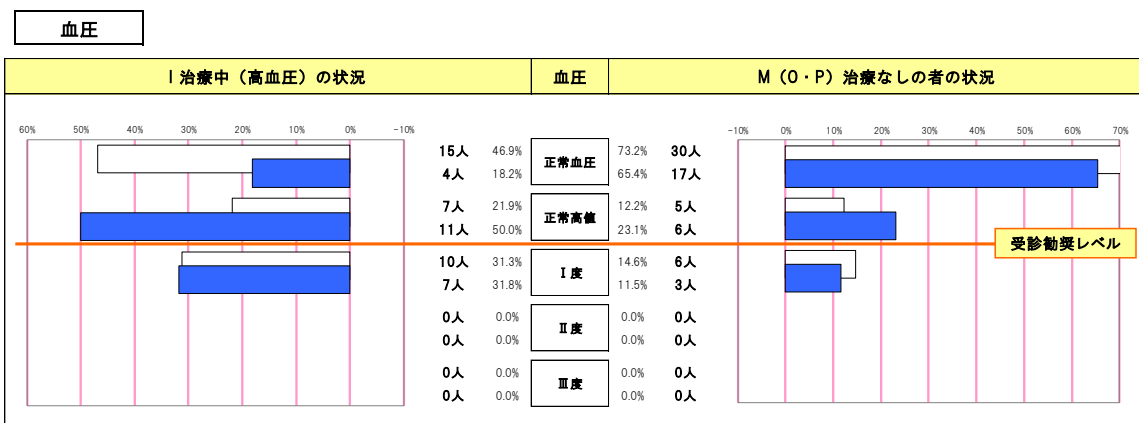
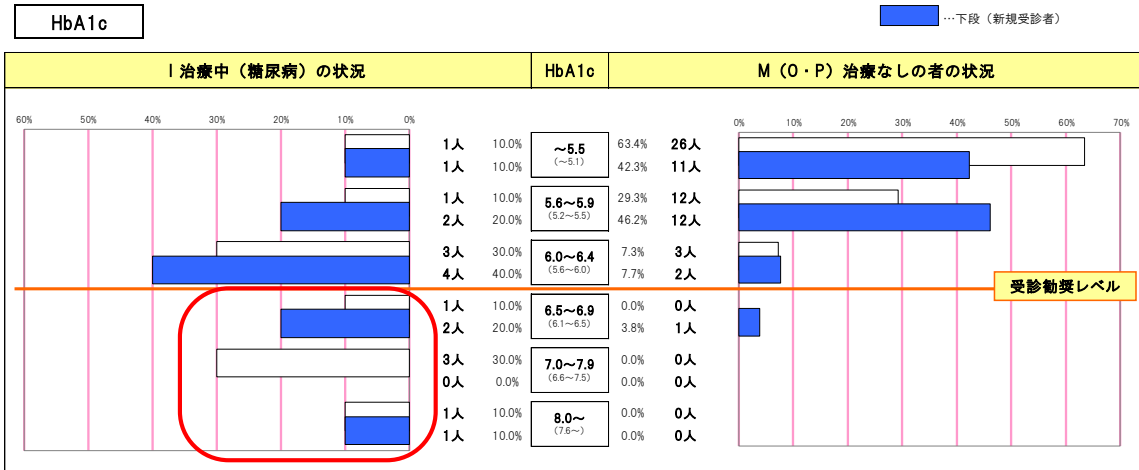
糖尿病については、治療中の方でも管理状態の改善が難しい方が多い。

脂質の受診勧奨レベルの方については、薬物治療に至らない方が多く、数値が改善していない状況である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段 (継続受診者)  
■ …下段 (新規受診者)



(5) 未受診者の把握 (図表 19)

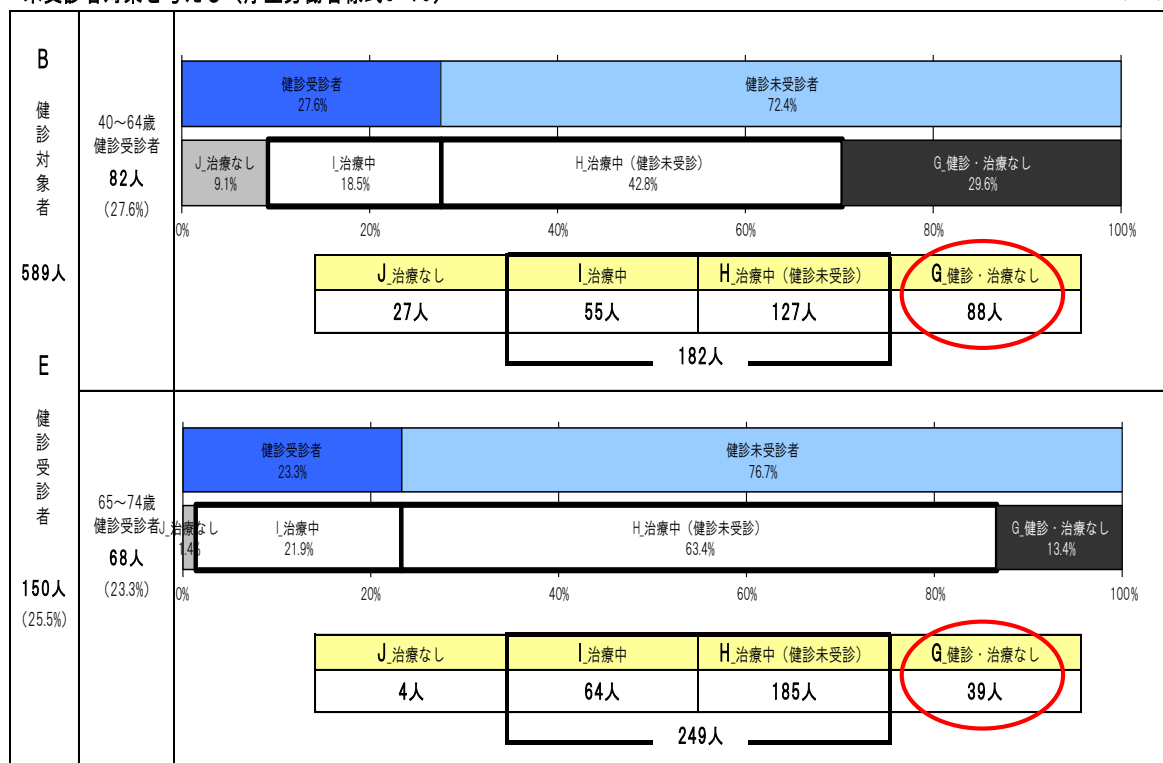
健診受診も医療機関における治療もしていない方が計 127 名おり、血液の実態が不明である。

健診受診者の生活習慣病治療費は、未受診者と比べ明らかに低く、医療費の適正化が図られている。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

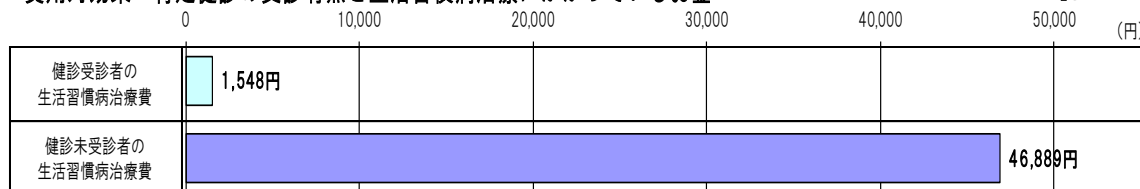
★NO.26 (CSV)



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・重症化予防につながる。

### 3 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ1%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、町の医療のかかり方として、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかである。重症化予防、医療費の適正化へつなげるため、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

##### ② 短期的な目標の設定

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

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

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドローム、糖尿病及び脂質異常症があげられる。

これは、治療において薬物療法だけではなく、食事療法と併用して治療を行わなければ改善が見込めないため、栄養指導等の保健指導を行っていく。薬物治療に至っていない脂質異常者が多いことから、併せて保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	30%	35%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	85%	85%	85%	85%	85%	85%

### 3 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	545人	512人	481人	452人	398人	374人
	受診者数	164人	179人	216人	226人	219人	224人
特定保健指導	対象者数	20人	22人	26人	28人	27人	27人
	受診者数	17人	19人	22人	23人	23人	23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。

- ① 集団健診（特定健診実施機関）
- ② 個別健診（委託医療機関・特定健診実施機関）
- ③ その他（データ受領等による）

#### (2) 特定健診委託基準

高確法第28条及び高確法実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

#### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町のホームページに掲載する。

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



#### (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条第 4 項）

#### (5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

#### (6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ協力を求めていく。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

#### (7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 22】

保険者年間 実施スケジュール		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
		受診券 番号付番	年間周知											
対がん協会	集団		回覧周知 IP配信 申込受付	健診実施				回覧周知 IP配信	IP配信 申込受付	健診実施				
	個別	通年												
札幌厚生病院	集団						回覧周知 IP配信 申込受付	健診実施			回覧周知 IP配信 申込受付	IP配信 申込受付	健診実施	
町立国保診療所	個別	通年												

### 5 特定保健指導の実施

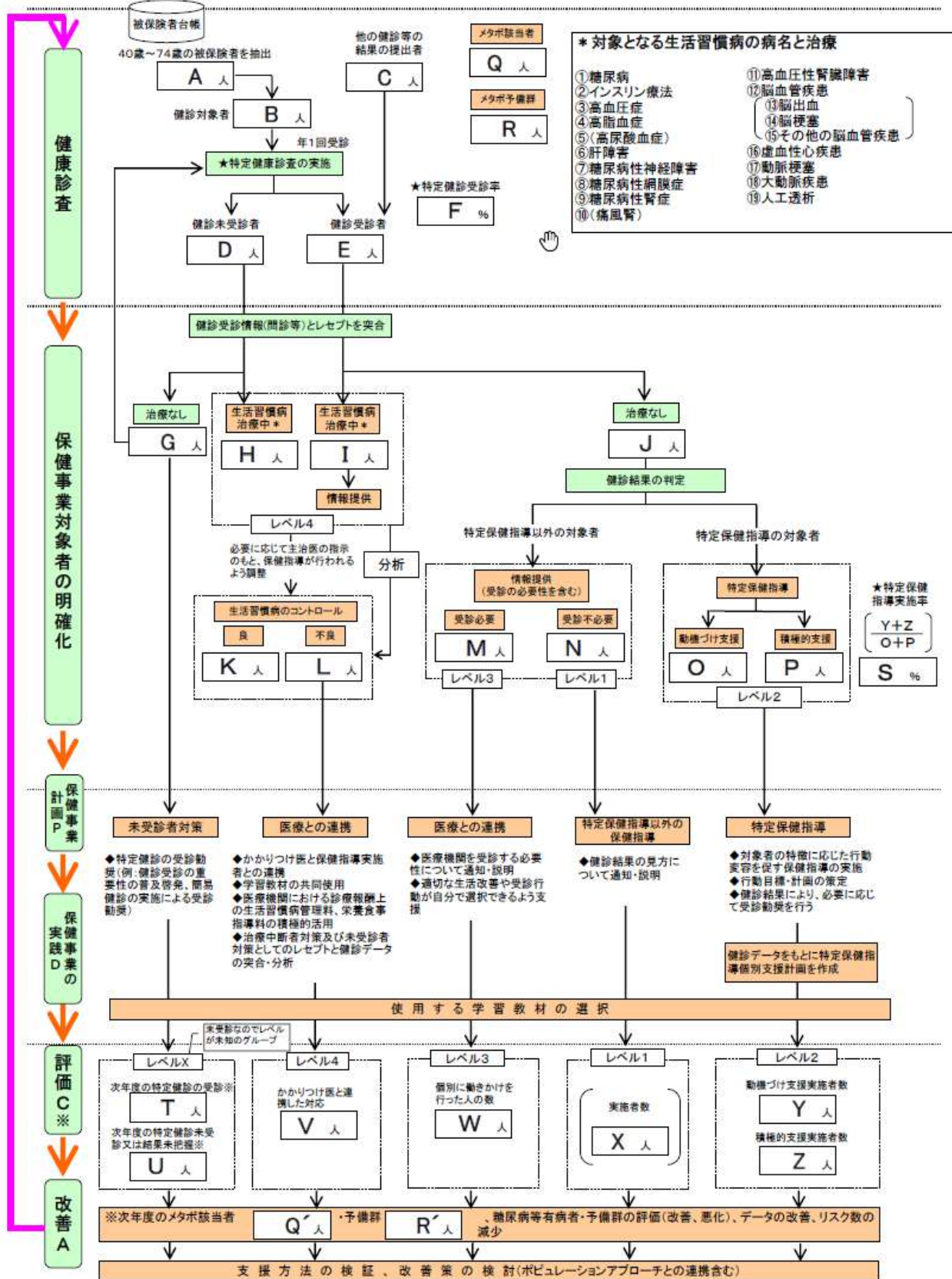
特定保健指導の実施については、保険者の直接実施の形態で行う。

#### (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・実践評価を行う。（図表 23）

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

【図表 23】



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

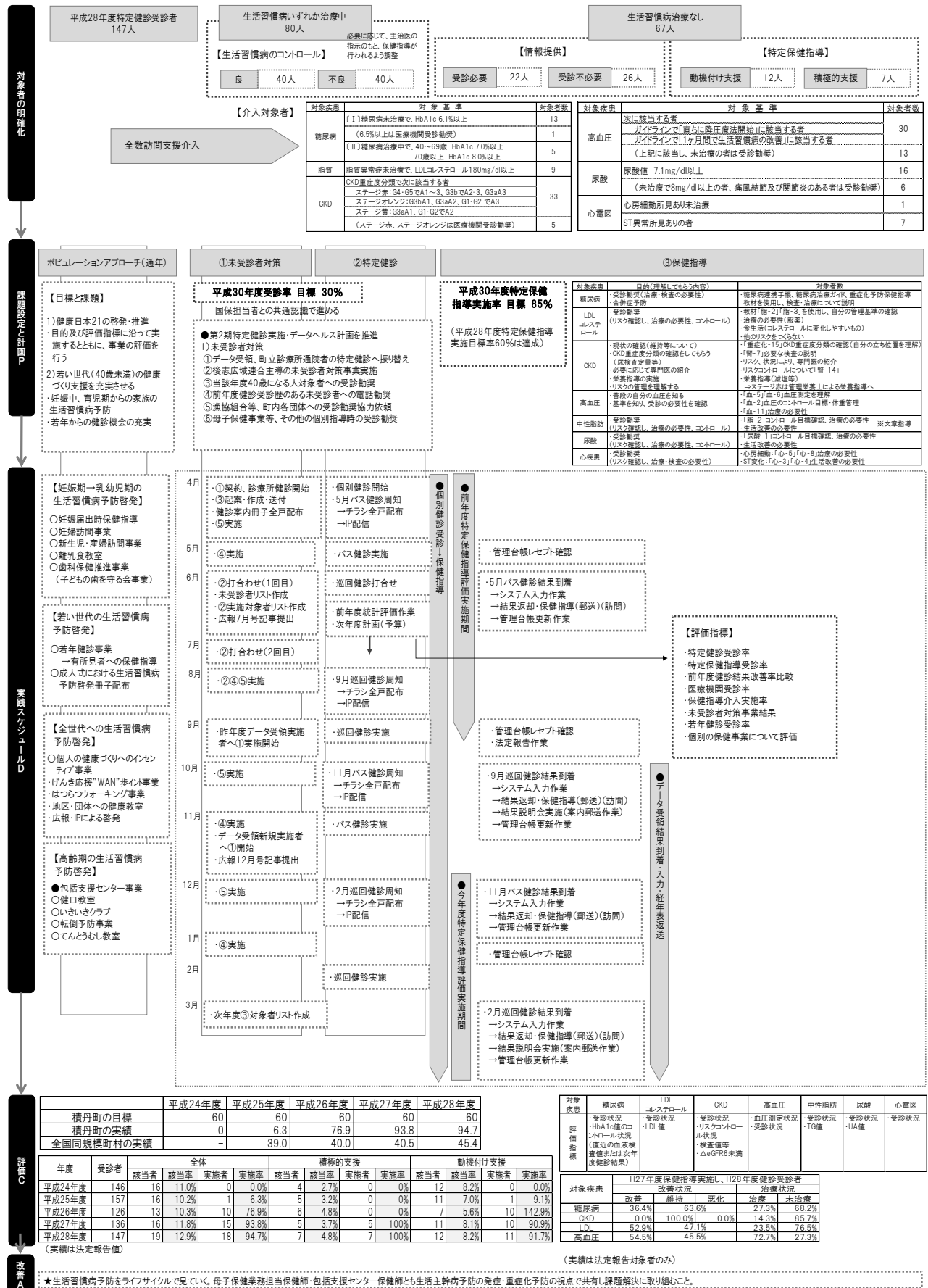
優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の割合[%])	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	20人 (12.2)	85%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	25人 (15.0)	HbA1c6.1以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	381人 ※受診率 60% 達成までにあと 163人	6%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	29人 (17.7)	77.0%
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	89人 (54.4)	41.3% ※HbA1c7.0以上の糖尿病治療者についての支援を強化

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実施スケジュール(平成28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及び積丹町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 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

高確法第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない。）に基づく計画は、町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### 1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

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

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

### 2 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26に沿って実施する。

ア 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

イ 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

ウ 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	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

### ア 対象者選定基準の考え方

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

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

### イ 選定基準に基づく該当数の把握

#### a 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の把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 27）

【図表 27】

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）



b 基準に基づく該当者数の把握

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

町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 5 人(19.2%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 110 人中、特定健診受診者が 21 人(19.1%・G)であったが、中断者は 0 人(0.0%・キ)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 89 人(80.9%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 14 人中 3 人は治療中断であることが分かった。また、11 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

c 介入方法と優先順位

図表 28 より町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- (a) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) …5 人
- (b) 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ) …3 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク) …21 人より選定

・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) … 11 人より選定

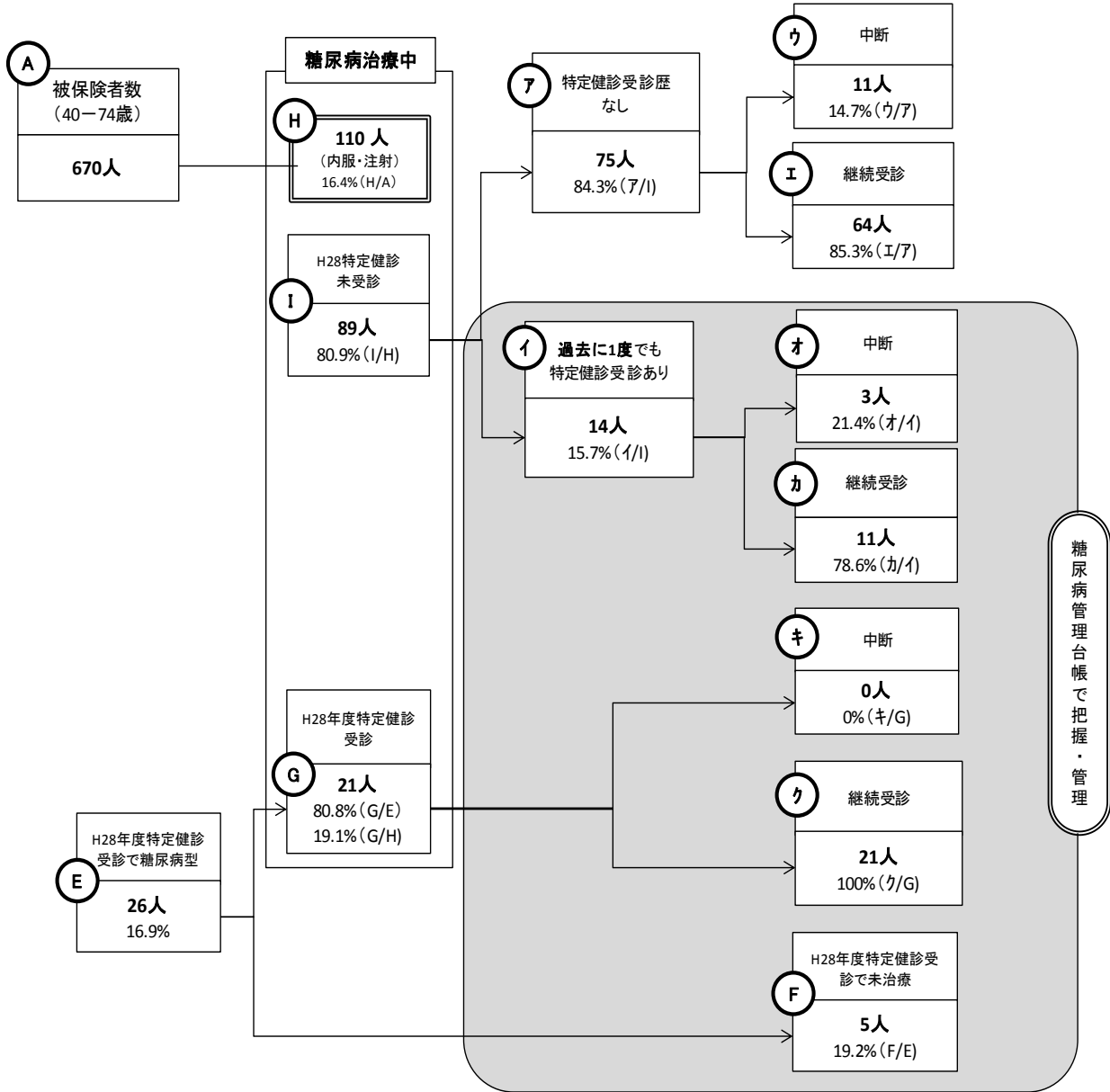
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



③ 対象者の進捗管理

ア 糖尿病管理台帳の作成

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

## 【糖尿病台帳作成手順】

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

\*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載する。

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

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

(a) HbA1c

(b) 血圧

(c) 体重

(d) eGFR

(e) 尿蛋白

- b 被保険者資格を確認する。

- c レセプトを確認し情報を記載する。

(a) 治療状況の把握

\*特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認する。

\*糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認する。

\*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する。

\*がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載する。

- d 管理台帳記載後、受診状況結果の確認

- e 担当地区の対象者数の把握

(a) 未治療者・中断者（受診勧奨者）

(b) 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

## ④保健指導の実施

### ア 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 29）

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><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？             <ol 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すみ方</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> </ol> </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> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> <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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>〔 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 〕</p> <p><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. チアソリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## ア 2次検査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

### ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、紹介状・糖尿病連携手帳等を活用し、受診勧奨を行なう。なお、地区医師会等と協議し、理解を得ていくよう努める。

### イ 治療中の者への対応

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

## ⑥ 高齢者福祉部門（介護保険担当）との連携

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

## ⑦ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用してく。また、中長期的評価においては様式6-1糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

### ア 短期的評価

#### a 受診勧奨者に対する評価

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

#### b 保健指導対象者に対する評価

- (a) 保健指導実施率
- (b) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - ・ HbA1cの変化
  - ・ eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<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

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）

7月 ハイリスク対象者の選定、介入方法、実施方法の決定

## (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 2）

### ② 対象者の明確化

#### ア 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。（参考資料 6）

#### イ 重症化予防対象者の抽出

##### a 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。町において健診受診者 147 人のうち心電図検査実施者は 127 人（86.4%）であり、そのうち ST 所見があったのは 6 人（4.7%）であった（図表 30）。ST 所見あり 6 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 5 人は未受診であった（図表 31）。確実な受診となるように、受診勧奨を行う必要がある。

町はメタボリックシンドローム該当者が増加しメタボの方は、血圧・糖・脂質全てを併発している方が増えている。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の全数実施は継続していく必要がある。

【図表 30】

## 心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	147	100	127	86.4	6	4.7	20	15.7	101	79.5

## ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要検査(b)		医療機関受診			
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	受診あり(c)		受診なし(d)	
				(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
6	100	6	100	1	16.7	5	83.3

## ③ 保健指導の実施

## ア 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 32 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施に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

【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)

## イ 二次健診の実施の検討

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とある。町では従来二次健診の体制がなく、上記を踏まえて体制整備について検討を行っていく。

## ウ 対象者の管理

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

また、ST 変化による受診勧奨対象者が医療機関の受診に繋がっていない実態を踏まえ、管理台帳を作成し、受診状況等の管理を行っていく。(参考資料 8)

### 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う。治療中の者へは血管リスク低減に向け、医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

### ⑤ 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

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

### ⑥ 評価

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



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

ア 短期的評価

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

⑦ 実施期間及びスケジュール

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

7月 ハイリスク対象者の選定、介入方法、実施方法の決定

(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 33、34)

脳卒中中の分類

【図表 33】

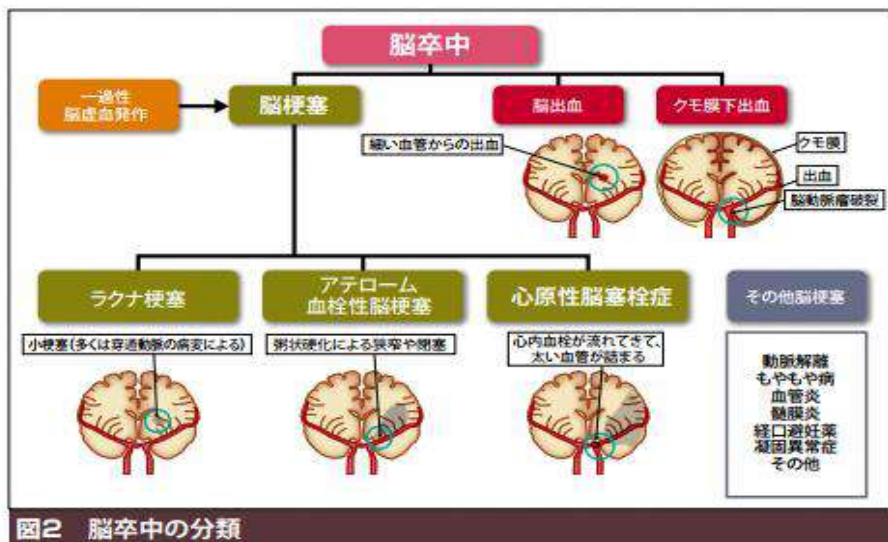


図2 脳卒中中の分類

(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

### ア 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 35 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

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	●		●	●			○		○					
	心原性脳梗塞	●				●		○		○					
脳出血	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		eGFR 50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 147 人		1人	0.7%	8人	5.4%	9人	6.1%	1人	0.7%	33人	22.4%	4人	2.7%	4人	2.7%
治療なし		1人	1.1%	3人	2.4%	9人	9.4%	0人	0.0%	4人	6.0%	0人	0.0%	1人	1.5%
治療あり		0人	0.0%	5人	25.0%	0人	0.0%	1人	1.3%	29人	36.3%	4人	5.0%	3人	3.8%
臓器障害あり		0人	0.0%	1人	33.3%	2人	22.2%	0人	0.0%	2人	50.0%	0人	0.0%	1人	100%
臓器障害 有のうち	CKD(専門医対象)	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	11.1%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	100%
	尿蛋白(2+)以上	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	11.1%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
	eGFR 50未満 (70歳以上は40未満)	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	11.1%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	100%
	心電図所見あり	0人	0.0%	1人	33.3%	1人	11.1%	0人	0.0%	2人	50.0%	0人	0.0%	0人	0.0%

脳血管疾患におけるリスク因子についての重症化予防対象者のうち、治療なしの対象者については、必要な受診勧奨を行い、リスクを回避するための保健指導を行う必要がある。

### イ リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

## 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 36】

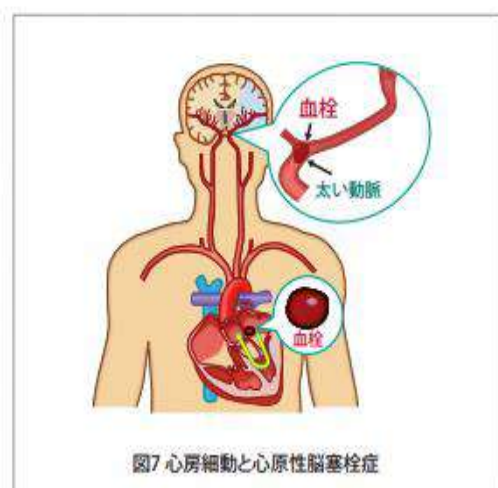
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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
93		37	27	14	14	1	0	2	7	6
		39.8%	29.0%	15.1%	15.1%	1.1%	0.0%	2.2%	7.5%	6.5%
リスク第1層		5	1	0	2	0	0	2	0	0
		8.6%	13.5%	3.7%	0.0%	14.3%	0.0%	--	100%	0.0%
リスク第2層		22	18	7	7	0	0	--	7	0
		58.1%	59.5%	66.7%	50.0%	50.0%	0.0%	--	100.0%	0.0%
リスク第3層		10	8	7	5	1	0	--	--	6
		33.3%	27.0%	29.6%	50.0%	35.7%	100.0%	--	--	100.0%
再掲 重複あり	糖尿病	12	5	2	3	1	0	--	--	--
		38.7%	10.0%	62.5%	28.6%	60.0%	100.0%	--	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	18	1	4	3	0	0	--	--	--
	58.1%	100.0%	12.5%	57.1%	60.0%	0.0%	--	--	--	
3個以上の危険因子	14	0	7	4	3	0	0	--	--	--
	45.2%	0.0%	87.5%	57.1%	60.0%	0.0%	--	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

### ウ 心電図検査における心房細動の実態



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。

言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 37】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	42	85	1	2.4	0	0	-	-
40歳代	9	5	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	20	23	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	13	43	0	0	0	0	1.9	0.4
70～74歳	10	24	1	0	0	0	3.4	1.1

\*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

\*日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 38】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
6	100	1	16.7	5	83.3

※H25～H28の健診で心房細動が見つかった方について評価

心電図検査において1人に心房細動の所見があった。

3カ年の有所見者のほとんどは、治療が開始されていたが、1人は未治療者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、確実に受診に結びつくように、受診勧奨をおこなう必要がある。

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。

イ 二次健診の検討

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。

血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波

伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とある。

以上のことから二次健診の必要性や体制整備について検討を行っていく。

#### ウ 対象者の管理

##### a 高血圧者の管理

日本高血圧学会高血圧治療ガイドラインの血圧分類に基づき、該当者へ保健指導を行っていく。

##### b 心房細動の管理台帳

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

#### ④ 医療との連携

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

#### ⑤ 高齢者福祉部門（介護保険担当）との連携

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

#### ⑥ 評価

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

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

##### ア 短期的評価

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

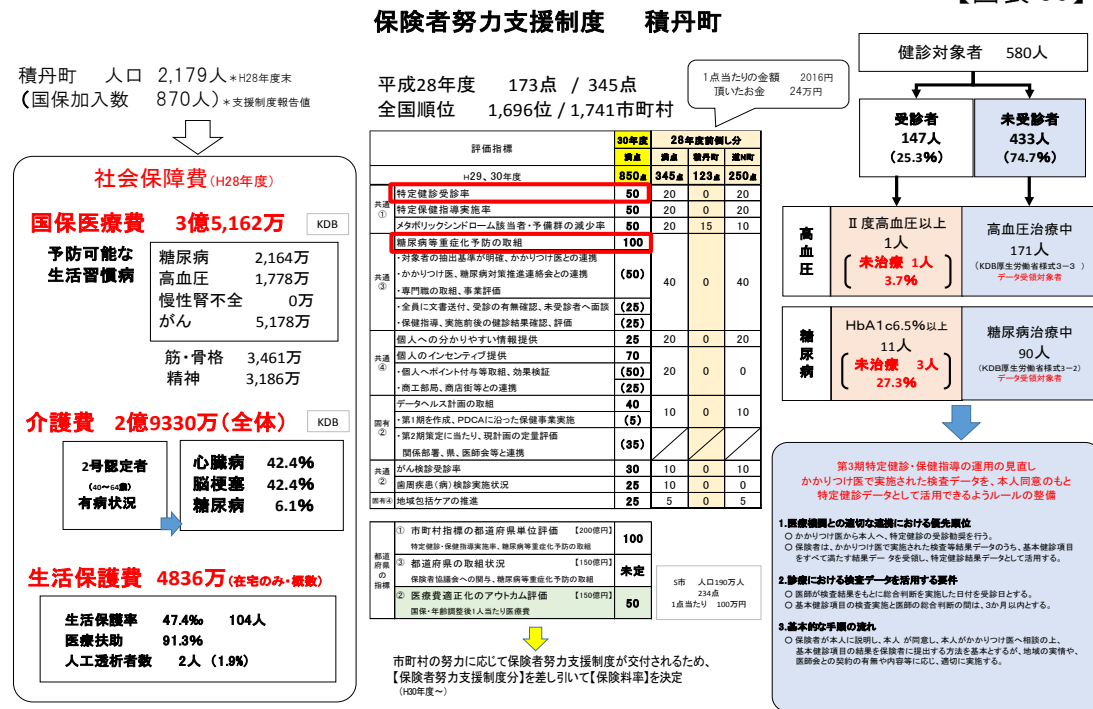
#### ⑦ 実施期間及びスケジュール

5 月～特定健診結果が届き次第心房細動管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

### 3 ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 39・40)

【図表 39】



【図表 40】

### 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

◎都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より

#### 1、からだの実態

##### ①健診データ

(様式6-2～6-7健診有所見者状況 平成25年度p85)

腹囲	16位
BMI	6位
GPT	2位
中性脂肪	26位
空腹時血糖 (126以上)	23位
HbA1c8.4以上	30位

内臓脂肪の蓄積

##### ②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外(平成26年)

	入院外	入院	p131
糖尿病	39位	12位	

##### ③糖尿病腎症による新規透析導入者の状況(平成27年)

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

#### 2、食の実態

##### 家庭

チーズ	p37	6位
バター	p37	7位

生鮮肉	p35	1位
加工肉	p35	1位
冷凍・缶詰	p35	1位
ソーセージ・ベーコン	p35	2位

鮭	p30	2位
帆立	p32	2位
貝類	p32	3位
かに	p31	4位
さんま	p30	5位

米	p26	3位
---	-----	----

チョコレート	p55	2位
炭酸飲料水	p57	3位
スナック菓子	p54	4位
キャンデー	p55	4位

メロン	p47	2位
-----	-----	----

玉葱	p40	1位
かぼちゃ	p41	3位

野菜摂取量	p24	46位
-------	-----	-----

##### 外食

(p25)	
バー・キャバレー	4位
ナイトクラブ	4位
焼き肉店	7位
寿司店	7位
ドーナツ店・アイスクリーム店等	9位

(p63)	
焼酎	1位
ウイスキー・ブランデー	4位
リキュール	5位
ビール	6位
ワイン	6位

家計調査(食品ランキング2014～2016平均)

## 第5章 地域包括ケアに係る取組

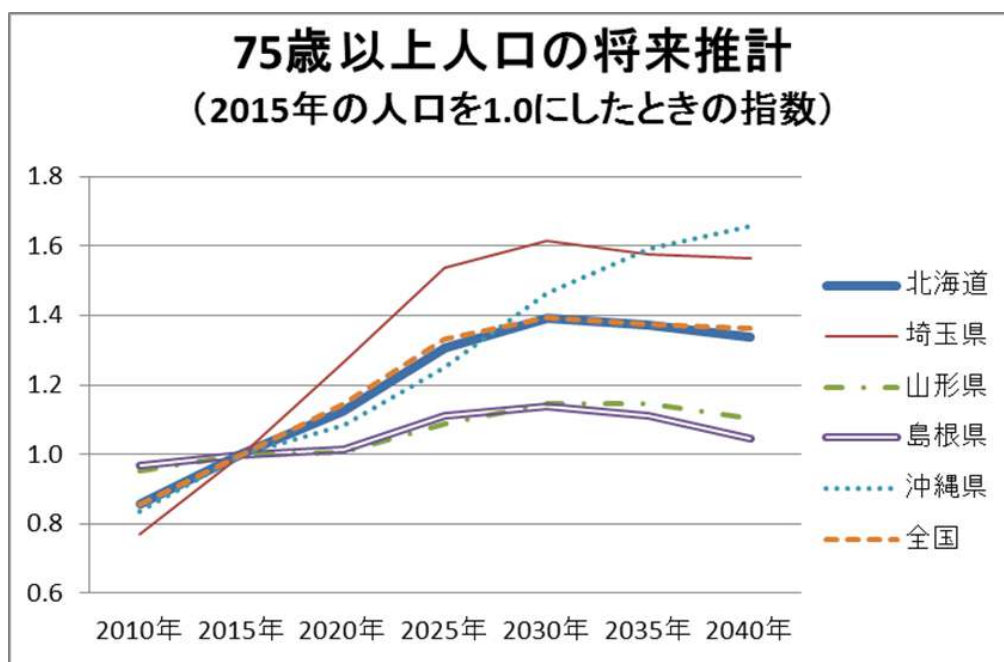
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

町は、65歳以上人口は45%を超え、75歳以上は27%を超えており、超高齢社会を迎えている。(図表41)

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

【図表41】



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行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

これらをふまえ、地域包括ケアを推進するため、計画策定時、中間評価の際にはKDBやレセプトデータを活用し、介護要因の分析に努める。その際には地域包括支援センター所長及び担当者にも参画してもらい、介護要因の分析結果について報告するとともに、リスクの高い対象者について情報共有を行う。医療の視点が重要であることから、分析結果については積丹町立国民健康保険診療所の職員とも共有する。

また、介護予防事業に係る会議等の際には、国保・保健部局からも参加し、生活習慣病からの介護予防の視点について助言していくこととする。

町で実施している個人へのインセンティブ事業については、介護予防事業も対象とし、生活習慣病と介護予防を一体的に推進する。



## 第6章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか。</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

具体的な評価方法は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、保健指導に係る保健師が、被保険者分の受診率・受療率、医療の動向等について確認し定期的に評価を行う。

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。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

### 2 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内での利用、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積丹町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 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

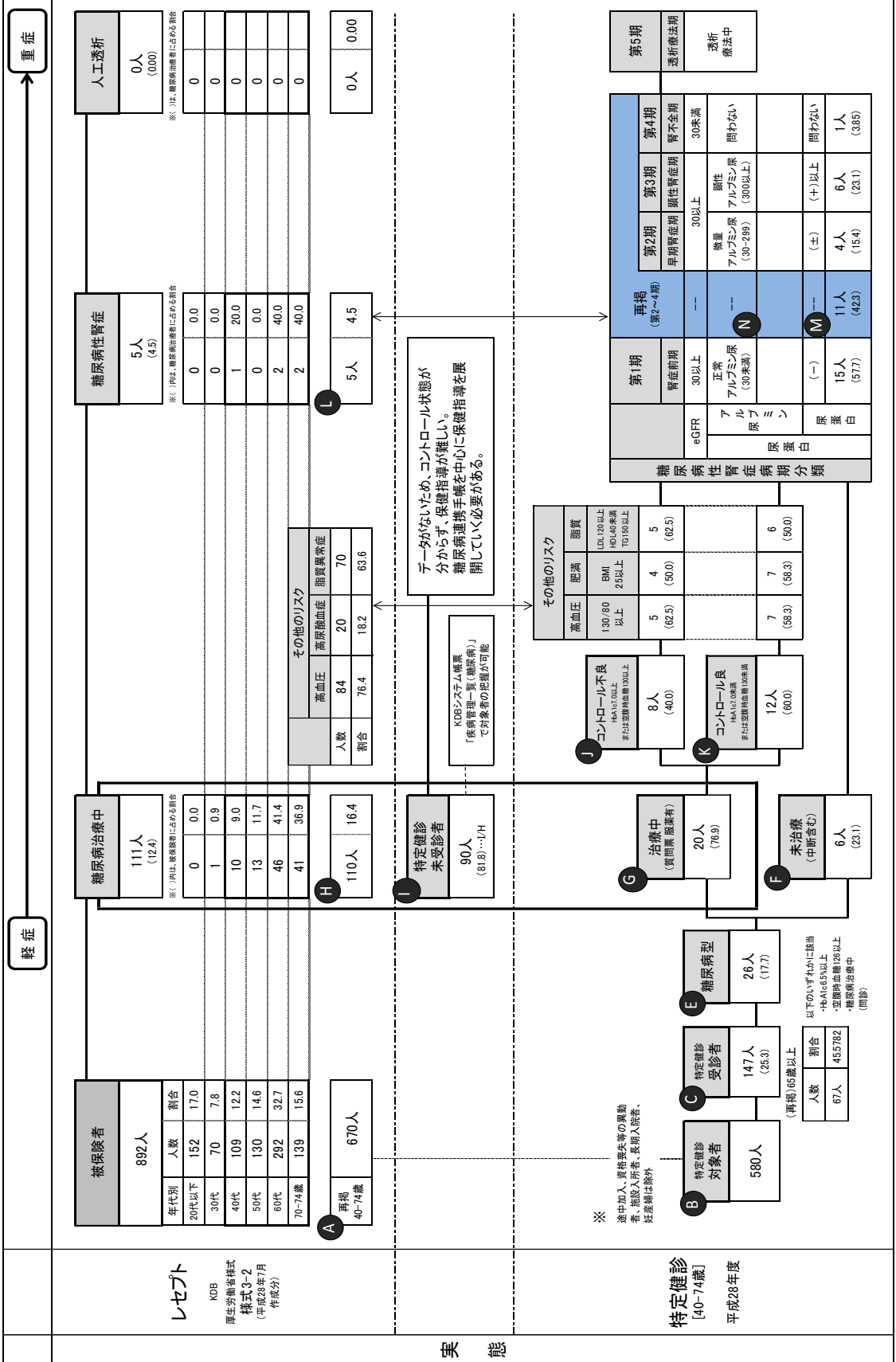
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた積丹町の位置

【参考資料1】

項目		H25		H28		北海道		同規模平均		国		データ元 (CSV)	
		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	2,515		2,515		5,475,176		712,964		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		65歳以上(高齢化率)	1,013	40.3	1,013	40.3	1,356,131	24.8	250,396	35.1	29,020,766	23.2	
		75歳以上	568	22.6	568	22.6	669,235	12.2			13,989,864	11.2	
		65~74歳	445	17.7	445	17.7	686,896	12.5			15,030,902	12.0	
		40~64歳	880	35.0	880	35.0	1,932,595	35.3			42,411,922	34.0	
	39歳以下	622	24.7	622	24.7	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	26.9		26.9		7.7		22.7		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	17.7		17.7		18.1		21.7		25.2		
		第3次産業	55.5		55.5		74.2		55.6		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.0		79.0		79.2		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		85.9		85.9		86.3		86.5		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.8		64.7		64.9		65.1		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.8		66.7		66.5		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	106.9		112.5		101.0		102.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性			112.5								
		女性	112.2		125.7		97.6		98.2		100		
		がん	9	30.0	15	48.4	18,759	51.6	2,874	44.3	367,905	49.6	
		心臓病	13	43.3	12	38.7	9,429	25.9	1,917	29.6	196,768	26.5	
		脳疾患	4	13.3	3	9.7	4,909	13.5	1,158	17.9	114,122	15.4	
		糖尿病	1	3.3	0	0.0	669	1.8	115	1.8	13,658	1.8	
	腎不全	3	10.0	0	0.0	1,543	4.2	231	3.6	24,763	3.3		
	自殺	0	0.0	1	3.2	1,080	3.0	187	2.9	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	4	8.0	3	8.3							厚労省HP 人口動態調査
男性		3	13.6	3	13.0								
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	188	17.7	216	20.5	315,124	23.0	49,932	20.0	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	2	0.4	3	0.4	5,300	0.4	781	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	6	0.7	3	0.3	7,521	0.4	856	0.4	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	34	18.7	47	18.3	82,243	25.0	10,568	20.4	1,343,240	21.9	
		高血圧症	90	47.0	109	48.1	169,499	51.7	28,302	55.0	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	53	26.8	64	26.3	100,850	30.7	14,020	27.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	99	50.7	120	53.5	189,212	57.9	31,852	62.1	3,511,354	57.5	
		脳疾患	46	24.5	50	24.2	79,841	24.6	13,312	26.3	1,530,506	25.3	
		がん	20	9.8	16	9.2	38,597	11.6	4,845	9.3	629,053	10.1	
		筋・骨格	87	43.9	105	46.4	168,550	51.4	28,251	55.0	3,051,816	49.9	
精神	53	26.4	64	30.9	121,275	36.9	19,059	36.9	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	87,219		87,136		57,953		73,702		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	42,289		37,520		38,810		39,646		39,683			
	施設サービス	302,145		275,759		283,015		273,946		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	12,652	11,952	8,976	8,522	7,980	8,522	7,980	8,522	7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定なし	4,502	5,169	4,619	4,226	3,822	3,822	3,822	3,822	3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,011		829		1,312,713		198,796		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		65~74歳	328	32.4	314	37.9	547,063	41.7			12,462,053	38.2	
		40~64歳	423	41.8	326	39.3	441,494	33.6			10,946,693	33.6	
		39歳以下	260	25.7	189	22.8	324,156	24.7			9,178,477	28.2	
	加入率	40.2		33.0		24.0		28.1		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	569	0.4	47	0.2	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	1	1.0	1	1.2	3,377	2.6	621	3.1	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	96,574	73.6	3,963	19.9	1,524,378	46.8	
		医師数	1	1.0	1	1.2	12,987	9.9	541	2.7	299,792	9.2	
		外来患者数	702.9		709.5		646.1		652.4		668.3		
入院患者数		29.9		31.2		22.9		23.7		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	31,794	県内25位 同規模24位	34,142	県内14位 同規模25位	27,782		26,819		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	受診率	732,814		740,654		668,982		676,093		686,501			
	外来 費用の割合	49.8		49.0		55.2		55.3		60.1			
	外来 件数の割合	95.9		95.8		96.6		96.5		97.4			
	入院 費用の割合	50.2		51.0		44.8		44.7		39.9			
	入院 件数の割合	4.1		4.2		3.4		3.5		2.6			
	1件あたり在院日数	16.8日		17.2日		15.8日		16.3日		15.6日			
④ 医療費分析 総額に占める割合 (最大医療資源傷病名(調剤含む))	新生物	19.2		27.3		28.5		24.1		25.6		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)	7.0		0.0		6.5		7.9		9.7			
	糖尿病	11.0		11.4		9.3		10.1		9.7			
	高血圧症	12.7		9.4		7.9		9.4		8.6			
	精神	13.6		16.8		17.2		18.6		16.9			
筋・骨疾患	21.6		18.3		16.4		16.4		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数183	入院	糖尿病	552,119	101位	(18)	529,493	128位	(20)																KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	513,238	151位	(16)	630,978	72位	(16)																				
				脂質異常症	524,273	118位	(20)	491,811	145位	(20)																				
				脳血管疾患	609,021	122位	(19)	1,022,517	4位	(19)																				
				心疾患	653,720	117位	(17)	1,358,201	1位	(14)																				
				腎不全	813,095	57位	(19)	2,029,398	3位	(25)																				
				精神	397,485	169位	(24)	481,021	96位	(22)																				
				悪性新生物	668,398	50位	(17)	662,977	69位	(15)																				
				外来	糖尿病	37,760	73位		34,121	141位																				
					高血圧	28,671	141位		27,452	158位																				
					脂質異常症	29,230	105位		27,893	126位																				
					脳血管疾患	40,958	50位		32,214	131位																				
					心疾患	35,187	148位		30,551	171位																				
					腎不全	135,503	126位		56,142	170位																				
精神	27,289	139位			29,006	103位																								
悪性新生物	42,526	146位			65,736	29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	-			650			1,458			2,810			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	20,665			19,686			15,594			12,706			12,683														
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	-			1,548			4,388			7,804			5,940														
			健診未受診者	48,424			46,889			46,918			35,289			36,479														
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	78	49.7	79	52.7	129,168	57.2	31,779	56.5	4,116,530	55.9													KDB_No.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	74	47.1	70	46.7	118,763	52.6	28,823	51.3	3,799,744	51.6																		
		医療機関非受診率	4	2.5	9	6.0	10,405	4.6	2,956	5.3	316,786	4.3																		
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数183	健診受診者	157			150			225,931			56,224			7,362,845									KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_No.1 地域全体像の把握					
				受診率	21.7	県内148位 同規模220位	25.5	県内123位 同規模204位	25.1	全国44位	39.7	34.0																		
			特定保健指導終了者(実施率)	1	6.3	18	94.7	938	3.5	498	6.6	35,557	4.1																	
			非肥満高血糖	5	3.2	9	6.0	17,429	7.7	5,467	9.7	687,157	9.3																	
			メタボ	該当者	25	15.9	32	21.3	37,430	16.6	10,599	18.9	1,272,714	17.3																
				男性	12	22.6	20	36.4	25,731	27.5	7,361	27.9	875,805	27.5																
				女性	13	12.5	12	12.6	11,699	8.8	3,238	10.8	396,909	9.5																
			予備群	男性	12	7.6	12	8.0	24,029	10.6	6,633	11.8	790,096	10.7																
				女性	10	18.9	8	14.5	16,766	17.9	4,566	17.3	548,609	17.2																
				女性	2	1.9	4	4.2	7,263	5.5	2,067	6.9	241,487	5.8																
			メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	43	27.4	50	33.3	69,361	30.7	19,372	34.5	2,320,533	31.5															
					男性	28	52.8	33	60.0	47,819	51.1	13,388	50.8	1,597,371	50.1															
					女性	15	14.4	17	17.9	21,542	16.3	5,984	20.0	723,162	17.3															
					総数	14	8.9	11	7.3	14,535	6.4	3,615	6.4	346,181	4.7															
					男性	2	3.8	2	3.6	2,471	2.6	629	2.4	55,460	1.7															
					女性	12	11.5	9	9.5	12,064	9.1	2,986	10.0	290,721	7.0															
				BMI	血糖のみ	2	1.3	0	0.0	1,283	0.6	464	0.8	48,685	0.7															
					血圧のみ	5	3.2	7	4.7	16,730	7.4	4,606	8.2	546,667	7.4															
					脂質のみ	5	3.2	5	3.3	6,016	2.7	1,563	2.8	194,744	2.6															
血糖・血圧	2	1.3			1	0.7	5,478	2.4	1,913	3.4	196,978	2.7																		
血糖・脂質	1	0.6			3	2.0	1,811	0.8	596	1.1	69,975	1.0																		
血圧・脂質	12	7.6			11	7.3	19,151	8.5	4,826	8.6	619,684	8.4																		
血糖・血圧・脂質	10	6.4	17	11.3	10,990	4.9	3,264	5.8	386,077	5.2																				
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	生活習慣の 状況	服薬	63	40.1	55	36.7	74,890	33.2	20,411	36.4	2,479,216	33.7												KDB_No.1 地域全体像の把握					
			既往歴	15	9.6	20	13.3	15,872	7.0	5,000	8.9	551,051	7.5																	
			喫煙	52	33.1	52	34.7	55,219	24.4	12,656	22.6	1,738,149	23.6																	
			週3回以上朝食を抜く	4	2.5	4	2.7	7,611	3.5	1,721	3.1	230,777	3.3																	
			週3回以上食後間食	3	1.9	5	3.3	12,203	5.6	2,998	5.5	391,296	5.5																	
			週3回以上就寝前夕食	0	0.0	2	1.3	1,056	0.5	335	0.6	37,041	0.5																	
			食べる速度が速い	16	10.2	24	16.0	20,157	9.2	4,296	8.1	710,650	10.1																	
			20歳時体重から10kg以上増加	28	17.8	43	28.7	37,780	16.7	9,314	16.6	1,048,171	14.2																	
			1回30分以上運動習慣なし	56	36.1	64	42.7	67,673	33.1	17,050	33.9	2,047,756	32.1																	
			1日1時間以上運動なし	121	78.1	120	80.0	126,554	61.6	34,200	67.6	3,761,302	58.7																	
			睡眠不足	108	69.7	100	66.7	98,397	48.0	24,869	49.6	2,991,854	46.9																	
			毎日飲酒	74	48.7	78	52.0	98,176	48.3	28,359	57.1	3,178,697	50.4																	
			時々飲酒	43	27.7	42	28.0	46,484	22.8	10,594	21.2	1,234,462	19.5																	
			一日 飲酒 量	1合未満	45	29.0	55	36.7	55,733	27.3	13,924	27.9	1,636,988	25.9																
				1~2合	95	61.3	81	54.0	131,952	64.7	31,809	63.7	4,152,661	65.8																
				2~3合	15	9.7	14	9.3	16,236	8.0	4,212	8.4	525,413	8.3																
				3合以上	25	16.1	25	16.7	29,861	14.6	8,014	16.0	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



【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】

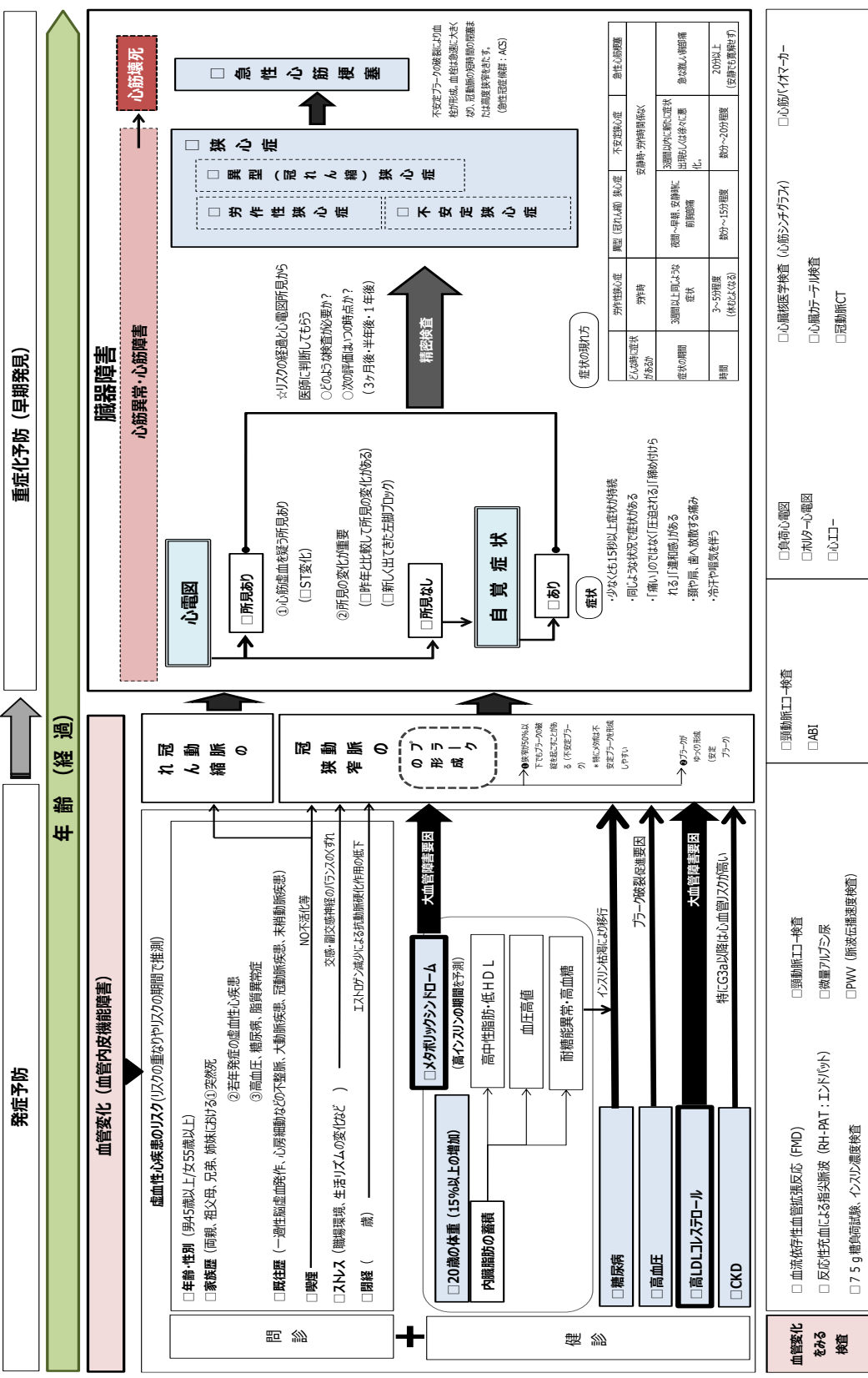
糖尿病管理台帳からの年次計画		H	年度	担当者名:	担当地区:												
結果把握	対象者把握	<p>糖尿病管理台帳の全数 (A+B) ( )人</p> <p>A 健診未受診者 ( )人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>( )人</td> </tr> </table> <p>①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>				結果把握(内訳)		①国保(生保)	( )人	②後期高齢者	( )人	③他保険	( )人	④住基異動(死亡・転出)	( )人	⑤確認できず	( )人
	結果把握(内訳)																
①国保(生保)	( )人																
②後期高齢者	( )人																
③他保険	( )人																
④住基異動(死亡・転出)	( )人																
⑤確認できず	( )人																
保健指導の優先づけ	結果把握	<p>B 結果把握 ( )人</p> <p>①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人</p> <p>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</p>															
		地区担当が実施すること	<p>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</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <p>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</p> <p>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</p>														
		他の専門職との連携	<p>後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>														

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数245		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	892人						KDB,厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	670人							
2	①	対象者数	580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	154人							
	③	受診率	26.6%							
3	①	特定保健指導対象者数	19人							
	②	実施率	94.7%							
4	①	糖尿病型	E	26人	16.9%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	5人	19.2%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	21人	80.8%					
	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	8人	38.1%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	5人	62.5%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	4人	50.0%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	13人	61.9%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	15人	57.7%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		5人	19.2%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		5人	19.2%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	3.8%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	124.4人						KDB,厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	164.2人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	697件	(1089.1)			472件	(757.6)	KDB,疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	入院外(件数)	8件	(12.5)			4件	(5.9)		
	⑤	糖尿病治療中	H	111人	12.4%				KDB,厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	I	110人	16.4%					
	⑦	健診未受診者	I	89人	80.9%					
	⑧	インスリン治療	O	11人	9.9%					
	⑨	(再掲)40-74歳	O	11人	10.0%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	5人	4.5%					
	⑪	(再掲)40-74歳	L	5人	4.5%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		0人	0.00%					
	⑬	(再掲)40-74歳		0人	0.00%					
	⑭	新規透析患者数		0人	0.00%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.00%					
	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)		2人	1.6%				KDB,厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	3億5162万円				2億6643万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②	生活習慣病総医療費	1億8942万円				1億5163万円			
	③	(総医療費に占める割合)	53.9%				56.9%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	1,548円				8,737円		
	⑤	健診未受診者	46,904円				34,206円			
	⑥	糖尿病医療費	2158万円				1526万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.4%				10.1%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	5435万円							
	⑨	1件あたり	34,121円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	6460万円							
	⑪	1件あたり	529,493円							
	⑫	在院日数	20日							
	⑬	慢性腎不全医療費	196万円				1315万円			
	⑭	透析有り					1198万円			
	⑮	透析なし	196万円				116万円			
7	①	介護給付費	2億9330万円				3億1509万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%							
8	①	死亡(死因別死亡数)	0人 0.0%				0人 1.0%		KDB,健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	



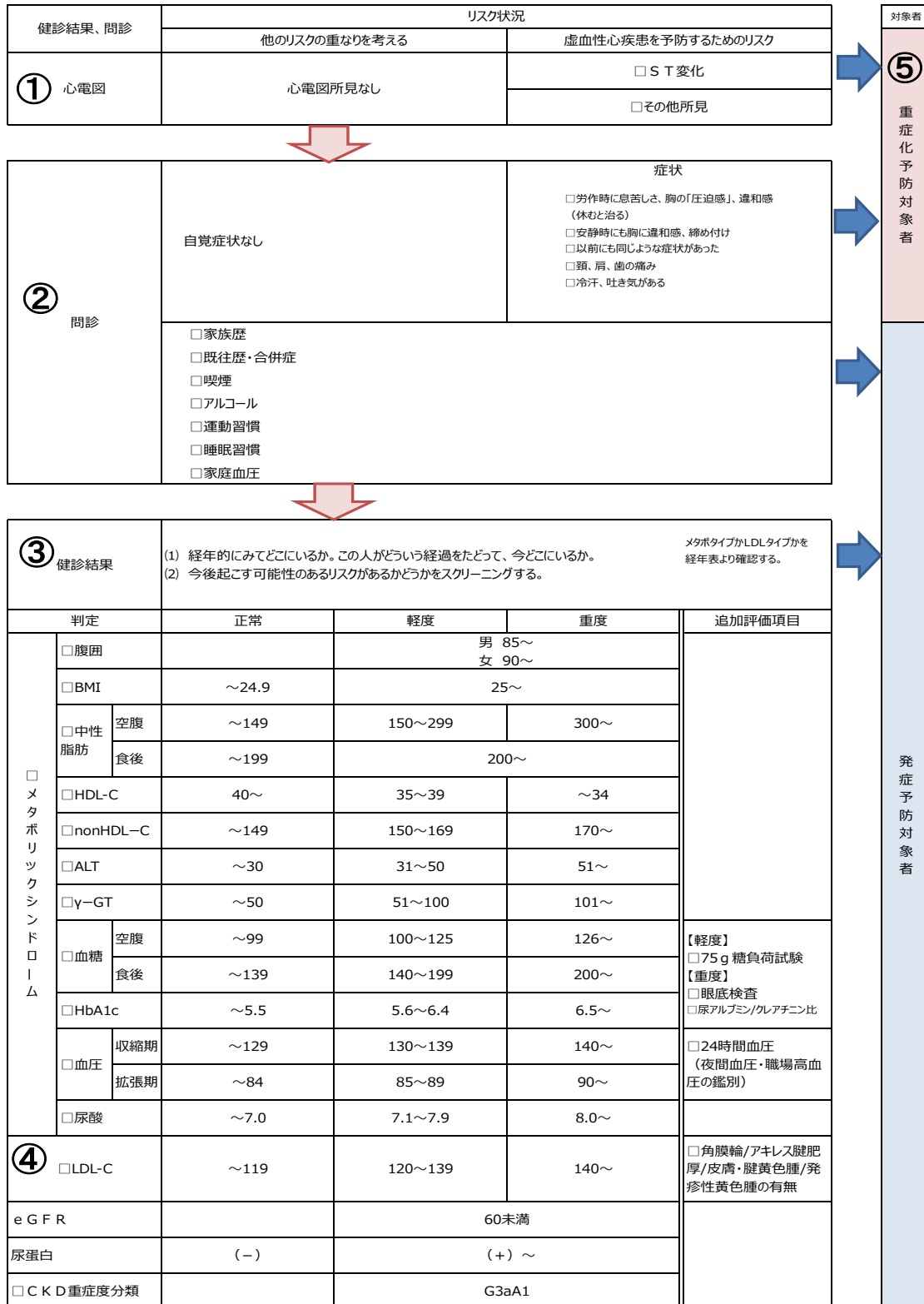
# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2022改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン、エビデンスに基づく00の影響ガイドライン、糖尿病の予防ガイドライン、脂質異常症の治療ガイドライン、高血圧の予防と治療に関するガイドライン

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【参考資料 7】



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		
		担当者	年齢 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					
		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拮抗性経口凝固薬

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	虚血心疾患			弁膜症
		氏名	生年月日	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					
1		その他のECG所見		無	有	無	その他のECG所見	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		無	有	無	その他のECG所見	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

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)	⑤残っている課題
<p>課題 目標</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆特定健診受診率 平成30年目標30%</li> <li>◆特定保健指導実施率 平成30年度目標85%</li> <li>◆健診受診者の検査結果の改善 (血圧、血糖、脂質、CKD)</li> <li>◆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</li> <li>○医療費の伸びを抑える</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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怪談がな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いなかったため、受診勧奨の際に効果的な教材を準備していく。</li> <li>○昨年度の各種健診申込者に対する受診勧奨連携を実施。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。優先し健診受診を勧められるよう、各種台帳整備(糖尿病、心臓病、ST変化)を経年管理できるようにした。</li> <li>○平成30年度に後志広域連合の未受診者対策チームに参加予定であり、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。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ポピュレーション/実施状況</li> <li>○医療機関へのアプローチ状況</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施後介入状況</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○重症化予防対象者への介入状況</li> <li>○保健指導介入対象者への介入状況</li> <li>○医療機関受診勧奨介入率</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD医療機関受診勧奨対象者に対するCKD連携モード使用状況</li> <li>○主治医の指示による個別支援実施状況</li> <li>○特定健診委託医療機関拡充の検討</li> <li>○医療機関と連携した個別支援対策の検討</li> <li>○連携中確認状況</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率</li> <li>○特定保健指導実施率</li> <li>○未受診者対策</li> <li>○若年健診受診率</li> <li>○データ受領事業結果返送率</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施者の健診受診率</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診結果結果の状況</li> <li>・項目別割合減少率</li> <li>・特定保健指導対象者の健診結果状況</li> <li>・保健指導後の医療機関受診率</li> <li>・保健指導介入対象者数</li> <li>・重症化予防対象者数(あなみツール)</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○紹介患者の結果返送率</li> </ul>	<p>支援分担について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○母子保健と成人保健の事業起案、管理については業務分担と、個別支援・管理については地区担当としている。そのため、各分野の体系的な課題や自指すべき方針は業務分担担当が把握しており、他担当者に伝わりづらい。業務分担の中で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か確認する機会の確保、記録様式の整備を行う。</li> <li>○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、生活背景を踏まえ、それらに応じて活用できる町の栄養士が必要である。</li> <li>○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、対象者の救済コン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師が承諾し、指導の結果を主治医師の事例を通じて連携を目的とし、医療機関受診勧奨の際は紹介状に経年表を必ず入れること、保健指導・栄養指導の承諾を得る様式を整備する。</li> </ul>	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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で話し合い、共通認識を図っていく。</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診・医療機関どちらにも未受診となつている対象者の把握・介入</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○保健指導の効果検証</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医師会医師との接点が図れない、日常的な関わりが推し進めていく</li> </ul>
<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い</li> <li>◆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)</li> <li>◆医療機関の協力率による取組み</li> <li>○早期介入保健指導事業</li> <li>◆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つたか)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆PDCAサイクルからの計画立案</li> <li>◆計画立案に基づき実施</li> <li>◆訪問、事業の目標、評価等検討</li> <li>◆指標に基づき評価の実施</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療とのつながり</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○昨年度までは、保健指導判定値により対象者を選定したが、町民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、保健指導の負の確保を図った。</li> <li>○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。これらの方に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。</li> </ul> <p>受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関受診勧奨者管理台帳を整備し、対象者の受診状況把握しやすくした。</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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する。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ポピュレーション/実施状況</li> <li>○医療機関へのアプローチ状況</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施後介入状況</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○重症化予防対象者への介入状況</li> <li>○保健指導介入対象者への介入状況</li> <li>○医療機関受診勧奨介入率</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD医療機関受診勧奨対象者に対するCKD連携モード使用状況</li> <li>○主治医の指示による個別支援実施状況</li> <li>○特定健診委託医療機関拡充の検討</li> <li>○医療機関と連携した個別支援対策の検討</li> <li>○連携中確認状況</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率</li> <li>○特定保健指導実施率</li> <li>○未受診者対策</li> <li>○若年健診受診率</li> <li>○データ受領事業結果返送率</li> <li>○連合会未受診者対策事業実施者の健診受診率</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診結果結果の状況</li> <li>・項目別割合減少率</li> <li>・特定保健指導対象者の健診結果状況</li> <li>・保健指導後の医療機関受診率</li> <li>・保健指導介入対象者数</li> <li>・重症化予防対象者数(あなみツール)</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○紹介患者の結果返送率</li> </ul>	<p>支援分担について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○母子保健と成人保健の事業起案、管理については業務分担と、個別支援・管理については地区担当としている。そのため、各分野の体系的な課題や自指すべき方針は業務分担担当が把握しており、他担当者に伝わりづらい。業務分担の中で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か確認する機会の確保、記録様式の整備を行う。</li> <li>○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、生活背景を踏まえ、それらに応じて活用できる町の栄養士が必要である。</li> <li>○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、対象者の救済コン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師が承諾し、指導の結果を主治医師の事例を通じて連携を目的とし、医療機関受診勧奨の際は紹介状に経年表を必ず入れること、保健指導・栄養指導の承諾を得る様式を整備する。</li> </ul>	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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で話し合い、共通認識を図っていく。</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診・医療機関どちらにも未受診となつている対象者の把握・介入</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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</li> <li>○保健指導の効果検証</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医師会医師との接点が図れない、日常的な関わりが推し進めていく</li> </ul>