

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

余 市 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
I 背景・目的	
II 計画の位置付け	
III 計画期間	
IV 関係者が果たすべき役割と連携	
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
I 第 1 期計画に係る評価及び考察	
II 第 2 期計画における健康課題の明確化	
III 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)	22
I 第三期特定健診等実施計画について	
II 目標値の設定	
III 対象者の見込み	
IV 特定健診の実施	
V 特定保健指導の実施	
VI 個人情報保護の保護	
VII 結果の報告	
VIII 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	28
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.脳血管疾患重症化予防	
2.糖尿病性腎症重症化予防	
3.虚血性心疾患重症化予防	
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	48

第6章 計画の評価・見直し	50
I 評価の時期	
II 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	51
I 計画の公表・周知	
II 個人情報の取扱い	
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

I 背景・目的

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

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

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

Ⅱ 計画の位置付け

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

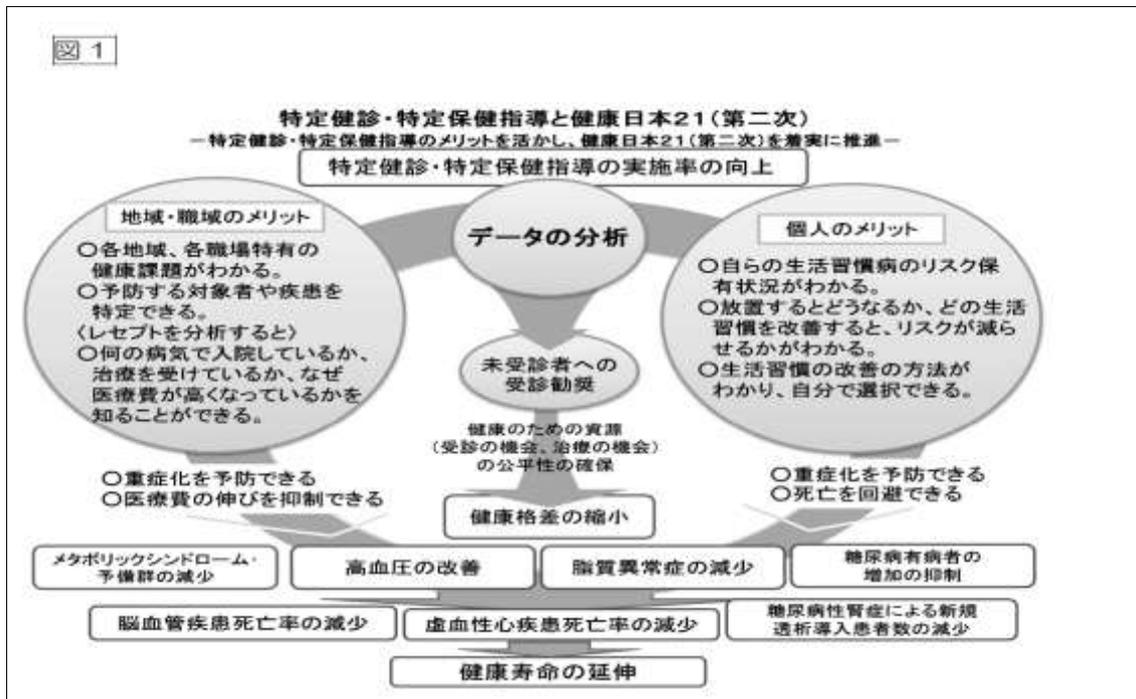
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

【図表1】

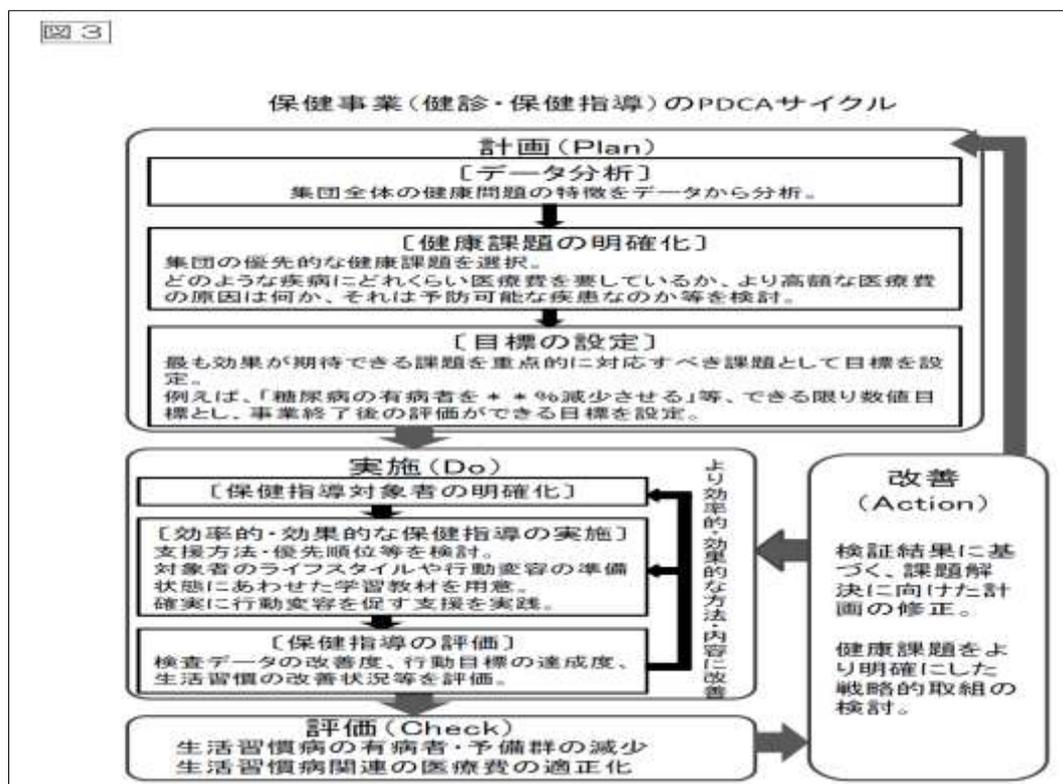
	「健康日本21」計画			「医療費適正化計画」		「医療計画」
		「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 国民健康保険法に基づく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指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	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、生活習慣病の発症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、社会保険制度が維持可能なものとなるよう、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対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、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及び向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、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目指すものである。被保険者の健康の保持増進により、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の予防または、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険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、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青少年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に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 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	メタボリックシンドローム 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	※53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調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標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・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満・やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 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(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)特定健診等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・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	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・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		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、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

Ⅲ 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。

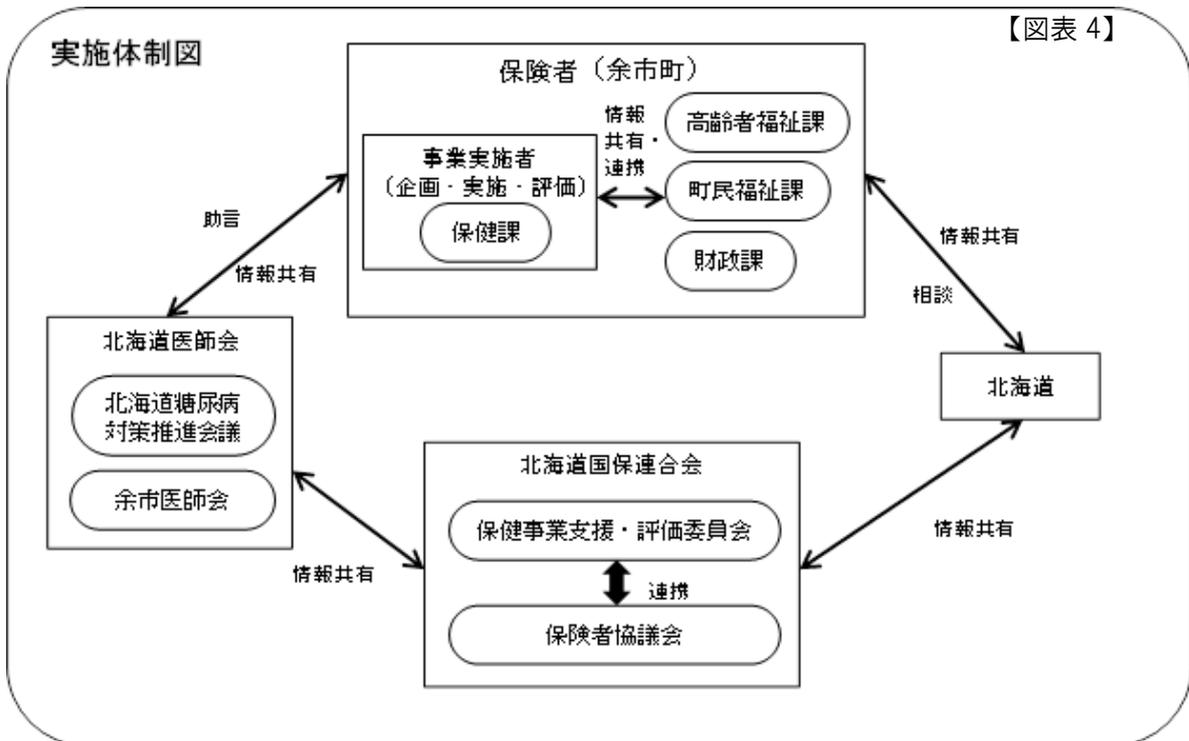
Ⅳ 関係者が果たすべき役割と連携

1. 実施主体関係部局の役割(図表4)

余市町においては、保健課が主体となり計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、介護保険部局（高齢者福祉課）、生活保護部局（町民福祉課）財政部局（財政課）とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。



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、国保データベースシステム（以下「KDB」とする）の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

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

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

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

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

3. 被保険者の役割

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

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

I 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)

平成 26 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、死因別にがん・腎不全による死亡割合は増加しており、特に、腎不全による死亡は国・道・同規模市町村と比べて高い状況であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇がみられた。

医療費については、医療受診率は増加しているが、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により 1 人当たり医療費は減少している。また、特定健診受診者における受診勧奨対象者は、医療機関受診につながっている人が多いことから、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る。しかし、特定健診受診率が低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必要となる。さらに 1 人当たり医療費が国・道・同規模市町村に比べて高い状況が続いているため、重複・多受診者の状況について確認することも重要である。(参考資料 1)

2) 中長期目標の達成状況

(1) 介護給付費の状況(図表 5)

介護給付費は平成 26 年度に比べ、2 億 5,000 万円の減少となっている。

介護給付費の変化

【図表 5】

年度	余市町				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
平成26年度	22億864万円	59,659	35,729	295,151	64,806	41,621	285,422
平成28年度	20億5,861万円	59,937	36,177	288,281	67,108	41,924	276,079

KDB: 地域の全体像の把握

(2)医療費の状況(図表 6)

平成 26 年度に比べ総医療費は全体、入院、入院外ともに減少している。1 人当たり医療費は入院外でわずかに増加がみられるが、全体、入院は減少している。

医療費の変化

【図表 6】

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)	平成26年度	21億9,491万円				10億9,759万円				10億9,732万円			
	平成28年度	20億5,057万円	△1億4,434万円	-6.58		9億7,983万円	△1億1,776万円	-10.73		10億7,074万円	△2,658万円	-2.42	
2 一人当たり医療費(円)	平成26年度	32,526				16,260				16,260			
	平成28年度	32,367	△159	-0.49	10.44	15,470	△790	-4.86	14.05	16,900	640	3.94	7.97

KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、地域の全体像の把握

(3)最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 7)

中長期目標疾患である慢性腎不全、脳血管疾患については平成 26 年度と比べ総医療費に占める割合は増加している。また、短期目標疾患では糖尿病の総医療費に占める割合が増加している。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成26年度と平成28年度との比較)

【図表 7】

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	がん	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
				同規模	道内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H26	余市町	2,194,914,530	32,526	3位	22位	2.72%	0.18%	2.18%	2.62%	4.79%	6.70%	2.24%	470,430,220	21.43%	11.79%	13.31%	7.57%
		2,050,567,730	32,367	10位	27位	2.99%	0.42%	2.41%	2.18%	5.19%	5.87%	2.17%	435,397,240	21.23%	13.68%	12.55%	8.69%
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%

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 8)

脳血管疾患の治療者の割合は減少しているが、虚血性心疾患、人工透析は大きな変化なく経過している。虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析全てにおいて糖尿病を併発している人が増加傾向を示している。また、高血圧の併発も8割以上と高い割合である。

【図表 8】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	5,801	305	5.3%	67	22.0%	6	2.0%	265	86.9%	120	39.3%	185	60.7%
	64歳以下	3,463	74	2.1%	13	17.6%	4	5.4%	63	85.1%	19	25.7%	38	51.4%
	65歳以上	2,338	231	9.9%	54	23.4%	2	0.9%	202	87.4%	101	43.7%	147	63.6%
H28	全体	5,404	304	5.6%	53	17.4%	8	2.6%	260	85.5%	129	42.4%	189	62.2%
	64歳以下	3,001	61	2.0%	9	14.8%	4	6.6%	51	83.6%	17	27.9%	34	55.7%
	65歳以上	2,403	243	10.1%	44	18.1%	4	1.6%	209	86.0%	112	46.1%	155	63.8%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	5,801	283	4.9%	67	23.7%	4	1.4%	223	78.8%	108	38.2%	169	59.7%
	64歳以下	3,463	72	2.1%	13	18.1%	2	2.8%	50	69.4%	29	40.3%	37	51.4%
	65歳以上	2,338	211	9.0%	54	25.6%	2	0.9%	173	82.0%	79	37.4%	132	62.6%
H28	全体	5,404	218	4.0%	53	24.3%	4	1.8%	175	80.3%	94	43.1%	129	59.2%
	64歳以下	3,001	48	1.6%	9	18.8%	3	6.3%	37	77.1%	21	43.8%	23	47.9%
	65歳以上	2,403	170	7.1%	44	25.9%	1	0.6%	138	81.2%	73	42.9%	106	62.4%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	5,801	13	0.2%	4	30.8%	6	46.2%	13	100.0%	6	46.2%	4	30.8%
	64歳以下	3,463	8	0.2%	2	25.0%	4	50.0%	8	100.0%	3	37.5%	2	25.0%
	65歳以上	2,338	5	0.2%	2	40.0%	2	40.0%	5	100.0%	3	60.0%	2	40.0%
H28	全体	5,404	14	0.3%	4	28.6%	8	57.1%	14	100.0%	7	50.0%	4	28.6%
	64歳以下	3,001	7	0.2%	3	42.9%	4	57.1%	7	100.0%	4	57.1%	2	28.6%
	65歳以上	2,403	7	0.3%	1	14.3%	4	57.1%	7	100.0%	3	42.9%	2	28.6%

3)短期目標の達成状況

(1)共通リスク(図表 9)

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病、脂質異常症の治療者に大きな変化はないが、高血圧では治療者数が100人以上減少している。

【図表 9】

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	割合
H26	全体	5,801	668	11.5%	61	9.1%	479	71.7%	383	57.3%	120	18.0%	108	16.2%	6	0.9%	41	6.1%		
	64歳以下	3,463	213	6.2%	10	4.7%	134	62.9%	110	51.6%	19	8.9%	29	13.6%	3	1.4%	11	5.2%		
	65歳以上	2,338	455	19.5%	51	11.2%	345	75.8%	273	60.0%	101	22.2%	79	17.4%	3	0.7%	30	6.6%		
H28	全体	5,404	663	12.3%	55	8.3%	457	68.9%	386	58.2%	129	19.5%	94	14.2%	7	1.1%	50	7.5%		
	64歳以下	3,001	190	6.3%	16	8.4%	107	56.3%	101	53.2%	17	8.9%	21	11.1%	4	2.1%	14	7.4%		
	65歳以上	2,403	473	19.7%	39	8.2%	350	74.0%	285	60.3%	112	23.7%	73	15.4%	3	0.6%	36	7.6%		

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	
H26	全体	5,801	1,538	26.5%	479	31.1%	763	49.6%	265	17.2%	223	14.5%	13	0.8%	
	64歳以下	3,463	468	13.5%	134	28.6%	206	44.0%	63	13.5%	50	10.7%	8	1.7%	
	65歳以上	2,338	1,070	45.8%	345	32.2%	557	52.1%	202	18.9%	173	16.2%	5	0.5%	
H28	全体	5,404	1,413	26.1%	457	32.3%	709	50.2%	260	18.4%	175	12.4%	14	1.0%	
	64歳以下	3,001	369	12.3%	107	29.0%	160	43.4%	51	13.8%	37	10.0%	7	1.9%	
	65歳以上	2,403	1,044	43.4%	350	33.5%	549	52.6%	209	20.0%	138	13.2%	7	0.7%	

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	
H26	全体	5,801	1,069	18.4%	383	35.8%	763	71.4%	185	17.3%	169	15.8%	4	0.4%	
	64歳以下	3,463	330	9.5%	110	33.3%	206	62.4%	38	11.5%	37	11.2%	2	0.6%	
	65歳以上	2,338	739	31.6%	273	36.9%	557	75.4%	147	19.9%	132	17.9%	2	0.3%	
H28	全体	5,404	1,022	18.9%	386	37.8%	709	69.4%	189	18.5%	129	12.6%	4	0.4%	
	64歳以下	3,001	286	9.5%	101	35.3%	160	55.9%	34	11.9%	23	8.0%	2	0.7%	
	65歳以上	2,403	736	30.6%	285	38.7%	549	74.6%	155	21.1%	106	14.4%	2	0.3%	

(2)リスクの健診結果経年変化(図表 10)

男性ではBMI、腹囲、中性脂肪、GPTの増加があり、腹囲のみ高い人とメタボリックシンドローム該当者が増加している。女性では腹囲、HbA1cの増加があり、メタボリックシンドローム該当者と予備群が微増している。男女とも空腹時血糖、拡張期血圧ではやや改善傾向がみられる。

平成27年度より治療中データの受領を開始したことから、治療中者の受診割合が平成26年度に比べ増加した。すでに治療を必要としている人のデータが加わったことにより有所見割合が増加したことも考えられる。

【図表 10】

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(帳票)

性別	年代	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	137	36.1	174	45.8	116	30.5	80	21.1	29	7.6	122	32.1	178	46.8	71	18.7	215	56.6	94	24.7	193	50.8	5	1.3
	H26 40-64	62	38.5	74	46.0	51	31.7	34	21.1	11	6.8	46	28.6	73	45.3	27	16.8	79	49.1	42	26.1	92	57.1	1	0.6
	H26 65-74	75	34.2	100	45.7	65	29.7	46	21.0	18	8.2	76	34.7	105	47.9	44	20.1	136	62.1	52	23.7	101	46.1	4	1.8
女性	合計	167	38.1	230	52.5	144	32.9	111	25.3	32	7.3	128	29.2	210	47.9	89	20.3	228	52.1	84	19.2	221	50.5	8	1.8
	H26 40-64	70	44.9	88	56.4	59	37.8	55	35.3	12	7.7	38	24.4	58	37.2	36	23.1	60	38.5	32	20.5	94	60.3	0	0.0
	H26 65-74	97	34.4	142	50.4	85	30.1	56	19.9	20	7.1	90	31.9	152	53.9	53	18.8	168	59.6	52	18.4	127	45.0	8	2.8

性別	年代	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
男性	合計	107	21.7	61	12.4	85	17.2	48	9.7	10	2.0	96	19.5	190	38.5	18	3.7	220	44.6	69	14.0	306	62.1	1	0.2
	H26 40-64	42	21.3	22	11.2	34	17.3	18	9.1	4	2.0	24	12.2	64	32.5	6	3.0	68	34.5	35	17.8	122	61.9	0	0.0
	H26 65-74	65	22.0	39	13.2	51	17.2	30	10.1	6	2.0	72	24.3	126	42.6	12	4.1	152	51.4	34	11.5	184	62.2	1	0.3
女性	合計	132	23.2	97	17.0	109	19.2	42	7.4	17	3.0	99	17.4	269	47.3	20	3.5	264	46.4	52	9.1	336	59.1	2	0.4
	H26 40-64	50	27.0	34	18.4	32	17.3	15	8.1	3	1.6	16	8.6	71	38.4	7	3.8	63	34.1	22	11.9	113	61.1	1	0.5
	H26 65-74	82	21.4	63	16.4	77	20.1	27	7.0	14	3.6	83	21.6	198	51.6	13	3.4	201	52.3	30	7.8	223	58.1	1	0.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24(帳票)

性別	年代	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	380	20.2%	13	3.4%	63	16.6%	1	0.3%	48	12.6%	14	3.7%	98	25.8%	14	3.7%	6	1.6%	53	13.9%	25	6.6%
	H26 40-64	161	18.0%	9	5.6%	27	16.8%	0	0.0%	18	11.2%	9	5.6%	38	23.6%	6	3.7%	3	1.9%	20	12.4%	9	5.6%
	H26 65-74	219	22.2%	4	1.8%	36	16.4%	1	0.5%	30	13.7%	5	2.3%	60	27.4%	8	3.7%	3	1.4%	33	15.1%	16	7.3%
女性	合計	438	25.2%	27	6.2%	58	13.2%	3	0.7%	38	8.7%	17	3.9%	145	33.1%	32	7.3%	2	0.5%	75	17.1%	36	8.2%
	H26 40-64	156	20.7%	17	10.9%	23	14.7%	0	0.0%	13	8.3%	10	6.4%	48	30.8%	7	4.5%	2	1.3%	28	17.9%	11	7.1%
	H26 65-74	282	28.5%	10	3.5%	35	12.4%	3	1.1%	25	8.9%	7	2.5%	97	34.4%	25	8.9%	0	0.0%	47	16.7%	25	8.9%

性別	年代	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	493	22.9%	3	0.6%	15	3.0%	1	0.2%	13	2.6%	1	0.2%	43	8.7%	7	1.4%	2	0.4%	19	3.9%	15	3.0%
	H26 40-64	197	21.4%	1	0.5%	6	3.0%	1	0.5%	5	2.5%	0	0.0%	15	7.6%	2	1.0%	2	1.0%	8	4.1%	3	1.5%
	H26 65-74	296	24.0%	2	0.7%	9	3.0%	0	0.0%	8	2.7%	1	0.3%	28	9.5%	5	1.7%	0	0.0%	11	3.7%	12	4.1%
女性	合計	569	28.3%	8	1.4%	29	5.1%	1	0.2%	23	4.0%	5	0.9%	60	10.5%	3	0.5%	2	0.4%	31	5.4%	24	4.2%
	H26 40-64	185	24.4%	5	2.7%	12	6.5%	0	0.0%	7	3.8%	5	2.7%	17	9.2%	0	0.0%	1	0.5%	14	7.6%	2	1.1%
	H26 65-74	384	30.7%	3	0.8%	17	4.4%	1	0.3%	16	4.2%	0	0.0%	43	11.2%	3	0.8%	1	0.3%	17	4.4%	22	5.7%

(3) 継続受診者の状況(図表 11)

平成 27 年度の特定健診で HbA1c、血圧、LDL コレステロールが受診勧奨判定値以上であった人の内、平成 28 年度継続受診した人の状況を見ると、高血圧、LDL コレステロールでは 30%以上が改善しているが、HbA1c では 17.1%の改善にとどまった。

HbA1c

【図表 11】

H27年度		H28年度 の結果をみる					
		継続受診者 51人 62.2%				未受診 (中断)	75歳 到達者
HbA1c6.5以上 82人 8.5%		6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上		
		14.6%	19.5%	20.7%	7.3%	37.8%	6.1%
6.5~6.9	46	8	14	9	0	15	4
		17.4%	30.4%	19.6%	0.0%	32.6%	8.7%
7.0~7.9	28	2	2	8	5	11	1
		7.1%	7.1%	28.6%	17.9%	39.3%	3.6%
8.0以上	8	2	0	0	1	5	0
		25.0%	0.0%	0.0%	12.5%	62.5%	0.0%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診	
			改善	悪化			
合計	14	23	12	8	14	31	
		17.1%	28.0%	14.6%	9.8%	17.1%	37.8%
6.5~6.9	8	14	9	3	9	15	
		17.4%	30.4%	19.6%	6.5%	19.6%	32.6%
7.0~7.9	4	8	3	4	5	11	
		14.3%	28.6%	10.7%	14.3%	17.9%	39.3%
8.0以上	2	1	0	1		5	
		25.0%	12.5%	0.0%	12.5%		62.5%

血圧

H27年度		H28年度 の結果をみる					
		継続受診者 192人 68.8%				未受診 (中断)	75歳 到達者
I度高血圧以上 279人 28.6%		正常高値 以下	I度	II度	III度		
		33.0%	29.0%	5.7%	1.1%	31.2%	2.9%
I度	223	74	67	10	1	71	8
		33.2%	30.0%	4.5%	0.4%	31.8%	3.6%
II度	51	17	12	6	2	14	0
		33.3%	23.5%	11.8%	3.9%	27.5%	0.0%
III度	5	1	2	0	0	2	0
		20.0%	40.0%	0.0%	0.0%	40.0%	0.0%

	改善	変化なし	悪化	未受診	
合計	106	73	13	87	
		38.0%	26.2%	4.7%	31.2%
I度	74	67	11	71	
		33.2%	30.0%	4.9%	31.8%
II度	29	6	2	14	
		56.9%	11.8%	3.9%	27.5%
III度	3	0		2	
		60.0%	0.0%		40.0%

LDL コレステロール

H27年度		H28年度 の結果をみる					
		継続受診者 229人 69.6%				未受診 (中断)	75歳 到達者
140以上 329人 33.8%		140未満	140~159	160~179	180以上		
		21.3%	20.1%	15.8%	12.5%	30.4%	4.9%
140~159	177	47	45	22	6	57	11
		26.6%	25.4%	12.4%	3.4%	32.2%	6.2%
160~179	97	17	17	20	16	27	4
		17.5%	17.5%	20.6%	16.5%	27.8%	4.1%
180以上	55	6	4	10	19	16	1
		10.9%	7.3%	18.2%	34.5%	29.1%	1.8%

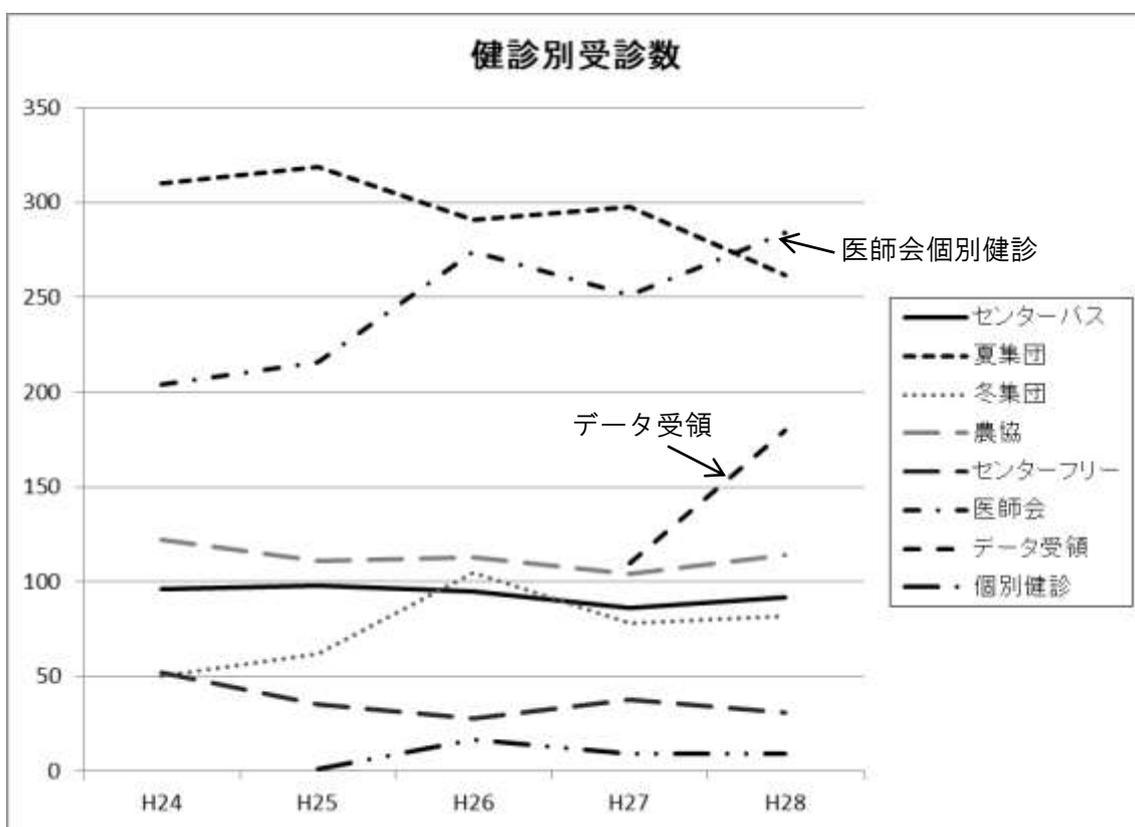
	改善	変化なし	悪化	未受診	
合計	101	84	44	100	
		30.7%	25.5%	13.4%	30.4%
140~159	47	45	28	57	
		26.6%	25.4%	15.8%	32.2%
160~179	34	20	16	27	
		35.1%	20.6%	16.5%	27.8%
180以上	20	19		16	
		36.4%	34.5%		29.1%

(4) 特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

個別健診と治療中データの受領の増加により、平成 26 年度と比べ受診率は 4.7%増加した。特定保健指導も実施率が増加しているが、終了者数は 5 人の増加にとどまっている。特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに国の目標値 60%に対しては低い状態にある。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								余市町	同規模平均
H26年度	3,926	873	22.2	165	115	40	34.8	52.7	51.5
H28年度	3,750	1,007	26.9	118	109	45	41.3	52.6	51.1



事業毎の集計より

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率(平成20年度比)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度※
目標	15.0%	20.0%	20.0%	25.0%	25.0%
実績	△ 0.7%	△ 3.6%	△ 13.3%	△ 15.3%	△ 17.0%

計算シートにより年齢調整の上算出

2. 第1期に係る考察

第1期の成果目標であった特定健診受診率の2%増は達成できた。

治療中データを受領することで特定健診受診率の増加につながったと考える。しかし、まだ低い状態であるため、さらなる受診率の増加により生活習慣の改善が必要である。特定保健指導実施数を増加するために実施方法の改善も必要である。

もう一つの成果目標であった継続受診者のHbA1c、血圧、LDL コレステロールの改善率については、血圧、LDL コレステロールについては目標である30%以上を達成できたものの、HbA1cについては達成できなかった。

医療費の状況では、1人当たり医療費の減少、外来医療費の増加、入院医療費の減少と変化しており、医療費適正化には向かってきていると考えるため、これまでの取組を継続し、特定健診未受診者対策および重症化予防の取組に力を入れていきたい。

計画の対象疾患の総医療費に占める割合ではがんの割合が最も多いため、早期発見のためにがん検診の受診率向上が必要と考える。また、計画の対象疾患ではないが、筋・骨疾患の医療費割合が次いで多く、介護保険へも影響することから、予防としての運動の必要性を伝えていくことも重要と考える。さらに、中長期目標疾患の中では慢性腎不全が最も総医療費に占める割合が高く、今後人工透析に移行する危険性が高いことから、基礎疾患のうち特に糖尿病と高血圧への対策が重要となる。

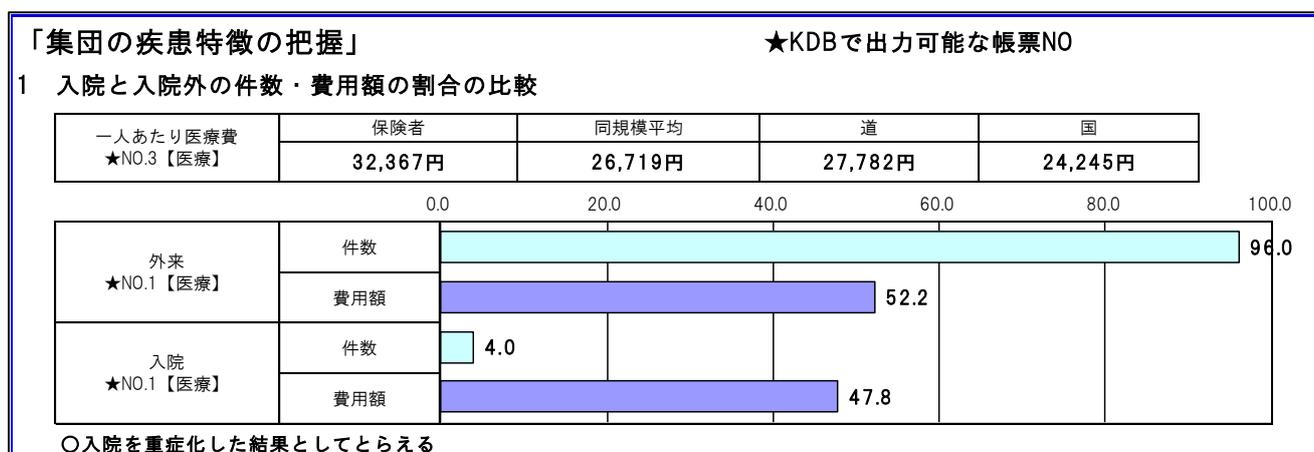
Ⅱ 第 2 期計画における健康課題の明確化

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)

一人あたり医療費が国・道・同規模市町村より高い。入院はわずか 4%の件数で費用額全体の 47.8%を占めている。

【図表 13】



2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 14)

医療費が一月 100 万円以上の高額となる疾患をみると、がんによるものが最も多く、件数及び費用額ともに全体の 28%を占める。どの疾患も 60 代以降で多くなっている。

6 か月以上の長期入院については、精神疾患による人が 64.5%を占めるが、データヘルス計画の対象疾病とはならないため、ここでの検討は控える。脳血管疾患と虚血性心疾患は 6 か月以上の長期入院の人数割合よりも、費用額に占める割合が大きい。

人工透析では、年度累計で糖尿病を治療している人が 67%を占め、糖尿病の発症・重症化予防が重要である。

生活習慣病の治療者数構成割合では、虚血性心疾患が最も多かった。脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の人のそれぞれ 75%以上が高血圧をもっていた。

【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		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	139人	7人 5.0%		11人 7.9%		41人 29.5%		82人 59.0%		
		件数	年 代 別	206件	8件 3.9%		13件 6.3%		58件 28.2%		127件 61.7%	
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	14	11.0%
				40代	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	19	15.0%
				50代	1	12.5%	2	15.4%	1	1.7%	5	3.9%
				60代	6	75.0%	5	38.5%	31	53.4%	42	33.1%
70-74歳	0	0.0%	6	46.2%	25	43.1%	47	37.0%				
費用額		3億2601万円	1061万円 3.3%		2082万円 6.4%		9427万円 28.9%		2億0031万円 61.4%			

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	76人	49人 64.5%		7人 9.2%		3人 3.9%	
		件数	666件	438件 65.8%		77件 11.6%		26件 3.9%	
		費用額	2億9750万円	1億5867万円 53.3%		3995万円 13.4%		1424万円 4.8%	

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	14人	7人 50.0%		4人 28.6%		8人 57.1%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	179件	120件 67.0%		36件 20.1%		80件 44.7%	
			費用額	6686万円	4521万円 67.6%		1455万円 21.8%		3173万円 47.5%	

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症						
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の 基 礎 な 疾 患	2,389人	218人 9.1%		304人 12.7%		50人 2.1%						
			高血圧	175人 80.3%		260人 85.5%		38人 76.0%						
			糖尿病	94人 43.1%		129人 42.4%		50人 100.0%						
			脂質 異常症	129人 59.2%		189人 62.2%		31人 62.0%						
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	1,413人 59.1%		663人 27.8%		1,022人 42.8%		175人 7.3%	

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

脳卒中により介護認定を受けている人が半数近くいる。また、高齢になるほど血管疾患や筋・骨格疾患で介護認定を受けている実態がある。

約 8 割の人が基礎疾患に高血圧をもっており、糖尿病や脂質異常症の割合も 5 割以上と高めである。

介護認定を受けている人の医療費は受けていない人の倍近くとなっていることから、要介護状態になることを予防するため、高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが大切である。

【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		7,351人		3,169人		3,501人		6,670人		14,021人		
	認定者数		35人		214人		1,567人		1,781人		1,816人		
	認定率		0.48%		6.8%		44.8%		26.7%		13.0%		
	新規認定者数(*1)		9人		49人		187人		236人		245人		
	介護度別人数	要支援1・2		5		77		465		542		547	
要介護1・2		19		87		686		773		792			
要介護3～5		11		50		416		466		477			
要介護 実況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数(全体)		35		214		1,567		1,781		1,816		
	再)国保・後期		22		144		1,414		1,558		1,580		
	(レセプトの 診断名より 重複して計上) 有病状況	循環器 疾患	1	脳卒中	13 59.1%	脳卒中	66 45.8%	脳卒中	710 50.2%	脳卒中	776 49.8%	脳卒中	789 49.9%
			2	腎不全	4 18.2%	虚血性 心疾患	48 33.3%	虚血性 心疾患	633 44.8%	虚血性 心疾患	681 43.7%	虚血性 心疾患	684 43.3%
		3	虚血性 心疾患	3 13.6%	腎不全	21 14.6%	腎不全	180 12.7%	腎不全	201 12.9%	腎不全	205 13.0%	
		基礎疾患 (*2)	糖尿病	13 59.1%	糖尿病	97 67.4%	糖尿病	877 62.0%	糖尿病	974 62.5%	糖尿病	987 62.5%	
			高血圧	17 77.3%	高血圧	114 79.2%	高血圧	1222 86.4%	高血圧	1336 85.8%	高血圧	1353 85.6%	
			脂質 異常症	10 45.5%	脂質 異常症	93 64.6%	脂質 異常症	782 55.3%	脂質 異常症	875 56.2%	脂質 異常症	885 56.0%	
		血管疾患 合計		合計		合計		合計		合計		合計	
				20 90.9%		131 91.0%		1357 96.0%		1488 95.5%		1508 95.4%	
認知症		認知症		認知症		認知症		認知症		認知症			
		3 13.6%		29 20.1%		550 38.9%		579 37.2%		582 36.8%			
筋・骨格疾患		筋骨格系		筋骨格系		筋骨格系		筋骨格系		筋骨格系			
		20 90.9%		121 84.0%		1325 93.7%		1446 92.8%		1466 92.8%			
*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護実況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上													
*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む													
介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較						★NO.1【介護】							
0 2,000 4,000 6,000 8,000 10,000													
要介護認定者医療費 (40歳以上)		8,056											
要介護認定なし医療費 (40歳以上)		4,238											

2. 健診受診者の実態(図表 16-17)

有所見者割合をみると、男性は BMI・腹囲・中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸・収縮期血圧・LDL コレステロールが国・道を上回っており、内臓脂肪の蓄積による影響が考えられる。

女性は中性脂肪・HDL コレステロール・空腹時血糖・尿酸・収縮期血圧・LDL コレステロールが国・道を上回っているが、BMI・腹囲は高くないことから内臓脂肪の蓄積とは別の要因が考えられる。

男女ともにメタボリックシンドローム該当者割合が、国・道・同規模平均を上回っている。(参考資料 1)

【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 (帳票)											
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	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	37,296	36.0	53,280	51.4	29,215	28.2	24,097	23.2	8,354	8.1	30,095	29.0	51,980	50.1	15,185	14.6	52,921	51.1	26,784	25.8	52,216	50.4	1,524	1.5	
保険者	合計	167	38.1	230	52.5	144	32.9	111	25.3	32	7.3	128	29.2	210	47.9	89	20.3	224	52.1	84	19.2	22	50.9	8	1.8
	40-64	70	44.9	88	56.4	59	37.8	55	35.3	12	7.7	38	24.4	58	37.2	36	23.1	60	38.5	32	20.5	94	60.3	0	0.0
	65-74	97	34.4	142	50.4	85	30.1	56	19.9	20	7.1	90	31.9	152	53.9	53	18.8	168	59.6	52	18.4	127	45.0	8	2.8
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	33,948	23.3	24,026	16.5	22,761	15.6	14,186	9.7	2,418	1.7	24,244	16.6	68,307	46.8	3,151	2.2	62,958	43.1	22,679	15.5	85,330	58.5	300	0.2	
保険者	合計	132	23.2	97	17.0	109	19.2	42	7.4	17	3.0	99	17.4	269	47.3	20	3.5	264	46.4	52	9.1	33	59.1	2	0.4
	40-64	50	27.0	34	18.4	32	17.3	15	8.1	3	1.6	16	8.6	71	38.4	7	3.8	63	34.1	22	11.9	113	61.1	1	0.5
	65-74	82	21.4	63	16.4	77	20.1	27	7.0	14	3.6	83	21.6	198	51.6	13	3.4	201	52.3	30	7.8	223	58.1	1	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

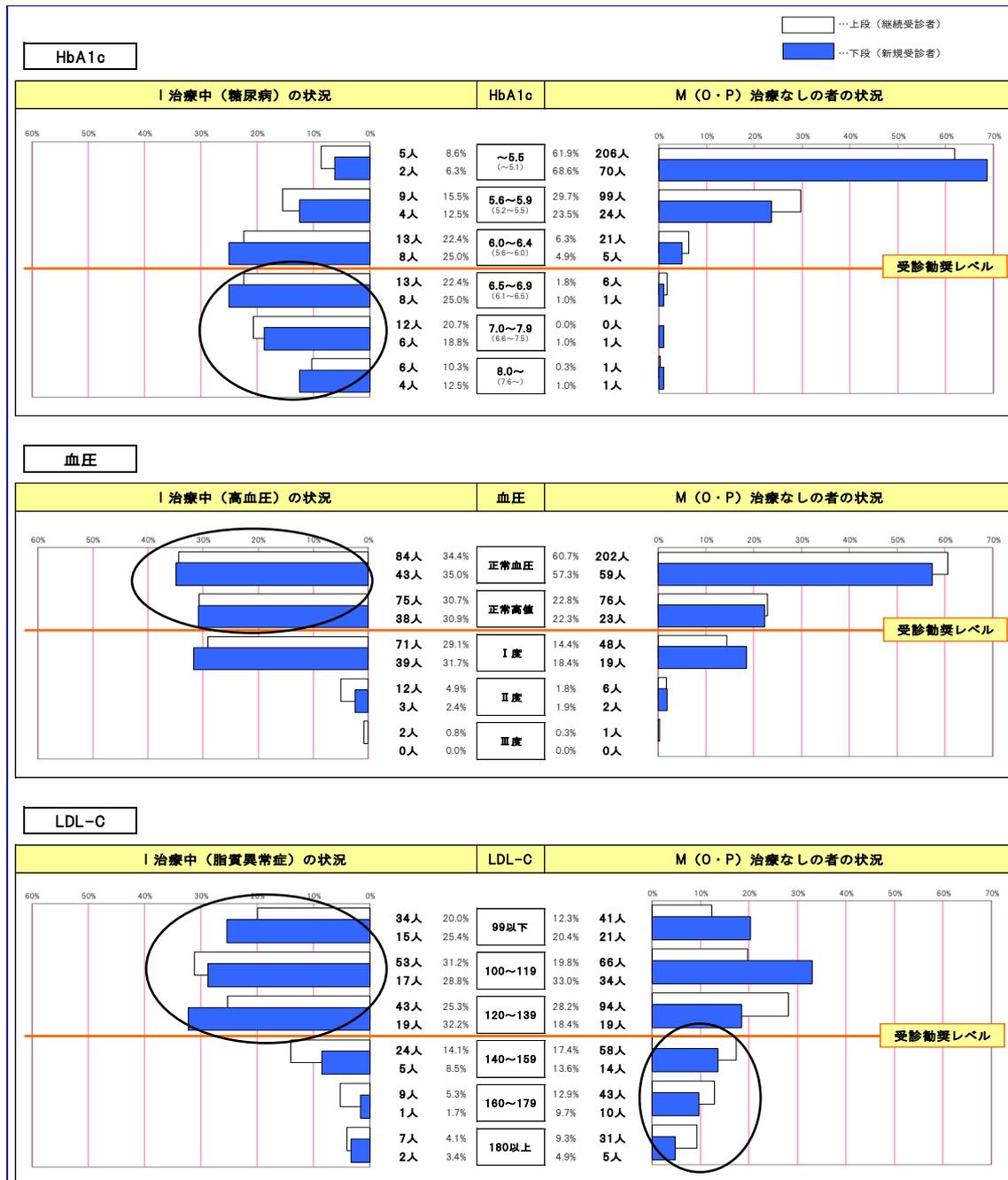
5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)														★NO.24 (帳票)									
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
男性	合計	438	25.2	27	6.2%	58	13.2%	3	0.7%	38	8.7%	17	3.9%	145	33.1%	32	7.3%	2	0.5%	75	17.1%	36	8.2%
	40-64	156	20.7	17	10.9%	23	14.7%	0	0.0%	13	8.3%	10	6.4%	48	30.8%	7	4.5%	2	1.3%	28	17.9%	11	7.1%
	65-74	282	28.5	10	3.5%	35	12.4%	3	1.1%	25	8.9%	7	2.5%	97	34.4%	25	8.9%	0	0.0%	47	16.7%	25	8.9%
女性	合計	569	28.3	8	1.4%	29	5.1%	1	0.2%	23	4.0%	5	0.9%	60	10.5%	3	0.5%	2	0.4%	31	5.4%	24	4.2%
	40-64	185	24.4	5	2.7%	12	6.5%	0	0.0%	7	3.8%	5	2.7%	17	9.2%	0	0.0%	1	0.5%	14	7.6%	2	1.1%
	65-74	384	30.7	3	0.8%	17	4.4%	1	0.3%	16	4.2%	0	0.0%	43	11.2%	3	0.8%	1	0.3%	17	4.4%	22	5.7%

3. 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

服薬治療者と治療なしの者の比較では、糖尿病は服薬治療をしていても HbA1c が高値の人が多く、服薬だけでは改善が難しいと考えられるため、医師と連携した生活・栄養指導が大切である。

高血圧・LDL コレステロールでは、服薬治療をしている人では受診勧奨レベル未滿が多く、服薬による治療効果が高い。しかし、LDL コレステロールが受診勧奨レベルを超えていても治療なしの人が多いため、適切な受診勧奨及び保健指導が必要である。

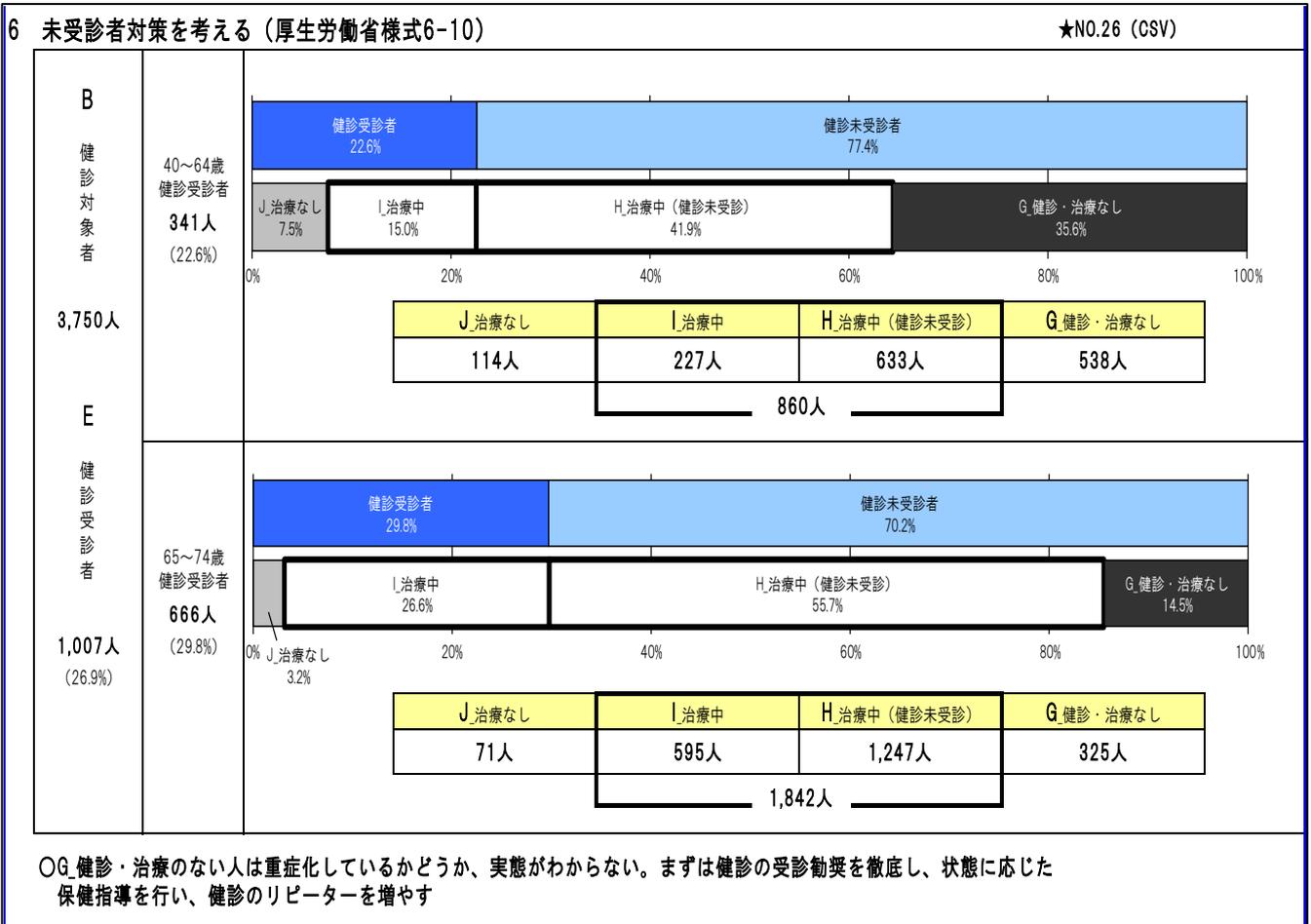
【図表 18】



4. 未受診者の把握(図表 19)

未受診者では「H」治療中が多く、40～64歳の41.9%、65～74歳の55.7%を占める。この対象に対しては平成27年度から治療中データの受領を開始していることから、今後もその取組を強化していくことが大切である。また、40～64歳の「G」健診・治療なしが35.6%、538人と多い。この対象は健康状態が全くわからない状態であるため、今後はこの対象に対する対策を考えていく必要がある。

【図表 19】



Ⅲ 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、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、人工透析の割合を減少または現状維持することを目標とし、それぞれ被保険者に占める治療中者の割合（P8、図表 8）で判断し、脳血管疾患 0.5%減、虚血性心疾患 1%減、人工透析は現状維持を目標値とする。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。

重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは総医療費に占める入院医療費割合を6%減少させ、同規模平均程度とすることを旨とする。

2)短期的な目標の設定

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

具体的には、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と糖尿病があげられる。

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

I 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

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

II 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	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	45%	48%	51%	54%	57%	60%

III 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	3547人	3455人	3365人	3278人	3193人	3110人
	受診者数	1241人	1382人	1514人	1639人	1756人	1866人
特定保健指導	対象者数	134人	149人	164人	177人	190人	202人
	実施者数	60人	72人	84人	96人	109人	122人

IV 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。

- ① 集団健診(中央公民館・福祉センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

2. 特定健診委託基準

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

3. 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、受診券郵送時に個別に通知する。

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・貧血・尿アルブミン）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 4 項）

5. 実施時期

6 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

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、かかりつけ医との連携を行う。

7. 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、北海道国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

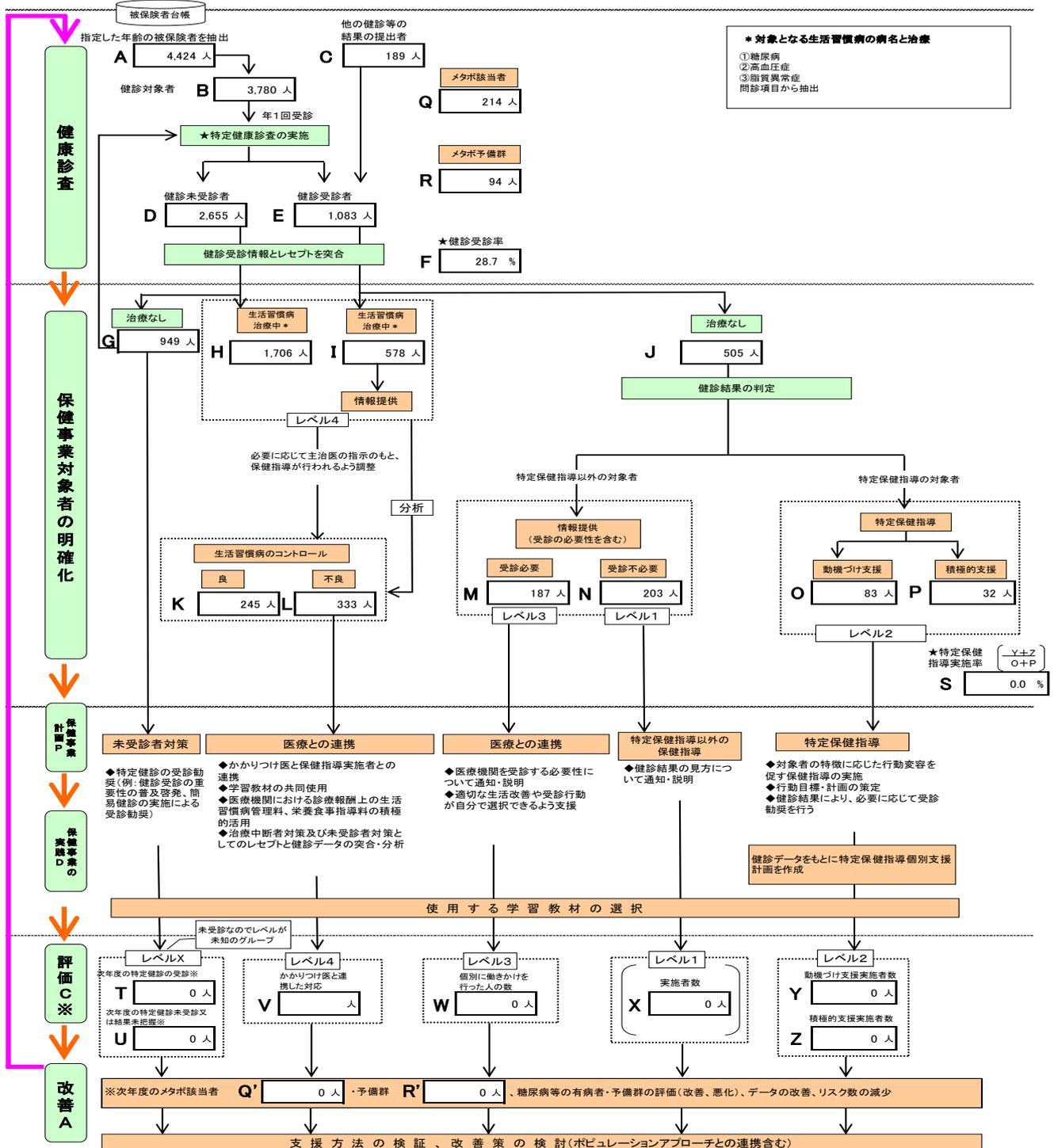
1. 健診から保健指導実施の流れ

KDB 帳票 厚生労働省様式 6-10 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)

【図表 23】

様式6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導(2016年度)(両方)(年齢:~)

健診から保健指導実施へのフローチャート



※年度内 75 歳を除く マルチマーカー

2. 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 24)

【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
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	115 人 (10.6%)
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	187 人 (17.3%)
3 ①	G	健診未受診者 (医療受診無し)	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の 重要性の普及啓発による受診勧奨)	949 人 ※受診率目標 達成までにあと 158 人
3 ②	H	健診未受診者 (医療受診有り)	◆特定健診の受診勧奨(例:診療中デー タ提供の協力依頼)	1706 人
4	L	情報提供	◆かかりつけ医と連携 ◆治療中断者対策としてのレセプトと健診 データの突合・分析	333 人
5	N K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆かかりつけ医と連携 ◆治療中断者対策としてのレセプトと健診 データの突合・分析	448 人 (41.4%)

VI 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余市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、委託先が必要な個人情報保護対策を講じ、契約内容を遵守するよう指導・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

特定健康診査のデータは、北海道国民健康保険団体連合会で管理すると同時に、本町の「健康管理システム」においても、被保険者の健康診査及び保健指導の記録等とともに管理する。

また、被保険者が生涯にわたり自身の健康情報を活用し、健康づくりに役立てるための支援を行えるよう健康診査結果や保健指導などの内容、記録は経年的に保管・管理する。

特定健康診査等の記録の保存義務期間は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」第十条に基づき、当該記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年を経過するまでの期間、または加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとするが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

VII 結果の報告

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

VIII 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）に基づき、計画は余市町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、脳血管疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心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。

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。

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

II 重症化予防の取組

中長期目標疾患である、脳血管疾患・糖尿病性腎症・虚血性心疾患の予防では、第一に要介護となる危険性も高い脳血管疾患に対する予防を優先し、次に患者のQOLへの影響が大きく、総医療費に占める割合が高い糖尿病性腎症、最後に虚血性心疾患の予防と優先順位をつけ取組を行う。

それぞれの取組においてはP25 図表24の保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法をふまえて実施する。

1. 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25、26)

【脳卒中の分類】

【図表 25】

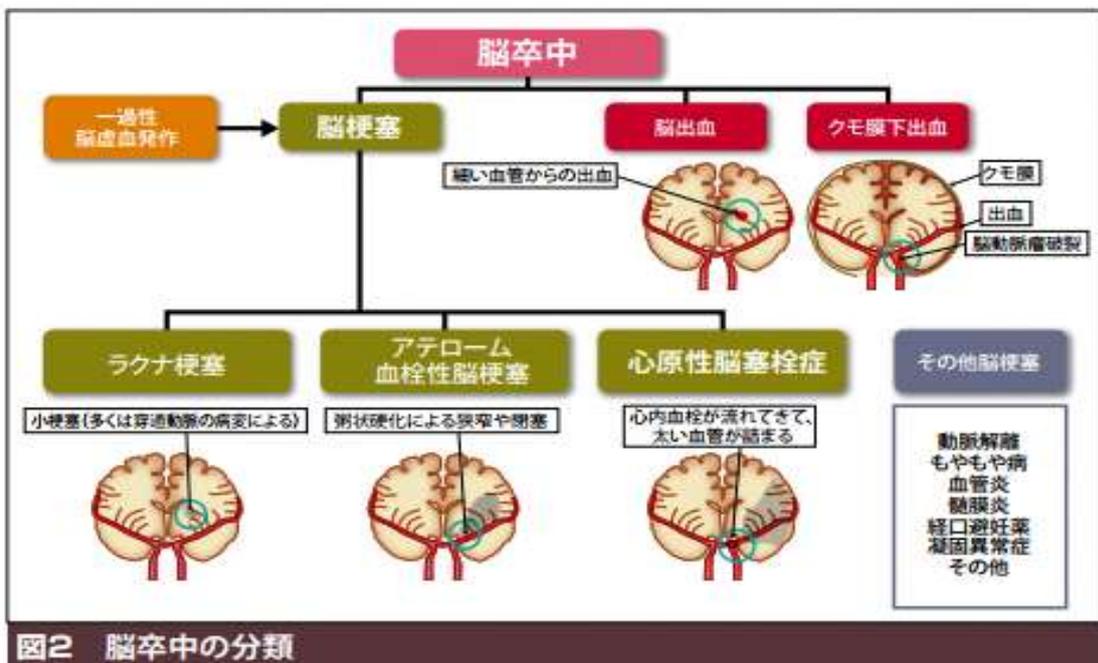


図2 脳卒中の分類

(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 26】

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 27 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 27】

リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧		糖尿病		脂質異常症 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
	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40未満)	
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	●												
特定健診受診者における 重症化予防対象者	35人 3.3%		70人 6.6%		58人 5.5%		6人 0.6%		209人 19.8%		16人 1.5%		35人 3.3%	
受診者数1,056人														
治療なし	15人	2.4%	36人	3.8%	49人	6.3%	3人	0.6%	44人	8.8%	2人	0.4%	10人	2.0%
治療あり	20人	4.8%	34人	34.3%	9人	3.3%	3人	0.5%	165人	29.8%	14人	2.5%	25人	4.6%
臓器障害あり	6人	40.0%	4人	11.1%	17人	34.7%	3人	100.0%	9人	20.5%	2人	100.0%	10人	100.0%
臓器障害ありの内	CKD(専門医対象)	1人	1人	6人	1人	1人	1人	2人	10人					
	尿蛋白(2+)以上	1人	1人	1人	0人	0人	2人	0人						
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人						
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	0人	1人	6人	1人	1人	0人	10人						
	心電図所見あり	5人	3人	12人	3人	9人	0人	4人						

(平成 28 年度特定健診結果より)

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 35 人(3.3%)であり、15 人は未治療者であった。また未治療者のうち 6 人(40.0%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 20 人(4.8%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2)リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 28)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 28】

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
		637	217	156	154	95	13	2		
			34.1%	24.5%	24.2%	14.9%	2.0%	0.3%		
リスク第1層		66	38	15	10	3	0	0		
			10.4%	17.5%	9.6%	6.5%	3.2%	0.0%	0.0%	
リスク第2層		284	90	76	67	46	4	1		
			44.6%	41.5%	48.7%	43.5%	48.4%	30.8%	50.0%	
リスク第3層		287	89	65	77	46	9	1		
			45.1%	41.0%	41.7%	50.0%	48.4%	69.2%	50.0%	
再掲) 重複あり	糖尿病	65	13	9	23	16	4	0		
			22.6%	14.6%	13.8%	29.9%	34.8%	44.4%	0.0%	
	慢性腎臓病 (CKD)	169	66	44	37	18	4	0		
			58.9%	74.2%	67.7%	48.1%	39.1%	44.4%	0.0%	
3個以上の危険因子		123	25	20	38	34	5	1		
			42.9%	28.1%	30.8%	49.4%	73.9%	55.6%	100.0%	

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会 (平成 28 年度特定健診結果より)

図表 28 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。

(3)心電図検査における心房細動の実態



図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(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。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 29 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 29】

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	275	326	6	2.2%	0	0.0%	-	-
40歳代	24	18	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50歳代	34	46	1	2.9%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	130	152	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	87	110	5	5.7%	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。70～74歳の値は70～79歳。

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	2	33.3%	4	66.7%

心電図検査において6人に心房細動の所見があり、そのほとんどが70代以上であった。また6人のうち4人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性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の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

① 介入方法と優先順位

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① リスクの高い医療機関未受診者
 - ② 健診受診者の内高血圧治療中であったが中断している者
- ・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】

- ①高血圧通院する患者のうち重症化するリスクの高い人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

- ①過去に健診受診歴がある高血圧治療者
 - ・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

(2)二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「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これらの検査を二次健診として実施することを検討していく。

(3)対象者の管理

①高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 9)

②心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 10)

4)医療との連携

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

5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6)評価

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

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

(1)短期的評価項目

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

7 月～特定健診結果が届き次第高血圧・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)

2. 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 30 に沿って実施する。

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

【図表 30】

【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

(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北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考とし、抽出すべき対象者を以下のとおりとする。

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

(2)選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 31)

【図表 31】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{※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 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※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。

余市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一部の実施にとどまっております把握が難しい。しかし、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 3)

②基準に基づく該当者数の把握

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

(図表 32)

余市町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 46 人(31.1%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 584 人中、特定健診受診者が 102 人(17.5%・G)であり、中断者はいなかった(キ)。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 342 人(58.6%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 58 人(イ)のうち 6 人(オ)は治療中断であることが分かった。また、52 人(カ)については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

図表 33 より余市町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・46 人

②糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)・・・6 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】

①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)・・・102 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

①過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・52 人

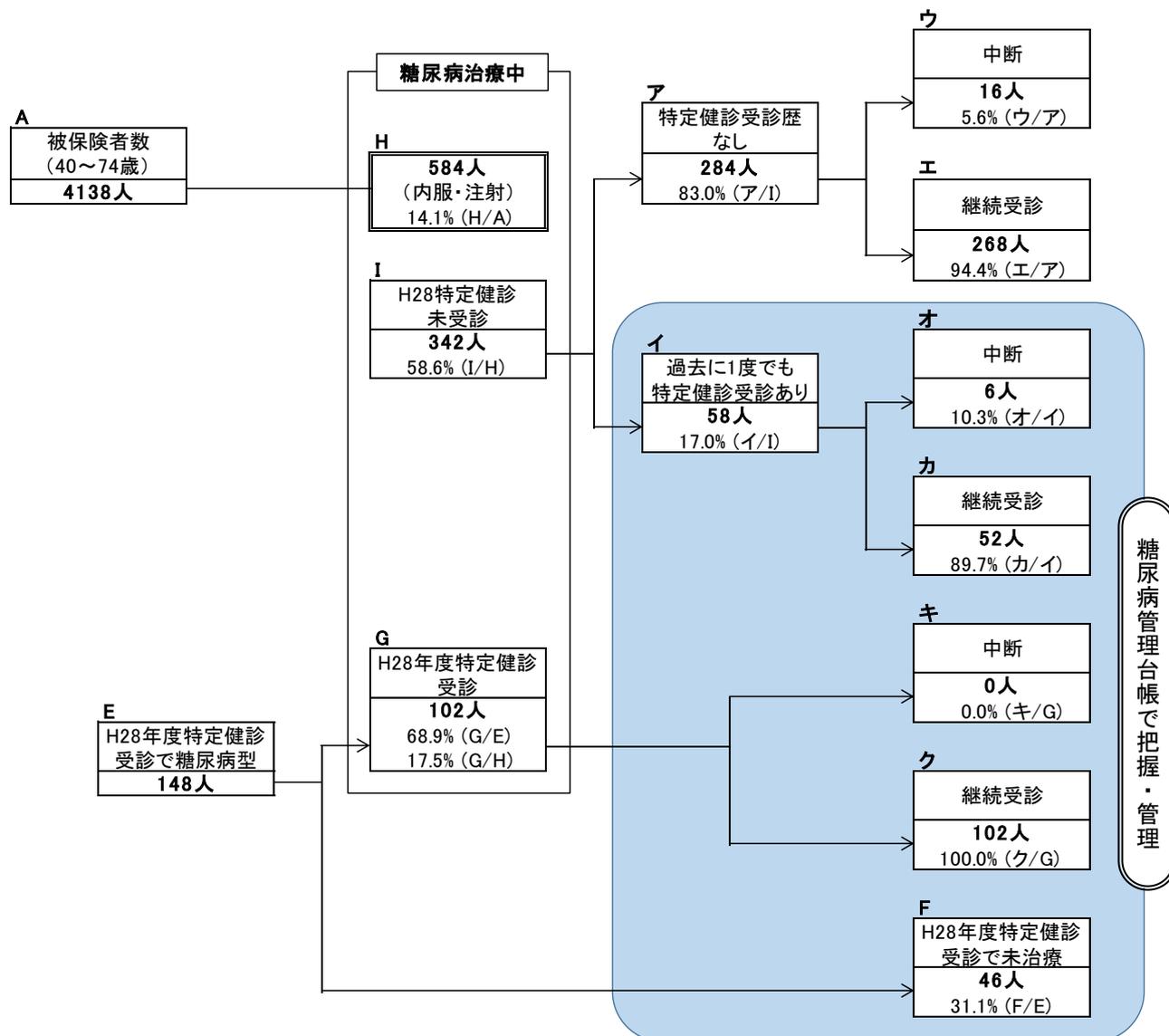
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 32】

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 H29 年に糖尿病治療が無い人



(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 4)及び年次計画表(参考資料 5)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

3)保健指導の実施

(1)糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。余市町においては、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 33)

【図表 33】

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> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<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 ○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 style="text-align: right; margin-right: 20px;"> } 6.0%未満 </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<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のみで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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、集団健診のみに尿アルブミン検査を追加項目として実施しているが、個別健診において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。尿アルブミン検査の全数実施が望まれる。

4) 医療との連携

糖尿病性腎症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、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様式 6-1 糖尿病性腎症予防の取り組み評価表(参考資料 6)を用いて行っていく。

(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 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

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
- 7 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. 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 7)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 8)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドッ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。余市町において健診受診者(年度内保険異動者含む)1,083 人のうち心電図検査実施者は 601 人(55.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 21 人であった(図表 34)。ST 所見あり 21 人中のうち 7 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 3 人は未受診であった(図表 35)。医療機関未受診者には受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 14 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

余市町は国・道・同規模市町村と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 34】

	心電図検査a		ST所見ありb		その他の所見c		異常なしd	
	人	%	人	(b/a)%	人	(c/a)%	人	(d/a)%
平成28年度	601	100	21	3.5%	155	25.8%	425	70.7%

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 35】

ST所見ありa		要精密検査b		医療機関受診ありc		受診なしd	
人	%	人	(b/a)%	人	%	人	%
21	100	7	33.3%	4	57.1%	3	42.9%

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 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準とした「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 36 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

①②対象者の把握

【図表 36】

平成28年度実施	受診者		① 心電図検査実施		
			ST変化	その他の変化	異常なし
	601		21	155	425
			3.5%	25.8%	70.7%
メタボ該当	92		4	25	63
	15.3%		4.3%	27.2%	68.5%
メタボ予備軍	55		1	18	36
	9.2%		1.8%	32.7%	65.5%
メタボなし	454		16	112	326
	75.5%		3.5%	24.7%	71.8%
LDL-C	140-159	69	1	13	55
		11.5%	1.4%	18.8%	79.7%
	160-179	47	0	16	31
		7.8%	0.0%	34.0%	66.0%
	180-	30	3	8	19
		5.0%	10.0%	26.7%	63.3%
(参考)CKD	G3aA1~	196	4	52	140
		32.6%	2.0%	26.5%	71.4%

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 37 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。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 37】

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(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 8 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」とあることから対象者へはこれらの検査を二次健診として実施することを検討していく。

(3)対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の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、メタボリックシンドロームに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4)医療との連携

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

5)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6)評価

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

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

(1)短期的評価項目

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

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

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

第5章 地域包括ケアに係る取組

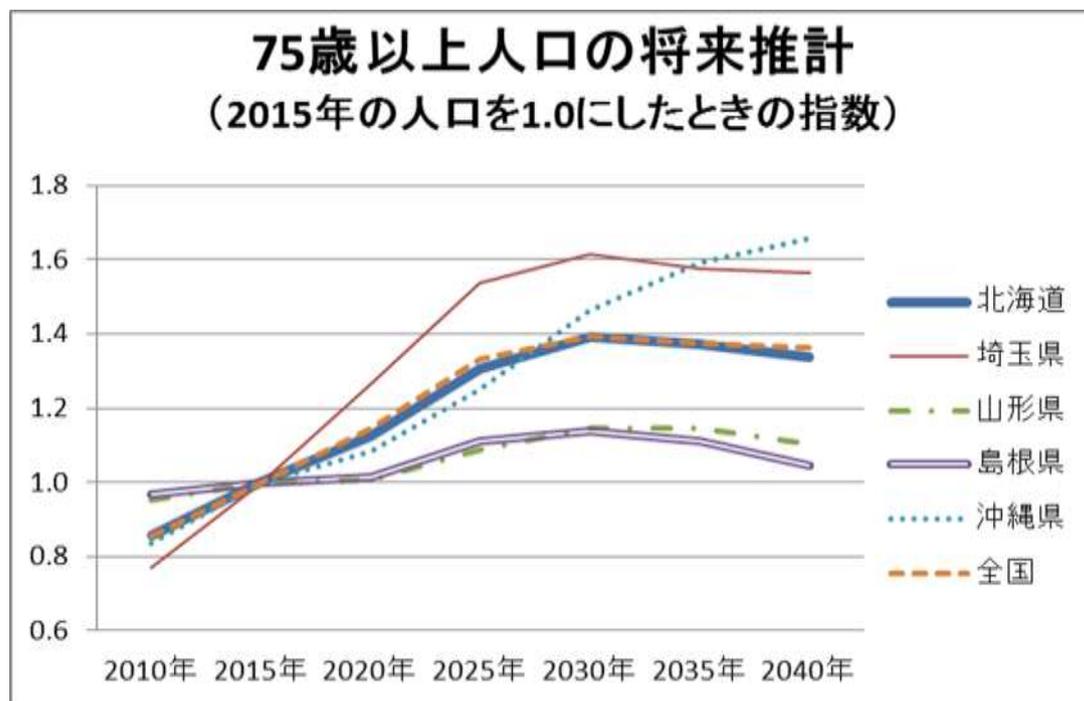
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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ことができる。

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。(図表 38)

国保では被保険者に占める高齢者の割合が高く、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 38】



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

第6章 計画の評価・見直し

I 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。

II 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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

具体的な評価方法は、KDB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定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

I 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、地域の医師会等に周知する。

II 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。

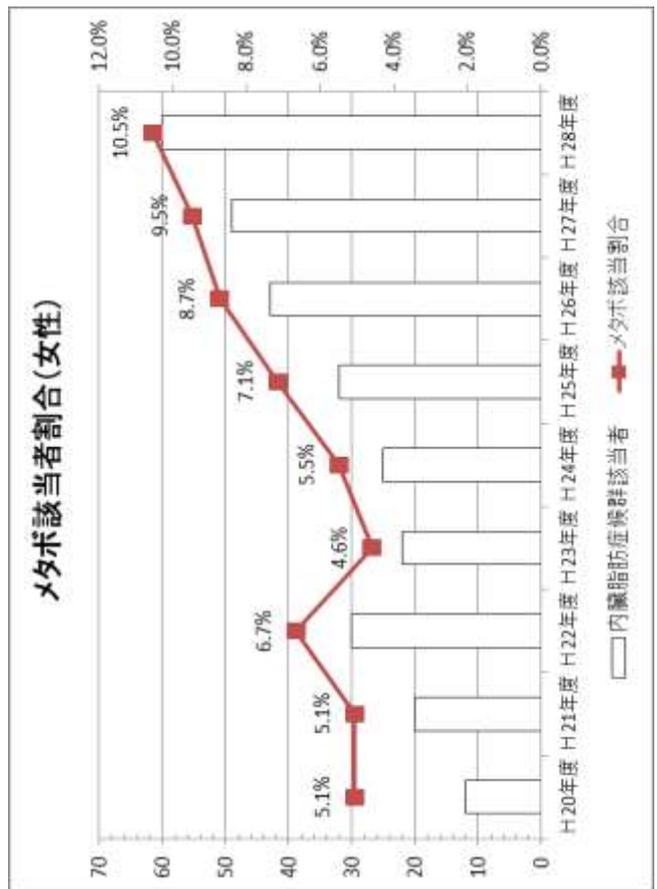
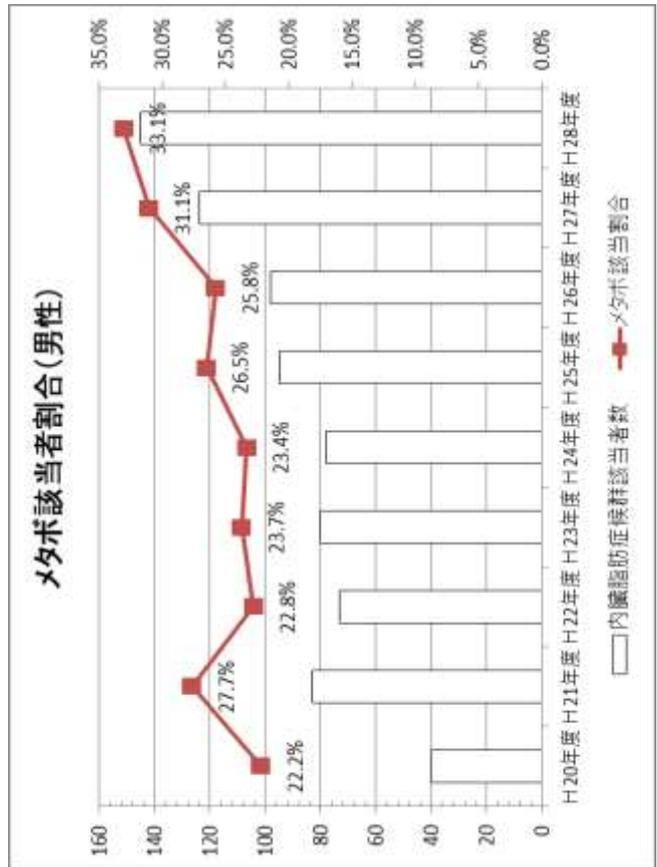
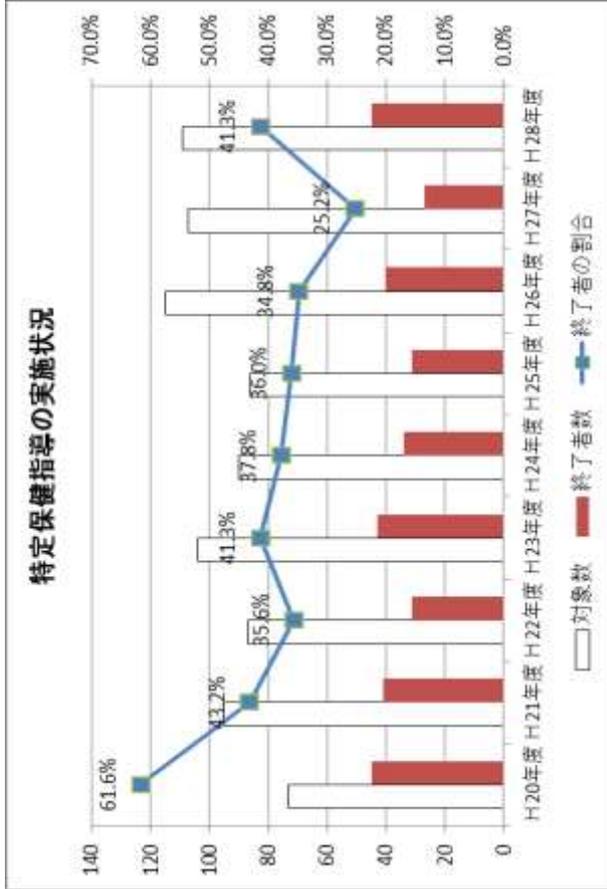
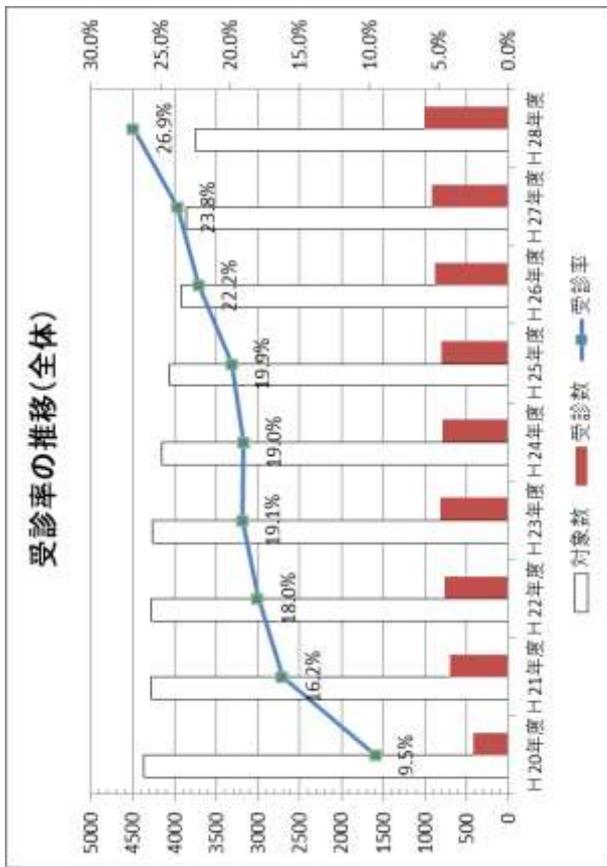
参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた余市町の位置
- 参考資料 2 特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者状況
- 参考資料 3 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 4 糖尿病管理台帳
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 6 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 7 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 8 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 9 血圧評価表
- 参考資料 10 心房細動管理台帳
- 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 13 データヘルス計画の目標管理一覧

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた余市町の位置

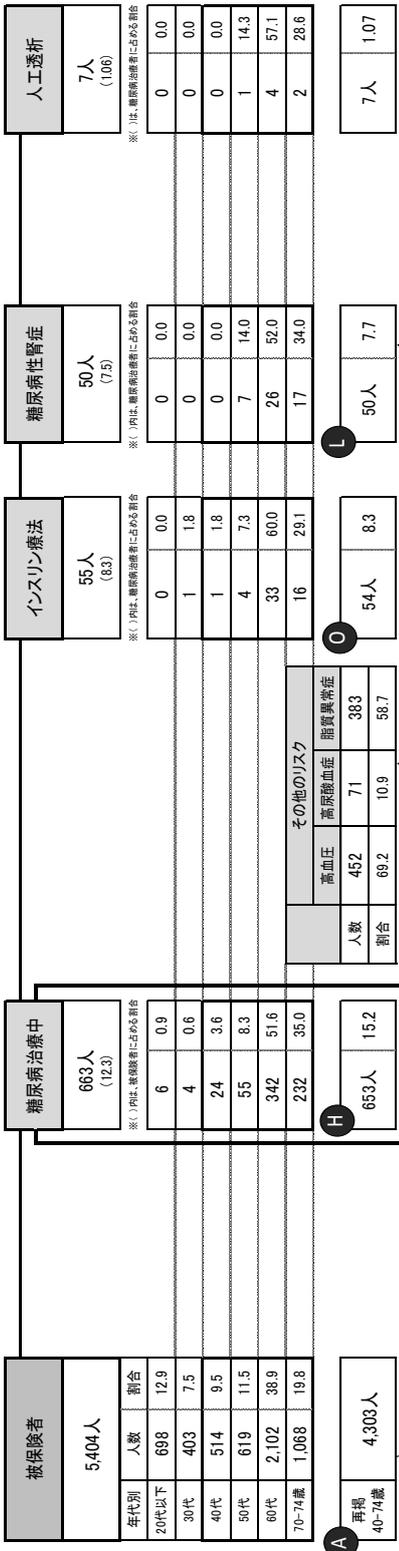
項目	H26		H28		同規模平均		H28 道		H28 国		データ元 (CSV)		
	保険者		保険者		同規模平均		道		国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	21,171		21,171		2,213,234		5,475,176		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		65歳以上（高齢化率）	6,670	31.5	6,670	31.5	623,636	28.2	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	3,501	16.5	3,501	16.5			669,235	12.2	13,989,864	11.2	
		65～74歳	3,169	15.0	3,169	15.0			686,896	12.5	15,030,902	12.0	
		40～64歳	7,351	34.7	7,351	34.7			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0	
	39歳以下	7,150	33.8	7,150	33.8			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8		
2	② 産業構成	第1次産業	16.3		16.3		12.2		7.7		4.2		KDB_NO.3 健康・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		27.7		18.1		25.2		
		第3次産業	66		66.0		60.1		74.2		70.6		
3	③ 平均寿命	男性	78.5		78.5		79.3		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		女性	85.8		85.8		86.3		86.3		86.4		
4	④ 健康寿命	男性	64.1		64.1		65.1		64.9		65.2		
		女性	66.1		66.0		66.8		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	113.5		113.5		103.9		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	98.4		98.4		102.0		97.6		100		
		女性	98.4		98.4		102.0		97.6		100		
		がん	75	44.6	84	47.7	7,565	46.0	18,759	51.6	367,905	49.6	
		心臓病	60	35.7	50	28.4	4,757	29.0	9,429	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	17	10.1	17	9.7	2,675	16.3	4,909	13.5	114,122	15.4	
		糖尿病	2	1.2	4	2.3	338	2.1	669	1.8	13,658	1.8	
		腎不全	10	6.0	18	10.2	619	3.8	1,543	4.2	24,763	3.3	
		自殺	4	2.4	3	1.7	474	2.9	1,080	3.0	24,294	3.3	
			合計	27	9.0	19	5.9			6,945	11.2	139,562	
3	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	17	11.4	16	9.7			4,463	13.9	92,474	13.7	厚労省HP 人口動態調査
		女性	10	6.6	3	1.9			2,482	8.3	47,088	7.4	
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,719	25.6	1,781	26.4	126,477	20.4	315,539	23.0	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	17	0.3	22	0.3	2,113	0.3	5,299	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	41	0.6	35	0.5	2,818	0.4	7,541	0.4	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	408	23.7	463	24.6	27,976	21.2	82,322	25.0	1,350,152	22.1	
		高血圧症	982	56.1	1,055	57.1	69,160	52.8	169,738	51.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	531	30.4	605	32.5	35,266	26.8	100,963	30.7	1,741,866	28.4	
		心臓病	1,078	61.7	1,179	63.3	78,851	60.3	189,496	57.9	3,529,682	58.0	
		脳疾患	491	28.4	534	28.2	34,930	26.8	79,966	24.6	1,538,683	25.5	
		がん	220	12.2	256	13.2	13,037	9.8	38,646	11.6	631,950	10.3	
	筋・骨格	943	54.7	1,061	57.3	67,521	51.7	168,752	51.4	3,067,196	50.3		
精神	623	35.2	676	36.6	47,722	36.3	121,460	36.9	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	59,659		59,937		67,108		57,970		58,284			
	居宅サービス	35,729		36,177		41,924		38,885		39,662			
	施設サービス	295,151		288,281		276,079		283,121		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	7,493		8,056		8,324		8,974		7,980			
	認定あり	4,215		4,238		3,994		4,605		3,816			
	認定なし	3,278		3,818		4,330		4,369		4,164			
4	① 国保の状況	被保険者数	5,523		5,185		574,796		1,312,938		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	2,349	42.5	2,371	45.7			547,124	41.7	12,461,613	38.2	
		40～64歳	2,022	36.6	1,767	34.1			441,573	33.6	10,946,712	33.6	
	39歳以下	1,152	20.9	1,047	20.2			324,241	24.7	9,179,541	28.2		
	加入率	26.1		24.5		26.0		24.0		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.4	2	0.4	173	0.3	569	0.4	8,255	0.3	
		診療所数	17	3.1	17	3.3	1,295	2.3	3,377	2.6	96,727	3.0	
		病床数	363	65.7	357	68.9	22,850	39.8	96,574	73.6	1,524,378	46.8	
		医師数	28	5.1	33	6.4	2,887	5.0	12,987	9.9	299,792	9.2	
		外来患者数	730.6		750.0		686.7		646.1		668.1		
入院患者数	31.9		31.2		22.1		22.9		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	32,526		32,367		26,719		27,782		24,245			
	受診率	762,544		781,15		708,781		668,94		686,286			
	外来費用の割合	50.0		52.2		57.8		55.2		60.1			
	入院費用の割合	50.0		47.8		42.2		44.8		39.9			
	1件あたり在院日数	17.8日		17.4日		16.6日		15.8日		15.6日			
	最大医療資源集積名 (調剤含む)	がん	258,674,290	21.6	280,566,340	24.2	24.4		28.5		25.6		
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	慢性腎不全 (透析あり)	59,785,550	5.0	61,355,780	5.3	9.4		6.5		9.7			
	糖尿病	105,171,050	8.8	106,493,850	9.2	10.2		9.2		9.7			
	高血圧症	147,051,250	12.3	120,339,850	10.4	9.0		7.9		8.6			
	精神	292,236,350	24.5	257,276,560	22.2	18.4		17.2		16.9			
	筋・骨格	166,243,480	13.9	178,268,570	15.3	15.2		16.3		15.2			



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

都道府県名 北海道 市町村名 余市町 同規模区分 12

軽症 ← → 重症

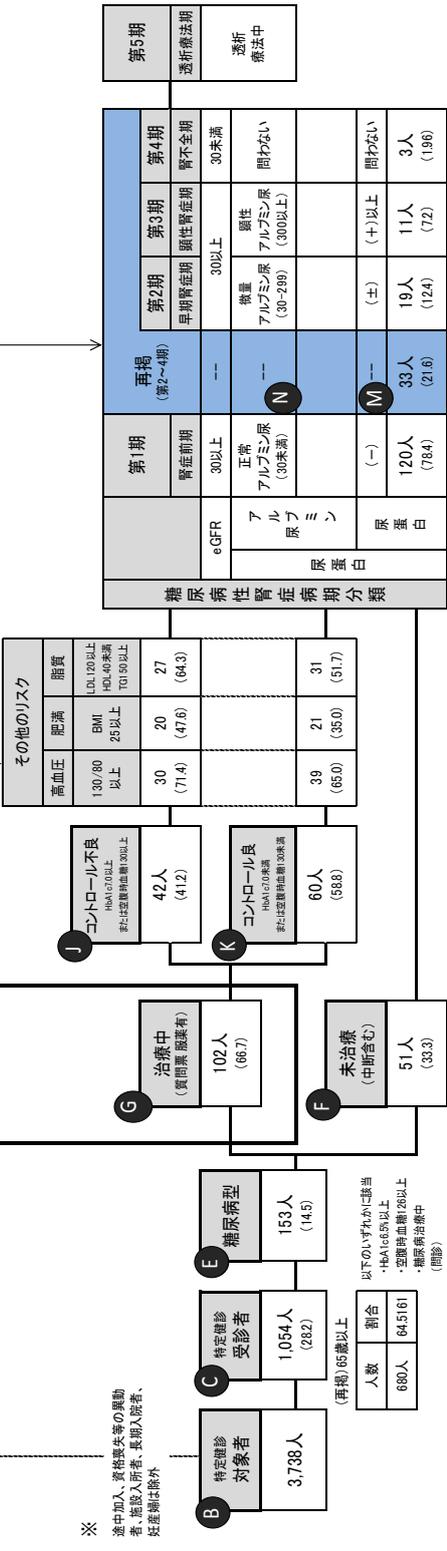


特定健診未受診者
551人 (84.4)~1/H

特定健診受診者
51人 (8.4)~1/H

KOBシステム構築「疾病管理一覧(糖尿病)」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。



【参考資料3】

【参考資料 4】

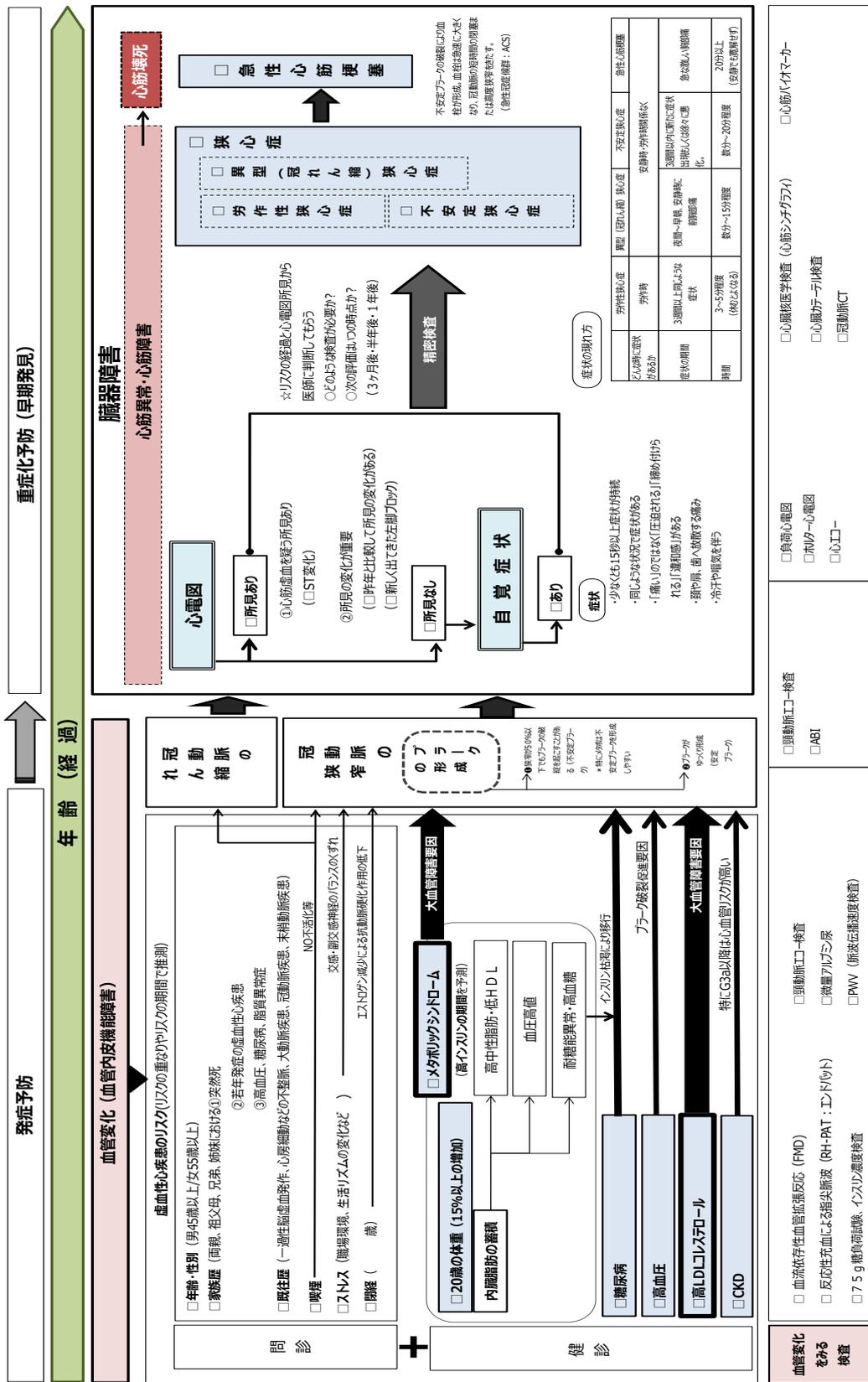
糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						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 5】

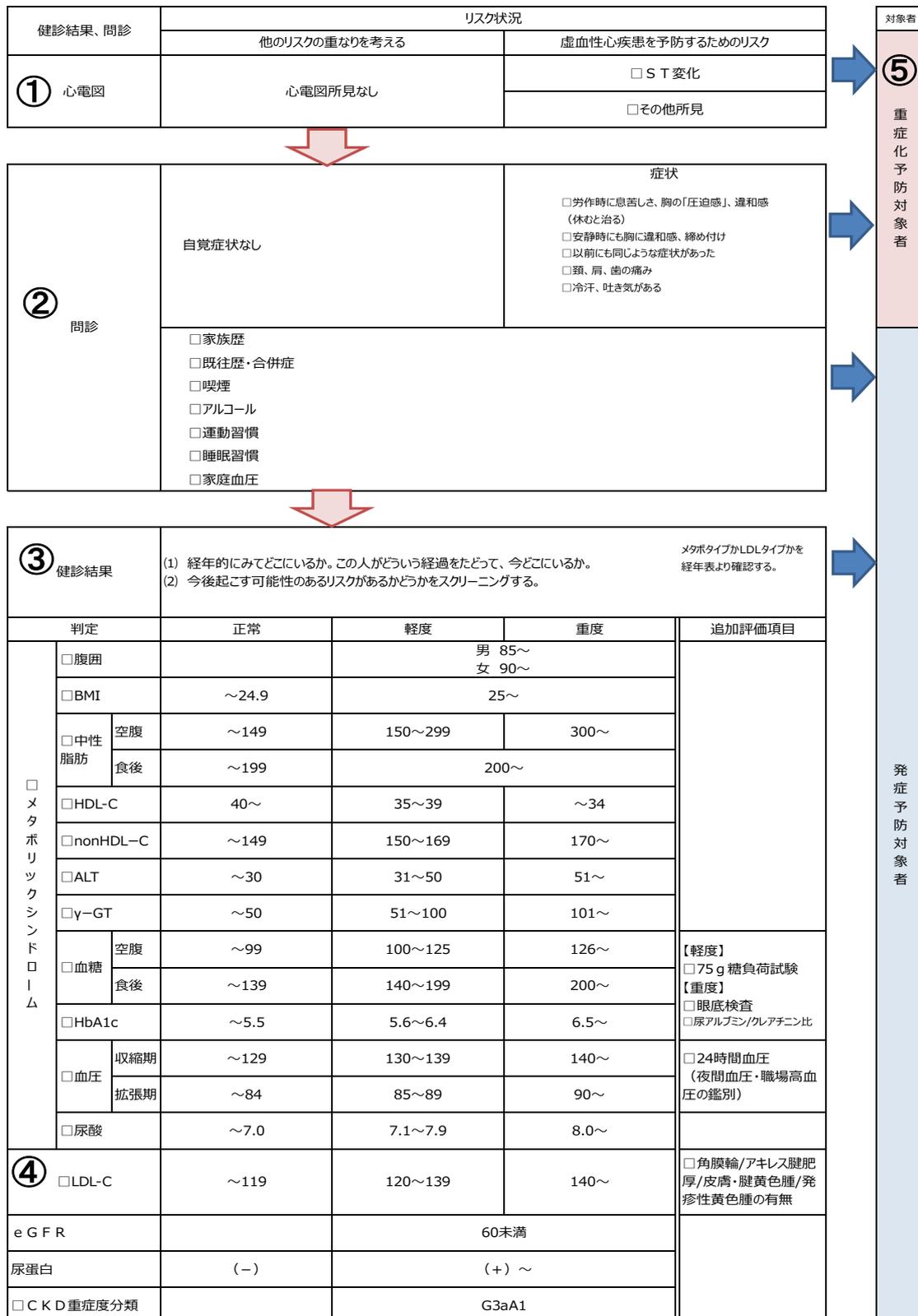
糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医	
	④健診未受診者 ()人				<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保)	()人			
	②後期高齢者	()人			
	③他保険	()人			
	④住基異動(死亡・転出)	()人			
	⑤確認できず	()人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				
	⑤結果把握 ()人				
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *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					

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	12	都道府県	1	市町村名	余市町			
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(127)			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	5,404人						KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳	A	4,303人								
2	①	対象者数	B	3,738人						法定報告		
	②	特定健診 受診者数	C	1,007人								
	③	受診率	C	26.9%								
3	①	特定 保健指導 対象者数		109人								
	②	実施率		41.3%								
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	152人	14.8%					特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	50人	32.9%						
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	102人	67.1%						
	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	42人	41.2%						
	⑤				血圧 130/80以上	30人	71.4%					
	⑥		肥満 BMI25以上		20人	47.6%						
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	60人	58.8%						
	⑧		M	第1期 尿蛋白(-)		119人	78.3%					
	⑨			第2期 尿蛋白(±)		19人	12.5%					
	⑩			第3期 尿蛋白(+)		11人	7.2%					
	⑪			第4期 eGFR30未満		3人	2.0%					
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		122.7人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		151.8人							
	③		レセプト件数 (40-74歳) (内は被保険者千対)	入院外(件数)		3,313件	(800.6)			2,741件	(787.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④			入院(件数)		36件	(8.7)			19件	(5.6)	
	⑤		糖尿病治療中	H	663人	12.3%						KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		(再掲)40-74歳	H	653人	15.2%						
	⑦		健診未受診者	I	551人	84.4%						
	⑧		インスリン治療	O	55人	8.3%						
	⑨		(再掲)40-74歳	O	54人	8.3%						
	⑩		糖尿病性腎症	L	50人	7.5%						
	⑪		(再掲)40-74歳	L	50人	7.7%						
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.06%						
	⑬		(再掲)40-74歳		7人	1.07%						
	⑭		新規透析患者数		4	0.61%						
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		3	0.46%						
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)		24人	2.5%						KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー		
6	①	医療費	総医療費		20億5057万円				14億8907万円		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		11億6136万円				8億4869万円			
	③		(総医療費に占める割合)		56.6%				57.0%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		4,462円				8,344円		
	⑤			健診未受診者		38,063円				32,649円		
	⑥		糖尿病医療費		1億0649万円				8615万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.2%				10.2%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億0742万円							
	⑨		1件あたり		35,922円							
	⑩		糖尿病入院総医療費		2億3986万円							
	⑪		1件あたり		518,064円							
	⑫		在院日数		17日							
	⑬		慢性腎不全医療費		6992万円				8497万円			
	⑭		透析有り		6136万円				7975万円			
	⑮		透析なし		856万円				522万円			
7	①	介護	介護給付費		20億5861万円				15億4299万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		13件	59.1%						
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人	1.4%			3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



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) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

データヘルス計画の目標管理一覧		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					現状値の把握方法	
関連計画	中長期				短期	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	現状値	把握方法	
特定健康計画等	中長期	<p>特定健康診査の受診率は年々上昇しているが、H28年度で26.9%とまだまだ低い状況である。1人当たり医療費はH26年度に比べて減少したが、国・道・同規模と比べて高い状態が続いている。要介護認定者の約半数が脳血管疾患である。また、中長期目標疾患の中では、慢性腎不全が総医療費に占める割合が最も高い。</p>	<p>医療費削減のために特定健康診査、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</p>	特定健康診査受診率60%以上	26.9%									特定健康診査・特定保健指導結果(厚生労働省)		
				特定保健指導実施率60%以上	41.3%											
データヘルス計画	中長期	<p>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</p>	<p>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</p>	脳血管疾患治療中の割合3.5%以下	4%									KDBシステム		
				虚血性心疾患治療中の割合4.5%以下	5.6%											
データヘルス計画	短期	<p>脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす</p>	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	人工透析導入者の割合0.3%以下	0.3%									余市町保健課		
				メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%	-15.3%											
保険者努力支援制度	短期	<p>総医療費に占める割合でがんが最も高く、がん検診の受診率が低い。</p>	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	健康診査受診者の高血圧者の割合20%以下(140/90以上)	22%									余市町保健課		
				健康診査受診者の脂質異常者の割合27%以下(LDL140以上)	29.9%											
保険者努力支援制度	短期	<p>総医療費に占める割合でがんが最も高く、がん検診の受診率が低い。</p>	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	健康診査受診者の糖尿病者の割合7%以下(HbA1c6.5以上)	8.6%									健康増進事業報告		
				高血圧未治療者を治療に結び付ける割合30%以上	20%											
保険者努力支援制度	短期	<p>総医療費に占める割合でがんが最も高く、がん検診の受診率が低い。</p>	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合80%以上	75%									健康増進事業報告		
				がん検診受診率 胃がん検診15%以上	7.9%											
保険者努力支援制度	短期	<p>総医療費に占める割合でがんが最も高く、がん検診の受診率が低い。</p>	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	肺がん検診16.5%以上	7.2%									健康増進事業報告		
				大腸がん検診19%以上	8.1%											
保険者努力支援制度	短期	<p>総医療費に占める割合でがんが最も高く、がん検診の受診率が低い。</p>	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	子宮頸がん検診18%以上	10.1%									健康増進事業報告		
				乳がん検診25%以上	15.5%											