

長沼町国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画

(平成30～平成35年度)

平成30年 3月 長沼町

長沼町国民健康保険

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

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	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
5. 保険者努力支援制度	6
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	7
2. 第2期計画における健康課題の明確化	13
3. 目標の設定	19
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	20
2. 目標値の設定	20
3. 対象者の見込み	20
4. 特定健診の実施	20
5. 特定保健指導の実施	22
6. 個人情報保護	25
7. 結果の報告	25
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	25
第4章 保健事業の内容	26
I 保健事業の方向性	26
II 重症化予防の取組	26
1. 糖尿病性腎症重症化予防	26
2. 虚血性心疾患重症化予防	35
3. 脳血管疾患重症化予防	40

Ⅲ ポピュレーションアプローチ	46
1) 成人	46
2) 子どもの生活習慣病	47
第5章 地域包括ケアに係る取組	49
第6章 計画の評価・見直し	51
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	53
参考資料	54

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

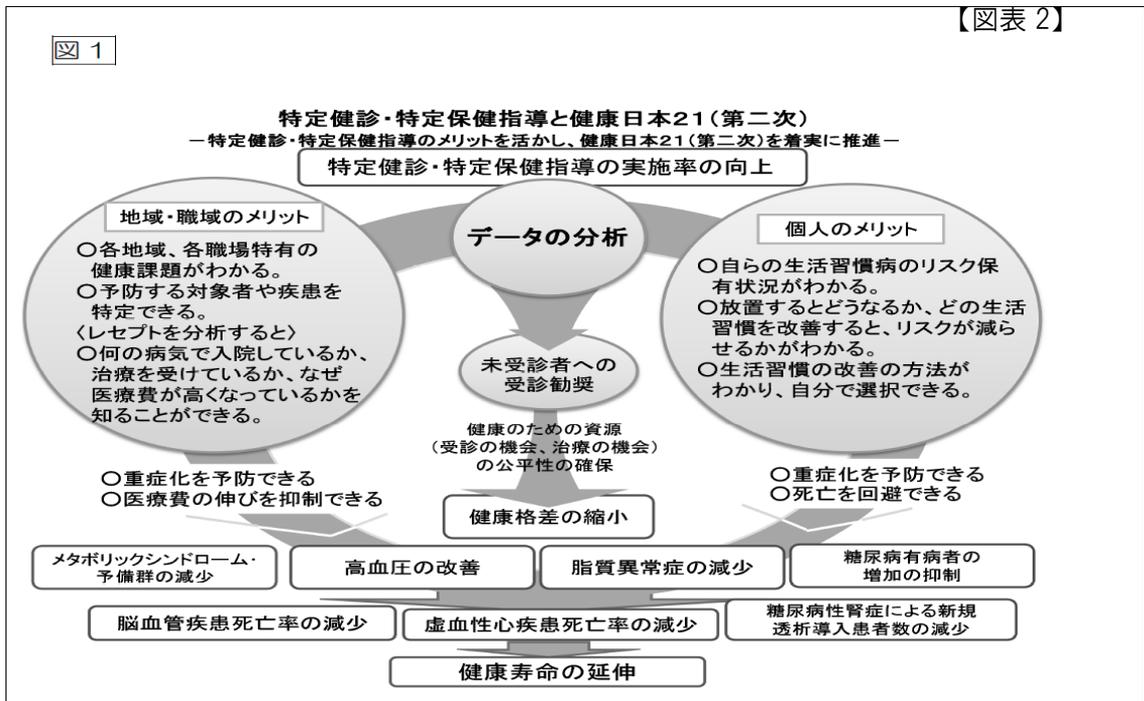
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

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。

策定に当たっては、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の実施計画である「第3期長沼町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を「第2期長沼町国民健康保険 データヘルス計画（以下「本計画」という。）」の一部として位置付け、一体的に策定する。

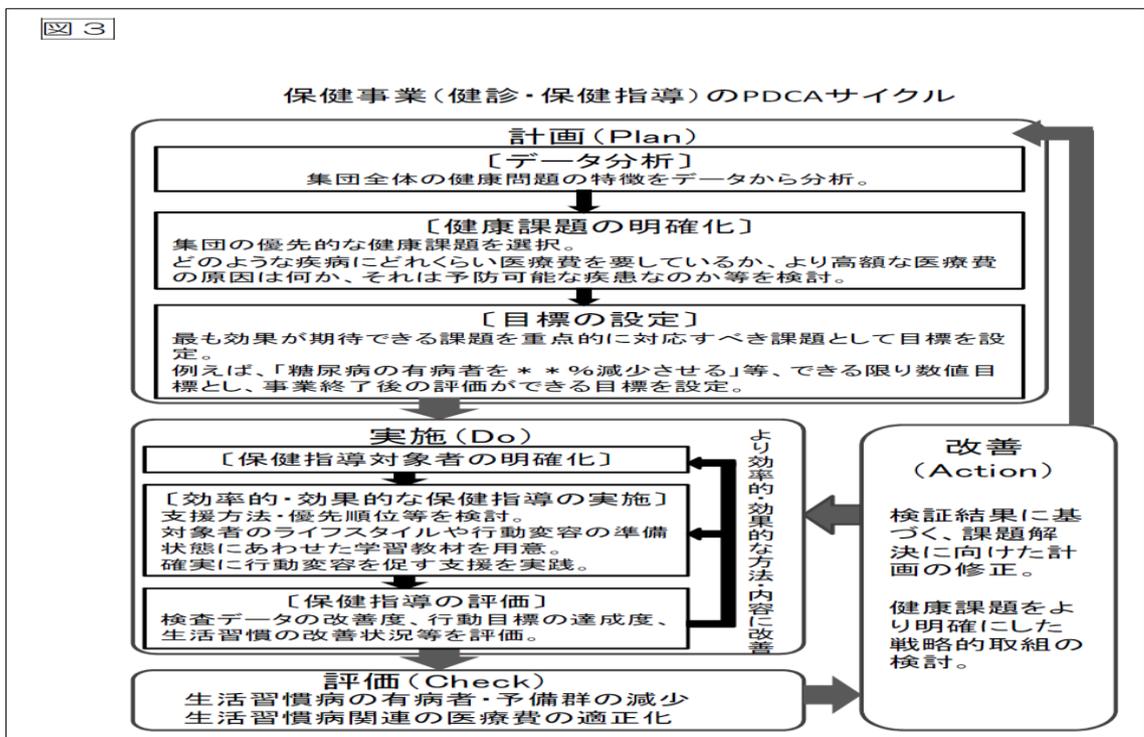
長沼町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

長沼町においては、税務住民課国保年金係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い課が関わっている。特に保健福祉課保健係の保健師・栄養士等の専門職と連携をして、町が一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、保健福祉課高齢者支援係、介護支援係、福祉係、子ども支援係、政策推進課企画政策係とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

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

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

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、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保健福祉部と意見交換を行い、北海道との連携に努める。

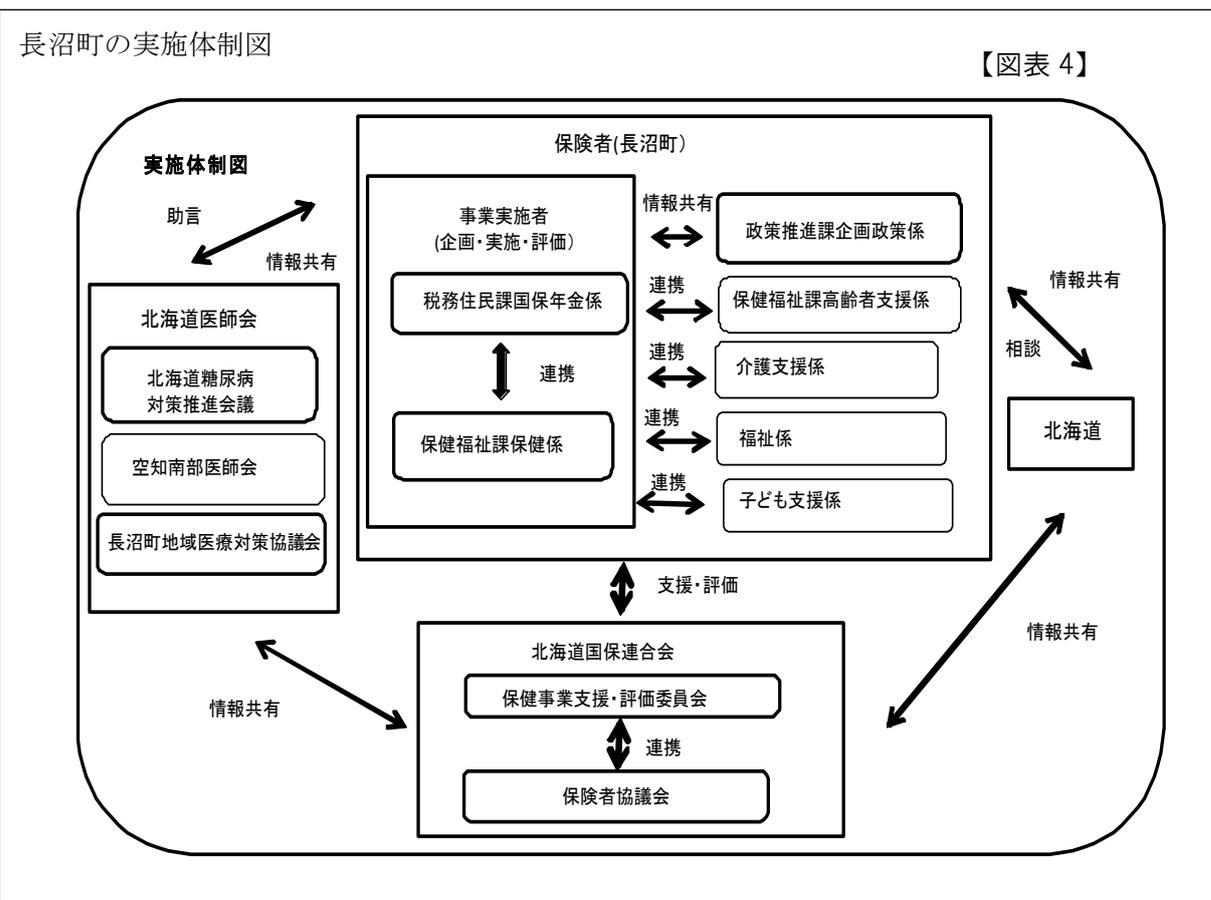
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、北海道が北海道医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両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。



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28実績	H28配点	H29実績	H29配点	H30実績	H30配点
総得点(満点)		345	345	580	580	850	850
交付額(万円)		197					
総得点(体制構築加点含む)		248					
全国順位(1,741市町村中)		208					
共通 ①	特定健診受診率	15	20		35		50
	特定保健指導実施率	10	20		35		50
	メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少	15	20		35		50
共通 ②	がん検診受診率	10	10		20		30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	10		15		20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	40		70		100
固有 ②	テータヘルス計画作成状況	10	10		30		40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20	20		15		25
	個人インセンティブ提供	20	20		45		70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	10		25		35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0	15		25		35
	後発医薬品の使用割合	10	15		30		40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	40		70		100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	10		15		25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5		15		25
	第三者求償の取組の実施状況	3	10		30		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	70	70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は増加している。死因別に心臓病・腎不全・糖尿病による死亡割合は減少しており、脳疾患による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。健診受診者のうち、受診勧奨者の医療機関受診率は58.3%から52.2%へ減少しており、北海道(57.4%)や同規模平均(56.7%)から見ても低くなっている。特定健診受診率が横ばいであるため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

1件当たりの介護給付費は4,214円上がっており、同規模と比較しても21,925円高くなっている。

内訳では、居宅サービス費が増え、施設サービス費は下がっている。

【図表6】

介護給付費の変化

	長沼町				同規模		
	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	11億3,641万円	86,518	36,105	277,333	69,743	42,430	283,377
H28年度	12億93万円	90,732	38,787	275,219	68,807	42,403	278,098

②医療費の状況（図表7）

長沼町の医療費は、平成28年度の総医療費が10億7千万円、1人当たり医療費（月額平均）が2万6,194円となり、平成25年度と比較すると総医療費で2億9千万円、1人当たり医療費で3,492円減少している。同規模市町村の伸び率が総医療費4.8%、1人当たり医療費8.9%に対して、長沼町は総医療費21.4%、1人当たり医療費11.8%と伸び率を大幅に抑制することができた。

【図表7】

総医療費と1人当たり医療費の変化

項目	年度	全体				入院				入院外			
		費用額(円)	増減	伸び率(%)		費用額(円)	増減	伸び率(%)		費用額(円)	増減	伸び率(%)	
				長沼町	同規模			長沼町	同規模			長沼町	同規模
1総医療費	H25年度	1,369,622,050				641,541,140				728,080,910			
	H28年度	1,076,913,860	-292,708,190	-21.4	4.8	497,506,260	-144,034,880	-22.5	4.1	579,407,600	-148,673,310	-20.4	5.4
2一人当たり医療費	H25年度	29,686				13,910				15,780			
	H28年度	26,194	-3,492	-11.8	8.9	12,100	-1,810	-13.0	8.2	14,090	-1,690	-10.7	9.4

③最大医療資源（中長期的な疾患及び短期的な疾患）（図表8）

中長期・短期目標疾患の医療費計は、平成25年度より1億1千万円減少して平成28年度は2億2千万円（20.94%）となり、国の23.12%よりも低い割合となった。疾患別にみると、中長期目標疾患である慢性腎不全（透析有）の医療費の割合が2.5%、虚血性心疾患が1.47%、短期目標疾患である高血圧が0.98%減少している。一方で、中長期目標疾患の脳血管疾患が0.09%と短期目標疾患の糖尿病が0.68%増加しており、北海道や国の割合と比較しても高い。

データヘルズ計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表8】

長沼町	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
				同規模	県内										慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)
H25	1,369,622,050	29,686	13位	49位	3.85%	0.12%	2.79%	4.94%	5.06%	5.55%	2.58%	340,843,730	24.89%	10.96%	5.85%	9.16%
H28	1,076,913,860	26,194	83位	115位	1.35%	0.20%	2.88%	3.47%	5.74%	4.57%	2.71%	225,458,620	20.94%	11.85%	8.28%	9.34%
北海道	447,068,008,510	27,782	--	--	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	92,704,528,050	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%
国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病（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

④中長期的な疾患（図表9）

中長期目標疾患である虚血性心疾患（様式3-5）、脳血管疾患（様式3-6）、人工透析（様式3-7）の治療者数は3疾患ともに減少し、被保険者数に占める割合は虚血性心疾患で5.1%、脳血管疾患で3.2%、人工透析で0.1%となった。平成25年度と平成28年度を比較すると、虚血性心疾患があり脳血管疾患を併せもつ者の割合が4.4%、脳血管疾患があり虚血性心疾患がある者の割合が7.2%減少している。短期目標疾患との組み合わせをみると、3疾患ともに高血圧が7割以上を占め最も高いが、糖尿病を治療している者の割合が増加傾向であることが分かった。

中長期目標疾患のレセプト分析

【図表9】

厚労省様式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	
H25	全体	3,888	227	5.8%	39	17.2%	2	0.9%	175	77.1%	116	51.1%	153	67.4%		
	64歳以下	2,662	71	2.7%	8	11.3%	2	2.8%	47	66.2%	33	46.5%	47	66.2%		
	65歳以上	1,226	156	12.7%	31	19.9%	0	0.0%	128	82.1%	83	53.2%	106	67.9%		
H28	全体	3,510	179	5.1%	23	12.8%	1	0.6%	137	76.5%	103	57.5%	117	65.4%		
	64歳以下	2,250	46	2.0%	3	6.5%	1	2.2%	36	78.3%	27	58.7%	35	76.1%		
	65歳以上	1,260	133	10.6%	20	15.0%	0	0.0%	101	75.9%	76	57.1%	82	61.7%		

厚労省様式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	
H25	全体	3,888	140	3.6%	39	27.9%	0	0.0%	103	73.6%	65	46.4%	87	62.1%		
	64歳以下	2,662	40	1.5%	8	20.0%	0	0.0%	25	62.5%	13	32.5%	24	60.0%		
	65歳以上	1,226	100	8.2%	31	31.0%	0	0.0%	78	78.0%	52	52.0%	63	63.0%		
H28	全体	3,510	111	3.2%	23	20.7%	0	0.0%	78	70.3%	55	49.5%	73	65.8%		
	64歳以下	2,250	28	1.2%	3	10.7%	0	0.0%	16	57.1%	10	35.7%	16	57.1%		
	65歳以上	1,260	83	6.6%	20	24.1%	0	0.0%	62	74.7%	45	54.2%	57	68.7%		

厚労省様式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	
H25	全体	3,888	6	0.2%	0	0.0%	2	33.3%	6	100.0%	2	33.3%	2	33.3%		
	64歳以下	2,662	6	0.2%	0	0.0%	2	33.3%	6	100.0%	2	33.3%	2	33.3%		
	65歳以上	1,226	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
H28	全体	3,510	2	0.1%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%		
	64歳以下	2,250	2	0.1%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%		
	65歳以上	1,260	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (図表 10)

中長期目標疾患に共通するリスクである短期目標疾患の治療状況をみると、
 高血圧(様式3-3) 18.7%、脂質異常症(様式3-4) 16.7%、糖尿病(様式3-2)
 12.6%の順で多いが、平成25年度と平成28年度を比較すると高血圧と脂質異
 常症の治療者は減っていることが分かった。それに対し、糖尿病治療者は0.6%
 増加し、さらにインスリン療法に至る者が1.7%増加していた。

短期目標疾患のレセプト分析

【図表 10】

厚労省様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標									
			被保険者数		糖尿病				脂質異常症				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,888	466	12.0%	30	6.4%	308	66.1%	293	62.9%	116	24.9%	65	13.9%	2	0.6%	38	12.3%		
	64歳以下	2,662	172	6.5%	13	7.6%	95	55.2%	109	63.4%	33	19.2%	13	7.6%	2	2.1%	15	15.8%		
	65歳以上	1,226	294	24.0%	17	5.8%	213	72.4%	184	62.6%	83	28.2%	52	17.7%	0	0.0%	23	10.8%		
H28	全体	3,510	442	12.6%	36	8.1%	290	65.6%	270	61.1%	103	23.3%	55	12.4%	2	0.7%	25	8.6%		
	64歳以下	2,250	149	6.6%	21	14.1%	86	57.7%	97	65.1%	27	18.1%	10	6.7%	2	2.3%	8	9.3%		
	65歳以上	1,260	293	23.3%	15	5.1%	204	69.6%	173	59.0%	76	25.9%	45	15.4%	0	0.0%	17	8.3%		

厚労省様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標							
			被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,888	796	20.5%	308	38.7%	445	55.9%	175	22.0%	103	12.9%	6	0.8%		
	64歳以下	2,662	284	10.7%	95	33.5%	156	54.9%	47	16.5%	25	8.8%	6	2.1%		
	65歳以上	1,226	512	41.8%	213	41.6%	289	56.4%	128	25.0%	78	15.2%	0	0.0%		
H28	全体	3,510	656	18.7%	290	44.2%	382	58.2%	137	20.9%	78	11.9%	2	0.3%		
	64歳以下	2,250	210	9.3%	86	41.0%	115	54.8%	36	17.1%	16	7.6%	0	0.0%		
	65歳以上	1,260	446	35.4%	204	45.7%	267	59.9%	101	22.6%	62	13.9%	2	0.4%		

厚労省様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標							
			被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,888	670	17.2%	293	43.7%	445	66.4%	153	22.8%	87	13.0%	2	0.3%		
	64歳以下	2,662	256	9.6%	109	42.6%	156	60.9%	47	18.4%	24	9.4%	2	0.8%		
	65歳以上	1,226	414	33.8%	184	0.0%	289	0.0%	106	25.6%	63	15.2%	0	0.0%		
H28	全体	3,510	586	16.7%	270	46.1%	382	65.2%	117	20.0%	73	12.5%	1	0.2%		
	64歳以下	2,250	206	9.2%	97	47.1%	115	55.8%	35	17.0%	16	7.8%	1	0.5%		
	65歳以上	1,260	380	30.2%	173	0.0%	267	0.0%	82	21.6%	57	15.0%	0	0.0%		

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果でリスクを有する者の割合の変化をみると、男性は BMI（25 以上）が 0.6%増加し、その他の項目は横ばいもしくは減少した。特に収縮期血圧（130 以上）の者は 6.9%、拡張期血圧（85 以上）は 4.3%減っている。一方で、女性は多くの項目が増加傾向にあり、特に BMI が 2.4%、空腹時血糖（100 以上）が 2.9%、HbA1c（5.6 以上）が 1.3%増加している。年齢帯別にみると、65～74 歳で大きく増加していることが分かった。また、男女ともにメタボリックシンドロームの予備群は横ばいまたは減少しているが、該当者は男性で 0.2%、女性で 1.2%増加した。

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)

【図表 11】

性別	年齢	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	264	42.4%	314	50.5%	179	28.8%	155	24.9%	63	10.1%	251	40.4%	386	62.1%	0	0.0%	291	46.8%	155	24.9%	329	52.9%	0	0.0%
	40-64	148	45.5%	168	51.7%	104	32.0%	106	32.6%	29	8.9%	108	33.2%	197	60.6%	0	0.0%	124	38.2%	87	26.8%	194	59.7%	0	0.0%
	65-74	116	39.1%	146	49.2%	75	25.3%	49	16.5%	34	11.4%	143	48.1%	189	63.6%	0	0.0%	167	56.2%	68	22.9%	135	45.5%	0	0.0%
女性	合計	236	43.0%	274	49.5%	158	28.5%	137	24.7%	56	10.1%	221	39.9%	344	62.1%	94	17.0%	22	3.9%	111	20.6%	288	52.0%	8	1.4%
	40-64	126	48.1%	143	54.6%	91	34.7%	90	34.4%	31	11.8%	96	36.6%	146	55.7%	56	21.4%	86	32.8%	63	24.0%	140	53.4%	1	0.4%
	65-74	112	38.4%	131	44.9%	67	22.9%	47	16.1%	25	8.6%	125	42.8%	198	67.8%	38	13.0%	135	46.2%	51	17.5%	148	50.7%	7	2.4%

※平成25年度の尿酸・クレアチニンは、国保連合会に健診結果を送信していないため集計されない(必須項目ではない)

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)

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		3項目全て									
		人数		割合		高血糖		高血圧		脂質異常症		人数		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質					
		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	612	53.6%	41	6.7%	97	15.8%	7	1.1%	56	9.2%	34	5.6%	166	27.1%	30	4.9%	9	1.5%	84	13.7%	43	7.0%
	40-64	365	51.1%	31	8.5%	55	15.1%	6	1.6%	25	6.8%	24	6.6%	99	27.1%	18	4.9%	3	0.8%	53	14.5%	25	6.8%
	65-74	247	57.8%	10	4.0%	42	17.0%	1	0.4%	31	12.6%	10	4.0%	67	27.1%	12	4.9%	6	2.4%	31	12.6%	18	7.3%
女性	合計	554	53.4%	37	6.7%	86	15.5%	5	0.9%	48	8.7%	33	6.0%	151	27.3%	21	3.8%	22	4.0%	71	12.8%	37	6.7%
	40-64	262	49.8%	23	8.8%	45	17.2%	2	0.8%	19	7.3%	24	9.2%	75	28.6%	6	2.3%	11	4.2%	35	13.4%	23	8.8%
	65-74	292	57.0%	14	4.8%	41	14.0%	3	1.0%	29	9.9%	9	3.1%	76	26.0%	15	5.1%	11	3.8%	36	12.3%	14	4.8%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		3項目全て									
		人数		割合		高血糖		高血圧		脂質異常症		人数		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質					
		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	684	55.4%	21	3.1%	39	5.7%	1	0.1%	29	4.2%	9	1.3%	70	10.2%	12	1.8%	2	0.3%	42	6.1%	14	2.0%
	40-64	503	55.5%	19	3.8%	26	5.2%	1	0.2%	21	4.2%	4	0.8%	45	8.9%	8	1.6%	2	0.4%	29	5.8%	6	1.2%
	65-74	181	55.2%	2	1.1%	13	7.2%	0	0.0%	8	4.4%	5	2.8%	25	13.8%	4	2.2%	0	0.0%	13	7.2%	8	4.4%
男性	合計	687	57.8%	17	2.5%	31	4.5%	1	0.1%	20	2.9%	10	1.5%	78	11.4%	8	1.2%	4	0.6%	42	6.1%	24	3.5%
	40-64	292	56.5%	9	3.1%	12	4.1%	0	0.0%	9	3.1%	3	1.0%	30	10.3%	3	1.0%	4	1.4%	13	4.5%	10	3.4%
	65-74	395	58.9%	8	2.0%	19	4.8%	1	0.3%	11	2.8%	7	1.8%	48	12.2%	5	1.3%	0	0.0%	29	7.3%	14	3.5%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 28 年度の特定健診受診率は 55.9%となり、平成 25 年度から 1.6%増加したが、特定健康診査等実施計画（第二期）の目標である 60%以上は達成できなかった。特定保健指導実施率は 82.7%で大幅に増加し、目標の 70%以上を達成している。

特定健診の状況

【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	
								長沼町	同規模平均
H25年度	2460	1336	54.3	9位	185	64	34.6	52.5	52.0
H28年度	2220	1240	55.9	20位	139	115	82.7	46.7	51.7

法定報告値より

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画では、中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析への重症化を防ぎ、医療費の伸びを抑えることを目標に保健事業に取り組んできた。その結果、虚血性心疾患と人工透析の患者数が減少し、総医療費は入院、入院外ともに減少した。国保被保険者の高齢化が進む中で、同規模市町村と比較して伸び率を大幅に抑制することができ、医療費の適正化に繋がった。

一方で、介護給付費や脳血管疾患と糖尿病の医療費の割合が増加しており、北海道や国と比較しても高いことが明らかになった。健診結果の経年変化をみると、男女ともに BMI（25 以上）やメタボリックシンドロームの該当者が増加している。内臓脂肪型肥満はインスリン抵抗性を引き起こし、糖尿病やその合併症の発症を進めてしまうことが推測される。発症予防として BMI（25 以上）や腹囲基準値以上（男性 85 cm、女性 90 cm）の内臓脂肪型肥満に対する保健指導に力を入れていく必要がある。

また、糖尿病治療者でインスリン療法に至る者が増加していることも課題である。2型糖尿病によりインスリンが枯渇しインスリン療法に至る者を減らすため、糖尿病治療者のコントロール状況を確認していく必要がある。

私たち保険者は、特定健診受診率や保健指導率の向上を図ることで、より多くの住民が自らの体の状態を知る機会を提供し、生涯に渡って生活習慣病の発症と重症化を予防するための継続した支援が求められる。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

長沼町の1人あたりの医療費は、ひと月あたり26,194円で、北海道・同規模平均と比較すると、若干低くなっているが、国と比較するといまだ高い状況である。入院の割合はわずか3.4%だが、費用額の46.2%を占めている。重症化予防をおこなうことで、入院を減らしていくことが必要である。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

①ひと月100万以上の高額レセプトの疾患を分析すると、虚血性心疾患が全体の8.2%を占め、脳血管疾患が6.0%を占めている。

②6ヵ月以上の入院レセプトを分析すると、脳血管疾患と虚血性心疾患で全体の約30%を占め、費用額は約25%を占めている。

③長期化する疾患である人工透析を分析すると、40%が糖尿病性であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析患者を減らすことができる。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は、血管内皮障害に起因する生活習慣病であるため、早期受診勧奨、および治療中断を防ぐことが重要である。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

医療費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 (28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 (100万円以上レセ)	件数	134件	8件 6.0%	11件 8.2%	--
		費用額	2億1284万円	1021万円 4.8%	2282万円 10.7%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	156件	37件 23.7%	9件 5.8%	--
		費用額	8080万円	1595万円 19.7%	483万円 6.0%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	35件	0件 0.0%	12件 34.3%	14件 40.0%
		費用額	2220万円	--	1284万円 57.8%	1216万円 54.8%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	1,233人	111人 9.0%	179人 14.5%	30人 2.4%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	78人 70.3%	137人 76.5%	23人 76.7%
			糖尿病	55人 49.5%	103人 57.5%	30人 100%
			脂質異常症	73人 65.8%	117人 65.4%	22人 73.3%
		高血圧症	656人 53.2%	442人 35.8%	586人 47.5%	103人 8.4%

○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)

長沼町の1号被保険者の20.1%が要介護認定を受けており、75歳以上では、34.3%と認定率は高くなる。介護度別人数を見ると、要介護1・2の割合が多く、次いで要介護3～5である。

特定健診の対象者である75歳未満の状況を見ると、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病などの血管疾患を原因とする割合が多く、2号被保険者で75%、1号被保険者の65～74歳では69%となっている。血管内皮障害に起因する血管疾患は予防可能であるため、重要課題である。

また、介護を受けている人の医療費は、介護を受けていない人より、5,084円高い。要介護状態に至る前の予防活動が重要になる。重症化を予防するために、糖尿病、高血圧、脂質異常症などの基礎疾患を悪化させないことや、必要な医療を受けてもらうように取り組んでいくことが必要である。

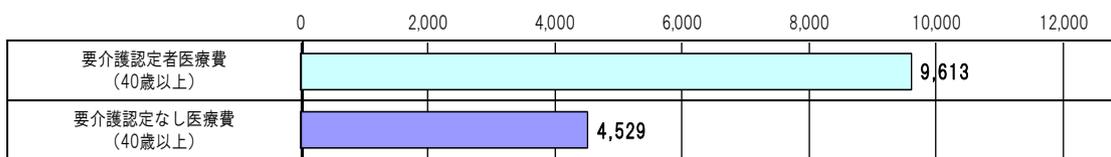
【図表 15】

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		4,091人	1,608人	1,868人	3,476人		7,567人										
	認定者数		12人	58人	640人	698人		710人										
	認定率		0.29%	3.6%	34.3%	20.1%		9.4%										
	新規認定者数		2人	0人	3人	3人		5人										
介護度別人数	要支援1・2		1	8.3%	16	27.6%	107	16.7%	123	17.6%	124	17.5%						
	要介護1・2		6	50.0%	24	41.4%	284	44.4%	308	44.1%	314	44.2%						
	要介護3~5		5	41.7%	18	31.0%	249	38.9%	267	38.3%	272	38.3%						
要介護 突合状況 ★NO.49	(レセプトの 診断名より 重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合					
		件数	--	12		58		640		698		710						
		循環器 疾患	1	脳卒中	6	50.0%	脳卒中	23	39.7%	虚血性 心疾患	324	50.6%	虚血性 心疾患	341	48.9%	虚血性 心疾患	345	48.6%
			2	虚血性 心疾患	4	33.3%	虚血性 心疾患	17	29.3%	脳卒中	269	42.0%	脳卒中	292	41.8%	脳卒中	298	42.0%
			3	腎不全	1	8.3%	腎不全	8	13.8%	腎不全	80	12.5%	腎不全	88	12.6%	腎不全	89	12.5%
		基礎疾患		糖尿病等	9	75.0%	糖尿病等	38	65.5%	糖尿病等	560	87.5%	糖尿病等	598	85.7%	糖尿病等	607	85.5%
		血管疾患 合計		合計	9	75.0%	合計	40	69.0%	合計	582	90.9%	合計	622	89.1%	合計	631	88.9%
		認知症		認知症	2	16.7%	認知症	6	10.3%	認知症	290	45.3%	認知症	296	42.4%	認知症	298	42.0%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	7	58.3%	筋骨格系	33	56.9%	筋骨格系	531	83.0%	筋骨格系	564	80.8%	筋骨格系	571	80.4%

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】



KDB データ (平成 28 年度累計)

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の発症リスクが高くなる。「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」においては、高中性脂肪血症、耐糖能異常、高血圧、肥満のうち、3個以上合併した場合の危険率は、正常の方の30倍以上にも達するとされている。また、内臓脂肪の蓄積は、リスクファクターの悪化や直接心疾患につながる。

次に、健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を見ると、男性では、北海道と比較すると、BMI・中性脂肪・GPT・HDL-C・空腹時血糖・HbA1c・尿酸・LDL-Cが高く、女性では、BMI・腹囲・空腹時血糖・HbA1cが高い割合となっている。

また、メタボリックシンドロームの予備軍・該当者を北海道と比較すると、男性では大きな差はないが、女性では該当者の割合が多くなっている。

また、男女共に BMI、空腹時血糖、HbA1c が高い人の割合が多いことから、内臓脂肪の蓄積と高血糖の重複からの、脳血管疾患、心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防していくことが重要である。

【図表 16】

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

★NO.23（概票）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	238	43.0	274	49.5	158	28.5	137	24.7	56	10.1	221	39.9	34	6.2	9	1.7	221	39.9	114	20.6	28	5.2	8	1.4
	40-64	126	48.1	143	54.6	91	34.7	90	34.4	31	11.8	96	36.6	146	55.7	56	21.4	86	32.8	63	24.0	140	53.4	1	0.4
	65-74	112	38.4	131	44.9	67	22.9	47	16.1	25	8.6	125	42.8	198	67.8	38	13.0	135	46.2	51	17.5	148	50.7	7	2.4

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
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	206	30.0	126	18.3	72	10.5	64	9.3	12	1.7	183	26.6	39	5.7	9	1.3	244	35.5	101	14.7	360	52.4	1	0.1
	40-64	85	29.1	51	17.5	27	9.2	31	10.6	6	2.1	57	19.5	149	51.0	7	2.4	76	26.0	50	17.1	162	55.5	1	0.3
	65-74	121	30.6	75	19.0	45	11.4	33	8.4	6	1.5	126	31.9	247	62.5	2	0.5	168	42.5	51	12.9	198	50.1	0	0.0

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票）

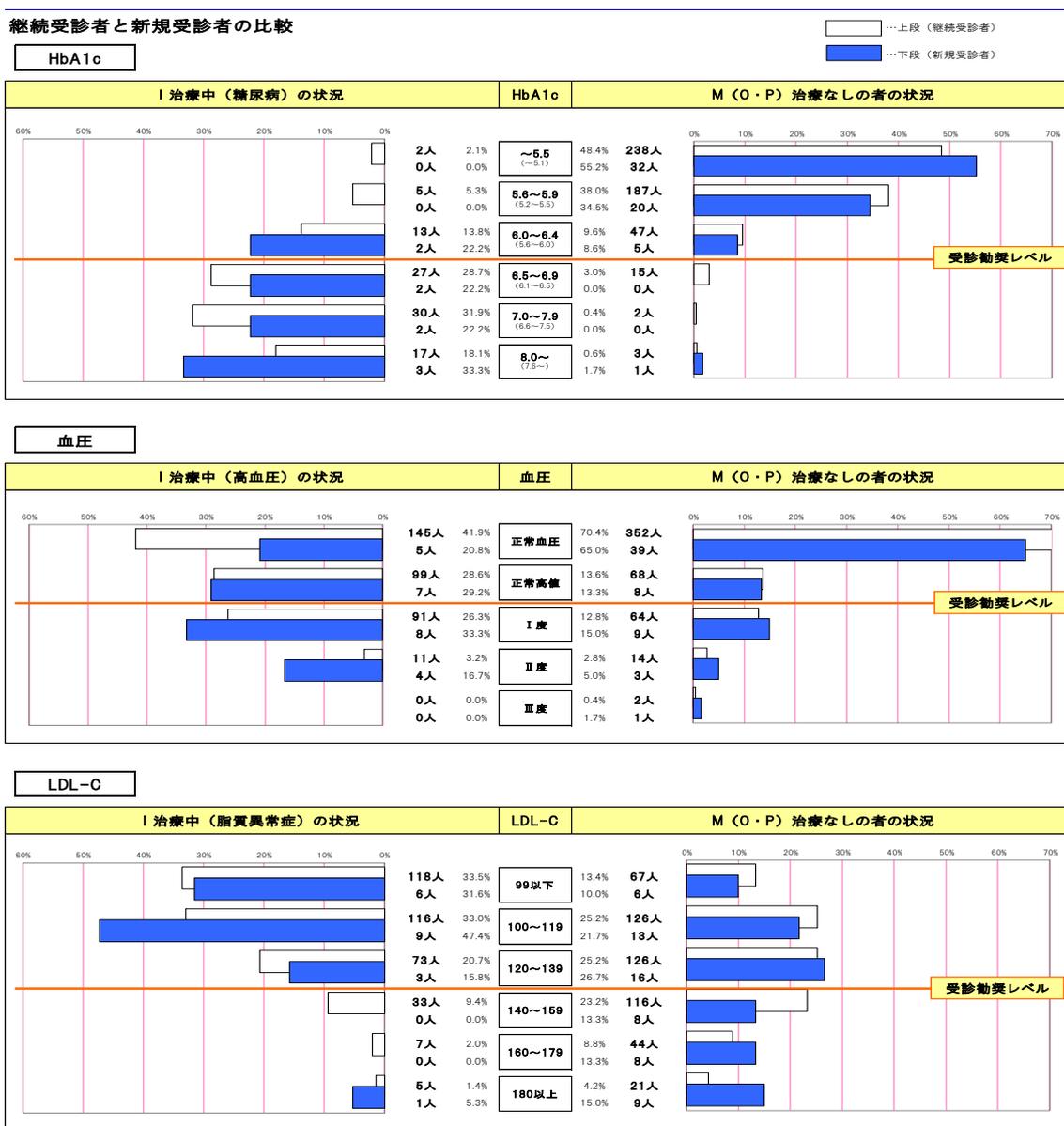
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	全国					588322	17.2							940350	27.5										
県					18,508	17.9							28,837	27.8											
保険者	合計	554	53.4	37	6.7%	86	15.5%	5	0.9%	48	8.7%	33	6.0%	151	27.3%	21	3.8%	22	4.0%	71	12.8%	37	6.7%		
	40-64	262	49.8	23	8.8%	45	17.2%	2	0.8%	19	7.3%	24	9.2%	75	28.6%	6	2.3%	11	4.2%	35	13.4%	23	8.8%		
	65-74	292	57.0	14	4.8%	41	14.0%	3	1.0%	29	9.9%	9	3.1%	76	26.0%	15	5.1%	11	3.8%	36	12.3%	14	4.8%		

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					259435	5.8							425535	9.5										
県					7,981	5.5							13,192	9.0											
保険者	合計	687	57.8	17	2.5%	31	4.5%	1	0.1%	20	2.9%	10	1.5%	78	11.4%	8	1.2%	4	0.6%	42	6.1%	24	3.5%		
	40-64	292	56.5	9	3.1%	12	4.1%	0	0.0%	9	3.1%	3	1.0%	30	10.3%	3	1.0%	4	1.4%	13	4.5%	10	3.4%		
	65-74	395	58.9	8	2.0%	19	4.8%	1	0.3%	11	2.8%	7	1.8%	48	12.2%	5	1.3%	0	0.0%	29	7.3%	14	3.5%		

3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況 (図表 18)

糖尿病の指標であるHbA1cは、治療なしで受診勧奨レベルの6.5%以上に該当する者が21人おり、継続受診者が多いことから、健診は継続して受けているが、病院受診には至っていない方への支援の優先度が高い。また、治療中である方でもコントロールが難しいことが分かる。糖尿病は治療していても、食事療法・運動療法に左右され、長期に渡る疾患であるため、保健指導が必要である。血圧は、治療中でI度高血圧以上の方が継続受診者で30%、新規受診者では50%の割合でいる。血圧は普段の血圧の状態を正確に知ることが大切なため、家庭血圧の測定を勧めていく。LDL-Cは治療なしで、受診勧奨レベルの140以上の方が継続受診者で36%、新規受診者は41%いるため、早期受診を勧めていく必要がある。治療中の方は、薬物療法により、受診勧奨レベルの値を下回ることが出来ている方が多い。

【図表 18】

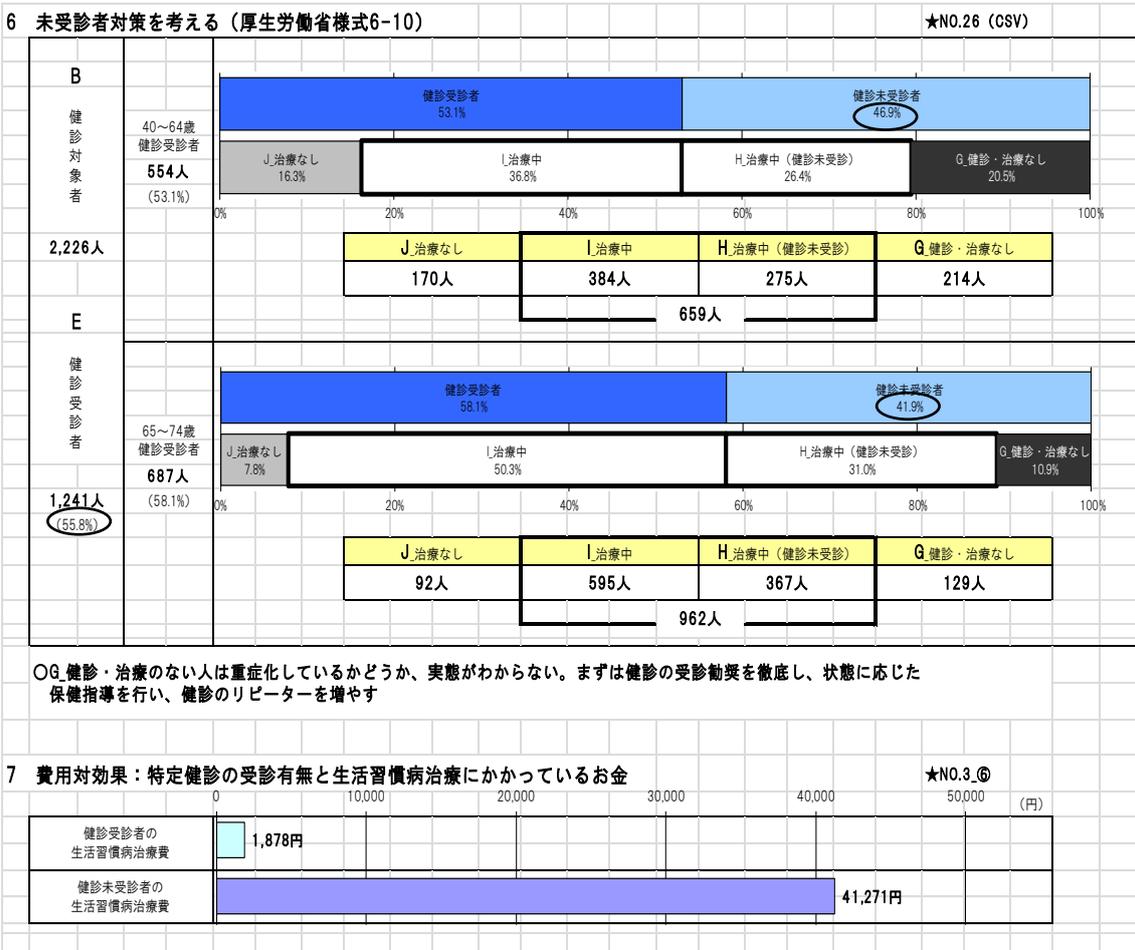


4) 未受診者の把握 (図表 19)

特定健診受診率 (法定報告値) は、55.9%である。健診未受診者は、40~64歳で 46.9%、65~74歳で 41.9%あり、若い世代の未受診率が高い。(H) の治療をしているが、健診未受診者の方については、平成 28 年度より、かかりつけ医からのデータ受領をおこなうことで、件数を増やしていくことが可能である。特に健診も治療も受けていない方 (G) は重症化しているかどうかの実態が全く分からない。

図表 19-7 では、健診受診者と未受診者の比較をすると、健診未受診者の一人当たり医療費は、健診受診者より 39,393 円も高くなっている。

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。



平成 28 年度データ (H29.6 現在) より
 ※国保加入者の離脱時期が過去にさかのぼる時があるため、法定報告値 (H29.10) と健診対象者と受診者数が異なる

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35年度には30年度と比較して、それぞれ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。

長沼町の医療のかかり方は、入院外が伸び、入院が減っている実態がある。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、まずは入院医療費の割合を平成35年度に北海道並みとすることを目指す。

(参考資料1)

平成28年度医療費割合(入院):長沼町46.2%、同規模42.8%、道44.8%、国39.9%

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。

特に、メタボリックシンドロームと糖尿病については、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事・運動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)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

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 (人)	対象者数	2,088	2,025	1,964	1,905	1,848	1,793
	受診者数	1,253	1,215	1,178	1,143	1,109	1,076
特定保健指 導(人)	対象者数	115	105	96	87	79	72
	実施者数	92	84	77	70	63	58

※平成28年度対象者数を基準とし、過去5年間(平成24～28年度)の前年度比平均である-3%で試算

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ① 集団健診(長沼町総合保健福祉センター りふれ(北海道対がん協会))
- ② 個別健診(北海道対がん協会、札幌厚生病院、町立長沼病院、池田内科クリニック、長沼内科消化器科)

(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、長沼町のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.maoi-net.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（12 誘導心電図、眼底検査、貧血検査、HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血、尿中アルブミン）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

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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

(7)その他

特定健診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。特定健診対象者には、4 月中旬に受診券を発行・交付し、受診方法及び特定健診実施スケジュール（図表 22）を案内する。また、4 月に全戸配布の広報誌折込みチラシにて、同様の内容を周知する。

注 1 年度中に 75 歳に到達する場合は、誕生日前日までを有効期限とする。

注 2 年度途中の国保加入者については、随時、受診券を発行・交付する。

（参考）平成 29 年 4 月 1 日受診券発行枚数は 2500 枚

特定健診実施スケジュール

【図表 22】

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
集団検診	北海道対がん協会 (長沼町総合保健福祉センター りふれ)		1回	1回							2回		2回		2回※
個別健診	北海道対がん協会 札幌厚生病院 町立長沼病院 池田内科クリニック 長沼内科消化器科	→ 随時実施可能													

※3月実施の2回のうち、1回は札幌がん検診センターでの実施を予定している。

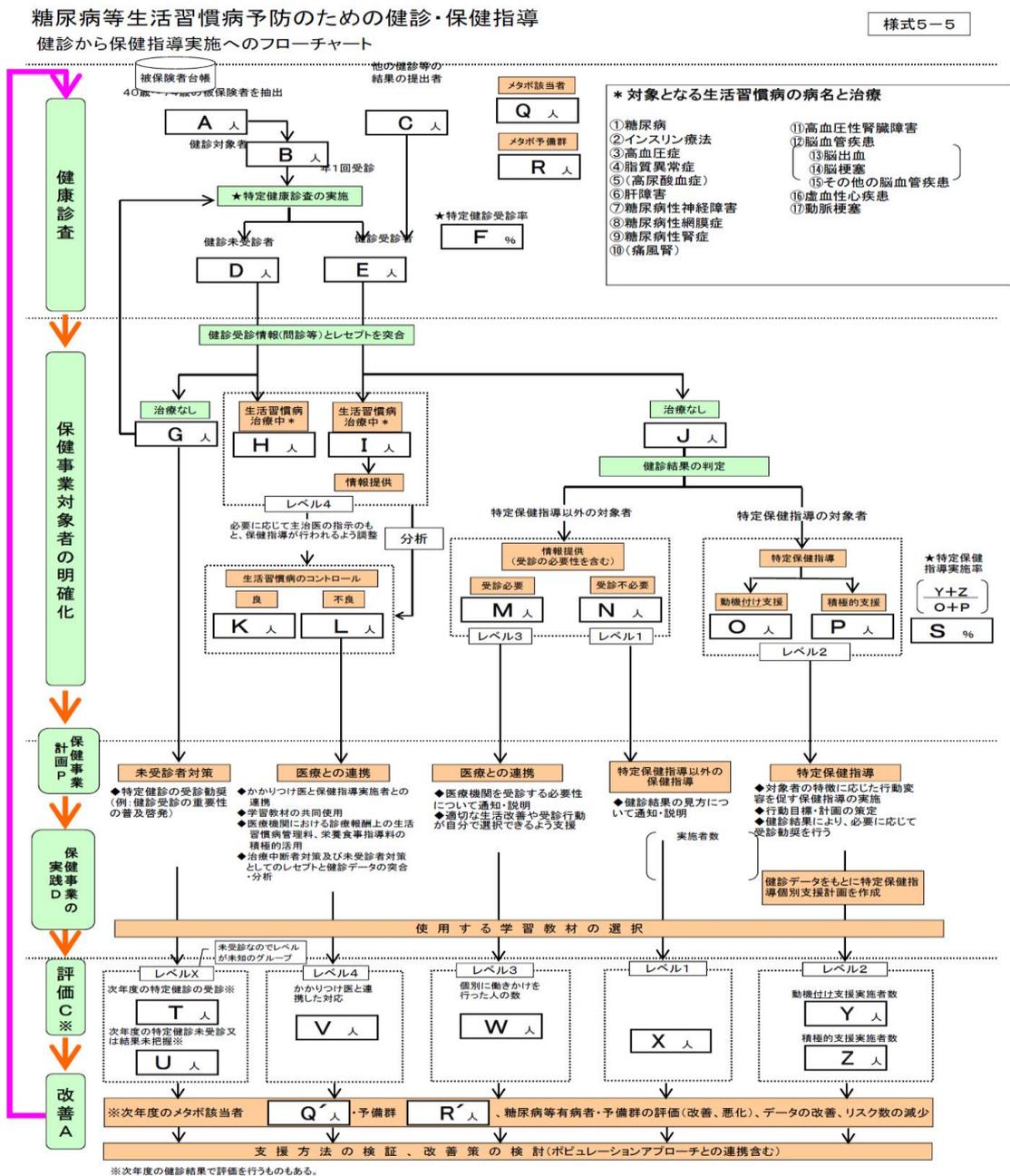
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健係への執行委任の形態でおこなう。

(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)

【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 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	139人 (11.2)	80%
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	218人 (17.6)	HbA1c6.5% 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(訪問・電話・はがき) ◆未受診者のレセプトを分析し、受診勧奨を計画・実施する	980人 ※受診率(60%)目標達成まであと91人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	263人 (21.2)	100%
5	I	情報提供	◆主治医と連携し、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要な保健指導を行う。	620人 (50.0)	100%

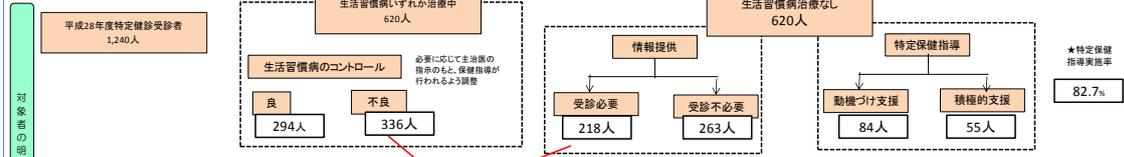
(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)

図表25

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



対象疾患	対象基準	対象数
高血圧	Ⅱ度高血圧以上	40
糖尿病	【Ⅰ】糖尿病未治療で、HbA1c 6.5%以上	46
	【Ⅱ】糖尿病治療中で、HbA1c 7.0%以上	57
LDLコレステロール	LDLコレステロール 180mg/d以上	47
中性脂肪	中性脂肪 300mg/d以上	29
CKD	尿蛋白 2+以上	10
	尿アルブミン 300以上	11
メタボリックシンドローム	eGFR50未満(70歳以上は40未満)	30
心房細動	メタボ該当者(2項目以上)	228
	心電図所見 '心房細動' '心房細動(疑い)'	12

【重症化予防対象者 実人数 364人】

①未受診者対策

平成29年度受診率 目標 80%

国民保険と共通理解を進める

●第2期特定健診等実施計画・データヘルス計画を推進

- 1) 未受診者対策
- ① 28年度受診者で、29年度未受診者へ訪問・電話で勧奨
- ② 28年度健診未受診者で、生活習慣病で治療中の者へ、経年管理台帳(DM, CKD)にて、健診未受診者への訪問

②特定健診

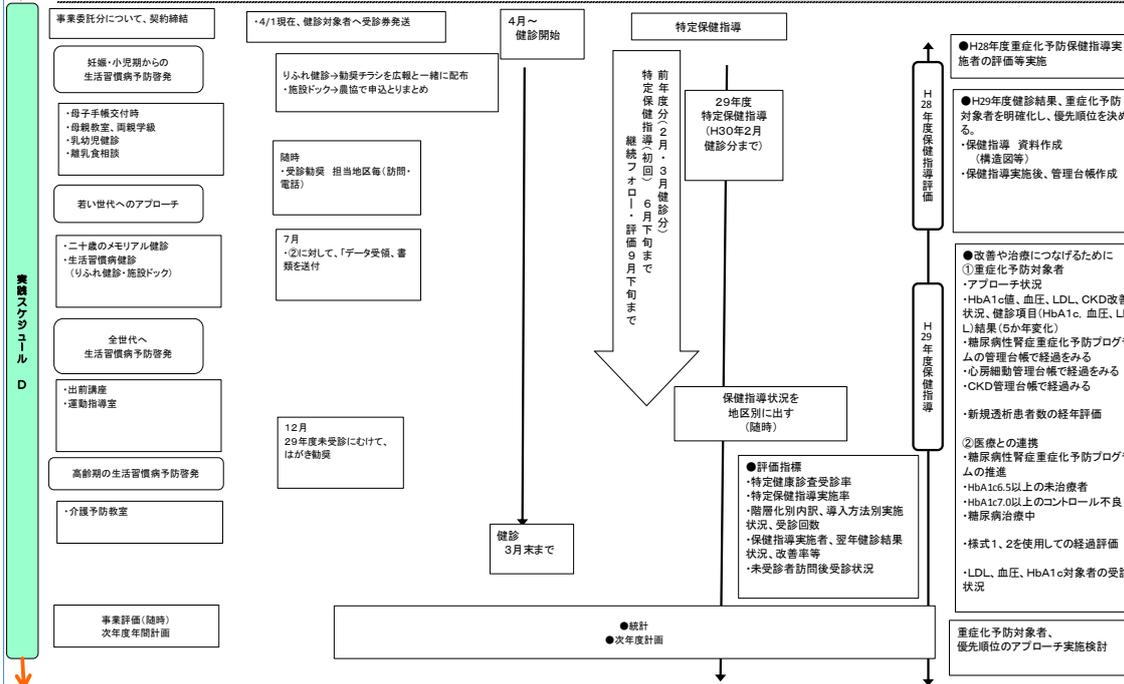
平成29年度 特定保健指導実施率 目標 70%

(平成28年度 特定保健指導実施率 82.7%)

6月下旬までに、28年度対象者へ特定保健指導(初回)を実施し、29年度指導率に計上する。

③保健指導

対象疾患	目的(実施してもらう内容)	保健指導
糖尿病	・受診時期(治療、検査の必要性) ・食生活予防	・糖尿病連携手帳、糖尿病指導カードを使用し、検査・治療について説明 ・生活習慣の改善等実施しない場合、3か月以内に受診するよう説明
高血圧	・自分の自分の血圧を知る ・基準を知り、受診の必要性を理解	・血圧測定手帳 ・血圧のコントロールを目標について治療の必要性 ・食事指導
LDLコレステロール	・受診時期(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標値を知る)	・食事指導(2食を減らし、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性(脂質) ・生活習慣(アルコール)に変化しないもの) ・脂質のリスクを伝える
中性脂肪	・受診時期(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標値を知る)	・脂質のリスクを伝える ・LDL値を測定し、自分の管理基準を確認(自分の立ち回しを確認) ・必要な検査の説明 ・食事、生活習慣、専門医の紹介 ・リスクコントロールについて ・治療指導(減塩等)一ステップG3bの方は栄養士による栄養指導へ
CKD	・受診時期(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標値を知る)	・CKD重症度分類の確認(自分の立ち回しを確認) ・必要な検査の説明 ・食事、生活習慣、専門医の紹介 ・リスクコントロールについて ・治療指導(減塩等)一ステップG3bの方は栄養士による栄養指導へ
メタボリックシンドローム	・今後どのようなことが、予測されるかを予防するための行動を促す ・HbA1c、LDL、尿酸値を測る	・経年管理、メタボリックシンドロームの経過観察でイメージしてもらう ・様々な合わせた教材の選択 ・検査、検査の必要性
心房細動		



年度	受診者	該当者	該当率	実施者	実施率	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的	積極的
平成23年度	1,454	223	15.3%	129	57.8%	87	6.0%	14	16.1%	136	9.4%	115	84.6%				
平成24年度	1,470	216	14.7%	113	52.3%	86	5.9%	7	8.1%	130	8.8%	106	81.5%				
平成25年度	1,336	185	13.8%	64	34.6%	81	6.1%	4	4.9%	104	7.8%	60	57.7%				
平成26年度	1,294	156	12.1%	66	42.3%	69	5.3%	7	10.1%	87	6.7%	59	67.8%				
平成27年度	1,292	142	11.0%	111	78.2%	57	4.4%	29	50.9%	85	6.6%	82	96.5%				
平成28年度	1,240	139	11.2%	115	82.7%	55	4.4%	36	65.5%	84	6.8%	79	94.0%				

対象疾患	H27年度保健指導実施し、H28年度健診受診者				
	改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病	27.1%	64.7%	72.9%	87.8%	12.2%
CKD	33.5%	64.7%	1.8%	58.0%	42.0%
LDL	56.4%	64.7%	43.6%	43.2%	56.8%
高血圧	60.6%	39.4%	60.4%	39.6%	

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および長沼町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度10月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、長沼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、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。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び長沼町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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長沼町プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- 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 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 ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。長沼町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿アルブミン(定量)検査を必須項目として実施しているため、糖尿病性腎症病期分類に基づいた早期腎症該当者の把握が可能である。また尿蛋白(定性)検査のみ実施の者には、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尿蛋白(+)以上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・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 28)

長沼町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 55 人(32.4%・F)であった。また40～74 歳における糖尿病治療者 233 人のうち、特定健診受診者が115 人(49.4%・G)であったが、3 人(2.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 118 人(50.6%・I)のうち、過去に1 度でも特定健診受診歴がある者 61 人中 7 人(イ・オ)は治療中断であることが分かった。また、54 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 28 より長沼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)・・・55 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・10 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】

・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・112 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

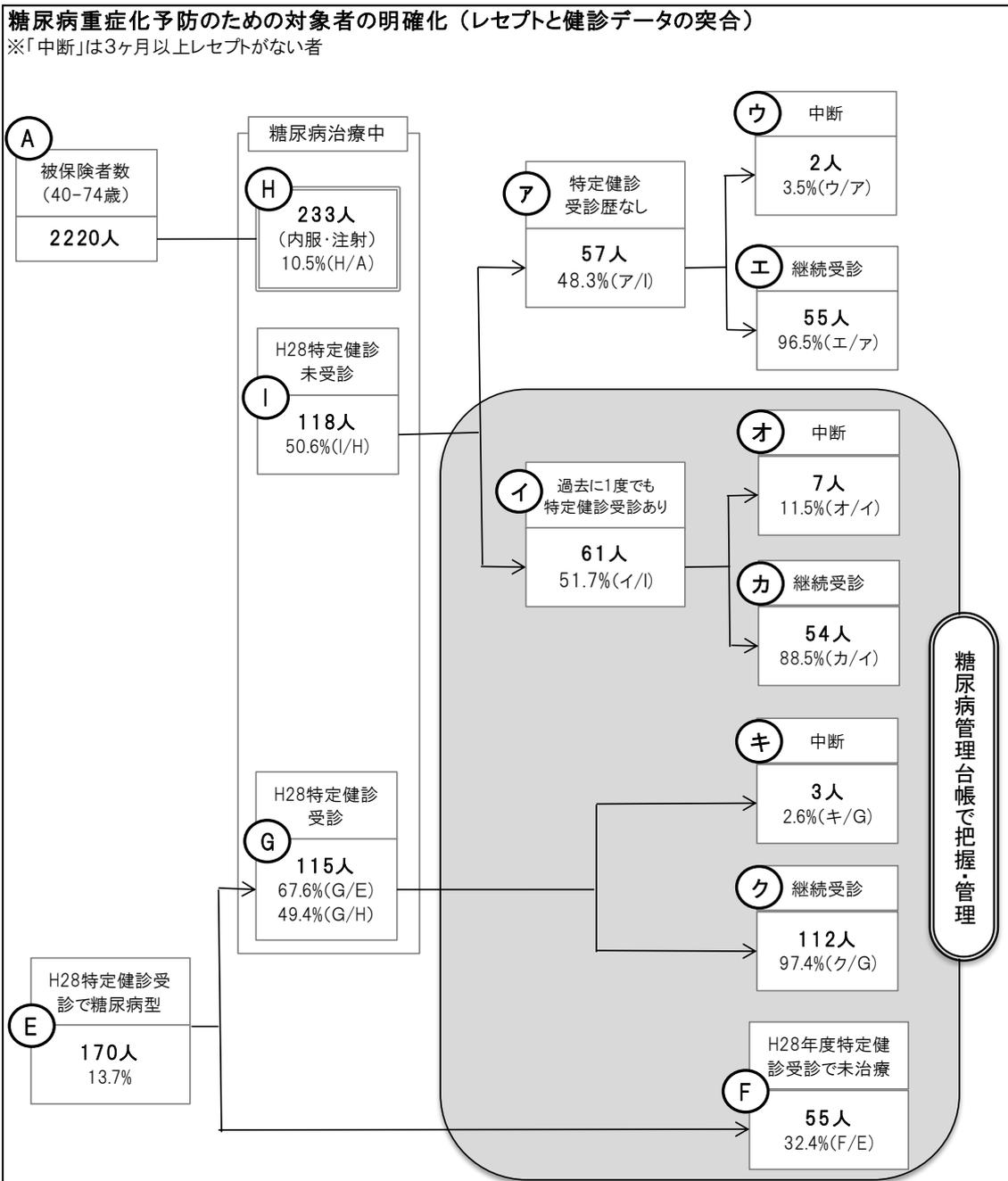
【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・54 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】



共有文書；H28年度特定健診受診勧奨リスト(法定報告2220人)より集計

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。

【糖尿病台帳作成手順】

- (1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。
- * HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載
 - * HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する
 - * 当該年度の健診データのみだけでなく、過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿アルブミン(尿蛋白)

- (2) 資格を確認する

- (3) レセプトを確認し情報を記載する

- ① 治療状況の把握
- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
 - ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
 - ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
 - ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

- (4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

- (5) 担当地区の対象者数の把握

- ①未治療者・中断者(受診勧奨者)……○人
- ②腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙等の因子の管理も重要となってくる。長沼町においては、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> <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こるのでしょうか？ <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～起こ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 } 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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 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をみて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. チアソリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、長沼町から糖尿病連携手帳を渡し活用する。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

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いく。

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 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)
 - 尿アルブミン(尿蛋白)の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載

台帳記載後、順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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 異常等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。長沼町において健診受診者 1240 人のうち心電図検査実施者は 1155 人(93.1%)であり、そのうち ST 所見があったのは 13 人であった(図表 30)。ST 所見あり 13 人のうち 5 人は再検査の指示があり、その後の受診状況をみると 5 人とも未受診であった(図表 31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖等のリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また再検査には該当しないが ST 所見ありの 8 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。

長沼町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。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 30】

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)		ST所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1,240	100	1,155	93.1	13	1.1	268	23.2	874	75.7

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		再検査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
13	100	5	38.5	0	0	5	100

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1240	13 1.0%	268 21.6%	874 70.5%	85 6.9%	
メタボ該当者	228 18.4%	1 0.4%	47 20.6%	148 65.0%	32 14.0%	
メタボ予備群	116 9.4%	0 0.0%	30 25.8%	84 72.4%	2 1.7%	
メタボなし	896 72.2%	12 1.3%	191 21.3%	642 71.7%	51 5.7%	
LDL-C	140-159	153 17.0%	2 1.3%	27 17.7%	122 79.7%	2 1.3%
	160-179	54 6.0%	1 1.8%	14 26.0%	38 70.4%	1 1.8%
	180-	32 3.6%	0 0.0%	8 25.0%	24 75.0%	0 0.0%

【参考】

Non-HDL	190-	35 2.8%	0 0.0%	2 5.7%	33 94.3%	0 0.0%
	170-189	44 3.5%	0 0.0%	7 15.9%	37 84.1%	0 0.0%

CKD	G3aA1~	242 19.5%	2 0.8%	63 26.0%	156 64.5%	21 8.7%
-----	--------	--------------	-----------	-------------	--------------	------------

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 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。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<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「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) 等がある。」「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」ことから、対象者へは二次健診において動脈硬化予防検診を実施していく。

また「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」ことから、特定健診における尿アルブミン (定量) 検査結果も有効活用していく。

(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 コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については、重症化予防管理台帳を用いて行う。過去の健診受診歴等も踏まえ、LDL コレステロール 180 以上の者を対象に服薬状況を確認し、未治療者や治療中断の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 9)

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及び重症化予防管理台帳、KDB 等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

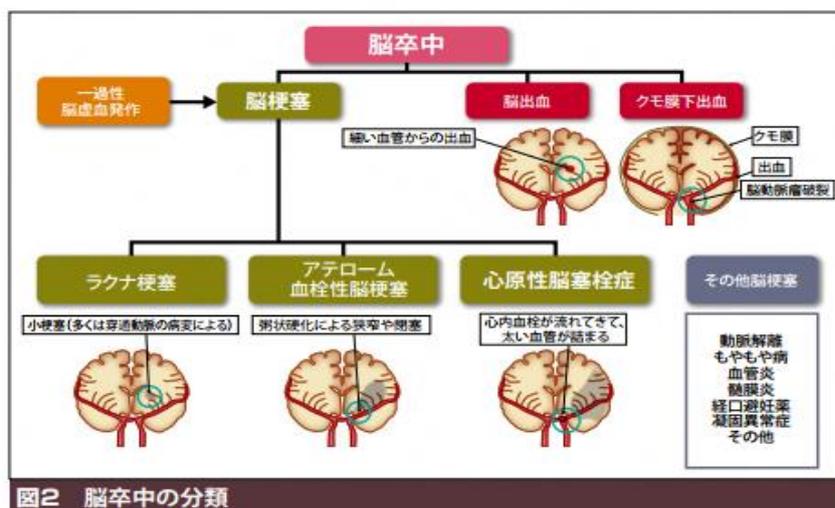
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(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 35】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
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 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●	○	○	
	心原性脳塞栓症	●			●	○	
	ラクナ梗塞	●			○	○	
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	脂質異常症 (高LDL)	心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病
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	長蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)
受診者数 1240人		40人 3.2%	103人 8.3%	45人 3.6%	12人 1.0%	228人 18.4%	10人 0.8% 30人 2%
治療なし		23人 2.8%	46人 4.2%	39人 4.6%	3人 0.5%	46人 7.4%	1人 0.2% 8人 1%
治療あり		17人 4.1%	57人 51.4%	6人 1.5%	9人 1.5%	182人 29.4%	9人 1.5% 22人 4%
臓器障害あり		9人 39.1%	8人 17.4%	10人 25.6%	3人 100%	8人 17.4%	1人 100% 8人 100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人	1人	1人	0人	0人	1人 8人
	尿蛋白(2+)以上	0人	0人	0人	0人	0人	1人 0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	0人	1人	0人	0人	0人 0人
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	0人	1人	0人	0人	0人	0人 8人
	心電図所見あり	9人	7人	10人	3人	8人	0人 2人

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40人(3.2%)であり、23人は未治療者であった。また未治療者のうち9人(39.1%)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17人(4.1%)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等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 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

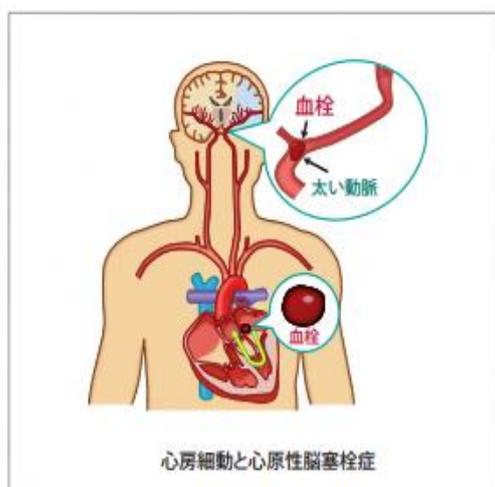
【図表 37】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群	
	至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上				
830	313 37.7%	256 30.8%	123 14.8%	115 13.9%	20 2.4%	3 0.4%	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療 4 0.5%	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療 61 7.3%	ただちに 降圧薬治療 73 8.8%	
リスク第1層	95 11.4%	59 18.8%	20 7.8%	10 8.1%	4 3.5%	1 5.0%	1 33.3%	4 100%	1 1.6%	1 1.4%
リスク第2層	406 48.9%	153 48.9%	124 48.4%	58 47.2%	60 52.2%	10 50.0%	1 33.3%	--	60 98.4%	11 15.1%
リスク第3層	329 39.6%	101 32.3%	112 43.8%	55 44.7%	51 44.3%	9 45.0%	1 33.3%	--	--	61 83.6%
再掲 重複あり	糖尿病	87 26.4%	23 22.8%	30 26.8%	16 29.1%	2 22.2%	0 0.0%	--	--	--
	慢性腎臓病(CKD)	161 48.9%	58 57.4%	49 43.8%	22 40.0%	5 51.0%	1 100.0%	--	--	--
	3個以上の危険因子	167 50.8%	42 41.6%	62 55.4%	34 61.8%	25 49.0%	4 44.4%	0 0.0%	--	--

(参考)高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 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



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有初見状況

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
合計	515人	640人	7人	1.4%	5人	0.8%	—	—
40歳代	69人	67人	0人	0.0%	0人	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	103人	108人	1人	1.0%	0人	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	212人	272人	1人	0.5%	3人	1.1%	1.9%	0.4%
70～74歳	131人	193人	5人	3.8%	2人	1.0%	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
日循環疫学調査70～74歳の欄は、70～79歳の値が入っている

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
12人	1人	8.3%	11人	91.7%

心電図検査において12人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に70代男性においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また12人のうち1人は、治療を中断し未治療となっており受診勧奨が必要な対象者である。これまで特定健診で心電図検査を受けることで発見できた心房細動有所見者もいる。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。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者は、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「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)等がある。」「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」ことから、対象者へは二次健診において動脈硬化予防検診検査を実施していく。

また「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」ことから、特定健診における尿アルブミン(定量)検査結果も有効に活用していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

高血圧者の管理は、糖尿病管理台帳及び重症化予防管理台帳を用いて行う。過去の健診受診歴等も踏まえ、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 10)

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 11)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳及び重症化予防管理台帳、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・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

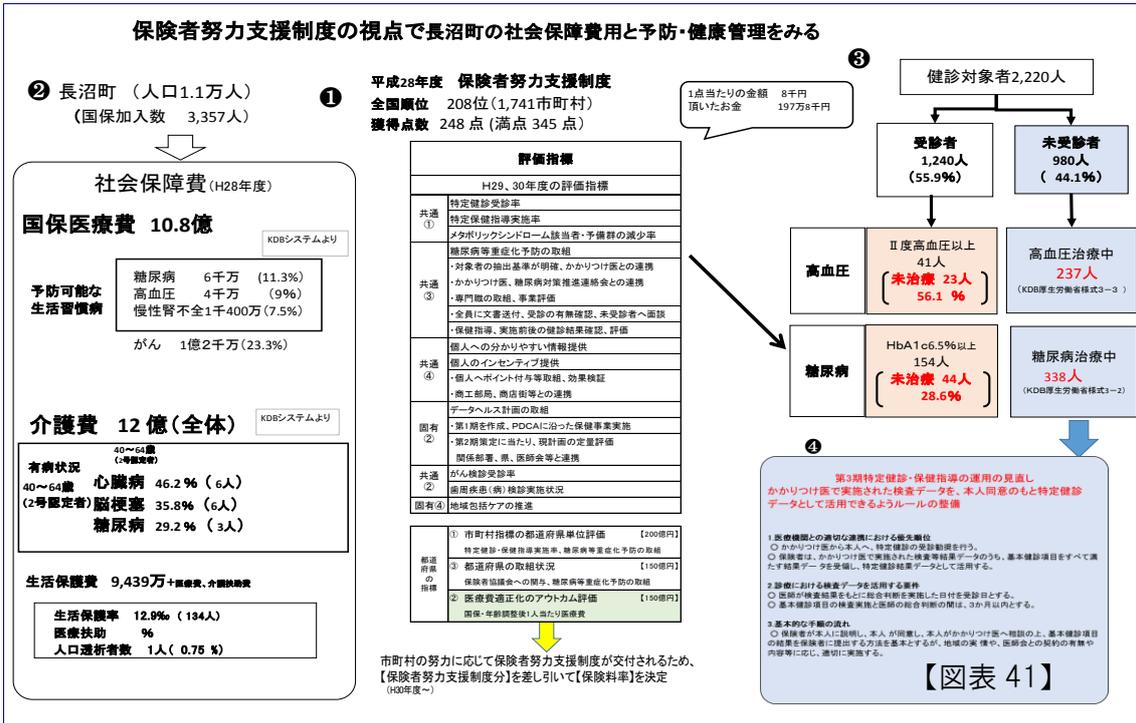
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳及び重症化予防管理台帳に記載。台帳記載後、順次、対象者へ介入(通年)

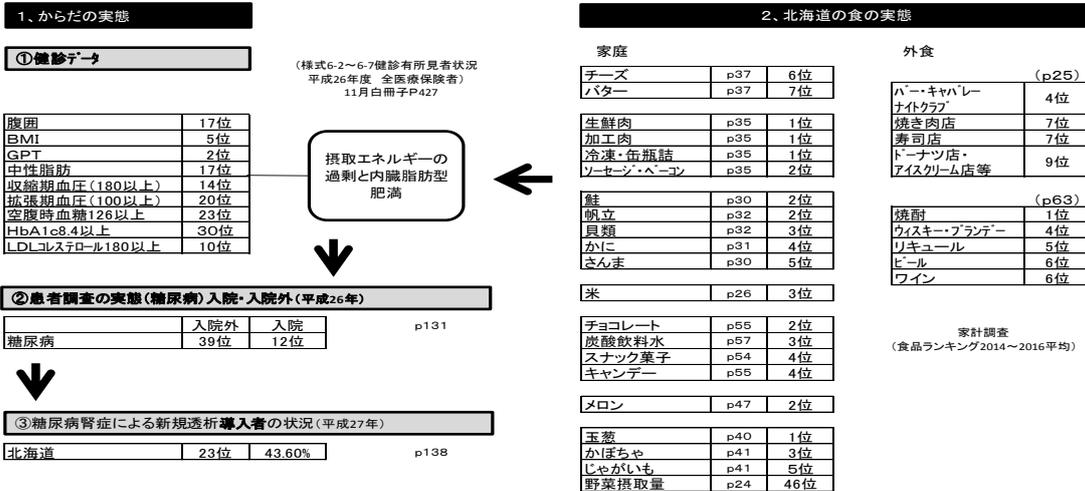
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

1) 成人

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 40・41)

【図表 40】





2) 子どもの生活習慣病

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通してみられる生活習慣は、食や生活リズム、運動習慣などである。

成人期以降の食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ(脂質の割合が多い)、野菜の摂取不足(野菜嫌い)、食事回数やリズムに問題などがある。生活習慣病予防につながる野菜は、1日の目標摂取量(350g)に達している県は、長野県の男性だけとなっている(平成28年国民健康栄養調査)。北海道に関しては、男性の平均が176g、女性の平均が280gと目標よりも少ない状況である。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活である。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。

大人的生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味(野菜)の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておくなどである。

このように親が、成長発達のメカニズムを理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体のメカニズムを学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。(図42)

図 42 子どもの成長発達と親が学習する機会

		新生児	4か月	7か月	10か月	1歳7か月	3歳1か月	幼稚園・保育園	学校	成人期	
子どもの成長・発達	食	離乳食									
		消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく。									
		すい臓完成									
		すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。									
		味覚の形成									
		酸味や苦み(野菜)は本能的に嫌いな味。体験で好む味に育つ。 塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。									
		3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取									
		4歳で大人と同じエネルギー配分になる。 (糖質:蛋白質:脂質=60:15:25の比率)									
	生活リズム	生活リズムをコントロールする脳									
		生活リズムをコントロールする脳は、4~5歳で完成。 完成までに太陽のリズムに合わせて朝は起こし、夜は寝かしつけることを続ける(早寝早起き)									
	運動	全身運動の基礎									
		月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使った遊びを好むようになる。 体を使う体験が少ないと、体を使う遊びを好まなくなる。									
親が学習する機会		新生児訪問	4か月健診	7か月健診	10か月健診	1歳7か月健診	3歳1か月健診				
		離乳食相談									
		身長・体重の伸び(成長)と体格(身長と体重のバランス)を見ていく									

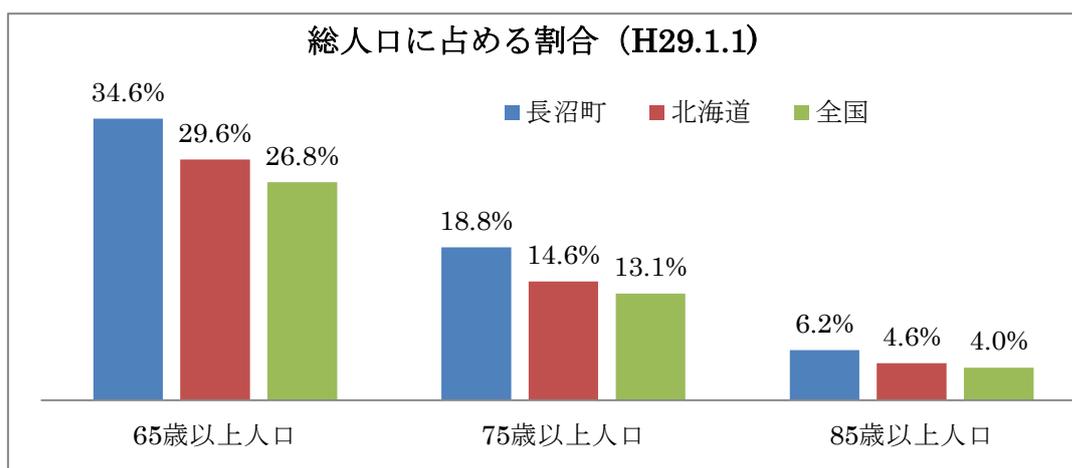
第5章 地域包括ケアに係る取組

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

長沼町は、総人口に占める 65 歳以上人口の割合は、全国、北海道に比較しても高く 2040 年には 40%を超えることも推計されている。

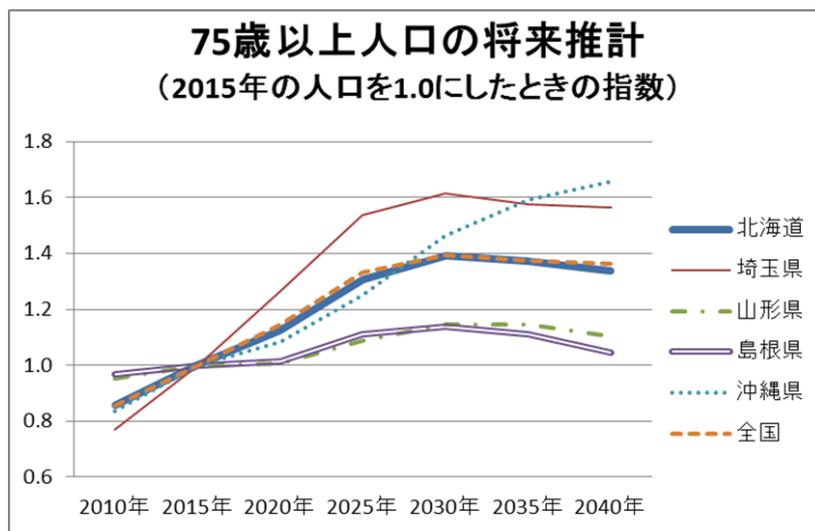
国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も H28 年度では 51.8%と過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。



国保の医療費に占める前期高齢者の割合 (H28 年度)

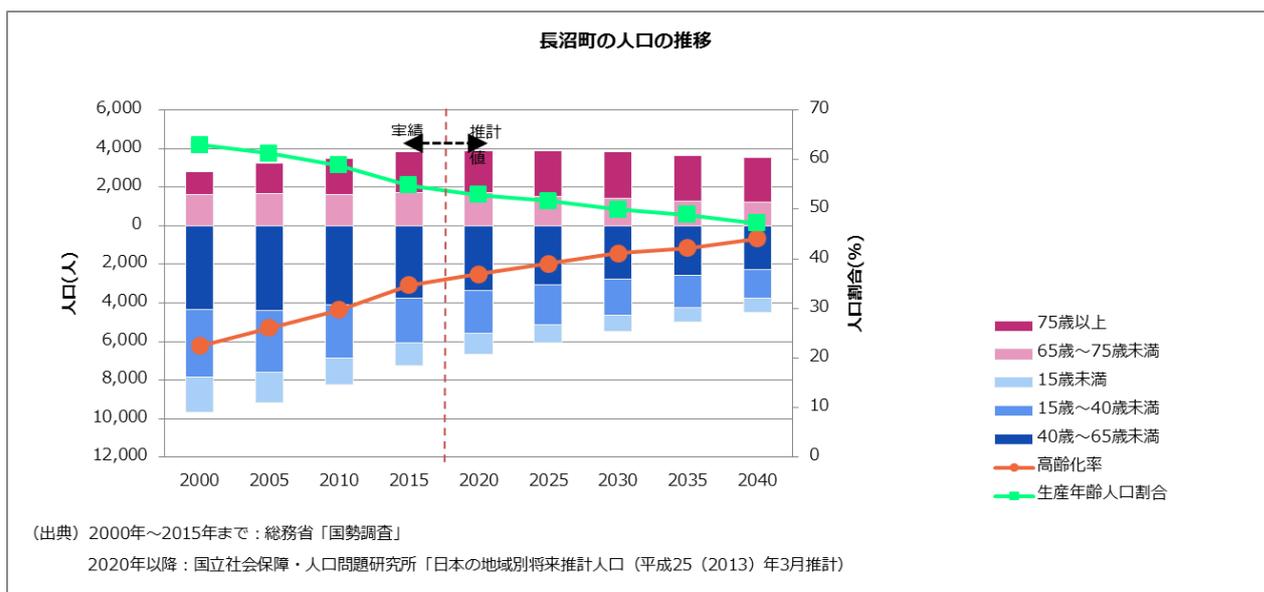
全体 (A)	前期高齢者(B)	B/A (%)
1,190,939,209 円	609,542,738 円	51.18

【図表 43】



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。



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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

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

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

3. データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値				中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35		
特定健診 等計画	・脳血管疾患と糖尿病の医療費割合が増加しており北海道や国の割合と比較しても高い。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	55.9%	56.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	特定健診・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	82.7%		80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		
			特定保健指導対象者の減少	19.3%	減少傾向へ				減少傾向へ				
データヘルス計画 中長期	・脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の治療者で、糖尿病を治療している者の割合が増加傾向である。 さらに、糖尿病治療者は0.6%増加し、さらにインスリン療法に至る者が1.7%増加している。 ・健康課題を人数と医療費の両面で見えていく必要がある	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.9%	減少傾向へ				H30より減少	KDBシステム			
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	3.5%	減少傾向へ								
			新規透析導入者(糖尿病性腎症を含む)の割合の減少	0.2%	減少傾向へ								
			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	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少	16.5%	前年度より減少				減少傾向へ	保健福祉課 保健係		
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.4%	前年度より減少				3%台			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	4.1%	前年度より減少				減少傾向へ			
				健診受診者の糖尿病患者の割合減少(HbA1c6.5以上)	7.0%	前年度より減少				減少傾向へ			
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	未把握	数値の把握 増加傾向へ				H29より増加させる			
				糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	未把握	数値の把握 増加傾向へ				H29より増加させる			
				がん検診受診率の増加	胃がん検診	24.5%	増加傾向へ					地域保健事業 報告	
がんの早期発見、早期治療	肺がん検診	14.9%	増加傾向へ										
	大腸がん検診	16.1%	増加傾向へ										
	子宮頸がん検診	17.6%	増加傾向へ										
	乳がん検診	26.3%	増加傾向へ										
保険者努力支援制度 短期	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の増加	未実施(北海道健康マイレージ以外は今後実施予定あり)	数値の把握	増加傾向へ				増加傾向へ	税務住民課 国民年金係・保健福祉課 保健係			
	・数量シェアH28年度67.6%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80.0%以上	67.6%	70.8%	75.0%	75.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	厚生労働省公表結果	

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

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、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

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

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第3期特定健康診査等実施計画

策定者

長沼町保健福祉課	課長	奥塚美智代
〃	課長補佐	中野道博
〃	課長補佐	三浦理枝
〃	保健係長	白川摩紀
〃	主査	鈴木深雪
〃	主査	大塚由理子
〃	保健師	片桐恵実
〃	保健師	池川綾花
〃	保健師	松尾美里
〃	管理栄養士	野口詩織
〃	栄養士	阿部和佳子
〃	高齢者支援係保健師	三木まどか
長沼町税務住民課	課長	森下豊和
〃	国保年金係長	佐々木孝志

長沼町国民健康保険
第2期データヘルス計画
第3期特定健康診査等実施計画
平成30年3月
長沼町税務住民課国保年金係
〒069-1392
長沼町中央北1丁目1番1号
電話 0123-88-2111
FAX 0123-88-4836