

雄 武 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 ・ 特 定 保 健 指 導 実 施 計 画

平成 30 年 3 月
北海道雄武町

目 次

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	
V. 保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	
I. 第 1 期計画に係る評価及び考察	7
II. 第 2 期計画に係る目標設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
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	
第 4 章 保健事業の内容	31
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
第 5 章 地域包括ケアに係る取組	42
第 6 章 計画の評価・見直し	43
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	44

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ます。

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）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なりました。

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

II. 計画の位置付け

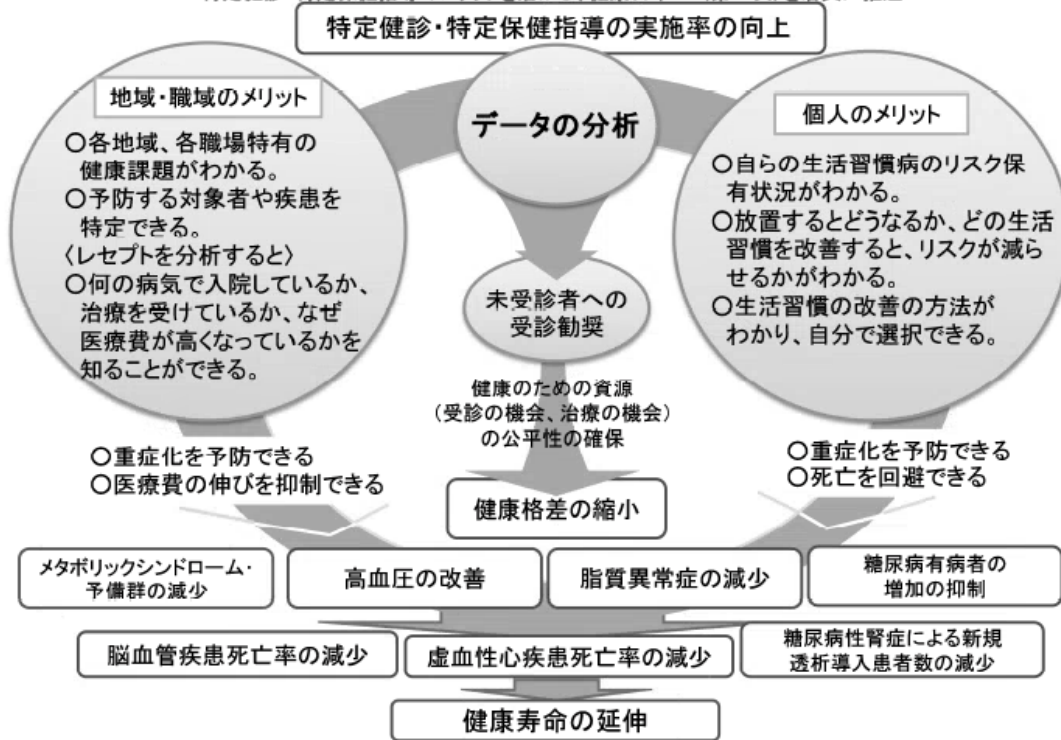
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

【図表1】

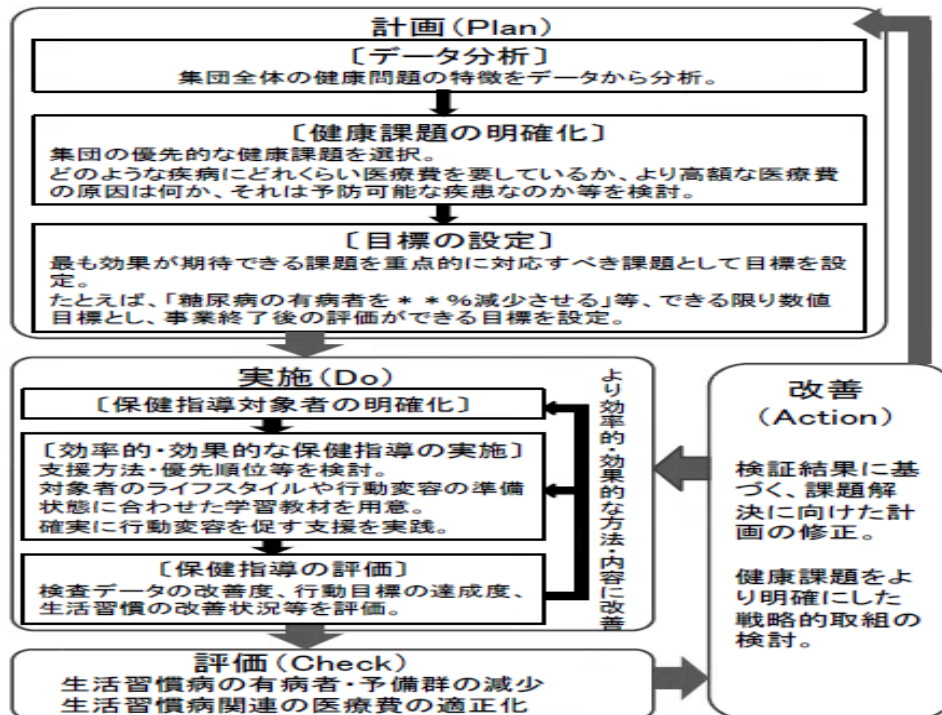
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 「国民健康保険法」に基づく保険事業の実施等に関する方針の改正	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年2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2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の中心の実現に向けて、生活習慣的疾患や慢性疾患を予防し、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、健康増進の効果が期待されるものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に努めることを目指すとする。	生活習慣の改善による慢性疾患の生活習慣的疾患の予防を促進し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減少することができ、さらに「慢性疾患の重症化を抑制し、医療費を削減することができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上に寄与し、医療費の抑制を促すことが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣的疾患や慢性疾患の予防に有効である。メタボリックシンドロームへの対応は、糖尿病に効果的である。メタボリックシンドロームへの対応は、糖尿病に効果的である。	生活習慣的疾患及び慢性疾患の重症化を抑制し、医療費を削減することができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上に寄与し、医療費の抑制を促すことが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣的疾患や慢性疾患の予防に有効である。メタボリックシンドロームへの対応は、糖尿病に効果的である。メタボリックシンドロームへの対応は、糖尿病に効果的である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の発生を遅くし、重症化の防止等を目的としている。	国民生活の安定と持続、持続可能な社会の実現、国民の生活の質の維持及び向上を支援し、かつ、医療費が適度に増大しないようしていくとともに、負担が公平かつ適切な医療を確保することを目指す。	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、負担が公平かつ適切な医療を確保することを目指す。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、壮年期）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高くなる時期に高齢期を迎える若年（壮年）世代、小児期からの生活習慣づき	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルズ	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 特定期の認知症、早老症 骨質骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管性、腎臓病等 関節リウマチ、変形性関節症 多発性骨髄腫、骨多発性骨髄腫 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 脳卒中 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※S35項目中 特定健診に関する項目15項目 ①糖尿病発症・虚血性心疾患の発症率の低下 ②生活習慣病（糖尿病性腎症）による合併症発生率の低下 ③慢性閉塞性肺疾患 ④血圧コントロール（目標値）におけるコントロール不具合 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの減少 ⑧糖尿病性腎症発生率 ⑨糖尿病を併発している者の増加（肥満、やせの減少） ⑩国民生活の質の向上 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬健康意識の向上 ⑭効果的である	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況（特定健診の結果） 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) 健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有無者・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	①医療費適正化の取組 外支 ②一人あたり医療費の適正化の確保 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドローム・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実情に応じて設定）
その他		被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度制度分を減額し、保険料率決定】	被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度制度分を減額し、保険料率決定】			被保険者協議会（事務局：国民健康協会）を通じて、保険者と連携

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)
 ー特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進ー 【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

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル 【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

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

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

雄武町においては、保健福祉課保険給付係が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に保健師・栄養士等の専門職と連携して計画策定を進めていきます。

具体的には、保健福祉課保健係、社会福祉係、地域包括支援センター介護予防係等と十分連携することが望ましいと考えます。

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

2. 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、雄武町国保は、計画素案について北海道関係課と意見交換を行い、北海道との連携に努めます。

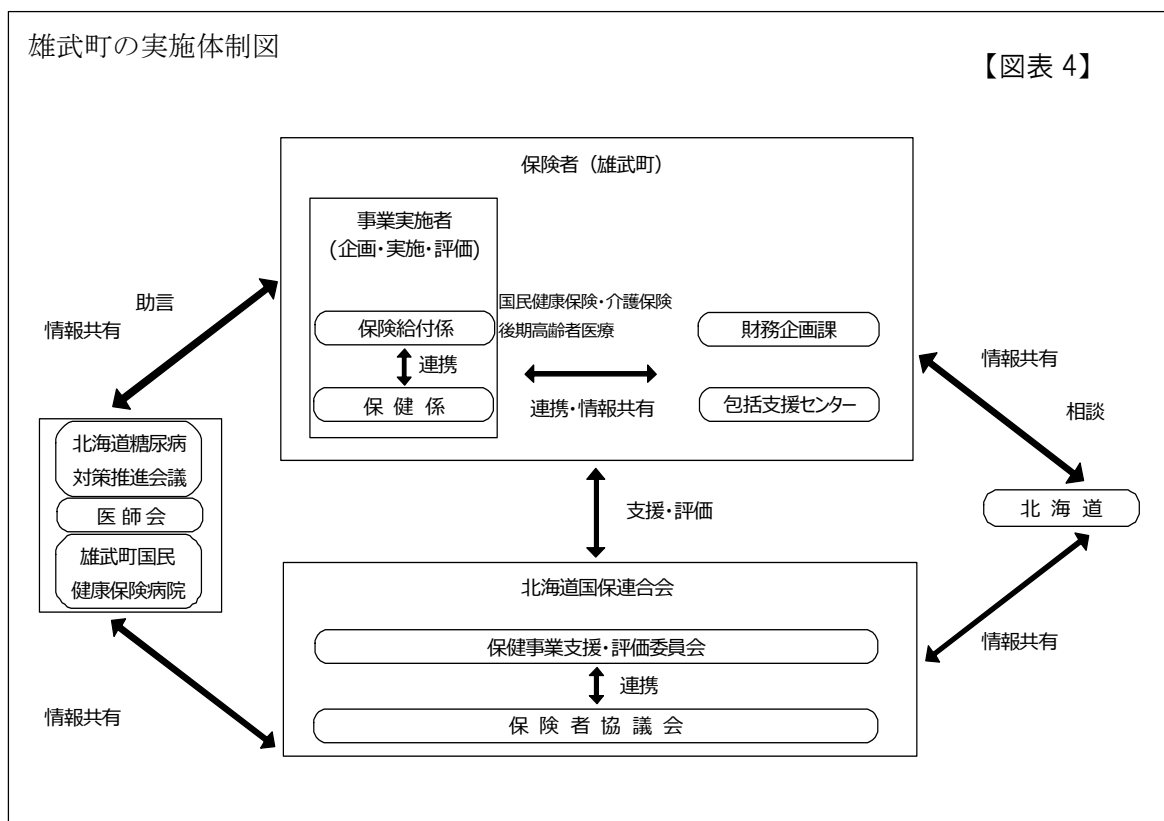
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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

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

3. 被保険者の役割

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



V. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

項目	H28年度 雄武町得点	H28年度 配点	H29年度 配点	H30年度 配点
特定健診受診率	0	20	35	50
特定保健指導実施率	15	20	35	50
メタリックシフトロム該当者及び予備群の減少率	15	20	35	50
がん検診受診率	0	10	20	30
歯周疾患(病)検診	10	10	15	25
糖尿病重症化予防の取組	0	40	70	100
個人へのインセンティブ提供	0	20	45	70
個人へのわかりやすい情報提供	17	20	15	25
重複副薬者に対する取組	0	10	25	35
後発医薬品の促進の取組	0	15	25	35
後発医薬品の使用割合	0	15	30	40
収納率向上	15	40	70	100
データヘルス計画の取組	10	10	30	40
医療費通知の取組	10	10	15	25
地域包括ケアの推進	5	5	15	25
第三者求償の取組	10	10	30	40
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	60
合計	177	345	580	850
平成28年度特別調整交付金 (保険者努力支援制度前倒し分) (道内 88/179位、全国 1153/1741位)	676,000円			
被保険者1人当たり交付額 (道内平均 約450円)	409.2円			

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. ストラクチャー評価

1) 保健事業運営体制

雄武町国民健康保険加入者に対する保健事業は、保健福祉課保健係と保険給付係が連携して実施し、介護予防等必要に応じて地域包括支援センター等の協力を得ながら展開しました。健診等事業の実施状況報告は都度起案し、関係部門が相互に内容を把握できる体制となっています。

2) 人員配置

保健指導実施のための人員は下記のとおり配置されています。業務分担・地区分担併用の体制であるため、母子保健等他業務との調整によりマンパワーが不足することがあります。

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
保健師	5人	5人	4人	5人	4人
管理栄養士	1人	1人	1人	1人	1人
臨時職員(事務)	1人	1人	1人	1人	0人

3) KDB活用環境の確保

KDB利用可能端末は2台あり、関係部門が必要時すぐに利用できます。使用方法や帳票についてのマニュアルは端末と共に設置しています。

4) 総合評価

各部門での連携やマンパワーの維持・強化のため、データに基づき明確な健康課題や必要な対策をわかりやすく視覚化していく必要があります。

2. プロセス評価

1) 保健事業対象者等のデータ管理

KDBシステム・健康診査結果システム(マルチマーカ―)・集計ツール等を活用し、保健指導レベル毎の対象者や重症化予防対象者、医療受診状況等を把握しました。毎月保健指導レベル別名簿を添付した健診受診結果を報告し、保健指導対象者について情報共有しました。各対象者の個別の健診結果は、マルチマーカ―導入端末1台の外、保健係端末から経年結果を確認できるようデータを管理しています。

2) 保健事業の取組スケジュール

下記のスケジュールを概ね予定どおり実施しました。

《年度毎スケジュール》

年 度	内 容
H27 年度	●第1期データヘルス計画策定に向けた準備(学習会等)
H28 年度	●第1期データヘルス計画策定、具体的な保健事業について検討 ●高血圧を重点課題として保健事業を計画・実施
H29 年度	●第I期計画評価・第II期計画策定

《年間スケジュール》

月	事 業	内 容
3月	各年度保健事業実施 状況評価	保健事業まとめ・計画を作成。
4月		
5月	特定健診受診券送付 第1回集団健診	対象者に受診券と健診受診勧奨のパンフレットを送付。 受診者に血圧手帳を配布、正常血圧値を周知。
6月	保健指導対象者等選 定・保健指導実施	保健指導レベル別に対象者を整理。 重症化予防対象者等、優先順位を考慮し保健指導実施。 (必要に応じて教材使用)
7月		
8月		
9月	第2回集団健診	受診者に血圧手帳を配布、正常血圧値を周知。
10月	特定健診受診券送付	対象者に受診券と健診受診勧奨のパンフレットを送付。
	第3回集団健診	受診者に血圧手帳を配布、正常血圧値を周知。
	保健指導対象者等 選定・保健指導実施	保健指導レベル別に対象者を整理。 重症化予防対象者等、優先順位を考慮し保健指導実施 (必要に応じて教材使用)。
	特定健診結果・保健 指導登録(国保連)	前年度受診者のデータ作成し送付・登録。
11月	医療受診状況確認	重症化予防対象者・治療中コントロール不良グループの 受診状況をKDBシステムで確認。
12月		

1月	第4回集団健診	受診者に血圧手帳を配布、正常血圧値を周知。
2月	職域健診結果受領	漁業協同組合の国保加入者について職域健診結果受領。
	保健指導対象者等選定・保健指導実施	保健指導レベル別に対象者を整理。 重症化予防対象者等、優先順位を考慮し保健指導実施(必要に応じて教材使用)。

3) アウトプット評価

第1期データヘルス計画では、健診有所見率の高さ・患者数の多さ・重症化リスク等から高血圧を町の優先課題として保健事業を計画・実施しました。

(1) ポピュレーション・アプローチ

実施内容	実施目標	結果	課題
特定健診受診率の向上 定期通院者の結果受領、医療機関からの情報提供等の制度拡充で受診率向上を図る。	60%	30.5% (H28)	定期通院者の未受診対策が重要。
特定保健指導実施率の向上	40%	40.8% (H28)	確実な面接の計画・実施を継続。
血圧手帳の作成・配布 血圧の基準値や測定方法を記載した血圧手帳を作成し、健康診査・健康相談・健康教育等の事業で配布・内容説明する。	手帳配布 100人	手帳配布 150人	手帳の活用状況等、効果検証が必要。
高血圧について広報チラシ折込 高血圧に関する記事をチラシとして町広報に折り込み、広く高血圧予防についての普及啓発を図る。	広報掲載 1回	広報掲載 1回	広報折込チラシによる実際の普及効果の検証が必要。
健診受診者への基準値説明 面接で当日測定結果や経年結果と血圧の基準値を確認し、基準値と測定方法を記載したパンフレットを配布する。	配布 300人	配布 250人	正常血圧の基準値がどの程度普及したか検証が必要。
血圧測定方法の確認 健診会場や健康相談等で受診者が自由に利用できる血圧計を設置し、マンシエットの巻き方や座る姿勢等実際の測定方法について確認する。	実施件数 50件	実施件数 25件	正しい方法での血圧測定の必要性について実際の手技の普及啓発が必要。

高血圧に関する資料展示 健診会場や健康相談等で、血圧の水圧換算グラフや食品の塩分量等の展示を実施。	実施回数 8回	実施回数 11件	興味関心を誘う視覚的な資料の工夫が必要。
雄武町健康フェア 2016 平成 28 年 8 月 21 日ナカジマ薬局と共催。個別健康相談の外、計測ブースでの血圧測定や血圧手帳の配布・説明を実施。	相談件数 5件	相談件数 6件	様々な機関との積極的な連携で幅広い層へアプローチを試みる。
消防団健康教育 平成 27 年 7 月 27 日、平成 28 年 10 月 9 日に消防団を対象とした健康教育を高血圧をテーマに実施。血管をホースに見立て高血圧状態や重症化のイメージ化と、基準値と自身の血圧確認を図った。	参加者数 50人	参加者数 40人 町民 40人 町外 86人	今後も様々な集団への介入により、健康を入口にすることが難しかった対象へアプローチを図る。

(2) 重症化予防の取組

①対象者：特定健診受診者のうちⅡ度高血圧以上の町民

②介入方法

- ・健診時面接：血圧値、家庭血圧測定状況、服薬状況、高血圧に関連するリスク等の確認。

血圧値	当日測定値、経年結果、家庭血圧、正常値の認識、捉え等
家庭血圧	測定有無、測定方法、測定の動機、記録、血圧計の種類等
服薬状況	治療有無、通院先、服薬内容、飲み忘れ有無、中断有無等
生活習慣	生活リズム(食事・睡眠・活動)、食習慣、喫煙、飲酒等
関連リスク	体格、血液データ、家族歴、脳・心・腎疾患リスク等

- ・血圧手帳交付：家庭血圧の測定と記録を実施のうえ医療受診を勧奨。
- ・血圧計貸出し：家庭血圧測定のための血圧計を貸出し、記録状況確認。
- ・受診勧奨通知：血圧・血糖・脂質のいずれも未治療者を対象に、「精密検査のお願い」を送付。
医療機関からの結果返送により受診状況を確認。

③実施状況

健診受診者	重症化予防対象者	
		面接実施数
708人	49人 (69.2%)	28人 (57.1%)

4) アウトカム評価

(1) 全体の経年変化

総人口が3年間で約300人減少している一方で高齢者人口は増えており、75歳以上人口の増加数は65歳以上人口の増加数のおよそ2倍となっています。後期高齢者の増加に伴い介護保険認定者数・率とも上昇していますが、1件あたりの介護給付費は増大していません。

病院・病床数や医師数等医療面では他市町村と比べると不足の傾向にありますが、医療受診率や在院日数・医療費は少なく、健康寿命・平均寿命とも全道・全国と同等の水準を保っています。

項目		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		同規模平均(H28)		道(H28)		国(H28)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
寿命	平均寿命	男性						79.2		79.4		79.2		79.6		
		女性						86.5		86.5		86.3		86.4		
	健康寿命	男性						65.0		65.1		64.9		65.2		
		女性						66.7		66.7		66.5		66.8		
人口構成	総人口	4,847		4,762		4,659		4,569		712,964		5,475,176		124,852,975		
	65歳以上	1,475	30.4%	1,493	31.4%	1,462	31.4%	1,477	32.3%	250,396	35.1%	1,356,131	24.8%	29,020,766	23.2%	
	75歳以上	796	16.4%	815	17.1%	791	17.0%	815	17.8%			669,235	12.2%	13,989,864	11.2%	
1	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	236	16.1%	241	16.7%	259	17.1%	275	18.1%	49,966	20.0%	315,539	23.0%	5,885,270	21.2%
		新規認定者	2	0.3%	2	0.3%	4	0.4%	9	0.4%	781	0.3%	5,299	0.3%	105,636	0.3%
		2号認定者	5	0.3%	5	0.3%	5	0.3%	6	0.3%	856	0.4%	7,541	0.4%	151,813	0.4%
	② 有病状況	糖尿病	56	23.4%	67	25.1%	76	27.0%	86	28.8%	10,599	20.4%	82,322	25.0%	1,350,152	22.1%
		高血圧症	115	51.3%	141	53.8%	160	56.8%	174	57.7%	28,380	55.1%	169,738	51.7%	3,101,200	50.9%
		脂質異常症	72	31.0%	91	33.3%	98	36.9%	106	37.5%	14,058	27.1%	100,963	30.7%	1,741,866	28.4%
		心臓病	125	55.8%	154	57.8%	171	61.1%	183	62.2%	31,946	62.2%	189,496	57.9%	3,529,682	58.0%
		脳疾患	61	25.8%	79	28.8%	90	31.7%	102	32.8%	13,362	26.3%	79,966	24.6%	1,538,683	25.5%
		がん	21	8.4%	33	10.9%	37	13.0%	42	13.5%	4,857	9.3%	38,646	11.6%	631,950	10.3%
		筋・骨格	111	51.2%	141	50.8%	159	57.7%	171	58.7%	28,320	55.1%	168,752	51.4%	3,067,196	50.3%
精神	81	35.1%	97	37.4%	113	40.0%	131	42.1%	19,128	37.0%	121,460	36.9%	2,154,214	35.2%		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	90,915円		89,586円		85,874円		81,492円		73,752円		57,970円		58,284円		
	居宅サービス	26,412円		27,548円		23,742円		25,714円		39,649円		38,885円		39,662円		
	施設サービス	273,240円		272,319円		272,767円		257,773円		273,932円		283,121円		281,186円		
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	12,428円	7,192円	7,649円	9,134円	8,522円	8,974円	7,980円							
	認定なし	4,135円	3,994円	4,590円	4,813円	4,224円	4,605円	3,816円								
1	① 国保の状況	被保険者数	1,913		1,881		1,820		1,821		198,805		1,312,938		32,587,866	
		65～74歳	511	26.7%	503	26.7%	490	26.9%	499	27.4%			547,124	41.7%	12,461,613	38.2%
		40～64歳	750	39.2%	751	39.9%	706	38.8%	675	37.1%			441,573	33.6%	10,946,712	33.6%
		39歳以下	652	34.1%	627	33.3%	624	34.3%	647	35.5%			324,241	24.7%	9,179,541	28.2%
		加入率	40.5%		39.8%		38.5%		38.5%		28.1%		24.0%		26.9%	
2	② 医療の概況(人口千対)	病院数	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	47	0.2	569	0.4	8,255	0.3
		診療所数	2	1.0	2	1.1	2	1.1	2	1.1	621	3.1	3,377	2.6	96,727	3.0
		病床数	25	13.1	25	13.3	25	13.7	25	13.7	3,963	19.9	96,574	73.6	1,524,378	46.8
		医師数	3	1.6	3	1.6	3	1.6	3	1.6	541	2.7	12,987	9.9	299,792	9.2
		外来患者数	559.4		539.2		545.5		537.9		652.3		646.1		668.1	
		入院患者数	20.9		18.5		19.7		18.8		23.7		22.9		18.2	
2	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	22,477	速内155位	20,750	速内168位	22,385	速内163位	21,212	速内171位	26,817		27,782		24,245	
		受診率	580.323		557.661		565.239		556.726		676.037		668.94		686.286	
		外費用の割合	56.4%		56.7%		53.9%		56.7%		55.3%		55.2%		60.1%	
		来件数の割合	96.4%		96.7%		96.5%		96.6%		96.5%		96.6%		97.4%	
		入費用の割合	43.6%		43.3%		46.1%		43.3%		44.7%		44.8%		39.9%	
		院件数の割合	3.6%		3.3%		3.5%		3.4%		3.5%		3.4%		2.6%	
		1件当たり在院日数	12.9日		11.6日		12.5日		13.2日		16.3日		15.8日		15.6日	

④	医療費分析 総額に占める 割合 最大医療資源 傷病名(該当含 む)	新生物	28.0%	24.8%	24.5%	29.5%	24.2%	28.5%	25.6%							
		慢性腎不全(透析あり)	5.3%	3.6%	3.0%	6.0%	7.9%	6.5%	9.7%							
		糖尿病	11.7%	15.2%	14.8%	12.7%	10.1%	9.2%	9.7%							
		高血圧症	14.6%	16.2%	12.6%	11.2%	9.4%	7.9%	8.6%							
		精神	9.7%	11.0%	11.7%	9.0%	18.6%	17.2%	16.9%							
		筋・骨疾患	15.4%	16.9%	19.3%	12.5%	16.4%	16.3%	15.2%							
⑤	費用額 (1件あたり)	糖尿病	416,241	177位 (13)	694,035	18位 (13)	716,857	9位 (15)	659,914	30位 (17)						
		高血圧	508,963	153位 (14)	757,798	9位 (12)	801,953	3位 (13)	672,594	27位 (13)						
		脂質異常症	385,292	171位 (14)	505,468	118位 (13)	626,863	40位 (14)	615,759	44位 (16)						
		脳血管疾患	587,801	130位 (18)	797,807	22位 (11)	901,526	6位 (13)	526,256	158位 (15)						
		心疾患	541,652	159位 (12)	654,164	110位 (10)	933,163	15位 (8)	620,572	125位 (11)						
		腎不全	565,276	138位 (11)	1,772,838	3位 (15)	1,145,706	15位 (23)	526,734	146位 (14)						
		精神	401,212	169位 (24)	539,236	22位 (26)	466,582	112位 (23)	477,759	102位 (23)						
		悪性新生物	740,060	13位 (12)	842,803	1位 (12)	525,284	174位 (12)	645,120	95位 (12)						
		入院() 内は入院日 数	糖尿病	34,630	129位	30,390	169位	30,840	171位	37,897	88位					
	高血圧	28,730	139位	26,678	162位	25,922	172位	29,385	134位							
	脂質異常症	26,142	156位	25,402	156位	25,145	162位	27,942	123位							
	脳血管疾患	32,373	141位	29,564	168位	37,274	95位	38,685	64位							
	心疾患	40,045	102位	34,690	148位	30,758	175位	32,790	156位							
	腎不全	100,830	156位	63,968	170位	64,751	172位	87,323	156位							
	精神	29,139	105位	25,881	160位	27,163	149位	23,690	169位							
	悪性新生物	59,755	24位	56,579	46位	62,641	33位	69,660	22位							
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,221円	1,464円			3,151円	1,429円	2,346円					
				健診未受診者	14,903円	10,942円	13,649円	15,823円	12,337円	15,426円	12,339円					
生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者	6,202円	4,275円			8,737円	4,353円	6,742円						
			健診未受診者	41,615円	31,958円	41,495円	47,563円	34,206円	46,986円	35,459円						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	219	61.7%	204	59.0%	199	62.0%	183	61.4%	37,112	56.9%	143,193	57.4%	4,427,425	56.1%
		医療機関受診率	196	55.2%	185	53.5%	188	58.6%	161	54.0%	33,675	51.6%	131,566	52.7%	4,069,632	51.5%
		医療機関非受診率	23	6.5%	19	5.5%	11	3.4%	22	7.4%	3,437	5.3%	11,627	4.7%	357,793	4.5%

(2) 医療の状況

生活習慣病の患者数は、総人口の減少に伴い全体としては減少傾向にありますが、糖尿病性腎症の患者数は平成25年から平成29年の間に3倍以上となっています。また、50代以下の治療者の割合が増加しており、特に虚血性心疾患で若年の治療者が目立ちます。患者数が最も多いのは高血圧症ですが、新規患者数は糖尿病が最も多く、同規模人口の町村平均と比較しても増加の幅が大きい状況です。必要に応じて高血圧・糖尿病等の段階で適切な治療を受け、脳・心臓・腎臓疾患への重症化を予防することが必要です。

医療費については、人口規模が小さいため、1人の健康状態による影響が大きい状況です。平成25年度と平成28年度を比較すると、全体医療費・国保被保険者1人当たり医療費どちらも大幅な増減はありません。主要な生活習慣病の医療費をみると、脳・心血管疾患にかかる医療費が例年同規模人口の町村と比較して多く、それらの疾患のリスクとなる高血圧・糖尿病・脂質異常症の外来医療費も多い状況です。これらの疾患につながる生活習慣や肥満の段階で疾病発症を予防し、治療開始時期の延伸や適切な治療の継続による重症化予防が大切です。

①医療費の経年変化

	医科医療費		(入院) 1件当たり医科医療費		(入院外) 1件当たり医科医療費	
	費用額	増減(前年度比)	費用額	増減(前年度比)	費用額	増減(前年度比)
H25年度	490,260,780	45,789,540	468,595	34,855	22,667	1,666
H26年度	435,795,190	-54,465,590	485,968	17,373	21,833	-834
H27年度	460,817,690	25,022,500	522,835	36,867	22,132	299
H28年度	427,035,740	-33,781,950	488,955	-33,880	22,365	233

②1人当たり医療費の比較

		1人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H25年度	保険者(地区)	22,480	9,800	12,680			
	同規模	25,340	11,370	13,970			
	道	26,440	11,990	14,450			
	国	22,390	8,970	13,420			
H26年度	保険者(地区)	20,750	8,980	11,770	-7.7%	-8.4%	-7.2%
	同規模	25,890	11,620	14,270	2.2%	2.2%	2.1%
	道	26,600	12,000	14,600	0.6%	0.1%	1.0%
	国	22,920	9,160	13,760	2.4%	2.1%	2.5%
H27年度	保険者(地区)	22,380	10,310	12,070	-0.4%	5.2%	-4.8%
	同規模	26,930	11,830	15,100	6.3%	4.0%	8.1%
	道	27,880	12,310	15,570	5.4%	2.7%	7.8%
	国	24,290	9,500	14,790	8.5%	5.9%	10.2%
H28年度	保険者(地区)	21,210	9,180	12,030	-5.6%	-6.3%	-5.1%
	同規模	26,820	11,990	14,830	5.8%	5.5%	6.2%
	道	27,780	12,440	15,340	5.1%	3.8%	6.2%
	国	24,250	9,670	14,580	8.3%	7.8%	8.6%

※1人当たり医療費は月平均額です。

※伸び率は各年度と平成25年度の比較で算出しています。

※平成29年度については評価時点でデータ未確定のため掲載していません。

③疾病の発生状況・医療費経年変化

【脳血管疾患】

			H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	
患者数	～59歳	(人)	5	5	4	3	6	
	60～69歳		27	29	25	29	19	
	70～74歳		22	19	14	13	22	
	計		54	53	43	45	47	
	伸び率		-5.3%	-7.0%	-24.6%	-21.1%	-17.5%	
新規患者数(千人当たり)		雄武町	2.0	2.6	1.9	3.9		
		同規模	3.4	3.2	3.1	2.9		
医療費	入院	脳梗塞	雄武町	3,837,360	747,360	696,920	10,345,180	
			同規模	3,814,160	3,564,960	627,790	2,918,620	
		脳出血	雄武町	7,007,820	1,269,970	1,626,150	5,687,250	
			同規模	1,986,300	2,193,130	703,580	1,633,530	
		クモ膜下出血	雄武町	4,134,520	2,339,470	311,190	0	
			同規模	711,940	718,820	970,460	592,470	
		一過性脳虚血発作	雄武町	52,810	0	0	0	
			同規模	70,380	11,630	244,130	20,730	
	外来	脳梗塞	雄武町	2,552,860	1,219,390	1,147,070	688,280	
			同規模	1,507,140	1,468,510	1,336,120	1,067,120	
		脳出血	雄武町	52,410	0	0	262,020	
			同規模	114,280	109,830	106,340	105,970	
		クモ膜下出血	雄武町	52,600	80,920	103,220	76,370	
			同規模	25,190	19,280	19,480	18,250	
		一過性脳虚血発作	雄武町	54,490	75,240	0	21,890	
			同規模	26,240	20,400	17,370	16,850	

【虚血性心疾患】

			H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	
患者数	～59歳	(人)	9	8	6	11	13	
	60～69歳		40	45	39	40	39	
	70～74歳		44	38	33	27	25	
	計		93	91	78	78	77	
	伸び率		0.0%	-2.2%	-16.1%	-16.1%	-17.2%	
新規患者数(千人当たり)		雄武町	3.9	4.0	3.5	4.4		
		同規模	3.6	3.6	3.6	3.4		
医療費	入院	狭心症	雄武町	6,350,150	4,479,580	807,940	10,860,260	
			同規模	3,489,450	3,306,080	650,610	2,731,740	
		心筋梗塞	雄武町	4,938,820	0	2,274,740	2,372,430	
			同規模	679,480	699,410	1,294,620	836,100	
	外来	狭心症	雄武町	4,235,210	3,799,710	4,187,050	4,212,890	
			同規模	1,920,460	1,884,310	1,769,850	1,466,670	
		心筋梗塞	雄武町	65,790	28,690	0	11,640	
			同規模	109,050	133,320	126,230	99,090	

【糖尿病性腎症・CKD】

			H25年度		H26年度		H27年度		H28年度		H29年度	
			再掲)透析	再掲)透析	再掲)透析	再掲)透析	再掲)透析	再掲)透析	再掲)透析	再掲)透析	再掲)透析	
患者数 糖尿病性 腎症患者	～59歳	(人)	2	0	5	0	2	0	3	0	3	2
	60～69歳		3	0	2	0	5	1	6	1	9	2
	70～74歳		0	0	2	0	5	0	4	0	5	0
	計		5	0	9	0	12	1	13	1	17	4
	伸び率		0%	80%		140%		160%				
新規患者数(千人当たり)		雄武町	0.9	0.9	0.5	0.7						
		同規模	0.8	0.8	0.7	0.7						
医療費 慢性腎不全 (全体) 人工透析有	入院	雄武町	813,980	622,170	0	771,010						
		同規模	2,460,570	2,497,830	717,390	2,457,170						
	外来	雄武町	14,048,500	6,870,120	6,681,920	13,354,810						
		同規模	10,097,710	10,250,600	9,978,200	9,526,620						

【高血圧】

			H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
患者数	～59歳	(人)	56	52	49	53	60
	60～69歳		158	145	145	149	146
	70～74歳		148	135	112	96	105
	計		362	332	306	298	311
	伸び率		0.6%	-7.8%	-15.0%	-17.2%	-13.6%
新規患者数(千人当たり)	雄武町	20.6	19.9	13.6	18.4		
	同規模	15.4	14.8	15.4	15.1		
医療費	入院	雄武町	867,380	870,090	144,130	1,223,620	
		同規模	507,020	542,480	243,870	433,810	
	外来	雄武町	40,031,100	32,884,510	27,330,540	25,406,870	
		同規模	18,751,700	16,914,860	15,596,360	13,746,540	

【糖尿病】

			H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
患者数	～59歳	(人)	31	40	33	33	29
	60～69歳		67	61	65	77	74
	70～74歳		77	77	65	45	48
	計		175	178	163	155	151
	伸び率		6.7%	8.5%	-0.6%	-5.5%	-7.9%
新規患者数(千人当たり)	雄武町	27.1	29.3	21.7	23.3		
	同規模	15.7	15.6	15.6	15.7		
医療費	入院	雄武町	2,275,110	1,747,490	481,580	947,540	
		同規模	1,644,990	1,638,560	338,210	1,357,500	
	外来	雄武町	30,726,740	29,931,860	30,299,710	29,399,130	
		同規模	14,132,170	14,251,010	14,679,200	14,199,700	

【脂質異常症】

			H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
患者数	～59歳	(人)	31	33	38	38	33
	60～69歳		122	113	105	118	110
	70～74歳		104	105	92	73	77
	計		257	251	235	229	220
	伸び率		3.2%	0.8%	-5.6%	-8.0%	-11.6%
新規患者数(千人当たり)	雄武町	14.1	15.4	13.8	14.8		
	同規模	12.4	12.0	12.5	12.0		
医療費	入院	雄武町	0	800,290	0	1,004,060	
		同規模	160,110	122,320	113,030	157,240	
	外来	雄武町	12,783,980	11,306,140	10,164,220	9,164,580	
		同規模	7,858,640	7,602,790	7,769,190	7,292,120	

【高尿酸血症】

			H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
患者数	～59歳	(人)	14	10	12	14	17
	60～69歳		17	19	19	23	19
	70～74歳		18	19	18	17	14
	計		49	48	49	54	50
	伸び率		4.3%	2.1%	4.3%	14.9%	6.4%
新規患者数(千人当たり)	雄武町	3.5	4.0	3.1	2.4		
	同規模	3.1	3.0	3.3	3.2		
医療費	入院	雄武町	0	0	0	0	
		同規模	12,280	24,760	245,640	39,090	
	外来	雄武町	454,130	521,400	509,280	288,930	
		同規模	256,070	295,120	319,230	374,720	

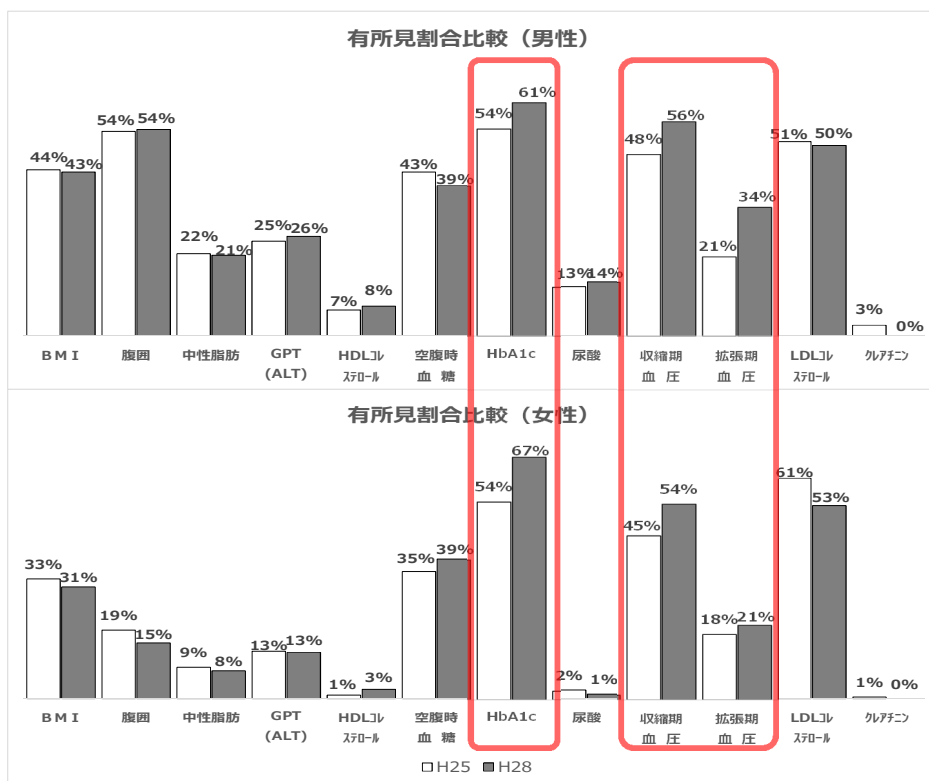
※患者数の伸び率は各年度と平成24年度の比較で算出しています。

(3) 特定健康診査の状況

特定健診受診者の検査結果から、高血糖・高血圧において有所見者割合が増加していることがわかります。また、心血管疾患のリスクとなるメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合は横ばいで、血圧・血糖・脂質すべての要素が重複している人の割合が最も多い状況です。今後、糖尿病や高血圧症の治療を要する人の増加や、重複リスクにより脳・心臓・腎臓疾患への重症化が進むことが懸念されます。

① 有所見者割合の経年変化

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		
		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	H25	合計	65	43.6%	80	53.7%	32	21.5%	37	24.8%	10	6.7%	64	43.0%	81	54.4%	19	12.8%	71	47.7%	31	20.8%	78	51.0%	4	2.7%
		40-64	39	43.8%	46	51.7%	17	19.1%	27	30.3%	3	3.4%	33	37.1%	49	55.1%	8	9.0%	29	32.6%	20	22.5%	51	57.3%	0	0.0%
		65-74	26	43.3%	34	56.7%	15	25.0%	10	16.7%	7	11.7%	31	51.7%	32	53.3%	11	18.3%	42	70.0%	11	18.3%	25	41.7%	4	6.7%
	H26	合計	61	42.4%	71	49.3%	34	23.6%	41	28.5%	5	3.5%	80	55.6%	80	55.6%	23	16.0%	73	50.7%	49	34.0%	72	50.0%	5	3.5%
		40-64	36	43.4%	39	47.0%	23	27.7%	28	33.7%	2	2.4%	39	47.0%	46	55.4%	12	14.5%	35	42.2%	29	34.9%	44	53.0%	1	1.2%
		65-74	25	41.0%	32	52.5%	11	18.0%	13	21.3%	3	4.9%	41	67.2%	34	55.7%	11	18.0%	38	62.3%	20	32.8%	28	45.9%	4	6.6%
	H27	合計	70	47.3%	85	57.4%	3	22.3%	45	30.4%	10	6.8%	86	58.1%	84	56.8%	24	16.2%	80	54.1%	49	33.1%	61	41.2%	2	1.4%
		40-64	39	47.0%	44	53.0%	20	24.1%	30	36.1%	2	2.4%	39	47.0%	43	51.8%	16	19.3%	40	48.2%	29	34.9%	42	50.6%	1	1.2%
		65-74	31	47.7%	41	63.1%	13	20.0%	15	23.1%	8	12.3%	47	72.3%	41	63.1%	8	12.3%	40	61.5%	20	30.8%	19	29.2%	1	1.5%
	H28	合計	61	43.0%	77	54.2%	30	21.1%	37	26.1%	11	7.7%	56	39.4%	87	61.3%	20	14.1%	80	56.3%	48	33.8%	71	50.0%	0	0.0%
		40-64	37	46.3%	40	50.0%	15	18.8%	23	28.8%	3	3.8%	22	27.5%	46	57.5%	11	13.8%	37	46.3%	24	30.0%	43	53.8%	0	0.0%
		65-74	24	38.7%	37	59.7%	15	24.2%	14	22.6%	8	12.9%	34	54.8%	41	66.1%	9	14.5%	43	69.4%	24	38.7%	28	45.2%	0	0.0%
女性	H25	合計	68	33.0%	39	18.9%	18	8.7%	27	13.1%	2	1.0%	72	35.0%	112	54.4%	5	2.4%	93	45.1%	37	18.0%	125	60.7%	1	0.5%
		40-64	29	28.2%	13	12.6%	8	7.8%	12	11.7%	0	0.0%	32	31.1%	52	50.5%	2	1.9%	39	37.9%	17	16.5%	65	63.1%	0	0.0%
		65-74	39	37.9%	26	25.2%	10	9.7%	15	14.6%	2	1.9%	40	38.8%	60	58.3%	3	2.9%	54	52.4%	20	19.4%	60	58.3%	1	1.0%
	H26	合計	72	35.6%	37	18.3%	18	8.9%	24	11.9%	7	3.5%	95	47.0%	119	58.9%	9	4.5%	99	49.0%	38	18.8%	118	58.4%	0	0.0%
		40-64	32	32.3%	14	14.1%	7	7.1%	12	12.1%	3	3.0%	37	37.4%	50	50.5%	3	3.0%	41	41.4%	16	16.2%	53	53.5%	0	0.0%
		65-74	40	38.8%	23	22.3%	11	10.7%	12	11.7%	4	3.9%	58	56.3%	69	67.0%	6	5.8%	58	56.3%	22	21.4%	65	63.1%	0	0.0%
	H27	合計	72	35.6%	37	18.3%	18	8.9%	24	11.9%	7	3.5%	95	47.0%	119	58.9%	9	4.5%	99	49.0%	38	18.8%	118	58.4%	0	0.0%
		40-64	32	32.3%	14	14.1%	7	7.1%	12	12.1%	3	3.0%	37	37.4%	50	50.5%	3	3.0%	41	41.4%	16	16.2%	53	53.5%	0	0.0%
		65-74	40	38.8%	23	22.3%	11	10.7%	12	11.7%	4	3.9%	58	56.3%	69	67.0%	6	5.8%	58	56.3%	22	21.4%	65	63.1%	0	0.0%
	H28	合計	48	30.8%	24	15.4%	12	7.7%	20	12.8%	4	2.6%	60	38.5%	104	66.7%	2	1.3%	84	53.8%	32	20.5%	83	53.2%	0	0.0%
		40-64	20	27.4%	8	11.0%	7	9.6%	10	13.7%	2	2.7%	19	26.0%	44	60.3%	0	0.0%	23	31.5%	10	13.7%	38	52.1%	0	0.0%
		65-74	28	33.7%	16	19.3%	5	6.0%	10	12.0%	2	2.4%	41	49.4%	60	72.3%	2	2.4%	61	73.5%	22	26.5%	45	54.2%	0	0.0%



②メタボリックシンドローム該当者・予備群の経年変化

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		
男性	合計	149	29.5%	19	12.8%	23	15.4%	4	2.7%	14	9.4%	5	3.4%	38	25.5%	10	6.7%	2	1.3%	12	8.1%	14	9.4%	
	40-64	89	29.9%	16	18.0%	14	15.7%	3	3.4%	7	7.9%	4	4.5%	16	18.0%	3	3.4%	1	1.1%	6	6.7%	6	6.7%	
	65-74	60	29.0%	3	5.0%	9	15.0%	1	1.7%	7	11.7%	1	1.7%	22	36.7%	7	11.7%	1	1.7%	6	10.0%	8	13.3%	
	合計	144	29.4%	11	7.6%	17	11.8%	4	2.8%	12	8.3%	1	0.7%	43	29.9%	11	7.6%	2	1.4%	14	9.7%	16	11.1%	
	H26	40-64	83	28.1%	9	10.8%	7	8.4%	2	2.4%	5	6.0%	0	0.0%	23	27.7%	3	3.6%	2	2.4%	9	10.8%	9	10.8%
	65-74	61	31.4%	2	3.3%	10	16.4%	2	3.3%	7	11.5%	1	1.6%	20	32.8%	8	13.1%	0	0.0%	5	8.2%	7	11.5%	
女性	合計	148	32.0%	11	7.4%	20	13.5%	1	0.7%	15	10.1%	4	2.7%	54	36.5%	15	10.1%	4	2.7%	19	12.8%	16	10.8%	
	40-64	83	29.7%	8	9.6%	12	14.5%	1	1.2%	8	9.6%	3	3.6%	24	28.9%	6	7.2%	2	2.4%	10	12.0%	6	7.2%	
	65-74	65	35.3%	3	4.6%	8	12.3%	0	0.0%	7	10.8%	1	1.5%	30	46.2%	9	13.8%	2	3.1%	9	13.8%	10	15.4%	
	合計	142	31.6%	11	7.7%	27	19.0%	2	1.4%	21	14.8%	4	2.8%	39	27.5%	7	4.9%	3	2.1%	14	9.9%	15	10.6%	
	H28	40-64	80	29.7%	11	13.8%	15	18.8%	1	1.3%	11	13.8%	3	3.8%	24	30.0%	2	2.5%	1	1.3%	5	6.3%	6	7.5%
	65-74	62	34.3%	0	0.0%	12	19.4%	1	1.6%	10	16.1%	1	1.6%	25	40.3%	5	8.1%	2	3.2%	9	14.5%	9	14.5%	

③高血圧重症化予防対象者の状況

【治療状況の変化】

特定健診 受診者数	Ⅱ度高血圧 以上該当者	該当時の治療状況		評価時の治療状況	
		高血薬 服薬なし	高血薬 服薬中	高血薬 服薬なし	高血薬 服薬中
708人	49人(7%)	24人(49%)	25人(51%)	13人(27%)	36人(73%)

【血圧の変化】

Ⅱ度高血圧以上該当者							
	血圧 改善	血圧 維持	血圧 悪化	血圧不明			
					治療中	未治療	国保離脱 死亡
49人	19人 (39%)	6人 (12%)	2人(4%)	21人 (43%)	14人 (67%)	5人 (24%)	2人 (9%)

Ⅱ度以上の高血圧者のうち 39%についてその後の健診で血圧値の改善を確認できましたが、43%についてはその後健診未受診のため血圧値が不明です。

健診未受診者のうち、新たに治療開始となった11人を含め67%が治療中であり、定期通院者の事後把握が課題となっています。

Ⅱ. 第2期計画に係る目標設定

1. 中長期的な目標の設定

脳・心血管疾患の患者数が減少している一方、糖尿病性腎症・CKD患者数は平成25年から平成29年までの間に3倍以上に増加しており、今後医療費の増大が予測されます。特定健診受診者のうち半数以上が高血糖状態であること、メタボリックシンドローム該当者のうち血圧・血糖のリスク重複者が多いこと等からも、糖尿病性腎症及び人工透析への重症化予防が新たな課題となっています。

今後、雄武町の高齢化がさらに進展すること・加齢に伴う血管変化を踏まえると、患者総数や医療費総額の減少を目指すのは難しいと思われ、医療費の伸びや新規患者数の増加抑制を目指すべきと考えます。医療費については人口規模が小さいため1人の患者による影響が大きく、各年で同規模人口の町村平均と比較することも必要です。

【目標値】

	①	②	③
	人工透析患者数	糖尿病性腎症 新規患者数	糖尿病 新規患者数
H35年度目標 (H30年度比較)	増加しない (4人未満)	0.7人以内 (千人あたり)	20人以内 (千人あたり)

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、必要時計画及び目標値を見直します。

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
①	0	0	1	1	4						
②	5	9	12	13	17						
③	27.1	29.3	21.7	23.3							

2. 短期的な目標の設定

第1期データヘルス計画では高血圧を町の重点課題として保健事業に取り組み、患者数・外来医療費の減少や重症化予防対象者の血圧値改善等一定の成果を得ることができました。

第2期では糖尿病性腎症の重症化予防を新たな重点課題として、リスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少を目指します。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の考え方を基に、血糖・血圧・慢性腎臓病(CKD)に係る検査結果の改善を目標とします。

		H35年度目標 (H30年度比較)
①	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	25%未満
②	特定健診におけるHbA1c有所見率の減少	55%未満
③	特定健診における血圧有所見率の減少	50%未満
④	特定健診における血清クレアチニン有所見率の減少	2%未満

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
①	26.2	26.9	34.6	29.5							
②	54.4	57.5	61.4	64.1							
③	46.2	49.7	51.1	55.0							
④	1.4	1.4	0.6	0.0							

健診結果により医療受診を要する人への受診勧奨や治療中断者への再受診勧奨、治療継続への働きかけ等、適切な医療受診につなげ、必要に応じて医療機関と積極的な連携を図ることとします。

また、糖尿病・メタボリックシンドロームについては薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等と併用して治療を行うことが必要であるため、個別の特性に合わせた栄養指導を実施します。

これらの生活習慣病には自覚症状がなく、まずは自身の身体の状態を知るため健診の機会を提供し、個別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す。

健診受診率や保健指導実施率等の目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

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ます。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期は6年一期とし、平成30年度から平成35年度を計画期間として策定します。

また、目標値の設定については、町の実績値と国の数値に乖離があるため、現実的な数値を算出し、それを町独自の目標とします。

II. 目標値の設定

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診実施率 (国)						70%
(雄武町)	30%	32%	34%	36%	38%	40%
特定保健指導実施率 (国)						45%
(雄武町)	40%	45%	50%	55%	60%	65%

III. 対象者の見込み

		H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診	対象者数	1,000	1,000	1,000	1,000	950	900
	受診者数	300	320	340	360	365	365
特定保健指導	対象者数	50	60	70	75	80	85
	実施者数	20	27	35	42	48	55

IV. 特定健診の実施

1. 実施方法

健診については、町内外医療機関に委託し、受診者の利便性向上を図ります。

- ① 集団健診（町内会場・町外施設等、指定日）
- ② 個別健診（町内外医療機関、通年）

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項に基づき委託実施します。

3. 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町広報へのチラシ折込・町ホームページへの記載・庁舎窓口等へのポスター掲示・新聞折込等で周知します。

4. 特定健診実施項目

より多角的に重症化予防対象者を選定するため、法定の項目に加え、尿潜血等の追加検査を実施します。LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変える等実施基準に基づき対応します。(実施基準第1条4項)

区分	検査項目
基本項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ・ 血圧測定（原則2回測定し平均値を用いる） ・ 血中脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ・ 肝機能検査（AST、ALT、γ-GT） ・ 血糖検査（空腹時血糖または随時血糖、HbA1c） ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 貧血検査（血色素、ヘマトクリット） ・ 血清クレアチニン検査 ・ 心電図検査（安静時、標準12誘導） ・ 眼底検査
町独自項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 尿潜血

	質問項目	回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ

8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (合計 100 本以上又は 6 か月以上の喫煙歴かつ最近 1 か月も喫煙有)	①はい ②いいえ
9	20 歳のときの体重から 10 k g 以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上している。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上している。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量 日本酒 1 合(180ml)の目安: ビール 500ml、焼酎(25 度 100ml)、 ウイスキーダブル 1 杯(60ml)、ワイン 2 杯(240ml)	①1 合未満 ②1~2 合未満 ③2~3 合未満 ④3 合以上
20	睡眠で休養が充分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである (概ね 6 か月以内) ③近いうちに(概ね 1 か月以内) 改善するつもりであり、少し ずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる (6 か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる (6 か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

5. 実施時期

毎年 4 月から翌年 3 月末まで実施します。

6. 医療機関との適切な連携

生活習慣病治療中の特定健診未受診者対策が課題であり、かかりつけ医から対象者へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

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

7. 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に健診事業を認知してもらうことが不可欠です。年2回の受診券送付のほか、町ホームページ・広報や新聞折込等様々な方法で周知を図ります。また、受診日を指定して問診票も送付するなど、対象者がより自分のこととして捉えやすいよう受診勧奨方法の工夫を図ります。

月	周知・案内	健診	
		集団	個別
4月	町広報・ホームページでの通年健診スケジュール周知		通年 町内外 医療機関 等と委託 契約実施
5月	受診券送付・40歳となった人へ指定受診日等案内	2日間	
6月			
7月	集団健診周知（広報・ホームページ・新聞等）		
8月	集団健診周知（広報・ホームページ・新聞等）		
9月	集団健診周知（広報・ホームページ・新聞等）	1日間	
10月	受診券送付・40歳となった者へ指定受診日等案内	2日間	
11月			
12月	集団健診周知（広報・ホームページ・新聞等）		
1月		1日間	
2月	個別健診周知（広報・ホームページ・新聞等）	1日間	
3月			

※このほか、送迎による施設健診等利便性向上のための実施形態を検討します。

V. 特定保健指導の実施

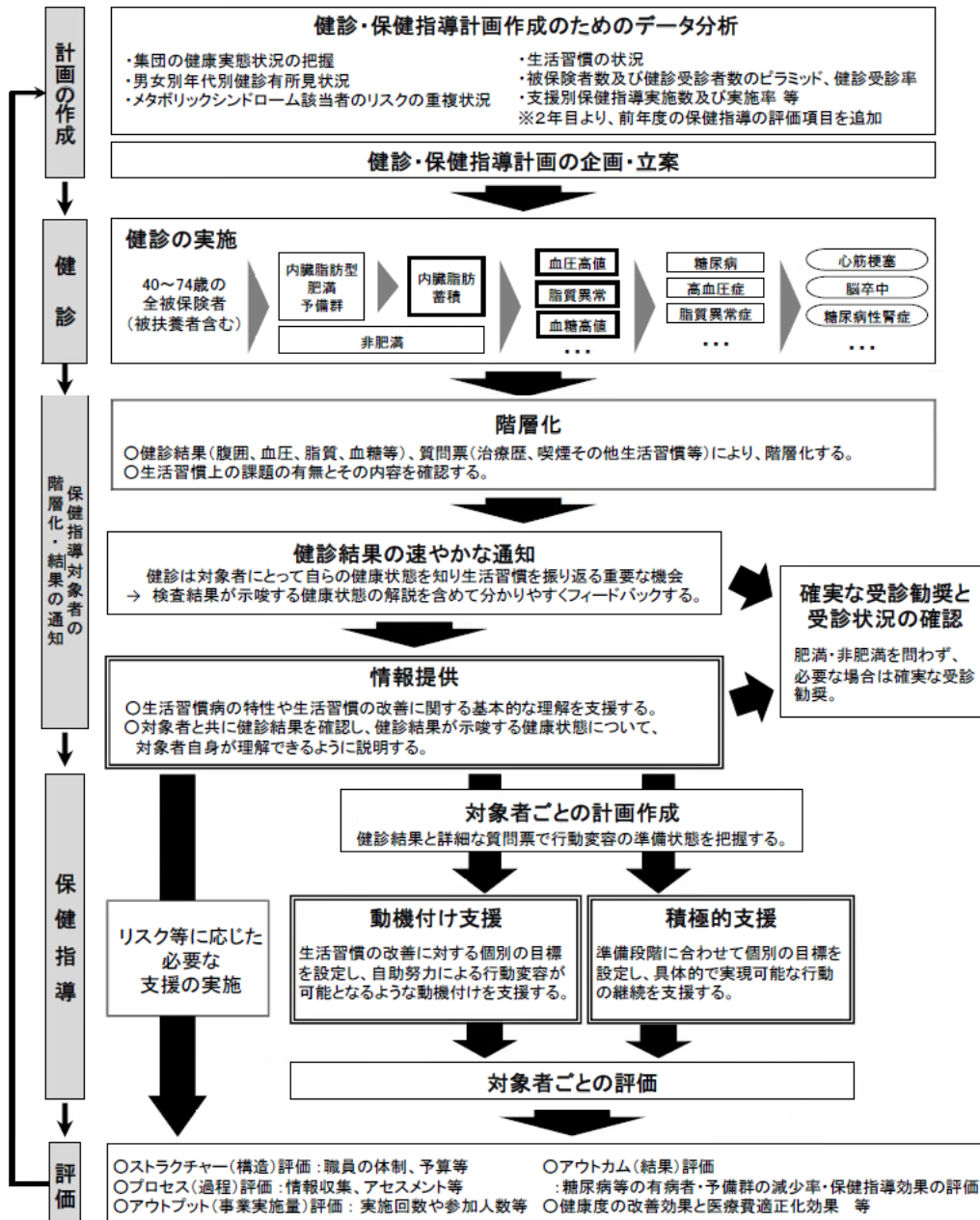
特定保健指導については、対象者の判定・初回面接から評価・実施報告までを保健係が行います。

1. 健診から保健指導実施の流れ

毎月個別健診・各集団健診後に、健診結果管理システムにより保健指導レベル毎に受診者を整理し報告します。特定保健指導対象者には個別の保健指導計画を作成し、それに基づき保健指導を実施・評価します。

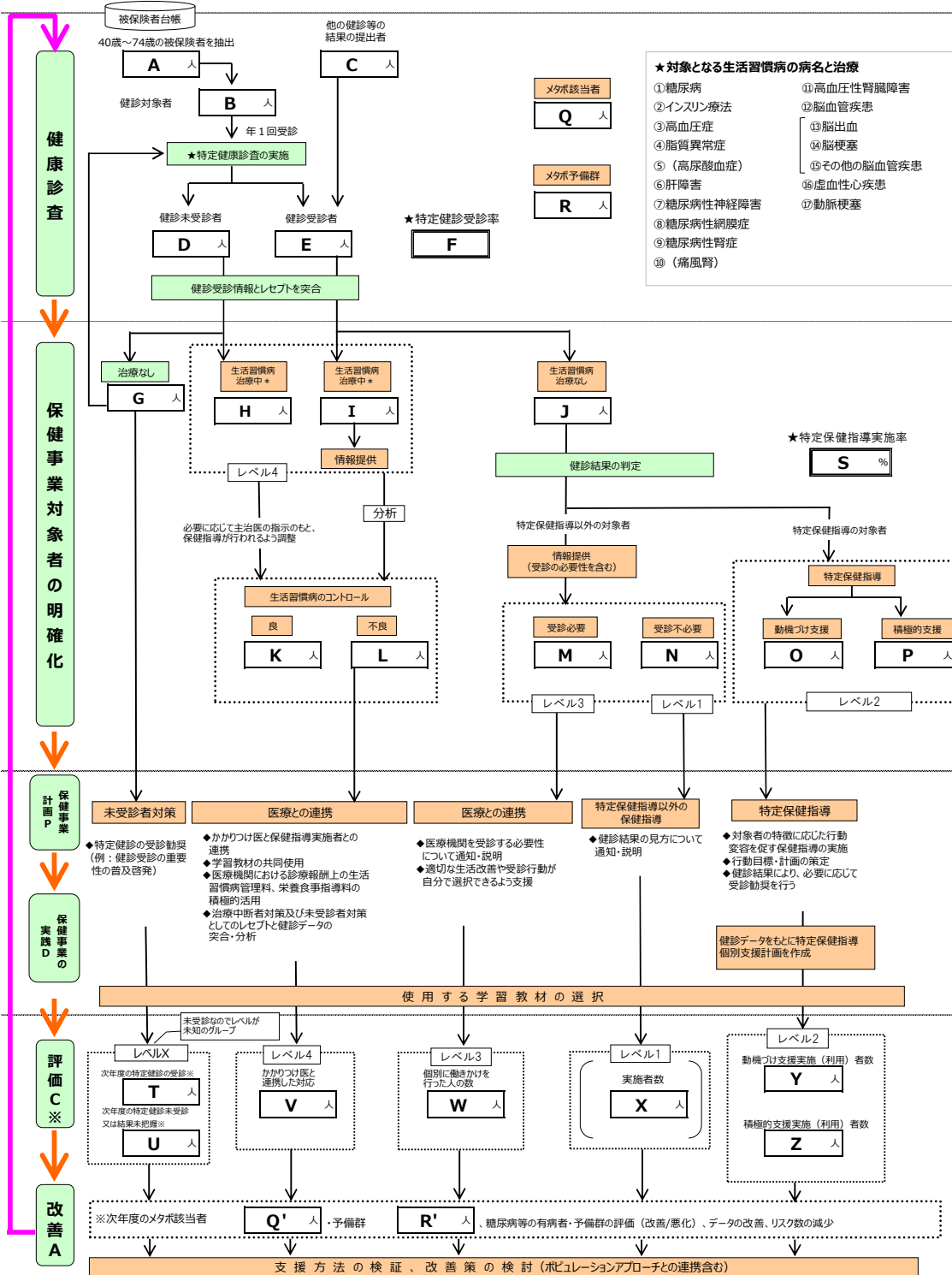
特定保健指導対象者の全体管理については、「標準的な健診・保健指導のプログラム（平成30年版）」様式5-5を用いて対象者数や保健指導実施状況を明確化します。

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（イメージ）



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

様式5-5



2. 要保健指導対象者数の見込、選定方法、優先順位、支援方法

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	P O	特定保健指導 P：積極的支 O：動機付け支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じ て受診勧奨を行う	50人 (15%)	45%
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	70人 (20%)	※HbA1c6.5 以上の人 について 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及)	700人 ※受診率目標 達成までに あと50人	H30：35% H32：45% H35：60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について 通知・説明	70人 (20%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医との連携 ◆個別に合わせた学習教材使用 ◆医療機関における診療報酬上 の生活習慣病管理料、栄養食 事指導料の活用 ◆治療中断者対策及び未受診者 対策としてのレセプトと健診 データの突合・分析	160人 (45%)	

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

目標達成に向けた進捗状況管理とPDCAサイクルの実践のため、年間実施スケジュールを作成します。

1) 対象者の明確化

対象者	対策
全町民	ホピュレーションアプローチ
特定健診未受診者	未受診者対策
特定健診初回対象者	健診新規受診
過去5年間特定健診未受診者	
保健指導対象者(保健指導レベルごと分類)	個別保健指導

優先順位	様式 6 - 10	保健指導 レベル	支援方法
1	P O	積極的支援 動機付支援	対象者の特徴に応じて、行動変容を促す保健指導を実施する。
2	M	受診勧奨	医療機関受診の必要性や適切な受診について情報提供する。
3	D	健診未受診者	特定健診受診勧奨または検査結果等提出についてアプローチする。
4	N	情報提供	健診結果の見方や受診継続の必要性について情報提供する。
5	L K	治療中(コントロール不良) (コントロール良)	かかりつけ医との連携を図り、適切な保健指導を実施する。

2) 課題設定と計画 [P]

対策	課題	計画
ホピュレーション アプローチ	健診受診の習慣化	健診の制度や健診結果の具体的な活用方法等について普及啓発を図る。
		20・39歳・その外節目年齢で受診勧奨。
未受診者 対策	治療中グループの健診 受診率向上	みなし健診推進や健診関連制度の活用について医療機関の協力を依頼する。
特定健診	新規受診者の獲得	特定健診初回対象者・過去5年間健診未受診者への個別通知、指定受診日案内。
保健指導	重症化予防のための保健指導	個々に合った保健指導を実施する。

3) 実践スケジュール [D] ※平成 30 年度の取組予定

月	ポピュレーション	未受診者対策	特定健診		保健指導
			個別	集団	
4月	・広報パンフレット・ホームページ記事で健診の目的や内容を紹介 ・乳幼児健診等母子保健事業で一般健診等周知(毎月)	・5年間未受診者を抽出 ・特定健診初回対象者を抽出(40歳)	JA巡回健診 通年実施		・3月健診結果返却 ・保健指導対象者選定 ・前年度保健指導対象者、実施状況の整理
5月	・健診の目的、内容等についてのパンフレットを受診券に同封 ・農協女性部健康教育	【受診券に同封】 ・特定健診初回対象者に個別通知 ・過去5年間未受診者に個別通知		2日間	・4月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
6月	・二次健診について周知				・5月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
7月		みなし健診について、町内医療機関に制度説明・協力依頼			・6月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
8月	みなし健診について周知(ホームページ・広報等)			1日間	・7月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
9月		10月集団健診に向けた個別受診勧奨(電話等)		1日間	・8月健診結果返却 ・保健指導対象者選定 ・4~9月保健指導対象者、実施状況の整理
10月		【受診券に同封】 ・特定健診初回対象者に個別通知(再) ・過去5年間未受診者に個別通知(再)		2日間	・9月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
11月	・農協女性部健康教育		↓		・10月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
12月	・小学校食育 ・健診受診勧奨(20歳、39歳)	1,2月集団健診に向けた個別受診勧奨(電話等)			・11月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
1月				1日間	・12月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
2月	・漁協女性部健康教育	・漁組健診結果受領		1日間	・1月健診結果返却 ・保健指導対象者選定
3月					・2月健診結果返却 ・保健指導対象者選定 ・10~3月保健指導対象者、実施状況の整理

4) 評価 [C]

		H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診 実施率	目 標	30%	32%	34%	36%	38%	40%
	実 績						
	受診者数						
	対象者数						
特定保健 指導実施率	目標（全体）	40%	45%	50%	55%	60%	65%
	実績（全体）						
	（動機付）実施数						
	対象者数						
	（積極的）実施数						
	対象者数						
アウトカム 評 価	目標（全体）	25%未満					
	（全体） [※] 該当者割合						
	[※] 予備群割合						
	（男） [※] 該当者割合						
	[※] 予備群割合						
	（女） [※] 該当者割合						
	[※] 予備群割合						

5) 改善 [A]

特定健診・特定保健指導の実施状況やアウトカム評価を踏まえ、毎年事業内容の見直しをします。平成32年度に中間評価を行い、評価指標や目標値についても見直します。

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雄武町個人情報保護条例を踏まえ対応します。

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

2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録については、健康管理システム及び特定健診等データ管理システムで管理します。

3. 結果の報告

特定健康診査・特定保健指導の実施結果については、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、期日までに報告します。

4. 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、雄武町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

I. 保健事業の方向性

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

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

ポピュレーションアプローチとしては、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します。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じて保健指導を実施することが重要です。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとしします。

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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)	○				<input type="checkbox"/>
2	健康課題の把握	○				<input type="checkbox"/>
3	チーム内での情報共有	○				<input type="checkbox"/>
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				<input type="checkbox"/>
5	医師会等への相談(情報提供)	○				<input type="checkbox"/>
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				<input type="checkbox"/>
7	情報連携方法の確認	○				<input type="checkbox"/>
8	対象者選定基準検討		○			<input type="checkbox"/>
9	基準に基づく該当者数試算		○			<input type="checkbox"/>
10	介入方法の検討		○			<input type="checkbox"/>
11	予算・人員配置の確認	○				<input type="checkbox"/>
12	実施方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
13	計画書作成		○			<input type="checkbox"/>
14	募集方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
15	マニュアル作成		○			<input type="checkbox"/>
16	保健指導等の準備		○			<input type="checkbox"/>
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				<input type="checkbox"/>
18	個人情報取り決め	○				<input type="checkbox"/>
19	苦情、トラブル対応	○				<input type="checkbox"/>
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			<input type="checkbox"/>
21	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			<input type="checkbox"/>
23	D レセプトにて受診状況把握				○	<input type="checkbox"/>
24	D 募集(複数の手段で)		○			<input type="checkbox"/>
25	D 対象者決定		○			<input type="checkbox"/>
26	D 介入開始(初回面接)		○			<input type="checkbox"/>
27	D 継続的支援		○			<input type="checkbox"/>
28	D カンファレンス、安全管理		○			<input type="checkbox"/>
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			<input type="checkbox"/>
30	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
31	C 3か月後実施状況評価				○	<input type="checkbox"/>
32	C 6か月後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
34	C 医師会等への事業報告	○				<input type="checkbox"/>
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				<input type="checkbox"/>
36	A 改善点の検討		○			<input type="checkbox"/>
37	A マニュアル修正		○			<input type="checkbox"/>
38	A 次年度計画策定		○			<input type="checkbox"/>

*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

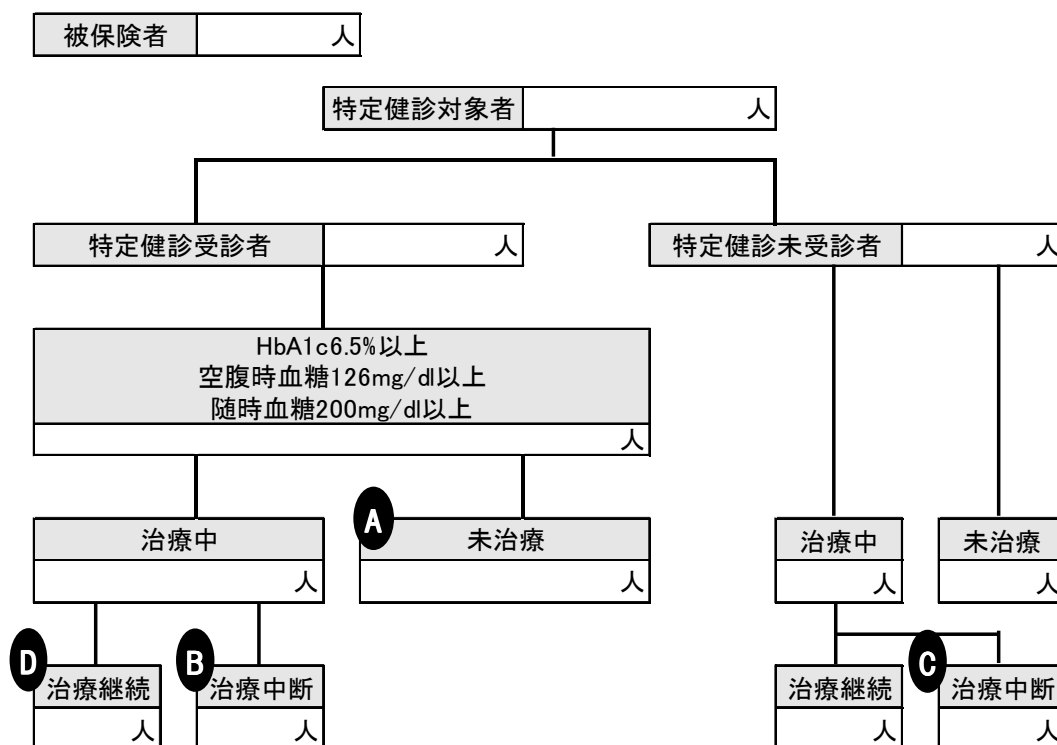
(1) 対象者選定基準の考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組を効果的・効率的に実施するため、下記の方法で対象者を抽出・整理します。

- ① 特定健診対象者のうち、特定健診受診者・未受診者を区分。
- ② 特定健診受診者のうち、HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl 以上 または 随時血糖 200mg/dl 以上の高血糖該当者を抽出。(マルチマーカー)
- ③ 高血糖該当者のうち、糖尿病治療者・未治療者を区分。(KDB)
- ④ 高血糖該当かつ糖尿病治療者のうち、治療継続者・中断者を区分。(KDB)
- ⑤ 特定健診未受診者のうち、糖尿病治療者・未治療者を区分。(KDB)
- ⑥ 特定健診未受診かつ糖尿病治療者のうち、治療継続者・中断者を区分。(KDB)

【対象者区分】

- A : 特定健診の結果高血糖が判明したが医療機関未受診の者
 B : 特定健診の結果高血糖が判明し糖尿病治療開始となったが中断している者
 C : 特定健診未受診で糖尿病治療を中断している者
 D : 特定健診を受け、糖尿病治療を継続しているが高血糖状態の者



(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、KDBデータ及び特定健診データを活用し、選定基準に基づき該当者を把握します。その際、腎症重症化ハイリスク者についても把握し、特に優先度の高い該当者を明確にします。

糖尿病性腎症病期分類(改訂)注1

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上 ^{※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)	腎不全 ^{※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には、尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)が用いられます。雄武町では特定健診にて血清クレアチニン検査及び尿蛋白(定性)検査を全員に実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、検査の費用対効果を踏まえると尿アルブミン値については全数把握が難しい状況です。

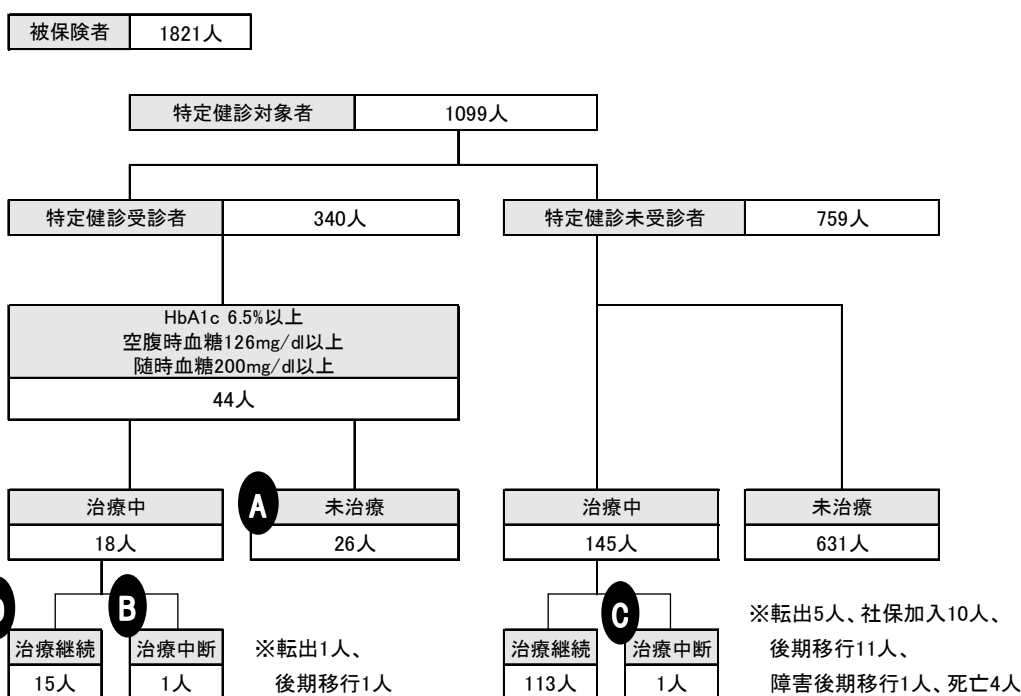
CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査による腎症病期の推測で対応します。

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を把握しました。

平成28年度特定健診受診者340人のうち血糖値及びHbA1cが基準値以上の人は44人(13%)、そのうち糖尿病未治療者[A]は26人(60%)で、治療中断者[B]は1人(2%)でした。その他、転出・後期高齢者医療移行の2人を除いた15人(34%)は治療を継続していますが、血糖値・HbA1cが高いグループです。

平成28年度の健診未受診者は759人で、そのうち糖尿病治療者は145人(19%)、治療中断者[C]は1人でした(転出・後期高齢者医療・死亡・社会保険加入等31人)。治療継続の15人については医療機関と連携した重症化予防のための介入が必要です。



③ 介入方法と優先順位

対象者区分ごとに、原則各地区担当者が以下の方法で取組を実施します。

区分	取り組み内容
A 26人	特定健診の結果高血糖が判明したが治療につながない者 ----- 【健診当日～1か月】 健診結果について説明（文書、電話、訪問等） 【健診後3か月】 精密検査受診、定期受診時の血糖検査の有無・結果をKDB等で確認 → 未受診の場合：再度受診勧奨（文書、電話、訪問等）
B 1人	特定健診の結果高血糖が判明し、糖尿病治療につながったが中断している者 ----- 【健診後6か月】 糖尿病受診状況をKDBで確認 → 中断している者：体調、受診状況確認（電話、訪問等）
C 1人	特定健診未受診で糖尿病治療を中断している者 ----- 【4・9・12月】 糖尿病受診状況をKDBで確認 → 中断している場合：体調、受診状況確認（電話、訪問等）
D 15人	特定健診を受け、糖尿病治療を継続しているが高血糖状態の者 ----- 【健診後3か月】 糖尿病受診状況をKDBで確認 → 継続している場合：服薬治療、食事・運動療法等の状況確認（電話、訪問等）

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

糖尿病管理台帳を担当地区ごとに作成し、介入の進捗状況等について管理します。

【糖尿病台帳作成手順】

下記いずれかに該当の場合、台帳に登録します。

- ① HbA1c 6.5%以上
- ② 空腹時血糖値 126mg/dl 以上
- ③ 随時血糖値 200mg/dl 以上
- ④ 糖尿病治療中

過去5年間に1度でも該当した場合台帳登録とする。

※①～③については特定健診受診結果、④についてはKDBで把握する。

(入力例)

個人コード	被保険者番号	氏名	性別	生年月日	地区	対象該当時の状況			検査・治療等	H25	H26	H27	H28	H29	H30	備考	
						年度	HbA1c	血糖									DM治療
1	123456	1234	雄武 太郎	男	S36.7.8	A	H27	6.7	空腹時	なし	HbA1c	6.0	6.3	6.7	6.5	6.3	※H29～社保加入のため国保離脱、本人に治療状況を確認。検査値等は糖尿病連携手帳にて確認。
									FBIS/BS		114	118	156	141	101		
									体重		80.8	82	84.3	82.5	78.6		
									BMI		28	28.3	29.2	28.5	27.2		
									血圧		132/87	139/91	141/93	154/92	131/84		
									GFR		92	91	103	78	82		
									尿蛋白		(±)	(-)	(+)	(±)	(-)		
									糖尿病					OK病院	OK病院		
									高血圧								
									虚血性心疾患								
									脳血管疾患								
									糖尿病性腎症								
									国保加入状況						社保加入		

- ① 個人コード・国保被保険者番号・氏名・性別・生年月日・地区を記載します。
 - ② 対象該当となった年度・HbA1c・血糖・糖尿病治療について記載します。
 - ③ 各年の健診・定期通院における検査データを入力します。(HbA1c・血糖値・体重・BMI・血圧・eGFR・尿蛋白)
 - ④ 治療状況についてKDBで確認し、記載します。(糖尿病・高血圧・虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症)
毎年4月・9月・12月に継続・中断・服薬内容の変更等について確認します。
 - ⑤ 国保加入状況について、資格確認し入力します。
後期高齢者医療制度への移行や社会保険加入により国民健康保険を離脱した場合は、可能な範囲で他機関との連携や本人からの聞き取りを行い、管理状況を把握します。
- ※ 転出・死亡の場合や、5年以上台帳登録基準①～④に該当しない状態が継続している場合は管理終了とします。

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となります。これらのことを踏まえ、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を捉え、個別の状況に応じた保健指導の実施を図ります。保健指導においては、糖尿病治療ガイド・CKD診療ガイド等を参考に、各種教材を活用します。

(資料例)

「まだ油を飲むほどではない」
「血圧と同時に気をつけてください。」
と聞かれました---

「大したことはない」
「まだ糖尿病ではないんだな」
と聞かれています。どうしていいのでしょうか?

1 糖尿病治療には段階があります

2 HbA1c値を測定

3 目標を達成できないうちは

糖尿病の診断基準

日本糖尿病学会 2012-2013

	2010年7月1日～ 新しい糖尿病の診断基準	(参考) これまで
1 空腹時血糖値	100 ~ 109 mg/dl	110~125 mg/dl
2 随時血糖値		140~190 mg/dl
3 ヘモグロビンエーワンシー HbA1c値	5.6 ~ 5.9 % (JDS値 5.2~5.5%)	6.0~6.4 % (JDS値 5.6~6.0%)
4 他の健診結果	現在糖尿病ではなくても、 高血圧や脂質異常症など 動脈硬化のリスクを持つ方	
5 家族歴	濃厚な糖尿病家族歴がある方	

糖尿病は **早期診断** が予後に大きく影響 します

糖尿病になっていることに気づかず、治療のタイミングが遅れる
→ 発症症状が出たときには、すでに様々な合併症を発生していることが多い
そのため

① 経口ブドウ糖負荷試験
② インスリン分泌指数の測定 が重要とされています

糖尿病専門医が考える
①②の検査を行うことが望ましい方は
下の1~5のいずれかに当てはまる方です
(将来糖尿病の発症リスクが高い方)

[注意1] ただし、すでに「糖尿病と診断されている方」は
経口ブドウ糖負荷試験は保険適応外となります。

【未受診者の保健指導】

- 1 HbA1cとは
- 2 糖尿病の治療の進め方
- 3 全体の中の自分の位置（糖尿病性腎症分類・CKD分類）
- 4 HbA1cと体重の変化
- 5 HbA1cとGFRの変化
- 6 糖尿病性腎症の経過＝私はどの段階？

【治療を開始している人の保健指導】

糖尿病治療ガイドに沿った治療方針の考え方	資料番号・資料名
<p>【インスリン非依存状態：2型糖尿病の特徴】</p> <p>①初診受診の動機は健診、自覚症状、合併症の症状の出現など様々。</p> <p>②初診時に合併症を認める場合が少なくない。検査値だけでなく個々人の状況により対応する。</p> <p>③自覚症状が乏しいので中断しがち。</p>	<p>7 高血糖が続くと体に何が起こるのか</p> <p>8 糖尿病による網膜症を防ごう</p>
<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） 「代謝改善」という言い方</p> <p>②2～3か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服薬開始の目安</p> <p>○合併症予防目標：HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事・運動療法だけで達成可能な場合、薬物療法で低血糖など副作用なく達成可能な場合：HbA1c 6.0%未満</p>	<p>9 糖尿病とはどういう病気なのでしょう</p> <p>10 糖尿病のタイプ</p> <p>11 インスリンの仕事</p> <p>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</p> <p>13 私はどのパターン？</p> <p>14 なぜ体重を減らすのか</p> <p>15 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>16 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷める？</p> <p>17 私のステージでは心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18 腎臓の仕事</p> <p>19 なぜ血圧を130/80にするのか</p> <p>20 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22 血圧を下げる薬と作用</p> <p>※食の資料も活用する</p>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。対象者のうち尿蛋白定性（±）の人へは尿アルブミン検査を実施するなど、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、適宜医療機関に相談する等、こまめな連携を図ります。

(2) 治療中の対象者について

治療中の場合、検査データや保健指導の指示・助言等について糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医との情報共有を図ります。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で生活支援等の必要が出てきた場合や、要介護者の介護者等で糖尿病重症化予防対象者と思われる人がいる場合、情報共有や介入方法の助言等地域包括支援センターとの連携を図ります。

7) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えます。短期的評価はデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとし、糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。中長期的評価は様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表を用いて行います。

(1) 短期的評価

受診勧奨	受診勧奨対象者への介入率
	医療機関受診率
	医療機関未受診者への再勧奨数
保健指導	保健指導実施率
	HbA1cが改善した人の割合
	eGFRが1年で25%以上低下以上低下した人の割合
	服薬開始となった人の割合

(2) 中・長期的評価

【様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価】

		H28年度		H29年度		H30年度		H31年度		H32年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
国保の状況	被保険者数	1821人										
	(再掲) 40~74歳	1174人										
特定健診	健診対象者数	976人										
	健診受診者数	298人										
	健診受診率	30.5%										
特定保健指導	保健指導対象者数	49人										
	実施率	40.8%										
健診データ	糖尿病型	35人	11.7%									
	未治療・中断者(質問票服薬なし)	16人	45.7%									
	治療中(質問票服薬有)	19人	54.3%									
	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	7人	36.8%									
	血圧 130/80以上	5人	71.4%									
	肥満 BMI25.0以上	3人	42.9%									
	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	12人	63.2%									
	糖尿病病期分類											
	尿蛋白(ー) 第1期	32人	91.4%									
	(±) 第2期	2人	5.7%									
(+)以上 第3期	1人	2.9%										
eGFR(30未満) 第4期	0人	0.0%										
レセプト	糖尿病治療中	187人	10.3%									
	(再掲) 40~74歳	183人	15.6%									
	健診未受診者	157人	85.8%									
	糖尿病性腎症	13人	11.2%									
	(再掲) 40~74歳	13人	7.1%									
	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)	13人	7.0%									
	(再掲) 40~74歳	4人	2.2%									
	(再掲) 65~74歳 後期高齢者医療	4人	30.8%									
	(再掲) 75歳以上 後期高齢者医療	5人	2.1%									
	新規透析患者数(人工透析患者に占める割合)	4人	30.8%									
(再掲) 糖尿病性腎症	3人	75.0%										
医療費	総医療費	4億2703万円										
	生活習慣病総医療費	2億3669万円										
	(総医療費に占める割合)	55.4%										
	生活習慣病対象者 1人当たり	6,202円										
	健診受診者	41,615円										
	健診未受診者											
	糖尿病医療費	3,001万6,940円										
	(生活習慣病総医療費に占める割合)	12.7%										
	糖尿病入院外総医療費	293万9,913円										
	1件当たり (88位/183)	37,987円										
糖尿病入院総医療費	94,754円											
1件当たり (32位/183)	659,914円											
在院日数	17日											
慢性腎不全医療費	144万355円											
透析有り	141万2,582円											
透析なし	27,773円											
介護給付費	介護給付費	3億8684万円										
	2号認定者	5人	0.3%									
	糖尿病合併症	1人										
死因別死亡者数	死因別死亡者数											
	糖尿病	2人	4.5%									

8) 実施期間及びスケジュール

月	実施スケジュール
4月	対象者の選定、糖尿病台帳作成（服薬状況確認）
5月	第1回集団健診
6月	対象者への介入
7月	
8月	
9月	第2回集団健診 糖尿病台帳整理（服薬状況、資格喪失・転出・死亡等確認）
10月	第3回集団健診
11月	
12月	糖尿病台帳整理（服薬状況、資格喪失・転出・死亡等確認）
1月	第4回集団健診
2月	第5回集団健診
3月	▼年度評価

第5章 地域包括ケアに係る取組

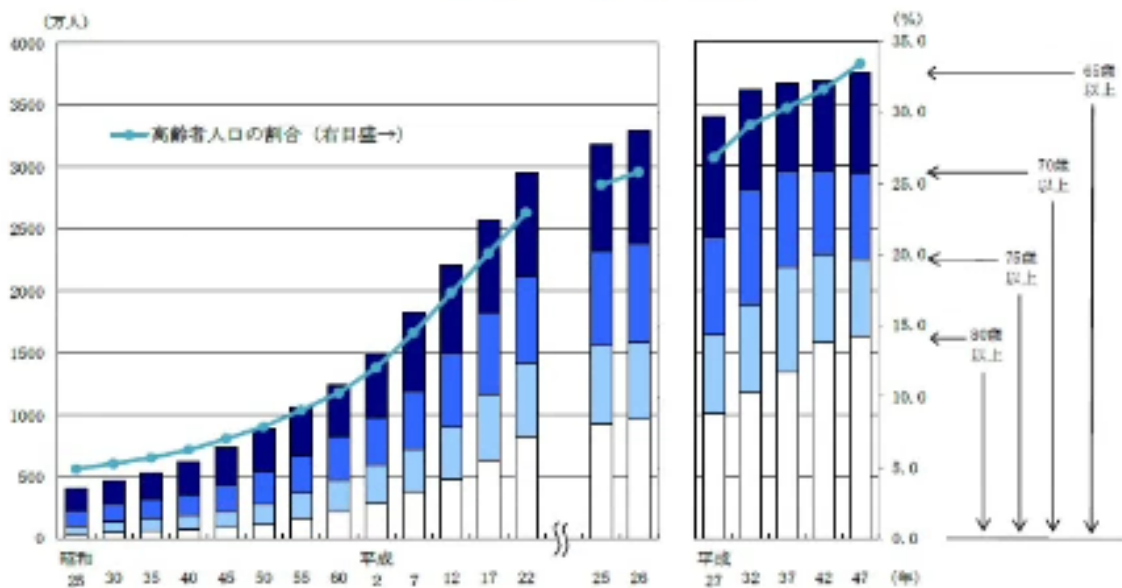
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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と考えます。

要介護状態により地域で暮らせなくなる人を減らしていくためには、要介護に至る背景を分析し、それを踏まえて重症化のハイリスク対象者を抽出し、保健指導を実施することが必要です。(第4章 重症化予防の取組)

雄武町国保被保険者の年齢構成では、北海道や国、人口同規模の市町村と比較すると 39 歳以下の割合が多く、65 歳以上の割合は少ない状況です。一方で、後期高齢者の医療費は道内同規模人口の 72 市町村のうち 22 位の状況です。

高齢になっても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す。



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つなげていくために、地域包括ケアの構築・発展が重要です。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの推進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ります。

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います。

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ります。

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ます。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)

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、各年度ごとにKDBシステムを用いて受診率・受療率、医療の動向等や個々の健診結果の改善度を評価します。なお、適宜国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

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、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページ等を通じた周知のほか、医療機関等各関係機関に周知します。

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ます。