

朝日町第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
朝日町第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画



平成30年3月 朝日町

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

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第二期計画における健康課題の明確化	7
1. 朝日町の特性	
2. 第1期計画に係る評価及び考察	
3. 第2期計画における健康課題の明確化	
4. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法廷義務）	21
1. 第3期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護の保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	31
Ⅰ 保健事業の方向性	
Ⅱ 具体的保健事業の実施	
Ⅲ 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 虚血性心疾患予防	
3. 脳血管疾患予防	
Ⅳ ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	45
第6章 計画の評価・見直し	46
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部改正等により、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。

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

2. 計画の位置付け

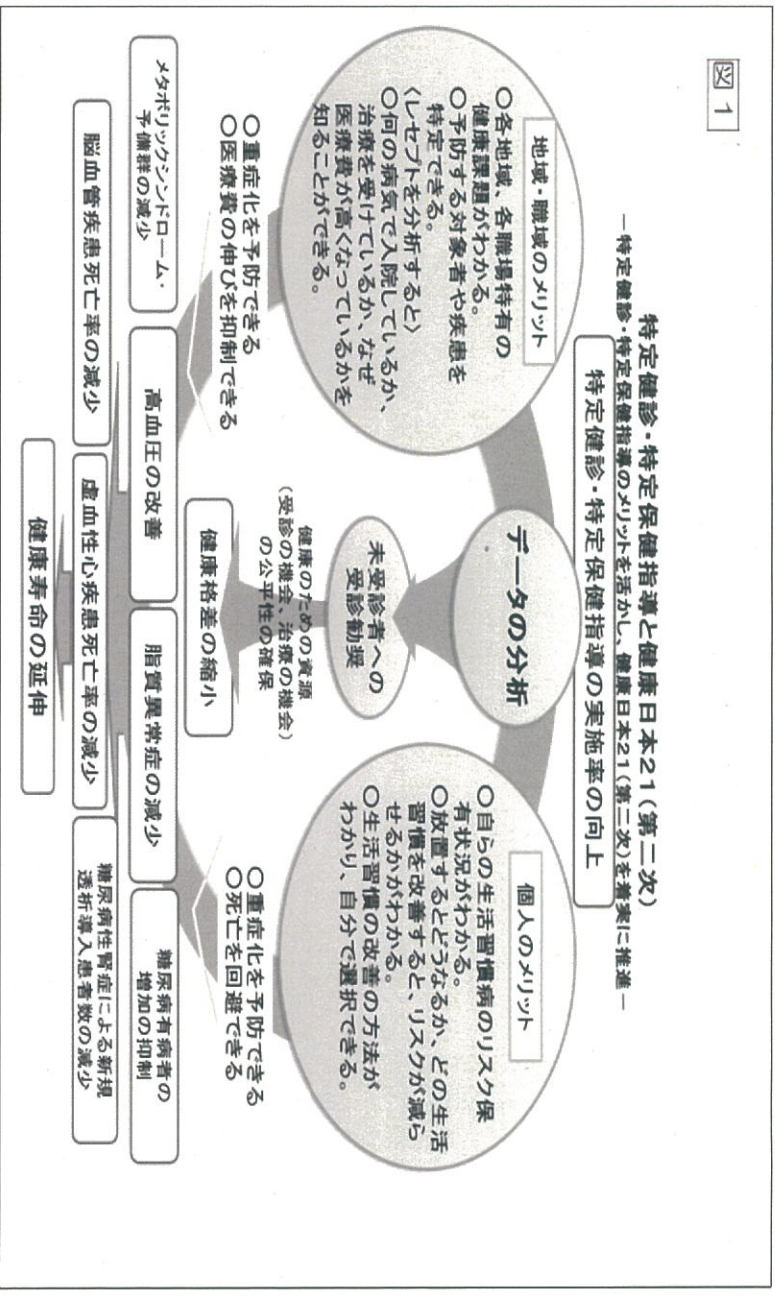
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

【図表1】

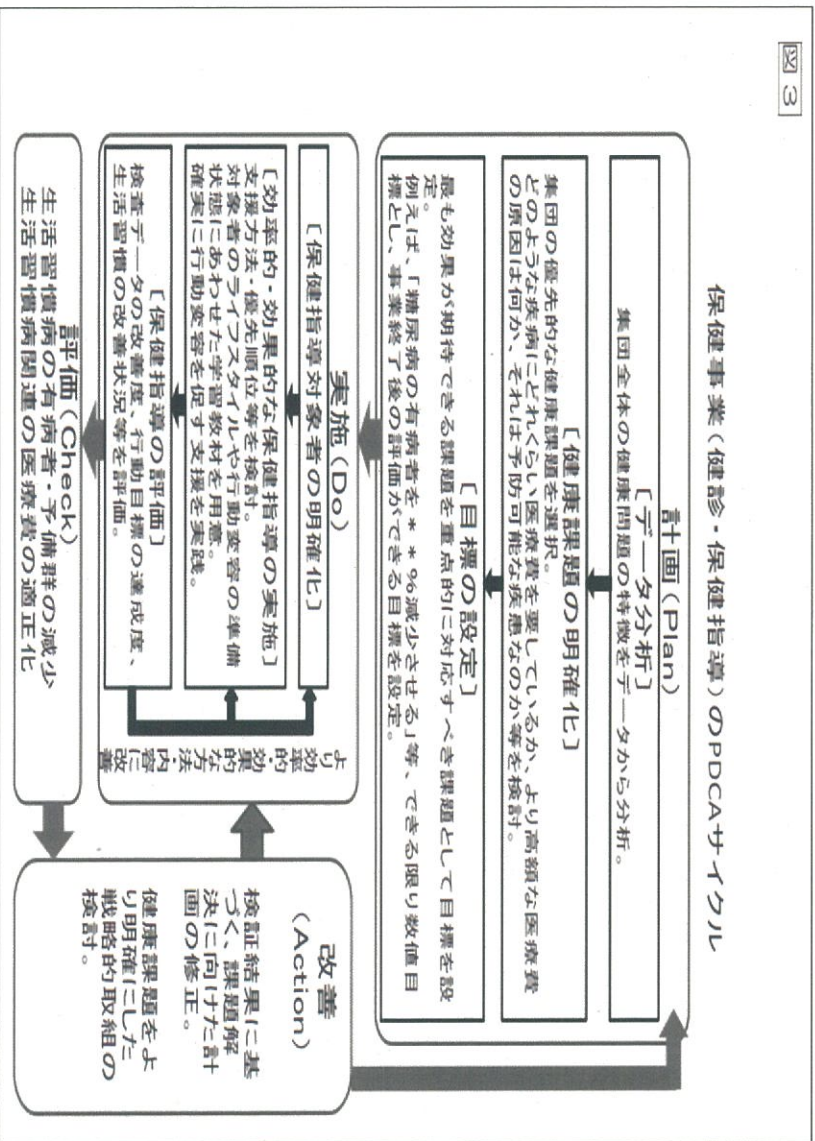
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ					
（注）健康増進法、国民健康保険法、国民健康保険法、介護保険法、介護保険法、介護保険法、介護保険法					
「健康日本21」計画		「特定健康診査等実施計画」		「データヘルス計画」	
法律		第6条（健康増進法）		第19条（国民健康保険法）	
基本的な指針		第19条（国民健康保険法）		第11条（介護保険法）	
根拠・期間		法定 平成20～24年（第1次）		法定 平成20～24年（第1次）	
計画策定者		都道府県、義務、市町村、努力義務		市町村、義務、都道府県、義務	
基本的な考え方		都道府県、義務、市町村、努力義務		市町村、義務、都道府県、義務	
対象年齢		40歳～74歳		65歳以上	
対象疾病		がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、認知症、うつ病、アルコール依存症、喫煙、飲酒、肥満、生活習慣病、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、認知症、うつ病、アルコール依存症、喫煙、飲酒、肥満、生活習慣病		がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、認知症、うつ病、アルコール依存症、喫煙、飲酒、肥満、生活習慣病	
評価		がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、認知症、うつ病、アルコール依存症、喫煙、飲酒、肥満、生活習慣病		がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、認知症、うつ病、アルコール依存症、喫煙、飲酒、肥満、生活習慣病	
その他		がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、認知症、うつ病、アルコール依存症、喫煙、飲酒、肥満、生活習慣病		がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、認知症、うつ病、アルコール依存症、喫煙、飲酒、肥満、生活習慣病	

【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) 実施主体関係局の役割

朝日町においては、健康課医療保険係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健センターの保健師等の専門職と連携をして、一体となって計画を進めていく。

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、都道府県の関与が更に重要となる。

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

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

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

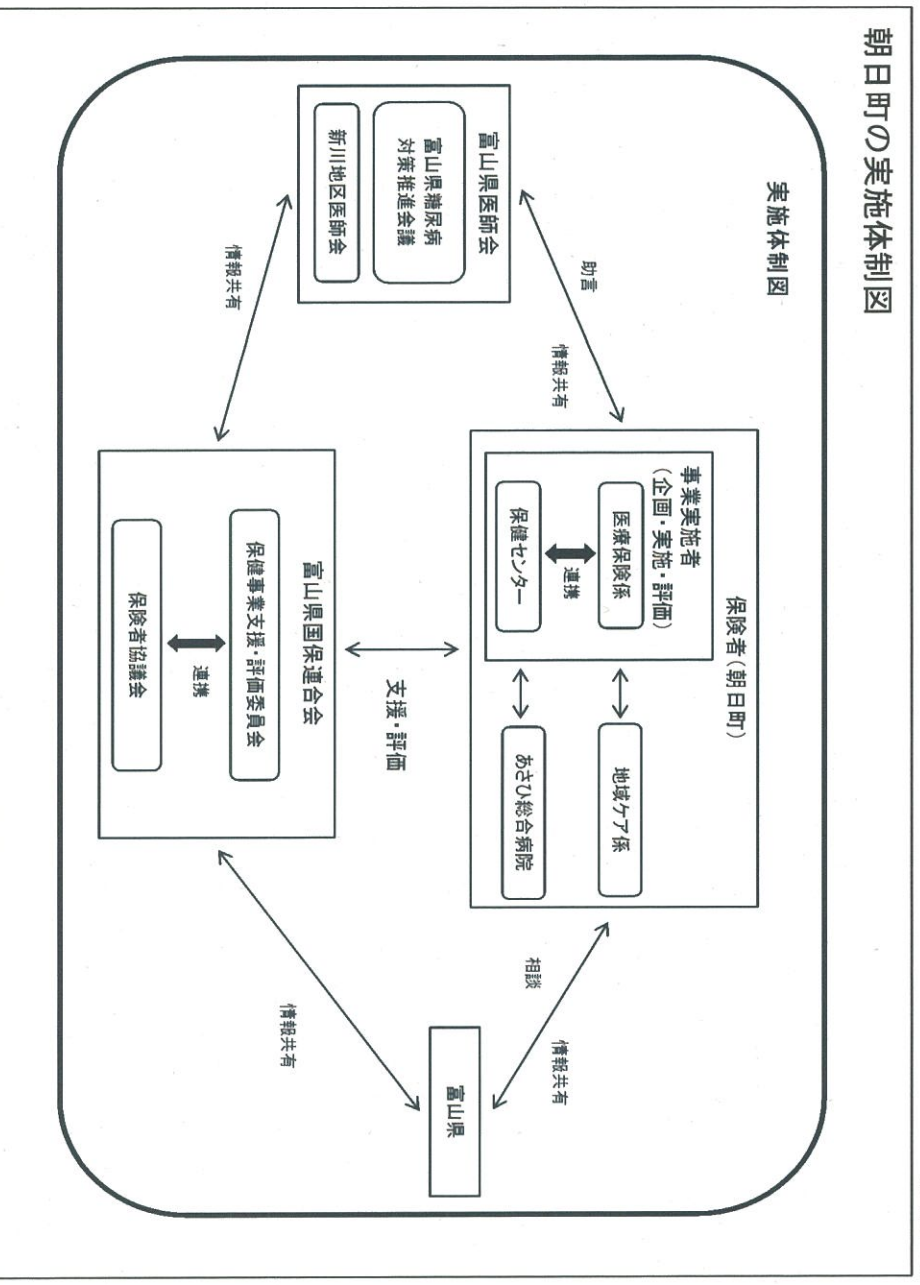
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、富山県保険者協議会等を活用することもある。

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、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

【図表 4】

朝日町の実施体制図



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】

評価指標					H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)					345	580	850	850
交付額 (万円)					595			
総得点(体制構築加点含む)					257			
全国順位(1,741市町村中)					121			
共通 ①	特定健診受診率	15			50			
	特定保健指導実施率	20			50			
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50			
	がん検診受診率	10			30			
共通 ②	歯周疾患(病)検診の実施	0			20			
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100			
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40			
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25			
共通 ⑤	個人インセンティブ提供	0			70			
	重複服薬者に対する取組	0			35			
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35			
固有 ①	後発医薬品の使用割合	15			40			
	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100			
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25			
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25			
固有 ⑥	第三者求償の取組の実施状況	10			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	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. 朝日町の特性

人口構成は、国や県と比較すると 39 歳以下の割合が少なく、40 歳以上の各年代において割合は高くなっている。65 歳以上の高齢化率は 35. 2%であり、人口全体の 1/3 以上が高齢者となっている。

平均寿命、健康寿命ともに同規模、富山県、国と同等であり、今後も被保険者の健康の保持・増進は重要である。

産業構成は H22 年度の市町村別決算によると、県と比較すると第1次産業、第2次産業の割合が高く、第3次産業の割合が低い。

国保加入率は 21. 3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65 ～74 歳の前期高齢者が全体の半数以上を占めている。

2. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 健康状況

(1) 死亡の状況・・・経年比較

平成 25 年度と平成 28 年度の比較で心臓病の割合は低くなっているが、がん、脳疾患、糖尿病、腎不全の割合が高い。同規模、富山県、国と比較してもがんによる死亡割合が高い。

【図表 6】

項目				平成25年度		朝日町		平成28年度		県		国		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
総人口				13,543		13,543		1,944,966		1,076,425		124,852,975		
人口構成	65歳以上（高齢化率）			4,773	35.2	4,773	35.2	57,543	29.6	284,509	26.4	29,020,766	23.2	
	75歳以上			2,671	19.7	2,671	19.7			146,770	13.6	13,989,864	11.2	
	65～74歳			2,102	15.5	2,102	15.5			137,739	12.8	15,030,902	12.0	
	40～64歳			4,667	34.5	4,667	34.5			365,681	34.0	42,411,922	34.0	
	39歳以下			4,103	30.3	4,103	30.3			426,235	39.6	53,420,287	42.8	
産業構成	第1次産業			5.9		5.9		14.7		3.5		4.2		
	第2次産業			36.5		36.5		26.9		34.0		25.2		
	第3次産業			57.6		57.6		58.3		62.4		70.6		
平均寿命	男性			79.3		79.3		79.3		79.7		79.6		
	女性			86.9		86.9		86.4		86.8		86.4		
健康寿命	男性			65.2		65.2		65.1		65.4		65.2		
	女性			67.0		67.0		66.8		66.9		66.8		
標準化死亡比（SMR）				103.0		106.3		105.0		99.3		100		
				97.6		95.1		102.7		96.0		100		
死亡の状況	死因	がん			52	48.1	58	51.8	6,768	45.4	3,559	50.1	367,905	49.6
		心臓病			40	37.0	28	25.0	4,236	28.4	1,741	24.5	196,768	26.5
		脳疾患			12	11.1	17	15.2	2,609	17.5	1,238	17.4	114,122	15.4
		糖尿病			0	0.0	1	0.9	263	1.8	137	1.9	13,658	1.8
		腎不全			2	1.9	3	2.7	584	3.9	192	2.7	24,763	3.3
自殺				2	1.9	5	4.5	444	3.0	241	3.4	24,294	3.3	
被保険者数				3,230		2,891		509,741		225,840		32,587,866		
国保の状況	65～74歳			1,634	50.6	1,680	58.1			114,840	50.9	12,461,613	38.2	
	40～64歳			1,060	32.8	811	28.1			66,872	29.6	10,946,712	33.6	
	39歳以下			536	16.6	400	13.8			44,128	19.5	9,179,541	28.2	
加入率				23.8		21.3		26.6		21.0		26.9		

出典：KDB

(2) 介護の状況

要介護認定率については、平成 25 年度と平成 28 年度の比較で 1 号 2 号ともに認定率は変わっていないが、1 件当たり給付費は減少している。

介護認定者の有病状況については、高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の血管疾患の割合が高くなっている。

介護給付費の変化

【図表 7】

年度	朝日町			同規模平均		
	介護給付金	1件当たり	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
H25年度	14億5401万円	73,154	34,247	277,962	70,235	42,529
H28年度	13億5767万円	68,328	34,679	272,615	68,807	42,403
						278,098

【図表 8】

項目	平成25年度			平成28年度		
	朝日町		同規模平均	県		国
	実数	割合		実数	割合	
	1号認定者数(認定率)	958	20.1	964	20.1	114,846
介護保険	新規認定者	22	0.3	19	0.3	1,946
	2号認定者	13	0.3	15	0.3	2,492
						0.4

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 9】

受給者区分		2号	1号		合計
年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	
被保険者数		4,667人	2,102人	2,671人	9,440人
認定者数		15人	77人	887人	979人
認定率		0.32%	3.7%	33.2%	10.4%
新規認定者数(★1)		#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
介護度 別人数	要支援1・2	7	27	241	268
	要介護1・2	8	20	365	385
	要介護3～5	0	30	281	311
	疾患	件数 割合	件数 割合	件数 割合	件数 割合
	件数	26			
		6	26	0	26
		32			

*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護認定状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

(3) 医療の状況

①医療費の変化

総医療費は、朝日町国保の被保険者数が減少しているため、年々減少している。一人当たりの医療費については、入院が増加しており、全体としては減少している。県内順位、同規模順位についても、順位は下がっているものの、依然として高い位置にあり、保健事業、適正受診指導の強化の必要性が見える。

また、朝日町は、人口に対して医療機関が多く、同規模保険者よりも比較的被診しやすい環境であることが、医療費が伸びる要因と考えられる。

医療費の変化

【図表 10】

項目	全体			入院			入院外		
	費用額	増減	伸び率 町 同規模	費用額	増減	伸び率 町 同規模	費用額	増減	伸び率 町 同規模
総医療費	H25年度 11億0702万円			5億0056万円			6億0646万円		
¹ (円)	H28年度 10億0511万円	△1億0191万円	△ 9.2	4億3756万円	△6300万円	△ 12.5 ⁹	5億6755万円	△3891万円	△ 6.42
			5.35			4.65			5.88
一人当たり	H25年度 28,450			12,864			15,586		
² 医療費(円)	H28年度 28,043	△ 407	△ 1.43	8,75	12,208	△ 656	△ 5.10	8.08	15,835
									249
									1.60
									9.27

※KOBの一人当たりの医療費は、月平均額での表示となる。

【図表 11】

項目	平成25年度			平成28年度		
	朝日町		同規模平均	朝日町		県
	実数	割合		実数	割合	
医療費の状況	一人当たり医療費		28,450	28,043	26,717	24,245
			県内2位 同規模30位	県内5位 同規模50位	68,286	60.1
	受診率		685.025	716.47	705.038	723.967
	外来		54.8	56.5	57.2	56.9
	費用の割合		96.0	96.3	96.8	96.9
	入院		45.2	43.5	42.8	43.1
医療費の状況	費用の割合		4.0	3.7	3.2	3.1
	1件あたり在院日数		14.9日	15.7日	16.7日	16.6日

②医療費と介護給付費の変化

介護認定と医療費の関係をみると、朝日町は介護認定ありの医療費が国・県・同規模保険者よりも高い。

【図表 12】

項目		平成25年度				平成28年度					
		朝日町		朝日町		同規模平均		県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	10,632		10,331		8,199		8,452		7,980	
	認定あり 認定なし	4,865		4,707		3,955		4,015		3,816	

③高額になる疾患

一か月 80 万円以上の高額になったレセプトを平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、人数、件数、費用額ともに減少している。主病名で比較しても減少しているが、悪性新生物の占める割合が高い。検診による早期発見が可能ながんについては、がん検診の受診勧奨を行う。食事や飲酒、喫煙などの生活習慣病を改善することで予防できるがんについては、生活習慣病対策と一体的に予防をすすめる。脳血管疾患及び虚血性心疾患はいずれも生活習慣が原因で発症する生活習慣病であり、予防することで発症を減少させていくことが可能な疾患であり、ひいては医療費の抑制に繋がっていくと考えられる。

【図表 13】

厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10 (CSV) 高額になる疾患 (80万円以上しせ)	人数	平成25年度	111人	8人	11人	33人	65人
				7.2%	9.9%	29.7%	58.6%
	平成28年度	102人	5人	5人	32人	61人	
			4.9%	4.9%	31.4%	59.8%	
	平成25年度	161件	13件	13件	54件	81件	
			8.1%	8.1%	33.5%	50.3%	
	平成28年度	132件	8件	6件	41件	77件	
			6.1%	4.5%	31.1%	58.3%	
	費用額	平成25年度	2億0997万円	1375万円	2126万円	6860万円	1億0635万円
			6.6%	10.1%	32.7%	50.6%	
平成28年度	1億7775万円	1110万円	839万円	5506万円	1億0319万円		
		6.2%	4.7%	31.0%	58.1%		

厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他				
様式1-1 ★NO.10 (GSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	102人	5人	5人	32人	61人				
				4.9%	4.9%	31.4%	59.8%				
		132件	8件	6件	41件	77件					
			6.1%	4.5%	31.1%	58.3%					
		年代別 件数	40歳未満	0	0	0	1	2.4%	0	0.0%	
			40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	7.8%
			50代	2	25.0%	0	0.0%	3	7.3%	7	9.1%
			60代	6	75.0%	4	66.7%	24	58.5%	31	40.3%
			70-74歳	0	0.0%	2	33.3%	13	31.7%	33	42.9%
		費用額	1億7775万円	1110万円	839万円	5506万円	1億0319万円				
	6.2%		4.7%		31.0%		58.1%				

④長期入院

入院期間が 6 か月以上となる長期入院を平成 25 年度と平成 28 年度をすると、人数、件数、費用額ともに減少している。全体の 7 割を統合失調症等の精神疾患が占めているが、脳血管疾患及び虚血性心疾患も増加している。

【図表 14】

厚労省様式	対象レセプト	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	平成25年度	27人	20人	0人	
			平成28年度	25人	19人	2人	
				241件	174件	0件	
		件数	平成25年度	208件	155件	5件	
			平成28年度	208件	74.5%	2.4%	
				1億0079万円	6202万円		
		費用額	平成25年度	61.5%			
			平成28年度	7966万円	5501万円	211万円	160万円
				69.1%	2.7%	2.0%	

ためており、糖尿病性腎症が4割いる。

人工透析は一人当たり年間約 500 万円の医療費がかかることから、医療費を抑制するためにも、新規透析導入患者を減少させる必要がある。

【図表 15】

厚労省様式		対象レセプト		全体		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数 (5月 診療 分)	平成25年度	8人		3人	1人	4人			
					37.5%	12.5%	50.0%				
		平成28年度	7人		3人	1人	4人				
				42.9%	14.3%	57.1%					
件数 (年度 累計)		平成25年度	95件		33件	6件	43件				
				34.7%	6.3%	45.3%					
平成28年度		87件		36件	12件	53件					
			41.4%	13.8%	60.9%						
費用額 (年度 累計)		平成25年度	3940万円		1325万円	241万円	1622万円				
				33.6%	6.1%	41.2%					
平成28年度	3928万円		1553万円	462万円	2210万円						
			39.5%	11.7%	56.3%						
様式2-2 ★NO.12 (CSV)											

⑥最大医療資源 (中長期的疾患及び短期的な疾患)

朝日町の一人当たりの医療費は、国と比較しても高く、中長期的疾患の慢性腎不全 (透析無) が 0.15%、短期的な疾患の糖尿病が 0.33%伸びている。

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

【図表 16】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計				新生物	精神疾患	筋・骨疾患							
		金額	順位		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症															
			同規模	県内											慢性腎不全 (透析有)				慢性腎不全 (透析無)	脳出血	狭心症 心筋梗塞				
同規模区分	H25	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28	H28								
朝日町	1,107,019,720	28,450	30位	2位	3.21%	0.12%	2.58%	2.97%	5.29%	5.42%	4.33%	265,244,640	23.96%	14.16%	9.76%	10.55%									
菅山県	1,005,106,920	28,043	50位	5位	3.19%	0.27%	1.60%	2.00%	5.62%	5.06%	3.44%	212,941,240	21.19%	12.68%	10.11%	11.32%									
国	74,515,088,280	26,717	-	-	2.94%	0.35%	2.28%	2.04%	5.72%	4.73%	2.96%	15,656,457,670	21.01%	16.54%	11.16%	9.22%									
	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%									

新規透析患者の推移

【図表 17】

KDBシステム医療費分析(1)細小分類

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
新規透析患者数	0	1	2	1

※ 新規透析患者数については、KDB医療費分析(1)細小分類帳票をCSV出力することで把握することが可能です。ただし、毎月単月でCSV出力し12ヶ月分を合計する必要があります。

⑦中長期的な目標の疾患

中長期的な目標疾患の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「人工透析」の治療状況を見ると、虚血性心疾患では、高血圧と糖尿病の割合が上がっており、脳血管疾患では高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合が上がっている。

【図表 18】

厚生省様式 様式3-5	中長期的な目標														短期的な目標			
	虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
	被保険者数	人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合			
H25	全体	3,267	133	4.1%	34	25.6%		4	3.0%		110	82.7%		51	38.3%	94	70.7%	
	64歳以下	1,684	35	2.1%	10	28.6%		4	11.4%		28	80.0%		17	48.6%	26	74.3%	
	65歳以上	1,583	98	6.2%	24	24.5%		0	0.0%		82	83.7%		34	34.7%	68	69.4%	
H28	全体	3,085	129	4.2%	33	25.6%		4	3.1%		108	83.7%		53	41.1%	91	70.5%	
	64歳以下	1,352	26	1.9%	9	34.6%		4	15.4%		22	84.6%		15	57.7%	21	80.8%	
	65歳以上	1,733	103	5.9%	24	23.3%		0	0.0%		86	83.5%		38	36.9%	70	68.0%	

厚生省様式 様式3-6		中長期的な目標										短期的な目標			
		脳血管疾患													
		被保険者数	人数	割合	虚血性心疾患	人工透析	高血圧	糖尿病	脂質異常症						
	全体	3,267	172	5.3%	34	19.8%	1	0.6%	130	75.6%	75	43.6%	111	64.5%	
H25	64歳以下	1,684	47	2.8%	10	21.3%	1	2.1%	38	80.9%	23	48.9%	31	66.0%	
	65歳以上	1,583	125	7.9%	24	19.2%	0	0.0%	92	73.6%	52	41.6%	80	64.0%	
	全体	3,085	156	5.1%	33	21.2%	1	0.6%	123	78.8%	70	44.9%	105	67.3%	
H28	64歳以下	1,352	31	2.3%	9	29.0%	1	3.2%	26	83.9%	15	48.4%	19	61.3%	
	65歳以上	1,733	125	7.2%	24	19.2%	0	0.0%	97	77.6%	55	44.0%	86	68.8%	

厚生省様式 様式3-7	中長期的な目標										短期的な目標							
	人工透析					脳血管疾患					虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	3,267	8	0.2%	1	12.5%	4	50.0%	7	87.5%	3	37.5%	4	50.0%				
	64歳以下	1,684	8	0.5%	1	12.5%	4	50.0%	7	87.5%	3	37.5%	4	50.0%				
	65歳以上	1,583	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%				
H28	全体	3,085	7	0.2%	1	14.3%	4	57.1%	6	85.7%	3	42.9%	3	42.9%				
	64歳以下	1,352	7	0.5%	1	14.3%	4	57.1%	6	85.7%	3	42.9%	3	42.9%				
	65歳以上	1,733	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%				

⑧短期的な目標の疾患

共通リスク(様式3-2～3-4)

中長期的な目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表 19】

厚生省様式 様式3-2										短期的な目標						中長期的な目標					
糖尿病				インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症					
被保険者数				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	3,267	331	10.1%	27	8.2%	220	66.5%	207	62.5%	51	15.4%	75	22.7%	3	0.9%	7	2.1%			
	64歳以下	1,684	102	6.1%	9	8.8%	68	66.7%	72	70.6%	17	16.7%	23	22.5%	3	2.9%	0	0.0%			
	65歳以上	1,583	229	14.5%	18	7.9%	152	66.4%	135	59.0%	34	14.8%	52	22.7%	0	0.0%	7	3.1%			
H28	全体	3,085	344	11.2%	37	10.8%	225	65.4%	220	64.0%	53	15.4%	70	20.3%	3	0.9%	10	2.9%			
	64歳以下	1,352	80	5.9%	16	20.0%	52	65.0%	52	65.0%	15	18.8%	15	18.8%	3	3.8%	2	2.5%			
	65歳以上	1,733	264	15.2%	21	8.0%	173	65.5%	168	63.6%	38	14.4%	55	20.8%	0	0.0%	8	3.0%			

厚生省様式 様式3-3										短期的な目標						中長期的な目標					
高血圧				糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析									
被保険者数				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
H25	全体	3,267	685	21.0%	220	32.1%	390	56.9%	110	16.1%	130	19.0%	7	1.0%							
	64歳以下	1,684	208	12.4%	68	32.7%	122	58.7%	28	13.5%	38	18.3%	7	3.4%							
	65歳以上	1,583	477	30.1%	152	31.9%	268	56.2%	82	17.2%	92	19.3%	0	0.0%							
H28	全体	3,085	682	22.1%	225	33.0%	391	57.3%	108	15.8%	123	18.0%	6	0.9%							
	64歳以下	1,352	159	11.8%	52	32.7%	88	55.3%	22	13.8%	26	16.4%	6	3.8%							
	65歳以上	1,733	523	30.2%	173	33.1%	303	57.9%	86	16.4%	97	18.5%	0	0.0%							

厚生省様式 様式3-4										短期的な目標						中長期的な目標					
脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析									
被保険者数				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
H25	全体	3,267	564	17.3%	207	36.7%	390	69.1%	94	16.7%	111	19.7%	4	0.7%							
	64歳以下	1,684	187	11.1%	72	38.5%	122	65.2%	26	13.9%	31	16.6%	4	2.1%							
	65歳以上	1,583	377	23.8%	135	35.8%	268	71.1%	68	18.0%	80	21.2%	0	0.0%							
H28	全体	3,085	591	19.2%	220	37.2%	391	66.2%	91	15.4%	105	17.8%	3	0.5%							
	64歳以下	1,352	153	11.3%	52	34.0%	88	57.5%	21	13.7%	19	12.4%	3	2.0%							
	65歳以上	1,733	438	25.3%	168	38.4%	303	69.2%	70	16.0%	86	19.6%	0	0.0%							

(4) 健診の状況

① リスクの健診結果経年変化

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにHDL-C、HbA1cの有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群は、男性は増加しているものの、該当者は男性、女性ともに減少傾向にある。

当町は40歳から64歳の男性の有所見割合が高い項目が多いため、被用者保険と連携しながら、青年期から生活習慣病予防のアプローチが必要です。

【図表 20】

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）

★N0.23（振票）

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		ケフィリン			
	25以上		85以上		150以上		3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		13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	166	33.2	252	50.4	192	38.4	110	22.0	41	8.2	1	0.2	241	48.2	0	0.0	269	53.8	99	19.8	228	45.6	0	0.0	
	H	40-64	54	37.8	83	58.0	71	49.7	41	28.7	14	9.8	0	0.0	62	43.4	0	0.0	65	45.5	37	25.9	75	52.4	0	0.0
	2	40-64	54	37.8	83	58.0	71	49.7	41	28.7	14	9.8	0	0.0	62	43.4	0	0.0	65	45.5	37	25.9	75	52.4	0	0.0
	5	65-74	112	31.4	169	47.3	121	33.9	69	19.3	27	7.6	1	0.3	179	50.1	0	0.0	204	57.1	62	17.4	153	42.9	0	0.0
	H	合計	134	29.5	236	51.9	177	38.9	87	19.1	56	12.3	0	0.0	251	55.2	0	0.0	251	55.2	97	21.3	213	46.8	18	4.0
女性	合計	48	39.7	74	61.2	59	48.8	41	33.9	21	17.4	0	0.0	53	43.8	0	0.0	64	52.9	37	30.6	62	51.2	1	0.8	
	H	40-64	48	39.7	74	61.2	59	48.8	41	33.9	21	17.4	0	0.0	53	43.8	0	0.0	64	52.9	37	30.6	62	51.2	1	0.8
	2	40-64	48	39.7	74	61.2	59	48.8	41	33.9	21	17.4	0	0.0	53	43.8	0	0.0	64	52.9	37	30.6	62	51.2	1	0.8
	5	65-74	86	25.7	162	48.5	118	35.3	46	13.8	35	10.5	0	0.0	198	59.3	0	0.0	187	56.0	60	18.0	151	45.2	17	5.1
	H	合計	86	25.7	162	48.5	118	35.3	46	13.8	35	10.5	0	0.0	198	59.3	0	0.0	187	56.0	60	18.0	151	45.2	17	5.1

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ケフィリン			
	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		13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		
H	合計	176	22.0	171	21.3	191	23.8	75	9.4	18	2.2	0	0.0	321	40.1	0	0.0	319	39.8	108	13.5	484	60.4	0	0.0	
	2	40-64	115	43.1	103	38.6	130	48.7	43	16.1	12	4.5	0	0.0	196	73.4	0	0.0	190	71.2	69	25.8	334	125.1	0	0.0
	5	65-74	61	11.4	68	12.7	61	11.4	32	6.0	6	1.1	0	0.0	125	23.4	0	0.0	129	24.2	39	7.3	150	28.1	0	0.0
	合計	171	23.4	145	19.8	190	26.0	62	8.5	21	2.9	1	0.1	332	45.4	0	0.0	344	47.0	124	16.9	441	60.2	0	0.0	
	2	40-64	40	20.9	34	17.8	46	24.1	18	9.4	3	1.6	0	0.0	67	35.1	0	0.0	65	34.0	31	16.2	108	56.5	0	0.0
5	65-74	131	24.2	111	20.5	144	26.6	44	8.1	18	3.3	1	0.2	265	49.0	0	0.0	279	51.6	93	17.2	333	61.6	0	0.0	

*全国については、有所見割合のみ表示

		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	
H	合計	176	22.0	171	21.3	191	23.8	75	9.4	18	2.2	0	0.0	321	40.1	0	0.0	319	39.8	108	13.5	484	60.4	0	0.0	
	2	40-64	115	43.1	103	38.6	130	48.7	43	16.1	12	4.5	0	0.0	196	73.4	0	0.0	190	71.2	69	25.8	334	125.1	0	0.0
	5	65-74	61	11.4	68	12.7	61	11.4	32	6.0	6	1.1	0	0.0	125	23.4	0	0.0	129	24.2	39	7.3	150	28.1	0	0.0
	合計	171	23.4	145	19.8	190	26.0	62	8.5	21	2.9	1	0.1	332	45.4	0	0.0	344	47.0	124	16.9	441	60.2	0	0.0	
	2	40-64	40	20.9	34	17.8	46	24.1	18	9.4	3	1.6	0	0.0	67	35.1	0	0.0	65	34.0	31	16.2	108	55.5	0	0.0
8	65-74	131	24.2	111	20.5	144	26.6	44	8.1	18	3.3	1	0.2	265	49.0	0	0.0	279	51.6	93	17.2	333	61.6	0	0.0	

*全国については、有所見割合のみ表示

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）

★N0.24（振票）

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		
男性	合計	500	45.0	17	3.4%	69	13.8%	3	0.6%	50	10.0%	16	3.2%	166	33.2%	31	6.2%	6	1.2%	82	16.4%	47	9.4%	
	H	40-64	143	34.2	7	4.9%	24	16.8%	0	0.0%	14	9.8%	10	7.0%	52	36.4%	8	5.6%	4	2.8%	29	20.3%	11	7.7%
	2	40-64	143	34.2	7	4.9%	24	16.8%	0	0.0%	14	9.8%	10	7.0%	52	36.4%	8	5.6%	4	2.8%	29	20.3%	11	7.7%
	5	65-74	357	51.4	10	2.8%	45	12.6%	3	0.8%	36	10.1%	6	1.7%	114	31.9%	23	6.4%	2	0.6%	53	14.8%	36	10.1%
	H	合計	455	45.9	18	4.0%	74	16.3%	8	1.8%	46	10.1%	20	4.4%	144	31.6%	14	3.1%	11	2.4%	72	15.8%	47	10.3%
2	40-64	121	37.7	7	5.8%	22	18.2%	0	0.0%	13	10.7%	9	7.4%	45	37.2%	2	1.7%	6	5.0%	24	19.8%	13	10.7%	

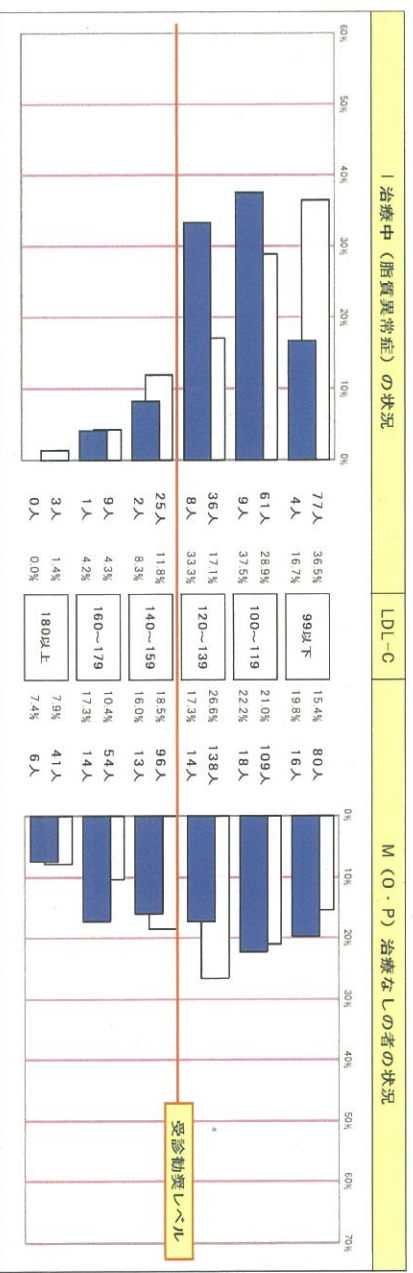
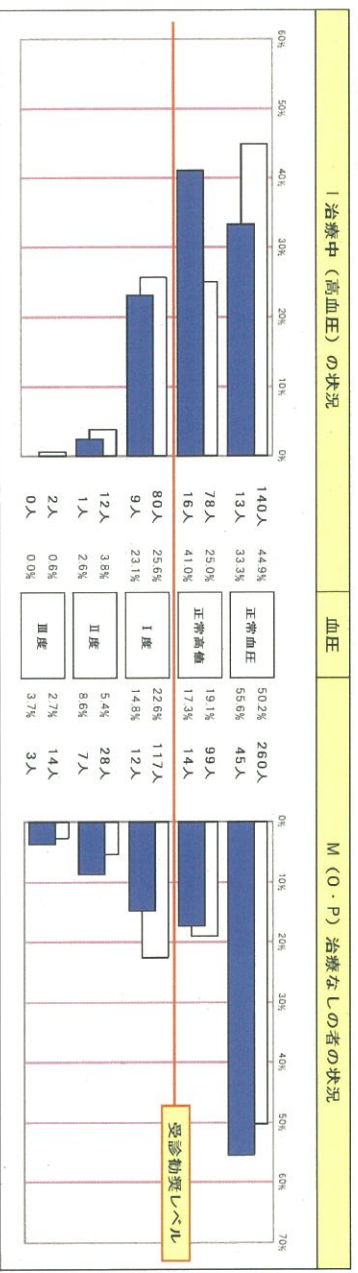
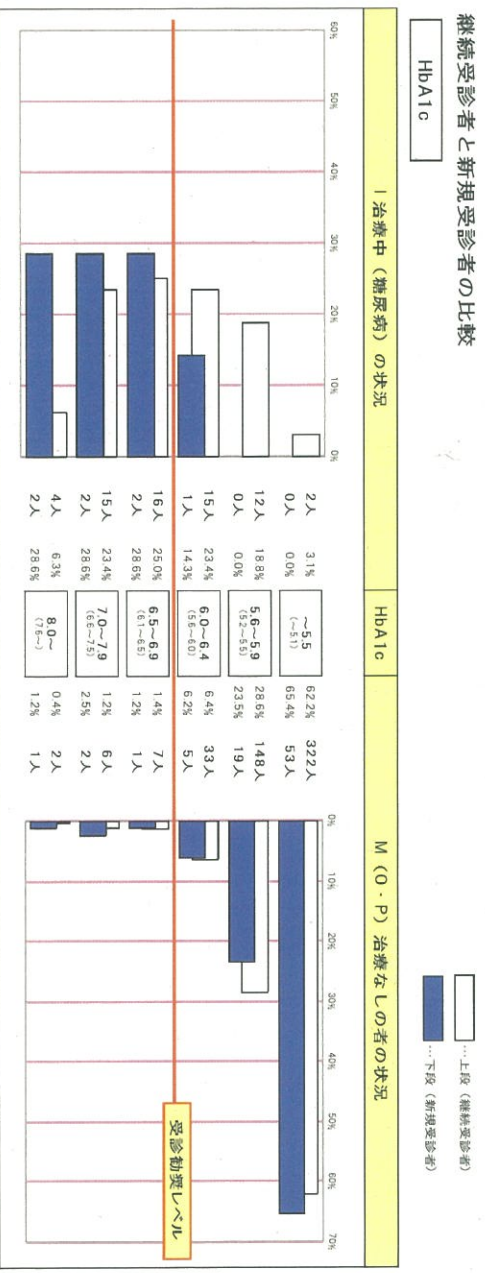
②糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

健診の継続受診者と新規受診者の比較を見ると、HbA1c及び血圧については、新規受診者で治療なしの者が多く、医療機関での受診レベルに達している者も多いことから、受診につなげるよう保健指導が必要である。

HbA1cでは新規受診者で治療中にも関わらず受診勧奨レベルを超えている者が85%もいるので、保健指導と併せ医療機関との連携も重要である。

【図表21】

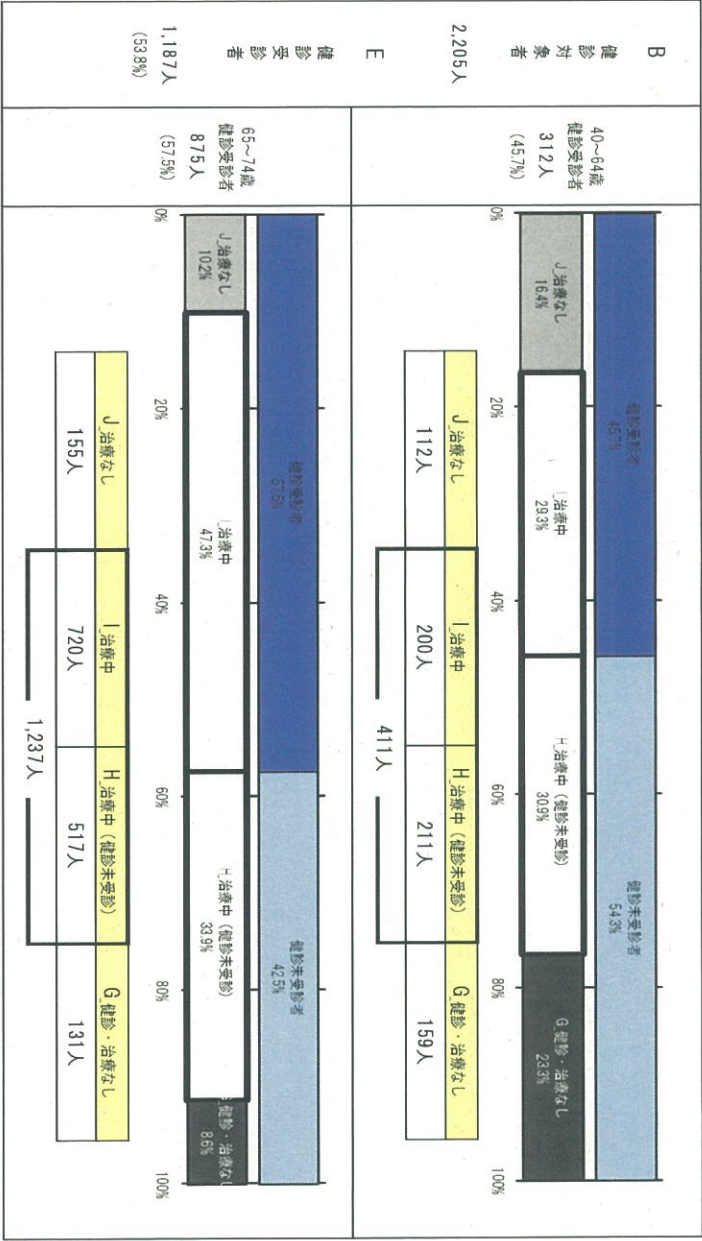
継続受診者と新規受診者の比較



【図表 23】

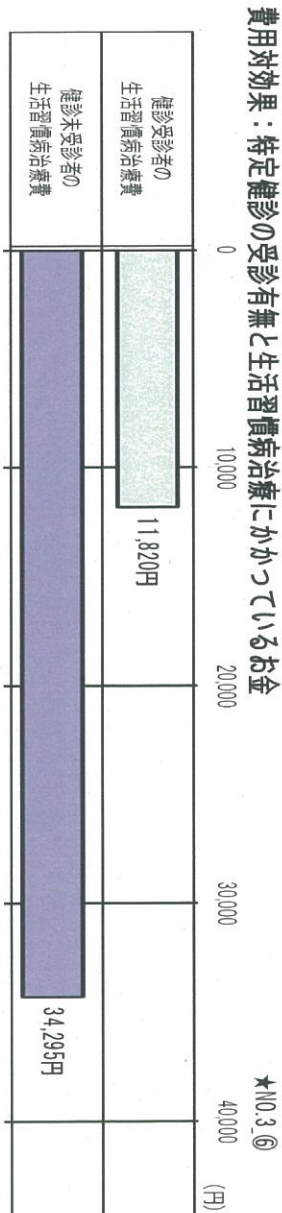
未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★H10.26 (CSV)



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

【図表 24】



⑤特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定保健指導率が増加しているが、特定健診受診率は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 25】

項目	特定健診			特定保健指導			受診勧奨者
	対象数	受診者数	受診率	対象者数	終了者数	実施率	
H25年度	2,471	1,302	52.7%	161	14	8.7%	49.5%
H28年度	2,311	1,280	55.4%	202	52	25.7%	53.3%

第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受診率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、2号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につながるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組みべき課題である。

3. 第2期計画における健康課題の明確化

医療費の観点からは、第1期計画時から見ると、被保険者数の減に伴い総医療費が減少しているが、注目すべきは一人当たりの医療費の入院費用が減少している点である。高額になる入院を抑制し、外来による治療に移行したことによるものと推測される。高額疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、がん、についても人数件数ともに減少し、医療費も下がっている。

医療費は下がったものの、中長期的目標の疾患である「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「人工透析」の罹患率は平成25年度から微増しており、短期的目標の疾患である「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」の生活習慣病については、増えている状況である。

第2期に計画についても、引き続き生活習慣病予防に重点を置いて保健事業を展開する必要がある。

4. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35 年度には 30 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ 2%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と考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、朝日町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、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、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを目指す。

(2) 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、一年、一年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病 (CKD) の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

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

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		「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「人工透析」の罹患率は平成25年度から微増している。	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	55.4	55.8	56.1	58.5	60.0	61.9	63.8	65.0	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	25.7	27.7	30.8	36.8	42.1	50.0	58.8	60.6				
			特定保健指導対象者の減少				20.0				30.0				
データヘルス計画	中長期	「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」の生活習慣病については、増えている状況である。	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 20%減少	1.6			1.4				1.3	KDBシステム		
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合 20%減少	2.0			1.8				1.6			
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 20%	3.2			2.9				2.6			
	短期		同規模、富山県、国と比較してもがんによる死亡割合が高い。	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 25%	28.3			25.5				21.2	朝日町健康づくりプラン	
					健診受診者の高血圧者の割合減少 20%（160/100 以上）	6.9			6.2				5.5		
					健診受診者の脂質異常者の割合減少 20%（LDL140 以上）	30.9			27.8				24.7		
					健診受診者の糖尿病患者の割合減少 20%（HbA1c6.5 以上）	5.7			5.1				4.6		
					糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 20%	3.9			3.5				3.1		
					糖尿病の保健指導を実施した割合 20%以上	14.9			13.4				11.9		
					がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	8.1			30				50		地域保健事業報告
						肺がん検診 50%以上	16.0			35					
	大腸がん検診 50%以上		8.6				30				50				
	子宮頸がん検診 50%以上		26.8				40				50				
	乳がん検診 50%以上		30.3				40				50				
	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割合 5%以上	—			225				450	保健センター	
・数量シェア H28 年度 74.6%		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%以上	74.6			77.5			80.0	厚生労働省公表結果	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1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3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

特定健診の受診率は、全国的に見ても上位ではありますが、国の示す目標値の60%には、及ばない状態で、平成28年度の受診率は55.4%でした。

また、特定保健指導については、25.7%であり、今後6年間で国の目標値に近づけていくように啓発活動に力を入れる。

《目標値》

【図表26】

特定健診			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
	対象者数		2,211人	2,162人	2,114人	2,068人	2,022人	1,978人
	受診者数		1,240人	1,265人	1,269人	1,280人	1,290人	1,286人
特定保健指導	対象者数		195人	190人	190人	180人	170人	165人
	受診者数		60人	70人	80人	90人	100人	100人

	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
特定健診受診率	56.1%	58.5%	60.0%	61.9%	63.8%	65.0%
特定保健指導実施率	30.8%	36.8%	42.1%	50.0%	58.8%	60.6%

3. 対象者の見込み

1) 朝日町の人口

朝日町の人口は12,296人、世帯数は4,840世帯です。65歳以上の高齢者は5,116人、高齢化率は41.6%である。(平成29年10月末)

《人口の推移》

【図表 27】

年齢	0～14 歳	15～64 歳	65～74 歳	75 歳～	合計
平成 2 5 年	1, 223 人	7, 326 人	2, 181 人	2, 825 人	13, 555 人
平成 2 6 年	1, 186 人	7, 023 人	2, 274 人	2, 783 人	13, 266 人
平成 2 7 年	1, 149 人	6, 749 人	2, 324 人	2, 763 人	12, 985 人
平成 2 8 年	1, 100 人	6, 484 人	2, 376 人	2, 752 人	12, 712 人
平成 2 9 年	1, 048 人	6, 259 人	2, 335 人	2, 791 人	12, 433 人

2) 国保被保険者の構成 (平成 29 年 10 月)

【図表 28】

年齢 (歳)	計 (人)	一般被保険数	退職被保険数	退職本人	退職被扶養
0～4	15	15	0	0	0
5～9	30	29	1	0	1
10～14	51	51	0	0	0
15～19	58	58	0	0	0
20～24	45	44	1	0	1
25～29	40	40	0	0	0
30～34	53	53	0	0	0
35～39	82	82	0	0	0
40～44	82	82	0	0	0
45～49	117	116	1	0	1
50～54	117	117	0	0	0
55～59	120	120	0	0	0
60～64	349	292	57	51	6
65～69	797	794	3	3	0
70～74	870	870	0	0	0
計	2, 826	2, 763	63	54	9
平均年齢	59. 6 歳	59. 6 歳	61. 6 歳	63. 5 歳	49. 8 歳

3) 国民健康保険被保険者の推移

【図表 29】

年月	世帯数	人口	国保 加入世帯 数	被保険数		総数再掲				一般	退職被保険数	
				総数	未就学 児	前期	70以上一般	70以上 所得上位			内被扶養者	
H25.3月	5,043	13,555	2,033	3,268	48	1,556	711	29	3,012	256	43	
10月	5,013	13,412	1,998	3,190	43	1,594	738	30	2,973	217	37	
H26.3月	4,981	13,266	2,000	3,221	52	1,626	769	38	3,054	167	30	
10月	4,971	13,157	2,010	3,139	36	1,654	799	36	2,999	140	23	
H27.3月	4,949	12,985	1,979	3,097	43	1,668	799	35	2,986	111	18	
10月	4,932	12,851	1,951	3,050	45	1,688	794	33	2,970	80	8	
H28.3月	4,907	12,712	1,947	3,025	46	1,695	794	34	2,914	111	16	
10月	4,880	12,548	1,921	2,932	31	1,694	780	32	2,836	96	17	
H29.3月	4,846	12,433	1,885	2,847	31	1,663	780	28	2,771	76	12	
10月	4,840	12,296	1,896	2,813	24	1,663	833	30	2,753	60	9	

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

(1) 集団検診

特定健診実施機関に委託

(2) 個別検診 (委託医療機関)

特定健診実施医療機関に委託

(3) その他

人間ドック・職場健診を受けた方には、健診結果の提供を随時お願いしている。

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、および実施基準第 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、4 月に全戸配付する「保健カレンダー」、及び対象者への健診案内、人間ドック案内に記載している。

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（血清クレアチニン）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) 費用の請求・代行機関

富山県国民健康保険団体連合会に代行機関として委託

8) 自己負担額

平成 25 年度から無料

9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健診の受診案内を 6 月初旬に、人間ドックの案内を 4 月に、対象者世帯へ一斉送付している。

また受診率を上げるため、広報やインターネット、ケーブルテレビ、広報車、啓発グッズ配付等を活用し、周知に努めている。

10) 周知広報年間スケジュール

【図表 30】

特定健診		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診	集団健診6月～9月			受診券発送		未受診者案内							
	個別健診6月～10月					未受診者案内							
人間ドック4月～3月		案内発送											
広報活動	町広報誌			○			○						○
	ケーブルテレビ放送			○		○							
	広報車で呼びかけ			○	○	○	○	○					
	啓発グッズ配付ほか			○	○	○	○	○	○				

7月	領（特定健診システム受領）	
	○新規加入者への受診券発行及び送付	
8月	○未受診者への受診勧奨通知	
	○特定保健指導案内	
10月	○特定保健指導実施	
	○人間ドックデータの登録（特定健診システム入力）	
	○特定保健指導データの登録	
	○特定健診実績報告	
	○法定報告	

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、保健センター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

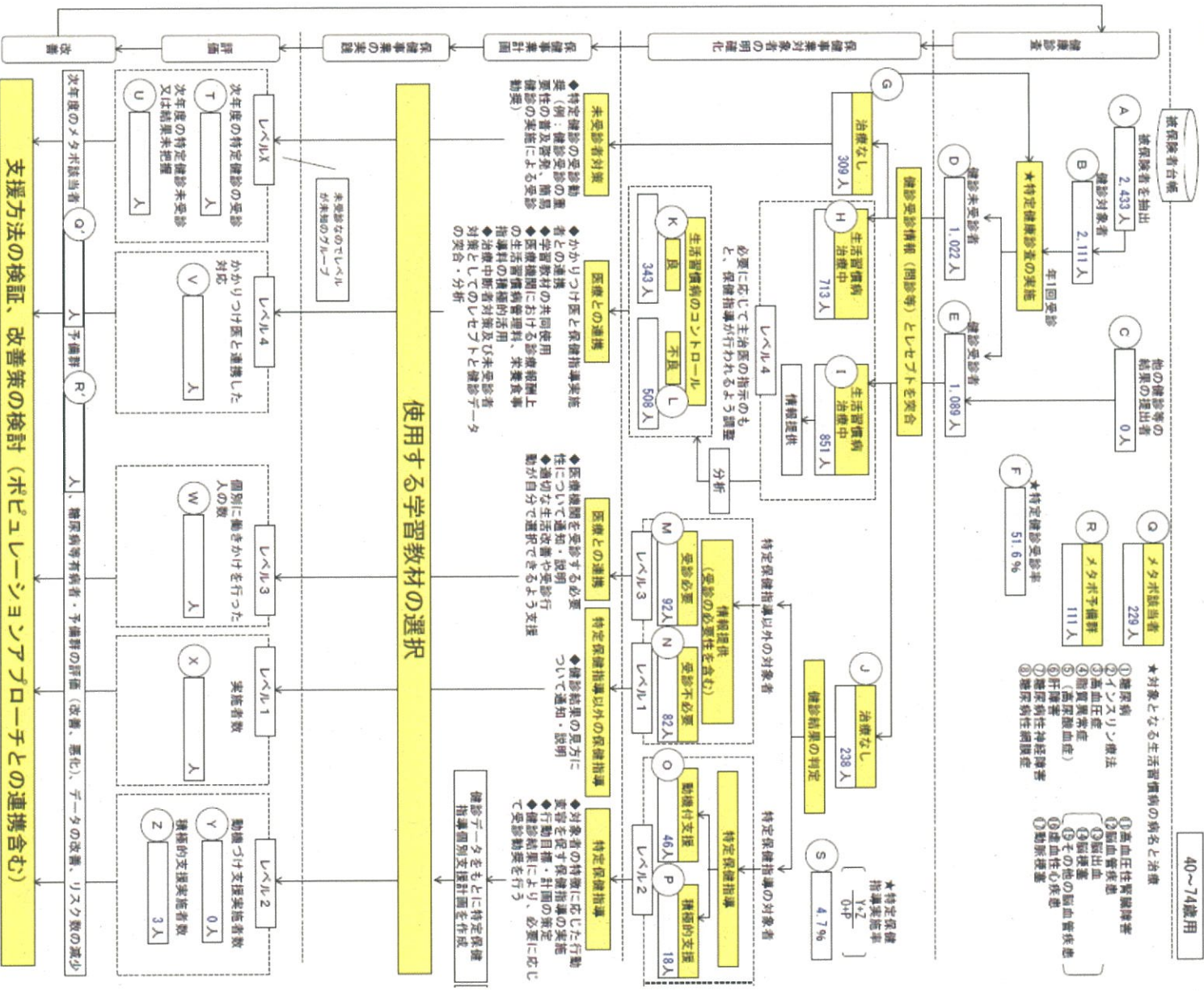
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。

厚生労働省様式

(様式 6-10) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

保険者番号 : 160176
 保険者名 : 朝日野
 地区 :

作成年月 : 2023年度
 印刷日 : 2023年06月09日
 ページ : 1/1
 40~74歳用



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

各指導レベル別の健診結果から、個々のリスク（特にHbA1c・血糖・LDL・血圧等のレベル）を評価し、必要な保健指導を実施します。

【図表 33】

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%)	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	64人 (5.9%)	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	92人 (8.4%)	HbA1c6.1 以上について は 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	1,022人 ※受診率目標 達成までにあ と350人	65%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	82人 (7.5%)	
5	I	情報提供		851人 (78.1)	

3) 各種データの活用

健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ(レセプト等)、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められる。

具体的には、医療費データ(レセプト等)と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となる。

「国保データベース(KDB) システム」では、健診・医療・介護のデータを突合できることから、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になることが期待されるところである。その力量アップのため、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結びつける研修に積極的に参加する。

4) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としている。

また、評価は ①ストラクチャー(構造)、②プロセス(過程)、③アウトプット(事業実施量)、④アウトカム(結果)の4つの観点から行うこととされている。

そのため、保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有でき、必要な改善を行っていくよう、評価表の様式を定めておく。

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朝日町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 11 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、朝日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て実施していく必要がある。重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患発症予防・脳血管疾患発症予防の取組を行う。

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. 具体的保健事業の実施

1. 生活習慣病の発症予防

1) 特定健診・保健指導実施率向上事業

第3章特定健診・保健指導に実施に基づき実施

2. 重症化予防事業（実施方法等次ページから記載）

1) 糖尿病性腎症重症化予防事業

2) 虚血性心疾患予防事業

3) 脳血管疾患予防事業

3. 広報事業（ポピュレーションアプローチの取組）

4. その他

1) 重複受診・重複投薬者への適切な受診勧奨

2) 後発医薬品の使用促進 等

Ⅲ. 重症化予防事業の実施

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）及び富山県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34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34】

【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	個人情報情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	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	募集(勧奨の手段で)		○			□
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	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	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を改定

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富山県プログラムに準じ、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 35】

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以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握していく。

町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白 (定性) 検査を必須項目として実施しているため腎機能 (eGFR) の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白 (-)、微量アルブミン尿と尿蛋白 (±)、顕性アルブミン尿 (+) としていることから尿蛋白 (定性) 検査でも腎症病期の推測が可能となる。

糖尿病重症化予防のためのセプトと健診データの突合

輕症

重症

②基準に基づく該当者数の把握

平成28年度特定健診結果に基づく管内糖尿病性腎症保健指導の対象者抽出フローチャート

【参考】：浜波市糖尿病性腎症重症化予防プログラム一チャート

U

平成28年度国保の特定健診受診者



③介入方法と優先順位

優先順位 1

【受診勧奨】

- ア. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者
- イ. 糖尿病治療中であったが中断者
 - ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・ 糖尿病性腎症第 3 期と想定される者
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 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
- ・ 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

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で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【参考資料 1】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加 年度	地区	氏 名	性 別	年 度 年 齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖								
						高血圧	HbA1c								
						虚血性心疾患	体重								
						脳血管疾患	BMI								
						糖尿病性腎症	糖 以外								
							血圧								
							CKD								
							GF-R								
							尿蛋白								
							服薬								
							HbA1c								
						高血圧	体重								
						虚血性心疾患	BMI								
						脳血管疾患	糖 以外								
						糖尿病性腎症	血圧								
							CKD								
							GF-R								
							尿蛋白								

【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 HbA1 c 6. 5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1 c 6. 5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1 c 6. 5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1 c 6. 5%以上になった場合は記載する

- ①HbA1 c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤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
ア. 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

ア. 未治療者・中断者（受診勧奨者）

イ. 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。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 38】

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
インスリン非依存状態：2型糖尿病		
① 病態の把握は検査値を中心に行われる	経年表	未受診者の保健指導 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. 高血圧が続くと体に何が起くるのでしょうか？ ①眼・腎臓病～失明や透析で日常生活が出来なくなる、たばこをこ～ ②糖尿病による神経障害とそのすずみ方 ③糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ ④糖尿病性動脈硬化～起こる体の部位と症状のあらわれ方～
		8. 私の血管内皮を働けているリスクは何だろうか(リソコリンガス)
食事療法・運動療法の必要性		
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」といふ言い方)	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	9. 糖尿病とはどういふ病気なのか？ 10. 糖尿病の診断 11. 血糖を測る方法 12. 血糖を測るタイミング 13. 私はどのステージ？(抵抗性)
③ 合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合		14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎臓病の位置と腎臓の構造 16. 腎臓の働きと腎臓病の進行に備えるの仕方 17. 私のステージでは、心血管・末梢不全のリスクは？ 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臓機能の低下速度 21. 血圧値で変化する腎臓機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 薬の資料 ... 別資料
薬物療法		
① 経口薬、注射薬は少量～	② 状態を見ながら増量 ③ 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールが改善 ④ 血糖コントロール状況をみて糖尿病性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ⑤ 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけど聞けど？
⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価	① 経口血糖降下薬 ② インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価	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？

(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期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは腎専門医への受診勧奨を通じた早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(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は紹介状等を使用する。

(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富山県プログラムに準じていく。

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/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

6月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8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. 虚血性心疾患予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患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。

【図表 39】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健康結果、問診		リスク状況		対象者
他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク		⑤ 重症化予防対象者
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		
② 問診		自覚症状なし ☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	症状 ☐ 労作時に要訴した、胸の圧迫感、違和感（休むと治る） ☐ 安静時に胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 狭心、胸の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいても、この人がこのリスクを過たどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをリスクにシフトする。		④ 重症化予防対象者 発症予防対象者
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目
☐ 腹囲 ☐ BMI ☐ 中性脂肪 ☐ HDL-C ☐ nonHDL-C ☐ ALT ☐ γ-GT ☐ 空腹血糖 ☐ 食後血糖 ☐ HbA1c ☐ 収縮期血圧 ☐ 拡張期血圧 ☐ 尿酸	~24.9 ~149 ~199 40~ ~149 ~30 ~50 ~99 ~139 ~5.5 ~129 ~84 ~7.0	男 85~ 女 90~ 25~ 150~299 200~ 35~39 150~169 31~50 51~100 100~125 140~199 5.6~6.4 130~139 85~89 7.1~7.9	~34 170~ 51~ 101~ 126~ 200~ 6.5~ 140~ 90~ 8.0~	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比 ☐ 24時間血圧（夜間血圧・職場血圧の鑑別） ☐ 角膜輪/アキウス脚肥厚/反角膜・脂質色腫/発疹性黄色腫の有無
④ LDL-C	~119	120~139	140~	
eGFR		60未満		
尿蛋白	(-)	(+)	~	
CKD重症度分類		G3aA1		

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

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40に沿って対象者を抽出すること
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。

【図表 40】

心電図以外の保健指導対象者の把握

	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	
平成28年度実施	4,648	121	1,212	3,315	0
		2.6%	26.1%	71.3%	0.0%
メタ代表当者	986	35	301	650	0
		21.2%	30.5%	65.9%	0.0%
メタ代表当者	475	15	139	321	0
		10.2%	29.3%	67.6%	0.0%
メタ代表なし	3187	71	772	2,344	0
		68.6%	24.2%	73.5%	0.0%
	458	14	109	335	0
		14.4%	23.8%	73.1%	0.0%
LDL-C	160-179	193	52	136	0
		6.1%	26.9%	70.5%	0.0%
	180-	82	28	53	0
		2.6%	34.1%	64.6%	0.0%

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-	337	6	99	232	0
		7.3%	1.8%	29.4%	68.8%	0.0%
	170-189	512	15	144	353	0
		11.0%	2.9%	28.1%	68.9%	0.0%
CKD	G3aA1~	973	34	267	672	0
		20.9%	3.5%	27.4%	69.1%	0.0%

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41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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

- ・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) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

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

6) 評価

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

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

7) 実施期間及びスケジュール

6 月 対象者の選定基準の決定

6 月 対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

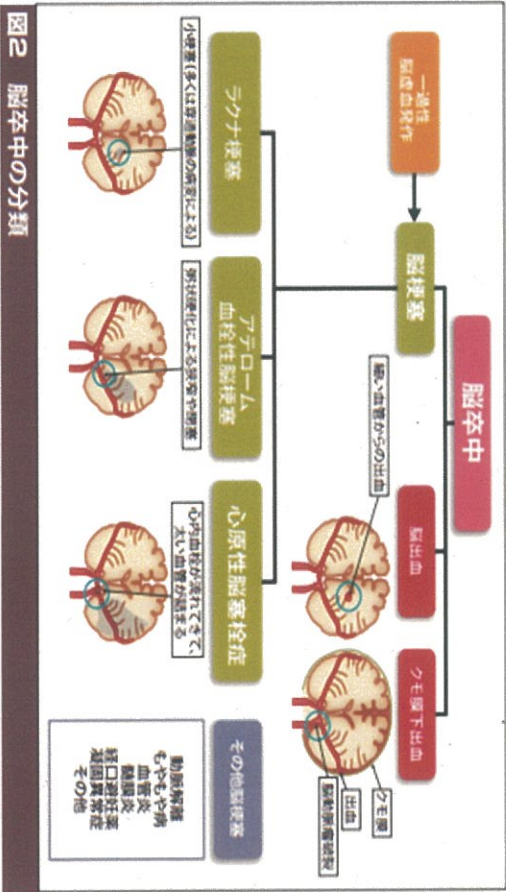
8 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入 (通年)

3. 脳血管疾患予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患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。

【脳卒中中の分類】



【図表 42】

(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 43】

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。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 44】

血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		<119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,583	632	385	261	249	38	18
		39.9%	24.3%	16.5%	15.7%	2.4%	1.1%
リスク第1層	224	123	59	20	18	4	0
	14.2%	19.5%	15.3%	7.7%	7.2%	10.5%	0.0%
リスク第2層	780	298	187	143	123	19	10
	49.3%	47.2%	48.6%	54.8%	49.4%	50.0%	55.6%
リスク第3層	579	211	139	98	108	15	8
	36.6%	33.4%	36.1%	37.5%	43.4%	39.5%	44.4%
糖尿病	139	42	39	23	30	4	1
	24.0%	19.9%	28.1%	23.5%	27.6%	26.7%	12.5%
慢性腎臓病 (CKD)	309	133	67	44	53	6	6
	53.4%	63.0%	48.2%	44.9%	49.1%	40.0%	75.0%
3個以上の危険因子	258	72	64	52	58	7	5
	44.6%	34.1%	46.0%	53.1%	59.7%	46.7%	62.5%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 治療で 140/90以上 なら降圧薬 治療	1ヶ月以内の 治療で 140/90以上 なら降圧薬 治療	2週間以内 の治療で 140/90以上 なら降圧薬 治療
18	127	160
1.1%	8.0%	10.1%
18	4	0
100%	3.1%	0.0%
--	96.5%	18.1%
--	--	131
--	--	81.9%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 44 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

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にの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7 心房細動と心原性脳塞栓症

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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。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) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

【参考資料2】

血圧評価表																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	過去5年間のうち最近										血圧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	記号	番号				メタボ判定	HbA1c	LDL	eGFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	H24 収縮期血圧	H25 収縮期血圧	H26 収縮期血圧		H27 収縮期血圧	H28 収縮期血圧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

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。

7) 実施期間及びスケジュール

6月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

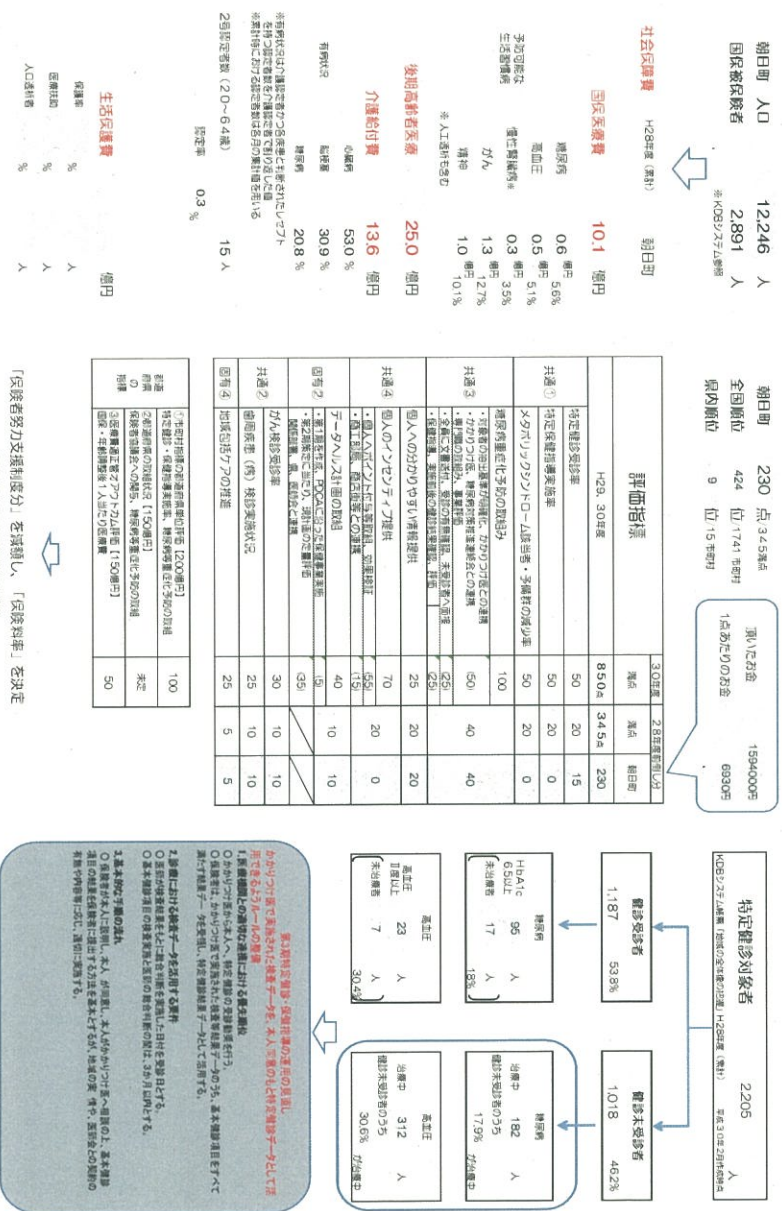
8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入

(通年)

IV. ポピュレーションアプローチ

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

朝日町 保險者努力支援制度



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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

本県は、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1.66と全国一高くなると推計されている。

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、医療サービスが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。

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

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。

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して、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。