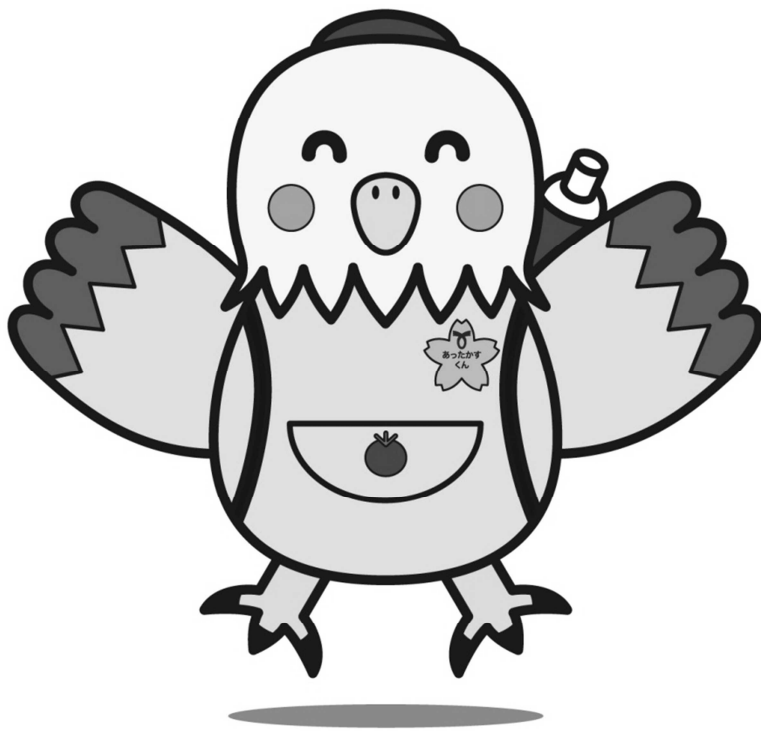


鷹 栖 町
第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)



平成30年5月

鷹 栖 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	背景	1
2	保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置付け	2
3	計画期間	4
4	関係者が果たすべき役割と連携	4
1)	実施主体関係部局との役割	4
2)	外部有識者等の役割	4
3)	被保険者の役割	5
5	保険者努力支援制度	6
第2章	第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の 明確化	
1	第1期計画に係る評価及び考察	7
1)	第1期計画に係る評価	7
2)	第1期に係る考察	12
2	第2期計画における健康課題の明確化	13
1)	中長期目標の視点における医療費適正化の状況	13
2)	健診受診者の実態	16
3)	糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況	17
4)	未受診者の把握	18
5)	目標の設定	19
第3章	特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	
1	第三期特定健診等実施計画について	20
2	目標値の設定	20
3	対象者の見込み	20
4	特定健診の実施	20
1)	特定健康診査	20
5	特定保健指導の実施	25
1)	健診から保健指導実施の流れ	25
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	26
3)	生活習慣予防のための健診・保健指導の実施スケジュール	27

6	個人情報の保護	28
1)	記録の保存方法	28
2)	個人情報の取扱い	28
7	結果の報告	28
8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	28

第4章 保健事業の内容

I	保健事業の方向性	29
II	重症化予防の取組	29
1	糖尿病性腎症重症化予防	29
1)	基本的な考え方	29
2)	対象者の明確化	31
3)	対象者の進捗管理	33
4)	保健指導の実施	34
5)	医療との連携	36
6)	高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	36
7)	評価	36
8)	実施期間及びスケジュール	37
2	虚血性心疾患重症化予防	38
1)	基本的な考え方	38
2)	対象者の明確化	38
3)	保健指導の実施	40
4)	医療との連携	40
5)	高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	41
6)	評価	41
7)	実施期間及びスケジュール	41
3	脳血管疾患重症化予防	42
1)	基本的な考え方	42
2)	対象者の明確化	43
3)	保健指導の実施	45
4)	医療との連携	46
5)	高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	46
6)	評価	46
7)	実施期間及びスケジュール	46
III	ポピュレーションアプローチ	47

第5章 地域包括ケアに係る取り組み	48
第6章 計画の評価・見直し	
1 評価の時期	50
2 評価方法・体制	50
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	51
2 個人情報の取扱い	51
参考資料	52

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画） 基本的事項

1. 背景

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、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国民健康保険、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。）の三者（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。

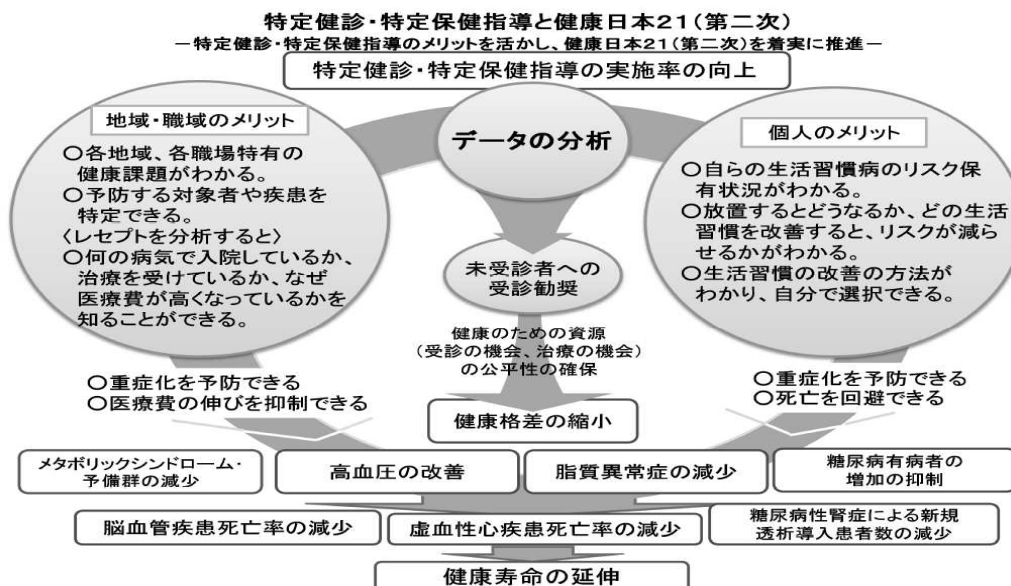
また、平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険（以下「国保」という。）については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業等の医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行います。

さらに、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。）の一部改正等により、保険者は健康・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）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されました。

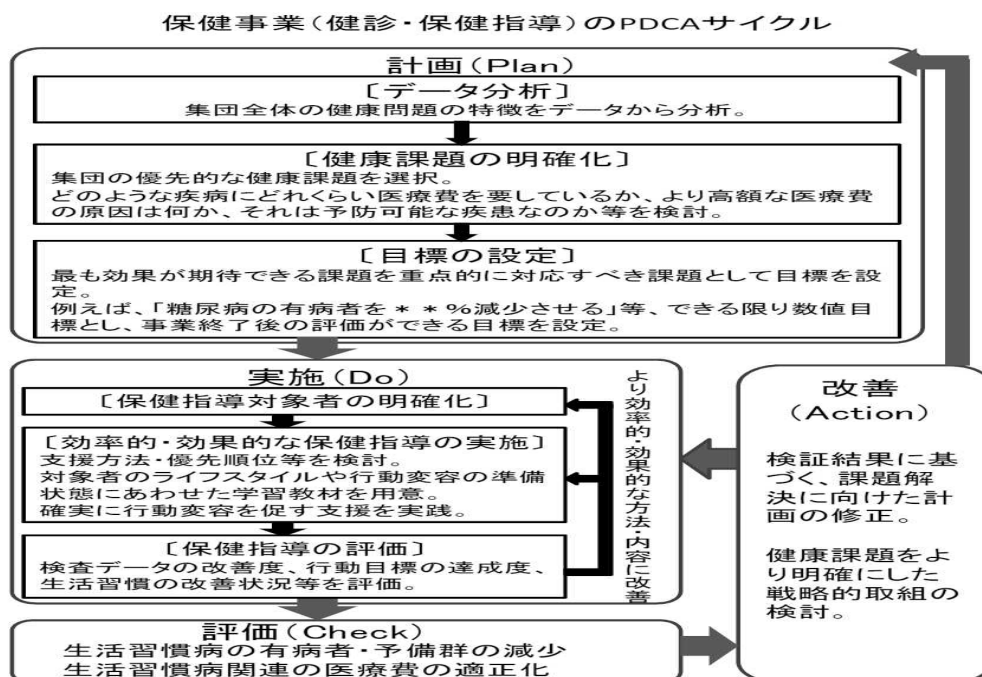
鷹栖町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とします。

【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」としていること、また、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き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及び医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間とされていることから、これらとの整合性を図るため、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。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局との役割

本計画は、町民課が主体となり、住民の健康の保持増進に関わりのある健康福祉課の保健師等他部局とも連携し、市町村一体となって策定を進めました。

具体的には、国民健康保険及び高齢者、福祉医療を担当する町民課医療年金係と保健衛生を担当する健康福祉課保健推進係と、事業の企画・実施・評価の部分で協力し、介護保険を担当する介護福祉係、生活保護を担当する地域福祉係とも十分連携し、実態の共有や保健事業での役割分担等を行い、計画期間を通してPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者の業務を明確化・標準化し、適切に進める体制を整えていきます。【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、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・評価委員会等の外部有識者等との連携・協力が重要です。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受ける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等において、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年度から北海道が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が重要となります。このため、本町においても、計画素案について北海道関係部局と意見交換を行い、連携を図っていきます。

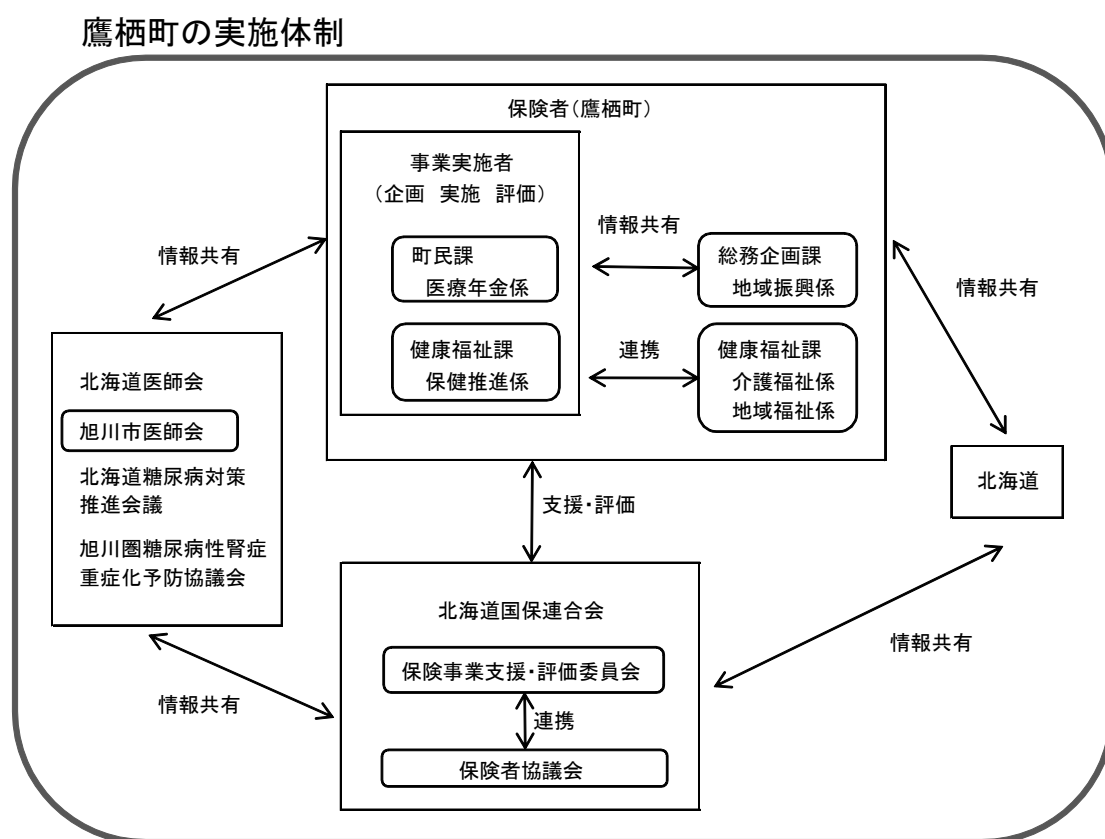
さらには、保険者と旭川市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、北海道が北海道医師会等との連携を推進することが重要であり、国保連と北海道においても、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から積極的な連携に努めることが重要です。

保険者等の間では、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り、そのためには、保険者協議会等を活用することも有用と考えています。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要になります。

【図表4】



5. 保険者努力支援制度

国は、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新たに保険者努力支援制度を創設し、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されており、平成30年度から本格実施されます。

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】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H29 (参考)	H30 配点	H30 (参考)
総得点（満点）		345		580		850
交付額（万円）		1,059			3,471	
総得点（体制構築加点含む）		238	411		550	
全国順位（1,741市町村中）		317				
共通①	特定健診受診率	10	25	35	20	50
	特定保健指導実施率	15	25	35	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	0	0	35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	20	20	15	30
	歯周疾患（病）検診の実施	10	15	15	25	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	70	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	0	30	30	40	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	17	15	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	0	45	0	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	25	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11	14	25	20	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	30	0	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	30	50	70	75	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	15	25	25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	11	15	17	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	26	30	35	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				38	50
体制構築加点		70	70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別にみると心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合が増加しています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護保険1号、2号認定者の有病状況では、糖尿病、脂質異常症が増加しています。また、糖尿病の有病割合が増加しています。

また、医療費の状況では、外来費用割合の増加、入院費用割合の減少が見られますが、各疾患別でみると、入院の1件あたりの費用額では、糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患が増加しており、医療費総額に占める割合では、糖尿病、慢性腎不全（透析）が増加していることを合わせて考えると、生活習慣病が重症化していることが推測されます。医療費の面からも生活習慣病重症化予防が今後の課題です。【参考資料1】

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況【図表6】

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費が増えています。同規模平均では、1件あたりの介護給付費は減っているのに対し、鷹栖町は増え、特に居宅サービスが増えていることがわかりました。

要因としては在宅サービスの充実や、全国的な医療病床離れが背景にあるものと予測されます。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	鷹栖町			同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス 施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス 施設サービス	
H25年度	6億6657万円	81,557	47,547 278,605	71,886	41,181 279,469	
H28年度	↑ 6億8915万円	↑ 84,413	↑ 51,539 281,321	↓ 70,593	40,986 275,281	

②医療費の状況【図表7】

医療費の変化について、平成25年度と比較すると入院、入院外ともに総医療費が減少し、全体の総費用額の減少がみられます。一方、一人あたりの医療費は全体及び入院外で増加しています。

【図表7】

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1総医療費(円)	H25年度	6億3,860万円				2億8,205万円				356,554,340			
	H28年度	5億8,964万円	△4,897万円	-7.7%	0.0%	2億3,803万円	△4,402万円	-15.6%	-6.4%	351,602,950	△496万円	-1.4%	5.6%
2一人当たり医療費(円)	H25年度	25,160				11,110				14,050			
	H28年度	26,201	1,041	4.1%	7.7%	10,580	△530	-4.8%	8.0%	15,620	1,570	11.2%	7.5%

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)【図表8】

中長期目標疾患である脳血管疾患は減少していますが、虚血性疾患、慢性腎不全(透析)に関わる費用が増加していることがわかりました。中長期目標疾患に共通している糖尿病に関する費用が増加しており、国、北海道と比較しても高くなっています。また、新生物に関する費用も増加しています。

【図表8】

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

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎		心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	25年度	28年度					
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)						慢性腎不全(透析無)				脳梗塞 脳出血
H25	鷹栖町	638,596,210	25,160	97位	110位	0.80%	0.50%	4.57%	1.10%	6.02%	5.75%	3.48%	141,896,020	22.22%	8.98%	9.52%	9.88%
		589,631,730	26,201	130位	114位	↑1.25%	0.23%	↓1.62%	↑2.15%	↑6.77%	5.29%	3.45%	122,325,740	20.75%	15.03%	8.93%	↓8.09%
H28	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%
	北海道	447,068,008,510	27,782	--	--	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	92,704,528,050	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源(調剤含む)」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患【図表9】

中長期目標疾患では虚血性心疾患と脳血管疾患の治療者は減少しています。しかし、疾患の重なりで見ると、脳血管疾患治療者の虚血性心疾患や64歳以下で虚血性心疾患治療者の人工透析が増加しています。

また、全体の割合で基礎疾患の重なりを見ると、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療者が減少しているため、治療中断がなかったか確認していく必要があります。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2131	73	3.4%	15	20.5%	0	0.0%	52	71.2%	44	60.3%	56	76.7%
	64歳以下	1334	29	2.2%	4	13.8%	0	0.0%	17	58.6%	16	55.2%	22	75.9%
	65歳以上	797	44	5.5%	11	25.0%	0	0.0%	35	79.5%	28	63.6%	34	77.3%
H28	全体	1924	58	3.0%	12	20.7%	1	1.7%	43	74.1%	32	55.2%	41	70.7%
	64歳以下	1093	19	1.7%	2	10.5%	1	5.3%	14	73.7%	11	57.9%	12	63.2%
	65歳以上	831	39	4.7%	10	25.6%	0	0.0%	29	74.4%	21	53.8%	29	74.4%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2131	75	3.5%	15	20.0%	0	0.0%	59	78.7%	40	53.3%	49	65.3%
	64歳以下	1334	19	1.4%	4	21.1%	0	0.0%	14	73.7%	13	68.4%	15	78.9%
	65歳以上	797	56	7.0%	11	19.6%	0	0.0%	45	80.4%	27	48.2%	34	60.7%
H28	全体	1924	57	3.0%	12	21.1%	0	0.0%	40	70.2%	24	42.1%	32	56.1%
	64歳以下	1093	7	0.6%	2	28.6%	0	0.0%	3	42.9%	4	57.1%	6	85.7%
	65歳以上	831	50	6.0%	10	20.0%	0	0.0%	37	74.0%	20	40.0%	26	52.0%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2131	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
	64歳以下	1334	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
	65歳以上	797	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	1924	2	0.1%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	50.0%
	64歳以下	1093	2	0.2%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	50.0%
	65歳以上	831	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)【図表10】

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者においては、糖尿病治療者は増加しており、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合もやや増加していることから、糖尿病における重症化予防の必要があります。

また、高血圧治療者で糖尿病治療もしている割合、脂質異常症治療者で糖尿病治療もしている割合の増加傾向がみられています。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病				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	
				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	2131	250	11.7%	18	7.2%	149	59.6%	163	65.2%	44	17.6%	40	16.0%	1	0.4%	10	4.0%	
	64歳以下	1334	86	6.4%	7	8.1%	47	54.7%	57	66.3%	16	18.6%	13	15.1%	1	1.2%	5	5.8%	
	65歳以下	797	164	20.6%	11	6.7%	102	62.2%	106	64.6%	28	17.1%	27	16.5%	0	0.0%	5	3.0%	
H28	全体	1924	275	14.3%	21	7.6%	165	60.0%	183	66.5%	32	11.6%	24	8.7%	0	0.0%	14	5.1%	
	64歳以下	1093	75	6.9%	9	12.0%	33	44.0%	51	68.0%	11	14.7%	4	5.3%	0	0.0%	3	4.0%	
	65歳以下	831	200	24.1%	12	6.0%	132	66.0%	132	66.0%	21	10.5%	20	10.0%	0	0.0%	11	5.5%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2131	412	19.3%	149	36.2%	259	62.9%	52	12.6%	59	14.3%	1	0.2%	
	64歳以下	1334	130	9.7%	47	36.2%	79	60.8%	17	13.1%	14	10.8%	1	0.8%	
	65歳以下	797	282	35.4%	102	36.2%	180	63.8%	35	12.4%	45	16.0%	0	0.0%	
H28	全体	1924	407	21.2%	165	40.5%	249	61.2%	43	10.6%	40	9.8%	2	0.5%	
	64歳以下	1093	122	11.2%	33	27.0%	65	53.3%	14	11.5%	3	2.5%	2	1.6%	
	65歳以下	831	285	34.3%	132	46.3%	184	64.6%	29	10.2%	37	13.0%	0	0.0%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2131	406	19.1%	163	40.1%	259	63.8%	56	14%	49	12%	0	0%	
	64歳以下	1334	140	10.5%	57	40.7%	79	56.4%	22	16%	15	11%	0	0%	
	65歳以下	797	266	33.4%	106	39.8%	180	67.7%	34	13%	34	13%	0	0%	
H28	全体	1924	393	20.4%	183	46.6%	43	10.9%	41	10.4%	32	8.1%	1	0.3%	
	64歳以下	1093	120	11.0%	51	42.5%	14	11.7%	12	10.0%	6	5.0%	1	0.8%	
	65歳以下	831	273	32.9%	132	48.4%	29	10.6%	29	10.6%	26	9.5%	0	0.0%	

②リスクの健診結果経年変化【図表 11】

リスクの健診結果の経年変化をみると、男性、女性ともに腹囲、BMIの有所見者の大きな増加がみられています。また、HbA1c、中性脂肪、LDLコレステロールの有所見者も増加しています。メタボリックシンドローム予備軍・該当者が増加傾向であることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性がある状態（高血糖、脂質異常等）の割合が増加していることが推測されます。

【図表 11】

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

★NO.23（概票）

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	77	26.9%	124	43.4%	46	16.1%	61	21.3%	19	6.6%	100	35.0%	174	60.8%	16	5.6%	156	54.5%	82	28.7%	144	50.3%	0	0.0%
	H25 40-64	27	25.0%	43	39.8%	21	19.4%	20	18.5%	6	5.6%	25	23.1%	56	51.9%	7	6.5%	48	44.4%	36	33.3%	60	55.6%	0	0.0%
	65-74	50	28.1%	81	45.5%	25	14.0%	41	23.0%	13	7.3%	75	42.1%	118	66.3%	9	5.1%	108	60.7%	46	25.8%	84	47.2%	0	0.0%
女性	合計	86	30.5%	144	51.1%	77	27.3%	60	21.3%	27	9.6%	76	27.0%	184	65.2%	52	18.4%	147	52.1%	86	30.5%	144	51.1%	7	2.5%
	H25 40-64	35	35.0%	51	51.0%	30	30.0%	22	22.0%	9	9.0%	20	20.0%	59	59.0%	26	26.0%	43	43.0%	32	32.0%	57	57.0%	1	1.0%
	65-74	51	28.0%	93	51.1%	47	25.8%	38	20.9%	18	9.9%	56	30.8%	125	68.7%	26	14.3%	104	57.1%	54	29.7%	87	47.8%	6	3.3%

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	85	23.8%	65	18.2%	47	13.2%	34	9.5%	11	3.1%	77	21.6%	222	62.2%	2	0.6%	188	52.7%	73	20.4%	192	53.8%	1	0.3%
	H25 40-64	32	22.2%	28	19.4%	15	10.4%	12	8.3%	5	3.5%	25	17.4%	84	58.3%	1	0.7%	60	41.7%	36	25.0%	76	52.8%	0	0.0%
	65-74	53	24.9%	37	17.4%	32	15.0%	22	10.3%	6	2.8%	52	24.4%	138	64.8%	1	0.5%	128	60.1%	37	17.4%	116	54.5%	1	0.5%
H28	合計	91	27.2%	70	20.9%	53	15.8%	30	9.0%	9	2.7%	65	19.4%	219	65.4%	8	2.4%	198	59.1%	71	21.2%	209	62.4%	0	0.0%
	40-64	31	27.2%	27	23.7%	15	13.2%	7	6.1%	5	4.4%	11	9.6%	64	56.1%	2	1.8%	48	42.1%	21	18.4%	70	61.4%	0	0.0%
	65-74	60	27.1%	43	19.5%	38	17.2%	23	10.4%	4	1.8%	54	24.4%	155	70.1%	6	2.7%	150	67.9%	50	22.6%	139	62.9%	0	0.0%

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票）

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	286	41.4%	15	5.2%	46	16.1%	3	1.0%	33	11.5%	10	3.5%	63	22.0%	11	3.8%	2	0.7%	35	12.2%	15	5.2%
	H25 40-64	108	33.0%	9	8.3%	18	16.7%	1	0.9%	12	11.1%	5	4.6%	16	14.8%	3	2.8%	0	0.0%	12	11.1%	1	0.9%
	65-74	178	48.9%	6	3.4%	28	15.7%	2	1.1%	21	11.8%	5	2.8%	47	26.4%	8	4.5%	2	1.1%	23	12.9%	14	7.9%
女性	合計	282	44.2%	13	4.6%	55	19.5%	2	0.7%	42	14.9%	11	3.9%	76	27.0%	11	3.9%	2	0.7%	46	16.3%	17	6.0%
	H25 40-64	100	36.6%	9	9.0%	22	22.0%	1	1.0%	14	14.0%	7	7.0%	20	20.0%	2	2.0%	0	0.0%	15	15.0%	3	3.0%
	65-74	182	49.9%	4	2.2%	33	18.1%	1	0.5%	28	15.4%	4	2.2%	56	30.8%	9	4.9%	2	1.1%	31	17.0%	14	7.7%

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	357	43.9%	8	2.2%	25	7.0%	0	0.0%	22	6.2%	3	0.8%	32	9.0%	3	0.8%	1	0.3%	23	6.4%	5	1.4%
	H25 40-64	144	38.7%	4	2.8%	10	6.9%	0	0.0%	8	5.6%	2	1.4%	14	9.7%	1	0.7%	0	0.0%	12	8.3%	1	0.7%
	65-74	213	48.3%	4	1.9%	15	7.0%	0	0.0%	14	6.6%	1	0.5%	18	8.5%	2	0.9%	1	0.5%	11	5.2%	4	1.9%
H28	合計	335	45.5%	6	1.8%	24	7.2%	0	0.0%	21	6.3%	3	0.9%	40	11.9%	5	1.5%	0	0.0%	27	8.1%	8	2.4%
	40-64	114	38.9%	5	4.4%	12	10.5%	0	0.0%	11	9.6%	1	0.9%	10	8.8%	1	0.9%	0	0.0%	6	5.3%	3	2.6%
	65-74	221	49.8%	1	0.5%	12	5.4%	0	0.0%	10	4.5%	2	0.9%	30	13.6%	4	1.8%	0	0.0%	21	9.5%	5	2.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率【図表 12】

特定健診受診率は大きく変化はみられていません。重症化を予防していくためには、今後も特定健診受診率の向上の取り組みが必要となってきます。

また、特定保健指導の実施率が低下しています。未治療の人が対象であり、保健師・管理栄養士による保健指導が必要な対象であるため、生活習慣病発症予防、重症化予防のためにも実施率を向上させる工夫が必要です。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								鷹栖町	同規模平均
H25年度	1,499	644	43.0%	103	66	28	42.4%	54.7	51.9
H28年度	1,374	616	44.8%	101	77	21	27.3% ↓	57.1	51.6

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患としていた脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全については、治療割合は増加していませんが、死因の増加がみられています。また、特定健診受診者の有所見者割合の増加、糖尿病治療者の増加、糖尿病に関する費用の増加等がみられています。

このようなことから、生活習慣病の増加、生活習慣病重症化の状況は継続していると考えられるため、今後も重要な課題として取り組むことが必要です。

課題に対しては、以下のような取り組みが考えられます。

- ・ 健診受診者への健診結果説明、保健指導の拡充
- ・ 医療機関通院者の通院状況確認、中断者への受診勧奨、保健指導
- ・ 特定健診受診率向上へ向けた取り組み

特定健診受診者においては有所見者の割合の増加がみられており、まずは、健診受診者への結果説明、保健指導の対象を拡大し、町民の身体状態の理解、生活習慣の振り返りにつなげる取り組みが必要です。

また、重症化予防の視点として治療につながった者に対しては、継続した治療ができていないかの確認・中断者への受診勧奨、必要時医療機関の同意を得て通院者への保健指導など、医療機関受診後の支援についても今後、取り組むべき重要な課題です。

また、適正な医療につなげるためには、住民みずから身体の状態を確認できる場として今後も特定健診は重要であり、特定健診受診率向上に向けた取り組みについても今後の課題として取り組む必要があります。

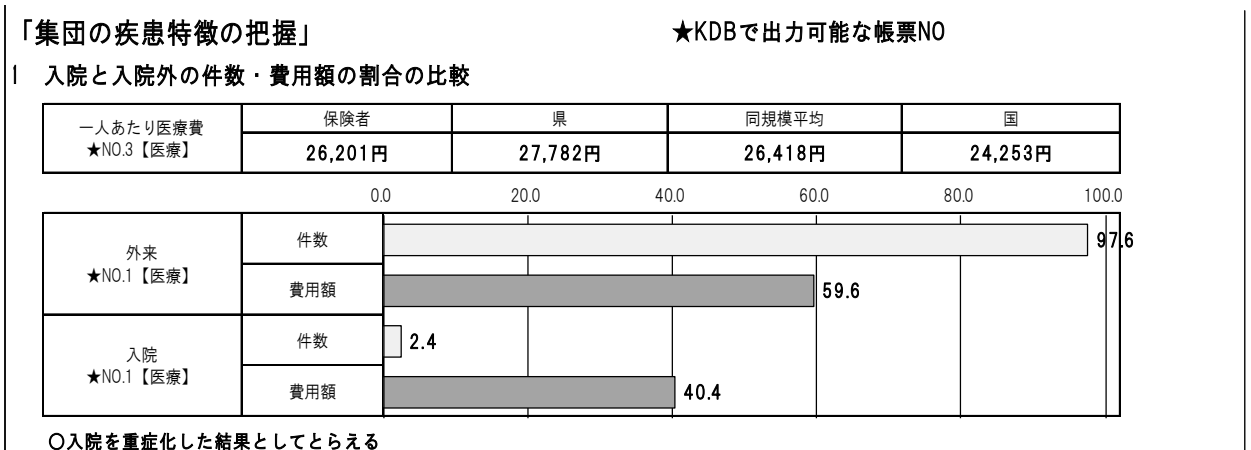
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較【図表 13】

入院件数は2.4%と低いです、費用額全体の40.4%を占めており、入院1件あたり費用額の高いことがわかります。

【図表 13】



(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか【図表 14】

ひと月 100 万円以上の高額になる疾患と 6 ヶ月以上の長期入院の疾患では、脳血管疾患と虚血性心疾患が約 35%を占めています。また、長期療養を要する人工透析は虚血性心疾患が 60%、糖尿病性腎症が 31.4%を占めています。基礎疾患は高血圧症、糖尿病、脂質異常症が重なっています。脳血管疾患と虚血性心疾患、人工透析新規導入者を減らすためにも、高血圧症、糖尿病、脂質異常症を持つ対象が早期受診及び治療中断を防ぐことで重症化を予防することが重要です。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	78件	7件 9.0%	5件 6.4%	--
		費用額	1億2947万円	839万円 6.5%	883万円 6.8%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	53件	7件 13.2%	7件 13.2%	--
		費用額	3004万円	818万円 27.2%	818万円 27.2%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	35件	8件 22.9%	21件 60.0%	11件 31.4%
		費用額	2021万円	866万円 42.9%	1400万円 69.3%	1059万円 52.4%
厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	763人	57人 7.5%	58人 7.6%	14人 1.8%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	40人 70.2%	43人 74.1%	11人 78.6%
			糖尿病	24人 42.1%	32人 55.2%	14人 100%
			脂質異常症	32人 56.1%	41人 70.7%	12人 85.7%
		高血圧症	397人 52.0%	275人 36.0%	393人 51.5%	62人 8.1%
		糖尿病				
脂質異常症						
高尿酸血症						

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか【図表 15】

介護認定を受けている2号被保険者(40~64歳)と1号被保険者の65~74歳の方の原因疾患として、全員が虚血性心疾患や脳卒中、糖尿病等いずれかの血管疾患を持っています。

また介護認定を受けている方は受けていない方に比べ2倍以上も医療費が高くなっています。若年期・壮年期から介護認定を受けることにならないためにも、適切な治療を受けたり、高血圧、高血糖、高脂質など血管を傷める原因となる生活習慣を改善するなど重症化予防に取り組む必要があります。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計		
	被保険者数	2,513人		949人		1,023人		1,972人		4,485人	
認定者数	8人		49人		355人		404人		412人		
認定率	0.32%		5.2%		34.7%		20.5%		9.2%		
新規認定者数(*1)	3人		15人		39人		54人		57人		
介護度別人数	要支援1・2	3	37.5%	19	38.8%	85	23.9%	104	25.7%	107	26.0%
	要介護1・2	1	12.5%	12	24.5%	155	43.7%	167	41.3%	168	40.8%
	要介護3~5	4	50.0%	18	36.7%	115	32.4%	133	32.9%	137	33.3%

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計								
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計								
	介護件数(全体)	8		49		355		404		412							
再) 国保・後期	6		38		337		375		381								
(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	2	33.3%	脳卒中	21	55.3%	脳卒中	184	54.6%	脳卒中	205	54.7%	脳卒中	207	54.3%
		2	虚血性心疾患	1	16.7%	虚血性心疾患	10	26.3%	虚血性心疾患	133	39.5%	虚血性心疾患	143	38.1%	虚血性心疾患	144	37.8%
	血管疾患	3	腎不全	0	0.0%	腎不全	5	13.2%	腎不全	36	10.7%	腎不全	41	10.9%	腎不全	41	10.8%
		4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	3	7.9%	糖尿病合併症	24	7.1%	糖尿病合併症	27	7.2%	糖尿病合併症	27	7.1%
	基礎疾患	6		37		318		355		361							
	高血圧・糖尿病 脂質異常症	100.0%		97.4%		94.4%		94.7%		94.8%							
	血管疾患合計	6		37		329		366		372							
	認知症	1		8		137		145		146							
	筋・骨格疾患	6		30		317		347		353							
		100.0%		78.9%		94.1%		92.5%		92.7%							

*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	8,450					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,735					

2) 健診受診者の実態【図表 16・17】

糖尿病等の生活習慣病発症には、内臓脂肪が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなります。

鷹栖町においては、全国と比較してBMI、腹囲の有所見者が多い傾向にあり、空腹時血糖、HbA1c、LDLコレステロール、尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測されます。

【図表 16】

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

★NO.23（帳票）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5%	50.1%	28.2%	20.4%	8.7%	27.9%	55.6%	13.9%	49.2%	24.1%	47.3%	1.8%													
県	33,204	35.5%	47,819	51.1%	26,300	28.1%	21,513	23.0%	7,561	8.1%	26,861	28.7%	46,503	49.7%	13,949	14.9%	47,697	51.0%	24,201	25.9%	47,190	50.5%	1,408	1.5%	
保険者	合計	86	30.5%	144	51.1%	77	27.3%	60	21.3%	27	9.6%	76	27.0%	184	65.2%	52	18.4%	147	52.1%	86	30.5%	144	51.1%	7	2.5%
	40-64	35	35.0%	51	51.0%	30	30.0%	22	22.0%	9	9.0%	20	20.0%	59	59.0%	26	26.0%	43	43.0%	32	32.0%	57	57.0%	1	1.0%
	65-74	51	28.0%	93	51.1%	47	25.8%	38	20.9%	18	9.9%	56	30.8%	125	68.7%	26	14.3%	104	57.1%	54	29.7%	87	47.8%	6	3.3%

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6%	17.3%	16.3%	8.7%	1.9%	16.8%	55.2%	1.8%	42.7%	14.4%	57.1%	0.2%													
県	30,251	22.8%	21,542	16.3%	20,589	15.5%	12,708	9.6%	2,159	1.6%	21,597	16.3%	61,511	46.5%	2,871	2.2%	57,067	43.1%	20,537	15.5%	77,674	58.7%	265	0.2%	
保険者	合計	91	27.2%	70	20.9%	53	15.8%	30	9.0%	9	2.7%	65	19.4%	219	65.4%	8	2.4%	198	59.1%	71	21.2%	209	62.4%	0	0.0%
	40-64	31	27.2%	27	23.7%	15	13.2%	7	6.1%	5	4.4%	11	9.6%	64	56.1%	2	1.8%	48	42.1%	21	18.4%	70	61.4%	0	0.0%
	65-74	60	27.1%	43	19.5%	38	17.2%	23	10.4%	4	1.8%	54	24.4%	155	70.1%	6	2.7%	150	67.9%	50	22.6%	139	62.9%	0	0.0%

【図表 17】

5. メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者															
								高血糖		高血圧		脂質異常症	血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質	3項目全て					
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
保険者	合計	282	44.2%	13	4.6%	55	19.5%	2	0.7%	42	14.9%	11	3.9%	76	27.0%	11	3.9%	2	0.7%	46	16.3%	17	6.0%
	40-64	100	36.6%	9	9.0%	22	22.0%	1	1.0%	14	14.0%	7	7.0%	20	20.0%	2	2.0%	0	0.0%	15	15.0%	3	3.0%
	65-74	182	49.9%	4	2.2%	33	18.1%	1	0.5%	28	15.4%	4	2.2%	56	30.8%	9	4.9%	2	1.1%	31	17.0%	14	7.7%

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者															
								高血糖		高血圧		脂質異常症	血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質	3項目全て					
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
保険者	合計	335	45.5%	6	1.8%	24	7.2%	0	0.0%	21	6.3%	3	0.9%	40	11.9%	5	1.5%	0	0.0%	27	8.1%	8	2.4%
	40-64	114	38.9%	5	4.4%	12	10.5%	0	0.0%	11	9.6%	1	0.9%	10	8.8%	1	0.9%	0	0.0%	6	5.3%	3	2.6%
	65-74	221	49.8%	1	0.5%	12	5.4%	0	0.0%	10	4.5%	2	0.9%	30	13.6%	4	1.8%	0	0.0%	21	9.5%	5	2.3%

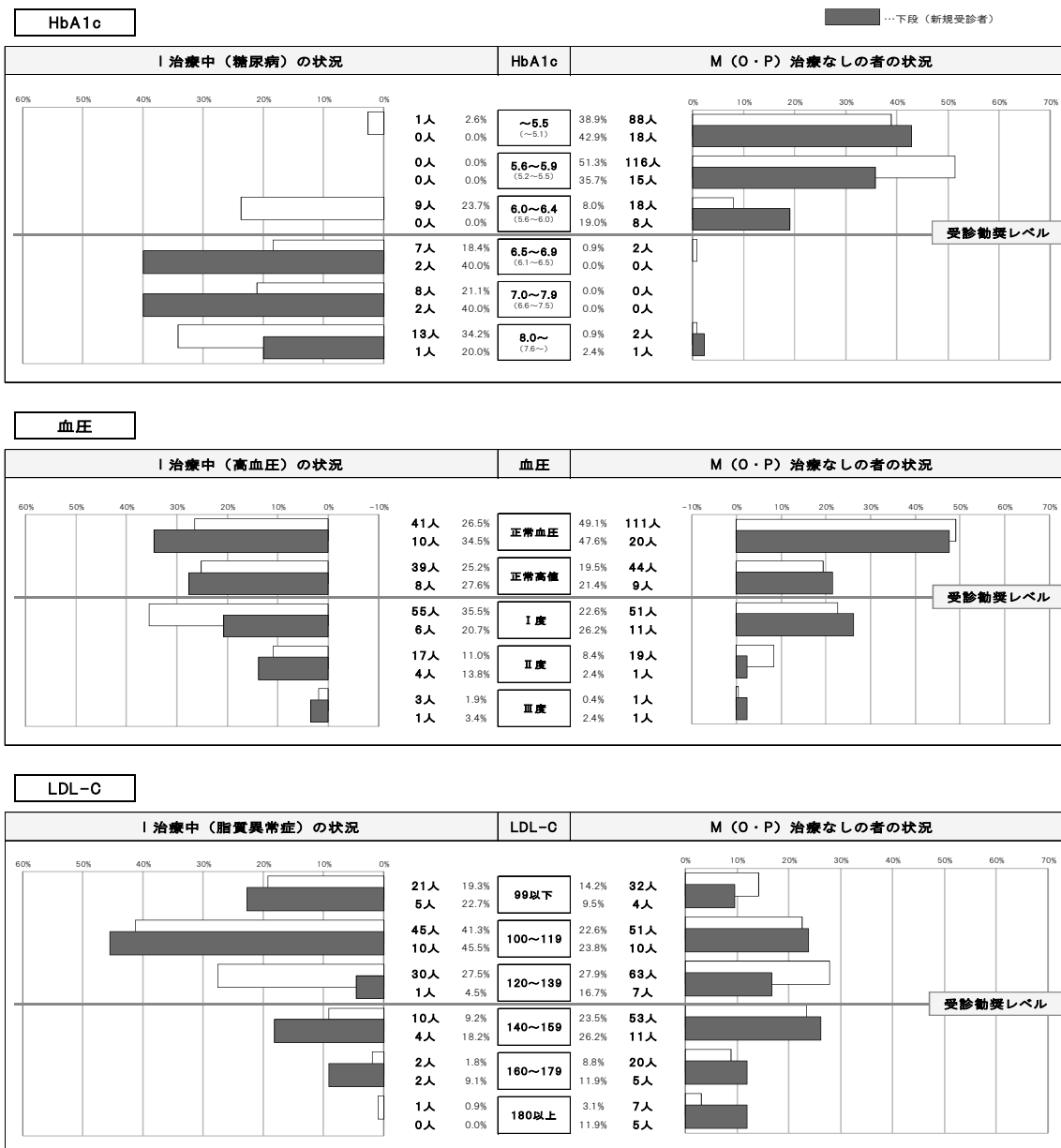
3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況【図表 18】

HbA1c では治療中のコントロール不良者（7.0以上）、血圧では治療中のI度高血圧以上の者が継続、新規受診者ともに多く、治療中の人ではII度高血圧の割合が多くみられています。

継続した治療ができていないか、どのような生活習慣をしているかを把握し必要時に保健指導するためにも、医療機関受診後の支援は、今後も取り組むべき重要な課題です。LDLコレステロールでは治療なしで高値の割合が多く、健診受診後の受診勧奨を確実に実施する必要があります。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

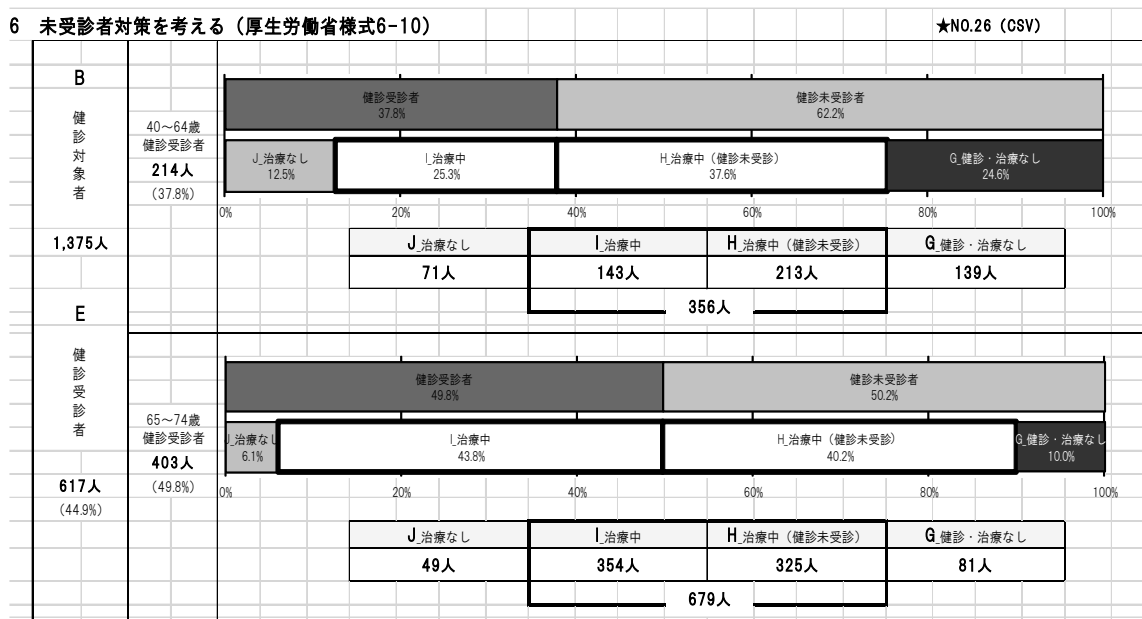


4) 未受診者の把握【図表 19】

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない、Gを見ると、年齢が若い40～64歳の割合が24.6%と高くなっています。健診も治療も受けていないということは、身体の状態がまったくわからない状態です。また、健診受診者、未受診者の治療にかかっている費用でも健診受診者と未受診者では生活習慣病治療費に大きな差がみられます。

また、健診未受診者の4割前後は生活習慣病治療中となっており、今後も情報提供（データ受領）に取り組みながら実態の把握を進めていく必要があります。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる必要があります。

【図表 19】



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



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

5) 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します。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標とします。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します。

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

しかし、鷹栖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年度に国並みの25%以内とすることを目指します。

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します。

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

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います。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します。

また、治療中のデータから、解決していない疾患に糖尿病と高血圧があげられます。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きます。

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）」に記載します。【参考資料2】

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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（平成30年度以降）からは6年一期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表 20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	40%	45%	50%	55%	57%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1,340人	1,300人	1,260人	1,220人	1,180人	1,140人
	受診者数	670人	676人	679人	683人	684人	684人
特定保健指導	対象者数	80人	80人	80人	80人	80人	80人
	受診者数	32人	36人	40人	44人	46人	48人

4. 特定健診の実施

1) 特定健康診査

特定健康診査受診率の向上や利用者の利便性向上については、その都度検討を行い、受診しやすい環境づくりに努めます。

(1) 対象者

鷹栖町国民健康被保険者のうち、実施年度中に40～74歳となる方を対象に実施します。

特定健診実施率を算出する場合は、上記の方のうち当該実施年度の1年間を通じて加入している方（年度途中に加入・脱退等で異動のない方）を対象者として実施率を算出します。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人（刑務所入所、海外在住、長期入院など）は対象から除きます。

なお、次に該当する方は対象外となります。

- ① 妊産婦
- ② 刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された方
- ③ 国内に住所を有しない方
- ④ 病院又は診療所に6カ月以上継続して入院している方
- ⑤ 障害者自立支援法に規定する障害者支援施設に入所している方
- ⑥ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法に規定する施設に入所している方
- ⑦ 老人福祉法に規定する養護老人ホーム又は特別養護老人ホームに入所している方
- ⑧ 介護保険法に規定する特定施設に入居又は介護保険施設に入所している方

(2) 実施場所

<集団健診>

鷹栖町地区住民センター（5地区）で実施します。

<個別健診>

町が委託した健診機関、医療機関等で実施します。

(3) 健診項目

健診項目は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群を減少させるため、保健指導を必要とする方を的確に抽出するための健診項目とします。

特定健康診査及び特定保健指導の実施に基準等の一部改正があり、平成30年度より医師が必要と判断した場合に選択的に実施する『詳細健診項目』の内容については次のとおりに変更となります。

① 貧血検査

貧血の既往歴のある方又は視診等で貧血が疑われる方

② 心電図検査

当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上の者又は自覚症状及び他覚症状の有無の検査において不整脈が疑われる者

③ 血清クレアチニン

当該年度の特定健康診査の結果等において、次のア又はイの項目についてそれぞれ当該ア又はイに掲げる基準に該当した者

ア 血圧 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧が85mmHg以上

イ 血糖 空腹時血糖が100mg/dl以上、ヘモグロビンA1cが5.6%以上（NGSP値）以上又は随時血糖値が100mg/dl以上

④ 眼底検査

当該年度の特定健康診査の結果等において、次のア又はイの項目について、それ

それ当該ア又はイに掲げる基準に該当した者（当該年度の特定健康診査の結果等において、当該アに掲げる基準に該当せず、かつ当該イの項目の結果において確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において当該イの項目について、当該イに掲げる基準に該当した者）とします。

ア 血圧 収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上

イ 血糖 空腹時血糖が126mg/dl以上、ヘモグロビンA1cが6.5%以上（NGSP値）以上又は随時血糖値が126mg/dl以上

受診者全ての方に実施する『基本的な健診の項目』には、国の基準で定める検査項目のほかに、貧血検査、尿酸、心疾患の早期発見・重症化予防のため心電図検査、腎機能低下の早期発見、介入のためクレアチニン、尿潜血を鷹栖町独自の追加項目として実施し、眼底検査を詳細健診として実施します。

（４）実施時期

＜集団健診＞

実施時期は6月を予定しているが、具体的な日時については、年度ごとに日程調整等を行ったうえで決定します。

＜個別健診＞

実施期間は、5月から翌年3月末までとします。

（５）外部委託

直営にて健診を実施することは、人員・設備等の面から困難であることから、集団健診・個別健診ともに健診実施機関への外部委託とします。

（６）委託契約の方法

＜集団健診＞

健診実施機関との個別契約

＜個別健診＞

旭川市医師会および健診実施機関との個別契約

（７）受診者負担

特定健康診査受診に係る受診者負担額は次のとおりとし、受診者は直接、健診機関、医療機関等に支払うものとします。

鷹栖町国民健康保険条例施行規則で定める額とします。

【基本的な健診の項目】

区分	内 容	
基本的な健診項目	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の症状に係る調査を含む）	
	自覚症状及び他覚症状の検査	
	身体計測	身長
		体重
		BMI(体重(kg)/身長(m) ² 乗)
		腹囲
	血圧測定	収縮期血圧
		拡張期血圧
	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(GOT)
		ALT(GPT)
		γ-GT(γ-GTP)
	血糖検査	空腹時血糖
		ヘモグロビンA1c
尿検査	尿糖	
	尿蛋白	
追加健診項目	腎機能検査	血清クレアチニン
	代謝系検査	血清尿酸
	尿検査	尿潜血
	貧血検査	赤血球数
		血色素量(ヘモグロビン値)
		ヘマトクリット値
心電図検査		

【詳細健診項目】

内 容
眼底検査

(8) 受診券の交付

特定健康診査対象者への周知と、健診期間における本人確認などの事務を正確に遂行するために、受診券を交付します。

① 様式

全国統一の標準的な様式とします。

② 交付時期・方法

・年度初めに対象者リストを作成し、受診券の発券は北海道国保連合会に委託します。

・発券された受診券を、健診案内と一緒に6月までに対象者に送付します。

(9) 結果通知

健診結果は、町又は健診実施機関から受診者に通知します。

通知の様式は厚生労働省から示された内容を網羅した様式とします。

(10) 情報提供

健診未受診者で、かかりつけの医療機関で健診同様の検査を済ませている場合、本人の同意を得れば、医療機関で実施した検査データを町に提出していただき、受診率向上を図ります

(11) 代行機関

医療保険者における事務負担軽減のため、健診費用の決済や健診データのチェックなどの事務を代行する機関として、「北海道国民健康保険団体連合会」と契約します。

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
特定健康診査		受診券 対象者 抽出 発行				医療機関 からの 情報 提供	法定 報告						
	特定健康診査の実施 個別健診は5月から翌年3月まで 集団健診は6月												
特定保健指導								特定保健指導対象者の抽出					
								特定保健指導の実施					

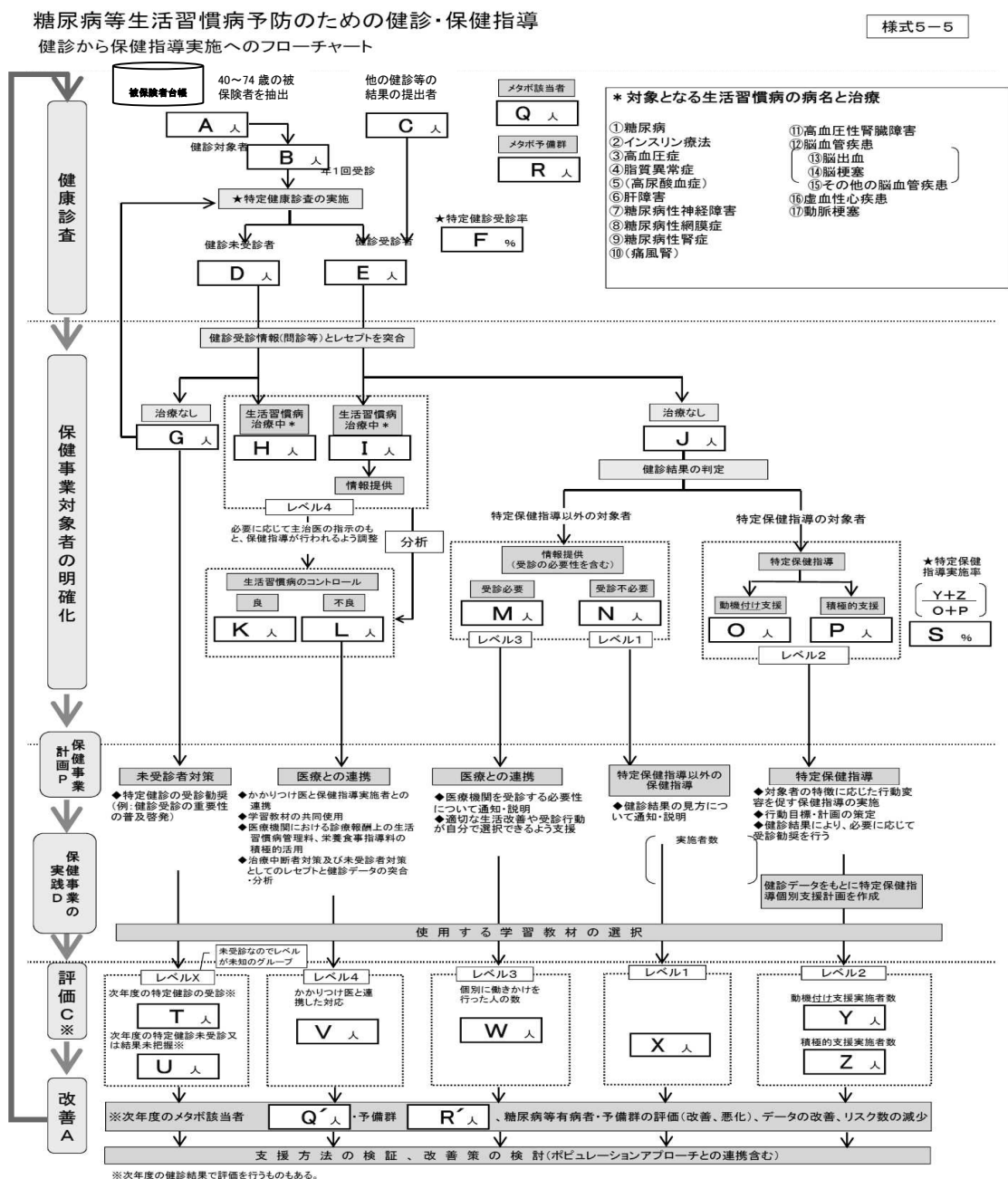
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

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・実践評価を行います。【図表23】

【図表23】



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法【図表 24】

【図表 24】

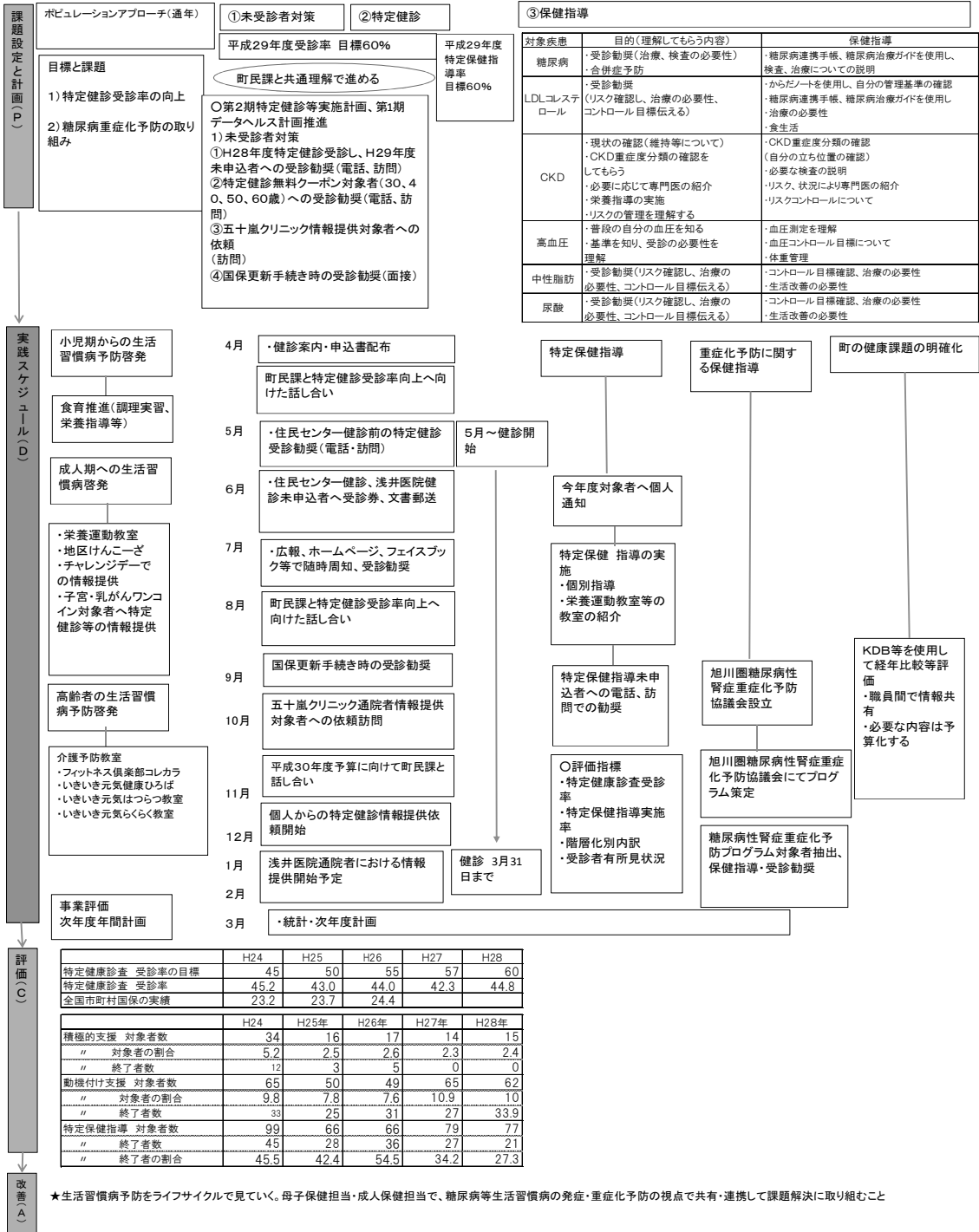
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を実施	85人 (13.0)	40%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	137人 (21.0)	HbA1c6.5以上については100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	655人 ※上記は受診率50%の場合 ※受診率44%の場合、50%に到達するためにはあと79人受診必要	16%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	124人 (19.0)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	288人 (44.0)	7%

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】

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



6. 個人情報の保護

1) 記録の保存方法

特定健康診査等により得られたデータは、国による標準的なデータファイル仕様に基
づいた電子データとして保存・管理します。この記録は、原則として5年間保存します。

データの保存・管理は、北海道国民健康保険団体連合会への委託により行います。

2) 個人情報の取扱い

特定健康診査や特定保健指導により得られる個人情報に関しては、「個人情報保護に
関する法律（平成15年法律第57号）」及び同法に基づくガイドライン等並びに「鷹栖
町電子計算組織の管理運営に関する条例（昭和61年3月20日条例第5号）」を遵守し
取り扱います。

特定健康診査等を外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止
等を契約書に定めます。

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日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

健診の周知・案内方法

健診案内、申込み取りまとめは町が行います。

健診の申込みをされた方には5月に、申込みをされなかった方には6月にそれぞれ、
健診案内文書を特定健診受診券とともに送付します。

健診の必要性や受診方法についてホームページ、広報等を利用し周知します。

未受診者に対し、案内文書・電話・訪問などにより受診勧奨を実施します。

被保険者証更新時や医療費通知送付時にリーフレットを同封します。

各種団体への説明会を開催します。

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。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きます。

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、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。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に沿って実施します。なお、取組にあたっては【図表26】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医療機関通院者のうち重症化するリスクの高い者（ハイリスク者）に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

* 平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては国、旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- 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（医療機関通院患者のうち重症化するリスクが高い者）
 - ア．糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と推定される者
 - イ．腎機能の低下が危惧される以下のリスク要因のいずれかを有する者
 - ・Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の者
 - ・メタボリックシンドローム該当者

旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成29年度、旭川市医師会、上川郡中央医師会、旭川地区糖尿病地域連携協議会、旭川腎臓病協会、上川保健所、旭川市、幌加内町、鷹栖町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、大雪広域連合（東神楽町、東川町、美瑛町）が会員となり、旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会を設立、平成29年12月12日に旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムが施行されました。

(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ります。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います。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）を基盤とします。【図表27】

【図表27】

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)で把握します。

鷹栖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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握できません。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ります。【参考資料3】

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。【図表28】

鷹栖町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は26人(36.6%・F)でした。

また40～74歳における糖尿病治療者271人中のうち、特定健診受診者が45人(16.6%・G)で、1人(2.2%・キ)は中断でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者226人(83.4%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者26人中1人は治療中断であることが分かりました。また、25人については継続受診中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入方法と優先順位

【図表28】より鷹栖町の対象者の中から抽出した人への介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

① 医療機関の未受診者(F)・・・14人

② 糖尿病治療中断者(オ・キ)・・・2人

・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

・ 医療機関通院患者のうち重症化するリスクの高い者(カ、ク)・・・0人
(過去に特定健診歴のある者、ない者に分けられます)

・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・ 糖尿病連携手帳を使用し、医療機関と連携した保健指導

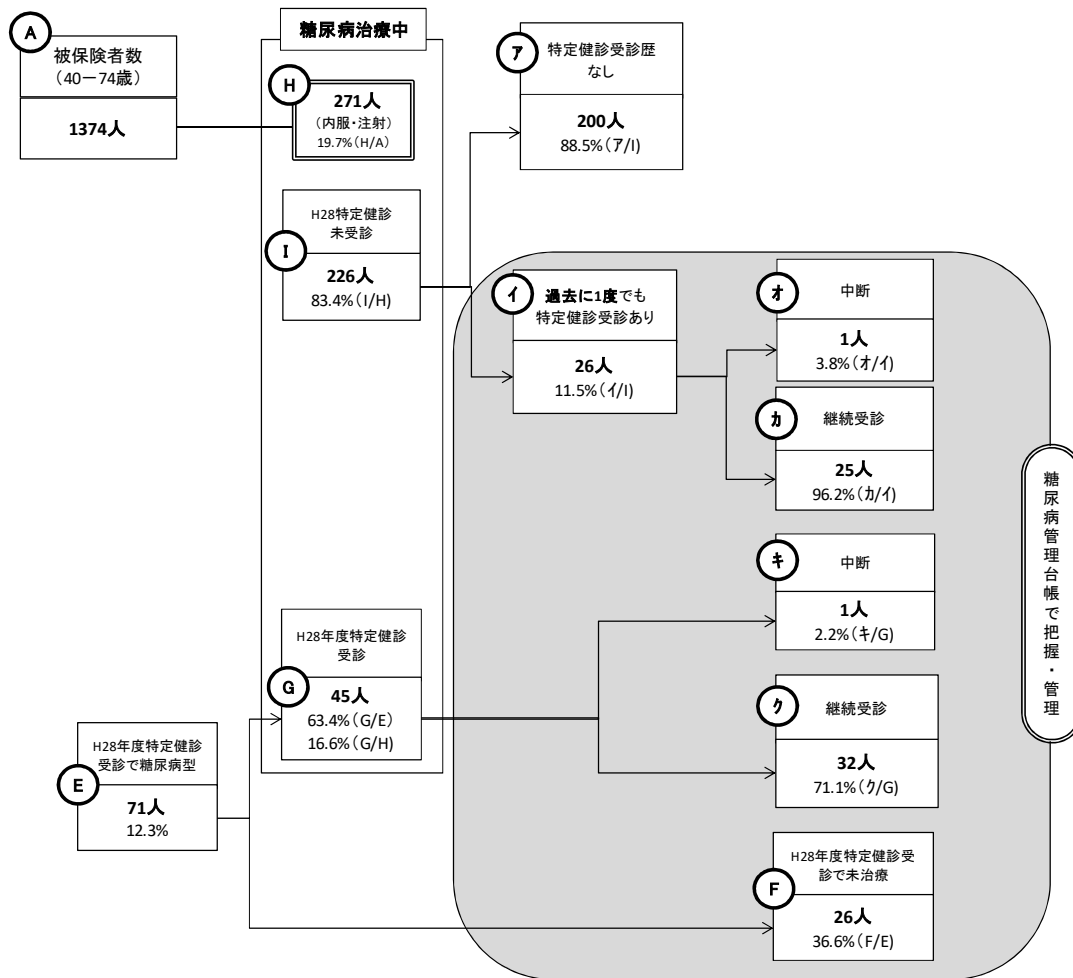
※医療機関通院患者のうち重症化するリスクの高い者に関しては、平成29年度は旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会において、旭川市医師会及び上川郡中央医師会からの意見により、平成30年度より実施することとなったため、対象者

を0としました。

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳【参考資料4】及び年次計画表【参考資料5】で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載します。

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

- ① HbA1c ②血圧 ③BMI ④eGFR ⑤尿蛋白

- (2) 資格を確認します
- (3) レセプトを確認し情報を記載します
 - ① 治療状況の把握
 - ・ 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
 - ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
 - ・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
 - ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載
- (4) 管理台帳記載後、結果の確認
 - 去年のデータと比較し介入対象者を試算します。
- (5) 担当地区の対象者数の把握
 - ① 未治療者・中断者（受診勧奨、保健指導対象者）
 - ・・・15～20人(平成29年度予定)
 - ② 医療機関通院患者のうち重症化するリスクが高い者（保健指導対象者）
 - ・・・0人（平成29年度予定）

※旭川市医師会及び上川郡中央医師会からの意見があり、平成29年度旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施にあたり、保健師栄養士を対象とする研修を、平成30年3月に実施しています。

当プログラム事務局（旭川市）より、医療機関通院患者のうち重症化するリスクが高い者への保健指導については、研修終了後の平成30年度から実施予定です。

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ってきます。鷹栖町においては、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します。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て行っていきます。【図表29】

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

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、必要時糖尿病連携手帳を活用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムで定められている糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票を用いて、まず保健指導実施の可否及び内容についてかかりつけ医の判断及び指示を得ます。【参考資料6】

かかりつけ医は糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票を記載し、返送します。

なお、実施した内容は、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導実施報告書に記載し、かかりつけ医に提出します。【参考資料7】

その後の保健指導におけるかかりつけ医との情報共有については糖尿病連携手帳を活用します。

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きます。

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きます。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回行うものとします。その際は**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用します。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表【参考資料8】を用いて行っていきます。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者の医療機関の受診率（アウトプット評価）

イ. 糖尿病性腎症が原因の新規透析導入患者数（アウトカム評価）

ウ. 保健指導の実施人数及び、保健指導後の各臨床指標（アウトカム評価）

（血糖値、HbA1c、血圧、e GFR）

② 保健指導対象者に対する評価

保健指導の実施人数及び、保健指導後の各臨床指標（アウトカム評価）

（血糖値、HbA1c、血圧、e GFR）

③ その他の評価

・ 保健事業を実施するための仕組みや体制についての評価。（ストラクチャー評価）

- ・ 事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況の評価（プロセス評価）

8) 実施期間及びスケジュール

平成 29 年度

- 8 月 旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会設立
- 9～11 月 旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定に係る意見交換会
- 12 月 12 日 旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム施行
- 12 月下旬 平成 29 年度鷹栖町糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定
- 2～3 月 旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会会員市町の保健師・栄養士へ向け
研修が開催される予定

平成 30 年度～

- 7 月 対象者の選定基準の決定
- 8 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）

※定期的に旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会も開催される予定

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。【参考資料 9】

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きます。【参考資料 10】

(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つです。「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ります。鷹栖町において健診受診者 616 人のうち心電図検査実施者は 7 人（1.62%）であり、そのうち ST 所見があったのは 0 人でした【図表 30】。平成 28 年度健診までは心電図は詳細健診対象の人のみでしたが、平成 29 年度より全数実施としました。これは、鷹栖町が同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多いこと、またメタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査でみていくことが重要なためです。したがって全員実施にしたことで、健診受診者の中で ST 所見のある者が増えていくことが予想されます。ST 所見のあった者のうち、要精査になった者に関しては、その後医療機関への受診状況はどうか確認し（【図表 31】を活用）、医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 5 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)				その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	616	100	7	2	0	0	2	28.6	5	71.4

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
0	0	0	0	0	0	0	0

② 心電図検査からの把握

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」の項目です。心電図検査を実施しない場合、【図表 32】に沿って対象を抽出します。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、【図表 32】に沿ってタイプ別に把握していきます。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きます。平成 29 年度健診より、心電図検査は全員実施としました。そのため、平成 29 年度健診以降は【図表 30】および【図表 31】の心電図結果を参考に対象者を抽出します。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	616	0	2	5	609
		0%	0.32%	0.81%	98.86%
メタボ該当者	116	0	0	0	116
	18.83%	0%	0%	0%	100.00%
メタボ予備軍	79	0	0	0	79
	12.82%	0%	0%	0%	100.00%
メタボなし	421	0	2	5	414
	68.34%	0%	0.48%	1.19%	98.34%
LDL-C	140-159	100	0	1	99
		14.73%	0%	1.00%	99.00%
	160-179	38	0	0	36
		5.60%	0%	0%	94.74%
	180-	15	0	0	15
	2.21%	0%	0%	0%	100%

【参考】

Non-HDL	190-				
	170-189				
CKD	C3aA1~	185	0	1	2
		30.03%	0%	0.54%	1.08%
					98.38%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、【図表 33】の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながります。

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います。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ます。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います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。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います。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。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ます。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きます。

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きます。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きます。

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きます。

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きます。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きます。

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きます。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

8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. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【図表 34】

【脳卒中の分類】

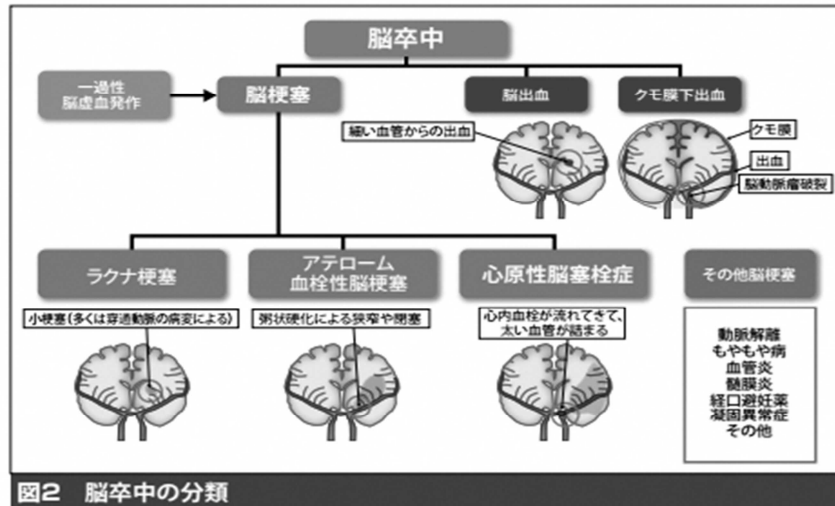


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 35】

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。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ります。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○	○						
心原性脳梗塞	●				●			○	○						
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 634人		61人	9.6%	37人	5.8%	18人	2.8%	0人	0.0%	103人	16.2%	8人	1.3%	17人	2.7%
治療なし		28人	6.5%	15人	2.6%	14人	2.9%	0人	0.0%	23人	6.7%	2人	0.6%	7人	2.0%
治療あり		33人	16.5%	22人	46.8%	4人	2.6%	0人	0.0%	80人	27.7%	6人	2.1%	10人	3.5%
臓器障害あり		1人	3.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	100.0%	7人	100.0%
臓器障害ありのうち		CKD(専門医対象)		1人		0人		0人		0人		2人		7人	
		尿蛋白(2+以上)		0人		0人		0人		0人		2人		1人	
		尿蛋白(+)and尿潜血(+)		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		1人		0人		0人		0人		1人		7人	
		心電図所見あり		0人		0人		0人		0人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が61人(9.6%)であり、28人は未治療者でした。また未治療者のうち1人(3.6%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要と考えられます。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も33人(16.5%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となります。

(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すが、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ります。【図表 37】

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）						低リスク群	中リスク群	高リスク群	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療	
		~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)	373	109	73	74	86	28	3	4	37	76	
		29.2%	19.6%	19.8%	23.1%	7.5%	0.8%	1.1%	9.9%	20.4%	
リスク第1層	43	21	9	8	4	1	0	4	1	0	
		11.5%	19.3%	12.3%	10.8%	4.7%	3.6%	0.0%	100%	2.7%	0.0%
リスク第2層	173	53	40	34	36	9	1	--	36	10	
		46.4%	48.6%	54.8%	45.9%	41.9%	32.1%	33.3%	97.3%	13.2%	
リスク第3層	157	35	24	32	46	18	2	--	--	66	
		42.1%	32.1%	32.9%	43.2%	53.5%	64.3%	66.7%		86.8%	
再掲 重複あり	糖尿病	26	4	6	4	8	4	0			
			16.6%	11.4%	25.0%	12.5%	17.4%	22.2%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	100	24	17	19	27	11	2			
		63.7%	68.6%	70.8%	59.4%	58.7%	61.1%	100.0%			
3個以上の危険因子	70	11	7	15	25	12	0				
		44.6%	31.4%	29.2%	46.9%	54.3%	66.7%	0.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

【図表 37】は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。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です。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。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す。【図表 38】は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	4	3	0	0%	0	0%	—	—
40歳代	1	0	0	0%	0	0%	0.2	0.04
50歳代	1	0	0	0%	0	0%	0.8	0.1
60歳代	1	2	0	0%	0	0%	1.9	0.4
70～74歳	1	1	0	0%	0	0%	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	0	0	0	0	0

心房細動の所見の者はいませんでした。

平成 28 年度まで心電図検査においては、詳細健診及び希望者（全額自己負担）のみを対象としていました。町で結果を把握できるのは詳細健診対象者のみとなっており、受診数がとても少ない人数のため、十分な実態把握ができていません。

平成 29 年度より、早期発見・早期介入を目的として心電図検査を全数実施としたため、今後は実態の把握が可能となります。

実態把握を進めるとともに、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ます。

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います。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ます。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います。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います。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います。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

今後、高血圧者の管理のあり方を検討していきます。

③ 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように今後、台帳を作成し経過を把握していくことを検討します。【参考資料 11】

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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きます。

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きます。

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きます。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回行うものとしします。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きます。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きます。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

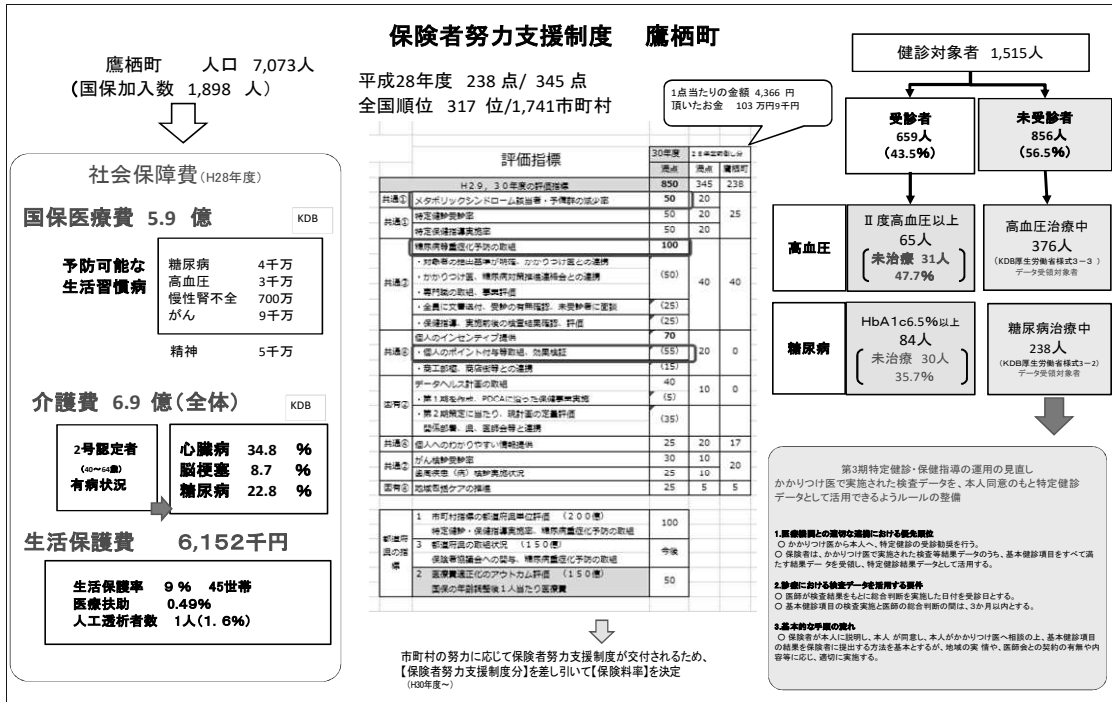
8月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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）

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。【図表 40・41】

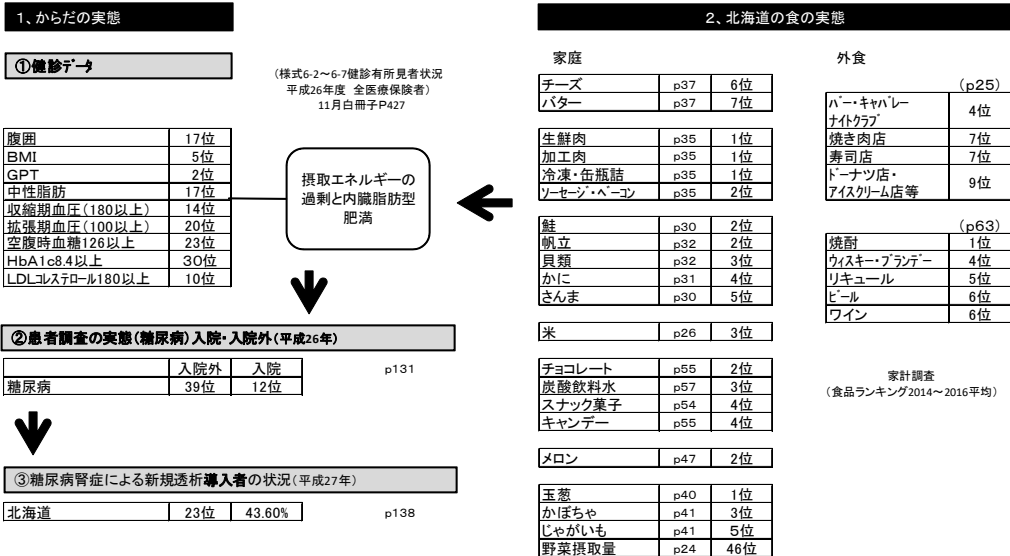
【図表 40】



【図表 41】

北海道の健診結果と生活を科学的に解明する

⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より



第5章 地域包括ケアに係る取り組み

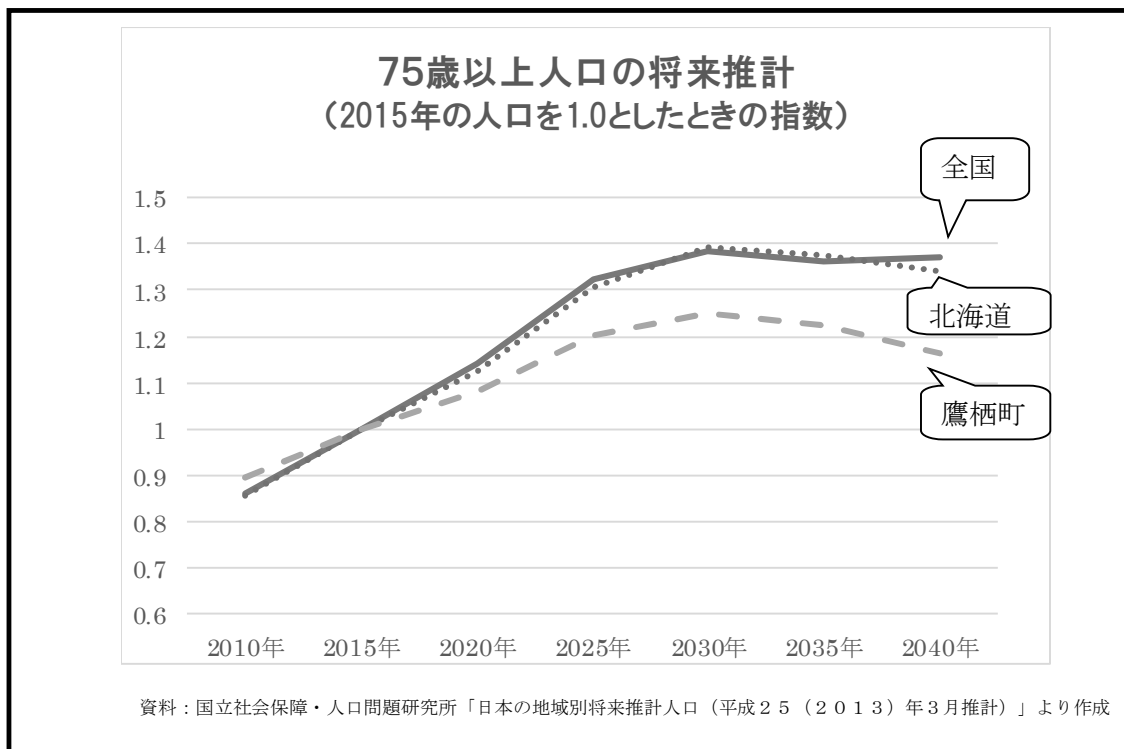
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040（平成 52）年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ます。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ります。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します。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ます。

鷹栖町は、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 2030 年が 1.24 と増加のピークを迎えると推計されています。【図表 42】

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ます。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要です。

【図表 42】



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ります。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ります。

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っていきます。

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ます。

※評価における4つの指標【参考資料12】

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

KDBで毎月収載される健診・医療・介護のデータからの受診率・受療率、医療の動向等を基に、地区担当の保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療の状況等について、保健指導を定期的に行います。

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します。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

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に広く周知することが重要であるため、国指針において、公表するものとされています。

具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等にも周知します。

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、町内等での利用、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。

参 考 資 料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鷹栖町の位置
- 参考資料 2 目標管理一覧
- 参考資料 3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 6 糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票
- 参考資料 7 糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導実施報告書
- 参考資料 8 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 9 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 10 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 11 心房細動管理台帳
- 参考資料 12 平成 30 年度に向けての全体評価

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鷹栖町の位置

項目		H25		H28		H28		H28		H28			
		保険者		保険者		県		同規模平均		国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	7,342		7,342		5,475,176		1,815,204		124,852,975		
		65歳以上(高齢化率)	1,972	26.9	1,972	26.9	1,356,131	24.8	575,561	31.7	29,020,766	23.2	
		75歳以上	1,023	13.9	1,023	13.9	669,235	12.2			13,989,864	11.2	
		65～74歳	949	12.9	949	12.9	686,896	12.5			15,030,902	12.0	
		40～64歳	2,513	34.2	2,513	34.2	1,932,595	35.3			42,411,922	34.0	
	39歳以下	2,857	38.9	2,857	38.9	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	21.0		21.0		7.7		18.4		4.2		
		第2次産業	13.9		13.9		18.1		25.5		25.2		
		第3次産業	65.1		65.1		74.2		56.1		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.9		78.9		79.2		79.4		79.6		
女性		86.3		86.3		86.3		86.4		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.7		64.7		64.9		65.2		65.2			
	女性	66.6		66.6		66.5		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	106.5		99.7		101.0		104.8		100		
		男性											
		女性	103.9		93.2		97.6		100.8		100		
		死因	がん	28	52.8	17	37.0	18,759	51.6	6,817	45.1	367,905	49.6
			心臓病	14	26.4	17	37.0	9,429	25.9	4,392	29.1	196,768	26.5
			脳疾患	8	15.1	9	19.6	4,909	13.5	2,661	17.6	114,122	15.4
			糖尿病	0	0.0	0	0.0	669	1.8	274	1.8	13,658	1.8
			腎不全	1	1.9	1	2.2	1,543	4.2	548	3.6	24,763	3.3
			自殺	2	3.8	2	4.3	1,080	3.0	409	2.7	24,294	3.3
			合計										
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計											
		男性											
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	416	20.5	433	21.3	315,124	23.0	114,707	20.1	5,882,340	21.2
			新規認定者	7	0.3	9	0.3	5,300	0.4	1,910	0.3	105,654	0.3
			2号認定者	8	0.3	8	0.3	7,521	0.4	2,325	0.4	151,745	0.4
② 有病状況		糖尿病	127	27.9	146	32.2	82,243	25.0	25,164	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	249	58.3	257	58.0	169,499	51.7	64,630	54.6	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	149	34.3	164	36.0	100,850	30.7	31,788	26.7	1,733,323	28.2	
		心臓病	293	68.3	290	65.4	189,212	57.9	73,217	61.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	166	38.8	126	31.9	79,841	24.6	33,089	28.2	1,530,506	25.3	
		がん	43	10.4	57	12.5	38,597	11.6	11,629	9.7	629,053	10.1	
		筋・骨格	248	57.3	248	56.4	168,550	51.4	63,583	53.7	3,051,816	49.9	
		精神	137	34.8	164	37.3	121,275	36.9	43,915	37.0	2,141,880	34.9	
③ 介護給付費		1件当たり給付費(全体)	81,557		84,413		57,953		70,593		58,349		
		居宅サービス	47,547		51,539		38,810		40,986		39,683		
		施設サービス	278,605		281,321		283,015		275,281		281,115		
④ 医療費等		要介護認定別医療費(40歳以上)	8,170		8,450		8,976		8,458		7,980		
	認定あり	3,712		3,735		4,619		4,123		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	2,133		1,847		1,312,713		493,770		32,587,223		
		65～74歳	829	38.9	842	45.6	547,063	41.7			12,462,053	38.2	
		40～64歳	788	36.9	630	34.1	441,494	33.6			10,946,693	33.6	
		39歳以下	516	24.2	375	20.3	324,156	24.7			9,178,477	28.2	
		加入率	29.1		25.2		24.0		27.8		26.9		
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0		0		569		144		8,255		
		診療所数	3		3		3,377		2.6		1,108		
		病床数	0		0		96,574		73.6		15,468		
		医師数	2		2		12,987		9.9		1,575		
		外来患者数	698.2		709.0		646.1		658.5		668.3		
	③ 医療費の状況	入院患者数	20.4		17.6		22.9		22.6		18.2		
		一人当たり医療費	25,160	県内110位 同規模97位	26,201	県内114位 同規模130位	27,782		26,418		24,253		
		受診率	718,608		726,626		668,982		681,134		686,501		
		外来費用の割合	55.8		59.6		55.2		56.6		60.1		
		外来件数の割合	97.2		97.6		96.6		96.7		97.4		
入院費用の割合		44.2		40.4		44.8		43.4		39.9			
入院件数の割合		2.8		2.4		3.4		3.3		2.6			
1件あたり在院日数		16.0日		15.6日		15.8日		16.3日		15.6日			
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源傷病名(調剤含む)		新生物	17.7		28.3		28.5		24.1		25.6		
		慢性腎不全(透析あり)	1.6		2.3		6.5		9.1		9.7		
	糖尿病	11.8		12.7		9.3		10.2		9.7			
	高血圧症	11.3		9.9		7.9		9.2		8.6			
	精神	18.7		16.8		17.2		17.5		16.9			
筋・骨疾患	19.4		15.2		16.4		16.1		15.2				

【参考資料2】

データヘルス計画の目標管理一覧		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
関連計画	健康課題			H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35					
特定健康診断等実施計画	医療費削減のために特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減少させる 脳血管疾患の5%減少 虚血性心疾患の5%減少 糖尿病性腎症の5%減少	特定健診受診率 60%以上	44.8%	46%	50%	52%	54%	56%	58%	60%	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	27.30%	35%	40%	45%	50%	55%	57%	60%						
中長期	・生活習慣病が重症化している割合が多くなってきている可能性 ・生活習慣病有病割合の増加 ・肺がん、心疾患の死因の増加 ・生活習慣病の外来医療費→下位の順位、入院医療費→上位の順位 ・健診受診者の有所見者割合の増加 ・・・・等	特定保健指導対象者の減少率 25%	18.9%	19%	20%	21%	22%	23%	24%	25%	KDBシステム					
		脳血管疾患の5%減少	3%				2.9%			2.85%						
データヘルス計画	糖尿病性腎症、糖尿病性高血圧、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 がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少 5%	44.85%	44.3%	43.8%	43.3%	42.8%	41.8%	40.8%	39.8%	鷹栖市健康福祉課 保健推進係					
		健診受診者の高血圧者の割合減少 2% (0.60/1.00以上)	11%	11%	11%	10%	10%	10%	10%	9%						
短期	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少 5% (LDL140以上)	29%	28.5%	28%	27.5%	27%	26%	25%	24%	鷹栖市健康福祉課 保健推進係					
		健診受診者の糖尿病者の割合減少 2% (HbA1c 6.5以上)	10%	10%	9.5%	9.3%	9%	8.7%	8.5%	8%						
保険者努力支援制度	・肺がんによる、死亡率(SMR)が男性は147.3、女性は170.9と国比較して高い。	糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合 50%		40%	42%	44%	45%	46%	48%	50%	鷹栖市健康福祉課 保健推進係					
		糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の保健指導を実施した割合 55%以上		40%	42%	45%	47%	50%	52%	55%						
短期	・肺がんによる、死亡率(SMR)が男性は147.3、女性は170.9と国比較して高い。	胃がん検診受診率男性 30%以上	22.7%	25.2%	27.7%	30.2%	32.7%	35.2%	37.7%	40.0%	地域保健推進課 報告					
		胃がん検診受診率女性 25%以上	13.5%	17.3%	21.1%	24.9%	28.7%	32.5%	36.3%	40.0%						
		肺がん検診受診率男性 30%以上	15.9%	19.3%	22.7%	26.1%	29.5%	32.9%	36.3%	40.0%						
		肺がん検診受診率女性 30%以上	21.2%	23.9%	26.6%	29.3%	32.0%	34.7%	37.4%	40.0%						
		大腸がん検診受診率男性 25%以上	12.8%	16.7%	20.6%	24.5%	28.4%	32.3%	36.2%	40.0%						
		大腸がん検診受診率女性 30%以上	16.8%	20.1%	23.4%	26.7%	30.0%	33.3%	36.6%	40.0%						
		子宮頸がん検診受診率 30%以上	17.9%	22.5%	27.1%	31.7%	36.3%	40.9%	45.5%	50.0%						
		乳がん検診受診率 40%以上	27.8%	31.0%	34.2%	37.4%	40.6%	43.8%	47.0%	50.0%						

※各市区独自の設定目標があればそれぞれ追加する

【参考資料4】

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

【参考資料5】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H	年度	担当者名:	担当地区:	
結果把握	対象者把握		地区担当が実施すること			他の専門職との連携
	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因			後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	④健診未受診者 ()人		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認			<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患—手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握(内訳)		3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認			
	①国保(生保) ()人					かかりつけ医、糖尿病専門医
	②後期高齢者 ()人					
	③他保険 ()人					
	④住基異動(死亡・転出) ()人		4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導			尿アルブミン検査の継続
	⑤確認できず ()人					
	①-1.未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である					栄養士中心
①結果把握 ()人						
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					腎専門医	
②尿蛋白 (-) ()人						
(±) ()人						
(+) ~顕性腎症 ()人						
③eGFR値の変化						
1年で25%以上低下 ()人						
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人						

【参考資料6】

様式1					
○○病院 主治医 様			平成 年 月 日		
糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票					
			○○町保健指導担当課長		
<p>貴院通院中の次の患者様について、連絡させていただきます。</p> <p>○○ ○○様は、旭川市医師会及び上川郡中央医師会を含めて合意された旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基準により保健指導の対象に該当いたします。主治医であられる先生の御了解が得られましたら○○市(町)の保健師・管理栄養士により保健指導を行いたいと思いますが、</p> <p>(1) 保健指導の可否</p> <p>(2) 保健指導の留意事項</p> <p>について御指示をいただければと存じます。</p> <p>御多忙中大変恐縮ですが、下記の内容を御記入の上、○月○日までに同封の返信用封筒で郵送していただきますようお願い申し上げます。</p> <p>なお、実施しました保健指導の内容については、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導実施報告書」にて御報告させていただきます。</p> <p>どうぞよろしくお願いたします。</p>					
	住所		電話番号	—	—
	氏名	生年月日	昭和 年 月 日		男・女
担当者	保健師・管理栄養士	担当者連絡先			
<p>(1) 保健指導の可否</p> <p>※どちらかにレ点を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 対象者については、保健指導を実施することを了承する。</p> <p><input type="checkbox"/> 対象者については、保健指導を実施することは適当ではない。</p> <p>理由: []</p>					
<p>(2) 保健指導の留意事項</p> <p>※必要に応じて、以下についてレ点等を記入してください。</p> <p>次の事項について保健指導することが適当である。</p> <p><input type="checkbox"/> 食生活指導 []</p> <p><input type="checkbox"/> 運動指導 []</p> <p><input type="checkbox"/> 禁煙指導 []</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>糖尿病に加えて、次の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧症 []</p> <p><input type="checkbox"/> 脂質異常症 []</p> <p><input type="checkbox"/> 肥満 []</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>治療における目標HbA1c _____ %</p> <p>その他留意事項 []</p>					

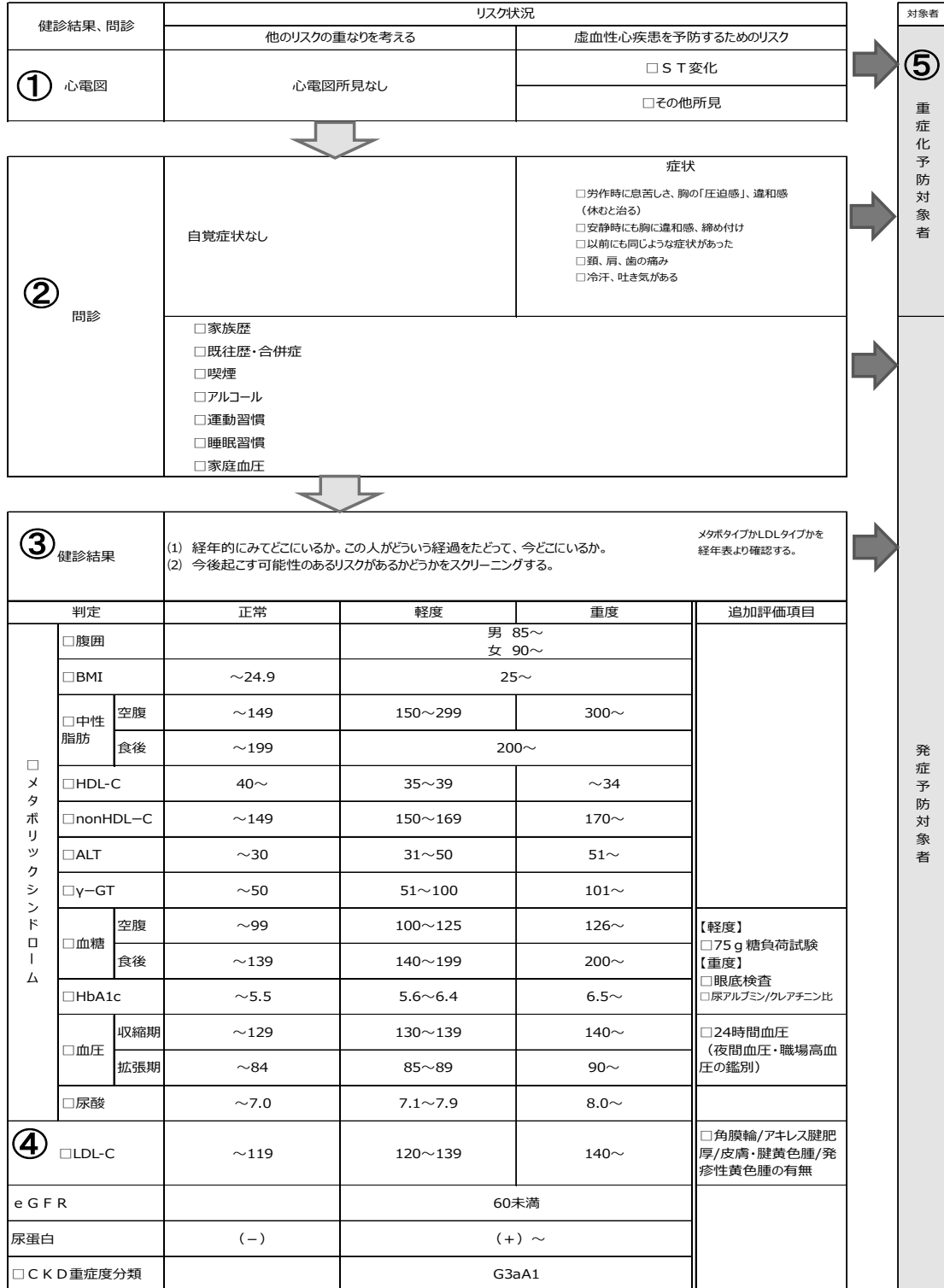
【参考資料7】

様式2				
平成 年 月 日				
糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導実施報告書				
医療機関名 医師氏名 _____ 先生 様(御机下)				
〇〇町保健指導担当課長				
次のとおり保健指導を実施しましたので報告いたします。				
氏 名		生年月日	昭和 年 月 日	男・女
住 所		電話番号	— —	
保健指導年月日	平成 年 月 日～平成 年 月 日(延べ指導回数 回)			
保健指導内容				
担当課・係名	電話番号	担当者名		
※今後の保健指導についての情報共有は「糖尿病連携手帳」を活用していきます。				

【参考資料8】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	9	都道府県	北海道	市町村名	鷹栖町					
項目				実数	割合	保険者			同規模保険者(平均)		データ基			
						28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
						実数	割合	実数	割合	実数		割合	実数	割合
1	①	被保険者数	A	1,924人							KDB_厚生労働省様式様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳	A	1,517人										
2	①	対象者数	B	1,374人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書			
	②	特定健診 受診者数	C	575人										
	③	受診率	C	41.8%										
3	①	特定 保健指導 対象者数		77人										
	②	実施率		27.3%										
4	①	糖尿病型	E	71人	12.3%						特定健診結果			
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	26人	36.6%									
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	45人	63.4%									
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	30人	66.7%									
	⑤			血压 130/80以上	25人	83.3%								
	⑥			肥満 BMI25以上	16人	53.3%								
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	15人	33.3%									
	⑧	第1期	M	尿蛋白(-)	46人	64.8%								
	⑨	第2期		尿蛋白(±)	13人	18.3%								
	⑩	第3期		尿蛋白(+)	12人	16.9%								
	⑪	第4期		eGFR30未満	0人	0.0%								
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		142.9人							KDB_厚生労働省様式様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		178.6人										
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病予診	入院外(件数)	1,281件	(870.2)			1,227件	(771.8)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④		入院(件数)	8件	(5.4)			9件	(5.4)					
	⑤	糖尿病治療中	H	275人	14.3%						KDB_厚生労働省様式様式3-2			
	⑥	(再掲)40-74歳	H	271人	17.9%									
	⑦	健診未受診者	I	226人	83.4%									
	⑧	インスリン治療	O	21人	7.6%									
	⑨	(再掲)40-74歳	O	21人	7.7%									
	⑩	糖尿病性腎症	L	14人	5.1%									
	⑪	(再掲)40-74歳	L	14人	5.2%									
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		0人	0.00%									
	⑬	(再掲)40-74歳		0人	0.00%									
	⑭	新規透析患者数		0人	0%									
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人	0%									
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人	1.7%						KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー			
6	①	総医療費		5億8963万円				6億7140万円			KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			
	②	生活習慣病総医療費		3億1397万円				3億8078万円						
	③	(総医療費に占める割合)		53.2%				56.7%						
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,391円			8,685円						
	⑤		健診未受診者		33,575円			33,204円						
	⑥	糖尿病医療費		3993万円				3885万円						
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		12.7%				10.2%						
	⑧	糖尿病入院外総医療費		9630万円										
	⑨	1件あたり		26,026円										
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億0045万円										
	⑪	1件あたり		760,963円										
	⑫	在院日数		20日										
	⑬	慢性腎不全医療費		869万円				3708万円						
	⑭	透析有り		735万円				3468万円						
	⑮	透析なし		134万円				240万円						
7	①	介護給付費		6億8915万円				7億5295万円						
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%			1人	1.0%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

平成30年度に向けての全体評価				
課題・目標	①プロセス (やってきた実践の課程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)
<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当事務のあり方の検討 ○事務作業の効率化 ○業務分析の実施方法の検討</p> <p>未受診者対策</p> <p>○未受診者訪問の対象者の検討 ○ポビュレーションの取り組みを検討 ○特定健診データ受領（情報提供）の拡充の検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○町の健康課題をふまえた対象者、実施方法の検討 ○保健師、栄養士間の事例健診、情報共有</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会を通じて協働体制を広げていく。</p>	<p>①プロセス (やってきた実践の課程)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 これまででの受診率は文書による勧奨が中心であった。平成28年度からは、文書による勧奨のほか、個別訪問による受診勧奨も実施しようとした。（特定健診無料クーポン対象、特定健診情報提供対象者） 平成29年度は、前年度健康診受診者で当該年度未申込者も対象へ追加したり、国保更新手続きの際の受診勧奨を実施するなど対象を拡充した。 ○受診率向上に向けての取り組みは実施してきたが、幅広い対象への勧奨となっており、町の実態や健康課題を十分にふまえた対象選定とはなっていない。 ・KDB等のデータを活用し、実態や課題を明確化した上で課題の取り組みとつなげながら、受診勧奨の対象者を検討する必要がある。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>・平成27年度までは特定保健指導への指導が中心となっていた。平成28年度から糖尿病性腎症重症化予防プログラムが開始となった。糖尿病管理台帳を作成し、対象者を把握するようになった。 ・保健指導の標準化は十分ではない。個々の力量に任せられていたり。共通認識が十分は図れていない現状である。 → ・国で定められた保健指導が中心で、町の健康課題をふまえた重症化予防対策が十分に検討されていない。 今後は、課題の明確化を進めながら重症化予防対策の今後のあり方を検討し、実施していく必要がある。 ・また、保健指導の標準化、個々の力量形成を行うため、スタッフ間の事例検討、情報交換が必要となる。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆訪問、事業の目標、評価等検討。 ◆評価指標の検討。 ◆スタッフ間の情報共有不足。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>平成29年度より ◆旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会が設立された。 旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた医療機関との連携が開始されるのは平成30年度からとなる。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○未受診者訪問実施状況 ○ポビュレーション実施状況</p> <p>未受診者対策</p> <p>○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導（所内、訪問）実施状況</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導（所内、訪問）実施状況</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導（所内、訪問）実施状況</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○個々の医療機関との連携状況 ○旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会で作成された連携体制の活用状況</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率 平成30年度目標50% 達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 結果（例えばPRに出向いた団体数、等）</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○保健指導実施者の翌年の健診結果状況 ○保健指導後の受診（服薬、検査等）状況 ○経年評価（評価項目毎）集団、個別両方 ○健診結果の状況（各対象者毎の高値割合減少状況） ○重症化予防対象者数</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○CKD連携様式にてすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） ○既設の事業の実施状況（対象者の検査値、受診行動、生活状況等） ○協働体制づくりに向けてのフォローアップ状況（受診者数の変化等）</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>○業務分担任+地区担当性 ・地区担当も実施しているが、十分に機能していない部分もある。 ・受動的なデータを向いた地区ごとの把握等はまだできていない。 ・地区ごとの人口の増りが大きい。担当人数も偏りがあり、担当地区外の対象者を担当する場合も多い。 ・対象抽出等、事務作業にかかると時間が多い。 ・事務作業の効率化を四り、実際の保健指導、受診勧奨にあてられる時間を確保する必要がある。 ・担当で完結することが多く、スタッフ間で情報共有する体制を作っていくことが必要。 ・業務分析は、30年度であり、全体的な実態・課題の把握が十分にできていない。 国保加入者も含めた、全体的な分析を継続的に実施する必要がある。</p>

鷹 栖 町
第 2 期 保 健 事 業 実 施 計 画
(デ ー タ ヘ ル ス 計 画)
平 成 3 0 年 度 ~ 平 成 3 5 年 度

平 成 3 0 年 5 月

鷹 栖 町 町 民 課 医 療 年 金 係
〒 0 7 1 - 1 2 9 2 鷹 栖 町 南 1 条 3 丁 目 5 番 1 号
T E L 0 1 6 6 - 8 7 - 2 1 1 1