

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



平成30年3月 大空町

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	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
1) 実施主体・関係部局の役割	4
2) 外部有識者等の役割	5
3) 被保険者の役割	5
5. 保険者努力支援制度	5

第2章 健康課題の明確化

1. 地域の特性	7
1) 人口及び国民健康保険被保険者の状況	7
2) 平均寿命及び健康寿命	7
3) 死亡の状況	8
4) 介護の状況	8
2. 医療・介護・健康情報の分析結果に基づく健康課題の把握	9
1) 医療の状況	9
2) 介護保険の状況	11
3) 特定健康診査の状況	13
3. 目標の設定	18
1) 中長期的な目標の設定	18
2) 短期的な目標の設定	18
3) 具体的な目標	18

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健康診査等実施計画について	21
2. 目標値の設定	21
3. 対象者の見込み	21
4. 特定健診の実施	21
1) 対象者	21
2) 実施方法	21
3) 特定健診委託基準	22
4) 特定健診実施項目	22
5) 医療機関との適切な連携	22
6) 代行機関	23
7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	23

5. 特定保健指導の実施	23
1) 健診から保健指導実施の流れ	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	25
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	26
6. 個人情報の保護	27
1) 基本的な考え方	27
2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	27
7. 結果の報告	27
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	27
第4章 保健事業の内容	
1. 保健事業の方向性	28
2. 重症化予防の取組	28
1) 糖尿病性腎症重症化予防	28
2) 虚血性心疾患重症化予防	37
3) 脳血管疾患重症化予防	41
3. 広く町民に周知・啓発する取組（ポピュレーションアプローチ）	45
第5章 地域包括ケアに係る取組	
1. 重症化予防及び介護予防の取組	46
2. 在宅医療・介護連携の推進	46
3. 地域ケア会議の推進	47
第6章 計画の評価・見直し	
1. 評価の時期	48
2. 評価方法・体制	48
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	49
2. 個人情報の取扱い	49
資料編	
1. 平成30年度に向けての法定計画等の位置づけ	53
2. 様式6-1国・道・同規模平均と比べてみた大空町の位置	55
3. 用語解説	59

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、国保データベース（KDB）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（以下「市町村国保」という。）、国民健康保険組合及び後期高齢者医療広域連合の三者（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。

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、それに基づく被保険者の健康保持増進のための「事業計画」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、保険者等はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、都道府県が市町村とともに国保の運営を担い、財政運営の責任主体となりましたが、被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施するのは市町村のままです。

また、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被保険者の重症化予防・健康づくりを進め、医療費の適正化を図るための新たなインセンティブ制度となる保険者努力支援制度が平成30年度に創設されることになり、平成28年度から前倒して実施されています。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26年厚生労働省告示第141号）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

大空町においては、国指針に基づき、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、結果として医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られるものと考えています。

2. 計画の位置付け

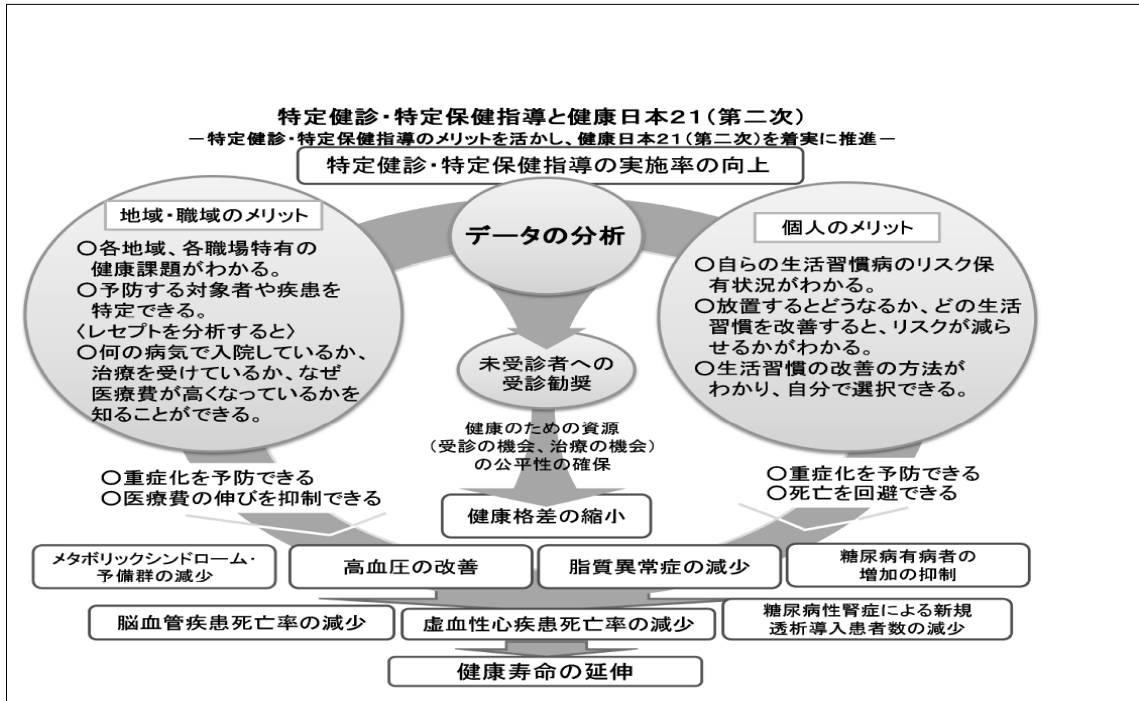
データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や大空町健康増進計画、北海道医療費適正化計画、北海道医療計画、大空町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。【図表 1-1、1-2、1-3】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ 【図表 1-1】

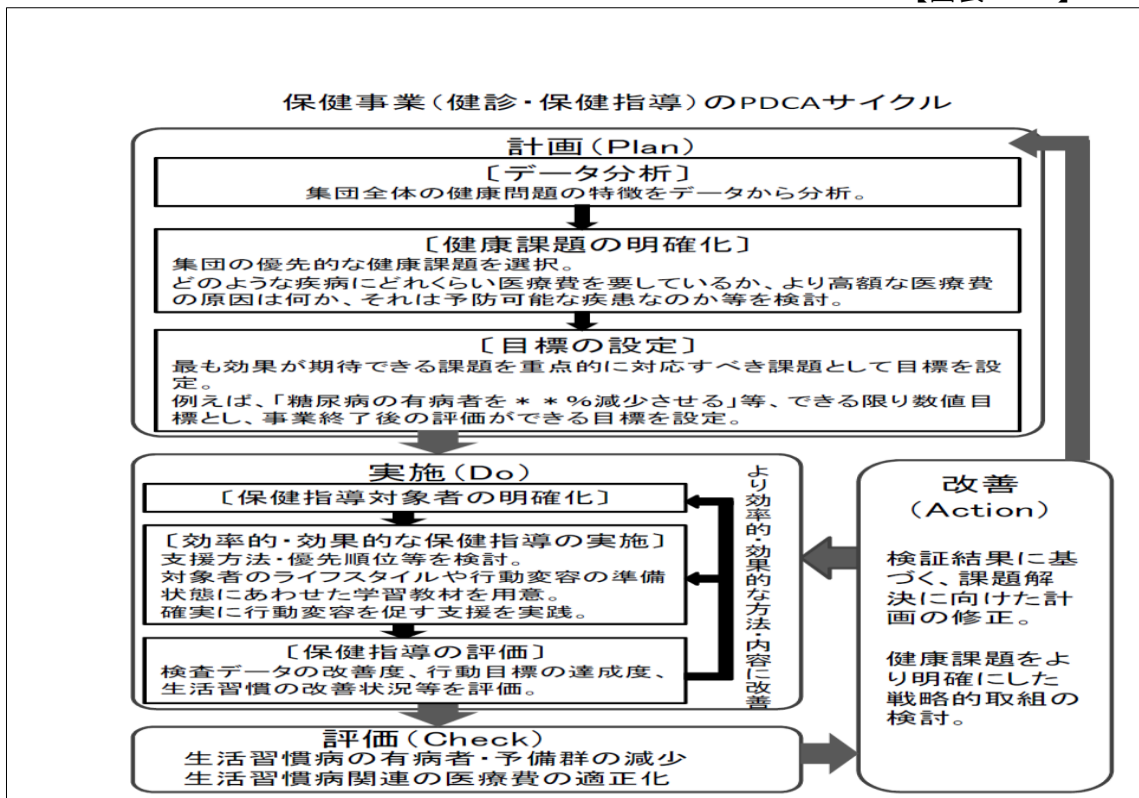
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第6条、第8条 第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117 条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年 (第2次)	法定 平成30～35年 (第3期)	指針 平成30～35年 (第2期)	法定 平成30～32年 (第7次)	法定 平成30～35年 (第3期)	法定 平成30～35年 (第7次)
計画策定者	道:義務、町:努力義務	医療保険者	医療保険者	町:義務、道:義務	道:義務	道:義務
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員	1号被保険者65歳以上 2号被保険者40～64歳 特定疾病	すべて	すべて

【図表1-2】



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1-3】



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、国指針第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、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（以下「手引書」という。）において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図るため、計画期間は平成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

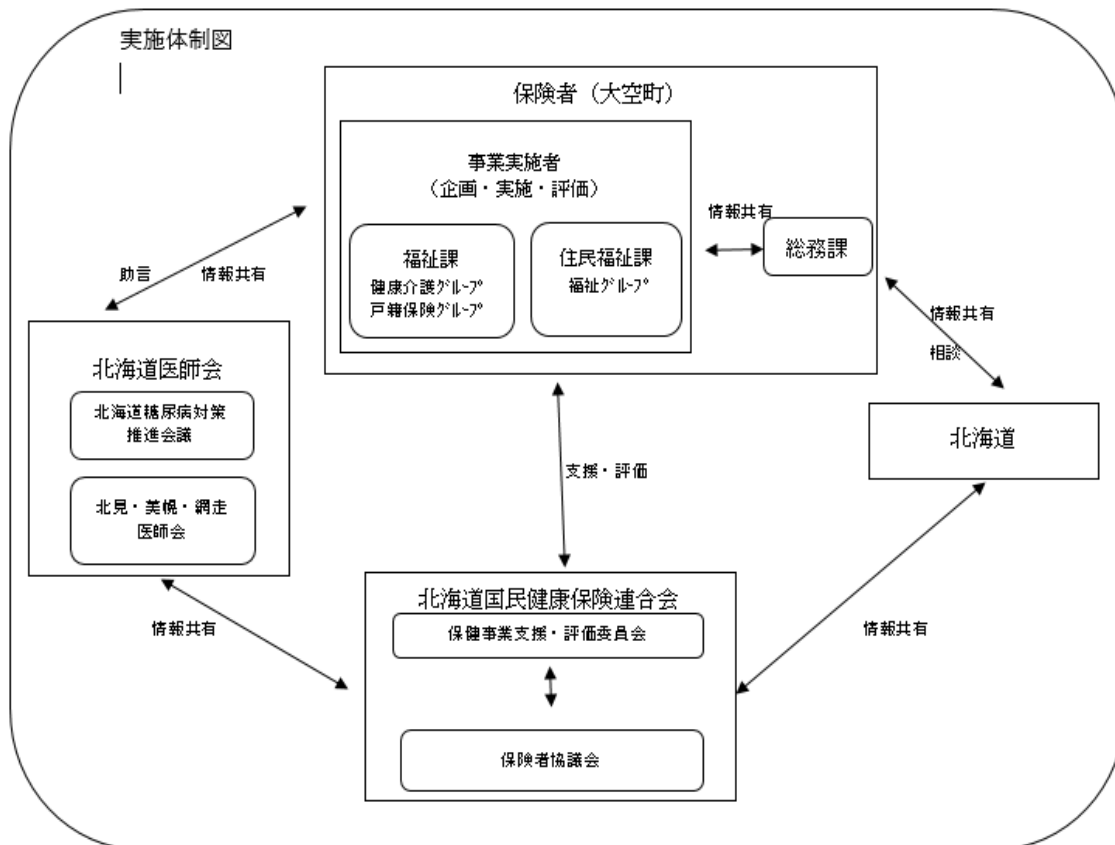
1) 実施主体・関係部局の役割

大空町においては、福祉課、住民福祉課が主体となり、関係する部局と十分連携をしてデータヘルス計画を実施していきます。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・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ていきます。

【図表1-4】

【図表1-4】



2) 外部有識者等の役割

データヘルス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保健事業支援・評価委員会等の連携・協力が重要となります。

国保連に設置された保健事業支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援を積極的に行うことが期待されています。

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

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。このため、医師会等地域の保健医療関係者との連携について北海道関係課と意見交換を行い、北海道との連携に努めます。

3) 被保険者の役割

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

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 30 年度から本格実施することとなっていますが、既に平成 28 年度から特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されています。

保険者努力支援制度による評価は初めての仕組みで、平成 30 年度は糖尿病等の重症化予防の取組や保険料（税）収納率向上に関する取組の実施状況を高く評価する配点となっており、毎年の実績や実施状況を見ながら進化・発展させる仕組みとしています。

平成 28 年度における大空町の配点は全国 1,741 市町村中 662 位で、特別調整交付金額は 139 万 7 千円となりました。健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分されます。【図表 1－5】

【図表 1-5】

保険者努力支援制度

評価指標		28年度 配点	30年度 (満点)
予算規模(億円)		150	500
大空町			
交付額 (千円)		1,397	
全国順位(1,741市町村中)		662	
共通①	特定健診受診率	10	50
	特定保健指導実施率	10	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	50
共通②	がん検診受診率	10	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	100
共通④	個人のインセンティブ提供	0	70
	個人への分かりやすい情報提供	17	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	35
共通⑥	後発医薬品の促進	0	35
	後発医薬品の使用割合	10	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	100
固有②	データヘルス計画策定状況	0	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	6	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		50
体制構築加点		70	60
総得点(体制構築加点含む)		213	
総得点(満点)		345	850

第2章 健康課題の明確化

1. 地域の特性

1) 人口及び国民健康保険被保険者の状況

平成22年度の国勢調査で大空町の人口構成をみると、人口7,917人、高齢化率29.3%と、国や道に比べ65歳以上の高齢化率と75歳以上の総人口に占める後期高齢者の割合(16.8%)が高く高齢化が進んでいます。

産業構成は、第一次産業構成率が40.7%と同規模町村、道、国に比べて高い状況です。

国民健康保険被保険者(以下「国保被保険者」という。)の年齢構成は39歳以下、40~64歳の現役世代の割合が高くなっています。

【図表2-1】

項目		H25年		H28年				
		大空町		大空町		同規模平均	道	国
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
人口構成 平成22年度 国勢調査	総人口	7,917		7,917		1,815,204	5,475,176	124,852,975
	65歳以上(高齢化率)	2,316	29.3	2,316	29.3	31.7	24.8	23.2
	75歳以上	1,328	16.8	1,328	16.8		12.2	11.2
	65~74歳	988	12.5	988	12.5		12.5	12.0
	40~64歳	2,778	35.1	2,778	35.1		35.3	34.0
	39歳以下	2,823	35.7	2,823	35.7		39.9	42.8
産業構成 平成22年度 国勢調査	第1次産業	40.7		40.7		18.4	7.7	4.2
	第2次産業	11.3		11.3		25.5	18.1	25.2
	第3次産業	48.0		48.0		56.1	74.2	70.6
国保の状況	被保険者数	3,135		2,746		492,460	1,312,713	32,587,223
	65~74歳	865	27.6	908	33.1		41.7	38.2
	40~64歳	1,204	38.4	970	35.3		33.6	33.6
	39歳以下	1,066	34.0	868	31.6		24.7	28.2
	加入率	39.6		34.7		27.7	24.0	26.9

*人口構成と産業構成はH25年・H28年ともに平成22年度国勢調査の数値を引用

参考資料1 KDB

2) 平均寿命及び健康寿命

平均寿命は、男性80.2歳、女性87.0歳で、健康寿命は男性65.1歳、女性66.8歳となっています。平均寿命と健康寿命の差を同規模町村、道、国と比較すると、男女共にわずかに大きい状況です。

【図表2-2】

項目		H28年			
		大空町	同規模平均	道	国
平均寿命	男性	80.2	79.4	79.2	79.6
	女性	87.0	86.4	86.3	86.4
健康寿命	男性	65.1	65.2	64.9	65.2
	女性	66.8	66.7	66.5	66.8
平均寿命と健康寿命の差	男性	15.1	14.2	14.3	14.4
	女性	20.2	19.7	19.8	19.6

参考資料1 KDB

3) 死亡の状況

大空町の死亡状況をみると、死因別では心臓病・脳疾患・糖尿病・腎不全による死亡割合が増加しています。

また、早世（65歳未満死）を平成25年度と平成28年度で比較すると、大きく減少しています。

【図表 2-3】

項目			H25年		H28年	
			大空町		大空町	
			実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	90.9		81.2	
		女性	81.8		86.0	
	死因	がん	25	40.3	26	37.1
		心臓病	23	37.1	27	38.6
		脳疾患	8	12.9	10	14.3
		糖尿病	0	0.0	1	1.4
		腎不全	3	4.8	4	5.7
自殺	3	4.8	2	2.9		
早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	14	14.4	5	4.5	
	男性	9	18.0	3	5.7	
	女性	5	10.6	2	3.4	

参考資料1 KDB

4) 介護の状況

重症化の指標となる介護認定率の推移をみると、平成25年度から平成28年度では介護認定率が低くなっていますが、認定者数は増えています。また、40～64歳の第2号被保険者認定者については倍増しています。

【図表 2-4】

項目		H25年		H28年	
		大空町		大空町	
		実数	割合	実数	割合
介護保険	第1号被保険者認定者	435	17.9	443	17.5
	第2号被保険者認定者	4		8	
	全認定者数	439		451	

介護保険事業状況報告 各年度3月末

* 資料編2. 「様式 6-1 国・道・同規模平均と比べてみた大空町の位置」

2. 医療・介護・健康情報の分析結果に基づく健康課題の把握

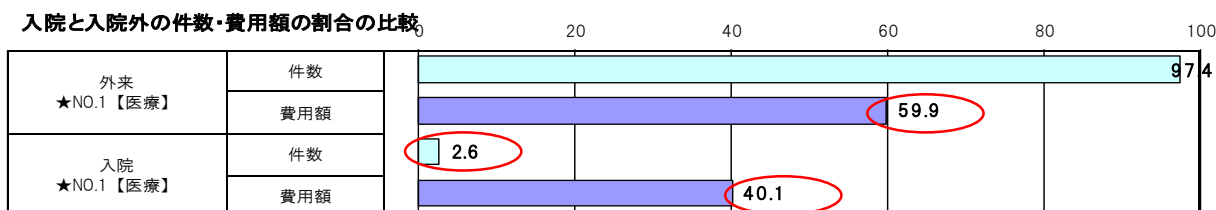
1) 医療の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の比較

1人当たり医療費は21,836円と同規模町村、道、国に比べると低い状況です。

費用額を外来と入院で分けると外来が59.9%、入院が40.1%になります。件数は外来97.4%、入院2.6%になります。わずかに2.6%の入院件数で、費用額全体の4割を占めています。今後も日頃の健康管理に努めるとともに重症化する前に早期受診早期治療につなげる必要があります。

【図表 2-5】



項目	全体				入院				外来			
	大空町	同規模	北海道	全国	大空町	同規模	北海道	全国	大空町	同規模	北海道	全国
総医療費	7億3,768万円				2億9,600万円				4億4,168万円			
1人当たり医療費(円)	21,836	26,488	27,782	24,245	8,760	11,510	12,440	9,670	13,070	14,980	15,340	14,580

KDB

(2) 最大医療資源(中長期目標疾患及び短期目標疾患)

大空町の総医療費はおよそ7億3,768万円です。医療のレセプトデータから最も医療資源を要した疾患(最大医療資源)の分析を行うことで医療費負担の割合が大きい疾病を明らかにし、保健事業のターゲットを絞ることができます。

大空町の1人当たり医療費は同規模町村238町村中221位、道内順位では166位の順位で、比較的、医療費は抑えられていますが、中長期目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全)、短期目標疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)に係る医療費の合計が総医療費に占める割合は、21.7%で道よりも高いため、重症化予防していくことが重要です。

【図表 2-6】

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28年)

市町村名	総医療費	1人当たり医療費				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(238中)	道内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
大空町	737,680,190	21,836	221位	166位	2.8%	0.3%	4.1%	1.8%	4.8%	5.0%	3.0%	160,011,050	21.7%	15.0%	7.7%	10.1%
北海道	446,995,066,940	27,782	-	-	3.6%	0.3%	2.4%	2.4%	5.1%	4.4%	2.6%	92,638,560,010	20.7%	15.8%	9.5%	9.1%
国	9,677,041,336,540	24,253	-	-	5.4%	0.4%	2.2%	2.0%	5.4%	4.8%	3.0%	2,237,085,545,700	23.1%	14.2%	9.4%	8.5%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム健診・医療・介護データからみる健康課題

(3) 医療費の負担が大きい疾患(何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか)

医療費の負担が大きい疾患は、脳血管疾患で費用額は全体の14.4%を占めます。また、長期化(6ヶ月以上に入院)するのは虚血性心疾患です。平成28年度の人工透析患者のうち糖尿病性腎症は0件でした。しかし、平成28年5月レセプトにおいては、糖尿病性腎症が3人いるため、人工透析に移行しないよう予防していくことが重要です。虚血性心疾患等で高血圧を基礎疾患とする割合が多い状況です。

【図表2-7】

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセプト)	件数	119件	18件 15.1%	7件 5.9%	--	
		費用額	1億6495万円	2372万円 14.4%	691万円 4.2%	--	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	52件	2件 3.8%	14件 26.9%	--	
		費用額	2146万円	28万円 1.3%	492万円 22.9%	--	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	53件	15件 28.3%	25件 47.2%	0件 0.0%	
		費用額	2098万円	594万円 28.3%	1013万円 48.3%	--	
厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~ 18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合		876人	40人 4.6%	81人 9.2%	3人 0.3%	
			の基 重 礎 な 疾 り 患	高血圧	25人 62.5%	65人 80.2%	2人 66.7%
				糖尿病	13人 32.5%	28人 34.6%	3人 100.0%
				脂質異常症	18人 45.0%	57人 70.4%	2人 66.7%
			高血圧症	443人 50.6%	232人 26.5%	369人 42.1%	82人 9.4%

KDB

2) 介護保険の状況

(1) 介護給付費の状況

大空町の介護給付費は約6億7,728万円になり、1件当たり給付費（全体）は67,084円で、道、国に比べると高くなっていますが、同規模町村に比べると約3千円低くなっています。居宅サービスと施設サービスで分けてみると、居宅サービス33,218円は同規模町村、道、国に比べて低くなっていますが、施設サービスは305,007円と高く、大空町は、施設サービスが高いと言えます。

【図表 2-8】

項目		H25年	H28年			
		大空町	大空町	同規模平均	道	国
介護給付費総額			6億7,727万9,538円			
介護給付費	1件当たり給付費（全体）	64,700	67,084	70,589	57,970	58,284
	居宅サービス	31,056	33,218	40,981	38,885	39,662
	施設サービス	286,415	305,007	275,251	283,121	281,186

KDB

(2) 介護認定者の有病状況

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが95.5%であり、筋・骨格系疾患の92.4%を上回っていました。40～64歳の第2号被保険者と65～74歳の第1号被保険者の年齢が若い人でも、脳卒中等の血管疾患で治療をしている実態がありました。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防と医療費適正化にもつながります。【図表 2-9】

介護認定者の状況 平成28年度

【図表 2-9】

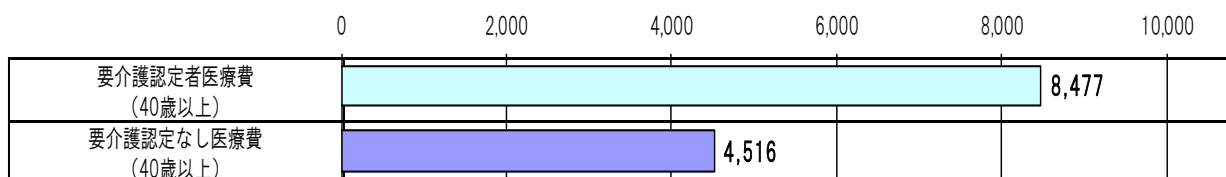
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計								
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計												
	被保険者数	2,778人	988人	1,328人	2,316人			5,094人									
	認定者数	8人	33人	419人	452人			460人									
	認定率	0.29%	3.3%	31.6%	19.5%			9.0%									
	新規認定者数 (*1)	4人	9人	60人	69人			73人									
介護度別人数	要支援1・2	2	25.0%	11	33.3%	141	33.7%	152	33.6%	154	33.5%						
	要介護1・2	4	50.0%	12	36.4%	149	35.6%	161	35.6%	165	35.9%						
	要介護3~5	2	25.0%	10	30.3%	129	30.8%	139	30.8%	141	30.7%						
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	33	419	452			460									
	再) 国保・後期	5	20	397	417			422									
(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	3	60.0%	脳卒中	8	40.0%	虚血性心疾患	196	49.4%	虚血性心疾患	201	48.2%	虚血性心疾患	202	47.9%
		2	虚血性心疾患	1	20.0%	虚血性心疾患	5	25.0%	脳卒中	167	42.1%	脳卒中	175	42.0%	脳卒中	178	42.2%
	3	腎不全	1	20.0%	腎不全	1	5.0%	腎不全	47	11.8%	腎不全	48	11.5%	腎不全	49	11.6%	
	基礎疾患 (*2)	糖尿病	3	60.0%	糖尿病	11	55.0%	糖尿病	191	48.1%	糖尿病	202	48.4%	糖尿病	205	48.6%	
		高血圧	4	80.0%	高血圧	15	75.0%	高血圧	334	84.1%	高血圧	349	83.7%	高血圧	353	83.6%	
		脂質異常症	3	60.0%	脂質異常症	11	55.0%	脂質異常症	209	52.6%	脂質異常症	220	52.8%	脂質異常症	223	52.8%	
	血管疾患合計	合計	5	100.0%	合計	18	90.0%	合計	380	95.7%	合計	398	95.4%	合計	403	95.5%	
	認知症	認知症	1	20.0%	認知症	4	20.0%	認知症	231	58.2%	認知症	235	56.4%	認知症	236	55.9%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	3	60.0%	筋骨格系	15	75.0%	筋骨格系	372	93.7%	筋骨格系	387	92.8%	筋骨格系	390	92.4%	

KDB

要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人の医療費が受けていない人に比べて 1.9 倍高くなっています。

【図表 2-10】

要介護認定の有無別 1 件あたり医療費の比較 (平成 28 年度)



KDB

3) 特定健康診査の状況

(1) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診率はわずかに増えていますが、特定保健指導実施率については平成 28 年度に減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率と特定保健指導実施率の向上への取組が重要となります。

【図表 2-11】

特定健診受診率

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
大空町	目標	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
	実績	40.7%	39.6%	43.8%	44.6%	—
北海道		24.7%	26.1%	27.1%	25.1%	—
全国		34.3%	35.4%	36.3%	34.0%	—

特定保健指導実施率

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
大空町	目標	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
	実績	38.2%	45.1%	47.8%	35.2%	—
北海道		28.6%	29.1%	30.9%	—	—
全国		23.7%	24.4%	25.1%	—	—

(2) 健診受診者の実態

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、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につながります。

大空町においては、国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも G P T ・空腹時血糖・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。L D L コレステロールは単独の動脈硬化危険因子であり、割合も多くなっています。

男性でメタボリックシンドローム該当者 31.4%、予備群 16.8%と合わせると 48.2%と 5 割近くを占めます。【図表 2-12、13】

【図表 2-12】

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） 平成28年度

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	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	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
道	37,306	36.0	53,297	51.4	29,225	28.2	24,101	23.2	8,358	8.1	30,105	29.0	51,998	50.2	15,185	14.6	52,940	51.1	26,789	25.8	52,221	50.4	1,524	1.5	
保険者	合計	16,449	20,559	96	26.4	100	27.5	32	8.8	136	37.5	209	57.6	77	21.2	160	44.1	92	25.3	196	54.0	6	1.7		
	40-64	105	51.5	122	59.8	62	30.4	69	33.8	17	8.3	71	34.8	113	55.4	55	27.0	75	36.8	59	28.9	116	56.9	0	0.0
	65-74	58	36.5	81	50.9	34	21.4	31	19.5	15	9.4	65	40.9	96	60.4	22	13.8	85	53.5	33	20.8	80	50.3	6	3.8

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	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		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
道	33,966	23.3	24,041	16.5	22,767	15.6	14,189	9.7	2,419	1.7	24,260	16.6	68,334	46.8	3,151	2.2	62,981	43.1	22,682	15.5	85,356	58.5	300	0.2	
保険者	合計	105	25.1	77	18.4	50	12.0	56	12.0	3	0.7	77	18.4	202	48.3	7	1.7	139	33.3	53	12.7	243	58.1	2	0.5
	40-64	49	22.8	37	17.2	23	10.7	32	14.9	2	0.9	27	12.6	104	48.4	5	2.3	50	23.3	25	11.6	124	57.7	1	0.5
	65-74	56	27.6	40	19.7	27	13.3	18	8.9	1	0.5	50	24.6	98	48.3	2	1.0	89	43.8	28	13.8	119	58.6	1	0.5

*全国については、有所見割合のみ表示 KDB

【図表 2-13】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票）

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国					588,308	17.2%					940,335	27.5%											
県					18,510	17.9%					28,852	27.8%											
保険者	合計	363	44.8	28	7.7%	61	16.8%	4	1.1%	37	10.2%	20	5.5%	114	31.4%	22	6.1%	5	1.4%	54	14.9%	33	9.1%
	40-64	204	47.3	21	10.3%	40	19.6%	4	2.0%	20	9.8%	16	7.8%	61	29.9%	11	5.4%	2	1.0%	32	15.7%	16	7.8%
	65-74	159	41.8	7	4.4%	21	13.2%	0	0.0%	17	10.7%	4	2.5%	53	33.3%	11	6.9%	3	1.9%	22	13.8%	17	10.7%

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国					288,425	5.8%					425,520	9.5%											
県					7,985	5.5%					13,203	9.0%											
保険者	合計	418	44.5	19	4.5%	19	4.5%	0	0.0%	12	2.9%	7	1.7%	39	9.3%	2	0.5%	2	0.5%	22	5.3%	13	3.1%
	40-64	215	46.9	15	7.0%	7	3.3%	0	0.0%	3	1.4%	4	1.9%	15	7.0%	1	0.5%	2	0.9%	9	4.2%	3	1.4%
	65-74	203	42.1	4	2.0%	12	5.9%	0	0.0%	9	4.4%	3	1.5%	24	11.8%	1	0.5%	0	0.0%	13	6.4%	10	4.9%

KDB

(3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

HbA1c 6.5%以上の糖尿病受診勧奨レベルでコントロール不良者は、治療中である人が多い状況です。また、血圧とLDLコレステロールの受診勧奨レベルの人は治療なしに多くなっています。【図表 2-14】

HbA1c、血圧、LDLコレステロール受診勧奨レベルで、治療なしの人は新規受診者に多くみられました。未受診者に対して、健診受診勧奨して受診数を増やしていくことが重症化予防にもつながります。糖尿病治療中であってもHbA1cが7.0%以上のコントロール不良者が新規受診者で多くみられました。治療中であっても継続して健診を受診することが重要です。【図表 2-15】

糖尿病・血圧・LDLコレステロール値別の人数割合

【図表 2-14】

HbA1c（糖尿病の指標）

HbA1c (NGSP)	糖尿病 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	800		55	6.9%	745	93.1%	100	13.4%	645	86.6%
5.5以下	378	47.3%	2	3.6%	376	50.5%	40	40.0%	336	52.1%
5.6～5.9	284	35.5%	9	16.4%	275	36.9%	39	39.0%	236	36.6%
6.0～6.4	81	10.1%	11	20.0%	70	9.4%	14	14.0%	56	8.7%
6.5～6.9	31	3.9%	18	32.7%	13	1.7%	1	1.0%	12	1.9%
7.0～7.9	21	2.6%	13	23.6%	8	1.1%	4	4.0%	4	0.6%
8.0以上	5	0.6%	2	3.6%	3	0.4%	2	2.0%	1	0.2%
再掲6.5以上	57	7.1%	33	60.0%	24	3.2%	7	7.0%	17	2.6%

血圧

血圧分類	高血圧症 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	802		219	27.3%	583	72.7%	100	17.2%	483	82.8%
正常	470	58.6%	85	38.8%	385	66.0%	32	32.0%	353	73.1%
正常高値	180	22.4%	65	29.7%	115	19.7%	41	41.0%	74	15.3%
I度高血圧	128	16.0%	65	29.7%	63	10.8%	18	18.0%	45	9.3%
II度高血圧	20	2.5%	4	1.8%	16	2.7%	6	6.0%	10	2.1%
III度高血圧	4	0.5%	0	0.0%	4	0.7%	3	3.0%	1	0.2%
再掲II度以上	24	3.0%	4	1.8%	20	3.4%	9	9.0%	11	2.3%

LDLコレステロール

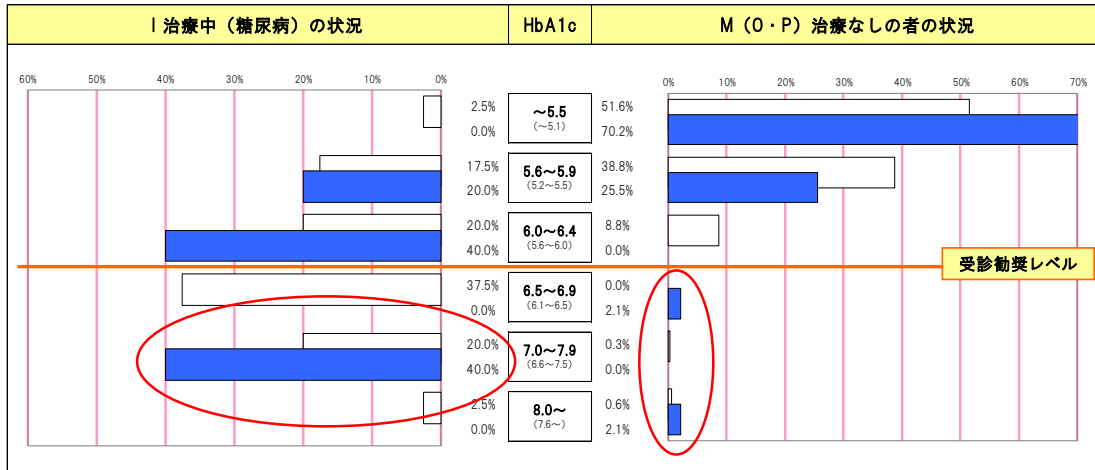
LDL-C	脂質異常症 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	801		204	25.5%	597	74.5%	100	16.8%	497	83.2%
再) 80未満	38	4.7%	18	8.8%	20	3.4%	4	4.0%	16	3.2%
100未満	160	20.0%	68	33.3%	92	15.4%	7	7.0%	85	17.1%
100～119	190	23.7%	53	26.0%	137	22.9%	24	24.0%	113	22.7%
120～139	214	26.7%	44	21.6%	170	28.5%	30	30.0%	140	28.2%
140～159	151	18.9%	31	15.2%	120	20.1%	22	22.0%	98	19.7%
160～179	52	6.5%	5	2.5%	47	7.9%	10	10.0%	37	7.4%
180以上	34	4.2%	3	1.5%	31	5.2%	7	7.0%	24	4.8%

【図表 2-15】

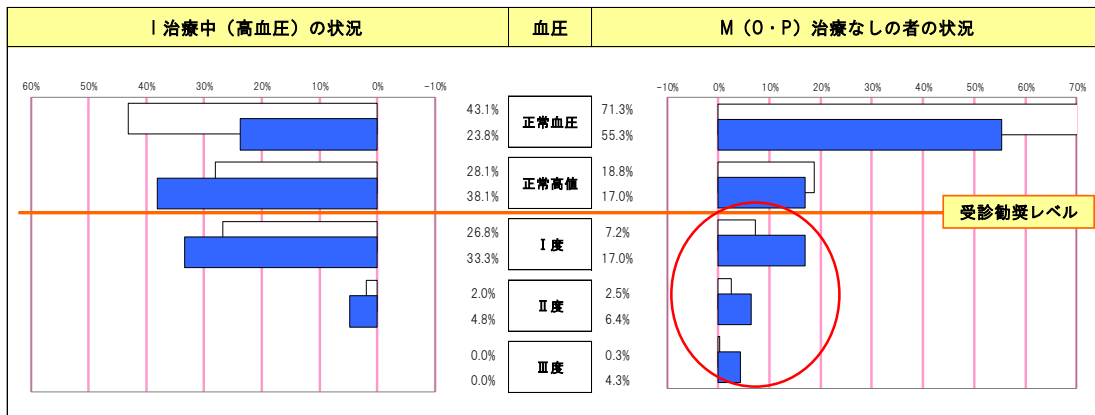
継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段（継続受診者）
 ■ …下段（新規受診者）

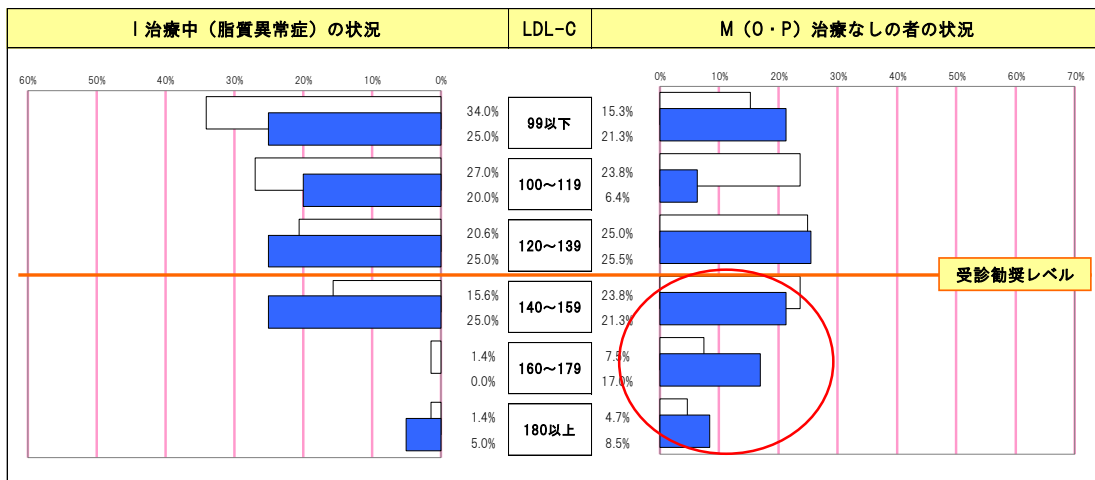
HbA1c



血圧



LDL-C



大空町特定健診結果

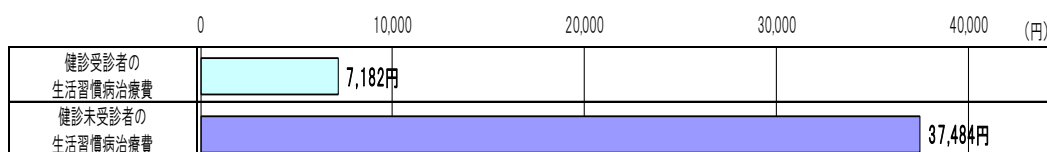
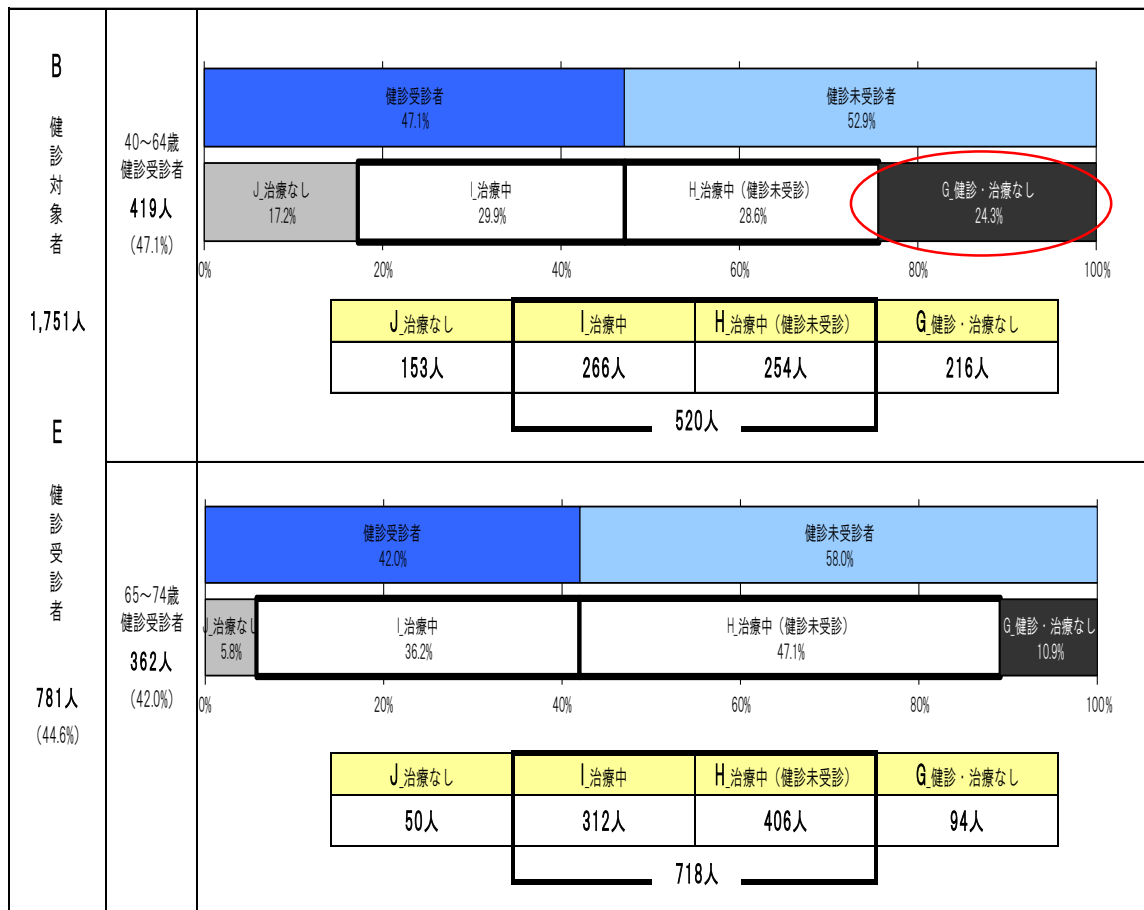
(4) 未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要ですが、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24.3%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、体の状態が全く分かっていないということです。また、健診受診者と未受診者の治療費からみると、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります。

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・重症化予防につながります。

【図表 2-16】

健診未受診者の状況



KDB

3. 目標の設定

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、脳血管疾患、虚血性心疾患は長期入院することが多く医療費が高額となるほか、要介護認定者に有病の多い状況が明らかとなりました。また、長期化する疾患である人工透析は1人当たり年間約600万円以上の医療費がかかります。これらのことから「脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少、増加の抑制」と、「糖尿病性腎症による透析導入者の増加を抑制」を中長期的な目標とします。

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、今後、高齢化がさらに進展する中で医療費そのものを抑えることは難しいことから、医療費の伸びを抑え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、糖尿病性腎症で医療にかかっている人、要介護認定者は高血圧を基礎疾患とする割合が多い状況が明らかとなりました。内臓脂肪の蓄積、血糖値等の複数の有所見項目の重なりは、血管障害から動脈硬化症を引き起こし、脳卒中や虚血性心疾患等の血管疾患につながる危険性が大きいといえます。また、LDLコレステロールは単独の動脈硬化の危険因子です。これらのことから「メタボリックシンドローム該当者及び予備群、高血圧、脂質異常症、糖尿病を減らしていくこと」を短期的な目標とします。

目標を達成するためには、医療機関の受診が必要な人に適切な受診への働きかけや、治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している人への保健指導を行います。その際には、必要に応じて、医療機関と十分に連携を図っていきます。

また、治療におけるデータを見ると、医療機関へ受診していてもなかなか改善しない疾患にメタボと糖尿病があります。これらは、薬物療法による治療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ことから、栄養指導等の保健指導を行っていきます。具体的には、各種ガイドラインや日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方に基づき、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の改善に向けた支援をしていきます。

3) 具体的な目標【図表2-17】

具体的な目標値は、データヘルス計画の目標管理一覧表のとおりとします。

さらに、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供するとともに、状態に応じた保健指導を実施して、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていくことが重要です。そのため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載しています。

【図表 2-17】

データヘルス計画の目標管理一覧表

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							最終評価値	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
実施計画 特定健診等	・平均寿命と健康寿命の差を同規模町村、道、国と比較すると男女ともにわずかに大きい ・総医療費に占める脳血管疾患、高血圧の割合が道、国より高い	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	44.6%	[60%]	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	35.2%	[60%]	36.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	
			特定保健指導対象者割合の減少	11.7%		11.3%	11.0%	10.7%	10.4%	10.2%	10.0%	
データヘルス計画 中長期	・総医療費に占める中長期・短期目標疾患の割合が道より高い ・総医療費が介護給付費総額を上回る	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	4.1%	減少傾向へ						減少	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の増加を抑制	1.8%	増加抑制						抑制	
			糖尿病性腎症による透析導入者の増加を抑制	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
データヘルス計画 短期	・介護保険第2号被保険者認定者の有病状況では血管疾患合計の割合が高い ・健診受診者のメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合が同規模町村、道、国より高い	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該当者及び予備群の割合減少	29.8%		29.4%	29.0%	28.6%	28.2%	27.8%	27.4%	福祉課健康介護グループ
			健診受診者の高血圧(160/100以上)の割合減少	3.0%	減少傾向へ						減少	
			健診受診者の脂質異常(LDL180以上)の割合減少	4.2%								
			健診受診者の糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合の増加	3.2%	増加傾向へ						増加	
			健診受診者の糖尿病治療コントロール不良(HbA1c7.0以上)割合の減少	27.3%	減少傾向へ						減少	
			がん検診受診率 胃がん検診	16.3%								
保険者努力支援制度 短期	子宮がん検診の受診率が道、国より低い	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診	17.5%								
			大腸がん検診	21.3%	増加傾向へ						増加	
			子宮頸がん検診	15.6%								
			乳がん検診	20.5%								
			健康に無関心の人がある	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイント付与事業(総合健診)の受診数の増加	365人		388人	411人	434人	457人	480人
後発薬品の使用割合が低い	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の増加	44.0%		48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	64.0%	69.3%	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期特定健康診査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、特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）を定めるものと規定されています。

なお、第1期及び第2期の特定健診等実施計画は、計画期間を5年としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年間として策定します。

2. 目標値の設定

【図表3-1】

	2018年度 平成30年度	2019年度 平成31年度	2020年度 (平成32年度)	2021年度 (平成33年度)	2022年度 (平成34年度)	2023年度 (平成35年度)
特定健診受診率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	36.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

3. 対象者の見込み

【図表3-2】

		2018年度 平成30年度	2019年度 平成31年度	2020年度 (平成32年度)	2021年度 (平成33年度)	2022年度 (平成34年度)	2023年度 (平成35年度)
特定健診	対象者数	1,713	1,678	1,643	1,608	1,573	1,538
	受診者数	771	805	838	868	897	923
特定保健指導	対象者数	108	113	117	122	126	129
	実施者数	39	45	53	61	69	78

4. 特定健診の実施

1) 対象者

大空町国民健康保険被保険者のうち、特定健診の実施年度中に40～74歳となる人に加え、生活習慣病の中長期的な予防を目指し、30～39歳の若年層も対象とします。

2) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

【図表3-3】

集団健診			個別健診	
実施場所	委託機関	実施時期	委託機関	実施時期
女満別研修会館	パブリックヘルスリサーチセンター	夏2日、秋2日の計4日	女満別中央病院	通年
東藻琴ふれあいセンターフロックス	〃	夏1日、秋2日の計3日	東藻琴診療所	
JA女満別、JAオホーツク(巡回ドック)	網走厚生病院	夏1日	網走厚生病院	

3) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号）（以下「実施基準」という。）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ます。対象者の利便性を考慮するとともに、包括的にサービス提供可能である期間を条件に実施機関を選定します。

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、当町の国保加入者の健康実態を踏まえ、町独自で検査項目を追加して健診を実施します。

【図表 3-4】

健診項目		
基本的な健診項目	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ・理学的検査(身体診察) ・血圧測定 ・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、随時血糖、HbA1c検査) ・尿検査(尿糖、尿蛋白)
	大空町独自の追加項目	<ul style="list-style-type: none"> ・血清尿酸 ・総コレステロール ・尿素窒素 ・尿検査(尿潜血)
詳細な健診項目(※)	国が定めた項目	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・眼底検査 ・腎機能検査(血清クレアチン) ・貧血検査(赤血球、血色素量、ヘマトクリット値)

※心電図検査、眼底検査、腎機能検査(血清クレアチン)、貧血検査は一部実施できない医療機関を除いて全員に実施

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 400 mg/dl 以上または食後採血の場合は Non-HDL コレステロールの測定に代えることができます。(実施基準第 1 条第 4 項)

5) 医療機関との適切な連携

治療中でも特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人に対し健診受診に向けた協力を依頼します。

また、本人の同意を得て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を求めて連携していきます。

6) 代行機関

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

7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

対象者に受診券を発行する他、広報誌、新聞折込ちらし、町のホームページ、訪問・電話勧奨により周知・案内します。

5. 特定保健指導の実施

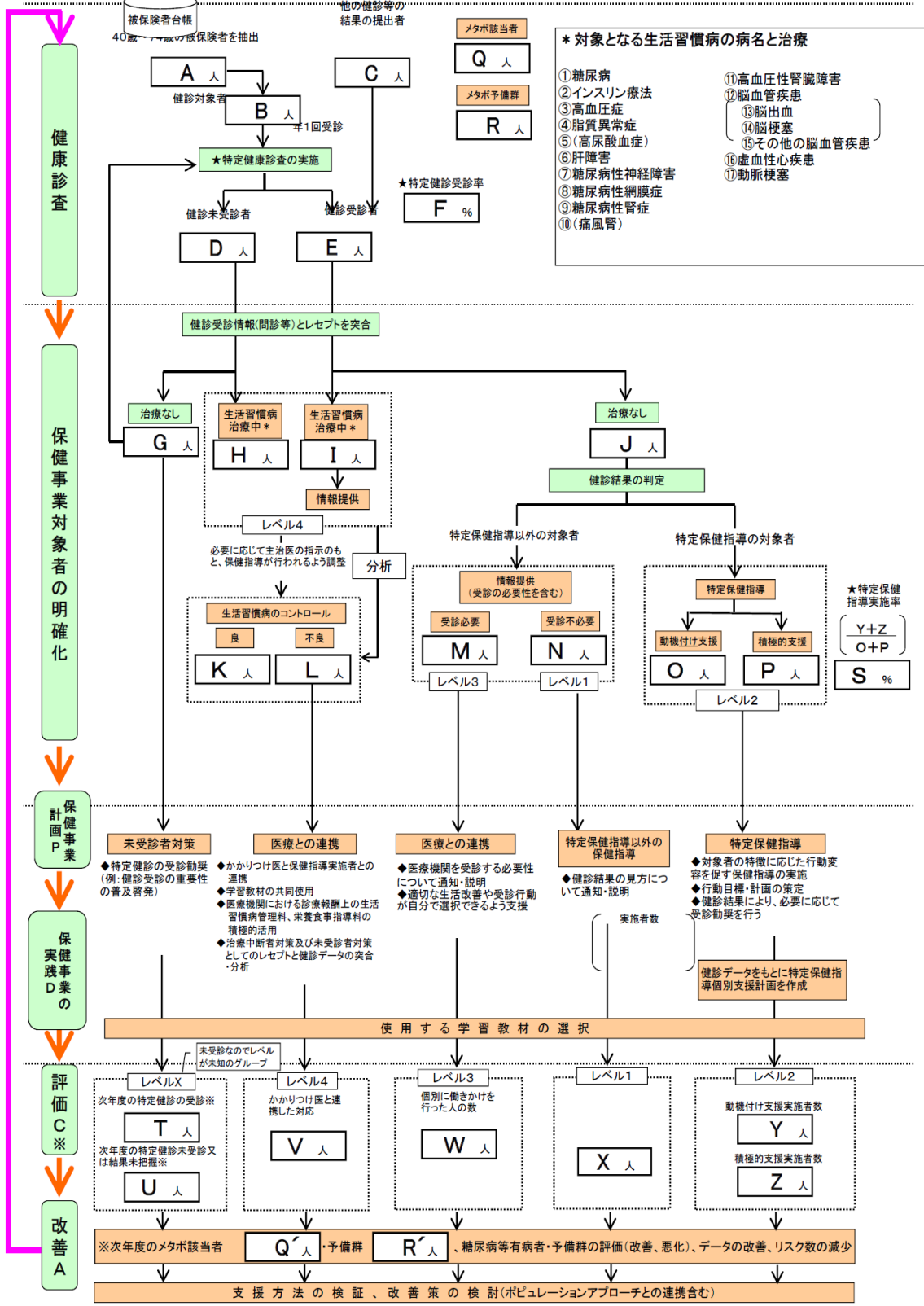
1) 健診から保健指導実施の流れ【図表 3-5】

「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 3-5】

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

様式5-5



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

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

健診受診者には保健指導の優先順位をつけ、効果的な保健指導を実施します。

【図表 3-6】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	100 人 (12.5)	60%
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	163 人 (20.3)	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)	946 人 ※受診率目標 達成までにあ と 121 人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	209 人 (26.1)	
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	330 人 (41.1)	

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 3-7】

【図表 3-7】

健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	○診療情報提供の依頼 ○個別健康診査実施の依頼 ○特定健康診査（JAドック・個別健診）の開始		○特定健康診査をはじめとした各種健診の周知（広報誌、ホームページ、チラシ等の作成）
5月	○健診対象者の抽出及び受診券の送付		
6月	○集団健診実施	○対象者の抽出	○代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		○保健指導の開始	
8月			
9月			○前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		○利用券の登録	
11月	○集団健診実施		
12月			
1月			
2月			
3月	○健診の終了		
4月			○特定健康診査費用の決裁終了 ○健診データ抽出
5月			○実施率等の算出、社会保険診療報酬支払基金への報告

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健診・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及び大空町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健診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ます。

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行います。特定健診・特定保健指導の記録の保存義務は5年です。被保険者の求めに応じて、保存している記録の提供を行います。

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日までに報告を行います。

8. 特定健診等実施計画の公表・周知

大空町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

1. 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きます。そのためには生活習慣病の重症化予防の取組と、広く町民に周知・啓発する取組を合わせて実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進行の抑制を目指し、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。具体的には医療機関受診が必要な人に適切な受診勧奨を行い、治療中の人には医療機関と連携し、保健指導を実施していきます。広く町民には、生活習慣病予防が健康な町民を増やしていくことにつながることで、重症化は医療費や介護費用等社会保障費の増大につながることで、その背景にある地域特性について、個人の実態と社会環境等に照らし合わせて周知・啓発していきます。

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努める必要があり、第3章の特定健診等実施計画に基づいて計画的に実施します。

2. 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、厚生労働省公表の「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて（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）」に基づき、PDCAサイクルに沿って実施します。【図表4-1】

また、「大空町糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成29年3月）」、及び「糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）」、「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）」に基づき進めていきます。

【図表 4-1】

【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

対象者の選定基準にあたっては、大空町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき抽出すべき対象者を以下のとおりとし、優先順位をつけ介入していきます。

① 医療機関の未受診者、受診中断者

訪問、個別指導等で受診勧奨を行います。[優先順位1]

② 糖尿病治療者

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

訪問、個別指導等により医療機関と連携して保健指導を行います。

[優先順位2]

糖尿病性腎症重症化ハイリスク者を抽出するにあたっては「糖尿病性腎症病期分類（糖尿病性腎症合同委員会）」に基づいて行います。【図表4-2】

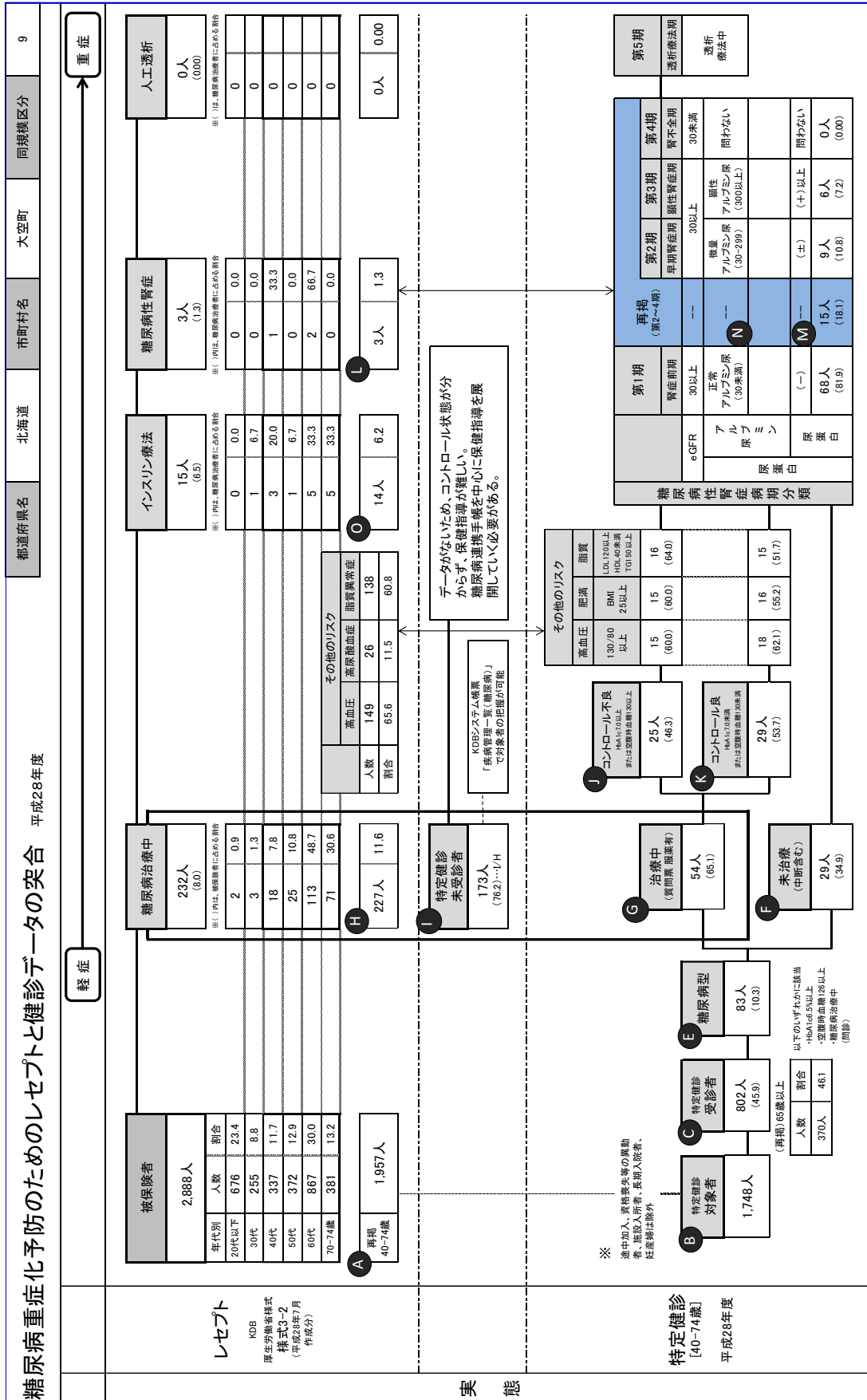
選定基準に基づく該当者は、レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行います。【図表4-3】

特定健診受診者のうち、糖代謝異常の判定基準に基づく「糖尿病型」は83人(10.3%・E)、そのうち29人(34.9%・F)が未治療でした。治療中54人(65.1%・G)であっても、25人(46.3%・J)は合併症予防目標のHbA1c7.0%以上のコントロール不良でした。また、糖尿病性腎症病期分類で見ると、15人(18.1%・M)が第2～3期に相当しています。

KDBで把握している糖尿病治療者は40歳から74歳227人(H)で、173人(76.2%・I)は特定健診未受診者となり、血糖コントロールをはじめその他のコントロール指標、合併症を見出すための検査項目について把握することが出来ていません。その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。

【図表4-2】

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	



(3) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症病期分類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・進行の抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、糖尿病性腎症の進行とともに太い血管にみられる合併症（大血管障害）のリスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となります。大空町においては、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ます。

【図表 4-4】

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> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <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ずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 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見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> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもと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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

② 対象者の管理（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【図表 4-5】及び年次計画表【図表 4-6】で行い、地区ごとに作成し管理していきます。

【図表 4-5】

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							

【図表 4-6】

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	
	他専門職との連携			
保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑩) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	
	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	
	結果把握(内訳)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん </div>	
	①国保(生保)	()人		
	②後期高齢者	()人		
	③他保険	()人		
	④住基異動(死亡・転出)	()人		
	⑤確認できず	()人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である		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 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医	
	⑩結果把握 ()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、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続	
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人 ----- 栄養士中心				
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 ----- 腎専門医				

(4) 医療との連携

医療機関の未受診者、受診中断者の受診勧奨にあたっては、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。治療中の人への対応は、「糖尿病連携手帳」を血糖コントロールが必要な人（過去にHbA1c6.5%以上になった人等）に、自己管理を目的として配布します。また、この手帳を活用し、保健指導の内容等をかかりつけ医に情報提供します。

(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する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。（地域包括支援センター職員は保健部門と兼務）

(6) 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。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て年に1回行い、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、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価票

【図表4-7】を用いて行っていきます。

① 短期的評価

ア. 受診勧奨者に対する評価

- a. 受診勧奨対象者への介入率
- b. 医療機関受診率
- c. 医療機関未受診者への再勧奨数

イ. 保健指導対象者に対する評価

- a. 保健指導実施率
- b. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ・ HbA1cの変化
 - ・ eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡以上低下）
 - ・ 尿蛋白の変化
 - ・ 服薬状況の変化

② 中長期的評価

糖尿病性腎症による透析導入者率

【図表 4-7】

糖尿病性腎症重症化予防の取組評価票											
項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数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	2,888人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		1,957人								
2	① 特定健診	B	1,748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 対象者数										
	③ 受診者数	C	802人								
	④ 受診率		45.9%								
3	① 特定保健指導		91人								
	② 実施率		35.2%								
4	① 健診データ	糖尿病型	E	83人	10.3%						特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	29人	34.9%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	54人	65.1%						
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	25人	46.3%						
		⑤ 血圧 130/80以上	J	15人	60.0%						
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	15人	60.0%						
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	29人	53.7%						
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	68人	81.9%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		9人	10.8%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		6人	7.2%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%						
5	① レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		80.3人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		116.0人							
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	1,121件	(596.9)			1,227件	(771.8)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ ()内は被保険者対	入院(件数)	8件	(4.3)			9件	(5.4)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	232人	8.0%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳		227人	11.6%						
		⑦ 健診未受診者	I	173人	76.2%						
		⑧ インスリン治療	O	15人	6.5%						
		⑨ (再掲)40-74歳		14人	6.2%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	3人	1.3%						
		⑪ (再掲)40-74歳		3人	1.3%						
		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	0.00%						
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0.00%						
		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)		4人	1.5%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費	総医療費		7億3768万円				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		4億0258万円				3億8078万円			
		③ (総医療費に占める割合)		54.6%				56.7%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,182円				8,685円			
		⑤ 健診未受診者	37,484円				33,204円				
		⑥ 糖尿病医療費		3500万円				3885万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.7%				10.2%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億0119万円							
		⑨ 1件あたり		35,908円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		7482万円							
		⑪ 1件あたり		580,035円							
		⑫ 在院日数		17日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		2293万円				3708万円			
		⑭ 透析有り		2098万円				3468万円			
		⑮ 透析なし		195万円				240万円			
7	① 介護	介護給付費		6億7728万円				7億5295万円			
② (2号認定者)糖尿病合併症		3件	60.0%								
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	1.1%			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	

(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届きしだい、糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

【図表 4-8】

日本人における虚血性心疾患の危険因子

【図表 4-8】

虚血性心疾患一次予防ガイドライン（2012年改訂版）		危険因子に基づく各学会のガイドライン参照
日本人における虚血性心疾患の危険因子	①年齢（男性45歳以上、女性55歳以上）	
	②家族歴	
	③喫煙	
	④脂質異常症	日本動脈硬化学会
	⑤高血圧	日本高血圧学会
	⑥耐糖能異常、糖尿病	日本糖尿病学会
	⑦肥満	日本肥満学会
	⑧メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム診断基準委員会
	⑨CKD	日本腎臓学会
	⑩ストレス	

(2) 対象者の明確化

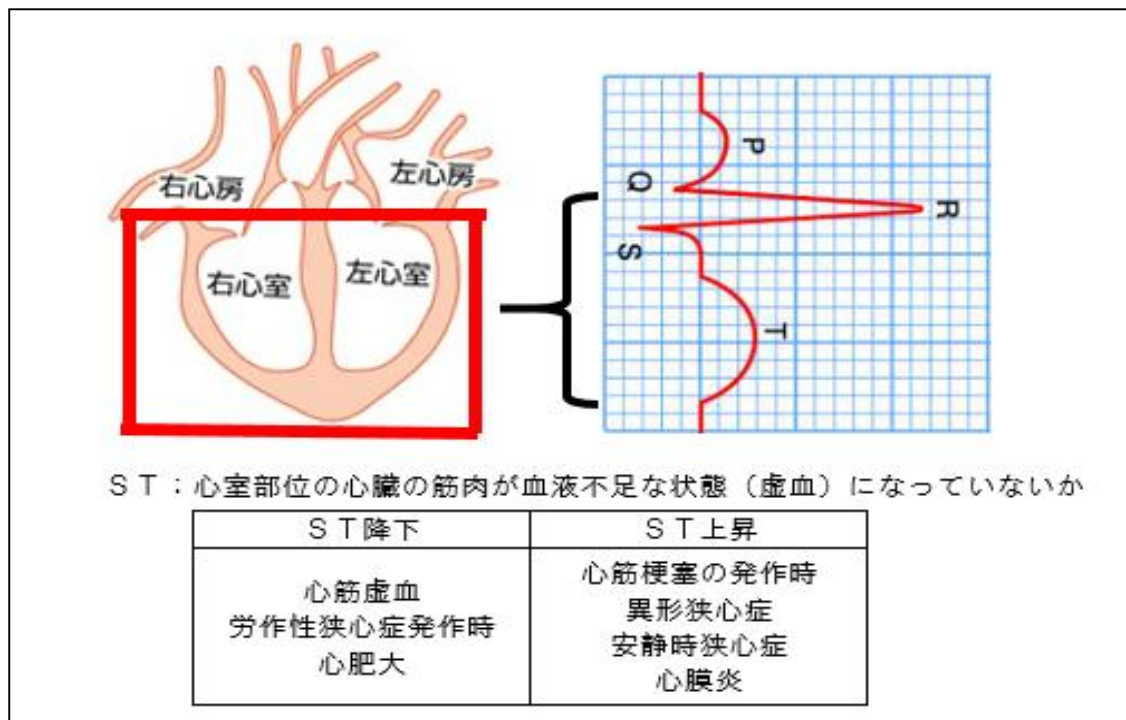
① 心電図検査からの把握

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一つです。心電図は、心臓の拍動時の電気刺激の伝わり方を波形で表したもので、波形の各部は、それぞれ「P、Q、R、S、T、U」と呼ばれており、それぞれが心臓の特定の活動を表しています。【図表 4-9】心筋の障害や虚血、心室肥大などの有無は、ST部分の波形をみていきます。虚血性心疾患でも、心電図のST変化を起こすことがあります。心電図検査を毎年実施し、昨年と同じか、専門医にすぐ紹介して検査をするべきか、かかりつけ医で精密検査するか、血圧、血糖等のリスクと合わせた判断が必要になります。

大空町において、心電図検査はみなし健診を除き全員に実施しています。実施者数は804人【図表 4-10】で、そのうちST変化や狭心症などの心筋虚血所見があったのは31人でした。虚血・ST変化あり31人中3人は要精密検査であり、その後の受診状況をみると1人は未受診でした。医療機関未受診者は血圧、血糖など

のリスクを有する者であった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。また要精密検査には該当しないがST変化ありの28人に対しては、心電図におけるST変化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 4-9】



【図表 4-10】

心電図検査結果

	心電図検査(a)		虚血・ST変化あり(b)		その他の所見(c)		異常なし(d)	
	(人)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/a)(%)	(人)	(d/a)(%)	
平成28年度	804	31	3.8	185	23.0	588	73.2	

大空町健診結果

② 心電図以外からの把握

虚血性心疾患の発症は、加齢や遺伝などに加えて、メタボリックシンドローム(肥満)、高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病(CKD)、喫煙など介入可能な危険因子の関与が明らかにされています。メタボリックシンドロームの診断基準では、内臓脂肪蓄積は、高血圧、高中性脂肪血症、低HDL血症、高血糖を生じそれぞれが心血管疾患のリスク上昇につながるとあります。また、LDLコレステロールは単独の動脈硬化の危険因子です。

このことから、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたは、LDLコレス

テロールのタイプ別に把握していきます。

大空町において、健診受診者（30歳代も含む）867人【図表4-11】のうち、メタボリックシンドローム該当者は163人（18.8%）、予備群は98人（11.3%）でした。メタボなしLDLコレステロール180mg/dl以上は34人（3.9%）でした。

平成28年度

【図表4-11】

受診者数	メタボ該当者	メタボ予備群	メタボなし			Non-HDL		CKD	
			LDL-C			190-	170-189		
			140-159	160-179	180-			G3A1~	
867	163 18.8%	98 11.3%	606 69.9%	160 18.5%	56 6.5%	34 3.9%	63 7.3%	73 8.4%	124 14.3%

大空町健診結果（30歳代含む）

（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4-12】の問診が重要です。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、対象者が身体の状態をイメージしやすいように保健指導教材を活用し、対象者に応じた保健指導を行います。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を勧奨します。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を勧奨します。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4-12】

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

虚血性心疾患では糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであり、糖尿病管理台帳は合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日の記載欄、糖以外の項目で慢性腎臓病（CKD）も設けてあることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行います。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

虚血性心疾患の重症化予防をするために、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、治療中の人には血管リスク低減に向け、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。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て年1回行い、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、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

② 中長期的評価

虚血性心疾患の総医療費に占める割合

（７）実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届きしだい糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後次、対象者へ介入（通年）

3) 脳血管疾患重症化予防

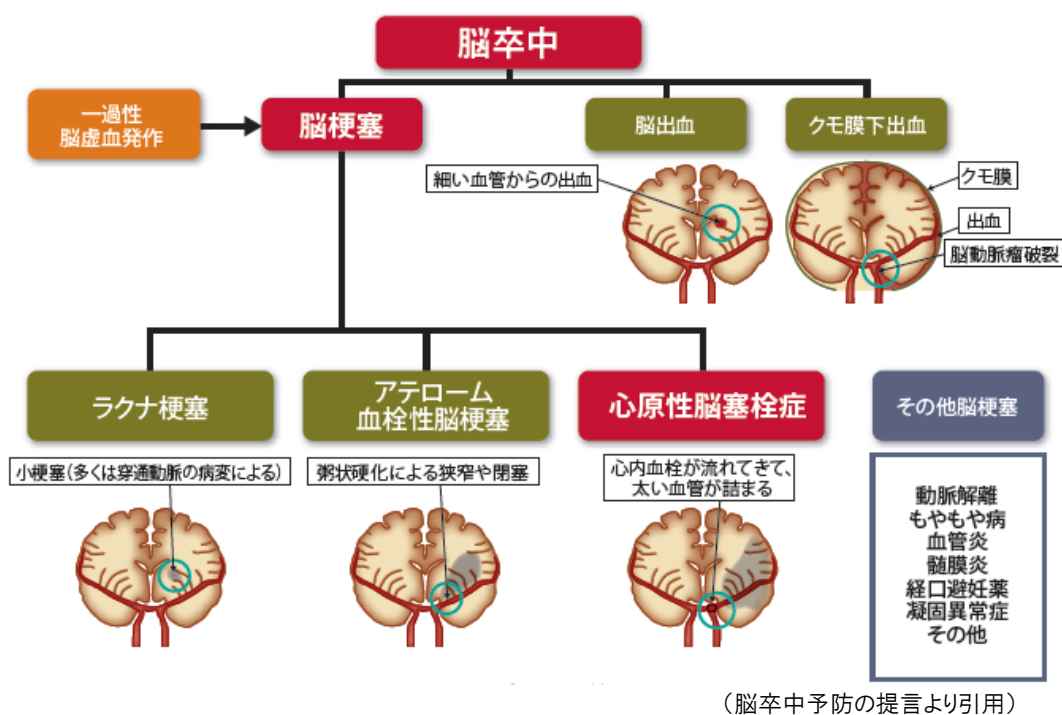
(1) 基本的な考え方

脳血管疾患の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き進めていきます。

【図表 4-13、14】

【脳卒中の分類】

【図表 4-13】



【図表 4-14】

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

心房細動があると心房という心臓の部屋が収縮できず、心臓内部で血流が滞留します。そのため血の塊である血栓ができやすく、それが血流にのって脳動脈を詰まらせ、脳梗塞(心原性脳塞栓)を発症します。他の病型と比べて「死亡」や「寝たきり」になる頻度が多いです。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、治療することで予防が期待できます。

(脳卒中予防の提言より引用)

(2) 対象者の明確化

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します。その際、治療の有無も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握を明確にします。

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子であり、重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が24人(3.0%)で、20人は未治療者でした。また未治療者のうち10人は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要です。治療中のⅡ度高血圧である人も4人(1.8%)いるため、医療機関と連携した保健指導が必要です。

心電図検査において12人が心房細動の所見がありました。また12人のうち10人は既に心疾患で治療が開始されていましたが、2人は健診で心電図検査を受けることで発見ができた受診勧奨が必要な対象者です。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を継続します。【図表4-15、16】

【図表 4-15】

特定健診受診者における重症化予防対象者

リスク因子 (はハイリスク)	高血圧症		糖尿病		脂質異常症		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
	Ⅱ度高血圧以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者 (2項目以上)		蛋白尿 (2+) 以上		eGFR50未満 70歳以上40未満	
特定健診受診者における重症化予防対象	24	3.0%	39	4.9%	34	4.2%	12	1.5%	155	19.3%	5	0.6%	17	2.1%
受診者数 802人	24	3.0%	39	4.9%	34	4.2%	12	1.5%	155	19.3%	5	0.6%	17	2.1%
治療なし	20	3.4%	24	3.2%	31	5.2%	3	0.6%	36	7.6%	0	0.0%	4	0.8%
治療あり	4	1.8%	15	27.3%	3	1.5%	9	2.7%	119	36.1%	5	1.5%	13	4.0%
臓器障害あり	10	50.0%	10	41.7%	7	22.6%	3	100.0%	9	25.0%	0	--	4	100.0%
臓器障害ありきのうち														
CKD(専門医対象者)	0		0		0		0		1		0		4	
尿蛋白(2+)以上	0		0		0		0		0		0		0	
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0		0		0		0		0		0		0	
eGFR50未満(70歳未満は40未満)	0		0		0		0		1		0		4	
心電図所見あり	10		10		7		3		8		0		0	

KDB・特定健診データ管理システム

【図表 4-16】

心電図検査における心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		心疾患治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
12	100	2	16.7	10	83.3

(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、対象者が身体の状態をイメージしやすいように保健指導教材を活用し、対象者に応じた保健指導を行います。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を勧奨します。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を勧奨します。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

ア. 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きます。

【図表 4-17】

血圧評価表																			
番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ													
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧							
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GF	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27	
						治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期		

イ. 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心房細動管理台帳を作成し経過を把握していきます。

【図表 4-18】

心房細動管理台帳																							
番号	登録年度番号	基本情報				治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること												
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26年度				H27年度				H28年度			
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定

(4) 医療との連携

脳血管疾患の重症化予防をするために、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、治療中の人には血管リスク低減に向け、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点を設けます。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て年 1 回行い、その際は血圧評価表、心房細動管理台帳、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、他の糖尿病性腎症・虚血性心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

② 中長期的評価

脳血管疾患の総医療費に占める割合

(7) 実施期間及びスケジュール

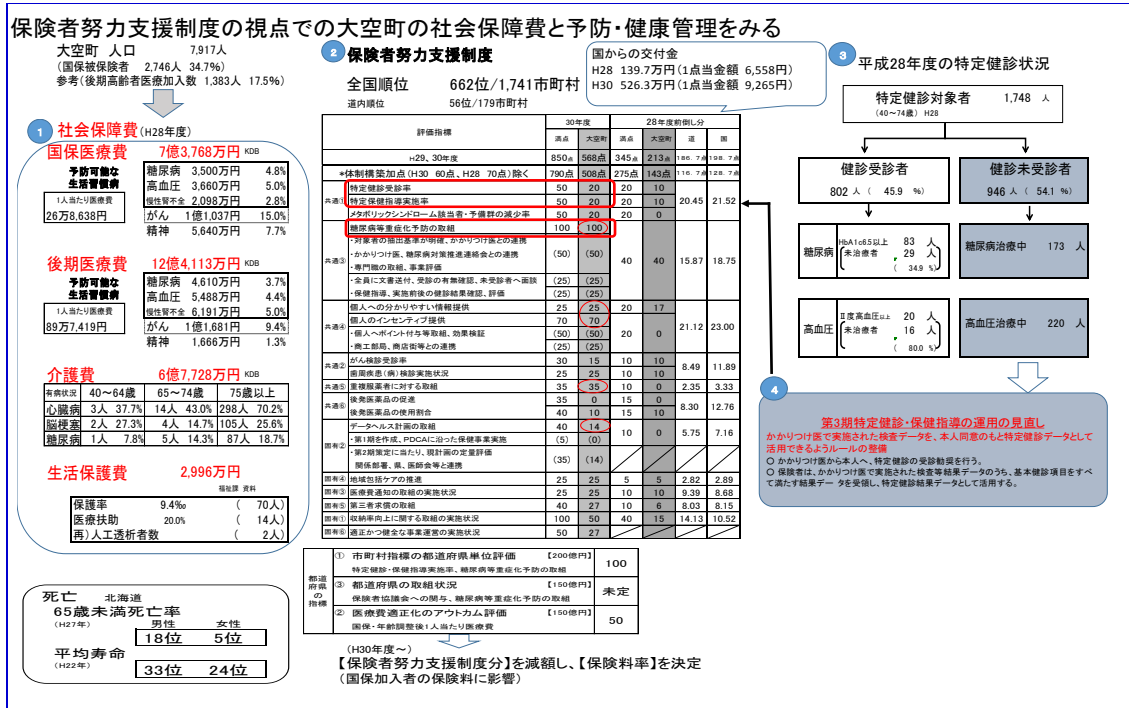
4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

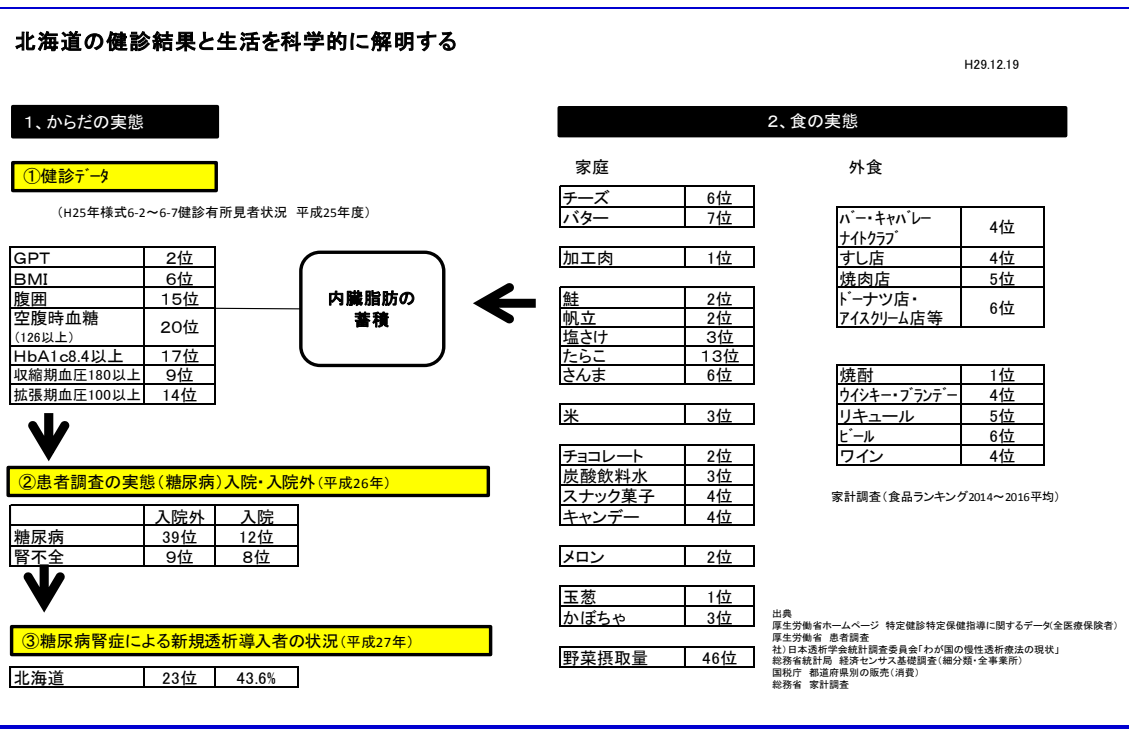
5月～特定健診結果が届きしだい糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後次、対象者へ介入（通年）

3. 広く町民に周知・啓発する取組（ポピュレーションアプローチ）

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 4-19、20】



【図表 4-20】



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先送りにできるか、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(平成 21 年度老人保健健康増進等事業『地域包括研究会報告書』平成 22 年 3 月)がありました。

市町村国保は、高齢者人口が多いという特性があります。KDB・レセプトデータを活用して分析を行い、介護予防や生活支援の対象となる被保険者を抽出し、受診勧奨や保健指導、保健事業を実施していくことが介護予防につながります。また、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との連携や情報共有を行っていくことが重要です。

重度の要介護状態となる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保被保険者の生活習慣病の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少や健康寿命の延伸につながります。要介護状態になる人を少しでも減らしていくために、要介護認定に至った背景を分析し、KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者に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なります。

1. 重症化予防及び介護予防の取組

大空町における 40 歳から 64 歳の第 2 号被保険者の要介護認定数が、平成 25 年から平成 28 年に倍増している状況【図表 2-4】と、第 2 号被保険者の有病状況では全員が脳卒中等の血管疾患で治療している状況【図表 2-9】から、基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病の重症化予防が重要となります。

重症化を予防していくために、特定健診の受診率向上に向けた取組を行い、対象者に対して生活習慣改善に向けた保健指導を実施していきます。

また、高齢者が地域で生き生きと暮らすことができるよう、介護予防講演会や介護予防・介護技術講習会、認知症予防事業を実施し、介護予防に努めていきます。今後は KDB を活用し実態を踏まえ、認知症や脳血管疾患、筋骨格系疾患等の予防に向け、事業を継続して実施します。

2. 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護の連携推進業務は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで送ることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関や介護サービス事業者など様々な関係者の連携を推進することを目的にしています。

在宅医療と介護の連携の強化を進めるために、斜網地域で医療・介護連携強化連絡会議を平成 28 年度に道の「多職種連携協議会」に位置付けし、平成 30 年度から広域で医療と介護等が連携できるよう体制の準備を行いました。医療や介護が必要になっても自分らしい生活を送ることができるよう支援体制を構築していきます。

3. 地域ケア会議の推進

介護保険分野での地域ケア会議において、KDBを活用した地域の健康状況等の情報提供を行い、関係者と地域の課題を理解し、共通認識を深めていきます。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

毎年、事業実施後に評価をし、改善すべきところは改善しつつ事業を実施します。計画の最終年度の平成35年度には、次期計画の策定に向けた評価を行います。

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

【図表6】

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護認定率など)

KDBの健診・医療・介護データを基に、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定期的に評価します。

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解決としての重症化予防事業の実施状況については、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て広く町民に周知し、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。

また、公表・周知にあたっては、計画の要旨等をまとめた簡易版を作成する等して被保険者、保健医療関係者の理解を促進します。

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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

資料編

1. 平成 30 年度に向けての法定計画等の位置づけ
2. 様式 6-1 国・道・同規模平均と比べてみた大空町の位置
3. 用語解説

1. 平成30年度に向けての法定計画等の位置づけ

		※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	「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」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機 能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障 制度が維持可能なもの となるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の 予防 対策 を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患 者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を 抑え 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 保 険者 がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の財政基礎強化 が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護状 態または要支援状態となることの 予防 又は、要介護 状態等の 軽減 もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民皆保険を堅持 し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようにしていくとともに、 良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 保 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効 率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に係る項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコー ル摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		<p>保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>			<p>保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携</p>	

2. 様式6-1 国・道・同規模平均と比べてみた大空町の位置

No. 1

項目	項目	H25年		H28年						データ元 (CSV)					
		大空町		大空町		同規模平均		道			国				
		実数	割合	実数	割合		割合		割合		実数	割合			
1	① 人口構成 平成22年度 国勢調査	総人口		7,917		7,917		1,815,204		5,475,176		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）		2,316 29.3		2,316 29.3		575,561 31.7		1,356,131 24.8		29,020,766 23.2			
		75歳以上		1,328 16.8		1,328 16.8				669,235 12.2		13,989,864 11.2			
		65～74歳		988 12.5		988 12.5				686,896 12.5		15,030,902 12.0			
		40～64歳		2,778 35.1		2,778 35.1				1,932,595 35.3		42,411,922 34.0			
	39歳以下		2,823 35.7		2,823 35.7				2,186,450 39.9		53,420,287 42.8				
	② 産業構成 平成22年度 国勢調査	第1次産業		40.7		40.7		18.4		7.7		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第2次産業		11.3		11.3		25.5		18.1		25.2			
		第3次産業		48.0		48.0		56.1		74.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性		80.2		80.2		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.0		87.0		86.4		86.3		86.4					
④ 健康寿命	男性		65.1		65.1		65.2		64.9		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性		66.8		66.8		66.7		66.5		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		90.9		81.2		104.8		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性													
		女性		81.8		86.0		100.8		97.6		100			
		死因	がん		25 40.3		26 37.1		6,817 45.1		18,759 51.6		367,905 49.6		
			心臓病		23 37.1		27 38.6		4,392 29.1		9,429 25.9		196,768 26.5		
			脳疾患		8 12.9		10 14.3		2,661 17.6		4,909 13.5		114,122 15.4		
			糖尿病		0 0.0		1 1.4		274 1.8		669 1.8		13,658 1.8		
	腎不全		3 4.8		4 5.7		548 3.6		1,543 4.2		24,763 3.3				
	自殺		3 4.8		2 2.9		409 2.7		1,080 3.0		24,294 3.3				
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計		14 14.4		5 4.5				11.1		10.5		厚労省HP 人口動態調査	
男性		9 18.0		3 5.7				13.7		13.5					
女性		5 10.6		2 3.4				8.2		7.2					
3	① 介護保険	第1号被保険者認定者		452 19.4		452 19.7		114,751 20.1		315,539 23.0		5,885,270 21.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		8 0.35		6 0.26		1,910 0.3		5,299 0.3		105,636 0.3			
		第2号被保険者認定者		4 0.14		8 0.29		2,325 0.4		7,541 0.4		151,813 0.4			
	② 有病状況	糖尿病		82 17.9		92 18.0		25,230 21.2		82,322 25.0		1,350,152 22.1			
		高血圧症		279 59.6		265 57.2		64,783 54.6		169,738 51.7		3,101,200 50.9			
		脂質異常症		112 23.9		120 25.4		31,854 26.7		100,963 30.7		1,741,866 28.4			
		心臓病		315 69.2		314 67.4		73,398 61.9		189,496 57.9		3,529,682 58.0			
		脳疾患		121 27.3		111 24.8		33,188 28.2		79,966 24.6		1,538,683 25.5			
		がん		45 8.9		48 10.0		11,653 9.7		38,646 11.6		631,950 10.3			
		筋・骨格		232 49.4		236 51.9		63,731 53.7		168,752 51.4		3,067,196 50.3			
精神		202 44.1		229 47.2		44,036 37.1		121,460 36.9		2,154,214 35.2					
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		64,700		67,084		70,589		57,970		58,284				
	居宅サービス		31,056		33,218		40,981		38,885		39,662				
	施設サービス		286,415		305,007		275,251		283,121		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別		認定あり		7,964		8,477		8,457		7,980				
	医療費（40歳以上）		認定なし		3,503		4,516		4,122		4,605		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数		3,135		2,746		492,460		1,312,713		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		865 27.6		908 33.1				547,063 41.7		12,462,053 38.2			
		40～64歳		1,204 38.4		970 35.3				441,494 33.6		10,946,693 33.6			
		39歳以下		1,066 34.0		868 31.6				324,156 24.7		9,178,477 28.2			
	加入率		39.6		34.7		27.7		24.0		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1 0.3		1 0.4		144 0.3		569 0.4		8,255 0.3			
		診療所数		3 1.0		3 1.1		1,108 2.2		3,377 2.6		96,727 3.0			
		病床数		82 26.2		82 29.9		15,468 31.4		96,574 73.6		1,524,378 46.8			
		医師数		3 1.0		4 1.5		1,575 3.2		12,987 9.9		299,792 9.2			
		外来患者数		628.6		630.4		660.2		646.1		668.1			
入院患者数		16.8		16.8		22.7		22.9		18.2					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		20,607 道内150位		21,836 県内166位 同規模222位		26,488		27,782		24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		645,429		647,238		682,952		668.94		686.286				
	外 来	費用の割合		60.7		59.9		56.6		55.2		60.1			
		件数の割合		97.4		97.4		96.7		96.6		97.4			
	入 院	費用の割合		39.3		40.1		43.4		44.8		39.9			
		件数の割合		2.6		2.6		3.3		3.4		2.6			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	がん		84,868,950 20.9		110,374,750 27.4		24.1		28.5		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
	慢性腎不全（透析あり）		18,616,510 4.6		20,984,590 5.2		9.1		6.5		9.7				
	糖尿病		34,958,090 8.6		35,002,340 8.7		10.2		9.2		9.7				
	高血圧症		52,279,710 12.9		36,605,590 9.1		9.2		7.9		8.6				
	精神		50,651,440 12.5		56,408,370 14.0		17.5		17.2		16.9				
	筋・骨格		97,634,020 24.0		74,411,540 18.5		16.1		16.3		15.2				

項目			H25年		H28年		H28年				データ元 (CSV)					
			大空町		大空町		同規模平均		道			国				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合			
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	577,418	75位 (18)	580,035	88位 (17)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	644,185	46位 (13)	600,309	99位 (11)								
				脂質異常症	551,824	89位 (13)	622,791	39位 (12)								
				脳血管疾患	633,820	102位 (18)	826,190	16位 (17)								
				心疾患	590,883	149位 (15)	610,400	130位 (17)								
				腎不全	927,888	30位 (17)	516,857	148位 (8)								
				精神	456,000	103位 (23)	585,498	16位 (23)								
		悪性新生物	703,389	26位 (14)	725,625	24位 (13)										
		県内順位 順位総数183	外来	糖尿病	33,588	142位	35,908	119位								
				高血圧	27,588	154位	29,215	137位								
				脂質異常症	27,358	135位	28,408	112位								
				脳血管疾患	33,960	128位	41,472	43位								
				心疾患	48,906	36位	41,467	101位								
				腎不全	208,630	28位	184,735	42位								
	精神			26,413	150位	29,013	102位									
	悪性新生物	44,937	123位	54,578	92位											
	⑥	健診有無別 一人当たり 医療費	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,817		2,383		3,127		1,429		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				健診未受診者	6,334		12,438		11,954		15,426		12,339			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,352		7,182		8,685		4,353		6,742			
健診未受診者				27,779		37,484		33,204		46,986		35,459				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	417	51.7	418	53.5	87,076	57.0	143,243	57.4	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	384	47.6	387	49.6	79,315	51.9	131,617	52.7	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	33	4.1	31	4.0	7,761	5.1	11,626	4.7	357,742	4.5				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 県内順位 順位総数183	メタボ メタボ該当・予備群 レベル	健診受診者	807		781		152,769		249,675		7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				受診率	40.7	道内47位	44.6	県内55位 同規模117位	43.7		27.5	全国44位	36.4			
				特定保健指導終了者 (実施率)	38	36.2	32	35.2	1499	8.1	938	3.5	35,557	4.1		
				非肥満高血糖	29	3.6	38	4.9	15,303	10.0	19,584	7.8	737,886	9.3		
				メタボ	該当者	131	16.2	153	19.6	27,745	18.2	42,055	16.8	1,365,855		17.3
					男性	105	27.9	114	31.4	19,338	27.2	28,852	27.8	940,335		27.5
					女性	26	6.0	39	9.3	8,407	10.3	13,203	9.0	425,520		9.5
					予備群	92	11.4	80	10.2	17,604	11.5	26,495	10.6	847,733		10.7
				メタボ	男性	71	18.9	61	16.8	12,301	17.3	18,510	17.9	588,308		17.2
					女性	21	4.9	19	4.5	5,303	6.5	7,985	5.5	259,425		5.8
					総数	273	33.8	280	35.9	51,074	33.4	77,338	31.0	2,490,581		31.5
					男性	213	56.6	203	55.9	35,501	50.0	53,297	51.4	1,714,251		50.2
				BMI	女性	60	13.9	77	18.4	15,573	19.1	24,041	16.5	776,330		17.3
					総数	43	5.3	43	5.5	9,243	6.1	16,335	6.5	372,685		4.7
					男性	5	1.3	10	2.8	1,548	2.2	2,776	2.7	59,615		1.7
					女性	38	8.8	33	7.9	7,695	9.4	13,559	9.3	313,070		7.0
				血糖のみ	8	1.0	4	0.5	1,199	0.8	1,436	0.6	52,296	0.7		
					血圧のみ	57	7.1	49	6.3	12,440	8.1	18,409	7.4	587,214		7.4
					脂質のみ	27	3.3	27	3.5	3,965	2.6	6,650	2.7	208,214		2.6
血糖・血圧	19	2.4	24		3.1	4,996	3.3	6,203	2.5	212,002	2.7					
血糖・脂質	8	1.0	7		0.9	1,510	1.0	2,088	0.8	75,032	0.9					
血圧・脂質	67	8.3	76		9.7	12,772	8.4	21,216	8.5	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	37	4.6	46		5.9	8,467	5.5	12,548	5.0	415,310	5.3					
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	214	26.5	214	27.4	54,561	35.7	83,160	33.3	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	44	5.5	54	6.9	12,934	8.5	18,205	7.3	589,711	7.5			
			脂質異常症	164	20.3	200	25.6	34,459	22.6	61,645	24.7	1,861,221	23.6			
		既往歴	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	15	1.9	18	2.4	4,709	3.3	8,245	3.5	246,252	3.3			
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	22	2.7	33	4.3	8,283	5.7	13,251	5.6	417,378	5.5			
			腎不全	3	0.4	4	0.5	1,808	1.2	1,163	0.5	39,184	0.5			
			貧血	111	13.8	131	17.1	12,100	8.4	22,312	9.4	761,573	10.2			
		喫煙	146	18.1	158	20.2	23,837	15.6	41,773	16.7	1,122,649	14.2				
		週3回以上朝食を抜く	74	9.2	75	9.8	10,687	7.7	23,367	10.4	585,344	8.7				
		週3回以上食後間食	170	21.1	157	20.5	18,294	13.1	35,967	16.1	803,966	11.9				
		週3回以上就寝前夕食	105	13.1	89	11.7	22,957	16.4	32,801	14.7	1,054,516	15.5				
		食べる速度が速い	224	27.9	217	28.4	37,935	27.2	61,284	27.4	1,755,597	26.0				
		20歳時体重から10kg以上増加	278	34.6	291	38.1	46,884	33.5	74,549	33.3	2,192,264	32.1				
		1回30分以上運動習慣なし	636	79.1	620	81.2	92,124	65.7	139,348	61.9	4,026,105	58.8				
1日1時間以上運動なし	402	50.0	359	47.0	67,794	48.5	107,812	48.0	3,209,187	47.0						
睡眠不足	173	21.5	175	22.9	32,751	23.6	50,615	22.6	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	144	17.9	128	16.8	37,751	26.0	49,556	21.9	1,886,293	25.6						
時々飲酒	230	28.6	248	32.5	31,060	21.4	59,555	26.3	1,628,466	22.1						
一日飲酒量	1合未満	321	53.9	343	56.4	57,553	59.5	86,467	58.1	3,333,836	64.0					
	1~2合	187	31.4	178	29.3	25,692	26.5	39,620	26.6	1,245,341	23.9					
	2~3合	60	10.1	65	10.7	10,133	10.5	17,547	11.8	486,491	9.3					
	3合以上	27	4.5	22	3.6	3,402	3.5	5,131	3.4	142,733	2.7					

3. 用語解説

【「あ行」の用語】

用語	解説
eGFR	推算糸球体ろ過量の略で腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。
インスリン抵抗性	インスリンがたくさん出ていても効かず、血糖が下げられない状態になっていること。
インスリン療法	外部からインスリンを投与することにより、できる限り正常に近いインスリン分泌動態を得ることを目的とする治療法。
インセンティブ制度	業務の成果や実績に応じて奨励金などを変化させる制度。
HDLコレステロール	善玉コレステロールと呼ばれる。主に体内の組織からコレステロールを受け取り肝臓に運ぶ。
AST (GOT)	心筋、肝臓、骨格筋、腎臓などに多く含まれる酵素の一つ。これらの臓器に障害があると、血液中に出て数値が高くなる。
ALT (GPT)	肝臓に多く含まれる酵素の一つ。肝臓に障害があると、血液中に出て数値が高くなる。
LDLコレステロール	低比重リポ蛋白(LDL)として血中に存在するコレステロール。HDLコレステロールが善玉コレステロールと呼ばれるのに対し、悪玉コレステロールと呼ばれる。LDLは肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。

【「か行」の用語】

用語	解説
介護給付費	1年間の介護保険給付費の総額のこと。介護給付にかかる費用及び予防給付に要する費用の合計。

介護保険	高齢者の介護サービスや介護支援を保障するためのもので社会保障制度の一種。平成12年に施行された介護保険法に基づいて実施されるもので、市町村が運営し、被保険者はその住民で65歳以上の者（第1号被保険者）と、40歳以上65歳未満で医療保険に加入している者（第2号被保険者）とに分類される。
介護保険 1号認定者	65歳以上で介護が必要と認定された者をいう。
介護保険 2号認定者	40歳以上65歳未満で、介護が必要と認定された者をいう。
介護保険事業計画	地方自治体が策定する介護保険の保険給付を円滑に実施するための計画。
ガイドライン	医療者と患者が特定の臨床状況での適切な診療の意思決定を行うことを助ける目的で系統的に作成された文書。ここでは、高血圧ガイドライン、動脈硬化性疾患予防ガイドライン、メタボリックシンドロームの診断基準、糖尿病治療ガイド等をさす。
拡張期血圧 収縮期血圧	拡張期血圧は心臓が拡張して全身から血液が心臓に戻ってくるときに血管にかかる圧のこと。いわゆる下の血圧のこと。収縮期血圧は心臓が収縮して全身に血液を送り出す時に、血管にかかる圧のこと。いわゆる上の血圧。
γ -G T (γ -G T P)	肝臓、腎臓、膵臓等に含まれる酵素の一つ。アルコールに敏感で、お酒に反応して高い数値が出やすくなる。
基礎疾患	ある疾患の原因となる疾患。例えば、高血圧症は虚血性心疾患の基礎疾患。
狭心症	虚血性心疾患の一つ。動脈硬化等により心筋（心臓の筋肉）が一過性に虚血となることで起きる。
虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下、または遮断され障害が生じた状態をいう。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが原因とされている。

虚血性心疾患の一次予防ガイドライン	日本人を対象として、一般臨床での狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患の初回発症の予防（一次予防）に寄与することを目的としている。虚血性心疾患の発症は、加齢や遺伝などに加えて、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙など介入可能な危険因子の関与が明らかにされている。
居宅サービス、施設サービス	介護サービスのことで、大きく居宅サービスと施設サービスに分けられる。居宅サービスとは、通所介護（デイサービス）や訪問介護、訪問看護、通所リハビリテーションなどの自宅にいながら利用できる介護サービスのこと。施設サービスとは、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などに入所している方が利用する介護サービスのこと。
筋骨格疾患	筋肉、腱、神経などに生じる痛みを伴った疾患のこと。
空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖濃度。空腹時血糖が 126mg/dl 以上になると糖尿病型と判断される。
血管機能の非侵襲的評価法に関するガイドライン	血管機能検査法が心血管疾患管理において標準的に利用されることを目的とし、検査・病態を記したもの。
血清クレアチニン	腎機能の指標に用いられる数値の一つ。筋肉中に含まれるクレアチニン（筋肉を動かす時に必要なエネルギー物質）が分解された時にできる物質。
血清尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が肝臓で分解される際、エネルギー代謝の過程で生じる老廃物。
健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差。
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
健康日本 21	地域の実情に即した目標を設定して取組むために策定された計画。科学的根拠に基づき対象者を明確にしたうえで、特に生活習慣病の一次予防に重点をおき、個人が主体的に健康づくりに取組むことを重視し、壮年期の死亡の減少や健康寿命の延伸を実現し、全ての人の生活の質の向上を図ることを目的としている。

後期高齢者医療制度	高齢者の疾病、負傷、死亡に関して必要な給付を行う公的医療保険制度。75歳以上の後期高齢者、60～74歳で一定の障がい状態にある人が被保険者となる。
高血圧症	血圧が高い状態。日本高血圧学会では、収縮期血圧が140mmHg以上、拡張期血圧が90mmHg以上の両方、またはどちらか一方を満たすことを基準としている。高血圧の度合いは3段階に分けられる。 I度高血圧：軽症 140～159mmHg／90～99mmHg II度高血圧：中等症 160～170mmHg／100～109mmHg III度高血圧：重症 180mmHg以上／110mmHg以上
高血圧治療ガイドライン 2014	高血圧患者に最適な治療を提供するための標準的な指針とその根拠を記したもの。
厚生労働省	日本の行政機関の一つ。国民生活の保障及び向上を図り、並びに経済の発展に寄与するため、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進並びに労働条件その他の労働省の働く環境の整備及び職業の確保を図ることを任務とする。
後発医薬品	ジェネリック医薬品。新薬（先発医薬品）の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。
国勢調査	日本に居住するすべての人を対象にした、年齢・世帯・就業・住宅など人口の基礎的属性を知るための調査。
国保データベース（KDB）システム	国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけでなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できるシステム

【「さ行」の用語】

用語	解説
最大医療資源傷病名	国保データベース（KDB）システムにおける、主傷病名のこと。最大医療資源傷病名により傷病分析を行うことにより、地域において医療費負担の割合の大きい疾病を明らかにし、原因を究明するとともに保健事業のターゲットを絞ることが可能になる。また、全国で同一の方法で主傷病名を決定することにより、疾病別医療費について他県、同規模保険者や全国との比較を容易にすることができる。
産業（構成）	人々が生活するうえで必要とされるものを生み出したり、提供したりする経済活動。3つに分けられる。 第1次産業：農業、狩猟、漁業及び鉱業 第2次産業：製造業、建設業および電気・ガス・水道などの公益事業 第3次産業：商業、金融業、運輸業およびサービス業
GOT （AST）	ASTに同じ。
CKD診療ガイド	CKD(慢性腎臓病)診療の標準化と末期腎不全への進展阻止、心血管病の予防につながる要点を記したもの。
脂質異常症	血液中に含まれる脂質が過剰、もしくは不足している状態。動脈硬化や、心筋梗塞等の要因になると考えられている。
GPT （ALT）	ALTに同じ。
心筋虚血	心筋に、酸素や栄養を含む血液を送り込む冠動脈が、動脈硬化などの原因で狭くなったり閉塞したりして血液が行かなくなること。
心筋梗塞	虚血性心疾患の一つ。心筋に酸素や栄養を供給している血管に閉塞や狭窄等が起きて、心筋の虚血及び壊死が起きる。
人工透析	腎不全等で腎機能が低下し、体内の老廃物を排泄できなくなった場合等に、人工的に血液をろ過する方法。
心房細動	不整脈の一種。心房がけいれんを起こしたように細かく波打った状態。それにより、心房に血栓ができやすくなり、血栓が脳に飛び、脳の血管が詰まるリスクが高まる病気。
診療報酬明細書 （レセプト）	患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書。

生活習慣病	糖尿病、循環器病（脳血管疾患・心疾患など）、がん及び歯周病などが代表的なもので、食生活、運動、休養、喫煙及び飲酒など日常生活習慣の在り方が心身の健康状態を悪化することに大きく影響し、発症する疾病のこと。
生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言	新規透析導入患者減少のために、CKDの発症予防・早期発見・重症化予防をどう実現していくのか、実現に向けてしなければならないことを国民、特定健診を実施する保険者、行政、保健指導に携わる医療従事者、かかりつけ医に具体的に示したものの。
生活保護	資産や能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する方に対し、困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限の生活を保障し、その自立を助長する制度。
早世	早く世を去ること。早死にしてしまうこと。

【「た行」の用語】

用語	解説
第三者求償	国民健康保険に加入されている方が、交通事故等、第三者（加害者）の不法行為によって生じた保険給付について、保険者（市町等）が立て替えた医療費等を加害者に対して損害賠償請求すること。
地域包括ケア	厚生労働省において、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制。
地域包括支援センター	介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関。
中性脂肪	肝臓で作られたり、食物から吸収されたりする脂質の一種で、体を動かしたり、体温を維持したりするエネルギー源となる。中性脂肪の値が高くなり、皮下脂肪や肝臓などに過剰に蓄積されると、脂質異常症やメタボリックシンドローム、脂肪肝、肥満、動脈硬化などへとつながっていく。
データヘルス計画	特定健診の結果やレセプト等のデータ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCAサイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画。

同規模町村	人口規模が同じ程度の町村をいう。
糖尿病	インスリンが分泌されなくなる、もしくはインスリンは分泌されるが効かなくなるなどによって、細胞に糖が正常に取り込めなくなり、慢性の高血糖となる疾患。
糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで腎臓の機能（主に糸球体）に障害が起きること。
糖尿病性腎症重症化予防プログラム	国民健康保険の被保険者を対象に、専門医・かかりつけ医・町が互いに連携、協力し、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むプログラム。
糖尿病性腎症病期分類	尿の中のアルブミンが微量の時期は、第一期（腎症前期）～第二期（早期腎症期）と呼ばれている。これより進行すると第三期（顕性腎症期）とよばれるステージになる。そして第四期（腎不全期）を経て最後のステージが第五期（透析療法期）になる。第五期になると、腎機能がかなり低下してしまうため人工透析を受けなければいけなくなる。
糖尿病治療ガイド	糖尿病診療の基本的な考え方、標準的な糖尿病の治療指針についてまとめたもの。
糖尿病連携手帳	検査値や治療内容、合併症の検査所見などが記録でき、地域連携として、病診連携の役割を担う手帳。
動脈硬化	動脈壁への代謝産物の病的沈着などにより、壁細胞の増殖・再構築などをきたし、動脈壁が弾力性や柔軟性を失った病的状態をいう。
特定健康診査(特定健診)	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で平成 20 年 4 月から医療保険者に義務付けられた 40 歳から 74 歳までを対象とする健診。
特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。（よりリスクの高い方が積極的支援）

特別調整交付金	市町村間での医療費の水準や住民の所得水準の違いによって生じる国民健康保険の財政力の不均衡を調整するため、国が市町村に交付する国庫補助金。保険者努力支援制度では、各国保組合の取組を特別調整交付金に反映。
---------	--

【「な行」の用語】

用語	解説
日本再興戦略	平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略で、安倍政権の経済政策であるアベノミクスの 3 本の矢（第 1 の矢：「大胆な金融政策」、第 2 の矢「機動的な財政政策」、第 3 の矢「投資を喚起する成長戦略」）のうちの第 3 の矢といわれている。その中で健康長寿社会の実現を目指している。
日本人の食事摂取基準（2015 年版）	厚生労働省が健康な個人、または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的として制定したエネルギー及び各栄養素の摂取量の基準。
尿潜血	尿検査の一つ。尿に血が混じっているかどうかをみる検査。尿に血液が混じることを血尿という。
尿蛋白	尿検査の一つ。尿蛋白の排泄量が増加（150 mg/日以上）した状態。腎疾患の重要な所見。
尿糖	尿検査の一つ。血液中の糖が尿中に排泄されたもの。

脳血管疾患	<p>脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれ、脳血管に関する病気の総称。脳の血管がやぶれて出血する脳出血、クモ膜下出血、脳内の血管が詰まる脳梗塞に大別され、脳梗塞は、さらにアテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞、心源性脳塞栓症に大別される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アテローム血栓性脳梗塞：血管の壁にLDLコレステロールが沈着し、血管の内腔が狭くなり、最終的に血管が詰まるもの。 ・ラクナ梗塞：穿通枝（せんつうし）という脳内の微小血管が詰まるもの。 ・心源性脳塞栓症：心房細動などの心臓の異常により、心臓内にできた血栓（血液の塊）が脳に移動し、脳の血管が詰まるもの。
脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート	健診などで脳心血管病リスクを指摘された患者を主な対象とし、脳・心・腎など関係各領域の診療ガイドラインを包括的に、スクリーニングから薬物療法まで順を追ってまとめている。
脳卒中治療ガイドライン	脳卒中の急性期治療、再発予防、発症予防、リハビリなどについてまとめたもの。
脳卒中予防への提言	心房細動による脳卒中予防を適切に行うために、自治体、保険者、医療関係者など地域一体での取り組みの必要性をまとめたもの。
Non-HDLコレステロール	動脈硬化のリスクを総合的に管理できる指標。TC（総コレステロール）からHDLコレステロールを引いた式で表される。

【「は行」の用語】

用語	解説
BMI	「体重（Kg）÷身長（m）÷身長（m）」で算出される体格指数のことで、肥満度を測るための標準的な指標。Body Mass Indexの略。
PDCAサイクル	事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

標準化死亡比 (SMR)	死亡率を比較するための指標。死亡者数を人口で除した死亡率で比較すると、高齢者の多い地域では死亡率が高くなる傾向があるため、人口構成の違いを除去して国平均を100とし、100以上は国平均より死亡率が高いとされる。
標準的な健診・ 保健指導プログラム (平成30年度版)	糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るため、医療保険者が効果的・効率的な保健指導を実施するよう厚生労働省が平成19年4月に作成した健診・保健指導の方向性を示すもの。
腹囲	へその高さで計測したお腹周りの測定値。
プラーク	動脈硬化等であられる血管の病変。
平均寿命	ある年の男女別にみた年齢別死亡率が将来もそのまま続くと仮定して、各年齢に達した人たちが、その後平均して何年生きられるかを示したものを平均余命といい、出生時、つまり0歳時の平均余命をとくに平均寿命という。
HbA1c (NGSP)	赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1～2か月間の平均血糖値を表す。NGSP値は国際標準値のことで、日本で従来使用されていたJDS値よりも0.3～0.5%加算された値で示される。
保健事業支援・ 評価委員会	保険者が実施するデータ分析に基づく保健事業の計画・実施・評価(PDCAサイクル)の取組について支援するための機関。
保険者努力支援 制度	医療費の適正化に向けた取組等に対する自治体のための支援制度。
北海道医療費適 正化計画	北海道の現状や地域の実情を踏まえつつ、生活の質の維持や向上を図りながら、生活習慣病の予防対策や平均在院日数の短縮などに取組むことにより、医療費適正化の総合的な推進を目指すもの。

【「ま行」の用語】

用 語	解 説																					
慢性腎臓病（CKD）	<p>腎障害が3か月以上続いたときに診断される。症状が出現することはほとんどなく、尿蛋白や腎機能障害（eGFRの測定）により、診断される。現在、患者は国内に1,330万人（成人の8人に1人）いるとされ、新たな国民病といわれている。Chronic Kidney Diseaseの略。CKDのステージ分類については次のとおりである。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">病期ステージ</th> <th style="text-align: center;">重症度の分類</th> <th style="text-align: center;">進行度による分類 eGFR (ml/分/1.73m²)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">正常または高値</td> <td style="text-align: center;">≥ 90</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">正常または軽度低下</td> <td style="text-align: center;">60～89</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3a</td> <td style="text-align: center;">軽度～中等度低下</td> <td style="text-align: center;">45～59</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3b</td> <td style="text-align: center;">中等度～高度低下</td> <td style="text-align: center;">30～44</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">高度低下</td> <td style="text-align: center;">15～29</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">末期腎不全</td> <td style="text-align: center;">< 15</td> </tr> </tbody> </table>	病期ステージ	重症度の分類	進行度による分類 eGFR (ml/分/1.73m ²)	1	正常または高値	≥ 90	2	正常または軽度低下	60～89	3a	軽度～中等度低下	45～59	3b	中等度～高度低下	30～44	4	高度低下	15～29	5	末期腎不全	< 15
病期ステージ	重症度の分類	進行度による分類 eGFR (ml/分/1.73m ²)																				
1	正常または高値	≥ 90																				
2	正常または軽度低下	60～89																				
3a	軽度～中等度低下	45～59																				
3b	中等度～高度低下	30～44																				
4	高度低下	15～29																				
5	末期腎不全	< 15																				
慢性腎不全	<p>①尿蛋白など腎障害の存在を示す所見 ②腎機能低下（eGFRが60ml/分1.73m²未満） ①、②のいずれか、または両方が3か月以上持続する状態をいう。慢性腎臓病（CKD）が進行すると、慢性腎不全になる。失われた腎機能の回復は見込めず、最終的には人工透析や腎移植が必要となる。</p>																					
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	<p>タバコの煙などの有害物質が原因で肺が炎症を起こし、呼吸がしにくくなる病気。</p>																					
メタボリックシンドローム	<p>心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群のこと。内臓脂肪が蓄積し、脂質異常・高血圧・高血糖の2つ以上が当てはまると、メタボリックシンドロームと診断される。</p>																					
メンタルヘルス	<p>こころの健康のことで、いきいきと自分らしく生きるための重要な条件。具体的には、自分の感情に気づいて表現できること（情緒的健康）、他人や社会と建設的でよい関係を築けること（社会的健康）を意味する。</p>																					

【「ら行」の用語】

用 語	解 説
ロコモティブシンドローム	<p>骨、関節、筋肉などの運動器の障害のために、要支援になったり、要介護になったりする危険が高い状態。</p>

大空町国民健康保険
保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画
平成30年度～平成35年度

平成30年3月

大空町福祉課健康介護グループ

〒099-2392

大空町女満別西3条4丁目1-1

TEL:0152-74-2111

FAX:0152-74-2191