

士幌町国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画
(第 2 期データヘルス計画)
及び第 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

保健事業実施計画（データヘルス計画）

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

- (1) 計画の趣旨
- (2) 計画期間
- (3) 実施体制・関係者連携
- (4) 保険者努力支援制度

2. 地域の健康課題

- (1) 現状の整理
 - ①地域の特性
 - ②前期計画等に係る考察
(特定健康診査等実施計画 第2期の評価)
- (2) 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出
- (3) 目標の設定

3. 保健事業の実施

- (1) 特定健診・特定保健指導
- (2) がん対策事業
- (3) 重症化予防の取り組み
- (4) 個人のインセンティブ提供
- (5) 後発医薬品の使用促進
- (6) 重複服薬者への取り組み
- (7) その他

4. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定

5. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し

6. 計画の公表・周知

7. 個人情報の保護

8. 地域包括ケアに係る取組

9. その他の留意事項

10. 第3期 特定健康診査等実施計画

11. 資料

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

(1) 計画の趣旨

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、個人の医療データ、健診データ等を総合的、効率的に分析した結果に基づき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きました。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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『保健事業計画（データヘルス計画）《以下「計画」》』の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」との方針が打ち出されました。

これまでも、レセプトや統計資料等を活用することにより、「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。）」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、*ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

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

このことから、本町においても国の指針に基づき第2期データヘルス計画を策定いたします。

第2期データヘルス計画は、第6期町づくり総合計画（平成28年度～平成37年度）の個別計画として位置づけられます。策定にあたっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」（図表1）を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や健康イキイキしほろ21計画、北海道医療費適正化計画、士幌町介護保険事業計画との整合性を図ります。また、本町の国民健康保険においても、国の指針等（図表2）を踏まえ、関連する計画と一体的に策定し、生活習慣病予防による健康寿命の延伸と医療費の伸びの抑制を図ることを目標とした保健事業の方向性を定めるものとし、実施事業の具体的な内容や目標値は、毎年度策定する保健事業個別計画において定めるものとします。

*ポピュレーションアプローチ

対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げたいこうという考え方。

なお、データヘルス計画に基づく実施事業は、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（図表3）に沿って毎年度効果を評価し、事業内容の改善を行います。

図表 1



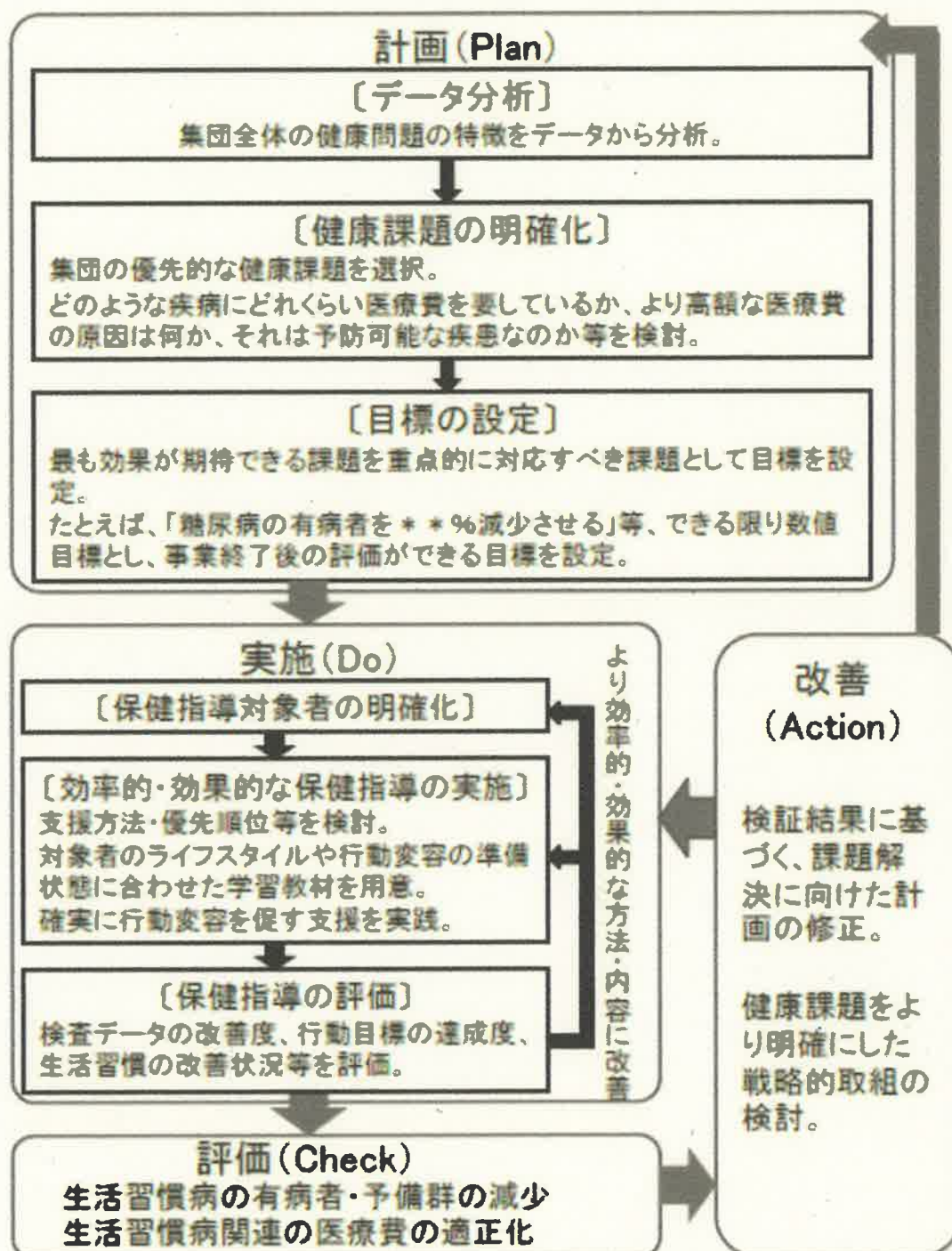
図表 2

国の指針等

指針等	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	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	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
計画名	特定健康診査等実施計画	国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康日本21
法律	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	健康増進法第8条, 第9条
基本的な考え方	○生活習慣の改善による糖尿病等生活習慣病の予防 ○重症化や合併症の発症を抑える ○被保険者の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制	○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 ○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 ○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盤強化	○健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 ○生活習慣病の発症予防や重症化予防を図る ○社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上 ○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
対象者	40～74歳	被保険者全員	すべての国民
対象とする主な疾病等	メタボリックシンドローム*, 肥満, 糖尿病, 高血圧, 脂質異常症	メタボリックシンドローム, 肥満, 糖尿病, 高血圧, 脂質異常症	メタボリックシンドローム, 肥満, 糖尿病, 高血圧, 脂質異常症
	虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症	虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症	虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症
			COPD（慢性閉塞性肺疾患）, がん, ロコモティブシンドローム, メンタルヘルス

図表 3

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



出典：「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」

(2) 計画期間

計画期間を定めるに当たっては、北海道における医療費適正化計画や医療計画、特定健診等実施計画が、平成30年度から35年度までを次期計画期間としていることから、これらの整合性を図る観点から同様の6年間とします。

(3) 実施体制・関係者連携

計画は、保健福祉課福祉保険グループ及び住民の健康の保持増進事業を実施する同課健康介護グループが一体となって計画を策定します。

また、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、学識経験者や福祉関係団体、士幌町国保病院医師、その他関係団体、一般町民の代表者で構成する「士幌町保健医療福祉総合推進協議会」において協議、検討を行います。

計画の実効性を高めるために、町内医療機関（歯科医院含む）及び、被保険者が受診する専門医療機関との連携・協力が重要であり、事業実施にあたり意見交換や情報提供を日常的に行うよう努力します。

計画の評価には、北海道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・評価委員会や特定健診・医療データ活用支援事業の支援を受け、各種データ（年報、疾病、KDB等）から見た本町の健康課題や評価を行い、保健事業や医療費適正化に向け努力します。

平成30年度から北海道が市町村国保の財政運営主体となり共同保険者となることから、北海道との連携が更に重要となるため、十勝総合振興局保健福祉部、同国保担当者と意見交換を行う場の確保に努めます。

また、国保連および、北海道の研修会等に参画し、KDB等のデータ分析の質の向上及び、効果的な保健事業を実施していきます。

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・積極的に取り組むことが重要です。

このため、士幌町国民健康保険運営協議会等の場を通じて、意見反映に努め、また地区別懇談会及び、各種団体、企業との意見交換や情報提供を行う場を設けるよう努力します。

（国民健康保険運営協議会には、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第3条第1項に基づき、被保険者を代表する委員が参画することとされている。）

(4) 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。(図表4)

図表4

		平成28年度 (前倒し分)		平成29年度 (前倒し分)		平成30年度 (前倒し分)	
		加点	加点(A)に対して める割合加点(A) に対して	加点	加点(A)に対して める割合加点 (A)に対して	加点	加点(A)に対して める割合加点 (A)に対して
共通①	(1)特定健診受診率	20	6%	35	6%	50	6%
	(2)特定保健指導実施率	20	6%	35	6%	50	6%
	(3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	6%	35	6%	50	6%
共通②	(1)がん検診受診率	10	3%	20	3%	30	4%
	(2)歯周疾患(病)検診	10	3%	15	3%	25	3%
共通③	重症化予防の取組	40	12%	70	12%	100	12%
共通④	(1)個人へのインセンティブ提供	20	6%	45	8%	70	8%
	(2)個人への分かりやすい情報提供	20	6%	15	3%	25	3%
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3%	25	4%	35	4%
共通⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	15	4%	25	4%	35	4%
	(2)後発医薬品の使用割合	15	4%	30	5%	40	5%
固有①	収納率向上	40	12%	70	12%	100	12%
固有②	データヘルス計画の取組	10	3%	30	5%	40	5%
固有③	医療費通知の取組	10	3%	15	3%	25	3%
固有④	地域包括ケアの推進	5	1%	15	3%	25	3%
固有⑤	第三者求償の取組	10	3%	30	5%	40	5%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					50	6%
	体制構築加点	70	20%	70	12%	60	7%
全体	体制構築加点含まず	275		510		790	
	体制構築加点含む(A)	345		580		850	

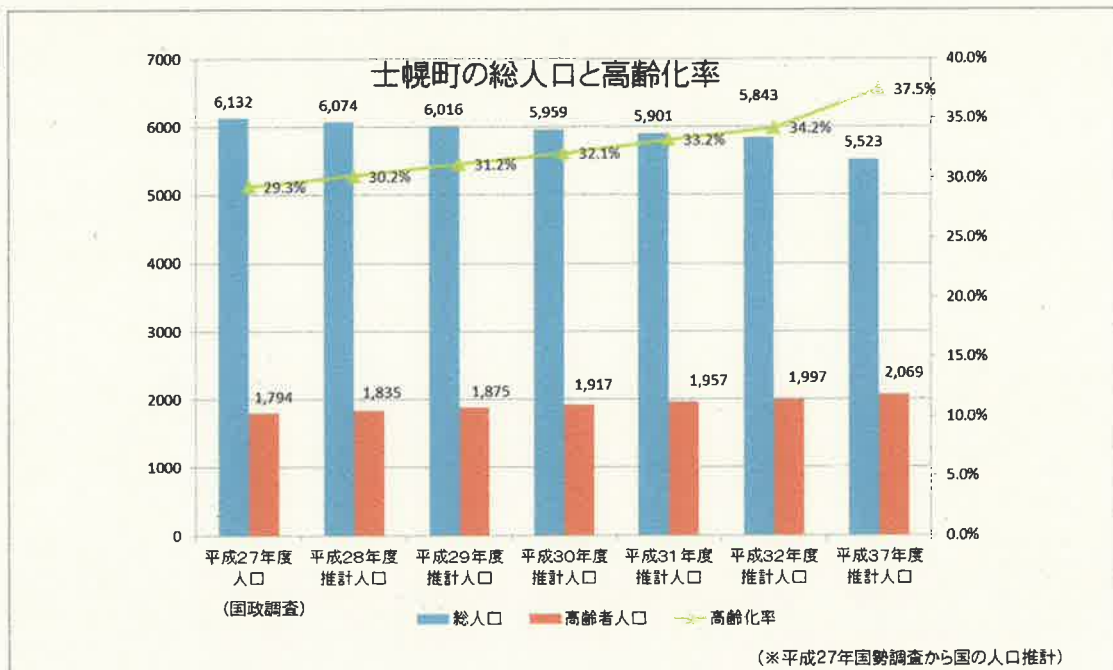
2. 地域の健康課題

(1) 現状の整理

①地域の特性

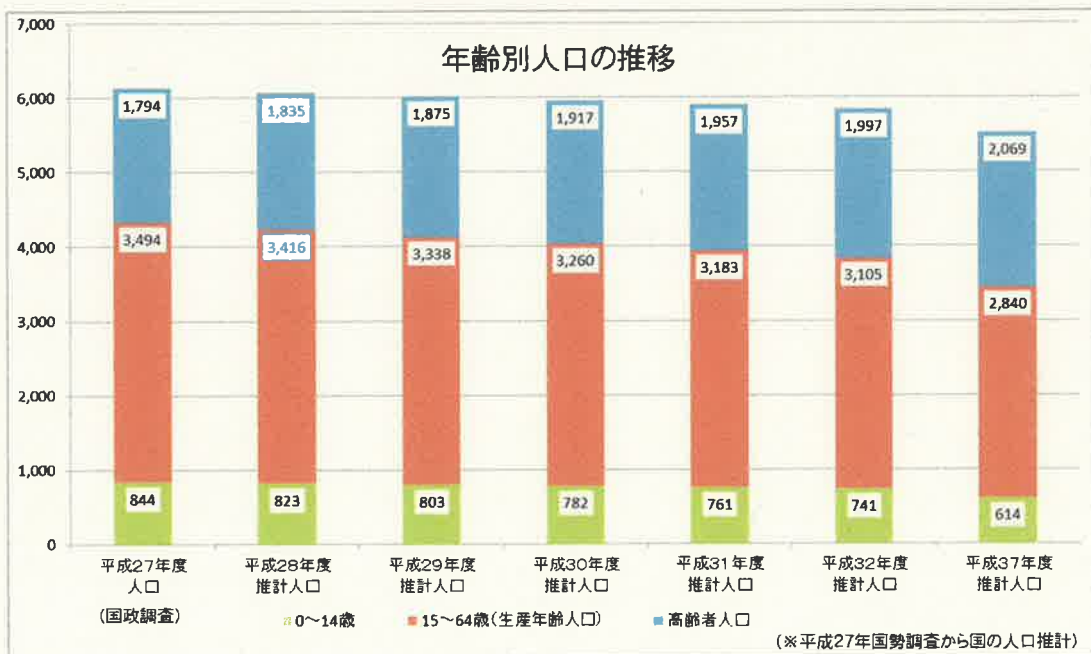
士幌町の総人口は減少しています。その一方高齢者人口は増加しており、平成28年度の高齢化率は30.2%となっています。今後更に高齢化が進展し、平成37年度には37.5%と推計されています。

図表 4



高齢者人口の増加とは反対に、65歳未満の人口は減少していきます。高齢者を支える世代が減るということは、少ない人数で多くの高齢者を支えなければならないということが分かります。

図表 5



国民健康保険の被保険者数は、平成 28 年 4 月 1 日 2,446 人で、加入率 38.5%で特定健診の対象年齢である 40 歳～74 歳の加入率は 51.1%、高齢化率は 27.2%となっています。

士幌町は北海道、同規模保険者、国と比較すると、第一次産業の占める割合が 44.0%と高くなっています。

平均寿命は男性 79.4 歳 女性 86.5 歳で、健康寿命については、男性 65.1 歳女性 66.7 歳と北海道、同規模平均、国とほぼ同じ傾向にあります。

図表 6

項目		士幌町		北海道		同規模平均		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
人口構成	総人口	6,358		5,475,176		1,815,204		124,852,975	
	65 歳以上(高齢化率)	1,730	27.2	1,356,131	24.8	575,561	31.7	29,020,766	23.2
	75 歳以上	1,001	15.7	669,235	12.2			13,989,864	11.2
	65～74 歳	729	11.5	686,896	12.5			15,030,902	12.0
	40～64 歳	2,271	35.7	1,932,595	35.3			42,411,922	34.0
	39 歳以下	2,357	37.1	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8
産業構成	第 1 次産業	44.0		7.7		18.4		4.2	
	第 2 次産業	12.8		18.1		25.5		25.2	
	第 3 次産業	43.2		74.2		56.1		70.6	
平均寿命	男性	79.4		79.2		79.4		79.6	
	女性	86.5		86.3		86.4		86.4	
健康寿命	男性	65.1		64.9		65.2		65.2	
	女性	66.7		66.5		66.7		66.8	
国保の状況	被保険者数	2,446		1,312,938		492,460		32,587,866	
	65～74 歳	666	27.2	547,124	41.7			12,461,613	38.2
	40～64 歳	867	35.4	441,573	33.6			10,946,712	33.6
	39 歳以下	913	37.3	324,241	24.7			9,179,541	28.2
	加入率	38.5		24.0		27.7		26.9	

(KDB H28 データ)

死因については、北海道、同規模保険者、国と比較すると、がんと糖尿病の占める割合が多くなっています。

*標準化死亡比は男性、女性とも北海道、同規模保険者、国と比較し低い状況です。

図表 7

項目			士幌町		北海道		同規模平均		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	87.6		101.0		104.8		100	
		女性	86.9		97.6		100.8		100	
	死因	がん	29	60.4	18,759	51.6	6,817	45.1	367,905	49.6
		心臓病	10	20.8	9,429	25.9	4,392	29.1	196,768	26.5
		脳疾患	8	16.7	4,909	13.5	2,661	17.6	114,122	15.4
		糖尿病	1	2.1	669	1.8	274	1.8	13,658	1.8
		腎不全	0	0.0	1,543	4.2	548	3.6	24,763	3.3
		自殺	0	0.0	1,080	3.0	409	2.7	24,294	3.3

*標準化死亡比：死亡率は通常年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成を、持つ地域別の死亡率を、そのまま比較することはできないため、標準的な年齢構成に合わせて、地域別の年齢階級別の死亡率を算出して比較するもの。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

②前期計画等に係る考察

ア．特定健診等実施計画第2期の評価

特定健診等実施計画第2期の評価は、10. 第3期特定健診等実施計画に準じるものといえます。

イ．介護給付費の状況

高齢化に伴い介護給付費が増加しています。1件当たりの給費は年々増加の傾向にあり、平成25年度と比較すると約9,000円増加しています。居宅サービスは国、北海道、同規模平均より高額となっています(図表8)。

要介護認定者の有病状況を見ると高血圧症、脂質異常症、脳血管疾患が国、北海道、同規模平均より高い割合となっています(図表9)。

要介護認定者の循環器疾患有病状況を見ると、1号・2号の脳血管疾患は50%以上となっており、75歳以上では心疾患も高い割合となっています。

基礎疾患では、糖尿病が2号で75.0%、1号では87.9%となっています。また筋・骨格疾患の割合が87.9%と高い状況があります(図表10)。

医療費は、要介護認定者は要介護認定なし者の約2倍と高い状況にあります(図表11)。

図表8

年度	士幌町				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
25年度	5億2,777万円	86,424円	38,802円	267,171円	71,866円	41,181円	279,469円
28年度	5億6,244万円 ↑	95,428円 ↑	44,535円	258,895円	70,589円 ↓	40,981円	275,251円

図表9

H28

項目		士幌町		北海道		同規模平均		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数(認定率)	346	19.8	315,539	23.0	114,751	20.1	5,885,270	21.2
	新規認定者	4	0.3	5,299	0.3	1,910	0.3	105,636	0.3
	2号認定者	8	0.4	7,541	0.4	2,325	0.4	151,813	0.4
有病状況	糖尿病	71	22.2	82,322	25.0	25,230	21.2	1,350,152	22.1
	高血圧症	193	56.0	169,738	51.7	64,783	54.6	3,101,200	50.9
	脂質異常症	124	35.5	100,963	30.7	31,854	26.7	1,741,866	28.4
	心臓病	219	63.6	189,496	57.9	73,398	61.9	3,529,682	58.0
	脳疾患	138	39.9	79,966	24.6	33,188	28.2	1,538,683	25.5
	がん	36	11.3	38,646	11.6	11,653	9.7	631,950	10.3
	筋・骨格	185	53.3	168,752	51.4	63,731	53.7	3,067,196	50.3
	精神	157	43.9	121,460	36.9	44,036	37.1	2,154,214	35.2
介護給付費	1件当たり給付費(全体)	95,248		57,970		70,589		58,284	
	居宅サービス	44,535		38,885		40,981		39,662	
	施設サービス	258,895		283,121		275,251		281,186	
医療費等	要介護認定別	認定あり		8,955		8,457		7,980	
	医療費(40歳以上)	認定なし		4,267		4,122		3,816	

図表 9

項 目		H 2 5		H 2 6		H 2 7		H 2 8	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数（認定率）	330	19.9	343	19.6	348	19.9	346	19.8
	新規認定者	3	0.2	4	0.3	7	0.3	4	0.3
	2号認定者	7	0.3	8	0.4	9	0.4	8	0.4
有病状況	糖尿病	78	22.0	83	23.9	73	22.4	71	22.2
	高血圧症	201	56.9	200	58.4	203	55.5	193	56
	脂質異常症	125	36.2	116	34.7	128	34.2	124	35.5
	心臓病	233	66.5	230	67.1	229	63.4	219	63.6
	脳疾患	150	44.5	144	42.5	137	39.4	138	39.9
	がん	44	11.6	39	12.8	41	11	36	11.3
	筋・骨格	194	56.3	194	55.8	190	51	185	53.3
	精神	157	44.5	159	45.1	160	43	157	43.9
介護給付費	1件当たり給付費（全体）	86,424		89,894		100,218		95,248	
	居宅サービス	38,802		43,362		45,213		44,535	
	施設サービス	267,171		268,058		258,489		258,895	
医療費等	要介護認定別	認定あり		9,272	9,381	9,504	8,955		
	医療費（40歳以上）	認定なし		4,303	4,189	4,083	4,267		

図表 10

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		2,271人		729人		1,001人		1,730人		4,001人			
認定者数		8人		23人		323人		346人		354人			
認定率		0.35%		3.2%		32.3%		20.0%		8.8%			
新規認定者数		0人		1人		3人		4人		4人			
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	7	30.4%	51	15.8%	58	16.8%	58	16.4%		
	要介護1・2	5	62.5%	9	39.1%	145	44.9%	154	44.5%	159	44.9%		
	要介護3～5	3	37.5%	7	30.4%	127	39.3%	134	38.7%	137	38.7%		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	件数	—	8		23		323		346		354		
	循環器疾患	1	脳卒中	5 62.5%	脳卒中	12 52.2%	脳卒中	202 62.5%	脳卒中	214 61.8%	脳卒中	219 61.9%	
		2	虚血性心疾患	1 12.5%	虚血性心疾患	8 34.8%	虚血性心疾患	162 50.2%	虚血性心疾患	170 49.1%	虚血性心疾患	171 48.3%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	2 8.7%	腎不全	39 12.1%	腎不全	41 11.8%	腎不全	41 11.6%	
		基礎疾患		糖尿病等	6 75.0%	糖尿病等	20 87.0%	糖尿病等	284 87.9%	糖尿病等	304 87.9%	糖尿病等	310 87.6%
		血管疾患合計		合計	6 75.0%	合計	21 91.3%	合計	296 91.6%	合計	317 91.6%	合計	323 91.2%
		認知症		認知症	1 12.5%	認知症	5 21.7%	認知症	161 49.8%	認知症	166 48.0%	認知症	167 47.2%
	筋・骨格疾患	筋骨格系	6 75.0%	筋骨格系	19 82.6%	筋骨格系	286 88.5%	筋骨格系	305 88.2%	筋骨格系	311 87.9%		

図表 11

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						8,955
要介護認定なし医療費 (40歳以上)						4,267

ウ. 医療費の状況

本町の1人当たり医療費は24,224円と国並で、北海道、同規模平均より低くなっています。

受診率および1人当たりの医療費は北海道・同規模平均・国と比較すると低い状況にあります。

外来割合が97.3%と高く入院は2.7%の件数で全国並みとなっており、北海道、同規模平均よりは低い割合となっています。

総額に対する疾病別費用額では、悪性新生物が34.7%、筋・骨格疾患が21.4%と北海道・同規模平均・国と比較すると高くなっています。

費用額で見る道内順位では、183市町村中、入院では精神疾患19位、悪性新生物39位、腎不全40位、糖尿病47位となっており、外来では悪性新生物7位、高血圧9位、精神疾患28位、糖尿病38位と道内上位50位内となっています（図表12）。

図表 12

H 2 8

項 目			士幌町		北海道		同規模平均		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.4	569	0.4	144	0.3	8,255	0.3
	診療所数		2	0.8	3,377	2.6	1,108	2.2	96,727	3.0
	病床数		60	24.5	96,574	73.6	15,468	31.4	1,524,378	46.8
	医師数		3	1.2	12,987	9.9	1,575	3.2	299,792	9.2
	外来患者数		646.0		646.1		660.2		668.1	
	入院患者数		18.0		22.9		22.7		18.2	
医療費 の状況	一人当たり医療費		24,224	県内143位 同規模172位	27,782		26,488		24,245	
	受診率		663.997		668.94		682.952		686.286	
	外 来	費用の割合	61.3		55.2		56.6		60.1	
		件数の割合	97.3		96.6		96.7		97.4	
	入 院	費用の割合	38.7		44.8		43.4		39.9	
		件数の割合	2.7		3.4		3.3		2.6	
	1件あたり在院日数		12.2日		15.8日		16.3日		15.6日	
医療費分析 総額に占める割合 最大医療費資源病 名（調剤含む）	新生物		34.7		28.5		24.1		25.6	
	慢性腎不全（透析あり）		7.3		6.5		9.1		9.7	
	糖尿病		9.6		9.2		10.2		9.7	
	高血圧症		7.3		7.9		9.2		8.6	
	精神		7.7		17.2		17.5		16.9	
	筋・骨疾患		21.4		16.3		16.1		15.2	
費用額 (1件あたり) 北海道内順位 順位総数183	入 院	糖尿病	636,179	47位	(12)					
		高血圧	567,067	129位	(11)					
		脂質異常症	553,768	101位	(11)					
		脳血管疾患	644,839	92位	(17)					
		心疾患	710,638	75位	(14)					
		腎不全	861,112	40位	(18)					
		精神	578,451	19位	(22)					
		悪性新生物	692,093	39位	(12)					
	外 来	糖尿病	42,163	38位						
		高血圧	40,775	9位						
脂質異常症		29,198	94位							
脳血管疾患		36,548	86位							
心疾患		45,370	67位							
腎不全		172,772	57位							
精神		34,634	28位							
悪性新生物		83,372	7位							
入院の（ ）内 は在院日数										

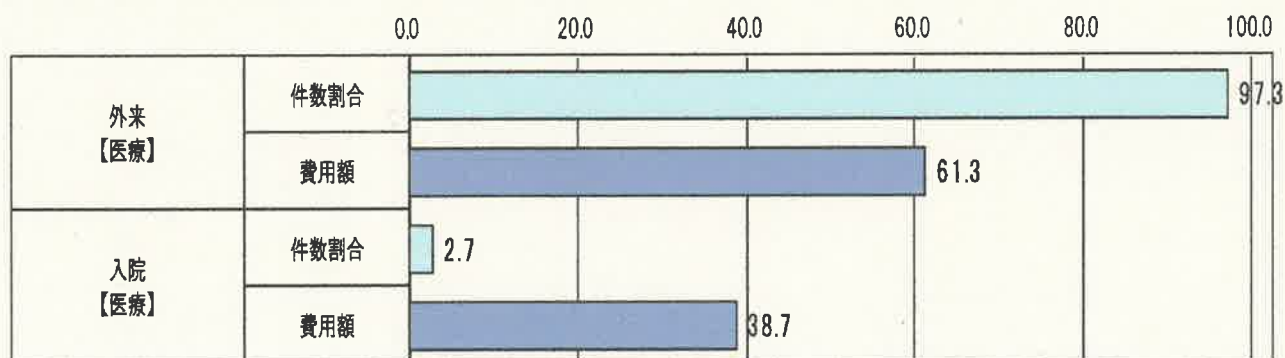
平成24年からの医療費の状況を見ると、1人当たりの医療費、受診率が増加しています。1件あたりの在院日数は平成24年に14.1日が少しずつ減少し、平成27年より12.2日となっています(図表13)。

入院と外来にかかる費用の比較では、入院件数割合が2.7%にもかかわらず、費用の割合が、38.7%を占めています(図表14)。

図表13

医療費の状況	一人当たり医療費		H24年	H25年	H26年	H27年	H28年
			22,086	20,922	21,006	21,426	24,224
		道内151位 同規模163位		道内163位 同規模208位	道内165位 同規模216位	道内171位 同規模228位	道内143位 同規模172位
	受診率		648.766	643.23	646.466	653.353	663.997
	外来	費用の割合	56.7	63.9	63.9	66.3	61.3
		件数の割合	97.1	97.6	97.6	97.7	97.3
	入院	費用の割合	43.3	36.1	36.1	33.7	38.7
		件数の割合	2.9	2.4	2.4	2.3	2.7
	1件あたり在院日数		14.1日	13.8日	13.6日	12.2日	12.2日

図表14



医療費が高額になる疾患では、100 万円以上の医療費がかかる疾患及び、6 か月以上の入院となる疾患は、虚血性心疾患の件数が多くなっています（図表 15）。

図表 15

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
高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	67件	1件	6件	--
			1.5%	9.0%	
	費用額	1億2511万円	152万円	1434万円	--
			1.2%	11.5%	
長期入院 (6か月以上の入院)	件数	56件	5件	11件	--
			8.9%	19.6%	
	費用額	3180万円	419万円	626万円	--
			13.2%	19.7%	
人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	57件	12件	33件	41件
			21.1%	57.9%	71.9%
	費用額	2862万円	549万円	1724万円	2034万円
			19.2%	60.2%	71.1%

対象レセプト（H2 8.5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
生活習慣病の治療者数 構成割合	703人		72人	67人	6人
			10.2%	9.5%	0.9%
	基礎疾患 の重なり	高血圧	56人	53人	4人
			77.8%	79.1%	66.7%
		糖尿病	31人	28人	6人
			43.1%	41.8%	100%
		脂質 異常症	52人	43人	5人
			72.2%	64.2%	83.3%
	高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
	324人		186人	314人	64人
46.1%		26.5%	44.7%	9.1%	

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
高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	111件	4件	10件	--
			3.6%	9.0%	
	費用額	1億6435万円	416万円	1790万円	--
			2.5%	10.9%	

高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	67件	1件	6件	--
			1.5%	9.0%	
	費用額	1億2511万円	152万円	1434万円	--
			1.2%	11.5%	

高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	20件	0件	2件	--
			0.0%	10.0%	
	費用額	6177万円		927万円	--
			--	15.0%	

人工透析患者は、5件となっており、糖尿病が起因が3件で、高血圧、高尿酸血症は4件、虚血性心疾患5件、脳血管疾患1件の合併となっています。

図表 16

平成 28 年 5 月 レセプト

番号	性別	年齢	糖尿病	糖尿病の再掲			動脈閉塞性疾患	高血圧症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患
				インスリン療法	糖尿病性神経障害	糖尿病性網膜症					
1	男	58							●	●	
2	女	57						●	●	●	
3	男	62	●					●		●	
4	男	57	●					●	●	●	●
5	男	61	●					●	●	●	
計	5件		3件					4件	4件	5件	1件

エ. 最大医療資源

中長期的目標疾患は、慢性腎不全（透析有）、心疾患が平成 25 年度より上がっています。

短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症については、医療費割合が下がっています。

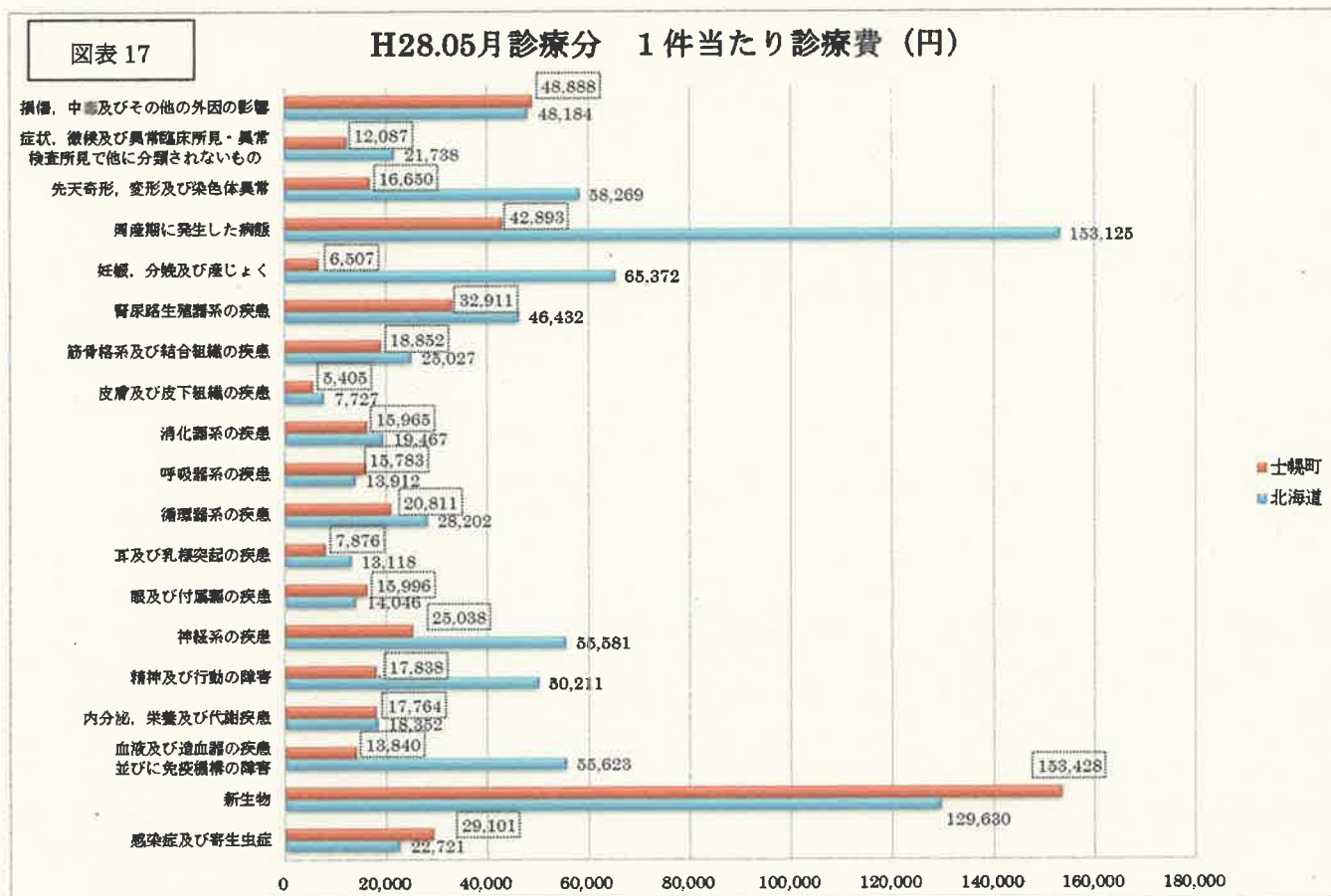
その結果、目標疾患医療計（中長期・短期）は平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると 5%下がり、全国、北海道より低い結果となりました。

その他の疾患を平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると悪性新生物 19.01%と 5.8%上がり、本町では農業を主産業とする特徴があるため、これらの背景が起因していると思われるが、筋・骨格疾患 11.74%と 0.1%上がっており、いずれの疾患も国、北海道と比較すると高い割合を占めています（図表 16）。

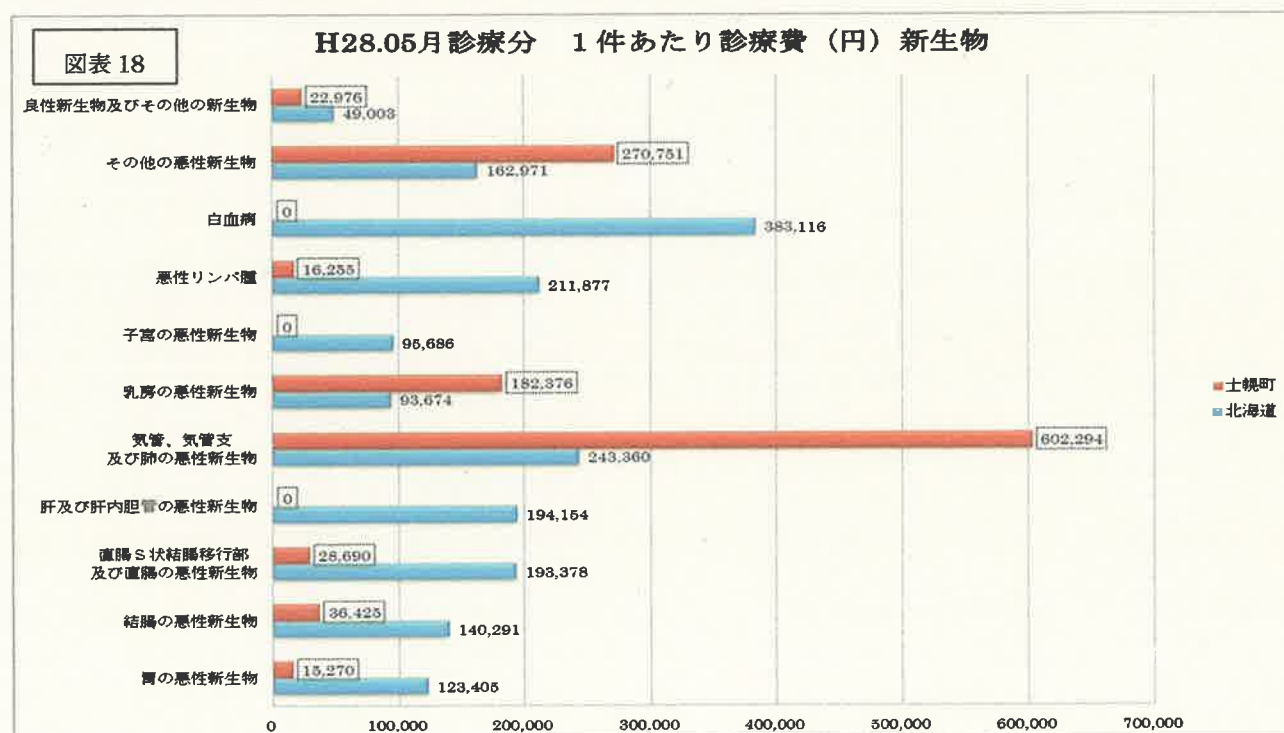
図表 16

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		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
	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%
	県	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%
25年度	士幌町	664,789,030	20,922	214位	165位	2.62%	0.17%	4.85%	1.67%	6.05%	6.00%	3.16%	163,040,930	24.53%	13.20%	5.56%	11.66%
28年度	士幌町	707,834,450	24,224	172位	143位	3.99%	0.18%	1.07%	2.23%	5.24%	4.00%	2.75%	137,752,210	19.46%	19.01%	4.22%	11.74%

1件当たりの診療費で見ると、悪性新生物、損傷・中毒、眼科及び付属器の疾患、感染症及び寄生虫症の診療費が、北海道より高くなっています（図表 17）。

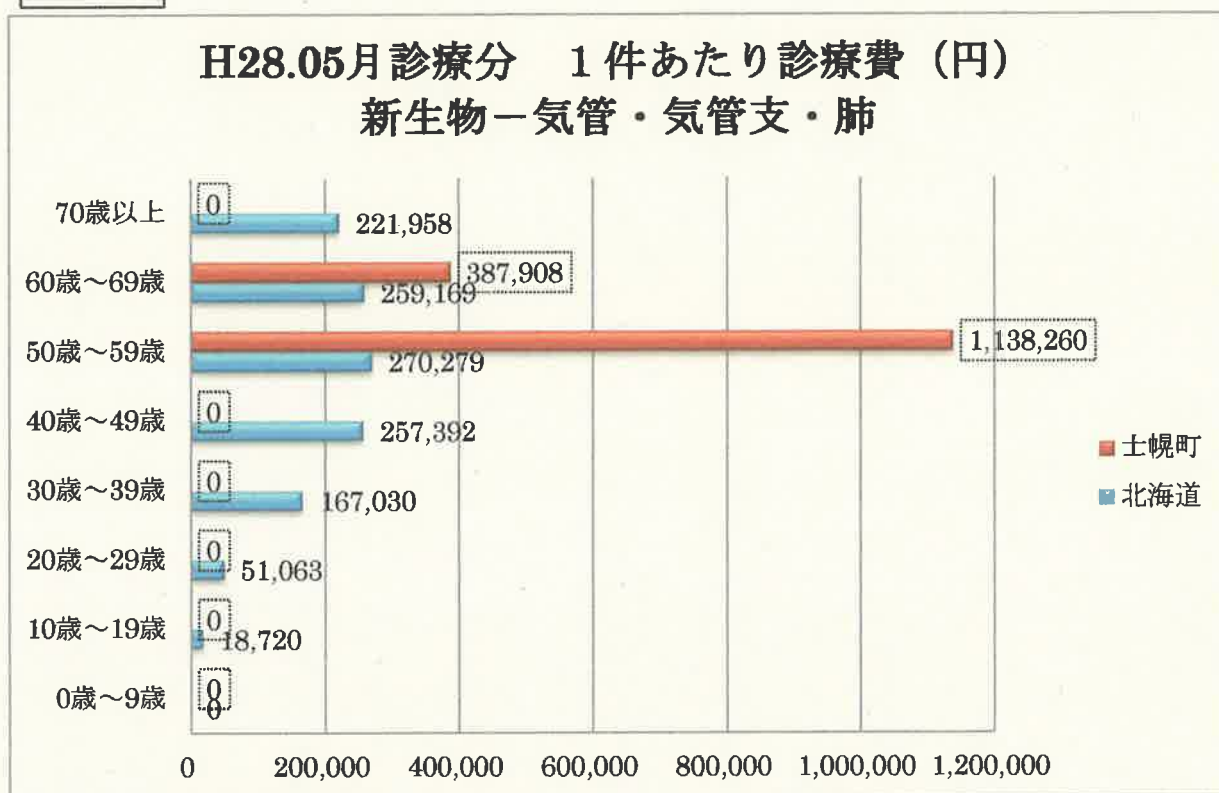


特に高値を示す、悪性新生物では、気管・気管支及びその他の悪性新生物、乳房の悪性新生物、その他の悪性新生物が高額となっています（図表 18）。



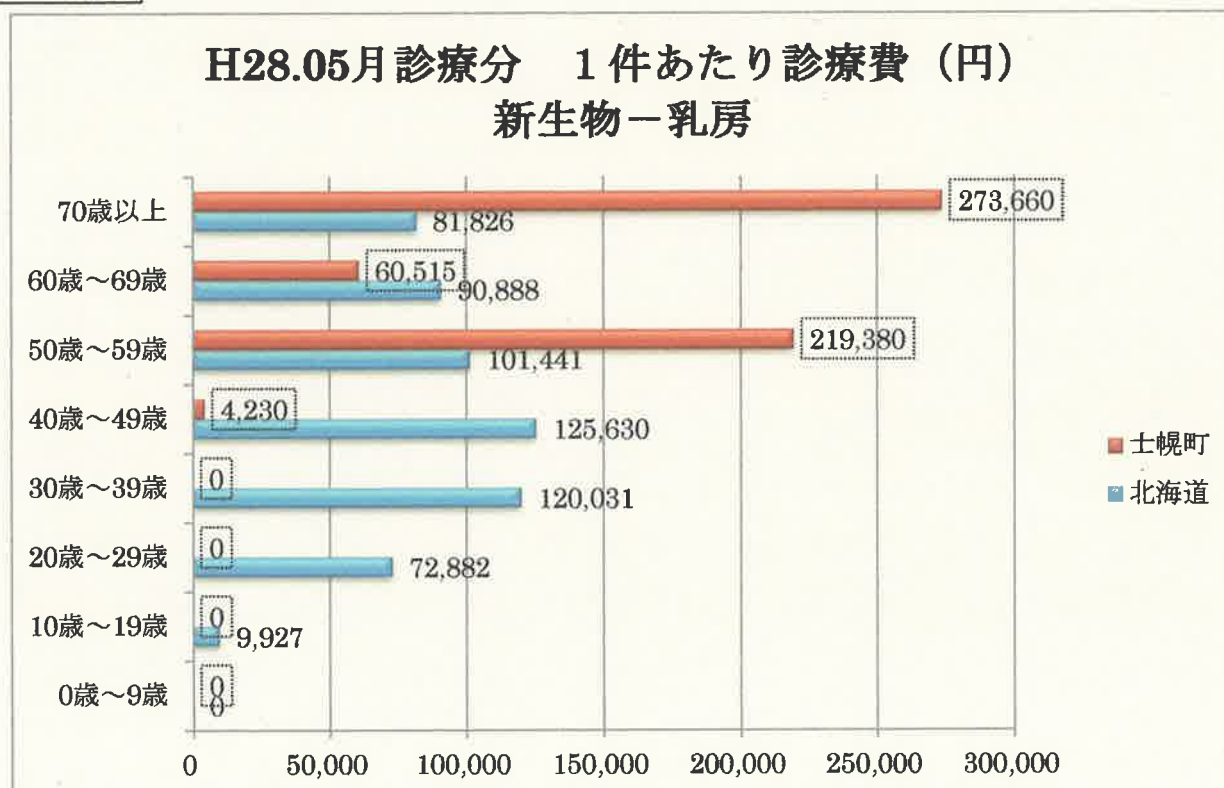
気管・気管支及びその他の悪性新生物では50歳～60歳代の診療費が多くなっています（図表19）。

図表 19



乳房の悪性新生物は、50歳代と70歳以上の診療費が高額となっています（図表20）。

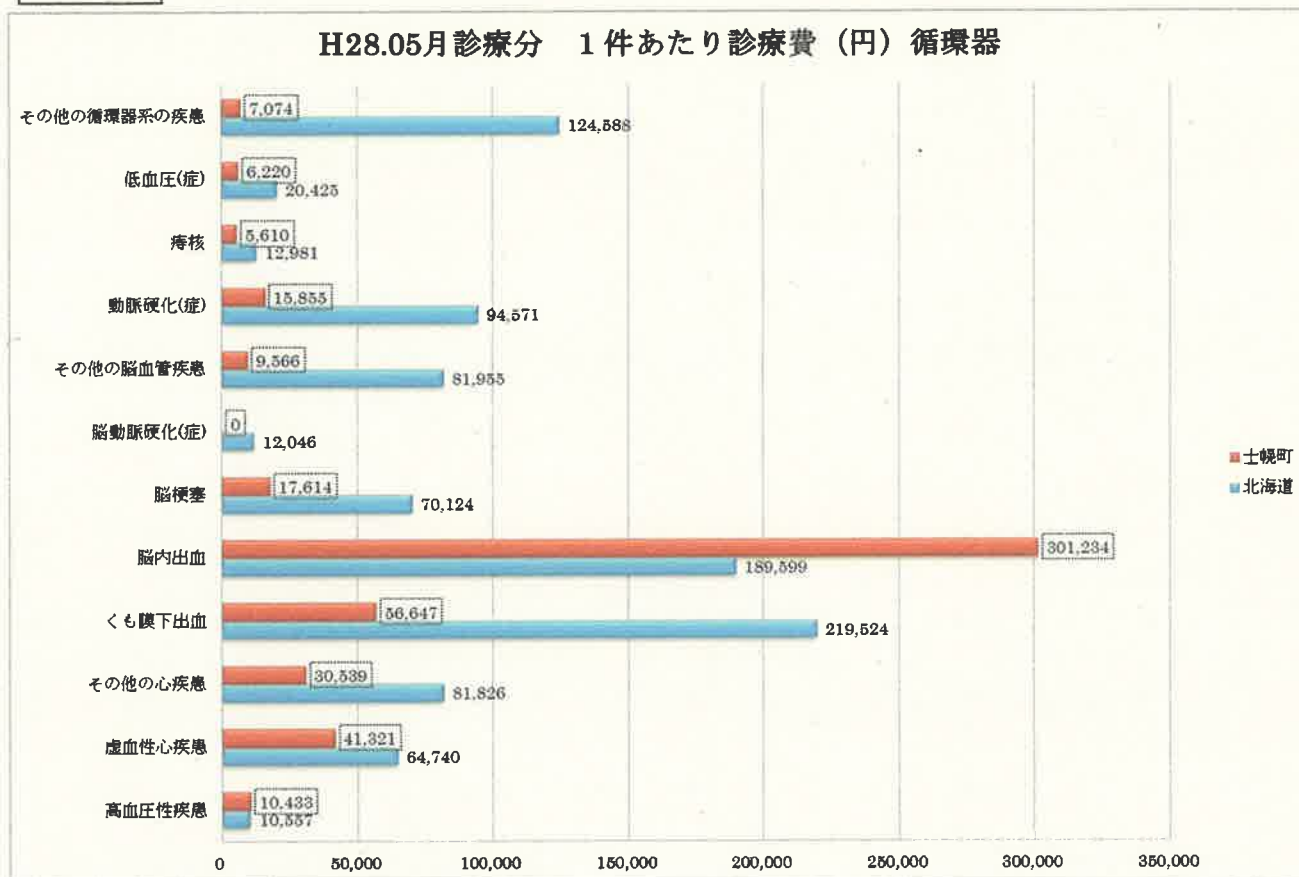
図表 20



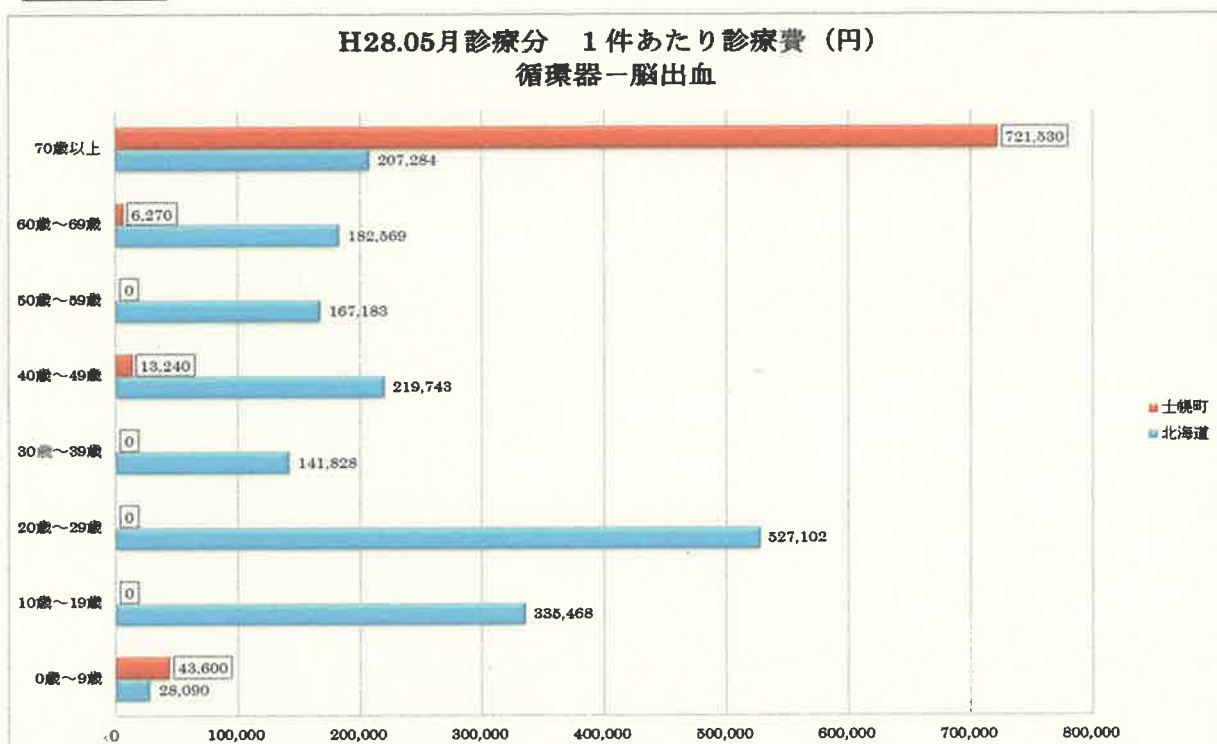
循環器疾患における1件あたりの診療費では、70歳以上脳内出血が北海道より診療費が非常に高くなっています（図表20）。

循環器疾患を小分類し、脳内出血の起因となる高血圧を見ると、50歳代及び、20歳代の1件当たりの診療費が高額になっています（図表21、22）。

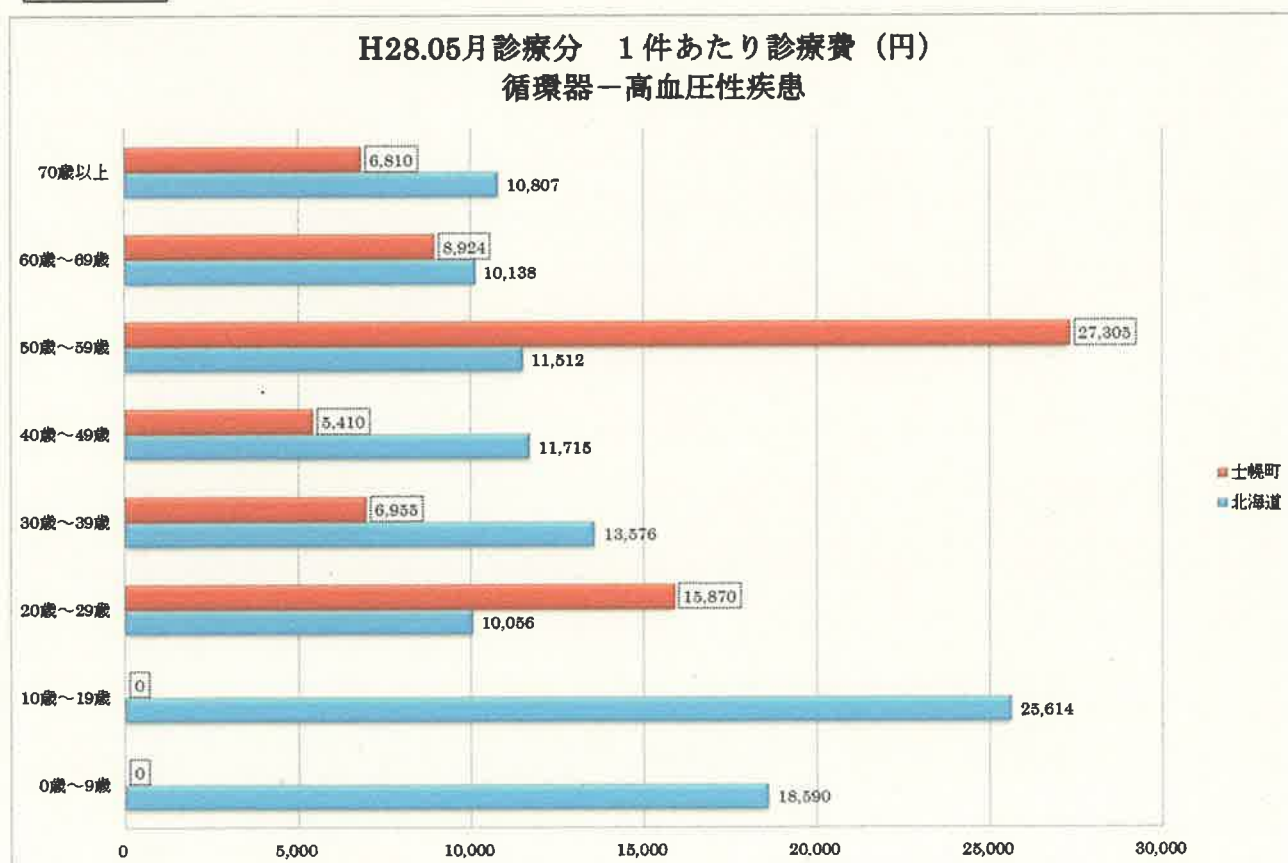
図表 20



図表 21



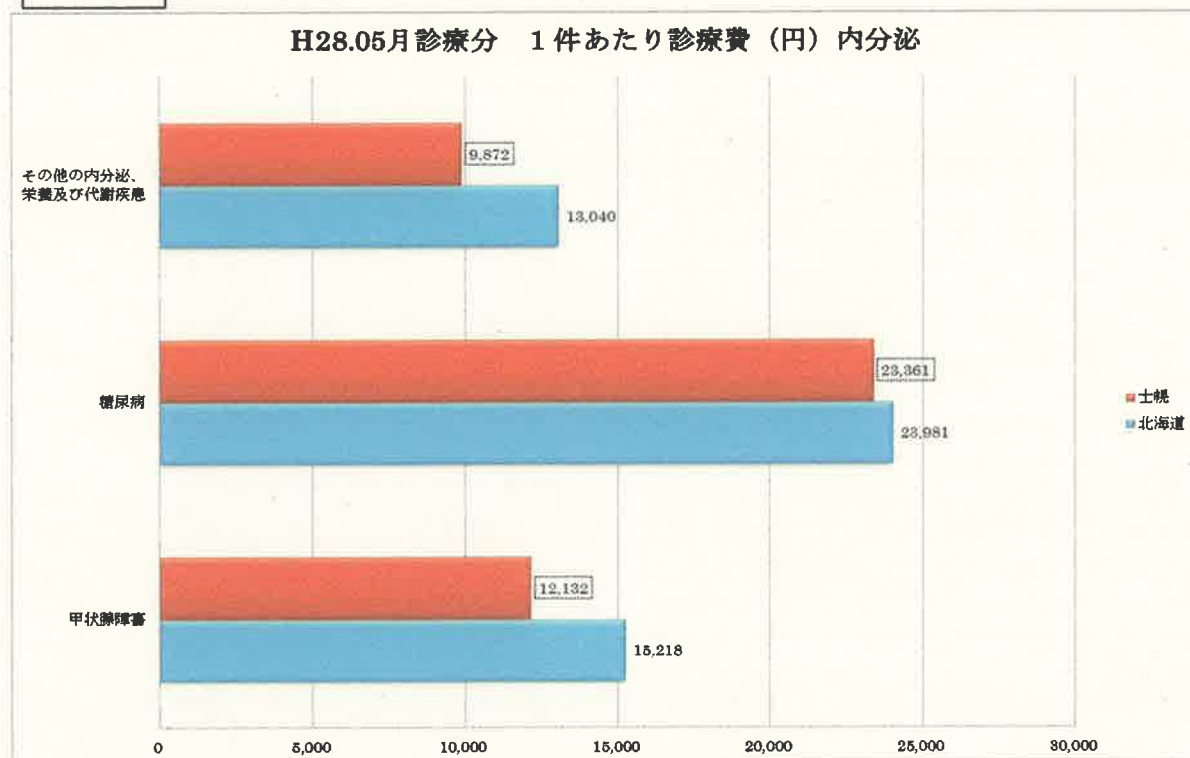
図表 22



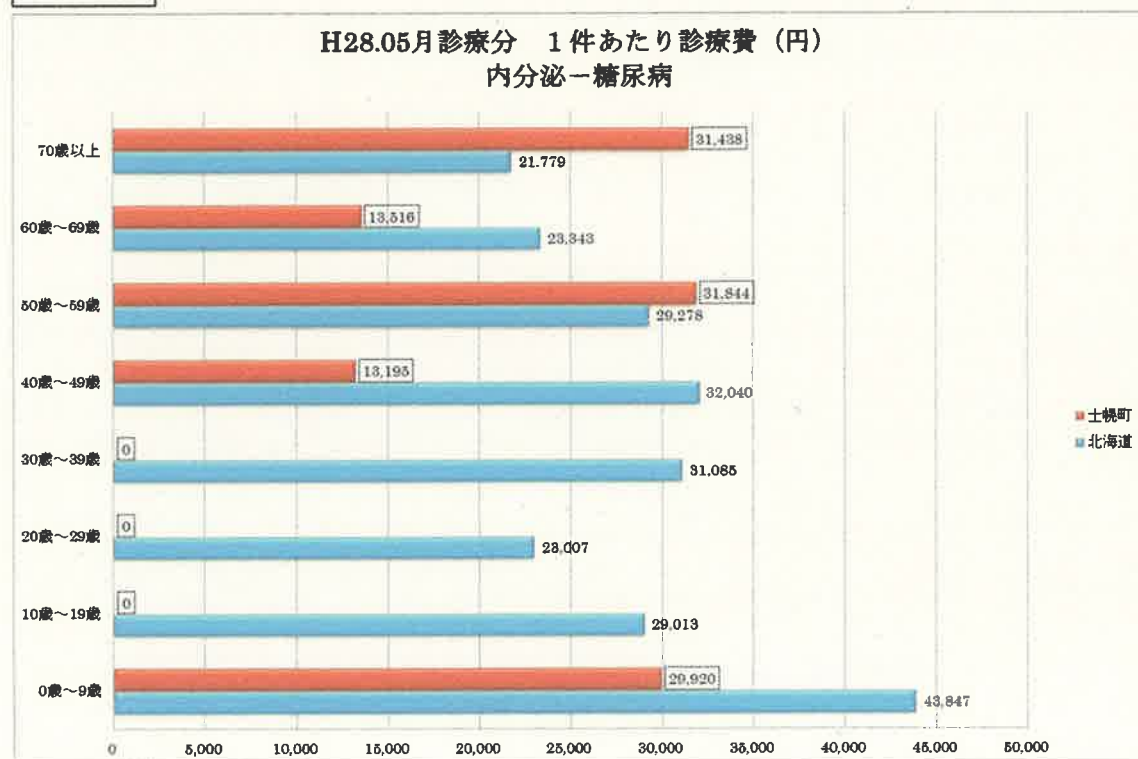
内分泌疾患の1件当たりの診療費では、動脈硬化を進行させ、人工透析の起因となる糖尿病の治療費が1件当たりの診療費が高額となっています（図表22）。

糖尿病を小分類して見ると、50歳代と70歳代の1件当たりの診療費が北海道より高額となっています（図表23）。

図表 22



図表 23



オ. 中長期的目標の疾患

平成 25 年度と平成 28 年度の比較でみると、虚血性心疾患で見ると、患者割合は減少してきました。しかし、虚血性心疾患で、高血圧と糖尿病の割合が増加しています（図表 24）。

脳血管疾患で見ると、患者割合は減少してきましたが、脳血管疾患の基礎疾患として糖尿病、脂質異常症の割合は増加しています（図表 25）。

人工透析の割合は増加しています。人工透析の人は全員基礎疾患で高血圧、糖尿病がありました（図表 26）。

図表 24

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,365	48	3.5	12	25	2	4.2	37	77.1	23	47.9	32	66.7	
	64歳以下	1,113	22	1.9	6	27.3	2	9.1	18	81.8	10	45.5	16	72.7	
	65歳以上	252	26	10.3	6	23.1	0	0	19	73.1	13	50	16	61.5	
H28	全体	1,251	32	2.6	2	6.3	2	6.3	25	78.1	17	53.1	20	62.5	
	64歳以下	956	14	1.5	3	21.4	2	14.3	12	85.7	6	42.9	8	57.1	
	65歳以上	295	18	6.1	5	27.8	0	0	13	72.2	11	61.1	12	66.7	

図表 25

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,365	44	3.2	12	27.3	0	0	31	70.5	25	56.8	31	70.5	
	64歳以下	1,113	13	1.2	6	46.2	0	0	7	53.8	5	38.5	7	53.8	
	65歳以上	252	31	12.3	6	19.4	0	0	24	77.4	20	64.5	24	77.4	
H28	全体	1,251	27	2.2	5	18.5	1	3.7	18	66.7	14	51.9	18	66.7	
	64歳以下	956	8	0.8	2	25	1	12.5	4	50	5	62.5	5	62.5	
	65歳以上	295	19	6.4	3	15.8	0	0	14	73.7	9	47.4	13	68.4	

図表 26

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,365	2	0.1	0	0	2	100	2	100	2	100	1	50	
	64歳以下	1,113	2	0.2	0	0	2	100	2	100	2	100	1	50	
	65歳以上	252	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
H28	全体	1,251	3	0.2	1	33.3	2	66.7	3	100	3	100	1	33.3	
	64歳以下	956	3	0.3	1	33.3	2	66.7	3	100	3	100	1	33.3	
	65歳以上	295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

カ. 短期目標の達成状況

平成 25 年度と平成 28 年度の比較でみると、糖尿病患者及びインスリン治療者は増加しています。65 歳以上の糖尿病性腎症の人が増加しています（図表 27）。
高血圧の人の割合は減少していますが、高血圧で、糖尿病の人の割合が増えています。人工透析でみると高血圧の割合が増加しています（図表 28）。
脂質異常症の人の割合はほぼ同じでした（図表 29）。

図表 27

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標								
			糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,365	98	7.2	8	8.2	61	62.2	59	60.2	23	23.5	25	25.5	2	2	3	3.1	
	64歳以下	1,113	45	4	4	8.9	26	57.8	22	48.9	10	22.2	5	11.1	2	4.4	3	6.7	
	65歳以上	252	53	21	4	7.5	35	66	37	69.8	13	24.5	20	37.8	0	0	0	0	
H28	全体	1,251	99	7.9	10	10.1	57	57.6	55	55.6	17	17.2	14	14.1	3	3	4	4	
	64歳以下	956	41	4.3	4	9.8	25	61	19	46.3	6	14.6	5	12.2	3	7.3	2	4.9	
	65歳以上	295	58	19.7	6	10.3	32	55.2	36	62.1	11	19	9	15.5	0	0	2	3.4	

図表 28

厚労省様式 様式3ー3		短期的な目標								中長期的な目標					
		高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1,365	160	11.7	61	38.1	94	58.8	37	23.1	31	19.4	2	1.3	
	64歳以下	1,113	82	7.4	26	31.7	46	56.1	18	22	7	8.5	2	2.4	
	65歳以上	252	78	31	35	44.9	48	61.5	19	24.4	24	30.8	0	0	
H28	全体	1,251	142	11.4	57	40.1	82	57.7	25	17.6	18	12.7	3	2.1	
	64歳以下	956	64	6.7	25	39.1	32	50	12	18.8	4	6.3	3	4.7	
	65歳以上	295	78	26.4	32	41	50	64.1	13	16.7	14	17.9	0	0	

図表 29

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	1,365	131	9.6	59	45	94	71.8	32	24.4	31	23.7	1	0.8
	64歳以下	1,113	64	5.8	22	34.4	46	71.9	16	25	7	10.9	1	1.6
	65歳以上	252	67	26.6	37	55.2	48	71.6	16	23.9	24	35.8	0	0
H28	全体	1,251	121	9.7	55	45.5	82	67.8	20	16.5	18	14.9	1	0.8
	64歳以下	956	53	5.5	19	35.8	32	60.4	8	15.1	5	9.4	1	1.9
	65歳以上	295	68	23.1	36	52.9	50	73.5	12	17.6	13	19.1	0	0

キ. 健診結果・特定保健指導

特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

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が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。実施にあたっては 10. 第3期特定健診等実施計画に準ずるものとします。

(2) 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

本町でも高齢化率は上がり続け、健康寿命の延伸が長期的な課題となります。

本町の1人当たりの医療費は24,224円と国並で、北海道、同規模平均より低くなっていますが、年々増加傾向にあります。

医療の総額に対する疾病別費用額では、悪性新生物が34.7%、筋・骨格疾患が21.4%と国・北海道・同規模と比較すると高くなっています。

悪性新生物は、費用額で見る道内順位が入院では9位、外来では7位といずれにしても上位で、高額な医療費の割合を占めています。特に気管・気管支の悪性新生物と女性特有の乳がんの割合が高い傾向にありました。

生活習慣病に関連する脳血管疾患、心疾患、慢性腎不全（中長期的目標疾患）医療費総額は、平成25年度と平成28年度を比較すると5%下がり、国、北海道より低い結果となっています。

平成25年度より患者割合では慢性腎不全（透析有）、医療費では心疾患は若干増加していました。医療費が高額になる要因疾患では、100万円以上の医療費がかかる疾患及び、6か月以上の入院となる疾患の中でも、虚血性心疾患の件数が多くなっています。

また、人工透析患者は、平成28年5月時点で5件となっており、糖尿病を起因とする方は3件でした。

介護では、70歳以上脳内出血が北海道より診療費が高く、1号・2号のいずれも介護認定者の6割以上が脳血管疾患によるものでした。

外来の1件あたりの医療費でみると、高血圧、糖尿病の医療費が高く、北海道順位では、高血圧9位、糖尿病38位と上位に位置しています。

また、年齢別では50歳代の高血圧、糖尿病にかかる1件あたりの医療費が高額になっています。

これらの状況から、

本町では高血圧、糖尿病にかかる医療費が高い傾向にあり、これらの疾患が脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析等の重度な疾患の発症につながっていると思われます。介護認定者をみても、6割以上が脳血管疾患によるものです。

このため、高血圧、糖尿病の重症化予防に重点を置き、保健事業に取り組む必要性があります。

また、悪性新生物、筋・骨格疾患については、国、北海道、同規模保険者と比較して高額になっており、本町のかかえる健康課題として今後も対策が必要です。

士幌町の健康課題

高額医療費では、悪性新生物、虚血性心疾患、慢性腎不全の重症化による割合が高い

介護認定者の脳血管疾患の割合が高い

若い世代の高血圧・糖尿病の医療費用額が高い

健診結果 BMI・肥満の人の割合が多い

この状態が
進行すると
...

生活習慣病が重症化し、*QOL（生活の質）が低下するとともに、健康寿命が短縮し、医療、介護に要する町民負担が増大していく

*QOL（生活の質）：物理的な豊かさやサービスの量、個々の身辺自立だけでなく、精神面を含めた生活全体の豊かさと自己実現を含めた概念。

(3) 目標の設定

被保険者が特定健診を受診することにより、自分の健康状態を把握し、必要な生活習慣の改善や医療機関での受診などの行動をとることで、生活習慣病の発症及び重症化を予防し、健康寿命が延伸され医療費の伸びを抑制することを目的とします。

介護が必要となる原因の一つが脳血管疾患などの生活習慣病であることから、保健事業で実施する生活習慣病対策は、医療費のみならず介護保険料の抑制にも寄与します。

短期目標（毎年度の目標）

短期目標 1 特定健診を受診し、自分の健康状態を把握する人の増加

短期目標 2 がん検診等を受診する人の増加

短期目標 3 健診結果BMI・肥満割合の減少

短期目標 4 生活習慣病のコントロール不良者の減少

短期目標 5 生活習慣病受診必要者（重点高血圧・糖尿病）の減少

中長期目標

（6年間の計画期間を通しての目標最終年度評価時の目標）

中長期目標 1 虚血心疾患を発症し、重症化する人を増やさない

中長期目標 2 糖尿病の重症化による慢性腎臓病から透析治療が必要になる人の減少

中長期目標 3 脳血管疾患による介護認定者の減少

目標達成の指標

目標を評価するため指標を次のとおり設定します（図表 30）。

図表 30

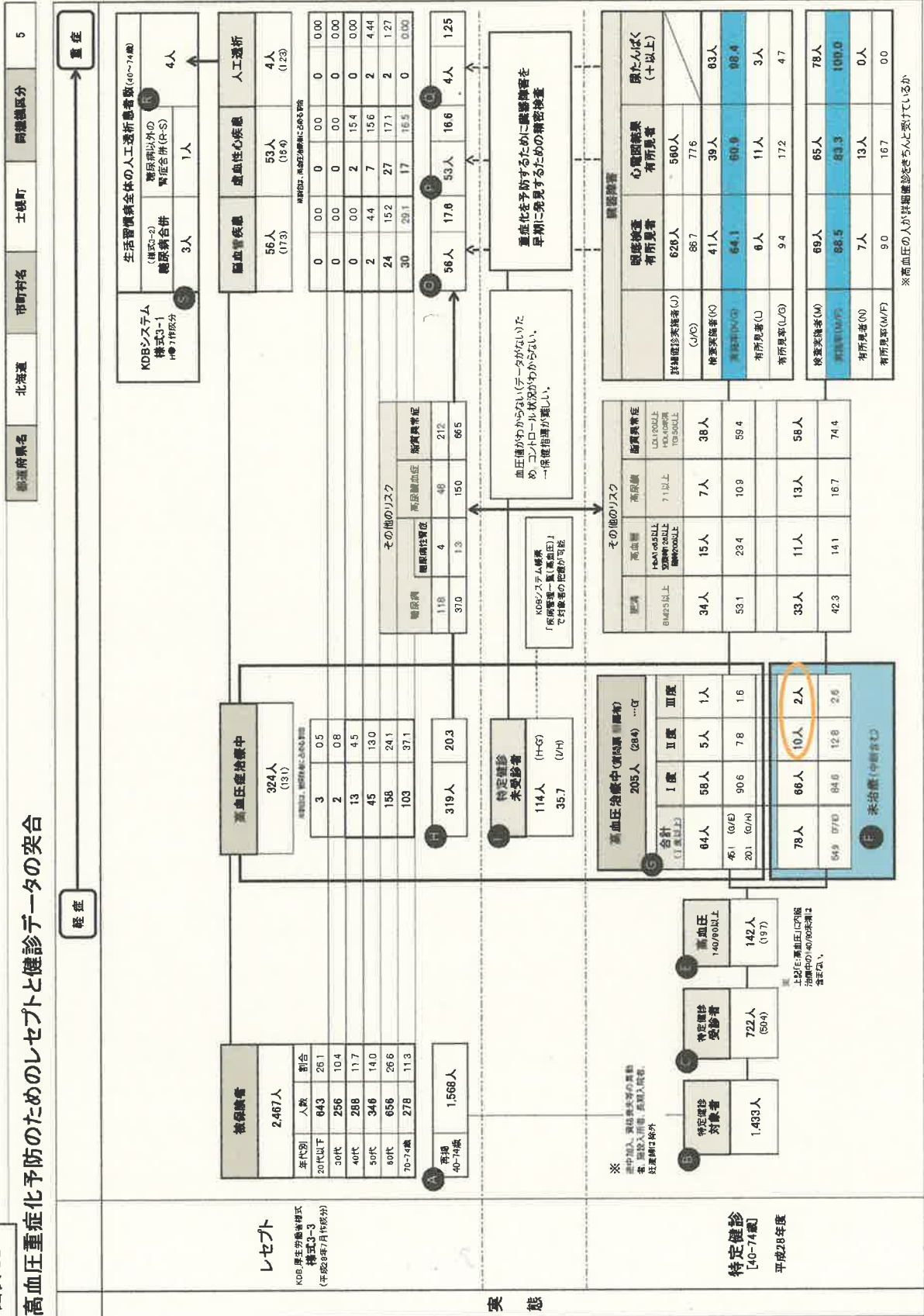
	目標	指標	現状値
短期目標	1 特定健診を受診し、自分の健康状態を把握する人の増加	特定健診受診率	平成 28 年度 50.0%
	2 がん検診等を受診する人の増加	がん検診受診者数	胃がん 18.4% 肺がん 23.9% 大腸がん 24.0% 子宮がん 16.3% 乳がん 18.1%
	3 健診結果 BMI・肥満割合の減少	特定健診結果 BMI 25 以上 (割合) 腹囲男 85cm 以上 女 90cm 以上	男性 42.8% 女性 35.8% 男性 52.9% 女性 22.3%
	4 生活習慣病のコントロール不良者割合の減少 (重点高血圧・糖尿病) (図表 30.31)	特定健診受診者で、治療中の者のうち、「健診結果」が次の基準に該当する者の割合 ① 「糖尿病」 HbA1c 7.0 以上 ② 「高血圧」 II 度高血圧以上	30 人 44.1% 6 人 9.4%
	5 生活習慣病受診必要者割合の減少 (図表 30.31.32)	特定健診受診者で、未治療中の者の、「健診結果」が次の基準に該当する者の割合 ① 「糖尿病」 HbA1c 6.5 以上 ② 「高血圧」 II 度高血圧以上 ③ 「脂質異常症」 LDL-C 180mg/dl 以上 中性脂肪 300mg/dl 以上	23 人 12 人 32 人 16 人
中長期目標	1 虚血性心疾患を発症し、重症化する人を増やさない	平成 28 年度虚血性心疾患による (1) 100 万円以上の医療費 (2) 6 か月以上の入院 上記の件数	6 件 11 件
	2 糖尿病の重症化による慢性腎臓病から透析治療が必要になる人の減少 (図表 30.32)	(1) 人工透析患者数 (2) 糖尿病性腎障害による人工透析患者数	5 件 3 件
	3 脳血管疾患の介護認定者の減少 (図表 31.32)	要介護認定者の有病状況 脳卒中患者の件数 1 号 65 歳～74 歳 75 歳以上 2 号	12 件 202 件 5 件

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



図表 31

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



脳・心・腎を守るために――重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする――

31

3. 保健事業の実施

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。特に本町では、糖尿病、高血圧に重点を置き保健事業を実施します。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実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行います。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、町民が健康生活に関心を持ち、自らが生活習慣病予防に取り組めるよう工夫をし、運動の推進、健診の受診、健康教育などの保健事業の参加を促し広く町民へ健康寿命の延伸の必要性を周知していきます。

(1) 特定健診・特定保健指導（特定健診等実施計画）

実施にあたっては、10. 第3期特定健診等実施計画に準じるものとします。

(2) がん対策事業

有効性が確立されているがん検診については、節目年齢の検診無料クーポン券の配布をはじめ、広報や出前講座、個別相談などあらゆる場を利用した啓発および学習を通して受診率の維持または向上に努めます。

また、要精検者に対しては、台帳管理を行い、医療機関受診の有無及び結果を確実に把握する取り組みを行います。また、がん化の予防という視点で考えると、前がん病変が明らかになることは重要なことです。がん化を進めないための生活習慣の見直し、適切な時期に必要な検査を受診してもらう取り組みをおこないます。

図表 33

内容		時期	検査機関	対象	定員
PET がん検診		通年	北斗病院	40 歳以上	60 名
日帰り人間ドック		通年	士幌町国民健康保険病院	30 歳以上	
施設型	胃がん	通年	士幌町国民健康保険病院	30 歳～74 歳（肺がん検診 30 歳以上）	
	肺がん				
	大腸がん				
	前立腺がん 肝炎検査				
巡回型（集団検診）	胃がん	年間 10 日間程度	J A 帯広厚生病院 結核予防会札幌支部	30 歳～74 歳（肺がん検診 30 歳以上）	
	肺がん				
	大腸がん	年 2 日間	結核予防会札幌支部	20 歳～74 歳	
	前立腺がん 肝炎検査			36 歳～74 歳	
子宮がん					
子宮がん検診		通年	音更町・帯広市内医療機関	20 歳～74 歳	
乳がん検診		通年	音更町・帯広市内医療機関	36 歳～74 歳	

禁煙、食事、運動、飲酒等による生活習慣の改善によりがん発症を予防することができると考えられていることから、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防に努めます。

(3) 重症化予防の取り組み

ア. 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び北海道の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 34 に沿って実施します。

【取り組み方法】

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導（保健指導：保健師・管理栄養士）
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応（手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等）
- (4) 糖尿病台帳を作成し担当地区ごとに管理する

【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する。

＊HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

- (2) 資格を確認する
- (3) レセプトを確認し情報を記載する

治療状況の把握

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

- (4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

- (5) 担当地区の対象者数の把握

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

図表 34

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				☐
2	健康課題の把握	○				☐
3	チーム内での情報共有	○				☐
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				☐
5	医師会等への相談(情報提供)	○				☐
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				☐
7	情報連携方法の確認	○				☐
8	対象者選定基準検討		○			☐
9	基準に基づく該当者数試算		○			☐
10	介入方法の検討		○			☐
11	予算・人員配置の確認	○				☐
12	実施方法の決定		○			☐
13	計画書作成		○			☐
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	介入開始(受診勧奨)		○			☐
21	記録、実施件数把握			○		☐
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			☐
23	レセプトにて受診状況把握				○	☐
24	募集(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	3ヶ月後実施状況評価				○	☐
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	☐
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	☐
34	医師会等への事業報告	○				☐
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				☐
36	改善点の検討		○			☐
37	マニュアル修正		○			☐
38	次年度計画策定		○			☐

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

【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。本町においては、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行っていきます。(図表 35)

図表 35

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか? 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(グリコカリクス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう? 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン?(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 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 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 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 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど? 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? 薬が必要になった人の保健指導 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

【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、事前に土幌町国民健康保険病院医師と協議した紹介状等を使用し、かかりつけ専門医療機関への受診を勧奨します。

【治療中の者への対応】

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ専門医療機関より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては帯広保健所での協議プログラムに準じ行っています。

【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。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

イ. 虚血性心疾患重症化予防

本町は同規模と比較してBMI高値・肥満およびメタボリックシンドローム予備群が多い状況です。予防重点疾患としている虚血性心疾患また高血圧の医療費割合が高いため心電図検査の全数実施を行います。

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。(図表36)

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虚血性心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。(図表37)

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ていきます。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。

【対象者の管理】

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

【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。

【高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携】

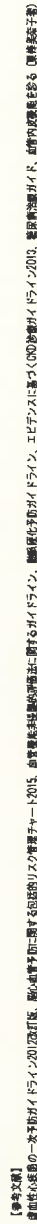
受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していきます。

【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。短期的評価は、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を評価していきます。

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



図表 37

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者																																																																																		
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク																																																																																			
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化	⑤ 重症化予防対象者																																																																																			
		☐ その他所見																																																																																				
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、腕の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者																																																																																			
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧																																																																																					
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		⑤ 重症化予防対象者																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">判定</th> <th>正常</th> <th>軽度</th> <th>重度</th> <th>追加評価項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="12">□メタボリックシンドローム</td> <td>□腹囲</td> <td></td> <td>男 85～ 女 90～</td> <td></td> <td rowspan="12"></td> </tr> <tr> <td>□BMI</td> <td>～24.9</td> <td>25～</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□中性脂肪</td> <td>空腹</td> <td>～149</td> <td>150～299</td> <td>300～</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>～199</td> <td>200～</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□HDL-C</td> <td>40～</td> <td>35～39</td> <td>～34</td> </tr> <tr> <td>□nonHDL-C</td> <td>～149</td> <td>150～169</td> <td>170～</td> </tr> <tr> <td>□ALT</td> <td>～30</td> <td>31～50</td> <td>51～</td> </tr> <tr> <td>□γ-GT</td> <td>～50</td> <td>51～100</td> <td>101～</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血糖</td> <td>空腹</td> <td>～99</td> <td>100～125</td> <td>126～</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>～139</td> <td>140～199</td> <td>200～</td> </tr> <tr> <td>□HbA1c</td> <td>～5.5</td> <td>5.6～6.4</td> <td>6.5～</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血圧</td> <td>収縮期</td> <td>～129</td> <td>130～139</td> <td>140～</td> </tr> <tr> <td>拡張期</td> <td>～84</td> <td>85～89</td> <td>90～</td> </tr> <tr> <td>□尿酸</td> <td>～7.0</td> <td>7.1～7.9</td> <td>8.0～</td> </tr> <tr> <td>④ □LDL-C</td> <td>～119</td> <td>120～139</td> <td>140～</td> <td> 【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比 ☐ 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別） </td> </tr> <tr> <td>eGFR</td> <td></td> <td>60未満</td> <td></td> <td rowspan="3"> ☐ 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無 </td> </tr> <tr> <td>尿蛋白</td> <td>(-)</td> <td>(+)～</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□CKD 重症度分類</td> <td></td> <td>G3aA1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		判定			正常	軽度	重度	追加評価項目	□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			□BMI	～24.9	25～		□中性脂肪	空腹	～149	150～299	300～	食後	～199	200～		□HDL-C	40～	35～39	～34	□nonHDL-C	～149	150～169	170～	□ALT	～30	31～50	51～	□γ-GT	～50	51～100	101～	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	食後	～139	140～199	200～	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	拡張期	～84	85～89	90～	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～	④ □LDL-C	～119	120～139	140～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比 ☐ 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）	eGFR		60未満		☐ 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無	尿蛋白	(-)	(+)～		□CKD 重症度分類		G3aA1
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目																																																																																	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～																																																																																			
	□BMI	～24.9	25～																																																																																			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～																																																																																
		食後	～199	200～																																																																																		
	□HDL-C	40～	35～39	～34																																																																																		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～																																																																																		
	□ALT	～30	31～50	51～																																																																																		
	□γ-GT	～50	51～100	101～																																																																																		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～																																																																																
		食後	～139	140～199		200～																																																																																
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～																																																																																		
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～																																																																																
拡張期		～84	85～89	90～																																																																																		
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～																																																																																			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比 ☐ 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）																																																																																		
eGFR		60未満		☐ 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無																																																																																		
尿蛋白	(-)	(+)～																																																																																				
□CKD 重症度分類		G3aA1																																																																																				

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

ウ. 脳血管疾患重症化予防

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。

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者はⅡ度高血圧以上未治療者を対象とします。また治療中であってもⅡ度高血圧である者もリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導を行っていきます。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 38

【脳卒中の分類】

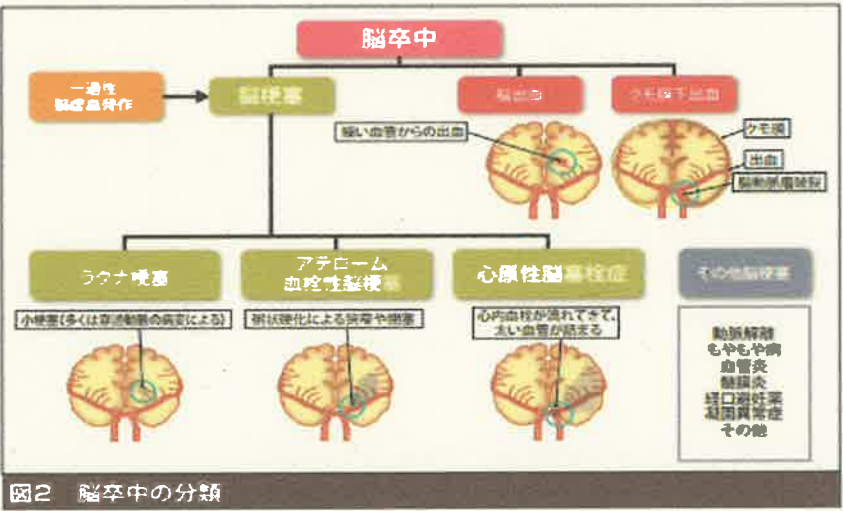


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 39

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δρο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	●							

(4) 個人のインセンティブ提供

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

健康長寿延伸のためには、町民一人ひとりが、「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、それぞれの年齢や健康状態等に応じて、具体的な行動として第一歩を踏み出すことが重要です。

自分自身の健康づくりに関心が低い「健康無関心層」も含めて町民が健康づくりの取組を実践し、継続していくためには、一人ひとりがそれぞれの選択の中で第一歩を踏み出すきっかけとなるよう、ポピュレーションアプローチとして様々なインセンティブの提供や、民間の創意工夫も活用した多様な選択肢（健康プログラム）の提供により個人が無理なく健康づくりを行える取組を進めることが必要です。本町においては、しほろ健康マイレージビンゴ事業に取り組みます。

しほろ健康マイレージビンゴ事業

健康づくりに関連した事業に参加した者に事業事に定めるポイント数を付与し、有効期限内に取得したポイント累計が、一定以上のポイントに達すると賞品との交換ができる事業を実施します。事業の実施にあたっては、町教育委員会、町商工会議所、町社会福祉協議会等と連携を図ります。

- (1) 特定健康診査及び後期高齢者健診、及び若年者健診、その他のがん検診等の受診
- (2) 個人の健康増進に係る事業（健康講演会、ウォーキング事業、介護予防事業、軽運動教室等）
- (3) その他の事業

【対象者】

士幌町に住民票を有する者であって実施期間の属する年度の4月1日現在において満30歳以上の人を対象とします。

【事業の実施期間】

実施期間は、年度ごとに決めます。

【対象健康事業】

対象事業は図表40とします。

図表 40

	内 容	時期スタンプ	ポイント	備考
特定健診 がん検診	日帰り人間ドック P E Tがん検診	6月から2月 総合福祉センター	特定健診ポイント がん検診ポイント	1ポイント 2ポイント まで
特定健診	特定健診（巡回型・施設型・職場）・ 後期高齢者健診・若年者健診・職場基 礎健診・基礎健診・脳ドック健診	6月から2月 総合福祉センター 健診会場	特定健診ポイント	1ポイント
がん検診	胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検 診乳がん検診・子宮がん検診・前立腺 がん検診・骨粗鬆症検診・肝炎検診・ エキノコックス症検診	6月から2月 総合福祉センター 健診会場	がん検診ポイント	2ポイント まで
講演会	ウォーキング講習会（6月、9月予定） 医大講演会（呼吸器疾患） 健康講演会（生活習慣病予防） 出前健康講座の開催	講演会会場	講演会ポイント	
運動	運動教室及び運動事業 総合研修センタートレーニング室利用 （リズムステップ・ゴムチューブ・ス トレッチポール活用術・コア&ひきし め・簡単ストレッチ・美しい骨盤・や さしいエアロ・ZUMBA） 早期介入運動教室 ウォーキング、体操など	6月から2月 各教室会場で運動 マイレージカード 配布 総合福祉セ ンター及び総合研 修センターでスタ ンプ交換	運動マイレ ージ50時 間運動以上 で運動ポイ ント1	教室やレ ッスン参 加は1回 で運動マ イレージ 2時間
その他	献血 ふれあい図書館の利用（健康に関する 本を借りる）	献血会場、総合研 修センター、ふれ あい図書館	その他ポイ ント	

(5) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用 を促進するため、後発医薬品に関する情報や医療費の動向等を周知します。

(6) 重複服薬者への取り組み

重複・頻回受診者について分析を行い、医療機関との連携等を図りながら、効果的・効率的な対策を進めます。

(7) その他

ア. 歯周疾患検診の実施

歯周疾患は糖尿病の重大な合併症のひとつで、血糖コントロールの不良が歯周疾患を増悪させ、歯周疾患は心筋梗塞などの動脈硬化疾患や感染性心内膜炎、呼吸器疾患などの誘因となることが指摘されています。

歯周疾患の発症予防及び重症化予防をすすめることは、糖尿病の重症化予防の取り組みと共に医療費の削減を図るうえでも重要であることから、町内歯科医院と連携を図り、特定健診受診結果で、糖尿病の診断を受け医療機関で治療を受けている者及び受診希望者に対し「歯周疾患検診無料受診券」を配布し歯周疾患検診を実施します。

イ. COPD(慢性閉塞性肺疾患)

WHO（世界保健機関）はCOPDを「予防でき、治療できる病気」と位置付け、啓発運動を進めることを提言しています。日本では平成24年（2012年）、COPDは「健康日本21（第2次）」の中で、今後、取り組むべき深刻な病気とされ新たに加えられました。

生活習慣病対策として発症予防と重症化予防の推進を図るため、「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第4版」（日本呼吸器学会 2013年4月発行）に基づき対策を検討します。

4. 保健事業実施計画(データヘルス計画)の評価

評価については、国保データベース（KDB）システムの情報を活用し、毎年行うこととします。
また、データについては経年変化、国、北海道、同規模保険者との比較を行い評価します。

1 計画の評価

① データヘルス計画の評価

データヘルス計画は、3年後の平成32年度に進捗確認のため中間評を行い、6年後の平成35年度に最終評価を行います。

② 個別事業計画の評価

個別事業計画は、毎年度の目標及び内容等を評価します。

評価の実施に当たってはKDB等から出力される各種データを活用します。

2. 評価方法・体制

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以下の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 41

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

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

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。

5. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し

平成30年度からの平成35年度までの第3期特定健康診査等実施計画や平成32年度の中間評価を踏まえ、必要に応じて見直しを行います。

6. 計画の公表・周知

策定した計画は、町のホームページや広報誌に掲載し周知します。

また、町民にわかりやすいような計画の簡易版等を作成し、健康講座や健康相談等の健康教育の場において周知します。

7. 個人情報の取扱い

士幌町における個人情報の取扱いは士幌町における個人情報の取扱いは、士幌町個人情報保護条例(平成17年3月18日士幌町条例第8号)によるものとします。

また、保健事業に関しては国より出される事業のガイドライン等に基づき、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。

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

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。

9. その他の留意事項

データヘルス計画の策定、計画の評価及び見直しの作業は、福祉部門、国保部門、保健部門及び介護部門の職員で構成する「保健福祉課内事業検討会議」及び国保部門、保健部門の職員で構成する「土幌町国民健康保険保健事業検討会議」において共通認識をもって課題解決に取り組むものとします。「土幌町保健医療福祉総合推進協議会」等において協議や意見聴取を行うほか、関係機関等との連携を図ります。

計画による保健事業は、国保部門と保健部門が連携して運営します。また、KDB等を活用した介護予防事業の展開について、介護部門と連携して検討をしていきます。

先進的な他市町村の保健事業の取組等について積極的に情報収集を行うと共に、各種研修に参加するほか、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修や専門技術支援を受けるなど、保健指導技術の向上に取り組めます。

11. 資料

1) 計画策定の経過

平成 29 年 5 月 16 日	計画策定保健福祉課打合せ 福祉保険グループ保険担当 健康介護グループ健康推進担当
平成 29 年 5 月 29 日	第 1 回保健福祉医療福祉総合推進協議会（諮問）
平成 29 年 7 月 28 日	第 2 回保健医療福祉推進協議会
平成 29 年 8 月 28 日	計画策定保健福祉課打合せ 福祉保険グループ保険担当 健康介護グループ健康推進担当
平成 29 年 9 月 25 日	十勝総合振興局帯広保健所保健師業務打合せ会議
平成 29 年 11 月 6 日	第 3 回保健医療福祉推進協議会（骨子案）
平成 30 年 1 月 22 日	第 4 回保健医療福祉推進協議会（素案）
平成 30 年 2 月 22 日	士幌町国民健康保険運営協議会
平成 30 年 2 月 26 日	第 5 回保健医療福祉総合推進協議会（答申）

2) 士幌町保健医療福祉総合推進協議会条例

平成 14 年 3 月 20 日

条例第 10 号

(設置)

第 1 条 町民のいのちと健康を守り、安心と生きがいのある地域社会の実現に向け、町民の参画と保健・医療・福祉の機能連携を図り、総合的な地域ケアシステムを推進するために士幌町保健医療福祉総合推進協議会(以下「協議会」という。)を置く。

(所掌事項)

第 2 条 協議会は、次の事項を所掌する。

- (1) 町長の諮問に応じ、保健・医療・福祉に関する計画を策定すること。
- (2) 保健・医療・福祉に関する重要事項に関する調査・研究
- (3) 保健・医療・福祉の機能連携の推進に関すること。
- (4) その他、設置目的にそった、保健・医療・福祉の総合的推進に関すること。

(組織)

第 3 条 協議会は、委員 15 人以内で組織し、町長が委嘱する。

(任期)

第 4 条 委員の任期は、3 年とし再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第 5 条 協議会に、会長及び副会長を置き、委員の互選により決める。

2 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代理する。

(会議)

第 6 条 協議会の会議は、必要に応じ会長が招集し、会長がその議長となる。

2 協議会は、委員の総数の 2 分の 1 以上が出席しなければ会議を開くことができない。

(委任)

第 7 条 この条例の施行に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この条例は、平成 14 年 4 月 1 日から施行する。

士幌町国民健康保険
第2期保健事業実施計画
第3期特定健康診査等実施計画
(平成30年3月)

士幌町保健福祉課

〒080-1214 北海道河東郡士幌町字士幌西2線167番地

電話:01564-5-2108 FAX01564-5-2127