

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健診等実施計画

平成30年3月 愛別町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察	
2. 第2期計画における健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1. 第3期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	25
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 虚血性心疾患重症化予防	
3. 脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	42

第6章 計画の評価・見直し	44
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	46
参考資料	47

2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

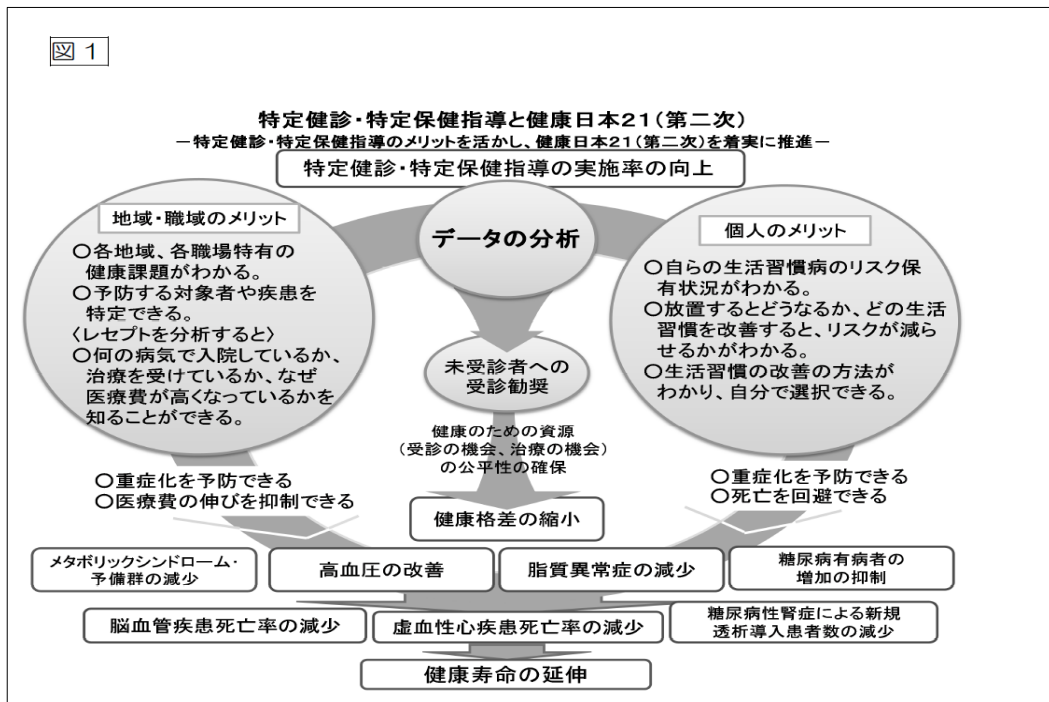
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部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)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

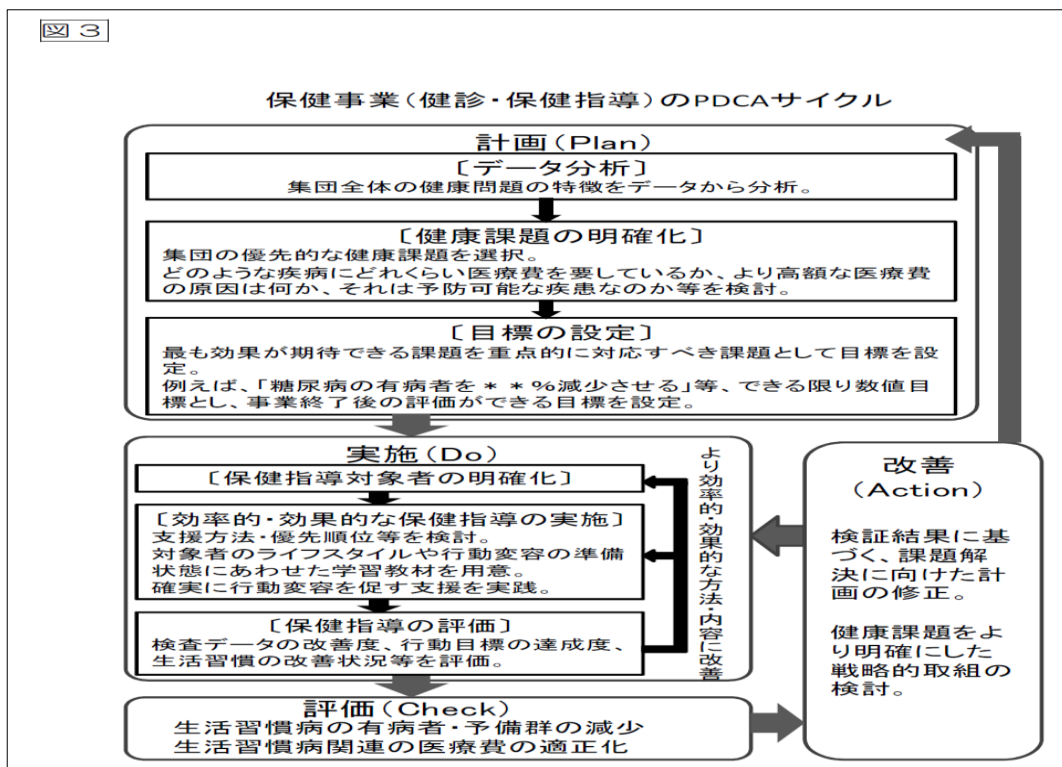
愛別町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

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

愛別町においては、税町民課国民健康保険係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健福祉課の保健師等の専門職と連携をして、町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（税町民課）、保健衛生部局・介護保険部局・生活保護部局（保健福祉課）、企画部局（総務企画課）とも十分連携することが望ましい。

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

(2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

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

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うため

には、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

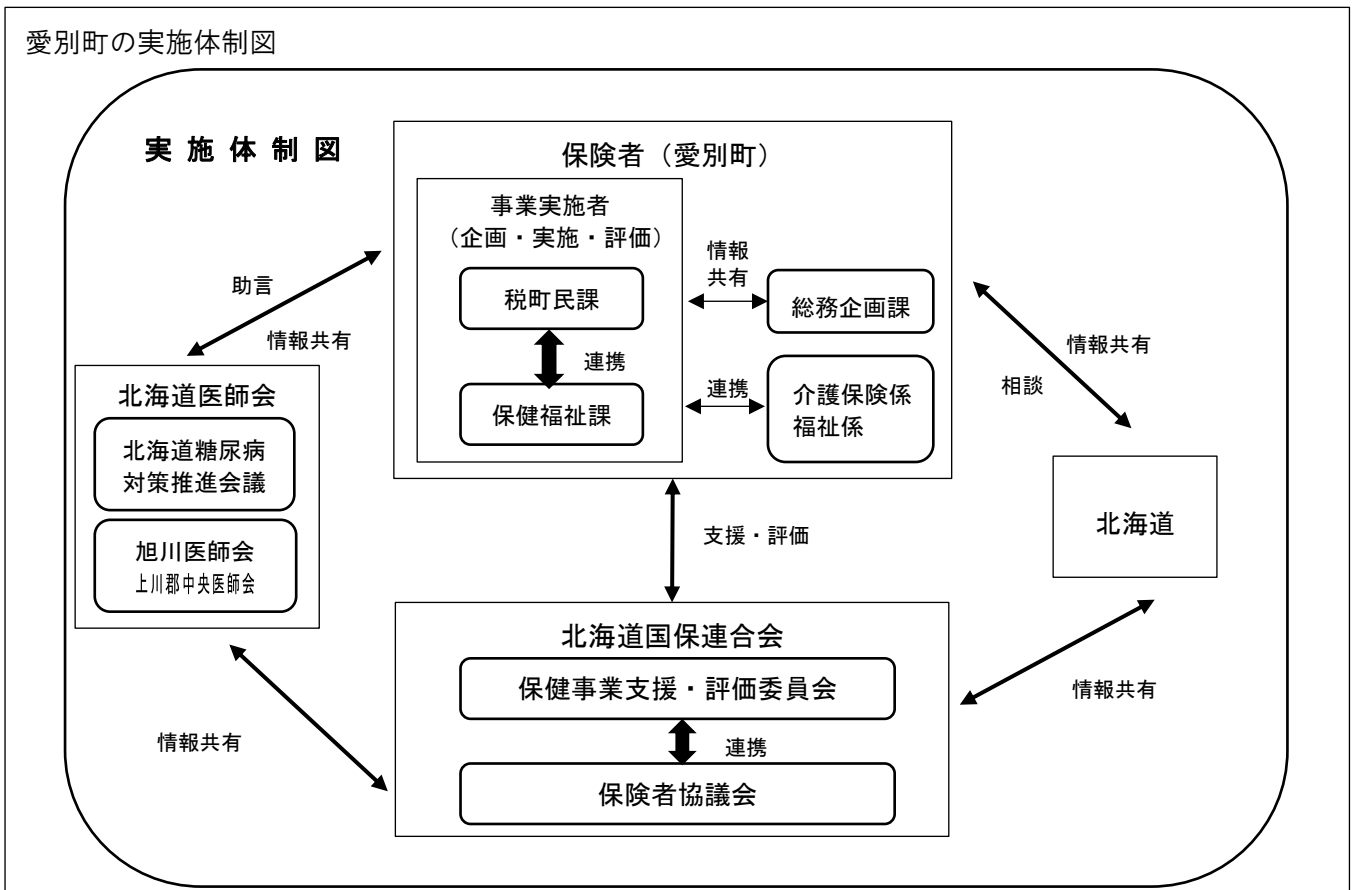
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

(3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		39.8			
総得点(体制構築加点含む)		185			
全国順位(1,741市町村中)		1,113			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
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	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	70			50
体制構築加点		185			60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

(1) 第1期計画に係る評価

1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は増加しており、死因別にみると、脳疾患による死亡割合が増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。1件あたりの入院費用額をみると、腎不全が平成25年度よりも大幅に増えており、腎疾患の重症化が推測できる。特定健診を受診することで、腎疾患を早期発見できることから、医療費適正化の観点からも、今後も特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付費の変化について、平成28年度の介護給付費が増え、1件当たり給付費は、愛別町、同規模平均ともに減少している。愛別町は、平成29年1月1日現在の高齢化率が44%で、全道10位と高齢化率が高く、介護給付費が増額している要因の一つとして考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	愛別町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)			1件当たり給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス
		居宅サービス	施設サービス				
H25年度	4億1766万円	99,261	55,886	303,347	76,041	40,283	279,561
H28年度	↑4億4318万円	↓88,234	52,977	298,671	↓73,752	39,649	273,932

②医療費の状況（図表 7）

総医療費は、平成 25 年度と比較すると減少しているが、被保険者数の減少によるものであると考えられる。一方で、一人あたりの医療費は、平成 25 年度と比較すると増加しており、特に入院の費用額が増加していることから、重症化や長期入院が推測される。

医療費の変化 【図表 7】

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費 (円)	H25年度	3億4,635万円			1億4,998万円				1億9,296万円			
	H28年度	3億1,020万円	△3,615万円	-10.4	-2.1	1億4,225万円	△773万円	-5.2	2.8	1億6,796万円	△2,500万円	-13.0
一人当たり 医療費(円)	H25年度	25,706			11,270				14,460			
	H28年度	27,709	2,003	7.8	5.8	12,710	1,440	12.7	6.4	15,000	540	3.7

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患をみると、脳血管疾患に係る医療費は減少しているが、全国と比較すると高くなっている。一方で、虚血性心疾患に係る医療費は増加しており、北海道・全国と比較しても高い状況である。以上のことから、重症化していることがわかり、特定健診による予防や早期発見が重要である。

また、悪性新生物が平成 25 年度と比較すると大幅に増加している。がんの早期発見のためにも、がん検診を含めたがん対策も重要である。

【図表 8】

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

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									
同規模区分 愛別町	H25	346,351,960	25,961	108位	97位	2.26%	0.01%	2.96%	2.38%	5.70%	8.17%	5.10%	92,073,820	26.58%	10.41%	9.28%	9.62%
	H28	310,202,880	27,709	111位	93位	1.34%	0.08%	2.32%	3.17%	5.83%	5.80%	5.73%	75,272,900	24.27%	14.36%	6.01%	9.23%
H28	北海道	447,068,008,510	27,782	--	--	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	92,704,528,050	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%
	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%

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地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析すべてで、高血圧を治療している人が多く、さらに糖尿病を治療している人も増加傾向であることがわかった。今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、心臓、脳、腎臓の3つの血管も傷んでくると考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また、新規人工透析患者を出さないよう、重症化予防に取り組んでいく。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧症		糖尿病		脂質異常症			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	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	1142	41	3.6	8	19.5	0	0.0	34	82.9	14	34.1	29	70.7	
	64歳以下	702	9	1.3	0	0.0	0	0.0	7	77.8	2	22.2	7	77.8	
	65歳以上	440	32	7.3	8	25.0	0	0.0	27	84.4	12	37.5	22	68.8	
H28	全体	1006	37	3.7	8	21.6	1	2.7	30	81.1	18	48.6	25	67.6	
	64歳以下	553	8	1.4	1	12.5	1	12.5	6	75.0	3	37.5	6	75.0	
	65歳以上	453	29	6.4	7	24.1	0	0.0	24	82.8	15	51.7	19	65.5	

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		高血圧症		糖尿病		脂質異常症			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	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	1142	36	3.2	8	22.2	0	0.0	28	77.8	12	33.3	25	69.4	
	64歳以下	702	5	0.7	0	0.0	0	0.0	4	80.0	1	20.0	3	60.0	
	65歳以上	440	31	7.0	8	25.8	0	0.0	24	77.4	11	35.5	22	71.0	
H28	全体	1006	28	2.8	8	28.6	0	0.0	20	71.4	10	35.7	17	60.7	
	64歳以下	553	9	1.6	1	11.1	0	0.0	5	55.6	3	33.3	5	55.6	
	65歳以上	453	19	4.2	7	36.8	0	0.0	15	78.9	7	36.8	12	63.2	

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		高血圧症		糖尿病		脂質異常症			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	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	1142	2	0.2	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	702	2	0.3	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	440	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	1006	1	0.1	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	553	1	0.2	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	453	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	

※比較して低い方に○

3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

糖尿病、高血圧、脂質異常症をそれぞれ治療している人の割合は、ほぼ変わりが無いが、重複して治療している人の割合が増加している。糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血糖、高血圧等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなるため、重症化予防のための高血圧、糖尿病、脂質異常症予防に取り組んでいく必要がある。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2	短期的な目標										中長期的な目標							
	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	1142	135	11.8	12	8.9	87	64.4	79	58.5	14	10.4	12	8.9	1	0.7	3	25.0
	64歳以下	702	40	5.7	6	15.0	22	55.0	25	62.5	2	5.0	1	2.5	1	2.5	2	5.0
	65歳以上	440	95	21.6	6	6.3	65	68.4	54	56.8	12	12.6	11	11.6	0	0.0	1	1.1
H28	全体	1006	127	12.6	11	8.7	85	66.9	81	63.8	18	14.2	10	7.9	0	0.0	2	18.2
	64歳以下	553	30	5.4	2	6.7	12	40.0	17	56.7	3	10.0	3	10.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	453	97	21.4	9	9.3	73	75.3	64	66.0	15	15.5	7	7.2	0	0.0	2	2.1

厚労省様式 様式3-3	短期的な目標						短期的な目標							
	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	1142	266	23.3	87	32.7	150	56.4	34	12.8	28	10.5	2	0.8
	64歳以下	702	76	10.8	22	28.9	33	43.4	7	9.2	4	5.3	2	2.6
	65歳以上	440	190	43.2	65	34.2	117	61.6	27	14.2	24	12.6	0	0.0
H28	全体	1006	226	22.5	85	37.6	142	62.8	30	13.3	20	8.8	1	0.4
	64歳以下	553	43	7.8	12	27.9	24	55.8	6	14.0	5	11.6	1	2.3
	65歳以上	453	183	40.4	73	39.9	118	64.5	24	13.1	15	8.2	0	0.0

厚労省様式 様式3-4	短期的な目標						短期的な目標							
	脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1142	240	21.0	79	32.9	150	62.5	29	12.1	25	10.4	0	0.0
	64歳以下	702	77	11.0	25	32.5	33	42.9	7	9.1	3	3.9	0	0.0
	65歳以上	440	163	37.0	54	33.1	117	71.8	22	13.5	22	13.5	0	0.0
H28	全体	1006	224	22.3	81	36.2	142	63.4	25	11.2	17	7.6	0	0.0
	64歳以下	553	53	9.6	17	32.1	24	45.3	6	11.3	5	9.4	0	0.0
	65歳以上	453	171	37.7	64	37.4	118	69.0	19	11.1	12	7.0	0	0.0

※比較して低い方に○

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

受診率が増加しており、特に男性の新規受診者が増えている。その一方で、男性の有所見者がどの項目においても高い状況である。特に、腹囲は約半数が該当しており、内臓脂肪の蓄積が推測される。内臓脂肪の蓄積は、リスクファクターの悪化や直接心血管疾患につながるため、重症化予防のためにも改善が望まれる。

また、女性は LDL コレステロール、HbA1c が平成 25 年度と比較すると減少はしているが、約半数の方が有所見である。メタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに減少傾向ではあるが、非肥満者であっても重症化のリスクはあることから、メタボリックシンドローム以外の方でも、今後も保健指導の対象としていく必要がある。

【図表 11】

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

☆No.23 帳票

性別	年代	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	49	26.5	73	39.5	48	25.9	38	20.5	10	5.4	66	35.7	90	48.6	30	16.2	88	47.6	63	34.1	79	42.7	3	1.6
	40-64	20	27.4	27	37.0	23	31.5	20	27.4	2	2.7	17	23.3	32	43.8	16	21.9	23	31.5	24	32.9	32	43.8	1	1.4
	65-74	29	25.9	46	41.1	25	22.3	18	16.1	8	7.1	49	43.8	58	51.8	14	12.5	65	58.0	39	34.8	47	42.0	2	1.8
女性	合計	57	33.3	85	49.7	55	32.2	40	23.4	15	8.8	62	36.3	86	50.3	44	25.7	92	53.8	61	35.7	67	39.2	3	1.8
	40-64	19	31.7	26	43.3	23	38.3	14	23.3	7	11.7	16	26.7	23	38.3	15	25.0	25	41.7	23	38.3	29	48.3	0	0.0
	65-74	38	34.2	59	53.2	32	28.8	26	23.4	8	7.2	46	41.4	63	56.8	29	26.1	67	60.4	38	34.2	38	34.2	3	2.7

性別	年代	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	68	27.6	44	17.9	32	13.0	20	8.1	3	1.2	50	20.3	130	52.8	3	1.2	103	41.9	64	26.0	127	51.6	1	0.4
	40-64	27	25.7	15	14.3	14	13.3	7	6.7	1	1.0	15	14.3	53	50.5	0	0.0	25	23.8	23	21.9	58	55.2	0	0.0
	65-74	41	29.1	29	20.6	18	12.8	13	9.2	2	1.4	35	24.8	77	54.6	3	2.1	78	55.3	41	29.1	69	48.9	1	0.7
男性	合計	59	27.3	37	17.1	34	15.7	18	8.3	4	1.9	43	19.9	100	46.3	6	2.8	89	41.2	52	24.1	103	47.7	0	0.0
	40-64	15	20.3	9	12.2	8	10.8	2	2.7	1	1.4	8	10.8	23	31.1	0	0.0	14	18.9	12	16.2	36	48.6	0	0.0
	65-74	44	31.0	28	19.7	26	18.3	16	11.3	3	2.1	35	24.6	77	54.2	6	4.2	75	52.8	40	28.2	67	47.2	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省 6-8）

☆No.24 帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		男性	合計	185	49.1	7	3.8	25	13.5	2	1.1	16	8.6	7	3.8	41	22.2	7	3.8	2	1.1	18	9.7
40-64	73		39.7	3	4.1	11	15.1	1	1.4	7	9.6	3	4.1	13	17.8	2	2.7	0	0.0	8	11.0	3	4.1
65-74	112		58.0	4	3.6	14	12.5	1	0.9	9	8.0	4	3.6	28	25.0	5	4.5	2	1.8	10	8.9	11	9.8
女性	合計	171	54.5	7	4.1	28	16.4	1	0.6	18	10.5	9	5.3	50	29.2	6	3.5	3	1.8	23	13.5	18	10.5
	40-64	60	44.1	3	5.0	9	15.0	0	0.0	4	6.7	5	8.3	14	23.3	1	1.7	1	1.7	6	10.0	6	10.0
	65-74	111	62.4	4	3.6	19	17.1	1	0.9	14	12.6	4	3.6	36	32.4	5	4.5	2	1.8	17	15.3	12	10.8

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		女性	合計	246	58.2	4	1.6	15	6.1	1	0.4	10	4.1	4	1.6	25	10.2	3	1.2	1	0.4	14	5.7
40-64	105		57.1	1	1.0	7	6.7	1	1.0	4	3.8	2	1.9	7	6.7	0	0.0	1	1.0	3	2.9	3	2.9
65-74	141		59.0	3	2.1	8	5.7	0	0.0	6	4.3	2	1.4	18	12.8	3	2.1	0	0.0	11	7.8	4	2.8
男性	合計	216	59.7	4	1.9	12	5.6	1	0.5	5	2.3	6	2.8	21	9.7	2	0.9	0	0.0	10	4.6	9	4.2
	40-64	74	55.2	1	1.4	4	5.4	0	0.0	1	1.4	3	4.1	4	5.4	0	0.0	0	0.0	1	1.4	3	4.1
	65-74	142	62.3	3	2.1	8	5.6	1	0.7	4	2.8	3	2.1	17	12.0	2	1.4	0	0.0	9	6.3	6	4.2

※比較して低い方に○

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに増加している。今後も引き続き、特定健診受診率が向上するよう未受診者対策を実施し、その中でも特に、健診及び医療機関未受診者の受診勧奨を強化していく。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								愛別町	同規模平均
H25年度	794	434	54.7	9位	38	22	57.9	54.3	48.9
H28年度	674	387	57.4	— ※	43	37	86.0	51.4	51.6

※平成 29 年 12 月末現在 公表されていない

1) 第 1 期に係る考察

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

その結果、国保における新規透析患者はいなかった。しかし、入院医療費の増加など新たな課題も見えてきた。適正な医療につなげるためには、住民自らの体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特に、健診も医療も受けていない未受診者対策が課題である。未受診者対策による特定健診受診率のさらなる向上は、医療費適正化の面から重要な取り組むべき課題である。

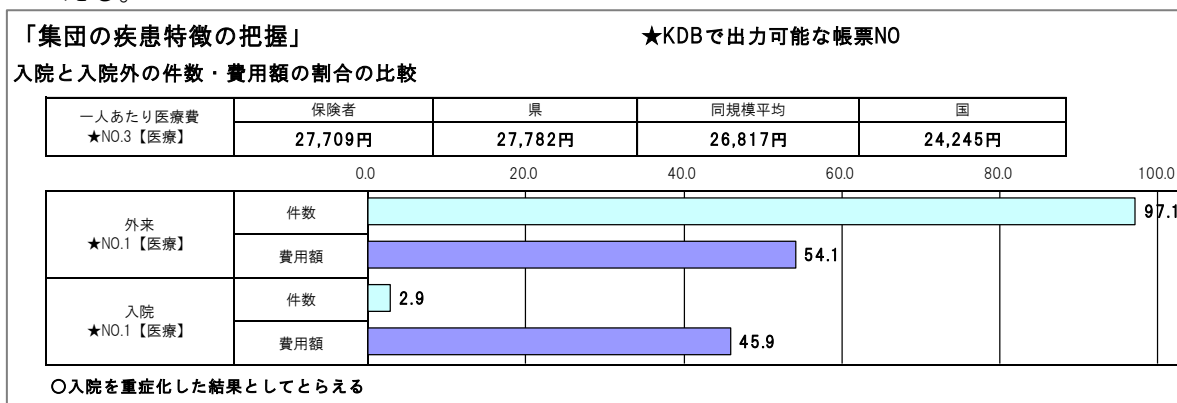
2. 第2期計画における健康課題の明確化

(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

一人当たり医療費は、27,709 円で北海道とほぼ同額で、同規模、全国と比較すると高い。入院はわずか 2.9%の件数で、費用額全体の 45.9%を占めている。疾病の重症化予防は、入院を減らすことにもつながり、費用対効果の面からも重要と考える。

【図表 13】



(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を分析すると、虚血性心疾患の割合が高く、全体の 10.4%を占める。また、虚血性心疾患のうち、高血圧が 81.1%、脂質異常症が 67.6%、糖尿病が 48.6%重なっていることから、愛別町においては、3つの疾患の重なりの対象者を明確にすることが必要である。6 カ月以上の長期入院のレセプトを分析すると、脳血管疾患の割合が高く、全体の 24.0%の件数で、費用の 20.2%を占めている。長期療養する疾患である人工透析を分析すると、全体の 12.5%が糖尿病性腎症であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができると考える。

【図表 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	精神疾患	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	48件	4件 8.3%	5件 10.4%	--	--
		費用額	6798万円	452万円 6.6%	971万円 14.3%	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	50件	12件 24.0%	2件 4.0%	--	22件 44.0%
		費用額	2616万円	528万円 20.2%	95万円 3.6%	--	933万円 35.7%
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	8件	0件 0.0%	0件 0.0%	1件 12.5%	--
		費用額	756万円	--	--	62万円 8.2%	--

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	411人	28人 6.8%	37人 9.0%	2人 0.5%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	20人 71.4%	30人 81.1%	2人 100.0%
			糖尿病	10人 35.7%	18人 48.6%	2人 100%
			脂質異常症	17人 60.7%	25人 67.6%	2人 100.0%
		高血圧症	226人 55.0%	127人 30.9%	224人 54.5%	44人 10.7%
		糖尿病				

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、愛別町の第1号保険者の18.1%が要介護認定を受けており、約5人に1人が要介護認定を受け、75歳以上では、30.5%と認定率が高かった。介護認定者のうち要介護1・2が全体の50.7%と多く、原因疾患では、脳血管疾患等の血管疾患が全体の85.0%を占め、筋・骨格疾患の76.2%を上回っていた。

本計画の対象者は75歳未満であり、若い年代においても脳血管疾患等の血管疾患が62.4%を占め、予防可能である血管疾患を守ることが最重要課題となる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より4,872円も高く、2号認定者はほとんど健診未受診者であり、特定健診による生活習慣病予防、特に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予防は、介護予防にもつながる。

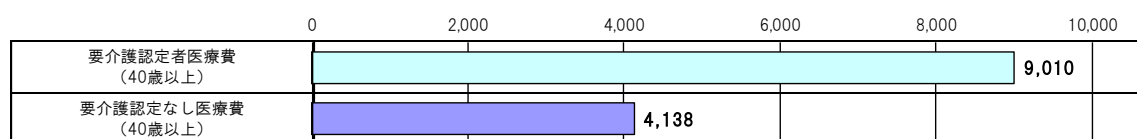
【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計										
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計													
	被保険者数		1,087人	573人	682人	1,255人		2,342人											
	認定者数		9人	19人	208人	227人		236人											
	認定率		0.83%	3.3%	30.5%	18.1%		10.1%											
	新規認定者数		2人	3人	29人	32人		34人											
介護度別人数	要支援1・2		1	3	15.8%	21	10.1%	24	10.6%	25	10.6%								
	要介護1・2		7	11	57.9%	104	50.0%	115	50.7%	122	51.7%								
	要介護3～5		1	5	26.3%	83	39.9%	88	38.8%	89	37.7%								
要介護突合状況 ★NO.49	(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							
		件数	--	9	19	208	227	236											
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	5	55.6%	脳卒中	7	36.8%	脳卒中	80	38.5%	脳卒中	87	38.3%	脳卒中	92	39.0%
				2	虚血性心疾患	2	22.2%	虚血性心疾患	5	26.3%	虚血性心疾患	55	26.4%	虚血性心疾患	60	26.4%	虚血性心疾患	62	26.3%
				3	腎不全	1	11.1%	腎不全	2	10.5%	腎不全	26	12.5%	腎不全	28	12.3%	腎不全	29	12.3%
		基礎疾患	糖尿病等	6	66.7%	糖尿病等	13	68.4%	糖尿病等	175	84.1%	糖尿病等	188	82.8%	糖尿病等	194	82.2%		
				血管疾患合計	合計	6	66.7%	合計	13	68.4%	合計	180	86.5%	合計	193	85.0%	合計	199	84.3%
		認知症	認知症	0	0.0%	認知症	7	36.8%	認知症	66	31.7%	認知症	73	32.2%	認知症	73	30.9%		
		筋・骨格疾患	筋骨格系	5	55.6%	筋骨格系	12	63.2%	筋骨格系	161	77.4%	筋骨格系	173	76.2%	筋骨格系	178	75.4%		

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



1) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病と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、高血糖、高血圧等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

愛別町においては、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中性脂肪・GPT・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る。

【図表 16】

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

★NO.23 (帳票)

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
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		
県	37,296	36.0	53,280	51.4	29,215	28.2	24,097	23.2	8,354	8.1	30,095	29.0	51,980	50.1	15,185	14.6	52,921	51.1	26,784	25.8	52,216	50.4	1,524	1.5	
保険者	合計	57	33.3	85	49.7	55	32.2	40	23.4	15	8.8	62	36.3	86	50.3	44	25.7	92	53.8	61	35.7	67	39.2	3	1.8
	40-64	19	31.7	26	43.3	23	38.3	14	23.3	7	11.7	16	26.7	23	38.3	15	25.0	25	41.7	23	38.3	29	48.3	0	0.0
	65-74	38	34.2	59	53.2	32	28.8	26	23.4	8	7.2	46	41.4	63	56.8	29	26.1	67	60.4	38	34.2	38	34.2	3	2.7

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
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		
県	33,948	23.3	24,026	16.5	22,761	15.6	14,186	9.7	2,418	1.7	24,244	16.6	68,307	46.8	3,151	2.2	62,958	43.1	22,679	15.5	85,330	58.5	300	0.2	
保険者	合計	59	27.3	37	17.1	34	15.7	18	8.3	4	1.9	43	19.9	100	46.3	6	2.8	89	41.2	52	24.1	103	47.7	0	0.0
	40-64	15	20.3	9	12.2	8	10.8	2	2.7	1	1.4	8	10.8	23	31.1	0	0.0	14	18.9	12	16.2	36	48.6	0	0.0
	65-74	44	31.0	28	19.7	26	18.3	16	11.3	3	2.1	35	24.6	77	54.2	6	4.2	75	52.8	40	28.2	67	47.2	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (帳票)

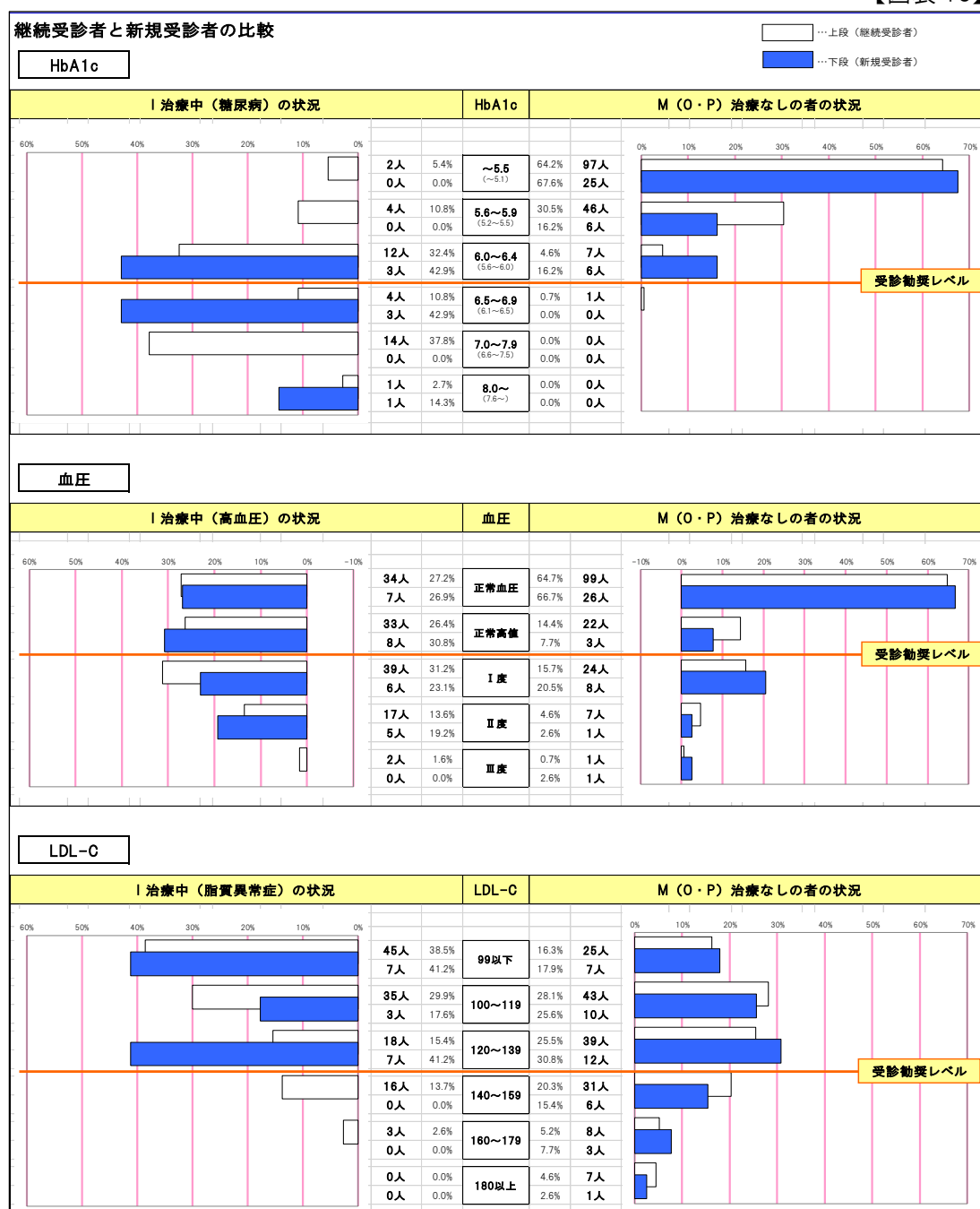
	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
合計	171	54.5	7	4.1%	28	16.4%	1	0.6%	18	10.5%	9	5.3%	50	29.2%	6	3.5%	3	1.8%	23	13.5%	18	10.5%	
保険者	40-64	60	44.1	3	5.0%	9	15.0%	0	0.0%	4	6.7%	5	8.3%	14	23.3%	1	1.7%	1	1.7%	6	10.0%	6	10.0%
	65-74	111	62.4	4	3.6%	19	17.1%	1	0.9%	14	12.6%	4	3.6%	36	32.4%	5	4.5%	2	1.8%	17	15.3%	12	10.8%

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
合計	216	59.7	4	1.9%	12	5.6%	1	0.5%	5	2.3%	6	2.8%	21	9.7%	2	0.9%	0	0.0%	10	4.6%	9	4.2%	
保険者	40-64	74	55.2	1	1.4%	4	5.4%	0	0.0%	1	1.4%	3	4.1%	4	5.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	3	4.1%
	65-74	142	62.3	3	2.1%	8	5.6%	1	0.7%	4	2.8%	3	2.1%	17	12.0%	2	1.4%	0	0.0%	9	6.3%	6	4.2%

1) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病ガイドラインによると、糖尿病の治療中の約 4 割が新規受診者・継続受診者に関わらずコントロール不良である。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を今後も行っていく必要がある。血圧も糖尿病と同様に、コントロール不良者が多いため、生活習慣改善のための保健指導を行っていく必要がある。LDL は、健診を受けて医療につながることで、コントロールすることができており、コントロール不良者は少ない。今後も要医療者については、受診勧奨を行っていく。

【図表 18】



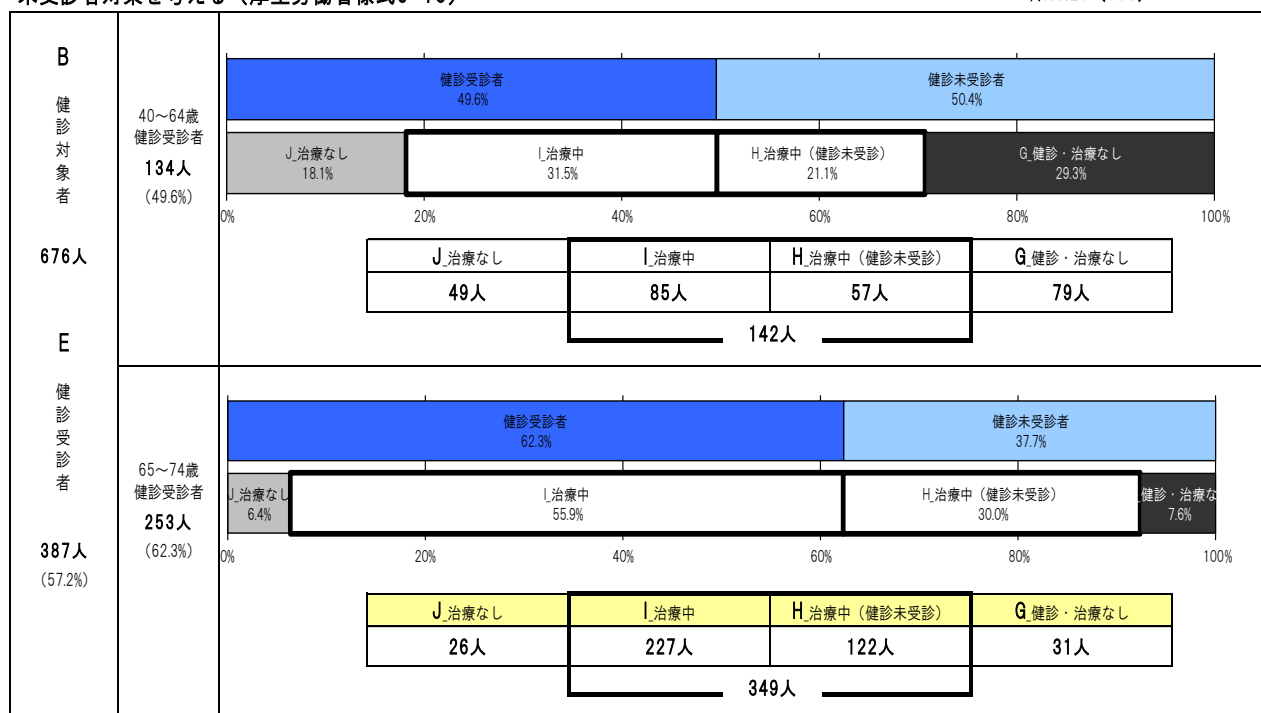
3) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が29.3%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人あたり医療費は、健診受診者よりも33,467円高く、約8倍にもなる。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る。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていく。

【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

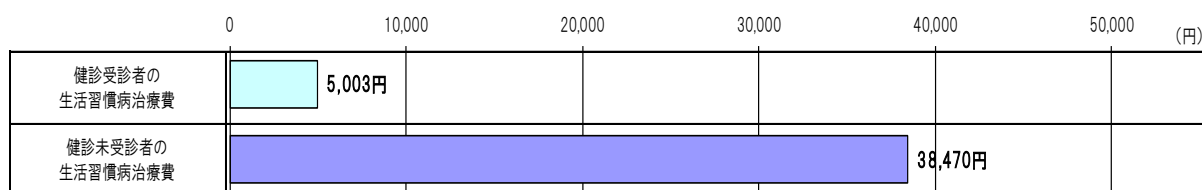
★NO.26 (CSV)



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥



(4) 目標の設定

1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、愛別町の医療のかかり方としては、重症化して入院する実態が明らかとなったことから、重症化予防、医療費の適正化のため、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

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

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

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

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
特定保健指導実施率	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	対象者数	641	628	616	604	591	578
	受診者数	369	364	360	356	352	347
特定保健指導実施率	対象者数	42	41	41	41	40	39
	実施者数	36	35	35	35	34	33

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、以下の特定健診実施機関に委託する。

- ① 集団健診(旭川がん検診センター)
- ② 個別健診(旭川がん検診センター、特定健診実施医療機関)

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、愛別町のホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、詳細の検査（心電図、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン）、追加の検査（HbA1c・尿酸、尿潜血・尿中アルブミン）を医師の判断のもと実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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

(7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

【図表 22】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
健(検)診申込み	4月の月中発送にて健診申込み・アンケートの配布。5/10前後までに回収(各区長に依頼)		随時、申込み受付										
全戸配布での周知	チラシ配布 広報		・40～74歳の国保の町民及び国保のクーポン対象者に特定健診の案内同封		広報		広報					広報	
手紙での周知				職場・人間ドック結果提出依頼									
個別勧奨(特定健診)				訪問勧奨			訪問勧奨 電話勧奨				訪問健診結果提出依頼		
その他	適時・IPで健診の案内		特定健診申込みをしていない者に対して(家族も)、問診票案内送付時に特定健診セットを同封。所外健診時に受付で受診勧奨実施。										

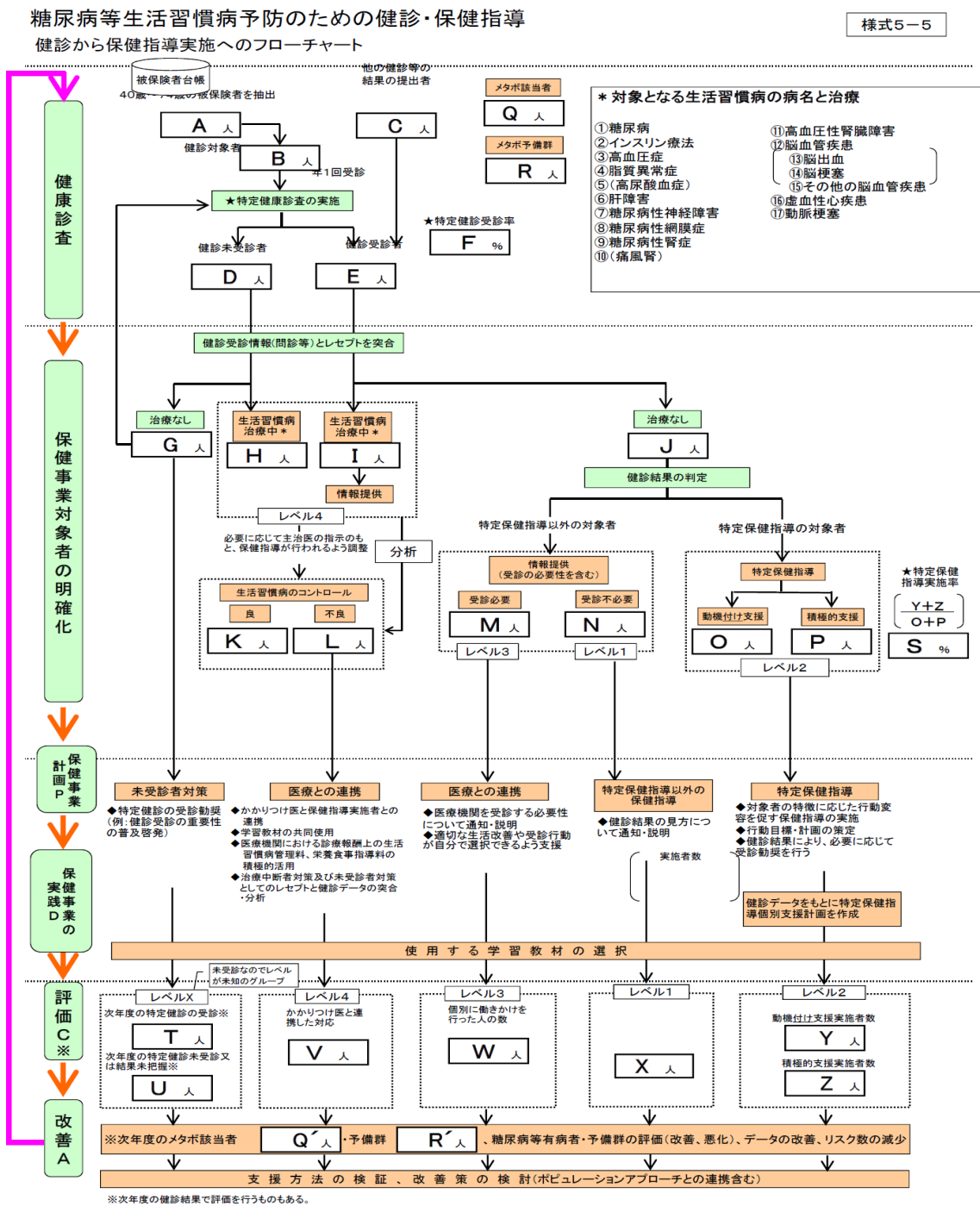
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行う。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 24)

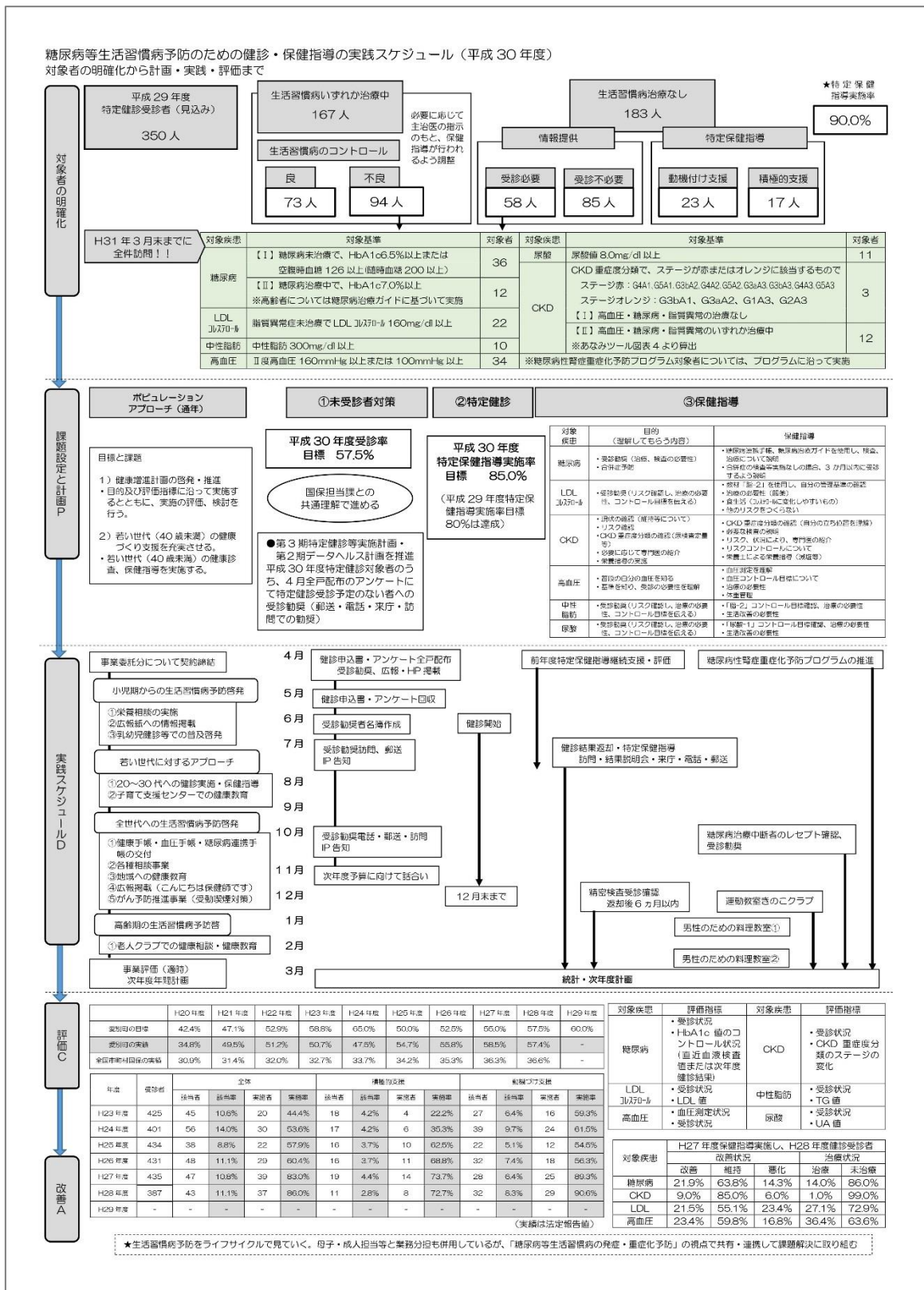
【図表 24】

優先順位	様式 6-10	保健指導 レベル	支援方法	対象者数 見込 (受診者の0%)	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	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	42人 (11.4)	85%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	60人 (14.5)	100%
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発) 	272人	勧奨し、受診した人の割合 30%
4	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の使用 ◆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 	177人 (48.0)	50%
5	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明 	90人 (21.8)	100%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標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する。(図表 25)

【図表 25】



6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び愛別町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システム及び愛別町で導入している健康管理システム、健診データ分析ソフトで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、愛別町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の実態を広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては、第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 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旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び愛別町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAサイクルに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

(2) 対象者の明確化

1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては愛別町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③糖尿病医療機関通院患者のうち重症化するリスクの高い者
 - ア. 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と推定される者
特定健診結果及びレセプトより確認した、糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者
 - ①尿蛋白（1+）以上の者
 - ②血清クレアチニンから換算した、eGFR60ml/分/1.73m²未満の者
 - イ. 腎機能の低下が危惧される、以下のリスク要因のいずれか有する者
 - ①Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の者
 - ②メタボリックシンドローム該当者

2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。糖尿病性腎症の重症化するリスクの高い者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 27）

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。愛別町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であり、平成 30

年度から尿中アルブミンも実施予定であるため把握することが可能となる。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

愛別町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 21 人 (32.3%・F) であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 126 人中のうち、特定健診受診者が 44 人 (34.9%・G) であったが、中断者はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 82 人 (65.1%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者は 62 人おり、治療中断者はいなかった。また、この 62 人については継続受診中であるがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

図表 28 より愛別町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)
- ②糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

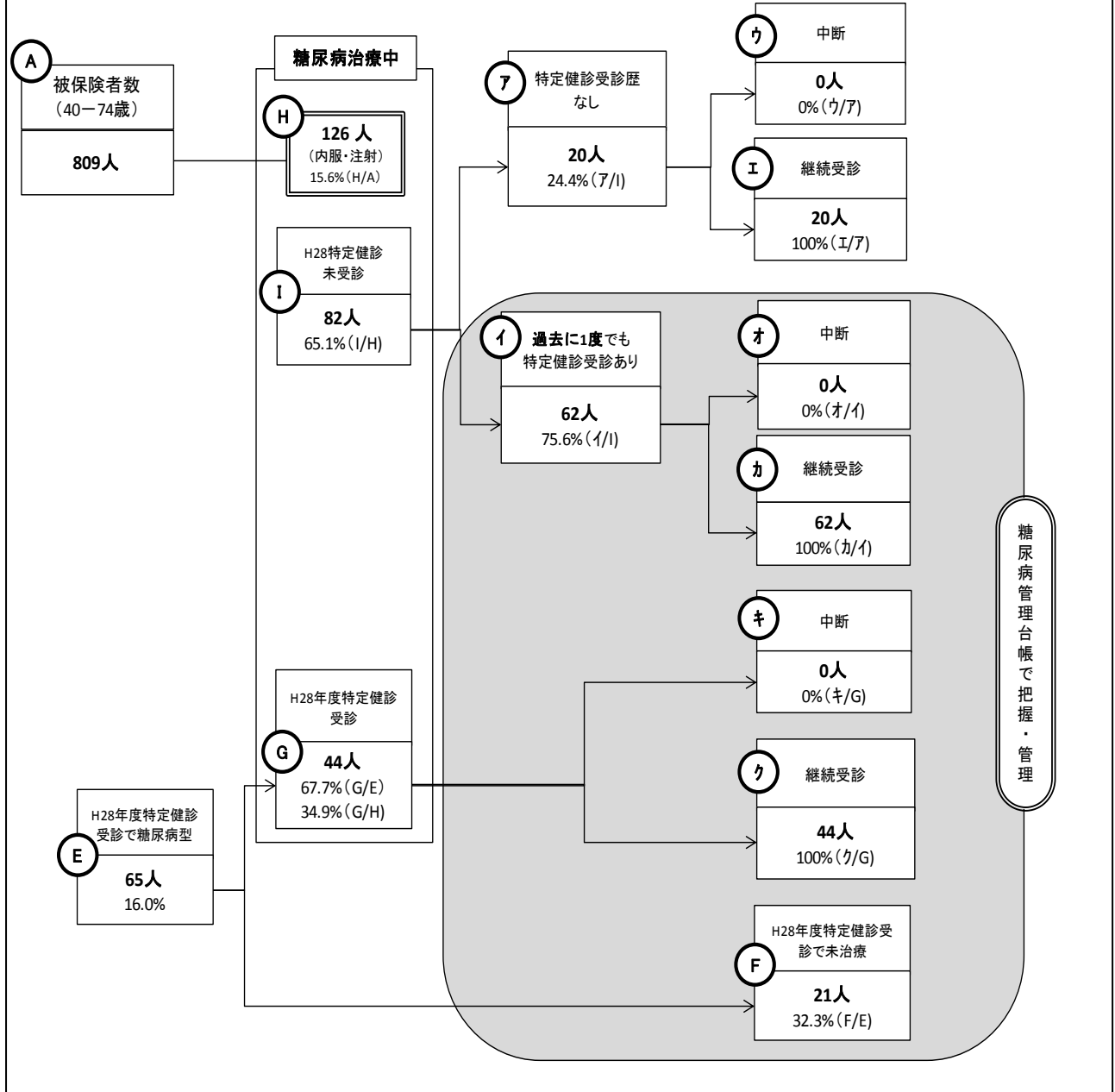
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



(3) 対象者の進捗管理

1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料3)及び年次計画表で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

(4) 保健指導の実施

1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。愛別町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;">  </div> <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"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は? HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか? <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 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</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン?(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</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</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</p> <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) 追加検査等を活用した重症化予防対策

尿蛋白定性検査のみの実施では、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。重症化するリスクの高い者の増加抑制のため、特定健診で尿中アルブミン検査を実施し、結果に基づき早急介入を行うことで、糖尿病性腎症重症化予防を目指す。

(5) 対象者への介入方法

1) 医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

受診勧奨は、対象者の状況に応じて、以下のいずれかにより実施する。

- ① 特定健診の結果と併せて通知（必要に応じて糖尿病の合併症についての資料を追加）
- ② 受診勧奨の再度通知
- ③ 電話
- ④ 個別面談

2) 医療機関通院患者への保健指導

医療機関通院患者（ハイリスク者）への保健指導の実施にあたっては、旭川市医師会、上川郡中央医師会と必要な連携を図り、保健指導を行うこととする。

- ① 個々の保健指導において、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票を使用する。かかりつけ医からの保健指導実施の了承を得たうえで、保健指導を実施し、実施した保健指導内容について、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導報告書に記載し、かかりつけ医に提出する。また、保健指導におけるかかりつけ医との情報共有は、「糖尿病連携手帳」を活用する。

(6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用していく。また、中長期的評価においては、様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み（参考資料4）を用いて行っていく。

1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

(8) 実施期間及びスケジュール

- 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次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後、順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく(参考資料 5)。

(2) 対象者の明確化

1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。愛別町において健診受診者 389 人のうち心電図検査実施者は 332 人(85.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 6 人であった(図表 30)。ST 所見あり 6 人中のうち 1 人は要精密検査であり、その後の受診状況をみると、受診することができていた(図表 31)。また要精密検査には該当しないが ST 所見ありの 5 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。愛別町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	389	100.0	332	85.3	6	1.8	24	7.2	302	91.0

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
6	100.0	1	16.7	1	100.0	0	0.0

(3) 保健指導の実施

1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 32 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、医療機関を早期に受診することにより重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 32】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

2) 対象者の管理

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(6) 評価

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

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

1) 短期的評価

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

(7) 実施機関及びスケジュール

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次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後、順次、対象者へ介入（通年）

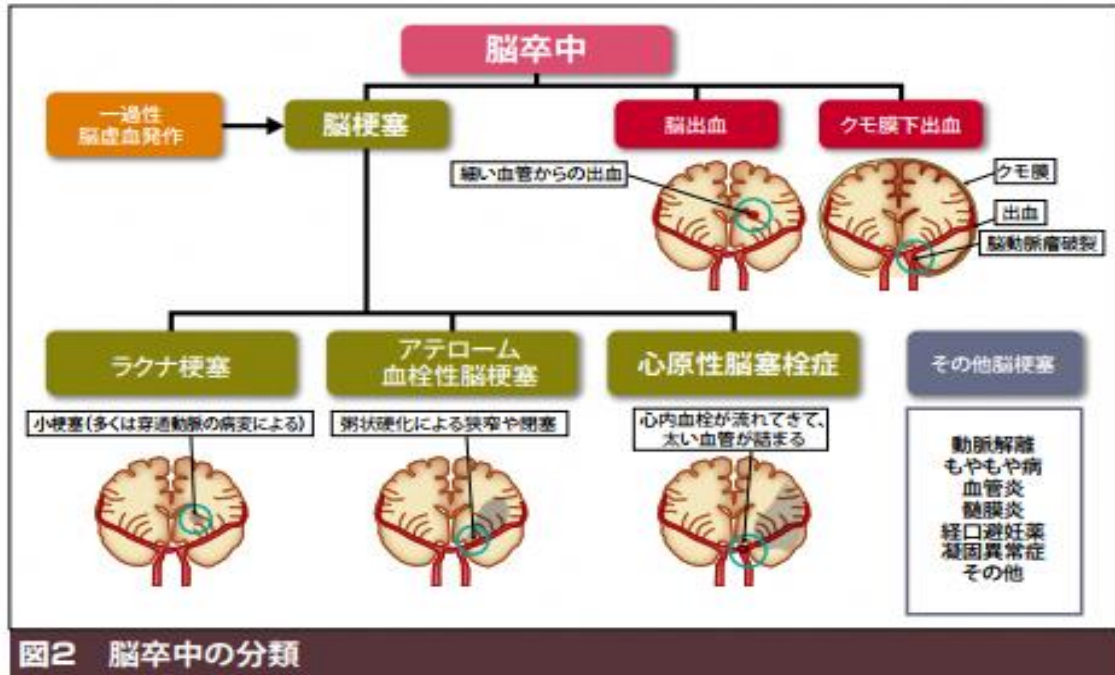
3. 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 33、34)

【脳卒中の分類】

【図表 33】



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 34】

脳血管疾患とリスク因子

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

(2) 対象者の明確化

1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、図表 35 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 35】

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 -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン (2005年度共同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) ↓ 心原性脳塞栓症 (27%) ラクナ梗塞 (31.9%) アテローム血性脳梗塞 (33.9%) ↓ 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		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 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)
受診者数 415 対象者数	37 8.9%	6 1.4%	9 2.2%	13 3.1%	74 17.8%	26 6.3%	3 0.7%	13 3.1%	139 33.5%
治療なし	13 4.9%	1 0.5%	9 3.2%	10 3.6%	18 9.3%	10 2.9%	0 0.0%	3 1.6%	37 19.2%
(再掲) 特定保健指導	6 16.2%	0 0.0%	3 33.3%	3 23.1%	18 24.3%	1 3.8%	0 0.0%	1 7.7%	23 16.5%
治療中	24 15.9%	5 2.3%	0 0.0%	3 2.2%	56 25.2%	16 36.4%	3 1.4%	10 4.7%	102 45.9%
臓器障害 あり	3 23.1%	1 100.0%	1 11.1%	0 0.0%	2 11.1%	2 20.0%	0 --	3 100.0%	7 18.9%
CKD (専門医対象者)	0	0	0	0	1	0	0	3	3
蛋白尿 (2+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
蛋白尿 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	1	0	0	3	3
心電図所見あり	3	1	1	0	1	2	0	0	4
臓器障害 なし	10 76.9%	--	8 88.9%	10 100.0%	16 88.9%	8 80.0%	--	--	--

Ⅱ度高血圧以上が 37 人 (8.9%) であり、13 人は未治療者であった。未治療者のうち 3 人(23.1%)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ある。また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も 24 人(15.9%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 36)

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

【図表 36】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

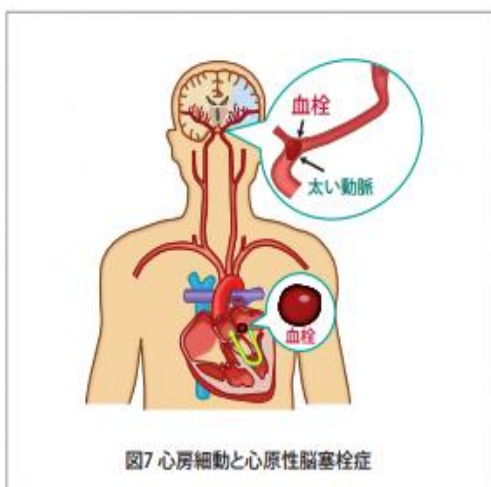
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上	3ヶ月以内の指導で 140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で 140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
264		76	89	41	45	11	2	4	20	34
		28.8%	33.7%	15.5%	17.0%	4.2%	0.8%	1.5%	7.6%	12.9%
リスク第1層	30	16	8	2	4	0	0	4	0	0
		11.4%	21.1%	9.0%	8.9%	0.0%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	126	39	46	16	20	5	0	--	20	5
		47.7%	51.3%	51.7%	44.4%	45.5%	0.0%	--	100.0%	14.7%
リスク第3層	108	21	35	23	21	6	2	--	--	29
		40.9%	27.6%	39.3%	46.7%	54.5%	100.0%	--	--	85.3%
再掲) 重複あり	糖尿病	26	3	10	7	5	1	0		
		24.1%	14.3%	28.6%	30.4%	23.8%	16.7%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	55	15	21	10	8	0	1		
	50.9%	71.4%	60.0%	43.5%	38.1%	0.0%	50.0%			
3個以上の危険因子	53	5	15	13	14	5	1			
	49.1%	23.8%	42.9%	56.5%	66.7%	83.3%	50.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い疾患である。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 37 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 37】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査 ※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	142	190	5	3.5	0	0.0	—	—
40歳代	17	14	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	15	24	1	6.7	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	64	90	1	1.6	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	46	62	3	6.5	0	0.0	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 38】

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
5	0	0.0	5	100.0

心電図検査において5人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると、50代、70代の男性で高く、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また、心房細動の所見があった5人全員が治療をしていたことがわかった。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る。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は重要である。(図表 37、38)

(3) 保健指導の実施

1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め、受診勧奨を行っていく。(参考資料 7)

②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台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 8)

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(6) 評価

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

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

1) 短期的評価

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

(7) 実施期間及びスケジュール

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

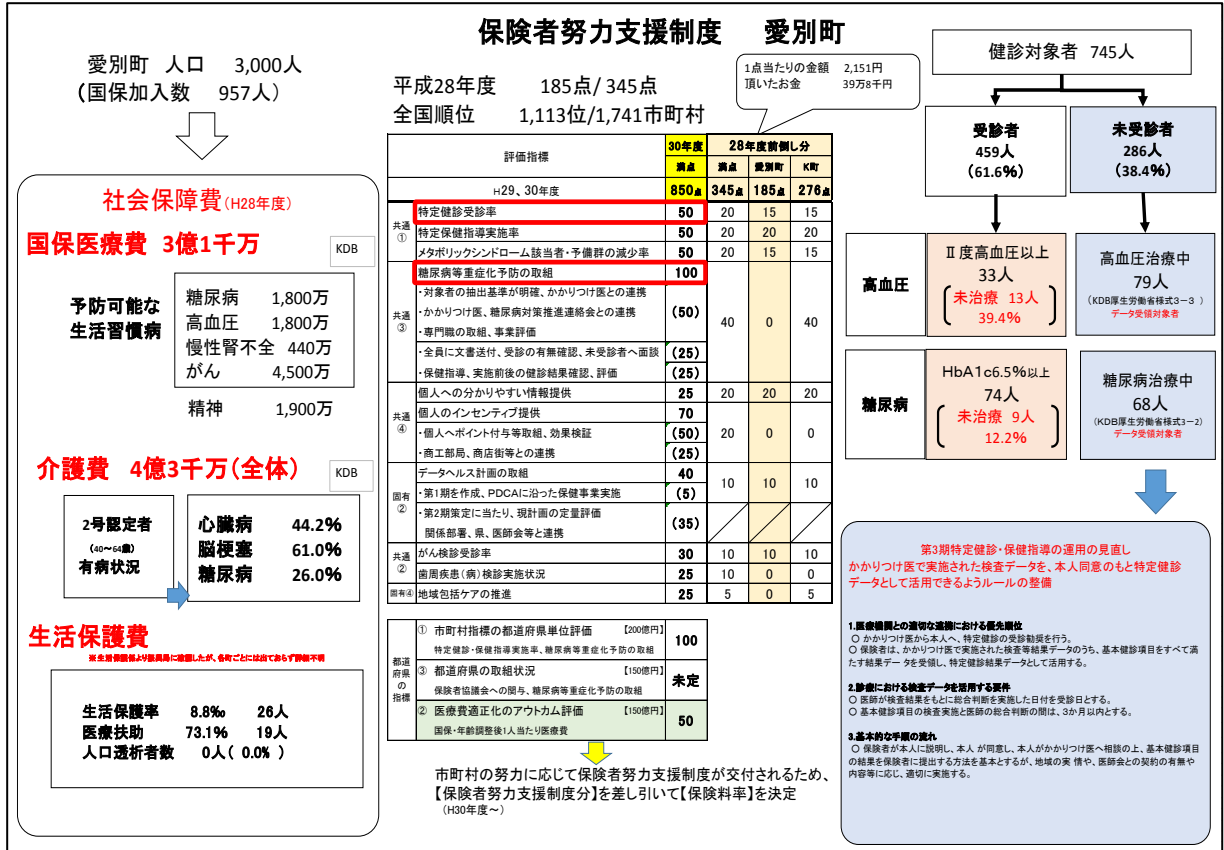
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

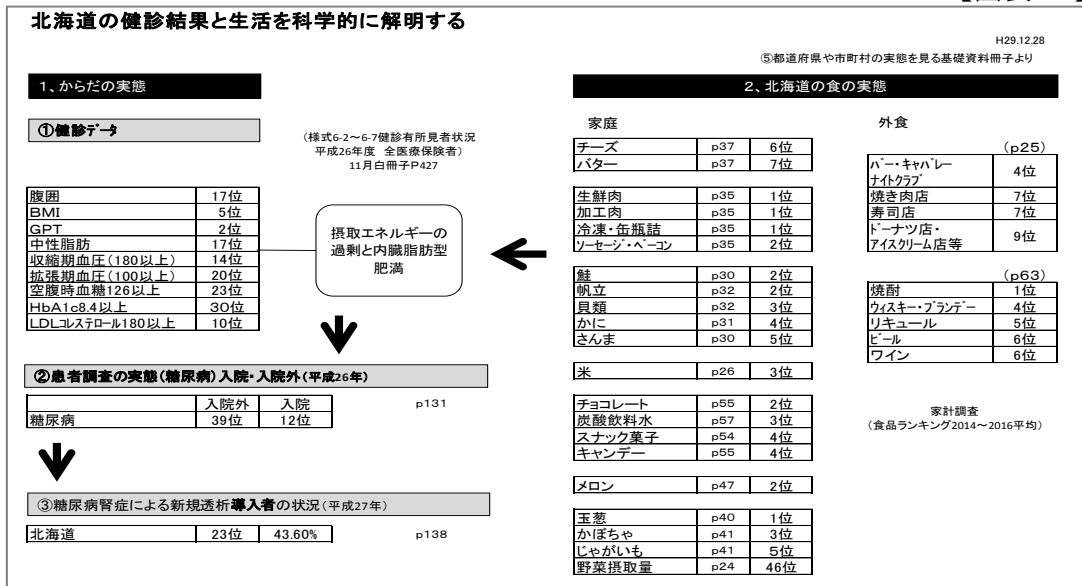
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 39、40)

また、健康マイレージ事業を実施することにより、自己の健康に関心を持つ住民を増やしていく。

【図表 39】



【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

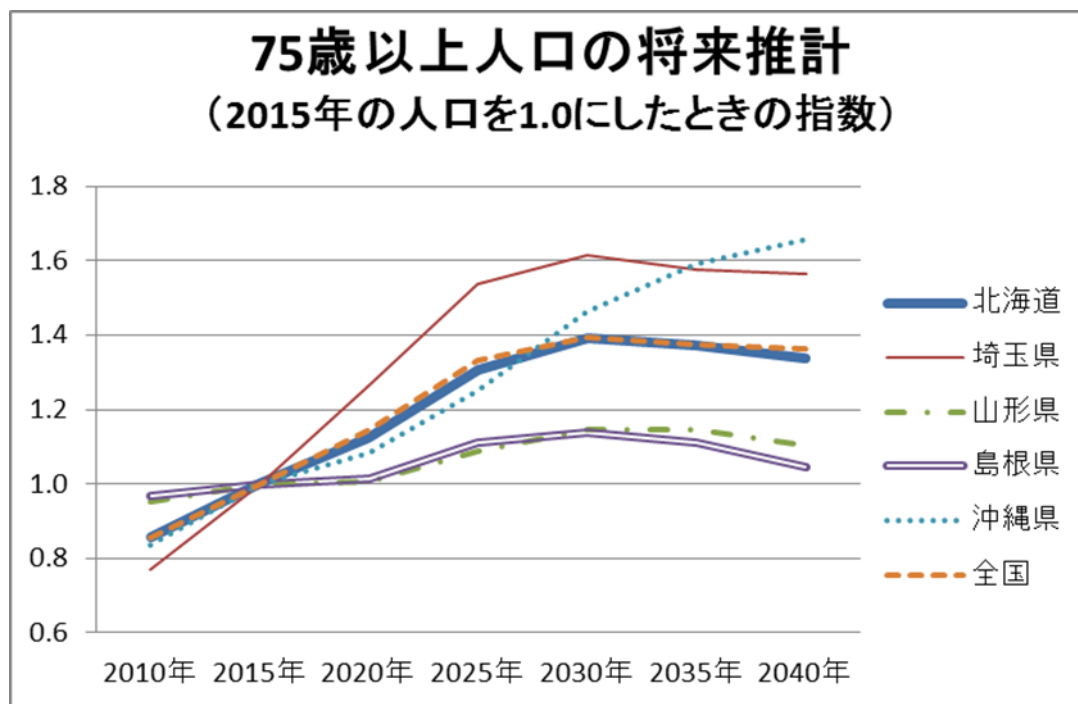
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040（平成 52 年）に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち、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る。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが、介護予防として捉えることができる。

北海道の 75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で、2040 年が 1.34 とほぼ全国と同等と推計されている（図表 41）。

愛別町国保では、被保険者のうち 65 歳以上の高齢者割合が 47.9%と高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費も高くなっている。このような状況に鑑みれば、高齢者が元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 41】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援につなげていくためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、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る。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<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、特定保健指導実施率・計画した保健事業を実施したか・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、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、定期的に確認を行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。また、データヘルス計画の評価については、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

3. 血糖管理一覽

【図表 42】

データヘルス計画の目標管理一覽表

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										現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	中間評価値	H32	H33	H34	H35	最終評価値	
特定健診計画	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	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	57.4%	60.0%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%	H35	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	86.0%	60.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%		85.0%
中長期データヘルス計画	・虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析すべてで、高血圧を治療している人が多く、糖尿病治療者も増加傾向である。 ・虚血性心疾患に係る医療費が増加しており、北海道・全国と比較しても高い状況である。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率25%	18.4%	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%		KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	4.3%				4.1%				4.0%		
短期保険者努力支援制度	・肺がん、乳がんの死亡率が高い。 ・悪性新生物に係る医療費が、H25年度からH28年度にかけて大幅に増加している。	がん検診受診率	糖尿病性腎症による新規導入者0人	0人				0人			0人		愛別町保健福祉課 保健福祉課	
			メタボリックシンドローム・予備群の減少率25%	18.2%	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%			
短期保険者努力支援制度	・糖尿病の未治療者が医療機関を受診した割合 80% ・糖尿病の保健指導を実施した割合 70%以上	がん検診受診率	健診受診者の高血圧の割合5%減少(160/100以上)	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%	9.5%	9.4%	9.4%	9.4%		愛別町保健福祉課	
			健診受診者の脂質異常者の割合5%減少(LDL140以上)	23.0%	22.8%	22.6%	22.4%	22.0%	21.8%	21.8%	21.8%	21.8%		
短期保険者努力支援制度	がん検診受診率	がん検診受診率	健診受診者の糖尿病者の割合減少5%減少(HbA1c6.5以上)	10.3%	10.2%	10.1%	10.0%	9.9%	9.8%	9.7%	9.7%		愛別町保健福祉課	
			糖尿病の未治療者が医療機関を受診した割合 80%	69.6%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		
短期保険者努力支援制度	がん検診受診率	がん検診受診率	糖尿病の保健指導を実施した割合 70%以上	56.6%	58.0%	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%		愛別町保健福祉課	
			胃がん検診 20%以上	12.8%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%			
短期保険者努力支援制度	がん検診受診率	がん検診受診率	肺がん検診 20%以上	12.7%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%		愛別町保健福祉課	
			大腸がん検診 20%以上	13.7%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%			
短期保険者努力支援制度	がん検診受診率	がん検診受診率	子宮頸がん検診 35%以上	28.2%	29.0%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%		愛別町保健福祉課	
			乳がん検診 45%以上	39.9%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	45.0%	45.0%			
短期保険者努力支援制度	がん検診受診率	がん検診受診率	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合 10%以上				6.0%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%		愛別町保健福祉課	
			後発医薬品の使用割合 80.0%以上	76.7%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		
短期保険者努力支援制度	がん検診受診率	がん検診受診率	後発医薬品の使用により、医療費の削減										愛別町保健福祉課	
			後発医薬品の使用により、医療費の削減											

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌等に掲載する。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた愛別町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

参考資料 5 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7 血圧評価表

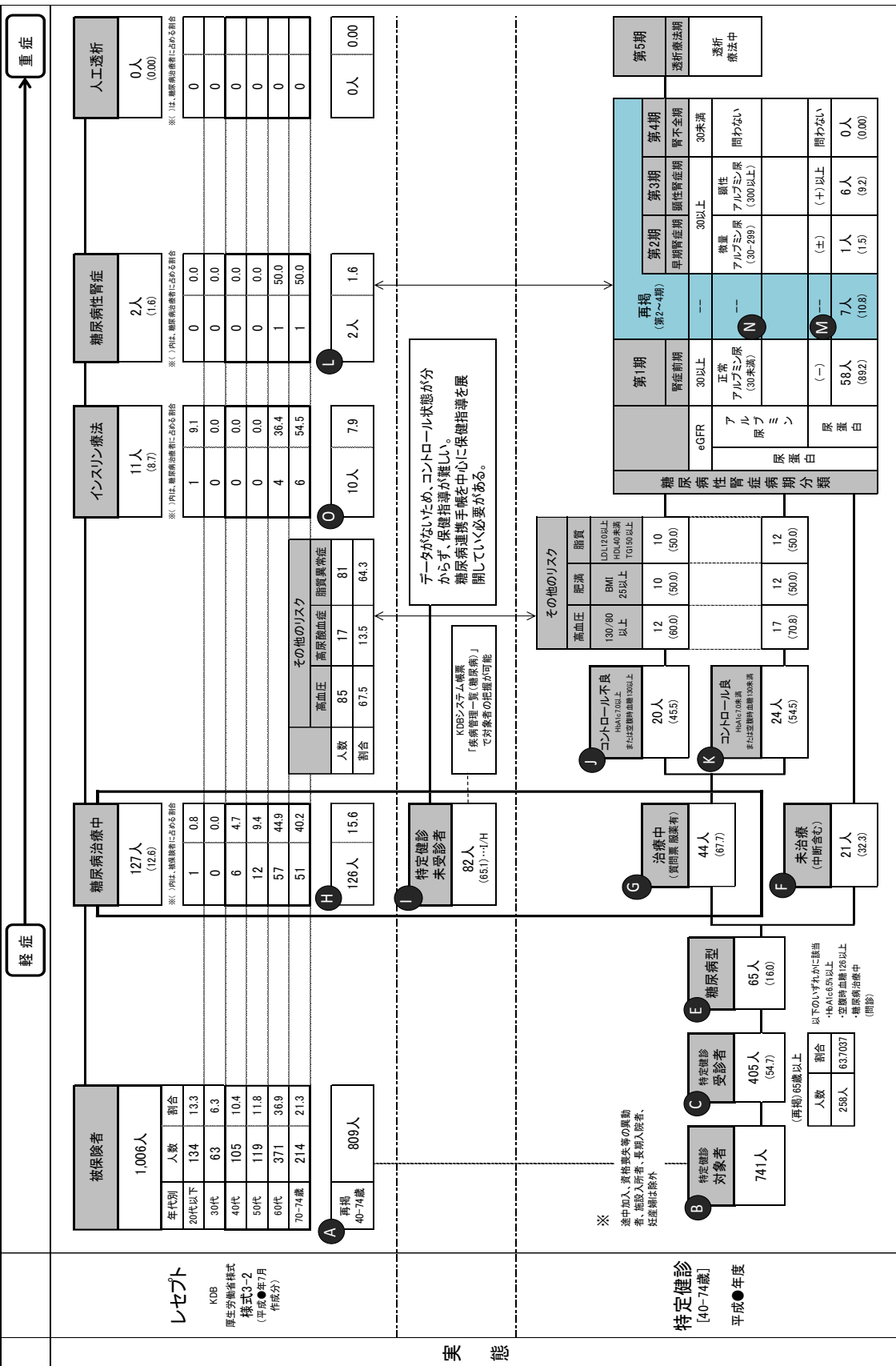
参考資料 8 心房細動管理台帳

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた愛別町の位置

項目		H25		H28		H28		H28		国		データ元 (CSV)	
		愛別町		愛別町		同規模		北海道		国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	3,299		3,299		712,964		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）	1,255	38.0	1,255	38.0	250,396	35.1	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	682	20.7	682	20.7			669,235	12.2	13,989,864	11.2	
		65～74歳	573	17.4	573	17.4			686,896	12.5	15,030,902	12.0	
		40～64歳	1,087	32.9	1,087	32.9			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0	
	39歳以下	957	29.0	957	29.0			218,645	39.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	31.7		31.7		22.7		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	16.8		16.8		21.7		18.1		25.2		
		第3次産業	51.5		51.5		55.6		74.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.6		79.6		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.8		86.6		86.5		86.3		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.1		64.9		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.9		66.8		66.7		66.5		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	99.4		92.0		102.6		101.0		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性											
		女性	100.2		92.0		98.2		97.6		100.0		
		がん	17	45.9	12	48.0	2,874	44.3	18,759	51.6	367,905	49.6	
		心臓病	8	21.6	3	12.0	1,917	29.6	9,429	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	5	13.5	8	32.0	1,158	17.9	4,909	13.5	114,122	15.4	
		糖尿病	3	8.1	1	4.0	115	1.8	669	1.8	13,658	1.8	
	腎不全	2	5.4	1	4.0	231	3.6	1,543	4.2	24,763	3.3		
	自殺	2	5.4	0	0.0	187	2.9	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	2		4								厚労省HP 人口動態調査
男性		2		4									
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	210	16.6	227	18.2	49,966	20.0	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	2	0.2	4	0.3	781	0.3	5,299	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	5	0.5	9	0.6	856	0.4	7,541	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	57	25.3	63	25.2	10,599	20.4	82,322	25.0	1,350,152	22.1	
		高血圧症	113	53.8	134	54.9	28,380	55.1	169,738	51.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	54	22.1	71	25.2	14,058	27.1	100,963	30.7	1,741,866	28.4	
		心臓病	128	61.0	151	62.7	31,946	62.2	189,496	57.9	3,529,682	58.0	
		脳疾患	56	28.2	65	29.3	13,362	26.3	79,966	24.6	1,538,683	25.5	
		がん	22	8.2	20	9.6	4,857	9.3	38,646	11.6	631,950	10.3	
		筋・骨格	105	51.0	130	52.6	28,320	55.1	168,752	51.4	3,067,196	50.3	
	精神	64	32.5	89	38.1	19,128	37.0	121,460	36.9	2,154,214	35.2		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	99,261		88,234		73,752		57,970		58,284		
		住宅サービス	55,886		52,977		39,649		38,885		39,662		
		施設サービス	303,347		298,671		273,932		283,121		281,186		
	④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	9,368		9,010		8,522		8,974		7,980		
認定あり 認定なし		3,682		4,138		4,224		4,605		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,109		895		198,805		1,312,938		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		65～74歳	450	40.6	429	47.9			547,124	41.7	12,461,613	38.2	
		40～64歳	433	39.0	312	34.9			441,573	33.6	10,946,712	33.6	
		39歳以下	226	20.4	154	17.2			324,241	24.7	9,179,541	28.2	
	加入率	33.6		27.1		28.1		24.0		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	569	0.4	8255	0.3	
		診療所数	2	1.8	2	2.2	621	3.1	3,377	2.6	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	96,574	73.6	1,524,378	46.8	
		医師数	2	1.8	2	2.2	541	2.7	12,987	9.9	299,792	9.2	
	外来患者数	693.3		743.7		652.3		646.1		668.1			
入院患者数	20.6		21.9		23.7		22.9		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	25,706	県内55位	27,709	県内93位 同規模111位	26,817		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	713.89		765.61		676.037		668.94		686.286			
	外来費用の割合	56.3		54.1		55.3		55.2		60.1			
	外来件数の割合	97.1		97.1		96.5		96.6		97.4			
	入院費用の割合	43.7		45.9		44.7		44.8		39.9			
	入院件数の割合	2.9		2.9		3.5		3.4		2.6			
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	がん	18.7		26.5		24.2		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)	4.1		2.5		7.9		6.5		9.7			
	糖尿病	9.9		10.8		10.1		9.2		9.7			
	高血圧症	14.4		10.7		9.4		7.9		8.6			
	精神	16.7		11.1		18.6		17.2		16.9			
	筋・骨格	17.1		17.1		16.4		16.3		15.2			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	631,730	32位	(11)	713,284	16位	(14)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
				高血圧	621,969	67位	(16)	705,508	22位	(17)						
				脂質異常症	552,952	86位	(18)	598,354	57位	(20)						
				脳血管疾患	822,932	16位	(21)	537,361	155位	(21)						
				心疾患	643,095	123位	(15)	835,985	27位	(17)						
				腎不全	613,573	121位	(22)	1,784,699	4位	(19)						
	県内順位	精神	422,504	140位	(24)	611,538	11位	(25)								
		悪性新生物	615,462	107位	(18)	601,798	138位	(15)								
	⑥	入院の()内 は入院日数	外来	糖尿病	31,225	166位		28,097	173位							
				高血圧	25,987	167位		24,759	172位							
				脂質異常症	24,557	164位		22,755	176位							
				脳血管疾患	34,210	122位		33,386	114位							
				心疾患	40,794	99位		41,669	98位							
				腎不全	153,860	103位		62,461	169位							
精神				30,210	86位		28,860	105位								
悪性新生物				38,895	168位		36,671	174位								
⑦	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,862			-		3,151		1,429		2,346			
			健診未受診者	6,329			15,790		12,337		15,426		12,339			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	13,384			-		8,737		4,353		6,742			
			健診未受診者	21,931			37,652		34,206		46,986		35,459			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	248	57.5	218	56.3	37,112	56.9	143,193		4,427,425	56.1				
			医療機関受診率	234	54.3	199	51.4	33,675	51.6	131,566		4,069,632	51.5			
			医療機関非受診率	14	3.2	19	4.9	3,437	5.3	11,627		357,793	4.5			
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数181	メタボ	健診受診者	431			387		65,214		249,603		7,898,602	
					受診率	53.9	県内12位	57.2	県内17位 同規模63位	46.3		27.4	全国44位	36.4		
					特定保健指導終了者(実施率)	21	56.8	36	83.7	3,856	45.0	6,836	23.0	191,922	20.3	
					非肥満高血糖	21	4.9	31	8.0	6,338	9.7	19,571	7.8	737,871	9.3	
					メタボ	該当者	66	15.3	71	18.3	12,169	18.7	42,029	16.8	1,365,885	17.3
						男性	41	22.2	50	29.2	8,445	27.7	28,837	27.8	940,350	27.5
						女性	25	10.2	21	9.7	3,724	10.7	13,192	9.0	425,535	9.5
					メタボ	予備群	40	9.3	40	10.3	7,600	11.7	26,489	10.6	847,757	10.7
						男性	25	13.5	28	16.4	5,251	17.2	18,508	17.9	588,322	17.2
					メタボ	女性	15	6.1	12	5.6	2,349	6.8	4,981	5.5	259,435	5.8
						腹囲	総数	117	27.1	122	31.5	22,257	34.1	77,306	31.0	2,490,653
					BMI	男性	73	39.5	85	49.7	15,421	50.0	53,280	51.4	1,714,294	50.2
						女性	44	17.9	37	17.1	6,836	19.7	24,026	16.5	776,359	17.3
					BMI	総数	29	6.7	28	7.2	4,365	6.7	16,329	6.5	372,673	4.7
						男性	2	1.1	5	2.9	811	2.7	2,776	2.7	59,609	1.7
					BMI	女性	27	11.0	23	10.6	3,554	10.2	13,553	9.3	313,064	7.0
						血糖のみ	3	0.7	2	0.5	530	0.8	1,436	0.6	52,299	0.7
					血圧のみ	26	6.0	23	5.9	5,272	8.1	18,407	7.4	587,214	7.4	
					脂質のみ	11	2.6	15	3.9	1,798	2.8	6,646	2.7	208,235	2.6	
血糖・血圧	10	2.3	8	2.1	2,178	3.3	6,200	2.5	211,996	2.7						
血糖・脂質	3	0.7	3	0.8	678	1.0	2,087	0.8	75,037	1.0						
血圧・脂質	32	7.4	33	8.5	5,521	8.5	21,214	8.5	663,535	8.4						
血糖・血圧・脂質	21	4.9	27	7.0	3,792	5.8	12,528	5.0	415,318	5.3						
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	152	35.3										
				糖尿病	31	7.2	142	36.7	23,683	36.3	83,109	33.3	2,650,269	33.6		
				脂質異常症	116	26.9										
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	16	3.7										
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	25	5.8	43	11.1	5,870	9.0	18,184	7.3	589,679	7.5		
				腎不全	3	0.7										
				貧血	38	8.8										
				喫煙	91	21.1	128	33.1	14,881	22.8	61,609	24.7	1,861,172	23.6		
				週3回以上朝食を抜く	39	9.1	16	4.1	1,997	3.2	8,245	3.5	246,264	3.3		
				週3回以上食後間食	60	13.9	29	7.5	3,426	5.5	13,251	5.6	417,386	5.5		
				週3回以上就寝前夕食	61	14.2	3	0.8	371	0.6	1,163	0.5	39,181	0.5		
				食べる速度が遅い	86	20.0	34	8.8	5,124	8.4	22,310	9.4	761,617	10.2		
				20歳時体重から10kg以上増加	123	28.5	79	20.4	10,859	16.7	41,767	16.7	1,122,770	14.2		
				1回30分以上運動習慣なし	258	59.9	117	30.2	19,649	34.1	74,552	33.3	2,192,397	32.1		
1日1時間以上運動なし	184	42.8	249	64.3	39,443	67.9	139,348	61.9	4,026,273	58.8						
睡眠不足	96	22.3	172	44.4	28,831	50.1	107,813	48.0	3,209,243	47.0						
②	毎日飲酒	114	26.5	196	50.6	32,355	56.7	107,789	48.4	3,387,212	50.3					
		時々飲酒	99	23.0	85	22.0	12,349	21.6	51,159	22.9	1,321,461	19.5				
		一日飲酒量	1合未満	271	68.8	119	30.7	16,056	28.0	61,287	27.4	1,755,652	26.0			
			1～2合	93	23.6	245	63.3	36,445	63.5	144,220	64.6	4,426,154	65.6			
			2～3合	25	6.3	23	5.9	4,861	8.5	17,901	8.0	567,560	8.4			
			3合以上	5	1.3	57	14.7	9,216	16.1	32,799	14.7	1,054,636	15.5			

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

※糖尿病服薬は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

(HbA1c6.5以上)

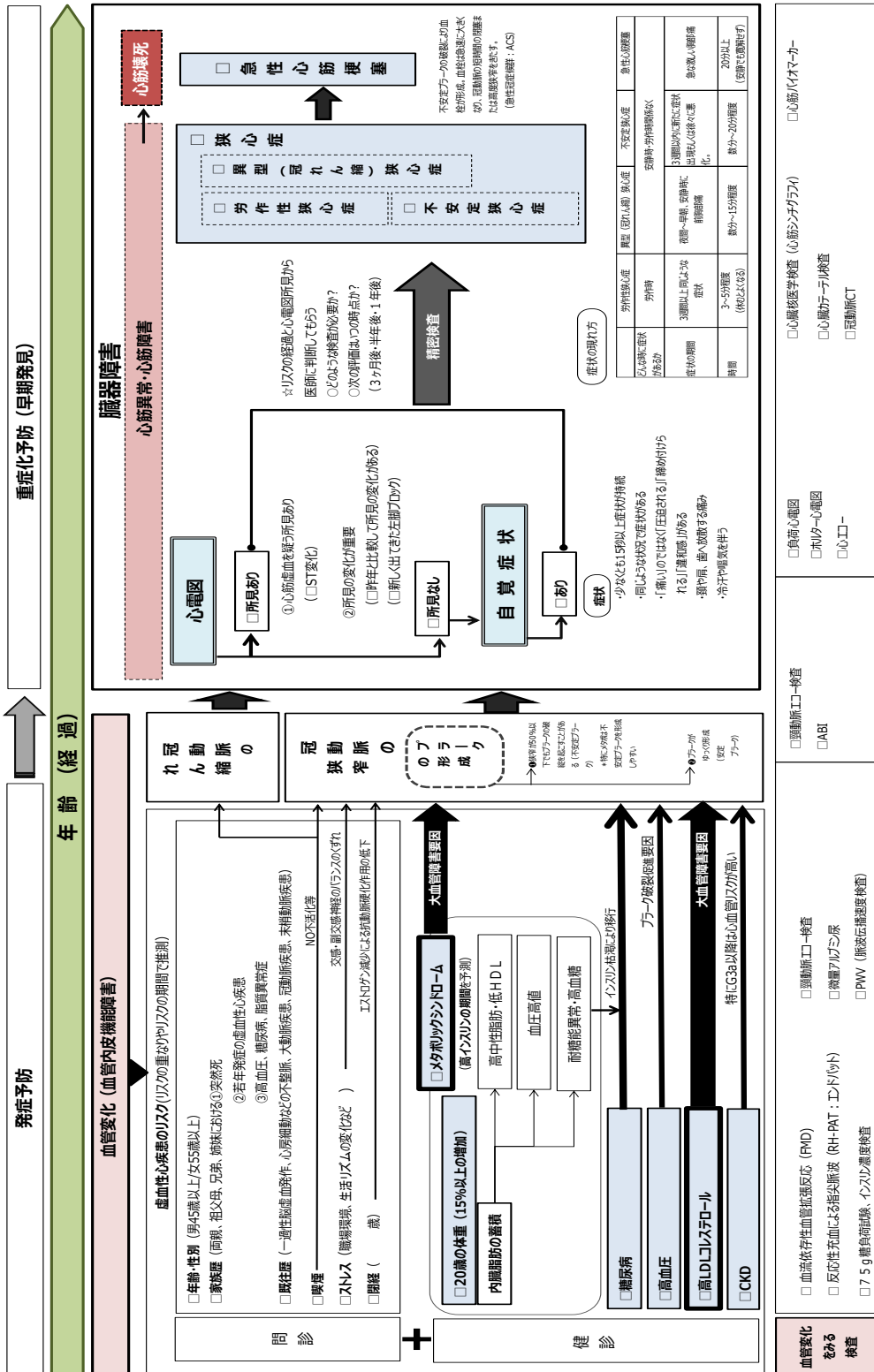
過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	備考	
									糖尿病	高血圧											
											糖	服薬									
											糖	HbA1c									
											糖	体重									
											以外	BMI									
											以外	血圧									
											CKD	GFR									
											CKD	尿蛋白									
											糖	服薬									
											糖	HbA1c									
											糖	体重									
											以外	BMI									
											以外	血圧									
											CKD	GFR									
											CKD	尿蛋白									

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

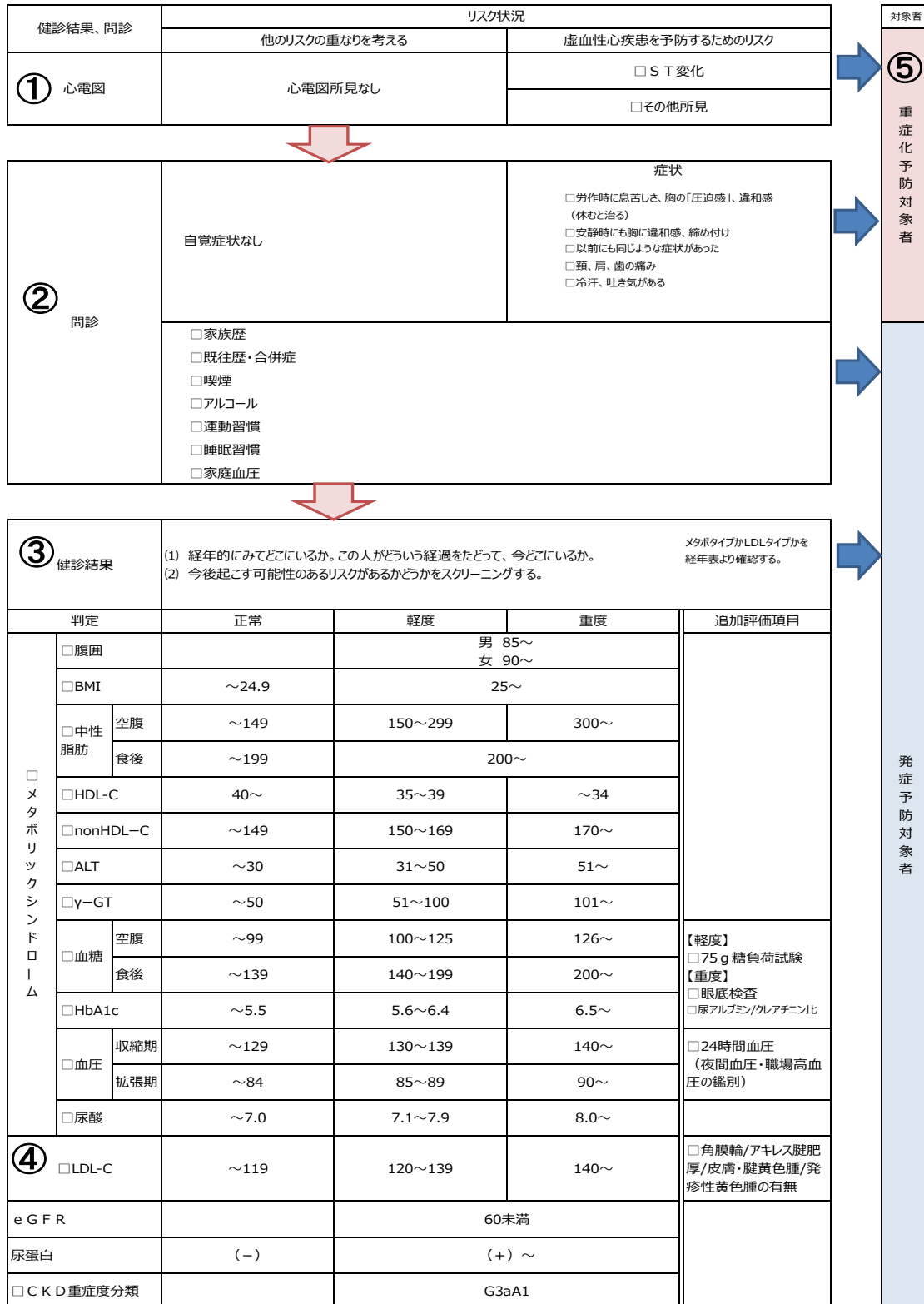
項目	統合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数245		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	1,006人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	809人							
2	①	対象者数	741人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況報告書	
	②	受診者数	405人							
	③	受診率	54.7%							
3	①	特定保健指導 対象者数	43人							
	②	実施率	83.7%							
4	①	糖尿病型	E	65人	16.0%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	21人	32.3%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	44人	67.7%					
	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	20人	45.5%					
	⑤		血圧 130/80以上	J	12人	60.0%				
	⑥		肥満 BMI25以上	J	10人	50.0%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	24人	54.5%				
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	58人	89.2%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		1人	1.5%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		6人	9.2%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	126.2人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	155.7人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	616件	(831.3)			472件	(757.6)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	入院外(件数)	1件	(1.3)			4件	(5.9)		
	⑤	糖尿病治療中	H	127人	12.6%				KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	H	126人	15.6%					
	⑦	健診未受診者	I	82人	65.1%					
	⑧	インスリン治療	O	11人	8.7%					
	⑨	(再掲)40-74歳		10人	7.9%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	2人	1.6%					
	⑪	(再掲)40-74歳		2人	1.6%					
	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	1.9%	2人	0.9%		KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	3億1020万円				2億6643万円		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	1億6785万円				1億5163万円			
	③	(総医療費に占める割合)	54.1%				56.9%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,737円						
	⑤		健診未受診者	37,652円				34,206円		
	⑥	糖尿病医療費	1809万円				1526万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.8%				10.1%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	4622万円							
	⑨	1件あたり	28,097円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	2425万円							
	⑪	1件あたり	713,284円							
	⑫	在院日数	14日							
	⑬	慢性腎不全医療費	441万円				1315万円			
	⑭	透析有り	415万円				1198万円			
	⑮	透析なし	26万円				116万円			
7	①	介護給付費	4億3103万円				3億1509万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	1件		16.7%					
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	1人		2.3%		0人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防がガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理マニュアル2015、血管機能検査的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づいた心臓病予防ガイドライン2013、糖尿病診療ガイドライン、血管内皮機能を診る（循環器学専書）

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

血圧評価表

【参考資料 7】

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	GFR	尿蛋白	尿酸	H28年度			H35年度	
										治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	

心房細動管理台帳

【参考資料 8】

NO	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	H28年度					H35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														