

## 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成30年 4月 厚真町

## 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）・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

1. 第三期特定健診等の実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護の確保
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26

#### 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	46
第6章 計画の評価・見直し	48
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料	50
巻末資料（用語集）	64

# 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. 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 P D C A 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。

厚真町においては、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が図られることを目的とする。

## 2. 計画の位置付け

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画すこやか北海道21や健康増進計画健康あつま21、北海道医療費適正化計画、北海道介護保険事業支援計画、第7期厚真町介護保険事業計画（a-7プラン）と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

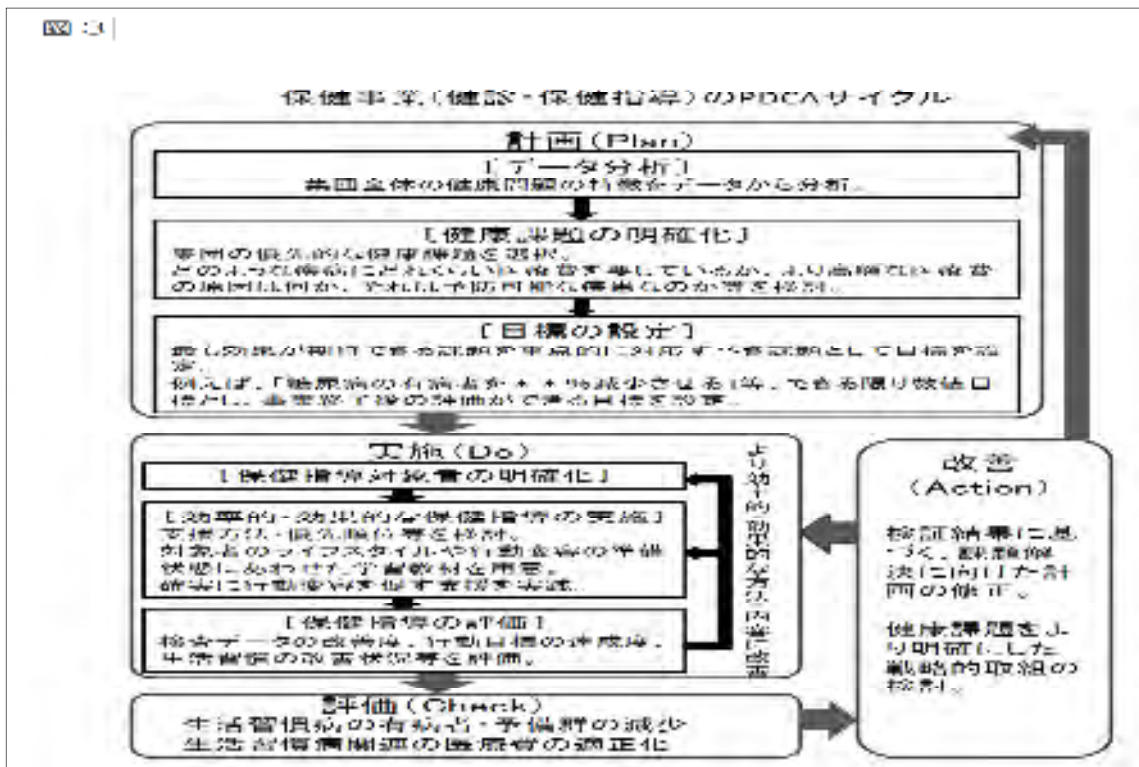
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	<small>※ 健康増進法第8条に基づき、健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校教育法</small> 「健康日本21」計画				「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施要綱）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成26年10月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成26年10月 特定健診実施及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成26年10月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針（一部改正）」	厚生労働省 老健局 平成26年10月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成26年10月 医療費適正化に関する施策について基本指針（全部改正）	厚生労働省 医政局 平成26年10月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の实现に向けて、生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。	生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。	生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。	高齢者がその有する能力に即して日常生活を送ることができるよう支援することや、適切な生活環境を整えることなどを通じて、被保険者の生活の向上を図るとともに、生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。	国民生活の向上を図るとともに、国民の生活の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増えないよう適切に抑制し、高齢者が安心して生活を送ることができるよう支援することや、適切な生活環境を整えることなどを通じて、被保険者の生活の向上を図るとともに、生活習慣病の予防や重症化防止を図るとともに、社会生活を営むための心の安定、生活の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加の促進や健康寿命の延伸を図る。	医療提供体制の確保を推進することを通じて、地域において国民の健康の増進を実現し、良質な医療提供体制を構築することを通じて、国民の健康の増進を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、若年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合も高くなる時期に高齢者を迎える現在の育育（壮年期）中、小児期からの生活習慣病の予防	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳、特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 脳神経障害、早期老衰 骨質、骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳疾患、慢性腎臓病 認知症、認知症関連症 多系統萎縮症、脳萎縮関連疾患 後発脳梗塞	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②特定健診（糖尿病性腎症による年間新発症者数） ③慢性閉塞性肺疾患 ④脳卒中（脳梗塞）による年間新発症者数 ⑤糖尿病発症率 ⑥特定健診実施率 ⑦特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑧特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑨特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑩特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑪特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑫特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑬特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑭特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率 ⑮特定健診結果に基づく生活習慣病の改善率	①特定健診実施率 ②特定健診結果改善率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 ①生活習慣病の状況（特定健診の実施率等） ②食生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥ 健診結果等の改善率 ⑦特定健診率 ⑧特定健診結果改善率 ⑨健診結果の変化 ⑩生活習慣病の有病率・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外委 ①一人あたり外来診療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定健診結果の活用による医療費の削減 ③タボリスク管理・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病室稼働率・連携の推進	①5歳未満事業 ②在宅医療連携体制 （地域の現状に応じて設定）
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度区分】を減額し、保険料率決定 保健事業支援・評価委員会（事務局：国民健康協会）による計画作成支援			保険者協議会（事務局：国民健康協会）を通じて、保険者との連携	

【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、北海道における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、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

厚真町においては、町民福祉課町民生活グループ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。特に健康推進グループの保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、介護保険部局（福祉グループ）、包括支援部局（地域包括支援センター）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。

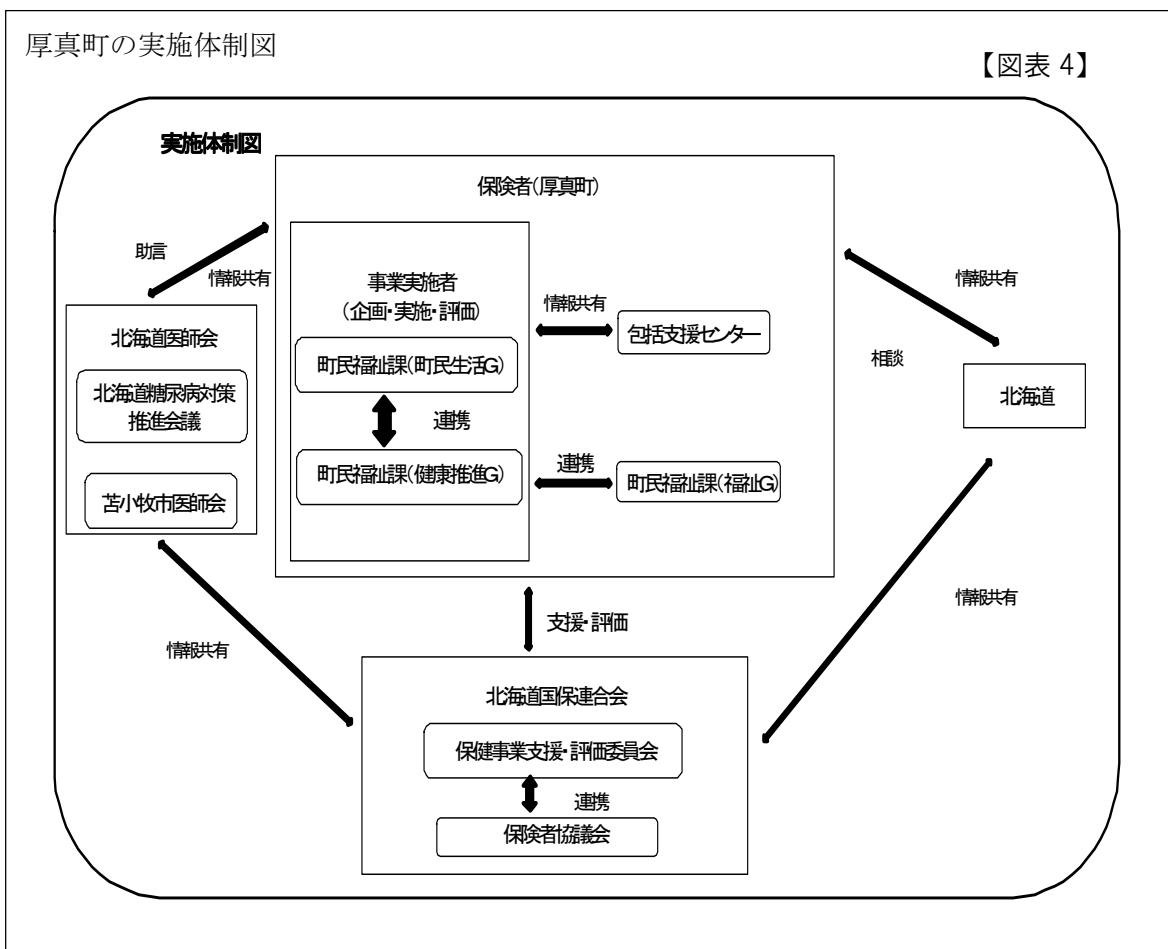
また、保険者等と苫小牧市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、北海道が北海道医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と北海道は、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上では、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。





#### 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)		81			
総得点(体制構築加算含む)		246			
全国順位(1,741市町村中)		221			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			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	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	20			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取り組み	0			35
共通 ⑥	後発医療品の促進	0			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	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	6			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		60	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と

### 第2期計画における健康課題の明確化

#### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

##### 1) 第1期計画に係る評価

高血圧症や脂質異常症、糖尿病は、基礎疾患群と言われ、適切に管理することで、重症化疾患と呼ばれる脳血管疾患群や虚血性心疾患群、糖尿病性合併症群を減らすことができる。

また、基礎疾患群の発症には、メタボリックシンドロームが関係しており、計画の目標は下図のとおりとなる。(図表6)

《計画の目標と疾患群との関係》

【図表6】



#### (1) 全体の経年変化 (参考資料1)

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少しており、死因別に見ると、脳疾患による死亡は激減した。一方で、心臓病・糖尿病による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は減少、40~64歳の2号認定率は横ばいとなっており、介護総給付費は減少したが、1件当たりの給付費は増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合が増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。医療機関受療率の減少、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動が取れていないことによる結果であり、重症化予防に課題が残っている。しかし、特定健診受診率は増加しているため特定健診受診後の取組が重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況 (図表7)

介護給付費の変化について、28年度の介護給付費は減少した。同規模平均では、一件当たり給付費が減っているのに対し、厚真町は一件当たり給付費が増え、居宅サービス、施設サービスともに増えていることがわかった。

【図表7】

介護給付費の変化

年度	厚真町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	4億 127万円	73250円	41750円	264691円	76041円	40283円	279561円
H28年度	3億9,395万円	73593円	44287円	267754円	73702円	39646円	273946円

②医療費の状況 (図表8)

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると厚真町は入院費用、入院外費用どちらも伸び率を抑制できていることがわかった。

【図表8】

医療費の変化

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増額	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			町	同規模			町	同規模			町	同規模
1総医療費(円)	H25年度	476,378,580			205,288,380				263,616,540			
	H28年度	382,312,620	-94,065,960	-19.7%	177,714,440	-27,573,940	-13.4%		201,934,610	-61,681,930	-23.4%	
2一人当たり医療費(円)	H25年度	24,413			10,680				13,730			
	H28年度	22,427	-1,986	-8.1%	10,450	-230	-2.2%		11,980	-1,750	-12.7%	

※KDBの一人当たりの医療費は、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9)

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(透析)に係る医療費計は減少していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、高血圧については、減少しているものの国と比較すると高くなっており、糖尿病・脂質異常症については、25年度よりも高くなっており、国との比較でも高くなっている。

【図表9】

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	道内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
同規模区分 H25 厚真町	476378580円	24,413	137位	124位	4.71%	0.39%	2.16%	2.26%	6.35%	8.94%	2.24%	128,843,860	27.05%	14.85%	10.38%	9.53%
	382312620円	22,427	199位	158位	2.37%	0.00%	1.29%	2.15%	6.50%	6.93%	2.42%	82,581,780	21.60%	13.75%	12.41%	14.06%
H28	北海道															
	国	9687968260190円	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	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 10）

中長期的な疾患については、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析いずれも減少しているが、短期的な目標である、高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合を見ると、高血圧は減少傾向にあるものの、糖尿病と脂質異常症の割合が増えている。

【図表 10】

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	1714	79	4.6	8	10.1	1	1.3	68	86.1	37	46.8	47	59.5			
	64歳以下	1140	26	3.8	4	15.4	1	3.8	23	88.5	10	38.5	14	53.8			
	65歳以上	574	53	9.2	4	7.5	0	0.0	45	84.9	27	50.9	33	62.3			
H28	全体	1494	56	3.7	4	7.1	0	0.0	43	76.8	21	37.5	34	60.7			
	64歳以下	907	21	2.3	3	14.3	0	0.0	16	76.2	5	23.8	13	61.9			
	65歳以上	587	35	6.0	1	2.9	0	0.0	27	77.1	16	45.7	21	60.0			

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	1714	59	3.4	8	13.6	0	0.0	48	81.4	18	30.5	30	50.8			
	64歳以下	1140	21	1.8	4	19.0	0	0.0	18	85.7	5	23.8	11	52.4			
	65歳以上	574	38	6.6	4	10.5	0	0.0	30	78.9	13	34.2	19	50.0			
H28	全体	1494	45	3.0	4	8.9	1	2.2	36	80.0	17	37.8	29	64.4			
	64歳以下	907	15	1.7	3	20.0	1	6.7	9	60.0	5	33.3	11	73.3			
	65歳以上	587	30	5.1	1	3.3	0	0.0	27	90.0	12	40.0	18	60.0			

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	1714	3	0.2	0	0.0	1	33.3	3	100.0	1	33.3	1	33.3			
	64歳以下	1140	3	0.3	0	0.0	1	33.3	3	100.0	1	33.3	1	33.3			
	65歳以上	574	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
H28	全体	1494	1	0.1	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0			
	64歳以下	907	1	0.1	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0			
	65歳以上	587	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表11)

中長期目標疾患に共通するリスク疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症)の治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は横ばいであるが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。

高血圧治療者(様式3-3)においては、高血圧治療者は減少しており、虚血性心疾患、脳血管疾患も減少していることから、生活習慣の改善により治療者が減少したとともに、治療により、重症化予防ができたと推測される。

脂質異常症治療者(様式3-4)においては、脂質異常症治療者が増加しており、脳血管疾患の割合も増加していることから、治療にはつながっているものの、重症化予防にまではつなげられていないという課題がある。

【図表11】

中長期的な目標

厚労省様式様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		被保険者数	糖尿病		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	
			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	1714	145	8.5	21	14.5	108	74.5	80	55.2	37	25.5	18	12.4	1	0.7	5	3.4
	64歳以下	1140	57	5.0	9	15.8	40	70.2	29	50.9	10	17.5	5	8.8	1	1.8	1	1.8
	65歳以上	574	88	15.3	12	13.6	68	77.3	51	58.0	27	30.7	13	14.8	0	0.0	4	4.5
H28	全体	1494	127	8.5	10	7.9	81	63.8	66	52.0	21	16.5	17	13.4	1	0.8	3	2.4
	64歳以下	907	46	5.1	3	6.5	22	47.8	24	52.2	5	10.9	5	10.9	1	2.2	1	2.2
	65歳以上	587	81	13.8	7	8.6	59	72.8	42	51.9	16	19.8	12	14.8	0	0.0	2	2.5

厚労省様式様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1714	373	21.8	108	29.0	152	40.8	68	18.2	48	12.9	3	0.8
	64歳以下	1140	136	11.9	40	29.4	55	40.4	23	16.9	18	13.2	3	22.0
	65歳以上	574	237	41.3	68	28.7	97	40.9	45	19.0	30	12.7	0	0.0
H28	全体	1494	283	18.9	81	28.6	136	48.1	43	15.2	36	12.7	1	0.7
	64歳以下	907	78	8.6	22	28.2	38	48.7	16	20.5	9	11.5	1	1.3
	65歳以上	587	205	34.9	59	28.8	97	47.3	27	13.2	27	13.2	0	0.0

厚労省様式様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1714	196	11.4	80	40.8	152	77.6	47	24.0	30	15.3	1	0.5
	64歳以下	1140	75	6.6	29	38.7	55	73.3	14	18.7	11	14.7	1	1.3
	65歳以上	574	121	21.1	51	42.1	97	80.2	33	27.3	19	15.7	0	0.0
H28	全体	1494	183	12.2	66	36.1	136	74.3	34	18.9	29	15.8	1	0.5
	64歳以下	907	69	7.4	24	34.8	39	56.5	13	18.8	11	15.9	1	1.4
	65歳以上	587	114	19.4	42	36.8	97	85.1	21	18.4	18	15.8	0	0.0

②健診結果（有所見者割合）の経年変化（図表 12）

健診結果（有所見者割合）の経年変化を見ると、男性は、BMI、腹囲、中性脂肪、GPT、HbA1c、血圧、LDL-C で有所見者が増加していることがわかった。女性は、中性脂肪、GPT、HbA1c、尿酸、収縮期血圧で有所見者が増加していることがわかった。

男性のメタボリックシンドローム予備群・該当者については、予備群が減り該当者が増加していることから、悪化していることが推測される。また、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による有所見項目の増加であることが推測される。

【図表 12】

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

★NO.23（概票）

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	96	41.7	115	50.0	85	37.0	54	23.5	20	8.7	95	41.3	121	52.6	41	17.8	123	53.5	65	28.3	109	47.4	1	0.4
	40-64	53	45.7	63	54.3	40	34.5	33	28.4	7	6.0	36	31.0	57	49.1	20	17.2	48	41.4	31	26.7	60	51.7	0	0.0
	65-74	43	37.7	52	45.6	45	39.5	21	18.4	13	11.4	59	51.8	64	56.1	21	18.4	75	65.8	34	29.8	49	43.0	1	0.9
女性	合計	110	45.1	130	53.3	100	41.0	61	25.0	20	8.2	11	4.5	135	55.3	34	13.9	152	62.3	73	29.9	121	49.6	1	0.4
	40-64	56	50.9	60	54.5	49	44.5	32	29.1	7	6.4	7	6.4	54	49.1	15	13.6	55	50.0	37	33.6	62	56.4	0	0.0
	65-74	54	40.3	70	52.2	51	38.1	29	21.6	13	9.7	4	3.0	81	60.4	19	14.2	97	72.4	36	26.9	59	44.0	1	0.7

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	90	29.1	41	13.3	67	21.7	20	6.5	8	2.6	88	28.5	136	44.0	5	1.6	150	48.5	72	23.3	192	62.1	0	0.0
	40-64	32	23.2	14	10.1	25	18.1	5	3.6	2	1.4	28	20.3	45	32.6	3	2.2	47	34.1	30	21.7	89	64.5	0	0.0
	65-74	58	33.9	27	15.8	42	24.6	15	8.8	6	3.5	60	35.1	91	53.2	2	1.2	103	60.2	42	24.6	103	60.2	0	0.0
男性	合計	83	27.6	36	12.0	71	23.6	25	8.3	2	0.7	6	2.0	137	45.5	5	1.7	164	54.5	64	21.3	178	59.1	0	0.0
	40-64	25	20.2	12	9.7	26	21.0	11	8.9	1	0.8	4	3.2	42	33.9	1	0.8	43	34.7	19	15.3	75	60.5	0	0.0
	65-74	58	32.8	24	13.6	45	25.4	14	7.9	1	0.6	2	1.1	95	53.7	4	2.3	121	68.4	45	25.4	103	58.2	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票）

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	230	48.3	12	5.2	38	16.5	6	2.6	21	9.1	11	4.8	65	28.3	14	6.1	5	2.2	26	11.3	20	8.7
	40-64	116	47.0	10	8.6	22	19.0	4	3.4	11	9.5	7	6.0	31	26.7	6	5.2	4	3.4	13	11.2	8	6.9
	65-74	114	49.8	2	1.8	16	14.0	2	1.8	10	8.8	4	3.5	34	29.8	8	7.0	1	0.9	13	11.4	12	10.5
女性	合計	244	56.4	10	4.1	35	14.3	2	0.8	25	10.2	8	3.3	85	34.8	9	3.7	6	2.5	38	15.6	32	13.1
	40-64	110	53.7	5	4.5	22	20.0	2	1.8	12	10.9	8	7.3	33	30.0	3	2.7	5	4.5	15	13.6	10	9.1
	65-74	134	58.8	5	3.7	13	9.7	0	0.0	13	9.7	0	0.0	52	38.8	6	4.5	1	0.7	23	17.2	22	16.4

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	309	56.5	2	0.6	13	4.2	1	0.3	12	3.9	0	0.0	26	8.4	4	1.3	1	0.3	13	4.2	8	2.6
	40-64	138	55.9	2	1.4	4	2.9	0	0.0	4	2.9	0	0.0	8	5.8	0	0.0	1	0.7	5	3.6	2	1.4
	65-74	171	57.0	0	0.0	9	5.3	1	0.6	8	4.7	0	0.0	18	10.5	4	2.3	0	0.0	8	4.7	6	3.5
男性	合計	301	62.1	4	1.3	11	3.7	2	0.7	8	2.7	1	0.3	21	7.0	4	1.3	1	0.3	9	3.0	7	2.3
	40-64	124	60.8	3	2.4	2	1.6	0	0.0	1	0.8	1	0.8	7	5.6	1	0.8	1	0.8	3	2.4	2	1.6
	65-74	177	63.0	1	0.6	9	5.1	2	1.1	7	4.0	0	0.0	14	7.9	3	1.7	0	0.0	6	3.4	5	2.8



### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

特定健診受診率が大幅に増加しているが、特定保健指導実施率は微増の傾向である。重症化を予防していくためには、特定保健指導実施率の向上への取り組みが重要となる。

また、受診勧奨者のうちの医療機関受診率が減少しており、早期受診に向けた介入が重要となる。

【図表 13】

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	
								厚真町	同規模平均
H25年度	1,024	539	52.6%	78位	87	46	52.9%	59.9%	50.4%
H28年度	918	535	58.3%	38位	83	44	53.0%	56.3%	51.3%

## 2) 第1期に係る考察

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

その結果、外来・入院医療費の減少により医療費適正化に繋がったと思われる。これらの結果は、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(透析)に係る医療費計の減少による効果であると推測することができる。

しかし、中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用についてみると、高血圧については、減少しているものの国に比較すると依然として高くなっており、糖尿病・脂質異常症については、25年度との比較で高くなっており、国との比較でも高くなっている。

その背景として、健診受診率の向上に伴い、健診後の保健指導実施が十分に行われず、受診勧奨値該当者受療率の伸び悩みがある。

適切な受診勧奨や、治療に繋がったかの確認、継続した治療ができているかなど重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

また、適正な医療につなげるためには、住民自らが、体の状態を確認できる場として特定健診の場が重要であり、特定健診受診率向上は引き続き、重要な取り組むべき課題である。



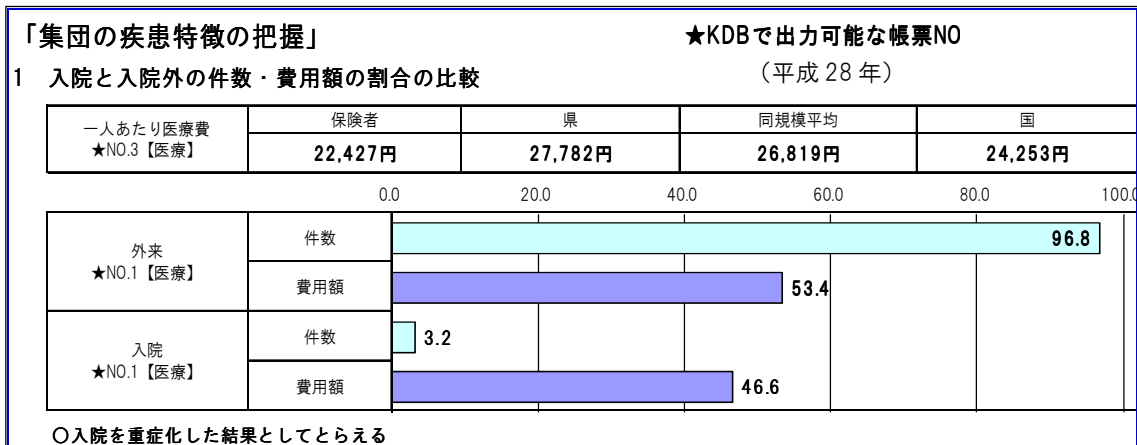
## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 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 14)

厚真町の入院件数は3.2%で、費用額全体の46.6%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 14】



#### (2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 15)

ひと月で100万円以上の高額になる疾患、6か月以上の長期入院のレセプト分析では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用額の10%以上を占めていることがわかった。

また、長期化する人工透析では、重複して脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の治療を受けており、これらに共通する高血圧、糖尿病、脂質異常症への早期受診勧奨及び治療中断を防ぐことが、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析への重症化を防ぐことにつながる。

【図表 15】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか						
医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。						
厚労省様式	対象レセプト	(28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	53件	4件 7.5%	6件 11.3%	--
		費用額	9103万円	433万円 4.8%	1013万円 11.1%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	193件	7件 3.6%	13件 6.7%	--
		費用額	8794万円	317万円 3.6%	852万円 9.7%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	70件	19件 27.1%	23件 32.9%	34件 48.6%
		費用額	3965万円	748万円 18.9%	1663万円 41.9%	1767万円 44.6%
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	487人		45人 9.2%	56人 11.5%	3人 0.6%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	36人 80.0%	43人 76.8%	3人 100.0%
			糖尿病	17人 37.8%	21人 37.5%	3人 100%
			脂質異常症	29人 64.4%	34人 60.7%	3人 100.0%
		高血圧症	283人 58.1%	127人 26.1%	183人 37.6%	29人 6.0%

○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 16)

介護認定者におけるレセプト分析 (H28) では、血管疾患によるものが91.0%であり、筋・骨格疾患の83.0%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低い方も同様の傾向があり、若いうちから血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか													【図表 16】					
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		1,649人		718人		866人		1,584人		3,233人							
	認定者数		5人		19人		253人		272人		277人							
	認定率		0.30%		2.6%		29.2%		17.2%		8.6%							
	新規認定者数		1人		0人		4人		4人		5人							
	介護度別人数	要支援1・2		5	100.0%	6	31.6%	72	28.5%	78	28.7%	83	30.0%					
要介護1・2		0	0.0%	7	36.8%	96	37.9%	103	37.9%	103	37.2%							
要介護3～5		0	0.0%	6	31.6%	85	33.6%	91	33.5%	91	32.9%							
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	疾病	件数	割合			
			件数	--	5		19		253		272		277					
		循環器疾患	1	脳卒中	2	40.0%	脳卒中	10	52.6%	虚血性心疾患	128	50.6%	虚血性心疾患	136	50.0%	虚血性心疾患	138	49.8%
			2	虚血性心疾患	2	40.0%	虚血性心疾患	8	42.1%	脳卒中	117	46.2%	脳卒中	127	46.7%	脳卒中	129	46.6%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	15.8%	腎不全	21	8.3%	腎不全	24	8.8%	腎不全	24	8.7%
		基礎疾患	糖尿病等		3	60.0%	糖尿病等	16	84.2%	糖尿病等	228	90.1%	糖尿病等	244	89.7%	糖尿病等	247	89.2%
			血管疾患合計		3	60.0%	合計	16	84.2%	合計	233	92.1%	合計	249	91.5%	合計	252	91.0%
		認知症	認知症		2	40.0%	認知症	3	15.8%	認知症	116	45.8%	認知症	119	43.8%	認知症	121	43.7%
			筋・骨格疾患		3	60.0%	筋骨格系	14	73.7%	筋骨格系	213	84.2%	筋骨格系	227	83.5%	筋骨格系	230	83.0%
		介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較													★NO.1【介護】			
													0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)												8,258						
要介護認定なし医療費 (40歳以上)												4,126						

2) 健診受診者の実態 (図表 17・18)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等のリスクが高まる。

厚真町においては、メタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見割合でも、中性脂肪・GPT・収縮期血圧・拡張期血圧、LDL-C 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項目が、全国に比べ高い。

【図表 17】

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,503	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,201	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5	
保険者	合計	110	45.1	130	53.3	100	41.0	61	25.0	20	8.2	11	4.5	135	55.3	34	13.9	152	62.3	78	29.9	121	49.6	1	0.4
	40-64	56	50.9	60	54.5	49	44.5	32	29.1	7	6.4	7	6.4	54	49.1	15	13.6	55	50.0	37	33.6	62	56.4	0	0.0
	65-74	54	40.3	70	52.2	51	38.1	29	21.6	13	9.7	4	3.0	81	60.4	19	14.2	97	72.4	36	26.9	59	44.0	1	0.7
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2	
保険者	合計	83	27.6	36	12.0	71	23.6	25	8.3	2	0.7	6	2.0	137	45.5	5	1.7	164	54.5	64	21.3	178	59.1	0	0.0
	40-64	25	20.2	12	9.7	26	21.0	11	8.9	1	0.8	4	3.2	42	33.9	1	0.8	43	34.7	19	15.3	75	60.5	0	0.0
	65-74	58	32.8	24	13.6	45	25.4	14	7.9	1	0.6	2	1.1	95	53.7	4	2.3	121	68.4	45	25.4	103	58.2	0	0.0

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 18】

	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	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	244	56.4	10	4.1%	35	14.3%	2	0.8%	25	10.2%	8	3.3%	85	34.8%	9	3.7%	6	2.5%	38	15.6%	32	13.1%	
	40-64	110	53.7	5	4.5%	22	20.0%	2	1.8%	12	10.9%	8	7.3%	33	30.0%	3	2.7%	5	4.5%	15	13.6%	10	9.1%	
	65-74	134	58.8	5	3.7%	13	9.7%	0	0.0%	13	9.7%	0	0.0%	52	38.8%	6	4.5%	1	0.7%	23	17.2%	22	16.4%	
女性	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	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	301	62.1	4	1.3%	11	3.7%	2	0.7%	8	2.7%	1	0.3%	21	7.0%	4	1.3%	1	0.3%	9	3.0%	7	2.3%	
	40-64	124	60.8	3	2.4%	2	1.6%	0	0.0%	1	0.8%	1	0.8%	7	5.6%	1	0.8%	1	0.8%	3	2.4%	2	1.6%	
	65-74	177	63.0	1	0.6%	9	5.1%	2	1.1%	7	4.0%	0	0.0%	14	7.9%	3	1.7%	0	0.0%	6	3.4%	5	2.8%	

3) 糖尿病 (HbA1c)、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 19)

健診受診者を新規受診者、継続受診者に分け、かつ治療中と治療なしに分けて見ると、糖尿病治療者は、治療につながっていても改善していない。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運動療法を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。また、新規受診者の中に、高血糖を認める方がいるので、適切な医療に結び付くよう保健指導を行っていく。

血圧と LDL については、治療により一定の効果が見られているが、新規受診者の中に、未治療者がいるため、こちらも適切な医療に結び付くよう保健指導を行っていく。

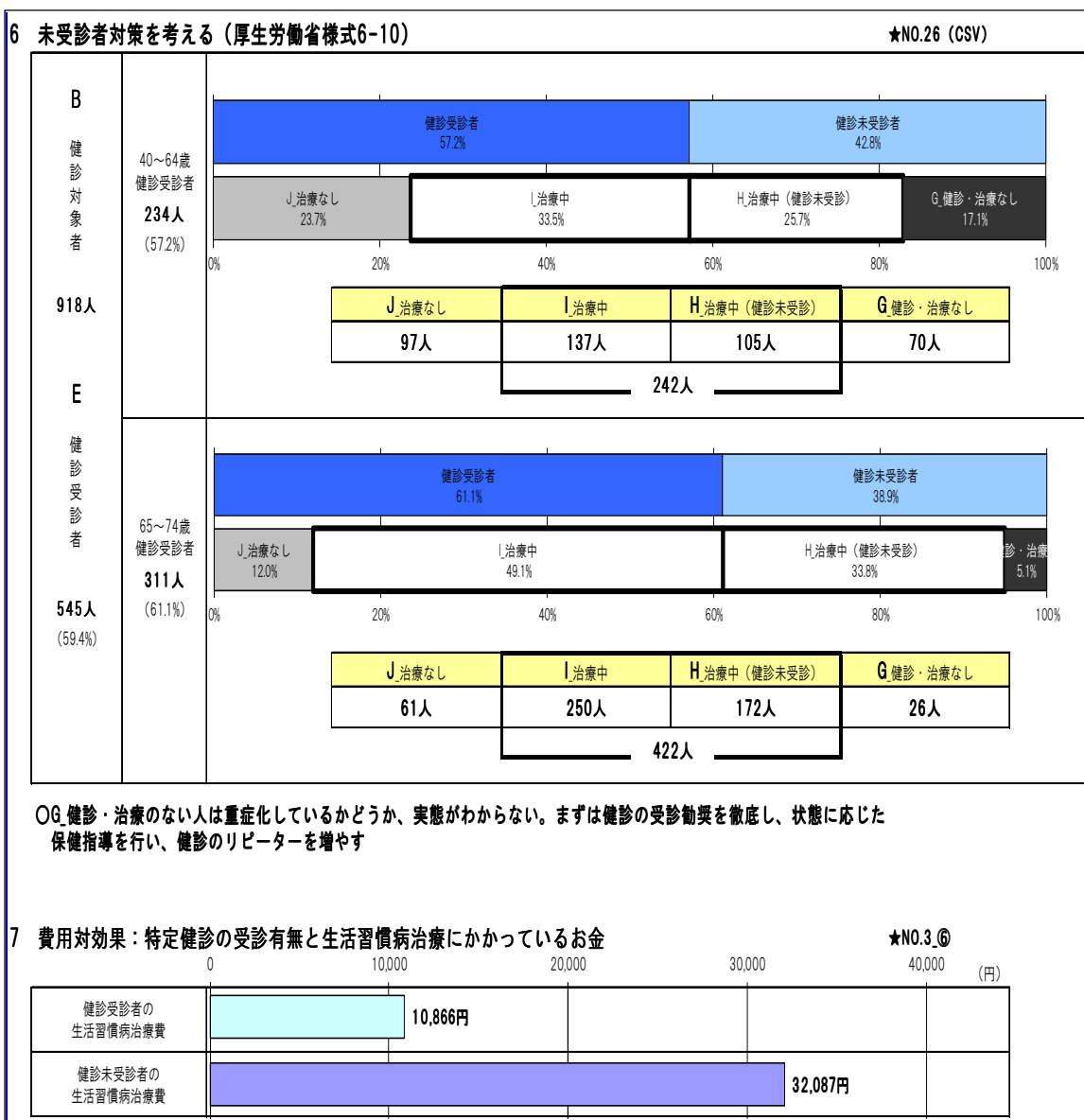


#### 4) 未受診者の把握 (図表 20)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」群を見ると、年齢が若い40～64歳が17.1%と65～74歳と比べて高くなっている。健診も治療も受けていないということは、身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治療にかかっている費用対効果をみても、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。

【図表 20】



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

### 3) 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減少させることを目標にする。

特に虚血性心疾患は、25年度と比較すると28年度は減少しているものの、国の医療費割合よりも高い状態であり、国並みとなることを目指す。

また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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。

厚真町の医療費の状況を見ると、医療費は入院外来どちらも減少しているものの、医療費に占める入院費用の割合が増加し、外来費用割合が減少していることから、厚真町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院すると考えられる。

これらのことから、医療費割合においては、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とする。

##### ②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、一年、また一年と血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は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ふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表21】

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診実施率	59.5%	60.5%	61.5%	63.0%	64.0%	65.0%
特定保健指導実施率	55.0%	57.0%	59.0%	61.0%	63.0%	65.0%

### 3. 対象者の見込み

【図表22】

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診	対象者数	885人	854人	824人	795人	767人	740人
	受診者数	526人	516人	506人	500人	490人	481人
特定保健指導	対象者数	87人	86人	84人	83人	81人	80人
	実施者数	47人	49人	49人	50人	51人	52人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。実施機関と厚真町国民健康保険が契約を締結する。

- ① 集団健診(あつまクリニック)
- ② 個別健診(あつまクリニック、札幌厚生病院、むかわ厚生病院)

#### (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、健診前に対象者全員に配布する文書に掲載する。

#### (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、追加の検査（血清クレアチニン・尿酸）を実施する。

(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)代行機関

特定健診に係る費用（自己負担額を除く）の請求・支払いは、健診実施機関と厚真町国民健康保険が直接実施する。

(8)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 23）

また、案内通知内容は、受診券、特定健診実施会場、特定健康診査パンフレットとする。

保険者年間実施スケジュール

【図表 23】

保険者	受診券発行予定者数	受診券発行年月日						受診券有効期限					
		H30.4月	H30.5月	H30.6月	H30.7月	H30.8月	H30.9月	H30.10月	H30.11月	H30.12月	H31.1月	H31.2月	H31.3月
集団健診	850			6月1日	→	8月31日							
個別健診(あつまがクリニック)													
個別健診(厚生病院)	35				随時発行	→						3月31日	



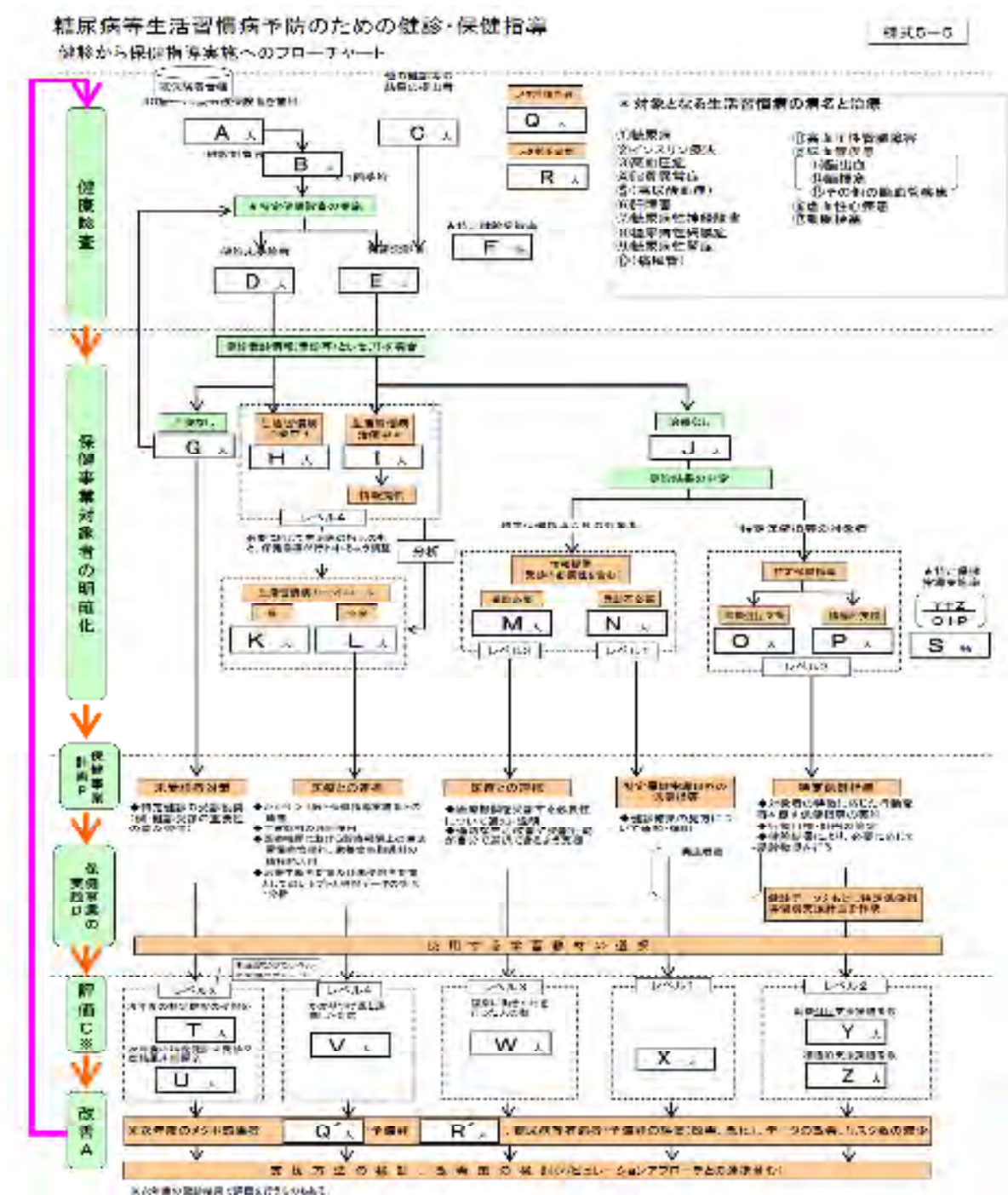
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、衛生部門（健康推進グループ）への執行委任の形態で行う。

### (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24)

【図表24】



## (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 25）

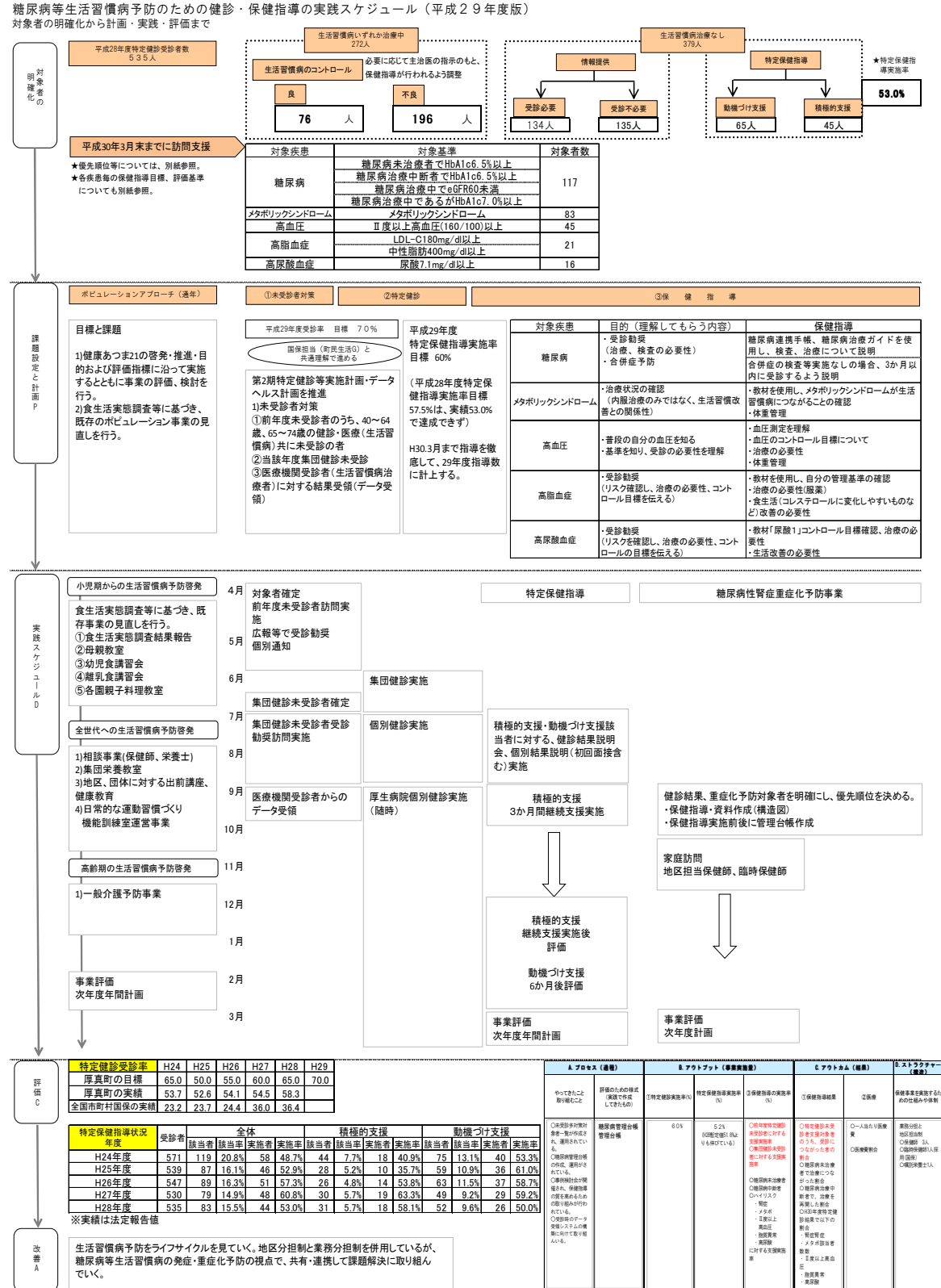
【図表 25】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	87人 (16.5)	55%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	108人 (20.6)	HbA1c6.1以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	359人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	108人 (20.7)	%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	216人 (41.8)	%

### (3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 26)

【図表 26】



## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

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

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。保存期間は、健診記録の作成年度の翌年度から5年を経過するまでの期間または被保険者が他の保険者の被保険者となった日の属する年度の翌年度の末日までの期間のうちいずれか短い期間となる。

## 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、厚真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用等の実態を広く町民へ周知する。

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

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表27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 27】

【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・後期高齢者)	○				□
2	連携課題の把握	○				□
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	連携対象の把握(医師会等への相談)	○				□
7	情報提供方法の検討	○				□
8	対象者選定基準の検討		○			□
9	事業にまつく必要となる業務		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	担当人員配置の検討	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	事業計画の決定		○			□
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(委託契約締結)		○			□
21	医療、薬物、薬師連携			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	連携先にて連携状況把握				○	□
24	単発(研修の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	経済的支援		○			□
28	メンタルケア、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
30	医療、薬物、薬師連携			○		□
31	3ヶ月後実施状況把握				○	□
32	7ヶ月後実施状況把握(レポート)				○	□
33	1年後評価(健康・レポート)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進委員会等への報告	○				□
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・後期高齢者)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厚真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 糖尿病治療中者
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 28)

【図表 28】

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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前兆)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上**
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)***	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**
第4期 (腎不全期)	疑われない**	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。

厚真町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては全件の把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

## 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 29)

厚真町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 22 人(35.5%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 127 人中のうち、特定健診受診者が 40 人(31.5%・G)であったが、5 人(12.5%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 87 人(69.6%・I)のうち、過去に一度でも特定健診受診歴がある者10人中 2 人は治療中断であることが分かった。また、8 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 29 より厚真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)・・・22 人
  - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・7 人
- ・介入方法として訪問、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)・・・35 人
- ・介入方法として訪問、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(力)・・・8 人
- ・介入方法として訪問、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4

#### 【保健指導】

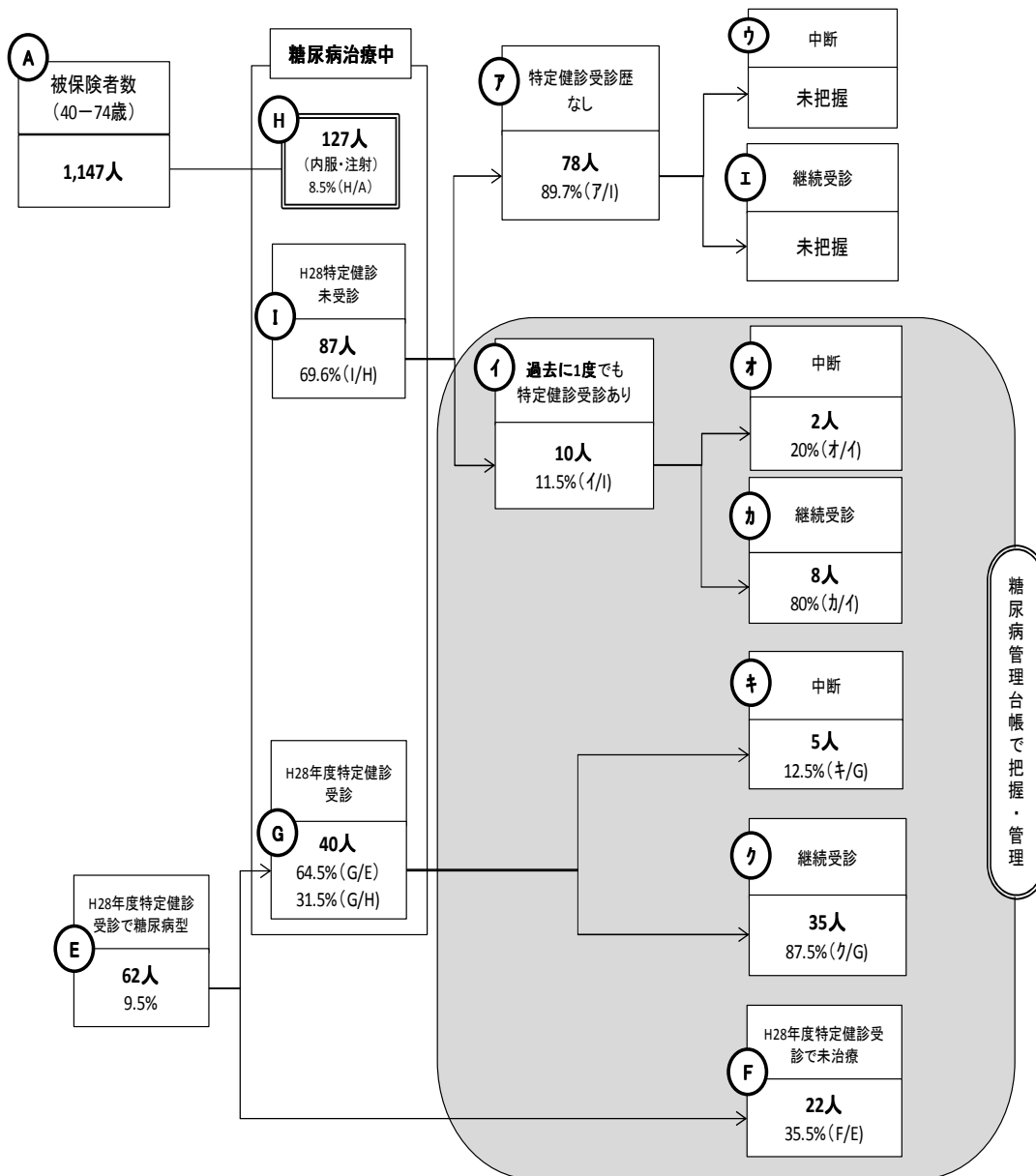
- ・糖尿病、糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を要する者  
メタボリックシンドローム該当者、Ⅱ度高血圧以上の者、LDL-C180mg/dl 以上、  
中性脂肪 400mg/dl 以上の者、尿酸 7.1mg/dl 以上の者
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導



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)

【図表 29】

※「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(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

## 【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 HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%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 HbA1c6.5%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

(3) レセプトを確認し情報を記載

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(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)……29人(図表28 F、オ、キ)を地区別に選定
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……208人(図表28 カ、ク、その他ハイリスク要因を有する者)を地区別に選定

## 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。厚真町においては、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 30)

【図表 30】

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><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコリック)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果や経年表の他、必要時は医療機関連絡票等を使用する。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては北海道プログラムに準じていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

8月 対象者の選定基準の決定

9月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

9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6)

### 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7)

#### (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一つである。「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。厚真町において健診受診者 637 人のうち心電図検査実施者は 32 人(5.0%)であり、実施率が低く発見率が低いことが課題である。

また、ST 所見があった人は 1 人(図表 31)で、要精査であったが、その後の受診状況を見ると未受診であった(図表 32)。未受診者はメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する場合があることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また今後、要精査には該当しないが ST 所見ありの人が出た場合は、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。

厚真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。

【図表 31】

心電図検査結果										
	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	637	100.0%	32	5.0%	1	3.1%	6	18.8%	25	78.1%

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 32】

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)(%)
1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%

## ② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表33を作成して対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 33】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成 年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	人	人	人	人	人
	%	%	%	%	%
メタボ該当者	人	人	人	人	人
	%	%	%	%	%
メタボ予備群	人	人	人	人	人
	%	%	%	%	%
メタボなし	人	人	人	人	人
	%	%	%	%	%
LDL-C	140-159	人	人	人	人
		%	%	%	%
	160-179	人	人	人	人
	%	%	%	%	%
180-	人	人	人	人	人
	%	%	%	%	%

【参考】

Non-HDL	190-	人	人	人	人	人
		%	%	%	%	%
	170-189	人	人	人	人	人
		%	%	%	%	%
CKD	G3aA1~	人	人	人	人	人
		%	%	%	%	%

### 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 34 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 34】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
---

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) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。



### (3) 対象者の管理

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

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介護予防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

6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 35、36)

【脳卒中の分類】

【図表 35】

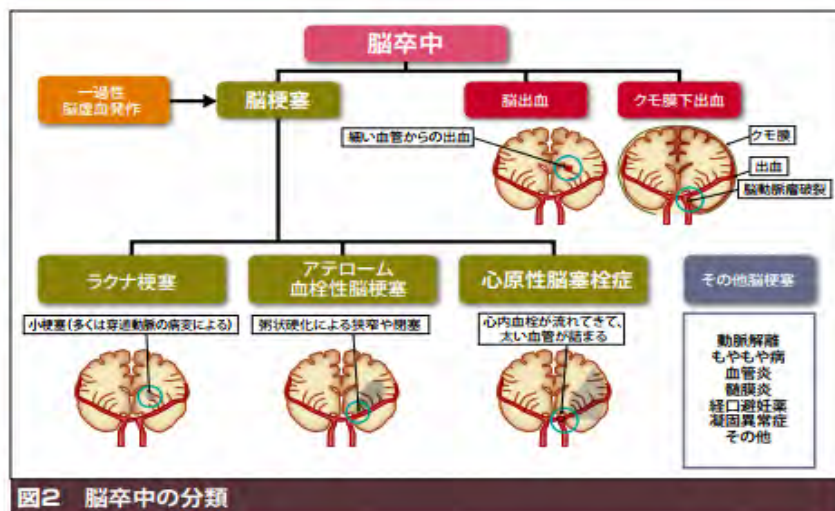


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 36】

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 37 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 37】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
心原性脳梗塞	●				●		○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク要因 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満				
受診者数 651人		49	7.5%	42	6.5%	29	4.5%	0	0.0%	127	19.5%	5	0.8%	5	0.8%
治療なし		29	6.7%	21	3.5%	28	5.2%	0	0.0%	37	8.0%	3	0.8%	3	0.8%
治療あり		20	9.1%	21	14.3%	1	1.0%	0	0.0%	90	33.1%	2	0.8%	2	0.7%
臓器障害あり		4	13.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%	3	100.0%	3	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0		0		0		0		0		3		3	
	尿蛋白(2+)以上	0		0		0		0		0		3		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	0		0		0		0		0		0		3	
	心電図所見あり	4		0		0		0		1		0		0	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が49人(7.5%)であり、29人は未治療者であった。また未治療者のうち4人(13.8%)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20人(9.1%)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 38)

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

### 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 38】

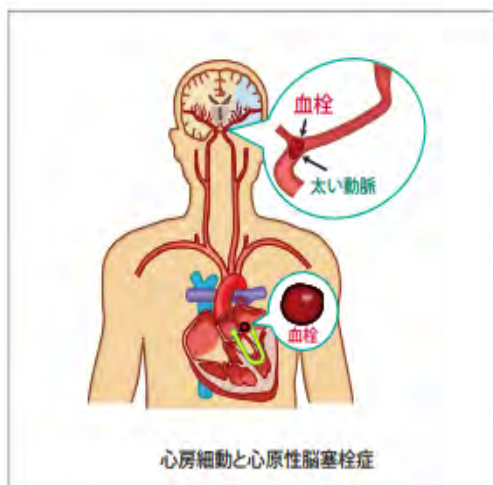
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	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
	<b>432</b>	<b>96</b> 22.2%	<b>127</b> 29.4%	<b>83</b> 19.2%	<b>97</b> 22.5%	<b>26</b> 6.0%	<b>3</b> 0.7%	<b>5</b> 1.2%	<b>54</b> 12.5%	<b>67</b> 15.5%
リスク第1層	<b>53</b> 12.3%	<b>23</b> 24.0%	<b>17</b> 13.4%	<b>5</b> 6.0%	<b>5</b> 5.2%	<b>3</b> 11.5%	<b>0</b> 0.0%	<b>5</b> 100%	<b>3</b> 5.6%	<b>0</b> 0.0%
リスク第2層	<b>248</b> 57.4%	<b>50</b> 52.1%	<b>80</b> 63.0%	<b>54</b> 65.1%	<b>51</b> 52.6%	<b>11</b> 42.3%	<b>2</b> 66.7%	--	<b>51</b> 94.4%	<b>13</b> 19.4%
リスク第3層	<b>131</b> 30.3%	<b>23</b> 24.0%	<b>30</b> 23.6%	<b>24</b> 28.9%	<b>41</b> 42.3%	<b>12</b> 46.2%	<b>1</b> 33.3%	--	--	<b>54</b> 80.6%
再掲 重複あり	糖尿病	<b>31</b> 23.7%	<b>9</b> 39.1%	<b>8</b> 26.7%	<b>6</b> 25.0%	<b>8</b> 19.5%	<b>0</b> 0.0%			
	慢性腎臓病 (CKD)	<b>51</b> 38.9%	<b>11</b> 47.8%	<b>10</b> 33.3%	<b>11</b> 45.8%	<b>12</b> 29.3%	<b>7</b> 58.3%			
	3個以上の危険因子	<b>72</b> 55.0%	<b>6</b> 26.1%	<b>17</b> 56.7%	<b>12</b> 50.0%	<b>27</b> 65.9%	<b>9</b> 75.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表38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



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表39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。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 39】

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	15	17	0	0.0%	0	0.0%	—	—
40歳代	5	1	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	2	4	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	4	4	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	4	8	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

\* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 40】

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

心電図検査において、平成 28 年度受診者では、心房細動の所見は見られなかったが、心電図実施者数が少ないため、発見に至っていない可能性がある。

また、日本循環器疫学調査を見ると、年齢が高くなるにつれ増加しており、実施者数によっては、今後発見される可能性が高い。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

## (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

## (3) 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 8)

### 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 9)

## 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

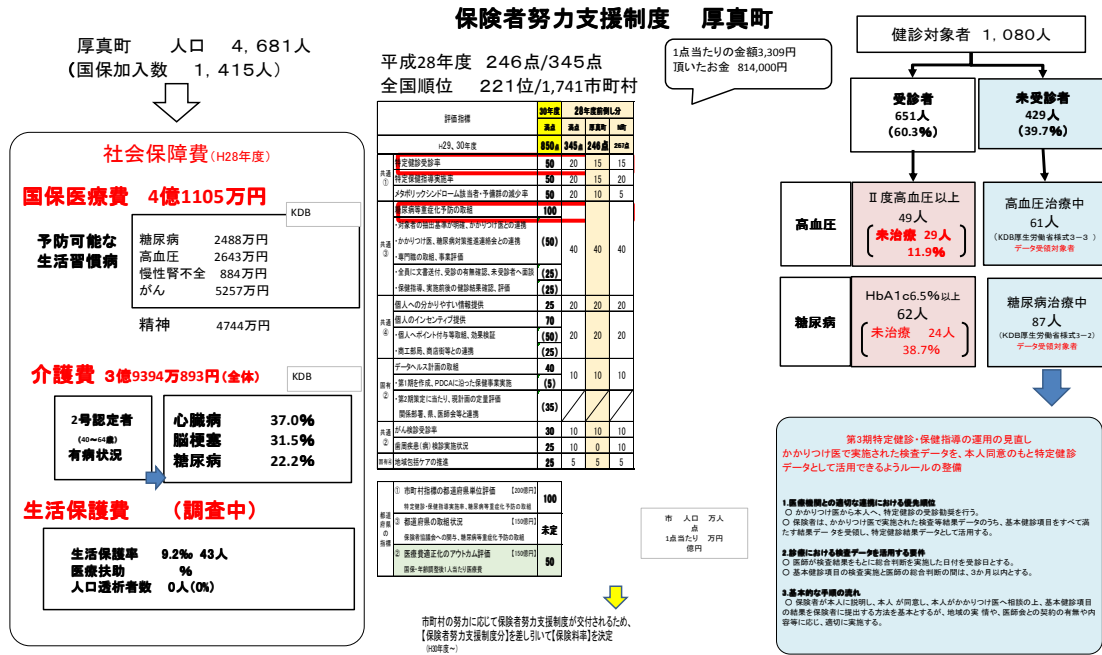
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6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

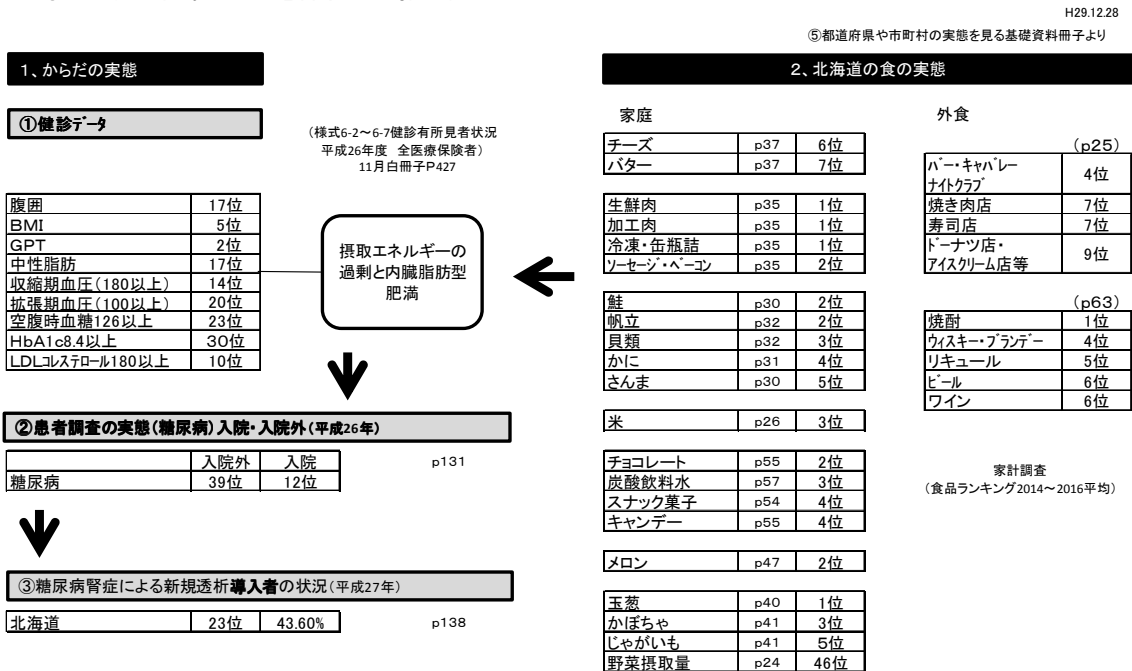
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 41・42)

【図表 41】



【図表 42】

### 北海道の健診結果と生活を科学的に解明する





## 第5章 地域包括ケアに係る取組

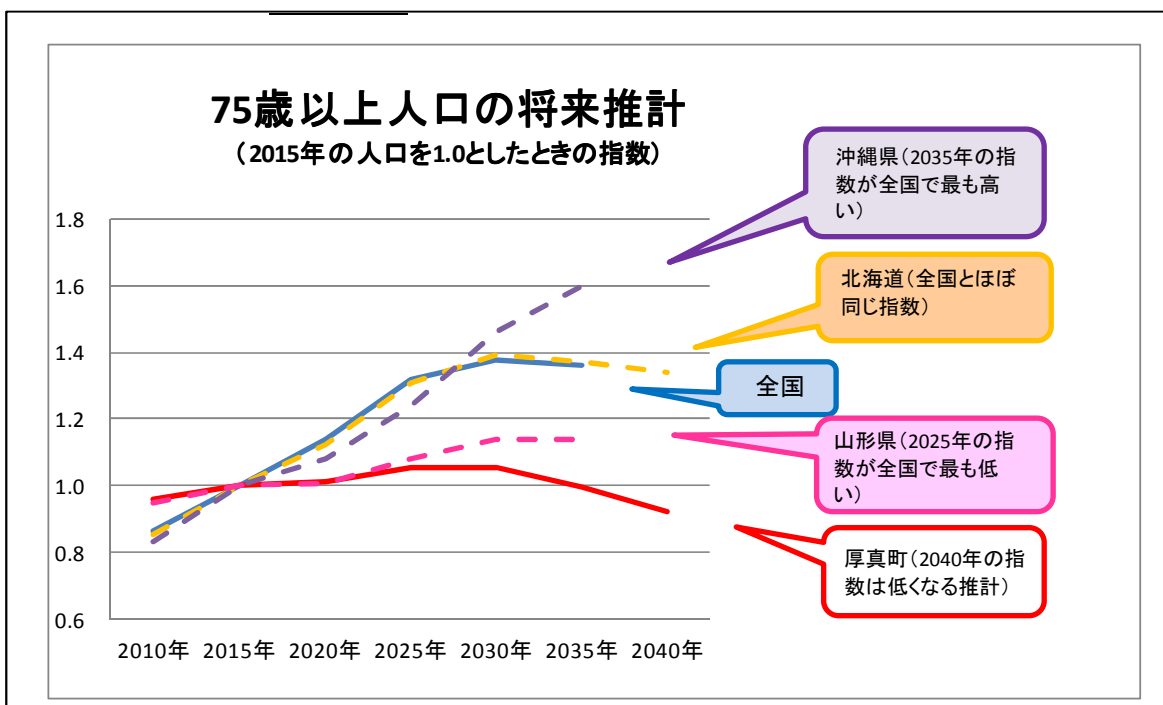
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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事ができる。

北海道の75歳以上人口の将来推計(図表43)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。厚真町の指数は、2030年の1.1をピークに減っていくと推測されるが、2030年の町全体の75歳以上の人口割合をみると、26.1%、2040年は27.2%となっており、町内の後期高齢者割合は高くなるといえる。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況をかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービス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43】



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

また、町内に限らず圏域に係る課題に関しては、東胆振定住自立圏形成協定をもとに、東胆振圏域医療介護連携推進協議会等を活用して、住み慣れた地域での生活を支えるために関係機関が連携し、包括的かつ継続的なサービス提供体制を構築・強化していく。

## 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（参考資料10）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取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する。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものと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を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

## 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厚真町の位置

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 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 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 6 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

参考資料 7 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 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ 1

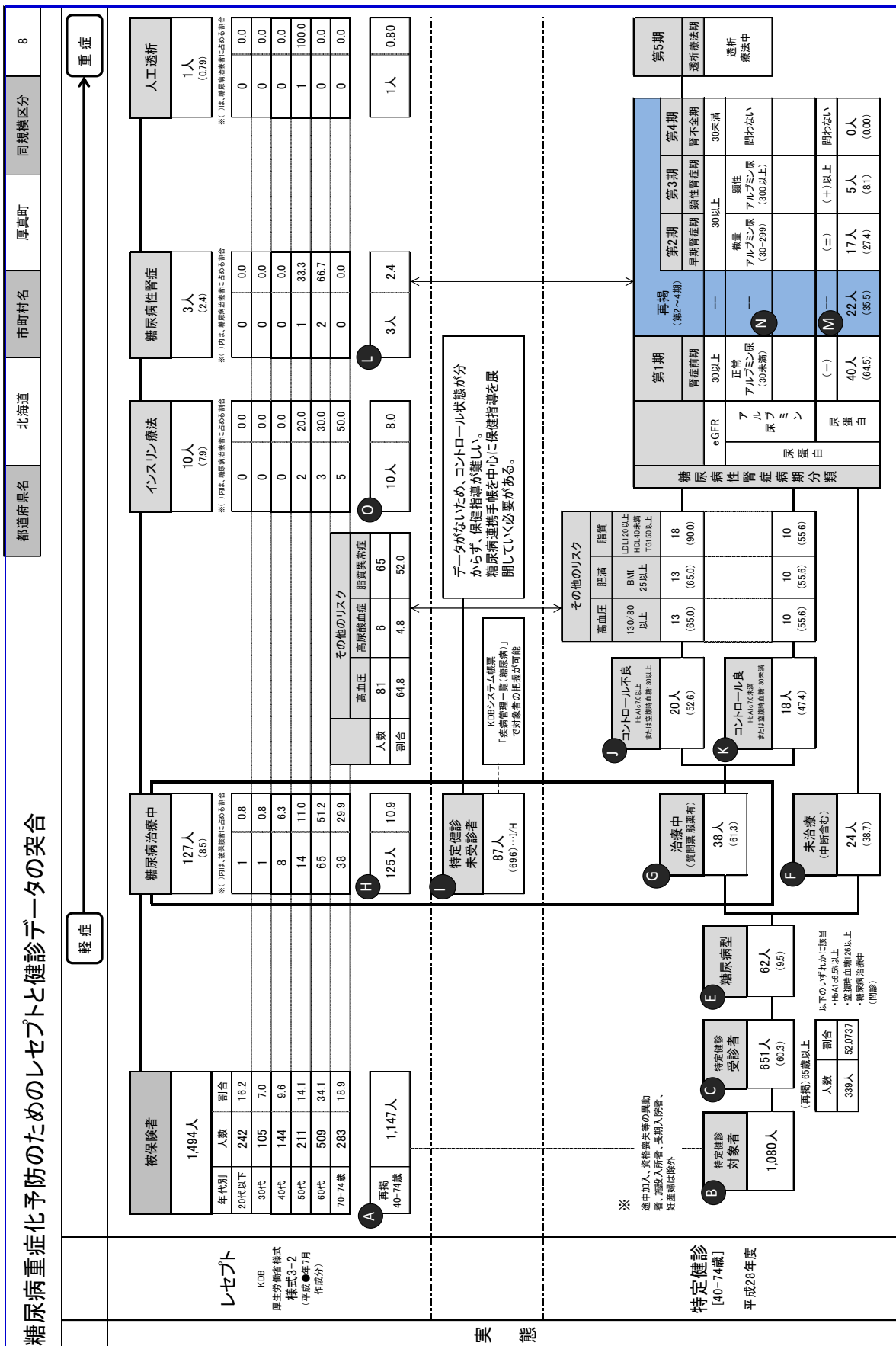
参考資料 11 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた厚真町の位置

項目		H25		H28		H28						データ元 (CSV)											
		保険者(厚真町)		保険者(厚真町)		同規模平均		県		国													
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合												
1	① 人口構成	総人口	4,879		4,879		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)	1,584	32.5	1,584	32.5	250,396	35.1	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2											
		75歳以上	866	17.7	866	17.7			669,235	12.2	13,989,864	11.2											
		65~74歳	718	14.7	718	14.7			686,896	12.5	15,030,902	12.0											
		40~64歳	1,649	33.8	1,649	33.8			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0											
	39歳以下	1,646	33.7	1,646	33.7			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8												
	② 産業構成	第1次産業	38.7		38.7		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	12.9		12.9		21.7		18.1		25.2												
		第3次産業	48.4		48.4		55.6		74.2		70.6												
	③ 平均寿命	男性	79.1		79.1		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握										
女性		86.3		86.3		86.5		86.3		86.4													
④ 健康寿命	男性	64.7		64.7		65.1		64.9		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握											
	女性	66.6		66.5		66.7		66.5		66.8													
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	107.0		98.1		102.6		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握										
		男性	98.3		91.8		98.2		97.6		100												
		女性	15		30.0		18		42.9		2,874			44.3		18,759		51.6		367,905		49.6	
		がん	15		30.0		14		33.3		1,917			29.6		9,429		25.9		196,768		26.5	
		心臓病	12		24.0		2		4.8		1,158			17.9		4,909		13.5		114,122		15.4	
		脳疾患	0		0.0		1		2.4		115			1.8		669		1.8		13,658		1.8	
		糖尿病	5		10.0		4		9.5		231			3.6		1,543		4.2		24,763		3.3	
	腎不全	3		6.0		3		7.1		187		2.9		1,080		3.0		24,294		3.3			
	自殺	12		16.0		8		11.6															
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	9		21.4		4		12.1														
男性		3		9.1		4		11.4															
女性																							
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	272	17.6	272	17.1	49,932	20.0	315,124	23.0	5,882,340	21.2	厚労省HP 人口動態調査 H28は推計										
		新規認定者	4	0.3	4	0.2	781	0.3	5,300	0.4	105,654	0.3											
		2号認定者	3	0.3	5	0.3	856	0.4	7,521	0.4	151,745	0.4											
	② 有病状況	糖尿病	64	20.5	63	21.9	10,568	20.4	82,243	25.0	1,343,240	21.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握										
		高血圧症	173	62.6	155	54.6	28,302	55.0	169,499	51.7	3,085,109	50.5											
		脂質異常症	60	21.8	64	22.1	14,020	27.1	100,850	30.7	1,733,323	28.2											
		心臓病	187	67.0	172	61.5	31,852	62.1	189,212	57.9	3,511,354	57.5											
		脳疾患	75	27.8	67	24.6	13,312	26.3	79,841	24.6	1,530,506	25.3											
		がん	25	8.5	29	9.5	4,845	9.3	38,597	11.6	629,053	10.1											
		筋・骨格	137	48.7	132	48.8	28,251	55.0	168,550	51.4	3,051,816	49.9											
精神	101	33.1	109	36.2	19,059	36.9	121,275	36.9	2,141,880	34.9													
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	73,250		73,593		73,702		57,953		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握											
	居宅サービス	41,750		44,287		39,646		38,810		39,683													
	施設サービス	264,691		267,754		273,946		283,015		281,115													
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	12,148	8,258	8,522	8,976	7,980					KDB_NO.1 地域全体像の把握											
	医療費(40歳以上)	認定なし	3,919	4,126	4,226	4,619	3,822																
4	① 国保の状況	被保険者数	1,684		1,422		198,796		1,312,713		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況										
		65~74歳	588	34.9	547	38.5			547,063	41.7	12,462,053	38.2											
		40~64歳	637	37.8	533	37.5			441,494	33.6	10,946,693	33.6											
		39歳以下	459	27.3	342	24.1			324,156	24.7	9,178,477	28.2											
	加入率	34.5		29.1		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	8,255	0.3	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										
		診療所数	2	1.2	2	1.4	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	1.2	2	1.4	541	2.7	12,987	9.9	299,792	9.2											
		外来患者数	618.5		612.0		652.4		646.1		668.3												
入院患者数	20.8		19.9		23.7		22.9		18.2														
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	24,094	県内132位	22,427	県内158位 同規模199位	26,819	27,782	24,253				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	639,317		631,959		676,093		668,982		686,501													
	外来	費用の割合	56.1		53.4		55.3		55.2		60.1												
	件数の割合	96.7		96.8		96.5		96.6		97.4													
	入院	費用の割合	43.9		46.6		44.7		44.8		39.9												
	件数の割合	3.3		3.2		3.5		3.4		2.6													
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名(調剤含 む)	がん	70,952,550	24.1	52,560,720	22.2	24.1	28.5	25.6				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域											
	慢性腎不全(透析あり)	22,437,230	7.6	8,832,230	3.7	7.9	6.5	9.7															
	糖尿病	29,931,340	10.2	24,878,250	10.5	10.1	9.3	9.7															
	高血圧症	41,824,040	14.2	26,429,780	11.1	9.4	7.9	8.6															
	精神	48,960,080	16.6	47,430,760	20.0	18.6	17.2	16.9															
	筋・骨格	44,512,640	15.1	53,720,720	22.7	16.4	16.4	15.2															

4	⑤	費用額 (1件あたり)  県内順位 順位総数183	入院	糖尿病	633,122	30位	(16)	581,259	87位	(17)												KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
				高血圧	548,970	134位	(19)	668,135	39位	(18)															
				脂質異常症	530,266	109位	(16)	565,799	89位	(18)															
				脳血管疾患	499,904	168位	(17)	664,247	80位	(12)															
				心疾患	746,979	55位	(10)	839,933	26位	(21)															
				腎不全	648,087	112位	(12)	985,576	18位	(18)															
				精神	477,559	82位	(26)	493,757	80位	(27)															
				悪性新生物	796,550	3位	(14)	684,100	45位	(16)															
				外来	糖尿病	37,389	79位		30,757	165位															
				高血圧	29,976	122位		24,954	169位																
	脂質異常症	31,788	50位		25,807	152位																			
	脳血管疾患	34,058	125位		29,091	160位																			
	心疾患	39,694	109位		27,835	178位																			
	腎不全	178,238	62位		98,463	146位																			
	精神	23,071	176位		29,993	81位																			
	悪性新生物	58,021	27位		43,647	160位																			
	⑥	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	3,480		3,624		2,810		1,458		2,065		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域										
				健診未受診者	7,575		10,702		12,706		15,594		12,683												
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	14,104		10,866		7,804		4,388		5,940												
			健診未受診者	30,694		32,087		35,289		46,918		36,479													
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	372	69.0	352	64.6	31,779	56.5	129,168	57.2	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握												
		医療機関受診率	323	59.9	307	56.3	28,823	51.3	118,763	52.6	3,799,744	51.6													
		医療機関非受診率	49	9.1	45	8.3	2,956	5.3	10,405	4.6	316,786	4.3													
5	特定健診の 状況  県内順位 順位総数183	①	健診受診者	540		545		56,224		225,931		7,362,845		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	52.6	道内19位 同規模52位	59.4	県内7位 同規模38位	39.7	25.1	全国44位	34.0														
		②	特定保健指導終了者(実施率)	45	51.7	43	51.8	498	6.6	938	3.5	35,557	4.1												
		③	④	非肥満高血糖	65	12.1	50	9.2	5,467	9.7	17,429	7.7	687,157		9.3										
		⑤	メタボ	該当者	91	16.9	106	19.4	10,599	18.9	37,430	16.6	1,272,714		17.3										
				男性	65	28.3	85	34.8	7,361	27.9	25,731	27.5	875,805		27.5										
				女性	26	8.4	21	7.0	3,238	10.8	11,699	8.8	396,909		9.5										
				予備群	51	9.5	46	8.4	6,633	11.8	24,029	10.6	790,096		10.7										
		⑥	メタボ該当・予備群 レベル	男性	38	16.5	35	14.3	4,566	17.3	16,766	17.9	548,609		17.2										
				女性	13	4.2	11	3.7	2,067	6.9	7,263	5.5	241,487		5.8										
				総数	156	28.9	166	30.5	19,372	34.5	69,361	30.7	2,320,533		31.5										
				BMI	115	50.0	130	53.3	13,388	50.8	47,819	51.1	1,597,371		50.1										
		⑦	メタボ該当・予備群 レベル	女性	41	13.3	36	12.0	5,984	20.0	21,542	16.3	723,162		17.3										
				総数	63	11.7	59	10.8	3,615	6.4	14,535	6.4	346,181		4.7										
				男性	11	4.8	8	3.3	629	2.4	2,471	2.6	55,460		1.7										
				女性	52	16.8	51	16.9	2,986	10.0	12,064	9.1	290,721		7.0										
				血糖のみ	7	1.3	4	0.7	464	0.8	1,283	0.6	48,685		0.7										
				血圧のみ	33	6.1	33	6.1	4,606	8.2	16,730	7.4	546,667		7.4										
				脂質のみ	11	2.0	9	1.7	1,563	2.8	6,016	2.7	194,744		2.6										
血糖・血圧	18			3.3	13	2.4	1,913	3.4	5,478	2.4	196,978	2.7													
血糖・脂質	6			1.1	7	1.3	596	1.1	1,811	0.8	69,975	1.0													
血圧・脂質	39			7.2	47	8.6	4,826	8.6	19,151	8.5	619,684	8.4													
血糖・血圧・脂質	28			5.2	39	7.2	3,264	5.8	10,990	4.9	368,077	5.2													
6	生活習慣の 状況	①	服薬	高血圧	186	34.5	189	34.7	20,411	36.4	74,890	33.2	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握										
			糖尿病	26	4.8	34	6.2	5,000	8.9	15,872	7.0	551,051	7.5												
			脂質異常症	65	12.1	95	17.4	12,656	22.6	55,219	24.4	1,738,149	23.6												
		②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	30	5.6	34	6.2	1,721	3.1	7,611	3.5	230,777	3.3											
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	30	5.6	39	7.2	2,998	5.5	12,203	5.6	391,296	5.5												
			腎不全	13	2.4	12	2.2	335	0.6	1,056	0.5	37,041	0.5												
			貧血	60	11.1	51	9.4	4,296	8.1	20,157	9.2	710,650	10.1												
		③	喫煙	99	18.4	97	17.8	9,314	16.6	37,780	16.7	1,048,171	14.2												
		④	週3回以上朝食を抜く	3	9.4	3	12.5	3,727	7.5	21,204	10.4	540,374	8.5												
		⑤	週3回以上食後間食	3	9.4	5	20.8	6,739	13.5	32,406	15.9	743,581	11.8												
		⑥	週3回以上就寝前夕食	4	12.5	2	8.3	8,014	16.0	29,861	14.6	983,474	15.4												
		⑦	食べる速度が速い	10	31.3	7	29.2	13,924	27.9	55,733	27.3	1,636,988	25.9												
		⑧	20歳時体重から10kg以上増	8	25.0	4	16.7	17,050	33.9	67,673	33.1	2,047,756	32.1												
		⑨	1回30分以上運動習慣なし	24	75.0	19	79.2	34,200	67.6	126,554	61.6	3,761,302	58.7												
⑩	1日1時間以上運動なし	25	78.1	17	70.8	24,869	49.6	98,397	48.0	2,991,854	46.9														
⑪	睡眠不足	10	31.3	5	20.8	12,204	24.3	46,189	22.6	1,584,002	25.0														
⑫	毎日飲酒	123	22.9	113	20.7	14,071	27.0	45,392	22.0	1,760,104	25.6														
⑬	時々飲酒	109	20.3	120	22.0	11,710	22.5	54,150	26.2	1,514,321	22.0														
⑭	一日飲酒量	1合未満	11	52.4	11	52.4	19,633	56.3	78,398	58.0	3,118,433	64.1													
1~2合	5	23.8	7	33.3	9,756	28.0	36,067	26.7	1,158,318	23.8															
2~3合	5	23.8	2	9.5	3,922	11.3	16,011	11.9	452,785	9.3															
3合以上	0	0.0	1	4.8	1,539	4.4	4,637	3.4	132,608	2.7															





【参考資料 3】

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

(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

※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

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H25	H26	H27	H28	H29	転出・死亡	備考
1	H25	2009800	0	0	男	43	糖尿病	H27.11.13	糖	服薬					0		H29HbA1c あつまCL
							高血圧	H27.11.13	糖	HbA1c	6.8	6.5	6.1	7.6	6.5		
							虚血性心疾患		糖	体重	143.5	141.3	136.6	143.4	137.3		
							脳血管疾患		糖	BMI	46.3	45.7	44.6	47	45.7		
							糖尿病性腎症		糖	血圧	155/102	190/110	178/107	191/107	167/106		
									CKD	GFR	86.5	88.3	91.5	95.1	84.1		
									CKD	尿蛋白	-	+	±	±	-		
2	H25	2040085	0	0	男	44	糖尿病		糖	服薬							H29積極的 受診歴なし
							高血圧		糖	HbA1c	6.6	6.6	6.8	7.6	7.3		
							虚血性心疾患		糖	体重	119.3	118.3	116.2	113.2	111.5		
							脳血管疾患		糖	BMI	34.5	34	33.1	32.9	31.7		
							糖尿病性腎症		糖	血圧	128/84	156/90	148/87	143/90	163/93		
									CKD	GFR	75.5	75	67.8	65.2	66.9		
									CKD	尿蛋白	-	-	-	±	-		

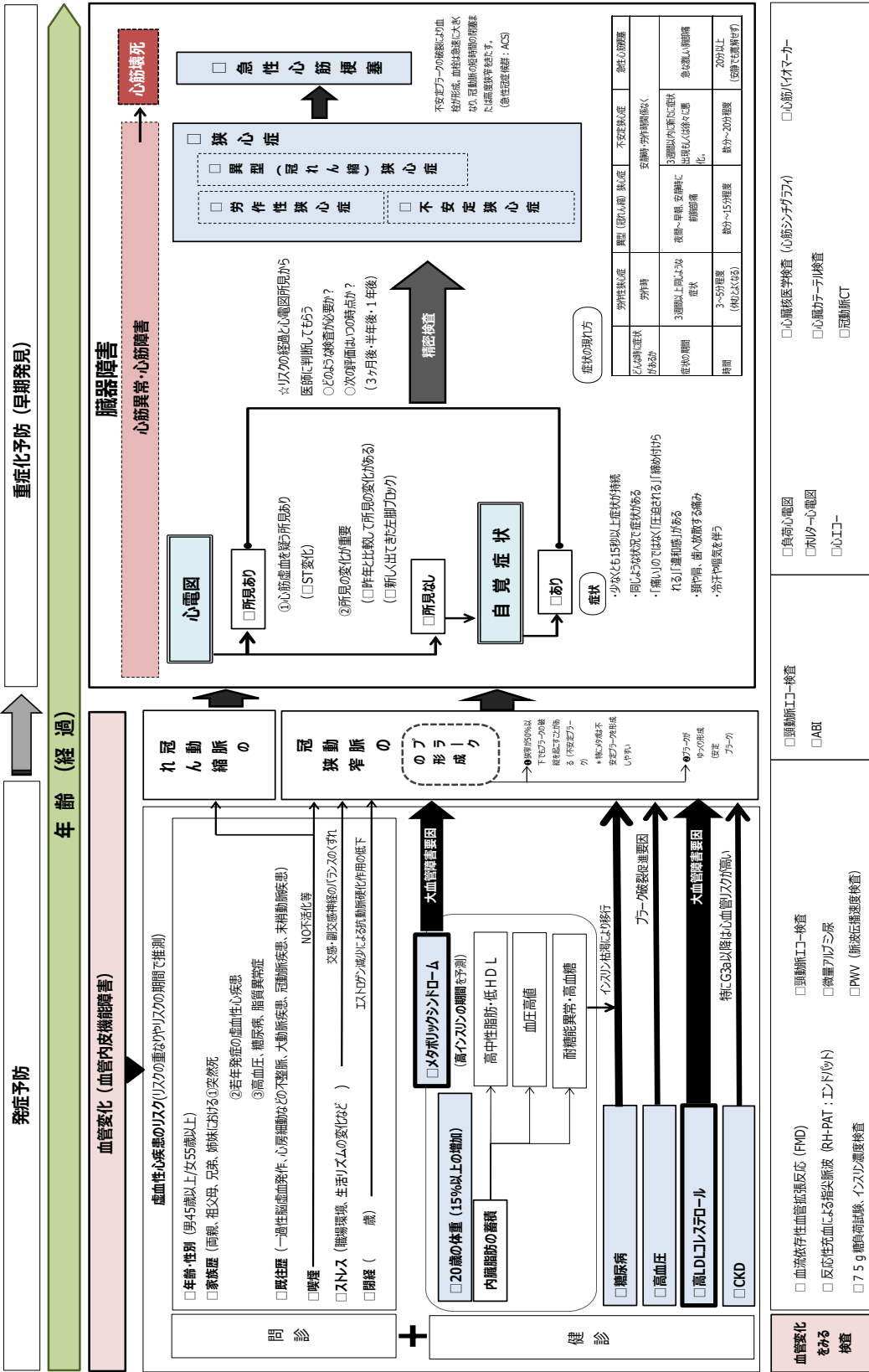
【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
結果把握	対象者把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	結果把握	④健診未受診者 ( )人		
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)	①国保(生保) ( )人	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握	②後期高齢者 ( )人		
	結果把握	③他保険 ( )人		
	結果把握	④住基異動(死亡・転出) ( )人		
	結果把握	⑤確認できず ( )人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人	*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	②結果把握 ( )人	①HbA1cが悪化している ( )人	4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	②結果把握	例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ( )人		
	②尿蛋白 (-) ( )人	*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		
	(±) ( )人			
	(+) ~顕性腎症 ( )人			
	③eGFR値の変化	1年で25%以上低下 ( )人	腎専門医	
	1年で5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 ( )人			

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	8	都道府県	1	市町村名	厚真町		
項目	総合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数248			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	1,494人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳	1,147人								
2	①	対象者数	1,080人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数	651人								
	③	受診率	60.3%								
3	①	特定 保健指導 対象者数	83人								
	②	実施率	53.0%								
4	①	糖尿病型	E	62人	9.5%					特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	24人	38.7%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	38人	61.3%						
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%以上かつ空腹時血糖130以上	J	20人	52.6%						
	⑤	血圧 130/80以上		13人	65.0%						
	⑥	肥満 BMI25以上		13人	65.0%						
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	47.4%						
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	40人	64.5%						
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		17人	27.4%						
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		5人	8.1%						
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%						
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	85.0人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	109.0人								
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	738件 (683.3)			472件	#DIV/0!	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④	入院(件数)	5件 (4.6)			4件	#DIV/0!				
	⑤	糖尿病治療中	H	127人	8.5%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥	(再掲)40-74歳		125人	10.9%						
	⑦	健診未受診者	I	87人	69.6%						
	⑧	インスリン治療	O	10人	7.9%						
	⑨	(再掲)40-74歳		10人	8.0%						
	⑩	糖尿病性腎症	L	3人	2.4%						
	⑪	(再掲)40-74歳		3人	2.4%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.79%						
	⑬	(再掲)40-74歳		1人	0.80%						
	⑭	新規透析患者数		0							
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0							
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.1%	2人	1.1%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	3億8231万円		2億0324万円		1億5389万円		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	2億3717万円		1億3165万円		8864万円				
	③	(総医療費に占める割合)	62.0%		64.8%		57.6%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,872円		12,077円		4,588円			
	⑤	健診未受診者	32,060円		30,137円		39,356円				
	⑥	糖尿病医療費	2485万円		1250万円		908万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.5%		9.5%		10.2%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費	5109万円		2673万円						
	⑨	1件あたり	30,757円		28,933円						
	⑩	糖尿病入院総医療費	4534万円		2816万円						
	⑪	1件あたり	581,259円		654,902円						
	⑫	在院日数	17日		21日						
	⑬	慢性腎不全医療費	883万円		709万円		741万円				
	⑭	透析有り	883万円		686万円		667万円				
	⑮	透析なし			23万円		73万円				
7	①	介護給付費	3億9394万円		2億4101万円		1億9257万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%		1件 33.3%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	1人 1.6%		1人 1.7%		1人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

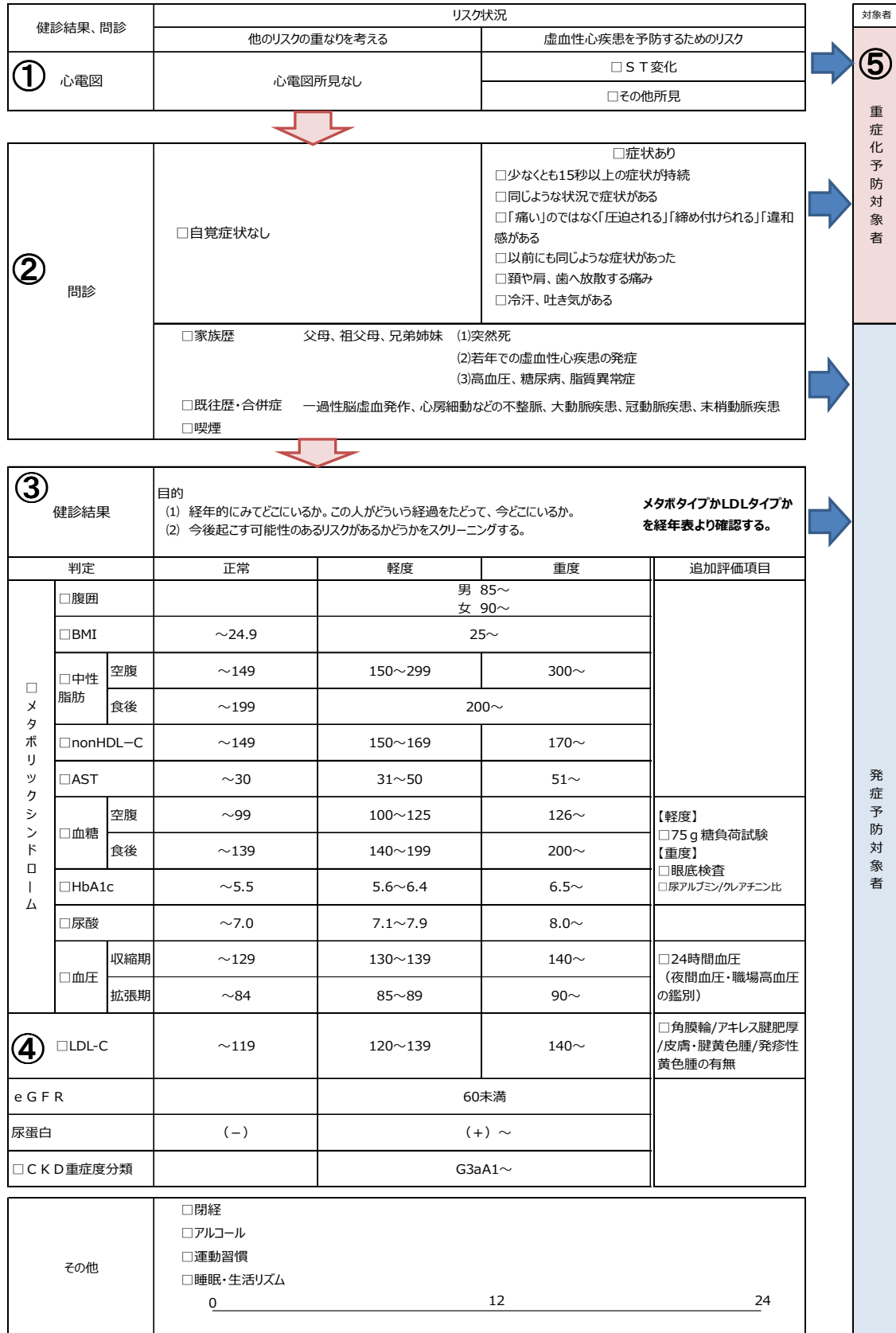
# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】  
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2023改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン、エビデンスに基づく診療ガイドライン2023、冠動脈狭窄の診断と治療に関するガイドライン、エビデンスに基づく診療ガイドライン2023、血管機能障害の診断と治療に関するガイドライン、血管内皮機能障害の診断と治療に関するガイドライン

【参考資料 7】

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：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



【参考資料 10】

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の取り組みと課題整理（平成29年度進捗状況）

保険者名：厚真町

事業名：特定健診未受診者対策

既存事業と健康課題の関係 (データヘルス計画との関係性)		事業目的	事業企画			
			対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
現状	課題					
1) 特定健診受診率が53%前後で伸び悩んでいる。 2) 未受診者の実態が不明である。 3) 受診者の固定化が見られる	1) 65歳未満の医療・健診未受診者の受診勧奨 2) 未受診者の実態把握 3) 治療中の方の健診結果受領	特定健診対象者で、未受診者に対し、受診勧奨および未受診理由の把握を行うことで、健康意識の向上と特定健診の受診率の向上を図る。	特定健診対象者	4月 5月 6月 7月～8月 9月～  12月	未受診者対策対象者抽出 当該年度受診券送付 訪問指導実施 集団健診実施 当該年度集団健診未受 個別健診実施 当該年度未受診者訪問 通院者結果受領  評価	対象者抽出：保健担当 受診券送付：保健担当 健診の実施：国保担当 保健担当 当該年後未受診者抽出：保健担当 訪問の実施：国保臨時保健師 評価：保健担当

評価計画				
	ストラクチャー 評価	プロセス 評価	アウトプット 評価	アウトカム 評価
(評価項目・目標・評価指標)	国保と保健の担当者、保健のグループメンバーで協議して、スケジュールを立てている	1 保健指導実施者が対象者の状況をモニタリングしている 2 事業評価責任者が事業実施状況をモニタリングしている	特定健診受診者数 518人	特定健診受診率 56.5% 健診未受診者の状況が把握され、結果がまとまっている
評価方法	調整交付金実績報告時に進捗状況の評価する	業務日誌、訪問記録にて保健保健担当者が評価 未受診者対象者台帳が作成されている	保健担当者	KDBによる随時健診受診率を参照
実施時期	12月下旬から1月上旬	6月、9月、12月頃	集団健診終了時(6月)と9月	集団健診結果登録時(7月) 個別健診結果登録時(9月) 12月

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の取り組みと課題整理（平成29年度進捗状況）

保険者名：厚真町

事業名：生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）

既存事業と健康課題の関係 (データヘルス計画との関係性)		事業目的	事業企画			
			対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
現状	課題					
35～39歳の基本健診受診者のうち、約18.5%が特定保健指導基準に相当する結果となっている。	40歳未満の特定指導相当者が高い	メタボ予備群、該当者に早期に介入することにより、疾病に関する正しい知識を周知し、生活習慣改善の支援を行うことで、生活習慣病の発症および重症化を予防する。	35～39歳でメタボ予備群および該当者	5月 6月 7月 8月 9月  3月	基本健診案内送付 健診実施 結果送付、結果説明会 案内送付 結果説明会または個別相談実施 継続支援実施  中間評価  評価	案内送付：保健担当 健診実施：国保保健担当 結果送付、説明会実施：保健担当   継続支援実施；地区担当保健師

評価計画				
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
（評価項目・目標・評価指標）	国保と保健の担当者、保健のグループメンバーで協議して、スケジュールを立てている	1 保健指導実施者が対象者の状況をモニタリングしている 2 事業評価責任者が事業実施状況をモニタリングしている	特定保健指導実施者数3人	積極的支援、動機づけ支援 該当者で継続支援を受けた者の割合50%
・評価体制	調整交付金実績報告時に進捗状況进行评估する	結果説明会報告(8月、10月)時に、進捗状況を確認する	保健担当者	事業評価責任者が、支援実施率を評価
実施時期	12月下旬から1月上旬	8月、10月、3月頃	3月	3月

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の取り組みと課題整理（平成29年度進捗状況）

保険者名：厚真町

事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業

既存事業と健康課題の関係 (データヘルス計画との関係性)		事業目的	事業企画			
			対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
現状	課題					
特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は35.5%。また40～74歳における糖尿病治療者127人中のうち、特定健診未受診者が約70%いる。	1 健診受診者の治療未開始者が重症化する可能性が 2 糖尿病治療中の約70%が健診未受診で、治療状況が不明	適切な受診勧奨によって治療に結びつけるとともに、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。	別紙プログラムのとおり	6月 7～8月 9月 10～3月 3月	集団健診実施 個別健診実施 対象者選定 個別支援実施 レセプト情報確認 評価	健診実施：国保、保健担当  選定：保健担当  個別支援：保健担当  評価：保健担当

評価計画				
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
（評価項目・目標・評価指標）	国保担当と保健担当で町の実態・課題を共有し、必要な対策を検討できている。  未受診者対策に必要な臨時保健師を雇用する	計画書が立案されている。 保健指導の質を高める事例検討会が開催されている。 糖尿病管理台帳が作成されている。	糖尿病性腎症重症化予防対象者で抽出した方に対して95%以上の支援を実施する ・糖尿病未治療者 ・糖尿病中断者 ・ハイリスク者に対する支援実施率	糖尿病未治療者、糖尿病治療中断者が治療につながる ハイリスク該当者数が減る 入院一人当たりの金額の伸びを抑える 総医療費の外来割合が増える
・評価体制	業務分担制と地区担当制が確保されている	業務担当者が評価する	業務担当者が評価する	
実施時期	3月	3月	3月	3月



保険者名：厚真町

事業名：特定健診未受診者対策

事業目標：特定健診受診率を前年度比2%増やす。					
	ストラクチャー 評価	プロセス 評価	アウトプット 評価	アウトカム 評価	総合評価
評価項目・評価指標	国保と保健の担当者、保健のグループメンバーで協議して、スケジュールを立てている	1 保健指導実施者が対象者の状況をモニタリングしている 2 事業評価責任者が事業実施状況をモニタリングしている	特定健診受診者数518人	特定健診受診率 56.5% 健診未受診者の状況が把握され、結果がまとまっている	特定健診受診率に関しては、事業目標を達成したものの、未受診者の実態のまとめ、それに対応した体制の整備不足等があった。未受診者対策初年度であることから、訪問指導による効果が見られたが、受診率の更なる向上のためには、ハイリスク者に対する受診勧奨や通院者のデータ受領システムの構築が必要である。
状況の確認と評価	保健担当者がスケジュールを立てており、協議して取り組むことは業務多忙により困難であった。現体制では、担当者は、取り組み内容を把握できるが、担当者以外が詳細を把握することが難しい	1保健指導担当者は、記録を適切にとり、未受診者の継続訪問や結果受領対象者等の支援に生かすことができていた。 2訪問件数等は、業務日誌等で確認したが、訪問記録は、年度終了時に確認し、進捗状況の確認には生かせなかった。	H28特定健診受診者535人で目標を達成した。	H28特定健診受診率は、58.3%で目標を達成した。 未受診者の状況のまとめが不十分であった。また、苫小牧市医師会とのデータ受領の体制が整わなかった。	

保険者名：厚真町

事業名：生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）

事業目標：35～39歳の特定保健指導該当者への支援を行い、生活習慣病の発症を予防する。					
	ストラクチャー 評価	プロセス 評価	アウトプット 評価	アウトカム 評価	総合評価
評価項目・評価指標	国保と保健の担当者、保健のグループメンバーで協議して、スケジュールを立てている	1 保健指導実施者が対象者の状況をモニタリングしている 2 事業評価責任者が事業実施状況をモニタリングしている	特定保健指導実施者数3人	積極的支援、動機づけ支援該当者で継続支援を受けた者の割合50%	国保加入者の35～39歳の特定保健指導相当に対する支援実施率は高いが、設定の事業目標では、達成状況を評価することが困難であった。該当者のうち、次年度健診を継続受診した者の割合や、受診後の結果で、特定保健指導非該当となった者の割合等を評価指標として設定する必要がある。
状況の確認と評価	保健担当者が他の要支援者台帳と共に支援のスケジュール等を地区担当保健師へ伝達した。	保健指導実施者が、継続支援の状況をモニタリングし、事業評価責任者が、12月と3月に支援状況の確認を行った。	特定保健指導相当対象者4人中保健指導実施者3名実施	継続支援実施率80%で、目標は達成した。	

平成29年度にむけての全体評価

保険者名：厚真町

事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目標: 受診勧奨値以上の未治療者が低下する					
	ストラクチャー 評価	プロセス 評価	アウトプット 評価	アウトカム 評価	総合評価
評価項目・目標・評価指標	<p>国保担当と保健担当で町の実態・課題を共有し、必要な対策を検討できている。</p> <p>事業実施に必要な臨時保健師を雇用する</p>	<p>計画書が立案されている。</p> <p>保健指導の質を高める事例検討会が開催されている。</p> <p>糖尿病管理台帳が作成されている。</p>	<p>糖尿病性腎症重症化予防対象者で抽出した方に対して95%以上の支援を実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病未治療者</li> <li>・糖尿病中断者</li> <li>・ハイリスク者に対する支援実施率</li> </ul>	<p>糖尿病未治療者、糖尿病治療中断者が治療につながる</p> <p>ハイリスク該当者数が減る</p> <p>入院一人当たりの金額の伸びを抑える</p> <p>総医療費の外来割合が増える</p>	<p>支援の実施率が高いが、各担当の行った支援を事業評価担当者が十分に評価することができず、アウトカム評価に至らなかった。また、単年度評価で、入院一人当たりの金額の伸びの抑制と、総医療費の外来割合の増加は評価が困難であった。</p>
状況の確認と評価	<p>保健担当者が、中心となり、プログラムを策定し、支援を行った。</p> <p>事業実施に際し、臨時保健師を1名雇用了。</p>	<p>糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定した。</p> <p>事例検討会は、個別支援が開始された10月以降月一回開催した。</p> <p>糖尿病管理台帳を作成した。</p>	<p>対象者175人中、143人に対して支援を実施した。実施率は81.7%であった。</p>	<p>支援は実施したが、未治療者が治療につながった割合等の評価を行うことができなかった。</p>	

卷末資料  
(用語集)

## 用語集

No	用語	説明
1	特定健康診査 (特定健診)	生活習慣病を引き起こすメタボリックシンドロームを早期に発見するため、平成 20 年度に始まった健康診査。腹囲や身長、体重、血圧、血液などを検査し、基準以上の場合(腹囲なら男性 85 センチ、女性 90 センチ以上)、食生活や運動習慣について特定保健指導を受ける対象になる。
2	特定保健指導	対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようにすることを目的に、栄養士や保健師が専門的なアドバイスをする機会を指す。特定健康診査の結果により、「動機付け支援」「積極的支援」の階層に該当した人に対してのみ実施される。
3	診療報酬明細書 (レセプト)	患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合）に請求する医療費の明細書。
4	日本再興戦略	平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に、産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略。安倍政権の経済政策であるアベノミクスの 3 本の矢のうちの第 3 の矢といわれている。その中で、健康長寿社会の実現を目指す。
5	医療費適正化	医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的に医療費を抑制すること。
6	保険者努力支援制度	ジェネリック医薬品の推進や、生活習慣病の予防に取り組むなどして医療費を抑制する自治体に対する支援制度。国民健康保険の財政基盤立て直しを主とする医療保険制度改革法に盛り込まれ、2018 年から実施される。支援額は、700～800 億円程度とされている。
7	後発医薬品 (ジェネリック医薬品)	新薬の特許期間が満了後、厚生労働省の承認を得て製造・販売される薬。新薬に比べて開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、薬の価格を低く抑えることが可能です。

No	用語	説明
8	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれる。脳血管に関する病気の総称。主な疾患は、脳出血や脳梗塞があげられる。
9	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血流が低下、または遮断されて障害された状態。冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが原因といわれている。主な疾患は、狭心症や心筋梗塞があげられる。
10	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能（主に糸球体）に障害がおこること。
11	慢性腎不全	腎臓の機能が低下して、正常に働かなくなった状態。
12	人工透析	慢性腎不全となり、腎臓の機能が阻害され、体内の老廃物を除去できなくなった場合に、人工的に血液を浄化する方法。
13	メタボリックシンドローム該当者	肥満・高血糖・高中性脂肪血症・高コレステロール血症・高血圧の危険因子が重なった状態。基礎疾患が複合することによって、糖尿病・心筋梗塞・脳卒中等の発症リスクが高まる。
14	メタボリックシンドローム予備群	メタボリックシンドロームの診断基準には達しないが、減量によりリスクが改善する肥満を「メタボリックシンドローム予備群」と位置づけられる。具体的には、a. 腹囲は基準値以上だが、糖代謝、脂質代謝、血圧の異常が1項目までのもの。b. 腹囲は基準値以下だが、BMI25以上で、上記リスクを1項目以上有するものを予備群（境界型）とする。
15	BMI	ボディ・マス・インデックス(Body Mass Index)の略。「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」で算出される。肥満度を測るための国際的な指標であり、医学的に最も病気が少ない数値として22を「標準体重」とし、18.5未満なら「低体重」、18.5以上25未満を「普通体重」、25以上を「肥満」としている。

No	用語	説明
16	中性脂肪	肝臓で作られる脂質の一種。体を動かすエネルギー源であり、体温を一定に保つ役割がある。余分なエネルギーはほとんどが中性脂肪として蓄えられ、蓄えが多くなりすぎると脂肪肝や肥満の原因となる。
17	GPT (ALT)	Glutamic pyruvic transaminase (グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ) の略で、アミノ酸の合成に必要な酵素。肝臓に多く含まれ、肝臓病 (急性・慢性肝炎・脂肪肝、アルコール性肝炎等) 等が原因でこの数値が高くなる。
18	HDL コレステロール	善玉コレステロールとも呼ばれ、体の隅々の血管壁に溜まった余分なコレステロールを抜き取って肝臓に運ぶ機能があり、動脈硬化等を防ぐ役割がある。
19	空腹時血糖	糖尿病を診断するために用いられる空腹時 (食後 8～12 時間) の血糖値。
20	HbA1c	糖化ヘモグロビンの一種であり、ヘモグロビン A1c とも表記する。ヘモグロビンが血中のブドウ糖と結合したものは糖化ヘモグロビンまたはグリコヘモグロビンとよばれ、その一つが糖尿病の検査マーカーとして用いられる HbA1c である。血中の余分なブドウ糖が増えるとヘモグロビンと結合する HbA1c も増加して蓄積されるが、HbA1c は血糖値とは異なり食事や運動の影響を受けにくく、測定時点より 1～2 か月前の平均血糖値と相関する。
21	尿酸	物質代謝の最終産物 (プリン体等) の血中濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄される。
22	収縮期血圧	動脈内の圧は心周期に一致して変動するが、その最小値であり、心臓が拡張したときの血圧。
23	拡張期血圧	心室が収縮したときの血圧であり、普通は動脈、とくに上腕部の動脈の血圧を計る。
24	LDL コレステロール	悪玉コレステロールとも呼ばれ、肝臓から血管にコレステロールを運ぶ機能がある。数値が高くなると、血管に沈着して動脈硬化の原因となる。

No	用語	説明
25	クレアチニン	主に腎機能の指標に用いられる数値。筋肉中に含まれる筋肉を動かす時に必要なエネルギー物質が分解された時にできる物質。この値が高いと、腎機能低下や筋肉疲労の可能性がある。
26	インスリン抵抗性	インスリンが出ているにも関わらず、効きが悪く血糖値が下げられない状態になっていること。
27	日本人の食事摂取基準 (2015年版)	健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、生活習慣病の予防を目的とし、エネルギーおよび各栄養素の摂取量の基準を示したもの。
28	特定健康診査等実施計画	保険者が、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項並びにその成果に係る目標に関する基本的事項について定める計画書。
29	標準的な健診・保健指導のプログラム	糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るため、医療保険者が、効果的・効率的な保健指導を実施するよう、厚生労働省が平成 19 年 4 月に作成した健診・保健指導の方向性を示すもの。
30	高齢者の医療の確保に関する法律	1982（昭和 57）年に制定された「老人保健法」から変更された法律。従来の老人保健制度を全面的に改正し、高齢者の医療費の適正化を推進することを目的に定められた。このことにより、75 歳以上の高齢者は 2008（平成 20）年から後期高齢者医療保険制度に加入することになった。また、保健事業として、40 歳から 74 歳の者を対象に、特定健康診査及び特定保健指導などの基本指針を定め、高齢期における健康保持のための事業を積極的に推進することが保険者に義務付けられた。
31	ポピュレーションアプローチ	多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体として多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体を良い方向にシフトさせること。



No	用語	説明
32	糖尿病性腎重症化予防のさらなる展開に向けて	糖尿病性腎症の重症化予防に向けて、平成 29 年 7 月 10 日、厚生労働省は省内に設置した「重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ」がまとめた報告書を公表した。継続的な指導のためには、かかりつけ医との連携が不可欠として、「計画 → 実行 → 評価 → 改善」の 4 段階を繰り返す PDCA サイクルを、市町村、都道府県、糖尿病対策推進会議、関係団体などで回していくことが重要としている。
33	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関の未受診者・受診中断者について、適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で受診する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防ぐ目的としたプログラム。
34	腎機能 (eGFR)	推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。
35	CKD	1 つの病気の名前ではなく、腎臓の働きが低下していくさまざまな腎臓病の総称。腎臓の障害（尿蛋白など）、もしくは eGFR60mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の腎機能低下が 3 カ月以上続くこと。
36	尿アルブミン検査	尿中の微量なアルブミン（蛋白）を高感度の検査法で見つけ出すもの。糸球体ろ過機能が落ちると、尿中にアルブミンが漏れ出てくるため、早期の腎症発見に有用。
37	糖尿病連携手帳	糖尿病患者自身の手帳であり、療養支援に重点をおいた手帳。かかりつけ医や眼科・歯科医、保健師・管理栄養士、ケアマネージャーなどの関係機関の連携が明記されている。
38	プラーク	エコー検査で動脈壁の肥厚としてとらえられ、コレステロールなどの脂肪からなる粥状（じゅくじょう）動脈硬化巣。プラークが破綻して血栓ができると、その血栓が原因で脳梗塞などの原因になる。



No	用語	説明
39	血管内皮機能検査 (FMD 検査)	腕を圧迫し、血管内皮細胞から生成される NO（一酸化窒素）によって、開放後どれだけ動脈が広がるか超音波で見る検査。動脈硬化になる一歩手前の血管内皮機能状態を知ること、動脈硬化の早期進行リスクを評価する。
40	脈波伝播速度 (PWV)	動脈硬化の進展を定量的に診断するための動脈の硬さを表すパラメーターの一つ。ここから血管年齢なども計測される。
41	心臓足首血管指 (CAVI)	腕と足首の脈波から、動脈硬化を簡単に計測する診断法。心臓から出て動脈を伝わっていく脈波（拍動）のスピードを測定したもので、心臓から足首の動脈の硬さを反映する指標。硬くなってしまった血管では、拍動は血管壁に吸収されないため脈波は早く伝わるため、動脈硬化が進行するほど CAVI 値は高くなる。
42	足関節上腕血圧比 (ABI)	足首と上腕の血圧を測定し、その比率を計算したもの。動脈硬化が進んでいない場合、横になった状態では上腕より足首の方がやや高い値を示すが、動脈に狭窄や閉塞があるとその部分の血圧が低下する。
43	頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚)	頸動脈は粥状（じゅくじょう）動脈硬化の好発部位で、その厚さは動脈硬化の進展に比例する。
44	心房細動	心房内に流れる電気信号の乱れによって起こる不整脈の一種で、心房が痙攣したように細かく震え、血液を全身に送り出せなくなる。その結果血液がよどみ、血栓が作られ、その血栓が流れて血管を詰まらせる原因となる。心原性脳梗塞がその代表。
45	国保データベース (KDB)	国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけでなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できる。