

第 2 期

保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 3 0 年（2 0 1 8 年） 3 月

南富良野町

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.第三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.個人情報の保護
- 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 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	45
第 6 章 計画の評価・見直し	46
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

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。

南富良野町においては、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。

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。

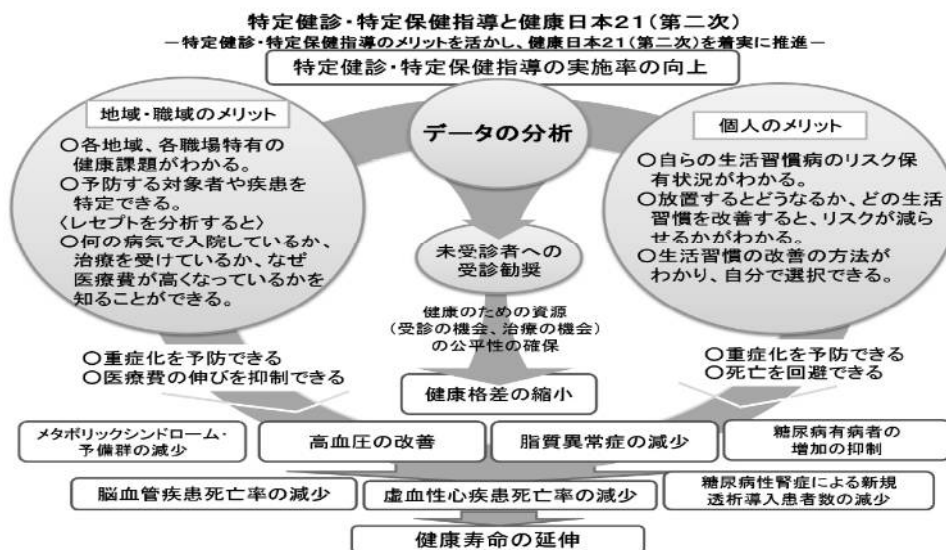
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進

【図表 1】

[illegible]

【図表 2】

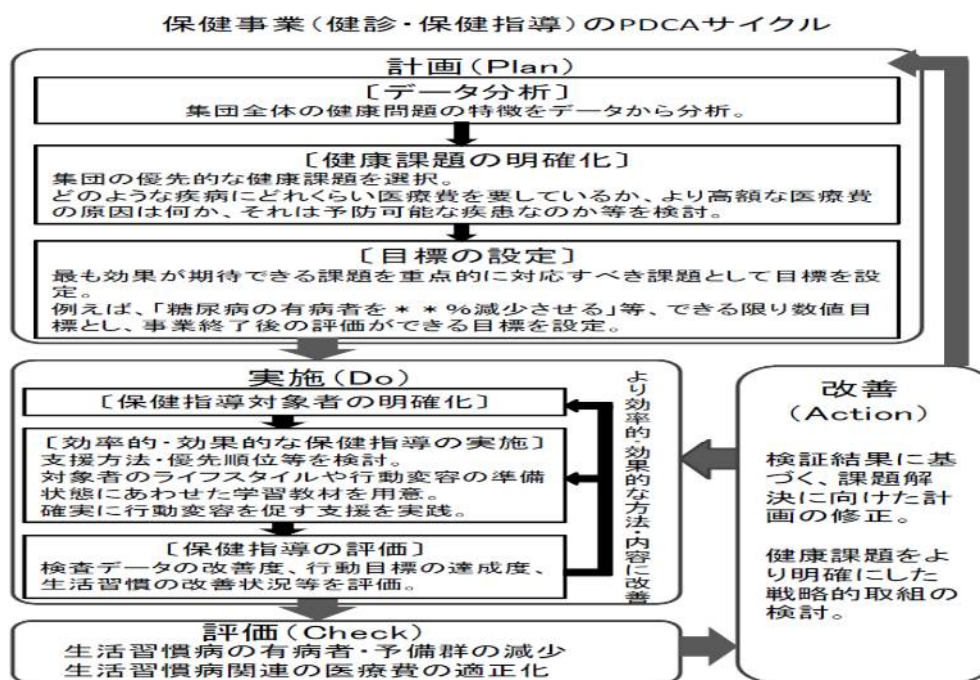
図 1



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】

図 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) 実施主体である保健福祉課の役割

南富良野町においては、保健福祉課介護医療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他の二係も関わっている。特に保健指導係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。また、社会福祉係とも十分連携し、計画を実施していく。

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。本町では、町内医療機関の医師、歯科医師との連携・協力が重要となる。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と意見交換を行い、連携に努める。また、保険者等と地域医師会等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。

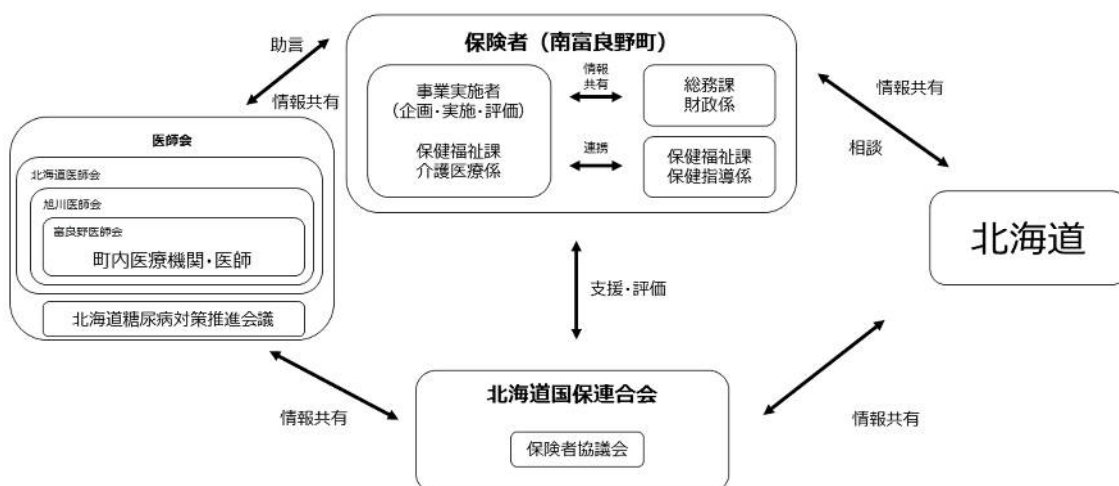
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

【図表 4】

南富良野町の実施体制



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の評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点		345	580	850	850
交付額（万円）		29			
総得点（体制構築加点を含む）		178			
全国順位		1142			
共通 ①	特定健診受診率	20			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	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患（病）検診の実施	0			25
共通 ③	糖尿病等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	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人の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	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	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				50

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65 歳未満)の割合は増加し、特に男性が2倍近く増加している。また、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2倍であった。

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横ばいであるが、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、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の結果により重症化予防につながっていると推測できる。(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)

介護給付費は漸増し、同規模町村と比較して、12,000 円程度高く、施設サービスに対する給付費が多い傾向にある。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	南富良野町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	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	2億3,779万円	77,157	36,988	287,014	76,039	40,364	279,607
H28年度	2億3,828万円	86,271	37,573	278,619	73,702	39,646	273,946

② 医療費の状況(図表7)

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南富良野町は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。

【図表7】

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1	総医療費	H25年度	2,801万円			1,300万円				1,401万円			
		H28年度	2,679万円	△ 122	△ 4 △ 5	1,202万円	△ 98	△ 8 △ 3		1,478万円	77	5.5	△ 2
2	一人当たり医療費(円)	H25年度	29,689			14,257				15,432			
		H28年度	29,857	168	0.6 5.8	14,122	△ 135	△ 0.9 5.5		15,735	303	2.0	6.2

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、慢性腎不全(透析無)に係る医療費計では、減少しているが疾患別にみると虚血性心疾患に係る医療費が増加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に係る費用については、国に比較すると高くなっている。

【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)

同規模 区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				同規模	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								
H25年度	南富良野町	273,374,970	29,689	47位	48位	1.8%	0.1%	5.3%	0.6%	4.9%	5.4%	2.1%	55,615,970	20.3%	14.2%	12.9%	7.1%
H28年度		250,946,020	29,857	80位	59位	2.3%	0.0%	0.2%	2.2%	5.8%	4.7%	1.8%	42,717,580	17.0%	12.0%	11.5%	12.3%
H28年度	道	446,995,066,940	27,782	--	--	3.6%	0.3%	2.4%	2.4%	5.1%	4.4%	2.6%	92,638,560,010	20.7%	15.8%	9.5%	9.1%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.4%	0.3%	2.2%	2.0%	5.4%	4.8%	2.9%	2,237,085,545,700	23.1%	14.2%	9.4%	8.4%

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

【出典】
KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患(図表9)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は、減少しており、共通する高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合についても、減少している。

【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												
		被保険者数	脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	568	21	3.7%	2	0.4%	0	0.0%	17	3.0%	6	1.1%	11	1.9%
	64歳以下	312	5	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%	2	0.6%	4	1.3%
	65歳以上	256	16	6.3%	2	0.8%	0	0.0%	13	5.1%	4	1.6%	7	2.7%
H28	全体	534	9	1.7%	2	0.4%	0	0.0%	7	1.3%	4	0.7%	4	0.7%
	64歳以下	287	3	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	2	0.7%	2	0.7%
	65歳以上	247	6	2.4%	2	0.8%	0	0.0%	6	2.4%	2	0.8%	2	0.8%

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												
		被保険者数	虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	568	22	3.9%	2	0.4%	0	0.0%	18	3.2%	9	1.6%	11	1.9%
	64歳以下	312	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%	2	0.6%	2	0.6%
	65歳以上	256	20	7.8%	2	0.8%	0	0.0%	16	6.3%	7	2.7%	9	3.5%
H28	全体	534	5	0.9%	2	0.4%	0	0.0%	11	2.1%	7	1.3%	7	1.3%
	64歳以下	287	2	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	65歳以上	247	3	1.2%	2	0.8%	0	0.0%	11	4.5%	7	2.8%	6	2.4%

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												
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	568	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%
	64歳以下	312	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%	0	0.0%
	65歳以上	256	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	534	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	64歳以下	287	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65歳以上	247	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(3)短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)(図表 10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、治療者は減少しているが、糖尿病性腎症の割合が増加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確認していく必要がある。

【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	人数	割合	人数	割合
H25	全体	568	92	16.2%	5	0.9%	63	11.1%	53	9.3%	6	1.1%	9	1.6%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	
	64歳以下	312	37	11.9%	0	0.0%	18	5.8%	23	7.4%	2	0.6%	2	0.6%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	65歳以上	256	55	21.5%	5	2.0%	45	17.6%	30	11.7%	4	1.6%	7	2.7%	0	0.0%	1	0.4%	1	0.4%	1	0.4%	
H28	全体	534	61	11.4%	2	0.4%	41	7.7%	41	7.7%	4	0.7%	7	1.3%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	
	64歳以下	287	18	6.3%	0	0.0%	7	2.4%	14	4.9%	2	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	65歳以上	247	43	17.4%	2	0.8%	34	13.8%	27	10.9%	2	0.8%	7	2.8%	0	0.0%	3	1.2%	3	1.2%	3	1.2%	

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標								中長期的な目標															
			高血圧				糖尿病				脂質異常症				虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析			
			被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
H25	全体	568	168	29.6%	63	11.1%	73	12.9%	17	3.0%	18	3.2%	1	0.2%												
	64歳以下	312	66	21.2%	18	5.8%	28	9.0%	4	1.3%	2	0.6%	1	0.3%												
	65歳以上	256	102	39.8%	45	17.6%	45	17.6%	13	5.1%	16	6.3%	0	0.0%												
H28	全体	534	140	26.2%	41	7.7%	69	12.9%	7	1.3%	20	3.7%	0	0.0%												
	64歳以下	287	43	15.0%	7	2.4%	20	7.0%	1	0.3%	9	3.1%	0	0.0%												
	65歳以上	247	97	39.3%	34	13.8%	49	19.8%	6	2.4%	11	4.5%	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															
			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
	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	人数	割合	人数	割合					
H25	全体	568	113	19.9%	53	9.3%	73	12.9%	11	1.9%	11	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%						
	64歳以下	312	47	15.1%	23	7.4%	28	9.0%	4	1.3%	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%						
	65歳以上	256	66	25.8%	30	11.7%	45	17.6%	7	2.7%	9	3.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%						
H28	全体	534	104	19.5%	41	7.7%	69	12.9%	4	0.7%	7	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%						
	64歳以下	287	34	11.8%	14	4.9%	20	7.0%	2	0.7%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%						
	65歳以上	247	70	28.3%	27	10.9%	49	19.8%	2	0.8%	6	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%						

② リスクの健診結果経年変化(図表 11)

リスクの健診結果の経年変化を見ると、空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 11】

健診データのうち有所見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概要

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
H25	合計	543	41.6	740	56.7	380	29.1	294	22.5	140	10.7	495	37.9	647	49.6	358	27.4	596	45.7	328	25.1	599	45.9	38	2.9
	40-64	303	44.4	381	55.8	234	34.3	179	26.2	78	11.4	238	34.8	291	42.6	218	31.9	294	43.0	198	29.0	327	47.9	10	1.5
	65-74	240	38.6	359	57.7	146	23.5	115	18.5	62	10.0	257	41.3	356	57.2	140	22.5	302	48.6	130	20.9	272	43.7	28	4.5
H28	合計	456	39.5	655	56.8	301	26.1	253	21.9	98	8.5	463	40.2	597	51.8	312	27.1	496	43.0	302	26.2	471	40.8	34	2.9
	40-64	223	42.2	285	54	176	33.3	154	29.2	44	8.3	174	33	217	41.1	164	31.1	221	41.9	173	32.8	237	44.9	6	1.1
	65-74	233	37.3	370	59.2	125	20	99	15.8	54	8.6	289	46.2	380	60.8	148	23.7	275	44	129	20.6	234	37.4	28	4.5

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
H25	合計	443	30.1	355	24.1	259	17.6	153	10.4	35	2.4	364	24.7	751	51.1	71	4.8	586	39.8	224	15.2	845	57.4	14	1.0
	40-64	218	27.2	147	18.3	139	17.3	100	12.5	19	2.4	179	22.3	325	40.5	33	4.1	282	35.2	141	17.6	463	57.7	7	0.9
	65-74	225	33.6	208	31.1	120	17.9	53	7.9	16	2.4	185	27.7	426	63.7	38	5.7	304	45.4	83	12.4	382	57.1	7	1.0
H28	合計	377	31.1	289	23.8	207	17.1	150	12.4	28	2.3	316	26.1	707	58.3	55	4.5	483	39.9	174	14.4	658	54.3	9	0.7
	40-64	158	30.5	112	21.6	88	17	73	14.1	11	2.1	111	21.4	244	47.1	18	3.5	165	31.9	87	16.8	283	54.6	4	0.8
	65-74	219	31.6	177	25.5	119	17.1	77	11.1	17	2.4	205	29.5	463	66.7	37	5.3	318	45.8	87	12.5	375	54	5	0.7

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者						3項目全て									
								高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質					
		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		
H25	合計	1,305	41.3	91	7.0	270	20.7	20	1.5	179	13.7	71	5.4	379	29.0	62	4.8	31	2.4	182	13.9	104	8.0
	40-64	683	32.4	57	8.3	140	20.5	13	1.9	80	11.7	47	6.9	184	26.9	24	3.5	21	3.1	90	13.2	49	7.2
	65-74	622	58.9	34	5.5	130	20.9	7	1.1	99	15.9	24	3.9	195	31.4	38	6.1	10	1.6	92	14.8	55	8.8
H28	合計	1,153	40.2	77	6.7	231	20.0	23	2.0	144	12.5	64	5.6	347	30.1	59	5.1	21	1.8	172	14.9	95	8.2
	40-64	528	30.2	42	8.0	101	19.1	7	1.3	62	11.7	32	6.1	142	26.9	23	4.4	10	1.9	75	14.2	34	6.4
	65-74	625	55.8	35	5.6	130	20.8	16	2.6	82	13.1	32	5.1	205	32.8	36	5.8	11	1.8	97	15.5	61	9.8

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者						3項目全て									
														高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖＋血圧		血糖＋脂質	
		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				
H25	合計	1,471	52.9	52	3.5	127	8.6	8	0.5	92	6.3	27	1.8	176	12.0	30	2.0	7	0.5	87	5.9	52	3.5
	40-64	802	45.5	33	4.1	53	6.6	3	0.4	39	4.9	11	1.4	61	7.6	17	2.1	5	0.6	26	3.2	13	1.6
	65-74	669	65.8	19	2.8	74	11.1	5	0.7	53	7.9	16	2.4	115	17.2	13	1.9	2	0.3	61	9.1	39	5.8
H28	合計	1,212	46.8	49	4.0	90	7.4	7	0.6	65	5.4	18	1.5	150	12.4	17	1.4	12	1.0	79	6.5	42	3.5
	40-64	518	36.2	28	5.4	38	7.3	5	1.0	24	4.6	9	1.7	46	8.9	3	0.6	5	1.0	23	4.4	15	2.9
	65-74	694	59.7	21	3.0	52	7.5	2	0.3	41	5.9	9	1.3	104	15.0	14	2.0	7	1.0	56	8.1	27	3.9

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・保健指導率とも上昇していないことから、重症化を予防していくためには、さらに受診率・指導率の向上への取組が重要となってくる。

【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	
								南富良野町	同規模平均
H25年度	469	284	60.7	42	32	23	71.9	54.6	50.4
H28年度	424	263	62	33	26	18	69.2	59.7	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、一人当たりの医療費の抑制、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、糖尿病、高血圧、腎不全の費用、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、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。

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

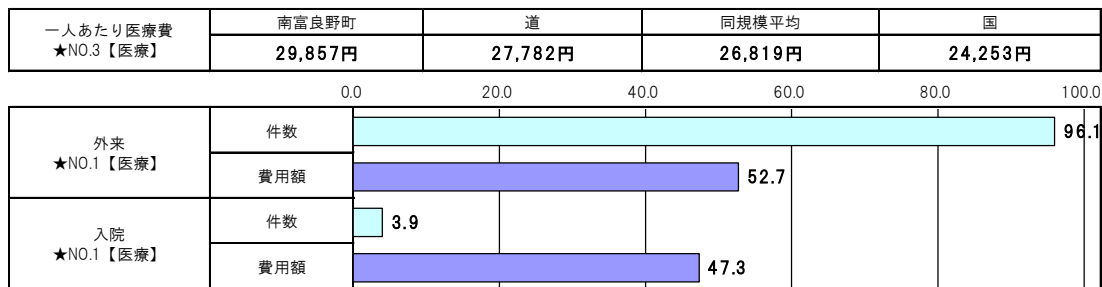
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

本町の入院件数は 3.9%で、費用額全体の 47.3%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。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(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)

長期入院患者では 20%, 人工透析患者では 88%が脳血管疾患また虚血性心疾患をもっており、入院もしくは人工透析前の基礎疾患のリスクを減らしていくことが重要である。さらに、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症いずれも、70%以上が高血圧を保持しており、その管理が重要であると考ええる。

【図表 14】

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
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	49件	1件 2.0%	1件 2.0%	--
		費用額	7405万円	102万円 1.4%	295万円 4.0%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	52件	3件 5.8%	7件 13.5%	--
		費用額	1891万円	78万円 4.1%	360万円 19.0%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	8件	7件 87.5%	7件 87.5%	0件 0.0%
		費用額	334万円	319万円 95.5%	319万円 95.5%	--

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	275人		16人 5.8%	10人 3.6%	3人 1.1%
				12人 75.0%	8人 80.0%	3人 100.0%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	7人 43.8%	4人 40.0%	3人 100%
			糖尿病	7人 43.8%	4人 40.0%	3人 100.0%
			脂質 異常症	7人 43.8%	4人 40.0%	3人 100.0%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		145人 52.7%		63人 22.9%	108人 39.3%	24人 8.7%

○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、全員が血管疾患をもち、介護認定を受けている実態であった。

また、要介護認定者の医療費は、要介護認定なしの者の医療費に比べて、2倍になっており、要介護者に対する介護予防、血管疾患の予防は重要であると考えらる。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

H28

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									
	被保険者数		912人		354人		499人		853人							
	認定者数		2人		10人		118人		128人							
	認定率		0.22%		2.8%		23.6%		15.0%							
	新規認定者数		0人		0人		2人		2人							
介護度 別人数	要支援1・2		0	0.0%	3	30.0%	23	19.5%	26	20.3%	26	20.0%				
	要介護1・2		0	0.0%	1	10.0%	42	35.6%	43	33.6%	43	33.1%				
	要介護3～5		2	100.0%	6	60.0%	53	44.9%	59	46.1%	61	46.9%				
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） 有病状況	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		--	1		4		0		4		5			
		血管 疾患	循環器 疾患	1	虚血性 心疾患	1	100.0%	脳卒中	2	50.0%	脳卒中	0	--	脳卒中	2	40.0%
				2	脳卒中	0	0.0%	虚血性 心疾患	0	0.0%	虚血性 心疾患	0	--	虚血性 心疾患	0	20.0%
				3	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	--	腎不全	0	0.0%
			基礎疾患	糖尿病等		1	100.0%	糖尿病等	4	100.0%	糖尿病等	0	--	糖尿病等	4	100.0%
				血管疾患 合計		1	100.0%	合計	4	100.0%	合計	0	--	合計	4	100.0%
			認知症		0	0.0%	認知症	1	25.0%	認知症	0	--	認知症	1	25.0%	
		筋・骨格疾患		1	100.0%	筋骨格系	4	100.0%	筋骨格系	0	--	筋骨格系	4	100.0%		

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)						9,258
要介護認定なし医療費 (40歳以上)						4,853

2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

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となります。南富良野町においては、全国、北海道と比較してBMI該当者が多く、腹囲では、女性および40～64歳の男性で該当者が多く、健診結果の有所見状況においてもGPT・空腹時血糖・収縮期血圧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】

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

★NO.23（概要）

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
北海道		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	45	38.8	44	37.9	31	26.7	33	28.4	12	10.3	49	42.2	59	50.9	4	3.4	61	52.6	51	44.0	62	53.4	0	0.0
	40-64	26	48.1	24	44.4	17	31.5	20	37.0	9	16.7	21	38.9	25	46.3	1	1.9	22	40.7	20	37.0	36	66.7	0	0.0
	65-74	19	30.6	20	32.3	14	22.6	13	21.0	3	4.8	28	45.2	34	54.8	3	4.8	39	62.9	31	50.0	26	41.9	0	0.0

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
北海道		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	53	36.1	32	21.8	32	21.8	15	10.2	4	2.7	41	27.9	59	40.1	3	2.0	61	41.5	27	18.4	80	54.4	0	0.0
	40-64	19	34.5	11	20.0	11	20.0	5	9.1	1	1.8	9	16.4	16	29.1	1	1.8	22	40.0	14	25.5	30	54.5	0	0.0
	65-74	34	37.0	21	22.8	21	22.8	10	10.9	3	3.3	32	34.8	43	46.7	2	2.2	39	42.4	13	14.1	50	54.3	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概要）

男性		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	116	58.6	2	1.7%	13	11.2%	1	0.9%	8	6.9%	4	3.4%	29	25.0%	5	4.3%	1	0.9%	12	10.3%	11	9.5%
	40-64	54	51.9	1	1.9%	6	11.1%	1	1.9%	2	3.7%	3	5.6%	17	31.5%	3	5.6%	1	1.9%	7	13.0%	6	11.1%
	65-74	62	66.0	1	1.6%	7	11.3%	0	0.0%	6	9.7%	1	1.6%	12	19.4%	2	3.2%	0	0.0%	5	8.1%	5	8.1%

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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	147	65.0	1	0.7%	11	7.5%	1	0.7%	9	6.1%	1	0.7%	20	13.6%	5	3.4%	2	1.4%	6	4.1%	7	4.8%
	40-64	55	51.9	0	0.0%	5	9.1%	0	0.0%	4	7.3%	1	1.8%	6	10.9%	1	1.8%	1	1.8%	2	3.6%	2	3.6%
	65-74	92	76.7	1	1.1%	6	6.5%	1	1.1%	5	5.4%	0	0.0%	14	15.2%	4	4.3%	1	1.1%	4	4.3%	5	5.4%

3) 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況(図表 18)

LDL コレステロール、血圧は、治療により、正常値になっているが、糖尿病は治療中であっても、受診勧奨レベルに多いものが多いことがわかる。LDLコレステロールは、治療する値(140 以上)であっても、治療に結びついていない状況が覗える。

【図表 18】

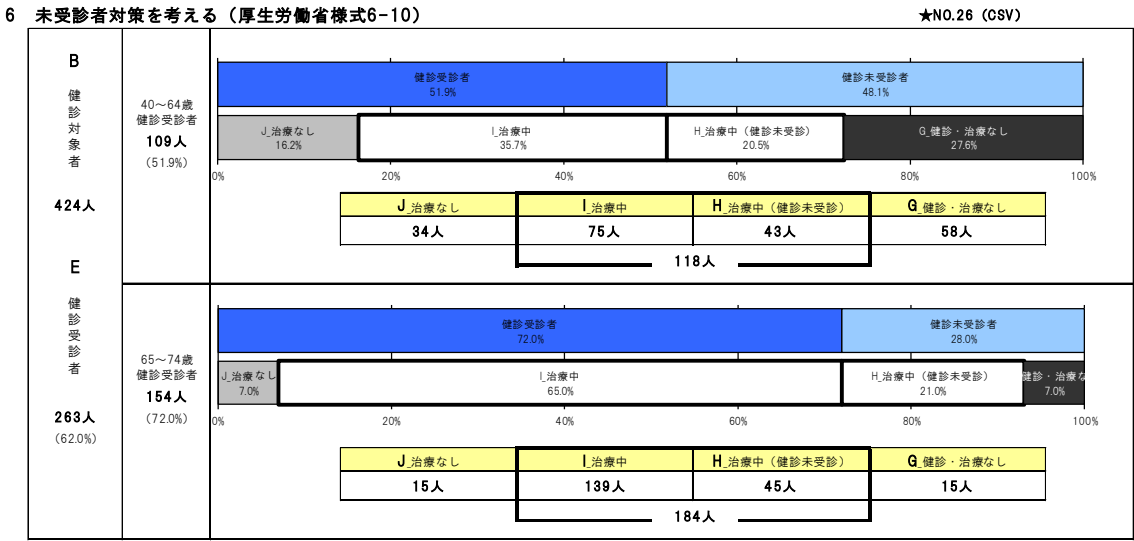
継続受診者と新規受診者の比較



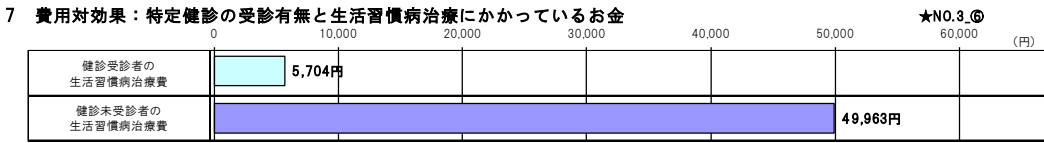
4) 未受診者の把握(図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が27.6%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治療にかかっているお金でみても、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 19】



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



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

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 1.0%減少(3人程度減少)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、南富良野町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並み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

- 特定健診受診率 70%(平成30年度から平成35年度)
- 特定保健指導実施率 70%(平成30年度から平成35年度)

3. 対象者の見込み

特定健診、特定保健指導対象者の見込みは、図表 21 の通りである。

【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	対象者	403 人	385 人	372 人	343 人	327 人	313 人
	受診者数	282 人	270 人	260 人	240 人	229 人	219 人
特定保健 指導	対象者	24 人	24 人	23 人	22 人	20 人	20 人
	受診者数	17 人	17 人	16 人	15 人	14 人	14 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。

① 集団健診

南富良野町保健福祉センター、下金山地区コミュニティーセンター、
金山地区多目的センター、落合地区多目的センター、
南富良野町公民館北落合分館

② 個別健診

委託医療機関

(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) 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(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、尿中アルブミン)を実施する。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)

(4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(5) 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。

(6) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診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。

<スケジュール>

前年度3月	特定健診案内状送付・意向調査票郵送
4月	意向調査回収
5月	特定健診追加募集案内
5～6月	(集団健診)特定健診実施
6月	(個別健診)実施スタート

9月	特定健診追加募集案内
10月	(集団健診)特定健診実施
1月	(個別健診)受診期間終了

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健福祉課保健指導係でおこなう。

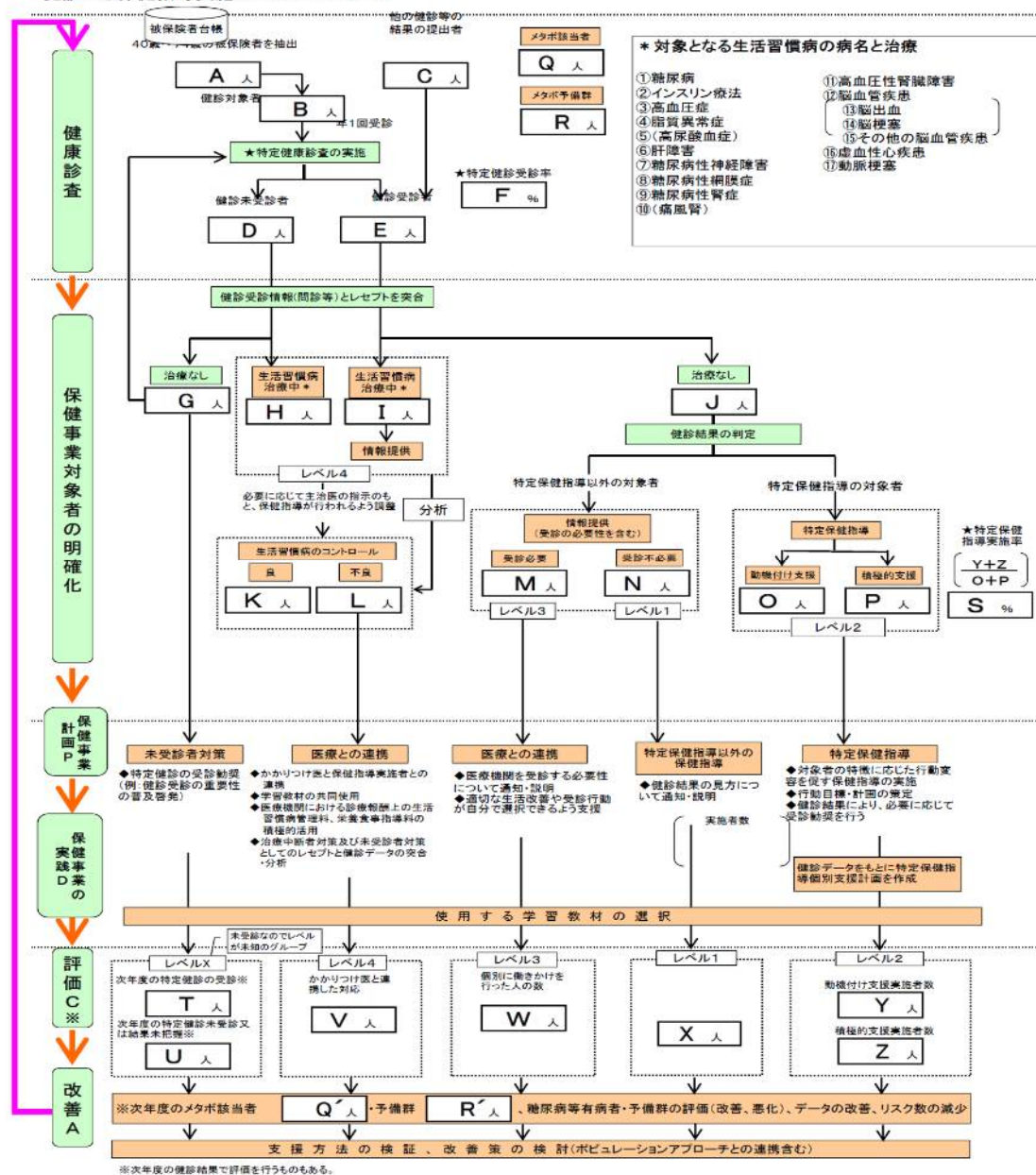
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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21)

【図表21】

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

様式5-5



(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 22)

【図表 22】

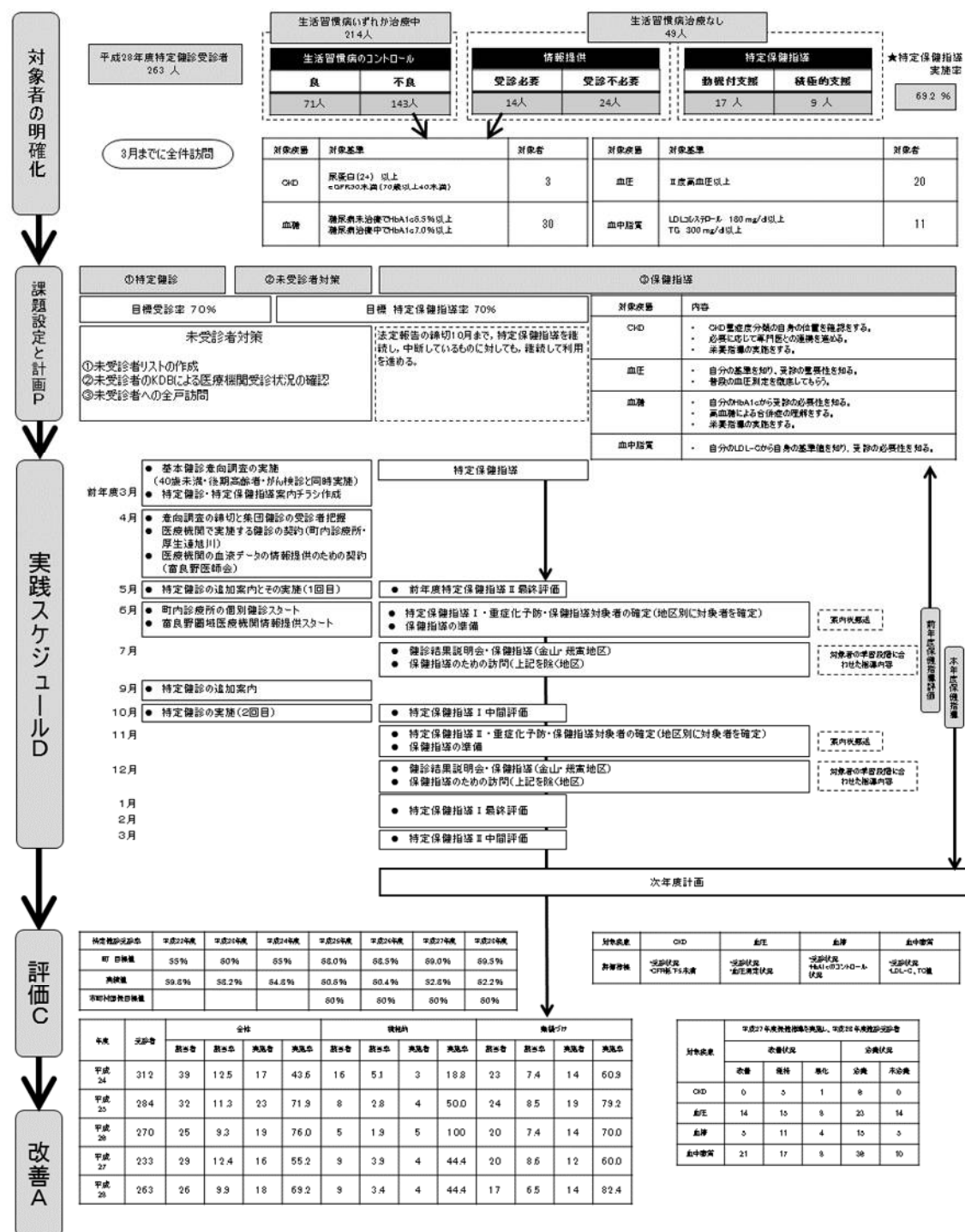
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	11 人 (4.2)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	14 人 (5.3)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	161 人 ※受診率目標達成までにあと 34 人	70%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	24 人 (9.1)	%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	214 人 (81.4)	%

(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 23)

【図表 23】

糖尿病等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(平成29年度)
対象者の明確化からの計画・実践・評価まで



6. 個人情報保護

(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南富良野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。

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、南富良野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る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、PDC Aに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表24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 24】

【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	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 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北海道プログラムに準じ、抽出すべき対象者の考え方を以下の通りとする。

- ① 特定健診受診者のうち、医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中の者 そして、特に 以下に該当する者
 - 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 25)

【図表 25】

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

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 26)

南富良野町において 40～74 歳における糖尿病治療者 61 人のうち、特定健診受診者が 35 人(%・G)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 26 人(42.6%・I)においても、全員、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者は、治療を継続していることがわかった。しかし一方で、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。

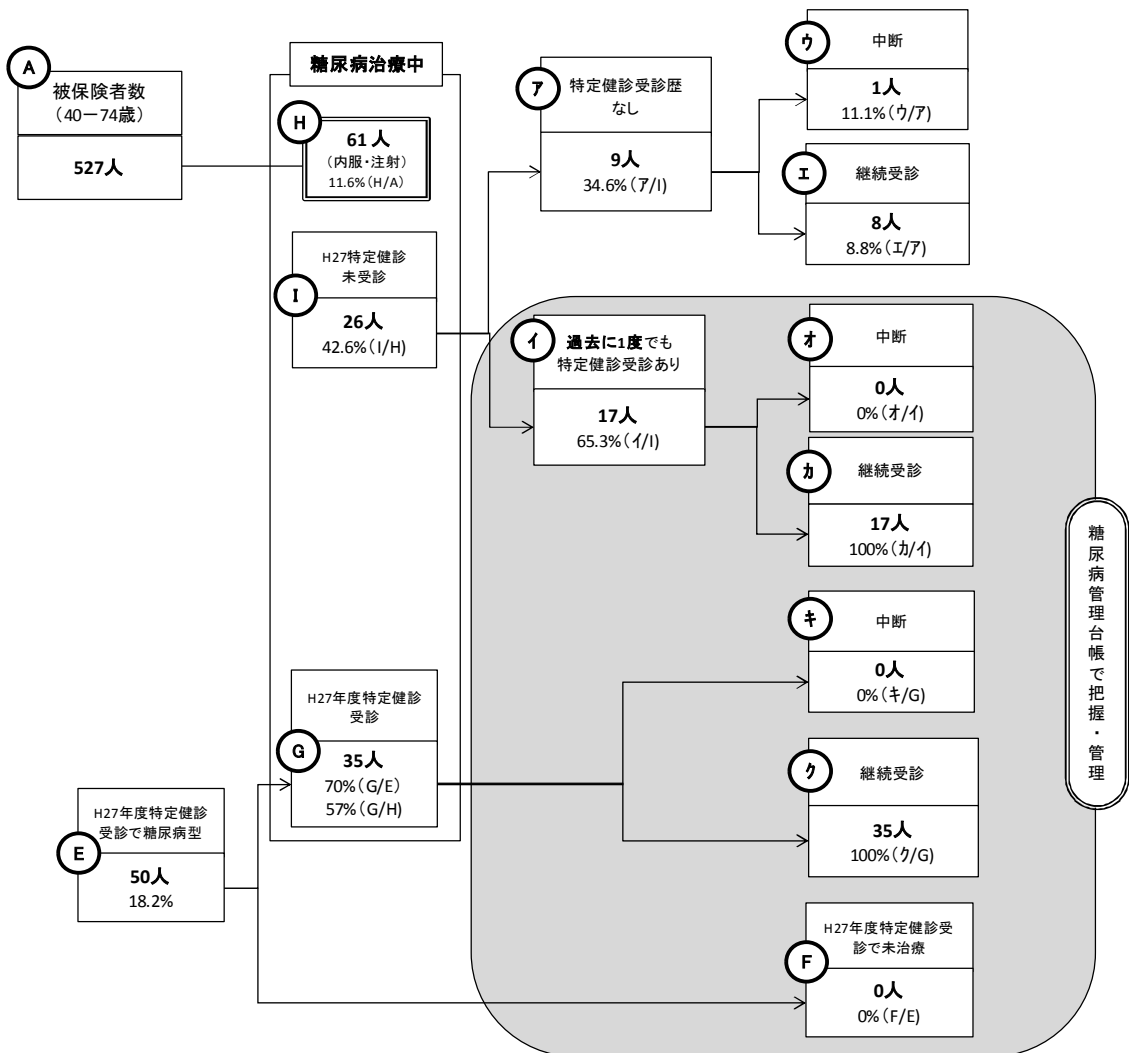
③ 介入方法と優先順位

図表 26 より南富良野町においての介入方法を以下の通りとする。

【図表 26】

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



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 糖尿病治療中であつたが中断者(O・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

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する。

＊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) 資格を確認する。

- (3) レセプトを確認し情報を記載する。

<治療状況の把握>

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

- (4) 管理台帳記載後、結果の確認をする。

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をする。

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

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。南富良野町においては、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 27)

(2) 尿アルブミン検査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、全員に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、依頼文を使用する。

(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南富良野町プログラムに準じ行っていく。

6) 地域包括支援センターとの連携

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と連携していく。

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資 料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起ころのでしょうか？ ① 糖尿病による網膜症 ② 眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③ 糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④ 糖尿病性神経障害～起ころる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方) ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○ 合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○ 食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○ 薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価 ⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ { 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

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 m²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

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7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2)

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。

本町において健診受診者 262 人のうち心電図検査実施者は 237 人(90.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 3 人(図表 28)、全員治療中であった。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、継続して虚血性心疾患重症化を予防していくことが必要である。

【図表 28】

心電図検査の結果

	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/c)	人	% (d/b)	人	% (e/b)
平成 28 年度	262	237	90.5	3	12.7	188	79.3	46	19.4

② 心電図以外からの把握

心電図検査以外からは、図表 29 に沿っ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 29】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施			受診者	心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			262	3	40	173	46
			1.1	15.3	66.0	17.6	
メタボ該当者			50	0	9	23	18
			19.1	0.0	18.0	46.0	36.0
メタボ予備群			25	1	4	16	4
			9.5	4.0	16.0	64.0	16.0
メタボなし			187	2	28	134	24
			71.4	1.1	15.0	71.7	12.8
LDL-C	140-159	34	0	2	30	2	
		13.0	0.0	5.9	88.2	5.9	
	160-179	13	0	2	10	1	
		5.0	0	15	77	8	
	180-	8	0	0	7	1	
		3.1	0	0	87.5	12.5	

<参考>

Non-HDL	190-						
	170-189						
平成30年度より実施							
CKD	G3a1～						

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 30 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。

虚血性心疾患に関する症状

・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) 尿中アルブミン検査の実施

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、本町では、尿中アルブミン検査を特定健診の中で実施を継続していく。

(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) 地域包括支援センター等との連携

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) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

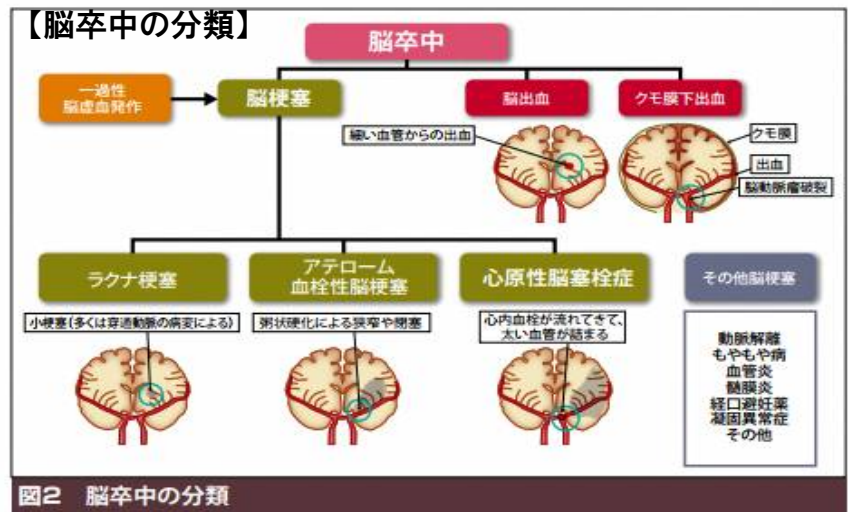
7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、
対象者へ介入(通年)

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 31、32)

【図表 31】



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 32】

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 33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 33】

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 による年間透析導入患者数の減少							
科学的根拠に基づき 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	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中学会・脳血管疾患学会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器学会・日本動脈高血圧学会) (2023年更新版改訂版あり)				糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)				CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
	クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(79%) 心臓性脳塞栓症(27.9%) ラクナ梗塞(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心臓性脳梗塞				心臓梗塞 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 健康結果から 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		糖尿病診療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dL以上		中性脂肪 300mg/dL以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(95% CI) 6.5%以上 (治療中・2%以上)		蛋白尿 (2+) 以上		eGFR50未満 70歳以上40未満	
対象者数	262															
治療なし	11	7.6%	3	1.1%	11	4.2%	6	2.3%	50	19.1%	30	11.5%	1	0.4%	3	1.1%
(再発) 特定保健指導	3	6.8%	1	0.8%	11	5.4%	5	2.5%	6	4.6%	10	4.4%	0	0.0%	1	0.8%
治療中	9	15.0%	0	0.0%	5	16.7%	1	12.0%	6	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
	9	8.9%	2	1.5%	0	0.0%	1	1.7%	44	33.6%	20	58.8%	1	0.8%	2	1.8%
臓器障害 あり	3	27.3%	1	100.0%	1	9.1%	2	40.0%	2	33.3%	4	40.0%	0	--	1	100.0%
CKD (専門医対象者)	1		0		0		0		1		0		0		1	
尿蛋白 (2+) 以上	0		0		0		0		0		0		0		0	
尿蛋白 (1+) and 尿蛋白 (2+) 以上 eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0		0		0		0		0		0		0		0	
心電図所見あり	2		1		1		2		1		4		0		0	
臓器障害 なし	8	72.7%	--	--	10	90.9%	3	60.0%	4	66.7%	6	60.0%	--	--	--	--
治療中	4	44.4%	2	100.0%	0	--	0	0.0%	10	22.7%	3	15.0%	1	100.0%	2	100.0%
CKD (専門医対象者)	0		0		0		0		2		2		1		2	
尿蛋白 (2+) 以上	0		0		0		0		1		1		1		0	
尿蛋白 (1+) and 尿蛋白 (2+) 以上 eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0		0		0		0		0		0		0		0	
心電図所見あり	4		2		0		0		8		1		0		0	
臓器障害 なし	5	55.6%	--	--	0	--	1	100.0%	34	77.3%	17	85.0%	--	--	--	--

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20人(7.6%)であり、11人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(27.3%)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9人(8.9%)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 34)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。

【図表 34】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		血圧分類 (mmHg)						低リスク群			中リスク群			高リスク群		
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		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		
161		45 28.0%	43 26.7%	32 19.9%	30 18.6%	10 6.2%	1 0.6%	1 0.6%	17 10.6%	23 14.3%	1 100%	0 0.0%	5 21.7%	18 78.3%		
リスク第1層		11 6.8%	6 13.3%	1 2.3%	3 9.4%	1 3.3%	0 0.0%	1 100%	0 0.0%	0 0.0%	1 100%	0 0.0%	0 0.0%			
リスク第2層		97 60.2%	30 66.7%	24 55.8%	21 65.6%	17 56.7%	5 50.0%	--	17 100.0%	5 21.7%	--	--	--			
リスク第3層		53 32.9%	9 20.0%	18 41.9%	8 25.0%	12 40.0%	5 50.0%	--	--	18 78.3%	--	--	--			
再掲 重複あり	糖尿病	18 34.0%	5 55.6%	5 27.8%	3 37.5%	4 33.3%	1 20.0%									
	慢性腎臓病 (CKD)	11 20.6%	3 33.3%	2 11.1%	2 25.0%	1 8.3%	2 40.0%									
	3個以上の危険因子	34 64.2%	2 22.2%	14 77.8%	5 62.5%	9 75.0%	4 80.0%									

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3) 心電図検査における心房細動の実態

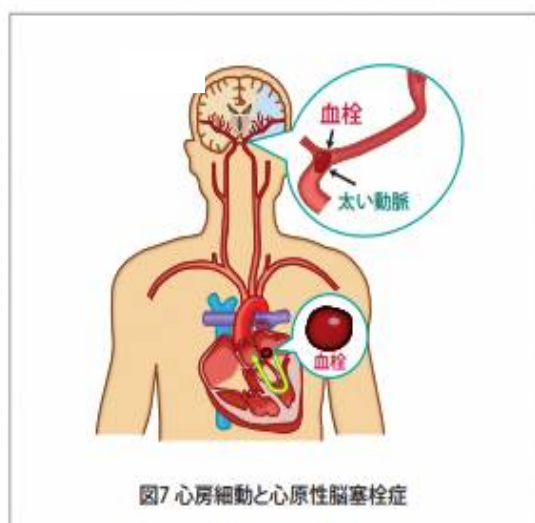


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。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 35・36 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り、3人に所見があった。いずれも、治療中のものであった。本町では、既に心電図検査を全数に実施しているが、継続して、実施、早期発見・早期介入に努めていく必要がある。

【図表 35】

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	108	129	2	1.9	1	0.8	-	-
40 歳代	20	10	0	0	0	0	0.2	0.04
50 歳代	12	19	0	0	0	0	0.8	0.1
60 歳代	46	56	0	0	1	1.8	1.9	0.4
70-74 歳	30	44	2	6.7	0	0	3.4	1.1

【図表 36】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中者	
人	人	%	人	%
3	0	-	3	100

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) 尿中アルブミン検査の実施

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、本町では、特定健診に尿中アルブミン検査を加え、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) 地域包括支援センター等との連携

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

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

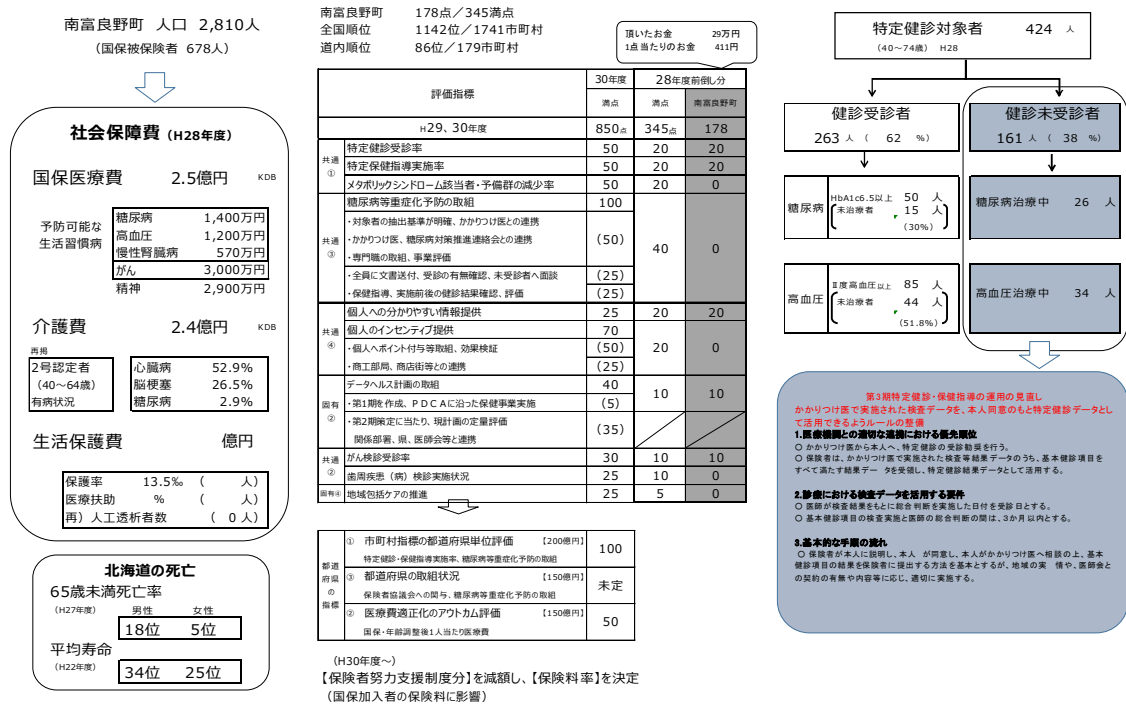
7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、
対象者へ介入(通年)

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 37・38)

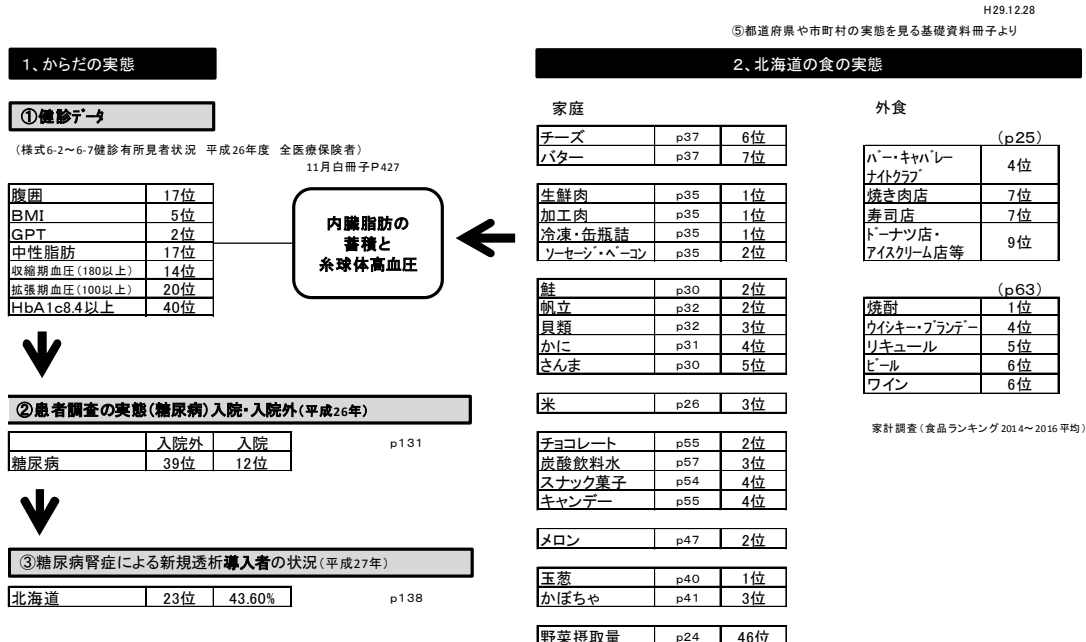
【図表 37】

保険者努力支援制度の視点で、南富良野町の社会保障費と予防・健康管理をみる



【図表 38】

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

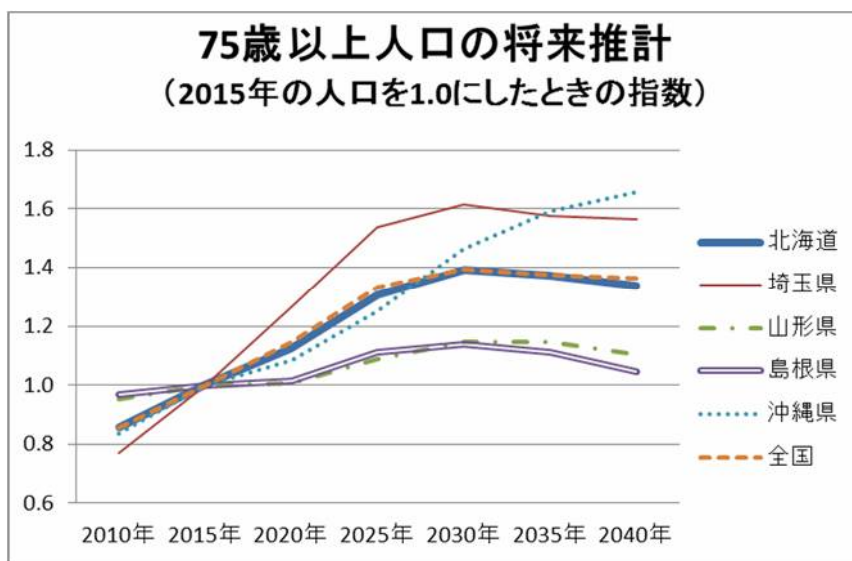
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

北海道は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.34 とほぼ全国と同等と推計されている。(図表 42)国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、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。

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。

【図表 39】



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・11)

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、評価を行う。

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ことが重要であり、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、町内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、役場内での利用、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南富良野町の位置

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組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患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

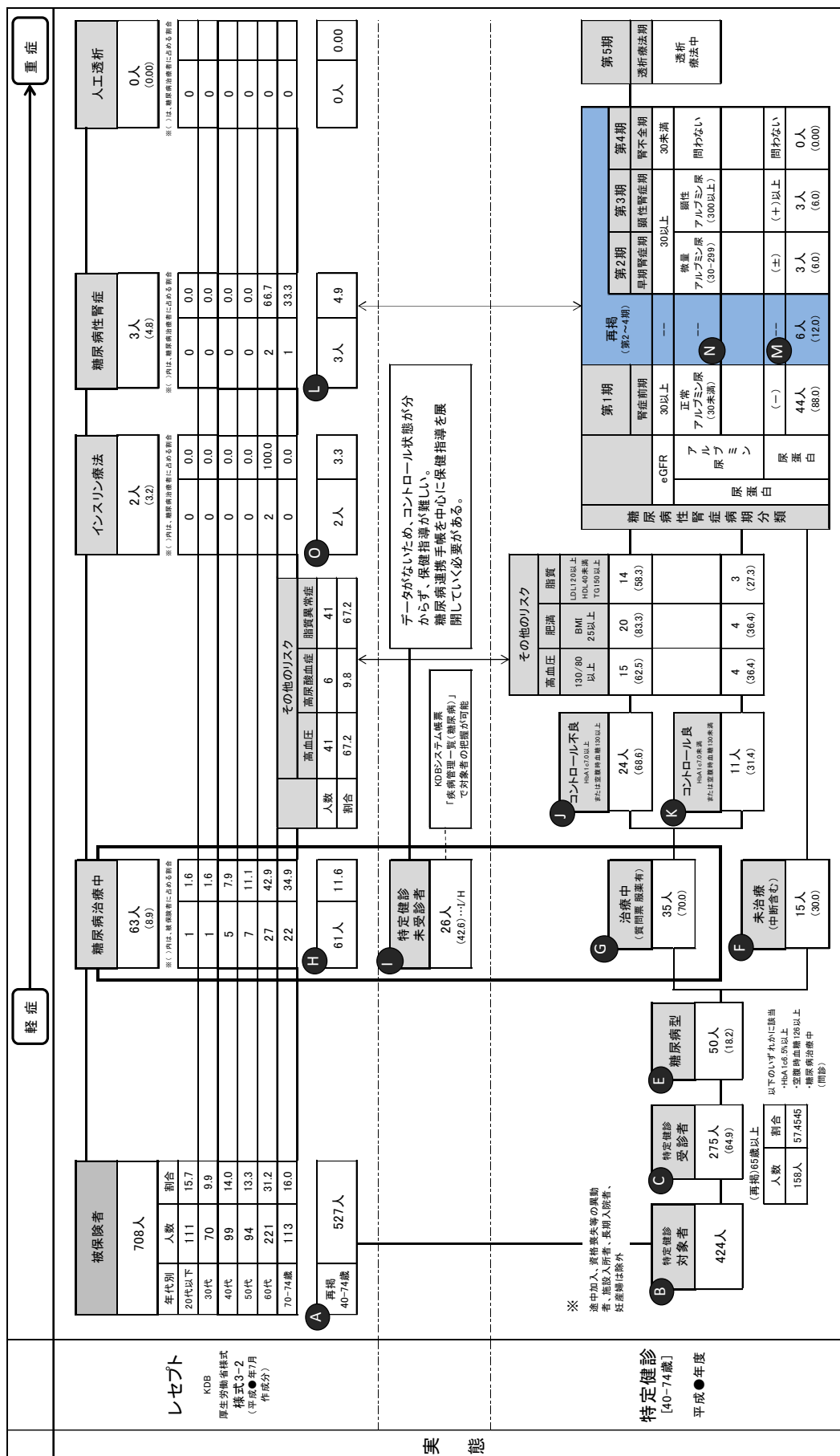
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた南富良野町の位置

項目				南富良野町				北海道		同規模平均		国		データ元 (CSV)
				H25		H28		H28		H28		H28		
				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	2,810		2,810		5,475,176		712,964		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）	853	30.4	853	30.4	1,356,131	24.8	250,396	35.1	29,020,766	23.2	
			75歳以上	499	17.8	499	17.8	669,235	12.2			13,989,864	11.2	
			65～74歳	354	12.6	354	12.6	686,896	12.5			15,030,902	12.0	
			40～64歳	912	32.5	912	32.5	1,932,595	35.3			42,411,922	34.0	
			39歳以下	1,045	37.2	1,045	37.2	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業	22.9		22.9		7.7		22.7		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	17.7		17.7		18.1		21.7		25.2		
			第3次産業	59.4		59.4		74.2		55.6		70.6		
	③	平均寿命	男性	79.5		79.5		79.2		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	86.2		86.2		86.3		86.5		86.4		
	④	健康寿命	男性	65.4		65.5		64.9		65.1		65.2		
			女性	66.8		66.9		66.5		66.7		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡率（SMR）	105.3		103.8		101.0		102.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			男性	103.9		90.4		97.6		98.2		100		
			女性											
			がん	12	57.1	6	30.0	18,759	51.6	2,874	44.3	367,905	49.6	
			心臓病	4	19.0	5	25.0	9,429	25.9	1,917	29.6	196,768	26.5	
			脳疾患	3	14.3	2	10.0	4,909	13.5	1,158	17.9	114,122	15.4	
			糖尿病	1	4.8	2	10.0	669	1.8	115	1.8	13,658	1.8	
			腎不全	0	0.0	3	15.0	1543	4.2	231	3.6	24,763	3.3	
			自殺	1	4.8	2	10.0	1,080	3.0	187	2.9	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	6.1		9.3				11.2		10.7		厚生省HP 人口動態調査
			男性	8.7		17.4				13.9		13.7		
			女性	3.8		3.2				8.3		7.4		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	143	16.9	128	16.0	315,539	23.0	49,966	20.0	5,885,270	21.2
新規認定者				4	0.3	2	0.2	5,299	0.3	781	0.3	105,636	0.3	
2号認定者				4	0.4	2	0.3	7,541	0.4	856	0.4	151,813	0.4	
②		有病状況	糖尿病	28	19.4	33	23.7	82,322	25.0	10,599	20.4	1,350,152	22.1	
			高血圧症	79	52.9	75	57.0	169,738	51.7	28,380	55.1	3,101,200	50.9	
			脂質異常症	27	21.0	31	22.9	100,963	30.7	あ	あ	1,741,866	28.4	
			心臓病	91	60.9	81	62.5	189,496	57.9	31,946	62.2	3,529,682	58.0	
			脳疾患	41	29.8	37	29.3	79,966	24.6	13,362	26.3	1,538,683	25.5	
			がん	9	8.5	12	11.1	38,646	11.6	4,857	9.3	631,950	10.3	
			筋・骨格	76	50.9	70	53.2	168,752	51.4	28,320	55.1	3,067,196	50.3	
			精神	60	38.6	51	42.2	121,460	36.9	19,128	37.0	2,154,214	35.2	
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	79,342		86,271		57,970		73,752		58,284		
			居宅サービス	36,049		37,573		38,885		39,649		39,662		
	施設サービス		28,014		27,619		283,121		273,932		281,186			
④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	10,156		9,288		8,974		8,522		7,980			
		認定あり	4,257		4,848		4,605		4,224		3,816			
4	①	国保の状況	被保険者数	749		678		1,312,938		198,805		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			65～74歳	244	32.6	226	33.3	547,124	41.7			12,461,613	38.2	
			40～64歳	307	41.0	278	41.0	441,573	33.6			10,946,712	33.6	
			39歳以下	198	26.4	174	25.7	324,241	24.7			9,179,541	28.2	
	②	医療の概況（人口千対）	加入率	26.7		24.1		24.0		28.1		26.9		
			病院数	0	0.0	0	0.0	569	0.4	47	0.2	8,255	0.3	
			診療所数	6	8.0	6	8.8	3,377	2.6	621	3.1	96,727	3.0	
			病床数	0	0.0	0	0.0	96,574	73.6	3,963	19.9	1,524,378	46.8	
			医師数	2	2.7	3	4.4	12,987	9.9	541	2.7	299,792	9.2	
			外来患者数	673.8		636.4		646.1		652.3		668.1		
	③	医療費の状況	入院患者数	29.1		25.9		22.9		23.7		18.2		
			一人当たり医療費	29,689	県内48位 同規模48位	29,857	県内59位 同規模80位	27,782		26,817		24,245		
			受診率	702,867		662,344		668,94		676,037		686,286		
外 費用の割合			52.0		52.7		55.2		55.3		60.1			
来 件数の割合			95.9		96.1		96.6		96.5		97.4			
入 費用の割合			48.0		47.3		44.8		44.7		39.9			
院 件数の割合			4.1		3.9		3.4		3.5		2.6			
1件あたり在院日数			18.1日		17.6日		15.8日		16.3日		15.6日			
④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源傷病名（調剤含む）	新生物	26.0		22.5		28.5		24.2		25.6			
		慢性腎不全（透析あり）	3.2		4.3		6.5		7.9		9.7			
		糖尿病	8.8		10.9		9.2		10.1		9.7			
		高血圧症	9.7		8.8		7.9		9.4		8.6			
		精神	23.4		21.5		17.2		18.6		16.9			
		筋・骨疾患	12.7		23.1		16.3		16.4		15.2			

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた南富良野町の位置

項目				南富良野町				北海道		同規模平均		国		データ元 (CSV)						
				H25		H28		H28		H28		H28								
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	402,703	181位 (20)	705,126	▲	17位 (20)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				高血圧	539,730	142位 (22)	712,557	▲	18位 (20)											
				脂質異常症	475,933	146位 (24)	428,663	▲	172位 (23)											
				脳血管疾患	589,619	131位 (22)	605,095	▲	118位 (14)											
				心疾患	584,593	152位 (24)	681,020	▲	94位 (23)											
				腎不全	180,675	180位 (2)	841,358	▲	46位 (12)											
				精神	424,628	140位 (27)	354,709	▲	181位 (25)											
				悪性新生物	641,973	74位 (17)	652,907	▲	86位 (18)											
		入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	36,180	104位	39,258	▲	62位											
				高血圧	30,241	116位	30,187	▲	121位											
				脂質異常症	28,089	127位	31,673	▲	50位											
				脳血管疾患	41,287	46位	74,989	▲	2位											
				心疾患	30,071	171位	77,247	▲	6位											
				腎不全	168,759	77位	235,453	▲	9位											
				精神	33,534	30位	30,738	▲	70位											
				悪性新生物	74,481	2位	58,210	▲	66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	4,446		1,941		1,429	3,151	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域								
			健診未受診者	14,538		17,013	▲	15,426	12,337	12,339										
	⑦	健診・レセ 実合	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,675		5,701		4,353	8,737	6,742	KDB_NO.1 地域全体像の把握								
			健診未受診者	38,181		49,958	▲	46,986	34,206	35,459										
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数183	健診受診者		284		263		249,675		65,384		7,898,427	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握					
				受診率	60.7	道内10位 同規模42位	62.0	道内8位 同規模33位	27.5	全国44位	46.4	36.4								
				特定保健指導終了者(実施率)	23	71.9	18	69.2	7,107	23.9	3,904	45.4	198,683	21.1						
				非肥満高血糖	29	10.2	36	13.7	19,584	7.8	6,352	9.7	737,886	9.3						
				メタボ	該当者	50	17.6	49	18.6	42,055	16.8	12,200	18.7	1,365,855		17.3				
					男性	31	23.1	29	25.0	28,852	27.8	8,464	27.7	940,335		27.5				
					女性	19	12.7	20	13.6	13,203	9.0	3,736	10.7	425,520		9.5				
					予備群	27	9.5	24	9.1	26,495	10.6	7,622	11.7	847,733		10.7				
					男性	15	11.2	13	11.2	18,510	17.9	5,264	17.2	588,308		17.2				
					女性	12	8.0	11	7.5	7,985	5.5	2,358	6.8	259,425		5.8				
				メタボ 該当・予備 群レベル	腹囲	総数	87	30.6	76	28.9	77,338	31.0	22,315	34.1		2,490,581	31.5			
						男性	52	38.8	44	37.9	53,297	51.4	15,455	50.5		1,714,251	50.2			
						女性	35	23.3	32	21.8	24,041	16.5	6,860	19.7		776,330	17.3			
				BMI	BMI	総数	19	6.7	32	12.2	16,335	6.5	4,378	6.7		372,685	4.7			
						男性	5	3.7	7	6.0	2,776	2.7	814	2.7		59,615	1.7			
						女性	14	9.3	25	17.0	13,559	9.3	3,564	10.2		313,070	7.0			
				血糖のみ	0	0.0	2	0.8	1,436	0.6	530	0.8	52,296	0.7						
				血圧のみ	21	7.4	17	6.5	18,409	7.4	5,287	8.1	587,214	7.4						
				脂質のみ	6	2.1	5	1.9	6,650	2.7	1,805	2.8	208,214	2.6						
				血糖・血圧	14	4.9	10	3.8	6,203	2.5	2,183	3.3	212,002	2.7						
				血糖・脂質	4	1.4	3	1.1	2,088	0.8	681	1.0	75,032	0.9						
				血圧・脂質	17	6.0	18	6.8	21,216	8.5	5,537	8.5	663,512	8.4						
				血糖・血圧・脂質	15	5.3	18	6.8	12,548	5.0	3,799	5.8	415,310	5.3						
				6	②	生活習慣の 状況	薬	服薬	111	39.1	102	38.8	83,160	33.3		23,752	36.3	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
								既往歴	31	10.9	33	12.5	18,205	7.3		5,883	9.0	589,711	7.5	
喫煙	50	17.6	61					23.2	61,645	24.7	14,929	22.8	1,861,221	23.6						
週3回以上朝食を抜く	13	4.6	13					5.0	8,245	3.5	1,997	3.2	246,252	3.3						
週3回以上食後間食	7	2.5	8					3.1	13,251	5.6	3,427	5.5	417,378	5.5						
週3回以上就寝前夕食	0	0.0	0					0.0	1,163	0.5	373	0.6	39,184	0.5						
食べる速度が遅い	19	6.7	16					6.3	22,312	9.4	5,122	8.4	761,573	10.2						
20歳時体重から10kg以上増加	59	20.8	61					23.2	41,773	16.7	10,886	16.7	1,122,649	14.2						
1回30分以上運動習慣なし	77	32.4	75					34.7	74,549	33.3	19,703	34.1	2,192,264	32.1						
1日1時間以上運動なし	150	62.8	135					62.5	139,348	61.9	39,568	67.9	4,026,105	58.8						
睡眠不足	104	43.5	102					47.2	107,812	48.0	28,954	50.1	3,209,187	47.0						
毎日飲酒	131	55.3	135					62.8	107,793	48.4	32,465	56.7	3,387,102	50.3						
時々飲酒	60	25.1	63					29.2	51,152	22.9	12,393	21.6	1,321,337	19.5						
1合未満	63	26.4	65					30.1	61,284	27.4	16,109	28.0	1,755,597	26.0						
1～2合	156	65.3	132					61.1	144,225	64.6	36,557	63.5	4,425,971	65.6						
2～3合	20	8.4	19					8.8	17,901	8.0	4,868	8.5	567,502	8.4						
3合以上	39	16.3	34					15.7	32,801	14.7	9,245	16.1	1,054,516	15.5						

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データとの突合 H28年度



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）																	
番号	追加 年度	地区	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									尿蛋白								
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									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:
対象者把握			地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 						

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
北海道

市町村名

南富良野町

項目				突合表	保険者								同規模保険者(平均)		データ基
					28年度		29年度		30年度		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			A	708人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳				527人									
2	①	対象者数			B	424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	受診者数				C	275人								
③	受診率			64.9%											
3	①	特定保健指導対象者数				11人									
	②	実施率				81.8%									
4	①	健診 データ	糖尿病型		E	50人	18.2%							特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	15人	30.0%								
	③		治療中(質問票 服薬あり)		G	35人	70.0%								
	④		コントロール不良 HbA1c 7.0以上または空腹時血糖130以上		J	24人	68.6%								
	⑤					血圧 130/80以上		15人	62.5%						
	⑥					肥満 BMI25以上		20人	83.3%						
	⑦		コントロール良 HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	11人	31.4%								
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)		M	44人	88.0%								
	⑨		第2期 尿蛋白(±)			3人	6.0%								
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上			3人	6.0%								
	⑪		第4期 eGFR30未満			0人	0.0%								
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)			89.0人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)			115.7人									
	③		レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)		386件	(765.9)	211件	(437.8)			280件	(458.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		(1件は重複患者対) 入院(件数)	5件		(9.9)	1件	(2.1)			2件	(3.4)			
	⑤		糖尿病治療中		H	63人	8.9%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳			61人	11.6%								
	⑦		健診未受診者		I	26人	42.6%								
	⑧		インスリン治療		O	2人	3.2%								
	⑨		(再掲)40-74歳			2人	3.3%								
	⑩		糖尿病性腎症		L	3人	4.8%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑪		(再掲)40-74歳			3人	4.9%								
	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%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	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	1.9%							
	6		①	医療費	総医療費			2億5095万円		1億1012万円				1億5389万円	
②		生活習慣病総医療費				1億3366万円		5825万円				8864万円			
③		(総医療費に占める割合)				53.3%		52.9%				57.6%			
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		5,701円						4,588円				
⑤			健診未受診者		49,958円		35,338円				39,356円				
⑥		糖尿病医療費				1458万円		738万円				908万円			
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)				10.9%		12.7%				10.2%			
⑧		糖尿病入院外総医療費				3573万円		1762万円							
⑨		1件あたり				39,258円		33,882円							
⑩		糖尿病入院総医療費				2821万円		383万円							
⑪		1件あたり				705,126円		382,533円							
⑫		在院日数				20日		24日							
⑬		慢性腎不全医療費				580万円		615万円				741万円			
⑭		透析有り				573万円		615万円				667万円			
⑮		透析なし				7万円		万円				73万円			
7	①	介護	介護給付費			2億3828万円		1億3844万円				1億9257万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症			0件 0.0%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			2人	4.8%	0人	0.0%			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	

[illegible]

【参考文献】
心臓病ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能と動脈硬化的評価に関するガイドライン、エビデンスに基づくSD診療ガイドライン2013、糖尿病出血性ガイドライン、血管内皮機能の検査（日本循環器学会）

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ S T 変化	⑤	重症化予防対象者			
		☐ その他所見					
② 問診	☐ 自覚症状なし ☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 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」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤	重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 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」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	□nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	□AST	～30	31～50		51～		
	□血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～				
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
□血压	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
□C K D重症度分類		G3aA1～					
⑤ その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24						

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

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
						過去5年間のうち直近						血圧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	メタボ判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿糖	H24			H25			H26			H27			H28																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
										治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧	治療の有無	収縮期血圧	拡張期血圧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	番号	番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

心房細動管理台帳

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

平成29年度に向けての全体評価

[illegible]

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

[illegible]