

第 2 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第 3 期特定健診等実施計画

平成 30 年 3 月 遠軽町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

- 1.背景・目的
- 2.計画の位置付け
- 3.計画期間
- 4.関係者が果たすべき役割と連携
- 5.保険者努力支援制度

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の 明確化 7

- 1.第 1 期計画に係る評価及び考察
- 2.第 2 期計画における健康課題の明確化
- 3.目標の設定

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 19

- 1.第 3 期特定健診等実施計画について
- 2.目標値の設定
- 3.対象者の見込み
- 4.特定健診の実施
- 5.特定保健指導の実施
- 6.個人情報の保護
- 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 28

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	47
-------------------	----

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
------	----

参考資料 1 様式 6－1 国・道・同規模平均と比べてみた遠軽町の位置

参考資料 2 高血圧重症化予防のためにレセプトと健診データの突合
糖尿病重症化予防のために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 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 疾病の発生状況の経年変化

参考資料 11 平成 30 年度に向けての全体評価

参考資料 12 平成 28 年の実践評価を踏まえ、平成 29 年度の取組と課題整理

参考資料 13 CKD 重症度分類 対象抽出基準

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（以下「保険者等」という。）及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」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度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して 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。

遠軽町においては、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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

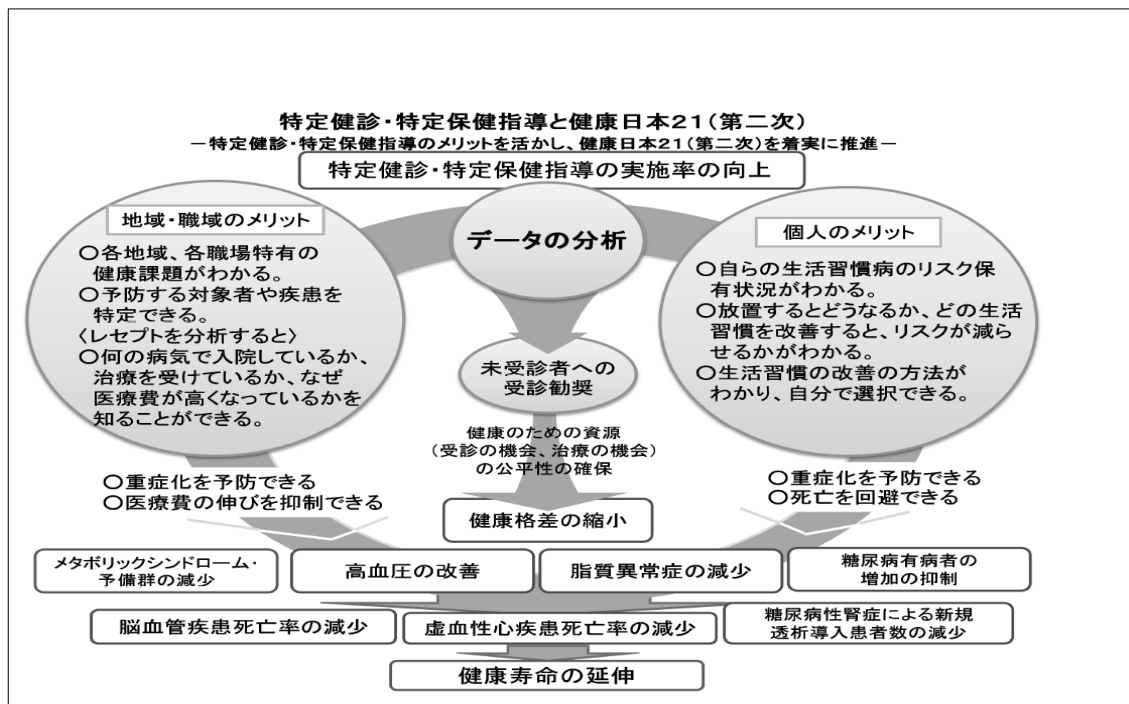
【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

2017.10.10
金城

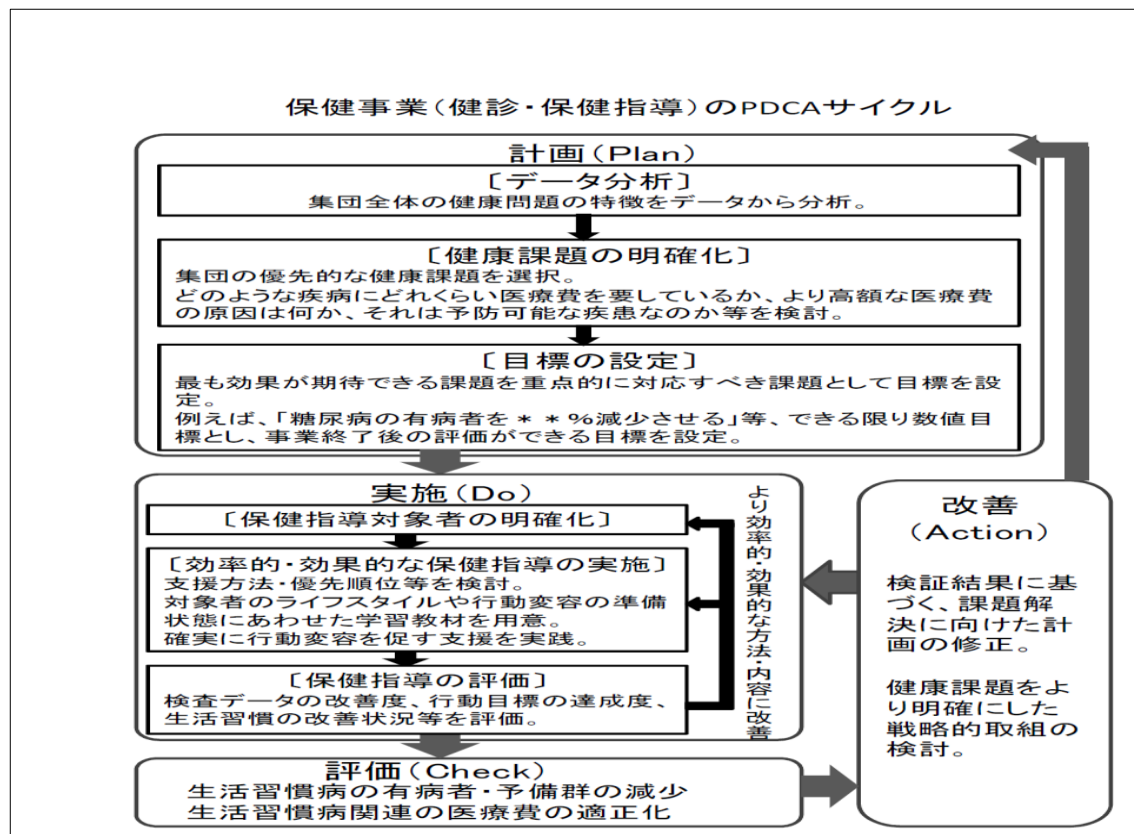
		※ 健康増進法第21条 又は 健康保険法、国民健康保険法、高齢者保健推進法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			14 「医療費適正化計画」	14 「医療計画」
	3 「健康日本21」計画	6 「特定健康診査等実施計画」	10 「データヘルス計画」	14 「介護保険事業（支援）計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施計画）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年3月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な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29年3月 「国民健康保険法」に基づく「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年3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 保険局 平成29年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 厚労局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防と並行して、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活能力が向上するものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸が期待される。生活習慣病の予防と並行して、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活能力が向上するものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣病の発症予防と並行して、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活能力が向上するものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは重症化の防止と理念としている。	国民健康保険法に基づき、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増加しないようについて、医療費の適正化を図ることを目指す。医療費の適正化を図ることは、医療費の適正化を図ることを目指す。医療費の適正化を図ることを目指す。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療機関の連携を実現し、良質な医療提供体制の構築を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 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 若年性認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳疾患、脊髄神経障害 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	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 特定健診に関連する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ③合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ④合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑤合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑥合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑦合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑧合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑨合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑩合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑪合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑫合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑬合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑭合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑮合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑯合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑰合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑱合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑲合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ⑳合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉑合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉒合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉓合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉔合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉕合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉖合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉗合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉘合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉙合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉚合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉛合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉜合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉝合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉞合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㉟合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊱合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊲合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊳合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊴合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊵合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊶合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊷合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊸合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊹合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊺合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊻合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊼合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊽合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊾合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ㊿合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数）	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況（生活習慣の改善率等） ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付の適正化	①医療費適正化の取組 外資 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドローム・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入居 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 （地域の状況に応じて設定）
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度】を減額し、保険料率決定	保健事業支援・評価委員会（事務局：国民健康保険法）による計画作成支援	保険者協議会（事務局：国民健康保険法）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、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) 実施主体関係部の役割

遠軽町においては、保健福祉課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。特に住民生活課の国保担当とも連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、国保担当（住民生活課）、福祉担当（生活保護担当部門・保健福祉課）、保健予防担当、介護保険担当（いずれも保健福祉課）、企画担当（企画課）、財政担当（財政課）、商工振興担当（商工観光課）とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

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

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うために

は、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

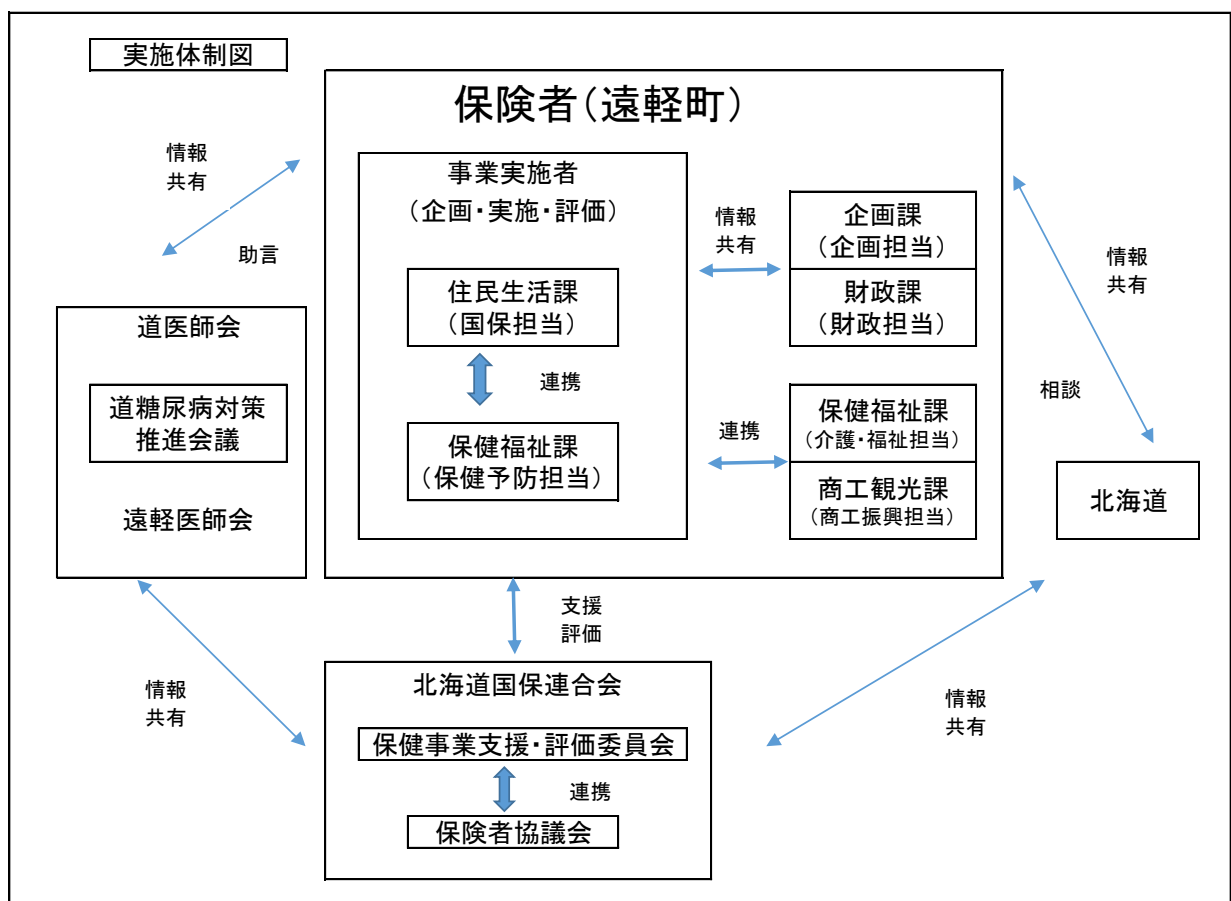
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、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。

遠軽町の実施体制

【図表4】



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）

保険者努力支援制度

【図表5】

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)		250			
総得点(体制構築加点含む)		216			
全国順位(1741市町村中)		607			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	0			50
共通②	がん検診受診率	0			30
	歯周病疾患(病)検診の実施	10			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			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
	個人インセンティブ	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の使用割合	0			35
	後発医薬品の促進	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
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	6			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	30

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）の割合は減少していたが、死因別に心臓病・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加し、特に、心臓病・糖尿病による死亡は同規模平均や国・北海道より高い状況であった。

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やや上昇し、40～64歳の2号認定率は大きな変化はないが、介護給付費はやや増加している。

また、医療費に占める入院費用の割合はやや減少し、外来費用割合はやや増加している。医療機関受診率は同規模平均や国・北海道より高く、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。特定健診受診率は、通院者の情報提供等により大きく増加した。医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は今後も重要となる。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況

遠軽町の介護保険認定率は、平成25年度同様1・2号被保険者とも同規模平均・北海道・国によりも低い。要介護認定者の有病状況は、脳疾患の割合（31%）が平成25年度より減少となったが、同規模平均・北海道・国と比べても高く、1件当たりの介護給付費（63,775円）も多い。しかし、平成25年度と比較すると1件当たりの給付費は減少となったが、施設サービスはやや増加している。また、居宅サービス・施設サービスは同規模平均より低い、1件当たりの給付費が同規模平均よりやや高く、介護認定者の増加や施設入所者数の増加等により介護給付費が増加したと考える。（図表6）

【図表6】

介護給付費の変化

年度	遠軽町				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	14億900万円	64,529	39,516	274,581	65,198	41,559	283,053
H28	15億4700万円	63,775	39,140	276,637	62,901	40,734	277,659

②医療費の状況

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遠軽町は入院費用の伸び率をほぼ抑制できていることがわかった。平成25年度と比較すると、総医療費は減少しているが、一人当たりの医療費はやや増加している。(図表7)

【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(円)	H25	18億0924万円				8億4720万円				9億6182万円			
	H28	16億6359万円	△1億4565万円	-8.05		7億6076万円	△8644万円	-10.2		9億0282万円	△5900万円	-6.13	
2. 一人当たり医療費(円)	H25	26,644				12,476				14,168			
	H28	27,746	1,102	4.1	8.6	12,688	212	1.7	8.0	15,058	890	6.3	9.0

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(透析)に係る医療費計は減少し、疾患別にみると虚血性心疾患に係る医療費割合も減少しているが、脳血管疾患や慢性腎不全(透析)に係る医療費割合は増加している。特に脳血管疾患の患者割合は、減少しているが医療費割合は増加している。

中長期目標疾患の原因となる糖尿病・高血圧・脂質異常(短期目標疾患)に係る医療費割合は、同規模平均や北海道・国より低い。(図表8)

【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	一人当たりの医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
				金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質異常症
					同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
	H25	遠軽町	18億9245万円	26,644	28位	84位	6.0	0.5	5.0	6.1	5.9	6.7	2.7	4億7172万円	24.9	27.1	13.2	14.1
	H28		16億6359万円	27,746	41位	90位	6.6	0.2	7.3	4.4	5.4	5.4	3.0	4億0045万円	24.1	28.2	16.6	12.2
H28	同規模		25,610			9.3	0.6	4.1	3.8	10.1	8.8	5.4			25.2	16.6	15.5	
	北海道		27,780	-	-	6.5	0.5	4.3	4.3	9.2	7.9	4.6			28.5	17.2	16.3	
	国		24,250			9.7	0.6	4.0	1.0	9.7	8.6	5.3			25.6	16.9	15.2	

医療費資源疾患(調剤含む)による分類結果

※「最大医療費傷病名」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

中長期目標疾患である虚血性心疾患の患者数割合は減少し、そのうち脳血管疾患・糖尿病の患者割合も減少している。

また同じ中長期目標疾患である脳血管疾患の患者数割合もやや減少し、そのうち虚血性心疾患・人工透析・高血圧・糖尿病・脂質異常症の患者割合も減少している。特に64歳以下の高血圧・糖尿病・脂質異常症の患者割合が減少することで、中長期目標疾患である虚血性心疾患と脳血管疾患の64歳以下の患者割合も減少となっている。

中長期目標疾患である人工透析の患者割合はほぼ横ばい状態で、大きな変化はみられなかった。しかし、中長期目標の虚血性心疾患・脳血管疾患は減少し重症化の予防につながっていると考える。(図表9)

【図表9】

厚生省様式 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	
					人数	割合	人数	割合						
	被保険者	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	4,758	309	6.5	88	28.5	5	1.6	267	86.4	147	47.6	208	67.3
	64歳以下	2,169	70	3.2	20	0.9	5	0.2	60	2.8	36	1.7	43	2.0
	65歳以上	2,589	239	9.2	68	28.5	0	0.0	207	86.6	111	46.4	165	69.0
H28	全体	4,373	216	4.9	52	24.1	5	2.3	186	86.1	93	43.1	150	69.4
	64歳以下	1,807	43	2.4	7	0.4	5	0.3	34	1.9	18	1.0	25	1.4
	65歳以上	2,566	173	6.7	45	26.0	0	0.0	152	87.9	75	43.4	125	72.3

厚生省様式 様式3-5			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	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	4,758	295	6.2	88	29.8	2	0.7	219	74.2	125	42.4	182	61.7
	64歳以下	2,169	66	3.0	20	0.9	2	0.1	48	2.2	25	1.2	35	1.6
	65歳以上	2,589	229	8.8	68	29.7	0	0.0	171	74.7	100	43.7	147	64.2
H28	全体	4,373	256	5.9	52	20.3	1	0.4	172	67.2	102	39.8	152	59.4
	64歳以下	1,807	35	1.9	7	0.4	1	0.1	25	1.4	9	0.5	20	1.1
	65歳以上	2,566	221	8.6	45	20.4	0	0.0	147	66.5	93	42.1	132	59.7

厚生省様式 様式3-5			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	
					人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,758	10	0.2	2	20.0	5	50.0	9	90.0	4	40.0	5	50.0
	64歳以下	2,169	8	0.4	2	0.1	5	0.2	7	0.3	4	0.2	5	0.2
	65歳以上	2,589	2	0.1	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0
H28	全体	4,373	11	0.3	1	9.1	5	45.5	11	100.0	5	45.5	5	45.5
	64歳以下	1,807	10	0.6	1	0.1	5	0.3	10	0.6	5	0.3	4	0.2
	65歳以上	2,566	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)

基礎疾患の治療状況を見ると、糖尿病、高血圧、脂質異常の治療者とも割合が増加している。その治療者の中において、インスリン療法や心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期に受診することで重症化が予防できたと思われる。一方で透析者は若干増加していた。(図表10)

【図表10】

厚生省様式 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	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	6,012	709	11.8	52	7.3	472	66.6	465	65.6	147	20.7	125	17.6	4	0.6	46	6.5
	64歳以下	3,423	245	7.2	20	8.2	139	56.7	151	61.6	36	14.7	25	10.2	4	1.6	17	6.9
	65歳以上	2,589	464	17.9	32	6.9	333	71.8	314	67.7	111	23.9	100	21.6	0	0	29	6.3
H28	全体	5,272	636	12.1	36	5.7	405	63.7	402	63.2	99	15.6	97	15.3	6	0.9	30	4.7
	64歳以下	2,734	185	6.8	14	7.6	100	54.1	95	51.4	24	13.0	16	8.6	6	3.2	10	5.4
	65歳以上	2,538	451	17.8	22	4.9	305.0	67.6	307.0	68.1	75.0	16.6	81.0	18.0	0.0	0.0	20.0	4.4

厚生省様式 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	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	6,012	1209	20.1	472	39.0	686	56.7	267	22.1	219	18.1	9	0.7		
	64歳以下	3,423	347	10.1	139	40.1	174	50.1	60	17.3	48	13.8	7	2.0		
	65歳以上	2,589	862	33.3	333	38.6	512	59.4	207	24.0	171	19.8	2	0.2		
H28	全体	5,272	1089	20.7	405	37.2	641	58.9	207	19.0	161	14.3	11	1.0		
	64歳以下	2,734	274	10.0	100	36.5	128	46.7	41	15.0	29	10.6	10	3.6		
	65歳以上	2,538	815	32.1	305	37.4	513	62.9	166	20.4	132.0	16.2	1	0.1		

厚生省様式 様式3-4			短期的な目標							中長期的な目標					
			脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者	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	6,012	950	15.8	465	48.9	686	72.2	208	21.9	182	19.2	5	0.5	
	64歳以下	3,423	288	8.4	151	52.4	174	60.4	43	14.9	35	12.2	5	1.7	
	65歳以上	2,589	662	25.6	314	47.4	512	77.3	165	24.9	147	22.2	0	0.0	
H28	全体	5,272	907	17.2	402	44.3	641	70.7	164	18.1	139	15.3	5	0.6	
	64歳以下	2,734	212	7.8	95	44.8	128	60.4	27	12.7	16	7.5	4	1.9	
	65歳以上	2,538	695	27.4	307	44.2	513	73.8	137	19.7	123	17.7	1	0.1	

②リスクの健診結果経年変化

有所見者の割合をみると男女とも BMI が減少しているにも関わらず、腹囲が増加、メタボリックシンドローム予備群・該当者も増加していた。血圧の有所見割合の増加や HbA1c の割合が増加していた。これは、通院者の情報提供が増えたことや高齢化が進んでいることが増えた要因と考えられる。また、内臓脂肪の蓄積により、血圧や血糖に影響を与えていると思われる。(図表 11)

【図表 11】

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6-2～6-7)

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
男性	合計	248	36.7	343	49.4	165	23.8	162	23.3	58	8.4	233	44.1	360	57.7	99	14.4	366	52.7	168	24.2	297	42.8		
	H25 40-64	92	40.9	115	51.1	59	26.2	63	28.0	17	7.6	67	36.8	109	50.7	34	15.2	94	41.8	67	29.8	104	46.2		
	65-74	156	33.3	228	48.6	106	22.6	99	21.1	41	8.7	166	48.0	251	61.4	65	14.0	272	58.0	101	21.5	193	41.2		
女性	合計	288	35.7	478	59.3	231	28.7	175	21.7	82	10.2	240	29.8	473	58.7	159	19.7	449	55.7	227	28.2	324	40.2	20	2.5
	H25 40-64	87	39.7	133	60.7	69	31.5	59	26.9	25	11.4	61	27.9	111	50.7	56	25.6	95	43.4	70	32.0	93	42.5	2	0.9
	65-74	201	34.2	345	58.8	162	27.6	116	19.8	57	9.7	179	30.5	362	61.7	103	17.5	354	60.3	157	26.7	231	39.4	18	3.1

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
男性	合計	298	30.4	210	21.4	174	17.7	123	12.5	31	3.2	229	28.6	438	54.3	24	2.5	458	46.7	143	14.6	504	51.4		
	H25 40-64	90	26.8	56	16.7	54	16.1	50	14.9	9	2.7	60	21.2	144	47.2	7	2.1	124	36.9	58	17.3	176	52.4		
	65-74	208	32.2	154	23.9	120	18.6	73	11.3	22	3.4	169	32.6	294	58.7	17	2.7	334	51.8	85	13.2	328	50.9		
女性	合計	318	29.4	260	24.0	196	18.1	159	14.7	29	2.7	212	19.6	598	55.3	41	3.8	543	50.2	204	18.9	523	48.3	5	0.5
	H25 40-64	73	25.2	56	19.3	44	15.2	43	14.8	3	1.0	42	14.5	127	43.8	10	3.4	104	35.9	55	19.0	143	49.3	1	0.3
	65-74	245	30.9	204	25.8	152	19.2	116	14.6	26	3.3	170	21.5	471	59.5	31	3.9	439	55.4	149	18.8	380	48.0	4	0.5

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)

性別		年齢別・予備群の比率（厚生労働省様式 0）																					
		健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者						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			
男性		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	694	38.4	31	4.5	94	13.5	6	0.9	72	10.4	16	2.3	218	31.4	48	6.9	9	1.3	84	12.1	77	11.1
	40-64	225	29.6	18	8.0	33	14.7	4	1.8	21	9.3	8	3.6	64	28.4	13	5.8	3	1.3	24	10.7	24	10.7
	65-74	469	44.8	13	2.8	61	13.0	2	0.4	51	10.9	8	1.7	154	32.8	35	7.5	6	1.3	60	12.8	53	11.3
H28	合計	806	50.9	46	5.7	149	18.5	11	1.4	98	12.2	40	5.0	283	35.1	51	6.3	12	1.5	122	15.1	98	12.2
	40-64	219	38.3	22	10.0	56	25.6	2	0.9	30	13.7	24	11.0	55	25.1	8	3.7	1	0.5	29	13.2	17	7.8
	65-74	587	58.1	24	4.1	93	15.8	9	1.5	68	11.6	16	2.7	228	38.8	43	7.3	11	1.9	93	15.8	81	13.8

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者						血糖+血圧						血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
								高血糖		高血圧		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	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	981	43.3	10	1.0	54	5.5	4	0.4	39	4.0	11	1.1	146	14.9	14	1.4	9	0.9	66	6.7	57	5.8						
	40-64	336	38.0	8	2.4	17	5.1	0	0.0	10	3.0	7	2.1	31	9.2	4	1.2	4	1.2	10	3.0	13	3.9						
	65-74	645	46.7	2	0.3	37	5.7	4	0.6	29	4.5	4	0.6	115	17.8	10	1.6	5	0.8	56	8.7	44	6.8						
H28	合計	1082	55.5	19	1.8	67	6.2	4	0.4	52	4.8	11	1.0	174	16.1	15	1.4	10	0.9	82	7.6	67	6.2						
	40-64	290	43.7	12	4.1	22	7.6	1	0.3	15	5.2	6	2.1	22	7.6	3	1.0	1	0.3	8	2.8	10	3.4						
	65-74	792	61.7	7	0.9	45	5.7	3	0.4	37	4.7	5	0.6	152	19.2	12	1.5	9	1.1	74	9.3	57	7.2						

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率や特定保健指導率ともに増加しているが、特定健診受診率においては、目標の60%には届いていない。また、受診勧奨者割合は減少しており、これは、特定保健指導率が増えていることから減少につながったと思われる。(図表12)

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者割合	
	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	遠軽町	同規模平均
H25	3,988	1,675	42.0	40	142	109	76.8	61.9	56.6
H28	3,531	1,888	53.5	17	215	196	91.2	59.5	56.6

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、外来受診率が増加し入院医療費の抑制につながったと思われる。

しかし、介護認定率、脳血管疾患にかかる医療費や慢性腎不全における透析費用の増加などの課題が見られる。従って、治療につながったが継続した治療ができていないか等重症化予防の視点で医療機関受診後の支援も保険者が取り組む必要がある。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率の向上と重症化予防のための保健指導は取り組むべき大きな課題である。

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

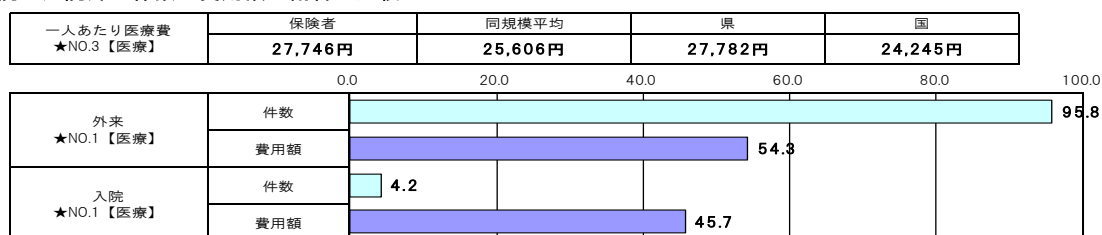
一人あたりの医療費が同規模と比べると2,140円、国と比べると3,501円高く、医療費が高い。また入院と外来においての医療費件数と費用額を比較すると、4.2%の件数で45.7%の費用を占めている。以上のことから疾患が重症化し入院することで医療費が増大することが読み取ることができる。(図表13)

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表13】

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

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患等予防可能な疾患が原因で高額レセプトや長期入院、長期療養が必要となっている。また、高血圧・糖尿病・脂質異常といった基礎疾患の重なりもみられており、およそ50%以上が基礎疾患をもっている。40代から脳血管疾患を原因とした高額レセプトもあり、早期に介入していくことが必要となる。(図表14)

【図表14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （100万円以上レセ）	人数	112人		13人		10人		37人		60人	
				11.6%	8.9%	33.0%		53.6%				
		件数	167件		19件		11件		53件		84件	
					11.4%		6.6%		31.7%		50.3%	
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%
				40代	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.4%
				50代	3	15.8%	0	0.0%	4	7.5%	6	7.1%
		60代		5	26.3%	3	27.3%	24	45.3%	34	40.5%	
70-74歳	10	52.6%	8	72.7%	25	47.2%	41	48.8%				
費用額	3億0507万円		2582万円		2370万円		8465万円		1億7089万円			
		8.5%		7.8%		27.7%		56.0%				

*最大医療資源傷病名（主病）で計上

*疾患別（脳・心・がん・その他）の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体	精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	人数	45人	25人		11人		5人	
				55.6%		24.4%		11.1%	
		件数	326件	206件		43件		25件	
				63.2%		13.2%		7.7%	
		費用額	1億3911万円	7595万円		1720万円		932万円	
				54.6%		12.4%		6.7%	

*精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	H28.5 診療分	人数	10人	6人 60.0%	1人 10.0%	5人 50.0%
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	157件	82件 52.2%	16件 10.2%	61件 38.9%
			費用額	6812万円	3466万円 50.9%	842万円 12.4%	2705万円 39.7%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト（H28年5月診療分）		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 重なる 疾患	1,937人	242人		215人		32人	
				12.5%		11.1%		1.7%	
			高血圧	172人		190人		19人	
				71.1%		88.4%		59.4%	
			糖尿病	97人		82人		32人	
				40.1%		38.1%		100.0%	
			脂質 異常症	148人		145人		18人	
				61.2%		67.4%		56.3%	
			高血圧症	糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症	
			1,064人	630人		897人		168人	
			54.9%	32.5%		46.3%		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

要介護認定者の医療費の比較では2倍以上の差がみられている。疾患を発症、重症化することで医療費が増大している。

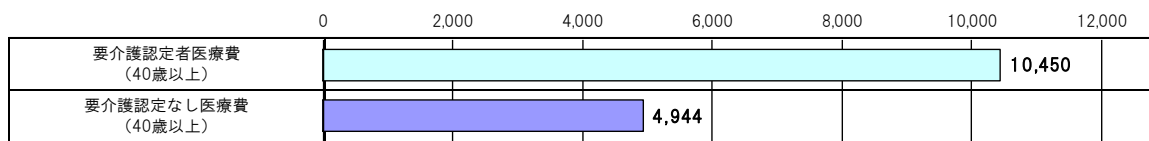
2号認定者では血管疾患の有病率が92.9%と高い値である。また、1号認定者においても血管疾患の有病率が90%以上となっており高い値である。

以上のことから、介護を要する原因となった疾患を引き起こす前に基礎疾患のコントロール、そして基礎疾患を発症させないような取組が重要となる。(図表15)

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】

【図表15】



何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分			2号		1号						合計		
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数			7,387人		3,287人		3,659人		6,946人		14,333人		
	認定者数			23人		99人		1,069人		1,168人		1,191人		
	認定率			0.31%		3.0%		29.2%		16.8%		8.3%		
	新規認定者数（※1）			7人		22人		159人		181人		188人		
	介護度別 人数	要支援1・2			5	21.7%	25	25.3%	260	24.3%	285	24.4%	290	24.3%
		要介護1・2			9	39.1%	42	42.4%	405	37.9%	447	38.3%	456	38.3%
要介護3～5			9	39.1%	32	32.3%	404	37.8%	436	37.3%	445	37.4%		
要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分			2号		1号						合計		
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）			23		99		1,069		1,168		1,191		
	再）国保・後期			14		73		1,002		1,075		1,089		
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	（レセプトの 診断名より 重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	7 50.0%	脳卒中	42 57.5%	脳卒中	492 49.1%	脳卒中	534 49.7%	脳卒中	541 49.7%
				2	虚血性 心疾患	4 28.6%	虚血性 心疾患	26 35.6%	虚血性 心疾患	430 42.9%	虚血性 心疾患	456 42.4%	虚血性 心疾患	460 42.2%
				3	腎不全	2 14.3%	腎不全	7 9.6%	腎不全	80 8.0%	腎不全	87 8.1%	腎不全	89 8.2%
			合併症	4	糖尿病 合併症	1 7.1%	糖尿病 合併症	7 9.6%	糖尿病 合併症	69 6.9%	糖尿病 合併症	76 7.1%	糖尿病 合併症	77 7.1%
		基礎疾患		12		66		923		989		1,001		
		高血圧・糖尿病 脂質異常症		85.7%		90.4%		92.1%		92.0%		91.9%		
		血管疾患 合計		13		70		945		1,015		1,028		
			92.9%		95.9%		94.3%		94.4%		94.4%			
	認知症			0		19		431		450		450		
				0.0%		26.0%		43.0%		41.9%		41.3%		
	筋・骨格疾患			9		62		900		962		971		
				64.3%		84.9%		89.8%		89.5%		89.2%		

*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護認定状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

2) 健診受診者の実態

国、北海道と比較すると男女ともBMIや腹囲の有所見者割合が多い。特に男性40-64歳では中性脂肪・GPT・HDL・尿酸・拡張期血圧、また男女とも65-74歳ではHbA1c・収縮期血圧の有所見者割合が高く、全て内臓脂肪が蓄積することによって起こっていると思われる。（図表16）

またメタボリックシンドロームも遠軽町内の比較ではあるが、40-64歳の男性は腹囲のみまたは1項目のみの予備群が多く、男女とも65-74歳の方が2項目以上のメタボ該当者が多い。（図表17）

【図表16】

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

★N0.23（概票）

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	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
北海道	37,296	36.0	53,280	51.4	29,215	28.2	24,097	23.2	8,354	8.1	30,095	29.0	51,980	50.1	15,185	14.6	52,921	51.1	26,784	25.8	52,216	50.4	1,524	1.5	
遠軽町	合計	288	35.7	478	59.3	231	28.7	175	21.7	82	10.2	240	29.8	473	58.7	159	19.7	449	55.7	227	28.2	324	40.2	20	2.5
	40-64	87	39.7	133	60.7	69	31.5	59	26.9	25	11.4	61	27.9	111	50.7	56	25.6	95	43.4	70	32.0	93	42.5	2	0.9
	65-74	201	34.2	345	58.8	162	27.6	116	19.8	57	9.7	179	30.5	362	61.7	103	17.5	354	60.3	157	26.7	231	39.4	18	3.1

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		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
北海道	33,948	23.3	24,026	16.5	22,761	15.6	14,186	9.7	2,418	1.7	24,244	16.6	68,307	46.8	3,151	2.2	62,958	43.1	22,679	15.5	85,330	58.5	300	0.2	
遠軽町	合計	318	29.4	260	24.0	196	18.1	159	14.7	29	2.7	212	19.6	598	55.3	41	3.8	543	50.2	204	18.9	523	48.3	5	0.5
	40-64	73	25.2	56	19.3	44	15.2	43	14.8	3	1.0	42	14.5	127	43.8	10	3.4	104	35.9	55	19.0	143	49.3	1	0.3
	65-74	245	30.9	204	25.8	152	19.2	116	14.6	26	3.3	170	21.5	471	59.5	31	3.9	439	55.4	149	18.8	380	48.0	4	0.5

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★N0.24（概票）

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
遠軽町	合計	806	50.9	46	5.7%	149	18.5%	11	1.4%	98	12.2%	40	5.0%	283	35.1%	51	6.3%	12	1.5%	122	15.1%	98	12.2%
	40-64	219	38.3	22	10.0%	56	25.6%	2	0.9%	30	13.7%	24	11.0%	55	25.1%	8	3.7%	1	0.5%	29	13.2%	17	7.8%
	65-74	587	58.1	24	4.1%	93	15.8%	9	1.5%	68	11.6%	16	2.7%	228	38.8%	43	7.3%	11	1.9%	93	15.8%	81	13.8%

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
遠軽町	合計	1,082	55.5	19	1.8%	67	6.2%	4	0.4%	52	4.8%	11	1.0%	174	16.1%	15	1.4%	10	0.9%	82	7.6%	67	6.2%
	40-64	290	43.7	12	4.1%	22	7.6%	1	0.3%	15	5.2%	6	2.1%	22	7.6%	3	1.0%	1	0.3%	8	2.8%	10	3.4%
	65-74	792	61.7	7	0.9%	45	5.7%	3	0.4%	37	4.7%	5	0.6%	152	19.2%	12	1.5%	9	1.1%	74	9.3%	57	7.2%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1cは治療中の新規受診者の8.0以上の者が継続受診者よりも多く、また参考資料1より非肥満高血糖者が多いため、体格に関わらず治療中だがコントロールが悪いと思われる。血圧では治療中の新規受診者のⅡ度高血圧や治療なしのⅠ～Ⅲ度高血圧の割合が継続受診者よりも多い。LDLは治療中・治療なしの新規受診者の方が、継続受診者よりも受診勧奨レベルの割合が高い。

全体的に、治療中の新規受診者の方が継続受診者よりもコントロールが不良であり、継続受診者よりも新規受診者の方が値も悪い傾向にある。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較 (H28年度版評価 (あなみ) ツール)



4) 未受診者の把握

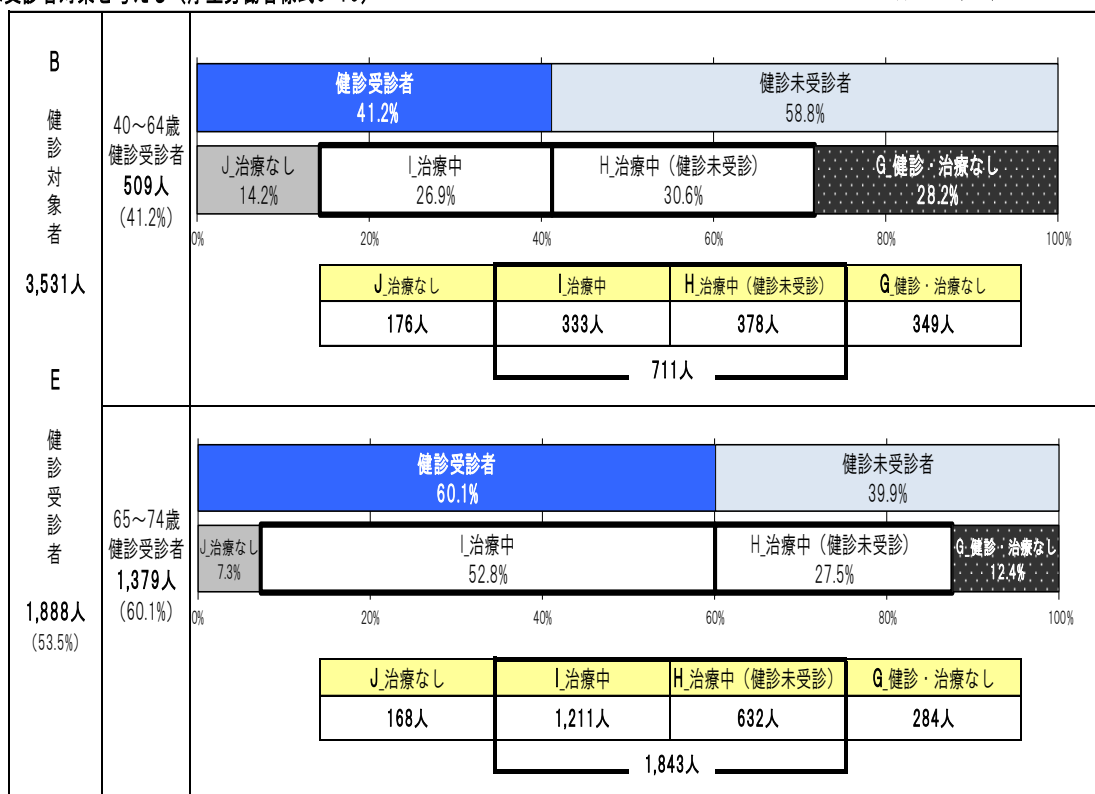
重症化予防に視点をあてた未受診対策をしていく必要がある。そのため、I_治療中の者が重症化しないよう健診を継続受診できるように関わっていき、またH_治療中（健診受診者）の者の重症化予防のためにも健診受診勧奨やデータ受領の徹底を図っていく必要がある。また、40～64歳のG_健診・治療なしの者は約3割もいるが、健診も治療もしておらず実態がわからないため新規の健診受診者の獲得を目指していく。

健診受診者と未受診者の治療費でみても、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。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。（図表19）

【図表19】

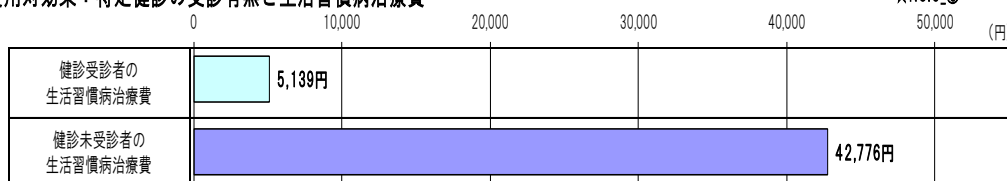
未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

★NO.26 (CSV)



費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療費

★NO.3.⑥



5) 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。平成 35 年度には平成 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。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、一人当たりの医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また重症化予防、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、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し、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ある。その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1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3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診	対象者	3798人	3723人	3648人	3575人	3503人	3434人
	受診者	2279人	2234人	2189人	2145人	2102人	2061人
特定保健指導	対象者	251人	246人	241人	236人	232人	227人
	受診者	201人	197人	193人	189人	1186人	182人

* 実施率11%、指導率は80%で計算

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(遠軽町保健福祉総合センター他各総合支所地域)
- 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) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、集団健診は、旭川がん検診センター、遠軽厚生病院健診センター、結核予防会に委託し、個別健診は町内6か所の医療機関と契約する。

(遠軽厚生病院、みずしま内科クリニック、はやかわクリニック、まるせつ厚生クリニック、生田原診療所、白滝診療所)

(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（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、心電図、眼底検査）を実施する。眼底検査については、実施できる医療機関としている。

(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の請求・支払の代行は、北海道国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(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 22）

【図表 22】

健診案内・実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
春の健診	実施	実施										自治 回覧
通院者データ提供			案内 送付						勧奨 依頼			
通院者訪問				案内 送付	訪問							
個別健診(病院等)		実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
秋の検診				自治 回覧		実施	実施	実施				
その他	クーポン 発送				アンケート はがき送付	クーポン 勧奨						

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、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

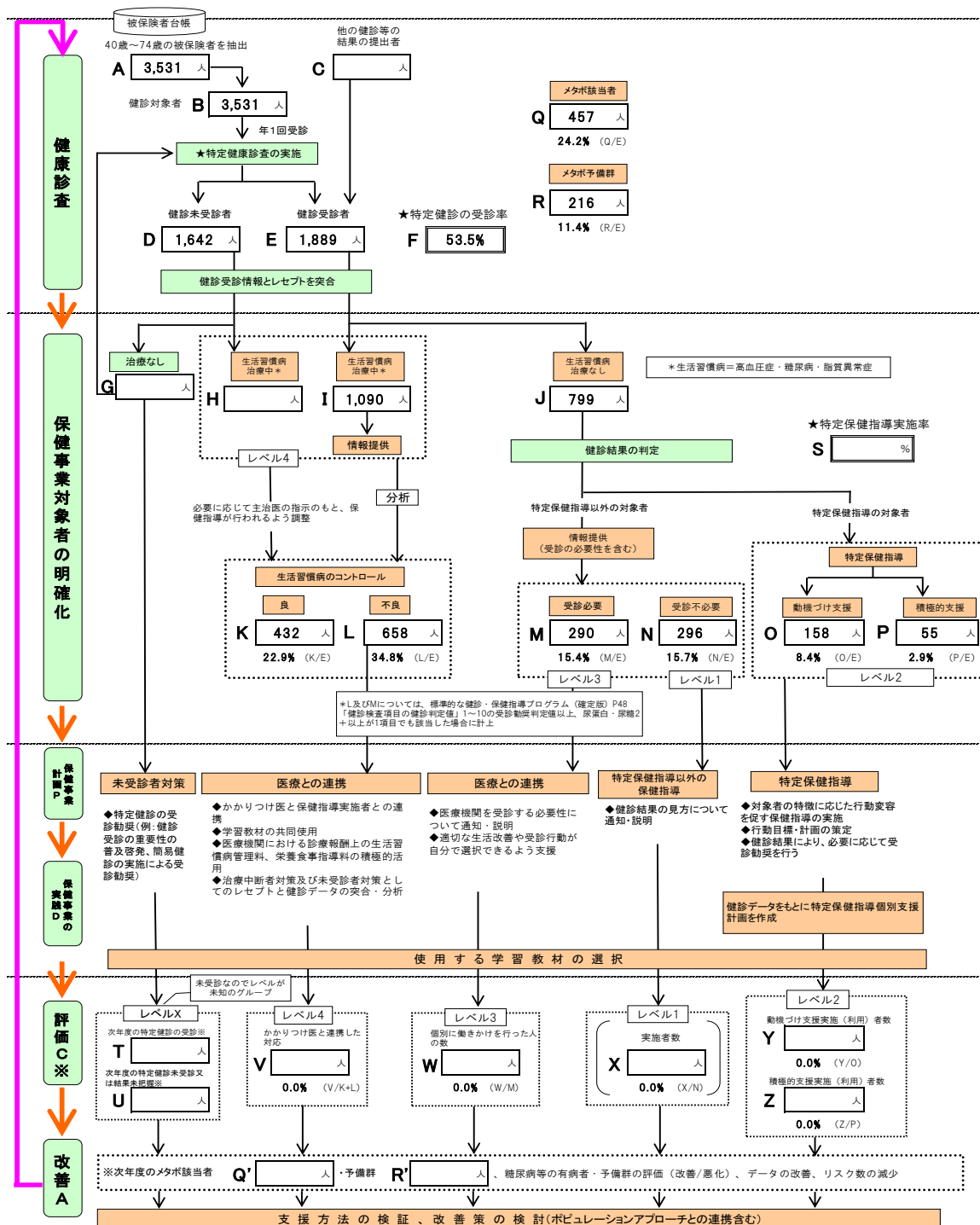
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

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 (平成28年度実績)

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	213 人 (11.3%)	45%
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	290 人 (15.3%)	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）	1,642 人 ※受診率目標達成までにあ と 230 人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	296 人 (15.7%)	%
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	1,090 人 (57.7%)	%

(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P D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】

糖尿等生活習慣病予防のための健診・保健指導実施スケジュール(平成29年度)

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

対象の明確化

平成28年度特定健診受診者 1,889人

生活習慣病いずれか治療中			1090
	生活習慣病コントロール 	良	428
		不良	662
生活習慣病治療なし			799
	情報提供 	受診必要	300
		受診不要	286
	特定保健指導 	動機づけ支援	158
		積極的支援	55

平成28年度
保健指導実施率

92.0%

対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	糖尿病未治療でHbA1c6.5以上	17
	糖尿病治療中でHbA1c7.0以上	112
LDL コレステロール	脂質異常症未治療で、LDLコレステロール180以上 以下①～④いずれかに該当するもの	43
CKD	CKD重症化分類で 区分1 GFR45～60未満	459
	GFR45以下 区分2	57
	GFR60以上だが尿蛋白+以上 区分3	31
	GFR60以上かつ尿蛋白陰性 区分4	1266
高血圧	高血圧未治療でⅢ度以上高血圧 収縮期180mmHg以上か拡張期110mmHg以上	10
	高血圧未治療Ⅱ度高血圧 160～179または100～109mmHg以上	48

課題設定と計画(P)

目標

平成29年度受診率(28年は55%) 60%
平成29年度特定保健指導実施率 45%

未受診者対策・特定健診

取組項目	内容	課題
クーポン券の発行	39-50歳、55歳以上70歳まで5歳きざみ	特に若い世代の受診率が低いため受診率の向上
アンケートはがき発送	2年間未受診者への理由と勧奨案内、申込み	回収率と内容の工夫で受診率アップが望める
病院のデータ提供依頼	町内6カ所の医療機関に通院中の対象者に提供依頼書を送付	データ不足があり十分な回収が得られないことがある
病院のデータ提供依頼(訪問)	保健師等による訪問での病院データ提供を受ける	データ提供の協力が得られない医療機関がある(訪問での提供を実施している)
健康づくり推進委員の勧奨等協力	協力可能な健康づくりブロックでの勧奨協力	行政での勧奨への限界があるため、地域の力を活用する
地区担当による受診勧奨	勧奨の連絡やデータ提供の発送を地区担当で実施する	
健診機会の充実	土日の実施、個別健診での受診機会を作る	

保健指導

基本: 保健指導ノートを活用しての指導

	目的	指導内容
糖尿病	糖尿病の理解 受診勧奨 (治療、継続受診の必要性) 合併症予防	糖尿病連携手帳の活用 継続受診と治療の必要性
高血圧	家庭血圧測定の勧奨 血圧の理解と受診勧奨 (治療、継続受診の必要性)	正しい家庭血圧測定方法と測定の理解 コントロール目標 治療の必要性の理解
CKD	CKDの理解 (原因、値、分類、リスクなど) 必要に応じ専門医の紹介 透析の予防と延伸	重症化分類の確認と自分の位置の理解 リスクコントロール 専門医の紹介 栄養指導の実施(GFR45以下)
LDLコレステロール	受診勧奨 (リスク、目標、必要性)	治療の必要性の理解

* 糖尿病、高血圧、CKD、心房細動の重症化予防台帳を作成
未受診、治療中断、データ把握を実施していく

実践スケジュール（D）

ポピュレーションアプローチ

若年	小児期、妊婦への生活習慣病予防啓発と指導 調理実習（教育委員会依頼） 30-39歳の国保加入者の健診・保健指導実施
全世代	出前講座（自治会、企業等の依頼による） 健康づくり推進委員会 地域学習会の実施 健康まつりでの健康イベント（呼吸機能検査、血流検査等） ウォーキングマップ作成、ウォーキング等イベント 保健予防発「読む健康サプリ」の年3回発行で健康等情報の発信
高齢	老人クラブへの血圧手帳の配布 健康相談と健康教育 65歳以上対象 介護予防教室（運動・栄養他） * 介護担当実施

	未受診者対策	特定健診	保健指導	その他
4月	クーポン券発送	集団健診	個別随時	健診・保健指導率概算算出
5月		集団健診	個別健診	保健計画作成
6月	データ提供発送開始	集団健診		国保保健指導事業申請
7月	通院者提供発送開始	集団健診		
8月	未受診者はがき発送		厚生個別	
9月	クーポン未利用者勧奨	集団健診	センター検診	報告用指導等まとめ
10月	健康づくりブロックによる勧奨	集団健診		
11月		集団健診		
12月	未提供者再依頼		厚生個別	国保保健指導事業報告
1月				
2月				
3月				保健計画作成開始

* 未受診勧奨、保健指導については各地区担当が実施

PR・報告について

- * ホームページ、広報、フェイスブック、チラシ、健康カレンダーでの通年PR
- * 国保運営協議会での事業報告

二次検診の実施（該当者に随時実施）

- 75gGTT、頸部エコー、尿（塩分、Na）
- * 次年度 微量アルブミン尿実施予定

★重症化予防台帳の作成と管理

糖尿病（HbA1c6.5以上）
高血圧（Ⅱ度以上高血圧）
CKD（腎専門医レベル）
心房細動

- * 過去に1度でも上記の診断や値になった場合
継続して、値、通院・内服・治療等の経過を
管理する

★新規透析者の状況把握

★糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進

評価(C)

→

改善(A)

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
国の目標(国保)	65%	65%	65%	60%	60%	60%	60%	60%
遠軽町の目標	33%	37%	40%	40%	45%	50%	55%	60%
遠軽町の実績	27.3%	27.3%	32.6%	42.0%	45.3%	50.0%	53.5%	
全国市町村実績	19.3%	21.7%	23.2%	23.7%	24.4%			

年度	受診者	全体			
		該当者	該当率	実施者	実施率
H23	1,151	176	15.3%	124	70.5%
H24	1,368	163	11.9%	135	73.0%
H25	1,675	142	8.5%	109	76.8%
H26	1,727	168	9.7%	140	83.30%
H27	1,830	184	10.1%	173	94.0%
H28	1,889	213	11.3%	196	92.0%

年度	受診者	積極的支援				動機づけ支援			
		該当者	該当率	実施者	実施率	該当者	該当率	実施者	実施率
H23	1,151	59	5.1%	47	79.7%	117	10.2%	81	69.2%
H24	1,368	48	3.5%	42	79.2%	115	8.4%	93	70.4%
H25	1,675	32	1.9%	29	75.0%	110	6.6%	86	77.3%
H26	1,727	43	2.5%	41	93.0%	125	7.2%	101	80.0%
H27	1,830	44	2.4%	44	100%	140	7.7%	129	92.1%
H28	1,889	55	2.9%	50	90.9%	158	8.4%	146	92.4%

* 実績は法定報告数値

評価指標

対象疾患	評価指標			H27年度受診者のH28年度の変化				
	受診状況	検査値	その他	改善状況			治療状況	
				改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病	○	○	コントロール状況	21.9%	43.3%	13.4%		
LDLコレステロール	○	○	コントロール状況	36.3%	26.4%	11.7%		
CKD	○	○	eGFRの変化	8.9%	81.6%	9.5%		
高血圧	○	○	コントロール状況	37.0%	28.8%	8.1%		

改善 (A)

「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で連携して問題解決に取り組む

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遠軽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、遠軽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)及び遠軽町の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 26 に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO		項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	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 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)		○			□
21		記録、実施件数把握			○		□
22		かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23		レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 保 健 指 導	募集(複数の手段で)		○			□
25		対象者決定		○			□
26		介入開始(初回面接)		○			□
27		継続的支援		○			□
28		カンファレンス、安全管理		○			□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30		記録、実施件数把握			○		□
31	C 評 価 報 告	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	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遠軽町のプログラムに準じ、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(図表 28 のウオキ)
- ③ ハイリスク者
 - ア. 糖尿病性腎症等で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧^{注1)}、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

注1) 糖尿病は高血圧合併が多く、高血圧は腎硬化症のほか、糖尿病性腎症や慢性糸球体腎炎にも合併する。遠軽町の40～74歳における人工透析患者数は12人で、そのうち10人が高血圧を合併している。また、特定健診受診者においてもⅠ度以上高血圧である者が610人(32.3%)、そのうち未治療者(中断も含む)は284人(46.6%)と多いため、糖尿病等と併せ腎症ハイリスク者として重症化予防の対象とする。(参考資料2-①)

(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 27)

【図表 27】

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	

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。
遠軽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(+)と尿蛋白(+)以上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)

さらに、糖尿病性腎症の進行を早期に止めるためには腎機能(eGFR)60 前後の関わりが重要と考え、CKD 重症度分類も併せて対象抽出基準とする。(参考資料 13)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

遠軽町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 70 人(21.1%・F)であった。

また 40～74 歳における糖尿病治療者 1811 人中のうち、特定健診受診者が 262 人(14.5%・G)であったが、6 人(2.3%・キ)は中断(3 か月以上レセプトなし)。6 人のうち死亡・他保険異動は 5 人のため、G の中で糖尿病治療を中断している現在国保加入者は 1 人である。

糖尿病治療者で平成 28 年度特定健診未受診者 766 人(42.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 210 人中 17 人は治療中断(3 か月以上レセプトなし)。17 人のうち 11 人が他保険異動・検査のみのため、オの中で糖尿病治療を中断している現在国保加入者は 6 人であることが分かった。また、193 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より遠軽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)・・・70 人
 - ② 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キのうち糖尿病治療中断)・・・7 人
- ・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】

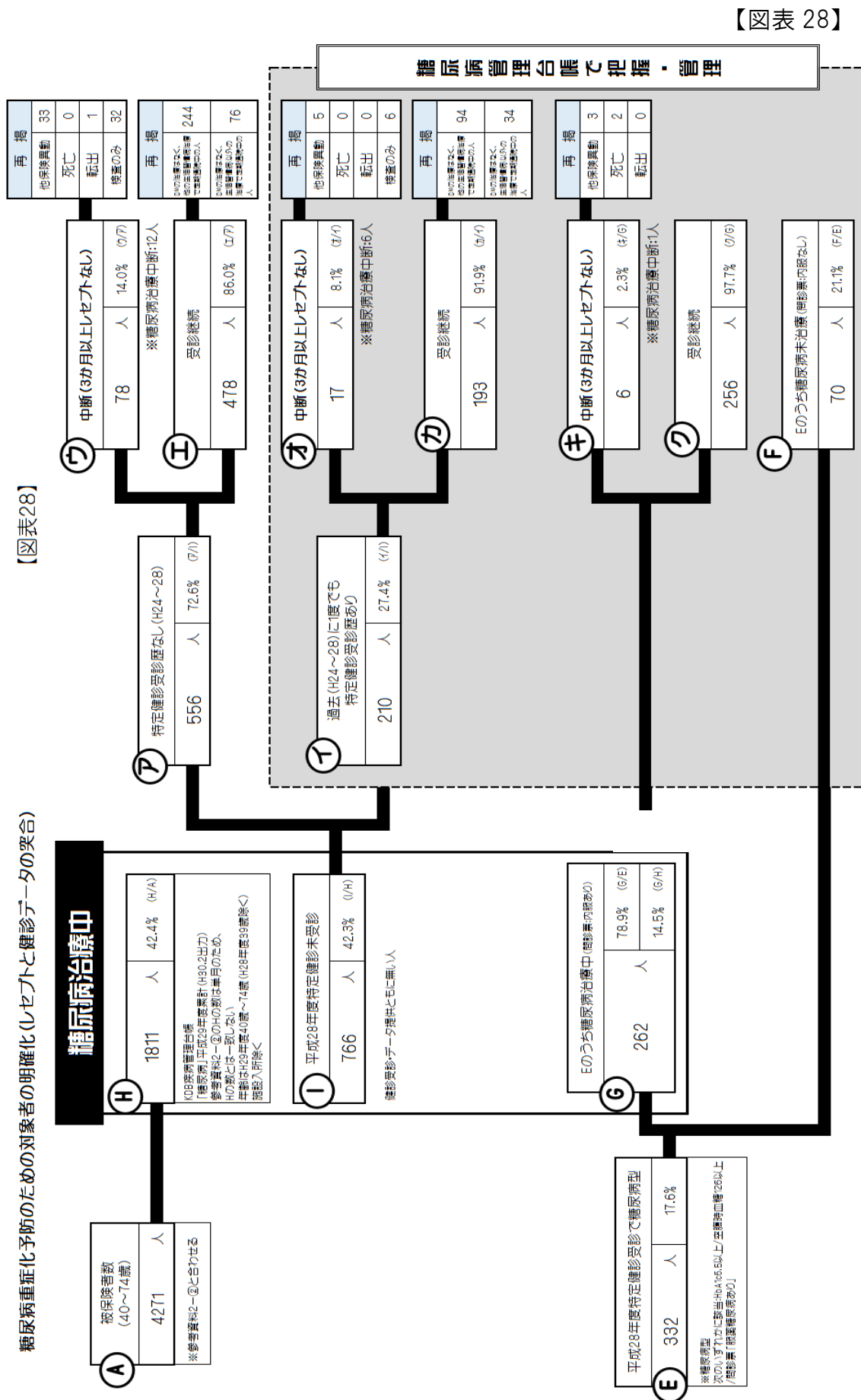
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・256 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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(力)・・・193 人
- ・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

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(しせつと健診データの突合)



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。同時に、高血圧(Ⅱ度以上)台帳、CKD(腎専門医レベル)台帳、心房細動台帳も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。

＊当該年度の健診データのみだけでなく、平成 25 年度以降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

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)
- 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。遠軽町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類、CKD 重症度分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29、参考資料13)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
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毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもと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

(2) 2 次検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、特定健診・30 代健診受診者のうち、尿蛋白定性(-)かつ、①腎機能(eGFR)60 未満、②HbA1c6.5 以上、③高血圧Ⅱ度以上、④メタボ該当者・予備軍のどれか一つでも該当する者に対し、2 次検診として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していく。

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、連携のとれる医師と直接やりとりし受診につなげる。

(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。

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生活支援等の必要が出てきた場合や、ケースや家族をケアマネジャー等として支援する中で健診を受診し健康管理をしていく必要性の周知など、地域包括支援センター等と予防の視点も含め連携していく。

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。

(1) 中長期的評価

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。

(2) 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

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

遠軽町において健診受診者 2,273 人(平成 28 年度全受診者、離脱含む)のうち心電図検査実施者は 1,766 人(77.7%)であり、そのうち ST・虚血所見があったのは 35 人であった(図表 30)。ST・虚血所見あり 35 人中のうち 9 人は要精密検査であったが、その後の受診状況をみると 3 人は健診以前より循環器科の定期通院中であり、4 人は精密検査受診をしていたが、2 人は未受診であった(図表 31)。医療機関未受診者の中に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者もい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。また要精密検査には該当しないが ST・虚血所見ありの 26 人へは、心電図における ST・虚血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。

遠軽町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST・虚血所見あり(c)		その他の所見(d)		異常あり(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	2,273	100	1,766	77.7	35	1.9	84	4.8	1,647	93.3

ST所見ありの医療機関受診状況

ST・虚血所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		【図表 31】	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
35	100	9	3.5	7	77.8	2	22.2

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 以上もしくは拡張期血圧 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 32 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。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度実施 (離脱含む)		受診者	① 心電図検査結果			実施なし
			ST変化・虚血	その他の変化	異常なし	
		2,273	35	84	1,647	507
			1.5%	3.7%	72.5%	22.3%
メタボ該当者		483	9	13	277	184
		21.3%	1.9%	2.7%	57.3%	38.1%
メタボ予備群		242	4	12	179	47
		10.7%	1.7%	5.0%	74.0%	19.4%
メタボなし		1,337	17	47	1,023	250
		58.8%	1.3%	3.5%	76.5%	18.7%
LDL-C	-139	1,006	15	36	745	210
		44.3%	1.5%	3.6%	74.1%	20.9%
	140-159	185	2	7	154	22
		8.1%	1.1%	3.8%	83.2%	11.9%
	160-179	94	0	3	79	12
		4.1%	0.0%	3.2%	84.0%	12.8%
	180-	52	0	1	45	6
		2.3%	0.0%	1.9%	86.5%	11.5%
メタボ判定不能		211	5	12	168	26
		9.2%	2.4%	5.7%	79.6%	12.3%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1～	617	8	23	472	114
		27.1%	1.3%	3.7%	76.5%	18.5%

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 33 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、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。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 33】

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) 二次検診の実施

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「心血管疾患の主要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。

遠軽町は対象者の二次検診において、頸動脈超音波検査と尿中アルブミン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(参考資料3)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。(参考資料 3)

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

糖尿病性腎症重症化予防(P35 に準ずる)と同様に実施していく。

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。

(1) 中長期的評価

中長期的評価表(参考資料 10)を用いて行っていく。また他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(2) 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

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

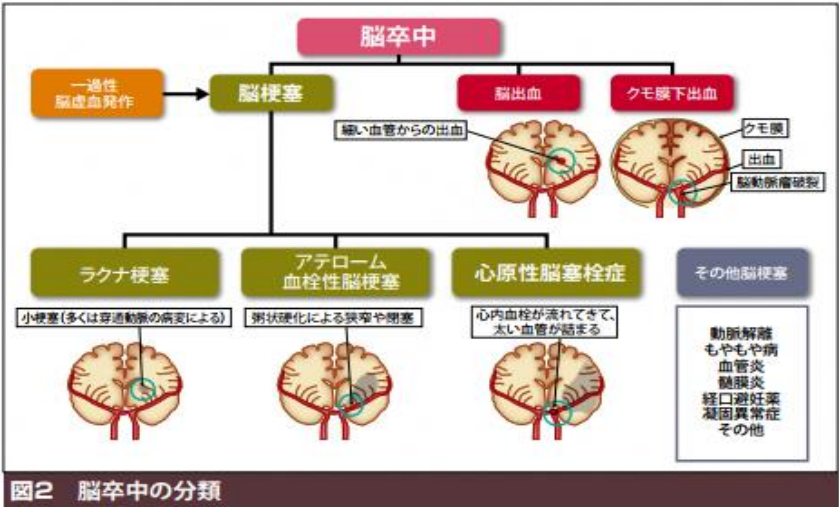
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(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 35】

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 36 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。

平成 28 年度特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○		○			
	アテローム血管性脳梗塞	●		●		●				○		○			
	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		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 6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 1,889人		142人	7.5%	176人	9.3%	63人	3.3%	12人	0.6%	457人	24.2%	29人	1.5%	67人	3.5%
治療なし		72人	6.7%	54人	3.4%	58人	4.5%	4人	0.5%	61人	7.6%	2人	0.3%	11人	1.4%
治療あり		70人	8.6%	122人	47.1%	5人	0.8%	8人	0.7%	396人	36.3%	27人	2.5%	56人	5.2%
臓器障害あり※1		7人	9.7%	8人	14.8%	4人	6.9%	4人	100.0%	4人	6.6%	2人	100.0%	11人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	8人		17人		2人		3人		44人		27人		56人	
	尿蛋白(2+)以上	6人		10人		1人		1人		20人		27人		7人	
	尿蛋白(+)&尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上:40未満)	4人		7人		2人		2人		28人		7人		56人	
	心電図所見あり	2人		3人		0		8人		17人		1人		4人	

※1 臓器障害: 脳心腎疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症)など

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142人(7.5%)おり、治療中が70人(8.6%)、未治療が半数以上の72人(9.6%)いた。治療中でもⅡ度高血圧が改善されずリスクを有する場合は、重症化予防の観点からも医療機関と連携した保健指導が必要である。また、未治療者への受診勧奨はもとより、特に臓器障害の所見がある7人(9.7%)に対しては、早急な受診勧奨が望ましい。

(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る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 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク階層化

【図表 37】

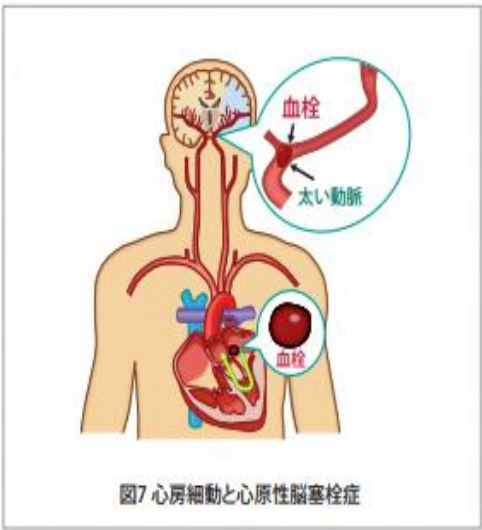
平成 28 年度特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類		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
リスク層 (血圧以外のリスク層)	1,077	254	337	202	212	60	12	9	93	182
		23.6%	31.3%	18.8%	19.7%	5.6%	1.1%	0.8%	8.6%	16.9%
リスク第1層	90	36	35	8	9	2	0	9	2	0
		8.4%	14.2%	4.0%	4.2%	3.3%	0.0%	100.0%	2.2%	0.0%
リスク第2層	498	122	160	91	91	27	7	--	91	34
		46.2%	48.0%	47.5%	42.9%	45.0%	58.3%	--	97.8%	18.7%
リスク第3層	489	96	142	103	112	31	5	--	--	148
		45.4%	37.8%	42.1%	52.8%	51.7%	41.7%	--	--	81.3%
(再掲)重複あり	糖尿病	140	23	35	30	45	6	* リスク第 1 層 予後影響因子なし * リスク第 2 層 糖尿病以外の 1-2 個の危険因子、 3 項目を満たすメタボリックシン ドロームのいずれかがある * リスク第 3 層 糖尿病、慢性腎臓病、臓器障害/心 血管病、4 項目を満たすメタボリ ックシンドローム、3 個以上の危 険因子のいずれかがある		
		28.6%	24.0%	24.6%	29.1%	40.2%	19.4%			
慢性腎臓病 (CKD)	256	62	74	46	54	19	1			
		52.4%	64.6%	52.1%	44.7%	48.2%	61.3%			
3個以上の危険因子	245	36	71	56	56	21	5			
		50.1%	37.5%	50.0%	54.4%	50.0%	67.7%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン 2014 日本高血圧学会

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。直ちに治療が必要な高リスク群①は 182 人(16.9%)、中リスク群②は 93 人(8.6%)、併せると 275 人(25.5%)で全体の約 1/4 を占める。降圧剤治療者を除いているため、未治療者の高リスク群①、中リスク群②に対する早急な受診勧奨が必要である。

(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 38 は平成 28 年度特定健診受診者(離脱を含む)2,237 人のうち心電図検査実施者 1,766 人における心房細動の有所見の状況である。

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	747	1019	11	1.5	4	0.4	—	—
40歳代	54	73	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	71	85	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	272	444	2	0.7	2	0.5	1.9	0.4
70歳代	315	387	8	2.5	1	0.3	3.4	1.1
80歳以上	35	30	1	2.9	1	3.3	—	—

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率

心房細動有所見者の治療の有無 【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療		治療中	
人	%	人	%	人	%
15	0.8	3	20.0	12	80.0

心電図検査において心房細動有所見は 15 人。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加しており、特に 70 歳代男性は 8 人(2.5%)と多かった。日本循環器学会疫学調査と比較すると全年代とも低かったが、健診未受診による潜在的な対象者もいるため、健診受診勧奨による対象者の掘りおこしも必要である。

有所見者 15 人のうち 12 人は既に治療が開始されていたが、3 人は未治療のままである。心房細動は脳梗塞発症のリスクになるため、未然に防ぐためにも継続受診の必要性和医療機関への早急な受診勧奨は重要である。

また、リスクの高い対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査は必要不可欠であり、遠軽町では特定健診と後期高齢者健診での全数実施を導入している。

3) 保健指導の実施

(1) 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い、虚血性心疾患重症化予防(P40 に準ずる)と同様に実施する。

(2) 二次検診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者においても、虚血性心疾患重症化予防(P39 に準ずる)と同様に二次健診を実施する。

(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

虚血性心疾患重症化予防(P40 に準ずる)と同様に実施していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

糖尿病性腎症重症化予防(P35 に準ずる)、虚血性心疾患重症化予防(P41 に準ずる)と同様に実施していく。

6) 評価

(1) 中長期的評価

中長期的評価表(参考資料 10)を用いて行っていく。また他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

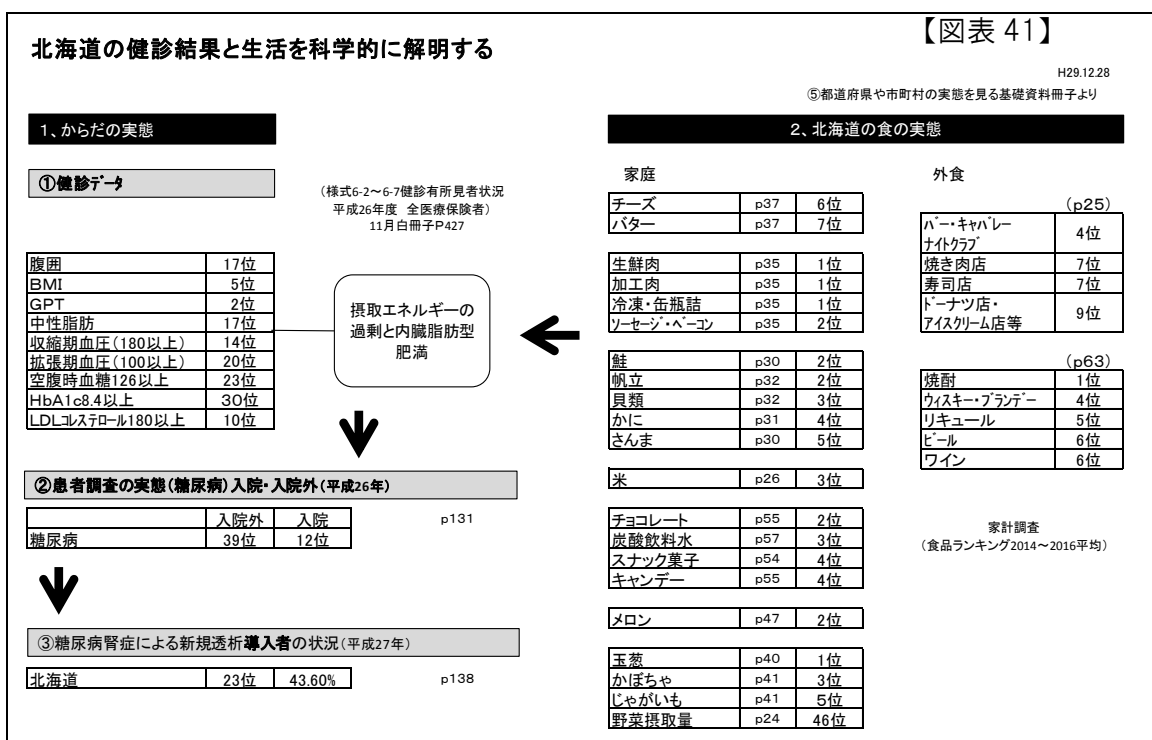
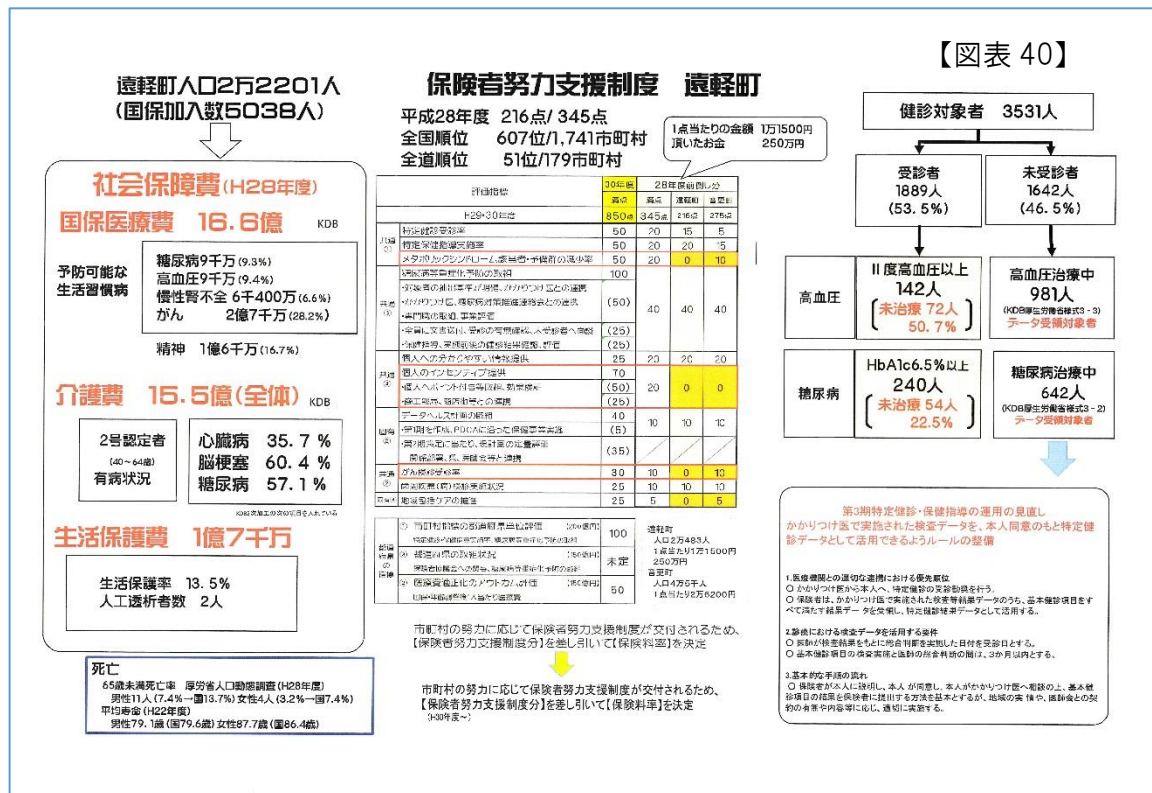
(2) 短期的評価

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

6) 実施期間及びスケジュール

糖尿病重症化予防(P33)、虚血性心疾患重症化予防(P40)に準ずる。

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 40・41)



第5章 地域包括ケアに係る取組

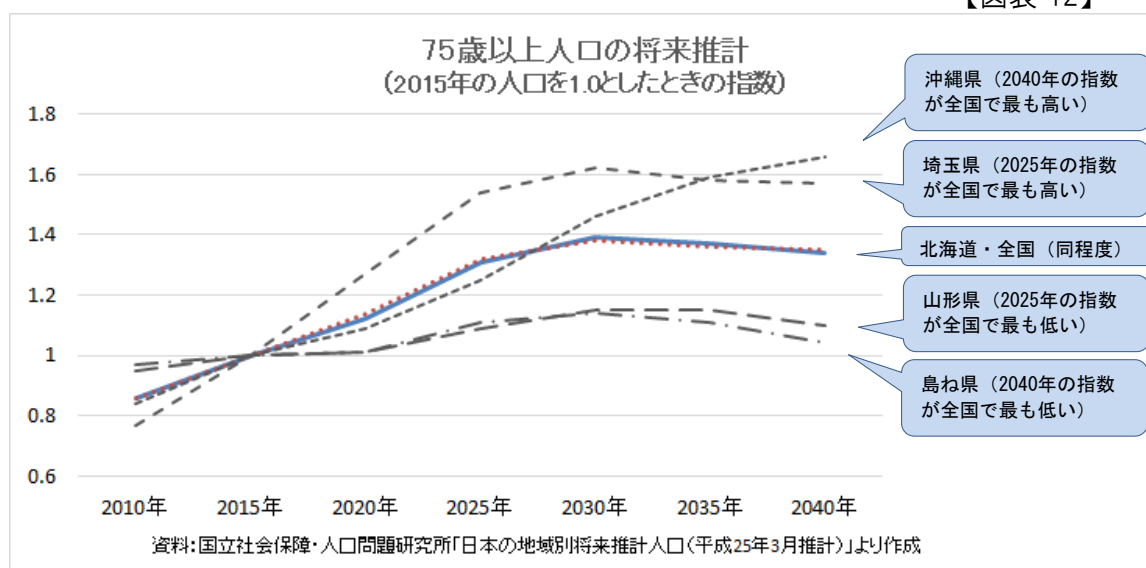
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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 2030 年は 1.39、2040 年が 1.34 と推計されている。(図表 42)

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 42】



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。

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11・12）

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、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定して被保険者、保健医療関係者の理解を促進する。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・道・同規模平均と比べてみた遠軽町の位置
- 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 疾病の発生状況の経年変化
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2
- 参考資料 13 遠軽町 CKD 重症度分類対象抽出基準

様式6-1 国・道・同規模平均と比べてみた遠軽町の位置

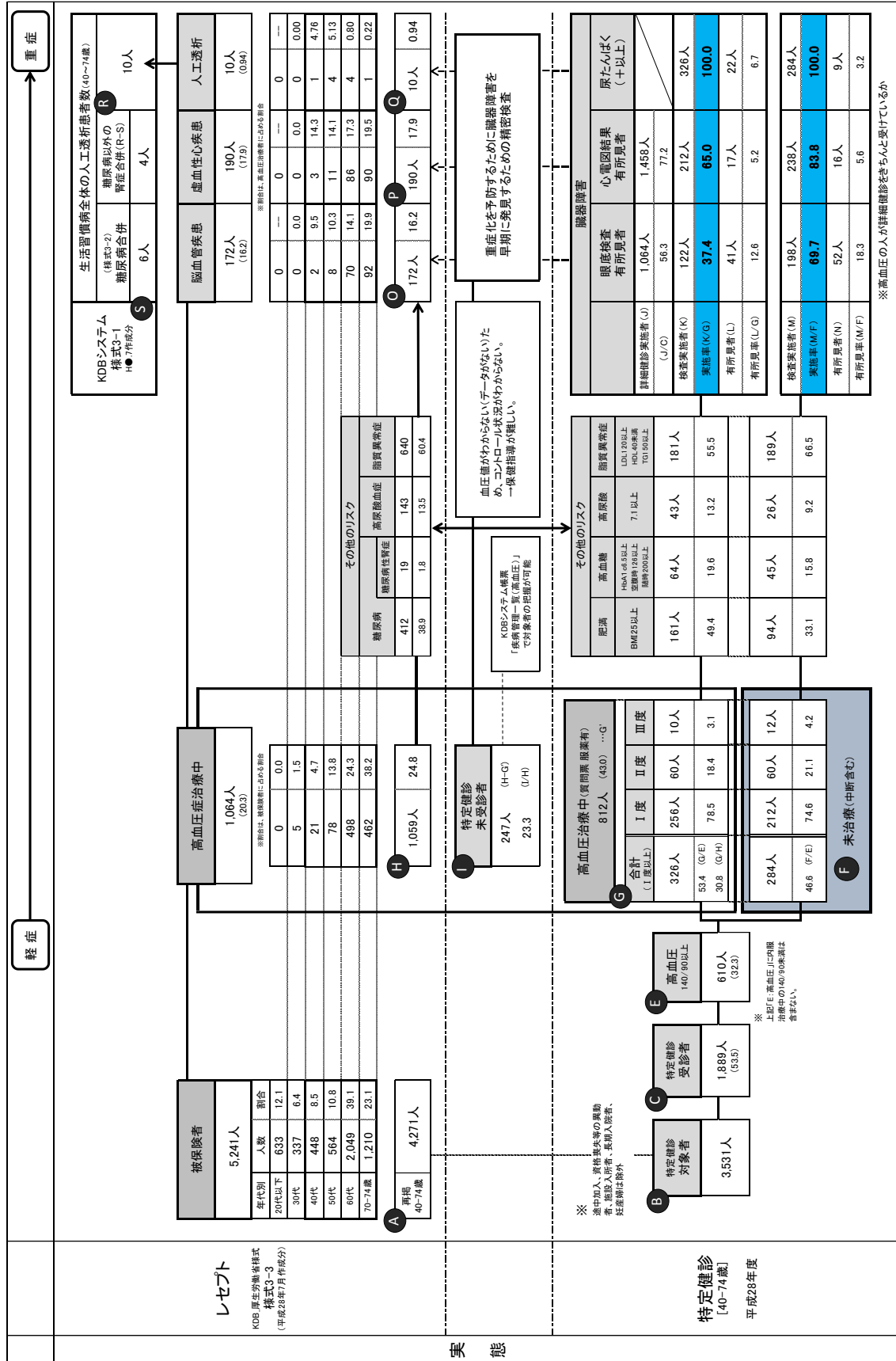
【参考資料1】

項目			H25		H28		H28		H28		読み取り				
			遠軽町		遠軽町		北海道		同規模平均			国			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	22,201		20,757		5,475,176		4,840,962		124,852,975		高齢化が進んでいる H29：35.1% 93位/179道内	
			65歳以上（高齢化率）	6,946	31.3	7,255	35.0	1,356,131	24.8	1,107,232	22.9	29,020,766	23.2		
			75歳以上	3,659	16.5	3,949	19.0	669,235	12.2			13,989,864	11.2		
			65～74歳	3,287	14.8	3,306	15.9	686,896	12.5			15,030,902	12.0		
			40～64歳	7,387	33.3	6,474	31.2	1,932,595	35.3			42,411,922	34.0		
	39歳以下	7,868	35.4	7,028	33.9	2,186,450	39.9			53,420,287	42.8				
	②	産業構成	第1次産業	8.9		8.9		7.7		6.2		4.2		道と比べても1次が多く、2・3次が少ない	
			第2次産業	19.1		19.1		18.1		28.8		25.2			
			第3次産業	71.9		71.9		74.2		65.0		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.1		79.1		79.2		79.7		79.6		男性の平均寿命・健康寿命がやや低い	
			女性	87.7		87.7		86.3		86.5		86.4			
	④	健康寿命	男性	64.9		64.8		64.9		65.4		65.2			
			女性	67.0		67.0		66.5		66.9		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	100.1		94.7		101.0		98.8		100		心臓病・脳疾患・糖尿病が高く、かつ増加している
				女性	95.9		86.4		97.6		98.9		100		
			死因	がん	77	45.8	81	44.8	18,759	51.6	13,676	49.0	367,905	49.6	
				心臓病	38	22.6	53	29.3	9,429	25.9	7,410	26.6	196,768	26.5	
				脳疾患	34	20.2	32	17.7	4,909	13.5	4,436	15.9	114,122	15.4	
				糖尿病	2	1.2	6	3.3	669	1.8	538	1.9	13,658	1.8	
				腎不全	4	2.4	7	3.9	1543	4.2	920	3.3	24,763	3.3	
	自殺	13	7.7	2	1.1	1,080	3.0	924	3.3	24,294	3.3				
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	20	6.9	15	5.5					138,872	10.6	その年により差がある	
			男性	15	10.8	11	7.4					92,103	13.7		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	1,089	15.5	1,168	16.8	315,539	23.0	214,304	19.5	5,885,270	21.2	他と比べ認定率は低いが、上昇している。
				新規認定者	21	0.3	23	0.3	5,299	0.3	3,881	0.3	105,636	0.3	
				2号認定者	24	0.3	23	0.3	7,541	0.4	5,773	0.4	151,813	0.4	
②		有病状況	糖尿病	250	23.8	307	25.2	82,322	25.0	50,726	22.7	1,350,152	22.1	減少傾向ではあるが、脳疾患の有病が高い	
			高血圧症	541	50.6	604	49.7	169,738	51.7	116,656	52.4	3,101,200	50.9		
			脂質異常症	306	27.5	346	28.3	100,963	30.7	62,464	27.9	1,741,866	28.4		
			心臓病	623	57.5	659	55.7	189,496	57.9	132,934	59.8	3,529,682	58.0		
			脳疾患	383	33.9	355	31.2	79,966	24.6	59,484	26.9	1,538,683	25.5		
			がん	115	11.6	129	12.0	38,646	11.6	22,320	9.9	631,950	10.3		
			筋・骨格	523	46.6	566	47.5	168,752	51.4	114,481	51.4	3,067,196	50.3		
			精神	400	37.3	459	37.9	121,460	36.9	80,074	35.8	2,154,214	35.2		
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	64,529		63,775		57,970		62,901		58,284		1件当たりの給付費が高い。施設サービスが高いが、他と同程度。なぜ1件あたりが高いのか	
			居宅サービス	39,516		39,140		38,885		40,734		39,662			
④	医療費等	施設サービス	274,581		276,637		283,121		277,659		281,186		医療費も要介護		
		要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	12,437		10,450		8,974		8,370		7,980			
4	①	国保の状況	認定なし	4,593		4,944		4,605		3,831		3,816		国保加入者の年齢層が高い 加入率も減少傾向	
			被保険者数	5,799		5,038		1,312,938		1,198,062		32,587,866			
			65～74歳	2,580	44.5	2,510	49.8	547,124	41.7			12,461,613	38.2		
			40～64歳	2,032	35.0	1,628	32.3	441,573	33.6			10,946,712	33.6		
	39歳以下	1,187	20.5	900	17.9	324,241	24.7			9,179,541	28.2				
	加入率	26.1		22.7		24.0		25.1		26.9					
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	4	0.7	4	0.8	569	0.4	296	0.2	8,255	0.3	病院数・病床数は多い 外来患者は少なく、入院患者が多い	
			診療所数	8	1.4	9	1.8	3,377	2.6	2,970	2.5	96,727	3.0		
			病床数	651	112.3	651	129.2	96,574	73.6	53,431	44.6	1,524,378	46.8		
			医師数	52	9.0	51	10.1	12,987	9.9	8,940	7.5	299,792	9.2		
			外来患者数	567.9		581.0		646.1		692.6		668.1			
			入院患者数	24.9		25.7		22.9		19.6		18.2			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	26,644	県内84位 同規模28位	27,746	県内90位 同規模41位	27,782		25,606		24,245		一人あたりの医療費は道と同程度だが、同規模・国よりは高い。 4.2%で半分近い医療費を使っている	
受診率			592.866		606.725		668.94		712.241		686.286				
外来費用の割合			53.2		54.3		55.2		59.2		60.1				
件数の割合			95.8		95.8		96.6		97.2		97.4				
入院費用の割合			46.8		45.7		44.8		40.8		39.9				
件数の割合			4.2		4.2		3.4		2.8		2.6				
1件あたり在院日数			16.2日		15.6日		15.8日		15.8日		15.6日				
④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	新生物	289,906,590	27.1	270,430,970	28.0	28.5		25.2		25.6		割合は道と同程度		
		慢性腎不全（透析あり）	64,375,790	6.0	63,694,060	6.6	6.5		9.3		9.7				
		糖尿病	110,211,920	10.3	89,094,770	9.2	9.2		10.1		9.7				
		高血圧症	126,001,570	11.8	90,095,190	9.3	7.9		8.8		8.6				
		精神	141,455,890	13.2	160,071,010	16.6	17.2		16.6		16.9				
		筋・骨疾患	150,883,630	14.1	117,759,160	12.2	16.3		15.5		15.2				

[illegible]

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

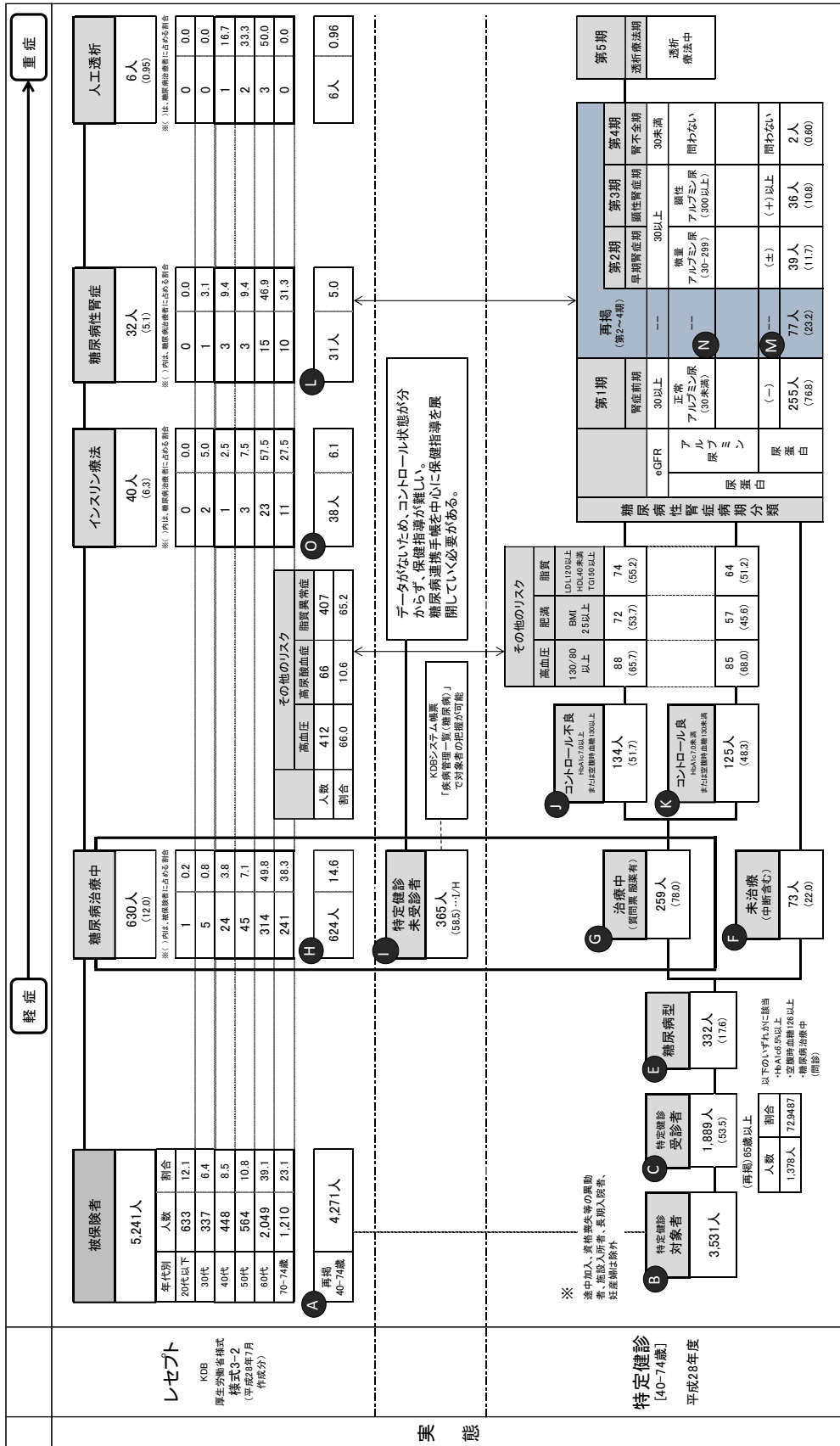
都道府県名	北海道	市町村名	遠軽町	同規模区分	12
-------	-----	------	-----	-------	----



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

都道府県名 北海道 市町村名 遠軽町 同規模区分 12

【参考資料2-②】



実 態

糖尿病管理台帳（永年）

[illegible]

【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

保健指導の優先づけ

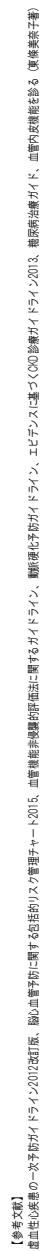
対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携												
糖尿病管理台帳の全数(㉑+㉒) ()人														
㉑ 健診未受診者 ()人	1. 資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力												
<table><tr><td colspan="2">結果把握(内訳)</td></tr><tr><td>① 国保(生保)</td><td>()人</td></tr><tr><td>② 後期高齢者</td><td>()人</td></tr><tr><td>③ 他保険</td><td>()人</td></tr><tr><td>④ 住基異動(死亡・転出)</td><td>()人</td></tr><tr><td>⑤ 確認できず</td><td>()人</td></tr></table>	結果把握(内訳)		① 国保(生保)	()人	② 後期高齢者	()人	③ 他保険	()人	④ 住基異動(死亡・転出)	()人	⑤ 確認できず	()人	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(内訳)														
① 国保(生保)	()人													
② 後期高齢者	()人													
③ 他保険	()人													
④ 住基異動(死亡・転出)	()人													
⑤ 確認できず	()人													
①-1 未治療者(中断者含む) ()人	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												
* 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														
㉒ 結果把握 ()人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続												
① HbA1cが悪化している ()人														
② 尿蛋白 ()人														
(±) ()人														
(+) ~顕性腎症 ()人		栄養士中心												
③ eGFR値の変化														
1年で25%以上低下 ()人														
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人		腎専門医												

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価													
H28年度													
項目			突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
				28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	5,241人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		4,271人									
2	①	対象者数	B	3,531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	C	1,889人									
	③	受診率		53.5%									
3	①	特定 保健指導 対象者数		215人									
	②	実施率		91.2%									
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	332人	17.6%						特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	73人	22.0%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	259人	78.0%							
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	134人	51.7%							
	⑤				血圧 130/80以上	88人	65.7%						
	⑥				肥満 BMI25以上	72人	53.7%						
	⑦				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	125人	48.3%					
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	255人	76.8%							
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		39人	11.7%							
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		36人	10.8%							
	⑪	第4期 eGFR30未満	2人		0.6%								
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		120.2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)		146.1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)	2,732件	(660.2)					4,309件	(785.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④				入院(件数)	22件	(5.3)					28件	
	⑤		糖尿病治療中	H	630人	12.0%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		624人	14.6%							
	⑦		健診未受診者	I	365人	58.5%							
	⑧		インスリン治療	O	40人	6.3%							
	⑨		(再掲)40-74歳		38人	6.1%							
	⑩		糖尿病性腎症	L	32人	5.1%							
	⑪		(再掲)40-74歳		31人	5.0%							
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人	0.95%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑬		(再掲)40-74歳		6人	0.96%							
	⑭		新規透析患者数		2人	33.3%							
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		1人	50%							
	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)		14人	1.4%								
6	①	医療費	総医療費		16億6360万円				23億0569万円		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		9億6522万円				13億0229万円				
	③		(総医療費に占める割合)		58.0%				56.5%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,139円				8,244円				
	⑤			健診未受診者	42,776円				33,045円				
	⑥		糖尿病医療費		8909万円				1億3171万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.2%				10.1%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費		2億8221万円								
	⑨		1件あたり		35,781円								
	⑩		糖尿病入院総医療費		2億0597万円								
	⑪		1件あたり		562,752円								
	⑫		在院日数		18日								
	⑬		慢性腎不全医療費		6594万円				1億2887万円				
	⑭		透析有り		6369万円				1億2093万円				
	⑮	透析なし		224万円				794万円					
7	①	介護	介護給付費		15億1128万円				19億7126万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	1件	7.1%								
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		6人	2.3%				3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

発症予防

重症化予防 (早期発見)

年齢 (経過)



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【参考資料 7】

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 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			⑤ 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～		
	☐ HDL-C	40～	35～39		～34		
	☐ nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	☐ ALT	～30	31～50		51～		
	☐ γ-GT	～50	51～100		101～		
	☐ 血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 ☐ 75 g 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～		
	☐ 血圧	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～	
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
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					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

血圧評価表

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	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28				
										治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期		

心房細動管理台帳

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

【参考資料 10】

表 12) 疾病の発生状況の経年変化(1)

患者数: KDB帳票13「様式3-1生活習慣病全体レセプト分析」

新規患者数: KDB帳票No.40「医療費分析(1)最小分類」

入院医療費: KDB帳票No.44「疾病別医療費分析(細小(82)分類 総点数×10)」

疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

項目	虚血性心疾患								
	患者数 (様式3-5)	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)			
				保険者	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
H25年度	310	20		5054	3754	4,779,140	100.26%	528,150	301.97%
H26年度	267	-43	-13.87%	3888	3561	3,045,010	-36.29%	0	
H27年度	205	-62	-23.22%	2028	3316	897,600	-70.52%	0	
H28年度	215	10	4.88%	2882	3522	3,861,440	330.20%	0	
H29年度	207	-8	-3.72%	3271	3448	2,268,460	-41.25%	0	
H30年度									

毎年5月診療分(KDB 7月作成)

項目	脳血管疾患								
	患者数 (様式3-6)	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)			
				保険者	同規模	脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率
H25年度	299			3971	3331	1,120,230	280.84%	4,597,630	94.13%
H26年度	279	-20	-6.69%	3110	3182	2,299,250	105.25%	340,460	-92.59%
H27年度	259	-20	-7.17%	1623	3047	595,930	-74.08%	4,087,690	1100.64%
H28年度	242	-17	-6.56%	3294	2952	2,867,170	381.13%	4,296,530	5.11%
H29年度	216	-26	-10.74%	3271	2873	6,537,330	128.01%	609,770	-85.81%
H30年度									

毎年5月診療分(KDB 7月作成)

項目	糖尿病性腎症						
	患者数 (様式3-2)	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)	
				保険者	同規模	糖尿病	伸び率
H25年度	50			0.361	0.79	2,097,750	57.80%
H26年度	49	-1	-2.00%	0	0.729	141,050	-93.28%
H27年度	30	-19	-38.78%	0	0.737	623,230	341.85%
H28年度	32	2	6.67%	0.823	0.815	747,850	20.00%
H29年度	30	-2	-6.25%	0.409	0.82	758,670	1.45%
H30年度							

毎年5月診療分(KDB 7月作成)

[illegible]

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

[illegible]

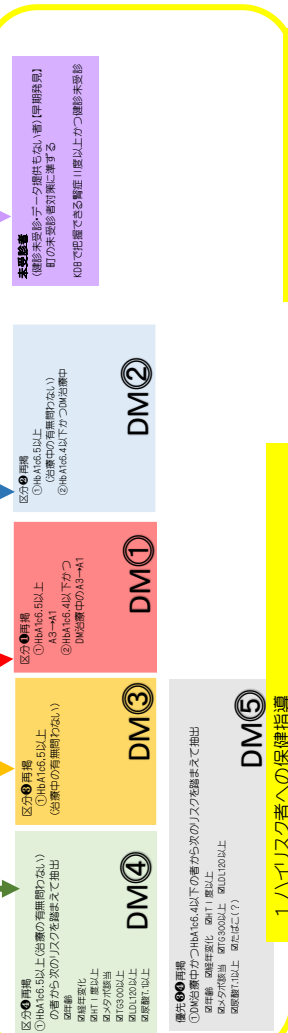
遠軽町 CKD重症度分類対象抽出基準

		GFR		90	60	45	30	15	
CKDの重症度	A	正常または軽度低下	正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全		
		軽度低下	中等度低下	高度低下	末期腎不全				
重症心臓病予防対象者	健康診断受診者	ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	
		(G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2	
		(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3	
		1,268	5	26	459	49	5	3	
		699	0.3	14	25.3	2.7	0.28	0.17	
	生活習慣病なし (本人数)	1,130	820	3	9	276	21	1	0
		623	647	600	346	601	429	200	0
		685	448	2	17	183	28	4	3
		377	353	400	654	399	571	800	1000
		124	74	0	1	44	3	0	2
生活習慣病あり (本人数) (下記に1項目以上該当)	Ⅱ度以上	68	58	0.0	38	96	6.1	0.0	
	65歳以上	201	140	2	7	40	11	0	
	新病態常態	111	110	400	269	87	224	0	
	380	246	2	11	100	16	3	2	
	209	194	400	423	218	327	600	667	
生活習慣病あり スケ (延べ人数)	該当者	59	44	0	1	14	0	0	
	LDL-C	33	35	0.0	38	31	0.0	0.0	
	脂質 異常値	50	35	1	0	12	2	0	
	中性 脂防	28	20	0.0	0	26	4.1	0	
	165	82	0	6	60	14	3	0	
高尿酸血症	91	65	0.0	231	131	286	600	0.0	

4 3 1 2

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける対象を抜粋

DM性腎症重症化予防プログラム
遠軽町発症年代の考え方
 1 ハヤリスク着への保健指導
 2 ハヤリスク着への受診勧奨
 3 糖尿病治療中断者対策
 4 健診未受診者対策
 5 治療中の患者に対する
 糖尿病・通院した保健指導



- 1 ハイリスク者への保健指導
- 2 ハイリスク者への受診勧奨
- 5 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

4 健診未受診者対策

3 糖尿病治療中断者対策