

## 第2期保健事業実施計画(テータヘルス計画)



むかわ町公認キャラクター むかろん

平成30年 3月 むかわ町

## 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
第3期特定健診等実施計画について	
1.第2期計画の評価	
2.第3期特定健診等実施計画について	
3.特定保健指導の実施	
4.個人情報保護の保護	
5.結果の報告	
6.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	47
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
注) この計画の中の表及び図で使われているデータで年の表示のないものは、平成28年度のものである。	
参考資料	49

# 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

むかわ町においては、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)」を策定し、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)

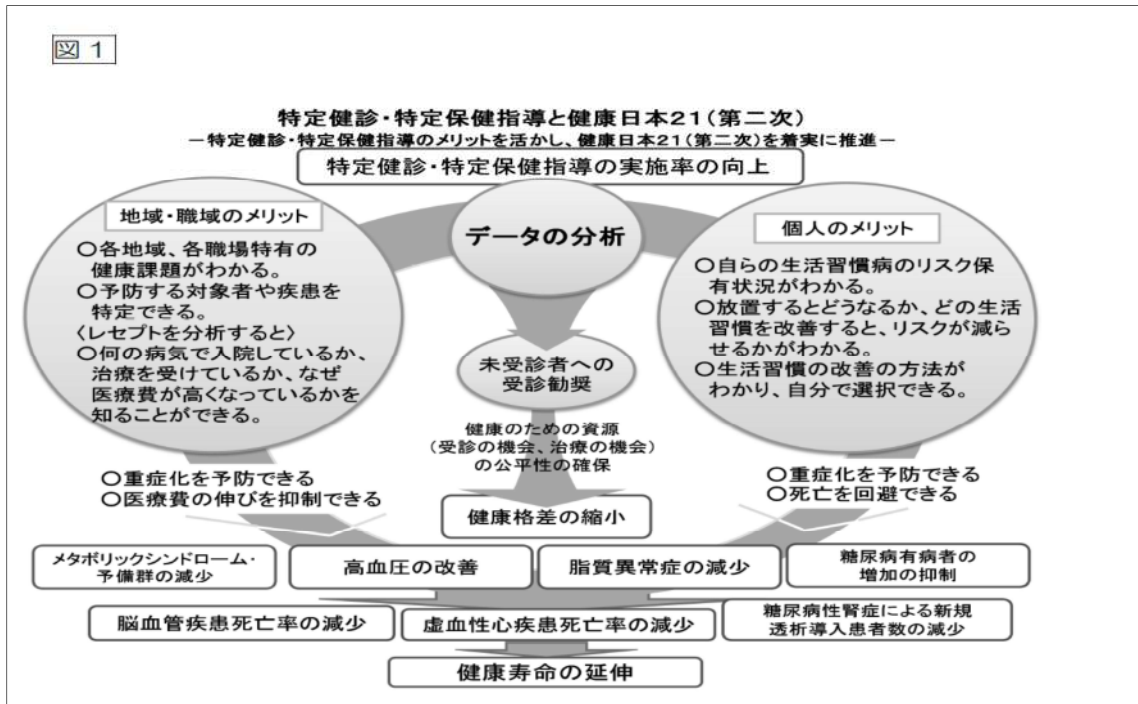
【図表1】

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

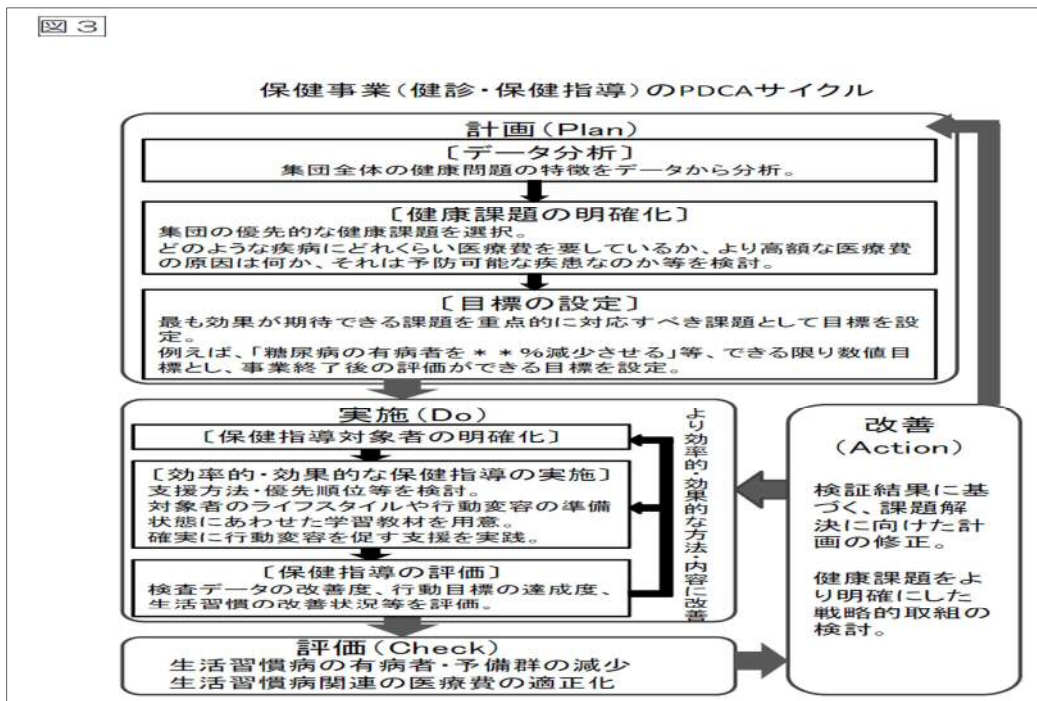
		※ <b>健康増進事業法</b> とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				14 「医療費適正化計画」	14 「医療計画」
3 「健康日本21」計画	6 「特定健康診査等実施計画」	10 「データヘルス計画」	14 「介護保険事業(支援)計画」	14 「医療費適正化計画」	14 「医療計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 <b>健康増進事業実施法</b>	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4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 医政局 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23～34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	<b>医療保険者</b>	<b>医療保険者</b>	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、生活習慣の <b>病状予防や重症化予防</b> を図るとともに、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、 <b>社会的役割が維持可能な</b> 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 <b>糖尿病等の生活習慣病の予防</b> を目的とし、糖尿病等を予防することができれば、高血圧等を減らすことができ、さらには <b>重症化や合併症の発生を抑制</b> し、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図ることが可能となる。 特定健康診査は、 <b>糖尿病等の生活習慣病の重症化を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするもの、 <b>的確に抽出</b> するために「行	<b>生活習慣病対策</b> をはじめとして、被保険者の <b>自主的な健康増進及び疾病予防の取組み</b> が中心として、 <b>医療費がその支拂の中心</b> となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 <b>被保険者の健康増進</b> により、 <b>医療費の適正化</b> 及び被保険者の <b>財政負担</b> が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ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の <b>予防</b> 又は、要介護状態等の軽減もしくは <b>重症化の防止</b> を旨としている。	<b>国民皆保険</b> を維持・継続していくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていくとともに、 <b>良質かつ適切な医療を効果的に提供</b> する体制の整備を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 <b>地域において役割の異なる医療を実現</b> し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の整備を図る。	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>若壮年期</b> 、高齢期)に応じて	<b>40歳～74歳</b>	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期を迎える現在(の若年期)・若年期世代、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 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b> 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 メタヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> 高血圧 脂質異常症 <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b>	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	<b>糖尿病性腎症</b> <b>糖尿病性神経障害</b> <b>糖尿病性網膜症</b> <b>脳血管疾患</b> 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、脊髄脊髄脊症 関節リウマチ、寛容性関節症 多系統萎縮症、新変異性痴呆(アルツハイマー病) 認知症(アルツハイマー病)	メタボリックシンドローム <b>糖尿病</b> <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 精神疾患	<b>糖尿病</b> <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b> 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん	
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②合併症(糖尿病性腎症)による早期透析導入患者数 ③生活習慣病の割合 ④生活習慣病(メタボリックシンドローム)におけるコントロール不患者 ⑤糖尿病有病者 ※特定健診・特定保健指導の実施率 ①メタボリックシンドローム ②メタボリックシンドローム ③糖尿病 ④脳血管疾患 ⑤虚血性心疾患 ⑥生活習慣病を複発している者の増加(肥満、やせの減少) ⑦運動習慣の向上(歩数) ⑧日常生活における歩数 ⑨運動習慣者の割合 ⑩個人の喫煙率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診-医療情報を活用して、良質な効果の観点も考慮 ①生活習慣の状況(特定健康診査の結果)②アルコール摂取量 ③喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備 (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	○医療費適正化の取組 外米 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 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 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて決定)	
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(分)】を減額し、保険料率決定	保険事業支援(評価委員会(事務局、国保連合会)による)計画作成支援		保険者協議会(事務局、国保連合会)を通じて、保険者との連携		

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

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

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

むかわ町は国保部門に保健師等の専門職が配置されていないため、平成20年度第一期からの特定健診・特定保健指導事業において、保健衛生部門（健康福祉課、地域振興課）の保健師・栄養士に事業の執行委任をしている。データヘルス計画策定作業も保健衛生部門が担い、計画策定を通じて今後も連携を強化するとともに、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・高齢者医療部局（町民生活課）、介護保険部局（健康福祉課）企画部局（総務企画課）、生活保護部局（健康福祉課）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

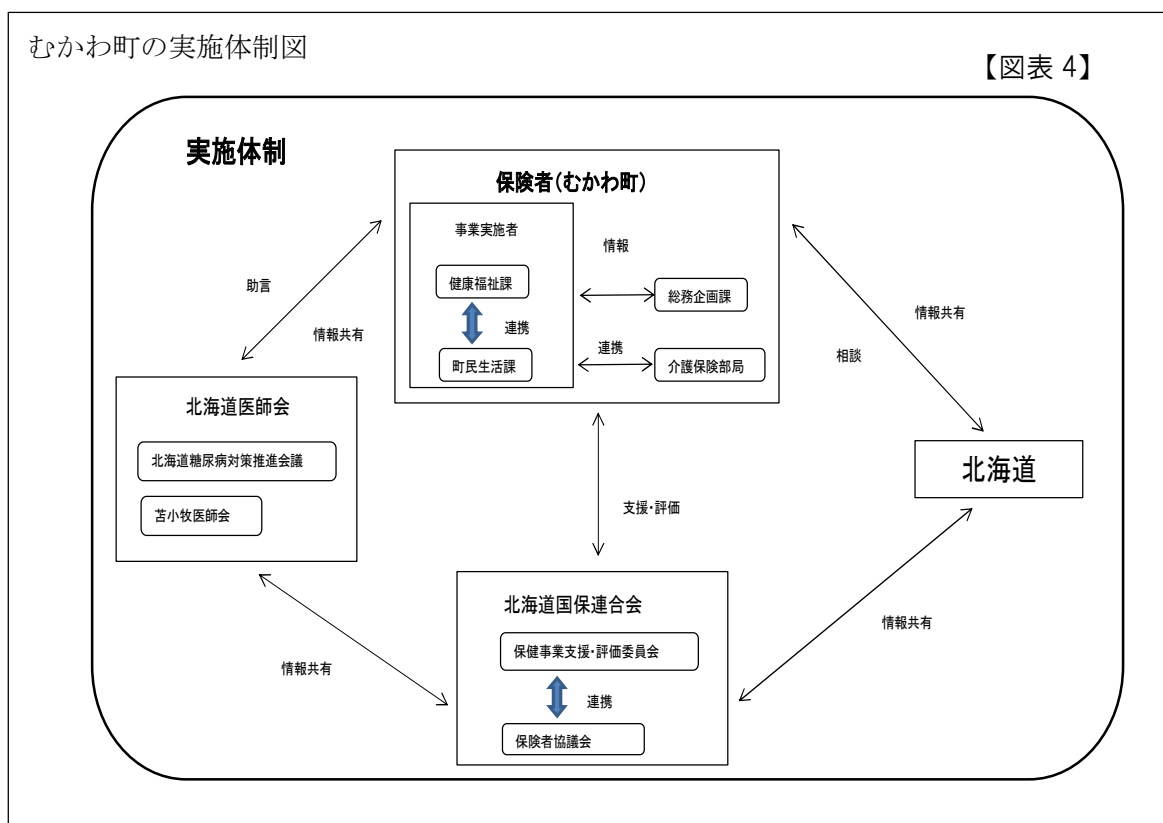
道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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。



## 5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

### 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		149.5			
総得点(体制構築加点含む)		226			
全国順位(1,741市町村中)		481			
共通 ①	特定健診受診率	0			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			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
共通 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			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の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	6			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60



## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

### 健康課題の明確化

#### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

##### 1) 第1期計画に係る評価

###### (1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較において、死亡の状況を死因別に見ると、心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合が増加しており、特に、心臓病による死亡の伸びが大きかった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、高齢化が進んでいる中、介護認定率はほぼ変化がなく、40～64歳の2号認定率は減少、介護給付費も1件当たりの給付費は減少しており、重症化予防や介護予防の取組や介護給付費適正化の取組の効果と考えられる。

しかし、医療費に占める入院費用の割合が増加しており、一人当たり医療費が増加していることが明らかになった。未受診者対策の効果で特定健診受診率は伸びているが、国の目標には達していない。特定保健指導やその他の重症化予防の保健指導の取組の強化により、特定健診受診者の医療機関受診率が増加し、健診受診後の適正な医療受診行動につながっていることは評価できることから、特定健診結果から早期に必要な医療に結びつけ、重症化となる入院費用を抑えることを念頭に、今後も特定健診受診率向上への取組は、むかわ町の重要な課題である。(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)

介護給付の変化について、1件当たりの給付費は減少しているが、内訳を見ると施設サービスが増加している。各種サービス利用については、年々複数のサービスを利用する認定者が増加しているとともに、介護保険制度の改正等に伴い多様なサービスを利用する状況となっている。むかわ町には特別養護老人ホームが2施設あり、人口規模からすると比較的施設サービスを受けやすい状況にあることが推測される。

#### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	むかわ町				同規模平均		
	介護給付費(円)	1件当たり			1件当たり		
		給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	777,616,404	80,421	35,972	242,512	71,981	41,873	252,129
H28年度	782,446,844	75,497	34,287	261,223	70,593	40,986	275,281

## ②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、総医療費は減少しているものの、一人当たり医療費が増大している。総医療費の減少は、国保加入率の大幅な減少によるものと推測される。社会保険の加入要件の緩和も大きい。むかわ町国保加入者の年齢構成等をみると、後期到達により今後も加入者数は減少し、加入率も低下していく見込みである。

一人当たり医療費の内訳を見ると、入院費用額の伸びが 19.5%と大きいことがわかった。参考資料 1 より、費用額の内訳を見ると、入院においてはほぼ全ての疾患で費用が増加しており、重症化の結果によるものと考えられる。入院外については、C 型肝炎治療薬の使用による高額レセプト等、新たな治療法の確立等による動きもみられるため、今後も特に高額レセプトの内容については確認作業を続けていく。

【図表 7】

### 医療費の状況

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年度	1,035,353,440			445,325,210				574,477,930			
	H28年度	980,630,080	-54,723,360	-5.30%	455,521,320	10,196,110	2.30%		511,471,800	-63,006,130	-11.00%	
2一人当たり医療費(円)	H25年度	25,705			11,180				14,520			
	H28年度	28,646	2941	11.40%	13,360	2180	19.50%		15,280	760	5.20%	

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る目標疾患医療費計の割合は減少している。疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費の割合は減少もしくは現状維持しているものの、慢性腎不全に係る費用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・高血圧・脂質異常症に係る費用については、減少しており、国や道と比較しても低くなっている。

【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(H25 と H28 の比較)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患												
		金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症																
				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	1,035,353,440	25,705	89位	105位	60,964,330	5.89%	1,816,890	0.18%	25,460,270	2.46%	22,884,040	2.21%	55,654,370	5.38%	69,820,450	6.74%	25,253,660	2.44%	261,854,910	25.29%	162,878,280	15.73%	56,764,550	5.48%	119,829,680	11.57%
H28	980,630,080	28,646	68位	72位	62,676,570	6.39%	3,100,900	0.32%	18,574,100	1.89%	21,763,710	2.22%	47,011,360	4.79%	39,246,660	4.00%	19,259,940	1.96%	211,633,180	21.58%	154,724,290	15.78%	64,032,330	6.53%	110,377,150	11.26%
国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	523,214,922,280	5.40%	33,840,150,420	0.35%	215,739,690,830	2.23%	197,573,184,270	2.04%	623,491,751,670	5.40%	480,561,187,160	4.75%	285,468,046,560	2.95%	2,238,908,833,010	23.12%	1,378,729,732,300	14.21%	909,038,373,300	9.38%	819,067,926,730	8.45%
道	447,086,008,510	27,782	--	--	16,106,936,860	3.60%	1,311,124,080	0.29%	10,774,211,400	2.41%	10,608,503,110	2.37%	22,954,807,950	5.13%	19,514,259,520	4.36%	11,433,685,130	2.56%	92,704,528,050	20.74%	70,786,777,380	15.83%	42,600,418,250	9.53%	40,579,970,440	9.08%

【注】  
KDBのデータは、増減・増減率等は前年-1年分を対比した数値

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な疾患の割合をみると、虚血性心疾患は減少しており、脳血管疾患は微増、人工透析は現状維持であった。基礎疾患の内訳で見ると、脳血管疾患については高血圧、脂質異常症が増加しており、虚血性心疾患では、高血圧、糖尿病、脂質異常症と全てが増加している。むかわ町としては、脳ドック事業の効果的活用のほか、予防的な短期目標への取組、治療継続への支援を継続していく必要がある。

【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					
		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	3454	162.0	4.7	28.0	17.3	5.0	3.1	134.0	82.7	84.0	51.9	113.0	69.8	
	64歳以下	2406	56.0	2.3	7.0	12.5	4.0	7.1	45.0	80.4	32.0	57.1	38.0	67.9	
	65歳以上	1048	106.0	10.1	21.0	19.8	1.0	0.9	89.0	84.0	52.0	49.1	75.0	70.8	
H28	全体	2965	110.0	3.7	16.0	14.5	5.0	4.5	94.0	85.5	58.0	52.7	82.0	74.9	
	64歳以下	1874	35.0	1.9	3.0	8.6	5.0	14.3	28.0	80.0	17.0	48.6	20.0	57.1	
	65歳以上	1091	75.0	6.9	13.0	17.3	0.0	0.0	66.0	88.0	41.0	54.7	62.0	82.7	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		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	3454	121.0	3.5	28.0	23.1	2.0	1.7	95.0	78.5	62.0	51.2	72.0	59.5	
	64歳以下	2406	33.0	1.4	7.0	21.2	2.0	6.1	24.0	72.7	19.0	57.6	23.0	69.7	
	65歳以上	1048	88.0	8.4	21.0	23.9	0.0	0.0	71.0	80.7	43.0	48.9	49.0	55.7	
H28	全体	2965	110.0	3.7	16.0	14.5	0.0	0.0	93.0	84.5	50.0	45.5	67.0	60.9	
	64歳以下	1874	28.0	1.5	3.0	10.7	0.0	0.0	26.0	92.9	13.0	46.4	17.0	60.7	
	65歳以上	1091	82.0	7.5	13.0	15.9	0.0	0.0	67.0	81.7	37.0	45.1	50.0	61.0	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		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		
H25	全体	3454	13.0	0.4	2.0	15.4	5.0	38.5	12.0	92.3	8.0	61.5	5.0	38.5	
	64歳以下	2406	11.0	0.5	2.0	18.2	4.0	36.4	11.0	100.0	7.0	63.6	5.0	45.5	
	65歳以上	1048	2.0	0.2	0.0	0.0	1.0	50.0	1.0	50.0	1.0	50.0	0.0	0.0	
H28	全体	2965	11.0	0.4	0.0	0.0	5.0	45.5	8.0	72.7	6.0	54.5	4.0	36.4	
	64歳以下	1874	11.0	0.6	0.0	0.0	5.0	45.5	8.0	72.7	6.0	54.5	4.0	36.4	
	65歳以上	1091	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

5月診療(7月診療)分より

(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短期目標の治療状況を見ると、各疾患の治療者の割合は減少している。糖尿病治療者(様式 3-2)においては、全体で高血圧、糖尿病性腎症の割合が増加している。また、高血圧治療者(様式 3-3)と脂質異常症治療者(様式 3-4)における脳血管疾患の割合が増加しており、国保加入者の高齢化のほか、重症化も推測される。特に、高血圧治療者は64歳以下から増加しており、壮年期からの高血圧対策や既に治療中の者への治療継続への支援も必要になってくるとよみとれる。

【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							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3454	357.0	10.3	28.0	7.8	264.0	73.9	246.0	68.9	84.0	23.5	62.0	17.4	8.0	2.2	23.0	6.4	
	64歳以下	2406	147.0	6.1	18.0	12.2	105.0	71.4	103.0	70.1	32.0	21.8	19.0	12.9	7.0	4.8	13.0	8.8	
	65歳以上	1048	210.0	20.0	10.0	4.8	159.0	75.7	143.0	68.1	52.0	24.8	43.0	20.5	1.0	0.7	10.0	4.8	
H28	全体	2965	291.0	9.8	21.0	7.2	218.0	74.9	196.0	67.4	58.0	19.9	50.0	17.2	6.0	2.1	21.0	7.2	
	64歳以下	1874	111.0	5.9	12.0	10.8	76.0	68.5	73.0	65.8	17.0	15.3	13.0	11.7	6.0	5.4	11.0	9.9	
	65歳以上	1091	180.0	16.5	9.0	5.0	142.0	78.9	123.0	68.3	41.0	22.8	37.0	20.6	0.0	0.0	10.0	5.6	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標			
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3454	652.0	18.9	264.0	40.5	386.0	59.2	134.0	20.6	95.0	14.6	12.0	1.8	
	64歳以下	2406	247.0	10.3	105.0	42.5	137.0	55.5	45.0	18.2	24.0	9.7	11.0	4.5	
	65歳以上	1048	405.0	38.6	159.0	39.3	249.0	61.5	89.0	22.0	71.0	17.5	1.0	0.2	
H28	全体	2965	540.0	18.2	218.0	40.4	316.0	58.5	94.0	17.4	93.0	17.2	8.0	1.5	
	64歳以下	1874	181.0	9.7	76.0	42.0	100.0	55.2	28.0	15.5	26.0	14.4	8.0	4.4	
	65歳以上	1091	359.0	32.9	142.0	39.6	216.0	60.2	66.0	18.4	67.0	18.7	0.0	0.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標			
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3454	514.0	14.9	246.0	47.9	386.0	75.1	113.0	22.0	72.0	14.0	5.0	1.0	
	64歳以下	2406	203.0	8.4	103.0	50.7	137.0	67.5	38.0	18.7	23.0	11.3	5.0	2.5	
	65歳以上	1048	311.0	29.7	143.0	46.0	249.0	80.1	75.0	24.1	49.0	15.8	0.0	0.0	
H28	全体	2965	418.0	14.1	196.0	46.9	316.0	75.6	82.0	19.6	67.0	16.0	4.0	1.0	
	64歳以下	1874	147.0	7.8	73.0	49.7	100.0	68.0	20.0	13.6	17.0	11.6	4.0	2.7	
	65歳以上	1091	271.0	24.8	123.0	45.4	216.0	79.7	62.0	22.9	50.0	18.5	0.0	0.0	

5月診療(7月作成)分より

## 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、男性、女性ともにBMI、中性脂肪、空腹時血糖、血圧、LDL-Cの有見者が増加していることがわかった。これは、むかわ町では特定健診受診率が増加傾向にあり、服薬等による治療中の者への特定健診受診が少しずつ浸透してきたことや保健指導が必要なリスクのある新規受診者が増えてきたことも一因である。これにより、メタボリックシンドローム該当者が男女共に増加傾向にあることが明らかになった。該当項目の内訳をみると、3項目全ての割合が男女共に増加している。高血糖対策の保健指導は一定程度の効果がみられていると評価できる一方、男性では64歳以下の若い年代からリスクの重複者がみられることから、特定保健指導等の予防的な取組を継続していく。女性では、腹囲該当はないが、65歳以上でBMI高値者が増加しており、健康むかわ21の中間評価において、女性の運動習慣の低下やアルコール摂取の増加等生活習慣に起因する課題も明らかになっていることから、現状に合わせて取組内容を検討していく。

【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0-2~6-7)

☆No.23帳票

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		CPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		γ-GTP	
		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		13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	90	34.4	129	49.2	69	26.3	55	21.0	24	9.2	88	33.6	191	72.9	49	18.7	135	51.5	74	28.2	128	48.9	1	0.4
	40-64	45	35.4	62	48.8	37	29.1	36	28.3	13	10.2	33	26.0	84	66.1	18	14.2	55	43.3	37	29.1	67	52.8	0	0.0
	65-74	45	33.3	67	49.6	32	23.7	19	14.1	11	8.1	55	40.7	107	79.3	31	23.0	80	59.3	37	27.4	61	45.2	1	1.3
H28	合計	115	37.3	157	51.1	89	29	74	24.1	18	5.9	120	39.1	197	64.2	50	16.3	183	59.6	92	30	171	55.7	4	1.3
	40-64	54	40.8	73	55.3	46	34.8	46	34.8	9	6.8	49	37.1	87	65.9	24	18.2	70	53	38	28.8	76	57.6	1	0.8
	65-74	61	34.9	84	48	43	24.6	28	16.9	9	5.1	71	40.8	110	62.9	26	14.9	113	64.9	54	30.9	95	54.3	3	1.7

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		CPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		γ-GTP	
		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		13以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	105	27.4	73	19.1	37	9.7	42	11.0	7	1.8	74	19.3	253	66.1	6	1.6	187	43.6	64	16.7	213	55.6	1	0.3
	40-64	53	32.1	37	22.4	17	10.3	19	11.5	3	1.8	25	15.2	105	63.6	3	1.8	54	32.7	28	17.0	99	60.0	1	1.7
	65-74	52	23.8	36	16.5	20	9.2	23	10.6	4	1.8	49	22.5	148	67.9	3	1.4	113	51.8	36	16.5	114	52.3	0	0.0
H28	合計	119	29	74	18	43	11.3	45	10.9	7	1.7	86	20.8	277	67.4	5	1.2	188	45.7	78	19	282	63.7	1	0.2
	40-64	53	32.3	35	21.3	15	9.1	16	9.8	3	1.8	28	17.1	100	61	2	1.2	56	34.1	32	19.5	104	63.4	1	0.6
	65-74	66	26.7	39	15.8	34	13.8	29	11.7	4	1.6	58	23.5	177	71.7	3	1.2	132	53.4	46	18.6	158	64	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式0-8)

☆No.24帳票

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	282	25.0	24	9.2%	56	21.4%	5	1.9%	38	14.5%	13	5.0%	49	18.7%	7	2.7%	25	9.5%	14	5.3%		
	40-64	127	21.3	14	11.0%	27	21.3%	2	1.6%	15	11.8%	10	7.9%	21	16.5%	3	2.4%	2	1.6%	12	9.4%	4	3.1%
	65-74	135	30.0	10	7.4%	29	21.5%	3	2.2%	23	17.0%	3	2.2%	28	20.7%	4	3.0%	1	0.7%	13	9.6%	10	7.4%
H28	合計	307	34.6	15	4.9	57	18.6	3	1	44	14.3	10	3.3	85	27.7	13	4.2	47	15.3	24	7.8		
	40-64	132	29.9	7	5.3	28	21.2	1	0.8	20	15.2	7	5.3	38	28.8	5	3.8	1	0.8	24	18.2	8	6.3
	65-74	175	39.1	8	4.6	29	16.6	2	1.1	24	13.7	3	1.7	47	26.8	8	4.6	0	0	23	13.1	16	9.2

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	383	34.5	12	3.1%	26	6.8%	2	0.5%	16	4.2%	8	2.1%	35	9.1%	3	0.8%	21	5.5%	8	2.1%		
	40-64	165	30.1	10	6.0%	14	8.5%	1	0.6%	6	3.6%	7	4.2%	13	7.9%	3	1.8%	2	1.2%	7	4.2%	1	0.6%
	65-74	218	38.8	2	0.9%	12	5.5%	1	0.5%	10	4.6%	1	0.5%	22	10.1%	0	0.0%	1	0.5%	14	6.4%	7	3.2%
H28	合計	411	42	7	1.7	28	6.8	1	0.2	21	5.1	6	1.5	39	9.5	5	1.2	3	0.7	17	4.1	14	3.4
	40-64	164	39.9	6	3.7	13	9.1	0	0	13	7.9	2	1.2	14	8.5	3	1.8	2	1.2	7	4.3	2	1.2
	65-74	247	43.8	1	0.4	13	5.3	1	0.4	8	3.2	4	1.6	25	10.1	2	0.8	1	0.4	10	4	12	4.9

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

第2期特定健診等実施計画期間である平成25年以降は、保健師・栄養士等の重点的な取組の効果で特定健診受診率、特定保健指導実施率共に増加しており、特定保健指導実施率は国の目標値である60%以上を維持している。

特定健診受診率は国の目標値60%にはまだまだ及ばないが、平成28年度は38.7%(全道25.1%)と同規模内順位からみても着実に順位を伸ばしている。今後も重症化予防の視点からも、特定健診受診率の向上への取組を強化していく。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者※2	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位※1	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								むかわ町	同規模平均
H24年度	2,199	743	33.8%	208	92	39	42.4%	53.5	49.9
H25年度	2,133	648	30.4%		79	49	62.0%	48.8	49.6
H26年度	2,061	633	30.7%		84	54	64.3%	52.0	51.3
H27年度	1,977	709	35.9%		96	63	65.6%	50.9	51.8
H28年度	1,857	719	38.7%		101	71	70.3%	57.9	51.6

※1:No.3帳票 ※2:No.1帳票

## 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。むかわ町においては、メタボリックシンドロームをターゲットとした特定保健指導に加え、リスク管理として町独自基準を設け、非肥満者や治療中の者も含めた糖尿病予防やCKD対策にも取り組んできた。

高血糖者への糖尿病予防の保健指導については、健康むかわ21中間評価等においても一定の効果がみられていると評価できる。CKD対策については、最大医療資源における慢性腎不全の増加、糖尿病における糖尿病性腎症の増加等むかわ町独自の課題も明らかになってきた。現在、個別支援として、保健師・栄養士が特定健診結果に基づくCKD予防のための保健指導を実施し、透析導入を遅らせるような支援を実施しているところである。医療機関につながった後の治療継続の確認や、そもそも健診にも医療にもつながっていない人の存在などの重症化予防の視点等も保険者が取り組むべき重要な課題である。透析導入患者の増加は、医療費増加の大きな要因となるため、今後も個別支援を基本にCKD対策を継続していく。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、特定健診受診率向上は今後も重要な取り組むべき課題である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

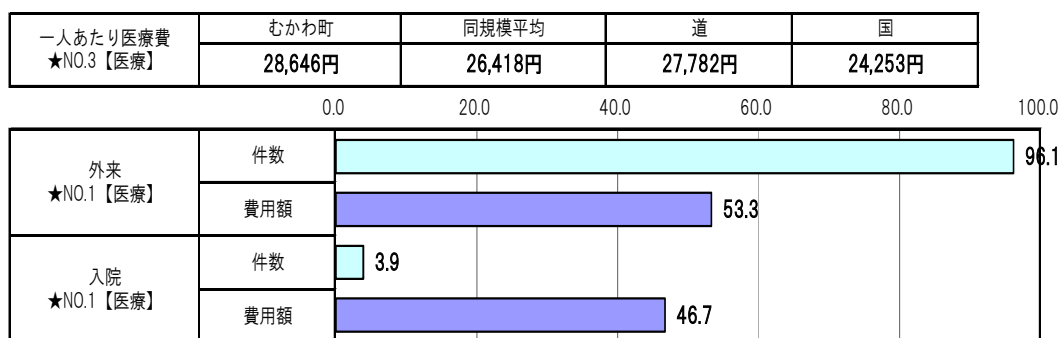
### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表13)

むかわ町の入院件数は3.9%で、費用額全体の46.7%を占めている。件数、費用額共に増加しており、予防可能な疾患によ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と考えられる。

【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（図表 14）

ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を分析すると、1 位がその他で全体の 7 割を占める。年代別に見ると 60 代が最も多く、むかわ町の傾向としては、関節疾患等整形疾患が推測される。変形性関節症による人工関節置換術や脊柱管狭窄症等による治療者が多く、第一次産業従事者が多い産業特性や治療可能な医療機関へのアクセスの良さ等も要因として考えられる。

予防可能な疾患では、虚血性心疾患が 8.3%で 60 代が最も多く、脳血管疾患は 5.5%で年齢と共に増加傾向にある。この年齢は、特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患のコントロールを良好に保ち、重症化させない予防的な取組が必要である。

長期入院については、精神疾患が件数では過半数を占めている。認知症患者が増加傾向にあり、介護部門における認知症対策と連携を図り、情報を収集していく必要がある。予防可能な疾患では、脳血管疾患、虚血性心疾患が長期入院の原因として費用額も大きいことから、こうした疾患を発症させないための重症化予防が重要である。

長期化する疾患として人工透析患者についてみると、糖尿病性腎症が件数、費用額共に最多となっている。生活習慣病の治療者数構成割合をみると、虚血性心疾患が 13.6%で最も多く、短期的目標疾患では高血圧、脂質異常症の割合が多く、他の疾患と共通したむかわ町の傾向であることが読み取れる。

こうした状況を踏まえ、既に医療機関において定期通院中の者に対する治療継続への支援も重要となってくるため、定期通院者の特定健診受診や円滑なデータ受領のながれを整備していく必要がある。

【図表 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	109人	6人		9人		28人		77人		
		件数	年 代 別	191件	7件		9件		52件		123件	
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.9%	2	1.6%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	4	7.7%	1	0.8%
				50代	1	14.3%	2	22.2%	10	19.2%	12	9.8%
				60代	2	28.6%	6	66.7%	17	32.7%	67	54.5%
70-74歳	4	57.1%	1	11.1%	20	38.5%	41	33.3%				
費用額		2億6266万円	899万円		1220万円		7063万円		1億7084万円			
				3.4%		4.6%		26.9%		65.0%		

\*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	16人	7人	2人	2人
		件数	130件	69件	7件	24件
		費用額	6345万円	2822万円	255万円	1763万円
				43.8%	12.5%	12.5%
				53.1%	5.4%	18.5%
				44.5%	4.0%	27.8%

\*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	10人	5人	2人	5人	
		人数		50.0%	20.0%	50.0%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	160件	84件	12件	68件	
				件数	52.5%	7.5%	42.5%
				費用額	6826万円	3520万円	623万円
				51.6%	9.1%	42.5%	

\*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 疾 患	915人	108人	124人	18人
			11.8%	13.6%	2.0%	
			高血圧	91人	109人	17人
			84.3%	87.9%	94.4%	
			糖尿病	42人	60人	18人
			38.9%	48.4%	100.0%	
			脂質 異常症	65人	88人	15人
			60.2%	71.0%	83.3%	
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
537人	273人	411人	82人			
58.7%	29.8%	44.9%	9.0%			

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが83.8%あるものの、筋・骨格疾患は89.0%とさらに上回っている実態であった。むかわ町としては、介護予防事業において、運動機能維持の取組を行っている。どの年代も血管疾患の循環器疾患の中では脳卒中の割合が最も高く、約4割が脳卒中で介護認定を受けていることがわかった。2号被保険者、及び65~74歳の年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。



【図表 15】

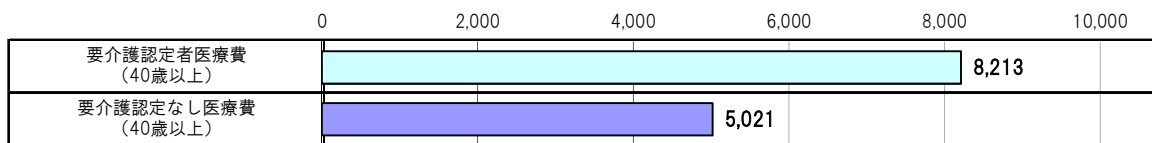
何の疾患で介護保険を受けているのか

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	3,393人	1,437人	1,659人	3,096人	6,489人											
認定者数	8人		46人		479人		525人		533人								
	認定率		0.24%		3.2%		28.9%		17.0%								
新規認定者数 (*1)	9人		58人		0人		58人		67人								
介護度別人数	要支援1・2	2	25.0%	15	32.6%	134	28.0%	149	28.4%	151	28.3%						
	要介護1・2	5	62.5%	15	32.6%	178	37.2%	193	36.8%	198	37.1%						
	要介護3～5	1	12.5%	16	34.8%	167	34.9%	183	34.9%	184	34.5%						
要介護 突合状況 ★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)	61	298	5	303	364											
	再) 国保・後期	61	298	5	303	364											
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	25	41.0%	脳卒中	119	39.9%	脳卒中	2	40.0%	脳卒中	121	39.9%	脳卒中	146	40.1%
		2	腎不全	18	29.5%	虚血性心疾患	97	32.6%	虚血性心疾患	1	20.0%	虚血性心疾患	98	32.3%	虚血性心疾患	112	30.8%
	基礎疾患 (*2)	3	虚血性心疾患	14	23.0%	腎不全	19	6.4%	腎不全	1	20.0%	腎不全	20	6.6%	腎不全	38	10.4%
		糖尿病	18	29.5%	糖尿病	128	43.0%	糖尿病	2	40.0%	糖尿病	130	42.9%	糖尿病	148	40.7%	
		高血圧	49	80.3%	高血圧	232	77.9%	高血圧	3	60.0%	高血圧	235	77.6%	高血圧	284	78.0%	
	脂質異常症	脂質異常症	26	42.6%	脂質異常症	183	61.4%	脂質異常症	2	40.0%	脂質異常症	185	61.1%	脂質異常症	211	58.0%	
		血管疾患合計	合計	49	80.3%	合計	253	84.9%	合計	3	60.0%	合計	256	84.5%	合計	305	83.8%
	認知症	認知症	22	36.1%	認知症	162	54.4%	認知症	4	80.0%	認知症	166	54.8%	認知症	188	51.6%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	59	96.7%	筋骨格系	260	87.2%	筋骨格系	5	100.0%	筋骨格系	265	87.5%	筋骨格系	324	89.0%	

\*1) 新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上  
\*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

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】



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、糖尿病性腎症等の疾病を招くリスクが上昇する。

むかわ町においては、メタボリックシンドローム該当者が男女共に増加しており、有所見状況から、男性では中性脂肪、GPT、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、血圧、LDL-C等ほぼ全ての項目が、女性はGPT、空腹時血糖、HbA1c、血圧、LDL-C等による内臓脂肪

の蓄積によるものであることが推測される。リスクの健診結果経年変化（図表 11）より、メタボリックシンドローム該当者は男女共に増加傾向にあることも明らかになっている。

【図表 16】

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

★NO.23（帳票）

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		
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	
むかわ町	合計	115	37.5	157	51.1	89	29.0	74	24.1	18	5.9	120	39.1	197	64.2	50	16.3	183	59.6	92	30.0	171	55.7	4	1.3
	40-64	54	40.9	73	55.3	46	34.8	46	34.8	9	6.8	49	37.1	87	65.9	24	18.2	70	53.0	38	28.8	76	57.6	1	0.8
	65-74	61	34.9	84	48.0	43	24.6	28	16.0	9	5.1	71	40.6	110	62.9	26	14.9	113	64.6	54	30.9	95	54.3	3	1.7
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		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		
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	
むかわ町	合計	119	29.0	74	18.0	49	11.9	45	10.9	7	1.7	86	20.9	277	67.4	5	1.2	188	45.7	78	19.0	262	63.7	1	0.2
	40-64	53	32.3	35	21.3	15	9.1	16	9.8	3	1.8	28	17.1	100	61.0	2	1.2	56	34.1	32	19.5	104	63.4	1	0.6
	65-74	66	26.7	39	15.8	34	13.8	29	11.7	4	1.6	58	23.5	177	71.7	3	1.2	132	53.4	46	18.6	158	64.0	0	0.0

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

性別	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	
	むかわ町	合計	307	34.6	15	4.9%	57	18.6%	3	1.0%	44	14.3%	10	3.3%	85	27.7%	13	4.2%	1	0.3%	47	15.3%	24
	40-64	132	29.9	7	5.3%	28	21.2%	1	0.8%	20	15.2%	7	5.3%	38	28.8%	5	3.8%	1	0.8%	24	18.2%	8	6.1%
	65-74	175	39.1	8	4.6%	29	16.6%	2	1.1%	24	13.7%	3	1.7%	47	26.9%	8	4.6%	0	0.0%	23	13.1%	16	9.1%
性別	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	
	むかわ町	合計	411	42.0	7	1.7%	28	6.8%	1	0.2%	21	5.1%	6	1.5%	39	9.5%	5	1.2%	3	0.7%	17	4.1%	14
	40-64	164	39.8	6	3.7%	15	9.1%	0	0.0%	13	7.9%	2	1.2%	14	8.5%	3	1.8%	2	1.2%	7	4.3%	2	1.2%
	65-74	247	43.6	1	0.4%	13	5.3%	1	0.4%	8	3.2%	4	1.6%	25	10.1%	2	0.8%	1	0.4%	10	4.0%	12	4.9%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

図 18 を見ると、新規受診者の中には未治療の受診勧奨判定値の方が含まれていることがわかる。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ていく必要がある。

また、治療中でもコントロール不良者がおり、特に HbA1c は薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等と併用して治療を行うことが必要で、栄養指導等の必要性があることがわかる。血圧、LDL-C についても、中長期的な目標疾患の原因疾患として、割合が高くなっている傾向が明らかになったため、治療継続やコントロールへの支援を強化

していく必要がある。

【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)

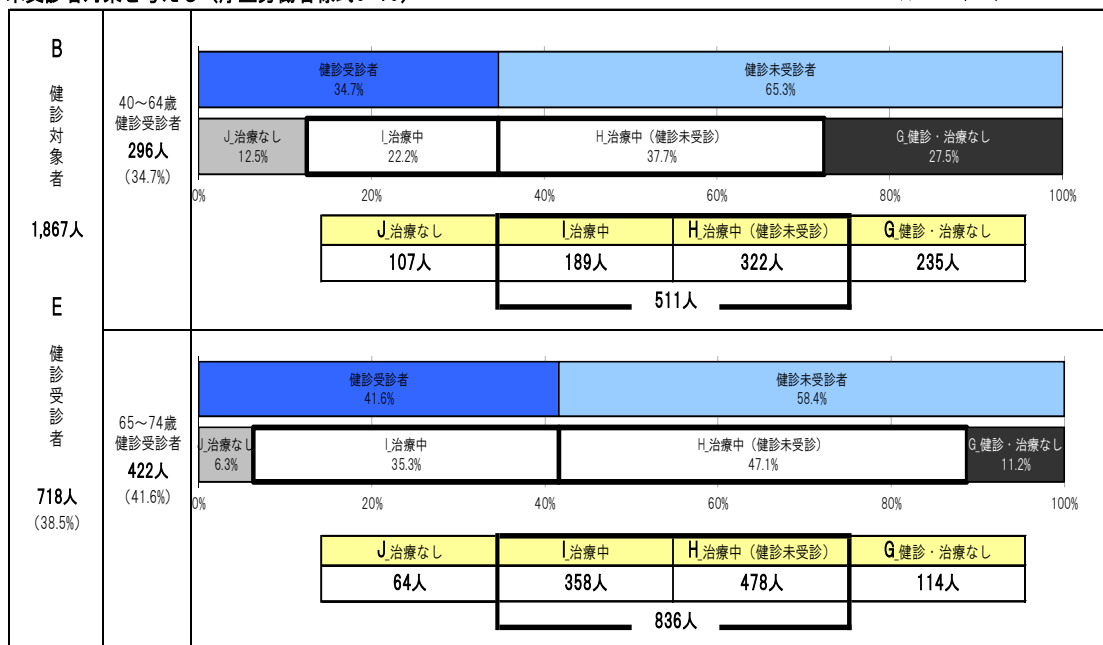
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が27.5%と高くなっている。平成25年に比べると、受診率が上昇してその割合は低くなったが、健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有効であることがわかる。平成25年に比べてもその差は大きくなっており、健診未受診者の重症化が推測される。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を

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。むかわ町では、平成 28 年度より特定健診の自己負担を無料化しており、広く PR しながら受診勧奨を行い、「G」に該当する者の状況把握にも努めていく。

【図表 19】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

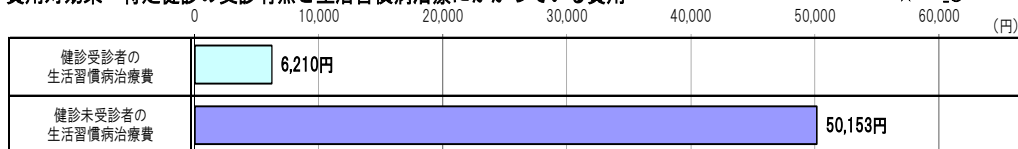
★NO.26 (CSV)



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっている費用

★NO.3.⑥



### 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し、平成30年度と比較してその割合を減少させることを目指す。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進むことは明かであり、加齢とともに、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。重症化予防として医療費の適正化へつなげる

ため、早期治療の視点から入院外を伸ばし、重症化による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 10%に抑えることを目指す。

## 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、必要に応じて糖尿病連携手帳を活用する等して、医療機関と十分な連携を図ることとする。特に、メタボリックシンドロームと糖尿病は、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、今後も治療中の者も含めた重症化予防のための栄養指導等の保健指導を継続して行っていく。このため、医療機関に定期通院中の者へのデータ受領も含めた全ての対象へ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)

### 第3期特定健診等実施計画

#### 1. 第2期計画の評価

##### 1) 特定健診受診率について

【図表 20】

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診受診率	目標	35%	40%	45%	50%	60%
	実績	30.4%	30.7%	35.9%	38.7%	実施中

受診率向上にむけ、年代別や治療中の者、これまで健診受診をしたことのない者等、重点的に勧奨する対象者を絞り、受診勧奨の方法を工夫して、未受診者対策を行ってきた。また、平成28年度からは、特定健診に係る受診者の費用負担をなくし、受診しやすい体制を整えてきた。結果、平成25年度から受診率は増加し続けている。しかし、目標値60%にはほど遠く、今後も受診率の向上にむけた取り組みは重要となってくる。

##### 2) 特定保健指導実施率について

【図表 21】

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定保健指導実施率	目標	28%	35%	40%	50%	60%
	実績	62.0%	64.3%	65.6%	70.3%	実施中

第1期計画最終年度である平成24年度の特定保健指導率は42.4%であったことから、第2期計画では特定保健指導について重点的に取り組んできた。特定健診受診者数が増加し指導対象者も増加する中、平成25年度以降、目標である60%以上の高い指導率を維持できている。今後も重症化を予防していくために、効果のある保健指導を実施していく事が重要である。

##### 3) 現状と課題

「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」を参照。

#### 2. 第3期特定健診等実施計画について

この計画は、医療保険者が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おり、第2期計画の評価を踏まえ、計画の見直しを行い策定するものである。これまでは5年を1期とし策定してきたが、医療費適正化計画等が見

直されたことを踏まえ、第3期計画（平成30年度以降）からは6年1期として策定することとし、第3期計画の期間を、平成30年度から平成35年度の6年間とする。

1) 目標値の設定

【図表 22】

	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
特定健診受診率	43%	45%	48%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

2) 対象者の見込み

【図表 23】

		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	対象者数	1660人	1560人	1480人	1380人	1290人	1190人
	受診者数	715人	702人	710人	690人	710人	715人
特定保健指導	対象者数	105人	100人	105人	95人	105人	105人
	実施者数	63人	60人	63人	57人	63人	63人

3) 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 各地区年2回：四季の館、ふれあい健康センター  
年6回：札幌がん検診センター
- 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 (図表 22)

【図表 24】

健診機関コード	健診機関名	住所	電話
0110116258	北海道厚生農業協同組合連合会 札幌厚生病院	札幌市中央区北3条東8丁目5番地	011-261-5331
0113613723	むかわ町鶴川厚生病院	勇払郡むかわ町美幸1丁目86番地	0145-42-2033
0113613566	むかわ町国民健康保険穂別診療所	勇払郡むかわ町穂別81番地8	0145-45-2121
0110216694	財団法人北海道対がん協会 札幌がん検診センター	札幌市東区北26条東14丁目1-15	011-748-5511

#### (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、むかわ町として追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、心電図検査）を受診者全員に実施する。また、血中脂質検査のうちLDL-Cについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第1条4項）

#### (5)実施時期

5月から翌年2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

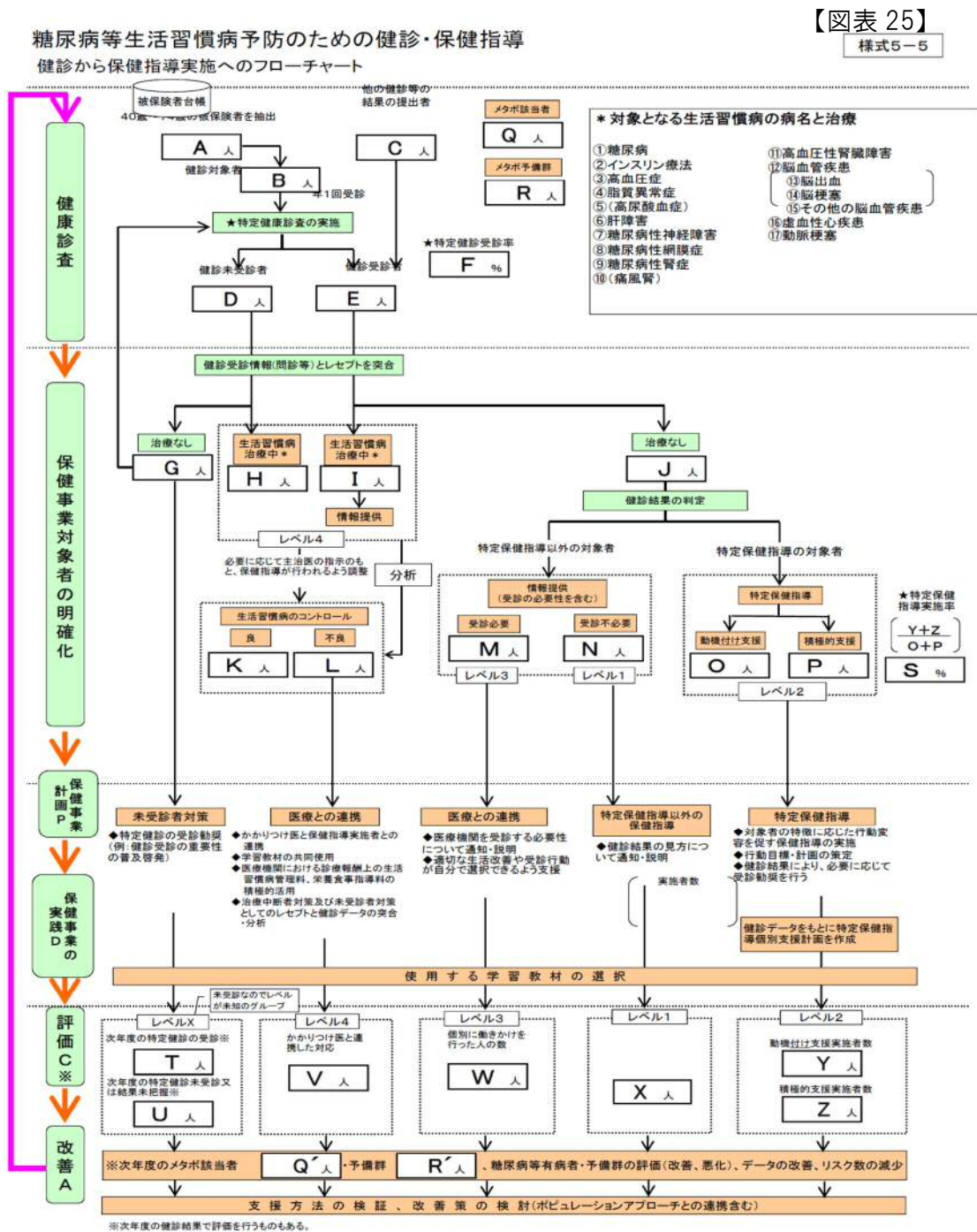
特定健診受診率を高めるためには、対象者に特定健診についての制度や概要、実施内容について認知してもらうことが不可欠である。年に1回、各種がん検診を含めた健診案内として健診申込用紙を全世帯へ送付する。また、特定健診対象者へは、個別に受診券を送付し、受診を促していく。その他、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、広報誌や情報端末等を活用し、効果的に実施していく。



### 3. 特定保健指導の実施

#### 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25)



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 26)

【図表 26】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	105 人 (14.7%)	60%
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	150 人 (20.1%)	HbA1c6.5 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等)	945 人	※受診率 60%達成 まであと 281 人
4	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	315 人 (44.1%)	60%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	145 人 (20.2%)	— %

### 3) 実施形態

特定保健指導の実施については、引き続き保険者直営での実施・一般衛生部門への執行委任形態で行うものとする。

## 4. 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むかわ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。

## 5. 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。

## 6. 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）に基づく計画の趣旨の普及啓発について、町の広報誌等への掲載、各種保健事業等の実施機会に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、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、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が重要になってくる。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章の第3期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)及びむかわ町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表25に沿って実施する。

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

【図表 27】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準は、むかわ町プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

①医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中の者

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

【図表 28】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	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。むかわ町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては全員の把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料2)

#### ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行

った。(図表 29)

むかわ町において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 27 人(32.5%・F)であった。また、40～74 歳における糖尿病治療者 291 人中のうち、特定健診受診者が 56 人(19.8%・G)で、そのうち治療中断者はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 227 人(80.2%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者は 5 人で、この中にも治療中断者はいなかった。また、5 人(100%・カ)については継続受診中であるがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

### ③ 介入方法と優先順位

図表 29 よりむかわ町における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)・・・27 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・0 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)・・・56 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

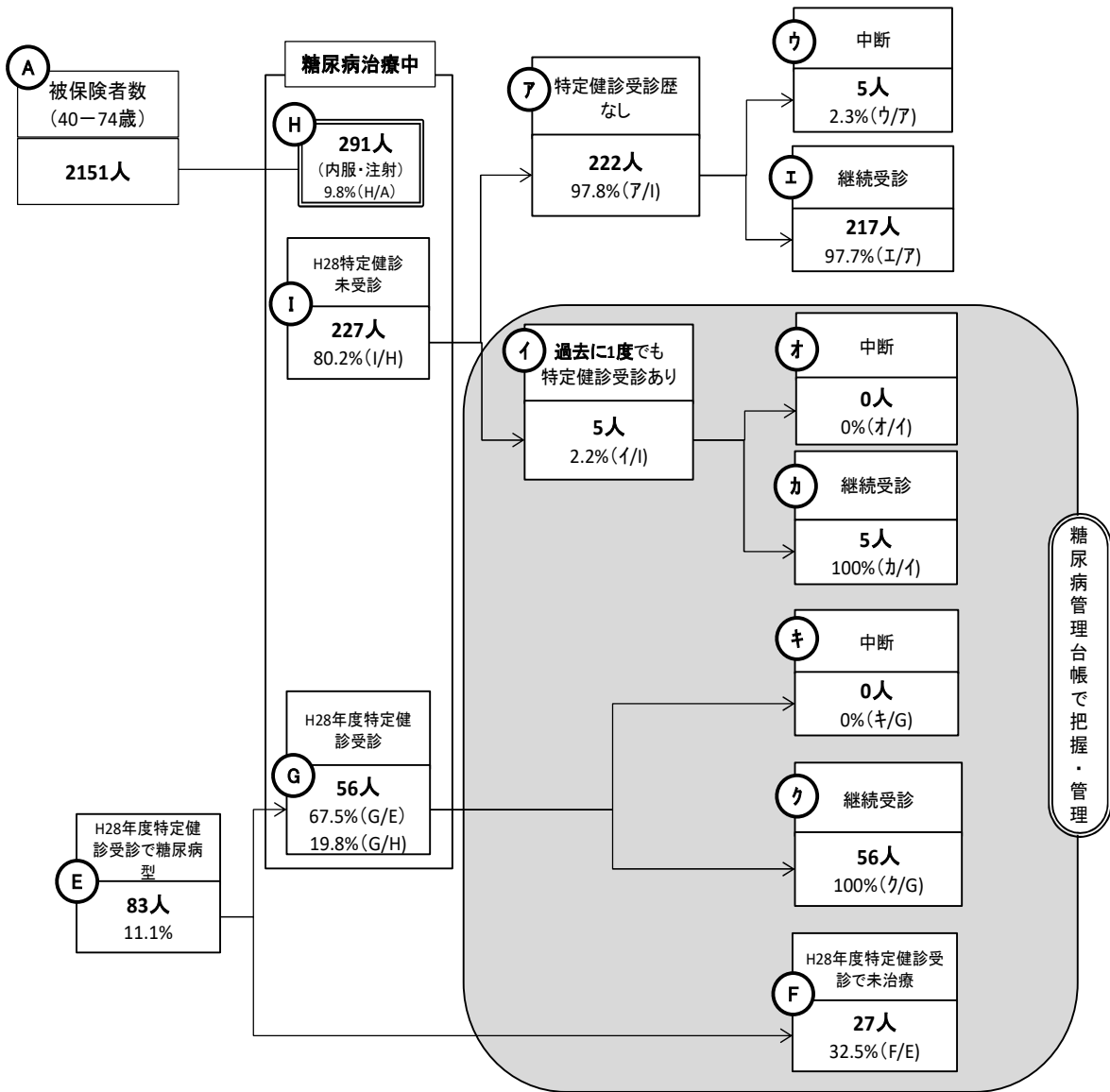
##### 【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・5 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

【図表 29】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料3)及び年次計画表(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

① 治療状況の把握

- ・特定健診の間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。むかわ町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 30)

【図表 30】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中の私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ……</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすずみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳等を活用する。

### (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むかわ町プログラムに準じていく。

## 6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

## 7) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

#### ① 受診勧奨者に対する評価

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

#### ② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

- HbA1cの変化
- eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

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 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。むかわ町において、健診受診者 772 人のうち心電図検査実施者は 720 人(93.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 12 人であった(図表 31)。ST 所見あり 12 人は経過観察所見となっており、内科疾患の定期通院状況をみると 7 人は定期通院等がなかった(図表 32)。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保健指導や次年度健診受診勧奨を行う必要がある。また、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まずは保健師・栄養士がメカニズムを学習し、対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

むかわ町は、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今後も町が実施する特定健診においては、心電図検査を実施していく。

【図表 31】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	772	100	720	93.3	12	1.7	126	17.5	582	80.8

【図表 32】

**ST所見ありの医療機関受診状況**

ST所見あり(a)		内科通院あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(c/a)(%)	(人)	(d/a)(%)
12	100	5	41.7	7	58.3

## 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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

**虚血性心疾患に関する症状**

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

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

## (2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血

管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

### (3) 対象者の管理

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

### 4) 医療との連携

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

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

### 6) 評価

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

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

#### (1) 短期的評価

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

### 7) 実施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】

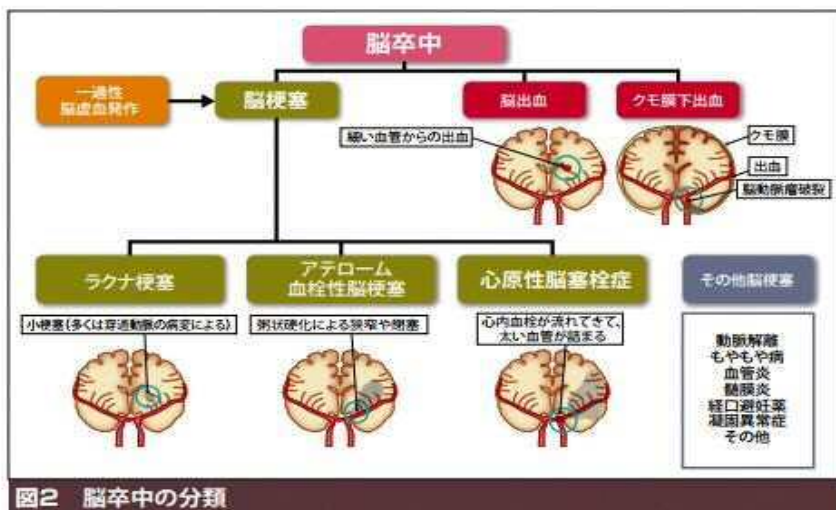


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 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。

【図表 36】

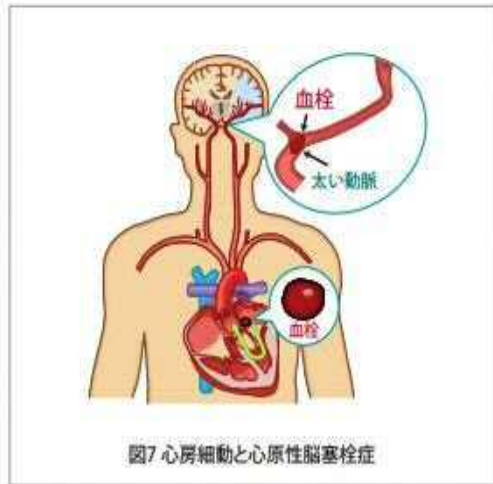
特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○								
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○	○								
	心原性脳梗塞	●				●		○	○								
脳出血	脳出血	●															
	くも膜下出血	●															
リスク因子 (○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 対象者数 1,857 人		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%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)			
		48人	6.40%	39人	5.20%	36人	4.80%	14人	1.90%	127人	17.00%	12人	1.60%	10人	1.30%		
		治療なし		24人	4.80%	17人	2.50%	32人	5.40%	7人	1.70%	34人	8.20%	3人	0.70%	1人	0.30%
		治療あり		24人	9.60%	22人	39.30%	4人	2.60%	7人	2.10%	93人	28.30%	9人	2.70%	9人	2.90%
		臓器障害あり		14人	58.30%	9人	52.90%	8人	25.00%	7人	100%	11人	32.40%	3人	100%	1人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)		1人		3人		2人		1人		0人		3人		1人		
	尿蛋白(2+)以上		0人		2人		1人		0人		0人		3人		0人		
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)		1人		1人		0人		1人		0人		0人		0人		
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		0人		0人		1人		0人		0人		0人		1人		
	心電図所見あり		14人		7人		7人		7人		11人		2人		0人		

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48人(6.4%)であり、24人は未治療者であった。また、未治療者のうち14人(58.3%)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。治療中であってもⅡ度高血圧である者も24人(9.6%)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) 心電図検査における心房細動の実態

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



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 37】

**特定健診における心房細動有所見状況**

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	308	412	10	3.2	4	1.0	-	-
40歳代	31	39	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	49	61	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	147	180	5	3.4	1	0.6	1.9	0.4
70～74歳	81	132	5	6.2	3	2.3	3.4	1.1

\*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

\*日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 38】

**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	
人	%	人	%	%	%
14	100	0	0	14	100

心電図検査において 14 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。単年度の結果ではあるが、日本循環器学会疫学調査と比較してもむかわ町は有所見率が高いことがわかった。今回有所見となった 14 人は全員が既に治療中であった

が、特定健診で心電図検査を受ける事で発見ができたケースが過去にはある。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、今後も心電図検査の全数実施が望まれる。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 二次健診の実施

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

#### (3) 対象者の管理

##### ① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

##### ② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

### 4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧

奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、介護予防事業における健康講話のテーマ設定等、保健事業と連携を強化し、調整していく。

#### 6) 評価

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

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

##### (1) 短期的評価

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

#### 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

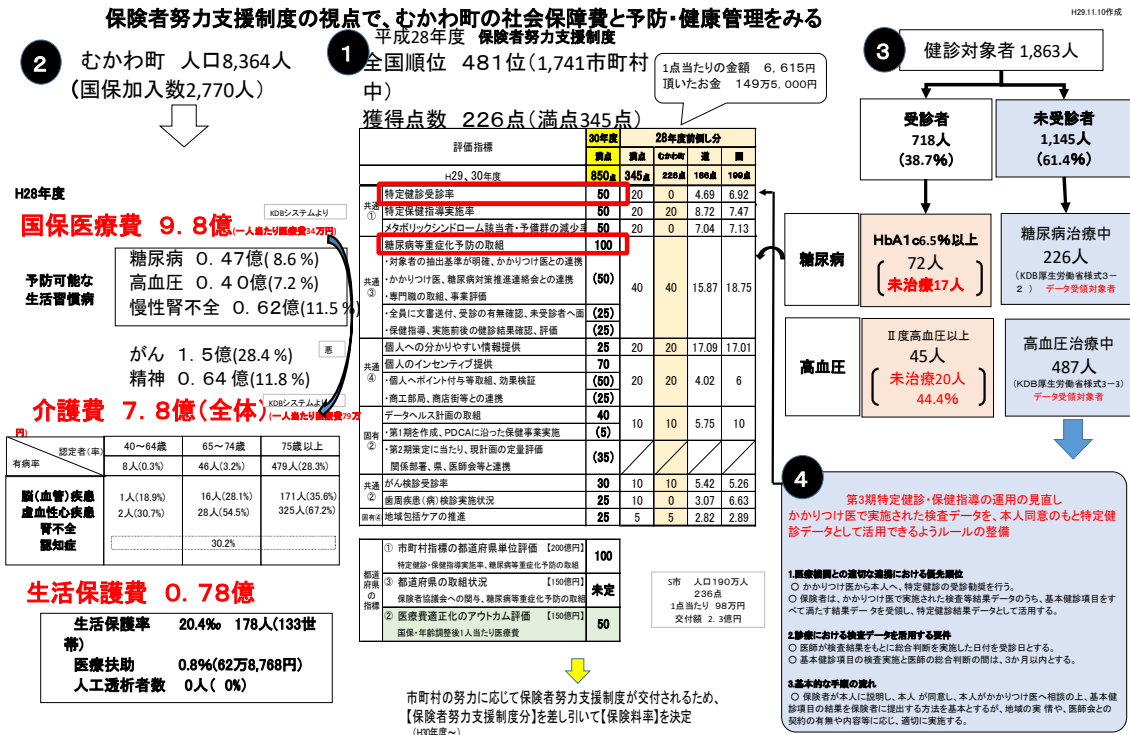
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 39】



【図表 40】

### 北海道の健診結果と生活を科学的に解明する

H29.12.28

⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より

#### 1、からだの実態

##### ①健診データ

(様式6-2～6-7健診有所見者状況  
平成26年度 全医療保険者)  
11月白冊子P427

腹囲	17位
BMI	5位
GPT	2位
中性脂肪	17位
収縮期血圧(180以上)	14位
拡張期血圧(100以上)	20位
空腹時血糖126以上	23位
HbA1c8.4以上	30位
LDLコレステロール180以上	10位

摂取エネルギーの過剰と内臓脂肪型肥満

##### ②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外(平成26年)

	入院外	入院	p131
糖尿病	39位	12位	

##### ③糖尿病腎症による新規透析導入者の状況(平成27年)

北海道	23位	43.60%	p138
-----	-----	--------	------

#### 2、北海道の食の実態

##### 家庭

チーズ	p37	6位
バター	p37	7位

生鮮肉	p35	1位
加工肉	p35	1位
冷凍・缶詰	p35	1位
ソーセージ・ベーコン	p35	2位

鶏	p30	2位
鯛立	p32	2位
貝類	p32	3位
かに	p31	4位
さんま	p30	5位

米	p26	3位
---	-----	----

チョコレート	p55	2位
炭酸飲料水	p57	3位
スナック菓子	p54	4位
キャンデー	p55	4位

メロン	p47	2位
-----	-----	----

玉葱	p40	1位
かぼちゃ	p41	3位
じゃがいも	p41	5位
野菜摂取量	p24	46位

##### 外食

バー・キャバレー ナイトクラブ	(p25) 4位
焼き肉店	7位
寿司店	7位
トーナツ店・ アイスクリーム店等	9位

焼酎	(p63) 1位
ウイスキー・ブランデー	4位
リキュール	5位
ビール	6位
ワイン	6位

家計調査  
(食品ランキング2014～2016平均)

## 第5章 地域包括ケアに係る取組

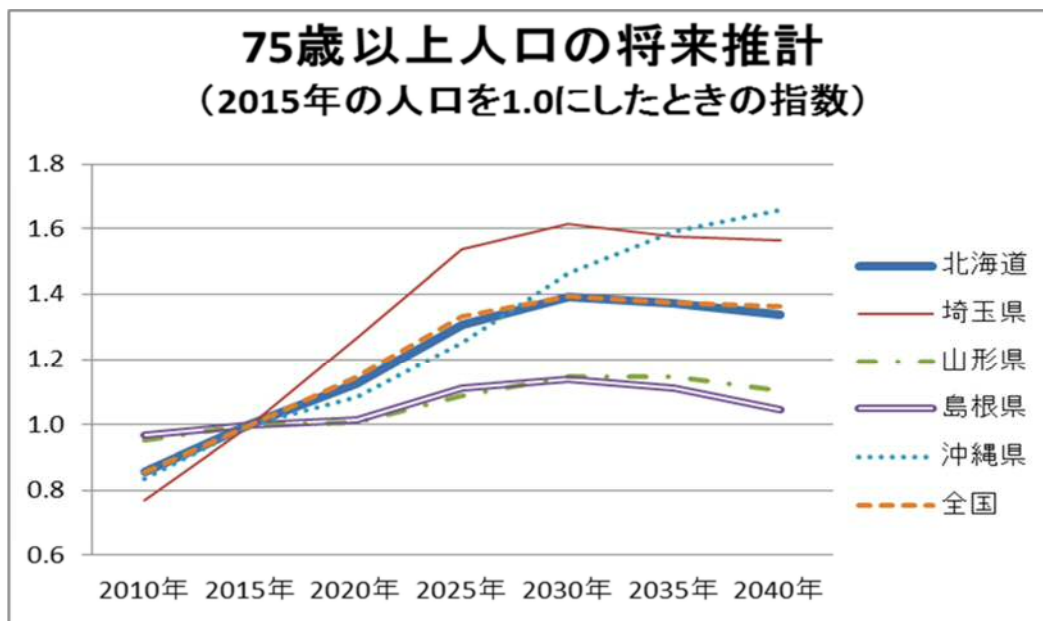
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として、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 41)

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。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 41】



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。

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

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、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、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むかわ町の位置
- 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1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたむかわ町の位置

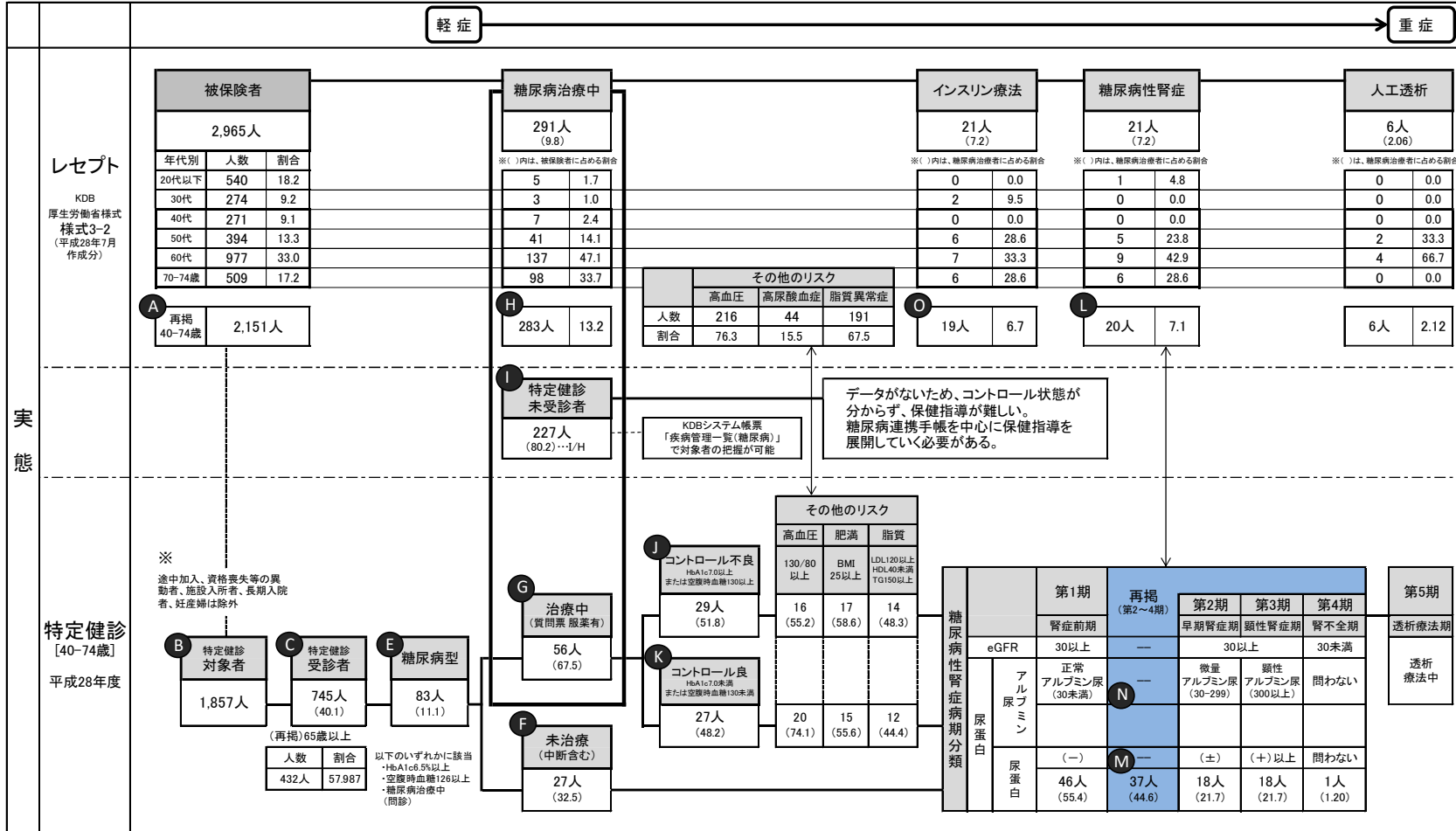
項目		むかわ町(H25)		むかわ町(H28)		同規模平均		北海道		国		データ元 (CSV)												
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合													
1	① 人口構成	総人口		9,623		9,623		1,815,204		5,475,176		124,852,975												
		65歳以上(高齢化率)		3,096	32.2	3,096	32.2	575,561	31.7	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2	KDB No.5 人口の状況 KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題										
		75歳以上		1,659	17.2	1,659	17.2			669,235	12.2	13,989,864	11.2											
		65~74歳		1,437	14.9	1,437	14.9			686,896	12.5	15,030,902	12.0											
		40~64歳		3,393	35.3	3,393	35.3			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0											
	39歳以下		3,134	32.6	3,134	32.6			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8												
	② 産業構成	第1次産業		31.9		31.9		18.4		7.7		4.2		KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題										
		第2次産業		20.3		20.3		25.5		18.1		25.2												
		第3次産業		47.8		47.8		56.1		74.2		70.6												
	③ 平均寿命	男性		79.9		79.9		79.4		79.2		79.6		KDB No.1 地域全体像の把握										
女性		86.5		86.5		86.4		86.3		86.4														
④ 健康寿命	男性		65.1		65.1		65.2		64.9		65.2													
	女性		66.7		66.7		66.7		66.5		66.8													
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		97.2		100↑		104.8		101.0		100		KDB No.1 地域全体像の把握										
				100.9		100.8		100.8		97.6		100												
		がん		49	54.4	39	45.3	6,817	45.1	18,759	51.6↑	367,905	49.6											
		心臓病		16	17.8	21	24.4↑	4,392	29.1	9,429	25.9	196,768	26.5											
		脳疾患		18	20.0	19	22.1↑	2,661	17.6	4,909	13.5	114,122	15.4											
		糖尿病		0	0.0	0	0.0	274	1.8	669	1.8	13,658	1.8											
		腎不全		3	3.3	5	5.8↑	548	3.6	1,543	4.2	24,763	3.3											
		自殺		4	4.4	2	2.3	409	2.7	1,080	3.0	24,294	3.3											
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計		134		11.9								厚労省HP 人口動態調査										
		男性		74		17.6																		
		女性		60		5.0																		
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		522		16.2		525		16.6↑		114,707		20.1		315,124		23.0		5,882,340		21.2	
			新規認定者		12		0.3		9		0.3		1,910		0.3		5,300		0.4↑		105,654		0.3	
			2号認定者		15		0.5		8		0.3		2,325		0.4		7,521		0.4		151,745		0.4	
		② 有病状況	糖尿病		160	30.2	134	24.8	25,164	21.2	82,243	25.0	1,343,240	21.9	KDB No.1 地域全体像の把握									
高血圧症			313	56.8	328	59↑	64,630	54.6	169,499	51.7	3,085,109	50.5												
脂質異常症			173	31.7	167	29.3	31,788	26.7	100,850	30.7↑	1,733,323	28.2												
心臓病			352	65.2	355	65.4↑	73,217	61.9	189,212	57.9	3,511,354	57.5												
脳疾患			194	34.3	188	34.5↑	33,089	28.2	79,841	24.6	1,530,506	25.3												
がん			67	12.3	49	9.7	11,629	9.7	38,597	11.6	629,053	10.1												
筋・骨格			318	56.7	301	56.6	63,583	53.7	168,550	51.4	3,051,816	49.9												
精神			175	31.6	242	45.5↑	43,915	37.0	121,275	36.9↑	2,141,880	34.9												
③ 介護給付費		1件当たり給付費(全体)		80,421		(75,497)		70,593		57,953		58,349		KDB No.1 地域全体像の把握										
		居宅サービス		35,072		34,287		40,986		38,810		39,683												
		施設サービス		242,512		261,223↑		275,281		283,015↑		281,115												
④ 医療費等		要介護認定別		10,622		8,213		8,458		8,976		7,980		KDB No.1 地域全体像の把握										
	医療費(40歳以上)		4,466		(5,022)↑		4,123		4,619↑		3,822													
4	① 国保の状況	被保険者数		3,354		2,840		493,770		1,312,713		32,587,223		KDB No.1 地域全体像の把握										
		65~74歳		1,070	31.9	1,074	37.8			547,063	41.7	12,462,053	38.2											
		40~64歳		1,264	37.7	998	35.1			441,494	33.6	10,946,693	33.6											
		39歳以下		1,020	30.4	768	27.0			324,156	24.7	9,178,477	28.2											
	加入率		34.9		(29.5)		27.8		24.0		26.9													
	② 医療の概況(人口千対)	病院数		1		0.3		1		0.4		144		0.3		KDB No.5 被保険者の状況								
		診療所数		4		1.2		3		1.1		1,108		2.2										
		病床数		40		11.9		40		14.1		15,468		31.3										
		医師数		6		1.8		4		1.4		1,575		3.2										
		外来患者数		589.4		604.6↑		658.5		646.1		668.3												
		入院患者数		21.6		(24.2)↑		22.6		22.9		18.2												
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		25,413		県内99位 同規模89位 28,646		県内72位 同規模68位 26,418↑		27,782↑		24,253↑		KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB No.1 地域全体像の把握										
		受診率		610,968		628,779↑		681,134		668,982		686,501												
		外費用の割合		56.7		53.3		56.6↑		55.2		60.1↑												
		来件数の割合		96.5		96.1		96.7		96.6		97.4												
入院費用の割合		43.3		(46.7)↑		43.4		44.8		39.9↑														
院件数の割合		3.5		(3.9)↑		3.3		3.4		2.6														
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	1件あたり在院日数		13.5日		13.6日		16.3日		15.8日		15.6日		KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域											
	がん		28.5		154,936,610		28.4		24.1		28.5↑			25.6										
	慢性腎不全(透析あり)		11.5		62,676,510		11.5		9.1		6.5			9.7										
	糖尿病		10.5		47,054,020		8.6		10.2		9.3			9.7										
	高血圧症		8.2		39,302,880		7.2		9.2		7.9↑			8.6										
	精神		9.6		64,110,070		11.8↑		17.5		17.2↑			16.9										
筋・骨格		19.6		110,108,390		20.2		16.1		16.4		15.2												

4	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	487,200	137位 (14)	591,549	78位 (15)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域						
			高血圧	477,831	157位 (15)	546,845	145位 (14)												
			脂質異常症	456,168	142位 (16)	567,442	84位 (17)												
			脳血管疾患	598,376	107位 (18)	606,482	116位 (16)												
			心疾患	621,063	109位 (17)	678,871	99位 (16)												
			腎不全	959,677	24位 (15)	565,246	138位 (12)												
			精神	451,687	102位 (21)	499,187	72位 (23)												
			悪性新生物	559,220	98位 (13)	648,268	92位 (12)												
			県内順位 順位総数183	入院の( )内 は入院日数	外来	糖尿病	43,108	19位	45,906	14位									
						高血圧	37,135	10位	37,990	20位									
						脂質異常症	32,819	33位	34,068	20位									
						脳血管疾患	43,125	33位	34,764	103位									
						心疾患	46,933	41位	54,333	28位									
						腎不全	168,234	48位	177,942	50位									
						精神	27,554	127位	22,953	175位									
						悪性新生物	47,737	55位	68,311	26位									
						⑥	健診有無別 一人あたり 点数	健診対象者	3,196		1,916			2,768		1,458		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域
								健診受診者	13,921		15,485 ↑			12,339		15,594 ↑		12,683	
			健診未受診者	9,831				6,209		7,719		4,388			5,940				
⑦	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人あたり	42,813		60,183 ↑		34,410		46,918 ↑		36,479	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
		健診受診者	349	53.8	453	62.9	81,971	56.9	129,168	57.2	4,116,530		55.9						
		医療機関受診率	310	47.8	417	67.9	74,352	51.6	118,763	52.6	3,799,744		51.6						
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数183	受診率	30.4	県内77位 同規模169位	38.7 ↑	県内59位 同規模153位	41.0	25.1	全国44位	34.0	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							
			特定保健指導終了者(実施率)	49	62.0	61	70.3 ↑	1499	8.1	938	3.5		35,557	4.1					
			非肥満高血糖	34	5.2	45	6.3 ↑	14,201	9.9	17,429	7.7		687,157	9.3					
			メタボ	該当者	84	12.9	124	17.2 ↑	25,927	18.0	37,430		16.6 ↑	1,272,714	17.3				
				男性	49	18.5	85	27.6 ↑	18,053	27.1	26,731		27.5 ↑	875,805	27.5				
				女性	35	9.1	39	9.5 ↑	7,874	10.2	11,699		8.8	396,909	9.5				
				予備群	83	12.8	85	11.8	16,553	11.5	24,029		10.6	790,906	10.7				
			BMI	男性	57	21.5	57	18.5	11,535	17.3	16,766		17.9	548,609	17.2				
				女性	26	6.8	28	6.8	5,018	6.5	7,263		5.5	241,487	5.8				
				総数	203	31.3	231	32.1 ↑	47,928	33.3	69,361		30.7	2,320,533	31.5				
				男性	130	49.1	157	51 ↑	33,271	49.9	47,819		51.1 ↑	1,597,371	50.1				
			⑧	メタボ該当・ 予備群 レベル	BMI	女性	73	19.0	74	18.0	14,657		19.0	21,542	16.3	723,162	17.3		
						総数	44	6.8	60	8.3 ↑	8,649		6.0	14,535	6.4	346,181	4.7		
						男性	7	2.6	8	2.6	1,438		2.2	2,471	2.6	55,460	1.7		
						女性	37	9.6	52	12.6 ↑	7,211		9.3	12,064	9.1	290,721	7.0		
						血糖のみ	7	1.1	4	0.6	1,116		0.8	1,283	0.6	48,685	0.7		
						血圧のみ	55	8.5	65	9 ↑	11,683		8.1	16,730	7.4	546,667	7.4		
						脂質のみ	21	3.2	16	2.2	3,754		2.6	6,016	2.7	194,744	2.6		
						血糖・血圧	10	1.5	18	2.5 ↑	4,665		3.2	5,478	2.4	196,978	2.7		
血糖・脂質	6	0.9				4	0.6	1,419	1.0	1,811	0.8	69,975	1.0						
血圧・脂質	46	7.1				64	8.9 ↑	12,004	8.3	19,151	8.5 ↑	619,684	8.4						
血糖・血圧・脂質	22	3.4				38	5.3 ↑	7,839	5.4	10,990	4.9 ↑	386,077	5.2						
6	生活習慣の 状況	服薬				高血圧	261	40.2	242	33.6	51,055	35.5	74,890	33.2	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
						糖尿病	53	7.4	12,000	8.3	15,872	7.0	551,051	7.5					
			脂質異常症	154	21.4	32,128	22.3	55,219	24.4	1,738,149	23.6								
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	33	4.6	4,464	3.2	7,611	3.5	230,777	3.3								
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	34	4.7	7,897	5.7	12,203	5.6	391,296	5.5								
			腎不全	4	0.6	1,763	1.3	1,056	0.5	37,041	0.5								
			貧血	92	12.8	11,617	8.5	20,157	9.2	710,650	10.1								
			喫煙	115	17.7	126	17.5	22,417	15.6	37,780	16.7 ↑	1,048,171	14.2						
			週3回以上朝食を抜く	40	6.2	65	9.0 ↑	10,140	7.6	21,204	10.4 ↑	540,374	8.5						
			週3回以上食後間食	122	18.8	128	17.8	17,461	13.1	32,406	15.9	743,581	11.8						
			週3回以上就寝前夕食	105	16.2	115	16.0	21,902	16.5	29,861	14.6	983,474	15.4						
			食べる速度が速い	186	28.7	212	29.4 ↑	36,107	27.2	55,733	27.3	1,636,988	25.9						
			20歳時体重から10kg以上増加	211	32.5	251	34.9 ↑	44,552	33.4	67,673	33.1 ↑	2,047,756	32.1						
			1回30分以上運動習慣なし	457	70.4	509	70.7 ↑	87,774	65.8	126,554	61.6	3,761,302	58.7						
1日1時間以上運動なし	391	60.2	453	62.9 ↑	64,466	48.5	98,397	48.0	2,991,854	46.9									
睡眠不足	99	15.4	147	20.4 ↑	31,141	23.6	46,189	22.6 ↑	1,584,002	25.0									
毎日飲酒	133	20.6	171	23.8 ↑	35,843	26.0	45,392	22.0 ↑	1,760,104	25.6									
時々飲酒	181	28.0	202	28.1 ↑	29,415	21.3	54,150	26.2 ↑	1,514,321	22.0									
⑭	一日飲酒量	1合未満	188	49.3	204	46.5	55,592	59.9	78,398	58.0	3,118,433	64.1							
		1~2合	119	31.2	160	36.4 ↑	24,370	26.3	36,067	26.7 ↑	1,158,318	23.8							
		2~3合	56	14.7	50	11.4	9,606	10.4	16,011	11.9 ↑	452,785	9.3							
		3合以上	18	4.7	25	5.7 ↑	3,225	3.5	4,637	3.4 ↑	132,608	2.7							

道と比較し、高い項目に ○ H25と比較し高くなった項目に ↑

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実態

都道府県名	北海道	市町村名	むかわ町	同規模区分	9
-------	-----	------	------	-------	---



【参考資料 2】

【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	CKD	血圧							
								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	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

（原本は健康福祉課管理）

【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												
<b>糖尿病管理台帳の全数(④+⑤)</b> ( )人 <b>④健診未受診者</b> ( )人 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><th colspan="2">結果把握(内訳)</th></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> <p>①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>		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.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 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 -----	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 かりつけ医、糖尿病専門医
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														
結果把握	①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 栄養士中心 腎専門医												
	①HbA1cが悪化している ( )人 <u>例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している</u> ( )人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある ②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人														
	③eGFR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														
保健指導の優先づけ															

（原本は健康福祉課管理）

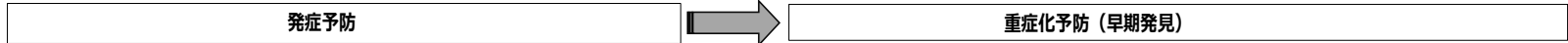
【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価 同規模区分 9 都道府県 1 市町村名 むかわ町

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		28年度同規模保険者数238			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ①	被保険者数	A	2,965人						KDB 厚生労働省様式様式3-2		
②	(再掲)40-74歳	A	2,151人								
2 ①	特定健診 対象者数	B	1,857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	745人								
③	受診率	C	40.1%								
3 ①	特定保健指導 対象者数		101人								
②	実施率		70.3%								
4	健診データ	①	糖尿病型	E	83人	11.1%				特定健診結果	
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	27人	32.5%					
		③	治療中(質問票 服薬あり)	G	56人	67.5%					
		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	29人	51.8%					
		⑤			血圧 130/80以上	16人	55.2%				
		⑥			肥満 BMI25以上	17人	58.6%				
		⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	27人	48.2%			
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	46人	55.4%					
		⑨	第2期 尿蛋白(±)		18人	21.7%					
		⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		18人	21.7%					
		⑪	第4期 eGFR30未満		1人	1.2%					
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		98.1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)		131.6人						
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1)は糖尿病千対	入院外(件数)	1,304件	(629.3)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④		入院(件数)	9件	(4.3)			9件	(5.4)	
		⑤	糖尿病治療中	H	291人	9.8%				KDB 厚生労働省様式様式3-2	
		⑥	(再掲)40-74歳	H	283人	13.2%					
		⑦	健診未受診者	I	227人	80.2%					
		⑧	インスリン治療	O	21人	7.2%					
		⑨	(再掲)40-74歳		19人	6.7%					
		⑩	糖尿病性腎症	L	21人	7.2%					
		⑪	(再掲)40-74歳		20人	7.1%					
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人	2.06%					
		⑬	(再掲)40-74歳		6人	2.12%					
		⑭	新規透析患者数		5人						
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1人						
		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)		10人	2.3%				KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	医療費	①	総医療費		9億8063万円				6億7140万円	KDB 健診・医療・介護データから みえる地域の健康課題	
		②	生活習慣病総医療費		5億4450万円				3億8078万円		
		③	(総医療費に占める割合)		55.5%				56.7%		
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,210円				8,685円		
		⑤		健診未受診者	50,153円				33,204円		
		⑥	糖尿病医療費		4701万円				3885万円		
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.6%				10.2%		
		⑧	糖尿病入院外総医療費		1億6292万円						
		⑨	1件あたり		45,906円						
		⑩	糖尿病入院総医療費		1億0115万円						
		⑪	1件あたり		591,549円						
		⑫	在院日数		15日						
		⑬	慢性腎不全医療費		6578万円				3708万円		
		⑭	透析有り		6268万円				3468万円		
		⑮	透析なし		310万円				240万円		
7 ①	介護 介護給付費		7億8245万円				7億5295万円				
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)		0人 0.0%				1人 1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みえる地域の健康課題			



# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



## 血管変化（血管内皮機能障害）

**虚血性心疾患のリスク**（リスクの重なりやリスクの期間で推測）

**問診**

- 年齢・性別（男45歳以上/女55歳以上）
- 家族歴（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死
  - ②若年発症の虚血性心疾患
  - ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- 既往歴（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 → NO不活化等
- ストレス（職場環境、生活リズムの変化など） → 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- 閉経（ 歳） → エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

**健診**

- 20歳の体重（15%以上の増加）
- 内臓脂肪の蓄積
- メタボリックシンドローム（高インスリンの期間を予測）
  - 高中性脂肪・低HDL
  - 血圧高値
  - 耐糖能異常・高血糖
- 糖尿病 → インスリン枯渇により移行
- 高血圧 → プラーク破綻促進要因
- 高LDLコレステロール → 大血管障害要因
- CKD → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

**大血管障害要因**

冠動脈の狭窄 → 冠動脈のプラーク

→ 狭窄が50%以下でもプラークの破綻を起こすことがある（不安定プラーク）  
 \*特にメタボは不安定プラークを形成しやすい  
 → プラークが破々の形成（不安定プラーク）

## 臓器障害

**心筋異常・心筋障害** → **心筋壊死**

**心電図**

- 所見あり
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左腿ブロック）
- 所見なし

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう  
 ○どのような検査が必要か？  
 ○次の評価はいつの時点か？（3ヶ月後・半年後・1年後）

**自覚症状**

- あり
- ない

**症状の現れ方**

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）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・労作時関係なく	安静時・労作時関係なく	安静時・労作時関係なく
症状の期間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化	急な激しい胸部痛
期間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも悪化せず）

**精密検査**

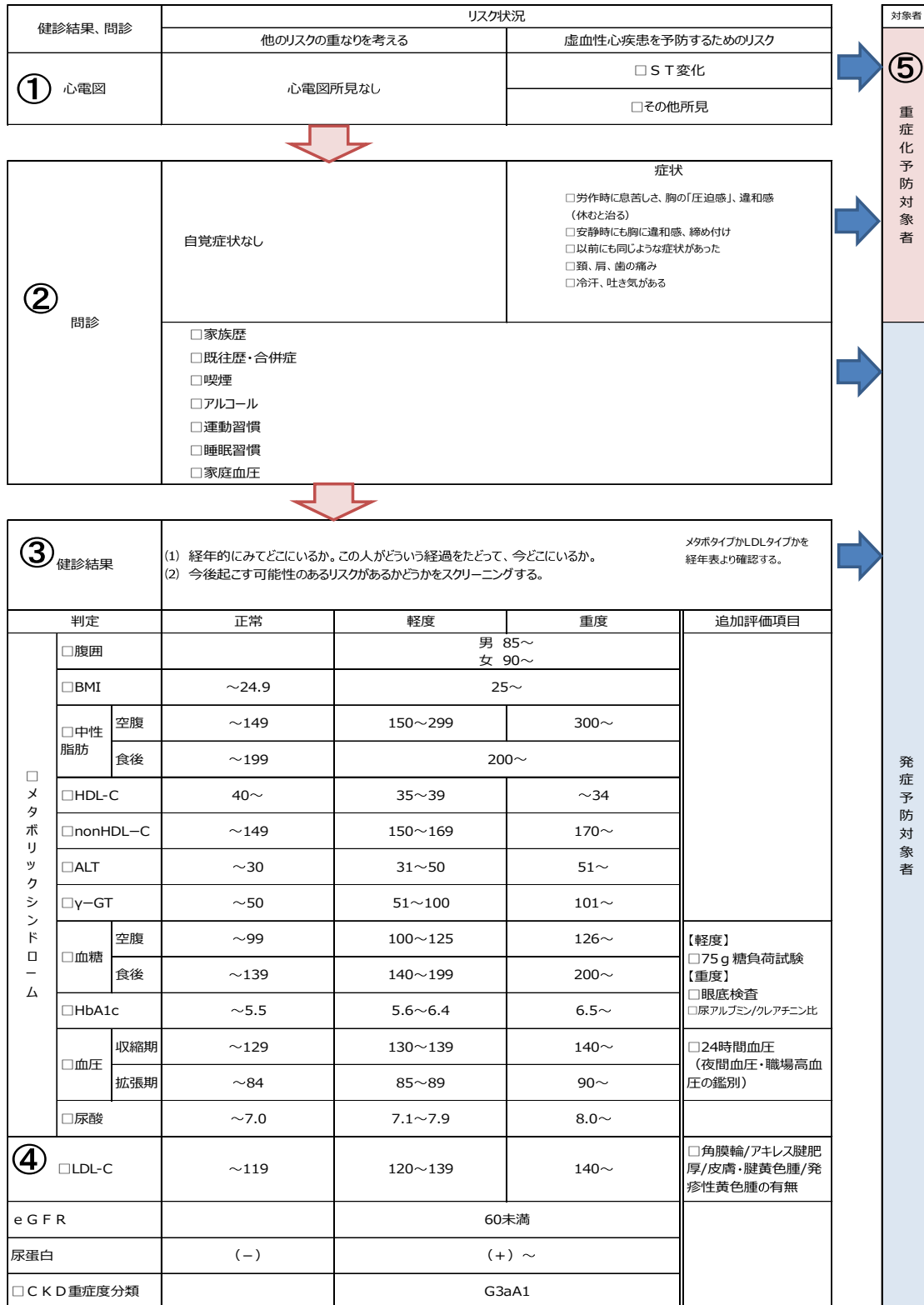
- 狭心症
- 異型（冠れん縮）狭心症
- 不安定狭心症
- 急性心筋梗塞

不安定プラークの破綻により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間の閉塞または高度狭窄をきたす。（急性冠症候群：ACS）

血管変化をみる検査	冠動脈エコー検査	負荷心電図	心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）	心筋バイオマーカー
<input type="checkbox"/> 血流依存性血管拡張反応（FMD） <input type="checkbox"/> 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：インドット） <input type="checkbox"/> 7.5g 糖負荷試験、インスリン濃度検査	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査 <input type="checkbox"/> ABI	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 心臓カテテル検査 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査 <input type="checkbox"/> 微量アルブミン尿 <input type="checkbox"/> PWV（脈波伝播速度検査）

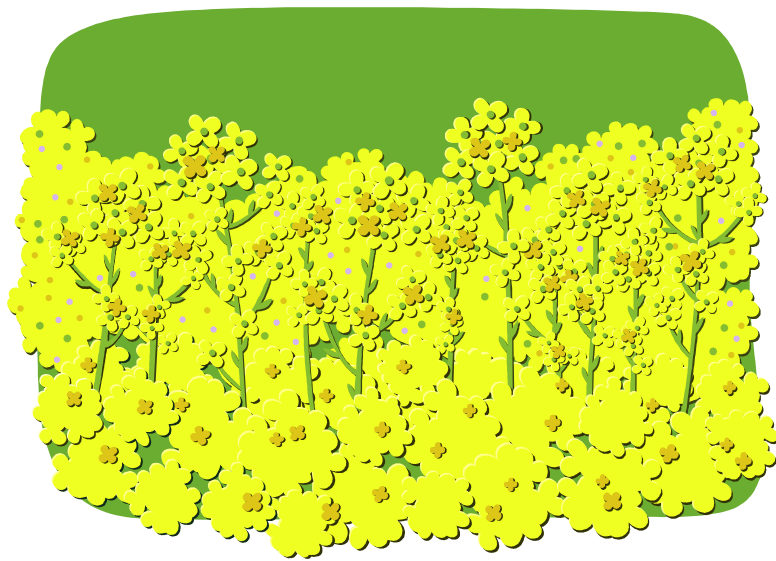
【参考文献】  
 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート





**むかわ町役場**

**本庁 健康福祉課 保健介護グループ**

**TEL 0145-42-2415**

**FAX 0145-47-2400**

**支所 地域振興課 健康グループ**

**TEL 0145-45-3326**

**FAX 0145-47-5400**