

国民健康保険

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

陸別町 2018.2.20 策定

北海道足寄郡陸別町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題 の明確化	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察	
2. 第2期計画における健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1. 第三期特定健康診査等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	26
1. 保健事業の方向性	
2. 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	
3. 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	49
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	50
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	52

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が創設されることとなった。

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

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

2. 計画の位置付け

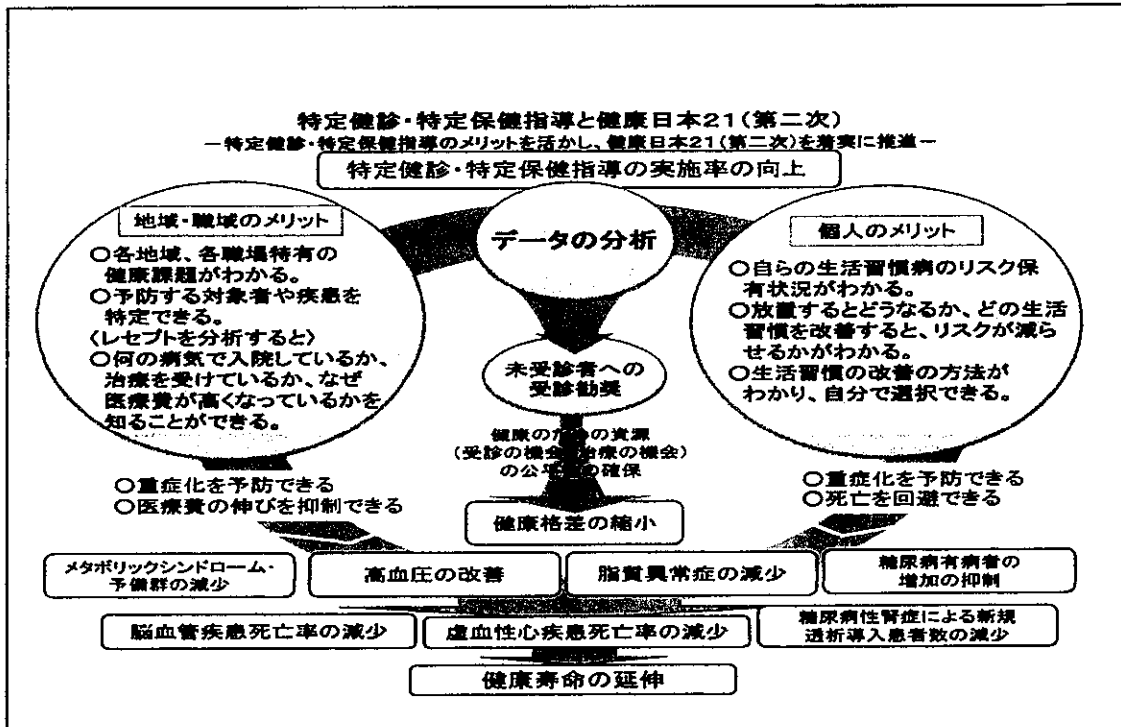
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果及びレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

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、「北海道健康増進計画」や「健康日本21りくべつ（第2次）」、「北海道医療費適正化計画」、「陸別町介護保険事業計画」と調和のとれたものとする。（図表1、2、3）

【図表1】

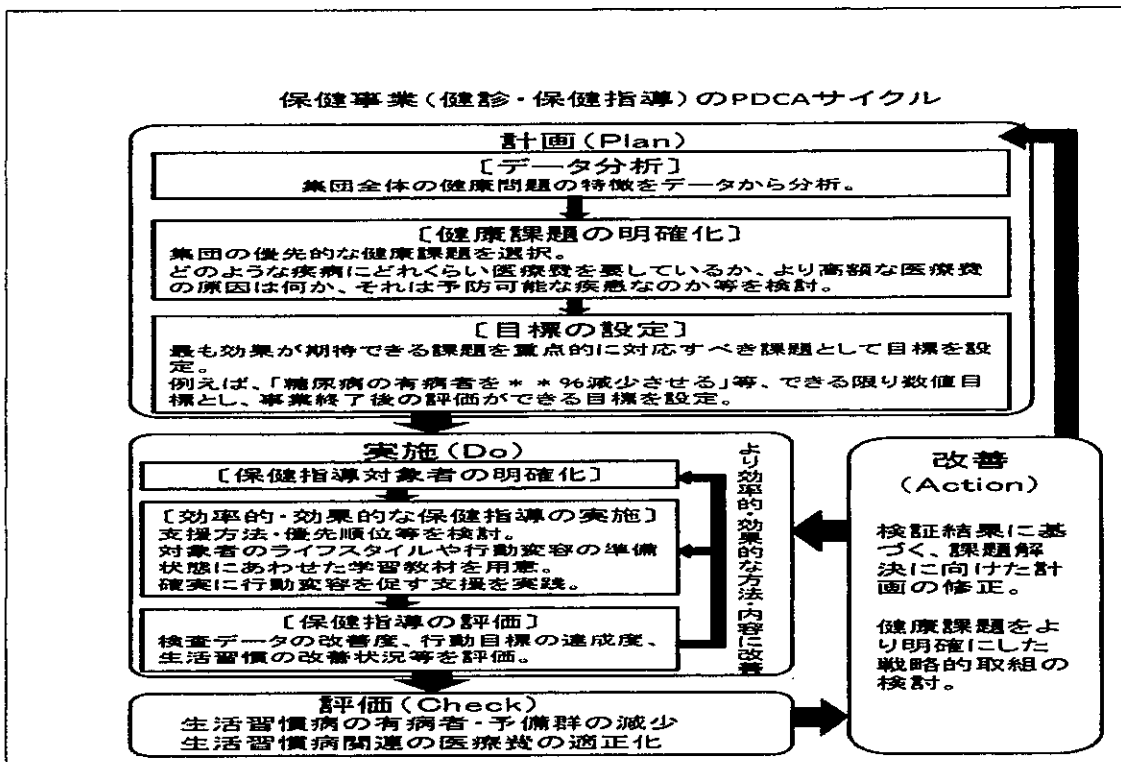
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健診等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第6条、第9条	健康増進法 第19条	健康増進法 第8条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	健康増進法の規定に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年12月 国民の健康の増進を目的とし、 健康を保持するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年12月 特定健診等実施計画等に基づき、 健康を保持するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年12月 「特定健診等実施計画」に基づき、 健康を保持するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年12月 介護保険事業（支援）計画等に基づき、 健康を保持するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年12月 医療費適正化計画（第2次） について基本方針（抜粋）	厚生労働省 健康局 平成29年12月 医療計画の作成に関する基本方針
根拠・期間	法定 平成29～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	掲針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～35年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第2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	健康増進法の目的及び健康増進法の理念の實現に向けて、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療を推進し、国民の健康を維持すること。国民の健康を維持するための基本的な方針として、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療を推進し、国民の健康を維持すること。国民の健康を維持するための基本的な方針として、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療を推進し、国民の健康を維持すること。	生活習慣病の予防・早期発見・早期治療を推進し、国民の健康を維持すること。国民の健康を維持するための基本的な方針として、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療を推進し、国民の健康を維持すること。	生活習慣病の予防・早期発見・早期治療を推進し、国民の健康を維持すること。国民の健康を維持するための基本的な方針として、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療を推進し、国民の健康を維持すること。	高齢者がその所有する能力に応じて自らの日常生活を営むことができるように支援すること。介護保険法に基づき、高齢者がその所有する能力に応じて自らの日常生活を営むことができるように支援すること。	医療費適正化を推進し、国民の健康を維持すること。国民の健康を維持するための基本的な方針として、医療費適正化を推進し、国民の健康を維持すること。	医療計画の作成・適正な実施を推進すること。国民の健康を維持するための基本的な方針として、医療計画の作成・適正な実施を推進すること。
対象年齢	ライフステージ（幼少期、若年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期（高齢期）に 重点的に対処（社会保険、介護保険からの生活費削減）	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 60～64歳 特定疾患	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 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 認知症 メンタルヘルズ	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧 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 脂質異常症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 脂質異常症 高血圧等 脳血管疾患 閉塞性肺疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 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 認知症 メンタルヘルズ	がん 脳神経疾患
評価	※評価項目 ①特定健診等実施計画の達成率 ②特定健診等実施計画の達成率 ③特定健診等実施計画の達成率 ④特定健診等実施計画の達成率 ⑤特定健診等実施計画の達成率 ⑥特定健診等実施計画の達成率 ⑦特定健診等実施計画の達成率 ⑧特定健診等実施計画の達成率 ⑨特定健診等実施計画の達成率 ⑩特定健診等実施計画の達成率	①特定健診等実施計画の達成率 ②特定健診等実施計画の達成率 ③特定健診等実施計画の達成率 ④特定健診等実施計画の達成率 ⑤特定健診等実施計画の達成率 ⑥特定健診等実施計画の達成率 ⑦特定健診等実施計画の達成率 ⑧特定健診等実施計画の達成率 ⑨特定健診等実施計画の達成率 ⑩特定健診等実施計画の達成率	①特定健診等実施計画の達成率 ②特定健診等実施計画の達成率 ③特定健診等実施計画の達成率 ④特定健診等実施計画の達成率 ⑤特定健診等実施計画の達成率 ⑥特定健診等実施計画の達成率 ⑦特定健診等実施計画の達成率 ⑧特定健診等実施計画の達成率 ⑨特定健診等実施計画の達成率 ⑩特定健診等実施計画の達成率	①地域における暮らしの質の向上 ②介護保険の持続可能性の向上 ③介護保険の持続可能性の向上 ④介護保険の持続可能性の向上 ⑤介護保険の持続可能性の向上 ⑥介護保険の持続可能性の向上 ⑦介護保険の持続可能性の向上 ⑧介護保険の持続可能性の向上 ⑨介護保険の持続可能性の向上 ⑩介護保険の持続可能性の向上	①医療費適正化の推進 ②一人ひとりの生活の質の向上 ③医療費適正化の推進 ④一人ひとりの生活の質の向上 ⑤医療費適正化の推進 ⑥一人ひとりの生活の質の向上 ⑦医療費適正化の推進 ⑧一人ひとりの生活の質の向上 ⑨医療費適正化の推進 ⑩一人ひとりの生活の質の向上	①医療費適正化の推進 ②一人ひとりの生活の質の向上 ③医療費適正化の推進 ④一人ひとりの生活の質の向上 ⑤医療費適正化の推進 ⑥一人ひとりの生活の質の向上 ⑦医療費適正化の推進 ⑧一人ひとりの生活の質の向上 ⑨医療費適正化の推進 ⑩一人ひとりの生活の質の向上
その他		医療保険者 医療費適正化計画	医療保険者 医療費適正化計画	介護保険事業（支援）計画 介護保険事業（支援）計画	医療費適正化計画 医療費適正化計画	医療計画 医療計画

【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必要があるため、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

陸別町においては、町民課国保・衛生担当及び保健福祉センター保健指導担当が主体となりデータヘルス計画を策定する。住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、保健福祉センター（地域包括支援センター・介護保険担当・福祉担当）、総務課（企画財政室）などと十分に連携し、計画を進めていく。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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。

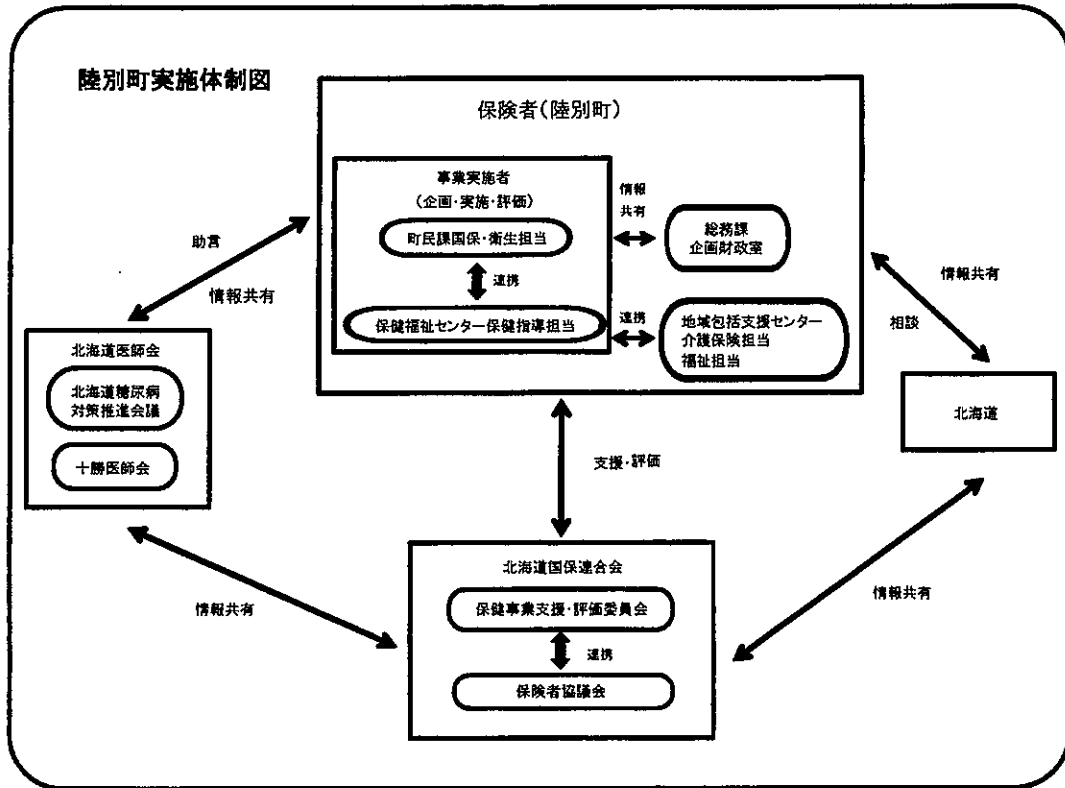
また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、陸別町の国保は、計画素案について北海道の関係課と意見交換を行い、北海道との連携に努める。

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かつ積極的に取り組むことが重要である。

【図表4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		31.7			
総得点(体制構築加点含む)		180			
全国順位(1,741市町村中)		1,113			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	15			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	0			100
固有 ②	データヘルズ計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい状況提供	17			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複受診者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療従事者の取組の実施状況	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	80

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における 健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は増加している。また、死因別には、がん・糖尿病による死亡割合が増加しており、心臓病・脳疾患・腎不全による死亡は減少している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇や、それに伴う介護給付費の増加が見られた。40～64歳の2号認定率は減少している。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用の割合が増加している。このことは、特定健診受診率の高さ、特定健診結果返却時の保健指導を中心とした重症化予防への保健活動が、住民の適正な医療受診行動につながっていると推測できる。今後特定健診の受診勧奨や適切な保健指導を継続していく。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付費と1件あたり給付費はともに増加している。その背景として、高齢化率の上昇に伴う介護認定率上昇等が考えられるが、同規模平均と比較すると、陸別町の介護認定率は低い。(参考資料1)

1件あたり給付費は高い傾向にあり(同規模平均の1件あたり給付費は減少傾向)、なかでも要介護1・2の方の給付費が高い。

今後、陸別町介護保険事業計画と整合性を図りつつ、要因について分析していく。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	陸別町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	2億2,696万円	86,958	↑ 58,641	↑ 266,836	↓ 75,804	40,098	279,554
H28年度	↑ 2億6,286万円	↑ 88,865	54,599	250,651	↓ 73,752	39,649	273,932

② 医療費の状況（図表7）

総医療費の費用額は4,898万円減少し、一人当たり医療費は2,613円減少している。ともに、減少率は同規模と比べ大きくなっている。

また、入院の費用額が減り、入院外の費用の割合が多くなっている。このことは、住民が重症化する前に医療にかかっていると考えられ、日頃の重症化予防を重点に置いた保健活動が要因の一つになっていると推測されるが、他の要因も含めて医療費の減少について、今後さらなる分析をしていく。

【図表7】

医療費の变化

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	倍率		費用額	増減	倍率		費用額	増減	倍率	
			町	同規模			町	同規模			町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	3億456万円			1億502万円				1億493万円			
	H28年度	2億5,558万円	△4,898万円	-16.0%	1.12	1億117万円	△4,691万円	-30.2%	0.66	1億4,746万円	△207万円	-1.3%
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	30,758			15,655				15,102			
	H28年度	28,145	△2,613	-8.4%	5.83	16,239	584	3.7%	6.21	11,905	△3,197	-21.1%

※ICBの一人当たりの医療費は月平均額での表示とする。

③ 最大医療資源(中長期目標疾患及び短期目標疾患)（図表8）

中長期目標疾患の割合は全て減少し、短期目標疾患は、糖尿病の割合のみ増加している。特定健診後の保健指導等で、適切に医療に結びつけられたことで、医療費がかさむ中長期目標疾患を減らすことができたと考えられる。目標疾患医療費計は、平成25年度と比較して、約2,895万円の減額となり、医療費全体に占める割合も21.87%で約6%減となり、北海道・国の割合を下回っている。

【図表8】

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

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			中長期短期目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋骨疾患	
			金額	順位	腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	新生物	精神疾患	筋骨疾患				
																	同規模
H25	陸奥町	304,565,420	30,758	33位	34位	2.68%	0.48%	7.87%	3.36%	4.52%	5.13%	3.81%	94,336,720	27.8%	6.93%	7.66%	10.83%
		H28	255,586,270	28,145	103位	81位	2.45%	0.28%	3.47%	1.94%	5.73%	4.54%	3,46%	55,855,000	21.8%	12.11%	9.32%
H28	北海道	474,755,543,600	26,441	-	-	3.86%	0.39%	2.78%	2.74%	4.89%	5.63%	2.72%	108,255,214,170	22.8%	13.70%	9.47%	9.08%
	国	9,715,899,908,610	22,383	-	-	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,400,578,622,250	24.5%	12.54%	9.39%	8.41%

最大医療資源(割合)による分類

◆最大医療資源(割合)は、レシートに記載された病名のうち最も費用が大きい病名

【出典】

ICBシステム、健康診断データから算出された地域医療情報

④ 中長期的な目標疾患（図表9）

被保険者のうち中長期的な目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の診断を受けている者の割合は、わずかではあるが全て減少している。

虚血性心疾患がある者のうち脳血管疾患も併せ持つ者は 19.2%、脳血管疾患がある者のうち虚血性心疾患を併せ持つ者は 37.0%である。

大血管を守るという視点で、短期的な目標疾患をコントロールしていくことが重要である。その中でも割合の高い、高血圧と脂質異常症のコントロールが重要である。

【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					
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	825	62	7.5%	15	24.2%	1	1.6%	43	69.4%	17	27.4%	41	66.1%	
	64歳以下	525	21	4.0%	4	19.0%	1	4.8%	13	61.9%	9	42.9%	15	71.4%	
	65歳以上	300	41	13.7%	11	26.8%	0	0.0%	30	73.2%	8	19.5%	26	63.4%	
H28	全体	757	52	6.9%	10	19.2%	0	0.0%	37	71.2%	19	36.5%	34	65.4%	
	64歳以下	464	13	2.8%	2	15.4%	0	0.0%	7	53.8%	7	53.8%	8	61.5%	
	65歳以上	293	39	13.3%	8	20.5%	0	0.0%	30	76.9%	12	30.8%	26	66.7%	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	825	33	4.0%	15	45.5%	1	3.0%	23	69.7%	14	42.4%	20	60.6%	
	64歳以下	525	9	1.7%	4	44.4%	1	11.1%	6	66.7%	6	66.7%	3	33.3%	
	65歳以上	300	24	8.0%	11	45.8%	0	0.0%	17	70.8%	8	33.3%	17	70.8%	
H28	全体	757	27	3.6%	10	37.0%	0	0.0%	19	70.4%	12	44.4%	20	74.1%	
	64歳以下	464	6	1.3%	2	33.3%	0	0.0%	4	66.7%	3	50.0%	3	50.0%	
	65歳以上	293	21	7.2%	8	38.1%	0	0.0%	15	71.4%	9	42.9%	17	81.0%	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	825	2	0.2%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	
	64歳以下	525	2	0.4%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	
	65歳以上	300	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
H28	全体	757	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	64歳以下	464	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	65歳以上	293	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2~3-4)(図表10)

短期的な目標疾患では、糖尿病の割合が増加しており、また、糖尿病性腎症の診断を受けている者の割合は2倍に増加している。陸別町糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成29年3月31日策定)に基づき、糖尿病の重症化予防に対する取組みを強化していく。

【図表10】

厚労省様式 様式2		短期的な目標								中長期的な目標								
		糖尿病		心臓病		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	
H25	全体	825	91	11.0%	10	11.0%	59	64.8%	60	65.9%	17	18.7%	14	15.4%	1	1.1%	3	3.3%
	64歳以下	525	38	7.3%	5	13.2%	21	55.3%	24	63.2%	9	23.7%	6	15.8%	1	2.6%	1	2.6%
	65歳以上	300	53	17.7%	5	9.4%	38	71.7%	36	67.9%	8	15.1%	8	15.1%	0	0.0%	2	3.8%
H28	全体	757	87	11.5%	12	13.8%	54	62.1%	53	60.9%	19	21.8%	12	13.8%	0	0.0%	6	6.9%
	64歳以下	464	35	7.5%	4	11.4%	19	54.3%	23	65.7%	7	20.0%	3	8.6%	0	0.0%	1	2.9%
	65歳以上	293	52	17.7%	7	13.9%	35	67.3%	30	57.7%	12	23.1%	9	17.3%	0	0.0%	4	7.7%

厚労省様式 様式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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	825	200	24.2%	59	29.5%	106	53.0%	43	21.5%	23	11.5%	2	1.0%
	64歳以下	525	69	13.0%	21	30.9%	34	50.0%	13	19.1%	6	8.8%	2	2.9%
	65歳以上	300	132	44.0%	38	28.8%	72	54.5%	30	22.7%	17	12.9%	0	0.0%
H28	全体	757	169	22.2%	54	32.1%	90	53.6%	37	22.0%	19	11.3%	1	0.8%
	64歳以下	464	50	10.8%	19	38.0%	27	54.0%	7	14.0%	4	8.0%	1	2.0%
	65歳以上	293	118	40.3%	33	29.7%	63	53.4%	30	25.4%	15	12.7%	0	0.0%

厚労省様式 様式4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	825	165	20.0%	80	36.4%	106	64.2%	41	24.8%	20	12.1%	1	0.6%
	64歳以下	525	59	11.2%	24	40.7%	34	57.6%	15	25.4%	3	5.1%	1	1.7%
	65歳以上	300	106	35.3%	36	34.0%	72	67.9%	26	24.5%	17	16.0%	0	0.0%
H28	全体	757	142	18.8%	53	37.3%	90	63.4%	34	23.9%	20	14.1%	0	0.0%
	64歳以下	464	48	10.3%	23	47.9%	27	56.3%	8	16.7%	3	6.3%	0	0.0%
	65歳以上	293	94	32.1%	30	31.9%	63	67.0%	26	27.7%	17	18.1%	0	0.0%

② リスクの健診結果経年変化 (図表 11)

特定健診の受診者数は増加しており、特に女性の受診者数が増加している。

男性の有所見者の割合は減少傾向にあるが、クレアチニンの割合は約6倍に増えており、特に65~74歳の有所見率が高いため、壮年期におけるCKD(慢性腎臓病)対策を進めていく必要がある。

また、メタボリックシンドロームの有所見率については、女性のメタボリックシンドローム該当者の増加率が著しい。女性の有所見率の増加傾向についても、メタボリックシンドロームに関連していると推測され、今後、女性のメタボリックシンドローム対策に力を入れていく。

【図表 11】

健診データの有所見率別の項目別経年変化(厚生労働省表6-2~6-7)

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		HDL-C		HbA1c		尿酸		肝機能		腎機能		LDL-C		クレアチン					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
		合計	45	40.5%	57	51.4%	31	27.9%	35	31.5%	14	12.6%	26	23.4%	58	52.3%	20	18.0%	58	52.3%	29	26.1%	58	52.3%	1
H25	40-64	32	42.7%	39	52.0%	20	26.7%	31	41.3%	8	10.7%	16	21.3%	42	56.0%	16	21.3%	31	41.3%	21	28.0%	41	54.7%	0	0.0%
	65-74	13	36.1%	18	50.0%	11	30.6%	4	11.1%	6	16.7%	10	27.8%	16	44.4%	4	11.1%	27	75.0%	8	22.2%	17	47.2%	1	2.8%
	合計	52	36.1%	74	51.4%	39	26.4%	40	27.8%	18	12.5%	44	30.6%	73	50.7%	28	19.4%	68	47.2%	32	22.2%	70	48.6%	9	6.3%
H28	40-64	32	39.5%	39	48.1%	21	25.9%	31	38.3%	9	11.1%	19	23.5%	40	49.4%	19	23.5%	30	37.0%	21	25.9%	40	49.4%	2	2.5%
	65-74	20	31.7%	35	55.6%	17	27.0%	9	14.3%	9	14.3%	25	39.7%	33	52.4%	9	14.3%	38	60.3%	11	17.5%	30	47.6%	7	11.1%
	合計	52	36.1%	74	51.4%	39	26.4%	40	27.8%	18	12.5%	44	30.6%	73	50.7%	28	19.4%	68	47.2%	32	22.2%	70	48.6%	9	6.3%

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		HDL-C		HbA1c		尿酸		肝機能		腎機能		LDL-C		クレアチン					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
		合計	36	26.9%	22	16.4%	21	15.7%	23	17.2%	3	2.2%	31	23.1%	73	54.5%	8	6.0%	59	44.0%	18	13.4%	70	52.2%	0
H25	40-64	13	22.4%	11	19.0%	4	6.9%	9	15.5%	1	1.7%	8	13.8%	25	43.1%	2	3.4%	16	27.8%	8	13.8%	31	53.4%	0	0.0%
	65-74	23	30.3%	11	14.5%	17	22.4%	14	18.4%	2	2.6%	23	30.3%	48	63.2%	6	7.9%	43	56.6%	10	13.2%	39	51.3%	0	0.0%
	合計	65	34.2%	54	28.4%	39	20.9%	22	11.6%	6	3.2%	47	24.7%	91	47.9%	7	3.7%	91	47.9%	36	18.9%	103	54.2%	0	0.0%
H28	40-64	25	33.8%	20	27.0%	17	23.0%	9	12.2%	3	4.1%	13	17.6%	34	45.9%	0	0.0%	24	32.4%	10	13.5%	49	66.2%	0	0.0%
	65-74	40	34.5%	34	29.3%	22	19.0%	13	11.2%	3	2.6%	34	29.3%	57	49.1%	7	6.0%	67	57.8%	26	22.4%	54	46.6%	0	0.0%
	合計	65	34.2%	54	28.4%	39	20.9%	22	11.6%	6	3.2%	47	24.7%	91	47.9%	7	3.7%	91	47.9%	36	18.9%	103	54.2%	0	0.0%

メタボリックシンドローム該当者数別の把握(厚生労働省表6-8)

性別	年齢	該当者数		なし		1項目		2項目		3項目		4項目		5項目			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		合計	111	44.6%	3	2.7%	18	16.2%	0	0.0%	13	11.7%	5	4.5%	36	32.4%	3
H25	40-64	75	56.4%	3	4.0%	10	13.3%	0	0.0%	6	8.0%	4	5.3%	26	34.7%	2	2.7%
	65-74	36	31.0%	0	0.0%	8	22.2%	0	0.0%	7	19.4%	1	2.8%	10	27.8%	1	2.8%
	合計	144	64.0%	10	6.9%	17	11.8%	0	0.0%	13	9.0%	4	2.8%	47	32.6%	8	5.6%
H28	40-64	81	67.5%	9	11.1%	7	8.6%	0	0.0%	6	7.4%	1	1.2%	23	28.4%	3	3.7%
	65-74	63	60.0%	1	1.6%	10	15.9%	0	0.0%	7	11.1%	3	4.8%	24	38.1%	5	7.9%
	合計	144	64.0%	10	6.9%	17	11.8%	0	0.0%	13	9.0%	4	2.8%	47	32.6%	8	5.6%

性別	年齢	該当者数		なし		1項目		2項目		3項目		4項目		5項目	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		合計	134	48.2%	6	4.5%	6	4.5%	0	0.0%	4	3.0%	2	1.5%	10
H25	40-64	58	48.7%	5	8.6%	2	3.4%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%	4	6.9%
	65-74	76	47.6%	1	1.3%	4	5.3%	0	0.0%	3	3.9%	1	1.3%	6	7.9%
	合計	190	72.2%	6	3.2%	11	5.8%	0	0.0%	8	4.2%	3	1.6%	37	19.5%
H28	40-64	74	72.5%	5	6.8%	8	10.8%	0	0.0%	3	4.1%	1	1.4%	11	14.9%
	65-74	116	72.0%	1	0.9%	3	2.6%	0	0.0%	5	4.3%	2	1.7%	26	22.4%
	合計	190	72.2%	6	3.2%	11	5.8%	0	0.0%	8	4.2%	3	1.6%	37	19.5%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 28 年度の特定健診受診率及び特定保健指導実施率は、それぞれ 68.4%、68.6% で国の目標とする目標値（それぞれ 60%）を、初めて達成することができた（特定健診の受診率は道内 3 位、全国同規模内で 15 位）。

一方、特定保健指導の人数が 2 倍以上に増加している。特定健診受診率向上により、生活実態を把握できる人数が増えたため、今後は住民の生活実態に沿った改善方法の分析をすすめ、実施率だけではなく、対象者数の減少を課題とする。

さらに、受診勧奨該当者のうち医療機関を受診した者の割合は減少しているため、各ガイドラインに基づき、より積極的に受診勧奨を行い、発症予防及び重症化予防の保健活動を進めていく。

【図表 12】

項目	特定健診					特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	北海道内の順位	対象者数	終了者数	実施率	国規模受診率	
									陸別町	同規模平均
H25年度	527	245	46.5%	126位	38位	16	7	43.8%	54.7%	52.0%
H28年度	488	334	68.4%	15位	3位	35	24	68.6%	48.5%	52.7%

1) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画では、中長期的な目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症（以下「3 疾患」という。）の死亡を減らし、健康格差を減少することを目的に、特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上、全受診者への健診結果説明会や、未受診者に対しては、健康状態を確認するために家庭訪問を行い、簡易健診（血圧測定や尿検査等）を実施してきた。

中長期的な目標疾患においては、平成 28 年度と平成 25 年度と比較し、① 3 疾患を増加させない、② 入院の伸び率を減少させることを目標に設定した。① については、3 疾患全てにおいて減少、② については、約 3 割の費用額減少となった。

短期的な目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症とメタボリックシンドロームについては、それぞれ減少させることを目標としたが、男性の有所見率は減少傾向にあるものの、女性は増加傾向であり、特にメタボリックシンドロームの有所見率の増加が著しい現状である。

平成 28 年度にはデータ受領の件数が増加したため、特定健診受診率が飛躍的に向上した。データ受領した血液等の結果についても注視し、主治医と連携して保健指導を実践している。

今後も、特定健診受診率の維持とともに、データ受領の取り組みを推進していく。

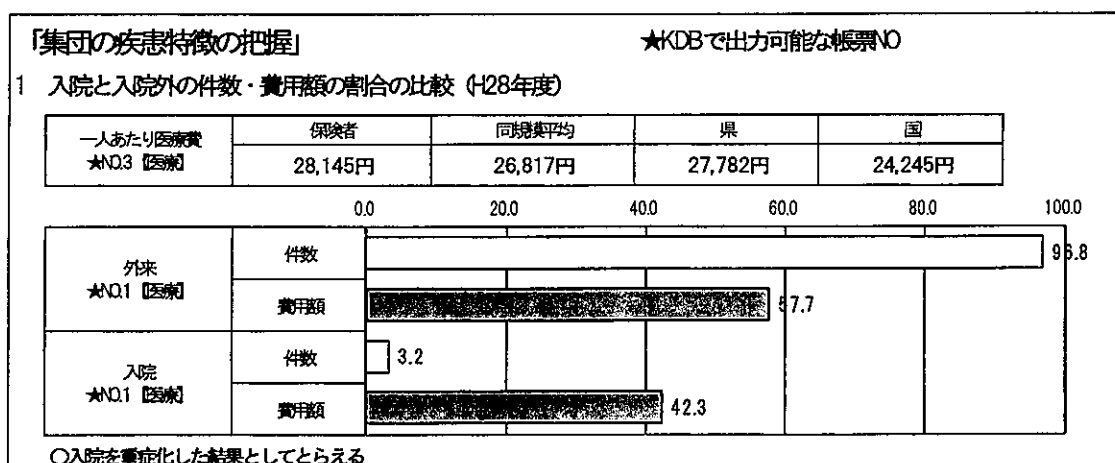
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

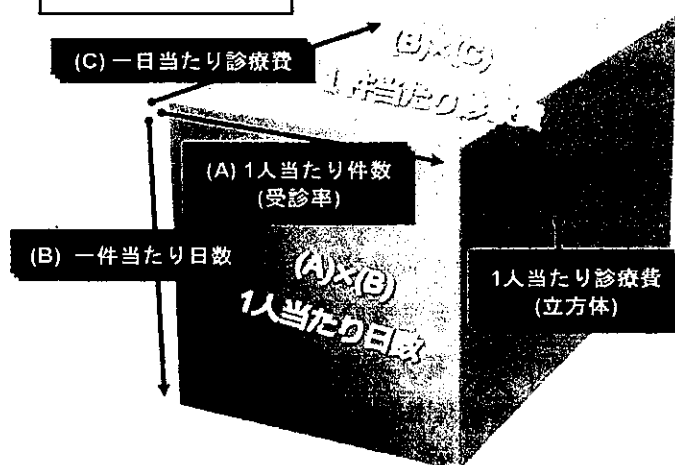
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

費用額割合は外来の割合が多く、日頃の重症化予防を重点に置いた保健活動の効果であると推測される。しかし、一人あたりの医療費では同規模等と比較しても高い状況である。陸別町は医療受診率が高い特徴もあり (参考資料 1)、医療費適正化のために、一人あたり医療費のさらなる分析を行っていく。(図表 14、15)

【図表 13】



医療費の要素分解



【図表 14】

医療費の動向分析の切り口

	医療需要側に 関する主な要因	医療供給側に 関する主な要因
受診率	健康度、所得 症状の重症度 受診意識、疾病構造	医療機関数 医師数 病床数
一件あたり日数	疾病構造 症状の重症度 受診意識	診療行為
一日あたり診療費	疾病構造 症状の重症度	診療行為

【図表 15】

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 16)

高額になる疾患については、200 万円以上のレセプトでは件数が少ないため、80 万円以上のレセプトを分析した。高額になる疾患のうち、脳血管が 5.8%、虚血性疾患は 9.5%、糖尿病性腎症は 0.0%の費用額であった。がんの割合は 10.6%であり、内訳は胃・肺・大腸等、予防できる部位が多い。今後、がん検診に関わる予防活動の取り組みも力を入れて行っていく。

長期入院は脳血管疾患のみであった。脳血管疾患は入院期間が長く、介護も伴うことが多いため、脳血管疾患を含めた重症化予防を重点に取り組みを行っていく。

生活習慣病の治療者数構成割合では、長期的な目標疾患を持つ者のうち、基礎疾患として、高血圧と脂質異常症を持つ者が6割を超えている。そのため、継続して短期的な目標疾患の重症化予防に重要な治療コントロールの取り組みを行っていく。

【図表 16】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (H28年度)									
医療費の負担が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。									
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	がん		
様式1-1 ★NQ.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	24人	1人 4.2%	2人 8.3%	0人 0.0%	5人 20.8%		
		件数	44件	3件 6.8%	3件 6.8%	0件 0.0%	5件 11.4%		
		費用額	5735万円	334万円 5.8%	545万円 9.5%	—	609万円 10.6%		
様式2-1 ★NQ.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	5人	1人 20.0%	0人 0.0%	0人 0.0%			
		件数	47件	9件 19.1%	0件 0.0%	0件 0.0%			
		費用額	2665万円	502万円 18.9%	—	—			
様式3-7 ★NQ.19 (CSV) 様式2-2 ★NQ.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H285 診療分 人数	1人	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%			
		H28年度 累計 件数	15件	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%			
		費用額	625万円	—	—	—			
様式3 ★NQ.13~18 (Excel)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体		310人	34人 11.0%	54人 17.4%	4人 1.3%		
		の 基 礎 疾 患	高血圧	22人 64.7%	36人 66.7%	3人 75.0%			
			糖尿病	15人 44.1%	19人 35.2%	4人 100.0%			
			脂質異常症	24人 70.6%	35人 64.8%	4人 100.0%			
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	糖尿病性腎症	171人 55.2%	92人 29.7%	142人 45.8%	32人 10.3%

○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 17)

陸別町には、平成 29 年 3 月現在、第 2 号被保険者の認定者はいない。

第 1 号被保険者のうち、有病状況として、虚血性心疾患と脳血管疾患を持つ者が 4 割を超えている。また、認知症の有病割合が約 5 割を占めており、糖尿病は認知症の発症リスクの一つであることから、血管疾患と認知症の予防のためにも陸別町糖尿病腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病対策を進めていく。

要介護認定者と要介護認定なしの人の医療費の比較では、約 2 倍の費用がかかっているが、要介護認定者の医療費は減少している。

【図表 17】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか (H28年度)															
要介護認定状況 ★NO.47	要介護区分		2号				1号				合計				
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計						
		被保険者数		930人		435人		524人		959人		1,889人			
		認定者数		0人		13人		160人		173人		173人			
		認定率		0.00%		3.0%		30.5%		18.0%		9.2%			
	新規認定者数(★1)		0人		5人		25人		30人		30人				
介護度別人数	要支援1・2		0	—	5	38.5%	40	25.0%	45	26.0%	45	26.0%			
	要介護1・2		0	—	4	30.8%	56	35.0%	60	34.7%	60	34.7%			
	要介護3~5		0	—	4	30.8%	64	40.0%	68	39.3%	68	39.3%			
要介護実況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)		疾患		疾患		疾患		疾患		疾患		疾患		
			件数		割合		件数		割合		件数		割合		
	介護案件数(全体)		0		13		160		173		173		173		
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0	—	脳卒中	5	41.7%	虚血性心疾患	69	47.9%	虚血性心疾患	72	46.2%
			2	虚血性心疾患	0	—	虚血性心疾患	3	25.0%	脳卒中	64	44.4%	脳卒中	69	44.2%
			3	腎不全	0	—	腎不全	1	8.3%	腎不全	16	11.1%	腎不全	17	10.9%
		合併症	4	糖尿病合併症	0	—	糖尿病合併症	1	8.3%	糖尿病合併症	18	12.5%	糖尿病合併症	19	12.2%
	基礎疾患(虚血性・糖尿病・脳血管疾患)		0		12		133		145		145		145		
	血管疾患合計		0		12		137		149		149		149		
	認知症		0		4		70		74		74		74		
	筋・骨格疾患		0		10		128		138		138		138		
	介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 ★NO.1 【介護】														
	0 2000 4000 6000 8000														
	要介護認定者医療費(40歳以上)		7602												
要介護認定なし医療費(40歳以上)		4246													

2) 健診受診者の実態 (図表 18、19)

男性では、北海道と比較して、HDL コレステロールと尿酸、クレアチニンの有所見率が多い。そのうち 65~74 歳の前期高齢者については、収縮期血圧とクレアチニンが北海道と比べて、10%も高い。女性では、BMI・腹囲の有所見率が北海道と比べて10%以上も高い。男性のCKD(慢性腎臓病)対策として、若いうちからの生活習慣改善を行ない、女性の肥満対策については、肥満が多い要因を分析していく。

【図表 18】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7) (H28年度) ★NO.23 (標準)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	306		502		282		205		86		283		557		138		494		241		475		18		
県	37,306	36.0	53,297	51.4	29,226	28.2	24,101	23.2	8,358	8.1	30,105	29.0	51,998	50.2	15,185	14.6	52,940	51.1	26,789	25.8	52,221	50.4	1,524	1.5	
保険者	合計	52	36.1	74	51.4	39	26.4	40	27.8	18	12.5	44	30.6	73	50.7	26	19.4	66	47.2	32	22.2	70	48.6	9	6.3
	40-64	32	39.5	39	48.1	21	25.9	31	38.3	9	11.1	19	23.5	40	49.4	19	23.5	30	37.0	21	25.9	40	49.4	2	2.5
	65-74	20	31.7	35	55.6	17	27.0	9	14.3	9	14.3	25	39.7	33	52.4	9	14.3	36	60.3	11	17.5	30	47.6	7	11.1

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	206		173		162		87		1.8		170		552		1.8		427		144		572		0.2		
県	33,966	23.3	24,041	16.5	22,767	15.6	14,189	9.7	2,419	1.7	24,260	16.6	68,394	46.8	3,151	2.2	62,981	43.1	22,682	15.5	85,356	58.5	300	0.2	
保険者	合計	65	34.2	54	28.4	39	20.5	22	11.6	6	3.2	47	24.7	91	47.9	7	3.7	91	47.9	36	18.9	103	54.2	0	0.0
	40-64	25	33.8	20	27.0	17	23.0	9	12.2	3	4.1	13	17.6	34	45.9	0	0.0	24	32.4	10	13.5	49	66.2	0	0.0
	65-74	40	34.5	34	29.3	22	19.0	13	11.2	3	2.6	34	29.3	57	48.1	7	6.0	67	57.8	26	22.4	54	46.6	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 19】

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) (H28年度) ★NO.24 (標準)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者																
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て										
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	3,371,871	35.9%			588,308	17.2%					940,335	27.9%															
北海道	94,291	39.4%			18,510	17.9%					28,852	27.8%															
保険者	合計	144	64.0%	10	6.9%	17	11.8%	0	0.0%	13	9.0%	4	2.8%	47	32.6%	8	5.6%	2	1.4%	18	12.5%	19	13.2%				
	40-64	81	67.5%	9	11.1%	7	8.6%	0	0.0%	6	7.4%	1	1.2%	23	28.4%	3	3.7%	1	1.2%	9	11.1%	10	12.3%				
	65-74	63	60.0%	1	1.6%	10	15.9%	0	0.0%	7	11.1%	3	4.8%	24	38.1%	5	7.9%	1	1.6%	9	14.3%	9	14.3%				

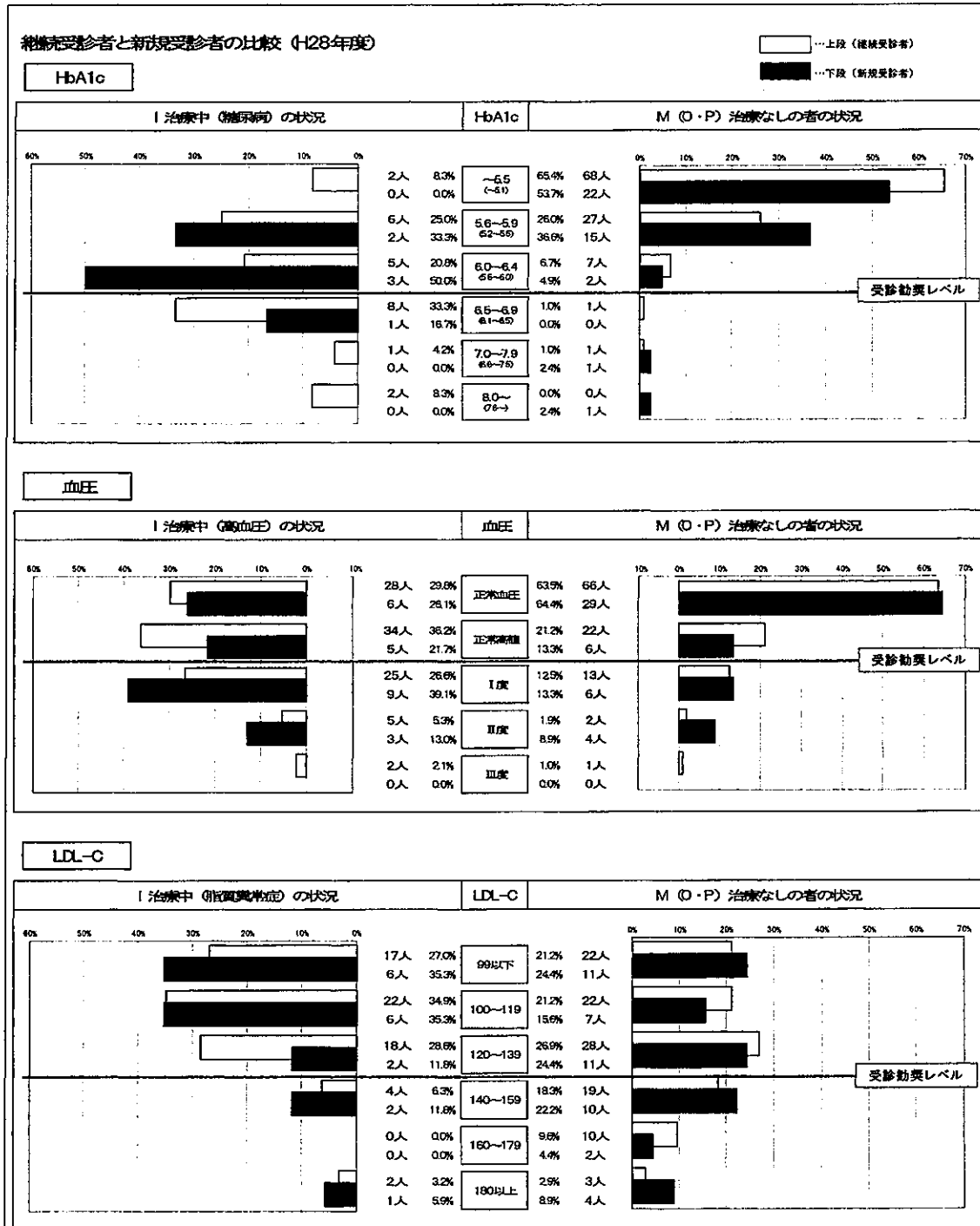
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者																
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て										
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	4,492,889	43.1%			259,425	5.8%					425,520	9.5%															
北海道	133,765	45.1%			7,965	5.9%					13,205	9.0%															
保険者	合計	190	72.2%	6	3.2%	11	5.9%	0	0.0%	8	4.2%	3	1.6%	37	19.5%	3	1.6%	4	2.1%	19	10.0%	11	5.8%				
	40-64	74	72.5%	5	6.8%	4	5.4%	0	0.0%	3	4.1%	1	1.4%	11	14.9%	0	0.0%	2	2.7%	5	6.8%	4	5.4%				
	65-74	116	72.0%	1	0.9%	7	6.0%	0	0.0%	5	4.3%	2	1.7%	26	22.4%	3	2.6%	2	1.7%	14	12.1%	7	6.0%				

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 20)

糖尿病を治療している者のコントロール状況は概ね良い。血圧・LDL コレステロールでは、コントロール不良者の割合が多く、血圧では特に治療している者のコントロール不良が多い。LDL コレステロールでは、新規受診者・継続受診者ともに、治療していない者のコントロール不良が多い。

各ガイドラインに基づく受診勧奨や医療機関との連携を行っていく。

【図表 20】

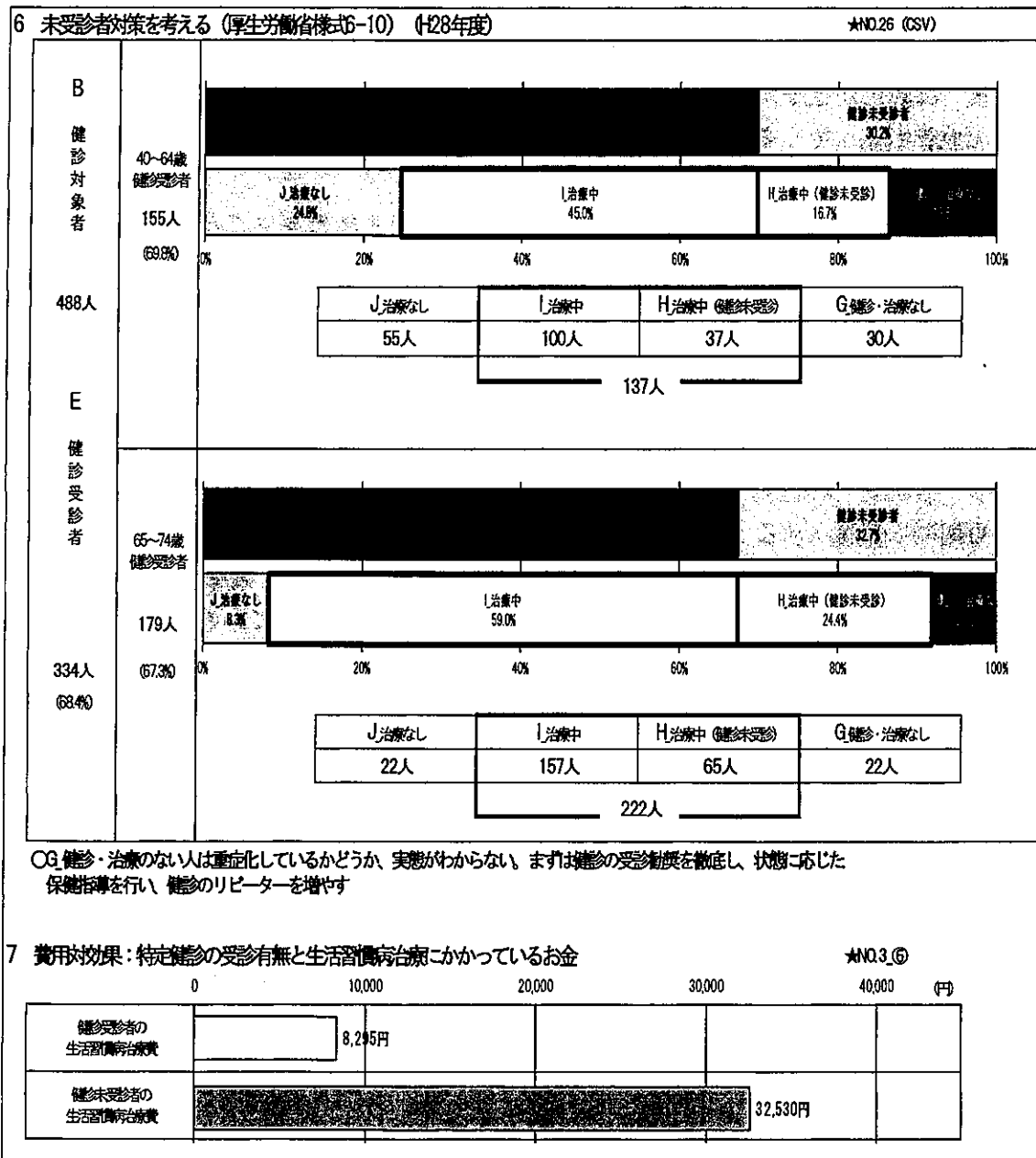


4) 未受診者の把握 (図表 21)

健診対象者の約3割が健診未受診であり、そのうち治療なしの者は全体の約1割で、実数としては52人であった。また、治療費を比較すると健診受診無しの者が健診受診有りの者の約4倍の治療費がかかっている。

健診・治療なしの者に対しては、受診勧奨の継続や簡易健診を実施し、健診未受診者のうち治療中の者については、治療状況の確認をし、引き続き重症化予防への取り組みを行っていく。

【図表 21】



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っていく。

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、第1期計画に引き続き、医療費が高額となる疾患は、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り、その中でも、予防が可能である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を平成35年度と平成30年度で比較して、3つの疾患をそれぞれ増加させないことを目標にする。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、必要時には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に加え、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

陸別町は一人当たり医療費が同規模・北海道・国よりも依然高いことから、その原因を分析し、平成35年度には同規模平均並みを目指し、更に、平成35年度の入院医療費の伸び率を抑制す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、糖尿病性腎症へつながる血管変化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、血糖、血圧、脂質、CKD(慢性腎臓病)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、新たな問題として、女性のメタボリックシンドロームが挙げられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法や運動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・運動指導等の保健指導を行い、体重の減少とともに検査結果の改善を目指す。

さらに、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、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。

H28年度に特定健診受診率が国の目標を達成し、健診対象者の約7割の生活実態を把握することができた。第2期では、特に女性のメタボリックシンドローム対策を重点とし、生活実態に沿った保健指導に力を入れ、重症化予防の取り組みを進めていく。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健康診査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 22】

	平成28年度 実績	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	市町 国保 国の目標
特定健診実施率	68.4%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	60%
特定保健指導実施率	68.6%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	60%

3. 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	480人	475人	470人	465人	460人	455人
	受診者数	336人	333人	329人	326人	322人	319人
特定保健指導	対象者数	35人	35人	35人	34人	34人	33人
	受診者数	25人	25人	25人	24人	24人	23人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

特定健診については、受診者の利便性を考慮し、個別健診も実施する。

- (1) 集団健診（北海道対がん協会、北海道厚生農業協同組合連合会）
- (2) 個別健診（陸別町国民健康保険関寛齋診療所他（委託））

2) 特定健診委託基準

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

3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した、生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた基本項目に加え、詳細項目（ヘマトクリット値、血色素量、赤血球

数、血清クレアチニン、心電図、眼底検査）及び町独自の追加項目（尿酸・尿潜血・尿中アルブミン・コリンエステラーゼ）を集団健診受診者全員に実施する。

4) 二次検診の実施

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病等の重症化予防のため、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）の計測がある」「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。陸別町では、動脈硬化ハイリスク者に頸動脈エコー検査（平成 28 年度～）、集団健診受診者全員に尿アルブミン検査（平成 29 年度～）を実施して、重症化予防への取組みを行っており、今後も継続していく。

5) 実施時期

集団健診は年に2回実施（一般町民対象【9月頃】、農業協同組合員対象【11月頃】）。個別健診は集団健診を都合により、受けられなかった対象者が1月から3月末までに、個別に陸別町国民健康保険関寛齋診療所他にて実施する。

6) 健診に係る料金

陸別町は、平成 28 年度より特定健診受診に係る自己負担を無料としており、今後も継続していく。

7) 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受診勧奨を行ってもらえるよう、保険者より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、かかりつけ医との協力及び連携を図る。

8) 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。

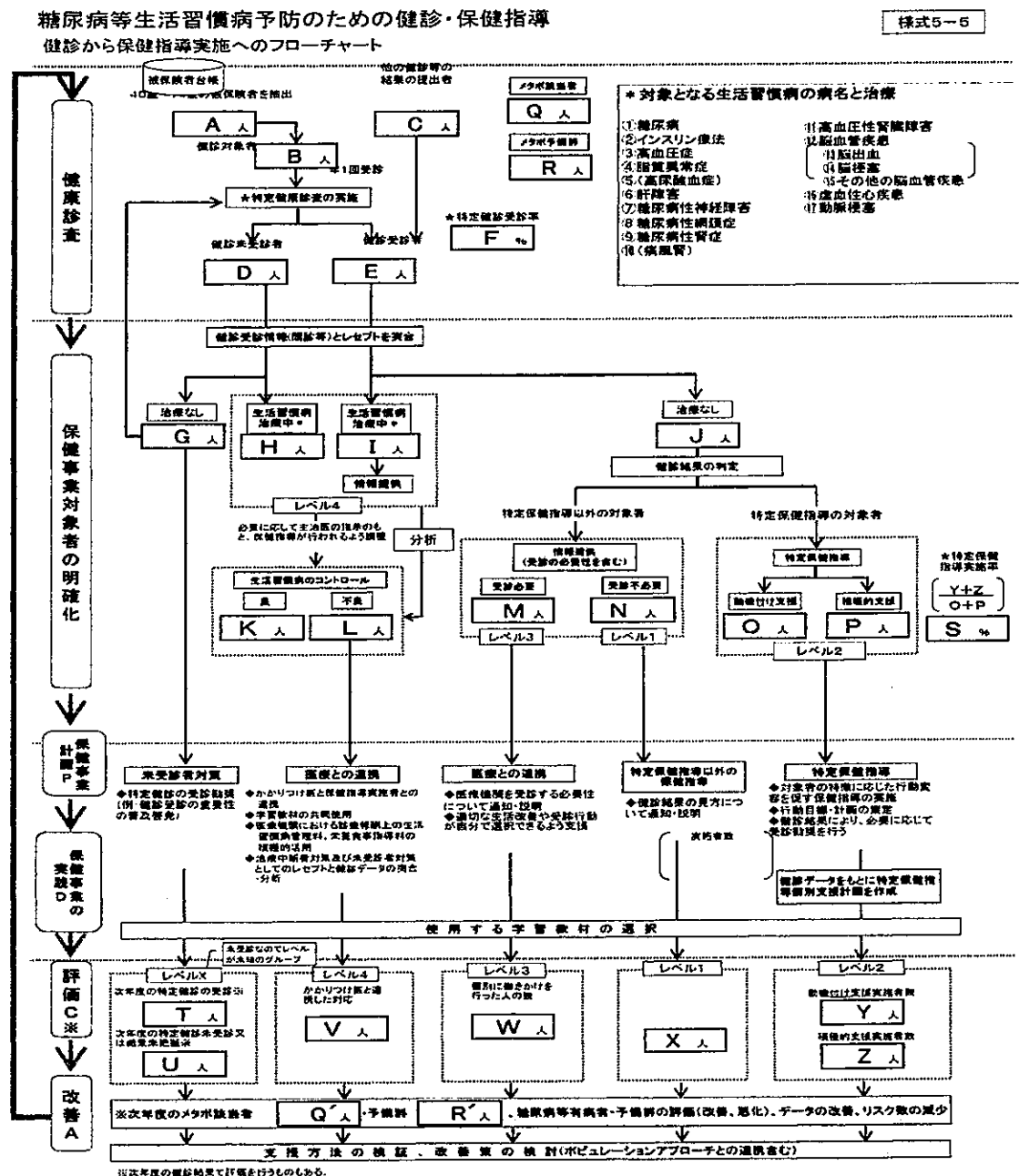
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導については、保健福祉センター保健指導担当へ依頼し、実施する。

1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 24)

【図表 24】



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 25)

【図表 25】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H28 年度 対象者数 (受診者の割合)	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	35 人 (10.5%)	70.0%
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	24 人 (7.2%)	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、簡易健診の実施による受 診勧奨)	154 人 ※受診率目 標達成まで にあと 8 人	%
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通 知・説明	35 人 (10.5%)	%
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	240 人 (71.8%)	%

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の年間スケジュール

目標に向かって実践していくため、年間スケジュールを作成する。(図表 26)

【図表 26】

	特定健診	特定保健指導	評価・見直し
4月			
5月			
6月	対象者抽出、データ入力 受診券印刷		
7月	受診券及び案内の発送		
8月	健診機関との委託契約	受診勧奨 (家庭訪問)	
9月	保健センターでがん検診と 同時に実施(3日間)		
10月		結果説明会開催 健診データ分析 特定保健指導実施	
11月	陸別町農業協同組合で がん検診と同時に実施(3日間)		
12月		結果説明会開催	
1月	陸別町国民健康保険 関寛斎診療所で 個別健診の実施		特定健診 特定保健指導の 評価 今後の見直し
2月			
3月			
4月			
5月			
6月		事業所及び個人の健診データの 受領分は随時入力していく	
7月	特定保健指導の データ入力		
8月			
9月	法定報告に向けた入力データの最終確認		
10月			
11月	法定報告		

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

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

また、特定健診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

特定健診・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い、特定健康診査等基本指針の考え方に沿って行う。

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、陸別町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

1. 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・進行抑制を目指し、糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患の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行い、治療中の者へは医療機関と連携した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、社会保険加入者に対して、各職場等における健康診断等の結果から健康状態の把握や、それに伴う保健指導等の介入を検討していく。

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。そのためには、引き続き特定健診受診率、特定保健指導実施率の維持向上に努める必要がある。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。

2. 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に向けて（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報告書）」、「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「陸別町糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき以下の視点で、PDCAサイクルに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表27に沿って実施する。

- ① 健診・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、陸別町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおりとする。

- ・ 医療機関未受診者
- ・ 医療機関受診中断者
- ・ 糖尿病治療中の者のうち、重症化するリスクの高い者（以下ア～ウ）
 - ア. 尿蛋白（1+）または、アルブミン尿 30mg/gCr 以上の者
 - イ. 血中クレアチニン検査の結果、eGFR60ml/分/1.73 m²未満の者
 - ウ. 血糖コントロール不良（HbA1c7.0以上）の者

② 選定基準に基づく該当数の把握

- ・ 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の把握を行う。糖尿病性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 ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{*2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{*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 ^{*4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{*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。

陸別町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査、尿アルブミン（定量）検査を集団健診受診者全員に実施しているため、糖尿病性腎症病期分類の把握が可能である。さらに、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データ受領等で尿アルブミン検査が未実施の場合でも尿蛋白（定性）検査において、腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 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の把握を行なった。(図表 29)

陸別町においては、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 12 人 (24.5%・F) であった。また、40～74 歳における糖尿病治療者 90 人 (H) のうち、特定健診受診者が 37 人 (41.1・G) であったが、1 人 (2.7%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 39 人 (43.3%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 16 人中 1 人は治療中断であることが分かった。また、23 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。

※糖尿病治療者で特定健診未受診者の人数は、経口薬及びインスリン注射の薬物療法を実施している者のみ抽出した。

③ 介入方法と優先順位

図表 29 より陸別町における介入方法を以下のとおりとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ア. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・12 人
 - イ. 糖尿病治療中であったが治療中断者 (ウ・オ・キ)・・・3 人
- 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

- ア. 糖尿病治療中者のうち、血液データ等が明確な者 (ク)・・・36 人
- 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

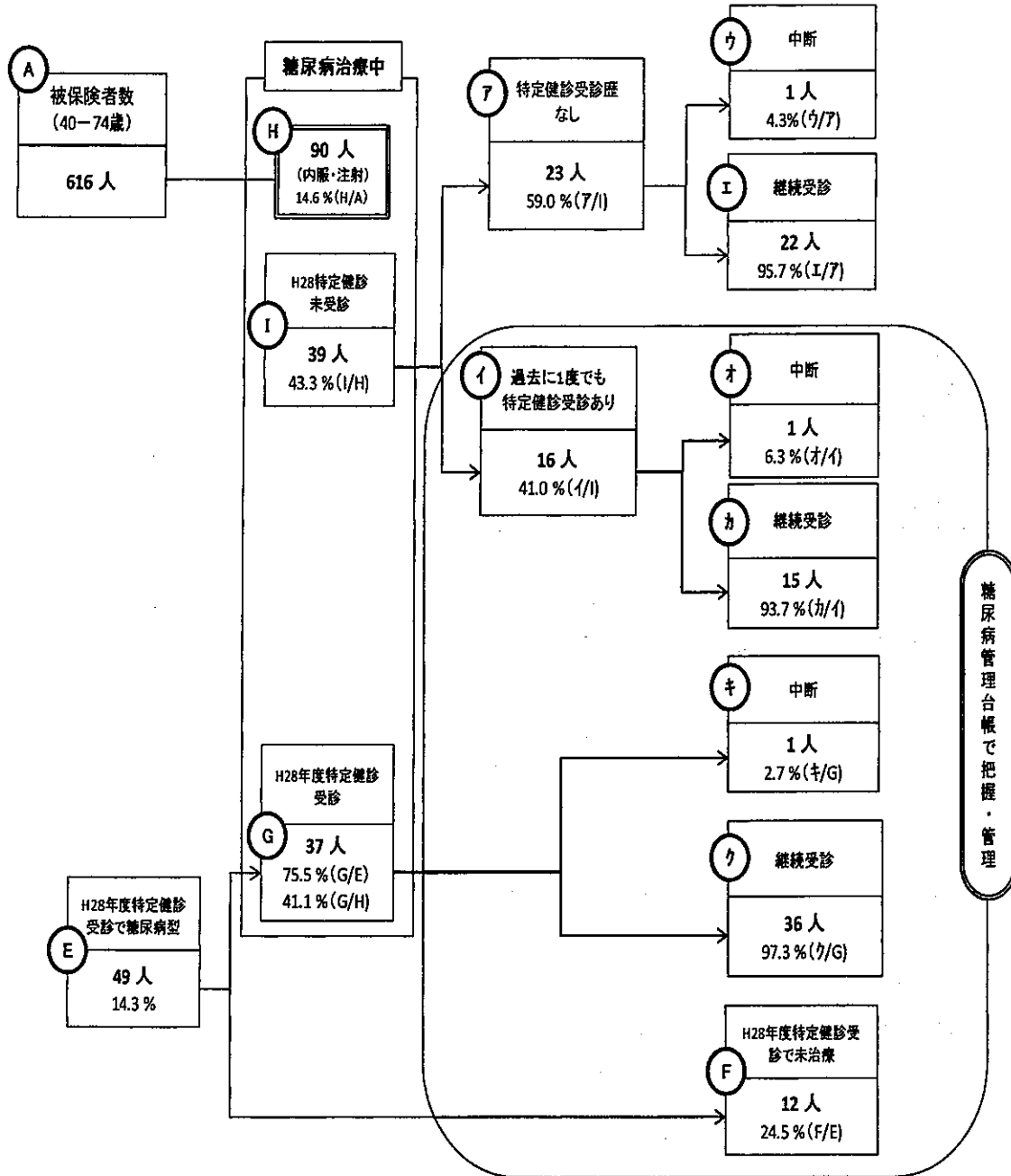
【保健指導】

- ア. 過去に特定健診歴のある糖尿病治療中者 (カ)・・・15 人
- 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
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

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、管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

ア. 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c が 6.5%以上の者は、以下の情報を管理台帳に記載

・HbA1c ・血圧 ・体重 ・eGFR ・尿蛋白 ・尿アルブミン

※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 HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

イ. 資格の確認

ウ. レセプトを確認し情報を記載

治療状況を把握する。

- ・ 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し、記載
- ・ データヘルス計画の中長期的な目標疾患である脳血管疾患、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載
- ・ がん治療、認知症、手術の有無等についての情報も記載

エ. 管理台帳記載後、結果の確認

前年のデータと比較し介入対象者を試算する。

オ. 陸別町の対象者数の把握

- ・ 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・10人
- ・ 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・25人

(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・進行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、腎症の進行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。陸別町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し、行っていく。(図表 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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">経年表</div> <div style="font-size: 24px; margin: 0 10px;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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うのでしょうか? <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起ころう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)
<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> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 <input type="checkbox"/> 食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 <input type="checkbox"/> 薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 </div> <div style="margin-left: 150px; margin-top: 10px;">} 6.0%未満</div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう? 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 <input type="checkbox"/> 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 4. HbA1cと体重の変化 <input type="checkbox"/> 5. HbA1cとGFRの変化 <input type="checkbox"/> 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもととの動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 健診での独自項目を活用した重症化予防対策

陸別町の特定健診では尿アルブミン検査を実施している。そのため糖尿病性腎症第2期から把握することが可能であり、糖尿病性腎症重症化ハイリスク者の増加抑制への早期介入を行っている。

(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、事前にかかりつけ医等と連絡をとる等、連携していく。

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提供、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陸別町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていく。

(6) 地域包括支援センター等との連携

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

(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く。

また、中長期的評価においては、様式6-1糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価(参考資料5)を用いて行っていく。

① 短期的評価

ア. 受診勧奨者に対する評価

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

イ. 保健指導対象者に対する評価

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

② 中長期的評価

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5）を用いて、糖尿病性腎症重症化による人工透析患者数及び糖尿病に係る医療費等を評価していく。

（8）実施期間及びスケジュール

9月～3月 特定健診実施（集団健診及び個別健診）

10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、特定健診結果説明会等で対象者へ介入（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 2015 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(心電図からの把握)

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つであるため、陸別町では特定健診受診者全員を対象に実施している。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)では、『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』とされている。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。陸別町において健診受診者 334 人のうち心電図検査実施者は 316 人(94.6%)であり(データ受領分において、心電図検査実施が無い場合あり)、そのうち ST 所見があったのは 27 人であった(図表 31)。ST 所見あり 27 人中のうち 21 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 7 人は未受診であった(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受診勧奨を行う必要がある。また、要精査には該当しない ST 所見ありの 6 人は、すでに虚血性心疾患の治療中の者である。治療中断を防ぐために、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併せて対象者に応じた保健指導を実施していく。

陸別町は、同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。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、今後も引き続き受診者全員に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)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	334	68.4%	316	94.6%	27	8.5%	35	11.1%	254	80.4%

【図表 32】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
27	8.9%	21	77.8%	14	66.7%	7	33.3%

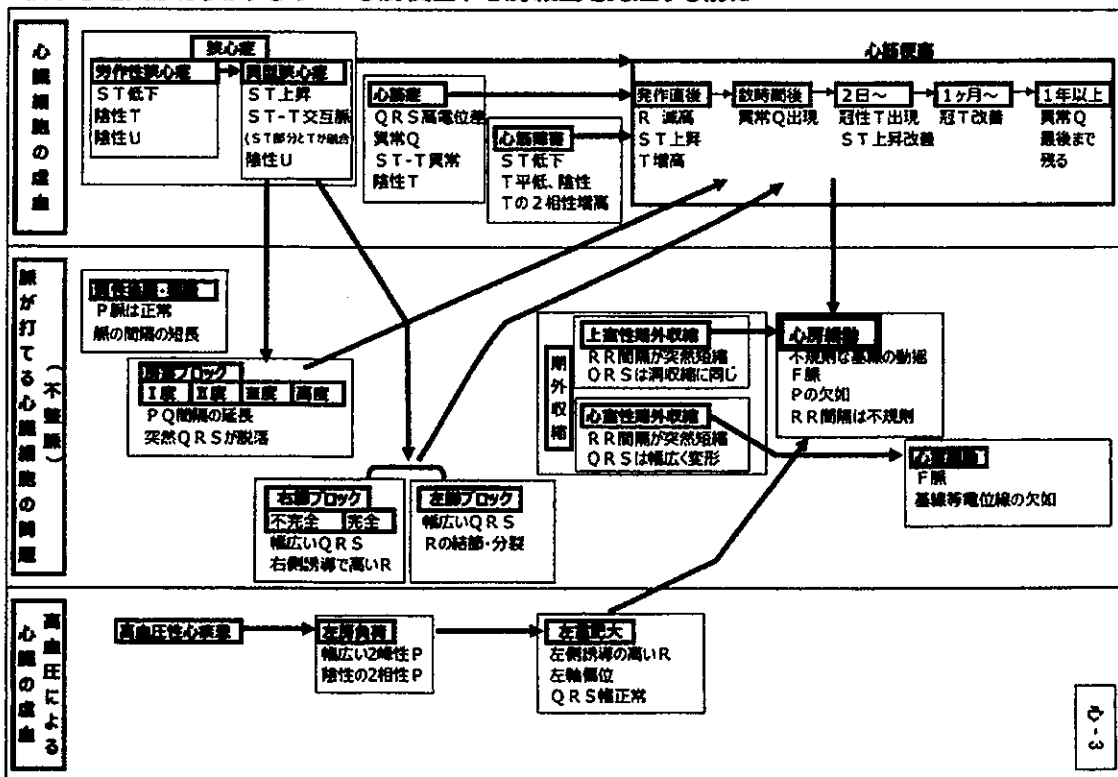
※図表 32 について

要精査とならなかった6人は、既に虚血性心疾患の治療有りの者。医療機関未受診7人は、精検票の返信無しの方及び KDB 等で虚血性心疾患に関する受診状況が確認できなかった者とした。

※心電図所見の分類は下記を参考に分類した。(図表 33)

【図表 33】

私の心電図があらわすもの…心筋梗塞や心房細動を発症する前に



(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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 34】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

② 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、陸別町では、動脈硬化ハイリスク者に頸動脈エコー検査 (平成 28 年度～)、集団健診受診者全員に尿アルブミン検査 (平成 29 年度～) を実施して、虚血性心疾患重症化予防への取組みを行っている。

③ 対象者の管理

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

（4）医療との連携

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

（5）地域包括支援センター等との連携

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

（6）評価

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

① 短期的評価

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

② 中長期的評価

糖尿病性腎症、脳血管疾患等と合わせて減少

(7) 実施期間及びスケジュール

9月～3月 特定健診（集団健診・個別健診）の実施

10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、特定健診結果説明会で対象者へ介入（通年）

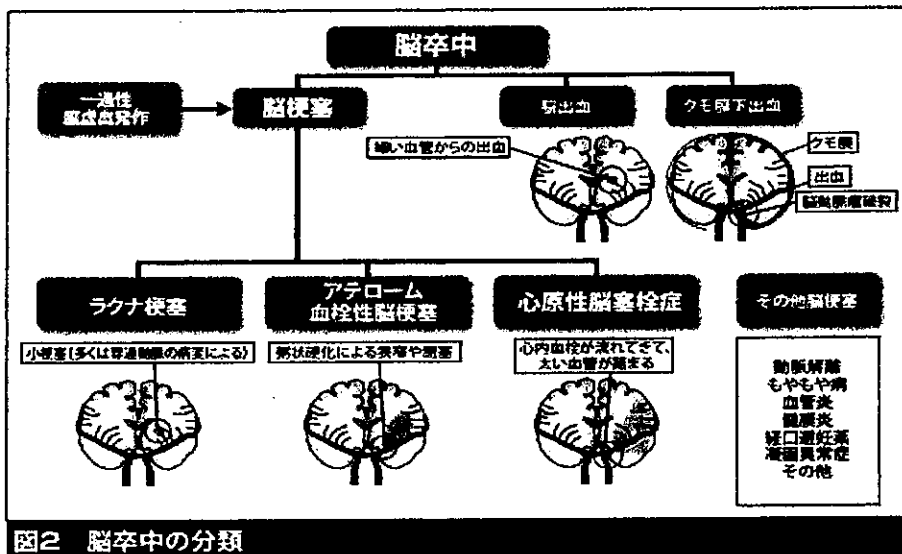
3) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 35、36)

【脳卒中の分類】

【図表 35】



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 36】

脳血管疾患とリスク因子

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

(2) 対象者の明確化

① 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、図表 37 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 37】

脳血管疾患とリスク因子															
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	●													
	蛛膜下出血	●													
リスク因子 (心血管リスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常症 (LDL)		心臓病		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		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/d 以上		心臓病		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR60未満 (70歳以上40未満)			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
受診者数 334 人		21	6.3%	15	4.5%	18	5.4%	2	0.6%	84	25.1%	5	1.5%	21	6.3%
治療なし		11	3.3%	9	2.7%	15	4.5%	2	0.6%	19	5.7%	1	0.3%	6	1.8%
治療中		10	3.0%	6	1.8%	3	0.9%	0	0.0%	65	19.5%	4	1.2%	15	4.5%
臓器障害ありのうち		5	45.5%	2	22.2%	4	26.7%	2	100.0%	5	26.3%	1	100.0%	6	100.0%
CKD(専門医対象)		3人		2人		0人		0人		2人		1人		6人	
尿蛋白(2+)以上		2人		2人		0人		0人		1人		1人		0人	
尿蛋白(+) & 尿糖(+)		0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
eGFR60未満 (70歳以上40未満)		2人		0人		0人		0人		1人		0人		6人	
心電図所見あり		4人		1人		4人		2人		4人		1人		2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 21 人 (6.3%) であり、11 人は未治療者であった。また、未治療者のうち 5 人 (45.5%) は臓器障害の所見が見られたため早急に受診勧奨を行っていく。また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も 10 人 (3.0%) 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を行う。

② リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく。(図表 38)

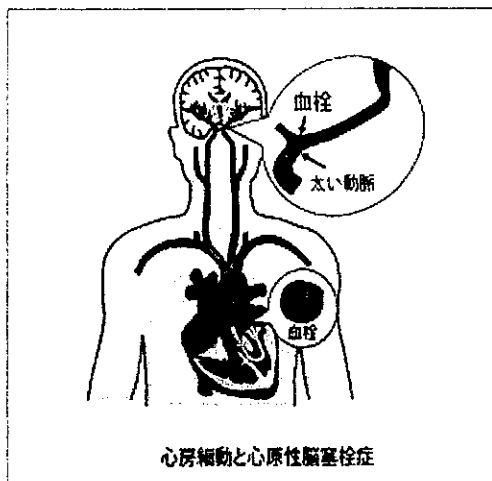
【図表 38】

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定								
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化								
特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)								
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	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	
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	
	213	74	57	44	27	10	1	
		34%	26%	20%	12%	4%	0%	
リスク第1層	22	14	3	4	1	0	0	
		10.3%	18.9%	5.3%	9.1%	3.7%	0.0%	
リスク第2層	103	42	29	18	13	0	0	
		48.4%	56.6%	50.9%	40.9%	4.7%	0.0%	
リスク第3層	88	18	25	22	0	0	0	
		41.3%	24.3%	43.9%	50.0%	0.0%	0.0%	
再掲 重複あり	糖尿病	21	2	7	6	0	0	
			23.9%	11.1%	28.0%	27.3%	0.0%	0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	56	13	12	17	0	0	
			63.6%	72.2%	48.0%	77.3%	0.0%	
3個以上の危険因子	39	6	12	8	0	0	0	
			44.3%	33.3%	48.0%	36.4%	0.0%	

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急に受診勧奨を行っていく。

③ 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

【図表 39】

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				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	141	175	1	0.7%	1	0.6%	—	—
40歳代	21	16	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	29	22	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	61	83	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	30	54	1	3.3%	1	1.9%	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 40】

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	%	人	%
2	0.6%	1	50.0%	1	50.0%

心電図検査において2人が心房細動の所見であった。有所見者をみると2人とも70歳以上の者であった(参考資料9)。割合では70歳代で日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また、2人のうち1人は既に治療が開始されていたが、1人は受診しているものの服薬までは至っていない。(図表40)

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とともに生活習慣に関する指導を行う必要がある、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも引き続き心電図検査を受診者全員に実施する。

(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。

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』とあることから陸別町では、動脈硬化ハイリスク者に頸動脈エコー検査 (平成 28 年度～)、集団健診受診者全員に尿アルブミン検査 (平成 29 年度～) を実施して、脳血管疾患重症化予防への取組みを行なっている。

③ 対象者の管理

ア. 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、脂質、eGFR、尿蛋白、尿酸、服薬状況等の経過を確認し、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)

イ. 心房細動管理台帳

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

(4) 医療との連携

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

(5) 地域包括支援センター等との連携

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

(6) 評価

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

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

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

② 中長期的評価

糖尿病性腎症、虚血性心疾患等と合わせて減少

(7) 実施期間及びスケジュール

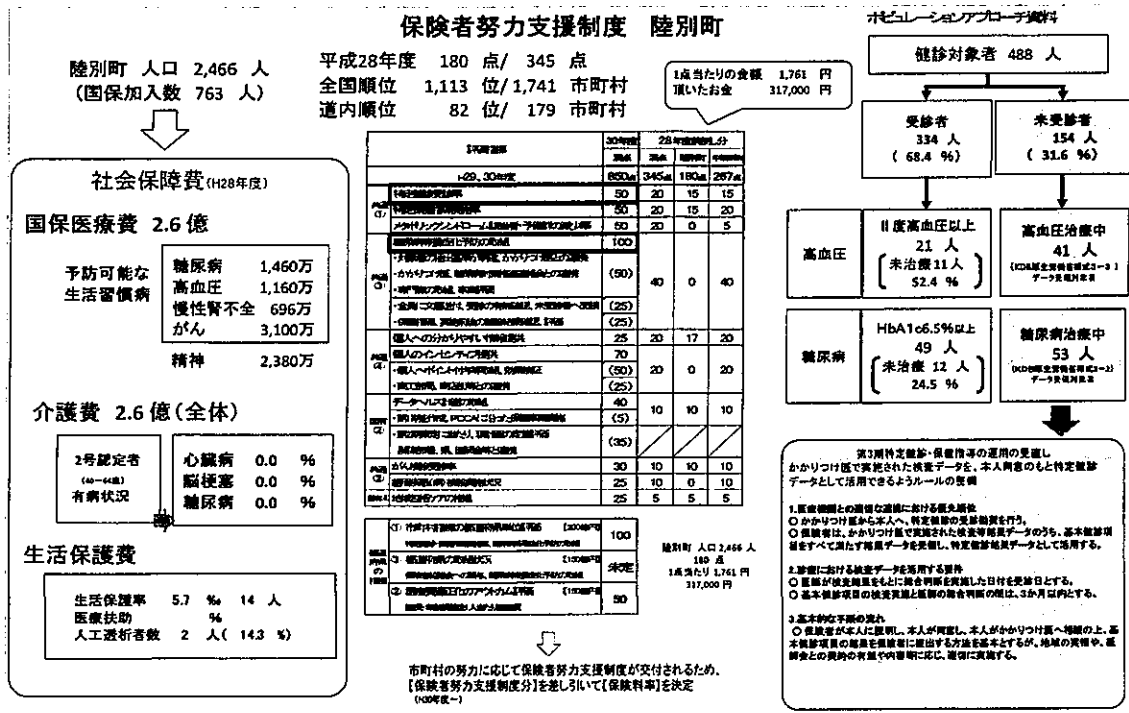
9月～3月 特定健診（集団健診・個別健診）の実施

10月～ 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳や心房細動の管理台帳に記載。
台帳記載後順次、特定健診結果説明会で対象者へ介入（通年）

3. ポピュレーションアプローチ

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、広報誌や健康相談、健康教育等で広く町民へ周知し、予防に向けた啓発を行う。(図表 41・42)

【図表 41】



【図表 42】

北海道の健康結果と生活を科学的に解明する

H29.12.28

⑤ 新道南県や市町村の実態を見る基礎データ集(冊子より)

1. 北海道のかたちの実態

① 健診データ (様式6-2~6-7 健診者所見者状況 平成26年度 全国健康調査 11月白紙P427)

項目	17位
BMI	5位
GPT	2位
中村湖湖方	17位
心臓病発症(180以上)	14位
初発糖尿病(100以上)	20位
空腹血糖値 126	23位
HbA1c 6.4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肥満

② 患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外(平成26年)

種別	入院外	入院
種別	38位	12位

③ 糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況(平成27年)

北海道	23位	43.6%
-----	-----	-------

2. 北海道の食の実態

家庭

チーズ	F07	6位
バター	F07	7位

加工肉(冷菓等)	F08	1位
ソーセージ	F08	2位
ソーシ	F08	3位
豚肉	F05	4位
生肉類(全体)	F05	11位
その他(漬物等)	F05	1位

魚生	F00	2位
身刺し	F03	3位
焼肉	F02	34位
さんま	F00	5位
貝類	F02	7位

米	P26	3位
カップめん	P27	9位

チョコレート	F05	2位
炭酸飲料水	F07	3位
スナック菓子	F04	4位
キャンデー	F05	4位

めん	F07	4位
----	-----	----

玉ねぎ	F00	1位
かりんご	F01	3位
じゃがいも	F01	5位

厚切焼肉(男用)	F04	46位
厚切焼肉(女用)	F04	31位

外食(飲食店数)

バーキャバレー	(P25)
カフェ	4位
焼肉店	7位
居酒屋	7位
トナリ	9位
アイスクリーム店等	9位

一人当たりの酒量と純アルコール量

酒量	(P83)
純アルコール量	9位
純アルコール量	7位

焼酎(甲類)	1位
ウイスキー	4位
ビール	5位
ビール	6位
ワイン	8位

統計調査(食育ランキング2014~2016平均)

第5章 地域包括ケアに係る取組

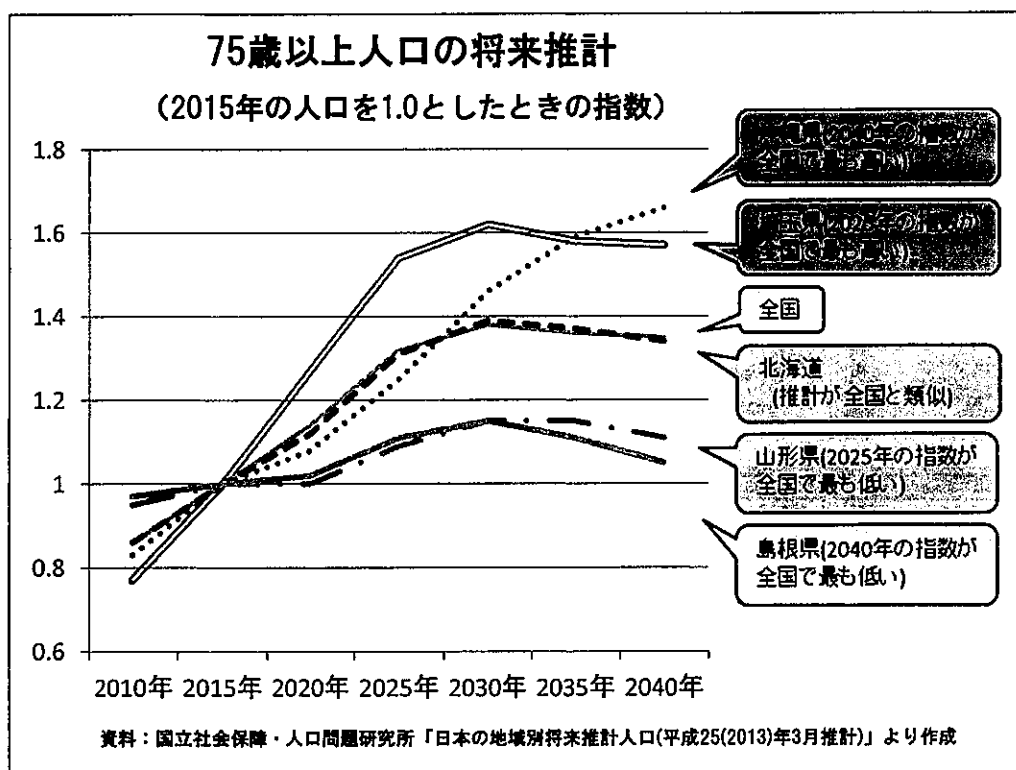
『団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。』と地域包括ケア研究会報告書(平成 29 年 3 月)が公表された。

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、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉えることができる。

北海道は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年のそれを 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.34 と全国並みに高くなると推計されている。(図表 43)

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が非常に重要である。生活習慣病予防のみならず、介護予防事業との連携等、「予防」の推進を行っていく。

【図表 43】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

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、次期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。

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・栄養士等が被保険者分について、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し、必要に応じて庁内関係課と医療機関等の関係機関との連携を図り、計画の見直しをする。(図表44)

【図表 44】

関連種	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中期目標		最終目標		現況の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33		H34	H35
特定健診等計画		医療機関減少が特定健診受診率、特定保健指導率の向上により、重症化予防効果を高める	特定健診受診率70%以上	68.4%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	特定健診・特定保健指導率(厚生労働省)	
			特定保健指導率70%以上	68.8%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%		
			特定保健指導率の減少率2%	10.4%	10.0%	9.6%	9.2%	8.8%	8.4%	8.0%		7.6%
中長期	1人当たり医療費が減少傾向にあるものの、国・道・市町村別の医療費削減が顕著である	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病発症による重症化の抑制が期待される	脳血管疾患の重症化による医療費増大を抑制	3.47%				3.47%		3.47%	KOBシステム	
			虚血性心疾患の重症化による医療費増大を抑制	1.94%				1.94%		1.94%		
			糖尿病発症による重症化による医療費増大を抑制	0.28%				0.28%		0.28%		
データヘルス計画	中長期目標達成に心がけが図られることが期待されているが、短期目標達成のため、医療費が増加している	入院医療費の削減が期待される	入院医療費の削減が期待される	-				0.0%		0.0%	福岡市保健福祉センター おがぎデンタル	
			多病リスクコントロール該当者の割合を9%減少	24.8%	24.8%	24.4%	24.2%	24.0%	23.8%	23.6%		23.6%
			多病リスクコントロール予備者の割合を9%減少	9.0%	8.9%	8.8%	8.7%	8.6%	8.5%	8.5%		8.5%
短期	がん検診受診率が国の目標値(それぞれ50%)に比べて低い	各種がん検診の受診率の維持・向上	がん検診受診率(60/100以上の割合を30%減少)	6.1%	5.7%	5.3%	4.9%	4.5%	4.1%	3.7%	3.1%	福岡市保健福祉センター おがぎデンタル
			がん検診受診率(50/100以上の割合を30%減少)	5.1%	4.7%	4.3%	3.9%	3.5%	3.1%	2.7%	2.6%	
			がん検診受診率(40/100以上の割合を30%減少)	5.4%	5.0%	4.6%	4.2%	3.8%	3.4%	3.0%	2.7%	
保険者努力支援制度		自己の健康に関心を持ち、住民が増える	健康センターの取組が行政実施者の割合70%以上	-	-	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	福岡市保健福祉センター おがぎデンタル
			がん検診受診率 肺がん検診 59%以上増加	19.3%				19.8%			20.3%	
			肺がん検診 59%以上増加	21.2%				21.7%			22.3%	
			大腸がん検診 59%以上増加	24.5%				25.5%			26.1%	
			子宮頸がん検診 59%以上増加	21.5%				22.0%			22.6%	
数量	数量として28年度76.5%	特定医薬品の使用により、医療費の削減	特定医薬品の使用割合30%以上	76.5%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	厚生労働省公表結果	

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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

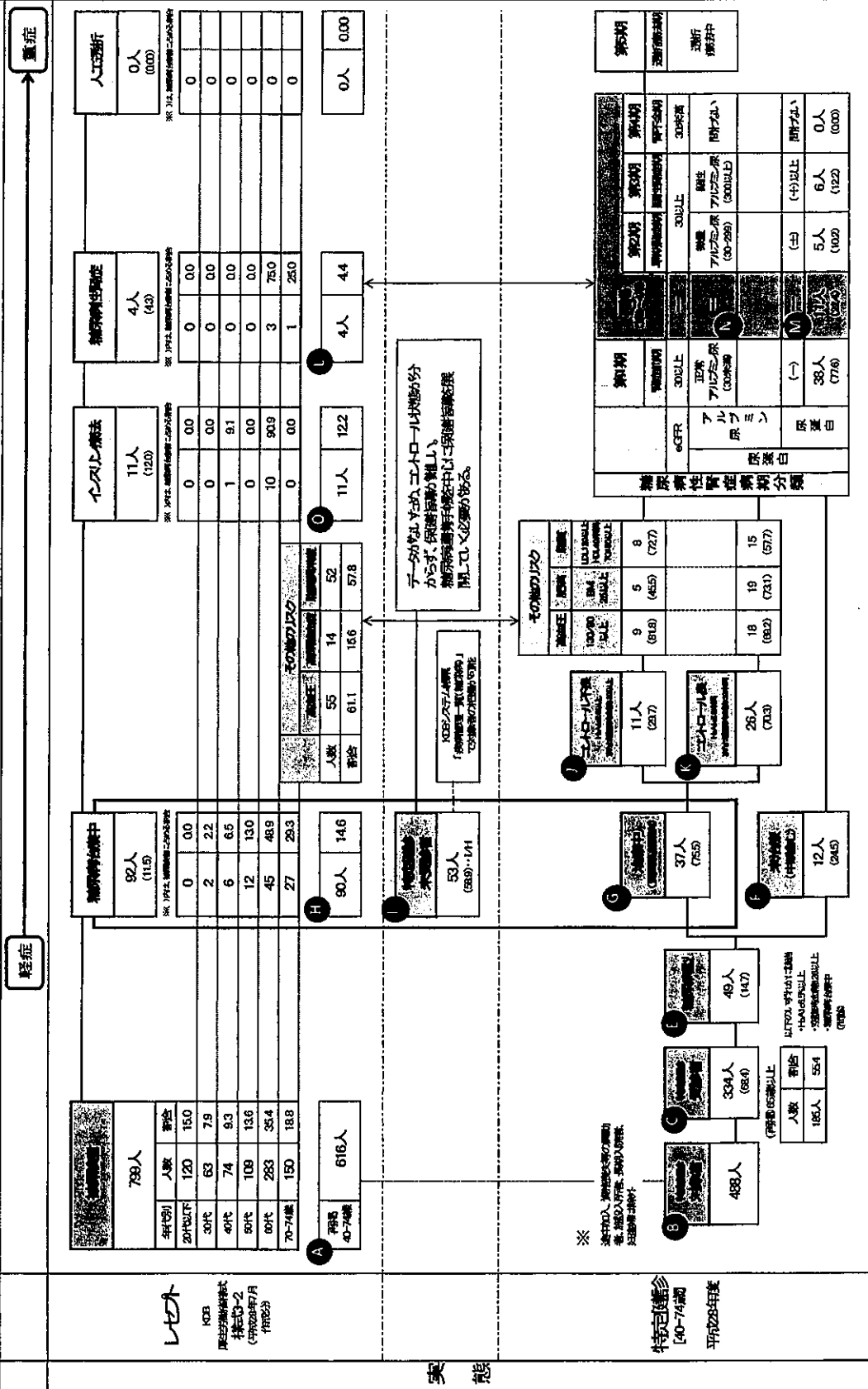
- 参考資料1 様式6-1 国・北海道・同規模平均と比べてみた陸別町の位置
- 参考資料2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料3 糖尿病管理台帳
- 参考資料4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料5 様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料8 血圧評価表
- 参考資料9 心房細動管理台帳

【参考資料1】

項目	H25		H28		同規模平均		北海道		国		データ元 (CSV)				
	保険者		保険者		保険者		保険者		保険者						
	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	2643		2443							KOB.NQ5 人口構成 KOB.NQ3 備考・国・道・県 データからみれば の補綴			
		65歳以上 (高齢化率)	369	36.3	427	38.0									
		75歳以上	524	19.8	512	21.0									
		65-74歳	435	16.5	415	17.0									
		40-64歳	930	35.2	787	32.2									
	39歳以下	754	28.5	729	29.8										
	② 産業構成	第1次産業	31.5				22.7	7.7	4.2			KOB.NQ3 備考・国・道・県 データからみれば の補綴			
		第2次産業	13.5				21.7	18.1	25.2						
		第3次産業	55.0				55.6	74.2	70.6						
	③ 平均寿命	男性	78.4				78.4	79.2	79.6			KOB.NQ1 地域別平均寿命			
女性		85.5				85.5	85.3	86.4							
④ 健康寿命	男性	64.8				65.1	64.9	65.2			KOB.NQ1 地域別平均寿命				
	女性	65.9				65.7	65.5	65.8							
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	91.4		111.6 ↑		102.6	101.0	100			KOB.NQ1 地域別平均寿命			
		がん	12	36.4	13	54.2 ↑	28.74	44.3	18.759	51.6	367.905		49.6		
		心臓病	8	24.2	5	20.8	1.917	29.6	9.429	25.9	198.788		26.5		
		脳疾患	9	27.3	3	12.5 ↓	1.158	17.9	4.909	13.5	114.122		15.4		
		糖尿病	0	0.0	1	4.2 ↑	1.15	1.8	6.69	1.8	13.658		1.8		
		腎不全	4	12.1	2	8.3	2.31	3.6	15.43	4.2	24.763		3.3		
		自殺	0	0.0	0	0.0	1.87	2.9	1.080	3.0	24.234		3.3		
		合計	1	2.8	2	5.4 ↑			6.945	11.2	139.552		10.7		
		② 早世死からみた死亡の状況	男性	0	0.0	1	4.8			4.463	13.9		92.474	13.7	厚労省P 人口動態調査
			女性	1	5.9	1	6.3			2.482	8.3		47.098	7.4	
	3	① 介護受給者	1号認定者数 (認定率)	154	15.7	173 ↑	17.7 ↑	49.956	23.0	315.539	23.0	5,885.270	21.2	KOB.NQ1 地域別平均寿命	
			新認定者数	1	0.3	5	0.3	7.81	0.3	5.239	0.3	105.636	0.3		
		2号認定者	3	0.2	0	0.0 ↓	8.56	0.4	7.541	0.4	151.813	0.4			
		② 有病状況	糖尿病	33	24.2	44	24.1	10,599	23.4	82,322	25.0	1,351,152	22.1		
			高血圧症	93	80.4	107	58.9	28,330	55.1	168,738	51.7	3,101,200	50.9		
脂質異常症			52	32.2	64	35.9	14,058	27.1	100,963	30.7	1,741,866	28.4			
心臓病			107	68.2	125	71.2	31,946	62.2	189,496	57.9	3,529,682	58.0			
脳疾患			45	31.8	50	30.2	13,362	26.3	79,966	24.6	1,538,683	25.5			
がん			15	9.4	18	12.1	4,857	9.3	38,646	11.6	631,950	10.3			
筋・骨格			96	62.4	109	62.5	28,320	55.1	168,752	51.4	3,067,196	50.3			
精神		69	44.2	82	49.6	19,128	37.0	121,480	36.9	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費		1件当たり給付費 (全給)	85,958		88,665 ↑		73,752	57,970	58,284						
		療養サービス	58,641		54,599		39,649	38,885	39,652						
		施設サービス	26,836		25,651		27,932	28,121	28,186						
④ 医療費等		要介護認定別医療費 (000円)	認定あり	8,208	7,602	8,522	8,974	7,980							
	認定なし	4,371	4,246	4,224	4,605	3,816									
4	① 国民の状況	被保険者数	841		763		198,805	1,312,938	32,587,866			KOB.NQ1 地域別平均寿命			
		65-74歳	304	36.1	289	37.9			547,124	41.7	12,461,619		38.2		
		40-64歳	339	40.3	299	39.2			441,573	33.6	10,946,712		33.6		
	39歳以下	198	23.5	175	22.9			324,241	24.7	9,178,541	28.2				
	加入率	31.8		28.9		28.1	24.0	26.9							
	② 医療の状況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	569	0.4	8,255	0.3			
		診療所数	4	4.8	4	5.2	621	3.1	3,377	2.6	9,727	3.0			
		病床数	0	0.0	0	0.0	3,953	19.9	96,574	73.6	1,524,378	46.8			
		医師数	2	2.4	2	2.6	541	2.7	12,987	9.9	299,792	9.2			
		外来患者数	7164		7004		6523	6461	6681						
	入院患者数	265		228		237	229	182							
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	30,758	28,145 ↓	28,145 ↓	26,817	27,782	24,245							
		受診率	742.88		723.158 ↓		676.037	668.94	686.286						
		外 費用の割合	49.1		57.7 ↑		55.3	55.2	60.1						
		来 件数の割合	96.4		96.8		96.5	96.6	97.4						
入 費用の割合		50.9		42.3 ↓		44.7	44.8	39.9							
院 件数の割合		3.6		3.2		3.5	3.4	2.6							
1件あたり1日当り日数		186日		150日		163日	158日	156日							
④ 医療費の折当り負担率 (000円)	がん	21,102,750	130	30,945,870	240	242	28.5	25.6			KOB.NQ3 備考・国・道・県 データからみれば の補綴				
	糖尿病不全 (認知あり)	8,157,480	50	6,250,100	4.8	7.9	6.5	9.7							
	糖尿病	13,776,200	85	14,640,000	11.4	10.1	9.2	9.7							
	高血圧症	15,634,200	96	11,614,750	9.0	9.4	7.9	8.6							
	精神	23,315,480	143	23,820,620	18.5	18.6	17.2	16.9							
筋・骨格	32,978,960	203	17,419,500	13.5	16.4	16.3	15.2								

精神科重症化予防のためのセプトと健診データの実態

陸別町 H28年度



【参考資料3】

精養軒管理台沖長 (HbA1c6.5以上)						【対象者抽出基準】 過去3年間の血糖測定で、一度でもHbA1c5以上であった者			※糖尿病認定の有無にかかわらず、HbA1c6.5以上であった者 ※糖尿病認定の有無にかかわらず、HbA1c6.5以上であった者									
№	地区	道の 名称	記号	番号	氏名	性別	年齢	糖尿病 合併症の有無	項目	H21	H22	H23	H24	H25	糖尿病 認定	備考		
1									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								
2									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								
3									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								
4									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								
5									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								
6									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								
7									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								
8									糖尿病	糖尿病								
									高血圧	糖尿病								
									脂質代謝異常	糖尿病								
									腎臓病	糖尿病								
									網膜症	糖尿病								
									神経障害	糖尿病								
									その他	糖尿病								
									なし	糖尿病								

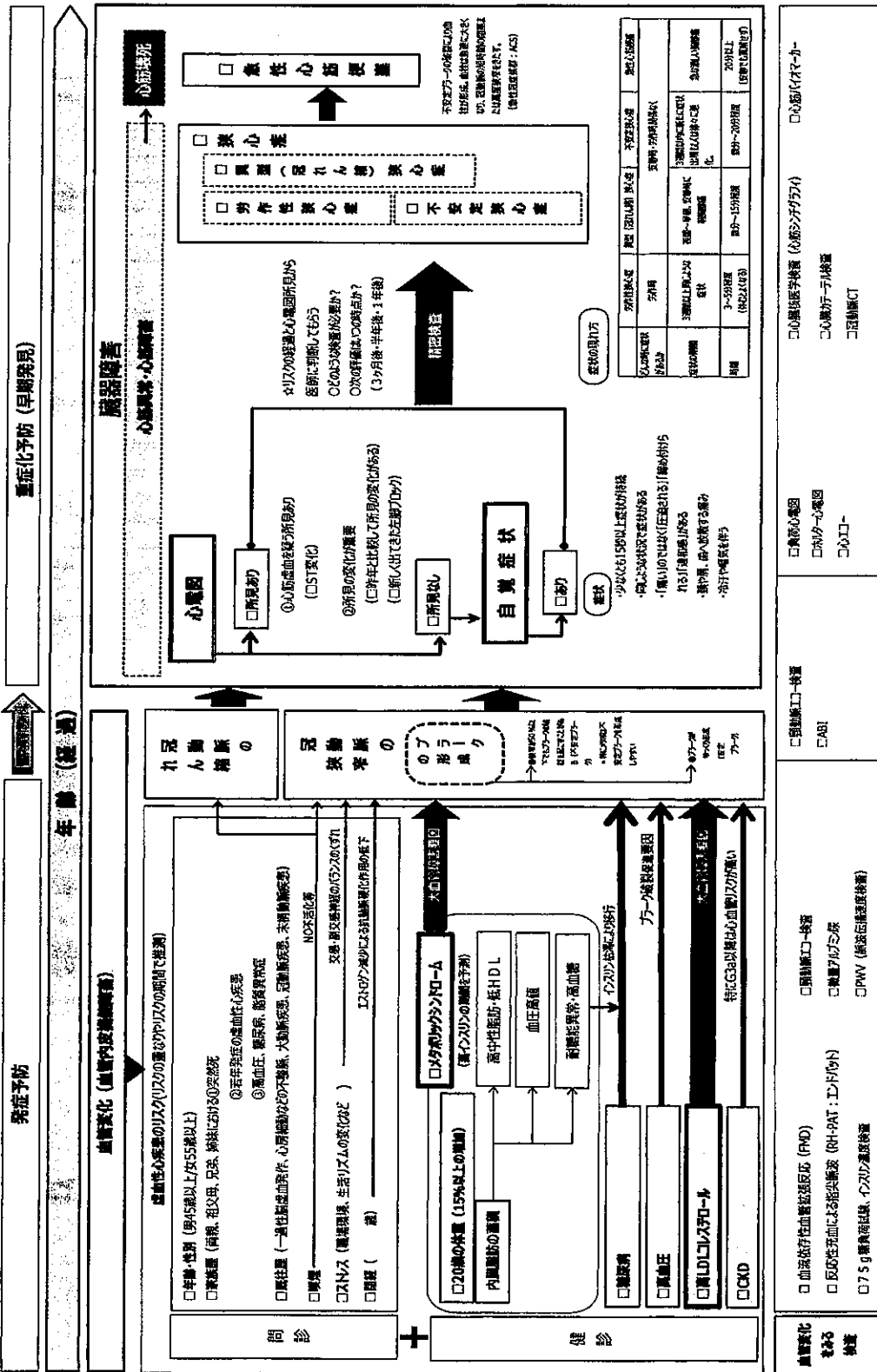
※H28 年度台帳掲載者 64 名【後期高齢者含む】

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
糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人 ㉔ 健診未受診者 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 ⑥-1 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				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 ○医療受診勧奨の保健指導 ○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
結果把握	㉕ 結果把握 ①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1c7.0以上で昨年より悪化している ()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 ③尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人 ④eGFR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			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	かかりつけ医、糖尿病専門医

様式G-1 糖尿病重症化予防の取り組みの概要

項目		区分	保険者						国民健康保険(平均)		データ基	
			28年度		29年度		30年度		28年度(平均)			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	763人								KOB厚生労働省様式 様式G-2	
	② (両期)40-74歳		588人									
2	① 対象者数	B	489人								市県民保 特定高齢者・特定保護者 状況報告書	
	② 受診者数	C	334人									
	③ 受診率		68.4%									
3	① 特定 保護者数		35人									
	② 実施率		68.6%									
4	① 位階 データ	E	49人	14.3%							特定高齢者	
	②	F	12人	24.5%								
	③	G	37人	75.5%								
	④	J	11人 29.7%									
	⑤		血圧 130/90以上		9人 81.8%							
	⑥	K	5人 45.5%									
	⑦		肥満 BMI25以上		25人 70.3%							
	⑧	M	第1期 尿蛋白(-)		38人 77.6%							
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		5人 10.2%							
	⑩		第3期 尿蛋白(+)		6人 12.2%							
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人 0.0%							
5	①	レヒト	糖尿病受診率(他病数含む)		115.1人						KOB厚生労働省様式 様式G-2	
	②		(両期)40-74歳(他病数含む)		148.1人							
	③		レヒト件数 (40-74歳)	458件	(78.9%)			472件	(75.6)		KOB糖尿病診療分析 (生活圏別)	
	④		レヒト件数 (17歳未満)	4件	(6.8)			4件	(5.8)			
	⑤		糖尿病台帳中		92人 11.5%							
	⑥		H	(両期)40-74歳		90人 14.6%						
	⑦			健康未受診者		53人 58.9%						
	⑧		O	インスリン治療		11人 12.0%						
	⑨			(両期)40-74歳		11人 12.2%						
	⑩		L	糖尿病性網膜症		4人 4.3%						
	⑪			(両期)40-74歳		4人 4.4%						
	⑫		慢性人工透析患者数 (慢性透析-透析)		0人 0.0%							
	⑬			(両期)40-74歳		0人 0.0%						
	⑭			新発糖尿病患者数		0人 0.0%						
	⑮		(両期)糖尿病性腎症		0人 0.0%							
⑯	【参考】糖尿病性慢性人工透析患者数 (慢性透析-透析)		0人 0.0%									
6	①	医療費	総医療費		2億658万円				2億643万円		KOB 健康調査・介護サービスから みえる生活圏別医療費	
	②		生活圏別医療費		1億287万円				1億513万円			
	③		(総医療費に占める割合)		50.9%				56.9%			
	④		生活圏別 医療費 一人あたり	健康未受診者		8,295円				8,737円		
	⑤			健康未受診者		32,530円				34,208円		
	⑥		糖尿病医療費		1464万円				1526万円			
	⑦		(生活圏別医療費に占める割合)		11.4%				10.1%			
	⑧		糖尿病入院総医療費		3054万円							
	⑨		1件あたり	26,880円								
	⑩			糖尿病入院総医療費		2044万円						
	⑪		1件あたり	557,810円								
	⑫			在院日数		9日						
	⑬		慢性腎不全医療費		696万円				1315万円			
	⑭		透析有り	625万円				1198万円				
	⑮			透析なし		71万円				116万円		
7	① 介護	介護合付費	2億286万円				3億508万円					
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%							
8	① 死亡	糖尿病死亡別数(人数)	1人	2.0%			0人	1.0%	KOB健康調査・介護サービスから みえる生活圏別医療費			

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料6】

【参考文献】
 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2016改訂版、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン2016改訂版、虚血性心疾患の重症化予防ガイドライン2016改訂版、虚血性心疾患の早期発見ガイドライン2016改訂版、虚血性心疾患の重症化予防ガイドライン2016改訂版、虚血性心疾患の早期発見ガイドライン2016改訂版

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健康結果 問題	リスク状況		対象者		
	他のリスクの発現を考慮	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	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 既往症 父母、祖父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 既往症合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり □少なくとも15秒以上の症状が持続 □同じような状況で症状がある □「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 □以前にも同じような症状があった □顔や膈、虚へ放散する痛み □冷汗、吐き気がある (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症			
③ 健康結果	目的 (1) 将来的に心疾患を患うか、この人が心疾患を患うかどうか、今を以てするか。 (2) 今後発症する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。		⑥ 発症予防対象者		
判定	正常	軽度		重症	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~	追加採血項目 【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g糖負荷試験 【重症】 <input type="checkbox"/> 同位素検査 <input type="checkbox"/> 尿酸値/尿酸/クレアチニン/尿酸比 <input type="checkbox"/> 24時間血圧 (収縮血圧/拡張血圧の差あり)	
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~		
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299
		食後	~199		200~
	<input type="checkbox"/> 総コレステロール	~149	150~169		170~
	<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50		51~
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99		100~125
		食後	~139		140~199
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~
	<input type="checkbox"/> 尿酸値	~7.0	7.1~7.9		8.0~
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139		
	拡張期	~84	85~89		
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 肩関節/肘関節/膝関節/皮膚/皮膚/肌腫れ/色素沈着/奇形/黄色腫の有無	
eGFR			60未満		
尿蛋白	(-)		(+) ~		
<input type="checkbox"/> CKD慢性分類			G3a1~		
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 睡眠生活リズム		0 _____ 12 _____ 24		

参考：脳血管障害予防に関する包括的リスク評価シート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被験者ID		名前	性別	年齢	健診データ																		
	記号	番号				過去5年間のうち直近					血圧													
						HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28	
		判定					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			
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								

※H28 年度台帳掲載者 49 名【後期高齢者含む】

【参考資料 9】

心臓病管理台帳 (健診で心臓病の所見があった方)

※平成28年度から後期高齢者健診において心臓病を全票

No	年度	行政区	氏名	生年月日	性別	特定健診その他のECC所見(心臓病)									備考	結果
						H26年度			H27年度			H28年度				
						その他のECC所見	診察科	医師	その他のECC所見	診察科	医師	その他のECC所見	診察科	医師		
1																
						薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載	薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載	薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載		
2																
						薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (H27.1月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載	薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載	薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載		
3																
						薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (H25.12-7) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載	薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載	薬	内科/消化	1. 治療中 2. 治療開始 (月→) 3. 中断 (月→) 4. 治療の再開時期 5. その他記載		

※H28 年度台帳掲載者 5 名【後期高齢者含む】