

北方町国民健康保険

第二期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

平成 30～35 年度



平成 30 年 3 月

岐阜県本巣郡北方町

## 目 次

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	3
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 第一期計画に係る評価及び考察と第二期計画における健康課題の 明確化	8
1.第一期計画に係る評価及び考察	
2.第二期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 第三期特定健診等実施計画	23
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	30
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組【重点事業】	
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	49
第6章 計画の評価・見直し	50
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52
参考資料	53

## 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

急速な高齢化や疾病構造の変化により、被保険者の「健康」を守ることは、保険者にとって重大な使命となっている。そして、近年保険者に求められる役割は大きく変化しており、次のような健康や医療に関する情報を活用する基盤整備が進んだことに起因する。

平成20年には「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行され、特定健康診査（以下「特定健診」という。）および特定保健指導が義務化された。これにより、保険者の保健事業への関わりが強固になり、医療費と生活習慣病の関連性や生活習慣病のリスク分布の把握ができるようになった。また、平成14年策定の「医療制度改革大綱」においてレセプトの電子化を義務化する方針が示されたことで、保険者はレセプト情報を効率的に解析する契機を得た。

こうした中、平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において保険者に示された方針により、全ての保険者は、レセプト等のデータ分析、それに基づく健康保持増進のための計画作成、公表、実施、評価等を推進することとされた。また、平成27年には「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」が成立し、平成30年度より国保の都道府県単位化が進められることとなった。今後、財政運営に関する責任主体は都道府県になり、保健事業等の実施はこれまで通り市町村が行うことになる。また、財政支援の一環として新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されるなど、市町村はより積極的な保健事業の実施を求められている。

このような情勢の中で、当町では平成28年に「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。）に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するため、「保健事業実施計画（第1期データヘルス計画）」を策定した。その実績を踏まえ、更なるPDCAサイクルの促進を目指し、本計画を策定することとする。

### 2. 計画の位置付け

保健事業実施計画（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、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保健事業の実施計画である。

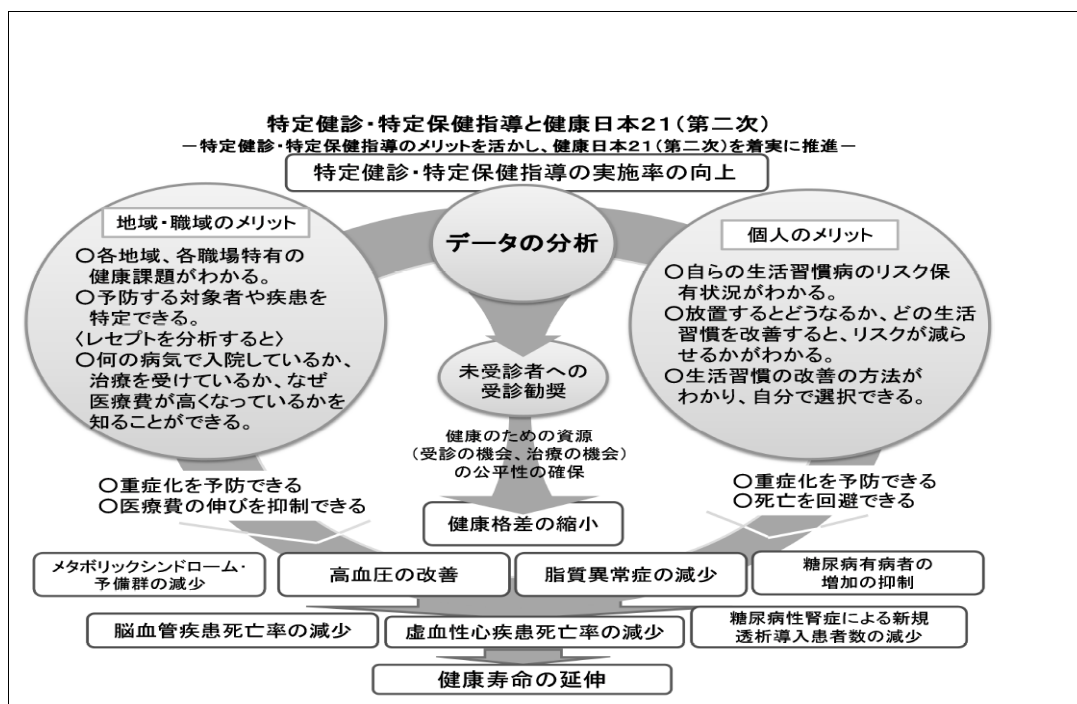
本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、「岐阜県健康増進計画」及び「北方町健康増進計画」等で示した評価指標を用い、他の保健事業計画との整合性

を図るものである。(図表1・2・3)

【図表1】

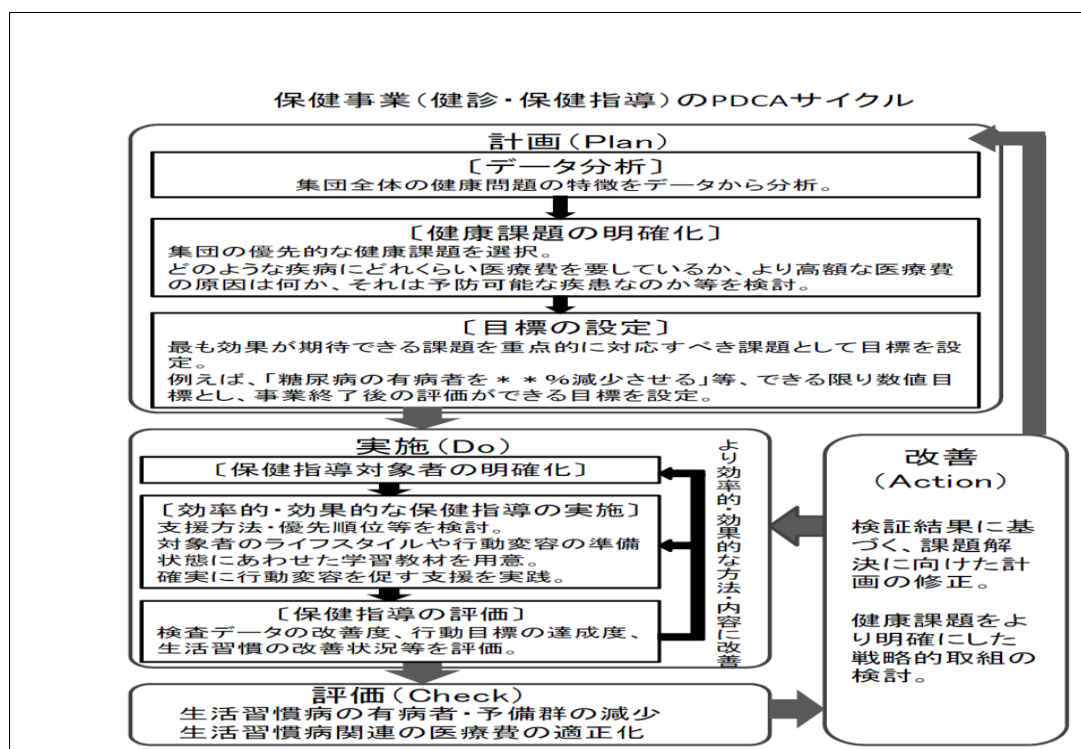
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
健康増進事業法(注)とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成25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 健康局 平成25年4月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成25年4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25年4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方針	厚生労働省 健康局 平成25年4月 医療費適正化に関する基本指針 【全部改正】	厚生労働省 健康局 平成25年4月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県、義務、市町村、努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村、義務、都道府県、義務	都道府県、義務	都道府県、義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防 の推進を図り、社会生活を営むために必要な 能力の維持及び向上を図る。その結果、社会生活 の質の向上を図ることを目指す。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指す。	生活習慣の改善による慢性疾患等の重症化の予防 を目的とし、慢性疾患等を予防する観点から、適切な 検査を行うことが必要である。さらに、重症化や合併症の 発生、入院患者を減らすことが、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図ることに資するものとする。 特定健康診査は、慢性疾患等の重症化の予防や重症 化を予防することを目指す。また、メタボリックシンドロームに重 点をおき、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする ものとする。積極的に推進するものとする。	生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の健全 な生活の確保及び医療費の抑制を図る。また、生活 習慣病の予防の観点から、慢性疾患等を予防する 観点から、適切な検査を行うことが必要である。さら に、重症化や合併症の発生、入院患者を減らすことが、 この結果、国民の生活の質の維持および向上を図る ことに資するものとする。特定健康診査は、慢性疾患 等の重症化の予防や重症化を予防することを目指す。 また、メタボリックシンドロームに重点をおき、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 とする。積極的に推進するものとする。	高齢者がその有する能力に即し自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護 状態または要支援状態となつたことへの要介護又は、要介護 状態等の程度もしくは介護の必要と理念としている	国民生活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努めるとともに、国民 生活の質の向上を図ることを目指す。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指す。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、高齢者において医療の必要のない医療 の提供を実現し、負担のかつていない医療を効率的 に提供する体制の構築を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期) 高 齢期(75歳以上)	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に高齢期を迎 える現在の若年(若壮年期)、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 初老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 骨髄小体性症、骨髄異形成症 関節炎、変形性関節症 多系統萎縮症、脊索腫瘍性神経変性症 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 生活習慣病	糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※55項目中 特定健康診査に係る項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②全人口(慢性閉塞性肺疾患による年間罹患率除外)の罹患率 ③治療率の割合 ④慢性閉塞性肺疾患におけるコントロール不良率 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健康診査率 ⑦特定健康指導実施率 ⑧メタボリックシンドローム有病率 ⑨高血圧有病率 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、ヤセの減少) ⑪適切な栄養摂取の促進 ⑫日常生活における歩数 ⑬慢性閉塞性肺疾患の発症 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健康診査率 ②特定健康指導実施率	①生活習慣病の予防・軽減・悪化の防止 ②生活習慣病の予防・軽減・悪化の防止 ③アルコー ル摂取量 ④喫煙 ⑤肥満率 ⑥慢性閉塞性肺疾患の発症率 ⑦特定健康診査率 ⑧特定健康指導率 ⑨結果の変化 ⑩生活習慣病の有病率・予備群 ⑪医療費 ⑫介護費 ⑬介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 ②医療費適正化の取組 ③一人あたり外来医療費の削減 ④特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ⑤予防医療等・予備群の減少 ⑥慢性疾患重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)を減額し、保険料率決定		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

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、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、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

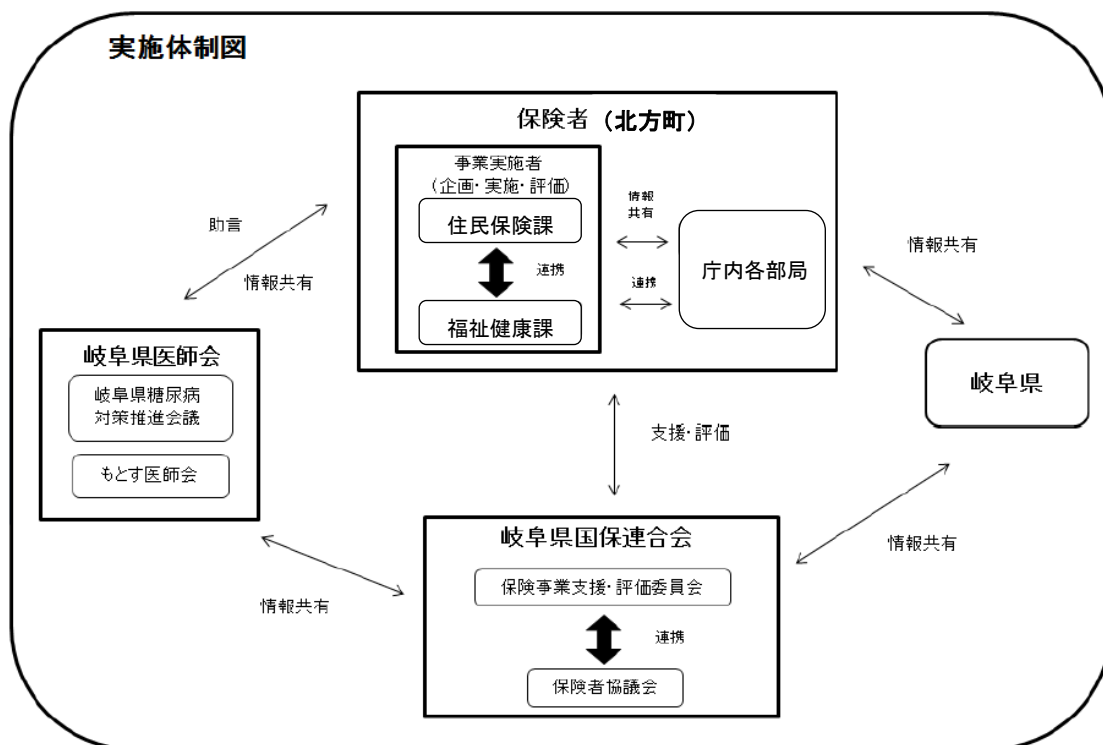
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 実施主体関係部局の役割

本町は、平成25年度から特定健診・特定保健事業において、福祉健康課の保健師、管理栄養士に事業の執行委任をしており、データヘルス計画策定作業を通じて、今後も連携を強化するとともに、関係部局と課題解決に取り組むものとする。

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、関係者と調整し業務を明確化・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き継ぎを行う等体制を整えることも重要です。(図表4)

【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・協力が重要となり、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）及び、国保連に設置された支援・評価委員会等のことをいう。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っている。

また、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、県との連携に努め、保険者等とともに医師会の保健医療関係者との連携を円滑に行うため、県が県医師会や国保連等との連携を推進することが重要である。

### (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、被保険者自身が健診を受診し、体の状況を理解して主体的かつ、積極的に健康づくり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、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年度から本格的に実施)

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税収納率の実施状況を高く評価している。(図表5)

保険者努力支援制度

【図表5】

評価指標	
共通①	特定健診受診率
	特定保健指導実施率
	メタボリックシンドローム該当者及び予
共通②	がん検診受診率
	歯周疾患(病)検診実施状況
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
共通④	個人への分かりやすい情報提供
	個人のインセンティブ提供
共通⑤	重複服薬者に対する取組
共通⑥	後発医薬品の促進
	後発医薬品の使用割合
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況
固有②	データヘルス計画策定状況
固有③	医療費通知の取組の実施状況
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況



## 第2章 第一期計画に係る評価及び考察と第二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（参考資料1）

平成26年度と平成28年度の経年比較を見ると、死亡の状況は、心臓病・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、脳疾患による死亡の割合は、減少している。早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合（平成22年と平成27年国勢調査で比較）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、40～64歳の2号認定率の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。医療受診率は高く、1人当たり医療費も増加している。外来、入院件数割合は変化していないが、医療費に占める外来費用割合が減少し、入院費用の割合は増加している。

特定健診受診率が増加しているものの、依然として、受診率が低いため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

##### (2) 中長期目標の達成状況

##### ①介護給付費の状況（図表6）

平成26年度と比べて平成28年度では、介護給付費は1.2億円増えている。1件当たりの給付費を見てみると、平成26年度と比べて施設サービスは概ね変わらないが、居宅サービスは増加している。また、同規模市町村と比べて施設サービス給付費は低く、居宅サービス給付費は高い。その理由としては、家族からの支援、在宅サービスの充実、バリアフリー化による住環境の改善等により施設に入所しなくても居宅で生活できるためと考えられる。一般的に施設サービスを受ける者は、居宅サービスを受ける者よりも介護度が高い傾向にあるため、本町では介護度が重度で施設入所が必要な方は、少ないと考えられる。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	北方町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H26年度	864,313,840	56,699	42,537	268,589	67,735	41,099	277,056
H28年度	986,489,878	62,404	43,104	268,603	67,108	41,924	276,079

## ②医療費の状況（図表7）

総医療費は、平成26年度と平成28年度は約3千万円減少しているが、入院の総額医療費が増加している。一人あたりの医療費は入院、入院外ともに増加しており、伸び率は入院外の方が高い。医療にかかる人数は減少しているが、一人あたりが使う医療費は増加している。

要医療者には、治療の継続により治療のコントロールをよくなり、重症化を予防していく必要がある。ただし、重複受診者に対しては適切な医療の利用へつなげる必要がある。

【図表7】

医療費の変化

項目	全体			入院			入院外			
	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率	
総医療費(円)	H26年度	15億0,712万円	-	-	5億4,434万円	-	-	9億6,278万円	-	-
	H28年度	14億7,683万円	△3,029万円	-2.01	5億5,858万円	1,424万円	2.62	9億1,825万円	△4,453万円	-4.63
一人当たり医療費(円)	H26年度	23,717	-	-	15,151	-	-	8,566	-	-
	H28年度	25,578	1,861	7.85	15,904	753	4.97	9,674	1,108	12.93

※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）

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は、中長期目標疾患である慢性腎不全（透析有・無）、脳疾患は減少傾向にある。一方、狭心症等の心疾患は平成26年度と比べて約1.0%増加しており、国や県よりも割合が高くなっている。短期的目標疾患では、高血圧、脂質異常症に占める割合は減少したが、糖尿病は増加している。全体で見ると、目標疾患（短期・中長期）の医療費に占める割合は約1.5%減少している。

一人当たりの医療費は、国・県と比較して高く、重症化すると高額費用になる疾患で、予防できる疾患の発症予防、重症化予防を行っていく必要がある。

【図表8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成26年度と平成28年度との比較）

市町村名	総医療費	一人当たり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H26	1,507,117,080	23,717	94位	29位	6.24%	0.32%	1.87%	2.76%	5.51%	6.11%	3.13%	391,102,330	25.95%	12.68%	6.64%	8.85%
H28	1,476,830,600	25,578	80位	25位	5.43%	0.13%	1.25%	3.80%	5.70%	5.42%	2.75%	361,430,420	24.47%	13.53%	7.63%	8.08%
H28	165,639,619,600	23,828	-	-	5.88%	0.38%	2.35%	2.78%	5.87%	6.12%	3.30%	44,179,091,470	26.67%	12.93%	8.54%	8.21%
H28	9,787,337,843,160	22,922	-	-	5.40%	0.37%	2.59%	2.29%	5.38%	5.65%	3.04%	2,418,360,444,880	24.71%	12.90%	9.45%	8.36%

## ④中長期的な疾患（図表9）

中長期的な目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の治療状況をみ

ると、虚血性心疾患治療者が一番多い。平成 28 年と平成 26 年を比べて、脳血管疾患治療者の割合、人数は増えているが、そのうち、虚血性心疾患、人工透析の割合、人数は減少している。

このことから、虚血性心疾患治療者及び、脳血管疾患治療者においては、早期の受診により重症化した疾患の重複が減少し、重症化防止ができたと推測される。

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 3 疾患の治療者のうち、高血圧治療者が約 80%、糖尿病治療者が約 50～60%、脂質異常症治療者が約 60～70%であり、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の共通リスクとなっている疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症)の発症予防、重症化予防への取り組みが重要である。

第一期データヘルス計画の中長期的な目標であった、糖尿病性腎症の治療者を平成 27 年(27人)と平成 29 年(28人)と比べて 5%減少させるは、伸び率 7.7で目標は達成できなかった。平成 26 年(30人)と平成 28 年(28人)の比較においては、伸び率 -6.6で減少がみられた。

【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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H26	全体	3493	299	8.6%	62	20.7%	11	3.7%	228	76.3%	146	48.8%	197	65.9%
	40-65	1827	66	3.6%	13	19.7%	6	9.1%	51	77.3%	32	48.5%	40	60.6%
	65-75	1666	233	14.0%	49	21.0%	5	2.1%	177	76.0%	114	48.9%	157	67.4%
H28	全体	3338	281	8.4%	53	18.9%	7	2.5%	223	79.4%	155	55.2%	197	70.1%
	40-65	1606	52	3.2%	6	11.5%	3	5.8%	42	80.8%	28	53.8%	34	65.4%
	65-75	1732	229	13.2%	47	20.5%	4	1.7%	181	79.0%	127	55.5%	163	71.2%

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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H26	全体	3493	143	4.1%	62	43.4%	6	4.2%	116	81.1%	72	50.3%	93	65.0%
	40-65	1827	33	1.8%	13	39.4%	3	9.1%	26	78.8%	16	48.5%	18	54.5%
	65-75	1666	110	6.6%	49	44.5%	3	2.7%	90	81.8%	56	50.9%	75	68.2%
H28	全体	3338	151	4.5%	53	35.1%	5	3.3%	121	80.1%	83	55.0%	91	60.3%
	40-65	1606	35	2.2%	6	17.1%	2	5.7%	27	77.1%	20	57.1%	20	57.1%
	65-75	1732	116	6.7%	47	40.5%	3	2.6%	94	81.0%	63	54.3%	71	61.2%

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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H26	全体	3493	21	0.6%	6	28.6%	11	52.4%	19	90.5%	15	71.4%	12	57.1%
	40-65	1827	10	0.5%	3	30.0%	6	60%	10	100%	8	80.0%	7	70.0%
	65-75	1666	11	0.7%	3	27.3%	5	45.5%	9	81.8%	7	63.6%	5	45.5%
H28	全体	3338	17	0.5%	5	29.4%	7	41.2%	17	100%	11	64.7%	12	70.6%
	40-65	1606	6	0.4%	2	33.3%	3	50.0%	6	100%	3	50.0%	4	66.7%
	65-75	1732	11	0.6%	3	27.3%	4	36.4%	11	100%	8	72.7%	8	72.7%

### (3) 短期目標の達成状況

#### ①共通リスク(様式3-2~3-4) (図表10-①、10-②)

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧治療者が一番多く、次に脂質異常症、糖尿病となっており、治療者の割合、人数はほぼ横ばいである。糖尿病治療者のうち、インスリン療法、糖尿病性腎症、人工透析の割合、人数は減少しているが、虚血性心疾患や脳血管疾患など大血管系の治療者の割合は増加している。高血圧治療者、脂質異常治療者のうち、虚血性心疾患、脳血管疾患の治療者の割合、人数は、ほぼ横ばいである。

40~50歳の糖尿病、高血圧治療者において、脳血管疾患の治療者の割合及び人数は増加しており、ここの重症化予防の対策が必要である。

第一期データヘルス計画の短期的な目標であった、『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。具体的には、1年毎に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査値を改善していくこととする』については、年代や性別によって、改善がみられる項目もあるが、改善していない項目もあった。重症化防止や再発防止のために、特定健診の結果、要受診勧奨者が医療受診できているか、治療中断者がなかったか、治療のコントロール状況はどうだったか確認していく必要がある。特に重症化しやすいHbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL160以上の者に対しては、重症化を予防するために早急に受診勧奨を行っていく必要がある。

平成27年度より、特に慢性腎不全（CKD）の予防に重点を置いて「要受診勧奨者重症化予防事業」を実施した。未治療者でⅡ度・Ⅲ度高血圧、HbA1c6.5%以上、eGFR50未満（40~69歳）、eGFR40未満（70歳以上）を対象に個別支援、受診勧奨を行った。支援後、血圧の対象者は受診に結びつけることが難しく、糖と腎臓の対象者は受診に結びつくことが多かったが、その後の継続受診者の割合は減少していた。今後は対象者の見直し、継続受診に結びつく指導内容等検討していく必要がある。

【図表10-①】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標					
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	被保険者数	3493	607 (17.4%)	46	7.6%	449	74.0%	416	68.5%	146	24.1%	72	11.9%	15	2.5%	30	4.9%
H26	全体	3493	607 (17.4%)	46	7.6%	449	74.0%	416	68.5%	146	24.1%	72	11.9%	15	2.5%	30	4.9%
	40-64	1827	175 9.6%	18 10.3%	119 68.0%	111 63.4%	32 18.3%	16 9.1%	7 4.6%	12 6.9%							
	65-74	1666	432 25.9%	28 6.5%	330 76.4%	305 70.6%	114 26.4%	56 13.0%	7 1.6%	18 4.2%							
H28	全体	3338	607 (18.2%)	45 (7.4%)	454 (74.8%)	414 (68.2%)	155 (25.5%)	83 (13.7%)	11 (1.8%)	28 (4.6%)							
	40-65	1606	173 10.8%	16 9.2%	112 64.7%	108 62.4%	28 16.2%	20 11.6%	3 1.7%	13 7.5%							
	65-75	1732	434 25.1%	29 6.7%	342 78.8%	306 70.5%	127 29.3%	63 14.5%	8 1.8%	15 3.5%							

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標					
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	被保険者数	3493	1051 (30.1%)	449	42.7%	624	59.4%	228	21.7%	116	11.0%	19	1.8%
H26	全体	3493	1051 (30.1%)	449	42.7%	624	59.4%	228	21.7%	116	11.0%	19	1.8%
	40-65	1827	310 17.0%	119 38.4%	172 55.5%	51 16.5%	26 8.4%	10 3.2%					
	65-75	1666	741 44.5%	330 44.5%	452 61.0%	177 23.9%	90 12.1%	9 1.2%					
H28	全体	3338	1014 (30.4%)	454 (44.8%)	612 (60.4%)	223 (22.0%)	121 (11.9%)	17 (1.7%)					
	40-65	1606	265 16.5%	112 42.3%	137 51.7%	42 15.8%	27 10.2%	6 2.3%					
	65-75	1732	749 43.2%	342 45.7%	475 63.4%	181 24.2%	94 12.6%	11 1.5%					

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標					
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	被保険者数	3493	870 (24.9%)	416	47.8%	624	71.72%	197	22.6%	93	10.69%	12	1.38%
H26	全体	3493	870 (24.9%)	416	47.8%	624	71.72%	197	22.6%	93	10.69%	12	1.38%
	40-65	1827	259 14.2%	111 42.9%	172 66.41%	40 15.4%	18 6.95%	7 2.70%					
	65-75	1666	611 36.7%	305 49.9%	452 73.98%	157 25.7%	75 12.27%	5 0.82%					
H28	全体	3338	853 (25.6%)	414 (48.5%)	612 (71.75%)	197 (23.1%)	91 (10.67%)	12 (1.41%)					
	40-65	1606	218 13.6%	108 49.5%	137 62.84%	34 15.6%	20 9.17%	4 1.83%					
	65-75	1732	635 36.7%	306 48.2%	475 74.80%	163 25.7%	71 11.18%	8 1.26%					

【図表10-②】

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指す

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

(NGSP値)

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再) 7.0以上	未治療	治療	
H24	1,190	515 43.3%	467 39.2%	128 10.8%	80 6.7%	10 12.5%	70 87.5%	6.7%
					41 3.4%	4 9.8%	37 90.2%	
H25	1,106	553 50.0%	355 32.1%	131 11.8%	67 6.1%	32 47.8%	35 52.2%	6.1%
					29 2.6%	9 31.0%	20 69.0%	
H26	1,092	746 68.3%	230 21.1%	61 5.6%	55 5.0%	19 34.5%	36 65.5%	5.0%
					27 2.5%	7 25.9%	20 74.1%	
H27	1,004	528 52.6%	325 32.4%	89 8.9%	62 6.2%	23 37.1%	39 62.9%	6.2%
					35 3.5%	8 22.9%	27 77.1%	
H28	1,036	588 56.8%	288 27.8%	83 8.0%	77 7.4%	24 31.2%	53 68.8%	7.4%
					35 3.4%	7 20.0%	28 80.0%	

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上				
					再Ⅱ度高血圧	未治療	治療		
H24	1,189	613 51.6%	286 24.1%	239 20.1%	51 4.3%	6 11.8%	45 88.2%	4.3%	0.5%
					6 0.5%	0 0.0%	6 100.0%		
H25	1,106	614 55.5%	239 21.6%	215 19.4%	38 3.4%	18 47.4%	20 52.6%	3.4%	0.5%
					5 0.5%	3 60.0%	2 40.0%		
H26	1,092	606 55.5%	246 22.5%	217 19.9%	23 2.1%	15 65.2%	8 34.8%	2.1%	0.3%
					3 0.3%	1 33.3%	2 66.7%		
H27	1,005	521 51.8%	233 23.2%	219 21.8%	32 3.2%	13 40.6%	19 59.4%	3.2%	0.6%
					6 0.6%	4 66.7%	2 33.3%		
H28	1,065	530 49.8%	285 26.8%	209 19.6%	41 3.8%	18 43.9%	23 56.1%	3.8%	0.6%
					6 0.6%	2 33.3%	4 66.7%		

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上				
					再180以上	未治療	治療		
H24	1,190	580 48.7%	335 28.2%	159 13.4%	116 9.7%	42 36.2%	74 63.8%	9.7%	3.4%
					40 3.4%	18 45.0%	22 55.0%		
H25	1,107	565 51.0%	295 26.6%	163 14.7%	84 7.6%	73 86.9%	11 13.1%	7.6%	2.1%
					23 2.1%	20 87.0%	3 13.0%		
H26	1,092	520 47.6%	305 27.9%	180 16.5%	87 8.0%	73 83.9%	14 16.1%	8.0%	2.1%
					23 2.1%	21 91.3%	2 8.7%		
H27	1,004	482 48.0%	272 27.1%	159 15.8%	91 9.1%	79 86.8%	12 13.2%	9.1%	2.7%
					27 2.7%	22 81.5%	5 18.5%		
H28	1,065	533 50.0%	275 25.8%	177 16.6%	80 7.5%	67 83.8%	13 16.3%	7.5%	2.0%
					21 2.0%	15 71.4%	6 28.6%		

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、GPT、空腹時血糖、HbA1c、収縮期血圧の有所見者が増加しており、エネルギーの過剰摂取及び、血管を傷つける要因がみられる。また、女性の65歳以上については、ほぼ全ての項目で有所見者割合が平成26年より平成28年で増加がみられるため、状況に応じた保健指導を実施することで発症予防、重症化予防につなげることが重要である。メタボリックシンドローム該当者は男性・女性ともに増加しており、予備群も増加しており、メタボリックシンドロームの重点的な対策が必要である。

【図表 1 1】

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

★NO.23（概要）

	性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	合計	123	31.5	197	50.5	132	33.8	53	13.6	46	11.8	72	18.5	137	35.1	60	15.4	172	44.1	83	21.3	188	48.2	7	1.8
	40-64	58	39.5	88	59.9	69	46.9	36	24.5	16	10.9	22	15.0	45	30.6	29	19.7	61	41.5	36	24.5	84	57.1	2	1.4
	65-74	65	26.7	109	44.9	63	25.9	17	7.0	30	12.3	50	20.6	92	37.9	31	12.8	111	45.7	47	19.3	104	42.8	5	2.1
H28	合計	125	32.5	190	49.4	105	27.3	64	16.6	42	10.9	94	24.4	162	42.1	55	14.3	188	48.8	88	22.9	153	39.7	11	2.9
	40-64	43	37.4	63	54.6	44	38.3	33	28.7	10	8.7	27	23.5	39	33.9	25	21.7	44	38.3	33	28.7	60	52.2	2	1.7
	65-74	82	30.4	127	47.0	61	22.6	31	11.5	32	11.9	67	24.8	123	45.6	30	11.1	144	53.3	55	20.4	93	34.4	9	3.3

	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
H26	合計	110	16.6	91	13.7	116	17.5	32	4.9	16	2.4	72	10.9	199	30.1	6	0.9	278	42.0	100	15.1	364	55.0	3	0.5
	40-64	44	17.4	34	13.4	42	16.6	16	6.3	6	2.4	25	9.9	70	27.7	3	1.2	91	36.0	46	18.2	148	58.5	0	0.0
	65-74	66	16.1	57	13.9	74	18.1	16	3.9	10	2.4	47	11.5	129	31.5	3	0.7	187	45.7	54	13.2	216	52.8	3	0.7
H28	合計	136	21.4	115	18.1	121	19.0	39	6.1	21	3.3	87	13.7	274	43.0	9	1.4	298	46.8	94	14.8	362	56.8	2	0.3
	40-64	33	15.9	26	12.6	26	12.6	13	6.3	3	1.4	14	6.8	62	30.0	1	0.5	62	30.0	34	16.4	118	57.0	0	0.0
	65-74	103	24.0	89	20.7	95	22.1	26	6.0	18	4.2	73	17.0	212	49.3	8	1.9	236	54.9	60	14.0	244	56.7	2	0.5

\*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概要）

	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	合計	393	27.3	31	7.9%	71	18.1%	1	0.3%	43	10.9%	27	6.9%	95	24.2%	9	2.3%	2	0.5%	65	16.5%	19	4.8%		
	40-64	173	23.3	15	8.7%	36	20.8%	1	0.6%	16	9.2%	19	11.0%	37	21.4%	4	2.3%	1	0.6%	27	15.6%	5	2.9%		
	65-74	220	31.5	16	7.3%	35	15.9%	0	0.0%	27	12.3%	8	3.6%	58	26.4%	5	2.3%	1	0.5%	38	17.3%	14	6.4%		
H28	合計	385	28.9	22	5.7%	59	15.3%	2	0.5%	42	10.9%	15	3.9%	109	28.3%	8	2.1%	3	0.8%	70	18.2%	28	7.3%		
	40-64	115	19.0	11	9.6%	20	17.4%	0	0.0%	13	11.3%	7	6.1%	32	27.8%	2	1.7%	2	1.7%	22	19.1%	6	5.2%		
	65-74	270	37.1	11	4.1%	39	14.4%	2	0.7%	29	10.7%	8	3.0%	77	28.5%	6	2.2%	1	0.4%	48	17.8%	22	8.1%		

	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	合計	658	39.7	14	2.1%	28	4.3%	1	0.2%	17	2.6%	10	1.5%	49	7.4%	6	0.9%	1	0.2%	23	3.5%	19	2.9%		
	40-64	284	33.0	7	2.5%	12	4.2%	0	0.0%	9	3.2%	3	1.1%	15	5.3%	2	0.7%	4	1.4%	4	1.4%	8	2.8%		
	65-74	374	47.0	7	1.9%	16	4.3%	1	0.3%	8	2.1%	7	1.9%	34	9.1%	4	1.1%	0	0.0%	19	5.1%	11	2.9%		
H28	合計	637	40.2	10	1.6%	36	5.7%	4	0.6%	28	4.4%	4	0.6%	69	10.8%	12	1.9%	4	0.6%	38	6.0%	15	2.4%		
	40-64	207	29.0	6	2.9%	11	5.3%	2	1.0%	8	3.9%	1	0.5%	9	4.3%	4	1.9%	1	0.5%	2	1.0%	2	1.0%		
	65-74	430	49.4	4	0.9%	25	5.8%	2	0.5%	20	4.7%	3	0.7%	60	14.0%	8	1.9%	3	0.7%	36	8.4%	13	3.0%		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 1 2）

特定健診の対象者、受診者ともに減少しているが、平成27年度以降に実施している受診勧奨コールセンター等の新規事業の結果、受診率は上昇傾向にある。比較的高受診率の高い前期高齢者が後期高齢者へ移行していく中で、若年層への受診勧奨強化と継続受診者を増やす取組が重要である。平成28年度より日曜健（検）診を開始し、特定健診と各種がん検診等が同時に受診できるようになり、若年層・男性の受診者が増加した。今後は特に平日仕事をしている若年層に受診しやすい機会として日曜健（検）診を周知し、受診可能人数を増やすことで、特定健診のさらなる受診率向上を目指していく。

特定保健指導の実施率は平成26年度と比べ減少しており、主な要因は積極的指導対象者の実施率減少にある。平成26年度に二次検査が中止となり、初回面接後の継続した保健指導が難しくなったためだと考えられる。健診後、継続した保健指導を行い、疾患の発症予防、重症化予防に取り組むために二次検査等を検討していく必要がある。

【図表 1 2】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								北方町	同規模平均
H26年度	3,102	1,048	33.8	97位(123中)	107	67	63.2	46.2%	51.0%
H28年度	2,889	1,016	35.2	99位(115中)	105	50	47.6	49.8%	51.1%

## 2) 第一期に係る考察

第一期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、慢性腎不全における透析費用が減少し、外来における1件あたり費用額は、糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、腎不全で減少しており、医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、第一期データヘルズ計画の中長期的な目標であった、糖尿病性腎症の治療者を平成27年(27人)と平成29年(28人)と比べて5%減少させるは、目標達成できなかった。また、介護認定率、2号認定者の増加、医療費に占める入院費用の割合の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったか、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体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重要な取り組むべき課題である。

## 2. 第二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)

北方町の入院件数は2.4%で、費用額全体の37.8%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率が良い。

【図表 1 3】

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】		保険者	同規模平均	県	国
		25,578円	26,719円	25,250円	24,245円

		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	97.6					
	費用額	62.2					
入院 ★NO.1【医療】	件数	2.4					
	費用額	37.8					

○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)

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症について医療費を分析する。

- ア 1か月80万円以上の高額になるレセプトは205件あり、このうち脳血管疾患と虚血性心疾患を合すると全体の約20.5%を占めており、この2つの疾患で80万円以上の高額レセプトの費用額の約17.7%になる。
- イ 6か月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患が多く、全体の約17%を占める。脳血管疾患の発症者153人のうち高血圧治療の人は122人(79.7%)である。基礎疾患の高血圧を治療している1,022人中、脳血管疾患を発症していない人は869人であり、脳血管疾患の発症予防対象者として留意していく必要がある。脳血管疾患は、医療費だけでなく、介護保険費にも関わってくるため健診を受け、必要な人は治療を開始し、中断がないようにしていくことが重要である。
- ウ 長期療養を要する人工透析を分析すると、全体の約62.3%が糖尿病性腎症である。岐阜県は、全国の中でも糖尿病の有病率が上位にあり、北方町においても医療費に影響を及ぼす甚大な疾患として、糖尿病性腎症を抑制することが重要な課題である。
- エ 生活習慣病の治療者数の状況を見ると、北方町には、糖尿病性腎症の有病者は29人いる。この中には透析になっていない者も含まれるため、対象者を明確にして、透析予防に取り組むことが必要である。また、基礎疾患の糖尿病を治療している人のうち、29人を除く583人は腎症を発症していないということになり、可逆性のある早期腎症を見つけて予防していくことが重要である。

【図表14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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	虚血性心疾患		脳血管疾患		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	127人	17人 (13.4%)		9人 (7.1%)		33人 26.0%		76人 59.8%		
		件数	205件	21件 10.2%		14件 6.8%		66件 32.2%		104件 50.7%		
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	13.5%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	3	4.5%	3	2.9%
				50代	2	9.5%	0	0.0%	1	1.5%	5	4.8%
				60代	12	57.1%	8	57.1%	37	56.1%	58	55.8%
		70-74歳	7	33.3%	6	42.9%	25	37.9%	24	23.1%		
費用額	2億9975万円	3212万円 (10.7%)		2096万円 (7.0%)		9074万円 30.3%		1億5594万円 52.0%				

\*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	虚血性心疾患		脳血管疾患		精神疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	19人	1人 5.3%		4人 21.1%		13人 68.4%	
		件数	156件	4件 2.6%		27件 (17.3%)		119件 76.3%	
		費用額	6393万円	328万円 5.1%		1473万円 23.0%		4425万円 69.2%	

\*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	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症		
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	18人	8人 44.4%		6人 33.3%		11人 61.1%		
		H28年度 累計		212件	82件 38.7%		64件 30.2%		132件 (62.3%)	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)			費用額	1億0026万円	3578万円 35.7%		2790万円 27.8%		6060万円 60.4%	

\*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	虚血性心疾患		脳血管疾患		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 な 疾 患	1,781人	285人 16.0%		153人 8.6%		29人 1.6%		
			高血圧	225人 78.9%		122人 (79.7%)		25人 86.2%		
			糖尿病	155人 54.4%		83人 54.2%		29人 (29人) 100.0%		
			脂質異常症	197人 69.1%		91人 59.5%		18人 62.1%		
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症				
			1,022人	612人 34.4%	859人 48.2%	138人 7.7%				
			57.4%							

○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98.6%であり、筋・骨格疾患が91.5%である。2号認定者及び65~74歳の1号認定者で年齢が低い人ほど、血管疾患が原因で介護認定を受けており、長期の医療・介護が必要となる事が予想される。再発を予防し、さらなる重症化を予防するとともに、血管疾患

が原因で医療や介護が必要となる人を予防することが、介護予防につながる。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・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

医療費を見てみると、要介護認定を受けている人の医療費は、受けていない人と比べて3,428円高く、介護認定者の数と社会保障費は密接に関係している。本計画の対象である75歳未満の住民で、介護認定の主な原因となる生活習慣病予備群および有病者を対象に保健事業を行うことが重要である。また、万が一発症してしまったとしても、本人の能力に応じて地域で自立した生活を送ることができるよう、地域包括ケアシステムの整備を進めていく必要がある。

【図表15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか (平成28年度)

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		5,811人		1,941人		1,417人		3,358人		9,169人
認定者数		21人		77人		552人		629人		650人	
認定率		0.36%		4.0%		39.0%		18.7%		7.1%	
新規認定者数(*1)		0人		13人		0人		13人		13人	
介護度別人数	要支援1・2	2	9.5%	27	35.1%	145	26.3%	172	27.3%	174	26.8%
	要介護1・2	13	61.9%	15	19.5%	189	34.2%	204	32.4%	217	33.4%
	要介護3～5	6	28.6%	35	45.5%	218	39.5%	253	40.2%	259	39.8%

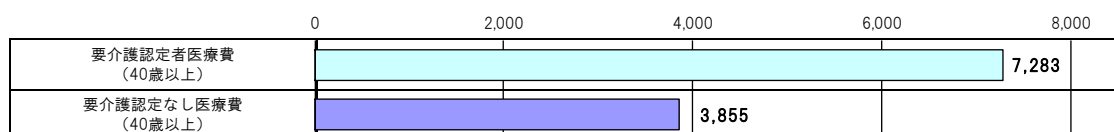
  

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	介護件数(全体)		11		60		0		60		71							
再) 国保・後期		11		60		0		60		71								
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	7	63.6%	脳卒中	36	60.0%	脳卒中	0	--	脳卒中	36	60.0%	脳卒中	43	60.6%
			2	虚血性心疾患	1	9.1%	虚血性心疾患	23	38.3%	虚血性心疾患	0	--	虚血性心疾患	23	38.3%	虚血性心疾患	24	33.8%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	5.0%	腎不全	0	--	腎不全	3	5.0%	腎不全	3	4.2%
		合併症	4	糖尿病合併症	3	27.3%	糖尿病合併症	10	16.7%	糖尿病合併症	0	--	糖尿病合併症	10	16.7%	糖尿病合併症	13	18.3%
			基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		11		59		0		59		70		98.6%			
		血管疾患 合計		11		59		0		59		70		98.6%				
		認知症		1		9		0		9		10		14.1%				
		筋・骨格疾患		9		56		0		56		65		91.5%				

\*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) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

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、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。よって、内臓脂肪の蓄積と脂質異常、高血圧、高血糖の重なりのあるメタボリックシンドローム対象者に着目し、保健事業を行っていく必要がある。

本町において、メタボリックシンドローム該当者は男性・女性ともに全国、県、同規模と比較して多い。また、女性において、メタボリックシンドローム予備群が、平成26年度と比べて平成28年度で増加しており、予備群のうちに積極的な介入を行い、該当者にならないように予防することが重要である。

健診結果の有所見状況では、男性・女性ともにBMI・HDLコレステロール・クレアチニンの有所見者割合が全国・県と比較して高く、また、女性では、腹囲及び血圧の有所見者割合が高いため、内臓脂肪の蓄積及び、臓器障害を起こしていることが推測される。メタボリックシンドロームを改善するだけでなく、予備群を減らし、有所見を改善することで、メタボリック該当者減少につながる。

【図表16・17】

### 4 健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7) (平成28年度) ★NO.23 (概要)

	性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
	県	15,385	26.6	26,598	45.9	16,979	29.3	9,891	17.1	5,582	9.6	10,977	18.9	30,994	53.5	10,752	18.6	27,691	47.8	12,127	20.9	26,718	46.1	1,216	2.1
保険者	合計	125	32.5	190	49.4	105	27.3	64	16.6	42	10.9	94	24.4	162	42.1	55	14.3	188	48.8	88	22.9	153	39.7	11	2.9
	40-64	43	37.4	63	54.8	44	38.3	33	28.7	10	8.7	27	23.5	39	33.9	25	21.7	44	38.3	33	28.7	60	52.2	2	1.7
	65-74	82	30.4	127	47.0	61	22.6	31	11.5	32	11.9	67	24.8	123	45.6	30	11.1	144	53.3	55	20.4	93	34.4	9	3.3
	女性	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	
	全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
	県	13,755	18.1	12,148	16.0	14,520	19.1	5,752	7.6	1,771	2.3	7,962	10.5	40,194	52.9	1,675	2.2	32,481	42.8	9,685	12.8	43,078	56.7	166	0.2
保険者	合計	136	21.4	115	18.1	121	19.0	39	6.1	21	3.3	87	13.7	274	43.0	9	1.4	298	46.8	94	14.8	362	56.8	2	0.3
	40-64	33	15.9	26	12.6	26	12.6	13	6.3	3	1.4	14	6.8	62	30.0	1	0.5	62	30.0	34	16.4	118	57.0	0	0.0
	65-74	103	24.0	89	20.7	95	22.1	26	6.0	18	4.2	73	17.0	212	49.3	8	1.9	236	54.9	60	14.0	244	56.7	2	0.5

\*全国については、有所見割合のみ表示

### 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) (平成28年度) ★NO.24 (概要)

	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
保険者	合計	385	28.9	22	5.7%	59	15.3%	2	0.5%	42	10.9%	15	3.9%	109	28.3%	8	2.1%	3	0.8%	70	18.2%	28	7.3%
	40-64	115	19.0	11	9.6%	20	17.4%	0	0.0%	13	11.3%	7	6.1%	32	27.8%	2	1.7%	2	1.7%	22	19.1%	6	5.2%
	65-74	270	37.1	11	4.1%	39	14.4%	2	0.7%	29	10.7%	8	3.0%	77	28.5%	6	2.2%	1	0.4%	48	17.8%	22	8.1%
女性	合計	637	40.2	10	1.6%	36	5.7%	4	0.6%	28	4.4%	4	0.6%	69	10.8%	12	1.9%	4	0.6%	38	6.0%	15	2.4%
	40-64	207	29.0	6	2.9%	11	5.3%	2	1.0%	8	3.9%	1	0.5%	9	4.3%	4	1.9%	1	0.5%	2	1.0%	2	1.0%
	65-74	430	49.4	4	0.9%	25	5.8%	2	0.5%	20	4.7%	3	0.7%	60	14.0%	8	1.9%	3	0.7%	36	8.4%	13	3.0%

## 3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況 (図表18)

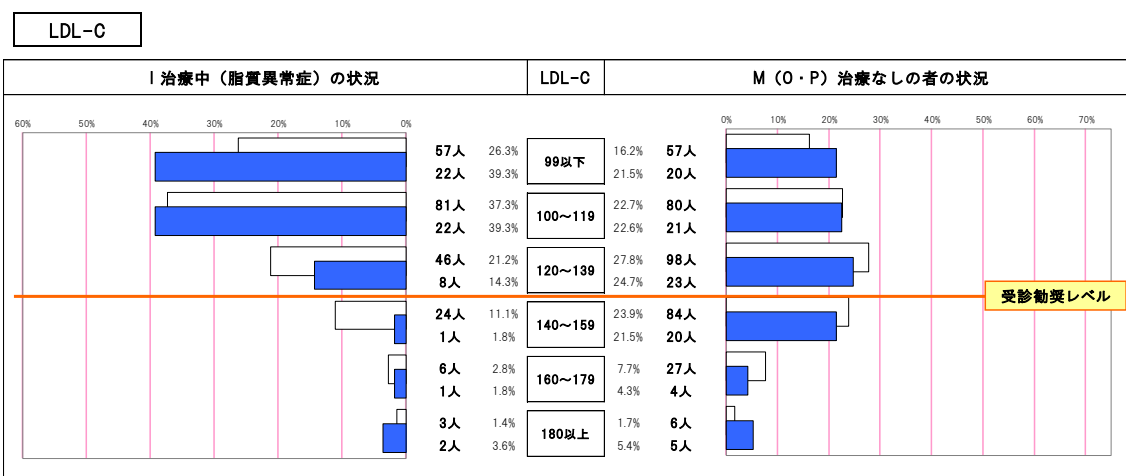
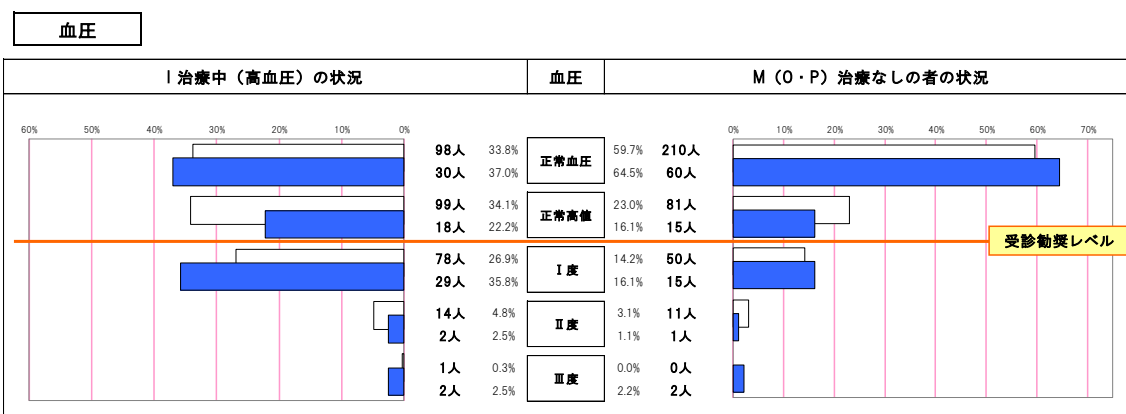
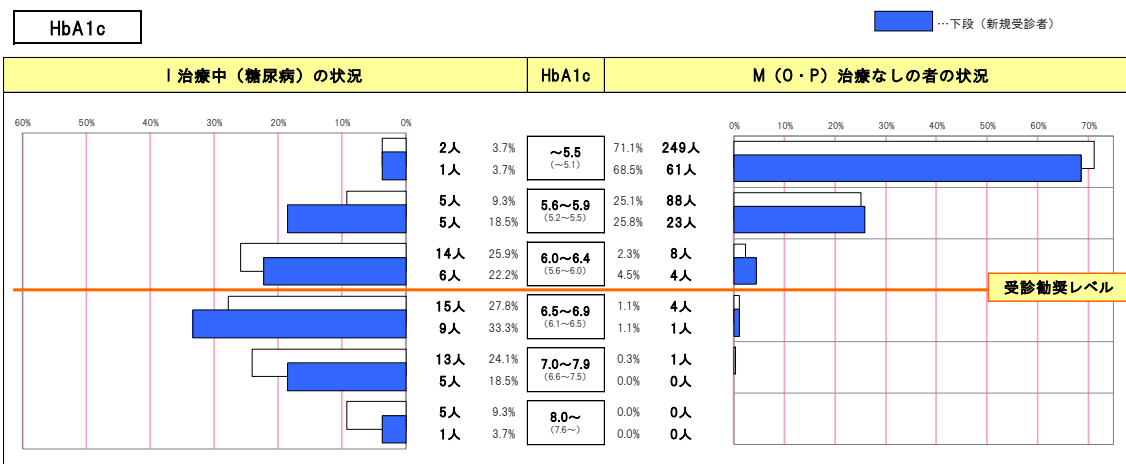
糖尿病は、治療中であっても、値が高い人が多く、薬物療法と合わせて運動と食事

管理が必要な疾患であるため、栄養指導等を行っていくことが重要である。高血圧は新規受診者で値が悪い人が多く、Ⅱ度以上高血圧者には受診勧奨、受診の継続を促していく必要がある。LDLは、治療をすると改善するため、要受診者には受診勧奨を行っていく必要がある。

【図表18】

継続受診者と新規受診者の比較 (H28年度・H27年度比較)

□…上段(継続受診者)  
■…下段(新規受診者)



#### 4) 未受診者の把握 (図表19)

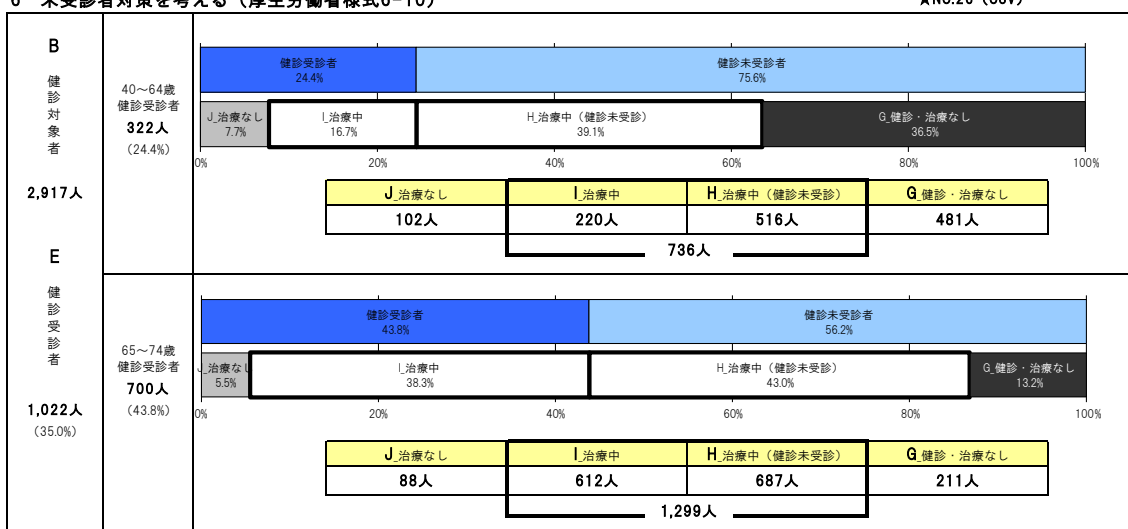
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が34.6%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化において有用であることがわかる。

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

【図表19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

#### 7 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お金

★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する。35年度には30年度と比較して、3つの疾患の総医療費に占める治療者の割合を減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

本町の医療のかかり方は、普段から医療にかかりやすく、何らかの疾患で医療にかかっている人が多い。重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

## ②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、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、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「第三期特定健診等実施計画」に記載する。

## 第3章 第三期特定健康診査等実施計画

### 1. 第三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、特定健康診査等実施計画を定めるものとされている。

第一期及び第二期計画は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年を一期として策定する。

（図表20・21）

### 2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	38.0%	43.0%	48.0%	53.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	58.0%	60.0%	62.0%	64.0%	67.0%	70.0%

### 3. 対象者の見込み

【図表21】

		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	2,850人	2,830人	2,810人	2,800人	2,790人	2,780人
	受診者数	1,083人	1,216人	1,348人	1,484人	1,618人	1,668人
特定保健指導	対象者数	111人	125人	138人	152人	166人	171人
	受診者数	64人	75人	86人	97人	111人	120人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

本町では、町指定医療機関で行う個別健診と保健センターで行う集団健診の2通りで実施する。個別健診の契約はもとす医師会と結び、集団健診の契約は見積りを徴収したうえで、実施可能な業者と結ぶこととする。

- ①個別健診（委託医療機関）
- ②集団健診（保健センター）

#### (2)特定健診委託基準

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

#### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、ホームページ及び、くらしのカレンダーに掲載する。



#### (4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた基本健診に加え、追加の検査（貧血、心電図）を実施する。また、詳細検査として眼底検査を行っており、対象者は当該年度の血圧又は血糖検査で受診勧奨判定値以上の者である。

本実施計画から、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に変更できるようになった(実施基準第1条4項)。

#### (5)実施時期

個別健診と集団健診の実施期間は以下のとおりとする。

個別健診：6月1日から8月初旬まで

集団健診：7月下旬から8月上旬までの間に2回

#### (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、医療機関への周知を行う。

また、平成28年度より岐阜県国民健康保険団体連合会との共同事業として「健診結果情報提供事業」を実施しており、かかりつけ医から検査データの提供を受け、特定健診の結果データとして取り扱うこととしている。

#### (7)代行機関

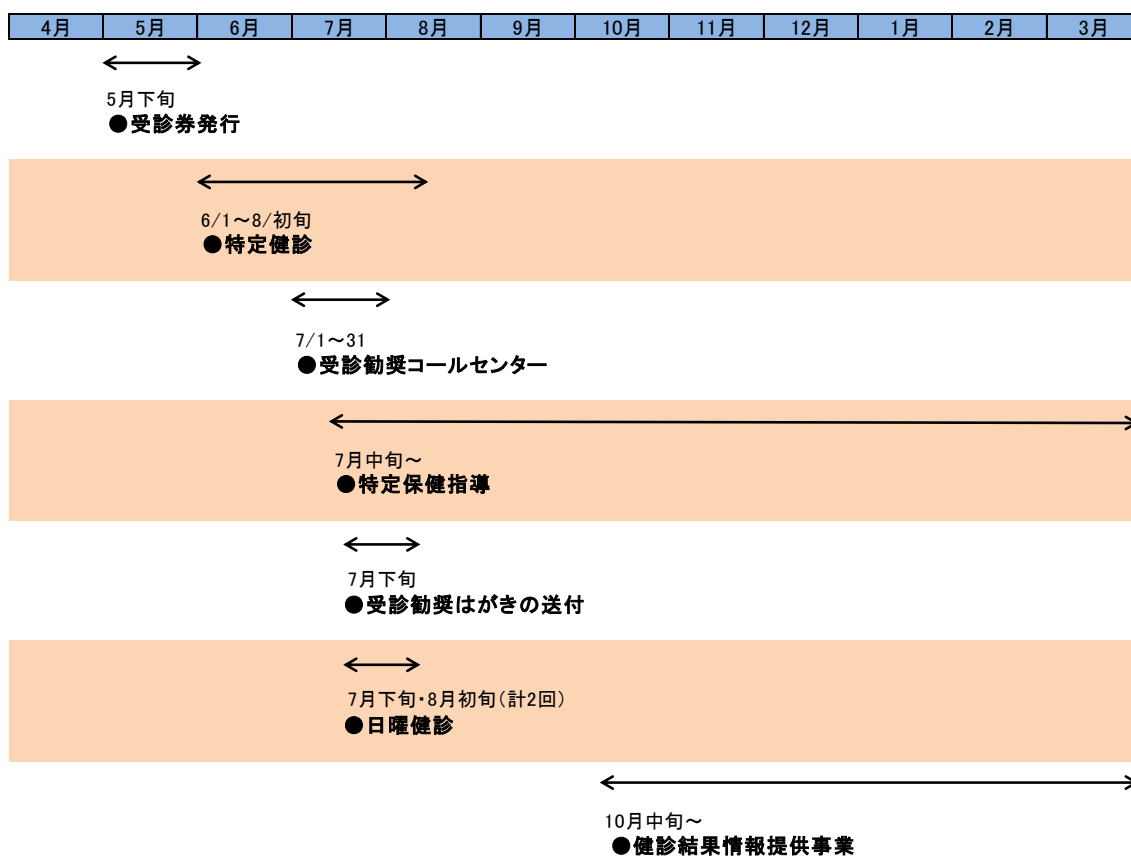
特定健診に係る費用の請求・支払については、岐阜県国民健康保険団体連合会に事務を委託する。

#### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する（図表22）。

【図表 2 2】

保険者年間スケジュール



5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施し、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

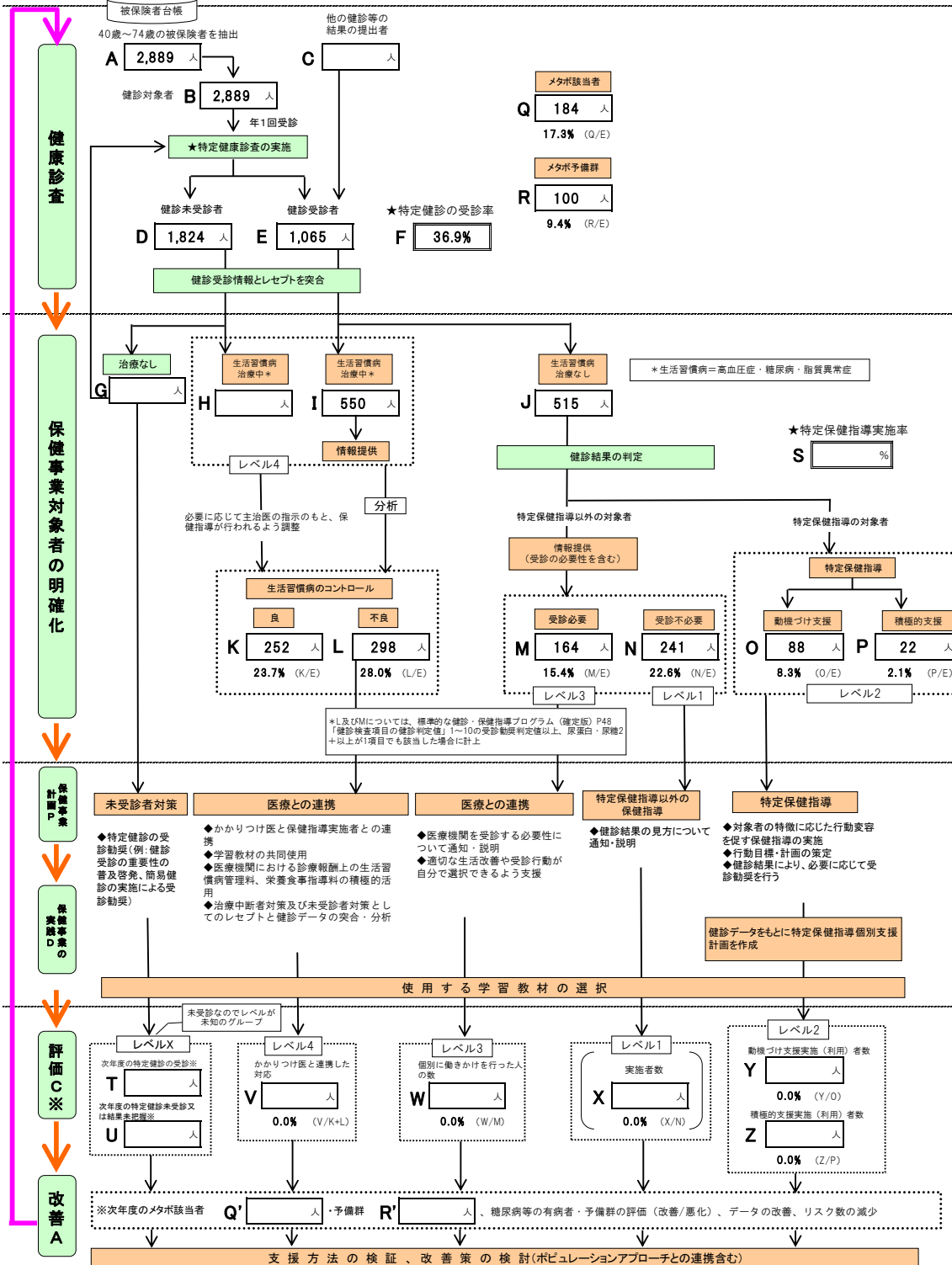
(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」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 2 3)

【図表23】

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

様式6-10



(2)平成30年度要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法  
(図表24)

【図表24】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	平成30年度 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	36人 (3.3)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	76人 (7.0)	HbA1c6.1以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,767人 ※受診率目標達成までに 128人減らす	62%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	89人 (8.2)	100%
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	882人 (81.4)	100%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

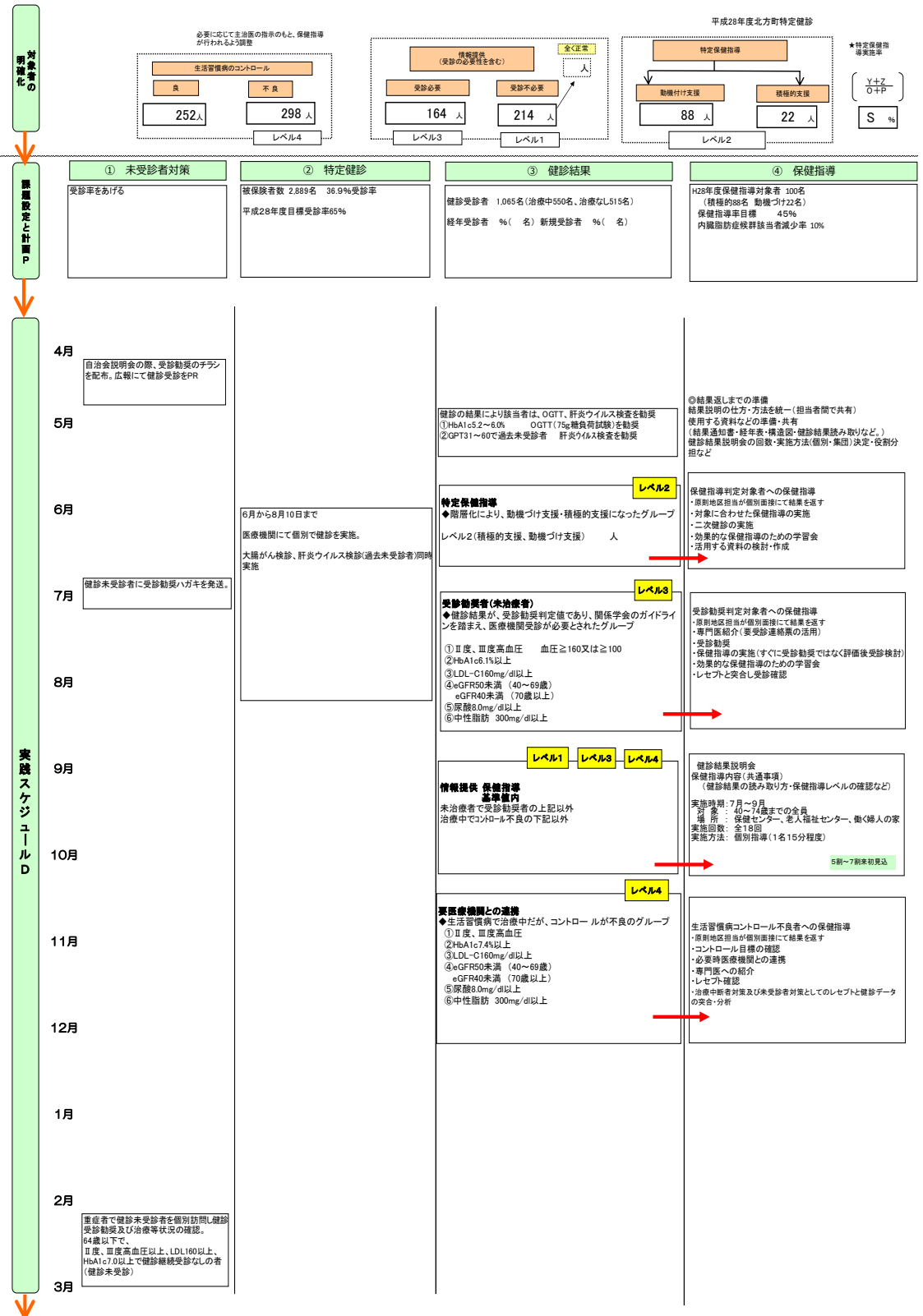
目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表25)

【図表25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

平成28年度

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および北方町情報公開及び個人情報保護に関する条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を集団健診で実施する際には、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（国民健康保険団体連合会）及び、健康管理システム「ログヘルス21」で行う。

## 7. 結果の報告

実績報告については、岐阜県国民健康保険団体連合会が特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施の翌年度10月に報告する。

その際、妊産婦や拘禁者、長期入院者等は対象者から除外できるため、除外登録をする。また、入力誤りにより実施者に含まれないことがないように、登録の確認を徹底する。

## 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、ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

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

### II 重症化予防の取組 **【重点事業】**

#### 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)及び岐阜県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26)に沿って実施する。

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

【図表26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

\*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては岐阜県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表27)

【図表27】

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 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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。

本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実施していないため、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28)

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者(中断者含む)は30人(25%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者612人中のうち、特定健診受診者が90人(14.7%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者は、517人(85.2%・I)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者の治療状況等(ア～キ)は把握できていないため、今後把握し、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要である。

## ③ 介入方法と優先順位

図表28より北方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)・・・ 30人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・ 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)・・・ 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

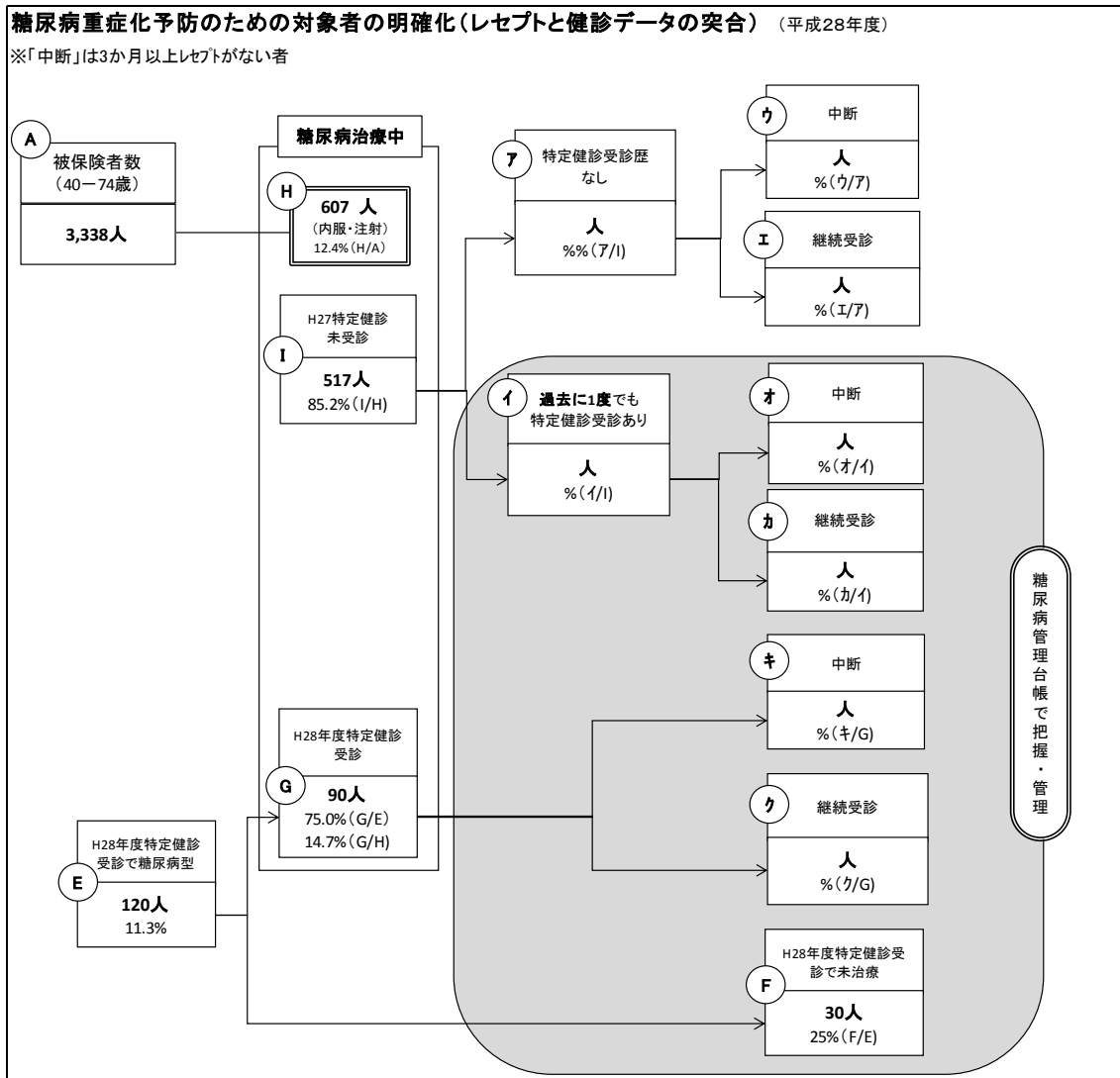
#### 【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・ 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 28】



### 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

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

## (4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

## (5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)…… 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)…… 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。北方町においては、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等を活用し行っていく。(図表29)

【図表29】

**糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える**

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> </ol> <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <ol 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すみ方</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> </ol> <p>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>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> </ol> <p>14. なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 ←</p> <p>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？</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p>□ 食の資料 … 別資料</p>
<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> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

**(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策**

本町では、特定健診の結果、HbA1c5.5～6.5%の希望者(今まで未実施の者)に対して糖尿病精密検査(75g糖負荷試験)及び糖尿病精密検査結果説明を行っている。平成24年から平成28年の4年間で52人が受診し、そのうち、46%に境界型または糖尿病型がみついている。メタボリックシンドローム非該当者の半数の21人は境界型、糖尿病型であり、非肥満者への保健指導も重視する必要がある。(図表30)

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

は二次健診等で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を予防することが望まれる。

【図表30】

平成25年度～平成28年度 糖尿病精密検査（75g糖負荷試験）結果

	受診者	75g糖負荷試験結果						
		糖尿病型		境界型		正常型		
		有所見	割合	有所見	割合	有所見	割合	
合計	52	3	5.8%	23	44.2%	25	48.1%	
HbA1c 5.6～5.8	37	3	8.1%	14	37.8%	20	54.1%	
HbA1c 5.9～6.4	15	0	0%	9	60.0%	6	40.0%	
(再揚)	メタボリックシンドローム 該当	7	0	0%	4	57.1%	3	42.9%
	メタボリックシンドローム 予備群	3	0	0%	1	33.3%	2	66.7%
	メタボリックシンドローム 非該当	42	3	7.1%	18	42.9%	21	50.0%

## 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、事前にもとず医師会等と協議した紹介状等を使用する。

### (2) 治療中の者への対応

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

## 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。

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

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料6)

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料7)

## (2) 重症化予防対象者の抽出

### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

本町では、町内医療機関、及び集団健(検)診で特定健診を受診した者には全員に心電図検査を実施している。健診受診者1,129人のうち心電図検査実施者は、1,005人(89%)であり、そのうちST所見があったのは52人であった。(図表31)心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

本町はメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多く、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の結果を踏まえた保健指導を行い、発症、重症化を予防していく必要がある。

【図表31】

心電図検査結果

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
	人数	割合	人数	割合 (b/a)	ST所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
					人数	割合 (c/b)	人数	割合 (d/b)	人数	割合 (e/b)
平成28年度	1,129	100%	1,005	89.0%	52	5.2%	322	32.0%	631	62.8%

### ② 心電図以外からの把握

本町では、特定健診受診者全員に心電図検査を実施しているが、かかりつけ医において特定健診相応の検査をしている場合、心電図検査を実施していない場合がある。心電図検査を実施しない場合、(図表32)に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。



【図表32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし		
		ST変化	その他変化	異常なし			
	1,129	52 4.6%	322 28.5%	631 55.9%	124 11.0%		
メタボ該当者	198 17.5%	13 6.6%	56 28.3%	93 47.0%	36 18.2%	②-1	
メタボ予備群	102 9.0%	5 4.9%	33 32.4%	58 56.9%	6 5.9%		
メタボなし	829 73.4%	34 4.1%	233 28.1%	480 57.9%	82 9.9%		
LDL-C	140-159	141 17.0%	4 2.8%	39 27.7%	88 62.4%	10 7.1%	
	160-179	50 6.0%	1 2.0%	19 38.0%	25 50.0%	5 10.0%	
	180-	17 2.1%	1 5.9%	3 17.6%	11 64.7%	2 11.8%	②-2

【参照】

CKD	G3aA1~	223	14	85	107	17
		19.8%	6.3%	38.1%	48.0%	7.6%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、(図表33)の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 33】

### 虚血性心疾患に関する症状

<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) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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等において、これらの検査の実施が望まれる。

### (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からの聴取や、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

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

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

【図表34】

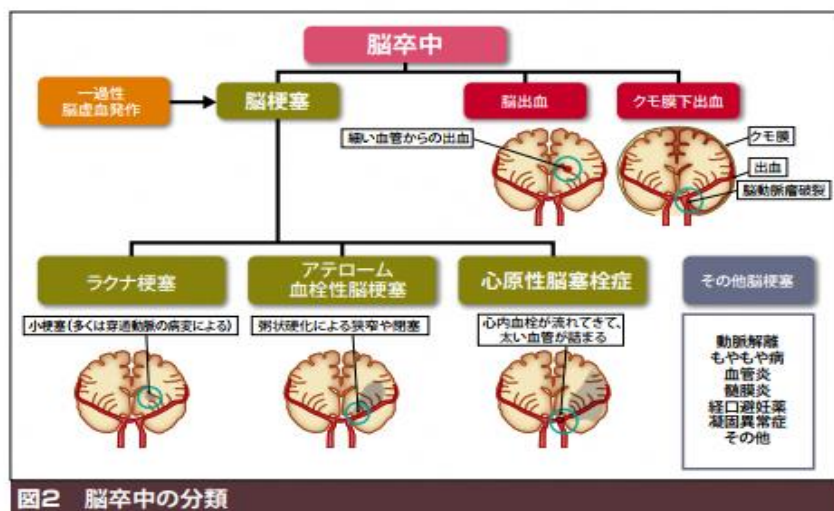


図2 脳卒中の分類

【図表35】

脳血管疾患とリスク因子

ハイリスク因子 (○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)
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	●													
ハイリスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)・					
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c(NGSP)6.5%以上 (治療中:7.0以上)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満				
受診者数 1,064人		41人	3.9%	52人	4.9%	21人	2.0%	6人	0.6%	184人	17.3%	17人	1.6%	32人	3.0%
治療なし		18人	2.8%	24人	2.5%	15人	2.0%	0人	0.0%	33人	6.4%	4人	0.8%	6人	1.2%
治療あり		23人	5.6%	28人	31.1%	6人	1.9%	6人	1.1%	151人	27.5%	13人	2.4%	26人	5.0%
臓器障害あり		10人	55.6%	4人	16.7%	5人	33.3%	0人	--	10人	30.3%	4人	100.0%	6人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象者)	1人		0人		2人				2人					
	尿蛋白(2+)以上	1人		0人		0人				0人					
	尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0人		0人		0人				2人					
	eGFR50未満(70歳未満は40未満)	0人		0人		2人				0人					
	心電図所見あり	10人		4人		4人				8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41人(3.9%)であり、18人は未治療者であった。また未治療のうち10人(55.6%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も23人(5.6%)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) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

(図表37)は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

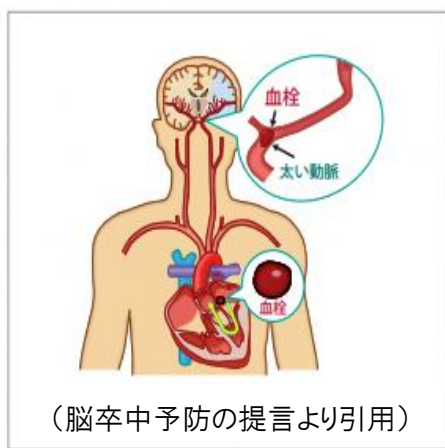
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
	<b>651</b>	<b>228</b> 35.0%	<b>162</b> 24.9%	<b>151</b> 23.2%	<b>92</b> 14.1%	<b>16</b> 2.5%	<b>2</b> 0.3%	<b>6</b> 0.9%	<b>42</b> 6.5%	<b>62</b> 9.5%
リスク第1層	<b>96</b> 14.7%	<b>62</b> 27.2%	<b>14</b> 8.6%	<b>12</b> 7.9%	<b>6</b> 6.5%	<b>2</b> 12.5%	<b>0</b> 0.0%	<b>6</b> 100%	<b>2</b> 4.8%	<b>0</b> 0.0%
リスク第2層	<b>317</b> 48.7%	<b>106</b> 46.5%	<b>86</b> 53.1%	<b>72</b> 47.7%	<b>40</b> 43.5%	<b>13</b> 81.3%	<b>0</b> 0.0%	--	<b>40</b> 95.2%	<b>13</b> 21.0%
リスク第3層	<b>238</b> 36.6%	<b>60</b> 26.3%	<b>62</b> 38.3%	<b>67</b> 44.4%	<b>46</b> 50.0%	<b>1</b> 6.3%	<b>2</b> 100.0%	--	--	<b>49</b> 79.0%
再掲 重複あり	糖尿病	<b>51</b> 21.4%	<b>15</b> 25.0%	<b>12</b> 19.4%	<b>15</b> 22.4%	<b>9</b> 19.6%	<b>0</b> 0.0%	<b>0</b> 0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	<b>133</b> 55.9%	<b>39</b> 65.0%	<b>35</b> 56.5%	<b>38</b> 56.7%	<b>19</b> 41.3%	<b>1</b> 100.0%	<b>1</b> 50.0%		
	3個以上の危険因子	<b>103</b> 43.3%	<b>15</b> 25.0%	<b>24</b> 38.7%	<b>35</b> 52.2%	<b>26</b> 56.5%	<b>1</b> 100.0%	<b>2</b> 100.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態

【図表38】



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。(図表38)

心電図検査において7人に心房細動の所見があった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。また7人のうち5人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。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るため、心電図検査の結果から早期発見、早期介入を行っていくことが重要である。(図表39)

【図表39】

特定健診における心房細動有所見状況

	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	428	701	4	0.9	3	0.4	—	—
40歳代	32	48	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	54	76	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	174	313	2	1.1	1	0.3	1.9	0.4
70～75歳	168	264	2	1.2	2	0.8	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率

\* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療		治療中	
人	%	人	%	人	%
7	100	2	28.6	5	5.0

### 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) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

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等において、これらの検査の実施が望まれる。

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

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

#### ② 心房細動の管理台帳

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

## 4) 医療との連携

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からの聴取や、KDB等を活用しデータを収集していく。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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



## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

## 第5章 地域包括ケアに係る取組

地域包括ケア研究会の報告書によると、「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。」とされている。

重度の要介護状態となる大きな要因は、生活習慣病の重症化によるものである。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。つまり、前章の重症化予防の取組が、介護予防に大きく関わってくることになる。

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ことが重要である。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況に鑑みると、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、個人の特性を踏まえ、状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、地域包括ケアの構築が必要となる。具体的には、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医療・介護・保健・福祉サービスの関係者がネットワークでつながり、情報共有をしていく必要がある。

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なり、ひいては介護給付費、医療費の適正化へとつながることになる。(参考資料10)

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

3年後の平成32年度に中間評価を行い、平成35年度に最終評価を行う。

中間評価では、進捗状況を確認し、目標を達成するための体制や過程の見直しをする。また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画をPDCAサイクルで行えるように考慮して、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、担当地区の被保険者分を保健師・管理栄養士等が定期的に評価する。(図表40)

また、国への法定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。

【図表40】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	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 平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	平成31年 (2019)	中間評価 平成32年 (2020)	平成33年 (2021)	平成34年 (2022)	最終評価 平成35年 (2023)	現状値の 把握方法				
特定健診等計画	<p>医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす</p>	<p>特定健診受診率60%以上</p> <p>特定保健指導終了率70%以上</p> <p>特定保健指導対象者の減少率25%</p>	<p>特定健診受診率60%以上</p> <p>特定保健指導終了率70%以上</p> <p>特定保健指導対象者の減少率25%</p>	35.2%								特定健診・保健指導結果(厚生労働省)				
				47.6%												
データヘルス計画	<p>・虚血性心疾患の総医療費に占める割合は、県内1位であり、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する</p> <p>・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する</p> <p>・糖尿病の総医療費に占める割合は、国、県、同規模より高く、県内2位である。若い人(40~64歳)で、糖尿病、脳血管疾患の治療者の割合が増加している。</p>	<p>脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する</p> <p>脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす</p>	<p>脳血管疾患の総医療費に占める割合1.3%減少</p> <p>虚血性心疾患の総医療費に占める割合1.6%減少</p> <p>人工透析導入者の総医療費に占める割合0.3%減少</p> <p>メタボリックシンドローム該当者の割合の減少</p> <p>メタボリックシンドローム予備群の割合の減少</p> <p>健診受診者のⅡ度高血圧の割合の減少(160/100以上)</p> <p>健診受診者の脂質異常症者の割合の減少(LDL180以上)</p> <p>健診受診者の糖尿病の割合の減少(HbA1c6.5以上)</p> <p>糖尿病の未治療者(中断含む)の減少</p> <p>糖尿病治療中のコントロール不良者の減少</p>	10.1%										KOBシステム		
			17.0%													
			5.3%													
			13.7%													
			9.5%													
			3.8%													
			2.0%													北方町福祉健康課
			7.4%													
			(健診受診者)25%													
			(健診受診者)40%													
保険者努力支援制度	<p>死因の第1位で、生活習慣病に占める医療費の割合第1位。がんによる死亡割合は、国、県、同規模と比べて高い。</p>	<p>がんの早期発見・早期治療</p> <p>がん検診受診率 胃がん30%以上</p> <p>がん検診受診率 肺がん50%以上</p> <p>がん検診受診率 大腸がん30%以上</p> <p>がん検診受診率 子宮がん20%以上</p> <p>がん検診受診率 乳がん40%以上</p> <p>健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合 1%以上</p> <p>後発医薬品の使用割合80%以上</p>	<p>がん検診受診率 胃がん30%以上</p> <p>がん検診受診率 肺がん50%以上</p> <p>がん検診受診率 大腸がん30%以上</p> <p>がん検診受診率 子宮がん20%以上</p> <p>がん検診受診率 乳がん40%以上</p> <p>健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合 1%以上</p> <p>後発医薬品の使用割合80%以上</p>	2.9%									地域保健健康増進事業報告			
			10.3%													
			7.3%													
			14.0%													
			21.9%													
													北方町福祉健康課			
													厚生労働省			

## 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。

具体的な方法としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、もとす医師会等の関係団体を通して医療機関等に周知する。

これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者に深く理解してもらうために、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた北方町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 平成 28 年度 生活習慣病の受療状況

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた北方町の位置

項目		H26 北方町		H28 北方町		同規模平均		県		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		18,084		18,084		2,213,234		2,033,293		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
		65歳以上（高齢化率）		3,358	18.6	3,358	18.6	623,636	28.2	497,440	24.5	29,020,766	23.2			
		75歳以上		1,417	7.8	1,417	7.8			243,139	12.0	13,989,864	11.2			
		65～74歳		1,941	10.7	1,941	10.7			254,301	12.5	15,030,902	12.0			
		40～64歳		5,811	32.1	5,811	32.1			686,129	33.7	42,411,922	34.0			
	39歳以下		8,915	49.3	8,915	49.3			849,724	41.8	53,420,287	42.8				
	② 産業構成	第1次産業		1.4		1.4		12.2		3.2		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		28.3		28.3		27.7		33.6		25.2				
		第3次産業		70.3		70.3		60.1		63.2		70.6				
	③ 平均寿命	男性		79.8		79.8		79.3		79.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性		86.0		86.0		86.3		86.3		86.4				
	④ 健康寿命	男性		65.8		65.8		65.1		65.5		65.2				
女性		67.3		67.3		66.8		67.0		66.8						
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性		102.1		102.1		103.9		97.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		101.5		101.5		102.0		101.6		100		
		死 因		がん		47	51.1	54	54.5	7,565	46.0	6,017	48.0	367,905	49.6	
				心臓病		20	21.7	28	28.3	4,757	29.0	3,513	28.0	196,768	26.5	
				脳疾患		18	19.6	8	8.1	2,675	16.3	1,938	15.5	114,122	15.4	
				糖尿病		1	1.1	3	3.0	338	2.1	208	1.7	13,658	1.8	
				腎不全		2	2.2	3	3.0	619	3.8	443	3.5	24,763	3.3	
	自殺		4	4.3	3	3.0	474	2.9	408	3.3	24,294	3.3				
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計		23	16.0 (1位)	12	9.4 (21位)								厚労省IP 人口動態調査 H22、H27国勢調査 より (○)は県内順位	
		男性		14	18.4 (3位)	8	11.0 (22位)									
		女性		9	13.2 (2位)	4	7.3 (15位)									
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		572	16.8	629	18.3	126,477	20.4	96,336	19.2	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
新規認定者			9	0.3	17	0.3	2,113	0.3	1,850	0.3	105,636	0.3				
2号認定者			18	0.3	21	0.4	2,818	0.4	2,234	0.3	151,813	0.4				
② 有病状況		糖尿病		199	31.9	190	30.4	27,976	21.2	25,814	25.8	1,350,152	22.1			
		高血圧症		341	56.8	383	57.5	69,160	52.8	55,102	55.1	3,101,200	50.9			
		脂質異常症		187	31.8	214	31.5	35,266	26.8	29,714	29.5	1,741,866	28.4			
		心臓病		400	66.8	435	66.9	78,851	60.3	64,739	64.8	3,529,682	58.0			
		脳疾患		158	27.7	167	24.8	34,930	26.8	26,238	26.5	1,538,683	25.5			
		がん		52	9.4	71	10.3	13,037	9.8	10,117	10.0	631,950	10.3			
		筋・骨格 精神		319	53.8	353	55.7	67,521	51.7	55,633	55.6	3,067,196	50.3			
③ 介護給付費		1件当たり給付費（全体）		56,604		62,404		67,108		60,919		58,284				
		居宅サービス		42,454		43,104		41,924		41,249		39,662				
	施設サービス		268,589		268,603		276,079		269,887		281,186					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）		認定あり		7,283		8,324		7,609		7,980					
	認定なし		3,624		3,855		3,994		3,628		3,816					

4	① 国保の状況	被保険者数	5,174		4,736		574,796		516,704		32,587,866		KDB_NO.1 地域・医療の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
		65～74歳	1,697	32.8	1,669	35.2			220,782	42.7	12,461,613	38.2			
		40～64歳	1,669	32.3	1,524	32.2			164,114	31.8	10,946,712	33.6			
	39歳以下	1,808	34.9	1,543	32.6			131,808	25.5	9,179,541	28.2				
		加入率	28.6		26.2		26.0		25.4		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	173	0.3	102	0.2	8,255	0.3			
		診療所数	20	3.9	21	4.4	1,295	2.3	1,579	3.1	96,727	3.0			
		病床数	0	0.0	0	0.0	22,850	39.8	20,727	40.1	1,524,378	46.8			
		医師数	28	5.0	26	5.5	2,887	5.0	4,262	8.2	299,792	9.2			
		外来患者数	691.7		723.3		686.7		716.7		668.1				
		入院患者数	17.2		18.0		22.1		18.1		18.2				
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	23,715		25,578		26,719		25,250		24,245				
		受診率	708.9		741.314		708.781		734.79		686.286				
		費用の割合	63.9		62.2		57.8		62.1		60.1				
件数の割合		97.6		97.6		96.9		97.5		97.4					
入院		36.1		37.8		42.2		37.9		39.9					
1件あたりに在院日数		2.4		2.4		3.1		2.5		2.6					
④ 医療費分析 生活習慣病に よめる割合 最大医療資源集積 名(調剤含む)	がん	189,538,870	23.2	199,825,040	25.1	24.4		25.1		25.6					
	慢性腎不全(透析あり)	94,045,800	11.5	80,122,190	10.1	9.4		10.2		9.7					
	糖尿病	84,316,050	10.3	84,166,410	10.6	10.2		10.4		9.7					
	高血圧症	91,779,580	11.2	80,001,510	10.1	9.0		9.1		8.6					
	精神	99,870,870	12.2	112,639,750	14.2	18.4		15.3		16.9					
	筋・骨格	133,074,990	16.3	119,281,520	15.0	15.2		14.8		15.2					
4	⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数44	入院	糖尿病	552,591	22位	(19)	607,427	12位	(19)						
			高血圧	609,128	25位	(16)	604,503	25位	(17)						
			脂質異常症	482,765	39位	(16)	575,113	25位	(15)						
			脳血管疾患	575,815	36位	(17)	627,531	31位	(18)						
			心疾患	651,567	32位	(10)	673,889	27位	(10)						
			腎不全	685,550	35位	(13)	857,861	11位	(14)						
	外来	精神	478,962	6位	(24)	454,763	16位	(23)							
		悪性新生物	770,555	4位	(13)	764,849	3位	(11)							
		糖尿病	37,459	11位	35,849	21位									
		高血圧	31,518	7位	31,387	7位									
		脂質異常症	29,915	4位	28,749	6位									
		脳血管疾患	41,993	9位	44,313	3位									
	⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健康対象者 一人当たり	健康診受診者	3,617		3,197		3,095		2,727		2,346			
			健康診未受診者	12,401		13,725		12,111		12,543		12,339			
⑦ 健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	健康診受診者	9,383		8,199		8,344		7,271		6,742				
		健康診未受診者	32,169		35,195		32,649		33,439		35,459				
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数44	メタボ	受診勧奨者	544	51.7	541	52.9	94,645	55.9	72,267	54.0	4,427,360	56.1		
			医療機関受診率	511	48.6	509	49.8	86,525	51.1	66,945	50.0	4,069,618	51.5		
			医療機関非受診率	33	3.1	32	3.1	8,120	4.8	5,322	4.0	357,742	4.5		
			健康診受診者	1,052		1,022		169,408		133,891		7,898,427			
			受診率	33.8		35.0		41.0		37.6		全国24位	36.4		
			特定保健指導終了者(実施率)	67	62.0	58	55.2	7801	37.5	5,090	36.0	198,683	21.1		
			非肥満高血糖	49	4.7	75	7.3	16,973	10.0	10,333	7.7	737,886	9.3		
			メタボ	該当者	144	13.7	178	17.4	29,846	17.6	21,135	15.8	1,365,855	17.3	
				男性	95	24.4	109	28.3	20,491	26.8	14,451	24.9	940,335	27.5	
				女性	49	7.4	69	10.8	9,355	10.1	6,684	8.8	425,520	9.5	
				予備群	100	9.5	95	9.9	18,586	11.0	13,237	9.9	847,733	10.7	
			BMI	男性	72	18.5	59	15.3	12,858	16.8	9,190	15.9	588,308	17.2	
				女性	28	4.2	36	5.7	5,728	6.2	4,047	5.3	259,425	5.8	
				総数	289	27.5	305	29.8	54,260	32.0	38,746	28.9	2,490,581	31.5	
				男性	196	50.3	190	49.4	37,209	48.6	26,598	45.9	1,714,251	50.2	
			予備群 レベル	血糖のみ	男性	93	14.0	115	18.1	17,051	18.4	12,148	16.0	776,330	17.3
					女性	28	4.2	36	5.7	5,728	6.2	4,047	5.3	259,425	5.8
				血糖・脂質	男性	56	5.3	53	5.2	8,619	5.1	5,805	4.3	372,685	4.7
					女性	12	3.1	7	1.8	1,455	1.9	1,028	1.8	59,615	1.7
血糖・血圧	男性	44		6.6	46	7.2	7,164	7.7	4,777	6.3	313,070	7.0			
	女性	2		0.2	6	0.6	1,182	0.7	596	0.4	52,296	0.7			
血糖・血圧・脂質	男性	61		5.8	70	6.8	12,869	7.6	8,958	6.7	587,214	7.4			
	女性	37		3.5	19	1.9	4,535	2.7	3,683	2.8	208,214	2.6			
血糖・血圧・脂質	男性	15		1.4	20	2.0	5,121	3.0	2,604	1.9	212,002	2.7			
	女性	3		0.3	7	0.7	1,656	1.0	1,078	0.8	75,032	0.9			
血糖・血圧・脂質	男性	88	8.4	108	10.6	13,983	8.3	11,570	8.6	663,512	8.4				
	女性	38	3.6	43	4.2	9,086	5.4	5,883	4.4	415,310	5.3				
6	生活習慣の 状況	① 服薬	高血圧	357	33.9	400	39.1	59,184	34.9	44,038	32.9	2,650,283	33.6		
			糖尿病	58	5.5	88	8.6	13,759	8.1	10,069	7.5	589,711	7.5		
			脂質異常症	293	27.9	302	29.5	39,061	23.1	32,177	24.0	1,861,221	23.6		
		② 既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	22	2.1	29	2.8	5,170	3.2	4,013	3.0	246,252	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	75	7.1	88	8.6	9,674	6.0	7,753	5.9	417,378	5.5		
			腎不全	7	0.7	7	0.7	786	0.5	866	0.7	39,184	0.5		
		喫煙	146	13.9	136	13.4	13,913	8.7	14,060	10.7	761,573	10.2			
		③ 喫煙	127	12.1	115	11.3	23,954	14.1	17,184	12.8	1,122,649	14.2			
		④ 週3回以上朝食を抜く	55	5.3	65	6.4	10,390	7.0	5,317	5.6	585,344	8.7			
		⑤ 週3回以上食後間食	149	14.2	124	12.2	19,183	12.8	11,655	12.2	803,966	11.9			
		⑥ 週3回以上就寝前夕食	125	11.9	111	10.9	23,753	15.9	13,689	13.1	1,054,516	15.5			
		⑦ 食べる速度が遅い	227	21.6	234	22.9	41,061	27.5	22,087	23.9	1,755,597	23.6			
		⑧ 20歳時体重から10kg以上増加	313	29.8	342	33.5	47,866	32.1	28,762	30.1	2,192,264	32.1			
		⑨ 1日30分以上運動習慣なし	628	59.7	602	58.9	93,973	62.8	63,551	61.2	4,026,105	58.8			
⑩ 1日1時間以上運動なし	524	49.9	525	51.5	70,866	47.6	54,066	50.2	3,209,187	47.0					
⑪ 睡眠不足	269	26.0	269	26.5	37,567	25.3	27,994	26.1	1,698,104	25.1					
⑫ 毎日飲酒	241	23.0	217	21.4	40,675	25.3	22,521	24.1	1,886,293	25.6					
⑬ 時々飲酒	207	19.7	186	18.3	32,629	20.3	18,967	20.3	1,628,466	22.1					
⑭ 一日飲酒量	11合未満	361	63.0	344	65.2	65,096	62.0	36,889	65.0	3,333,836	64.0				
	1～2合	155	27.1	135	25.6	26,275	25.0	13,919	24.5	1,245,341	23.9				
	2～3合	42	7.3	35	6.6	10,712	10.2	4,780	8.4	486,491	9.3				
	3合以上	15	2.6	14	2.7	2,960	2.8	1,143	2.0	142,733	2.7				





【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								

【参考資料 4】

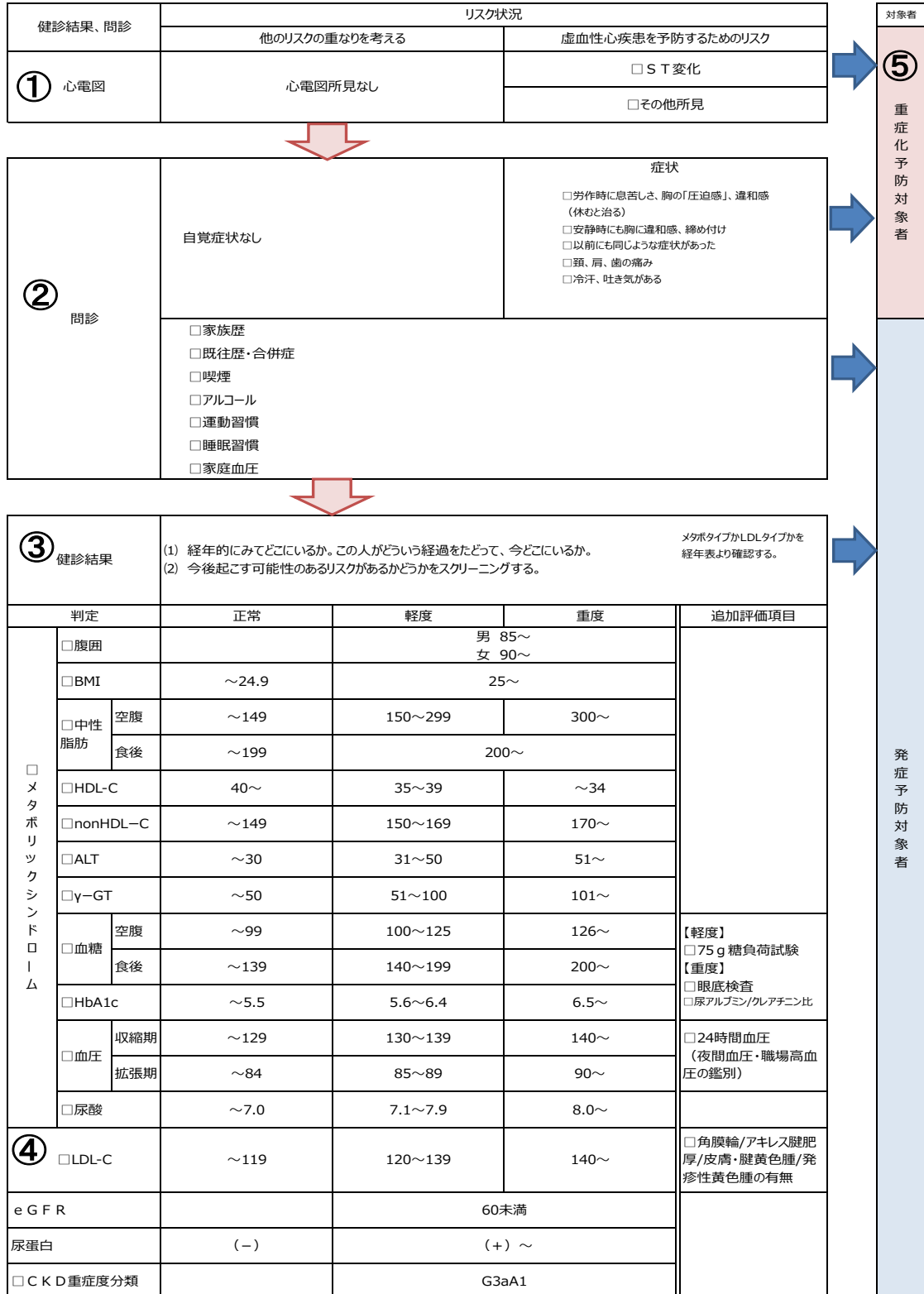
糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:											
結果把握	対象者把握		地区担当が実施すること												
	<p>糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人</p> <p>④健診未受診者 ( )人</p> <table border="1"> <tr><th colspan="2">結果把握(内訳)</th></tr> <tr><td>①国保(生保)</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>( )人</td></tr> <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</p> <p>*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	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険</p> <p>○医療保険移動の確認 ○健診データを本人から</p> <p>○死亡はその原因 ○レセプトの確認協力</p> <p>2.レセプトの確認</p> <p>○治療の確認 ●合併症</p> <p>○直近の治療の有無の確認 ●脳・心疾患-手術</p> <p>●人工透析</p> <p>●がん</p> <p>3.会いに行く</p> <p>○医療受診勧奨の保健指導 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>○糖尿病手帳の確認 -----</p> <p>4. 結果から動く</p> <p>○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ----- 尿アルブミン検査の継続</p> <p>○経年データ、治療状況に応じた保健指導 -----</p> <p>○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 栄養士中心</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														
保健指導の優先づけ	⑤結果把握 ( )人														
	<p>①HbA1cが悪化している ( )人</p> <p>例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ( )人</p> <p>*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②尿蛋白 (-) ( )人</p> <p>(±) ( )人</p> <p>(+) ~顕性腎症 ( )人 ----- 栄養士中心</p> <p>③eGFR値の変化</p> <p>1年で25%以上低下 ( )人 ----- 腎専門医</p> <p>1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人 -----</p>														

【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	都道府県	岐阜県	市町村名	北方町		
項目	実合表	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127		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	4,924人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	3,338人							
2	①	対象者数	2,889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	1,065人							
	③	受診率	36.9%							
3	①	特定保健指導 対象者数	105人							
	②	実施率	50人							
4	①	糖尿病型	E	120人	11.3%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	30人	25.0%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	90人	75.0%					
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	36人	40.0%					
				27人	75.0%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	27人	75.0%					
				12人	33.3%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	12人	33.3%					
				54人	60.0%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	54人	60.0%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	96人	80.0%					
6人				5.0%						
17人				14.2%						
1人				0.8%						
⑨	第2期 尿蛋白(±)									
⑩	第3期 尿蛋白(+)以上									
⑪	第4期 eGFR30未満									
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	124.3人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	181.8人							
	③	レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者対	入院外(件数)	2,623件	(821.5)			2,741件 (787.9)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
			入院(件数)	15件	(4.7)			19件 (5.6)		
	④	糖尿病治療中	H	612人	12.4%					
	⑤	(再掲)40-74歳	I	607人	18.2%					
				517人	85.2%					
	⑥	健診未受診者								
	⑦	インスリン治療	O	47人	7.7%					
				45人	7.4%					
	⑧	(再掲)40-74歳								
	⑨	糖尿病性腎症	L	29人	4.7%					
				28人	4.6%					
	⑩	(再掲)40-74歳								
	⑪	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.80%					
				11人	1.81%					
⑫	(再掲)40-74歳									
⑬	新規透析患者数									
⑭	(再掲)糖尿病性腎症									
⑮	【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)		9人	2.8%						
⑯										
6	①	総医療費	14億7683万円				14億8907万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
	②	生活習慣病総医療費 (総医療費に占める割合)	7億9572万円				8億4869万円			
			53.9%				57.0%			
	③	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,199円					8,344円	
			健診未受診者	35,195円					32,649円	
	④	糖尿病医療費	8417万円				8615万円			
	⑤	(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.6%				10.2%			
	⑥	糖尿病入院外総医療費	2億8884万円							
			35,849円							
	⑦	糖尿病入院総医療費	1億9255万円							
			607,427円							
	⑧	1件あたり	19日							
	⑨	慢性腎不全医療費	8205万円				8497万円			
			8012万円				7975万円			
	⑩	透析有り	193万円				522万円			
⑪	透析なし									
7	①	介護給付費 (2号認定者)糖尿病合併症	9億8649万円				15億4299万円			
			3件 27.3%							
②	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	3人 2.0%				3人 1.2%			



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



※平成28年度生活習慣病の受療状況【全体】

\*年間医療費に占める割合

※健康増進センター(カンクン)より作成(後者を含まない)

保険者名	被保険者数	医療費 (年額)	一人当たり 医療費 (月平均)	中長期目標値			短期目標			生活習慣病	
				虚血性 心疾患	脳血管 疾患	人工透析	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	医療費	割合
市町村計	491,399	161,486,276,260	34,685	17.0	14.7	14.6	36.9	47.8	29.6	460,211,960	65.2
岐阜市	102,126	33,835,118,550	30,675	15.6	12.1	13.6	32.2	44.2	28.5	1,424,048,090	64.3
大垣市	35,386	11,543,994,200	30,598	15.4	11.9	9.7	31.8	41.7	28.5	1,168,978,330	63.6
高山市	22,677	6,772,552,460	30,514	15.2	11.8	8.4	31.3	40.8	28.2	1,271,699,980	62.9
多治良市	25,570	8,745,767,000	30,082	15.1	11.4	8.3	31.6	40.6	28.1	1,560,842,580	61.3
関市	22,251	7,272,271,830	29,666	14.9	11.3	8.3	31.3	40.5	28.1	3,230,421,560	61.2
中津川市	16,921	5,462,458,310	29,523	14.6	11.3	8.3	29.4	40.1	28.1	985,397,380	61.0
美濃市	5,470	1,838,096,000	29,351	14.5	11.3	8.2	28.9	39.0	27.9	1,009,725,830	60.7
瑞浪市	8,007	2,729,178,210	29,201	14.4	10.9	7.8	28.8	38.9	27.9	69,608,840	60.6
羽島市	16,959	5,276,825,560	29,156	14.3	10.8	7.8	28.8	38.8	27.8	1,604,942,580	60.5
恵那市	11,768	3,997,243,830	28,595	14.3	10.6	7.7	28.6	38.6	27.5	3,302,420,780	60.5
美濃加茂市	12,222	3,625,196,880	28,503	14.2	10.5	7.6	28.1	38.5	27.5	1,067,923,340	60.4
土岐市	13,698	4,402,552,260	28,404	14.1	10.3	7.3	28.1	38.4	27.4	4,368,843,990	60.1
各務原市	35,082	11,832,171,320	28,306	13.9	10.3	7.2	28.1	38.4	27.1	1,579,421,330	59.9
可児市	24,227	8,018,365,030	28,106	13.8	10.2	6.8	27.9	38.1	27.1	1,227,241,090	59.6
山梨市	7,272	2,544,253,840	28,007	13.4	10.1	6.8	27.5	38.0	27.0	1,919,867,310	59.4
瑞穂市	11,335	3,220,784,400	28,003	13.3	10.1	6.8	27.5	37.8	27.0	161,802,340	59.3
本巣市	8,385	2,651,634,140	27,988	13.2	10.0	6.7	27.3	37.8	27.0	400,341,580	59.2
飛騨市	5,808	2,057,651,570	27,609	13.2	10.0	6.7	27.3	37.7	27.0	2,361,018,800	59.1
郡上市	10,751	3,431,543,340	27,581	13.2	10.0	6.6	27.0	37.5	26.9	2,025,924,370	59.0
上山市	7,913	2,905,483,950	27,525	12.8	9.9	6.4	27.0	37.5	26.6	695,495,300	58.8
海津市	9,905	3,232,063,740	27,385	12.8	9.8	6.4	26.9	37.4	26.4	1,170,239,130	58.7
岐阜町	6,145	1,803,025,130	27,236	12.7	9.8	6.3	26.8	37.2	26.4	616,345,240	58.4
笠松町	5,448	1,994,899,390	27,235	12.6	9.8	6.1	26.6	37.1	26.2	878,480,110	58.2
養老町	7,684	2,636,729,200	27,192	12.6	9.7	6.1	26.5	37.1	26.2	6,712,519,490	58.1
垂井町	6,284	2,213,283,270	27,186	12.6	9.7	6.1	26.5	36.3	26.2	1,005,894,460	58.1
関ヶ原町	1,917	705,636,770	27,114	12.4	9.6	6.0	26.5	36.3	26.0	93,761,133,130	58.1
神戸町	4,952	1,663,131,080	26,989	12.4	9.6	6.0	26.3	36.3	25.9	1,040,007,810	57.7
輪之内町	2,200	676,366,630	26,902	12.2	9.4	5.8	26.3	35.5	25.9	428,018,810	57.6
安八町	3,617	1,182,096,180	26,864	12.1	9.4	5.7	26.3	35.3	25.8	19,457,745,500	57.5
揖斐川町	5,767	2,020,824,700	26,783	11.9	9.3	5.4	26.2	35.0	25.6	5,003,248,580	57.2
大野町	5,602	1,731,207,880	26,599	11.6	9.3	5.4	26.2	35.0	25.4	2,494,780,570	56.7
池田町	5,548	1,767,237,760	26,545	11.6	9.0	5.3	26.0	34.9	24.8	1,545,910,770	56.6
北方町	4,659	1,508,907,180	26,353	11.1	8.8	5.0	26.0	34.6	24.7	455,896,860	56.4
坂井町	1,936	629,913,450	25,984	10.9	8.2	5.0	24.6	34.0	24.6	1,638,221,610	56.4
川辺町	1,412	474,553,820	25,929	10.8	8.1	4.9	24.5	33.8	24.3	6,647,538,940	56.2
七宗町	2,441	807,715,530	25,753	10.6	7.9	4.8	24.2	33.7	24.3	3,804,083,380	56.2
八百津町	1,161	374,265,180	25,620	10.0	7.9	4.4	23.9	33.4	24.1	263,811,770	55.6
白川町	2,923	1,055,149,010	24,888	9.8	7.7	4.2	23.9	32.9	23.9	1,845,449,540	55.6
東白川村	656	742,728,490	24,718	9.5	7.7	4.0	23.1	32.5	23.4	1,998,215,450	55.1
御嵩町	4,538	1,615,475,010	24,414	8.8	7.6	3.9	21.8	32.3	22.8	205,239,340	54.8
白川村	394	114,887,060	24,299	7.2	5.3	2.3	21.4	26.9	19.9	4,316,708,850	53.8

(※高齢者割合)

※健康増進センター(カンクン)より作成(後者を含まない)

処理年月：平成29年4月

北方町国民健康保険  
第二期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
平成30～35年度

北方町住民保険課

〒501-0492 本巣郡北方町長谷川1丁目1番地

電話:058-323-1113 (直通)

F A X:058-323-2114

Eメール:jyuuho@town.gifu-kitagata.lg.jp