

鹿追町国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画



平成30年 3月

鹿追町

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	8
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)	22
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	29
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	49

第6章 計画の評価・見直し	51
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 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「保険者等」という。）（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¹」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²である保険者努力支援制度³が創設されることとなり、平成 28 年度から前倒しで実施されている。

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⁴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・

¹ 経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略で、アベノミクスの 3 本の矢のうちの第 3 の矢で、健康長寿社会の実現を目指している。

² 業務の成果や十世紀に応じて奨励金などを変化させる制度。

³ 医療費の適正化に向けた取組等に対する自治体のための支援制度。

⁴ 事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）の 4 段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

評価・改善等を行うものとした。

鹿追町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患等を減らしていくことを中間目標、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病を減らしていくことを短期目標と定め、被保険者の健康増進・維持に取り組み、この結果として、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られると考えるためこれを目的とする。

2. 計画の位置付け(図表1・2・3)

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画(すこやか北海道21)や市町村健康増進計画(いきいき健康計画21inしかおい)、北海道医療費適正化計画、鹿追町介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。

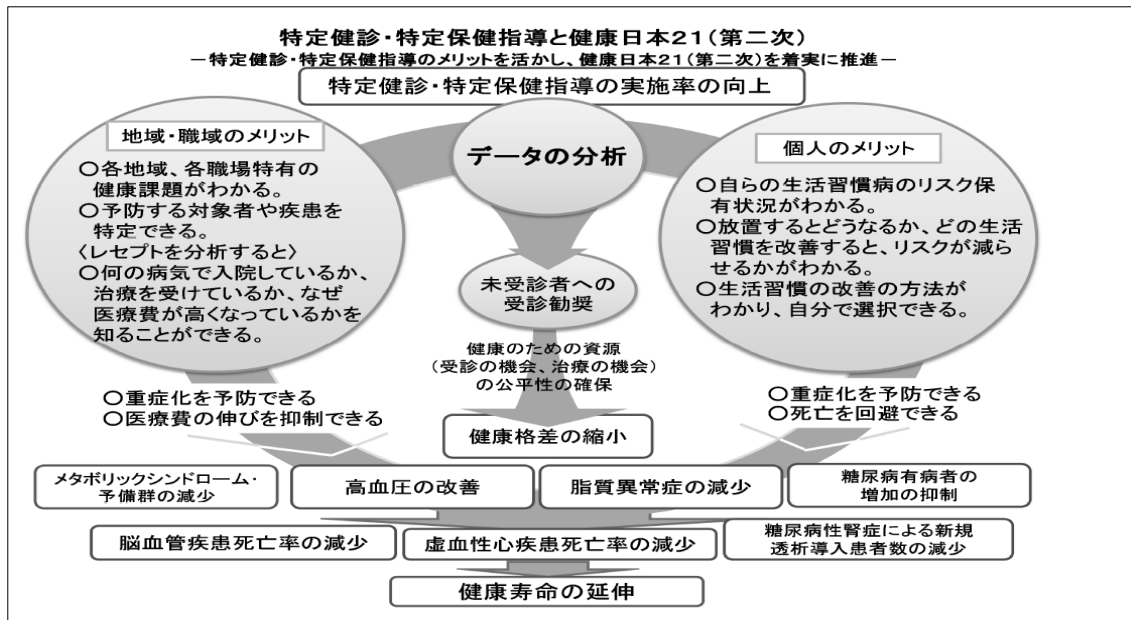
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

2017.01.01
掲載

	「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（支様）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（ <u>健康増進事業推進法</u> ）	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 厚生労働省、看護局 介護保険事業に係る保険料の目録な 実態調査に関する基本的な指針	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 厚生労働省、看護局 医療費適正化に関する基本指針 について基本指針【全改正】	医療法 第30条 厚生労働省、医政局 医療提供体制の確保に関する基本指針	
基本的な指針		特定健康診査等に関する基本的な指針 （特別健康診査及び特定健康診査の指針 かつ特別な実施態様に関する指針の一部改正）					
根拠・期間	法定 平成23～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～32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、市町村：努力義務	<u>医療保険者</u>	<u>医療保険者</u>	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生活習慣病の 発症とともに、社会生活を送るための必要な 国民の健康の増進の総合的な <u>健康増進事業</u> の実施を図ることを旨とする 。また、社会環境の整備に取り組むことを旨とする 。	生活習慣病の発生による高齢者の生活習慣病の予防 特に高齢者の認知症も高くなる時期に高齢者を迎 える地域の青壮代・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	被保険者全員 特に高齢者の割合も高くなる時期に高齢者を迎 える地域の青壮代・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	高齢者がその有する能力に即した日常生活 能力を向上させることにより、自立した日常生活 が実現できるように支援すること。また、重度要 介護高齢者の増加に伴い、介護保険給付の負担な 状態等の軽減もしくは軽化の促進を図る等としている 。	国民健康保険を堅持し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が適度に増えずに済むよう適切な医療の提供と 併せて適切な医療を効率的に提供する施策の策 定を図っていく。	医療機関の分化・連携を推進することを通 じて、 <u>高齢期において初見のない医療の 高度化等</u> と、 <u>高齢者等が、適切な医療を効率的に 受け取れる体制の構築</u> の両方の取組を促進する	
対象年齢	ライフステージ（ <u>幼少期</u> ） <u>（壮年期）</u> 高 齢期）に対応して	40歳～74歳	被保険者全員	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 高血圧 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 メタボリック 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	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	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	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 慢性閉塞性肺疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病 慢性閉塞性肺疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん 精神疾患
評価	※53項目中、特定健康診査に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の発症率 ②全死因（健康寿命延長による年間顕著な死者数） ③労働力不足の割合 ④国民生活の向上（国民におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健康診査・特定健康診査の実施率 ⑦高血圧⑧脂質異常症 ⑨運動習慣のある割合 ⑩生活習慣病の割合 ⑪本人の喫煙率 ⑫喫煙している者	①特定健康診査・特定健康診査の実施率 ②特定健康診査実施率 ③特定健康診査実施率 ④特定健康診査実施率 ⑤特定健康診査実施率 ⑥特定健康診査実施率 ⑦特定健康診査実施率 ⑧特定健康診査実施率 ⑨特定健康診査実施率 ⑩特定健康診査実施率 ⑪特定健康診査実施率 ⑫特定健康診査実施率 ⑬特定健康診査実施率 ⑭特定健康診査実施率 ⑮特定健康診査実施率 ⑯特定健康診査実施率 ⑰特定健康診査実施率 ⑱特定健康診査実施率 ⑲特定健康診査実施率 ⑳特定健康診査実施率 ㉑特定健康診査実施率 ㉒特定健康診査実施率 ㉓特定健康診査実施率 ㉔特定健康診査実施率 ㉕特定健康診査実施率 ㉖特定健康診査実施率 ㉗特定健康診査実施率 ㉘特定健康診査実施率 ㉙特定健康診査実施率 ㉚特定健康診査実施率 ㉛特定健康診査実施率 ㉜特定健康診査実施率 ㉝特定健康診査実施率 ㉞特定健康診査実施率 ㉟特定健康診査実施率 ㊱特定健康診査実施率 ㊲特定健康診査実施率 ㊳特定健康診査実施率 ㊴特定健康診査実施率 ㊵特定健康診査実施率 ㊶特定健康診査実施率 ㊷特定健康診査実施率 ㊸特定健康診査実施率 ㊹特定健康診査実施率 ㊺特定健康診査実施率 ㊻特定健康診査実施率 ㊼特定健康診査実施率 ㊽特定健康診査実施率 ㊾特定健康診査実施率 ㊿特定健康診査実施率 ㉑特定健康診査実施率 ㉒特定健康診査実施率 ㉓特定健康診査実施率 ㉔特定健康診査実施率 ㉕特定健康診査実施率 ㉖特定健康診査実施率 ㉗特定健康診査実施率 ㉘特定健康診査実施率 ㉙特定健康診査実施率 ㉚特定健康診査実施率 ㉛特定健康診査実施率 ㉜特定健康診査実施率 ㉝特定健康診査実施率 ㉞特定健康診査実施率 ㉟特定健康診査実施率 ㊱特定健康診査実施率 ㊲特定健康診査実施率 ㊳特定健康診査実施率 ㊴特定健康診査実施率 ㊵特定健康診査実施率 ㊶特定健康診査実施率 ㊷特定健康診査実施率 ㊸特定健康診査実施率 ㊹特定健康診査実施率 ㊺特定健康診査実施率 ㊻特定健康診査実施率 ㊼特定健康診査実施率 ㊽特定健康診査実施率 ㊾特定健康診査実施率 ㊿特定健康診査実施率	①特定健康診査・特定健康診査の実施率 ②特定健康診査実施率 ③特定健康診査実施率 ④特定健康診査実施率 ⑤特定健康診査実施率 ⑥特定健康診査実施率 ⑦特定健康診査実施率 ⑧特定健康診査実施率 ⑨特定健康診査実施率 ⑩特定健康診査実施率 ⑪特定健康診査実施率 ⑫特定健康診査実施率 ⑬特定健康診査実施率 ⑭特定健康診査実施率 ⑮特定健康診査実施率 ⑯特定健康診査実施率 ⑰特定健康診査実施率 ⑱特定健康診査実施率 ⑲特定健康診査実施率 ⑳特定健康診査実施率 ㉑特定健康診査実施率 ㉒特定健康診査実施率 ㉓特定健康診査実施率 ㉔特定健康診査実施率 ㉕特定健康診査実施率 ㉖特定健康診査実施率 ㉗特定健康診査実施率 ㉘特定健康診査実施率 ㉙特定健康診査実施率 ㉚特定健康診査実施率 ㉛特定健康診査実施率 ㉜特定健康診査実施率 ㉝特定健康診査実施率 ㉞特定健康診査実施率 ㉟特定健康診査実施率 ㊱特定健康診査実施率 ㊲特定健康診査実施率 ㊳特定健康診査実施率 ㊴特定健康診査実施率 ㊵特定健康診査実施率 ㊶特定健康診査実施率 ㊷特定健康診査実施率 ㊸特定健康診査実施率 ㊹特定健康診査実施率 ㊺特定健康診査実施率 ㊻特定健康診査実施率 ㊼特定健康診査実施率 ㊽特定健康診査実施率 ㊾特定健康診査実施率 ㊿特定健康診査実施率	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付の適正化 ④高齢者の生活の向上 ⑤高齢者の生活の向上 ⑥高齢者の生活の向上 ⑦高齢者の生活の向上 ⑧高齢者の生活の向上 ⑨高齢者の生活の向上 ⑩高齢者の生活の向上 ⑪高齢者の生活の向上 ⑫高齢者の生活の向上 ⑬高齢者の生活の向上 ⑭高齢者の生活の向上 ⑮高齢者の生活の向上 ⑯高齢者の生活の向上 ⑰高齢者の生活の向上 ⑱高齢者の生活の向上 ⑲高齢者の生活の向上 ⑳高齢者の生活の向上 ㉑高齢者の生活の向上 ㉒高齢者の生活の向上 ㉓高齢者の生活の向上 ㉔高齢者の生活の向上 ㉕高齢者の生活の向上 ㉖高齢者の生活の向上 ㉗高齢者の生活の向上 ㉘高齢者の生活の向上 ㉙高齢者の生活の向上 ㉚高齢者の生活の向上 ㉛高齢者の生活の向上 ㉜高齢者の生活の向上 ㉝高齢者の生活の向上 ㉞高齢者の生活の向上 ㉟高齢者の生活の向上 ㊱高齢者の生活の向上 ㊲高齢者の生活の向上 ㊳高齢者の生活の向上 ㊴高齢者の生活の向上 ㊵高齢者の生活の向上 ㊶高齢者の生活の向上 ㊷高齢者の生活の向上 ㊸高齢者の生活の向上 ㊹高齢者の生活の向上 ㊺高齢者の生活の向上 ㊻高齢者の生活の向上 ㊼高齢者の生活の向上 ㊽高齢者の生活の向上 ㊾高齢者の生活の向上 ㊿高齢者の生活の向上	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の集約化に併せて） ③高齢者の生活の向上 ④高齢者の生活の向上 ⑤高齢者の生活の向上 ⑥高齢者の生活の向上 ⑦高齢者の生活の向上 ⑧高齢者の生活の向上 ⑨高齢者の生活の向上 ⑩高齢者の生活の向上 ⑪高齢者の生活の向上 ⑫高齢者の生活の向上 ⑬高齢者の生活の向上 ⑭高齢者の生活の向上 ⑮高齢者の生活の向上 ⑯高齢者の生活の向上 ⑰高齢者の生活の向上 ⑱高齢者の生活の向上 ⑲高齢者の生活の向上 ⑳高齢者の生活の向上 ㉑高齢者の生活の向上 ㉒高齢者の生活の向上 ㉓高齢者の生活の向上 ㉔高齢者の生活の向上 ㉕高齢者の生活の向上 ㉖高齢者の生活の向上 ㉗高齢者の生活の向上 ㉘高齢者の生活の向上 ㉙高齢者の生活の向上 ㉚高齢者の生活の向上 ㉛高齢者の生活の向上 ㉜高齢者の生活の向上 ㉝高齢者の生活の向上 ㉞高齢者の生活の向上 ㉟高齢者の生活の向上 ㊱高齢者の生活の向上 ㊲高齢者の生活の向上 ㊳高齢者の生活の向上 ㊴高齢者の生活の向上 ㊵高齢者の生活の向上 ㊶高齢者の生活の向上 ㊷高齢者の生活の向上 ㊸高齢者の生活の向上 ㊹高齢者の生活の向上 ㊺高齢者の生活の向上 ㊻高齢者の生活の向上 ㊼高齢者の生活の向上 ㊽高齢者の生活の向上 ㊾高齢者の生活の向上 ㊿高齢者の生活の向上		
その他						保健康者支援、評価委員会（事務局、関係団体）による計画作成支援 保健康者支援、評価委員会（事務局、関係団体）による計画作成支援	

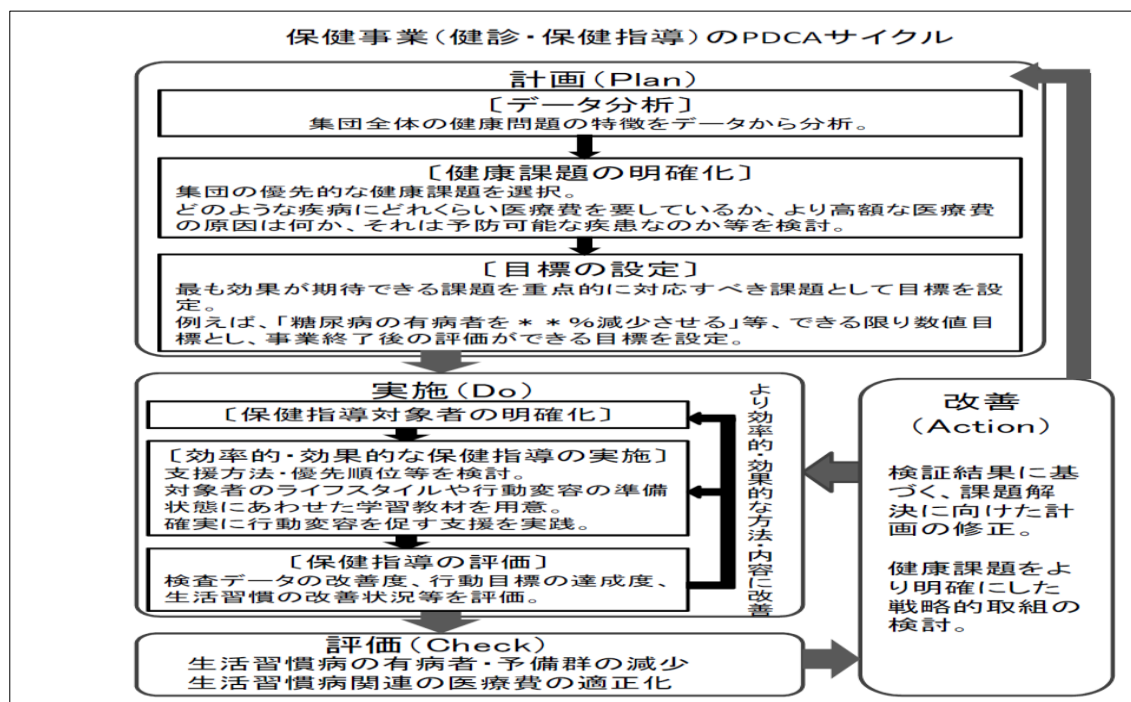
【図表1】

【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、これらの計画との整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

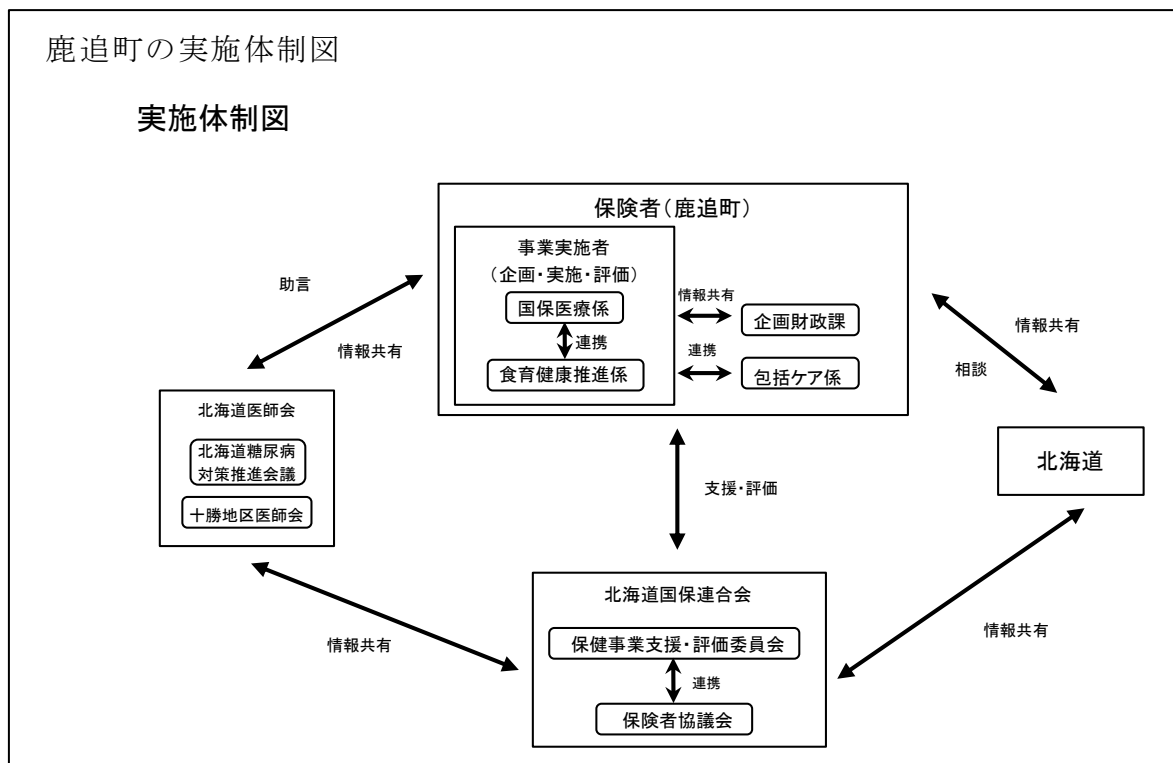
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割（図表4）

計画は、福祉課が主体となり策定等行うことが基本となる。保健事業の推進にあたっては、衛生部局や介護部局との連携を図りながら、事業の実施を行い、各事業、実績に基づいた評価、改善の検討を行う。

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、KDB⁵の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

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

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

また、保険者等と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的かつ積極的に取り組むことが重要である。

⁵ 国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけでなく、健康情報や介護認定情報も併せて分析できるシステム。国保データベースシステムの略。

5. 保険者努力支援制度（図表 5）

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。

保険者努力支援制度の評価指標 【図表 5】

評価指標		28年度 配点	29年度 配点	30年度 配点	30年度 (満点)
総得点（満点）		345	580	850	850
予算規模（億円）		150	250	500	
鹿追町					
交付額（千円）		789	1,171		
総得点（体制構築加算含む）		180	199		
鹿追町の全国順位（1,741市町村中）		1113			
共通①	特定健診受診率	0	0		50
	特定保健指導実施率	10	0		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10	0		50
共通②	がん検診受診率	10	0		30
	歯周疾患（病）検診の実施	10	15		20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0	0		100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30		25
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	15		70
	個人インセンティブ提供	0	0		35
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	0		35
共通⑥	後発医薬品の促進	0	0		40
	後発医薬品の使用割合	0	0		100
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	30		40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15		25
共通③	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5		25
	第三者求償の取組の実施状況	10	19		40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	0	0		50
体制構築加算		70	70		60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化（参考資料1）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に心臓病・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病による死亡は1.5倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は上昇していたが、介護給付費⁶は減少していた。

また、医療費に占める入院費用の割合はやや増加しており、医療機関受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少しているため医療費適正化の観点から考えると、今後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）

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費と1件あたり給付費が増えていく。また、居宅サービスが増え、施設サービスが減少していることがわかった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	鹿追町				同規模平均		
	介護給付費	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	3億8,731万円	95,114	31,123	294,061	71,282	41,044	279,592
H28年度	4億5,102万円	96,269	32,465	293,641	70,589	40,981	275,251

②医療費の状況（図表7）

一人当たりの医療費の伸び率は、同規模と比べて低く抑えられている。しかし、鹿追町の入院費用額の伸び率は入院外より入院が高い現状である。

国保加入者に対する健診受診勧奨と健診結果に基づく保健指導の実施、また、必要に応じて適切な治療につながるよう、医療機関への受診を促す重症化予防の取り組みが必要となる。

⁶ 1年間の介護保険給付費の総額のこと。介護給付にかかる費用及び予防給付に要する費用の合計。

【図表 7】

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額(円)	増減	伸び率(%)		費用額(円)	増減	伸び率(%)		費用額(円)	増減	伸び率(%)	
				鹿追町	同規模			鹿追町	同規模			鹿追町	同規模
1総医療費	H25年度	547,789,800				216,674,680				331,115,120			
	H28年度	499,285,040	-48,504,760	-8.9	-0.7	201,815,670	-14,859,010	-6.9	2.7	297,469,370	-33,645,750	-10.2	-3.4
2一人当たり医療費	H25年度	21,721				8,590				13,130			
	H28年度	22,092	371	1.7	7.3	8,930	340	4.0	7.7	13,160	30	0.2	6.9

※KDBの一人当たり医療費は、月平均値での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

平成 28 年度の総医療費に占める中長期目標で示している 3 疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全）のうち慢性腎不全（透析無し）の医療費割合が高くなっている。短期目標である糖尿病と脂質異常症の医療費割合は国や道よりも高い。

【図表 8】

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

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
					慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25	鹿追町	547,789,800	21,721	193位	162位	3.42%	0.05%	3.68%	0.81%	4.49%	5.36%	6.95%	135,607,140	24.76%	12.69%	6.71%	9.35%
H28	道	447,068,008,510	27,782	-	-	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	92,704,528,050	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%
	国	9,687,968,260,190	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分析結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患(図表 9)

虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析の治療状況をレセプト件数の変化の中で見ると、65歳以上の被保険者数の割合は、平成25年度の25%(534人)から、平成28年度は29%(556人)となり、4年間で4ポイント増加している。64歳以下では脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の治療者の割合は減少しており、健診受診者が増加し、対象者の状態に合わせた保健指導を行ったことで生活習慣が改善し、生活習慣

病予防につながったと推測できる。今後も、被用者保険⁷との連携や国保加入前の若い世代から生活習慣病を予防する取組が重要であると考えられる。

また、共通するリスクである高血圧の治療者割合は増加し、基礎疾患として8割以上が高血圧を併せ持っているため、引き続き高血圧対策を含めた生活習慣病予防の取組を継続していく。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,133	116	5.43	19	16.37	2	1.72	92	79.31	48	41.37	81	69.82
	64歳以下	1,599	37	2.31	4	10.81	2	5.4	27	72.97	13	35.13	19	51.35
	65歳以上	534	79	14.7	15	18.98	0	0	65	82.27	35	44.3	62	78.48
H28	全体	1,913	96	5.01	12	12.5	0	0	82	65.41	39	40.62	69	71.87
	64歳以下	1,357	20	1.47	3	15	0	0	16	80	9	45	11	55
	65歳以上	556	76	13.66	9	11.84	0	0	60	86.84	30	39.47	58	76.31

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,133	62	2.9	19	30.64	0	0	46	74.19	22	35.48	35	56.45
	64歳以下	1,599	15	0.938	4	26.66	0	0	11	73.33	5	33.33	9	60
	65歳以上	534	47	8.8	15	31.91	0	0	35	74.46	17	36.17	26	55.31
H28	全体	1,913	35	1.82	12	34.28	0	0	30	65.71	15	42.85	24	68.57
	64歳以下	1,357	12	0.884	3	25	0	0	8	66.66	7	58.33	7	58.33
	65歳以上	556	23	4.136	9	39.13	0	0	22	95.65	8	34.78	17	73.91

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,133	3	0.14	0	0	2	66.66	3	100	2	66.66	1	33.33
	64歳以下	1,599	3	0.187	0	0	2	66.66	3	100	2	66.66	1	33.33
	65歳以上	534	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
H28	全体	1,913	2	0.104	0	0	0	0	2	100	0	0	1	50
	64歳以下	1,357	2	0.147	0	0	0	0	2	100	0	0	1	50
	65歳以上	556	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

⁷ 被用者保険は職域保健と呼ばれ、企業で働く被用者が加入する保険。企業の被用者が加入する健保保険、協会けんぽ、公務員が加入する共済組合などがある。

(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)

短期目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況をみると、糖尿病治療者の割合はほとんど変わらないが、インスリン療法⁸の割合が増加していることから、糖尿病の重症化予防を十分に行うことができていないと考えられる。

64歳以下・65歳以上とともに、高血圧・脂質異常症のレセプト件数の割合が減少し、早期の関わりにより重症化予防に向かっていると推測されるが、糖尿病と脂質異常症の約7割の人が高血圧を併せ持っていることから、高血圧対策を継続していく必要がある。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,133	183	8.57	18	9.836	140	76.5	116	63.38	48	26.22	22	12.02	2	1.09	15	8.196	
	64歳以下	1,599	80	5	8	10	56	70	43	53.75	13	16.25	5	6.25	2	2.5	5	6.25	
	65歳以上	534	103	19.28	10	9.7	84	81.55	73	70.87	35	33.98	17	16.5	0	0	10	9.7	
H28	全体	1,913	164	8.572	19	11.53	124	75.0	107	65.24	39	23.78	15	9.146	0	0	12	73.17	
	64歳以下	1,357	57	4.2	6	10.52	42	73.68	36	63.15	9	15.78	7	12.28	0	0	4	7.017	
	65歳以上	556	107	19.24	13	12.14	82	76.63	71	66.35	30	28.03	8	7.476	0	0	8	7.476	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,133	402	18.84	140	34.82	228	56.71	92	22.88	46	11.44	3	0.746	
	64歳以下	1,599	152	9.5	56	36.84	76	50	27	17.76	11	7.236	3	1.973	
	65歳以上	534	250	46.81	84	33.6	152	60.8	65	26	35	14	0	0	
H28	全体	1,913	352	18.4	124	35.22	212	60.22	82	23.29	30	8.522	2	0.568	
	64歳以下	1,357	104	7.663	42	40.38	57	54.8	16	15.38	8	7.692	2	1.923	
	65歳以上	556	248	44.6	82	33.06	155	62.5	66	26.61	22	8.87	0	0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,133	331	15.51	116	35.04	228	68.88	81	24.47	35	10.57	1	0.302	
	64歳以下	1,599	131	8.192	43	32.82	76	58.01	19	14.5	9	6.87	1	0.763	
	65歳以上	534	200	37.45	73	36.5	152	76	62	31	26	13	0	0	
H28	全体	1,913	302	15.78	107	35.43	212	70.19	69	22.84	24	7.947	1	0.331	
	64歳以下	1,357	99	7.295	36	36.36	57	57.57	11	11.11	7	7.07	1	1.01	
	65歳以上	556	203	36.5	71	34.97	155	76.35	58	28.57	17	8.374	0	0	

⁸外部からインスリンを投与することにより、できる限り正常に近いインスリン分泌動態を得ることを目的とする治療法。

②リスクの健診結果経年変化（図表11）

健診結果の有所見者割合の経年変化をみると、男性、女性ともに中性脂肪、GPT、HDL-C、尿酸の有所見者割合が増加している。男性では、BMI、空腹時血糖値、収縮期血圧の有所見者割合が増加しており、特に65～74歳の有所見者割合が増加している項目が多くみられた。女性では、腹囲の有所見者割合が増加していたが、BMI、空腹時血糖値、収縮期血圧、LDL-Cの有所見者が減少しており、男性と比較すると有所見者割合が減少している項目が多くみられた。男女ともにメタボリックシンドローム⁹該当者が増加傾向にあることから、内臓脂肪の過多により、インスリンの働きが低下している状態が、これらの項目の増加につながっていると推測できる。第1期計画から重点課題として取り組んできた高血圧については、拡張期血圧で有所見者が男女ともに減少してきており、取組の成果が表れていると考えられる。青年期からの生活習慣が生活習慣病の発症へつながるため、今後も被用者保険と連携しながら、青年期からの生活習慣病予防のアプローチが必要である。

⁹ 心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群のこと。内臓脂肪が蓄積し、脂質異常・高血圧・高血糖の2つ以上が当てはまると、メタボリックシンドロームと診断される。

【図表 11】

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

★NO.23（概要）

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	93	40.8	126	55.3	51	22.4	68	29.8	14	6.1	73	32.0	157	68.9	28	12.3	85	37.3	46	20.2	129	56.6	3	1.3
	40-64	54	44.3	67	54.9	34	27.9	47	38.5	8	6.6	29	23.8	81	66.4	17	13.9	30	24.6	21	17.2	75	61.5	2	1.6
	65-74	39	36.8	59	55.7	17	16.0	21	19.8	6	5.7	44	41.5	76	71.7	11	10.4	55	51.9	25	23.6	54	50.9	1	0.9
H28	合計	94	41.4	123	54.2	61	26.9	69	30.4	15	6.6	77	33.9	151	66.5	31	13.7	89	39.2	45	19.8	119	52.4	2	0.9
	40-64	44	40.0	55	50.0	32	29.1	42	38.2	7	6.4	33	30.0	73	66.4	17	15.5	27	24.5	22	20.0	63	57.3	0	0.0
	65-74	50	42.7	68	58.1	29	24.8	27	23.1	8	6.8	44	37.6	78	66.7	14	12.0	62	53.0	23	19.7	56	47.9	2	1.7

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	62	28.3	34	15.5	26	11.9	26	11.9	2	0.9	34	15.5	132	60.3	1	0.5	75	34.2	28	12.8	129	58.9	0	0.0
	40-64	32	24.2	18	13.6	14	10.6	21	15.9	0	0.0	11	8.3	73	55.3	0	0.0	33	25.0	13	9.8	77	58.3	0	0.0
	65-74	30	34.5	16	18.4	12	13.8	5	5.7	2	2.3	23	26.4	59	67.8	1	1.1	42	48.3	15	17.2	52	59.8	0	0.0
H28	合計	61	25.6	39	16.4	39	16.4	33	13.9	4	1.7	34	14.3	132	55.5	4	1.7	62	26.1	27	11.3	122	51.3	0	0.0
	40-64	28	23.7	21	17.8	19	16.1	18	15.3	2	1.7	8	6.8	53	44.9	0	0.0	16	13.6	14	11.9	65	55.1	0	0.0
	65-74	33	27.5	18	15.0	20	16.7	15	12.5	2	1.7	26	21.7	79	65.8	4	3.3	46	38.3	13	10.8	57	47.5	0	0.0

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	年代	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
H25	合計	228	38.8	22	9.6%	41	18.0%	0	0.0%	24	10.5%	17	7.5%	63	27.6%	9	3.9%	6	2.6%	32	14.0%	16	7.0%		
	40-64	122	35.0	15	12.3%	23	18.9%	0	0.0%	8	6.6%	15	12.3%	29	23.8%	4	3.3%	4	3.3%	14	11.5%	7	5.7%		
	65-74	106	44.5	7	6.6%	18	17.0%	0	0.0%	16	15.1%	2	1.9%	34	32.1%	5	4.7%	2	1.9%	16	17.0%	9	8.5%		
H28	合計	227	43.2	15	6.6%	41	18.1%	3	1.3%	24	10.6%	14	6.2%	67	29.5%	12	5.3%	1	0.4%	30	13.2%	24	10.6%		
	40-64	110	39.3	13	11.8%	17	15.5%	1	0.9%	6	5.5%	10	9.1%	25	22.7%	4	3.6%	0	0.0%	10	9.1%	11	10.0%		
	65-74	117	47.6	2	1.7%	24	20.5%	2	1.7%	18	15.4%	4	3.4%	42	35.9%	8	6.8%	1	0.9%	20	17.1%	13	11.1%		

性別	年代	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
H25	合計	219	33.4	5	2.3%	15	6.8%	3	1.4%	9	4.1%	3	1.4%	14	6.4%	1	0.5%	0	0.0%	7	3.2%	6	2.7%		
	40-64	132	34.9	5	3.8%	9	6.8%	0	0.0%	7	5.3%	2	1.5%	4	3.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.3%	1	0.8%		
	65-74	87	31.4	0	0.0%	6	6.9%	3	3.4%	2	2.3%	1	1.1%	10	11.5%	1	1.1%	0	0.0%	4	4.6%	5	5.7%		
H28	合計	238	40.8	7	2.9%	12	5.0%	1	0.4%	5	2.1%	6	2.5%	20	8.4%	2	0.8%	0	0.0%	11	4.6%	7	2.9%		
	40-64	118	39.1	7	5.9%	8	6.8%	1	0.8%	3	2.5%	4	3.4%	6	5.1%	1	0.8%	0	0.0%	3	2.5%	2	1.7%		
	65-74	120	42.7	0	0.0%	4	3.3%	0	0.0%	2	1.7%	2	1.7%	14	11.7%	1	0.8%	0	0.0%	8	6.7%	5	4.2%		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は平成 25 年度と比較して、平成 28 年度では 5.6 ポイント増加し、42%となった。特定保健指導実施率は平成 25 年度と比較して、平成 28 年度では 34.1 ポイントと大きく増加した。

第 1 期計画の平成 28 年度の特定健診受診率目標値 60%には届かなかったが、引き続き受診率向上とその後の保健指導に力を入れて取り組んでいく。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	北海道内の順位	対象者数	終了者数	実施率
平成25年度	1,231人	448人	36.4%	64位	69人	22人	31.9%
平成28年度	1,102人	463人	↑42.0%	61位	50人	↑33人	↑66.0%
比較	-129人	15人	5.6%		-19人	11人	34.1%

※法定報告値

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画では、中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の 3 つの疾患に重点を置いて重症化予防を進めてきた。特に 3 疾患の基礎疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対策には、医療受診が必要な者に適切な受診と治療を継続するために働きかけることや、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している者へ適切な保健指導を行うことが重要であると考え、また、特定健診受診率を上げるため、健診 PR ポロシャツの着用、地域巡回健診の実施、個別電話勧奨、広報誌による年間を通じた周知活動、町内施設でポスターを用いた健診 PR、健診の結果説明会を健診受診者全員に対して保健指導を行うなど積極的に取り組んできた。

その結果、64 歳以下・65 歳以上とともに、高血圧のレセプト件数割合の減少につながったことが推測できる。しかし、依然として高血圧者が多いことや、インスリン療法の割合が増加していることなどから、今後、糖尿病性腎症や虚血性心疾患などの重症者が増加することが予想される（図表 9・10）。日々の生活習慣の積み重ねが生活習慣病発症や重症化につながるため、青年期からの取組を含めた重症化予防に力を入れていくことが重要である。

今後は高齢化が進み、医療費が増加することが推測されるが、保険税を納める青・壮年期の人口は徐々に減少傾向にある。そのため、青・壮年期の健診受診を促し、予防できる生活習慣病の発症・重症化予防に努め、健康寿命の延伸を図ることが重要である。今後も、町民が健康に関心を持ち、健診を受診して自身の生活習慣を振り返るとともに、適切な医療機関の受診へとつなげられる活動に力を入れていく。

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)

鹿追町では、入院件数がレセプト件数全体の2.3%を、また、費用額全体の40.4%を占めている。重症化予防の取り組みにより入院を減らすことで、結果として医療費の適正化につながっていくものと考えている。

【図表 13】

「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	県	同規模平均	国
		22,092円	27,782円	26,418円

		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	97.7					
	費用額	59.6					
入院 ★NO.1【医療】	件数	2.3					
	費用額	40.4					

○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）

1 か月当たり 100 万円以上の高額になる疾患では、虚血性心疾患が費用全体の 5.5%の 460 万円程度を占めていることがわかる。

6 か月以上の長期入院レセプトを見ると、脳血管疾患、虚血性心疾患は長期入院の 43.4%の約 2,000 万円を占めている。

長期化する疾患である人工透析は、糖尿病性腎症が人工透析費用全体の 26.1%、391 万円を占め、糖尿病由来の他の合併症により QOL（生活の質）も低下することから、新規人工透析導入者を減少させる必要がある。糖尿病の重症化を予防することが腎臓を守り、新規人工透析導入者を減らすことにつながるとともに、脳血管疾患や心疾患の予防にも効果がある。これらの疾患の基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の人へ早期受診勧奨を行い、治療中断を防ぐことが、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析への移行と重症化を防ぐことにつながる。

【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	(28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	52件	0件 0.0%	2件 3.8%	--
		費用額	8421万円	--	460万円 5.5%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	66件	30件 45.5%	1件 1.5%	--
		費用額	4551万円	1878万円 41.3%	97万円 2.1%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	19件	0件 0.0%	3件 15.8%	3件 15.8%
		費用額	1500万円	--	391万円 26.1%	391万円 26.1%
厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合		618人	35人 5.7%	96人 15.5%	12人 1.9%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	30人 85.7%	82人 85.4%	10人 83.3%
			糖尿病	15人 42.9%	39人 40.6%	12人 100%
			脂質異常症	24人 68.6%	69人 71.9%	8人 66.7%
		高血圧症	352人 57.0%	164人 26.5%	302人 48.9%	55人 8.9%

○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）

要介護認定者のレセプトから有病状況を分析すると、血管疾患によるものが100%で、その基礎疾患として糖尿病等が100%を占め、全ての人が必要介護認定を受けていた。

要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人の医療費が必要介護認定を受けていない人の医療費よりも1ヶ月5,500円程度高く約2.4倍になることがわかっている。特定健診を受診し、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が、介護予防と医療費適正化につながると言える。

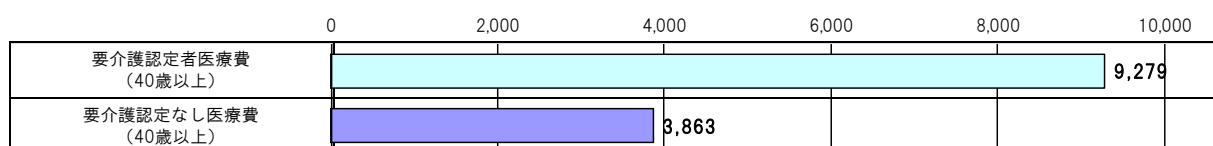
【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計										
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計										
	被保険者数		1,883人		649人		828人		1,477人	3,360人									
	認定者数		2人		15人		248人		263人	265人									
	認定率		0.11%		2.3%		30.0%		17.8%	7.9%									
	新規認定者数		0人		0人		6人		6人	6人									
介護度別人数	要支援1・2		1	50.0%	1	6.7%	43	17.3%	44	16.7%	45	17.0%							
	要介護1・2		1	50.0%	6	40.0%	119	48.0%	125	47.5%	126	47.5%							
	要介護3～5		0	0.0%	8	53.3%	86	34.7%	94	35.7%	94	35.5%							
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合				
																件数	--	1	
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	1	100.0%	脳卒中	2	28.6%	脳卒中	0	--	脳卒中	2	28.6%	脳卒中	3	37.5%
				2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	2	28.6%	虚血性心疾患	0	--	虚血性心疾患	2	28.6%	虚血性心疾患	2	25.0%
				3	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	--	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	0.0%
			基礎疾患	糖尿病等	1	100.0%	糖尿病等	7	100.0%	糖尿病等	0	--	糖尿病等	7	100.0%	糖尿病等	8	100.0%	
			血管疾患合計	合計	1	100.0%	合計	7	100.0%	合計	0	--	合計	7	100.0%	合計	8	100.0%	
			認知症	認知症	0	0.0%	認知症	3	42.9%	認知症	0	--	認知症	3	42.9%	認知症	3	37.5%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	1	100.0%	筋骨格系	7	100.0%	筋骨格系	0	--	筋骨格系	7	100.0%	筋骨格系	8	100.0%		

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

鹿追町の健診受診者には、全国、全道と比較して、男女ともに BMI、GPT が高く、収縮期血圧・拡張期血圧ともに低い傾向にある。男性は、腹囲、HbA1c、LDL-C が高い特徴がある。40 歳から 64 歳までの男性のメタボに関する BMI、GPT、LDL-C の有所見者割合が高く、内臓脂肪の蓄積によるものであると考えられる。

血糖値、内臓肥満との複数の有所見項目の重なりは、血管障害から動脈硬化症を引き起こし、脳卒中や虚血性心疾患等の血管疾患につながる危険性が大きいといえる。町全体では、メタボに関する有所見率と若い世代の男性の有所見率が高いことから、10 年後、20 年後に、健康寿命への影響や国保財政を圧迫する要因となる危険性がある。

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
県		33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,503	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,201	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5
保険者	合計	94	41.4	123	54.2	61	26.9	69	30.4	15	6.6	77	33.9	151	66.5	31	13.7	89	39.2	45	19.8	119	52.4	2	0.9
	40-64	44	40.0	55	50.0	32	29.1	42	38.2	7	6.4	33	30.0	73	66.4	17	15.5	27	24.5	22	20.0	63	57.3	0	0.0
	65-74	50	42.7	68	58.1	29	24.8	27	23.1	8	6.8	44	37.6	78	66.7	14	12.0	62	53.0	23	19.7	56	47.9	2	1.7

		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県		30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2
保険者	合計	61	25.6	39	16.4	39	16.4	33	13.9	4	1.7	34	14.3	132	55.5	4	1.7	62	26.1	27	11.3	122	51.3	0	0.0
	40-64	28	23.7	21	17.8	19	16.1	18	15.3	2	1.7	8	6.8	53	44.9	0	0.0	16	13.6	14	11.9	65	55.1	0	0.0
	65-74	33	27.5	18	15.0	20	16.7	15	12.5	2	1.7	26	21.7	79	65.8	4	3.3	46	38.3	13	10.8	57	47.5	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

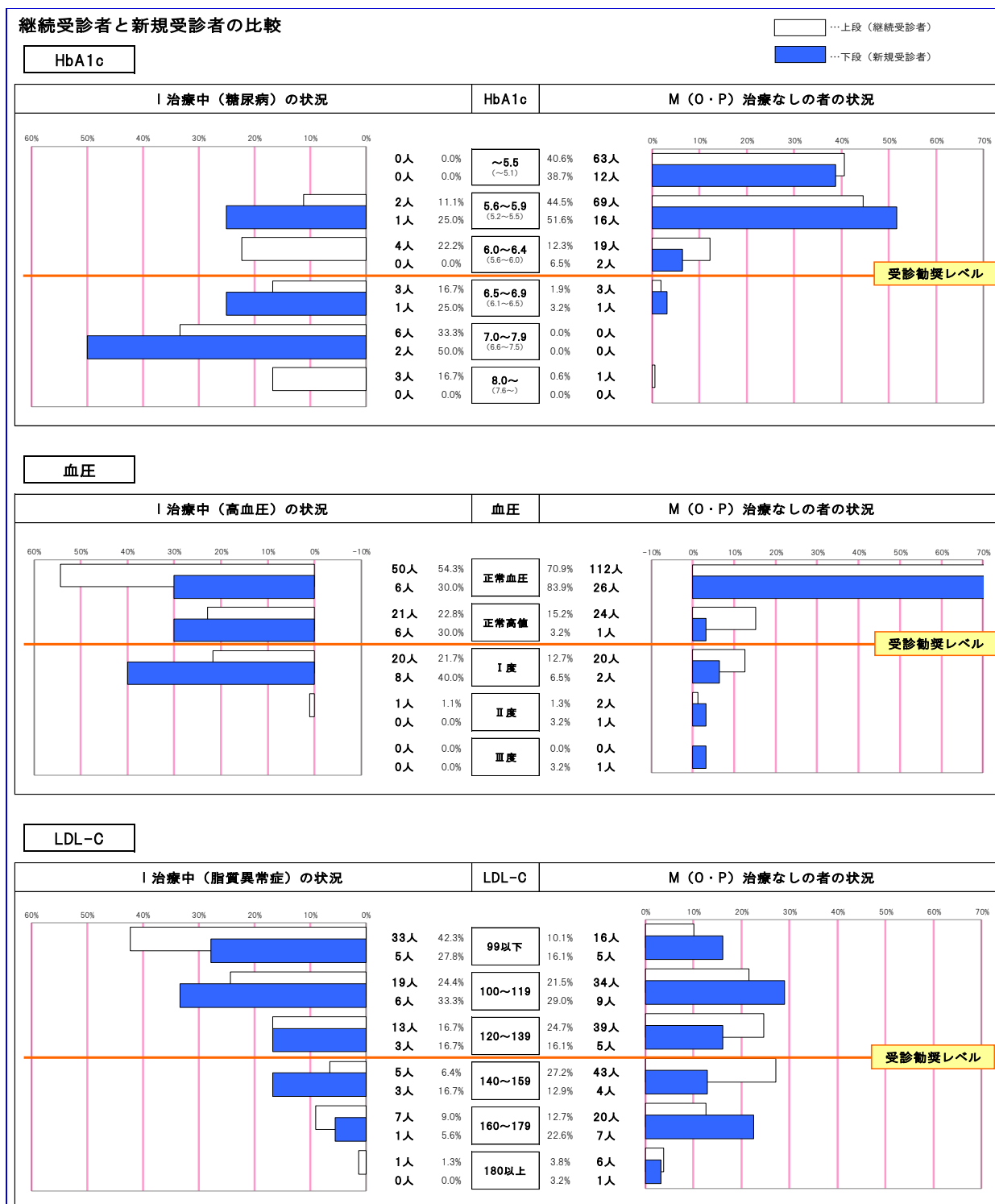
★NO.24 (概要)

		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	男性	合計	227	43.2	15	6.6%	41	18.1%	3	1.3%	24	10.6%	14	6.2%	67	29.5%	12	5.3%	1	0.4%	30	13.2%	24	10.6%
	40-64	110	39.3	13	11.8%	17	15.5%	1	0.9%	6	5.5%	10	9.1%	25	22.7%	4	3.6%	0	0.0%	10	9.1%	11	10.0%	
	65-74	117	47.6	2	1.7%	24	20.5%	2	1.7%	18	15.4%	4	3.4%	42	35.9%	8	6.8%	1	0.9%	20	17.1%	13	11.1%	
保険者	女性	合計	238	40.8	7	2.9%	12	5.0%	1	0.4%	5	2.1%	6	2.5%	20	8.4%	2	0.8%	0	0.0%	11	4.6%	7	2.9%
	40-64	118	39.1	7	5.9%	8	6.8%	1	0.8%	3	2.5%	4	3.4%	6	5.1%	1	0.8%	0	0.0%	3	2.5%	2	1.7%	
	65-74	120	42.7	0	0.0%	4	3.3%	0	0.0%	2	1.7%	2	1.7%	14	11.7%	1	0.8%	0	0.0%	8	6.7%	5	4.2%	

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

健診の継続受診者と新規受診者を比べ、新規受診者に HbA1c、血圧、LDL コレステロールの値がいずれも受診勧奨レベル以上の人が多いことがわかる。また、糖尿病治療中でも HbA1c が高くコントロールできていない人がおり、医療機関と連携して保健指導を行う必要がある。

【図表 18】



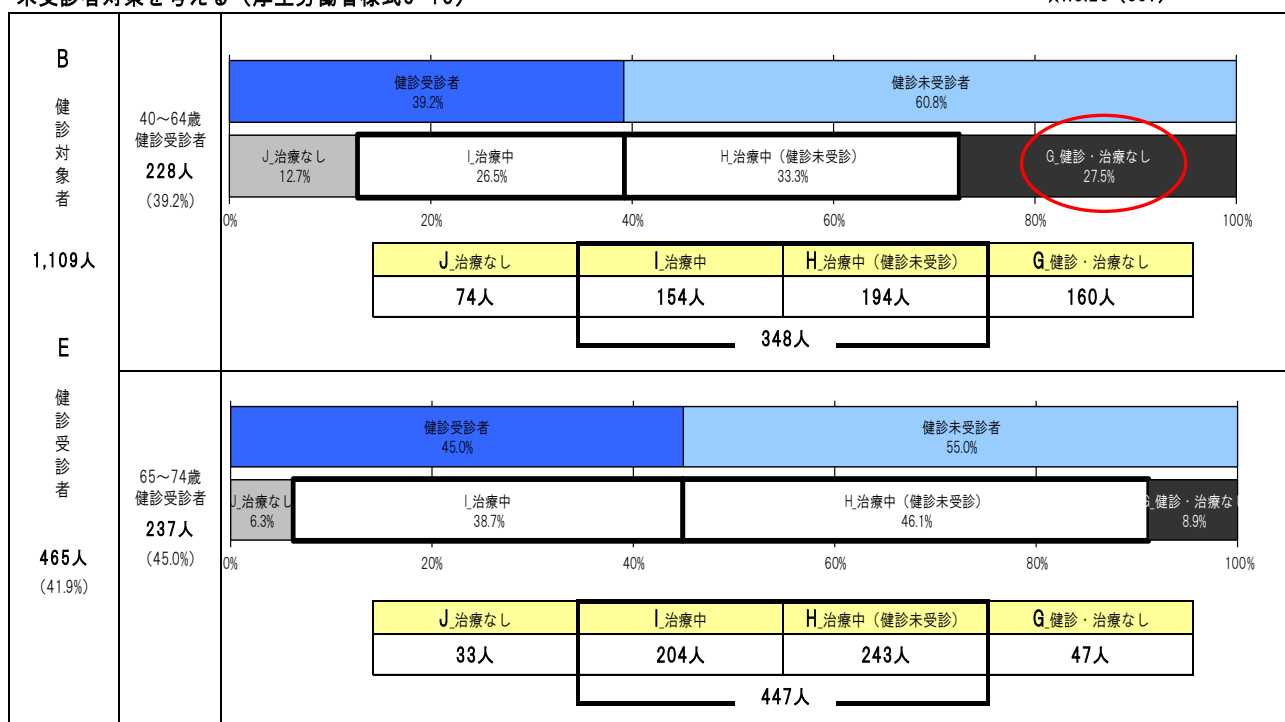
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みが重要となるものの、健診未受診者のうち、健診も治療も受けていない人の割合 (図表 19 の G) は、年齢が若い 40~64 歳までの割合が 27.5%と高くなっている。これは、健診も治療も受けていないため、自身の体の状態が全く分からない人が多くいる状況が推定される。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費の比較では、健診受診者の同治療費が 5,600 円に対し健診未受診者は 32,285 円と 5.8 倍になることがわかり、健診の受診が医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

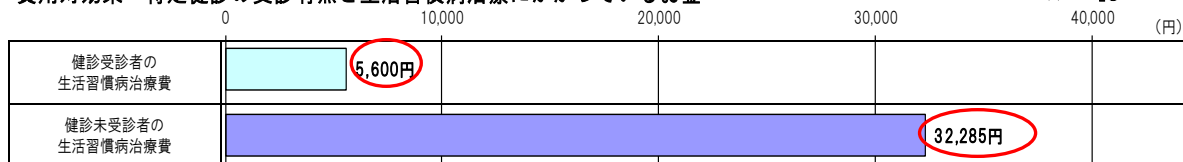
★NO.26 (CSV)



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

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.3⑥



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・重症化予防につなげることができる。

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる可能性のあ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。しかし、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。35年度には30年度と比較して、目標疾患医療費を1%減少させることを目標にする(図表8)。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。

また、医療に普段はかからず、重症化して入院することが多いことから、重症化予防、医療費の適正化へつなげるために入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、入院の伸び率を平成35年度までに増やさないことを目指す。

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)¹⁰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)¹¹の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

¹⁰ 厚生労働省が、健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的として制定したエネルギー及び各栄養素の摂取量の基準。

¹¹ 腎障害が3ヶ月以上続いたときに診断される。症状が出現することはほとんどなく、蛋白尿や腎機能障害(eGFRの測定)により診断される。Chronic Kidney Diseaseの略。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 20】

	2018年 平成30年度	2019年 平成31年度	2020年 平成32年度	2021年 平成33年度	2022年 平成34年度	2023年 平成35年度
特定健診実施率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		2018年 平成30年度	2019年 平成31年度	2020年 平成32年度	2021年 平成33年度	2022年 平成34年度	2023年 平成35年度
特定健診	対象者数	1,134人	1,094人	1,055人	1,018人	982人	947人
	受診者数	510人	525人	538人	550人	560人	568人
特定保健指導	対象者数	55人	56人	58人	59人	60人	61人
	受診者数	39人	40人	42人	43人	44人	46人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法（図表 22）

生活習慣病予防のために特定保健指導を必要とする人を抽出する項目(内臓脂肪型肥満に着目して国が定めた実施基準)を実施する他、当町の国民健康保険加入者の健康状態を踏まえ、町独自で検査項目を追加して健診を実施する。

また、39歳以下の若年者と75歳以上の高齢者は特定健診と同じ内容で基本健診として町が実施する。

【図表 22】

対象者	実施年度中に40歳以上となる被保険者において、当該当年度に他の法令等に基づく健診又は特定健康診査（他の保険者実施分を含む）を受診していない者		
実施方法及び場所	方法	個別方式	委託先医療機関
		集団方式	トリムセンター・別に定める施設等
実施項目	法定項目	基本項目	質問表（服薬歴、喫煙歴等）／身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）／理学的検査（身体診察）／血圧測定／血液検査／脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）／血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖）／肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）／検尿（尿糖、尿蛋白）
		詳細項目	※一定基準の下、医師が必要と認めた場合に実施：心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット）、血清クレアチニン検査
		町独自の項目	尿酸、血清クレアチニン検査
実施時期	個別方式は通年、集団方式は別に定める日		
外部委託契約の有無	有		
外部委託契約の契約形態	随意契約		
周知方法	「広報しかおい」「健康カレンダー」「ホームページ」「防災無線」など様々な機会を通じて受診や健診の年間スケジュールを周知する。		
対象者への通知	年度当初に対象者へ受診券を送付する。		
代行機関	特定健診に係る費用の請求・支払いの代行は、北海道国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。		

(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)受診率向上に向けた取り組み（図表 23）

受診率向上に向け、より予防効果の高い若い世代から定期健診受診を定着化し、将来の重症化を予防するため、未受診者対策を次のように行う。

【図表 23】

目 的	受診率向上に向けた取り組み内容
若年者の受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診対象者の下限年齢制限無し ・ J A 青年部への健康教育と受診勧奨 ・ 30歳代への受診勧奨通知を発送
各年代の受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者全員への受診券発行 ・ 未受診者への受診勧奨通知を発送 ・ 未受診理由の把握 ・ J A、商工会、事業所における健診の結果表提供依頼 ・ 地区集会での受診勧奨（主要懸案事項説明会、地域マネージャー） ・ 地域（行政区）のつながり活動助成金制度を活用した地区活動時の受診勧奨 ・ 脳ドック検診、PETがん検診との同時受診
リピーター率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果説明会、個別訪問等で保健指導の実施 ・ 科学的根拠に基づく保健指導の質の向上
治療中の人の受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診券に診療情報提供同意書を同封し町民に啓発 ・ かかりつけ医に協力を依頼

5. 特定保健指導の実施（図表 24）

特定保健指導の実施については、一般衛生部門（食育健康推進係）への執行委任、外部健診機関への事業委託の形態で行う。

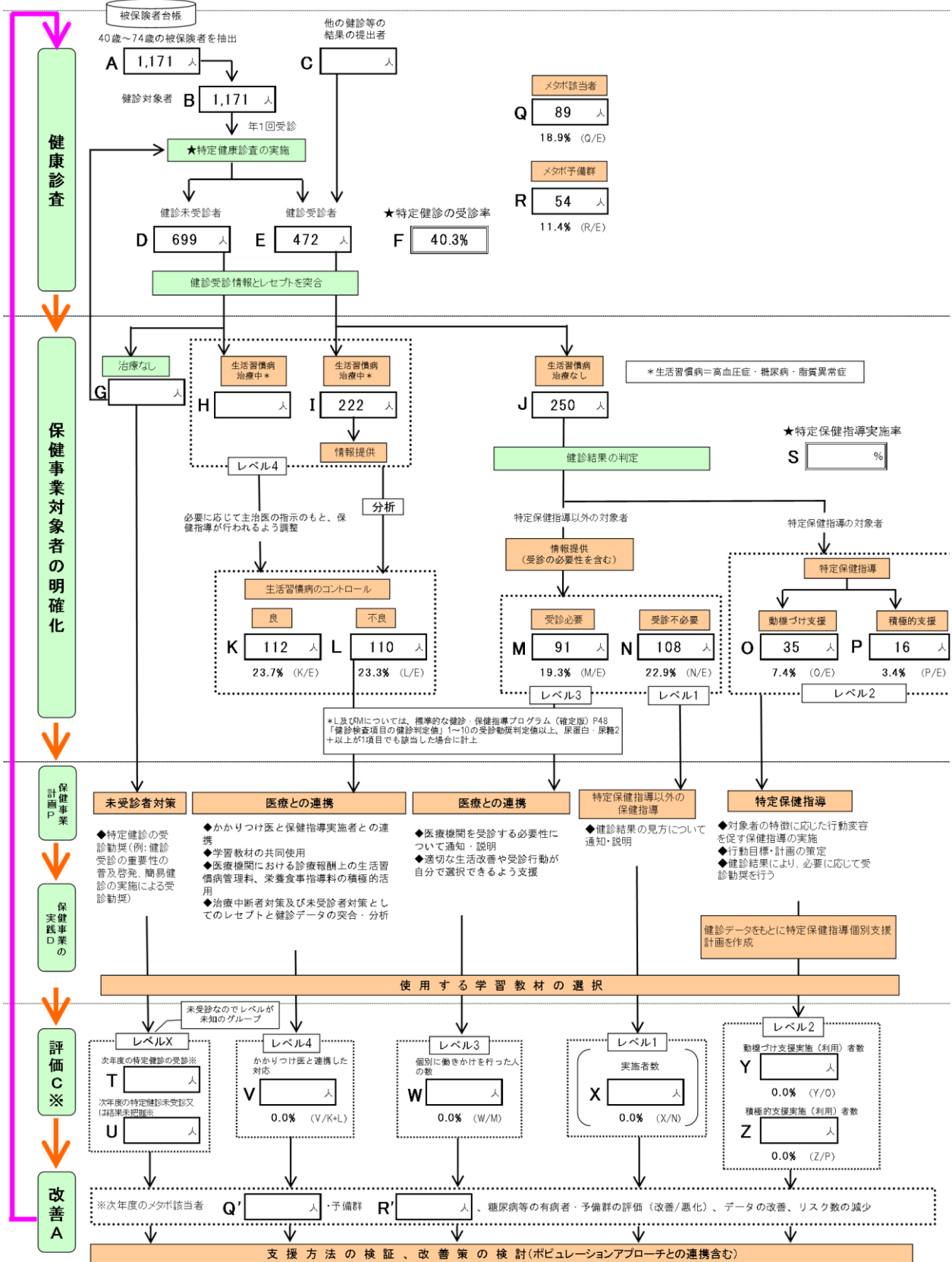
(1)健診から保健指導実施の流れ

「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 24】

様式6-10

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）



(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	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応 じて受診勧奨を行う	51人 (10.8%)	75%
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	91人 (19.3%)	HbA1c6.1 以上につい ては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例： 健診受診の重要性の普及啓 発、簡易健診の実施による受 診勧奨）	699人 (59.7%)	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	108人 (22.9%)	
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	222人 (47.0%)	

(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（図表 26）

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 26】

特定健診・特定保健指導年間スケジュール							
	1. 未受診者 対策	2. 特定健診		3. 健診結果		4. 保健指導	
		集団受診	個別受診	集団受診	個別受診	集団受診	個別受診
4月	健康カレンダー戸別配布						
5月	特定健診受診券発送 ①健診受診電話勧奨	①いきいき総合健診申し込み受付	⑤町立病院ドック（通年）		⑤⑥町の保健師・管理栄養士、病院の管理栄養士が随時実施（通年）		⑤⑥町の保健師・管理栄養士が随時実施（通年）
6月		①いきいき総合健診（2日間）	⑥町立病院特定健診（通年）		⑧⑨帯広厚生病院委託		⑧⑨帯広厚生病院委託
7月			⑦みやざわ循環器内科クリニック特定健診（通年）	①健診結果説明会（2日間）	⑩⑪北斗病院委託		⑩⑪北斗病院委託
8月			⑧帯広厚生病院ドック（農協組合員11～3月）				
9月			⑨帯広厚生病院の脳ドック検診で特定健診希望者（4～6月）				
10月	②健診受診電話勧奨		⑩北斗病院の脳ドック検診で特定健診希望者（4～11月）				
11月		②JA巡回ドック（2日間）					
12月	③健診受診電話勧奨	③いきいき総合健診申し込み受付	⑪北斗病院のPETがん検診で特定健診希望者（通年）	②健診結果説明会（2日間）			①終了 ②町の保健師・管理栄養士が特定保健指導初回面談
1月		③いきいき総合健診（2日間） ④ミニ健診申し込み受付					
2月				③健診結果説明会（2日間）			③④町の保健師・管理栄養士が特定保健指導初回面談
3月		④ミニ健診（1日）		④健診結果説明会（1日）			

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鹿追町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、また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、鹿追町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる高血圧、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¹²を組み合わせる必要がある。

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA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

¹² ポピュレーションアプローチとは、まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防できるようにすること。それに対しハイリスクアプローチとは、健康障害を引き起こす可能性が有る集団の中から、より高いリスクを持っている人に対して働きかけ、病気を予防すること。

【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	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○			□
5		医師会等への相談(情報提供)	○			□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
10		介入方法の検討		○		□
11		予算・人員配置の確認	○			□
12		実施方法の決定		○		□
13		計画書作成		○		□
14		募集方法の決定		○		□
15		マニュアル作成		○		□
16		保健指導等の準備		○		□
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○			□
18		個人情報の取り決め	○			□
19		苦情、トラブル対応	○			□
20	D 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)	○			□
21		記録、実施件数把握		○		□
22		かかりつけ医との連携状況把握	○			□
23	レセプトにて受診状況把握			○	□	
24	D 保 健 指 導	募集(複数手段で)	○			□
25		対象者決定	○			□
26		介入開始(初回面接)	○			□
27		継続的支援	○			□
28		カンファレンス、安全管理	○			□
29		かかりつけ医との連携状況確認	○			□
30	記録、実施件数把握			○	□	
31	C 評 価 報 告	3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36	A 改 善	改善点の検討	○			□
37		マニュアル修正	○			□
38		次年度計画策定	○			□

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては北海道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(図表 28)

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 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以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

鹿追町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)と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(図表 29)

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。

鹿追町において特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は13人(F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者163人(H)のうち、特定健診受診者が25人(G)で、中断者はいなかった(キ)。

糖尿病治療者で特定健診未受診者105人(I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者46人(イ)中6人(オ)は治療中断であることが分かった。また、40人(カ)については継続受診中であるがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 29 より鹿追町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・13人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・6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)・・・25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

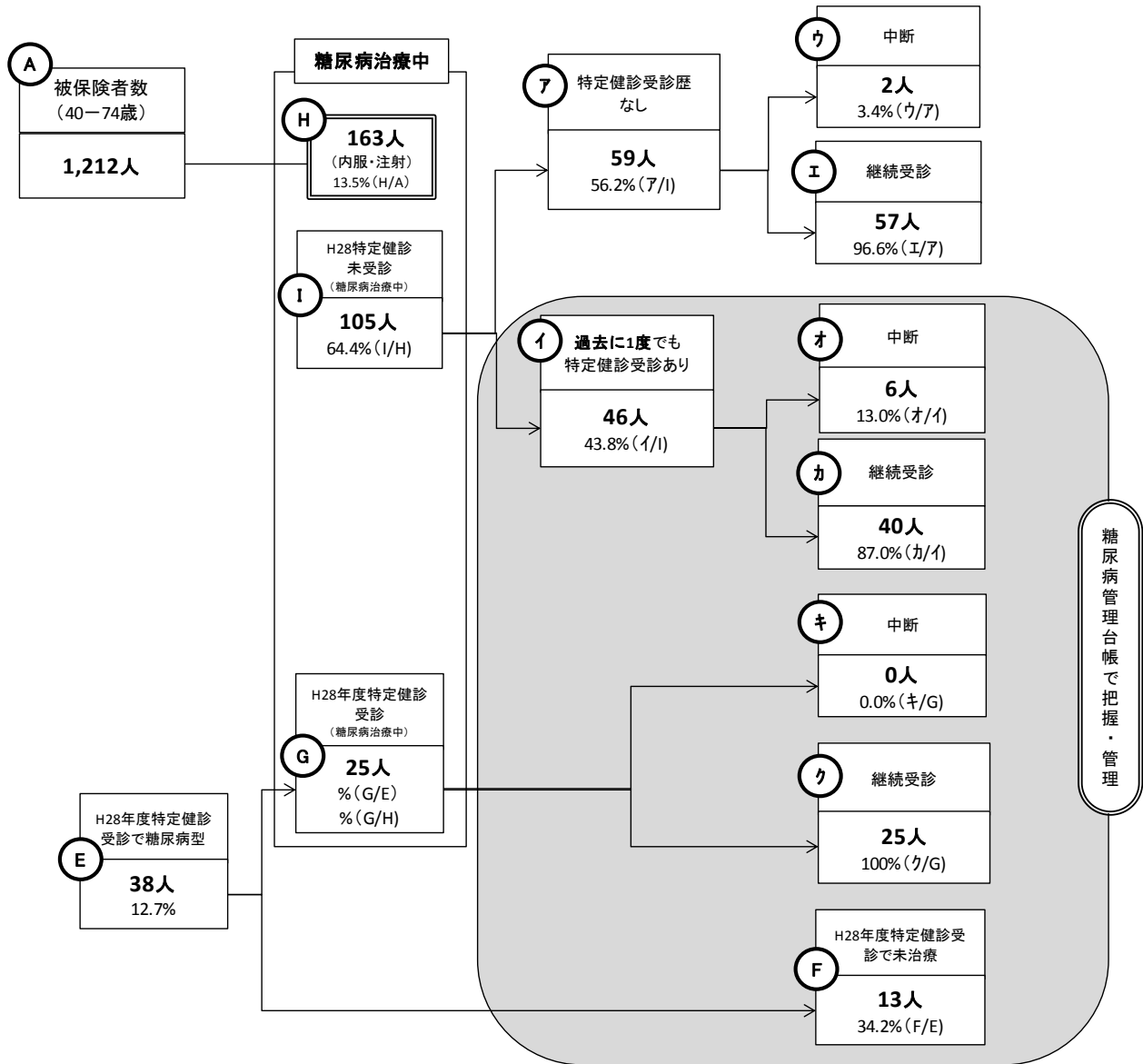
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・40人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 29】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表(参考資料 4)で行い、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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導 (図表 30)

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。鹿追町においては、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】

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	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 style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">経年表</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るのでしょうか？ <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すみ方 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～ 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> <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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<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>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. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)以上へは、健診結果説明会等で早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者に対して、早期に保健指導を行い医療機関へつなぐ。

(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、専門医との連携により対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施する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¹³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等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取組評価表（参考資料5）を用いる。

(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

¹³ 介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関。

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

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価する。

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく(参考資料 2)。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく(参考資料 6)。

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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

鹿追町は、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(参考資料 1)。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り、鹿追町では心電図検査の全数実施をしていないため、今後検討していく。

【図表 31】

心電図検査結果

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a) (%)	ST所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
					(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b) (%)	(人)	(e/b) (%)
平成28年度	465	100	8	1.7	0	0.0	3	37.5	5	62.5

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を

基準に「詳細な健診」の項目である。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、タイプ別に把握する。また、CKD ステージとの関連もあるため、ステージにより対象者を把握する。

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 32 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。

保健指導に当たっては、メタボリックシンドローム対象者に対して、体重が増えることは体に悪影響を及ぼす可能性が高くなることなど、メタボリックシンドロームのことをイメージしやすいように、保健指導教材を活用し対象者に応じた保健指導を行う。治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合や治療を中断している場合も受診勧奨し、医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 32】

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

虚血性心疾患の重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、ブラックと血管機能不全の 2 つの側面がある」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示す バイオマーカー のなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして 尿中アルブミン

があげられる」とあることから、対象者へは二次健診において、これらの検査を検討していく。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

受診勧奨や保健指導を実施する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を設けていく。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**を活用する。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で評価する。

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

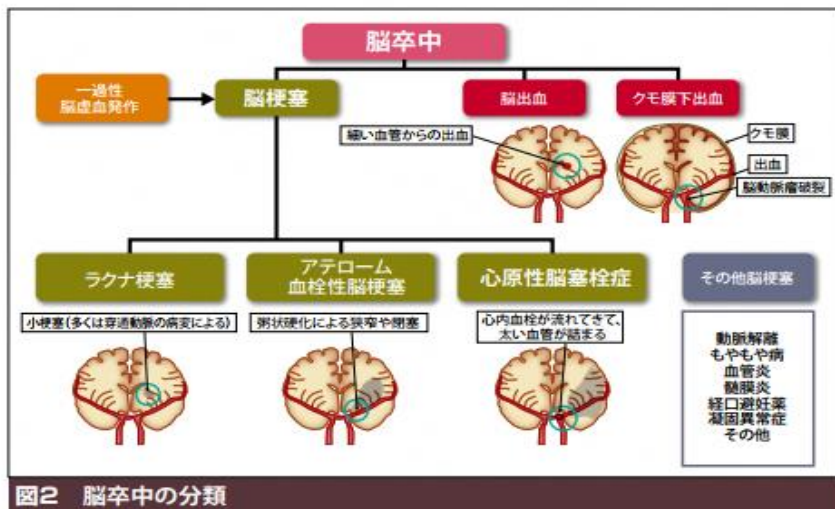
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく（図表 33、34）。

【脳卒中の分類】

【図表 33】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 34】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 35 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 35】

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	●				○	○
	アテローム血栓脳梗塞	●	●	●		○	○
	心原性脳梗塞	●			●	○	○
脳 出 血	脳出血	●					
	くも膜下出血	●					
リスク因子 (○はハイリスク者)		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	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+) 以上 eGFR50未満 (70歳以上40未 満)
受診者数 473人		11人 2.3%	37人 7.8%	15人 3.2%	1人 0.2%	89人 18.8%	14人 3.0% 6人 1.3%
治療なし		9人 2.8%	21人 5.2%	12人 3.5%	1人 0.4%	16人 6.4%	6人 2.4% 0人 0.0%
治療あり		2人 1.3%	16人 47.1%	3人 2.2%	0人 0%	73人 32.9%	8人 3.6% 6人 3.5%
臓器障害あり		1人 11.1%	1人 4.8%	0人 0%	1人 100%	1人 6.3%	6人 100% 0人 0.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	1人	1人	0人	0人	0人	6人 0人
	尿蛋白(2+)以上	1人	1人	0人	0人	0人	6人 0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	0人	0人	0人	0人	0人 0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未 満)	0人	0人	0人	0人	0人	0人 0人
	心電図所見あり	0人	0人	0人	1人	1人	0人 0人

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者を見ると、Ⅱ度高血圧以上が11人(2.3%)であり、9人は未治療者であった。また、未治療者のうち1人(11.1%)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2人(1.3%)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¹⁴による重症化予防対象者の把握 (図表 36)

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。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 36】

特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)

血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	321	134	95	45	38	8	1	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
		41.7%	29.6%	14.0%	11.8%	2.5%	0.3%	2	18	27
リスク第1層	53	33	16	2	2	0	0	2	0	0
	16.5%	24.6%	16.8%	4.4%	5.3%	0.0%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	169	76	50	23	18	2	0	--	18	2
	52.6%	56.7%	52.6%	51.1%	47.4%	25.0%	0.0%	--	100.0%	7.4%
リスク第3層	99	25	29	20	18	6	1	--	--	25
	30.8%	18.7%	30.5%	44.4%	47.4%	75.0%	100.0%	--	--	92.6%
再掲 重複あり	糖尿病	22	6	4	6	5	1	0		
		22.2%	24.0%	13.8%	30.0%	27.8%	16.7%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	37	9	13	9	4	2	0		
	37.4%	36.0%	44.8%	45.0%	22.2%	33.3%	0.0%			
3個以上の危険因子	61	15	15	14	12	4	1			
	61.6%	60.0%	51.7%	70.0%	66.7%	66.7%	100.0%			

(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については早急な受診勧奨が必要になってくる。

¹⁴ 血圧分類をI~III度、リスク層を第1~3層に分け、それらの重なりにより高血圧患者を低リスク・中リスク・高リスクに階層化する分類方法。

リスク第1層：予後影響因子がない、

リスク第2層：糖尿病以外の1-2個の危険因子、3項目のメタボリックシンドロームがある、

リスク第3層：糖尿病、慢性腎臓病、臓器障害/心血管病、4項目のメタボリックシンドローム、3個以上の危険因子がある

(3) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流に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 37】

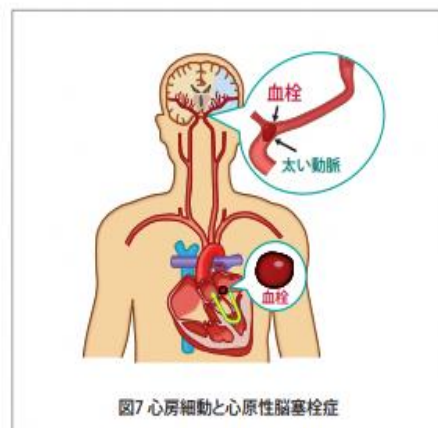


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

性・年齢階級別心房細動の実数および頻度 ※1

【図表 38】

	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日疫学調査 ※2	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
30歳代	281	511	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	349	578	0	0.0	1	0.2	0.2	0.04
50歳代	479	766	2	0.4	5	0.7	0.8	0.1
60歳代	582	648	8	1.4	3	0.5	1.9	0.4
70歳以上	429	574	15	3.5	12	2.1	3.4	0.1

第5次循環器疾患基礎調査（平成12年、厚生労働省）

※1 2000年（平成12年）第5次循環器疾患基礎調査より（厚生労働省）

※2 日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率

図表 38 によると、心電図検査において心房細動の有所見率は、年齢が高くなるにつれ増加していた。心房細動は、脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれるため、今後検討していく必要がある。

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」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を検討していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴などを踏まえ、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

現在、鹿追町の心電図検査は、医師が必要と認めた者のみ実施しているが、全数実施が望まれるため今後検討していく必要がある。

また、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必要がある（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する。

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する中で、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で評価する。

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

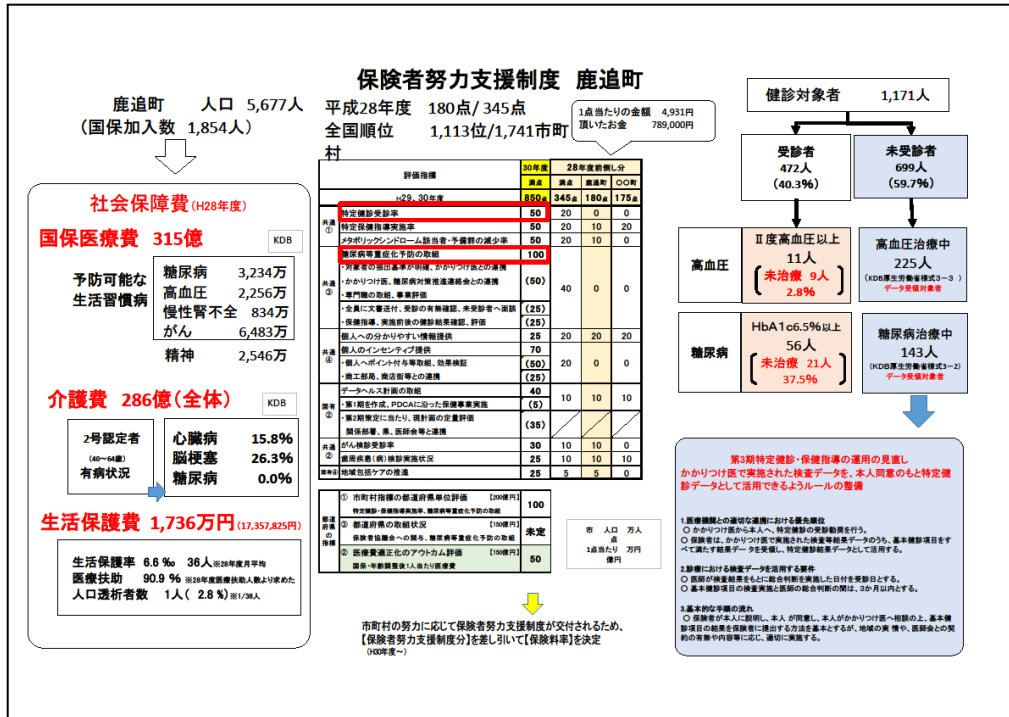
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

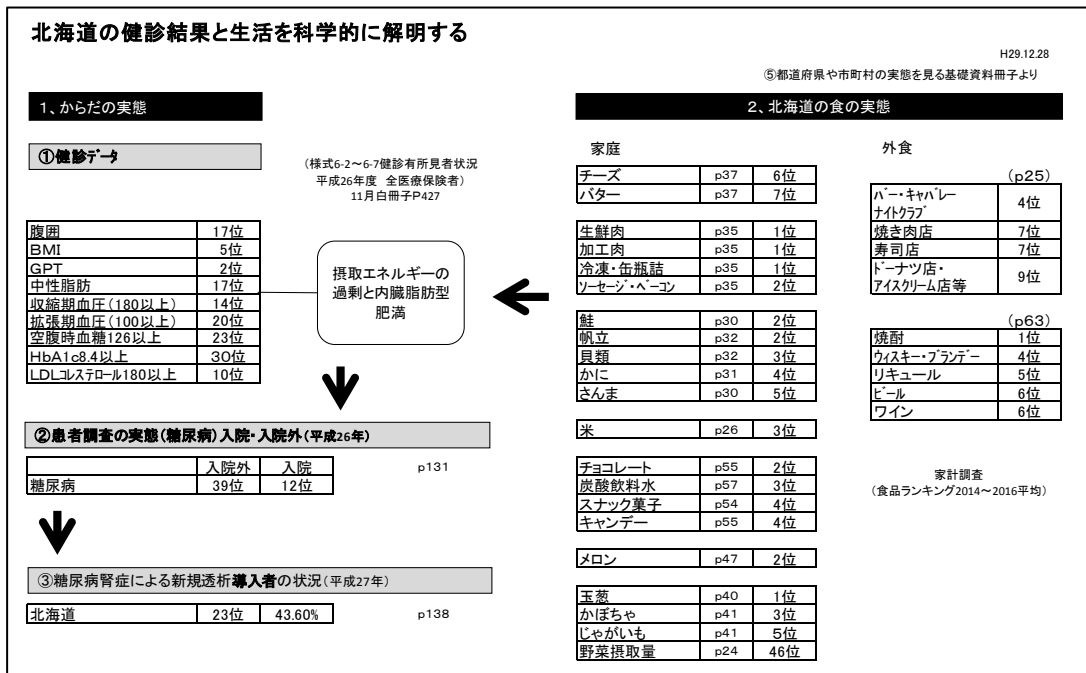
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 39】



【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

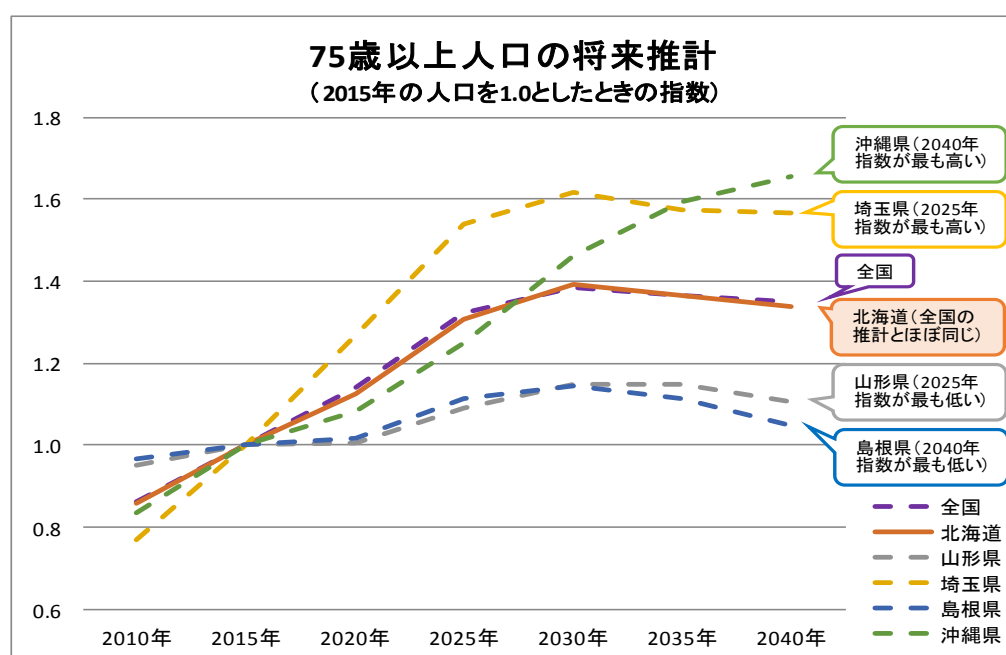
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち、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。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

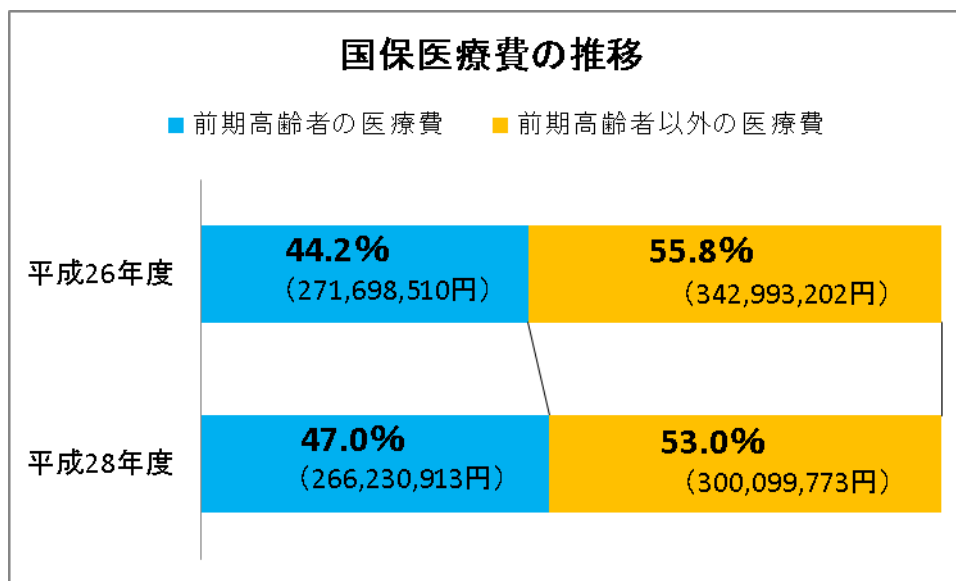
北海道は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.34と全国とほぼ同様に推移すると予測されている(図表41)。

鹿追町国保における前期高齢者の被保険者の割合は11.4%で、全国(12.0%)・全道(12.5%)と比較してやや低い傾向にある。また、国保全体の医療費のうち、前期高齢者の占める割合は、平成26年度44.2%から平成28年度47.0%と2.8%上昇していた(図表42)。このような状況から、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・鹿追町にとって非常に重要である。

【図表41】



【図表 42】



国民健康保険事業状況報告書より作成

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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・管理栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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、必要に応じて国保連に設置している保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鹿追町の位置

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り組み評価

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 生活習慣病有病状況

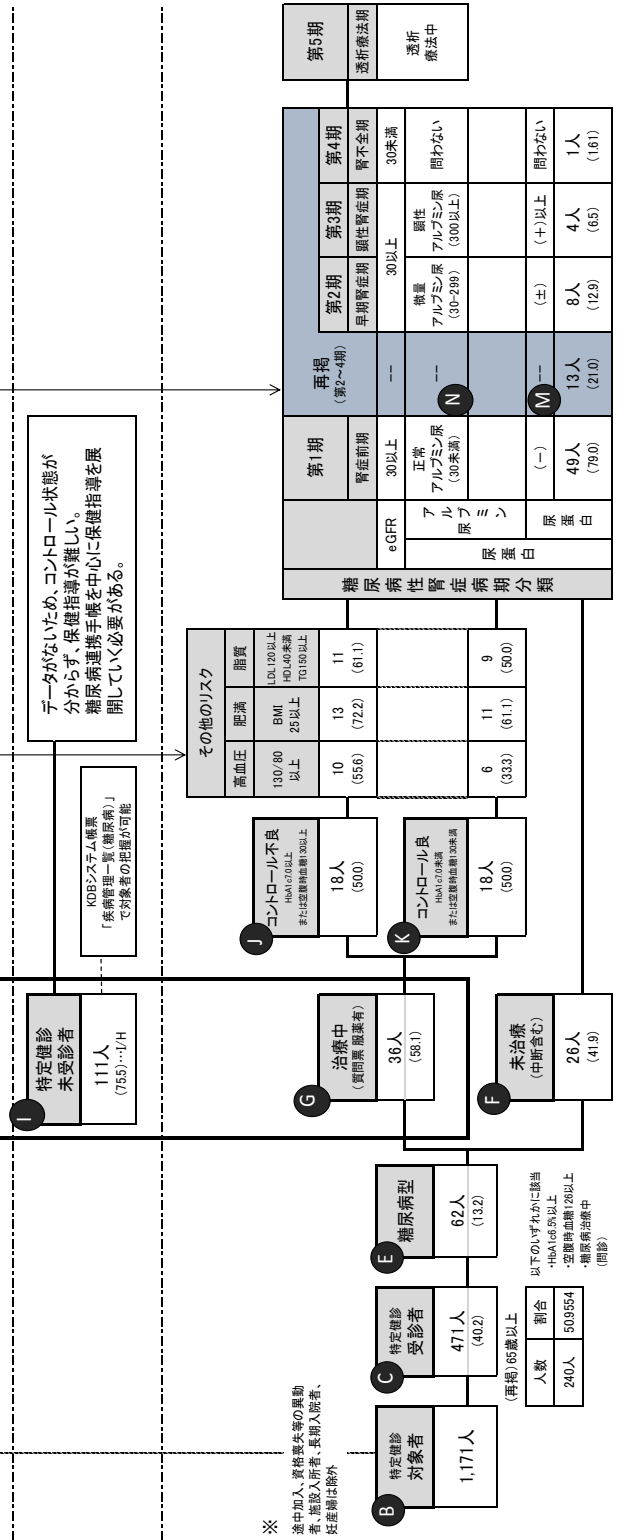
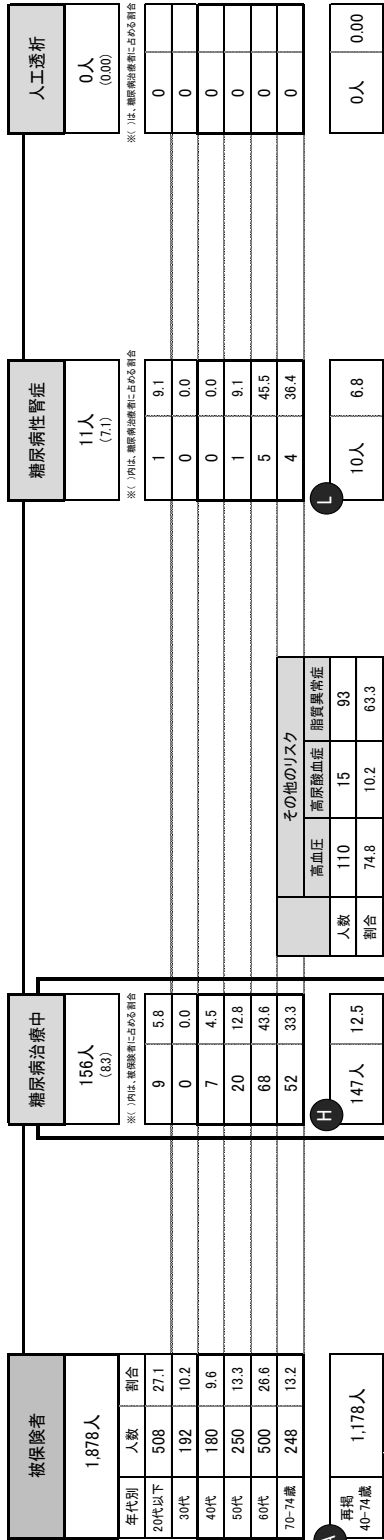
参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 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

都道府県名 北海道 市町村名 鹿追町 同病態区分 9

軽症 ← → 重症



【参考資料 2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							

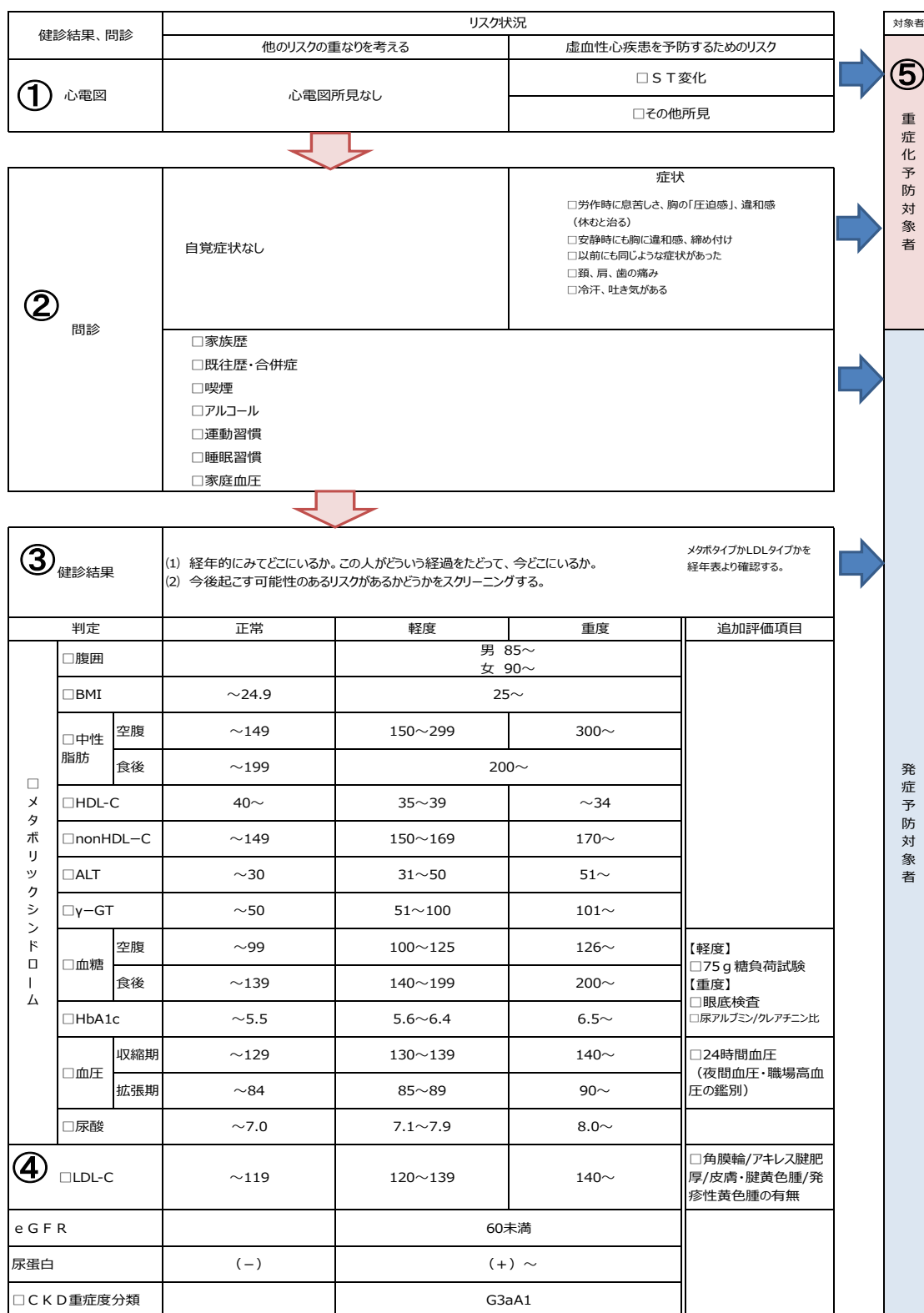
【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 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	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医	
	④健診未受診者 ()人				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん </div>
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保)	()人			
	②後期高齢者	()人			
	③他保険	()人			
	④住基異動(死亡・転出)	()人			
	⑤確認できず	()人			
	①-1.未治療者(中断者含む) ()人 *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				
	⑤結果把握 ()人				
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	9	都道府県	北海道	市町村名	鹿追町				
項目				突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
					28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数242		
					実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合	
1	①	被保険者数		A	1,913人							KDE_厚生労働省様式様式3-2	
		〈再掲〉40-74歳			1,212人								
2	②	特定健診		B	1,171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		
		対象者数			473人								
		受診率			40.4%								
3	③	特定保健指導		C									
		実施率											
4	④	健診データ		E	糖尿病型	60人	12.7%					特定健診結果	
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)			25人	41.7%							
		治療中(質問票 服薬あり)			35人	58.3%							
		コントロール不良 <small>※HbA1c 6.5以上または空腹時血糖120以上</small>			18人	51.4%							
		J 血圧 130/80以上			10人	55.6%							
		肥満 BMI25以上			13人	72.2%							
		コントロール良 <small>※HbA1c 6.5未満かつ空腹時血糖120未満</small>			17人	48.6%							
		M 第1期 尿蛋白(-)			48人	80.0%							
		第2期 尿蛋白(±)			8人	13.3%							
		第3期 尿蛋白(+)以上			3人	5.0%							
第4期 eGFR30未満		1人	1.7%										
5	⑤	レセプト		H	糖尿病受療率(被保険者対)	85.7人						KDE_厚生労働省様式様式3-2	
		〈再掲〉40-74歳(被保険者対)			134.5人								
		レセプト件数(40-74歳) <small>(1件=1処方箋)</small>			940件	(802.7)	81件	(70.4)			101件	(62.8)	KDE_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		入院外(件数)			9件	(7.7)					1件	(0.5)	
		糖尿病治療中			164人	8.6%							KDE_厚生労働省様式様式3-2
		〈再掲〉40-74歳			163人	13.4%							
		健診未受診者			128人	78.5%							
		インスリン治療			19人	11.6%							
		〈再掲〉40-74歳			18人	11.0%							
		糖尿病性腎症			12人	7.3%							
		〈再掲〉40-74歳			12人	7.4%							
		慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病性腎症中における割合)</small>			0人	0.00%							KDE_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
〈再掲〉40-74歳		0人	0.00%										
新規透析患者数													
〈再掲〉糖尿病性腎症													
【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病性腎症中における割合)</small>		5人	2.0%	5人	2.0%								
6	⑥	医療費		L	総医療費	4億9929万円	2億6637万円			3億9319万円	KDE 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		生活習慣病総医療費			2億6447万円	1475万円			3191万円				
		(総医療費に占める割合)			53.0%	5.5%			8.1%				
		生活習慣病 1人あたり			5,579円				622円				
		健診受診者			32,284円	27,394円			42,288円				
		健診未受診者											
		糖尿病医療費			3240万円	271万円			329万円				
		(生活習慣病総医療費に占める割合)			12.3%	18.3%			10.3%				
		糖尿病入院外総医療費			7244万円	526万円							
		1件あたり			33,123円	31,701円							
		糖尿病入院総医療費			4095万円								
		1件あたり			671,271円								
在院日数		16日											
慢性腎不全医療費		1346万円	105万円			321万円							
透析有り		834万円	60万円			299万円							
透析なし		511万円	45万円			21万円							
7	⑦	介護		M	介護給付費	4億5101万円	3801万円			6586万円			
		〈2号認定者〉糖尿病合併症			0件	0.0%							
8	⑧	死亡		N	糖尿病(死因別死亡数)	1人	1.8%	0人	0.0%			KDE_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

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

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	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													
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28					
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期		

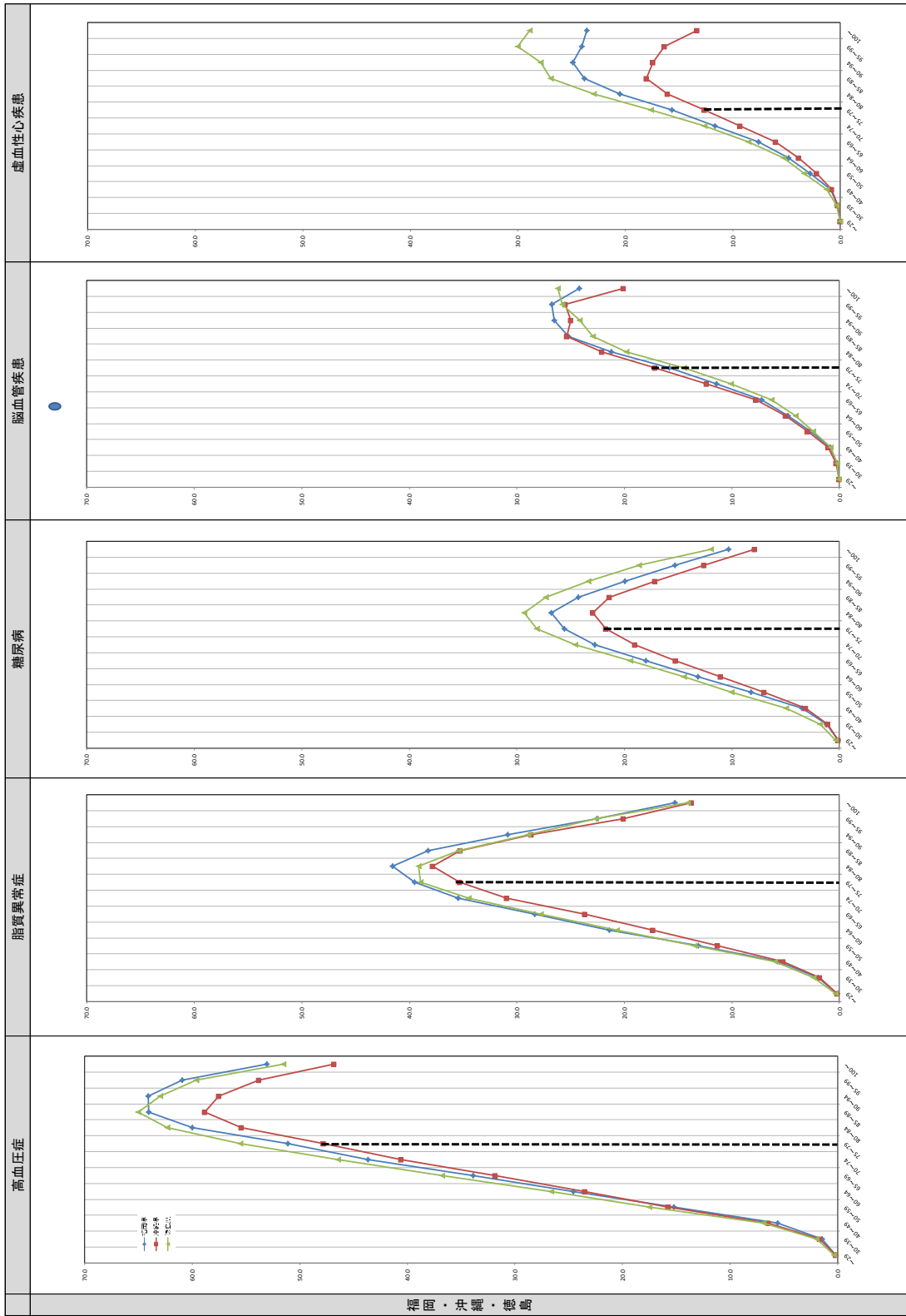
【参考資料 9】

心房細動管理台帳

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

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成28年7月作成分)



鹿追町国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画
(計画期間：平成30年度～35年度)

平成30年3月

鹿追町 福祉課