

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 4 月 美深町

## 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	3
1.計画に係る評価見直し	
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)	14
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定及び対象者の見込み	
3.特定健診の実施	
4.特定保健指導の実施	
5.個人情報の保護	
6.結果の報告	
7.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
8.その他	
第 4 章 保健事業の内容	18
1.保健事業の方向性	
2.糖尿病性腎症重症化予防	
3.虚血性心疾患重症化予防	
4.脳血管疾患重症化予防	
5.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	32
第 6 章 計画の評価・見直し	33
1.評価の時期	
2.評価方法・体制	
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	34
1.計画の公表・周知	
2.個人情報の取扱い	

# 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

## 1. 背景・目的

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

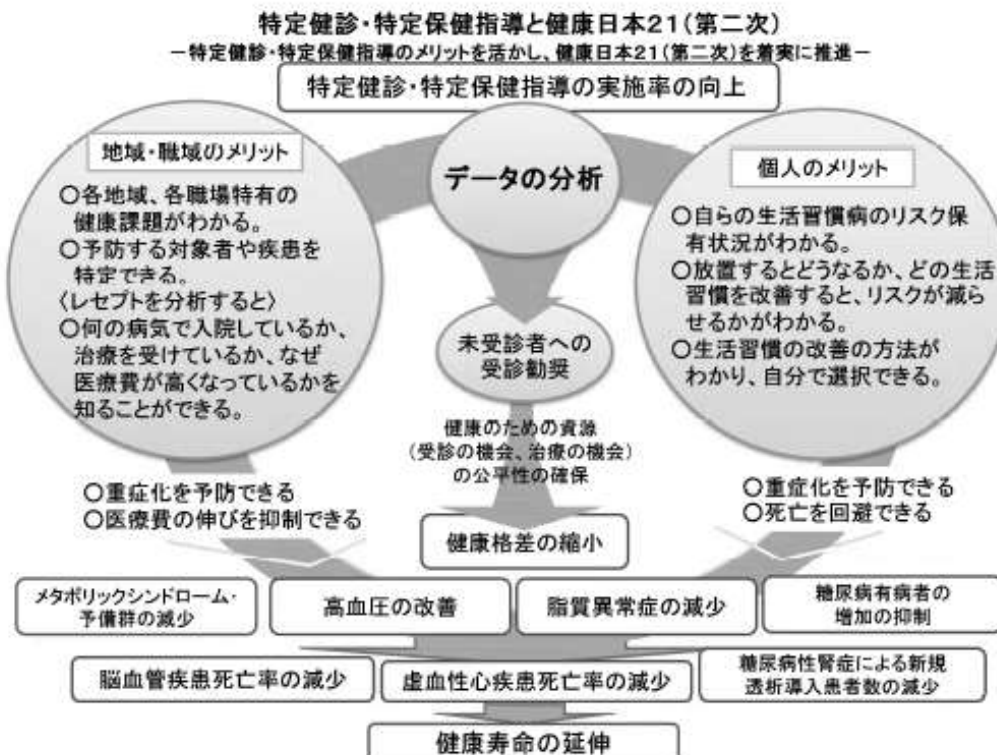
こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

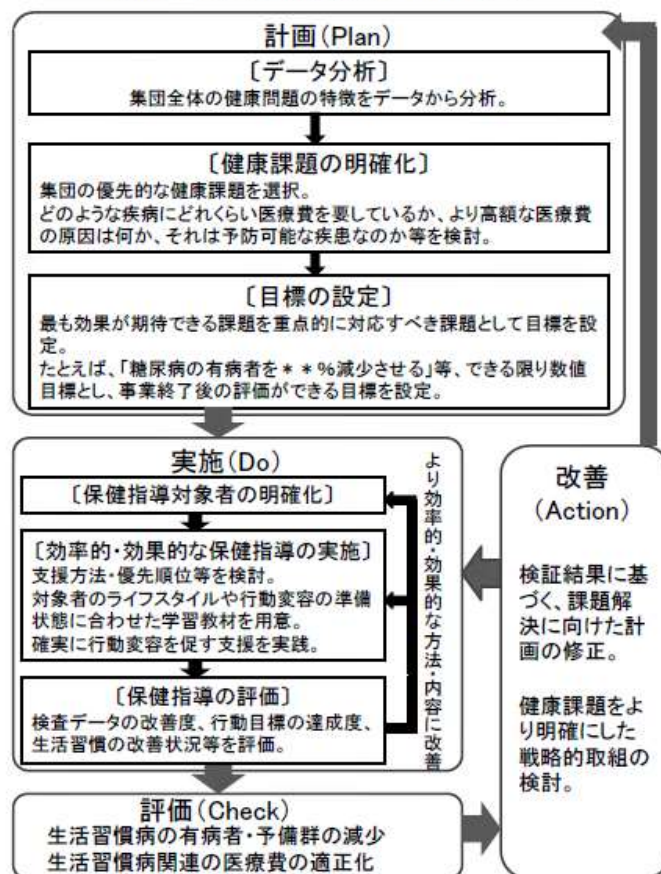
## 2. 計画の位置付け

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ものである。

【図表1】



保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



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、平成35年度までとする。

### 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

美深町においては、住民生活課の国保担当と保健福祉課の保健師等の専門職が連携をし、PDCAサイクルに沿った確実な計画運用を実施する。

#### (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指し、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

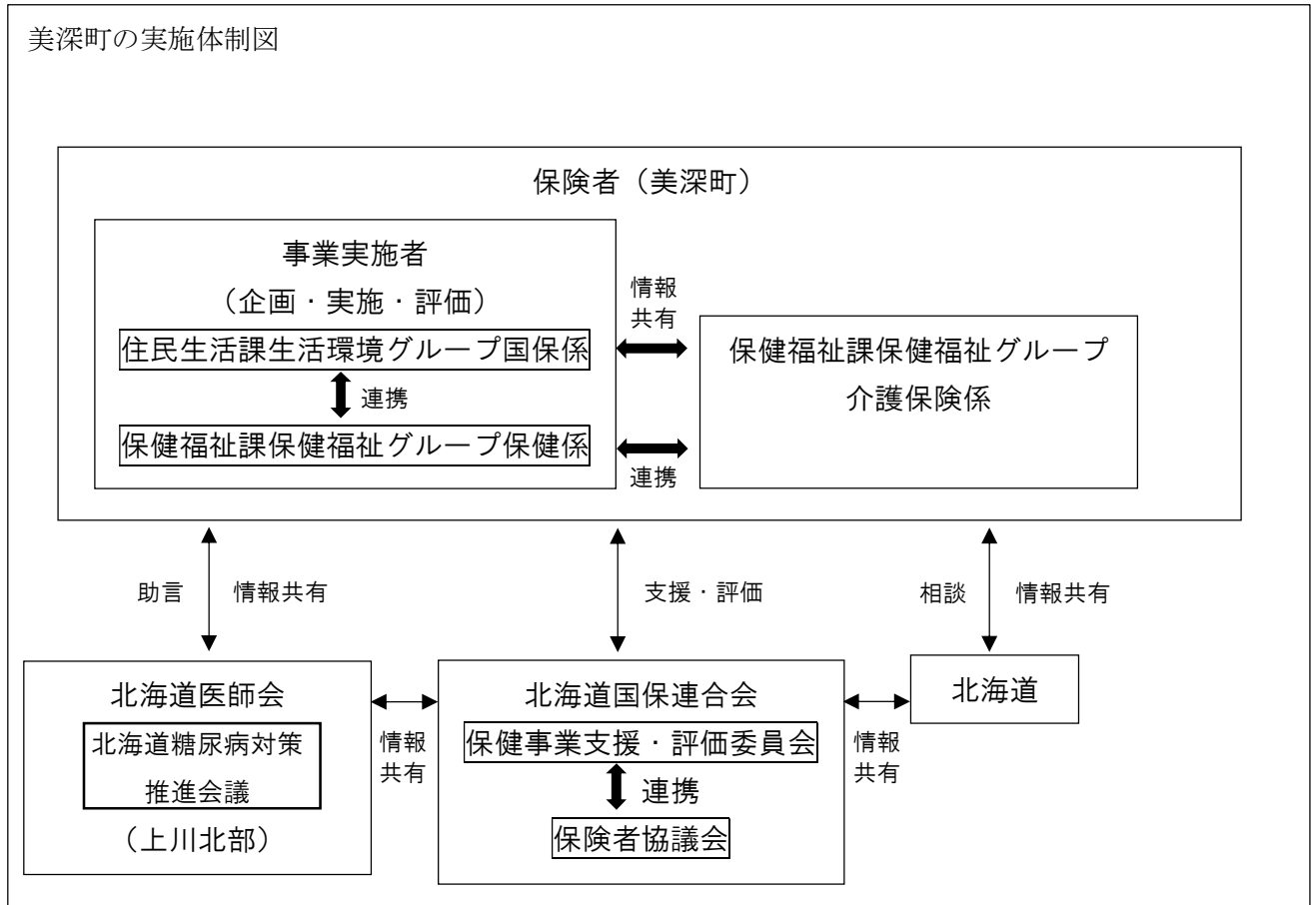
国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によるデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

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るため、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、さらなる連携に努める。

### (3) 被保険者の役割

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

【図表 3】



## 5. 保険者努力支援制度

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

## 第2章 健康課題の明確化

### 1. 計画に係る評価見直し

#### (1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、標準化死亡比(※SMR)は男性88.9から78.7、女性96.8から87.9と下がっている。死因別のがん死亡は半分に減少したが脳疾患による死亡割合は増加している。また、糖尿病・腎不全による死亡数も増えていた。

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の上昇、それに伴う介護給付費の増加がみられたが、40～64歳の2号認定率は横ばいである。

※標準化死亡比(SMR)は100を基準とし、100以上では標準より多いとする。

医療費に占める入院費用割合は増加し、入院外費用割合が減少している。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少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4）

介護給付費は増えているが、1件当たりの給付費は減っている。同規模平均と比較しても居宅サービス、施設サービスともに高くなっている。

【図表4】

年度	美深町				同規模平均			
	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		施設サービス	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		施設サービス
H25	418,989,728	82,300		286,895	288,273,991	75,804		279,554
H28	456,386,377	77,511		290,059	304,529,762	73,752		273,932

### ②医療費の状況（図表7）

総医療費は減少したが、一人当たりの医療費は横ばいである。入院費用は伸びており入院外は減っている。

【図表5】

項目	年度	全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費	H25	46,292万円			18,612万円				27,679万円				
	H28	41,889万円	△4,402万円	△9.5	△2.5	19,534万円	920万円	4.9	13.1	22,356万円	△5,323万円	△19.2	△12.9
一人当たり医療費	H25	27,162円			10,920円				16,240円				
	H28	27,599円	437円	1.6	5.8	12,870円	1,950円	17.9	5.5	14,730円	△1,510円	△9.3	6.2

### ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患は国より低く、慢性腎不全(透析)に係る医療費では、透析者が0人であるために減少している。

短期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、国と比較すると低くなっている。

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） 【図表6】

年度	総医療費	1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									
H25	美深町	462,928,670	25,339	87位	78位	5.9%	0.2%	4.2%	5.5%	11.9%	9.3%	5.8%	116,147,080	42.7%	19.2%	16.5%	20.9%
H28		418,899,450	26,817	113位	95位	0.0%	0.3%	1.6%	3.6%	9.0%	8.2%	4.3%	62,886,110	26.8%	37.2%	17.5%	18%
H28	北海道	446,995,066,940	27,782	-	-	6.5%	0.5%	4.3%	4.3%	9.2%	7.9%	4.6%	92,704,528,050	37.3%	28.5%	17.2%	16.3%
	国	9,677,041,336,540	24,245	-	-	9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	9.7%	8.6%	5.3%	2,239,908,933,310	41.7%	25.6%	16.9%	15.2%



(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2~4)(図表8)

中長期目標疾患のリスクである短期目標疾患の治療状況を平成25年度と平成28年度で見ると、糖尿病(様式3-2)では、245人(16.5%)が193人(15.0%)と減少している。インスリン治療者も20人(8.2%)から9人(5%)と減少している。高血圧(様式3-3)では、339人(23.0%)が265人(20.0%)と減少している。脂質異常症(様式3-4)では、311人(21.0%)が249人(19.0%)と減少している。

糖尿病、高血圧、脂質異常症においては全て減少していたが、大血管障害を予防するためには治療中の方が悪化していないかどうか個人をみていく必要があるので、特定健診受診を勧め経過を見ていく。

【図表8】

厚生労働省様式 様式 3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症			
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1,489	245	16.5	20	8.2	165	67.3	158	64.5	46	18.8	23	9.4	2	0.8	12	4.9	
	64歳以下	909	78	8.6	11	14.1	47	60.3	43	55.1	11	14.1	7	9.0	2	2.6	3	3.8	
	65歳以上	580	167	28.8	9	5.4	118	70.7	115	68.9	35	21.0	16	9.6	0	0.0	9	5.4	
H28	全体	1,308	193	15%	9	5%	130	67%	144	75%	26	13%	12	6%	0	0%	9	5%	
	64歳以下	745	59	8%	4	7%	32	54%	39	66%	10	17%	3	5%	0	0%	2	3%	
	65歳以上	563	134	24%	5	4%	98	73%	105	78%	16	12%	9	7%	0	0%	7	5%	

厚生労働省様式 様式 3-3		短期的な目標						長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,489	339	23%	165	49%	203	60%	61	18%	31	9%	2	1%
	64歳以下	909	113	12%	47	42%	55	49%	14	12%	11	10%	2	2%
	65歳以上	580	226	39%	118	52%	148	65%	47	21%	20	9%	0	0%
H28	全体	1,308	265	20%	130	49%	166	63%	41	15%	21	8%	0	0%
	64歳以下	745	68	9%	32	47%	41	60%	10	15%	5	7%	0	0%
	65歳以上	563	197	35%	98	50%	125	63%	31	16%	16	8%	0	0%

厚生労働省様式 様式 3-4		短期的な目標						長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,489	311	21%	158	51%	203	65%	52	17%	28	9%	1	0%
	64歳以下	909	103	11%	43	42%	55	53%	13	13%	11	11%	1	1%
	65歳以上	580	208	36%	115	55%	148	71%	39	19%	17	8%	0	0%
H28	全体	1,308	249	19%	144	58%	166	67%	35	14%	17	7%	0	0%
	64歳以下	745	68	9%	39	57%	41	60%	11	16%	5	7%	0	0%
	65歳以上	563	181	32%	105	58%	125	69%	24	13%	12	7%	0	0%



②リスクの健診結果経年変化（図表9）

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、腹囲の有所見が増えている。男性では中性脂肪、GPT、HDL-C、HbA1Cの有所見者が増加しており、女性では空腹時血糖、HbA1C、尿酸、LDL-Cの有所見が増加していることがわかった。

メタボリックシンドローム予備群・該当者は男性で若干減少傾向にあるが、女性は予備群が若干減少したものの該当者は増加している。

【図表9】

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）

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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	86	36.3	124	52.3	61	25.7	51	21.5	25	10.5	101	42.6	148	62.4	38	16.0	137	57.8	83	35.0	96	40.5	7	3.0		
	40-64	48	42.9	58	51.8	37	33.0	37	33.0	12	10.7	40	35.7	67	59.8	18	16.1	58	51.8	46	41.1	47	42.0	2	1.8		
	65-74	38	30.4	66	52.8	24	19.2	14	11.2	13	10.4	61	48.8	81	64.8	20	16.0	79	63.2	37	29.6	49	39.2	5	4.0		
H28	合計	90	40.7	118	53.4	62	28.1	52	23.5	24	10.9	82	37.1	145	65.6	31	14.0	124	56.1	67	30.3	89	40.3	4	1.8		
	40-64	33	40.2	44	53.7	20	24.4	24	29.3	7	8.5	20	24.4	50	61.0	12	14.6	35	42.7	27	32.9	41	50.0	0	0.0		
	65-74	57	41.0	74	53.2	42	30.2	28	20.1	17	12.2	62	44.6	95	68.3	19	13.7	89	64.0	40	28.8	48	34.5	4	2.9		

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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	81	27.0	60	20.0	35	11.7	37	12.3	10	3.3	57	19.0	176	58.7	6	2.0	144	48.0	57	19.0	142	47.3	1	0.3
	40-64	33	26.4	26	20.8	13	10.4	20	16.0	2	1.6	27	21.6	63	50.4	2	1.6	53	42.4	27	21.6	61	48.8	0	0.0
	65-74	48	27.4	34	19.4	22	12.6	17	9.7	8	4.6	30	17.1	113	64.6	4	2.3	91	52.0	30	17.1	81	46.3	1	0.6
H28	合計	83	30.0	57	20.6	29	10.5	34	12.3	7	2.5	65	23.5	170	61.4	9	3.2	133	48.0	46	16.6	147	53.1	2	0.7
	40-64	31	28.7	21	19.4	9	8.3	11	10.2	2	1.9	21	19.4	55	50.9	5	4.6	39	36.1	20	18.5	56	51.9	1	0.9
	65-74	52	30.8	36	21.3	20	11.8	23	13.6	5	3.0	44	26.0	115	68.0	4	2.4	94	55.6	26	15.4	91	53.8	1	0.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

性別	年代	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
男性	合計	237	53.1	8	3.4%	41	17.3%	1	0.4%	32	13.5%	8	3.4%	75	31.6%	12	5.1%	3	1.3%	38	16.0%	22	9.3%
	40-64	112	52.8	5	4.5%	18	16.1%	0	0.0%	15	13.4%	3	2.7%	35	31.3%	6	5.4%	2	1.8%	16	14.3%	11	9.8%
	65-74	125	53.4	3	2.4%	23	18.4%	1	0.8%	17	13.6%	5	4.0%	40	32.0%	6	4.8%	1	0.8%	22	17.6%	11	8.8%
H28	合計	221	55.1	13	5.9%	38	17.2%	1	0.5%	29	13.1%	8	3.6%	67	30.3%	10	4.5%	6	2.7%	34	15.4%	17	7.7%
	40-64	82	48.8	10	12.2%	15	18.3%	0	0.0%	10	12.2%	5	6.1%	19	23.2%	3	3.7%	0	0.0%	10	12.2%	6	7.3%
	65-74	139	59.7	3	2.2%	23	16.5%	1	0.7%	19	13.7%	3	2.2%	48	34.5%	7	5.0%	6	4.3%	24	17.3%	11	7.9%

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
女性	合計	300	54.6	4	1.3%	24	8.0%	1	0.3%	18	6.0%	5	1.7%	32	10.7%	3	1.0%	0	0.0%	19	6.3%	10	3.3%
	40-64	125	50.8	2	1.6%	12	9.6%	1	0.8%	8	6.4%	3	2.4%	12	9.6%	2	1.6%	0	0.0%	6	4.8%	4	3.2%
	65-74	175	57.8	2	1.1%	12	6.9%	0	0.0%	10	5.7%	2	1.1%	20	11.4%	1	0.6%	0	0.0%	13	7.4%	6	3.4%
H28	合計	277	57.6	4	1.4%	21	7.6%	1	0.4%	13	4.7%	7	2.5%	32	11.6%	3	1.1%	1	0.4%	16	5.8%	12	4.3%
	40-64	108	52.9	3	2.8%	10	9.3%	1	0.9%	6	5.6%	3	2.8%	8	7.4%	1	0.9%	1	0.9%	3	2.8%	3	2.8%
	65-74	169	61.0	1	0.6%	11	6.5%	0	0.0%	7	4.1%	4	2.4%	24	14.2%	2	1.2%	0	0.0%	13	7.7%	9	5.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表10）

特定健診受診率は増加している。重症化予防をしていくためには、特定健診受診率の向上への取組みが重要となっている。治療中者の実態を把握するには特定健診受診がかかせないので未受診者対策を継続して実施していく。

特定保健指導率は目標 60%を超えているので今後も維持していく。また、受診勧奨者の割合が同規模よりも高く、長期にわたる経過により血管内皮障害が進行している可能性もあるため、健診結果を受診者に理解できるような保健指導を行うことが必要である。

【図表 10】

年度	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	
								美深町	同規模平均
H25	996	537	54.0%	67	66	38	57.6%	56.4%	52.0%
H28	880	498	56.5%	68	51	70	78.4%	61.2%	56.9%

KDBデータより出力

#### (4) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。その結果、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全者を減少することができ、総医療費の縮減に繋がったと考える。

しかし、糖尿病、高血圧、脂質異常症の人数は下がっているものの入院医療費が増え入院外医療費が減少している。中期目標疾患においては減少傾向にあるが、短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の重症化予防が医療費の増加も医療費に影響していると考えられる。

介護費用も増加しており介護認定率も増加している。介護認定が必要な状態にならないためには、脳血管疾患の予防が必要でそのために高血圧者を減らすことが今後の課題となることも見えてきた。

糖尿病、高血圧、脂質異常で治療に繋がった人が、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と考える。適正な医療を目指すためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は最優先として取り組むべき課題である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### (1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 11)

美深町の入院件数は3.7%で、費用額全体の46.6%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よい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 11】

#### 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】	比較対象			
	保険者	同規模平均	県	国
	27,599円	26,817円	27,782円	24,245円

外来 ★NO.1【医療】	件数	96.3
	費用額	53.4
入院 ★NO.1【医療】	件数	3.7
	費用額	46.6

○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 1 2)

脳血管疾患の入院件数が 1 2 件と多い。虚血性心疾患も 1 件が高額になっている。人工透析は 0 人で新規透析者はでない。

脳血管疾患や虚血性心疾患による入院は医療費も身体的にも負担が大きくその後の生活に影響するものとなる。

基礎疾患では、高血圧で治療している者の割合が高く、脳血管疾患で高血圧者は 2 1 人 (7 2. 4 %)、虚血性心疾患で高血圧は 4 1 人 (9 3. 2 %) となっている。高血圧の管理状況によっては血管障害を起してしまうので、重症化していないか見ていく必要がある。

【図表 1 2】

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	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 (80万円以上レセ)	件数	84件	0件	2件	--
		費用額	1億1393万円	0.0%	2.4%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	73件	12件	0件	--
		費用額	3657万円	16.4%	0.0%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	0件	0件	0件	0件
		費用額		--	--	--

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 重 疾 患	501人	29人	44人	9人
			高血圧	21人	41人	8人
			糖尿病	12人	26人	9人
			脂質異常症	17人	35人	7人
			高血圧症	265人	193人	249人
			糖尿病	52.9%	38.5%	49.7%
			脂質異常症	72.4%	93.2%	88.9%

○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 1 3)

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 9 4. 7 % であり、筋・骨格疾患の 9 0. 5 % を上回っていた。6 5 ~ 7 4 歳から脳血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、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。

介護認定者の医療費が認定なし者よりも高いため、介護保険認定を受けていても重症化予防のためには治療のコントロールは再発予防のためにも重要である。

【図表 1 3】

## 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	1,662人		778人		982人		1,760人		3,422人					
認定者数	3人		33人		310人		343人		346人						
	認定率		0.18%		4.2%		31.6%		19.5%		10.1%				
新規認定者数 (*1)	1人		9人		46人		55人		56人						
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	10	30.3%	77	24.8%	87	25.4%	87	25.1%				
	要介護1・2	1	33.3%	14	42.4%	96	31.0%	110	32.1%	111	32.1%				
	要介護3～5	2	66.7%	9	27.3%	137	44.2%	146	42.6%	148	42.8%				
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)	3		33		310		343		346					
	再) 国保・後期	1		27		276		303		304					
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0	0.0%	脳卒中	10	37.0%	脳卒中	134	48.6%	脳卒中	144	47.4%
				虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	4	14.8%	虚血性心疾患	83	30.1%	虚血性心疾患	87	28.7%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	1	3.7%	腎不全	27	9.8%	腎不全	28	9.2%	
			糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	2	7.4%	糖尿病合併症	16	5.8%	糖尿病合併症	18	5.9%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	1	100.0%	27	100.0%	256	92.8%	283	93.4%	284	93.4%			
		血管疾患 合計	1	100.0%	27	100.0%	260	94.2%	287	94.7%	288	94.7%			
		認知症	1	100.0%	10	37.0%	119	43.1%	129	42.6%	130	42.8%			
		筋・骨格疾患	0	0.0%	23	85.2%	252	91.3%	275	90.8%	275	90.5%			

## 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2000	4000	6000	8000	10000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	9136					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4315					

(4) 健診受診者の実態 (図表14・15)

糖尿病等生活習慣病の発症は、内臓脂肪の蓄積が関与し、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、糖尿病性腎症等のリスクとなる。

美深町においては、健診結果の有所見状況(様式6-2~7)でもBMI・腹囲・空腹時血糖・HbA1c・収縮期血圧・拡張期血圧・クレアチニンが高い。また、全国・北海道・同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群及び該当者が多く、内臓脂肪の蓄積者が多い実態がある。

【図表14】

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(帳票)

	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	37,306	36.0	53,297	51.4	29,225	28.2	24,101	23.2	8,358	8.1	30,105	29.0	51,998	50.2	15,185	14.6	52,940	51.1	26,789	25.8	52,221	50.4	1,524	1.5	
保険者	合計	90	40.7	118	53.4	62	28.1	52	23.5	24	10.9	82	37.1	145	65.6	31	14.0	124	56.1	67	30.3	89	40.3	4	1.8
	40-64	33	40.2	44	53.7	20	24.4	24	29.3	7	8.5	20	24.4	50	61.0	12	14.6	35	42.7	27	32.9	41	50.0	0	0.0
	65-74	57	41.0	74	53.2	42	30.2	28	20.1	17	12.2	62	44.6	95	68.3	19	13.7	89	64.0	40	28.8	48	34.5	4	2.9

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	33,966	23.3	24,041	16.5	22,767	15.6	14,189	9.7	2,419	1.7	24,260	16.6	68,334	46.8	3,151	2.2	62,981	43.1	22,682	15.5	85,356	58.5	300	0.2	
保険者	合計	83	30.0	57	20.6	29	10.5	34	12.3	7	2.5	65	23.5	170	61.4	9	3.2	133	48.0	46	16.6	147	53.1	2	0.7
	40-64	31	28.7	21	19.4	9	8.3	11	10.2	2	1.9	21	19.4	55	50.9	5	4.6	39	36.1	20	18.5	56	51.9	1	0.9
	65-74	52	30.8	36	21.3	20	11.8	23	13.6	5	3.0	44	26.0	115	68.0	4	2.4	94	55.6	26	15.4	91	53.8	1	0.6

【図表15】

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(帳票)

	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		
	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		
	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	221	55.1	13	5.9%	38	17.2%	1	0.5%	29	13.1%	8	3.6%	67	30.3%	10	4.5%	6	2.7%	34	15.4%	17	7.7%
	40-64	82	48.8	10	12.2%	15	18.3%	0	0.0%	10	12.2%	5	6.1%	19	23.2%	3	3.7%	0	0.0%	10	12.2%	6	7.3%
	65-74	139	59.7	3	2.2%	23	16.5%	1	0.7%	19	13.7%	3	2.2%	48	34.5%	7	5.0%	6	4.3%	24	17.3%	11	7.9%

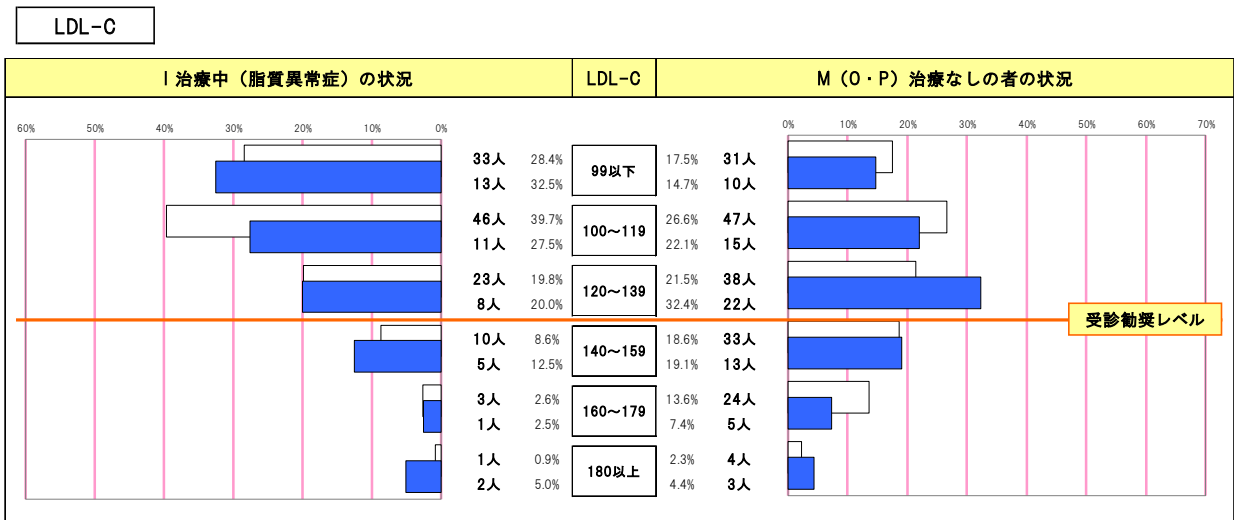
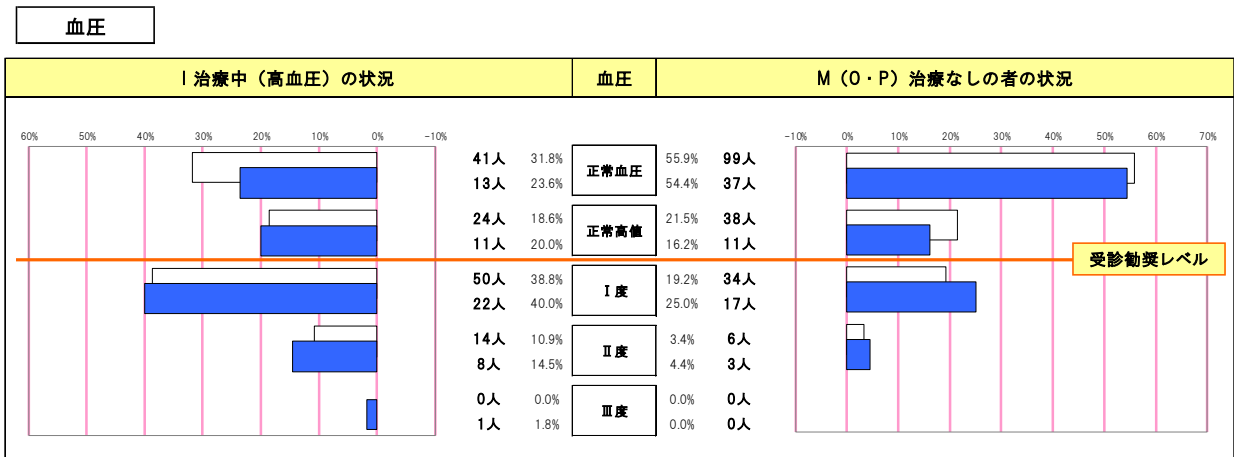
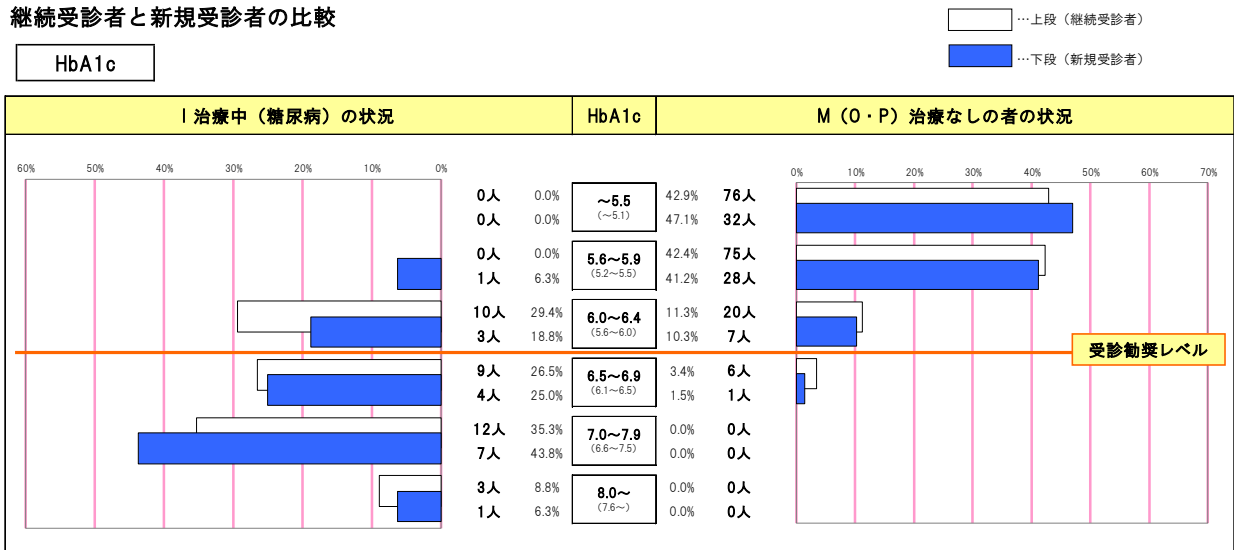
	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保険者	合計	277	57.6	4	1.4%	21	7.6%	1	0.4%	13	4.7%	7	2.5%	32	11.6%	3	1.1%	1	0.4%	16	5.8%	12	4.3%
	40-64	108	52.9	3	2.8%	10	9.3%	1	0.9%	6	5.6%	3	2.8%	8	7.4%	1	0.9%	1	0.9%	3	2.8%	3	2.8%
	65-74	169	61.0	1	0.6%	11	6.5%	0	0.0%	7	4.1%	4	2.4%	24	14.2%	2	1.2%	0	0.0%	13	7.7%	9	5.3%

(5) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況 (図表16)

HbA1c・血圧・LDL-Cどれも新規受診者で受診勧奨レベルの者がいる。HbA1c・血圧・LDL-Cを比較すると、受診勧奨レベルに多いのはHbA1cであり治療中の者のコントロールが不良という結果でもある。重症化予防には、治療中者が受診勧奨レベルにならないことが重要である。

【図表16】

継続受診者と新規受診者の比較



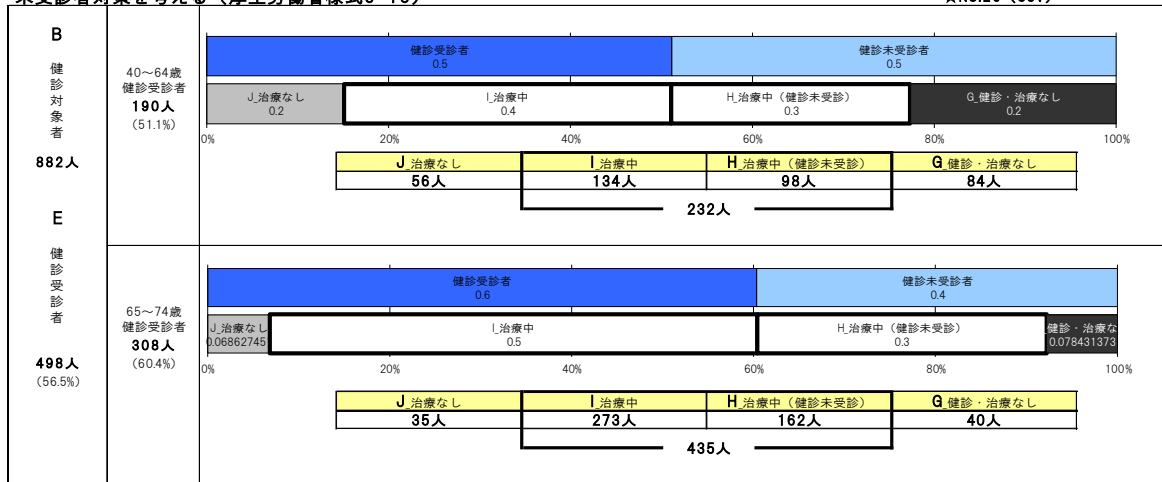
(6) 未受診者の把握 (図表 17)

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84人となっている。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。

【図表 17】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (GSV)



○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

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ていく。

3. 目標の設定

(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つの疾患をそれぞれ1%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。

しかし、美深町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防が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、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。

その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、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。

### 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

平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下「法」という。)に基づき、生活習慣病の発症や重症化を予防するため、医療保険者にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務づけされている。

実施にあたっては、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)は6年一期として策定する。

平成20～24年度：第一期	平成25～29年度：第二期	平成30～35年度：第三期
---------------	---------------	---------------

#### 2. 目標値の設定及び対象者の見込み

【図表18】

	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	850	830	810	790	770	750
特定健診受診者	468	465	462	458	454	450
特定健診実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導対象者	60	60	60	60	60	60
特定保健指導実施者	42	42	42	45	45	45
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	75%	75%	80%

#### 3. 特定健診の実施

##### (1) 対象者

美深町国民健康保険被保険者のうち、実施年度中に40歳～74歳の方を対象とする。美深町国保では、生活習慣病の中長期的な予防を目指し、独自に20～30歳も対象とする。

##### (2) 特定健診検査項目

【図表19】

①基本項目	問診質問項目、自覚症状及び他覚症状、身体計測(身長、体重、腹囲、BMI)、血圧測定 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール) 肝機能検査(AST、ALT、γ-GT)、血糖検査(空腹時血糖または随時血糖、HbA1c) 尿検査(糖、蛋白)
②詳細項目	心電図検査、眼底検査、貧血検査(ヘマトクリット、血色素、赤血球) クレアチン(eGFRを含む)、尿検査(潜血)
③その他 (独自項目)	尿蛋白定量検査 血液検査(総コレステロール、BUN、総蛋白、アルブミン、LDH、ALP、LDH、CHE、白血球、MCV、MCH、MCHC、血小板)

法に基づく特定健診項目の他、慢性腎臓病の早期発見・予防の為に独自に検査項目を追加した上で実施します。

検査項目の考え方として、詳細項目、その他の項目も含めて全員に実施する考えであるが委託機関においては詳細項目、その他の項目が実施困難な場合があるができるだけ全ての項目ができるように調整を図る。



### (3) 実施形態

健診については、集団健診と個別健診を設け、受診しやすい方法を維持し、被用者保険の被保険者、後期高齢者の健診も含めて、継続して受診しやすい体制を維持する。

①集団健診（美深厚生病院・旭川厚生病院）

②個別健診（美深厚生病院・旭川厚生病院・瀬尾医院・たに内科クリニック・中央整形外科）

### (4) 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基準を満たした委託先を選定する。

### (5) 受診者負担

特定健診受診時窓口で支払う自己負担の額は無料とする。

### (6) 事業者健診等からの健診受診者のデータ収集

#### ①事業者等からの受領

法令に基づく事業者健診の結果については、本人の同意のもと事業者等と十分な協議を行った上でデータを受領する。

#### ②受診者本人からの受領

被保険者本人からの健診結果の受領については、未受診者勧奨はがきにて周知する。

#### ③かかりつけ医との連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

### (7) 特定健診の周知及び実施スケジュール

特定健診実施機関については、広報、情報端末、個人周知に掲載する。

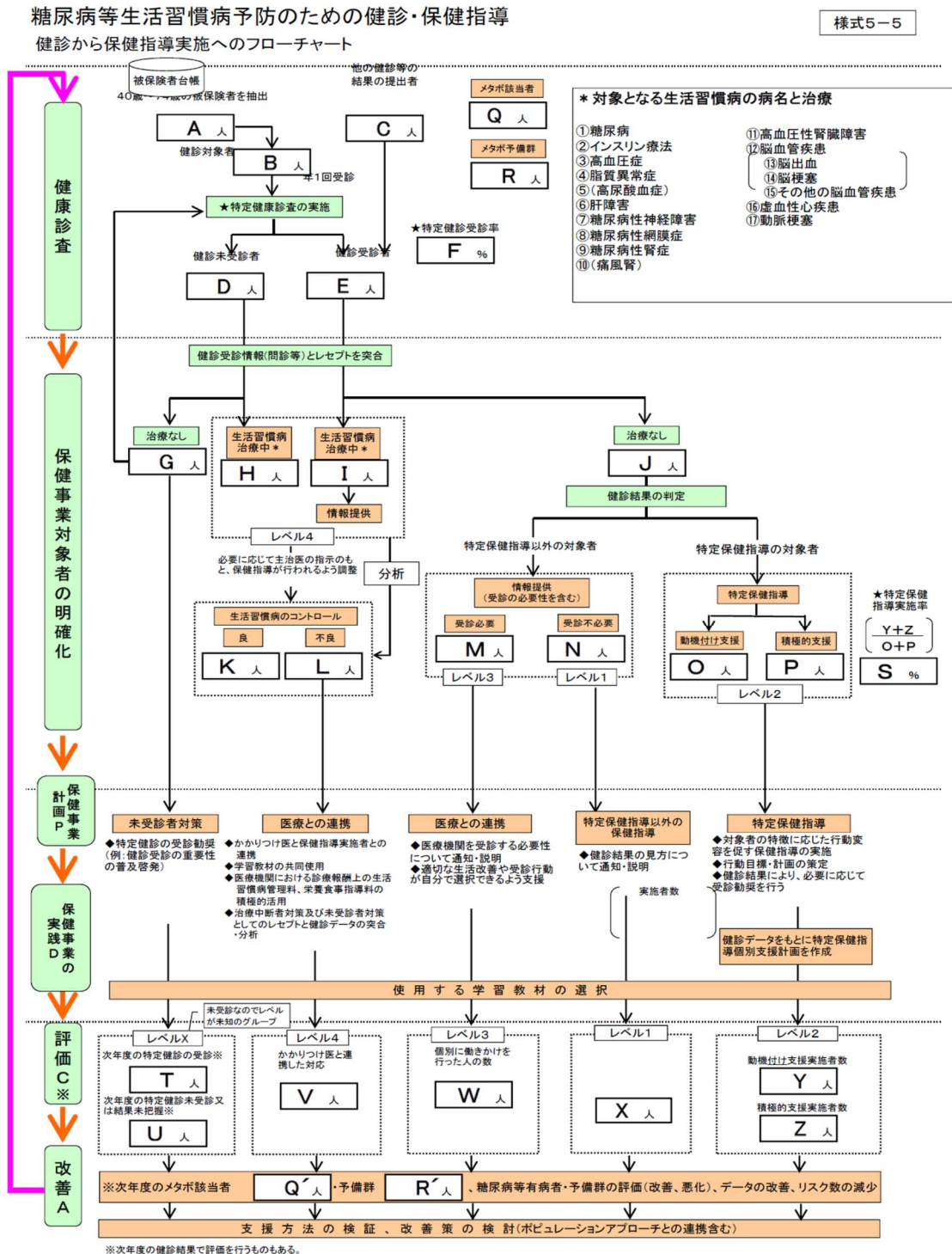
特定健診時期は4月から翌年3月末まで実施する。

#### 4. 特定保健指導の実施

##### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表20)

【図表20】



(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 2 1)

【図表 2 1】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法
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
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
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)
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明
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

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

4) 保健指導実施者

美深町保健師・栄養士にて実施します。

5) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム (確定版) によると「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」とある。

また、評価は①ストラクチャー (構造)、②プロセス (過程)、③アウトプット (事業実施量) ④アウトカム (結果) の4つの観点から行うこととされている。

そのため保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有でき、必要な改善を行っていただけるよう評価表の様式を定めて実施する。

5. 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美深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。

## 6. 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。

## 7. 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）に基づき、美深町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 8. その他

(1) 後期高齢者を対象にした特定健診

集団健診、個別健診ともに後期高齢者が継続して受診できるよう体制を継続する。

(2) 生活保護受給者に対する健診

健康増進法に基づく健診として集団健診で受診できるよう体制を継続する。

(3) がん検診

胃がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん検診、喀痰検診を同時実施できる体制を継続する。

(4) その他の検診

40歳の肝炎ウイルス検査、10歳以上のエキノコックス症検診を同日に実施できるよう体制を継続する。

(5) 被保険者へのインセンティブの提供

受診率の向上のため、特定健康診査やがん検診を受診している方にポイントを付与し、ポイント数に応じて特典を設けるなどの取組みを維持します。

## 第4章 保健事業の内容

### 1. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、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。

## 2. 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22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22】

【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
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	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		○		



## (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国及び北海道プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ・ 医療機関未受診者
- ・ 医療機関受診中断者
- ・ 糖尿病治療中者
- ・ 糖尿病性腎症で通院している者
- ・ 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23）

【図表23】

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。

美深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。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。

尿定量検査も一部実施しているので早期腎症の発見と予防に努めていく。

### ③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24)

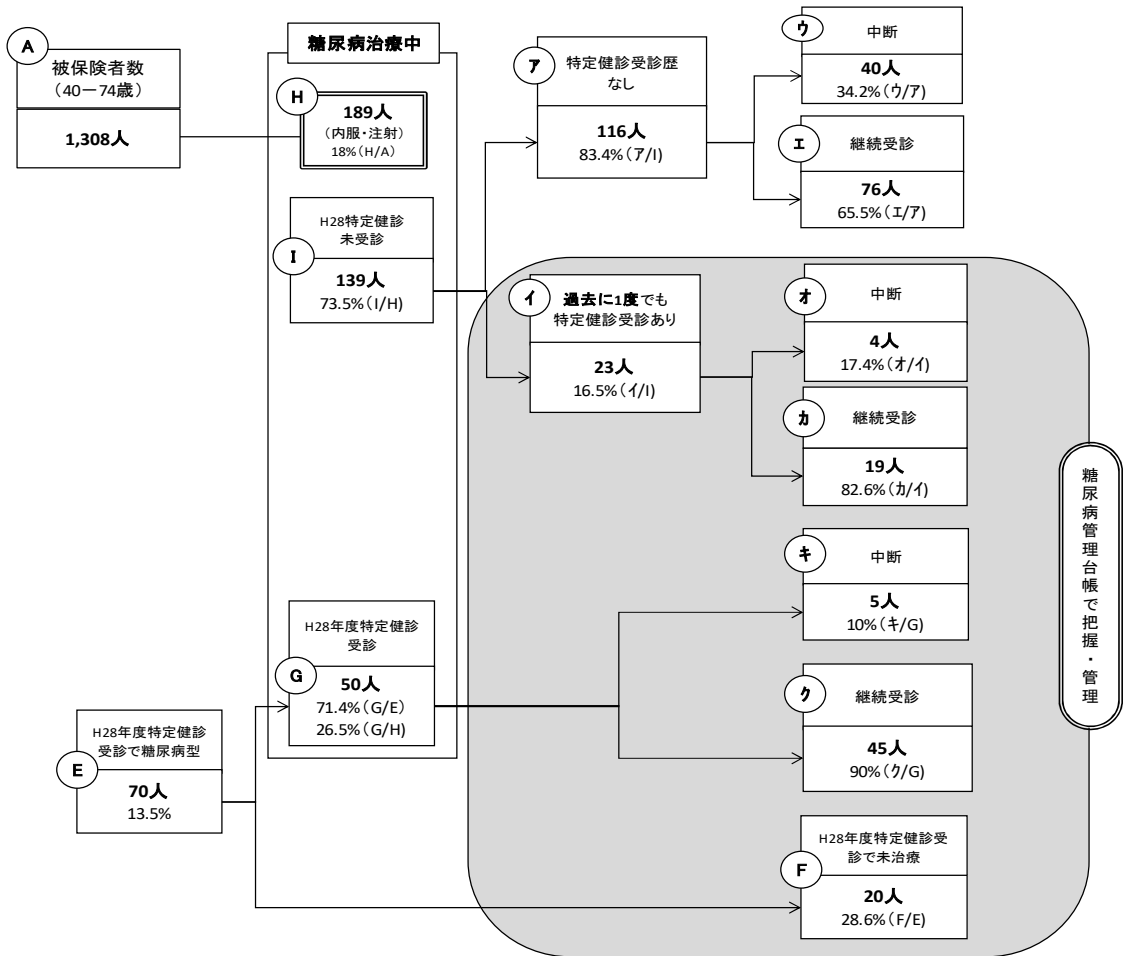
美深町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は20人(24%・F)であった。また、40~74歳における糖尿病治療者189人(H)中のうち、特定健診受診者が50人(26.5%・G/H)であったが、5人(10%・キ)は中断者であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者139人(73.5%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者23人中(イ)4人(オ)は治療中断であることが分かった。また、

19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。

【図表24】

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



④介入方法と優先順位

美深町においての介入方法は図表25のとおりとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・20人
  - ・糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・9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)・・・45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)・・・19人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導



糖尿病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 style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</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><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> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか? ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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～</li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○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> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか?</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは?</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</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> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもと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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

(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及び年次計画表で行い、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】

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のみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1c 6.5%以上になった場合は記載する。

- ①HbA1c    ②血圧    ③体重    ④eGFR    ⑤尿蛋白

(4) 保険加入資格を確認する

(5) レセプトを確認し情報を記載する

①治療状況の把握

- ・服薬状況等をレセプトで確認
- ・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

(6) 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。

(7) 担当地区の対象者数の把握

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

(8) 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。

美深町においては、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25）

(9) 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（一部尿蛋白定量検査）を実施している。可逆的な糖尿病腎症第2期を逃さないようにするには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（±）者には2次健診等を活用して尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

(10) 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、特定健診経過表を作成し紹介状等を使用する。

(11) 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国・北海道プのプログラムを参考に行っていく。

## (12) 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。

## (13) 評価

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

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

### 【短期的評価】

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

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/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## (14) 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
- 通年～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

## 3. 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。

### (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。

#### ②心電図検査からの重症化予防対象者の抽出

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。

美深町において健診受診者 879 人のうち心電図検査実施者は 877 人(99.8%)であり、そのうちST所見があったのは 15 人であった(図表 26)。ST所見あり 15 人中のうち 1 人は要精査であった(図表 27)。

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。

美深町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の継続をしていく。

【美深町H28年心電図結果】

【図表26】

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)		ST所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
	平成 28 年度	879	100	877	99.8	15	1.7	173	19.7	689

【美深町H28年ST所見ありの医療機関受診状況】

【図表27】

ST所見あり (a)		要精査 (b)		医療機関受診あり (c)		その他の所見 (d)	
(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
15	100	1	0.7	0	0	1	100

### ③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。

### (3) 受診勧奨及び保健指導の実施

虚血性心疾患の予防には、図表 28 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。

### 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)

#### (4) 二次健診の実施

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

#### (5) 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。

#### (6) 医療との連携

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

#### (7) 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。

(8) 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。短期的評価については、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とする。

(9) 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

通年 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

4. 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29、30)

【脳卒中の分類】

【図表29】

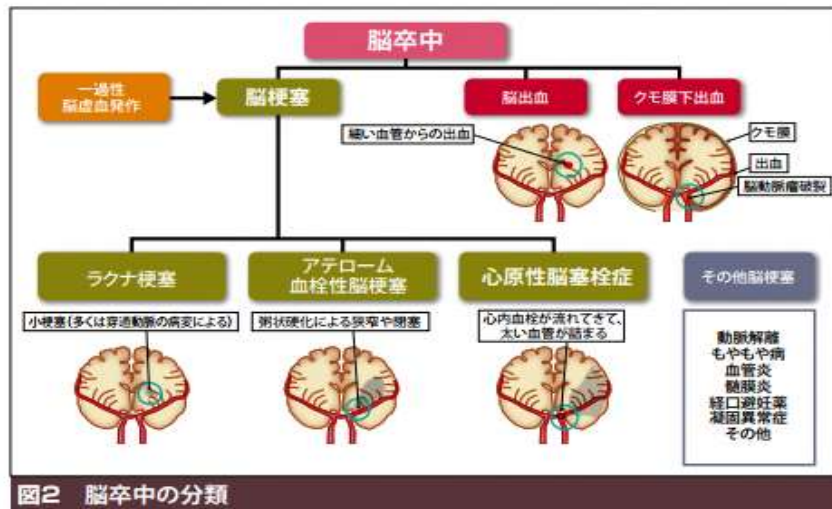


図2 脳卒中の分類

脳血管疾患とリスク因子

【図表30】

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	●							

(脳卒中予防の提言より引用)

(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31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31】

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	●													
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%)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタリック 該当者		尿蛋白(2+) 以上		eGFR50未満 (70歳以上 40未満)	
受診者数 519人		35人	6.7%	70人	13.5%	14人	2.7%	9人	1.7%	99人	19%	7人	1.3%	26人	5%
治療なし		12人	34.3%	20人	28.6%	9人	64.3%	3人	33.3%	12人	12.1%	0人	-	5人	19.2%
治療あり		23人	65.7%	50人	71.4%	3人	21.4%	6人	66.7%	87人	87.9%	7人	100%	21人	80.8%

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35人(6.7%)であり、12人は未治療者であった。また未治療のうち心房細動が9人(1.7%)であり、3人(33.3%)は未治療の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(4.4%)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32)

表○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。(平成28年度特定健診結果)

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)

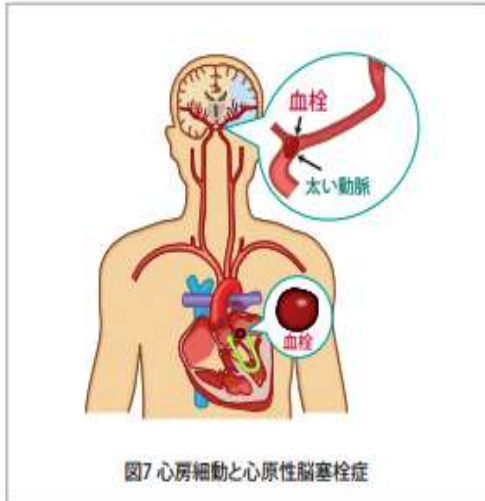
血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	335	116	71	68	68	12	0	
		34.6%	21.2%	20.3%	20.3%	3.6%	0.0%	
リスク第1層	45	27	8	3	6	1	0	
		13.4%	23.3%	11.3%	4.4%	8.8%	8.3%	--
リスク第2層	167	58	40	35	28	6	0	
		49.9%	50.0%	56.3%	51.5%	41.2%	50.0%	--
リスク第3層	123	31	23	30	34	5	0	
		36.7%	26.7%	32.4%	44.1%	50.0%	41.7%	--
再掲) 重複あり	糖尿病	34	9	6	7	10	2	
		27.6%	29.0%	26.1%	23.3%	29.4%	40.0%	--
	慢性腎臓病 (CKD)	69	17	10	16	23	3	
	56.1%	54.8%	43.5%	53.3%	67.6%	60.0%	--	
	3個以上の危険因子	66	13	14	17	17	5	
	53.7%	41.9%	60.9%	56.7%	50.0%	100.0%	--	

【図表32】

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
6	29	45
1.8%	8.7%	13.4%
6	1	0
100%	3.4%	0.0%
--	28	6
--	96.6%	13.3%
--	--	39
--	--	86.7%

(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



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33は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況

【図表33】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	215人	271人	8	0.3	2	0.07	-	-
40歳代	36人	23人	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	23人	37人	1	4.3	0	0	0.8	0.1
60歳代	93人	133人	3	3.2	1	0.7	1.9	0.4
70~74歳	63人	78人	4	6.3	1	0.1	3.4	1.1

心房細動有所見者の治療の有無

【図表37】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療		治療中	
人	%	人	%	人	%
10	20.6	2	20%	8	80%

心電図検査の有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に50代からの男性においては日本循環器学会疫学調査と比較しても非常に高いことがわかった。心房細動においても10人(20.6%)で、8人は既に治療が開始されていたが、特定健診で心電図検査を実施し受診勧奨が必要な2名を発見することができた。

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・介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

(4) 受診勧奨及び保健指導の実施

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。

(5) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より「心血管



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

#### （6）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できるよう台帳を作成し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。

##### ②心房細動の管理

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。

#### （7）医療との連携

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

#### （8）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。

#### （9）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。短期的評価においては、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とする。

#### （10）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

通年～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

## 5. 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实態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表35)

保険者努力支援制度 美深町

【図表35】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組み

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。

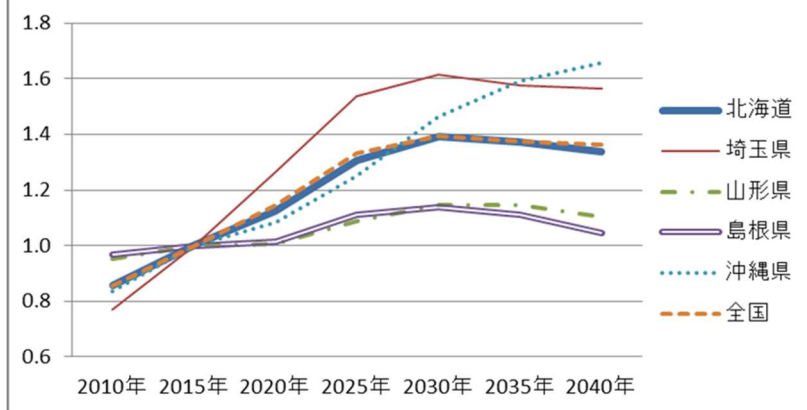
要介護状態になり地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉えられる。

北海道は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1としたときの指数で2040年が1.34とほぼ全国と同等と推計されている。(図表36)

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

**75歳以上人口の将来推計**  
(2015年の人口を1.0にしたときの指数)

【図表36】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。

かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

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

#### 【評価における4つの指標】

ストラクチャー (保健事業実施のための体制やシステムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・KDB活用環境の確保</li> </ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・必要なデータは入手できているか。</li> <li>・スケジュールどおり行われているか。</li> </ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか。</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を適宜、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、ホームページ等を通じた周知をする。

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

### **2. 個人情報の取扱い**

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、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。