

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健診等実施計画

平成30年4月～平成36年3月

平成30年 3月 本別町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

- 1.背景・目的
- 2.計画の位置付け
- 3.計画期間
- 4.関係者が果たすべき役割と連携
- 5.保険者努力支援制度

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化 7

- 1.第1期計画に係る評価及び考察
- 2.第2期計画における健康課題の明確化
- 3.目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 21

- 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 26

- I 保健事業の方向性
- II 重症化予防の取組
 - 1.糖尿病性腎症重症化予防
 - 2.虚血性心疾患重症化予防
 - 3.脳血管疾患重症化予防
- III ポピュレーションアプローチ

第5章 地域包括ケアに係る取組 42

第6章 計画の評価・見直し 42

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 43

参考資料 44

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付け

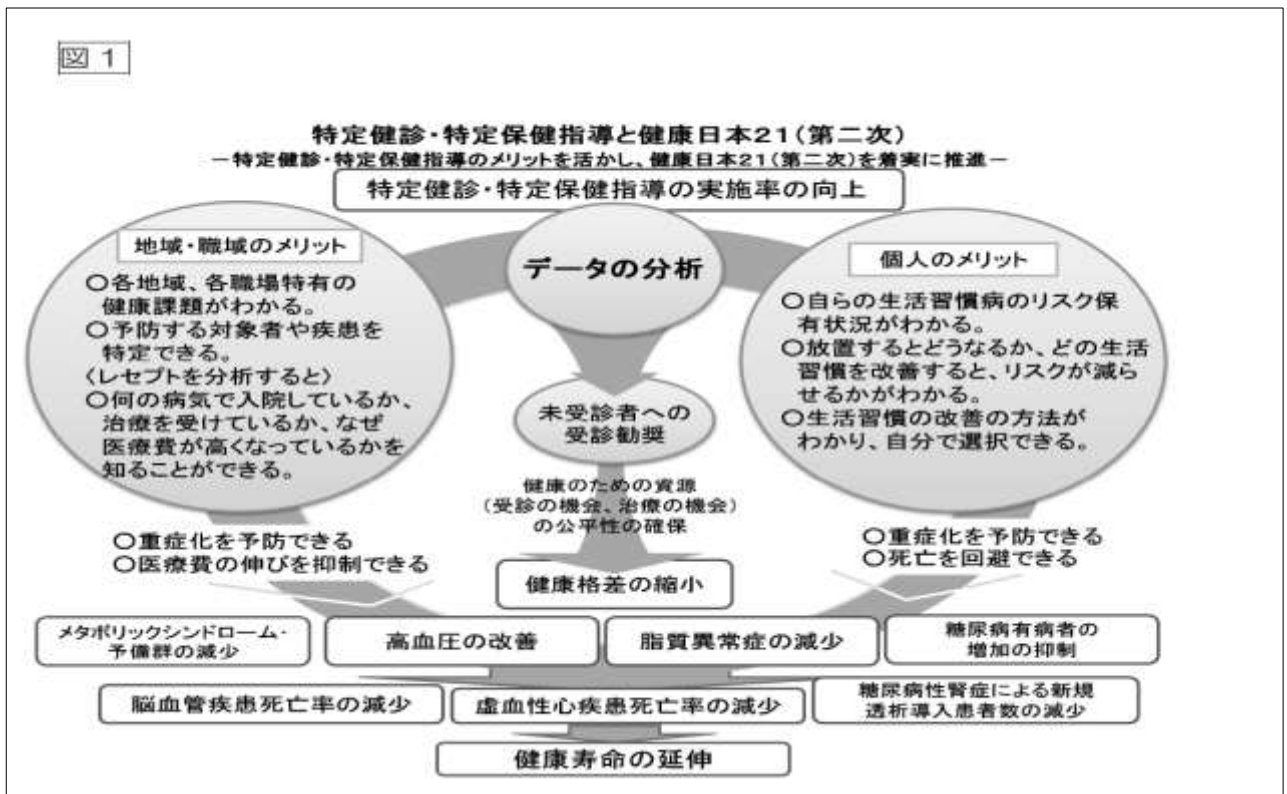
第 2 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C A サイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表 1・2・3）

【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

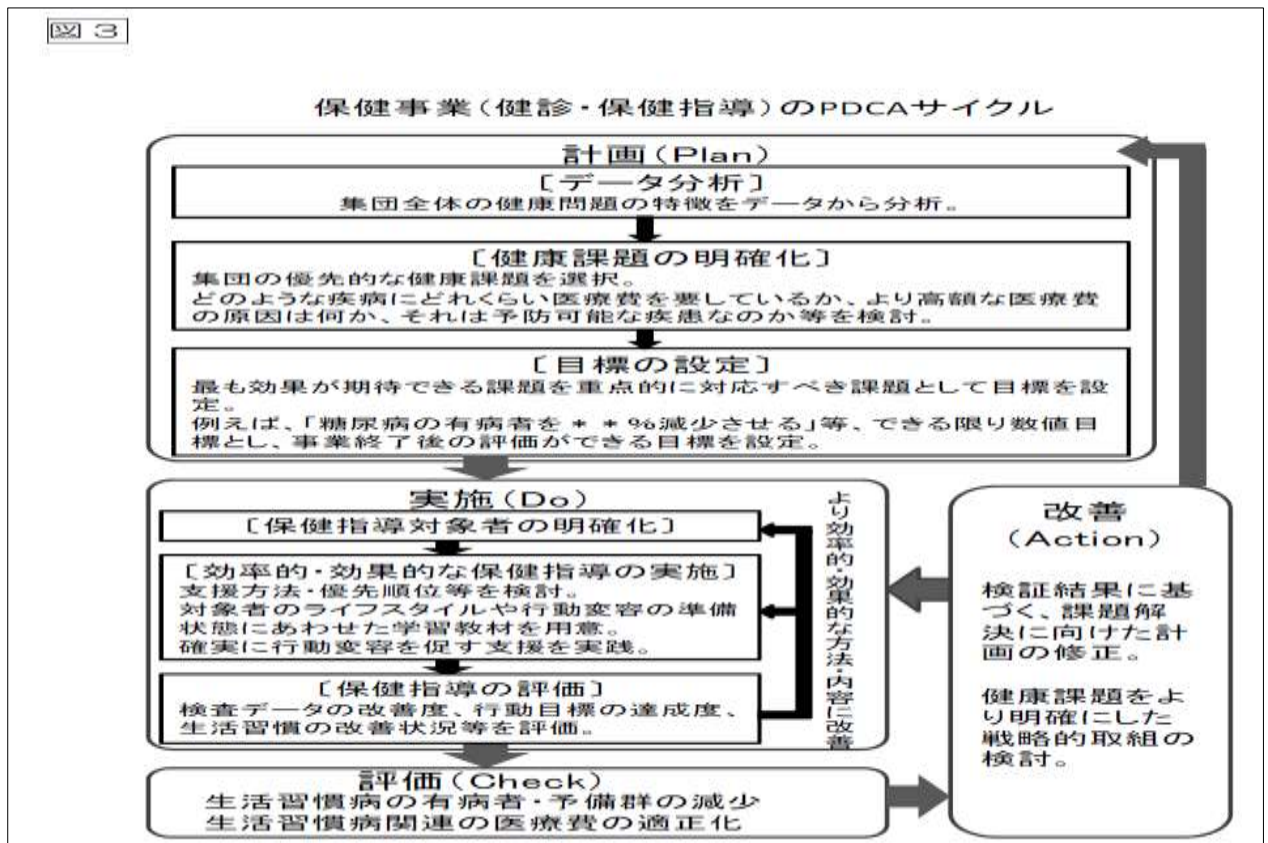
	※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
	3 「健康日本21」計画	6 「特定健康診査等実施計画」	10 「データヘルス計画」	14 「介護保険事業(支援)計画」	14 「医療費適正化計画」	14 「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機 能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障 制度が維持可能なもの となるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の 予防 対策 を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患 者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を 抑え 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着 目し、生活習慣を改善するための 特定保健指導 を必要とす るものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 保 険者 がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の財政基礎強化 が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護状 態または要支援状態となることの 予防 又は、要介護 状態等の軽減もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民皆保険を堅持 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 が過度に増大しないようにしていくとともに、 良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 保 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効率 的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 育壮年期 、 高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の 青年期・壮年期 世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 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 ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦帯硬化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に係る項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール 摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他						



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とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

データヘルス計画は国民健康保険担当が主体となり策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。保健師等の専門職と連携をして、一体となって計画策定を進めていく。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

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

このため、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。

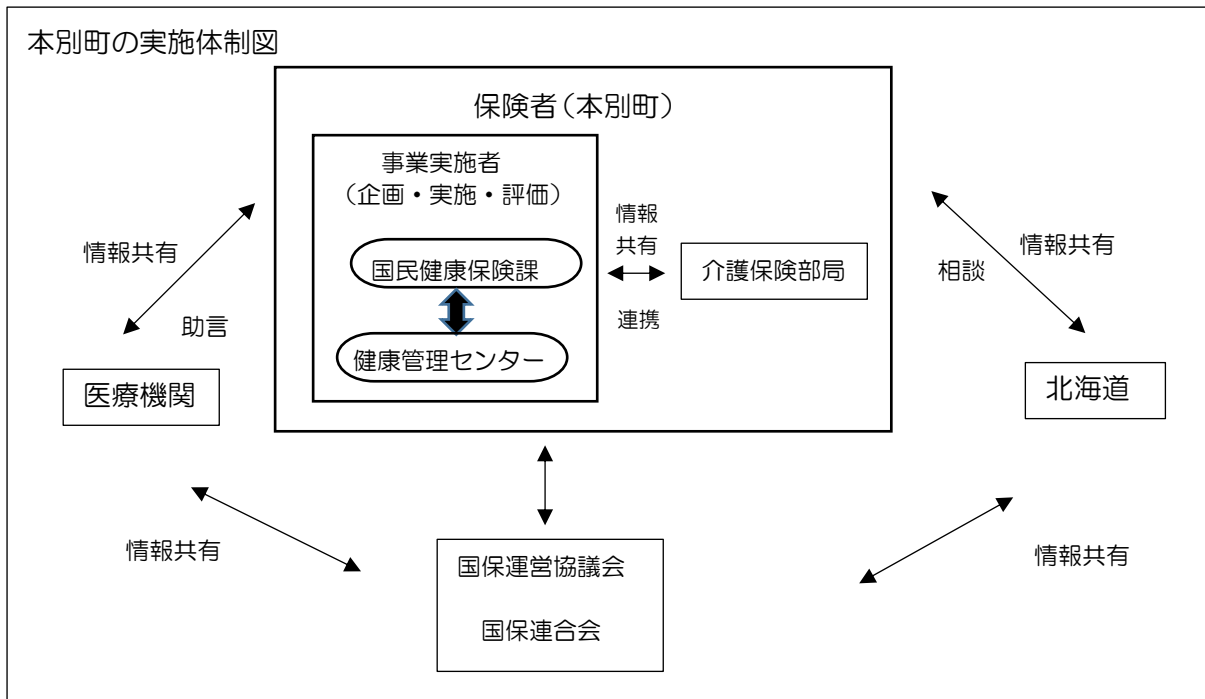
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。【図表 4】



4) 保険者努力支援制度

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

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

本別町の配点

【図表 5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		126			
総得点(体制構築加点含む)		227	284	407	
全国順位(1,741市町村中)		467			
共通 ①	特定健診受診率	5	0	0	50
	特定保健指導実施率	10	0	0	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	0	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	7	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	30	30	50	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④⑤	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	15	25	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	17	21	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			26	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成26年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は増加。死因別に心臓病による死亡割合は増加しており、脳疾患、腎不全については横ばいである。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護給付費は若干の減少がみられたが同規模平均・北海道・国と比較すると高い。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加している。特定健診受診者における受診勧奨者の医療機関受診率は増加しており、重症化予防につながっていると推測できる。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。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、28年度の介護給付費、1件当たり介護給付費ともに減少した。平成27年度の介護報酬の改正、地域支援事業への移行など介護保険制度の改正等の変化が要因と考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	本別町				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H26年度	8億1,940万円	98,509	53,479	278,063	71,395	41,327	281,490
H28年度	8億1,201万円 ↓	97,833 ↓	53,173	273,288	70,593 ↓	40,986	275,281

②医療費の状況（図表7）

医療費の変化について、総医療費については入院費用の伸び率は抑制できていることがわかった。しかし、一人当たり医療費の伸び率は入院・入院外ともに費用が増えている。

【図表 7】

医療費の変化

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 (円)	H26年度	798,568,520				345,552,020				453,016,500			
	H28年度	813,425,840	14,857,320	1.9%	-1.3%	336,782,810	-8,769,210	-2.5%	-1.5%	476,643,030	23,626,530	5.2%	-1.1%
一人当たり医療費 (円)	H26年度	25,373				10,980				14,390			
	H28年度	28,117	2,744	10.8%	5.2%	11,640	660	6.0%	5.0%	16,480	2,082	14.5%	5.3%

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計は、減少した。短期目標疾患である糖尿病については国・北海道と比較すると高くなっている。

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26年度と平成28年度との比較)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	新生物	精神疾患				筋・骨疾患
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H26	798,568,520	25,373	115位	112位	5.31%	0.15%	2.89%	1.49%	6.23%	6.41%	2.04%	195,796,500	24.52%	8.50%	3.33%	15.22%	
H28	813,425,740	28,117	84位	82位	4.32%	0.23%	1.43%	1.29%	6.74%	3.71%	2.14%	161,603,580	19.87%	14.67%	3.32%	11.74%	
H28	北海道	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%	
H28	国	447,068,008,510	27,782	--	--	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	92,704,528,050	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%	

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【出典】

◆「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・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）

中長期目標疾患に関しては、虚血性心疾患（様式 3-5）、脳血管疾患（様式 3-6）、人工透析（様式 3-7）の 3 疾患すべて増加した。虚血性心疾患と脳血管疾患においては、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者割合が減少しているため、未治療（のまま心血管イベントが発症する人）がいなかったか確認する必要がある。また、健診受診者を増やし、疾病の早期発見に努める必要がある。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患		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
H26	全体	2715	103	3.8	20	19.4	3	2.9	86	83.5	46	44.7	68	66.0	
	64歳以下	1744	16	0.9	4	25.0	2	12.5	12	75.0	7	43.8	7	43.8	
	65歳以上	971	87	9.0	16	18.4	1	1.1	74	85.1	39	44.8	61	70.1	
H28	全体	2501	107	4.3	16	15.0	3	2.8	86	80.4	46	43.0	66	61.7	
	64歳以下	1504	22	1.5	2	9.1	3	13.6	16	72.7	12	54.5	7	31.8	
	65歳以上	997	85	8.5	14	16.5	0	0.0	70	82.4	34	40.0	59	69.4	

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
H26	全体	2715	74	2.7	20	27.0	3	4.1	51	68.9	27	36.5	37	50.0	
	64歳以下	1744	22	1.3	4	18.2	2	9.1	13	59.1	7	31.8	8	36.4	
	65歳以上	971	52	5.4	16	30.8	1	1.9	38	73.1	20	38.5	29	55.8	
H28	全体	2501	84	3.4	16	19.0	3	3.6	52	61.9	27	32.1	41	48.8	
	64歳以下	1504	27	1.8	2	7.4	3	11.1	14	51.9	10	37.0	10	37.0	
	65歳以上	997	57	5.7	14	24.6	0	0.0	38	66.7	17	29.8	31	54.4	

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
H26	全体	2715	5	0.2	3	60.0	3	60.0	5	100.0	3	60.0	2	40.0	
	64歳以下	1744	4	0.2	2	50.0	2	50.0	4	100.0	2	50.0	1	25.0	
	65歳以上	971	1	0.1	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	
H28	全体	2501	7	0.3	3	42.9	3	42.9	7	100.0	4	57.1	1	14.3	
	64歳以下	1504	7	0.5	0	0.0	3	42.9	7	100.0	4	57.1	1	14.3	
	65歳以上	997	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2~3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから健診等による早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし、高血圧と脂質異常症の合併割合は増えていることから、これらのコントロール状況も併せて確認する必要がある。

高血圧治療者(様式3-3)、脂質異常症治療者(様式3-4)においても、短期的目標にある他疾患との合併割合が増えており、中長期的目標である心血管イベント発症者が増加しないよう、全身管理ができてきているかの確認が重要となってくる。

また、いずれも64歳以下の治療者割合が増加していることから、壮年期層の健診受診者を増やし実態を知る必要がある。

【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										
		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	人数	割合	
H26	全体	2715	275	10.1	25	9.1	201	73.1	149	54.2	46	16.7	27	9.8	3	1.1	19	6.9			
	64歳以下	1744	97	5.6	12	12.4	61	62.9	47	48.5	7	7.2	7	7.2	2	2.1	8	8.2			
	65歳以上	971	178	18.3	13	7.3	140	78.7	102	57.3	39	21.9	20	11.2	1	0.6	11	6.2			
H28	全体	2501	290	11.6	22	7.6	214	73.8	167	57.6	46	15.9	27	9.3	4	1.4	12	4.1			
	64歳以下	1504	105	7	10	9.5	70	66.7	57	54.3	12	11.4	10	25.7	4	3.8	5	4.8			
	65歳以上	997	185	18.6	12	6.5	144	77.8	110	59.5	34	18.4	17	9.2	0	0	7	3.8			

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標							中長期的な目標						
		高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H26	全体	2715	545	20.1	201	36.9	254	46.6	86	15.8	51	9.4	5	0.9	
	64歳以下	1744	165	9.5	61	37.0	72	43.6	12	7.3	13	7.9	4	2.4	
	65歳以上	971	380	39.1	140	36.8	182	47.9	74	19.5	38	10.0	1	0.3	
H28	全体	2501	499	20.0	214	42.9	259	51.9	86	17.2	52	10.4	7	1.4	
	64歳以下	1504	151	10.0	70	46.4	75	49.7	16	10.6	14	9.3	7	4.6	
	65歳以上	997	348	34.9	144	41.4	184	52.9	70	20.1	38	10.9	0	0.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標							中長期的な目標						
		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	
H26	全体	2715	350	12.9	149	42.6	254	72.6	68	19.4	37	10.6	2	0.6	
	64歳以下	1744	111	6.4	47	42.3	72	64.9	7	6.3	8	7.2	1	0.9	
	65歳以上	971	239	24.6	102	42.7	182	76.2	61	25.5	29	12.1	1	0.4	
H28	全体	2501	353	14.1	167	47.3	259	73.4	66	18.7	66	18.7	1	0.3	
	64歳以下	1504	107	7.1	57	53.3	75	70.1	7	6.5	7	6.5	1	0.9	
	65歳以上	997	246	24.7	110	44.7	184	74.8	59	24.0	59	24.0	0	0.0	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖の有所見者は減少したものの、HbA1cの有所見者においては男性が増加している。BMIは女性、腹囲については男性・女性共に増加している。血圧については、男性女性共に増加している。メタボリックシンドローム予備群・該当者は増加傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【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（帳票）

男性		BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上	85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	合計	113	47.1	150	62.5	73	30.4	72	30.0	23	9.6	86	35.8	163	67.9	40	16.7	100	41.7	51	21.3	127	52.9	2	0.8
	40-64	68	52.7	85	65.9	45	34.9	50	38.8	13	10.1	40	31.0	80	62.0	25	19.4	43	33.3	25	19.4	70	54.3	0	0.0
	65-74	45	40.5	65	58.6	28	25.2	22	19.8	10	9.0	46	41.4	83	74.8	15	13.5	57	51.4	26	23.4	57	51.4	2	1.8
H28	合計	128	46.2	180	65.0	74	26.7	82	29.6	28	10.1	91	32.9	190	68.6	39	14.1	128	46.2	62	22.4	161	58.1	3	1.1
	40-64	65	51.6	79	62.7	34	27.0	45	35.7	14	11.1	39	31.0	87	69.0	22	17.5	43	34.1	25	19.8	73	57.9	1	0.8
	65-74	63	41.7	101	66.9	40	26.5	37	24.5	14	9.3	52	34.4	103	68.2	17	11.3	85	56.3	37	24.5	88	58.3	2	1.3

女性		BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上	90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	合計	80	28.0	52	18.2	40	14.0	36	12.6	12	4.2	62	21.7	204	71.3	10	3.5	123	43.0	51	17.8	167	58.4	1	0.3
	40-64	44	34.6	26	20.5	19	15.0	20	15.7	4	3.1	27	21.3	101	79.5	5	3.9	58	45.7	27	21.3	81	63.8	0	0.0
	65-74	36	22.6	26	16.4	21	13.2	16	10.1	8	5.0	35	22.0	103	64.8	5	3.1	65	40.9	24	15.1	86	54.1	1	0.6
H28	合計	115	34.2	71	21.1	69	20.5	48	14.3	16	4.8	61	18.2	225	67.0	11	3.3	164	48.8	62	18.5	207	61.6	2	0.6
	40-64	45	36.3	25	20.2	24	19.4	21	16.9	7	5.6	20	16.1	77	62.1	4	3.2	48	38.7	19	15.3	80	64.5	1	0.8
	65-74	70	33.0	46	21.7	45	21.2	27	12.7	9	4.2	41	19.3	148	69.8	7	3.3	116	54.7	43	20.3	127	59.9	1	0.5

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）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	合計	236	28.3	19	8.1%	46	19.5%	4	1.7%	25	10.6%	17	7.2%	79	33.5%	17	7.2%	8	3.4%	31	13.1%	23	9.7%
	40-64	146	30.9	12	8.2%	31	21.2%	2	1.4%	15	10.3%	14	9.6%	49	33.6%	8	5.5%	7	4.8%	17	11.6%	17	11.6%
	65-74	90	25.0	7	7.8%	15	16.7%	2	2.2%	10	11.1%	3	3.3%	30	33.3%	9	10.0%	1	1.1%	14	15.6%	6	6.7%
H28	合計	277	37.2	25	9.0%	56	20.2%	5	1.8%	34	12.3%	17	6.1%	99	35.7%	16	5.8%	5	1.8%	42	15.2%	36	13.0%
	40-64	126	36.4	15	11.9%	32	25.4%	2	1.6%	15	11.9%	15	11.9%	32	25.4%	4	3.2%	3	2.4%	15	11.9%	10	7.9%
	65-74	151	37.8	10	6.6%	24	15.9%	3	2.0%	19	12.6%	2	1.3%	67	44.4%	12	7.9%	2	1.3%	27	17.9%	26	17.2%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H26	合計	273	29.6	6	2.2%	24	8.8%	2	0.7%	18	6.6%	4	1.5%	20	7.3%	4	1.5%	3	1.1%	10	3.7%	3	1.1%
	40-64	198	30.3	4	2.0%	19	9.6%	1	0.5%	14	7.1%	4	2.0%	10	5.1%	4	2.0%	2	1.0%	4	2.0%	0	0.0%
	65-74	75	27.9	2	2.7%	5	6.7%	1	1.3%	4	5.3%	0	0.0%	10	13.3%	0	0.0%	1	1.3%	6	8.0%	3	4.0%
H28	合計	336	38.6	6	1.8%	26	7.7%	4	1.2%	17	5.1%	5	1.5%	39	11.6%	8	2.4%	4	1.2%	15	4.5%	12	3.6%
	40-64	124	34.7	2	1.6%	11	8.9%	1	0.8%	8	6.5%	2	1.6%	12	9.7%	2	1.6%	4	3.2%	4	3.2%	2	1.6%
	65-74	212	41.2	4	1.9%	15	7.1%	3	1.4%	9	4.2%	3	1.4%	27	12.7%	6	2.8%	0	0.0%	11	5.2%	10	4.7%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 28 年度はデータ受領、未受診者対策事業の実施により大幅に受診率は向上した。特定保健指導率についても増加している。しかし、同規模内の順位はまだ低く、生活習慣病のリスクの発見・重症化予防のためにはさらなる受診率向上への取り組みが必要である。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者※2	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								本別町	同規模平均
H26年度	1,789	549	29.3%	200位	82	30	36.6%	53.4%	51.3%
H27年度	1,722	519	29.9%	213位	77	20	26%	54.3%	51.7%
H28年度	1,615	613	37.9%	175位↑	90	36	40%↑	59.9%↑	51.9%

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。あわせて重症化のリスクを持つ対象者を把握するため健診受診者を増やす取り組みについても進めてきた。

その結果、健診受診率については向上した。健診受診者が増えたことにより重症化リスクを早期に発見でき、治療につなげることができたと思われる。外来受療率の増加・入院医療費の抑制もみられ、医療費適正化に繋がったと思われるが、今後は治療者のコントロール状況も確認していく必要がある。また、2 号認定者の新規認定者数の増加など新たな課題も見えてきた。重症化予防の視点として、健診は受診していたか、治療につながっていたか保険者が取り組むべき重要な課題である。適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

2. 第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)

本別町の入院件数は3.1%で、費用額全体の41.4%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。

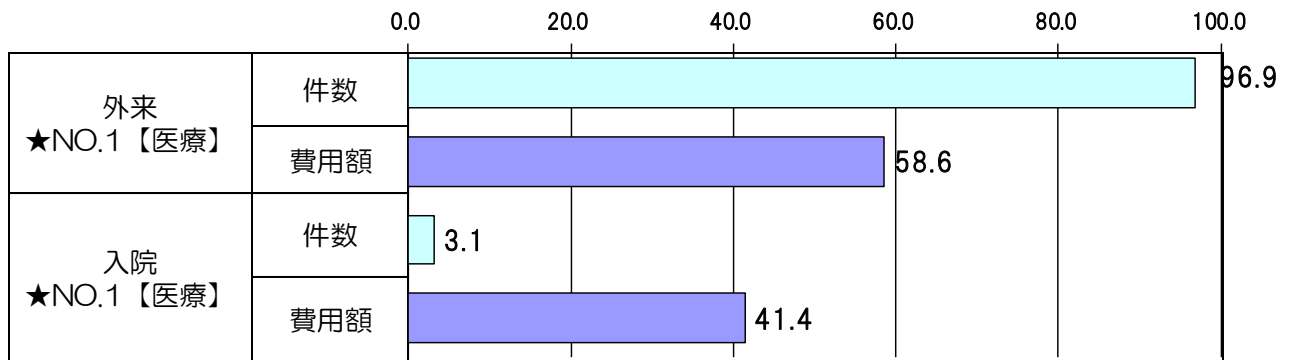
【図表 13】

「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	保険者	同規模平均	県	国
★NO.3【医療】	28,117円	26,488円	27,782円	24,245円



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を分析すると、脳血管疾患は 8 件 4 人、虚血性心疾患は 3 件 3 人でその占める割合は 8% (H26 年度 10%) となっている。長期入院レセプトの分析では虚血性心疾患のものがおらず、費用額も減少している。人工透析患者は、件数で見ると 60%が糖尿病性であり引き続き、糖尿病の重症化予防が大切である。

【図表 14】

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	76人	4人		3人		23人		49人		
			5.3%		3.9%		30.3%		64.5%		
	件数	年代別	138件	8件		3件		38件		89件	
				5.8%		2.2%		27.5%		64.5%	
			40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	20.2%
			40代	0	0.0%	0	0.0%	1	2.6%	2	2.2%
50代			0	0.0%	0	0.0%	3	7.9%	10	11.2%	
60代	4	50.0%	3	100.0%	28	73.7%	29	32.6%			
70-74歳	4	50.0%	0	0.0%	6	15.8%	30	33.7%			
費用額	1億9931万円	1124万円		560万円		5823万円		1億2424万円			
			5.6%		2.8%		29.2%		62.3%		

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	12人	2人	2人	0人
			16.7%	16.7%	0.0%
	件数	66件	3件	6件	0件
			4.5%	9.1%	0.0%
費用額	4390万円	54万円	481万円		
			1.2%	11.0%	--

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	7人	4人	3人	3人
				57.1%	42.9%	42.9%
	H28年度 累計	件数	85件	51件	38件	34件
				60.0%	44.7%	40.0%
	費用額	3545万円	2122万円	1475万円	1477万円	
			59.8%	41.6%	41.7%	

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

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
生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 な疾 り患	883人	84人	107人	12人
			9.5%	12.1%	1.4%
		高血圧	52人	86人	12人
			61.9%	80.4%	100.0%
	糖尿病	27人	46人	12人	
		32.1%	43.0%	100.0%	
	脂質 異常症	41人	66人	7人	
	48.8%	61.7%	58.3%		
	高血圧症	499人	290人	353人	113人
		56.5%	32.8%	40.0%	12.8%

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 92.2%であり、筋・骨格疾患の 92.6%と変わらない状況である。2号認定者は全員が血管疾患によるものである。

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。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

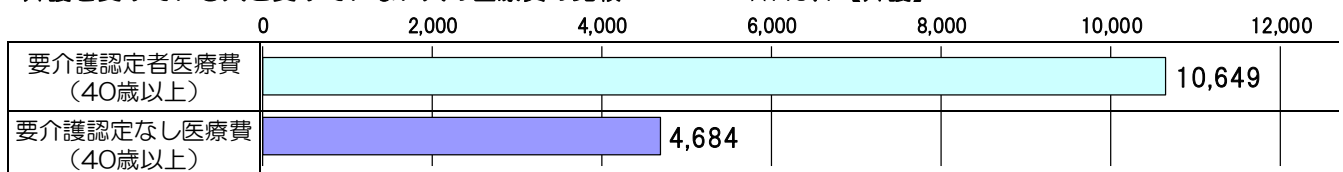
受給者区分		2号				1号				合計					
年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計							
被保険者数		2,910人		1,277人		1,463人		2,740人		5,650人					
認定者数		8人		37人		438人		475人		483人					
認定率		0.27%		2.9%		29.9%		17.3%		8.5%					
新規認定者数 (*1)		3人		5人		62人		67人		70人					
介護 度別 人数	要支援1・2	2	25.0%	12	32.4%	99	22.6%	111	23.4%	113	23.4%				
	要介護1・2	4	50.0%	11	29.7%	164	37.4%	175	36.8%	179	37.1%				
	要介護3~5	2	25.0%	14	37.8%	175	40.0%	189	39.8%	191	39.5%				
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)		8		37		438		475		483					
再) 国保・後期		4		34		397		431		435					
レセプトの 有病状況 より 重複して 計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病				
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合			
	血管 疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	4	100.0%	脳卒中	15	44.1%	虚血性 心疾患	206	49.4%	虚血性 心疾患	213	49.0%
			2	腎不全	1	25.0%	虚血性 心疾患	7	20.6%	脳卒中	127	32.0%	脳卒中	142	33.6%
		合併 症	3	虚血性 心疾患	0	0.0%	腎不全	4	11.8%	腎不全	65	16.4%	腎不全	69	16.1%
			4	糖尿病 合併症	0	0.0%	糖尿病 合併症	4	11.8%	糖尿病 合併症	30	7.6%	糖尿病 合併症	34	7.8%
	基礎疾患 高血圧・糖 尿病		4		27		359		386		390				
	血管疾患 合計		4		29		368		397		401				
	認知症		1		8		185		193		194				
	筋・骨格疾患		4		32		367		399		403				
		100.0%		94.1%		92.4%		92.6%		92.6%					

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の重大な疾病の発症率が高い。

本別町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・HbA1c などの割合が高く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【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 (帳票)

	BM		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	
全国	306		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	128	46.2	180	65.0	74	26.7	82	29.6	28	10.1	91	32.9	190	68.6	39	14.1	128	46.2	62	22.4	161	58.1	3	1.1		
	40-64	65	51.6	79	62.7	34	27.0	45	35.7	14	11.1	39	31.0	87	69.0	22	17.5	43	34.1	25	19.8	73	57.9	1	0.8		
	65-74	63	41.7	101	66.9	40	26.5	37	24.5	14	9.3	52	34.4	103	68.2	17	11.3	85	56.3	37	24.5	88	58.3	2	1.3		

	BM		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	
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	115	34.2	71	21.1	69	20.5	48	14.3	16	4.8	61	18.2	225	67.0	11	3.3	164	48.8	62	18.5	207	61.6	2	0.6		
	40-64	45	36.3	25	20.2	24	19.4	21	16.9	7	5.6	20	16.1	77	62.1	4	3.2	48	38.7	19	15.3	80	64.5	1	0.8		
	65-74	70	33.0	46	21.7	45	21.2	27	12.7	9	4.2	41	19.3	148	69.8	7	3.3	116	54.7	43	20.3	127	59.9	1	0.5		

*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 (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		100以上		130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			
保険者	合計	277	37.2	25	9.0%	56	20.2%	5	1.8%	34	12.3%	17	6.1%	99	35.7%	16	5.8%	5	1.8%	42	15.2%	36	13.0%				
	40-64	126	36.4	15	11.9%	32	25.4%	2	1.6%	15	11.9%	15	11.9%	32	25.4%	4	3.2%	3	2.4%	15	11.9%	10	7.9%				
	65-74	151	37.8	10	6.6%	24	15.9%	3	2.0%	19	12.6%	2	1.3%	67	44.4%	12	7.9%	2	1.3%	27	17.9%	26	17.2%				

	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		100以上		130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					
保険者	合計	336	38.6	6	1.8%	26	7.7%	4	1.2%	17	5.1%	5	1.5%	39	11.6%	8	2.4%	4	1.2%	15	4.5%	12	3.6%				
	40-64	124	34.7	2	1.6%	11	8.9%	1	0.8%	8	6.5%	2	1.6%	12	9.7%	2	1.6%	4	3.2%	4	3.2%	2	1.6%				
	65-74	212	41.2	4	1.9%	15	7.1%	3	1.4%	9	4.2%	3	1.4%	27	12.7%	6	2.8%	0	0.0%	11	5.2%	10	4.7%				

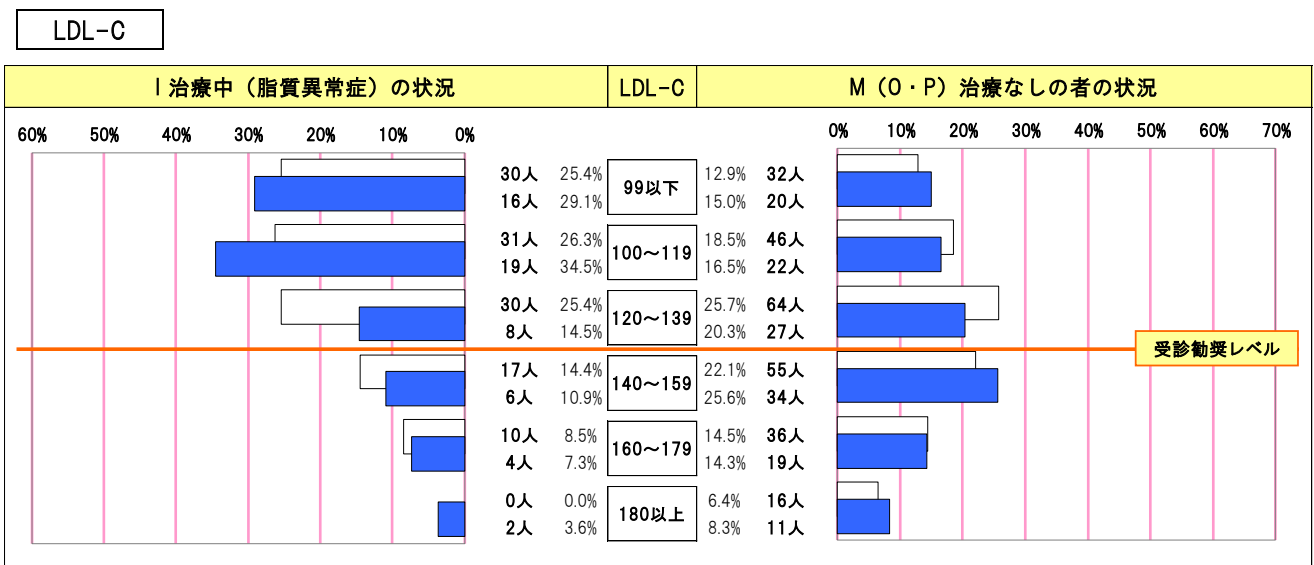
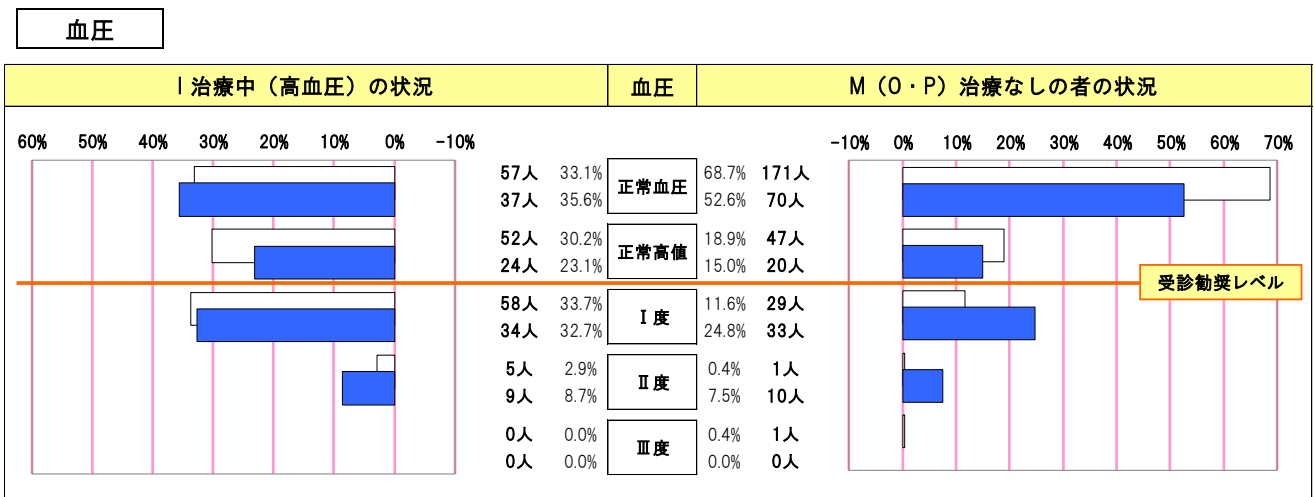
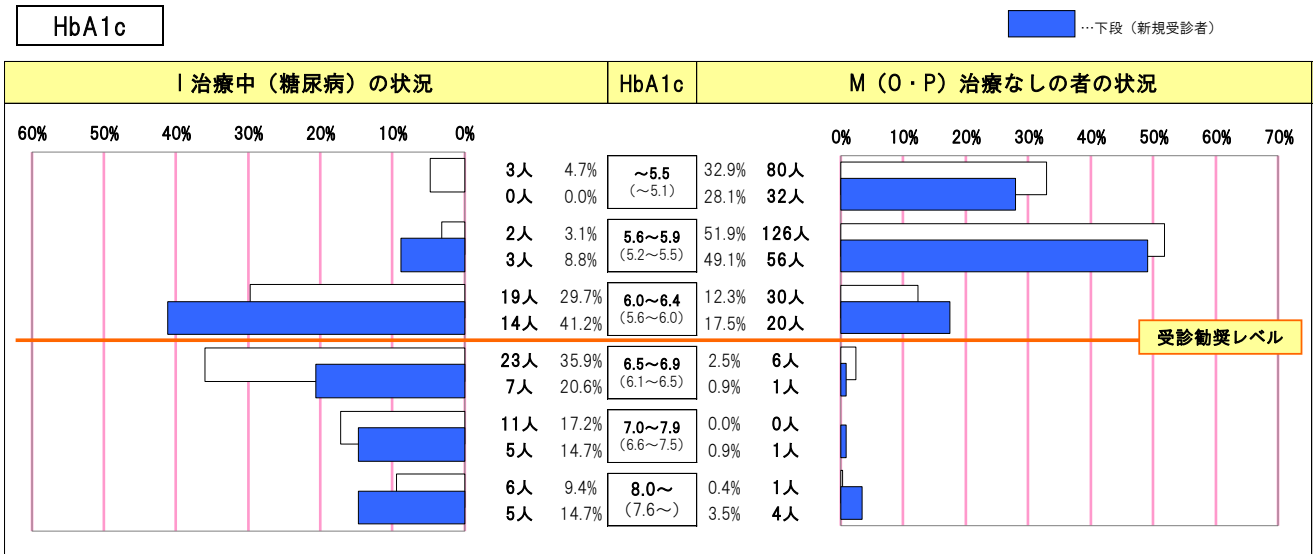
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c においては、治療者は合併症予防のための目標値である 7.0 未満のものが多く、8.0 以上のものもいるのが現状である。それぞれの生活状況を把握し、保健指導が必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段 (継続受診者)
■ …下段 (新規受診者)



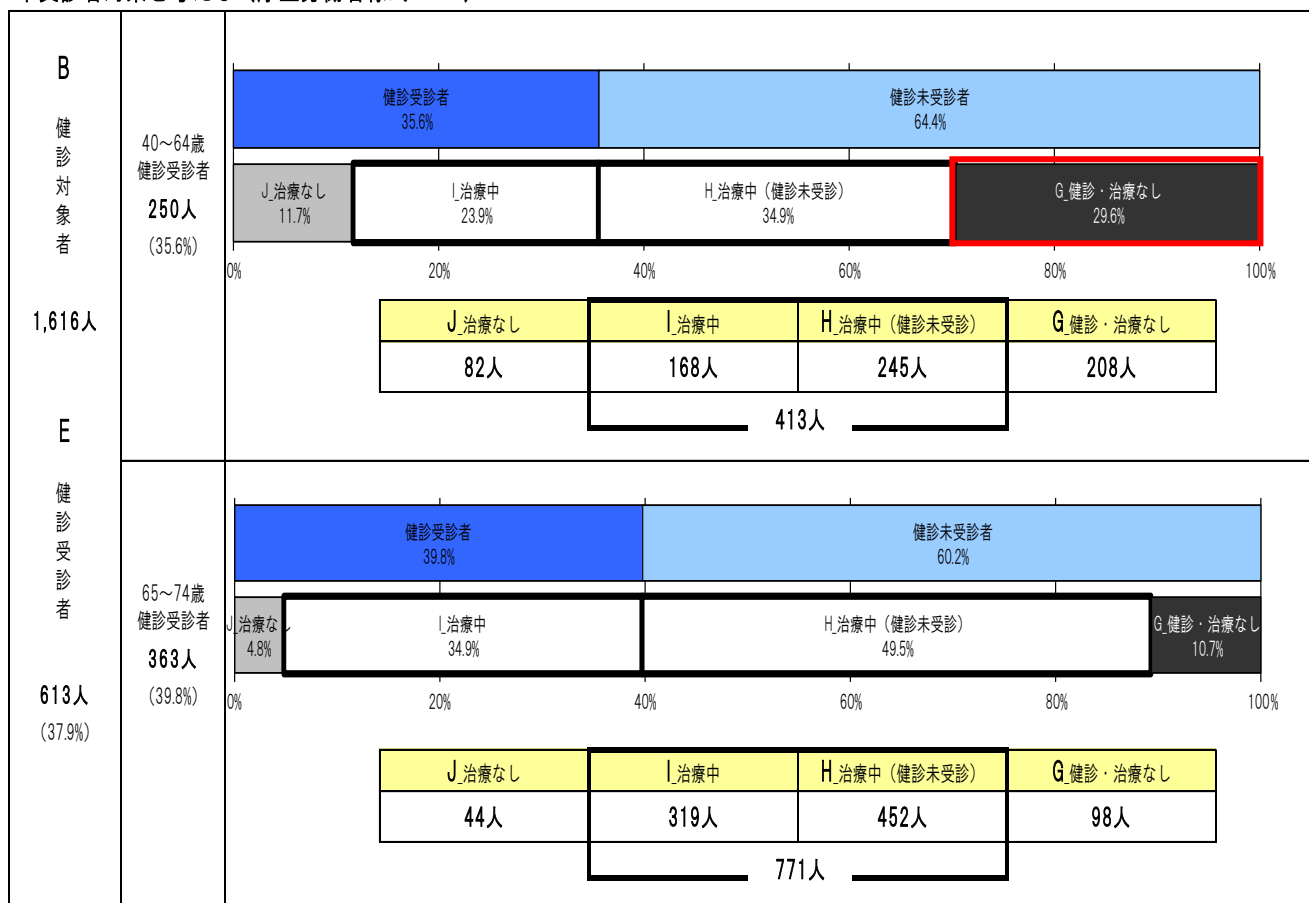
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 29.8%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。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化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)

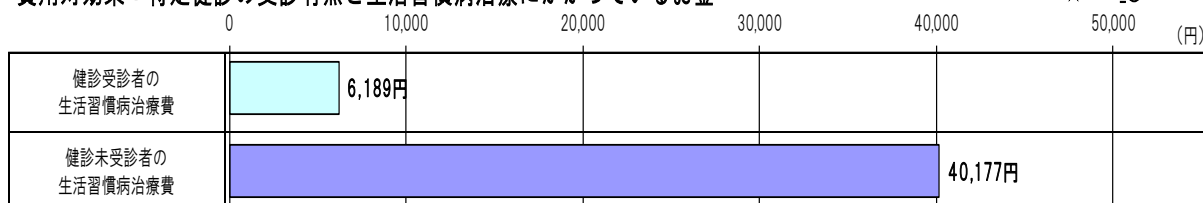
★NO.26 (CSV)



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.3_⑥



住所	受診率		住所	受診率	
	H26年度	H28年度		H26年度	H28年度
北1	27.3%	20.0%	山手町	21.9%	46.4%
北2	27.3%	30.0%	錦町	13.9%	32.3%
北3	32.1%	33.8%	栄町	41.2%	52.3%
北4	34.8%	37.8%	新町	23.4%	33.7%
北5	50.0%	40.0%	勇足元町	21.6%	23.9%
北6	25.9%	26.4%	仙美里元町	15.6%	15.8%
北7	12.5%	15.0%	勇足東	45.9%	59.5%
北8	27.6%	31.3%	勇足西	25.9%	42.6%
南1	24.0%	23.5%	押帯	38.1%	38.2%
南2	22.6%	29.4%	美蘭別	29.2%	38.5%
南3	12.5%	12.5%	東本別	40.0%	40.0%
南4	26.0%	35.1%	共栄	17.5%	44.4%
柳町	39.1%	40.9%	弥生町	20.0%	47.6%
緑町	4.8%	40.0%	西美里別	33.8%	41.1%
柏木町	19.5%	40.6%	美里別	35.8%	40.5%
向陽町	22.7%	26.5%	上本別	36.4%	38.9%
東町	8.0%	26.1%	仙美里	37.5%	45.6%
朝日町	26.1%	15.4%	西仙美里	45.8%	53.2%

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

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ現状より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。

入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

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

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、

医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、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

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 21】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	40%	42%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	40%	40%	45%	50%	55%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 22】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1,606 人	1,572 人	1,486 人	1,415 人	1,307 人	1,208 人
	受診者数	642 人	647 人	668 人	707 人	718 人	724 人
特定保健指導	対象者数	89 人	90 人	93 人	98 人	100 人	101 人
	実施者数	35 人	36 人	41 人	49 人	55 人	60 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ①集団健診(本別町健康管理センター他)
- ②個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、本別町のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.town.honbetsu.hokkaido.jp/>

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（血清クレアチニン・尿酸）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL

コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、北海道国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一部健診実施機関へ委託の形態でおこなう。

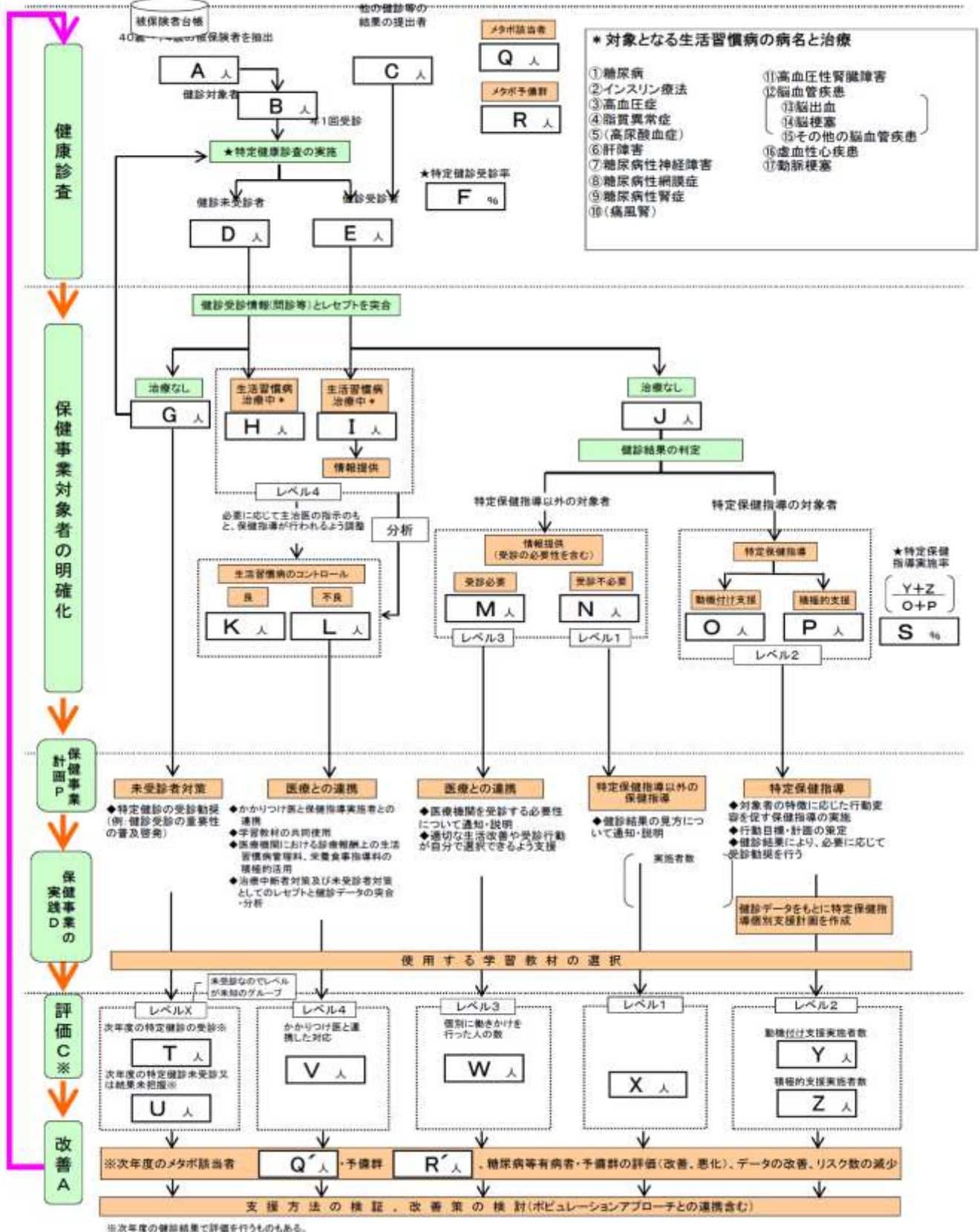
(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】

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

様式5-5



(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 24）

【図表 24】

優先順位	様式 5-5	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	37人 (6.0%)	40%
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	41人 (6.7)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	1,003人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	48人 (7.8)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	487人 (79.4)	100%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

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本別町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健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、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、本別町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

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

II 重症化予防の取組

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）及び本別町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表25に沿って実施する。

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

【図表 25】

【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 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本別町のプログラムに準じ、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. 糖尿病性腎症の病期が第2・3・4期と思われる者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 26）

【図表 26】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{※3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。本別町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査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 27)

本別町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療は24人(33.3%)であった。また40~74歳における糖尿病治療者277人中のうち、特定健診受診者が92人(33.2%)であったが、2人(2.2%)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 185 人（66.8%）については、過去に 1 度でも受診歴がある者 20 人の中に中断者はいなかったが、継続受診中の 20 人のデータについては不明の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

本別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・中断者・・・26 人
- ② 糖尿病治療中であつたが中断者・・・2 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・・・2 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

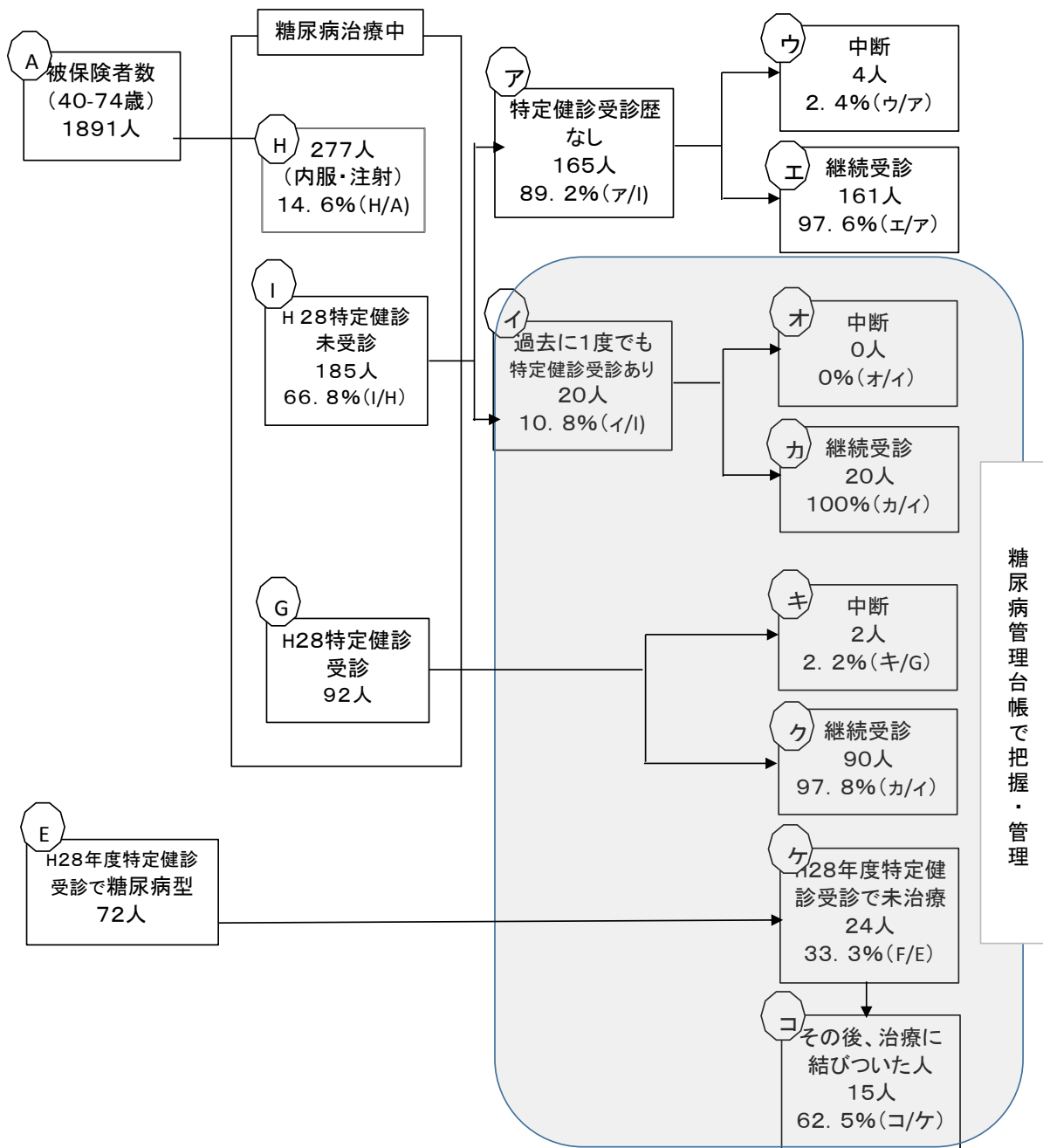
優先順位 3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者・・・20 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
 ※KDB: 疾病管理台帳「糖尿病」28年度累計



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表（参考資料 4）で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

●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

●資格を確認する

●レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

●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。

●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）・・・・・・26 人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・27 人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。本別町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 28）

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; 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？ <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <ol style="list-style-type: none"> 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～ <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) <p>14. なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p><input type="checkbox"/> 食の資料 … 別資料</p>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもととの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

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、医療機関と連携していく。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、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北海道プログラムに準じて行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8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。

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) 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、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。本別町においては、健診受診者65歳以上の人全員に心電図検査を実施している。心電図検査実施者は288人（44.7%）であり、そのうち所見があったのは65人（22.6%）であった。健診データと合わせて医療機関受診勧奨など対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。また、本別町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。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全数実施が今後望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

る場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8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 29、30)

【脳卒中の分類】

【図表 29】

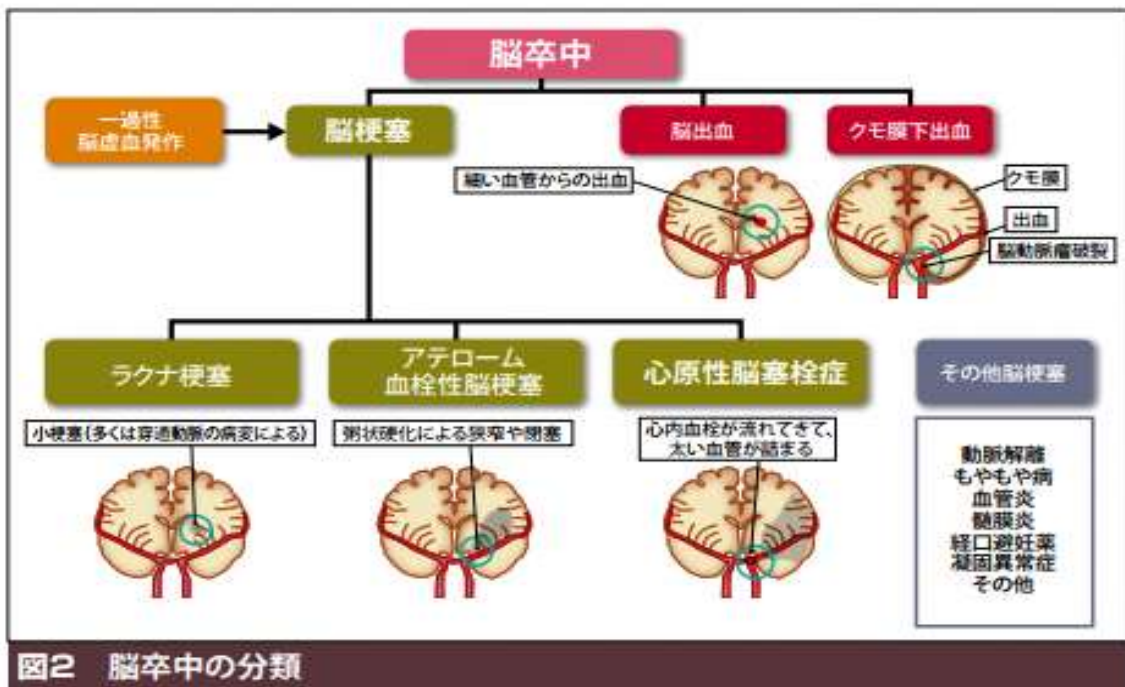


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 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	●							

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。

重症化予防対象者

【図表 31】

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		
	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン (2005年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数 633	27 4.3%	3 0.5%	31 4.9%	19 3.0%	142 22.4%	46 7.3%	7 1.1%	11 1.7%	
対象者数	27 4.3%	3 0.5%	31 4.9%	19 3.0%	142 22.4%	46 7.3%	7 1.1%	11 1.7%	
治療なし	15 3.8%	2 0.6%	29 5.9%	14 2.9%	24 7.5%	23 4.4%	1 0.3%	4 1.6%	
(再掲) 特定保健指導	9 33.3%	0 0.0%	8 25.8%	6 31.6%	24 16.9%	11 23.9%	1 14.3%	2 18.2%	
治療中	12 5.1%	1 0.3%	2 1.4%	5 3.5%	118 37.9%	23 28.0%	6 1.9%	7 2.7%	
臓器障害 あり	1 6.7%	2 100.0%	4 13.8%	0 0.0%	3 12.5%	4 17.4%	1 100.0%	4 100.0%	
CKD (専門医対象者)	0	0	0	0	0	0	1	4	
尿蛋白 (2+) 以上	0	0	0	0	0	0	1	1	
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	0	0	1	4	
心電図所見あり	1	2	4	0	3	4	0	0	
臓器障害 なし	14 93.3%	--	25 86.2%	14 100%	21 87.5%	19 82.6%	--	--	

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27人(4.3%)であり、15人(3.8%)は未治療者であった。また未治療者のうち1人(6.7%)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12人(5.1%)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

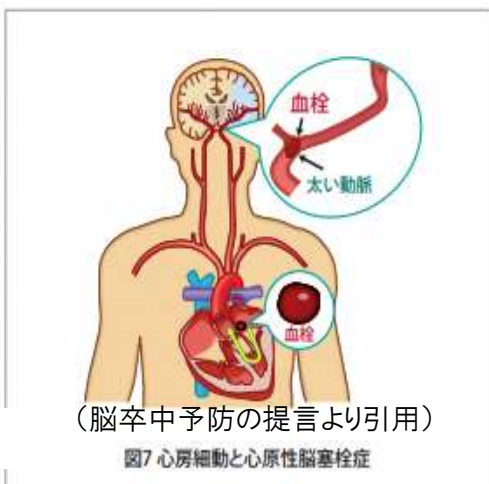
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 32)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	399	131	106	74	73	12	3
		32.8%	26.6%	18.5%	18.3%	3.0%	0.8%
リスク第1層	40	20	11	6	3	0	0
	10.0%	15.3%	10.4%	8.1%	4.1%	0.0%	0.0%
リスク第2層	216	77	56	35	42	5	1
	54.1%	58.8%	52.8%	47.3%	57.5%	41.7%	33.3%
リスク第3層	143	34	39	33	28	7	2
	35.8%	26.0%	36.8%	44.6%	38.4%	58.3%	66.7%
再掲 重復あり	糖尿病	51	11	9	14	4	2
	35.7%	32.4%	23.1%	42.4%	39.3%	57.1%	100.0%
	慢性腎臓病(CKD)	45	13	11	10	2	0
	31.5%	38.2%	28.2%	30.3%	32.1%	28.6%	0.0%
	3個以上の危険因子	93	21	24	21	3	1
	65.0%	61.8%	61.5%	63.6%	82.1%	42.9%	50.0%

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
3	42	43
0.8%	10.5%	10.8%
3	0	0
100%	0.0%	0.0%
--	42	6
--	100.0%	14.0%
--	--	37
--	--	86.0%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3) 心電図検査における心房細動の実態



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

心電図検査において3人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ

増加していた。3人のうち2人は既に治療が開始されていたが、1人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。その後、治療に結びついた。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と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。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

①高血圧者の管理

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

②心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8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 33）

保険者努力支援制度 本別町

本別町 人口8252人
(国保加入数2405人)

平成28年度 227点/ 345点
全国順位 467位/1,741市町村

1点当たりの金額 5,577円
頂いたお金 126.6万円

社会保障費 (H28年度)

国保医療費 8億1342万

KDB

予防可能な生活習慣病

糖尿病 5475万
高血圧 3031万
慢性腎不全 3514万
がん 1億1929万
精神 2703万

介護費8億1201万(全体)

KDB

2号認定者
(40~64歳)
有病状況

心臓病 37.5%
脳梗塞 25.0%
糖尿病 25.0%

生活保護費 4400万

生活保護率 1.1% 84人
医療扶助 % (不明)
人口透析者数 2人(2.5%)

平均寿命(平成22年)
男性 79.0歳 女性 86.9歳

評価指標	30年度	28年度前倒し分			
	満点	満点	本別町	県A市	
H29、30年度	850点	345点	227点	257点	
共通①	特定健診受診率	50	20	5	15
	特定保健指導実施率	50	20	10	20
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0	0
共通③	糖尿病等重症化予防の取組	100			
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40	40	40
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(25)			
	・専門職の取組、事業評価	(25)			
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談				
	・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	20
	個人のインセンティブ提供	70			
	・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)	20	0	0
	・商工部局、商店街等との連携	(25)			
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10	10
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価	(35)			
共通②	がん検診受診率	30	10	0	0
	歯周疾患(病)検診実施状況	25	10	10	10
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	5	5

都道府県の指標	① 市町村指標の都道府県単位評価 【200億円】	100
	特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	
	③ 都道府県の取組状況 【150億円】	未定
	保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	
	② 医療費適正化のアウトカム評価 【150億円】	50
	国保・年齢調整後1人当たり医療費	

市 人口 万人
点
1点当たり 万円
億円

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、
【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定
(H30年度~)

健診対象者1813人

受診者
615人
(33.9%)

未受診者
1198人
(66.1%)

高血圧

Ⅱ度高血圧以上
23人
〔未治療13人〕
56.5%

高血圧治療中
340人
(KDB厚生労働省様式3-3)
データ受領対象者

糖尿病

HbA1c6.5%以上
100人
〔未治療22人〕
22%

糖尿病治療中
203人
(KDB厚生労働省様式3-2)
データ受領対象者

第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

- 医療機関との適切な連携における優先順位
 - かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
 - 保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。
- 診療における検査データを活用する要件
 - 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
 - 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。
- 基本的な手順の流れ
 - 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

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

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。このような状況にかんがみれば、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。

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<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・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、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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本別町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 心房細動管理台帳

		H26		H28								
		本別町		本別町		同規模平均		県		国		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
人口構成	総人口	8,252		8,252		1,815,204		5,475,176		124,852,975		
	65歳以上（高齢化率）	2,740	33.2	2,740	33.2	575,561	31.7	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2	
	75歳以上	1,463	17.7	1,463	17.7			669,235	12.2	13,989,864	11.2	
	65～74歳	1,277	15.5	1,277	15.5			686,896	12.5	15,030,902	12.0	
	40～64歳	2,910	35.3	2,910	35.3			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0	
	39歳以下	2,602	31.5	2,602	31.5			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8	
産業構成	第1次産業	25.8		25.8		18.4		7.7		4.2		
	第2次産業	19.4		19.4		25.5		18.1		25.2		
	第3次産業	54.8		54.8		56.1		74.2		70.6		
平均寿命	男性	79.0		79.0		79.4		79.2		79.6		
	女性	86.9		86.9		86.4		86.3		86.4		
健康寿命	男性	64.9		64.9		65.2		64.9		65.2		
	女性	67.1		67.1		66.7		66.5		66.8		
死亡の状況	標準化死亡比（SMR）											
	男性	88.6		88.6		104.8		101.0		100		
	女性	85.0		85.0		100.8		97.6		100		
	死因	がん	50	57.5	31	48.4	6,817	45.1	18,759	51.6	367,905	49.6
		心臓病	21	24.1	21	32.8	4,392	29.1	9,429	25.9	196,768	26.5
		脳疾患	11	12.6	8	12.5	2,661	17.6	4,909	13.5	114,122	15.4
		糖尿病	1	1.1	0	0.0	274	1.8	669	1.8	13,658	1.8
腎不全		4	4.6	3	4.7	548	3.6	1,543	4.2	24,763	3.3	
自殺		0	0.0	1	1.6	409	2.7	1,080	3.0	24,294	3.3	
早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	7.8		10.3						10.5		
	男性	11.5		13.1						13.5		
	女性	3.6		6.5						7.2		
介護保険	1号認定者数（認定率）	487	17.6	475	17.7	114,751	20.1	315,539	23.0	5,885,270	21.2	
	新規認定者	12	0.3	5	0.2	1,910	0.3	5,299	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	7	0.3	8	0.2	2,325	0.4	7,541	0.4	151,813	0.4	
有病状況	糖尿病	129	25.5	103	23.2	25,230	21.2	82,322	25.0	1,350,152	22.1	
	高血圧症	269	55.0	227	48.6	64,783	54.6	169,738	51.7	3,101,200	50.9	
	脂質異常症	92	17.3	84	18.7	31,854	26.7	100,963	30.7	1,741,866	28.4	
	心臓病	306	62.9	264	56.1	73,398	61.9	189,496	57.9	3,529,682	58.0	
	脳疾患	98	19.7	81	18.2	33,188	28.2	79,966	24.6	1,538,683	25.5	
	がん	52	9.0	44	9.3	11,653	9.7	38,646	11.6	631,950	10.3	
	筋・骨格	271	54.1	251	52.7	63,731	53.7	168,752	51.4	3,067,196	50.3	
	精神	225	43.6	191	39.5	44,036	37.1	121,460	36.9	2,154,214	35.2	
介護給付費	1件当たり給付費（全体）	98,509		97,833		70,589		57,970		58,284		
	居宅サービス	53,479		53,173		40,981		38,885		39,662		
	施設サービス	278,063		273,288		275,251		283,121		281,186		
医療費等	要介護認定別	12,723		10,649		8,457		8,974		7,980		
	医療費（40認定なし）	3,767		4,684		4,122		4,605		3,816		

国保の状況	被保険者数		2,630		2,405		492,460		1,312,938		32,587,866	
	65～74歳		992	37.7	989	41.1			547,124	41.7	12,461,613	38.2
	40～64歳		965	36.7	818	34.0			441,573	33.6	10,946,712	33.6
	39歳以下		673	25.6	598	24.9			324,241	24.7	9,179,541	28.2
	加入率		31.9		29.1		27.7		24.0		26.9	
医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.4	1	0.4	144	0.3	569	0.4	8,255	0.3
	診療所数		3	1.1	4	1.7	1,108	2.2	3,377	2.6	96,727	3.0
	病床数		60	22.8	60	24.9	15,468	31.4	96,574	73.6	1,524,378	46.8
	医師数		8	3.0	7	2.9	1,575	3.2	12,987	9.9	299,792	9.2
	外来患者数		651.1		672.0		660.2		646.1		668.1	
	入院患者数		21.3		21.6		22.7		22.9		18.2	
医療費の 状況	一人当たり医療費		25,373	県内110位 同規模115位	28,117	県内82位 同規模84位	26,488		27,782		24,245	
	受診率		672.322		693.605		682.952		668.94		686.286	
	外 来	費用の割合	56.7		58.6		56.6		55.2		60.1	
		件数の割合	96.8		96.9		96.7		96.6		97.4	
	入 院	費用の割合	43.3		41.4		43.4		44.8		39.9	
		件数の割合	3.2		3.1		3.3		3.4		2.6	
	1件あたり在院日数		14.1日		12.8日		16.3日		15.8日		15.6日	
医療費分析 生活習慣病に 占める割合	がん		67,974,280	16.4	119,296,180	29.4	24.1		28.5		25.6	
	慢性腎不全（透析有）		42,429,310	10.2	35,140,320	8.6	9.1		6.5		9.7	
	糖尿病		49,763,980	12.0	54,839,520	13.5	10.2		9.2		9.7	
	高血圧症		51,395,400	12.4	30,190,820	7.4	9.2		7.9		8.6	
	精神		26,629,710	6.4	27,030,970	6.7	17.5		17.2		16.9	
	筋・骨格		121,316,530	29.3	95,499,090	23.5	16.1		16.3		15.2	
費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数183	入 院	糖尿病	621,557	44位 (17)	686,868	20位 (16)						
		高血圧	602,301	95位 (16)	615,379	89位 (14)						
		脂質異常症	564,733	79位 (13)	588,826	63位 (12)						
		脳血管疾患	696,224	50位 (19)	822,856	17位 (16)						
		心疾患	649,359	113位 (16)	700,157	82位 (14)						
		腎不全	1,037,040	14位 (22)	683,766	97位 (12)						
		精神	501,166	45位 (19)	573,578	23位 (20)						
	外 来	悪性新生物	627,206	92位 (14)	612,186	125位 (10)						
		糖尿病	33,050	151位	36,343	109位						
		高血圧	29,260	131位	33,481	65位						
		脂質異常症	28,457	118位	31,878	46位						
		脳血管疾患	40,444	57位	39,717	52位						
		心疾患	38,149	124位	52,779	30位						
		腎不全	159,143	88位	155,463	82位						
健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,561		2,137		3,127		1,429		2,346	
		健診未受診者	13,488		13,873		11,954		15,426		12,339	
	生活習慣病対 象者	健診受診者	4,485		6,189		8,685		4,353		6,742	
		健診未受診者	38,751		40,177		33,204		46,986		35,459	
健診・レセ 突合	受診勧奨者		298	56.7	391	63.8	87,076	57.0	143,243	57.4	4,427,360	56.1
	医療機関受診率		281	53.4	367	59.9	79,315	51.9	131,617	52.7	4,069,618	51.5
	医療機関非受診率		17	3.2	24	3.9	7,761	5.1	11,626	4.7	357,742	4.5

特定健診の 状況 県内順位 順位総数183	健診受診者		526		613		152,769		249,675		7,898,427				
	受診率		29.1	県内96位 同規模200位	37.9 ↑	県内82位 同規模175位	43.7		27.5	全国44位	36.4				
	特定保健指導終了者		24	29.3	36	40.0 ↑	8036	41.1	7,107	23.9	198,683	21.1			
	非肥満高血糖		30	5.7	39	6.4	15,303	10.0	19,584	7.8	737,886	9.3			
	メタボ		該当者	102	19.4	138	22.5 ↑	27,745	18.2	42,055	16.8	1,365,855	17.3		
			男性	81	33.8	99	35.7	19,338	27.2	28,852	27.8	940,335	27.5		
			女性	21	7.3	39	11.6	8,407	10.3	13,203	9.0	425,520	9.5		
			予備群	74	14.1	82	13.4	17,604	11.5	26,495	10.6	847,733	10.7		
			男性	49	20.4	56	20.2	12,301	17.3	18,510	17.9	588,308	17.2		
	メタボ該当・ 予備群レベル		女性	25	8.7	26	7.7	5,303	6.5	7,985	5.5	259,425	5.8		
			腹囲		総数	203	38.6	251	40.9	51,074	33.4	77,338	31.0	2,490,581	31.5
					男性	150	62.5	180	65.0	35,501	50.0	53,297	51.4	1,714,251	50.2
			女性	53	18.5	71	21.1	15,573	19.1	24,041	16.5	776,330	17.3		
	BMI		総数	40	7.6	57	9.3	9,243	6.1	16,335	6.5	372,685	4.7		
			男性	6	2.5	6	2.2	1,548	2.2	2,776	2.7	59,615	1.7		
女性			34	11.9	51	15.2	7,695	9.4	13,559	9.3	313,070	7.0			
血糖のみ			6	1.1	9	1.5 ↑	1,199	0.8	1,436	0.6	52,296	0.7			
血圧のみ		44	8.4	51	8.3	12,440	8.1	18,409	7.4	587,214	7.4				
脂質のみ		24	4.6	22	3.6	3,965	2.6	6,650	2.7	208,214	2.6				
血糖・血圧		22	4.2	24	3.9	4,996	3.3	6,203	2.5	212,002	2.7				
血糖・脂質		11	2.1	9	1.5	1,510	1.0	2,088	0.8	75,032	0.9				
血圧・脂質		43	8.2	57	9.3 ↑	12,772	8.4	21,216	8.5	663,512	8.4				
血糖・血圧・脂質		26	4.9	48	7.8 ↑	8,467	5.5	12,548	5.0	415,310	5.3				
生活習慣の 状況	服薬		高血圧	153	29.1	227	37.0	54,561	35.7	83,160	33.3	2,650,283	33.6		
			糖尿病	56	10.6	83	13.5	12,934	8.5	18,205	7.3	589,711	7.5		
			脂質異常症	93	17.7	136	22.2	34,459	22.6	61,645	24.7	1,861,221	23.6		
	既往歴		脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	10	2.4	24	4.6	4,709	3.3	8,245	3.5	246,252	3.3		
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞)	32	7.8	46	8.8	8,283	5.7	13,251	5.6	417,378	5.5		
			腎不全	2	0.5	4	0.8	1,808	1.2	1,163	0.5	39,184	0.5		
			貧血	59	14.4	78	14.9	12,100	8.4	22,312	9.4	761,573	10.2		
	喫煙		108	20.5	122	19.9	23,837	15.6	41,773	16.7	1,122,649	14.2			
	週3回以上朝食を抜く		46	9.3	55	10.7	10,687	7.7	23,367	10.4	585,344	8.7			
	週3回以上食後間食		69	16.9	76	17.0	18,294	13.1	35,967	16.1	803,966	11.9			
	週3回以上就寝前夕食		79	16.0	80	15.5	22,957	16.4	32,801	14.7	1,054,516	15.5			
	食べる速度が速い		109	26.7	119	26.6	37,935	27.2	61,284	27.4	1,755,597	26.0			
	20歳時体重から10kg		208	42.2	183	35.5	46,884	33.5	74,549	33.3	2,192,264	32.1			
	1回30分以上運動習慣なし		352	70.5	348	67.3	92,124	65.7	139,348	61.9	4,026,105	58.8			
	1日1時間以上運動なし		309	65.5	302	60.6	67,794	48.5	107,812	48.0	3,209,187	47.0			
	睡眠不足		153	37.5	109	24.6	32,751	23.6	50,615	22.6	1,698,104	25.1			
	毎日飲酒		72	14.4	100	16.9	37,751	26.0	49,556	21.9	1,886,293	25.6			
	時々飲酒		143	28.6	168	28.4	31,060	21.4	59,555	26.3	1,628,466	22.1			
	一日飲酒量		1合未満	109	50.5	383	71.9	57,553	59.5	86,467	58.1	3,333,836	64.0		
			1～2合	70	32.4	95	17.8	25,692	26.5	39,620	26.6	1,245,341	23.9		
2～3合			31	14.4	34	6.4	10,133	10.5	17,547	11.8	486,491	9.3			
3合以上			6	2.8	21	3.9	3,402	3.5	5,131	3.4	142,733	2.7			

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

軽症

重症

被保険者

2,501人		
年代別	人数	割合
20代以下	438	17.5
30代	172	6.9
40代	259	10.4
50代	296	11.8
60代	864	34.5
70-74歳	472	18.9
再掲	人数	割合
40-74歳	1,891人	

糖尿病治療中

290人 (11.6)	
※()内は、糖尿病患者に占める割合	
0	0.0
5	1.7
9	3.1
35	12.1
147	50.7
94	32.4
人数	割合
285人	15.1

インスリン療法

22人 (7.6)	
※()内は、糖尿病患者に占める割合	
0	0.0
1	4.5
1	4.5
4	18.2
11	50.0
5	22.7
人数	割合
21人	7.4

糖尿病性腎症

12人 (4.1)	
※()内は、糖尿病患者に占める割合	
0	0.0
0	0.0
0	0.0
2	16.7
5	41.7
5	41.7
人数	割合
12人	4.2

人工透析

4人 (1.38)	
※()内は、糖尿病患者に占める割合	
0	0.0
0	0.0
0	0.0
2	50.0
2	50.0
0	0.0
人数	割合
4人	1.40

レセプト
KDB
厚生労働省様式
様式3-2
(平成28年7月
作成分)

その他のリスク

高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	57	167
割合	20.0	58.6

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

KDBシステム構築「疾病管理一覧(糖尿病)」で対象者の把握が可能

特定健診未受診者
203人 (71.2)・・・1/H

その他のリスク

高血圧	肥満	脂質
130/80以上	BMI 25以上	LDL 20以上 HDL 40未満 TG 150以上
23 (65.7)	20 (57.1)	23 (65.7)
コントロール不良	コントロール良好	
HbA1c 7.0以上 または空腹時血糖 130以上	HbA1c 6.5未満 または空腹時血糖 130未満	
35人 (42.7)	48人 (98.5)	

治療中 (真回診 糖尿病)

82人 (74.5)

未治療 (中断含む)

28人 (25.5)

特定健診 [40-74歳]

特定健診対象者	特定健診受診者	糖尿病型
1,814人	633人 (34.9)	110人 (17.4)
(再掲) 65歳以上		
人数	割合	
3,75人	59.2/41.7	

以下のいずれかに該当
・HbA1c 6.5%以上
・空腹時血糖 126以上
・糖尿病治療中 (問診)

糖尿病性腎症病期分類

第1期	再掲 (第2~4期)	第2期	第3期	第4期	第5期
腎症前期	---	早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR	30以上	30以上	30以上	30未満	透析療法中
アルブミン尿 (30未満)	---	微量アルブミン尿 (30-299)	顕性アルブミン尿 (300以上)	顕性アルブミン尿 (300以上)	顕性アルブミン尿 (300以上)
尿蛋白	(-)	(±)	(+)	(+)以上	(+)以上
尿蛋白	82人 (74.5)	29人 (26.4)	11人 (100)	1人 (0.91)	1人 (0.91)

特定健診 [40-74歳]
平成28年度

【参考資料 3】

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

【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	糖尿病管理台帳の全数(㊸+㊹) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因										
	㊸健診未受診者 ()人		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認										
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)		3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医										
	<table border="1"> <tr><td>①国保(生保)</td><td>()人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>()人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>()人</td></tr> <tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>()人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず</td><td>()人</td></tr> </table>		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	<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>
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		4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続										
	㊹結果把握 ()人		○栄養士中心										
	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 ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		○腎専門医										
	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												

	突合表	本別町						同規模保険者(平均)	
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	A	2,501人							
(再掲)40-74歳		1,891人							
特定健診	対象者数	B	1,814人						
	受診者数	C	633人						
	受診率		34.9%						
特定保健指導	対象者数		90人						
	実施率		40.0%						
健診データ	糖尿病型	E	110人	17.4%					
	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	28人	25.5%					
	治療中(質問票 服薬あり)	G	82人	74.5%					
	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	35人 42.7%						
	血压 130/80以上		23人 65.7%						
	肥満 BMI25以上		20人 57.1%						
	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ腹時血糖130未満	K	48人	58.5%					
	第1期 尿蛋白(-)	M	82人 74.5%						
	第2期 尿蛋白(±)		17人 15.5%						
	第3期 尿蛋白(+)以上		11人 10.0%						
第4期 eGFR30未満	1人 0.9%								
レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		116.0人						
	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		150.7人						
	レセプト件数(40-74歳)内は被保険者千対	入院外(件数)	1,537件	(850.6)			1,227件	(771.8)	
		入院(件数)	11件	(6.1)			9件	(5.4)	
	糖尿病治療中	H	290人 11.6%						
	(再掲)40-74歳		285人 15.1%						
	健診未受診者		I	203人 71.2%					
	インスリン治療	O	22人 7.6%						
	(再掲)40-74歳		21人 7.4%						
	糖尿病性腎症	L	12人 4.1%						
	(再掲)40-74歳		12人 4.2%						
	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		4人 1.38%						
	(再掲)40-74歳		4人 1.40%						
	新規透析患者数		0人 %						
	(再掲)糖尿病性腎症		0人 %						
【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		8人 1.9%							
医療費	総医療費		8億1343万円				6億7140万円		
	生活習慣病総医療費		4億0632万円				3億8078万円		
	(総医療費に占める割合)		50.0%				56.7%		
	生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		6,189円				8,685円	
		健診未受診者		40,177円				33,204円	
	糖尿病医療費		5484万円				3885万円		
	(生活習慣病総医療費に占める割合)		13.5%				10.2%		
	糖尿病入院外総医療費		1億3280万円						
	1件あたり		36,343円						
	糖尿病入院総医療費		1億1402万円						
	1件あたり		686,868円						
	在院日数		16日						
	慢性腎不全医療費		3701万円				3708万円		
透析有り		3514万円				3468万円			
透析なし		187万円				240万円			
介護	介護給付費		8億1201万円				7億5295万円		
	(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%					
死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%			1人	1.0%	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防

重症化予防（早期発見）

年齢（経過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスクの重なりリスクの期間で推測)

問診

- 年齢・性別（男45歳以上/女55歳以上）
- 家族歴（両親、祖父、兄弟、姉妹における①突然死
 - ②若年発症の虚血性心疾患
 - ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- 既往歴（一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患）
- 喫煙
- ストレス（職場環境、生活リズムの変化など）
- 閉経（年齢）

健診

- 20歳の体重（15%以上の増加）
- 内臓脂肪の蓄積
- 糖尿病
- 高血圧
- 高LDLコレステロール
- CKD

メタボリックシンドローム（高インサンの期間を予測）

- 高中性脂肪・低HDL
- 血圧高値
- 血糖能異常・高血糖

大血管障害要因

- インサリ抵抗により移行
- プラーク破裂促進要因
- 大血管障害要因
- 特に3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈の

- れん縮脈の**
- 狭窄脈の**
- のブ**
- ラ**
- イ**
- ク**

形成のメカニズム

- ①狭窄50%以下でもプラークの増大を促すことがある（不安定化）
- ②稀にプラーク不安定化により急性冠動脈症候群（心筋梗塞）を形成する

臓器障害

心筋異常・心筋障害

心電図

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

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらおう

- このようば検査が必要か？
- 次の評価はいつの時点か？（3ヶ月後・半年後・1年後）

精密検査

自覚症状

- あり
- なし

症状の現れ方

- ・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再発する
- ・「痛み」ではなく「圧迫感」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・寝や肩、歯に放射する痛み
- ・冷汗や嘔気など

症状の現れ方

症状の現れ方	労作性狭心症	静脈（冠れん縮）狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
心筋梗塞の発症があるか	労作時	安静時・労作時併発	安静時・労作時併発	急性心筋梗塞
発症の頻度	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に出現し、持続する	3週間以内、新たに症状出現し、持続する	急性心筋梗塞
持続時間	3～5分程度（持続はよくある）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも発症せず）

不安定化による心筋梗塞の発症は、冠動脈の狭窄が進行し、冠動脈の血流が減少し、心筋が虚血状態に陥り、冠動脈の壁に血栓が形成され、心筋梗塞を引き起こす。

（急性冠症候群：ACS）

心筋壊死

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

【参考資料6】

血管変化をみる検査

- 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：インドパット）
- 7.5g 糖負荷試験、インサリ濃度検査
- 頸動脈エコー検査
- 微量アルブミン尿
- PWV（脈波伝播速度検査）
- 頸動脈エコー検査
- ABI
- 心電図
- 心エコー
- 心臓超音波検査（心筋シンチグラフィ）
- 心臓カテーテル検査
- 冠動脈CT
- 心筋バイオマーカー

【参考文献】

虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づく0の診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能検査（東條美奈子編）

【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

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	虚血性心疾患を予防するためのリスク		⑤ 重症化予防対象者		
		<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見				
② 問診	自覚症状なし	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある		重症化予防対象者		
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧					
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			重症化予防対象者		
	メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。					
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39	～34		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50	51～		
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100	101～		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139		140～
拡張期		～84	85～89	90～		
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3a1				

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

心房細動管理台帳

患者 氏名 年齢	基本情報				治療の状況			随検票の有無		毎年度確認すること																	
	行政区	住所	氏名	性別	随検票 発行名	心房細動 の病名	心房細動 診察開始日	随検票 発行名	随検票 発行日	H26年度				H27年度				H28年度									
										随診 日	随診 判定	治療 状況	内服薬	随診 日	随診 判定	治療 状況	内服薬	随診 日	随診 判定	治療 状況	内服薬						
																						備考	備考	備考	備考		



発行 本別町健康管理センター

〒089-3334

中川郡本別町北6丁目11番地4

TEL22-2219 Fax22-2219

E-mail

kenkok@town.honbetsu.hokkaido.jp