

砂川市国民健康保険  
第 2 期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 砂川市

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画) 目次

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と 第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1. 第 1 期計画に係る評価及び考察	
2. 第 2 期計画における健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1. 第三期特定健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	28
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取り組み	
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り組み	47
第 6 章 計画の評価・見直し	49
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	51
参考資料	52

# 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

### 1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合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り組み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度が創設されることとなった。

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

砂川市においては、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が図られることを目的とする。

## 2. 計画の位置付け

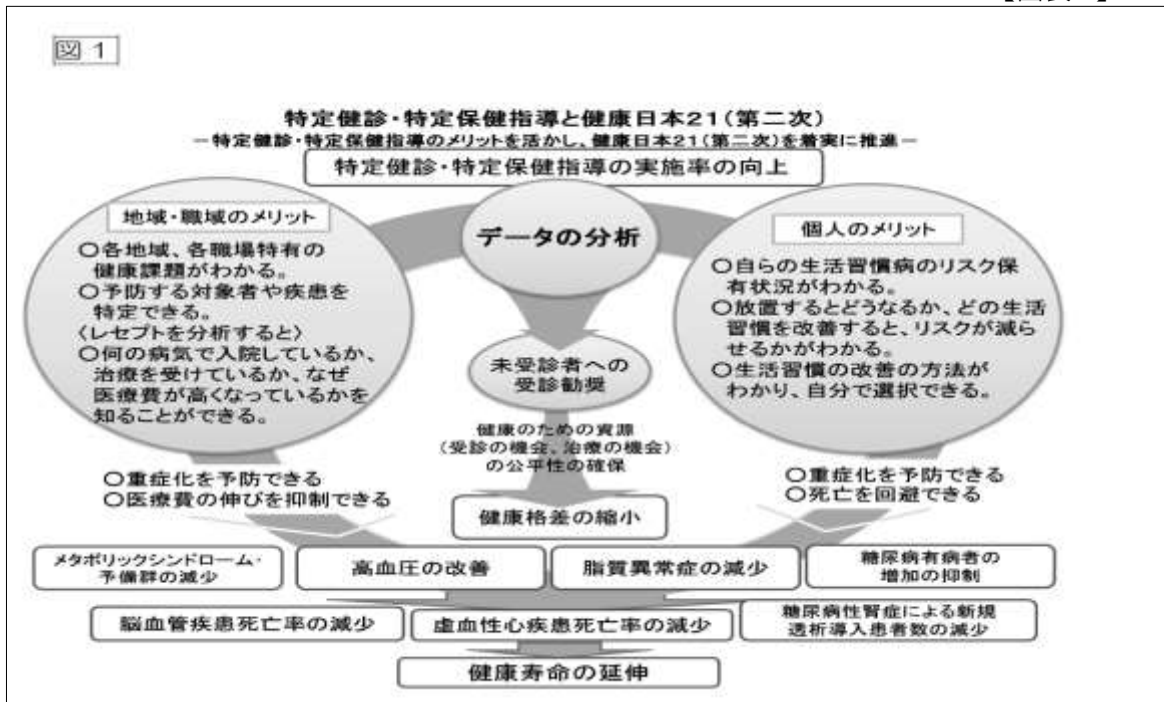
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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】

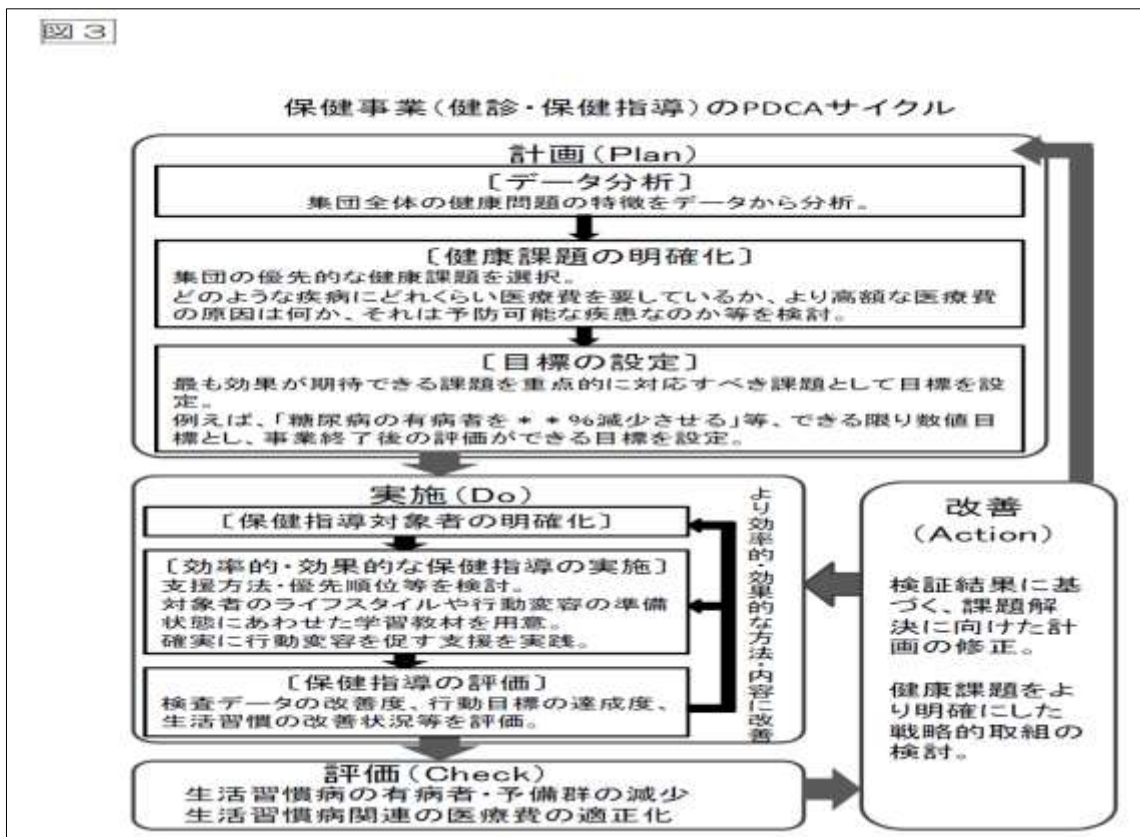
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進法関連法とは 健康増進法、国民健康保険法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施法）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な方針	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28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方針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 「国民健康保険法に基づき保健事業の 実施等に関する指針（一部改正）」	厚生労働省 老健局 平成28年8月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	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28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3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重点とするとともに、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、 <b>社会健康制度が維持可能なものとなるよう</b> 、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効果を高め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらには <b>高血圧や脂質異常症を併発し、入院患者を増やすことができ</b> 、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら <b>医療の伸びの抑制</b> を達成することが可能となる。 特定健康診査は、 <b>糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に注目し、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も、 <b>的確に抽出</b> するための取り組みである。	生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の <b>自主的な健康増進及び疾病予防の取組み</b> について、 <b>医療者がその支援の中心</b> 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旨とするものである。 <b>被保険者の健康の維持増進</b> により、 <b>医療費の適正化</b> 及び保険者の <b>財政健全化</b> 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支援することや、重症化を懸念した要支援状態となることへの <b>予防</b> 又は、要介護状態等の軽減もしくは <b>悪化の防止</b> を理念としている	<b>国民健康保険を堅持</b> 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、 <b>医療費が過度に増大しないよう</b> にいくと、 <b>品質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保</b> を図る	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 <b>地域において役割の異なる医療の提供</b> を実現し、 <b>品質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保</b> を図る
対象年齢	ライフステージ（ <b>乳幼児期</b> 、 <b>若壮年期</b> ） 高齢期にわたって	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期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） がん未期 物老いの認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、慢性腎臓病 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、防癌検診未受診 後継症候群	メタボリックシンドローム 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 特定健診に関係する項目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透析導入患者数） ③生活習慣病の割合 ④血糖コントロール値におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドローム有病率 ⑧高血圧・脂質異常症 ⑨適度な体重を維持している者の割合（肥満、やせの減少） ⑩国民の生活の質の向上 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診実施率 ②特定保健指導実施率 ③保険者努力支援制度 ④【保険者努力支援制度区分】を減額し、保険料率決定	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（特定健診の目標値参照） ①余生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健診診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・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 外資 ①一人あたり対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メタボリックシンドローム・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床稼働率の向上・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実情に応じて策定）
その他		保健事業支援・評価委員会（事務局：国民健康協会）による計画作成支援			保険者協議会（事務局：国民健康協会）を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、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

保健事業の実践部局である保健衛生部局（ふれあいセンター）と高齢者医療部局（市民生活課）が主体となってデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、関係部局との連携を図りながら、一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（市民生活課）、保健衛生部局（ふれあいセンター）、介護保険部局（介護福祉課）企画部局（政策調整課）、生活保護部局（社会福祉課）とも十分連携することが望ましい。

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、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。

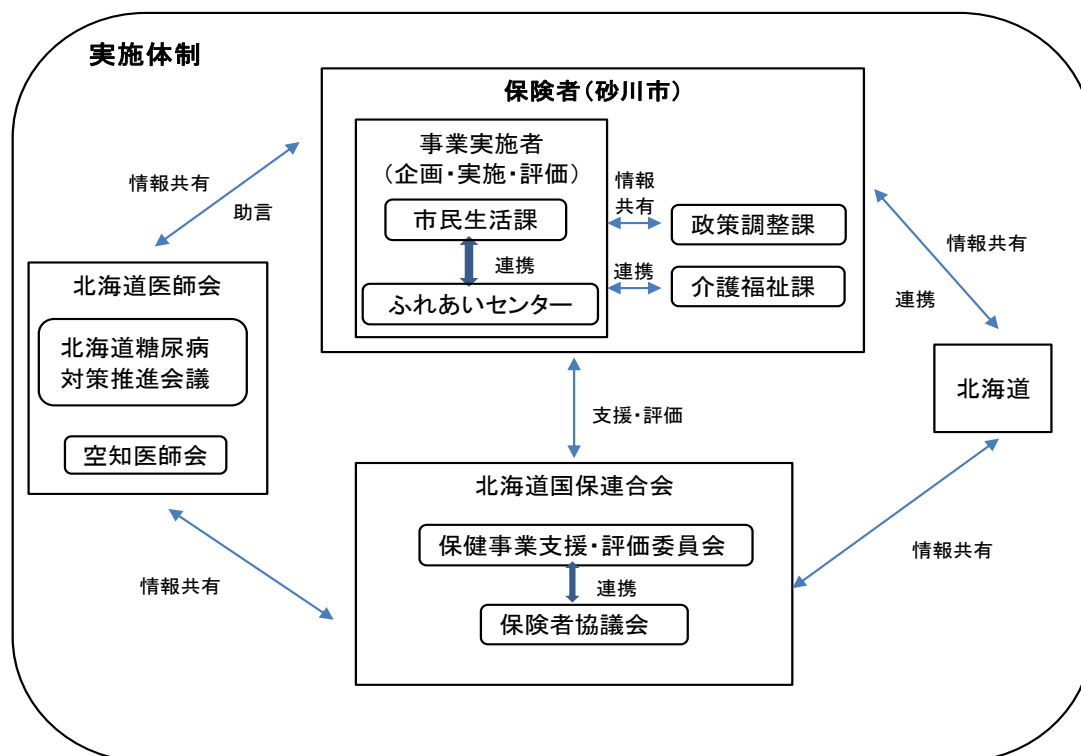
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 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。

砂川市の実施体制図

【図表 4】



## 5. 保険者努力支援制度

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

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

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28 砂川市 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)		229			
総得点(体制構築加点含む)		241			
全国順位(1,741市町村中)		279			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	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25年度と平成28年度の経年比較を見ると、標準化死亡比は男女ともに増加している。死因別に見てみると心臓病・脳疾患は減少していたが、腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、同規模平均よりも高率になっている。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると40～64歳の2号認定率は減少しているが、65歳以上の1号認定率は増加している。介護給付費は減少しているが同規模平均と比較すると高額な状況は変わらない。

また、医療費に占める外来費用割合は減少し、入院費用の割合が増加している。特定健診受診率向上への取り組みと特定健診受診者における受診勧奨者の医療機関受診率向上に勤めてきたところであるが、重症化予防が追いついていない状況である。

医療費適正化の観点からも更なる特定健診受診率向上への取り組みと、健診受診者への適切な保健指導は重要となる。(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)

介護給付費の変化では、平成28年度は介護給付費総額も1件当たり給付費も減少しているが、1件当たり給付費を同規模平均と比較すると砂川市はまだまだ高額となっている。

1件当たり給付費の内訳では、居宅サービスが増加し、施設サービスが減少しており、在宅に移行してきている状況がうかがえる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	砂川市				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
H25年度	15億1,895万円	79,966	39,842	293,553	67,784	41,785	283,772
H28年度	14億8,464万円 ↓	77,281 ↓	42,757 ↑	280,993 ↓	66,717	41,744	278,164

## ② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化については、総医療費は減少したものの一人当たり医療費は 4,032 円増えて、同規模と比較するとその伸び率は 1.6 倍となっている。入院・入院外で見ると、入院費用が大幅に増加しており、入院一人当たり医療費の伸び率は同規模の 3 倍となっている。

医療費の変化

【図表 7】

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	
				砂川市	同規模			砂川市	同規模			砂川市	同規模
総医療費(円)	H25年度	18億2,775万円				8億6,087万円				9億6,687万円			
	H28年度	17億5,620万円	△7,155万円	-3.91	3.4	9億1,498万円	△5,411万円	6.28	3.3	8億4,122万円	△1億2,565万円	-12.99	3.5
一人当たり医療費(円)	H25年度	31,930				15,040				16,890			
	H28年度	35,962	↑4,032	12.6	7.8	18,742	↑3,702	24.6	7.6	17,220	330	1.9	7.9

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

## ③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

データヘルス計画の中長期及び短期目標疾患に係る医療費計は減少している。

中長期目標疾患を疾患別で見ると、慢性腎不全、脳血管疾患に係る医療費は減少しているが、虚血性心疾患に係る医療費は増加している。また、中長期目標疾患を国と比較すると砂川市の特徴として、脳血管疾患や虚血性心疾患が多い状況であり、特に脳血管疾患に係る費用は国の 1.9 倍となっている。一方これらの基礎疾患となる糖尿病・高血圧・脂質異常症にかかる医療費は、いずれも国よりも低率となっており、生活習慣病の重症化予防が図られていない状況がうかがえる。

生活習慣病以外では、砂川市の特徴として精神疾患にかかる医療費が国の 1.6 倍と多くなっている。

データヘルス計画のターゲットとなる疾病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 8】

市町村名	総医療費	一人当たり医療費			中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	道内	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	砂川市	1,827,754,010	31,930	22位	23位	4.08%	1.54%	4.38%	2.16%	4.67%	4.74%	2.53%	440,564,310	24.10%	13.94%	12.06%	9.35%
H28	砂川市	1,756,204,930	35,962	14位	9位	3.43%	0.30%	4.17%	2.60%	5.14%	3.40%	2.20%	372,897,680	21.23%	15.07%	15.06%	7.58%
H28	北海道	447,068,008,510	27,782	-	-	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%	92,704,528,050	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%
	国	9,687,968,260,190	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患治療者（様式 3-5）は増加しており、脳血管疾患や人工透析を合併している者も増加している。共通リスクである高血圧・糖尿病の治療者は増加しているが、脂質異常症の治療者は減少していた。

脳血管疾患治療者（様式 3-6）も増加しており、虚血性心疾患や人工透析を合併している者も増加している。共通リスクでは高血圧の治療者が減少していた。

人工透析者（様式 3-7）は横ばいであるが、脳血管疾患や虚血性心疾患を合併している者は増加しており、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者がいずれも減少していた。

共通リスクとなる高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療の中断がなかったか確認していく必要がある。

【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			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
H25	全体	4,848	190	3.9	22	11.6	4	2.1	138	72.6	88	46.3	137	72.1
	64歳以下	2,719	58	2.1	5	8.6	4	6.9	43	74.1	25	43.1	35	60.3
	65歳以上	2,129	132	6.2	17	12.9	0	0.0	95	72.0	63	47.7	102	77.3
H28	全体	4,185	189	4.5	27	14.3	5	2.6	154	81.5	92	48.7	135	71.4
	64歳以下	2,078	46	2.2	8	17.4	5	10.9	39	84.8	24	52.2	28	60.9
	65歳以上	2,107	143	6.8	19	13.3	0	0.0	115	80.4	68	47.6	107	74.8

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			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
H25	全体	4,848	158	3.3	22	13.9	2	1.3	111	70.3	57	36.1	88	55.7
	64歳以下	2,719	48	1.8	5	10.4	2	4.2	33	68.8	20	41.7	26	54.2
	65歳以上	2,129	110	5.2	17	15.5	0	0.0	78	70.9	37	33.6	62	56.4
H28	全体	4,185	156	3.7	27	17.3	4	2.6	104	66.7	66	42.3	89	57.1
	64歳以下	2,078	48	2.3	8	16.7	4	8.3	28	58.3	19	39.6	24	50.0
	65歳以上	2,107	108	5.1	19	17.6	0	0.0	76	70.4	47	43.5	65	60.2

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,848	13	0.3	2	15.4	4	30.8	12	92.3	9	69.2	4	30.8	
	64歳以下	2,719	12	0.4	2	16.7	4	33.3	11	91.7	8	66.7	4	33.3	
	65歳以上	2,129	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	
H28	全体	4,185	11	0.3	4	36.4	5	45.5	10	90.9	7	63.6	3	27.3	
	64歳以下	2,078	11	0.5	4	36.4	5	45.5	10	90.9	7	63.6	3	27.3	
	65歳以上	2,107	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糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況をみると、糖尿病治療者(様式3-2)は増加しているが、高血圧治療者(様式3-3)や脂質異常症治療者(様式3-4)は減少しており、リスク管理が不十分な状態から虚血性心疾患や脳血管疾患の増加につながっていると考えられる。

虚血性心疾患や脳血管疾患といった中長期目標疾患を減少させるためには、高血圧や脂質異常症の治療の実態を把握しながら適切な治療につなげていくことが課題である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標								
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,848	523	10.8	54	10.3	355	67.9	364	69.6	88	16.8	57	10.9	9	1.7	28	5.4	
	64歳以下	2,719	190	7.0	21	11.1	117	61.6	129	67.9	25	13.2	20	10.5	8	4.2	10	5.3	
	65歳以上	2,129	333	15.6	33	9.9	238	71.5	235	70.6	63	18.9	37	11.1	1	0.3	18	5.4	
H28	全体	4,185	528	12.6	59	11.2	340	64.4	345	65.3	92	17.4	66	12.5	7	1.3	39	7.4	
	64歳以下	2,078	153	7.4	19	12.4	86	56.2	89	58.2	24	15.7	19	12.4	7	4.6	13	8.5	
	65歳以上	2,107	375	17.8	40	10.7	254	67.7	256	68.3	68	18.1	47	12.5	0	0.0	26	6.9	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,848	990	20.4	355	35.9	583	58.9	138	13.9	111	11.2	12	1.2	
	64歳以下	2,719	304	11.2	117	38.5	170	55.9	43	14.1	33	10.9	11	3.6	
	65歳以上	2,129	686	32.2	238	34.7	413	60.2	95	13.8	78	11.4	1	0.1	
H28	全体	4,185	862	20.6	340	39.4	515	59.7	154	17.9	104	12.1	10	1.2	
	64歳以下	2,078	222	10.7	86	38.7	105	47.3	39	17.6	28	12.6	10	4.5	
	65歳以上	2,107	640	30.4	254	39.7	410	64.1	115	18.0	76	11.9	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							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,848	861	17.8	364	42.3	583	67.7	137	15.9	88	10.2	4	0.5	
	64歳以下	2,719	283	10.4	129	45.6	170	60.1	35	12.4	26	9.2	4	1.4	
	65歳以上	2,129	578	27.1	235	40.7	413	71.5	102	17.6	62	10.7	0	0.0	
H28	全体	4,185	743	17.8	345	46.4	515	69.3	135	18.2	89	12.0	3	0.4	
	64歳以下	2,078	183	8.8	89	48.6	105	57.4	28	15.3	24	13.1	3	1.6	
	65歳以上	2,107	560	26.6	256	45.7	410	73.2	107	19.1	65	11.6	0	0.0	

② リスクの健診結果経年変化（図表 11、12）

リスクの健診結果の経年変化をみると、男性、女性ともに腹囲、中性脂肪、HDL コレステロール、HbA1c、血圧が悪化している。また、メタボリックシンドロームの予備群は減少したものの該当者は増加しており3項目全てに該当する者も増加している。

有所見者割合が増加した要因は、健診受診者の増加により、今まで潜在していた有所見者が顕在化したためと考えられる。継続受診者と新規受診者の有所見状況を比較してみると新規受診者に有所見者が多くいることがわかる。

【図表 11】

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

★NO.23（概要）

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	173	34.7	262	52.6	118	23.7	114	22.9	39	7.8	199	40.0	267	53.6	123	24.7	286	57.4	131	26.3	246	49.4	8	1.6
	40-64	71	39.9	86	48.3	55	30.9	49	27.5	17	9.6	56	31.5	89	50.0	52	29.2	85	47.8	54	30.3	87	48.9	2	1.1
	65-74	102	31.9	176	55.0	63	19.7	65	20.3	22	6.9	143	44.7	178	55.6	71	22.2	201	62.8	77	24.1	159	49.7	6	1.9
H28	合計	183	34.0	288	53.4	151	28.0	122	22.6	57	10.6	204	37.8	304	56.4	109	20.2	345	64.7	170	31.5	239	44.3	18	3.3
	40-64	65	40.9	81	50.9	51	32.1	50	31.4	18	11.3	47	29.6	76	47.8	39	24.5	89	56.0	62	39.0	86	54.1	3	1.9
	65-74	118	31.1	207	54.5	100	26.3	72	18.9	39	10.3	157	41.3	228	60.0	70	18.4	260	68.4	108	28.4	153	40.3	15	3.9

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
女性	合計	176	24.4	134	18.6	102	14.2	72	10.0	10	1.4	145	20.1	367	51.0	22	3.1	350	48.6	123	17.1	442	61.4	3	0.4
	40-64	45	19.2	41	17.5	35	15.0	30	12.8	3	1.3	41	17.5	104	44.4	4	1.7	73	31.2	32	13.7	151	64.5	0	0.0
	65-74	131	27.0	93	19.1	67	13.8	42	8.6	7	1.4	104	21.4	263	54.1	18	3.7	277	57.0	91	18.7	291	59.9	3	0.6
H28	合計	196	25.1	151	20.2	133	17.0	77	9.8	18	2.3	188	24.0	399	51.0	28	3.6	437	55.9	150	19.2	442	56.5	2	0.3
	40-64	61	28.6	51	23.9	35	16.4	32	15.0	2	0.9	44	20.7	83	39.0	10	4.7	92	43.2	47	22.1	125	58.7	0	0.0
	65-74	135	23.7	107	18.8	98	17.2	45	7.9	16	2.8	144	25.3	316	55.5	18	3.2	345	60.6	103	18.1	317	55.7	2	0.4

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概要）

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	498	32.9	30	6.0%	101	20.3%	7	1.4%	75	15.1%	19	3.8%	131	26.3%	34	6.8%	8	1.6%	58	11.6%	31	6.2%		
	40-64	178	26.0	13	7.3%	32	18.0%	1	0.6%	23	12.9%	8	4.5%	41	23.0%	11	6.2%	5	2.8%	17	9.6%	8	4.5%		
	65-74	320	38.6	17	5.3%	69	21.6%	6	1.9%	52	16.3%	11	3.4%	90	28.1%	23	7.2%	3	0.9%	41	12.8%	23	7.2%		
H28	合計	539	42.3	11	2.0%	90	16.7%	6	1.1%	71	13.2%	13	2.4%	187	34.7%	39	7.2%	8	1.5%	79	14.7%	6	1.1%		
	40-64	159	33.8	5	3.1%	28	17.6%	1	0.6%	22	13.8%	5	3.1%	48	30.2%	6	3.8%	1	0.6%	26	16.4%	15	9.4%		
	65-74	380	47.3	6	1.6%	62	16.3%	5	1.3%	49	12.9%	8	2.1%	139	36.6%	33	8.7%	7	1.8%	53	13.9%	46	12.1%		

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	720	37.2	21	2.9%	51	7.1%	0	0.0%	38	5.3%	13	1.8%	62	8.6%	10	1.4%	3	0.4%	34	4.7%	15	2.1%		
	40-64	234	31.1	11	4.7%	12	5.1%	0	0.0%	6	2.6%	6	2.6%	18	7.7%	5	2.1%	3	1.3%	7	3.0%	3	1.3%		
	65-74	486	41.0	10	2.1%	39	8.0%	0	0.0%	32	6.6%	7	1.4%	44	9.1%	5	1.0%	0	0.0%	27	5.6%	12	2.5%		
H28	合計	782	47.4	17	2.2%	46	5.9%	0	0.0%	36	4.6%	10	1.3%	95	12.1%	14	1.8%	4	0.5%	48	6.1%	29	3.7%		
	40-64	213	38.3	12	5.6%	13	6.1%	0	0.0%	10	4.7%	3	1.4%	26	12.2%	4	1.9%	1	0.5%	12	5.6%	9	4.2%		
	65-74	569	52.0	5	0.9%	33	5.8%	0	0.0%	26	4.6%	7	1.2%	69	12.1%	10	1.8%	3	0.5%	36	6.3%	20	3.5%		

【図表 12】

## 特定健康診査受診者の受診回数別結果

28年度健診結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				1,322 人	100.0%	1,106 人	83.7%	216 人	16.3%	
項目		基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	377 人	28.5%	297 人	26.9%	80 人	37.0%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	447 人	33.8%	365 人	33.0%	82 人	38.0%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪		300以上	285 人	21.6%	217 人	19.6%	68 人	31.5%
	インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	131 人	10.3%	106 人	9.9%	25 人	12.8%
				(再掲) 7.0以上	65 人	5.1%	48 人	4.5%	17 人	8.7%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	138 人	10.4%	117 人	10.6%	21 人	9.7%
			拡張期	100以上	28 人	2.1%	20 人	1.8%	8 人	3.7%
			計		149 人	11.3%	126 人	11.4%	23 人	10.6%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	169 人	12.8%	135 人	12.2%	34 人	15.7%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	13 人	1.0%	11 人	1.0%	2 人	0.9%	
		eGFR	50未満 70歳以上は40未満	61 人	4.7%	52 人	4.7%	9 人	4.5%	
		尿酸	8.0以上	32 人	2.5%	21 人	1.9%	11 人	5.4%	

\* HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

## ③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

特定健診受診率は目標の60%には到達していないが、平成28年度は、平成25年度と比較して9.4%増加し45.3%となった。重症化を予防していくためにも更なる受診率向上への取り組みが重要となってくる。

また、特定保健指導実施率は高率を維持しており、受診勧奨者の医療機関受診率も同規模平均より高くなっている。今後も健診受診者への保健指導を丁寧に実施していくことが重症化予防につながっていく。

【図表 13】

## 特定健診受診率・特定保健指導実施率

法定報告値

項目	特定健診					特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	道内の 順位	同規模内 の順位 (KDBより)	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
									砂川市	同規模平均
H25年度	3,342	1,199	35.9%	66位	143位	161	107	66.5%	55.1%	50.8%
H28年度	2,923	1,323	45.3%	48位	67位	153	118	77.1%	60.7%	51.1%

## 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。

重症化予防の入り口となる特定健診受診率については徐々に上昇してきているが、健診未受診者から脳血管疾患や虚血性心疾患を発症している者も多く、更なる受診率向上を図ることが課題である。

また、特定健診受診率向上により、今まで潜在していた課題が顕在化し、メタボリックシンドローム該当者が非常に多くいることが分かった。内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖、高血圧、脂質異常など血管内皮障害を進展させる状態から脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全へと移行している状況が推測され、そのことが入院医療費の増加にもつながっている。

医療費の適正化を図るためにも、住民が自らからだの状態を確認できる場としての特定健診受診率を向上させるとともに、健診受診後の保健指導のスキルアップと医療機関受診後も適切な治療を継続していけるよう医療機関との連携を図っていくことが重要である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

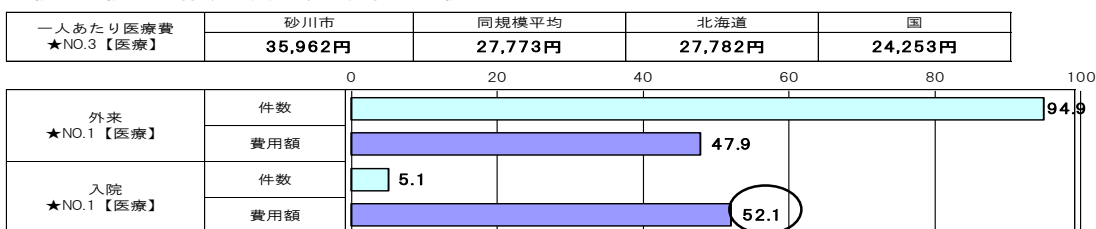
### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表14）

砂川市の入院件数は5.1%で、その費用額は全体の52.1%を占めており、国や同規模平均と比較して高率になっている。入院に係る費用の増加によって一人当たり医療費を押し上げている状況があり、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14】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○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15）

ひと月100万円以上の高額になる疾患、6か月以上の長期入院のレセプト分析では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用額の約25%近くを占めている。また、長期化する人工透析では、糖尿病性によるものが63.9%を占めていた。これらに共通する高血圧、糖尿病、脂質異常症への早期受診勧奨及び治療中断を防ぐことが脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析への重症化を防ぐことにつながる。

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15】

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 (100万円以上レセ)	件数	208件	21件 10.1%	14件 6.7%	
		費用額	3億2614万円	3753万円 11.5%	1760万円 5.4%	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	680件	147件 21.6%	62件 9.1%	
		費用額	2億8655万円	6860万円 23.9%	2594万円 9.1%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	122件	38件 31.1%	65件 53.3%	78件 63.9%
		費用額	7184万円	2544万円 35.4%	3330万円 46.3%	4924万円 68.5%

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	1,705人	156人 9.1%	189人 11.1%	39人 2.3%	
		高血圧	104人 66.7%	154人 81.5%	33人 84.6%	
		糖尿病	66人 42.3%	92人 48.7%	39人 100.0%	
		脂質異常症	89人 57.1%	135人 71.4%	27人 69.2%	
		高血圧症	862人 50.6%	528人 31.0%	743人 43.6%	120人 7.0%
		糖尿病	528人 31.0%	743人 43.6%	120人 7.0%	

○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 16)

介護認定者におけるレセプト分析では、認定者の 91.3%が血管疾患を有している。その中でも脳血管疾患は、どの年代においても第 1 位という状況であった。

2号認定者及び 65～74 歳の 1号認定者は、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っていく。

また、65～74 歳の前期高齢者において認知症を有する者が 33.0%おり、脳の血管を守る視点でも高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが重要となる。

【図表 16】

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	6,522人		2,858人		3,069人		5,927人		12,449人			
認定者数	27人		121人		1,081人		1,202人		1,229人				
認定率	0.41%		4.2%		35.2%		20.3%		9.9%				
新規認定者数 (*1)	5人		32人		170人		202人		207人				
介護度別人数	要支援1・2	7	25.9%	31	25.6%	366	33.9%	397	33.0%	404	32.9%		
	要介護1・2	9	33.3%	49	40.5%	389	36.0%	438	36.4%	447	36.4%		
	要介護3～5	11	40.7%	41	33.9%	326	30.2%	367	30.5%	378	30.8%		
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)		27		121		1,081		1,202		1,229		
	(再) 国保・後期		18		88		875		963		981		
	疾患	順位	疾病	件数		疾病		件数		疾病		件数	
				割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合		
	循環器 疾患	1	脳卒中	9	50.0%	36	40.9%	334	38.2%	370	38.4%	379	38.6%
		2	腎不全	4	22.2%	23	26.1%	276	31.5%	299	31.0%	301	30.7%
		3	虚血性 心疾患	2	11.1%	8	9.1%	114	13.0%	122	12.7%	126	12.8%
		4	糖尿病 合併症	6	33.3%	8	9.1%	77	8.8%	85	8.8%	91	9.3%
基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		16	88.9%	71	80.7%	776	88.7%	847	88.0%	863	88.0%		
血管疾患 合計		16	88.9%	73	83.0%	807	92.2%	880	91.4%	896	91.3%		
認知症		1	5.6%	29	33.0%	377	43.1%	406	42.2%	407	41.5%		
筋・骨格疾患		12	66.7%	69	78.4%	774	88.5%	843	87.5%	855	87.2%		

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

\*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000	
要介護認定者医療費 (40歳以上)	9,540							
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	5,866							

## 2) 健診受診者の実態 (図表 17・18)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。砂川市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見でも中性脂肪・GPT・HDL コレステロール・空腹時血糖・尿酸・血圧などが全国より多くなっており、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 17】

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)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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				
北海道	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			
砂川市	合計	183	34.0	288	53.4	151	28.0	122	22.6	57	10.6	204	37.8	304	56.4	109	20.2	349	64.7	170	31.5	239	44.3	18	3.3		
	40-64	65	40.9	81	50.9	51	32.1	50	31.4	18	11.3	47	29.6	76	47.8	39	24.5	89	56.0	62	39.0	86	54.1	3	1.9		
	65-74	118	31.1	207	54.5	100	26.3	72	18.9	39	10.3	157	41.3	228	60.0	70	18.4	260	68.4	108	28.4	153	40.3	15	3.9		

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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				
北海道	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			
砂川市	合計	196	25.1	158	20.2	133	17.0	77	9.8	18	2.3	188	24.0	399	51.0	28	3.6	437	55.9	150	19.2	442	56.5	2	0.3		
	40-64	61	28.6	51	23.9	35	16.4	32	15.0	2	0.9	44	20.7	83	39.0	10	4.7	92	43.2	47	22.1	125	58.7	0	0.0		
	65-74	135	23.7	107	18.8	98	17.2	45	7.9	16	2.8	144	25.3	316	55.5	18	3.2	345	60.6	103	18.1	317	55.7	2	0.4		

※全国については、有所見割合のみ表示

【図表 18】

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)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国					588,308	17.2%							940,335	27.5%											
北海道					18,510	17.9%							28,852	27.8%											
砂川市	合計	539	42.3	11	2.0%	90	16.7%	6	1.1%	71	13.2%	13	2.4%	187	34.7%	39	7.2%	8	1.5%	79	14.7%	61	11.3%		
	40-64	159	33.8	5	3.1%	28	17.6%	1	0.6%	22	13.8%	5	3.1%	48	30.2%	6	3.8%	1	0.6%	26	16.4%	15	9.4%		
	65-74	380	47.3	6	1.6%	62	16.3%	5	1.3%	49	12.9%	8	2.1%	139	36.6%	33	8.7%	7	1.8%	53	13.9%	46	12.1%		

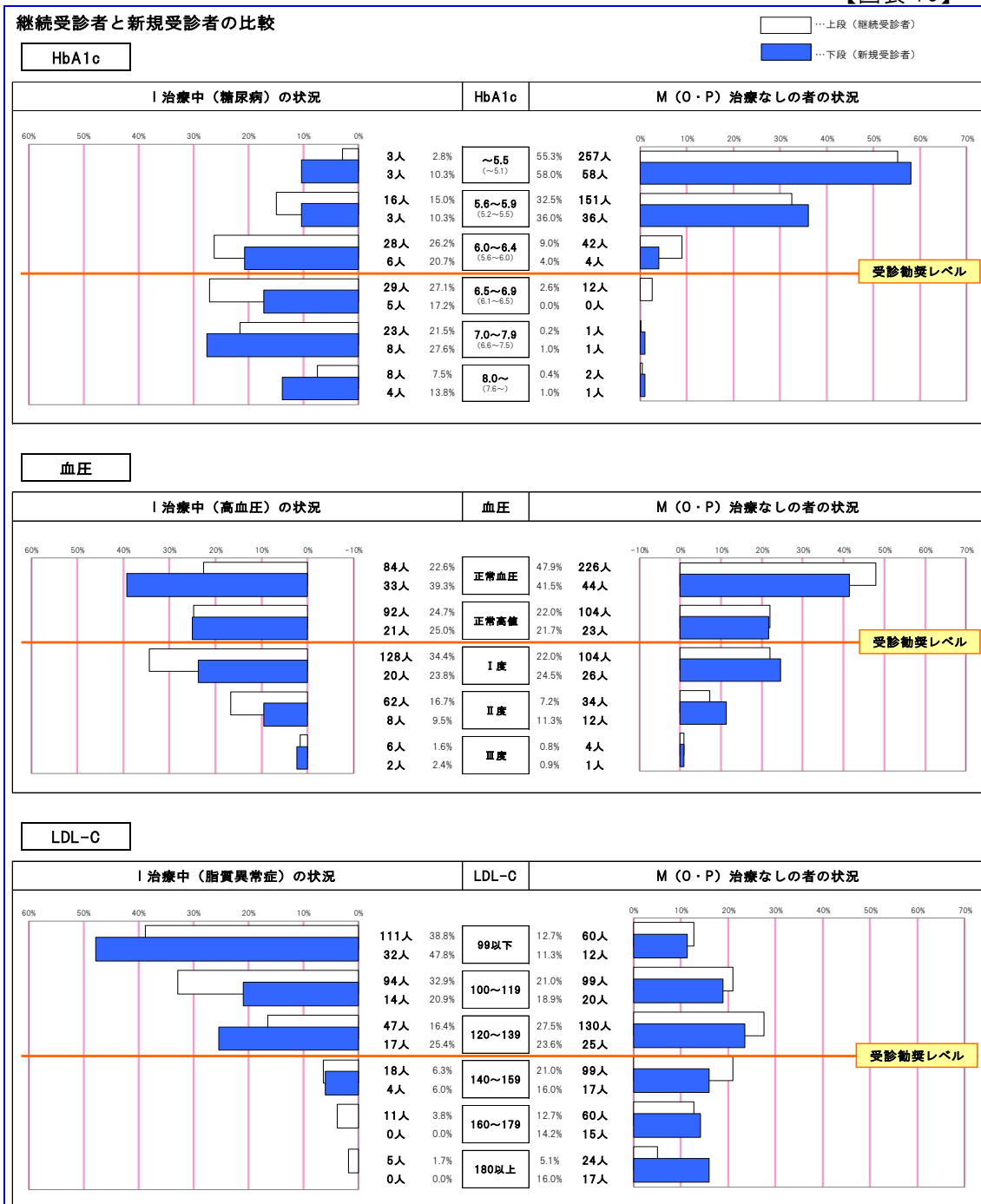
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国					259,425	5.8%							425,520	9.5%											
北海道					7,985	5.5%							13,203	9.0%											
砂川市	合計	782	47.4	17	2.2%	46	5.9%	0	0.0%	36	4.6%	10	1.3%	95	12.1%	14	1.8%	4	0.5%	48	6.1%	29	3.7%		
	40-64	213	38.3	12	5.6%	13	6.1%	0	0.0%	10	4.7%	3	1.4%	26	12.2%	4	1.9%	1	0.5%	12	5.6%	9	4.2%		
	65-74	569	52.0	5	0.9%	33	5.8%	0	0.0%	26	4.6%	7	1.2%	69	12.1%	10	1.8%	3	0.5%	36	6.3%	20	3.5%		

※全国・北海道については、予備群・該当者のみ表示

### 3) 血糖、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 19)

血糖、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況を治療のあるなしで、継続受診者と新規受診者で比較してみた。治療なしの者については、いずれも継続受診者より新規受診者のコントロールが悪い状況であるのがわかる。また、治療ありの者については、血圧とLDL コレステロールについては新規受診者でも比較的コントロールされている状況であるが、血糖については治療をしていてもコントロールが良くない状況であった。

【図表 19】



#### 4) 未受診者の把握 (図表 20)

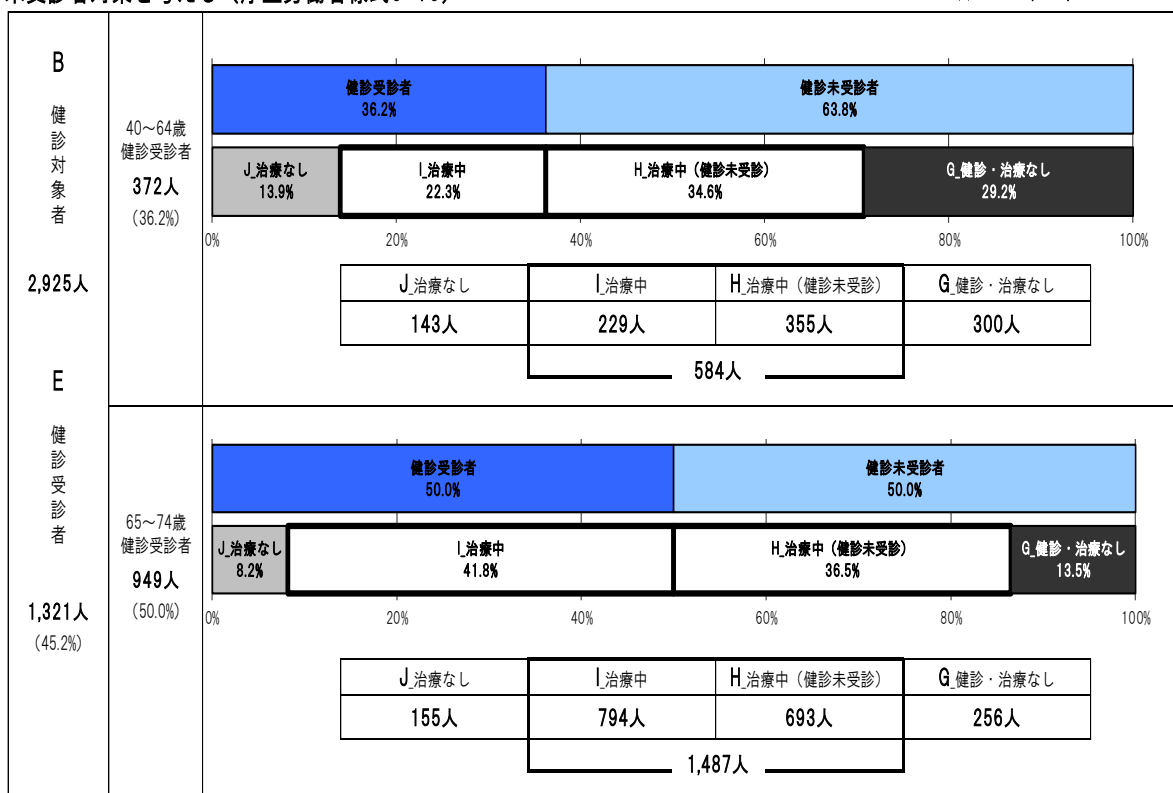
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」をみると、年齢が若い40～64歳の割合が29.2%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療にかかる費用でも、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

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

【図表 20】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

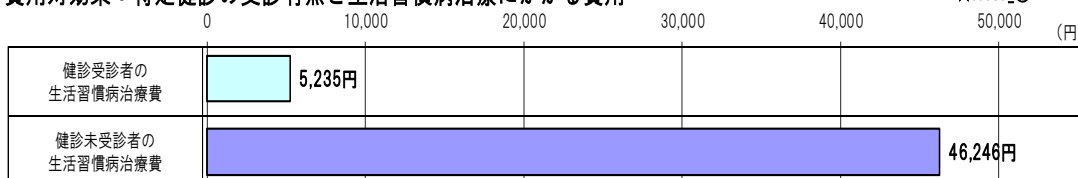
★NO.26 (CSV)



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

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る費用

★NO.3.⑥



### 3. 目標の設定

#### 1) 成果目標

##### (1) 中長期的な目標の設定

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

砂川市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、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

##### (2) 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるためであり、医療機関と連携しながら治療中の者への栄養指導等も行っていく。

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して、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あり、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】

項目／年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
特定健診受診率	53%	56%	59%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%

### 3. 対象者の見込み

【図表22】

項目／年度		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
特定健診	対象者数	2,670人	2,560人	2,450人	2,340人	2,240人	2,140人
	受診者数	1,415人	1,434人	1,446人	1,404人	1,344人	1,284人
特定保健指導	対象者数	170人	172人	173人	168人	161人	154人
	実施者数	119人	120人	121人	118人	113人	108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。健診機関との契約は個別契約とし、国から示された標準的な契約書に基づき契約を行う。

- (1) 集団健診(ふれあいセンター)
- (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、図表 23 のとおりとする。

【図表 23】

健診機関名	住所	電話番号	健診時期	詳細な健診項目				
				貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン	
JA北海道厚生連 札幌厚生病院	札幌市中央区 北3条東8-5	011 - 261 - 5331	集団（4月・6月・10月） 個別（通年）	○	○	○	○	
公益財団法人 北海道対がん 協会	札幌がん検診 センター	札幌市東区北 26条東14丁目 1-15	011 - 748 - 5111	集団（6月・10月） 個別（通年）	○	○	○	○
	旭川がん検診 センター	旭川市末広東2 条6丁目6-10	0166 - 53 - 7111	個別（通年）	○	○	○	○
砂川市立病院	砂川市西4条北 3丁目1-1	0125 - 54 - 2131	個別（1月～3月）	○	○	○	○	
医療法人社団 村山内科医院	砂川市東2条北 5丁目1-5	0125 - 54 - 0888	個別（通年）	○	○	×	○	
医療法人社団 明円医院	砂川市空知太 東1条3丁目1- 14	0125 - 53 - 2100	個別（通年）	○	○	×	○	
医療法人社団 細谷医院	砂川市西3条北 3丁目1-11	0125 - 52 - 3057	個別（通年）	○	○	×	○	
医療法人社団 いたう内科 循環器科クリニック	砂川市西3条南 8丁目2-1-1	0125 - 55 - 3355	個別（通年）	○	○	×	○	
医療法人 砂川慈恵会病院	砂川市西1条南 11丁目2-10	0125 - 54 - 2300	個別（通年）	○	○	×	○	

### 4) 特定健診対象者及び実施項目

特定健診は、省令に基づく者を対象とする他、若年期からの適正体重の維持に向けた保健指導、啓発を行うため 20～39 歳の者も対象として実施する。

実施項目については、図表 24 のとおりとし、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者を抽出する国が定めた基本項目に加え、追加の検査（HbA1c、尿酸、尿潜血）を実施する。また、国が定めた詳細項目である心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）、血清クレアチニン検査、推算糸球体濾過量（eGFR）については、省令に基づいた者に限らず全員に実施する。

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）こととなっており、non-HDL コレステロール算定のための総コレステロールの導入について検討していく。

特定健診実施項目

【図表 24】

健診実施項目		国の基準	砂川市		
		40～74歳	40～74歳	20～39歳	
基本的な健診項目	質問項目	○	○	●	
	身体計測	身長	○	○	●
		体重	○	○	●
		BMI	○	○	●
		腹囲	○	○	●
	理学的検査	身体診察	○	○	●
	血圧等	血圧測定	○	○	●
	血中脂質検査	中性脂肪	○	○	●
		HDLコレステロール	○	○	●
		LDLコレステロール 又はnon-HDLコレステロール	○	○	●
	肝機能検査	AST(GOT)	○	○	●
		ALT(GPT)	○	○	●
		γ-GT(γ-GTP)	○	○	●
	血糖検査	空腹時血糖 ※随時血糖も可(食後3.5～10時間)	○	○	●
		HbA1c	○	●	●
	尿検査	尿糖	○	○	●
尿蛋白		○	○	●	
尿潜血		—	●	●	
その他	血清尿酸検査	—	●	●	
詳細な健診項目	貧血検査	赤血球数	△	◎	●
		血色素量	△	◎	●
		ヘマトクリット値	△	◎	●
	腎機能検査	血清クレアチニン	△	◎	●
		eGFR	△	◎	●
	心電図検査		△	◎	—
眼底検査		△	◎	—	

○必須項目

△医師の判断に基づき選択的に実施

●砂川市独自項目

◎受診者全員に実施

5) 二次健診の実施

動脈硬化病変の早期発見と生活習慣改善に向けた動機付けを強化するため、メタボリックシンドロームや高血圧、高血糖、脂質異常などのリスクを有する者を対象として、頸動脈超音波検査・75g経口ブドウ糖負荷試験・尿中アルブミン検査を二次健診として実施する。



## 6) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

## 7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ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。

## 8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診の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、受診の案内及び受診券を年度当初に個別に郵送するとともに、未受診者に対しては10月の集団健診前に個別に再勧奨通知を郵送する。また、新たな加入者に対しては、加入手続きの際に窓口で健診の案内を行う。

その他、広報への特集記事掲載による周知・啓発や、地区担当保健師による戸別訪問等を通じて健診の必要性や受診方法等について説明を行う。(図表 25)

【図表 25】

年間実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診	札幌厚生病院		札幌厚生病院 対がん協会				札幌厚生病院 対がん協会					
個別健診	市内5医療機関・札幌厚生病院・対がん協会											
案内方法	対象者全員案内送付					未受診者再勧奨			未受診者20~39歳案内送付			
	年間スケジュール表を全戸配布	広報特集記事				広報特集記事			広報案内記事			
	地区担当保健師による個別勧奨(訪問・面接・各種事業等)											
	新規加入者への窓口での受診案内											

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

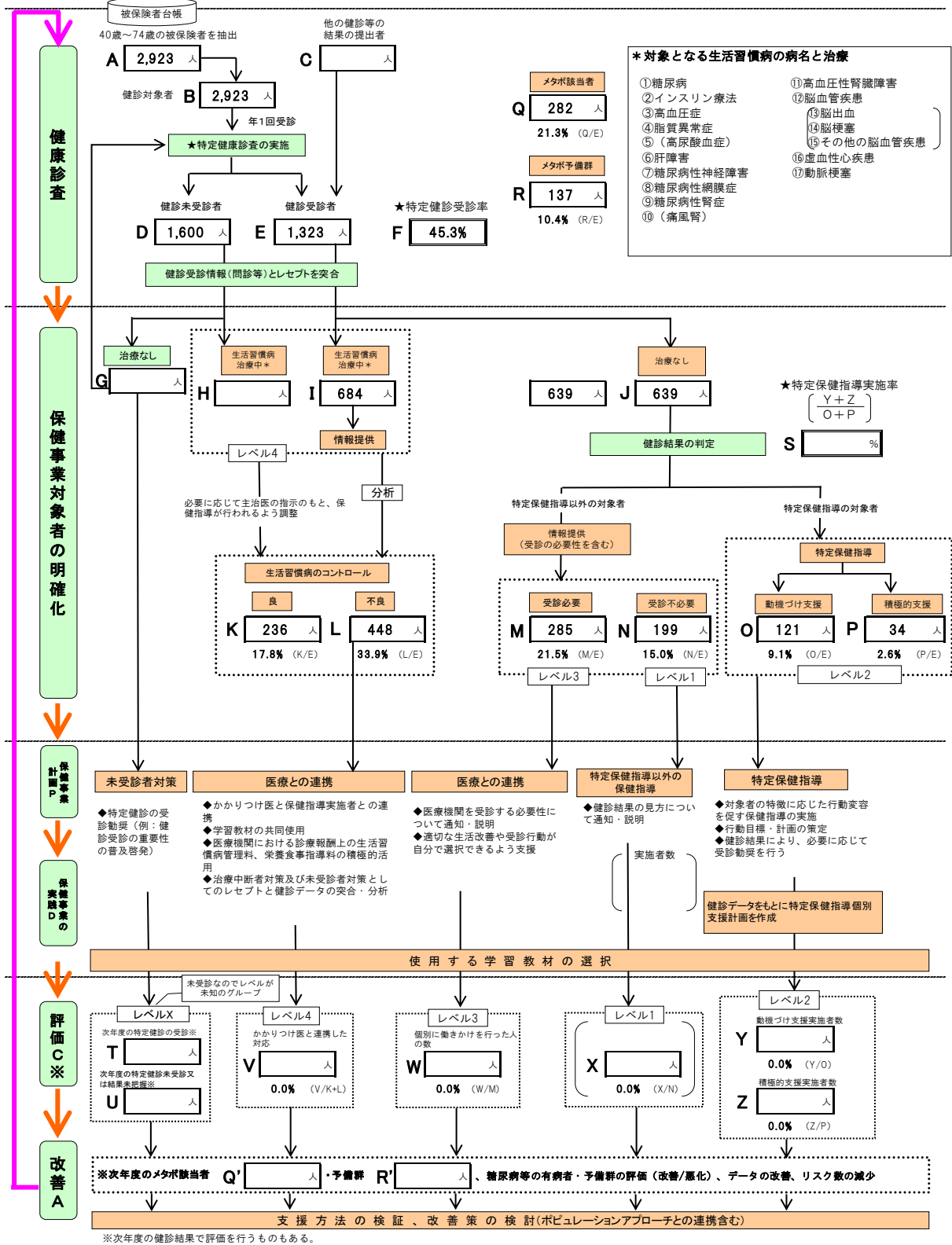
### 1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 26)

【図表 26】

様式5-5

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



## 2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 27）

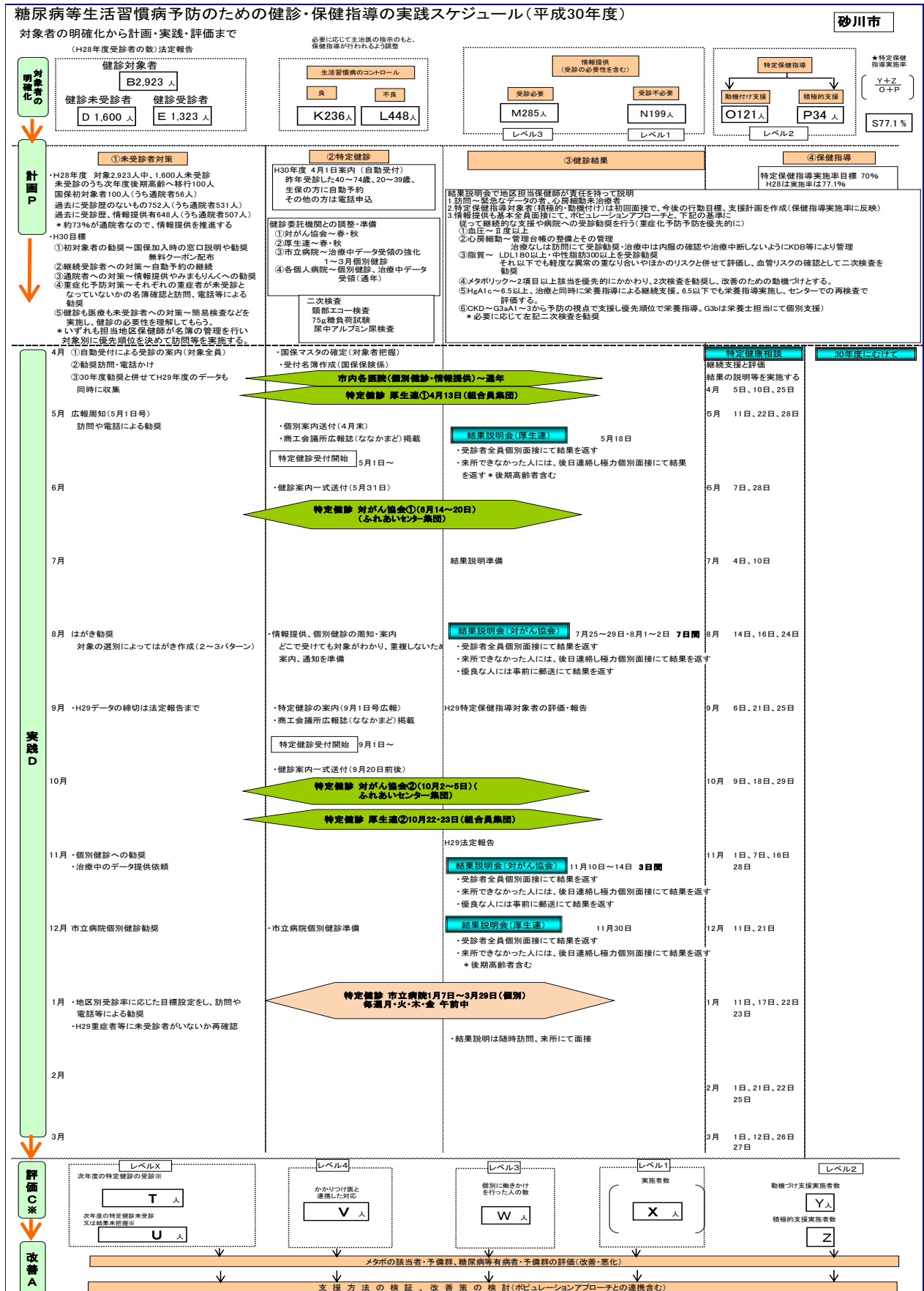
【図表 27】

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	155 人 (11.7)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	285 人 (21.5)	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)	1,600 人 ※受診率目標達成までにあと 430 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	199 人 (15.0)	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	684 人 (51.7)	100%

## 3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 28)

【図表 28】



## 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砂川市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。

記録の保存期間については、実施基準第 10 条第 1 項の規定に基づき、記録を作成した翌年度から 5 年間、又は加入者が他の保険に移行した翌年度の末日までの期間のうちいずれか短い期間となるが、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、健康づくりに役立てるための支援を行えるよう、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。

## 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 日までに国保連を通じて国へ報告する。

## 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、砂川市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り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

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り組みを行う。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り組みとしては、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市民へ周知する。

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 重症化予防の取り組み

#### 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り組みにあたっては「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）及び国の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、取り組みにあたっては図表29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 29】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては国のプログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおりとする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血糖、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 30）

【図表 30】

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

砂川市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、正常アルブミン尿は尿蛋白（-）、微量アルブミン尿は尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（+）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 2）



## ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行った。(図表 31)

砂川市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 63 人 (30%・F) であった。また、40～74 歳における糖尿病治療者 517 人のうち、特定健診受診者が 147 人 (28.4%・G) で、そのうち 17 人 (11.6%・キ) は中断であった。

また、糖尿病治療者で特定健診未受診者 370 人 (71.6%・I) のうち、過去 1 度でも特定健診受診歴がある者は 58 人で、そのうち 8 人は治療中断であることが分かった。50 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

## ③ 介入方法と優先順位

図表 31 より砂川市においての介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位 1

#### 【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・63 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・25 人

※介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### 優先順位 2

#### 【保健指導】

- ① 糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・130 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

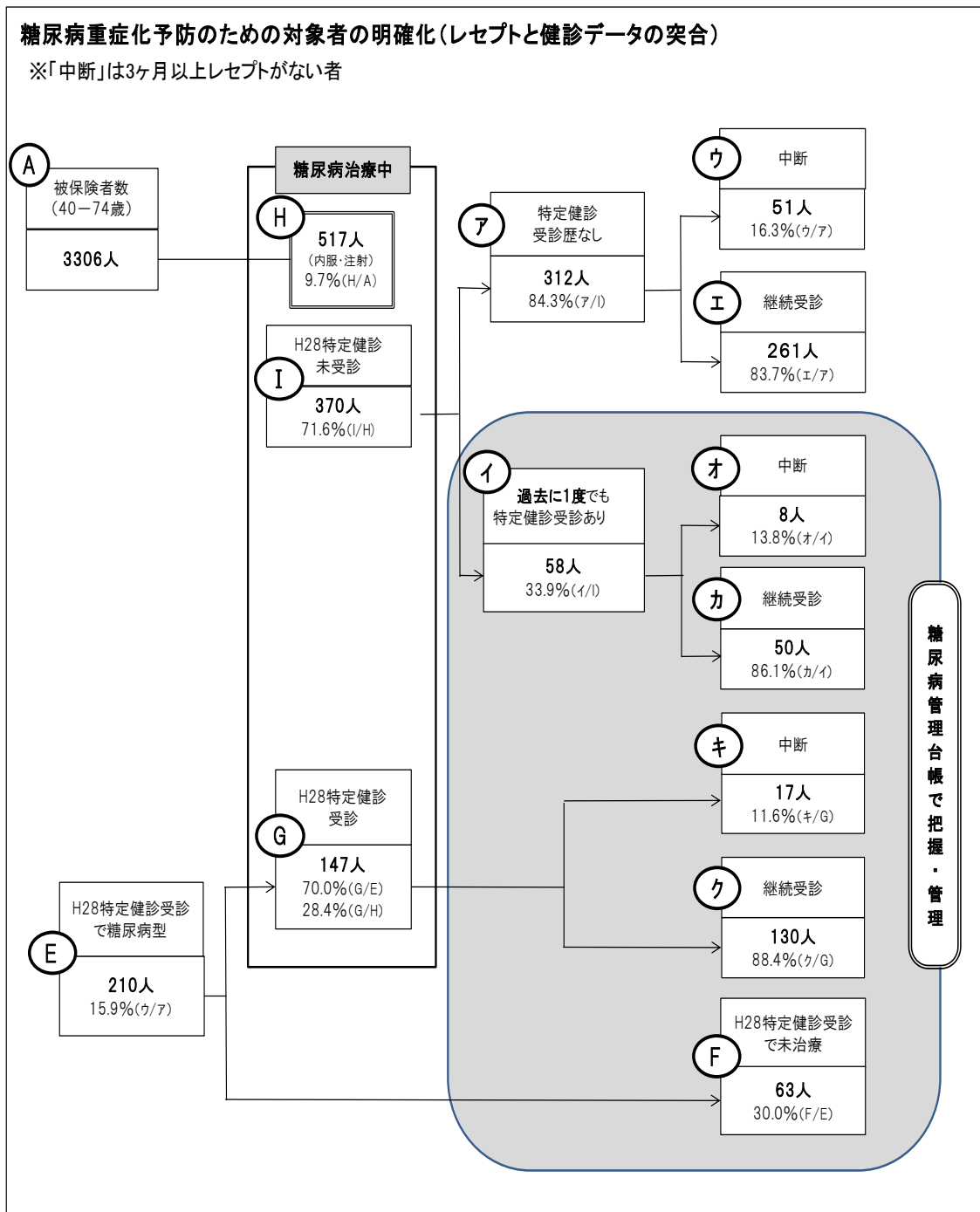
#### 【保健指導】

- ① 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・50 人

※介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

※医療機関と連携した保健指導

【図表 31】



### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

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

## 【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず 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

① HbA1c    ② 血圧    ③ 体重    ④ eGFR    ⑤ 尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・○人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・○人

## 4) 保健指導の実施

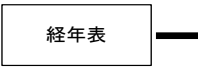
(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。砂川市においては、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 32)

【図表 32】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ヘモグロビンA1cとは</li> <li>糖尿病の治療の進め方</li> <li>健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>HbA1cと体重の変化</li> <li>HbA1cとGFRの変化</li> <li>糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </li> <li>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</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>	<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見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化</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> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)の場合は、二次健診等により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。

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

### (2) 治療中の者への対応

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

## 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 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価表（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/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

- 4 月～ 対象者の選定基準の決定
- 5 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者を抽出（概数の試算）し、介入方法、実施方法を決定
- 12 月～ 糖尿病管理台帳に記載し、台帳記載後は順次対象者へ介入

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

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

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

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

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

砂川市において健診受診者 1,323 人のうち心電図検査実施者は 1,145 人 (86.5%) であり、そのうち ST 所見があったのは 12 人であった (図表 33)。ST 所見あり 12 人のうち 2 人は要精査であり、その後の受診状況をみると、2 人も未受診のままであった (図表 34)。医療機関未受診者の中には、血圧や脂質異常などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 10 人へは、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。

砂川市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い状況である。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を継続していく必要がある。

【図表 33】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%	人	(e/b)%
平成28年度	1,323	100.0	1,145	86.5	12	1.0	284	24.8	849	74.1

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 34】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
人	%	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%
12	100.0	2	16.7	0	0.0	2	100.0

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目となっているが、砂川市の場合は全員に心電図検査を実施してきた。しかしながら、治療中者の診療における検査データの提供を受けた場合は、心電図検査を実施していないこともあり、その際は、図表35に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 35】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			心電図なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1,323	12 0.9%	284 21.5%	849 64.2%	178 13.5%	
メタボ該当者	295 22.3%	3 1.0%	61 20.7%	152 51.5%	79 26.8%	
メタボ予備群	125 9.4%	0 0.0%	35 28.0%	82 65.6%	8 6.4%	
メタボなし	903 68.3%	9 1.0%	188 20.8%	615 68.1%	91 10.1%	
LDL-C	140～159	146 16.2%	1 0.7%	26 17.8%	114 78.1%	5 3.4%
	160～179	92 10.2%	2 2.2%	15 16.3%	69 75.0%	6 6.5%
	180～	43 4.8%	0 0.0%	8 18.6%	35 81.4%	0 0.0%

②-1

②-2

<参考>

CKD	G3aA1～	464 35.1%	4 0.9%	107 23.1%	275 59.3%	78 16.8%
-----	--------	--------------	-----------	--------------	--------------	-------------

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 36 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。また、治療中の場合でも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

【図表 36】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
---

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

#### (2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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、これらの検査を実施していくことが望まれる。

砂川市においては現在、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定及び尿中アルブミン検査を二次健診として実施しているが、その他の検査項目の導入についても今後検討していく。



### (3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると、糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の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を通じて、又は 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～ 特定健診結果が届き次第、対象者を抽出 (概数の試算) し、介入方法、実施方法を決定

12 月～ 糖尿病管理台帳に記載し、台帳記載後は順次対象者へ介入

### 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り組み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 37、38)

【脳卒中の分類】

【図表 37】

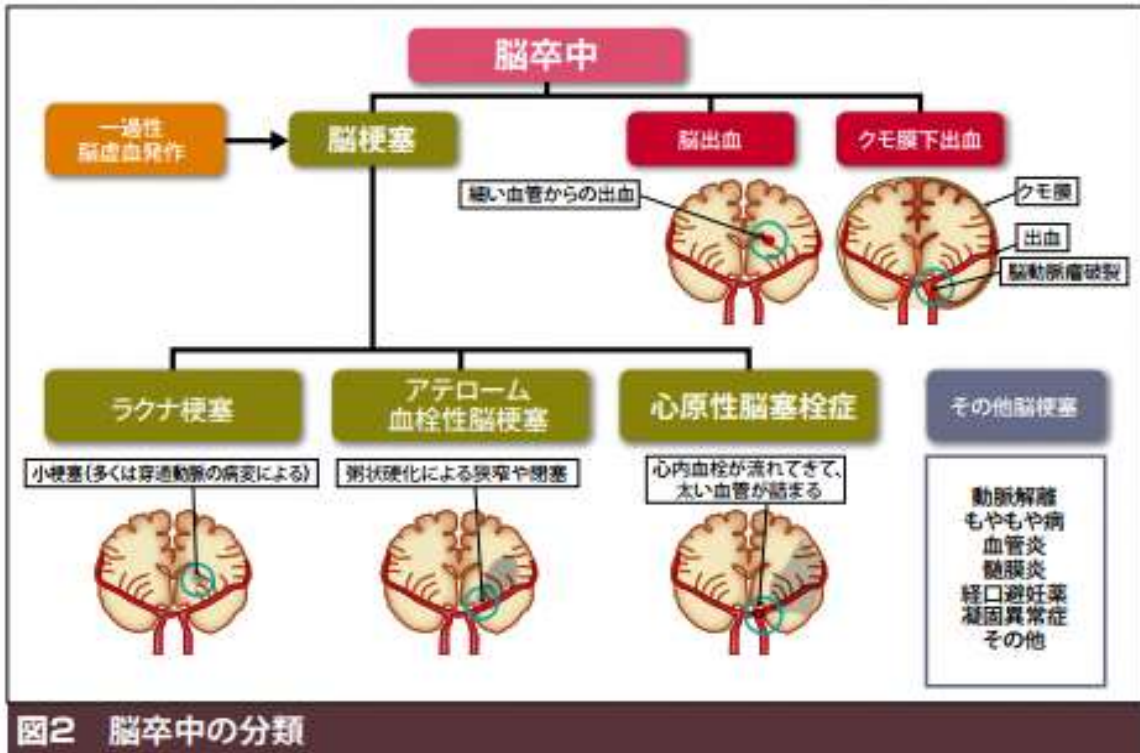


図2 脳卒中の分類

(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 38】

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 39 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 39】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●							○		○				
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●					○		○				
脳出血	心原性脳塞栓症	●					●		○		○				
	脳出血	●													
くも膜下出血	くも膜下出血	●													
	リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧		糖尿病		脂質異常症 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心電図所見 「心房細動」		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 1,322人		150人	11.3%	94人	7.1%	52人	3.9%	17人	1.3%	282人	21.3%	13人	1.0%	61人	4.6%
治療なし		68人	8.2%	44人	3.9%	46人	4.9%	6人	0.9%	53人	8.3%	2人	0.3%	9人	1.4%
治療あり		82人	16.6%	50人	34.0%	6人	1.6%	11人	1.6%	229人	33.5%	11人	1.6%	52人	7.8%
臓器障害あり		31人	45.6%	10人	22.7%	11人	23.9%	6人	100%	12人	22.6%	2人	100%	9人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	2人		1人		1人		0		1人		2人		9人	
	尿蛋白(2+)以上	1人		0		1人		0		0		2人		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		1人		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	1人		1人		0		0		0		0		9人	
	心電図所見あり	29人		9人		10人		6人		11人		0		1人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が150人(11.3%)であり、そのうち68人は未治療者であった。さらに、未治療者68人のうち31人(45.6%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要な対象となる。

また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も82人(16.6%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### (2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため

健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 40)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 40】

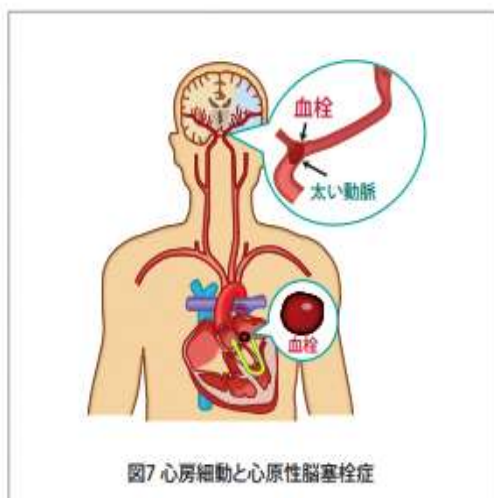
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類							低リスク群	中リスク群	高リスク群
		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				
827		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療	
827		207	181	187	184	61	7	10	95	147	
		25.0%	21.9%	22.6%	22.2%	7.4%	0.8%	1.2%	11.5%	17.8%	
リスク第1層	83	33	19	16	10	5	0	10	5	0	
	10.0%	15.9%	10.5%	8.6%	5.4%	8.2%	0.0%	100%	5.3%	0.0%	
リスク第2層	382	95	86	83	90	24	4	--	90	28	
	46.2%	45.9%	47.5%	44.4%	48.9%	39.3%	57.1%	--	94.7%	19.0%	
リスク第3層	362	79	76	88	84	32	3	--	--	119	
	43.8%	38.2%	42.0%	47.1%	45.7%	52.5%	42.9%	--	--	81.0%	
再掲) 重複あり	糖尿病	77	17	23	18	12	5	2			
		21.3%	21.5%	30.3%	20.5%	14.3%	15.6%	66.7%			
	慢性腎臓病 (CKD)	252	61	47	63	56	24	1			
	69.6%	77.2%	61.8%	71.6%	66.7%	75.0%	33.3%				
3個以上の危険因子	125	15	27	34	33	14	2				
	34.5%	19.0%	35.5%	38.6%	39.3%	43.8%	66.7%				

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 40 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。

### (3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 41 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。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 41】

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	460	685	14	3.0	3	0.4	—	—
40歳代	46	32	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	42	75	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	208	322	7	3.4	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	164	256	7	4.3	3	1.2	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 42】

心房細動有所見者		治療の有無(H28年度健診時)			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
17	100	1	5.9	16	94.1

心電図検査において 17 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おり、特に 60 歳代と 70～74 歳においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。

また、17 人のうち 16 人は健診時すでに治療が開始されていたが、1 人は特定健診で心電図検査を受けた事により発見ができ治療につながった対象者である。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、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の継続が必要である。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要であるにもかかわらず医療機関未受診である場合や、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は受診勧奨を行う。また、治療中の場合でも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、これらの検査を実施していくことが望まれる。

砂川市においては現在、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定及び尿中アルブミン検査を二次健診として実施しているが、その他の検査項目の導入についても今後検討していく。

## (3) 対象者の管理

### ① 高血圧者の管理

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

### ② 心房細動の管理台帳

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

## 4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には、受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。

医療の情報については、かかりつけ医や対象者を通じて、又は 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・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

### (1) 短期的評価

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

## 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

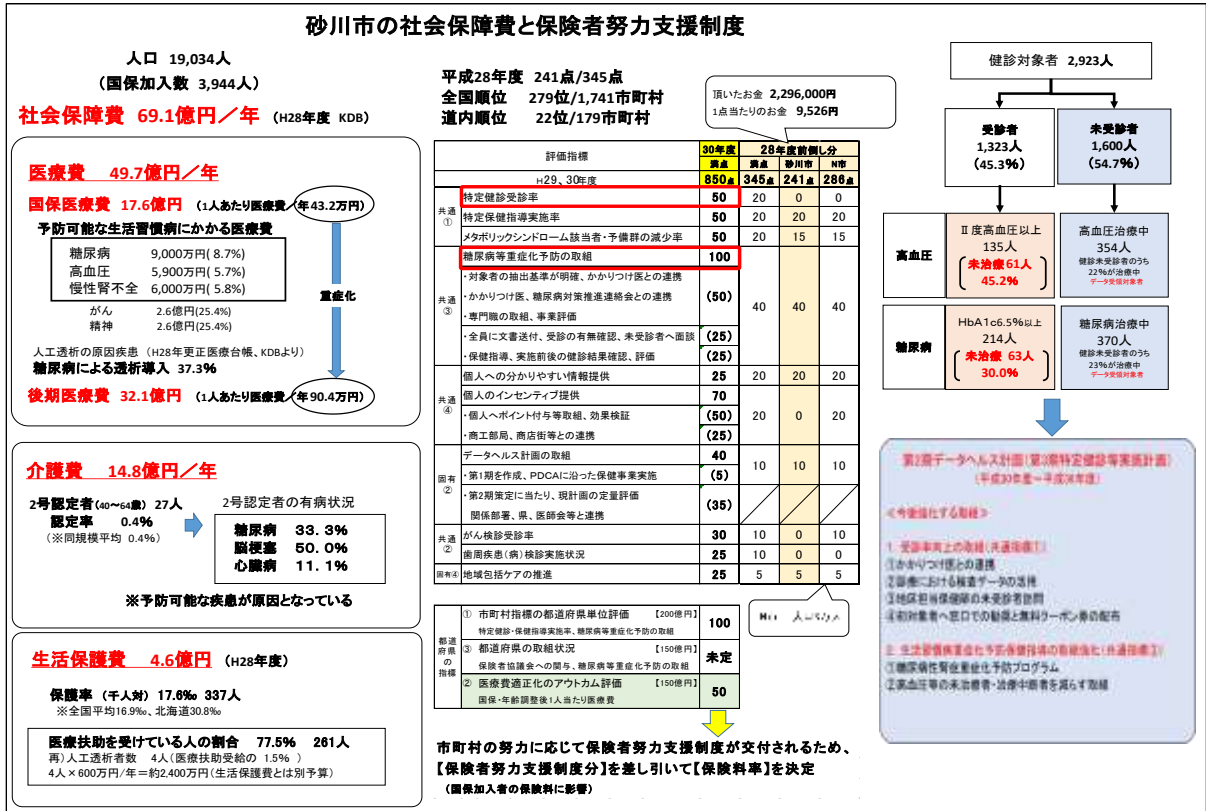
5月～ 特定健診結果が届き次第、対象者を抽出（概数の試算）し、介入方法、実施方法を決定

12月～ 糖尿病管理台帳に記載し、台帳記載後は順次対象者へ介入

## 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市民へ周知していく。（図表 43・44）

【図表 43】

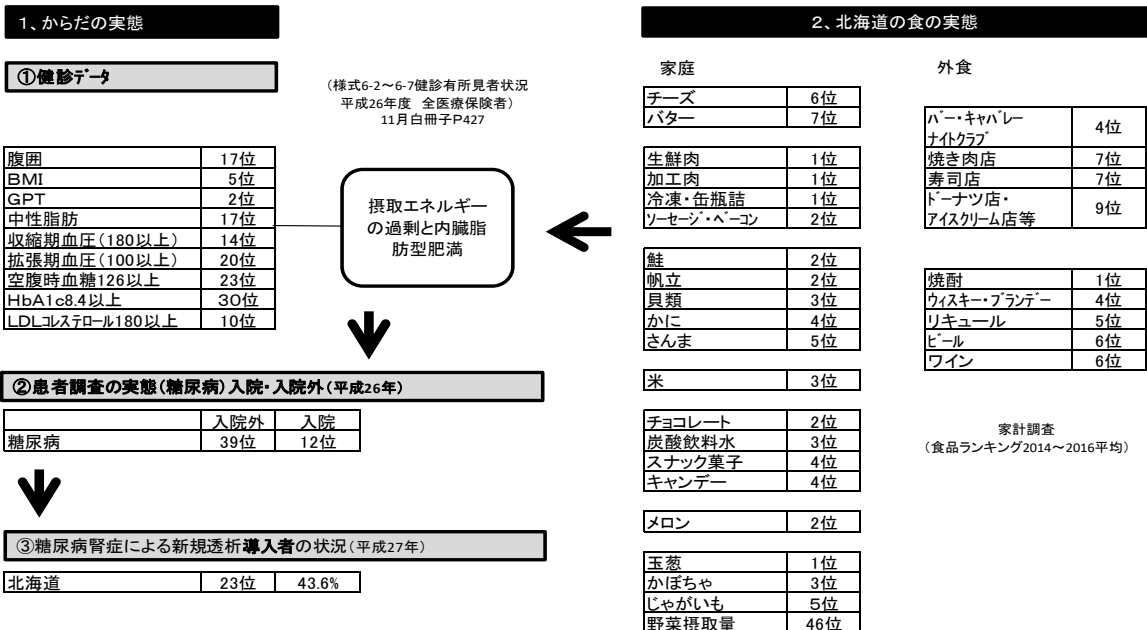


【図表 44】

## 北海道の健診結果と生活を科学的に解明する

H29.12.28

⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より





## 第5章 地域包括ケアに係る取り組み

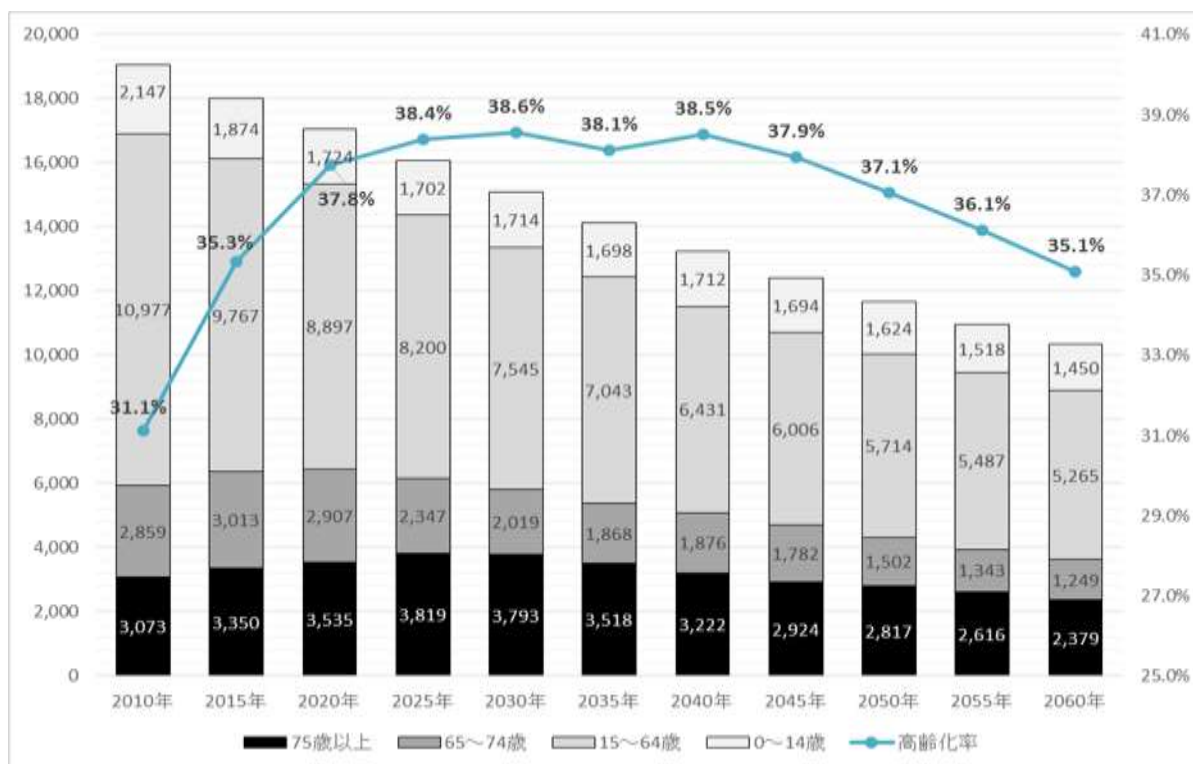
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めているが、要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市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り組みそのものが介護予防として捉える事ができる。

砂川市の高齢者人口の将来推計を見ると、65歳以上人口は2020(平成32)年まで、75歳以上人口では2025(平成37)年まで増加すると見込まれており、今後も高齢化がますます進行していくと推測されている。(図表45)

砂川市の人口の将来推計(砂川市人口ビジョンより)

【図表45】



国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合がすでに 51.9%を占めており、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、医療サービスが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つなげていくためには、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。

砂川市では、平成 27 年 10 月より砂川市立病院を中心に地域包括ケアネットワークシステム（みまもりんく）が稼働を開始し、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が図られるようになった。今後は、こうしたネットワーク等を有効活用しながら、予防も含めた地域包括ケアの醸成を図ることが地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながっていく。

## 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

【図表46】

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・ 事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・ 保健指導実施のための専門職の配置 ・ KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・ 保健指導等の手順・教材はそろっているか ・ 必要なデータは入手できているか。 ・ スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・ 特定健診受診率、特定保健指導率 ・ 計画した保健事業を実施したか。 ・ 保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・ 設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率、受療率、医療の動向等の把握は、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。

### 3. 目標管理一覽

【図表 47】

計画計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	元データ		初期値										最終評価値		現状値の把握方法
				H27 40.9%	H28 45.3%	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
特定 健診 等 計 画	医療費削減のために特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	特定保健指導実施率70%以上	H27	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			
				H27	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
				H27	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
				H27	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
中 長 期	・入院医療費の割合が2.1%と高く同病種の1.2倍となっている。 ・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.2%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.4%減少	H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	KDBシステム			
				H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
				H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
				H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
予 計 ハ ル ス 計 画	・メタボリックシンドローム該当者が多く、内臓脂肪を基準としたインスリン抵抗性による高血圧・高血糖・脂質異常などリスク管理が不十分である。 ・人工透析導入者のうち糖尿病性腎症によるものは66.7%を占めている。	糖尿病性腎症による透析導入者の割合10%減少 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率25% 健診受診者の高血圧者の割合3%減少 (160/100以上)	糖尿病性腎症による透析導入者の割合10%減少 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率25% 健診受診者の高血圧者の割合3%減少 (160/100以上)	H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			
				H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
				H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
				H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
短 期	がんによる、死亡率が国や同病種平均と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診40%以上 肺がん検診40%以上 大腸がん検診40%以上 子宮頸がん検診50%以上 乳がん検診50%以上	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	地域保健・健康増進事業報告			
				H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27				
				H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27				
				H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27	H27				
保 険 者 努 力 支 援 制 度	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合85%以上	H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	砂川市ふれあいセンター 厚生労働省公表結果			
				H28	H28	H28	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

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

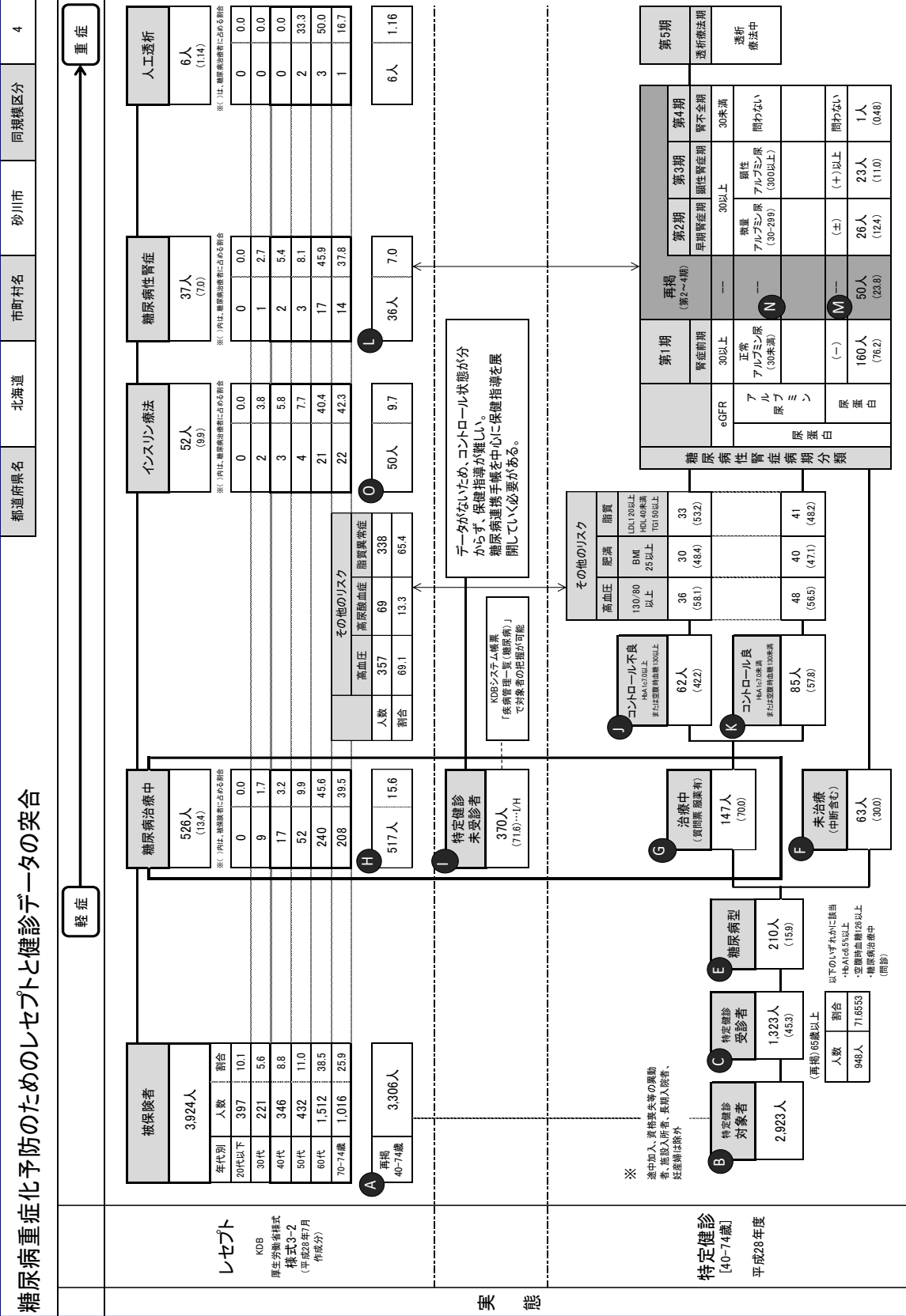
様式6-1 国・北海道・同規模平均と比べてみた砂川市の位置

項目		H25 砂川市		H28 砂川市		同規模平均		H28 北海道		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	19,034		19,034		9,030,767		5,475,176		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	5,927	31.1	5,927	31.1	2,626,654	29.1	1,356,131	24.8	29,020,766	23.2		
		75歳以上	3,069	16.1	3,069	16.1			669,235	12.2	13,989,864	11.2		
		65～74歳	2,858	15.0	2,858	15.0			686,896	12.5	15,030,902	12.0		
		40～64歳	6,522	34.3	6,522	34.3			1,932,595	35.3	42,411,922	34.0		
	39歳以下	6,585	34.6	6,585	34.6			2,186,450	39.9	53,420,287	42.8			
2	② 産業構成	第1次産業	6.0		6.0		11.4		7.7		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	24.0		24.0		27.5		18.1		25.2			
		第3次産業	70.0		70.0		61.1		74.2		70.6			
3	③ 平均寿命	男性	79.8		79.8		79.2		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	85.8		85.8		86.4		86.3		86.4			
4	④ 健康寿命	男性	65.1		65.0		65.1		64.9		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	66.6		66.5		66.8		66.5		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	98.3		102.3		104.8		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	92.6		101.0		101.5		97.6		100			
		女性	83		52.5		83		58.5		32,164			46.4
		がん	41	25.9	26	18.3	19,517	28.2	9,429	25.9	196,768	26.5		
		心臓病	22	13.9	17	12.0	11,781	17.0	4,909	13.5	114,122	15.4		
		脳疾患	2	1.3	4	2.8	1,340	1.9	669	1.8	13,658	1.8		
		糖尿病	6	3.8	10	7.0	2,559	3.7	1,543	4.2	24,763	3.3		
		腎不全	4	2.5	2	1.4	1,902	2.7	1,080	3.0	24,294	3.3		
		自殺	26	10.7	22	9.0				11.4		11.0		
		合計	12	10.8	10	8.3				14.0		14.3		
3	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	14		10.6		12		9.6		8.7		厚労省HP 人口動態調査 H27年	
		女性	1,038		17.2		1,202		20.1		539,696			20.5
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	15	0.3	14	0.4	8,952	0.3	5,299	0.3	105,636	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	33	0.5	27	0.4	11,164	0.4	7,541	0.4	151,813	0.4		
		2号認定者	167	17.0	233	18.0	125,636	22.3	82,322	25.0	1,350,152	22.1		
	② 有病状況	糖尿病	361	35.8	507	37.7	306,174	54.6	169,738	51.7	3,101,200	50.9		
		高血圧症	203	19.8	280	21.5	159,862	28.4	100,963	30.7	1,741,866	28.4		
		脂質異常症	411	41.4	563	42.4	349,548	62.5	189,496	57.9	3,529,682	58.0		
		心臓病	164	16.1	208	15.5	154,945	27.9	79,966	24.6	1,538,683	25.5		
		脳疾患	96	9.0	95	8.0	58,440	10.3	38,646	11.6	631,950	10.3		
		がん	394	38.3	505	38.3	303,462	54.1	168,752	51.4	3,067,196	50.3		
		筋・骨格	277	26.9	310	24.0	213,558	37.8	121,460	36.9	2,154,214	35.2		
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	79,966		77,281		66,717		57,970		58,284				
	居宅サービス	39,842		42,757		41,744		38,885		39,662				
	施設サービス	293,553		280,993		278,164		283,121		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	4,691		5,866		4,037		4,605		3,816				
	認定あり	15,563		9,540		8,281		8,974		7,980				
4	① 国保の状況	被保険者数	4,760		3,944		2,264,375		1,312,938		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳	2,119	44.5	2,047	51.9			547,124	41.7	12,461,613	38.2		
		40～64歳	1,659	34.9	1,257	31.9			441,573	33.6	10,946,712	33.6		
		39歳以下	982	20.6	640	16.2			324,241	24.7	9,179,541	28.2		
		加入率	25.0		20.7		25.1		24.0		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2		2		833		569		8,255		KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	10		9		6,529		3,377		96,727			
		病床数	630	132.4	622	157.7	135,296	59.7	96,574	73.6	1,524,378	46.8		
		医師数	97	20.4	95	24.1	16,982	7.5	12,987	9.9	299,792	9.2		
		外来患者数	629.5		652.5		698.5		646.1		668.1			
入院患者数	31.0		35.1		23.6		22.9		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	31,930	道内23位	35,962	道内9位	27,772	同規模22位	27,782	道内14位	24,245	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	受診率	660,465		687.54		722,103		668.94		686,286				
	外来	52.9		47.9		56.9		55.2		60.1				
	費用の割合	95.3		94.9		96.7		96.6		97.4				
	入院	47.1		52.1		43.1		44.8		39.9				
	費用の割合	4.7		5.1		3.3		3.4		2.6				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (最大医療費疾患名 (割合含む))	がん	251,882,870		232		264,604,360		25.4		23.9		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
	慢性腎不全（透析あり）	71,502,220		6.6		60,298,180		5.8		9.1				
	糖尿病	85,271,580		7.8		90,265,480		8.7		9.9				
	高血圧症	86,341,710		7.9		59,798,260		5.7		8.9				
	精神	219,696,530		20.2		264,554,290		25.4		19.6				
	筋・骨格	169,695,760		15.6		133,163,750		12.8		15.2				

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)							
	砂川市		砂川市		同規模平均		北海道		国									
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合								
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	515,129	132位 (19)	625,364	53位 (21)				KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域						
				高血圧	479,181	164位 (20)	623,593	81位 (22)										
				脂質異常症	503,523	128位 (22)	595,184	58位 (22)										
				脳血管疾患	570,588	143位 (24)	663,838	82位 (25)										
				心疾患	538,571	161位 (16)	633,708	117位 (16)										
				腎不全	611,129	120位 (17)	725,533	80位 (23)										
		道内順位	精神	413,683	153位 (27)	473,172	106位 (26)											
			悪性新生物	583,716	143位 (17)	630,606	105位 (18)											
			糖尿病	44,924	12位	42,736	31位											
		入院の( )内は 在院日数	外来	高血圧	37,276	11位	34,248	55位										
				脂質異常症	33,486	25位	31,840	47位										
				脳血管疾患	52,522	7位	38,002	70位										
				心疾患	53,864	14位	52,111	37位										
	腎不全			177,476	63位	153,050	88位											
	精神			38,085	10位	36,881	12位											
	悪性新生物	64,020	11位	72,476	19位													
	⑥	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	2,201	1,840	2,895	1,429	2,346				KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域					
			健診未受診者	14,487	16,253	12,883	15,426	12,339										
	⑦	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,146	5,235	7,709	4,353	6,742				KDB.NO.1 地域全体像の把握					
健診未受診者			40,455	46,246	34,303	46,986	35,459											
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況	受診勧奨者 医療機関受診率 医療機関非受診率	受診勧奨者	728	59.8	865	65.5	359,875	55.6	143,243	57.4	4,427,360	56.1				
				医療機関受診率	671	55.1	802	60.7	331,214	51.2	131,617	52.7	4,069,618	51.5				
				医療機関非受診率	57	4.7	63	4.8	28,661	4.4	11,626	4.7	357,742	4.5				
				健診受診者		1,218		1,321		647,170		249,675		7,898,427				
				受診率	35.3		45.2		39.8		27.5		全国44位		36.4			
				特定保健指導終了者(実施率)	106	65.8	117	76.5	29629	38.1	7,107	23.9	198,683	21.1				
				非肥満高血糖	89	7.3	118	8.9	68,180	10.5	19,584	7.8	737,886	9.3				
				メタボ	該当者	193	15.8	282	21.3	115,126	17.8	42,055	16.8	1,365,855	17.3			
					男性	131	26.3	187	34.7	78,359	27.4	28,852	27.8	940,335	27.5			
					女性	62	8.6	95	12.1	36,767	10.2	13,203	9.0	425,520	9.5			
					予備群	152	12.5	136	10.3	69,101	10.7	26,495	10.6	847,733	10.7			
				道内順位	男性	101	20.3	90	16.7	47,257	16.5	18,510	17.9	588,308	17.2			
					女性	51	7.1	46	5.9	21,844	6.0	7,985	5.5	259,425	5.8			
				⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫	順位総数183	メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	396	32.5	446	33.8	205,718	31.8	77,338	31.0	2,490,581	31.5
								男性	262	52.6	288	53.4	139,882	48.9	53,297	51.4	1,714,251	50.2
							女性	134	18.6	158	20.2	65,836	18.2	24,041	16.5	776,330	17.3	
							BMI	総数	72	5.9	81	6.1	33,976	5.2	16,335	6.5	372,685	4.7
								男性	8	1.6	13	2.4	5,403	1.9	2,776	2.7	59,615	1.7
							女性	64	8.9	68	8.7	28,573	7.9	13,559	9.3	313,070	7.0	
血糖のみ	7	0.6	6				0.5	4,666	0.7	1,436	0.6	52,296	0.7					
血圧のみ	113	9.3	107				8.1	48,120	7.4	18,409	7.4	587,214	7.4					
脂質のみ	32	2.6	23				1.7	16,315	2.5	6,650	2.7	208,214	2.6					
血糖・血圧	44	3.6	53				4.0	19,030	2.9	6,203	2.5	212,002	2.7					
血糖・脂質	11	0.9	12	0.9	6,579	1.0	2,088	0.8	75,032	0.9								
血圧・脂質	92	7.6	127	9.6	53,745	8.3	21,216	8.5	663,512	8.4								
血糖・血圧・脂質	46	3.8	90	6.8	35,772	5.5	12,548	5.0	415,310	5.3								
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	404	33.2	497	37.6	229,611	35.5	83,160	33.3	2,650,283	33.6					
			糖尿病	85	7.0	149	11.3	53,445	8.3	18,205	7.3	589,711	7.5					
			脂質異常症	299	24.5	377	28.5	154,568	23.9	61,645	24.7	1,861,221	23.6					
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	70	5.8	73	5.6	20,399	3.3	8,245	3.5	246,252	3.3					
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	81	6.7	142	10.8	35,833	5.8	13,251	5.6	417,378	5.5					
			腎不全	4	0.3	15	1.1	3,288	0.5	1,163	0.5	39,184	0.5					
			貧血	84	6.9	79	6.0	56,999	9.2	22,312	9.4	761,573	10.2					
		喫煙	219	18.0	218	16.5	87,621	13.5	41,773	16.7	1,122,649	14.2						
		週3回以上朝食を抜く	100	8.8	110	10.6	38,837	6.9	23,367	10.4	585,344	8.7						
		週3回以上食後間食	177	15.5	145	13.9	68,351	12.0	35,967	16.1	803,966	11.9						
		週3回以上就寝前夕食	179	15.7	138	13.2	82,506	14.5	32,801	14.7	1,054,516	15.5						
		食べる速度が速い	301	26.4	279	26.7	151,438	26.6	61,284	27.4	1,755,597	26.0						
		20歳時体重から10kg以上増加	357	31.3	327	31.3	176,120	31.1	74,549	33.3	2,192,264	32.1						
		1回30分以上運動習慣なし	681	56.1	784	60.2	355,238	62.0	139,348	61.9	4,026,105	58.8						
1日1時間以上運動なし	545	44.9	642	49.2	258,590	45.1	107,812	48.0	3,209,187	47.0								
睡眠不足	226	18.7	249	19.1	139,179	24.3	50,615	22.6	1,698,104	25.1								
毎日飲酒	284	23.4	297	22.6	155,329	25.3	49,556	21.9	1,886,293	25.6								
時々飲酒	289	23.8	289	22.0	124,825	20.3	59,555	26.3	1,628,466	22.1								
⑭	一日飲酒量	1合未満	797	70.5	793	70.2	257,268	63.8	86,467	58.1	3,333,836	64.0						
		1～2合	217	19.2	191	16.9	97,734	24.3	39,620	26.8	1,245,341	23.9						
		2～3合	86	7.6	117	10.4	37,372	9.3	17,547	11.8	486,491	9.3						
		3合以上	31	2.7	29	2.6	10,629	2.6	5,131	3.4	142,733	2.7						



# 糖尿病重症化予防のためのレポートと健診データの突合



【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	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							

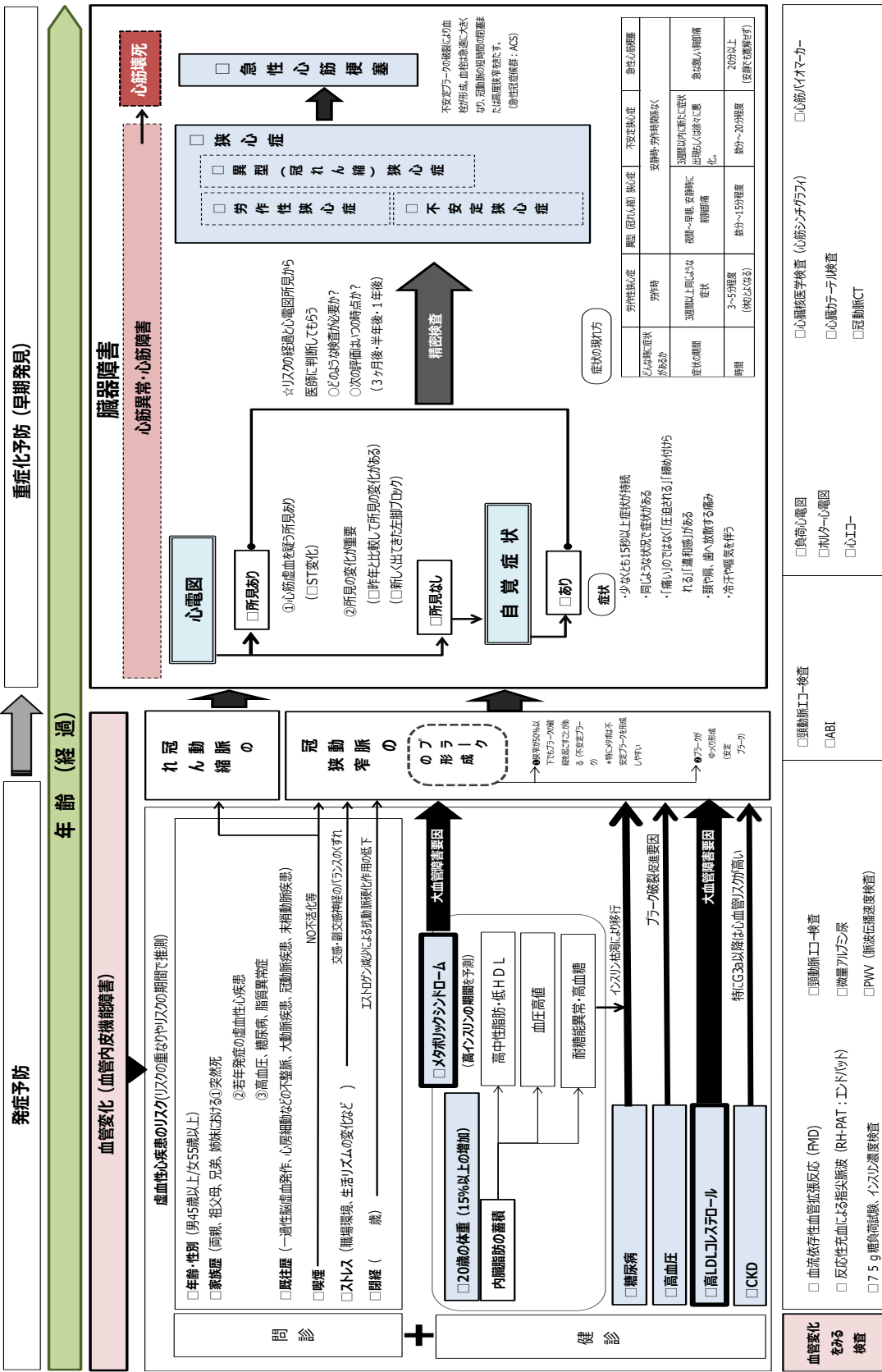
【参考資料 4】

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(㉔+㉕) ( )人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療保険移動の確認</li> <li>○死亡はその原因</li> </ul> 2.レセプトの確認 <ul style="list-style-type: none"> <li>○治療の確認</li> <li>○直近の治療の有無の確認</li> </ul> 3.会いに行く <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療受診勧奨の保健指導</li> <li>○糖尿病手帳の確認 -----</li> </ul> 4. 結果から動く <ul style="list-style-type: none"> <li>○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認</li> <li>○経年データ、治療状況に応じた保健指導</li> <li>○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----</li> </ul>	後期高齢者、社会保険 <ul style="list-style-type: none"> <li>○健診データを本人から</li> <li>○レセプトの確認協力</li> </ul> かりつけ医、糖尿病専門医  栄養士中心  腎専門医											
	保健指導の優先づけ	㉔健診未受診者 ( )人 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> 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			結果把握(内訳)		①国保(生保)	( )人	②後期高齢者	( )人	③他保険	( )人	④住基異動(死亡・転出)	( )人	⑤確認できず
結果把握(内訳)															
①国保(生保)		( )人													
②後期高齢者		( )人													
③他保険	( )人														
④住基異動(死亡・転出)	( )人														
⑤確認できず	( )人														
㉕結果把握 ( )人 <ul style="list-style-type: none"> <li>①HbA1cが悪化している ( )人                例)HbA1c7.0以上で前年度より悪化している                *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</li> <li>②尿蛋白 (-) ( )人                (±) ( )人                (+) ~顕性腎症 ( )人 -----</li> <li>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 -----</li> </ul>															

【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価表				同規模区分	4	都道府県	北海道	市町村名	砂川市		
項目		統合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数259		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	3,924人						KDB.厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	A	3,306人							
2	①	特定健診 対象者数	B	2,923人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書	
	②	受診者数	C	1,323人							
	③	受診率		45.3%							
3	①	特定保健指導 対象者数		153人							
	②	実施率		77.1%							
4	①-⑪	糖尿病型	E	210人	15.9%					特定健診結果	
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	63人	30.0%						
		治療中(質問票 服薬あり)	G	147人	70.0%						
		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	62人	42.2%						
		血圧 130/80以上		36人	58.1%						
		肥満 BMI25以上		30人	48.4%						
		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	85人	57.8%						
		第1期 尿蛋白(-)	M	160人	76.2%						
		第2期 尿蛋白(±)		26人	12.4%						
		第3期 尿蛋白(+)		23人	11.0%						
		第4期 eGFR30未満		1人	0.5%						
5	①-⑯	糖尿病受療率(被保険者千対)		134.0人						KDB.厚生労働省様式様式3-2	
		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		156.4人							
		レセプト件数(40-74歳)	レセプト	入院外(件数)	2,379件	(720.0)			5,486件	(804.8)	KDB.疾病別医療費分析(生活習慣病)
		入院(件数)		21件	(6.4)			40件	(5.8)		
		糖尿病治療中	H	526人	13.4%					KDB.厚生労働省様式様式3-2	
		(再掲)40-74歳		517人	15.6%						
		健診未受診者		I	370人	71.6%					
		インスリン治療	O	52人	9.9%						
		(再掲)40-74歳		50人	9.7%						
		糖尿病性腎症	L	37人	7.0%						
		(再掲)40-74歳		36人	7.0%						
		慢性人工透析患者数(療養病棟中に占める割合)		6人	1.14%						
		(再掲)40-74歳		6人	1.16%						
		新規透析患者数		1	0.19%						
		(再掲)糖尿病性腎症		1	100%						
		【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数(療養病棟中に占める割合)		18人	2.4%					KDB.厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①-⑮	総医療費		17億5620万円				29億9383万円		KDB.健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		生活習慣病総医療費		10億4171万円				17億2834万円			
		(総医療費に占める割合)		59.3%				57.7%			
		生活習慣病対象者一人あたり	医療費	健診受診者	5,235円			7,709円			
		健診未受診者		46,246円			34,303円				
		糖尿病医療費		9027万円				1億7157万円			
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.7%				9.9%			
		糖尿病入院外総医療費		2億7886万円							
		1件あたり		42,736円							
		糖尿病入院総医療費		2億3576万円							
		1件あたり		625,364円							
		在院日数		21日							
		慢性腎不全医療費		6551万円				1億6920万円			
		透析有り		6030万円				1億5806万円			
		透析なし		521万円				1114万円			
7	①-②	介護給付費		14億8465万円				31億7863万円			
		(2号認定者)糖尿病合併症		6件	33.3%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		4人	1.7%			5人	1.1%	KDB.健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献6】

【参考文献】  
 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2013訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン、動脈硬化予防法に関するガイドライン、エビデンスに基づくリスク管理ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管性虚血を伴う(糖尿病性)

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 7】

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	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	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					
	<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。 <span style="float: right;">メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。</span>			発症予防対象者			
	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～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	～139	140～199		200～	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～				
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	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		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

番号		被保険者証 記号 番号		氏名		性別		年齢		健診データ																
										過去5年間のうち直近					血圧											
										メタボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25		H26		H27		H28	
																治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期

【参考資料 9】

番号	登録年度 番号	基本情報				治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること															
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	H26年度				H27年度				H28年度						
												健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考