

第2期別海町保健事業実施計画

(データヘルス計画)

平成30年3月

別海町

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

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化 8

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

第3章 第3期特定健診等実施計画 22

1. 第3期特定健診等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 保健事業の内容 29

1. 保健事業の方向性
2. 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
3. ポピュレーションアプローチ

第5章 地域包括ケアに係る取組	49
第6章 計画の評価・見直し	50
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	51
参考資料	52
用語解説	61

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

近年、特定健康診査（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、国保データベース（KDB）システム等の整備により保険者等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ます。

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に基づく加入者の健康保持増進のための事業計画の作成・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なりました。

平成27年5月に成立した医療保険制度改革のための「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、国民健康保険をはじめとする医療保険制度の基盤安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進等の措置が講じられることとなりました。

平成30年4月から、都道府県が国民健康保険の安定的な財政運営や効率的な事業運営において中心的な役割を担い、市町村は保健事業などの地域におけるきめ細かい事業を引き続き担い、予防、健康づくりを進め、ひいては医療費適正化を図ることとなり、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、公費による財政支援の拡充も行われます。

2. 目的

こうした背景を踏まえ、国は保健事業の実施等に関する指針（以下「国指針」という。）の一部を改正し、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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととしました。

本町では、国指針に基づき策定した「保健事業実施計画（第1期）」の計画期間の終了にあたり、第1期計画の評価を行い健康課題を明らかにし、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を図ることを目的に「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

また、関連計画である「第2期特定健診等実施計画」が計画期間の終了となるため、第2期保健事業計画の中に第3期特定健診等実施計画を組み込み、一体的な計画として策定し保健事業を進めます。

3. 計画の位置づけ

第2期保健事業の実施計画は、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す。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、道や町健康増進計画、道医療費適正化計画、道や町の介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表1・2・3）

【図表1】構造図と法定計画等の位置づけ

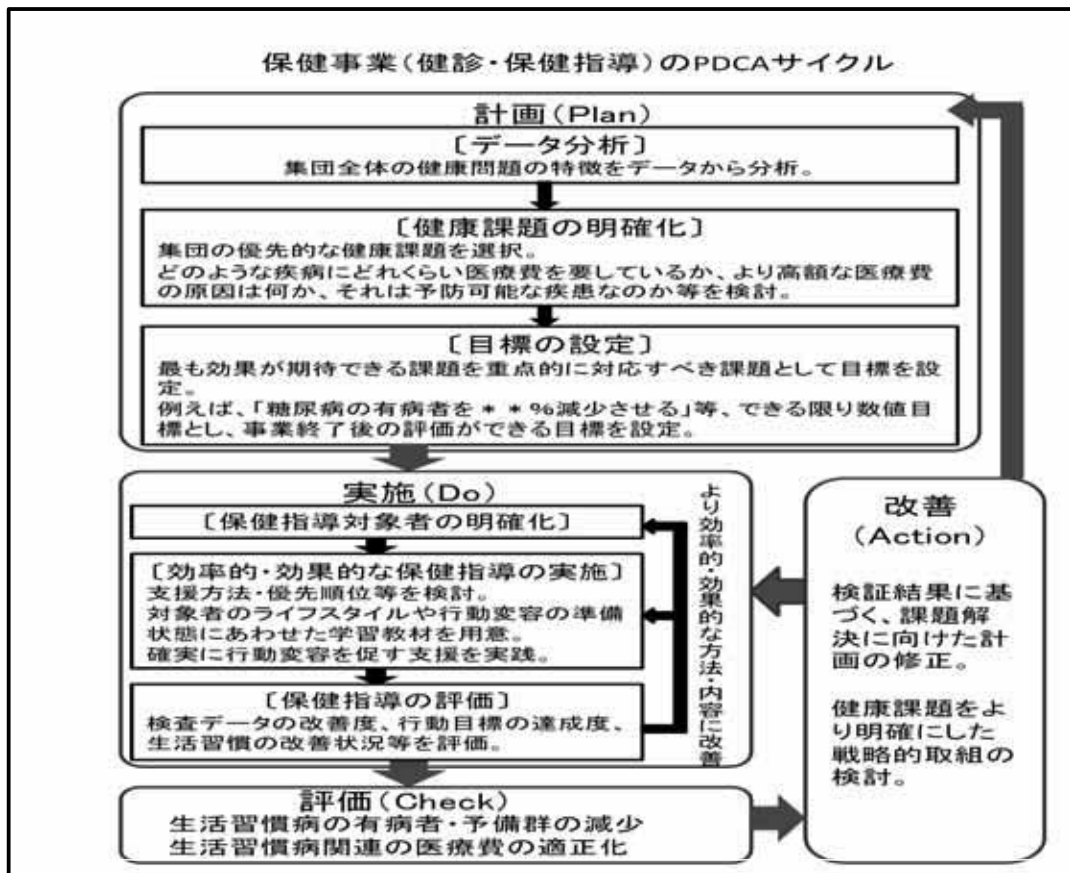
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)
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
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、国民の生活の質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盤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。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、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
対象疾病	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 肥満 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 糖尿病 糖尿病性腎症 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 虚血性心疾患 脳血管疾患 </div> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん </div> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 肥満 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 糖尿病 糖尿病性腎症 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> メタボリックシンドローム 肥満 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 糖尿病 糖尿病性腎症 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 虚血性心疾患 脳血管疾患 </div> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん </div>
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	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
その他		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 保険者努力支援制度 </div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 保険料率の引き下げ </div>	保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援

「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
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
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
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)
都道府県:義務、市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
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
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
	メタボリックシンドローム	
糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
閉塞性動脈硬化症 脳血管疾患	生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
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、脊柱管狭窄症 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		がん 精神疾患
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 ③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)
	保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】健康寿命の延伸を目指して



【図表 3】保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



※図表 2、3 ともに「標準的な健診・保健指導プログラム(30年度版)より抜粋

4. 計画期間

計画期間について国指針では、「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。」とされており、手引書においては「他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮する。」としています。道の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、整合性を図り計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

5. 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体及び関係部局の役割

国民健康保険担当が主体となり、住民の健康の保持増進に幅広く関わる、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職をはじめ、関係部局と連携することとします。

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・標準化します。

(2) 外部有識者等の役割

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

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・評価委員会等で、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ます。

国保連は、データヘルス計画策定の際には健診データ及びレセプトデータ等から課題抽出を行うほか、事業実施後の評価分析の際には国保データベース（KDB）システムを活用しデータ分析や技術支援を行っています。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政運営や事業運営の中心的な役割を担うことから、北海道は市町村国保の保険者機能の強化のため、関係部局と連携して保健事業を実施します。

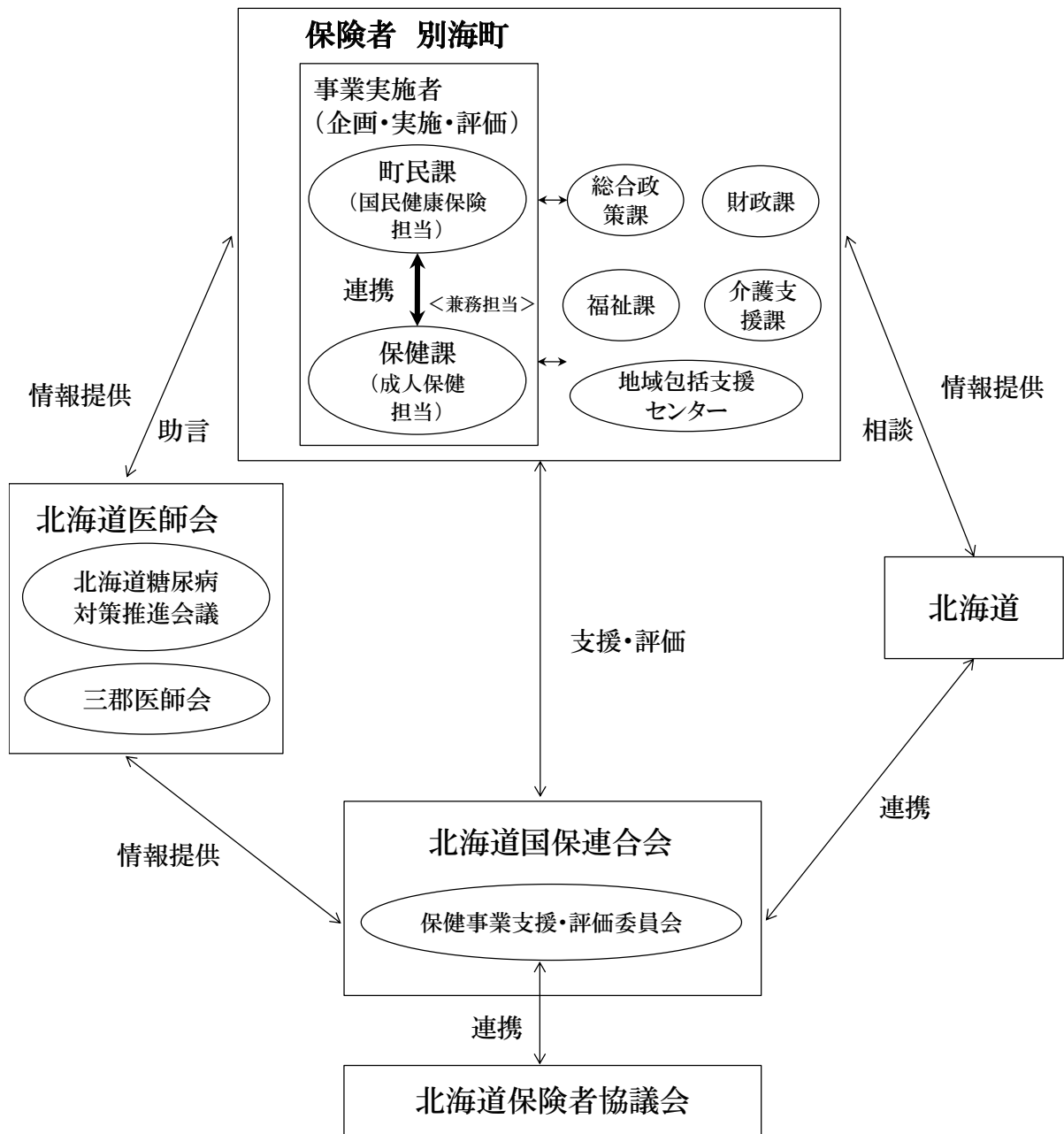
保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが求められます。

北海道保険者協議会と連携し、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者が実施する保健事業に関する情報を収集します。

(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す。

【図表 4】 別海町の実施体制図



6. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに創設された保険者努力支援制度が、平成28年度から国の特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されました。(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税収納率向上対策の実施状況等の項目について高配点となっています。(図表5)

【図表5】 保険者努力支援制度の評価指標及び点数

評価指標の項目		平成30年度	平成28年度
共通①	特定健診受診率	50	20
	特定保健指導実施率	50	20
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	50	20
共通②	がん検診受診率	30	10
	歯周疾患(病)健診の実施	25	10
共通③	糖尿病等の重病化予防の取組みの実施状況	100	40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	25	20
	個人インセンティブ提供	70	20
共通⑤	重複服薬者に対する取組み	35	10
共通⑥	後発医薬品の促進	35	15
	後発医薬品の使用割合	40	15
固有①	収納率向上に関する取組みの実施状況	100	40
固有②	データヘルス計画策定状況	40	10
固有③	医療費通知の取組みの実施状況	25	10
固有④	地域包括ケアの推進の取組みの実施状況	25	5
	第三者求償の取組みの実施状況	40	10
固有⑤	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	
体制構築加点		60	70
満点		850	345

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

ア 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、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は1%上昇しています。死亡割合でみると心臓病・糖尿病・自殺は増加し、がん・脳疾患が減少しています。

死因数の変化でみると、がんが45件から32件、脳疾患が24件から10件と大きく減少しました。自殺は4件から8件と増加が際立っています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の増加はあったものの、介護給付費は減少がみられました。

また、医療費に占める入院費用の割合は微減し、外来費用割合が微増しています。道内保険者の中でも低い医療費を維持し続けています。被保険者の年齢構成は65歳以上の構成割合が増え、39歳以下の割合が減りましたが、医療費は微増に留まりました。動脈硬化症による臓器障害でもあり医療費が高額になる心疾患、脳疾患の有病割合が減少したことは、町民の疾病予防努力が重症化を防ぎ、医療費の高騰を抑えたものと推測されます。特定健診受診率が減少しているため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となります。（参考資料1）

イ 中長期的目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

介護給付費の総額は増加しましたが、1件当たりの給付費は減少しました。

居宅サービス分は減少し、施設サービス分が増加し、「同規模平均」との比較はいずれも給付費は低くなっています。

（総額の上昇は介護給付件数の増加によるものです。）

【図表6】介護給付費の変化

	別海町					同規模平均		
	介護給付費 (万円)	総件数	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
平成25年度	8億714万円	13,611	59,300	36,175	250,883	67,744	41,879	281,910
平成28年度	9億459万円	15,578	58,068	33,202	274,248	67,108	41,924	276,079

② 医療費の状況（図表 7）

総医療費は入院、入院外とも減少。とくに入院の伸び率を「同規模平均」と比較すると本町は 12.29%、「同規模平均」は 8.19%と入院医療費の減少の影響が大きくなっています。

一人当たりの医療費は全体で微増となりました（641 円増）が「同規模平均」比較（本町 3.62%、同規模平均 8.32%）では伸び率は低くなっています。

【図表 7】医療費の変化

項目	年度	全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1 総医療費(円)	平成25年	16億4,122万円				7億8,576万円				8億5,546万円			
	平成28年	15億1,952万円	△1億2,170万円	-7.42	-6.86	6億8,920万円	△9,656万円	-12.29	-8.19	8億3,032万円	△2,514万円	-2.94	-5.86
2 一人当たり医療費(円)	平成25年	17,719				8,480				9,240			
	平成28年	18,360	641	3.62	8.32	8,330	△150	-1.77	6.72	10,030	790	8.55	9.5

③ 最大医療資源(中長期的目標疾患及び短期的目標疾患)（図表 8）

中長期的目標疾患及び短期的目標疾患は医療費に占める割合も減少（21.08%から 18.98%）。脳疾患、心疾患の割合は減少しましたが腎疾患（人工透析有）の割合が増加しました。

全国、「同規模平均」との比較では新生物、筋骨格系疾患以外は低い割合を保っています。

【図表 8】データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合
（平成 25 年度と平成 28 年度との比較）

市町村名	総医療費	一人あたり医療費				中長期的目標疾患				短期的目標疾患			(中長期的・短期的)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋骨格疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
同規模区分 別海町	平成25年度	1,641,221,260	17,719	134位	178位	2.20%	0.85%	2.48%	3.00%	4.70%	4.75%	3.10%	346,047,320	21.08%	11.19%	6.59%	12.32%
	平成28年度	1,519,521,490	18,360	127位	178位	3.52%	0.23%	1.83%	2.02%	5.23%	3.87%	2.28%	288,476,880	18.98%	14.47%	4.73%	10.94%
平成28年度	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（調剤を含む）による分類

- ◆ 「最大医療資源傷病」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・医療介護から見る地域の健康課題

④ 中長期的な目標疾患（図表 9-1・2・3）

虚血性心疾患（202人→173人）、脳血管疾患（203人→174人）は減少、人工透析が（7人→10人）増加しました。

虚血性心疾患で脳血管疾患を重複している割合（21.3%→14.5%）は減少しましたが、人工透析を重複している割合が（2%→4.6%）に増加。脳血管疾患で虚血性心疾患、人工透析の重複者は減少しました。

人工透析は虚血性心疾患を重複する割合が80%となりました。これは人工透析患者の加齢に伴うものと推察できますが、「心腎連関」（心機能と腎機能の密接な関係）の視点も必要と考えます。

中長期的目標疾患すべてに影響する短期的目標疾患は高血圧、脂質異常症、糖尿病の順に高い割合でした。

【図表 9-1】虚血性心疾患について

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		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
平成25 年度	全体	7,800	202	2.6%	43	21.3%	4	2.0%	158	78.2%	101	50.0%	118	58.4%
	64歳以下	6,447	85	1.3%	11	12.9%	4	4.7%	64	75.3%	47	55.3%	48	56.5%
	65歳以上	1,353	117	8.6%	32	27.4%	0	0.0%	94	80.3%	54	46.2%	70	59.8%
平成28 年度	全体	7,044	173	2.5%	25	14.5%	8	4.6%	132	76.3%	91	52.6%	104	60.1%
	64歳以下	5,478	60	1.1%	6	10.0%	5	8.3%	43	71.7%	33	55.0%	37	61.7%
	65歳以上	1,566	113	7.2%	19	16.8%	3	2.7%	89	78.8%	58	51.3%	67	59.3%

【図表 9-2】脳血管疾患について

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		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
平成25 年度	全体	7,800	203	2.6%	43	21.2%	2	1.0%	124	61.1%	65	32.0%	81	39.9%
	64歳以下	6,447	86	1.3%	11	12.8%	2	2.3%	51	59.3%	28	32.6%	33	38.4%
	65歳以上	1,353	117	8.6%	32	27.4%	0	0.0%	73	62.4%	37	31.6%	48	41.0%
平成28 年度	全体	7,044	174	2.5%	25	14.4%	1	0.6%	102	58.6%	48	27.6%	69	39.7%
	64歳以下	5,478	65	1.2%	6	9.2%	1	1.5%	28	43.1%	17	26.2%	24	36.9%
	65歳以上	1,566	109	7.0%	19	17.4%	0	0.0%	74	67.9%	31	28.4%	45	41.3%

【図表 9-3】人工透析について

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		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
平成25 年度	全体	7,800	7	0.1%	2	28.6%	4	57.1%	7	100.0%	3	42.9%	5	71.4%
	64歳以下	6,447	7	0.1%	2	28.6%	4	57.1%	7	100.0%	3	42.9%	5	71.4%
	65歳以上	1,353	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
平成28 年度	全体	7,044	10	0.1%	1	10.0%	8	80.0%	10	100.0%	4	40.0%	6	60.0%
	64歳以下	5,478	6	0.1%	1	16.7%	5	83.3%	6	100.0%	3	50.0%	5	83.3%
	65歳以上	1,566	4	0.3%	0	0.0%	3	75.0%	4	100.0%	1	25.0%	1	25.0%

ウ 短期的目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2~3-4) (図表10-1・2・3)

糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者の割合はほぼ変化はありません。
 糖尿病のインスリン療法、高血圧、脂質異常症の合併者の割合が微増となりました。
 高血圧患者と脂質異常症患者の糖尿病と脂質異常症合併の割合は変化がなく、虚血性心疾患、脳血管疾患の合併は微減となりました。

【図表10-1】糖尿病について

厚労省様式 様式3-2

糖尿病		被保険者数	短期的な目標								中長期的な目標							
			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
平成25年度	全体	7,800	490	6.3%	36	7.3%	315	64.3%	279	56.9%	101	20.6%	65	13.3%	3	0.6%	14	2.9%
	64歳以下	6,447	269	4.2%	16	5.9%	149	55.4%	148	55.0%	47	17.5%	28	10.4%	3	1.1%	8	3.0%
	65歳以上	1,353	221	16.3%	20	9.0%	166	75.1%	131	59.3%	54	24.4%	37	16.7%	0	0.0%	6	2.7%
平成28年度	全体	7,044	442	6.3%	42	9.5%	307	69.5%	265	60.0%	91	20.6%	48	10.9%	4	0.9%	14	3.2%
	64歳以下	5,478	186	3.4%	18	9.7%	109	58.6%	105	56.5%	33	17.7%	17	9.1%	3	1.6%	6	3.2%
	65歳以上	1,566	256	16.3%	24	9.4%	198	77.3%	160	62.5%	58	22.7%	31	12.1%	1	0.4%	8	3.1%

【図表10-2】高血圧について

厚労省様式 様式3-3

高血圧		被保険者数	短期的な目標						中長期的な目標					
			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
平成25年度	全体	7,800	807	10.3%	315	39.0%	396	49.1%	158	19.6%	124	15.4%	7	0.9%
	64歳以下	6,447	392	6.1%	149	38.0%	171	43.6%	64	16.3%	51	13.0%	7	1.8%
	65歳以上	1,353	415	30.7%	166	40.0%	225	54.2%	94	22.7%	73	17.6%	0	0.0%
平成28年度	全体	7,044	746	10.6%	307	41.2%	377	50.5%	132	17.7%	102	13.7%	10	1.3%
	64歳以下	5,478	282	5.1%	109	38.7%	138	48.9%	43	15.2%	28	9.9%	6	2.1%
	65歳以上	1,566	464	29.6%	198	42.7%	239	51.5%	89	19.2%	74	15.9%	4	0.9%

【図表10-3】脂質異常症について

厚労省様式 様式3-4

脂質異常症		被保険者数	短期的な目標						中長期的な目標					
			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
平成25年度	全体	7,800	564	7.2%	279	49.5%	396	70.2%	118	20.9%	81	14.4%	5	0.9%
	64歳以下	6,447	279	4.3%	148	53.0%	171	61.3%	48	17.2%	33	11.8%	5	1.8%
	65歳以上	1,353	285	21.1%	131	46.0%	225	78.9%	70	24.6%	48	16.8%	0	0.0%
平成28年度	全体	7,044	537	7.6%	265	49.3%	377	70.2%	104	19.4%	69	12.8%	6	1.1%
	64歳以下	5,478	225	4.1%	105	46.7%	138	61.3%	37	16.4%	24	10.7%	5	2.2%
	65歳以上	1,566	312	19.9%	160	51.3%	239	76.6%	67	21.5%	45	14.4%	1	0.3%

② リスクの健診結果経年変化（図表 11-1・2）

男性の有所見割合はGPT、HbA1c、拡張期血圧が減少しました。女性の有所見割合は拡張期血圧で減少し、40～64歳でHbA1cが減少しました。

メタボリックシンドローム該当者と予備軍は、ほぼ変化はありません。男性のメタボ該当者と予備軍の割合が女性の割合よりも高くなっています。男性の場合、メタボは該当者より予備群が若干高い割合となっています。

【図表 11-1】 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 (概票)

性別	年代	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
男性	合計	310	40.5	435	56.8	149	19.5	224	29.2	49	6.4	195	25.5	376	49.1	170	22.2	308	40.2	202	26.4	461	60.2	5	0.7
	40-64	211	43.1	272	55.6	85	17.4	154	31.5	26	5.3	107	21.9	237	48.5	120	24.5	157	32.1	119	24.3	311	63.6	2	0.4
	65-74	99	35.7	163	58.8	64	23.1	70	25.3	23	8.3	88	31.8	139	50.2	50	18.1	151	54.5	83	30.0	150	54.2	3	1.1
女性	合計	278	40.8	410	60.2	148	21.7	167	24.5	44	6.5	206	30.2	317	46.5	136	20.0	282	41.4	133	19.5	414	60.8	4	0.6
	40-64	166	44.4	220	58.8	84	22.5	111	29.7	24	6.4	97	25.9	167	44.7	87	23.3	123	32.9	76	20.3	244	65.2	1	0.3
	65-74	112	36.5	190	61.9	64	20.8	56	18.2	20	6.5	109	35.5	150	48.9	49	16.0	159	51.8	57	18.6	170	55.4	3	1.0

性別	年代	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
男性	合計	244	27.2	183	20.4	74	8.2	87	9.7	10	1.1	137	15.3	420	46.8	27	3.0	318	35.4	199	22.2	554	61.7	0	0.0
	40-64	147	25.3	109	18.8	41	7.1	52	9.0	6	1.0	62	10.7	253	43.6	12	2.1	145	25.0	101	17.4	359	61.9	0	0.0
	65-74	97	30.5	74	23.3	33	10.4	35	11.0	4	1.3	75	23.6	167	52.5	15	4.7	173	54.4	98	30.8	195	61.3	0	0.0
女性	合計	202	26.8	163	21.6	75	10.0	75	10.0	9	1.2	142	18.9	341	45.3	16	2.1	252	33.5	102	13.5	465	61.8	2	0.3
	40-64	105	25.0	77	18.3	36	8.6	42	10.0	5	1.2	51	12.1	165	39.3	7	1.7	89	21.2	62	14.8	254	60.5	0	0.0
	65-74	97	29.1	86	25.8	39	11.7	33	9.9	4	1.2	91	27.3	176	52.9	9	2.7	163	48.9	40	12.0	211	63.4	2	0.6

【図表 11-2】 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握

(厚生労働省様式 6-8)(平成 28 年度)

★NO.24 (概票)

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
		男性	合計	766	36.7	99	12.9%	173	22.6%	12	1.6%	111	14.5%	50	6.5%	163	21.3%	34	4.4%	13	1.7%	79	10.3%	37	4.8%
40-64	489		34.1	81	16.6%	114	23.3%	9	1.8%	70	14.3%	35	7.2%	77	15.7%	16	3.3%	10	2.0%	38	7.8%	13	2.7%		
65-74	277		42.4	18	6.5%	59	21.3%	3	1.1%	41	14.8%	15	5.4%	86	31.0%	18	6.5%	3	1.1%	41	14.8%	24	8.7%		
女性	合計	681	35.0	77	11.3%	176	25.8%	11	1.6%	119	17.5%	46	6.8%	157	23.1%	30	4.4%	11	1.6%	84	12.3%	32	4.7%		
	40-64	374	31.4	56	15.0%	95	25.4%	7	1.9%	60	16.0%	28	7.5%	69	18.4%	12	3.2%	10	2.7%	33	8.8%	14	3.7%		
	65-74	307	40.8	21	6.8%	81	26.4%	4	1.3%	59	19.2%	18	5.9%	88	28.7%	18	5.9%	1	0.3%	51	16.6%	18	5.9%		

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		男性	合計	898	42.4	39	4.3%	70	7.8%	3	0.3%	54	6.0%	13	1.4%	74	8.2%	16	1.8%	5	0.6%	39	4.3%	14	1.6%
40-64	580		41.5	33	5.7%	42	7.2%	2	0.3%	31	5.3%	9	1.6%	34	5.9%	7	1.2%	3	0.5%	16	2.8%	8	1.4%		
65-74	318		44.1	6	1.9%	28	8.8%	1	0.3%	23	7.2%	4	1.3%	40	12.6%	9	2.8%	2	0.6%	23	7.2%	6	1.9%		
女性	合計	753	39.0	32	4.2%	65	8.6%	3	0.4%	45	6.0%	17	2.3%	66	8.8%	10	1.3%	4	0.5%	36	4.8%	16	2.1%		
	40-64	420	36.8	23	5.5%	32	7.6%	2	0.5%	19	4.5%	11	2.6%	22	5.2%	2	0.5%	3	0.7%	9	2.1%	8	1.9%		
	65-74	333	42.1	9	2.7%	33	9.9%	1	0.3%	26	7.8%	6	1.8%	44	13.2%	8	2.4%	1	0.3%	27	8.1%	8	2.4%		

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12-1・2）

健診対象者、受診者数ともに減少。保健指導終了率も減少しました。保健指導において「積極的保健指導利用率」は平均 76.7%、「動機づけ保健指導利用率」は平均 84.9%となりました。指導後のメタボ改善率は国の目標を達成し減少となりました。

【図表 12-1】各実施率のまとめ

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者	受診者	受診率	同規模内の順位	対象者	終了者	実施率	医療機関受診率	
								別海町	同規模平均
平成25年度	4,206	1,664	39.6		228	51	22.4		51
平成28年度	3,873	1,434	37.0	90位	209	39	18.7	49.9%	51.1%

【図表 12-2】内臓脂肪症候群該当者減少及び特定保健指導について（法定報告集計表から抜粋）

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	過去平均	28年度市区町村(KDBより)
		内臓脂肪症候群該当者の減少率に関する事項	15 昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数	185		223	185
	16 上記のうち今年度予備群の数	19		41	22		2381
	17 上記割合	10.3		18.4	11.9	13.5	8.9
	18 昨年度の内臓脂肪症候群該当者のうち、今年度内臓脂肪症候群、予備群でなくなった数	14		18	10		2960
	19 上記割合	7.6		8.1	5.4	7.0	11.1
	20 内臓脂肪症候群該当者の減少	17.8		26.5	17.3	20.5	19.9
	21 昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数	247		217	225		17109
	22 昨年度の内臓脂肪症候群該当者のうち、今年度内臓脂肪症候群、予備群でなくなった数	41		39	27		3297
	23 上記割合	16.6		18	12.0	15.5	19.3
特定保健指導に関する事項	30 積極的支援対象数	86	86	77	73		5303
	31 上記割合	5.2	5.4	5	5.1		3.1
	32 服薬除外人数	102	90	91	84		7627
	33 積極的保健指導利用数	69	70	57	51		2151
	34 上記割合	80.2	81.4	74	69.9	76.7	40.6
	35 積極的修了者数	7	3	2	4		1510
	36 上記割合	8.1	3.5	2.6	5.5		28.5
	37 動機づけ対象数	142	139	145	136		14676
	38 上記割合	8.5	8.8	9.4	9.5		8.5
	39 服薬除外人数	236	233	216	236		34142
	40 動機づけ利用数	121	122	120	114		7308
	41 上記割合	85.2	87.8	82.8	83.8	84.9	49.8
	42 動機づけ終了数	44	17	24	35		6611
	43 上記割合	31	12.2	16.6	25.7		45
44 特定保健指導対象数小計	228	225	222	209		19979	
45 特定保健指導修了者小計	51	20	26	39		8121	
46 特定保健指導修了者割合小計	22.4	8.9	11.7	18.7		40.6	

(2) 第1期に係る考察

第1期計画において中長期的目標疾患として、医療費が高額となる疾患、6か月以上の入院における疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある虚血性心疾患・脳血管疾患、筋骨格疾患と、長期化することで高額になる糖尿病性腎症を減らすことを目標としていました。

その結果、虚血性心疾患・脳血管疾患は減少。人工透析数は増加しましたが、糖尿病性腎症からの人工透析の発生割合は減少しました。人工透析は虚血性心疾患を重複する割合が80%となり、これは人工透析患者の加齢に伴うものと推察できますが、「心腎連関」（心機能と腎機能の密接な関係）の視点で保健活動を行うことが課題となってきました。

筋骨格疾患は今も北海道比を上回ります。(別海町22% 北海道16.3% 参考資料1-4-④参照) 医療費は、道内比較、「同規模平均」比較ともに低医療費を維持しました。

特定健診後の指導効果は認められるものの、全体としてのメタボリック該当者減少に至らず、課題となっています。

特定健診の受診率の低迷は課題となっており、病院との調整によりデータ受領を実施すること等、受診率向上のためさらなる取り組みを要します。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

(1) 中長期的目標の視点における医療費適正化の状況

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

一人当たりの医療費は国、道、同規模平均のいずれと比べても低くなっています。外来の占める件数が96%と高い割合を占め、入院は4%にとどまっています。

【図表 13】入院と入院外の件数・費用の割合の比較 (平成 28 年度)

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	比較対象			
	保険者	道	同規模平均	国
	18,360円	27,782円	26,719円	24,245円

医療サービス	項目	割合 (%)			
		0.0	20.0	40.0	60.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	96.0			
	費用額	54.6			
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.0			
	費用額	45.4			

○入院が重症化した結果としてとらえる

イ 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14-1・2）

80万円以上の医療費の件数は269件。このうち脳血管疾患20件、虚血性心疾患22件。長期入院は159件。このうち脳血管疾患が31件、虚血性心疾患1件。人工透析患者は151件。このうち脳血管疾患合併13件、虚血性心疾患に至っては61.6%の合併となっています。人工透析患者のうち糖尿病性腎症は21.9%。全国の人工透析に至る原因が、糖尿病である率43.7%（2015年現在のデータ）と比較すると低くなっています。生活習慣病の治療者は1,512人。多い疾患の順は高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症となっており、脳血管疾患と虚血性心疾患の基礎疾患の重なりも高血圧、脂質異常症、糖尿病の順に高くなっています。

【図表 14-1】何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

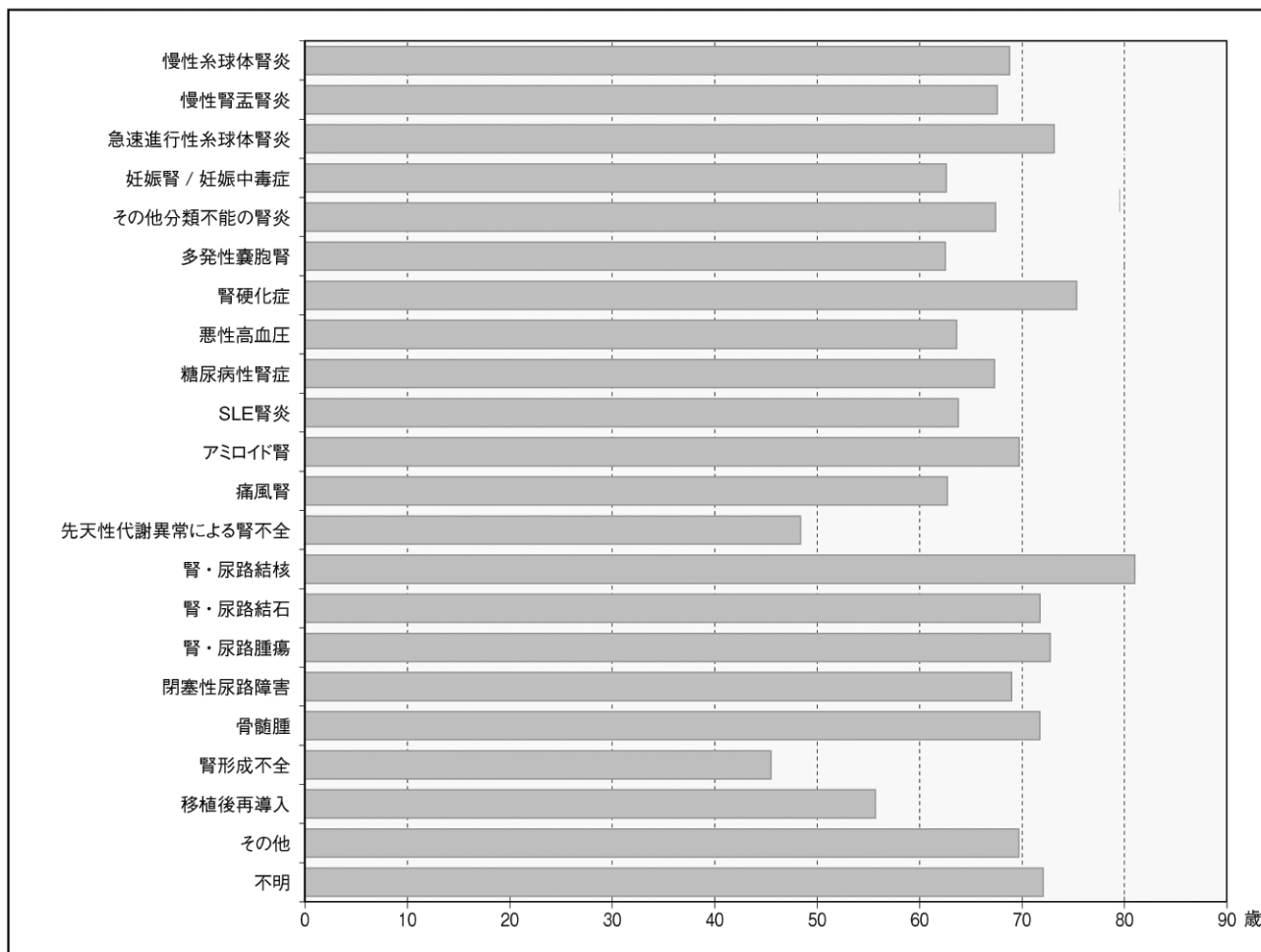
医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (平成28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	269件	20件 7.4%	22件 8.2%	--
		費用額	3億7489万円	2652万円 7.1%	3500万円 9.3%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	159件	31件 19.5%	1件 0.6%	--
		費用額	6749万円	1247万円 18.5%	52万円 0.8%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	151件	13件 8.6%	93件 61.6%	33件 21.9%
		費用額	6287万円	683万円 10.9%	3686万円 58.6%	1034万円 16.4%

厚労省様式	対象レセプト (平成28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	1,512人	174人 11.5%	173人 11.4%	14人 0.9%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	102人 58.6%	132人 76.3%	14人 100.0%
			糖尿病	48人 27.6%	91人 52.6%	14人 100%
			脂質異常症	69人 39.7%	104人 60.1%	9人 64.3%
		高血圧症	746人 49.3%	442人 29.2%	537人 35.5%	113人 7.5%

○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。

【図表 14-2】 導入患者の原疾患別人数と平均年齢



原疾患	患者数 (%)	平均年齢	標準偏差
慢性糸球体腎炎	6,232 (16.9)	68.77	14.37
慢性腎盂腎炎	256 (0.7)	67.56	15.69
急速進行性糸球体腎炎	463 (1.3)	73.12	12.13
妊娠腎 / 妊娠中毒症	30 (0.1)	62.60	13.63
その他分類不能の腎炎	141 (0.4)	67.42	16.08
多発性嚢胞腎	939 (2.6)	62.50	13.69
腎硬化症	5,225 (14.2)	75.33	11.31
悪性高血圧	296 (0.8)	63.61	17.74
糖尿病性腎症	16,072 (43.7)	67.29	12.21
SLE腎炎	269 (0.7)	63.76	14.35
アミロイド腎	112 (0.3)	69.72	10.61
痛風腎	83 (0.2)	62.70	14.38
先天性代謝異常による腎不全	19 (0.1)	48.37	23.20

原疾患	患者数 (%)	平均年齢	標準偏差
腎・尿路結核	9 (0.0)	81.00	8.49
腎・尿路結石	76 (0.2)	71.75	12.14
腎・尿路腫瘍	177 (0.5)	72.74	10.38
閉塞性尿路障害	104 (0.3)	68.98	13.56
骨髄腫	142 (0.4)	71.73	9.87
腎形成不全	51 (0.1)	45.47	26.79
移植後再導入	216 (0.6)	55.67	15.07
その他	1,411 (3.8)	69.68	14.96
不明	4,473 (12.2)	72.04	13.38
合計	36,796 (100.0)	69.20	13.39
記載なし	1	74.00	—
総計	36,797	69.20	13.39

患者調査による集計

数値右のカッコ内は列方向の合計に対する%です。

解説

導入患者の原疾患の第一位は糖尿病性腎症で43.7%（前年の割合より0.2ポイント増加）、第二位が慢性糸球体腎炎で16.9%（0.9ポイント減少）、第三位が腎硬化症で14.2%（変動なし）、第四位が不明で12.2%（0.9ポイント増加）であった。

導入時の平均年齢は、糖尿病性腎症で67.29歳（前年より0.13歳上昇）、慢性糸球体腎炎で68.77歳（0.11歳上昇）、腎硬化症の平均年齢は75.33歳（0.32歳上昇）であった。全体の69.20歳は2014年末の69.04歳と比べて0.16歳の上昇であった。比較的若年で導入されているのは、従来通り、腎形成不全、先天性代謝異常による腎不全などの先天異常によるものであった。

ウ 何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

2号の認定者は26人と少ないが、介護度が重い「要介護3～5」が7人で、脳卒中の占める割合がどの年代よりも高くなっています。働き盛りの年代の介護認定は社会的な損失が大きくなります。

1号、2号ともに、筋骨格疾患が多く、循環器疾患では脳卒中、虚血性心疾患、腎不全の順に多くなっています。

認知症は75歳以上から急激にその割合を増します。

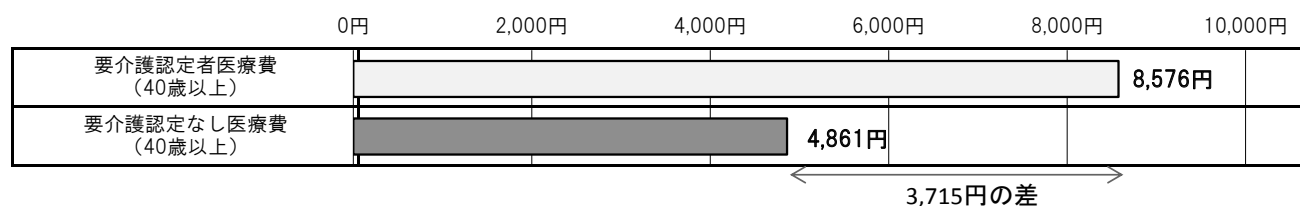
介護を受けている人と受けていない人の医療費の差は3,715円/人（8,576円－4,861円）。717人の認定者がいるので、およそ266万円（717人×3,715円）の医療費が多くかかっていることとなります。

【図表 15】何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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		5,554人	1,568人	1,791人	3,359人		8,913人										
	認定者数		26人	77人	614人	691人		717人										
	認定率		0.47%	4.9%	34.3%	20.6%		8.0%										
	新規認定者数		1人	3人	7人	10人		11人										
介護度別人数	要支援1・2		9	19	193	212	221	30.8%										
	要介護1・2		10	35	262	297	307	42.8%										
	要介護3～5		7	23	159	182	189	26.4%										
要介護 突合状況 ★NO.49	有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	
		件数	--	26		77		614		691		717						
		循環器疾患	1	脳卒中	12	46.2%	脳卒中	25	32.5%	脳卒中	253	41.2%	脳卒中	278	40.2%	脳卒中	290	40.4%
			2	虚血性心疾患	5	19.2%	虚血性心疾患	18	23.4%	虚血性心疾患	253	41.2%	虚血性心疾患	271	39.2%	虚血性心疾患	276	38.5%
			3	腎不全	2	7.7%	腎不全	6	7.8%	腎不全	68	11.1%	腎不全	74	10.7%	腎不全	76	10.6%
		基礎疾患	糖尿病等	15	57.7%	糖尿病等	59	76.6%	糖尿病等	537	87.5%	糖尿病等	596	86.3%	糖尿病等	611	85.2%	
			血管疾患合計	合計	16	61.5%	合計	61	79.2%	合計	552	89.9%	合計	613	88.7%	合計	629	87.7%
		認知症	認知症	1	3.8%	認知症	11	14.3%	認知症	218	35.5%	認知症	229	33.1%	認知症	230	32.1%	
		筋骨格疾患	筋骨格系	14	53.8%	筋骨格系	60	77.9%	筋骨格系	536	87.3%	筋骨格系	596	86.3%	筋骨格系	610	85.1%	

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)

男女ともに BMI、腹囲、尿酸、LDL-C が全国・道と比較して高くなっています。食の中で蛋白源の過剰摂取を反映した結果と考えられます。性別でみると男性の有所見率が総じて高くなっています。年代でみると65歳以上になると血圧、血糖の有所見率が高くなっています。

メタボ予備群と該当者は男性に多くなっています。メタボ該当者は男女ともに65歳以上に割合が高くなっています。メタボ予備群は高血圧との重なりが多く、該当者は血圧と脂質の重なりが多くなっています。

【図表 16】 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する

(厚生労働省様式 6-2~6-7)

★NO.23 (概要)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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		
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	
保険者	合計	278	40.8	410	60.2	148	21.7	167	24.5	44	6.5	206	30.2	317	46.5	136	20.0	282	41.4	133	19.5	414	60.8	4	0.6
	40-64	166	44.4	220	58.8	84	22.5	111	29.7	24	6.4	97	25.9	167	44.7	87	23.3	123	32.9	76	20.3	244	65.2	1	0.3
	65-74	112	36.5	190	61.9	64	20.8	56	18.2	20	6.5	109	35.5	150	48.9	49	16.0	159	51.8	57	18.6	170	55.4	3	1.0
女性	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	
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	
保険者	合計	202	26.8	163	21.6	75	10.0	75	10.0	9	1.2	142	18.9	341	45.3	16	2.1	252	33.5	102	13.5	465	61.8	2	0.3
	40-64	105	25.0	77	18.3	36	8.6	42	10.0	5	1.2	51	12.1	165	39.3	7	1.7	89	21.2	62	14.8	254	60.5	0	0.0
	65-74	97	29.1	86	25.8	39	11.7	33	9.9	4	1.2	91	27.3	176	52.9	9	2.7	163	48.9	40	12.0	211	63.4	2	0.6

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握

(厚生労働省様式 6-8)(平成 28 年度)

★NO.24 (概要)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国					588,308	17.2%							940,335	27.5%									
道					18,510	17.9%							28,853	27.8%									
保険者	合計	681	35.0	77	11.3%	176	25.8%	11	1.6%	119	17.5%	46	6.8%	157	23.1%	30	4.4%	11	1.6%	84	12.3%	32	4.7%
	40-64	374	31.4	56	15.0%	95	25.4%	7	1.9%	60	16.0%	28	7.5%	69	18.4%	12	3.2%	10	2.7%	33	8.8%	14	3.7%
	65-74	307	40.8	21	6.8%	81	26.4%	4	1.3%	59	19.2%	18	5.9%	88	28.7%	18	5.9%	1	0.3%	51	16.6%	18	5.9%
女性	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	
	全国				259,425	5.8%							425,520	9.5%									
道				7,985	5.5%							13,203	9.0%										
保険者	合計	753	39.0	32	4.2%	65	8.6%	3	0.4%	45	6.0%	17	2.3%	66	8.8%	10	1.3%	4	0.5%	36	4.8%	16	2.1%
	40-64	420	36.8	23	5.5%	32	7.6%	2	0.5%	19	4.5%	11	2.6%	22	5.2%	2	0.5%	3	0.7%	9	2.1%	8	1.9%
	65-74	333	42.1	9	2.7%	33	9.9%	1	0.3%	26	7.8%	6	1.8%	44	13.2%	8	2.4%	1	0.3%	27	8.1%	8	2.4%

(3) 糖尿病、血圧、LDL-C のコントロール状況 (図表 18)

糖代謝の指標 HbA1c の受診勧奨レベルは新規受診者の割合が多く、特に治療中である受診者にコントロール不良者が多く見られます。

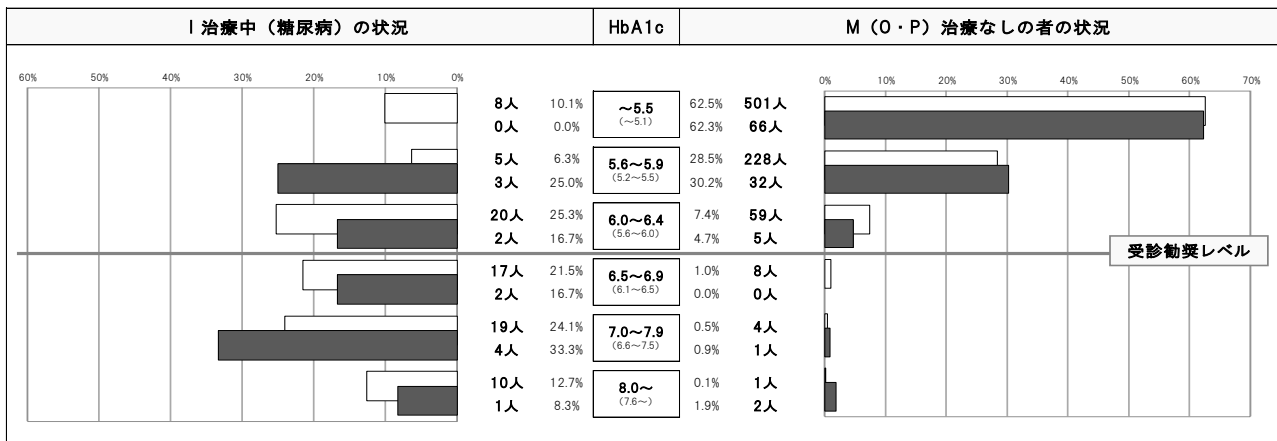
血圧の受診勧奨レベルは（治療中の I 度高血圧以外は）新規受診者の割合が高くなっています。

脂質代謝の指標 LDL-C は治療者がほぼコントロール良のレベルにあります。未治療者が多く見られます。

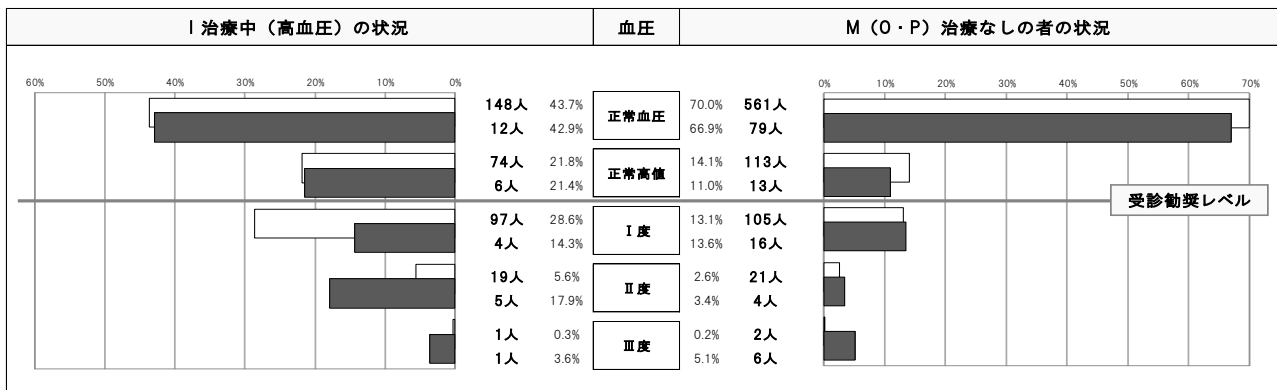
【図表 18】継続受診者と新規受診者の比較 (平成 28 年度)

□ …上段 (継続受診者)
■ …下段 (新規受診者)

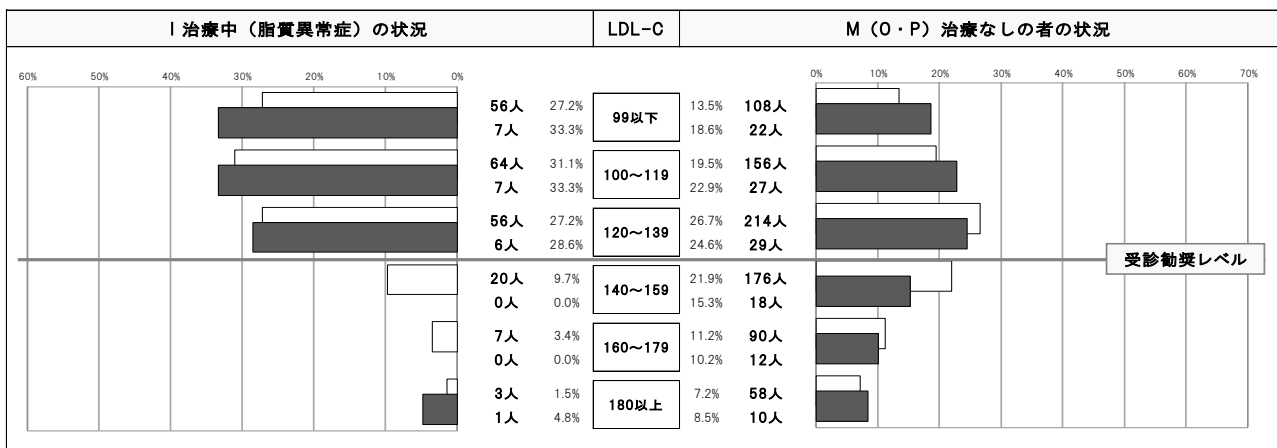
HbA1c



血圧



LDL-C

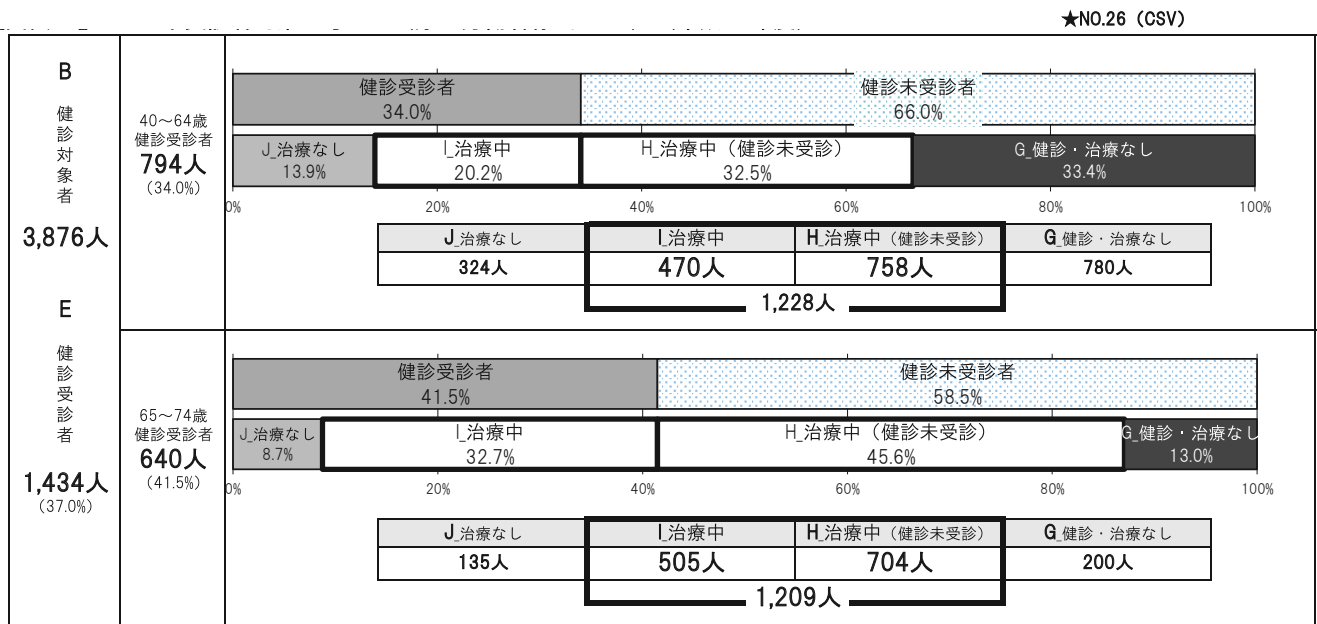


(4) 未受診者の把握 (図表 19)

40～64 歳で 66%が未受診。40～64 歳の健診対象者のうち 32.5% (758 人) が治療中の健診未受診者です。65 歳以上では健診対象者のうち 45.6% (704 人) が治療中で健診未受診者です。

費用対効果では圧倒的に健診受診者の医療費が安く、未受診治療者が重症化し高額な治療費に至っていると考えられます。

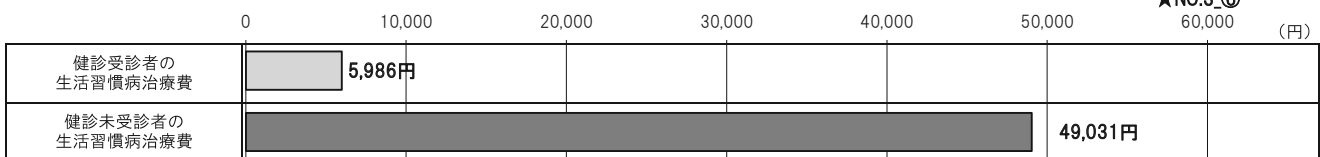
【図表 19】 未受診者対策を考える(厚生労働省様式 6-10) (平成 28 年度)



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病にかかっているお金 (H28年度)

★NO.3 ⑥



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ります。

3. 目標の設定

(1) 成果目標

ア 中長期的な目標の設定

第1期計画に引き続いて、低医療費を維持するため、また、町民のQOLを保持するためにも医療費が高額となる疾患及び6か月以上の長期入院となる疾患をターゲットにします。具体的な疾患名は、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病、筋骨格疾患とし、これらの疾患の増加抑制を目標とします。虚血性心疾患が平成28年度には173人、脳血管疾患が174人であることから評価年度の目標数をそれぞれ170人未満とする。慢性腎臓病は糖尿病だけでなく高血圧や脂質異常に注目しながら、心腎連関を視野に保健活動を展開し、64歳以下の人工透析導入者数が平成28年度に6人であることから評価年度の目標を6人未満とします。(図表9参照)

また、計画期間の半分を過ぎた3年後に進捗管理のための中間評価を行い、計画及び評価の見直しを行います。

今後、高齢化率が高くなるので動脈硬化性疾患の進行が生じ、受療率も高まると予想できますが、図表14-1「2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか」では重症化予防によって高額になる80万円以上のレセプト件数のうち、脳血管疾患を平成28年度が20件であったので20件未満に、虚血性心疾患は22件であったので22件未満を目標とし、医療費の伸び率が北海道、同規模保険者の伸び率を上回らないことを目標とします。(図表14-1参照)

イ 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(肥満含む)を減らしていくことを短期的な目標とします。

具体的には、「日本人の食事摂取基準(2015年版)」の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を毎年改善していくこととします。

そのためには、医療受診が必要な方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方についても適切な保健指導を行います。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します。

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、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「第3期特定健診等実施計画」「2. 目標値の設定」に記載します。

第3章 第3期特定健診等実施計画

1. 第3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ます。

なお、第1期及び第2期は5年を1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3期（平成30年度以降）からは6年を1期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表 20】各目標値

	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%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率	25%	32%	39%	46%	53%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 21】各見込み人数

		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	4,100人	4,088人	4,077人	4,018人	3,960人	3,902人
	受診者数	1,640人	1,799人	1,957人	2,090人	2,218人	2,341人
特定保健指導	対象者数	238人	261人	284人	303人	322人	339人
	実施者数	59人	83人	111人	139人	170人	204人

*総務省人口推計参考

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します。集団健診を2業者により、地域を巡回して実施します。個別健診を町内医療機関（町立別海病院、西春別駅前診療所、尾岱沼診療所）で実施します。

(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ます。

(3) 健診実施機関リストの選定

特定健診実施機関については、健診精度管理を評価しながら選定します。

（平成29年までは、札幌商工診療所、JA帯広厚生病院、町立別海病院、西春別駅前診療所、尾岱沼診療所を選定しました。）

(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方に対して、国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、白血球、赤血球、ヘマトクリット、血小板、ヘモグロビン、尿潜血、心電図、眼底検査）を実施します。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ることができます。（実施基準第1条4項）

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(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ってもらえるよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

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、かかりつけ医との協力及び連携を行います。

(7) 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、保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を行います。（図表 22）

【図表 22】 健診の案内方法・健診実施スケジュール

	周知	診療所 (別海・尾岱沼・西春別)	健診実施地区													
			西春別	床丹	走古丹	中春別	上春別	中西別	上風連	別海	尾岱沼	本別海	計根別			
3月	新聞折込(2回) 特定健診対象者個別受診勧奨															
4月	新聞折込 HP・広報掲載	個別 健診 適宜 実施	問診票送付		問診票送付											
5月	新聞折込 広報掲載		健診	健診	健診	健診	健診	健診	健診	問診票送付						
6月										健診						
7月	新聞折込					問診票送付				問診票送付	健診	健診				
8月	新聞折込 広報掲載		問診票送付			健診	問診票送付			健診					問診票送付	
9月			健診				健診								健診	
10月										問診票送付						
11月										健診						
12月	未受診者個別受診勧奨															
1月										→ 送付した問診票で健診を受けられる期間						
2月																
3月																

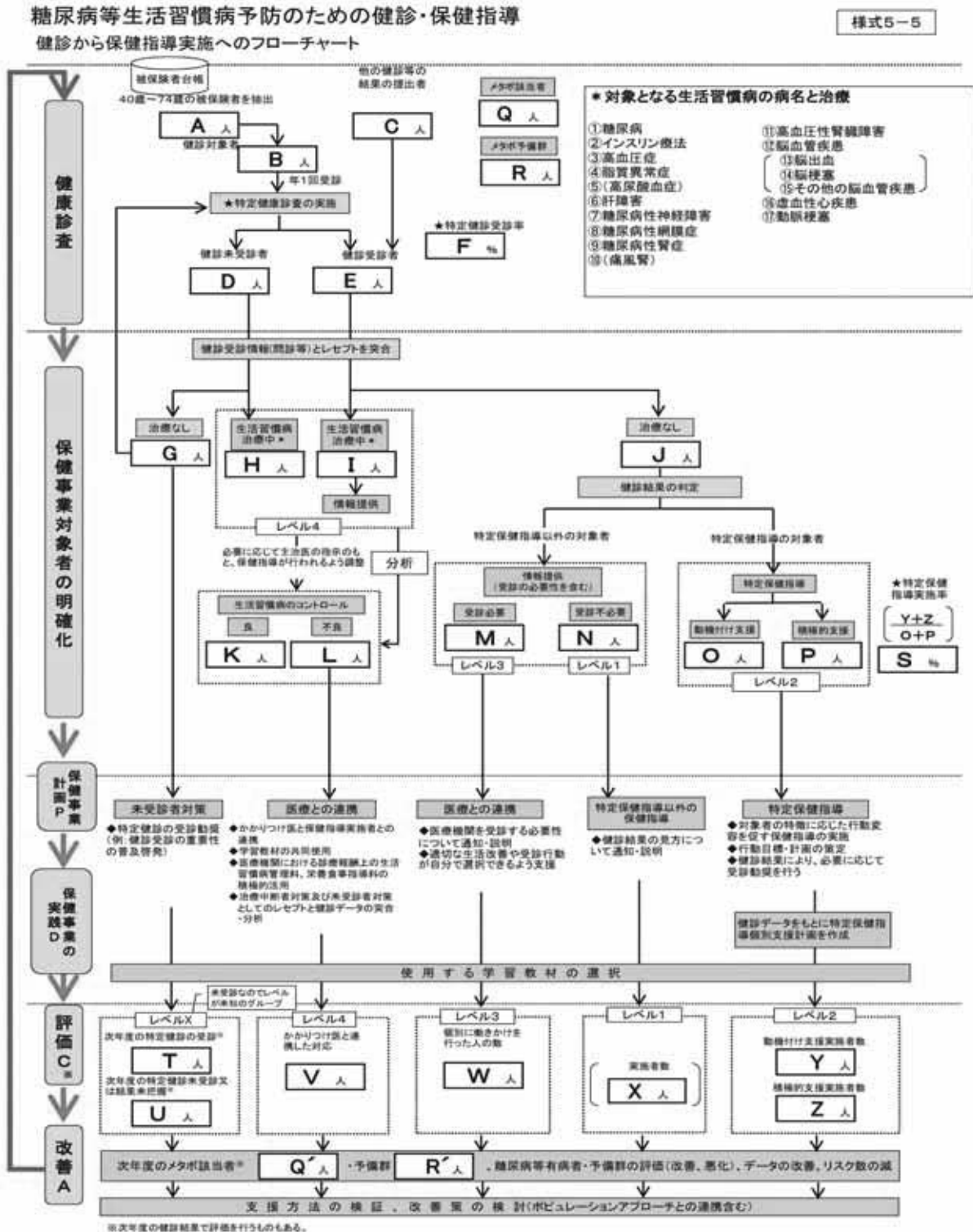
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施とし保健課への執行委任の形態で行います。

(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・実践評価を行います。(図表 23)

【図表 23】



(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 24-1】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	平成 30 年度 対象者数見込 (受診者の割合)	平成 30 年度 目標実施率
1	O ・ P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた 行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて 受診勧奨を行う	220 人 (14.5%)	25%
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	350 人 (23.1%)	%
3	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・ 説明	397 人 (26.2%)	%
4	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 ◆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	549 人 (36.2%)	%
5	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (健診受診の 重要性の普及啓発)	2,583 人 ※受診率目標 達成までにあ と 123 人	%

【図表 24-2】平成29年度保健指導対象者抽出条件と人数

	受診数	保健指導対象者																	
		合計		グループ①	内訳(重複あり)												グループ②	グループ③	
		人数	割合		特定保健指導	糖尿病				高血圧		脂質異常症		CKD					
						①	②	③	④	①	②	①	②	①	②	③			
O	134	134	100.0%	134	134		1	10	18	14	12	1	5		2	5			
P	78	78	100.0%	78	78	1		2	8	11	11		2		2	2			
M	340	144	42.4%	55		1		4	16	20	15		5	2			78	11	
N	385	50	13.0%	20					18						1	1	24	6	
I	L	352	196	55.7%	122		2	13	34	27	7	15		5	3	6	27	53	21
	K	182	38	20.9%	24				12						1	2	9	12	2
合計	1,471	640	43.5%	433	212	4	14	50	99	52	53	1	17	6	13	44	167	40	

<グループ①>

特定保健指導対象者

・糖尿病

- ①HbA1c.4%以上
- ②HbA1c8.0～9.3%
- ③HbA1c6.5～7.9%の未治療者および7.0～7.9%で70歳未満の治療者
- ④HbA1c6.0～6.4%の未治療者で前回の健診から0.3以上悪化した者、6.0～6.4%の65歳未満の未治療者で始めて6.0～6.4%に該当した者、5.6～5.9%の65歳未満の未治療者で前回の受診から0.3以上悪化した者

・高血圧

- ①Ⅱ度高血圧以上の高血圧未治療者
- ②Ⅰ度高血圧の高血圧未治療者で、糖尿病またはCKD、または血圧以外の心血管病の危険因子3個以上の者

・脂質異常症

- ①LDL160以上でⅡ度高血圧以上でHbA1c6.9以上の者
- ②LDL160以上でⅡ度高血圧以上もしくはHbA1c6.9以上の者

・慢性腎臓病(CKD)

- ①CKD重症度分類で赤に属する者
- ②CKD重症度分類でオレンジに属する者
- ③CKDの重症度分類で黄色に属する者のうち2回連続(+)の者、eGFR45-50未満で70歳未満の者及びeGFR50-60未満で40歳未満の者(尿検査未でeGFR低下の場合も含む)、重症度分類で黄色に属する者のうちメタボリックシンドローム該当者

<グループ②>

- 新規受診者、LDL180以上の者、初めてLDL160～179に該当した者、初めて次のデータに該当した者(中性脂肪300以上・HDL34以下・ASTまたはALT51以上・γ-GT101以上・尿酸8.0以上・尿潜血2+以上・高血圧治療中のⅡ度高血圧以上)

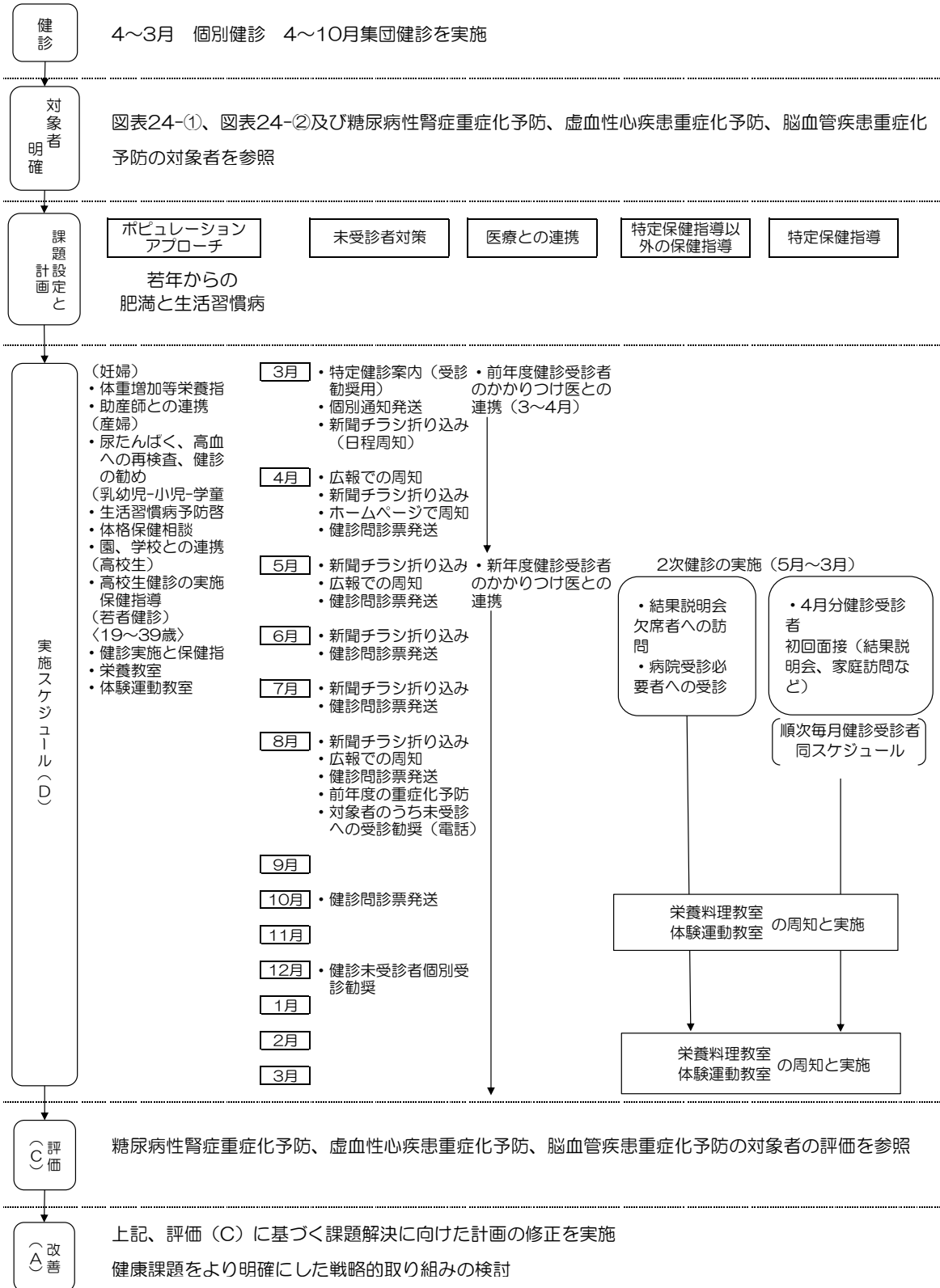
<グループ③>

- 過去にも次のデータに該当したことがある者(中性脂肪300以上・HDL34以下・ASTまたはALT51以上・γ-GT101以上・尿酸8.0以上・尿潜血2+以上・高血圧治療中のⅡ度高血圧以上)

(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

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール



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及び別海町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する場合は、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管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

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と健診データ分析ソフト・マルチマーカールで行います。

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日まで国に報告します。

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）に基づき、町ホームページへの掲載や関係機関への冊子配布などにより公表、周知を行います。

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すため、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します。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て実施していく必要があります。

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います。具体的には医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を行い、治療中の方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ます。

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します。

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を実施します。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ます。保健事業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します。

2. 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成29年12月28日国医第1406号）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。（図表26参照）

- ・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
- ・治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ・糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】糖尿病性腎症重症化予防の基本的な流れ

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

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者は以下のとおりとします。

① 未受診者

特定健診データ等から空腹時血糖が 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)以上または HbA1c 6.5% 以上で、かつ次のいずれかに該当する方を抽出し、レセプトデータと照合して受診状況を確認します。

- ・ eGFR 60ml/分/1.73 m²未満
- ・ 尿蛋白 (+1) 以上
- ・ 血圧 130/80mmHg 以上

なお、上記を満たし次のいずれかに該当する場合はハイリスク者と考えます。

- ・ HbA1c7.0%以上かつ eGFR45ml/分/1.73 m²未満
- ・ 尿蛋白 (+2) 以上
- ・ 血圧 140/90mmHg 以上

② 受診中断者

レセプトデータから糖尿病性腎症で通院歴があり、最終の受診日から 6 か月経過しても受診した記録がない方を抽出します。

③ 通院患者

レセプト、健診データ等で糖尿病性腎症の病期が第 2 期、第 3 期、第 4 期であり次の全てを満たす方を対象とします。

- ・ HbA1c7.0%以上
- ・ 尿蛋白 (+1) 以上または尿アルブミン 30mg /Cr 以上
- ・ 血圧 130/80mmHg 以上

これに加えてかかりつけ医から保健指導の依頼があった糖尿病性腎症患者を対象とします。

なお、次に該当する場合は除外します。

- ・ がん等で終末期にある場合
- ・ 1 型糖尿病である場合
- ・ 認知機能障害のある場合
- ・ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている場合
- ・ その他の疾患を有するなど、かかりつけ医が除外すべきと判断した場合

(イ) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

選定基準に基づいて該当者を把握するため、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ます。

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)を基盤とします。(図表 27)

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類 (改訂)

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
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	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
第4期 (腎不全期)	問わない	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)で把握します。

本町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難となっています。「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(-)~(+2)、顕性アルブミン尿(+1)~(+3)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ります。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 28)

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は23人でした。また40~74歳における糖尿病治療者424人中のうち、特定健診受診者が116人(27.4%・G)でしたが、2人(1.7%・キ)は治療を中断していました。

糖尿病治療者で特定健診未受診308人(72.6%・I)のうち、過去2年間に特定健診受診歴がある者26人で治療中断はありませんでした。また、24人については継続受診中です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ります。

*上記の数は途中資格喪失者を含んでいるため治療状況を把握できないものを含んでいます。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より本町においての介入方法は次のとおりです。

優先順位 1 【受診勧奨】

- ・ 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・23人
- ・ 糖尿病治療中であつたが中断者 (オ・キ)・・・2人
- ・ 介入方法としては戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応します。

優先順位 2 【保健指導】

- ・ 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・111人
- ・ 介入方法としては戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応します。
- ・ 医療機関と連携した保健指導を実施します。

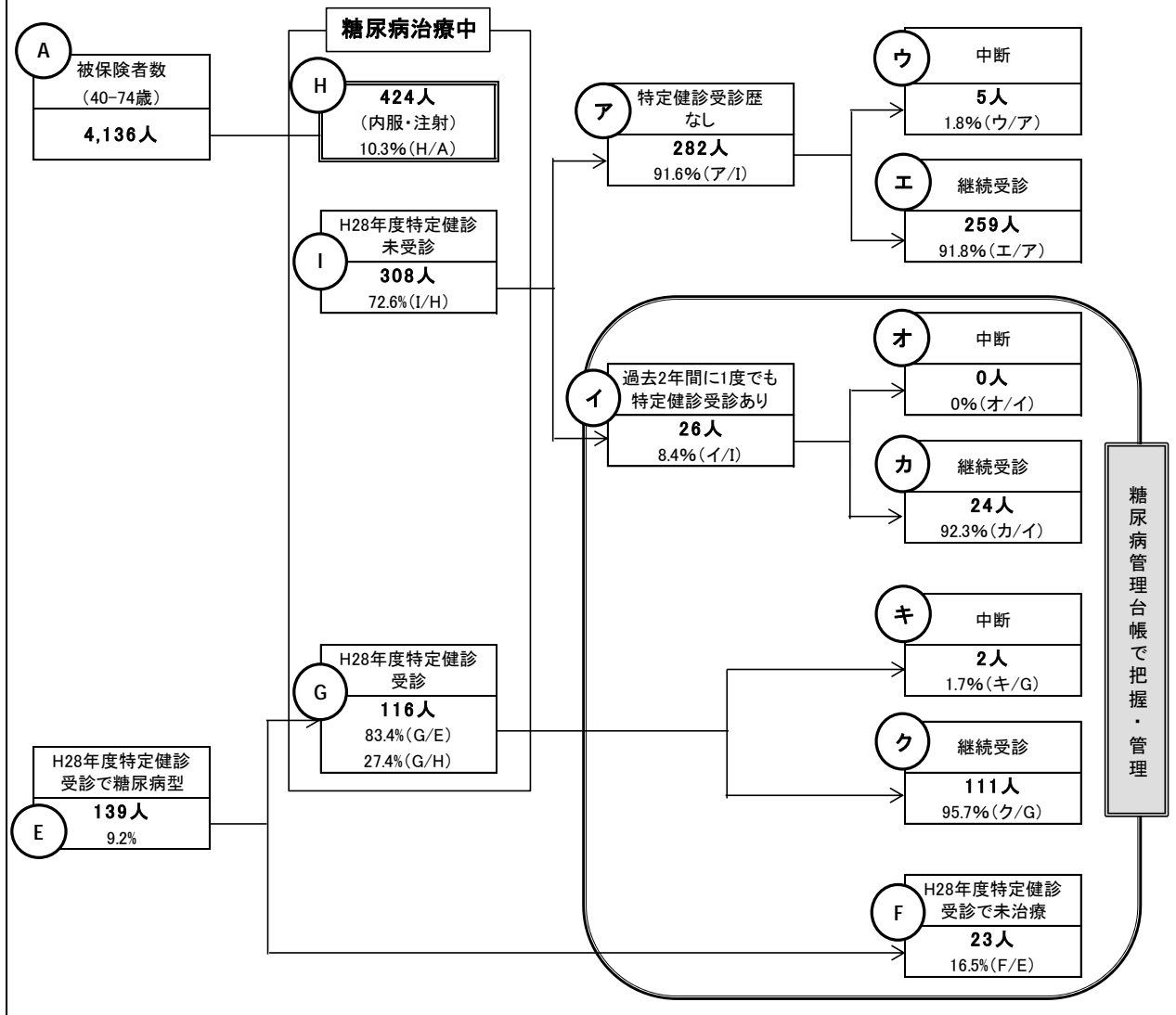
優先順位 3 【保健指導】

- ・ 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・24人
- ・ 介入方法としては戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応します。
- ・ 医療機関と連携した保健指導を実施します。

【図表 28】

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6ヶ月以上レセプトがない者



ウ 対象者の進捗管理

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）を作成し管理します。

【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%以上は次の情報を管理台帳に記載

＊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

＊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

・ HbA1c ・ 血圧 ・ 体重 ・ eGFR ・ 尿蛋白

②資格を確認

③レセプトを確認し情報を記載

・ 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的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

前年のデータと比較し介入対象人数を試算

⑤担当地区の対象者数の把握

・ 未治療者・中断者（受診勧奨者）を抽出

・ 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）を抽出

エ 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す。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きます。

本町においては、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きます。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います。（図表 29）

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div 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くか？</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> <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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) <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> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <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 2次健診およびマイクロアルブミン/クレアチニン定量測定器（保健センター内設置）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期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは2次健診及びマイクロアルブミン/クレアチニン定量測定器を活用し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します。

オ 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、糖尿病連携手帳および健診結果等の帳票を使用します。

② 治療中の者への対応

糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては北海道糖尿病腎症重症化予防プログラムを参考に行います。

カ 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ます。

キ 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ます。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2回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取組評価表（参考資料4）を用いて行います。

○ 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

受診勧奨対象者への介入率

医療機関受診率

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

保健指導利用率

糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

・ HbA1c の変化

・ eGFR の変化（1年で25%以上の低下、1年で5 ml/1.73 m²以上の低下）

・ 尿蛋白の変化

・ 服薬状況の変化

ク 実施期間及びスケジュール

図表 25 のスケジュールに準じ行います。糖尿病管理台帳は健診結果が届き次第追記し、スタッフ間の共有やカンファレンスは10月と2月に実施します。

(2) 虚血性心疾患重症化予防

ア 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」等に基づいて進めます。(参考資料 5)

イ 対象者の明確化

(ア) 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行きます。(参考資料 6)

(イ) 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つです。「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)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、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ります。本町はデータ受領以外は全員に心電図検査を組み込んでいたため1,569人中1,566人が検査を実施しています。このうち虚血(ST) 所見は100人6.4%であり、このうち要精査は13人でした。この13人のうち医療機関を受診しているのは8人で未受診は5人でした。未受診者の中には前年までに詳細な検査を受診し同所見で無症状の場合、受診しなかった方が含まれます。未受診者の受診勧奨を行うと共に、未受診理由の把握に努めます。

本町は同規模団体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くなっています。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ます。

【図表 30】心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	人	%	人	(b/a)%	虚血所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					人	(c/b)%	人	(d/b)%	人	(e/b)%
平成28年度	1,569	100%	1,566	99.8%	100	6.4%	273	17.4%	1,193	76.2%

【図表 31】ST 所見ありの医療機関受診状況

虚血所見あり(a)		要精査(b)					
人	%	人	(b/a)%	医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
				人	(c/b)%	人	(d/b)%
100	100%	13	13.0%	8	61.5%	5	38.5%

②心電図以外からの把握

図表 32 ②-1 と②-2 を重症化予防対象者とします。

【図表 32】心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし		
		虚血所見あり	その他の所見	異常なし			
		人	(c/b)%	人			(d/b)%
	1,570	100	272	1,194	4		
		6.4%	17.3%	76.1%	0.3%		
メタボ該当者	976	81	177	718	0	→②-1	
	62.2%	8.3%	18.1%	73.6%	0.0%		
メタボ予備群	271	18	56	197	0		
	17.3%	6.6%	20.7%	72.7%	0.0%		
メタボなし	323	1	39	279	4		
	20.6%	0.3%	12.1%	86.4%	1.2%		
LDL-C	140-159	62	0	7	54	1	
		19.2%	0.0%	11.3%	87.1%	1.6%	
	160-179	35	0	2	33	0	
	10.8%	0.0%	5.7%	94.3%	0.0%		
180-	13	0	3	10	0	→②-2	
	4.0%	0.0%	23.1%	76.9%	0.0%		
【参考】							
Non-HDL	190-	174	10	23	141	0	
		11.1%	5.7%	13.2%	81.0%	0.0%	
170-189	212	15	37	160	0		
	13.5%	7.1%	17.5%	75.5%	0.0%		
CKD	G3aA1~	146	16	32	95	3	
		9.3%	11.0%	21.9%	65.1%	2.1%	

ウ 保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要です。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ります。

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います。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ます。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います。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います。

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います。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none">・少なくとも 15 秒以上症状が持続・同じような状況で症状がある・「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある・首や肩、歯へ放散する痛み・冷汗や吐気を伴う

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

②2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 6 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ります。「血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013」より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「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2次健診において、これらの検査を継続して実施していきます。

「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。」とありますが、手技、診断等の問題を内包しており、医療機関と相談しながら実施の有無を検討していきます。また、侵襲のない新たな血管評価検査の開発があれば合わせて診療機関と相談しながら実施を検討します。

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ーチャート」（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）が高リスクであるため、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います。

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ます。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きます。

エ 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ます。

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きます。

オ 高齢者福祉部門との連携

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福祉課、介護支援課、地域包括支援センター等と連携します。

カ 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ます。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2回行います。その際は**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用します。

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きます。

○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

キ 実施期間及びスケジュール

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（図表 25）に準じます。

糖尿病管理台帳は健診結果が届き次第追記し、スタッフ間での共有やカンファレンスは10月と2月に実施します。

(3) 脳血管疾患重症化予防

ア 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ます。(図表 34、35)

【図表 34】 脳卒中の分類

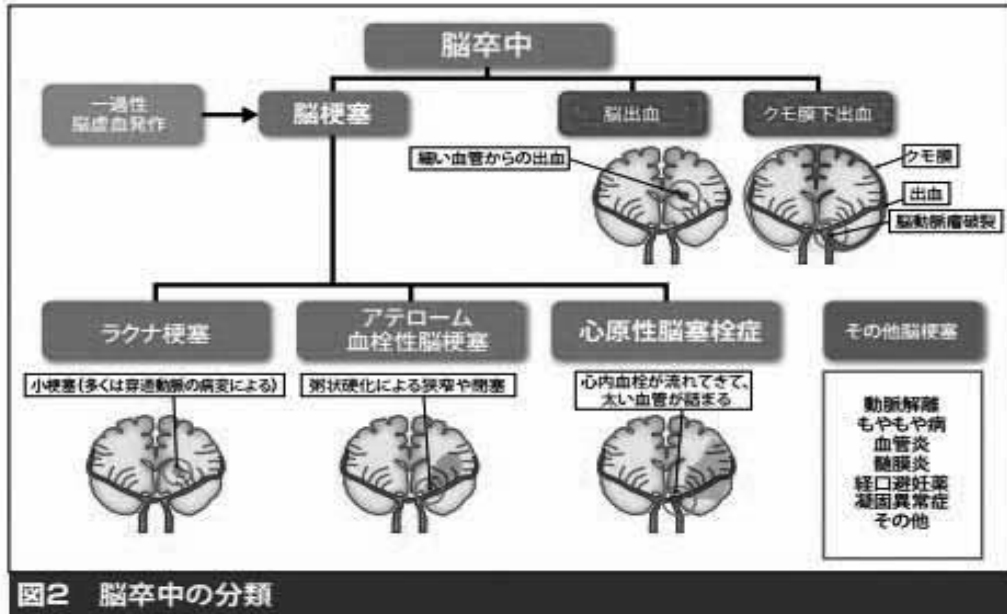


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 35】 脳血管疾患とリスク因子

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	●							

イ 対象者の明確化

(ア) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。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ります。

【図表 36】 特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○		○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○						
	心原性脳梗塞	●			●		○		○						
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者 (2項目以上)		蛋白尿 (2+) 以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 1,569人		73人	4.7%	69人	4.4%	93人	5.9%	13人	0.8%	237人	15.1%	9人	0.6%	15人	1.0%
治療なし		45人	3.9%	34人	2.3%	89人	6.7%	6人	0.6%	50人	4.9%	2人	0.2%	4人	0.4%
治療あり		28人	6.9%	35人	36.1%	4人	1.6%	7人	1.3%	187人	34.1%	7人	1.3%	11人	2.0%
臓器障害あり		13人	28.9%	10人	29.4%	15人	16.9%	6人	100.0%	16人	32.0%	2人	100.0%	4人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象者)	1人		1人		1人		0人		2人		2人		4人	
	尿蛋白 (2+) 以上	0人		1人		0人		0人		1人		2人		0人	
	尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0人		0人		1人		0人		1人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	1人		0人		1人		0人		1人		0人		4人	
	心電図所見あり	12人		10人		15人		6人		15人		0人		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す。重症化予防対象者をみると「Ⅱ度高血圧以上」が73人(4.7%)で、45人(3.9%)は未治療者でした。また未治療者のうち13人(28.9%)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す。また治療中であっても「Ⅱ度高血圧」の者も28人(6.9%)いることがわかりました。治療中で降圧が十分でない場合、内服が継続できているか確認し、減塩、禁煙、運動療法など医療機関と連携した保健指導が必要です。

(イ) 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すが、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ます。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ります。(図表 37)

【図表 37】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,165	506	288	167	159	34	11	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
		43.4%	24.7%	14.3%	13.6%	2.9%	0.9%	9	93	102
リスク第1層	190	122	42	13	9	3	1	9	3	1
		16.3%	24.1%	14.6%	7.8%	5.7%	8.8%	9.1%	100%	3.2%
リスク第2層	660	277	172	97	90	19	5	--	90	24
		56.7%	54.7%	59.7%	58.1%	56.6%	55.9%	45.5%	--	96.8%
リスク第3層	315	107	74	57	60	12	5	--	--	77
		27.0%	21.1%	25.7%	34.1%	37.7%	35.3%	45.5%	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	72	22	19	13	14	4	0		
		22.9%	20.6%	25.7%	22.8%	23.3%	33.3%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	90	30	19	22	16	1	2		
	28.6%	28.0%	25.7%	38.6%	26.7%	8.3%	40.0%			
3個以上の危険因子	186	68	44	27	35	9	3			
	59.0%	63.6%	59.5%	47.4%	58.3%	75.0%	60.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

降圧薬治療者を除いているため高リスク群の102人は受診勧奨と治療が開始されたか否かの確認が必要になります。

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態

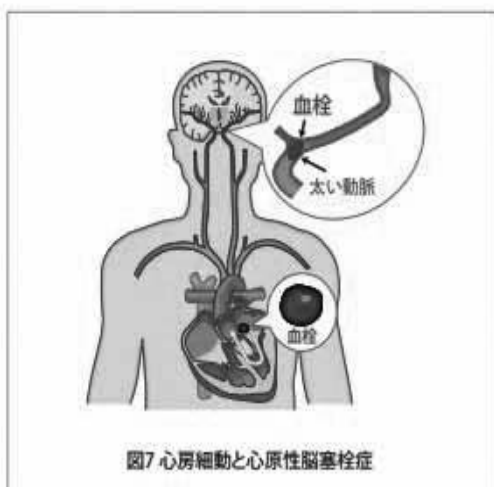


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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くなります。

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す。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

【図表 38】 特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査 *	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	756	810	10	1.3%	3	0.4%	—	—
40歳代	153	114	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	156	179	2	1.3%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	309	392	2	0.6%	0	0.0%	1.9	0.4
70～74歳	138	125	6	4.3%	3	2.4%	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

【図表 39】 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
13	100	2	15.4%	11	84.6%

過去からの分析で虚血性心疾患と心原性脳梗塞は問題であったので、健診受診者全員に心電図検査を実施してきました。心電図検査において男性10人女性3人が心房細動の有所見者でした。特に男性は50歳以降に心房細動有所見が見受けられ、日循疫学調査より高い有病率となっています。心房細動有所見者13人のうち11人は既に治療が開始されてきましたが、2人は未治療者でした。この未治療者のうち1人は過去の受診で一過性心房細動と診断され、薬物療法が不要と指示された人を含みます。本町は循環器内科、脳外科の診療科を備える医療機関がないため、健診当日に心房細動所見があり未治療のケースは即日報告を受けるように健診委託業者との仕様書にも明記して、受診勧奨につなげています。

ウ 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います。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ます。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、治療者へは治療中断がないように伝え、未治療者には医療機関への受診勧奨と、受診内容の把握と自覚症状の問診を行います。

② 2次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者は、参考資料 6 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ります。「血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013」より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「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2次健診において、これらの検査を継続して実施していきます。

「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。」とありますが、手技、診断等の問題を内包しており、医療機関と相談しながら実施の有無を検討していきます。また、侵襲のない新たな血管評価検査の開発があれば合わせて診療機関と相談しながら実施を検討します。

③対象者の管理

・ 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きます。（参考資料 7）

・ 心房細動の管理台帳

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るように台帳を作成し経過を把握していきます。（参考資料 8）

エ 医療との連携

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きます。

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きます。

オ 高齢者福祉部門との連携

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福祉課、介護支援課、地域包括支援センター等と連携します。

カ 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ます。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2回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

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きます。

○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

キ 実施期間及びスケジュール

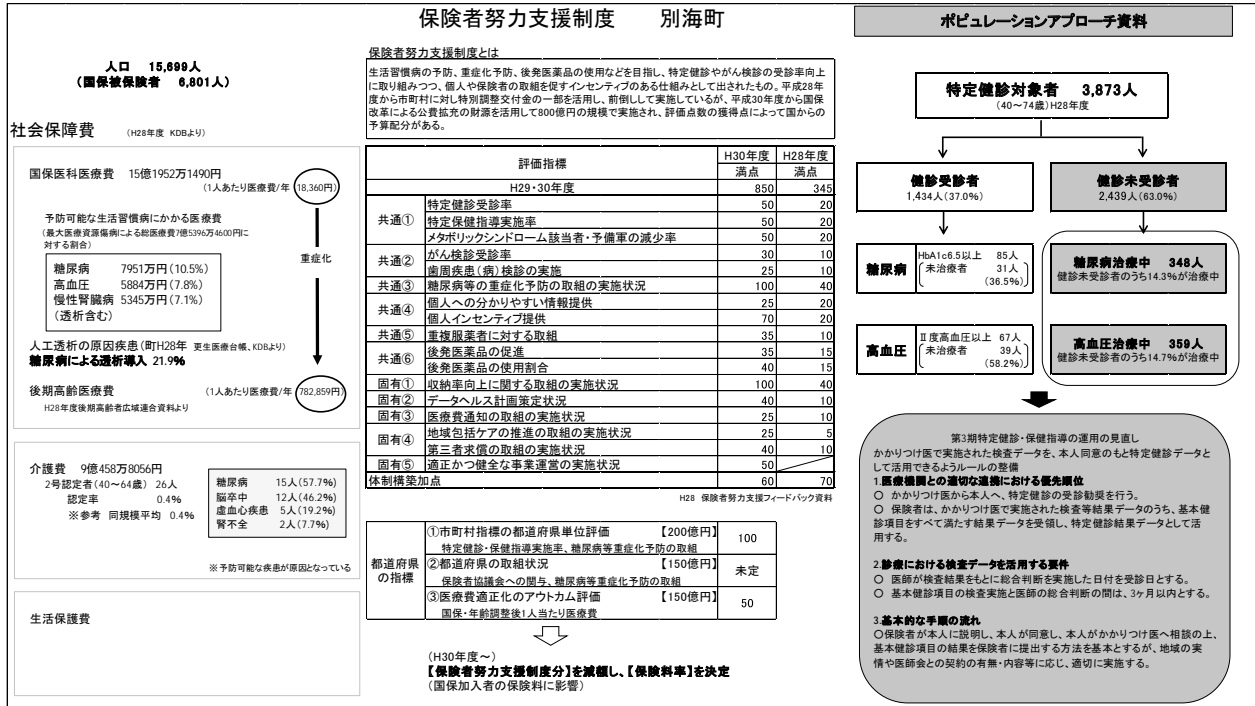
糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（図表 25）に準じます。

糖尿病管理台帳は健診結果が届き次第追記し、スタッフ間での共有やカンファレンスは10月と2月に実施します。

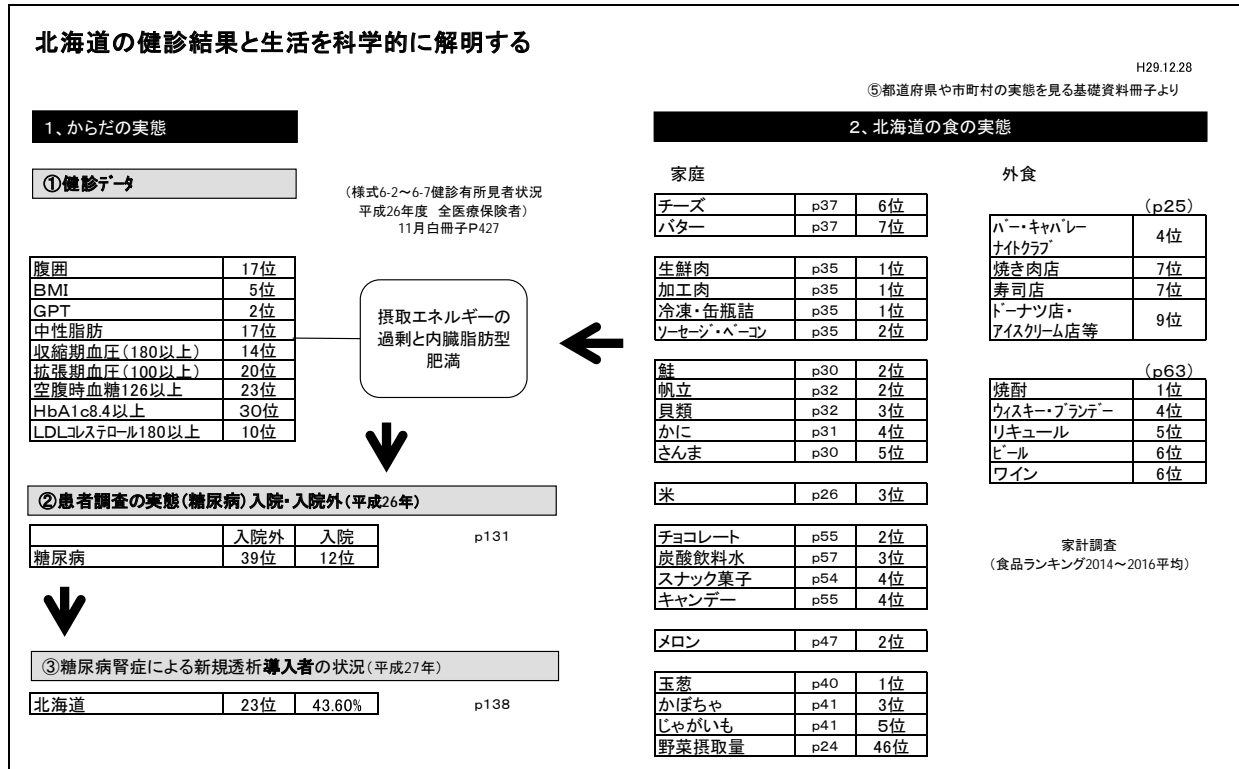
3. ポピュレーションアプローチ

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、個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

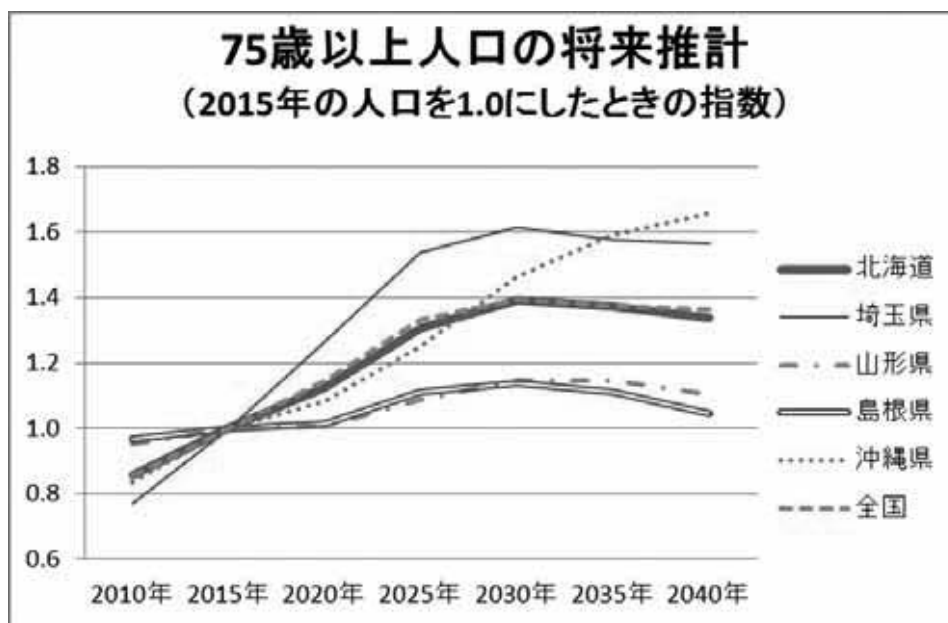
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、予防を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」との地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ます。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。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します。

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ます。

北海道は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.3と推計されています。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要です。

【図表 42】



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ります。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ります。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、平成32年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮し評価を行う必要があります。

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ます。

※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、医療の動向等を保健課成人保健担当が定期的に掌握し地区担当スタッフに伝達します。

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します。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、道国保連などの外部有識者や道から助言・指導を受けるものとします。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、国指針では公表するものとされています。具体的な方策としては、町ホームページへの掲載や関係機関への冊子配布などにより公表、周知を行います。

2. 個人情報の取扱い

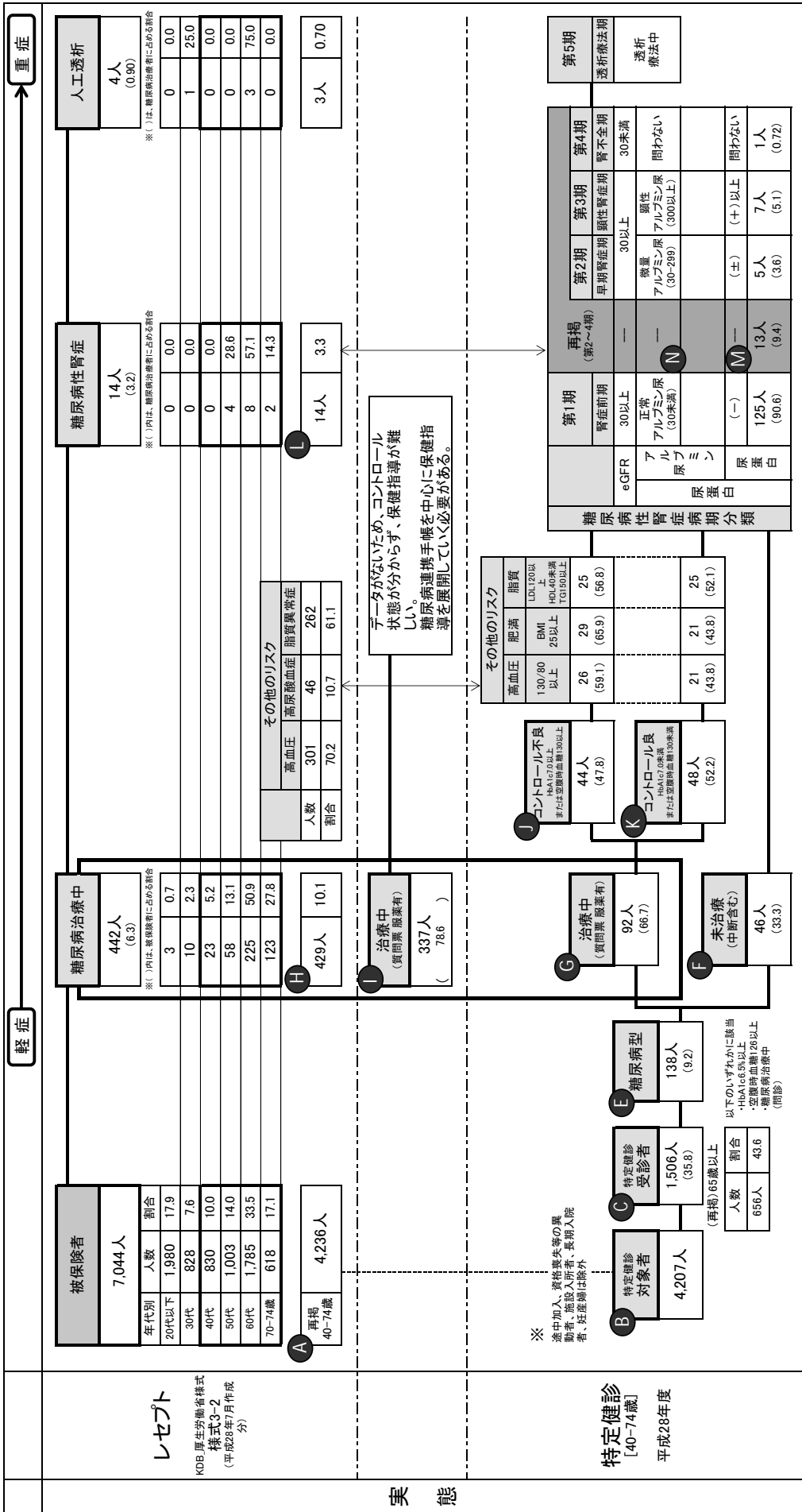
保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

- 参考資料1 様式 6-1 国・道・同規模平均と比べてみた別海町の位置
- 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 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料5 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料6 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 血圧評価表
- 参考資料8 心房細動管理台帳

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)						
	別海町		別海町		同規模平均		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)	県内順位 順位総数183	入院	糖尿病	452,403	167位 (14)	435,548	171位 (13)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
					高血圧	531,032	146位 (14)	522,621	159位 (13)								
					脂質異常症	441,513	160位 (15)	464,953	159位 (15)								
					脳血管疾患	684,139	69位 (15)	650,311	86位 (21)								
					心疾患	647,784	124位 (11)	592,964	137位 (11)								
					腎不全	509,694	146位 (15)	608,199	124位 (13)								
					精神	462,655	95位 (21)	471,457	109位 (22)								
					悪性新生物	535,084	167位 (12)	582,536	149位 (12)								
					外来	糖尿病	39,666	53位	38,110	84位							
						高血圧	34,720	24位	37,079	24位							
						脂質異常症	34,287	18位	35,527	11位							
						脳血管疾患	36,784	94位	36,171	90位							
	心疾患	46,839	49位	49,845		44位											
	腎不全	140,652	123位	125,345		124位											
	精神	28,840	112位	31,773		50位											
	悪性新生物	45,152	125位	60,142	58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	0		1,359		3,095		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	12,234		11,133		12,111		15,426		12,339				
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	0		5,986		8,344		4,353		6,742				
健診未受診者				51,452		49,031		32,649		46,986		35,459					
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者			818	57.0	94,645	55.9	143,243	57.4	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率			715	49.9	86,525	51.1	131,617	52.7	4,069,618	51.5					
		医療機関非受診率			103	7.2	8,120	4.8	11,626	4.7	357,742	4.5					
5	①-⑬	特定健診の 状況	県内順位 順位総数183	メタボ 該当・予備群 レベル	健診受診者	1,664		1,434		169,408		249,675		7,898,427	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	39.6	道内51位	37.0	道内86位 同規模90位	41.0	27.5	全国44位	36.4				
					特定保健指導終了者 (実施率)	51	22.4	39	18.3	7801	37.5	7,107	23.9	198,683		21.1	
					非肥満高血糖	76	4.6	68	4.7	16,973	10.0	19,584	7.8	737,886		9.3	
					メタボ	該当者	237	14.2	223	15.6	29,846	17.6	42,055	16.8		1,365,855	17.3
						男性	163	21.3	157	23.1	20,491	26.8	28,852	27.8		940,335	27.5
						女性	74	8.2	66	8.8	9,355	10.1	13,203	9.0		425,520	9.5
						予備群	243	14.6	241	16.8	18,586	11.0	26,495	10.6		847,733	10.7
						男性	173	22.6	176	25.8	12,858	16.8	18,510	17.9		588,308	17.2
						女性	70	7.8	65	8.6	5,728	6.2	7,985	5.5		259,425	5.8
					BMI	総数	618	37.1	573	40.0	54,260	32.0	77,338	31.0		2,490,581	31.5
						男性	435	56.8	410	60.2	37,209	48.6	53,297	51.4		1,714,251	50.2
						女性	183	20.4	163	21.6	17,051	18.4	24,041	16.5		776,330	17.3
						総数	103	6.2	63	4.4	8,619	5.1	16,335	6.5		372,685	4.7
						男性	15	2.0	7	1.0	1,455	1.9	2,776	2.7		59,615	1.7
						女性	88	9.8	56	7.4	7,164	7.7	13,559	9.3		313,070	7.0
						血糖のみ	15	0.9	14	1.0	1,182	0.7	1,436	0.6		52,296	0.7
						血圧のみ	165	9.9	164	11.4	12,869	7.6	18,409	7.4		587,214	7.4
						脂質のみ	63	3.8	63	4.4	4,535	2.7	6,650	2.7		208,214	2.6
血糖・血圧	50	3.0	40	2.8		5,121	3.0	6,203	2.5	212,002	2.7						
血糖・脂質	18	1.1	15	1.0		1,656	1.0	2,088	0.8	75,032	0.9						
血圧・脂質	118	7.1	120	8.4		13,983	8.3	21,216	8.5	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	51	3.1	48	3.3		9,086	5.4	12,548	5.0	415,310	5.3						
6	①-⑱	生活習慣の 状況	KDB_NO.1 地域全体像の把握	服薬	611	34.5	386	26.9	59,184	34.9	83,160	33.3	2,650,283	33.6			
				既往歴	114	6.6	91	6.3	13,759	8.1	18,205	7.3	589,711	7.5			
				喫煙	376	21.3	233	16.2	39,061	23.1	61,645	24.7	1,861,221	23.6			
				週3回以上朝食を抜く	212	12.4	42	2.9	5,170	3.2	8,245	3.5	246,252	3.3			
				週3回以上食後間食	304	17.7	43	3.0	9,674	6.0	13,251	5.6	417,378	5.5			
				週3回以上就寝前夕食	454	26.5	12	0.8	786	0.5	1,163	0.5	39,184	0.5			
				食べる速度が速い	456	26.6	155	10.9	13,913	8.7	22,312	9.4	761,573	10.2			
				20歳時体重から10kg以上増加	576	33.6	301	21.0	23,954	14.1	41,773	16.7	1,122,649	14.2			
				1回30分以上運動習慣なし	1,280	74.9	487	34.1	47,866	32.1	74,549	33.3	2,192,264	32.1			
				1日1時間以上運動なし	749	43.7	1,079	75.8	93,973	62.8	139,348	61.9	4,026,105	58.8			
				睡眠不足	517	30.2	660	46.3	70,866	47.6	107,812	48.0	3,209,187	47.0			
				毎日飲酒	290	16.9	816	57.2	81,330	54.7	107,793	48.4	3,387,102	50.3			
				時々飲酒	380	22.2	382	26.8	28,924	19.4	51,152	22.9	1,321,337	19.5			
				一日飲酒量	1合未満	409	61.3	386	27.0	41,061	27.5	61,284	27.4	1,755,597	26.0		
					1~2合	161	24.1	899	63.0	94,342	63.2	144,225	64.6	4,425,971	65.6		
					2~3合	71	10.6	142	10.0	13,970	9.4	17,901	8.0	567,502	8.4		
					3合以上	26	3.9	342	24.0	23,753	15.9	32,801	14.7	1,054,516	15.5		

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



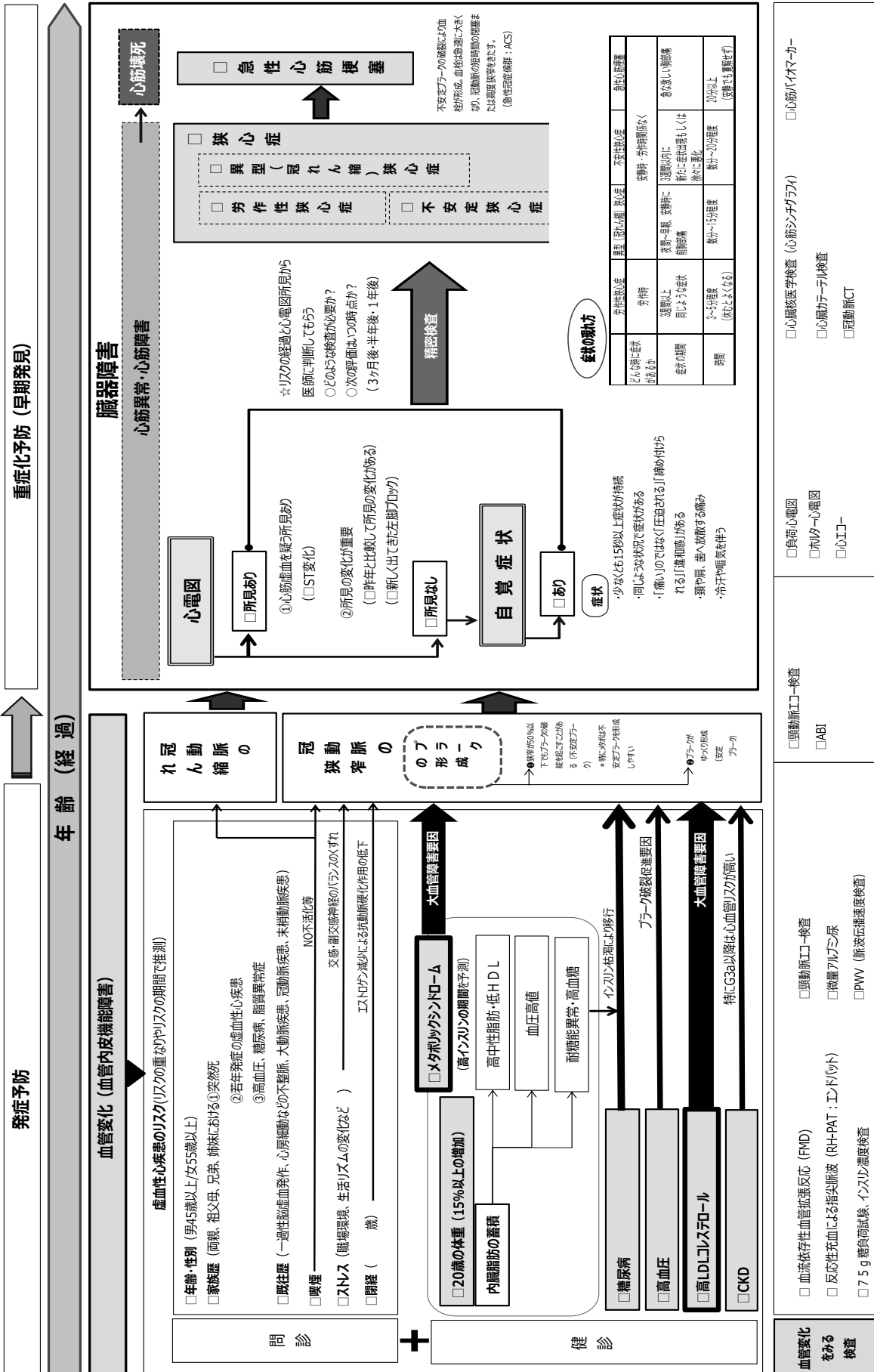
糖尿病管理台帳（永年）

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

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

		項目	突合表	保険者						同規模保険者		データ元
				H28年度		H29年度		H30年度		実数	割合	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数 (再掲)40才-74歳	A	92,018人							KDB厚生労働省様式 様式3-2	
2	①	特定健診	B	57,492人							あなみツール ②.1集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))	
	②	健診対象者数		57,492人								
	③	健診受診者数 健診受診率	C	19,424人 33.8%								
3	①	特定保健指導									市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書	
	②	保健指導対象者数 実施率		2,816人 47.9%								
4	①	健診データ									特定健診結果	
	②	糖尿病型	E	2,434人 12.50%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %			
	③	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	925人 38.0%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %			
	④	治療中(質問票 服薬有)	G	1,509人 62.0%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %			
	⑤	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	879人 58.3%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %			
	⑥			血圧 130/80以上	503人 57.2%	人 %	人 %	人 %	人 %			
	⑦			肥満 BMI25.0以上	517人 58.8%	人 %	人 %	人 %	人 %			
	⑧	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	632人 41.9%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %			
	⑨	糖尿病病期分類	M	尿蛋白(-) 第1期	1,660人 68.2%	人 %	人 %	人 %	人 %			
	⑩	尿蛋白(±) 第2期		373人 15.3%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑪	尿蛋白(+)以上 第3期		375人 15.4%	人 %	人 %	人 %	人 %				
⑫	eGFR(30未満) 第4期	28人 1.2%		人 %	人 %	人 %	人 %					
5	①	レセプト									KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	②	糖尿病受療率(人口10万人対)		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %				
	③	入院外		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %				
	④	入院		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑤	糖尿病治療中	H	6,209人 6.7%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑥	(再掲)40才-74才		6,071人 10.6%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑦	健診未受診者	I	4,562人 75.1%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑧	糖尿病性腎症	L	560人 9.0%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑨	(再掲)40才-74才		553人 9.1%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑩	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		215人 3.5%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑪	(再掲)40才-74才		213人 3.5%	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑫	新規透析患者数		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %				
	⑬	(再掲)糖尿病性腎症 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		170人 2.3%								
6	①	医療費	総医療費	a	257.4億円	億円	億円	億円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題 同規模保険者比較		
	②	生活習慣病総医療費	b	144.7億円	円	円	円					
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	56.2%								
	④	生活習慣病対象 者 1人当たり	健診受診者		5,925円							
	⑤		健診未受診者		38,754円	円	円	円				
	⑥	糖尿病医療費	c	8.9億円	円	円	円					
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	6.2%	%	%	%					
	⑧	糖尿病入院外総医療費		34.6億円	円	円	円					
	⑨	1件当たり		41,908円	円	円	円					
	⑩	糖尿病入院総医療費		25.1億円	円	円	円					
	⑪	1件当たり		632,202円	円	円	円					
	⑫	在院日数		18日	日	日	日					
	⑬	慢性腎不全医療費										
	⑭	透析有り		23.6億円	円	円	円					
	⑮	透析なし		0.98億円	円	円	円					
7	①	介護	介護給付費		217億円	円	円	円	KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状 況			
	②	(再掲)2号認定者の有所見 糖尿病合併症		12.7%	%	%	%					
8	①	死亡	死因別死亡者数					人	KDB 地域の全体像の把握			
		糖尿病		28人 2.1%	人	人	人					

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

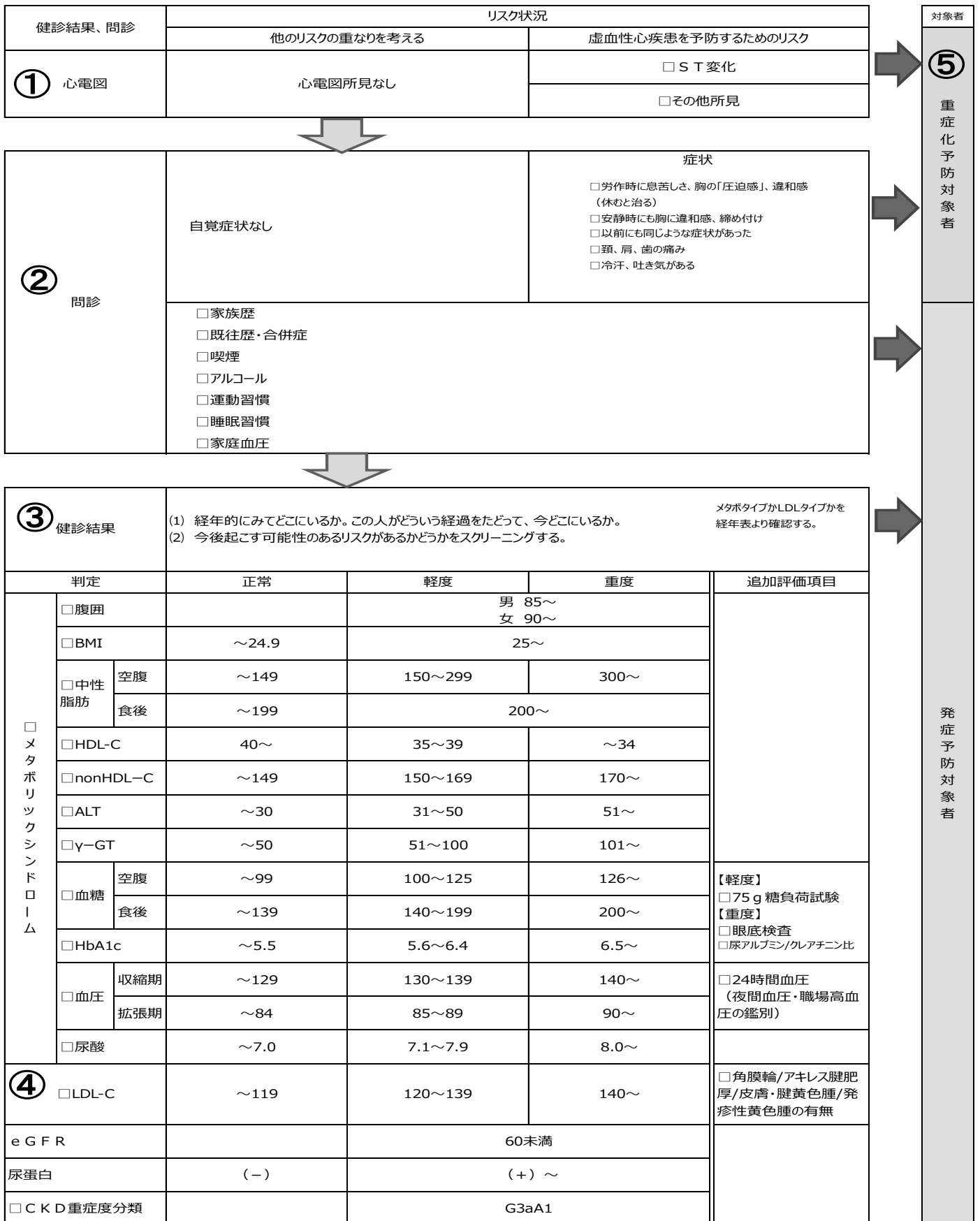


【参考資料5】

【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、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート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Oの診療ガイドライン2013、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能を診る（橋本美奈子）

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 6】



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

用語解説

用語	解説
診療報酬明細書（レセプト）	患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬明細書。診断名や検査内容、処方された薬などそれらにかかった費用などの情報があります。
インセンティブ制度	成果や成績に応じて報奨を変化させる制度。
PDCA サイクル	事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進めるための手法の1つ。Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）の頭文字をつなげたもの。
国保データベース（KDB）システム	国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステム。本システムを活用することで健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確化することが容易とります。
1号被保険者	65歳以上の被保険者。
2号被保険者	40～64歳の被保険者。
動脈硬化症	動脈が高血糖、高血圧、脂質異常などにより血管の内側が狭くなる、血管のしなやかさを失い脆弱になるなどの症状が現れます。
中長期的目標疾患	この計画では虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析を指します。
短期的目標疾患	この計画では高血圧、糖尿病、脂質異常症を指します。
同規模	全国の市町村のうち人口規模が同じ市町村。
新生物	腫瘍のこと。組織、細胞が生体内の制御に反して自律的に過剰に増殖することによってできる組織塊のこと。
筋骨格疾患	筋肉や関節、骨の疾患。
人工透析	働かなくなった腎臓に代わって、人工的に血液中の毒素をろ過し取り除く治療。
メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）該当者	内臓脂肪肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上あわせもつ状態。
メタボリックシンドローム予備軍	内臓脂肪肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか1つに該当する状態。
糖尿病性腎症	糖尿病によって腎臓の糸球体が細小血管障害のため硬化して数を減じていく病気

血圧（正常血圧・正常高値・Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度）	正常血圧（最高血圧 120～129 かつ/または最低血圧 80～84） 正常高値（130～139 かつ/または 85～89） Ⅰ度高血圧（140～159 かつ/または 90～99） Ⅱ度高血圧（160～179 かつ/または 100～109） Ⅲ度高血圧（ ≥ 180 かつ/または ≥ 110 ）
費用対効果	支出した費用によって得られる成果。
慢性腎臓病（CKD）	腎障害の存在が明らかであること、糸球体濾過量（GFR）が 60ml/分/1.73m ² 未満であること、のいずれかまたは両方が 3 ヶ月以上続くもの。
QOL	クオリティ・オブ・ライフ（Quality of life）の略語。ひとりひとりの人生の生活の質。
non-HDL コレステロール	[総コレステロール] - [HDL コレステロール]
かかりつけ医	なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。
マルチマーカー	国民健康保険団体連合会の特定健診等データ管理システムやその他の健康管理システムの健診データを取り込み、分析や集計を行うもの。
ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチする考え方。
大血管障害	冠動脈疾患、脳血管障害および末梢動脈疾患など。
糖尿病連携手帳	糖尿病患者がかかりつけ医や病院と連携し、円滑に質の高い糖尿病診療を受けられるよう、患者情報を記録する手帳。
プラーク	血管の内側にたまる「垢」のようなもの。そのものが石灰化して血管を硬化させたり、飛び散って細い血管まで運ばれて詰まることもあるもの。
血管機能不全	血管の細胞には伸縮性を発揮し血液成分をスムーズに運ぶ成分を出す機能をもっているが、その機能がうまく働かない状況。
心房細動	心臓の筋肉が連動して動かず痙攣しているような状態で、心臓を収縮させ血液を十分に送れなくなる状態。そのため血の塊ができやすくなります。
地域包括ケア	可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制のこと。