

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期中頓別町国民健康保険特定健診実施計画



平成30年4月 中頓別町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 計画の位置付け	1
3 計画期間	6
4 関係者が果たすべき役割と連携	6
(1) 実施主体、関係部局の役割	6
(2) 外部有識者等の役割	6
(3) 被保険者の役割	7
5 保険者努力支援制度	7
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	9
1 第1期計画に係る評価及び考察	9
(1) 全体の経年変化	9
(2) 中長期目標の達成状況	17
(3) 短期目標の達成状況	20
(4) 第1期にかかる考察	25
2 第2期計画における健康課題の明確化	26
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況	26
(2) 健診受診者の実態	29
(3) 血糖、血圧、LDLのコントロール状況	31
(4) 未受診者の把握	32
(5) 重症化予防対象者の状況は	33
3 目標の設定	33
(1) 健康格差(疾病・障害・死亡)の縮小	33
(2) 成果目標	34
(3) 目標管理一覧	35
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(第3期特定健診実施計画)	36
1 第3期特定健診等実施計画について	36
2 第3期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方	36
3 目標値の設定	37
(1) 特定健康診査・特定保健指導実施率の目標値	37
4 対象者数の見込み	37
(1) 特定健康診査対象者数の見込み	37
(2) 特定保健指導対象者数の見込み	37
5 特定健康診査の実施	38
(1) 実施場所	38
(2) 特定健康診査実施項目	38
(3) 実施時期	39

(4) 外部委託の方法	39
(5) 周知及び案内方法	40
(6) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集	40
(7) 医療機関との適切な連携	40
(8) 健診結果の通知と情報提供	40
(9) 代行機関	41
(10) 事務の流れ	41
(11) 受診券の様式	41
(12) 年間実施スケジュール	42
6 特定保健指導の実施	43
(1) 特定保健指導の実施場所	43
(2) 健診から保健指導実施の流れ	43
(3) 特定保健指導対象者の選定と階層化	43
(4) 動機付け支援	45
(5) 積極的支援	46
(6) 情報提供（特定保健指導対象者以外への支援）	46
(7) 保健指導対象者の優先順位の考え方	47
(8) 学習教材の活用	48
(9) 特定保健指導の評価	48
7 未受診者等への対応	48
8 特定健康診査・特定保健指導実施者の人材確保と資質向上	48
9 特定健康診査・特定保健指導のデータの保存形式	49
10 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について	49
11 データの提供	50
12 個人情報の保護	50
13 結果の報告	50
14 特定健康診査等実施計画の公表・周知	50
15 その他の事項	50
(1) 国保加入者以外の者の健康診査	50
(2) 国保加入者以外の者の保健指導	51
第4章 保健事業の内容	53
1 保健事業の方向性	53
2 重症化予防の取組	53
(1) 糖尿病性腎症重症化予防	53
(2) 虚血性心疾患重症化予防	60
(3) 脳血管疾患重症化予防	66
3 ポピュレーションアプローチ	70
4 保健事業の実施体制	71
5 重複受診者への適切な受診指導	71
6 後発医薬品の使用促進	71

第5章 地域包括ケアに係る取組	72
-----------------	----

第6章 計画の評価・見直し	73
---------------	----

1 評価の時期	73
---------	----

2 評価方法・体制	73
-----------	----

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	74
------------------------	----

1 計画の公表・周知	74
------------	----

2 個人情報の取扱い	74
------------	----

資料編

参考資料1 国・道・同規模平均と比べて見た中頓別町の位置	76
------------------------------	----

参考資料2 第1期データヘルス計画評価指標に基づく経年変化	78
-------------------------------	----

参考資料3 医療保険者における健診・保健指導の評価方法	84
-----------------------------	----

参考資料4 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価	86
--------------------------	----

参考資料5 糖尿病性腎症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合/.....	87
---	----

参考資料6 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合	88
---------------------------------	----

参考資料7 今回のデータヘルス計画のための対象疾病をKDBの帳票で見 てみました	89
---	----

参考資料8 一世代のうちに格差をなくそう	90
----------------------	----

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、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者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、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

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、市町村ごとに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りましたが、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います。

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化を進めるため、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りました。

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なりました。

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

2 計画の位置付け

第 2 期保健事業実施計画（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す。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や第二次健康なかとんべつ 21、介護保険事業計画、北海道医療費適正化計画、医療計画とも調和のとれたものとします。（図表 1・2・3）

平成 30 年度に向けての構造図と法定計画等との位置づけ

【図表 1】

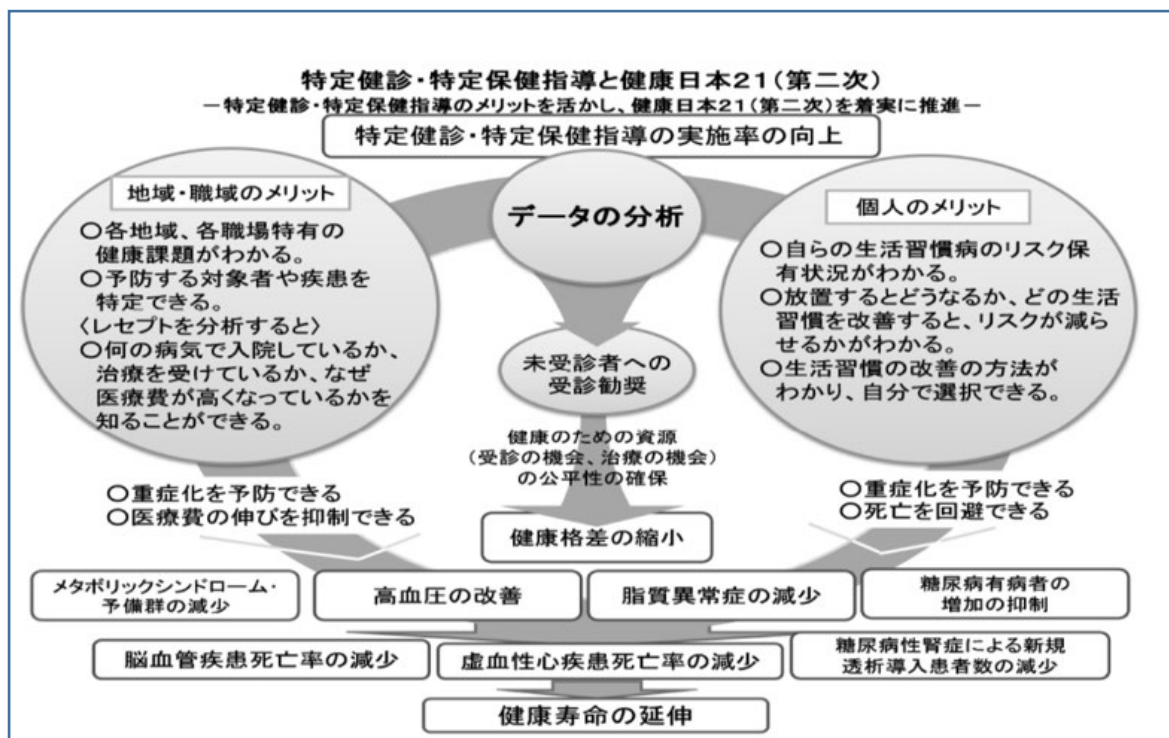
	「健康日本 21」 計画	「特定健診等実 施計画」	「データヘル ス計画」	「介護保険事業 計画」	「医療費適 正化計画」	「医療計 画」
法律	健康増進法 第 8 条、第 9 条 第 6 条健康増進事 業実施者※	高齢者の医療の確 保に関する法律 第 19 条	国民健康保険法 第 82 条	介護保険法 第 116 条、 第 117 条、 第 118 条	高齢者の医 療の確保に 関する法律 第 9 条	医療法 第 30 条
基本的 な指針	厚生労働省 健康 局 平成 24 年 6 月 「国民の健康の増 進の総合的な推進 を図るための基本 的な方針」	厚生労働省 保険 局 平成 29 年 8 月 「特定健康診査及 び特定保健指導の 適切かつ有効な実 施を図るための基 本的な指針」	厚生労働省 保 険局 平成 26 年 4 月 「国民健康保険 法に基づく保健 事業の実施等に 関する指針の一部 改正」	厚生労働省 老健局 平成 29 年 介護保険事業に係 る保険給付の円滑 な実施を確保する ための基本的な指 針	厚生労働省 保険局 平成 28 年 3 月 医療費適正 化に関する 施策につい て【全部改 正】	厚生労働省 医政局 平成 29 年 3 月 医療提供体 制の確保に 関する基本 指針
根拠・ 期間	法定 平成 25～34 年 (第 2 次)	法定 平成 30～35 年 (第 3 期)	指針 平成 30～35 年 (第 2 期)	法定 平成 30～32 年 (第 7 次)	法定 平成 30～35 年 (第 3 期)	法定 平成 30～35 年 (第 7 次)
計画策 定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県：義務 市町村：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、 <u>生活習慣病の 発症予防や重症化 予防</u> 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、 <u>社会保障制度 が維持可能</u> なもの となるよう、生活 習慣病の改善及び 社会環境の整備に 取り組むことを目 標とする。	生活習慣病の改 善による <u>糖尿病等 の生活習慣病の予 防対策</u> 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 <u>重症化や合併 症の発症を抑え、 入院患者を減らす</u> ことが出来、この 結果、国民の健康 の質の維持および 向上を図りながら <u>医療の伸びの抑制</u> を実現することが 可能となる。 特定健康診査 は、 <u>糖尿病等の生 活習慣病の発症や 重症化を予防</u> する ことを目的とし て、 <u>メタボリック シンドローム</u> 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、 <u>的 確に抽出するため に行うものである。</u>	<u>生活習慣病対 策</u> をはじめとし て、被保険者の <u>自主的な健康増 進及び疾病予防 の取り組み</u> につ いて、 <u>保険者</u> が その支援の中心 となって、被保 険者の特性を踏 まえた <u>効果的か つ効率的な保健 事業</u> を展開する ことを目指すも のである。 <u>被保険者の健 康の保持増進</u> に より、 <u>医療費の 適正化及び保険 者の財政基盤強 化</u> が図られるこ とは保険者にと 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 営むことが出来る ように支援することや、 <u>要介護状態 または要支援状態 となることの予防</u> 又は、要介護状態 の <u>軽減</u> もしくは <u>悪 化の防止</u> を理念と している。	<u>国民皆保 険を堅持</u> 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 <u>適切な 医療を効果 的に提供す る体制の確 保</u> 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 <u>適切 な医療を効 果的に提供 する体制の 確保</u> を図 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	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	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	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
	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧等		生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		
	慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん		慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん末期		がん
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス			初老期の認知症、早老症、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、後縦靱帯骨化症		精神疾患

評価	※53 項目中特定健診に係る 15 項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②合併症（糖尿病性腎症による年間新透析導入患者）の減少 ③治療継続者の割合の増 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診・特定保健指導実施率の向上 ⑦メタボ予備軍・メタボ該当者の減少 ⑧高血圧症の改善 ⑨脂質異常症の減少 ⑩適正体重を維持している者の割合の増加 ⑪適切な質と量の食事をとるものの増加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	(1) 特定健診受診率 (2) 特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ行う。 (1) 生活習慣の状況（特定健診の質問表を参照する。） 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・予備軍 (3) 医療費等 ①医療費②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備軍の減少 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
その他		保険者努力支援制度 「保険者努力支援制度」の交付額を納付金（保険料）算定に反映			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	

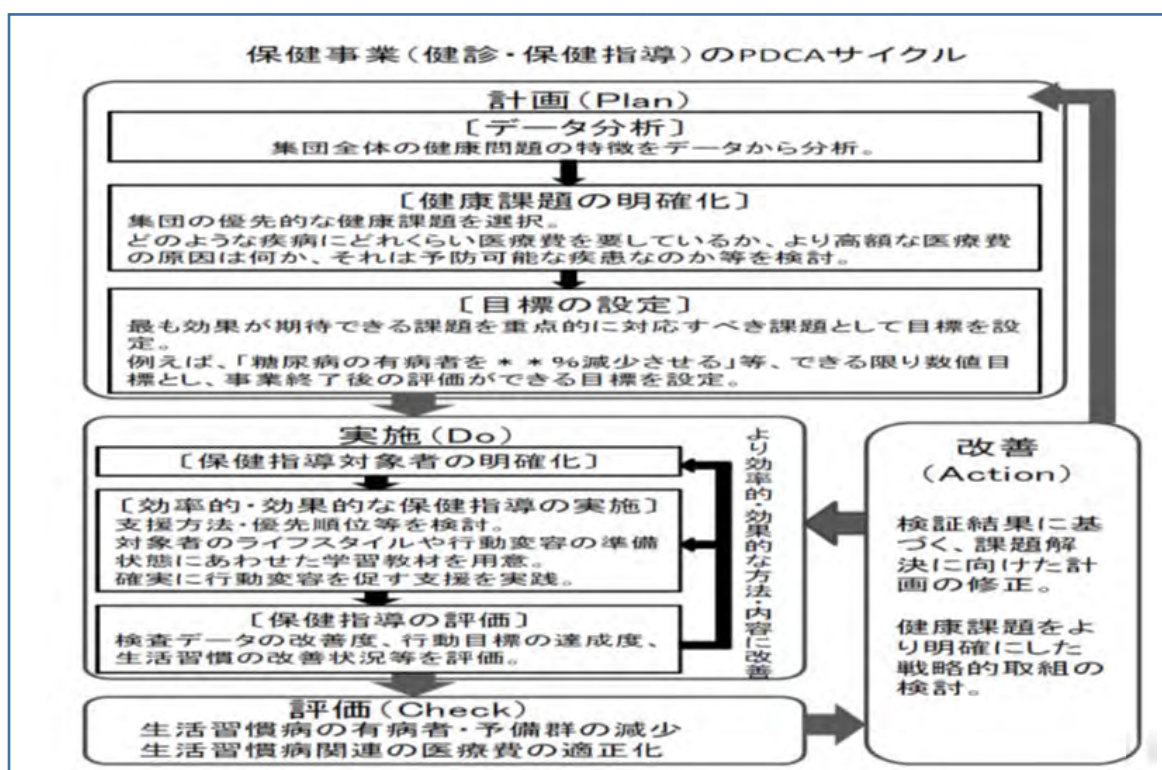
※健康増進事業実施者とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

【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及び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年間とします。

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

中頓別町においては、保健福祉課が主体となりデータヘルス計画を策定します。住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に保健福祉課内における国民健康保険担当、保健担当の保健師・栄養士、福祉担当、地域包括支援センター、その他関係部局と連携して、町一体となって計画策定を進めていきます。

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す。(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・協力が重要となります。

外部有識者等は、国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会、国民健康保険運営協議会等をいいます。

国保連合会に設置された支援・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ます。

国保連合会は、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ます。

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、道の関与が更に重要となります。

このため、市町村国保は、計画について道関係課と意見交換を行い、道との連携に努めます。

また、保険者等と医療機関等の保健医療関係者との連携をも重要です。

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す。このためには、保険者協議会等を活用することにも有用です。

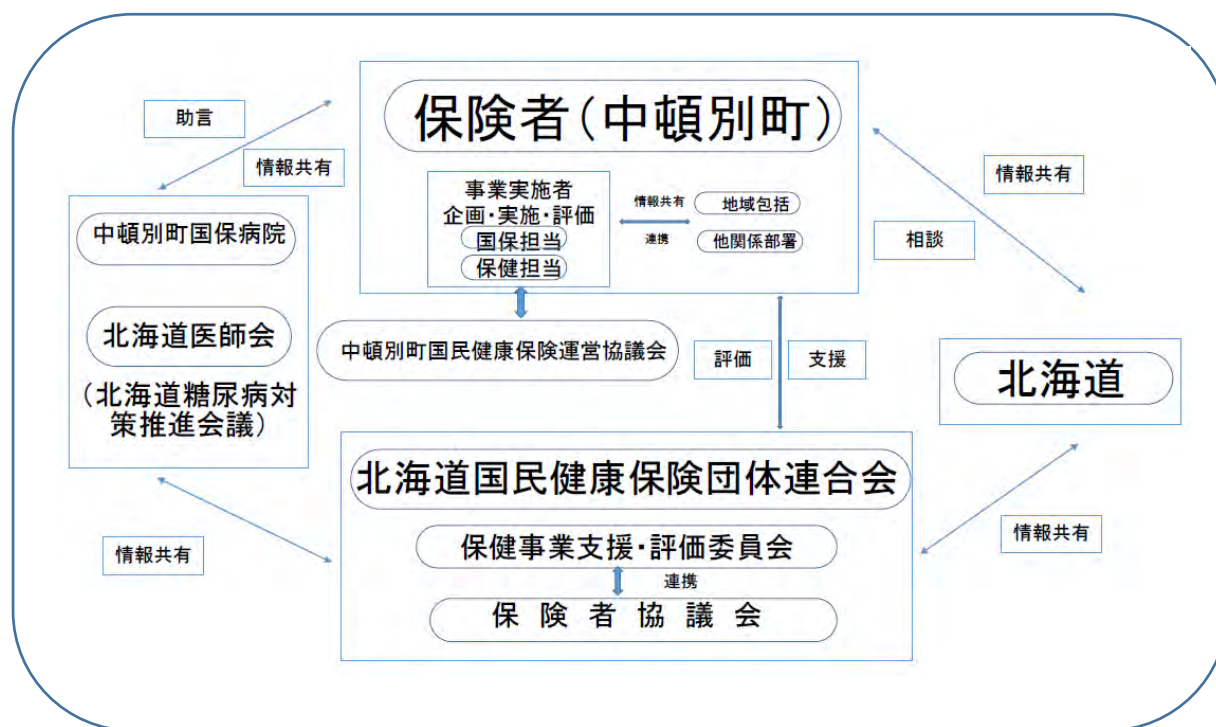
(3) 被保険者の役割

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。

保険者は、被保険者等の立場からの意見を計画等に反映させるべきです。このため中頓別町国民健康保険運営協議会や地域組織の場等を通じて、情報提供や意見交換を行い、意見反映に努めます。

中頓別町の実施体制図

【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て実施しています。(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ます。中頓別町においても保険者努力支援制度に積極的に取り組み、納付金への反映などを通じた保険税の安定に努めます。(図表 5)

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H30 (配点)
総得点（満点）		850
共通①	特定健診受診率	50
	特定保健指導実施率	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	50
共通②	がん検診受診率	30
	歯周疾患（病）検診の実施	20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	100
固有②	データヘルス計画策定状況	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25
	個人インセンティブ提供	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	35
共通⑥	後発医薬品の促進	35
	後発医薬品の使用割合	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	25
	第三者求償の取組の実施状況	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		50

第2章 第1期計画に係る評価と第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

(1) 全体の経年変化

①人口動態

中頓別町の総人口は、平成29年10月現在1,772人となっており、年々減少傾向にあります。また、将来人口推計においても、さらに人口の減少が見込まれており、平成37年には1,413人になることが推計されます。(図表6)

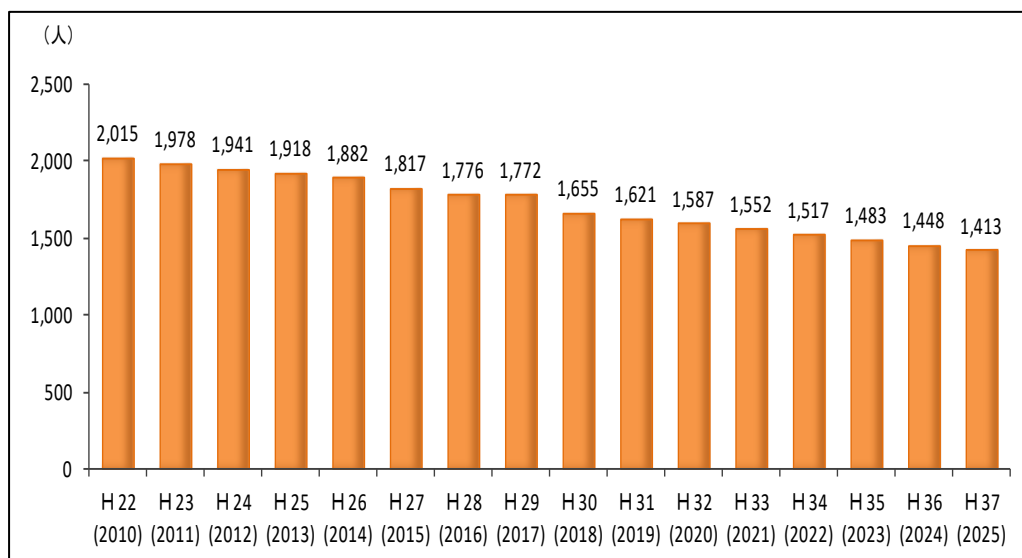
中頓別町の高齢者人口は緩やかな減少傾向にありますが、総人口に占める高齢者の割合(高齢化率)は増加傾向にあり、平成29年の高齢化率は39.0%、平成37年(2025年)には45.3%となるが見込まれています。(図表7)

産業構成は第3次産業67.8%、第1次産業19.2%です。少子高齢化で就業数が減少している他、主産業の酪農業も従事者は減少している現状です。(参考資料1)

北海道は平均寿命が国と比べて短いのですが、中頓別町の平均寿命は男性80.1歳、女性87.0歳で男女とも国・道・同規模平均よりも高く、長寿が実現されています。

総人口の推移と将来推計

【図表6】

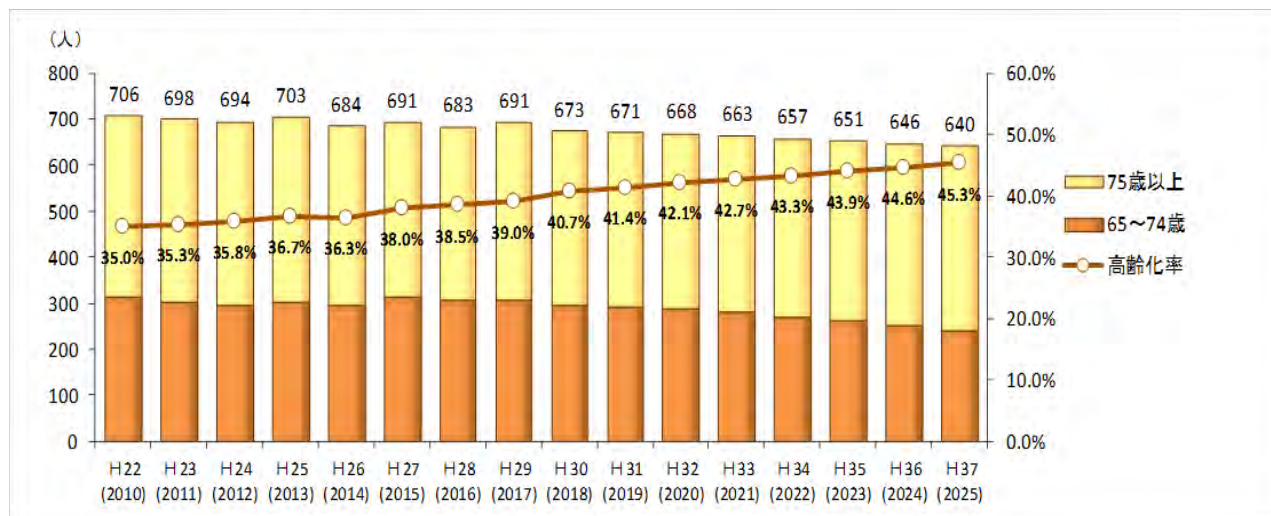


※ 平成22年～平成29年は住民基本台帳人口(10月1日現在)

※ 平成30年以降は国立社会保障・人口問題研究所推計に準拠
(2015年国調)による

高齢者人口と高齢化率の推移

【図表 7】



※ 平成22年～平成29年は住民基本台帳人口（10月1日現在）

※ 平成30年以降は国立社会保障・人口問題研究所推計に準拠
（2015年国調）による

人口構成

【図表 8】

年齢区分	中頓別	中頓別	中頓別	道	国
	H22	H27	H29	H27	H27
65歳以上	36.0%	40.1%	39.0%	29.1%	26.6%
75歳以上	20.2%	22.1%	21.7%	14.3%	12.8%
65歳～74歳	15.8%	18.1%	17.3%	14.8%	13.8%
40歳～64歳	34.7%	32.7%	32.8%	34.4%	33.7%
39歳以下	29.3%	27.1%	28.2%	36.5%	39.7%

※ 平成22年、27年 2000年、2015年国勢調査

平成29年 住民基本台帳（10月1日現在）

産業構成

【図表 9】

産業別	中頓別	同規模平均	道	国
第1次産業	19.2%	22.7%	7.7%	4.2%
第2次産業	13.1%	21.7%	18.1%	25.2%
第3次産業	67.8%	55.6%	74.2%	70.6%

※ KDB 帳票 NO3 健診・医療・介護からみる地域の健康課題

平均寿命

【図表 10】

性別	中頓別	同規模平均	道	国
男性	80.1歳	79.4歳	79.2歳	79.6歳
女性	87.0歳	86.5歳	86.3歳	86.4歳

※ KDB 帳票 NO3 健診・医療・介護からみる地域の健康課題

②死亡

死因別ではがんによる死亡が 16 人（59.3%）と増えていました。

人口の少ない中頓別町では単年度の死亡統計ではばらつきが出るため、中頓別町の 10 年間（平成 18 年～27 年）の＊標準化死亡比（SMR）でデータヘルスの対象疾患の死亡状況を見ると虚血性心疾患 116.7、腎不全 86.7、脳血管疾患 56.3 でした。

用語解説 ＊標準化死亡比（SMR）

標準化死亡比は、基準死亡率（人口 10 万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものです。我が国の平均を 100 としていて、標準化死亡比が 100 以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

【図表 11】

死因	H25		H28		H28		
	中頓別町		中頓別町		同規模平均	道	国
	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
がん	8	55.3	16	59.3	44.3	51.6	49.6
心臓病	6	40.0	8	29.6	29.6	25.9	26.5
脳血管	1	6.7	2	7.4	17.9	13.5	15.4
糖尿病	0	0.0	0	0.0	1.8	1.8	1.8
腎不全	0	0.0	0	0.0	3.6	4.2	3.3
自殺	0	0.0	1	3.7	2.9	3.0	3.3

※ KDB 帳票 NO3 健診・医療・介護からみる地域の健康課題

標準化死亡比（SMR）

【図表 12】

	男女総合
脳血管疾患	56.3
虚血性心疾患	116.6
腎不全	71.8
悪性新生物	110.3
肺炎	147.4
交通事故	154.2

※ 市町村別死因別標準化死亡比（SMR：平成 18 年～27 年）

市町村における主要死因の概要 9 北海道健康づくり財団ホームページ

③介護の状況

重症化の指標となる介護の状況を見ると介護認定率 17.9%と減少、国・道・同規模平均よりも低い現状です。40～64 歳の 2 号認定率は 0%のままでした。

介護認定者の有病状況は各生活習慣病、がん、筋骨格系疾患、精神いずれにおいても国・道・同規模平均よりも突出しています。

有病状況が高い順に心臓病（88.7%）、高血圧症（77.3%）、筋・骨格系疾患（74.0%）などがあります。介護を要する人は多くの疾患を併せ持っていて、重症化に至って介護が必要になっていることが推測されます。

介護の状況

【図表 13】

項目			H25		H28		H28		
			中頓別町		中頓別町		同規模平均	道	国
			実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
介護保険	1号認定者数（認定率）		147	20.9	132	17.9	20.0	23.0	21.2
	新規認定者		3	0.3	1	0.3	0.3	0.4	0.3
	2号認定者		0	0.0	0	0.0	0.4	0.4	0.4
有病状況	糖尿病		59	36.2	29	28.1	20.4	25.0	21.9
	高血圧症		112	77.8	99	77.3	55.0	51.7	50.5
	脂質異常症		74	47.8	80	57.6	27.1	30.7	28.2
	心臓病		124	86.8	115	88.7	62.1	57.9	57.5
	脳疾患		59	43.7	66	50.2	26.3	24.6	25.3
	がん		22	15.4	33	23.9	9.3	11.6	10.1
	筋・骨格		109	75.0	92	74.0	55.0	51.4	49.9
	精神		82	54.6	75	58.5	36.9	36.9	34.9
医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	4,793		9,745		8,522	8,974	7,980
		認定なし	4,111		5,142		4,224	4,605	3,816

※ KDB 帳票 NO1 地域の全体像の把握

④介護給付費と医療費の変化

1 人あたり医療費と介護給付費の変化をみると、北海道は全国と比べると介護給付費よりも医療費の割合が高く、特に後期高齢者の医療費が高く、社会的入院や介護保険体制に係る構造的な問題もうかがえます。中頓別町においては、国保医療費が全道平均以上に高く壮年期対策が課題です。（図表 14～16）

介護給付費の変化（一人あたり介護給付費年額）

【図表 14】

介護給付費 年額				
(1 人あたり介護給付費)				単位：円
年度	H25	H26	H27	H28
中頓別	254,592	278,446	270,073	259,967
北海道	236,500	233,958	237,800	—
全国	250,400	247,800	252,700	—

※ 介護保険事業状況報告年報

国保医療費の変化

【図表 15】

国保医療費 年額				
(1 人あたり療養諸費)				単位：円
年度	H25	H26	H27	H28
中頓別	417,924	402,329	444,221	463,574
北海道	358,967	366,152	380,446	385,758
全国	320,756	330,607	347,352	—

※ 国民健康保険事業年報 北海道国保連合会ホームページ

後期高齢者医療費の変化

【図表 16】

後期高齢者医療費 年額				
(1 人あたり療養諸費)				単位：円
年度	H25	H26	H27	H28
中頓別	1,086,299	1,201,228	1,270,177	1,035,338
北海道	1,091,704	1,090,014	1,103,031	1,083,621
全国	929,573	932,290	949,070	—

※ 後期高齢者医療事業年報 北海道後期高齢者広域連合ホームページ

⑤国保・健診の状況

国民健康保険の状況では中頓別町国民健康保険の被保険者数は 473 人で、加入率は 24.0%と減少しています。加入者の年齢構成をみると 65 歳以上が 225 人 47.6%と、国、道と比べ、高齢者の割合が高くなっています。

中頓別町国保の一人あたり医療費（月平均）は 33,568 円に増えていました。生活習慣病の入院医療費は道内の順位が下がっていることから、生活習慣病以外で医療費の増加があったことがうかがえます。外来での悪性新生物の費用額が上昇し道内順位が 10 位となっていること、悪性新生物の死亡が増えていることなどから、医療費上昇に悪性新生物の影響が大きかったことがうかがえます。また国保加入者の年齢構成が高いことも、国保医療費が高額となる大きな要因と考えられます。

医療費に占める入院者の割合は増えていました。(図表 17)

特定健診の受診率は減少し、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）該当者は増加していました。受診者で服薬中の割合が高い場合は、メタボ該当者が多い傾向にあります。

生活習慣の状況を見ると、多くの項目で改善していましたが、「運動なし」「睡眠不足」「就寝前間食」「喫煙」の項目が増えていました。(図表 18)

平成 27 年度の質問票を年齢調整後の標準化比[平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金：健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（以下「厚労省研究」という。）より]でみると男性は「1 年間で体重が 3kg 以上増」が有意に多く、女性では「脂質異常症服薬中」「貧血服薬中」「週 3 回以上就寝前夕食」「多量飲酒」が有意に多い状況でした。

国で出された健康・医療戦略（H26.7.22 閣議決定）には、被用者保険の被扶養者の特定健診保健指導の市町村国保への委託の推進を図ることとされています。将来この方達が国保に加入することを考えると、他保検者に対しての保健事業の取り組みも重要になります。

国保・医療

【図表 17】

項目			H25		H28		H28				
			中頓別町		中頓別町		同規模平均	道	国		
			実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合		
国保の状況	被保険者数		564		473					KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	229	40.6	225	(47.6)↑		41.7	38.2		
		40～64歳	216	38.3	153	32.3		33.6	33.6		
		39歳以下	119	21.1	95	20.1		24.7	28.2		
	加入率		28.6		24.0		28.1	24.0	26.9		
医療の概況 (人口千対)	病院数		1	1.9	1	2.1	0.2	0.4	0.3	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	
	診療所数		3	5.7	3	6.3	3.1	2.6	3.0		
	病床数		50	95.2	50	105.7	19.9	73.6	46.8		
	医師数		1	1.9	2	4.2	2.7	9.9	9.2		
	外来患者数		671.0		658.6		652.4	646.1	668.3		
	入院患者数		21.2		(31.0)		23.7	22.9	18.2		
医療費の 状況	一人当たり医療費		28,012	県内33位	(33,568)↑	道内19位 同規模34位	26,819	27,782	24,253	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		682.476		689.582		676.093	668.982	686.501		
	外 来	費用の割合	66.3		53.6		55.3	55.2	60.1		
		件数の割合	96.9		95.5		96.5	96.6	97.4		
	入 院	費用の割合	33.7		(46.4)↑		44.7	44.8	39.9		
		件数の割合	3.1		(4.5)↑		3.5	3.4	2.6		
	1件あたり在院日数		16.3日		(17.0日)↑		16.3日	15.8日	15.6日		
医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	新生児		26,750,980	23.3	(33.1)↑		24.1	28.5	25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
	慢性腎不全（透析あり）		0	0.0	0.0		7.9	6.5	9.7		
	糖尿病		19,153,760	16.7	(10.6)		10.1	9.2	9.7		
	高血圧症		17,349,340	15.1	(10.8)		9.4	7.9	8.6		
	精神		20,489,200	17.8	(23.3)		18.6	17.2	16.9		
	筋・骨疾患		15,231,610	13.3	15.0		16.4	16.4	15.2		
費用額 (1件あたり)	入 院	糖尿病	547,355	105位	510,255	147位				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
		高血圧	603,109	89位	538,312	150位					
		脂質異常症	683,453	15位	545,946	107位					
		脳血管疾患	559,384	149位	429,965	175位					
		心疾患	704,258	81位	510,256	167位					
		腎不全	1,784,500	6位	608,573	123位					
		精神	408,835	158位	439,359	142位					
	県内順位		順位総数183		悪性新生物		616,958	106位	605,498		132位
	入院の（ ）内は 在院日数	糖尿病	35,927	103位	33,802	144位					
		高血圧	31,597	83位	33,707	59位↑					
脂質異常症		29,270	103位	27,583	132位						
脳血管疾患		39,346	64位	41,241	44位↑						
心疾患		37,379	133位	34,460	146位						
腎不全		61,480	171位	63,791	166位						
精神		32,182	48位	30,162	78位						
外 来	悪性新生物	44,261	132位	76,668	10位↑						
健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,997		(5,958)		2,810	1,458	2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
		健診未受診者	4,932		(15,841)	↑	12,706	15,594	12,683		
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	22,130		(14,622)		7,804	4,388	5,940		
		健診未受診者	18,202		(38,875)	↑	35,289	46,918	36,479		
健診・レセ 突合	受診勧奨者		91	59.9	63	46.3	56.5	57.2	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		医療機関受診率	78	51.3	57	41.9	51.3	52.6	51.6		
		医療機関非受診率	13	8.6	6	4.4	5.3	4.6	4.3		

特定健診・生活習慣

【図表 18】

項目			H25		H28		H28			
			中頓別町		中頓別町		同規模平均	道	国	
			実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合	
特定健診の 状況	健診受診者		197		135					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	50.8	県内25位	43.5↓	道内59位 同規模157位		全国44位		
	特定保健指導終了者（実施率）		0	0.0	6	66.7	6.6	3.5	4.1	
	非肥満高血糖		10	6.6	11	8.1	9.7	7.7	9.3	
	メタボ	該当者	31	20.4	33	24.4↑	18.9	16.6	17.3	
		男性	18	31.0	16	30.2	27.9	27.5	27.5	
		女性	13	13.8	17	20.7	10.8	8.8	9.5	
		予備群	15	9.9	8	5.9	11.8	10.6	10.7	
		男性	8	13.8	6	11.3	17.3	17.9	17.2	
		女性	7	7.4	2	2.4	6.9	5.5	5.8	
	メタボ 該当・予備 群レベル	腹囲	総数	52	34.2	48	34.8↑	34.5	30.7	31.5
			男性	30	51.7	27	50.9	50.8	51.1	50.1
			女性	22	23.4	21	24.4↑	20.0	16.3	17.3
		BMI	総数	15	9.9	11	8.1	6.4	6.4	4.7
			男性	2	3.4	1	1.9	2.4	2.6	1.7
			女性	13	13.8	10	12.2	10.0	9.1	7.0
		血糖のみ		0	0.0	0	0.0	0.8	0.6	0.7
		血圧のみ		15	9.9	7	5.2	8.2	7.4	7.4
		脂質のみ		0	0.0	1	0.7	2.8	2.7	2.6
		血糖・血圧		3	2.0	3	2.2	3.4	2.4	2.7
		血糖・脂質		1	0.7	1	0.7	1.1	0.8	1.0
		血圧・脂質		13	8.6	12	8.9	8.6	8.5	8.4
		血糖・血圧・脂質		14	9.2	18	12.6↑	5.8	4.9	5.2
生活習慣の 状況	服薬	高血圧	107	54.0	72	53.3	36.3	33.3	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の 把握
		糖尿病	42	21.2	22	16.3	9.0	7.3	7.5	
		脂質異常症	75	35.9	57	42.2	22.8	24.7	23.6	
	既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞）			6	4.4	3.2	3.5	3.3	
		心臓病（狭心症・心筋梗塞）			5	3.7	5.5	5.6	5.5	
		腎不全			0	0.0	0.6	0.5	0.5	
		貧血			20	14.8	8.4	9.4	10.2	
	喫煙		26	17.1	27	20.0↑	16.7	16.7	14.2	
	週3回以上朝食を抜く		12	9.5	9	8.7	7.7	10.4	8.7	
	週3回以上食後間食		22	17.5	16	15.5	13.9	16.1	11.9	
	週3回以上就寝前夕食		28	22.2	24	23.3	16.1	14.7	15.5	
	食べる速度が速い		40	31.7	32	31.1	28.0	27.4	26.0	
	20歳時体重から10kg以上増		42	33.3	29	28.2	34.1	33.3	32.1	
	1回30分以上運動習慣なし		87	69.0	65	63.1	67.9	61.9	58.8	
	1日1時間以上運動なし		59	47.2	53	51.5↑	50.1	48.0	47.0	
	睡眠不足		34	27.0	34	33.3↑	24.2	22.6	25.1	
	毎日飲酒		24	19.0	21	20.4	26.7	21.9	25.6	
	時々飲酒		25	19.8	23	22.3	22.6	26.3	22.1	
	一日飲酒量	1合未満	20	40.8	32	31.1	27.9	27.3	25.9	
		1～2合	16	32.7	62	60.2	63.7	64.7	65.8	
		2～3合	10	20.4	9	8.7	8.4	8.0	8.3	
		3合以上	3	6.1	24	23.3↑	16.0	14.6	15.4	

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況

介護給付率は居宅サービスは減少し、施設サービスは増加していて、一人当たりの介護給付費は増加していました。(図表 19)

介護給付費の変化

【図表 19】

年度	中頓別町			同規模平均		
	1件当たり介護給付費			1件当たり介護給付費		
		居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H25年度	83,507	33,009	282,645	76,039	40,368	279,807
H28年度	84,393	22,656	263,482	73,702	39,646	273,946

※ KDB 帳票 NO3 健診・医療・介護からみる地域の健康課題

②医療費の状況

総医療費をみると、平成 24 年度の 20 億円よりは減少していましたが、平成 25 年度よりは増加しています。一人当たり医療費の伸び率を入院と入院外で見ると、中頓別町は入院費用の伸び率が大きいことがわかりました。(図表 20)

医療費の変化

【図表 20】

項目		全体		入院		入院外	
		費用額	伸び率	費用額	伸び率	費用額	伸び率
1 総医療費 (円)	H25年度	189,487,750	—	84,890,512	—	104,597,238	—
	H28年度	190,430,900	0.50%	88,359,937	4.09%	102,070,962	-2.42%
2 一人当たり医療費 (円)	H25年度	28,261	—	10,516	—	17,444	—
	H28年度	33,568	18.78%	15,583	48.18%	17,985	3.10%

※ 一人当たり医療費は月額

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

一人当たり医療費は平成 28 年度増加しましたが、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に係る医療費計は減少しています。短期目標疾患である糖尿病・高血圧の医療費の割合は国や道よりは高いのですが、平成 25 年度と比較すると糖尿病・高血圧・脂質異常症いずれも減少しています。(図表 21)

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

【図表 21】

	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	中頓別町	189,489,750	28,261	68位	62位	0.00%	0.16%	4.28%	1.05%	10.30%	9.25%	2.85%	52,868,650	27.80%	14.12%	10.86%	8.03%
H28		190,430,900	33,568	34位	19位	0.00%	0.03%	1.15%	0.74%	6.17%	6.39%	2.15%	31,652,240	16.62%	19.36%	13.57%	8.78%
H28	北海道		27,782	－	－	3.60%	0.29%	2.40%	2.37%	5.13%	4.36%	2.56%		20.72%	15.81%	9.53%	9.07%
	国		24,253	－	－	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%		23.12%	14.20%	9.39%	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

※ KDB 帳票：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④医療費の地域差指数

医療費の地域差指数とは、地域の一人当たりの医療費について人口の年齢構成の相違による分を補正し指数化（全国を1）したものです。高齢者の割合が高い中頓別町では一人当たり医療費は北海道を大きく上回っていますが、地域差指数をみるとほぼ北海道と同程度でした。（図表 22）

【図表 22】

保険者名	被保険者数	地域差指数			
		合計	入院	入院外	歯科
中頓別町	484	1.0900	1.0875	1.0522	1.4091
北海道	1,302,439	1.0808	1.1573	1.0105	1.1159

※ 市町村実績給付費及び基準給付費（平成 27 年度実績）

平成 27 年度の生活習慣病の医療費を疾患別に地域差指数（「厚労省研究」より）で道と比較して見ると、男性は入院では精神疾患、外来では脳出血、高尿酸血症が有意に高く、女性は入院ではがん、外来では狭心症、脳梗塞、動脈硬化症、がん、糖尿病、脂肪肝が有意に高い状況でした。

⑤中長期的な疾患

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の患者数は減少していました。(図表 23)

しかし虚血性心疾患は割合としては増えていて、背景にある高血圧・糖尿病・脂質異常症の疾患の重なりが課題です。(図表 24)

国保の方で人口透析の方はいませんでした。(図表 17)

【図表 23】

	H25	H26	H27	H28	
虚血性心疾患患者数	40 人	35 人	29 人	33 人	↓
脳血管疾患患者数	41 人	34 人	23 人	26 人	↓
糖尿病性腎症患者数	16 人	16 人	16 人	13 人	↓

※KDB 帳票 虚血性心疾患のレセプト分析(様式 3-5)、脳血管疾患のレセプト分析(様式 3-6)
糖尿病のレセプト分析(様式 3-2) 各年 7 月分

【図表 24】

厚労省様式 様式3-5 (虚血性心疾患のレセプト分析)			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患											
		被保険者 数a	人数 b	割合 b/a	人数 c	割合 c/b	人数 d	割合 d/b	人数 f	割合 f/b	人数 g	割合 g/b	人数 h	割合 h/b
H25	全体	583	35	6.0	5	14.3	0	0.0	27	77.1	8	22.9	25	71.4
	64歳以下	350	9	2.6	1	11.1	0	0.0	6	66.7	1	11.1	6	66.7
	65歳以上	233	26	11.2	4	15.4	0	0.0	21	80.8	8	30.8	19	73.1
H28	全体	501	33	6.6	7	21.2	0	0.0	28	84.8	14	42.4	26	78.8
	64歳以下	275	4	1.5	1	25.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	3	75.0
	65歳以上	226	29	12.8	6	20.7	0	0.0	26	89.7	13	44.8	23	79.3
厚労省様式 様式3-6 (脳血管疾患のレセプト分析)			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患											
		被保険者 数a	人数 b	割合 b/a	人数 c	割合 c/b	人数 d	割合 d/b	人数 f	割合 f/b	人数 g	割合 g/b	人数 h	割合 h/b
H25	全体	583	36	6.2	5	13.9	0	0.0	31	86.1	17	47.2	25	69.4
	64歳以下	350	8	2.3	1	12.5	0	0.0	5	62.5	3	37.5	7	87.5
	65歳以上	233	28	12.0	4	14.3	0	0.0	24	85.7	14	50.0	18	64.3
H28	全体	501	26	5.2	7	26.9	0	0.0	24	92.3	12	46.2	23	88.5
	64歳以下	275	3	1.1	1	33.3	0	0.0	3	100.0	1	33.3	2	66.7
	65歳以上	226	23	10.2	6	26.1	0	0.0	21	91.3	11	47.8	21	91.3
厚労省様式 様式3-7 (人工透析のレセプト分析)			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析											
		被保険者 数a	人数 b	割合 b/a	人数 c	割合 c/b	人数 d	割合 d/b	人数 f	割合 f/b	人数 g	割合 g/b	人数 h	割合 h/b
H25	全体	583	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
H28	全体	501	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

※KDB 帳票 厚生労働省様式 3-5~3-7 各年 7 月分

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク

中長期目標に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者、インスリン療法者は減少していますが、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患を併せて治療している人が増加しています。高血圧治療中の方の割合は増えていて、脂質異常症、虚血性心疾患を併せて治療している人の割合が増えています。(図表 25)

【図表 25】

厚労省様式 様式3-2 (糖尿病のレセプト分析)			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
	被保険者 数a	人数 b	割合 b/a	人数 c	割合 c/b	人数 d	割合 d/b	人数 e	割合 e/b	人数 f	割合 f/b	人数 g	割合 g/b	人数 h	割合 h/b	人数 i	割合 i/b	
H25	全体	583	84	14	10	12	63	75.0	50	60	9	11	17	20	0	0	16	19.0
	64歳以下	350	30	8.6	1	3.3	18	60	18	60	1	3.3	3	33	0	0	7	23.3
	65歳以上	233	54	23	9	17	45	83	32	59	8	15	14	26	0	0	9	16.7
H28	全体	501	69	14	7	10	54	78	55	80	14	20	12	17	0	0	13	18.8
	64歳以下	275	21	7.6	1	4.8	13	62	14	67	1	4.8	1	4.8	0	0	4	19.9
	65歳以上	226	48	21	6	13	41	85	41	85	13	27	11	23	0	0	9	18.8

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標						
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
(高血圧症のレセプト分析)			被保険者 数a	人数 j	割合 j/a	人数 k	割合 k/j	人数 l	割合 l/j	人数 m	割合 m/j	人数 n	割合 n/j	人数 o	割合 o/j
H25	全体	583	178	30.5	63	35	107	60	27	15	31	17	0	0	
	64歳以下	350	56	16.0	18	32	35	63	5	8.9	7	13	0	0	
	65歳以上	233	122	52.4	45	37	72	59	21	17	24	20	0	0	
H28	全体	501	160	31.9	54	34	109	68	28	18	24	15	0	0	
	64歳以下	275	43	15.6	13	30	23	53	2	4.7	3	7	0	0	
	65歳以上	226	117	51.8	41	35	86	74	26	22	21	18	0	0	

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標						
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
(脂質異常症のレセプト分析)			被保険者 数a	人数 p	割合 p/a	人数 q	割合 q/p	人数 r	割合 r/p	人数 s	割合 s/p	人数 t	割合 t/p	人数 u	割合 u/p
H25	全体	583	136	23	50	36.8	107	79	25	18.4	25	18.4	0	0	
	64歳以下	350	51	15	18	35.3	34	67	6	11.8	7	13.7	0	0	
	65歳以上	233	85	37	18	21.2	35	41	6	7.1	7	8.2	0	0	
H28	全体	501	137	27	55	40.1	109	80	26	19.0	23	16.8	0	0	
	64歳以下	275	32	12	14	43.7	23	72	3	9.4	2	6.3	0	0	
	65歳以上	226	105	47	41	39.0	86	82	23	21.9	21	20.0	0	0	

※ KDB 帳票 厚生労働省様式 3-2～3-4 各年 7 月分

②リスクの健診結果経年変化

リスクの健診結果の経年変化を見ると、BMI、腹囲、中性脂肪、GPT(ALT)、HbA1c、尿酸、LDL-Cについて男女とも有所見者割合が減少していました。男性は拡張期血圧、女性は収縮期血圧の有所見者割合が増えていました。(図表26)

平成28年度のメタボ該当者割合は25%で、道内6位と高い状況でした。(図表27)

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

【図表26】

		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		加齢	
		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
H 2 5	合計	42	51.2	47	57.3	19	23.2	18	22.0	9	11.0	40	48.8	41	50.0	11	13.4	41	50.0	21	25.6	29	35.4	1	1.2
	40-64	12	44.4	11	40.7	6	22.2	8	29.6	4	14.8	7	25.9	16	59.3	1	3.7	10	37.0	5	18.5	8	29.6	0	0.0
	65-74	30	54.5	36	65.5	13	23.6	10	18.2	5	9.1	33	60.0	25	45.5	10	18.2	31	56.4	16	29.1	21	38.2	1	1.8
H 2 8	合計	23	43.4	27	50.9	8	15.1	11	20.8	8	15.1	26	49.1	25	47.2	4	7.5	24	45.3	14	26.4	12	22.6	1	1.9
	40-64	5	31.3	7	43.8	1	6.3	6	37.5	0	0.0	4	25.0	8	50.0	0	0.0	3	18.8	3	18.8	5	31.3	0	0.0
	65-74	18	48.6	20	54.1	7	18.9	5	13.5	8	21.6	22	59.5	17	45.9	4	10.8	21	56.8	11	29.7	7	18.9	1	2.7
		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		加齢	
		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
H 2 5	合計	43	37.1	32	27.6	13	11.2	20	17.2	3	2.6	45	38.8	60	51.7	3	2.6	60	51.7	32	27.6	48	41.4	0	0.0
	40-64	13	30.2	9	20.9	3	7.0	6	14.0	1	2.3	13	30.2	28	65.1	0	0.0	12	27.9	8	18.6	18	41.9	0	0.0
	65-74	30	41.0	23	31.5	10	13.7	14	19.2	2	2.7	32	43.8	32	45.1	3	4.2	48	85.7	24	33.8	29	39.7	0	0.0
H 2 8	合計	30	36.1	21	25.3	8	9.6	11	13.3	3	3.6	29	34.9	41	49.4	1	1.2	43	51.8	18	21.7	32	38.6	0	0.0
	40-64	7	35.0	2	10.0	2	10.0	1	5.0	0	0.0	5	25.0	9	45.0	0	0.0	4	20.0	3	15.0	6	30.0	0	0.0
	65-74	23	36.5	19	30.2	6	9.5	10	15.9	3	4.8	24	38.1	32	50.8	1	1.6	39	61.9	15	23.8	26	41.3	0	0.0

※ KDB 帳票 NO23 厚生労働省様式6-2~6-7

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

【図表 27】

	中頓別 町 H25	中頓別 町 H26	中頓別 町 H27	中頓別 町 H28	同規模 市町村 H28	道 H28
メタボ該当者	29.3%	24.4%	16.8%	25.0%	18.9%	16.6%
メタボ予備軍	9.1%	9.3%	10.9%	5.9%	11.8%	10.6%
特定健診受診率	54.0%	50.9%	42.4%	43.7%	39.7%	25.1%
医療機関受診率	55.6%	57.9%	46.0%	41.9%	51.3%	52.6%
メタボ該当者・予備軍レベル						
血糖・血圧	2.0%	2.9%	0.7%	2.2%	3.4%	2.4%
血糖・脂質	1.0%	0.6%	0.0%	0.7%	1.1%	0.8%
血圧・脂質	11.6%	8.2%	8.8%	8.8%	8.6%	8.5%
血糖・血圧・脂質	12.6%	12.9%	7.3%	13.2%	5.8%	4.9%

※ KDB 帳票 N03 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は平成 24 年度に 55.6%まで上昇していましたが、平成 27 年度以降 40%台に減少していることから特定健診受診率への取組が重要となっています。

特定保健指導実施率は 60%～70%台で推移しています。

中頓別町特定健康診査の目標と実施状況

【図表 28】

		25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
目標	実施率	54%	58%	62%	66%
実績	実施率	54.0%	50.6%	42.5%	43.5%
	対象者数	392	367	338	322
	受診者数	198 人	171 人	137 人	135 人
道内順位		14 位	29 位	55 位	57 位
受診勧奨者（医療機関受診率）	中頓別町	55.6%	63.2%	49.6%	41.9%
	同規模平均	47.5%	56.5%	56.4%	57.2%

平成 29 年度 中頓別町特定健診実施率目標 70%

参考

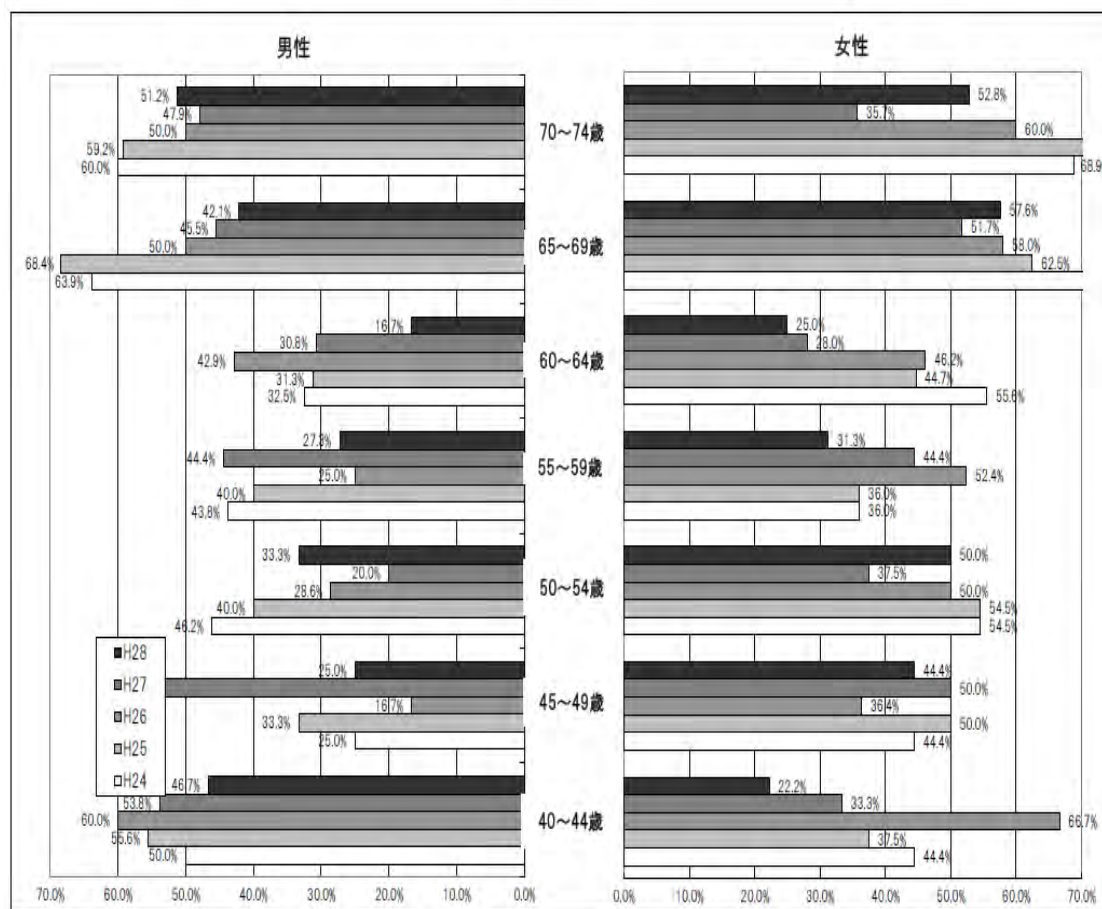
	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度
特定健診実施率	40.9%	41.5%	35.2%	34.5%	55.6%

※ 特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）

※ 北海道国民健康保険連合会ホームページ 年度別特定健診受診率（順位）

特定健診年代別受診率の推移

【図表 29】



※ 特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）

中頓別町特定保健指導の目標と実施状況

【図表 30】

		25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
目標	実施率	60%	65%	70%	75%
実績	実施率	78.6%	73.3%	62.5%	77.8%
	対象者数	14 人	15 人	16 人	9 人
	動機付け支援	12 人	11 人	11 人	8 人
	積極的支援	2 人	4 人	5 人	1 人
	修了者	11 人	11 人	10 人	7 人
	動機付け支援	11 人	10 人	9 人	7 人
	積極的支援	0 人	1 人	1 人	0 人

平成 29 年度 中頓別町特定健診実施率目標 80%

※ 特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）

メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍（特定保健指導対象者）の状況

【図表 31】

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
特定保健指導対象者	32 人	29 人	19 人	11 人	23 人	14 人	15 人	16 人	9 人
率（対象者／特定健診受診者）	17.6%	16.1%	12.7%	7.7%	10.6%	7.1%	8.8%	11.7%	6.7%
減少率		9%	41%	56%	28%	56%	53%	50%	72%

※ 特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）

メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍（8 学会基準）の状況 【図表 32】

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
該当者	36 人	41 人	27 人	25 人	57 人	58 人	42 人	23 人	34 人
	19.8%	22.8%	18.0%	17.6%	26.1%	29.3%	24.6%	16.8%	25.2%
予備軍	25 人	17 人	17 人	18 人	18 人	18 人	16 人	15 人	8 人
	13.7%	9.4%	11.3%	12.7%	8.3%	9.1%	9.4%	10.9%	5.9%
* 受診率	40.9%	41.5%	35.2%	34.5%	55.6%	54.0%	50.6%	42.5%	43.5%

* 受診率＝特定健診受診率

※ 特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）

特定健康診査受診率が高い年はメタボの該当者が多い。平成 28 年度同規模市町村のメタボの割合は 18.9%であり、中頓別町メタボの割合が高いが、特に治療中の者のメタボの課題が解決されていない。

特定健康診査実施計画作成の手引きより

メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少率については、保健指導毎の目標として設定することはしないが、保険者の特定保健指導の効果の検証等のための指標として活用することが望まれる。なお、この減少率については、第 2 期は日本内科学会が作成したメタボリックシンドロームの診断基準を活用していたが、第 3 期（平成 30 年以降）は、特定保健指導対象者の減少率を使用する。

（４）第１期に係る考察

第１期計画において、健康格差（疾病・障害・死亡）の縮小を目的に、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の減少を中長期の目標に、医療費の伸びを抑えることを長期的な目標に掲げてきました。

またメタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症等を減らしていくことを短期的な目標として取組を進めてきました。

死亡状況について、SMR（標準化死亡比）では虚血性心疾患が多い状況でした。

介護認定率は減少していましたが、しかし介護認定者のうち有病者は多い現状にあり、疾患の重なりが重症化に至り介護を要する状態に至っている現状があります。

人工透析は平成 28 年時点で国保対象者は 0 人でしたが、中頓別町では透析医療機関への通院の困難性が高く、透析が必要となった場合、患者の QOL を著しく低下させる現状にあり、転出を余儀なくされた方もいます。糖尿病性腎症の割合は高いことから、新規透析患者をつくらないことを優先的に取り組む必要があります。

医療費は年によって変動があり、28 年度は上昇していましたが、中長期疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症、短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の医療費はいずれも減少していて、取組の効果がみられていました。

しかし、糖尿病、高血圧については同規模と比較して医療費はまだ多い状況ですので今後の更なる取組の強化が求められます。

特定健診の受診率は目標を下回っているだけでなく、50%台から 40%台に下がりました。今後受診率向上に向けた取組を更に進めていくことが求められます。

特定健診結果では、血糖や血圧が高い人が多く、メタボリックシンドローム該当者が多いのが特徴です。服薬中のメタボリックシンドロームの割合が極端に高いという実態があり、服薬中の方も含めた改善のための取り組みが急務です。メタボや糖尿病については、薬だけの管理では予防が難しく、生活習慣病の改善を考えた重症化予防対策は重要な課題です。

生活習慣病の状況からは食後の間食、就寝前の夕食、運動不足などで改善がみられました。

健診で医療が必要となった人は受診につながるので、治療継続者は多く、未受診者・治療中断者は少ない現状です。

生活習慣病の適切な予防がされないまま、脳心血管疾患に至ってしまう現状もあり、介護保険の認定者の生活習慣病の有病者の多さ、虚血性心疾患の死亡率の高さに反映されています。

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

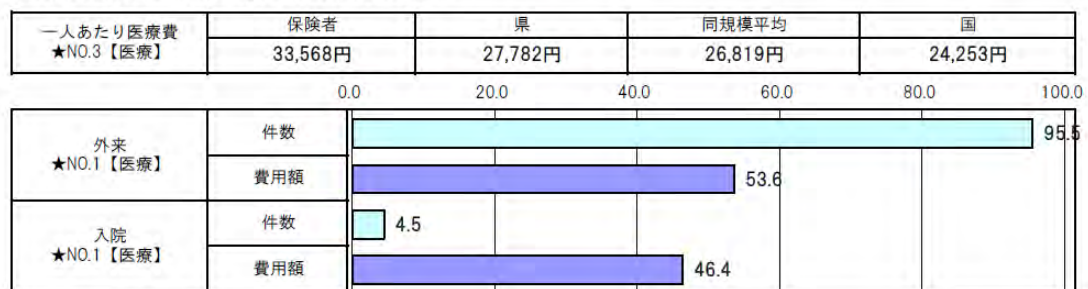
中頓別町の1人あたり医療費(月平均)、平成28年33,568円で、国・道・同規模平均より高額です。入院はわずか4.5%の件数で、費用額全体の約46%を占めています。平成25年度の一人平均の医療費は28,012円でした。入院の件数、費用額ともに増加していることから、重症化予防に取り組むことは入院を減らすことにもつながり、費用対効果の面からも重要と言えます。(図表33)

【図表33】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○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

ひと月100万円以上の高額になる疾患をみると、該当月に脳血管疾患、虚血性心疾患患者はいませんでした。6か月以上の長期入院のレセプト分析では虚血性心疾患患者がいました。また該当月には人工透析患者はいませんでした。その後人工透析該当者がいるなど、重症化がおこっている実態があります。(図表34)

生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化します。生活習慣病は予防が可能です。生活習慣病は保健事業の対象として取り組む必要があります。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症の受診勧奨及び治療中断を防ぐことは、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ります。

レセプトの分析

【図表 34】

厚労省様式	対象レセプト (平成 25 年度)	件数	費用額	
様式 1-1	高額になる疾患 (100 万円以上)	19 件	3123 万円	うち脳血管疾患 0 人 虚血性心疾患 0 人
様式 2-1	長期入院 (6 ヶ月以上 の入院)	41 件	1515 万円	うち脳血管疾患 0 人 虚血性心疾患 2 人
様式 2-2	人工透析患者 (長期 化する疾患)	0 件	0 円	

平成 28 年 5 月国保診療報酬

※中長期的な目標 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症

生活習慣病の治療者数構成割合 (図表 35) から、生活習慣病治療者の 13.7%が虚血性心疾患を発症していることがわかります。このうち高血圧 84.9%、脂質異常症 78.6%、糖尿病 42.4%で、高血圧をはじめ疾患の重なりが背景にあることがわかります。

生活習慣病の治療者数構成割合

【図表 35】

厚労省様式 3	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
生活習慣病の治療者数 構成割合 対象レセプト （平成 28 年 5 月診療分）	241 人		26 人	33 人	13 人
			10.8%	13.7%	5.4%
	基礎疾患 の重なり	高血圧	24 人	28 人	10 人
			92.3%	84.8%	76.9%
		糖尿病	12 人	14 人	13 人
			46.2%	42.4%	100%
		脂質異常症	23 人	26 人	11 人
			88.5%	78.6%	84.6%
	高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
	160 人		69 人	137 人	50 人
66.4%		28.6%	56.8%	20.7%	

※ 平成 28 年 5 月国保診療報酬

③何の疾患で介護保険をうけているのか

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが98.3%（うち基礎疾患に糖尿病があるもの98.3%）であり、筋・骨格疾患の95.8%を上回っていました。2号認定者はいませんでした。（図表36）

血管疾患共通のリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながります。特に糖尿病の重症化予防に取り組むことが必要です。

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表36】

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		685人		311人		399人		710人		1,395人			
	認定者数		0人		8人		124人		132人		132人			
			認定率		0.00%		2.6%		31.1%		18.6%		9.5%	
	新規認定者数（※1）		0人		0人		5人		5人		5人			
	介護度 別人数	要支援1・2		0	--	0	0.0%	17	13.7%	17	12.9%	17	12.9%	
		要介護1・2		0	--	6	75.0%	52	41.9%	58	43.9%	58	43.9%	
要介護3～5		0	--	2	25.0%	55	44.4%	57	43.2%	57	43.2%			
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）		0		2		118		120		120			
	再）国保・後期		0		2		118		120		120			
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			循環器疾患	1	脳卒中	0 --	虚血性 心疾患	2 100.0%	脳卒中	65 55.1%	脳卒中	66 55.0%	脳卒中	66 55.0%
				2	虚血性 心疾患	0 --	腎不全	2 100.0%	虚血性 心疾患	56 47.5%	虚血性 心疾患	58 48.3%	虚血性 心疾患	58 48.3%
				3	腎不全	0 --	脳卒中	1 50.0%	腎不全	41 34.7%	腎不全	43 35.8%	腎不全	43 35.8%
			合併症	4	糖尿病 合併症	0 --	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	15 12.7%	糖尿病 合併症	15 12.5%	糖尿病 合併症	15 12.5%
				基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		0 --	2 100.0%		116 98.3%		118 98.3%		118 98.3%	
			血管疾患 合計	0 --		2 100.0%		116 98.3%		118 98.3%		118 98.3%		
				認知症		0 --		1 50.0%		64 54.2%		65 54.2%		65 54.2%
			筋・骨格疾患		0 --		2 100.0%		113 95.8%		115 95.8%		115 95.8%	

*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)						9,745	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)				5,142			

（２）健診受診者の実態

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いて、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、糖尿病性腎症の発症リスクが高くなります。

第１期データヘルス計画のもと、取り組んできた結果、有所見者の割合が多い項目で改善されていますが、北海道と比較すると依然高い状況にあります。（図表 37）

中頓別町ではメタボリックシンドロームの該当者が多く、血糖・血圧・脂質の重なりをもった人が多いという特徴があります。健診結果の有所見状況から、BMI、空腹時血糖、GPT など内臓脂肪の蓄積が血管を痛め、治療をしても改善されていない状況がみられます。

特定健診有所見者状況

【図表 37】

項 目		中頓別		中頓別		道
		H25		H28		H28
		実数	割合	実数	割合	割合
腹囲径	男 85 以上女 90 以上	79	39.9	48	35.6	30.9
BMI	25 以上	85	42.9	53	39.3	28.5
中性脂肪	150 以上	32	16.2	16	11.9	20.8
GPT (ALT)	31 以上	38	19.2	22	16.3	15.1
HDL	40 未満	12	6.1	11	8.1	4.3
血糖	100 以上	85	43.4	55	41.0	28.0
HbA1c	5.6 以上	101	55.5	66	55.0	49.1
尿酸	7.0 以上	14	7.4	5	3.9	8.3
収縮期血圧	130 以上	101	51.0	66	48.9	46.5
拡張期血圧	85 以上	53	26.8	32	23.7	19.5
LDL	120 以上	77	38.9	43	31.9	55.1
尿蛋白	＋以上	9	4.5	4	3.0	4.1
GFR	60 未満	39	20.5	26	20.5	—

再掲) 受診勧奨判定値以上

【図表 38】

項 目		中頓別		中頓別		道
		H25		H28		H28
		実数	割合	実数	割合	割合
中性脂肪	300 以上	4	2.0	1	0.7	1.9
GPT (ALT)	51 以上	8	4.0	4	3.0	2.9
HDL	35 未満	3	1.5	3	2.2	0.9
血糖	126 以上	23	11.7	9	6.7	—
HbA1c	6.5 以上	19	10.4	13	10.8	—
尿酸	8.0 以上	2	1.1	0	0.0	0.9
収縮期血圧	140 以上	73	36.9	35	25.9	19.6
拡張期血圧	90 以上	32	16.2	19	14.1	8.0
LDL	140 以上	34	17.2	13	9.6	24.5
尿蛋白	2+以上	7	3.5	1	0.7	1.1
GFR	*50 未満	2	1.1	1	0.8	—
Ⅱ度高血圧以上	160/100 以上					

*クレアチニン 50 未満 (70 歳以上は 40 未満)

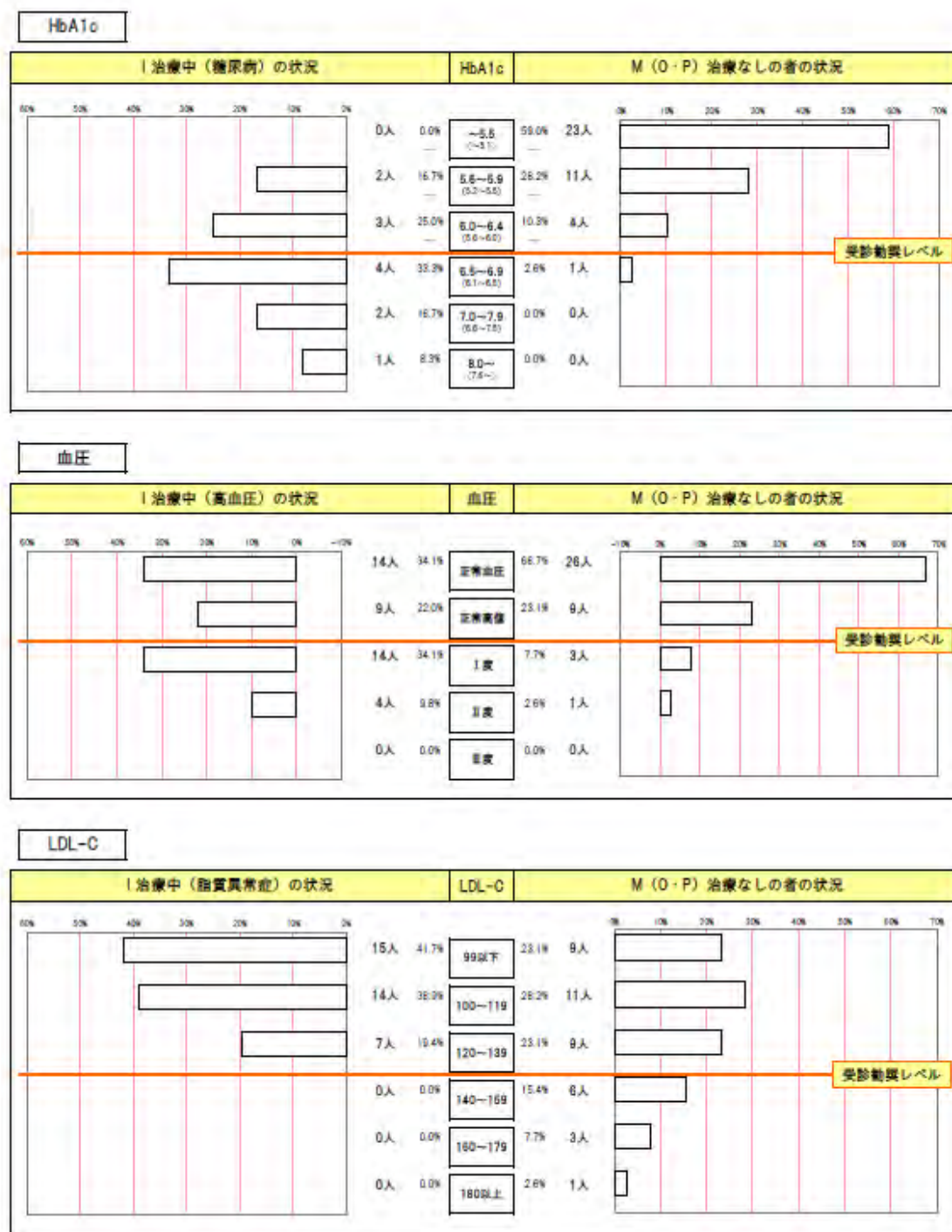
※ KDB 帳票 N023 厚生労働省様式 6-2~6-7 ※ 北海道国保連合会ホームページ

(3) 血糖、血圧、LDL のコントロール状況

高血圧、高LDLは適切な治療によって、検査値が改善していくことがわかります。メタボリックシンドロームや糖尿病は、薬だけの管理では予防は難しく、適切な受診と併せて生活習慣の改善を考えた重症化予防対策は重要な課題です。(図表 39)

【図表 39】

血糖、血圧、LDL のコントロール状況

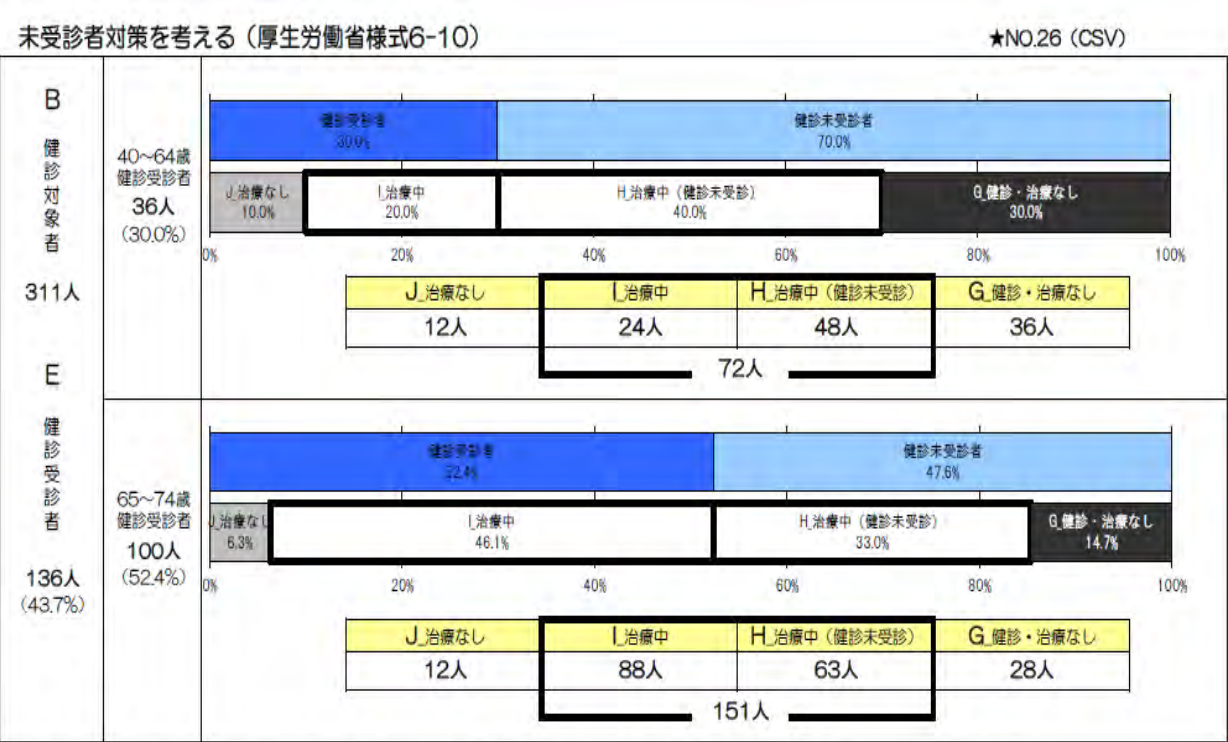


（４）未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要ですが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が30.0%と高くなっています。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す。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります。（図表40）

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。

【図表 40】



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



(5) 重症化予防対象者の状況は

中頓別町の特定健康診査受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると44人で32.6%でした。うち治療中の人38人で受診者の28.1%を占めました。(図表42)

また、中頓別町においては重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる人は135人中6人だけでした。重症化予防の対象者の多くは治療中であり、治療中の人への関わりが予防の鍵となってきます。

重症化予防対象者への取り組みは、医療との連携が不可欠で有り、保健指導を行った後、確実に医療機関を受診したのか、KDB システムを活用し、医療受診の状況を確認し、その後も治療中断しないか等の疾病管理を行う必要があります。さらに重症化予防のための保健指導や栄養指導のあり方も医師と連携し、進めていくことが大事です。

治療中でもデータが改善していない疾患にメタボと糖尿病があります。(図表42)

重症化予防対象者の状況は

【図表42】

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間透析導入患者数の減少	H28 特定健診			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	重症化予防対象者 (実人数)	
	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(WBSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	eGFR50未満 70歳以上40未満		
受診者数 135						44	32.6%
対象者数	6	1	34	7	1		
治療なし	2	0	1	2	0	6	4.4%
治療中	4	1	33	5	1	38	28.1%

3 目標の設定

(1) 健康格差(疾病・障害・死亡)の縮小

今回の計画の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の死亡を減らし、健康格差を縮小することです。

北海道は特定健診の受診率が全国の中でも低く、受療率をみると、虚血性心疾患、脳血管疾患は入院・外来とも、腎臓疾患は入院が高いという現状があります。

中頓別町において、医療、介護および健診の分析から虚血性心疾患および脳血管疾患を予防していくことは喫緊の課題であり、最優先事項として取り組みます。また糖尿病性腎症による人工透析は現時点での被保険者にはいませんが、糖尿病性腎症患者の割合としては高いこと、背景にある糖尿病・高血糖状態の人は多いことから糖尿病性腎症による新規透析患者を作らないことも優先的に取り組みます。

（２）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、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある**糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患**を減らしていくことを目標とします。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、心臓、脳、腎臓の３つ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**を長期的な目標とします。

②短期的な目標の設定

糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の血管変化における共通のリスクとなる、**メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症等**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、毎年、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します。

そのためには、医療受診が必要な方に適切な受診への働きかけ、治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の受診を中断している方についても適切な保健指導を行い、受診につなげます。また、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ります。

メタボリックシンドロームと糖尿病については薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていきます。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の受診を勧め、個々の体の状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。

そのためにも特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努めます。目標値は第３期中頓別町国民健康保険特定健診等実施計画に準ずることとします。

(3) 目標管理一覧

【図表 42】

データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目標	課題を解決するための目標値等	初期値				11年度目標			12年度目標	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
データヘルス計画	特定健診等計画	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる	特定健診受診率70%以上	43.5%	50%	54%	58%	62%	66%	68%	70%	特定健診・特定保健指導法定報告
			特定保健指導実施率80%以上	77.8%	70%	70%	70%	75%	75%	80%	80%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	9人	13人	16人	17人	18人	19人	19人	19人	
	中長期	・虚血性心疾患死亡が多い。 ・介護認定者の生活習慣病有病者が多い。 ・高血糖・高血圧・メタボリックシンドロームの割合が高い。 ・メタボリックシンドロームなど治療中の人に多く、生活習慣の改善が必要である。	糖尿病性腎症による透析導入者の抑制	26人				減少			減少	KDBシステム
			虚血性心疾患患者数の減少	33人				減少			減少	
			脳血管患者数の減少	0人				減少			減少	
		糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症を予防するためにメタボ、糖尿病、高血圧、脂質異常症の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の割合減少	25.2%				減少			減少	特定健診・特定保健指導法定報告
			メタボリックシンドローム予備群の割合減少	5.9%				減少			減少	
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.4%				減少			減少	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	9.6%				減少			減少	
			健診受診者の糖尿病患者の割合減少(HbA1c6.5以上)	10.8%				減少			減少	
	短期	がんによる死亡率が高い。 ・がんによる医療費が高い。 ・がん検診の受診率が低い	がん検診受診率(40～69歳) 胃がん検診50%以上	12.1%	30%	30%	30%	40%	40%	50%	50%	地域保健・健康増進事業報告
			がん検診受診率(40～69歳) 肺がん検診50%以上	14.6%	30%	30%	30%	40%	40%	50%	50%	
			がん検診受診率(40～69歳) 大腸がん検診50%以上	13.7%	30%	30%	30%	40%	40%	50%	50%	
			がん検診受診率(20～69歳) 子宮頸がん検診50%以上	20.9%	40%	40%	40%	40%	40%	50%	50%	
			がん検診受診率(40～69歳) 乳がん検診50%以上	33.1%	40%	40%	40%	40%	40%	50%	50%	
		・数量シェア H27年度38.4%と低かった。	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80%以上	65.6%	69%	70%	70%	80%	80%	80%	厚生労働省公表結果

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

（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

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条第1項の規定に基づき定める第3期中頓別町国民健康保険特定健診等実施計画とします。

第2期中頓別町国民健康保険特定健診等実施計画（平成25年度～平成29年度）の評価を基本に、国の健康づくり施策の方向性を踏まえ、国が定めた特定健康診査等基本指針に即して定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、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1期として策定します。

2 第3期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣は、やがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るという経過をたどることになります。

このような経過をたどることは、国民の生活の質（QOL）の低下を招くものですが、これは若い時からの生活習慣病の予防を防げるものです。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることも避けることができます。また、その結果として、中長期的には医療費の増加を抑えることも可能となります。

こうした考え方に立ち、国・都道府県・医療保険者がそれぞれ目標を定め、それぞれの役割に応じた必要な取組を進めることとなりました。

このうち医療保険者の役割としては、生活習慣病対策による医療費適正化効果の直接的な恩恵を享受できること、また対象者の把握が比較的容易であり、健診・保健指導の確実な実施が期待できること等から、平成20年度から特定健診・特定保健指導の実施義務を担っています。

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者を、的確に抽出するため特定健康診査を実施します。

また、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として特定保健指導を実施します。

特定健康診査及び特定保健指導は、健康増進法第9条に規定する健康診査等指針に留

意して実施していきます。

3 目標値の設定

(1) 特定健康診査・特定保健指導実施率の目標値

特定健康診査及び特定保健指導の実施率に係る目標値は、次のとおり設定します。

【図表 43】

	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
特定健康診査	54%	58%	62%	66%	68%	70%
特定保健指導	70%	70%	75%	75%	80%	80%

※国が定めた目標値（市町村国保）

特定健康診査実施率60%以上 特定保健指導実施率60%以上

4 対象者数の見込み

(1) 特定健康診査対象者数の見込み

この計画期間における特定健康診査の対象者数を、次のとおり見込みます。

【図表 44】

	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
目標	54%	58%	62%	66%	68%	70%
対象者数	301人	293人	287人	281人	274人	268人
受診者数	163人	170人	178人	185人	186人	188人

特定健康診査の対象者は、特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる国保加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）とします。なお妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示で規定）は、上記対象者から除きます（年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外）。

(2) 特定保健指導対象者数の見込み

この計画期間における特定保健指導の対象者数を、次のとおり見込みます。

【図表 45】

	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
目標	70%	70%	75%	75%	80%	80%
対象者数	16人	17人	18人	19人	19人	19人
利用者数	11人	12人	14人	14人	15人	15人

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果、腹囲が85cm以上（男性）・90cm以上（女性）の者、又は腹囲が85cm未満（男性）・90cm未満（女性）の者でBMIが25以上の者のうち、血糖（空腹時血糖が100mg/dl、又はHbA1cが5.6%以

上)・脂質(中性脂肪 150mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満)・
血圧(収縮期 130mg/dl 以上、又は拡張期 85mg/dl 以上)に該当する者(糖尿病、
高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く)とします。

5 特定健康診査の実施

(1) 実施場所

特定健康診査は、次の場所で実施します。

- ①集団健診(中頓別町保健センター)
- ②個別健診(中頓別町国保病院、瀬尾医院他委託医療機関)

(2) 特定健康診査実施項目

特定健康診査の実施項目は、次のとおりとします。

①基本的な健診項目

- ・既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。)
- ・自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ・身長、体重及び腹囲の検査
- ・BMI の測定 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$
- ・血圧の測定
- ・肝機能検査
GOT (AST)、GPT (ALT)、 γ -GTP
- ・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
(中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに
代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可)
- ・血糖検査
空腹時血糖、ヘモグロビン A1c (HbA1c) やむを得ない場合は随時血糖
- ・尿検査
尿糖、尿蛋白

②追加項目(全員に行う項目)

- ・貧血検査(ヘマトクリット、血色素、赤血球)
- ・心電図検査(12 誘導心電図)
- ・腎機能検査(血清クレアチニン、eGFR、尿酸、尿潜血、尿アルブミン)

③詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目、健診日と同時に実施)

- ・貧血検査(血色素、赤血球、ヘマトクリット)
- ・心電図検査(12 誘導心電図)
- ・眼底検査(前年の健診結果等において血圧・脂質・血糖・肥満の全ての項目で
判定基準に該当した者で医師が必要と判断した者に行う項目)
- ・血清クレアチニン(eGFR による腎機能の評価を含む)

【図表 46】

詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目：告示で規定）

詳細な健診 の項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査 （eGFR による腎機能の評価を含む）	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td></tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上				

（３）実施時期

健康診査の実施期間は、各年度の４月１日から３月３１日までとし、集団健診及び個別健診を概ね次の時期に実施します。

- ①集団健診 ４月 ５月 ９月
- ②個別健診 検診機関と協議の上、通年又は重点期間を設定して実施します。

（４）外部委託の方法

特定健康診査は、外部委託（個別契約）により次の方法で実施します。
委託する検診実施機関の選定にあたっては、厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を満たしていることが条件とし、特定健康診査を実施するに際して、内部精度管理及び外部精度管理の適切な実施を求めています。

①集団健診

次の検診機関に委託し、中頓別町保健センター等を会場に実施します。このとき、町民の利便性も考慮し、がん検診など他の健診も合わせて実施します。

実施機関名	実施時期	同時に行う他の健診等
J A 北海道厚生連旭川厚生病院	4月	各種がん検診、肝炎検査、骨粗鬆症検診、8020 さわやか健診、エキノコックス検診など
北海道対がん協会 (旭川がん検診センター)	5月 9月	各種がん検診、肝炎検査、8020 さわやか健診、エキノコックス検診など

②個別健診

＜委託する健診機関＞

中頓別町国民健康保険病院、瀬尾医院、他

(5) 周知及び案内方法

特定健康診査受診率の向上につながるよう、各機会を通して案内します。

- ①郵送による受診券及び健康診査日程等の案内
- ②広報による周知
- ③各戸訪問による案内
- ④未受診者に対して状況把握および受診勧奨の実施
- ⑤健康カレンダーにおける健診日程の周知
- ⑥被保険者証更新時における受診勧奨

(6) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集

事業主健診等他の法令に基づく健診を受けている場合、事業主、受診者本人及び受診機関との連携を図り、確実に健診データが収集できるようにします。この場合の受領形態は紙を原則とし、データの受領後に町がデータベースに入力します。

①受診者本人からの受領

他の健診を受診した者に関してデータ提供の呼びかけを行い、健診データの写しまたは健康手帳の健診結果記入のページの写しを受領します。

②事業主等からの受領

事業主等との連携・協力体制を構築し、データ提供に関して協力を得ます。

(7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健康診査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、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(8) 健診結果の通知と情報提供

特定健康診査に関する結果を通知するにあたっては、結果に加えて、自らの健康状態を自覚し、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報も合わせて提供します。結果の通知及び情報提供は、医師、保健師または管理栄養士等によ

る個別面接を原則とします。

（９）代行機関

特定健康診査等の費用の支払い及びデータの送信事務に関し、北海道国民健康保険団体連合会を＊代行機関とします。

用語解説 ＊代行機関

保険者間又は保険者及び健診機関・保健指導機関間における特定健康診査等に要する費用の請求の事務のために健診機関・保健指導機関及び保険者の情報を管理する機能、簡単な事務点検のために契約情報・受診券又は利用券情報を管理する機能、健診機関等から送付された健診データの読み込み、確認及び保険者への振り分け機能、特定保健指導の開始時期及び終了時期を管理する機能、請求及び支払い代行等の機能を有する者をいう。

（１０）事務の流れ

特定健康診査に際しては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第３版）」に準拠し、次の流れにより、一連の事務を遅滞なく実施します。

- ①被保険者台帳から対象者を抽出
- ②健診の案内、受診券の送付
- ③特定健康診査の予約受付（個別健診は検診実施機関が行う）
- ④受診受付（保険者証、受診券の確認、窓口での負担額の請求）
（窓口での負担額の徴収は検診実施機関が行う。個別健診は検診実施機関が受診受付を行う）
- ⑤特定健康診査の実施（健診実施機関に委託）
- ⑥管理台帳に健診データを入力（健診未受診者の把握）
- ⑦健診結果から特定保健指導の判定（階層化の実施）
- ⑧結果通知および特定保健指導の実施
- ⑨代行機関の請求をもとに委託料の支払い

（１１）受診券の様式

受診券および利用券は、省令に定められた様式に準じて発券します。

特定健康診査受診券

【図表 47】

年（平成 年） 月 日 交付

受診券整理番号			
氏名			
性別		生年月日	
有効期限			

健診内容		実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額
				負担額	同時実施負担額	負担率	
特定健診	基本項目	個別	○	1,500円	—	—	—
		集団	○	1,500円	—	—	—
	詳細項目	貧血	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		心電図	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		眼底	個別	△	150円	—	—
			集団	△	150円	—	—
特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	—	—	—	—
			集団	—	—	—	—
		生活機能検査	個別	—	—	—	—
			集団	—	—	—	—
	追加健診	個別	△	0円	—	—	—
		集団	△	0円	—	—	—
人間ドック		個別	—	—	—	—	—
		集団	—	—	—	—	—

注) △は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します
 注) 生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

保険者等	所在地	枝幸郡中頓別町字中頓別 1 7 5 番地介護福祉センター							
	電話番号	01634-6-1995							
	番号	0	0	0	1	1	4	9	4
	名称	中頓別町							

公印省略

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号 ※	90199027
支払代行機関名 ※	北海道国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

(12) 年間実施スケジュール

中頓別町国民健康保険における特定健康診査等は、下記の年間スケジュールに基づき円滑な実施に努めます。

年間スケジュール（標準的な例）

【図表 48】

4 月	健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診券等の印刷、送付（随時可） 代行機関に受診券発行情報の登録 ↓ （特定健診の開始） ↓
-----	--

5 月以降	健診データ受け取り、費用決済 特定保健指導対象者の抽出、利用券発行 (特定健診、特定保健指導、情報提供の実施)
3 月	(特定健診の終了、特定保健指導の利用受付終了)
翌 4 月以降	実施率等、実施実績の算出、報告、実績の分析・評価等

6 特定保健指導の実施

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とし、保険者直接実施、保健部門への執行委任の形態でおこないます。なお、適切な登録機関への委託も可能とします。

また、生活習慣の改善の必要性や行動変容の準備状況によってその支援内容、方法、及び頻度が異なることに留意し、保健指導にあたります。

(1) 特定保健指導の実施場所

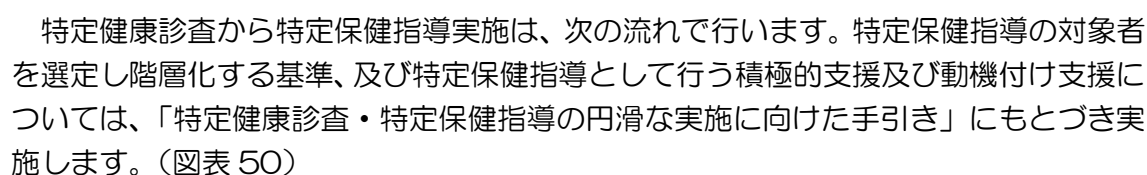
特定保健指導は、次の場所で実施します。

- ①来所指導 中頓別町保健センター
- ②訪問指導 対象者の自宅 各自治会館 など

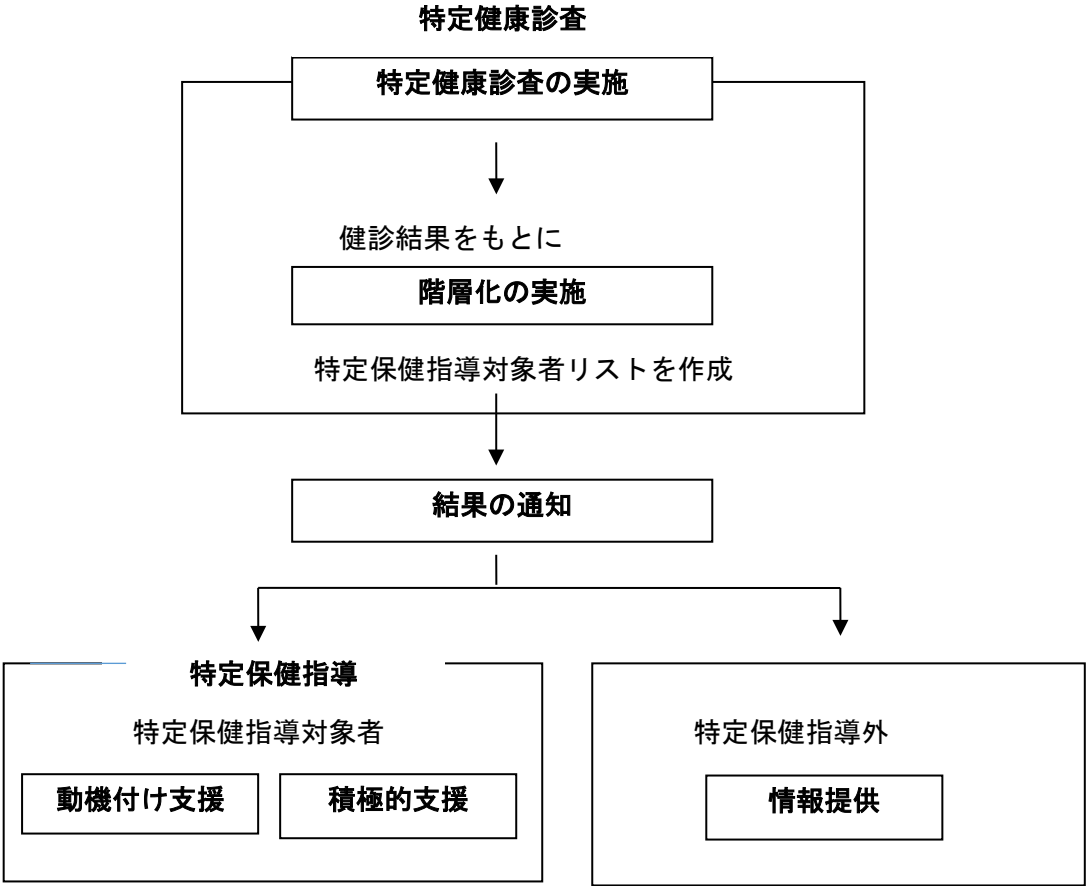
(2) 健診から保健指導実施の流れ

「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。

様式5-5



【図表 50】



（３）特定保健指導対象者の選定と階層化

特定健康診査の結果に基づき、次の基準に従い階層化し、特定保健指導の対象者を選定します。

【図表 51】

特定保健指導の対象者（階層化）				
腹囲	追加リスク＊	④ 喫煙歴	対象＊＊	
	①血糖②脂質③血圧		40-64 歳	65-74 歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2 つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当			
	3 つ該当	なし		
上記以外で BMI≥25 以上	3 つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	2 つ該当			
		なし		
	1 つ該当			

＊追加リスク①血糖（空腹時血糖 100 以上または HbA1c5.6 以上）②脂質異常（中性脂肪 150 未満 HDL コレステロール 40 未満）③血圧（収縮期血圧 130 又は拡張期血圧 85 以上）
④喫煙歴（喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する）

＊ ＊対象（年齢区分は、健診・保健指導の対象年齢同様、実施年度中に達する年齢とする（実施時点での年齢ではない）

図のように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか、積極的支援の対象者となるのかが異なります。逆に保健指導判定値だけではなく受診勧奨判定値をも超えている者でも服薬・受療等を行っていない場合は特定保健指導の対象者となります。この場合、健診結果（検査値や健診機関の医師の判断結果等）に基づき、特定保健指導を実施するか否かを判断します。

（４）動機付け支援

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自分の生活習慣を振り返り、行動目標を立てることが出来るとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移りその生活が継続できることを目指します。

支援は面接による支援、原則１回とし、２０分以上の個別支援または８０分以上のグループ支援とします。

面接時（行動計画作成の日）から３ヶ月以上経過後に実績評価を行います。

（５）積極的支援

初回面接に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることをめざします。

初回面接は２０分以上の個別支援または８０分以上のグループ支援を行います。その後３ヶ月以上の継続的な支援を行います。

３ヶ月以上の継続的な支援は、支援Ａ（積極的関与）及び支援Ｂ（励まし）によるポイント制とし、支援Ａのみで１８０ポイント以上、又は支援Ａ（最低１６０ポイント以上）と支援Ｂの合計で１８０ポイント以上の支援を実施するものとします。

なお、２年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、１年目に比べ２年目の**＊状態が改善している者**については、動機付け支援相当の支援として１８０ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととします。

１日に１回の支援のみをカウントするものとし、同日に複数の支援形態による支援を行った場合は、最もポイントの高い支援形態のもののみをカウントします。

初回面接から３ヶ月以上経過後に実績評価を行います。評価は、継続的な支援の最終回と一体のものとしてかまわないこととします。

＊状態が改善している者とは、特定健康診査の結果において、１年目と比べて２年目の腹囲及び体重の値が次のとおり、一定程度減少していると認められる者としてします。

BMI<30	腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0k g 以上減少している人
BMI≥30	腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0k g 以上減少している人

【図表 52】

	基本的なポイント	最低限の介入量	ポイントの上限
個別支援 A	5 分 20 ポイント	10 分	1 回 30 分以上実施した場合でも 120 ポイントまで
個別支援 B	5 分 10 ポイント	5 分	1 回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまで
グループ支援	10 分 10 ポイント	40 分	1 回 120 分以上実施した場合でも 120 ポイントまで
電話 A	5 分 15 ポイント	5 分	1 回 20 分以上実施した場合でも 60 ポイントまで
電話 B	5 分 10 ポイント	5 分	1 回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまで
電子メール A:(メール,FAX,手紙等)	1 往復 40 ポイント	1 往復	
電子メール B:(メール,FAX,手紙等)	1 往復 5 ポイント	1 往復	

(6) 情報提供（特定保健指導対象者以外への支援）

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健診の結果及び診療報酬明細等の情報を活用し、受診の勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要があるものを選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努めます。

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとします。また、健診結果とあいまって、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の必要性を認識してもらうとともに、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらうよう支援します。

対象者は、健診受診者全員とし、支援期間及び頻度は年 1 回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上とします。

(7) 保健指導対象者の優先順位の考え方

保健指導にあたっては、優先的に実施する者を選定し優先順位に従って実施します。具体的には、受診者の健康診査結果等から保健指導レベル別に 5 つのグループに分け、優先順位を次のとおりとします。

第 1 順位 レベル 2（特定保健指導グループ）

階層化により、積極的支援、動機付け支援となったグループ

第 2 順位 レベル 3（医療との連携グループ）

特定健診受診者のうち、その健診結果が、受診勧奨判定値であり、健診機関の医師の判断により医療機関受診が必要とされたグループ

第3順位 レベルX（健診未受診者グループ）

実態把握と、特定健診への受診勧奨が必要なグループ

第4順位 レベル1（特定保健指導以外の保健指導グループ）

健診結果、階層化により、情報提供だったグループ

第5順位 レベル4（医療との連携グループ）

現在生活習慣病で治療中の被保険者

※レベルの表記は図表 49 準拠

（8）学習教材の活用

対象者自身が現在の状態を引き起こしている生活習慣の実態に気づき判断するためには学習教材が欠かせません。「代謝」異常やその結果起こる血管変化について理解できるよう、住民がわかりやすい学習教材を活用し、効果的な保健指導を行うよう努力します。

また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することが求められるため、ガイドライン等の知見を踏まえ、更新していきます。

（9）特定保健指導の評価

特定保健指導は実施から 3 ヶ月経過後に行動変容の状況等の行動計画の実績評価を実施し、特定健康診査等データ管理システムに入力後完了となります。評価実施者は特定保健指導面接指導者または対象者の健康状態等に関する情報を面接指導者と共有する者としてします。

なお、初回面接実施者、中間評価者、実績評価者は、同一機関内において、保健指導実施者間で適切に情報共有がされている場合には、必ずしも同一の者でなくてもよいとされています。

7 未受診者等への対応

本計画で設定した特定健康診査・特定保健指導実施に係る実施及びその成果に関する目標を達成するため、受診状況などを適切に把握するとともに未受診となっている原因などをできるだけ詳細に分析した上でグループ分けし、それぞれごとに適切な対策を講じて受診率等の向上に取り組みます。

8 特定健康診査・特定保健指導実施者の人材確保と資質向上

医療保険者による生活習慣病対策、予防重視の基本的な考え方のもと、計画に基づき、特定健康診査と特定保健指導を推進していくために、保健部門に保健師3名、（管理）栄養士1名を配置します。職員の人員がこれに満たない場合に、必要に応じて在宅の保健師、管理栄養士を活用するなど、専門職の量的な確保と有効活用を推進していきます。

また、専門職としての資質の向上を図るため、自己研鑽を始めとして関係団体等で開催の研修や学習会に積極的に参加します。

特定健康診査・特定保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められます。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となります。

国保データベース（KDB）システムでは、健診・医療・介護のデータを突合でき、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になります。こうしたシステムを有効に活用し、より質の高い指導ができるよう、特定健康診査・特定保健指導実施者の資質向上を図っていきます。

9 特定健康診査・特定保健指導のデータの保存形式

特定健康診査のデータは、委託した健診実施機関から町及び代行機関である国保連合会に送付されます。町は、送付を受けたデータを健康管理システムで管理します。健診実施機関から国保連合会へのデータの送付は、国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成 20 年 3 月 28 日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号）」に基づき作成されたデータ形式で行い、国保連合会の特定健康診査等データ管理システムを介して町の健康管理システムと連携します。

特定保健指導の実績については、健康管理システムに入力後、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

10 特定健康診査・特定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保存義務期間は、規則に基づき、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、標準的なプログラムでは生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健康診査等のデータが必要であるとされています。

中頓別町においては平成12年度より健康管理システムにおいて、全住民の健診データの蓄積を行ってきており、国保被保険者の特定健康診査等のデータについても同様に、生涯にわたるデータの保存に努めます。なお、特定健康診査等のデータは紙媒体でも保存、活用します。

また保存してあるデータを被保険者の求めに応じて当該被保険者に提供するなど、被保険者が生涯にわたり自己の健康診査情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行います。

1 1 データの提供

高齢者医療確保法第27条では、現保険者は、加入者が加入していた旧保険者に対し、当該加入者の特定健診等データの提供を求めることができること、当該記録の写しの提供を求められた旧保険者は、当該加入者の同意を得て、現保険者に記録の写しを提供しなければならないとされています。

特定健診データは本人にとって機密性の高い情報も含まれています。被保険者本人が転職、退職や転居等の異動により加入する医療保険者が変更し、新しい医療保険者より該当被保険者の特定健康診査等のデータについて提供依頼があった場合には、本人の同意があることを確認した上で提供を行うものとします。

費用負担について、旧保険者において、健診データ等を記録するために要した費用は旧保険者の負担とし、当該健診データを記録した媒体の送付に係る費用及び提供されたデータを新保険者のシステムに登録する費用は新保険者が負担します。

1 2 個人情報の保護

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報等の保存については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法ガイドライン並びに中頓別町個人情報保護条例（平成13年条例第15号）の規定を遵守し、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

1 3 結果の報告

高齢者の医療の確保に関する法律第142条に基づき求められる社会保険診療報酬支払基金への特定健康診査及び特定保健指導の実施状況に関する報告は、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、国の指定する標準的な様式（平成20年厚生労働省告示第380号）に基づき健診実施年度の翌年度11月1日までにを行います。

1 4 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、中頓別町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

1 5 その他の事項

（1）国保加入者以外の者の健康診査

中頓別町国民健康保険が契約した医療機関が実施する特定健康診査の場において、以下の者も受診することが考えられます。

①他の医療保険者の被扶養者

中頓別町国民健康保険が特定健診を委託契約した医療機関と、他の保険者が集合契約を結んだ場合、被扶養者が国保加入者と同様に健診を受診することができます。被

扶養者が健診日程・申込先等の情報を把握することができるよう、健診の情報は健康カレンダー・町広報などでも周知します。

②後期高齢者

75 歳以上の後期高齢者の健康診査は、北海道後期高齢者医療広域連合が実施主体となり、市町村に事業を委託するものです。糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医等の医療機関を受診している者については、必ずしも健康診査を実施する必要はないものといわれています。検査項目は中頓別町国民健康保険が行う特定健康診査と同様の内容とし、心電図・腎機能検査が出来る体制とします。

③生活保護等

生活保護受給者等医療保険未加入者については、保健部門が健康診査を実施します。検査項目は中頓別町国民健康保険が行う特定健康診査と同様の内容とします。

④40 歳未満の者

20 歳台、30 歳台の者については保険を問わず、保健部門が健康診査を実施します。検査項目は中頓別町国民健康保険が行う特定健康診査と同様の内容とします。

(2) 国保加入者以外の者の保健指導

①他の医療保険者の被扶養者等

中頓別町は特定保健指導実施機関登録(健診・保健指導機関番号 0129149019)をしていて、国保連合会がとりまとめを行う集合契約を締結しています。

受託条件

- ア 受託対象者：制限しない
- イ 受託人数：制限しない
- ウ 受託受付機関：通年とする

他の医療保険者の被扶養者等で特定保健指導利用券を持っている方が、特定保健指導を希望した場合には、保健部門の保健師および管理栄養士が特定保健指導を実施します。

②後期高齢者

標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)には、75 歳以上の者に対する保健指導のあり方について、「本人の残存能力を落とさないこと、QOL の確保等が重要であるが、身体状況、日常生活能力、運動能力等については個人差が大きい。そのため、行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、健診結果を踏まえ、生活の上でできることに着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むと言う観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。本人の求めに応じて、健康相談や保健指導の機会を利用できる体制が確保されていることが重要である」とあり、介護保険分野とも連携し、個々の状況にあわせた支援を行います。

③生活保護等

生活保護受給者等医療保険未加入者については、保健部門が特定保健指導を実施します。

④40 歳未満の者、その他

標準的な健診・保健指導プログラム（30 年度版）には、「20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導該当者を減らすためには若年期からの適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40 歳未満の肥満対策が重要である。」とあります。40 歳未満で健康診査を受けた者には、情報提供を含む必要に応じた保健指導を実施し、メタボリックシンドロームに移行する前の段階で、働きかけを行います。

年齢や加入保険にかかわらず、保健分野ではすべての住民が本人の求めに応じて、健診結果等を踏まえ、健康相談や保健指導の機会を利用できる体制を維持します。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症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る必要があります。

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きます。

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の実施も重要です。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る必要があります。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します。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

①基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「中頓別町糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（参考：「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム」「糖尿病性腎症重症化予防のさらなる展開に向けて」等）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。

○医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導

○ハイリスク者に対する受診勧奨及び保健指導

②対象者の明確化

対象者の選定基準にあたっては「中頓別町糖尿病性腎症重症化予防プログラム」において、抽出すべき対象者を以下とします。

ア 医療機関未受診者、医療機関中断者

- ・医療機関の未受診者 過去の健診において、空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上の者で、糖尿病を治療していない者

イ 糖尿病治療中断者 過去の健診において、HbA1c6.5%以上で治療につながった者のうち、直近1年間に健診受診歴やレセプト情報における糖尿病受診歴がない者。

ウ ハイリスク者

- ・糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者
なお特定健診の結果から対象者の抽出を行う場合には、糖尿病により治療中

であり、以下のいずれかに該当する者とします。

微量アルブミン尿（30～）、顕性アルブミン尿あるいは持続性蛋白尿
eGFR60 未満の者

- ・糖尿病を発症していないが、以下のリスク要因を有する者

糖尿病治療中または過去に HbA1c 6.5 以上となった者のうち、健診
未受診者、HbA1c が悪化している者、eGFR の低下が著しい者（1 年
で 25% 低下または 5ml 以上低下）

③対象者の把握

ア対象者の抽出

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ります。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います。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 53）

糖尿病性腎症病期分類（改訂）

【図表 53】

病期	尿アルブミン値（mg/ g Cr）あるいは尿蛋白値（g/ g Cr）	eGFR（ml/分/1.73 m 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 章 （透析療法期）	透析療法中	

※ 糖尿病治療ガイド 2016-2017

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。

中頓別町で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。尿アルブミンについては把握が難しかったが、平成 30 年度から特定健診項目に尿アルブミンを加えたことから、腎症病期の把握も可能となります。（図表 27）

イ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。

中頓別町において平成 28 年度特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 3 人（11.5%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 69 人中のうち、特定健診受診者が 23 人（88.5%・G）、治療中断者はいませんでした。

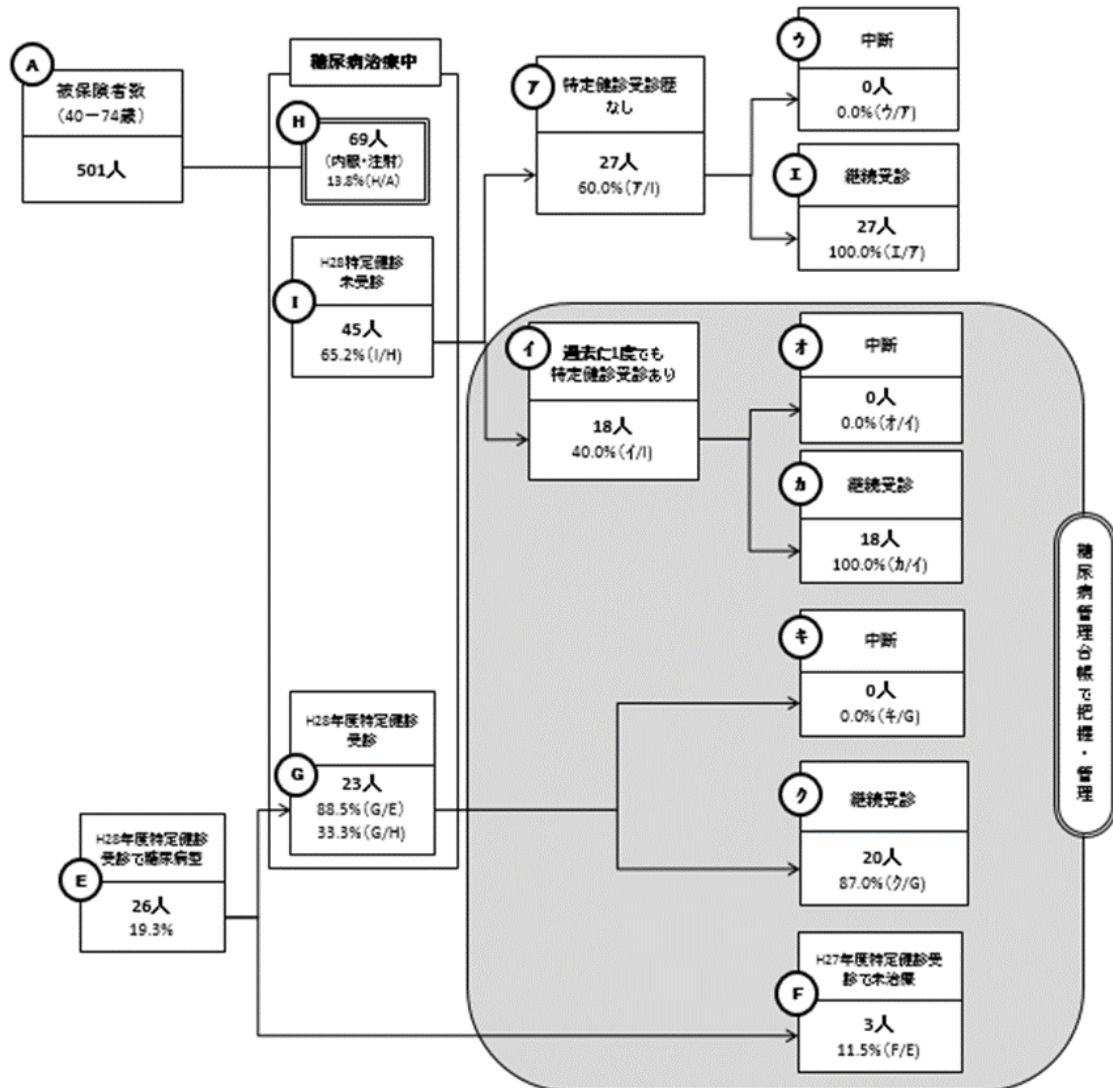
糖尿病治療者で特定健診未受診者 45 人（65.2%・I）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある人 18 人のうち治療中断はいないことがわかりました。また、糖尿病治療継続していた後、治療中断したケースはなかったが、保険が変わりデータが不明な対象も考えられるため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になります。（図表 54）

【図表 54】

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）

平成28年度

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



④対象者の進捗管理

ア糖尿病管理台帳の作成

「糖尿病性腎症予防プログラム」の対象者（部分）を明確にするツールとして、また他の保険も含めた町民の効果的な支援のため、糖尿病管理台帳を作成し、糖尿病の重症化予防の取組を推進します。（図表 55）

糖尿病の重症化を見落とさないため、経年のデータを積み上げていきます。国保から後期高齢・他保険と変わってもデータは消さずに経過をみていきます。

特定健診受診者の基礎データを元に、KDB を用いて分析する「糖尿病管理台帳作成ツール」を活用して作成（沖縄県国保連合会開発）。基礎データは特定健診システムおよびマルチマーカーを活用します。

【図表 55】

糖尿病管理台帳 (HbA1c6.5以上)					【対象者抽出基準】 過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者					※糖尿病薬は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え									
番号	地区	追加 年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度 末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出・ 死亡等	備考	H28医療	
1									糖尿病	糖	服薬	○	○	○		社保			
	高血圧	糖 以外	HbA1c	6.5	6.2	6.4													
	虚血性心疾患		体重	78	77	84.2													
	脳血管疾患		BMI	30.5	29.7	30.8													
	糖尿病性腎症		血圧	107/48	127/52	130/75													
			GFR	105.4															
		CKD	尿蛋白	—	±	—													
2								糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○			2型糖尿病 2型糖尿病 性腎症第2 期・高血圧 症・脂質異 常症	
	高血圧	糖 以外	HbA1c	7.5	7.6	6.9	7.2	7.2											
	虚血性心疾患		体重	86	83.4	83.8	85.8	86.1											
	脳血管疾患		BMI	30.2	29.4	29.3	30.4	30.9											
	糖尿病性腎症		血圧	112/73	122/82	110/76	124/85	112/69											
			GFR	95.5	110.3	102.3	84.5	93.3											
		CKD	尿蛋白	+	—	—	±	±											
3								糖尿病	糖	服薬	○	○				①健診未受診		2型糖尿病 2型糖尿病 性腎症第2 期・高血圧 症・脂質異 常症	
	高血圧	糖 以外	HbA1c	7.7	8.2														
	虚血性心疾患		体重	61	61.5														
	脳血管疾患		BMI	24.1	24.2														
	糖尿病性腎症		血圧	138/78	129/78														
			GFR	102.4	89.5														
		CKD	尿蛋白	—	—														
4								糖尿病	糖	服薬	○	○	○		○			2型糖尿病 高血圧症・ 脂質異常症	
	高血圧	糖 以外	HbA1c	7.8	7.1	7.3		7.1											
	虚血性心疾患		体重	57.3	59.6	62.4		56.7											
	脳血管疾患		BMI	21.3	22.1	23.1		21.1											
	糖尿病性腎症		血圧	120/84	134/80	120/80		115/78											
			GFR	131.8	120.5	106.8		126.4											
		CKD	尿蛋白	—	—	—		—											
5								糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○			糖尿病・高 血圧症・脂 質異常症	
	高血圧	糖 以外	HbA1c	6.9	7.1	6.3	6.8	6.6											
	虚血性心疾患		体重	67.4	65.8	63.8	67.7	64.1											
	脳血管疾患		BMI	29.3	28.9	27.9	29.9	28.3											
	糖尿病性腎症		血圧	135/73	138/72	140/67	133/77	121/71											
			GFR	94.1	95.7	93.2	94.8	90.4											
		CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—											

【糖尿病台帳作成手順】

- 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。
- 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

- 資格を確認する

- レセプトを確認し情報を記載する 治療状況の把握

特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し
有りの場合は診療開始日を記入

がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

- 管理台帳記載後、結果の確認する

- 担当地区の対象者数の把握

健診未受診者 未治療者・中断者含む HbA1c が悪化している

尿蛋白（－）、（±）、（＋）以上

eGFR 値の変化 （1 年で 25%以上低下）（1 年で 5ml/分/1.73 m²以上低下）

※ 生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言 日本腎臓学会編

保健指導の実施

ア糖尿病性腎症病期分類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です。中頓別町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととします。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っていきます。

【図表 56】

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
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 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) 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 ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 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 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 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 ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能の評価 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞けど？ 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？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

イ追加検査等を活用した重症化予防対策

特定健診では従来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、30年度から特定健診に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。

⑤医療との連携

ア医療機関未受診者について

医療機関の未受診者・糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導は、原則専門職(保健師・栄養士)による個別面談や家庭訪問により実施します。なお受診勧奨

にあたっては必要に応じて電話又は文書（糖尿病の合併症についての資料など）の郵送により実施します。

イハイリスクの者に対する保健指導

ハイリスク者への保健指導は、かかりつけ医から包括的に了解を得た上で、専門職による個別面談や家庭訪問により実施するとともに、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導を実施していること、保健指導の内容等について、かかりつけ医に情報提供します。

なお、個々の対象者の状況によっては、かかりつけ医に保健指導の実施の可否を個別に判断したうえで実施します。

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ます。

⑦評価

実施したプログラム評価のため、臨床における検査値について、糖尿病連携手帳等を活用し、対象者並びに関係医療機関等と情報を共有します。

また、評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行うとともに、中長期的な費用対効果の観点からの評価を行います。

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きます。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 1 回行うものとし、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きます。

また、中長期的評価においては「重症化予防の取組評価」（参考資料4）を用いて行っています。

ア短期的評価

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

保健指導対象者に対する評価

保健指導実施率

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5ml/1.73 m²以上低下）

尿蛋白の変化

服薬状況の変化

(2) 虚血性心疾患重症化の予防

①基本的な考え方

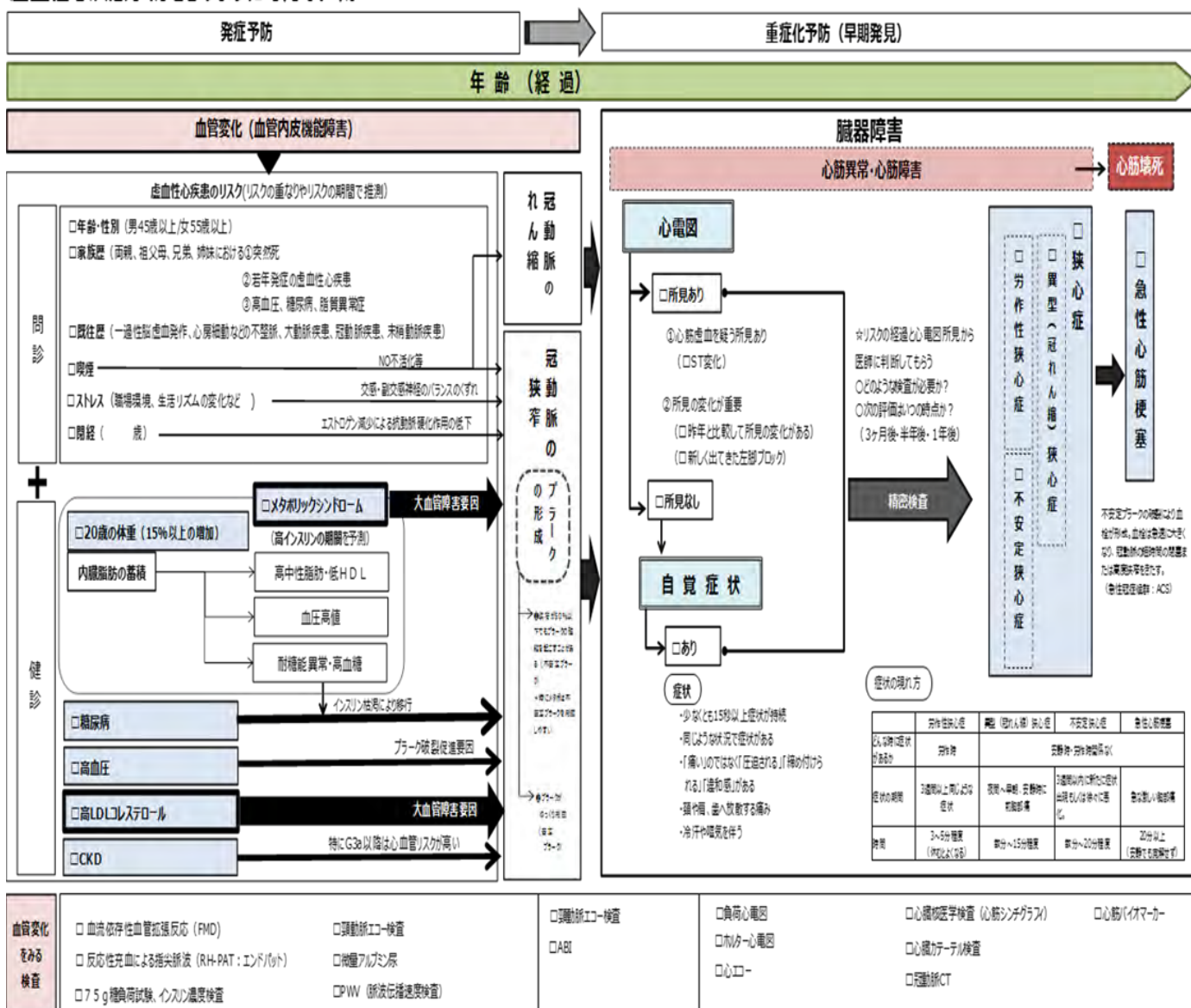
虚血性心疾患の発症は、加齢や遺伝などに加えてメタボリックシンドローム、肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、慢性腎臓病など介入可能な危険因子の関与が明らかにされていますが、肥満、脂質異常症、耐糖能異常など代謝疾患が大幅に増えていて、虚血性心疾患の増大が危惧されています。

今回の計画の目的の一つに虚血性心疾患の死亡率の減少があり、そのために発症予防と重症化予防の推進を図りながら虚血性心疾患を予防していきます。

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 57)

【図表 57】

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文獻】
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総合的リスク管理チャート2015、血管機能障害の診断に関するガイドライン、糖尿病性心臓病ガイドライン、エビデンスに基づくCVD診療ガイドライン2015、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能障害の（実用ガイド）

②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いきます。(図表 58)

イ重症化予防対象者の抽出

○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ります。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖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ります。また要精査には該当しないが ST 所見ありの人へは、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ります。

中頓別町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い状況でした。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が必要です。中頓別町では特定健康診査で追加項目として心電図検査を全員に行っていますが、若年者、後期高齢者の健康診査も心電図を全員に行うことで、発症予防、重症化予防につなげることができます。

○心電図以外からの把握

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ます。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ます。

心電図以外の保健指導対象者の把握 (図表 58)

【図表 58】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者				
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ 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 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者				
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧							
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者				
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目			
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～					
	□BMI	～24.9	25～					
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～	
		食後	～199		200～			
	□HDL-C	40～	35～39		～34			
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～			
	□ALT	～30	31～50		51～			
	□γ-GT	～50	51～100		101～			
	□血糖	空腹	～99		100～125		126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験
		食後	～139		140～199		200～	【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～			
	□血圧	収縮期	～129		130～139		140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)
		拡張期	～84		85～89		90～	
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□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	(-)	(+)～						
□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

③保健指導の実施

ア受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 58 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。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。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 59】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

イ精密検査・二次健診

虚血性心疾患重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。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」とあります。平成 30 年度から尿中アルブミンを特定健診の項目に加えましたが、他の検査について精密検査あるいは二次健診として、検査の実施を検討していきます。二次健診の検査項目として下記の項目が検討されます。なお、検査の結果の記入など糖尿病連携手帳の活用が望まれます。

- ・75g糖負荷試験（耐糖能異常を見る）
- ・HOMA-R（インスリン抵抗性の簡単な指標）
- ・L-FABP（尿細管の血流不全や酸化ストレスの状態を反映）
- ・頸動脈エコー（頸動脈所見は、心血管発症の独立した危険因子）またはFMD（血管内皮機能評価検査）

ウ対象者の管理

「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します。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も特定健康診査の事後支援の中で取り組んでいきます。

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。

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きます。

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います。

短期的評価

メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少

高血圧、糖尿病、脂質異常症、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

⑦実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

(3) 脳血管疾患重症化予防

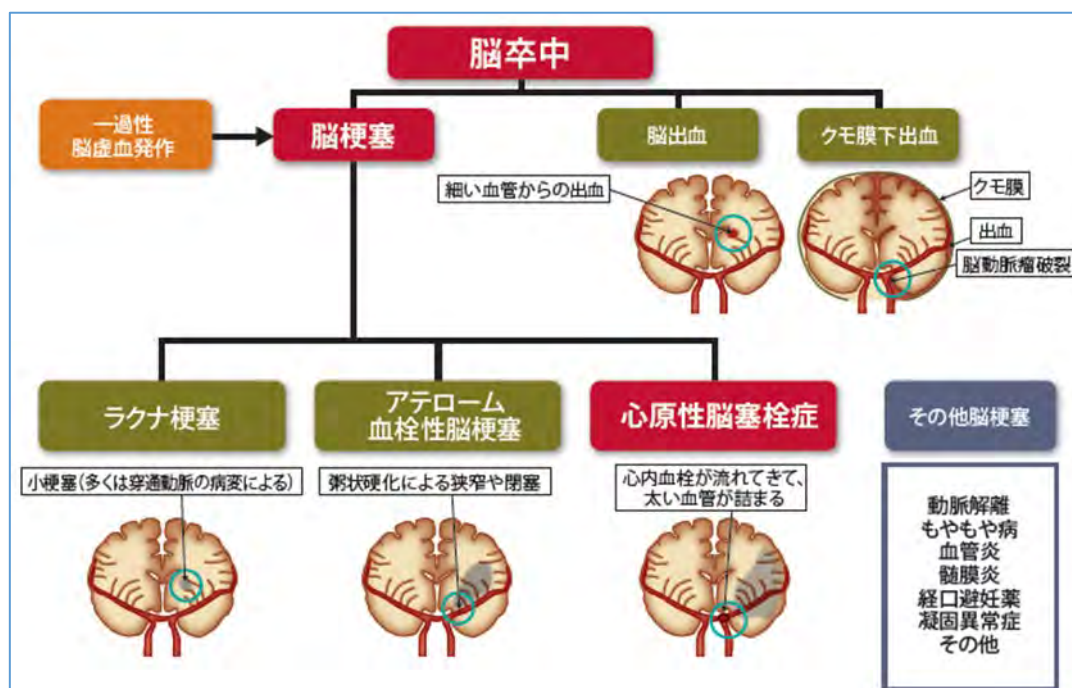
①基本的な考え方

血圧が高いほど、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病の罹患率は高くなります。脳卒中の危険因子としては、年齢、男性、高血圧、糖尿病、脂質異常、喫煙、心房細動、大量飲酒などがありますが、発症予防、再発予防ともに高血圧のコントロールが最も重要と考えられています。

高血圧の影響は心筋梗塞よりも脳血管疾患で特異的であることから、脳血管疾患の減少を目指すために高血圧を入り口として、保健指導対象者の明確化、保健指導の実施および評価を行います。

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」等に基づき進めていきます。

【図表 60】



※「脳卒中予防への提言」より引用

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	慢性腎臓病
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

重症化予防対象者の抽出に当たっては、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健診データより実態を把握します。

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度高血圧以上の未治療者は早急な受診勧奨が必要です。また治療中でもリスクを有する人は医療機関と連携した保健指導が必要です。

- ・高血圧者（未治療の者を優先に考える）
- ・降圧治療にない人を血圧に基づいた脳血管疾患リスク層別化を行う

図表62は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。降圧薬治療者を除いているので高リスク群にあたる①②については早急な受診勧奨が必要になってきます。

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にの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」になる頻度の高いものです。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。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調査が必要です。

【図表 62】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	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	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
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	63	23 36.5%	16 25.4%	14 22.2%	8 12.7%	2 3.2%	0 0.0%	0 0.0%	3 4.8%	7 11.1%
	リスク第1層	11 17.5%	6 26.1%	1 6.3%	3 21.4%	0 0.0%	4 50.0%	1 50.0%	0 --	1 0.0%
リスク第2層	29 46.0%	14 60.9%	7 43.8%	5 35.7%	2 25.0%	3 50.0%	1 50.0%	0 --	2 66.7%	1 14.3%
	リスク第3層	23 36.5%	3 13.0%	8 50.0%	6 42.9%	2 75.0%	0 0.0%	0 --	0 --	6 85.7%
再掲 重複あり	糖尿病	3 13.0%	2 66.7%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 --			
	慢性腎臓病 (CKD)	14 60.9%	1 33.3%	7 87.5%	3 50.0%	0 --	0 --			
	3個以上の危険因子	11 47.8%	1 33.3%	1 12.5%	4 66.7%	5 83.3%	0 --			

リスク第1層（予後影響因子がない）

リスク第2層（糖尿病以外の1～2の危険因子、3項目を満たすメタボいずれかとする）

リスク第3層（糖尿病、CKD、臓器障害、心血管病、4項目を満たすメタボ、3個以上の危険因子のいずれかとする）

※（参考）高血圧治療ガイドライン 2014 日本高血圧学会

③保健指導の実施

ア受診勧奨及び保健指導

高血圧治療ガイドライン 2014 では「高血圧は患者の診療室血圧および家庭血圧のレベルによって診断される。両者に較差がある場合、家庭血圧による高血圧診断を優先する」ことから家庭血圧測定及び医療機関受診を勧めていきます。

イ精密検査または二次健診

脳血管疾患発症予防に向けて、対象者の血管変化を確認するため、対象者の状況に合わせて二次健診の実施を検討します。

ウ対象者の管理

・高血圧者の管理

過去の健診受診状況なども踏まえ、II度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。

・心房細動の管理

健診受診者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ます。

【図表 63】

心房細動管理台帳																									
KDB コード	受診 番号	基本情報					治療状況			治療の有無		毎年健診すること													
		行政区	担当 科	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診断開始日	治療 病名	治療 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

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。

未治療者で健診結果および二次健診結果、家庭血圧測定結果から医療機関受診が必要と判断された場合、医療機関を受診する際に上記の結果、記録を持参することで、適切な治療の判断が可能となります。

治療中ではあるが、血管のリスクのコントロールが不良の場合は、健診データや医療機関の検査データ等を通じて医療機関との連携を行い、血管リスクの低減に向けた保健指導・栄養指導を行います。

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きます。

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きます。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 1 回行うものとしします。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います。

短期的評価

Ⅱ 度高血圧症者の減少

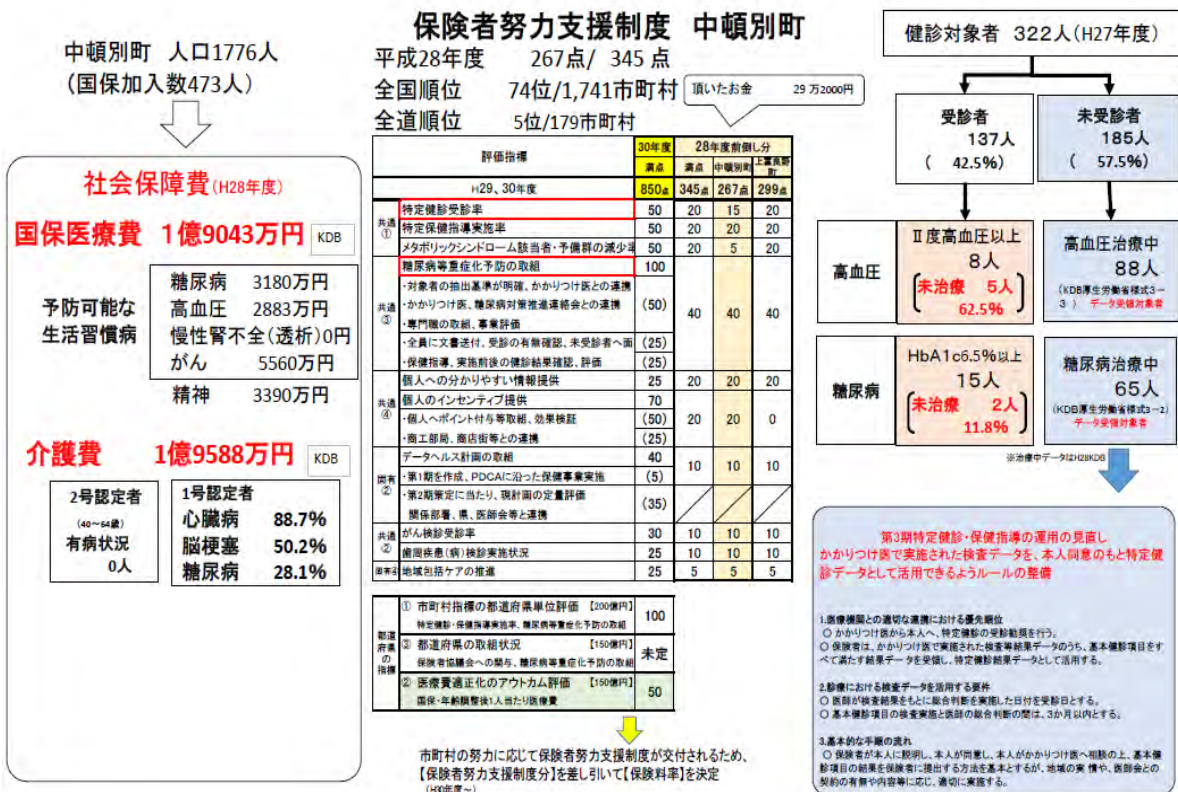
高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

4 ポピュレーションアプローチ

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

健診は異常の有無にかかわらず、健診結果を通して自身のからだの状態を知り、予防へとつながる学習が出来る貴重な機会となります。その他健康づくりセミナー、各種の健康教育、地域の健康相談、介護予防事業、広報等も活用し、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある健診受診率、治療の状況、生活習慣などについて周知し、予防に向けた啓発を行います。

【図表 64】



【図表 65】

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

1. からだの実態

①健診データ

腹囲	17位
BMI	5位
GPT	2位
中性脂肪	17位
収縮期血圧(180以上)	14位
拡張期血圧(100以上)	20位
空腹時血糖126以上	23位
HbA1c8.4以上	30位
LDLコレステロール180以上	10位

(様式6-2～6-7健診有所見者状況
平成26年度 全医療保険者)
11月白冊子P427

摂取エネルギー
の過剰と内臓脂肪型肥満

②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外(平成26年)

	入院外	入院
糖尿病	39位	12位

p131

③糖尿病腎症による新規透析導入者の状況(平成27年)

	23位	43.60%
北海道		

p138

2. 北海道の食の実態

家庭

チーズ	p37	6位
バター	p37	7位

生鮮肉	p35	1位
加工肉	p35	1位
冷凍・缶詰	p35	1位
ソーセージ・ベーコン	p35	2位

鮭	p30	2位
帆立	p32	2位
貝類	p32	3位
かに	p31	4位
さんま	p30	5位

米	p26	3位
---	-----	----

チョコレート	p55	2位
炭酸飲料水	p57	3位
スナック菓子	p54	4位
キャンデー	p55	4位

メロン	p47	2位
-----	-----	----

玉葱	p40	1位
かぼちゃ	p41	3位
じゃがいも	p41	5位
野菜摂取量	p24	46位

外食

バー・キャバレー ナイトクラブ	(p25) 4位
焼き肉店	7位
寿司店	7位
トーナツ店・ アイスクリーム店等	9位

焼酎	(p63) 1位
ウイスキー・ブランデー	4位
リキュール	5位
ビール	6位
ワイン	6位

家計調査
(食品ランキング2014～2015平均)

4 保健事業の実施体制

平成30年度以降保険者によるデータヘルス計画を推進していくために専門職の確保と有効活用を推進し、効果的な保健事業を展開します。

5 重複受診者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行います。

6 後発医薬品の使用促進

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進に関する取り組みを推進します。また多様な機会を通じて、後発医薬品の普及・啓発に努めます。

第5章 地域包括ケアに係る取組

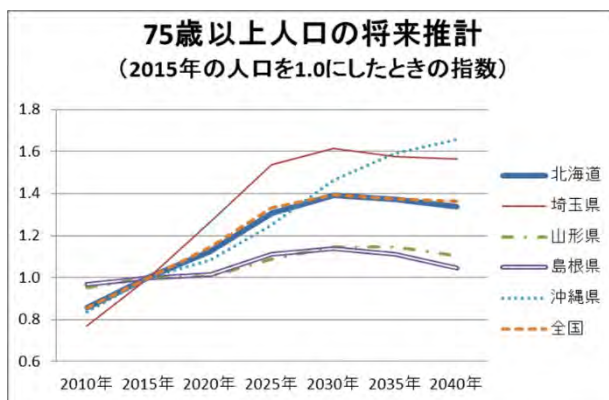
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提とし、いかにして要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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内、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。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する。第 4 章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができます。

中頓別町の高齢者人口は緩やかな減少傾向にあります。平成 29 年 10 月 1 日現在、691 人となっており、そのうち、65～74 歳は 306 人、75 歳以上は 385 人となっています。一方、総人口に占める高齢者の割合（高齢化率）は増加傾向にあり、平成 29 年の高齢化率は 39.0%となっています。平成 37 年（2025 年）には高齢者人口は 640 人、高齢化率は 45.3%となることが見込まれています。また平成 52 年（2040 年）に 75 歳以上人口は平成 27 年（2015 年）の 1.7 倍となることが見込まれています。

高齢者の増加と併せて、医療費も増大しています。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要です。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。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、3年後の平成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)	・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 他システム活用環境の確保
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、特定保健指導実施率 ・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、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の担当地区の被保険者分については定期的に行います。

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。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連合会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、このため、国指針において、公表するものとされています。

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、町内の関係団体経由で医療機関等に周知します。

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

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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

資 料 編

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた中頓別町の位置							平成28年度															
項目				中頓別町		同規模平均		道		国		データ元 (CSV)										
				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		1,972		712,964		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）		710		36.0		250,396		35.1			1,356,131		24.8		29,020,766		23.2		
			75歳以上		399		20.2							669,235		12.2		13,989,864		11.2		
			65～74歳		311		15.8							686,896		12.5		15,030,902		12.0		
			40～64歳		685		34.7							1,932,595		35.3		42,411,922		34.0		
	39歳以下		577		29.3						2,186,450		39.9		53,420,287		42.8					
	②	産業構成	第1次産業		19.2		22.7		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		13.1		21.7		18.1		25.2											
			第3次産業		67.8		55.6		74.2		70.6											
	③	平均寿命	男性		80.1		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握									
女性			87.0		86.5		86.3		86.4													
④	健康寿命	男性		64.8		65.1		64.9		65.2												
		女性		66.5		66.7		66.5		66.8												
2	①	死亡の状況	標準化死亡率比（SMR）		男性		80.2		102.6		101.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
					女性		66.3		98.2		97.6		100									
			死 因	がん		16		59.3		2,874		44.3		18,759		51.6		367,905		49.6		
				心臓病		8		29.6		1,917		29.6		9,429		25.9		196,768		26.5		
				脳疾患		2		7.4		1,158		17.9		4,909		13.5		114,122		15.4		
				糖尿病		0		0.0		115		1.8		669		1.8		13,658		1.8		
				腎不全		0		0.0		231		3.6		1,543		4.2		24,763		3.3		
				自殺		1		3.7		187		2.9		1,080		3.0		24,294		3.3		
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		132		17.9		49,966		20.0		315,539		23.0		5,885,270		21.2			
			新規認定者		1		0.3		781		0.3		5,299		0.3		105,636		0.3			
			2号認定者		0		0.0		856		0.4		7,541		0.4		151,813		0.4			
	②	有病状況	糖尿病		29		28.1		10,599		20.4		82,322		25.0		1,350,152		22.1			
			高血圧症		99		77.3		28,380		55.1		169,738		51.7		3,101,200		50.9			
			脂質異常症		80		57.6		14,058		27.1		100,963		30.7		1,741,866		28.4			
			心臓病		115		88.7		31,946		62.2		189,496		57.9		3,529,682		58.0			
			脳疾患		66		50.2		13,362		26.3		79,966		24.6		1,538,683		25.5			
			がん		33		23.8		4,857		9.3		38,646		11.6		631,950		10.3			
			筋・骨格		92		74.0		28,320		55.1		168,752		51.4		3,067,196		50.3			
精神			75		58.5		19,128		37.0		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）		84,393				73,752				57,970				58,284						
		居宅サービス		22,656				39,649				38,885				39,662						
		施設サービス		263,482				273,932				283,121				281,186						
④	医療費等	要介護認定別		9,745				8,522				8,974				7,980						
		医療費（40歳以上）		5,142				4,224				4,605				3,816						
4	①	国保の状況	被保険者数		473				198,805				1,312,713				32,587,223					
			65～74歳		225		47.6						547,063		41.7		12,462,053		38.2			
			40～64歳		153		32.3						441,494		33.6		10,946,693		33.6			
			39歳以下		95		20.1						324,156		24.7		9,178,477		28.2			
			加入率		24.0				28.1				24.0				26.9					
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		1		2.1		47		0.2		569		0.4		8,255		0.3			
			診療所数		3		6.3		621		3.1		3,377		2.6		96,727		3.0			
			病床数		50		105.7		3,963		19.9		96,574		73.6		1,524,378		46.8			
			医師数		2		4.2		541		2.7		12,987		9.9		299,792		9.2			
			外来患者数		658.6				652.3				646.1				668.1					
			入院患者数		31.0				23.7				22.9				18.2					
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		33,568				26,817				27,782				24,245					
			受診率		689.582				676.037				668.94				686.286					
			外 費用の割合		53.6				55.3				55.2				60.1					
			来 件数の割合		95.5				96.5				96.6				97.4					
			入 費用の割合		46.4				44.7				44.8				39.9					
			院 件数の割合		4.5				3.5				3.4				2.6					
			1件あたり在院日数		17.0日				16.3日				15.8日				15.6日					
			がん		36,874,370		33.1		24.2				28.5				25.6					
	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	慢性腎不全（透析あり）		0		0.0		7.9				6.5				9.7					
			糖尿病		11,784,280		10.6		10.1				9.2				9.7					
			高血圧症		12,022,940		10.8		9.4				7.9				8.6					
			精神		25,897,600		23.3		18.6				17.2				16.9					
			筋・骨格		16,666,470		15.0		16.4				16.3				15.2					

項目				中頃別町		同規模平均		道		国		データ元 (CSV)		
				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	510,255	147位	(21)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	538,312	150位	(17)							
				脂質異常症	545,946	107位	(16)							
				脳血管疾患	429,965	175位	(13)							
				心疾患	510,256	167位	(15)							
				腎不全	608,573	123位	(27)							
				精神	439,359	142位	(25)							
				悪性新生物	605,498	132位	(18)							
		県内順位 順位総数183	入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	33,802	144位							
					高血圧	33,707	59位							
					脂質異常症	27,583	132位							
					脳血管疾患	41,241	44位							
					心疾患	34,460	146位							
					腎不全	63,791	166位							
					精神	30,162	78位							
					悪性新生物	76,668	10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	5,957			3,151		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	15,794			12,337		15,426		12,339			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	14,637			8,737		4,353		6,742			
			健診未受診者	38,809			34,206		46,986		35,459			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	62	45.9		37,189	56.9	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	56	41.5		33,746	51.6	131,617	52.7	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率	6	4.4		3,443	5.3	11,626	4.7	357,742	4.5			
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数183	メタボ	健診受診者	135		65,384		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	43.5	道内59位 同規模157位	46.4		27.5	全国44位	36.4		
				特定保健指導終了者(実施率)	6	66.7	3,904	45.4	7,107	23.9	198,683	21.1		
				非肥満高血糖	11	8.1	6,352	9.7	19,584	7.8	737,886	9.3		
				該当者	33	24.4	12,200	18.7	42,055	16.8	1,365,855	17.3		
					男性	16	30.2	8,464	27.7	28,852	27.8	940,335		27.5
					女性	17	20.7	3,736	10.7	13,203	9.0	425,520		9.5
					予備群	8	5.9	7,622	11.7	26,495	10.6	847,733		10.7
				男性	6	11.3	5,264	17.2	18,510	17.9	588,308	17.2		
					女性	2	2.4	2,358	6.8	7,985	5.5	259,425		5.8
				総数	47	34.8	22,315	34.1	77,338	31.0	2,490,581	31.5		
					男性	27	50.9	15,455	50.5	53,297	51.4	1,714,251		50.2
					女性	20	24.4	6,860	19.7	24,041	16.5	776,330		17.3
					総数	11	8.1	4,378	6.7	16,335	6.5	372,685		4.7
				BMI	男性	1	1.9	814	2.7	2,776	2.7	59,615		1.7
					女性	10	12.2	3,564	10.2	13,559	9.3	313,070		7.0
				血糖のみ	0	0.0	530	0.8	1,436	0.6	52,296	0.7		
				血圧のみ	7	5.2	5,287	8.1	18,409	7.4	587,214	7.4		
				脂質のみ	1	0.7	1,805	2.8	6,650	2.7	208,214	2.6		
				血糖・血圧	3	2.2	2,183	3.3	6,203	2.5	212,002	2.7		
血糖・脂質	1	0.7	681	1.0	2,088	0.8	75,032	0.9						
血圧・脂質	12	8.9	5,537	8.5	21,216	8.5	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	17	12.6	3,799	5.8	12,548	5.0	415,310	5.3						
6	②	生活習慣の 状況	既往歴	高血圧	72	53.3	23,752	36.3	83,160	33.3	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	22	16.3	5,883	9.0	18,205	7.3	589,711	7.5		
				脂質異常症	57	42.2	14,929	22.8	61,645	24.7	1,861,221	23.6		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	6	4.4	1,997	3.2	8,245	3.5	246,252	3.3		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	5	3.7	3,427	5.5	13,251	5.6	417,378	5.5		
				腎不全	0	0.0	373	0.6	1,163	0.5	39,184	0.5		
				貧血	20	14.8	5,122	8.4	22,312	9.4	761,573	10.2		
				喫煙	27	20.0	10,886	16.7	41,773	16.7	1,122,649	14.2		
				週3回以上朝食を抜く	9	8.7	4,442	7.7	23,367	10.4	585,344	8.7		
				週3回以上食後間食	16	15.5	7,977	13.9	35,967	16.1	803,966	11.9		
				週3回以上就寝前夕食	24	23.3	9,245	16.1	32,801	14.7	1,054,516	15.5		
				食べる速度が速い	32	31.1	16,109	28.0	61,284	27.4	1,755,597	26.0		
				20歳時体重から10kg以上増加	29	28.2	19,703	34.1	74,549	33.3	2,192,264	32.1		
				1回30分以上運動習慣なし	65	63.1	39,568	67.9	139,348	61.9	4,026,105	58.8		
1日1時間以上運動なし	53	51.5	28,954	50.1	107,812	48.0	3,209,187	47.0						
③	睡眠不足	34	33.3	13,994	24.2	50,615	22.6	1,698,104	25.1					
		毎日飲酒	21	20.4	16,174	26.7	49,556	21.9	1,886,293	25.6				
		時々飲酒	23	22.3	13,654	22.6	59,555	26.3	1,628,466	22.1				
		一日飲酒量	1合未満	22	44.9	23,418	57.0	86,467	58.1	3,333,836	64.0			
			1～2合	19	38.8	11,323	27.6	39,620	26.6	1,245,341	23.9			
			2～3合	6	12.2	4,591	11.2	17,547	11.8	486,491	9.3			
			3合以上	2	4.1	1,750	4.3	5,131	3.4	142,733	2.7			

第 1 期データヘルス計画評価指標に基づく経年変化

表 12 全体の経年変化（様式 6-1 年度毎に比べてみた中頓別町の位置）

項目			平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		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	実数	割合	
1	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		158	22.3	146	20.7	148	20.7	114	18.7	132	17.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		2	0.3	2	0.1	3	0.3	2	0.2	1	0.3	
			2号認定者		0	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	②	有病状況	糖尿病		40	26.5	55	27.7	69	38.8	49	40.9	29	28.1	
			高血圧症		128	78.6	121	80.7	120	87.5	92	78.8	99	77.3	
			脂質異常症		70	46.0	67	41.6	77	49.6	66	54.6	80	57.6	
			心臓病		139	87.8	133	89.3	131	87.5	103	87.8	115	88.7	
			脳疾患		58	38.9	66	41.0	62	43.1	60	47.0	66	50.2	
			がん		25	17.7	33	18.9	30	15.7	27	21.6	33	23.8	
			筋・骨格		109	70.5	109	71.9	115	75.6	86	78.4	92	74.0	
			精神		58	34.6	53	37.0	84	55.2	73	60.8	75	58.5	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		76,769		83,507		82,446		83,244		84,393		
			居宅サービス		30,886		33,009		30,556		23,711		22,656		
			施設サービス		230,882		232,645		256,026		263,551		263,482		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	9,244		5,802		6,998		12,073		9,745		
			認定なし		4,124		4,006		4,215		5,643		5,142		
2	①	国保の状況	被保険者数		572		564		534		498		473		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			65～74歳		224	39.2	229	40.6	229	42.9	231	46.4	225	47.6	
			40～64歳		228	39.9	216	38.3	196	36.7	174	34.9	153	32.3	
			39歳以下		120	21.0	119	21.1	109	20.4	93	18.7	95	20.1	
			加入率		29.0		28.6		27.1		25.3		24.0		
	②	医療の概況 （人口千対）	病院数		1	1.7	1	1.8	1	1.9	1	2.0	1	2.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			診療所数		4	7.0	3	5.3	3	5.6	3	6.0	3	6.3	
			病床数		50	87.4	50	88.7	50	93.6	50	100.4	50	105.7	
			医師数		1	1.7	1	1.8	1	1.9	1	2.0	2	4.2	
			外来患者数		701.5		661.4		656.4		633.7		658.6		
			入院患者数		25.0		20.7		22.7		25.7		31.0		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		30,227	道内35位 同規模35位	28,006	道内62位 同規模65位	29,622	道内51位 同規模60位	32,090	道内29位 同規模40位	33,518	道内19位 同規模34位	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		726.475		682.171		679.061		659.442		649.582		
			外 来	費用の割合	55.2		62.7		64.0		59.2		53.6		
				件数の割合	96.6		97.0		96.7		96.1		95.5		
			入 院	費用の割合	44.8		37.3		36.0		40.8		46.4		
				件数の割合	3.4		3.0		3.3		3.9		4.5		
			1件あたり在院日数		16.3日		17.4日		16.5日		17.1日		17.0日		
	④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療費資源傷病 名（調剤含む）	新生物		19.8		23.0		22.3		26.8		33.1		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域
			慢性腎不全（透析あり）		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		
			糖尿病		20.0		18.2		16.5		13.4		10.5		
			高血圧症		12.1		9.5		14.1		11.1		10.9		
			精神		21.7		18.1		20.3		19.8		23.2		
			筋・骨疾患		17.7		17.5		13.4		14.2		15.0		

項目				平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		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	実数	割合		
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	506,438	115位 (19)	534,346	96位 (21)	464,492	156位	469,769	163位 (20)	510,255	147位 (21)			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域
				高血圧	863,314	1位 (15)	603,109	85位 (19)	644,258	56位	580,212	118位 (14)	538,312	150位 (17)			
				脂質異常症	655,997	10位 (14)	683,109	13位 (21)	509,537	116位	613,800	49位 (13)	545,946	107位 (16)			
				脳血管疾患	1,314,302	1位 (18)	579,669	119位 (20)	503,177	161位	528,018	159位 (17)	429,965	175位 (13)			
				心疾患	840,823	5位 (14)	714,684	50位 (9)	699,335	77位	629,097	126位 (13)	510,256	167位 (15)			
				腎不全	448,500	148位 (11)	1,246,460	7位 (15)	234,331	178位	563,236	137位 (18)	608,573	123位 (27)			
				精神	449,831	88位 (27)	414,524	145位 (26)	416,147	152位	481,045	97位 (24)	439,359	142位 (25)			
				悪性新生物	529,434	124位 (14)	61,198	41位 (11)	602,190	121位	681,220	40位 (16)	605,498	132位 (18)			
				順位総数183													
		入院の（ ）内 は在院日数	外来	糖尿病	36,148	93位	35,713	114位	36,979	90位	40,217	69位	33,802	144位			
				高血圧	28,397	122位	31,605	81位	36,695	18位	37,701	22位	33,707	59位			
				脂質異常症	28,493	103位	29,319	99位	30,871	66位	33,504	38位	27,583	132位			
				脳血管疾患	36,195	78位	39,987	58位	44,580	31位	46,422	25位	41,241	44位			
				心疾患	36,051	125位	37,758	122位	39,865	111位	44,998	81位	34,460	146位			
				腎不全	42,578	167位	59,429	163位	55,596	171位	76,836	168位	63,791	166位			
				精神	27,025	131位	31,610	54位	31,157	65位	34,131	38位	30,162	78位			
				悪性新生物	44,340	98位	42,025	126位	51,594	85位	62,655	32位	76,668	10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	7,684		7,918		5,490		4,210		5,958			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
				健診未受診者	8,695		9,982		11,908		13,451		15,841				
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	19,413		19,433		13,175		11,055		14,622				
				健診未受診者	21,967		24,499		28,532		35,316		38,875				
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者			133	61.3	115	58.7	108	63.2	68	49.6	63	46.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率			130	59.9	109	55.6	99	57.9	63	46.0	57	41.9		
			医療機関非受診率			3	1.4	6	3.1	9	5.3	5	3.6	6	4.4		

表13 医療費の変化

医療費分析の経年比較

(1) 総医療費

KDB帳票No.052「医療費分析の経年比較」

KDB帳票No.4「市町村別データ」

項目	総医療費(円)					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
H24年度	203,337,130	-	9109万円	-	1億1224万円	-
H25年度	187,818,710	-15,518,420	6986万円	-2123万円	1億1607万円	383万円
H26年度	188,013,960	195,250	6768万円	-188万円	1億1469万円	-138万円
H27年度	191,002,550	2,988,590	7793万円	1030万円	1億2224万円	755万円
H28年度	190,430,900	-571,650	9016万円	1223万円	1億2071万円	-153万円
H29年度						

(2) 一人当たり医療費

KDB帳票No.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

KDB帳票No.4「市町村別データ」同規模保険者の状況

	項目	1人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H 2 4 年 度	保険者 (地区)	30,206	11,267	18,939			
	同規模	24,860	11,162	13,698			
	道	25,767	11,518	14,249			
	国	21,680	8,780	12,900			
H 2 5 年 度	保険者 (地区)	28,012	12,549	15,463	-7.3%	11.4%	-18.4%
	同規模	25,110	11,525	13,585	1.0%	3.3%	-0.8%
	道	26,274	11,850	14,424	2.0%	2.9%	1.2%
	国	22,616	9,273	11,343	4.3%	5.6%	-12.1%
H 2 6 年 度	保険者 (地区)	29,622	10,659	18,964	5.7%	-15.1%	22.6%
	同規模	25,930	12,184	14,825	3.3%	5.7%	9.1%
	道	26,642	12,213	14,788	1.4%	3.1%	2.5%
	国	23,292	9,387	13,905	3.0%	1.2%	22.6%
H 2 7 年 度	保険者 (地区)	32,090	13,084	19,006	8.3%	22.8%	0.2%
	同規模	26,959	12,068	15,610	4.0%	-1.0%	5.3%
	道	27,835	12,543	15,776	4.5%	2.7%	6.7%
	国	24,452	9,585	14,869	5.0%	2.1%	6.9%
H 2 8 年 度	保険者 (地区)	33,568	15,583	17,985	4.6%	19.1%	-5.4%
	同規模	26,819	12,402	15,294	-0.5%	2.8%	-2.0%
	道	27,782	12,686	15,566	-0.2%	1.1%	-1.3%
	国	24,253	9,678	14,576	-0.8%	1.0%	-2.0%
H 2 9 年 度	保険者 (地区)						
	同規模						
	道						
	国						

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

表14 疾病の発生状況の経年変化(1)

疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

KDB帳票No.21・No.23「厚労省様式」医療費分析(1)細小分類

疾患	虚血性心疾患								
	患者数 (様式3-5)	増減率	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)			
				保険者	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
平成24年	47	-	-			0	-	0	-
平成25年	40	-7人	-14.9%			0	-	0	-
平成26年	35	-5人	-12.5%			0	-	0	-
平成27年	22	-13人	-37.1%						
平成28年	29	7人	31.8%						
平成29年									

毎年5月診療分(KDB7月作成)

疾患	脳血管疾患								
	患者数 (様式3-6)	増減率	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)			
				保険者	同規模	脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率
平成24年	45	-	-			0	-	0	-
平成25年	41	-4人	-8.9%			0	-	0	-
平成26年	34	-7人	-17.1%			654,430		160,390	
平成27年	20	-14人	-41.2%						
平成28年	23	3人	15.0%						
平成29年									

毎年5月診療分(KDB7月作成)

疾患	糖尿病性腎症							
	患者数 (様式3-2)	増減率	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)		
				保険者	同規模	糖尿病	伸び率	
平成24年	20	-	-	0	7.891	0	-	
平成25年	16	-4人	-20.0%	0	8.349	136,824		
平成26年	16	-	-	3.425	8.118	375,130		
平成27年	16	-	-	1.294	0.712			
平成28年	13	-3人	-18.8%		0.660	130,112		
平成29年								

毎年5月診療分(KDB7月作成)

疾患	慢性閉塞性肺疾患(COPD) (82疾病)			
	患者数(千人当たり)-入院		患者数(千人当たり)-入院外	
	保険者		同規模	
	保険者	同規模	保険者	同規模
平成24年	0	0.032	0	0.722
平成25年	0	0.038	1.789	1.135
平成26年	0	0.044	1.891	1.042
平成27年	0	0.045	0	1.131
平成28年	0	0.060	0.881	1.286
平成29年				

年度累計

表15 疾病の発生状況の経年変化(2)

共通する基礎疾患(短期的な目標疾患)

KDB帳票No.21「厚労省様式」医療費分析(1)細小分類

疾患	糖尿病					高血圧					脂質異常症					高尿酸血症				
	患者数	増減	増減率	新規患者数(千人当たり)		患者数	増減	増減率	新規患者数(千人当たり)		患者数	増減	増減率	新規患者数(千人当たり)		患者数	増減	増減率	新規患者数(千人当たり)	
				保険者	同規模				保険者	同規模				保険者	同規模				保険者	同規模
平成24年	87	—			48.143	175	—	—		16.001	135	—	—			29	—			
平成25年	87	—		30.864	15.892	178	3人	1.7%	24.941	15.107	137	2人	1.5%	12.364	12.054	29	—	0.0%		
平成26年	102	15人	17.2%	28.571	17.001	165	-13人	-7.3%	19.084	16.005	136	1人	-0.7%	9.524	12.061	48	19人	65.5%	12.698	2.500
平成27年	51	-51人	-50.0%	64.725	15.584	149	-16人	-9.7%	15.534	15.435	120	-16人	-13.3%	14.239	12.485				6.189	2.816
平成28年	48	-3人	-5.9%	56.267	15.623	160	11人	7.4%	16.692	14.789	137	17人	14.2%	14.885	12.041				5.618	3.168
平成29年																				
毎年5月診療分(KDB 7月作成)																				

毎年5月診療分(KDB 7月作成)

表16 有所見者割合の経年変化

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6-2~6-7)

☆No.23帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H24	合計	37	42.5	45	51.7	11	12.6	15	17.2	5	5.7	46	52.8	61	70.1	11	12.6	47	54.0	18	20.7	30	34.5	2	2.3
	40-64	13	41.9	14	45.2	4	12.9	7	22.6	2	6.5	14	45.2	26	83.9	3	9.7	10	32.3	2	6.5	11	35.5	0	0.0
	65-74	24	42.9	31	55.4	7	12.5	8	14.3	3	5.4	32	57.1	35	62.5	8	14.3	37	66.1	16	28.6	19	33.9	2	3.6
H25	合計	42	51.2	47	57.3	19	23.2	18	22.0	9	11.0	40	48.8	41	50.0	11	13.4	41	50.0	21	25.6	29	35.4	1	1.2
	40-64	12	44.4	11	40.7	6	22.2	8	29.6	4	14.8	7	25.9	16	59.3	1	3.7	10	37.0	5	18.5	8	29.6	0	0.0
	65-74	30	54.5	36	65.5	13	23.6	10	18.2	5	9.1	33	60.0	25	45.5	10	18.2	31	56.4	16	29.1	21	38.2	1	1.8
H26	合計	29	46.0	37	58.7	9	14.3	16	25.4	5	7.9	32	50.8	39	61.9	3	4.8	32	50.8	20	31.7	22	34.9	0	0.0
	40-64	9	42.9	14	66.7	5	23.8	6	28.6	1	4.8	9	42.9	12	57.1	0	0.0	7	33.3	7	33.3	9	42.9	0	0.0
	65-74	20	47.6	23	54.8	4	9.5	10	4.2	4	9.5	23	54.8	27	64.3	3	7.1	25	59.5	13	31.0	13	31.0	0	0.0
H27	合計	27	42.9	29	46.0	7	11.1	10	15.9	3	4.8	24	38.1	32	50.8	6	9.5	32	50.8	20	31.7	16	25.4	1	1.6
	40-64	13	52.0	13	52.0	4	16.0	7	28.0	1	4.0	8	38.1	12	48.0	3	12.0	9	36.0	9	36.0	9	36.0	0	0.0
	65-74	14	36.8	16	42.1	3	7.9	3	7.9	2	5.3	16	42.1	17	44.7	3	7.9	23	92.0	11	28.9	7	18.4	1	2.6
H28	合計	23	43.4	27	50.9	8	15.1	11	20.8	8	15.1	26	49.1	25	47.2	4	7.5	24	45.3	14	26.4	12	22.6	1	1.9
	40-64	5	31.3	7	43.8	1	6.3	6	37.5	0	0.0	4	25.0	8	50.0	0	0.0	3	18.8	3	18.8	1	6.3	0	0.0
	65-74	18	48.6	20	54.1	7	18.9	5	13.5	8	21.6	22	59.5	17	45.9	4	10.8	21	56.8	11	29.7	7	18.9	1	2.7
H29	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H24	合計	52	39.7	33	25.2	20	15.3	20	15.3	2	1.5	65	49.6	76	58.0	2	1.5	70	53.4	26	19.8	61	46.6	0	0.0
	40-64	20	37.7	10	18.9	6	11.3	10	18.9	0	0.0	21	39.6	35	66.0	0	0.0	19	35.8	12	22.6	28	52.8	0	0.0
	65-74	32	41.0	23	29.5	14	17.9	10	12.8	2	2.6	44	56.4	41	52.6	2	2.6	51	65.4	14	17.9	33	42.3	0	0.0
H25	合計	43	37.1	32	27.6	13	11.2	20	17.2	3	2.6	45	38.8	60	51.7	3	2.6	60	51.7	32	27.6	48	41.4	0	0.0
	40-64	13	30.2	9	20.9	3	7.0	6	14.0	1	2.3	13	30.2	28	65.1	0	0.0	12	27.9	8	18.6	18	41.9	0	0.0
	65-74	30	41.0	23	31.5	10	13.7	14	19.2	2	2.7	32	43.8	32	45.1	3	4.2	48	85.7	24	33.8	29	39.7	0	0.0
H26	合計	46	42.2	27	24.8	9	8.3	15	13.8	1	0.9	38	34.9	63	57.8	1	0.9	65	59.6	31	28.4	49	45.0	1	0.9
	40-64	15	36.6	11	26.8	1	2.4	3	7.3	0	0.0	10	24.4	17	41.5	0	0.0	15	36.6	7	17.1	15	36.6	0	0.0
	65-74	31	45.6	16	23.5	8	11.8	12	17.6	1	1.5	27	39.7	44	64.7	1	1.5	47	69.1	22	32.3	29	42.6	1	1.5
H27	合計	26	35.1	15	20.3	4	5.4	11	14.9	0	0.0	18	24.3	41	55.4	0	0.0	35	47.3	21	28.4	29	39.2	0	0.0
	40-64	5	20.8	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	12.5	11	45.8	0	0.0	6	25.0	2	8.3	12	50.0	0	0.0
	65-74	21	42.0	14	28.0	4	8.0	11	22.0	0	0.0	15	30.0	30	60.0	0	0.0	29	58.0	19	38.0	17	34.0	0	0.0
H28	合計	30	36.1	21	25.3	8	9.6	11	13.3	3	3.6	29	34.6	41	49.4	1	1.2	43	51.8	18	21.7	32	38.6	0	0.0
	40-64	7	35.0	2	10.0	2	10.0	1	5.0	0	0.0	5	25.0	9	45.0	0	0.0	4	20.0	3	15.0	6	30.0	0	0.0
	65-74	23	36.5	19	30.2	6	9.5	10	15.9	3	4.8	24	38.1	32	50.8	1	3.0	39	61.9	15	23.8	26	41.2	0	0.0
H29	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

表17 メタボリックシンドローム該当者・予備群の経年変化

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)													☆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
男性	合計	87	51.5	3	3.4%	12	13.8%	2	2.3%	9	10.3%	1	1.1%	30	34.5%	8	9.2%	0	0.0%	11	12.6%	11	12.6%
	H24																						
	40-64	31	38.8	2	6.5%	5	16.1%	2	6.5%	2	6.5%	1	3.2%	7	22.6%	2	6.5%	0	0.0%	4	12.9%	1	3.2%
	65-74	56	62.9	1	1.8%	7	12.5%	0	0.0%	7	12.5%	0	0.0%	23	41.1%	6	10.7%	0	0.0%	7	12.5%	10	17.9%
	合計	82	50.3	2	2.4%	14	17.1%	1	1.2%	10	12.2%	3	3.7%	36	37.8%	5	6.1%	2	2.4%	10	12.2%	14	17.1%
	H25																						
	40-64	27	36.5	2	7.4%	2	7.4%	0	0.0%	1	3.7%	1	3.7%	7	25.9%	0	0.0%	1	3.7%	4	14.8%	2	7.4%
	65-74	55	61.8	0	0.0%	12	21.8%	1	1.8%	9	16.4%	2	3.6%	24	43.6%	5	9.1%	1	1.8%	6	10.9%	12	21.8%
	合計	63	39.9	4	6.3%	9	14.3%	0	0.0%	9	14.3%	0	0.0%	24	38.1%	4	6.3%	1	1.6%	7	11.1%	12	19.0%
	H26																						
40-64	21	30	2	9.5%	4	19.0%	0	0.0%	4	19.0%	0	0.0%	8	38.1%	1	4.8%	1	4.8%	3	14.3%	3	14.3%	
65-74	42	47.7	2	4.8%	5	11.9%	0	0.0%	5	11.9%	0	0.0%	16	38.1%	3	7.1%	0	0.0%	4	9.5%	9	21.4%	
合計	63	43.8	6	9.5%	9	14.3%	0	0.0%	9	14.3%	0	0.0%	14	22.2%	1	1.6%	0	0.0%	7	11.1%	6	9.5%	
H27	40-64	25	40.3	6	24.0%	2	8.0%	0	0.0%	2	8.0%	0	0.0%	5	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	3	12.0%
	65-74	38	46.3	0	0.0%	7	18.4%	0	0.0%	7	18.4%	0	0.0%	9	23.7%	1	2.6%	0	0.0%	5	17.2%	3	7.9%
	合計	53	39.6	5	9.4%	6	11.3%	0	0.0%	5	9.4%	1	1.9%	16	30.2%	2	3.8%	1	1.9%	6	11.3%	7	13.2%
	H28																						
40-64	16	29.1	4	25.0%	1	6.3%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	2	12.5%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	1	6.3%	
65-74	37	46.8	1	2.7%	5	13.5%	0	0.0%	4	10.8%	1	2.7%	14	37.8%	2	5.4%	0	0.0%	6	16.2%	6	16.2%	
合計																							
H29	40-64																						
	65-74																						

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
女性	合計	131	59.8	1	0.8%	5	3.8%	0	0.0%	5	3.8%	0	0.0%	27	20.6%	5	3.8%	0	0.0%	11	8.4%	11	8.4%
	H24																						
	40-64	53	49.1	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	9	17.0%	1	1.9%	0	0.0%	4	7.5%	4	7.5%
	65-74	78	70.3	1	1.3%	4	5.1%	0	0.0%	4	5.1%	0	0.0%	18	23.1%	4	5.1%	0	0.0%	7	9.0%	7	9.0%
	合計	116	55.8	1	0.9%	4	3.5%	0	0.0%	3	2.6%	1	0.9%	27	23.3%	3	2.6%	0	0.0%	13	11.2%	11	9.5%
	H25																						
	40-64	43	43.4	1	2.3%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.3%	7	16.3%	1	2.3%	0	0.0%	3	7.0%	3	7.0%
	65-74	73	67.0	0	0.0%	3	4.1%	0	0.0%	3	4.1%	0	0.0%	20	27.4%	2	2.7%	0	0.0%	10	13.7%	8	11.0%
	合計	109	53.4	2	1.8%	7	6.4%	0	0.0%	7	6.4%	0	0.0%	18	16.5%	1	0.9%	0	0.0%	7	6.4%	10	9.2%
	H26																						
40-64	41	46.6	1	2.4%	1	2.4%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	9	22.0%	1	2.4%	0	0.0%	3	7.3%	5	12.2%	
65-74	68	58.6	1	1.5%	6	8.8%	0	0.0%	6	8.8%	0	0.0%	9	13.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	5.9%	5	7.4%	
合計	74	41.3	0	0.0%	6	8.1%	0	0.0%	5	6.8%	1	1.4%	9	12.2%	0	0.0%	0	0.0%	5	6.8%	4	5.4%	
H27	40-64	24	36.9	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	50	43.9	0	0.0%	5	10.0%	0	0.0%	4	8.0%	1	2.0%	9	18.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	10.0%	4	8.0%
	合計	83	46.9	1	1.2%	2	2.4%	0	0.0%	2	2.4%	0	0.0%	18	21.7%	1	1.2%	0	0.0%	6	7.2%	11	13.3%
H28	40-64	20	30.8	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	1	5.0%
	65-74	63	56.3	1	1.6%	2	3.2%	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	16	25.4%	1	1.6%	0	0.0%	5	7.9%	10	15.9%
	合計																						
H29	40-64																						
	65-74																						

医療保険者における健診・保健指導の評価方法

様式 7

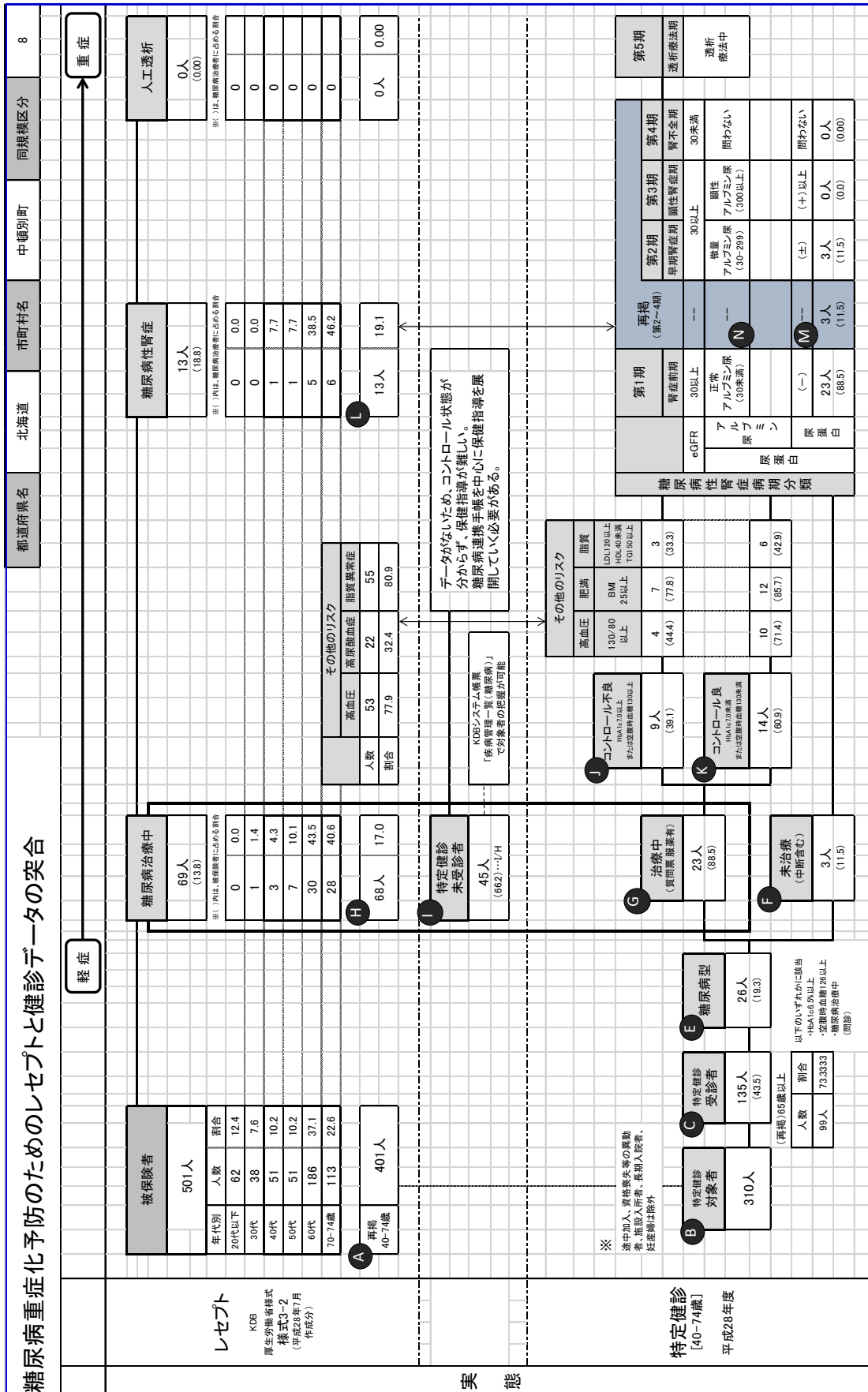
総計

		25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度
1	特定健康診査対象者数(40-74 歳)	367	338	322	310	
2	特定健康診査受診者数(人)	188	171	137	135	
3	健診受診率(%)	54	50.6	42.5	43.5	
4	評価対象者数(人)	188	171	137	135	
内臓脂肪症候群						
5	内臓脂肪症候群該当者数(人)	58	42	23	34	
6	内臓脂肪症候群該当者割合(%)	29.3	24.6	16.8	25.2	
7	内臓脂肪症候群予備群者数(人)	18	16	15	8	
8	内臓脂肪症候群予備群者割合(%)	9.1	8.4	10.9	5.9	
服薬						
9	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数(人)	107	97	56	72	
10	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合(%)	54	56.7	40.9	53.3	
11	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数(人)	75	68	50	58	
12	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合(%)	37.9	38.8	36.5	43.0	
13	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数(人)	42	34	15	23	
14	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合(%)	21.2	18.9	10.9	17.0	
内臓脂肪症候群該当者の減少率						
15	昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数(人)	52	47	35	18	
16	15 のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数(人)	4	1	1	1	
17	15 のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合(%)	7.7	2.1	2.9	5.6	
18	15 のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数(人)	2	5	3	1	
19	15 のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群でなくなった者の割合(%)	3.8	10.6	8.6	5.6	
20	内臓脂肪症候群該当者の減少率(%)	11.5	12.8	11.4	11.1	
内臓脂肪症候群予備群の減少率						
21	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数(人)	15	18	14	15	
22	21 のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数(人)	5	2	4	4	
23	21 のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合(%)	33.3	11.1	28.6	26.7	

		25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度
保健指導対象者の減少率						
24	昨年度の特定保健指導の対象者数(人)	18	12	14	15	
25	24のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数(人)	6	2	4	2	
26	特定保健指導対象者の減少率(%)	33.3	16.7	28.6	13.3	
27	昨年度の特定保健指導の利用者数(人)	14	10	12	10	
28	27のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数(人)	5	2	3	1	
29	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	35.7	20	25	10	
特定保健						
30	特定保健指導の対象者数(積極的支援)(人)	2	4	5	1	
31	特定保健指導の対象者の割合(積極的支援)(%)	1	2.3	3.6	0.7	
32	服薬中のため積極的支援の対象者から除外した者の数(人)	14	16	3	5	
33	特定保健指導の利用者数(積極的支援)(人)	0	3	2	0	
34	特定保健指導の利用者の割合(積極的支援)(%)	0	75	40	0	
35	特定保健指導の終了者数(積極的支援)(人)	0	1	1	0	
36	特定保健指導の終了者の割合(積極的支援)(%)	0	25	20	0	
37	特定保健指導の対象者数(動機づけ支援)(人)	12	11	11	8	
38	特定保健指導の対象者の割合(動機づけ支援)(%)	6.1	6.4	8	5.9	
39	服薬中のため動機づけ支援の対象者から除外した者の数(人)	59	48	31	38	
40	特定保健指導の利用者数(動機づけ支援)(人)	11	10	9	7	
41	特定保健指導の利用者の割合(動機づけ支援)(%)	91.7	90.9	81.8	87.5	
42	特定保健指導の終了者数(動機づけ支援)(人)	11	10	9	7	
43	特定保健指導の終了者の割合(動機づけ支援)(%)	91.7	90.9	81.8	87.5	
44	特定保健指導の対象者数(小計)(人)	14	15	16	9	
45	特定保健指導の終了者数(小計)(人)	11	11	10	7	
46	特定保健指導の終了者の割合(小計)(%)	78.6	73.3	62.5	77.8	

【参考資料4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価										同規模区分		8		都道府県		北海道		市町村名		中頓別町	
項目										実数表	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66				
											実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数								A	501人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲) 40-74歳									401人										
2	①	対象者数								B	310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	特定健診 受診者数									C	135人									
	③	受診率								43.5%											
3	①	特定 対象者数									9人										
	②	保健指導 実施率									77.8%										
4	①	健診 データ								E	26人	19.3%							特定健診結果		
	②									F	3人	11.5%									
	③									G	23人	88.5%									
	④									J	9人	39.1%									
	⑤										血圧 130/80以上	4人	44.4%								
	⑥										肥満 BMI25以上	7人	77.8%								
	⑦									K	14人	60.9%									
	⑧									M	第1期 尿蛋白(ー)	23人	88.5%								
	⑨										第2期 尿蛋白(±)	3人	11.5%								
	⑩										第3期 尿蛋白(+)以上	0人	0.0%								
	⑪										第4期 eGFR30未満	0人	0.0%								
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)								137.7人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2					
	②	(再掲) 40-74歳(被保険者千対)								169.6人											
	③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)							322件 (851.9)				1,754件 (757.6)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)					
	④		入院(件数)							2件 (5.3)				14件 (5.9)							
	⑤	糖尿病治療中								H	69人	13.8%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	⑥	(再掲) 40-74歳									68人	17.0%									
	⑦	健診未受診者								I	45人	66.2%									
	⑧	インスリン治療								O	7人	10.1%									
	⑨	(再掲) 40-74歳									7人	10.3%									
	⑩	糖尿病性腎症								L	13人	18.8%									
	⑪	(再掲) 40-74歳									13人	19.1%									
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)								0人 0.00%											
	⑬	(再掲) 40-74歳								0人 0.00%											
	⑭	新規透析患者数								0人 0.00%											
	⑮	(再掲) 糖尿病性腎症								0人 0.00%											
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)								1人 0.8%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー					
6	①	総医療費												285億7362万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題					
	②	生活習慣病総医療費												157億7925万円							
	③	(総医療費に占める割合)												55.2%							
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者											6,463円							
	⑤		健診未受診者											36,888円							
	⑥	糖尿病医療費												14億8471万円							
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)												9.4%							
	⑧	糖尿病入院外総医療費																			
	⑨	1件あたり																			
	⑩	糖尿病入院総医療費																			
	⑪	1件あたり																			
	⑫	在院日数																			
	⑬	慢性腎不全医療費												17億7484万円							
	⑭	透析有り												16億7088万円							
	⑮	透析なし												1億0397万円							
7	①	介護給付費												257億8233万円							
	②	(2号認定者)糖尿病合併症								0件	0.0%										
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)								0人	0.00%			40人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				



高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名

北海道

市町村名

中頓別町

同規模区分

8

軽症

重症

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの統合

レセプト

KDB 厚生労働省様式
様式2-2
(平成28年7月作成分)

被保険者		
年代別	人数	割合
20代以下	62	12.4
30代	38	7.6
40代	51	10.2
50代	51	10.2
60代	186	37.1
70~74歳	113	22.6

A

再掲

40~74歳

401人

高血圧症治療中

160人
(31.9%)

※再掲は、継続治療中に含まれる割合

1	1.6
3	7.9
2	3.9
6	11.8
80	43.0
68	90.2

H

156人

38.9

特定健診
対象者

310人

B

特定健診
対象者

310人

C

特定健診
受診者

135人
(43.5%)

E

高血圧
140/90以上

37人
(27.4%)

※

※ 追加入、資格喪失等の異動
者、施設入所者、長期入院者、
妊娠婦は除外

特定健診
[40~74歳]

平成28年度

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
53	10	44	109
34.0	6.4	28.2	89.9

I

特定健診
未受診者

84人
(H+G)
(L/H)

53.8

※再掲は、継続治療中に含まれる割合

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
53	10	44	109
34.0	6.4	28.2	89.9

H

156人

38.9

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
53	10	44	109
34.0	6.4	28.2	89.9

I

特定健診
未受診者

84人
(H+G)
(L/H)

53.8

※再掲は、継続治療中に含まれる割合

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
53	10	44	109
34.0	6.4	28.2	89.9

H

156人

38.9

重症化を予防するために臓器障害を
早期に発見するための精密検査

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1
0人	9人	10人
0人	90.0	100.0
0人	1人	0人
0人	10.0	0.0

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1
0人	9人	10人
0人	90.0	100.0
0人	1人	0人
0人	10.0	0.0

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1
0人	9人	10人
0人	90.0	100.0
0人	1人	0人
0人	10.0	0.0

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1
0人	9人	10人
0人	90.0	100.0
0人	1人	0人
0人	10.0	0.0

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1
0人	9人	10人
0人	90.0	100.0
0人	1人	0人
0人	10.0	0.0

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1
0人	9人	10人
0人	90.0	100.0
0人	1人	0人
0人	10.0	0.0

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1
0人	9人	10人
0人	90.0	100.0
0人	1人	0人
0人	10.0	0.0

※再掲は、重症化を予防するために精密検査
早期に発見するための精密検査

臓器障害

眼底検査 有所見者	心電図結果 有所見者	尿たんぱく (+以上)
0人	109人	27人
0人	80.7	100.0
0人	20人	3人
0人	22.2	11.1

【参考資料7】

今回のデータヘルス計画のために対象疾病をKDBの帳票で見ってみました

No.	項目名	種別名	中長期的目標					短期的目標					備考で 見る
			脳	心	腎	肝	メタボ	脂質	糖	血圧	CKD	喫煙	
			脳血管 疾患	虚血性 心疾患	慢性腎臓 疾患	慢性肝臓 疾患	メタボリック シンドローム	脂質異常 症	糖尿病	高血圧	慢性腎 臓病	喫煙	
1	1	地域全体像の把握	●	●	●	○	●	●	●	●	○	●	●
2	3	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	●	●	○		●	●	●	●		●	
3	4	市町村別データ	●	●	○								
4	4	国民健康保険者は数	●	●	○								
5	5	人口及び被保険者の状況											
6	8	質問票調査の状況										●	
7	7	健診の状況					●		(※2)				
8	8	医療費の状況											
9	9	介護費の状況											
10	10	厚生労働省様式(様式1-1)【30万円以上となったレセプト一覧】	○	●	●	○		○	○	○	○		●
11	11	厚生労働省様式(様式2-1)【7ヶ月入院しているレセプト一覧】	●	○	●	○		○	○	○	○		●
12	12	厚生労働省様式(様式2-2)【人工透析患者一覧】	○	○	●				●	○	○		●
13	13	厚生労働省様式(様式3-1)【生活習慣病全体のレセプト分析】	○	○	●			●	●	○	○		
14	14	厚生労働省様式(様式3-2)【糖尿病のレセプト分析】	○	○	●			○	●	○			
15	15	厚生労働省様式(様式3-3)【高血圧のレセプト分析】	○	○	●			○	○	●			
16	16	厚生労働省様式(様式3-4)【脂質異常症のレセプト分析】	○	○	●			●	○	○			
17	17	厚生労働省様式(様式3-5)【虚血性心疾患のレセプト分析】	○	●	●			○	○	○			
18	18	厚生労働省様式(様式3-6)【脳血管疾患のレセプト分析】	●	○	●			○	○	○			
19	19	厚生労働省様式(様式3-7)【人工透析のレセプト分析】	○	○	●			○	●	○			
20	20	厚生労働省様式(様式4-1)【都道府県の特長】	●	●	○				●				
21	21	厚生労働省様式(様式4-2) (都道府県別一人当たりの後期高齢者(老人)医療費の推移)											
22	22	厚生労働省様式(様式4-3) (生活習慣病における死亡と医療費の状況)	●	●	○				●				
23	23	厚生労働省様式(様式5-2-7)【健診有所見者状況】					○	○	○	○	○		
24	24	厚生労働省様式(様式5-8)【タボリック該当者・予備群】					●	○	○	○			
25	25	厚生労働省様式(様式5-9)【健診受診状況】											
26	26	厚生労働省様式(様式5-10) (国民健康生活習慣病予防のための健診・医療施策)					●						
27	27	厚生労働省様式(様式5-11)【肥・年齢別健康増進率】											
28	28	特定健診リスクバースン別集計表					○	○	○	○		●	
29	29	質問票項目別集計表	○(既往歴)						○(既往歴)			●	
30	31	特定健診結果集計表											
31	32	特定健診指導結果集計表											
32	33	特定健診・特定健診指導率・率管理表											
33	34	特定健診・特定健診指導率集計表(都道府県別)											
34	35	質問票項目別集計表(都道府県別)	○(既往歴)						○(既往歴)			●	
35	36	特定健診リスクバースン別集計表(都道府県別①)					○						
36	37	特定健診リスクバースン別集計表(都道府県別②)					○	○	○	○		●	
37	38	特定健診結果集計表(都道府県別)											
38	39	特定健診指導結果集計表(都道府県別)											
39	40	医療費分析(1)細小分類	●	●	●	○		●	●	●	○		●
40	41	医療費分析(2)大、中、細小分類	●	●	○	○		○	○	○	○		
41	42	疾病別医療費分析(大分類)	○(既往歴)	○(内分 類)	○(既 往歴)			○(内分 類、既 往歴)	○(既 往歴)		○		
42	43	疾病別医療費分析(中分類)	●	●	○	●		○	●	●	○		
43	44	疾病別医療費分析(細小分類)	●	●	○	●		●	●	●	○		
44	45	疾病別医療費分析(生活習慣病)	●	●				●	●	●			
45	46	医療費分析(健診有無別)											
46	47	要介護(支援)者認定状況	○	△※1	○※2				○				
47	48	要介護(支援)者有無状況	○	△※1	○※2				○				
48	49	要介護(支援)者認定状況	●	●	●			●	●	●			●
49	50	質問票調査の経年比較										●	
50	51	保健指導率と非保健指導率の経年比較					○	○	○	○			
51	52	医療費分析の経年比較											
52	53-1	医療・介護の割合の経年比較											
53	53-2	医療・介護の割合(要介護認定率)											
54	53-3	医療・介護の割合(有無状況)	○	△※1				●	●	●			
55	53-4	医療・介護の割合(在宅サービス・施設サービス)											
56	54	健診ツリー図					○	○	○	○	○		●
57	55	保健指導対象者一覧(保健指導対象者の数)	○(既往歴)					○	○	○	○	○	●
58	56	保健指導対象者一覧(受診動向者)	○(既往歴)					○	○	○	○	○	●
59	57	保健指導管理台帳	○	○	○				○	○	○		●
60	58	疾病管理(糖尿病)	●	●	●		○	○	●	○	○	○	●
61	59	疾病管理(脳卒中)	●	●	●		○	○	●	○	○	○	●
62	60	疾病管理(虚血性心疾患)	●	●	●		○	○	●	○	○	○	●
63	61	個人別履歴	●	●	●		○	○	●	○	○	○	●
64	62	5年間の履歴	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●

注1) ●は対象疾病が見えるもの、○は大きく見えるもの

※1は心臓病に高血圧が含まれているため△

※2は(再発)糖尿病合併症(神経障害・網膜症・腎症)を含むため○※2

一世代のうちに格差をなくそう

健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性

社会正義は生と死にかかることである。それは人々の生き方や、それに伴って生じる病にかかる可能性や、早世の危険に影響するものである。私たちは、一方では世界の特定の地域で平均余命と健康状態が改善し続ける様子に感嘆し、他方では、別の地域でそうした改善がみられないことに懸念を抱く。今日生まれた女の子がある国では 80 歳以上まで生きると期待できるのに、別の国では 45 歳までしか生きられないと予測される。同じ国の中であっても、社会的不遇の程度と密接に関係した劇的な健康格差が存在する。同じ国内であれ、異なる国の間であれ、このような格差は決して起こるべきではない。

これらの健康の不公平、つまり避けることが可能な健康の格差は、人々が成長し、生活し、労働し、老いていく環境と、既存の保健医療システムが原因となって生じる。人々が生まれ、死にゆく環境条件を形成するのは、政治的、社会的、経済的な諸力である。

政治政策および経済政策は、子どもが成長して潜在能力を全開させ、生き生きした生活を送ることができるか、それとも荒廃した生活を送ることになってしまうかを左右する。豊かな国でも貧しい国でも、解決すべき健康問題の本質は収束する傾向にある。ある社会の発展の水準は、その社会の貧富の程度にかかわらず、そこに暮らす人々の健康状態や、健康がいかに公平に社会階層の別なく保障されているか、そして健康障害による不遇から人々が保護されているかによって判定できる。

「健康の社会的決定要因に関する委員会」は、2005 年 WHO により、社会正義の精神にもとづいて、健康の公平性を促進するために必要な証拠（エビデンス）を揃え、健康の公平性の達成に向けた世界的な運動を前進させるために設置された。

委員会がその仕事を進めていくなかで、複数の国や機関が、健康の社会的決定要因に影響を与え、健康の公平性を向上させるような、社会全般に係わる政策やプログラムを作成する協力者となった。いまや、これらの国々や機関が世界的な運動の先頭に立っている。

本委員会は、WHO およびすべての政府に対して、健康の公平性を達成するために、健康の社会的決定要因に関して国際的な取り組みを先導することを求める。いまこそ各国政府や市民社会、WHO、そしてその他の国際機関が、世界の人々の生活を改善するために連帯して行動を起こすことが不可欠である。一世代で健康の公平性を達成することは、可能であり、正義であり、いまこそそれをなすべき時である。