

第2期保健事業実施計画
白老町データヘルス計画

平成30年度（2018年度）～平成35年度（2023年度）

平成30年3月 白老町

第2期保健事業実地計画（白老町データヘルス計画）目次

第1章	保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1.	背景・目的	
2.	計画の位置付け	
3.	計画期間	
4.	関係者が果たすべき役割と連携	
5.	保険者努力支援制度	
第2章	第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.	第1期計画に係る評価及び考察	
2.	第2期計画における健康課題の明確化	
3.	目標の設定	
第3章	特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	36
1.	第三期特定健診等実施計画について	
2.	目標値の設定	
3.	対象者の見込み	
4.	特定健診・特定保健指導の受診状況（第二期計画までの評価）	
5.	特定健診の実施	
6.	特定保健指導の実施	
7.	個人情報の保護	
8.	結果の報告	
9.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	

第4章 保健事業の内容	59
I 保健事業の方向性	
II 保健事業の実施体制	
III 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 虚血性心疾患重症化予防	
3. 脳血管疾患重症化予防	
IV ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	83
第6章 計画の評価・見直し	85
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の扱い	86
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	87
巻末資料（用語集）	99

第 2 期保健事業実施計画（白老町データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

白老町においては、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が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

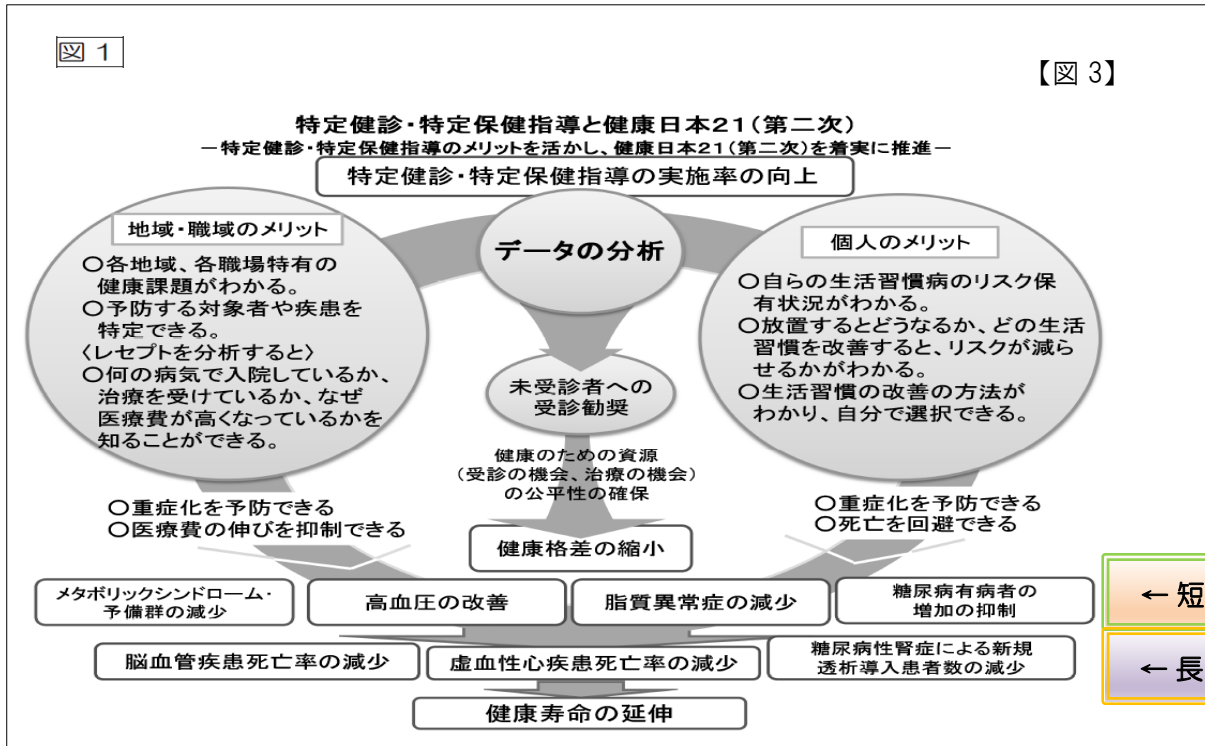
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C A サイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や白老町健康増進計画（白老町健康しらおい 21）、北海道医療費適正化計画、北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画と調和のとれたものとする必要がある。（図 1・2・3）

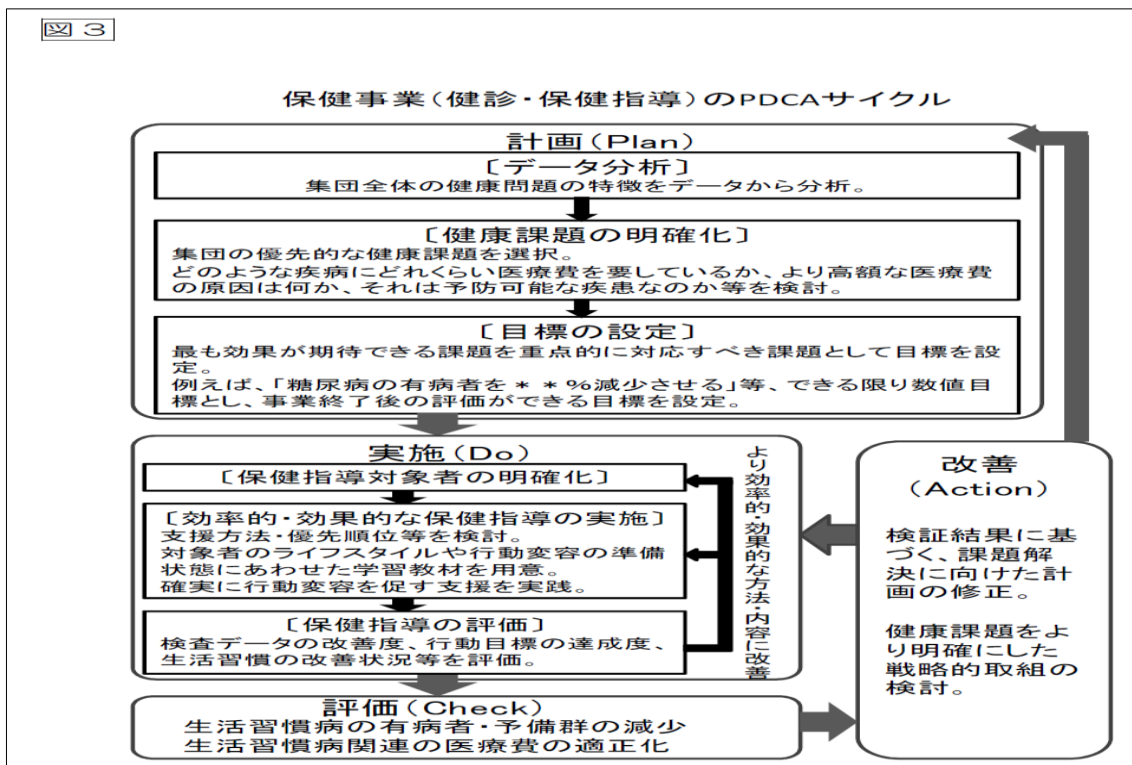
【図 1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	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28年9月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年8月 特定健康診査及び受診促進標準の選択かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年5月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年9月 医療費適正化に関する指針【全額改正】について基本指針【全額改正】	厚生労働省 医政局 平成28年12月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とするとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目的とし、その結果、 生活習慣病が慢性化する ものとなるよう、生活習慣病の重症及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の 生活習慣病の予防 を目的とし、糖尿病等を予防することができれば、高血圧者を含む多くの人が、 生活習慣病を合併しない 状態を維持し、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図ることができ、 生活習慣病の重症化を抑制 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着目し、生活習慣を改善するための検査実施推進を必要とするものと、 地域に抽出 するために行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 自主的な健康増進及び発症予防の取組み について、 医療者がその支援の中心 となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 財政負担軽減 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの 予防 又は、要介護状態等の発生もしくは 重症化の防止 を理念としている	国民健康保険を堅持 し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていくとともに、 国民が適度な医療を効果的に選択する役割 の重要性を促す。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において役割の異なる医療の連携 を実現し、 負荷かつ適切な医療を効率的に提供 する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(幼少児童期、 若壮年期 、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高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層(壮年世代、小児期からの生活習慣づくり)	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(特定疾病)	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メタヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 末期 老老期の認知症、早老症 骨質・骨密度低下 パーキンソン病関連疾患 腎臓病(慢性腎臓病、慢性腎臓不全) 脳卒中(脳梗塞、脳出血) 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦韌帯硬化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による透析開始患者数・透析患者数) ③慢性閉塞性肺疾患 ④血糖コントロール良好率(特定健診におけるコントロール不良者) ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健診率 ⑦特定健康診査の実施率 ⑧メタボリックシンドローム該当者 ⑨高血圧(95mmHg未満) ⑩肥満(BMI25未満) ⑪生活習慣病を併発している者の増加(肥満、やせの減少) ⑫糖尿病の発症率 ⑬日常生活における歩数 ⑭日常生活における歩数 ⑮歩数増加者の割合 ⑯歩数の増進率 ⑰歩数減少している者	①特定健診受診率 ②特定健康診査実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(特定健診の結果を参照) ①余生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定健康診査率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定健康診査率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	○医療費適正化の取組 外委 ①一人当たり外委医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定健康診査の実施率の向上 ③メタボリックシンドローム患者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病状機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の要介護度に応じて設定)
その他		<p>保険者努力支援制度 ↓ 【保険者努力支援制度(制度)を減額し、保険料率決定】</p>				保険者協議会(事務局、国民連合会)による計画作成支援

【図 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としている。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、北海道における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までを次期計画期間としているため、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（2018年度）から平成35年度（2023年度）の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

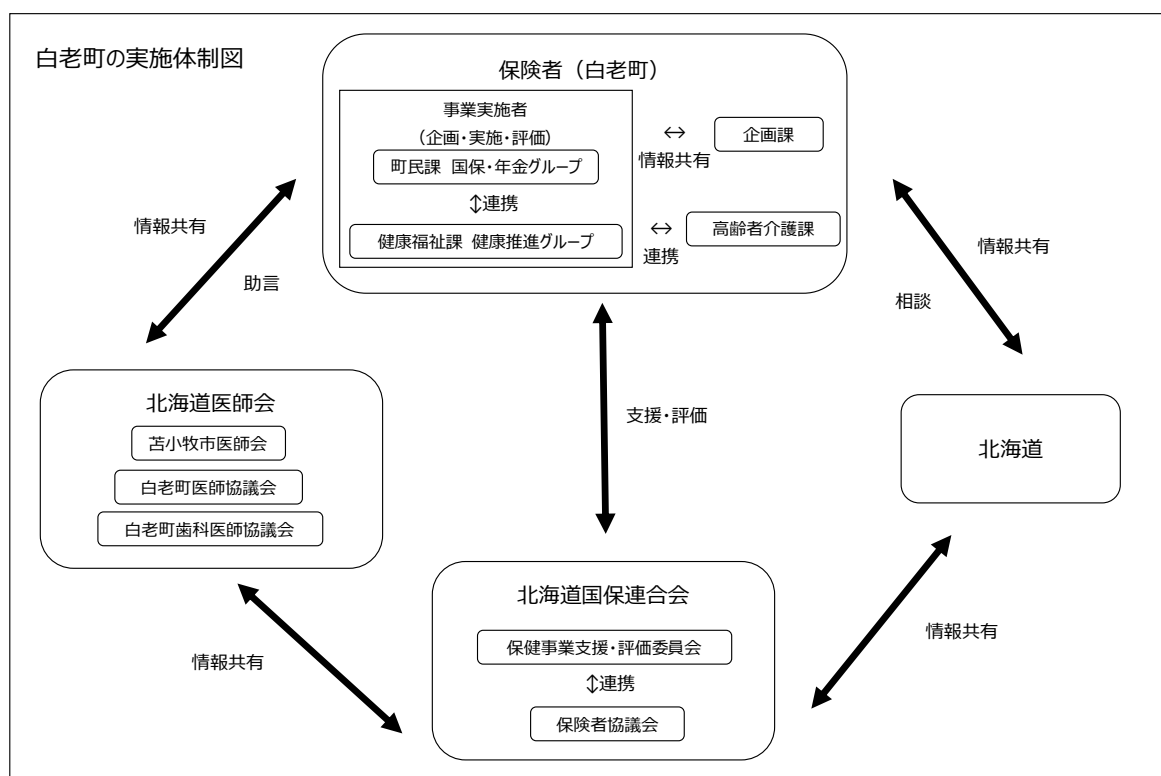
1) 実施主体関係部局の役割

白老町においては、国保部局（町民課）が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康福祉課の保健師・管理栄養士等の専門職と連携をして、町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（町民課）、介護保険部局（高齢者介護課）、企画部局（企画課）、生活保護部局（健康福祉課）とも十分連携することが望ましい。

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

【図4】



2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。また、保険者等と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会や国保保健事業運営に関する学習会講師の助言等を活用することも有用であると考えられる。

3) 被保険者の役割

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

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、市町村国保に新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度より市町村に対して特別調整交付金の一部を活用し、前倒しで実施している。(平成 30 年度より本格実施)

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(表 1)

【表 1】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	30年度 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		262			
総得点(体制構築加点含む)		200			
北海道内順位(179市町村中)		67			
全国順位(1,741市町村中)		850			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診実施状況	0			25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携				(50)
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携				(25)
	・専門職の取組、事業評価				(25)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	0			70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証				(50)
	・商工部局、商店街等との連携				(25)
共通⑤	重複受診者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	0			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			100
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施				(5)
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携				(35)
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有④	地域包括ケアの推進	5			25
固有⑤	第三者求償の取組	10			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と

第2期計画における健康課題の明確化

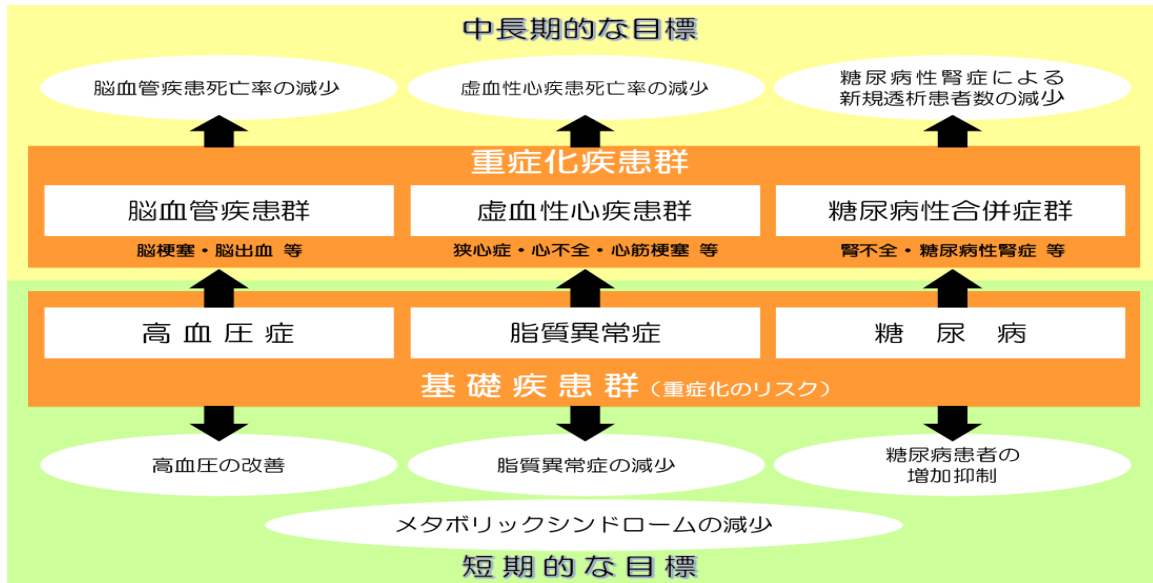
1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

計画の目標は、下図のとおりである。(図5)

「計画の目標と疾患群との関係」

【図5】



全体の経年変化 (参考資料1)

平成25年度と平成28年度を経年比較すると、死因別のがん・心臓病・脳疾患による死亡割合は増加しており、特に、心臓病による死亡は同規模平均より6.6%高い状況であった。重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、40～64歳の2号認定率は高いまま1号介護認定率は上昇し、それに伴う居宅サービスを中心とした介護給付費の増加がみられた。介護保険認定者の有病率では、脳疾患以外はすべて増加しており、特に糖尿病は同規模平均より8.5%高い。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受診率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関非受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率は平成25年度より上昇したものの、同規模平均と比較すると、以前として低いため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

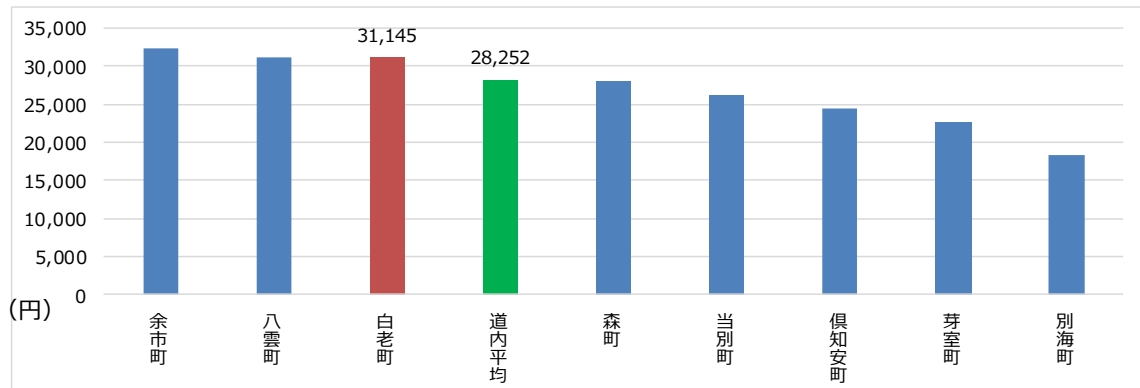
中長期目標の達成状況

(1) 医療費の状況

① 国保全体の医療費

白老町における平成 28 年度の 1 人あたり医療費は 31,145 円であり、道内の平均値の 28,252 円を上回っている。(図 6)

図 6 総医療費における 1 人あたり医療費 (同規模比較)



出所：KDB 市区町村別データ

医療費の変化について、一人あたり医療費の伸び率を同規模と比較すると、白老町は伸び率を抑制できていることがわかった。特に、入院費用額の伸び率を抑制できた。

(表 2)

医療費の変化

【表 2】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費 (円)	H25年度	23億8642万円				11億9487万円				11億9154万円			
	H28年度	21億1226万円	-2億7415万円	-11%	-1%	10億786万円	-1億8702万円	-16%	-3%	11億441万円	-8714万円	-7%	0%
一人あたり医療費 (円)	H25年度	31,535				15,790				15,750			
	H28年度	31,145	-390	-1%	8%	14,861	-930	-6%	6%	16,280	530	3%	9%

② 疾病別の医療費 TOP10

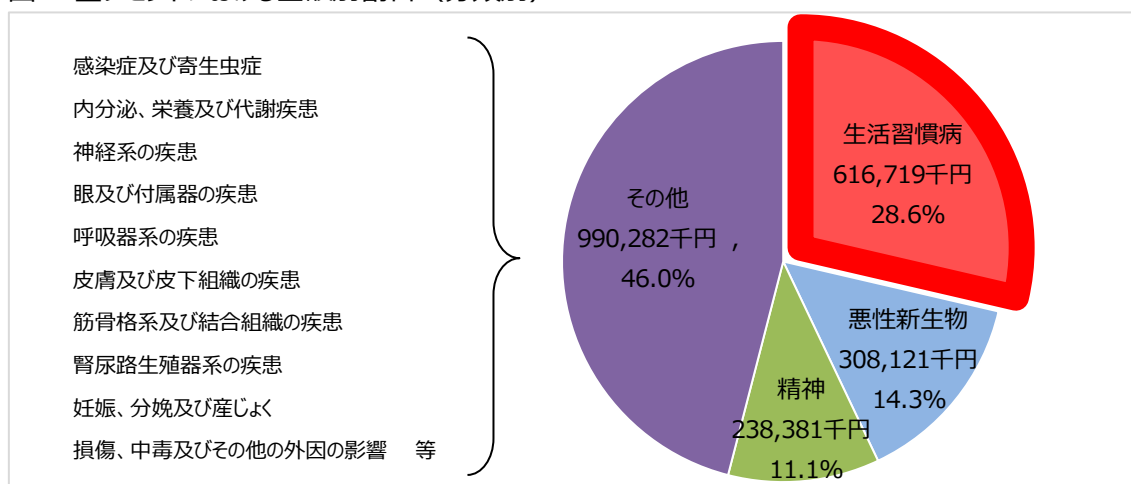
医療費を疾病ごとに集計し、金額の多い順に示すと、高血圧症が約 1 億 6,519 万円と最も多く、全体の 7.7%を占めている。(表 3)次いで統合失調症 6.2%、詳細不明の糖尿病 4.7%となっている。また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図 7 となり、生活習慣病が 28.6%、次いで悪性新生物が 14.3%、精神が 11.1%となっている。

表 3 全レセプトにおける金額別 Top10 (主病名一覧)

	ICD10	疾病名	費用額(千円) (主病)		レセプト件数	1件あたり 医療費(円)
1	I10	高血圧症	165,197	7.7%	8,224	20,087
2	F20	統合失調症	133,684	6.2%	939	142,369
3	E14	詳細不明の糖尿病	100,676	4.7%	2,277	44,214
4	N18	慢性腎不全	95,058	4.4%	232	409,731
5	I63	脳梗塞	54,424	2.5%	702	77,528
6	E11	インスリン非依存性糖尿病	45,601	2.1%	736	61,958
7	C34	気管支及び肺の悪性新生物	45,581	2.1%	165	276,246
8	E78	代謝障害及びその他の脂質血症	45,335	2.1%	2,399	18,897
9	I20	狭心症	33,606	1.6%	642	52,346
10	C92	骨髄性白血病	33,409	1.6%	24	1,392,051
		その他	1,400,930	65.0%		
		合計	2,153,502	100.0%		

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

図 7 全レセプトにおける金額別割合 (分類別)



用語の定義:生活習慣病 = Focus に基づく基準,悪性新生物 = ICD-10 における C00~C97,精神 = ICD-10 における F00~F99,その他 = 生活習慣病、悪性新生物、精神に該当しない疾病

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

③ 月額 80 万以上のレセプトにおける疾病別医療費 TOP10

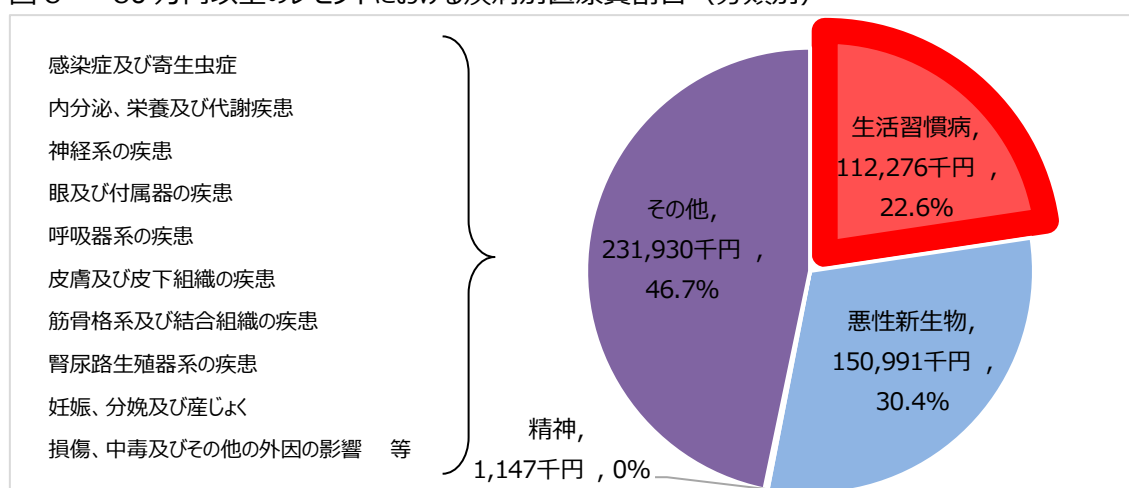
月額 80 万円以上となるレセプトの医療費を疾病ごとに集計し、金額の多い順に示すと、骨髄性白血病が 2,984 万円ともっとも高額である。(表 4) 全体の 6.0%を占めている。また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図 8 となり、悪性新生物が 30.4%、次いで生活習慣病が 22.6%となっている。

表 1 80 万円以上のレセプトにおける疾病別医療費 Top10 (主病名一覧)

	ICD10	疾病名	費用額(千円) (主病)		レセプト件数	1 件あたり 医療費 (円)
1	C92	骨髄性白血病	29,848	6.0%	13	2,295,983
2	C91	リンパ性白血病	25,644	5.2%	17	1,508,492
3	C34	気管支及び肺の悪性新生物	21,247	4.3%	17	1,249,812
4	I63	脳梗塞	20,454	4.1%	15	1,363,581
5	N18	慢性腎不全	19,640	4.0%	19	1,033,663
6	C18	結腸の悪性新生物	14,583	2.9%	11	1,325,739
7	C83	リンパ組織の悪性新生物	12,309	2.5%	10	1,230,941
8	I35	非リウマチ性大動脈弁障害	11,972	2.4%	2	5,986,100
9	C16	胃の悪性新生物	10,571	2.1%	9	1,174,507
10	I20	狭心症	10,433	2.1%	9	1,159,207
		その他	319,643	64.4%		

出所：医療費分析ツール「Focus」 (平成 28 年度)

図 8 80 万円以上のレセプトにおける疾病別医療費割合 (分類別)



用語の定義:生活習慣病 = Focus に基づく基準,悪性新生物 = ICD-10 における C00~C97,精神 = ICD-10 における F00~F99,その他 = 生活習慣病、悪性新生物、精神に該当しない疾病

出所：医療費分析ツール「Focus」 (平成 28 年度)

④ 長期入院レセプトにおける疾病別医療費 TOP10

長期入院（6 ヶ月以上入院）となるレセプトを合算し、割合が高い順に示すと、統合失調症が1億1,557万円ともっとも高額であり全体の26.7%を占めている。（表5）

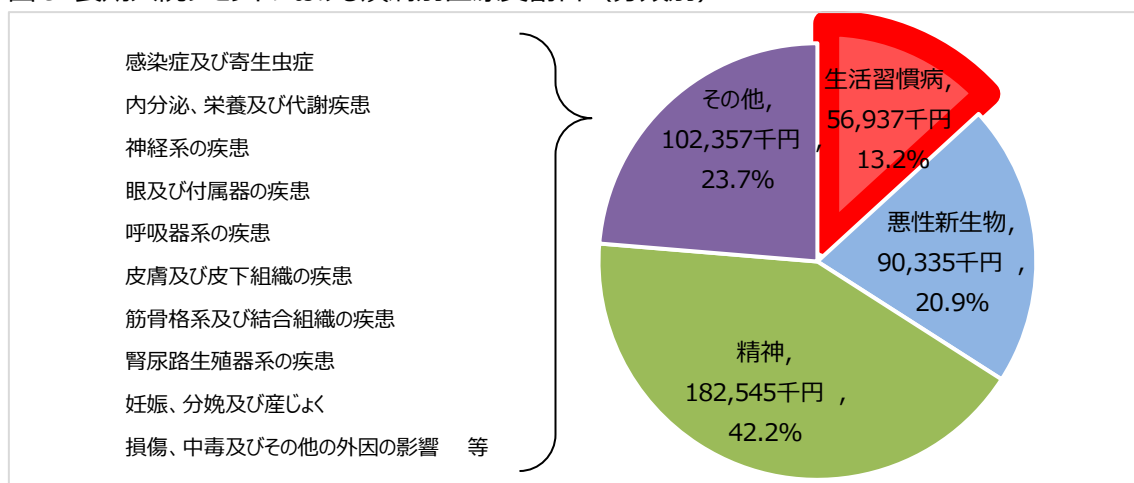
また、これらの疾病を分類別に再集計すると、図9となり、精神が42.2%、次いで悪性新生物が20.9%、生活習慣病が13.2%となっている。

表5 長期入院レセプトにおける疾病別医療費 TOP10（主病名一覧）

	ICD10	疾病名	費用額(千円) (主病)		レセプト件数	1件あたり 医療費(円)
1	F20	統合失調症	115,573	26.7%	310	372,817
2	C92	骨髄性白血病	31,788	7.4%	16	1,986,746
3	C91	リンパ性白血病	26,283	6.1%	19	1,383,316
4	G80	脳性麻痺	18,117	4.2%	36	503,238
5	I63	脳梗塞	16,437	3.8%	18	913,192
6	G30	アルツハイマー病	15,254	3.5%	38	401,424
7	F32	うつ病エピソード	14,044	3.3%	31	453,038
8	C34	気管支及び肺の悪性新生物	12,545	2.9%	20	627,254
9	F03	詳細不明の認知症	12,214	2.8%	32	381,696
10	C83	リンパ組織の悪性新生物	9,842	2.3%	10	984,168
		その他	160,077	37.0%		

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

図9 長期入院レセプトにおける疾病別医療費割合（分類別）



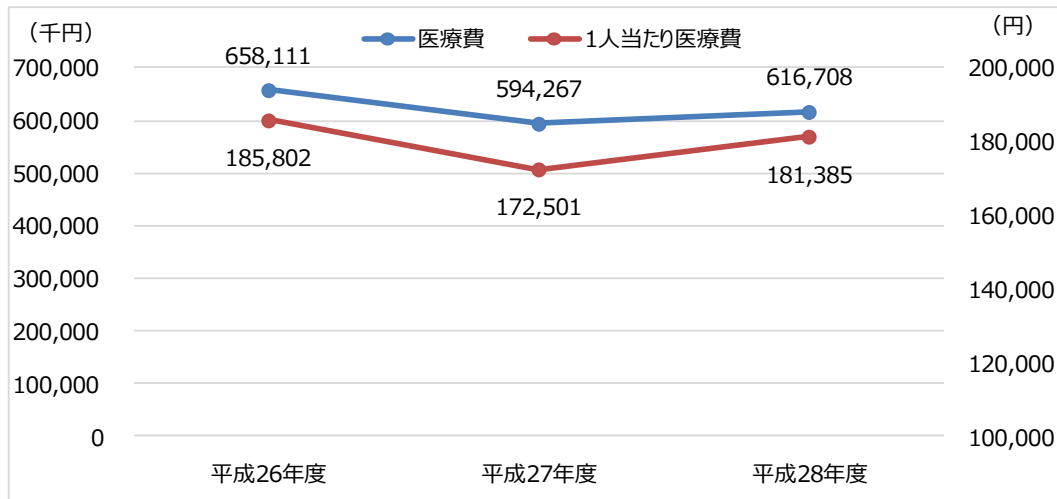
用語の定義：生活習慣病 = Focusに基づく基準,悪性新生物 = ICD-10におけるC00～C97,精神 = ICD-10におけるF00～F99,その他 = 生活習慣病、悪性新生物、精神に該当しない疾病

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

⑤ 生活習慣病にかかる医療費

生活習慣病にかかる医療費は、平成 26 年度では 6 億 5,811 万円であったが、加入者の減少もあり、平成 28 年度には 6 億 1,670 万円と減少している。1 人当たり医療費は平成 27 年度の 172,501 円から上昇し、181,385 円となっている。(図 10)

図 10 生活習慣病にかかる医療費及び 1 人当たり医療費

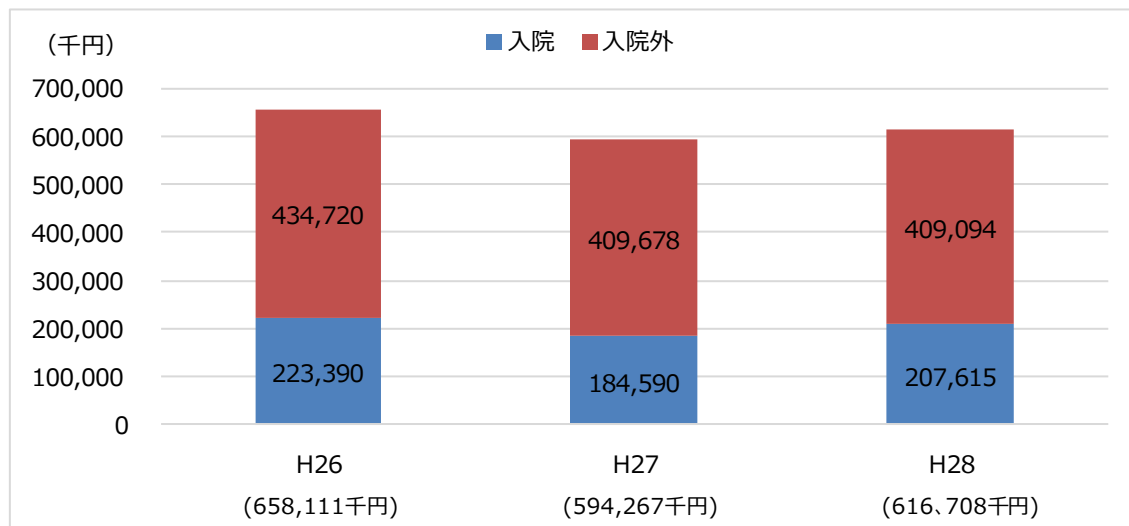


※1 人当たり医療費 算出方法：医療費を生活習慣病治療者数で除しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 26 年度～平成 28 年度）

生活習慣病にかかる医療費を入院・入院外にみると、入院外にかかる医療費が毎年約 4 億円となっており、生活習慣病にかかる医療費の約 2 / 3 を占めている。(図 11)

図 11 生活習慣病にかかる医療費（入院・入院外）

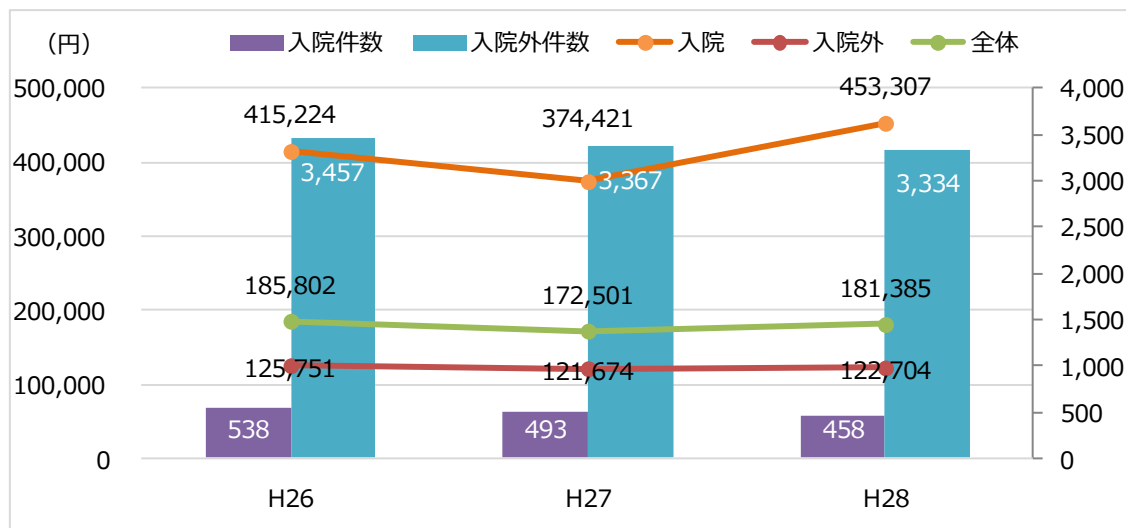


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 26 年度～平成 28 年度）

対して1人当たり医療費は、平成28年度では入院において453,307円となっており、入院外の122,704円を大きく上回っている。(図12)

1人が生活習慣病で入院することによる医療費は、大きいといえる。

図12 生活習慣病にかかる1人当たり医療費(入院・入院外)



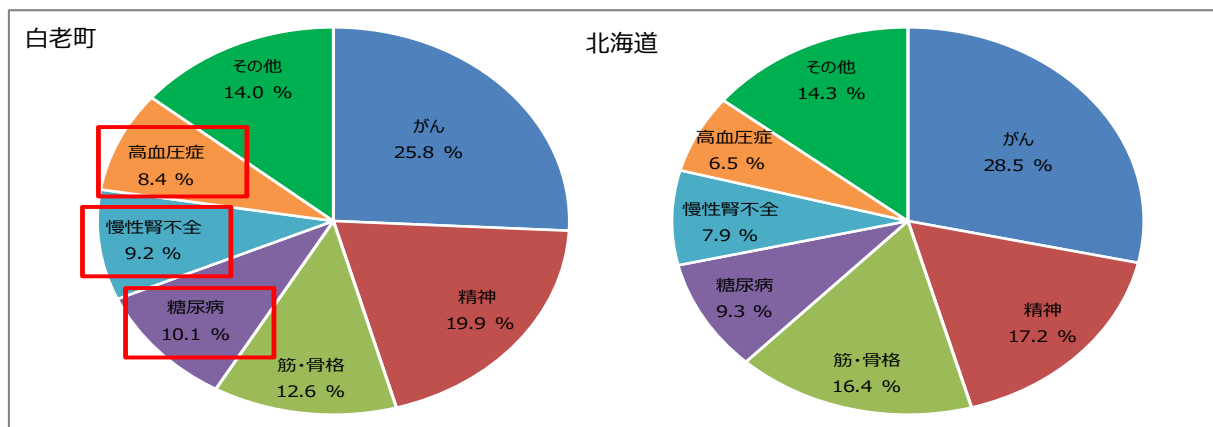
出所：医療費分析ツール「Focus」(平成26年度～平成28年度)

(2) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

① 最大医療資源傷病名による医療費

白老町の医療費を最大医療資源傷病名による割合からみると、道全体の割合と同じく、がんの割合がもっとも高くなっている。また、生活習慣病が起因する「糖尿病」「慢性腎不全」「高血圧症」の値がいずれも道より高くなっている。(図13)

図13 最大医療資源傷病名による医療費



出所：KDB 地域の全体像の把握(平成28年度)

また、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では減少しているが、疾患別にみると脳血管疾患と虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していた。(表 6)

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合 (平成 28 年度) 【表 6】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧					脂質異常症	
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	23億8642万円	31,535	4位	28位	4.22%	0.40%	2.51%	3.12%	5.37%	5.69%	2.78%	5億7514万円	24.10%	11.84%	10.06%	9.07%
H28	21億1226万円	31,145	16位	40位	5.27%	0.37%	2.15%	2.57%	5.81%	4.80%	2.66%	4億9911万円	23.63%	14.86%	11.43%	7.23%
H28	国	9兆6879億6826万円	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2兆2399億893万円	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%
	道	4470億6801万円	27,782	--	--	3.60%	0.29%	2.41%	2.37%	5.13%	4.36%	927億453万円	20.74%	15.83%	9.53%	9.08%

出典：KDB システム健診・医療介護データからみる地域の健康課題

(3) 介護給付費の状況 (表 7)

介護給付の変化について、平成 28 年度の介護給付費が増え、同規模平均では、居宅サービス費は減っているのに対し、白老町は 1 件あたり給付費全体では減っているものの居宅サービス費が若干増えていることがわかった。

介護給付費の変化 【表 7】

年度	白老町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件あたり給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	17億7889万円	78,030	39,270	296,775	67,974	42,036	282,141
H28年度	19億2185万円	70,898	39,410	286,178	67,101	41,922	276,064

(4) 中長期的な疾患 (表 8)

虚血性心疾患 (様式 3-5) 及び脳血管疾患 (様式 3-6) を有する者は減少しているが、共通リスクである治療中の高血圧患者も減少しており、治療中断の有無を確認する必要がある。人工透析者 (様式 3-7) は増加しており、治療状況をみていると、虚血性心疾患の割合が高く、全員が高血圧治療中であった。

【表 8】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,417	375	5.8	75	20.0	6	1.6	303	80.8	172	45.9	237	63.2
	64歳以下	3,672	110	3.0	21	19.0	6	5.5	83	75.5	54	49.1	71	64.5
	65歳以上	2,745	265	9.7	54	20.4	0	0.0	220	83.0	118	44.5	166	62.6
H28	全体	5,724	323	5.6	53	16.4	11	3.4	261	80.8	171	52.9	234	72.4
	64歳以下	2,838	67	2.4	8	11.9	8	11.9	48	71.6	40	59.7	47	70.1
	65歳以上	2,886	256	8.9	45	17.6	3	1.2	213	83.2	131	51.2	187	73.0

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,417	289	4.5	75	26.0	5	1.7	227	78.5	104	36.0	155	53.6
	64歳以下	3,672	86	2.3	21	24.4	5	5.8	65	75.6	26	30.2	46	53.4
	65歳以上	2,745	203	7.4	54	26.6	0	0.0	162	79.8	78	38.4	109	53.7
H28	全体	5,724	233	4.1	53	22.7	5	2.1	177	76.0	90	38.6	141	60.5
	64歳以下	2,838	43	1.5	8	18.6	3	7.0	32	74.4	17	39.5	23	53.5
	65歳以上	2,886	190	6.6	45	23.7	2	1.1	145	76.3	73	38.4	118	62.1

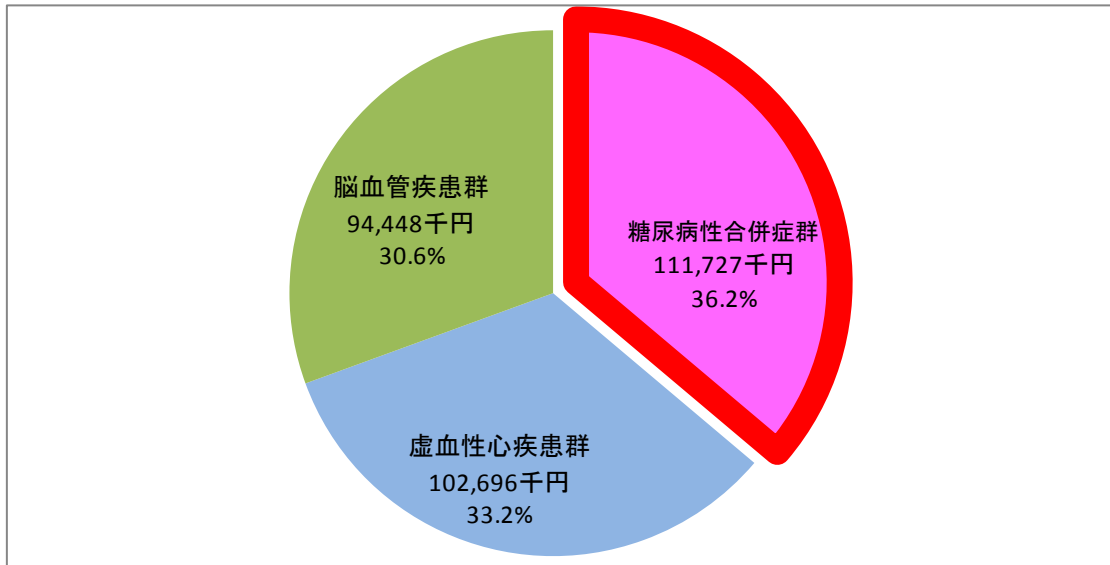
厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,417	18	0.3	5	27.8	6	33.3	17	94.4	12	66.7	7	38.9
	64歳以下	3,672	17	0.5	5	29.4	6	35.3	16	94.1	11	64.7	6	35.3
	65歳以上	2,745	1	0.03	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
H28	全体	5,724	20	0.3	5	25.0	11	55.0	20	100.0	14	70.0	8	40.0
	64歳以下	2,838	15	0.5	3	20.0	8	53.3	15	100.0	9	60.0	5	33.3
	65歳以上	2,886	5	0.2	2	40.0	3	60.0	5	100.0	5	100.0	3	60.0

※5月診療分

① 重症化疾患群の状況

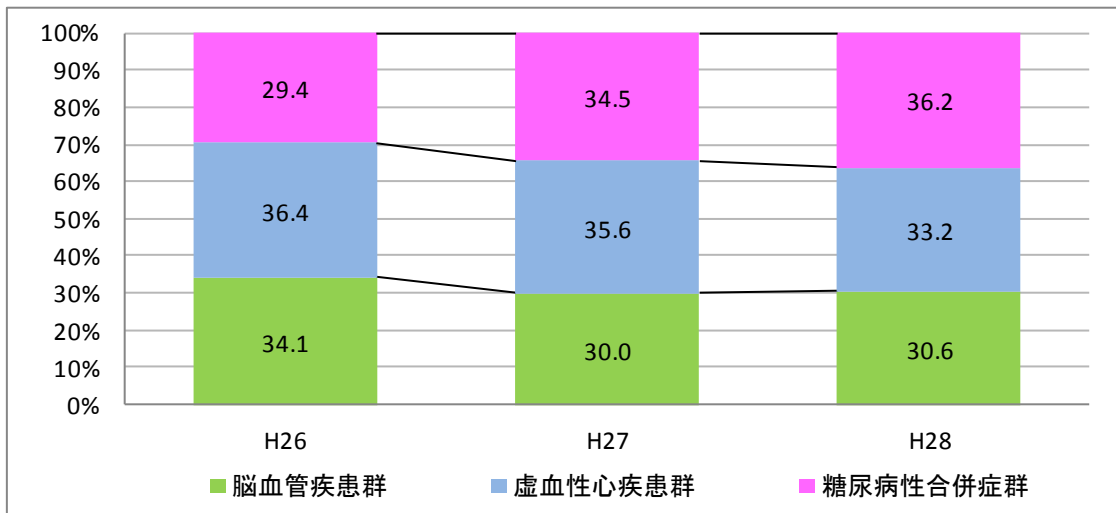
重症化疾患群の医療費の内訳は、糖尿病性合併症群が 36.2%ともっとも多く、次いで虚血性心疾患群 33.2%、脳血管疾患群 30.6%となっている。(図 14・15)

図 14 重症化疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

図 15 重症化疾患群の内訳の推移

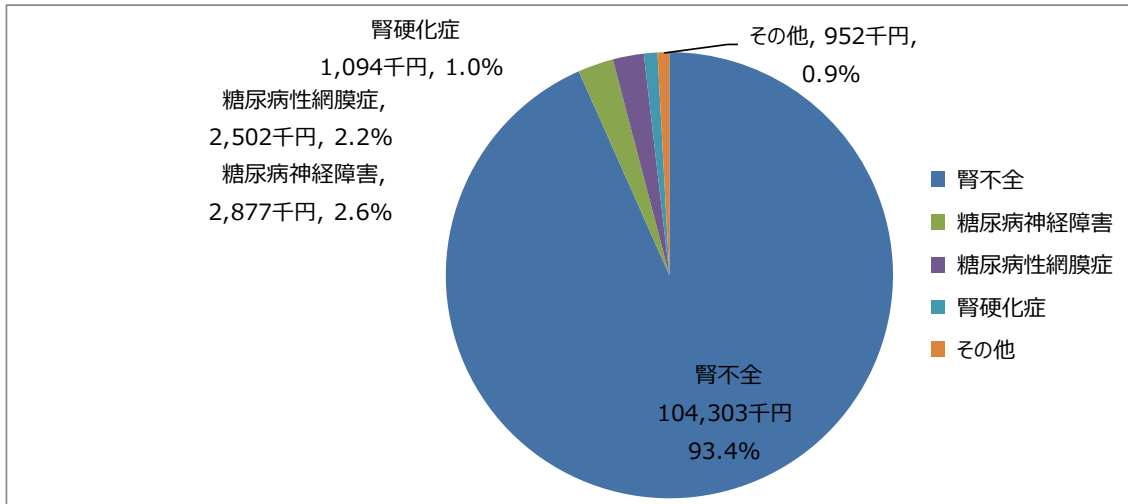


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 26 年度～平成 28 年度）

【糖尿病性合併症群の医療費の内訳】

糖尿病性合併症群の医療費の内訳は、腎不全が 93.4%と最も多く、次いで糖尿病神経障害 2.6%、糖尿病性網膜症 2.2%となっている。（図 16）

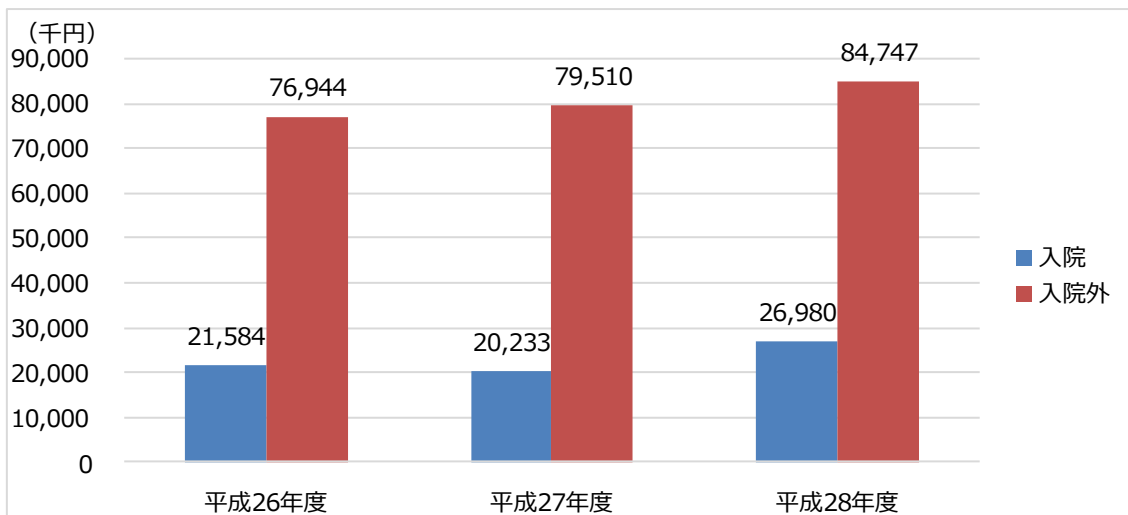
図 16 糖尿病性合併症群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

糖尿病性合併症群の医療費において、入院医療費・入院外医療費ともに増加傾向にある。（図 17）

図 17 糖尿病性合併症群の入院・入院外の医療費推移

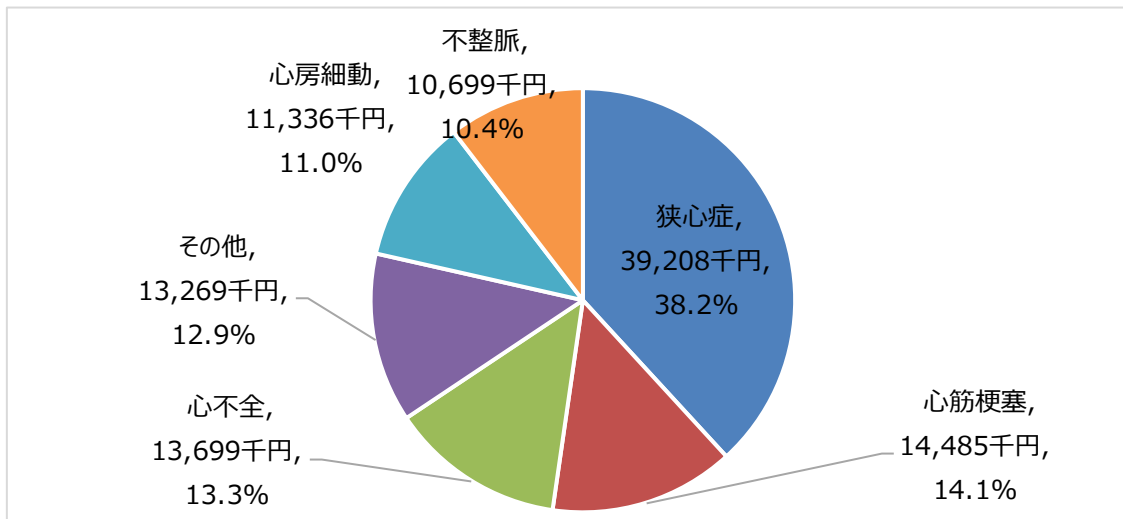


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 25 年度～平成 27 年度）

【虚血性心疾患群の医療費の内訳】

虚血性心疾患群の医療費の内訳は、狭心症が 38.2%と最も多く、次いで心筋梗塞 14.1%、心不全 13.3%となっている。(図 18)

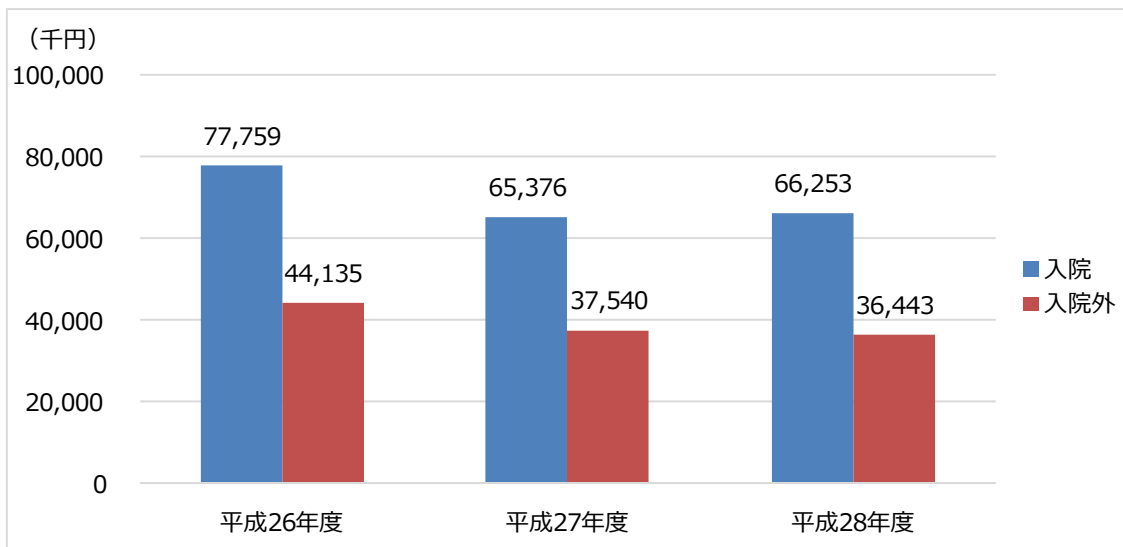
図 18 虚血性心疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」 (平成 28 年度)

また、虚血性心疾患群の医療費は、平成 26 年度～平成 28 年度にかけて入院・入院外を比較すると、入院医療費は減少傾向にある。(図 19)

図 19 虚血性心疾患群の入院・入院外の医療費推移

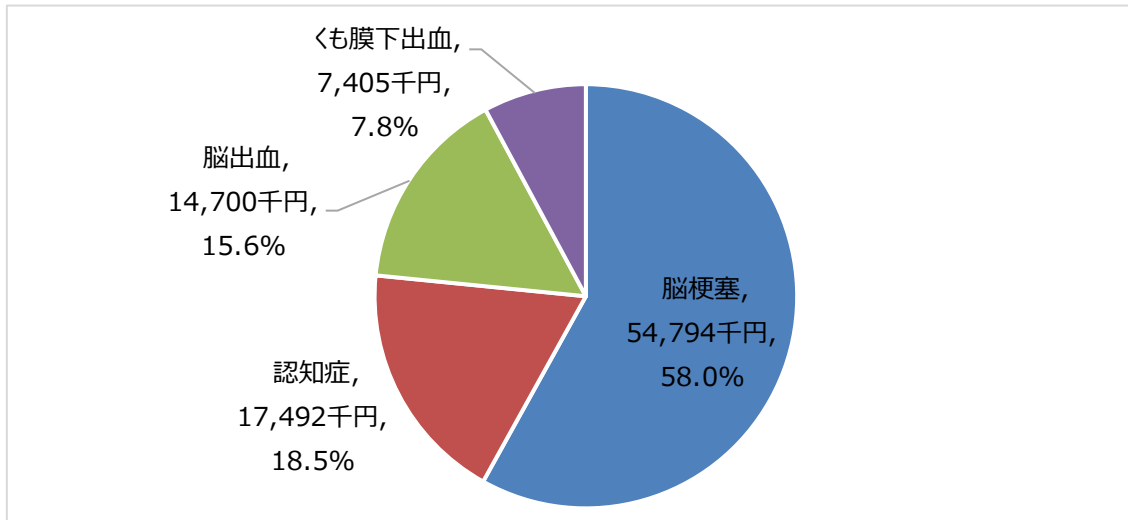


出所：医療費分析ツール「Focus」 (平成 26 年度～平成 28 年度)

【脳血管疾患群の医療費の内訳】

脳血管疾患群の医療費の内訳は、脳梗塞 58.0%と最も多くなっており、次いで認知症 18.5%、脳出血 15.6%となっている。(図 20)

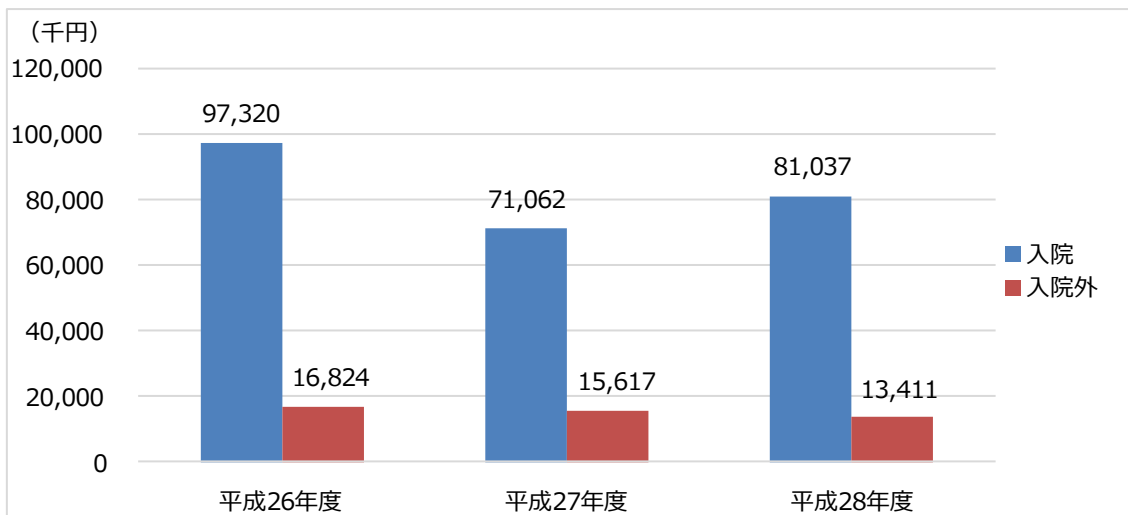
図 20 脳血管疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」 (平成 28 年度)

また、脳血管疾患群にかかる医療費は、重症化疾患群の中でも高額となっている。毎年、入院医療費が入院外医療費を大きく上回っている。(図 21)

図 21 脳血管疾患群の入院・入院外の医療費推移

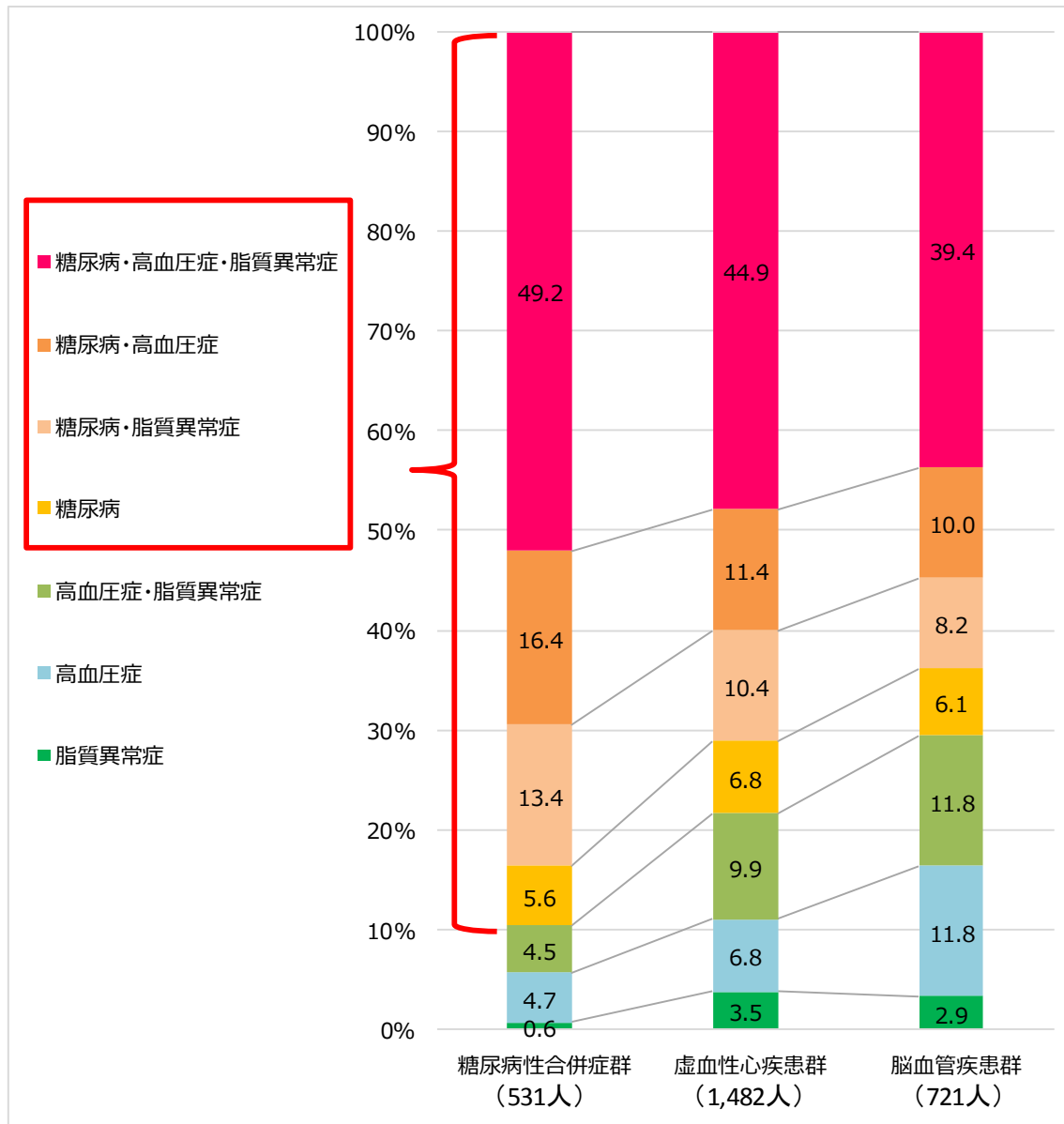


出所：医療費分析ツール「Focus」 (平成 26 年度～平成 28 年度)

【重症化疾患群患者の基礎疾患の重なり】

重症化疾患群患者の基礎疾患の保有状況は、いずれの重症化疾患群においても「糖尿病・高血圧症・脂質異常症」の3つの疾患を併発している方の割合が最も多くなっている。また、全体的に糖尿病の疾患を持つ方の割合が非常に多くなっている。（図 22）

図 22 重症化疾患群患者の基礎疾患保有状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

② 人工透析患者の状況

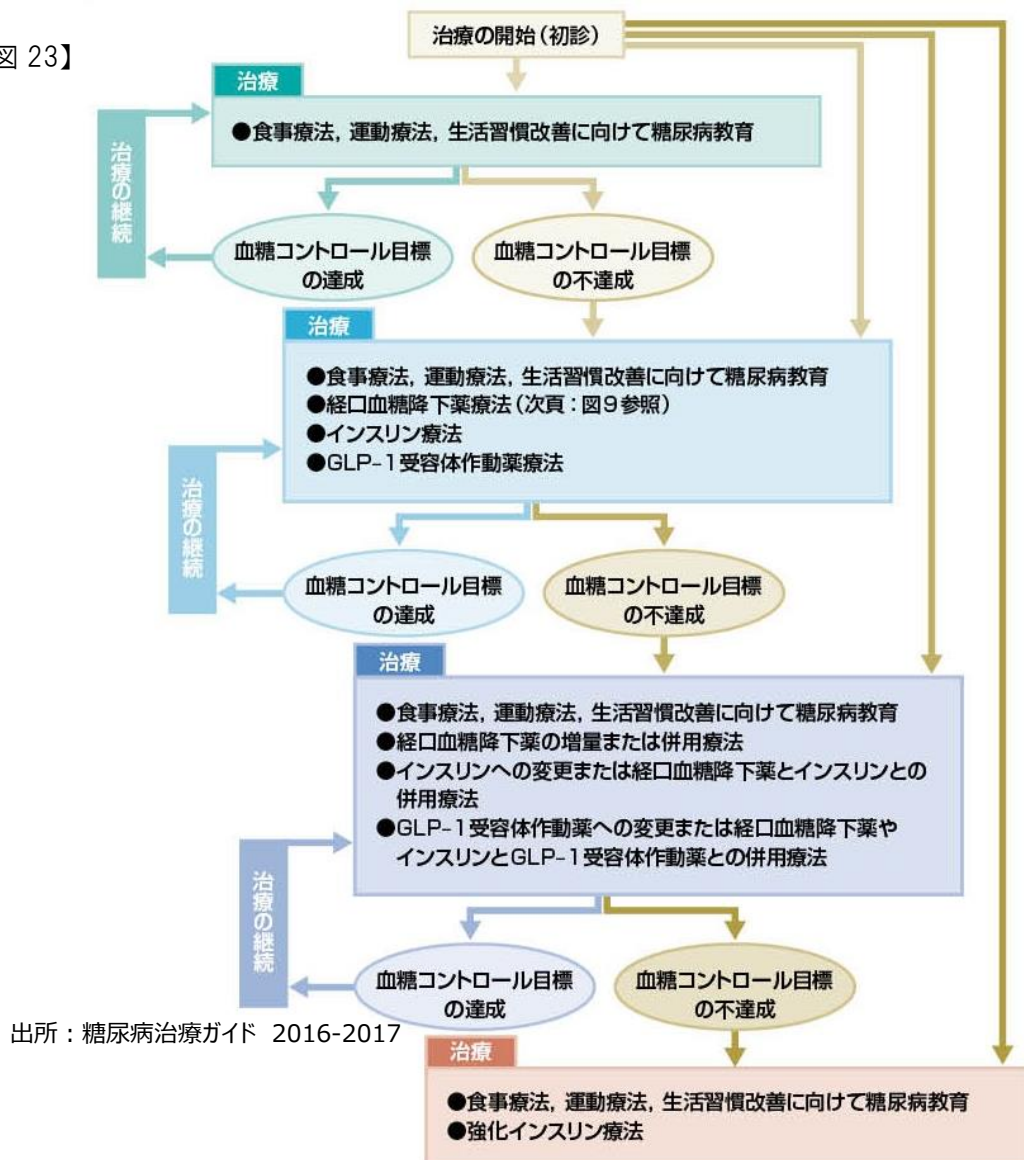
人工透析患者数は 20 人となっており、そのうち生活習慣病に由来する対象者は 18 人となっている。(表 9) 下図のとおり人工透析の治療が発生する段階になると大きな治療の負担が発生するため、重症化に至らないように早期の予防対策が必要となる。(図 23)

表 9 人工透析患者数および医療費

	患者数(人)	男性(人)	女性(人)
全体(実件数)	20	14	6
生活習慣病由来の人工透析(再掲)	18	13	5

出所：KDB(様式 3-1 生活習慣病全体のレセプト分析)(様式 3-7 人工透析のレセプト分析)

【図 23】



短期的な目標の達成状況

(1) 生活習慣病の分析

① 基礎疾患・重症化疾患群の考え方

先ほどの全体俯瞰的な医療費の集計とは異なり、生活習慣病に焦点を当てた分析を行う。考え方として、生活習慣病を基礎疾患と重症化疾患群に大きく分ける。

基礎疾患は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病が該当する。

重症化疾患群は、虚血性心疾患群、脳血管疾患群、糖尿病性合併症群の3種類に分類される。また、各重症化疾患群には図24のような疾病が含まれる。

図24 基礎疾患・重症化疾患群の内訳

基礎疾患	高血圧症	
	脂質異常症	
	糖尿病	
重症化疾患群	虚血性心疾患群	狭心症・心不全・心筋梗塞 等
	脳血管疾患群	脳梗塞・脳出血 等
	糖尿病性合併症群	腎不全・糖尿病性腎症 等

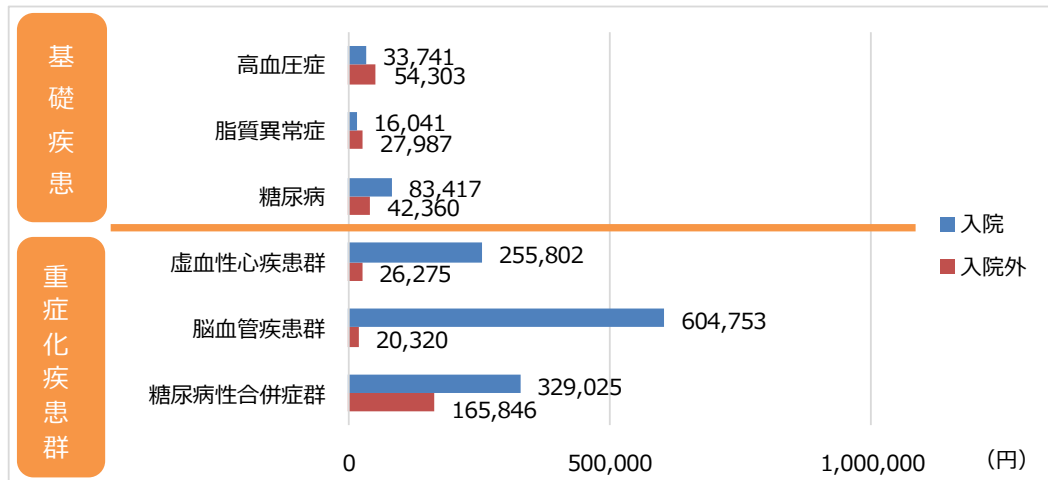
※腎不全は、レセプトに糖尿病が記載されている場合に限りです。

出所：医療費分析ツール「Focus」

② 基礎疾患・重症化疾患群にかかる 1 人当たりの医療費

基礎疾患・重症化疾患群別の 1 人当たり医療費は、基礎疾患と比較して重症化疾患群が高額となっている。中でも、脳血管疾患群がもっとも高額となっている。(図 25)

図 25 基礎疾患・重症化疾患群の 1 人当たり医療費



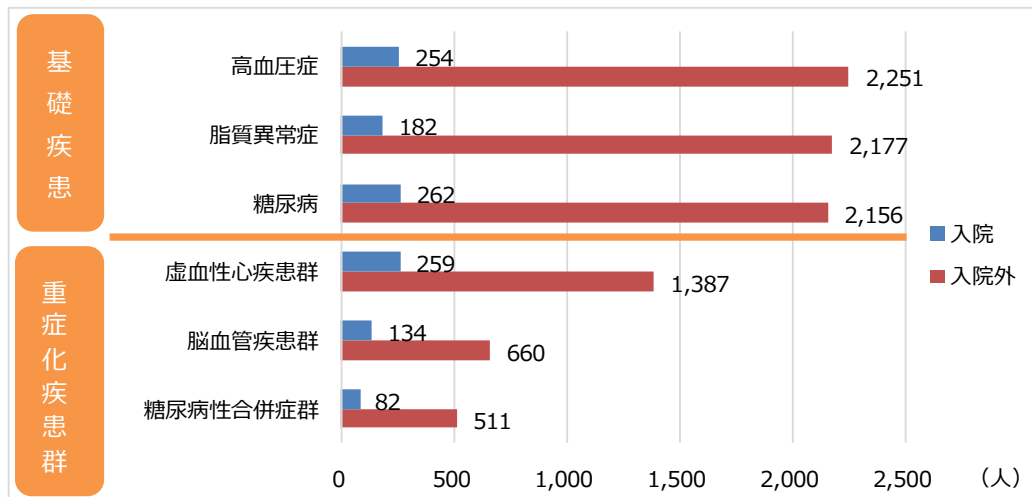
※1 人当たり医療費 算出方法：各疾病の医療費を各疾病の治療者数で除しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」(平成 28 年度)

③ 基礎疾患・重症化疾患群の人数

基礎疾患・重症化疾患群別の人数では、基礎疾患や入院外の人数が多くなっている。また、基礎疾患ではいずれの因子も患者数が多く、重症化疾患群では虚血性心疾患群が多くなっている。(図 26)

図 26 基礎疾患・重症化疾患群の患者数

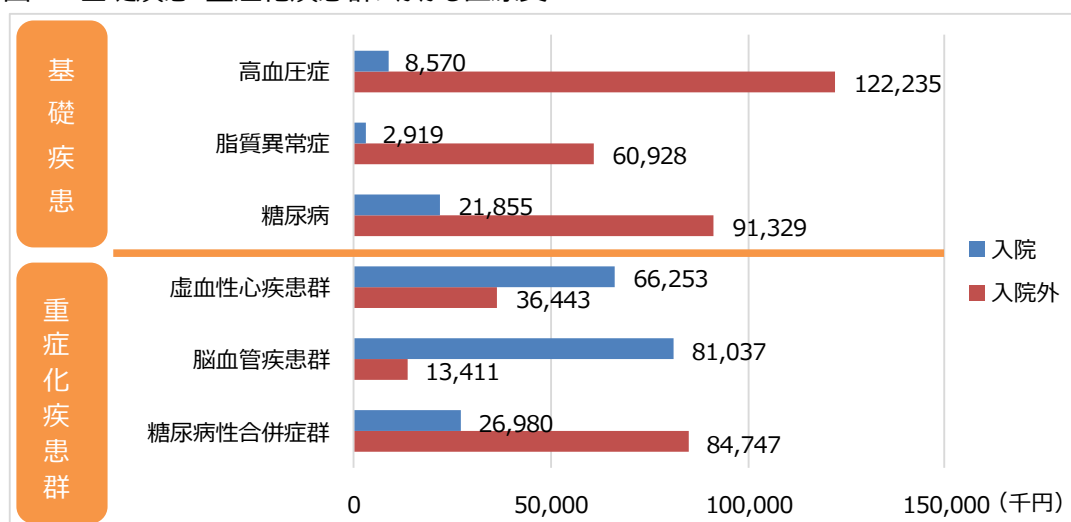


出所：医療費分析ツール「Focus」(平成 28 年度)

④ 基礎疾患・重症化疾患群にかかる医療費

基礎疾患・重症化疾患群別の医療費は、入院外の高血圧症がもっとも多くなっている。また、虚血性心疾患群、脳血管疾患群では入院における費用が高額になっている。(図 27)

図 27 基礎疾患・重症化疾患群にかかる医療費

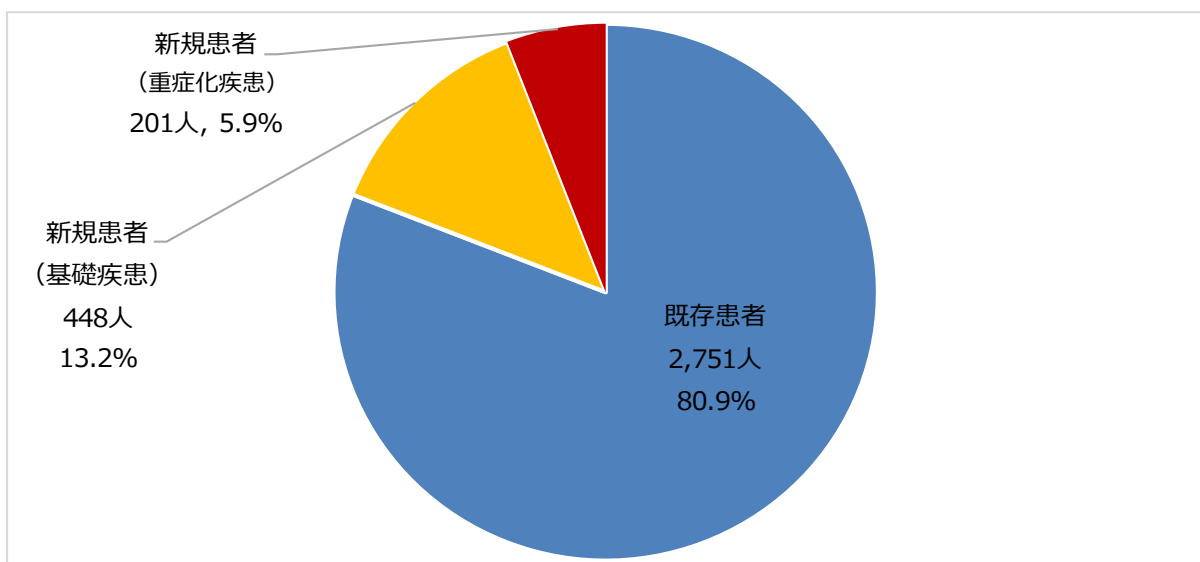


出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

⑤ 生活習慣病患者の新規患者・既存患者の割合

新規患者と既存患者の割合をみると、既存患者が 80.9%、新規患者が 19.1%であり、生活習慣病患者の大半は既存患者であることがわかる。しかし、生活習慣病の医療費抑制において、新規患者数の抑制が重要であると考えられる。(図 28)

図 28 生活習慣病患者の新規患者・既存患者の割合



※新規患者・既存患者の定義

【新規患者】

基礎疾患	
	過去 3 年間で一度も糖尿病と判定されず、今年度に糖尿病と判定された方
または	過去 3 年間で一度も高血圧症と判定されず、今年度に高血圧症と判定された方
または	過去 3 年間で一度も脂質異常症と判定されず、今年度に脂質異常症と判定された方

重症化疾患群
過去 3 年間で一度もいずれかの重症化疾患群と判定されず、今年度にいずれかの重症化疾患群と判定された方

【既存患者】

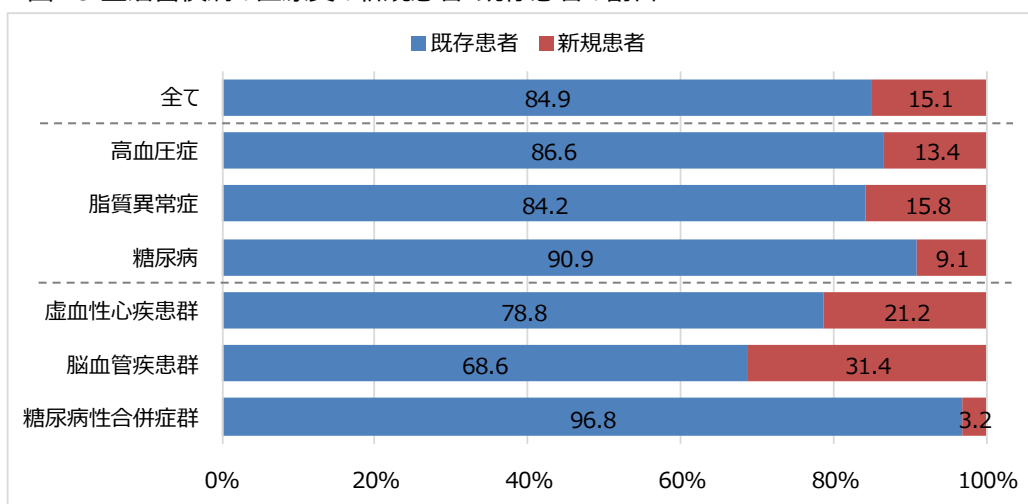
基礎疾患・重症化疾患群
新規患者の定義に該当しない方

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

⑥ 生活習慣病の医療費の割合

生活習慣病の医療費の割合をみると、新規患者の医療費の割合が15.1%、既存患者の医療費の割合が84.9%となっている。また、新規患者の割合に着目すると、脳血管疾患群は31.4%、次いで虚血性心疾患群は21.2%となっており、新規患者の割合が多くなっていることがわかる。(図29)

図29 生活習慣病の医療費の新規患者・既存患者の割合



人数	既存患者	新規患者	合計
高血圧症	1,945	344	2,289
脂質異常症	1,821	380	2,201
糖尿病	1,797	402	2,199
虚血性心疾患群	1,201	281	1,482
脳血管疾患群	565	156	721
糖尿病性合併症群	465	66	531
全て	2,751	649	3,400

	既存患者 医療費 (千円)	新規患者 医療費 (千円)
高血圧症	113,233	17,571
脂質異常症	53,789	10,058
糖尿病	102,852	10,331
虚血性心疾患群	80,894	21,800
脳血管疾患群	64,792	29,655
糖尿病性合併症群	108,142	3,585
全て	523,705	93,003

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

⑦ 中長期目標疾患につながる共通リスクについて

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者は増加しており、インスリン療法は減ったものの糖尿病性腎症が増加している。また、人工透析者は増加していることから、治療中断者がなかったかを確認していく必要がある。(表 10)

【表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病				インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,417	748	11.7	59	7.9	551	73.7	466	62.3	172	23.0	104	13.9	12	1.6	29	3.9	
	64歳以下	3,672	258	7.0	21	8.1	168	65.1	158	61.2	54	20.9	26	10.0	11	4.3	10	3.9	
	65歳以上	2,745	490	17.9	38	7.8	383	78.2	308	62.9	118	24.1	78	15.9	1	0.2	19	3.9	
H28	全体	5,724	837	14.6	53	6.3	593	70.8	577	68.9	171	20.4	90	10.8	14	1.7	46	5.5	
	64歳以下	2,838	240	8.5	17	7.1	139	57.9	149	62.1	40	16.7	17	7.1	9	3.8	13	5.4	
	65歳以上	2,886	597	20.7	36	6.0	454	76.0	428	71.7	131	21.9	73	12.2	5	0.8	33	5.5	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標			
		高血圧				糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,417	1,459	22.7	551	37.8	812	55.7	303	20.8	227	15.6	17	1.2	
	64歳以下	3,672	465	12.7	168	36.1	237	51.0	83	17.8	65	14.0	16	3.4	
	65歳以上	2,745	994	36.2	383	38.5	575	57.8	220	22.1	162	16.3	1	0.1	
H28	全体	5,724	1,278	22.3	593	46.4	806	63.1	261	20.4	177	13.8	20	1.6	
	64歳以下	2,838	304	10.7	139	45.7	172	56.6	48	15.8	32	10.5	15	4.9	
	65歳以上	2,886	974	33.7	454	46.6	634	65.1	213	21.9	145	14.9	5	0.5	

※5月診療分

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標			
		脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,417	1,086	16.9	466	42.9	812	74.8	237	21.8	155	14.3	7	0.6	
	64歳以下	3,672	358	9.7	158	44.1	237	66.2	71	19.8	46	12.8	6	1.7	
	65歳以上	2,745	728	26.5	308	42.3	575	79.0	166	22.8	109	15.0	1	0.1	
H28	全体	5,724	1,118	19.5	577	51.6	806	72.1	234	20.9	141	12.6	8	0.7	
	64歳以下	2,838	291	10.2	149	51.2	172	59.1	47	16.2	23	7.9	5	1.7	
	65歳以上	2,886	827	28.7	428	51.8	634	76.7	187	22.6	118	14.3	3	0.4	

⑧ 中長期目標疾患につながる共通リスクの健診結果

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、クレアチニンの有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム該当者は増加していることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による影響であることが推測される。(表 11)

【表 11】

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

性別	受診者	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	608	211	34.7	267	43.9	117	19.2	113	18.6	42	6.9	234	38.5	227	37.3	53	8.7	320	52.6	149	24.5	310	51.0	7	1.2
	H25 40-64	165	80	48.5	93	56.4	55	33.3	41	24.8	15	9.1	53	32.1	54	32.7	19	11.5	64	38.8	36	21.8	96	58.1	3	1.8
	65-74	433	131	30.2	174	40.2	62	14.3	72	16.6	27	6.2	181	41.8	173	40.0	34	7.9	256	59.1	113	26.1	214	49.4	4	0.9
女性	合計	634	222	35.0	291	45.9	167	26.3	124	19.6	47	7.4	246	38.8	252	39.7	101	15.9	290	45.7	153	24.1	300	47.3	18	2.8
	H28 40-64	152	61	40.1	74	48.7	52	34.2	33	21.7	18	11.8	39	26.7	48	31.6	37	24.3	53	34.9	46	30.3	82	53.9	4	2.6
	65-74	482	161	33.4	217	45.0	115	23.9	91	18.9	29	6.0	207	42.9	204	42.3	64	13.3	237	49.2	107	22.2	218	45.2	14	2.9

性別	受診者	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	
女性	合計	695	173	24.9	127	18.3	65	9.4	69	9.9	12	1.7	153	22.0	265	38.1	8	1.2	300	43.2	89	12.8	405	58.3	1	0.1
	H25 40-64	219	65	29.7	43	19.6	27	12.3	28	12.8	6	2.7	38	17.4	73	33.3	2	0.9	79	36.1	35	16.0	130	59.4	0	0.0
	65-74	476	108	22.7	84	17.6	38	8.0	41	8.6	6	1.3	115	24.2	192	40.3	6	1.3	221	46.4	54	11.3	275	57.8	1	0.2
H28	合計	742	197	26.5	133	17.9	118	15.9	76	10.2	8	1.1	189	25.5	313	42.2	17	2.3	305	41.1	88	11.9	414	55.8	2	0.3
	40-64	179	48	26.8	32	17.9	41	22.9	29	16.2	2	1.2	33	18.4	53	29.6	5	2.8	48	26.8	22	12.3	106	59.2	1	0.6
	65-74	563	149	31.8	101	17.9	77	13.7	47	8.3	6	1.1	156	27.7	260	46.2	12	2.1	257	45.6	66	11.7	308	54.7	1	0.2

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

性別	健診受診者	腹囲のみ		予備軍		該当者																	
		予備軍		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て							
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	608	28.2	33	5.4	111	18.3	8	1.3	88	14.5	15	2.5	123	20.2	30	4.9	6	1.0	58	9.5	29	4.8
	H25 40-64	165	18.4	18	10.9	33	20.0	1	0.6	22	13.3	10	6.1	42	25.5	7	4.2	3	1.8	20	12.1	12	7.3
	65-74	433	35.1	15	3.4	78	17.6	7	1.6	66	14.9	5	1.1	81	18.3	23	5.2	3	0.7	38	8.6	17	3.8
女性	合計	634	33.4	26	4.1	107	16.9	11	1.7	73	11.5	23	3.6	158	24.9	19	3.0	8	1.3	75	11.8	56	8.8
	H28 40-64	152	23.0	13	8.6	27	17.8	2	1.3	12	7.9	13	8.6	34	22.4	5	3.3	0	0.0	19	12.5	10	6.6
	65-74	482	39.0	13	2.7	80	16.6	9	1.9	61	12.7	10	2.1	124	25.7	14	2.9	8	1.7	56	11.6	46	9.5

性別	健診受診者	腹囲のみ		予備軍		該当者																	
		予備軍		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て							
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
女性	合計	695	28.0	17	2.4	48	6.9	2	0.3	41	5.9	5	0.7	62	8.9	11	1.6	0	0.0	38	5.5	13	1.9
	H25 40-64	219	21.7	9	4.1	17	7.8	0	0.0	15	6.8	2	0.9	17	7.8	2	0.9	0	0.0	8	3.7	7	3.2
	65-74	476	32.3	8	1.7	31	6.5	2	0.4	26	5.5	3	0.6	45	9.5	9	1.9	0	0.0	30	6.3	6	1.3
H28	合計	742	33.8	12	1.6	35	4.7	3	0.4	25	3.4	7	0.9	86	11.6	12	1.6	5	0.7	42	5.7	27	3.6
	40-64	179	24.4	3	1.7	11	6.1	2	1.1	6	3.4	3	1.7	18	10.1	4	2.2	3	1.7	7	3.9	4	2.2
	65-74	563	38.5	9	1.6	24	4.3	1	0.2	19	3.4	4	0.7	68	12.1	8	1.4	2	0.4	35	6.2	23	4.1

⑨ 中長期目標疾患につながる共通リスクを知る手段

共通リスクを知るためには特定健診受診が必要であり、目標到達のためには特定保健指導の実施が不可欠である。

特定健診受診率及び特定保健指導率は、ともに増加している。しかし、同規模内順位においては下位であるため、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。(表 12)

【表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者 医療機関受診率	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の 順位	対象者数	終了者数	実施率	白老町	同規模平均
H25年度	4,530	1,305	28.8	117	142	84	59.2	52.6	51
H28年度	4,093	1,380	33.7	103	135	101	73.4	51.7	51.1

2) 第 1 期計画に係る考察

第 1 期計画の医療費等の分析において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全のうち、医療費が高額で死亡率が高く、要介護の主要な原因疾患の一つとなっている「虚血性心疾患」を最優先事項として重症化予防を進めてきた。

その結果、生活習慣病に占める高血圧症の割合が減るとともに、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化につながったと思われる。しかし、介護認定率は高くなり、2 号認定者は減らず、慢性腎不全における透析費用を含めた医療費の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がった後、継続した治療ができているか、自宅で適切に服薬ができているかなど重症化予防の視点の重要性があり、医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要である。第 1 期計画においてもセグメント別の個別勧奨などを中心とした受診勧奨及び町内医療機関の協力のもとデータ受領による健診体制を整備するなどの健診未受診者対策に取り組んできたが、今後も特定健診受診率向上は重要な取り組むべき大きな課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

白老町の入院件数は4.2%で、費用額全体の47.7%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率がよい。(図30)

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図30】

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者		県		同規模平均		国	
	31,145円		27,782円		26,719円		24,253円	
0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0								
外来 ★NO.1【医療】	件数	95.8						
	費用額	52.3						
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.2						
	費用額	47.7						

○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

ひと月で100万円以上の高額になる疾患、6か月以上の長期入院のレセプト分析では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用額の20%近くを占めていることがわかった。

また、長期化する人工透析では、糖尿病性による腎症が68%を占めている。これらに共通する高血圧、糖尿病、脂質異常症への早期受診勧奨及び治療中断を防ぐことが、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析への重症化を防ぐことにつながる。(表13)

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【表13】

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

厚労省様式	対象レセプト	(28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	232件	18件	16件	--	
		費用額	3億7994万円	2740万円	3017万円	--	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	582件	74件	52件	--	
		費用額	2億3774万円	3373万円	1920万円	--	
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	276件	82件	150件	188件	
		費用額	1億3072万円	3803万円	6726万円	8912万円	
厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	2,213人		233人	323人	46人	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	177人	261人	39人	
			糖尿病	90人	171人	46人	
			脂質異常症	141人	234人	31人	
		高血圧症	1,278人	837人	1,118人	210人	
		糖尿病	837人	1,118人	210人		
脂質異常症	1,118人	1,118人	210人				

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図 31)

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 85.7%であり、筋・骨格疾患の 81.9%を上回っていた。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

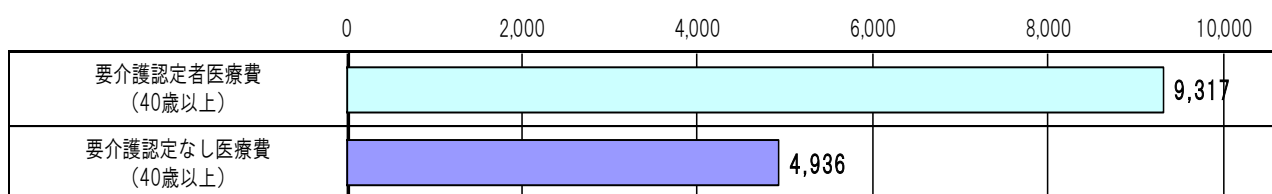
何の疾患で介護保険を受けているのか

【図 31】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	計												
	被保険者数		6,864人	3,490人	3,103人	6,593人		13,457人										
	認定者数		31人	183人	1,258人	1,441人		1,472人										
	認定率		0.45%	5.2%	40.5%	21.9%		10.9%										
	新規認定者数		1人	3人	14人	17人		18人										
介護度別人数	要支援1・2		4	12.9%	66	36.1%	360	28.6%	426	29.6%	430	29.2%						
	要介護1・2		14	45.2%	64	35.0%	509	40.5%	573	39.8%	587	39.9%						
	要介護3~5		13	41.9%	53	29.0%	389	30.9%	442	30.7%	455	30.9%						
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	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			
		件数	--	31	183	1258	1441	1472										
		循環器疾患	1	脳卒中	8	25.8%	脳卒中	74	40.4%	虚血性心疾患	598	47.5%	虚血性心疾患	652	45.2%	虚血性心疾患	657	44.6%
			2	虚血性心疾患	5	16.1%	虚血性心疾患	54	29.5%	脳卒中	517	41.1%	脳卒中	591	41.0%	脳卒中	599	40.7%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	28	15.3%	腎不全	171	13.6%	腎不全	199	13.8%	腎不全	199	13.5%
		基礎疾患	糖尿病等	11	35.5%	糖尿病等	140	76.5%	糖尿病等	1089	86.6%	糖尿病等	1229	85.3%	糖尿病等	1240	84.2%	
		血管疾患合計	合計	12	38.7%	合計	143	78.1%	合計	1107	88.0%	合計	1250	86.7%	合計	1262	85.7%	
		認知症	認知症	4	12.9%	認知症	30	16.4%	認知症	460	36.6%	認知症	490	34.0%	認知症	494	33.6%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	12	38.7%	筋骨格系	134	73.2%	筋骨格系	1060	84.3%	筋骨格系	1194	82.9%	筋骨格系	1206	81.9%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1 【介護】



2) 健診受診者の実態 (表 14・15)

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

白老町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見者率が高い GPT・空腹時血糖・尿酸・クレアチンなどは、内臓脂肪の蓄積によるものであることも推測される。

【表 14】

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

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
道	33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,503	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,201	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5	
白老町	合計	215	34.6	285	45.8	164	26.4	121	19.5	46	7.4	245	39.4	249	40.0	99	15.9	285	45.8	150	24.1	296	47.6	17	2.7
	40-64	56	39.4	69	48.6	49	34.5	30	21.1	17	12.0	39	27.5	45	31.7	35	24.6	49	34.5	43	30.3	78	54.9	3	2.1
	65-74	159	33.1	216	45.0	115	24.0	91	19.0	29	6.0	206	42.9	204	42.5	64	13.3	236	49.2	107	22.3	218	45.4	14	2.9
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		クレアチン		
25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
道	30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2	
白老町	合計	194	26.3	131	17.8	116	15.7	76	10.3	8	1.1	189	25.6	313	42.5	17	2.3	302	41.0	86	11.7	412	55.9	2	0.3
	40-64	46	26.3	31	17.7	40	22.9	29	16.6	2	1.1	33	18.9	53	30.3	5	2.9	46	26.3	21	12.0	104	59.4	1	0.6
	65-74	148	26.3	100	17.8	76	13.5	47	8.4	6	1.1	156	27.8	260	46.3	12	2.1	256	45.6	65	11.6	308	54.8	1	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

【表 15】

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		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
白老町	合計	622	32.7	25	4.0%	105	16.9%	11	1.8%	73	11.7%	21	3.4%	155	24.9%	19	3.1%	8	1.3%	73	11.7%	55	8.8%
	40-64	142	21.4	12	8.5%	25	17.6%	2	1.4%	12	8.5%	11	7.7%	32	22.5%	5	3.5%	0	0.0%	17	12.0%	10	7.0%
	65-74	480	38.8	13	2.7%	80	16.7%	9	1.9%	61	12.7%	10	2.1%	123	25.6%	14	2.9%	8	1.7%	56	11.7%	45	9.4%
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
白老町	合計	737	33.6	12	1.6%	34	4.6%	3	0.4%	24	3.3%	7	0.9%	85	11.5%	12	1.6%	5	0.7%	41	5.6%	27	3.7%
	40-64	175	23.8	3	1.7%	10	5.7%	2	1.1%	5	2.9%	3	1.7%	18	10.3%	4	2.3%	3	1.7%	7	4.0%	4	2.3%
	65-74	562	38.5	9	1.6%	24	4.3%	1	0.2%	19	3.4%	4	0.7%	67	11.9%	8	1.4%	2	0.4%	34	6.0%	23	4.1%

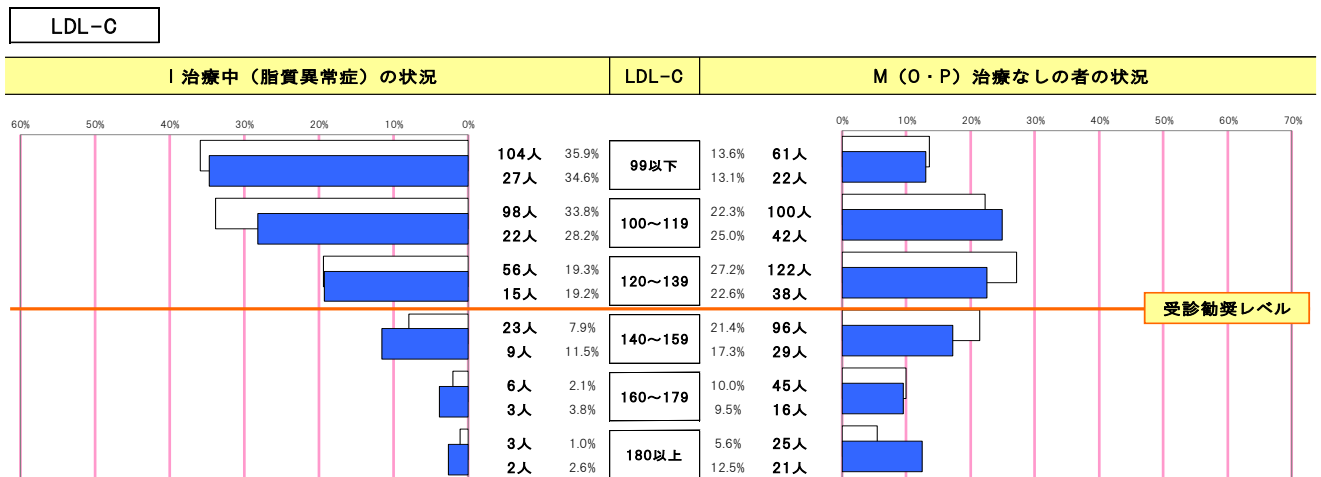
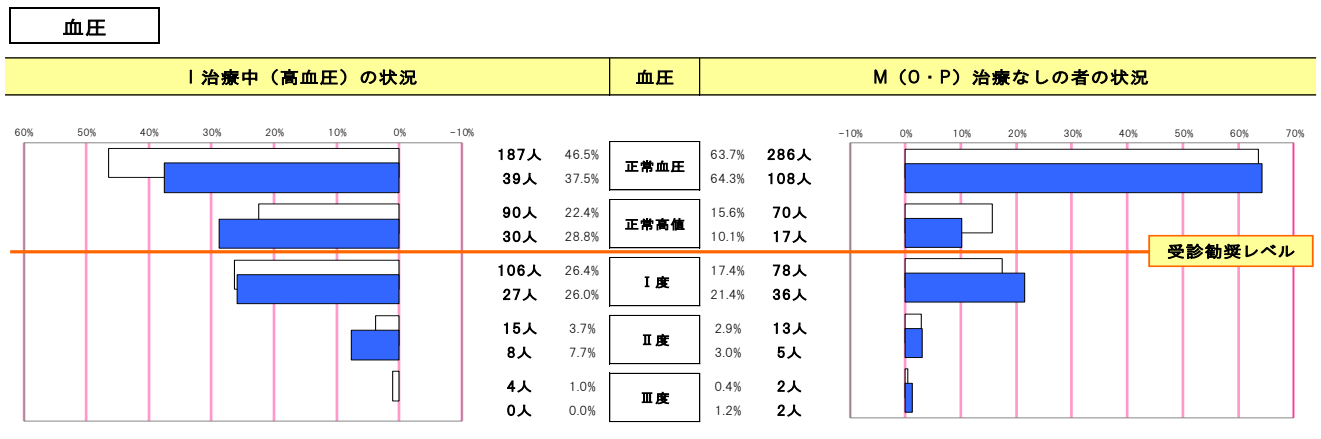
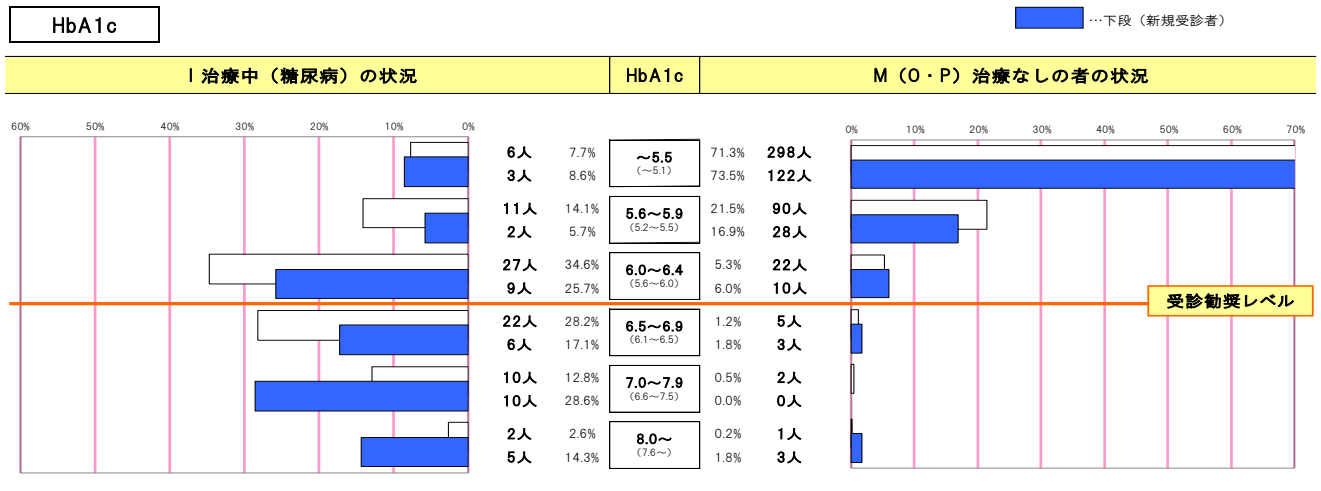
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図 32)

治療中の状況をそれぞれみると、新規診者の方が受診勧奨レベル以上の割合が高くなっていることがわかる。治療中であっても、継続して健診を受けることで、適切なコントロールに繋がるといえる。

【図 32】

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段 (継続受診者)
■ …下段 (新規受診者)



4) 未受診者の把握 (図 33)

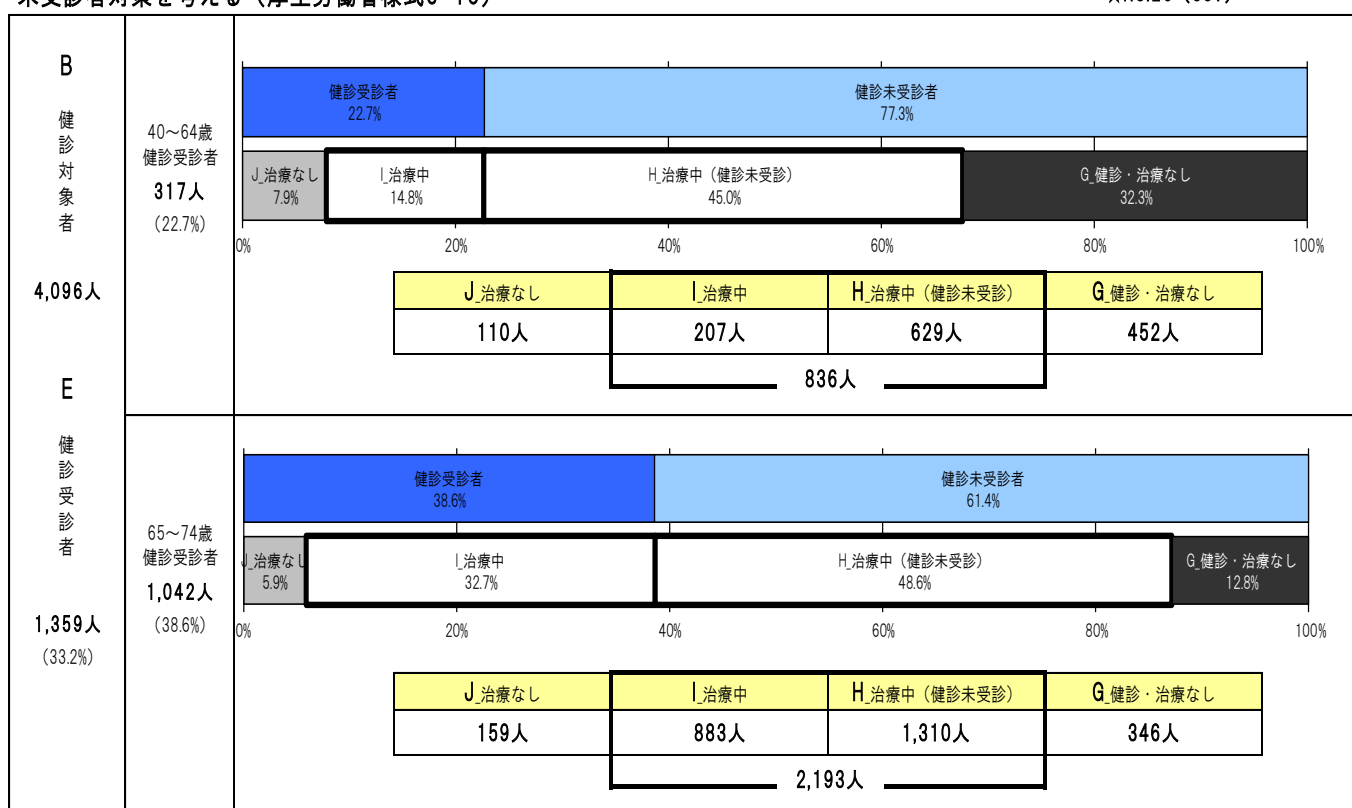
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 32.3%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

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

【図 33】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

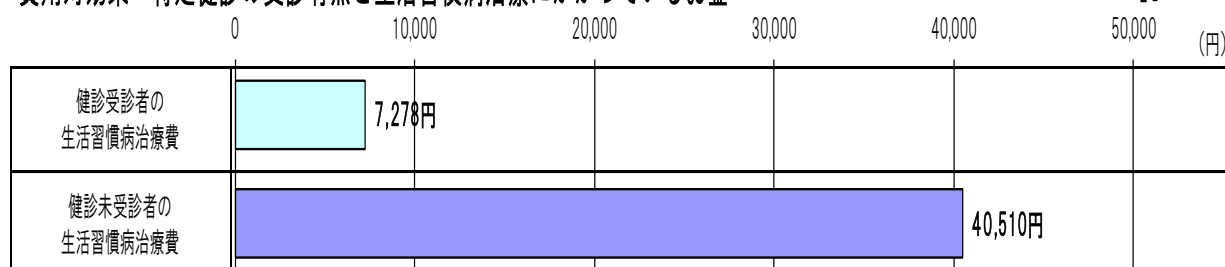
★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ⑥



3. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成 35 年度（2023 年度）には 30 年度（2018 年度）と比較して、3 つの疾患を減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度（2020 年度）に進捗管理のための中間評価を行い、必要時、計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほどに脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、白老町国保被保険者の医療のかかり方は、症状のない初期に医療にかからず、治療の自己中断等があり、重症化して入院する、高額な治療が必要になる実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげるためには、第 1 期と同様、入院を抑えることを目標としつつ、入院外の伸び率を平成 35 年度に同規模並みとすることを旨とする。

(2) 短期的な目標の設定

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

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

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患に糖尿病があげられる。

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

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成 30 年度以降）からは 6 年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【表 16】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	34.4%	35.6%	36.8%	38.0%	39.2%	40.4%
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%

3. 対象者の見込み

【表 17】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	4,386	4,236	4,086	3,936	3,786	3,636
	受診者数	1,508	1,508	1,503	1,495	1,484	1,468
特定保健指導	対象者数	145	155	165	175	185	195
	受診者数	101	108	115	122	129	136

3. 特定健診・特定保健指導の受診状況（第二期計画までの評価）

1) 特定健診に関する分析

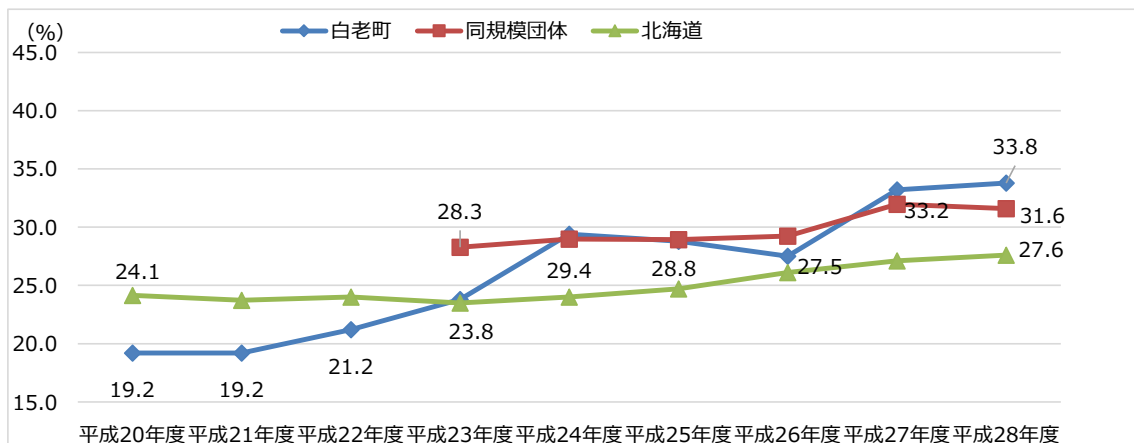
本章において、全体の受診率の把握は法定報告値を使用し、詳細な分析に関しては医療費分析ツール「Focus」を使用する。

(1) 特定健診の受診状況

③ 特定健診受診率の推移および道内順位

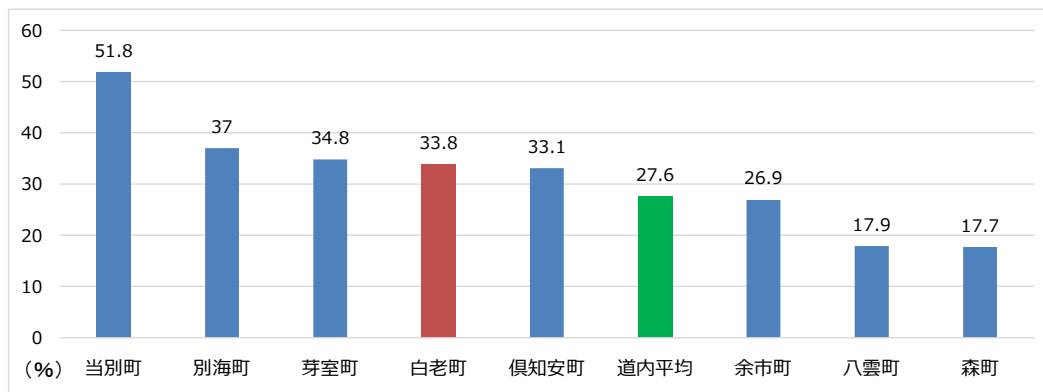
平成20年度の健診開始以降、年々受診率は増加し、平成28年度には33.8%に達している。(図34)

図34 特定健診受診者・対象者・受診率の推移



白老町の受診率を道内の同規模の保険者と比較すると、中位となっている。(図35)

図35 特定健診受診率の道内比較

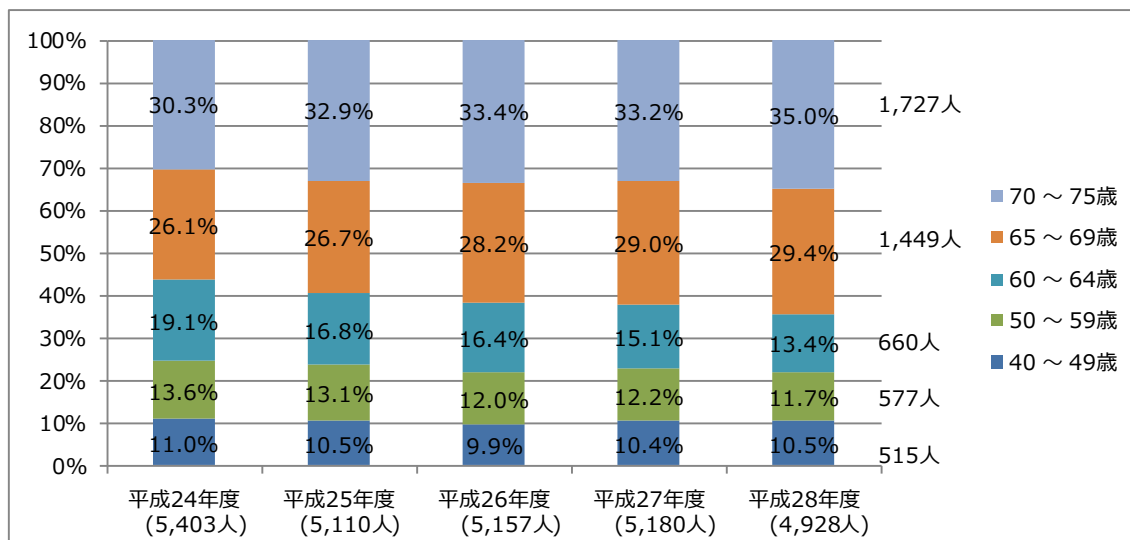


出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（平成28年度）

④ 特定健診対象者の年齢構造

特定健診の対象者は、60歳以上が約80%を占めている状況である。(図36)

図36 特定健診対象者の年齢構造



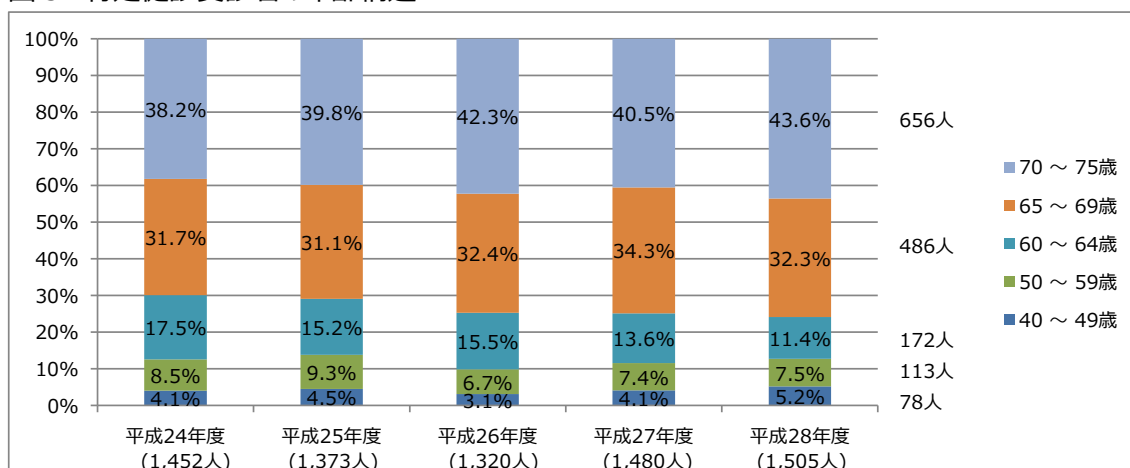
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成24年度～平成28年度）

⑤ 特定健診受診者の年齢構造

特定健診の受診者は、対象者の年齢階層よりも60歳以上の割合が増加し、約90%を占めている状況である。(図37)

図37 特定健診受診者の年齢構造



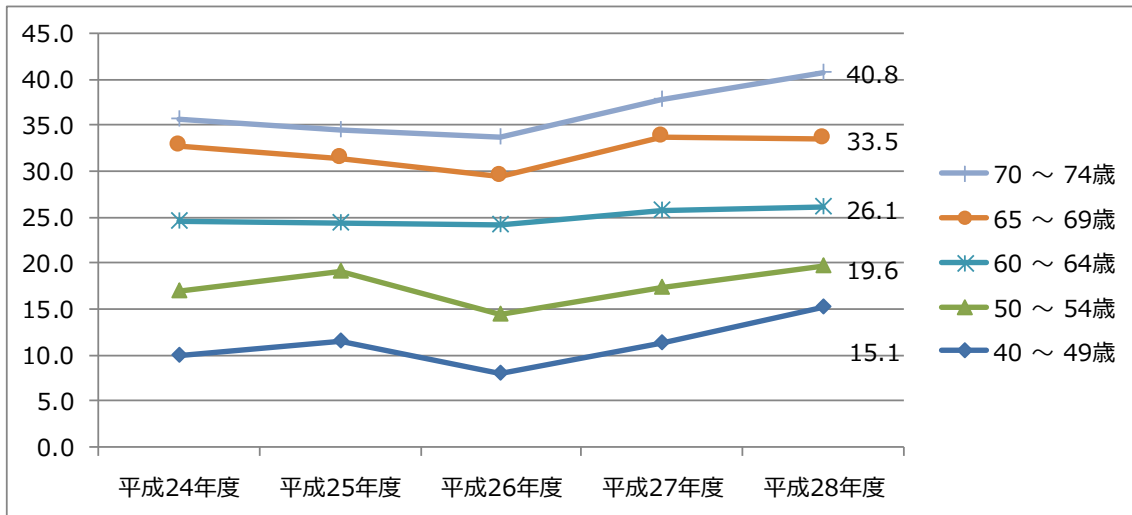
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成24年度～平成28年度）

⑥ 年齢階層別の受診率の推移

すべての年齢階層において、概ね横ばいの傾向にありますが、60歳以上の階層と、59歳以下の階層では受診率に差がある。(図 38)

図 38 年齢階層別の受診率の推移

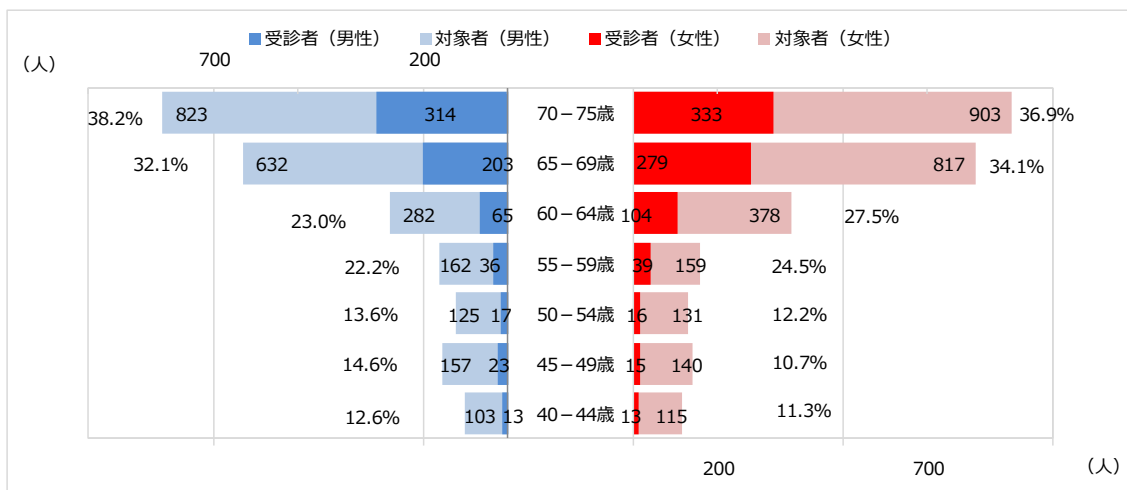


※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成24年度～平成28年度）

また、年齢・性別の受診率をみると、高齢になるに従い受診率が高くなっており、男女ともに60歳以上の受診率が高くなっている。また、性別では女性の受診率が全体的に高くなっているが、40歳代および70歳代においては男性の受診率が高くなっている。(図 39)

図 39 平成28年度の年齢別性別受診率



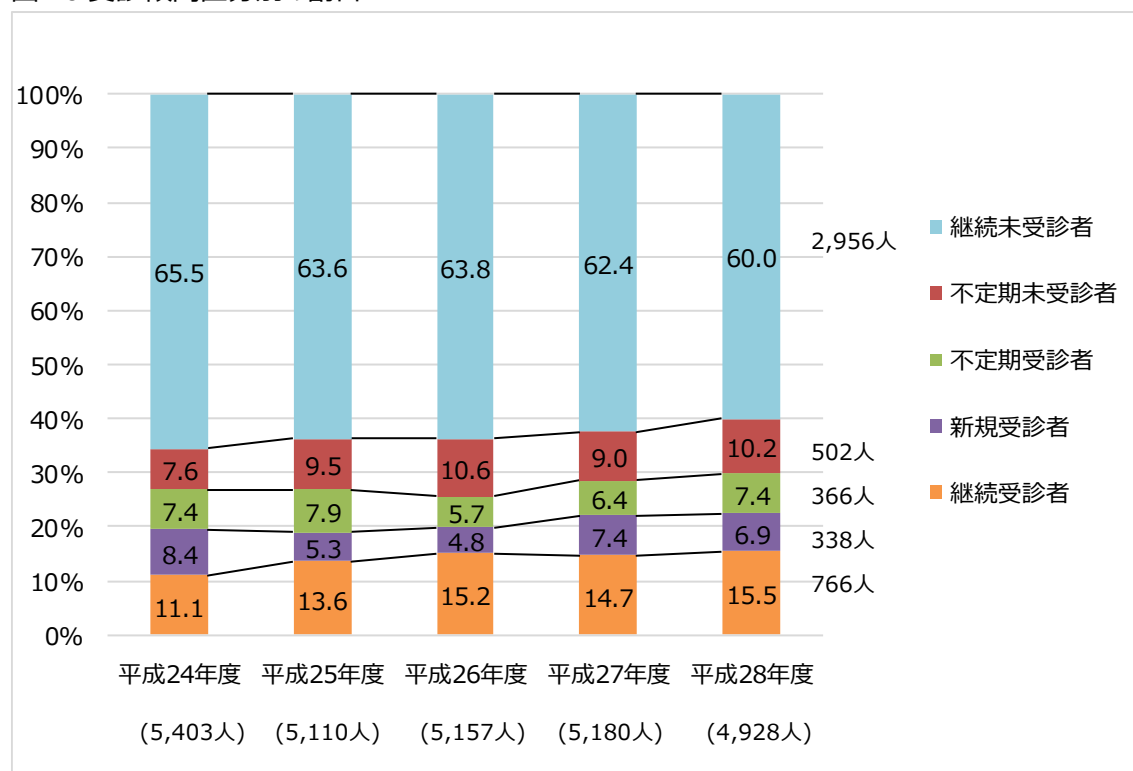
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

⑦ 受診傾向区分別の特定健診対象者の割合

受診傾向区分別にみると、平成 24 年度と平成 28 年度の比較では継続未受診者（3 年連続未受診者）の割合が下がっており、継続受診者（3 年連続受診者）が増加（+4.4 ポイント）している。（図 40・表 18）

図 40 受診傾向区分別の割合



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 24 年度～平成 28 年度）

表 18 受診傾向区分の定義

対象者	説明
継続受診者	3 年連続で受診している
新規受診者	新規で特定健診対象となった
不定期受診者	直近 2 年間で受診歴があり、当該年度に受診している
不定期未受診者	直近 2 年間で受診歴があり、当該年度は未受診
継続未受診者	3 年連続で未受診

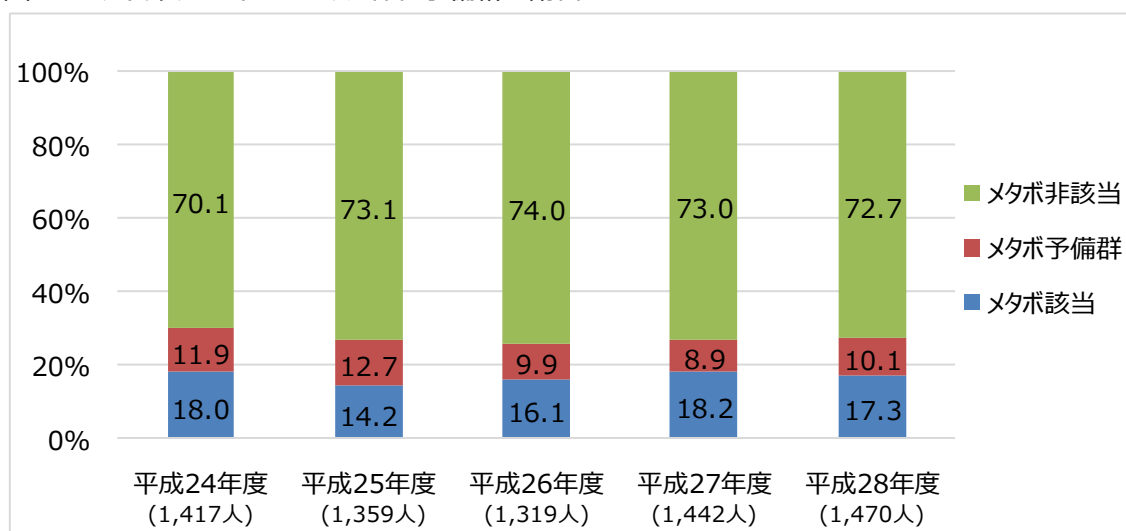
出所：医療費分析ツール「Focus」

(2) 特定健診におけるメタボリックシンドロームの状況

① 特定健診受診者のメタボリックシンドロームの状況

特定健診受診者のメタボリックシンドロームの状況において、メタボリックシンドローム該当率は変動しているが、平成24年度と平成28年度を比較すると該当率は0.7ポイント減少している。また、メタボリックシンドロームの予備群についても、1.8ポイントの減少となっている。(図41)

図41 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



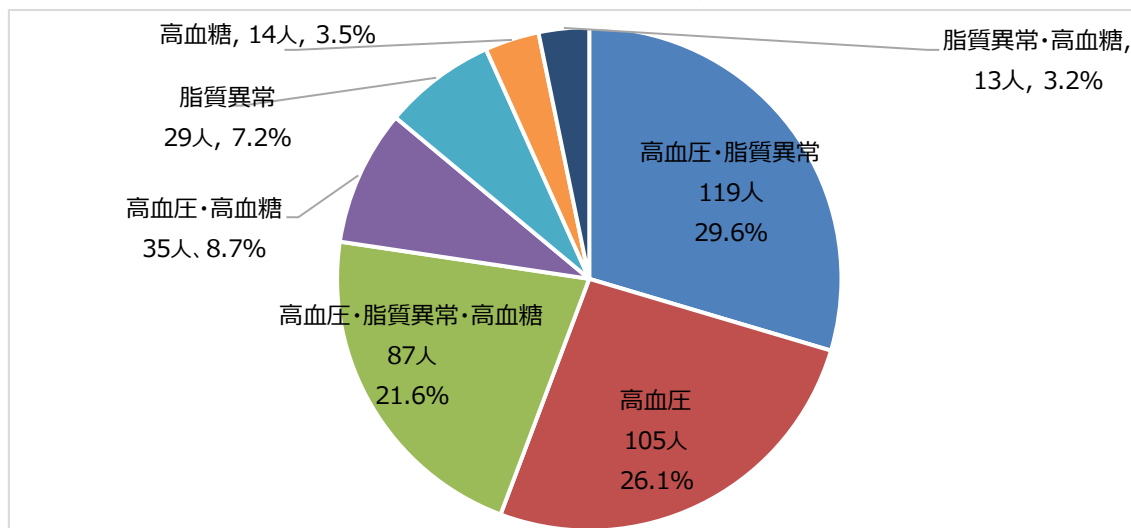
※特定健診受診者のうち、健診結果項目の不足などにより、メタボリックシンドローム判定できない方を除く

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成24年度～平成28年度）

② メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスク因子

メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスク因子の内訳は、「高血圧・脂質異常」が 29.6% ともっとも多く、次いで「高血圧」が 26.1%、「高血圧・脂質異常・高血糖」が 21.6%となっている。(図 42・表 19)

図 42 メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスク因子内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

表 19 メタボリックシンドロームの診断基準

	検査項目	該当基準	備考
高血圧	収縮期血圧	130mmHg 以上	
	または拡張期血圧	85mmHg 以上	
	薬剤治療（血圧）の有無	有り	
脂質異常	HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
	または中性脂肪	150mg/dl 以上	
	薬剤治療（脂質）の有無	有り	
高血糖	空腹時血糖	110mg/dl 以上	空腹時血糖及び HbA1c(N GSP) 両方の値がある場合、空腹時血糖が優先されます。
	または HbA1c(NGSP)	6.0 以上	
	薬剤治療（血糖）の有無	有り	

出所：日本内科学会、日本動脈硬化学会など 8 学会による合同基準

③ 特定健診の検査項目の分析

全国の割合を基準として、本町の健診の有所見者の状況を性別にみると、男性は、BMI、血糖、尿酸の項目において、全国の割合を上回っている。(表 20・図 43)

表 20 男性の有所見者割合

	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖
全国	30.5%	50.1%	28.2%	20.4%	8.7%	27.9%
道	35.5%	51.1%	28.1%	23.0%	8.1%	28.7%
白老町	35.0%	45.9%	26.3%	19.6%	7.4%	38.8%
	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	
全国	55.6%	13.9%	49.2%	24.1%	47.3%	
道	49.7%	14.9%	51.0%	25.9%	50.5%	
白老町	39.7%	15.9%	45.7%	24.1%	47.3%	

出所：KDB（様式 6-2~7 健診有所見者状況）（平成 28 年度）

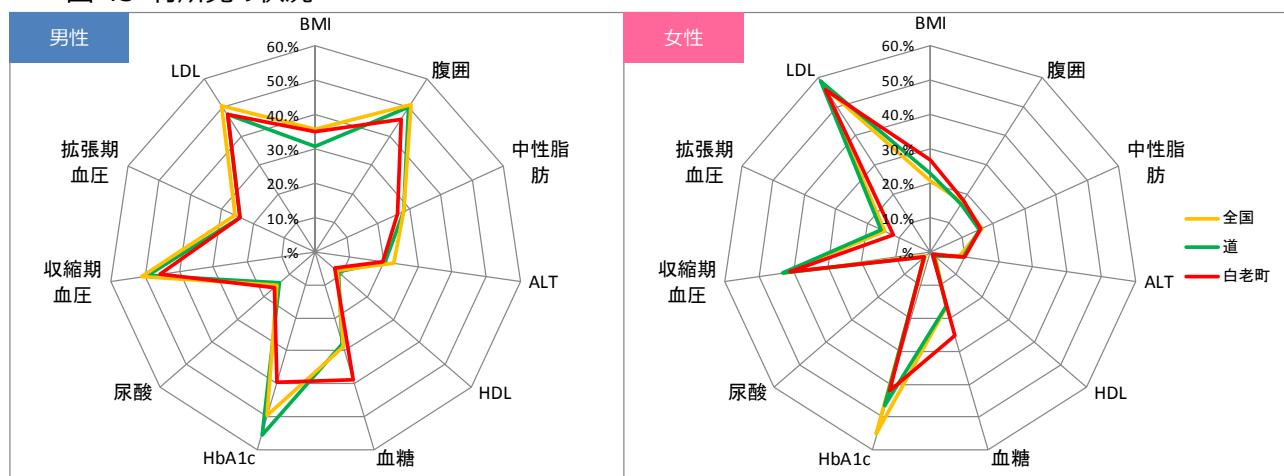
また、女性の有所見者割合をみると、BMI、腹囲、ALT、血糖、尿酸の項目において、全国の割合を上回っている。(表 21・図 43)

表 21 女性の有所見者割合

	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖
全国	20.6%	17.3%	16.3%	8.7%	1.8%	16.8%
道	22.8%	16.3%	15.5%	9.6%	1.6%	16.3%
白老町	26.5%	17.9%	15.9%	10.2%	1.1%	25.5%
	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	
全国	55.2%	1.8%	42.7%	14.4%	57.1%	
道	46.5%	2.2%	43.1%	15.5%	58.7%	
白老町	42.2%	2.3%	41.1%	11.9%	55.8%	

出所：KDB（様式 6-2~7 健診有所見者状況）（平成 28 年度）

図 43 有所見の状況



2) 特定保健指導に関する分析

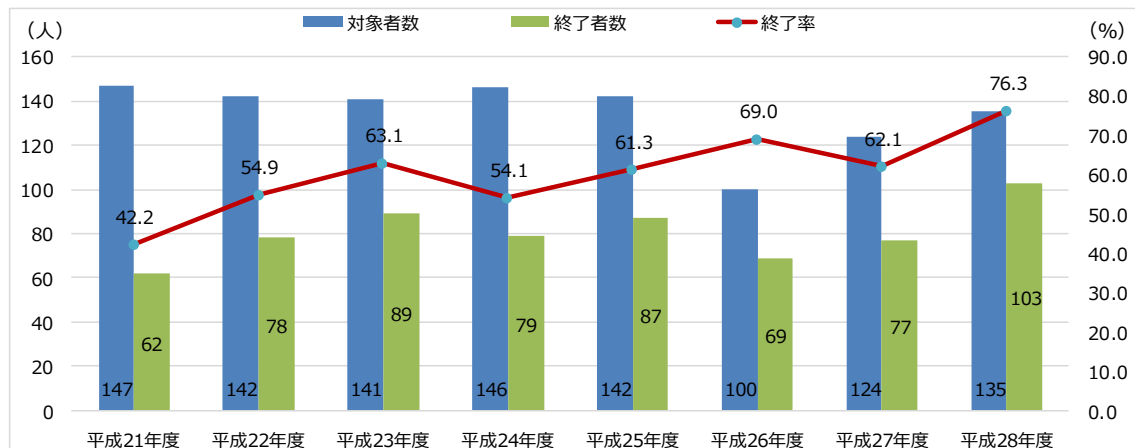
本章において、全体の特定保健指導終了率の把握は法定報告値を使用し、詳細な分析に関しては医療費分析ツール「Focus」を使用する。

(1) 特定保健指導利用率・実施率

① 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導終了率は平成 21 年度の 42.2%から徐々に増加し、平成 28 年度は 76.3%となっている。(図 44)

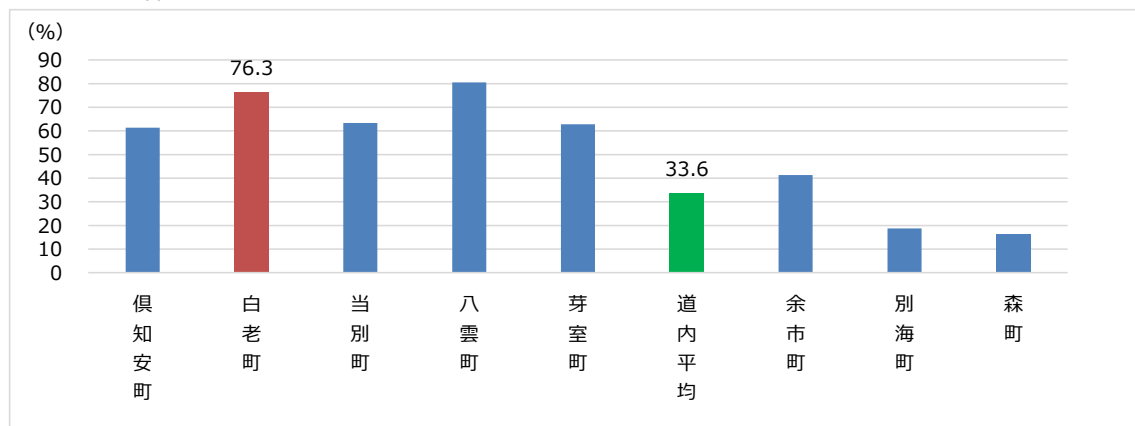
図 44 特定保健指導終了率の推移



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（平成 21 年度～平成 28 年度）

特定保健指導終了率は北海道国保計の 33.6%を上回る 76.3%であり、道内および同規模保険者では上位となっている。(図 45)

図 45 特定保健指導終了率の道内比較



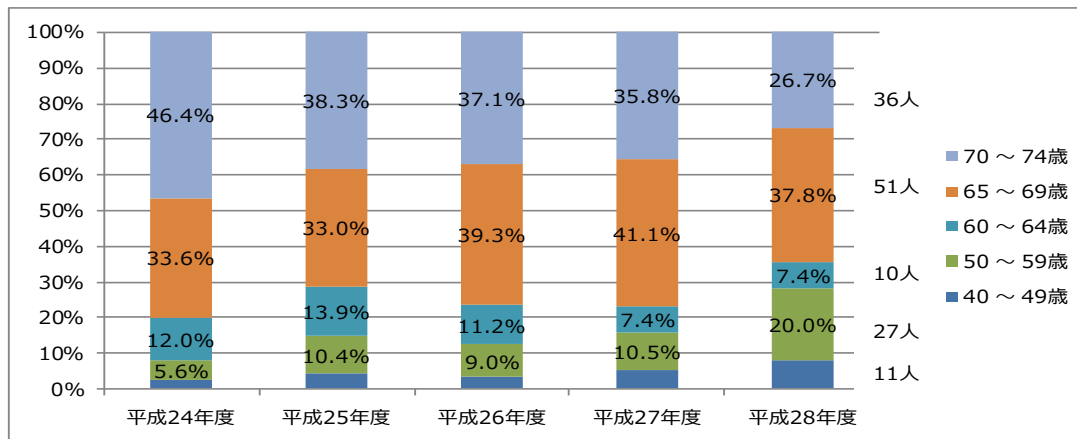
出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値（平成 28 年度）

(2) 特定保健指導の分析

① 特定保健指導対象者の年齢構造

特定保健指導の対象者も、特定健診対象者の割合と同様に、60歳以上が大部分を占めている状況である。(図46)

図46 特定保健指導対象者の年齢構造



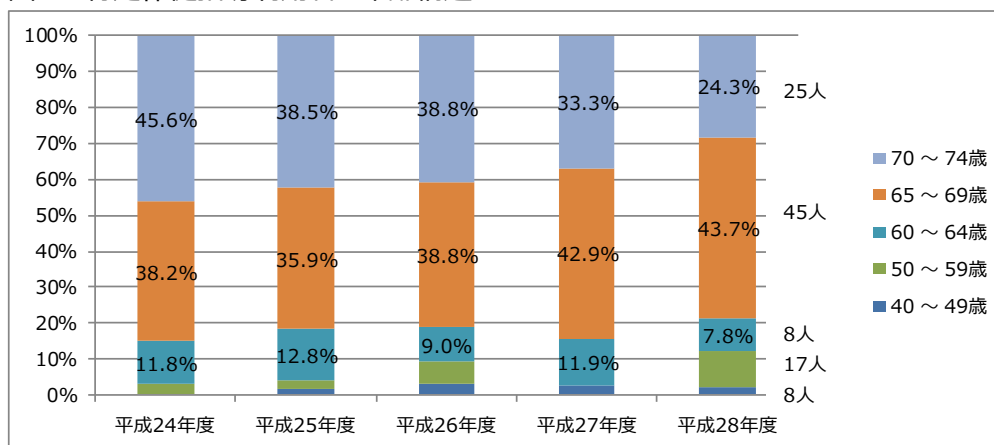
※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成24年度～平成28年度）

② 特定保健指導利用者の年齢構造

特定保健指導の利用者も、特定健診受診者の割合と同様に、60歳以上が大部分を占めている状況である。(図47)

図47 特定保健指導利用者の年齢構造



※年度末年齢で表記しています。

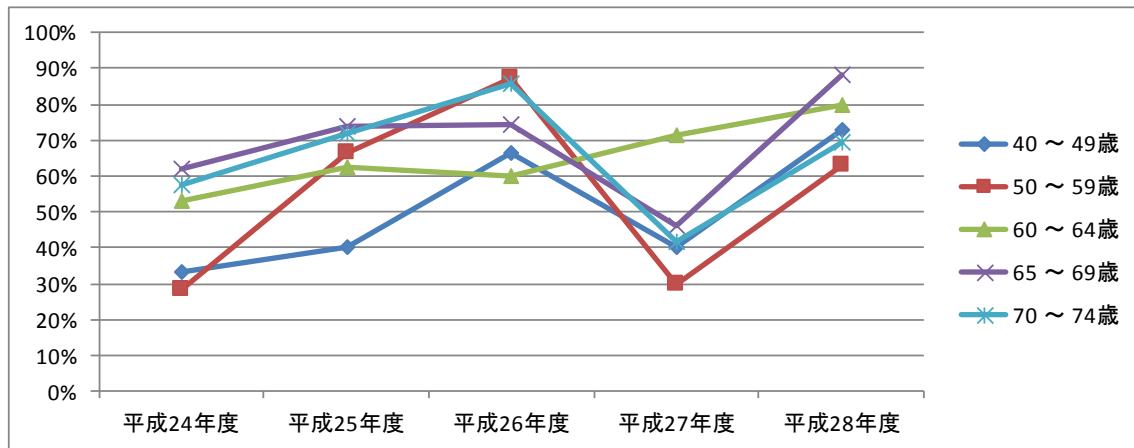
出所：医療費分析ツール「Focus」（平成24年度～平成28年度）

③ 年齢階層別の利用率の推移

平成 24 年度から平成 26 年度にかけて、概ね利用率の向上が見られたが、平成 27 年度に一旦減少したのち、昨年度は利用率が再び改善している。

年齢階層別では、50 歳代までは対象者が少ないため、利用率が一定ではないが、60 歳以上においては、概ね高い率で推移している。(図 48)

図 48 特定保健指導利用率の推移



※年度末年齢で表記しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 24 年度～平成 28 年度）

④ 特定保健指導における改善率

メタボリックシンドローム予備軍および保健指導対象者において、道内平均の改善率より高い値となっており、事業の効果が現れている。(表 22)

【表 22】

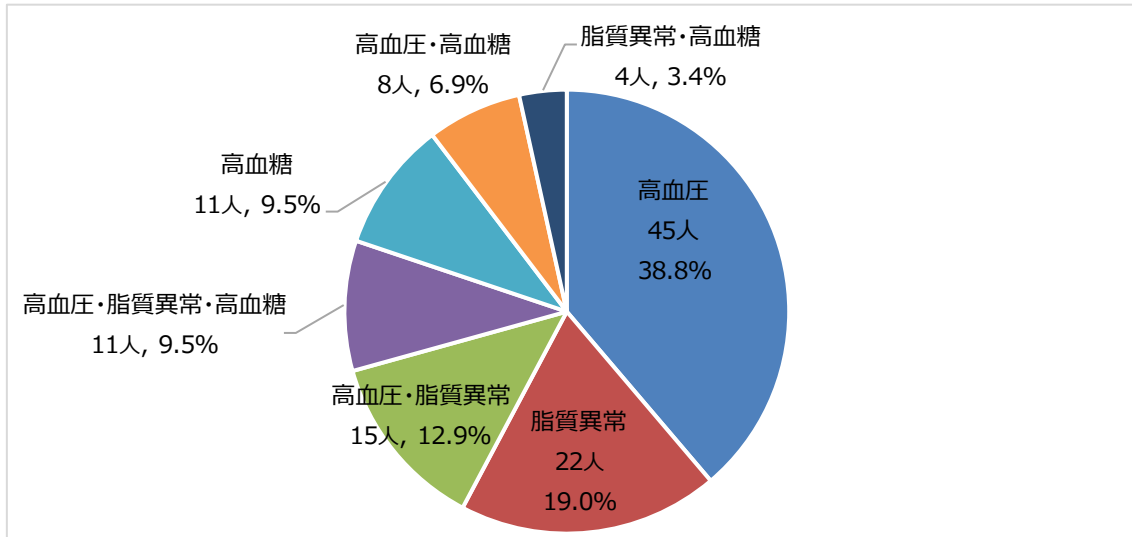
		該当者	予備群	
①	平成 26 年度のメタボリックシンドローム該当	180 人	107 人	
	平成 27 年度において上記から改善した数	20 人	26 人	
	改善率	白老町	11.1%	24.3%
		道内平均	11.4%	20.0%
②	平成 26 年度の保健指導対象者	94 人		
	平成 27 年度において上記から改善した数	22 人		
	改善率	白老町	23.4%	
		道内平均	17.8%	

出所：特定健診・特定保健指導実施結果集計表

⑤ メタボリックシンドローム該当・予備群のリスク因子

保健指導対象者のうち、メタボリックシンドローム該当・予備群と判定された者が保有しているリスク因子は、「高血圧」38.8%、「脂質異常」19.0%、「高血圧・脂質異常」12.9%の順に多くなっている。(図 49・表 23)

図 49 特定保健指導対象者のメタボリックシンドローム該当・予備群のリスク因子



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

表 23 メタボリックシンドロームの診断基準

内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	
ウエスト周囲径	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$ (内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$ に相当)
上記に加え以下のうち 2 項目以上	
高トリグリセライド血症 かつ/または 低 HDL-コレステロール血症	$\geq 150\text{mg/dL}$ $< 40\text{mg/dL}$ 男女とも
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	$\geq 130\text{mg/dL}$ $\geq 85\text{mg/dL}$
空腹時高血糖	$\geq 110\text{mg/dL}$

出所：メタボリックシンドロームの定義と診断基準・日内会誌 94：794-809：2005 より

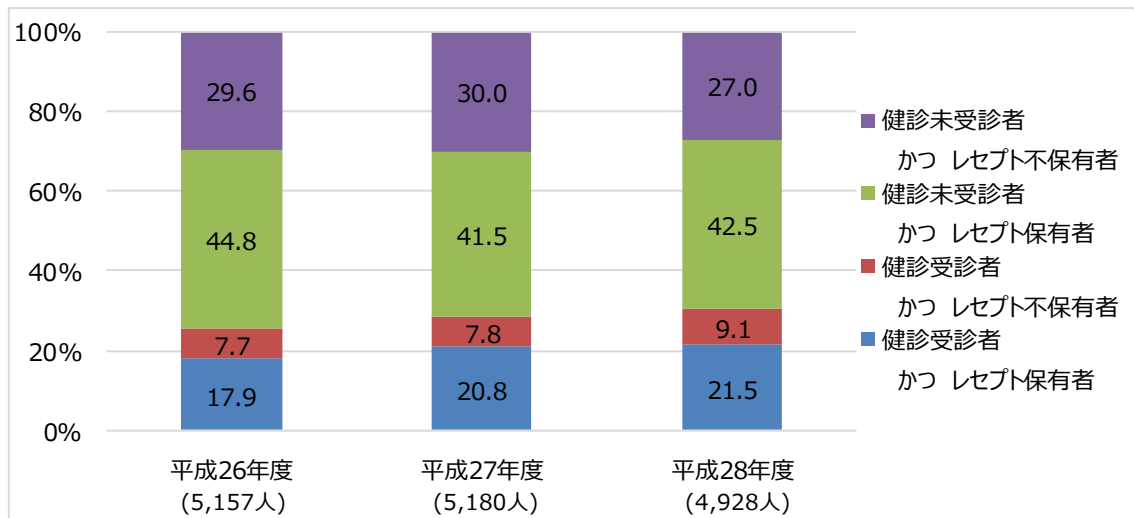
3) 特定健診・レセプトに関する分析

(1) 特定健診とレセプトの関係

① 特定健診対象者のレセプト保有状況

特定健診対象者のレセプト保有状況を経年的にみると、健診未受診かつレセプト保有者がもっとも多い状況が続いており、医療機関に受診はしているが特定健診は受けていない者が多い。(図50)

図50 特定健診対象者のレセプト保有状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成26年度～平成28年度）

② 平成 28 年度の新規脳血管疾患患者における平成 27 年度状況

重症化疾患において大きな一人当たり医療費となっている脳血管疾患について、特定健診の受診状況と医療機関の利用状況を見ると、継続的に特定健診を受診せず、なおかつ医療機関を利用していない国保加入者が、37.5%となっている。(表 24)

【表 24】

特定健診 受診状況	医療機関		合計
	未利用	利用	
継続受診	7 人	13 人	20 人
	7.3%	13.5%	20.8%
たまたに受診	13 人	12 人	25 人
	13.5%	12.5%	26.0%
継続未受診	36 人	15 人	51 人
	37.5%	15.6%	53.1%
合計	56 人	40 人	96 人

③ 平成 28 年度の新規虚血性心疾患患者における平成 27 年度状況

重症化疾患において大きな一人当たり医療費となっている虚血性心疾患について、特定健診の受診状況と医療機関の利用状況を見ると、継続的に特定健診を受診せず、なおかつ医療機関を利用していない国保加入者が、46.5%となっている。(表 25)

【表 25】

特定健診 受診状況	医療機関		合計
	未利用	利用	
継続受診	11 人	10 人	21 人
	6.9%	6.3%	13.2%
たまたに受診	38 人	7 人	45 人
	23.9%	4.4%	28.3%
継続未受診	74 人	19 人	93 人
	46.5%	11.9%	58.5%
合計	123 人	36 人	159 人

④ 平成 28 年度の糖尿病性合併症患者における平成 27 年度状況

重症化疾患において大きな一人当たり医療費となっている糖尿病性合併症疾患について、特定健診の受診状況と医療機関の利用状況を見ると、継続的に特定健診を受診せず、なおかつ医療機関を利用していない国保加入者が、51.4%となっている。(表 26)

【表 26】

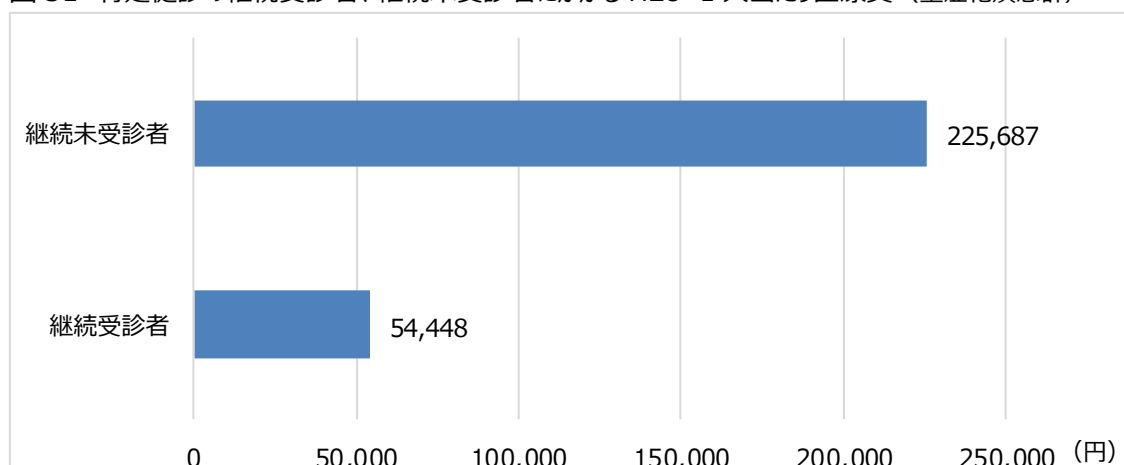
特定健診 受診状況	医療機関		合計
	未利用	利用	
継続受診	2人 5.7%	1人 2.9%	3人 8.6%
たまに受診	9人 25.7%	0人 0.0%	9人 25.7%
継続未受診	18人 51.4%	5人 14.3%	23人 65.7%
合計	29人	6人	35人

出所：医療費分析ツール「Focus」

⑤ 特定健診受診傾向区分と重症化疾患群の1人当たり医療費

特定健診における受診傾向区分別に、平成 28 年度の重症化疾患群にかかる医療費をみると、特定健診の継続未受診者は 225,687 円と高額であるのに対して、特定健診の継続受診者は 54,448 円と低額になっている。特定健診受診による医療費差であると考えることができる。(図 51)

図 51 特定健診の継続受診者、継続未受診者にかかる H28 1 人当たり医療費（重症化疾患群）



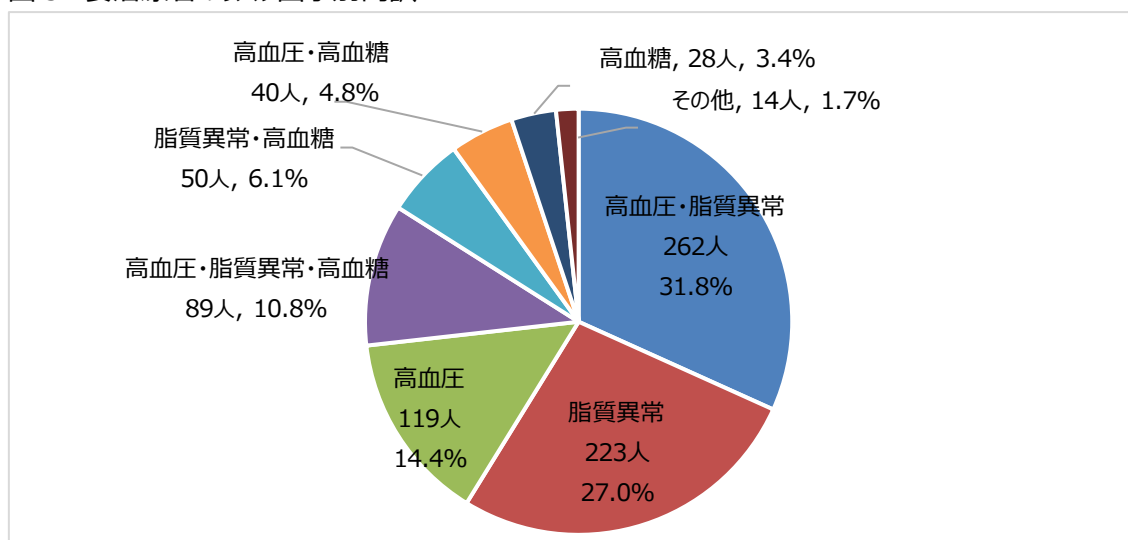
出所：医療費分析ツール「Focus」

(2) 要治療者の状況

① 要治療者のリスク因子別内訳

特定健診を受診した者のうち、要治療と判定された者が保有しているリスク因子は、「高血圧・脂質異常」31.8%、「脂質異常」27.0%、「高血圧」14.4%の順に多くなっている。(図 52・表 27)

図 52 要治療者のリスク因子別内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

表 27 リスクの判定値

		検査項目	基準	備考
高血圧		収縮期血圧	130mmHg 以上	
	または	拡張期血圧	85mmHg 以上	
脂質異常		LDL コレステロール	120mg/dl 以上	
	または	HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
	または	中性脂肪	150mg/dl 以上	
高血糖		空腹時血糖	110mg/dl 以上	空腹時血糖が優先されます。
	または	HbA1c(NGSP)	6.0%以上	

※高血圧：高血圧治療ガイドライン 2014

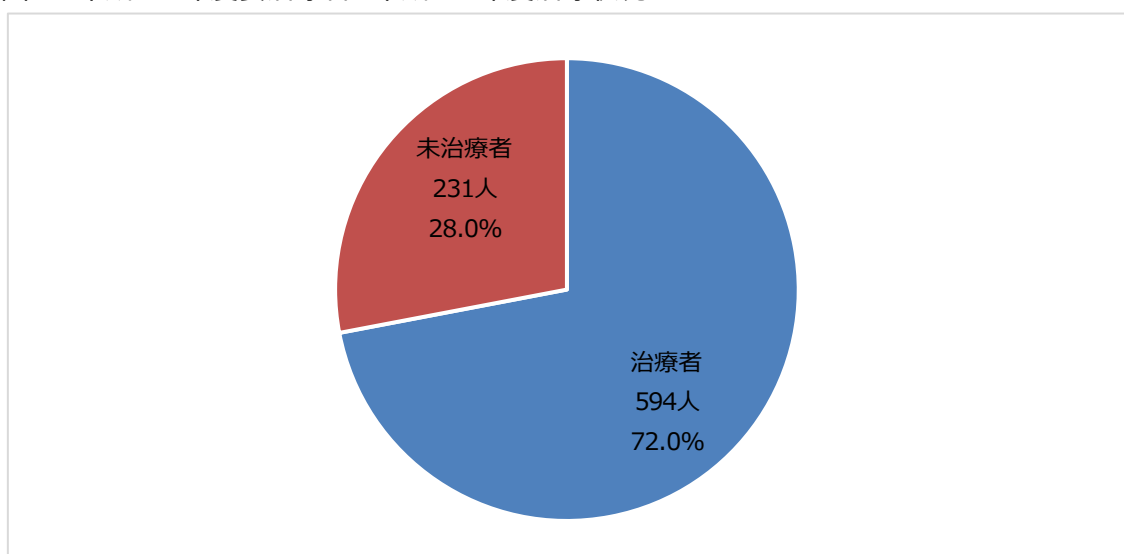
脂質異常：動脈硬化疾患予防ガイドライン 2012 版

高血糖：糖尿病治療ガイド 2014-2015

② 平成 27 年度健診結果における要治療者の平成 28 年度治療状況

要治療者に占める治療者・未治療者の割合は、治療者が 72.0%と大半を占めているが、未治療者が 28.0%と約 3 割も存在している。(図 53・表 28)

図 53 平成 27 年度要治療者の平成 28 年度治療状況



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 27 年度～平成 28 年度）

表 28 要治療の判定値

検査項目	基準	備考
収縮期血圧	140mmHg 以上	標準的な健診・保健指導プログラム 【改訂版】平成 25 年 4 月 厚生労働省
拡張期血圧	90mmHg 以上	
中性脂肪	300mg/dL 以上	
HDL コレステロール	34mg/dL 以下	
LDL コレステロール	140mg/dL 以上	
空腹時血糖	126mg/dL 以上	
HbA1c (NGSP)	6.5%以上	
AST (GOT)	51U/L 以上	
ALT (GPT)	51U/L 以上	
γ-GT (γ-GTP)	101U/L 以上	
血色素量	12.0g/dL 以下 (男性) 11.0g/dL 以下 (女性)	

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- (1) 集団健診(委託健診機関)
- (2) 個別健診(委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

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

3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

4) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

5) 医療機関との適切な連携

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

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

6) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、対象者へ受診券送付、個別通知送付、受診勧奨資材送付を実施する。医療保険者として、特定健診年間スケジュールを配布する。(表 29) 【表 29】

平成29年度健康カレンダー(白老町版)

【健康診断】 H29年度より
国保特定健診・後期高齢者健診が無料になります。

申込受付開始
3月22日(水)9時00分～
※開始前のお申込みはお受けできません。

国民健康保険の方の健康診断							
※対象となる方は、健診当日に白老町国民健康保険院に加入されていることが必須となります							
健診の種類	日程	会場	受付時間	対象	内容	料金	申し込み先 健診機関
特定健診(個別)	通年	町内各医療機関	各医療機関ごと	40～74歳の国保	特定健診(計測、血圧、尿検査、血液検査、心電図、診察)	H29 無 料 度 よ り	各医療機関 (町立・リハビリは要予約)
特定健診(集団)	11月下旬頃～ 12月上旬の1日	白老コミセン	午前 / 午後				健康福祉課 82-5541 北海道労働保健管理協会
個別総合健診	通年 (要予約)	白老町立 国民健康保険 病院	8:30～8:45	40～74歳の 国保	特定健診(計測、血圧、尿検査、 血液検査、心電図、診察)	500円	白老町立国民健康保険病院 82-2181
					大腸がん検診	1,200円	
					胃がん検診	無料	
					結核・肺がん検診	無料	
※追加検査もあります。病院へお問合せ下さい。							
国保ミニ人間ドック	5月10日(水)	札幌がん検診 センター (バス送迎)	40～74歳の国保の方対象(追加検査はFAX裏面参照)		FAX用紙 裏面参照		北海道 対がん協会
レディースミニ 人間ドック	5月11日(木)		特定健診(計測、血圧、尿検査、血液検査、心電図、眼底検査、診察)、各種がん検診(胃、大腸、肺、乳、子宮頸部、前立腺)				
春総合健診	6月13日(火)	虎杖浜生活館	6:00～10:30 15分刻み のご案内	40～74 歳の 国保	特定健診 (計測、血圧、尿検査、血液検査、心電図、 眼底検査、診察)	よ り H 29 無 料 度 よ り	健康福祉課 82-5541 北海道 結核予防会
	6月14日(水)	竹浦コミセン					
	6月15日(木)	萩の里会館					
	6月16日(金)	いきいき4・6					
	6月17日(土)	いきいき4・6					
	6月18日(日)	萩野公民館					
秋総合健診	10月4日(水)	萩野公民館	※がん検診のみ の受付は後半 の時間帯とな ります。	20～39歳の 国保	大腸がん検診	500円	
	10月5日(木)	萩野公民館			胃がん検診	1,200円	
	10月6日(金)	いきいき4・6			ピロリ菌(血液)抗体検査(胃がん検診必須)	1,500円	
	10月7日(土)	いきいき4・6			結核・肺がん検診 ※喀痰検査500円	無料	
					前立腺がん検査	1,840円	
					基本健診(計測、血圧、尿検査、 血液検査、心電図、眼底、診察)	無料	

後期高齢者医療保険の方の健康診断							
健診の種類	日程	会場	受付時間	内容	料金	申し込み先 健診機関	
個別健診	5月～H30年3月	町内各医療機関	各医療機関ごと	後期健診 (計測、血圧、尿検査、血液検査、診察)	H29 無 料 度 よ り	各医療機関 (町立・リハビリは要予約)	
春総合健診	6月13日(火)	虎杖浜生活館	6:00～10:30 15分刻み のご案内	後期健診 (計測、血圧、尿検査、血液検査、診察)	よ り H 29 無 料 度 よ り	健康福祉課 82-5541 北海道 結核予防会	
	6月14日(水)	竹浦コミセン					
	6月15日(木)	萩の里会館					
	6月16日(金)	いきいき4・6					
	6月17日(土)	いきいき4・6					
	6月18日(日)	萩野公民館					
秋総合健診	10月4日(水)	萩野公民館	※がん検診のみ の受付は後半 の時間帯とな ります。	大腸がん検診	500円		
	10月5日(木)	萩野公民館		胃がん検診	1,200円		
	10月6日(金)	いきいき4・6		ピロリ菌(血液)抗体検査(胃がん検診必須)	1,500円		
	10月7日(土)	いきいき4・6		結核・肺がん検診 ※喀痰検査500円	1,840円		

社会保険(被扶養者)の方の健康診断							
★受診する際にはご加入されている保険から発行される受診券が必要です。 お申し込みの際は受診券をお手元にご用意ください。不明な場合は扶養者の職場へ問合せください。							
健診の種類	日程	会場	受付時間	内容	料金	申し込み先 健診機関	
秋総合健診	10月4日(水)	萩野公民館	6:00～10:30 15分刻み のご案内	基本健診 (計測、血圧、尿検査、血液検査、診察)	★加入保 険に よる	健康福祉課 82-5541 北海道 結核予防会	
	10月5日(木)	萩野公民館					
	10月6日(金)	いきいき4・6					
	10月7日(土)	いきいき4・6					
がん検診については40歳以上が対象 検診内容・料金については国保対象者と同様になります。							

医療保険未加入(生活保護受給者)の方の健康診断							
(がん検診・感染症検診は裏面をご覧ください)							
健診の種類	日程	会場	受付時間	内容	料金	申し込み先 健診機関	
春 総合健診 秋 総合健診	国民健康保険の方と同じ内容になります。 【国民健康保険の方の健康診断】をご覧ください。			無料:健康診断、胃・大腸・肺がん結核検診 有料:前立腺がん検査(1,840円)、喀痰検査(500円)、ピロリ菌(血液)抗体検査(1,500円)	健康福祉課 82-5541	北海道結核予防会	

6. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

1) 健診から保健指導実施の流れ

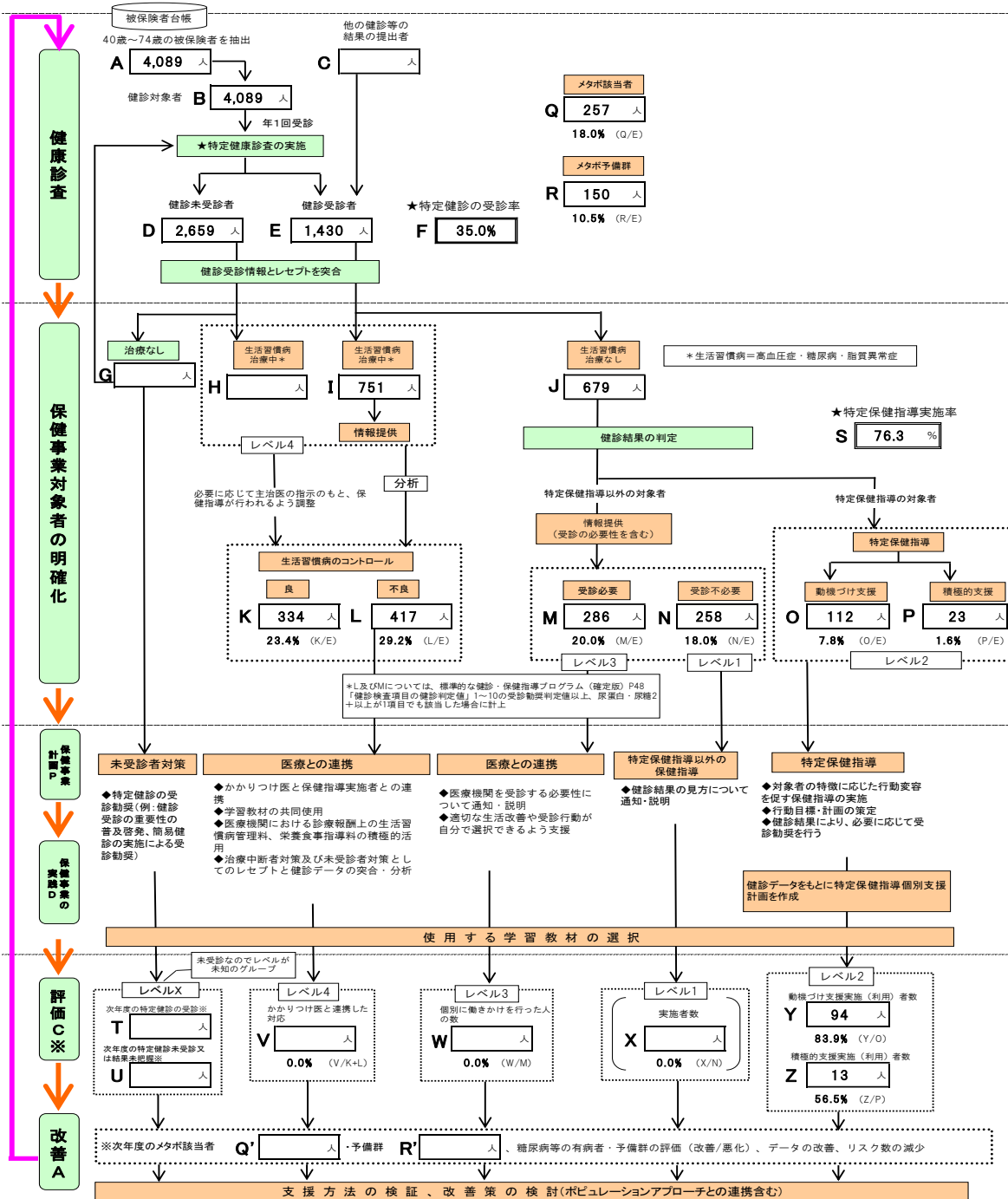
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図54)

【図54】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式6-10

健診から保健指導実施へのフローチャート (平成28年度実績)



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (表 30)

【表 30】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H28年度 対象者数 (受診者に占める 割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	135人 (9.4%)	70%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	286人 (20.0%)	HbA1c6.5以上、高血圧Ⅱ度以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2659人 ※受診率最終目標達成まで 222人	40.4%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	258人 (18.0%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	751人 (52.5%)	糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者 100%

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

【表 31】

対象者の 明確化					A.健診未受診者	B.糖尿病重症化予防		C.特定保健指導 (Bと重複あり)																																																																
					未治療者(中断者含む)	治療者																																																																		
計画P					国保ヘルスアップ事業計画 (未受診者対策)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム		特定健診等実施計画																																																																
					○特定健診受診率：35%	●台帳に載っている人全てに関わる ・重症化が予測される人を受診・治療につなげる ・治療中の人は重症化させない ・CKDを予防し、透析導入を防ぐ		●メタボリックシンドロームの該当者・ 予備軍の25%減少（H20年度比） ○特定健診受診率：60% ○特定保健指導実施率：60%																																																																
実践 スケ ジュー ルD	健診の種類																																																																							
	月	対がん 協会	結核 予防会	町内医療機関	労働保健 管理協会																																																																			
	4					健診受診勧奨 (電話・訪問等)	レセプト確認																																																																	
	5	国保ミニ 人間ドック	春総合 健診			健診受診勧奨(電話・訪問等)																																																																		
	6	レディース ミニ人間 ドック				結果郵送→個別対応(下記の流れと同様)																																																																		
	7					①結果郵送→個別対応		①春結果返却会																																																																
	8					勸奨資材・健診案内郵送	①二次健診 (微量アルブミン尿検査)	①KDBで腎症の診断の 有無を確認	①二次健診 (インスリン抵抗性検査)																																																															
	9					地区担当による個別勧奨	①医療受診勧奨の 保健指導の実施	①経年データ、治療状況 に応じた保健指導の実施																																																																
	10		秋総合 健診	通年で 個別健 診・個別 総合健 診		前年度集団健診受診者へ 個別電話勧奨			①春3カ月評価																																																															
	11				集団 健診	町内医療機関受診者へ検査 結果情報提供承諾書の 郵送	①医療機関受診の有無 確認																																																																	
	12					春・秋・集団健診未受診者へ 個別健診ハガキ勧奨	②二次健診 (微量アルブミン尿検査)	②KDBで腎症の診断の 有無を確認	②二次健診 (インスリン抵抗性検査)																																																															
	1						②医療受診勧奨の 保健指導の実施	②経年データ、治療状況に 応じた保健指導の実施	①春6カ月評価																																																															
	2			データ受 領		進捗状況の確認	春・秋総合健診受診者へ健診自動予約案内発送																																																																	
3					健康カレンダーの広報折り込み																																																																			
評価C	保健指導の視点				全体		実施		対象者の進捗																																																															
					(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)																																																														
e.糖尿病管理台帳の全数				199																																																																				
① A.健診未受診者(A/e)				79	39.7																																																																			
② B.未治療者(中断者含む)(B/e)				75	37.7																																																																			
③ C.HbA1cが悪化している(C/e)				46	23.1																																																																			
④ D.尿蛋白(D/e)				164	82.4																																																																			
(±)				15	7.5																																																																			
(+)				20	10.1																																																																			
⑤ E.eGFR(E/e)				1	0.5																																																																			
1年で25%以上低下				41	20.6																																																																			
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="3">特定健診</th> <th colspan="3">特定保健指導</th> <th colspan="2">受診勧奨者 医療機関受診率</th> </tr> <tr> <th>対象者数</th> <th>受診者数</th> <th>受診率</th> <th>同規模内の 順位</th> <th>対象者数</th> <th>終了者数</th> <th>実施率</th> <th>白老町</th> <th>同規模平均</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H25年度</td> <td>4,640</td> <td>1,303</td> <td>28.2</td> <td>105</td> <td>142</td> <td>87</td> <td>61.2</td> <td>52.6</td> <td>51.1</td> </tr> <tr> <td>H28年度</td> <td>4,093</td> <td>1,376</td> <td>33.8</td> <td>94</td> <td>135</td> <td>100</td> <td>76.3</td> <td>51.7</td> <td>51.3</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">達成</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">内臓脂肪症候群(該当者及び予備軍)の人数・率</th> </tr> <tr> <th colspan="2">該当者</th> <th colspan="2">予備軍</th> </tr> <tr> <th></th> <th>人数</th> <th>率</th> <th>人数</th> <th>率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成20年度</td> <td>111人</td> <td>11.7%</td> <td>161人</td> <td>16.9%</td> </tr> <tr> <td>平成28年度</td> <td>244人</td> <td>16.3%</td> <td>142人</td> <td>10.3%</td> </tr> </tbody> </table>											項目	特定健診			特定保健指導			受診勧奨者 医療機関受診率		対象者数	受診者数	受診率	同規模内の 順位	対象者数	終了者数	実施率	白老町	同規模平均	H25年度	4,640	1,303	28.2	105	142	87	61.2	52.6	51.1	H28年度	4,093	1,376	33.8	94	135	100	76.3	51.7	51.3		内臓脂肪症候群(該当者及び予備軍)の人数・率				該当者		予備軍			人数	率	人数	率	平成20年度	111人	11.7%	161人	16.9%	平成28年度	244人	16.3%	142人	10.3%
項目	特定健診			特定保健指導			受診勧奨者 医療機関受診率																																																																	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の 順位	対象者数	終了者数	実施率	白老町	同規模平均																																																															
H25年度	4,640	1,303	28.2	105	142	87	61.2	52.6	51.1																																																															
H28年度	4,093	1,376	33.8	94	135	100	76.3	51.7	51.3																																																															
	内臓脂肪症候群(該当者及び予備軍)の人数・率																																																																							
	該当者		予備軍																																																																					
	人数	率	人数	率																																																																				
平成20年度	111人	11.7%	161人	16.9%																																																																				
平成28年度	244人	16.3%	142人	10.3%																																																																				
改善A	<p>次年度のメタボ該当者・予備軍、糖尿病等有病者・予備軍の評価(改善・悪化)、データ改善、リスク数の減少</p> <p style="text-align: center;">支援方法の検証、改善策の検討</p>																																																																							

作成する。(表 31)

7. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および白老町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。保存期間は 10 年とする。

8. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

9. 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、白老町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

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

II 保健事業の実施体制

白老町では、特定健診等実施計画と同様、保健師や管理栄養士が地区担当制の中で、本計画の事業を実施する。また、各所属において、課ごとに完結するのではなく、組織横断的に生涯にわたる健康づくり・病気予防・介護予防の視点で事業を展開する。(表 32)

(表 32) 白老町保健事業実施体制の変遷

年	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
関係法律・計画	平成の大合併 地方分権法 地域主権戦略大綱 社会保障制度改革法 日本再興戦略														
	H15健康増進法			H15健康増進法基本指針			H15保健師活動指針改正			H24保健師活動指針改正			H24栄養士活動指針改正		
	H17介護保険法改正			H18高齢者医療確保法(H20施行)			H24基本指針改正			健康日本21(第2次)(H25～34)			H25健康・医療戦略		
	H26医療介護総合確保計画			第3期介護保険事業計画			第4期介護保険事業計画			第5期介護保険事業計画			第6期介護保険事業計画		
	第1期特定健診等実施計画(H20～24)			第2期特定健診等実施計画(H25～29)			健康増進計画(H25～34)			H27データヘルス計画					
	保健師・管理栄養士の配置														
	健康福祉課母子・成年G 5人 健康福祉課健康推進G(H29より国保保健業務移管) 5人 4人 5人 6人 管理栄養士(正) 1人 1人 1人 管理栄養士(臨時) 2人 1人 1人 事務職配置0 (5人) 町民課国保・年金G 1人 2人 1人 (1人)														
	福祉 地域包括・高齢者福祉G(H27～高齢者介護課) 2人 1人 2人 3人 3人 介護保険G 1人 1人 障害福祉G 1人 2人 1人 1人														
	医療 町立病院 1人 1人														

Ⅲ 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(表 33)

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

なお、取組にあたっては表 33 に沿って実施する。

- (1) 医療機関の未受診者及び糖尿病治療中断者に対する対応
- (2) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (3) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (4) 健康診査未受診者への受診勧奨

【表 33】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。(表 34)

【表 34】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

白老町においては、第一期計画において、特定健診の血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(表 35)

白老町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 57 人 (30.2%・F) であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 820 人中のうち、特定健診受診者が 132 人 (16.5%・G) であったが、44 人 (33.3%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 685 人 (83.5%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 63 人中 8 人は治療中断であることが分かった。また、55 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 35 より白老町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ア. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) ……57 人
- イ. 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ) ……52 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク) ……88 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

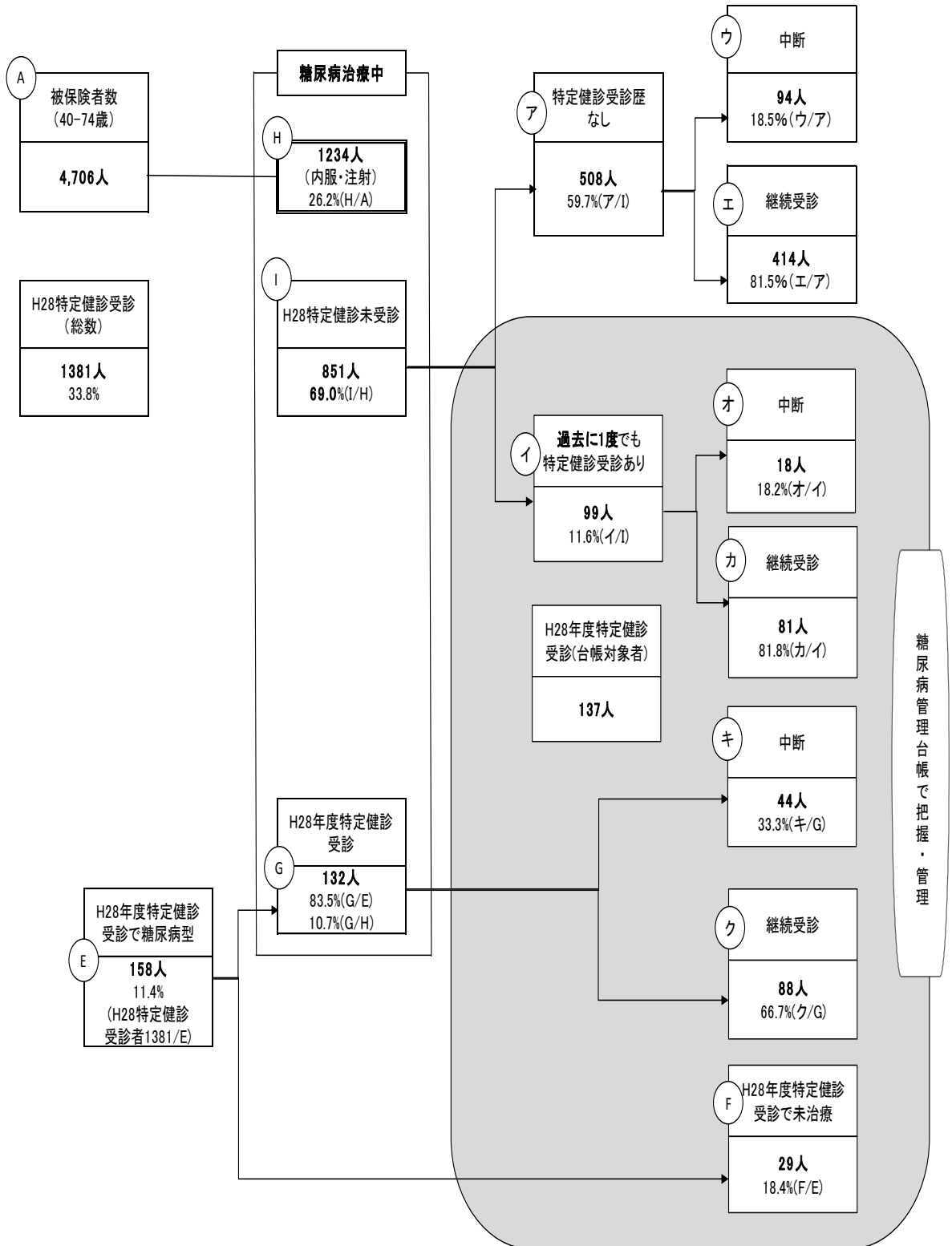
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ) ……55 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者

【表 35】



(参考)平成 29 年度 白老町糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施計画

～糖尿病管理台帳からポイントに沿ってアプローチする流れを確認する～

糖尿病管理台帳 ポイント		対象者条件	アプローチ方法 ※前年度記録と KDB の確認は全てで必ず行う		
A 137 人	健診未受診者	H28 年度 特定健診 の未受診	(連絡手段) A TEL } AorB で健診予約 B 郵送 } がとれなければ C C 訪問 } (内容) H29 年度の健診勧奨 H28 年度の検査データ有無の確認		
B 52 人	未治療者 (中断者含む)	過去に治療していて、 最近 6 か月間未治療 (H28 年度健診受診者)	(実施手段) (持参するもの) 糖尿病連携手帳	訪問 糖尿病重症化予防資料	
C 68 人	A と B の 対 象 者 と 重 複 し て い る 場 合 あり	HbA1c が 悪化して いる	追加年度から直近で 悪化しているか		
D (±) 15 人 (+) 17 人			尿蛋白	1. (-) ~ (±)	(方法) アルブミン定量尿検査は A と B の対象のうち、H29 年 度健診受診した者に実施
				2. (+) 以上	(方法) 受診の有無を KDB で確認 '②未治療者の場合、 強く勧奨
E 35 人	eGFR の 低下	1 年で 25%以上低下 1 年で 5 ml/分/1.73 m ² 以上低下	優先してアプローチ 糖尿病重症化予防資料使用		
糖尿病管理台帳の全数		200 人			

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

A 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

- ① HbA1c ② 血圧 ③ 体重 ④ eGFR ⑤ 尿蛋白

B 資格を確認する

C レセプトを確認し情報を個別記録等に記載する

① 治療状況の把握

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

D 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

E 担当地区別の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）……全体 52 人から地区別に選定
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）……全体 200 人から地区別に選定

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。白老町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していく。(表 36)

【表 36】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病による網膜症 眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… 糖尿病性神経障害とそのすみ方 糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況のみをみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは2次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果や経年表の他、必要時は医療機関連絡票等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、75歳に到達した対象者について、継続した保健指導の連携を図る。

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率
 - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5 ml/1.73 m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。
台帳記載後順次、
対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。白老町において健診受診者 1,485 人のうち心電図検査実施者は 1,166 人 (78.5%) であり、そのうち ST 所見があったのは 12 人であった(表 37)。ST 所見ありの 12 人は全員医療機関に通院しており、11 名が虚血性心疾患の診断を受けていた。(表 38)。健診で心電図検査結果において ST 所見がある場合には、レセプトで通院状況を確認し、医療機関未受診の場合には、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る。(表 39)

白老町は、同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり				その他所見あり		異常なし	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1,485	100	1,166	78.5	12	1	224	19.2	930	79.8

ST所見ありの診断状況

ST所見あり(a)		虚血性心疾患 診断あり(b)						心不全(e)	
		慢性冠動脈疾患(c)			急性冠症候群(ACS)(d)				
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
12	100	11	91.7	2	18.2	2	18.2	6	54.5

虚血性心疾患の分類

分類	慢性冠動脈疾患		急性冠症候群(ACS) ※不安定プラークの破綻による病態	
	労作性狭心症	異形狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞(AMI)
狭窄・閉塞	動脈硬化による器質的狭窄	冠動脈の攣縮による一過性の狭窄～完全閉塞	血栓形成による狭窄	血栓形成による完全閉塞
発作	労作時に起こる	安静時にも起きる		
	複数回起きてる			急性発症(一週間以内)が問題 (初めて起きた症状はいつか)
プラーク	安定プラーク	なし	不安定プラーク	
	○破綻しにくいため狭窄が急速に進行することはない ・繊維性被膜が厚い		○物理的に不安定で破綻する危険性が高い ・繊維性被膜が薄い ・脂質の含有量が多く柔らかい	
介入	一般内科 (保健師がサポート)	専門医に紹介	即、循環器専門病院へ	
	・重症化させないこと (プラークを大きくしない) ・内腔の狭さが危険度に直結する	・プラークはないがタバコ等で収縮し痙攣して起きる ・動脈硬化性リスクは、あまり関係ない	・内腔が保たれていても、いったん破綻すると血栓による狭窄・閉塞が急速に進行する	
			・この状態での、動脈硬化性リスクコントロールは遅い ・心筋傷害マーカーの上昇(CK、トロポニン、GOT)	
・心臓病を減らす治療は、プラークを「作らない」か、または不安定を「安定化」させるしかない ・プラークは必ずしも退縮しなくても、被膜が厚くなれば破れない(スタチン内服) ・食事療法によるコントロールで、プラークが破れなくなるという考え方も出てきつつある ・プラークができやすくなる理由が動脈硬化症リスクである。動脈硬化症予防が前提にあり、プラークを作らないためにリスクコントロールをする				
プラークができないようにする予防がある、プラークができている人の中にも予防がある				

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、表 40 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【表 40】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施		受診者	① 心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		4,648	121 2.6%	1,212 26.1%	3,315 71.3%	0 0.0%
メタボ該当者		986 21.2%	35 3.5%	301 30.5%	650 65.9%	0 0.0%
メタボ予備群		475 10.2%	15 3.2%	139 29.3%	321 67.6%	0 0.0%
メタボなし		3187 68.6%	71 2.2%	772 24.2%	2,344 73.5%	0 0.0%
LDL-C	140-159	458 14.4%	14 3.1%	109 23.8%	335 73.1%	0 0.0%
	160-179	193 6.1%	5 2.6%	52 26.9%	136 70.5%	0 0.0%
	180-	82 2.6%	1 1.2%	28 34.1%	53 64.6%	0 0.0%

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-	337 7.3%	6 1.8%	99 29.4%	232 68.8%	0 0.0%
	170-189	512 11.0%	15 2.9%	144 28.1%	353 68.9%	0 0.0%
CKD	G3aA1~	973 20.9%	34 3.5%	267 27.4%	672 69.1%	0 0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、表 41 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【表 41】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」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)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

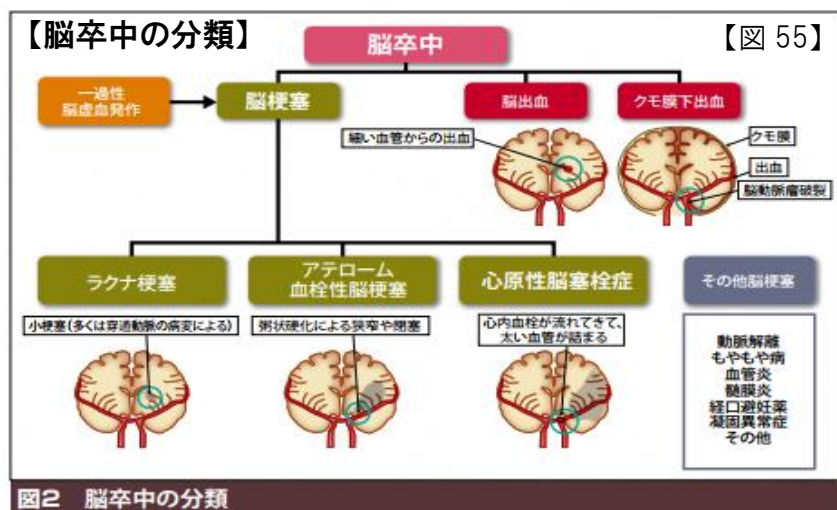
5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図 55・表 42)



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【表 42】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

(脳卒中治療ガイドラインを参考に作成)

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる(表 43)。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【表 43】

脳梗塞	ラクナ高速	●				○		○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○		○
	心原性脳梗塞	●			●	○		○
脳出血	脳出血	●						
	くも膜下出血	●						
リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧症	糖尿病	脂質異常症 (高LDL)	心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中:7.0以上)	LDL-C 180mg/dl以上	心房細動	メタボ該当者	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数	1,444							
対象者数	58 4.0%	72 5.0%	65 4.5%	10 0.7%	257 17.8%	19 1.3%	31 2.1%	
治療なし	28 3.2%	34 2.7%	60 5.8%	5 0.7%	35 5.1%	2 0.3%	5 0.8%	
(再掲) 特定保健指導	9 15.5%	7 9.7%	17 26.2%	1 10.0%	35 13.6%	1 5.3%	2 6.5%	
治療あり	30 5.2%	38 28.4%	5 1.2%	5 0.7%	222 29.6%	17 2.3%	26 3.6%	
臓器障害あり	6 21.4%	2 5.9%	11 18.3%	5 100.0%	7 20.0%	2 100.0%	5 100.0%	
CKD (専門医対象者)	1	1	4	0	1	2	5	
尿蛋白 (2+) 以上	1	1	3	0	1	2	1	
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	1	0	3	0	1	1	5	
心電図所見あり	5	2	7	5	6	0	0	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が58人(4.0%)であり、28人は未治療者であった。また未治療者のうち6人(21.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も30人(5.2%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

血圧に基づいた脳心血管リスクを層別化してみると、降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。(表 44)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【表 44】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適血圧 ~119 / ~79	正常血圧 120~129 / 80~84	正常高値血圧 130~139 / 85~89	I度高血圧 140~159 / 90~99	II度高血圧 160~179 / 100~109	III度高血圧 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
869		311 35.8%	235 27.0%	133 15.3%	162 18.6%	22 2.5%	6 0.7%	7 0.8%	92 10.6%	91 10.5%
リスク第1層		57 6.6%	34 10.9%	12 5.1%	4 3.0%	7 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	7 100%	0 0.0%
リスク第2層		531 61.1%	191 61.4%	153 65.1%	80 60.2%	92 56.8%	13 59.1%	2 33.3%	-- 100.0%	15 16.5%
リスク第3層		281 32.3%	86 27.7%	70 29.8%	49 36.8%	63 38.9%	9 40.9%	4 66.7%	--	76 83.5%
再掲) 重複あり	糖尿病	76 27.0%	22 25.6%	24 34.3%	14 28.6%	14 22.2%	2 22.2%	0 0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	112 39.9%	31 36.0%	31 44.3%	16 32.7%	28 44.4%	4 44.4%	2 50.0%		
	3個以上の危険因子	168 59.8%	51 59.3%	36 51.4%	34 69.4%	40 63.5%	4 44.4%	3 75.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン 2014 日本高血圧学

(3) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。表 45 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。(表 45・表 46)

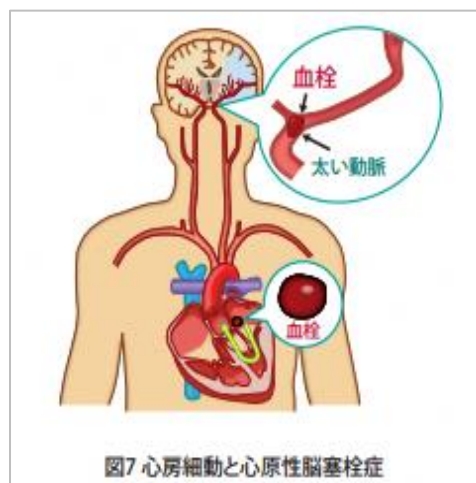


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況

【表 45】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	526	632	9	1.7	1	0.2	-	-
40歳代	28	26	0	0.0	0	0.0	0.2	0.0
50歳代	44	49	1	2.3	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	223	319	1	0.4	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳代	231	238	7	3.0	1	0.4	3.4	1.1

*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

*日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

特定健診における心房細動有所見者の治療の有無

【表 46】

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療		治療	
人	人	%	人	%
10	4	40	6	60

心電図検査において10人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると70～74歳代が多く、50代と70～74歳代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また10人のうち6人は既に治療が開始されていたが、4人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

③ 高血圧者の管理

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

④ 心房細動の管理台帳

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

（参考資料 9）

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

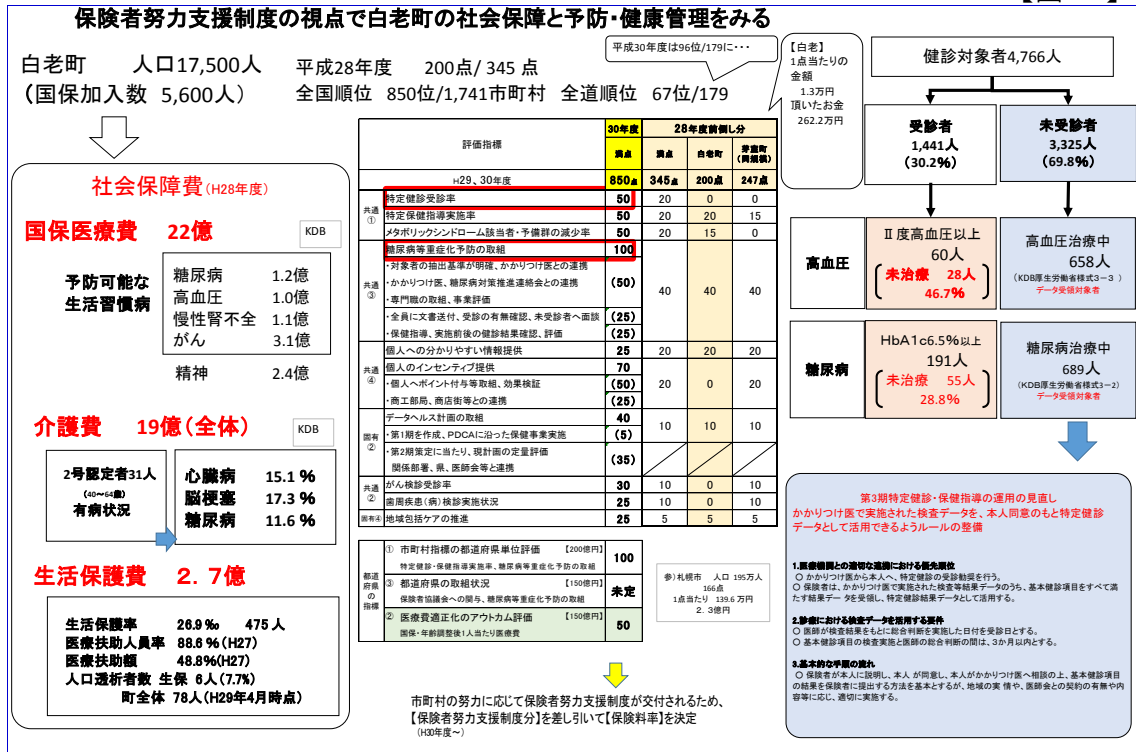
5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 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）

IV ポピュレーションアプローチ

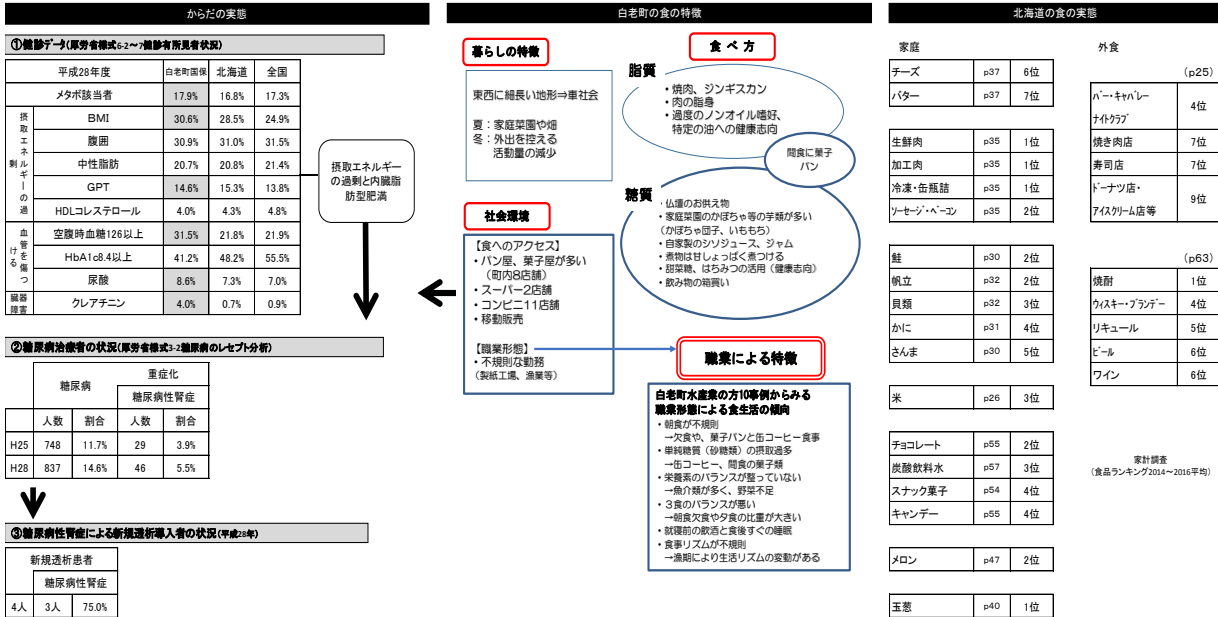
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図 56・表 47)

【図 56】



健診結果と生活を科学的に解明する

【表 47】



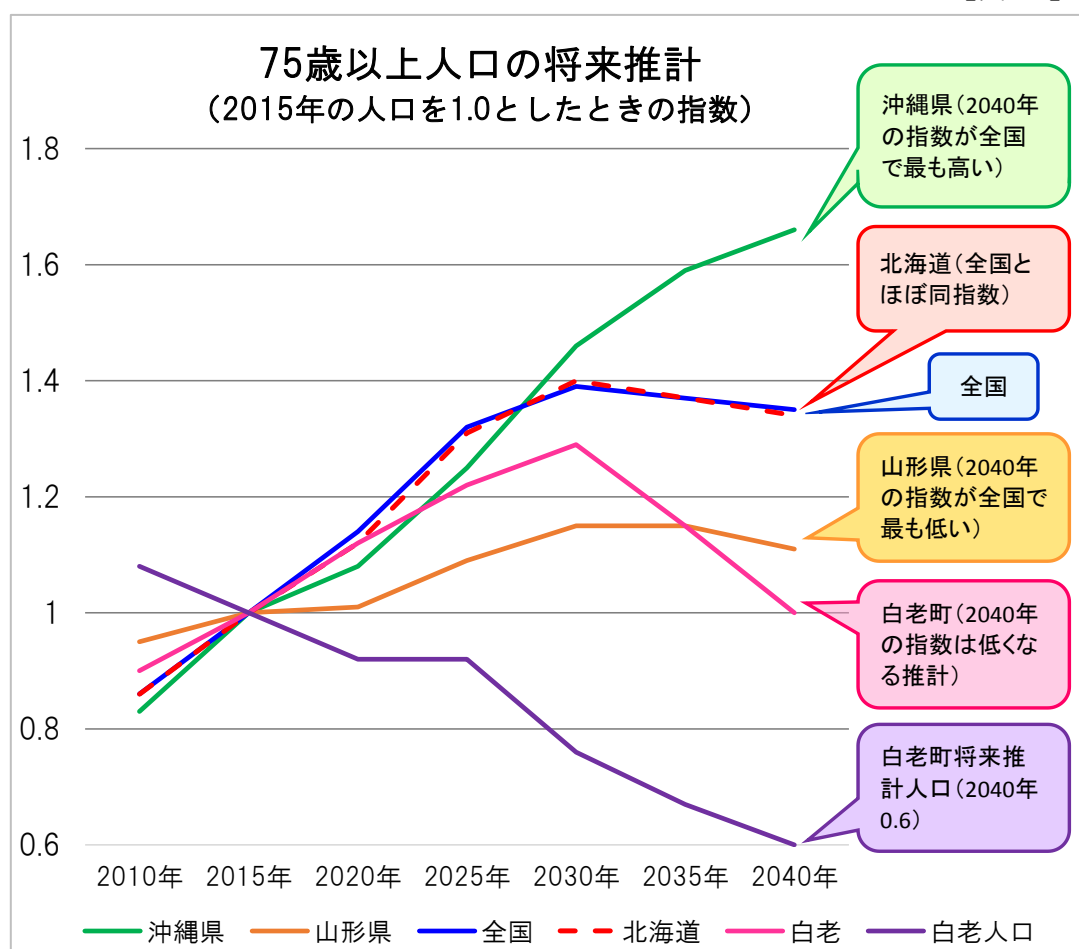
第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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

白老町の75歳以上人口の将来推計を2015年の人口を1.0としたときの指数でみると、2030年の1.29をピークに減っていくと推測されるが、町全体の将来推計人口指数をみると2040年は0.6であり、高齢者の割合は高くなるといえる。(図57)

【図 57】



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

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。
また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた白老町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたA市の位置

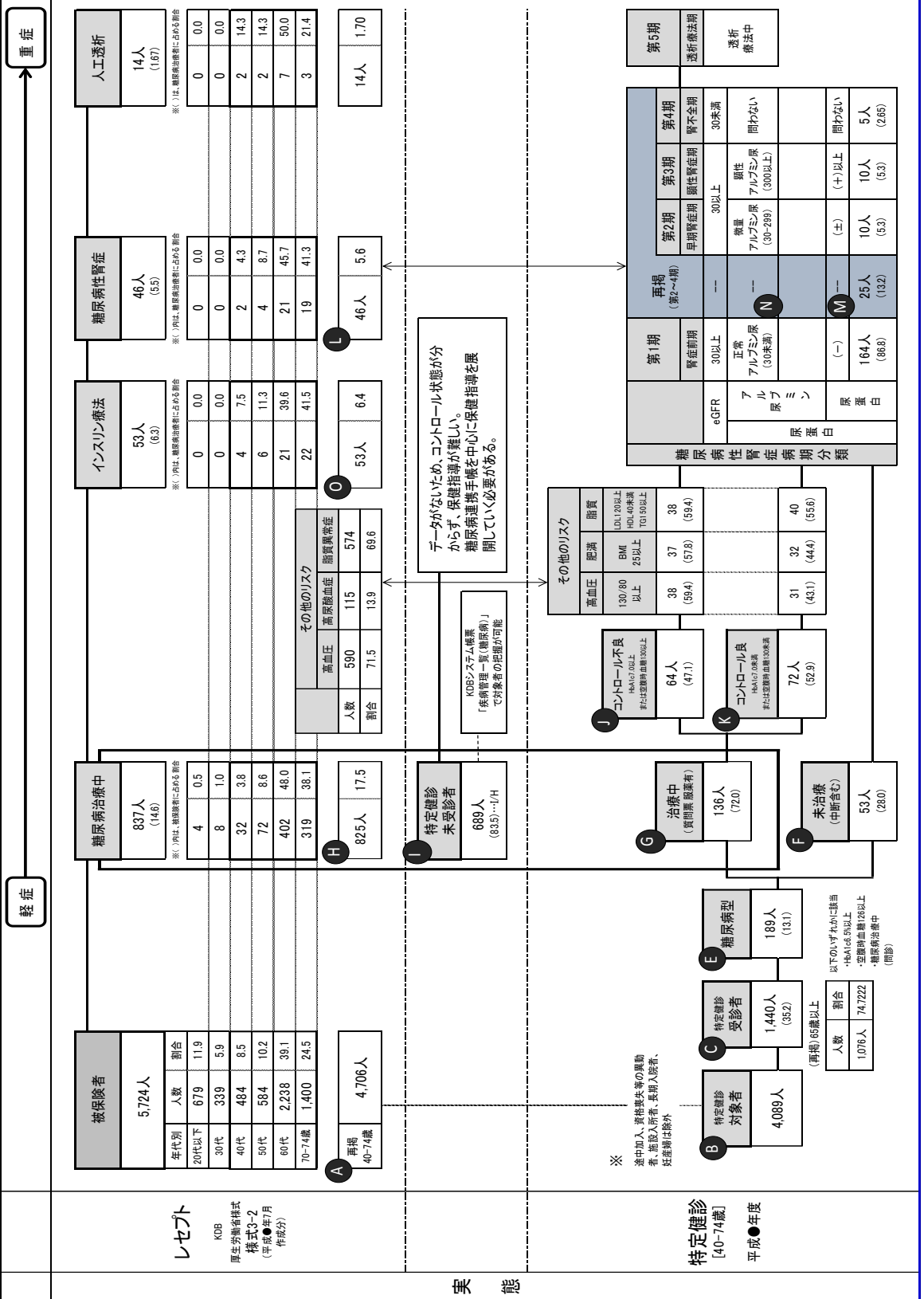
※悪いほうの数値に○がついています

項目	H25白老町		H28白老町		伸び率	H25同規模平均		H28同規模平均		伸び率	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	19,287		19,287		2,290,087		2,213,234			
		65歳以上 (高齢化率)	65歳以上	6,593	34.2	6,593	34.2	650,849	28.4	623,636	28.2	KDB_NO.5 人口の状況
			75歳以上	3,103	16.1	3,103	16.1					KDB_NO.3
			65~74歳	3,490	18.1	3,490	18.1					健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
			40~64歳	6,864	35.6	6,864	35.6					
39歳以下	5,830	30.2	5,830	30.2								
② 産業構成	第1次産業	9.5		9.5		12.4		12.2			KDB_NO.3	
	第2次産業	28.1		28.1		27.7		27.7			健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
	第3次産業	62.4		62.4		59.9		60.1				
③ 平均寿命	男性	77.6		77.6		79.3		79.3				
	女性	85.4		85.4		86.3		86.3				
④ 健康寿命	男性	63.4		63.3		65.1		65.1			KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.5		66.4		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	103.1		104.4		102.8		103.9		
			女性	105.7		106.5		99.7		102.0		
		死因	がん	85	45.2	88	45.4	7,957	45.4	7,565	46.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			心臓病	60	31.9	69	35.6	4,910	28.0	4,757	29.0	
			脳疾患	25	13.3	28	14.4	3,160	18.0	2,675	16.3	
	糖尿病		3	1.6	2	1.0	332	1.9	338	2.1		
	腎不全	10	5.3	5	2.6	638	3.6	619	3.8			
	自殺	5	2.7	2	1.0	524	3.0	474	2.9			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査
		男性										
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,306	19.4	1,441	21.5	128,874	19.6	126,477	20.4		
		新規認定者	34	0.3	17	0.3	2,537	0.3	2,113	0.3		
	② 有病状況	2号認定者	31	0.5	31	0.5	3,357	0.4	2,818	0.4		
		糖尿病	370	25.7	468	29.7	26,891	20.4	27,976	21.2		
		高血圧症	653	47.4	763	50.7	68,417	51.7	69,160	52.8		
		脂質異常症	380	27.4	470	30.7	33,281	24.8	35,266	26.8		
		心臓病	772	56.1	856	57.3	78,464	59.3	78,851	60.3		
		脳疾患	285	22.0	310	20.2	36,661	28.1	34,930	26.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	144	10.1	184	11.3	12,044	9.1	13,037	9.8		
		筋・骨格	652	47.1	728	48.4	66,507	50.3	67,521	51.7		
	精神	402	29.2	471	30.7	45,409	34.0	47,722	36.3			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	78,134		70,898		67,744		67,108			
		居室サービス	39,259		39,410		41,879		41,924			
		施設サービス	296,775		286,178		281,910		276,079			
	④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	認定あり	10,001		9,313		8,320		8,324		
認定なし		4,884		4,936		3,909		3,994				
4	① 国保の状況	被保険者数	6,204		5,611		676,700		574,796		▼15.1	
		65~74歳	2,841	45.8	2,869	51.1						
		40~64歳	2,158	34.8	1,702	30.3						
		39歳以下	1,205	19.4	1,040	18.5						
	加入率	32.2		29.1		29.5		26.0				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	173	0.3	173	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		診療所数	6	1.0	6	1.1	1,397	2.1	1,295	2.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		病床数	58	9.3	58	10.3	23,328	34.5	22,850	39.8		
		医師数	10	1.6	9	1.6	2,974	4.4	2,887	5.0		
		外来患者数	6242		6650		6542		6867			
入院患者数	30.1		29.2		21.5		22.1					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	31,535	県内28位 同規模4位	31,145	県内40位 同規模16位	▼1.2	24,667	26,719	△8.3	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
	受診率	654,293		694,205		675,714		708,781				
	外来	費用の割合	49.9		52.3		57.2		57.8			
		件数の割合	95.4		95.8		96.8		96.9			
	入院	費用の割合	50.1		47.7		42.8		42.2			
		件数の割合	4.6		4.2		3.2		3.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
1件あたり在院日数	17.3日		17.1日		16.9日		16.6日					
④ 医療費分析 種類に占める割合 (最大医療費源疾患名 (調剤含む))	新生物	21.3		25.8		20.9		24.4		KDB_NO.3		
	慢性腎不全 (透析あり)	7.6		9.2		9.4		9.4				
	糖尿病	9.6		10.1		9.7		10.2		健診・医療・介護 データからみる地 域		
	高血圧症	10.2		8.4		11.6		9.0				
	精神	18.1		19.9		18.5		18.4				
筋・骨疾患	16.3		12.6		15.0		15.2					

項目		H25白老町		H28白老町		伸び率	H25同規模平均		H28同規模平均		伸び率	データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合		実数	割合	実数	割合					
4	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数183	入院	糖尿病	576,192	77位 (17)	501,558	150位 (17)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
				高血圧	540,118	141位 (19)	524,563	158位 (19)							
				脂質異常症	579,063	71位 (17)	467,714	156位 (16)							
				脳血管疾患	628,268	109位 (20)	594,409	124位 (20)							
				心疾患	697,633	92位 (16)	545,978	154位 (15)							
				腎不全	819,364	54位 (15)	771,431	71位 (16)							
				精神	461,295	97位 (26)	441,075	138位 (26)							
				悪性新生物	615,330	113位 (15)	711,081	30位 (14)							
		入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	40,862	41位	36,489	106位							
				高血圧	33,141	55位	33,682	60位							
				脂質異常症	32,738	37位	31,236	57位							
				脳血管疾患	41,331	44位	40,617	48位							
				心疾患	43,848	73位	44,850	76位							
				腎不全	192,794	38位	156,710	80位							
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	生活習慣病対象者 一人当たり	健診対象者 一人当たり	2,389	2,466	3,096	3,095				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
			健診未受診者	13,118	13,719	11,103	12,111								
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	健診受診者	754	57.8	768	55.7	99,033	56.3	94,645	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			医療機関受診率	686	52.6	714	51.7	89,686	51.0	86,525	51.1				
			医療機関非受診率	68	5.2	54	3.9	9,347	5.3	8,120	4.8				
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数183	①	健診受診者	1,305	1,380	175,902	169,408				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			
				②	受診率	28.8	県内110位 同規模117位	33.7	県内103位 同規模103位	38.3	41.0				
			③	特定保健指導終了者(実施率)	84	59.2	101	74.3	7,103	31.4	7,934		38.2		
			④	非肥満高血糖	101	7.7	124	9.0	16,584	9.4	16,973		10.0		
			⑤	メタボ	該当者	185	14.2	247	17.9	28,747	16.3		29,846	17.6	
					男性	123	20.2	159	25.0	19,471	24.7		20,491	26.8	
					女性	62	8.9	88	11.8	9,276	9.6		9,355	10.1	
					予備群	161	12.3	142	10.3	19,606	11.1		18,586	11.0	
			⑥	メタボ	男性	112	18.4	107	16.9	13,326	16.9		12,858	16.8	
					女性	49	7.0	35	4.7	6,280	6.5		5,728	6.2	
			⑧	メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	396	30.3	427	30.9	54,833		31.2	54,260	32.0
						男性	268	44.0	292	46.0	36,942		46.9	37,209	48.6
					女性	128	18.4	135	18.1	17,891	18.4		17,051	18.4	
					BMI	総数	86	6.6	94	6.8	9,412		5.4	8,619	5.1
						男性	23	3.8	22	3.5	1,592		2.0	1,455	1.9
					女性	63	9.1	72	9.7	7,820	8.1		7,164	7.7	
					⑨	血糖のみ	10	0.8	14	1.0	1,242		0.7	1,182	0.7
					⑩	血圧のみ	131	10.0	98	7.1	13,604		7.7	12,869	7.6
					⑪	脂質のみ	20	1.5	30	2.2	4,760		2.7	4,535	2.7
⑫	血糖・血圧	41			3.1	31	2.2	4,983	2.8	5,121	3.0				
⑬	血糖・脂質	6			0.5	13	0.9	1,605	0.9	1,656	1.0				
⑭	血圧・脂質	96			7.4	119	8.6	14,005	8.0	13,983	8.3				
⑮	血糖・血圧・脂質	42			3.2	84	6.1	8,154	4.6	9,086	5.4				
6	生活習慣の 状況	①	服薬	517	39.6	559	40.5	59,057	33.6	59,184	34.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			②	既往歴	94	7.2	131	9.5	12,376	7.0	13,759		8.1		
			③	喫煙	277	21.2	402	29.1	35,767	20.3	39,061		23.1		
			④	週3回以上朝食を抜く	44	4.0	32	2.9	5,064	3.0	5,170		3.0		
			⑤	週3回以上食後間食	56	5.1	53	4.7	9,124	5.5	9,674		6.0		
			⑥	週3回以上就寝前夕食	1	0.1	0	0.0	841	0.5	786		0.5		
			⑦	食べる速度が遅い	75	6.8	67	6.0	13,491	8.2	13,913		8.7		
			⑧	20歳時体重から10kg以上増加	209	16.0	258	18.7	24,649	14.0	23,954		14.1		
			⑨	1回30分以上運動習慣なし	384	35.0	364	32.9	48,945	31.5	47,866		32.1		
			⑩	1日1時間以上運動なし	551	50.4	528	47.6	99,180	64.0	93,973		62.8		
			⑪	睡眠不足	463	42.4	466	42.0	73,849	47.6	70,866		47.6		
			⑫	毎日飲酒	530	48.5	550	50.0	86,904	56.1	81,330		54.7		
			⑬	時々飲酒	247	22.6	254	22.9	29,888	19.3	28,924		19.4		
			⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	311	28.4	309	27.8	41,298	26.6		41,061	27.5	
					1~2合	711	64.9	710	63.9	99,487	64.2		94,342	63.2	
					2~3合	74	6.8	92	8.3	14,283	9.2		13,970	9.4	
					3合以上	143	13.0	152	13.7	25,745	16.6		23,753	15.9	

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名 北海道 市町村名 白老町 同規模区分 11



【参考資料2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳		【対象者抽出基準】		※糖尿病服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												
(HbA1c6.5以上)		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														
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	項目	H24	H25	H26	H27	H28	担当者	
1	白老	H24	白老	白老			男	47	糖	服薬						江田
									HbA1c	6.5			5.7	5.4		
									重症度分類	G2A1			G2A1	G2A1		
									CKD	GFR	85			78	77	
2	東町	H24	白老	白老			女	57	糖	服薬		○	○	○	○	小川
									HbA1c	6.9	6	5.9	5.5	5.4		
									重症度分類	A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1		
									CKD	GFR	77	87	76	71		
3	北吉原	H24	白老	白老			女	60	糖	服薬			○		田鍋	
									HbA1c	9.9			7			
									重症度分類	A1			G2A1			
									CKD	GFR			70			
4	大町	H24	白老	白老			男	61	糖	服薬					野宮	
									HbA1c	11.1						
									重症度分類	A2						
									CKD	GFR						
5	日の出町	H24	白老	白老			女	62	糖	服薬	○	○	○		小川	
									HbA1c	7	6.2	6.6				
									重症度分類	A1	G2A1	G2A1				
									CKD	GFR		70	77			

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画(H29年度実施予定のH28年度までの対象者)

H29.10.16

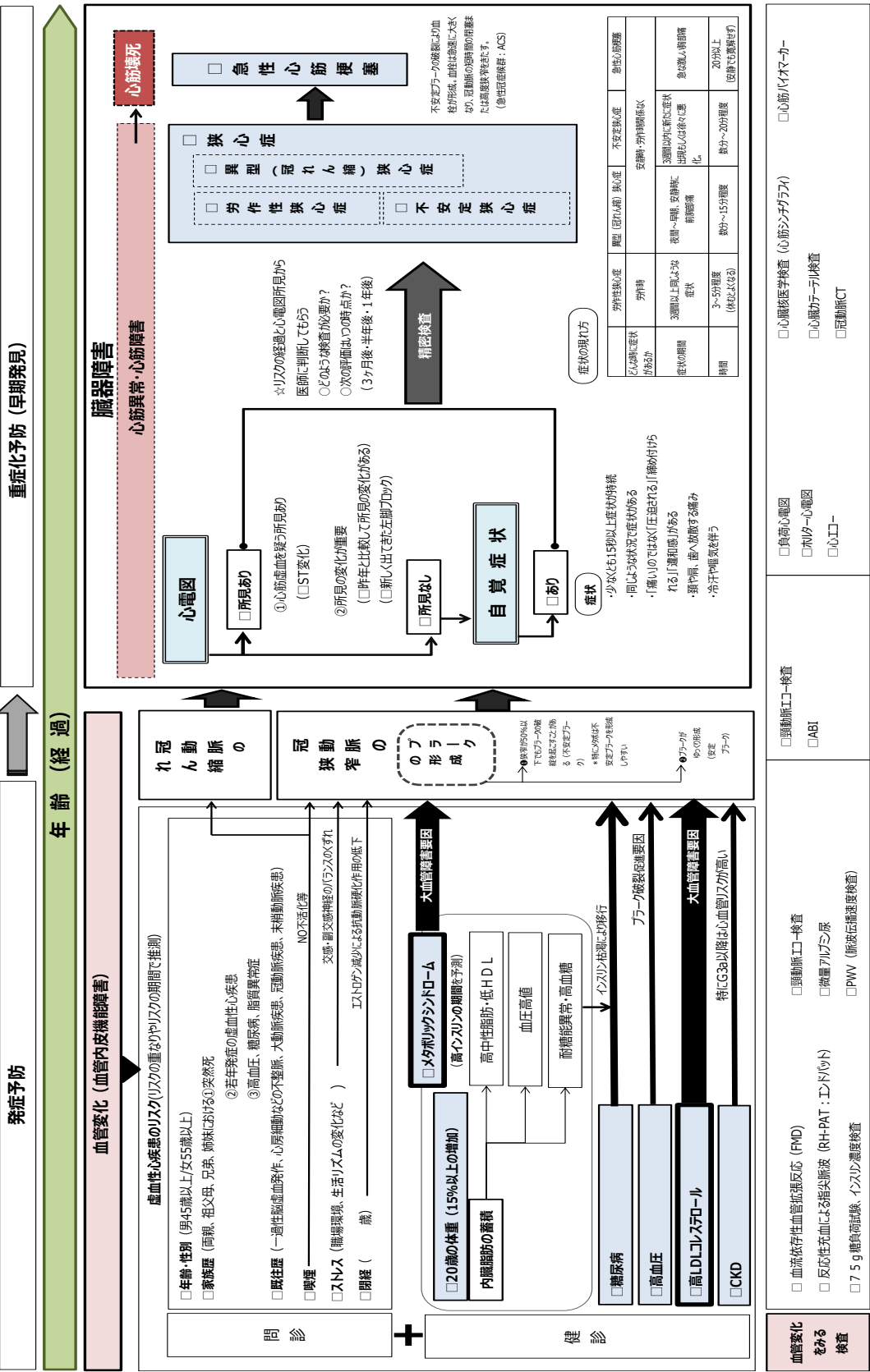
保健指導の視点	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など
糖尿病管理台帳の全数 (199) 人		
① 健診未受診者 (79) 人	○住基異動(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○レセプト(治療状況)の確認	後期高齢者、社会保険
② 未治療者(中断者含む) (75) 人	○レセプト(直近の治療有無)の確認 ○医療受診動向の保健指導	
③ HbA1cが悪化している (46) 人	○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導	
④ 尿蛋白 (-) (164) 人 (±) (15) 人 (+) ~ 顕性腎症 (20) 人	○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	尿アルブミン検査の継続 栄養士中心
⑤ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (1) 人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 (41) 人		腎専門医

【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数127		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	5,724人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		4,706人							
2	① 特定健診 対象者数	B	4,089人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 受診者数	C	1,440人							
	③ 受診率		35.2%							
3	① 特定保健指導 対象者数		4,089人							
	② 実施率		33.8%							
4	① 健診データ 糖尿病型	E	189人	13.1%					特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	53人	28.0%						
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	136人	72.0%						
	④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130%以上	J	64人	47.1%						
	⑤ 血圧 130/80以上		38人	59.4%						
	⑥ 肥満 BMI25以上		37人	57.8%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	72人	52.9%						
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	164人	86.8%						
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		10人	5.3%						
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		10人	5.3%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満		5人	2.6%						
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		146.2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)		175.3人							
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病千対	入院外(件数)	3,353件	(733.5)			2,741件	(787.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		入院(件数)	34件	(7.4)			19件	(5.6)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	837人	14.6%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳		825人	17.5%						
	⑦ 健診未受診者	I	689人	83.5%						
	⑧ インスリン治療	O	53人	6.3%						
	⑨ (再掲)40-74歳		53人	6.4%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	46人	5.5%						
	⑪ (再掲)40-74歳		46人	5.6%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	1.67%						
	⑬ (再掲)40-74歳		14人	1.70%						
	⑭ 新規透析患者数		4人	28.6%						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3人	21.4%						
	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)		1,123人	2.3%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 総医療費		21億1226万円				14億8907万円			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		12億1322万円				8億4840万円			
	③ (総医療費に占める割合)		57.4%				57.0%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,278円				7,331円			
	⑤	健診未受診者	40,510円				33,904円			
	⑥ 糖尿病医療費		1億2266万円				8611万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.1%				10.2%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億8127万円							
	⑨ 1件あたり		36,489円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		3億0394万円							
	⑪ 1件あたり		501,558円							
	⑫ 在院日数		17日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億1916万円				8495万円			
	⑭ 透析有り		1億1128万円				7974万円			
	⑮ 透析なし		787万円				521万円			
7	① 介護給付費		19億2185万円				15億4258万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	400.0%						
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人 0.7%				3人 1.2%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料6】

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能評価標準化法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づく予防ガイドライン、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東洋医科大学）

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～				
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39		～34		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50		51～		
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100		101～		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	～139		140～199	200～	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）		
	拡張期	～84	85～89	90～			
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 10】

平成 28 年度の実践評価をふまえ、平成 29 年度の取り組みと課題整理(平成 29 年度進捗状況)

保険者名: 白老町

事業名: 特定健診未受診者対策

既存事業と健康課題との関係 (データヘルズ計画との関係性)		事業目的	事業企画			
現状	課題		対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
1) 特定健診受診率が低い 65 歳未満の若年層へ 179 市町村中 96 位 2) レセプトがある者の約 7 割は健診未受診。 3) 健診対象者の約 6 割は継続未受診者。 4) 新規対象者の受診率が低い。	1) 受診率が低い 65 歳未満の若年層への受診勧奨 2) 新規受診者の拡大 3) 治療中の方の健診結果受領	特定健診・保健指導を受けることで、自分自身の健康状態を知る・生活習慣の改善に取り組む事や早期の医療機関受診につなげ、生活習慣病の重症化を防ぐことで医療費の適正化を目指す。	特定健診対象者	8 月 9 月 10 月 2 月 3 月	勸奨資材・健診案内の送付 新規国保加入者への受診券送付 地区担当による個別電話勧奨 白老町立国保病院・町内医療機関通院者への結果提供案内送付 ・ 集団健診案内送付 (65 歳未満の継続未受診者) 未受診者訪問 (町内一地区) 町内医療機関通院者への検査結果提供案内送付 次年度集団健診自動予約案内送付 今年度自己負担無料対象者へ勸奨ハガキ送付	・ 勸奨資材作成・印刷: 委託業者 ・ 送付: 国保担当 ・ 個別勧奨: 保健担当(各地区担当者) ・ 送付: 国保担当 ・ 送付: 国保担当 ・ 訪問: 保健担当 ・ 送付: 国保担当 ・ 企画～送付: 保健担当 ・ 作成・送付: 保健担当

評価計画				
	ストラクチャー 評価	プロセス 評価	アウトプット 評価	アウトカム 評価
目標値(評価項目・評価指標)	1 関係者と調整し、スケジュールを立てている。 2 関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している。	1 保健指導実施者が参加者個人の状況を把握している。 2 事業実施責任者が事業実施状況を把握している。	特定健診受診者数 1,516 名	1 対象別健診受診率 新規健診対象者 16.0% 継続未受診者 9.0% 不定期未受診者 35.0% 継続受診者 87.0% 不定期受診者 70.0%
評価体制・方法	町の保健・医療・福祉施策推進会議の中で、進捗状況を評価する。	保健・国保部門担当者間で評価	1 町の保健・医療・福祉施策推進会議の中で進捗状況を評価する。 2 保健・国保部門担当者間で評価	1 保健・国保共通の健診台帳により評価 2 委託業者による分析・評価
実施時期	毎年 2 月下旬	毎年 6 月・12 月・3 月頃	1. 毎年 2 月下旬の推進会議において 2. 毎月末	1. 毎月末 2. 翌年度 5 月頃

保険者名： 白老町

事業名： 特定健診受診者のフォローアップ

既存事業と健康課題との関係 (データヘルス計画との関係性)		事業目的	事業企画			
現状	課題		対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
1) 1人あたり医療費(月)が同規模市町村や北海道平均よりも高い。 2) 虚血性心疾患や脳血管疾患の新規患者数が多い。 3) 受診勧奨判定値者のうち約4割が未治療者。	生活習慣病の重症化予防の推進	健診受診者のうち、受診勧奨値以上の方を必要な治療につなげる、町民自身が生活習慣の改善に取り組めるよう支援する事で、生活習慣病の重症化を予防し、医療費の適正化を目指す。	健診結果で受診勧奨判定値以上となった方	6月～7月 8月～10月 11月 12～2月 通年 3月	健診結果返却会(春の集団健診) 食事調査・分析 中間評価(春の集団健診) 食事調査・分析 健診結果返却会(秋の集団健診) 食事調査・分析 中間評価(秋の集団健診) 食事調査・分析 結果返却・食事調査・評価 個別健診受診者等に関しては、上記を随時実施 ・進捗状況の評価と実施内容の見直し	① 保健指導：保健担当 食事調査委託：国保担当 ② 検査業務：町立病院、委託：国保担当、実施：保健担当 ① と同様 ② と同様 ①・②と同様 対象者への聞き取り確認：保健担当 健診状況・レポート確認：保健担当・国保担当と協働

評価計画				
	ストラクチャー 評価	プロセス 評価	アウトプット 評価	アウトカム 評価
目標値 (評価項目・評価指標)	1 健診データ、レポート等のデータに基づき、現状分析している。 2 関係者と調整し、スケジュールを立てている。 3 関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している。	1 保健指導実施者が参加者個人の状況を把握している。 2 事業実施責任者が事業実施状況を把握している。	保健指導実施率 70%以上	1 全体の未治療率 28.0% 2 保健指導による治療開始率 35.5% 3 検査値の経年変化による改善率(血圧分類・LDLコレステロール・HbA1c)
評価体制・方法	1 町の保健・医療・福祉施策推進会議の中で、年度毎の進捗状況を評価する。 2 保健・国保の事業担当者が事業ごとの進捗状況を評価する。	年3回開催の学習会の中で、担当部署以外の保健師も参加し、進捗状況の評価、方向性の確認をする。	保健部門の各保健指導担当者が個々の状況を確認	・健診結果等のデータを基に、保健・国保部門で協働して評価 ・委託業者によるレポート分析
実施時期	1 毎年2月下旬の推進会議にて 2 各事業の実施後	毎年8月、1月、3月頃	翌年度10月までに状況を確認	翌年度5月頃

【参考資料 11】

平成 29 年度に向けての全体評価

保険者名： 白老町

事業名： 特定健診未受診者対策

事業目標：特定健診受診率を前年度比較で 2.5%増やす。					
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価	総合評価
評価項目・評価指標 目標値	1.関係者と調整してスケジュールを立てている。 2.関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している。	1.保健指導実施者が受診者個人の状況をモニタリングしている。 2.事業実施責任者が事業の実施状況をモニタリングしている。	特定健診受診数（データ受領も含む） 125 人増 H27 年度：1,449 名	1. 特定健診受診率 H27 年度：30% 2.対象者別受診率 (新規健診対象者) 22.9% (継続未受診者) 5.5% (不定期未受診者)36.3% (不定期受診者)67.3% (継続受診者)87.8%	特定健診受診率に関しては、事業目標・評価指標を達成した。 目標達成に向けて、健診受診勧奨資料の送付や、5歳刻み年齢の方への自己負担料無料化、データ受領対象医療機関の拡大を実施した事が効果としてあげられる。 次年度は、向上した特定健診受診率が維持・少しでも向上できるように、今年度と同様の取組や、保健師が1名増になる事で、新たな健診受診率向上に向けての取組を検討していく。 対象者別受診率については、新規健診対象者や不定期未受診者の受診率が向上するよう、保健部門とも連携しながら、取組についても検討していく必要がある。
達成（未達成）状況の確認と評価	年間スケジュールとともに、役割分担を決めておくことで、スムーズに連携して実施することができた。	共通の健診台帳を用いて情報共有する事で、保健・国保担当とも定期的に進捗状況を管理する事ができた。	H27 年度特定健診受診者総数は 1,516 名であり、166 人増で目標値を達成。 40 歳～70 歳まで 5 歳刻みの対象者への自己負担免除について 816 名中 319 名が健診を受診。目標値の達成に大きく影響したと考える。	1.H27 年度特定健診受診率 33.2%（法定報告値）で目標値を達成。 新規健診対象者)15.4% 継続未受診者) 9.1% 不定期未受診者) 32.7% 不定期受診者) 69.8% 継続受診者) 87.6% 継続未受診者、不定期受診者、継続受診者についてほぼ目標達成。	

保険者名： 白老町

事業名： 特定健診受診者のフォローアップ

事業目標：受診勧奨値以上の未治療率の低下					
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価	総合評価
評価項目・評価指標 目標値	1.健診データ、レセプト等のデータに基づき、現状分析している。 2.関係者と調整してスケジュールを立てている。 3.関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している。	1.保健指導実施者が受診者個人の状況をモニタリングしている。 2.事業実施責任者が事業の実施状況をモニタリングしている。	1. 保健指導実施率 70%	1. 全体の未治療率 H27 年度目標：28% 2.翌年度の健診受診率 60%（全体の継続受診率の平均が 66.4%）、治療継続率 H27 年度目標 84% 3.前年度からの改善率 ・高血圧Ⅱ度以上・CKD 重症度分類・HbA1c6.5 以上・LDL コレステロール 180 以上	生活習慣病対策について、今年度から評価指標を明確にして展開している。 保健指導率・未治療率に関しては、目標を達成。 今年度より、高血圧の保健指導計画を作成し、保健指導を展開。 次年度も、保健指導率を維持しながら、未治療者を減らせるよう、重症化予防対策に取り組んでいくこととする。 また、評価が次年度にまたがるため、継続支援体制を整備していく。
達成（未達成）状況の確認と評価	1.関係機関・関係課と連携・調整の上、年間計画どおり実施することができた。	共通の健診台帳を用いて、健診の継続受診につなげる体制が整ってきた。次年度は、治療中断者に対しても、健診台帳の中に健診や治療継続に結びつく内容を盛り込んで管理していくこととする。	1.受診勧奨判定値あり 232 人中保健指導 171 名：73.7% 健診結果返却時に保健指導を実施し、目標を達成した。	1. 健診時未治療率 44.6%→27.7% 健診結果受診勧奨値あり 520 名中、未治療者 232 名・未治療者 144 名 2.3. 平成 27 年度保健指導対象者の評価は次年度の健診結果等により評価。	

卷末資料
(用語集)

用語集

No	用語	説明
1	特定健康診査 (特定健診)	生活習慣病を引き起こすメタボリックシンドロームを早期に発見するため、平成 20 年度に始まった健康診査。腹囲や身長、体重、血圧、血液などを検査し、基準以上の場合(腹囲なら男性 85 センチ、女性 90 センチ以上)、食生活や運動習慣について特定保健指導を受ける対象になる。
2	特定保健指導	対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようにすることを目的に、栄養士や保健師が専門的なアドバイスをする機会を指す。特定健康診査の結果により、「動機付け支援」「積極的支援」の階層に該当した人に対してのみ実施される。
3	診療報酬明細書 (レセプト)	患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合）に請求する医療費の明細書。
4	日本再興戦略	平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に、産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略。安倍政権の経済政策であるアベノミクスの 3 本の矢のうちの第 3 の矢といわれている。その中で、健康長寿社会の実現を目指す。
5	医療費適正化	医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的に医療費を抑制すること。
6	保険者努力支援制度	ジェネリック医薬品の推進や、生活習慣病の予防に取り組むなどして医療費を抑制する自治体に対する支援制度。国民健康保険の財政基盤立て直しを主とする医療保険制度改革法に盛り込まれ、2018 年から実施される。支援額は、700～800 億円程度とされている。
7	後発医薬品 (ジェネリック医薬品)	新薬の特許期間が満了後、厚生労働省の承認を得て製造・販売される薬。新薬に比べて開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、薬の価格を低く抑えることが可能です。

No	用語	説明
8	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれる。脳血管に関する病気の総称。主な疾患は、脳出血や脳梗塞があげられる。
9	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血流が低下、または遮断されて障害された状態。冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが原因といわれている。主な疾患は、狭心症や心筋梗塞があげられる。
10	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能（主に糸球体）に障害がおこること。
11	慢性腎不全	腎臓の機能が低下して、正常に働かなくなった状態。
12	人工透析	慢性腎不全となり、腎臓の機能が阻害され、体内の老廃物を除去できなくなった場合に、人工的に血液を浄化する方法。
13	メタボリックシンドローム該当者	肥満・高血糖・高中性脂肪血症・高コレステロール血症・高血圧の危険因子が重なった状態。基礎疾患が複合することによって、糖尿病・心筋梗塞・脳卒中等の発症リスクが高まる。
14	メタボリックシンドローム予備群	メタボリックシンドロームの診断基準には達しないが、減量によりリスクが改善する肥満を「メタボリックシンドローム予備群」と位置づけられる。具体的には、a. 腹囲は基準値以上だが、糖代謝、脂質代謝、血圧の異常が1項目までのもの。b. 腹囲は基準値以下だが、BMI25以上で、上記リスクを1項目以上有するものを予備群（境界型）とする。
15	BMI	ボディ・マス・インデックス(Body Mass Index)の略。「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」で算出される。肥満度を測るための国際的な指標であり、医学的に最も病気が少ない数値として22を「標準体重」とし、18.5未満なら「低体重」、18.5以上25未満を「普通体重」、25以上を「肥満」としている。

No	用語	説明
16	中性脂肪	肝臓で作られる脂質の一種。体を動かすエネルギー源であり、体温を一定に保つ役割がある。余分なエネルギーはほとんどが中性脂肪として蓄えられ、蓄えが多くなりすぎると脂肪肝や肥満の原因となる。
17	GPT (ALT)	Glutamic pyruvic transaminase (グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ) の略で、アミノ酸の合成に必要な酵素。肝臓に多く含まれ、肝臓病（急性・慢性肝炎・脂肪肝、アルコール性肝炎等）等が原因でこの数値が高くなる。
18	HDL コレステロール	善玉コレステロールとも呼ばれ、体の隅々の血管壁に溜まった余分なコレステロールを抜き取って肝臓に運ぶ機能があり、動脈硬化等を防ぐ役割がある。
19	空腹時血糖	糖尿病を診断するために用いられる空腹時（食後 8～12 時間）の血糖値。
20	HbA1c	糖化ヘモグロビンの一種であり、ヘモグロビン A1c とも表記する。ヘモグロビンが血中のブドウ糖と結合したものは糖化ヘモグロビンまたはグリコヘモグロビンとよばれ、その一つが糖尿病の検査マーカーとして用いられる HbA1c である。血中の余分なブドウ糖が増えるとヘモグロビンと結合する HbA1c も増加して蓄積されるが、HbA1c は血糖値とは異なり食事や運動の影響を受けにくく、測定時点より 1～2 か月前の平均血糖値と相関する。
21	尿酸	物質代謝の最終産物（プリン体等）の血中濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄される。
22	収縮期血圧	動脈内の圧は心周期に一致して変動するが、その最小値であり、心臓が拡張したときの血圧。
23	拡張期血圧	心室が収縮したときの血圧であり、普通は動脈、とくに上腕部の動脈の血圧を計る。
24	LDL コレステロール	悪玉コレステロールとも呼ばれ、肝臓から血管にコレステロールを運ぶ機能がある。数値が高くなると、血管に沈着して動脈硬化の原因となる。

No	用語	説明
25	クレアチニン	主に腎機能の指標に用いられる数値。筋肉中に含まれる筋肉を動かす時に必要なエネルギー物質が分解された時にできる物質。この値が高いと、腎機能低下や筋肉疲労の可能性がある。
26	インスリン抵抗性	インスリンが出ているにも関わらず、効きが悪く血糖値が下げられない状態になっていること。
27	日本人の食事摂取基準 (2015年版)	健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、生活習慣病の予防を目的とし、エネルギーおよび各栄養素の摂取量の基準を示したもの。
28	特定健康診査等実施計画	保険者が、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項並びにその成果に係る目標に関する基本的な事項について定める計画書。
29	標準的な健診・保健指導のプログラム	糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るため、医療保険者が、効果的・効率的な保健指導を実施するよう、厚生労働省が平成 19 年 4 月に作成した健診・保健指導の方向性を示すもの。
30	高齢者の医療の確保に関する法律	1982（昭和 57）年に制定された「老人保健法」から変更された法律。従来の老人保健制度を全面的に改正し、高齢者の医療費の適正化を推進することを目的に定められた。このことにより、75 歳以上の高齢者は 2008（平成 20）年から後期高齢者医療保険制度に加入することになった。また、保健事業として、40 歳から 74 歳の者を対象に、特定健康診査及び特定保健指導などの基本指針を定め、高齢期における健康保持のための事業を積極的に推進することが保険者に義務付けられた。
31	ポピュレーションアプローチ	多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体として多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体を良い方向にシフトさせること。

No	用語	説明
32	糖尿病性腎重症化予防のさらなる展開に向けて	糖尿病性腎症の重症化予防に向けて、平成 29 年 7 月 10 日、厚生労働省は省内に設置した「重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ」がまとめた報告書を公表した。継続的な指導のためには、かかりつけ医との連携が不可欠として、「計画 → 実行 → 評価 → 改善」の 4 段階を繰り返す PDCA サイクルを、市町村、都道府県、糖尿病対策推進会議、関係団体などで回していくことが重要としている。
33	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関の未受診者・受診中断者について、適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で受診する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防ぐ目的としたプログラム。
34	腎機能 (eGFR)	推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。
35	CKD	1 つの病気の名前ではなく、腎臓の働きが低下していくさまざまな腎臓病の総称。腎臓の障害（尿蛋白など）、もしくは eGFR60mL/分/1.73m ² 未満の腎機能低下が 3 カ月以上続くこと。
36	尿アルブミン検査	尿中の微量なアルブミン（蛋白）を高感度の検査法で見つけ出すもの。糸球体ろ過機能が落ちると、尿中にアルブミンが漏れ出てくるため、早期の腎症発見に有用。
37	糖尿病連携手帳	糖尿病患者自身の手帳であり、療養支援に重点をおいた手帳。かかりつけ医や眼科・歯科医、保健師・管理栄養士、ケアマネージャーなどの関係機関の連携が明記されている。
38	プラーク	エコー検査で動脈壁の肥厚としてとらえられ、コレステロールなどの脂肪からなる粥状（じゅくじょう）動脈硬化巣。プラークが破綻して血栓ができると、その血栓が原因で脳梗塞などの原因になる。

No	用語	説明
39	血管内皮機能検査 (FMD 検査)	腕を圧迫し、血管内皮細胞から生成される NO（一酸化窒素）によって、開放後どれだけ動脈が広がるか超音波で見る検査。動脈硬化になる一歩手前の血管内皮機能状態を知ること、動脈硬化の早期進行リスクを評価する。
40	脈波伝播速度 (PWV)	動脈硬化の進展を定量的に診断するための動脈の硬さを表すパラメーターの一つ。ここから血管年齢なども計測される。
41	心臓足首血管指 (CAVI)	腕と足首の脈波から、動脈硬化を簡単に計測する診断法。心臓から出て動脈を伝わっていく脈波（拍動）のスピードを測定したもので、心臓から足首の動脈の硬さを反映する指標。硬くなってしまった血管では、拍動は血管壁に吸収されないため脈波は早く伝わるため、動脈硬化が進行するほど CAVI 値は高くなる。
42	足関節上腕血圧比 (ABI)	足首と上腕の血圧を測定し、その比率を計算したもの。動脈硬化が進んでいない場合、横になった状態では上腕より足首の方がやや高い値を示すが、動脈に狭窄や閉塞があるとその部分の血圧が低下する。
43	頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚)	頸動脈は粥状（じゅくじょう）動脈硬化の好発部位で、その厚さは動脈硬化の進展に比例する。
44	心房細動	心房内に流れる電気信号の乱れによって起こる不整脈の一種で、心房が痙攣したように細かく震え、血液を全身に送り出せなくなる。その結果血液がよどみ、血栓が作られ、その血栓が流れて血管を詰まらせる原因となる。心原性脳梗塞がその代表。
45	国保データベース (KDB)	国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけではなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できる。

人工透析の判定について

No	区分番号	レセプト電算コード	名称
1	B001-15	113002510	慢性維持透析患者外来医学管理料
2	C102	114003510	在宅自己腹膜灌流指導管理料
		114003610	在宅自己連続携行式腹膜灌流頻回指導管理
		114009310	在宅血液透析指導管理料
		114009410	在宅血液透析頻回指導管理
3	J038	140007710	人工腎臓（その他）
		140007910	夜間、休日加算
		140008170	人工腎臓（導入期）加算
		140029850	持続緩徐式血液濾過
		140033770	障害者等加算（人工腎臓）
		140036710	人工腎臓（慢性維持透析）（4時間未満）
		140051010	人工腎臓（慢性維持透析）（4時間以上5時間未満）
		140051110	人工腎臓（慢性維持透析）（5時間以上）
		140052570	透析液水質確保加算1
		140052810	人工腎臓（慢性維持透析濾過）（複雑）
		140052970	透析液水質確保加算2
		140053670	障害者等加算（持続緩徐式血液濾過）
4	J042	140008510	連続携行式腹膜灌流
		140008770	腹膜灌流導入期加算
		140008810	腹膜灌流（その他）
		140054850	腹膜灌流（乳幼児）加算（14日間）
		140054950	腹膜灌流（乳幼児）加算（15日目以降30日目）

出所：医科点数表

生活習慣病の重症化疾患群				重症化疾患	ICD10	名称	備考
脳血管疾患群	虚血性心疾患群	糖尿病性合併症群(糖尿病)	糖尿病性合併症群(慢性腎臓病)				
○				脳梗塞	I63 I69.3	I63 脳梗塞 I69.3 脳梗塞の続発・後遺症	
○				脳出血	I61 I69.1	I61 脳内出血 I69.1 脳内出血の続発・後遺症	
○				くも膜下出血	I60 I69.0	I60 くも膜下出血 I69.0 くも膜下出血の続発・後遺症	
○				脳血管疾患(その他)	I62 I64 I65 I66 I67 I69	I62 その他の非外傷性頭蓋内出血 I64 脳卒中、脳内出血又は脳梗塞と明示されないもの I65 脳実質外動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I66 脳動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I67 その他の脳血管疾患 I69 脳血管疾患の続発・後遺症	1690.1691.1693を除く
○				血管性認知症	F01	F01 血管性認知症	
	○			狭心症	I20	I20 狭心症	
	○			心筋梗塞	I21 I22	I21 急性心筋梗塞 I22 再発性心筋梗塞	
	○			虚血性心疾患(その他)	I23 I24 I25 I119	I23 急性心筋梗塞の続発合併症 I24 その他の急性虚血性心疾患 I25 慢性虚血性心疾患 I119 I11.9 心不全(うっ血性)を伴わない高血圧性心疾患	
	○			心筋症	I42	I42 心筋症	
	○			心肥大	I51.7	I51.7 心(臓)拡大	
	○			心不全	I110 I50	I11.0 心不全(うっ血性)を伴う高血圧性心疾患 I50 心不全	
		○		糖尿病性腎症	E11.2 E12.2 E13.2 E14.2	E11.2 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、腎合併症を伴うもの E12.2 栄養障害に関連する糖尿病、腎合併症を伴うもの E13.2 その他の明示された糖尿病、腎合併症を伴うもの E14.2 詳細不明の糖尿病、腎合併症を伴うもの	
		○		糖尿病性網膜症	E11.3 E12.3 E13.3 E14.3 H22.1 H28.0 H36.0 H58.8	E11.3 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、眼合併症を伴うもの E12.3 栄養障害に関連する糖尿病、眼合併症を伴うもの E13.3 その他の明示された糖尿病、眼合併症を伴うもの E14.3 詳細不明の糖尿病、眼合併症を伴うもの H22.1 他に分類されるその他の疾患における虹彩毛様体炎 H28.0 糖尿病(性)白内障 H36.0 糖尿病(性)網膜症 H58.8 他に分類される疾患における眼及び付属器のその他の明示された障害	且つ、同月・他医療機関含む病名(ICD-10)にE11～E14がある
		○		糖尿病神経障害	E11.4 E12.4 E13.4 E14.4 G59.0 G63.2 G73.0 G73.6 G99.0 N31.2	E11.4 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、神経(学的)合併症を伴うもの E12.4 栄養障害に関連する糖尿病、神経(学的)合併症を伴うもの E13.4 その他の明示された糖尿病、神経(学的)合併症を伴うもの E14.4 詳細不明の糖尿病、神経(学的)合併症を伴うもの G59.0 糖尿病性単ニューロパチ<シ> G63.2 糖尿病性多発(性)ニューロパチ<シ> G73.0 内分泌疾患における筋無力(症)症候群 G73.6 代謝疾患におけるミオパチ<シ> G99.0 内分泌疾患及び代謝疾患における自律神経ニューロパチ<シ> N31.2 しく弛<緩性神経因性膀胱(機能障害)>、他に分類されないもの	且つ、同月・他医療機関含む病名(ICD-10)にE11～E14がある
		○		糖尿病潰瘍・壊疽	E11.5 E12.5 E13.5 E14.5 I79.2 I79.8 L98.4	E11.5 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、末梢循環合併症を伴うもの E12.5 栄養障害に関連する糖尿病、末梢循環合併症を伴うもの E13.5 その他の明示された糖尿病、末梢循環合併症を伴うもの E14.5 詳細不明の糖尿病、末梢循環合併症を伴うもの I79.2 他に分類される疾患における末梢血管症<アンギオパシー> I79.8 他に分類される疾患における動脈、細動脈及び毛細血管のその他の障害 L98.4 皮膚の慢性潰瘍、他に分類されないもの	且つ、同月・他医療機関含む病名(ICD-10)にE11～E14がある
		○		糖尿病性合併症(その他)	E11.0 E12.0 E13.0 E14.0 E11.1 E12.1 E13.1 E14.1 E11.6 E12.6 E13.6 E14.6 E11.7 E12.7 E13.7 E14.7 I15 I12.0 N17 N18 N19	E11.0 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、昏睡を伴うもの E12.0 栄養障害に関連する糖尿病、昏睡を伴うもの E13.0 その他の明示された糖尿病、昏睡を伴うもの E14.0 詳細不明の糖尿病、昏睡を伴うもの E11.1 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、ケトアシドーシスを伴うもの E12.1 栄養障害に関連する糖尿病、ケトアシドーシスを伴うもの E13.1 その他の明示された糖尿病、ケトアシドーシスを伴うもの E14.1 詳細不明の糖尿病、ケトアシドーシスを伴うもの E11.6 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、その他の明示された合併症を伴うもの E12.6 栄養障害に関連する糖尿病、その他の明示された合併症を伴うもの E13.6 その他の明示された糖尿病、その他の明示された合併症を伴うもの E14.6 詳細不明の糖尿病、その他の明示された合併症を伴うもの E11.7 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>、多発合併症を伴うもの E12.7 栄養障害に関連する糖尿病、多発合併症を伴うもの E13.7 その他の明示された糖尿病、多発合併症を伴うもの E14.7 詳細不明の糖尿病、多発合併症を伴うもの I15 二次性<続発性>高血圧(症) I12.0 腎不全を伴う高血圧性腎疾患 N17 急性腎不全 N18 慢性腎不全 N19 詳細不明の腎不全	
基礎疾患				糖尿病	E11 E12 E13 E14	E11 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM> E12 栄養障害に関連する糖尿病 E13 その他の明示された糖尿病 E14 詳細不明の糖尿病	E110.E111.E112.E113.E114 E115.E116.E117を除く E120.E121.E122.E123.E124 E125.E126.E127を除く E130.E131.E132.E133.E134 E135.E136.E137を除く E140.E141.E142.E143.E144 E145.E146.E147を除く
				高血圧症	I10	I10 本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	
				脂質異常症	E78.0 E78.1 E78.2 E78.3 E78.4 E78.5	E78.0 純型高コレステロール血症 E78.1 純型高トリグリセリド血症 E78.2 混合型高脂(質)血症 E78.3 高カイロミクロン血症 E78.4 その他の高脂(質)血症 E78.5 高脂(質)血症、詳細不明	

白老町国民健康保険

データヘルス計画



多文化共生のまち、しらおい

◇ 北海道 白老町 ◇