

上富良野町国民健康保険  
第 2 期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
第 3 期特定健診等実施計画  
平成 30～35 年度

上富良野町  
平成 30 年 3 月

## 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

## 第3期特定健診等実施計画

### 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

- I 背景・目的
- II 計画の位置付け
- III 計画期間
- IV 関係者が果たすべき役割と連携
- V 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 . . . . . 9

- I 第1期計画に係る評価及び考察
- II 第2期計画における健康課題の明確化
- III 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） . . . . . 31

- I 第3期特定健診等実施計画について
- II 目標値の設定
- III 対象者の見込み
- IV 特定健診の実施
- V 特定保健指導の実施
- VI 個人情報保護
- VII 結果の報告
- VIII 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 . . . . . 40

- I 保健事業の方向性
- II 重症化予防の取組
- III ポピュレーションアプローチ（健康増進活動）

### 第5章 地域包括ケアに係る取組 . . . . . 90

<b>第 6 章 計画の評価・見直し</b>	<b>92</b>
I 評価の時期	
II 評価方法・体制	
<b>第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b>	<b>93</b>
I 計画の公表・周知	
II 個人情報の取扱い	
<b>用語解説</b>	<b>95</b>
<b>参考資料</b>	<b>107</b>
様式 6-1 全国・北海道・同規模保険者平均と比べてみた上富良野町の位置	

## 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

### I 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「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「データヘルス計画」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・健康づくりを推進、ひいては医療費の適正を図るため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

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

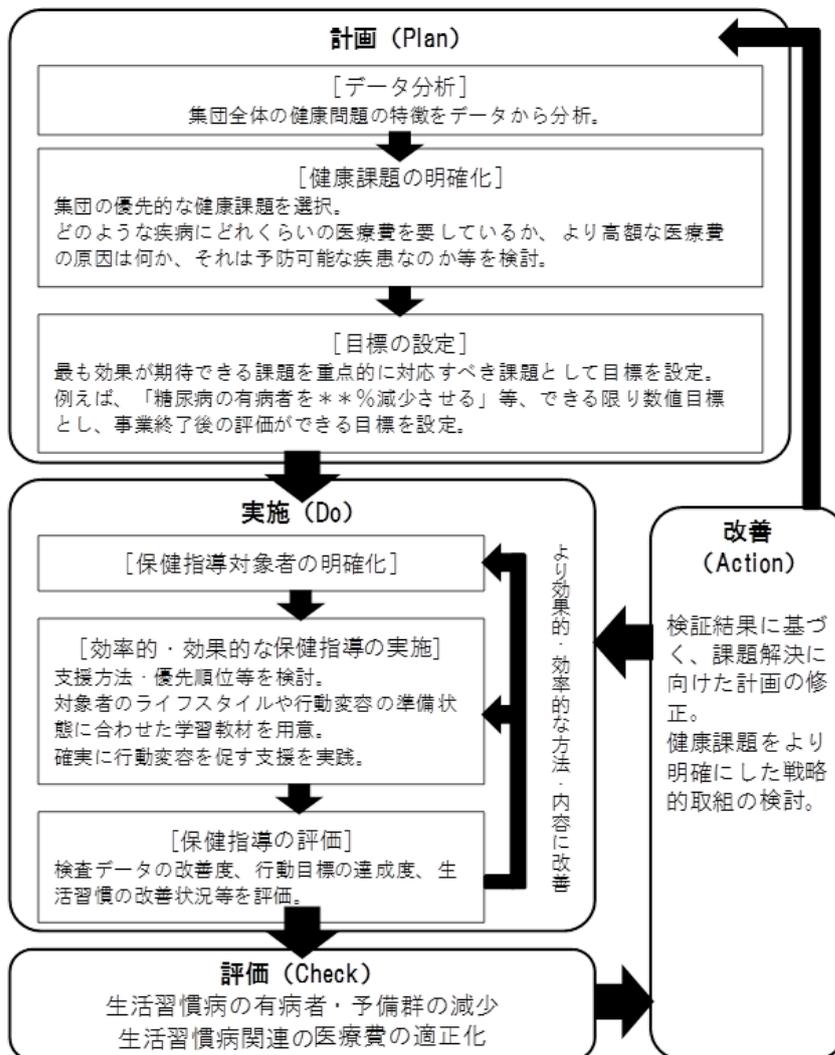
上富良野町においては、第1期計画の評価及び考察に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）（計画期間は平成30年度から平成35年度までの6年間）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

## II 計画の位置付け

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

データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康かみふらの 21 計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする。（図表 1・2・3）

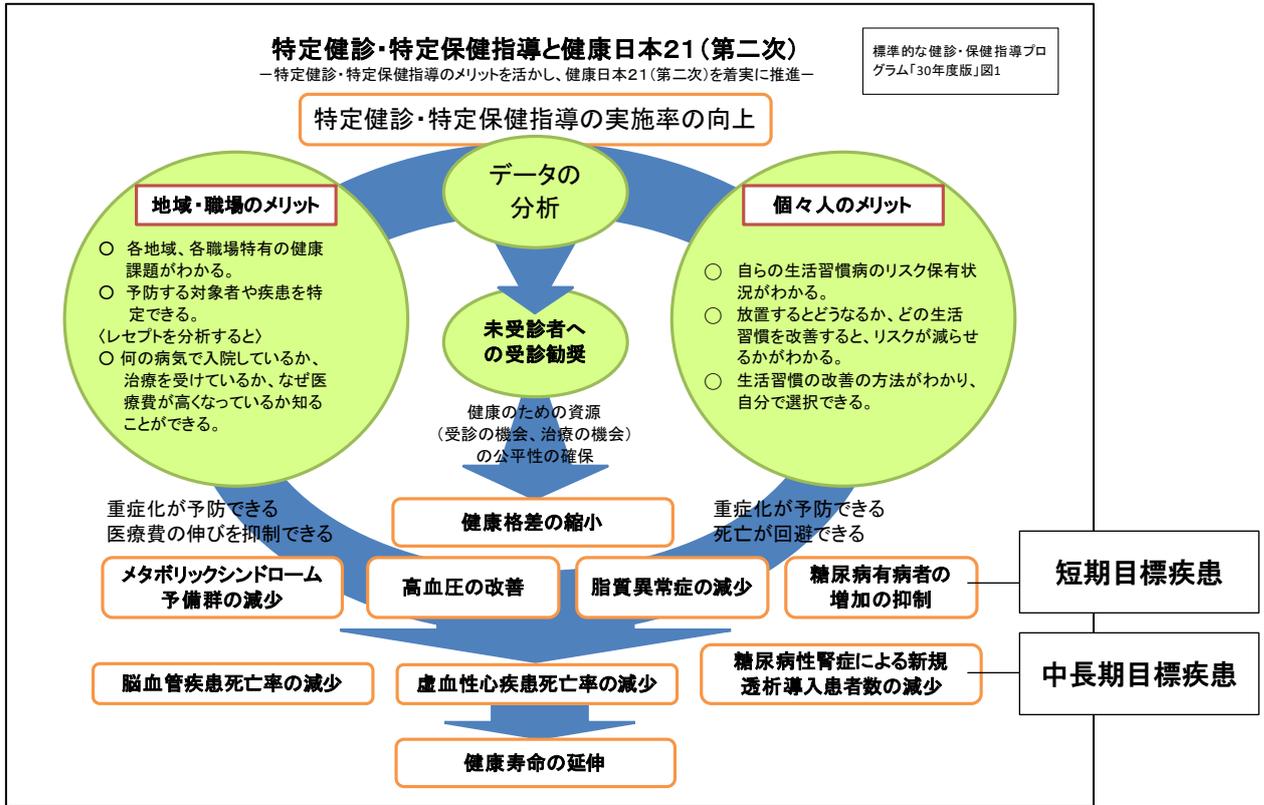
図表 1) 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



図表2) 平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

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

図表 3) 標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋



### Ⅲ 計画期間

計画期間は、平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年間とする。

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

### Ⅳ 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1 実施主体関係課（班）の役割

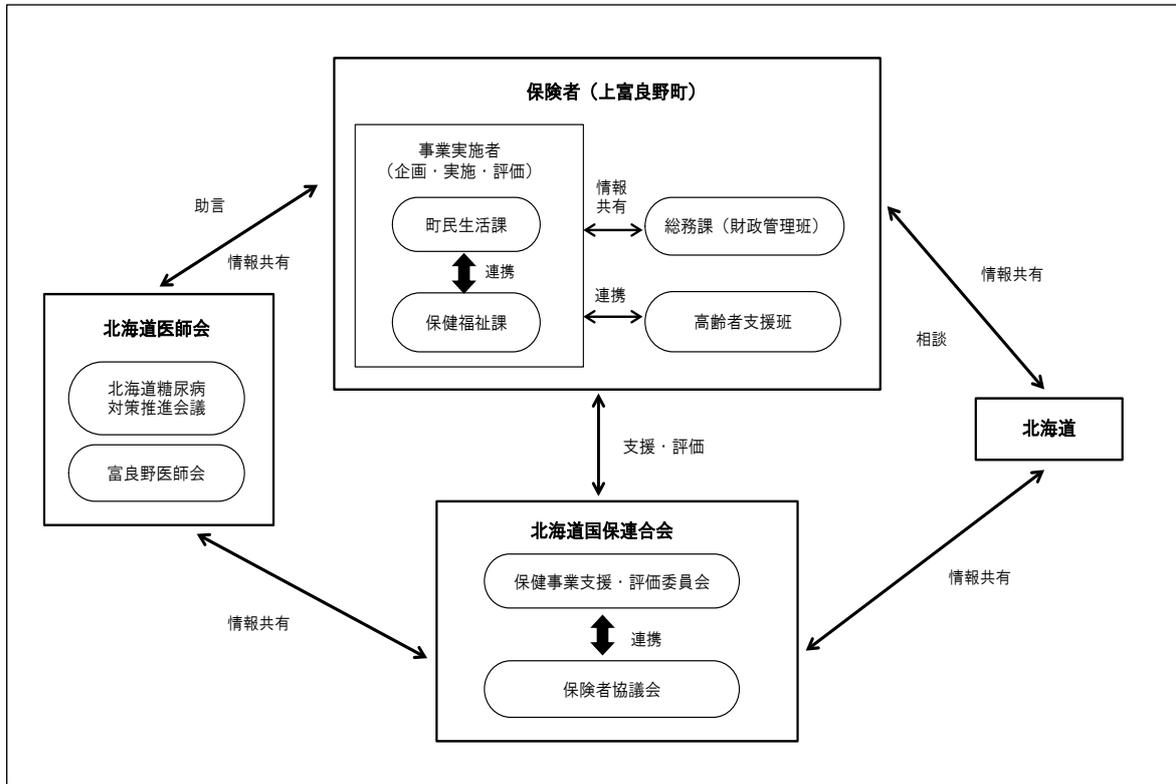
上富良野町においては、町民生活課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健福祉課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、町民生活課 総合窓口班、保健福祉課 健康推進班、高齢者支援班、福祉対策班、総務課 財政管理班等とも十分連携することが重要である。

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整備を整えることも重要である。(図表4)

図表4) 上富良野町の実施体制



## 2 外部有識者等の連携

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。

平成30年度から北海道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、北海道との連携がさらに重要になる。このため、計画素案について上川総合振興局の関係部署と意見交換を行い連携に努める。

また、北海道は医療費適正化計画等の策定主体として保険者協議会に参画し、実効性のある取組を推進していくことになる。保険者協議会等の活用も考慮しながら、保険者が横断的な健康・医療情報の分析結果の共有、連携に努めていく。

さらに北海道による医師会等との連携・調整のもと、富良野医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行い、保健事業を推進していく。

この他、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・評価委員会の幅広い専門的知見を活用し、助言や技術支援等をいかしながら効果的な保健事業の充実、実施に努めていく。

## 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かつ積極的に取り組むことが重要である。

## V 保険者努力支援制度

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

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

図表5) 保険者努力支援制度

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

## 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

### I 第1期計画に係る評価及び考察

現状分析にあたっては、被保険者の年齢構成などの保険者の特性を踏まえ、健康課題を明確にするため経年比較やKDB等を活用して全国や北海道、同規模保険者等との比較を行う。

#### 1 第1期計画に係る評価

##### (1) 保険者の特性

被保険者数は減少傾向にあり、65～74歳の割合は44.3%と全国、北海道よりも高率となっている。国保加入率は24.6%と同規模平均と比較し低い。(図表6)

図表6) 被保険者の状況

		上富良野町				同規模	北海道	全国
		25年度(9月末)		28年度(9月末)		28年度	28年度	28年度
国保 の 状況	被保険者数	3,039人		2,714人				
	65～74歳	1,155人	38.0%	1,201人	44.3%	42.4%	41.7%	38.2%
	40～64歳	1,144人	37.6%	915人	33.7%	35.0%	33.6%	33.6%
	39歳以下	740人	24.4%	598人	22.0%	22.5%	24.7%	28.2%
加入率		27.5%		24.6%		26.6%	24.0%	26.9%

上富良野町 国保の状況：KDB\_NO5 人口及び被保険者の状況

図表7) 上富良野町の人口構成

		上富良野町				同規模	北海道	全国
		25年度末		28年度末		28年度	28年度	28年度
人口 構成	総人口	11,333人		10,956人				
	39歳以下	4,539人	40.1%	4,206人	38.4%	36.0%	39.9%	42.8%
	40～64歳	3,576人	31.6%	3,374人	30.8%	34.5%	35.3%	34.0%
	65～74歳	1,530人	13.5%	1,585人	14.5%	13.2%	12.5%	12.0%
	75歳以上	1,688人	14.9%	1,791人	16.3%	29.6%	24.8%	23.2%
再	65歳以上	3,218人	28.4%	3,376人	30.8%			
産業 構成	第1次産業			18.4%		14.7%	7.7%	4.2%
	第2次産業			11.1%		26.9%	18.1%	25.2%
	第3次産業			70.5%		58.3%	74.2%	70.6%

町：住民基本台帳、KDB\_NO5 人口及び被保険者の状況（平成28年度）

(2) 保険者の果たすべき機能と医療費適正化の状況

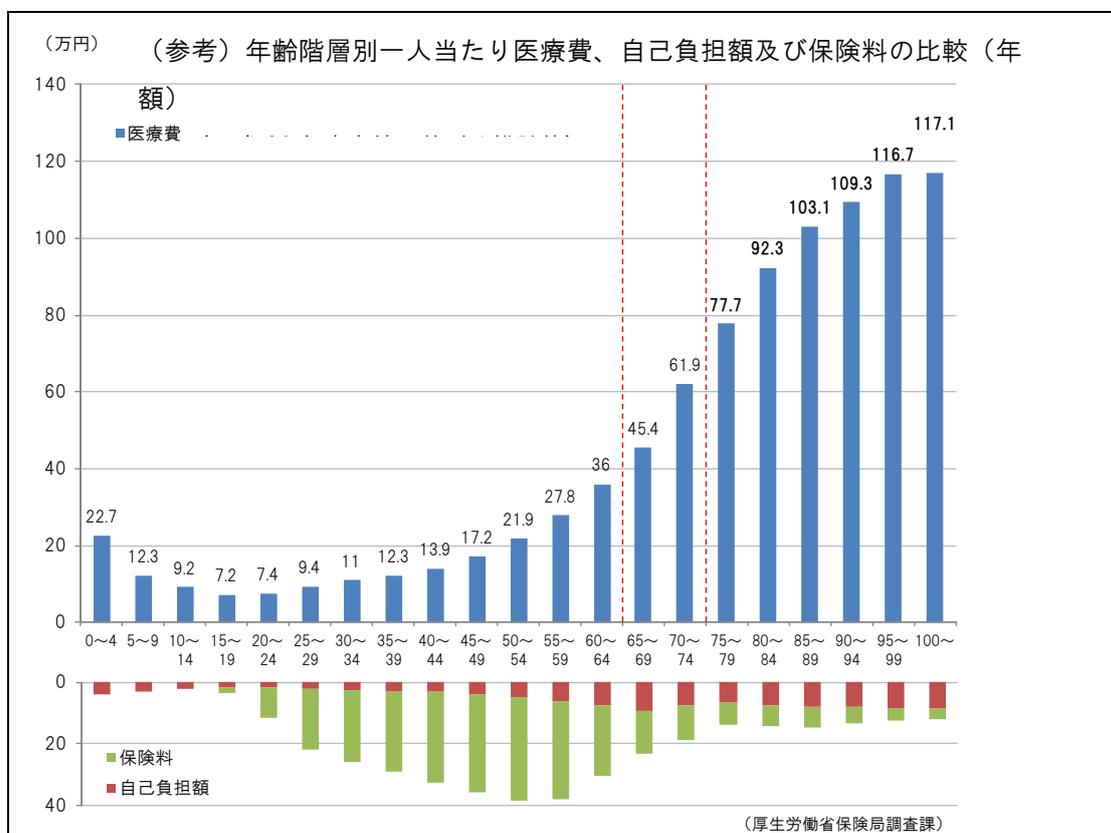
保険者の果たすべき機能の中でも最も重要なことは、被保険者の健康の保持・増進に寄与し、医療費の適正化を図ることで被保険者の負担を減らすことである。国保保険者に対するインセンティブ制度の評価指標においても、医療費適正化などを実効的な推進のため新たに医療費水準に応じたアウトカム評価が導入された。成果を上げている都道府県に公費が配分される。

上富良野町は65～74歳の割合が全国、北海道よりも高率であるため、年齢構成による影響を補正した「地域差指数」で医療費適正化を評価する。全国平均1.000に対し0.998とやや低い状況にある。(図表8)

図表8) 一人当たり年齢調整後医療費と地域差指数(市町村国保) (平成27年度)

	全国平均	北海道	上富良野町
地域差指数	1.000	1.077	<b>0.998</b>
一人当たり年齢調整医療費	34.3万円	37.0万円	36.3万円 注:一人当たり実績医療費
順位	-	全国15位 /47都道府県	道内134位 /179保険者

厚生労働省 医療費の地域差分析(市町村国民健康保険 市町村別データ)



(3) 中長期目標の達成状況

標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」図1(図表3)に沿って、KDB等を活用してデータ分析を行い、被保険者の健康状況に係る全体像の把握を行う。

ア 介護保険の状況からみた「健康寿命の延伸」

上富良野町の介護保険認定率は40～64歳の2号認定者の割合は減少している。1号認定者の割合は増加しているものの全国、北海道、同規模保険者と比べて低い。(図表9)

図表9と10の介護認定者・率の相違について

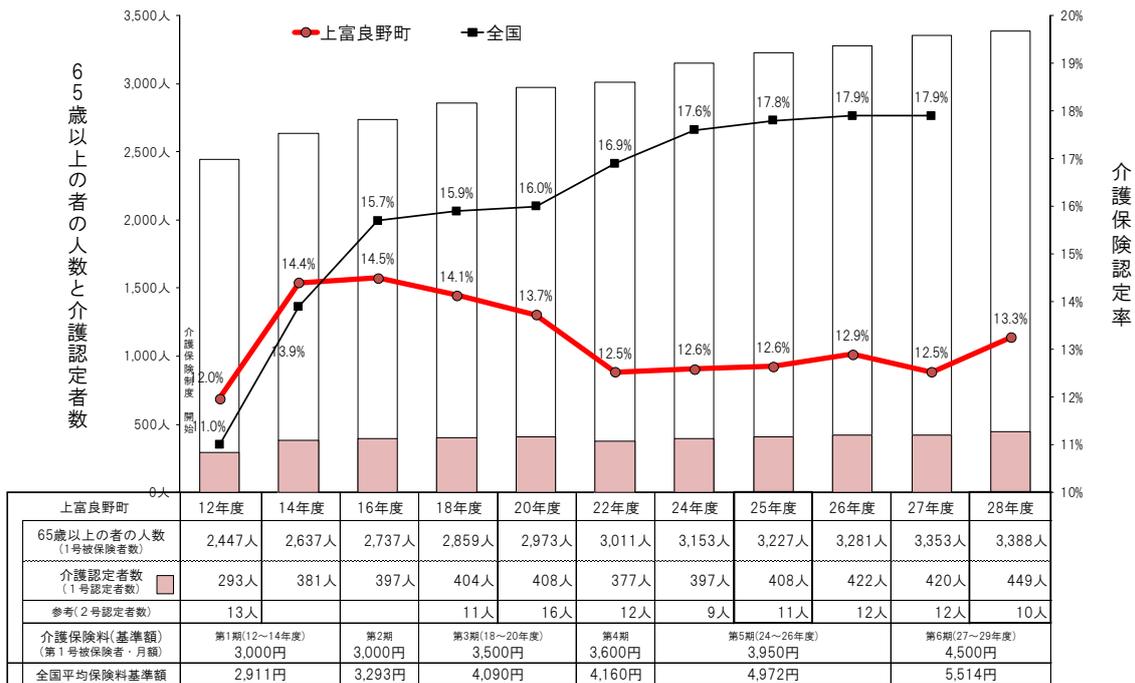
図表9は同規模・北海道・全国と比較、新規認定者の把握のためKDBを用いていますが、生活保護受給者を含む、国勢調査の人口を対象数としているため、図表10と相違が生じています。

図表9) 介護保険認定者(率)の状況

	上富良野町				同規模	北海道	全国
	25年度		28年度		28年度	28年度	28年度
2号認定者	14人	0.37%	12人	0.32%	0.40%	0.40%	0.40%
新規認定者	5人		1人				
1号認定者	421人	14.3%	458人	15.6%	20.2%	23.0%	21.2%
新規認定者	83人		88人				
再掲	65～74歳	30人	2.0%	41人	2.8%		
	新規認定者	11人		12人			
	75歳以上	391人	26.7%	417人	28.4%		
	新規認定者	72人		76人			

KDB No47 要介護(支援)者認定状況

図表10) 介護保険認定者数(認定率)の推移



イ 中長期目標疾患における早世死亡の状況

平成24年次から平成26年次の3年間に於ける死亡の状況をみると、総死亡者計357人に対して、75歳未満は計79人(22.1%)、65歳未満は計43人(12.0%)であった。早世死亡(65歳未満死亡率)の3年間の平均は上富良野町が12.0%と、全国・北海道と比べて低い。(図表11)

中長期目標疾患の死亡者は、75歳未満では脳血管疾患3人、心疾患5人、腎不全1人の計9人(11.4%)、65歳未満では脳血管疾患2人、心疾患2人、腎不全1人の計5人(11.6%)である。

悪性新生物による死亡は中長期目標の3疾患よりも多く、75歳未満で計33人、65歳未満で計14人である。

75歳未満で亡くなった方たちの過去の特定健診やがん検診の受診歴を把握し、未受診者対策等、課題解決に向けた計画修正を行う。

図表11) 死亡の状況(24~26年次計)

		上富良野町		北海道	全国	
		総数	再掲		再掲	再掲
			75歳未満	65歳未満	65歳未満	65歳未満
死亡者数		357人	79人	43人		
死亡率			22.1%	12.0%	13.2%	
中長期目標疾患	3疾患合計	63人	9人	5人		
	3疾患死亡率	17.6%	11.4%	11.6%		
	脳血管疾患	33人	3人	2人		
	心疾患	18人	5人	2人		
	腎不全	12人	1人	1人		
他疾患	悪性新生物	101人	33人	14人		
	その他	193人	37人	24人		

25~27年(24年度~26年度実績)道北地域保健情報年報

※腎不全の再掲の人数は死亡統計より

※心疾患=急性心筋梗塞及びその他の虚血性心疾患

※図表の色付けの意味

課題となるところ

改善したところ

ウ 中長期目標疾患にかかる医療費の状況

被保険者数の減少にともない、上富良野町の総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増加している。上富良野町の一人あたり医療費は、月額 25,347 円で同規模保険者、北海道に比べて低いが、全国よりも高い。その原因として、被保険者の 65～74 歳の割合が高いことが考えられる。

生活習慣病の重症化予防の視点から重要となる入院の実態をみると、入院件数割合が 3.9%から 3.2%に、費用割合も 45.7%から 40.1%に減少し、同規模保険者、北海道より低くなっている。また 1 件あたりの在院日数についても、同規模保険者、北海道、全国に比べて短い。(図表 12)

中長期目標疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全にかかる医療費は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、約 104,019 千円から約 44,904 千円に減少している。総医療費に占める割合も 11.5%から 5.4%に減少しており、北海道、全国に比べて低くなっている。

平成 25 年度と平成 28 年度を比較し、総医療費に占める割合が増加している疾患は、悪性新生物と筋・骨疾患であり、特に悪性新生物は北海道、全国と比較しても高い。悪性新生物については、健康増進法に基づき、早期発見に有効な 5 大（胃、肺、大腸、乳、子宮頸部）がん検診の受診率、精密検査受診率の向上に取り組んでいるところである。(図表 13)

図表 12) 医療費の状況

	上富良野町		同規模	北海道	全国
	25 年度	28 年度	28 年度	28 年度	28 年度
被保険者数 (人)	3,039 人	2,714 人			
65～74 歳割合 (%)	38.0%	44.3%	42.4%	41.7%	38.2%
総医療費 (千円)	902,095	837,510		447,068,009	9,687,968,260
一人当たり医療費 (円・月)	24,172	25,347	26,567	27,782	24,253
	<small>道内 127 位 同規模 76 位</small>	<small>道内 129 位 同規模 100 位</small>			
外来	費用額	13,123	15,135		
	費用の割合	54.3	57.2	55.2	60.1
	件数の割合	96.1	96.8	96.6	97.4
入院	費用額	11,049	11,326		
	費用の割合	45.7	42.8	44.8	39.9
	件数の割合	3.9	3.2	3.4	2.6
一人あたり在院日数	13.2 日	12.0 日	16.7 日	15.8 日	15.6 日

図表 13) 中長期目標疾患の医療費の変化

(単位 千円)

			上富良野町		北海道	全国
			25年度	28年度	28年度	28年度
総医療費			902,095	837,510	447,068,009	9,687,968,260
生活習慣病医療費(※) 総医療費に占める割合			495,802 55.0%	435,172 52.0%	248,255,184 55.5%	5,376,570,309 55.5%
中長期目標疾患 医療費合計			104,019 11.5%	44,904 5.4%	38,801,775 8.7%	970,367,948 10.0%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞	16,395	5,377	10,774,211	215,739,691
		脳出血	1.8%	0.6%	2.4%	2.2%
	心	狭心症	15,440	11,655	10,609,503	197,573,184
		心筋梗塞	1.7%	1.4%	2.4%	2.0%
	腎	慢性腎不全 (透析有)	67,305 7.5%	26,636 3.2%	16,106,937 3.6%	523,214,922 5.4%
		慢性腎不全 (透析無)	4,879 0.5%	1,235 0.1%	1,311,124 0.3%	33,840,150 0.3%
その他の疾患	悪性新生物		132,698 14.7%	159,535 19.0%	70,786,777 15.8%	1,376,729,733 14.2%
	筋・骨疾患		66,976 7.4%	76,242 9.1%	40,579,970 9.1%	819,087,927 8.5%
	精神疾患		77,076 8.5%	56,335 6.7%	42,600,418 9.5%	909,039,373 9.4%

KDB\_NO3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 疾病別医療費分析(生活習慣病)

(※)生活習慣病医療費とは、脳梗塞、脳出血、狭心症、心筋梗塞、慢性腎不全(透析有・透析無)、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、がん、筋・骨格、精神疾患

### エ 中長期目標疾患の治療状況

中長期目標疾患の被保険者千人あたりのレセプト件数を入院、外来別に見ると、重症化予防の視点で重要となる入院レセプト件数を、平成25年度と平成28年度と比較すると、生活習慣病をはじめ、脳血管疾患、虚血性心疾患で減少している。悪性新生物と筋・骨疾患の件数は増加しており、中でも悪性新生物は北海道、全国に比べても多い。

外来レセプト件数を、平成25年度と平成28年度と比較すると、生活習慣病レセプト件数は増加している。中長期目標疾患である、脳血管疾患と人工透析は減少しているが、虚血性心疾患は増加している。また、悪性新生物、筋・骨疾患、精神疾患は増加しており、中でも悪性新生物、筋・骨疾患は北海道、全国よりも多い。(図表 14-1)

また、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の被保険者に

占める月平均の治療者割合は横ばいである（図表 14-2）。

図表 14-1) 中長期目標疾患の被保険者千人あたりのレセプト件数の変化

			上富良野町		北海道	全国	
			25年度	28年度	28年度	28年度	
入院 疾患	生活習慣病(※)		9.405	8.898	11.406	8.875	
	中長期目標	脳	脳梗塞	0.589	0.182	0.513	0.440
			脳出血	0.161	0.030	0.244	0.209
		心	狭心症	0.188	0.182	0.530	0.381
			心筋梗塞	0.054	0.030	0.056	0.053
	その他	悪性新生物		3.296	3.874	3.629	2.512
		筋・骨疾患		0.991	1.090	1.583	1.117
		精神疾患		3.591	2.875	4.286	3.684
	外来 疾患	生活習慣病(※)		260.236	284.517	300.409	304.736
		中長期目標	脳	脳梗塞	3.992	2.179	4.593
脳出血				0.214	0.121	0.236	0.215
心			狭心症	3.376	3.813	6.505	5.522
			心筋梗塞	0.027	0.061	0.208	0.307
腎		人工透析		3.269	1.846	2.364	3.177
			糖尿病性腎症	12.873	8.708	14.319	17.700
			新規患者数	0.380	0.194	0.749	0.741
その他		悪性新生物		17.685	21.730	21.129	19.515
		筋・骨疾患		76.956	85.860	69.910	68.826
		精神疾患		32.369	34.592	37.663	35.100

KDB 疾病別医療費分析（生活習慣病） 医療費分析（1）最小分類

(※) 生活習慣病とは、脳梗塞、脳出血、狭心症、心筋梗塞、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、がん、筋・骨格、精神疾患

図表 14-2) 中長期目標疾患の治療状況

		脳血管疾患 様式3-6		虚血性心疾患 様式3-5		人工透析 様式3-7	
		25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度
合計	被保険者数	3,110	2,754	3,110	2,754	3,110	2,754
	人数	88	80	93	82	9	5
	割合	2.8%	2.9%	3.0%	3.0%	0.3%	0.2%

KDB 厚生労働省様式3-5～3-7

12か月分のレセプト件数から  
1か月あたりのレセプト件数(平均)を算出  
※図表15も同様

(4) 短期目標の達成状況

ア 高血圧・脂質異常症・糖尿病の治療者の状況

中長期目標疾患に共通した危険因子である高血圧等の短期目標疾患の治療状況をみると、平成25年度より高血圧・脂質異常症・糖尿病の全てで治療者は増加しており、特に65～74歳の治療者が増加していることがわかる。必要な方が治療に繋がっている結果、中長期目標疾患を合併している治療者は減少しており、重症化予防ができていると考えられる。

しかし、糖尿病に合併した虚血性心疾患発症者をみると、65～74歳で増加している。また、糖尿病性網膜症の治療者は40～74歳で増加している。(図表15-3)

平成28年度の40歳未満の治療者をみると、高血圧や脂質異常症に合併した虚血性心疾患発症者が1人いる。若年者の重症化予防対策も重要である。(図表15-1・2)

図表15-1) 治療者の状況(高血圧)

高血圧		合計		再掲					
				40～64歳		65～74歳		40歳未満	
		25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度
	被保険者数	3,110	2,754	1,188	939	1,172	1,209	750	606
高血圧治療者	人数	447	475	146	123	294	347	7	5
	割合	14.4%	17.2%	12.3%	13.1%	25.1%	28.7%	0.9%	0.8%
中長期目標疾患 脳血管疾患	人数	67	64	22	15	44	49	1	0
	割合	15.0%	13.5%	15.1%	12.2%	15.0%	14.1%	14.3%	0.0%
虚血性心疾患	人数	76	72	22	16	52	55	2	1
	割合	17.0%	15.2%	15.1%	13.0%	17.7%	15.9%	28.6%	20.0%
人工透析	人数	8	5	7	5	0	0	1	0
	割合	1.8%	1.1%	4.8%	4.1%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%

図表 15-2) 治療者の状況 (脂質異常症)

脂質異常症		合計		再掲						
		25年度	28年度	40~64歳		65~74歳		40歳未満		
				25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	
	被保険者数	3,110	2,754	1,188	939	1,172	1,209	750	606	
脂質異常症治療者	人数	440	498	155	134	277	354	8	10	
	割合	14.1%	18.1%	13.0%	14.3%	23.6%	29.3%	1.1%	1.7%	
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	51	51	15	10	35	41	1	0
		割合	11.6%	10.2%	9.7%	7.5%	12.6%	11.6%	12.5%	0.0%
	虚血性心疾患	人数	66	63	20	14	46	48	0	1
		割合	15.0%	12.7%	12.9%	10.4%	16.6%	13.6%	0.0%	10.0%
	人工透析	人数	3	1	3	1	0	0	0	0
		割合	0.7%	0.2%	1.9%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

KDB 厚生労働省様式3-4

図表 15-3) 治療者の状況 (糖尿病)

糖尿病		合計		再掲						
		25年度	28年度	40~64歳		65~74歳		40歳未満		
				25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	
	被保険者数	3,110	2,754	1,188	939	1,172	1,209	750	606	
糖尿病治療者	人数	277	271	103	81	167	183	7	7	
	割合	8.9%	9.8%	8.7%	8.6%	14.2%	15.1%	0.9%	1.2%	
中長期目標疾患	脳血管疾患	人数	40	37	14	10	26	27	0	0
		割合	14.4%	13.7%	13.6%	12.3%	15.6%	14.8%	0.0%	0.0%
	虚血性心疾患	人数	41	40	17	13	24	27	0	0
		割合	14.8%	14.8%	16.5%	16.0%	14.4%	14.8%	0.0%	0.0%
	人工透析	人数	5	3	5	3	0	0	0	0
		割合	1.8%	1.1%	4.9%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
糖尿病の重症化	糖尿病性神経障害	人数	11	7	1	1	10	6	0	0
		割合	4.0%	2.6%	1.0%	1.2%	6.0%	3.3%	0.0%	0.0%
	糖尿病性網膜症	人数	24	29	10	11	14	18	0	0
割合		8.7%	10.7%	9.7%	13.6%	8.4%	9.8%	0.0%	0.0%	
糖尿病性腎症	人数	17	11	7	3	10	8	0	0	
	割合	6.1%	4.1%	6.8%	3.7%	6.0%	4.4%	0.0%	0.0%	

KDB 厚生労働省様式3-2

## イ 健診受診者からみた重症化予防対象者

高血圧等の短期目標疾患における重症化予防対象者を特定健診結果から把握した。

Ⅱ度高血圧以上（収縮期 160mmHg 以上または拡張期 100mmHg 以上）は、血圧測定方法を水銀血圧計から自動血圧計に変更し精度を上げたことで平成 25 年度より該当者が増加した。Ⅱ度高血圧以上は 102 人（男性 50 人、女性 52 人）、うち未治療者は 52 人（男性 26 人、女性 26 人）。この 52 人は白衣高血圧の可能性もあるため、家庭血圧測定を実施してもらい血圧以外の危険因子、臓器障害等の有無と合わせて医療機関受診の必要を判断する必要がある。また、降圧治療中の 50 人（男性 24 人、女性 26 人）は必要な治療継続とともに、医療機関と連携した減塩等の生活習慣改善が必要である。（図表 16-1）

LDL コレステロール 160 mg/dl 以上は、平成 25 年度と比較して、男性の 40～64 歳では 19 人（9.4%）と増加している。160 mg/dl 以上の未治療者は 85 人（男性 36 人、女性 49 人）。180mg/dl 以上の家族性コレステロール血症の疑いがある方を除いた対象者には、3～6 か月間の生活習慣改善に取り組んだ後、医療機関での再検査を勧めていくなど、継続した保健指導が重要となる。（図表 16-2）

HbA1c6.5%以上は 109 人（男性 52 人、女性 57 人）、うち未治療は 43 人（男性 24 人、女性 19 人）。43 人の中には糖尿病治療薬の内服はしていないが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている方も多い。KDB 等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用し、必要な保健指導を実施する。

糖尿病の合併症のリスクが高い HbA1c7.0%以上は 58 人（男性 27 人、女性 31 人）で、男女ともに割合は増加している。糖尿病治療者の糖尿病性網膜症の割合が増えていることから、合併症の早期発見・治療のため内科だけではなく眼科や歯科医院を受診しているかを把握していくことも重要である。

さらに、糖尿病治療を自己中断する方も少なくない。治療継続できるよう支援するとともに、糖尿病の治療は薬物療法だけではなく食事・運動療法が基本となることから、医療と連携した生活習慣改善への取組は重要と考える。具体的な取組は、第 4 章の糖尿病性腎症重症化予防に記載する。（図表 16-3）

図表 16-1) 健診受診者からみた重症化予防対象者（血圧）

血 圧		男性						女性					
		合計		再掲				合計		再掲			
				40~64歳		65~74歳				40~64歳		65~74歳	
		25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度
受診者数		650	575	272	203	378	372	849	752	362	277	487	475
Ⅱ度高血圧以上 (収縮期160mmHg以上/ 拡張期100mmHg以上)	人数	24	50	9	15	15	35	14	52	3	22	11	30
	割合	3.7%	8.7%	3.3%	7.4%	4.0%	9.4%	1.6%	6.9%	0.8%	7.9%	2.3%	6.3%
治療なし		419	357	216	158	203	199	560	503	289	224	271	279
再掲) Ⅱ度高血圧以上	人数	14	26	5	9	9	17	6	26	2	11	4	15
	割合	3.3%	7.3%	2.3%	5.7%	4.4%	8.5%	1.1%	5.2%	0.7%	4.9%	1.5%	5.4%
治療あり		231	218	56	45	175	173	289	249	73	53	216	196
再掲) Ⅱ度高血圧以上	人数	10	24	4	6	6	18	8	26	1	11	7	15
	割合	4.3%	11.0%	7.1%	13.3%	3.4%	10.4%	2.8%	10.4%	1.4%	20.8%	3.2%	7.7%

特定健診受診者（法定報告）

図表 16-2) 健診受診者からみた重症化予防対象者（LDL コレステロール）

LDLコレステロール		男性						女性					
		合計		再掲				合計		再掲			
				40~64歳		65~74歳				40~64歳		65~74歳	
		25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度
受診者数		650	575	272	203	378	372	849	752	362	277	487	475
160mg/dl以上	人数	43	37	25	19	18	18	77	50	38	25	39	25
	割合	6.6%	6.4%	9.2%	9.4%	4.8%	4.8%	9.1%	6.6%	10.5%	9.0%	8.0%	5.3%
治療なし		519	424	228	166	291	258	538	439	276	202	262	237
再掲) 160mg/dl以上	人数	41	36	23	18	18	18	61	49	32	25	29	24
	割合	7.9%	8.5%	10.1%	10.8%	6.2%	7.0%	11.3%	11.2%	11.6%	12.4%	11.1%	10.1%
治療あり		131	151	44	37	87	114	311	313	86	75	225	238
再掲) 160mg/dl以上	人数	2	1	2	1	0	0	16	1	6	0	10	1
	割合	1.5%	0.7%	4.5%	2.7%	0.0%	0.0%	5.1%	0.3%	7.0%	0.0%	4.4%	0.4%

特定健診受診者（法定報告）

図表 16-3) 健診受診者からみた重症化予防対象者（HbA1c）

HbA1c		男性						女性					
		合計		再掲				合計		再掲			
				40~64歳		65~74歳				40~64歳		65~74歳	
		25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度
HbA1c検査実施者		643	566	271	201	372	365	843	743	361	273	482	470
6.5%以上	人数	60	52	21	11	39	41	61	57	14	16	47	41
	割合	9.3%	9.2%	7.7%	5.5%	10.5%	11.2%	7.2%	7.7%	3.9%	5.9%	9.8%	8.7%
再掲) 7.0%以上	人数	29	27	12	6	17	21	23	31	6	9	17	22
	割合	4.5%	4.8%	4.4%	3.0%	4.6%	5.8%	2.7%	4.2%	1.7%	3.3%	3.5%	4.7%
治療なし		577	495	253	184	324	311	781	683	344	257	437	426
再掲) 6.5%以上	人数	28	24	13	6	15	18	25	19	5	6	20	13
	割合	4.9%	4.8%	5.1%	3.3%	4.6%	5.8%	3.2%	2.8%	1.5%	2.3%	4.6%	3.1%
再掲) 7.0%以上	人数	13	12	7	2	6	10	5	10	2	3	3	7
	割合	2.3%	2.4%	2.8%	1.1%	1.9%	3.2%	0.6%	1.5%	0.6%	1.2%	0.7%	1.6%
治療あり		66	71	18	17	48	54	62	60	17	16	45	44
再掲) 6.5%以上	人数	32	28	8	5	24	23	36	38	9	10	27	28
	割合	48.5%	39.4%	44.4%	29.4%	50.0%	42.6%	58.1%	63.3%	52.9%	62.5%	60.0%	63.6%
再掲) 7.0%以上	人数	16	15	5	4	11	11	18	21	4	6	14	15
	割合	24.2%	21.1%	27.8%	23.5%	22.9%	20.4%	29.0%	35.0%	23.5%	37.5%	31.1%	34.1%

特定健診受診者（法定報告）

ウ 健診受診者からみた保健指導対象者

短期目標疾患の一つ、メタボリックシンドロームは平成25年度と比較し、該当者の割合は男女とも増加しており、女性では全国や北海道と比べても、高くなっている。予備群の割合は男性では減少しており、全国や北海道と比較しても低いが、女性では増加しており、全国や北海道並みとなっている。

メタボリックシンドロームは、中長期目標疾患の発症リスクが高くなる。そのため、メタボリックシンドローム該当者である232人（男性146人、女性86人）と、予備群である123人（男性81人、女性42人）は、課題解決が必要な対象であり、生活習慣改善によって肥満を解消していくことが必要である。（図表17-1）

内臓脂肪の蓄積は高血圧、脂質異常（LDLコレステロール）、高血糖（HbA1c）の発症に関与している。保健指導対象者をメタボリックシンドロームの有無でみていくと、I度高血圧（収縮期140～159mmHgまたは拡張期90～99mmHg）で、メタボリックシンドロームがある方は、130人（男性80人、女性50人）である。LDLコレステロール120～159mg/dlでは、139人（男性87人、女性52人）である。HbA1c5.6～6.4%では、136人（男性82人、女性54人）である。この方たちも生活習慣改善によって肥満を解消していく必要がある。（図表17-2・3・4）

図表17-1) 健診受診者からみた保健指導対象者（メタボリックシンドローム）

メタボリックシンドローム			男性						女性					
			合計		再掲				合計		再掲			
					40～64歳		65～74歳				40～64歳		65～74歳	
			25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度
該当者	上富良野町	受診者数	650	575	272	203	378	372	849	752	362	277	487	475
		人数	148	146	58	47	90	99	77	86	26	24	51	62
		割合	22.8%	25.4%	21.3%	23.2%	23.8%	26.6%	9.1%	11.4%	7.2%	8.7%	10.5%	13.1%
	全国	割合	25.7%	27.5%	23.2%	23.7%	27.3%	29.5%	9.1%	9.5%	6.4%	6.5%	11.0%	11.1%
北海道	割合	25.4%	27.5%	23.0%	23.9%	27.2%	30.1%	8.3%	8.8%	6.0%	6.6%	10.0%	10.4%	
予備群	上富良野町	人数	102	81	43	29	59	52	45	42	22	18	23	24
		割合	15.7%	14.1%	15.8%	14.3%	15.6%	14.0%	5.3%	5.6%	6.1%	6.5%	4.7%	5.1%
		全国	割合	17.3%	17.2%	18.1%	18.2%	16.7%	16.7%	5.9%	5.8%	5.3%	5.4%	6.3%
	北海道	割合	18.2%	17.9%	18.7%	19.0%	17.8%	17.2%	5.6%	5.5%	5.3%	5.3%	5.8%	5.6%
腹囲のみ	上富良野町	人数	39	19	24	12	15	7	17	11	9	6	8	5
		割合	6.0%	3.3%	8.8%	5.9%	4.0%	1.9%	2.0%	1.5%	2.5%	2.2%	1.6%	1.1%

特定健診受診者（法定報告）

図表 17-2) 健診受診者からみた保健指導対象者（血圧）

血圧	男性						女性						
	合計		再掲				合計		再掲				
			40～64歳		65～74歳				40～64歳		65～74歳		
	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	
受診者数	650	575	272	203	378	372	849	752	362	277	487	475	
I度高血圧 (収縮期140～159mmHg/ 拡張期90～99mmHg)	人数	128	169	43	47	85	122	145	197	48	54	97	143
	割合	19.7%	29.4%	15.8%	23.2%	22.5%	32.8%	17.1%	26.2%	13.3%	19.5%	19.9%	30.1%
メタボリック シンドロームあり	人数	71	80	23	20	48	60	33	50	13	19	20	31
	割合	55.5%	47.3%	53.5%	42.6%	56.5%	49.2%	22.8%	25.4%	27.1%	35.2%	20.6%	21.7%
メタボリック シンドロームなし	人数	57	89	20	27	37	62	112	147	35	35	77	112
	割合	44.5%	52.7%	46.5%	57.4%	43.5%	50.8%	77.2%	74.6%	72.9%	64.8%	79.4%	78.3%

特定健診受診者（法定報告）

図表 17-3) 健診受診者からみた保健指導対象者（LDL コレステロール）

LDLコレステロール	男性						女性						
	合計		再掲				合計		再掲				
			40～64歳		65～74歳				40～64歳		65～74歳		
	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	
受診者数	650	575	272	203	378	372	849	752	362	277	487	475	
120～159mg/dl	人数	250	211	119	86	131	125	341	288	148	122	193	166
	割合	38.5%	36.7%	43.8%	42.4%	34.7%	33.6%	40.2%	38.3%	40.9%	44.0%	39.6%	34.9%
メタボリック シンドロームあり	人数	93	87	40	37	53	50	46	52	19	21	27	31
	割合	37.2%	41.2%	33.6%	43.0%	40.5%	40.0%	13.5%	18.1%	12.8%	17.2%	14.0%	18.7%
メタボリック シンドロームなし	人数	157	124	79	49	78	75	295	236	129	101	166	135
	割合	62.8%	58.8%	66.4%	57.0%	59.5%	60.0%	86.5%	81.9%	87.2%	82.8%	86.0%	81.3%

特定健診受診（法定報告）

図表 17-4) 健診受診者からみた保健指導対象者（HbA1c）

HbA1c	男性						女性						
	合計		再掲				合計		再掲				
			40～64歳		65～74歳				40～64歳		65～74歳		
	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	25年度	28年度	
受診者数	643	566	271	201	372	365	843	743	361	273	482	470	
5.6～6.4%	人数	269	172	99	51	170	121	370	263	140	79	230	184
	割合	41.8%	30.4%	36.5%	25.4%	45.7%	33.2%	43.9%	35.4%	38.8%	28.9%	47.7%	39.1%
メタボリック シンドロームあり	人数	114	82	44	26	70	56	59	54	23	18	36	36
	割合	42.4%	47.7%	44.4%	51.0%	41.2%	46.3%	15.9%	20.5%	16.4%	22.8%	15.7%	19.6%
メタボリック シンドロームなし	人数	155	90	55	25	100	65	311	209	117	61	194	148
	割合	57.6%	52.3%	55.6%	49.0%	58.8%	53.7%	84.1%	79.5%	83.6%	77.2%	84.3%	80.4%

特定健診受診者（法定報告）

(5) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は、70%を維持し、同規模保険者内でも上位の位置にある。特定保健指導実施率も高い状況となっている。(図表 18)

平成 28 年度の生活習慣病一人当たり医療費（月額平均）をみると健診受診者は 6,695 円に対して、健診未受診者は 39,503 円となっている。(図表 19)

図表 18) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内 順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率※	
								町	同規模平均
25年度	2,126人	1,499人	70.5%	1位	134人	108人	80.6%	42.4%	50.8%
28年度	1,894人	1,327人	70.1%	2位※	130人	132人	101.5%	50.8%	51.6%

法定報告(※はKDB)

図表 19) 生活習慣病一人当たり医療費 健診受診有無での比較

		上富良野町		全国
		25年度	28年度	28年度
生活習慣病 一人当たり医療費 (月・円)	健診受診者	18,574 円	6,695 円	6,742 円
	健診未受診者	25,693 円	39,503 円	35,459 円
	(受診者に対する比率)	1.4 倍	5.9 倍	5.3 倍

KDB 帳票 地域の全体像の把握

## 2 第1期に係る考察

第1期計画では、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の重症化予防に重点をおき、中長期目標疾患に共通した危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病の重症化予防に取り組んできた。

その結果、被保険者に占める 65～74 歳の比率が増加しているが、予防可能な中長期目標疾患にかかる医療費は減少、治療者も横ばいで維持している。

一方、第1期ではメタボリックシンドローム該当者が増加しており、第2期で解決に向けた取組が重要と考える。

第2期に向けて、高血圧等の重症化予防対象者への受診勧奨を継続して実施していく。また、生活習慣病治療中の方への生活習慣改善についても、医療機関と連携を図りながら保健指導を実施していく。特に、内臓脂肪蓄積、メタボリックシンドロームの解決に向けた取組が重要と考える。

## II 第2期計画における健康課題の明確化

### 1 上富良野町の残された課題であるメタボリックシンドロームの問題性

第1期計画に係る評価及び考察において、平成25年度と比較しメタボリックシンドローム該当者の割合が男女ともに増加している。

メタボリックシンドロームとは、正式な病名ではなく糖尿病と動脈硬化性疾患の発症リスクの高い状態を意味する用語である。

動脈硬化性疾患とは 動脈硬化によって血管の狭窄、閉塞が起こる疾患。部位によって虚血性心疾患、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症などをきたす疾患

メタボリックシンドロームの基本は内臓脂肪の過剰蓄積であり、臍部での内臓脂肪面積 100 cm<sup>2</sup>に相当するウエスト周囲径が男性 85 cm、女性 90 cmであることから、この数値が診断基準に設定されている。(図表 20)

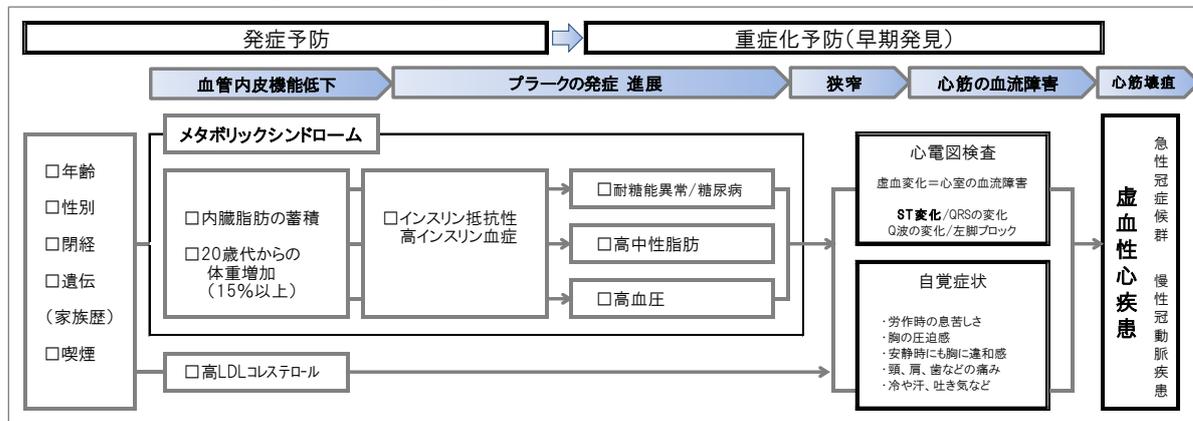
肥満(内臓脂肪型肥満)、脂質代謝異常、耐糖能異常(糖尿病)、高血圧など、動脈硬化の危険因子が集積する場合、たとえそれぞれが軽度でも、危険因子の数が増えるごとに加速度的に動脈硬化性疾患、特に虚血性心疾患を発症する可能性が高くなると考えられている。(図表 21)

図表 20) 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)の蓄積	
ウエスト周囲径	男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm (内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100cm <sup>2</sup> 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	≥ 150mg/dl < 40mg/dl
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	≥ 130mmHg ≥ 85mmHg
空腹時血糖 ただし、空腹時血糖の値が適切に得られない場合は HbA1c (NGSP値)	≥ 110mg/dl 6.0%以上

- CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。
- ウエスト周囲径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前腸骨棘の中間の高さで測定する。
- メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が勧められるが診断には必須ではない。
- 高トリグリセライド血症、低HDL-コレステロール血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

図表 21) 虚血性心疾患を発症する経過



## 2 虚血性心疾患を発症した事例からみえる課題

虚血性心疾患を発症した6事例から課題を整理する。(図表22)

図表22)

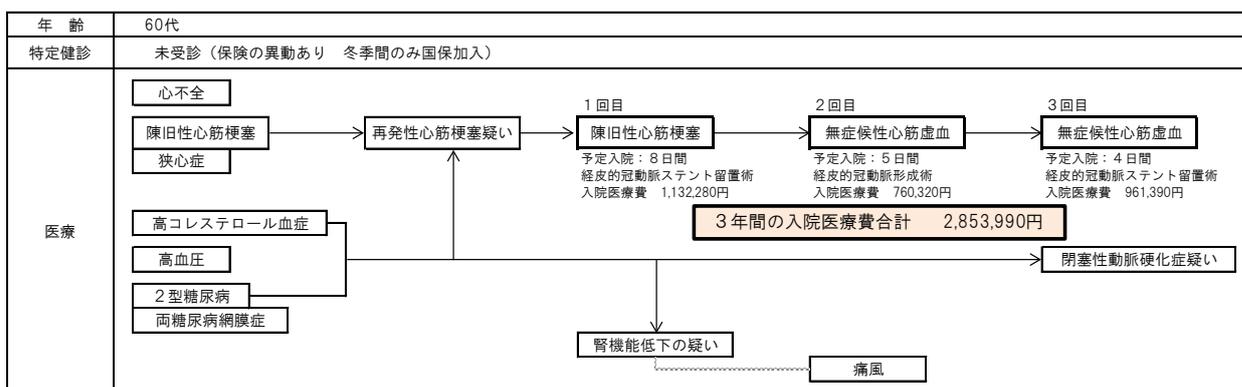
事例No.	性別	発症年齢	KDBから把握							健診結果から把握			特定健診	保険の種類	
			虚血性心疾患再発	基礎疾患				他の動脈硬化性疾患			危険因子				
				高血圧	脂質異常症	糖尿病	高尿酸血症	脳血管疾患	大動脈疾患	動脈閉塞性疾患	家族歴	喫煙			肥満
1	男	40代	●	●	●	●		●			不明	不明	不明	未受診	年度内異動
2	男	50代			●						●	●	●	受診	継続国保
3	男	50代	●	●	●	●		●			不明	不明	不明	未受診	継続国保
4	男	50代	●	●	●	●				●	不明	不明	不明	未受診	継続国保
5	男	60代	●		●	●	●			●	不明	不明	不明	未受診	年度内異動
6	男	70代		●		●		●	●	●	不明	不明	不明	未受診	発症後加入

### (1) 再発を繰り返す問題性

6事例中4事例が、初めて虚血性心疾患を発症したのではなく、過去にも薬物療法や再灌流療法（血行再建術）などの治療を受けていた。中には、図表23)のように、毎年再発を繰り返している場合もある。

動脈硬化を引き起こす危険因子である、基礎疾患の良好な治療コントロール、そのための生活習慣の改善が再発予防にとっては重要である。

図表23) 再発を繰り返す事例5



### (2) 心臓だけにとどまらない動脈硬化

発症者のほとんどが、心臓以外の動脈硬化性疾患（脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症など）を合併しており、全身の血管に動脈硬化性変化が起こっていると考えられる。人間の血管には、心臓から全身に酸素と栄養を運ぶ動脈と、全身から出る老廃物や二酸化炭素を戻す静脈があるが、動脈は全身に血液を送り出すため非常に高い圧がかかっており、もともと血管壁にも負担がかかっている。さらに危険因子が重なることで、

血管壁が硬化したり、脆弱化したりすると、全身を流れる動脈のあらゆるところで動脈硬化が起こってくる。

虚血性心疾患の予防に取り組むことは、全身の重要な臓器である脳血管疾患、慢性腎不全など中長期目標疾患である動脈硬化性疾患を予防することにつながる。

### (3) 若年発症の問題性

発症者の年齢をみると、40～50歳代と若くして発症している。虚血性心疾患をはじめ、動脈硬化性疾患はある日突然発症するのではなく、食生活や運動、喫煙などの生活習慣を長年積み重ねた結果、発症することが多い。生活習慣の改善に向けた取り組みを考える入り口は、健診結果である。健診結果から自分の体の状態を理解し、生活習慣を見直していくこと、また必要に応じて医療機関を受診するなど、段階に応じて必要な行動を住民自身が理解し実践できることが重要である。

### (4) 特定健診未受診者の課題

特定健診受診状況をみると6人中5人は未受診者である。5人の未受診事由をみると、2人は年度内の保険異動により、1人は長期不在により、1人は他保険に加入していたため町の特定健診対象者とならない。また1人は居住地が町外のため未受診であった。

特定健診未受診の場合、問診で把握できる家族歴や体重歴、喫煙などの危険因子や自覚症状をはじめ、検査データが不明であり、発症や再発を予防するために重要なコントロール状況がわからない。

動脈硬化を引き起こす危険因子の中で、コントロールが不可能なものには加齢、性別（男性は女性と比較して動脈硬化を起こしやすいが、女性でも閉経後は動脈硬化を起こしやすくなる）、遺伝がある。コントロールが可能、つまり予防が可能なものに、喫煙、肥満（内臓脂肪型肥満）、運動不足などの生活習慣と、糖尿病、脂質異常症（高中性脂肪、高LDLコレステロール血症）、高血圧の疾患がある。

動脈硬化のタイプの中でも臨床的に最も問題になるのが、粥状動脈硬化（アテローム性動脈硬化）と考えられている。粥状硬化とは、血管内膜に脂質（LDLコレステロール）などの沈着物の集積がおき、粥状の隆起性病変（アテローム性プラーク）を形成する反応をいう。徐々にあるいは時に急速に進行し、プラークの肥厚による血管内腔の狭窄や、その破綻に続く血栓形成による狭窄・塞栓をきたす。

具体的な取り組みは、第4章 虚血性心疾患重症化予防に記載する。

（参考・引用文献 新セミナー生活習慣病 病気がみえる vol.3）

### 3 健診未受診者対策

#### (1) 健診未受診者の把握

上富良野町の特定健診受診率は70.1%で、同規模保険者、北海道、全国に比べても高い。しかし、年齢別で見ると、60～70歳代は70%以上の高い受診率に対し、40～50歳代は50%台と低い。(図表24)

健診未受診者567人のうち199人(35.1%)は、生活習慣病で医療機関にかかっていない。特に、40歳代では46人(51.7%)が健診にも、医療機関にもかかっていない。生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受けて身体の状態を確認することが重要である。

40～50歳代の未受診者の実態を把握し、受診しやすい健診の機会を提供していく。

図表24) 健診未受診者の生活習慣病治療の有無

年代	健診対象者		健診受診者				健診未受診者					
	人数	割合	生活習慣病				人数	割合	生活習慣病			
			治療あり	治療なし	治療あり	治療なし						
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
総数	1,894	70.1%	1,031	77.7%	296	22.3%	567	29.9%	368	64.9%	199	35.1%
40歳代	200	55.5%	111	48.6%	54	51.4%	89	44.5%	43	48.3%	46	51.7%
50歳代	246	59.8%	147	67.3%	99	32.7%	99	40.2%	59	59.6%	40	40.4%
60歳代	883	71.6%	632	79.1%	500	20.9%	251	28.4%	165	65.7%	86	34.3%
70歳代	565	77.3%	437	86.5%	378	13.5%	128	22.7%	101	78.9%	27	21.1%

※生活習慣病治療：高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療 平成28年度特定健診(法定報告)

#### (2) 健診未受診者の医療機関での検査データ提供

特定健診対象者1,894人のうち1,184人(62.5%)が集団健診を受診、個別健診は52人(2.7%)、データ受領は91人(4.8%)となっている。(図表25)

医療機関通院中の健診未受診者には医療機関での検査データ提供を依頼し、必要な保健指導を実施する。

図表25) 特定健診受診者の内訳

年代	健診対象者	健診受診者	実施機関等						
			集団健診	個別健診	データ受領				
					計	医療機関 情報提供	医療機関 検査データ	職場検診	その他
	1,894人	1,327人	1,184人	52人	91人	6人	41人	33人	11人
		70.1%	62.5%	2.7%	4.8%	0.3%	2.2%	1.7%	0.6%
40歳代	200人	111人	105人	2人	4人	0人	1人	3人	0人
50歳代	246人	147人	138人	3人	6人	0人	2人	3人	1人
60歳代	883人	632人	556人	22人	54人	4人	20人	23人	7人
70歳代	565人	437人	385人	25人	27人	2人	18人	4人	3人

平成28年度特定健診(法定報告)

(3) 年度内保険異動の状況

毎年4月中旬に社保加入、10月から11月にかけて社保離脱を繰り返している年度内の保険異動者は職場健診等を受ける機会がないことも多い。

国保の年度内異動は40歳以上で76人。うち健診受診者は20人(26.3%)であった。事業者健診の受診状況を把握し、事業者健診未受診者には健診受診を勧めていく。(図表26)

図表26) 年度内保険異動の状況

	年度内 異動者	健診受診者	
		人数	割合
計	76人	20人	26.3%
40歳代	5人	0人	
50歳代	14人	3人	21.4%
60歳代	40人	10人	25.0%
70歳代	17人	7人	41.2%

### Ⅲ 目標の設定

#### 1 成果目標

##### (1) 中長期的な目標の設定

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を必要とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の末期腎不全を減らしていく。

3つの中長期的目標疾患にかかる医療費は44,904千円で総医療費の5.4%、全国平均10%を下回っている。そのため、医療費の伸びを抑え現状維持を目指す。

##### (2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の共通の危険因子となるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病等を減らしていく。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、肥満、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指す。そのために、医療機関受診が必要な方への受診勧奨を行い、治療継続できるよう働きかけていく。メタボリックシンドローム該当者等の生活習慣病は薬物療法だけでは改善が難しく、食事・運動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。

特定健診・特定保健指導の目標値は、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。

2 目標管理一覧

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標								現状値の把握方法		
			初期値	中間評価値				最終評価値					
			28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度			
特定健診等計画	40、50歳代の受診率が60%未満、40歳代では未受診者の半数が医療機関にもかかっていない。	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率70%以上	70.1%	現状維持					70%以上	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
			40歳代の特定健診受診率 60%以上	55.5%	増加傾向へ					60%			
			50歳代の特定健診受診率 65%以上	59.8%	増加傾向へ					65%			
			特定保健指導実施率80%以上	101.5%	現状維持					80%			
			特定保健指導対象者の減少率25%	未把握	減少傾向へ					25%			
短期	男女ともに該当者の割合が増加。女性のメタボリックシンドローム該当者は11.4%と全国(9.5%)、北海道(8.8%)と比較して高い。	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	該当者	17.5%	減少傾向へ					15%未満	KDB		
			男性	25.4%	現状維持					25%台			
			女性	11.4%	減少傾向へ					10%未満			
			予備群	9.3%	現状維持					9%台			
			男性	14.1%	現状維持					14%台			
			女性	5.6%	現状維持					5%台			
	重症化予防対象者未治療者 HbA1c値6.5%以上 43人 II度高血圧以上 52人 LDLコレステロール160mg/dl以上 85人	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	40~60歳代の肥満者(BMI25以上)の割合の減少	7.7%	減少傾向へ					5%台	管理台帳		
			特定健診受診者のII度高血圧者以上の割合の減少(160/100mmHg以上)	男性 8.7%	減少傾向へ					5%台			
				女性 6.9%	減少傾向へ					5%台			
			特定健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160mg/dl以上)	男性 6.4%	減少傾向へ					5%台			
				女性 6.6%	減少傾向へ					5%台			
			特定健診受診者の糖尿病型の割合の減少(HbA1c6.5%以上または空腹時126mg/dl以上、随時血糖値200mg/dl以上)	13.7%	減少傾向へ					12%台			
		(再掲 HbA1c6.5%以上)	8.3%	減少傾向へ					7%未満				
		特定健診受診者の糖尿病型に占める糖尿病未治療者の減少(HbA1c6.5%以上または空腹時126mg/dl以上、随時血糖値200mg/dl以上)	28.0%	減少傾向へ						糖尿病管理台帳			
		血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(糖尿病治療者に占めるHbA1c7.0%以上の者の割合)	34.4%	減少傾向へ					30%未満				
	糖尿病の保健指導を実施した割合の増加	80.0%	現状維持					80%					
中長期	糖尿病に合併した糖尿病性網膜症の治療者が増加、虚血性心疾患では減少みられず(14.8%)。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析医療費の伸びを抑制する	糖尿病治療者に合併した虚血性心疾患治療者の割合	14.8%	減少傾向へ					13%未満	KDB		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者	0人	現状維持					0人			
			総医療費に占める生活習慣病にかかる医療費の割合	52.0%	現状維持					52%台			
			総医療費に占める中長期目標疾患(脳、心、腎)にかかる医療費の割合	5.4%	現状維持					5%台			
			総医療費に占める入院医療費の割合	40.1%	減少傾向へ					40%未満			
			総医療費に占める入院件数の割合	3.2%	減少傾向へ					3%未満			
			地域差指数(医療費の地域差を表す指標)	0.998	現状維持					1未満		厚生労働省	
健康増進法	75歳未満のがんによる死亡	がんの早期発見、早期治療	介護保険認定者の増加	介護保険認定率 1号認定者の割合	13.4%	13.8%	14.1%	14.5%	14.9%				地域保健・健康増進事業報告 ※(平成28年11月30日厚生労働省健康局がん検診の受診率の算定方法について)対象者の考え方を市町村の全住民に変更。平成30年度以降さらに変更される可能性あり
			がん検診受診率の増加 胃がん検診	20.6%	20.7%	20.8%	20.9%	21.0%	21.1%	21.2%	21.3%以上		
			肺がん検診	30.0%	30.1%	30.2%	30.3%	30.4%	30.5%	30.6%	30.7%以上		
			大腸がん検診	15.3%	15.4%	15.5%	15.6%	15.7%	15.8%	15.9%	16.0%以上		
			子宮頸がん検診	23.3%	23.4%	23.5%	23.6%	23.7%	23.8%	23.9%	24.0%以上		
乳がん検診	33.4%	33.5%	33.6%	33.7%	33.8%	33.9%	34.0%	34.1%以上					

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

### I 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2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踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

### II 目標値の設定

図表 27) 目標値の設定

	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
特定健診受診率	70%	70%	70%	70%	70%	70%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

### III 対象者の見込み

図表 28) 対象者の見込み

		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
特定健診	対象者数	1,819人	1,783人	1,747人	1,712人	1,678人	1,644人
	受診者数	1,273人	1,248人	1,223人	1,198人	1,174人	1,151人
特定保健指導	対象者数	127人	125人	122人	120人	117人	115人
	受診者数	102人	100人	98人	96人	94人	92人

### IV 特定健診の実施

#### 1 実施方法

第1・2期と同様に特定健診実施機関に委託する。実施機関の質を確保するために、省令における基準を満たす事業者の選定・評価を行い、事業者の評価にあたっては北海道保険者協議会を活用し、情報交換を行う。

#### 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。

- (1) 人員に関する基準
- (2) 施設又は設備等に関する基準
- (3) 精度管理に関する基準
- (4) 健診結果等の情報の取扱いに関する基準
- (5) 運営等に関する基準

### 3 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、国保連(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://hokkaido-kokuhoren.or.jp/>

健診機関コード	健診機関名	住所	電話番号	健診時期	予約
110217718	公益財団法人 北海道結核予防会 札幌複十字総合健診 センター	札幌市北区北8 条西3丁目	011-700-1331	7月 11月	個別案内
113010821	上富良野町立病院	上富良野町大町 3丁目2-15	0167-45-3171	7月～ 9月	個別案内

### 4 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とするものを抽出する健診項目とする。第三期における健診項目の見直しでは、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。また、空腹時以外でHbA1cを測定しない場合は食直後を除き随時血糖による血糖検査が可能となった。(実施基準第1条4項)

上富良野町は生活習慣病の重症化の進展を早期に発見することを目的に、医師の判断で実施する詳細な健診項目(心電図・眼底検査等)を全受診者に実施するとともに、町独自に健診項目を設定している。(図表29)

### 5 実施時期

第1・2期に引き続き、集団健診を主体に特定健診を実施する。7月に保健福祉総合センターを健診会場とした集中的な実施と、7月の健診未受診者を対象に農繁期等を避けて11月に実施している未受診者健診についても、受診者に定着し受診率の向上につながっていることから継続する。また、町立病院との連携により、定期通院者を対象にした個別健診を7～9月に実施する。

被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施についても利便良く地元で受診できるよう集団健診(健診機会)を確保する。

図表 29) 上富良野町の特定健診検査項目

健診項目		国の基準 (第3期)		上富良野町 国民健康保険		
		基本項目	詳細項目	40~74歳		
身体計測	身長	○		○		
	体重	○		○		
	BMI	○		○		
	腹囲	○		○		
血圧	収縮期血圧	○		○		
	拡張期血圧	○		○		
尿酸	血清尿酸			● 町独自 に実施		
酸化 スト レス	血中脂質	総コレステロール		●		
		LDL-コレステロール	○	○		
		中性脂肪	○	○		
		HDL-コレステロール		○		
		non-HDLコレステロール	○	○		
	血糖検査 (インスリン能)	血糖	空腹時	○	い ず れ か	
			随時	○		
		HbA1c (NGSP)	○	○		
		尿糖	○	○		
	肝機能 胆のう	A S T (GOT)	○		○	
A L T (GPT)		○		○		
γ-G T (γ-GTP)		○		○		
総ビリルビン				●		
ALP				● 町独自 に実施		
コリンエステラーゼ				●		
血清アルブミン				●		
膵臓	膵アミラーゼ			●		
粘 性	血液一般 (貧血検査)	赤血球数		△	■ 基準該 当者以 外も実施	
		血色素量		△	■	
		ヘマトクリット値		△	■	
		白血球			●	
		血小板			●	
血 管 変 化	眼底検査	眼底 (KW)			■ 基準該 当者以 外も実施	
		眼底 (H)		△		
		眼底 (S)				
	心機能	心電図検査			△	■
	腎機能	尿アルブミン指数			●	
		尿蛋白	○		○	
尿潜血				●		
血清クレアチニン				△	■	
	糸球体ろ過量 (eGFR)			△	■	

● 町独自に実施  
■ 詳細項目実施基準該当者以外も実施

## 6 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関に協力を依頼する。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に富良野医師会、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

## 7 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

## 8 特定健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健診受診率の維持向上には、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、対象者への個別案内の送付をはじめ、広報等を活用した周知、未受診者への受診勧奨を家庭訪問等で行い、受療状況等を把握する。

## 9 事業者健診等のデータ収集方法

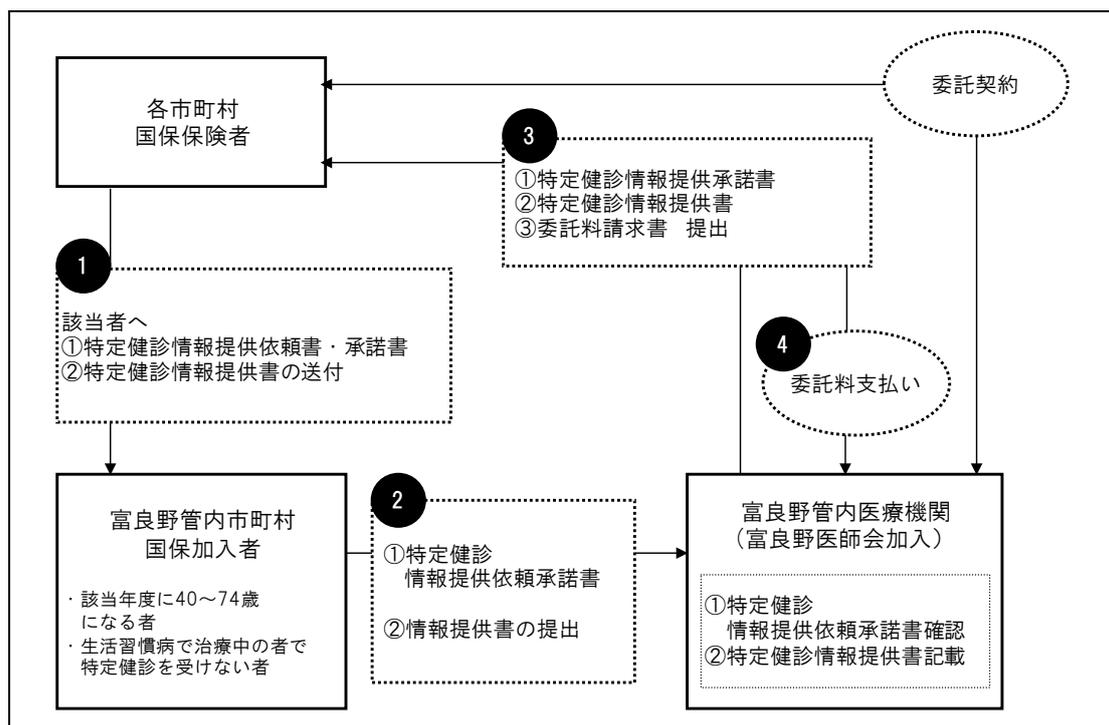
### (1) 事業者健診受診者の健診データ収集

事業者健診受診者には健診結果表の写しの提出を依頼する。

### (2) 医療機関通院中の方の特定健診情報提供

医療機関通院中を理由に健診未受診者となっている方には、検査データの情報提供をかかりつけ医に依頼する。年度当初、富良野医師会と委託契約を取り交わし、対象者の承諾を得た上で医療機関からデータを収集し、必要な保健指導を実施する。（図表 30）

図表 30) 特定健診情報提供委託事業フローチャート



## V 特定保健指導の実施

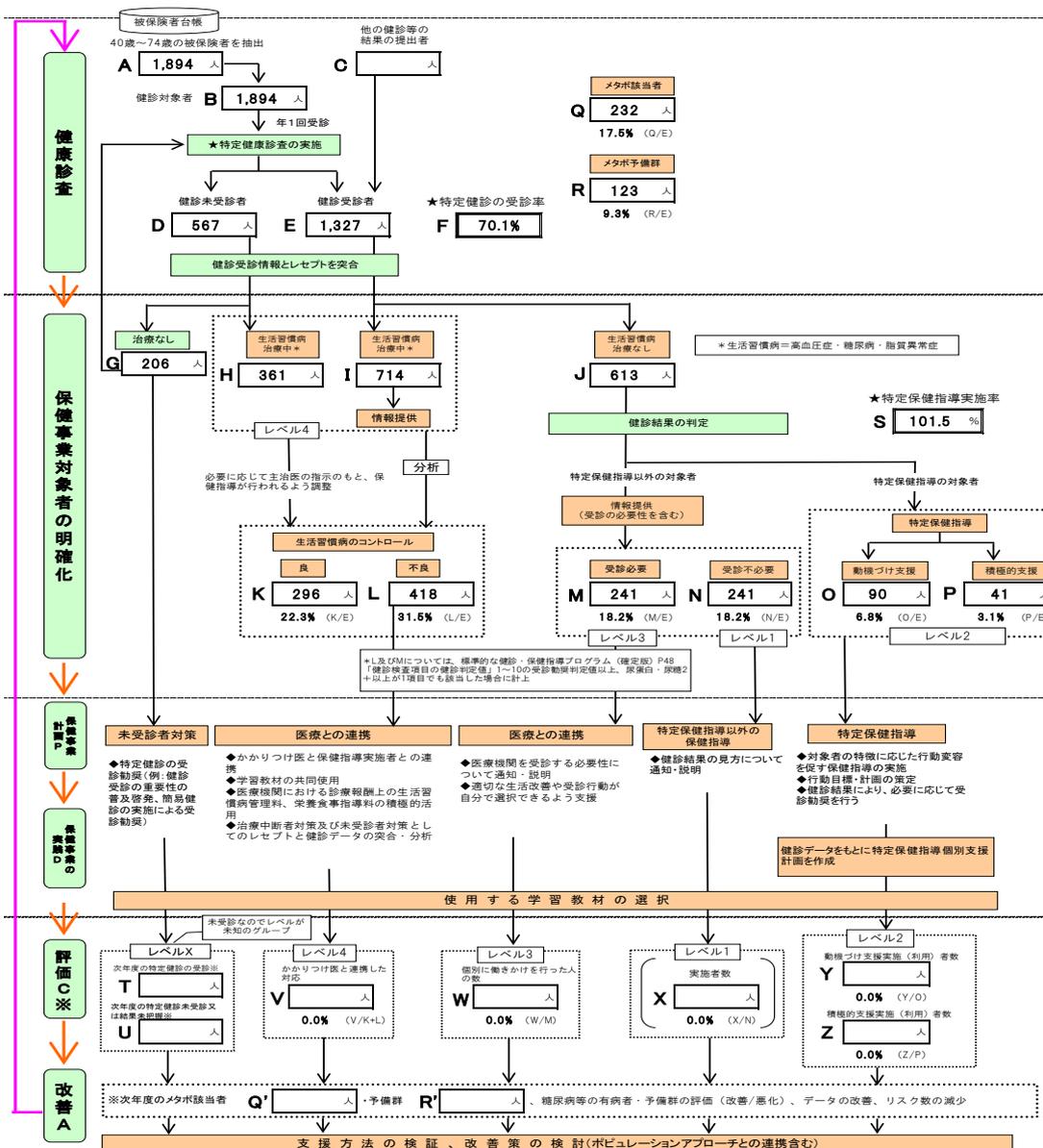
特定保健指導の実施については保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

### 1 健診から保健指導実施の流れ

様式 6-10「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表 31）

図表 31) 様式 6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート（平成 28 年度）



## 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

平成28年度の特定健診受診者（法定報告）を基に作成した。

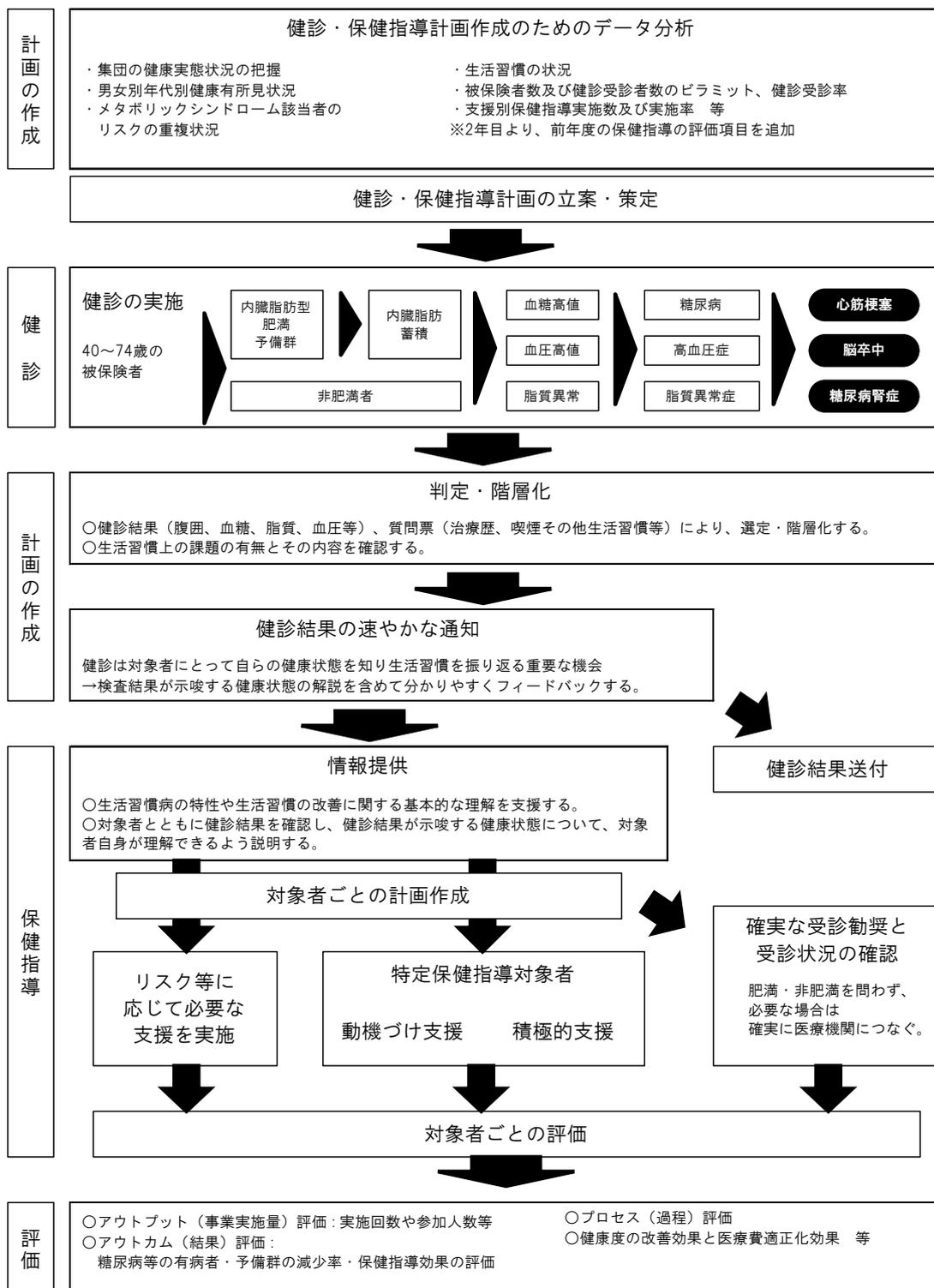
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者 (H28 受診者 1,327 人に占める割合)	目標 実施率
1	OP	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> <li>◆行動目標・計画の策定</li> <li>◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> </ul>	P：41人 O：90人 131人 (9.9%)	80%

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関を受診する必要性について通知・説明</li> <li>◆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</li> </ul>	241人 (18.2%)	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）	567人 (42.7%)	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	241人 (18.2%)	
5	L	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携</li> <li>◆学習教材の共同使用</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> </ul>	418人 (31.5%)	100%
6	K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	296人 (22.3%)	

### 3 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

図表 32) 特定健診・保健指導の流れ



図表 33) 特定健診・保健指導の年間スケジュール

	周知	特定健診			特定保健指導等			
		集団健診	個別健診	データ受領	特定保健指導	重症化予防		
当該年度	4月			・職場健診結果 ・医療機関からの検査データ	対象者の明確化 保健指導（初回） ↓ （評価）	対象者の明確化 保健指導（初回） ↓ （評価）	通年実施	
	5月	広報	特定健診対象者抽出					
	6月	未受診者対策	個別案内 受診券交付					
	7月		特定健診					特定健診 （町立病院通院者） 7～9月
	8月							
	9月							
	10月	広報	対象者抽出					
	11月	未受診者対策	特定健診（未受診者）					
	12月							
	1月							
	2月							
	3月							
翌年度	4月							
	5月		実績報告					
	6月					（評価）		
	7月							
	8月							
	9月							
	10月		法定報告		法定報告			
	11月							
	12月							
1月								

## VI 個人情報の保護

### 1 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び上富良野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

特定健診の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までだが、保存期間の満了後は保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行う。

## VII 結果の報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう大臣告示（平成20年厚生労働省告示第380号）及び通知で定められている。

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。

## VIII 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、上富良野町ホームページ等への掲載により公表・周知する。

生活習慣の改善により、糖尿病等の生活習慣病の発症予防ができれば、通院患者を減らし更には重症化や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができる。その結果、生活の質の維持及び向上を図りながら、医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。予防可能な生活習慣病を減らすことで将来の医療費の伸びを抑え、被保険者（町民）の負担を減らし、皆保険制度を持続可能とするためにも町民（被保険者）の理解と実践が最も重要となる。

そのため、特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、町の広報誌及びホームページの掲載、各種通知や保険事業等の実施機会に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、公表・周知を行う。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

効果的・効率的な保健事業、とりわけ質の高い保健指導を提供することは保険者機能として発揮する保険者の役割の一つであり、被保険者の生活の質の向上に寄与するものである。「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」を根拠に、重症化予防（ハイリスクアプローチ）の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ、費用対効果も踏まえながら保健事業を展開していく。

重症化予防の取組では、保険者努力支援制度の評価指標である糖尿病性腎症重症化予防をはじめ、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症を阻止することを目的に、危険性の高い対象者に対して取組を行う。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、自覚症状のない生活習慣病の早期発見のため健診の機会を提供すること。健診受診後は健診結果を読み取り、糖尿病等の生活習慣病の発症を防ぐために必要な生活習慣改善に取り組むための保健指導を行う。保険者の役割として、医療費や介護費用等の社会保障費の実態から生活習慣病予防の取組の重要性についても周知していく。

保健事業の目的は、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であるメタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の減少を目指して、主に特定健診における肥満や血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくことである。生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出するための健診、対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し行動変容ができる保健指導を実施する。

### II 重症化予防の取組

#### 1 糖尿病性腎症重症化予防

##### (1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。（図表34）

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

図表 34) 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

## ア 対象者抽出に必要な検査項目の実施

糖尿病性腎症重症化予防の取組において、ハイリスク者を的確に抽出することは重要である。「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を根拠に対象者を明確にする。

図表 35) 糖尿病性腎症病期分類（改訂）

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

糖尿病性腎症は尿中アルブミン排泄量（ACR）及び腎機能（eGFR）で判断していく。特に、第2期の早期腎症を発見し、第3期に進展させないことは糖尿病性腎症の重症化予防を行う上で重要である。

上富良野町においては、受診者全員に血清クレアチニン検査を実施しているため腎機能（eGFR）の把握ができ、さらに尿中アルブミン排泄量（ACR）の測定も実施（平成27年度より）しているため早期腎症対象者の把握が可能である。

特定健診の結果、糖尿病型に該当した182人の実態を見ると、尿蛋白検査（一）169人のうち、11人が微量アルブミン尿、1人は顕性アルブミン尿であった。尿蛋白検査だけでは早期腎症の段階にある対象者12人を見逃してしまう。

## イ 対象者選定基準の考え方（抽出基準）

対象者の抽出は健診データだけでなく、国保データベース（KDB）システムを活用し医療機関受診状況から健診未受診者についても抽出を行う。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を行い対象者の明確化を行う。（図表 36）

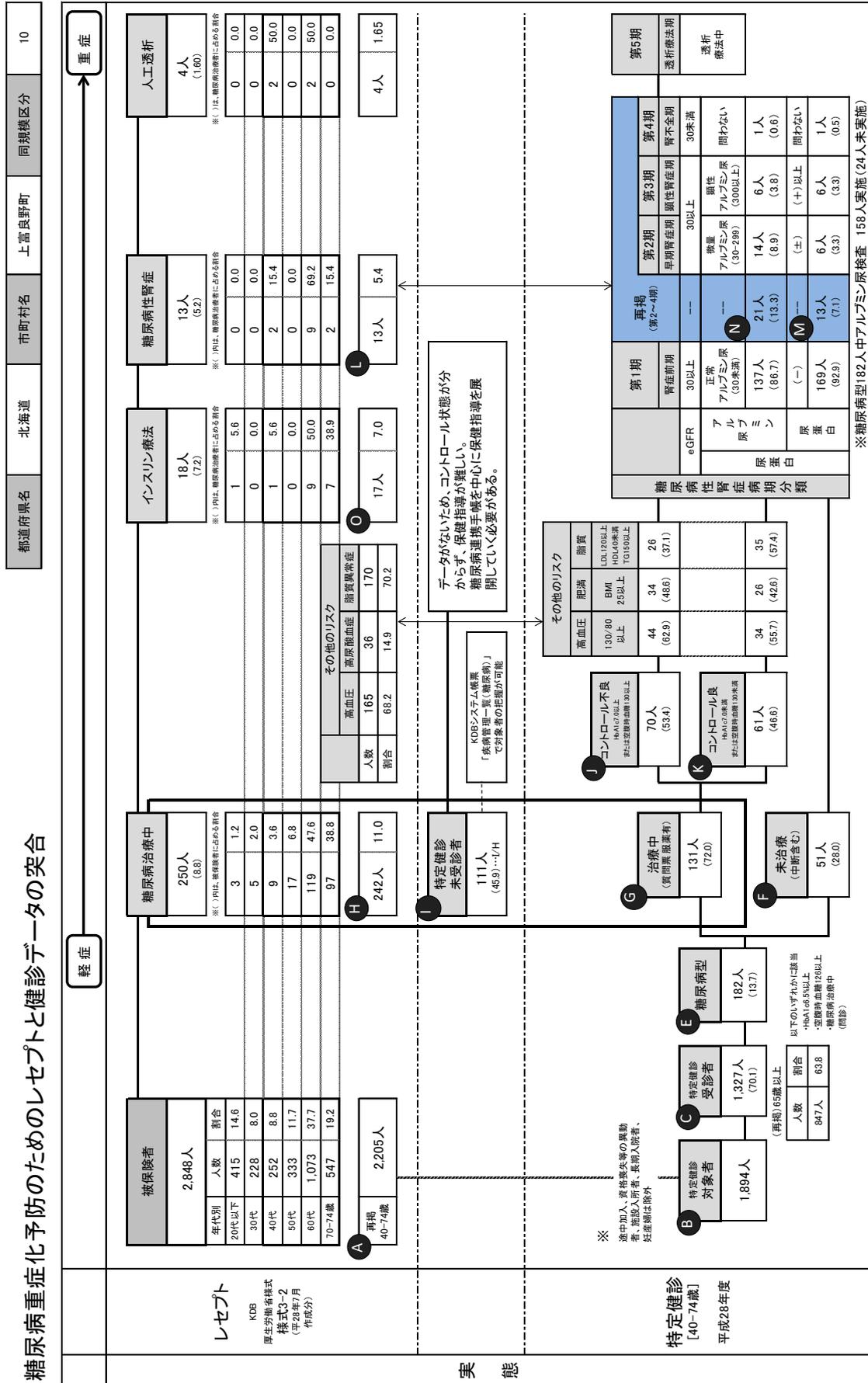
## 対象者抽出にあたっての留意点

保健指導対象者を抽出し、そのうち、保健指導への参加について本人及びかかりつけ医の理解があった方を対象とする。ただし、ハイリスク者の抽出にあたってはアルブミン尿等の情報を糖尿病連携手帳等で把握し、かかりつけ医と連携の下、保健指導を実施する。

なお、次の方については保健指導対象者から除外する。

- ① がん等で終末期にある方
- ② 認知機能障害のある方
- ③ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防管理料の算定対象となっている方  
（ただし、かかりつけ医が必要と認めた方については対象とする。）
- ④ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した方

図表 36) 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



(ア) 特定健診結果で HbA1c 値 6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上の方または糖尿病治療中の方

a 医療機関未受診者 (治療中断者含む)

健診受診結果で空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上または HbA1c 値 6.5%以上の者でレセプト情報と突合を行い、医療機関未受診者。または、糖尿病治療者で最終の受診日から6か月経過してもレセプト情報がない治療中断が疑われる方。<sup>注1)</sup>

注1) 糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していないこともあるため、電話、個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について十分に把握した上で行うことが重要である。

b 糖尿病治療中の方で重症化するリスクの高い方

(a) 糖尿病性腎症重症化予防対象者

- ・健診結果や医療機関で実施している尿中アルブミン排泄量 (ACR) で微量アルブミン尿以上の方 (糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる方)
- ・尿蛋白定性検査 Ⅱ以上の方
- ・血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の方 (70歳以上は50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満)

(b) 糖尿病性腎症発症予防対象者 (第1期) でリスク要因を有する方

- ・血糖コントロール不良者
- ・I度高血圧以上の方
- ・LDLコレステロールのコントロール不良者
- ・肥満者 (BMI25以上、腹囲径 85/90cm<sup>2</sup>以上)
- ・喫煙者

(イ) 健診未受診者で過去の健診受診結果が HbA1c 値 6.5%以上の者または糖尿病治療中の方 (結果把握ができない方)

a 過去の健診結果で HbA1c 値 6.5%以上の者でレセプト情報と突合し医療機関未受診となっている方。または、糖尿病通院者で最終の受診日から6か月経過してもレセプト情報がない方。

b 糖尿病治療中の方で健診受診履歴のない方

## ウ 選定基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行った。(図表 37)

図表 37) 重症化予防対象者

	対象者	人数 (延べ人数)	割合	
1	C 特定健診受診者	1,327 人	70.1%	
	E 糖尿病型	182 人	13.7% (E/C)	
	F 未治療者(中断含む)	51 人	28.0% (F/E)	
	2	N 微量アルブミン尿以上の方	21 人	13.3% (N/E)
	3	J 血糖コントロール不良者	70 人	53.4% (J/G)
	4	K 血糖コントロール良好だが、 その他のリスクを保有する方	61 人	46.6% (K/G)
		血圧 130/80 以上の方	34 人	55.7% ( /K)
		LDL120 以上/HDL40 未満/TG150 以上の方	35 人	57.4% ( /K)
	肥満者 (BMI25 以上)	26 人	42.6% ( /K)	
5	H 糖尿病治療中	242 人	11.0% (H/A)	
	I 特定健診未受診者	111 人	45.9% (I/H)	

特定健診未受診者 111 人は、検査データがわからない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る。

(3) 対象者の進捗管理、計画

過去の健診結果、レセプトデータ等を活用して対象者を選定し、管理台帳を作成する。管理台帳は毎年度、業務担当が更新を行う。地区担当は健診結果から抽出した重症化予防対象者をレセプト情報と突合し、治療中断者を把握する。担当者別の対象者数を把握し年次計画にもとに保健指導計画・実施する。

(4) 保健指導の実施

レセプトデータ等で医療機関未受診者を最優先に家庭訪問等で保健指導を実施する。保健指導は専門職（保健師、管理栄養士）が実施する。

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。（図表 38）

健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導を実施する。保健指導を実施するにあたり、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成された重症化予防の学習教材を用いる。（図表 39）

ア 受診勧奨のための保健指導

全ての対象者に家庭訪問等で面接を行い、受診勧奨のための保健指導を実施する。実施後、対象者の受診の有無をレセプトデータ等で確認し、受診のない方には継続して面接を実施する。歯科や眼科の受診勧奨も同様に実施する。

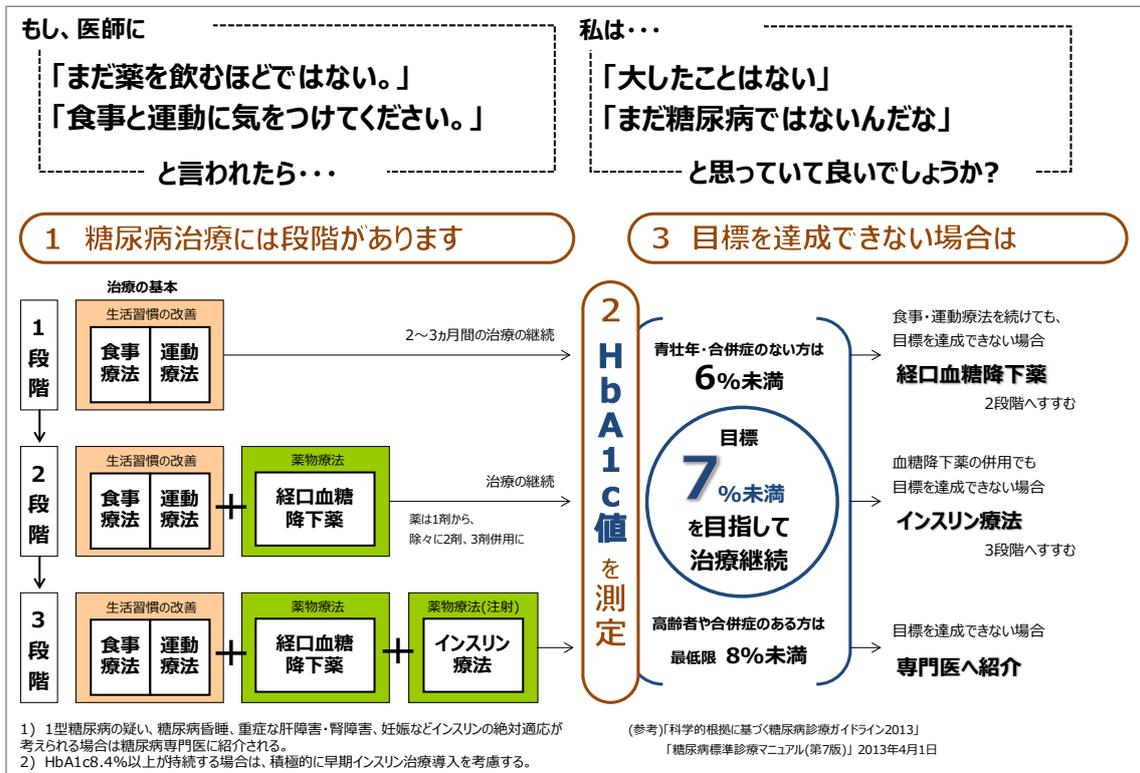
治療を中断しやすい方については医療機関と情報共有しながら受診継続できるための支援を行う。

イ 重症化予防のための保健指導

保健指導に同意した全ての対象者に対して、家庭訪問等で面接を行い保健指導を実施する。保健指導により対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し行動変容につなげる。

保健指導の実施に際しては、かかりつけ医と連携を図り主治医の指示のもとに実施する。連携ツールとして糖尿病連携手帳を活用する。特に糖尿病性腎症第4期の者に対する保健指導は医療機関と十分に連携を取りながら実施する。

保健指導教材) 糖尿病治療には段階があるんです



図表 38) CKD 管理目標

糖尿病性腎症病期分類		第1期 (腎症前期)	第2期 (早期腎症期)	第3期 (顕性腎症期)	第4期 (腎不全期)	①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、 ②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態			
CKD分類	管理目標	GFR		90	60		45	30	15
		ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	備考
		ハイリスク群 (G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2	
			G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3			
生活習慣病管理	糖尿病	HbA1c 7.0%未満					①G3a以降では低血糖の危険性を考慮 糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考える。		
	血圧	糖尿病合併の場合 130/80mmHg未満 (RA系阻害薬を推奨) 糖尿病非合併の場合 A1では140/90mmHg未満、A2,3では130/80mmHg未満 (A1ではRA系阻害薬、Ca拮抗薬あるいは利尿薬、A2,3ではRA系阻害薬を推奨)					G3b以降のRA系阻害薬の使用は腎臓専門医に相談		
	脂質	LDL-C 120mg/dl未満 またはnon-HDL-C150mg/dl未満					薬物による横紋筋融解症への注意 フィbrates系はフィbrates以外は禁忌		
生活習慣管理	体重	BMI 25未満							
	たばこ	禁煙							
	食事	高血圧があれば 塩分3g/日以上6g/日未満		塩分3g/日以上6g/日未満			たんぱく質制限時のエネルギー必要量は 健康人と同程度 (25~35Kcal/kg体重/日)		
CKD進展管理	貧血	腎性貧血以外の 原因検索		腎性貧血はHb10~12g/dl			ESA製剤使用は腎臓専門医に相談 鉄欠乏対策		
	骨・ミネラル				P、Ca、PTH：基準値内		低アルブミン血症では補正Caで補正		
	カリウム				リン制限食	高P血症ではリン吸着剤	PTHが基準値を超える際は活性型ビタミンD		
	尿酸				血清カリウム4.0~5.4mEq/Lの範囲で管理			高K血症の原因検索 低K血症に注意	
	尿酸				尿酸値が7.0mg/dlを超えたら生活指導 8.0mg/dl以上から薬物治療開始を推奨				
	尿毒素				球形吸着炭の服用			球形吸着炭は他の薬剤と同時に使用しない	
薬剤	腎排泄性薬剤の投与量・間隔の調整								

図表 39) 糖尿病重症化予防の学習教材

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える				
☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる				
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資 料			
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> <span style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</span> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中で私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすす</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう (グリコカリックス)</li> </ol>			
<p>食事療法：運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解 (インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="border: none; width: 100%;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%未満</li> <li>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</li> <li>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</li> </ul> </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> <span style="font-size: 2em;">}</span> </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 10px;">           6.0%未満         </td> </tr> </table> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%未満</li> <li>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</li> <li>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</li> </ul>	<span style="font-size: 2em;">}</span>	6.0%未満	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？ (抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか (A) (B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%未満</li> <li>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</li> <li>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</li> </ul>	<span style="font-size: 2em;">}</span>	6.0%未満		
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1 受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="border: none; width: 100%;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> </ul> </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> <span style="font-size: 2em;">}</span> </td> </tr> </table> </div> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>26. ビグアノイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2 阻害薬とは</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> </ul>	<span style="font-size: 2em;">}</span>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> </ul>	<span style="font-size: 2em;">}</span>			

(5) 医療との連携

取組の目的、保健指導の対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について、かかりつけ医（富良野医師会）に説明し、包括的取組（個々の対象者ごとに保健指導の実施の可否を確認しない）に了解を得て、保健指導を実施する。

かかりつけ医から提供された保健指導に当たっての留意事項を踏まえて保健指導を行う。保健指導の内容等については糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医に情報提供する。

ア 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者が医療機関を受診する際には、要精密検査依頼書を使用し情報提供する。

イ 治療中の方への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの提供、保健指導への助言をもらう。

(6) 関係機関との連携

ア 高齢者支援班との連携

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。

イ 糖尿病対策推進会議等

重症化予防の取組を進めるにあたっては、かかりつけ医（富良野医師会）など地域の関係者に町の健康課題や事業のねらいを情報提供した上で実施方法等の協議を行う。糖尿病対策推進会議等の推進体制を構築する。

(7) 評価

「重症化予防の基本的な取組の流れ」（図表 34）を参考に PDCA に基づいた事業の取組から得られたデータを取りまとめ、成果を分析する。

評価は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う。評価指標は短期的と中長期的な視点から KDB 等を活用して評価を行う。（図表 40）

次年度の効果的な取組につなげていくために必要時、専門医に報告・助言を得る。

(8) 実施期間及びスケジュール

7月 特定健診

8月 対象者の抽出、保健指導の実施

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）

図表 40) 評価指標

…太枠内は何も表示されません。各市町村で把握している情報を入力してください。

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価		同規模区分	10	都道府県	北海道	市町村名	上富良野町	
項目	突合表	保険者			同規模保険者(平均)		データ基	
		25年度		28年度		29年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	3,180人		2,848人				
	② (再掲)40-74歳	2,408人		2,205人				
2	① 対象者数	2,126人		1,894人				
	② 特定健診 受診者数	1,499人		1,327人				
	③ 受診率	70.5%		70.1%				
3	① 特定 対象者数	134人		130人				
	② 保健指導 実施率	80.6%		101.5%				
4	① 健診 データ	① 糖尿病型	E	173人	11.5%	182人	13.7%	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	45人	26.0%	51人	28.0%	
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	128人	74.0%	131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	56人 43.8%		70人 53.4%		
		⑤ 血圧 130/80以上		28人 50.0%		44人 62.9%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		23人 41.1%		34人 48.6%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖100未満	K	72人 56.3%		61人 46.6%		
		⑧ 第1期 正常アルブミン尿	M			137人 86.7%		
		⑨ 第2期 微量アルブミン尿				14人 8.9%		
		⑩ 第3期 顕性アルブミン尿				6人 3.8%		
⑪ 第4期 eGFR30未満				1人 0.6%				
5	① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)	87.4人		87.8人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	112.1人		109.8人			
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	1,193件 (496.5)	1,329件 (620.7)	2,076件 (799.2)		
		④ (1内)は糖尿病対 入院(件数)	8件 (3.7)		16件 (6.0)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	278人 8.7%	250人 8.8%			
		⑥ (再掲)40-74歳		270人 11.2%	242人 11.0%			
		⑦ 健診未受診者	I	142人 52.6%	111人 45.9%			
		⑧ インスリン治療	O	22人 7.9%	18人 7.2%			
		⑨ (再掲)40-74歳		21人 7.8%	17人 7.0%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	19人 6.8%	13人 5.2%			
		⑪ (再掲)40-74歳		19人 7.0%	13人 5.4%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人 2.16%	4人 1.60%			
		⑬ (再掲)40-74歳		6人 2.22%	4人 1.65%			
		⑭ 新規透析患者数		0人 0%	0人 0%			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人 0%	0人 0%			
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)		11人 3.5%	11人 2.9%					
6	① 医療費	① 総医療費	9億0210万円		8億3751万円		10億9540万円	
		② 生活習慣病総医療費	4億9580万円		4億3517万円		6億2716万円	
		③ (総医療費に占める割合)	55.0%		52.0%		57.3%	
		④ 生活習慣病 健診受診者 対象者 一人あたり	18,574円		6,695円		8,266円	
		⑤ 健診未受診者	25,693円		39,503円		32,361円	
		⑥ 糖尿病医療費	4365万円		4305万円		6466万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.8%		9.9%		10.3%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億4354万円		1億4561万円			
		⑨ 1件あたり	40,918円		42,243円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費	7215万円		5809万円			
		⑪ 1件あたり	445,385円		492,250円			
		⑫ 在院日数	12日		15日			
		⑬ 慢性腎不全医療費	7218万円		2787万円		6350万円	
		⑭ 透析有り	6731万円		2664万円		5982万円	
		⑮ 透析なし	488万円		124万円		368万円	
7	① 介護	① 介護給付費	7億0387万円		7億8321万円		11億9822万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症	1件 200.0%		1件 200.0%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人 1.6%		0人 0.0%		2人 1.0%	

KDB 健診・医療・介護データから  
みる地域の健康課題

## 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。

虚血性心疾患の多くは、プラークを基本として最終的にアテロームが形成される粥状動脈硬化であり、脳梗塞や閉塞性動脈硬化症の原因でもある。

図表 41) 虚血性心疾患とは

		虚血性心疾患				発症後1か月以上 陳旧性心筋梗塞
		慢性冠動脈疾患		急性冠症候群		
		異形狭心症	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞	
心筋	心筋障害				壊死	→発症後 12時間以内の カテーテル治療・ 血栓溶解療法
	心筋虚血	一過性の心筋虚血	一過性の心筋虚血	心筋虚血	心筋虚血	
↑	自覚症状	夜間～早朝				
		安静時、早朝の運動時		労作時	安静時にも起こる	
		数分から15分程度		3～5分程度、安静で改善	数分から20分程度	20分以上続く
		前胸部痛		胸のしめつけ、圧迫感	前胸部などの胸痛 下顎、首、左肩、腕の放散痛	激しい胸痛、冷汗、吐気、 時に背部痛
		※ 高齢者や糖尿病の方は症状を感じにくいことがある(無症候性(無痛性)心筋虚血)				
		症状が3週間以上同じ		3週間以内、徐々に増悪		
冠動脈 (栄養血管)	狭窄・閉塞	一過性の冠動脈の攣縮 	動脈硬化による狭窄 プラーク 	血栓形成による狭窄 血栓 	狭窄 → 閉塞 	
	血管内皮	血管内皮傷害	安定したプラーク	不安定なプラーク		
動脈硬化の危険因子		喫煙者 年齢(加齢)	常習飲酒者 性別(男性)	脂質異常症 遺伝(心筋梗塞、狭心症などの家族歴)	糖尿病(耐糖能異常) 高血圧 高尿酸血症	肥満(内臓脂肪型肥満)

(参考) 病気がみえる

図表 42) 心筋梗塞は冠動脈が完全に閉塞し心筋細胞の虚血が起こる。虚血からの回復が遅れると細胞の壊死が進み、心臓の収縮能は低下する。

労作性狭心症	心筋障害	心筋梗塞
心臓の内側	心臓の内側	心臓の内側
心臓の外側	心臓の外側	心臓の外側
	まだ、元の心臓細胞にもどる(可逆性)	もう、元の心臓細胞にもどらない(非可逆性)

プラークは性状と特徴から2種類に分けられる。安定プラークは被膜が厚く、プラーク内部の成分が少なく物理的刺激が加わっても形状が変化する可能性は低い。一方、不安定プラークは内部にコレステロール含量や細胞成分が多いため柔らかく、被膜も薄いため、少しの刺激で容易に亀裂が入り破けやすい。プラークの形成、増大させない生活習慣病の管理とプラークの早期発見が重要な予防対策となる。(図表 41)

(2) 対象者の明確化

ア 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定にあたっては、健診受診結果から把握する。さらに、虚血性心疾患は再発予防も重要なことから、KDB を活用し健診未受診者となっている虚血性心疾患治療者を抽出し、治療継続の把握を行うとともに生活習慣改善を必要とする対象者も明らかにする。

(ア) 健診受診結果からの把握

- ・心電図検査で心筋異常・心筋障害を疑う ST-T 異常の所見がある者
- ・高 LDL コレステロール血症者
- ・メタボリックシンドローム該当者・予備群と non-HDL コレステロール
- ・慢性腎臓病(CKD)

(イ) 虚血性心疾患治療中の健診未受診者

イ 重症化予防対象者の抽出

(ア) 心電図検査から ST-T 異常の把握

心電図検査は心筋細胞の虚血状態をみる重要な検査の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)と示されている。上富良野町の特定健診受診者 1,327 人のうち心電図検査実施者は 1,284 人 (97.8%)、そのうち ST-T 異常は 48 人であった (図表 43)。

図表 43) 心電図検査所見

特定健診受診者	心電図検査実施者		結果						
			計	所見あり		所見なし			
				ST-T 異常	その他の所見				
1,327 人	1,284 人	97.8%	229 人	48 人	3.7%	181 人	14.1%	1,055 人	82.2%
	判定	要精密検査	31 人	7 人	14.6%	24 人	13.3%		
		経過観察	142 人	27 人	56.3%	115 人	63.5%		
		治療中	56 人	14 人	29.1%	42 人	23.2%		

平成 28 年度特定健診結果

## (イ) 高LDL コレステロール血症

高LDL コレステロール血症は、虚血性心疾患の発症因子である。重症化予防の対象であるLDL コレステロール 160 mg/dl 以上は、87人（男性37人、女性50人）おり、男性では40～50歳代、女性では50～60歳代で多くなっている。その中でも薬物療法が考慮されるLDL コレステロール 180 mg/dl 以上の方は、25人（男性10人、女性15人）いる。LDL コレステロール 180 mg/dl 以上では、家族性高コレステロール血症（FH）も疑われる。家族性高コレステロール血症は、遺伝性疾患で若いうちから高LDL コレステロール血症を呈し、冠動脈疾患の発症率が高いため、早期の診断と厳格な治療が必要となる。（図表44）

図表44) LDL コレステロール 160 mg/dl 以上

年代	男性					女性				
	健診 受診者	160以上		(再掲)180以上		健診 受診者	160以上		(再掲)180以上	
		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合
40歳代	50	5	10.0%	3	6.0%	61	4	6.6%	0	0.0%
50歳代	63	6	9.5%	3	4.8%	84	6	7.1%	3	3.6%
60歳代	264	17	6.4%	2	0.8%	368	31	8.4%	10	2.7%
70歳代	198	9	4.5%	2	1.0%	239	9	3.8%	2	0.8%
総数	575	37	6.4%	10	1.7%	752	50	6.6%	15	2.0%

平成28年度特定健診受診者（法定報告）

## (ウ) メタボリックシンドローム該当者・予備群と non-HDL コレステロール

## a メタボリックシンドローム該当者・予備群

上富良野町は、メタボリックシンドロームの該当者が男女とも増加しており、女性では全国や北海道と比べても、高くなっている。

年代別のメタボリックシンドローム該当者・予備群の状況は、男性では該当者が60～70歳代、予備群は50歳代が多い。女性では、該当者は70歳代が多く、予備群は40歳代が多い。全国と比較すると、男性はすべての年代で該当者、予備群とも低い、女性ではすべての年代の該当者と予備群の40歳代・60歳代が多く、特に女性のメタボリックシンドロームが課題である。（図表45）

メタボリックシンドローム該当者・予備群の高血圧・脂質異常症・糖尿病の治療状況は、男性の該当者で79.5%、女性の該当者で89.5%と該当者の多くがいずれかの疾患で治療中である。予備群においても、男女とも約半数が治療中である。しかし、メタボリックシンドロームの該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかる。また、脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインは、内臓脂肪蓄積や肥満により分泌異常を起こす。それにより、易炎症性状態や易血栓性状態、インスリン抵抗性、心血管病へ直接影響を与え

るため、メタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活習慣改善も必要である。(図表 46)

図表 45) 年代別メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム		男性					女性					
		40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	総数	
該当者	上富良野町	受診者数	50	63	264	198	575	61	84	368	239	752
		人数	8	11	73	54	146	3	10	38	35	86
		割合	16.0%	17.5%	27.7%	27.3%	25.4%	4.9%	11.9%	10.3%	14.6%	11.4%
	全国	割合	16.5%	25.1%	29.8%	29.0%	27.5%	3.0%	6.2%	9.7%	12.0%	9.5%
	北海道	割合	16.9%	24.3%	30.2%	29.5%	27.8%	3.3%	6.4%	9.2%	11.3%	9.0%
同規模	割合	18.3%	25.6%	28.2%	27.8%	27.0%	3.7%	7.6%	10.1%	12.8%	10.1%	
予備群	上富良野町	人数	6	11	43	21	81	5	3	27	7	42
		割合	12.0%	17.5%	16.3%	10.6%	14.1%	8.2%	3.6%	7.3%	2.9%	5.6%
	全国	割合	18.8%	18.4%	17.1%	16.3%	17.2%	4.4%	5.7%	5.9%	6.1%	5.8%
	北海道	割合	19.5%	19.4%	17.5%	17.1%	17.9%	4.9%	5.6%	5.4%	5.6%	5.5%
	同規模	割合	18.9%	17.1%	16.3%	15.7%	16.4%	5.7%	7.1%	6.3%	6.1%	6.3%

町：28年度特定健診受診者（法定報告） 国・道・同規模：KDB

図表 46) メタボリックシンドローム該当者・予備群の治療状況

性別	受診者数	該当者						予備群						
		人数	割合	3疾患治療の有無				人数	割合	3疾患治療の有無				
				あり		なし				あり		なし		
				人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	
男性	総数	575	146	25.4%	116	79.5%	30	20.5%	81	14.1%	40	49.4%	41	50.6%
	40歳代	50	8	16.0%	3	37.5%	5	62.5%	6	12.0%	0	0.0%	6	100.0%
	50歳代	63	11	17.5%	8	72.7%	3	27.3%	11	17.5%	6	54.5%	5	45.5%
	60歳代	264	73	27.7%	57	78.1%	16	21.9%	43	16.3%	19	44.2%	24	55.8%
	70歳代	198	54	27.3%	48	88.9%	6	11.1%	21	10.6%	15	71.4%	6	28.6%
女性	総数	752	86	11.4%	77	89.5%	9	10.5%	42	5.6%	22	52.4%	20	47.6%
	40歳代	61	3	4.9%	2	66.7%	1	33.3%	5	8.2%	1	20.0%	4	80.0%
	50歳代	84	10	11.9%	9	90.0%	1	10.0%	3	3.6%	2	66.7%	1	33.3%
	60歳代	368	38	10.3%	32	84.2%	6	15.8%	27	7.3%	16	59.3%	11	40.7%
	70歳代	239	35	14.6%	34	97.1%	1	2.9%	7	2.9%	3	42.9%	4	57.1%

平成28年度特定健診受診者（法定報告）

b non-HDL コレステロール

メタボリックシンドロームは冠動脈狭窄の原因となるプラークを形成させやすい病態で、最近の研究で non-HDL コレステロールが動脈硬化を引き起こす大きな要因であることがわかってきた。この non-HDL コレステロールはメタボリックシンドロームや糖尿病に関係する脂質異常といわれ、LDL コレステロールよりも血管壁に入り込みやすい。non-HDL コレステロール値は「総コレステロール値-HDL コレステロール」で把握できる。日本動脈硬化学会が示す発症危険が高い 170 mg/dl 以上の該当者は 154 人 (12.0%)、うち 141 人 (91.6%) が未治療となっている。(図表 47)

LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の 87 人だけでなく、LDL コレステロール 160mg/dl 未満の non-HDL コレステロール 170 mg/dl 以上の 76 人についても重症化予防対象者とする。(図表 48)

図表 47) 特定健診受診者の non-HDL コレステロール血症の実態

年代	特定健診受診者	総コレステロール検査実施	non-HDLコレステロール (mg/dl)						
			150未満	150~170未満	170以上		脂質異常症治療なし		
					b	b/a	c	c/b	
		a							
40歳代	111人	110人	78人	16人	16人	14.5%	16人	100%	
50歳代	147人	145人	93人	35人	17人	11.7%	16人	94.1%	
60歳代	632人	603人	389人	134人	80人	13.3%	71人	88.8%	
70歳代	437人	425人	322人	62人	41人	9.6%	38人	92.7%	
計	1,327人	1,283人	882人	247人	154人	12.0%	141人	91.6%	

平成 28 年度特定健診結果 (法定報告)

図表 48) LDL コレステロールと non-HDL コレステロール

			non-HDLコレステロール (mg/dl)						計
			正常域		境界域	高non-HDLコレステロール血症		(再掲)	
			110未満	110-149	150-169	170-189	190以上	170以上	
LDL コレステ ロール (mg/dl)	低LDLコレステロール血症	60未満	16人	2人	1人	0人	0人	0人	19人
		60-79	65人	8人	7人	0人	0人	0人	80人
	正常域	80-119	142人	449人	41人	7人	3人	10人	642人
		境界域	120-139	0人	187人	124人	7人	2人	9人
	高LDLコレステロール血症	140-159	0人	13人	109人	46人	11人	57人	179人
		160以上	0人	0人	9人	35人	43人	78人	87人
	(再掲)	140以上	0人	13人	118人	81人	54人	135人	266人
計			223人	659人	291人	95人	59人	154人	1,327人

87人 76人

平成 28 年度特定健診結果 (法定報告)

(エ) 慢性腎臓病 (CKD)

慢性腎臓病(CKD)は人工透析に至る慢性腎不全だけでなく、高い割合で心血管疾患(心筋梗塞などの虚血性心疾患や脳血管疾患)の発症にかかわる危険因子でもある。

CKD 定義：  
 ①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか、特に蛋白尿の存在が重要。  
 ②糸球体濾過量(GFR)< 60mL/分/1.73m<sup>2</sup>  
 ①、②のいずれか、または両方が3カ月以上持続する。

上富良野町の特定健診は、慢性腎臓病を早期に発見するための検査項目(腎機能(eGFR)、尿中アルブミン排泄量(ACR))を追加実施している。心血管死亡のリスクの高い対象者(赤)は9人、末期腎不全のリスクの高い対象者(赤)は11人。

(図表 49)

図表 49)CKD における心血管死亡と末期腎不全のステージ別オッズ比でみる予防対象者

CKD の重症度は緑を基準に、黄、オレンジ、赤の順にステージが上がるほどリスクが上昇する。

心血管死亡					末期腎不全						
eGFR 区分	蛋白尿 区分	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)				eGFR 区分	蛋白尿 区分	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)			
		A1		A2	A3			A1		A2	A3
		<10	10~29	30~299	≥300			<10	10~29	30~299	≥300
G1	≥105	25人	10人	1人	1人	G1	≥105	25人	10人	1人	1人
	90~104	102人	22人	9人	0人		G2	75~89	354人	59人	17人
G2	75~89	354人	59人	17人	0人	G2		60~74	405人	58人	12人
	60~74	405人	58人	12人	2人		G3a	45~59	111人	18人	15人
G3a	45~59	111人	18人	15人	1人	G3b		30~44	6人	2人	4人
G3b	30~44	6人	2人	4人	4人		G4	15~29	0人	0人	1人
G4	15~29	0人	0人	1人	1人						

CKD診療ガイド2012 (CKDにおける心血管死亡と末期腎不全のステージ別オッズ比) 引用 一部改変

 9人  
 28人

 11人  
 43人

平成 28 年度特定健診結果 (法定報告)

## (オ) 虚血性心疾患治療者

虚血性心疾患治療中の110人は、再発予防（二次予防）の対象者となる。対象者の基礎疾患をみると、高血圧が89.1%、脂質異常症が73.6%、糖尿病が60.9%となっている。（図表50）これらは、虚血性心疾患再発のリスクであり、適正な値にコントロールしていく必要がある。日本動脈硬化学会では、LDLコレステロールの管理目標を、冠動脈疾患の既往を有する二次予防対象者は100mg/dl未満、急性冠症候群（ACS）では、特に動脈硬化性疾患の発症リスクが高いため、70mg/dl未満を目標としている。リスクとなる疾患のコントロール状況は健診結果で確認することができるが、対象者の健診受診状況をみると、約半数が健診未受診であり、特に40～50歳代の若い世代の未受診が多い。（図表51）

図表50) 虚血性心疾患治療者の基礎疾患

年代	総数	基礎疾患					
		高血圧		脂質異常症		糖尿病	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	110	98	89.1%	81	73.6%	67	60.9%
20歳代	1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30歳代	1	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
40歳代	4	3	75.0%	3	75.0%	3	75.0%
50歳代	10	10	100.0%	8	80.0%	7	70.0%
60歳代	50	42	84.0%	33	66.0%	30	60.0%
70歳代	44	42	95.5%	36	81.8%	26	59.1%

KDB 疾病管理一覧（平成29年度累計）より平成28年度を抽出

図表51) 虚血性心疾患治療者の健診受診状況

		総数	健診受診			
			あり		なし	
			人数	割合	人数	割合
健診	年代	110	57	51.8%	53	48.2%
若年者 健診	20歳代	1	0	0.0%	1	100.0%
	30歳代	1	0	0.0%	1	100.0%
特定健診	40歳代	4	0	0.0%	4	100.0%
	50歳代	10	2	20.0%	8	80.0%
	60歳代	50	27	54.0%	23	46.0%
	70～74歳	44	28	63.6%	16	36.4%

KDB 疾病管理一覧（平成29年度累計）より平成28年度を抽出

(3) 保健指導の実施

ア 受診勧奨

(ア) 心電図検査で要精密検査となった方への受診勧奨

循環器科、かかりつけ医がいる場合にはかかりつけ医での精密検査を勧める。

(イ) 高LDLコレステロール血症者の受診勧奨

虚血性心疾患を発症した事例をみると、脂質異常症と診断され薬物療法開始となった後通院中断し、その後も中断をくり返している。治療が必要にも関わらず医療機関未受診である場合や中断していることが把握された場合には受診勧奨を行う。(図表 52)

高LDLコレステロール血症者の中には、生活習慣や加齢とは関係のない家族性コレステロール血症が見逃されていることも少なくない。適切な治療を受けることなく、心筋梗塞や狭心症を発症後に脂質異常症の治療が開始される事例も多い。

問診等で家族性コレステロール血症が疑われる場合には、診断に必要な情報を担当医に提供していく。

図表 52) 治療中断をくりかえして発症した事例

50代、男性		年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
特定健診	内臓脂肪	体重	76.7		73.4	76.1	76.9	75.0			76.7		77.9	80.7
		腹 囲	91.9		94.0	94.5	92.0	91.5			90.5		91.5	93.5
		BMI	25.9		24.7	25.6	26.0	25.3			26.0		26.4	27.3
	血中脂質	non-HDL			179						210		215	152
		中性脂肪	387	未	208	247	161	159	未	未	205	未	241	188
		HDL	37	受	45	38	46	44	受	受	41	受	41	50
		LDL	139	診	152	141	治 137	178	診	診	162	診	163	治 123
	糖代謝	HbA1c	5.4		5.4	5.2	5.4	5.4			5.6		5.7	5.8
		空腹時血糖	84		79	82	83	81			83		89	96
	血管を傷つける	収縮期血圧	112		110	108	128	110			118		122	128
		拡張期血圧	70		72	60	76	60			70		85	82
	血管変化	心電図検査	異常なし		異常なし	異常なし	異常なし	異常なし			異常なし		異常なし	異常なし
	メタボリックシンドローム判定							予備群該当			予備群該当		基準該当	予備群該当
	生活習慣	喫 煙	20本/日		20本/日	20本/日	20本/日	20本/日			20本/日		20本/日	禁煙
〈家族歴〉		心筋梗塞、脳梗塞・脳出血												
医療	<pre>                     graph TD                         A[LDL精検受診] --&gt; B[脂質異常症]                         B --&gt; C[薬物療法開始]                         C --&gt; D[4W処方後]                         D --&gt; E[通院中断]                         E --&gt; F[受診勧奨]  G[LDL精検受診] --&gt; H[脂質異常症]                         H --&gt; I[薬物療法再開]                         I --&gt; J[4W処方後]                         J --&gt; K[通院中断]                         K --&gt; F  L[LDL精検受診] --&gt; M[脂質異常症]                         M --&gt; N[薬物療法再開]                         N --&gt; O[90日分処方後]                         O --&gt; P[通院中断]                         P --&gt; Q[急性下壁心筋梗塞 不安定狭心症]                     </pre>													

図表 53) 脂質異常症を疑う問診のポイント

- ・ コレステロールや中性脂肪が高いと言われた時期
- ・ そのときのコレステロール値、中性脂肪値
- ・ 体重の変動、20歳のときは？
- ・ 栄養指導歴
- ・ 治療歴と内容
- ・ 冠動脈疾患と脂質異常症の家族歴  
(2親等以内で男性55歳未満、女性65歳未満での発症)
- ・ 手の甲や肘、膝などの黄色腫
- ・ 黒目の周りに白い輪ができる角膜輪(50歳未満)
- ・ アキレス腱肥厚(9mm以上で有意)
- ・ 高血圧、糖尿病、喫煙、高尿酸血症や痛風
- ・ ネフローゼ症候群
- ・ 甲状腺機能低下

循環器内科ゴールデンハンドブック(改定第2版)

## イ 保健指導

### (ア) メタボリックシンドローム該当者・予備群

メタボリックシンドローム、non-HDL コレステロールは食事・運動療法が主体の治療となることから、減量や中性脂肪の改善に向けた保健指導が重要となる。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。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。

### (イ) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。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。」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。

### (ウ) 虚血性心疾患発症者の再発予防のための保健指導

健診結果又は医療機関での検査データに基づき、適正体重を維持するなど生活習慣を改善して危険因子の減少を目指す。

保健指導教材) 二次健診(動脈硬化症等予防健診)の結果表

/ 98 - 7

**二次健診(動脈硬化症等予防健診)の結果表**

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

自覚症状がないままに進行

動脈硬化性疾患の予防には、動脈硬化症の有無と程度を把握し、その進展予防、退縮までも考慮に入れた**危険因子の管理・治療**が必要である。(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版)

**1 特定健診結果でみる血管への影響**  
(特定健診受診日 年 月 日)

**A 血管を傷める因子は?**

適体	正常値	→	重症
腹囲	男 ~84.9		85以上
	女 ~89.9		90以上
BMI	~24.9		25以上
収縮期	~129	130~139	140~
拡張期	~84	85~89	90~
尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~
中性脂肪	~149	150~299	300~
HDLコレステロール	40以上	39~35	34以下
non-HDLコレステロール	~149	150~169	170以上
LDLコレステロール	~119	120~139	140~
空腹時	~99	100~125	126~
随時	~139	140~199	200~
HbA1c (NGSP値)	~5.5	5.6~6.4	6.5~

**B 血管の質を決める材料は?**

LDLコレステロール	正常値	→	重症
	~119	120~139	140~
血清アルブミン	4.0以上	3.9~3.5	3.4以下

**C 血液の性状は?**

ヘマトクリット	正常値	→	重症
	男 38.5~48.9		51.0~
	女 35.5~43.9		48.0~
喫煙	なし		あり

5mm

8mm

**2 血管変化をみる検査と進行段階**  
(二次健診受診日 年 月 日)

1 眼底検査

	正常	軽度狭窄・硬化	著明な狭窄	出血
H (高血圧性変化)	0	1	2	3
S (動脈硬化性変化)	0	1	2	3

2 血管内の変化

①内臓中膜厚 (mm)	右	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
	左	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2
②プラーク (検出有無)	右					
	左					
③狭窄率	右					
	左					

3 頸動脈エコー超音波

4 心電図

5 腎機能検査

血清クレアチニン	正常	腎予備力低下	腎機能障害	不全期	尿毒症
	男 1.0~1.29	男 1.30~1.99	男 2.00~2.99	男 3.00~5.0	男 5.1~
	女 ~0.70	女 0.71~0.99	女 1.0~1.9	女 2.1~5.0	女 5.1~
糸球体ろ過率 (eGFR)	60以上	45~59	30~44	15~29	15未満
蛋白尿	陰性(-)	(±)	(+)		
微量アルブミン尿 (mg/g)	~29	30~299	300~		

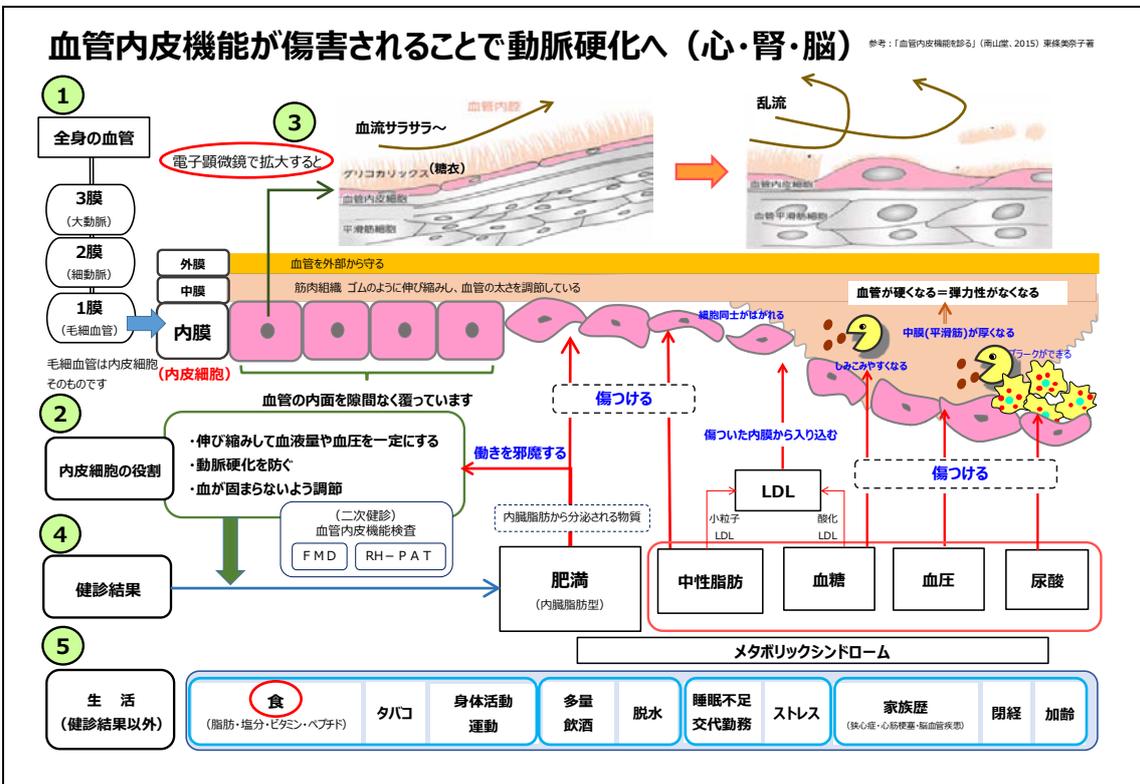
①血管の硬さをみる

正常	境界域	動脈硬化	血管の狭小	正常	狭窄・閉塞あり
~1199	1200~1399	1400~	1.3以上	0.9~1.3	0.9未満

②血管の狭窄・閉塞をみる(ABI)

正常	境界域	動脈硬化	血管の狭小	正常	狭窄・閉塞あり
~1.00	1.00~1.29	1.30~1.99	2.00~	0.9~1.3	0.9未満

保健指導教材) 血管内皮機能が傷害されることで動脈硬化へ(心・腎・脳)



(4) 対象者の管理

ア 心電図検査で精密検査が必要となった方

受診勧奨対象者が医療機関受診となっているかを把握し、未受診者には継続して受診勧奨していくための管理台帳を作成する。

イ LDL コレステロール 160mg/dl 以上の方の管理

医療機関受診が必要な対象者が受診できているかを KDB 等で把握し、未受診者に対して受診勧奨ができる仕組みづくりを検討する。

(5) 医療との連携

治療中の方へは医療機関と連携し、危険因子の低減に向けて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。

(6) 高齢者支援班との連携

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

(7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価と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回行い、心電図検査の精検率や高 LDL コレステロール血症、メタボリックシンドローム該当者、高血圧、糖尿病等重症化予防対象者の変化をみる。

中長期的評価においては虚血性心疾患治療者の状況、医療費等で評価していく。

(8) 実施期間及びスケジュール

7月 特定健診

8月 対象者の抽出、保健指導の実施（通年）

### 3 脳血管疾患重症化予防

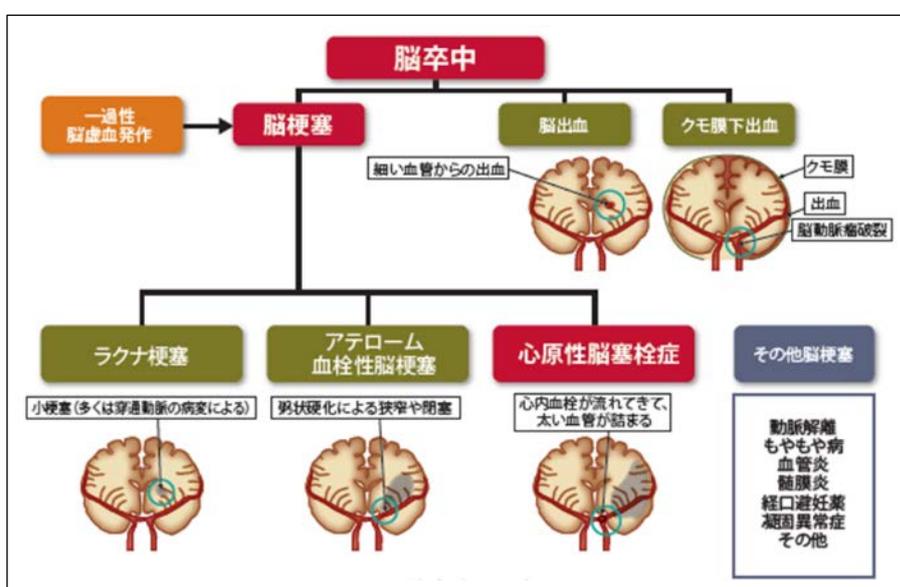
#### (1) 基本的な考え方

脳血管疾患には、脳梗塞、くも膜下出血、脳出血などがあり、日本人の死因の4位、要介護になる原因の1位となっている。また、命に関わる危険性が高いだけでなく、脳血管疾患によって起こる血管性認知症はアルツハイマー型認知症に次いで多い。

(図表 54)

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の最新の知見に基づいた重症化予防を行う。

図表 54) 脳卒中の分類



脳卒中予防の提言

図表 55) 脳卒中の分類別にみたリスク因子

●：危険因子 ○：ハイリスク因子

リスク因子	脳梗塞			脳出血	くも膜下出血
	ラクナ梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	心原性脳塞栓症		
高血圧	●	●	●	●	●
糖尿病		●			
脂質異常症		●			
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)	○	○	○		

(2) 対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出

脳卒中の分類別にみたリスク因子(図表 55)をもとに、特定健診結果から重症化予防対象者を明らかにする。アテローム血栓性脳梗塞は 2 虚血性心疾患重症化予防と同様であるため省略し、脳血管疾患重症化予防では高血圧、心房細動のリスク因子を取り上げ、対象者の明確化を行う。また、LDL コレステロールが 80mg/dl 以下で脳出血の頻度が増加するとの報告があることから、低 LDL コレステロール血症者についても必要な保健指導を実施する。

図表 56) 重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○		○					
脳出血	心原性脳塞栓症	●					●	○		○					
	脳出血	●													
クモ膜下出血	●														
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常症		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コレ 160mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		微量アルブミン尿 以上または 尿蛋白(+)以上		eGFR50未満 70歳以上40未満	
健診受診者 1,327人		102	7.7%	79	6.0%	87	6.6%	19	1.4%	232	17.5%	76	5.7%	48	3.7%
治療なし		52	6.0%	43	3.7%	85	9.8%	5	0.8%	39	6.4%	14	2.3%	5	0.8%
治療あり		50	10.7%	36	27.5%	2	0.4%	14	2.0%	193	27.0%	62	8.7%	43	6.1%
臓器障害あり		24	46.2%	14	32.6%	22	25.9%	5	100.0%	11	28.2%	14	100.0%	5	100.0%
CKD(専門医対象者)		2		5		0				2		14		5	
尿蛋白(2+)以上		2		4		0				2		14		3	
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上		0		0		0				0					
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		1		2		0				0		3		5	
心電図所見あり		9		4		8				6		4		1	
眼底所見あり		19		10		14				6		6		2	

平成 28 年度特定健診受診者(法定報告)

イ 脳血管疾患において最大の危険因子である高血圧

(ア) Ⅱ度高血圧以上の方(図表 56)

重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上の方は102人(7.7%)、うち未治療者は52人であった。未治療者のうち24人(46.2%)は眼底検査で動脈硬化性変化など臓器障害の所見がみとめられた。また、降圧薬治療中のⅡ度高血圧以上の方は50人。かかりつけ医と連携した生活習慣改善(減量、減塩等)のための保健指導対象者となる。

高血圧全体の1~2割を占める二次性高血圧は、原因となる病気の治療が必要な高血圧で減塩や減量など生活習慣の改善で解決しない高血圧である。原因の中で最も多い原発性アルドステロン症は副腎に腫瘍ができる、肥大化することで血圧を上げるホルモンが過剰に分泌され、高血圧を引き起こす。他にも睡眠時無呼

吸症候群、腎血管性高血圧がある。二次性高血圧は本態性高血圧に比べて、脳血管疾患や虚血性心疾患、心房細動の発症率が高いことから、見逃してはいけない高血圧である。(図表 57)

図表 57)二次性高血圧を疑う問診のポイント

- ・ 急激に高血圧を発症した。
- ・ 薬を3種類以上内服しても血圧が下がらない。(治療抵抗性高血圧)
- ・ 夜間に何度もトイレに起きる。
- ・ 20～30歳代(若年)で高血圧を発症した。

きょうの健康

(イ) 血圧値以外のリスク層別化による重症化予防対象者

血圧分類と合わせて、危険因子、臓器障害・心血管病の有無でリスク層別化し重症化予防対象者を明確にしていく。(図表 58)

降圧薬治療者を除いた860人のうち、高リスク群は113人(13.1%)。I度高血圧でも糖尿病、慢性腎臓病、3個以上の危険因子をもつ64人は直ちに受診を必要とする対象者となる。

図表 58) 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 (降圧薬内服なし)

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
860	265	203	153	187	45	7	20	106	113
	30.8%	23.6%	17.8%	21.7%	5.2%	0.8%	2.3%	12.3%	13.1%
リスク第1層	104	46	23	12	20	3	0	3	0
	12.1%	17.4%	11.3%	7.8%	10.7%	6.7%	0.0%	2.8%	0.0%
リスク第2層	487	154	123	83	103	20	4	103	24
	56.6%	58.1%	60.6%	54.2%	55.1%	44.4%	57.1%	97.2%	21.2%
リスク第3層	269	65	57	58	64	22	3	--	89
	31.3%	24.5%	28.1%	37.9%	34.2%	48.9%	42.9%	--	78.8%
再掲 重複あり	糖尿病	78	14	19	22	16	6	1	
		29.0%	21.5%	33.3%	37.9%	25.0%	27.3%	33.3%	
	慢性腎臓病 (CKD)	91	24	22	17	19	7	2	
	33.8%	36.9%	38.6%	29.3%	29.7%	31.8%	66.7%		
3個以上の危険因子	158	33	31	39	40	13	2		
	58.7%	50.8%	54.4%	67.2%	62.5%	59.1%	66.7%		

平成 28 年度特定健診受診者(法定報告)

ウ 心電図検査における心房細動の実態

心房細動があると、脳梗塞は5倍発症しやすいと言われていいる。心臓内でできた血栓が血流によって脳血管に流れ込み、脳の血管を詰まらせる心原性脳塞栓症は、脳梗塞の中でも重症になりやすい。

しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。

心房細動と心原性脳塞栓症



脳卒中予防の提言より引用

図表 59) 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者	治療の有無	
	受診のみ (内服なし)	内服治療中
19人 平成28年度特定健診受診者(法定報告)	2人 10.5%	17人 89.5%

図表 60) 特定健診における性・年代別の心房細動有所見状況

年代	心房細動有所見者		日循疫学調査	
	男性	女性	男性	女性
合計	14人 2.4%	5人 0.7%	-	-
40歳代 *日本循環器学会疫学調査(2006年)による 心房細動有病率	0人	0人	0.2%	0.04%
60歳代 *日本循環器学会疫学調査の70~74歳の値 は70~79歳	5人 2.0%	2人 0.6%	1.9%	0.4%
70~74歳	9人 4.7%	3人 1.3%	3.4%	1.1%

平成28年度特定健診受診者(法定報告)

図表 61) 心電図検査実施率

年代	男性			女性		
	健診受診者	心電図検査		健診受診者	心電図検査	
		実施者	実施率		実施者	実施率
合計	575人	558人	97.0%	752人	726人	96.5%
40歳代	50人	50人	100%	61人	59人	96.7%
50歳代	63人	63人	100%	84人	83人	98.8%
60歳代	264人	257人	97.3%	368人	355人	96.5%
70~74歳	198人	188人	94.9%	239人	229人	95.8%

心電図検査において19人が心房細動の所見であった。60歳代以降で有所見者が

増えているが、日本循環器学会疫学調査と比較すると有所見率は高い。また 19 人のうち 17 人は内服治療継続者、2 人は医療機関で経過観察中である。心房細動の治療は心原性脳塞栓症の予防が重要であることから専門医療機関の受診勧奨を速やかに行う。さらに治療開始となった後、抗凝固薬の飲み忘れ、自己中断等の把握も重要である。(図表 59・60)

町では全受診者に心電図検査を実施し、心房細動の早期発見に努めている。(図表 61)

#### エ 脳出血のリスクとなる低 LDL コレステロール血症

LDL コレステロールが 60mg/d l 未満の方は 19 人、うち脂質異常治療者 6 人を除いた 13 人を保健指導対象者とする。(p56 図表 48)

### (3) 保健指導の実施

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。

脳梗塞を発症後、脳細胞の虚血が続くと重い後遺症を残すことも多いため、早急に救急車で医療機関を受診することが重症化予防には重要となる。特に、脳梗塞の前触れ症状である一過性脳虚血発作を見逃さず、速やかに医療機関を受診できるための保健指導も行う。

#### 一過性脳虚血発作 (TIA) :

血栓が脳の血管に詰まり、「体の片側が動かない」「思うように話せない」「見え方がおかしい」などの症状があらわれ、数分から数十分ほどで症状が消える。放置すると 3 カ月以内に脳梗塞を発症する危険性があるため、症状が消えても医療機関受診が必要。必要な治療をすることで脳梗塞発症の危険性が減少する。

#### ア 受診勧奨

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。

#### イ 保健指導

治療中であるが生活習慣改善を必要とする方には、医療機関と連携して保健指導を行う。降圧治療開始となっても降圧目標に達しない場合には、減量や減塩をはじめとした生活習慣改善のための保健指導を実施する。

#### ウ 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。」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。

#### (4) 対象者の管理

##### ア 高血圧者の管理

受診勧奨対象者が医療機関受診となっているかを把握し、未受診者には継続して受診勧奨していくための管理台帳を作成する。治療中断者の把握と受診勧奨を行う。

##### イ 心房細動の方の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動の方が発見された場合は、速やかに医療機関への受診勧奨を行い、治療開始後は治療継続できているか管理台帳を作成し、経過を把握していく。

#### (5) 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、治療中の方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。

#### (6) 高齢者支援班との連携

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

#### (7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価と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。中長期的評価においては脳血管疾患治療者の状況、医療費等で評価していく。

#### (8) 実施期間及びスケジュール

7月 特定健診

8月 対象者の抽出、保健指導の実施（通年）

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ（健康増進活動）

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組む。町の健康課題の解決に向けて、各ライフステージで「適正体重の維持」「適正塩分摂取」「禁煙対策」について学習活動や広報等通じて周知していく。また、出前講座等を通じて健診結果からみえた実態、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等社会保障費の増大につながる実態についても広く町民と共有、学習を行っていく。

#### 1 適正体重の維持

##### (1) 内臓脂肪蓄積・肥満の解決に向けた取組み

上富良野町の残された課題であるメタボリックシンドロームの課題解決に向け、メタボリックシンドロームに至る前の肥満者も含めた内臓脂肪蓄積・肥満の解決に向けた取組みを行っていく。

##### (2) 上富良野町肥満者の実態

###### ア BMI25 以上の肥満者状況

BMI25 以上の肥満者割合は男性・女性とも総数では全国より高く、特に特定健診では50～59歳男性、40～49歳・50～59歳女性が全国を大きく上回っている。また若年者の30～39歳男性、20～29歳女性でも肥満者の割合が全国より高くなっている。（図表 62）

図表 62) 健診受診者の肥満者状況

		男 性			女 性		
		上富良野町		全国	上富良野町		全国
健診	年代	該当者	割合	割合	該当者	割合	割合
	総 数	211	31.7%	31.3%	209	23.7%	20.6%
若年者 健診	20-29歳	5	22.7%	25.7%	5	16.7%	9.5%
	30-39歳	24	35.3%	28.6%	12	12.1%	14.3%
国保 特定健診 受診者	40-49歳	16	32.0%	34.6%	17	27.9%	18.3%
	50-59歳	26	41.3%	36.5%	28	33.3%	21.3%
	60-69歳	88	33.3%	32.3%	97	26.4%	24.2%
	70歳以上	52	26.3%	28.6%	50	20.9%	23.7%

町：平成 28 年度特定健診受診者(法定報告) 国：平成 28 年度国民健康・栄養調査

## イ 肥満者の食習慣の実態

## (ア) 肥満者の食リズムの状況

食事から入ったグルコースは大半が肝臓と筋肉に取り込まれ、グリコーゲンとして貯蔵される。グリコーゲンは食事をとらない時間帯に消費され、次の食事でもた元の在庫量までもどされるという短期変動を繰り返している。しかし、グリコーゲンとして貯蔵される量には限界があるため、多い夕食や夜食をとってすぐに寝る生活をしていると、過剰なエネルギーは脂肪に変換されて体脂肪として貯蔵されることで肥満につながる。

食リズムの状況について、「朝食を抜くことが週に3回以上ある」、「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある」、「夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある」の3項目でみると、朝食を抜くことが週に3回以上ある方の割合は、男性で13.2%と全国・北海道よりも高い。また、そのうちBMI25以上の肥満者は18.0%とさらに高い割合である。(図表63-1)

就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある方の割合は、男性が20.1%で全国・北海道と同程度、女性は9.5%と低い。しかし、BMI25以上の肥満者男性では23.7%とやや高い割合である。(図表63-2)

夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週3回以上ある方は、男性16.7%、女性18.6%でともに全国・北海道より高い。またBMI25以上の肥満者ではさらにその割合が高い。(図表63-3)

図表63-1) 食のリズム：朝食を抜くことが週に3回以上ある 「はい」と回答

	上富良野町			北海道	全国
	25年度	28年度	再掲	28年度	28年度
			BMI25以上		
男性	10.5%	13.2%	18.0%	12.9%	11.1%
女性	7.6%	8.7%	9.6%	8.7%	6.8%

KDB 質問票調査の経年比較

図表63-2) 食リズム：就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある 「はい」と回答

	上富良野町			北海道	全国
	25年度	28年度	再掲	28年度	28年度
			BMI25以上		
男性	24.1%	20.1%	23.7%	20.0%	21.4%
女性	13.6%	9.5%	10.0%	10.9%	11.0%

KDB 質問票調査の経年比較

図表 63-3) 食リズム：夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある  
「はい」と回答

	上富良野町			北海道	全国
	25年度	28年度	再掲	28年度	28年度
			BMI25以上		
男性	17.1%	16.7%	19.4%	15.5%	11.3%
女性	17.2%	18.6%	23.0%	16.5%	12.3%

KDB 質問票調査の経年比較

(イ) 低エネルギーの野菜摂取

他の食品に比べてエネルギーが低く、満腹感が出る野菜を1日350g以上食べている方は、男性23.7%、女性29.8%で平成25年度と比較して低く、BMI25以上の肥満者では男性21.8%、女性27.3%とさらに低かった。(図表64)

図表 64) 野菜摂取状況（1日350g以上）

	上富良野町		
	25年度	28年度	再掲
			BMI25以上
男性	31.1%	23.7%	21.8%
女性	35.6%	29.8%	27.3%

平成28年度特定健診受診者

ウ 肥満者の体の動かししかたの実態

体の動かししかたについて、「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していない」、「日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していない」の2項目についてみると、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していない方は、男性61.4%、女性66.4%で全国・北海道より割合が高く、BMI25以上の肥満者では男性66.4%、女性69.4%とさらに高かった。(図表65-1)

日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していない方は、女性で47.7%と全国・北海道より高く、BMI25以上の肥満者では53.1%とさらに高かった。男性では37.5%で全国・北海道より低かったが、BMI25以上の肥満者では43.1%と全受診者より高かった。(図表65-2)

運動及び身体活動の少ない方の割合は、平成25年度と比較して高くなっており、BMI25以上の肥満者ではさらに高くなっている。

図表65-1) 体の動かししかた：1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施「いいえ」と回答

	上富良野町			北海道	全国
	25年度	28年度	再掲	28年度	28年度
			BMI25以上		
男性	55.1%	61.4%	66.4%	60.0%	56.8%
女性	63.8%	66.4%	69.4%	63.3%	60.4%

KDB 質問票調査の経年比較

図表65-2) 体の動かししかた：日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施「いいえ」と回答

	上富良野町			北海道	全国
	25年度	28年度	再掲	28年度	28年度
			BMI25以上		
男性	36.8%	37.5%	43.1%	49.3%	47.1%
女性	45.4%	47.7%	53.1%	47.1%	47.0%

KDB 質問票調査の経年比較

エ 親から子へ引き継がれる生活習慣

親の生活習慣が子どもに影響し子どもの生活習慣を築いていく。次世代の生活習慣病予防のためにも親世代の適正体重の維持に繋がる生活習慣改善は重要である。

(ア) 夕食後の間食を家族で食べる習慣がある母子の事例

母子ともに肥満者の血液データを見てみると共通して LDL コレステロールが高く、子どもは中性脂肪も高い。夕食後の間食を家族で食べるという習慣が肥満・脂肪の蓄積に繋がっている。(図表 66)

図表 66) 母子ともに肥満者の間食習慣

		母親		子 小学生		
		血液データ	検査項目	血液データ	正常値	
健康診断結果 ・冬の体重+5~10kg ・夏は動くが冬は活動量が減少。	正常値	血液データ	検査項目	血液データ	正常値	
	25未満	25以上	BMI	肥満度	肥満	19~19%
	90cm未満	90以上	腹囲		—	
	120mg/dl未満	141	LDL		140.1	110mg/dl未満
	150mg/dl未満	68	中性脂肪		197	120mg/dl未満
	100mg/dl未満	94	空腹時血糖		96	100mg/dl未満
5.6%未満	5.5	HbA1c		5.5	5.6%未満	

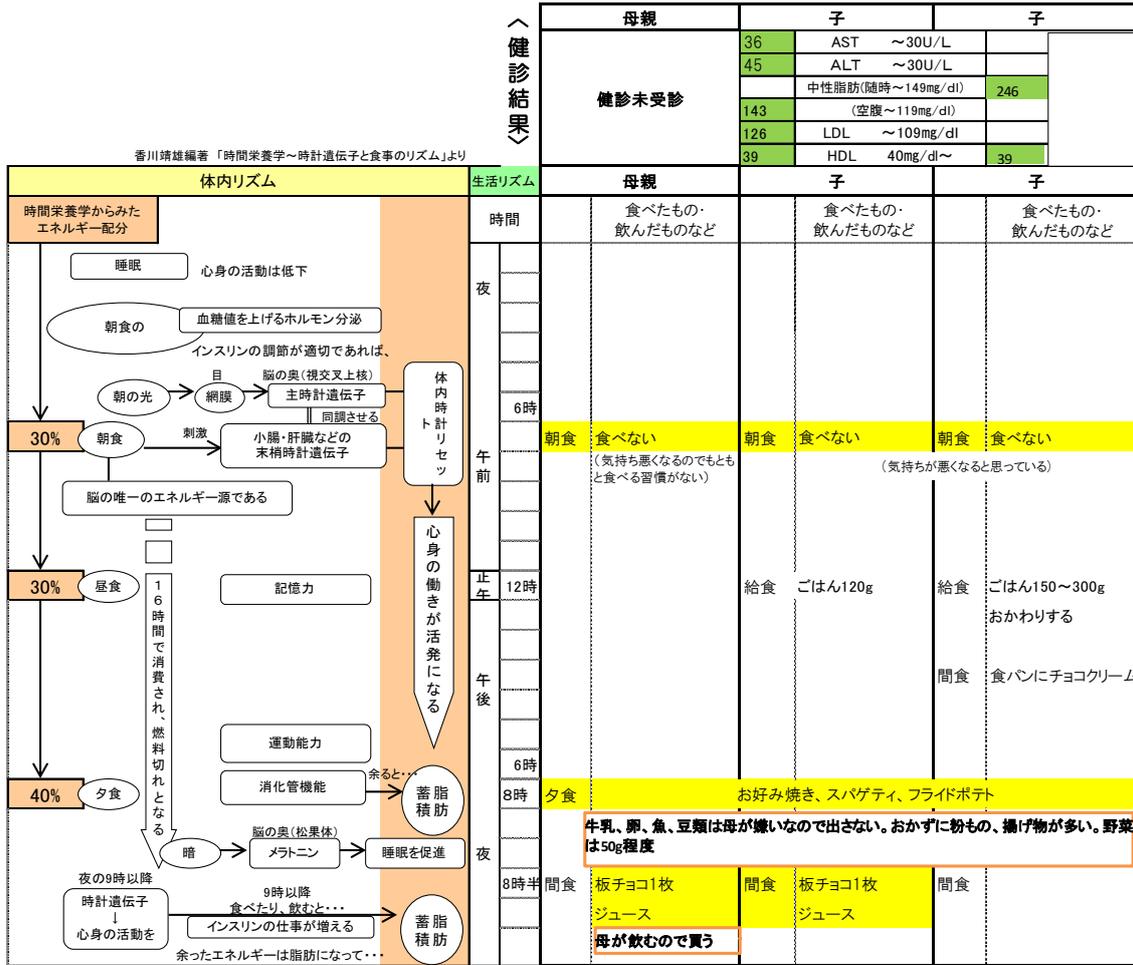
		母親		子 小学生														
時間	睡眠、起床、活動、就寝	食事	食べたもの・飲んだものなど	睡眠、起床、活動、就寝	食事	食べたもの・飲んだものなど												
15時		間食	チョコのパイ	家でテレビ	間食	チョコのパイ												
18時		夕食	炒める時も揚げ炒め(油多い) 果物は倍		夕食	カレーの時はご飯450g位。普段は150g 炒める時も揚げ炒め(油多い)。果物は倍												
		間食	家族全員で食べる(1種類) アイスクリーム、プリン、ポテチ、ヨーグルト、キャラメル、菓子パンなど		間食	家族全員で食べる(3種類) アイスクリーム、プリン、ポテチ、ヨーグルト、キャラメル、菓子パンなど												
21時	就寝		間食の量 <table border="1"> <tr><td>糖</td><td>油</td></tr> <tr><td>摂取量 81g</td><td>47g</td></tr> <tr><td>基準量 20g</td><td>12g</td></tr> </table> 間食だけで(午前も含めて)糖も油も基準の約4倍。 オーバー分で560Kcalになる。	糖	油	摂取量 81g	47g	基準量 20g	12g	就寝		間食の量 <table border="1"> <tr><td>糖</td><td>油</td></tr> <tr><td>摂取量 81g</td><td>47g</td></tr> <tr><td>基準量 15g</td><td>21g</td></tr> </table> 間食だけで糖は基準の5倍、油は約2倍。 オーバー分で500Kcalになる。	糖	油	摂取量 81g	47g	基準量 15g	21g
糖	油																	
摂取量 81g	47g																	
基準量 20g	12g																	
糖	油																	
摂取量 81g	47g																	
基準量 15g	21g																	

親の食習慣と同じ。  
夕食、夕食後の間食

(イ) 朝食を食べない母と子の事例

昔から朝食を食べる習慣がなく食べると気持ち悪くなるという母の子は、2人とも朝食を食べる習慣がなく、母と同じように食べると気持ち悪くなるというようになり、食習慣とそれに関わる背景も受け継がれている。(図表 67)

図表 67) 朝食を食べる習慣のない母と子



(ウ) 親と子の野菜摂取の関係

かみふっ子健診受診者の親と子の野菜摂取の状況を見てみると、野菜1日350g食べている親の子は、全員が家でも野菜を食べている。一方、野菜1日350g食べていない親の子は、46人(83.6%)が家で野菜を食べているが、9人(16.4%)は家で全く野菜を食べていなかった。親の野菜のとり方が子の野菜摂取に影響することが考えられる。(図表68)

図表68) 親と子の野菜摂取の関係

親 \ 子		子ども家で野菜を食べているか					
		はい 118人 89.4%	はいの内訳			いいえ 14人 10.6%	
			(再掲)朝・晩 33人	(再掲)晩のみ 66人	不明 19人		
食野菜 350g か	食べている	20人 15.2%	20人 100.0%	7人	8人	5人	0人 0.0%
	わからない	57人 43.1%	52人 91.2%	14人	30人	8人	5人 8.8%
	いいえ	55人 41.7%	46人 83.6%	12人	28人	6人	9人 16.4%

平成28年度かみふっ子健診問診票

(3) 具体的な目標

<p>①適正体重を知る ずっと体重が多い人は、それがちょうど良いと思っている人もいるため、自分の身長に合った体重を知ってもらう。(女性は産後体重が戻らないことで肥満になる人もいる)</p> <p>②夏冬の体重差をなくす 夏動く痩せるから大丈夫という思いがあるが、冬太る事でインスリンの無駄使いになるという見えない体の理解を深め、将来の糖尿病症状が出る前に、今体の中で何が起きているかのイメージをつける。 年齢と共に、代謝が減少し夏に減らなくなってくる事で毎年度体重が増加する。冬増やさないと体重を維持していく。</p> <p>③自分に合ったごはん量を知る(ご飯以外の主食も) 活動量の変化に合わせた食べ方を出来るようにする。</p> <p>④自分に合った油量を知る</p> <p>⑤お菓子・ジュース 量が少なくあまり食べていないという発言もあり、量が少なくても高カロリーになるものについて知る。</p> <p>⑥野菜350g 低カロリーで満腹感を感じる野菜について基準量を知る。</p> <p>⑦食リズム(特に男性) 朝食の欠食、21時以降の食事、夕食後の間食など脂肪の蓄積につながる食リズムについて節約遺伝子・インスリンの働きから理解する。</p> <p>⑧筋肉量から体の動かし方を振り返る。(インボディ測定) 自分は体重があるから筋肉もあると思っている人も多いため、自分の筋肉量を知る事で体の使い方、活動量の変化を振り返る。</p>
--

## 2 適量塩分摂取

### (1) 尿塩分測定実施者の塩分摂取状況

食塩は浸透圧物質であり、血液中では周囲の水分を引き寄せる性質があるため、循環血液量を増加させることにつながり血圧上昇を招く。塩分摂取が過剰になるほど不要なナトリウムを腎臓から排泄する必要があり、血圧を上昇させることにより、腎臓から排泄する塩分を増やす。腎臓の細胞 1g 中には普通でも 4 cc/分の血液が流れてくるが、血液量が増えるとさらにたくさんの血液が流れてくる（他の細胞は 1 cc/分）。塩分過剰→血圧上昇→ナトリウム排泄増加により、体内のナトリウム量は適正に維持されるが、塩分摂取が過剰である限り、腎臓の仕事を増やすことになり、高血圧も持続することになる。また食塩感受性の強い人では尿中への塩分排泄の効率が低く、食塩の摂取により血圧が上昇する。塩分摂取を控えれば血圧は低下する。人は塩分の濃淡に慣れる事が可能であるので、慣れてくれば減塩してもおいしいと感じるものである。

血圧が上昇することで血管内皮が傷つく、すると血小板が集まってきて修復するが、これを繰り返すと血管が硬化していく（動脈硬化）。そして内側が狭くなった血管に血液を流すため心臓の仕事量も増やすことになる。

高血圧者に尿塩分測定を実施し塩分摂取状況をみると、高血圧基準の 6g 未満の方は 4 人 (5.4%) であり、70 人 (94.5%) の方が基準量以上の塩分をとっていた。(図表 69)

血圧正常者の塩分基準量は男性 8g 未満、女性 7g 未満であるが、平成 28 年「国民健康・栄養調査」では全国平均の塩分摂取量は男性 10.8g、女性 9.2g であり血圧正常者でも塩分摂取量は多い傾向にある。

図表 69) 高血圧者の尿塩分測定実施者 74 人の塩分摂取量

尿塩分測定値	12g以上	10g～12g未満	8g～10g未満	6g～8g未満	6g未満
人数	12人	18人	27人	13人	4人
(%)	16.2%	24.3%	36.5%	17.6%	5.4%
基準量以上 70人(94.5%)					高血圧者塩分基準

平成 27～29 年度測定分

(2) 塩分摂取に対する意識

尿塩分測定実施者で基準の6g以上の塩分摂取をしていた70人のうち、「自分では塩分をとっていないつもり」と思っていた人は47人(67.1%)であった。

○塩分をとっていないと思っていた方の発言

- ・自分なりに減塩の工夫をしているから
- ・塩分とらなさ過ぎて大丈夫かなと思っていた
- ・薄味にしているから全然とっていないと思う、そんなにとっていると思わなかった
- ・塩分はほとんどないと思っていた
- ・ほとんど調味料も使っていないのにこんなに高いなんて
- ・意外ととっているね、とりすぎなんだね
- ・普段より食べていないのに思ったより高かった。普段もとっていないと思ったのに
- ・薄味だからとっていないと思っていたけど多いんだね
- ・測ると思って薄味にしていた
- ・減塩醤油を使っているのに塩分多いんですか？

気が付かないうちに塩分摂取が多くなる原因に調味料(塩、醤油、味噌等)が関与していることは知っているが、加工された食品の中の塩分については見落とされているようであった。(図表70)

図表70) 塩分をとっていないと思っていた人の食事

<b>60代男性 塩分摂取10.3g 目標 6g</b>	
<b>食事</b>	食べたもの・飲んだものなど
朝食	ごはん 味噌汁 卵 トマト レタス(マヨネーズ ソース) 佃煮、漬物、塩辛も食べる。減らせばいいね 大根おろし 納豆(からし 納豆たれ) 塩昆布
昼食	おはぎ シーフードヌードル 麦茶 減塩醤油を使い、量は減らしている 麺だと塩分高いんだね
夕食	ごはん 味噌汁 なす味噌炒め 照焼チキン 千切りキャベツ トマト (ドレッシング) ポテトサラダ(じゃが芋 人参 きゅうり ハム マヨネーズ) 日本酒4杯 ポテトチップ

(3) 塩分が高くなる原因

尿塩分測定者の塩分が高くなる原因をみると、原因として多い順に①漬物・梅干し、②汁物、③麺、④練り製品・加工食品、⑤味付けという結果になった。①～⑤の要因が1食の食事の中で複数食べていることも塩分が高くなる原因である。

図表 71) 尿塩分測定実施者の塩分が高くなる原因

項目	人数	割合	内容	人数
①漬物・梅干し	42人	56.7%	浅漬け	15人
			たくあん、粕漬けなど	14人
			梅干し	6人
②汁物	41人	55.4%	味噌汁	34人
			汁物・スープ	3人
			鍋	3人
③麺	32人	43.2%	ラーメン	11人
			かけうどん、そば	7人
			焼きそば	5人
			カップ麺	5人
④練り製品・加工食品	28人	37.8%	さつま揚げ	9人
			ちくわ	5人
			ハム	4人
			ベーコン	4人
			ウインナー	3人
⑤味付け	23人	31.1%	しょうゆ(かける)	11人
			煮物(だしの素)	10人
			つゆ、たれ	2人

(4) 具体的な目標

ア 尿塩分測定により自分の塩分摂取量を知り、体への影響を考える。(図表 72)

図表 72) 資料：塩分摂取量と体への影響

◎塩分実測値と目標値の差は？

16g		
15g		
14g		
13g		
12g		
11g		
10g		
9g		
8g		
7g		
6g		
5g		
4g		
3g		

成人男性 8g  
成人女性 7g  
高血圧 6g  
(血圧が収めの人含む)  
腎疾患、心疾患がある人 5g

g	g	g
①自分の塩分目標量	②塩分実測値 月 日	③-①=塩分の差(C)

今の体重  kg ÷ 13 = A  l …血液量  
血液量は体重の1/13

A  l × 1000 = B  cc

B  cc × 0.009 =  g …塩分量  
血液の塩分濃度は0.9%

---

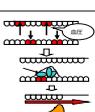
C  g ÷ 0.009 = D  cc …必要な水分量

D ÷ B = % …増える血液の割合

水を、飲まなかった場合、神経障害などの高張性脱水の危険。

⑤多とった塩分はどこいくの？

。腎臓の細胞は普血液。(原尿180L/日尿にして排泄) **これは大変！負担。**





ウ 塩分が高くなる原因から工夫できることを考える

図表 74) 資料：塩分が高くなる原因別工夫方法

塩分の高くなる原因は？		★減塩のために工夫できることを選びます		
		食べる時に工夫	調理で工夫	減塩食品を上手に使う (※減塩食品リスト 別紙)
漬物・梅干	浅漬け たくあん、粕漬けなど	<input type="checkbox"/> 塩抜きしてから食べる <input type="checkbox"/> 食べる量を減らす <input type="checkbox"/> 食べる回数を減らす	<input type="checkbox"/> しょうが、こんぶなど調味料を使う <input type="checkbox"/> 漬ける量を減らす	<input type="checkbox"/> 減塩しお 塩分50%カット
	梅干し			<input type="checkbox"/> 減塩梅干 塩分55%カット <input type="checkbox"/> 減塩ふりかけ 塩分25%カット
ごはん	おにぎり 味付けごはん 酢飯	<input type="checkbox"/> 塩分の高い汁物や漬物と一緒に食べない。	<input type="checkbox"/> 塩はつけない、中身を変える ※酢の資料へ	
汁物	みそ汁	<input type="checkbox"/> 汁を残す <input type="checkbox"/> 食べる回数を減らす	<input type="checkbox"/> みそ、だしの素の使う量を半分にする 具を多くし、汁を少なくする	<input type="checkbox"/> レトルトみそ汁 塩分25%カット <input type="checkbox"/> 減塩みそ 塩分20%カット <input type="checkbox"/> 減塩だし ほんだし塩分50%カット 食塩無添加だし(塩分0g) だしパック(塩分0g) <input type="checkbox"/> がらスープの素 塩分30%カット
	汁物・スープ・鍋 ラーメン			
麺	かけうどん、そば	<input type="checkbox"/> 汁を残す <input type="checkbox"/> 食べる回数を減らす	<input type="checkbox"/> 付属のタレを半分にする	<input type="checkbox"/> 減塩うどん 塩分0g <input type="checkbox"/> 減塩カップ麺
	そうめん			
	焼きそば			
	カップ麺			
味付け	しょうゆ(かける) つゆ、たれ	<input type="checkbox"/> かける調味料は小皿に取り分け、つける <input type="checkbox"/> 醤油スプレーを使う(1プッシュ約0.1g) <input type="checkbox"/> 塩分を含まない酢やレモンを使う <input type="checkbox"/> ロー味・こしょう・唐辛子など香辛料を使う <input type="checkbox"/> わさび、からし、しょうが、ねぎ、みょうがなど薬味を使う <input type="checkbox"/> ゆず、しそ、のり、かつお節、など香りの強い物を使う <input type="checkbox"/> 汁を残す	<input type="checkbox"/> ボン酢・酢を味付けに使う ※酢の資料へ	<input type="checkbox"/> 減塩醤油 塩分50%カット <input type="checkbox"/> 減塩しお 塩分50%カット
	煮物(だしの素)			<input type="checkbox"/> 天然だしを使う。(かつお節、煮干し 昆布、干し椎茸) <input type="checkbox"/> 減塩醤油 塩分50%カット <input type="checkbox"/> 減塩みそ 塩分20%カット <input type="checkbox"/> 減塩だし ほんだし塩分50%カット 食塩無添加だし(塩分0g) だしパック(塩分0g)
練り製品・加工食品	さつまいも、ちくわ	<input type="checkbox"/> 塩分が食品に含まれているので、 <input type="checkbox"/> 味付けは薄くするが付けない	<input type="checkbox"/> 練り製品でない食品を使う。 (肉・魚・卵・豆腐など) <input type="checkbox"/> 味付き缶詰は他の野菜と合わせる など味付けとして使う	<input type="checkbox"/> 減塩ハム、ベーコン 塩分30%カット <input type="checkbox"/> 減塩魚肉ソーセージ 塩分30%カット
	ハム、ベーコン ウインナー			
魚	魚缶(さんま、さば)	<input type="checkbox"/> 調味料はレモン・ゆず等塩分が入っていないものを使う	<input type="checkbox"/> 塩抜きしてから使う <input type="checkbox"/> 食べる量を減らす	<input type="checkbox"/> 生魚を選ぶ
おつまみ	スナック菓子 乾物			<input type="checkbox"/> かっぱえびせん 塩分50%カット <input type="checkbox"/> たべる小魚 食塩不使用(100g中塩分1.4g) <input type="checkbox"/> 減塩ししゃも 塩分30%カット(100g塩分3.8g)
外食・弁当	めん類 どんぶり 弁当	<input type="checkbox"/> 汁を残す <input type="checkbox"/> つけものなど塩分の高い物は減らす <input type="checkbox"/> 味付けがしてあるものには調味料をかけない		<input type="checkbox"/> 塩分の少ないメニューや定食を選ぶ

### 3 禁煙対策

喫煙と受動喫煙によって年間14万人の命が失われ、医療費等の多くの経済的損失をもたらしている。たばこを吸うことによる健康影響には、煙が直接触れる口やのど、肺以外にも多くのものがある。研究などにより、循環器、呼吸器、がん、妊娠への影響など広範な健康影響が喫煙により引き起こされていることがわかってきた。(図表75)

図表75) 喫煙により引き起こされると判定された健康障害(根拠が強いと考えられるもの)

疾患名	発症部位及び影響
循環器疾患	腹部大動脈瘤、動脈硬化、脳血管疾患、冠動脈疾患
呼吸器疾患	慢性閉塞性肺疾患、肺炎、子宮内での呼吸器への影響(肺機能)、小児/青年の呼吸器への影響(肺機能、呼吸器症状、喘息の症状)、成人の呼吸器への影響(肺機能)、その他(呼吸器症状)
がん	膀胱、子宮頸部、食道、腎臓、喉頭、白血球、肺、口腔、膵臓、胃
生殖器における疾患	胎児死亡、死産、生殖能力低下、低出生体重、妊娠の合併症
その他	白内障、健康状態の減弱/有病、大腿頸部骨折、低骨密度、消化性潰瘍

厚生労働省生活習慣病予防のための健康情報サイト 米国公衆衛生総監督報告書(2004年)

上富良野町の喫煙率は、平成25年度と比較し男女ともにやや減少しているものの、全国、北海道と比較すると依然高い。年代別にみると、男性の40～44歳及び60～64歳、女性の40歳代での喫煙率が特に増加している。(図表76)

図表76) 喫煙率の状況

男 性	上富良野町		北海道	全国	女 性	上富良野町		北海道	全国		
	25年度	28年度	28年度	28年度		25年度	28年度	28年度	28年度		
40～74歳 計	30.9%	29.1%	26.7%	24.9%	40～74歳 計	9.8%	9.0%	9.7%	6.1%		
年代別	40～44歳	42.9%	51.9%	42.3%	40.3%	年代別	40～44歳	22.9%	29.2%	23.0%	16.6%
	45～49歳	51.9%	47.8%	41.7%	38.3%		45～49歳	10.0%	21.6%	22.6%	15.7%
	50～54歳	45.5%	33.3%	39.7%	36.0%		50～54歳	23.9%	17.6%	20.1%	13.5%
	55～59歳	32.0%	32.6%	35.9%	33.4%		55～59歳	19.3%	15.7%	16.0%	10.5%
	60～64歳	38.5%	47.2%	46.8%	44.2%		60～64歳	11.3%	9.1%	11.4%	6.4%
	65～69歳	26.4%	26.9%	24.5%	22.7%		65～69歳	6.0%	8.0%	7.7%	4.6%
	70～74歳	20.4%	20.7%	17.4%	17.1%		70～74歳	4.8%	3.3%	4.6%	3.1%

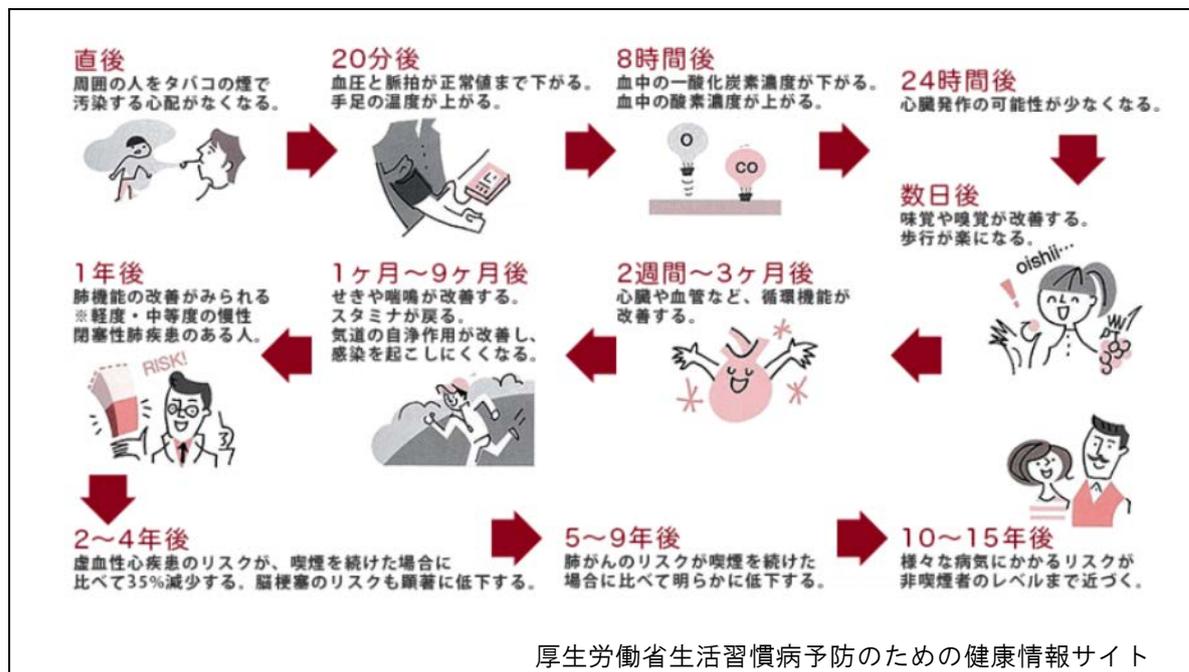
KDB 質問票調査の経年比較

厚生労働省「禁煙支援マニュアル(第二版)」に基づき、特定健診やがん検診の場での喫煙による健康影響についての情報提供、禁煙希望者への禁煙外来等の紹介など禁煙に導くための保健指導を行う。

喫煙率を効果的に減少させるためには、教育や啓発を中心としたアプローチをはじめ、環

境整備も重要である。日本において2000年からの健康日本21（第1次）以降に実施された主なたばこ規制・対策には、2003年の受動喫煙の防止に関わる健康増進法の施行、2006年の禁煙治療に対する保険適用、2010年の国民の健康を守る観点からのたばこ税・価格の引上げなどがある。しかし、2005年に発効したWHO「たばこ規制枠組条約」において求められた6つの主要政策の内容（たばこの使用と政策のモニタリング、受動喫煙からの保護、禁煙支援・治療、たばこの危険性の警告、たばこの広告・販促・後援の禁止、たばこ税の引き上げ）には、さらなる取組みが必要である。

図表 77) 禁煙の効果



#### 4 健診結果の読み取り学習

サークルや団体などを対象に、健診結果の分析などを踏まえて生活習慣病の予防について学習会を実施する。

図表 78) 出前講座、健康学習

出前講座	内 容
健康かみふらの21計画(第二次)について	町の健康課題について学び、今後10年間で取り組む健康増進計画について説明
保健事業実施計画(データヘルス計画)について	計画の概要のほか、診療報酬明細書などの分析からわかる健康問題の傾向と、町で行っている病気の改善と予防のための取組みについて説明

健康学習	内 容
私の地区の特徴 「健診結果から見える地区の特徴」	健診結果から地区特性や生活習慣が身体へ及ぼす影響を知り、生活習慣改善の方法などについて学習
受けよう がん検診「がんから守る生活」	65歳未満の死亡原因の第1位! がんから命を守る生活習慣などの学習
増えている糖尿病 「糖尿病とはどういう病気なのでしょうか?」	生活習慣が身体に及ぼす影響を科学的メカニズムで理解し、糖尿病を防ぐ生活習慣改善の方法について学習
悪玉コレステロール LDL って何者?	動脈硬化症の要因である LDL コレステロールを知り、生活習慣改善の方法などについて学習
大事な臓器・肝臓! 「肝炎を知り、肝臓を守る」	全ての栄養素の合成・代謝・貯蔵を担う知られざる臓器・肝臓。ウイルス性肝炎や脂肪性肝炎について、予防のポイントと生活習慣改善の方法を学習
今日から食べよう1日「野菜350g」	健康には欠かせない「野菜」。なぜ1日350g以上食べる必要があるのか、どのような野菜を選べばいいのか、食べ方や保存方法などを学習
肺の生活習慣病 「COPD(慢性閉塞性肺疾患)」	COPDの原因のほとんどは喫煙?! 気付かないうちに進行していくこの病気の予防法(禁煙の必要性)について学習
40~50代から考える変形性膝関節症 「若い頃から関節を守る」	肥満などが原因で、増えている筋骨格疾患(ひざの痛みなど)の具体的な予防について学習
こころの健康づくり	うつ病などの「こころの病気」の予防と周囲の対応方法などについて学習

ポピュレーション資料) 行政区別特定健診有所見率 1

順位	血圧									LDLコレステロール									HbA1c (NGSP)																	
	Ⅰ度高血圧以上 (収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上)						再掲) Ⅱ度高血圧以上 (収縮期160mmHg以上または拡張期100mmHg以上)						140mg/dl以上						再掲) 160mg/dl以上						5.6%以上						再掲) 6.5%以上					
	25年度			28年度			25年度			28年度			25年度			28年度			25年度			28年度			25年度			28年度			25年度			28年度		
	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合
1	北町	4	44.4%	桜町・向町	1	100.0%	北町	2	22.2%	光町	2	20.0%	緑町	16	33.3%	里仁	13	38.2%	中町	8	18.2%	里仁	7	20.6%	北町	6	75.0%	桜町・向町	1	100.0%	北町	2	25.0%	宮町	12	18.8%
2	丘町	14	33.3%	清富	6	60.0%	旭町	3	7.9%	日新	2	18.2%	南町	18	30.5%	緑町	12	31.6%	里仁	6	17.1%	清富	2	20.0%	江花	28	63.6%	宮町	37	57.8%	栄町	6	15.8%	扇町	4	17.4%
3	錦町	13	31.0%	光町	5	50.0%	栄町	3	7.9%	宮町	10	15.4%	中町	13	29.5%	江花	11	28.9%	日新	2	16.7%	江花	7	18.4%	島津	30	61.2%	光町	5	55.6%	緑町	6	13.0%	緑町	6	16.2%
4	本町	35	30.4%	扇町	11	47.8%	江花	3	6.8%	栄町	5	13.5%	里仁	10	28.6%	日新	3	27.3%	清富	2	14.3%	緑町	5	13.2%	旭町	22	61.1%	丘町	21	55.3%	宮町	7	12.5%	旭町	5	13.5%
5	旭町	11	28.9%	丘町	18	47.4%	扇町	2	6.7%	泉町	5	12.8%	新町	33	28.4%	新町	26	27.1%	新町	14	12.1%	北町	1	12.5%	光町	11	61.1%	緑町	20	54.1%	島津	6	12.2%	丘町	5	13.2%
6	扇町	8	26.7%	江幌	8	47.1%	丘町	2	4.8%	旭野	2	12.5%	江花	12	27.3%	扇町	6	26.1%	丘町	5	11.9%	日の出	5	9.3%	栄町	23	60.5%	北町	4	50.0%	新町	14	12.1%	北町	1	12.5%
7	泉町	13	26.0%	日新	5	45.5%	富原	2	4.8%	北町	1	12.5%	丘町	11	26.2%	旭野	4	25.0%	南町	7	11.9%	日新	1	9.1%	錦町	25	59.5%	草分	35	49.3%	丘町	5	11.9%	栄町	4	10.8%
8	宮町	14	24.6%	旭町	18	43.9%	富町	2	4.5%	西町	6	11.3%	草分	20	25.3%	錦町	6	25.0%	江花	5	11.4%	錦町	2	8.3%	緑町	27	58.7%	扇町	11	47.8%	江幌	2	11.8%	新町	10	10.5%
9	東町	20	23.8%	富原	13	41.9%	大町	3	4.2%	丘町	4	10.5%	静修	4	25.0%	北町	2	25.0%	光町	2	11.1%	新町	8	8.3%	新町	64	55.2%	新町	45	47.4%	本町	13	11.3%	西町	5	9.6%
10	大町	17	23.6%	富町	15	41.7%	草分	3	3.8%	清富	1	10.0%	大町	18	25.0%	東中	31	23.5%	北町	1	11.1%	丘町	3	7.9%	東町	45	54.9%	島津	21	46.7%	光町	2	11.1%	本町	12	9.5%
11	中町	10	22.7%	新町	38	39.6%	東町	3	3.6%	富原	3	9.7%	扇町	7	23.3%	南町	12	22.2%	草分	8	10.1%	東中	10	7.6%	丘町	23	54.8%	旭町	17	45.9%	西町	5	10.0%	南町	5	9.4%
12	富原	9	21.4%	緑町	15	39.5%	南町	2	3.4%	東町	6	9.0%	本町	26	22.6%	日の出	12	22.2%	錦町	4	9.5%	西町	4	7.5%	東中	82	54.3%	栄町	17	45.9%	東町	8	9.8%	日の出	5	9.4%
13	緑町	10	20.8%	旭野	6	37.5%	町平均	38	2.5%	中町	3	8.6%	光町	4	22.2%	東町	14	20.9%	町平均	120	8.0%	静修	1	6.7%	南町	31	53.4%	大町	27	45.0%	富町	4	9.3%	富町	3	8.6%
14	町平均	311	20.7%	錦町	9	37.5%	西町	1	2.0%	草分	6	8.5%	北町	2	22.2%	清富	2	20.0%	旭町	3	7.9%	町平均	87	6.6%	扇町	16	53.3%	東中	58	43.9%	里仁	3	9.1%	錦町	2	8.3%
15	南町	12	20.3%	北町	3	37.5%	泉町	1	2.0%	錦町	2	8.3%	町平均	332	22.1%	静修	3	20.0%	東中	11	7.3%	江幌	1	5.9%	宮町	29	51.8%	町平均	544	41.6%	旭町	3	8.3%	町平均	109	8.3%
16	西町	10	20.0%	中町	13	37.1%	島津	1	2.0%	大町	5	8.3%	泉町	11	22.0%	大町	12	20.0%	宮町	4	7.0%	草分	4	5.6%	町平均	760	51.1%	日の出	22	41.5%	町平均	121	8.1%	泉町	3	7.9%
17	新町	23	19.8%	南町	20	37.0%	新町	2	1.7%	本町	10	7.9%	東中	33	21.9%	町平均	266	20.0%	本町	8	7.0%	南町	3	5.6%	中町	22	50.0%	江幌	7	41.2%	旭野	1	7.1%	草分	5	7.0%
18	草分	15	19.0%	大町	22	36.7%	本町	2	1.7%	町平均	102	7.7%	錦町	9	21.4%	本町	24	18.9%	大町	5	6.9%	富町	2	5.6%	日新	6	50.0%	本町	49	38.9%	錦町	3	7.1%	島津	3	6.7%
19	栄町	7	18.4%	草分	26	36.6%	日の出	1	1.5%	新町	7	7.3%	清富	3	21.4%	宮町	12	18.5%	扇町	2	6.7%	泉町	2	5.1%	草分	39	49.4%	東町	25	38.5%	南町	4	6.9%	旭野	1	6.3%
20	江幌	3	17.6%	本町	46	36.2%	旭野	0	0.0%	江幌	1	5.9%	宮町	11	19.3%	泉町	7	17.9%	緑町	3	6.3%	宮町	3	4.6%	大町	34	47.9%	江花	14	36.8%	中町	3	6.8%	東町	4	6.2%
21	光町	3	16.7%	宮町	23	35.4%	宮町	0	0.0%	里仁	2	5.9%	富原	8	19.0%	江幌	3	17.6%	島津	3	6.1%	東町	3	4.5%	日の出	32	47.8%	日新	4	36.4%	草分	5	6.3%	東中	8	6.1%
22	江花	7	15.9%	町平均	468	35.3%	錦町	0	0.0%	日の出	3	5.6%	西町	9	18.0%	島津	8	17.4%	西町	3	6.0%	扇町	1	4.3%	富町	20	46.5%	南町	19	35.8%	泉町	3	6.0%	江幌	1	5.9%
23	富町	7	15.9%	江花	13	34.2%	光町	0	0.0%	富町	2	5.6%	東町	15	17.9%	富原	5	16.1%	東町	4	4.8%	島津	2	4.3%	西町	23	46.0%	富原	11	35.5%	日の出	4	6.0%	里仁	2	5.9%
24	清富	2	14.3%	泉町	13	33.3%	江幌	0	0.0%	旭町	2	4.9%	日新	2	16.7%	富町	5	13.9%	富原	2	4.8%	大町	2	3.3%	静修	7	43.8%	中町	12	35.3%	江花	2	4.5%	中町	1	2.9%
25	里仁	5	14.3%	栄町	12	32.4%	桜町・向町	0	0.0%	東中	6	4.5%	島津	8	16.3%	西町	7	13.2%	日の出	3	4.5%	富原	1	3.2%	清富	6	42.9%	西町	18	34.6%	大町	3	4.2%	江花	1	2.6%
26	東中	21	13.9%	里仁	10	29.4%	清富	0	0.0%	扇町	1	4.3%	旭町	6	15.8%	草分	9	12.7%	富町	2	4.5%	本町	4	3.1%	富原	18	42.9%	錦町	8	33.3%	東中	6	4.0%	大町	1	1.7%
27	日の出	9	13.4%	東町	19	28.4%	静修	0	0.0%	南町	2	3.7%	栄町	6	15.8%	中町	4	11.4%	泉町	2	4.0%	中町	1	2.9%	本町	49	42.6%	里仁	11	32.4%	扇町	1	3.3%	光町	0	0.0%
28	静修	2	12.5%	島津	13	28.3%	中町	0	0.0%	江花	1	2.6%	日の出	10	14.9%	栄町	4	10.8%	栄町	1	2.6%	栄町	1	2.7%	里仁	14	42.4%	清富	3	30.0%	桜町・向町	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%
29	島津	5	10.2%	静修	4	26.7%	東中	0	0.0%	緑町	1	2.6%	旭野	2	14.3%	丘町	4	10.5%	旭野	0	0.0%	旭町	1	2.4%	江幌	6	35.3%	泉町	10	26.3%	清富	0	0.0%	清富	0	0.0%
30	日新	1	8.3%	東中	35	26.5%	日新	0	0.0%	島津	1	2.2%	江幌	2	11.8%	光町	1	10.0%	江幌	0	0.0%	旭野	0	0.0%	泉町	17	34.0%	静修	3	20.0%	静修	0	0.0%	静修	0	0.0%
31	旭野	1	7.1%	西町	14	26.4%	里仁	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	富町	3	6.8%	旭町	4	9.8%	桜町・向町	0	0.0%	光町	0	0.0%	桜町・向町	1	33.3%	富町	7	20.0%	日新	0	0.0%	日新	0	0.0%
32	桜町・向町	0	0.0%	日の出	14	25.9%	緑町	0	0.0%	静修	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	静修	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	旭野	4	28.6%	旭野	2	12.5%	富原	0	0.0%	富原	0	0.0%

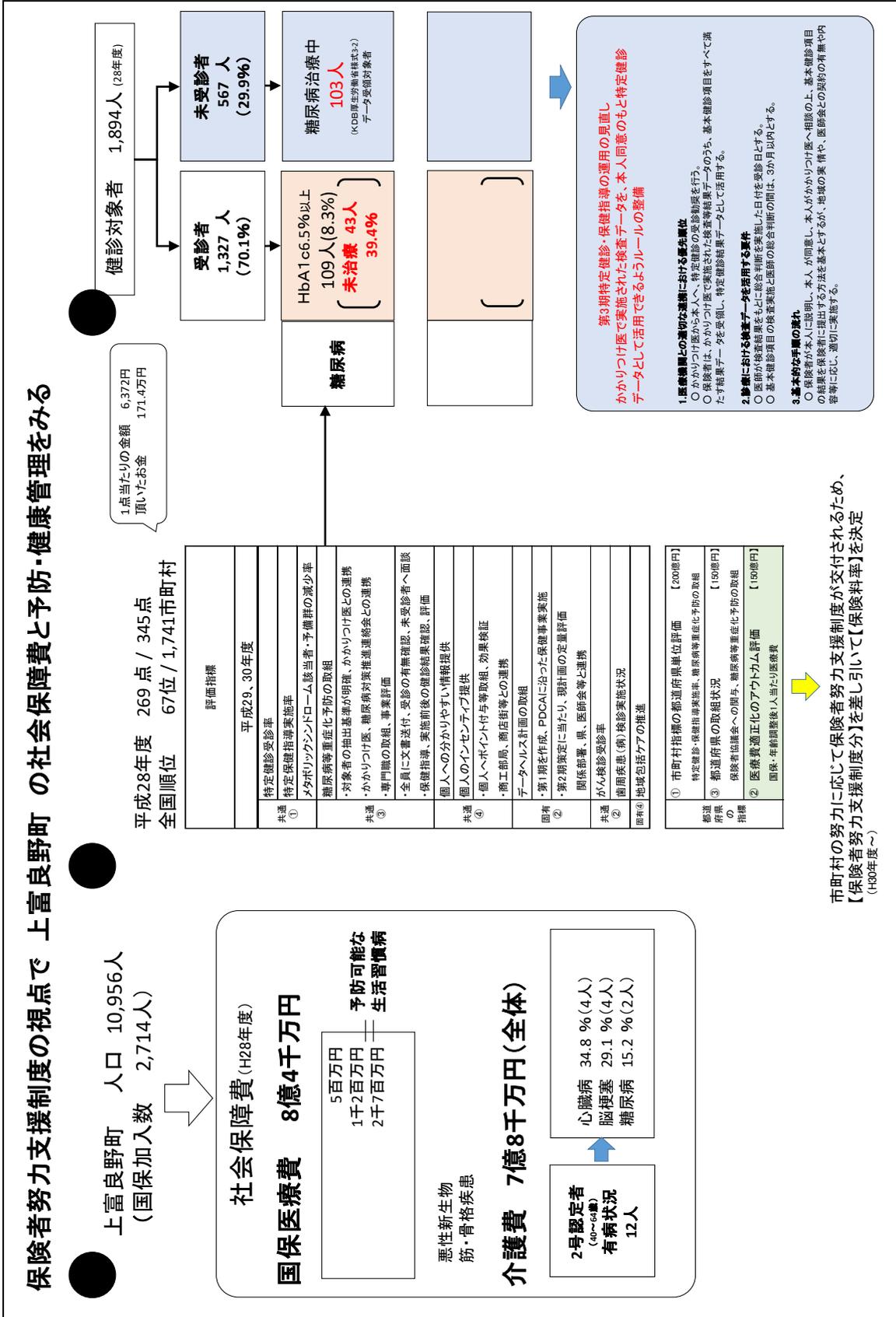
平成28年度特定健診結果(法定報告)

ポピュレーション資料) 行政区別特定健診有所見率 2

順位	BMI						メタボリックシンドローム										喫煙						特定健診受診率							
	25以上						基準該当						予備群該当						現在吸っている						特定健診受診率					
	25年度			28年度			25年度			28年度			25年度			28年度			25年度			28年度			25年度			28年度		
	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	有所見	割合	地区	受診数	受診率	地区	受診数	受診率
1	栄町	17	44.7%	江幌	8	47.1%	北町	3	33.3%	丘町	11	28.9%	扇町	6	20.0%	光町	2	20.0%	旭野	6	42.9%	光町	3	30.0%	富原	42	87.5%	日新	11	91.6%
2	日新	5	41.7%	栄町	16	43.2%	扇町	9	30.0%	西町	15	28.3%	里仁	7	20.0%	江幌	3	17.6%	桜町・向町	1	33.3%	清富	3	30.0%	日新	12	85.7%	江花	38	84.4%
3	江幌	7	41.2%	清富	4	40.0%	中町	11	25.0%	中町	9	25.7%	静修	3	18.8%	扇町	4	17.4%	江花	14	31.8%	江花	11	28.9%	江花	44	84.6%	富原	31	83.7%
4	扇町	12	40.0%	静修	6	40.0%	栄町	8	21.1%	北町	2	25.0%	南町	10	16.9%	南町	9	16.7%	丘町	12	28.6%	静修	4	26.7%	東町	85	83.3%	旭町	41	83.6%
5	錦町	16	38.1%	扇町	9	39.1%	宮町	12	21.1%	宮町	15	23.1%	西町	8	16.0%	富原	5	16.1%	清富	4	28.6%	中町	9	25.7%	旭町	38	82.6%	草分	70	83.3%
6	静修	6	37.5%	島津	17	37.0%	江花	9	20.5%	南町	12	22.2%	旭野	2	14.3%	島津	7	15.2%	静修	4	25.0%	旭野	4	25.0%	清富	14	82.4%	江幌	17	80.9%
7	里仁	13	37.1%	草分	26	36.6%	東町	17	20.2%	富町	8	22.2%	旭町	5	13.2%	旭町	6	14.6%	泉町	12	24.0%	錦町	6	25.0%	日の出	69	78.4%	静修	15	78.9%
8	新町	42	36.2%	里仁	12	35.3%	本町	22	19.1%	扇町	5	21.7%	本町	15	13.0%	栄町	5	13.5%	富原	10	23.8%	富町	9	25.0%	東中	151	77.8%	清富	10	76.9%
9	南町	21	35.6%	南町	19	35.2%	新町	20	17.2%	島津	10	21.7%	泉町	6	12.0%	緑町	5	13.2%	旭町	9	23.7%	北町	2	25.0%	草分	79	77.5%	東中	132	76.3%
10	光町	6	33.3%	新町	33	34.4%	錦町	7	16.7%	栄町	8	21.6%	江幌	2	11.8%	里仁	4	11.8%	富町	10	22.7%	草分	17	23.9%	緑町	48	75.0%	東町	68	74.7%
11	桜町・向町	1	33.3%	富原	9	29.0%	富町	7	15.9%	緑町	8	21.1%	光町	2	11.1%	日の出	6	11.1%	東中	34	22.5%	丘町	9	23.7%	新町	114	75.0%	西町	53	74.6%
12	旭町	12	31.6%	中町	10	28.6%	町平均	225	15.0%	新町	20	20.8%	東町	9	10.7%	清富	1	10.0%	北町	2	22.2%	栄町	8	21.6%	島津	49	73.1%	南町	54	73.9%
13	中町	13	29.5%	町平均	374	28.2%	日の出	10	14.9%	清富	2	20.0%	栄町	4	10.5%	大町	6	10.0%	草分	16	20.3%	西町	11	20.8%	清修	16	72.7%	新町	95	73.6%
14	本町	33	28.7%	宮町	18	27.7%	緑町	7	14.6%	草分	13	18.3%	町平均	147	9.8%	草分	7	9.9%	東町	17	20.2%	泉町	8	20.5%	大町	72	71.3%	島津	46	73.0%
15	島津	14	28.6%	日新	3	27.3%	旭野	2	14.3%	大町	11	18.3%	丘町	4	9.5%	西町	5	9.4%	西町	10	20.0%	東中	27	20.5%	中町	44	71.0%	大町	61	72.6%
16	東町	24	28.6%	旭町	11	26.8%	島津	7	14.3%	里仁	6	17.6%	錦町	4	9.5%	町平均	123	9.3%	宮町	11	19.3%	日の出	10	18.5%	江幌	17	70.8%	里仁	34	72.3%
17	日の出	19	28.4%	東中	35	26.5%	西町	7	14.0%	町平均	232	17.5%	中町	4	9.1%	東中	12	9.1%	本町	22	19.1%	町平均	238	17.9%	町平均	1499	70.5%	本町	127	71.7%
18	町平均	422	28.2%	丘町	10	26.3%	旭町	5	13.2%	本町	22	17.3%	草分	7	8.9%	日新	1	9.1%	錦町	8	19.0%	扇町	4	17.4%	西町	50	70.4%	町平均	1327	70.1%
19	草分	22	27.8%	東町	17	25.4%	泉町	6	12.0%	旭町	7	17.1%	新町	10	8.6%	本町	10	7.9%	町平均	285	19.0%	島津	8	17.4%	本町	115	70.1%	緑町	38	69.0%
20	東中	40	26.5%	富町	9	25.0%	丘町	5	11.9%	日の出	8	14.8%	東中	13	8.6%	宮町	5	7.7%	中町	8	18.2%	旭町	7	17.1%	里仁	35	68.6%	宮町	65	67.7%
21	泉町	13	26.0%	西町	13	24.5%	南町	7	11.9%	旭野	2	12.5%	日新	1	8.3%	新町	7	7.3%	光町	3	16.7%	本町	20	15.7%	栄町	38	64.4%	日の出	54	67.5%
22	富町	11	25.0%	江花	9	23.7%	富原	5	11.9%	東中	16	12.1%	清富	1	7.1%	静修	1	6.7%	大町	12	16.7%	新町	15	15.6%	旭野	14	63.6%	旭野	16	66.6%
23	江花	10	22.7%	緑町	9	23.7%	江幌	2	11.8%	江幌	2	11.8%	富原	3	7.1%	旭野	1	6.3%	新町	18	15.5%	大町	8	13.3%	南町	59	62.8%	北町	8	66.6%
24	西町	11	22.0%	本町	30	23.6%	里仁	4	11.4%	江花	4	10.5%	宮町	4	7.0%	中町	2	5.7%	里仁	5	14.3%	緑町	5	13.2%	泉町	49	61.3%	栄町	37	66.0%
25	旭野	3	21.4%	大町	13	21.7%	光町	2	11.1%	泉町	4	10.3%	江花	3	6.8%	丘町	2	5.3%	日の出	9	13.4%	富原	4	12.9%	錦町	42	60.9%	中町	35	62.5%
26	緑町	10	20.8%	錦町	5	20.8%	東中	15	9.9%	富原	3	9.7%	島津	3	6.1%	江花	2	5.3%	扇町	4	13.3%	東町	8	11.9%	桜町・向町	3	50.0%	光町	10	58.8%
27	宮町	11	19.3%	光町	2	20.0%	大町	7	9.7%	日新	1	9.1%	大町	4	5.6%	錦町	1	4.2%	栄町	5	13.2%	江幌	2	11.8%	光町	18	60.0%	丘町	38	56.7%
28	富原	8	19.0%	旭野	3	18.8%	日新	1	8.3%	錦町	2	8.3%	日の出	3	4.5%	東町	2	3.0%	江幌	2	11.8%	南町	6	11.1%	丘町	42	59.2%	泉町	39	54.1%
29	丘町	7	16.7%	日の出	10	18.5%	草分	6	7.6%	東町	5	7.5%	富町	2	4.5%	富町	1	2.8%	緑町	5	10.4%	宮町	7	10.8%	富町	44	57.9%	富町	36	51.4%
30	大町	12	16.7%	泉町	7	17.9%	清富	1	7.1%	静修	1	6.7%	緑町	2	4.2%	泉町	1	2.6%	島津	5	10.2%	里仁	3	8.8%	宮町	56	55.4%	扇町	23	50.0%
31	清富	2	14.3%	北町	1	12.5%	静修	1	6.3%	光町	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	南町	6	10.2%	桜町・向町	0	0.0%	扇町	31	52.5%	桜町・向町	1	50.0%
32	北町	1	11.1%	桜町・向町	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	桜町・向町	0	0.0%	北町	0	0.0%	北町	0	0.0%	日新	1	8.3%	日新	0	0.0%	北町	9	50.0%	錦町	24	45.2%

平成28年度特定健診結果(法定報告)

図表 79) 保険者努力支援制度の視点で上富良野町の社会保障費と予防・健康管理



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

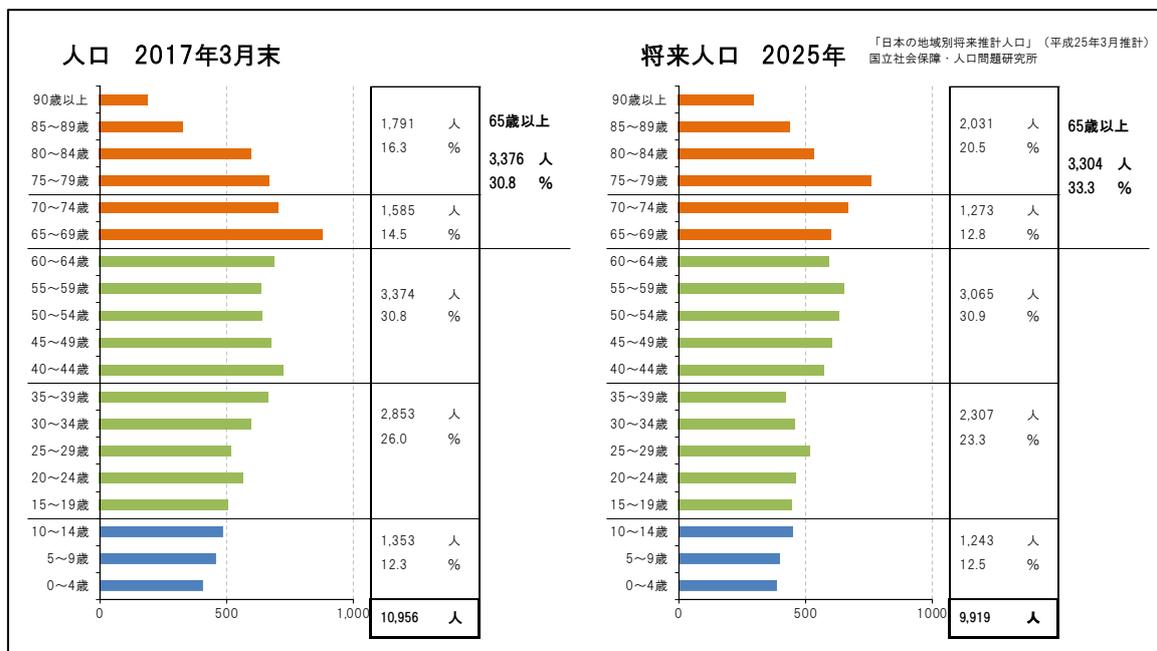
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 (平成 52) 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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中でも、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、要介護に至る原因疾患である脳血管疾患の発症、重症化予防が重要である。第4章の 2 重症化予防の取組そのものが介護予防となる。

国保では被保険者のうち 65 歳以上の前期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。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。

図表 80) 上富良野町の将来人口



町の将来人口（2025年）をみると、75歳以上人口が20.5%と予測されている。（図表80）

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

### I 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。

### II 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業を実施するための仕組みや体制を整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・KDB活用環境の確保</li> </ul>
プロセス (事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・必要なデータは入手できているか</li> <li>・スケジュールどおり行われているか</li> </ul>
アウトプット (目的・目標の達成のために行われる事業結果(保健事業の実施量))	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム (事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>

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・特定保健指導の実施状況は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。優先順位の高い課題である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・助言を必要時受ける。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### I 計画の公表・周知

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

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

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

### II 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。

## 用語解説

行	用語	解説
あ	アウトカム評価	<p>施策・事業の実施により発生する効果・成果。</p> <p>アウトプットは事業を実施することによって直接発生した成果物・事業量を表す。</p> <p>P92 評価における 4 つの指標(ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム)</p>
	アディポサイトカイン	<p>アディポは脂肪、サイトカインは生理活性物質を意味し、脂肪細胞から産出・分泌される様々な生理活性物質の総称。内臓脂肪がたまると、その分泌調整不全をきたす。アディポサイトカインには血栓を作りやすくする PAI-1、インスリン抵抗性を起こす TNF-<math>\alpha</math>、レジスチン、血圧を上げるアンジオテンシノーゲンなどと、インスリン抵抗性を改善し動脈硬化を防ぐアディポネクチンがある。</p>
い	一過性脳虚血発作	<p>脳に行く血液の流れが一過性に悪くなり、運動麻痺、感覚障害などの症状が現れ、24 時間以内、多くは数分以内にその症状が完全に消失するが、脳梗塞の前触れとして重要な症状。約 10%が 1 年以内に、約 30%が 5 年以内に脳梗塞を発症するとされている。</p>
	1 号認定者	<p>介護保険制度の被保険者は 40 歳以上で、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者に分類される。市町村に申請を行い、要介護者または要支援者に認定された者。</p>
	医療費水準	<p>集団における医療費の水準を考える場合、代表的な指標の 1 つとして「1 人当たり診療費」がある。「受診率」「1 件当たり日数」「1 日当たり診療費」のことを「医療費の 3 要素」といい、医療費を分析していくうえでの基本的な指標となる。この医療費の 3 要素分析を「入院」「入院外」「歯科」別に細分化して行うことにより、より詳細な医療費状況の把握が可能となる。</p>
	医療費適正化	<p>医療費適正化基本方針のポイント</p> <p>1 医療費の適正化の取組:</p> <p>【外来医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県に、平成 35 年度に向け、①特定健診・保健指導実施率の全国目標達成、②後発医薬品の使用割合の全国目標達成に向けた取組を推進。これらの全国目標が達成された場合の医療費の縮減額を反映。</li> <li>・一人当たり医療費の地域差について、都道府県において、保険者等とも連携しつつ、糖尿病重症化予防等を推進し、地域差の縮減を目指す。国は、日本健康会議の取組等を通じて、都道府県・保険者の取組を支援。</li> </ul>

	<p>【入院医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床機能の分化及び連携の推進の成果等。</li> </ul> <p>2 地域差の「見える化」:</p> <p>国において、NDB(ナショナル・データ・ベース)を用いた分析を行い、結果を都道府県の分析作業の参考とするためデータセットとしてまとめ、都道府県に提供していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各都道府県の疾病別医療費の地域差(最大 54 疾病)</li> <li>・ 後発医薬品の使用促進の地域差</li> <li>・ 重複・多剤投薬の地域差</li> </ul>
	<p>医療費適正化計画</p> <p>国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国は医療費適正化基本方針を策定するとともに、6 年を 1 期として医療費適正化計画の策定を定める。また、都道府県は医療費適正化基本方針に即して、医療費適正化計画を定めることとなっている。</p> <p>根拠法:高齢者の医療の確保に関する法律</p> <p>作成主体:国、都道府県</p> <p>計画期間:第 3 期計画以降の計画期間は 6 年。 (第 1 期:平成 20~24 年度、第 2 期:平成 25~29 年度)</p>
	<p>インスリン抵抗性</p> <p>肥満などが原因でインスリンが効きにくくなり、ブドウ糖が細胞に十分取り込まれなくなった状態。2 型糖尿病の原因のひとつ。インスリン抵抗性の発症に脂肪組織での炎症が関わっている。</p>
	<p>インセンティブ制度</p> <p>刺激を与え、動機付けをすることによって意欲を高めて業績向上を目的とするもの。業務の成果や実績に応じて奨励金などを変化させる制度。(参考)保険者努力支援制度</p>
か	<p>介護保険事業計画</p> <p>介護保険の保険者である市町村は、国の基本指針にそって地域の被保険者の数や要介護者等の数を把握し、提供しなければならないサービスの種類と量を予測して確保するため、3 年ごとに「介護保険事業計画」を策定する。</p>
	<p>家庭血圧測定</p> <p>2014 年 4 月に 5 年ぶりに改訂された高血圧治療ガイドライン(日本高血圧学会)には、「診察室血圧と家庭血圧の間に診断の差がある場合、家庭血圧による診断を優先する」と記され、「血圧の日内変動や夜間血圧などにも留意する」とされ家庭血圧が重要視されている。</p> <p>家庭で血圧を測定する時は、測定方法や条件を守ること、家庭血圧の診断基準は、収縮期 135mmHg 以上、拡張期 85mmHg 以上。</p>
き	<p>虚血性心疾患</p> <p>心臓を取り巻く冠動脈は心筋へ栄養と酸素を含んで血液を供給している。この欠陥の閉塞や狭窄などによって心筋への血液が阻害さ</p>

	れる状態を心筋虚血といい、これによって引き起こされる疾患を虚血性心疾患という。動脈硬化などで起こる狭窄は心筋に必要な血液不足を生じさせ、胸痛などの症状(狭心症)、さらに進行すれば心筋梗塞に至る。	
筋・骨疾患	<p>関節関連の疾患では変形性骨関節疾患(変形性膝関節症、変形性股関節症)、大腿部頸部骨折、骨粗しょう症がある。</p> <p>高齢期における疾病分類別の受療率をみると、外来受療率では循環器系の疾患及び筋骨格系の疾患の割合が高い。</p>	
く	グリコーゲン	動物の肝臓、筋肉などに多く含まれ、分解されてブドウ糖となり、血糖値を維持する一方、筋肉その他組織のエネルギー源となる。
	グルコース	ブドウ糖。脳をはじめとする中枢神経系では、グルコースが唯一のエネルギー源。血液中のグルコースの濃度を血糖値と言う。
け	KDB(国保データベース)	<p>国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築された。平成 25 年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略」や「経済財政運営と改革の基本方針」等において保健情報の分析や分析結果に基づく保健事業の促進について方向性が示され、国民健康保険が先駆けて取組を行ってきた。</p>
	血管内皮機能検査	動脈硬化は血管内皮の機能低下から始まると考えられ、血管内皮機能の状態を評価する検査に FMD 検査がある。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拡がるかを超音波でみる検査。2012 年 4 月の診療報酬改定で検査項目が新設され、200 点算定可能となった。
	血栓	血管内の血小板や血液の塊。血栓により血管が閉塞・狭窄されて生じる病気に心筋梗塞や脳梗塞がある。
	健康増進法	<p>高齢化の進展や疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が増大し、健康づくりや疾病予防を積極的に推進するために平成 12 年 3 月 31 日に国民の健康づくり運動として「健康日本 21」が開始された。</p> <p>平成 13 年 11 月 29 日に政府・与党社会保障改革協議会において、「医療制度改革大綱」が策定され、その中で「健康寿命の延伸・生活の質の向上を実現するため、健康づくりや疾病予防を積極的に推進する。そのため、早急に法的基盤を含め環境整備を進める。」とし</p>

	<p>た。「健康日本 21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防をさらに積極的に推進するため、平成 14 年 8 月 2 日に公布された。</p> <p>2 条では、国民は生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに健康の増進に努めなければならないことを規定。</p>
こ 後期高齢者医療広域 連合	<p>後期高齢者医療の事務を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合を設けることが法律で定められ、平成 19 年 3 月末までに後期高齢者医療制度の運営を行う「後期高齢者医療広域連合」(特別地方公共団体)が全国で設立された。</p> <p>各都道府県の後期高齢者医療広域連合と市町村が連携して事務を行う。</p>
後発医薬品	<p>先発医薬品(新薬)より安価で供給される医薬品。国民医療費の削減及び患者負担の軽減に貢献するものとされている。先発医薬品は新たに開発された医薬品で、一定期間(20~25 年)は特許等で保護され、独占販売される。特許期間満了後は、同じ成分や効果を持つ医薬品を他の医薬品製造企業が後発医薬品として、より低価格で提供できるようになる。</p>
高齢者の医療の確保 に関する法律	<p>かつては老人保健法として 1982 年に制定されていたが、平成 20 年(2008 年)4 月 1 日に「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正。</p> <p>第一条(目的)「この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もつて国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする」</p> <p>第二節「特定健康診査等基本指針等」の第 19 条には「特定健康診査等実施計画」がある。</p>
国保連に設置される 支援・評価委員会	<p>平成 26 年度より公益社団法人国民健康保険中央会において、「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会」を設置するとともに都道府県国民健康保険団体連合会には、「保健事業支援・評価委員会」を設置し、国民健康保険の保険者及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業の実施計画(データヘルス計画)の策定、実施、評価等の支援を行う「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業」を実施している。</p>
国民健康・栄養調査	<p>健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)に基づき、国民の身体の状</p>

	<p>況(身長、体重、腹囲、血圧測定、血液検査等)、栄養摂取量(食品摂取量、栄養素等摂取量、食事状況(欠食・外食等))及び生活習慣の状況(食生活、身体活動・運動、休養(睡眠)、飲酒、喫煙、歯の健康等)を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得るために、厚生労働省が毎年実施している調査。調査年の国民生活基礎調査において設定された単位区から、層化無作為抽出した 300 単位区内の世帯(約 6,000 世帯)及び世帯員(調査年 11 月 1 日現在で満 1 歳以上の者、約 18,000 人)</p>
国民健康保険団体連合会	<p>国民健康保険法第 83 条に基づき、会員である保険者(市町村及び国民健康保険組合)が共同でその目的を達成するため必要な事業を行うことを目的に設立された公法人で、設立にあたっては都道府県知事の認可を必要とし、全国 47 都道府県にそれぞれ設立されている。</p>
さ 再灌流療法(血行再建術)	<p>急性心筋梗塞は高速の範囲が広いほど予後が不良になることから、できるだけすみやかに詰まった冠動脈を再開通させる治療(再灌流療法)が重要となる。再灌流療法には、静脈ないし冠動脈から血栓を溶解させる薬物を注射する方法(血栓溶解療法)とカテーテル検査に引き続いてバルーンによる拡張術やステントを留置する方法(冠動脈インターベンション)がある。</p>
し 事業者健診	<p>労働安全衛生法第 66 条と労働安全衛生法規則第 43 条、44 条により、事業所は従業員を雇い入れる時とその後 1 年以内ごとに 1 回、定期的に一般の健康診査を実施することが義務づけられている。費用は事業主の負担が原則。</p>
支払基金	<p>社会保険診療支払基金法の規定に基づいて設立された民間法人で、保健医療機関(薬局)からの診療に係る医療費の請求が正しいか審査したうえで、健康保険組合(保険者)などへ請求し、健康保険組合から支払われた医療費を保健医療機関へ支払する。支払基金が行う審査支払業務は、事務費手数料のみで賄われており、保険者が負担している。</p>
社会保障費	<p>医療・介護の自己負担分以外の給付額や年金の受給額など、社会保障制度によって国や地方公共団体から国民に給付される金銭・サービスの年間合計額。</p>
重症化予防(ハイリスクアプローチ)	<p>脳血管疾患、虚血性心疾患など循環器疾患や慢性腎臓病・腎不全による死亡は日本国民の全死亡の 3 割、国民医療費は 4 分の 1 を占めている。</p> <p>平成 27 年 6 月 30 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基</p>

本方針 2015」では、「全ての国民が自らがんを含む生活習慣病を中心として疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し」とされるなど、生活習慣病の重症化予防等の取組を推進することが求められた。

平成 27 年 7 月 10 日に開催された日本健康会議において、「健康なまち・職場づくり宣言 2020」(8 つの宣言)の宣言 2「かかりつけ医と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村、広域連合を 24 団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等と活用を図る」とされた。

(参考)糖尿病性腎症重症化予防

重症化予防(ハイリスクアプローチ)は、既に健康障害に関して高いリスクを持ち、疾患を発症しやすい対象に個別に働きかける。特定健康診査の結果から高リスクの対象者を階層化し、特定保健指導や糖尿病重症化予防を行うこと。

重複服薬者	複数の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人。第 3 期医療費適正化基本方針の策定に向けた基本的な考え方の中では、重複投与の適正化や後発医薬品の使用促進など薬剤費の適正化が示されている。
粥状動脈硬化(アテローム性動脈硬化)	大動脈、脳動脈、冠動脈など比較的太い動脈に起こる硬化で、動脈の内膜にコレステロールなどの脂肪からなる粥腫ができ、次第に肥厚することで動脈の内腔が狭くなる。粥腫が破れると血栓がつく
粥状の隆起性病変(アテローム性プラーク)	られ、動脈は完全に塞がれる。
受動喫煙	他人の吸ったタバコの煙を周囲の人が吸わされること。火をつけたまま放置されたタバコの煙(副流煙)は、特に有害物質が多い。
心血管死亡	脳血管疾患や心疾患。日本人の死因第 1 位は悪性新生物で、第 2 位が心疾患、第 4 位が脳血管疾患。心血管病は死因の約 25%となっている。
心臓足首血管指数(CAVI)	血圧に依存しない動脈の硬さを簡便にかつ正確に測定できる非観血的動脈硬化指標。
心房細動	加齢とともに増加し、70 歳代の 5%、80 歳代の 10%程度の割合で起こる不整脈の一種。心房が痙攣したように細かく震え、血液をうまく全身に送り出せなくなるだけでなく、心房の中で「血液の固まり(血栓)」ができ、それが血流に乗って全身に運ばれて、血管を詰まらせてしまう。特に、脳の血管が詰まる、心原性脳塞栓症は重い後遺症を残ることがある。

	診療報酬明細書	2010年の診療報酬改定の際に、医療の透明化と民主化を目的として厚生労働省中央社会保険医療協議会(中医協)によって決定され、医療機関に対して領収書のほかに明細書の発行が義務づけられた。
	腎機能(eGFR)	腎臓にある糸球体がどれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示し、クレアチニン値をもとに年齢・性別から算出する。慢性腎臓病(CKD)の早期発見・早期治療のための指標。
	人工透析	腎不全の末期症状において、低下した腎機能の代替りの役割を果たす治療法で、血液透析と腹膜透析の二つの方法がある。血液透析は週3日、3~5時間の通院が必要、腹膜透析は通院はせず患者自身で1日に数回の透析液交換を行う。
す	睡眠時無呼吸症候群	睡眠中に10秒以上の呼吸気流が止まる状態。睡眠時無呼吸は、睡眠の質だけでなく生活習慣病(高血圧、狭心症・心筋梗塞、糖尿病など)や重大な疾病の引き金となる可能性がある。肥満、顎が小さい・狭い、花粉症やアレルギーなどで鼻が詰まりやすい、更年期の方の発症率が高い。
せ	生活習慣病	脳梗塞、脳出血、狭心症、心筋梗塞、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、がん、筋・骨格、精神疾患をさす。
そ	臓器障害	高血圧の持続によって標的臓器といわれる脳、心臓、腎臓に起こる病気で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、狭心症、心筋梗塞、心肥大、心不全、腎臓では尿蛋白や腎不全など。
	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(足首収縮期血圧÷上腕収縮期血圧)を計算したもの。動脈に狭窄や閉塞があるとその部分の血圧は低下し、主に下肢の動脈に起こりやすいことから閉塞性動脈硬化症(ASO)の早期発見に有効。
た	第三者求償	交通事故など第三者の行為によって受けた傷病の医療費は、原則として加害者が全額自己負担すべきものとして、加害者に費用を請求すること。
ち	地域差指数	医療費の地域差を表す指標として、1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。
	地域包括ケア	厚生労働省は、高齢者が人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるために必要な支援体制を2025年までに整えることを目指したシステム。住まい、医療、予防、生活支援を一体で提供する。
と	同規模保険者	類似した保険者と比較することで地域の特性を把握することを目

	的に、総務省の市区町村の類似団体区分を参考に設定、13 区分に分類される。上富良野町は人口規模が 10,000 人～15,000 人の同規模比較区分 10 に該当する。
糖尿病の合併症 糖尿病性網膜症 糖尿病性腎症	糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症は糖尿病の三大合併症で、細い血管の障害で起こるため細小血管障害とも言われる。合併症には大血管障害とされる心筋梗塞・狭心症、脳梗塞や閉塞性動脈硬化症や足壊疽、歯周病、認知症、がんなどがある。
糖尿病性腎症重症化 予防	平成 28 年 3 月 24 日に厚生労働省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議の三者で、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結、4 月 20 日は「糖尿病性腎症重症化プログラム」を策定した。 平成 29 年 7 月 10 日には、健康寿命の延伸、医療費の適正化に向けた市町村、後期高齢者医療広域連合における効率的・効果的な取組を推進するため、重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」を公表。 「糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」は保険者努力支援制度の評価指標である。
糖尿病連携手帳	公益社団法人日本糖尿病協会が、2010 年に糖尿病患者用の診療記録ノート「糖尿病連携手帳」を配布。連携手帳を通じて「糖尿病とともにいかに豊かに暮らせるかを追及すること」を編集の基本方針としている。現在、改訂 3 版。
特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防する観点で、平成 20 年 4 月から医療保険者に義務付けられた 40 歳から 74 歳までを対象とする健診。 平成 27 年国保法等改正において保険者努力支援制度を創設され、保険者種別の特性に応じて新たなインセンティブ制度が見直された。指標の一つに、特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率がある。評価に基づき交付金が交付される。 保険者機能の責任を明確にする観点から、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を 29 年度実績から公表する。
特定保健指導	特定健康診査の結果から生活習慣病の発症リスクが高い対象者を抽出して、特定保健指導対象者を明確化した上で、対象者自らが健康状態を正しく理解し生活習慣改善に取り組めるよう導くための保健指導を行う。
動脈硬化性疾患	心臓では心筋梗塞や狭心症、脳では脳梗塞、下肢では閉塞性動脈硬化症などがある。動脈が硬くなる、狭くなり血液の流れが悪くな

		る状態。
な	内臓脂肪蓄積	臍部での内臓脂肪面積 100 cm <sup>2</sup> に相当するウエスト周囲径が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上が該当者となる。
に	2号認定者	介護保険の第2号被保険者(40歳以上65歳未満の健保組合、全国健康保険協会、市町村国保などの医療保険加入者)は特定疾病に起因する要介護状態になり、その要介護状態が6か月以上にわたって続くことが予想される場合は介護保険サービスを利用することができる。特定疾病とは、介護保険法施行令第二条に規定された末期がんや関節リウマチ、脳血管疾患などの加齢に起因する疾病。
	二次性高血圧	何らかの特定される原因があつて高血圧を示す状態で、全高血圧の2~5%を占める。頻度の多い二次性高血圧には腎実質性高血圧、原発性アルドステロン症、褐色細胞腫、クッシング症候群などがある。
	日本再興戦略	第二次安倍内閣の経済政策(アベノミクス)の「第三の矢」である成長戦略に当たる。平成25年(2013年)6月閣議決定。
	日本循環器学会疫学調査	2003年に行われた定期健診の成績(40歳以上の住民健診および企業健診 630,138人が対象)
	尿塩分測定	高血圧管理における塩分摂取量の把握は1日分の尿を溜める蓄尿検査が主だったが、簡便に測定する尿塩分測定が可能となった。 体内に摂取された後の塩分濃度を尿に含まれる塩分濃度によって自動解析し、1日の摂取塩分量を把握し、減塩の取組を自ら確認することができる。
	尿中アルブミン排泄量(ACR)	糖尿病性腎症の進行阻止には、早期腎症期を的確に診断し、厳格な血糖コントロール等の適切な治療が重要となる。早期腎症を的確に診断するには、随時尿を用いて尿中アルブミン排泄量と尿中クレアチニン値を同時に測定し、その比となる指数がアルブミン指数(mg/gクレアチニン)。 糖尿病性早期腎症の診断:アルブミン指数が30~299 mg/gクレアチニン
の	脳血管疾患	脳の動脈に異常が起きて脳の機能に障害が生じる病気で、大きく分けて脳梗塞、脳出血、くも膜下出血がある。
	non-HDL コレステロール	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂で、non-HDL コレステロールが新しい脂質異常症の診断基準に追加された。
は	白衣高血圧	通常の日常生活では正常血圧なのに対し、病院や健診の場で血圧測定するとくり返し高血圧を示すもの。白衣高血圧は持続高血圧と比べて長期的には心血管疾患の発症率は低いと報告されているが、

		一部の方では将来持続高血圧に移行すると報告。
ひ	標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」	効果的な健診・特定保健指導を実施するために、健診・保健指導に関わる医師、保健師、管理栄養士等やこのほか事業に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を厚生労働省健康局がまとめたもの。
	PDCAサイクル	事業活動における生産活動や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)の4段階をくり返すことによって、業務を継続的に改善する。
へ	HbA1c	血管の中でヘモグロビンがブドウ糖と結合したもの。そのため、「糖化ヘモグロビン」とも呼ばれる。HbA1cの値が高いということは血液中のブドウ糖が多いことを表す。過去1～2ヶ月の血糖状態が反映されることから、糖尿病の診断だけでなく治療による血糖コントロールの指標となる。
ほ	保健事業の実施計画 (データヘルス計画)	「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとされた。平成29年9月に「データヘルス計画作成の手引き」の改訂が行われ、第2期データヘルス計画の策定に際し、健康保険組合が第1期から得られた知見や課題を踏まえて、より質の高い計画を作成し、PDCAサイクルによって保健事業の実効性を高めることを目的としている。
	保険者協議会	高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、保険者に対する必要な助言又は援助、医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。平成27年の国保法等改正により第3期計画からは、都道府県が保険者として保険者協議会に参画することとなった。都道府県は医療費適正化計画の策定に当たり、保険者協議会に事前に協議を行うなどが示された。
	保険者努力支援制度	医療費適正化への取組や国保が抱える課題への対応等を通じて保険者機能の役割を發揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、保険者としての努力を行う自治体に対して支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する制度。平成30年度から本格実施される。
	ポピュレーションアプローチ	生活習慣病を予防するため運動と食事などの適切な生活習慣を心がける職場や地域社会を目指した活動。集団全体に働きかけること

		により、集団全体の健康障害のリスクを少しずつ軽減させ、よい方向にシフトさせる。健康づくりに関する普及啓発などが該当する。
ま	慢性腎臓病(CKD) 慢性腎不全 末期腎不全	腎臓の糸球体や尿細管に障害が起こる病気で慢性に経過するすべての腎臓病。日本では 20 歳以上の 8 人に 1 人が慢性腎臓病に該当すると言われている。糖尿病性腎症や高血圧による腎硬化症など生活習慣病によるものや慢性腎炎が代表的。 腎臓病が進行して腎臓の機能が低下した状態を腎不全と言う。 末期腎不全は自分の腎臓では生命を維持できなくなる状態を言う。
	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	従来、慢性気管支炎や肺気腫と呼ばれた病気の総称。タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病。
み	脈波伝播速度(PWV)	心臓の拍動(脈波)が動脈を通じて手や足にまで届く速度。動脈壁が厚くなったり、硬くなったりすると、動脈壁の弾力性がなくなり、脈波が伝わる速度が速くなる。
め	メタボリックシンドローム	平成 17 年にメタボリックシンドロームの診断基準が策定された。内臓脂肪蓄積を診断の必須項目とし、空腹時血糖や血中脂質(中性脂肪と HDL コレステロール)、血圧が一定の値を示していること。動脈硬化性疾患と糖尿病のリスク因子が集積した病態を指す。さらに非アルコール性脂肪肝、高尿酸血症、慢性腎臓病、閉塞性睡眠時無呼吸症候群などとの関連も指摘されている。 平成 20 年(2008 年)から始まった特定健診・特定保健指導では腹囲径の測定が検査項目に追加され、メタボリックシンドローム該当者・予備群を対象に保健指導がはじまる。 図表 20) メタボリックシンドロームの診断基準(P23)
	メンタルヘルス	心の健康。
ろ	ロコモティブシンドローム	2007 年に日本整形外科学会によって新しく提唱された概念で「運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態」を表す。運動器とは、身体を動かすために関わる組織や器官のことで、骨・筋肉・関節・靭帯・腱・神経などから構成される。

## 参考資料

様式 6-1 全国・北海道・同規模保険者平均と比べてみた上富良野町の位置

様式6-1 全国・北海道・同規模保険者平均と比べてみた上富良野町の位置

○は国との比較で課題となるところ

項目	25年度		28年度		28年度		データ元 (CSV)
	上富良野町		上富良野町		北海道		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	総人口		11,531		5,475,176	124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
	① 人口構成						
	65歳以上(高齢化率)		2,934	25.4	1,356,131	24.8	
	75歳以上		1,467	12.7	669,235	12.2	
	65～74歳		1,467	12.7	686,896	12.5	
	40～64歳		3,768	32.7	1,932,595	35.3	
	39歳以下		4,829	41.9	2,186,450	39.9	
	② 産業構成						
	第1次産業		18.4		7.7		
	第2次産業		11.1		18.1		
第3次産業		70.5		74.2			
③ 平均寿命							
男性		78.9		79.2			
女性		85.4		86.3			
④ 健康寿命							
男性		65.0		64.9			
女性		65.9		66.5			
2	標準化死亡率比 (SMR)	94.9	97.7	105.0	101.0	100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	男性	95.1	94.9	102.7	97.6	100	
	女性						
	がん	31	48.4	27	50.0	6,768	
	心臓病	15	23.4	16	29.6	4,236	
	脳疾患	12	18.8	5	9.3	2,609	
	糖尿病	2	3.1	0	0.0	263	
	腎不全	2	3.1	5	9.3	584	
	自殺	2	3.1	1	1.9	444	
	合計 (65歳未満死亡/全死亡)	13/111	11.7%	8/92	8.7%		
3	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	12/59	20.3%	4/39	10.3%		厚労省HP 人口動態調査
	男性	1/52	1.9%	4/53	7.5%		
	女性						
	1号認定者数(認定率)	415	13.8	458	15.1	114,823	
	新規認定者	13	0.2	9	0.3	1,946	
	2号認定者	14	0.3	12	0.2	2,492	
	糖尿病	93	20.8	100	21.2	25,557	
	高血圧症	248	55.3	267	56.8	63,736	
	脂質異常症	132	29.0	159	31.9	31,917	
	心臓病	262	58.9	280	60.1	72,144	
脳疾患	138	34.9	156	32.1	32,336		
がん	48	11.8	48	10.7	11,669		
筋・骨格	224	49.7	241	51.4	61,988		
精神	208	44.4	221	46.9	44,120		
1件当たり給付費(全体)	83,429		77,599		66,805		
③ 介護給付費	42,027		43,151		42,403		
④ 医療費等	285,618		286,803		278,100		
4	④ 医療費等	13,872		9,271		8,196	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	要介護認定別医療費(40歳以上)	4,350		4,520		3,956	
	認定あり						
	認定なし						
	被保険者数	3,131		2,717		509,754	
	65～74歳	1,207	38.5	1,221	44.9		
	40～64歳	1,196	38.2	920	33.9		
	39歳以下	728	23.3	576	21.2		
	加入率	27.2		23.6		266	
	病院数	1	0.3	1	0.4	121	
② 医療の概況 (人口千対)	5	1.6	5	1.8	1,138		
診療所数	44	14.1	44	16.2	17,242		
病床数	7	2.2	6	2.2	1,935		
医師数	551.7		619.2		682.6		
外来患者数	22.7		20.5		224		
入院患者数	24,172	県内127位 同規模76位	25,347	県内129位 同規模100位	26,567		
③ 医療費の状況	574,384		639,731		705,016		
一人当たり医療費	54.3		59.9		57.2		
④ 医療費分析	96.1		96.8		96.8		
費用の割合	45.7		40.1		42.8		
② 医療費分析	3.9		3.2		3.2		
1件あたり在院日数	132日		120日		167日		
がん	132,423,550	26.8	161,520,080	37.0	23.7		
慢性腎不全(透析あり)	67,305,320	13.6	26,636,390	6.1	9.5		
糖尿病	43,171,410	8.7	42,944,620	9.8	10.3		
高血圧症	39,293,760	8.0	27,914,660	6.4	9.2		
精神	77,155,270	15.6	56,377,930	12.9	18.8		
筋・骨格	66,997,500	13.6	76,000,830	17.4	15.1		

⑤	費用額 (1件あたり) 道内順位 順位総数183	入院 入院の( )内 は在院日数 外来	糖尿病															KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域																																	
			447,488	169位	(12)	492,250	154位	(15)	565,589	122位	(15)	539,781	149位	(14)	506,776	127位	(18)		496,905	142位	(16)	587,438	132位	(15)	403,851	176位	(10)	812,089	30位	(19)	692,227	87位	(12)	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)
4	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	糖尿病	447,488	169位	(12)	492,250	154位	(15)	565,589	122位	(15)	539,781	149位	(14)	506,776	127位	(18)	496,905	142位	(16)	587,438	132位	(15)	403,851	176位	(10)	812,089	30位	(19)	692,227	87位	(12)	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)
			糖尿病	447,488	169位	(12)	492,250	154位	(15)	565,589	122位	(15)	539,781	149位	(14)	506,776	127位	(18)	496,905	142位	(16)	587,438	132位	(15)	403,851	176位	(10)	812,089	30位	(19)	692,227	87位	(12)	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)
			高血圧	565,589	122位	(15)	539,781	149位	(14)	506,776	127位	(18)	496,905	142位	(16)	587,438	132位	(15)	403,851	176位	(10)	812,089	30位	(19)	692,227	87位	(12)	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)						
			脂質異常症	506,776	127位	(18)	496,905	142位	(16)	587,438	132位	(15)	403,851	176位	(10)	812,089	30位	(19)	692,227	87位	(12)	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)												
			脳血管疾患	587,438	132位	(15)	403,851	176位	(10)	812,089	30位	(19)	692,227	87位	(12)	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)																		
			心疾患	812,089	30位	(19)	692,227	87位	(12)	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)																								
			腎不全	870,047	37位	(18)	1,163,515	9位	(23)	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)																														
			精神	416,179	147位	(22)	443,927	136位	(21)	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)																																				
			悪性新生物	624,158	97位	(12)	633,029	102位	(11)																																										
			糖尿病	40,936	39位	42,243	35位																																												
			高血圧	37,875	9位	34,812	47位																																												
			脂質異常症	32,913	33位	28,784	101位																																												
			脳血管疾患	49,911	11位	44,846	27位																																												
			心疾患	57,662	9位	43,511	84位																																												
腎不全	228,524	18位	152,417	89位																																															
精神	29,535	94位	31,180	62位																																															
悪性新生物	46,440	113位	69,630	23位																																															
5	⑦	健診・レセ 突合	健診対象者	5,352	2,066																																														
			一人当たり	7,402	12,277																																														
			生活習慣病対象者	18,559	6,693																																														
			一人当たり	25,670	39,775																																														
			受診勧奨者	729	486	728	57.1																																												
			医療機関受診率	635	42.4	648	50.8																																												
			医療機関非受診率	94	6.3	80	6.3																																												
			健診受診者	1,499	1,327																																														
			受診率(法定報告)	70.5	70.1	70.1	道内2位 同規模2位																																												
			特定保健指導終了者(実施率)	108	80.6	132	101.5																																												
			非肥満高血糖	119	7.9	115	9.0																																												
			メタボ	225	15.0	213	16.7																																												
			該当者	148	22.8	136	24.5																																												
			男性	77	9.1	77	10.7																																												
女性	147	9.8	121	9.5																																															
予備群	102	15.7	80	14.4																																															
男性	45	5.3	41	5.7																																															
女性	428	28.6	362	28.4																																															
腹囲	289	44.5	234	42.1																																															
男性	139	16.4	128	17.8																																															
女性	111	7.4	76	6.0																																															
BMI	16	2.5	17	3.1																																															
男性	95	11.2	59	8.2																																															
女性	10	0.7	4	0.3																																															
血糖のみ	86	5.7	87	6.8																																															
血圧のみ	51	3.4	30	2.4																																															
脂質のみ	32	2.1	32	2.5																																															
血糖・血圧	16	1.1	4	0.3																																															
血糖・脂質	113	7.5	112	8.8																																															
血圧・脂質	64	4.3	65	5.1																																															
血糖・血圧・脂質	521	34.8	434	34.0																																															
高血圧	127	8.5	114	8.9																																															
糖尿病	444	29.6	448	35.1																																															
脂質異常症	41	2.7	40	3.1																																															
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	38	2.5	30	2.4																																															
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	3	0.2	0	0.0																																															
腎不全	99	6.6	70	5.5																																															
貧血	284	18.9	230	18.0																																															
喫煙	130	8.9	135	10.8																																															
週3回以上朝食を抜く	252	17.1	217	17.3																																															
週3回以上食後間食	266	18.1	180	14.3																																															
週3回以上就寝前夕食	411	27.9	347	27.6																																															
食べる速度が遅い	444	30.2	384	30.7																																															
20歳時体重から10kg以上増加	884	60.1	807	64.3																																															
1日1時間以上運動習慣なし	613	41.7	539	43.1																																															
睡眠不足	309	21.0	272	21.7																																															
毎日飲酒	283	19.0	264	20.8																																															
時々飲酒	350	23.5	280	22.1																																															
1合未満	434	57.7	329	53.6																																															
1~2合	209	27.8	186	30.3																																															
2~3合	78	10.4	73	11.9																																															
3合以上	31	4.1	26	4.2																																															
6	⑧	生活習慣の 状況	服薬	521	34.8	434	34.0																																												
			糖尿病	127	8.5	114	8.9																																												
			脂質異常症	444	29.6	448	35.1																																												
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	41	2.7	40	3.1																																												
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	38	2.5	30	2.4																																												
			腎不全	3	0.2	0	0.0																																												
			貧血	99	6.6	70	5.5																																												
			喫煙	284	18.9	230	18.0																																												
			週3回以上朝食を抜く	130	8.9	135	10.8																																												
			週3回以上食後間食	252	17.1	217	17.3																																												
			週3回以上就寝前夕食	266	18.1	180	14.3																																												
			食べる速度が遅い	411	27.9	347	27.6																																												
			20歳時体重から10kg以上増加	444	30.2	384	30.7																																												
			1日1時間以上運動習慣なし	884	60.1	807	64.3																																												
睡眠不足	613	41.7	539	43.1																																															
毎日飲酒	309	21.0	272	21.7																																															
時々飲酒	283	19.0	264	20.8																																															
1合未満	350	23.5	280	22.1																																															
1~2合	434	57.7	329	53.6																																															
2~3合	209	27.8	186	30.3																																															
3合以上	78	10.4	73	11.9																																															
7	⑨	生活習慣の 状況	酒内1位 同規模1位	70.5	70.1	70.1	道内2位 同規模2位																																												
			特定保健指導終了者(実施率)	108	80.6	132	101.5																																												
			非肥満高血糖	119	7.9	115	9.0																																												
			メタボ	225	15.0	213	16.7																																												
			該当者	148	22.8	136	24.5																																												
			男性	77	9.1	77	10.7																																												
			女性	147	9.8	121	9.5																																												
			予備群	102	15.7	80	14.4																																												
			男性	45	5.3	41	5.7																																												
			女性	428	28.6	362	28.4																																												
			腹囲	289	44.5	234	42.1																																												
			男性	139	16.4	128	17.8																																												
			女性	111	7.4	76	6.0																																												
			BMI	16	2.5	17	3.1																																												
男性	95	11.2	59	8.2																																															
女性	10	0.7	4	0.3																																															
血糖のみ	86	5.7	87	6.8																																															
血圧のみ	51	3.4	30	2.4																																															
脂質のみ	32	2.1	32	2.5																																															
血糖・血圧	16	1.1	4	0.3																																															
血糖・脂質	113	7.5	112	8.8																																															
血圧・脂質	64	4.3	65	5.1																																															
血糖・血圧・脂質	521	34.8	434	34.0																																															
高血圧	127	8.5	114	8.9																																															
糖尿病	444	29.6	448	35.1																																															
脂質異常症	41	2.7	40	3.1																																															
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	38	2.5	30	2.4																																															
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	3	0.2	0	0.0																																															
腎不全	99	6.6	70	5.5																																															
貧血	284	18.9	230	18.0																																															
喫煙	130	8.9	135	10.8																																															
週3回以上朝食を抜く	252	17.1	217	17.3																																															
週3回以上食後間食	266	18.1	180	14.3																																															
週3回以上就寝前夕食	411	27.9	347	27.6																																															
食べる速度が遅い	444	30.2	384	30.7																																															
20歳時体重から10kg以上増加	884	60.1	807	64.3																																															
1日1時間以上運動習慣なし	613	41.7	539	43.1																																															
睡眠不足	309	21.0	272	21.7																																															
毎日飲酒	283	19.0	264	20.8																																															
時々飲酒	350	23.5	280	22.1																																															
1合未満	434	57.7	329	53.6																																															
1~2合	209	27.8	186	30.3																																															
2~3合	78	10.4	73	11.9																																															
3合以上	31	4.1	26	4.2																																															

上富良野町国民健康保険  
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
第3期特定健診等実施計画

平成30～35年度

平成30年3月