

豊丘村第 2 期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 豊丘村

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	24
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第5章 地域包括ケアに係る取組	44
第6章 計画の評価・見直し	45
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付け

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

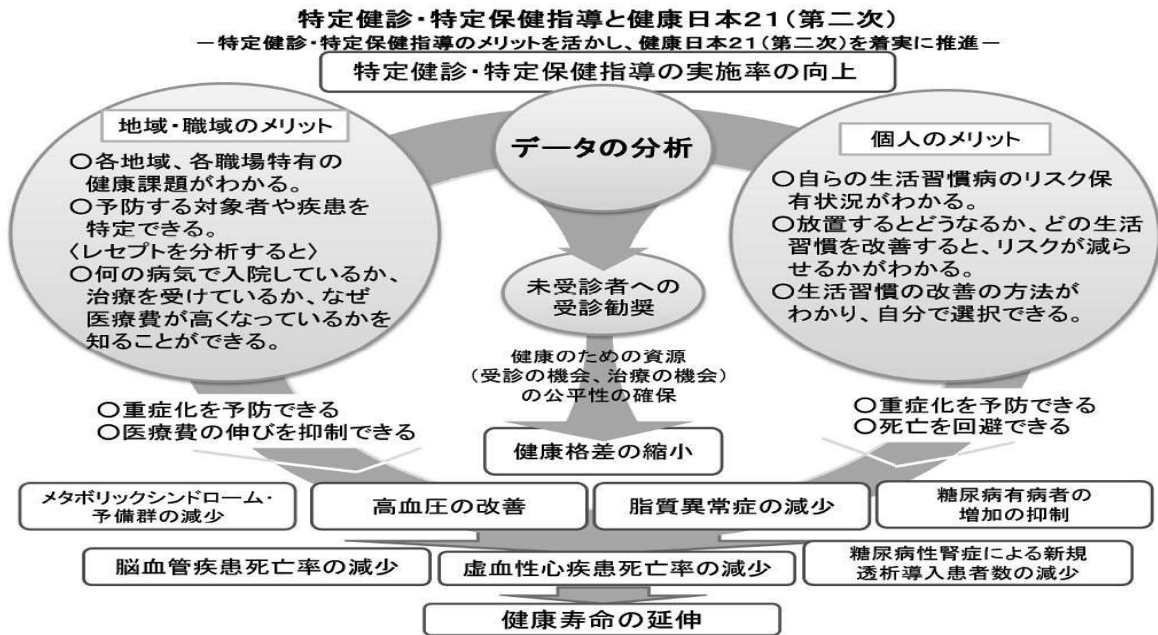
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年9月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年9月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年9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 健康局 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 健康局 平成29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 健康局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	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、生活習慣病の予防や重症化予防を主眼とし、社会生活を営むための必要な健康の維持及び向上を目的とし、その結果、社会生活が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防を進め、糖尿病等を予防することができ、国民生活を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を防止し、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を策定することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の予防や重症化を目的として、メタボリックシンドロームを第一目標とし、生活習慣を改善するための特定健康増進を必要とするものも、的確に抽出するために不可欠である。	生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び重症予防の取組みについて、医療者がその支援の中心となり、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、重症化防止または重症化防止となることへの予防は、要介護状態等の軽減もしくは重症化の防止を理念としている。	国民生活の維持・継続を目的として、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないようしていくとともに、医療にかつ適切な医療を効果的に提供することを目指す。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療機関が連携し、医療にかつ適切な医療を効果的に提供することを目指す。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青少年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層(18～29歳)世代、小児期からの生活習慣づき	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※93項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②合併症 糖尿病性腎症による年間透析導入患者数 ③糖尿病患者の割合 ④血球コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病合併症 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高血圧に該当者数 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な科と量の受診をとする ⑪日常生活における歩数 ⑫運動量(歩数)の割合 ⑬個人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診実施率 ②特定保健指導実施率	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(特定健診の実施率等を含む) 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)健康診査等の実施率 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	①医療費適正化の取組 外発 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疾患・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度)分】を減額し、保険料率決定				保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携

図 1

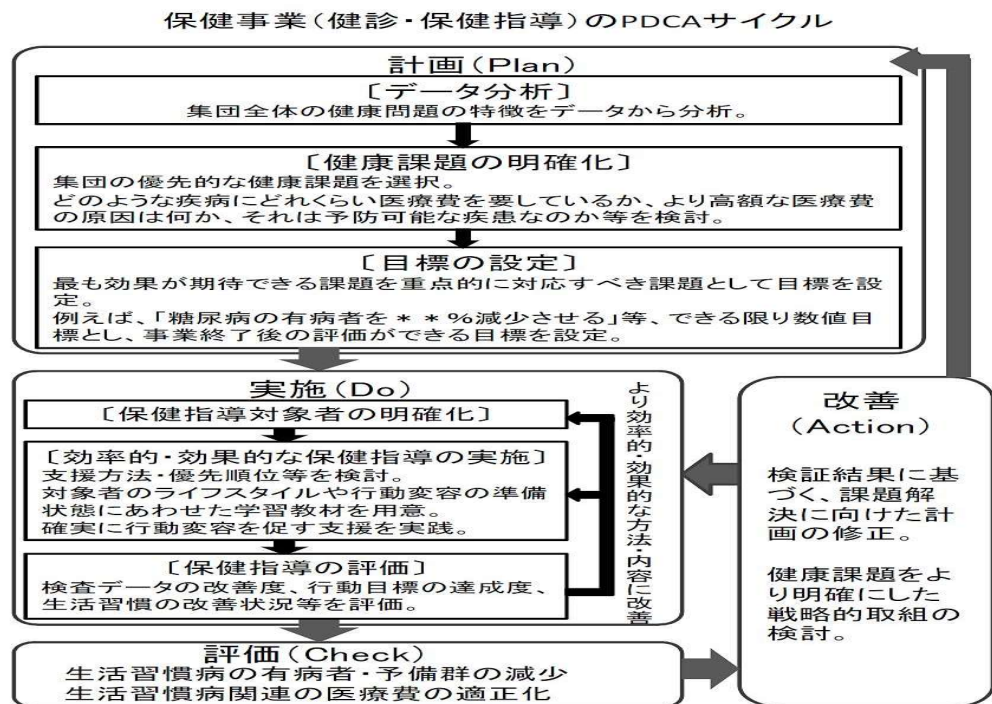
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

図 3

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度まで（2018年度～2023年度まで）を次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度（2018年度～2023年度）の6年間とする。

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部署の役割

豊丘村においては、健康福祉課保健衛生係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署が関わっている。介護保険係、福祉係とも連携し、村一体となって計画策定を進めていく。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

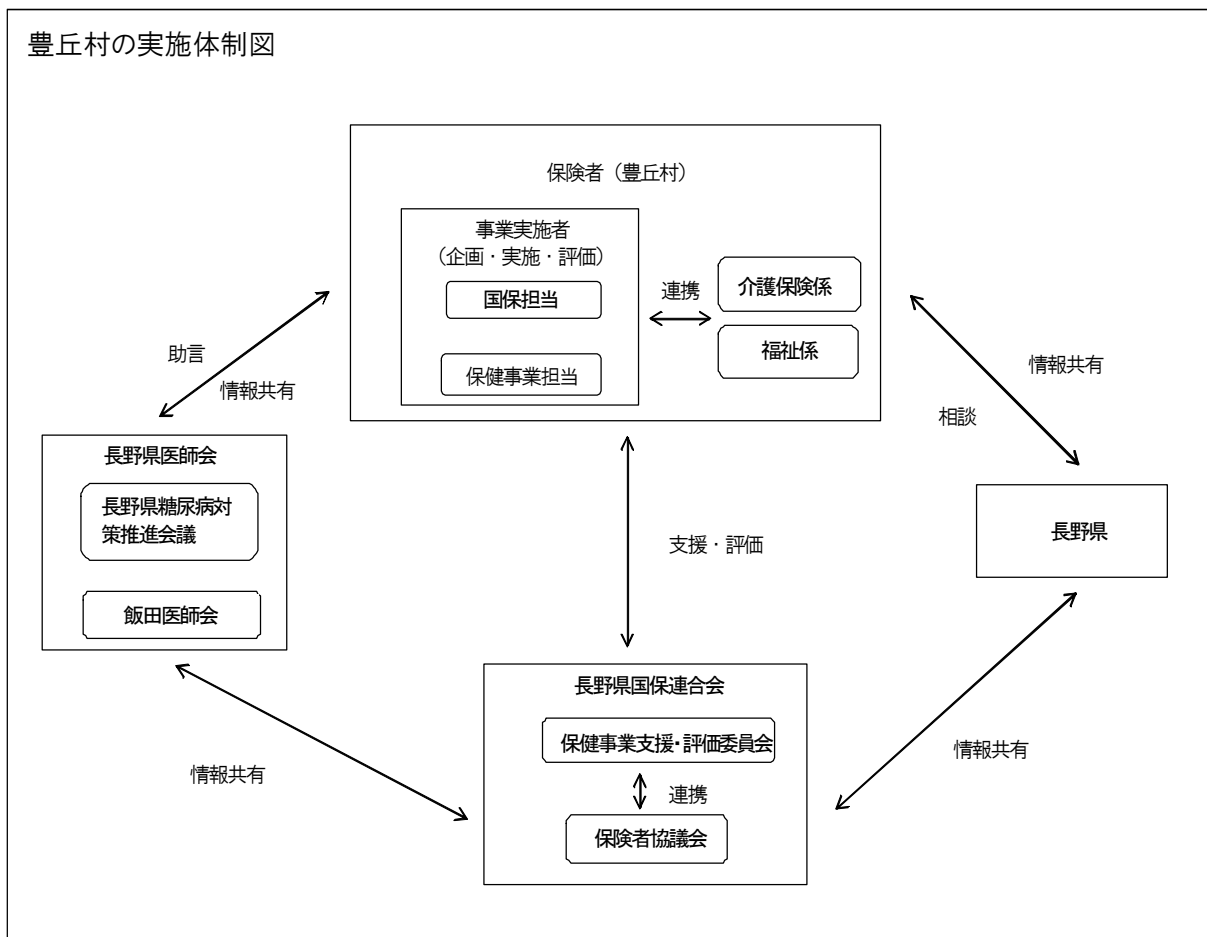
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28配点	H29配点	H30配点	H30(参考)
総点数(満点)		345	580	850	850
交付額(円)		947,000	1,635,000		
総得点(体制構築加点含む)		262			
全国順位(1,741市町村中)		94			
共通①	特手員健診受診率	20			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)健診の実施	0			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通⑥	後発医薬品の促進	15			35
	後発医薬品の使用割合				40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者旧称の取組の実施状況	7			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化（参考資料1）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死亡の状況では脳血管疾患・腎不全による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は低下、40～64歳の2号認定率は横ばいであるが、介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める外来費用の割合は減少、入院費用の割合が増加し、1人当たり医療費も増加していることがわかった。1件当たりの在院日数も伸びており、重症化していると推測できる。特定健診受診率は上昇しているが、健診有無別1人当たり点数は、健診受診者では減少している一方、健診未受診者では増加しているため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への未受診者対策の取組は重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

介護給付費の変化について、28年度の全体の介護給付費は減少しているが、1件当たり介護給付費は増加している。居宅サービス、施設サービスともに1件当たりの給付費が増加していることがわかった。

【図表6】

年度	豊丘村				同規模		
	介護給付費	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	6億9,355万円	57,835	37,958	280,684	71,886	41,181	279,469
H28年度	6億7,636万円	66,650	39,270	281,304	70,593	40,986	275,281

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると豊丘村は入院費用の伸び率が増加していることがわかった。

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				村	同規模			村	同規模			村	同規模
総医療費(円)	H25年度	3億5,187万				9,652万				2億5,534万			
	H28年度	3億5,642万	455万	1.3%	-0.9%	1億2,525万	2,873万	29.8%	-0.6%	2億3,117万	△2,417万	-9.5%	-1.0%
1人当たり医療費(円)	H25年度	17,215				4,722				12,492			
	H28年度	19,112	1,897	11.0%	7.7%	6,716	1,994	42.2%	7.7%	12,396	△96	-0.8%	7.2%

*KDB の一人当たり医療費は、月平均額での表示

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期的目標疾患をみると慢性腎不全（透析有）と虚血性心疾患に係る医療費の割合は減少しているものの、脳血管疾患に係る費用の割合が増加していることがわかった。短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用の割合については、いずれも県、国と比較すると高くなっている。

また、中長期・短期目標疾患の総医療費は減少しているが、全体の医療費に占める割合は県、国と比較すると高いことがわかる。

【図表 8】

	総医療費	1人当たり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症							
			同規模	県内							慢性腎不全(透析有)					慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血
H25	豊丘村	351,866,230	17,215	241位	73位	6.17%	0.03%	0.89%	1.48%	6.76%	9.29%	4.95%	104,071,830	29.58%	17.02%	7.10%	8.90%
H28		356,421,320	19,112	236位	70位	4.47%	0.25%	3.56%	0.87%	6.79%	6.34%	4.72%	96,256,630	27.01%	12.73%	6.59%	10.35%
H28	長野県	159,625,419,870	24,014	--	--	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④ 中長期的な疾患（図表 9）

全体では、虚血性心疾患と人工透析の割合はほぼ横ばいであるが、脳血管疾患は増加している。

虚血性心疾患は 64 歳以下の若い年代では増加し、65 歳以上では 25%以上が脳血管疾患を合併している。

3 疾患とも、基礎疾患として 70%以上の高率で高血圧があり、虚血性心疾患と脳血管疾患では脂質異常症も高率となっている。また、人工透析者の半数以上に糖尿病と脳血管疾患がある。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標							
			被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,703	39	2.3%	10	25.6%	0	0.0%	31	79.5%	15	38.5%	27	69.2%		
	64歳以下	1,162	5	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	4	80.0%	1	20.0%	5	100.0%		
	65歳以上	541	34	6.3%	10	29.4%	0	0.0%	27	79.4%	14	41.2%	22	64.7%		
H28	全体	1,602	38	2.4%	9	23.7%	0	0.0%	32	84.2%	12	31.6%	28	73.7%		
	64歳以下	957	7	0.7%	1	14.3%	0	0.0%	5	71.4%	2	28.6%	4	57.1%		
	65歳以上	645	31	4.8%	8	25.8%	0	0.0%	27	87.1%	10	32.3%	24	77.4%		

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標							
			被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,703	84	4.9%	10	11.9%	2	2.4%	68	81.0%	34	40.5%	54	64.3%		
	64歳以下	1,162	22	1.9%	0	0.0%	2	9.1%	18	81.8%	6	27.3%	11	50.0%		
	65歳以上	541	62	11.5%	10	16.1%	0	0.0%	50	80.6%	28	45.2%	43	69.4%		
H28	全体	1,602	97	6.1%	9	9.3%	1	1.0%	70	72.2%	35	36.1%	66	68.0%		
	64歳以下	957	17	1.8%	1	5.9%	1	5.9%	13	76.5%	5	29.4%	10	58.8%		
	65歳以上	645	80	12.4%	8	10.0%	0	0.0%	57	71.3%	30	37.5%	56	70.0%		

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,703	4	0.2%	2	50.0%	0	0.0%	4	100.0%	2	50.0%	0	0.0%
	64歳以下	1,162	4	0.3%	2	50.0%	0	0.0%	4	100.0%	2	50.0%	0	0.0%
	65歳以上	541	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	1,602	2	0.1%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%
	64歳以下	957	2	0.2%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	1	50.0%
	65歳以上	645	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)(図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである疾患の治療状況を見ると、糖尿病、高血圧、脂質異常症とも治療者割合は大きな変化はないが、脳血管疾患が増加していることから重症化していると考えられる。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,703	148	8.7%	12	8.1%	115	77.7%	89	60.1%	15	10.1%	34	23.0%	2	1.4%	44	29.7%	
	64歳以下	1,162	50	4.3%	3	6.0%	40	80.0%	22	44.0%	1	2.0%	6	12.0%	2	4.0%	12	24.0%	
	65歳以上	541	98	18.1%	9	9.2%	75	76.5%	67	68.4%	14	14.3%	28	28.6%	0	0.0%	32	32.7%	
H28	全体	1,602	130	8.1%	11	8.5%	95	73.1%	75	57.7%	12	9.2%	35	26.9%	2	1.5%	47	36.2%	
	64歳以下	957	35	3.7%	2	5.7%	22	62.9%	15	42.9%	2	5.7%	5	14.3%	2	5.7%	13	37.1%	
	65歳以上	645	95	14.7%	9	9.5%	73	76.8%	60	63.2%	10	10.5%	30	31.6%	0	0.0%	34	35.8%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中・長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,703	341	20.0%	115	33.7%	189	55.4%	31	9.1%	68	19.9%	4	1.2%	
	64歳以下	1,162	122	10.5%	40	32.8%	59	48.4%	4	3.3%	18	14.8%	4	3.3%	
	65歳以上	541	219	40.5%	75	34.2%	130	59.4%	27	12.3%	50	22.8%	0	0.0%	
H28	全体	1,602	318	19.9%	95	29.9%	177	55.7%	32	10.1%	70	22.0%	2	0.6%	
	64歳以下	957	86	9.0%	22	25.6%	40	46.5%	5	5.8%	13	15.1%	2	2.3%	
	65歳以上	645	232	36.0%	73	31.5%	137	59.1%	27	11.6%	57	24.6%	0	0.0%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中・長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,703	258	15.1%	89	34.5%	189	73.3%	27	10.5%	54	20.9%	0	0.0%	
	64歳以下	1,162	90	7.7%	22	24.4%	59	65.6%	5	5.6%	11	12.2%	0	0.0%	
	65歳以上	541	168	31.1%	67	39.9%	130	77.4%	22	13.1%	43	25.6%	0	0.0%	
H28	全体	1,602	252	15.7%	75	29.8%	177	70.2%	28	11.1%	66	26.2%	1	0.4%	
	64歳以下	957	70	7.3%	15	21.4%	40	57.1%	4	5.7%	10	14.3%	1	1.4%	
	65歳以上	645	182	28.2%	60	33.0%	137	75.3%	24	13.2%	56	30.8%	0	0.0%	

② 生活習慣病リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに中性脂肪、HDL-C、尿酸の有所見者割合が増加している。メタボリックシンドローム予備群・該当者は女性では減少傾向にあるのに対し、男性では割合が増加し、中でもメタボリックシンドローム 3 項目該当者が増加していることから、重症化していると考えられる。特に 40～64 歳の男性は健診結果においても、BMI、腹囲、中性脂肪、HDL-C といった内臓脂肪の蓄積に関わる項目で有所見者割合が増加している。

【図表 11】

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

性別	年齢	健診受診者		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン												
				25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上												
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合										
男性	合計	308	57.1%	62	20.1%	119	38.6%	50	16.2%	38	12.3%	21	6.8%	86	27.9%	157	51.0%	45	14.6%	144	46.8%	98	31.8%	133	43.2%	7	2.3%
	H25 40-64	140	49.8%	26	18.5%	49	35.0%	25	17.9%	20	14.3%	8	5.7%	36	25.7%	60	42.9%	24	17.1%	52	37.1%	44	31.4%	78	55.7%	2	1.4%
	65-74	168	62.8%	36	21.4%	70	41.7%	25	14.9%	18	10.7%	13	7.7%	50	29.8%	97	57.7%	21	12.5%	92	54.8%	54	32.1%	55	32.7%	5	3.0%
女性	合計	312	61.1%	71	22.8%	115	36.9%	78	25.0%	40	12.8%	32	10.3%	96	30.8%	147	47.1%	53	17.0%	128	41.0%	82	26.3%	131	42.0%	10	3.2%
	H25 40-64	107	51.9%	28	26.2%	41	38.3%	33	30.8%	16	15.0%	15	14.0%	25	23.4%	42	39.3%	25	23.4%	40	37.4%	34	31.8%	55	51.4%	5	4.7%
	65-74	205	67.2%	43	21.0%	74	36.1%	45	22.0%	24	11.7%	17	8.3%	71	34.6%	105	51.2%	28	13.7%	88	42.9%	48	23.4%	76	37.1%	5	2.4%

性別	年齢	健診受診者		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン												
				25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上												
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合										
女性	合計	352	63.0%	59	16.8%	43	12.2%	33	9.4%	18	5.1%	7	2.0%	66	18.8%	211	59.9%	4	1.1%	108	30.7%	47	13.4%	196	55.7%	3	0.9%
	H25 40-64	162	59.6%	26	16.0%	18	11.1%	17	10.5%	8	4.9%	3	1.9%	24	14.8%	86	53.1%	2	1.2%	43	26.5%	23	14.2%	93	57.4%	0	0.0%
	65-74	190	66.2%	33	17.4%	25	13.2%	16	8.4%	10	5.3%	4	2.1%	42	22.1%	125	65.8%	2	1.1%	65	34.2%	24	12.6%	103	54.2%	2	1.1%
H28	合計	359	67.2%	56	15.6%	39	10.9%	43	12.0%	28	7.8%	11	3.1%	72	20.1%	198	55.2%	11	3.1%	113	31.5%	53	14.8%	211	58.8%	2	0.6%
	40-64	141	63.9%	18	12.8%	15	10.6%	18	12.8%	10	7.1%	5	3.5%	20	14.2%	71	50.4%	3	2.1%	36	25.5%	22	15.6%	84	60.0%	1	0.7%
	65-74	218	69.4%	38	17.4%	24	11.0%	25	11.5%	18	8.3%	6	2.8%	52	23.9%	127	58.3%	8	3.7%	77	35.3%	31	14.2%	127	58.3%	1	0.5%

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者														
						高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て											
		人数	割合	人数	割合								人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
男性	合計	308	57.1%	11	3.6%	49	15.9%	4	1.3%	36	11.7%	9	2.9%	59	19.2%	10	3.2%	2	0.6%	34	11.0%	13	4.2%
	H25 40-64	140	49.8%	9	6.5%	18	12.9%	2	1.4%	11	7.9%	5	3.6%	22	15.8%	5	3.6%	0	0.0%	14	10.1%	3	2.2%
	65-74	168	62.8%	2	1.2%	31	18.3%	2	1.2%	25	14.8%	4	2.4%	37	21.9%	5	3.0%	2	1.2%	20	11.8%	10	5.9%
女性	合計	312	61.1%	13	4.2%	34	10.9%	5	1.6%	17	5.4%	12	3.8%	68	21.8%	7	2.2%	3	1.0%	37	11.9%	21	6.7%
	H25 40-64	107	51.9%	4	3.7%	15	14.0%	1	0.9%	5	4.7%	9	8.4%	22	20.6%	3	2.8%	1	0.9%	14	13.1%	4	3.7%
	65-74	205	67.2%	9	4.4%	19	9.3%	4	2.0%	12	5.9%	3	1.5%	46	22.4%	4	2.0%	2	1.0%	23	11.2%	17	8.3%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者														
						高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て											
		人数	割合	人数	割合								人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
女性	合計	352	63.0%	7	2.0%	16	4.5%	0	0.0%	11	3.1%	5	1.4%	20	5.7%	3	0.9%	1	0.3%	8	2.3%	8	2.3%
	H25 40-64	162	59.6%	2	1.2%	8	4.9%	0	0.0%	5	3.1%	3	1.9%	8	4.9%	3	1.9%	1	0.6%	3	1.9%	1	0.6%
	65-74	190	66.2%	5	2.6%	8	4.2%	0	0.0%	6	3.2%	2	1.1%	12	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.6%	7	3.7%
H28	合計	359	67.2%	6	1.7%	15	4.2%	0	0.0%	10	2.8%	5	1.4%	18	5.0%	4	1.1%	2	0.6%	6	1.7%	6	1.7%
	40-64	141	63.9%	2	1.4%	7	5.0%	0	0.0%	5	3.6%	2	1.4%	6	4.3%	2	1.4%	1	0.7%	2	1.4%	1	0.7%
	65-74	218	69.4%	4	1.8%	8	3.7%	0	0.0%	5	2.3%	3	1.4%	12	5.5%	2	0.9%	1	0.5%	4	1.8%	5	2.3%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率、特定保健指導率ともに増加している。

受診勧奨者の医療機関受診率が同規模と比較して低く、重症化予防のためには、受診勧奨の取組も必要である。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			医療受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診者	
								豊丘村	同規模平均
H25年度	1,099	660	60.1%	14位	75	50	66.7%	42.4%	50.8%
H28年度	1,043	650	62.3%	8位	63	46	73.0%	42.0%	51.6%

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の増加を抑制することを重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、虚血性心疾患・慢性腎臓病に係る医療費や患者割合は減少したが、脳血管疾患に係る医療費や患者割合は増加した。これら3疾患共通のリスクとしては、高血圧が高率であり、高血圧と脳血管疾患が課題となっている。また、入院医療費の伸びが大きく、1件当たりの介護給付費が増加していることから、重症化している可能性も考えられる。その背景として、必要な治療を行っているか、治療開始後継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。加えて、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診が重要であり、特定健診受診率向上は今後も取り組むべき重要な課題である。

メタボリックシンドローム予備群・該当者は、女性は減少しているのに対し、男性は増している。特に40～64歳男性では、健診データでも内臓脂肪の蓄積に関係する項目の有所見割合が増加している。内臓脂肪の減少には、生活習慣の改善が欠かせないことから、健診後の保健指導を確実に実施していくことが必要である。

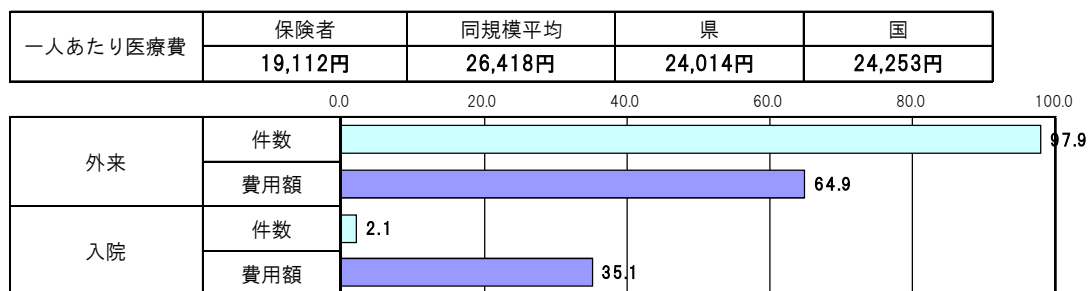
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

豊丘村では入院件数は 2.1%で、費用額全体の 35.1%を占めている。重症化予防は入院を減らしていくことにつながり、費用対効果の面からも効率がよいと考えられる。

【図表 13】



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

高額になる疾患のうち生活習慣病が 8 件で、うち 7 件が脳血管疾患である。

また、脳血管疾患や虚血性心疾患を持つ人の基礎疾患として、高血圧、脂質異常症が高率である。この高血圧、脂質異常症に加えて糖尿病の 3 疾患が重なっている対象者を明確にして、重症化予防に取り組む必要がある。

【図表 14】

厚労省様式	対象レセプト (28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	47件	7件 14.9%	1件 2.1%	--
		費用額	6168万円	676万円 11.0%	118万円 1.9%	--
様式2-1	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	19件	0件 0.0%	0件 0.0%	--
		費用額	745万円	--	--	--
様式2-2	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	40件	30件 75.0%	0件 0.0%	28件 70.0%
		費用額	1742万円	1313万円 75.4%	--	1255万円 72.0%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	552人	97人 17.6%	38人 6.9%	47人 8.5%
		基礎疾患の重なり	高血圧	70人 72.2%	32人 84.2%	28人 59.6%
			糖尿病	35人 36.1%	12人 31.6%	47人 100%
			脂質異常症	66人 68.0%	28人 73.7%	28人 59.6%
		高血圧症	318人 57.6%	130人 23.6%	252人 45.7%	62人 11.2%
		糖尿病	130人 23.6%	252人 45.7%	62人 11.2%	

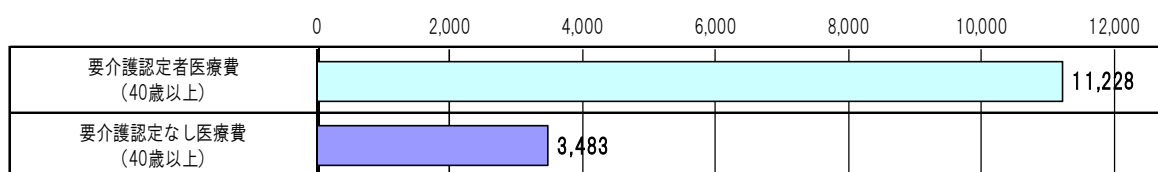
(3) 介護保険認定者の状況 (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、74歳以下の全ての認定者が血管に関わる疾患を有しており、筋・骨格疾患の有病率を上回っている。特に2号認定者では脳血管疾患を有する割合が高く、介護度も3人中2人が介護度3以上と重症である。また、要介護認定者の医療費は、要介護認定なしの者より1人当たり7,745円高くなっている。

血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが、介護予防にもつながる。

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数	2,176人		815人		1,241人		2,056人		4,232人			
認定者数	3人		21人		329人		350人		353人				
認定率	0.14%		2.6%		26.5%		17.0%		8.3%				
新規認定者数 (*1)	0人		23人		0人		23人		23人				
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	6	28.6%	52	15.8%	58	16.6%	58	16.4%		
	要介護1・2	1	33.3%	8	38.1%	127	38.6%	135	38.6%	136	38.5%		
	要介護3～5	2	66.7%	7	33.3%	150	45.6%	157	44.9%	159	45.0%		
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数 (全体)		20		162		1,000		1,162		1,182		
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	件数	19	脳卒中	63	脳卒中	551	脳卒中	614	脳卒中	633
				割合	95.0%	38.9%	55.1%	52.8%	53.6%				
			2 虚血性心疾患	1	虚血性心疾患	27	虚血性心疾患	347	虚血性心疾患	374	虚血性心疾患	375	
		割合	5.0%	16.7%	34.7%	32.2%	31.7%						
		3 腎不全	0	腎不全	8	腎不全	146	腎不全	154	腎不全	154		
		割合	0.0%	4.9%	14.6%	13.3%	13.0%						
		基礎疾患 (*2)	糖尿病	件数	0	糖尿病	68	糖尿病	242	糖尿病	310	糖尿病	310
				割合	0.0%	42.0%	24.2%	26.7%	26.2%				
			高血圧	14	高血圧	114	高血圧	824	高血圧	938	高血圧	952	
		割合	70.0%	70.4%	82.4%	80.7%	80.5%						
		脂質異常症	1	脂質異常症	76	脂質異常症	516	脂質異常症	592	脂質異常症	593		
		割合	5.0%	46.9%	51.6%	50.9%	50.2%						
血管疾患合計	合計	20	100.0%	合計	162	合計	964	合計	1,126	合計	1,146		
割合	100.0%	100.0%	96.4%	96.9%	97.0%								
認知症	認知症	0	0.0%	認知症	24	認知症	543	認知症	567	認知症	567		
割合	0.0%	14.8%	54.3%	48.8%	48.0%								
筋・骨格疾患	筋骨格系	8	40.0%	筋骨格系	150	筋骨格系	919	筋骨格系	1,069	筋骨格系	1,077		
割合	40.0%	92.6%	91.9%	92.0%	91.1%								



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

豊丘村においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者は少ないが、健診では空腹時血糖が高い者の割合が高く、非肥満高血糖が多いといえる。

メタボリックシンドローム予備群は、全体では高血圧を合併している割合が多く、男性では脂質異常症を合併している割合も多い。メタボリックシンドローム該当者の男性では、3項目全てを合併している割合が女性と比較して高く、男性の方がより重症化していると考えられる。

【図表 16】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (H28 年度) (厚生労働省様式 6-2~6-7)

男性	健診受診者		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HLD-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
			25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国				29.5%		48.4%		28.3%		20.0%		9.1%		26.5%		50.3%		12.5%		49.4%		23.9%		48.9%		1.5%	
県				26.9%		44.9%		27.5%		18.9%		9.0%		27.9%		57.3%		15.9%		44.1%		25.1%		48.2%		1.3%	
豊丘村	合計	312	61.1%	71	22.8%	115	36.9%	78	25.0%	40	12.8%	32	10.3%	96	30.8%	147	47.1%	53	17.0%	128	41.0%	82	26.3%	131	42.0%	10	3.2%
	40-64	107	51.9%	28	26.2%	41	38.3%	33	30.8%	16	15.0%	15	14.0%	25	23.4%	42	39.3%	25	23.4%	40	37.4%	34	31.8%	55	51.4%	5	4.7%
	65-74	205	67.2%	43	21.0%	74	36.1%	45	22.0%	24	11.7%	17	8.3%	71	34.6%	105	51.2%	28	13.7%	88	42.9%	48	23.4%	76	37.1%	5	2.4%

女性	健診受診者		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HLD-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
			25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国				20.3%		17.2%		16.4%		8.6%		2.0%		15.7%		49.9%		1.5%		42.7%		14.4%		58.9%		0.2%	
県				18.9%		15.1%		16.5%		7.8%		2.3%		15.9%		59.0%		1.7%		38.6%		15.2%		57.9%		0.2%	
豊丘村	合計	358	67.2%	56	15.6%	39	10.9%	43	12.0%	28	7.8%	11	3.1%	72	20.1%	198	55.3%	11	3.1%	113	31.6%	53	14.8%	211	58.9%	2	0.6%
	40-64	140	63.9%	20	14.3%	15	10.7%	18	12.9%	10	7.1%	5	3.6%	20	14.3%	71	50.7%	3	2.1%	36	25.7%	22	15.7%	84	60.0%	1	0.7%
	65-74	218	69.4%	36	16.5%	24	11.0%	25	11.5%	18	8.3%	6	2.8%	52	23.9%	127	58.3%	8	3.7%	77	35.3%	31	14.2%	127	58.3%	1	0.5%

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (H28 年度) (厚生労働省様式 6-8)

【図表 17】

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者																
			高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て									
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
全国						17.2%										27.5%								
県						15.5%										25.1%								
豊丘村	合計	312	61.1%	13	4.2%	34	10.9%	5	1.6%	17	5.4%	12	3.8%	68	21.8%	7	2.2%	3	1.0%	37	11.9%	21	6.7%	
	40-64	107	51.9%	4	3.7%	15	14.0%	1	0.9%	5	4.7%	9	8.4%	22	20.6%	3	2.8%	1	0.9%	14	13.1%	4	3.7%	
	65-74	205	67.2%	9	4.4%	19	9.3%	4	2.0%	12	5.9%	3	1.5%	46	22.4%	4	2.0%	2	1.0%	23	11.2%	17	8.3%	

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群			該当者																
			高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て									
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
全国						5.8%										9.5%								
県						4.9%										8.5%								
豊丘村	合計	358	67.2%	6	1.7%	15	4.2%	0	0.0%	10	2.8%	5	1.4%	18	5.0%	4	1.1%	2	0.6%	6	1.7%	6	1.7%	
	40-64	140	63.9%	2	1.4%	7	5.0%	0	0.0%	5	3.6%	2	1.4%	6	4.3%	2	1.4%	1	0.7%	2	1.4%	1	0.7%	
	65-74	218	69.4%	4	1.8%	8	3.7%	0	0.0%	5	2.3%	3	1.4%	12	5.5%	2	0.9%	1	0.5%	4	1.8%	5	2.3%	

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

治療なしの者の状況は、3疾患とも継続受診者と新規受診者で受診勧奨レベル以上の割合に大きな差はない。治療中の状況では、受診勧奨レベル以上の割合が、糖尿病と高血圧では継続受診者の方が新規受診者より高く、脂質異常症では新規受診者の方が継続受診者より高くなっている。継続受診を勧めるとともに、治療中の者のコントロール状況の把握、保健指導が必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



* 継続受診者 : H27・H28 とともに健診受診した者、新規受診者 : H27 に健診受診がなく H28 健診受診した者

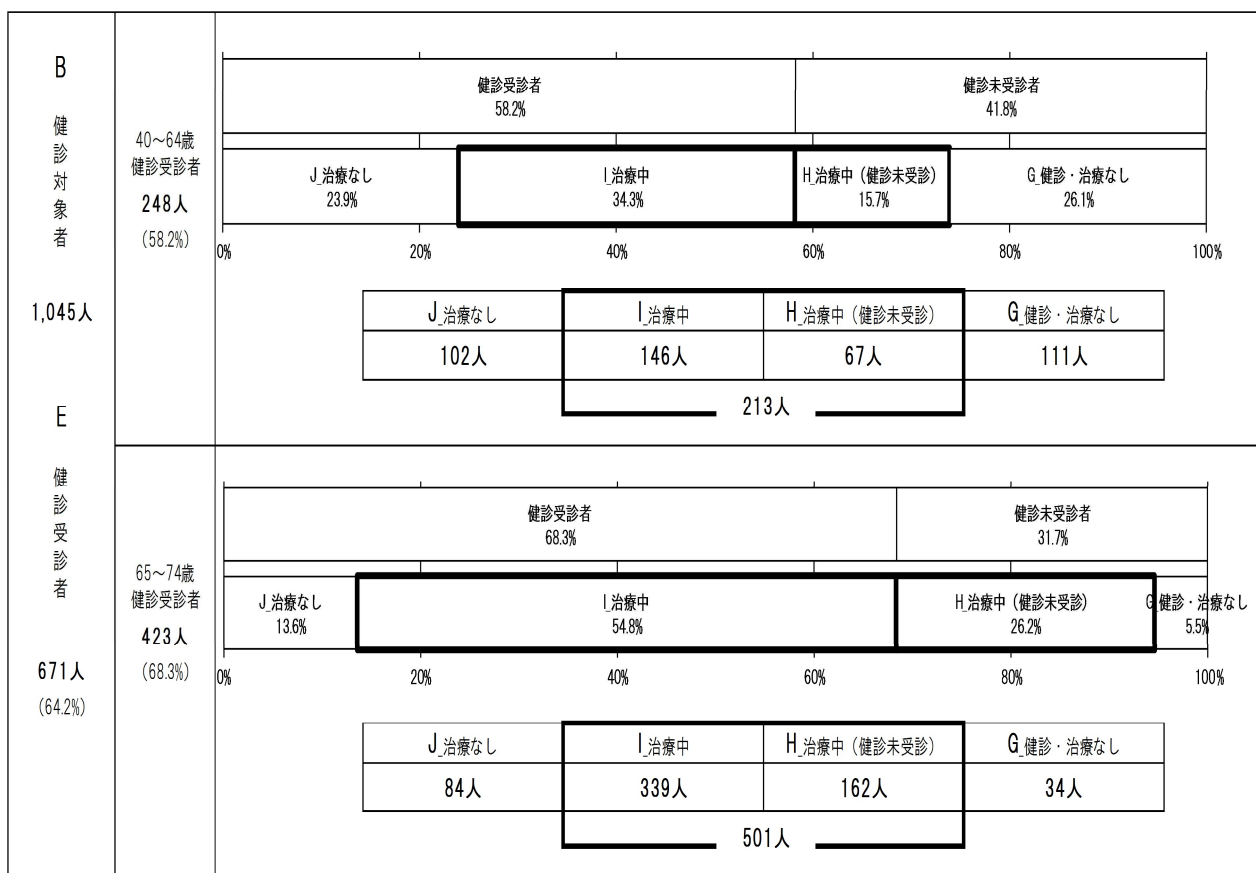
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない者が40～64歳の若い年代で割合が26.1%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状況である。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病医療費を比較すると、健診未受診者の1人当たり医療費健診受診者より11,816円高く、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

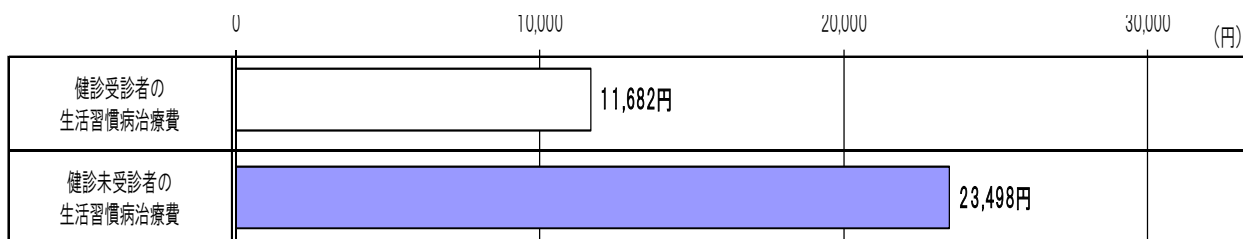
生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

【図表 19】

健診未受診者の状況 (厚生労働省様式 6-10)



特定健診の受診有無と生活習慣病治療費の比較



3) 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

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

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

② 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、毎年、血圧・血糖・脂質等の検査結果を改善していくこととする。

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

また、治療中の者のデータをみると、治療中でもデータが改善していない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームがあげられる。これらは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。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)」と第6章「計画の評価・見直し」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	65%	65%	65%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1,050人	1,050人	1,050人	1,040人	1,040人	1,040人
	受診者数	683人	683人	683人	676人	676人	676人
特定保健指導	対象者数	68人	68人	68人	67人	67人	67人
	実施者数	55人	55人	55人	54人	54人	54人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。集団健診については佐久総合病院健康管理センターと、個別健診については飯田医師会と委託契約を行う。

- ① 集団健診(豊丘村保健センター)
- ② 個別健診(飯田医師会健診実施医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 実施機関

①集団健診：佐久総合病院健康管理センター

②個別健診：飯田医師会健診実施医療機関

(4) 特定健診実施項目

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

(実施基準第1条4項)

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(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、医療機関へ十分な説明を実施する。

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

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長野県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診希望の有無に関わらず、受診券と受診案内を送付する。健診実施スケジュールは図表22参照。

【図表 22】

4月	受診勧奨、受診券送付	個別健診	人間ドック補助
5月			
6月	集団健診		
7月	↓		
8月			
9月			
10月			
11月			
12月	集団健診未受診者健診		
1月	↓		
2月			
3月		↓	↓

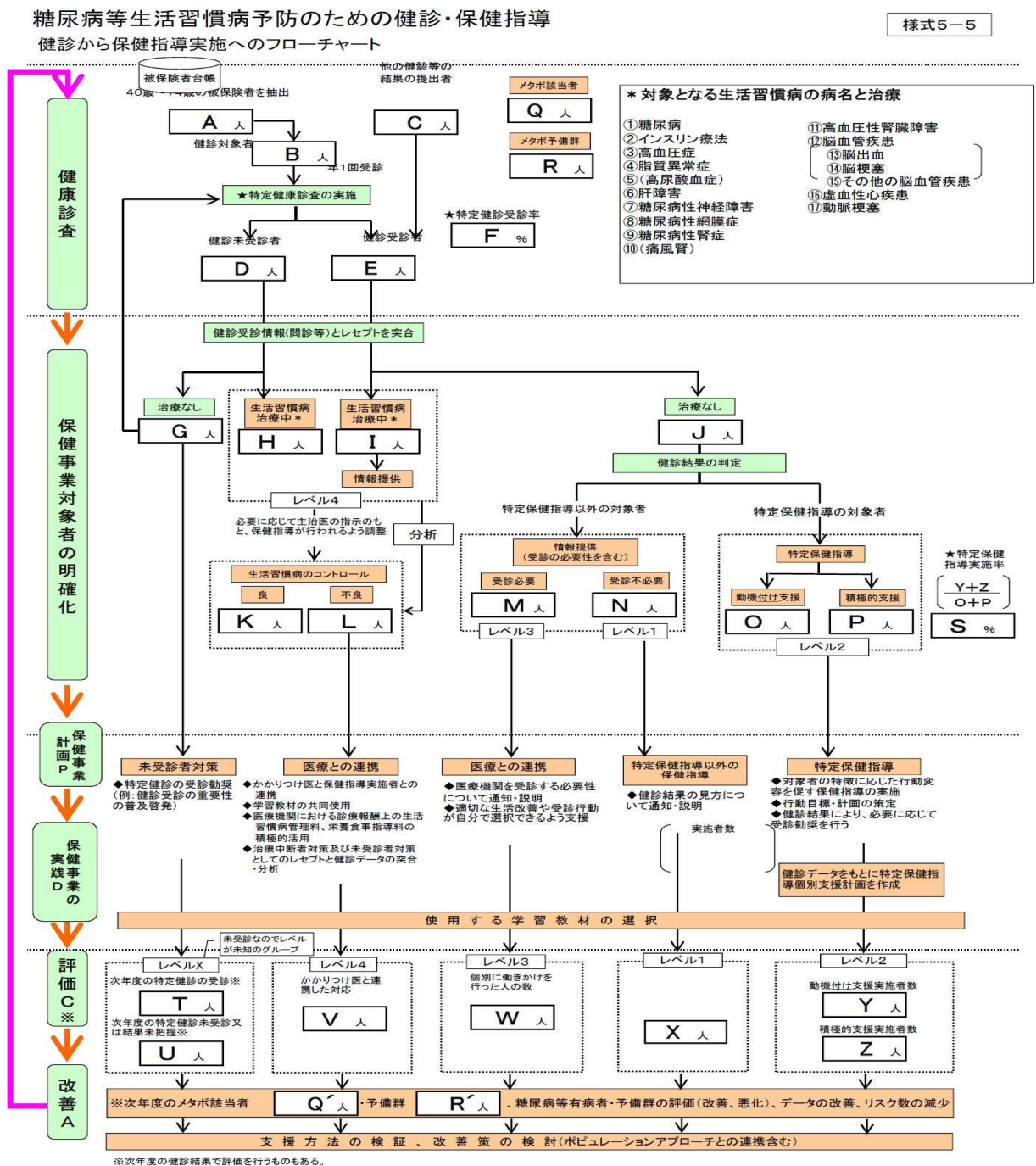
5. 特定保健指導の実施

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 24)

【図表 24】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者に対する割合)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	65人 (9.6%)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	130人 (19.1%)	90%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の必要性の普及啓発等)	370人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	145人 (21.3%)	%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	340人 (50.0%)	%

さらに、健診結果一覧表から個々のリスク（特に HbA1c・血糖、血圧、LDL、eGFR、尿蛋白の有無等）を評価し、必要な保健指導を実施する。

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践計画

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、毎年の保健計画で年間実施スケジュールを作成し、実施する。

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、豊丘村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

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

II 重症化予防の取組

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）及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては長野県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用する。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類

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

糖尿病性腎症病期分類は尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

豊丘村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者・治療中断者は 23 人(32.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 128 人中のうち、特定健診受診者が 48 人(37.5%・G)、特定健診未受診者 80 人(62.5%・I)であった。この 80 人についてはデータが不明なため、コントロール状態が分からない。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

また、治療中であってもコントロール不良である者に対しては、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より豊丘村においての介入方法を以下のとおりとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)
- ・糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病治療者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

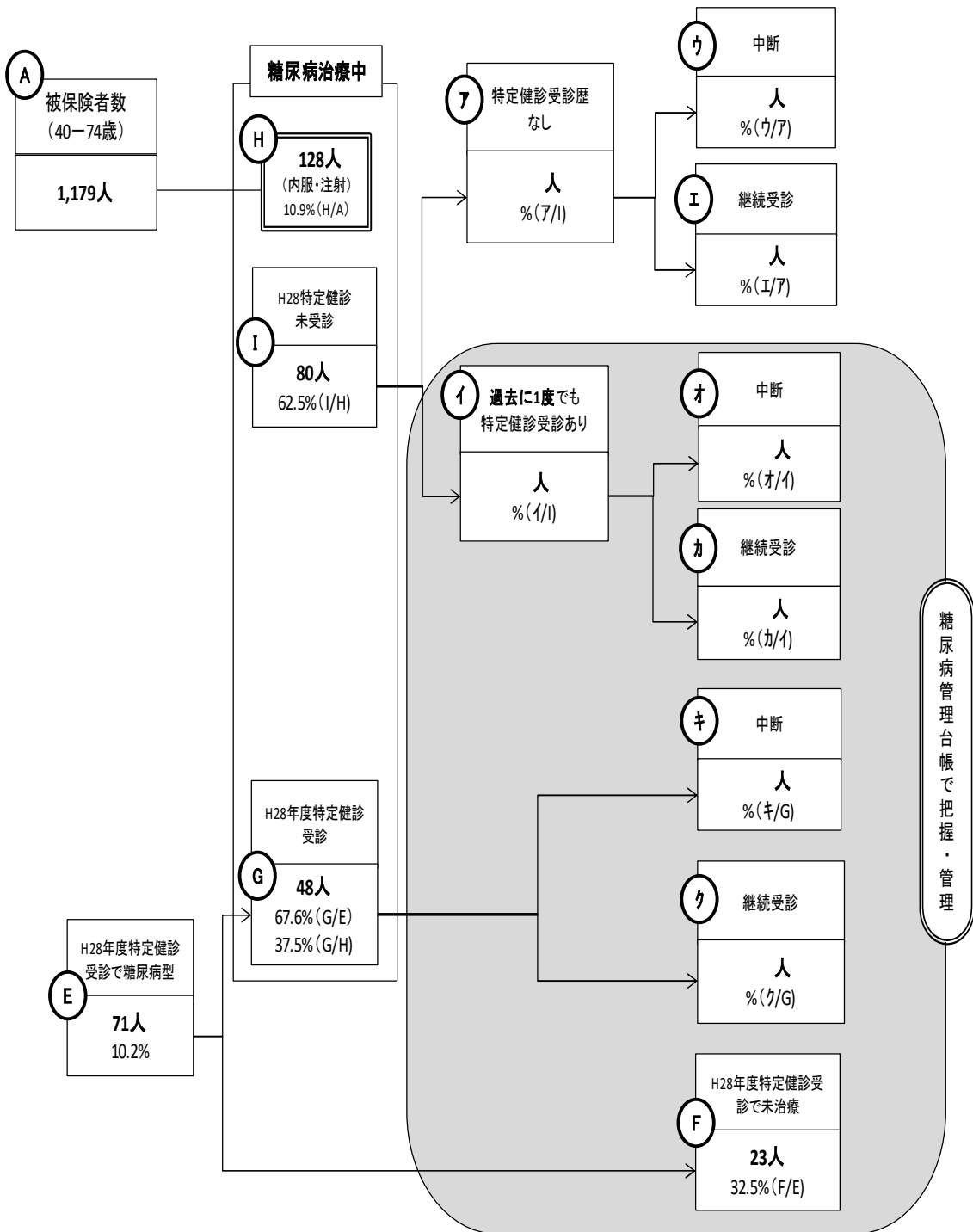
優先順位 3

【保健指導】

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

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表（参考資料 4）で行う。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

*当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 国保被保険者であるか確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータ等と比較し介入対象者を確認する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・・・・○人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・・・○人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。豊丘村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<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;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアソリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

7月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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

豊丘村において健診受診者 673 人のうち心電図検査実施者は 611 人 (90.7%) であり、そのうち虚血の所見があったのは 47 人であった (図表 30)。虚血所見あり要精検であっても、医療機関未受診の者もいる。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また、要精検には該当しないが虚血所見を有する者へは、心電図における虚血の所見とはどのような状態であるのかについて、健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

豊丘村では集団健診において、全数に心電図検査を実施している。今後も異常の早期発見と重症化予防のために、全数への心電図検査実施の継続が必要である。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者 (a)	心電図検査 (b)							
		虚血所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)			
	人	人	(b/a)%	人	(c/d)%	人	(d/b)%	人	(e/b)%
平成28年度	673	611	90.7	47	7.7	170	27.8	394	64.5

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に実施する「詳細な健診」の項目である。心電図検査以外からは、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。

【図表 32】

	受診者	心電図検査実施				実施なし	
		虚血変化	その他変化	異常なし			
	673	611 90.7%	47 7.7%	170 27.8%	394 64.5%	62	
メタボ該当者	82 12.2%	70 85.4%	7 10.0%	22 31.4%	41 58.6%	12	
メタボ予備群	52 7.7%	48 92.3%	3 6.3%	11 22.9%	34 70.8%	4	
メタボなし	539 80.1%	493 91.5%	37 7.5%	137 27.8%	319 64.7%	46	
LDL-C	140-159	89 16.5%	81 91.0%	6 7.4%	22 27.2%	53 65.4%	8
		26 4.8%	25 96.2%	2 8.0%	4 16.0%	19 76.0%	1
	160-179	9 1.5%	8 88.9%	1 12.5%	1 12.5%	6 75.0%	1

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療を受診する等の早期対応が重症化予防につながる。

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017) によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載する。

また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

7月～ 特定健診結果が届き次第、対象者を抽出し介入（通年）

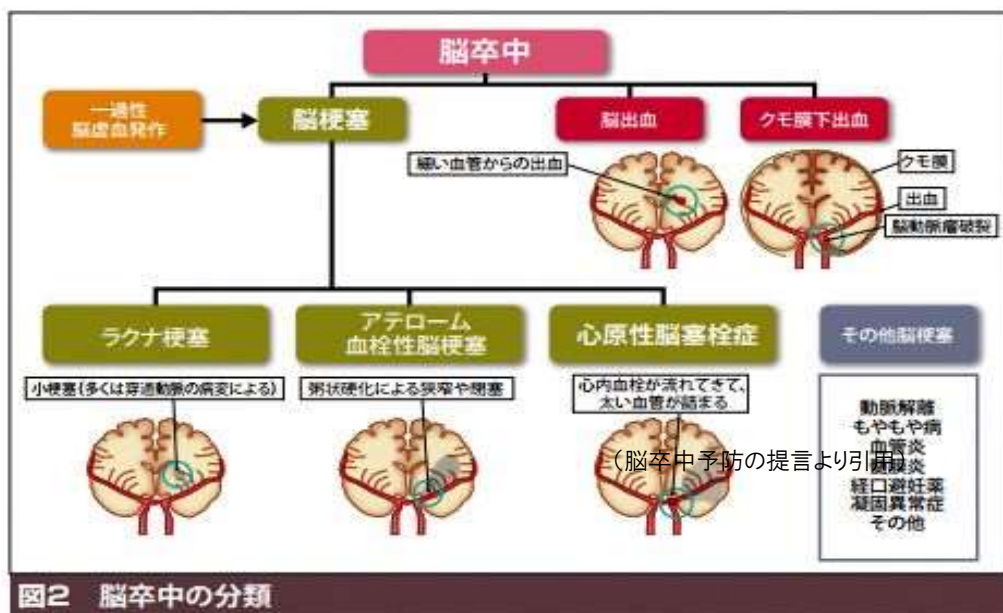
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34・35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						0	0						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				0	0						
	心原性脳梗塞	●			●			0	0						
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		高血圧Ⅱ度以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白 (2+) 以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 673人		21	3.1%	25	3.7%	13	1.9%	4	1.0%	84	12.5%	7	1.0%	29	4.3%
臓 器 障 害 あ り の う ち	治療なし	9	2.0%	16	2.6%	13	2.5%	4	1.0%	21	5.5%	2	0.5%	8	2.2%
	治療あり	12	5.5%	9	20.0%	0		0		63	21.7%	5	1.7%	21	7.4%
	臓器障害あり	4	44.4%	8	50.0%	2	15.4%	4	100%	8	38.1%	2	100%	8	100%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD (専門医対象)	0		2		0		0		2		2		8	
	尿蛋白 (2+) 以上	0		1		0		0		1		2		0	
	尿蛋白 (+) 以上 and 尿潜血 (+) 以上	0		1		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0		0		0		0		1		0		8	
	心電図所見あり	4		7		2		4		8		1		3	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が21人(3.1%)であり、9人は未治療者であった。また未治療のうち4人(44.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も12人(5.5%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

特定健診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg)		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	456	175	123	84	65	7	2	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
		38.4%	27.0%	18.4%	14.3%	1.5%	0.4%	5	27	42
リスク第1層	70	39	16	10	5	0	0	5	0	0
		15.4%	22.3%	13.0%	11.9%	7.7%	0.0%	0.0%	100%	0.0%
リスク第2層	226	87	61	44	27	6	1	--	27	7
		49.6%	49.7%	49.6%	52.4%	41.5%	85.7%	50.0%	100.0%	16.7%
リスク第3層	160	49	46	30	33	1	1	--	--	35
		35.1%	28.0%	37.4%	35.7%	50.8%	14.3%	50.0%	--	83.3%
再掲 重複あり	糖尿病	34	6	13	5	10	0	0		
		21.3%	12.2%	28.3%	16.7%	30.3%	0.0%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	102	37	29	16	19	1	0		
	63.8%	75.5%	63.0%	53.3%	57.6%	100.0%	0.0%			
3個以上の危険因子	51	13	12	14	11	0	1			
		31.9%	26.5%	26.1%	46.7%	33.3%	0.0%	100.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。未治療者であり、高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

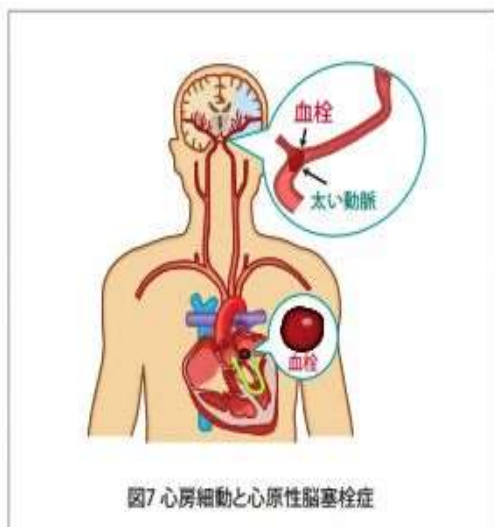


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況（H28）

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				*日循疫学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	311	362	4	1.3	0		-	-
40～49歳	30	25	0	0	0		0.2	0.04
50～59歳	31	49	1	3.2	0		0.8	0.1
60～69歳	162	196	2	1.2	0		1.9	0.4
70～74歳	88	92	1	1.1	0		3.4	1.1

*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

*日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
4	2	50.0%	2	50.0%

心電図検査において4人に心房細動の所見があった。所見があったのは全て男性で、50歳代においては日本循環器学会疫学調査と比較して有所見率が高いことがわかった。有所見者4人のうち2人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診において心電図検査を受けることで発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも今後も、心電図検査の全数実施の継続が必要である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 には、

- 「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」
- 「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」
- 「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」

とあることから、対象者へは二次健診においてこれらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

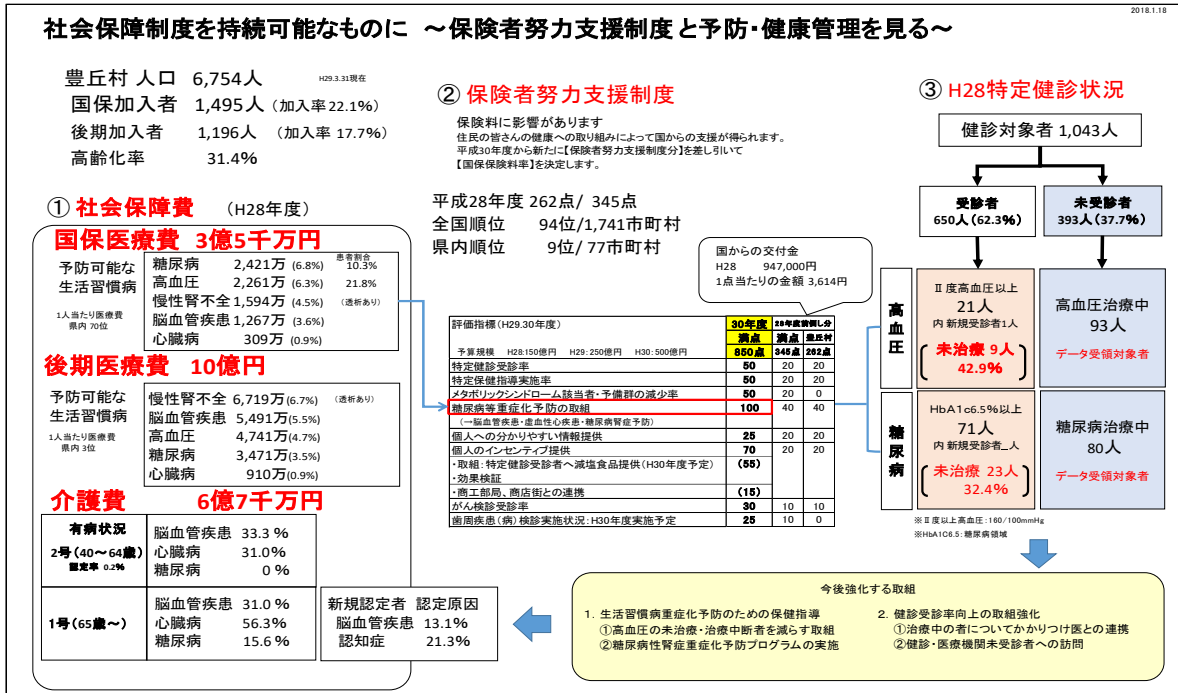
7) 実施期間及びスケジュール

7 月～ 特定健診結果が届き次第、対象者を抽出し介入（通年）

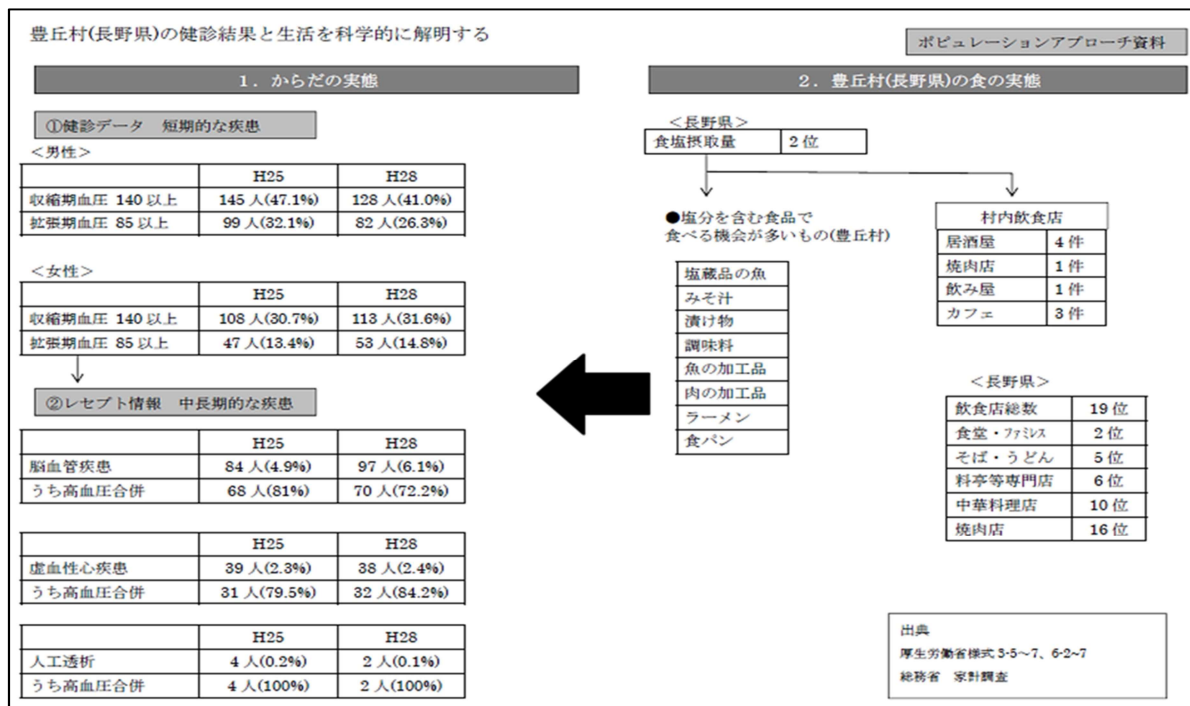
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化が医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態、またその背景にある地域特性や社会環境等について広く村民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(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うち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少と村民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

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

高齢期は個人差の大きい年代であるため、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村民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度（2020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（2023年度）においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

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

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

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画等	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標項目	目標値	現状評価						現状値の把握方法		
					初期値	H29	H30	H31	H32	H33		H34	最終評価値
特定健診等計画	・脳血管疾患の増加 ・中長期的疾患の基礎疾患として高血圧が高率にある ・中長期・短期目標疾患の総医療費に占める割合が、県・国と比較して高い	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化を予防する 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定健診受診率	65%以上	62.3%								特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率	80%以上	73.0%								
データヘルス計画	・脳血管疾患の増加 ・中長期的疾患の基礎疾患として高血圧が高率にある ・中長期・短期目標疾患の総医療費に占める割合が、県・国と比較して高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率	25%以上	24.7%								KDBシステム
			脳血管疾患の総医療費に占める割合	3.0%未満	3.56%								
保険者努力支援制度	・65歳未満の死亡のうちがんによる死亡の割合が高い	がんの早期発見、早期治療	虚血性心疾患の総医療費に占める割合	1.5%未満	0.87%								特定健診データ
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合	0%	0%								
データヘルス計画			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	20%未満	20.6%								特定健診データ
			健診受診者の高血圧者の割合 (160/100以上)	3.0%未満	3.1%								
			健診受診者の脂質異常者の割合 (LDL180以上)	2.0%未満	1.9%								
			健診受診者の糖尿病者の割合 (HbA1c6.5以上、治療中7.0以上)	3.5%未満	3.7%								
			糖尿病型のうち未治療者の割合	15%未満	32.4%								
			糖尿病治療者のうちコントロール不良の者の割合	25%未満	37.5%								
			がん検診受診率 胃がん検診	20%	9.3%								
			大腸がん検診	30%	12.2%								
			肺がん検診	30%	11.6%								
			子宮頸がん検診	30%	18.5%								
乳がん検診	30%	20.9%											

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等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。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

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

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた豊丘村の位置

【参考資料1】

項目	H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)													
	豊丘村		豊丘村		同規模平均		県			国												
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合											
1	① 人口構成	総人口	6,726		6,726		1,815,204		2,115,647		124,852,975											
		65歳以上（高齢化率）	2,056	30.6	2,056	30.6	575,561	31.7	567,919	26.8	29,020,766	23.2										
		75歳以上	1,241	18.5	1,241	18.5			303,854	14.4	13,989,864	11.2										
		65～74歳	815	12.1	815	12.1			264,065	12.5	15,030,902	12.0										
		40～64歳	2,176	32.4	2,176	32.4			701,088	33.1	42,411,922	34.0										
	39歳以下	2,494	37.1	2,494	37.1			846,640	40.0	53,420,287	42.8											
	② 産業構成	第1次産業	22.3		22.3		18.4		9.8		4.2											
		第2次産業	34.0		34.0		25.5		29.5		25.2											
		第3次産業	43.7		43.7		56.1		60.7		70.6											
	③ 平均寿命	男性	80.2		80.2		79.4		80.9		79.6											
		女性	87.0		87.0		86.4		87.2		86.4											
	④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.2		65.7		65.2											
		女性	67.0		67.0		66.7		67.2		66.8											
	2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	88.0		83.4		104.8		90.3		100										
がん			20		39.2		19		36.5		6,817		45.1		6,285		44.7		367,905		49.6	
心臓病			18		35.3		17		32.7		4,392		29.1		3,777		26.9		196,768		26.5	
脳疾患			10		19.6		11		21.2		2,661		17.6		2,908		20.7		114,122		15.4	
糖尿病			1		2.0		0		0.0		274		1.8		270		1.9		13,658		1.8	
腎不全			2		3.9		3		5.8		548		3.6		370		2.6		24,763		3.3	
自殺			0		0.0		2		3.8		409		2.7		436		3.1		24,294		3.3	
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)			合計	2		9																
男性		2		5																		
女性		0		4																		
3		① 介護保険	1号認定者数（認定率）	384	18.6	350	17.6	114,707	20.1	111,407	19.7	5,882,340	21.2									
			新規認定者	6	0.2	1	0.2	1,910	0.3	1,767	0.3	105,654	0.3									
		② 有病状況	2号認定者	3	0.2	3	0.2	2,325	0.4	2,068	0.3	151,745	0.4									
	糖尿病		56	13.8	57	15.6	25,164	21.2	23,893	20.7	1,343,240	21.9										
	高血圧症		195	49.5	169	46.4	64,630	54.6	62,178	54.1	3,085,109	50.5										
	脂質異常症		96	24.7	88	24.3	31,788	26.7	30,991	26.7	1,733,323	28.2										
	心臓病		230	59.3	204	56.3	73,217	61.9	71,297	62.0	3,511,354	57.5										
	脳疾患		117	32.0	111	31.0	33,089	28.2	32,970	28.8	1,530,506	25.3										
	がん		35	9.0	33	8.8	11,629	9.7	12,090	10.4	629,053	10.1										
	筋・骨格	203	51.1	179	50.5	63,583	53.7	61,653	53.6	3,051,816	49.9											
	精神	140	32.2	141	39.7	43,915	37.0	42,035	36.4	2,141,880	34.9											
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	57,835		66,650		70,593		58,537		58,349												
	居宅サービス	37,958		39,270		40,986		38,583		39,683												
	施設サービス	280,684		281,304		275,281		272,582		281,115												
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	10,982		11,228		8,458		7,746		7,980												
	認定あり	3,066		3,483		4,123		3,668		3,822												
4	① 国保の状況	被保険者数	1,694		1,519		493,770		540,824		32,587,223											
		65～74歳	574	33.9	653	43.0			229,559	42.4	12,462,053	38.2										
		40～64歳	636	37.5	485	31.9			176,386	32.6	10,946,693	33.6										
		39歳以下	484	28.6	381	25.1			134,879	24.9	9,178,477	28.2										
	加入率	25.2		22.6		27.8		25.6		26.9												
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	144	0.3	131	0.2	8,255	0.3										
		診療所数	2	1.2	3	2.0	1,108	2.2	1,561	2.9	96,727	3.0										
		病床数	0	0.0	0	0.0	15,468	31.3	24,190	44.7	1,524,378	46.8										
		医師数	3	1.8	3	2.0	1,575	3.2	4,786	8.8	299,792	9.2										
		外来患者数	600.7		634.1		658.5		668.8		668.3											
		入院患者数	9.9		13.7		22.6		17.7		18.2											
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	17,215		19,112		26,418		24,014		24,253											
		県内73位 同規模235位		県内70位 同規模236位																		
受診率		610.616		647.81		681.134		686.476		686.501												
外 費用の割合		72.6		64.9		56.6		60.9		60.1												
来 件数の割合		98.4		97.9		96.7		97.4		97.4												
入 費用の割合		27.4		35.1		43.4		39.1		39.9												
院 件数の割合	1.6		2.1		3.3		2.6		2.6													
1件あたり在院日数	11.4日		12.1日		16.3日		15.1日		15.6日													
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費資源病名 (顕著含む)	がん	59,790,010	27.0	45,383,890	22.3	24.1	24.8	25.6														
	慢性腎不全 (透析あり)	21,700,260	9.8	15,942,350	7.8	9.1	9.5	9.7														
	糖尿病	23,811,080	10.7	24,215,660	11.9	10.2	10.0	9.7														
	高血圧症	32,757,130	14.8	22,611,850	11.1	9.2	8.8	8.6														
	精神	25,040,140	11.3	23,499,140	11.6	17.5	17.7	16.9														
	筋・骨格	31,536,760	14.2	36,883,190	18.2	16.1	15.7	15.2														

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	477,659	68位	(8)	443,634	68位	(9)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	591,307	41位	(15)	561,636	51位	(11)						
				脂質異常症	535,244	40位	(13)	542,277	47位	(10)						
				脳血管疾患	501,725	74位	(23)	515,919	68位	(12)						
				心疾患	696,732	38位	(8)	430,181	73位	(7)						
				腎不全	889,157	11位	(13)	155,543	72位	(2)						
		精神	383,285	68位	(23)	547,558	10位	(23)								
		悪性新生物	594,905	49位	(9)	567,786	59位	(12)								
		県内順位	外来	糖尿病	30,106	61位		31,944	55位							
				高血圧	26,756	51位		25,455	60位							
				脂質異常症	20,948	74位		22,788	70位							
				脳血管疾患	35,297	45位		34,131	46位							
心疾患	26,456			68位		23,258	75位									
腎不全	173,083			40位		127,384	61位									
精神	26,121	63位		27,828	44位											
悪性新生物	55,910	13位		39,320	69位											
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,472			4,026			2,768		2,584		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
			健診未受診者	7,646			8,098			12,339		11,934		12,683		
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,443			11,682			7,719		7,237		5,940		
			健診未受診者	21,274			23,498			34,410		33,421		36,479		
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	312	47.3	312	46.5	81,971	56.9	84,602	53.3	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			医療機関受診率	280	42.4	282	42.0	74,352	51.6	77,778	49.0	3,799,744		51.6		
			医療機関非受診率	32	4.8	30	4.5	7,619	5.3	6,824	4.3	316,786		4.3		
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	健診受診者	660			671			143,970		158,763		7,362,845	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			受診率	60.1	県内9位 同規模14位	62.3	県内8位 同規模8位	41.0	42.2	全国7位	34.0					
			特定保健指導終了者(実施率)	50	66.7	46	73.0	1499	8.1	572	3.3	35,557	4.1			
			非肥満高血糖	61	9.2	73	10.9	14,201	9.9	16,151	10.2	687,157	9.3			
		メタボ	該当者	79	12.0	86	12.8	25,927	18.0	25,333	16.0	1,272,714	17.3			
			男性	59	19.2	68	21.8	18,053	27.1	17,887	25.1	875,805	27.5			
			女性	20	5.7	18	5.0	7,874	10.2	7,446	8.5	396,909	9.5			
			予備群	65	9.8	49	7.3	16,553	11.5	15,393	9.7	790,096	10.7			
		県内順位	男性	49	15.9	34	10.9	11,535	17.3	11,071	15.5	548,609	17.2			
			女性	16	4.5	15	4.2	5,018	6.5	4,322	4.9	241,487	5.8			
		メタボ 該当・ 予備群 レベル	BMI	腹囲	総数	162	24.5	154	23.0	47,928	33.3	46,217	29.1	2,320,533		31.5
					男性	119	38.6	115	36.9	33,271	49.9	32,823	46.0	1,597,371		50.1
				女性	43	12.2	39	10.9	14,657	19.0	13,394	15.3	723,162	17.3		
				総数	28	4.2	25	3.7	8,649	6.0	7,337	4.6	346,181	4.7		
				男性	4	1.3	3	1.0	1,438	2.2	1,273	1.8	55,460	1.7		
				女性	24	6.8	22	6.1	7,211	9.3	6,064	6.9	290,721	7.0		
				血糖のみ	4	0.6	5	0.7	1,116	0.8	1,062	0.7	48,685	0.7		
				血圧のみ	47	7.1	27	4.0	11,683	8.1	10,052	6.3	546,667	7.4		
				脂質のみ	14	2.1	17	2.5	3,754	2.6	4,279	2.7	194,744	2.6		
血糖・血圧	13			2.0	11	1.6	4,665	3.2	3,834	2.4	196,978	2.7				
血糖・脂質	3			0.5	5	0.7	1,419	1.0	1,652	1.0	69,975	1.0				
血圧・脂質	42			6.4	43	6.4	12,004	8.3	12,020	7.6	619,684	8.4				
血糖・血圧・脂質	21			3.2	27	4.0	7,839	5.4	7,827	4.9	386,077	5.2				
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭			服薬	高血圧	208	31.5	220	33.1	51,055	35.5	52,469	33.1	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
					糖尿病	32	4.9	47	7.1	12,000	8.3	11,955	7.5	551,051	7.5	
		脂質異常症	147		22.3	146	22.0	32,128	22.3	36,892	23.2	1,738,149	23.6			
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	22	3.7	17	3.5	4,464	3.2	4,697	3.1	230,777	3.3			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	27	4.5	20	4.1	7,897	5.7	10,003	6.6	391,296	5.5			
			腎不全	3	0.5	2	0.4	1,763	1.3	882	0.6	37,041	0.5			
			貧血	95	16.5	73	15.3	11,617	8.5	11,296	7.5	710,650	10.1			
		喫煙	102	15.5	93	14.0	22,417	15.6	21,320	13.4	1,048,171	14.2				
		週3回以上朝食を抜く	24	4.1	26	5.1	10,140	7.6	8,333	6.2	540,374	8.5				
		週3回以上食後間食	68	11.6	62	12.1	17,461	13.1	15,693	11.3	743,581	11.8				
		週3回以上就寝前夕食	103	17.4	87	16.9	21,902	16.5	20,055	15.0	983,474	15.4				
		食べる速度が遅い	127	21.5	116	22.8	36,107	27.2	33,797	25.3	1,636,988	25.9				
		20歳時体重から10kg以上増加	159	26.9	147	28.4	44,552	33.4	40,560	29.0	2,047,756	32.1				
		1回30分以上運動習慣なし	454	76.8	382	74.2	87,774	65.8	89,671	63.9	3,761,302	58.7				
1日1時間以上運動なし	278	47.0	261	51.0	64,466	48.5	63,966	45.6	2,991,854	46.9						
睡眠不足	125	21.2	113	22.2	31,141	23.6	30,611	21.9	1,584,002	25.0						
毎日飲酒	167	28.2	152	29.3	35,843	26.0	36,779	24.4	1,760,104	25.6						
時々飲酒	147	24.8	125	24.1	29,415	21.3	34,747	23.0	1,514,321	22.0						
⑭	一日飲 酒量	1合未満	201	53.2	150	52.4	55,592	59.9	41,350	54.0	3,118,433	64.1				
		1～2合	132	34.9	103	36.0	24,370	26.3	24,618	32.1	1,158,318	23.8				
		2～3合	39	10.3	31	10.8	9,606	10.4	8,209	10.7	452,785	9.3				
		3合以上	6	1.6	2	0.7	3,225	3.5	2,397	3.1	132,608	2.7				

【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

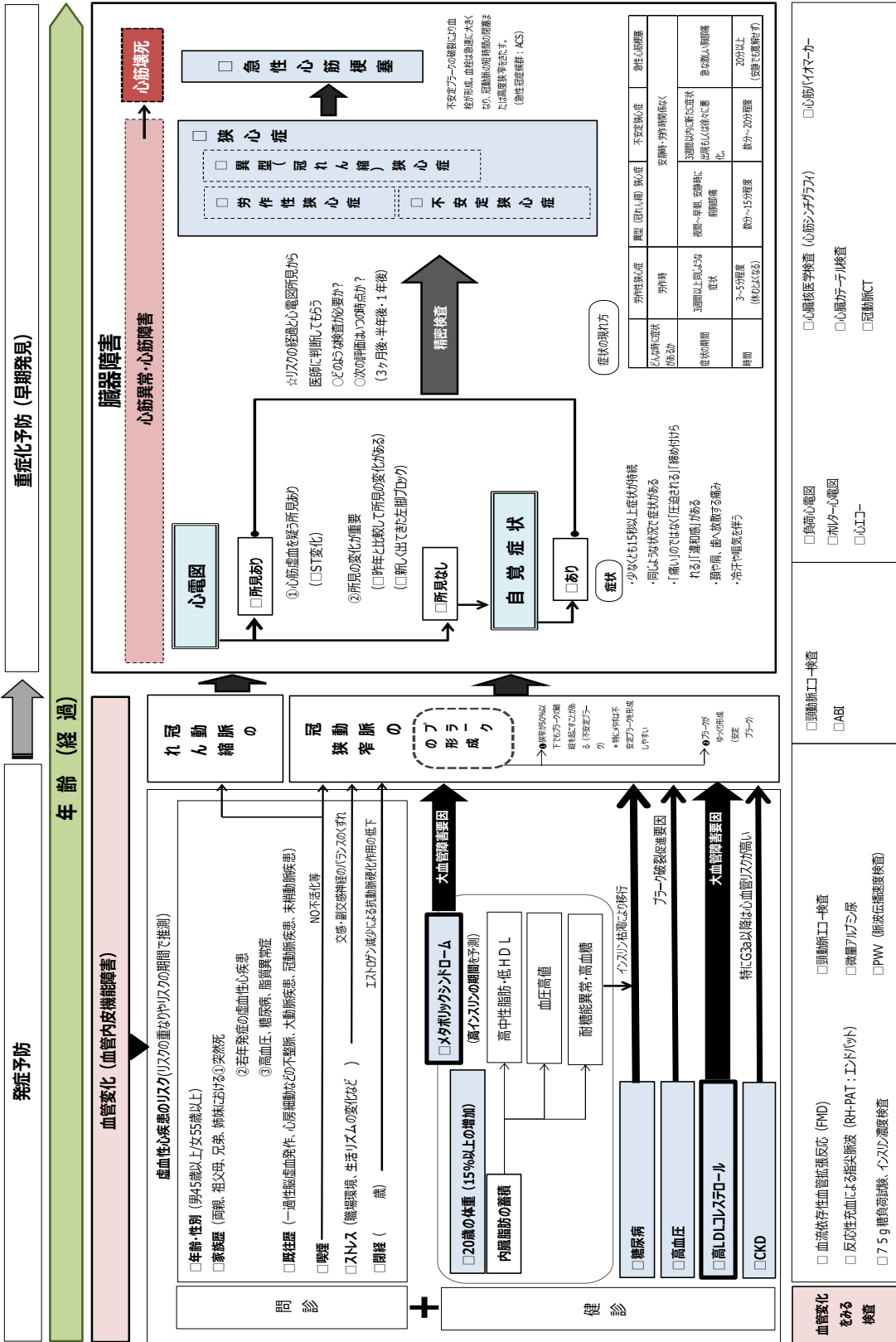
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(㉑+㉒) ()人		
	㉑健診未受診者 ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	結果把握(内訳)		
	①国保(生保) ()人		
	②後期高齢者 ()人		
	③他保険 ()人		
	④住基異動(死亡・転出) ()人		
	⑤確認できず ()人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 <small>*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</small>	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	㉒結果把握 ()人	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
①HbA1cが悪化している ()人 <small>例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している</small> <small>*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</small>	4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続	
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人		栄養士中心	
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人		腎専門医	

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実合表	豊丘村						同規模保険者(平均)		データ基
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	1,603人								KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳									
2	①	対象者数	1,043人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	受診者数	650人								
	③	受診率	62.3%								
3	①	特定保健指導対象者数	63人								
	②	実施率	73.0%								
4	①	糖尿病型	E	71人	10.2%						特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	23人	32.4%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	48人	67.6%						
	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	18人	37.5%						
	⑤	血圧 130/80以上		8人	44.4%						
	⑥	肥満 BMI25以上		10人	55.6%						
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	30人	62.5%						
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	56人	78.9%						
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		9人	12.7%						
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		5人	7.0%						
	⑪	第4期 eGFR30未満		1人	1.4%						
5	①	糖尿病受診率(被保険者千対)	81.1								KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	108.6								
	③	レセプト件数 (40-74歳)	778件	(684.3)					1,227件	(771.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	入院外(件数) (1)内は被保険者千対	4件	(3.5)					9件	(5.4)	
	⑤	糖尿病治療中	H	130人	8.1%						KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳		128人	10.9%						
	⑦	健診未受診者	I	80人	62.5%						
	⑧	インスリン治療	O	11人	8.5%						
	⑨	(再掲)40-74歳		11人	8.6%						
	⑩	糖尿病性腎症	L	47人	36.2%						
	⑪	(再掲)40-74歳		46人	35.9%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.54%						
	⑬	(再掲)40-74歳		2人	1.56%						
	⑭	新規透析患者数		0人	0%						
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		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)		3人	1.4%						KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	総医療費	3億5642万円						6億7140万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費	2億0312万円						3億8059万円		
	③	(総医療費に占める割合)	57.0%						56.7%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		11,682円				7,719円		
	⑤		健診未受診者		23,498円				34,410円		
	⑥	糖尿病医療費	2422万円						3883万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.9%						10.2%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費	5766万円								
	⑨	1件あたり	31,944円								
	⑩	糖尿病入院総医療費	2041万円								
	⑪	1件あたり	443,634円								
	⑫	在院日数	9日								
	⑬	慢性腎不全医療費	1683万円						3707万円		
	⑭	透析有り	1594万円						3467万円		
	⑮	透析なし	89万円						240万円		
7	①	介護給付費	6億7637万円						7億5091万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%								
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%						1人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料 6】

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2017改訂版、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン、エビデンスに基づいた虚血性心疾患の診断ガイドライン、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン、エビデンスに基づいた虚血性心疾患の診断ガイドライン、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン、エビデンスに基づいた虚血性心疾患の診断ガイドライン、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン、エビデンスに基づいた虚血性心疾患の診断ガイドライン

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況		対象者				
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者				
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		⑥ 発症予防対象者				
判定	正常	軽度		重度	追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲			男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9		25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹		～149	150～299	300～	
		食後		～199	200～		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149		150～169	170～		
	<input type="checkbox"/> AST	～30		31～50	51～		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹		～99	100～125	126～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後		～139	140～199	200～	
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～		<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ~					
<input type="checkbox"/> C K D重症度分類		G3aA1~					
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0		12	24			

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

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

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	H26年度 番号	基本情報				治療の状況			随筆の有無		毎年度確認すること											
		行政区	担当	氏名	年齢性別	医師 氏名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	随筆 病名	随筆 診療日	H26年度			H27年度			H28年度					
											随筆 診療日	随筆 心電図 判定	随筆 治療 状況	随筆 内服薬 備考	随筆 診療日	随筆 心電図 判定	随筆 治療 状況	随筆 内服薬 備考	随筆 診療日	随筆 心電図 判定	随筆 治療 状況	随筆 内服薬 備考