

# 山ノ内町第二期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成30年3月



山ノ内町  
YAMANOUCI TOWN

自然と湯ったり・・・やまのうち

# 山ノ内町第二期保健事業実施計画(データヘルス計画) 目次

<b>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</b> .....	<b>1</b>
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	
<b>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</b> .....	<b>7</b>
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	
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b> .....	<b>19</b>
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	
<b>第4章 保健事業の内容</b> .....	<b>26</b>
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	
<b>第5章 地域包括ケアに係る取組</b> .....	<b>47</b>
<b>第6章 計画の評価・見直し</b> .....	<b>48</b>
<b>第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b> .....	<b>50</b>
<b>参考資料</b> .....	<b>51</b>

# 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)(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。

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

## 2. 計画の位置付け (図表 1・2・3)

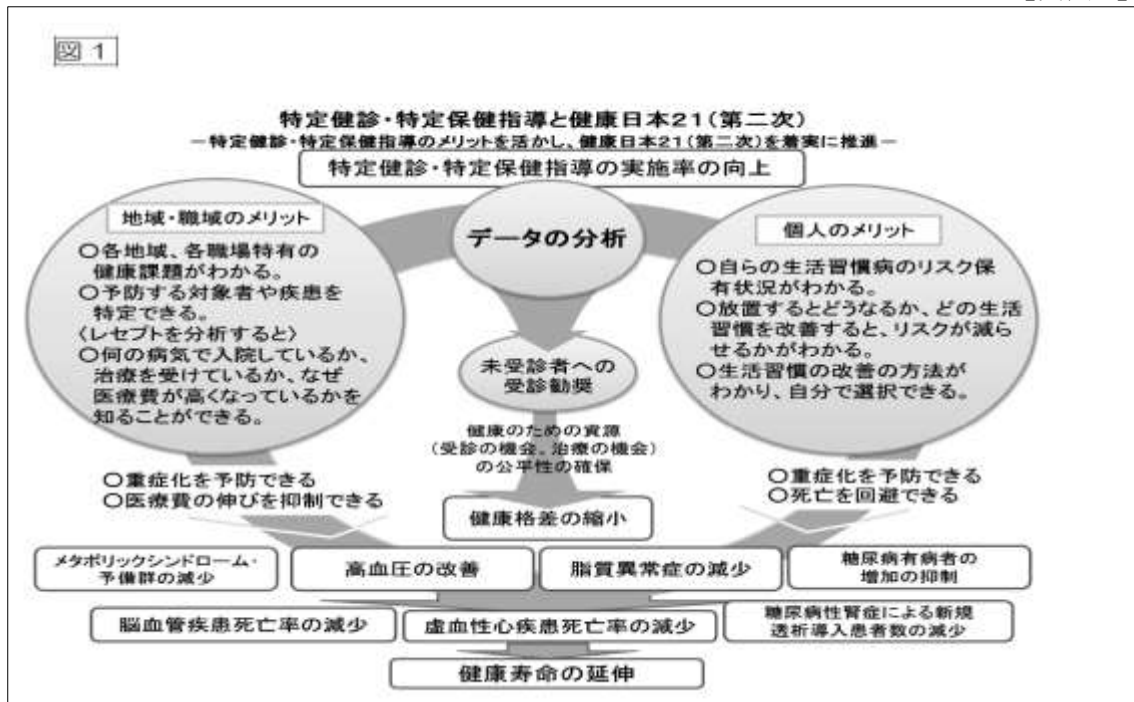
第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、信州保健医療総合計画やいきいき健康推進プランやまのうち(山ノ内町健康増進計画)、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】

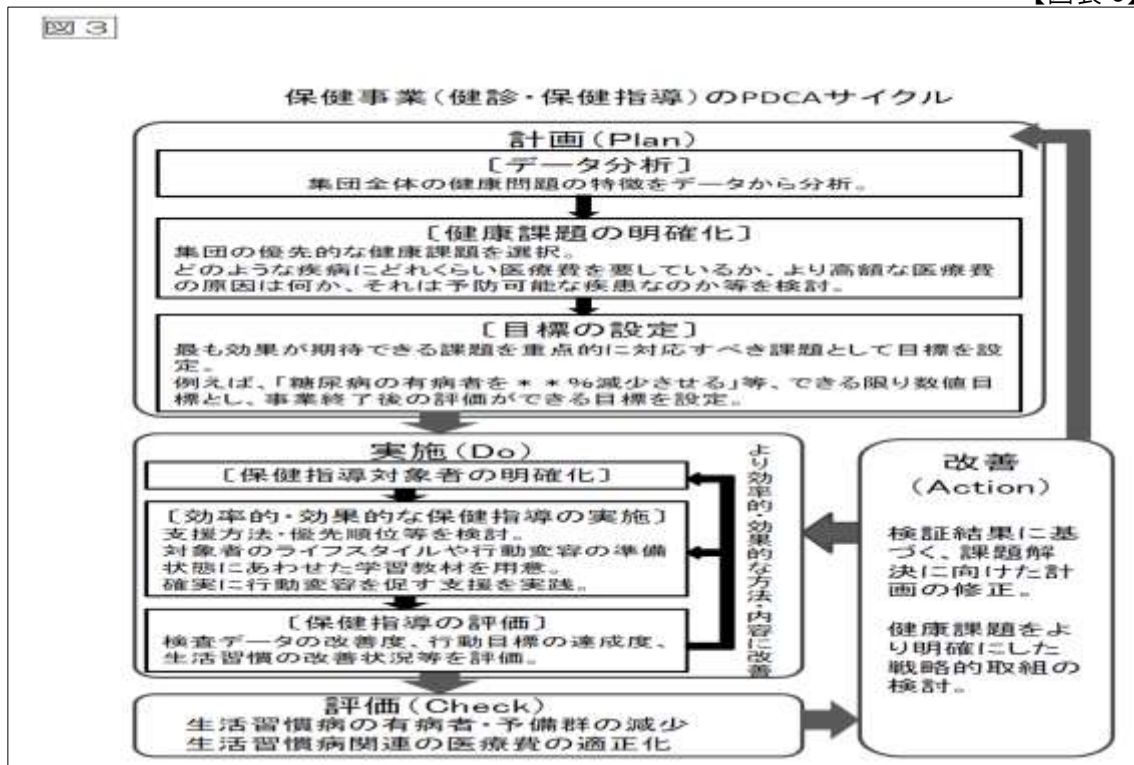
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切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24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(一部改正)	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業における保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年2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28年2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増進の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とし、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活の質が向上することを目指す。生活習慣の改善及び社会環境の整備に積極的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発症予防や重症化を促し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病を減らすことができ、さらに「重症化や合併症の発症を予防」し、入浴意欲を減らすことができ、この結果、日常生活の質の維持及び向上を図ることができ、重症化の予防を促すことが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の発症予防や重症化を「重症化」を予防し、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、積極的に推進する目的で行うのである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び疾病予防の取組能力について、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目標とする。被保険者の健康の維持増進により、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た日常生活を営むことができるように支援することや、社会福祉施設または支援施設となることへの予防又は、要介護状態等の防止もしくは重症化の防止を旨としている。	国民生活の向上と結びつけて、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、良質かつ適切な医療と結果的に確保する医療の適正化を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療機関を連携し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>若年期</b> 、 <b>高齢期</b> )に対応して	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若年(壮年)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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 特定期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病 慢性疾患 腎臓病・脳血管系、腎臓病等 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、非多系統臓器症 後継腎臓病	メタボリックシンドローム 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	※5中項目中 特定健診に関する項目15中項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症)による年齢別発生率(人口年齢別) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑧特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑩特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑪特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑫特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑬特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑭特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑮特定健康診査・特定保健指導の実施率	①特定健康診査受診率 ②特定健康診査実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の実施率) 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特定健康診査 ②特定保健指導受診率 ③健診結果の変化 ④生活習慣の改善率・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 外支 ②一人あたり外支削減率の地域差の縮減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④特定健康診査・予備群の減少 ⑤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 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定	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		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画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年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部の役割（図表4）

当町においては、医療保険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。特に健康づくり支援系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、介護保険係、健康づくり支援係、介護支援係、総務課、福祉係とも十分連携することが望ましい。

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

#### 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ている。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によるデータ分析や保険者等の職員向け研修等の技術支援を行う。

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、都道府県よりの連携が更に重要となる。

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

また、保険者等と郡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、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

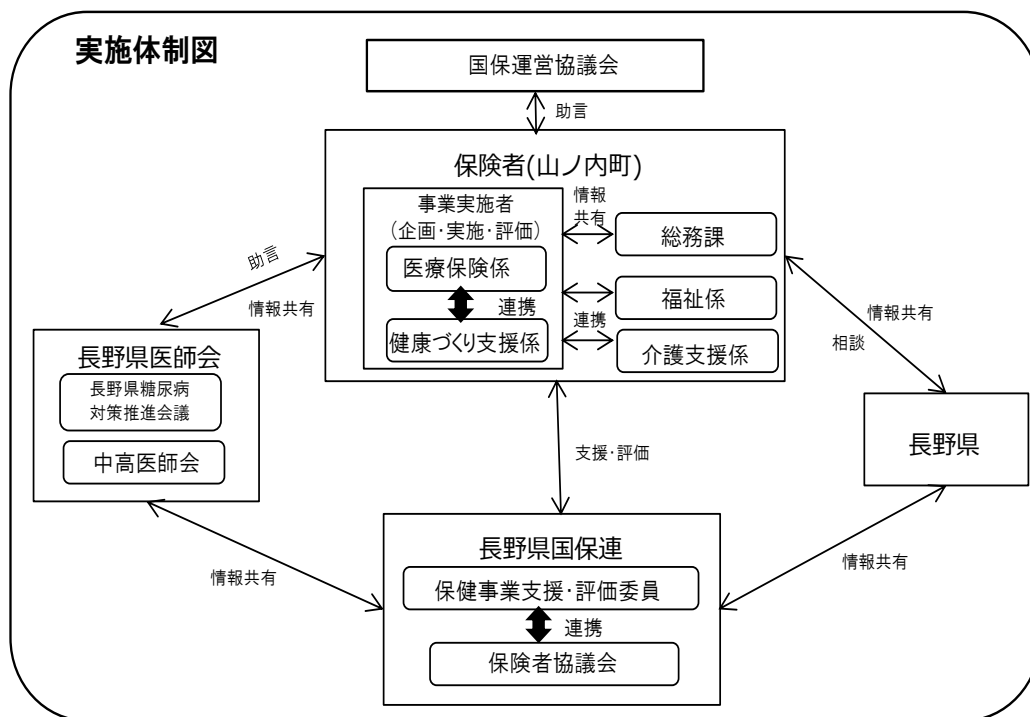
国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者と積極的に連携を図っていく。

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（図表 5）

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】

### 保険者支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		244			
総得点(体制構築加点含む)		240			
全国順位(1,741市町村中)		299			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			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	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			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	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	4			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年度の重症化の指標となる介護や医療の状況経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率の上昇に伴い介護給付費の総額は増加しているが、1件当たりの給付費は減少している。2号認定者の認定率も減少している。

また、医療費に占める入院費用の割合は横ばいで、国・県・同規模に比べ入院医療費の割合が少ないことがわかった。特定健診の受診率の増加、医療機関受療率の増加を合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、介護給付費総額では平成25年度13億9,045万円に対し、平成28年度14億276万円と増加しているが、1件当たり介護給付費は平成25年度60,394円に対し、平成28年度56,723円と、同規模平均と同様に減少している。同規模平均では居宅・施設サービスともに減少しているのに対し、当町では施設サービスは増加している。

【図表6】

#### 介護給付費の変化

年度	山ノ内町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	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	13億9,045万円	60,394円	40,975円	267,004円	69,743円	42,430円	283,377円
H28年度	14億276万円	56,723円	38,411円	274,155円	68,807円	42,403円	278,098円

## ②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、医療費総額では平成 25 年度 11 億 7,717 万円から平成 28 年度 11 億 1,731 円へ 5,986 万円減少している。医療費総額の伸び率は町-5.09、同規模平均-4.43、一人当たり医療費の伸び率は町 5.68、同規模平均 8.84 とともに同規模と比較して当町は低い状況である。

【図表 7】

### 医療費の変化

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費(円)	H25年度	11億7,717万円			4億1,907万円				7億5,810万円			
	H28年度	11億1,731万円	△5,986万円	-5.09	-4.43	4億335万円	△1,572万円	-3.75	-5.10	7億1,396万円	△4,414万円	-5.82
一人当たり医療費(円)	H25年度	20,126円			7,160円				12,960円			
	H28年度	21,270円	1,144円	5.68	8.84	7,680円	520円	7.26	8.18	13,590円	630円	4.86

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患である慢性腎不全(透析)、脳血管疾患、虚血性心疾患、に係る医療費計では、平成 25 年度 27.16%から平成 28 年度 23.15%へ減少している。疾患別に見ても、国・県と比較して低い状況にある。

【図表 8】

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

市町村名	総医療費	一人当たり医療費		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	山ノ内町	1,177,172,330	20,126	131位	65位	3.31	0.21	2.17	1.27	6.28	10.49	3.42	319,705,290	27.16	14.07	10.40	9.17
H28		1,117,314,110	21,265	147位	64位	2.45	0.21	1.39	1.53	6.66	7.46	3.47	258,605,090	23.15	23.15	14.43	12.53
H28	長野県	159,635,419,870	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	9,677,041,366,540	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

最大医療資源傷病(調剤含む)による分析結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全(人工透析)の治療者の状況では、治療者の割合はほぼ横ばいだが、人工透析では平成 25 年度 9 人(0.2%)から平成 28 年度 6 人(0.1%)へ、人数、割合ともに減少している。しかし、リスクとなる短期目標の疾患では人工透析では糖尿病の有病者が半数を占め、平成 25 年度より増加しており、高血圧の有病者も 83.3%いる。さらなる人工透析増加の抑制においては、糖尿病と高血圧の重症化予防が課題である。

【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					
		虚血性心疾患					人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,940	112	2.3%	15	13.4%	2	1.8%	96	85.7%	46	41.1%	78	69.6%
	64歳以下	3,402	36	0.1%	5	13.9%	1	2.8%	30	83.3%	17	47.2%	29	80.6%
	65歳以上	1,538	76	4.9%	10	13.2%	1	1.3%	66	86.8%	29	38.2%	49	64.5%
H28	全体	4,443	106	2.4%	10	9.4%	2	1.9%	86	81.1%	38	35.8%	70	66.0%
	64歳以下	2,780	24	0.1%	2	8.3%	0	0.0%	22	91.7%	10	41.7%	20	10.0%
	65歳以上	1,663	82	4.9%	8	9.6%	2	2.4%	64	78.0%	28	34.1%	50	61.9%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患					人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,940	133	2.7%	15	11.3%	2	1.5%	111	83.5%	52	39.1%	71	53.4%
	64歳以下	3,402	43	1.3%	5	11.6%	1	2.3%	34	79.1%	15	34.9%	24	55.8%
	65歳以上	1,538	90	5.9%	10	11.1%	1	1.1%	77	85.6%	37	41.1%	47	52.2%
H28	全体	4,443	119	2.7%	10	8.4%	1	0.8%	103	86.6%	45	37.8%	68	57.1%
	64歳以下	2,780	26	0.9%	2	7.7%	0	0.0%	22	84.6%	7	26.9%	16	61.5%
	65歳以上	1,663	93	5.6%	8	8.6%	1	1.1%	81	87.1%	38	40.9%	52	55.9%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析					高血圧		糖尿病		脂質異常症			
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,940	9	0.2%	2	22.2%	2	22.2%	8	88.9%	3	33.3%	6	66.7%
	64歳以下	3,402	5	0.1%	1	20.0%	1	20.0%	5	100.0%	2	40.0%	3	60.0%
	65歳以上	1,538	4	0.3%	1	27.5%	1	27.5%	3	75.0%	1	27.5%	3	75.0%
H28	全体	4,443	6	0.1%	1	16.7%	2	33.3%	5	83.3%	3	50.0%	3	50.0%
	64歳以下	2,780	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.0%	1	50.0%	0	0.0%
	65歳以上	1,663	4	0.2%	1	25.0%	2	50.0%	3	50.0%	2	50.0%	3	75.0%

(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治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は横ばいであるが、糖尿病性腎症の人数と割合が平成25年度32人(6.5%)から平成28年度50人(10.2%)へ増加している。しかし、人工透析患者数と割合(図表9 様式3-7)は減少している。こうした状況から考えあわせると、医療機関において微量アルブミン尿検査の実施等、糖尿病の重症化予防の視点での診療のために糖尿病性腎症の診断をつける者が増加していることが推測される。まら、脂質異常症治療者(様式3-4)は減少している。

【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	4,940	508	10.3%	46	9.1%	364	71.7%	349	68.7%	46	9.1%	52	10.2%	3	0.6%	32	6.5%	
	64歳以下	3,402	196	5.8%	19	9.7%	127	64.8%	142	72.4%	17	8.7%	15	7.7%	2	1.0%	16	8.2%	
	65歳以上	1,538	312	20.3%	27	8.7%	237	76.0%	207	66.3%	29	9.3%	37	11.9%	1	0.3%	16	5.1%	
H28	全体	4,443	490	11.0%	43	8.8%	343	70.0%	338	69.0%	38	7.8%	45	9.2%	3	0.6%	50	10.2%	
	64歳以下	2,780	175	6.3%	18	10.3%	107	61.1%	124	70.9%	10	5.7%	7	4.0%	1	0.6%	22	12.6%	
	65歳以上	1,663	315	18.9%	25	7.9%	236	74.9%	214	67.9%	28	8.9%	38	12.1%	2	0.6%	28	8.9%	

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	4,940	1,106	22.4%	364	32.9%	591	53.0%	96	8.7%	111	10.0%	8	0.7%	
	64歳以下	3,402	407	12.0%	127	31.2%	212	52.1%	30	7.4%	34	8.4%	5	1.2%	
	65歳以上	1,538	699	45.4%	237	33.5%	379	54.2%	66	9.4%	77	11.0%	3	0.4%	
H28	全体	4,443	995	22.4%	343	34.5%	551	55.4%	86	8.6%	103	10.4%	5	0.5%	
	64歳以下	2,780	320	11.5%	107	33.4%	164	51.3%	33	6.9%	22	6.9%	2	0.6%	
	65歳以上	1,663	675	40.6%	236	35.0%	387	57.3%	64	9.5%	81	12.0%	3	0.4%	

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	4,940	832	16.8%	349	41.9%	591	71.0%	78	9.4%	71	9.7%	6	0.7%	
	64歳以下	3,402	334	9.8%	142	42.5%	212	63.5%	29	8.7%	24	7.2%	3	0.9%	
	65歳以上	1,538	498	32.4%	207	41.6%	379	76.1%	49	9.8%	47	9.7%	3	0.6%	
H28	全体	4,443	783	10.6%	338	43.2%	551	70.4%	70	9.0%	68	8.7%	3	0.4%	
	64歳以下	2,780	278	10.0%	124	44.6%	164	59.0%	20	7.2%	26	0.9%	0	0.0%	
	65歳以上	1,663	505	30.4%	214	42.4%	387	76.6%	50	9.9%	52	10.3%	3	0.6%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化(様式 6-2~6-7)を見ると、平成 25 年度と比較して平成 28 年度では男性・女性ともに BMI、腹囲、空腹時血糖の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドロームの状況(様式 6-8)では、男性は該当者、女性は該当者・予備群ともに増加傾向にある。該当者の状況では、血圧・脂質の重なりが男性 11.2%、女性 3.3%で、ともに一番割合が高く、男性では平成 25 年度と比較して増加している。予備群の状況では、血圧が男性 12.5%、女性 4.4%で、ともに一番割合が高く、女性では平成 25 年度と比較して増加している。このことから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖や高血圧が課題である。

【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)

KDB帳票No.23

性別	年齢	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	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	255	30.1	382	45.2	228	27.0	143	16.9	72	8.5	251	29.7	449	53.1	148	17.5	397	46.9	314	37.1	415	49.1
	2 40-64	137	31.1	191	43.4	126	28.6	82	18.6	38	8.6	109	24.8	213	48.4	85	19.3	156	35.5	177	40.2	229	52.0
	5 65-74	118	29.1	191	47.0	102	25.1	51	11.6	34	8.4	142	35.0	236	58.1	63	15.5	241	59.4	137	33.7	186	45.8
女性	合計	261	32.5	377	47.0	199	24.8	146	18.2	67	8.4	269	33.5	419	52.2	125	15.6	366	45.6	236	29.4	365	45.5
	2 40-64	116	33.7	163	47.4	90	28.8	90	26.2	33	9.6	93	27.0	162	47.1	71	20.6	115	33.4	112	32.6	162	47.1
	8 65-74	145	31.7	214	46.7	100	21.8	56	12.2	34	7.4	176	38.4	257	56.1	54	11.8	251	54.8	124	27.1	203	44.3

性別	年齢	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	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	206	21.4	134	13.9	137	14.2	64	6.6	16	1.7	150	15.6	517	53.6	20	2.1	362	37.6	191	19.8	573	59.4
	2 40-64	86	17.8	50	10.4	58	12.0	34	7.1	6	1.2	59	12.2	218	45.2	7	1.5	133	27.6	97	20.1	283	58.7
	5 65-74	120	24.9	84	17.4	79	16.4	30	6.2	10	2.1	91	18.9	299	62.0	13	2.7	229	47.5	94	19.5	290	60.2
男性	合計	198	22.0	138	15.3	125	13.9	60	6.7	17	1.9	175	19.4	458	50.8	9	1.0	356	39.5	162	18.0	489	54.2
	2 40-64	72	19.6	42	11.4	46	12.6	23	6.3	5	1.4	40	10.9	154	41.8	2	0.5	97	26.4	60	16.3	197	53.5
	8 65-74	126	23.6	96	18.0	79	14.8	37	6.9	12	2.2	135	25.3	304	56.9	7	1.3	259	48.5	102	19.1	292	54.7

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)

KDB帳票No.24

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者			3項目すべて												
		人数		割合		人数		割合		人数			割合		人数		割合						
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
男性	合計	846	49.3	41	4.8	150	17.7	13	1.5	112	13.2	25	3.0	191	22.6	38	4.5	11	1.3	89	10.5	53	6.3
	2 40-64	440	44.7	29	6.6	75	17.0	6	1.4	49	11.1	20	4.5	87	19.8	18	4.1	9	2.0	42	9.5	18	4.1
	5 65-74	406	55.4	12	3.0	75	18.5	7	1.7	63	15.5	5	1.2	104	25.6	20	4.9	2	0.5	47	11.6	35	8.6
女性	合計	802	51.2	41	5.1	136	17.0	10	1.2	100	12.5	26	3.2	200	24.9	46	5.7	17	2.1	90	11.2	47	5.9
	2 40-64	344	43.8	26	7.6	53	15.4	3	0.9	35	10.2	15	4.4	84	24.4	20	5.8	10	2.9	37	10.8	17	4.9
	8 65-74	458	58.6	15	3.3	83	18.1	7	1.5	65	14.2	11	2.4	116	25.3	26	5.7	7	1.5	53	11.6	30	6.6

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者			3項目すべて												
		人数		割合		人数		割合		人数			割合		人数		割合						
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
女性	合計	964	58.4	17	1.8	45	4.7	4	0.4	32	3.3	9	0.9	72	7.5	10	1.0	2	0.2	36	3.7	24	2.5
	2 40-64	482	57.5	13	2.7	17	3.5	2	0.4	10	2.1	5	1.0	20	4.1	4	0.8	1	0.2	8	1.7	7	1.5
	5 65-74	482	59.3	4	0.8	28	5.8	2	0.4	22	4.6	4	0.8	52	10.8	6	1.2	1	0.2	28	5.8	17	3.5
男性	合計	902	60.8	13	1.4	50	5.5	3	0.3	40	4.4	7	0.8	75	8.3	12	1.3	2	0.2	30	3.3	31	3.4
	2 40-64	368	54.2	9	2.4	16	4.3	2	0.5	13	3.5	1	0.3	17	4.6	3	0.8	0	0.0	8	2.2	6	1.6
	8 65-74	534	66.4	4	0.7	34	6.4	1	0.2	27	5.1	6	1.1	58	10.9	9	1.7	2	0.4	22	4.1	25	4.5

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・特定保健指導実施率ともに増加しているが、特定健診受診率は国の目標に到達していない。このことから重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が課題である。

【図表 12】

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	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								山ノ内町	同規模平均
H25年度	3,364	1,792	53.3	13位/145	246	165	67.1	51.0	50.8
H28年度※	3,048	1,697	55.7	19位/145	229	175	76.4	47.8	51.7

※法定報告速報値

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・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、中長期目標疾患にかかる医療費の割合が減少し、医療費総額および 1 件あたりの医療費の伸び率の抑制・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。糖尿病性腎症の増加の背景には、医療機関において微量アルブミン尿検査の実施等、糖尿病の重症化予防の視点での診療のために糖尿病性腎症の診断をつける者が増加している可能性があると考えられる。今後は医療機関と連携し、被保険者の治療の継続やデータの改善および治療目標達成のための支援も、重症化予防の視点として保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

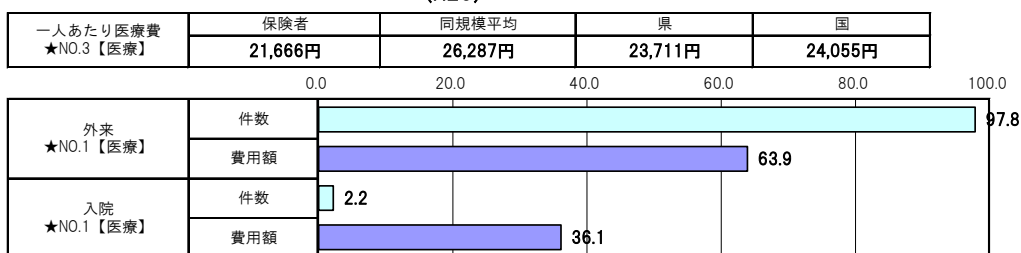
入院件数は2.2%で、費用額全体の36.1%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (H28)



○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)

高額になる疾患では、虚血性心疾患が13件(9.4%)で2,905万円(14.9%)を占めており1件あたりの費用額が高いことがわかった。長期入院では虚血性心疾患が24件で最も多いが、実質は2人で精神疾患の長期入院者であった。生活習慣病治療者全体の状況では、高血圧治療者が最も多く脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症の中長期目標疾患治療者の7～8割が高血圧治療中である。

【図表 14】

#### 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	139件	9件 6.5%	13件 9.4%	--
		費用額	1億9461万円	977万円 5.0%	2905万円 14.9%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	125件	0件 0.0%	24件(※2人) 19.2%	--
		費用額	5252万円	--	899万円 17.1%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	70件	11件 15.7%	18件 25.7%	24件 34.3%
		費用額	2901万円	532万円 18.3%	693万円 23.9%	840万円 29.0%

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 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	1,694人	119人 7.0%	106人 6.3%	50人 3.0%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	103人 86.6%	86人 81.1%	35人 70.0%
			糖尿病	45人 37.8%	38人 35.8%	100人 100%
			脂質異常症	68人 57.1%	70人 66.0%	39人 78.0%
		高血圧症	995人 58.7%	490人 28.9%	783人 46.2%	167人 9.9%

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

(3)何の疾患で介護保険を受けているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが94.2%であり、筋・骨格疾患の87.1%を上回っていた。どの年代においても血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながるため、要介護者が増加する後期高齢者以前からの重症化予防に重点を置いていく。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか (H28)

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		4,716人	2,029人	2,535人	4,564人			9,280人									
	認定者数		10人	73人	790人	863人			873人									
	認定率		0.21%	3.6%	31.2%	18.9%			9.4%									
	新規認定者数		0人	1人	10人	11人			11人									
介護度別人数	要支援1・2		0	0.0%	9	12.3%	99	12.5%	108	12.5%	108	12.4%						
	要介護1・2		5	50.0%	36	49.3%	345	43.7%	381	44.1%	386	44.2%						
	要介護3~5		5	50.0%	28	38.4%	346	43.8%	374	43.3%	379	43.4%						
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
																件数	--	10
		循環器疾患	1	脳卒中	3	30.0%	虚血性心疾患	5	35.7%	脳卒中	257	35.5%	脳卒中	259	35.1%	脳卒中	262	35.1%
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	脳卒中	2	14.3%	虚血性心疾患	170	23.5%	虚血性心疾患	175	23.7%	虚血性心疾患	175	23.4%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	0.0%	腎不全	65	9.0%	腎不全	65	8.8%	腎不全	65	8.7%
		基礎疾患		糖尿病等	7	70.0%	糖尿病等	14	100.0%	糖尿病等	670	92.7%	糖尿病等	684	92.8%	糖尿病等	691	92.5%
		血管疾患合計		合計	7	70.0%	合計	14	100.0%	合計	683	94.5%	合計	697	94.6%	合計	704	94.2%
		認知症		認知症	1	10.0%	認知症	4	28.6%	認知症	198	27.4%	認知症	202	27.4%	認知症	203	27.1%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	6	60.0%	筋骨格系	9	64.3%	筋骨格系	636	88.0%	筋骨格系	645	87.5%	筋骨格系	651	87.1%

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 (H28)

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	6,533				
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,392				



## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等へ重症化しやすいことがわかっている。

メタボリックシンドローム予備群・該当者は全国や県の平均並みであるが、健診結果の有所見状況では男女とも BMI・空腹時血糖・拡張期血圧が多く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

### 4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7) (H28) ★NO.23 (概要)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8				
県	21,950	27.9	36,456	46.3	22,085	28.0	15,711	19.9	6,763	8.6	24,025	30.5	51,346	65.2	12,919	16.4	34,608	43.9	19,798	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5			
保険者	合計	261	32.5	377	47.0	199	24.8	146	18.2	67	8.4	269	33.5	419	52.2	125	15.6	366	45.6	236	29.4	365	45.5	5	0.6		
	40-64	116	33.7	163	47.4	99	28.8	90	26.2	33	9.6	93	27.0	162	47.1	71	20.6	115	33.4	112	32.6	162	47.1	1	0.3		
	65-74	145	31.7	214	46.7	100	21.8	56	12.2	34	7.4	176	38.4	257	56.1	54	11.8	251	54.8	124	27.1	203	44.3	4	0.9		
	女性	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2			
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2				
県	18,185	19.2	14,611	15.4	16,172	17.0	7,904	8.3	1,948	2.1	17,152	18.1	62,563	65.9	1,980	2.1	36,338	38.3	14,343	15.1	53,213	56.1	157	0.2			
保険者	合計	198	22.0	138	15.3	125	13.9	60	6.7	17	1.9	175	19.4	458	50.8	9	1.0	356	39.5	162	18.0	489	54.2	0	0.0		
	40-64	72	19.6	42	11.4	46	12.5	23	6.3	5	1.4	40	10.9	154	41.8	2	0.5	97	26.4	60	16.3	197	53.5	0	0.0		
	65-74	126	23.6	96	18.0	79	14.8	37	6.9	12	2.2	135	25.3	304	56.9	7	1.3	259	48.5	102	19.1	292	54.7	0	0.0		
	女性	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2			

【図表 17】

### 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) (H28)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
	全国	3,306,030	32.4%			#####	17.1%							#####	27.1%												
県	78,589	43.1%			12,305	15.6%							19,902	25.3%													
保険者	合計	802	51.2%	41	5.1%	136	17.0%	10	1.2%	100	12.5%	26	3.2%	200	24.9%	46	5.7%	17	2.1%	90	11.2%	47	5.9%				
	40-64	344	43.8%	26	7.6%	53	15.4%	3	0.9%	35	10.2%	15	4.4%	84	24.4%	20	5.8%	10	2.9%	37	10.8%	17	4.9%				
	65-74	458	58.6%	15	3.3%	83	18.1%	7	1.5%	65	14.2%	11	2.4%	116	25.3%	26	5.7%	7	1.5%	53	11.6%	30	6.6%				
	女性	4,531,499	39.8%			#####	5.8%							#####	9.4%												
県	94,783	49.7%			4,715	5.0%							8,139	8.6%													
保険者	合計	902	60.8%	13	1.4%	50	5.5%	3	0.3%	40	4.4%	7	0.8%	75	8.3%	12	1.3%	2	0.2%	30	3.3%	31	3.4%				
	40-64	368	54.2%	9	2.4%	16	4.3%	2	0.5%	13	3.5%	1	0.3%	17	4.6%	3	0.8%	0	0.0%	8	2.2%	6	1.5%				
	65-74	534	66.4%	4	0.7%	34	6.4%	1	0.2%	27	5.1%	6	1.1%	58	10.9%	9	1.7%	2	0.4%	22	4.1%	25	4.5%				
	女性	4,531,499	39.8%			#####	5.8%							#####	9.4%												

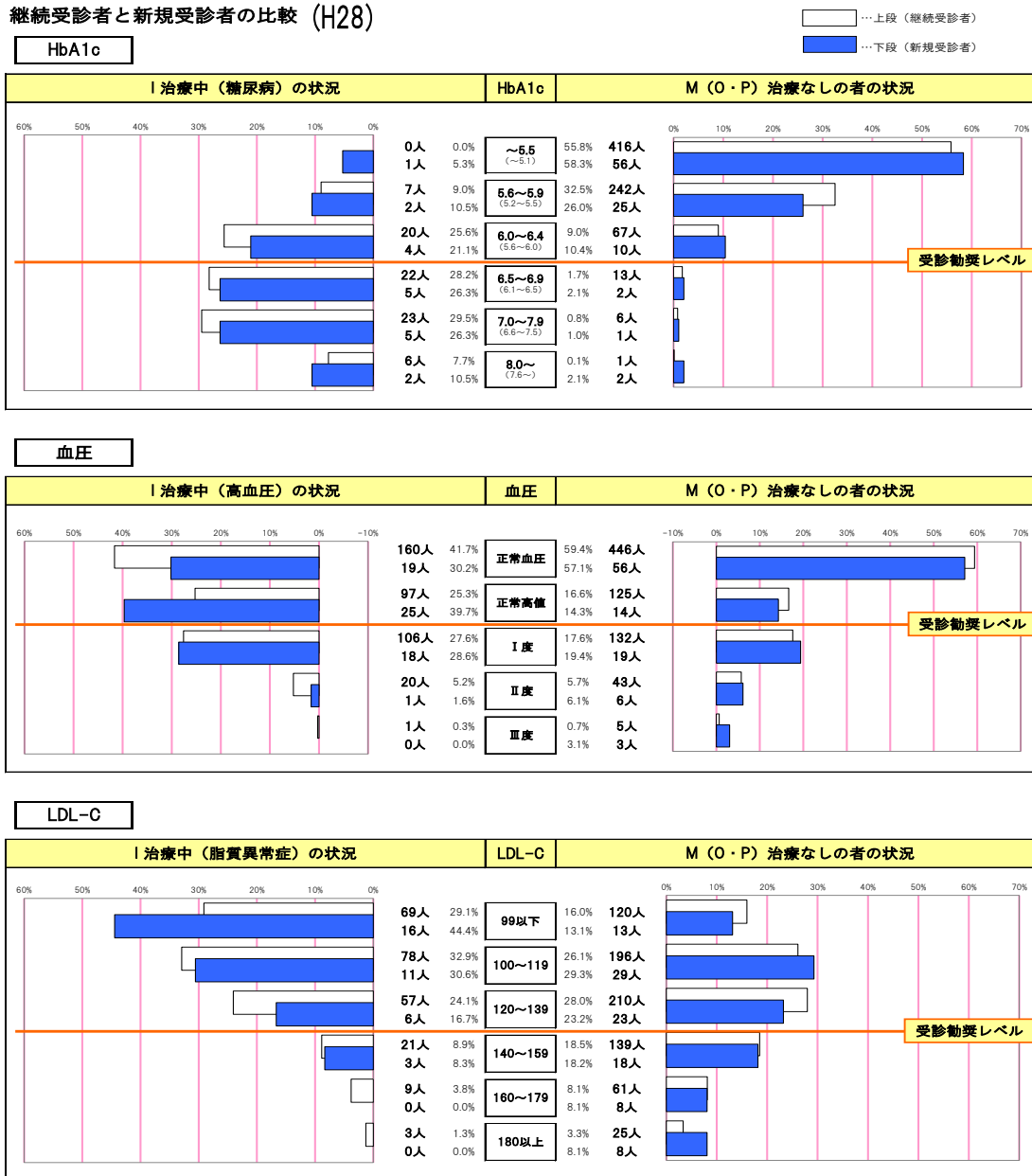
### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

Ⅱ度高血圧以上、LDL140 mg/dl 以上の受診勧奨レベルを超えるものは未治療者に多いことから、医療につながることで適切なコントロールにつながっていることがわかる。糖尿病については治療中でも受診勧奨判定値以上の者や合併症予防の目標となる HbA1c7.0 以上の者が多く、医療と連携した重症化予防が課題である。

継続受診者と新規受診者の比較では、治療中・治療なしともに、新規受診者の方が受診勧奨レベルを超える者の割合が高い傾向にある。継続受診により体の変化を早期に捉え、重症化の抑制につながっていると考えられる。

【図表 18】

#### 継続受診者と新規受診者の比較 (H28)



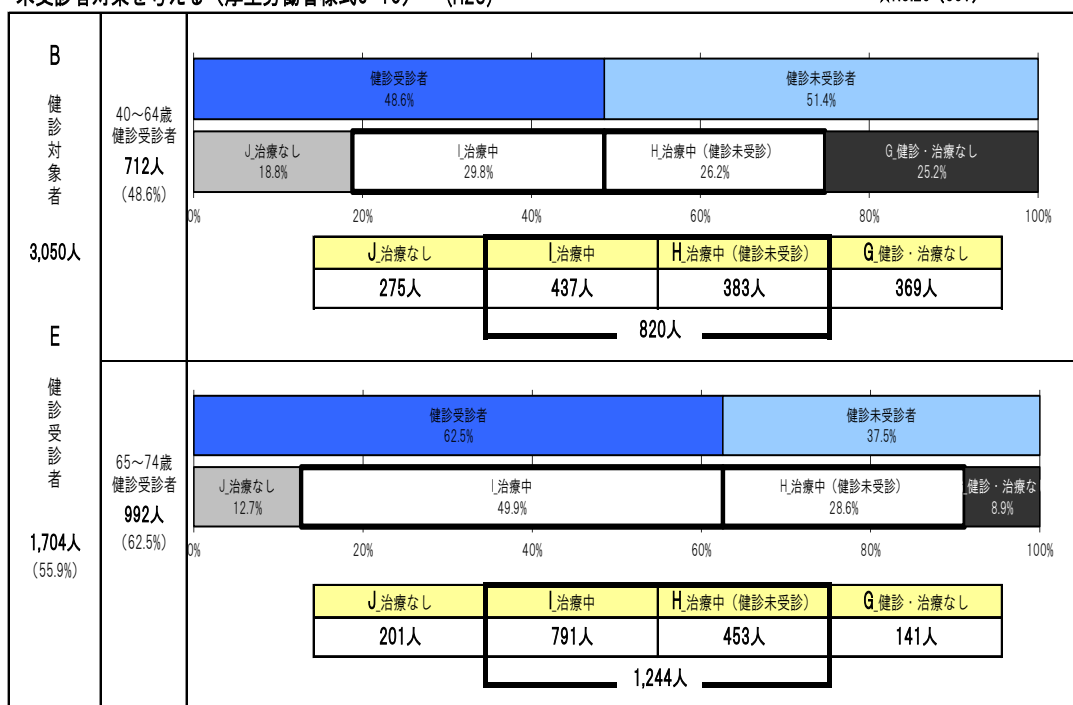
#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

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、健診未受診者のうち治療なし(G)を見ると、65～74歳に比べて、年齢が若い40～64歳の割合が25.2%と高い。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。健診未受診者のうち治療中(H)の占める割合が62.1%と多い。健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費をみると、健診受診者8,561円に対し、未受診者25,859円と約1万7千円の差があり、健診を受診することは医療費適正化において費用対効果が高いことがわかる。

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10) (H28)

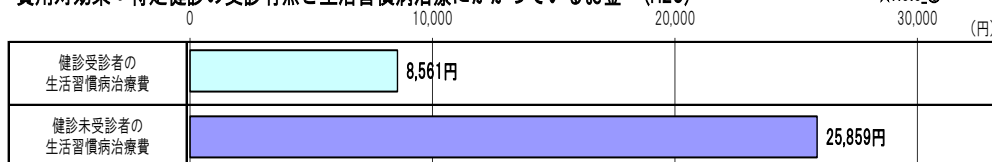
★NO.26 (CSV)



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

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

★NO.3⑥



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。

### 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、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とする。当町では平成25年度と比較して平成28年度は減少しているが、高齢化の進展を考えると更なる減少は厳しいことから平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患ともに維持または減少させることを目標にする。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。

受療率は低いが、全国や県と比較して入院・入院外ともに医療費の伸び率は低い状況にある。医療費の現状から入院により医療費総額が増大しているため、早期の適切な受診により医療費の適正化へつなげ、入院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

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

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

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

【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
特定健診実施率	56%	57%	58%	59%	60%	60%
特定保健指導実施率	77%	78%	79%	80%	81%	82%

### 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	3,020人	2,928人	2,825人	2,727人	2,600人	2,490人
	受診者数	1,692人	1,669人	1,639人	1,609人	1,560人	1,494人
特定保健指導	対象者数	228人	225人	221人	217人	211人	202人
	実施者数	176人	176人	175人	174人	171人	166人

※特定健診対象者数は、平成28年度の特定保健指導該当者割合(13.5%)を乗じて算出。

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、以下の方法で実施し、特定健診実施機関に委託する。

実施携体	方法等
①集団健診	町保健センターや地区公民館等で実施。
②個別健診	町内医療機関、長野県医師会との集合契約に参加。
③人間ドック	国民健康保険からドック費用助成を継続。
④情報提供	職場健診に係る情報提供依頼(住民からの無料による提供)、定期通院者に係る医療機関からの情報提供依頼(委託契約による有料提供)を継続実施するとともに、提供対象機関の拡大を図ります。

#### (2)特定健診委託基準

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

### (3)特定健診実施項目

#### ①基本的な健診の項目

質問項目(標準的な健診・保健指導プログラムに準じた項目)、  
 身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、  
 血液化学検査(中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール)、  
 肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)、  
 血糖検査(空腹時(随時)血糖、HbA1c 検査)、血清クレアチニン、血清尿酸、  
 尿検査(尿糖、尿蛋白、尿潜血)

※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)

※やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c を特定しない場合は、食直後(食時開始から 3.5 時間未満)  
 を除き随時血糖による血糖検査を可とする。

※血清クレアチニンは、第 3 期計画において詳細健診に位置づけられているが、当町では引き続き基本検  
 査項目として実施する。

#### ②詳細な健診の項目

健診項目	対象者
心電図	次のいずれかに該当する者 ①当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 90 mm Hg 又は問診等で不整脈が疑われる者(国補基準) ②65 歳以上の集団健診受診者(町単) ③血糖・脂質・肥満の 3 項目が判定基準に該当(町単) ④血圧の 1 項目が判定基準に該当(町単) ⑤LDL コレステロールが 140 mg/dl 以上(町単)
眼底検査	次のいずれかに該当する者 ①当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 90 mm Hg 又は問診等で不整脈が疑われる者(国補基準) ②前年度の特定健康診査の結果等において、空腹時血糖値が 126 mg/dl 以上又は HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126 mg/dl 以上。(国補基準) ※ただし、当該年度の特定健診結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合。 ③血糖・脂質・肥満の 3 項目が判定基準に該当(町単)
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者(国補基準)

※判定基準 前年度結果により判定

区分	基準値	
①血糖	a 空腹時	100 mg/dl 以上 又は
	b HbA1c(NGSP 値)	5.6%以上
②脂質	a 中性脂肪	150 mg/dl 以上 又は
	b HDL コレステロール	40 mg/dl 未満
③血圧	a 収縮期	130 mm Hg 以上 又は
	b 拡張期	85 mm Hg 以上
④肥満	a 腹囲	男性 85 cm以上・女性 90 cm以上 又は
	b BMI	25 以上
⑤LDL コレステロール	140 mg/dl 以上	

(4)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(5)医療機関との適切な連携

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

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





(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 23）

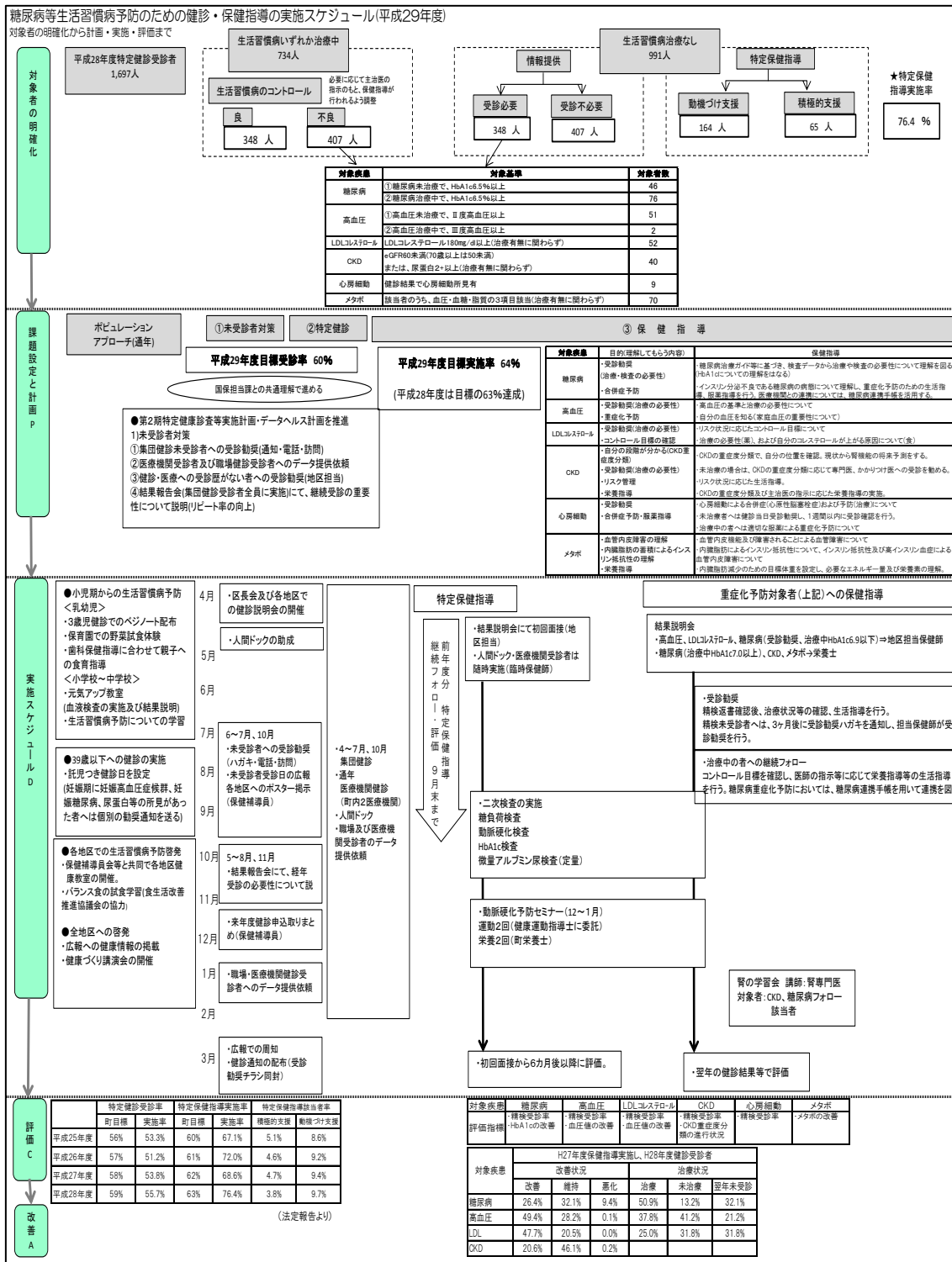
【図表 23】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%) 【H35年度】	目標実施率 【H35年度】
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	202人 (13.5)	82%
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	306人 (20.5)	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)	996人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	359人 (24.0)	90%
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	647人 (43.3)	90%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(図表 24)

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

【図表 24】



## 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山ノ内町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 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、ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

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り医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

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

### II 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25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 25】

## 【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(図表 26)

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

【図表 26】

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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 <sup>※2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>※3</sup>	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 <sup>※4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>※5</sup>	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。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尿蛋白(+))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 該当者数の把握（図表 27）

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。

特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 49 人(37.7%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 494 人中のうち、特定健診受診者が 84 人(17%・G)であったが、1 人(0.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 410 人(83%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 195 人中 10 人は治療中断であることが分かった。また、185 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

## ③ 介入方法と優先順位

図表 27 より介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位1

#### 【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者(F)**・・・49 人

② 糖尿病治療中であったが**中断者(オ・キ)**・・・ 11 人

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### 優先順位2

#### 【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち**重症化するリスクの高い者(ク)**・・・ 83 人

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位3

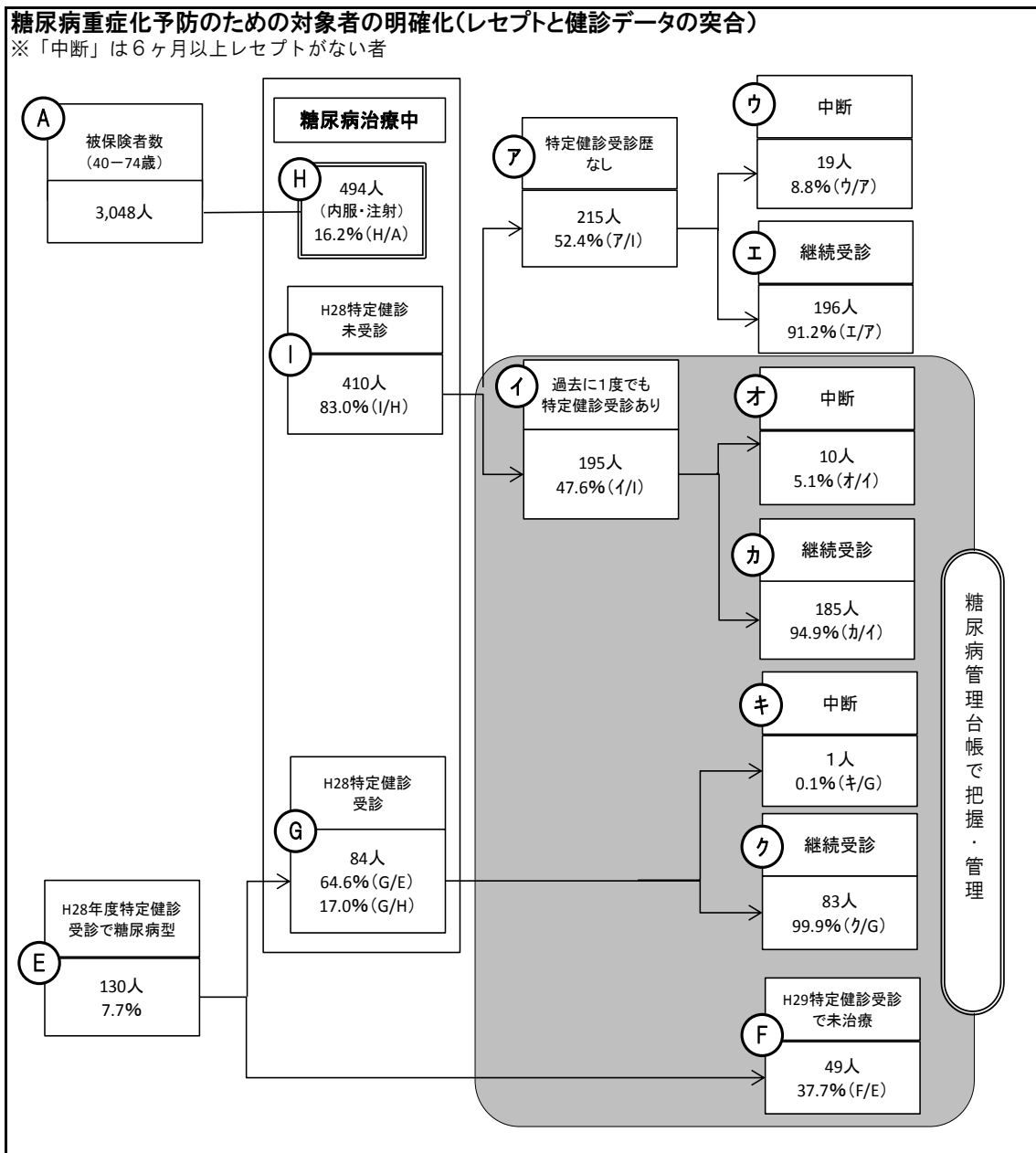
#### 【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・ 185 人

・介入方法として個別訪問、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

【図表 27】



### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

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



### 【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

\* HbA1c6.5%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 HbA1c6.5%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) 資格を確認する

(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

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(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)…… 79 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)…… 83 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(図表 28)

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。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 28】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <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の私の位置は？</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。だからこそ…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</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> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <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>
<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> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><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. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (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(-)～(±)へは尿アルブミン検査(定量)を勧め、かかりつけ医での実施がなく、主治医の同意が得られる者へは2次健診として尿アルブミン検査(定量)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、事前に中高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ていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護支援係)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介護支援係等と連携していく。

## 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5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

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

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

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

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。健診受診者 1,697 人のうち心電図検査実施者は 925 人(54.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 24 人であった(図表 29)。ST 所見あり 24 人のうち治療中 1 人以外は未治療であった(図表 30)。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。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 23 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

重症化予防対象者の中でメタボリックシンドロームの対象者が最も多い(図表 35)。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

## 心電図検査結果

【図表 29】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)			
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1,697	55.7%	925	54.5%	24	25.9%	262	28.3%	678	73.3%

## ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 30】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/a)(%)
24	100	0	0	1	4.2

## ② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 31 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 31】

### 心電図以外の保健指導対象者の把握(H28)

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1,697	19 1.1%	229 13.5%	681 40.6%	772 45.5%	
メタボ該当者	276 16.2%	2 10.5%	49 21.4%	102 15.0%	125 16.2%	
メタボ予備群	186 10.9%	7 36.8%	22 9.6%	78 11.5%	155 20.1%	
メタボなし	1,235	10	158	501	492	
		72.8%	52.6%	69.0%	73.6%	
	140-159	273 22.1%	1 10.0%	25 15.8%	90 18.0%	157 31.9%
	LDL-C 160-179	101 8.2%	1 10.0%	13 8.2%	38 7.6%	49 10.0%
	180-	56 4.5%	0 0.0%	2 1.3%	23 4.6%	31 6.3%

### 【参考】

Non-HDL	190-	77 4.5%	1 5.3%	10 4.4%	29 4.3%	37 4.8%
	170-189	117 6.9%	0 0.0%	15 6.6%	63 9.3%	39 5.1%

CKD	G3aA1~	220	1	47	78	94
		13.0%	5.3%	20.5%	11.5%	12.2%

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

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。

【図表 32】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 15 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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。このことから対象者へは二次健診において、脈波伝播速度(PWV)、関節上腕血圧比(ABI)、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)を実施していく。

### (3) 対象者の管理

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

### 4) 医療との連携

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

### 5) 高齢者福祉部門(介護支援係)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介護支援係等と連携していく。

### 6) 評価

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

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

#### (1) 短期的評価

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



## 7) 実施期間及びスケジュール

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

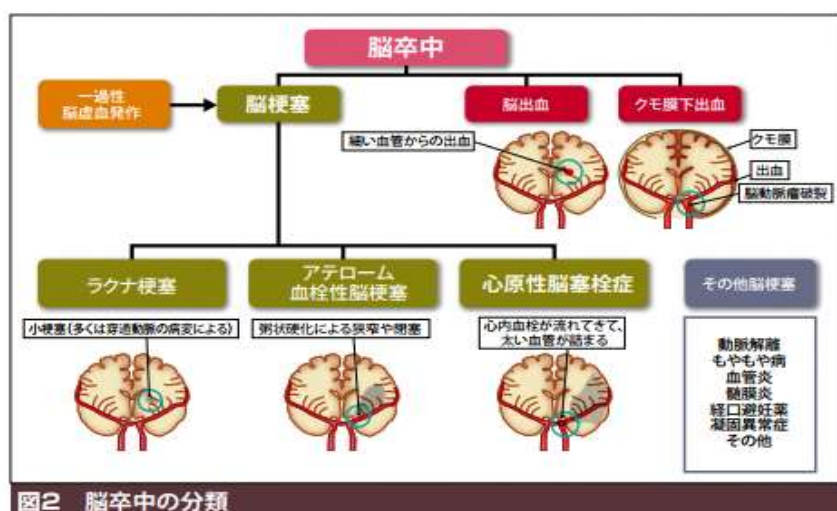
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方 (図表 33、34)

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。

【脳卒中の分類】

【図表 33】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 34】

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 35 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 35】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					0	0	0
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			0	0	0
	心原性脳梗塞	●			●		0	0	0
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							
リスク因子 (〇はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)		
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HnA1c6.5%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 1,697人		94人 5.4%	87人 5.0%	52人 3.0%	9人 0.5%	272人 15.7%	12人 0.7%	23人 1.3%	
治療なし		66人 5.6%	46人 3.0%	49人 3.5%	5人 0.5%	66人 6.6%	5人 0.5%	13人 1.5%	
治療あり		28人 5.1%	41人 33.9%	3人 0.9%	4人 0.5%	205人 28.1%	7人 1.0%	10人 1.6%	
臓器障害あり		21人 31.8%	16人 34.8%	4人 8.2%	5人 100.0%	10人 15.2%	5人 100.0%	13人 100.0%	
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	3	2	1	0	2	5	13	
	尿蛋白(2+)以上	2	2	0	0	1	5	1	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0	0	1	0	0	0	0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2	1	0	0	1	1	13	
	心電図所見あり	19	14	3	5	6	0	2	

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94人(5.4%)であり、66人は未治療者であった。また未治療者のうち21人(31.8%)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28人(5.1%)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 (図表 36)

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

【図表 36】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

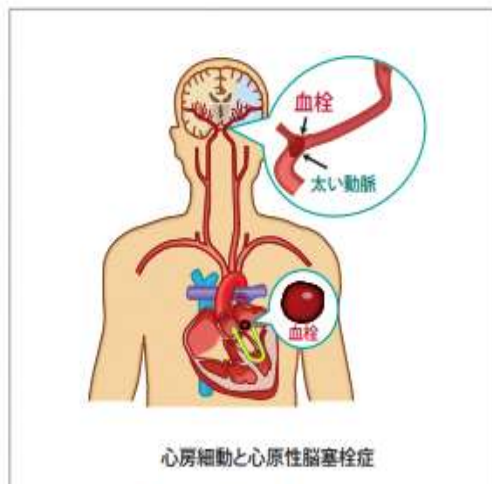
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類							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			
1,177	457 38.4%	248 20.9%	202 17.2%	204 17.6%	54 4.7%	12 1.1%	14 1.2%	109 9.3%	147 12.5%	
リスク第1層	180 15.3%	104 22.8%	39 15.7%	21 10.4%	14 6.9%	2 3.7%	0 0.0%	14 100%	2 1.8%	0 0.0%
リスク第2層	638 54.2%	243 53.2%	132 53.2%	116 57.4%	107 52.5%	32 59.3%	8 66.7%	--	107 98.2%	40 27.2%
リスク第3層	359 30.5%	110 24.1%	77 31.0%	65 32.2%	83 40.7%	20 37.0%	4 33.3%	--	--	107 72.8%
再掲 重複あり 糖尿病	106 29.5%	32 29.1%	28 36.4%	18 27.7%	24 28.9%	3 15.0%	1 25.0%	--	--	--
慢性腎臓病 (OKD)	142 39.6%	48 43.6%	30 39.0%	25 38.5%	28 33.7%	9 45.0%	2 50.0%	--	--	--
3個以上の危険因子	179 49.9%	46 41.8%	39 50.6%	31 47.7%	48 57.8%	14 70.0%	1 25.0%	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。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 37 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。

【図表 37】

## 特定健診における心房細動所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者数				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	437	488	7	1.6	2	0.4	—	—
40歳代	35	27	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	70	55	2	2.9	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	210	250	3	1.4	2	0.8	1.9	0.4
70～74歳	122	156	2	1.6	0	0.0	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 38】

## 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
9	9.7%	5	55.6%	4	44.4%

心電図検査において9人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると男性では50代以降から心房細動の有所見がみられた。また9人のうち4人は既に治療が開始されていたが、5人は特定健診の心電図検査を受けた事で発見され、受診勧奨が必要な対象者であった。心房細動は心原性脳塞栓症のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の継続実施が必要である。

## 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 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)、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。このことから対象者へは二次健診において、脈波伝播速度(PWV)、足関節上腕血圧比(ABI)、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)、尿中アルブミンを実施していく。

## (3) 対象者の管理

### ① 高血圧者の管理 (参考資料 8)

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。

### ② 心房細動の管理台帳 (参考資料 9)

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。

## 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(介護支援係)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介護支援係等と連携していく。

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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





## 第5章 地域包括ケアに係る取組

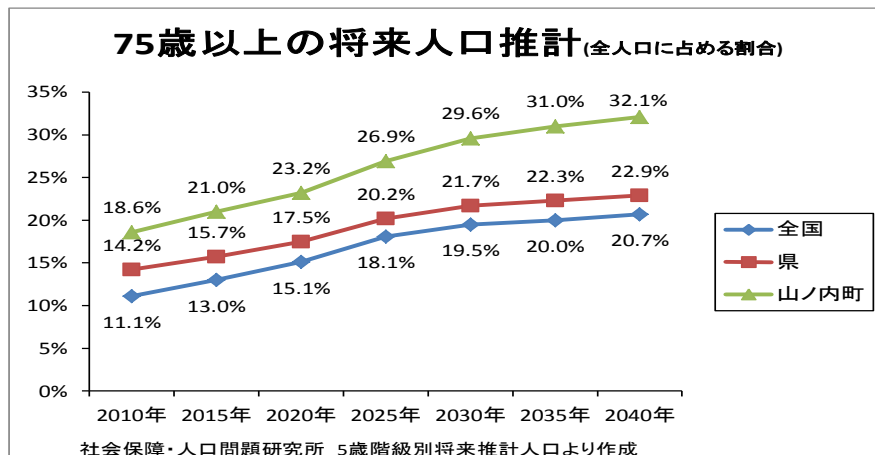
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、“予防”を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

当町の75歳以上人口の将来推計は、全国や県よりも高い割合で推移していくと推計されている。(図表 41)

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高い。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 41】



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。(参考資料 10)

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標(H35)	初期値					中間評価値					現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35			
特定健診等実施計画	・脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症治療者の7～8割が基礎疾患に高血圧を持っている。 ・総医療費に占める高血圧の割合が県内同規模保険者の中で一番高い(H28年度7.46%) ・2号要介護認定者(40～64歳)では7割が糖尿病を持っている。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。 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60%以上 特定保健指導実施率82%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	55.7%									特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
				76.4%										
データヘルス計画	者の中で一番高い(H28年度7.46%) ・2号要介護認定者(40～64歳)では7割が糖尿病を持っている。	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合 維持又は減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合 維持又は減少 糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少 維持または減少	1.39%									KDBシステム	
				1.53%										
短期		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	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少25% 健診受診者の高血圧の割合の減少 5%未満(160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合の減少 22%未満(LDL140以上) 健診受診者の糖尿病患者の割合の減少 5%未満(HbA1c6.5以上)	7.1%									特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)等	
				5.4%										
保険者努力			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 22%未満(LDL140以上) 健診受診者の糖尿病患者の割合の減少 5%未満(HbA1c6.5以上)	24.2%										
				5.0%										
			糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合 80% 糖尿病の保健指導を実施した割合 90%	70.1%										
				79.3%										

3. 血糖値管理

## 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ことが重要であり、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をする。

### 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山ノ内町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみ他の山ノ内町の位置

○…国・県・同規模と比較して特徴となること  
 →…H25と比較して悪化していること  
 ←…H25と比較して改善していること

項目	山ノ内町(H25)		山ノ内町(H28)		同規模(H28)		県(H28)		国(H28)		データ元 (CSV)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
① 人口	総人口	13,527		13,527		1,944,956		2,115,647		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
	65歳以上 (高齢化率)	4,564	33.7	4,564	33.7	542,953	29.5	567,919	26.8	29,020,766		23.2	
	75歳以上	2,535	18.7	2,535	18.7			303,854	14.4	13,989,864		11.2	
	65～74歳	2,029	15.0	2,029	15.0			264,065	12.5	15,030,902		12.0	
	40～64歳	4,716	34.9	4,716	34.9			701,088	33.1	42,411,922		34.0	
39歳以下	4,247	31.4	4,247	31.4			846,640	40.0	53,420,287	42.8			
② 産業構成	第1次産業	25.1		25.1		14.7		9.8		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
	第2次産業	17.4		17.4		26.9		29.5		25.2			
	第3次産業	57.6		57.6		58.3		60.7		70.6			
③ 平均寿命	男性	80.7		80.7		79.3		80.9		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	86.7		86.7		86.4		87.2		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.8		65.8		65.1		65.7		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.8		66.8		66.8		67.2		66.8			
① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	96.9		96.9		105.2		90.3		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	男性	96.9		96.9		105.2		90.3		100			
	女性	98.9		98.9		102.7		94.5		100			
	がん	62	49.6	52	46.0	6,768	45.4	6,297	44.7	367,905		49.6	
	心臓病	29	23.2	25	22.1	4,236	28.4	3,777	26.9	196,768		26.5	
	脳疾患	26	20.8	31	27.4	2,609	17.5	2,908	20.7	114,122		15.4	
	糖尿病	2	1.6	4	3.5	263	1.8	270	1.9	13,658		1.8	
	腎不全	0	0.0	0	0.0	584	3.9	370	2.6	24,763		3.3	
	自殺	6	4.8	1	3.0	444	3.0	436	3.1	24,294		3.3	
	合計		11.4%		9.1%				7.8%			10.5%	
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性		18.9%		13.2%				11.5%		13.5%	厚労省HP 人口動態調査	
	女性		3.1%		5.7%				5.6%		7.2%		
	合計												
① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	851	18.2	863	19.0	114,462	20.2	111,462	19.7	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	新規認定者	13	0.3	11	0.3	1,946	0.3	1,767	0.3	105,636	0.3		
	2号認定者	14	0.3	10	0.2	2,492	0.4	2,068	0.3	151,813	0.4		
	糖尿病	191	21.1	160	18.7	256,112	21.3	23,930	20.8	1,350,152	22.1		
	高血圧症	492	55.9	471	53.2	63,835	53.4	62,279	54.1	3,101,200	50.9		
	脂質異常症	192	22.2	205	23.0	31,966	26.7	31,038	26.7	1,741,866	28.4		
	心臓病	529	59.9	510	57.0	72,264	60.6	71,424	62.1	3,529,682	58.0		
	脳疾患	178	22.8	170	19.3	32,398	27.3	33,027	28.9	1,538,683	25.5		
	がん	76	9.4	64	7.0	11,697	9.6	12,106	120.5	631,950	10.3		
	筋・骨格	330	39.7	369	42.1	62,083	51.8	61,749	53.7	367,196	50.3		
	精神	196	22.7	217	24.9	44,206	36.6	42,134	36.4	2,154,214	35.2		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	60,505		56,723		68,807		58,547		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		居宅サービス	40,420		38,411		42,403		38,590		39,662		
施設サービス		246,453		274,155		278,098		272,580		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	8,625		6,533		8,199		7,747		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし	3,112		3,392		3,955		3,666		3,816			
① 国保の状況	被保険者数	4,814		4,299		520,555		553,706		33,261,278	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
	65～74歳	1,581	32.8	1,641	38.2			229,556	42.2	12,461,613		38.2	
	40～64歳	1,981	41.2	1,607	37.4			176,381	32.6	10,946,712		33.6	
	39歳以下	1,252	26.0	1,051	24.4			134,873	24.9	9,179,541		28.2	
	加入率		35.6		31.8		26.6		25.6			26.9	
② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	121	0.2	131	0.2	8,255	0.3		
	診療所数	3	0.6	4	0.9	1,138	2.2	1,561	2.9	96,727	3.0		
	病床数	0	0.0	0	0.0	17,242	33.8	24,190	44.7	1,624,378	46.8		
	医師数	5	1.0	7	1.6	1,935	3.8	4,786	8.8	299,792	0.2		
	外来患者数		632.9		652.6		682.6		668.8		668.1		
入院患者数		14.4		14.3		22.4		17.7		19.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	20,025	県内65位 同規模112位	21,270	県内64位 同規模147位	26,568		24,015		24,245	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	647,241		666,952		705,038		686,489		686,286			
	外来 費用の割合	64.3		63.9		57.2		60.9		60.1			
	件数の割合	97.8		97.9		42.8		97.4		97.4			
	入院 費用の割合	35.7		36.1		42.4		38.1		39.9			
	件数の割合	2.2		2.1		3.2		2.6		2.6			
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療資源疾患名 (調寄せ含む))	1件あたり在院日数	15.5日		15.1日		16.7日		15.1日		15.6日	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
	がん	182,569,500	25.8	151,259,230	23.9	23.8		24.8		25.6			
	慢性腎不全 (透析あり)	39,011,780	5.5	27,042,430	4.0	9.5		9.5		9.7			
	糖尿病	95,320,230	13.5	74,403,770	11.0	10.3		10.0		9.7			
	高血圧症	83,481,030	11.8	83,497,510	12.4	9.2		8.8		8.6			
	精神	119,471,120	16.9	111,974,690	16.6	18.8		17.7		16.9			
筋・骨格	117,334,420	16.6	139,928,380	20.7	15.1		15.7		16.2				

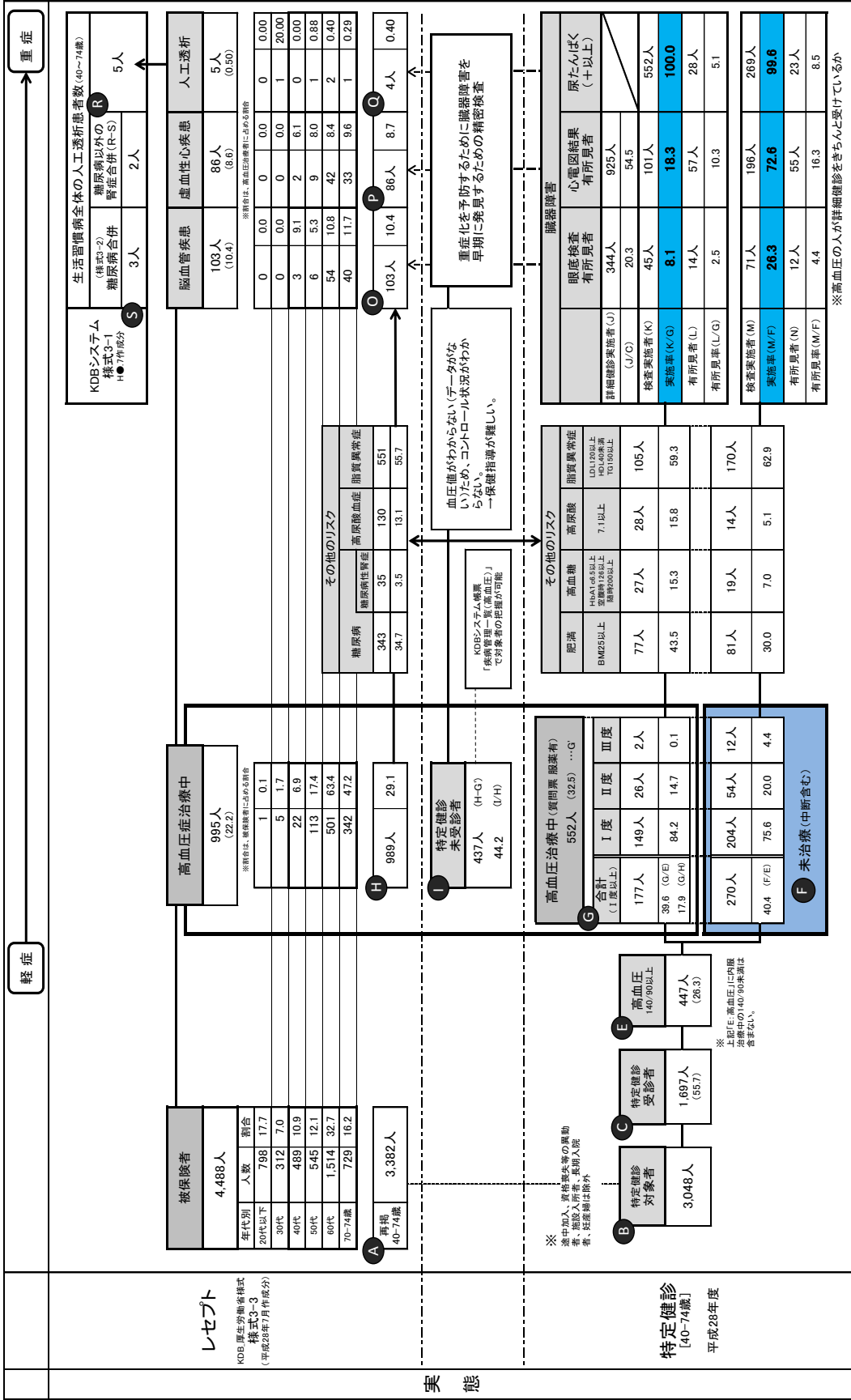






# 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

山ノ内町 H28年度



【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:	
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 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )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  2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認  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	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	
	④健診未受診者 ( )人			<ul style="list-style-type: none"> <li>●合併症</li> <li>●脳・心疾患-手術</li> <li>●人工透析</li> <li>●がん</li> </ul>	
	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 *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				
	⑤結果把握 ( )人				
①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					
②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人				かかりつけ医、糖尿病専門医   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	

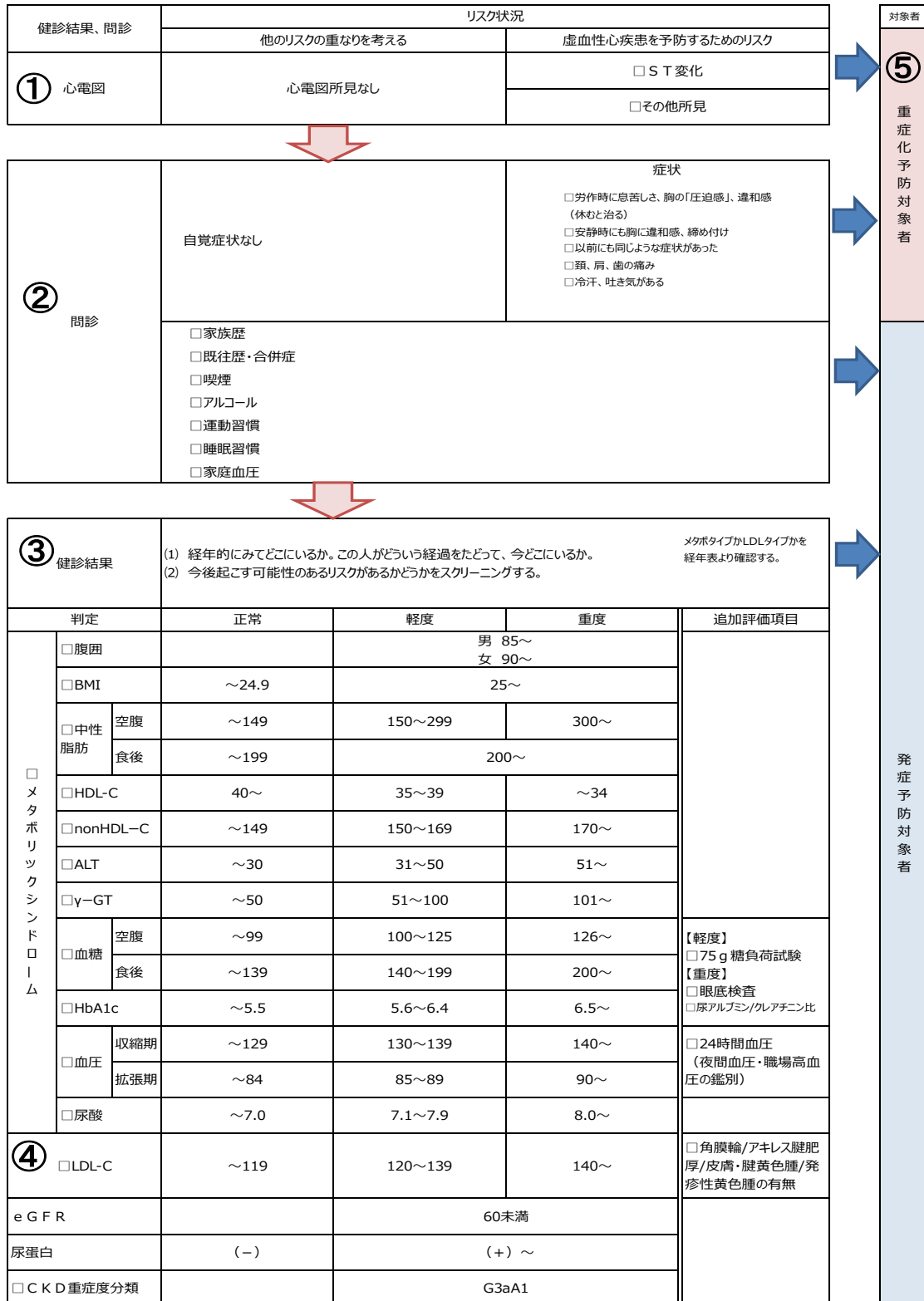
【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基			
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数152					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者数	4,444人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	②	(再掲)40-74歳	3,394人										
2	①	対象者数	3,048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	1,725人										
	③	受診率	55.7%										
3	①	特定保健指導対象者数	229人										
	②	実施率	76.4%										
4	①	糖尿病型	E	189人	11.0%				特定健診結果				
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	69人	36.5%								
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	120人	63.5%								
	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	53人	44.2%								
				⑤	④	⑤	⑥	⑦		⑧	⑨	⑩	⑪
				④	⑤	⑥	⑦	⑧		⑨	⑩	⑪	
	⑤	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩		⑪			
	⑥	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩		⑪			
	⑦	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩		⑪			
	⑧	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩		⑪			
	⑨	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩		⑪			
⑩	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪					
⑪	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪					
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	110.3人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	142.9人										
	③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は健康診査千対	入院外(件数)	2,608件	(803.0)			2,076件	(799.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
			入院(件数)	10件	(3.1)			16件	(6.0)				
	④	糖尿病治療中	H	490人	11.0%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2				
	⑤	(再掲)40-74歳	I	485人	14.3%								
	⑥	健診未受診者	O	43人	8.8%								
	⑦	インスリン治療	L	43人	8.9%								
				⑧	⑨	⑩	⑪	⑫		⑬	⑭	⑮	⑯
	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮					
	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯					
	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰					
	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱					
	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲					
	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑲					
	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑲	⑲					
⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑲	⑲	⑲						
⑯	⑰	⑱	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲						
⑰	⑱	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲						
⑱	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲						
⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲	⑲						
6	①	総医療費	6億7024万円				6億4037万円		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	4億1733万円				3億6704万円						
	③	(総医療費に占める割合)	62.3%				57.3%						
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	2,337円				3,995円					
			健診未受診者	34,476円				36,237円					
	⑤	糖尿病医療費	4508万円				3771万円						
	⑥	(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.8%				10.3%						
	⑦	糖尿病入院外総医療費	1億1219万円										
			1件あたり	30,037円									
			3866万円										
	⑧	糖尿病入院総医療費	477,256円										
			1件あたり	477,256円									
			16日										
	⑨	慢性腎不全医療費	1776万円					3755万円					
			透析有り	1695万円				3550万円					
透析なし			81万円				205万円						
⑩	介護給付費	8億1566万円				7億0466万円							
		(2号認定者)糖尿病併症	0件 0.0%										
⑪	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	4人	2.1%			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					



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

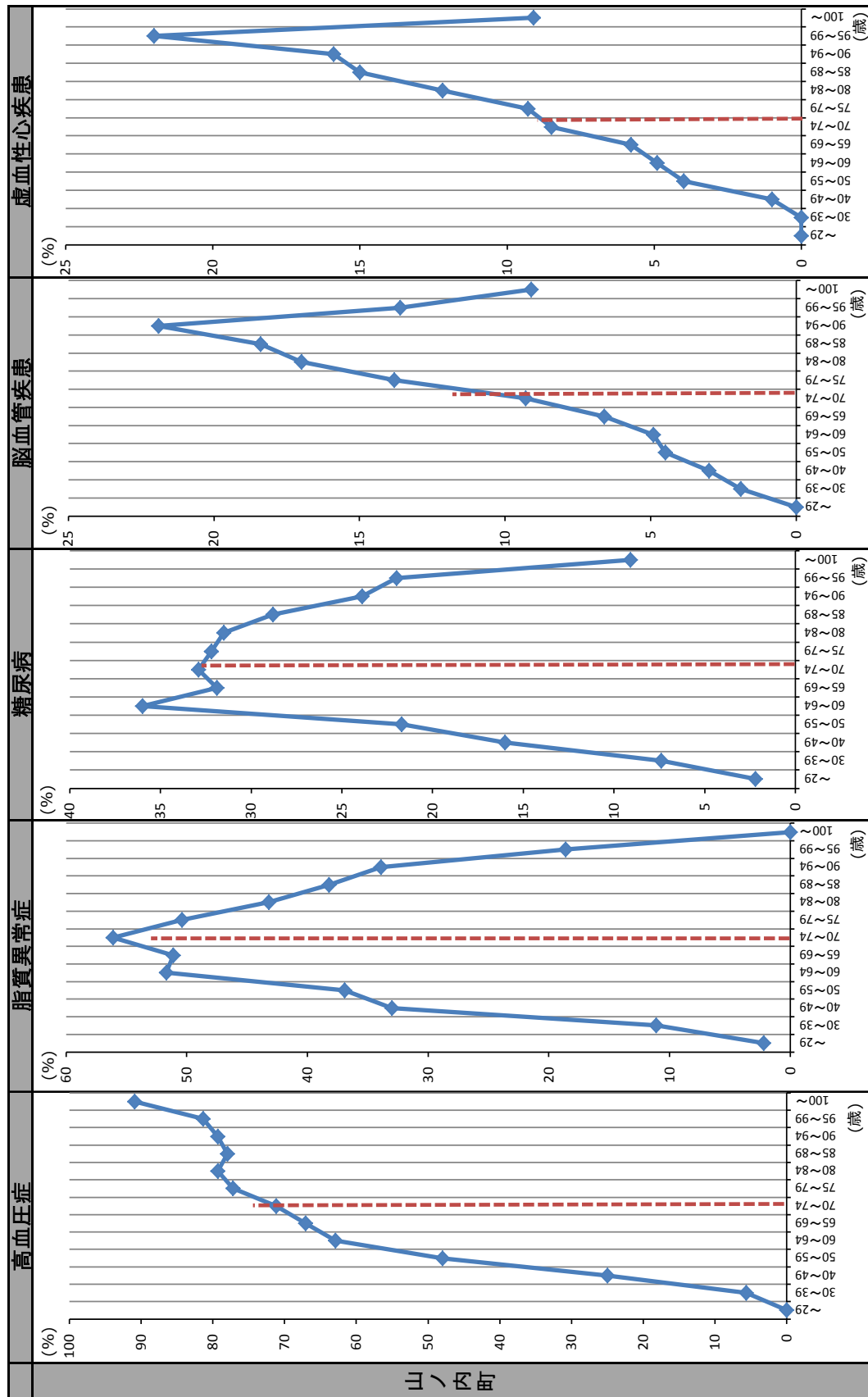


参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム\_平成29年7月作成分)



平成30年度に向けての全体評価

様式 1

課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	



平成29年度の実績評価を踏まえ、平成30年度の取組と課題整理(平成29年度進捗状況)

表 2

平成30年度 課題	評価(良くなったところ)				
	①プロセス (平成29年度残っている課題を踏まえ、 やってきた実績事項を振り返る)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題