

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 小川村

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)	21
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	26
1.保健事業の方向性	
2.糖尿病性腎症重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
4.虚血性心疾患重症化予防	
5.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	45
第6章 計画の評価・見直し	46
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「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められている。

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っていく。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、医療費の適正に努めるため、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 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。

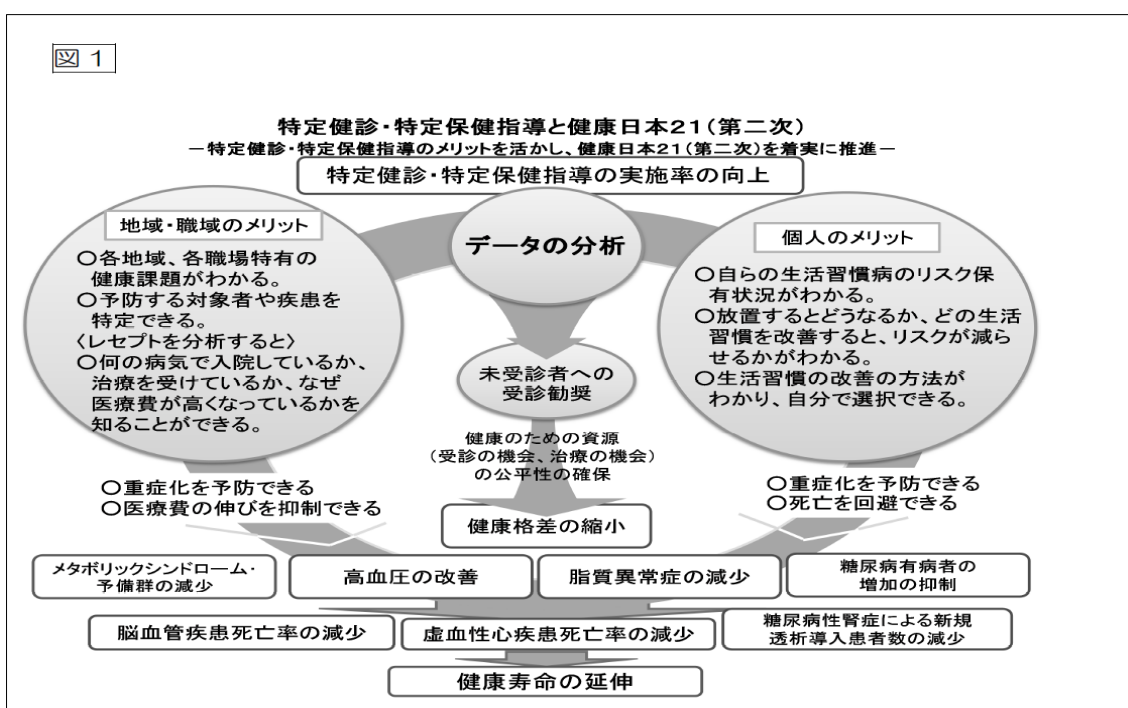
小川村においては、医療費の適正化及び保険者の基盤強化が図られることを目的として国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を行うものとする。

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、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、健康増進計画、医療計画、医療費適正化計画を包括した県の「信州保健医療総合計画」や県介護保険事業計画「長野県高齢者プラン」、村の健康増進計画である「健康おがわ21」等と調和のとれたものとする。（図表1・2・3）

【図表1】

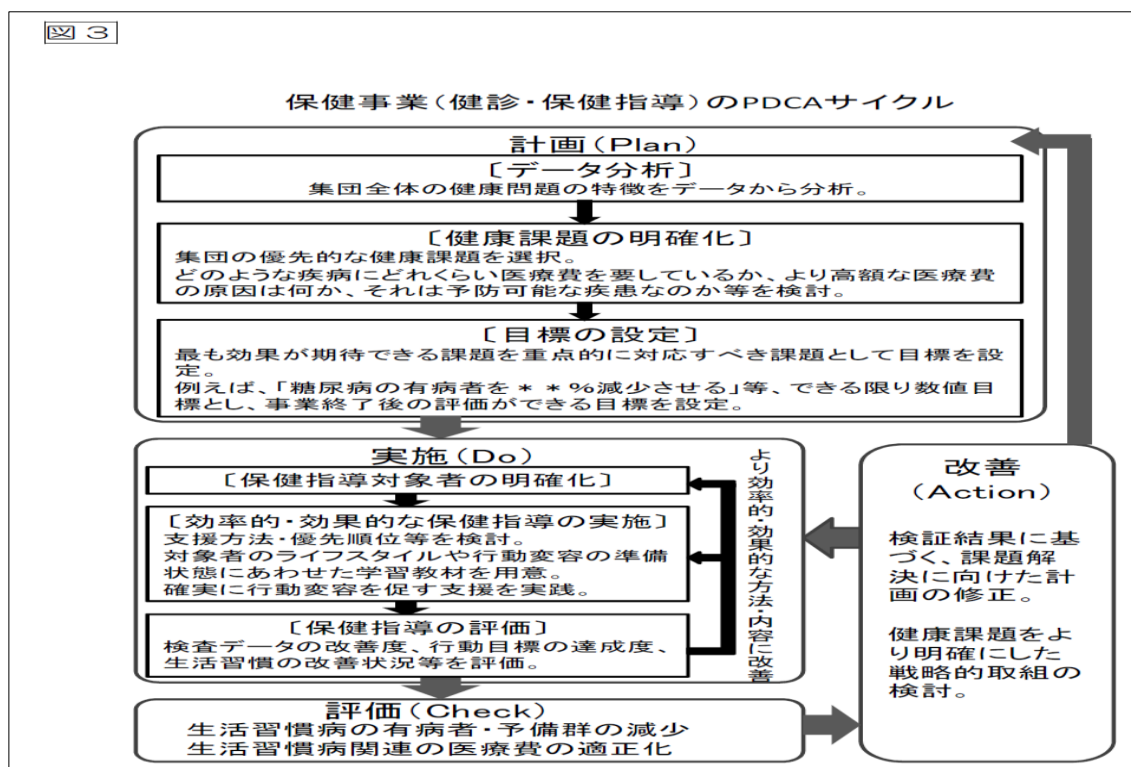


標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表2】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進事業法とは 健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「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6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する態様 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28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、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とするとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加能力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対策を進め、難病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらに重症化や合併症の発症を抑制、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の抑制の貢献を達成することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするもの支、的選別に抽出するために行うのである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組みについて、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 被保険者の健康の向上増進により、医療費の適正化及び保険者の財政負担軽減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に支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等への転落もしくは重症化の防止を理念としている	国民生活の維持を継続していくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようし、良質な医療サービスを提供し、良質な医療サービスを提供する体制の構築を図っていく。	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の連携を実現し、良質な医療サービス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、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高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	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 初老期の認知症、早老症 骨質・骨格筋量 パーキンソン病関連疾患 骨髄小脳変性症、軽性認知症 関節リウマチ、支那性関節症 多系統萎縮症、前老性網膜硬化症 後縦筋硬化症	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	※53項目中 特定健診に關する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発症率 ②合併症(糖尿病性腎症による腎機能低下(尿蛋白患者)) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール状態におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧予備群・高血圧者 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な栄養の食事をする ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照) 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 外委 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健康診査・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 病状機能分化・連携の推進	①5疾病・9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	健康事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局、国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間は、法に定める「特定健康診査等実施計画」の計画期間と整合性を図るため、平成 30 年度（2018 年度）から平成 35 年度（2023 年度）の 6 年間と設定する。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係課の役割（図表 4）

小川村では、国民健康保険担当課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健師や管理栄養士等の専門職が連携をして村一体となった計画の策定と推進を行っていく。

具体的には、高齢者医療担当・保健衛生担当・介護保険担当・生活保護担当とも十分連携していく。

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ことができる体制を整えていく。（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、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等と連携・協力が重要となるため、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に設置された支援・評価委員会を活用し、連携を図っていく。

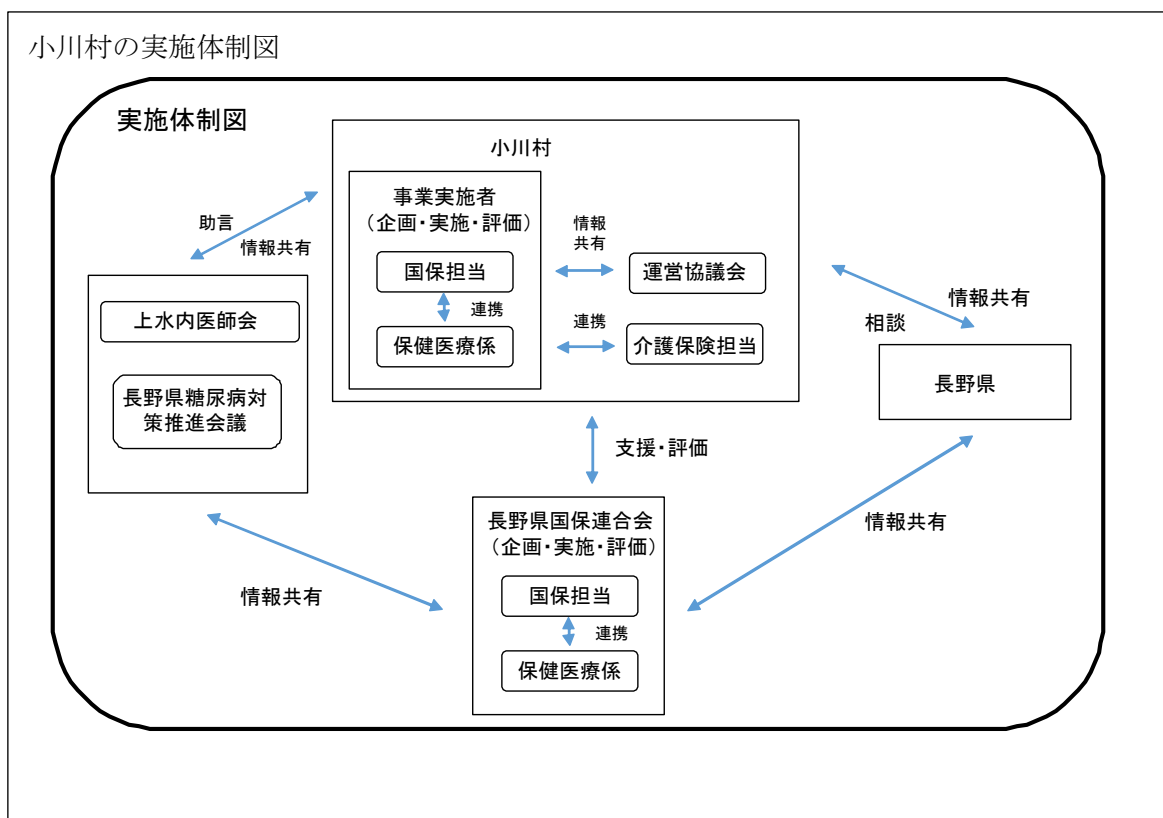
また、平成 30 年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、国保の保険者機能の強化については県関係部局との連携に努める。

村国保は、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を検討していく。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的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。

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、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は変わらないが、死因別の状況では心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合が増加している。

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若干の減少をみるものの、同規模平均と比較すると高い状況である。特に65歳未満の2号認定率は高いままであり、若年層の健康状態を把握する必要がある。

また、医療費の状況を見ると、医療費に占める入院費用・件数とも増加し「一人当たり医療費」も約6,000円増加している。同規模平均と比較しても高い状況が続いているため、診療報酬の改定、国保加入者の減少、国保前期高齢者割合の増加も影響していることが考えられる。

特定健診受診率は54.1%から58.0%に増加しているものの、医療費適正化の観点からも特定健診受診率と特定保健指導修了者率向上への取り組みは重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

①医療費の状況（図表5）

平成25年度と比較して、総医療費が約980万円増加し、伸び率も同規模平均と比較して高い状況である。特に入院の医療費が1,300万円増加し、伸び率も10.2%で同規模平均の約4倍になっている。外来費用が減っていることから、重症化している人が増え、医療費が高額となっていると考えられる。

「一人当たり医療費」を見ても、入院費の伸び率が30%とかなり高いことから早期からの保健指導等により生活習慣病の発症予防・重症化予防していくことが重要課題である。

【図表 5】

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	
				小川村	同規模			小川村	同規模			小川村	同規模
1 総医療費 (円)	H25年度	242,665,320				127,620,300				115,045,020			
	H28年度	252,459,750	9,794,430	4.04	3.00	140,689,020	13,068,720	10.24	2.61	111,770,730	-3,274,290	-2.85	3.32
2 一人当たり医療費 (円)	H25年度	27,120				14,260				12,860			
	H28年度	33,270	6,150	22.68	8.69	18,540	4,280	30.01	8.06	14,730	1,870	14.54	14.54

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

②最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 6)

中長期的目標疾患の慢性腎不全(透析有)と脳血管疾患の医療費の割合が増加しており、短期目標疾患の糖尿病と高血圧の医療費の割合が減少していることから、重症化している人が増えており、医療費増加の大きな要因となっていると考えられる。人工透析は長期療養する疾患であるため、今後も医療費が高い状況が続くことが予測される。短期目標疾患患者への保健指導を医療機関と連携して実施するなど、重症化予防の取り組みをこれまで以上に行う必要がある。

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)

【図表 6】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患						短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		腎		脳		心		糖尿病	高血圧					脂質異常症
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25 小川村	242,665,320	27,123	88位	6位	2.66%	0.70%	1.42%	1.47%	10.02%	6.08%	1.31%	57,391,630	23.65%	9.42%	22.27%	5.11%	
H28 小川村	252,459,750	33,271	35位	3位	7.68%	0.39%	4.05%	0.89%	5.24%	3.67%	1.21%	58,379,830	23.12%	5.23%	20.07%	7.51%	
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%	
H28 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%	

最大医療資源(割合含む)による分類結果
◆「最大医療資源(割合含む)」とは、レポー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

③中長期的な疾患 (図表 7)

平成 25 年度と比較して、虚血性心疾患・脳血管疾患の人数は減少したがどちらとも人工透析を併せ持つ人が増加している。

人工透析者の人数は2人増え脳血管疾患や虚血性心疾患を併せ持つ人が増えている。

人工透析者は64歳以下で増加しており、若年者からの重症化予防の取り組みが重要である。

また、基礎疾患をみると高血圧は8割以上、糖尿病は4～5割、脂質異常症は約5割であるため、これらの疾患の治療継続と重症化予防が重要である。

【図表 7】

KDBシステム 平成30年2月16日出力
S21_018 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	759	25	3.3%	3	12.0%	0	0.0%	23	92.0%	10	40.0%	18	72.0%
	64歳以下	430	5	1.2%	1	20.0%	0	0.0%	4	80.0%	2	40.0%	3	60.0%
	65歳以上	329	20	6.1%	2	10.0%	0	0.0%	19	95.0%	8	40.0%	15	75.0%
H28	全体	657	23	3.5%	3	13.0%	2	8.7%	19	82.6%	8	34.8%	13	56.5%
	64歳以下	329	6	1.8%	1	16.7%	2	33.3%	5	83.3%	3	50.0%	1	16.7%
	65歳以上	328	17	5.2%	2	11.8%	0	0.0%	14	82.4%	5	29.4%	12	70.6%

S21_019 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	759	24	3.2%	3	12.5%	1	4.2%	19	79.2%	11	45.8%	13	54.2%
	64歳以下	430	8	1.9%	1	12.5%	1	12.5%	7	87.5%	4	50.0%	3	37.5%
	65歳以上	329	16	4.9%	2	12.5%	0	0.0%	12	75.0%	7	43.8%	10	62.5%
H28	全体	657	27	4.1%	3	11.1%	3	11.1%	22	81.5%	10	37.0%	12	44.4%
	64歳以下	329	9	2.7%	1	11.1%	3	33.3%	7	77.8%	1	11.1%	1	11.1%
	65歳以上	328	18	5.5%	2	11.1%	0	0.0%	15	83.3%	9	50.0%	11	61.1%

S21_020 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	759	2	0.3%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	1	50.0%	0	0.0%
	64歳以下	430	2	0.5%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	1	50.0%	0	0.0%
	65歳以上	329	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	657	4	0.6%	3	75.0%	2	50.0%	4	100.0%	2	50.0%	0	0.0%
	64歳以下	329	4	1.2%	3	75.0%	2	50.0%	4	100.0%	2	50.0%	0	0.0%
	65歳以上	328	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

④介護給付費の状況（図表 8）

平成 25 年度と比較すると給付費全体で約 1,400 万円程度増加し、施設入所者の費用が高い状況が続いている。介護給付費の伸びを抑制していくためにも、介護予防と脳血管疾患などの重症化予防の取り組みが重要となる。

介護給付費の変化

【図表 8】

年度	小川村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1 件当たり 給付費 (全)	居宅サービス	施設サービス	1 件当たり 給付費 (全)	居宅サービス	施設サービス
H25	4億5,170万円	70,923	30,535	285,977	75,804	39,092	279,554
H28	4億6,616万円	68,554	28,307	274,423	73,752	39,649	273,932

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2～3-4)(図表9)

平成25年度と比較して、高血圧と脂質異常症の治療者数が減少している。糖尿病治療者のうち、中長期目標疾患を併せ持つ者で糖尿病性腎症の割合が4.5%から9.1%と増加している。

また、高血圧治療者のうち、脳血管疾患を併せ持つ人の割合が増加しており、重症化している人の割合が増えている状況である。

適切な受診と治療を継続できるよう医療機関と連携した取り組みが重要である。

【図表9】

KDBシステム 平成30年2月16日出力
S21.015 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標											
			糖尿病				高血圧				脂質異常症				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	759	66	8.7%	13	19.7%	45	68.2%	37	56.1%	10	15.2%	11	16.7%	1	1.5%	3	4.5%				
	64歳以下	430	24	5.6%	7	29.2%	16	66.7%	15	62.5%	2	8.3%	4	16.7%	1	4.2%	3	12.5%				
	65歳以上	329	42	12.8%	6	14.3%	29	69.0%	22	52.4%	8	19.0%	7	16.7%	0	0.0%	0	0.0%				
H28	全体	657	66	10.0%	12	18.2%	48	72.7%	35	53.0%	8	12.1%	10	15.2%	2	3.0%	6	9.1%				
	64歳以下	329	17	5.2%	2	11.8%	11	64.7%	7	41.2%	3	17.6%	1	5.9%	2	11.8%	4	23.5%				
	65歳以上	328	49	14.9%	10	20.4%	37	75.5%	28	57.1%	5	10.2%	9	18.4%	0	0.0%	2	4.1%				

S21.016 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標								中長期的な目標									
			高血圧				糖尿病				脂質異常症				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	759	148	19.5%	45	30.4%	66	44.6%	23	15.5%	19	12.8%	2	1.4%						
	64歳以下	430	45	10.5%	16	35.6%	19	42.2%	4	8.9%	7	15.6%	2	4.4%						
	65歳以上	329	103	31.3%	29	28.2%	47	45.6%	19	18.4%	12	11.7%	0	0.0%						
H28	全体	657	131	19.9%	48	36.6%	62	47.3%	19	14.5%	22	16.8%	4	3.1%						
	64歳以下	329	34	10.3%	11	32.4%	12	35.3%	5	14.7%	7	20.6%	4	11.8%						
	65歳以上	328	97	29.6%	37	38.1%	50	51.5%	14	14.4%	15	15.5%	0	0.0%						

S21.017 作成年月:各年7月

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標								中長期的な目標									
			脂質異常症				糖尿病				高血圧				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	759	112	14.8%	37	33.0%	66	58.9%	18	16.1%	13	11.6%	0	0.0%						
	64歳以下	430	39	9.1%	15	38.5%	19	48.7%	3	7.7%	3	7.7%	0	0.0%						
	65歳以上	329	73	22.2%	22	30.1%	47	64.4%	15	20.5%	10	13.7%	0	0.0%						
H28	全体	657	97	14.8%	35	36.1%	62	63.9%	13	13.4%	12	12.4%	0	0.0%						
	64歳以下	329	26	7.9%	7	26.9%	12	46.2%	1	3.8%	1	3.8%	0	0.0%						
	65歳以上	328	71	21.6%	28	39.4%	50	70.4%	12	16.9%	11	15.5%	0	0.0%						

②リスクの健診結果経年変化(図表10)

平成25年度と比較して、男性ではBMI・腹囲・中性脂肪・GPT・HDL-C・尿酸・収縮期血圧・拡張期血圧・クレアチニンの割合が増加している。特に腹囲の割合が52.8%と高く、内臓脂肪型肥満が原因で動脈硬化の進行している者の増加が考えられる。女性ではBMI・腹囲・中性脂肪の割合が増加している。

メタボリックシンドロームについて、男性では該当者・予備群ともに増加しており、重複をみると「血圧+脂質」「3項目全て」該当者が増加している。女性では該当者は減少したものの予備群が増加している。

【図表10】

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）

★NO.23（概要）

性別	年齢	BM		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
H25	合計	25	19.1	49	37.4	33	25.2	20	15.3	12	9.2	33	25.2	82	62.6	10	7.6	52	39.7	17	13.0	49	37.4	1	0.8
	40-64	7	17.9	13	33.3	11	28.2	8	20.5	3	7.7	5	12.8	19	48.7	2	5.1	12	30.8	7	17.9	14	35.9	0	0.0
	65-74	18	19.6	36	39.1	22	23.9	12	13.0	9	9.8	28	30.4	63	68.5	8	8.7	40	43.5	10	10.9	35	38.0	1	1.1
H26	合計	29	23.0	56	44.4	37	29.4	17	13.5	14	11.1	27	21.4	55	43.7	10	7.9	40	31.7	17	13.5	50	39.7	1	0.8
	40-64	8	21.1	15	39.5	12	31.6	6	15.8	3	7.9	4	10.5	7	18.4	2	5.3	8	21.1	8	21.1	16	42.1	0	0.0
	65-74	21	23.9	41	46.6	25	28.4	11	12.5	11	12.5	23	26.1	48	54.5	8	9.1	32	36.4	9	10.2	34	38.6	1	1.1
H27	合計	29	23.6	54	43.9	25	20.3	20	16.3	9	7.3	36	29.3	64	52.0	7	5.7	47	38.2	18	14.6	44	35.8	0	0.0
	40-64	7	20.6	12	35.3	7	20.6	8	23.5	3	8.8	6	17.6	13	38.2	0	0.0	8	23.5	9	26.5	16	47.1	0	0.0
	65-74	22	24.7	42	47.2	18	20.2	12	13.5	6	6.7	30	33.7	51	57.3	7	7.9	39	43.8	9	10.1	28	31.5	0	0.0
H28	合計	35	28.0	66	52.8	40	32.0	24	19.2	15	12.0	23	18.4	60	48.0	21	16.8	53	42.4	21	16.8	42	33.6	3	2.4
	40-64	9	25.0	18	50.0	9	25.0	8	22.2	6	16.7	4	11.1	12	33.3	7	19.4	10	27.8	8	22.2	15	41.7	1	2.8
	65-74	26	29.2	48	53.9	31	34.8	16	18.0	9	10.1	19	21.3	48	53.9	14	15.7	43	48.3	13	14.6	27	30.3	2	2.2

性別	年齢	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	26	16.9	21	13.6	27	17.5	7	4.5	3	1.9	17	11.0	105	68.2	0	0.0	35	22.7	13	8.4	77	50.0	0	0.0
	40-64	9	17.6	10	19.6	11	21.6	3	5.9	0	0.0	4	7.8	34	66.7	0	0.0	8	15.7	4	7.8	33	64.7	0	0.0
	65-74	17	16.5	11	10.7	16	15.5	4	3.9	3	2.9	13	12.6	71	68.9	0	0.0	27	26.2	9	8.7	44	42.7	0	0.0
H26	合計	32	21.1	25	16.4	31	20.4	5	3.3	6	3.9	23	15.1	85	55.9	0	0.0	37	24.3	11	7.2	77	50.7	0	0.0
	40-64	7	17.5	8	20.0	7	17.5	2	5.0	2	5.0	5	12.5	20	50.0	0	0.0	4	10.0	3	7.5	20	50.0	0	0.0
	65-74	25	22.3	17	15.2	24	21.4	3	2.7	4	3.6	18	16.1	65	58.0	0	0.0	33	29.5	8	7.1	57	50.9	0	0.0
H27	合計	29	21.5	22	16.3	20	14.8	5	3.7	4	3.0	13	9.6	85	63.0	0	0.0	37	27.4	10	7.4	59	43.7	0	0.0
	40-64	6	17.1	5	14.3	4	11.4	0	0.0	0	0.0	2	5.7	19	54.3	0	0.0	8	22.9	4	11.4	15	42.9	0	0.0
	65-74	23	23.0	17	17.0	16	16.0	5	5.0	4	4.0	11	11.0	66	66.0	0	0.0	29	29.0	6	6.0	44	44.0	0	0.0
H28	合計	29	21.8	25	18.8	28	21.1	5	3.8	3	2.3	15	11.3	66	49.6	0	0.0	37	27.8	11	8.3	61	45.9	0	0.0
	40-64	11	29.7	9	24.3	9	24.3	3	8.1	1	2.7	2	5.4	14	37.8	0	0.0	8	21.6	5	13.5	16	43.2	0	0.0
	65-74	18	18.8	16	16.7	19	19.8	2	2.1	2	2.1	13	13.5	52	54.2	0	0.0	29	30.2	6	6.3	45	46.9	0	0.0

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）

★NO.24（概要）

性別	年齢	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
		H25	合計	131	47.1	8	6.1%	13	9.9%	2	1.5%	7	5.3%	4	3.1%	28	21.4%	6	4.6%	3	2.3%	14	10.7%
40-64	39		30.7	3	7.7%	6	15.4%	0	0.0%	4	10.3%	2	5.1%	4	10.3%	0	0.0%	0	0.0%	4	10.3%	0	0.0%
65-74	92		60.9	5	5.4%	7	7.6%	2	2.2%	3	3.3%	2	2.2%	24	26.1%	6	6.5%	3	3.3%	10	10.9%	5	5.4%
H26	合計	126	46.5	7	5.6%	18	14.3%	1	0.8%	8	6.3%	9	7.1%	31	24.6%	6	4.8%	3	2.4%	19	15.1%	3	2.4%
	40-64	38	34.2	2	5.3%	9	23.7%	0	0.0%	3	7.9%	6	15.8%	4	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	4	10.5%	0	0.0%
	65-74	88	55.0	5	5.7%	9	10.2%	1	1.1%	5	5.7%	3	3.4%	27	30.7%	6	6.8%	3	3.4%	15	17.0%	3	3.4%
H27	合計	123	48.2	7	5.7%	15	12.2%	2	1.6%	9	7.3%	4	3.3%	32	26.0%	5	4.1%	5	4.1%	16	13.0%	6	4.9%
	40-64	34	33.3	1	2.9%	2	5.9%	0	0.0%	1	2.9%	1	2.9%	9	26.5%	1	2.9%	1	2.9%	6	17.6%	1	2.9%
	65-74	89	58.2	6	6.7%	13	14.6%	2	2.2%	8	9.0%	3	3.4%	23	25.8%	4	4.5%	4	4.5%	10	11.2%	5	5.6%
H28	合計	125	51.7	9	7.2%	16	12.8%	0	0.0%	9	7.2%	7	5.6%	41	32.8%	5	4.0%	3	2.4%	21	16.8%	12	9.6%
	40-64	36	39.1	3	8.3%	9	25.0%	0	0.0%	6	16.7%	3	8.3%	6	16.7%	0	0.0%	1	2.8%	4	11.1%	1	2.8%
	65-74	89	59.3	6	6.7%	7	7.9%	0	0.0%	3	3.4%	4	4.5%	35	39.3%	5	5.6%	2	2.2%	17	19.1%	11	12.4%

性別	年齢	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
		H25	合計	154	61.8	3	1.9%	7	4.5%	0	0.0%	4	2.6%	3	1.9%	11	7.1%	5	3.2%	0	0.0%	2	1.3%
40-64	51		60.7	2	3.9%	3	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.9%	5	9.8%	2	3.9%	0	0.0%	1	2.0%	2	3.9%
65-74	103		62.4	1	1.0%	4	3.9%	0	0.0%	4	3.9%	0	0.0%	6	5.8%	3	2.9%	0	0.0%	1	1.0%	2	1.9%
H26	合計	152	67.0	3	2.0%	8	5.3%	0	0.0%	5	3.3%	3	2.0%	14	9.2%	5	3.3%	0	0.0%	5	3.3%	4	2.6%
	40-64	40	58.0	3	7.5%	2	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.0%	3	7.5%	2	5.0%	0	0.0%	1	2.5%	0	0.0%
	65-74	112	70.9	0	0.0%	6	5.4%	0	0.0%	5	4.5%	1	0.9%	11	9.8%	3	2.7%	0	0.0%	4	3.6%	4	3.6%
H27	合計	135	62.5	3	2.2%	11	8.1%	0	0.0%	7	5.2%	4	3.0%	8	5.9%	2	1.5%	0	0.0%	4	3.0%	2	1.5%
	40-64	35	54.7	2	5.7%	2	5.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.7%	1	2.9%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65-74	100	65.8	1	1.0%	9	9.0%	0	0.0%	7	7.0%	2	2.0%	7	7.0%	1	1.0%	0	0.0%	4	4.0%	2	2.0%
H28	合計	133	65.2	1	0.8%	16	12.0%	1	0.8%	8	6.0%	7	5.3%	8	6.0%	2	1.5%	1	0.8%	1	0.8%	4	3.0%
	40-64	37	66.1	0	0.0%	6	16.2%	0	0.0%	3	8.1%	3	8.1%	3	8.1%	1	2.7%	1	2.7%	0	0.0%	1	2.7%
	65-74	96	64.9	1	1.0%	10	10.4%	1	1.0%	5	5.2%	4	4.2%	5	5.2%	1							

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 11）

特定健診・特定保健指導ともに国が示す H29 年度までの受診率は 60.0%と設定されている。特定健診は 3.9%上昇しているものの、目標値には達成していない。しかしながら、H28 年度速報値での全国平均は 36.6%、県平均は 45.8%となっており、平均値は大きく上回っている。特定保健指導については、△2.8%と若干の落ち込みはあるものの国の示す目標値は大きく上回っている。

【図表 11】

項目	特定健診				特定保健指導			
	対象者数	受診者数	受診率	県内の順位	対象者数	受診者数	受診率	県内の順位
H25年度	527	285	54.1%	16	27	19	70.4%	25
H28年度	445	258	58.0%	17	34	23	67.6%	37

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、特定健診の受診率は伸びてきている。虚血性心疾患・脳血管疾患の人数は減っているものの、医療費の状況を見ると重症化している人が増えている。64 歳以下で新規人工透析者も増えており基礎疾患に高血圧や糖尿病があることから一層重点を置く必要がある。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。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上や受診勧奨者の医療機関受診率向上に向けて取り組んでいく。

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12）

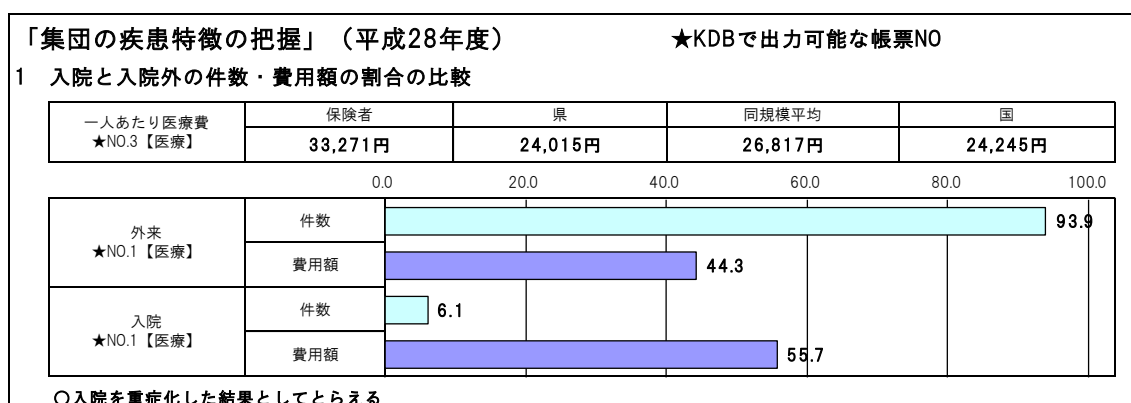
一人当たり医療費は、同規模平均と比較して約6,400円高く、県や国と比較して約9,000円高くなっている。

小川村では65歳以上の国保加入率が52.1%と高いことが医療費を上げているひとつの要因となっていると考えられる。

また、入院と外来の件数と費用額を比較してみると、入院の件数は全体の6.1%を占め、費用額割合は全体の55.7%を占めている。この割合は同規模・県・国と比較しても高く、平成25年度よりも高くなっている。

疾病の重症化予防が入院を減らすことにもつながるとともに費用対効果の面からも重要である。

【図表12】



(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 13）

ひと月 80 万円以上の高額レセプトは 41 件あり、そのうち生活習慣病と関連のある疾患が 10 件で、費用額は 1,108 万円と全体の 21%を占めている。6 ヶ月以上の長期入院レセプト 167 件のうち生活習慣病と関連のある疾患が 47 件で 28.1%を占めており医療費が 2,767 万円 で長期入院全体の 45.2%を占めている。

長期療養する疾患である人工透析のレセプト 51 件のうち、糖尿病性腎症が 25 件で全体の 49%と国の 43.2%（平成 28 年）と比較しても高率となっている。また、透析の 51 件中 39 件には脳血管疾患、37 件には虚血性心疾患があり、こちらも高率となっている。

脳血管疾患や虚血性疾患を持つ人の基礎疾患では高血圧が約 8 割、脂質異常症は約 5 割、糖尿病は約 4 割であった。

医療費だけでなく介護保険にもかかわっていくことになるので健診を受け必要なのは治療を開始し、治療中断が無いようにしていくことが必要である。

【図表 13】

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	(平成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		41件	9件 22.0%	1件 2.4%	--
		費用額		5256万円	945万円 18.0%	163万円 3.1%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数		167件	24件 14.4%	23件 13.8%	--
		費用額		6121万円	1385万円 22.6%	1382万円 22.6%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数		51件	39件 76.5%	37件 72.5%	25件 49.0%
		費用額		2707万円	2162万円 79.9%	2264万円 83.6%	1632万円 60.3%
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		253人	27人 10.7%	23人 9.1%	6人 2.4%	
			基礎疾患 の重なり	高血圧	22人 81.5%	19人 82.6%	4人 66.7%
				糖尿病	10人 37.0%	8人 34.8%	6人 100%
				脂質 異常症	12人 44.4%	13人 56.5%	3人 50.0%
			高血圧症	131人 51.8%	糖尿病 66人 26.1%	脂質異常症 97人 38.3%	高尿酸血症 20人 7.9%

○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うけているのか (図表 14)

平成 28 年度の村民の介護認定率は 75 歳以上になると一気に上がり 29.9%になっている。40～64 歳の 2 号認定率は 1.15%と同規模 0.4%と比較してかなり高い状態が続いている。新規認定者も毎年 1～2 人出ている状況である。

本計画の対象者である 75 歳未満の有病状況をみると、脳血管疾患が 40～50%であった。今後も基礎疾患である高血圧等の重症化予防に取り組んでいく必要がある。

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 77.7%であり、筋・骨格疾患の 75.6%を上回っていた。2 号認定者及び 65～74 歳の 1 号認定者で年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

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

【図表 14】

平成28年度

何の疾患で介護保険を受けているのか

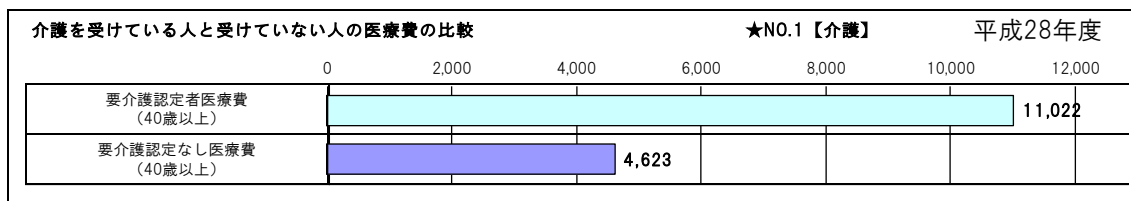
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計								
	被保険者数	867人	439人	835人	1,274人		2,141人						
	認定者数	10人	12人	250人	262人		272人						
	認定率	1.15%	2.7%	29.9%	20.6%		12.7%						
	新規認定者数 (*1)	1人	4人	32人	36人		37人						
介護度別人数	要支援1・2	2	20.0%	2	16.7%	41	16.4%	43	16.4%	45	16.5%		
	要介護1・2	3	30.0%	5	41.7%	96	38.4%	101	38.5%	104	38.2%		
	要介護3～5	5	50.0%	5	41.7%	113	45.2%	118	45.0%	123	45.2%		
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	疾病	件数 割合
		件数	--	10	12	250	262	272					
		循環器 疾患	1	脳卒中	4 40.0%	脳卒中	6 50.0%	脳卒中	100 40.0%	脳卒中	106 40.5%	脳卒中	110 40.4%
			2	腎不全	2 20.0%	虚血性 心疾患	2 16.7%	虚血性 心疾患	61 24.4%	虚血性 心疾患	63 24.0%	虚血性 心疾患	63 23.2%
			3	虚血性 心疾患	0 0.0%	腎不全	0 0.0%	腎不全	19 7.6%	腎不全	19 7.3%	腎不全	21 7.7%
		基礎疾患 (*2)	糖尿病	2 20.0%	糖尿病	3 25.0%	糖尿病	66 26.4%	糖尿病	69 26.3%	糖尿病	71 26.1%	
			高血圧	5 50.0%	高血圧	6 50.0%	高血圧	165 66.0%	高血圧	171 65.3%	高血圧	176 64.7%	
			脂質 異常症	1 10.0%	脂質 異常症	4 33.3%	脂質 異常症	56 22.4%	脂質 異常症	60 22.9%	脂質 異常症	61 22.4%	
		血管疾患 合計	合計	5 50.0%	合計	10 83.3%	合計	205 82.0%	合計	215 82.1%	合計	220 80.9%	
		認知症	認知症	0 0.0%	認知症	4 33.3%	認知症	77 30.8%	認知症	81 30.9%	認知症	81 29.8%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	5 50.0%	筋骨格系	11 91.7%	筋骨格系	218 87.2%	筋骨格系	229 87.4%	筋骨格系	234 86.0%	

*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

(4)介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較（図表 15）

介護認定者の医療費は 11,022 円で、認定なしの人の 4,623 円との差額は 6,399 円と大きい。重症になって介護も医療も両方使っている状況が考えられる。医療費、介護費の安定化のためにも、重症化予防が重要になる。

【図表 15】



2) 健診受診者の実態（図表 16・17）

健診の有所見状況をみると男女とも「腹囲」「中性脂肪」「HDL-C」の有割合割合が国・県よりも高い。また、40～64 歳の「GPT」の有所見割合も国・県よりも高くなっている。男性では「尿酸」と「クレアチニン」の有所見割合も高くなっている。これらの背景にメタボリックシンドロームがあることが考えられる。

メタボリックシンドローム該当者は男性が 32.8%と高く、40～64 歳で 16.7%、65～74 歳で 39.3%と若い層の 2 倍以上に増加している。

有所見の重複項目を見ると血圧+脂質が 16.8%と一番多く、次に 3 項目全て 9.6%となっている。一方女性のメタボリックシンドローム該当者は 6.0%となっている。有所見の重複項目は 3 項目すべてが 3.0%と一番多く次に血糖+血圧 1.5%の結果となっている。

全体的に 40～64 歳の若い層でもメタボリック該当者及び予備群の率や健診の有所見割合も高くなっている。

これらのことから、若い世代への受診勧奨と内臓脂肪型肥満の予防のための保健指導が大切である。

【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）

★NO.23（概要）

	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
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	35	28.0	66	52.8	40	32.0	24	19.2	15	12.0	23	18.4	60	48.0	21	16.8	53	42.4	21	16.8	42	33.6	3	2.4
	40-64	9	25.0	18	50.0	9	25.0	8	22.2	6	16.7	4	11.1	12	33.3	7	19.4	10	27.8	8	22.2	15	41.7	1	2.8
	65-74	26	29.2	48	53.9	31	34.8	16	18.0	9	10.1	19	21.3	48	53.9	14	15.7	43	48.3	13	14.6	27	30.3	2	2.2
	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	
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	29	21.8	25	18.8	28	21.1	5	3.8	3	2.3	15	11.3	66	49.6	0	0.0	37	27.8	11	8.3	61	45.9	0	0.0
	40-64	11	29.7	9	24.3	9	24.3	3	8.1	1	2.7	2	5.4	14	37.8	0	0.0	8	21.6	5	13.5	16	43.2	0	0.0
	65-74	18	18.8	16	16.7	19	19.8	2	2.1	2	2.1	13	13.5	52	54.2	0	0.0	29	30.2	6	6.3	45	46.9	0	0.0
	女性	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

*全国については、有所見割合のみ表示

【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）

★NO.24（概要）

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	男性	125	51.7	9	7.2%	16	12.8%	0	0.0%	9	7.2%	7	5.6%	41	32.8%	5	4.0%	3	2.4%	21	16.8%	12	9.6%
保険者	合計	36	39.1	3	8.3%	9	25.0%	0	0.0%	6	16.7%	3	8.3%	6	16.7%	0	0.0%	1	2.8%	4	11.1%	1	2.8%
	40-64	89	59.3	6	6.7%	7	7.9%	0	0.0%	3	3.4%	4	4.5%	35	39.3%	5	5.6%	2	2.2%	17	19.1%	11	12.4%
	女性	133	65.2	1	0.8%	16	12.0%	1	0.8%	8	6.0%	7	5.3%	8	6.0%	2	1.5%	1	0.8%	1	0.8%	4	3.0%
保険者	合計	37	66.1	0	0.0%	6	16.2%	0	0.0%	3	8.1%	3	8.1%	3	8.1%	1	2.7%	1	2.7%	0	0.0%	1	2.7%
	40-64	96	64.9	1	1.0%	10	10.4%	1	1.0%	5	5.2%	4	4.2%	5	5.2%	1	1.0%	0	0.0%	1	1.0%	3	3.1%
	65-74																						

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

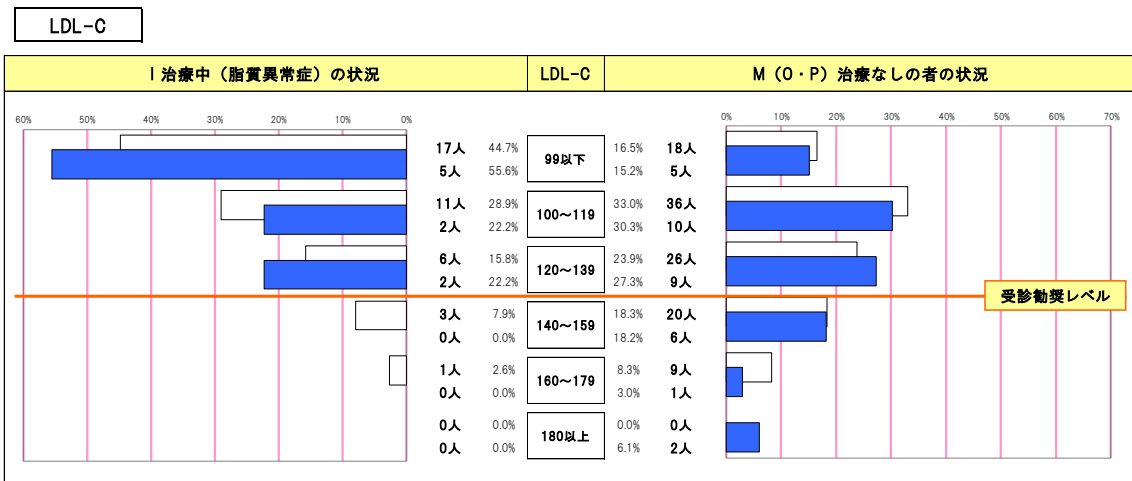
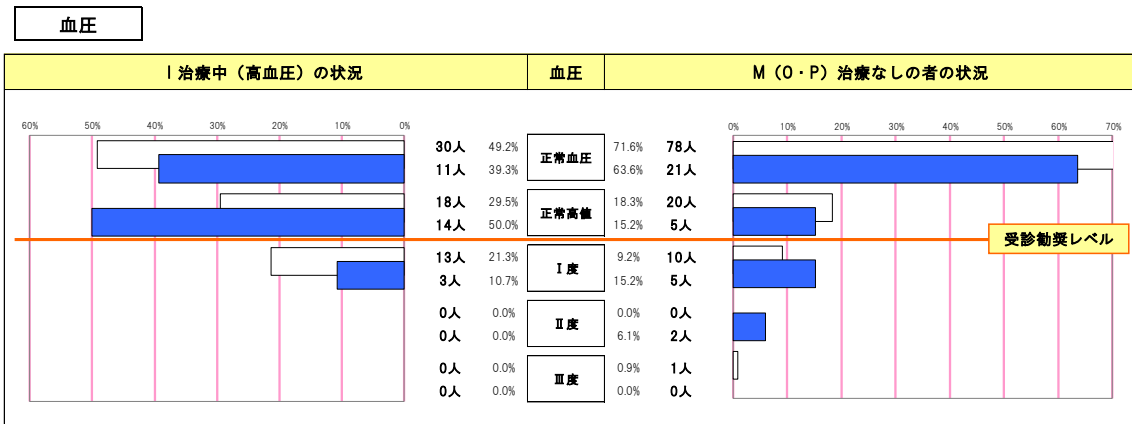
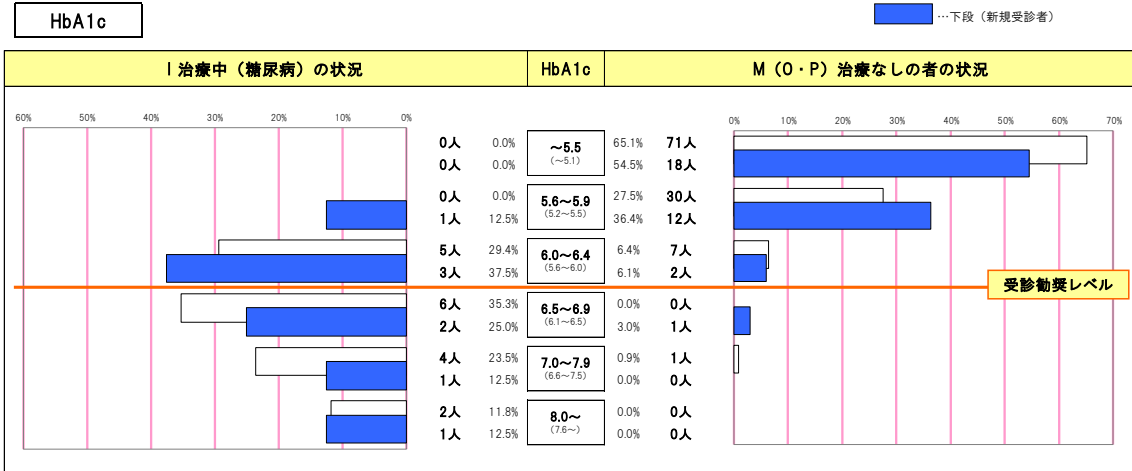
治療中の者の健診データをみると、血圧と LDL コレステロールに比べて、糖尿病の治療をしているにも関わらず血糖（HbA1c）の高い者が多くコントロールが悪い状況である。糖尿病治療において患者自身が病態を理解したうえで食事療法と運動療法を実施することが治療の第一段階として位置づけられている。治療につながった後も医療と連携しながら適切な保健指導を実施して患者自身が適切な行動をとることができるように支援していく必要がある。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較（平成27年度・平成28年度）

…上段（継続受診者）

…下段（新規受診者）



4) 未受診者の把握 (図表 19)

特定健診未受診者の把握では、40～64歳の「健診・治療なし」38人、65～74歳の「健診・治療なし」30人、あわせて68人は健康実態が全く分からない状態であるので受診勧奨を行う対象者でもある。

また、特定健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、未受診者の一人当たり医療費は受診者より9,102円高くなっている。

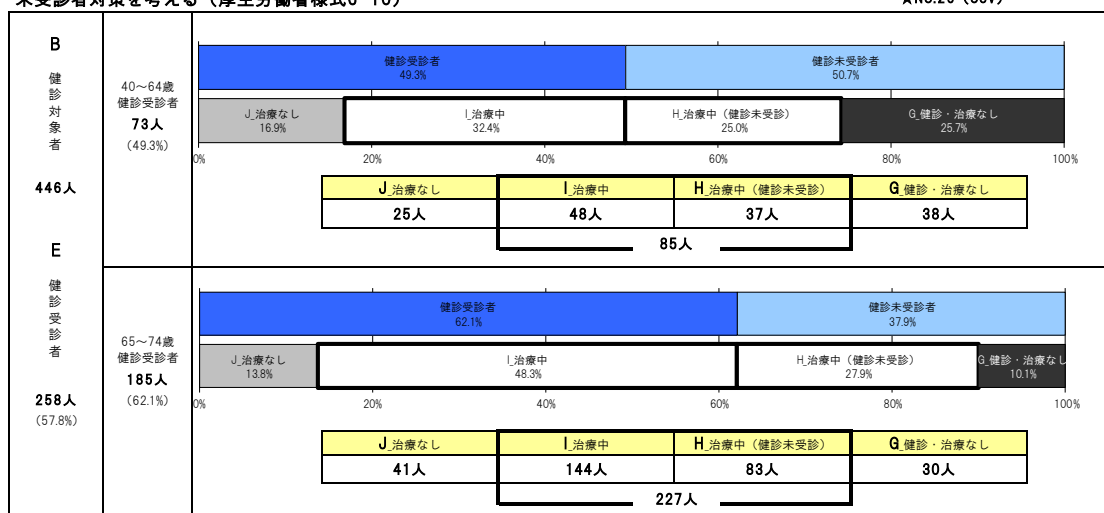
これらのことから、未受診者に対しての特定健診の受診勧奨を行い、受診後は個々の体の状態に応じた保健指導を実施することで生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていく。

【図表 19】

平成28年度

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

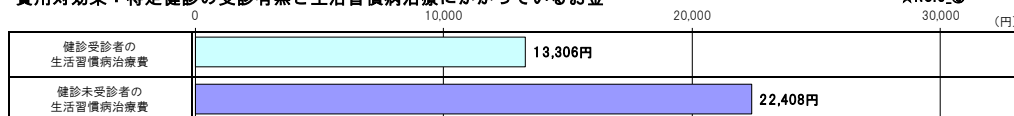
★NO.26 (GSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3. 目標の設定

1) 成果目標

(1)中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成28年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ減少させることを目標にする。

今後更に、高齢化が進展することで、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでく
ることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、「医療費の伸びを
抑えること」を目標とする。

しかし、小川村においては外来受診率が低めであり、重症化して入院する率が高くな
っている。重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、受診が必要な方への受診
勧奨を行い、受診に結び付ける。

(2)短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1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	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%

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	500人	480人	466人	452人	438人	425人
	受診者数	300人	288人	279人	271人	263人	255人
特定保健指導	対象者数	32人	31人	30人	29人	28人	27人
	受診者数	22人	22人	21人	20人	20人	19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。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- (1) 集団健診(小川村保健センター)
- (2) 個別健診(委託医療機関)
- (3) 人間ドック(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) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、長野県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.kokuho-nagano.or.jp>

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。（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。（個別健診については1月末まで）

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（図表 22）

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、村国保として周知広報活動を行う。

【図表 22】

月	4月下旬 新町病院集との打ち合わせ(集団健診について)	人間ドック 補助金受付	保健指導 随時					
5月	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診・特定保健指導契約マスタタタキングツール入力 受診券発行 受診券・受診勧奨の個別通知 ※ 健康カルテで健診申込みしていない人のリストを出す→通知+電話で受診勧奨 企業健診の取りまとめ ★6月上旬頃までにまとめ、日程表作る 被扶養者へ通知 →★6月下旬までに新町病院へ受診券のコピー送る 			<ul style="list-style-type: none"> 今年度の受診案内 受診券の使い方について 受診券を目立つものにする 受診勧奨文の作成 (集団健診を受けるメリットを強調する) 集団健診受診を勧める 				
6月	<ul style="list-style-type: none"> ヘルス受診者リスト作成(国保加入者データと突合) →佐久健康管理センターへデータを送る → ★6月中旬まで ヘルスの日程表(人数割振り)作り、新町病院へ送る ヘルス問診票配布 ※ 	個別健診		★受診券の配布時期 <table border="1"> <tr> <td>ヘルス申込み者</td> <td>ヘルス申込みなし</td> </tr> <tr> <td>6月 問診票と一緒に配布</td> <td>6月 受診勧奨通知と一緒に配布</td> </tr> </table>	ヘルス申込み者	ヘルス申込みなし	6月 問診票と一緒に配布	6月 受診勧奨通知と一緒に配布
ヘルス申込み者	ヘルス申込みなし							
6月 問診票と一緒に配布	6月 受診勧奨通知と一緒に配布							
7月	7月第1週 集団健診							
8月	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨の個別通知(ヘルス未受診者) 8/20頃 健診結果票の受領 → 受診者へ配布(8月下旬保健指導員会) H27年度の健診・保健指導データ登録・確認(法定報告準備) 健診データ受領 → ツールへ取り込み・分析 集団健診の保健指導開始 							
9月	<ul style="list-style-type: none"> 新しい保険証と一緒に健診・保健指導の案内などを送る。 							
10月								
11月				未受診者へ個別健診の期限が残り少ないことをお知らせ				
12月								
1月								
2月								
3月								

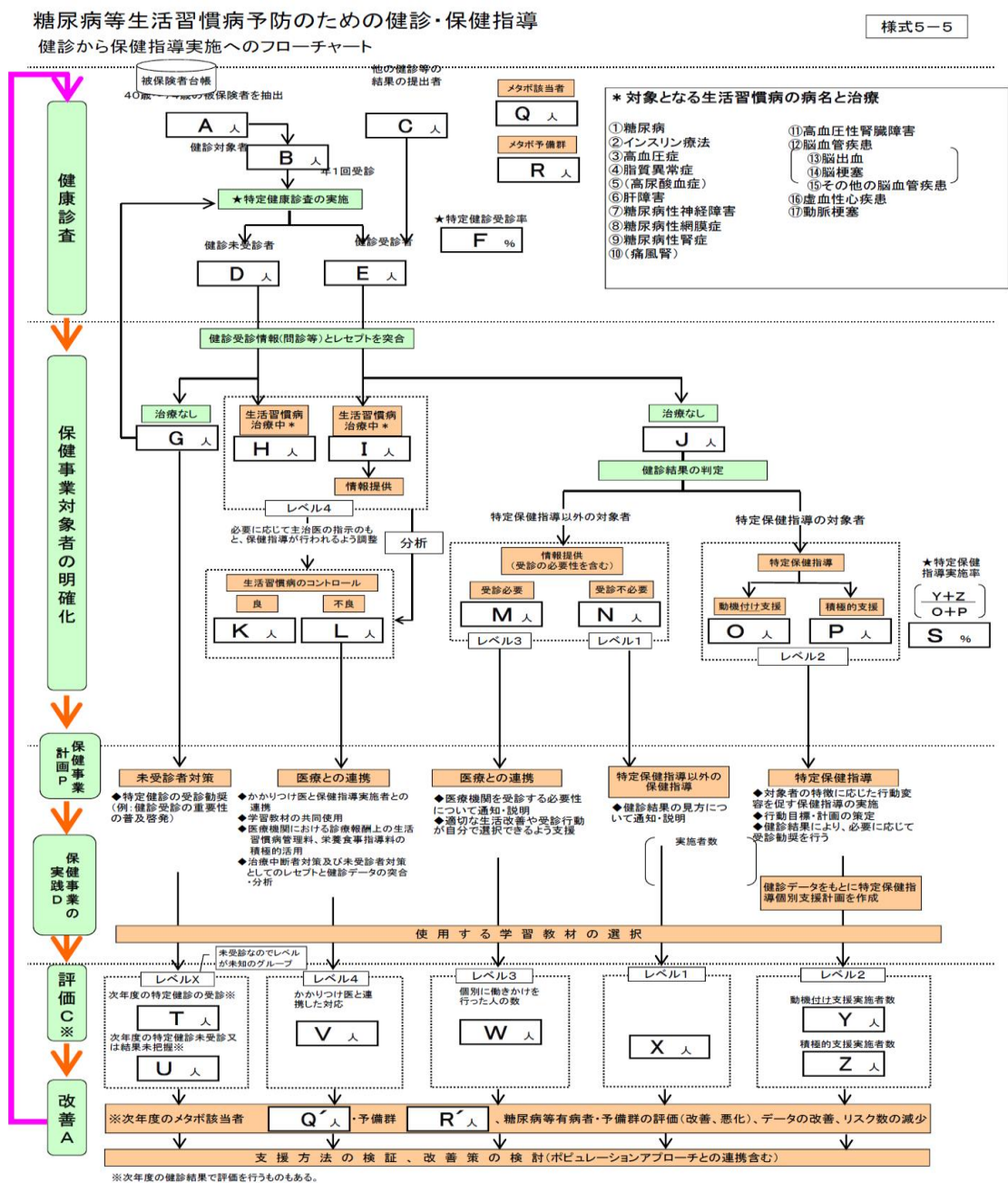
5. 特定保健指導の実施

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 (図表 23)

「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】



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 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (平成 35 年度)	対象者数見込 (平成 35 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	27 人 (10.7%)	70%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	42 人 (16.5)	HbA1c6.1 以上についても 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	216 人 ※受診率目標達成までにあ と 39 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知	40 人 (14.5)	100%
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	204 人 (73.9)	100%

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

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小川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について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、個人情報の保護に関する法律、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、小川村文書取扱い規程及び小川村個人情報保護条例により適切に管理する。

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、小川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

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、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村民へ周知する。

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。

2. 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 ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

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

② 基準に基づく該当者数の把握（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。

小川村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は4人(13.8%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者98人の中のうち、特定健診受診者が49人(50.0%・G)であり、治療中断者は0人であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者49人(50.0%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者13人中2人は治療中断であることが分かった。また、11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 より小川村における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・4人
- ・糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・2人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

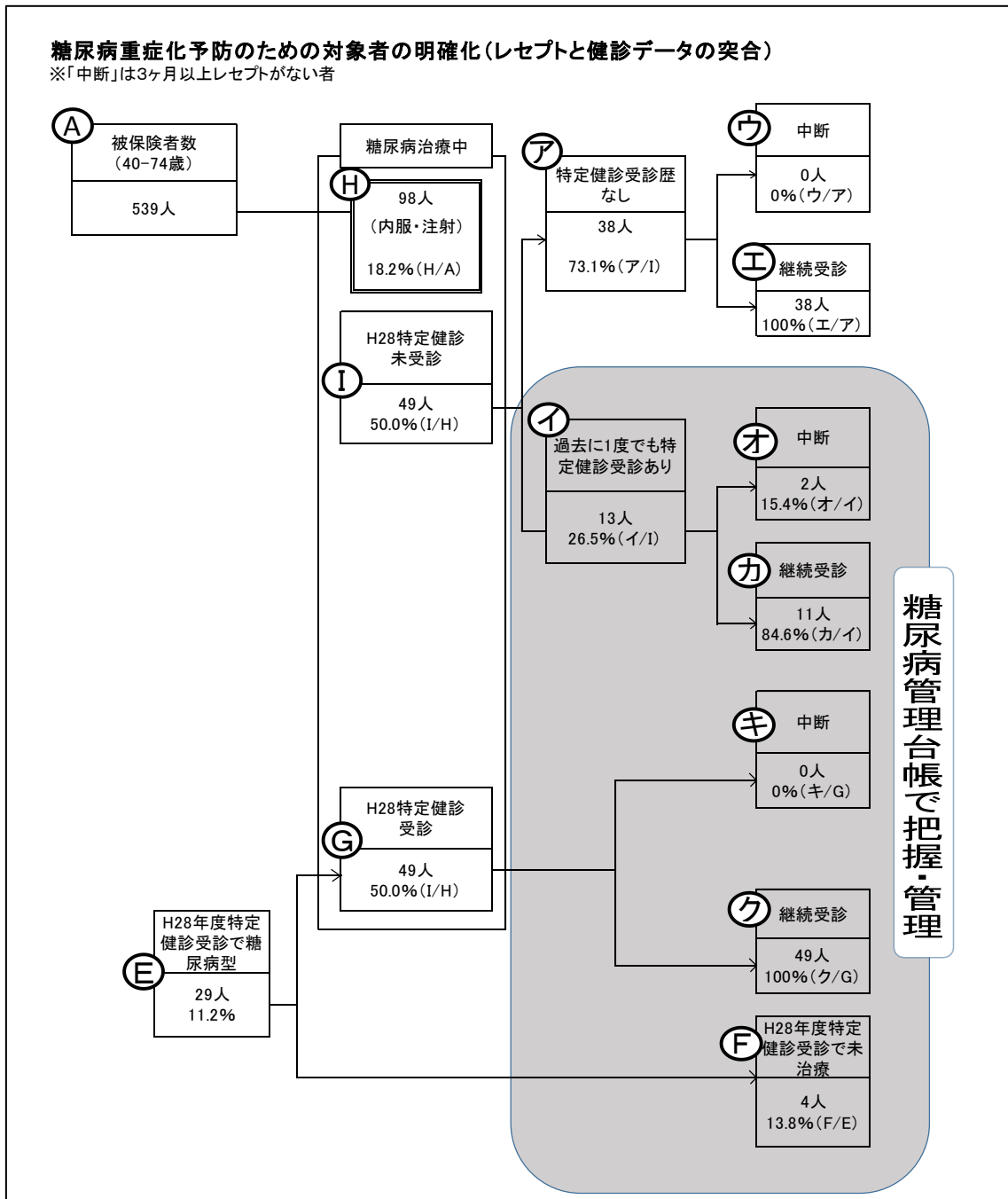
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・49人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・12人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【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 2)及び年次計画表(参考資料 3)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 HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* 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

(ア)HbA1c (イ)血圧 (ウ)体重 (エ)eGFR (オ)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

(ア)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 対象者数の把握

(ア)未治療者・中断者(受診勧奨者)

(イ)腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

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。小川村においては、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 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>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？ <ol 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> <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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 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> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <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. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 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(±)へは医療機関と連携して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、事前に地区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。

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4)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 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8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 29、30)

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 29】

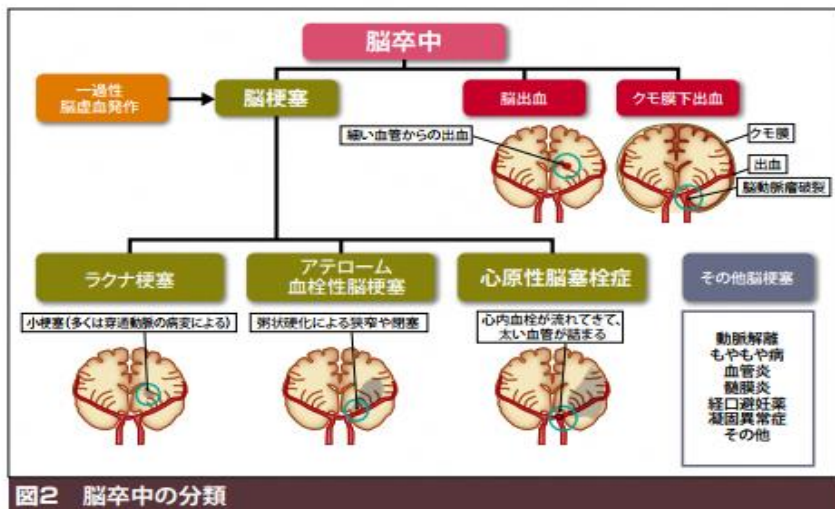


図2 脳卒中の分類

(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 30】

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 31 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 31】

リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧症	糖尿病	脂質異常症		心房細動	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CKD)	
	高血圧治療ガイドライン2009 (日本高血圧学会)	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)			メタボリックシンドロームの 診断基準	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象者	Ⅱ度高血圧以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7%以上)	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数	258							
対象者数	4 (1.6%)	11 (4.3%)	3 (1.2%)	5 (1.9%)	2 (0.8%)	49 (19.0%)	2 (0.8%)	5 (1.9%)
治療なし	4 (2.4%)	3 (1.3%)	3 (1.4%)	4 (1.9%)	0 (0.0%)	8 (5.6%)	0 (0.0%)	3 (2.2%)
(再掲) 特定保健指導	1 (25.0%)	1 (9.1%)	1 (33.3%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	8 (16.3%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)
治療中	0 (0.0%)	8 (32.0%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)	2 (1.7%)	41 (35.3%)	2 (1.7%)	2 (1.8%)
臓器障害あり	2 (50.0%)	2 (66.7%)	2 (66.7%)	3 (75.0%)	0 (--)	3 (37.5%)	0 (--)	3 (100.0%)
CKD (専門医対象者)	0	0	0	1	0	0	0	3
尿蛋白(2+)以上	0	0	0	1	0	0	0	0
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	0	0	0	3
心電図所見あり	2	2	2	2	0	3	0	1
臓器障害なし	2 (50.0%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (25.0%)	--	5 (62.5%)	--	--

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4人(1.6%)であり、4人全員が未治療者であった。未治療者のうち2人(50.0%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨をしている。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握 (図表 32)

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。

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）

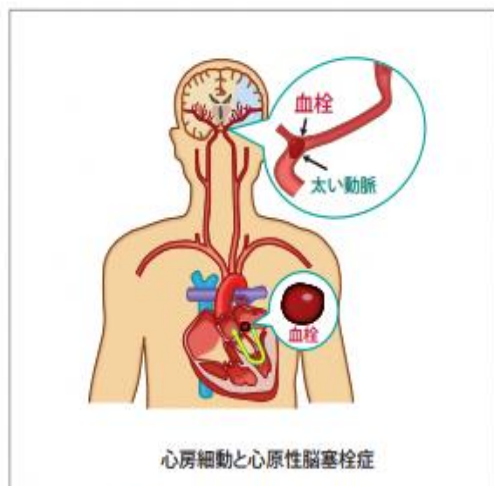
【図表 32】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	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			
	169	75	43	30	17	3	1			
		44.4%	25.4%	17.8%	10.1%	1.8%	0.6%			
リスク第1層	21	13	5	1	1	1	0			
		12.4%	17.3%	11.6%	3.3%	5.9%	33.3%	0.0%		
リスク第2層	88	40	22	14	9	2	1			
		52.1%	53.3%	51.2%	46.7%	52.9%	66.7%	100.0%		
リスク第3層	60	22	16	15	7	0	0			
		35.5%	29.3%	37.2%	50.0%	41.2%	0.0%	0.0%		
再掲 重複あり 糖尿病	12	5	1	5	1	0	0			
		20.0%	22.7%	6.3%	33.3%	14.3%	--	--		
慢性腎臓病 (CKD)	29	10	8	8	3	0	0			
		48.3%	45.5%	50.0%	53.3%	42.9%	--	--		
3個以上の危険因子	35	11	8	10	6	0	0			
		58.3%	50.0%	50.0%	66.7%	65.7%	--	--		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 32 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



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 33 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)

【図表 33】

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			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
合計	121	135	3	5.5	0	0
40歳代	5	10	0	0	0	0
50歳代	11	8	0	0	0	0
60歳代	50	60	0	0	0	0
70～74歳	55	57	3	5.5	0	0

【図表 34】

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	%
3	100	2	66.7	1	33.3

心電図検査において3人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また3人のうち1人は既に治療が開始されていたが、2人は受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施をしている。(図表 34)

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) 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る。(参考資料 5)

① 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 6)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8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)

4. 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 7)

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 8)

(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。小川村において健診受診者 289 人のうち心電図検査実施者は 275 人(95.2%)であり、そのうち ST 所見があったのは 8 人であった。対象者の状態に応じて受診勧奨を行い、ST 所見ありの 8 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。

小川村は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。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。

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。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。

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

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

【図表 35】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 1 5 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) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

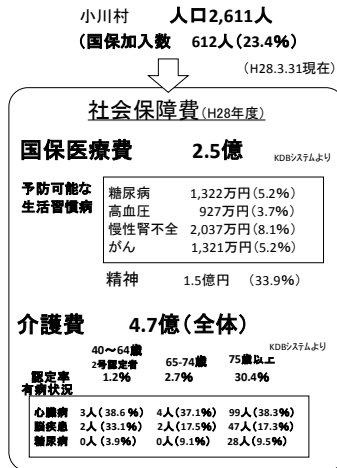
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8 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)

5. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していく。(図表 36)

保険者努力支援制度の視点で、小川村の社会保障費と予防・健康管理をみる



平成28年度 全国順位 1,741市町村中 1,289位
345点(満点)のうち169点

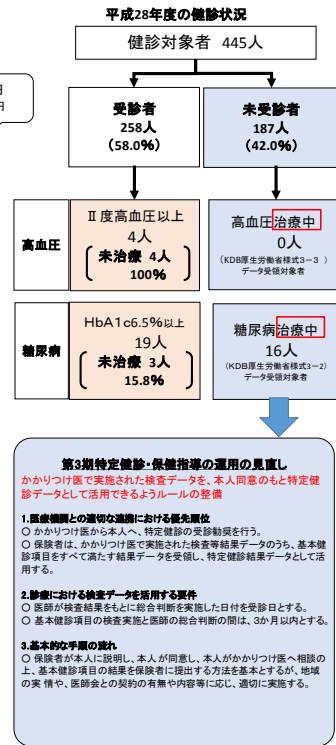
1点当たりの金額 1,485円
国からの交付金 25.1万円

評価指標(H29、30年度)	30年度		28年度前例し分		
	満点	小川村	単	県	国
※林業振興拠点(H30年60点、H28年70点)除く	850点	345点	165点	212.96点	198.67点
共通①					
特定保健指導実施率	50				
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	60	35	34.16	21.52
共通②					
健康増進等定化予防的取組	100				
対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40	0	25.97	18.75
専門職の取組、事業評価	(25)				
全員に文書交付、受診の有無確認、未受診者へ個別	(25)				
保健指導、実施前後の健診結果確認	(25)				
個人への分かりやすい情報提供	25				
個人へのポイント付与等取組、効果検証	(50)	40	3	20.42	23
働き溜め、商店街等との連携	(25)				
共通③					
電子カルテ計測の取組	40				
電子カルテ計測、PDCACに沿った保健事業実施	(5)	10	10	7.92	7.16
固有①					
2期連続で当たり、統計書の定数評価	(35)				
健康増進、保、医師会等と連携	(25)				
共通④					
がん検診受診率	30				
がん検診受診率	25	20	0	9.03	11.89
固有②					
地域包括ケアの推進	25	5	0	3.44	2.89

① 市町村独自の取組内容評価【200億円】	100
特定保健指導実施率、健康増進等定化予防的取組	
② 新取組内容の取組状況【150億円】	未定
健康増進等定化予防的取組、健康増進等定化予防的取組	
③ 医療費適正化の取り組み評価【150億円】	50
医療・中核施設等1人当たりの医療費	

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定(H30年度～)

【図表 36】



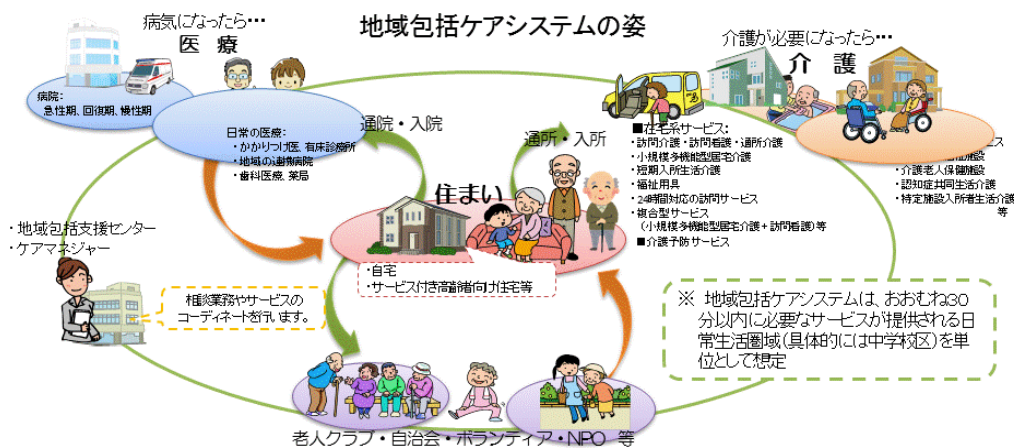
第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増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、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重要である。(図表 38)

【図表 38】



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

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。

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、庁内糖での利用、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小川村の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 4 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 5 血圧評価表

参考資料 6 心房細動管理台帳

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 虚血性心疾患をどのように考えていくか

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小川村の位置

項目	小川村				同規模平均 (H28)		県 (H28)		国 (H28)		データ元 (CSV)			
	H25		H28		実数	割合	実数	割合	実数	割合				
	実数	割合	実数	割合										
1	人口構成	総人口	3,024		3,024		712,964		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)	1,274	42.1	1,274	42.1	250,396	35.1	567,919	26.8	29,020,766		23.2	
		75歳以上	835	27.6	835	27.6			303,854	14.4	13,989,864		11.2	
		65～74歳	439	14.5	439	14.5			264,065	12.5	15,030,902		12.0	
		40～64歳	867	28.7	867	28.7			701,089	33.1	42,411,922		34.0	
39歳以下	883	29.2	883	29.2			846,640	40.0	53,420,287	42.8				
2	産業構成	第1次産業	17.8		17.8		22.7		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	29.2		29.2		21.7		29.5		25.2			
		第3次産業	53.0		53.0		55.6		60.7		70.6			
3	平均寿命	男性	80.7		80.7		79.4		80.9		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	87.0		87.0		86.5		87.2		86.4			
4	健康寿命	男性	65.7		65.7		65.1		65.7		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	66.9		67.0		66.7		67.2		66.8			
2	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	90.0		93.4		102.6		90.3		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		男性												
		女性	91.8		77.1		98.2		94.5		100			
		死因	がん	12	48.0	7	20.0	2,874	44.3	6,285	44.7		367,905	49.6
		心臓病	9	36.0	17	48.6	1,917	29.6	3,777	26.9	196,768		26.5	
		脳疾患	4	16.0	8	22.9	1,158	17.9	2,908	20.7	114,122		15.4	
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	115	1.8	270	1.9	13,658		1.8	
		腎不全	0	0.0	2	5.7	231	3.6	370	2.6	24,763		3.3	
		自殺	0	0.0	1	2.9	187	2.9	436	3.1	24,294		3.3	
		合計	2	3.7	2	3.3			1,961	7.8	136,944		10.5	
3	早世予防からみた死亡 (55歳未満)	男性	1	3.2	2	7.1			1,294	10.3	91,123	13.5	厚労省HP 人口動態調査	
		女性	1	4.3	0	0.0			667	5.3	45,821	7.2		
3	1	介護保険	1号認定者数 (認定率)	279	21.2	262	20.8	49,966	20.0	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	2	0.3	7	0.3	781	0.3	1,767	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	11	1.2	10	1.2	856	0.4	2,068	0.3	151,813	0.4			
	2	有病状況	糖尿病	26	8.6	28	9.3	10,599	20.4	23,930	20.8	1,350,152	22.1	
			高血圧症	88	32.2	86	31.1	28,380	55.1	62,279	54.1	3,101,200	50.9	
			脂質異常症	16	5.9	23	8.5	14,058	27.1	31,038	26.7	1,741,866	28.4	
			心臓病	105	39.8	106	38.3	31,946	62.2	71,424	62.1	3,529,682	58.0	
			脳疾患	61	19.6	51	17.9	13,362	26.3	33,027	28.9	1,538,683	25.5	
			がん	20	6.5	14	4.0	4,857	9.3	12,106	10.5	631,950	10.3	
	3	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	70,923		68,554		73,752		58,547		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
層サービス			30,535		28,307		39,649		38,590		39,662			
4	医療費等	施設サービス	285,977		274,423		273,932		272,580		281,186	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		要介護認定別 医療費 (40歳以上)	9,704		11,022		8,522		7,747		7,980			
1	国保の状況	認定なし	4,429		4,623		4,224		3,666		3,816	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		被保険者数	739		614		198,805		540,810		32,587,866			
2	医療の概況 (人口千対)	65～74歳	335	45.3	320	52.1			229,556	42.4	12,461,613	38.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		40～64歳	248	33.6	194	31.6			176,381	32.6	10,946,712	33.6		
4	医療費の状況	39歳以下	156	21.1	100	16.3			134,873	24.9	9,179,541	28.2		
		加入率	24.4		20.3		28.1		25.6		26.9			
		2	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	131	0.2	8,255	0.3
				診療所数	2	2.7	1	1.6	621	3.1	1,561	2.9	96,727	3.0
				病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	24,190	44.7	1,524,378	46.8
				医師数	1	1.4	1	1.6	541	2.7	4,786	8.8	299,792	9.2
		3	医療費の状況	外来患者数	591.3		628.2		652.3		668.8		668.1	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
				入院患者数	33.9		40.6		23.7		17.7		18.2	
		4	医療費の状況	一人当たり医療費	27,123		33,271		26,817		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	625.126		688.819		676.037		686.489		686.286	
4	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費原簿病 名 (調剤含む)	外来 費用の割合	47.4		44.3		55.3		60.9		60.1	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
		件数の割合	94.6		93.9		96.5		97.4		97.4			
		入院 費用の割合	52.6		55.7		44.7		39.1		39.9			
		件数の割合	5.4		6.1		3.5		2.6		2.6			
		1件あたり入院日数	21.7日		21.7日		16.3日		15.1日		15.6日			
		がん	22,863,430	15.5	13,210,300	9.3	24.2		24.8		25.6			
4	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費原簿病 名 (調剤含む)	慢性腎不全 (透析あり)	6,452,160	4.4	19,379,980	13.7	7.9		9.5		9.7	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
		糖尿病	24,303,490	16.5	13,206,780	9.3	10.1		10.0		9.7			
		高血圧症	14,744,970	10.0	9,348,220	6.6	9.4		8.8		8.6			
		精神	54,035,650	36.6	50,743,110	35.8	18.6		17.7		16.9			
		筋・骨格	12,391,590	8.4	18,902,750	13.4	16.4		15.7		15.2			

【参考資料 2】

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 3】

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	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	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		
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)	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
	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	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
	⑥結果把握 ()人	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
	①HbA1cが悪化している ()人		
	()人		
②尿蛋白 ()人			
(±) ()人			
(+) ~顕性腎症 ()人	栄養士中心		
③eGFR値の変化	腎専門医		
1年で25%以上低下 ()人			
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人			

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	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245		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	657人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		539人							
2	① 特定健診 ② 対象者数		445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	
	③ 受診者数		258人							
	④ 受診率		58.0%							
3	① 特定 保健指導 ② 対象者数		34人							
	③ 実施率		67.6%							
4	① 健診 データ	E	32人	11.7%					特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	3人	9.4%						
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	29人	90.6%						
	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	10人	34.5%						
	⑤ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑥ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑦ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑧ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑨ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑩ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑪ ④ 中 ④ 中 ④ 中	J	4人	40.0%						
	⑫ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑬ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑭ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑮ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑯ ④ 中 ④ 中 ④ 中 ⑰ ④ 中 ④ 中 ④ 中	J	5人	50.0%						
	⑱ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	19人	65.5%						
	⑲ 第1期 尿蛋白(-)	M	19人	59.4%						
	⑳ 第2期 尿蛋白(±)		10人	31.3%						
	㉑ 第3期 尿蛋白(+)以上		4人	12.5%						
	㉒ 第4期 eGFR30未満		0人	--						
5	① 糖尿病受療率(被保険者対)		100.5人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		122.4人							
	③ レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者対		415件	(807.4)			472件	(757.6)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ 入院外(件数)		6件	(11.7)			4件	(5.9)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	66人	10.0%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳		66人	12.2%						
	⑦ 健診未受診者	I	66人	100.0%						
	⑧ インスリン治療	O	12人	18.2%						
	⑨ (再掲)40-74歳		12人	18.2%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	6人	9.1%						
	⑪ (再掲)40-74歳		6人	9.1%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	3.03%						
	⑬ (再掲)40-74歳		2人	3.03%						
	⑭ 新規透析患者数		1人	1.52%						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人	1.52%						
	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)		101人	1.0%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	① 総医療費		2億5246万円				2億6643万円		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		1億4159万円				1億5163万円			
	③ (総医療費に占める割合)		56.1%				56.9%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		13,306円				8,737円			
	⑤ 健診受診者		22,408円				34,206円			
	⑥ 健診未受診者									
	⑦ 糖尿病医療費		1321万円				1526万円			
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.3%				10.1%			
	⑨ 糖尿病入院外総医療費		2817万円							
	⑩ 1件あたり		35,085円							
	⑪ 糖尿病入院総医療費		3221万円							
	⑫ 1件あたり		585,633円							
	⑬ 在院日数		20日							
	⑭ 慢性腎不全医療費		2037万円				1315万円			
	⑮ 透析有り		1938万円				1198万円			
	⑯ 透析なし		99万円				116万円			
7	① 介護 ② (2号認定者)糖尿病合併症		4億6617万円				3億1509万円			
	③ 1件		9.1%							
8	① 死亡 ② 糖尿病(死因別死亡数)		0人		0.0%		0人		1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

【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	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			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"/> HDL-C	40～	35～39		～34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169		170～	
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50		51～	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100		101～	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	～139	140～199	200～	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	～84	85～89	90～		
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

