

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 飯綱町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

- 1.背景・目的
- 2.計画の位置付け
- 3.計画期間
- 4.関係者が果たすべき役割と連携
- 5.保険者努力支援制度

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化 7

- 1.第 1 期計画に係る評価及び考察
- 2.第 2 期計画における健康課題の明確化
- 3.目標の設定

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 19

- 1.第三期特定健診等実施計画について
- 2.目標値の設定
- 3.対象者の見込み
- 4.特定健診の実施
- 5.特定保健指導の実施
- 6.個人情報の保護
- 7.結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章 保健事業の内容 25

I 保健事業の方向性

II 重症化予防の取組

- 1.糖尿病性腎症重症化予防
- 2.虚血性心疾患重症化予防
- 3.脳血管疾患重症化予防

III ポピュレーションアプローチ

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	45
第 6 章 計画の評価・見直し	47
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
参考資料	49

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(以下「保険者等」という。)及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」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化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

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

飯綱町においては、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を図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

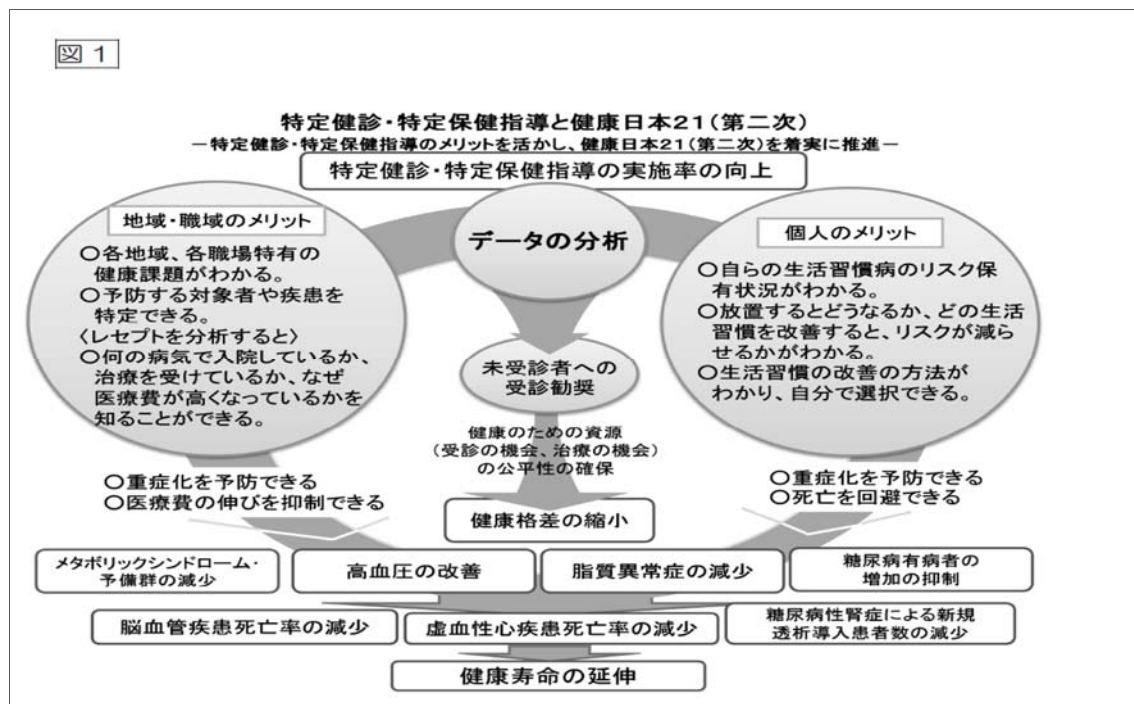
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、「健康いづな21（第二次）」「信州保健医療総合計画」「飯綱町介護保険事業計画」「長野県高齢者プラン」と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

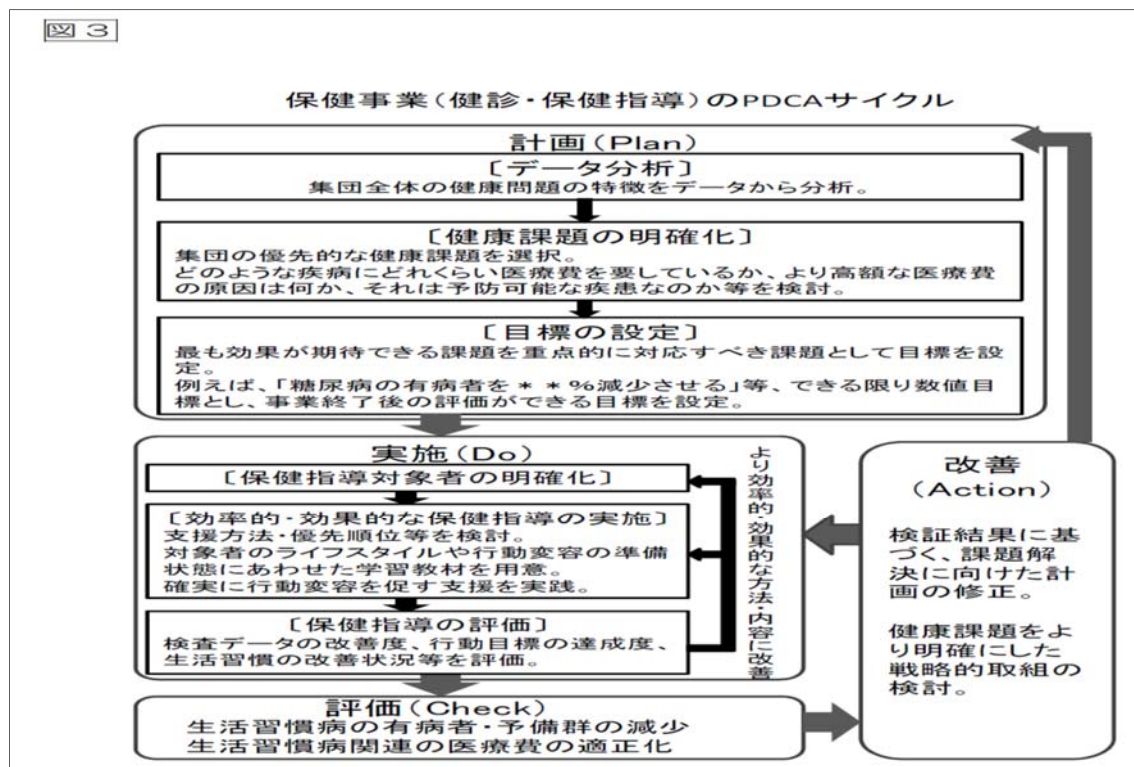
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ							2017.10.11
「健康日本21」計画		※ 健康増進法（第6条）とは 健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校教育法				「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施計画）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的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な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 健康局 平成29年3月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 保険局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）	
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要の機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会健康増進が持続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健康増進の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を防止し、入院患者を減らすことができる。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の持続可能性を確保することが可能となる。 特定健康診査は、健康増進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非目し、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とする。約率に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策として、被保険者の主体的な健康増進及び発症予防の取組みについて、最前線がその中心となって、被保険者の特性を踏まえ、効果的かつ持続的な健康増進を推進することを旨とするものである。 健康増進等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、被保険者の健康増進が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは重症化の防止を理念としている	国民健康保険法に基づき、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適正に増大しないよう努めていくとともに、医療費の適正化を図ることを目指す。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための体制の整備を図る。	
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時期に高齢期を迎える現在の育育期・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 60～64歳 特定疾病	すべて	すべて	
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 骨粗鬆症、認知症、骨質・骨量低下 パーキンソン病、神経変性疾患 腎臓病、糖尿病、高血圧、脂質異常症 多系統臓器障害、脳血管性認知症、脳神経障害	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、特定健診に直接関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入率・入院患者数） ③治療継続者の割合 ④高齢者コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病発症率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドローム改善率 ⑧高血圧・脂質異常症改善率 ⑨適切な科と量の受診率 ⑩健康増進に関する知識 ⑪適切な科と量の受診率 ⑫健康増進に関する知識 ⑬健康増進に関する知識 ⑭健康増進に関する知識 ⑮健康増進に関する知識 ⑯健康増進に関する知識 ⑰健康増進に関する知識 ⑱健康増進に関する知識 ⑲健康増進に関する知識 ⑳健康増進に関する知識 ㉑健康増進に関する知識 ㉒健康増進に関する知識 ㉓健康増進に関する知識 ㉔健康増進に関する知識 ㉕健康増進に関する知識 ㉖健康増進に関する知識 ㉗健康増進に関する知識 ㉘健康増進に関する知識 ㉙健康増進に関する知識 ㉚健康増進に関する知識 ㉛健康増進に関する知識 ㉜健康増進に関する知識 ㉝健康増進に関する知識 ㉞健康増進に関する知識 ㉟健康増進に関する知識 ㊱健康増進に関する知識 ㊲健康増進に関する知識 ㊳健康増進に関する知識 ㊴健康増進に関する知識 ㊵健康増進に関する知識 ㊶健康増進に関する知識 ㊷健康増進に関する知識 ㊸健康増進に関する知識 ㊹健康増進に関する知識 ㊺健康増進に関する知識 ㊻健康増進に関する知識 ㊼健康増進に関する知識 ㊽健康増進に関する知識 ㊾健康増進に関する知識 ㊿健康増進に関する知識	①特定健診受診率 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・受診率） (2)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 (5)健康診査等の受診率 (6)特定健診率 (7)特定保健指導率 (8)健診結果の変化 (9)生活習慣病の有病率・予防率 (10)医療費等 (11)介護費 (12)健康増進に関する知識 (13)健康増進に関する知識 (14)健康増進に関する知識 (15)健康増進に関する知識 (16)健康増進に関する知識 (17)健康増進に関する知識 (18)健康増進に関する知識 (19)健康増進に関する知識 (20)健康増進に関する知識 (21)健康増進に関する知識 (22)健康増進に関する知識 (23)健康増進に関する知識 (24)健康増進に関する知識 (25)健康増進に関する知識 (26)健康増進に関する知識 (27)健康増進に関する知識 (28)健康増進に関する知識 (29)健康増進に関する知識 (30)健康増進に関する知識 (31)健康増進に関する知識 (32)健康増進に関する知識 (33)健康増進に関する知識 (34)健康増進に関する知識 (35)健康増進に関する知識 (36)健康増進に関する知識 (37)健康増進に関する知識 (38)健康増進に関する知識 (39)健康増進に関する知識 (40)健康増進に関する知識 (41)健康増進に関する知識 (42)健康増進に関する知識 (43)健康増進に関する知識 (44)健康増進に関する知識 (45)健康増進に関する知識 (46)健康増進に関する知識 (47)健康増進に関する知識 (48)健康増進に関する知識 (49)健康増進に関する知識 (50)健康増進に関する知識 (51)健康増進に関する知識 (52)健康増進に関する知識 (53)健康増進に関する知識	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介護給付の適正化	〇医療費適正化の取組 外米 ①一人あたり外米医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能の分化・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区分】を減額し、保険料率決定	保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援	保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携			

【図表 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とが平成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) 実施主体関係部局の役割

飯綱町においては、保健福祉課健康推進係と住民環境課国保年金係が連携してデータヘルス計画を策定・推進するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。具体的には、介護支援係、包括支援センター等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、担当者の業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等との連携

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

外部有識者等とは、長野県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び長野県のことをいう。

飯綱町は健康課題の明確化のため、KDBやレセプトデータを活用するにあたり、国保連の支援を活用する。また、計画全般にわたり、県と意見交換を行い連携に努める。

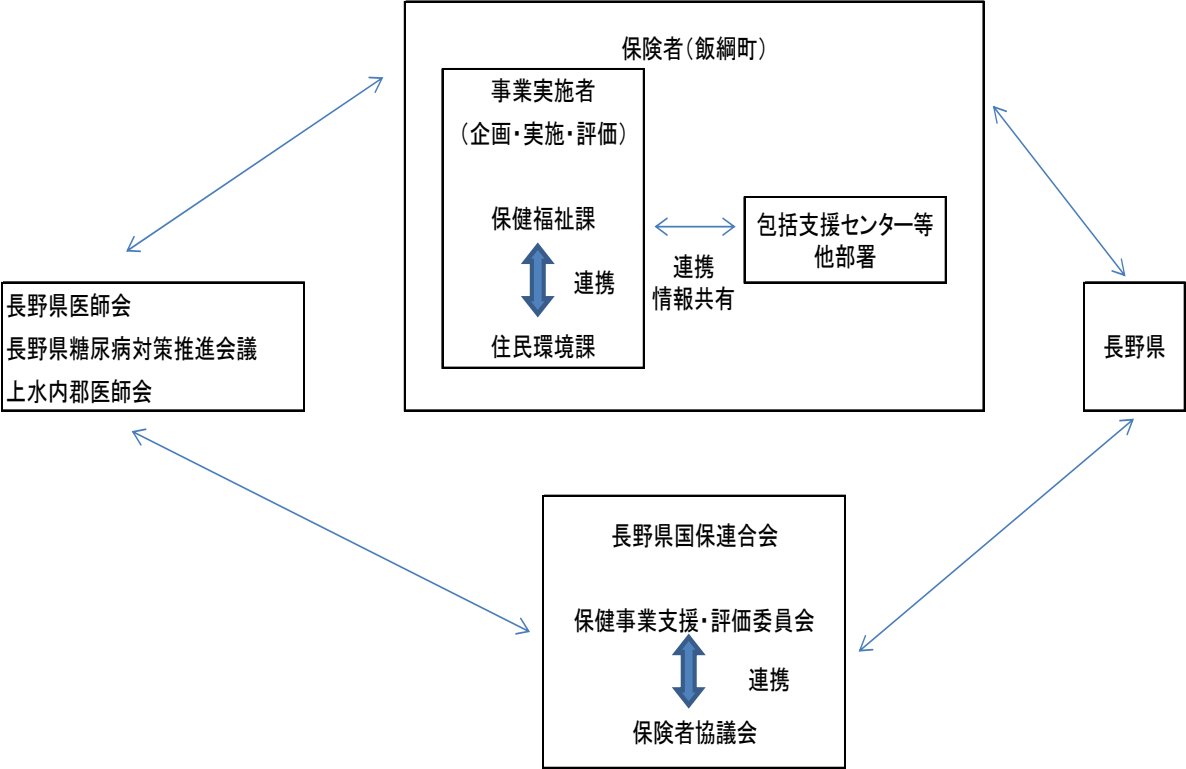
このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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。

飯綱町の実施体制

【図表 4】



4. 保険者努力支援制度

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

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

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28配点	H29配点	H30配点	H30(参考)
総得点(満点)		275	580	850	850
交付額(千円)		1,548円			
総得点(体制構築加点含む)		214			
長野県順位		42			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	15			50
共通②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患検診の実施	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	個人へのわ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	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	0			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	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（平成25年と平成28年度の比較）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死亡状況では脳疾患による死亡が増えており、心臓病による死亡が減少している。

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、40～64歳の2号認定率の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

医療費に占める入院費の割合はほぼ横ばいとなっている。医療費分析をみると糖尿病治療にかかる医療費の割合が増加している。また、特定健診の結果においてはメタボ予備軍の増加がみられる。今後も生活習慣病重症化予防及び発症予防への取り組みが重要になる。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付費を経年で比較すると6千万円の増加がみられた。1件あたりの給付費も同規模平均と比較すると低いが、増加している。サービスの内容をみると、居宅サービスの給付費は増加している。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	飯綱町				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	9億2000万円	53,271	37,497	284,317	70,235	42,529	283,116
H28年度	↑ 9億8000万円	↑ 56,296	↑ 37,811	265,617	68,805	42,403	278,100

②医療費の状況（図表 7）

総医療費は増加している。要因として、補保険者が減少する中で、65 歳以上の被保険者の増加が考えられる。

外来に比べての入院の伸び利率が低い。

医療費の変化

【図表 7】

		全体			入院			外来		
		費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率
1 総医療費 (円)	H25 年度	10 億 65 万円			3 億 8,756 万円			6 億 1,309 万円		
	H28 年度	10 億 450 万円	385 万円	0.38	3 億 8,822 万円	66 万円	0.17	6 億 1,624 万円	315 万円	0.49
2 一人当たり 医療費 (円)	H25 年度	24,794			9,603			15,191		
	H28 年度	26,721	1,927	7.8	10,328	725	7.55	16,394	1,203	7.92

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期及び短期目標疾患医療費計は減少している。疾患別にみると虚血性心疾患、高血圧にかかる医療費の割合が減少し、慢性腎不全（透析なし）、脳血管疾患、糖尿病、脂質異常症にかかる医療費の割合が増加している。慢性腎不全（透析なし）、糖尿病については県や国と比較しても高い割合となっている。

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（H25 と H28 の比較） 【図表 8】

		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	飯綱町	1,000,648,320	24,794	67位	18位	4.23%	0.13%	1.30%	3.06%	5.95%	7.16%	1.99%	238,354,760	23.82%	13.53%	9.68%	12.25%
H28		1,004,455,090	26,721	74位	↑15位	3.41%	↑0.54%	↑2.11%	1.39%	↑6.96%	4.52%	↑2.51%	215,416,740	21.45%	14.28%	9.95%	12.98%
H28	長野県	159,625,419,870	24,014	—	—	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%
	国	9,677,041,336,540	24,253	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

出典：KDB 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果 「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

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の抑制を中長期の目標としたが、経年で見ると虚血性心疾患、脳血管疾患の割合がわずかに増加している。また、3 疾患とも共通の血管リスクである糖尿病及び脂質異常症を併せ持つ者が増加している。

【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			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	3,370	119	3.5%	18	15.5%	1	0.7%	94	78.9%	46	38.8%	67	56.5%
	64歳以下	2,032	41	2.0%	7	17.4%	1	2.0%	31	74.4%	17	42.1%	26	63.6%
	65歳以上	1,338	77	5.8%	11	14.5%	0	0.0%	63	81.2%	29	37.1%	41	52.7%
H28	全体	3,139	116	↑ 3.7%	20	↑ 17.5%	1	↑ 1.1%	90	77.4%	52	↑ 45.1%	76	↑ 65.2%
	64歳以下	1,630	27	1.6%	3	11.3%	1	5.0%	20	73.5%	12	45.6%	18	65.5%
	65歳以上	1,509	89	5.9%	17	19.4%	0	0.0%	70	78.7%	40	45.0%	58	65.1%

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			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	3,370	108	3.2%	18	17.0%	1	0.8%	84	77.7%	35	32.2%	54	50.3%
	64歳以下	2,032	35	1.7%	7	20.8%	1	2.4%	24	68.2%	13	36.6%	21	59.4%
	65歳以上	1,338	74	5.5%	11	15.2%	0	0.0%	60	82.1%	22	30.1%	34	46.0%
H28	全体	3,139	114	↑ 3.6%	20	↑ 18.0%	1	↑ 0.9%	82	71.7%	48	↑ 41.9%	59	↑ 52.1%
	64歳以下	1,630	27	1.7%	3	11.2%	1	3.7%	14	50.2%	11	40.3%	15	55.8%
	65歳以上	1,509	87	5.7%	17	20.1%	0	0.0%	68	78.3%	37	42.5%	44	50.9%

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			脳血管疾患		虚血性心疾患		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	3,370	9	0.3%	1	9.7%	1	9.7%	7	79.1%	2	27.5%	3	39.3%
	64歳以下	2,032	6	0.3%	1	13.1%	1	13.1%	5	86.9%	2	29.5%	3	53.5%
	65歳以上	1,338	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	61.1%	1	18.1%	0	0.0%
H28	全体	3,139	6	0.2%	1	↑ 18.7%	1	↑ 21.4%	4	70.2%	2	↑ 37.7%	3	↑ 48.4%
	64歳以下	1,630	5	0.3%	1	21.7%	1	24.4%	4	81.1%	2	43.3%	3	55.6%
	65歳以上	1,509	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

（3）短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2～3-4)（図表 10）

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症に共通の血管リスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病の減少を目標としたが、いずれもわずかに増加している。また、3 疾患ともに、他のリスクを併せ持つ割合は増加している。

【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							
			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		
		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	合計	3,370	388	11.5	23	6.0	279	71.9	248	63.9	46	11.9	35	9.0	2	0.6	58	15.1		
	64歳以下	2,032	135	6.6	12	8.8	88	65.2	96	71.0	17	12.9	13	9.4	2	1.4	22	16.2		
	65歳以上	1,338	253	18.9	12	4.6	191	75.4	152	60.1	29	11.3	22	8.8	1	0.2	37	14.4		
H28	合計	3,139	391	↑ 12.4	32	↑ 8.1	277	70.9	257	↑ 65.7	52	↑ 13.4	48	↑ 12.2	2	0.6	76	↑ 19.4		
	64歳以下	1,630	111	6.8	11	10.2	65	58.3	77	69.6	12	11.0	11	9.8	2	2.1	22	20.0		
	65歳以上	1,509	280	18.6	20	7.2	213	76.0	180	64.2	40	14.4	37	13.1	0	0.0	54	19.2		

厚労省様式様式3-3			短期的な目標						中期的な目標					
			高血圧											
					糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,370	757	22.5	279	36.8	415	54.9	94	12.4	84	11.1	7	0.9
	64歳以下	2,032	250	12.3	88	35.1	144	57.5	31	12.3	24	9.4	5	2.1
	65歳以上	1,338	507	37.9	191	37.6	272	53.6	63	12.4	60	11.9	1	0.3
H28	全体	3,139	728	↑ 23.2	277	↑ 38.1	415	↑ 57.0	90	12.3	82	↑ 11.2	4	0.6
	64歳以下	1,630	188	11.5	65	34.3	107	56.6	20	10.4	14	7.3	4	2.3
	65歳以上	1,509	540	35.8	213	39.4	309	57.2	70	13.0	68	12.6	0	0.0

厚労省様式 様式3-4			中長期的な目標						短期的な目標						
			脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	3,370	606	18.0%	248	40.9%	415	68.5%	67	11.1%	54	9.0%	3	0.5%	
	64歳以下	2,032	233	11.5%	96	41.1%	144	61.6%	26	11.2%	21	8.8%	3	1.4%	
	65歳以上	1,338	373	27.8%	152	40.8%	272	72.8%	41	10.9%	34	9.1%	0	0.0%	
H28	全体	3,139	599	↑ 19.1%	257	↑ 42.9%	415	↑ 69.3%	76	↑ 12.6%	59	↑ 9.9%	3	0.5%	
	64歳以下	1,630	184	11.3%	77	41.9%	107	57.9%	18	9.5%	15	8.2%	3	1.6%	
	65歳以上	1,509	416	27.5%	180	43.3%	309	74.3%	58	14.0%	44	10.6%	0	0.0%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果における有所見者の割合を経年で比較すると男女共に腹囲、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1cが増加し、尿酸、血圧は減少している。女性の空腹時血糖は県と比較しても高い。

メタボリックシンドローム予備軍が増加していることから、今後も内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態が増加することが考えられる。

【図表 11】

健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する（厚労省様式 6-2～6-7） 帳票No.23

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
男性	県	21,007	26.8	35,144	44.9	21,509	27.5	14,819	18.9	7,067	9.0	21,830	27.9	44,851	57.3	12,411	15.9	34,483	44.1	19,596	25.0	37,747	48.2	999	1.3
	合計	115	24.5	174	37.0	115	24.5	72	15.3	31	6.6	119	25.3	251	53.4	62	13.2	225	47.9	130	27.7	231	49.1	4	0.9
	40-64	43	25.7	53	31.7	44	26.3	28	16.8	13	7.8	57	34.1	85	50.9	21	12.6	61	36.5	52	31.1	95	56.9	2	1.2
	65-74	72	23.8	121	39.9	71	23.4	44	14.5	18	5.9	62	20.5	166	54.8	41	13.5	164	54.1	78	25.7	136	44.9	2	0.7
	県	19,812	27.8	32,823	46.0	20,223	28.3	14,275	20.0	6,196	8.7	20,727	29.0	46,222	64.8	12,481	17.5	31,126	43.6	17,668	24.8	33,415	46.8	1,129	1.6
女性	合計	129	24.1	208	38.9	138	25.8	87	16.3	41	7.7	143	26.7	301	56.3	45	8.4	231	43.2	124	23.2	256	47.9	6	1.1
	40-64	34	23.1	44	29.9	38	25.9	27	18.4	11	7.5	41	27.9	74	50.3	9	6.1	36	24.5	27	18.4	78	53.1	0	0.0
	65-74	95	24.5	164	42.3	100	25.8	60	15.5	30	7.7	102	26.3	227	58.5	36	9.3	195	50.3	97	25.0	178	45.9	6	1.5

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		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
男性	県	18,148	18.9	14,550	15.1	15,869	16.5	7,541	7.8	2,244	2.3	15,284	15.9	56,710	59.0	1,647	1.7	37,053	38.6	14,589	15.2	55,595	57.9	157	0.2
	合計	109	20.0	53	9.7	71	13.0	39	7.1	10	1.8	95	17.4	300	54.9	6	1.1	219	40.1	93	17.0	339	62.1	1	0.2
	40-64	45	19.4	24	10.3	26	11.2	15	6.5	4	1.7	44	19.0	122	52.6	2	0.9	79	34.1	45	19.4	140	60.3	0	0.0
	65-74	64	20.4	29	9.2	45	14.3	24	7.6	6	1.9	51	16.2	178	56.7	4	1.3	140	44.6	48	15.3	199	63.4	1	0.3
	県	16,628	19.0	13,394	15.3	14,927	17.1	7,281	8.3	1,827	2.1	15,116	17.3	57,348	65.6	1,905	2.2	33,419	38.2	13,102	15.0	49,030	56.1	148	0.2
女性	合計	108	19.3	67	12.0	74	13.2	32	5.7	6	1.1	109	19.5	327	58.4	5	0.9	205	36.6	92	16.4	332	59.3	1	0.2
	40-64	28	15.0	21	11.2	24	12.8	14	7.5	1	0.5	37	19.8	108	57.8	2	1.1	58	31.0	33	17.6	113	60.4	0	0.0
	65-74	80	21.4	46	12.3	50	13.4	18	4.8	5	1.3	72	19.3	219	58.7	3	0.8	147	39.4	59	15.8	219	58.7	1	0.3

* 全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚労省様式 8） 帳票No.24

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	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	470	39.6	20	4.3%	63	13.4%	4	0.9%	48	10.2%	11	2.3%	91	19.4%	16	3.4%	3	0.6%	45	9.6%	27	5.7%
	40-64	167	31.5	7	4.2%	21	12.6%	2	1.2%	12	7.2%	7	4.2%	25	15.0%	4	2.4%	1	0.6%	13	7.8%	7	4.2%
	65-74	303	46.1	13	4.3%	42	13.9%	2	0.7%	36	11.9%	4	1.3%	66	21.8%	12	4.0%	2	0.7%	32	10.6%	20	6.6%
	合計	535	45.3	26	4.9%	78	14.6%	5	0.9%	56	10.5%	17	3.2%	104	19.4%	14	2.6%	5	0.9%	56	10.5%	29	5.4%
	40-64	147	34.8	8	5.4%	20	13.6%	2	1.4%	10	6.8%	8	5.4%	16	10.9%	1	0.7%	1	0.7%	9	6.1%	5	3.4%
女性	合計	560	48.9	9	1.6%	22	3.9%	1	0.2%	14	2.5%	7	1.3%	36	6.4%	4	0.7%	3	0.5%	16	2.9%	13	2.3%
	40-64	187	43.5	5	2.7%	5	2.7%	1	0.5%	2	1.1%	2	1.1%	11	5.9%	2	1.1%	2	1.1%	3	1.6%	4	2.1%
	65-74	373	52.2	4	1.1%	17	4.6%	0	0.0%	12	3.2%	5	1.3%	25	6.7%	2	0.5%	1	0.3%	13	3.5%	9	2.4%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率及び特定保健指導実施率を経年で比較するといずれも上昇している。平成 25 年度においては、人員不足もあり、特定保健指導を終了者の報告ができていなかった。

発症予防、重症化予防のために、体制を整え、特定健診受診率、特定保健指導実施率及び受診勧奨者の医療機関受診率の向上を目指す。

【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	県内順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								飯綱町	同規模平均
H25年度	2,361	1,020	43.2	53位	102	20	19.6	48.6%	50.8%
H28年度	2,322	1,092	47.0	49位	106	59	55.7	46.8%	51.6%

2）第 1 期に係る考察

第 1 期計画において中長期・短期目標疾患の発症及び重症化予防を進めてきた。

重症化予防の指標のひとつである入院費割合は増加せず、中長期・短期目標疾患医療費は減少した。しかし、介護保険 2 号認定者の増加や糖尿病性腎症、インスリン治療を受ける者の増加（今後さらに重症化する可能性のある者の増加）など、新たな課題が見えてきた。未治療者や治療中断者への介入、治療中であっても生活改善が必要な者への介入など、重症化予防への取組みは強化する必要がある。

また、健診の有所見者の状況では、腹囲及び糖尿病、脂質の項目が増加していることから、内臓脂肪を基盤とした疾患の発症予防も継続していく必要がある。

なお、発症及び重症化を予防していくために、住民自ら体の状態を確認できる場として、特定健診は重要であり、特定健診受診率向上に向けて取り組む。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

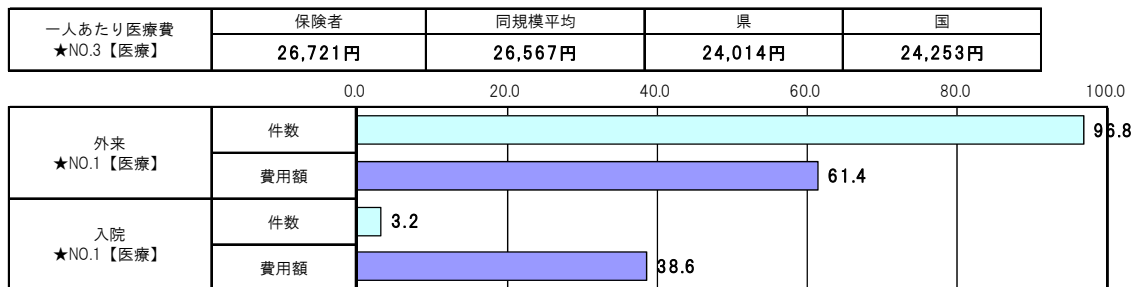
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

飯綱町の入院件数は 3.2%で、費用額全体の 38.8%を占めている。重症化予防が入院を減らすことにもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 13】



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

長期入院では 191 件中脳血管疾患が 4 件となっている。件数は少ないが費用額の 6 割を占めている

【図表 14】

厚労省様式	対象レセプト (H28 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 (200万円以上レセ)	件数	18件	1件 5.6%	0件 0.0%	
		費用額	4541万円	234万円 5.1%	--	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	191件	4件 2.1%	0件 0.0%	
		費用額	7060万円	4641万円 65.7%	129万円 1.8%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H●年度 累計	88件	18件 20.5%	24件 27.3%	40件 45.5%
		費用額	4390万円	1070万円 24.4%	895万円 20.4%	1873万円 42.7%

厚労省様式	対象レセプト (H28年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.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 な 疾 患	1,383人	127人 9.2%	107人 7.7%	75人 5.4%
			高血圧	87人 68.5%	82人 76.6%	62人 82.7%
			糖尿病	55人 43.3%	48人 44.9%	75人 100.0%
			脂質異常症	72人 56.7%	74人 69.2%	50人 66.7%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			731人	410人	613人	142人
			52.9%	29.6%	44.3%	10.3%

(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91.3%であり、筋・骨格疾患の92.4%とほぼ同等であった。2号認定者では100%が血管疾患により介護認定を受けている実態であった。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。

また、介護保険を受けている者の医療費は介護保険を受けていない者と比較して高額であるため、認定者を増やさないことは、医療費の抑制にもつながる。

【図表 15】

3 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		4,264人		1,618人		1,981人		3,599人		7,863人				
	認定者数		14人		57人		628人		685人		699人				
	認定率		0.33%		3.5%		31.7%		19.0%		8.9%				
	新規認定者数（※1）		10人		68人		1人		69人		79人				
	介護度 別人数	要支援1・2		3	21.4%	15	26.3%	153	24.4%	168	24.5%	171	24.5%		
要介護1・2		6	42.9%	21	36.8%	244	38.9%	265	38.7%	271	38.8%				
要介護3～5		5	35.7%	21	36.8%	231	36.8%	252	36.8%	257	36.8%				
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
			循環器 疾患	1	脳卒中	67 55.4%	脳卒中	145 35.8%	腎不全	1 50.0%	脳卒中	145 35.6%	脳卒中	212 40.2%	
					2	虚血性 心疾患	29 24.0%	虚血性 心疾患	47 11.6%	脳卒中	0 0.0%	虚血性 心疾患	47 11.5%	虚血性 心疾患	76 14.4%
					3	腎不全	22 18.2%	腎不全	14 3.5%	虚血性 心疾患	0 0.0%	腎不全	15 3.7%	腎不全	37 7.0%
			基礎疾患 （※2）	糖尿病	63 52.1%	糖尿病	216 53.3%	糖尿病	1 50.0%	糖尿病	217 53.3%	糖尿病	280 53.0%		
					高血圧	104 86.0%	高血圧	283 69.9%	高血圧	1 50.0%	高血圧	284 69.8%	高血圧	388 73.5%	
					脂質 異常症	76 62.8%	脂質 異常症	180 44.4%	脂質 異常症	1 50.0%	脂質 異常症	181 44.5%	脂質 異常症	257 48.7%	
			血管疾患 合計	合計	121 100.0%	合計	359 88.6%	合計	2 100.0%	合計	361 88.7%	合計	482 91.3%		
				認知症	認知症	7 5.8%	認知症	96 23.7%	認知症	2 100.0%	認知症	98 24.1%	認知症	105 19.9%	
			筋・骨格疾患	筋骨格系	104 86.0%	筋骨格系	382 94.3%	筋骨格系	2 100.0%	筋骨格系	384 94.3%	筋骨格系	488 92.4%		

※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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

02,0004,0006,0008,00010,000

要介護認定者医療費
（40歳以上）

要介護認定なし医療費
（40歳以上）

9,339

3,844

※1) 新規認定者についてはNO.49_要介護認定状況の「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

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診結果の有所見者について、県や国と比較すると男性では LDL コレステロールが高い。女性では空腹時血糖、LDL-コレステロール、拡張期血圧が高い。

また、メタボリックシンドロームの状況では高血圧により予備群となるものが多く、血圧＋脂質（高中性脂肪または低 HDL コレステロール）で該当となる者が多い。

【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）					
男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	19,812	27.8	32,823	46.0	20,223	28.3	14,275	20.0	6,196	8.7	20,727	29.0	46,222	64.8	12,481	17.5	31,126	43.6	17,668	24.8	33,415	46.8	1,129	1.6	
保険者	合計	129	24.1	208	38.9	138	25.8	87	16.3	41	7.7	143	26.7	301	56.3	45	8.4	231	43.2	124	23.2	256	47.9	6	1.1
	40-64	34	23.1	44	29.9	38	25.9	27	18.4	11	7.5	41	27.9	74	50.3	9	6.1	36	24.5	27	18.4	78	53.1	0	0.0
	65-74	95	24.5	164	42.3	100	25.8	60	15.5	30	7.7	102	26.3	227	58.5	36	9.3	195	50.3	97	25.0	178	45.9	6	1.5

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	16,628	19.0	13,394	15.3	14,927	17.1	7,281	8.3	1,827	2.1	15,116	17.3	57,348	65.6	1,905	2.2	33,419	38.2	13,102	15.0	49,030	56.1	148	0.2	
保険者	合計	108	19.3	67	12.0	74	13.2	32	5.7	6	1.1	109	19.5	327	58.4	5	0.9	205	36.6	92	16.4	332	59.3	1	0.2
	40-64	28	15.0	21	11.2	24	12.8	14	7.5	1	0.5	37	19.8	108	57.8	2	1.1	58	31.0	33	17.6	113	60.4	0	0.0
	65-74	80	21.4	46	12.3	50	13.4	18	4.8	5	1.3	72	19.3	219	58.7	3	0.8	147	39.4	59	15.8	219	58.7	1	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

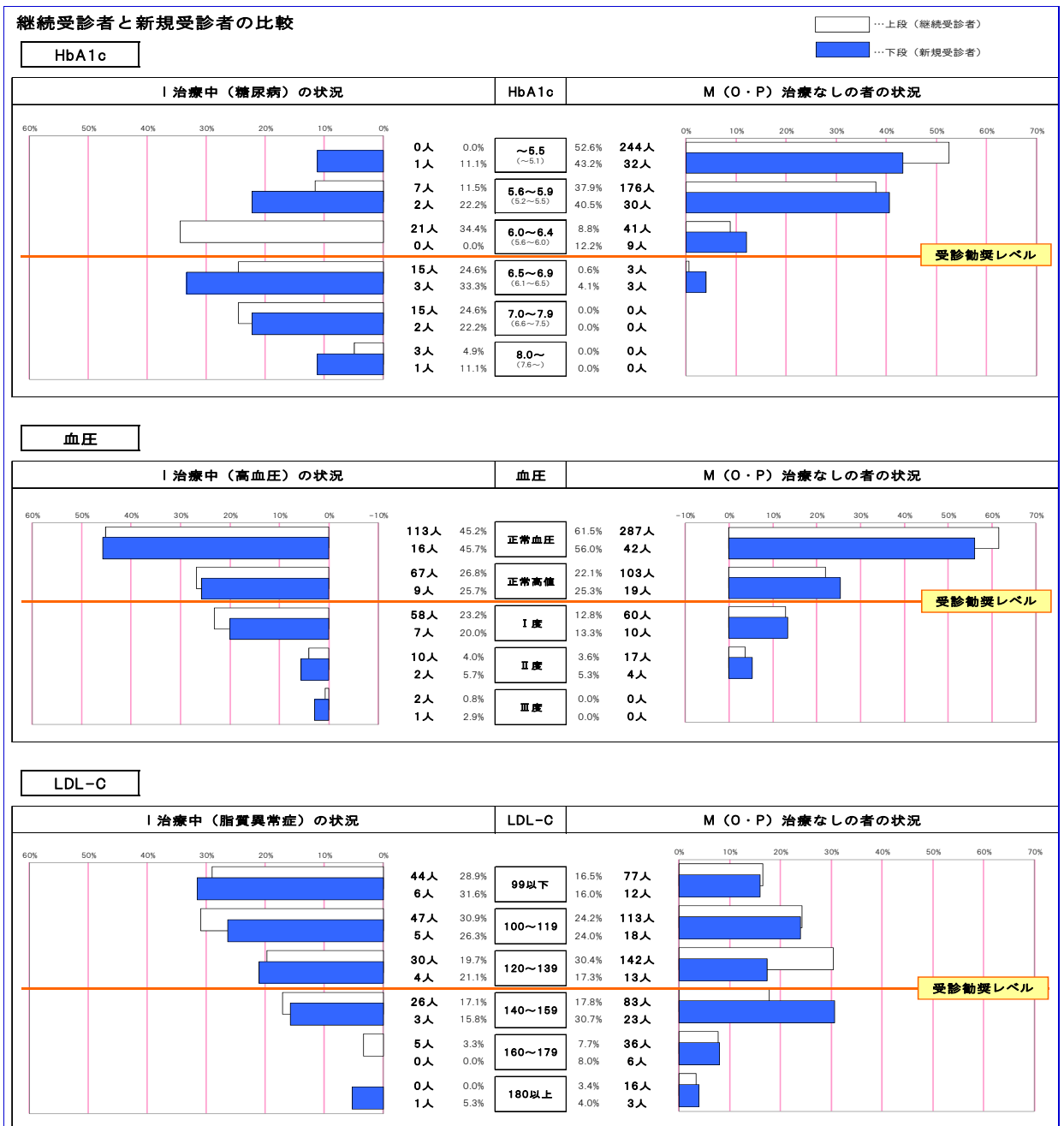
【図表 17】

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）				
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		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
保 険 者	合計	535	45.3	26	4.9%	78	14.6%	5	0.9%	56	10.5%	17	3.2%	104	19.4%	14	2.6%	5	0.9%	56	10.5%	29	5.4%
	40-64	147	34.8	8	5.4%	20	13.6%	2	1.4%	10	6.8%	8	5.4%	16	10.9%	1	0.7%	1	0.7%	9	6.1%	5	3.4%
	65-74	388	51.2	18	4.6%	58	14.9%	3	0.8%	46	11.9%	9	2.3%	88	22.7%	13	3.4%	4	1.0%	47	12.1%	24	6.2%
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		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
保 険 者	合計	560	48.9	9	1.6%	22	3.9%	1	0.2%	14	2.5%	7	1.3%	36	6.4%	4	0.7%	3	0.5%	16	2.9%	13	2.3%
	40-64	187	43.5	5	2.7%	5	2.7%	1	0.5%	2	1.1%	2	1.1%	11	5.9%	2	1.1%	2	1.1%	3	1.6%	4	2.1%
	65-74	373	52.2	4	1.1%	17	4.6%	0	0.0%	12	3.2%	5	1.3%	25	6.7%	2	0.5%	1	0.3%	13	3.5%	9	2.4%

3) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 18)

治療なしの状況を見ると、HbA1c 及び血圧は受診勧奨レベルの中でも高値の者は 0 名だが、LDL コレステロールでは 180 mg/dl 以上では 19 名が未治療となっている。また、治療中の状況をみると血圧や LDL コレステロールでは受診勧奨レベルを超える者は少ないが、HbA1c については受診勧奨判定値を超える者が多い。

【図表 18】



継続受診者…平成 27、28 年度継続受診

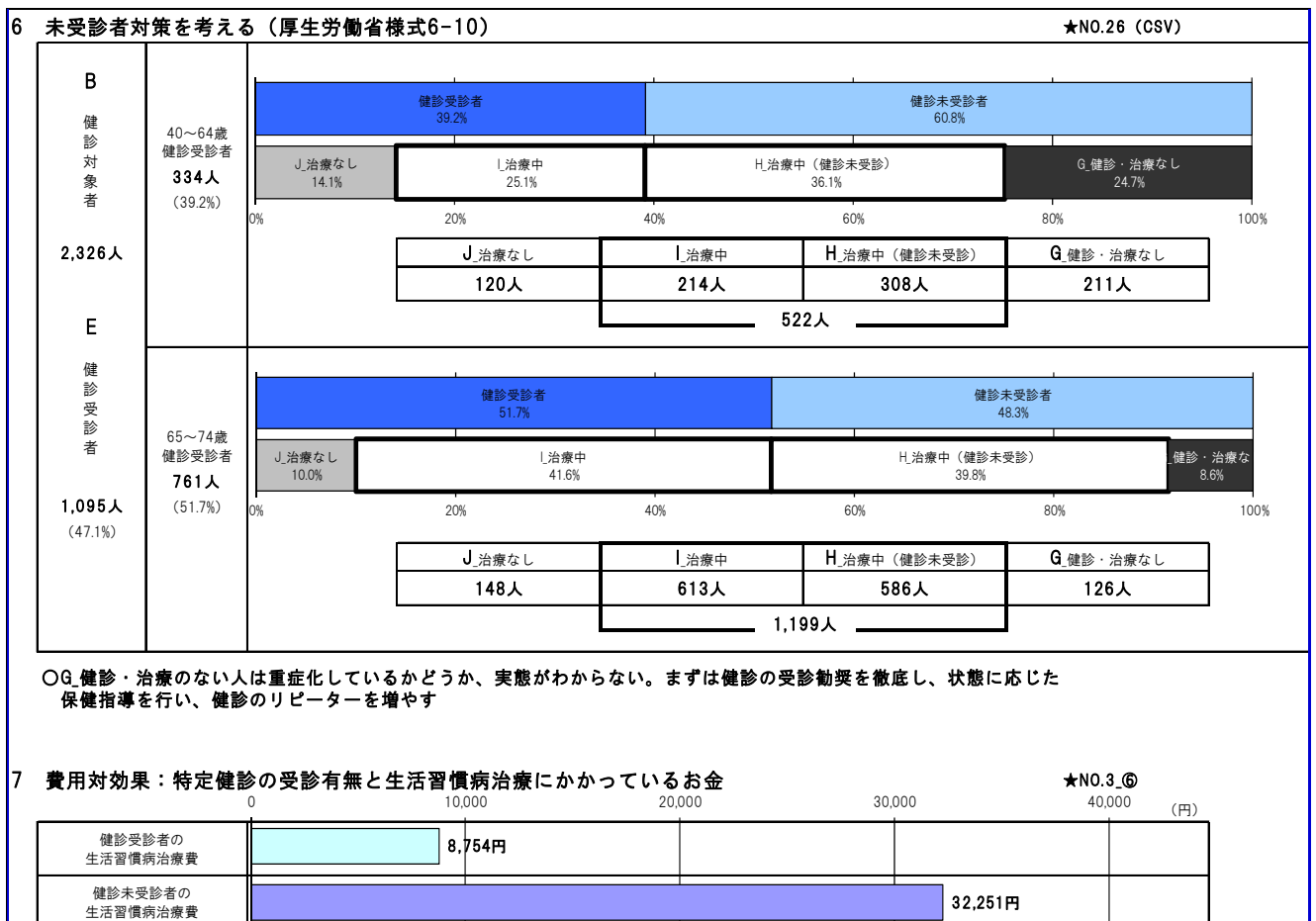
新規受診者…平成 28 年度受診者

4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳で24.7%となっている。健診も治療も受けていないということは、体の状態が把握できていない状況と考えられる。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受診し、状態に応じて生活改善、医療機関への受診を行う事により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

また、健診受診者と未受診者では、健診受診者の方が生活習慣病治療にかかる費用が少ない。健診を受けることが、医療費の抑制にもつながると考えるため、健診未受診者へのアプローチを行う必要がある。

【図表 19】



3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患を減少させることを目標にする。(図表9)

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。(1人当たりの医療費の伸び率：図表7、8)

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。

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、受診率を上げ、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	49%	51%	53%	55%	57%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

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	2,320	2,300	2,280	2,260	2,240	2,220
	受診者数	1,140	1,170	1,210	1,240	1,280	1,330
特定保健指導	対象者数	110	108	106	104	102	100
	受診者数	66	64	64	62	62	60

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関及び町内医療機関に委託する。

(2)特定健診委託基準

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

(3)特定健診実施項目

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

(4)実施時期

5月から翌年2月末まで実施する。

(5)医療機関との適切な連携

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

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

(6) 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。

(7)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから【図表 22】のとおりを行う。

【図表 22】

	健診案内・受診券発行	健診
4月	各種検診の案内 (保健補導員により全戸配布)	
5月	住民人間ドック・集団健診申込者へ 受診券交付	住民人間ドック開始 (申込み期限10月末日)
6月	個別健診申込者へ受診券交付	集団健診実施
7月		集団健診実施 個別健診開始(翌年2月末まで)
10月	検診希望調査にて「治療中・他で受ける」と回答した方及び未登録者へ ・健診案内通知 ・受診券交付 ・検査結果提供依頼通知	

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、保健福祉課健康推進係への執行委任の形態及び飯綱病院への委託でおこなう。

「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)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート



【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者見込 (受診者の 〇%)	目標実施率
1	OP	特定保健指導 O: 動機づけ支援 P: 積極的支援	◆対象者の行動に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の作成 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	106人 (9.7%)	60%
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説明・通知 ◆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	87人 (7.9%)	HbA1c6.5 以上につい ては100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発)	1231人 (52.9%)	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方等について説明・通知	147人 (13.4%)	
5	I	情報提供	◆学習教材の共同使用 ◆医療機関との連携	828人 (75.5%)	

(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 25】

H29年3～4月に実施したこと											
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
住民人間ドック	トック開始 保健指導1（病前保健師）										→
	（事務担当OR業務担当保健師） ①前月の対象者抽出 ②リスト作成し、地区担当へ渡す										→
				（地区担当保健師） ①5月の対象者について治療状況をシ ートで確認 ②未治療→保健指導2							→
						（業務担当保健師） 進捗状況確認					（業務担当保健師） 進捗状況確認
集団健診	集団健診										
	（事務担当OR業務担当保健師） ①対象者抽出 ②リスト作成し、地区担当へ渡す										
	（結果報告会担当保健師 →地区担当保健師） 保健指導1（結果報告会） ・糖尿病連携手帳の活用 ・尿中微量アルブミンについて確認					（地区担当保健師） ①シートにて治療状況を確認②未治 療→保健指導2					
個別健診	個別健診開始										→
	（事務担当OR業務担当保健師） ①対象者抽出 ②リスト作成し、地区担当へ渡す										→
	（地区担当保健師） ①尿中微量アルブミンの学習 ②尿中微量アルブミンについて面 接										→
						（地区担当保健師） ①7月の対象者についてシートで治 療状況を確認 ②未治療→保健指導2					→
1、H27年度対象者の人数把握 （主にあまみーる図表4より） ①未治療者未治療者…15人 そのうち高血圧（+）以上 または、αGFR60未満の者…2人 ②治療中断者（60日以上） …6人（沖縄国保患者…1人） ③糖尿病治療中の者 ・尿蛋白（+）以上 ・αGFR60未満 →G3a1～透視開始前…20人 ④ハイリスク者 糖尿病・高血圧を併発していないが 高血圧1度以上…17人											
2、糖尿病・高血圧・脂質異常症の予防プログラ ム及び町の対象者について保健師 間で情報共有											
係内	保健指導等前年度糖尿病連携手帳、尿中 微量アルブミンの学習 （事務担当） マルチメディア・バーチャルプログラム										

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飯綱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。

特定健診の記録の保存年限は可能な限り長期間保存し、参照できるようにする事がのぞまれており、次のうちいずれか短い期間保存する。

- ①記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間
- ②被保険者・被扶養者が他の医療保険者に加算した日の属する年度の翌年度末までの期間

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、飯綱町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

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、町民の健康保持・増進に役立つ情報を提供すると共に町の健康課題等の実態についても周知していく。

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 重症化予防の取組

(1)糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 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等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
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。

飯綱町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(+)とされていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

飯綱町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 23 人(19.7%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 377 人(H)中のうち、特定健診受診者が 94 人(24.9%・G)であり、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 283 人(75.1%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 50 人中、平成 28 年度は治療中断はいなかった。

今後も治療中断者の把握を行うとともに、健診未受診者対策が重要となる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より飯綱町においての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)・・・23 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・1 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)・・・93 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(力)・・・50 人

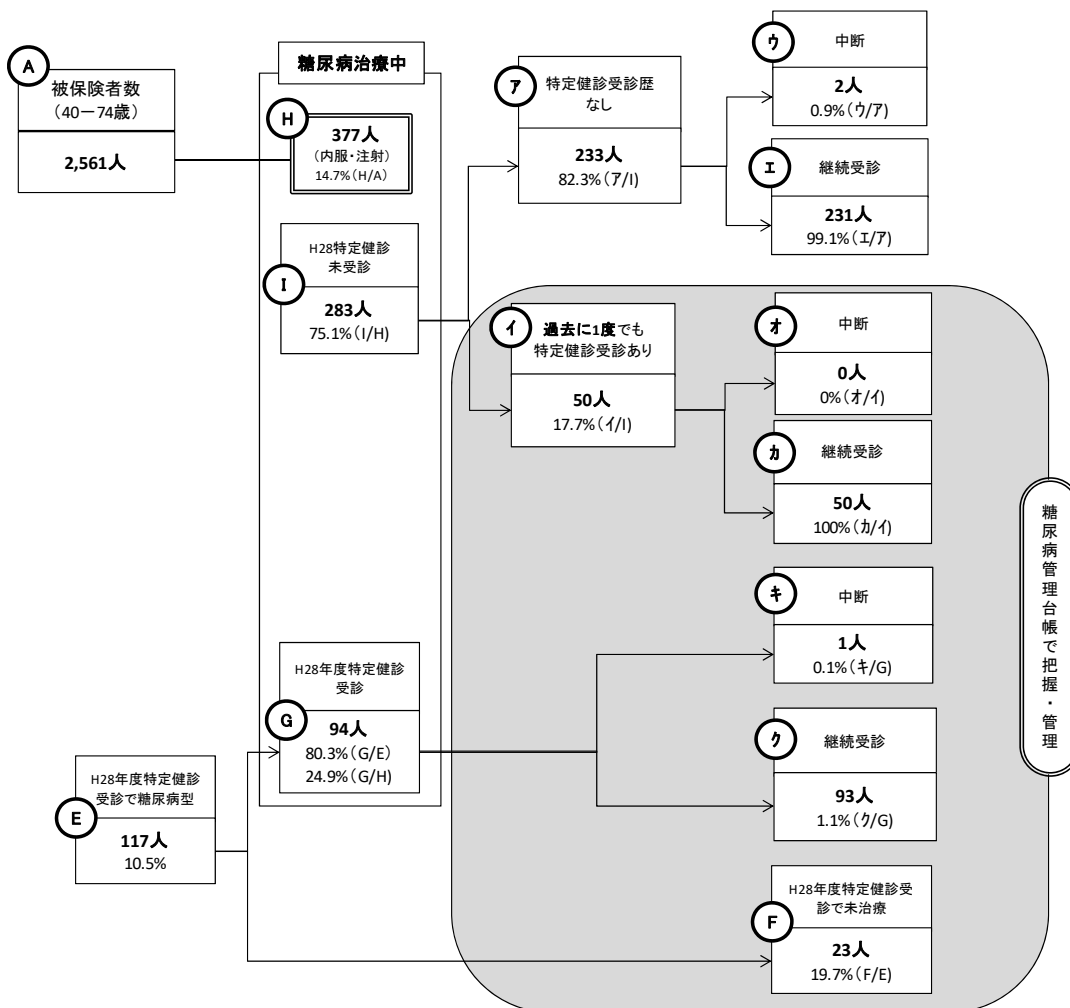
・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は6か月以上レセプトがない者



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、担当者が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

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) 対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 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

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。飯綱町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → 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？ ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 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るのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起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)
食事療法・運動療法の必要性 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 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 ○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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 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 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 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 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともと働きの助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアノイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診機関が発行する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をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支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 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

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

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。飯綱町において健診(心電図)受診者1,158人のうち心電図検査実施者は415人(35.8%)であり、そのうちST所見があったのは16人であった(図表30)。ST所見あり16人の中のうち4人は要精査であり、その後の受診状況をみると全員が医療機関を受診している(図表31)。また要精査には該当しないがST所見ありの12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。(集団健診受診者については実施している)

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1,158	100	415	35.8	16	3.9	126	30.4	273	65.8

【図表 31】

ST 所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精検(b)					
				医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
16	100	4	25	4	100	0	0

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 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。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 32】

平成28年度実施			受診者	心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他変化	異常なし	
			1,158	16	126	273	743
				1.4%	10.9%	23.6%	64.2%
メタボ該当者			146	0	19	36	91
			12.6%	0.0%	13.0%	24.7%	62.3%
メタボ予備軍			97	2	13	20	62
			8.3%	2.1%	13.4%	20.6%	63.9%
メタボなし			915	14	94	217	590
			79.0%	1.5%	10.3%	23.7%	64.5%
LDK-C	140-159		168	6	13	40	109
			18.4%	3.6%	7.7%	23.8%	64.9%
	160-179		56	1	4	12	39
			6.1%	1.8%	7.1%	21.4%	69.6%
	180-		27	0	3	6	18
			3.0%	0.0%	11.1%	22.2%	66.7%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療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 33】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

「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

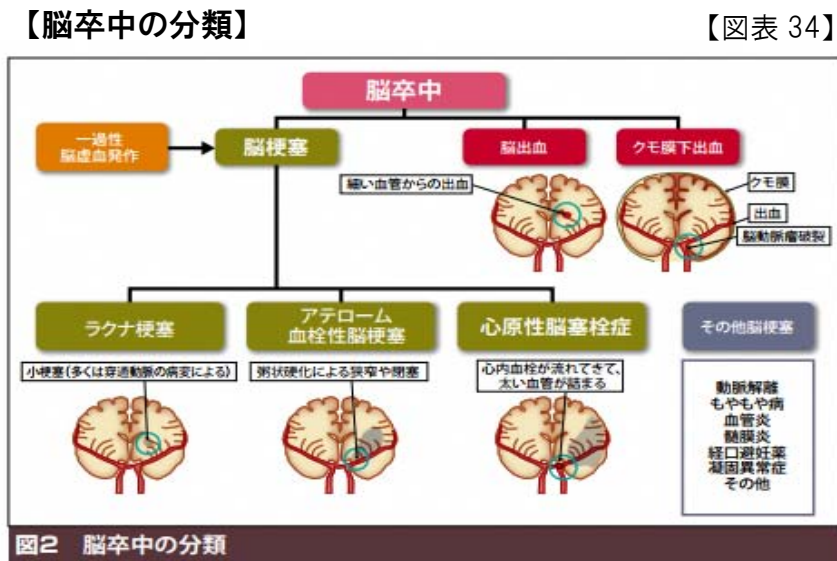
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

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	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 1,121名		48人	4.3%	50人	4.5%	35人	3.1%	0	0.0%	147人	13.1%	11人	1.0%	13人	1.2%
治療なし		27人	3.5%	16人	1.6%	34人	3.7%	0	0.0%	29人	4.5%	4人	0.6%	9人	2.1%
治療あり		21人	6.1%	34人	36.2%	1人	0.5%	0	0.0%	118人	24.7%	7人	1.5%	4人	1.5%
臓器障害あり		2人	7.4%	2人	12.5%	0	0.0%	0	--	2人	6.9%	4人	100.0%	9人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	2人		2人		0		0		2人		4人		9人	
	尿蛋白(2+)以上	1人		2人		0		0		2人		4人		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0		0		0		0		0		0		9人	
	心電図所見あり	0		0		0		0		0		0		0	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が48人(4.3%)であり、27人は未治療者であった。また未治療者のうち2人(7.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も21人(5.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

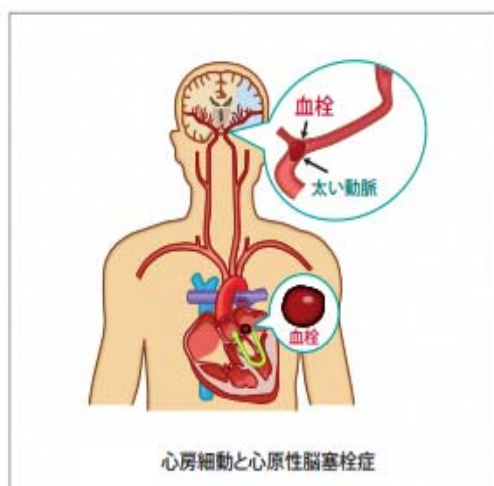
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

		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	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
		776	283	172	179	115	25	2		
		36.5%	22.2%	23.1%	14.8%	3.2%	0.3%	0.5%	9.1%	8.6%
リスク第1層	100	52	27	15	4	4	2	0	1	
	12.9%	18.4%	15.7%	8.4%	3.5%	8.0%	0.0%	4	2	0
リスク第2層	459	173	96	107	69	3	14	0		
	59.1%	61.1%	55.8%	59.8%	60.0%	56.0%	0.0%	--	69	14
リスク第3層	217	58	49	57	42	2	9	2		
	28.0%	20.5%	28.5%	31.8%	36.5%	36.0%	100.0%	--	--	53
再掲 重複あり	糖尿病	55	15	8	17	14	1	0		
		25.3%	25.9%	16.3%	29.8%	33.3%	11.1%	0.0%		
	慢性腎臓病（CKD）	98	34	21	18	21	3	1		
		45.2%	58.6%	42.9%	31.6%	50.0%	33.3%	50.0%		
	3個以上の危険因子	108	19	26	31	25	5	2		
		49.8%	32.8%	53.1%	54.4%	59.5%	55.6%	100.0%		

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表37は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。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 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査 *	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	214	201	3	1.4	1	0.4		
40歳代	7	6	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	5	7	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	61	85	2	3.2	1	1.1	1.9	0.4
70～74歳	141	103	1	0.7	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

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
4	100	1	25	3	75

心電図検査において 4 人が心房細動の所見であった。4 人とも 60 歳以上であった。また、4 人のうち、3 人がすでに治療を開始されていたが、1 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも今後、心電図検査の全数実施を検討する。

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)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を検討・実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は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・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの減少

(2) 中長期的評価

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

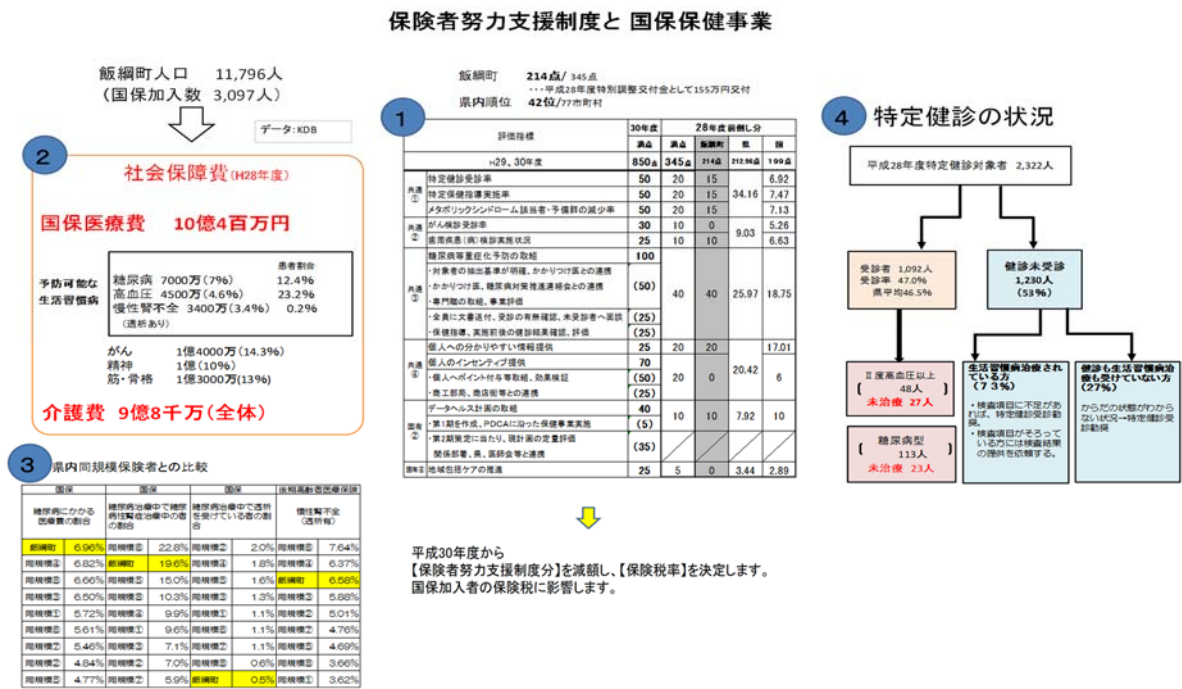
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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 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实態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 40)

【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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。

飯綱町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り、包括支援センターや保健福祉課だけでなく、住民環境課とも連携して対策の推進に取り組む。

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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の策定を検討する。

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り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〇〇町の位置

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

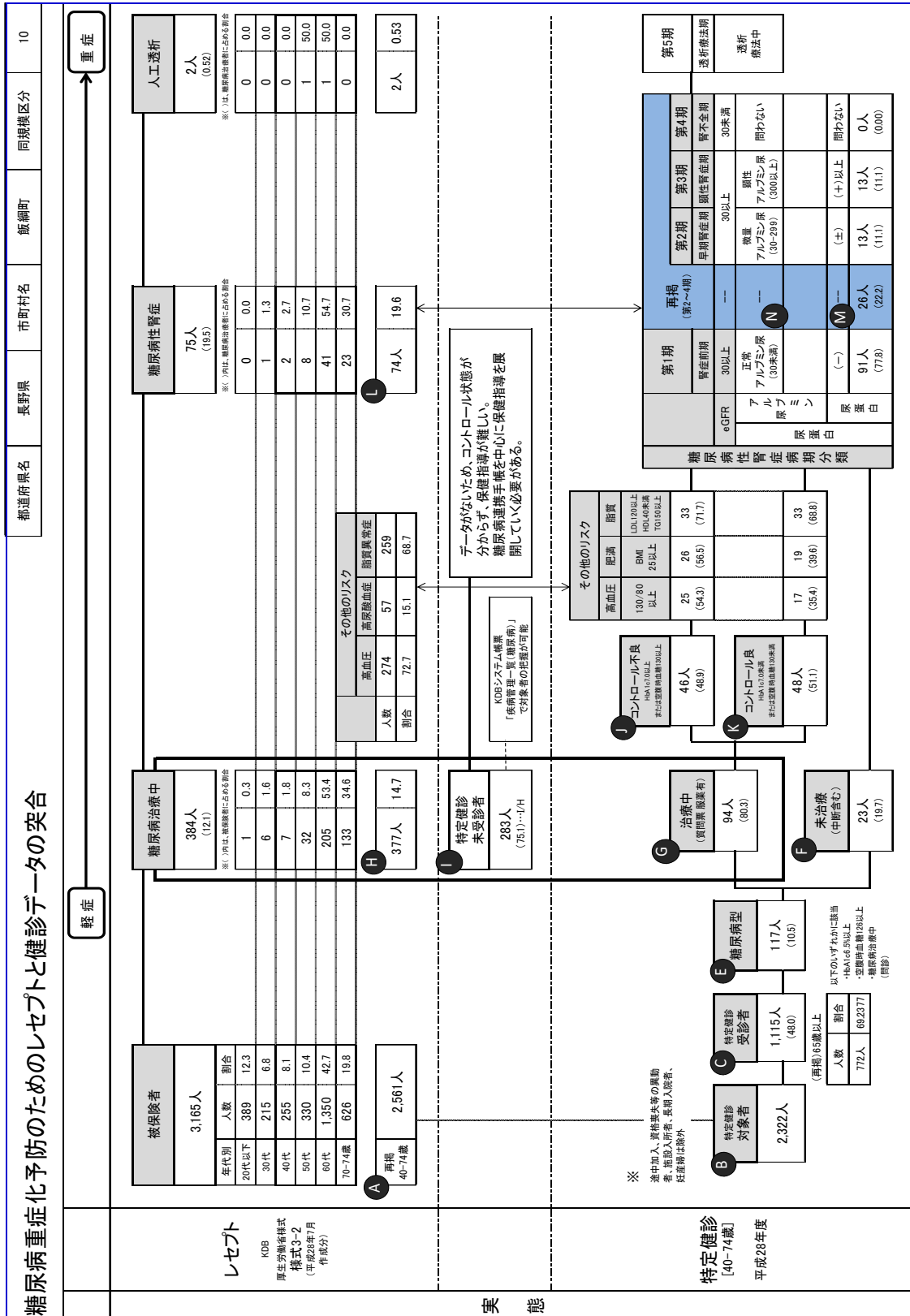
参考資料 9 心房細動管理台帳

【参考資料 1】

様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた飯綱町の位置

項目				H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
				保険者		保険者		同規模平均		県			国		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合	
1	①	人口構成	総人口	11,796		11,796		1,944,956		2,115,647		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況		
			65歳以上（高齢化率）	3,599	30.5	3,599	30.5	575,439	29.6	567,919	26.8	29,020,766	KDB_NO.3		
			75歳以上	1,981	16.8	1,981	16.8			303,854	14.4	13,989,864			
			65～74歳	1,618	13.7	1,618	13.7			264,065	12.5	15,030,902	健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
			40～64歳	4,264	36.1	4,264	36.1			701,088	33.1	42,411,922			
			39歳以下	3,933	33.3	3,933	33.3			846,640	40.0	53,420,287	42.8		
	②	産業構成	第1次産業	25.5		25.5		14.7		9.8		4.2	KDB_NO.3		
			第2次産業	23.0		23.0		26.9		29.5		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			第3次産業	51.6		51.6		58.3		60.7		70.6			
	③	平均寿命	男性	80.9		80.9		79.3		80.9		79.6			
			女性	87.4		87.4		86.4		87.2		86.4	KDB_NO.1		
	④	健康寿命	男性	66.5		66.5		65.1		65.7		65.2	地域全体像の把握		
女性			67.8		67.7		66.8		67.2		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡率（SMR）	男性	91.4		98.4		105.0		90.3		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性	105.3		107.8		102.7		94.5		100		
			死因	がん	41	45.1	40	44.9	6,768	45.4	6,285	44.7	367,905		49.6
			心臓病	23	25.3	20	22.5	4,236	28.4	3,777	26.9	196,768	26.5		
			脳疾患	20	22.0	24	27.0	2,609	17.5	2,908	20.7	114,122	15.4		
			糖尿病	0	0.0	1	1.1	263	1.8	270	1.9	13,658	1.8		
			腎不全	1	1.1	0	0.0	584	3.9	370	2.6	24,763	3.3		
			自殺	6	6.6	4	4.5	444	3.0	436	3.1	24,294	3.3		
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査		
			男性												
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	669	18.3	685	19.0	114,823	20.2	111,407	19.7	5,882,340	21.2	
新規認定者				6	0.3	14	0.3	1,946	0.3	1,767	0.3	105,654	0.3		
2号認定者				8	0.2	14	0.3	2,492	0.4	2,068	0.3	151,745	0.4		
②		有病状況	糖尿病	165	24.5	175	24.6	25,557	21.3	23,893	20.7	1,343,240	21.9		
			高血圧症	398	58.5	395	56.1	63,736	53.4	62,178	54.1	3,085,109	50.5		
			脂質異常症	176	25.5	190	25.7	31,917	26.6	30,991	26.7	1,733,323	28.2		
			心臓病	458	66.7	460	64.8	72,144	60.5	71,297	62.0	3,511,354	57.5		
			脳疾患	189	28.0	183	27.9	32,336	27.3	32,970	28.8	1,530,506	25.3		
			がん	100	14.5	111	15.2	11,669	9.6	12,090	10.4	629,053	10.1		
			筋・骨格	377	56.3	422	60.1	61,988	51.8	61,653	53.6	3,051,816	49.9		
			精神	266	40.0	293	40.6	44,120	36.6	42,035	36.4	2,141,880	34.9		
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	53,271		56,296		68,805		58,537		58,349			
	居宅サービス		37,497		37,811		42,403		38,583		39,683				
	施設サービス		284,317		265,617		278,100		272,582		281,115				
④	医療費等	要介護認定別	認定あり	11,054		9,339		8,196		7,746		7,980			
		医療費（40歳以上）	認定なし	3,608		3,844		3,956		3,668		3,822			
4	①	国保の状況	被保険者数	3,334		3,097		509,754		540,824		32,587,223			
			65～74歳	1,371	41.1	1,537	49.6			229,559	42.4	12,462,053	38.2		
			40～64歳	1,217	36.5	990	32.0			176,386	32.6	10,946,693	33.6		
			39歳以下	746	22.4	570	18.4			134,879	24.9	9,178,477	28.2		
			加入率	28.3		26.3		26.6		25.6		26.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	1	0.3	121	0.2	131	0.2	8,255	0.3		
			診療所数	4	1.2	4	1.3	1,138	2.2	1,561	2.9	96,727	3.0		
			病床数	161	48.3	161	52.0	17,242	33.8	24,190	44.7	1,524,378	46.8		
			医師数	12	3.6	11	3.6	1,935	3.8	4,786	8.8	299,792	9.2		
			外来患者数	669.5		719.8		682.6		668.8		668.3			
	③	医療費の 状況	入院患者数	22.6		23.9		22.4		17.7		18.2			
			一人当たり医療費	24,794	県内18位 同規模67位	26,721	県内15位 同規模74位	26,567		24,014		24,253			
受診率			692.106		743.682		705.016		686.476		686.501	KDB_NO.3			
外来			費用の割合	61.3		61.4		57.2		60.9		60.1	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			96.7		96.8		96.8		97.4		97.4				
入院			費用の割合	38.7		38.6		42.8		39.1		39.9	KDB_NO.1		
件数の割合			3.3		3.2		3.2		2.6		2.6	地域全体像の把握			
1件あたり在院日数			14.0日		14.3日		16.7日		15.1日		15.6日				
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	がん	135,339,950		143,417,530		24.3		23.7		24.8	25.6			
		慢性腎不全（透析あり）	42,370,060		34,301,150		5.8		9.5		9.5	9.7			
		糖尿病	59,691,830		69,920,580		11.8		10.3		10.0	9.7	KDB_NO.3		
		高血圧症	71,506,860		45,399,060		7.7		9.2		8.8	8.6			
		精神	96,806,240		99,924,380		16.9		18.8		17.7	16.9			
		筋・骨格	121,833,320		130,361,330		22.1		15.1		15.7	15.2			
													健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数79	入院の（ ）内 は在院日数	入院	糖尿病	493,500	66位	(14)	436,594	70位	(15)						KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
						高血圧	446,251	75位	(11)	427,235	75位	(14)							
						脂質異常症	350,074	75位	(14)	381,897	74位	(12)							
						脳血管疾患	596,503	62位	(15)	628,007	54位	(16)							
						心疾患	647,319	50位	(9)	354,513	76位	(6)							
						腎不全	533,427	61位	(8)	592,496	47位	(12)							
						精神	359,868	74位	(23)	377,605	77位	(23)							
						悪性新生物	526,988	68位	(10)	578,175	54位	(10)							
						外来	糖尿病	33,380	51位		35,820	35位							
							高血圧	30,490	17位		29,298	35位							
							脂質異常症	27,713	23位		27,385	21位							
							脳血管疾患	32,861	54位		33,203	52位							
							心疾患	30,357	59位		28,741	66位							
							腎不全	161,825	54位		158,660	43位							
							精神	32,710	12位		32,130	16位							
							悪性新生物	54,652	17位		57,859	21位							
						⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,637		3,439		2,779	2,584	2,065			KDB No.3 健診・医療・介護 データからみる地域
									健診未受診者	12,056		12,671		12,249	11,934	12,683			
生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,774		8,754				7,539	7,237	5,940									
	健診未受診者	30,968		32,251				33,226	33,421	36,479									
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨率		540	53.1	550	50.2	85,600	56.7	84,602	53.3	41,165.30	55.9	KDB No.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率		494	48.6	512	46.8	77,924	51.6	77,778	49.0	3,799.744	51.6						
		医療機関非受診率		46	4.5	38	3.5	7,676	5.1	6,824	4.3	316.786	4.3						
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数79	メタボ該当・ 予備群 レベル	健診受診者	1,016		1,095		150,884		158,763		7,362,845					
					受診率	42.8	県内53位 同規模52位	47.1	県内35位 同規模43位	41.2		42.2	全国7位	34.0					
					特定保健指導終了者（実施率）		20	19.6	57	53.8	1988	10.6	572	3.3	35,557	4.1			
					非肥満高血糖		98	9.6	105	9.6	16,132	10.7	16,151	10.2	687,157	9.3			
					メタボ	該当者	127	12.5	140	12.8	26,708	17.7	25,333	16.0	1,272,714	17.3			
						男性	91	19.4	104	19.4	18,450	26.8	17,887	25.1	875,805	27.5			
						女性	36	6.6	36	6.4	8,258	10.1	7,446	8.5	396,909	9.5			
						予備群	74	7.3	100	9.1	16,517	10.9	15,393	9.7	790,096	10.7			
						男性	63	13.4	78	14.6	11,305	16.4	11,071	15.5	548,609	17.2			
						女性	11	2.0	22	3.9	5,212	6.4	4,322	4.9	241,487	5.8			
					BMI	総数	227	22.3	275	25.1	48,306	32.0	46,217	29.1	2,320,933	31.5			
						男性	174	37.0	208	38.9	33,087	48.1	32,823	46.0	1,597,371	50.1			
						女性	53	9.7	67	12.0	15,219	18.6	13,394	15.3	723,162	17.3			
						総数	74	7.3	62	5.7	8,411	5.6	7,337	4.6	346,181	4.7			
						男性	15	3.2	6	1.1	1,366	2.0	1,273	1.8	55,460	1.7			
						女性	59	10.8	56	10.0	7,045	8.6	6,064	6.9	290,721	7.0			
					血糖のみ	血糖のみ	5	0.5	6	0.5	1,113	0.7	1,062	0.7	48,685	0.7			
						血圧のみ	57	5.6	70	6.4	11,749	7.8	10,052	6.3	546,667	7.4			
						脂質のみ	12	1.2	24	2.2	3,655	2.4	4,279	2.7	194,744	2.6			
						血糖・血圧	23	2.3	18	1.6	4,972	3.3	3,834	2.4	196,978	2.7			
血糖・脂質	4	0.4	8	0.7		1,383	0.9	1,652	1.0	69,975	1.0								
血圧・脂質	61	6.0	72	6.6		12,150	8.1	12,020	7.6	619,684	8.4								
血糖・血圧・脂質	39	3.8	42	3.8		8,203	5.4	7,827	4.9	386,077	5.2								
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬 既往歴	高血圧	317		31.2	339	31.0	53,167	35.3	52,469	33.1	2,479,216	33.7					
			糖尿病	57	5.6	92	8.4	12,333	8.2	11,955	7.5	551,051	7.5						
			脂質異常症	174	17.1	202	18.4	33,165	22.0	36,892	23.2	1,738,149	23.6						
			脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	25	2.9	29	2.9	4,411	3.0	4,697	3.1	230,777	3.3						
			心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	34	4.0	48	4.8	7,617	5.3	10,003	6.6	391,296	5.5						
			腎不全	3	0.4	3	0.3	756	0.5	882	0.6	37,041	0.5						
			貧血	90	10.5	96	9.8	12,367	8.7	11,296	7.5	710,650	10.1						
			喫煙	114	11.2	131	12.0	21,922	14.5	21,320	13.4	1,048,171	14.2						
			週3回以上朝食を抜く	26	3.0	26	2.7	9,740	7.0	8,333	6.2	540,374	8.5						
			週3回以上食後間食	79	9.3	73	7.5	16,764	12.0	15,693	11.3	743,581	11.8						
			週3回以上就寝前夕食	150	17.6	162	16.6	22,143	15.8	20,055	15.0	983,474	15.4						
			食べる速度が速い	179	21.0	302	30.9	37,641	27.0	33,797	25.3	1,636,988	25.9						
			20歳時体重から10kg以上増加	226	26.5	287	29.9	45,144	32.3	40,560	29.0	2,047,756	32.1						
			1回30分以上運動習慣なし	628	73.6	742	76.2	90,055	64.4	89,671	63.9	3,761,302	58.7						
			1日1時間以上運動なし	461	54.0	506	51.9	65,817	47.1	63,966	45.6	2,991,854	46.9						
			睡眠不足	182	21.4	186	19.0	34,533	24.7	30,611	21.9	1,584,002	25.0						
			毎日飲酒	227	26.5	242	24.7	37,127	26.1	36,779	24.4	1,760,104	25.6						
			時々飲酒	244	28.5	265	27.1	28,746	20.2	34,747	23.0	1,514,321	22.0						
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	417	64.3	376	58.6	59,598	61.3	41,350	54.0	3,118,433	64.1							
		1～2合	182	28.0	209	32.6	24,348	25.0	24,618	32.1	1,588,318	23.8							
		2～3合	44	6.8	49	7.6	9,953	10.2	8,209	10.7	452,785	9.3							
		3合以上	6	0.9	8	1.2	3,329	3.4	2,397	3.1	132,608	2.7							



【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			血圧							
								CKD	GFR							
									尿蛋白							
						糖尿病		糖	服薬							
						高血圧			HbA1c							
						虚血性心疾患		糖 以外	体重							
						脳血管疾患			BMI							
						糖尿病性腎症			血圧							
								CKD	GFR							
									尿蛋白							

【参考資料 4】

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 					

【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										同規模 区分	10	都道 府県	20	市町村名	iit
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		A	3,165人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳			2,561人										
2	①	対象者数		B	2,322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	特定健診	受診者数	C	1,115人										
	③		受診率		48.0%										
3	①	特定 保健指導	対象者数		1,177人										
	②		実施率		53.2%										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	117人	10.5%							特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	23人	19.7%									
	③			G	94人	80.3%									
	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	46人	48.9%									
	⑤				血圧 130/80以上	25人	54.3%								
	⑥				肥満 BMI25以上	26人	56.5%								
	⑦				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	48人	51.1%							
	⑧		第1期	M	尿蛋白(ー)	91人	77.8%								
	⑨		第2期		尿蛋白(±)	13人	11.1%								
	⑩		第3期		尿蛋白(+)以上	13人	11.1%								
	⑪		第4期		eGFR30未満	0人	0.0%								
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		121.3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)		147.2人										
	③		レセプト件数 (40-74歳)		入院外(件数)	2,173件	(859.9)					2,076件	(799.2)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		(1)内は被保険者千対		入院(件数)	16件	(6.3)					16件	(6.0)		
	⑤		糖尿病治療中		H	384人	12.1%							KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳			377人	14.7%								
	⑦		健診未受診者			I	283人	75.1%							
	⑧		インスリン治療		O	33人	8.6%								
	⑨		(再掲)40-74歳			33人	8.8%								
	⑩		糖尿病性腎症		L	75人	19.5%								
	⑪		(再掲)40-74歳			74人	19.6%								
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			2人	0.52%								
	⑬		(再掲)40-74歳			2人	0.53%								
	⑭		新規透析患者数												
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症												
	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)			10人	1.9%							KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	6		①		医療費	総医療費		10億0446万円				10億9540万円			
②		生活習慣病総医療費	5億9243万円					6億2716万円							
③		(総医療費に占める割合)	59.0%					57.3%							
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	11,606円				8,266円							
健診未受診者			29,245円					32,361円							
⑤															
⑥		糖尿病医療費		7008万円				6466万円							
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		11.8%				10.3%							
⑧		糖尿病入院外総医療費		1億7835万円											
⑨		1件あたり		35,820円											
⑩		糖尿病入院総医療費		8033万円											
⑪		1件あたり		436,594円											
⑫		在院日数		15日											
⑬		慢性腎不全医療費		3970万円				6350万円							
⑭		透析有り		3430万円				5982万円							
⑮	透析なし		540万円			368万円									
7	①	介護	介護給付費		9億7685万円				11億9822万円						
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件	7600.0%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.6%				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			

[illegible]

【参考文献】
次子がガイライン2028訂版、脳動脈血管病に関する包括的リスク管理チャート2015、血管性認知症の診断的アプローチに関するガイドライン、エビデンスに基づくCNO診療ガイドライン2013、糖尿病は虚血性心臓病を診る（渡辺美穂・著）

【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	☐ S T 変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし ☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		重症化予防対象者			
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。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
☐ メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男 85～ 女 90～				
	☐ BMI	～24.9	25～				
	☐ 中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～
		食後	～199		200～		
	☐ HDL-C	40～	35～39		～34		
	☐ nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	☐ ALT	～30	31～50		51～		
	☐ γ-GT	～50	51～100		101～		
	☐ 血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 ☐ 75 g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～	☐ 24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）	
	☐ 血圧	収縮期	～129		130～139		140～
		拡張期	～84		85～89		90～
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ ☐ LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
☐ C K D 重症度分類		G3aA1					

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

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

【参考資料 9】

心房細動管理台帳																										
Eコード H26年度番号	Eコード H27年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心電図診断開始日	脳梗塞の病名	脳梗塞診断日	H26年度					H27年度					H28年度				
												初診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	初診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	初診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

