

# 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

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

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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

## 2. 計画の位置付け

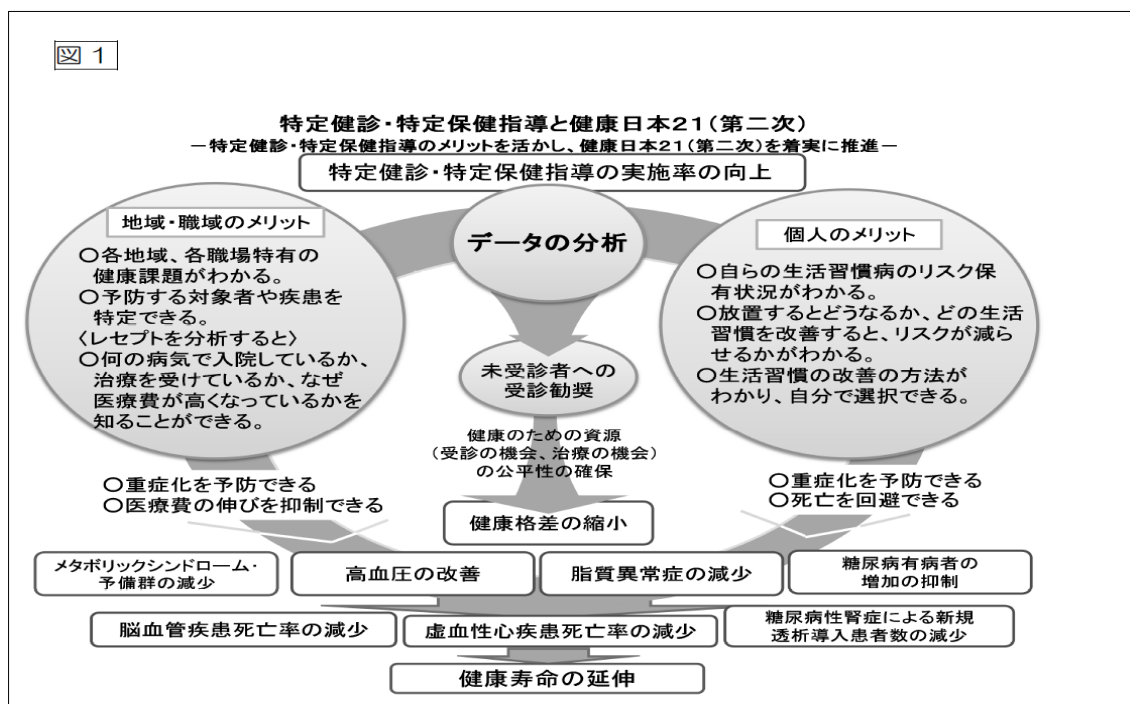
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、信州医療総合計画ややまがた「未楽生」21、山形村介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

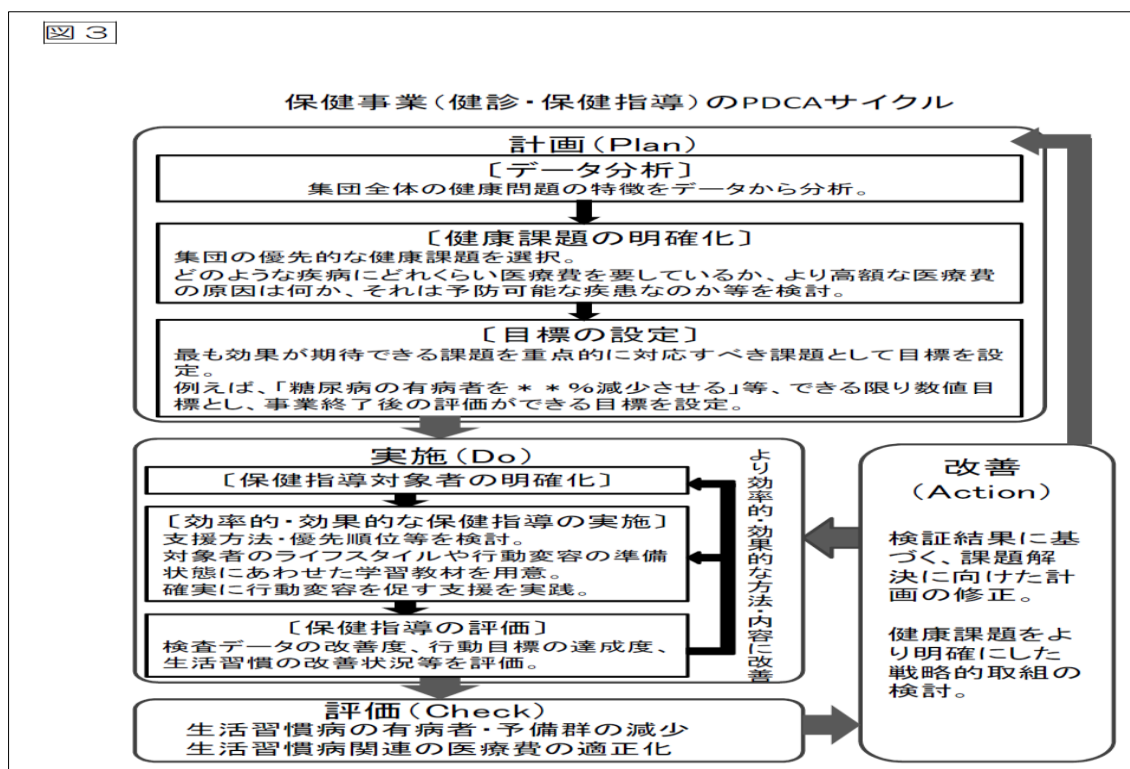
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施計画)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成22年4月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成22年4月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成22年4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1月 医療費適正化に関する指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年1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し、社会生活を営むための身体機能の維持及び向上を目指し、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難病発症の発症予防や重症化予防を重点とし、健康寿命を延伸することができ、もろには重症化や合併症の発生を防止し、入院患者を減らすことが、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図ることが、国民の生活の質の向上に寄与する。特定健康診査は、難病等の生活習慣病の重症化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一者目、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、定期的に抽出して行うものである。	生活習慣の改善をはじめとして、被保険者の健全な生活習慣の維持及び重症化予防の観点から、重症化予防の支援の観点から、被保険者の特性を踏まえ、効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び医療者の負担軽減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生活支援事業として、要介護状態または要支援状態となることへの予防は、単に現状等の軽減もしくは重症化の防止を目的とするのではなく、	難病診療体制を確保し、続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費の適正化を図ることを目的として、国民が持つ適切な医療を効率的に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、地域において求められる医療の提供を実現し、自らが適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、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者を迎える現在の若年層(社会参加期、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	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初発期の認知症、早老症 骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病(慢性腎臓病) 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、難病性難病(難病化) 後継難病(難病)	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心臓病等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※95項目中 特定健診に実施する項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の発症予防率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間透析導入患者数) ③治療継続率の割合 ④血糖コントロール目標値に対するコントロール不良者 ⑤難病発症率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群、メタボ該当者 ⑧特定健康診査実施率 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な睡眠時間の改善率 ⑪日常生活における歩数 ⑫歩数管理者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒率、1日1杯 ⑮飲酒率、1日1杯	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(特定健診の結果)の改善率 (1)生活習慣 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣改善の有無・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 外来 ①一入あたり外来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メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(分)】を減額し、保険料率決定	保険事業支援(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、信州医療総合計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

山形村においては、国民健康保険事業の主管課である住民課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健福祉課の保健師等の専門職と連携をして、村一体となって計画策定を進めていく。

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

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

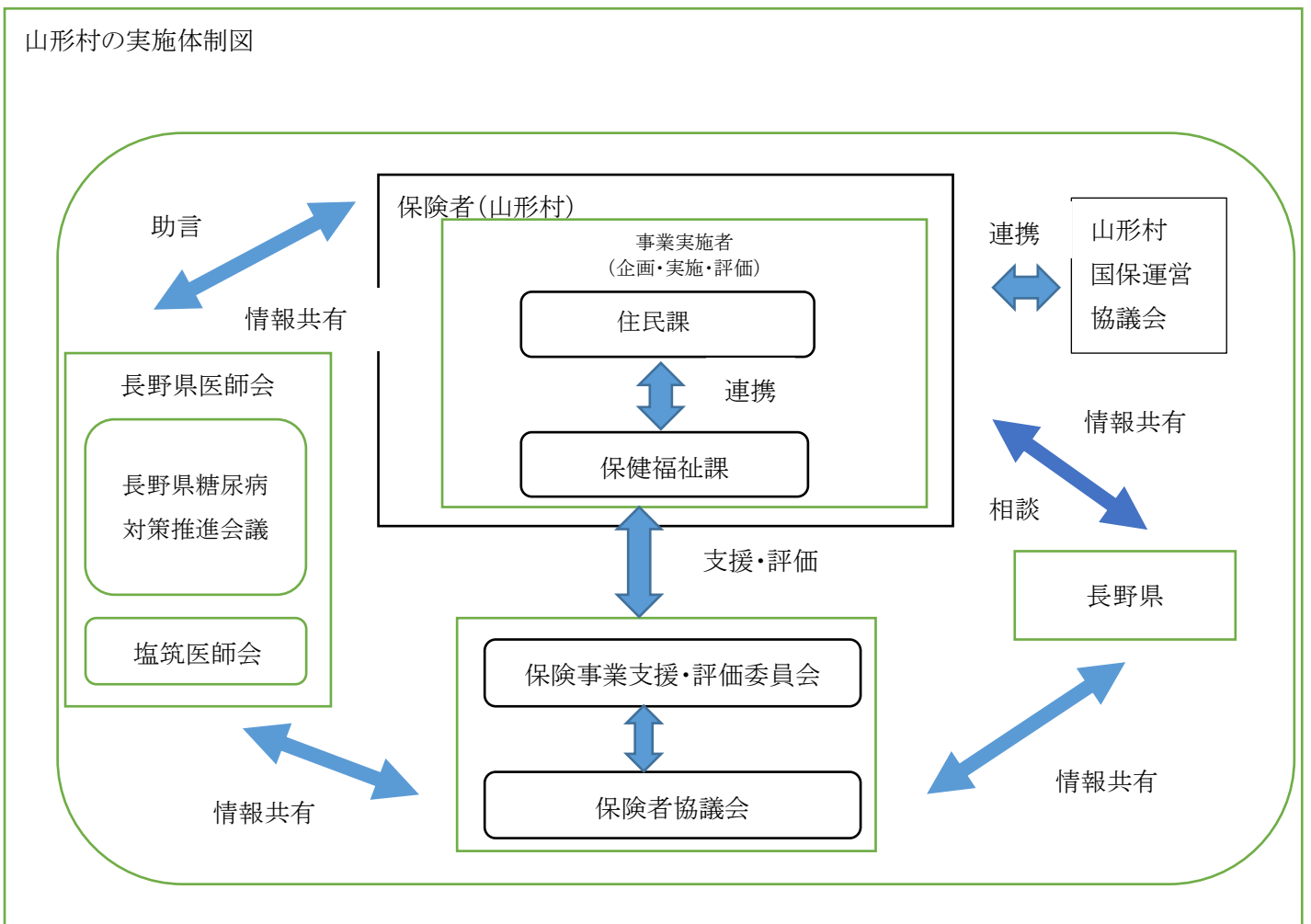
このため、村は計画素案について長野県関係課と意見交換を行い、長野県との連携に努める。

また、医師や被用者保険を代表する委員などで構成された山形村国民健康保険運営協議会との連携を図る。

### 3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



## 5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

評価指標		30年度	28年度前倒し分		
		満点	満点	山形村	長野県
		850点	345点	166	212.96
共通①	特定健診受診率	50	20	15	11.95
	特定保健指導実施率	50	20		13.96
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少	50	20		8.25
共通②	がん健診受診率	30	10	10	3.06
	歯周疾患(病)検診実施状況	25	10		5.97
共通③	糖尿病重症化予防の取り組み	100	40	40	25.97
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	20	17	16.78
	個人のインセンティブ提供	70	20		3.64
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	35	10	0	4.81
共通⑥	後発医薬品の促進	35	30	4	11.35
	後発医薬品の使用割合	40			
固有①	収納率向上に関する取り組みの実施状況	100	40	0	17.45
固有②	データヘルス計画の取り組み	40	10	0	7.92
固有③	医療費通知の取り組みの実施状況	25	10	0	0
固有④	地域包括ケアの推進の取り組みの実施状況	25	5	0	3.44
固有⑤	第三者求償の取り組みの実施状況	40	10	10	8.4
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50			
	体制構築加算	60	70		

## 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）の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（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

平成28年度の介護給付費は平成25年度に比べ、約5千万円増加したが、1件当たりの介護給費（全体）は58,368円と減少し、内訳を見ても居宅サービス、施設サービスともに減少している。同規模平均と比べても低い状況。（図表6）

介護給付費の変化

【図表6】

年度	山形村				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり 給付費（全体）			1件当たり 給付費（全体）		
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H25年度	592,644,190	60,351	41,996	274,568	71,282	41,044	279,592
H28年度	647,712,188	58,368	40,650	269,007	70,589	40,981	275,251

## ② 医療費の状況

山形村の医療費の状況を見ると、総医療費の伸び率は平成 25 年度と比較して平成 28 年度は-11.72 と減少し、一人当たり医療費も 23,676 円から 22,623 円に減少している。年度ごとの増減はあるが、入院外医療費の伸び率に比べ、入院医療費の伸び率が大きい状況から、重症化したため入院となったと考えられる。(図表 7)

### 医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外				
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		
				山形村	同規模			山形村	同規模			山形村	同規模	
1	総医療費 (円)	H25年度	737,815,340				307,966,380				429,848,960			
		H26年度	686,972,790	-50,842,550	-6.89	-0.76	261,406,700	-46,559,680	-15.12	-0.24	425,566,090	-4,282,870	-1.00	-1.15
		H27年度	753,931,510	66,958,720	9.75	1.83	327,991,560	66,584,860	25.47	-0.46	425,939,950	373,860	0.09	3.59
		H28年度	665,599,880	-88,331,630	-11.72	-4.28	264,957,380	-63,034,180	-19.22	-2.23	400,642,500	-25,297,450	-5.94	-5.80
2	一人当たり医療費 (円)	H25年度	23,676				9,873				13,803			
		H26年度	22,073	-1,603	-6.77	2.27	8,410	-1,463	-14.82	2.74	13,663	-140	-1.01	1.91
		H27年度	24,840	2,767	12.54	5.52	10,805	2,396	28.49	3.09	14,035	371	2.72	7.39
		H28年度	22,623	-2,217	-8.93	-0.34	9,004	-1,801	-16.67	1.77	13,619	-416	-2.96	-1.90

※KDB の 1 人当り医療費は、月平均額での表示となる。平成 30 年 6 月 12 日出力

KDB 帳票 No.1「地域の全体像の把握」 / KDB 帳票 No.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」



③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

平成 25 年度と比較して平成 28 年度は、中長期目標疾患の慢性腎不全(透析有)、脳血管疾患の割合が増加しており、国や県よりも高い状況にある。短期目標疾患を見ると、糖尿病、脂質異常症割合が増加しており、国・県よりも高い状況になっている。糖尿病や脂質異常症が治療に結びついたことで増加していることも考えられる。

【図表 8】

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 山形村	737,815,340	23,676	139位	24位	9.64%	0.19%	2.30%	2.26%	4.82%	6.35%	2.42%	206,388,480	27.97%	12.24%	9.55%	7.55%	
H28 山形村	665,599,880	22,623	206位	53位	↑9.68%	0.10%	↑3.42%	1.34%	↑5.73%	5.98%	↑3.02%	194,781,610	29.26%	12.67%	9.76%	7.60%	
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%

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

被保険者に占める中長期疾患治療者の割合を平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、虚血性心疾患と人工透析はほぼ横ばい、脳血管疾患は増加している。中長期目標の重複を見ると、虚血性心疾患の 64 歳以下で人工透析と重なり、短期目標疾患の高血圧・糖尿病・脂質異常が全数で増加している。人工透析治療者では、どの疾患とも重なる割合が高く、特に虚血性心疾患の重なりは全体で 46.2%、64 歳以下で 50.0%と多い状況。短期目標疾患の重なりでは、高血圧 84.6%、糖尿病 53.8%と増加している。

糖尿病の重症化予防の取組は、人工透析の予防のみならず、虚血性心疾患や脳血管疾患の予防につながることから重要である。(図表 9)

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		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	2,621	108	4.1%	18	16.7%	5	4.6%	81	75.0%	33	30.6%	52	48.1%
	64歳以下	1,790	30	1.7%	7	23.3%	2	6.7%	21	70.0%	7	23.3%	17	56.7%
	65歳以上	831	78	9.4%	11	14.1%	3	3.8%	60	76.9%	26	33.3%	35	44.9%
H28	全体	2,487	107	4.3%	21	19.6%	6	5.6%	84	78.5%	46	43.0%	65	60.7%
	64歳以下	1,511	24	1.6%	3	12.5%	2	8.3%	17	70.8%	10	41.7%	15	62.5%
	65歳以上	976	83	8.5%	18	21.7%	4	4.8%	67	80.7%	36	43.4%	50	60.2%

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	2,621	94	3.6%	18	19.1%	3	3.2%	68	72.3%	34	36.2%	60	63.8%
	64歳以下	1,790	31	1.7%	7	22.6%	0	0.0%	18	58.1%	8	25.8%	24	77.4%
	65歳以上	831	63	7.6%	11	17.5%	3	4.8%	50	79.4%	26	41.3%	36	57.1%
H28	全体	2,487	107	4.3%	21	19.6%	4	3.7%	84	78.5%	39	36.4%	70	65.4%
	64歳以下	1,511	24	1.6%	3	12.5%	0	0.0%	21	87.5%	8	33.3%	17	70.8%
	65歳以上	976	83	8.5%	18	21.7%	4	4.8%	63	75.9%	31	37.3%	53	63.9%

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	2,621	11	0.4%	3	27.3%	5	45.5%	11	100.0%	5	45.5%	1	9.1%
	64歳以下	1,790	5	0.3%	0	0.0%	2	40.0%	5	100.0%	2	40.0%	0	0.0%
	65歳以上	831	6	0.7%	3	50.0%	3	50.0%	6	100.0%	3	50.0%	1	16.7%
H28	全体	2,487	13	0.5%	4	30.8%	6	46.2%	11	84.6%	7	53.8%	3	23.1%
	64歳以下	1,511	4	0.3%	0	0.0%	2	50.0%	3	75.0%	2	50.0%	0	0.0%
	65歳以上	976	9	0.9%	4	44.4%	4	44.4%	8	88.9%	5	55.6%	3	33.3%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2~3-4)

中長期目標に共通するリスクである 3 疾患について、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると糖尿病治療者、高血圧治療者、脂質異常症治療者ともに増加し、特に脂質異常症治療者は約 3%の増加である。

糖尿病治療者の重なりを見ると、高血圧や脂質異常症での治療割合が高く増加している。また虚血性心疾患や脳血管疾患で治療している割合も高い状況である。ここでもまた、糖尿病の重症化予防の取組は、糖尿病性腎症からの人工透析の予防のみならず、虚血性心疾患や脳血管疾患の予防につながることから重要である。(図表 10)

【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	
		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	2,621	193	7.4%	22	11.4%	132	68.4%	113	58.5%	33	17.1%	34	17.6%	5	2.6%	22	11.4%	
	64歳以下	1,790	69	3.9%	11	15.9%	40	58.0%	37	53.6%	7	10.1%	8	11.6%	2	2.9%	8	11.6%	
	65歳以上	831	124	14.9%	11	8.9%	92	74.2%	76	61.3%	26	21.0%	26	21.0%	3	2.4%	14	11.3%	
H28	全体	2,487	213	8.6%	27	12.7%	149	70.0%	141	66.2%	46	21.6%	39	18.3%	7	3.3%	35	16.4%	
	64歳以下	1,511	70	4.6%	13	18.6%	43	61.4%	44	62.9%	10	14.3%	8	11.4%	2	2.9%	10	14.3%	
	65歳以上	976	143	14.7%	14	9.8%	106	74.1%	97	67.8%	36	25.2%	31	21.7%	5	3.5%	25	17.5%	
S21 018 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					
H25	全体	2,621	514	19.6%	132	25.7%	236	45.9%	81	15.8%	68	13.2%	11	2.1%					
	64歳以下	1,790	172	9.6%	40	23.3%	75	43.6%	21	12.2%	18	10.5%	5	2.9%					
	65歳以上	831	342	41.2%	92	26.9%	161	47.1%	60	17.5%	50	14.6%	6	1.8%					
H28	全体	2,487	521	20.9%	149	28.6%	286	54.9%	84	16.1%	84	16.1%	11	2.1%					
	64歳以下	1,511	150	9.9%	43	28.7%	81	54.0%	17	11.3%	21	14.0%	3	2.0%					
	65歳以上	976	371	38.0%	106	28.6%	205	55.3%	67	18.1%	63	17.0%	8	2.2%					
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					
H25	全体	2,621	379	14.5%	113	29.8%	236	62.3%	52	13.7%	60	15.8%	1	0.3%					
	64歳以下	1,790	150	8.4%	37	24.7%	75	50.0%	17	11.3%	24	16.0%	0	0.0%					
	65歳以上	831	229	27.6%	76	33.2%	161	70.3%	35	15.3%	36	15.7%	1	0.4%					
H28	全体	2,487	432	17.4%	141	32.6%	286	66.2%	65	15.0%	70	16.2%	3	0.7%					
	64歳以下	1,511	140	9.3%	44	31.4%	81	57.9%	15	10.7%	17	12.1%	0	0.0%					
	65歳以上	976	292	29.9%	97	33.2%	205	70.2%	50	17.1%	53	18.2%	3	1.0%					

② リスクの健診結果経年変化

肥満の状況を見る BMI、腹囲は、男性は二つとも減少し、女性は腹囲が増加している。空腹時血糖は男性・女性共に増加し、HbA1cについては、男性は減少し女性は増加している。収縮期・拡張期血圧は男女ともに増加しています。メタボリックシンドローム該当者は男女ともに減少しが、予備群については増加している。予備群では3項目がそれぞれに増加している。その背景を確認し、重点的に取り組む必要がある。(図表 11)

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式 5-2) 【図表 11】

性別	年代	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
H25	合計	80	26.5	119	39.4	101	33.4	59	19.5	26	8.6	46	15.2	164	54.3	63	20.9	131	43.4	81	26.8	154	51.0	3	1.0
	40-64	35	32.7	46	43.0	45	42.1	27	25.2	12	11.2	13	12.1	51	47.7	25	23.4	39	36.4	33	30.8	58	54.2	0	0.0
	65-74	45	23.1	73	37.4	56	28.7	32	16.4	14	7.2	33	16.9	113	57.9	38	19.5	92	47.2	48	24.6	96	49.2	3	1.5
H28	合計	64	22.9	101	36.1	76	27.1	41	14.6	25	8.9	83	29.6	130	46.4	42	15.0	134	47.9	78	27.9	126	45.0	2	0.7
	40-64	19	20.2	22	23.4	32	34.0	13	13.8	12	12.8	26	27.7	37	39.4	13	13.8	26	27.7	24	25.5	45	47.9	1	1.1
	65-74	45	24.2	79	42.5	44	23.7	28	15.1	13	7.0	57	30.6	93	50.0	29	15.6	108	58.1	54	29.0	81	43.5	1	0.5

性別	年代	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
H25	合計	62	17.8	44	12.6	73	20.9	33	9.5	6	1.7	37	10.6	184	52.7	5	1.4	133	38.1	52	14.9	232	66.5	1	0.3
	40-64	28	17.5	16	10.0	33	20.6	15	9.4	3	1.9	12	7.5	72	45.0	3	1.9	39	24.4	23	14.4	104	65.0	1	0.6
	65-74	34	18.0	28	14.8	40	21.2	18	9.5	3	1.6	25	13.2	112	59.3	2	1.1	94	49.7	29	15.3	128	67.7	0	0.0
H28	合計	53	17.4	47	15.5	60	19.7	19	6.3	9	3.0	49	16.1	150	49.3	7	2.3	125	41.1	48	15.8	178	58.6	0	0.0
	40-64	17	16.5	16	15.5	16	15.5	5	4.9	2	1.9	13	12.6	40	38.8	5	4.9	27	26.2	13	12.6	55	53.4	0	0.0
	65-74	36	17.9	31	15.4	44	21.9	14	7.0	7	3.5	36	17.9	110	54.7	2	1.0	98	48.8	35	17.4	123	61.2	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握 (厚生労働省様式 5-3)

性別	年代	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	302	36.4	9	3.0%	44	14.6%	2	0.7%	31	10.3%	11	3.6%	66	21.9%	8	2.6%	4	1.3%	37	12.3%
40-64	107		26.2	5	4.7%	13	12.1%	0	0.0%	6	5.6%	7	6.5%	28	26.2%	3	2.8%	1	0.9%	19	17.8%	5	4.7%
65-74	195		46.4	4	2.1%	31	15.9%	2	1.0%	25	12.8%	4	2.1%	38	19.5%	5	2.6%	3	1.5%	18	9.2%	12	6.2%
H28	合計	280	35.0	6	2.1%	45	16.1%	3	1.1%	32	11.4%	10	3.6%	50	17.9%	10	3.6%	6	2.1%	23	8.2%	11	3.9%
	40-64	94	26.8	0	0.0%	12	12.8%	2	2.1%	3	3.2%	7	7.4%	10	10.6%	0	0.0%	2	2.1%	4	4.3%	4	4.3%
	65-74	186	41.4	6	3.2%	33	17.7%	1	0.5%	29	15.6%	3	1.6%	40	21.5%	10	5.4%	4	2.2%	19	10.2%	7	3.8%

性別	年代	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	349	42.7	4	1.1%	17	4.9%	0	0.0%	9	2.6%	8	2.3%	23	6.6%	0	0.0%	1	0.3%	13	3.7%
40-64	160		39.8	2	1.3%	8	5.0%	0	0.0%	2	1.3%	6	3.8%	6	3.8%	0	0.0%	1	0.6%	5	3.1%	0	0.0%
65-74	189		45.4	2	1.1%	9	4.8%	0	0.0%	7	3.7%	2	1.1%	17	9.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	4.2%	9	4.8%
H28	合計	304	38.0	6	2.0%	23	7.6%	3	1.0%	12	3.9%	8	2.6%	18	5.9%	0	0.0%	2	0.7%	14	4.6%	2	0.7%
	40-64	103	31.2	5	4.9%	5	4.9%	1	1.0%	3	2.9%	1	1.0%	6	5.8%	0	0.0%	1	1.0%	4	3.9%	1	1.0%
	65-74	201	42.9	1	0.5%	18	9.0%	2	1.0%	9	4.5%	7	3.5%	12	6.0%	0	0.0%	1	0.5%	10	5.0%	1	0.5%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに減少し、県平均より低い状況である。重症化を予防していくためには、特定健診受診率・特定保健指導実施率向上への取組がますます重要となってくる。

また、健診受診後に医療受診が必要な人のうち、約半数が未治療となっており、医療につなげる保健指導が必要である。(図表 12)

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								山形村	同規模平均
H25年度	1,650	651	39.5%	136位	66	37	56.1%	50.8%	51.2%
H28年度	1,596	584	36.6%	185位	55	16	29.1%	47.6%	51.9%

※特定健診・特定保健指導の数値は法定報告値を使用。(同規模情報はKDBより出力。)

## 2) 第1期に係る考察

第1期計画において、特定健診等の実施率向上に加え、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の減少を目標に重症化予防を進めてきた。しかし、特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに目標に届かず低迷した状態が続いている。今後は、健診受診の必要性を健診対象者が理解し、継続受診につながるよう取り組む。また、健診未受診者は治療者に多いことから医師会、医療機関等と連携して受診勧奨に取り組むことが必要である。

基礎疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の早期発見・早期治療、継続した治療により重症化予防をすること、また、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診受診率向上は取り組むべき重要な課題である。



## 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想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。 **【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		がん		その他	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	57人	9人		2人		12人		37人	
				15.8%		3.5%		21.1%		64.9%	
		件数	95件	13件		2件		23件		57件	
	年 代 別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	8.7%	2	3.5%	
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	8.8%	
		50代	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
		60代	3	23.1%	2	100.0%	14	60.9%	21	36.8%	
	70-74歳	8	61.5%	0	0.0%	7	30.4%	29	50.9%		
費用額		1億1862万円	1300万円		200万円		2929万円		7335万円		
			11.8%		1.7%		24.7%		61.8%		

\*最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	17人	9人		3人		1人	
				52.9%		17.6%		5.9%	
		件数	139件	70件		16件		12件	
				50.4%		11.5%		8.6%	
費用額		6309万円	2499万円		1315万円		1047万円		
				39.6%		20.8%		16.6%	

\*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	13人	7人		4人		6人	
					53.8%		30.8%		46.2%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	145件	76件		47件		62件	
				52.4%		32.4%		42.8%		
		費用額	6927万円	3756万円		2284万円		3280万円		
				54.2%		33.0%		47.4%		

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	907人	107人		107人		35人			
				11.8%		11.8%		3.9%			
			高血圧	84人		84人		27人			
				78.5%		78.5%		77.1%			
			糖尿病	39人		46人		35人			
				36.4%		43.0%		100.0%			
			脂質異常症	70人		65人		25人			
	65.4%		60.7%		71.4%						
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	521人		213人		432人		100人	
				57.4%		23.5%		47.6%		11.0%	

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

(3) 何の疾患で介護保険を受けているのか

山形村の平成 28 年度の 1 号被保険者の要介護認定率は 19.5%である。75 歳以上では認定率が 32.8%である。介護認定者の有病状況は、年代をとおして脳卒中（脳血管疾患）が第 1 位である。また、2 号被保険者では腎不全が 22.2%で、1 号被保険者よりも割合が高くなっている。

なお、介護認定を受けている方の医療費は、介護認定を受けていない人の約 2 倍となっている。これらから、若い世代からの生活習慣病の重症化予防の取組は、2 号被保険者の介護認定を減らし、医療費の軽減につながる。健診結果から体の状態を理解し、高血圧・糖尿病・脂質異常症の改善のための取組が必要である。（図表 15）

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計							
	被保険者数		2,909人	901人	996人	1,897人	1,897人	4,806人					
	認定者数		9人	42人	327人	369人	369人	378人					
	認定率		0.31%	4.7%	32.8%	19.5%	19.5%	7.9%					
	新規認定者数（※1）		3人	8人	47人	55人	55人	58人					
介護度別人数	要支援1・2	2	22.2%	16	38.1%	54	16.5%	70	19.0%	72	19.0%		
	要介護1・2	2	22.2%	13	31.0%	112	34.3%	125	33.9%	127	33.6%		
	要介護3～5	5	55.6%	13	31.0%	161	49.2%	174	47.2%	179	47.4%		
要介護 突合状況 ★NO.49	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		件数	--	9	42	328	370	379					
		循環器 疾患	1	脳卒中	2	脳卒中	15	脳卒中	132	脳卒中	147	脳卒中	149
					22.2%		35.7%		40.2%		39.7%		39.3%
			2	腎不全	2	虚血性 心疾患	3	虚血性 心疾患	97	虚血性 心疾患	100	虚血性 心疾患	100
				22.2%		7.1%		29.6%		27.0%		26.4%	
		3	虚血性 心疾患	0	腎不全	3	腎不全	30	腎不全	33	腎不全	35	
				0.0%		7.1%		9.1%		8.9%		9.2%	
		基礎疾患 （※2）	糖尿病	0	糖尿病	10	糖尿病	76	糖尿病	86	糖尿病	86	
				0.0%		23.8%		23.2%		23.2%		22.7%	
			高血圧	2	高血圧	17	高血圧	208	高血圧	225	高血圧	227	
			22.2%		40.5%		63.4%		60.8%		59.9%		
		脂質 異常症	2	脂質 異常症	10	脂質 異常症	99	脂質 異常症	109	脂質 異常症	111		
	22.2%		23.8%		30.2%		29.5%		29.3%				
血管疾患 合計	合計	2	合計	23	合計	241	合計	264	合計	266			
		22.2%		54.8%		73.5%		71.4%		70.2%			
認知症	認知症	0	認知症	3	認知症	92	認知症	95	認知症	95			
		0.0%		7.1%		28.0%		25.7%		25.1%			
筋・骨格疾患	筋骨格系	2	筋骨格系	20	筋骨格系	242	筋骨格系	262	筋骨格系	264			
		22.2%		47.6%		73.8%		70.8%		69.7%			

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	7,316				
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,825				



## 2) 健診受診者の実態

HDL コレステロールの低い人が県に比べ男女ともに若干高い状況である。女性の場合、中性脂肪、尿酸、収縮期・拡張期血圧が県に比べ高い状況である。メタボリックシンドロームを見ると、予備群・該当者共に血圧・脂質の割合が高くなっている。また、該当者についてみると、男性は17.9%、女性は5.9%で男性は女性の約3倍となっている。血管を傷めるリスクが高い、高血圧・脂質異常、メタボリックシンドロームの改善は重症化予防のための重要な課題である。(図表16・17)

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)

【図表16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
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	64	22.9	101	36.1	76	27.1	41	14.6	25	8.9	83	29.6	130	46.4	42	15.0	134	47.9	78	27.9	126	45.0	2	0.7
	40-64	19	20.2	22	23.4	32	34.0	13	13.8	12	12.8	26	27.7	37	39.4	13	13.8	26	27.7	24	25.5	45	47.9	1	1.1
	65-74	45	24.2	79	42.5	44	23.7	28	15.1	13	7.0	57	30.6	93	50.0	29	15.6	108	58.1	54	29.0	81	43.5	1	0.5
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	53	17.4	47	15.5	60	19.7	19	6.3	9	3.0	49	16.1	150	49.3	7	2.3	125	41.1	48	15.8	178	58.6	0	0.0
	40-64	17	16.5	16	15.5	16	15.5	5	4.9	2	1.9	13	12.6	40	38.8	5	4.9	27	26.2	13	12.6	55	53.4	0	0.0
	65-74	36	17.9	31	15.4	44	21.9	14	7.0	7	3.5	36	17.9	110	54.7	2	1.0	98	48.8	35	17.4	123	61.2	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

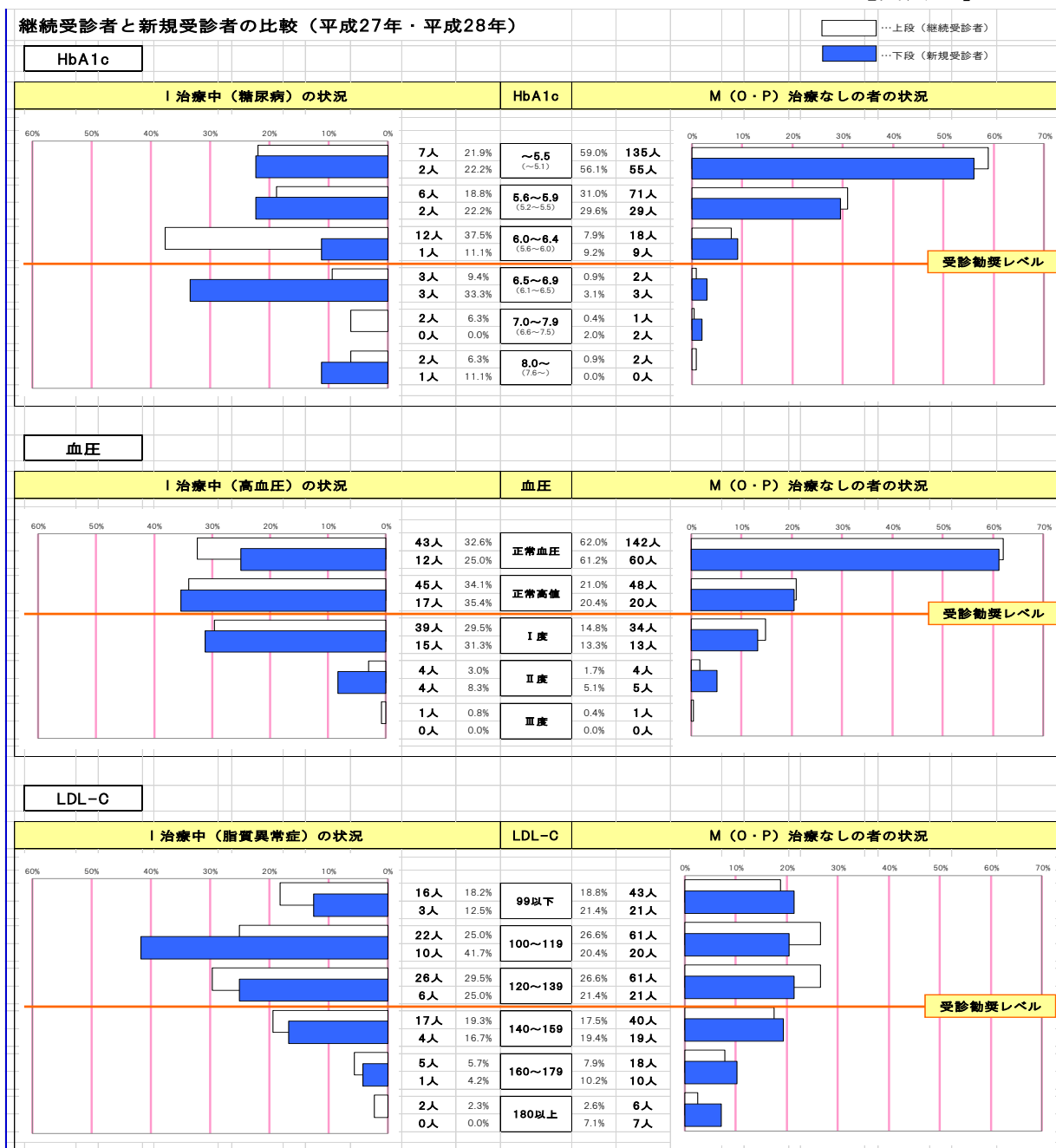
【図表17】

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
男性	合計	280	35.0	6	2.1%	45	16.1%	3	1.1%	32	11.4%	10	3.6%	50	17.9%	10	3.6%	6	2.1%	23	8.2%	11	3.9%	
	40-64	94	26.8	0	0.0%	12	12.8%	2	2.1%	3	3.2%	7	7.4%	10	10.6%	0	0.0%	2	2.1%	4	4.3%	4	4.3%	
	65-74	186	41.4	6	3.2%	33	17.7%	1	0.5%	29	15.6%	3	1.6%	40	21.5%	10	5.4%	4	2.2%	19	10.2%	7	3.8%	
女性	合計	304	38.0	6	2.0%	23	7.6%	3	1.0%	12	3.9%	8	2.6%	18	5.9%	0	0.0%	2	0.7%	14	4.6%	2	0.7%	
	40-64	103	31.2	5	4.9%	5	4.9%	1	1.0%	3	2.9%	1	1.0%	6	5.8%	0	0.0%	1	1.0%	4	3.9%	1	1.0%	
	65-74	201	42.9	1	0.5%	18	9.0%	2	1.0%	9	4.5%	7	3.5%	12	6.0%	0	0.0%	1	0.5%	10	5.0%	1	0.5%	

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況

HbA1cにおいては、受診勧奨レベルの方は、治療につながっているが、血圧やLDLコレステロールは受診勧奨レベルでも受診につながっていない方が多いため、医療受診が必要な方への受診の働きかけ、治療継続することにより重症化予防に取り組むことが課題である。血圧とLDLコレステロールは治療中の方のコントロールが良好で正常値を維持できているが、HbA1cは、治療中であってもコントロールが良くない方が多くいる。良好な血糖コントロールのために、医療機関での治療を継続しながら、食事療法や運動療法による生活習慣の改善に取り組んでいくことが課題と考えられる。(図表 18)

【図表 18】



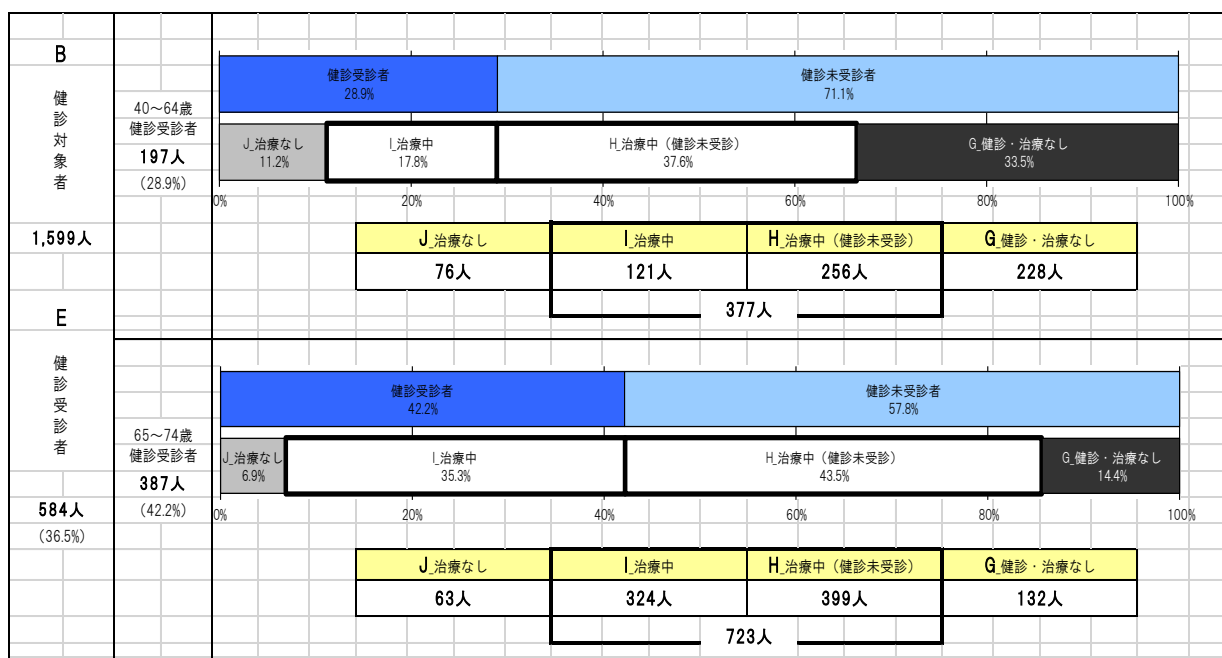
#### 4) 未受診者の把握

特定健診と保健指導は生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組である。図表 19 で健診実施率を年齢別で見ると、65～74 歳の受診率は 42.2%であるのに対し、40～64 歳は 28.9%である。未受診者の状況を見ると、特に健診も治療も受けていない人は 40～64 歳は 228 人 (G)、65～74 歳は 132 人で、重症化しているかどうかの実態がわからない状況となっている。また、未受診者のうち治療中の方の割合は 40～64 歳は 37.6%、65～74 歳は 43.5%であり、受診率向上には未受診者に対してだけでなく、医療機関に対する働きかけも必要である。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診受診により健康状態を把握し、健診結果に基づいた保健指導により、生活習慣の改善や医療受診につなげる生活習慣病の発症予防、重症化予防することが重要である。(図表 19)

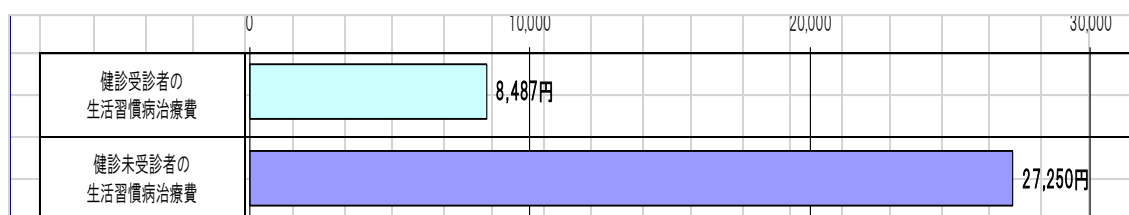
未受診対策を考える(厚生労働省様式 6-10)

【図表 19】



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

#### 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(H27)



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

### 3. 目標の設定

#### 1) 成果目標

##### (1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、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、人口透析者のうち糖尿病がある人の割合と、脳血管疾患の総医療費に占める割合を減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

##### (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、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。

## 第3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実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患予防・脳血管疾患予防の取組を行う。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。

### 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 20】

## 【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。

- ア. 医療機関未受診者
- イ. 医療機関受診中断者
- ウ. 糖尿病治療中者
  - i. 健診結果タンパク尿（±）以上
  - ii. eGFR60 未満
  - iii. 血圧 160/100 以上
  - iv. メタボ該当者

### ② 選定基準に基づく該当数の把握

#### ア. 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 21）

【図表 21】

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

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

#### イ. 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(参考資料2)

山形村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は10人(31.3%・F)であった。また40~74歳における糖尿病治療者211人中のうち、特定健診受診者が22人(68.8%・G)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者189人(89.6%・I)はデータがないためコントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

#### ウ. 介入方法と優先順位

参考資料2より山形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】

- 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)・・・10人
  - ② 糖尿病治療中であったが中断している者
- ・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
- ・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

#### (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で行う。

###### 【糖尿病台帳作成手順】

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

\*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

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

- ・ 特定健診の間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

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。山形村においては、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 22)

【図表 22】

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 style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を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><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (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、事前に各医療機関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く。

### ① 短期的評価

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/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

(8) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 4 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 4 月以降 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) 虚血性心疾患予防

### (1) 基本的な考え方

虚血性心疾患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 4)

### (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 5)

#### ② 予防対象者の抽出

##### 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に S-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。山形村において健診受診者 666 人のうち心電図検査実施者は 666 人(100%)であり、そのうち ST 所見があったのは 20 人であった。(図表 23)

ST 所見あり 20 人中のうち 3 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 1 人は未受診であった(図表 24)医療機関未受診者へは対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 17 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。

【図表 23】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	666	100.0	666	100.0	20	3.0	259	38.9	387	58.1

【図表 24】

ST所見あり(a)		要精査(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)(%)
20	100	3	15	2	66.7	1	33.3

### (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 25 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 25】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
---

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

#### ② 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行く。

##### 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 コレステロール等基準範囲を超えた者の伸び率の減少。

#### (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
4 月	対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
4 月以降	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）

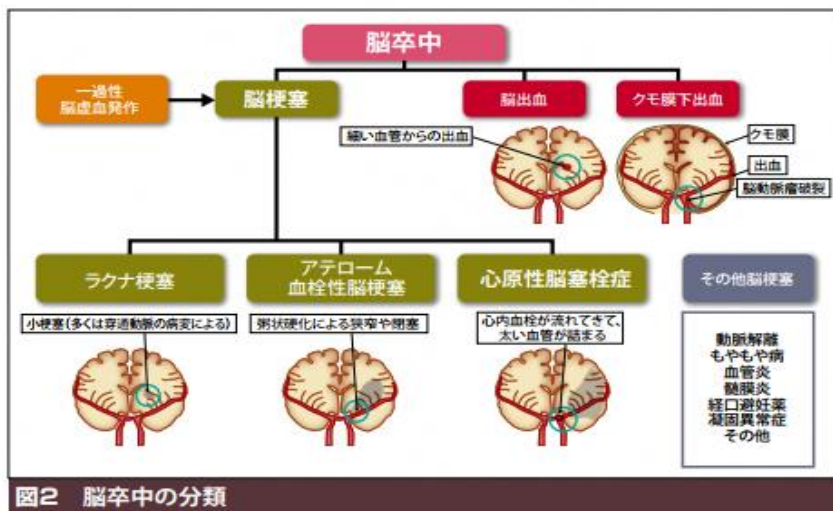
### 3) 脳血管疾患予防

#### (1) 基本的な考え方

脳血管疾患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 26、27)

【脳卒中の分類】

【図表 26】



(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 27】

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 予防対象者の抽出

予防対象者の抽出にあたっては図表 28 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予防対象者

【図表 28】

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 584人		19人 3.3%	18人 3.1%	16人 2.7%	4人 1%	68人 11.6%	4人 0.7% 15人 2.6%
治療なし		10人 2.5%	13人 2.4%	14人 3.0%	2人 1%	10人 3.1%	2人 0.9% 10人 3.1%
治療あり		9人 5.0%	5人 12.2%	2人 1.8%	2人 1%	58人 22.6%	2人 1.0% 5人 1.9%
臓器障害あり		5人 50.0%	4人 30.8%	6人 43%	2人 0%	1人 10.0%	2人 100.0% 10人 100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象者)	1人	2人	2人	0人	0人	2人 10人
	尿蛋白 (2+) 以上	0人	0人	0人	0人	0人	2人 0人
	尿蛋白 (+) and尿潜血 (+) 以上	0人	0人	1人	0人	0人	0人 0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人	2人	1人	0人	0人	0人 10人
	心電図所見あり	5人	2人	4人	2人	1人	1人 3人

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。予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 19 人 (3.3%) であり、10 人は未治療者であった。また未治療者のうち 5 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 9 人 (5.0%) 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る。

② リスク層別化による予防対象者の把握

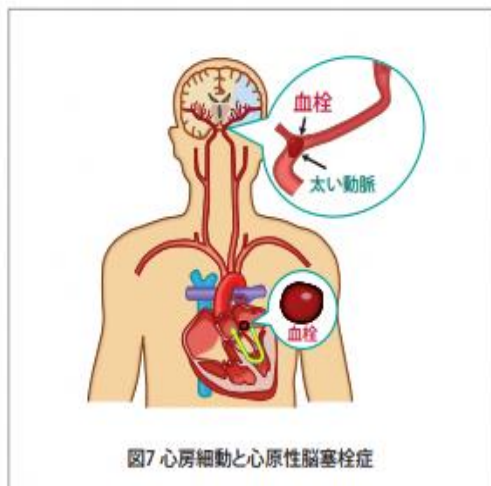
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 29)

【図表 29】

		血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	404	144	107	84	59	9	1	2	33	34
		35.6%	26.5%	20.8%	14.6%	2.2%	0.2%	0.5%	8.2%	8.4%
リスク第1層	50	29	13	5	2	1	0	2	1	0
		12.4%	20.1%	12.1%	6.0%	3.4%	11.1%	0.0%	100%	3.0%
リスク第2層	210	83	49	40	32	6	0	--	32	6
		52.0%	57.6%	45.8%	47.6%	54.2%	66.7%	0.0%	97.0%	17.6%
リスク第3層	144	32	45	39	25	2	1	--	--	28
		35.6%	22.2%	42.1%	46.4%	42.4%	22.2%	100.0%		
再掲) 重複あり	糖尿病	40	10	13	8	8	0	1		
		27.8%	31.3%	28.9%	20.5%	32.0%	0.0%	100.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	79	22	19	25	11	2	0		
	54.9%	68.8%	42.2%	64.1%	44.0%	100.0%	0.0%			
	3個以上の危険因子	61	9	23	17	12	0	0		
	42.4%	28.1%	51.1%	43.6%	48.0%	0.0%	0.0%			

図表 29 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。

(脳卒中予防の提言より引用)

平成 28 年度実施の心電図検査において心房細動の有所見者は 0 人であった。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継続していきたい。

#### (4) 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。

#### (5) 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6)

##### 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7)

#### (6) 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。

#### (7) 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。

#### (8) 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。

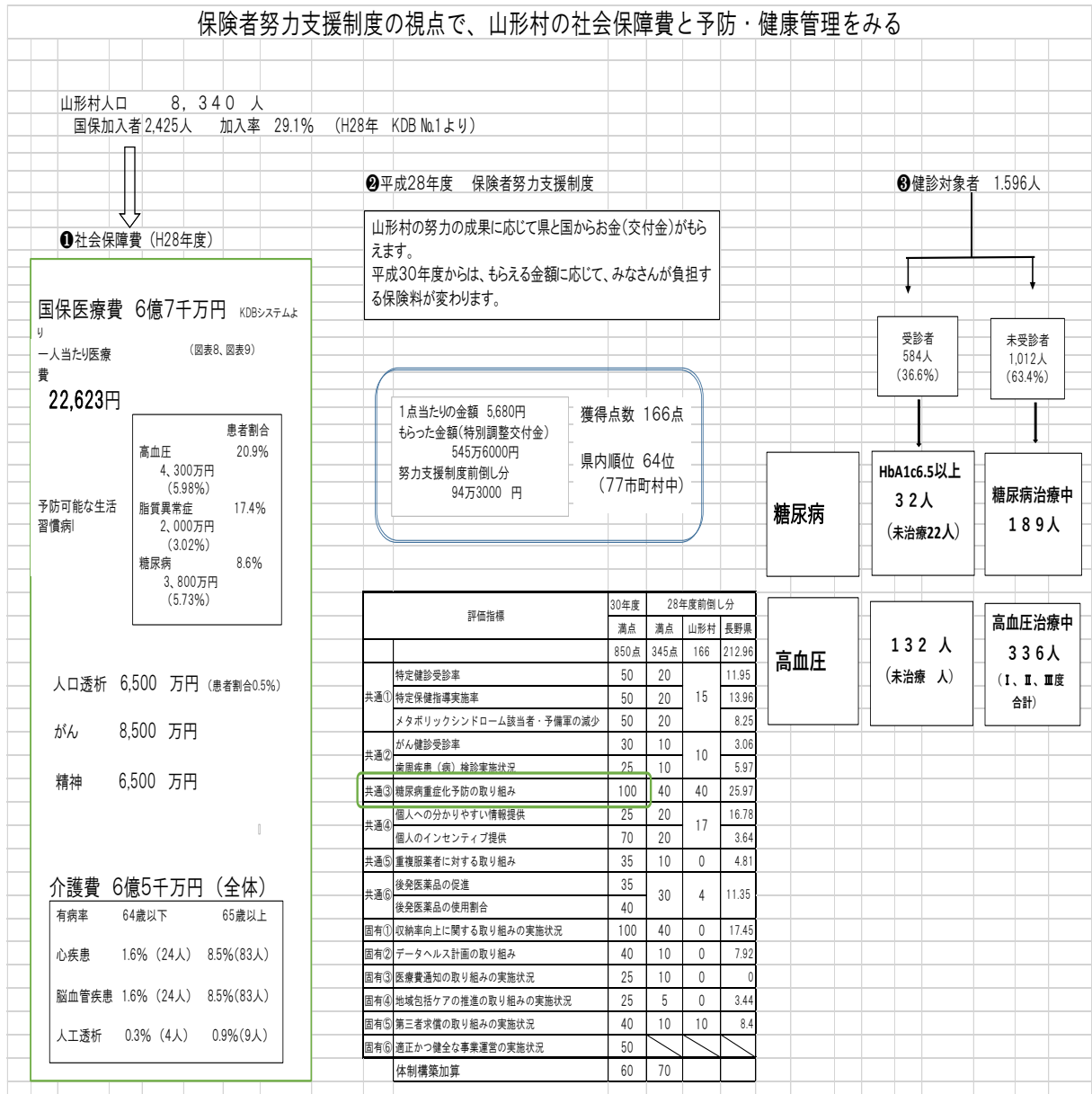
(9) 実施期間及びスケジュール

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

# 第4章 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 30)

【図表 30】



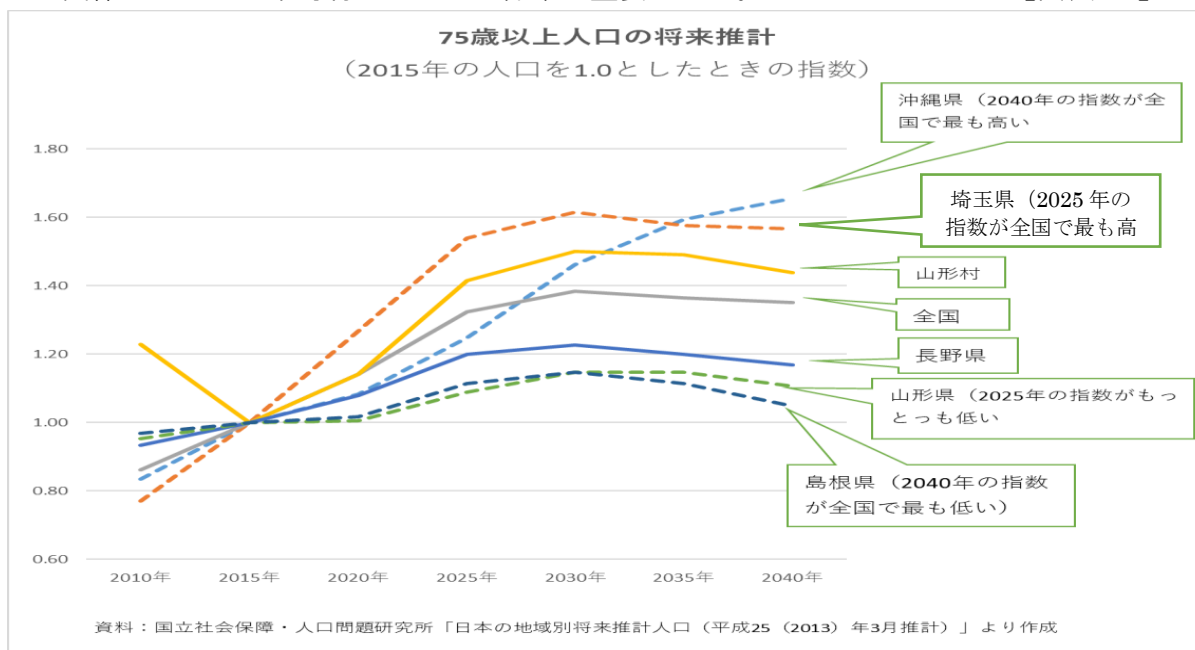
## 第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.17と全国指数を下回る(図表31)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。 【図表31】



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P D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)</li></ul>

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

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



## 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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた山形村の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 5 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 6 血圧評価表

参考資料 7 心房細動管理台帳

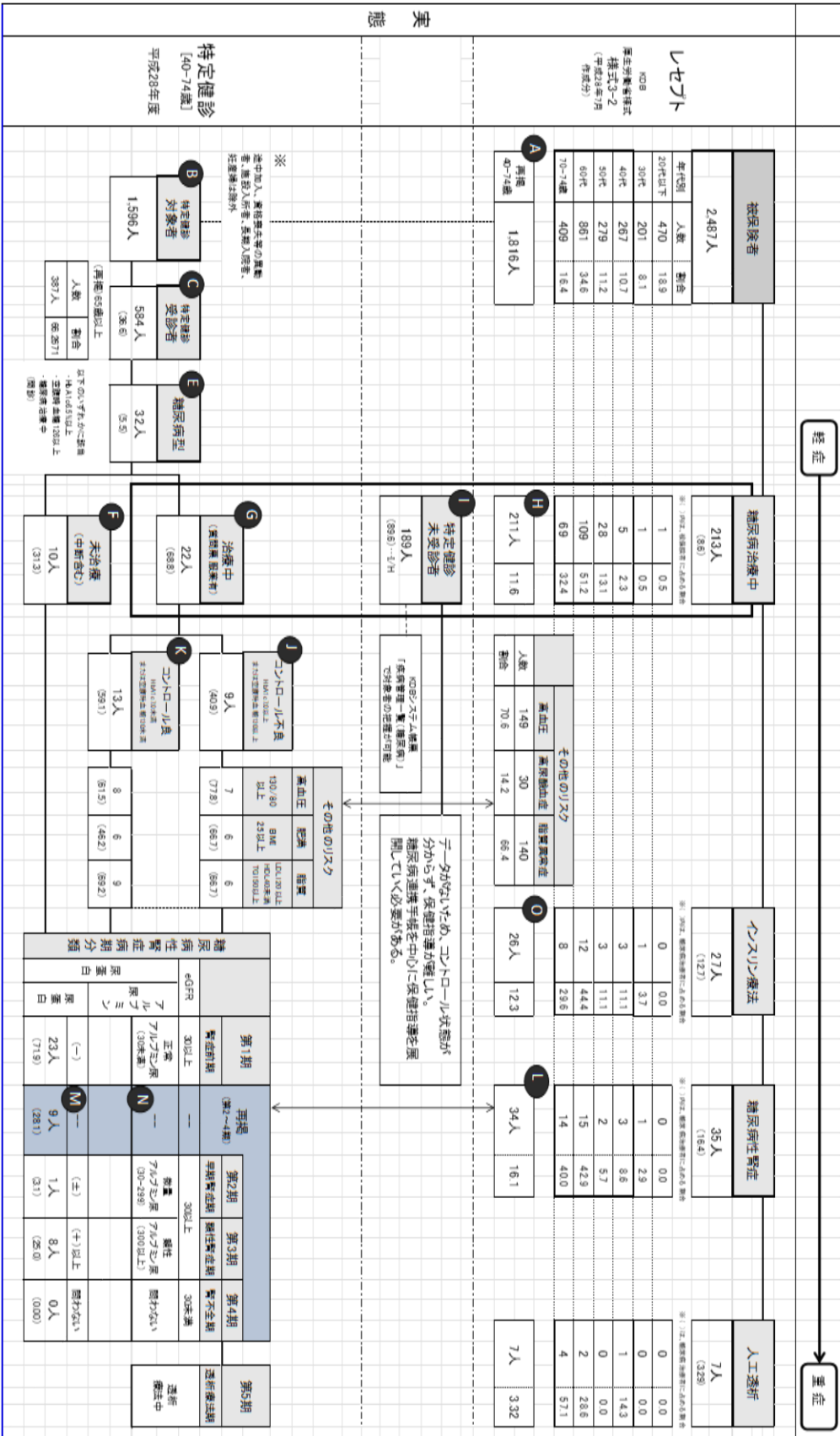
【参考資料1】

項+A+A2R4		山形村								同規模平均(H28)		県(H28)		国(H28)		データ元 (CSV)					
		H25		H26		H27		H28		実数	割合	実数	割合	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	8,340		8,340		8,340		8,340		1,815,204	2,115,647	124,852,975		KOB_NO.5 人口の状況 KOB_NO.3 データからみる地域の健康課題						
		65歳以上(高齢化率)	1,897	22.7	1,897	22.7	1,897	22.7	1,897	22.7	575,561	31.7	567,919	26.8		29,020,766	23.2				
		75歳以上	996	11.9	996	11.9	996	11.9	996	11.9			303,854	14.4		13,989,864	11.2				
		65~74歳	901	10.8	901	10.8	901	10.8	901	10.8			264,065	12.5		15,930,902	12.0				
		40~64歳	2,909	34.9	2,909	34.9	2,909	34.9	2,909	34.9			701,088	33.1		42,411,922	34.0				
	39歳以下	3,534	42.4	3,534	42.4	3,534	42.4	3,534	42.4			846,640	40.0	53,420,287	42.8						
	② 産業構成	第1次産業	19.8		19.8		19.8		19.8		18.4	9.8	4.2		KOB_NO.3						
		第2次産業	27.6		27.6		27.6		27.6		25.5	29.5	25.2		KOB_NO.3 データからみる地域の健康課題						
		第3次産業	52.6		52.6		52.6		52.6		56.1	60.7	70.6								
	③ 平均寿命	男性	81.2		81.2		81.2		81.2		79.4	80.9	79.6			KOB_NO.1 地域全体の把握					
女性		86.5		86.5		86.5		86.5		86.4	87.2	86.4									
④ 健康寿命	男性	66.1		66.1		66.1		66.1		65.2	65.7	65.2		KOB_NO.1 地域全体の把握							
	女性	67.4		67.4		67.4		67.4		66.7	67.2	66.8									
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	99.4		88.7		88.7		88.7		104.8	90.3	100		KOB_NO.1 地域全体の把握						
		男性	105.3		128.0		128.0		128.0		100.8	94.5	100								
		女性	23		37.7		23		37.7		24	35.8	20	33.9		6,817	45.1	6,285	44.7	367,905	49.6
		がん	13	21.3	13	21.3	12	17.9	13	22.0	4,392	29.1	3,777	26.9		196,768	26.5				
		心臓病	19	31.1	19	31.1	26	38.8	21	35.6	2,661	17.6	2,908	20.7		114,122	15.4				
	死因	脳疾患	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.7	274	1.8	270	1.9	13,658	1.8					
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	2	3.0	2	3.4	548	3.6	370	2.6	24,763	3.3					
		腎不全	6	9.8	6	9.8	3	4.5	2	3.4	409	2.7	436	3.1	24,294	3.3					
		自殺	9	9.3	8	8.7	4	5.3	6	6.3			1,961	7.8	136,944	10.5					
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	4		7.4		4		10.0		2	5.0	5	10.2	1,294	10.3	91,123	13.5			
男性		5		11.6		4		7.7		2	5.6	1	2.1	667	5.3	45,821	7.2				
女性		60,351		60,644		59,239		58,368		70,589	58,547	58,284		KOB_NO.1 地域全体の把握							
① 介護保険	1号認定者数(認定率)	346		17.8		346		18.2		365	18.6	369	19.6		114,751	20.1	111,462	19.7	5,885,270	21.2	
	新規認定者	12		0.2		9		0.3		9	0.3	5	0.3		1,910	0.3	1,767	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	10		0.4		13		0.4		10	0.4	9	0.3	2,325	0.4	2,068	0.3	151,813	0.4		
	糖尿病	61	16.1	53	14.7	52	14.7	56	14.5	25,230	21.2	23,930	20.8	1,350,152	22.1						
	高血圧症	185	52.8	180	50.9	188	49.7	174	47.9	64,783	54.6	62,279	54.1	3,101,200	50.9						
	脂質異常症	60	18.2	61	16.3	61	16.4	67	16.8	31,854	26.7	31,038	26.7	1,741,866	28.4						
	心臓病	213	61.5	205	59.0	216	56.8	198	55.0	73,398	61.9	71,424	62.1	3,529,682	58.0						
脳疾患	104	30.1	96	28.0	106	27.9	103	28.6	33,188	28.2	33,027	28.9	1,538,683	25.5							
② 有病状況	がん	31	8.4	24	7.4	35	7.8	22	7.3	11,653	9.7	12,106	10.5	631,950	10.3						
	筋・骨格	192	54.3	174	49.9	178	48.6	169	45.7	63,731	53.7	61,749	53.7	3,067,196	50.3						
	精神	111	30.1	112	31.2	111	28.7	105	28.4	44,036	37.1	42,134	36.4	2,154,214	35.2						
	1件当たり給付費(全体)	60,351		60,644		59,239		58,368		70,589	58,547	58,284		KOB_NO.1 地域全体の把握							
③ 介護給付費	居宅サービス	41,996		41,770		40,942		40,850		40,981	38,590	39,662									
	施設サービス	274,568		276,542		272,069		269,007		275,291	272,580	281,186									
④ 医療費等	要介護認定別	7,684		6,501		6,797		7,316		8,457	7,747	7,980		KOB_NO.1 地域全体の把握							
	医療費(40歳以上)	3,680		3,575		3,827		3,825		4,122	3,666	3,816									
3	① 国保の状況	被保険者数	2,591		2,577		2,510		2,425		492,460	540,810	32,587,866		KOB_NO.1 地域全体の把握						
		65~74歳	883	34.1	954	37.0	960	38.2	968	39.9			229,556	42.4		12,461,813	38.2				
		40~64歳	932	36.0	877	34.0	838	33.4	790	32.6			176,381	32.6		10,946,712	33.6				
		39歳以下	776	29.9	746	28.9	712	28.4	667	27.5			134,873	24.9		9,179,541	28.2				
	加入率	31.1		30.9		30.1		29.1		27.7	25.6	26.9									
	② 医療の状況(人口千対)	病院数	0		0.0		0		0.0		0	0.0	144	0.3	131	0.2	8,255	0.3			
		診療所数	5		1.9		5		1.9		5	2.0	5	2.1	1,108	2.2	1,561	2.9	96,727	3.0	
		病床数	0		0.0		0		0.0		0	0.0	15,468	31.4	24,190	44.7	1,524,378	46.8			
		医師数	6		2.3		6		2.3		6	2.4	5	2.1	1,575	3.2	4,786	8.8	299,792	9.2	
		外来患者数	635.0		636.8		653.3		646.5		660.2	668.8	668.1								
入院患者数		19.6		16.5		18.3		18.0		22.7	17.7	18.2									
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	23,676		22,073		24,840		22,623		26,488	24,015	24,245		KOB_NO.3 データからみる地域の健康課題 KOB_NO.1 地域全体の把握							
	受診率	654,622		653,279		671,554		664,537		682,952	686,489	686,286									
	費用の割合	58.3		61.9		56.5		60.2		56.6	60.9	60.1									
	件数の割合	97.0		97.5		97.3		97.3		96.7	97.4	97.4									
	入院費用の割合	41.7		38.1		43.5		39.8		43.4	39.1	39.9									
	入院件数の割合	3.0		2.5		2.7		2.7		3.3	2.6	2.6									
	1件あたり在院日数	15.5日		16.0日		17.1日		15.6日		16.3日	15.1日	15.6日									
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)	がん	90,329,330		21.1		73,648,360		18.4		84,394,930		19.4		84,348,150		21.3		24.1	24.8	25.6	
	慢性腎不全(透析あり)	71,110,210		16.6		71,300,630		17.8		85,397,940		19.6		64,418,990		16.3		9.1	9.5	9.7	
	糖尿病	35,542,550		8.3		34,165,270		8.5		34,466,760		7.9		38,115,850		9.6		10.2	10.0	9.7	
	高血圧症	46,820,420		10.9		42,917,910		10.7		41,540,510		9.5		39,954,400		10.1		9.2	8.8	8.6	
	精神	70,479,300		16.5		65,247,530		16.3		69,153,910		15.9		64,942,050		16.4		17.5	17.7	16.9	
	筋・骨格	55,716,470		13.0		45,506,950		11.4		66,390,880		15.2		50,588,390		12.8		16.1	15.7	15.2	

項+A+A2R4		山形市								同規模平均(H28)		県(H28)		国(H28)		データ元 (CSV)								
		H25		H26		H27		H28		実数	割合	実数	割合	実数	割合									
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合															
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	535,687	59位 (17)	501,957	63位 (18)	602,719	33位 (20)	523,196	52位 (20)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域							
				高血圧	572,989	49位 (13)	652,623	23位 (15)	804,835	2位 (17)	677,969	15位 (18)												
				脂質異常症	545,140	36位 (16)	556,723	39位 (14)	728,532	5位 (17)	501,585	59位 (16)												
				脳血管疾患	611,367	57位 (18)	724,000	25位 (15)	938,955	2位 (19)	684,901	35位 (18)												
				心疾患	830,770	16位 (10)	734,552	24位 (9)	816,866	19位 (15)	643,316	45位 (16)												
				腎不全	807,181	21位 (14)	787,697	20位 (15)	926,286	9位 (18)	907,718	9位 (22)												
	⑥	県内順位	届位総数79	入院 の( )内 は在院日数	精神	428,457	47位 (24)	447,408	39位 (27)	458,025	38位 (27)	438,435	64位 (26)											
					悪性新生物	595,081	49位 (12)	724,928	8位 (12)	657,718	16位 (12)	590,635	48位 (12)											
					糖尿病	37,683	23位	39,662	11位	41,465	11位	40,720	11位											
					高血圧	30,700	16位	29,784	26位	29,066	44位	27,223	49位											
					脂質異常症	22,234	69位	22,677	71位	24,190	62位	22,817	69位											
					脳血管疾患	44,251	13位	45,147	10位	36,442	42位	34,027	47位											
⑦	外来	届位総数79	入院 の( )内 は在院日数	心疾患	45,685	12位	50,341	6位	50,562	11位	45,430	16位												
				腎不全	127,333	68位	129,160	67位	127,434	66位	104,482	69位												
				精神	25,847	67位	25,776	68位	24,357	75位	22,767	73位												
				悪性新生物	60,750	6位	56,520	13位	54,319	34位	56,670	29位												
				健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,768	3,835	3,210	0	3,127	4,133	2,346												
				健診未受診者	8,206	7,988	10,306	12,322	11,954	10,132	12,339													
⑧	健診・レセ 突合	健診有無別 一人当たり 点数	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,116	10,284	8,487	0	8,685	11,509	6,742													
			健診未受診者	22,029	21,422	27,250	32,773	33,204	28,217	35,459														
			受診勧奨者	360	55.3	312	51.9	315	52.8	300	51.4	87,076	57.0	92,792	53.4	4,427,360	56.1							
⑨	医療機関受診率	医療機関受診率	331	50.8	267	47.8	291	48.7	278	47.6	79,315	51.9	85,477	49.2	4,069,624	51.5								
		医療機関非受診率	29	4.5	25	4.2	24	4.0	22	3.8	7,761	5.1	7,315	4.2	357,736	4.5								
		受診勧奨率	360	55.3	312	51.9	315	52.8	300	51.4	87,076	57.0	92,792	53.4	4,427,360	56.1								
5	特定健診の 状況	届位総数79	メタボ	健診受診者	651		601		597		584		152,769		173,700		7,899,427							
				受診率	39.5	県内62位 同規模136位	36.0	県内72位 同規模180位	35.8	県内75位 同規模184位	36.5	県内76位 同規模185位	43.7	46.5	全国2位	36.4								
				特定保健指導終了者(実施率)	44	66.7	28	45.9	32	60.4	14	25.5	8,160	41.7	8,946	47.0	214,646	22.7						
				非肥満高血糖	58	8.9	44	7.3	42	7.0	44	7.5	15,303	10.0	17,859	10.3	737,896	9.3						
				⑤	該当者	該当者	89	13.7	86	14.3	79	13.2	68	11.6	27,745	18.2	28,075	16.2	1,365,855	17.3				
						男性	66	21.9	69	24.2	60	21.4	50	17.9	19,338	27.2	19,933	25.3	940,335	27.5				
						女性	23	6.6	17	5.4	19	6.0	18	5.9	8,407	10.3	8,142	8.6	425,520	9.5				
				⑥	予備群	予備群	41	9.4	57	9.5	49	8.2	68	11.6	17,604	11.5	17,026	9.8	847,733	10.7				
						男性	64	14.6	49	17.2	35	12.5	45	16.1	12,301	17.3	12,313	15.6	588,308	17.2				
				⑦	県内順位	届位総数79	メタボ	女性	17	4.9	8	2.5	14	4.4	23	7.6	5,303	6.5	4,713	5.0	259,425	5.8		
								総数	163	26.0	160	26.6	138	23.1	148	25.3	51,074	33.4	51,067	29.4	2,490,581	31.5		
				6	生活習慣の 状況	届位総数79	メタボ	⑧	BMI	総数	119	39.4	127	44.6	100	35.7	101	36.1	35,501	50.0	36,456	46.3	1,714,251	50.2
										女性	44	12.6	33	10.4	38	12.0	47	15.5	15,573	19.1	14,611	15.4	776,330	17.3
								⑨	BMI	男性	7	2.3	2	0.7	9	3.2	6	2.1	1,548	2.2	1,383	1.8	59,615	1.7
										女性	28	8.0	31	9.8	19	6.0	14	4.6	7,695	9.4	6,639	7.0	313,070	7.0
								⑩	血糖のみ	血糖のみ	2	0.3	4	0.7	5	0.8	6	1.0	1,199	0.8	1,191	0.7	52,296	0.7
										血圧のみ	40	6.1	42	7.0	29	4.9	44	7.5	12,440	8.1	11,167	6.4	587,214	7.4
								⑪	脂質のみ	脂質のみ	19	2.9	11	1.8	15	2.5	18	3.1	3,965	2.6	4,668	2.7	208,214	2.6
										血糖・血圧	8	1.2	11	1.8	9	1.5	10	1.7	4,996	3.3	4,337	2.5	212,002	2.7
⑫	血糖・脂質	血糖・脂質	5					0.8	3	0.5	5	0.8	8	1.4	1,510	1.0	1,828	1.1	75,032	0.9				
		血圧・脂質	50					7.7	54	9.0	47	7.9	37	6.3	12,772	8.4	13,135	7.6	663,512	8.4				
⑬	血糖・血圧・脂質	血糖・血圧・脂質	26					4.0	18	3.0	18	3.0	13	2.2	8,467	5.5	8,775	5.1	415,310	5.3				
		高血圧	204					31.3	201	33.4	199	33.3	180	30.8	54,561	35.7	57,994	33.4	2,650,283	33.6				
7	既住歴	届位総数79	生活習慣の 状況	①	職業	糖尿病	30	4.6	25	4.2	25	4.2	41	7.0	12,934	8.5	13,400	7.7	589,711	7.5				
						脂質異常症	115	17.7	119	19.8	124	20.8	112	19.2	34,459	22.6	40,689	23.4	1,861,221	23.6				
				②	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	脳卒中	13	2.5	23	3.9	19	3.2	26	4.5	4,709	3.3	5,005	3.1	246,252	3.3				
						心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	27	5.1	30	5.1	34	5.7	40	6.8	8,283	5.7	10,576	6.5	417,378	5.5				
				③	腎不全	腎不全	1	0.2	1	0.2	2	0.3	8	1.4	1,808	1.2	935	0.6	39,184	0.5				
						貧血	42	8.0	58	9.8	65	10.9	65	11.1	12,100	8.4	12,257	7.6	761,573	10.2				
				④	喫煙	喫煙	89	13.7	75	12.5	81	13.6	88	15.1	23,837	15.6	23,063	13.3	1,122,649	14.2				
						週3回以上喫煙を抜く	17	3.2	23	3.9	26	4.4	51	8.7	10,687	7.7	8,819	6.1	585,344	8.7				
				⑤	週3回以上食後間食	週3回以上食後間食	44	8.4	62	10.5	58	9.7	70	12.0	18,294	13.1	16,790	11.2	803,966	11.9				
						週3回以上就寝前夕食	111	21.1	100	17.0	114	19.1	115	19.7	22,957	16.4	21,566	15.0	1,054,516	15.5				
				⑥	食べる速度が速い	食べる速度が速い	127	24.2	142	24.1	143	24.0	146	25.0	37,935	27.2	36,724	26.5	1,755,597	26.0				
						20歳時体重から10kg以上増加	154	29.4	155	26.4	175	29.3	159	27.2	46,884	33.5	43,857	29.1	2,192,264	32.1				
				⑦	1回30分以上運動習慣なし	1回30分以上運動習慣なし	398	75.8	427	72.5	438	73.4	423	72.4	92,124	65.7	96,372	64.0	4,026,105	58.8				
						1日1時間以上運動なし	193	37.0	248	42.1	267	44.7	291	49.8	67,794	48.5	69,243	45.9	3,209,187	47.0				
⑧	睡眠不足	睡眠不足	84	16.2	88	14.9	89	14.9	138	23.6	32,751	23.6	33,670	22.4	1,698,104	25.1								
		毎日飲酒	134	25.7	152	25.4	162	27.1	143	24.5	37,751	26.0	39,809	24.6	1,886,293	25.6								
⑨	時々飲酒	時々飲酒	118	22.6	161	26.9	153	25.6	180	30.9	31,060	21.4	37,629	23.2	1,628,466	22.1								
		1合未満	111	45.1	144	45.6	160	49.8	145	43.2	57,563	59.5	45,236	54.2	3,333,936	64.0								
⑩	1~2合	1~2合	106	43.1	139	44.0	123	38.3	158	47.0	25,692	26.5	26,776	32.1	1,245,341	23.9								
		2~3合	4	9.8	29	9.2	34	10.6	23	6.8	10,133	10.5	8,877	10.6	486,491	9.3								
⑪	3合以上	3合以上	25	2.0	4	1.3	4	1.2	10	3.0	3,402	3.5	2,539	3.0	142,733	2.7								

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

都道府県名 長野県 市町村名 山形村 高保健区分 9

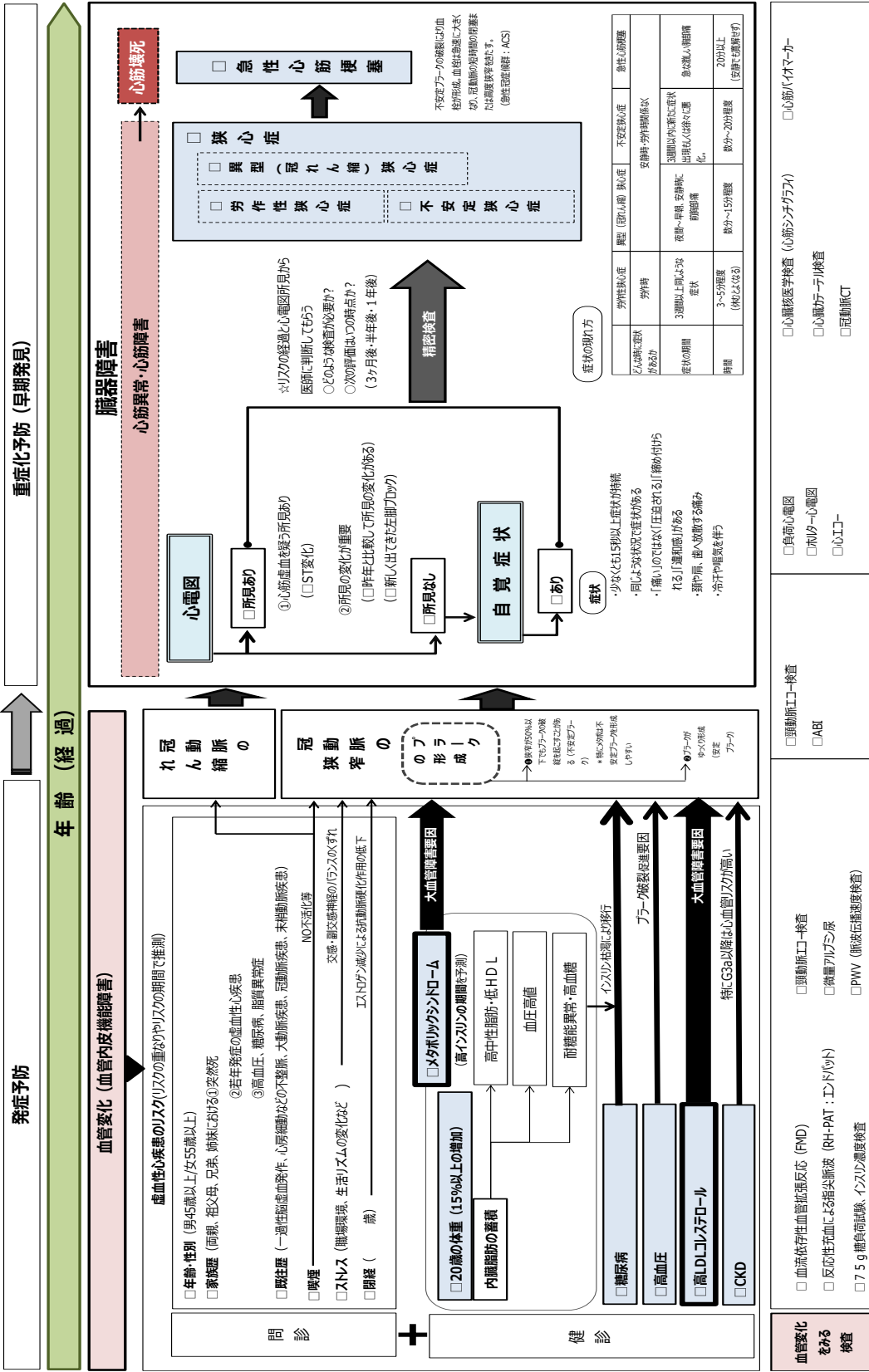


【参考資料 3】

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

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:		
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携		
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 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 ○栄養士中心 ○腎専門医	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん		
	㉔健診未受診者 ( )人				
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保) ( )人				
	②後期高齢者 ( )人				
	③他保険 ( )人				
	④住基異動(死亡・転出) ( )人				
	⑤確認できず ( )人				
	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				
	㉕結果把握 ( )人				
①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					
②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人					
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人					

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】  
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2022年版、胸痛心臓血管科に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非線形評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCOPD診療ガイドライン、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能検査 (東洋出版)

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		
e G F R		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
<input type="checkbox"/> 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



