

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健診等実施計画

平成 30 年 4 月 白馬村

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第3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	49
参考資料	50

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。)等の電子化が進展するとともに、国保データベースシステム(以下「KDB」という。)等の整備により、市町村国民健康保険(以下「市町村国保」という。)、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。)の三者(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、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ます。

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り組みを行うことを推進する。」と明記され、保険者等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ました。

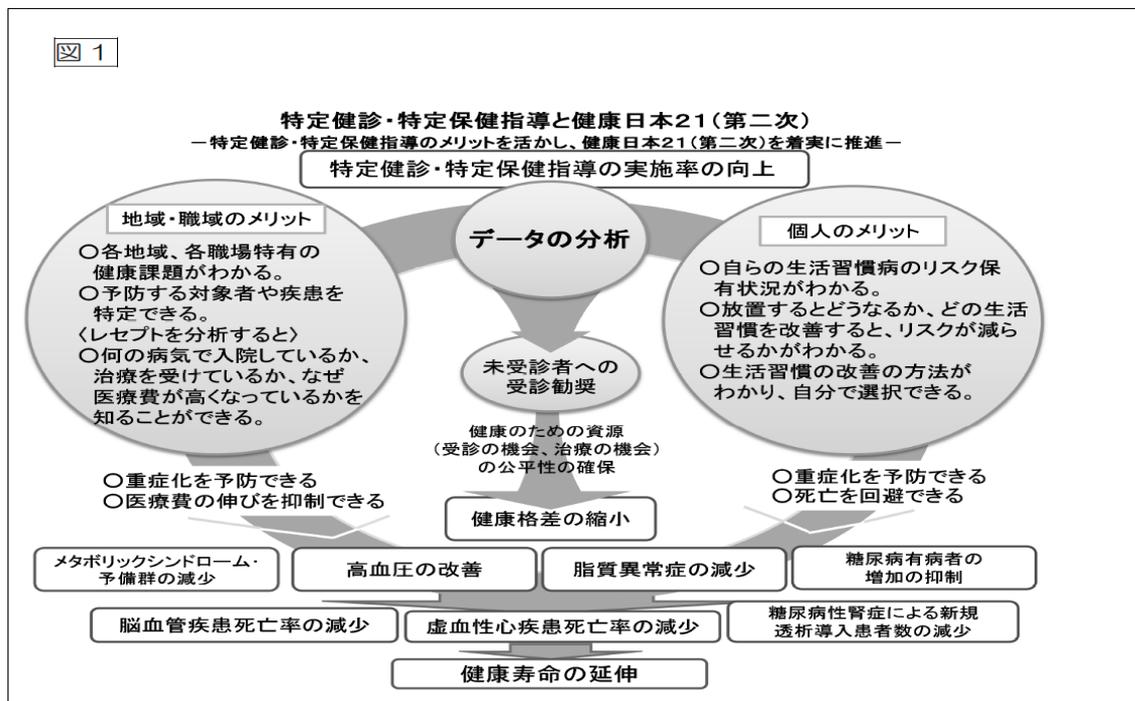
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国民健康保険事業費納付金の額を決定し、市町村と共に保険者となって財政運営を担います。保健事業等の医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行います。

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図るため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援拡充の一環として、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りました。

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。)の一部改正等により、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、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なりました。

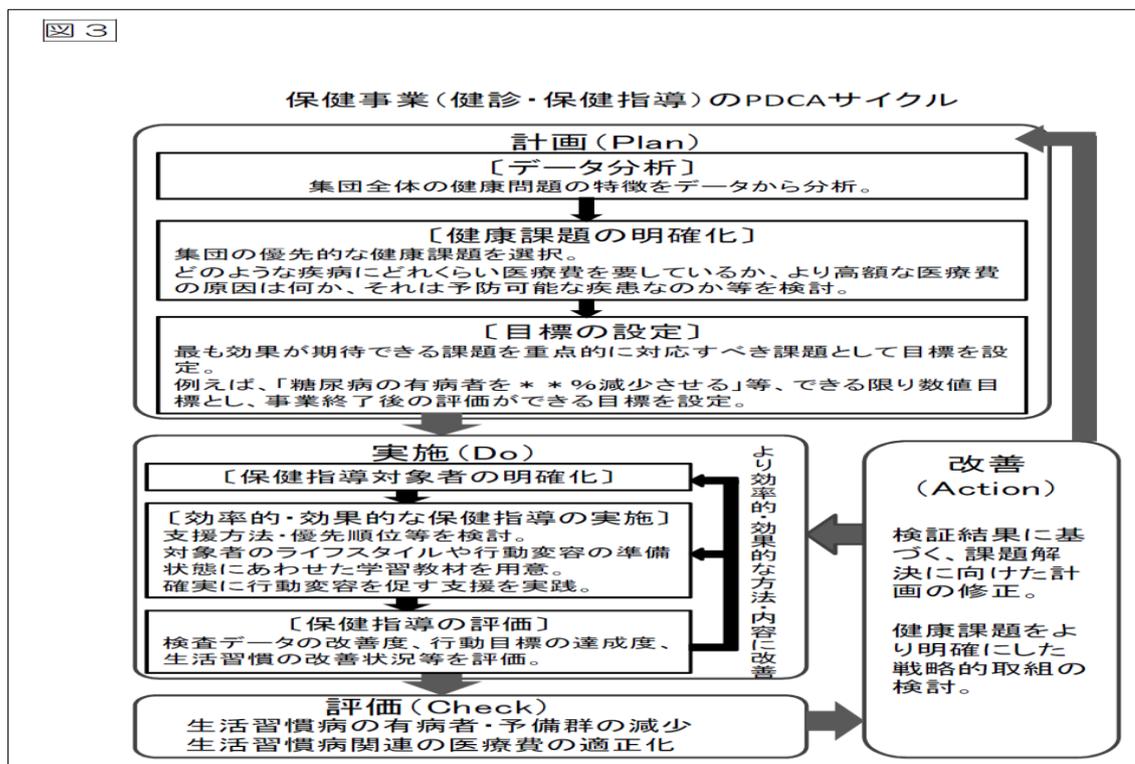
当村においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とします。

【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、国指針第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」とされています。

また、保健事業の実施計画策定の手引き（以下「手引書」という。）においては、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、長野県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、本計画においても計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体と関係課の役割

当村においては、住民課が主体となり計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い課が関わっています。特に健康福祉課の保健師等の専門職と連携して、村一体となって計画策定を進めていきます。

計画を実行するためには、住民課（住民係）、健康福祉課（健康づくり係、介護保険係、健康福祉係）、総務課（企画係）、税務課、スポーツ課が十分連携することが望ましいです。

また、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の体制を整えることも重要です。（図表4）

2) 外部有識者等の役割

本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、協力が重要です。

外部有識者等とは、国保運営協議会、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）等のことをいいます。

国保運営協議会は、住民・医師・薬剤師等といった委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への意見等を積極的に行うことが期待されます。

国保連は、保険者である村の共同連合体として、計画策定の際の健診データやレセプトデータ、介護保険データによる課題抽出や、事業実施後の評価分析等において、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を図ることも期待されます。

また、平成30年度から長野県が市町村国保の財務運営の責任主体となり、共に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、長野県の関与が更に重要となります。

このため市町村国保は、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ます。

また、保険者等と大北医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、長野県が長野県医師会等との連携を推進することが重要です。

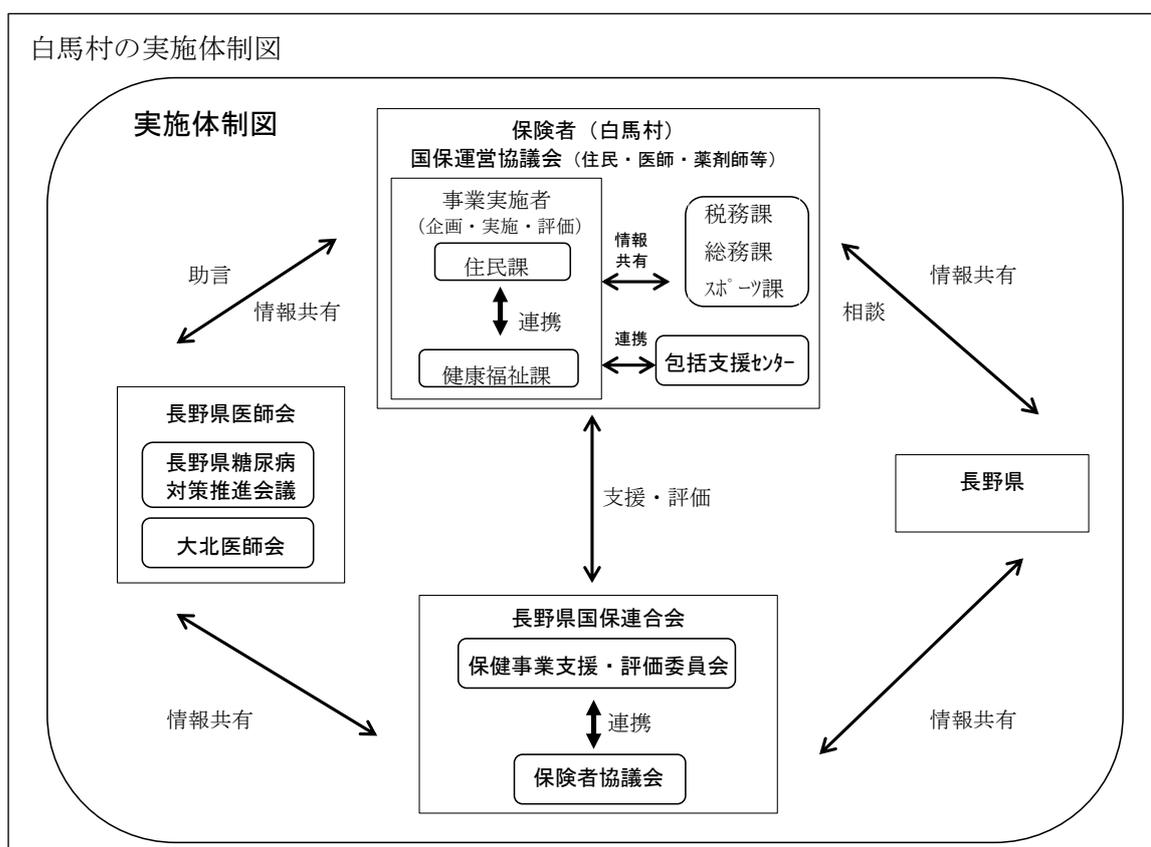
国保連と長野県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めます。

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

3) 被保険者の役割

本計画は、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、積極的に取り組むことが重要です。

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

国は、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、新たに保険者努力支援制度を創設し、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ます。(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ます。(図表 5)

【図表 5】

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
評価指標					
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		197			
総得点(体制構築加点含む)		252			
全国順位(1741市町村中)		156			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	20			30
	歯周疾患(病)検診の実施				20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			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	25			100
固有 ③	医療費通知の取り組みの実施状況	0			25
共通 ④	地域包括ケアの促進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			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（参考資料1）

（1）全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較において、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合を死因別に見ると、がんによる死亡割合は減少していましたが、心臓病、脳疾患、糖尿病、腎臓病の死亡割合は増加していました。

また、医療費に占める入院件数・費用の割合は減少し、外来件数・費用割合が増加していることがわかりました。それと関連して医療機関受診率も増加傾向ですが、依然同規模市町村と比較して低いままであり、特定健診受診者の受診勧奨者の医療機関受診率も同様に増加傾向ですが同規模市町村より低いです。

また、特定保健指導実施率は下がっていますが、これは特定健診受診率が上がっていることに伴い、指導対象者数が増加したことによるマンパワー不足が考えられます。医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上の取り組みを続けるとともにマンパワーを確保することによって保健指導率向上、医療機関受診勧奨の取り組みを強化することは重要となります。

（2）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付費は、1人当たり給付費を見ると同規模市町村と比べ、低く抑えられています。これは、当村の高齢化率が低いためであると考えられます。

また、介護給付の変化についてはほぼ横ばいです。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	白馬村				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	6億3665万円	56,559	33,329	263,446	71,282	41,044	279,592
H28年度	6億8722万円	57,263	33,348	260,594	70,589	40,981	275,251

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模市町村と比較すると、当村は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかりました。

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				村	同規模			村	同規模			村	同規模
1 総医療費	H25年度	7億3563万円				3億1083万円				4億2478万円			
	H28年度	6億9674万円	-3889万円	0.95	1.03	2億6963万円	-4120万円	0.87	1.00	4億2711万円	-233万円	1.01	0.99
2一人当たり医療費	H25年度	16864円				7126				9738円			
	H28年度	16931円	67万円	1.00	0.93	6552	-571万円	0.92	1.08	10379円	641万円	1.07	1.07

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

国保の医療費状況を見ると、中長期目標疾患である脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では減少していますが、虚血性心疾患は増加しています。短期目標疾患では糖尿病、高血圧に係る医療費は減少しているものの、脂質異常症に係る費用が増加していることがわかりました。中長期目標疾患に共通する心疾患、脂質異常症に係る費用については、国、県、同規模市町村に比較しても高くなっています。目標疾患医療費計を見ると、割合が減少しているうえ、国、県、同規模市町村の割合より低くなっています。入院を必要とする生活習慣病重症者の高齢化とともに、疾病予防や重症化予防の取り組みの結果、新規の入院を必要とする生活習慣病重症患者の増加が抑えられた可能性が考えられます。

後期高齢者の医療費では、中長期目標疾患の人工透析、脳血管疾患の増加が見られました。人工透析患者の高齢化が一つの理由と考えられます。目標疾患医療費計を見ると増加しており、国、県、同規模市町村の割合より高くなっています。高齢化率が高くなると医療費がより増加することが考えられるため、若年からの予防が重要です。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成28年度）

【市町村国保・後期高齢】

【出典】
KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題
(KDB)健康増進科・平成28年10月 平成29年11月15日出力データ

	市町村名	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	23.08%	23.12%				
			同規模	県内									慢性腎不全(透析有)			
国保	H25 白馬村	16,864	243位	75位	5.13%	0.54%	2.21%	1.84%	4.57%	6.07%	2.72%	169,777,920	23.08%	14.01%	5.22%	11.31%
	H28 白馬村	16,927	237位	75位	2.71%	0.02%	1.91%	2.51%	4.42%	4.82%	3.67%	139,793,270	20.06%	13.60%	8.65%	10.74%
	H28 国	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%
	H28 長野県	24,014	--	--	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%
	H28 同規模	26,418	--	--	5.16%	0.36%	2.30%	1.94%	5.78%	5.22%	2.86%	37,749,725,900	23.62%	13.65%	9.93%	9.14%
後期高齢	H25 白馬村	58,254	181位	33位	5.10%	0.24%	4.30%	3.52%	2.75%	6.90%	1.96%	210,533,460	24.78%	9.32%	2.00%	15.10%
	H28 白馬村	61,216	159位	30位	6.96%	0.40%	6.03%	2.01%	3.15%	5.27%	2.26%	240,591,420	26.07%	10.54%	1.87%	10.39%
	H28 国	69,722	--	--	5.79%	0.58%	4.60%	2.34%	3.80%	4.62%	1.99%	3,281,310,315,840	23.72%	8.98%	3.90%	12.43%
	H28 長野県	61,055	--	--	5.47%	0.46%	5.23%	1.96%	3.87%	5.16%	1.69%	59,083,788,700	23.83%	9.38%	3.21%	12.73%
	H28 同規模	66,133	--	--	5.29%	0.65%	4.83%	2.29%	3.63%	5.04%	1.69%	62,916,876,790	23.43%	8.01%	3.89%	12.82%

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、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

④中長期的な疾患（図表9）

中長期的な疾患の治療状況を見ると、割合の変化は、虚血性心疾患(様式3-5)、脳血管疾患(様式3-6)、人工透析(様式3-7)ともに横ばいで推移しています。

中長期的な疾患の基礎疾患を見ると、虚血性心疾患、脳血管疾患ともに糖尿病と脂質異常症を基礎疾患として持つ者の割合が増加しています。特にどちらも脂質異常症は、64歳以下の若年者が65歳以上の高齢者より割合が多いのが特徴です。

【図表9】

厚生労働省 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	3584	81	2.3%	17	21.0%	3	3.7%	58	71.6%	27	33.3%	54	66.7%
	64歳以下	2625	32	1.2%	7	21.9%	2	6.3%	23	71.9%	11	34.4%	18	56.3%
	65歳以上	959	49	5.1%	10	20.4%	1	2.0%	35	71.4%	16	32.7%	36	73.5%
H28	全体	3396	88	2.6%	12	13.6%	3	3.4%	63	71.6%	37	42.0%	62	70.3%
	64歳以下	2275	25	1.1%	2	8.0%	1	4.0%	20	80.0%	9	36.0%	18	72.0%
	65歳以上	1121	63	5.6%	10	15.9%	2	3.2%	43	68.3%	28	44.4%	44	69.8%

厚生労働省 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	3584	98	2.7%	17	17.3%	3	3.1%	70	71.4%	35	35.7%	54	55.1%
	64歳以下	2625	34	1.3%	7	20.6%	3	8.8%	20	58.8%	13	38.2%	18	52.9%
	65歳以上	959	64	6.7%	10	15.6%	0	0.0%	50	78.1%	22	34.4%	36	56.3%
H28	全体	3396	91	2.7%	12	13.2%	1	1.1%	63	69.2%	34	37.4%	64	70.3%
	64歳以下	2275	17	0.7%	2	11.8%	1	5.9%	9	52.9%	6	35.3%	13	76.5%
	65歳以上	1121	74	6.6%	10	13.5%	0	0.0%	54	73.0%	28	37.8%	51	68.9%

厚生労働省 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	3584	5	0.1%	3	60.0%	3	60.0%	3	60.0%	2	40.0%	1	20.0%
	64歳以下	2625	4	0.2%	3	75.0%	2	50.0%	3	75.0%	2	50.0%	1	25.0%
	65歳以上	959	1	0.1%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	3396	5	0.1%	1	20.0%	3	60.0%	4	80.0%	2	40.0%	2	40.0%
	64歳以下	2275	2	0.1%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%
	65歳以上	1121	3	0.3%	0	0.0%	2	66.7%	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は微増していますが、インスリン療法の割合が減少し、人工透析、糖尿病性腎症の割合が横ばいで推移しています。

高血圧治療者(様式3-3)は減少傾向であり、中長期的な疾患を見ると、虚血性心疾患が微増しており、未受診者や中断者の有無を確認していく必要があります。

脂質異常症患者(様式3-4)においては、脂質異常症治療者の増加に伴い、中長期的な疾患治療者も増加しています。

【図表10】

厚生労働省 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	3584	218	6.1%	16	7.3%	156	71.6%	159	72.9%	27	12.4%	35	16.1%	2	0.9%	10	4.6%
	64歳以下	2625	80	3.0%	4	5.0%	58	72.5%	59	73.8%	11	13.8%	13	16.3%	2	2.5%	3	3.8%
	65歳以上	959	138	14.4%	12	8.7%	98	71.0%	100	72.5%	16	11.6%	22	15.9%	0	0.0%	7	5.1%
H28	全体	3396	224	6.6%	13	5.8%	152	67.9%	175	78.1%	37	16.5%	34	15.2%	2	0.9%	10	4.5%
	64歳以下	2275	59	2.6%	3	5.1%	37	62.7%	49	83.1%	9	15.3%	6	10.2%	1	1.7%	2	3.4%
	65歳以上	1121	165	14.7%	10	6.1%	115	69.7%	126	76.4%	28	17.0%	28	17.0%	1	0.6%	8	4.8%

厚生労働省 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	3584	471	13.1%	156	33.1%	276	58.6%	58	12.3%	70	14.9%	3	0.6%
	64歳以下	2625	172	6.6%	58	33.7%	102	59.3%	23	13.4%	20	11.6%	3	1.7%
	65歳以上	959	299	31.2%	98	32.8%	174	58.2%	35	11.7%	50	16.7%	0	0.0%
H28	全体	3396	435	12.8%	152	34.9%	295	67.8%	63	14.5%	63	14.5%	4	0.9%
	64歳以下	2275	136	6.0%	37	27.2%	96	70.6%	20	14.7%	9	6.6%	1	0.7%
	65歳以上	1121	299	26.7%	115	38.5%	199	66.6%	43	14.4%	54	18.1%	3	1.0%

厚生労働省 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	3584	426	11.9%	159	37.3%	276	64.8%	54	12.7%	54	12.7%	1	0.2%
	64歳以下	2625	179	6.8%	59	33.0%	102	57.0%	18	10.1%	18	10.1%	1	0.6%
	65歳以上	959	247	25.8%	100	40.5%	174	70.4%	36	14.6%	36	14.6%	0	0.0%
H28	全体	3396	484	14.3%	175	36.2%	295	61.0%	62	12.8%	64	13.2%	2	0.4%
	64歳以下	2275	176	7.7%	49	27.8%	96	54.5%	18	10.2%	13	7.4%	0	0.0%
	65歳以上	1121	308	27.5%	126	40.9%	199	64.6%	44	14.3%	51	16.6%	2	0.6%

②生活習慣病重症化リスクの健診結果経年変化（図表 11）

生活習慣病重症化リスクの健診結果の経年変化のうち、有所見者割合を見ると、男性、女性ともにHbA1cの有所見者が増加していることがわかりました。次に増加が見られるのはLDLコレステロールであり、特に男性の40～64歳の若年者の割合が高いのが当村の特徴です。

また、男女ともに40～64歳の若年者において中性脂肪、GPTで増加傾向が見られ、男性ではBMIの割合も増加傾向です。

国、県と比べて割合が高いのは男女ともに尿酸であり、飲酒の問題の可能性が考えられます。

メタボリックシンドローム該当者は微減傾向ですが、該当者のうち血糖、血圧、脂質異常3項目全てが重なっている方が男女ともに増加しています。予備群は増加傾向です。

【図表 11】

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）

性別	項目	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		30.6		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
H25	合計	110	21.3	198	38.3	136	26.3	112	21.7	33	6.4	139	26.9	308	59.6	127	24.6	165	31.9	116	22.4	247	47.8	9	1.7
	40-64	61	22.5	97	35.8	80	29.5	71	26.2	17	6.3	58	21.4	141	52.0	72	26.6	74	27.3	68	25.1	137	50.6	3	1.1
	65-74	49	19.9	101	41.1	56	22.8	41	16.7	16	6.5	81	32.9	167	67.9	55	22.4	91	37.0	48	19.5	110	44.7	6	2.4
H28	合計	129	23.8	212	39.1	142	26.2	121	22.3	31	5.7	153	28.2	408	74.7	134	24.7	165	30.4	122	22.5	267	49.3	8	1.5
	40-64	66	27.7	92	38.7	73	30.7	61	25.6	10	4.2	44	18.5	157	66.0	57	23.9	55	23.1	55	23.1	134	56.3	1	0.4
	65-74	63	20.7	120	39.5	69	22.7	60	19.7	21	6.9	109	35.9	248	81.6	77	25.3	110	36.2	67	22.0	133	43.8	7	2.3

性別	項目	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		16.2		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
H25	合計	80	14.7	54	9.9	74	13.6	28	5.1	12	2.2	79	14.5	352	64.5	17	3.1	112	20.5	83	11.5	318	58.2	0	0.0
	40-64	46	15.1	26	8.5	38	12.5	15	4.9	5	1.6	39	12.8	179	58.7	12	3.9	41	13.4	25	8.2	169	55.4	0	0.0
	65-74	34	14.1	28	11.6	36	14.9	13	5.4	7	2.9	40	16.6	173	71.8	5	2.1	71	29.5	38	15.8	149	61.8	0	0.0
H28	合計	91	15.8	62	10.8	80	13.9	43	7.5	10	1.7	99	17.2	460	79.9	28	4.9	152	26.4	94	16.3	322	55.9	0	0.0
	40-64	35	13.0	24	8.9	34	12.6	22	8.2	2	0.7	42	15.6	190	70.6	13	4.8	43	16.0	38	14.1	142	52.8	0	0.0
	65-74	56	18.2	38	12.4	46	15.0	21	6.8	8	2.6	57	18.6	270	87.9	15	4.9	109	35.5	56	18.2	180	58.6	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

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）

性別	項目	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	517	44.8	34	6.6%	82	15.9%	4	0.8%	41	7.9%	37	7.2%	82	15.9%	16	3.1%	5	1.0%	44	8.5%
H25	40-64	271	40.1	22	8.1%	42	15.5%	2	0.7%	22	8.1%	18	6.6%	33	12.2%	2	0.7%	2	0.7%	23	8.5%	6	2.2%
H25	65-74	246	51.4	12	4.9%	40	16.3%	2	0.8%	19	7.7%	19	7.7%	49	19.9%	14	5.7%	3	1.2%	21	8.5%	11	4.5%
H28	合計	542	51.1	38	7.0%	102	18.8%	7	1.3%	48	8.9%	47	8.7%	72	13.3%	10	1.8%	3	0.6%	34	6.3%	25	4.6%
	40-64	238	43.4	24	10.1%	46	19.3%	0	0.0%	17	7.1%	29	12.2%	22	9.2%	2	0.8%	1	0.4%	14	5.9%	5	2.1%
	65-74	304	59.4	14	4.6%	56	18.4%	7	2.3%	31	10.2%	18	5.9%	50	16.4%	8	2.6%	2	0.7%	20	6.6%	20	6.6%

性別	項目	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	546	48.8	15	2.7%	18	3.3%	1	0.2%	11	2.0%	6	1.1%	21	3.8%	4	0.7%	4	0.7%	10	1.8%
H25	40-64	305	49.0	10	3.3%	9	3.0%	0	0.0%	5	1.6%	4	1.3%	7	2.3%	1	0.3%	2	0.7%	3	1.0%	1	0.3%
H25	65-74	241	48.7	5	2.1%	9	3.7%	1	0.4%	6	2.5%	2	0.8%	14	5.8%	3	1.2%	2	0.8%	7	2.9%	2	0.8%
H28	合計	576	56.0	12	2.1%	25	4.3%	1	0.2%	16	2.8%	8	1.4%	25	4.3%	3	0.5%	2	0.3%	10	1.7%	10	1.7%
	40-64	269	55.0	7	2.6%	9	3.3%	0	0.0%	7	2.6%	2	0.7%	8	3.0%	1	0.4%	1	0.4%	4	1.5%	2	0.7%
	65-74	307	57.0	5	1.6%	16	5.2%	1	0.3%	9	2.9%	6	2.0%	17	5.5%	2	0.7%	1	0.3%	6	2.0%	8	2.6%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率の増加に伴い、特定保健指導対象者数が増加し、特定保健指導実施率は減少しています。このため重症化を予防していくためには、マンパワー確保を含めた特定保健指導実施率の向上への取り組みが重要となってきます。医療機関受診率は向上しているうえ、同規模平均に比較しても高くなっており、全員面談による受診勧奨の取り組みの効果が表れたと考えられます。

【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	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	
								白馬村	同規模平均
H25年度	2,272	1,063	46.8	74	99	67	67.7	48.4	56.2
H28年度	2,108	1,119	53.5↑	47	140	82	59.1↓	64.0↑	51.9

2) 第1期計画に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。

その結果、国保の中長期、短期目標疾患医療費合計の割合の減少が見られ、外来受療率の増加、入院医療費の抑制、介護給付費の増加抑制等により国保の医療費適正化につながったと考えられます。

他方、後期高齢者の長期、短期目標疾患医療費合計は増加傾向であり、重症者の高齢化が考えられるとともに、疾病予防の取り組みにより特定健診・後期高齢者健診・若年健診受診者へ結果返却時に全員面談を実施している結果、新規の国保重症者増加の予防につながり国保医療費適正化につながったと考えられます。

しかし疾患別医療費を見ると、虚血性心疾患、脂質異常症の割合が高いこと、高齢化率が同規模市町村より低いにも関わらず、高血糖、脂質異常の有所見者割合が高いという新たな課題も見えてきました。このまま対策を取らずにいと、高齢化に伴い重症化につながる可能性が非常に高いと考えられます。

また、受診勧奨者の医療機関未受診率は改善傾向ですが、国、県に比べ依然高く、今後もマンパワー確保も含めた特定保健指導や受診勧奨の取り組みを進めていくことが、今後の高齢化に伴う重症化による医療費増加を抑制することにつながると考えられます。

また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重症化予防に効果的であり、特定健診受診率・特定保健指導率向上は国の目標に向けて引き続き取り組むべき課題です。

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)

当村の入院件数は、総レセプト数のわずか 2.6%であるにもかかわらず、費用額全体の 38.7%を占めています。つまり、重症化予防の取り組みにより入院を減らすことで、結果として医療費の適正化につながっていくものと考えられます。

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 【図表 13】

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者		県		同規模平均		国	
	16,932円		24,015円		26,488円		24,245円	

外来 ★NO.1【医療】	件数	費用額 (0.0, 20.0, 40.0, 60.0, 80.0, 100.0)								
		97.4	[Bar chart showing 97.4% of total medical costs]							
入院 ★NO.1【医療】	件数	2.6	[Bar chart showing 2.6% of total medical costs]							
		費用額	38.7	[Bar chart showing 38.7% of total medical costs]						

(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)

医療費が高額になる疾患の 10.7%、長期入院件数の 28.4%は脳血管疾患が占めています。

また、人工透析患者の 41.2%が糖尿病性腎症です。生活習慣病の治療数構成割合のうち、脂質異常症を基礎疾患として持つ者の割合が、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症それぞれ 70.0%台と高いのが特徴的です。

また、糖尿病性腎症で高血圧も基礎疾患として持つ者の割合が 90.0%と高いことがわかりました。

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

厚労省様式	対象レセプト	(28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	103件	11件 10.7%	8件 7.8%	--
		費用額	1億4055万円	1923万円 13.7%	1061万円 7.5%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	81件	23件 28.4%	1件 1.2%	--
		費用額	3658万円	948万円 25.9%	18万円 0.5%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	51件	3件 5.9%	15件 29.4%	21件 41.2%
		費用額	1914万円	124万円 6.5%	648万円 33.8%	740万円 38.7%

厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	921人	91人 9.9%	88人 9.6%	10人 1.1%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	63人 69.2%	63人 71.6%	9人 90.0%
			糖尿病	34人 37.4%	37人 42.0%	10人 100%
			脂質異常症	64人 70.3%	62人 70.5%	7人 70.0%
		高血圧症	435人 47.2%	224人 24.3%	484人 52.6%	123人 13.4%

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

要介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが94.3%でした。要介護認定者の医療費は、要介護認定を受けていない者に比べ高くなっています。前述のとおり、血管疾患は医療費が高額になるケースが多く、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、介護予防と医療費適正化につながると考えられます。

3 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		3,408人	1,019人	1,137人	2,156人			5,564人				
	認定者数		9人	29人	381人	410人			419人				
	認定率		0.26%	2.8%	33.5%	19.0%			7.5%				
	新規認定者数		1人	3人	7人	10人			11人				
介護度別人数	要支援1・2		3	33.3%	8	27.6%	94	24.7%	102	24.9%	105	25.1%	
	要介護1・2		4	44.4%	14	48.3%	155	40.7%	169	41.2%	173	41.3%	
	要介護3~5		2	22.2%	7	24.1%	132	34.6%	139	33.9%	141	33.7%	
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	--	7		25		368		393		400	
		循環器疾患	1	脳卒中	3 42.9%	脳卒中	16 64.0%	脳卒中	199 54.1%	脳卒中	215 54.7%	脳卒中	218 54.5%
			2	腎不全	3 42.9%	虚血性心疾患	9 36.0%	虚血性心疾患	131 35.6%	虚血性心疾患	140 35.6%	虚血性心疾患	141 35.3%
			3	虚血性心疾患	1 14.3%	腎不全	1 4.0%	腎不全	31 8.4%	腎不全	32 8.1%	腎不全	35 8.8%
		基礎疾患		糖尿病等	6 85.7%	糖尿病等	22 88.0%	糖尿病等	338 91.8%	糖尿病等	360 91.6%	糖尿病等	366 91.5%
		血管疾患合計		合計	6 85.7%	合計	23 92.0%	合計	348 94.6%	合計	371 94.4%	合計	377 94.3%
		認知症		認知症	2 28.6%	認知症	4 16.0%	認知症	167 45.4%	認知症	171 43.5%	認知症	173 43.3%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	6 85.7%	筋骨格系	19 76.0%	筋骨格系	339 92.1%	筋骨格系	358 91.1%	筋骨格系	364 91.0%

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】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	8,650					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,773					

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

当村においては、全国と比較してHbA1c、LDL コレステロールが著しく高く、男性のメタボリックシンドロームが女性の3倍であることが特徴的です。

【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	
H28 合計	129	23.8	212	39.1	142	26.2	121	22.3	31	5.7	153	28.2	405	74.7	134	24.7	165	30.4	122	22.5	267	49.3	8	1.5	
H28 40-64	66	27.7	92	38.7	73	30.7	61	25.6	10	4.2	44	18.5	157	66.0	57	23.9	55	23.1	55	23.1	134	56.3	1	0.4	
H28 65-74	63	20.7	120	39.5	69	22.7	60	19.7	21	6.9	109	35.9	248	81.6	77	25.3	110	36.2	67	22.0	133	43.8	7	2.3	
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		16.2		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	
H28 合計	91	15.8	62	10.8	80	13.9	43	7.5	10	1.7	99	17.2	460	79.9	28	4.9	152	26.4	94	16.3	322	55.9	0	0.0	
H28 40-64	35	13.0	24	8.9	34	12.6	22	8.2	2	0.7	42	15.6	190	70.6	13	4.8	43	16.0	38	14.1	142	52.8	0	0.0	
H28 65-74	56	18.2	38	12.4	46	15.0	21	6.8	8	2.6	57	18.6	270	87.9	15	4.9	109	35.5	56	18.2	180	58.6	0	0.0	

【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)

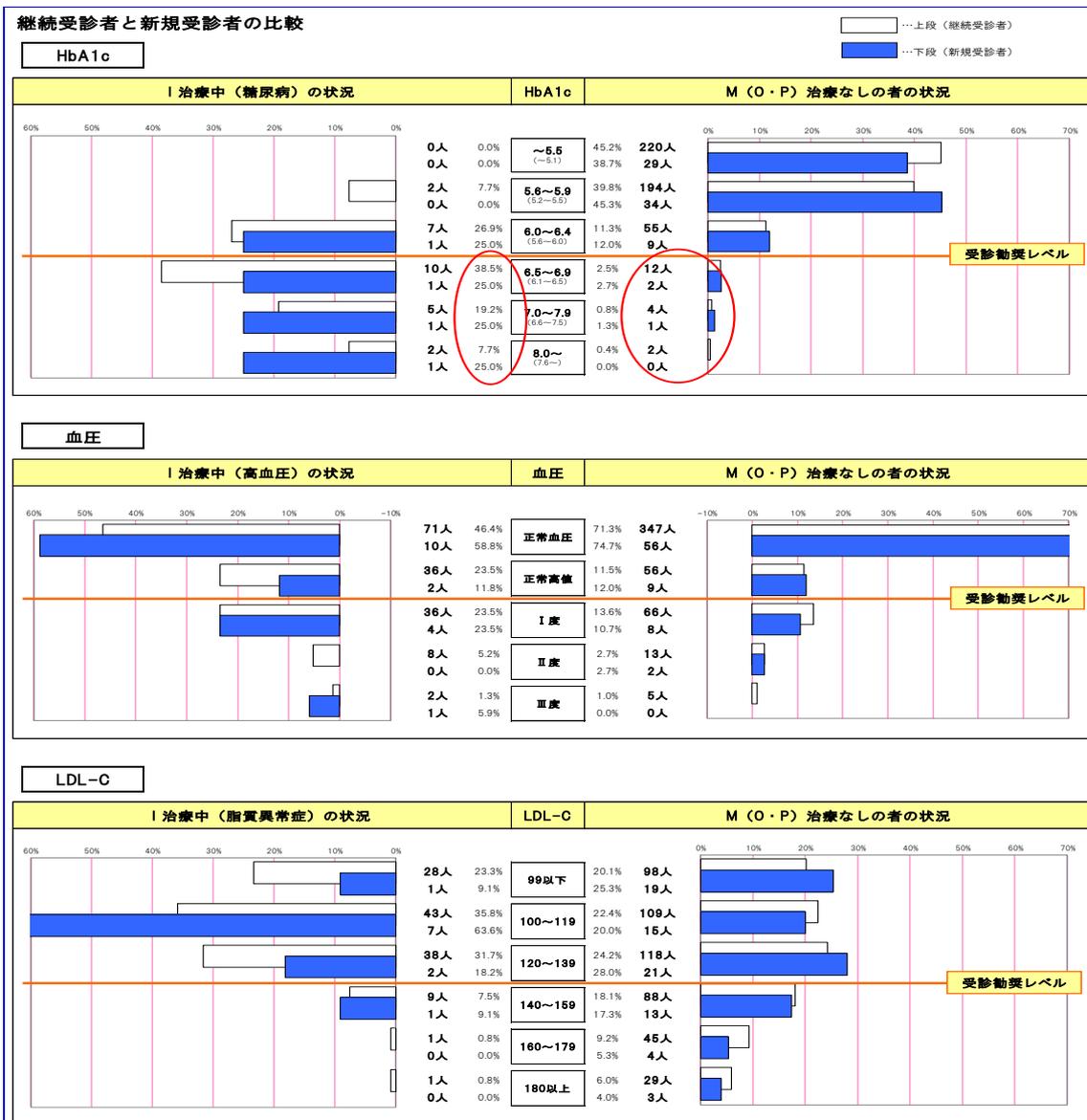
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28 合計	542	51.1	38	7.0%	102	18.8%	7	1.3%	48	8.9%	47	8.7%	72	13.3%	10	1.8%	3	0.6%	34	6.3%	25	4.6%		
H28 40-64	238	43.4	24	10.1%	46	19.3%	0	0.0%	17	7.1%	29	12.2%	22	9.2%	2	0.8%	1	0.4%	14	5.9%	5	2.1%		
H28 65-74	304	59.4	14	4.6%	56	18.4%	7	2.3%	31	10.2%	18	5.9%	50	16.4%	8	2.6%	2	0.7%	20	6.6%	20	6.6%		
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	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
H28 合計	576	56.0	12	2.1%	25	4.3%	1	0.2%	16	2.8%	8	1.4%	25	4.3%	3	0.5%	2	0.3%	10	1.7%	10	1.7%		
H28 40-64	269	55.0	7	2.6%	9	3.3%	0	0.0%	7	2.6%	2	0.7%	8	3.0%	1	0.4%	1	0.4%	4	1.5%	2	0.7%		
H28 65-74	307	57.0	5	1.6%	16	5.2%	1	0.3%	9	2.9%	6	2.0%	17	5.5%	2	0.7%	1	0.3%	6	2.0%	8	2.6%		

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

特定健診により、HbA1c、血圧、LDL コレステロールそれぞれにおいて新規の治療なしの重症者が発見されており、受診勧奨により確実に医療機関につなげる必要があります。

治療中の状況としては、血圧、LDL コレステロールは HbA1c に比べ、治療によるコントロールがよい傾向にあります。HbA1c のコントロールは、低血糖のリスクがある上、薬物療法だけでなく食事療法、運動療法の継続が必要とされ(糖尿病治療ガイド P30[図 8]インスリン非依存状態の治療) 治療者によっては治療の継続に困難を伴うため、治療が中断しないよう医療機関と連携していく必要があります。

【図表 18】



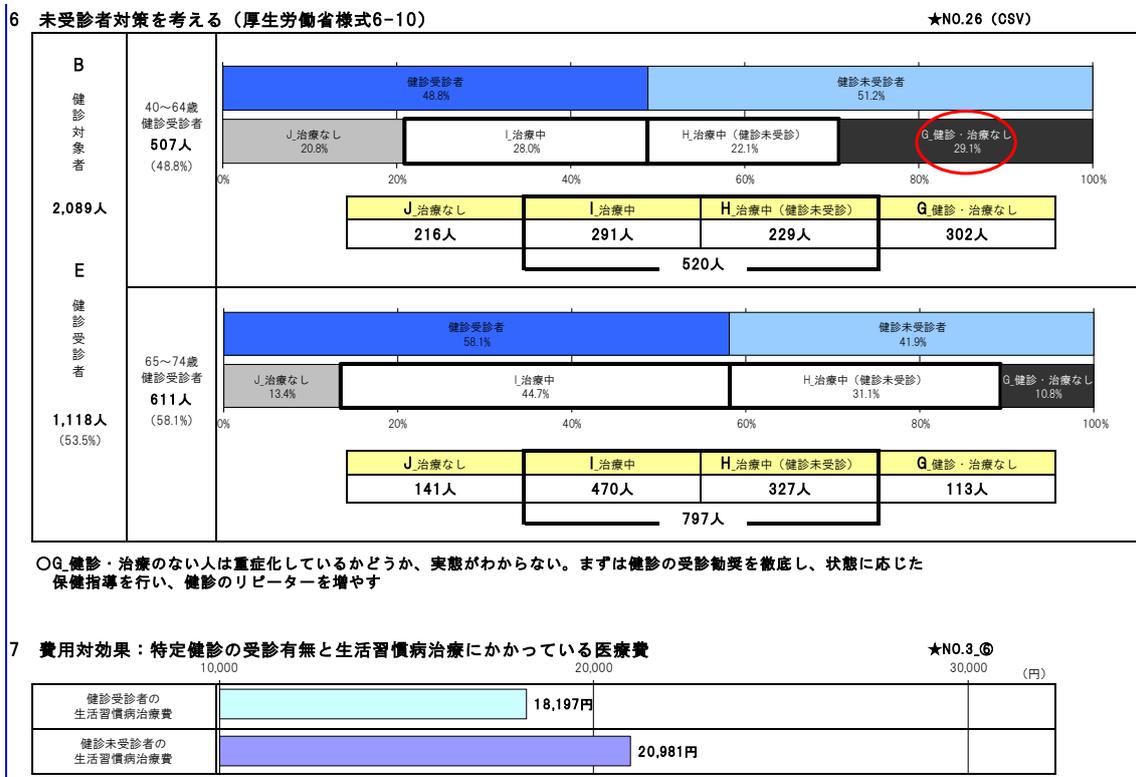
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要ですが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が29.1%と高くなっています。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態です。

また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている医療費で見ても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります。

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ります。

【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要介護認定者の有病状況の多い疾患は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症であり、これらを減らしていくことを中長期的な目標とします。平成35年度には、平成30年度と比較して3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標とし、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、必要に応じて本計画の見直しをします。

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します。

第1期の取り組みによって、当村の国保医療費は入院外医療費を伸ばし、入院医療費を抑えることで結果的に抑えられました。今後も重症化予防に取り組み医療機関未受診者を減らすことで、生活習慣病重症化による入院を減らすことを目指します。

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します。

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、一年一年、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します。

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保健指導を行います。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します。

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ます。

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3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ます。

なお、第1期及び第2期計画は、計画期間を5年としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年間として策定します。

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	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導実施率	60%	62%	63%	64%	65%	66%

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	2100人	2090人	2080人	2070人	2060人	2050人
	受診者数	1155人	1170人	1185人	1200人	1215人	1230人
特定保健指導	対象者数	150人	145人	140人	135人	130人	125人
	受診者数	90人	90人	89人	87人	85人	83人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、下記の方法で実施します。

- ①集団健診(白馬村保健福祉ふれあいセンター他)
- ②検査代行依頼書提出(大北医師会)
- ③人間ドック(医療機関問わず)

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ます。

3) 集団健診実施機関

委託先の健診機関

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする対象者を抽出するために、国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血）を実施します。

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/d 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代えられます。

(実施基準第 1 条 4 項)

5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ協力を依頼します。

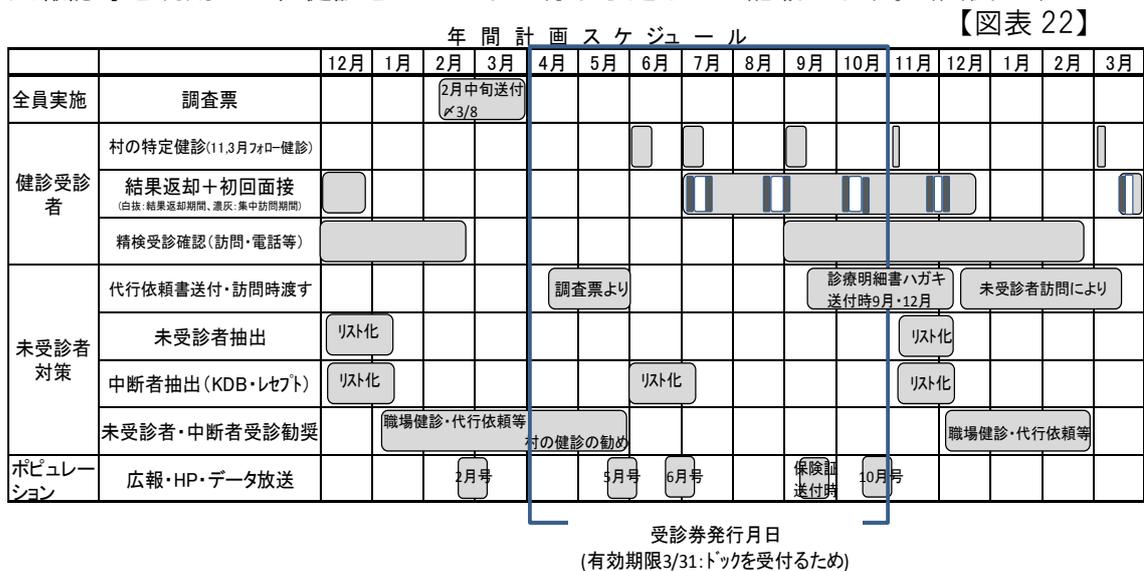
また、本人同意のもとで、大北医師会と連携の上、検査代行依頼書を用いて、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力を求めています。

7) 事務処理機関

特定健診に係る費用の請求、支払事務は白馬村国保で実施。

8) 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、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として、加入者に対する基本的な周知は広報誌等を利用して、健診をどのように行う予定なのか記載します。(図表 22)



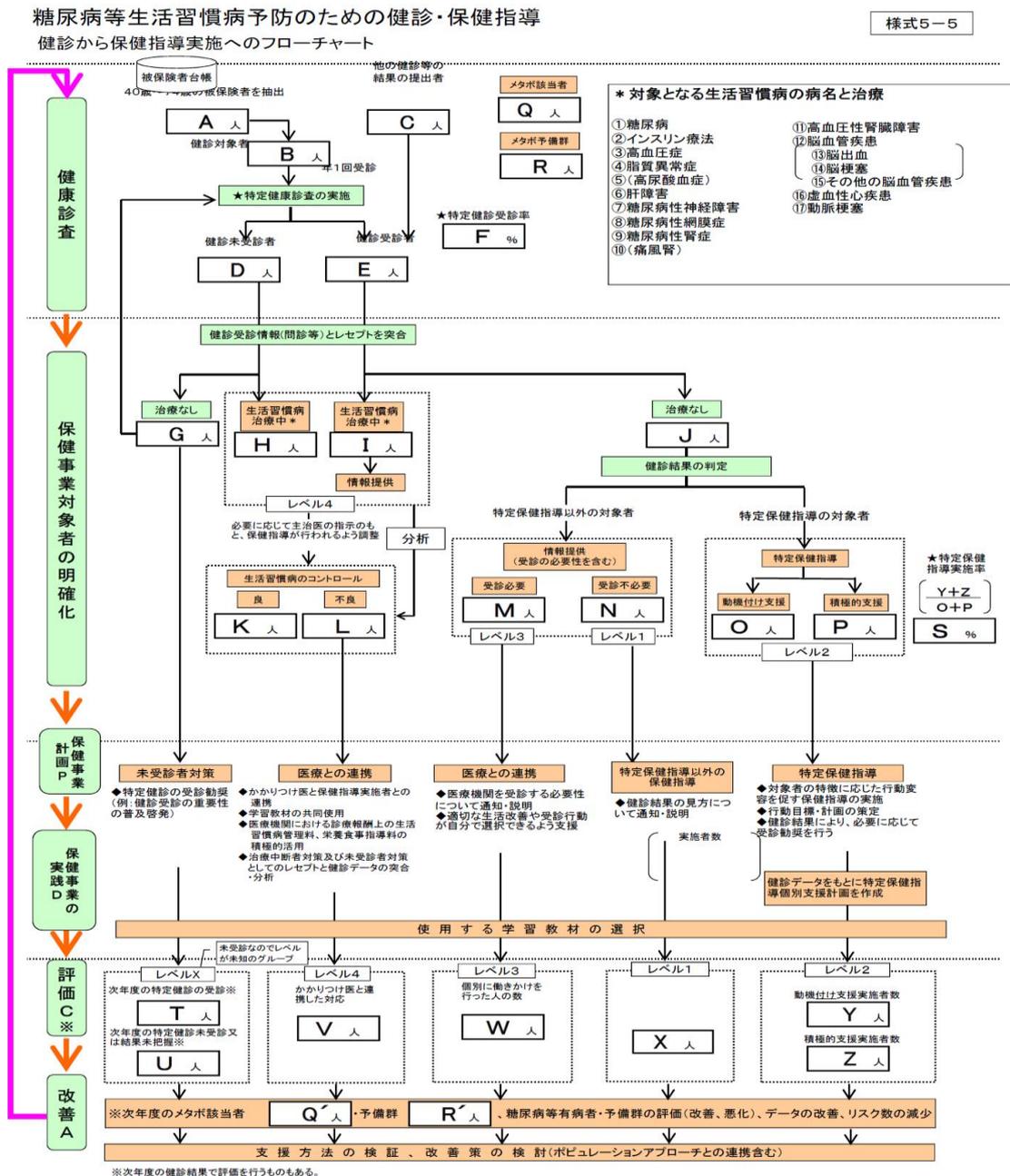
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、健康福祉課への執行委任の形態で行います。

1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」(様式5-5)を基に、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、実践評価を行います。(図表23)

【図表23】



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 24)

【図表 24】

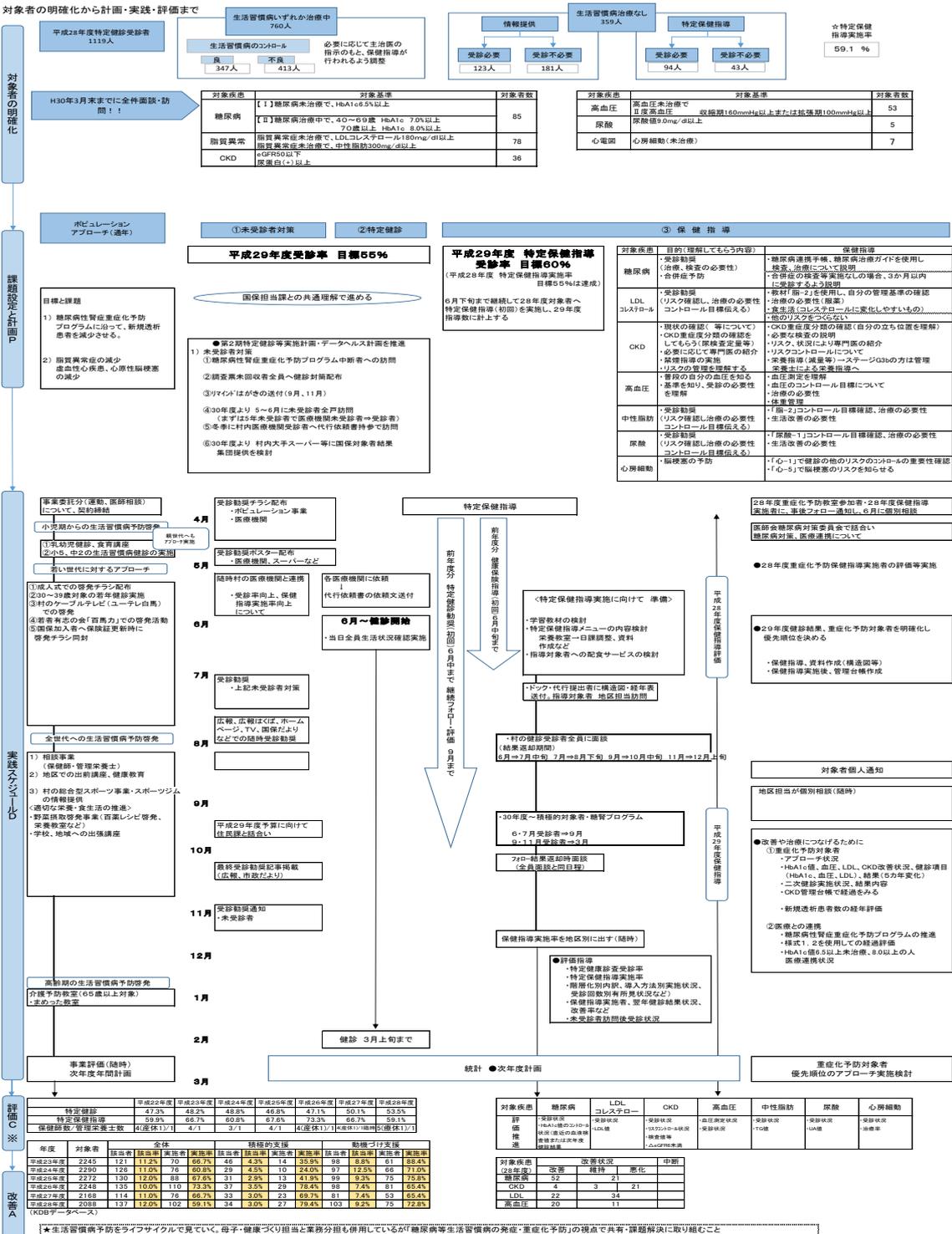
優先順位	図表 2 3	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標、計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じ て受診勧奨	150 人 (13.4%)	70%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 について通知、説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	123 人 (10.9%)	HbA1c6.5 以上については 80%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健 診受診の重要性の普及啓発、簡 易健診の実施による受診勧奨)	976 人 ※受診率目標達 成までにあと 138 人	受診率 60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知、説明	181 人 (16.2%)	80%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬 上の生活習慣病管理料、栄養食 事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合、分析	760 人 (67.9%)	HbA1c7.0 以上については 80%

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。(図表 25)

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)



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白馬村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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します。

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います。

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 日までに報告します。

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、当村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施の目的は、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します。

そのためには、重症化予防、疾病予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要があります。

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り組みを行います。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きます。

疾病予防の取り組みとしては、住民に特定健診及び若年健診の意義を理解できるよう啓発し、特定健診受診者全員が健診結果の見方やデータの意味を理解した上で、自分の健康状態を把握し自分の生活と結び付け、生活改善や維持の動機づけを行います。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、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します。

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きます。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ります。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します。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「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に沿って実施します。

なお、取り組みにあたっては図表26に沿って実施します。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。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、該当者数を把握します。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）を基盤とします。（図表 27）

【図表 27】

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、微量アルブミン尿値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

当村においては、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）の把握は可能です。微量アルブミン尿検査については実施できていません。CKD 診療ガイド 2012 では、微量アルブミン尿定量（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ります。（参考資料 2）今後は、より早期腎症発見の精度をあげるために、微量アルブミン尿検査が必要です。

②基準に基づく該当者数の把握

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

当村において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 47 人 (41.9%・F) でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 345 人中のうち、特定健診受診者が 66 人 (19.1%・G) でしたが、5 人 (7.6%・キ) は中断でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 279 人 (80.9%・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 6 人は治療中断であることがわかりました。

また、44 人については継続受診中であるがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表 28 より、当村においての介入方法を以下の通りとします。

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)・・・47 人
- ②糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)・・・11 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・61 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

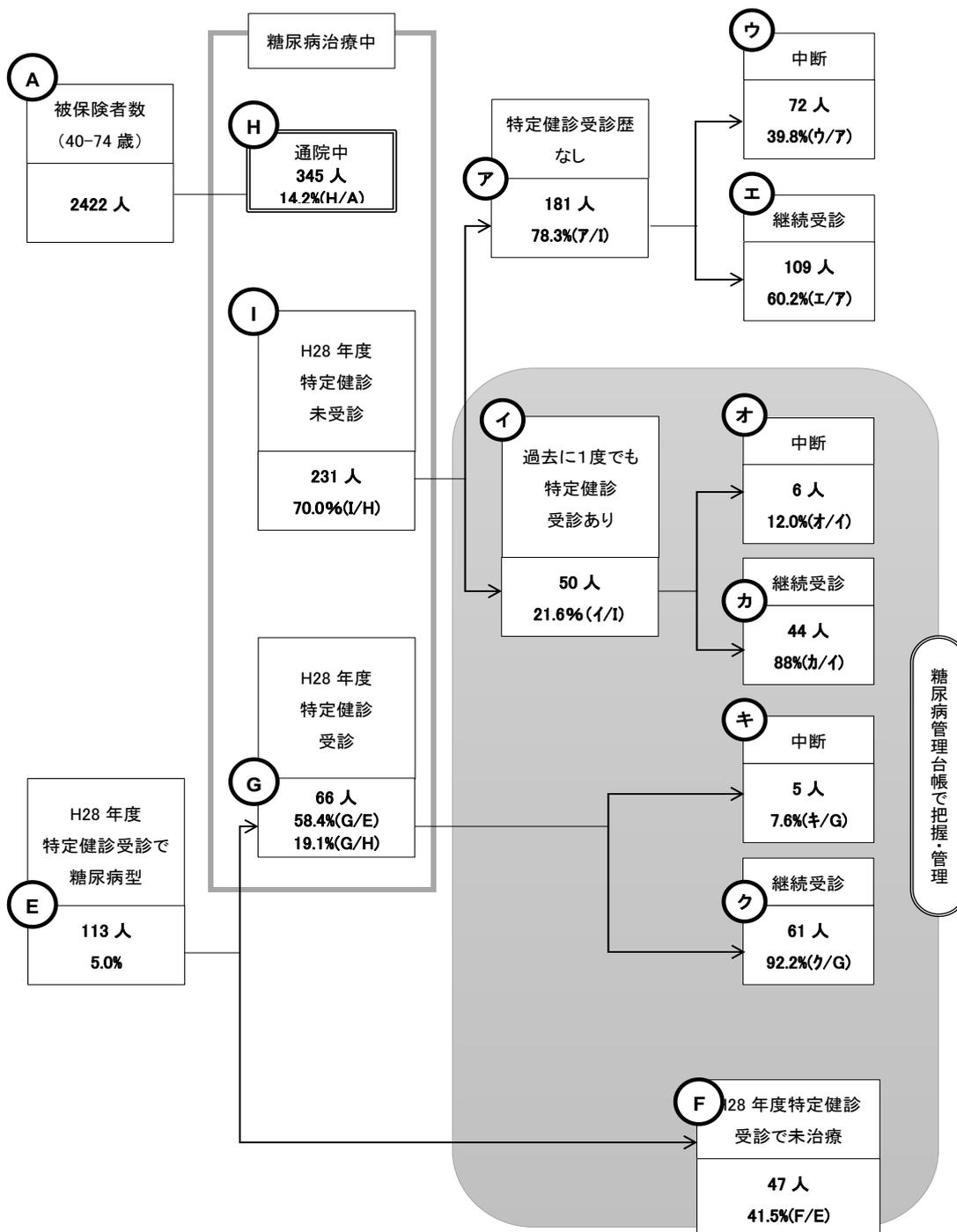
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・50 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・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、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病台帳作成手順】

(1)健診データが届いたら、治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上の人については以下の情報を管理台帳に記載します。

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2)資格を確認します。

(3)レセプトを確認し情報を記載します。

①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
- ・ 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

昨年のデータと比較し介入対象者を試算します。

(5)担当地区の対象者数の把握

①未治療者、中断者（受診勧奨者）

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す。

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、喫煙等の因子の管理も重要となってきます。

当村においては、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します。

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きます。(図表 29)

【図表 29】

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

(2) 医療機関での精密検査による重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を見逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち HbA1c6.5 以上の者へは、微量アルブミン尿検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者、治療中断者を医療機関につなぐ場合、結果代行依頼書等を使用します。

(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いただきます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていきます。

6) 健康福祉課（地域包括支援センター）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きます。

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きます。

短期的評価については、計画評価等と合わせ年1回行うものとします。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きます。

また、中長期的評価においては、様式 6-1 糖尿病性腎症取り組み評価表(参考資料 5)を用いて行っていきます。

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

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り組みにあたり、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きます。(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り、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きます。(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 つです。

「安静時心電図に ST-T 異常等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ります。当村において、健診受診者 1208 人のうち心電図検査実施者は 455 人 (37.7%) であり、そのうち ST 所見があったのは 43 人でした(図表 30)。ST 所見あり 43 人中のうち 24 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 17 人は未受診でした(図表 31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖等のリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、要精査には該当しないが ST 所見ありの 19 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ります。

当村において、メタボリックシンドローム該当者はメタボリックシンドロームなしの者より ST 変化の割合が高いことがわかりました。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、メタボリックシンドローム該当者は心電図検査の全数実施が望まれます。

【図表 30】

心電図検査結果

	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)	(a)(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1208	100	455	37.7%	43	9.5%	91	20.0%	321	70.5%

【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)(%)
43	100	24	55.8%	7	16.3%	17	39.5%

②心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「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します。

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きます。

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きます。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施			受診者	① 心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			1208	43	91	321	753
				3.6%	7.5%	26.6%	62.3%
メタボ該当者			103	13	10	30	50
			8.5%	12.6%	9.7%	29.1%	48.5%
メタボ予備群			139	3	16	33	87
			11.5%	2.2%	11.5%	23.7%	62.6%
メタボなし			965	27	65	257	616
			79.9%	2.8%	6.7%	26.6%	63.8%
LDL-C	140-159		126	5	8	35	78
			13.1%	4.0%	6.3%	27.8%	61.9%
	160-179		78	1	4	31	42
			8.1%	1.3%	5.1%	39.7%	53.8%
	180-		35	1	1	8	25
			3.6%	2.9%	2.9%	22.9%	71.4%
Non-HDL	190-		112	2	6	33	71
			9.3%	1.8%	5.4%	29.5%	63.4%
	170-189		137	1	7	47	82
			11.3%	0.7%	5.1%	34.3%	59.9%
CKD	G3aA1		181	15	39	74	53
			15.0%	8.3%	21.5%	40.9%	29.3%

②-1

②-2

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要です。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ります。

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います。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ます。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、受診勧奨を行います。

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います。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います。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 医療機関での精密検査の実施

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ります。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つの側面があります。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りました。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)等がある。」「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します。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、対象者へは医療機関による精密検査を受診勧奨します。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行うこととします。

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ます。

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、今後検討していきます。

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きます。医療の情報については、精密検査依頼書の活用やかかりつけ医、対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 健康福祉課 (地域包括支援センター) 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きます。

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きます。

短期的評価については、計画評価等と合わせ年 1 回行うものとします。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きます。

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きます。

(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 (通年)

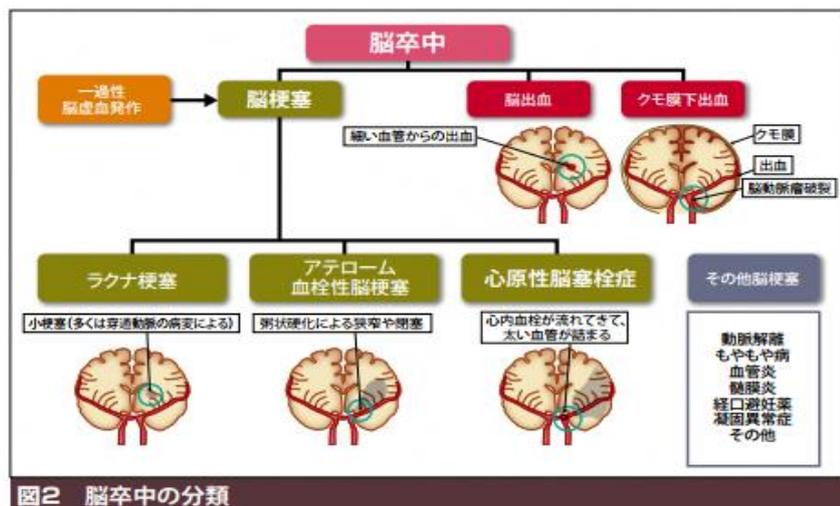
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては、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きます。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(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り、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します。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ります。

【図表 36】

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年齢調整透析導入患者数の減少		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2008年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン (2009年最新研究集巻第1))			糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド 2012 (日本腎臓学会)
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%)	脳出血 (18%)	脳梗塞 (75%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			
	心原性 脳塞栓症 (27%)		ラクナ 梗塞 (31.9%)	アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%)					
			非心原性脳梗塞						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	重症化予防対象者 (実人数)
受診者数 1,019 対象者数	29 2.8%	1 0.1%	39 3.8%	38 3.7%	81 7.9%	57 5.6%	4 0.4%	26 2.6%	231 22.7%
治療なし	18 2.2%	0 0.0%	36 4.1%	34 3.9%	26 3.7%	39 4.0%	1 0.1%	12 1.7%	121 17.1%
(再掲) 特定保健指導	7 24.1%	0 0.0%	6 15.4%	10 26.3%	26 32.1%	11 19.3%	0 0.0%	2 7.7%	53 22.9%
治療中	11 5.2%	1 0.3%	3 2.0%	4 2.7%	55 17.6%	18 39.1%	3 1.0%	14 4.5%	110 35.1%
臓器障害 あり	3 16.7%	0 --	4 11.1%	3 8.8%	5 19.2%	10 25.6%	1 100.0%	12 100.0%	26 21.5%
CKD(専門医対象者)	0	0	0	1	0	2	1	12	13
尿蛋白(2+)以上	0	0	0	1	0	1	1	0	1
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	0	1	0	12	12
心電図所見あり	3	0	4	3	5	8	0	1	14
臓器障害 なし	15 83.3%	--	32 88.9%	31 91.2%	21 80.8%	29 74.4%	--	--	--

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者を見るとⅡ度高血圧以上が29人(2.8%)であり、18人は未治療者です。

また、未治療者のうち3人(16.7%)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す。

また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も11人(5.2%)いることがわかりました。

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きます。

(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すが、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等臓器障害の程度と深く関与しています。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ります。(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)

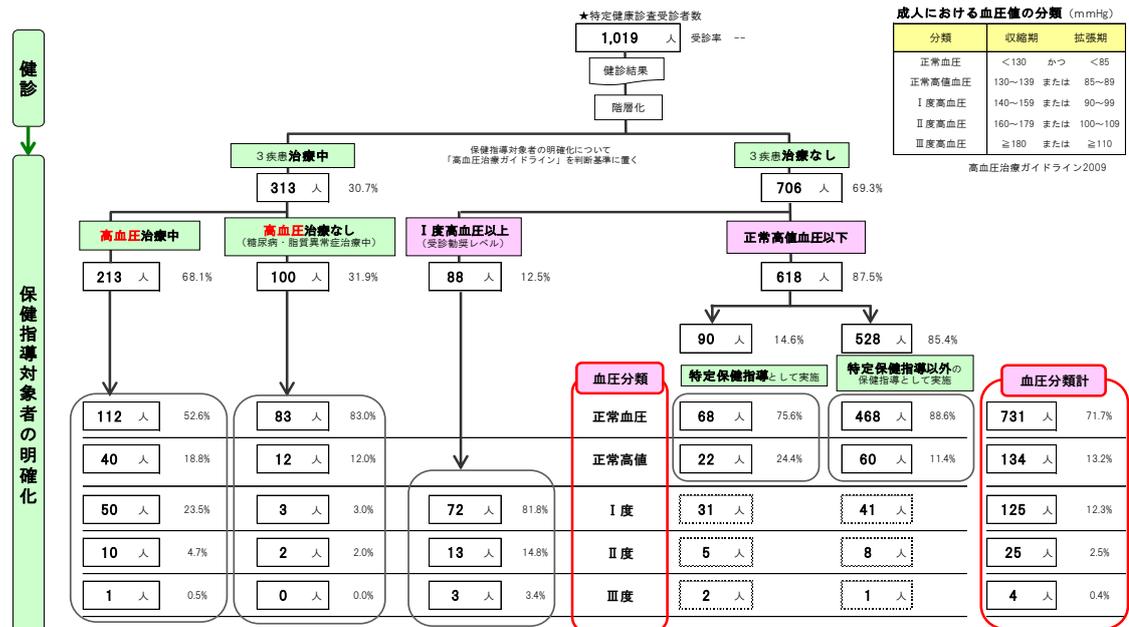
【図表 37】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	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
806		49.9%	26.9%	11.7%	9.3%	1.9%	0.4%	4	53	36
リスク第1層	154	19.1%	27.1%	12.4%	11.7%	4	3	0	4	3
リスク第2層	398	49.4%	45.0%	50.7%	52.1%	50	7	1	--	50
リスク第3層	254	31.5%	27.9%	36.9%	36.2%	21	5	2	--	--
糖尿病	48	18.9%	14.3%	20.0%	32.4%	3	0	2		
慢性腎臓病 (CKD)	159	62.6%	66.1%	63.8%	52.9%	12	4	0		
3個以上の危険因子	95	37.4%	27.7%	47.5%	38.2%	10	1	2		

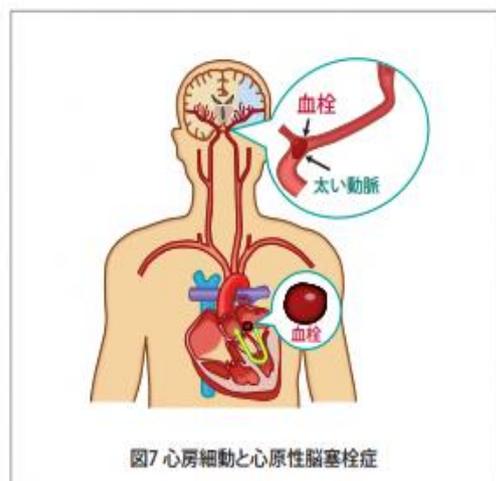
(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。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きます。

高血圧フローチャート



(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するものであり、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高いことがわかっています。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す。図表 39 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 39】

特定健診における心房細動有所見状況								
年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	220	235	3	1.4%	0	0	—	—
40歳代	22	28	0	0.0%	0	0	0.2	0.04
50歳代	39	25	1	2.6%	0	0	0.8	0.1
60歳代	90	117	2	2.2%	0	0	1.9	0.4
70～74歳	69	65	0	0.0%	0	0	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
 ※日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 40】

心房細動有所見者の治療の有無					
心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
3	100	0	0	3	100

心電図検査において、3人が心房細動の所見でした。有所見率を見ると、年齢が高くなるにつれ増加していました。男性の50、60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高い傾向にあることがわかりました。

また、3人全員は既に治療が開始されていました。28年度はいみせませんが、未治療者は特定健診受診で心電図検査を受けることで発見ができ受診勧奨が必要な対象者です。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が望まれます。

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います。その際、保健指導教材やツールを活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。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います。

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います。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います。

(2) 医療機関での精密検査の実施

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ります。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つの側面があります。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りました。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) 等がある。」「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、対象者へは医療機関での精密検査を受診勧奨していきます。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴等も踏まえ、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きます。(参考資料 8)

② 脂質異常者の管理

脂質異常者のうち糖尿病、高血圧、虚血性心疾患等さまざまなリスクとの重なりが多い対象者は、アテローム血栓性脳梗塞のリスクが高いと考えられることから、台帳を作成し経過を把握していきます。(参考資料 9)

③ 心房細動の管理

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きます。(参考資料 10)

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きます。医療の情報については、精密検査依頼書の活用やかかりつけ医、対象者、KDB等を活用しデータを収集していきます。

5) 健康福祉課（地域包括支援センター）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きます。

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きます。

短期的評価については、計画評価等と合わせ年1回行うものとしします。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きます。

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きます。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

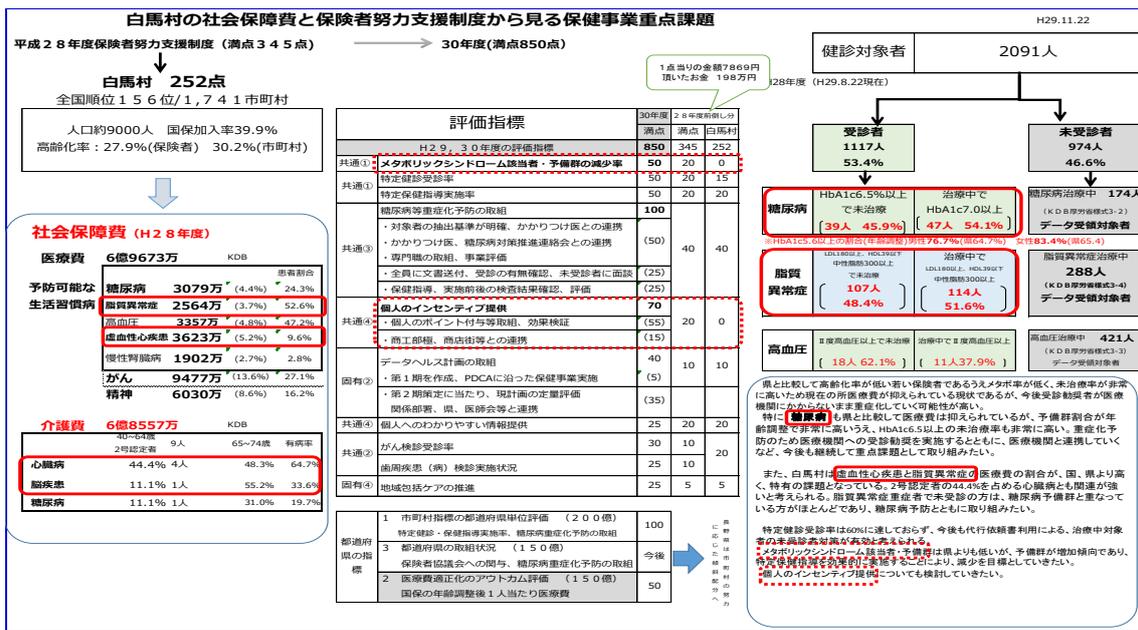
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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）

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、疾病予防としての特定健診の受診勧奨、健康教育を行い、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きます。(図表 41・42) 【図表 41】



【図表 42】



第5章 地域包括ケアシステムに係る取組

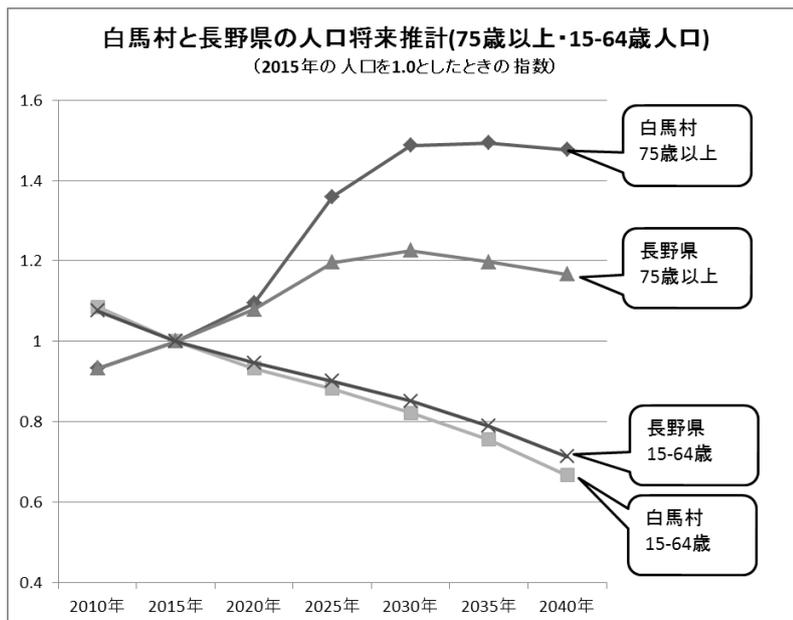
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ます。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ります。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します。第4章の重症化予防の取り組みそのものが介護予防として捉えることができます。

当村は、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1.47と長野県より大幅に高くなるのに対して、15～74歳の生産年齢人口の将来推計は、同指数で2040年が0.66と低くなることが予測されています。(図表43)

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

【図表43】



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月)より作成」

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つなげて行くためには、医療、介護、保健、福祉等各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が必要となります。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療、介護、保健、福祉サービスの関係者とのネットワークや、情報共有の仕組みによる地域包括ケアシステム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ります。(参考資料 11)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行い、必要であれば計画の見直しを行います。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次期計画の策定に向けた評価を行います。

2. 評価方法・体制

保険者等は、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ます。

※評価における4つの指標（参考資料12・13）

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、受診勧奨実施数等
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、要介護率等)

具体的な評価方法は、KDB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います。

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します。（図表44）

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しします。

データヘルス計画の目標管理一覽表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値										最終評価値	現状値の把握方法			
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35							
診療計画等 特定保健計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	特定健診受診率60%以上	53.5%	54.0%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)					
				59.1%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%	66.0%							
データヘルス計画	・虚血性心疾患の総医療費に占める割合が2.5%と国・県と比較して高い ・脂質異常者の総医療費に占める割合が3.7%と国・県と比較して高い ・健診受診者の糖尿病未治療率が、47%と県と比較して高い ・糖尿病の有所見者の割合が79.9%と国・県と比較して高い ・メタボ・予備群レベルの脂質異常症有所見者の割合が国・県と比較して高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少 慢性腎不全(透析有)の割合5%減少	1.9%			1.8%						1.7%	KDBシステム				
				2.5%			2.4%						2.3%					
				2.7%			2.7%								2.6%			
				8.7%	8.5%	8.4%	8.2%	8.1%	8.0%	7.9%	7.8%							
				11.4%	11.3%	11.2%	11.0%	10.8%	10.7%	10.5%	10.3%							
				46.2%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%							
				47.0%	46.0%	45.0%	44.0%	43.0%	42.0%	41.0%	40.0%							
				72.7%	74.0%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%							
				79.9%	78.0%	77.0%	76.0%	75.0%	74.0%	73.0%	72.0%							
				14.3%	14.2%	14.1%	14.0%	13.9%	13.8%	13.7%	13.6%							
保険者努力支援制度	がんによる死亡率が50.9%でと国・県と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 20%以上 肺がん検診 男性30%、女性40%以上 大腸がん検診 男性30%、女性40%以上 子宮頸がん検診 20%以上 乳がん検診 30%以上 健診クーポンを使用する者の割合80%以上 後発医薬品の使用割合80%以上	10.5%	11.8%	13.1%	14.4%	15.7%	17.0%	18.3%	19.7%	21.4%	23.1%	24.8%	26.5%	28.2%	30.0%	地域保健事業報告
				18.0%	21.1%	24.2%	27.3%	30.4%	33.6%	37.2%	40.0%							
				17.5%	19.2%	20.9%	22.7%	24.4%	26.1%	27.9%	30.0%							
				17.5%	20.7%	23.9%	27.1%	30.3%	33.5%	37.7%	40.0%							
				11.9%	13.0%	14.2%	15.3%	16.5%	17.6%	18.8%	20.0%							
				15.0%	17.1%	19.2%	21.3%	23.4%	25.5%	26.6%	30.0%							
				—	74.0%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%							
				63.9%	68.0%	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%							

【図表 44】

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

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、国指針において公表するものとされています。

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他、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等にも周知します。

これらの公表、周知に当たっては、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す。

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ます。

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当村の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 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 脂質異常者評価表
- 参考資料 10 心房細動管理台帳
- 参考資料 11 年齢別生活習慣病有所見者割合
- 参考資料 12 評価イメージ 1
- 参考資料 13 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた白馬村の位置

項目	H25				H28				データ元 (CSV)						
	白馬村		県		同規模平均		国								
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
1	人口構成	総人口	9,111		9,111		2,115,647	1,815,204	124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況					
		65歳以上(高齢化率)	2,156	23.7	2,156	23.7	567,919	26.8	575,561	31.7	29,020,766	23.2	KDB_NO.3		
		75歳以上	1,137	12.5	1,137	12.5	303,854	14.4					13,989,864	11.2	KDB_NO.3
		65~74歳	1,019	11.2	1,019	11.2	264,065	12.5					15,030,902	12.0	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
		40~64歳	3,408	37.4	3,408	37.4	701,088	33.1					42,411,922	34.0	地域の健康課題
39歳以下	3,547	38.9	3,547	38.9	846,640	40.0					53,420,287	42.8			
2	産業構成	第1次産業	6.4		6.4		9.8	18.4	4.2	KDB_NO.3					
		第2次産業	14.9		14.9		29.5	25.5	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	78.6		78.6		60.7	56.1	70.6						
3	平均寿命	男性	80.9		80.9		80.9	79.4	79.6	KDB_NO.1					
		女性	87.2		87.2		87.2	86.4	86.4	地域全体像の把握					
4	健康寿命	男性	65.7		65.7		65.7	65.2	65.2						
		女性	67.7		67.7		67.2	66.7	66.8						
2	死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)	87.4		83.6		90.3	104.8	100	KDB_NO.1					
		がん	18	37.5	29	50.9	6,285	44.7	6,817	45.1	367,905	49.6	地域全体像の把握		
		心臓病	15	31.3	13	22.8	3,777	26.9	4,392	29.1	196,768	26.5			
		脳疾患	12	25.0	13	22.8	2,908	20.7	2,661	17.6	114,122	15.4			
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	270	1.9	274	1.8	13,658	1.8			
		腎不全	2	4.2	1	1.8	370	2.6	548	3.6	24,763	3.3			
		自殺	1	2.1	1	1.8	436	3.1	409	2.7	24,294	3.3			
		合計	6	7.1	8	8									
		早世予防からみた死亡(65歳未満)	男性	1	2.8	4	7.7								
		女性	5	10.4	4	8.3									
3	1	1号認定者数(認定率)	377	17.6	416	19.4	111,462	19.7	114,751	20.1	5,885,270	21.2	厚労省HP 人口動態調査		
		新規認定者	4	0.3	1	0.3	1,767	0.3	1,910	0.3	105,636	0.3			
	2	2号認定者	8	0.2	8	0.3	2,068	0.3	2,325	0.4	151,813	0.4			
		糖尿病	64	15.1	88	19.7	23,930	20.8	25,230	21.2	1,350,152	22.1	KDB_NO.1		
		高血圧症	211	50.7	223	50.5	62,279	54.1	64,783	54.6	3,101,200	50.9	地域全体像の把握		
		脂質異常症	126	28.1	135	31.6	31,038	26.7	31,854	26.7	1,741,866	28.4			
		心臓病	262	65.4	283	64.7	71,424	62.1	73,398	61.9	3,529,682	58.0			
		脳疾患	140	33.6	145	33.6	33,027	28.9	33,188	28.2	1,538,683	25.5			
		がん	35	11.2	48	11.1	12,106	10.5	11,653	9.7	631,950	10.3			
	筋・骨格	217	54.8	225	55.1	61,749	53.7	63,731	53.7	3,067,196	50.3				
精神	149	39.8	177	40.5	42,134	36.4	44,036	37.1	2,154,214	35.2					
3	1件当たり給付費(全体)	56,559		57,263		58,547		70,589		58,284					
4	居室サービス	33,329		33,348		38,590		40,981		39,662					
	施設サービス	263,446		260,594		272,590		275,251		281,186					
4	医療費等	薬介護認定別	8,091		8,650		7,747		8,457		7,990				
		認定あり	3,681		3,773		3,666		4,122		3,816				
4	1	被保険者数	3,789		3,639		540,810		492,460		32,587,866		KDB_NO.1		
		65~74歳	1,010	26.7	1,096	30.1	229,556	42.4			12,461,613	38.2	地域全体像の把握		
		40~64歳	1,437	37.9	1,197	32.9	176,381	32.6			10,946,712	33.6			
	39歳以下	1,342	35.4	1,346	37.0	134,873	24.9			9,179,541	28.2				
	加入率	41.6		39.9		25.6		27.7		26.9					
	2	医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	131	0.2	144	0.3	8,255	0.3	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			診療所数	7	1.8	7	1.9	1,561	2.9	1,108	2.2	96,727	3.0	KDB_NO.5	
			病床数	0	0.0	0	0.0	24,190	44.7	15,468	31.4	1,524,378	46.8	被保険者の状況	
			医師数	7	1.8	7	1.9	4,786	8.8	1,575	3.2	299,792	9.2		
			外来患者数	489.9		503.7		668.8		660.2		668.1			
入院患者数	13.9		13.3		17.7		22.7		18.2						
3	医療費の状況	一人当たり医療費	16,864	県内75位 同規模243位	16,932	県内75位 同規模238位	24,015	26,488	24,245	KDB_NO.3					
		受診率	503,805		516,987		686,489		682,952		686,286		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		外費用の割合	57.7		61.3		60.9		56.6		60.1		KDB_NO.1		
		来件数の割合	97.2		97.4		97.4		96.7		97.4		地域全体像の把握		
		入院費用の割合	42.3		38.7		39.1		43.4		39.9				
		院外費用の割合	2.8		2.6		2.6		3.3		2.6				
		1件あたり在院日数	13.2日		12.2日		15.1日		16.3日		15.6日				
		新生物	26.0		25.5		24.8		24.1		25.6				
		慢性腎不全(透析あり)	9.5		5.1		9.5		9.1		9.7		KDB_NO.3		
		糖尿病	8.5		8.3		10.0		10.2		9.7		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
4	費用額(1件あたり)	糖尿病	11.3		9.0		8.8		9.2		8.6				
		高血圧症	9.7		16.2		17.7		17.5		16.9				
		精神	21.0		20.1		15.7		16.1		15.2				
		筋・骨疾患	558,090	50位(10)	554,075	44位(15)									
		糖尿病	564,303	54位(15)	564,846	50位(16)									
		高血圧症	532,559	41位(18)	562,270	39位(11)									
		脂質異常症	548,930	71位(20)	655,117	46位(20)									
		脳血管疾患	662,346	46位(11)	487,307	68位(6)									
		心疾患	509,685	66位(18)	526,602	53位(12)									
		腎不全	411,357	58位(25)	482,709	32位(24)									
5	入院の()内は在院日数	精神	626,999	28位(14)	568,721	58位(10)							KDB_NO.3		
		悪性新生物	33,439	50位	32,033	53位							健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		糖尿病	27,368	47位	29,123	36位									
		高血圧症	24,518	51位	24,174	55位									
		脂質異常症	46,111	9位	49,072	9位									
		脳血管疾患	50,208	7位	36,311	52位									
		心疾患	184,590	26位	187,831	22位									
		腎不全	27,779	50位	26,709	55位									
		精神	40,074	67位	50,980	43位									
		悪性新生物													
6	健診の有無別一人当たり点数	健診対象者	3,819		5,032		4,133		3,127		2,346		KDB_NO.3		
		一人当たり	5,883		5,802		10,132		11,954		12,339		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		生活習慣病対象者一人当たり	13,994		18,197		11,509		8,685		6,742				
7	健診・レセ突合	受診勧奨者	516	48.5	573	51.3	92,792	53.4	87,076	57.0	4,427,360	56.1	KDB_NO.1		
		医療機関受診率	459	43.2	517	46.2	85,477	49.2	79,315	51.9	4,069,618	51.5	地域全体像の把握		
		医療機関非受診率	57	5.4	56	5.0	7,315	4.2	7,761	5.1	357,742	4.5			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	558,090	50位 (10)	554,075	44位 (15)					KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域						
				高血圧	564,303	54位 (15)	564,846	50位 (15)											
				脂質異常症	532,559	41位 (18)	562,270	39位 (11)											
				脳血管疾患	548,930	71位 (20)	655,117	46位 (20)											
				心疾患	662,346	46位 (11)	487,307	68位 (6)											
				腎不全	509,685	66位 (18)	526,602	53位 (12)											
				腎不全	509,685	66位 (18)	526,602	53位 (12)											
	県内順位 順位総数79	外来	精神	411,357	58位 (25)	482,709	32位 (24)												
			悪性新生物	626,999	28位 (14)	568,721	58位 (10)												
			糖尿病	33,439	50位	32,033	53位												
			高血圧	27,368	47位	29,123	36位												
			脂質異常症	24,518	51位	24,174	55位												
			脳血管疾患	46,111	9位	49,072	9位												
			心疾患	50,208	7位	36,311	52位												
入院の()内 は在院日数	腎不全	184,590	26位	187,831	22位														
	精神	27,779	50位	26,709	55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	3,819	5,032	4,133	3,127	2,346				KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域							
			健診未受診者	5,883	5,802	10,132	11,954	12,339											
⑦	健診・レセ 実合	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	13,994	18,197	11,509	8,685	6,742				KDB_NO.1 地域全体像の把握							
			健診未受診者	21,557	20,981	28,217	33,204	35,459											
5	①-⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数79	受診勧奨者	516	48.5	573	51.3	92,792	53.4	87,076	57.0	4,427,360	56.1	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握				
				医療機関受診率	459	43.2	517	46.2	85,477	49.2	79,315	51.9	4,069,618	51.5					
				医療機関非受診率	57	5.4	56	5.0	7,315	4.2	7,761	5.1	357,742	4.5					
				健診受診者	1,063	1,118	173,700	152,769	7,898,427										
				受診率	46.8	県内39位 同規模74位	53.5	県内30位 同規模47位	46.5	全国2位	43.7	36.4							
				特定保健指導終了者(実施率)	88	67.7	81	59.1	8,832	46.4	8036	41.1	198,683	21.1					
				非肥満高血糖	75	7.1	79	7.1	17,859	10.3	15,303	10.0	737,886	9.3					
				メタボ	該当者	103	9.7	97	8.7	28,075	16.2	27,745	18.2	1,365,855		17.3			
					男性	82	15.9	72	13.3	19,933	25.3	19,338	27.2	940,335		27.5			
					女性	21	3.8	25	4.3	8,142	8.6	8,407	10.3	425,520		9.5			
					予備群	100	9.4	127	11.4	17,026	9.8	17,604	11.5	847,733		10.7			
				メタボ該当・予備群レベル	男性	82	15.9	102	18.8	12,313	15.6	12,301	17.3	588,308		17.2			
					女性	18	3.3	25	4.3	4,713	5.0	5,303	6.5	259,425		5.8			
				生活習慣の 状況	①-⑱	生活習慣の 状況	メタボ該当・予備群レベル	総数	252	23.7	274	24.5	51,067	29.4		51,074	33.4	2,490,581	31.5
								男性	198	38.3	212	39.1	36,456	46.3		35,501	50.0	1,714,251	50.2
								女性	54	9.9	62	10.8	14,611	15.4		15,573	19.1	776,330	17.3
								総数	36	3.4	42	3.8	8,022	4.6		9,243	6.1	372,685	4.7
								男性	6	1.2	7	1.3	1,383	1.8		1,548	2.2	59,615	1.7
								女性	30	5.5	35	6.1	6,639	7.0		7,695	9.4	313,070	7.0
血糖のみ	5	0.5	8					0.7	1,191	0.7	1,199	0.8	52,296	0.7					
血圧のみ	52	4.9	64					5.7	11,167	6.4	12,440	8.1	587,214	7.4					
脂質のみ	43	4.0	55					4.9	4,668	2.7	3,965	2.6	208,214	2.6					
血糖・血圧	20	1.9	13					1.2	4,337	2.5	4,996	3.3	212,002	2.7					
血糖・脂質	9	0.8	5	0.4	1,828	1.1	1,510	1.0	75,032	0.9									
血圧・脂質	54	5.1	44	3.9	13,135	7.6	12,772	8.4	663,512	8.4									
血糖・血圧・脂質	20	1.9	35	3.1	8,775	5.1	8,467	5.5	415,310	5.3									
①-⑱	生活習慣の 状況	生活習慣の 状況	メタボ該当・予備群レベル	服薬	207	19.5	246	22.0	57,994	33.4	54,561	35.7	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
				既往歴	46	4.3	50	4.5	13,400	7.7	12,934	8.5	589,711	7.5					
				喫煙	151	14.2	171	15.3	40,689	23.4	34,459	22.6	1,861,221	23.6					
				週3回以上朝食を抜く	19	1.8	25	2.3	5,005	3.1	4,709	3.3	246,252	3.3					
				週3回以上食後間食	53	5.0	61	5.5	10,576	6.5	8,283	5.7	417,378	5.5					
				週3回以上就寝前夕食	9	0.9	2	0.2	935	0.6	1,808	1.2	39,184	0.5					
				食べる速度が速い	16	1.5	61	5.5	12,257	7.6	12,100	8.4	761,573	10.2					
				20歳時体重から10kg以上増加	125	11.8	128	11.4	23,063	13.3	23,837	15.6	1,122,649	14.2					
				1回30分以上運動習慣なし	256	24.4	260	23.6	43,857	29.1	46,884	33.5	2,192,264	32.1					
				1日1時間以上運動なし	718	68.5	738	67.2	96,372	64.0	92,124	65.7	4,026,105	58.8					
				睡眠不足	471	44.9	541	49.1	69,243	45.9	67,794	48.5	3,209,187	47.0					
				毎日飲酒	704	67.2	733	66.6	73,181	50.9	78,084	56.1	3,387,102	50.3					
				時々飲酒	179	17.0	196	17.8	26,938	17.9	28,876	20.7	1,321,337	19.5					
				①-⑱	生活習慣の 状況	生活習慣の 状況	メタボ該当・予備群レベル	一日飲酒量	320	30.5	314	28.5	36,724	25.5		37,935	27.2	1,755,597	26.0
1~2合	659	62.8	706					64.1	95,513	66.3	90,299	64.6	4,425,971	65.6					
2~3合	71	6.8	82					7.4	11,888	8.2	11,447	8.2	567,502	8.4					
3合以上	130	12.4	137					12.4	21,566	15.0	22,957	16.4	1,054,516	15.5					

【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医
	④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			
	⑤結果把握 ()人			
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人				
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				

【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	9	都道 府県	長野県	市町村名	白馬村	
項目	実 合 表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	3,396人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		2,351人						
2	①	対象者数	B	2,293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	1,175人						
	③	受診率		51.2%						
3	①	特定 保健指導 対象者数		136人						
	②	実施率		59.1%						
4	①	糖尿病型	E	104人	8.9%					特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	50人	48.1%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	54人	51.9%					
	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	28人	51.9%					
	⑤		血圧 130/80以上	J	10人	35.7%				
	⑥		肥満 BMI25以上	J	11人	39.3%				
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	26人	48.1%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	92人	88.5%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		3人	2.9%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		9人	8.7%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		66.0人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		94.4人						
	③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者対	入院外(件数)	1,054件	(459.7)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)	8件	(3.5)			9件	(5.4)	
	⑤	糖尿病治療中	H	224人	6.6%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳		222人	9.4%					
	⑦	健診未受診者	I	168人	75.7%					
	⑧	インスリン治療	O	13人	5.8%					
	⑨	(再掲)40-74歳		13人	5.9%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	10人	4.5%					
	⑪	(再掲)40-74歳		10人	4.5%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.89%					
	⑬	(再掲)40-74歳		2人	0.90%					
	⑭	新規透析患者数		0	0					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0	0					
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.0%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	総医療費		6億9674万円				6億7140万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		3億7178万円				3億8078万円		
	③	(総医療費に占める割合)		53.4%				56.7%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		18,197円				8,685円	
	⑤		健診未受診者		20,981円				33,204円	
	⑥	糖尿病医療費		3080万円				3885万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.3%				10.2%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		9456万円						
	⑨	1件あたり		32,033円						
	⑩	糖尿病入院総医療費		6039万円						
	⑪	1件あたり		554,075円						
	⑫	在院日数		15日						
	⑬	慢性腎不全医療費		1902万円				3708万円		
	⑭	透析有り		1889万円				3468万円		
	⑮	透析なし		13万円				240万円		
7	①	介護給付費		6億8722万円				7億5295万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1件 2300.0%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%				1人 1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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～	
	□nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	□AST	～30	31～50			51～	
	□血糖	空腹	～99			100～125	126～
		食後	～139			140～199	200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比	
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9		8.0～		
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～			
	拡張期	～84	85～89	90～			
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～					
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24						

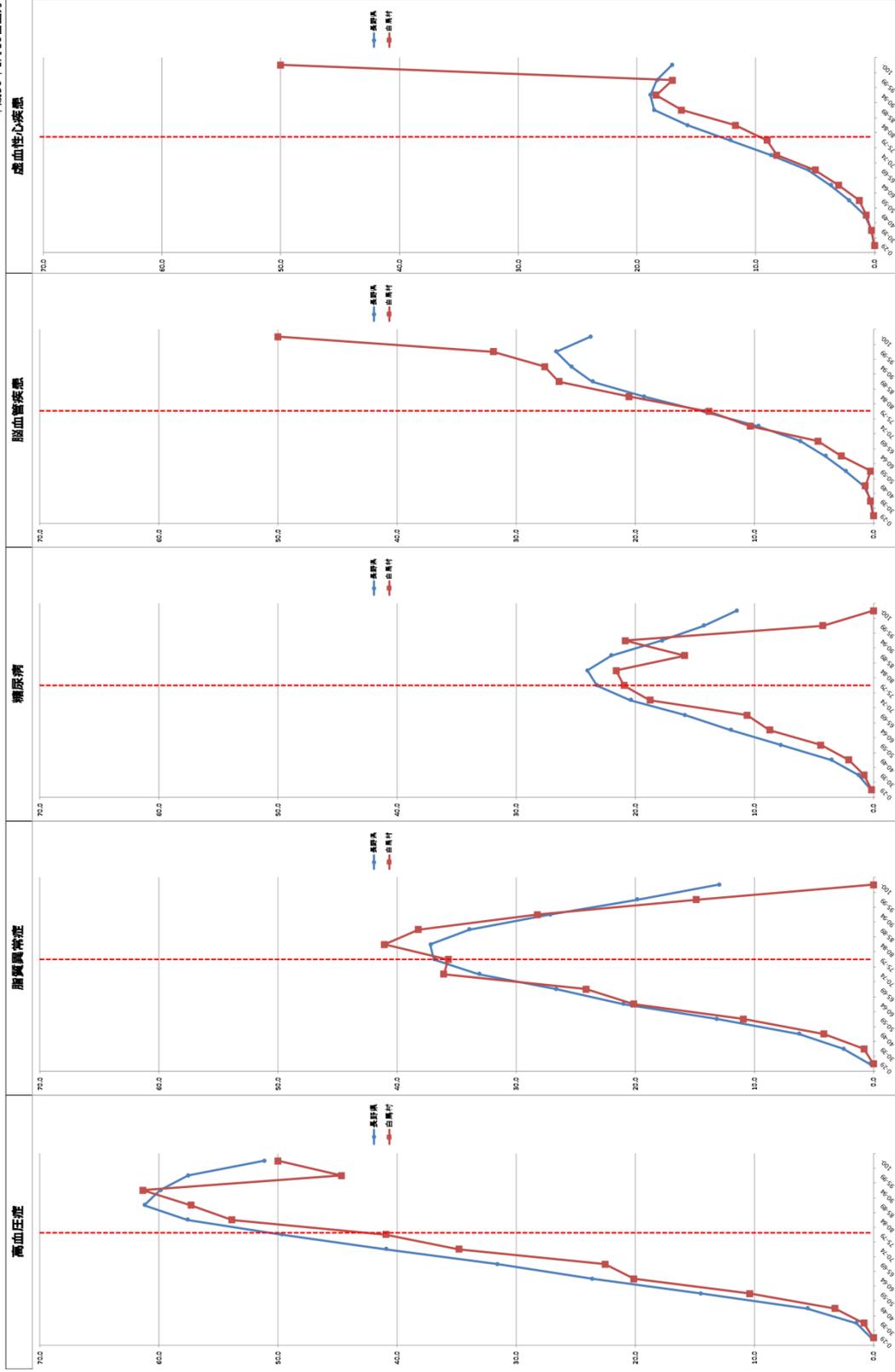
参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

生活習慣病有病状況

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

S21-014 厚生労働省様式3-1

平成30年1月18日出力



【参考資料 11】

