

# 第 2 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 西原村

## 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	4
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	10
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)	22
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報保護	
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	28
I 保健事業の方向性	
II 特定健診未受診者への取り組み	
III 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	
IV 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	50

第 6 章	計画の評価・見直し	51
第 7 章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52

# 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。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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

西原村においては、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。

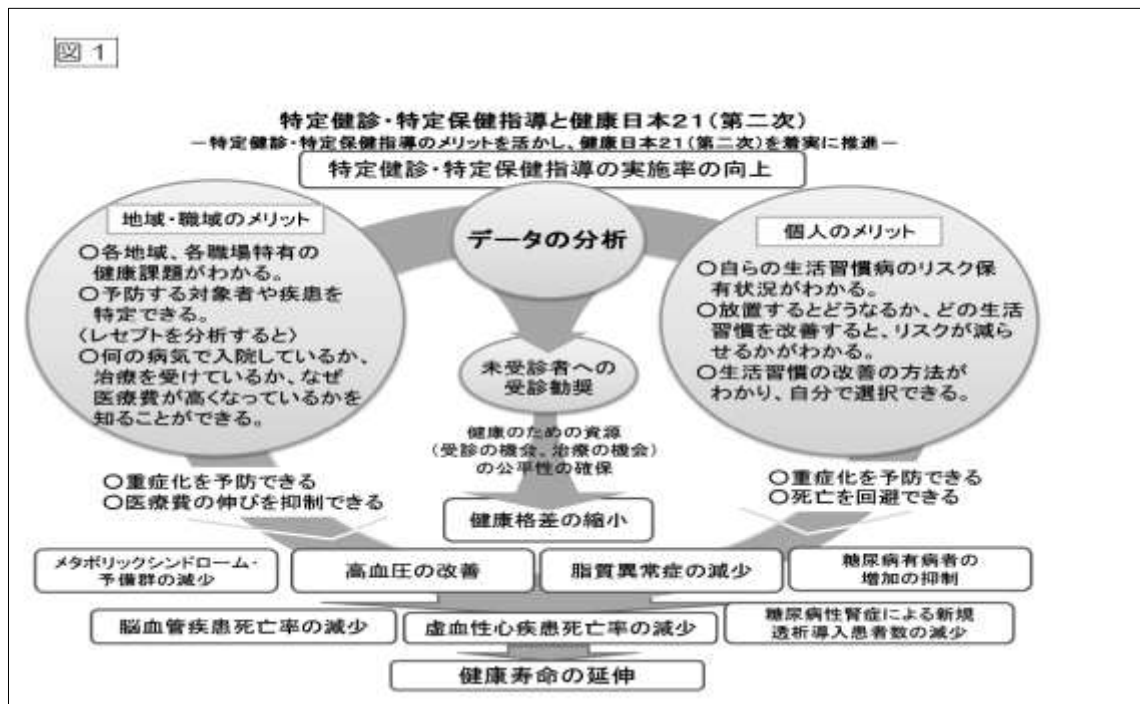
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画及び医療費適正化計画、西原村介護保険事業計画と調和のとれたものとする。

（図表1・2・3）

【図表1】

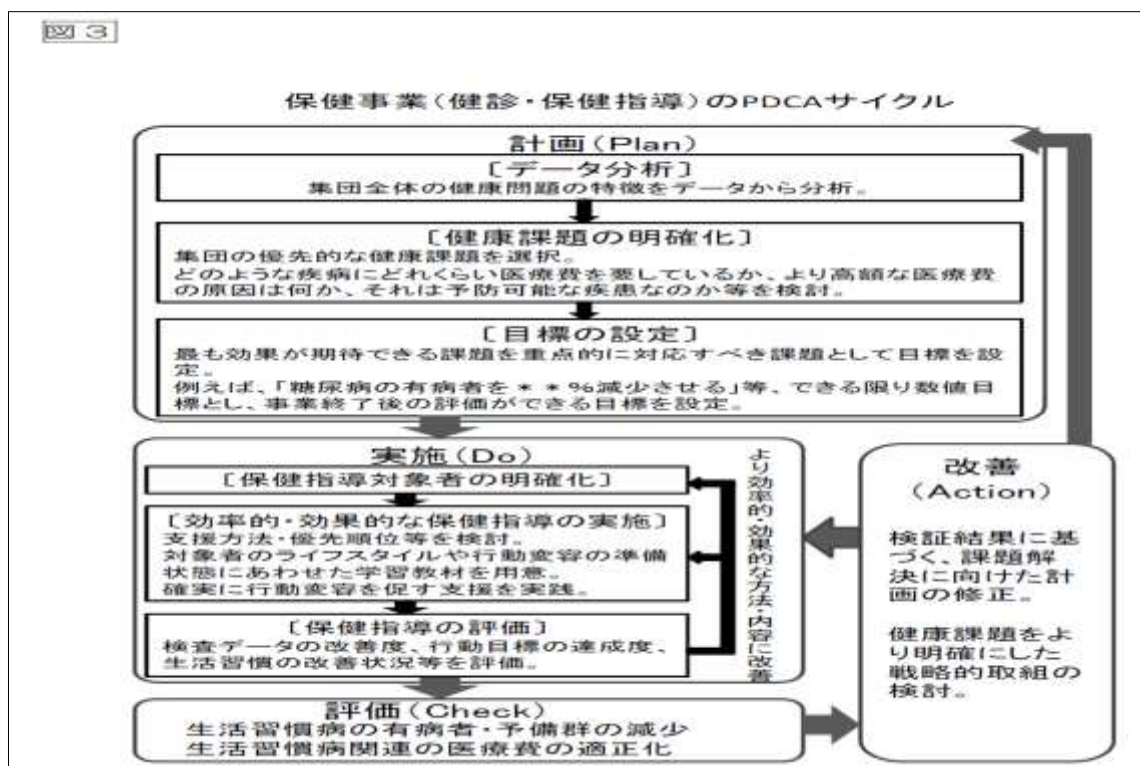
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施条)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な 実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に関する保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全額改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を重点とするとともに、社会生活を営むために必要な健 康の維持及び向上を目的とし、その結果、 <b>社会生活 機能及び健康増進</b> の向上を図る。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慢性疾患の <b>発症予防</b> や重症 化を予防し、健康寿命を延ばすことができれば、過労等 を抑制することができ、その間に <b>認知症や生活機能の低下</b> を予防し、入居患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図ることが <b>医療費の削減</b> を達成す ることが可能となる。 特定健康診査は、 <b>糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導が必要とする もの。的選に抽出するために行うものである。	<b>生活習慣病の予防</b> をはじめとして、被保険者の <b>生活 的行動様式及び健康増進の取組</b> について、 <b>重点 的</b> な支援の中心として、被保険者の特性を 踏まえ、地域特性に基づき保健事業を展開する ことを目指すものである。 <b>被保険者の健康の維持増進</b> により、 <b>医療費の適正化</b> 及び被保険者の <b>財政負担の軽減</b> 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支援することや、 <b>要介護状態</b> に至らば必要支援効果となること <b>の予防</b> 又は、要介護 状態等の発生しにくい <b>居住環境</b> を理念としている	<b>国民皆保険を堅持</b> 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 が適度に増大しないよう取り組むとともに、 <b>良質 かつ適切な医療を効果的に提供</b> する <b>医療の質 量</b> を高める。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 <b>地域において役割の異なる医療 の提供</b> を実現し、良質かつ適切な医療を効 率的に提供する体制の構築を図る
対象年齢	ライフステージ(幼児期、 <b>若年層</b> 、 <b>高齢期</b> )において	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(若年層世代、小児期の生活 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 <b>糖尿病 糖尿病性腎症</b> 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メタヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病 糖尿病性腎症</b> 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 <b>糖尿病 糖尿病性腎症</b> 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	<b>糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</b> 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 骨髄脳脊髄症、特発性関節炎 認知症予症、変形性関節症 多系統萎縮症、脳血管性痴呆硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム <b>糖尿病</b> 生活習慣病	<b>糖尿病</b> 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定補助に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②社会生活機能(健康調査票)による年齢別発生率(本人申告) ③地域健康増進の割合 ④血糖コントロール状態(糖化ヘモグロビン)不具合 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健康診査・特定保健指導の割合 ⑦メタボ予備群・メタボ患者 ⑧生活習慣病発症率 ⑨適正体重を維持している者の割合(肥満、やせの減少) ⑩適切な科別の受診率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率 ③保険者努力支援制度 ④【保険者努力支援制度】を減額し、保険料率決定	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(特定健康診査の結果参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有無率・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外※ ①一歩あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ患者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて決定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局、関係委員会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局、関係委員会)を通じて、保険者との連携		

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

西原村においては、保健衛生課国保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。特に当課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（保健衛生課保険係）、保健衛生部局（保健衛生課）、介護保険部局（保健衛生課介護保険係）、生活保護部局（住民福祉課福祉係）とも十分連携する。

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。（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・協力を行う。

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。

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を計画実施する。また保険者として、国保係とこの研修に参加していく。

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

また、保険者等と郡市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、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進する。

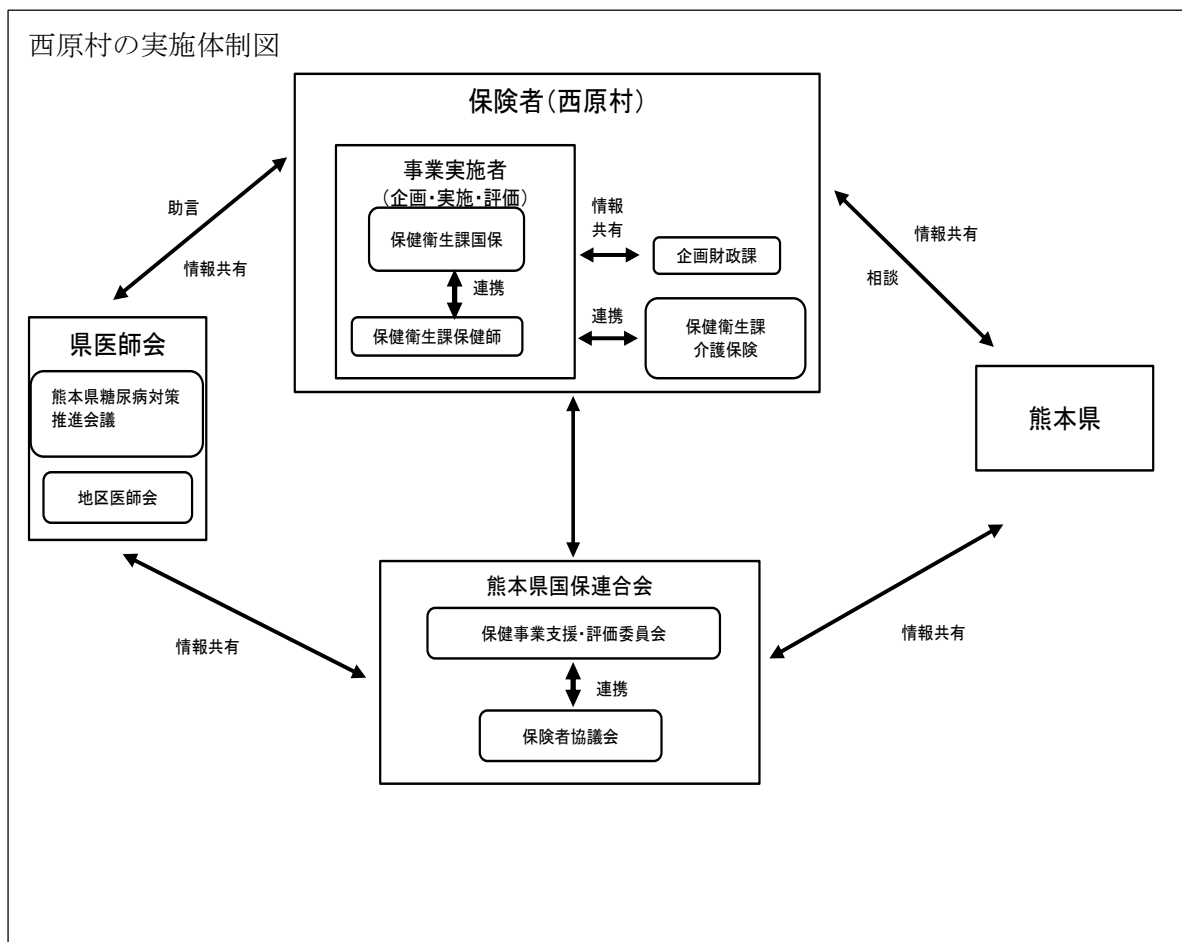
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

### 3) 被保険者の役割

計画は、被保険者である住民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めるよう図っていく。

【図表 4】





#### 4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成 30 年度から本格実施)平成 28 年度の西原村の総得点は 208 点であり、全国順位は 748 位、県内順位は 45 市町村のうち 31 位、当村への交付額は 90 万 8 千円であった。

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】

#### 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		90			
総得点(体制構築加点含む)		208			
全国順位(1, 741市町村中)		748			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	10			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	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

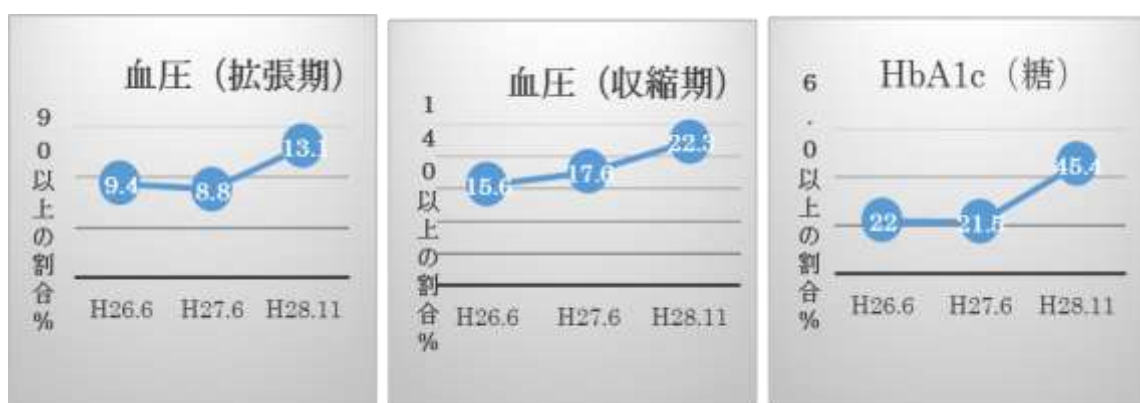
### 健康課題の明確化

#### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

##### 1) 第1期計画に係る評価

##### (1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、人口構成・平均寿命・健康寿命に大きな変動はないが、脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加している。また、有病状況も高血圧・脂質異常・心臓病・脳疾患などの予防可能な疾患の割合も増加。介護認定者数・給付費については、震災後に特に急増しているものである。特定健診結果からも震災後、血圧・HbA1c 高値者の増加は明らかである。(グラフ参照)精神の有病率が増加していることから、被災住民の心身のストレスによる影響が多いに予測され、避難生活での食の偏り(炭水化物過剰・野菜不足)があったことの影響も考えられる。今後の震災からの生活再建に向け、健康面での自己管理能力への支援強化も重要と捉え、住民個々の状況に応じた予防活動が必要である。



(平成29年3月号広報西原 掲載資料より)

##### (2) 中長期目標の達成状況

##### ① 介護給付費の状況 (図表6)

同規模平均より、居宅・施設ともにかかる費用が多い。震災により施設入所を余儀なくされたケースや新規認定が多くなったこともある。しかし、今後団塊の世代が後期高齢期を迎え、給付費は増え続けることが予想される。よって、成人期の健康管理が将来の予防活動にとって重要である。

【図表6】

年度	西原村				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	5億0130万円	75,388	49,888	287,352	71,886	41,181	279,469
H28年度	6億6238万円	89,246	49,835	292,582	70,593	40,986	275,281

## ②医療費の状況（図表 7）

平成 25 年と平成 28 年の医療費を比較すると、外来・入院ともに医療費増加が著しい。

※熊本地震後の医療費の免除による影響も考えられる。

【図表 7】

項目	全体				入院				入院外				標準化医療費指数
	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(円)	H25年度	5億5707万円	—	—	2億5792万円	—	—	—	2億9915万円	—	—	—	1.023
	H28年度	6億2476万円	6769万円	12.15	3億613万円	4851万円	18.8	—	3億863万円	1948万円	6.5	—	1.22
2一人あたり医療費(円)	H25年度	22,904円	—	—	10,249円	—	—	—	12,656円	—	—	—	—
	H28年度	27,472円	4,568円	19.94	13,450円	3,201円	31.2	—	14,022円	1,366円	10.8	—	—

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8-1）

総医療費増加の原因として新生物・精神疾患・筋骨疾患の増加があり、中・短期目標疾患においては著明な増加はない。短期目標疾患である高血圧をはじめ糖尿病・脂質異常症にかかる医療費の低下は、治療中断やコントロール不良の放置の可能性を含んでいる。血管内皮を傷め重症化した結果起こる脳梗塞・脳出血の割合は増加しており、早期介入により適切な医療につなげる。

【図表 8-1】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合														(平成25年度と平成28年度の比較)			
市町村名	総医療費	一人当たりの医療費		中間目標疾患					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(透析あり)	慢性腎不全(透析なし)	脳梗塞・脳出血								狭心症・心筋梗塞	
平成25年	西原村	5億57,076,260円	22,904	158位	42位	5.76%	0.13%	1.58%	1.07%	5.63%	6.86%	3.24%	135,137,940	24.26%	6.83%	12.58%	9.05%
平成28年	西原村	6億24,764,530円	27,472	95位	27位	4.20%	0.11%	1.76%	0.68%	5.57%	5.09%	2.43%	124,025,370	19.85%	8.09%	13.59%	9.87%
平成28年	熊本県	161,643,949,660	27,978	—	—	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%
平成28年	国	9,677,041,336,540	77,468	—	—	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%

最大医療資源疾患(調剤を含む)による分類の結果  
 ◆「最大医療資源疾患」とは、レポートに記載された疾病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】  
 KDBシステム：健診・医療介護データからみ  
 地域の健康課題

## ④予防可能な生活習慣病にかかる医療費の状況(図表 8-2)

平成 25 年度との医療費比較では 6,769 万円の増加があり、疾患別内訳では、糖尿病・脳血管疾患が増加。生活習慣改善により予防が可能な疾患にかかる医療費が増加している。食事療法の実践による糖尿病の予防・重症化予防、血圧コントロールによる脳血管疾患の予防により更なる増加の抑制を目指す。

がんにかかる医療費については、各種がん検診の定期受診により早期発見の啓発を継続する。

【図表 8-2】

平成25年度			平成28年度		
疾患名	医療費		疾患名	医療費	
予防可能な生活習慣病	糖尿病	3142万円	糖尿病	3477万円	↑
	高血圧	3823万円	高血圧	3,174万円	↓
	脳血管疾患	684万円	脳血管疾患	1094万円	↑
	心疾患	598万円	心疾患	429万円	↓
	慢性腎臓病(透析あり)	3208万円	慢性腎臓病(透析あり)	2625万円	↓
	がん	3805万円	がん	5058万円	↑

④中長期的な疾患（図表9）

短期目標疾患の治療者の割合（高血圧）は増加しており、コントロールにより将来的に中長期目標疾患の予防につながると思われるが、過去3年の経年比較では脳血管疾患の割合は増加している。将来の脳血管疾患予防のために、治療の継続により短期目標疾患の確実なコントロールを支援していく。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患			脳血管疾患			人工透析	高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,436	66	3.3	7	10.6		6.1	52	78.8	29	43.9	43	65.2
	64歳以下	857	24	2.8	4	16.6		12.5	20	83.3	11	45.8	17	70.8
	65歳以上	579	42	7.2	3	7.1		2.3	32	76.1	18	42.8	26	61.9
H28	全体	1,418	65	3.5	9	13.6		3.0	55	84.6	32	49.2	47	72.3
	64歳以下	720	22	3.0	4	18.1		9.0	19	86.3	9	40.9	15	68.1
	65歳以上	698	43	6.1	5	11.6		0	36	83.7	23	53.4	32	74.4

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析	高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,436	38	2.6	7	18.4		7.9	29	76.3	19	50	24	63.1
	64歳以下	857	16	1.7	4	25		12.5	8	50.0	10	62.5	10	62.5
	65歳以上	579	22	3.8	3	13.6		4.5	21	95.5	9	40.9	14	63.6
H28	全体	1,418	59	3.1	9	15.3		1.7	52	88.7	24	40.7	33	55.9
	64歳以下	720	17	2.4	4	23.5		5.9	13	76.5	7	41.2	7	42.2
	65歳以上	698	42	6.1	5	11.9		0	39	92.8	17	40.5	26	61.9

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標					
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合		
H25	全体	1,436	0.3	50	66.7	83.3	33.3	33.3					
	64歳以下	857	0.6	40	60	80	20	20					
	65歳以上	579	0.2	100	100	100	100	100					
H28	全体	1,418	0.4	100	40	100	100	60					
	64歳以下	720	0.7	100	40	100	100	60					
	65歳以上	698	0	0	0	0	0	0					

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

3 疾患ともに受診割合は増加している。重症化予防対象者の保健指導により、治療につながる確実なコントロールができるケースを一例ずつ増やし、継続的フォローを行う。

特に糖尿病受診の増加は著明であり他2疾患との重複も多く、リスクを併せ持つことによる血管内皮障害の加速が懸念される。糖尿病の定期通院及び食事療法が継続されることで合併症を予防できるよう、糖尿病重症化予防活動を実践する。

【図表10】

厚労省様式3-2	短期的な目標										中長期的な目標						
	被保険者数	糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合	人数	割合	
全体	2018	184	9.1	8	4.3	137	74.4	117	63.6	29	15.8	19	10.3	1.1	6	3.3	
H25 64歳以下	579	81	13.9	4	4.9	54	66.7	50	61.7	11	13.6	10	12.3	1.2	3	3.7	
65歳以上	1439	103	7.1	4	3.9	83	80.6	67	65	18	17.5	9	8.7	0.9	3	2.9	
H28 全体	1903	236	12.4	14	5.9	173	73.3	160	67.8	33	13.9	24	10.2	0.8	16	6.7	
H28 64歳以下	1205	76	6.3	5	6.6	49	64.5	49	64.5	10	13.2	7	9.2	2.6	7	9.2	
65歳以上	698	160	22.9	9	5.6	124	77.5	111	69.3	23	10	17	10.6	0	9	5.6	

厚労省様式3-3	短期的な目標										中長期的な目標			
	被保険者数	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合		
全体	2018	440	21.8	137	31.1	219	49.8	52	11.8	29	6.5	1.1		
H25 64歳以下	579	171	29.5	54	31.5	80	46.8	20	11.7	8	4.7	2.3		
65歳以上	1439	269	18.7	83	30.9	139	51.7	32	11.9	21	7.8	0.3		
H28 全体	1903	470	24.7	173	36.8	250	53.1	56	11.9	52	11.1	1.1		
H28 64歳以下	1205	157	13	49	31.2	76	48.4	20	12.7	13	8.3	3.2		
65歳以上	698	313	44.8	124	39.6	174	55.6	36	11.5	39	12.5	0		

厚労省様式3-4	短期的な目標										中長期的な目標			
	被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合		
全体	2018	333	16.5	117	35.1	219	65.7	43	12.9	24	7.2	0.6		
H25 64歳以下	579	136	23.5	50	36.7	80	58.8	17	12.5	10	7.3	0.7		
65歳以上	1439	197	13.7	67	34	139	70.6	26	13.2	14	7.1	0.5		
H28 全体	1903	362	19	160	44.1	250	69	48	13.3	33	9.1	0.8		
H28 64歳以下	1205	125	10.4	49	39.2	76	73.1	16	12.8	7	5.6	2.4		
65歳以上	698	237	34	111	46.8	174	73.4	32	13.5	26	11	0		

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果より HbA1c5. 6以上者が男女共に増加。また40～65歳男性のメタボリックシンドローム予備軍及び該当者が増加しており、内臓脂肪に起因する LDL、HbA1c、血圧の高値者の増加も目立つ。震災後の増加が著明で、被災住民の避難生活後の結果の現れとも考える。

若い世代の内臓脂肪蓄積による影響は長年を経て血管障害として現れる。現在の健診データが何を意味しているのか理解して生活習慣との関連を考え、自己管理ができるよう丁寧な健診結果の説明と学習を行う保健指導を実践する。

【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）											
男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	合計	95.0	27.8	147.0	43.0	76.0	22.2	66.0	19.3	23.0	6.7	161.0	47.1	198.0	57.9	78.0	22.8	143.0	41.8	95.0	27.8	158.0	46.2
	40-64	55.0	32.2	77.0	45.0	44.0	25.7	31.0	18.1	8.0	4.7	76.0	44.4	87.0	50.9	45.0	26.3	62.0	36.3	56.0	32.7	85.0	49.7
	65-74	40	23.4	70	40.9	32	18.7	35	20.5	15	8.8	85	49.7	111	64.9	33	19.3	81	47.4	39	22.8	73	42.7
H28	合計	79	29.9	131	49.6	57	21.6	60	22.7	13	4.9	151	57.2	218	82.6	42	15.9	158	59.8	92	34.8	133	50.4
	40-64	40	42.1	52	54.7	25	26.3	26	27.4	6	6.3	54	56.8	80	84.2	21	22.1	51	53.7	42	44.2	56	58.9
	65-74	39	23.1	79	46.7	32	18.9	34	20.1	7	4.1	97	57.4	138	81.7	21	12.4	107	63.3	50	29.6	77	45.6

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		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	合計	73.0	19.2	70.0	18.4	47.0	12.3	36.0	9.4	9.0	2.4	127.0	33.3	245.0	64.3	10.0	2.6	139.0	36.5	43.0	11.3	213.0	55.9
	40-64	37.0	19.3	35.0	18.2	19.0	9.9	20.0	10.4	4.0	2.1	59.0	30.7	111.0	57.8	4.0	2.1	59.0	30.7	22.0	11.5	117.0	60.9
	65-74	36	19.0	35	18.5	28	14.8	16	8.5	5	2.6	68	36.0	134	70.9	6	3.2	80	42.3	21	11.1	96	50.8
H28	合計	60	19.2	56	17.9	42	13.5	19	6.1	3	1.0	112	35.9	266	85.3	6	1.9	143	45.8	46	14.7	159	51.0
	40-64	25	19.4	24	18.6	17	13.2	10	7.8	0	0.0	42	32.6	106	82.2	0	0.0	51	39.5	18	14.0	71	55.0
	65-74	35	19.1	32	17.5	25	13.7	9	4.9	3	1.6	70	38.3	160	87.4	6	3.3	92	50.3	28	15.3	88	48.1

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）												★NO.24（概要）											
男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	H25	合計	342	54.1	16	4.70%	60	17.50%	2	0.60%	48	14.00%	10	2.90%	71	20.80%	19	5.60%	7	2.00%	29	8.50%	16
40-64		171	48.2	10	5.80%	37	21.60%	2	1.20%	26	15.20%	9	5.30%	30	17.50%	4	2.30%	2	1.20%	16	9.40%	8	4.70%
65-74		171	61.7	6	3.50%	23	13.50%	0	0.00%	22	12.90%	1	0.60%	41	24.00%	15	8.80%	5	2.90%	13	7.60%	8	4.70%
H28	合計	264	43.9	14	5.3%	43	16.3%	3	1.1%	30	11.4%	10	3.8%	74	28.0%	24	9.1%	1	0.4%	27	10.2%	22	8.3%
	40-64	95	33.9	7	7.4%	17	17.9%	1	1.1%	11	11.6%	5	5.3%	28	29.5%	7	7.4%	1	1.1%	10	10.5%	10	10.5%
	65-74	169	52.5	7	4.1%	26	15.4%	2	1.2%	19	11.2%	5	3.0%	46	27.2%	17	10.1%	0	0.0%	17	10.1%	12	7.1%

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	
	H25	合計	381	61	15	3.90%	28	7.30%	1	0.30%	21	5.50%	6	1.60%	27	7.10%	5	1.30%	2	0.50%	11	2.90%	9
40-64		192	56.3	8	4.20%	14	7.30%	1	0.50%	11	5.70%	2	1.00%	13	6.80%	4	2.10%	1	0.50%	3	1.60%	5	2.60%
65-74		189	66.5	7	3.70%	14	7.40%	0	0.00%	10	5.30%	4	2.10%	14	7.40%	1	0.50%	1	0.50%	8	4.20%	4	2.10%
H28	合計	312	50.7	2	0.6%	29	9.3%	3	1.0%	20	6.4%	6	1.9%	25	8.0%	10	3.2%	2	0.6%	10	3.2%	3	1.0%
	40-64	129	44.2	2	1.6%	13	10.1%	2	1.6%	9	7.0%	2	1.6%	9	7.0%	4	3.1%	1	0.8%	3	2.3%	1	0.8%
	65-74	183	56.7	0	0.0%	16	8.7%	1	0.5%	11	6.0%	4	2.2%	16	8.7%	6	3.3%	1	0.5%	7	3.8%	2	1.1%

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診開始時の平成 20 年時は、受診率 56%であった。それより徐々に低下し、平成 28 年熊本地震による震災により、さらに低下している。また一方で、健診受診者で血圧、糖、LDL 高値のものへは医療機関への受診勧奨を行い受診につながったが、病院で検査している理由から健診を受けなくなっている現状もある。特定保健指導率は、地区担当により実施率向上している。今後も、優先順位を検討し、医療機関受診後も、健診を受けていくことで、重症化予防につながることを伝え、保健指導を行っていく。

【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	同規模順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								西原村	同規模平均
H25年度	1,259	694	55.1	26位	93	35	37.6	55.4	40.4
H28年度※	1,275	581	48.2	73位	82	49	59.8	48.2	41
				同規模238					

## 2) 第 1 期に係る考察

第 1 期データヘルス計画の大きな目標である「新規透析導入の予防」に関して、糖尿病および高血圧といった生活習慣病の予防に努めてきた。健診結果説明時の個別指導を始め、平成 27 年には管理栄養士を配置し、個別への栄養指導の関わり、国保係と連携し、レセプト情報の共有等を図った。また、平成 29 年度からは集団健診時に尿蛋白 ± 以上の者へ、尿タンパク定量検査を実施した。平成 28 年時点では、透析者は 6 名と平成 25 年より人数の変化はみられないが、中には後期高齢者へ移行した者や、転出したものもみられた。新規では糖尿病重症化、高血圧による新規透析導入者がみられた。新規透析導入者のうち、平成 20 年時点で腎機能悪化が著明にみられ、保健指導の介入にて、食事や生活面への指導を行ってきた。保健指導の介入により、透析導入の時期を遅らせることができた可能性が考えられる。生活習慣病の重症化を予防していくには、早期に保健指導や栄養指導による介入していくことが大変重要である。また、かかりつけ医との連携や、必要時にはさらに専門機関への紹介を行い、新規透析導入を遅らせることが、村の医療費の抑制にも大きくつながる。

生活習慣病の重症化を予防していくには、早い段階での介入が重要であり、その介入の入り口として、多くの人に住民健診を受けていただく必要がある。特定健診においては、年々受診率が低下しており、過去 1 度も健診や医療を受けたことがない人もおられるため、そうした方々への介入への入り口として健診を促していくことが、今後の課題でもある。また、特定健診は 40 歳からではあるが、健診を受けることへの習慣づけとして、30 歳代の生活習慣病健診の受診率を上げ、若い世代から健診を定着させていく必要がある。



## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

一人あたり医療費は県内平均とほぼ同等で国・同規模平均比較では上回っている。外来と入院で費用額を比較すると、入院にかかる一人当たりの費用額が高額で医療費負担が大きくなる。重症化を予防し入院費用を抑えることが課題である。

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較								
一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者		県		同規模平均		国	
	27,472円		27,974円		26,488円		24,245円	
		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0	
外来 ★NO.1【医療】	件数	96.1						
	費用額	55.3						
入院 ★NO.1【医療】	件数	3.3						
	費用額	44.7						

○入院を重症化した結果としてとらえる

#### (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

脳血管疾患と心疾患の6件のレセプト合わせて1000万円近くなり、とくに脳血管疾患は発症すると長期入院を余儀なくされる。そのため、脳を守るための基礎疾患(とくに重複の多い高血圧)の管理が課題である。

【図表 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか								
医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。								
原業者様式 様式1-1 ★NO.10 (OSV)	対象レセプト (H28年度)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他	
			人数	63人	3人	2人	14人	49人
			割合	108件	4.8%	3.2%	22.2%	77.8%
			件数	6件	3件	16件	83件	
			割合	5.6%	2.8%	14.8%	76.9%	
			費用額	1億3967万円	750万円	342万円	2326万円	1億0548万円
年齢別	40歳未満	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%			
40代	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	6.0%			
50代	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	9.6%			
60代	50.0%	33.3%	56.3%	56.6%				
70代	50.0%	66.7%	25.0%	22.9%				
<small>※脳血管疾患等(脳・心・がん)の人数は同一人扱でも重複する可能性があるため、合計人数は一致しない。</small>								
原業者様式 様式2-1 ★NO.11 (OSV)	対象レセプト (H28年度)	長期入院 (6か月以上の入院)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患		
			人数	178件	70.0%	5.0%	0.0%	
			件数	108件	60.7%	3.4%	0.0%	
			費用額	7867万円	3649万円	175万円	==	
<small>※精神疾患については最大医療費負担額(主計)で計上 ※脳血管疾患・虚血性心疾患は併発型の異なる施設(重複あり)</small>								
原業者様式 様式3-7 ★NO.19 (OSV)	対象レセプト	人工透析患者 (長期化する疾患)	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患		
			人数	56件	50.0%	25.0%	50.0%	
			件数	31件	47.0%	21.2%	48.5%	
			費用額	2652万円	1224万円	553万円	1242万円	
<small>※糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上</small>								
原業者様式 様式3 ★NO.13-18 (標準)	対象レセプト (H28年5月診療分)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
			人数	697人	51人	56人	9人	
			割合	7.3%	8.0%	1.3%		
			高血圧	43人	43人	6人		
			割合	84.3%	76.8%	66.7%		
			糖尿病	23人	25人	9人		
			割合	45.1%	44.8%	100.0%		
脂質異常症	32人	40人	7人					
割合	62.7%	71.4%	77.8%					
高血圧症	444人	197人	326人	67人				
割合	63.7%	28.3%	46.8%	9.6%				

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



(3)何の疾患で介護保険を受けているのか (図表 15)

75才以上になると約3人に1人が認定を受けており、2号保険者の認定も増加傾向であり。とくに2号被保険者の原因・基礎疾患としてすべてに高血圧がみられる。医療費の比較においても、介護を受けている人が介護を受けていない人より明らかに多くなっている。

介護の認定要因として、心臓・脳血管疾患及び認知症を占める割合も高く、生活習慣病の重症化によって要介護状態を招く現実が明らかであり、将来的な介護予防のための予防活動が重要である。今後、団塊の世代が後期高齢期を迎え認知症の更なる増加が予測される。認知症と生活習慣病との関連も示唆されており、生活習慣病(高血圧・糖尿病・脂質異常症など)から脳血管を守ることで認知症の発症を遅らせ、介護予防につながる事が考えられる。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか H28																	
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号			1号				合計							
	年齢		40~64歳			65~74歳		75歳以上		計							
	被保険者数					690人		1,008人		1,698人							
	認定者数					25人		306人		331人							
	認定率		0.42%			3.6%		30.4%		19.5%							
	新規認定者数(*1)					6人		34人		40人							
	介護度別人数	要支援1・2		50.0%			4		16.0%		44		14.4%				
要介護1・2		20.0%			9		36.0%		114		37.3%						
要介護3~5		30.0%			12		48.0%		148		48.4%						
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号			1号				合計							
	年齢		40~64歳			65~74歳		75歳以上		計							
	介護件数(全体)					25		306		331							
	再)国保・後期					21		290		311							
	(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	50.0%	脳卒中	9	42.9%	脳卒中	127	43.8%	脳卒中	136	43.7%	脳卒中	139	43.8%
			2	虚血性心疾患	16.7%	虚血性心疾患	4	19.0%	虚血性心疾患	100	34.5%	虚血性心疾患	104	33.4%	虚血性心疾患	105	33.1%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	14.3%	腎不全	42	14.5%	腎不全	45	14.5%	腎不全	45	14.2%
		基礎疾患(*2)	糖尿病	50.0%	糖尿病	10	47.6%	糖尿病	126	43.4%	糖尿病	136	43.7%	糖尿病	139	43.8%	
			高血圧	100.0%	高血圧	16	76.2%	高血圧	249	85.9%	高血圧	265	85.2%	高血圧	271	85.5%	
			脂質異常症	66.7%	脂質異常症	7	33.3%	脂質異常症	152	52.4%	脂質異常症	159	51.1%	脂質異常症	163	51.4%	
		血管疾患合計		合計	100.0%	合計	19	90.5%	合計	275	94.8%	合計	294	94.5%	合計	300	94.6%
		認知症		認知症	16.7%	認知症	6	28.6%	認知症	165	56.9%	認知症	171	55.0%	認知症	172	54.3%
筋・骨格疾患		筋骨格系	100.0%	筋骨格系	19	90.5%	筋骨格系	270	93.1%	筋骨格系	289	92.9%	筋骨格系	295	93.1%		

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

## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

西原村の健診データ所見の特徴として、男性(40~64歳)の BMI 腹囲 全年齢の男女の空腹時血糖値及び HbA1c 有所見者の割合が高く、これは全国と比較しても顕著である。内臓脂肪による将来の血管障害のリスクに加え高血糖を併せ持つ者が多い。また、健診受診率も低い。40~50代の健康実態は十分に把握できていない。働き盛り世代(特に男性)への受診勧奨のポプレーションアプローチの工夫と、糖尿病及び内臓脂肪蓄積の改善に着目した保健指導の実施が課題である。

														【図表16】									
4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7)														★NO.23 (概要)									
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		
	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上												
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5	50.1	28.2	20.4	8.7	27.9	55.6	13.9	49.2	24.1	47.3												
県	14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	
保険者	合計	79	29.9	131	49.6	57	21.6	60	22.7	13	4.9	151	57.2	218	82.6	42	15.9	158	59.8	92	34.8	133	50.4
	40-64	40	42.1	52	54.7	25	26.3	26	27.4	6	6.3	54	56.8	80	84.2	21	22.1	51	53.7	42	44.2	56	58.9
	65-74	39	23.1	79	49.6	32	18.9	34	20.1	7	4.1	97	57.4	138	81.1	21	12.4	107	63.3	50	29.6	77	45.6
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		
	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												
全国	20.6	17.3	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	1.8	42.7	14.4	57.1												
県	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	
保険者	合計	60	19.2	56	17.9	42	13.5	19	6.1	3	1.0	112	35.9	266	85.3	6	1.9	143	45.8	46	14.7	159	51.0
	40-64	25	19.4	24	18.6	17	13.2	10	7.8	0	0.0	42	32.6	106	82.2	0	0.0	51	39.5	18	14.0	71	55.0
	65-74	35	19.1	32	17.5	25	13.7	9	4.9	3	1.6	70	38.3	160	87.1	6	3.3	92	50.3	28	15.3	88	48.1
*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	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	
全国					548609	17.2						875805	27.5										
県	45831	30.1	2513	1.7	7939	5.2	618	0.4	5577	3.7	1744	1.1	12272	8.1	2538	1.7	672	0.4	5329	3.5	3731	2.4	
保険者	合計	264	43.9	14	5.3%	43	16.3%	3	1.1%	30	11.4%	10	3.8%	74	28.0%	24	9.1%	1	0.4%	27	10.2%	22	8.3%
	40-64	95	33.9	7	7.4%	17	17.9%	1	1.1%	11	11.6%	5	5.3%	28	29.5%	7	7.4%	1	1.1%	10	10.5%	10	10.5%
	65-74	169	52.5	7	4.1%	26	15.4%	2	1.2%	19	11.2%	5	3.0%	46	27.2%	17	10.1%	0	0.0%	17	10.1%	12	7.1%
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	
全国					241487	5.8						396909	9.5										
県	58136	35.2	1387	0.8	3857	2.3	152	0.1	2865	1.7	840	0.5	5316	3.2	832	0.5	241	0.1	2805	1.7	1438	0.9	
保険者	合計	312	50.7	2	0.6%	29	9.3%	3	1.0%	20	6.4%	6	1.9%	25	8.0%	10	3.2%	2	0.6%	10	3.2%	3	1.0%
	40-64	129	44.2	2	1.6%	13	10.1%	2	1.6%	9	7.0%	2	1.6%	9	7.0%	4	3.1%	1	0.8%	3	2.3%	1	0.8%
	65-74	183	56.7	0	0.0%	16	8.7%	1	0.5%	11	6.0%	4	2.2%	16	8.7%	6	3.3%	1	0.5%	7	3.8%	2	1.1%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

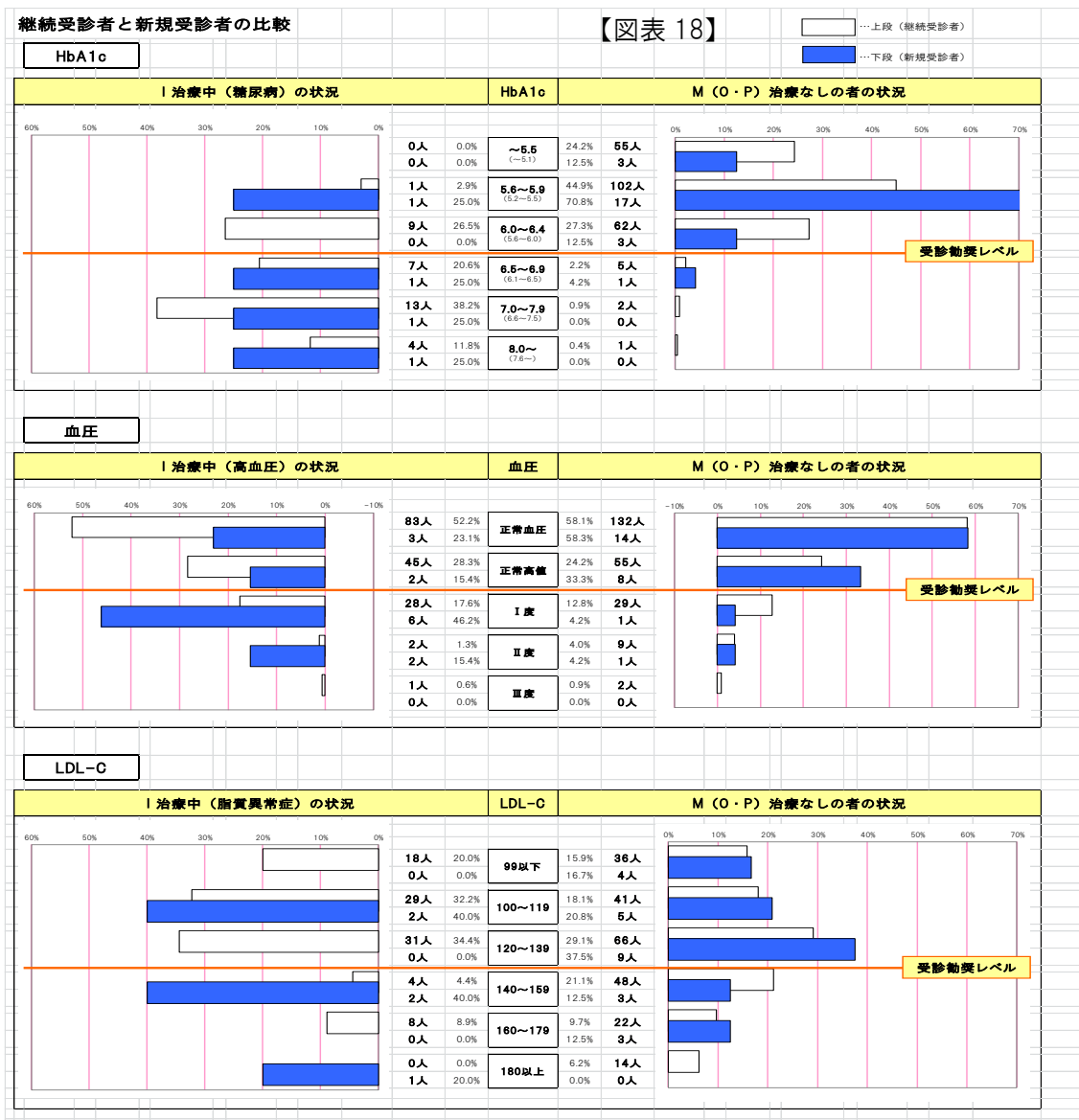
糖尿病:治療中のコントロール不良者が多い。HbA1c 高値者(8.0 以上)から優先順位を決定し、内服管理状況とあわせ、生活状況の確認と食生活指導の展開が必要。

また治療なし HbA1c5.6~5.9 の受診者が最も多く、糖尿病予備軍が多く存在する現状である。

血圧:治療中の I 度高血圧が多い。受診勧奨レベル以下の血圧値にコントロールできるような自己管理の学習支援、受診や生活の状況把握を行う。また I、II 度高血圧未治療者あり。

LDL:受診勧奨レベルの未治療者あり。治療中コントロール不良者の生活実態は未把握である。

血圧・LDL 高値の未治療者は確実に治療につながるよう受診勧奨を行い、糖尿病コントロールは継続的に食生活の実態把握を行いながら支援し重症化予防を行う。

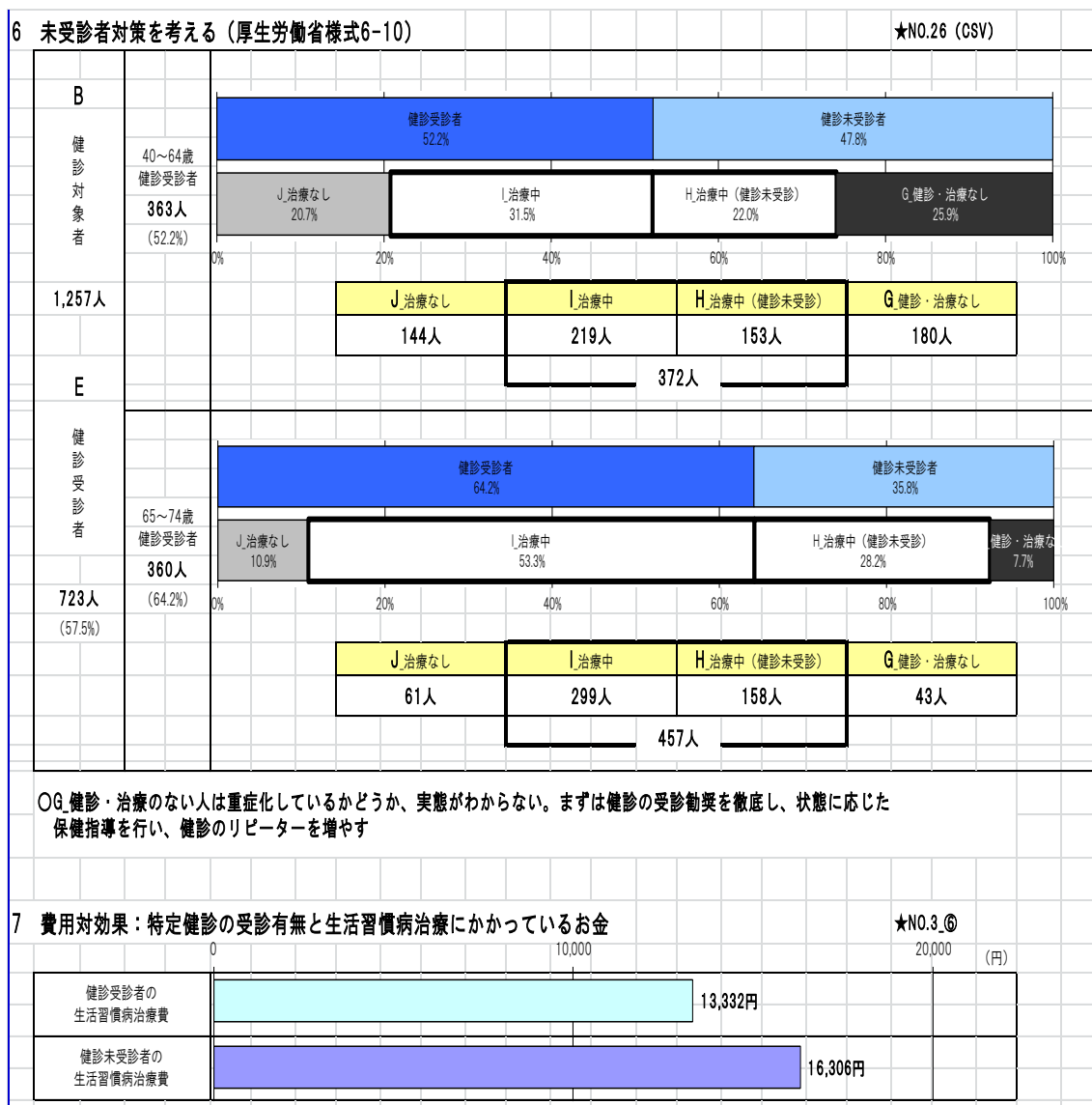


#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

40～64 歳の健診未受診かつ治療なしの者 180 人の健康実態が未把握である。初回健診で要医療となる 40 歳代のケースもあり、特に受診率の低い若い世代の受診勧奨が課題である。健診受診者の生活習慣病治療費は健診未受診者よりも抑えられている現状あり、健診の必要性の啓発を行う。

65～74 才治療中健診未受診者 158 人に対する医療機関での結果報告書の提出や特定健診委託医療機関との連携による個別特定健診の受診勧奨を行うことで効果的な未受診者対策が可能となる。

【図表 19】



### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① 中長期的な目標の設定

###### 課題① 特定健診受診率の低下

###### 目標 受診率 60%以上

実施内容 : 未受診者対策

- ・40～64歳過去3年未受診者の受診勧奨(家庭訪問・通知)
- ・特定健診委託医療機関をかかりつけ医とする対象者の特定健診受診の協力依頼や連携を図る
- ・個別健診の委託医療機関を村内医2ヶ所だけでなく近隣町村へ拡大し、委託期間の延長(平成30年度から)
- ・受診率勧奨に向け、国保係と保健師の定期的な連携会議を開く

###### 課題② 特定健診結果 空腹時血糖 HbA1c 高値者の増加

(内臓脂肪の蓄積及び糖毒性による将来的な血管障害のリスクを持つ者の増加)

目標 健診受診者の糖尿病(HbA1c6.5以上)の割合 9.6%→ 8%以下へ

健診受診者の糖尿病(HbA1c7.0以上)の割合 7.1%→ 6%以下へ

糖尿病未治療者の割合 2.2%→ 1.0%以下へ

糖尿病保健指導実施率 51.2%→ 80%以上へ

実施内容 : 重症化予防対策

- ・医療機関受診が必要な者への受診勧奨
- ・継続受診の支援
- ・服薬管理だけでなく食事療法と併用して管理ができるよう生活実態を把握し具体的な食の保健指導を実施
- ・かかりつけ医との連携(糖尿病連携手帳、熊友パスの活用)
- ・かかりつけ医、専門医、保険者等との連携体制の確立

###### 課題③ 医療費の増加 脳血管疾患にかかる医療費

目標 特定健診保健指導実施率 49%→70%以上へ

高血圧(Ⅱ度以上)未治療者 5.26%→ 4%以下へ

メタボリックシンドローム・予備軍の割合 43.9→40%以下へ

実施内容 : 重症化予防対策

- ・脳血管疾患の基礎疾患となる、内臓脂肪・高血圧・脂質異常等の保健指導

課題①②③に対する評価計画は、短期目標値を単年度ごとに設定し、年度末である1月から2月にかけて評価を行う。中間評価は平成32年度、最終評価は平成35年度に行うこととする。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50%	55%	60%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	60%	65%	70%	70%	70%	70%

### 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	1200人	1200人	1200人	1200人	1200人	1200人
	実施者数	600人	688人	750人	813人	813人	813人
特定保健指導	対象者数	70人	80人	90人	90人	90人	90人
	実施者数	42人	52人	63人	63人	63人	63人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

集団検診及び個別健診を実施しており、集団検診についてはがん検診等の委託契約をJA厚生連と行っている。個別健診については、村内2ヶ所の医療機関で健診を行うため、熊本県医師会と契約を行い実施している。

- ① 集団健診(保健衛生課、委託健診機関)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、年度当初の健診案内の書類に記載し全世帯へ配布する。

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。（集団健診6月と11月、個別健診は6月から12月の実施を予定）

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

【図表 22】

保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年9月1日現在)	受診券発行月日※							受診券有効期限				
		H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
A	39,626				7月1日						12月20日		
B	11,613				7月1日						12月31日		
C	7,021				7月1日				10月31日				
D	12,726				7月1日						12月31日		
E	1,012		5月1日							11月30日			
F	299			6月1日						11月30日			
G	536			6月1日							12月31日		
H	4,442				7月1日						12月28日		
I	1,147				7月1日					11月30日			
J	1,032				7月1日						12月22日		
K	2,402			6月1日						11月30日			
L	3,481				7月1日						12月31日		
M	5,448			6月1日							12月31日		
N	2,553				7月1日						12月31日		
O	2,346			6月1日								1月31日	
P	7,458				7月1日						12月28日		
Q	7,370			6月1日							12月30日		
R	5,021				7月1日						12月31日		
S	4,774				7月1日						12月31日		
T	1,671			6月1日								1月31日	
U	1,730				6月1日						12月31日		
V	2,250			6月25日							12月31日		
W	1,500				7月1日							1月31日	
X	2,198			6月1日						11月30日			
Y	1,119						8月1日				12月22日		
	130,784												

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。  
 (注)平成29年10月以降に75歳に到達する方については、一律「9月30日」が有効期限です。

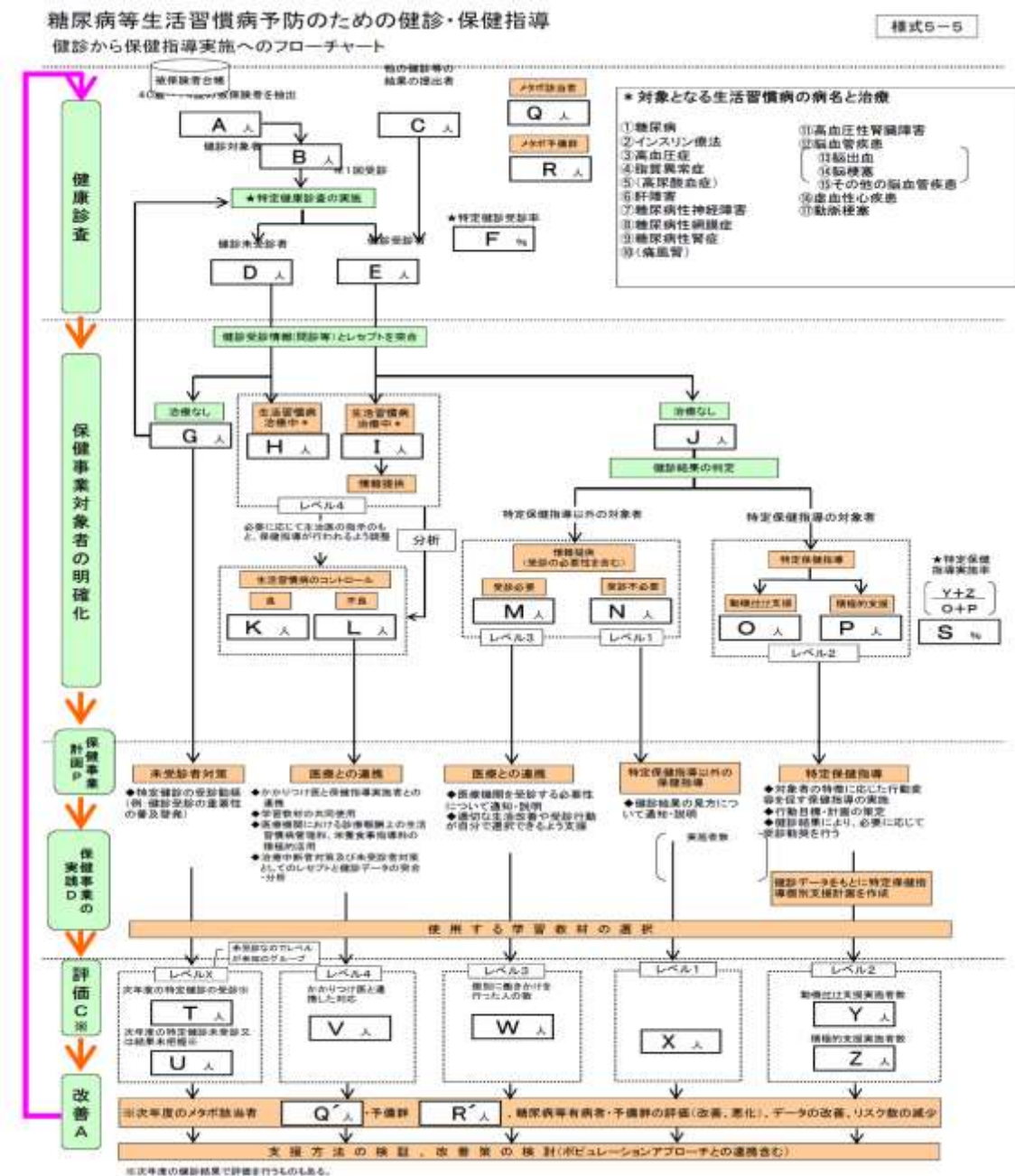
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、西原村直接実施、衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】





(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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を行う	87人 (7.3%)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・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	124人 (10.3%)	HbA1c6.1 以上については 90%
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)	595人 ※受診率目標達成までにあ と 120人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	134人 (11.2%)	70%
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	265人 (22.1%)	70%



## 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西原村個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、西原村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 9. 評価計画

### ●評価指標

- ・特定健康診査受診率（地区別受診率）
- ・特定保健指導実施率（地区別実施率）
- ・階層化別内訳、導入方法別実施状況、受診回数別有所見状況等
- ・保健指導実施者、翌年健診結果状況、改善率等
- ・未受診者訪問後受診状況

#### 中間評価

- ・10月～11月 訪問面談実施人数および、受診状況の確認
- ・6月健診未受診者の把握と、11月の集団健診および個別の受診勧奨
- ・かかりつけ医からのデータ確認

#### 年度内最終評価

- ・1月～2月 実施人数、受診状況、データ改善率

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、健診未受診者の受診勧奨により未把握の健康実態を明確にした上で、糖尿病性腎症、脳血管疾患、心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、保健事業として、特定健診未受診者対策、重症化予防の取り組み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。重症化予防の取り組みの優先順位として、西原村の健診結果の中でメタボリックシンドロームの対象者のうち高血糖値の方が多くみられるため、糖尿病性腎症重症化予防をまず行っていく。次に、医療費の伸びでみられる脳血管疾患、続いて心疾患の順で重症化予防を行っていく方向とする。

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。(図表 40、41)

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

### II 特定健診未受診者への取り組み

#### 1) 基本的な考え方

特定健診が開始された平成20年度から受診率は低下の一途を辿っており、特定健診未受診者は特に40～50歳代に多く、若い世代の健康実態が十分に把握できていない現状である。自覚症状が無いままに進行する生活習慣病予防・重症化予防のためには、健診受診が必要であり、さらに受診しやすい体制整備及び受診勧奨の取り組みを以下の視点で実施する。

- (1) 未受診者の把握年代ごとの受診状況等の分析
- (2) 未受診者へのアプローチ (個別訪問や連絡等・ポピュレーションアプローチ)
- (3) 委託医療機関をかかりつけ医とする対象者の定期受診時の特定健診受診の促し  
医療機関への協力依頼 (委託契約時の説明)
- (4) 特定健診委託医療機関の拡大 村内2箇所から村外を含む4箇所へ予定
- (5) 委託期間の延長 7月～11月を6月から12月へ予定

### Ⅲ 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)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

**健診を受診した者のうち医療機関未受診者**

①参考資料2の「熊本県晩糖尿病腎症重症化予防プログラム」のフローチャートの3つの条件(A・B・C)全てに該当する者(早期に受診勧奨が必要な者)

②①以外であっても別添1を参考に、健診結果より受診勧奨が必要な者

**糖尿病治療中断者**

通院中の患者であって最終の受診日から6月経過しても受診しない者

**重症化するリスクの高い者**

健診データ、本人、医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われるもの。

### (2)選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

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

【図表 27】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。西原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、さらに尿蛋白で±以上の者には、尿蛋白定量検査を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

症病期の推測をしている。しかし今後は、さらに早期の段階で腎症を発見するためにも尿アルブミンの2次検査として実施していく方法を検討していく必要があると考える。(参考資料4)

## 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った。(図表 28)

西原村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 48 人(50.5%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 285 人中のうち、特定健診受診者が 99 人(34.7%・G)であったが、79 人(79.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 167 人(58.6%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 53 人中 42 人は治療中断であることが分かった。また、11 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入していく。

## ③ 対象者の優先順位と介入方法

(※図表 28 および糖尿病管理台帳より抽出)

**【優先順位 1】** 健診を受診した者のうち医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導

### 介入方法 1

・原則、①個別指導 ②電話 ③文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を実施するが専門職(保健師、管理栄養士など)により個別面談や訪問にて受診勧奨、保健指導を実施する。

・健診を受診した者のうち医療機関未受診者や中断者について受診勧奨を実施する場合は、参考資料 2 のフローチャートを参考に糖尿病連携医に紹介し、適切な医療にむすびつけることが望ましい。

\*参考資料 2、3 の「軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)」「軽症糖尿病、境界型の取扱いの基本方針(熊本県版)」参考

**【優先順位 2】** 健診を受診し糖尿病治療者のうち重症化するリスクの高い者への保健指導を、かかりつけ医と十分に連携した上で行う。

### 介入方法 2

・対象者個々人の生活習慣や服薬状況、糖尿病性腎症の病期に応じて管理栄養士

と保健師で話しあいながら行う。

・かかりつけ医と連携の際には、糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）<sup>注1</sup>、糖尿病連携手帳、連絡票<sup>注2</sup>などを活用し、保健指導の指示や内容について相互に伝達連携を行う。連絡票については、平成30年度から活用していく。

【優先順位3】過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者への、健診受診勧奨と検査データの確認

#### 介入方法3

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者のレセプト等を確認し、健診の受診勧奨を行う。
- ・かかりつけ医での検査データ(現在の血糖値および HbA1c 等)確認し、必要時保健指導および栄養指導を行う。

<sup>注1</sup> 「糖尿病地域連携パス(DM熊友パス)」

関係機関との連携をより円滑に行うためのパス

(保険者から配布する場合の配布基準：以下の条件を満たす人)

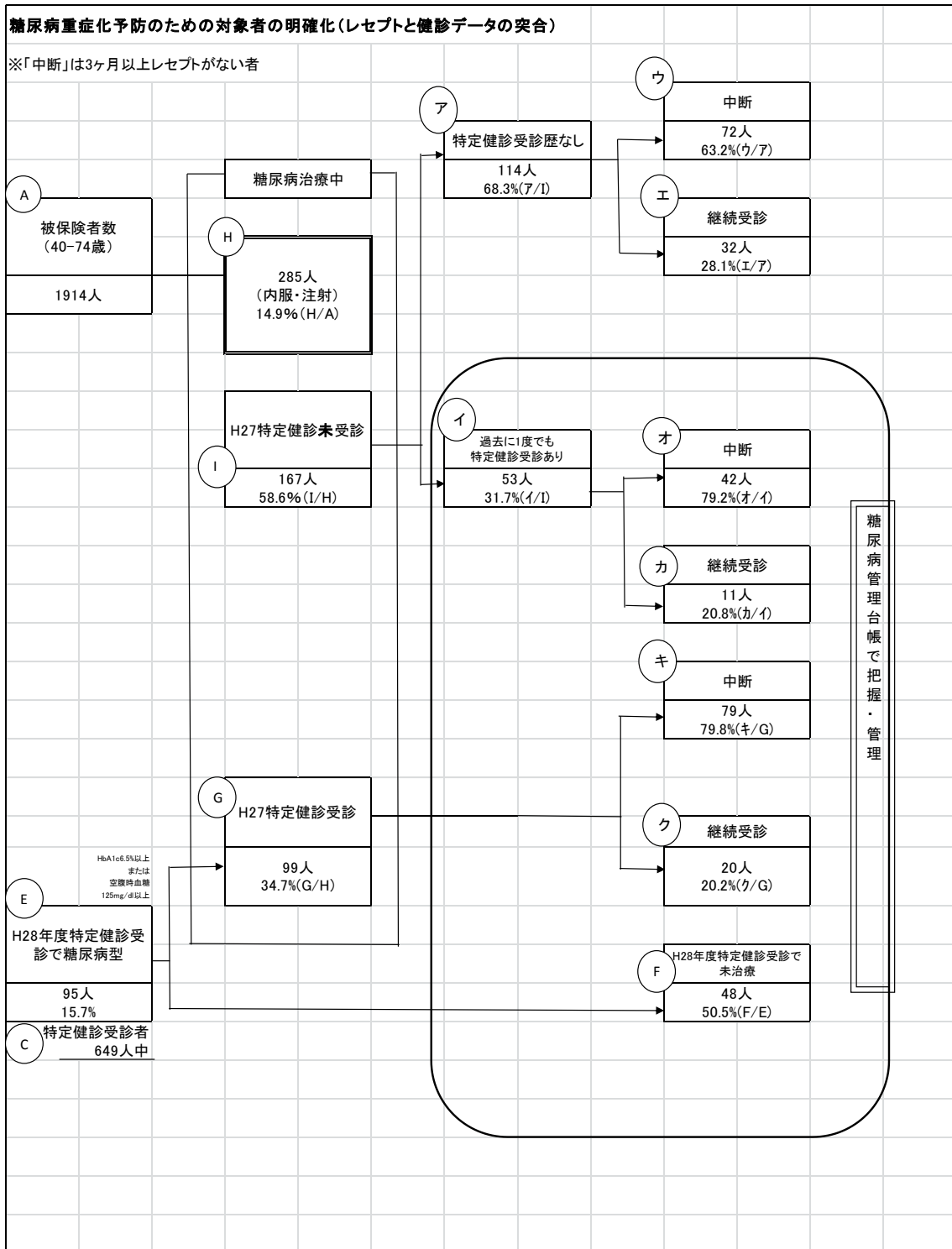
- ・特定健診受診者のうちHbA1c 7.0以上
- ・医療機関未受診者
- ・原則として糖尿病連携医受診希望者

<sup>注2</sup>(参考)日本腎臓学会編「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」

参考資料 健診からのCKD精密検査紹介書式 熊本県版



【図表 28】



### 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 5)及び年次計画表(参考資料 6)で行い、保健師および管理栄養士が担当地区ごとに保健指導を実施管理していく。

### 【糖尿病台帳作成手順】

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

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……79 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……9 人

## 4) 保健指導の実施

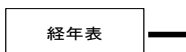
### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。に西原村においては、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 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> <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？             <ul 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> </ul> </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. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは集団健診時に尿蛋白定量検査を実施している。現在、2次健診実施可能な医療機関がないため、今後は村内医療機関2カ所や検診機関と検討や相談を行い、実施できるよう取り組む。

## 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、糖尿病地域連携パス(DM熊友パス)や連絡票を活用する。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県プログラムに準じ行っていく。(参考資料 3)

## 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

実施した重症化予防プログラムの評価としては、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)の各段階を意識した評価を行う。中長期的な費用対効果の観点からの評価をする。

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。

(アウトプット)

- ② 対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ③ かかりつけ医等と連携した対応を行った数

(アウトカム)

- ① 糖尿病性腎症病気分類のステージの維持・改善・悪化の数
- ② 新規人口透析患者導入患者数(糖尿病性腎症患者の数)の推移
- ③ 人工透析にかかる医療費の推移
- ④ 医療機関未受診者の割合
- ⑤ 治療中断者(糖尿病および糖尿病性腎症)の割合

## 8) 実施期間及びスケジュール

4月～5月

特定健診受診勧奨

6月 特定健診(集団、個別実施)

7月 対象者の抽出

糖尿病管理台帳作成

地区担当制で担当者の明確化

通年を通して対象者への介入開始

10月～11月

中間評価

2月～3月

P D C Aサイクルに基づき評価を実施

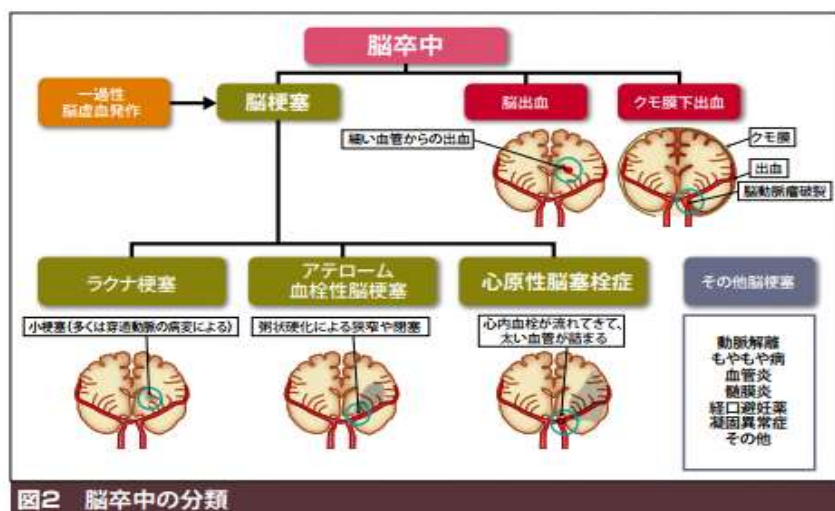
## 2. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 30、31)

【脳卒中の分類】

【図表 30】



(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 31】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 32 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。【図表 32】

特定健診受診者における重症化予防対象者														
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 (○はハイリスク郡)		高血圧	糖尿病		脂質異常症 (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 610人		31人	5%	70人	11.5%	24人	3.9%		107人	17.5%	5人	0.8%	20人	3.3%
の臓器あり	治療なし	21人	5.2%	45人	8.0%	21人	4.2%		30人	8.7%	3人	0.9%	4人	1.2%
	治療あり	10人	4.9%	12人	53.2%	3人	2.6%		77人	29.1%	2人	0.8%	16人	6.1%
	臓器障害あり	11人	52.4%	25人	26.7%	5人	23.8%		12人	40%	3人	100%	4人	100%
の臓器あり	CKD(専門医対象)	4人		3人		0			1人		3人		4人	
	尿蛋白(2+)以上	2人		2人		0			1人		3人		1人	
	尿蛋白(+)&尿潜血(+)	1人		1人		0			0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人		2人		0			1人		1人		4人	
	心電図所見あり	8人		10人		5人			12人		1人		2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。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が31人(5%)であり、21人は未治療者であった。また未治療者のうち11(52.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も10人(4.9%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### (2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 33)

【図表 33】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化										
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）										
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類	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
	394	121 30.7%	87 22.1%	93 23.6%	72 18.3%	17 4.3%	4 1.0%	8 2.0%	33 8.4%	52 13.2%
リスク第1層	74 18.8%	39 32.2%	13 14.9%	13 14.0%	8 11.1%	1 5.9%	0 0.0%	8 100%	1 3.0%	0 0.0%
リスク第2層	190 48.2%	57 47.1%	49 56.3%	44 47.3%	32 44.4%	8 47.1%	0 0.0%	--	32 97.0%	8 15.4%
リスク第3層	130 33.0%	25 20.7%	25 28.7%	36 38.7%	32 44.4%	8 47.1%	4 100.0%	--	--	44 84.6%
再掲 (重複あり)	糖尿病	45 34.6%	7 28.0%	11 44.0%	13 36.1%	10 31.3%	2 25.0%	2 50.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	67 51.5%	16 64.0%	14 56.0%	17 47.2%	13 40.6%	4 50.0%	3 75.0%		
	3個以上の危険因子	45 34.6%	5 20.0%	7 28.0%	14 38.9%	15 46.9%	2 25.0%	2 50.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 33 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

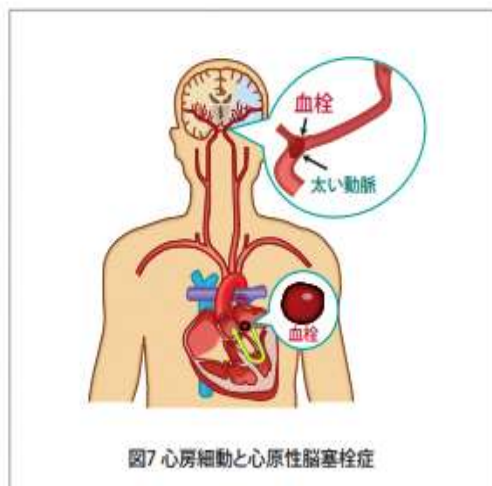


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 34 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。



【図表 34】

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				日循疫学調査*		
	男性	女性	男性		女性		男性	女性	
	人	人	人	%	人	%	%	%	
合計	278	319	4	1.4	1	0.3	—	—	
40歳代	22	29	0	0	0	0	0.2	0.04	
50歳代	26	42	0	0	0	0	0.8	0.1	
60歳代	157	182	2	1.3	1	0.5	1.9	0.4	
70～74歳	73	66	2	2.7	0	0	3.4	1.1	
			* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率						
			* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳						

【図表 35】

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		治療中	
人	%	(人)	(%)	(人)	(%)
5	100	1	20	4	80

心電図検査において5人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に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ことがわかった。また5人のうち4人は既に治療が開始されていたが、1人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

## (2) 二次健診の実施

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

## (3) 対象者の管理

### ① 高血圧者の管理

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

### ① 心房細動の管理台帳

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

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

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 8.)

##### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ② 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。西原村において健診受診者649人のうち、集団健診実施者はすべて心電図検査を行っており、そのうちST所見があったのは13人であった(図表36)。ST所見あり13人の中のうち3人は要精査であり、その後の受診状況をみると3人とも医療機関を受診していた(図表37)。また心電図検査のその他の所見あり、要精査が出ているのに医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの10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。

西原村は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施し、結果を本人へも伝えていく必要がある。

心電図検査結果										【図表30】	
	健診受診者(a)		心電図(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)	(b/d)(%)	(人)	(e/b)(%)	
平成28年度	649	100	649	100	13	2.0	169	26.0	480	73.9	

ST所見ありの医療機関受診状況								【図表31】	
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)	(b/d)(%)		
13	100	3	23.1	3	23.1	0	0		

### ③ 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 以上もしくは拡張期血圧 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 38 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 38】

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	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	649	13	169	480		
		2%	26%	74%		
メタボ該当者	109	4	31	74	②-1	
	16.8%	3.7%	28.4%	67.9%		
メタボ予備軍	76	0	18	58		
	11.7%	0	23.7%	76.3%		
メタボなし	464	11	105	348		
	71.5%	2.4%	22.6%	75%		
LDL-C	140-159	66	1	14	51	
		14.2%	1.5%	21.2%	72.3%	
	160-179	27	1	3	23	
		5.8%	3.7%	11.1%	85.2%	
180-	17	1	3	13	②-2	
	3.6%	5.9%	17.6%	76.5%		

### 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 39 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 39】

#### 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) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 9 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

### (3) 対象者の管理

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

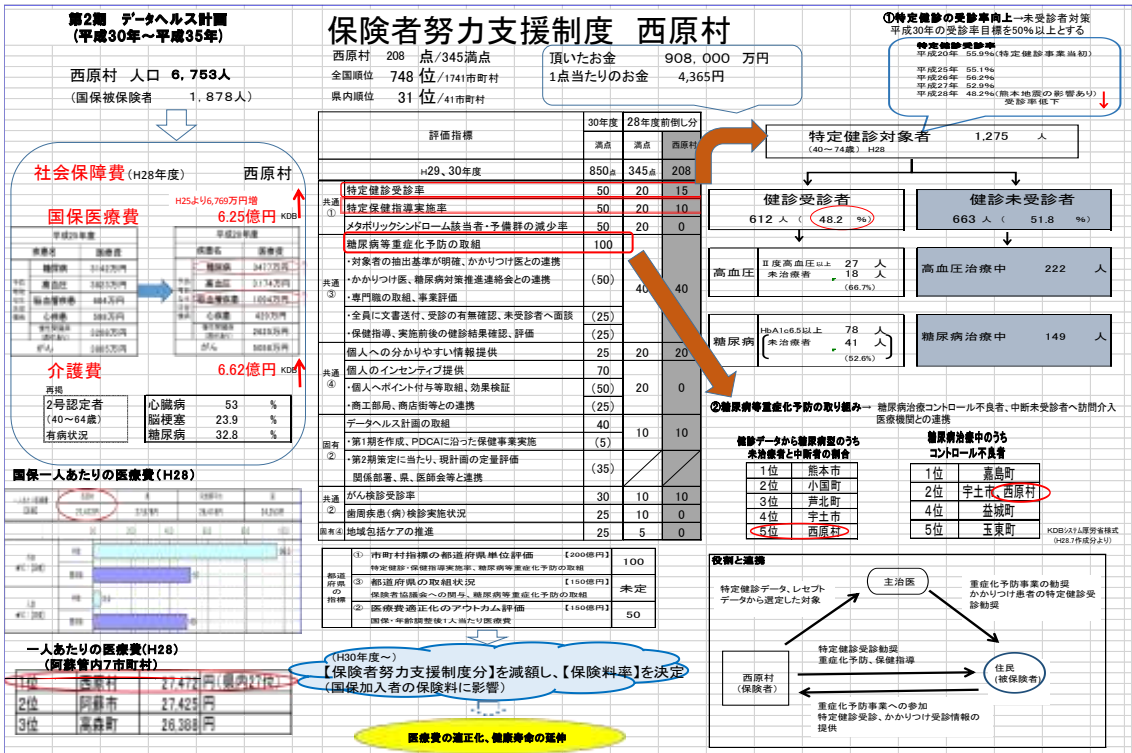
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)



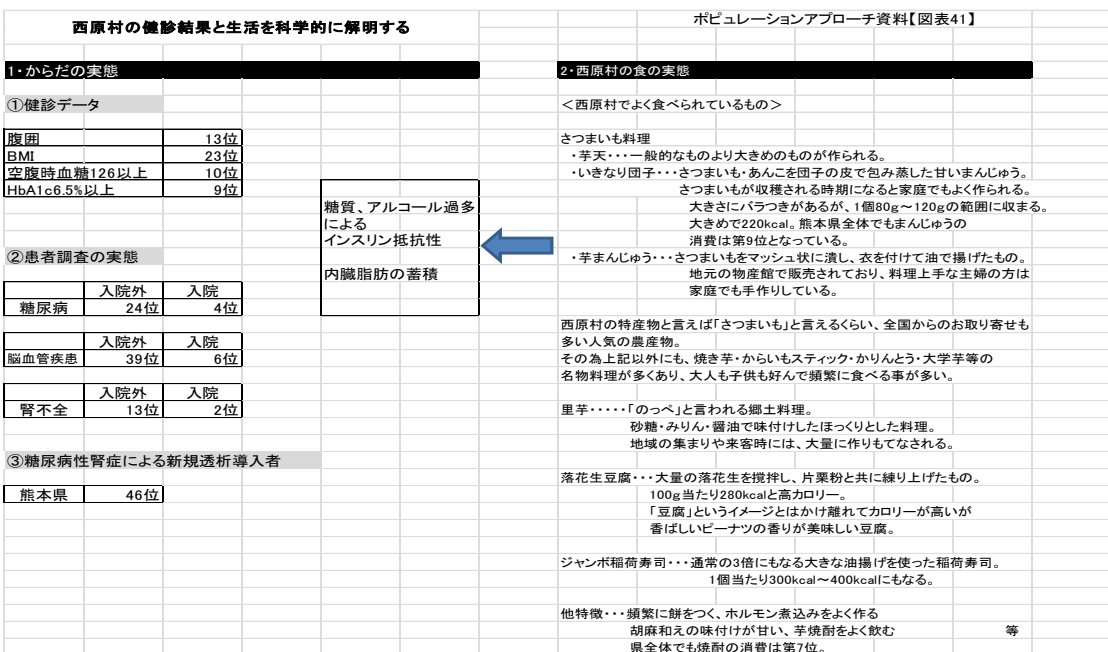
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、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40・41)

【図表40】



【図表41】



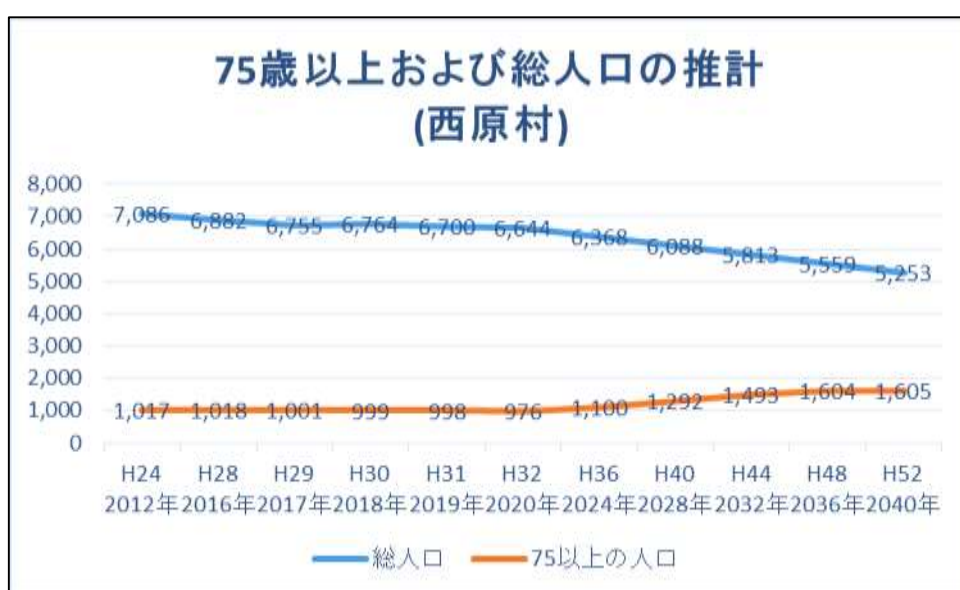
## 第5章 地域包括ケアに係る取組

「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。西原村でも 2040 年に向けて、75 歳以上の人口の割合が増えていくことが考えられる。(図表 42)

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

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。(参考資料 12)+30

【図表 42】



## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料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）	<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> <li>・ 定期的な国保との連携会議、研修への参加</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> <li>・ 対象者名簿の作成、経過の記録様式を作成</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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、

個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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