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度が創設されることとなった。

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

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

２．計画の位置付け（図表１・２・3）

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。

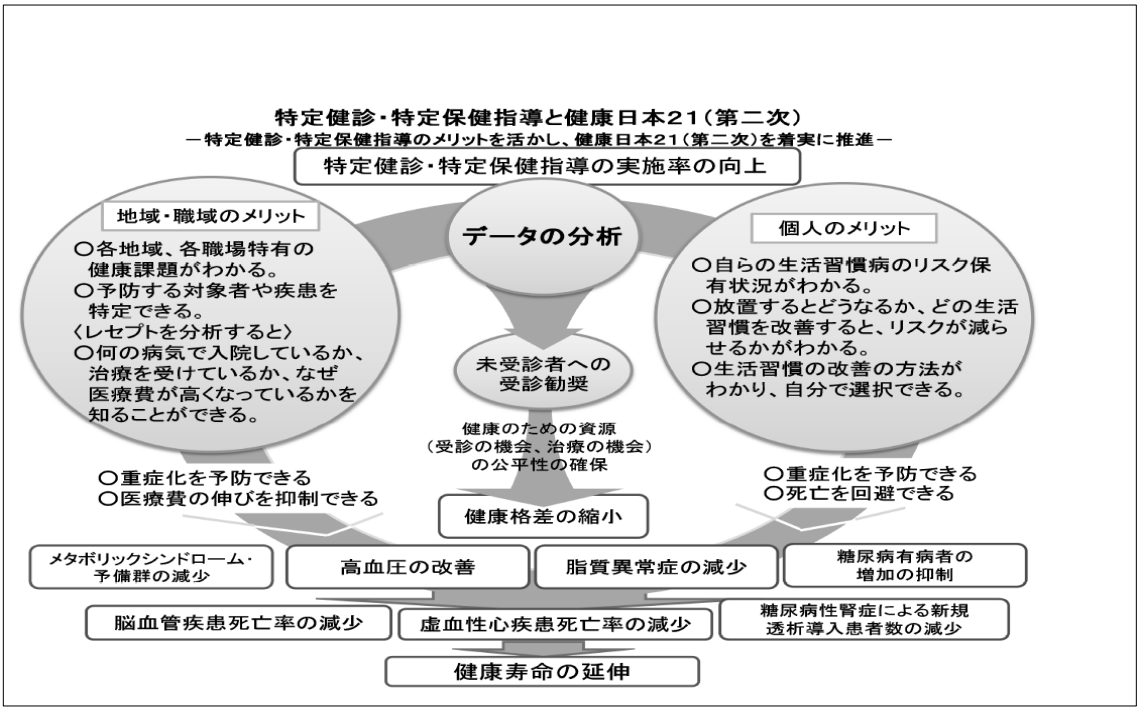
【図表 1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ　2017.10.11

※ 健康増進事業実施者 とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法

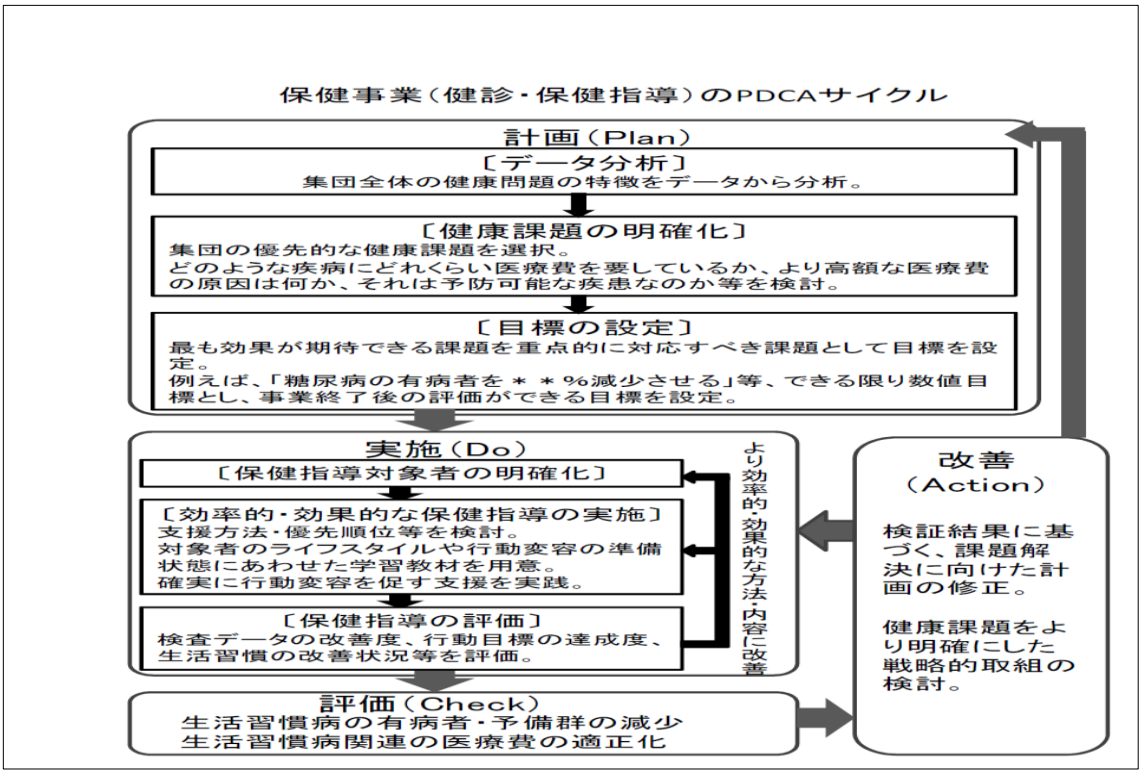
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	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図る**とともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、**社会保障制度が維持可能**なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の**生活習慣病の予防対策**を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには**重症化や合併症の発症を遅延**、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら**医療の伸びの抑制**を実現することが可能となる。 特定健康診査は、**糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防**することを目的として、**メタボリックシンドローム**に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	**生活習慣病対策**をはじめとして、被保険者の**自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み**について、**保険者**がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 **被保険者の健康の保持増進**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は保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの**予防**又は、要介護状態等の**軽減**もしくは**悪化の防止**を理念としている	**国民皆保険を堅持**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、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、**良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保**を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通して、**地域において切れ目のない医療の提供**を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿性病腎症** 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	**糖尿病性腎症** **糖尿病性神経障害** **糖尿病性網膜症** 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性証、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋委縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム **糖尿病** 生活習慣病	**糖尿病** 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評　価	※53項目中　特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) 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特定健診率　②特定保健指導率 ③健診結果の変化　④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定	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 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ③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 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

３．計画期間

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

４.関係者が果たすべき役割と連携

１）実施主体関部局の役割（図表 4）

氷川町においては、健康福祉課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康福祉課予防係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、同課予防係、同課介護係、同課福祉係、地域包括支援センターとも十分連携することを目指す。また、努力支援制度の評価指標と未受診者対策をつなげ施策化するため商工観光部局とも連携を図っていく。その他、国保運営協議会でのデータヘルス計画の目標に対する年間計画の進捗状況（ＰＤＣＡでの評価）を報告・意見交換を含め情報共有していく。

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

２）外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、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、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と県は、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。

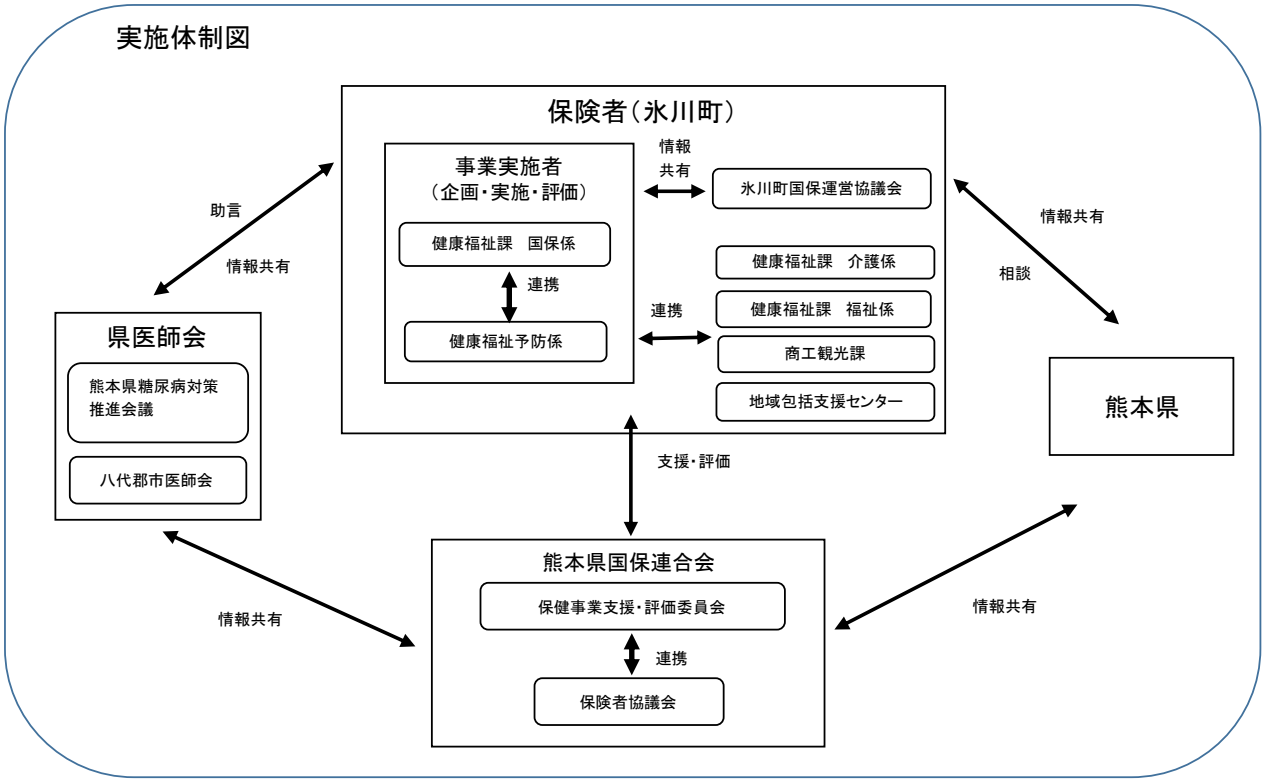
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

３）被保険者の役割

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

氷川町の実施体制図

【図表 4】



４．保険者努力支援制度（図表 5）

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（平成 30 年度から本格実施）国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしている。平成２８年度に点数が低かった特定健診受診率、特定保健指導実施率については満点を目指し、今後配点が高くなる重症化予防の取り組みと個人へのインセンティブ提供、後発医薬品の使用割合については重点的に取り組む必要がある。

【 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）		239			
総得点（体制構築加点含む）		228			
全国順位（1，741市町村中）		453			
共通①	特定健診受診率	10			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	15			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患（病）検診の実施	10			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	7			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有①	収納率向上に関する取組実施状況	0			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	0			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	6			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（参考資料 1、医療費の状況図７参考）

氷川町は県や同規模と比較して第１次産業の構成割合が多い地域である。農業が盛んで主な作物はイチゴ、イ草、梨などである。参考資料 1 から平成 25 年と 28 年で比較すると、国保被保険者の６５歳以上の割合は　30.9%から 35.7%で増加している一方、40 歳から 64 歳の被保険者数 37.8%から 35.1%で減少している。また、39 歳以下は 28.3%から 27.0%に減少し、県や国に比較すると若い世代の被保険者が多いものの高齢化は確実に進んでいる。町の交通アクセスは少なく、受診や買い物などの移動手段の多くは車が多い。買い物先や通院先へは自家用車かタクシーかバスの利用となるが、高齢になるとより ADL・健康面において自立を保てなければ、通院などで交通にかかる費用が家計を圧迫することにつながっているケースもある。このことから、当該計画では将来的な介護や医療の両面から予防効果を求めていかなければならない。

地区ごとに生活形態が似ており、農繁期など時期によって生活リズムが大きく変動する特徴がある。平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、死因別に心臓病と腎不全による死亡割合は減少していたが、脳血管疾患、糖尿病によるものは若干の増加がみられる。しかし、同規模比較した場合は少ない状況にあるため、予防可能な疾患による死亡は抑えられてきていると推測できる。重症化予防の指標となる介護や医療の状況を見ると、新規認定者の減少と 2 号認定者の減少が見られている。

また、医療費分析では、医療費全体の伸びを地域差指数※1でみると平成 28 年度は 1.075 と上昇し、そのうちの入院に関する医療費は 1.143 と上昇している。これは熊本県国保全体の地域差指数 1.118 と比較しても伸び率が高いことがわかる。予防可能な疾患からみる医療費分析では、慢性腎不全（透析あり）によるものは減少しており入院外来ともに 1 件当たりの医療費も減少傾向である。基礎疾患としての糖尿病や高血圧は増加傾向にあり、重症化予防の取り組みが大きな課題である。平成 23 年度より慢性腎不全者やⅡ度以上の高血圧リスク者の重症化予防訪問を開始し、中長期的目標になる慢性腎不全(透析)と脳血管疾患の医療費の抑制効果が表れてきている。一方、糖尿病と心疾患は入院の１件当たり医療費も増加し総医療費に占める医療費割合も増加してきている。

特定健診受診率向上及び保健指導率の向上による継続的な支援によって、ターゲットを絞って重症化させないアプローチを行っていくことが重要である。

※１地域差指数：医療費の地域差を表す指標として、一人あたりの医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し全国平均を１として指数化したもの。

（２）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 6）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較してみると、1 件当たりの給付費は 1.9 倍に増加している。参考資料１から新規認定者の減少と 2 号認定者が減ってきているものの介護給付費総額は約 2 億円増

加している。被保険者数の中での 65～74 歳の割合は 3 年間で 4.8%増加しており、団塊の世代が 75 歳に近づくこれからの数年間は介護認定を受ける世代が増加していくことから、要介護状態になりやすい脳血管疾患(第 1 期計画にて介護要因分析参考)を予防していくことが今後大きな課題である。

介護給付費の変化　　【図表 6】

年度	氷川町				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
平成25年度	10億円89387500	35,803	43,645	282,673	69,743	42,430	283,377
平成28年度	12億円58720430	68,769	48,294	283,450	68,807	42,403	278,098

②医療費の状況（図表 7-1、7-2、参考資料１:４.費用額-入院）

ＫＤＢシステムでみる医療費の変化では、平成 25 年度と比較した平成 28 年度の「一人あたりの総医療費伸び率」について、同規模が 10.11%の伸び率に対し、当町は 8.57%の伸びで同規模よりは伸び率は小さい。一方で、入院費でみる一人当たり医療費伸び率は、同規模 9.4%に比べ当町は 13.2%と大きい。これは地域差指数でみる入院費でも同様の傾向がみられ、入院に関する地域差指数は 0.103 ポイント上昇し、1.143 までになる。この入院に関する指数の伸び率は県内 45 市町村の中でもワースト 8 位であった。入院は重症化した結果ととらえると、糖尿病の 1 件当たりの入院費用額が平成 25 年度比で 9 万 9,294 円増加(県内 45 市町村中ワースト 8 位に位置)し、心疾患も平成 25 年度比で 1 件当たり 14 万 9,134 円増加している。

【図表 7-１】

医療費の変化　　KDBシステム　帳票No1地域の全体像の把握、NO3健診・医療・介護データから見る地域の健康課題より

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	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	1,397,763,580				582,192,820				815,570,760			
	H28年度	1,405,984,100	8,220,520	0.59%	4.38%	610,591,040	28,398,220	4.88%	3.72%	795,393,060	-20,177,700	-2.47%	4.88%
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	291,079				121,240				169,840			
	H28年度	316,022	24,943	8.57%	10.11%	137,242	16,003	13.20%	9.41%	178,780	8,940	5.26%	10.64%

※一人当たり医療費は月平均額での表示となる

【図表 7-２】

厚生労働省ホームページより

地域差指数※1		診療別地位差指数								
		計	増減	県内市町村順位	入院	増減	県内市町村順位	入院外＋調剤	増減	県内市町村順位
1 総医療費(円)	H25年度	1.013			1.040			1.050		
	H27年度	1.0750	0.062	6位	1.143	0.103	8位	1.041	0.026	

※1：地域差指数とは医療費の地域差を表す指標として、一人あたりの医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し全国平均を1として指数化したもの

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期・短期目標疾患医療費計では、平成２５年度と比較すると約 621 万増加している。疾患別にみると慢性腎不全(透析)に係る医療費は減少しているものの狭心症・心筋梗塞に係る費用が増加している。糖尿病のケースが医療受診につながったことで慢性腎不全（透析）に係る医療費の伸びを抑えられたのではと推測される。短期疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の方を医療受診につなげることで医療費の伸びを抑え、結果的に医療費の適正化を図ることになる。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(H25とＨ２８の比較)　【図表 8】

同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたり医療費	順位		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	同規模	県内	腎 慢性腎不全（透析有）	腎 慢性腎不全（透析無）	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
	H25	氷川町	1,397,763,580	23,972	81位	36位	6.10%	0.31%	2.10%	1.02%	5.36%	7.67%	4.16%	373,416,860	26.72%	9.22%	9.30%	8.60%
	H28	氷川町	1,405,984,100	25,975	86位	36位	5.73%	0.39%	2.28%	1.61%	6.57%	6.80%	3.61%	379,636,380	27.00%	10.30%	9.73%	8.54%
	H28	熊本県	161,643,949,660	27978	－－	－－	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%
	H28	国	9,677,041,336,540	24253	－－	－－	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%

最大医療費資源疾病（調剤含む）による分類結果
（最大医療費疾病名とはレセプトに記載された疾病名のうち最も医療費を要した疾病名）

【出典】
KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患と人工透析の年間の有病状況は、平成２５年度と比較して平成２８年度は減少傾向にある。併せ持つ疾患として高血圧・糖尿病・脂質異常は減少傾向であり平成２３年度から重点化してきた重症化予防の保健指導の効果と思われる。しかし、虚血性心疾患、人工透析、脳血管疾患のうち、高血圧を併せ持つ人がそれぞれ約８割程度と高い傾向にある。ここ５年で比較的若い６４歳以下虚血性心疾患患者のうち、糖尿病を持つ人の割合が５割を超えている。また脂質異常症も７割近くが持っている。脳血管疾患患者は圧倒的に高血圧を持つ人が多い。人工透析患者では糖尿病を併せ持つ人の割合が５０％まで上昇しており、経年比較しても増加傾向である。透析患者の人数の変化はないものの新規透析患者数は平成２５年度→４人から平成２８年度→２人と減少している。Ｈ２５の新規透析４人に対し、糖尿病性腎症が３人、Ｈ２８新規透析２人に対し糖尿病性腎症１人と糖尿病からの透析は減少している。重症化させないための対象者の明確化が必要である。

【図表 9】
虚血性心疾患患者の有病状況

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,883	172	3.5%	29	16.9%	8	4.7%	135	78.5%	76	44.2%	122	70.9%
H25	64歳以下	3,482	63	1.8%	6	9.5%	5	7.9%	49	77.8%	25	39.7%	43	68.3%
H25	65歳以上	1,401	109	7.8%	23	21.1%	3	2.8%	86	78.9%	51	46.8%	79	72.5%
H28	全体	4,588	155	3.4%	24	15.5%	6	3.9%	121	78.1%	66	42.6%	106	68.4%
H28	64歳以下	2,993	42	1.4%	7	16.7%	2	4.8%	32	76.2%	23	54.8%	26	61.9%
H28	65歳以上	1,595	113	7.1%	17	15.0%	4	3.5%	89	78.8%	43	38.1%	80	70.8%

脳血管疾患患者の有病状況

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,883	111	2.3%	29	26.1%	5	4.5%	90	81.1%	56	50.5%	62	55.9%
	64歳以下	3,482	30	0.9%	6	20.0%	3	10.0%	24	80.0%	16	53.3%	17	56.7%
	65歳以上	1,401	81	5.8%	23	28.4%	2	2.5%	66	81.5%	40	49.4%	45	55.6%
H28	全体	4,588	121	2.6%	24	19.8%	2	1.7%	99	81.8%	53	43.8%	65	53.7%
	64歳以下	2,993	34	1.1%	7	20.6%	0	0.0%	25	73.5%	11	32.4%	23	67.6%
	65歳以上	1,595	87	5.5%	17	19.5%	2	2.3%	74	85.1%	42	48.3%	42	48.3%

人工透析者の有病状況

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,883	18	0.4%	5	27.8%	8	44.4%	15	83.3%	6	33.3%	5	27.8%
	64歳以下	3,482	10	0.3%	3	30.0%	5	50.0%	9	90.0%	5	50.0%	4	40.0%
	65歳以上	1,401	8	0.6%	2	25.0%	3	37.5%	6	75.0%	1	12.5%	1	12.5%
H28	全体	4,588	18	0.4%	2	11.1%	6	33.3%	14	77.8%	9	50.0%	5	27.8%
	64歳以下	2,993	6	0.2%	0	0.0%	2	33.3%	4	66.7%	3	50.0%	1	16.7%
	65歳以上	1,595	12	0.8%	2	16.7%	4	33.3%	10	83.3%	6	50.0%	4	33.3%

（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）

糖尿病、高血圧、脂質異常症の有病者数は、ともに増加してきている。糖尿病に関してはインスリン療法や虚血性心疾患などは減少傾向にあり、重症化予防の効果が一部では推測される一方、糖尿病からくる糖尿病性腎症とそれに伴う人工透析は増加傾向にある。なかでも糖尿病有病者のうち、糖尿病性腎症を併せ持つ者の割合は平成 25 年度と比較すると 10%(63 人増加)も上昇している。

全身性の疾患である糖尿病を悪化させないために、糖尿病連携手帳の活用による関係機関との連携体制を整え、継続した治療、食事療法の重要性を保健師管理栄養士がアプローチしていくことが重要である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		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	4,883	506	10.4%	40	7.9%	346	68.4%	284	56.1%	76	15.0%	56	11.1%	6	1.2%	36	7.1%
	64歳以下	3,482	217	6.2%	20	9.2%	129	59.4%	109	50.2%	25	11.5%	16	7.4%	5	2.3%	17	7.8%
	65歳以上	1,401	289	20.6%	20	6.9%	217	75.1%	175	60.6%	51	17.6%	40	13.8%	1	0.3%	19	6.6%
H28	全体	4,588	524	11.4%	40	7.6%	377	71.9%	305	58.2%	66	12.6%	53	10.1%	9	1.7%	89	17.0%
	64歳以下	2,993	172	5.7%	16	9.3%	108	62.8%	94	54.7%	23	13.4%	11	6.4%	3	1.7%	24	14.0%
	65歳以上	1,595	352	22.1%	24	6.8%	269	76.4%	211	59.9%	43	12.2%	42	11.9%	6	1.7%	65	18.5%

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,883	1121	23.0%	346	30.9%	577	51.5%	135	12.0%	90	8.0%	15	1.3%
	64歳以下	3,482	463	13.3%	129	27.9%	214	46.2%	49	10.6%	24	5.2%	9	1.9%
	65歳以上	1,401	658	47.0%	217	33.0%	363	55.2%	86	13.1%	66	10.0%	6	0.9%
H28	全体	4,588	1167	25.4%	377	32.3%	644	55.2%	121	10.4%	99	8.5%	14	1.2%
	64歳以下	2,993	397	13.3%	108	27.2%	186	46.9%	32	8.1%	25	6.3%	4	1.0%
	65歳以上	1,595	770	48.3%	269	34.9%	458	59.5%	89	11.6%	74	9.6%	10	1.3%

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	4,883	840	17.2%	284	33.8%	577	68.7%	122	14.5%	62	7.4%	5	0.6%
	64歳以下	3,482	346	9.9%	109	31.5%	214	61.8%	43	12.4%	17	4.9%	4	1.2%
	65歳以上	1,401	494	35.3%	175	35.4%	363	73.5%	79	16.0%	45	9.1%	1	0.2%
H28	全体	4,588	912	19.9%	305	33.4%	644	70.6%	106	11.6%	65	7.1%	5	0.5%
	64歳以下	2,993	305	10.2%	94	30.8%	186	61.0%	26	8.5%	23	7.5%	1	0.3%
	65歳以上	1,595	607	38.1%	211	34.8%	458	75.5%	80	13.2%	42	6.9%	4	0.7%

②リスクの健診結果経年変化（図表 11－1、11-2）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、受診率の向上も相まって男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加している。メタボリックシンドローム該当者も男女ともに増加傾向にあるが予備軍は減少してきている。

男性の有所見割合についてはメタボリックシンドロームとの関連が特徴として強く表れており、腹囲に関しては 50%を超え、血糖（空腹時血糖、ＨｂＡ１ｃ）、血圧、脂質異常（ＬＤＬコレステロール）の有所見についても約 50～70%を占める。よって、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性や血圧上昇、脂質異常を引き起こしていることが推測され、今後の虚血性心疾患・脳血管疾患、慢性腎不全（人工透析）の発症のリスク原因が高まる危険性を示唆している。

重症化予防対象者の経年変化を見てみると、高血糖者は増加しているが高血圧と高脂血症は減少している。高血糖者が増加した理由の一つに受診率の向上が考えられ、潜在的な糖尿病患者を掘り起しをしたのではないかと推測する

【図表 11－1】

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6-2～6-7)　☆No.23帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	166	28.5	273	46.8	140	24.0	128	22.0	58	9.9	320	54.9	348	59.7	130	22.3	250	42.9	143	24.5	287	49.2	6	1.0
	40-64	102	30.0	162	47.6	104	30.6	101	29.7	28	8.2	165	48.5	180	52.9	81	23.8	129	37.9	92	27.1	182	53.5	1	0.3
	65-74	64	26.3	111	45.7	36	14.8	27	11.1	30	12.3	155	63.8	168	69.1	49	20.2	121	49.8	51	21.0	105	43.2	5	2.1
H28	合計	235	34.6	342	50.4	175	25.8	142	20.9	60	8.8	376	55.4	499	73.5	146	21.5	330	48.6	188	27.7	346	51.0	20	2.9
	40-64	117	39.1	155	51.8	96	32.1	84	28.1	28	9.4	142	47.5	212	70.9	79	26.4	129	43.1	98	32.8	166	55.5	2	0.7
	65-74	118	31.1	187	49.2	79	20.8	58	15.3	32	8.4	234	61.6	287	75.5	67	17.6	201	52.9	90	23.7	180	47.4	18	4.7

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
H25	合計	144	21.2	112	16.5	79	11.6	58	8.5	20	2.9	227	33.4	415	61.0	13	1.9	257	37.8	88	12.9	379	55.7	0	0.0
	40-64	99	24.8	72	18.0	45	11.3	38	9.5	9	2.3	117	29.3	223	55.8	4	1.0	147	36.8	59	14.8	226	56.5	0	0.0
	65-74	45	16.1	40	14.3	34	12.1	20	7.1	11	3.9	110	39.3	192	68.6	9	3.2	110	39.3	29	10.4	153	54.6	0	0.0
H28	合計	201	24.5	149	18.2	116	14.2	76	9.3	23	2.8	289	35.3	639	78.0	25	3.1	357	43.6	124	15.1	406	49.6	3	0.4
	40-64	88	23.3	54	14.3	53	14.1	31	8.2	9	2.4	102	27.1	283	75.1	7	1.9	129	34.2	59	15.6	187	49.6	0	0.0
	65-74	113	25.6	95	21.5	63	14.3	45	10.2	14	3.2	187	42.3	356	80.5	18	4.1	228	51.6	65	14.7	219	49.5	3	0.7

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帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群								該当者										
								高血糖		高血圧		脂質異常症				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	583	35.8	35	6.0%	104	17.8%	10	1.7%	64	11.0%	30	5.1%	134	23.0%	33	5.7%	10	1.7%	55	9.4%	36	6.2%	1628
	40-64	340	36.3	21	6.2%	70	20.6%	7	2.1%	40	11.8%	23	6.8%	71	20.9%	11	3.2%	7	2.1%	33	9.7%	20	5.9%	936
	65-74	243	35.1	14	5.8%	34	14.0%	3	1.2%	24	9.9%	7	2.9%	63	25.9%	22	9.1%	3	1.2%	22	9.1%	16	6.6%	692
H28	合計	679	44.5	34	5.0%	116	17.1%	13	1.9%	71	10.5%	32	4.7%	192	28.3%	48	7.1%	9	1.3%	73	10.8%	62	9.1%	1525
	40-64	299	38.3	19	6.4%	58	19.4%	7	2.3%	29	9.7%	22	7.4%	78	26.1%	13	4.3%	6	2.0%	40	13.4%	19	6.4%	780
	65-74	380	51.0	15	3.9%	58	15.3%	6	1.6%	42	11.1%	10	2.6%	114	30.0%	35	9.2%	3	0.8%	33	8.7%	43	11.3%	745

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群								該当者										
								高血糖		高血圧		脂質異常症				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	680	42.0	21	3.1%	42	6.2%	3	0.4%	29	4.3%	10	1.5%	49	7.2%	11	1.6%	1	0.1%	24	3.5%	13	1.9%	1619
	40-64	400	45.4	14	3.5%	29	7.3%	1	0.3%	21	5.3%	7	1.8%	29	7.3%	7	1.8%	0	0.0%	14	3.5%	8	2.0%	882
	65-74	280	38.0	7	2.5%	13	4.6%	2	0.7%	8	2.9%	3	1.1%	20	7.1%	4	1.4%	1	0.4%	10	3.6%	5	1.8%	737
H28	合計	819	54.3	16	2.0%	45	5.5%	3	0.4%	29	3.5%	13	1.6%	88	10.7%	9	1.1%	3	0.4%	44	5.4%	32	3.9%	1509
	40-64	377	52.1	10	2.7%	19	5.0%	2	0.5%	11	2.9%	6	1.6%	25	6.6%	3	0.8%	1	0.3%	13	3.4%	8	2.1%	724
	65-74	442	56.3	6	1.4%	26	5.9%	1	0.2%	18	4.1%	7	1.6%	63	14.3%	6	1.4%	2	0.5%	31	7.0%	24	5.4%	785

【図表 11－2】

短期目標でみる全受診者に占める割合

	H26	H27	H28
高血圧(160/100mmHg以上)	4.9%	5.9%	4.9%
高血糖(HbA1c6.5%以上)	6.7%	8.1%	11.0%
高脂血症LDL-C180以上)	4.7%	4.4%	2.9%

※H26.27は法定報告値
H28はH29.2月末現在

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

国の目標値である 60%には届いていないが、平成 28 年度の特定健診受診率は平成 25 年度比で 10.5%上昇し 49.4%に増加した。また、保健指導率は平成 25 年度比で 50%以上伸び、96.4%に上昇した。これは平成 28 年度に保健事業のスリム化と地区担当制の定着による効果と考える。今後はさらなる保健指導の質の向上が課題であり、中長期目標である心血管疾患、慢性腎不全(透析)、脳血管疾患の医療費抑制につながるものと期待できる。

【図表 13】

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	
								氷川町	同規模平均
H25年度	3,247	1,263	38.9%	84位	200	81	40.5%	50.0%	50.8%
H28年度	3,033	1,499	49.4%	39位	194	174	89.7%	50.2%	51.7%

２）第 1 期に係る考察

データヘルス計画に沿って課題解決のための取り組みを進めてきた。

中長期目標である脳血管疾患や腎臓病の予防については、医療費や発症を抑えられつつあるが、虚血性心疾患の医療費と発症は増加傾向であった。虚血性心疾患にかかる医療費は 1 回の手術の費用が大きく、件数に対しての費用額が大きい疾患である。3 つの共通リスクであるメタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポたんぱく異常、血圧高値を個人に合併することから、メタボリックシンドロームを改善し、発症予防と重症化予防の推進を図っていく。

未受診者対策を進めていく中で、特定健診の受診率が大幅に向上した。

行革に合わせて事業体制の見直しを行い、事業のスリム化と地区担当制の定着を図ったことで保健指導率も大きく向上した。

結果的に短期目標である高血圧、高脂血症の減少は計画策定当初よりも達成できたが、糖尿病は増加している。未受診者対策によって潜在的な糖尿病患者やコントロール不良群を掘り起こせた一方で、代謝疾患である糖尿病の改善のための食事や生活に切り込んで保健指導をすることがうまくできていないために中長期目標につながっていないことが分かった。重症化予防の対象者をもっと明確にし、保健指導介入の優先順位を付けることでより効率よく中長期目標を達成できるのではないかと考える。糖尿病性腎症の課題も見えてきたことから、特に糖尿病の重症化予防に重点を置いた取り組みを充実していくことが今後必要である。

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

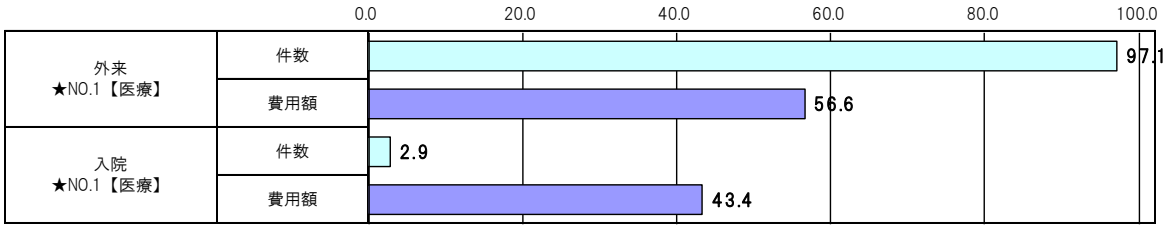
（１）入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

氷川町の一人当たりの医療費は、県や同規模と比較して 2 万 5,975 円と少ない。入院の件数は外来と比較して少ないが 1 件にかかる費用額は大きい。重症化予防の取り組み効果は入院を減らすことに繋がることから、費用対効果の面からも効率が良い。そのため生活習慣からくる血管性の疾患をどう発症させないか、重症化させないかが医療費抑制の大きな視点である。

「集団の疾患特徴の把握」　★KDBで出力可能な帳票NO

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
	25,975円	27,974円	26,568円	24,245円



○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）

80 万円以上の高額になる疾患を見ると、脳血管疾患、虚血性心疾患で高額な医療費の約 20%以上を占めており、その基礎疾患の状況から、高血圧、脂質異常の重症化予防が重要である。また、脳血管疾患、虚血性心疾患は長期入院の医療費から見ても全体の 8%ほどを占めている。また、人工透析者の 50%に糖尿病性腎症がある。これらのことから、予防可能な疾患に医療費がかかっている状況が見える。

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】

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	（H28年度）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患（80万円以上レセ）	件数	179件	16件	20件	--
				8.9%	11.2%	
		費用額	2億4887万円	1596万円	3457万円	--
				6.4%	13.9%	
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院（6か月以上の入院）	件数	349件	15件	11件	--
				4.3%	3.2%	
		費用額	1億5158万円	751万円	413万円	--
				5.0%	2.7%	
様式2-2 ★NO.11（CSV）	人工透析患者（長期化する疾患）	件数	226件	30件	87件	113件
				13.3%	38.5%	50.0%
		費用額	9747万円	1238万円	3575万円	5001万円
				12.7%	36.7%	51.3%

厚労省様式	対象レセプト　（H28.5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～19（帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	1,861人		121人	155人	89人
				6.5%	8.3%	4.8%
		基礎疾患の重なり	高血圧	99人	121人	71人
				81.8%	78.1%	79.8%
			糖尿病	53人	66人	89人
				43.8%	42.6%	100%
			脂質異常症	65人	106人	66人
				53.7%	68.4%	74.2%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		1,167人		524人	912人	168人
		62.7%		28.2%	49.0%	9.0%

○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）

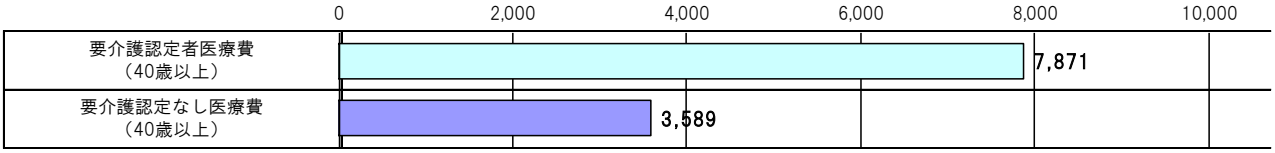
介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 88.4%であり、筋･骨格疾患の 84.1%を上回っていた。また、2 号認定者及び 65～74 歳の 1 号認定者で年齢が低い者ほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。65 歳から認知症による要介護状態も増加していることもわかる。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防・認知症予防にもつながる。

【図表 15】

3　何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況★NO.47	受給者区分			2号		1号						合計	
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数			4,371人		1,687人		2,211人		3,898人		8,269人	
	認定者数			14人		72人		743人		815人		829人	
	認定率			0.32%		4.3%		33.6%		20.9%		10.0%	
	新規認定者割合			7.14%		0.00%		0.27%		0.25%		0.36%	
	介護度別人数	要支援1・2		8	57.1%	26	36.1%	169	22.7%	195	23.9%	203	24.5%
		要介護1・2		5	35.7%	21	29.2%	297	40.0%	318	39.0%	323	39.0%
		要介護3～5		1	7.1%	25	34.7%	277	37.3%	302	37.1%	303	36.6%
要介護突合状況★NO.49	有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	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	--	14		72		743		815		829	
		血管疾患 循環器疾患	1	脳卒中	8 57.1%	脳卒中	35 48.6%	脳卒中	266 35.8%	脳卒中	301 36.9%	脳卒中	309 37.3%
			2	腎不全	3 21.4%	虚血性心疾患	19 26.4%	虚血性心疾患	222 29.9%	虚血性心疾患	241 29.6%	虚血性心疾患	243 29.3%
			3	虚血性心疾患	2 14.3%	腎不全	7 9.7%	腎不全	77 10.4%	腎不全	84 10.3%	腎不全	87 10.5%
		血管疾患 基礎疾患		糖尿病等	9 64.3%	糖尿病等	57 79.2%	糖尿病等	656 88.3%	糖尿病等	713 87.5%	糖尿病等	722 87.1%
		血管疾患 血管疾患合計		合計	9 64.3%	合計	59 81.9%	合計	665 89.5%	合計	724 88.8%	合計	733 88.4%
		認知症		認知症	0 0.0%	認知症	18 25.0%	認知症	330 44.4%	認知症	348 42.7%	認知症	348 42.0%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	8 57.1%	筋骨格系	54 75.0%	筋骨格系	635 85.5%	筋骨格系	689 84.5%	筋骨格系	697 84.1%

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】



２）健診受診者の実態（図表 16・17）

氷川町は、全国、県と比較して BMI が高く、空腹時血糖と HbA1c、収縮期血圧が高いのが特徴である。参考資料１から、メタボ該当者及び非肥満高血糖が多いこと、血糖のみ、脂質のみ、血糖＋血圧、血糖＋血圧＋脂質の組み合わせなど同規模保険者と比較して多い特徴がある。

GPT も全国や県と比較して高いことから内臓脂肪の蓄積による影響があると予測され、メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少が血糖、血圧の改善につながるため、食事を中心に生活習慣の改善などの指導のスキルアップと実施量の確保が重要と考える。

【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（帳票）

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
県		14,419	30.2	23,751	49.8	12,161	25.5	9,779	20.5	3,606	7.6	21,575	45.2	31,912	66.9	9,273	19.4	23,534	49.3	12,827	26.9	22,482	47.1	1,022	2.1
保険者	合計	235	34.6	342	50.4	175	25.8	142	20.9	60	8.8	376	55.4	499	73.5	146	21.5	330	48.6	188	27.7	346	51.0	20	2.9
	40-64	117	39.1	155	51.8	96	32.1	84	28.1	28	9.4	142	47.5	212	70.9	79	26.4	129	43.1	98	32.8	166	55.5	2	0.7
	65-74	118	31.1	187	49.2	79	20.8	58	15.3	32	8.4	234	61.6	287	75.5	67	17.6	201	52.9	90	23.7	180	47.4	18	4.7

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		12,551	20.5	11,046	18.1	8,477	13.9	5,089	8.3	965	1.6	16,493	27.0	42,445	69.5	1,256	2.1	25,834	42.3	9,085	14.9	34,484	56.4	141	0.2
保険者	合計	201	24.5	149	18.2	116	14.2	76	9.3	23	2.8	289	35.3	639	78.0	25	3.1	357	43.6	124	15.1	406	49.6	3	0.4
	40-64	88	23.3	54	14.3	53	14.1	31	8.2	9	2.4	102	27.1	283	75.1	7	1.9	129	34.2	59	15.6	187	49.6	0	0.0
	65-74	113	25.6	95	21.5	63	14.3	45	10.2	14	3.2	187	42.3	356	80.5	18	4.1	228	51.6	65	14.7	219	49.5	3	0.7

＊全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5　メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）　★NO.24（帳票）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	679	44.5	34	5.0%	116	17.1%	13	1.9%	71	10.5%	32	4.7%	192	28.3%	48	7.1%	9	1.3%	73	10.8%	62	9.1%
	40-64	299	38.3	19	6.4%	58	19.4%	7	2.3%	29	9.7%	22	7.4%	78	26.1%	13	4.3%	6	2.0%	40	13.4%	19	6.4%
	65-74	380	51.0	15	3.9%	58	15.3%	6	1.6%	42	11.1%	10	2.6%	114	30.0%	35	9.2%	3	0.8%	33	8.7%	43	11.3%

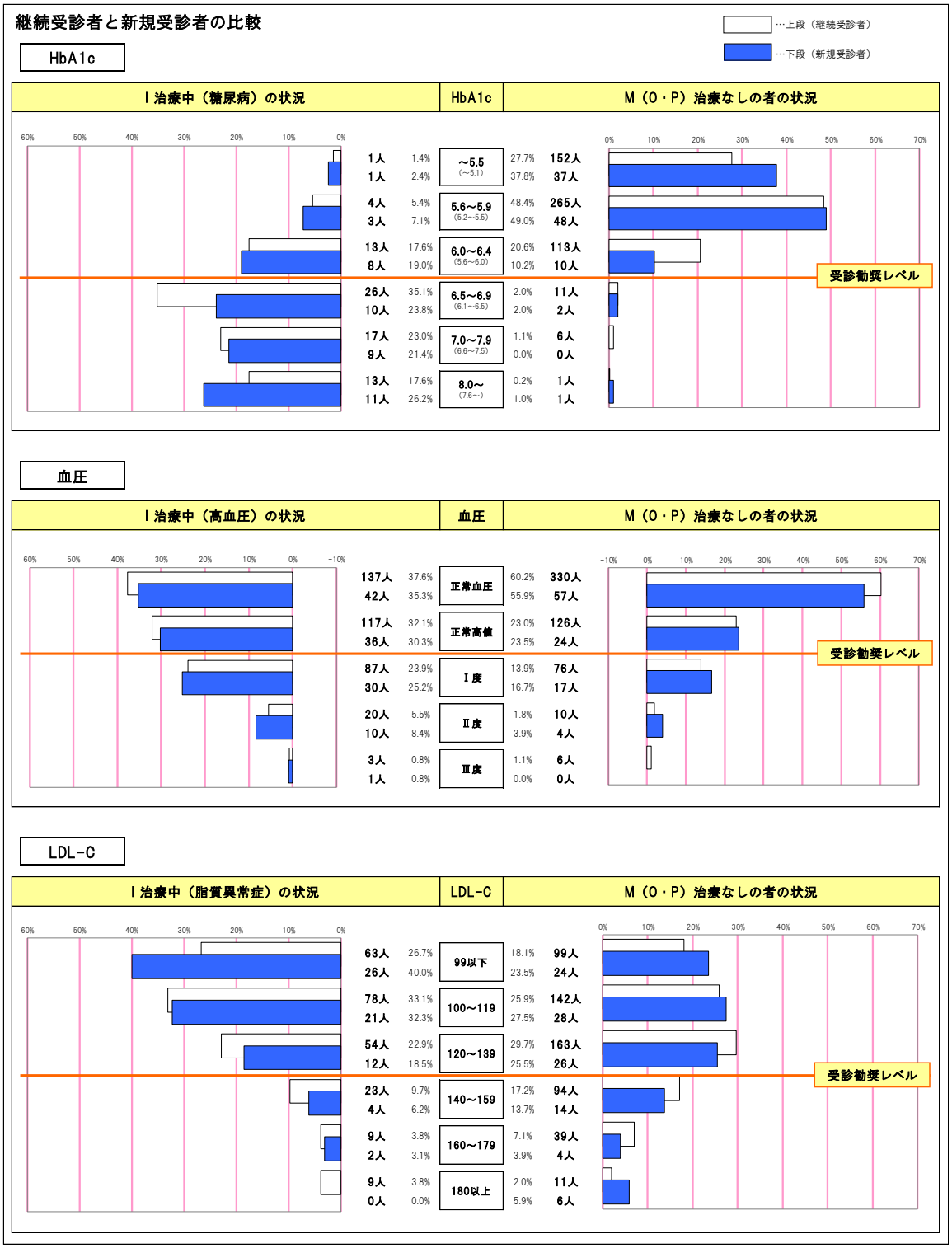
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	819	54.3	16	2.0%	45	5.5%	3	0.4%	29	3.5%	13	1.6%	88	10.7%	9	1.1%	3	0.4%	44	5.4%	32	3.9%
	40-64	377	52.1	10	2.7%	19	5.0%	2	0.5%	11	2.9%	6	1.6%	25	6.6%	3	0.8%	1	0.3%	13	3.4%	8	2.1%
	65-74	442	56.3	6	1.4%	26	5.9%	1	0.2%	18	4.1%	7	1.6%	63	14.3%	6	1.4%	2	0.5%	31	7.0%	24	5.4%

＊全国については、有所見割合のみ表示

３）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

血圧と LDL-C は治療の有無での傾向に変わりはないが、HbA1c では、治療なしの人には受診勧奨レベルの人が少なく、治療中の人に受診勧奨レベルの人が多い。受診勧奨レベルでは、新規受診者に治療中のコントロール不良が多く（※治療中のコントロール良は HbA1c７以下）、数値が高い人の割合も多い。継続受診では数値が高い人が少なくなる傾向ではあるが、コントロール不良も多い。コントロール不良者の改善のために、糖尿病治療ガイドに沿った医療連携と管理栄養士の介入、その体制の構築が必要である。

【図表 18】

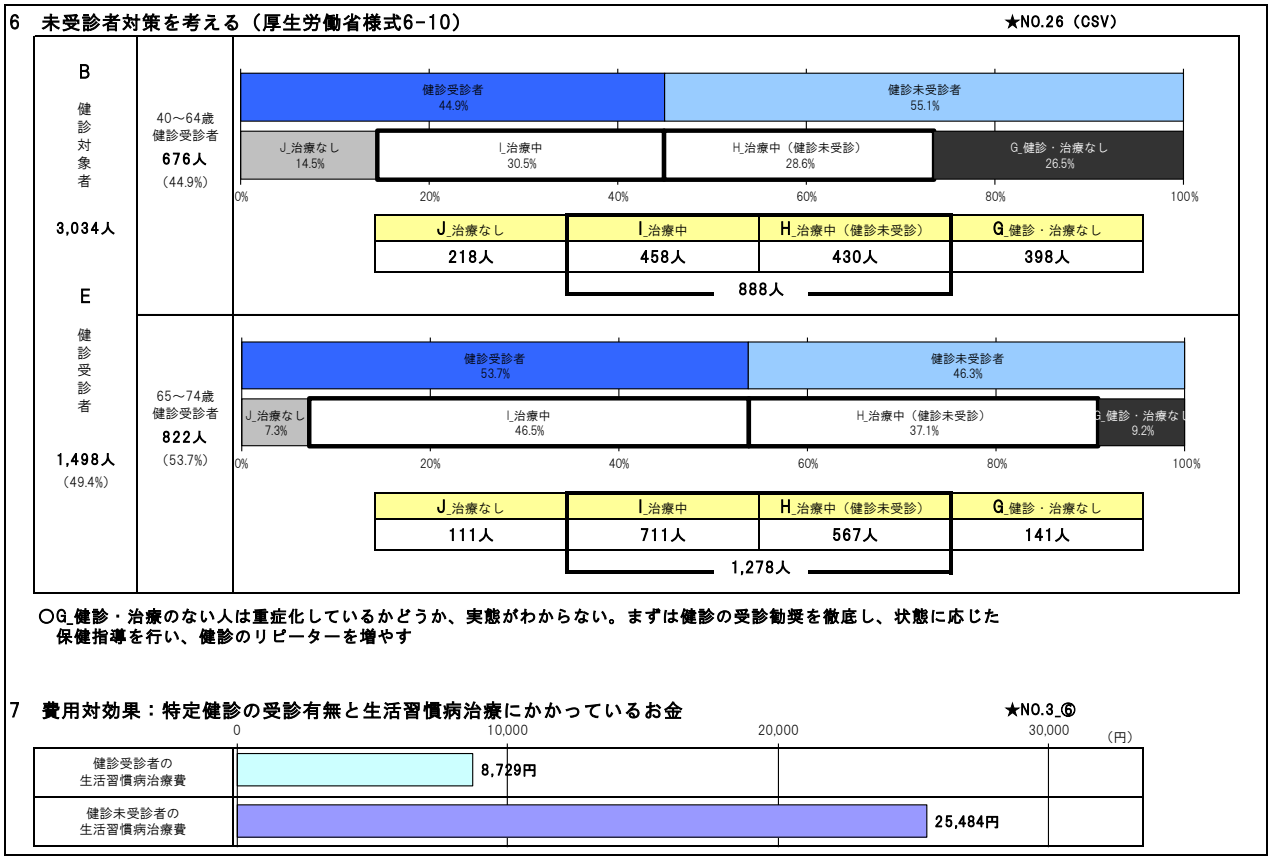


４）未受診者の把握（図表 19）

健診未受診で治療中の人が全体の約 32%いる。

図表 18 からも治療なしの新規受診者の中に治療域のケースがいることはわかっているが、受診率向上の観点から言えば、平成 28 年度 49.4%から目標値である 60%を目指すために、H の治療中で健診未受診者をみなし受診（※治療中の医療機関から診療情報の提供を受け、特定健診を受診したとみなす）として把握し、保健指導に入っていくことがより効率的と考える。H の集団を優先とし、G のグループにも受診勧奨を働きかけていく。また、継続受診につなげていくことが経年的な支援となり、費用対効果のデータからも生活習慣病治療にかかる費用に 2.9 倍の開きがあることから、保健指導の効果は高い。保健指導を途切れさせない仕組みづくりが必要である。

【図表 19】



３）目標の設定

（１）成果目標

①中長期的な目標の設定の基本的な考え方

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による人工透析、脳血管疾患を減らしていくことを目的とする。平成 35 年度には総医療費に占める割合（図表 8 参考）が国平均と同等の割合を目指し、平成 30 年度と比較して 3 つの疾患をそれぞれ 0.3%減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、心臓、腎臓、脳の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。しかし、入院による 1 件あたりの医療費額が大きいこと、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を一人当たり入院にかかる医療費や地域差指数を平成 35 年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定の基本的な考え方

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

現状を踏まえて目標値を、メタボリックシンドロームと予備軍の割合を 10%減少、高血圧（160/100 以上）の割合を 1%減少、脂質異常症（180mg/dl 以上）を 1%減少、HbA1c（6.5%以上）は潜在的な糖尿病の掘り起こしを未受診者対策で実施していくことを考慮して現状維持とする。

また、糖尿病性腎症の早期予防として HbA1c6.5%以上の未治療者を医療に結びつける割合を 90%に目標設定し、糖尿病連携手帳を活用して医療連携を図りながら、重症化させない働きかけを行っていく。糖尿病管理台帳で地区担当が把握し、HbA1c6.5%以上の受診者には保健指導を 100%実施する。保健指導を実施後、翌年 HbA1c が維持及び低下したものの割合は 60%を目標にし、未治療者は治療開始へ、コントロール不良者はコントロール良へ向かうよう指導を行う。

未治療者及び治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合は潜在的な糖尿病の掘り起こしを未受診者対策で実施していくことを考慮して現状維持を目指し、データヘルス支援システム等を活用しながら、途切れのない支援を継続する。

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

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

目標管理一覧表（参考資料１２）にて目標の設定をまとめる

（２）目標を具体的に設定「1 億 3 千万円の医療費削減に向けて」

データヘルス計画の中で医療費適正化のターゲットとなる疾患から未治療者対策の予防活動行うと平成 35 年度までに、医療費 9300 万円削減の可能性があることがわかった。

国保の医療費は予防活動の結果であることを理解し、町の医療費から予防活動を具体化した過程を下記のとおり記す。

① 法定外繰り入れ額から医療費の目標削減額を設定

医療費の増加と予防活動の結果を反映している。平成 27 年度 1 人当たり法定外繰り入れ額としては高く、県内 2 位の位置にあり被保険者一人当たり 2 万 9,536 円になる。この繰り入れ額を 0 に近づけるために下記の順序で考えてみる。

これに対し平成 28 年度は、１人当たり療養諸費費用額（一般）でみると 36 万 8 千円(平成 27 年度国保連合会提供資料参考)。これが平成 35 年度には 1 人当たり 33 万 9 千円の療養費費用額に抑えることができるよう目標設定する。

1 人当たり 2 万 9 千円の法定外繰入額を被保険者数分（4,655 人）かけると、1 億 3 千万円の削減が必要。

法定外一般会計繰り入れ(平成 27 年度)

	総額	1 人あたり（円）
T 市	7 億 1 千万円	3 万 5,678 円
氷川町	1 億 3 千万円	2 万 9,536 円
A 市	3 億円	2 万 662 円

国保被保険者数×2 万 9 千円＝1 億 3 千万円（4,655 人）

総医療費に占める割合

【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(H25とＨ２８の比較)

同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			（中長期・短期）目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				金額	順位 同規模	順位 県内	腎 慢性腎不全（透析有）	腎 慢性腎不全（透析無）	脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
	H25	氷川町	1,397,763,580	23,972	81位	36位	6.10%	0.31%	2.10%	1.02%	5.36%	7.67%	4.16%	373,416,860	26.72%	9.22%	9.30%	8.60%
	H28	氷川町	1,405,984,100	25,975	86位	36位	5.73%	0.39%	2.28%	1.61%	6.57%	6.80%	3.61%	379,636,380	27.00%	10.30%	9.73%	8.54%
	H28	熊本県	161,643,949,660	27978	－－	－－	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%
	H28	国	9,677,041,336,540	24253	－－	－－	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%

最大医療費資源疾病（調剤含む）による分類結果

（最大医療費疾病名とはレセプトに記載された疾病名のうち最も医療費を要した疾病名）

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

② 一番効率的な医療費削減につながる疾患（ターゲット）を把握する

医療費が掛かっている疾患は「心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病」である。（総医療費に占める割合が大きい疾患や国件に比べて発症が多い疾患を確認）

③ 心疾患・糖尿病を予防するために優先すべきリスクとなる疾患(短期目標)を考える。

－１）高血圧未治療者　血圧Ⅱ度以上　35 人

脳血管疾患 400 万円(手術＋2 か月間のリハビリ)×3 人※2＝1,200 万円

※２：35 人に図表 10 高血圧疾患で脳血管疾患を合併している者の割合 8.5%算出

－２）ＨｂＡ１ｃ6.5 以上で未治療者　72 人

未治療者の糖尿病重症化が予防できた場合

インスリン注射　50 万円×6 人※3＝300 万円

※3：72 人に図表 10 糖尿病有病者で脳血管疾患を発生した人の割合 7.6%から算出

網膜症　100 万円×5 人※4＝500 万円

※4：72 人に図表 10 糖尿病有病者でインスリン注射の治療をしている者の割合 7.4%から算出

神経障害　100 万円×3 人※5＝300 万円

※5：72 人に図表 10 糖尿病有病者で神経障害を合併している者の割合 7.4%から算出

心筋梗塞　200 万～400 万円×9 人※6＝1,800～3,600 万円

※6：72 人に図表 10 糖尿病有病者で心筋梗塞を合併している者の割合 12.6%から算出

脳血管疾患　200 万～400 万円×7 人※7＝1,400～2,800 万円

※7：72 人に図表 10 糖尿病有病者で脳血管疾患を合併している者の割合 10.1%から算出

人工透析　600 万円×１人※8＝600 万円

※8：72 人に図表 10 糖尿病有病者で神経障害を合併している者の割合 1.7%から算出

目標となる削減額　約 9,300 万円

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	54%	57%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	90%	90.5%	91%	91.5%	92%	92.5%

※特定健診実施率は、32 年度を目途に目標値 60%を目指す

※特定保健指導率は、32 年度を目途に 91%を目指す

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	3,000人	2,970人	2,940人	2,910人	2,880人	2,850人
	受診者数	1,620人	1,692人	1,764人	1,746人	1,728人	1,710人
特定保健指導	対象者数	210人	211人	211人	200人	198人	171人
	受診者数	189人	190人	192人	183人	182人	158人

※対象者は経年変化から 30 人ずつの減少を見込む

※受診者と保健指導受診者は図表 20 の目標値を参考に算出する

※特定保健指導対象者数は平成 28 年度 12.9%（約 13%）であったことから、5 年間で 3%減を見込む

４．特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

① 集団健診(ＪＡ厚生農業協同組合連合会　他)

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、氷川町のホームページに掲載する。

(参照)URL：http//www.hikawacyou.hinokuni-net.jp/

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(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。

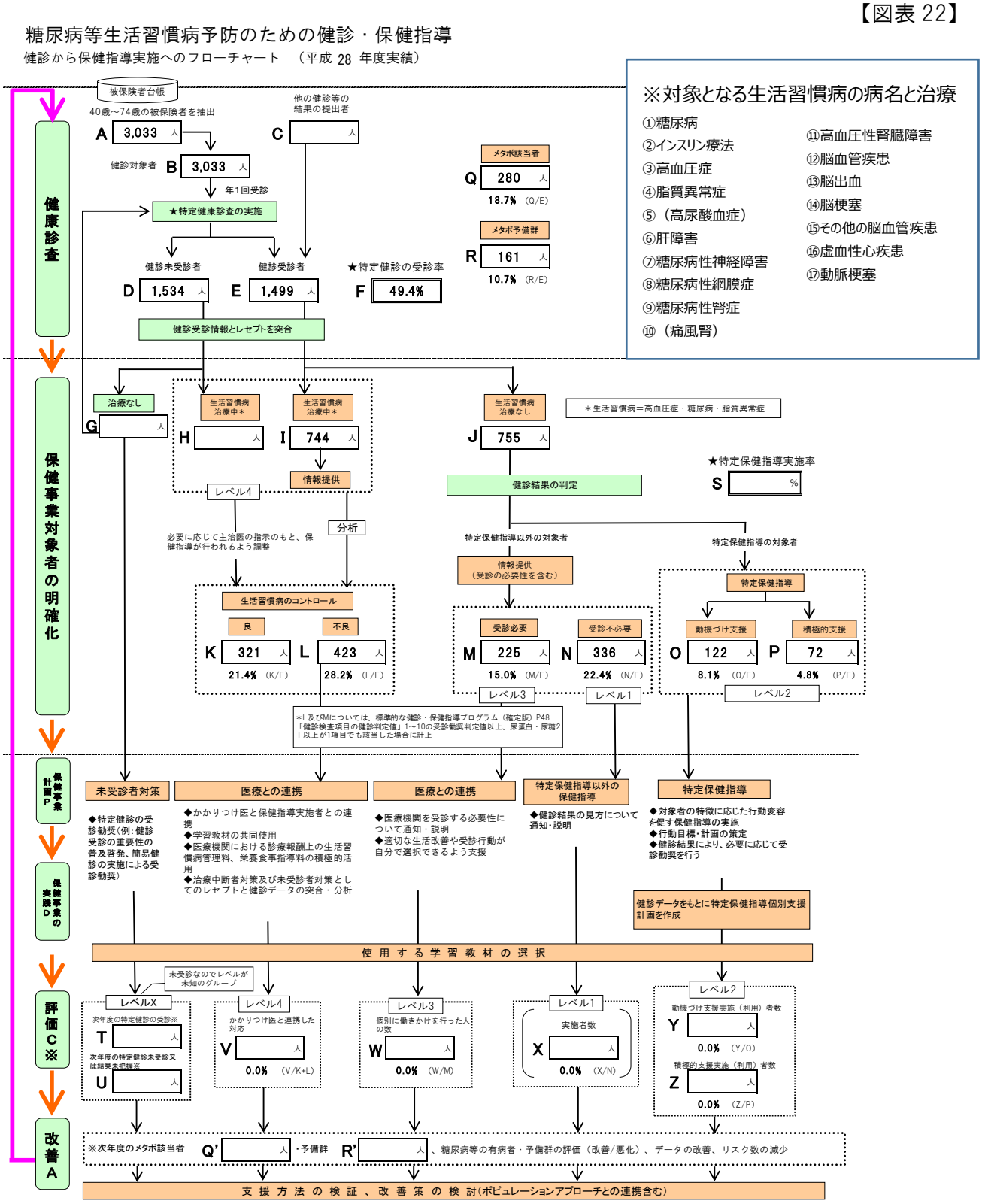
5．特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「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 22）

【図表 22】



(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 23）　【図表 23】

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の○%）	目標値
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(75gOGTT) ◆地区担当が各管理台帳で把握し構造図と経年表を用いて初回は介入 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	194 人 (12.9)	90% 特定保健指導対象者 3%減少
2	M	情報提供（受診必要）	◆糖尿病治療ガイドや高血圧学会ガイドライン、腎の提言書等を活用し、受診の必要性を助言する ◆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	225 人 (15.0)	HbA1c6.5 以上の保健指導介入率 100% HbA1c6.5%以上の未治療者を治療に結びつける割合 90%
3	D	健診未受診者	◆①健診受診券を返却した人で治療中の医療機関から診療情報の提供を受けたとみなすことが可能な者 ◆②前年度治療中の医療機関から診療情報の提供を受けた者のうち、当該年度未受診の者 ◆③高血圧と糖尿病で通院中の者 ◆④過去 5 年間に 1 度でも受診歴のあるⅡ度以上高血圧・HbA1c6.5%以上の高血糖者を記載している管理台帳で把握している者 ◆⑤治療(通院)なし・健診未受診の 60 代の者 ◆⑥病院未受診で前年度受診率 45%を下回っている地区の者 健診受診の動機づけとして⑤の集団に対してはSMBG を実施	1,534 人 ※受診率目標達成までにあと 321 人	実施率：90% 受診目標 ②2% ③5% ④2.5% ⑤0.5% ⑥2%
4	L	情報提供 （生活習慣病のコントロール不良）	◆糖尿病、高血圧、LDL-C 管理台帳にて対象者の把握を行い、受診勧奨、受療行動、治療状況の確認をし、I 表を用いて経年的に介入する ◆HbA1c7.0 以上の治療中は管理栄養士が主に介入し、栄養指示書を活用して医療連携を図る	423 人 (28.2)	健診受診者の高血圧の割合 1%減少 脂質異常症　割合 1%減少 糖尿病有病者割合現状維持

※参考資料 12 にデータヘルス計画の目標管理一覧としてまとめる
◆様式 5-5 の項目の目標実施率設定について
Ｄ：未受診者対策は現状 49%から受診率 60%を見込んで、各グループの中での受診割合を算出
Ｌ：図表 11-2 を参考に目標値を設定

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール
　目標に向かっての進捗状況管理とＰＤＣＡサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。（図表 24）

【図表 24】

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）

【図表24】

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

対象者の明確化

平成28年度特定健診受診者 1499人

生活習慣病いずれか治療中 5,398人

生活習慣病のコントロール

必要に応じて主治医の指示のもと、保健指導が行われるよう調整

良 321人

不良 423人

生活習慣病治療なし 6,802人

情報提供

受診必要 225人

受診不必要 336人

特定保健指導

動機付け支援 122人

積極的支援 72人

★特定保健指導実施率 89.4 %

H30年3月末までに全件訪問！！

★優先順位等については、別紙参照。
★各疾患毎の保健指導目標、評価基準等についても別紙参照。
★地区担当制による保健活動を基本に、PDCAの視点で地区を継続して、次年度への保健活動を計画化を立てる(年度末)

対象疾患	対　象　基　準	対象者数
糖尿病	【Ⅰ】糖尿病未治療でHbA1c6.5%以上	72人
	空腹時血糖126以上または随時血糖200以上	
	【Ⅱ】糖尿病治療中	58人
CKD	糖尿病かつeGFR60%未満	249人
	尿蛋白（＋）以上	
	尿たんぱく定量（尿アルブミン値）30ｇ/ｇＣｒ以上	
血圧	Ⅱ度高血圧160/100mmＨｇ以上未治療者	35人
	Ⅱ度高血圧160/100mmＨｇ以上治療中者	38人
LDL	LDLコレステロール179mg/dl以上の未治療者	33人
	LDLコレステロール180mg/dl以上の治療中者	13人

課題設定と計画P

ポピュレーション アプローチ(通年)

目標と課題

1）健康日本21計画の啓発・推進
・目的および評価指標に沿って実施するとともに、事業の評価、検討を行う

2）国保財政と情勢（制度）の理解、受診率の向上を進める

①未受診者対策

平成29年度受診率　目標 60%

国保担当課との共通理解で進める

●第2期特定健診等実施計画・データヘルス計画を推進
1)未受診者対策
①H29年度特定健康診査未受診者への個別通知を5月・8月・11月の年3回実施。

②各地区で開催される地区総会にて国保財政（医療費・保険料）の説明と特定健診の受診勧奨

③H29年度特定健康診査未受診者のうち、糖尿病管理台帳に載っている約280人は地区担当保健師で訪問し受診勧奨と直近のデータを把握を行う

④H25-H29年度までに特定健診を未受診で、かつ血圧・糖尿病治療中者への戸別訪問を未受診対策担当者が個別訪問（受診勧奨）を実施。

②特定健診

平成29年度 特定保健指導実施率 目標 90%

（平成28年度　特定保健指導実施率目標60%は達成）

地区担当制の徹底を図る（地区別指導率の進捗状況を係内で共有）

6月下旬まで継続して28年度対象者へ特定保健指導（初回）を実施し、29年度指導数に計上する。

③ 保　健　指　導

対象疾患	目的（理解してもらう内容）	保健指導
糖尿病	・受診勧奨 （治療、検査の必要性） ・合併症予防	・糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査、治療について説明 ・合併症の検査等実施なしの場合、3か月以内に受診するよう説明
LDL コレステロール	・受診勧奨 (リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)	・教材「脂ーz」を使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性（服薬） ・食生活（コレステロールに変化しやすいもの） ・他のリスクをつくらない
CKD	・現状の確認（維持等について） ・CKD重症度分類の確認をしてもらう。 (尿検査定量等) ・必要に応じて専門医の紹介 ・栄養指導の実施 ・リスクの管理を理解する	・CKD重症度分類の確認（自分の立ち位置を理解） ・必要な検査の説明 ・リスク、状況により、専門医の紹介 ・リスクコントロールについて ・栄養指導（減塩等）→ステージG3bの方は管理栄養士による栄養指導へ
高血圧	・普段の自分の血圧を知る ・基準を知り、受診の必要性を理解	・血圧測定を理解 ・血圧のコントロール目標について ・治療の必要性 ・体重管理

実践スケジュールD

●6月～3月まで毎月の広報誌に、健康情報を掲載。
直近の特定健診受診率を地区別に公表。
そのほか、心筋梗塞や糖尿病・血圧など町の健康課題の実態と引き起こす生活習慣・検査データの改善の必要性などを掲載。

●健康づくり大会での糖尿病予防の普及啓発コーナーの設置。HbA1c簡易測定の実施（過去の健診受診者でHbA1c6.5%以上約250人への個別のお誘い）

●イチゴ部会や梨部会など作物部会への介入（血圧や糖尿病予防を意識した健康づくりに関するミニ講話）

●年間を通した戸別訪問による糖尿病などの生活習慣病の発症予防
新規受診者には戸別訪問で経年表を用い健診結果データの見方について説明。
自らの健康状況を客観的に判断し主体的に健康づくりに取り組むことができるよう支援する

4月
- 住民健診（特定健診）受診勧奨チラシ配布
- JA熊本厚生連協力

5月
- 特定健診受診券の戸別配布
- 保健衛生委員による配布協力
- 受診率向上、保健指導実施率向上について
- がん検診会場で受診勧奨チラシ配布

6月
- 各医療機関に特定健診の実施を依頼
- 八代郡市医師会事務局協
- 6月～個別医療機関にて特定健診開始

7月
- 受診勧奨
糖尿病・高血圧・脂質異常の未治療者への訪問
住民健診（5～6月分）の健診結果の返却と個別保健指導の実施

8月
- 受診勧奨のはがきを個別通知
- 当該年度未受診者対象

9月

10月
- 広報誌・ホームページなどでの随時受診勧奨
地区別で直近の受診率を公表

11月
- 受診勧奨通知
- 当該年度未受診者対象
- 平成29年度予算に向けて、国保係と話合い

12月
- 最終受診勧奨記事掲載（町の広報誌）

1月
- 健診 1月31日まで

2月

3月

1月～4月
●各地区総会など住民自治組織への介入による資料　を活用した国保医療費、保険者努力支援制度の活用

●心血管疾患・脳血管疾患・慢性腎不全（透析）予防のための健診の活用

事業評価（適時）
次年度年間計画

特定保健指導

前年度分　特定保健指導（初回）6月中旬まで

前年度分　特定保健指導（初回）6月中旬まで

継続フォロー・評価　9月まで

特定保健指導（初回）（一次検査（75g糖負荷検査））

<特定保健指導実施に向けて　準備>
・学習教材の検討
・特定保健指導メニューの内容検討
・二次検査（75g糖負荷検査、微量アルブミン尿検査、尿中タンパク定量検査）

特定保健指導の実施
※上記計画参照

・個別指導

・受診勧奨領域の者へは医療機関受診の勧め

・未治療者へは医療機関受診の確認後も治療中断がないよう複数回にわたる戸別訪問にて支援する

保健指導実施率を地区別に出す（随時）

●評価指標
・特定健康診査受診率
・特定保健指導実施率
・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

●統計
●次年度計画

H28年度保健指導評価

28年度重症化予防教室参加者・28年度保健指導実施者に、事後フォロー通知し、6月に個別相談

医師会糖尿病対策委員会で、話合い。糖尿病対策、医療連携について

●H28年度重症化予防保健指導実施者の評価等実施

●H29年度健診結果、重症化予防対象者を明確化し、優先順位を決める。
・保健指導　資料作成（構造図等）
・保健指導実施後、管理台帳作成

H29年度保健指導

地区担当が個別相談（随時）

当該年度の未治療に対する受診勧奨訪問

治療中のコントロール不良者への訪問指導
腎の提言書・糖尿病治療ガイド・高血圧治療ガイドラインなど各学会のガイドラインを基本に住民(個別ケース)と共に学習し指導スキルの向上を目指す

●改善や治療につなげるために
①重症化予防対象者
・アプローチ状況
・HbA1c値、血圧、LDL、CKD改善状況、健診項目（HbA1c、血圧、LDL）結果（5カ年変化）
・二次検診実施状況、結果内訳
・糖尿病管理台帳、血圧管理台帳で経過をみる

・新規透析患者数の経年評価

②医療との連携
・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進
・糖尿病手帳の活用(個別のケースを介した連携)
・HbA1c7.0以上の人栄養指導に関する実施後の報告
・HbA1c値6.5以上、血圧Ⅱ度以上、高脂血症（LDL－C180以上）の未治療者の治療の勧奨と、治療後の中断予防

・CKD重症化予防のための地域連携会議の開催
・重症化予防対象への医療機関(主治医)への個別の相談

重症化予防対象者、優先順位のアプローチ実施検討

評価C※

対象疾患	H27年度保健指導実施し、H28年度健診受診者				
	改善状況			治療状況	
	改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病	22.5%	77.5%		58.3%	41.6%
高血圧	73.8%	26.2%		52.1%	47.9%
LDLコレステロール	81.6%	18.4%		28.3%	71.7%

対象疾患	糖尿病	LDL コレステロール	CKD	高血圧
評価指標	・受診状況 ・HbA1c値のコントロール状況（直近の血液検査値または次年度健診結果）	・受診状況 ・LDL値	・受診状況 ・リスクコントロール状況 ・検査値等 ・Δ eGFR5未満	・血圧測定状況 ・受診状況

改善A

★生活習慣病予防をライフサイクルで見ていく。母子・健康づくり担当と業務分担も併用しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

６．個人情報の保護

⑴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氷川町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

⑵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、氷川町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第４章　保健事業の内容

Ⅰ　保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては虚血性心疾患、糖尿病性腎症、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

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

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 25 に沿って実施する。

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

対象群は下記のとおりとする
① HbA1c6.5%以上の未治療者
② 空腹時血糖 126 以上の未治療者
③ 随時血糖　200 以上の未治療者
④ HbA1c7.0%以上の治療中者

※未治療者には中断者も含む

【図表 25】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計画・準備	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 受診勧奨	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 保健指導	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 評価報告	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	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熊本県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア． 糖尿病性腎症で通院している者

イ． 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

（2）選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 26）

【図表 26】

糖尿病性腎症病期分類（改訂）注1

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73m²）
第1期 （腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30以上注2
第2期 （早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）注3	30以上
第3期 （顕性腎症期）	顕性アルブミン尿（300 以上） あるいは 持続性蛋白尿（0.5以上）	30以上注4
第4期 （腎不全期）	問わない注5	30未満
第5期 （透析療法期）	透析療法中	

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

氷川町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 2）

② 基準に基づく該当者数の把握 （図表 27）

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

氷川町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 72 人（30%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 948 人中のうち、特定健診受診者が 347 人（36.6%・G）であったが、56 人（16.1%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 601 人（63.4%・Ⅰ）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 262 人中 31 人は治療中断であることが分かった。また、231 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より氷川町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位１

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者（F）**・・・72 人

② 糖尿病治療中であったが**中断者（オ・キ）**・・・87 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】

・糖尿病通院する患者のうち**重症化するリスクの高い者（ク）**・・・291 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

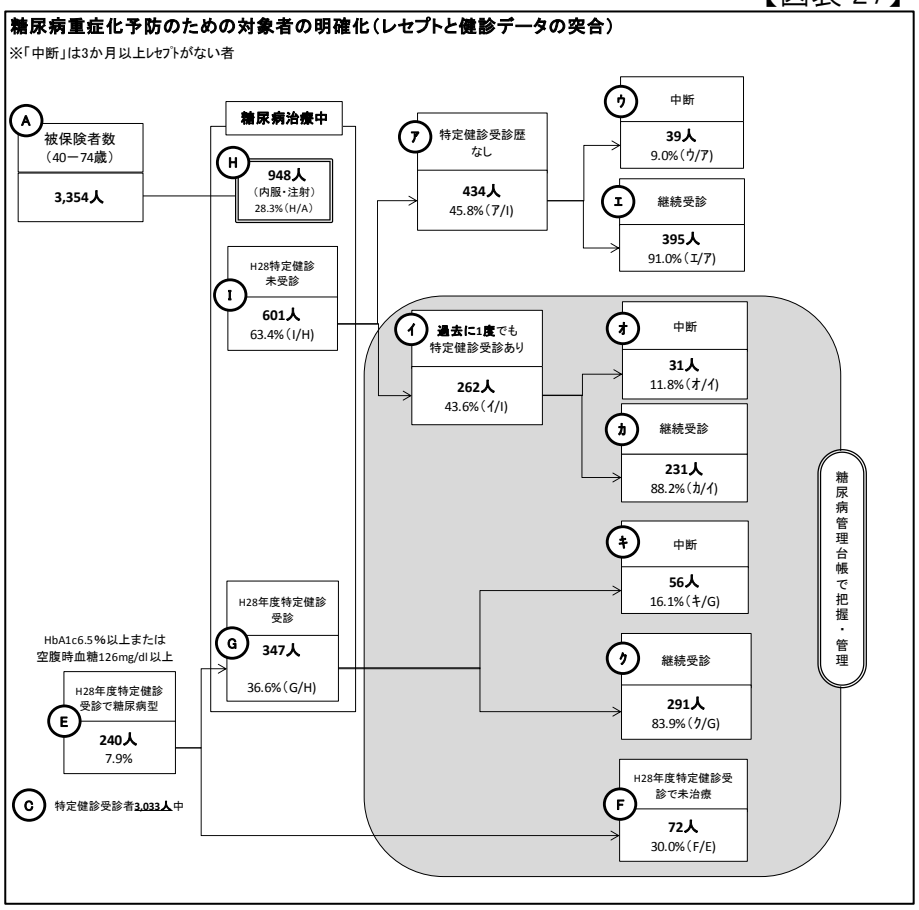
【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・231 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 27】



３）　対象者の進捗管理

（１）糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 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　⑥合併症の有無（指導継続中に新たに分かった時点で追記）

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

未治療者・中断者（受診勧奨者）、腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

【図表 28】

対象者数の把握（自治体全体、地区ごと）

保健指導の視点			全体		宮原		竜北東		竜北西部 若洲・沖塘・鹿野		竜北西部 網道・島地・柳の江		竜北西部 鹿島	
			(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
糖尿病管理台帳の全数			296	100%	87	100%	94	100%	41	100%	40	100%	34	100%
①	健診未受診者		91	30.7%	31	35.6%	31	33%	10	24.4%	8	20%	11	32.3%
②	未治療者（中断者含む）		7	7.7%	1	3.2%	0	0%	2	20%	2	25%	2	18.2%
③	HbA1cが悪化している		96	46.8%	26	46.4%	26	41.3%	23	74.2%	13	40.6%	8	34.8%
④	尿蛋白	（－）	186	90.7%	54	96.4%	55	87.3%	27	87.1%	28	87.5%	22	95.7%
		（±）	8	3.9%	1	1.8%	4	6.3%	1	3.2%	2	6.3%	0	0%
		（＋）～	11	5.3%	1	1.8%	4	6.3%	3	9.7%	2	6.3%	1	4.3%
⑤	eGFR	1年で 25%以上低下	1	0.4%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.1%	0	0%
		1年で 5ml/分/1.73㎡以上低下	41	20%	12	21.4%	11	17.5%	8	25.8%	5	15.6%	5	21.7%

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

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方（P29）	資　料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する	**未受診者の保健指導** 1．ヘモグロビンA1cとは 2．糖尿病の治療の進め方 3．健診を受けた人の中での私の位置は？ 4．HbA1cと体重の変化 5．HbA1cとGFRの変化 6．糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7．高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼（網膜症）～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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）
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解（インスリン作用不足という）「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標　HbA1c 7．0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6．0%未満	9．糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10．糖尿病のタイプ 11．インスリンの仕事 12．食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13．私はどのパターン？（抵抗性） 14．なぜ体重を減らすのか 15．自分の腎機能の位置と腎の構造 16．高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17．私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18．腎臓は 19．なぜ血圧を130/80にするのでしょうか（A）（B） 20．血圧値で変化する腎機能の低下速度 21．血糖値で変化する腎機能の低下速度 22．血圧を下げる薬と作用 ❒ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～　血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP－1受容体作動薬	23．薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4．HbA1cと体重の変化 5．HbA1cとGFRの変化 6．糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ **薬が必要になった人の保健指導** 24．病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25．薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26．ビグアナイド薬とは 27．チアゾリジン薬とは 28．SGLT2阻害薬とは

（2）　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、対象者のうち未治療の尿蛋白定性（±）以上の人には 2 次健診等活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。治療中で尿蛋白定性（±）以上の人は医療の中で検査をお勧めする

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（健診未受診者も含む）を医療機関につなぐ場合、尿アルブミン検査や SMBG を保健指導のツールとして活用し、医療機関受診につなげる。

（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。

6）　同課介護保険係との連携

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

7）　評価

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

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 5）を用いて行っていく。

（1）　短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア．HbA1c6.5%以上の未治療者を治療に結びつける割合 90%

イ．健診受診者の糖尿病有病者の割合増加抑制（HbA1c6.5 以上）

ウ．未治療・治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合現状維持

② 保健指導対象者に対する評価

ア．HbA1c6.5%以上の保健指導実施率　100%

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1ｃの変化　　保健指導後翌年 HbA1c 低下した者の割合 60%

〇新規人工透析の発生が年間 2 人まで

〇eGFR の変化（1 年で 5ml/1.73 ㎡以上低下）

〇尿蛋白の変化

尿たんぱく±以上の者の割合を増加抑制

※参考資料１２にて目標管理一覧に記載する

8)　実施期間及びスケジュール

４月　対象者の選定基準の決定

５月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 2)

２） 対象者の明確化

（１） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

（２） 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。氷川町において健診受診者 1,499 人のうち心電図検査実施者は 1,379 人（92.0%）であり、そのうち ST 所見があったのは 30 人であった（図表 30)。ST 所見あり 30 人中のうち 5 人は要精査であり、その後の受診状況をみると全員医療機関に繋がっていた（図表 31)。要精査には該当しないが ST 所見ありの 25.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。

氷川町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果 【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1,499	100%	1,379	92.0%	30	2.2%	393	28.5%	956	69.3%

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)	(d/b)(%)
30	100%	5	16.7%	5	100%	0	0%

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度		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		
		1499	28	325	1000	120	
			1.87%	21.7%	66.7%	8.0%	
メタボ該当者		228	5	58	165	0	②-1
		15.2%	2.2%	25.4%	72.4%	0.0%	
メタボ予備群		154	3	40	111	0	
		10.3%	1.9%	26.0%	72.1%	0.0%	
メタボなし		997	22	226	749	0	
		66.5%	2.2%	22.7%	75.1%	0.0%	
LDL	140－159	142	3	33	106	0	
		9.5%	2.1%	23.2%	74.6%	0.0%	
	160－179	55	1	17	37	0	
		3.7%	1.8%	30.9%	67.3%	0.0%	
	180－	28	2	4	22	0	②-2
		1.9%	7.1%	14.3%	78.6%	0.0%	

【参考】

Non-HDL	190-	57	1	14	42	0	
		3.8%	1.8%	24.6%	73.7%	0.0%	
	170-189	114	4	24	80	6	
		7.6%	3.5%	21.1%	70.2%	5.3%	

３）　保健指導の実施

（１）　受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

（２）　二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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）　同課介護保険係との連携

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

6）　評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・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）

3.　脳血管疾患重症化予防

1）　基本的な考え方

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

【図表 34】

【脳卒中の分類】

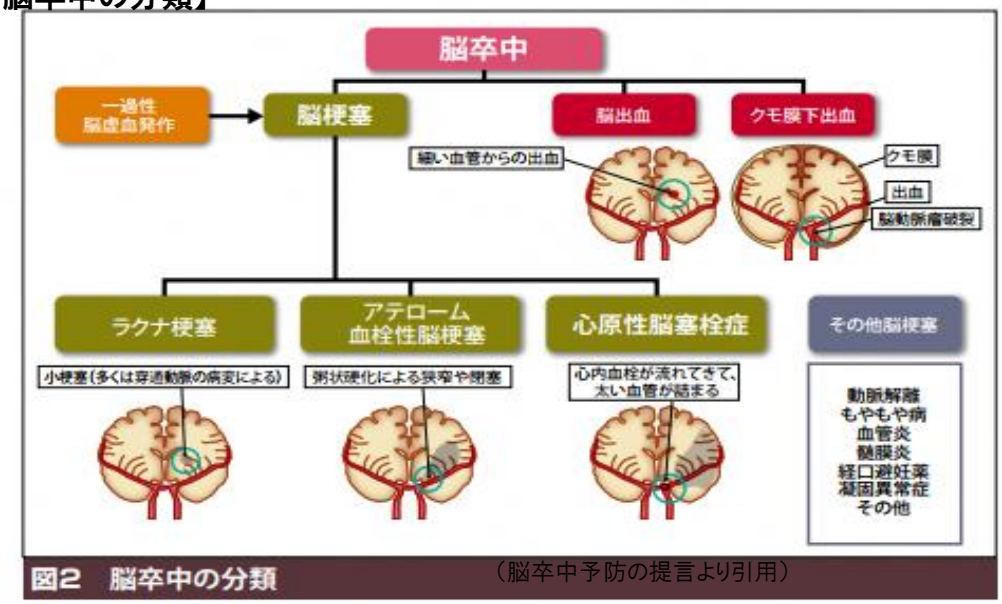


図2　脳卒中の分類　（脳卒中予防の提言より引用）

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者 【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○		○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○			
	心原性脳梗塞	●						●		○		○			
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧		糖尿病		脂質異常（高BMDBM）		心房細動		ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上（治療中7.0%以上）		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満（70歳以上40未満）	
	受診者数 1,499人	73人	4.9%	128人	8.5%	46人	3.1%	0人	0.0%	280人	18.7%	9人	0.6%	37人	2.5%
	治療なし	34人	3.6%	70人	5.3%	33人	2.9%	0人	0.0%	62人	8.2%	2人	0.3%	7人	0.9%
	治療あり	15人	20.5%	20人	15.6%	13人	28.3%	0人	--	62人	22.1%	1人	11.1%	2人	5.4%
	臓器障害あり	14人	6.9%	28人	40.8%	6人	3.7%	0人	0.0%	16人	29.3%	2人	0.9%	7人	4.1%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	3人		5人		0人		0人		3人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	2人		2人		0人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人	
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	1人		2人		0人		0人		1人		0人		0人	
	心電図所見あり	13人		27人		6人		0人		15人		0人		0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 73 人（4.9%）であり、34 人は未治療者であった。また未治療者のうち 14 人（6.9%）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 15 人（20.5%）いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

（2） リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

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）

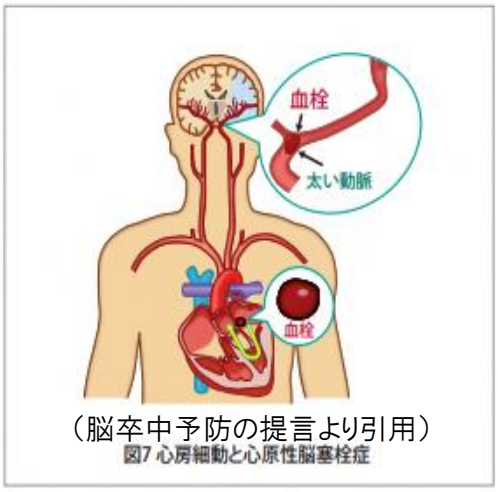
【図表 37】

リスク層（血圧以外のリスク因子） ＼ 血圧分類（mmHg）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上	低リスク群 3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	中リスク群 1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	高リスク群 ただちに降圧薬治療
	935	355	210	206	130	28	6	12	71	81
		38.0%	22.5%	22.0%	13.9%	3.0%	0.6%	1.3%	7.6%	8.7%
リスク第1層	148	75	27	30	12 ④	3	1 ①	12	3	1
	15.8%	21.1%	12.9%	14.6%	9.2%	10.7%	16.7%	100%	4.2%	1.2%
リスク第2層	488	188	113	106	68 ③	12	1	--	68	13
	52.2%	53.0%	53.8%	51.5%	52.3%	42.9%	16.7%		95.8%	16.0%
リスク第3層	299	92	70	70	50 ②	13	4	--	--	67
	32.0%	25.9%	33.3%	34.0%	38.5%	46.4%	66.7%			82.7%
再掲）重複あり 糖尿病	97	30	26	19	13	8	1			
	32.4%	32.6%	37.1%	27.1%	26.0%	61.5%	25.0%			
再掲）重複あり 慢性腎臓病（CKD）	124	40	27	32	17	8	0			
	41.5%	43.5%	38.6%	45.7%	34.0%	61.5%	0.0%			
再掲）重複あり 3個以上の危険因子	141	31	36	37	28	5	4			
	47.2%	33.7%	51.4%	52.9%	56.0%	38.5%	100.0%			

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

（3）心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況　【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査＊	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	616	763	10	1.62%	3	0.39%	－	
40歳代	81	74	1	1.23%	0	0.00%	0.2	0.04
50歳代	105	133	1	0.95%	0	0.00%	0.8	0.1
60歳代	311	396	7	2.25%	1	0.25%	1.9	0.4
70～74歳	119	160	1	0.84%	2	1.25%	3.4	1.1

＊日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有所見率
＊日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】
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	%
13	100	2	15.4	11	84.6

心電図検査において 13 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 13 人のうち 11 人は既に治療が開始されていたが、2 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、継続受診の必要性と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）

③　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）　同課介護保険係との連携

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

６）　評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・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

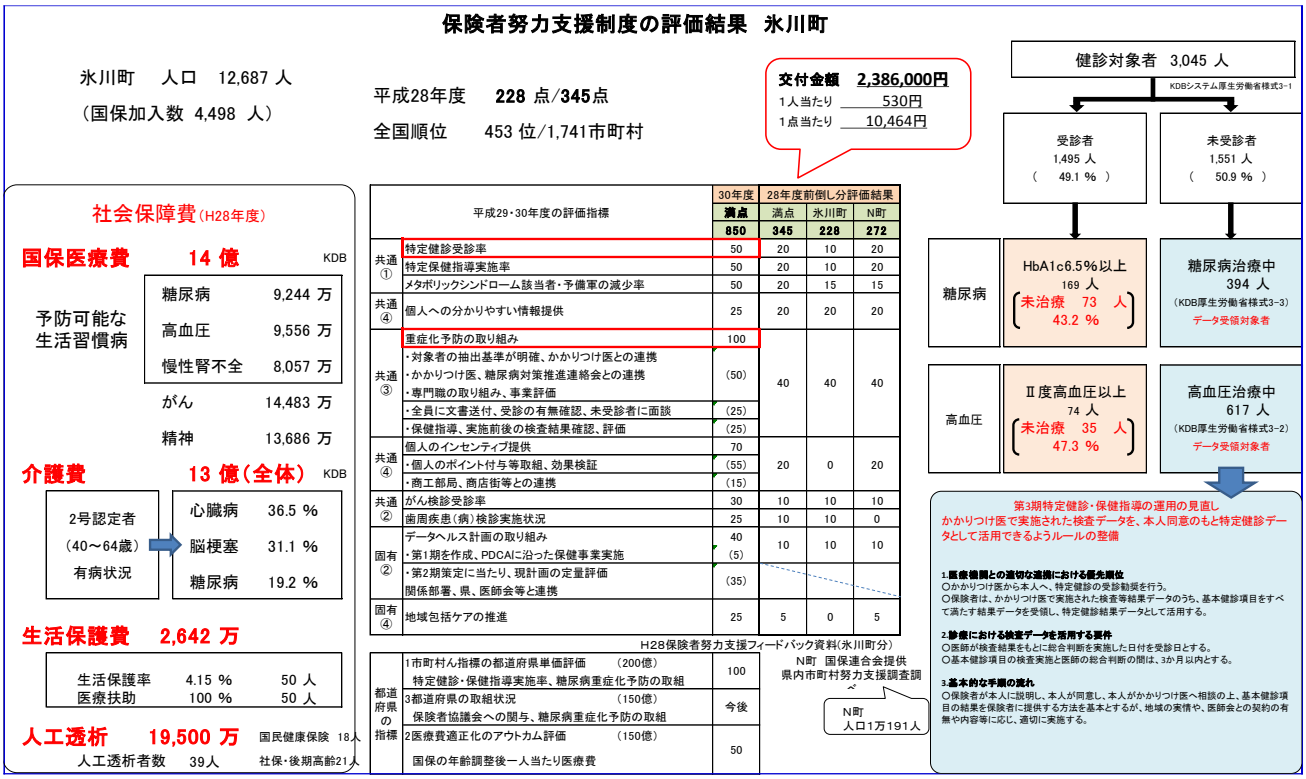
5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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）

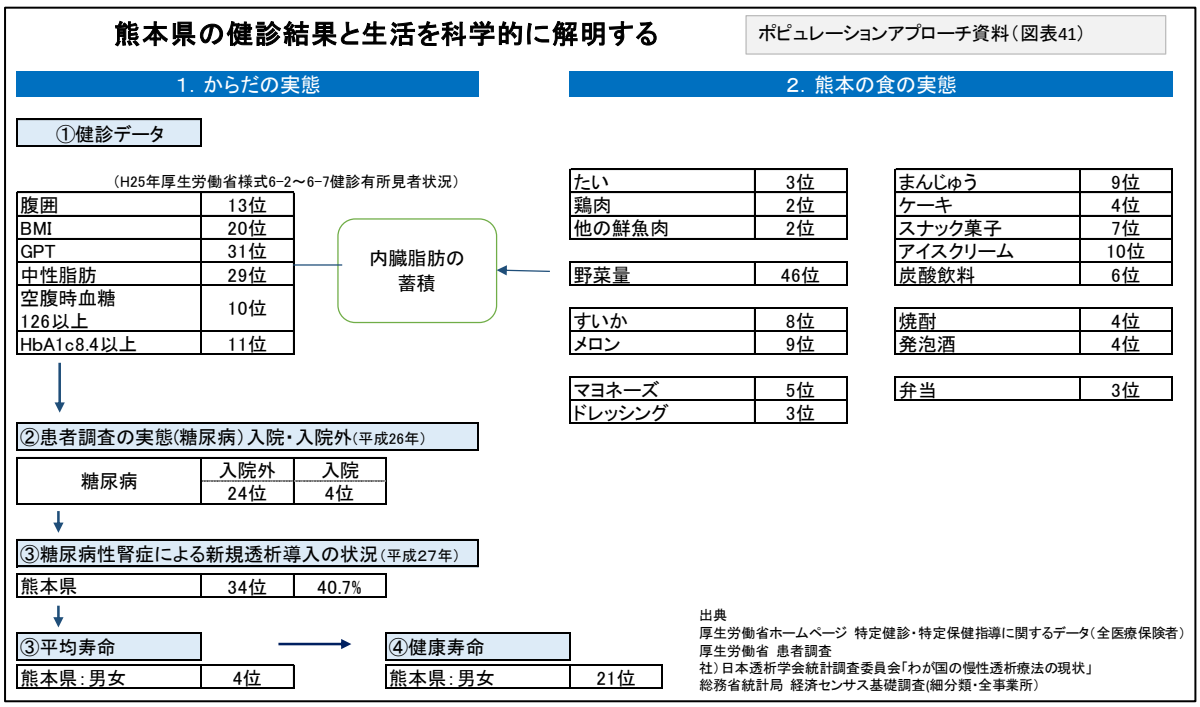
Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

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町民へ周知していく。（図表 40・41）

【図表 40】
ポピュレーションアプローチ資料



【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。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第 4 章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.66 と全国一高くなると推計されている。

参考資料 1 より氷川町は同規模と比較しても高齢化率が進んでいる地域である。また、県や国、同規模と比較して第 1 次産業が多く、農業を中心とした地域である。

平成 25 年と平成 28 年を比較しても国保の被保険者の 65 歳以上の割合が高くなってきており、高齢化による医療費の増大や介護保険料の増大も懸念される。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

図表 6 の介護給付費の状況において、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると 1 件当たりの給付費は 1.9 倍に増加している。2 号認定者の約 8 割は脳血管疾患に起因するものであり、要介護状態になりやすい脳血管疾患の予防は今後の大きな課題である。

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町民を増やしていくことにつながる。（参考資料 10）

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 11-1.11-2）

ストラクチャー （保健事業実施のための体制･システムを整えているか）	･事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	･保健指導等の手順･教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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ことが重要であり、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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料１　様式 6-1　国・県・同規模平均と比べてみた氷川町の位置

参考資料２　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料３　糖尿病管理台帳

参考資料４　糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料５　様式 6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料６　虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料７　虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料８　血圧評価表

参考資料９　心房細動管理台帳

参考資料 10　生活習慣病有病状況

参考資料 11-1　評価イメージ
　　11-2

参考資料 12　　データヘルス計画の目標管理一覧

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた氷川町の位置　【参考資料 1】

項目				H25 保険者 実数	H25 保険者 割合	H28 保険者 実数	H28 保険者 割合	H28 県 実数	H28 県 割合	H28 同規模平均 実数	H28 同規模平均 割合	H28 国 実数	H28 国 割合	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口	12,687		12,687		1,794,477		1,944,956		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			65歳以上（高齢化率）	3,898	30.7	3,898	30.7	462,261	25.8	575,439	29.6	29,020,766	23.2	
			75歳以上	2,211	17.4	2,211	17.4	253,517	14.1			13,989,864	11.2	
			65～74歳	1,687	13.3	1,687	13.3	208,744	11.6			15,030,902	12.0	
			40～64歳	4,371	34.5	4,371	34.5	602,031	33.5			42,411,922	34.0	
			39歳以下	4,418	34.8	4,418	34.8	730,185	40.7			53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業	28.8		28.8		10.5		14.7		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業	19.3		19.3		21.2		26.9		25.2		
			第3次産業	51.9		51.9		68.4		58.3		70.6		
	③	平均寿命	男性	80.6		80.6		80.3		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	87.5		87.5		87.0		86.4		86.4		
	④	健康寿命	男性	65.6		65.6		65.3		65.1		65.2		
			女性	67.0		66.9		66.7		66.8		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR） 男性	93.1		108.7		94.7		105.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			標準化死亡比（SMR） 女性	96.6		96.4		92.8		102.7		100		
			死因 がん	47	46.1	58	46.8	5,499	48.4	6,768	45.4	367,905	49.6	
			心臓病	30	29.4	35	28.2	3,135	27.6	4,236	28.4	196,768	26.5	
			脳疾患	14	13.7	18	14.5	1,774	15.6	2,609	17.5	114,122	15.4	
			糖尿病	0	0.0	2	1.6	183	1.6	263	1.8	13,658	1.8	
			腎不全	7	6.9	5	4.0	449	3.9	584	3.9	24,763	3.3	
			自殺	4	3.9	6	4.8	332	2.9	444	3.0	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計											厚労省HP 人口動態調査
			男性											
			女性											
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	730	18.6	815	21.3	108,753	23.3	114,846	20.2	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	17	0.3	2	0.3	1,536	0.3	1,946	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者	17	0.4	14	0.3	2,247	0.4	2,492	0.4	151,813	0.4	
	②	有病状況	糖尿病	153	21.4	179	21.9	24,299	21.5	25,612	21.3	1,350,152	22.1	
			高血圧症	465	61.2	537	64.3	64,733	57.8	63,835	53.4	3,101,200	50.9	
			脂質異常症	217	28.1	264	32.1	33,149	29.4	31,966	26.7	1,741,866	28.4	
			心臓病	513	67.8	590	70.4	73,278	65.4	72,264	60.6	3,529,682	58.0	
			脳疾患	198	27.4	182	21.9	28,092	25.5	32,398	27.3	1,538,683	25.5	
			がん	67	8.5	84	9.1	12,291	10.8	11,697	9.6	631,950	10.3	
			筋・骨格	410	54.0	483	58.3	66,219	59.0	62,083	51.8	3,067,196	50.3	
			精神	306	40.0	373	43.4	43,162	38.3	44,206	36.6	2,154,214	35.2	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	65,803		68,769		61,022		68,807		58,284		
			居宅サービス	43,645		48,294		40,033		42,403		39,662		
			施設サービス	282,673		283,450		291,281		278,098		281,186		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40 認定あり	7,902		7,871		8,546		8,199		7,980		
			認定なし	3,705		3,589		3,906		3,955		3,816		
4	①	国保の状況	被保険者数	4,802		4,449		471,539		509,741		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			65～74歳	1,486	30.9	1,590	35.7	182,325	38.7			12,461,613	38.2	
			40～64歳	1,959	40.8	1,657	37.2	162,787	34.5			10,946,712	33.6	
			39歳以下	1,357	28.3	1,202	27.0	126,427	26.8			9,179,541	28.2	
			加入率	37.8		35.1		26.3		26.6		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	1	0.2	1	0.2	214	0.5	121	0.2	8,255	0.3	
			診療所数	10	2.1	10	2.2	1,471	3.1	1,138	2.2	96,727	3.0	
			病床数	80	16.7	80	18.0	35,190	74.6	17,242	33.8	1,524,378	46.8	
			医師数	12	2.5	12	2.7	5,156	10.9	1,935	3.8	299,792	9.2	
			外来患者数	729.9		758.6		727.3		682.6		668.1		
			入院患者数	21.6		22.4		25.6		22.4		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	23,972	県内36位 同規模81位	25,975	県内35位 同規模86位	27,974		26,568		24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率	751.505		780.968		752.848		705.038		686.286		
			外来 費用の割合	58.3		56.6		55.7		57.2		60.1		
			外来 件数の割合	97.1		97.1		96.6		96.8		97.4		
			入院 費用の割合	41.7		43.4		44.3		42.8		39.9		
			入院 件数の割合	2.9		2.9		3.4		3.2		2.6		
			1件あたり在院日数	17.1日		18.0日		18.0日		16.7日		15.6日		
	④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	新生物	16.9		18.5		20.5		23.8		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）	11.2		10.2		12.4		9.5		9.7		
			糖尿病	10.0		11.8		9.5		10.3		9.7		
			高血圧症	14.2		12.1		8.4		9.2		8.6		
			精神	17.1		17.4		22.4		18.8		16.9		
			筋・骨疾患	15.9		15.4		15.1		15.1		15.2		

4	⑤	費用額 （1件あたり） 県内順位 順位総数47 入院の（　）内は在院日数	入院	糖尿病	450,971	41位	（16）	550,265	17位	（18）						KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧	518,174	18位	（18）	513,910	22位	（19）						
				脂質異常症	494,957	14位	（19）	533,515	12位	（17）						
				脳血管疾患	625,197	8位	（19）	600,076	17位	（19）						
				心疾患	555,643	26位	（15）	704,777	8位	（17）						
				腎不全	988,189	4位	（25）	597,538	27位	（21）						
				精神	384,357	37位	（25）	430,441	21位	（26）						
				悪性新生物	498,668	46位	（13）	674,924	5位	（14）						
			外来	糖尿病	31,067	39位		33,714	28位							
				高血圧	25,373	39位		23,859	44位							
				脂質異常症	23,483	39位		23,306	38位							
				脳血管疾患	40,265	8位		30,343	36位							
				心疾患	47,176	13位		41,997	26位							
				腎不全	183,097	33位		163,334	36位							
				精神	26,129	35位		29,218	26位							
				悪性新生物	42,517	35位		51,071	19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	3,256			3,771			2,198		3,051		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	9,803			11,010			12,509		11,945		12,339	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	7,794			8,729			5,853		8,266		6,742	
				健診未受診者	23,464			25,484			33,315		32,361		35,459	
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		684	54.2		794	53.0		60,054	55.2	89,238	56.7	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率		631	50.0		752	50.2		55,720	51.2	81,322	51.7	4,069,618	51.5	
			医療機関非受診率		53	4.2		42	2.8		4,334	4.0	7,916	5.0	357,742	4.5	
5	①	特定健診の 状況 県内順位 順位総数47	健診受診者		1,263			1,498			108,830		157,335		7,898,427		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
	②		受診率		38.9	県内29位 同規模84位		49.4	県内18位 同規模39位		34.1	全国33位	43.2		36.4		
	③		特定保健指導終了者（実施		79	39.5		187	96.4		5,423	40.6	8184	41.7	198,683	21.1	
	④		非肥満高血糖		120	9.5		158	10.5		9,737	8.9	17,078	10.9	737,886	9.3	
	⑤		メタボ	該当者	183	14.5		280	18.7		18,340	16.9	28,039	17.8	1,365,855	17.3	
				男性	134	23.0		192	28.3		12,809	26.8	19,376	27.0	940,335	27.5	
				女性	49	7.2		88	10.7		5,531	9.1	8,663	10.1	425,520	9.5	
	⑥			予備群	146	11.6		161	10.7		12,350	11.3	17,199	10.9	847,733	10.7	
				男性	104	17.8		116	17.1		8,307	17.4	11,819	16.4	588,308	17.2	
				女性	42	6.2		45	5.5		4,043	6.6	5,380	6.3	259,425	5.8	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	385	30.5		491	32.8		34,798	32.0	50,519	32.1	2,490,581	31.5	
	⑧				男性	273	46.8		342	50.4		23,751	49.8	34,664	48.2	1,714,251	50.2	
	⑨				女性	112	16.5		149	18.2		11,047	18.1	15,855	18.6	776,330	17.3	
	⑩			BMI	総数	55	4.4		88	5.9		4,579	4.2	8,872	5.6	372,685	4.7	
	⑪				男性	7	1.2		14	2.1		712	1.5	1,430	2.0	59,615	1.7	
	⑫				女性	48	7.1		74	9.0		3,867	6.3	7,442	8.7	313,070	7.0	
	⑬			血糖のみ		13	1.0		16	1.1		794	0.7	1,171	0.7	52,296	0.7	
	⑭			血圧のみ		93	7.4		100	6.7		8,842	8.1	12,209	7.8	587,214	7.4	
	⑮			脂質のみ		40	3.2		45	3.0		2,714	2.5	3,819	2.4	208,214	2.6	
	⑯			血糖・血圧		44	3.5		57	3.8		3,487	3.2	5,194	3.3	212,002	2.7	
	⑰			血糖・脂質		11	0.9		12	0.8		960	0.9	1,482	0.9	75,032	0.9	
	⑱			血圧・脂質		79	6.3		117	7.8		8,518	7.8	12,677	8.1	663,512	8.4	
	⑲			血糖・血圧・脂質		49	3.9		94	6.3		5,375	4.9	8,686	5.5	415,310	5.3	
6	①	生活習慣の 状況	服薬		355	28.1		563	37.6		36,550	33.6	55,608	35.4	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②		既往歴		74	5.9		147	9.8		7,968	7.3	13,020	8.3	589,711	7.5	
	③		喫煙		174	13.8		351	23.4		22,931	21.1	34,949	22.2	1,861,221	23.6	
	④		週3回以上朝食を抜く		10	0.8		32	2.3		3,037	2.8	4,523	3.0	246,252	3.3	
	⑤		週3回以上食後間食		68	5.4		67	4.8		5,576	5.2	7,878	5.3	417,378	5.5	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		7	0.6		6	0.4		437	0.4	780	0.5	39,184	0.5	
	⑦		食べる速度が速い		169	13.4		247	17.7		11,246	10.5	12,720	8.7	761,573	10.2	
	⑧		20歳時体重から10kg以上		180	14.3		226	15.1		14,436	13.3	22,916	14.6	1,122,649	14.2	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		440	34.8		554	40.2		33,547	33.2	46,745	32.4	2,192,264	32.1	
	⑩		1日1時間以上運動なし		857	67.9		954	69.2		61,876	61.3	92,627	64.1	4,026,105	58.8	
	⑪		睡眠不足		592	46.9		672	48.7		49,838	50.5	68,134	47.2	3,209,187	47.0	
	⑫		毎日飲酒		709	56.1		770	55.8		51,567	52.3	80,270	55.8	3,387,102	50.3	
	⑬		時々飲酒		256	20.3		304	22.0		19,630	19.9	28,741	19.9	1,321,337	19.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	335	26.5		369	26.8		25,790	26.2	38,905	26.9	1,755,597	26.0	
	⑮			1～2合	841	66.6		915	66.4		65,474	66.4	93,153	64.5	4,425,971	65.6	
	⑯			2～3合	87	6.9		95	6.9		7,354	7.5	12,318	8.5	567,502	8.4	
	⑰			3合以上	225	17.8		240	17.4		14,549	14.8	22,799	15.8	1,054,516	15.5	

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名	熊本県	市町村名	氷川町	同規模区分	10

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
（平成28年7月
作成分）

被保険者

4,588人

年代別	人数	割合
20代以下	857	18.7
30代	377	8.2
40代	450	9.8
50代	671	14.6
60代	1,574	34.3
70-74歳	659	14.4

A 再掲 40-74歳 3,354人

糖尿病治療中

524人
（11.4）

※（ ）内は、被保険者に占める割合

0	0.0
7	1.3
20	3.8
63	12.0
268	51.1
166	31.7

H 517人 15.4

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	375	68	303
割合	72.5	13.2	58.6

糖尿病性腎症

89人
（17.0）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
1	1.1
4	4.5
6	6.7
44	49.4
34	38.2

L 88人 17.0

人工透析

9人
（1.72）

※（ ）は、糖尿病治療者に占める割合

0	0.0
0	0.0
0	0.0
1	11.1
7	77.8
1	11.1

9人 1.74

特定健診
[40-74歳]
平成28年度

I 特定健診未受診者
370人
（71.6）…I/H

KDBシステム帳票
「疾病管理一覧（糖尿病）」
で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者 3,033人

C 特定健診受診者 1,499人（49.4）

（再掲）65歳以上

人数	割合
822人	54.8366

E 糖尿病型 240人（16.0）

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中
（問診）

G 治療中（質問票 服薬有） 147人（61.3）

F 未治療（中断含む） 93人（38.8）

J コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上 88人（59.9）

K コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満 59人（40.1）

	その他のリスク		
	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	54（61.4）	41（46.6）	58（65.9）
K	23（39.0）	22（37.3）	27（45.8）

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白 アルブミン尿		正常アルブミン尿（30未満）	N --	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白 尿蛋白		（－）	M --	（±）	（＋）以上	問わない	
		213人（88.8）	27人（11.3）	10人（4.2）	15人（6.3）	2人（0.83）	

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 平成28年度　　氷川町　　H29.11.21

	保健指導の視点	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など
結果把握	**糖尿病管理台帳の全数**　**（ 298 ）人** ① 健診未受診者 結果把握（把握） ①国保（生保）　62人 ②後期高齢者　19人 ③他保険　7人 ④住基移動（死亡・転出）　4人 ⑤確認できず　0人 ①－１未治療者　（ 14 ）人 このうち中断者（再掲）　（ 5 ）人	H30.1月 1．資格喪失（死亡・転出）の確認 □死亡の有無（原因）の確認 □医療保険異動の確認 2．レセプト（治療状況）の確認 □治療の確認 □直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患－手術 ●人工透析 ●がん 3．訪問に行く □糖尿病手帳の確認（本人が持っていない場合は配布） □医療機関への受診勧奨の保健指導	後期高齢者、社会保険 □健診データを本人から提供してもらう際の事務処理協力（国保係データ入力）
保健指導の優先づけ	B）結果把握 ① HbA1cが悪化している　（ 96 ）人 HbA1c7.0以上で昨年より悪化している　（ 39 ）人 ② 尿蛋白　（－）　（ 186 ）人 （±）　（ 8 ）人 （＋）～ 顕性腎症　（ 11 ）人 ③ eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下　（ 1 ）人 1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下　（ 41 ）人	□尿アルブミン検査の情報を追加 □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 □保健指導・栄養指導後は、糖尿病手帳に書き込む □腎症予防のための保健指導 □栄養指示書でかかりつけ医もしくは専門医に伺う □受診勧奨後の、受診確認（面接後2週間～1か月後目標） □治療中断がないよう経年での継続フォローの徹底	尿アルブミン検査の継続 かかりつけ医・糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価　　氷川町

			項目	保険者 平成28年度 実数	保険者 平成28年度 割合	保険者 平成29年度 実数	保険者 平成29年度 割合	保険者 平成30年度 実数	保険者 平成30年度 割合	同規模保険者 実数	同規模保険者 割合	データ元
1	①	被保険者	被保険者数	4588 人		人		人		509754 人		KDB厚生労働省様式様式3-2
			(再掲)40才-74才	3354 人		人		人		人		
2	①	特定健診	健診対象者数	3033 人		人		人		人		保健指導支援支援ツール
	②		健診受診者数	1499 人		人		人		人		
	③		健診受診率	49.4 %		%		%		%		
3	①	特定保健指導	保健指導対象者数	194 人		人		人		人		H28年度特定健康診査・特定保健指導実施状況
	②		実施率	89.7 %		%		%		%		
4	①	健診データ	糖尿病型	240 人	16 %	人	%	人	%	人	%	特定健診結果　保健指導支援ツール
	②		未治療・中断者(質問票　服薬なし)	93 人	38.8 %	人	%	人	%	人	%	
	③		治療中(質問票　服薬有)	147 人	61.3 %	人	%	人	%	人	%	
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	88 人	59.9 %	人	%	人	%	人	%	
	⑤		血圧　130/80以上	54 人	61.4 %	人	%	人	%	人	%	
	⑥		肥満　BMI25.0以上	41 人	46.6 %	人	%	人	%	人	%	
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	59 人	40.1 %	人	%	人	%	人	%	
	⑧		糖尿病病期分類									
			尿蛋白 (－) 第1期	213 人	88.8 %	人	%	人	%	人	%	
	⑨		尿蛋白 (±) 第2期	10 人	4.2 %	人	%	人	%	人	%	
	⑩		尿蛋白 (＋)以上 第3期	15 人	6.3 %	人	%	人	%	人	%	
	⑪		eGFR(30未満) 第4期	2 人	0.83 %	人	%	人	%	人	%	
5	①	レセプト	糖尿病治療中	524 人	11.4 %	人	%	人	%	人	%	あなみツール②_2集計ツール2017.7(DM腎症(レセ×健診)
	②		(再掲)40才-74才	517 人	15.4 %	人	%	人	%	人	%	
	③		健診未受診者	370 人	71.6 %	人	%	人	%	人	%	
	④		糖尿病性腎症	89 人	17 %	人	%	人	%	人	%	
	⑤		(再掲)40才-74才	88 人	17 %	人	%	人	%	人	%	
	⑥		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	9 人	1.72 %	人	%	人	%	人	%	KDB厚生労働省様式様式3-2
	⑦		(再掲)40才-74才	9 人	1.72 %	人	%	人	%	人	%	
	⑩		後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	3 人	3.4 %							
	⑧		新規透析患者数	2 人	%	人	%	人	%	人	%	
	⑨		(再掲)糖尿病性腎症	1 人	%	人	%	人	%	人	%	
6	①		医療費 総医療費 a	14	億円		億円		億円		億円	KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題CSV
	②		生活習慣病総医療費 b	1.4	億円		億円		億円	12575350190	億円	
	③		(総医療費に占める割合) b/a	10	%		%		%		%	
	④		生活習慣病対象者一人当たり 健診受診者	9,363	円		円		円	7539	円	
	⑤		生活習慣病対象者一人当たり 健診未受診者	21,836	円		円		円	33226	円	
	⑥		糖尿病医療費 c	9,244	万円		万円		万円	982553	万円	
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合 c/b	65.6	%		%		%		%	
	①			7,280 件	%	人	%	人	%	人	%	
	②		入院外	7,036 件	96.6 %	人	%	人	%	人	%	
	③		入院	244 件	3.4 %	人	%	人	%	人	%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費	2.37	億円		億円		億円		億円	
	⑨		1件当たり	33,714	円		円	0	円		円	
	⑩		糖尿病入院総医療費	1.3	億円		億円		億円		億円	
	⑪		1件当たり	550,265	円		円		円		円	
	⑫		在院日数	4,499	日		日		日		日	
	⑬		慢性腎不全医療費									
	⑭		透析有り	805	万円		億円		億円		億円	
	⑮		透析なし	554	万円		万円		万円		万円	
7	①		介護 介護給付費	6,669	万円		億円		億円		億円	KDB市町村別データ
	②		(再掲)2号認定者の有所者割合	13人								要介護(支援)者突合状況CSV
			糖尿病	53.8	%		%		%		%	
	③		糖尿病合併症	7.7	%		%		%		%	
8	①		死亡 死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	60	人		人		人		人	KDB地域の全体像の把握CSV
			糖尿病	2 人	3.3 %	人	%	人	%	人	%	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なりやリスクの期間で推測)

問診

- □**年齢・性別**（男45歳以上/女55歳以上）
- □**家族歴**（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死
  ②若年発症の虚血性心疾患
  ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- □**既往歴**（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）
- □**喫煙** → NO不活化等
- □**ストレス**（職場環境、生活リズムの変化など　）→ 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- □**閉経**（　　歳）→ エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

＋

健診

- □**20歳の体重（15%以上の増加）**
- **内臓脂肪の蓄積** → 高中性脂肪・低ＨＤＬ / 血圧高値 / 耐糖能異常・高血糖
- □**メタボリックシンドローム**（高インスリンの期間を予測）→ **大血管障害要因**
- □**糖尿病** → インスリン枯渇により移行
- □**高血圧** → プラーク破裂促進要因
- □**高LDLコレステロール** → **大血管障害要因**
- □**CKD** → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈のれん縮

冠動脈の狭窄

プラークの形成

- ❶狭窄が50%以下でもプラークの破綻を起こすことがある（不安定プラーク）
  ＊特にメタボは不安定プラークを形成しやすい
- ❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → **心筋壊死**

心電図

- □**所見あり**
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □**所見なし** → **自覚症状**
- □**あり**

症状

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

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（３ヶ月後・半年後・１年後）

精密検査

- □**狭心症**
  - □**労作性狭心症**
  - □**異型（冠れん縮）狭心症**
  - □**不安定狭心症**
- □**急性心筋梗塞**

不安定プラークの破裂により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間の閉塞または高度狭窄をきたす。（急性冠症候群：ACS）

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）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・労作時関係なく		
症状の期間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも寛解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □７５ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT
- □心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料６】

【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	□ＳＴ変化	⑤ 重症化予防対象者
		□その他所見	
② 問診	自覚症状なし	症状 □労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） □安静時にも胸に違和感、締め付け □以前にも同じような症状があった □頸、肩、歯の痛み □冷汗、吐き気がある	
	□家族歴 □既往歴・合併症 □喫煙 □アルコール □運動習慣 □睡眠習慣 □家庭血圧		発症予防対象者

③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			
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～	
□中性脂肪 食後	～199	200～		
□HDL-C	40～	35～39	～34	
□nonHDL−C	～149	150～169	170～	
□ALT	～30	31～50	51～	
□γ−GT	～50	51～100	101～	
□血糖 空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □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
□血糖 食後	～139	140～199	200～	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	
□血圧 収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
□血圧 拡張期	～84	85～89	90～	
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～	
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無
ｅＧＦＲ		60未満		
尿蛋白	（−）	（＋）～		
□ＣＫＤ重症度分類		G3aA1		

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

血圧評価表

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

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

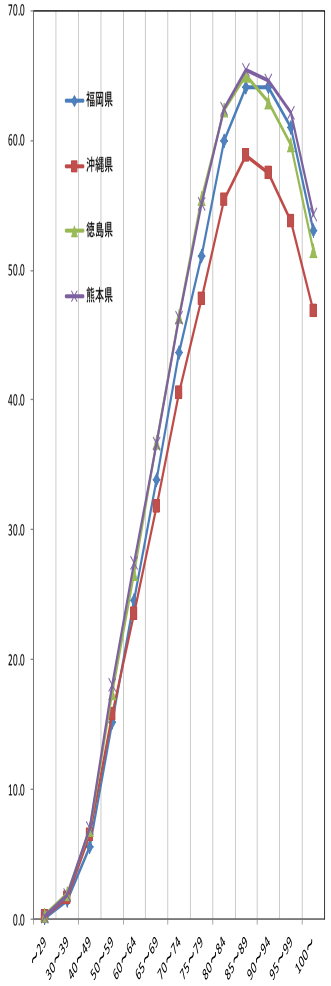
番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
												H26年度					H27年度					H28年度				
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

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)

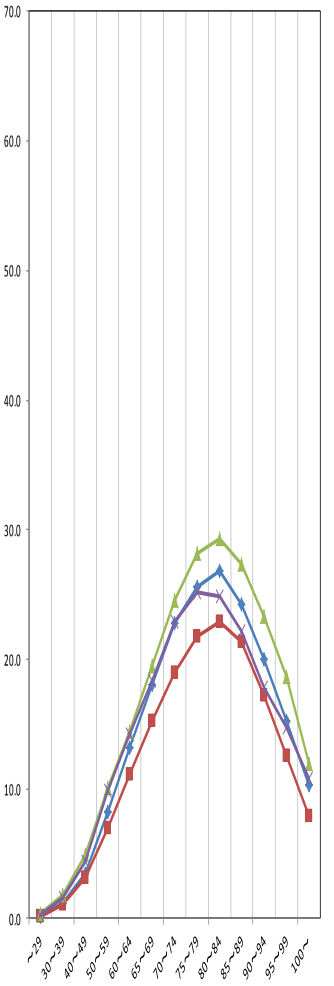
福岡・沖縄・徳島・熊本

高血圧症

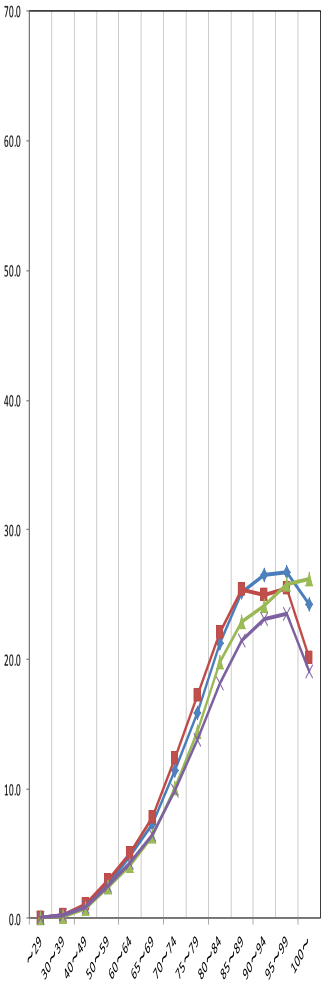


脂質異常症

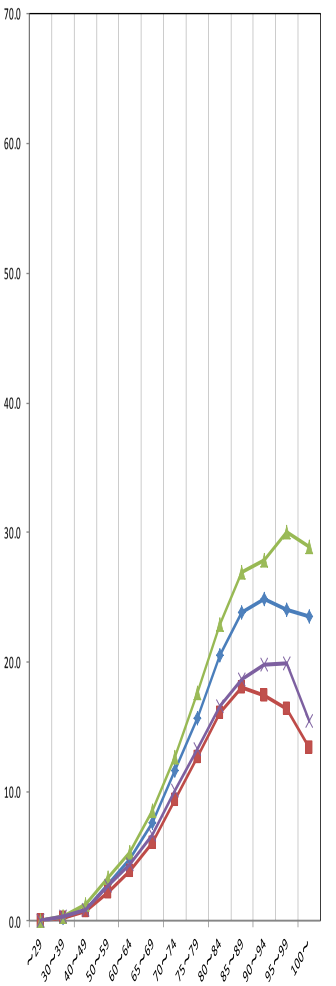
糖尿病



脳血管疾患



虚血性心疾患



全体の課題
①保健活動に関して具体的な目標と評価指標を設定し、PDCA サイクルに基づいて評価した結果、次年度へつなぐべき課題を見つけ、翌年度の事業計画に反映させる
②地区担当制による活動の徹底。地区担当による事業評価の方法を模索しながら情報交換を図り、評価・次年度の地区保健活動の計画化へ地区の保健活動へつなげる。

事業	目　標	Ｈ２６～Ｈ２８年度評価 アウトプット（事業実施量）	アウトカム（結果）	ストラクチャー	プロセス	残っている課題	H29 年度計画への反映
特定健診未受診者対策	特定健診受診率の向上 H26　50% H27　55% H28　60%	平成 28 年度 ① 専門職による受診勧奨 864 人（延べ 1180 人） （血圧・糖尿病治療中で健診未受診者を対象） ② 事務職による受診勧奨　年 3 回 1 回目（5 月） ●受診券の個別配布　2227 件 ●過去 5 年間未受診者への無料クーポン券の送付　817 件 2 回目（8 月） ●住民健診（集団）の前の受診勧奨ﾊｶﾞｷの送付　1370 件 3 回目（11 月） ●過去 5 年未受診者への無料クーポン券と受診勧奨チラシ再送　573 件 ●単年度未受診者への受診券・チラシ送付 902 件	【特定健診受診率】 H26 年度比で 8%向上 （法定報告値） <table><tr><td></td><td>H26</td><td>H28</td></tr><tr><td>受診率</td><td>41.1%</td><td>49.4%</td></tr><tr><td>対　象</td><td>3317</td><td>3034</td></tr><tr><td>受診者数</td><td>1360</td><td>1499</td></tr></table> 継続受診者数と総受診者に占める割合 H26　970 人(75.0%) ➡H28　1059 人(71.5%) 新規受診者数※と総受診者に占める割合 H26　289 人（21.0%） ➡H28　250 人（16.6%） ※過去に一度も受診したことがないもの 40 代の受診率 H26 39.1%➡H28 37.9% 男 H26 36.6%➡H28 33.7% 女 H26 42.5%➡H28 43.5% 受診勧奨の結果 ① 専門職による受診勧奨　で受診した人　114 人 ② 事務職による受診勧奨で受診した人　80 人	保健師 5 人 看護師 1 人 事務職 2 人 （国保係）	5 月　保健衛生委員を通じて対象世帯への配布 受診勧奨の役割分担 【国保係】 受診のきっかけづくりとして無料クーポン券作成、ＫＤＢシステムから単年度未受診者を抽出し個別通知などの事務作業を中心に年間計画化、実施 【専門職】 糖尿病・高血圧治療中で健診未受診者を対象者として選定。ＫＤＢシステムより対象者を抽出。個別訪問にて受診勧奨し、未受診の理由を聞き、次年度の対策に役立てる。	継続受診率の低下 ① 40 代の受診率の低下 （40 代男性の受診率低下） 受診率が 8%上昇したのは、みなし受診※2 による効果が大きい。一方で 2～3 年に 1 度受診し、継続して毎年受診する人の割合をもっと増やすと受診率上昇が期待できる（H28 71%を 75%に引き上げられていれば平成 28 年度受診率は 53%になる見込みであった（あと 4%上昇する可能性） 未受診者の多くが「病院に通っているから」という理由で、健診のメリット、継続受診の必要性が定着していない。 通知による受診勧奨よりも個別訪問受診勧奨の効果が高い ※2：継続受診検査データの提供で特定健診と同等の項目を把握することで受診扱いにする「みなし受診」を積極的に進める。	①みなし受診※2 者数を増やす 担当地区保健師による個別訪問を原則に行う。 対象は、重症化しやすい高血圧もしくは糖尿病治療中の健診未受診者とする。このうち、過去 5 年に 1 度でも受診したことがあり、ＨｂＡ１ｃ6.5%以上だったもの、血圧Ⅱ度(160/100 ㎜ Hg)以上だった者から優先に訪問し検査データの提供を求める。 昨年受診し、今年度未受診の者へは 8 月・11 月の個別通知にて、受診を促す。 かかりつけ医で受診できる方法、みなし受診の方法のいずれかで受診するよう促すチラシを作成し受診方法の周知に努める ②40 代の未受診者への受診勧奨 個別訪問を原則に保健師が訪問し受診勧奨する
特定保健指導	特定保健指導率 H26　50% H27　55% H28　60%	積極的支援対象者と動機づけ支援対象者は直営で実施。 ●動機づけ支援 （実施者数/対象者数） H26　68 人/111 人 H28　117 人/122 人 ●積極的支援 （実施者数/対象者数） H26　17 人/77 人 H28　57 人/72 人	【特定保健指導実施率】 H26 45.2%➡H28 89.7%	保健師 5 人 管理栄養士 2 人	受診結果から検査値（結果）の見方を説明することを第 1 に初回面接を実施。 2 回目の訪問で食事・運動・生活リズムなどから対象者が改善できる点を見つけられるよう支援する。	特定保健指導対象者として毎年上がっており、指導を断られるケースがある。 夜遅くしか帰宅しない、連絡がとりにくい人(電話・訪問どちらも連絡とりづらい)への指導介入の工夫が必要。	個別の電話・訪問などで介入できない場合、ＦＡＸ、置手紙などほかの方法も実践する。 保健指導のスキルアップ(学習と訪問経験の積み重ね) 夜しか会えない人には、夜の時間帯での訪問実施を積極的に行う。

<table>
<tr><th>事業</th><th>目　　標</th><th>アウトプット
(事業実施量)</th><th>アウトカム
(結果)</th><th>ストラクチャー
(構造化)</th><th>プロセス</th><th>課　　題</th><th>次年度計画への反映</th></tr>
<tr>
<td>特定保健指導非対象者への保健指導　重症化予防</td>
<td>【中長期目標】
脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費総額を 26 年度と比較し 29 年度には 10%減少させる

脳血管疾患
80 万円以上レセプト件数を 8 件までに抑制
虚血性心疾患
80 万円以上レセプト件数を 3 件までに抑える

【短期目標】
有所見割合が H26 年度比でそれぞれ 0.5%減少(下記①～③のとおり)

①高血圧Ⅱ度(160/100㎜Hg)以上の者の全受診者数に占める割合が 0.5%減少

②高血糖者（ＨｂＡ１ｃ6.5%以上）の全受診者数に占める割合が 0.5%減少

③脂質異常者（ＬＤＬコレステロール 180 以上）の全受診者数に占める割合が 0.5%減

※ともにＨ26 年度と比較した際の目標</td>
<td>平成 28 年度

保健指導の対象　　292 人
このうちの実施者数 250 人
（延べ訪問人数　919 人）

保健指導対象者への指導方法は個別面接・訪問を原則に実施。必要に応じ電話や手紙などを利用。

<table><tr><th></th><th>対象</th><th>実施
(実施率)</th></tr><tr><td>高血圧Ⅱ度(160/100 ㎜Hg)以上</td><td>74 人</td><td>45 人
(61%)</td></tr><tr><td>高血糖未治療（HbA1c6.5%以上）</td><td>92 人</td><td>90 人
(98%)</td></tr><tr><td>高血糖治療中(HbA1c7.0%以上)</td><td>82 人</td><td>74 人
(90%)</td></tr><tr><td>脂質異常症(LDL180 以上)</td><td>44 人</td><td>41 人
(93%)</td></tr></table>
・心電図検査、眼底検査の全員実施　1569 人

二次検査の実施
・尿たんぱく定量検査（尿たんぱく定性検査で±だった者を対象）62 人実施

・75g 糖負荷検査（HbA1c5.5%から 6.4%の糖尿病未治療者を対象）12 人実施</td>
<td>●脳血管疾患（年度累計）<table><tr><th></th><th>H26</th><th>H28</th></tr><tr><td>金額</td><td>1338 万円</td><td>1346 万円</td></tr><tr><td>人数</td><td>6 人</td><td>8 人</td></tr><tr><td>件数</td><td>10 件</td><td>13 件</td></tr></table>医療費伸び率は 1.01%
差額 8 万円(26 年度比)

●虚血性心疾患(年度累計)<table><tr><th></th><th>H26</th><th>H28</th></tr><tr><td>金額</td><td>1334 万円</td><td>1445 万円</td></tr><tr><td>人数</td><td>4 人</td><td>9 人</td></tr><tr><td>件数</td><td>5 件</td><td>11 件</td></tr></table>医療費伸び率は 1.08%
差額 111 万円(26 年度比)

●透析患者数と医療費<table><tr><th></th><th>H26</th><th>H28</th></tr><tr><td>金額</td><td>12,518 万円</td><td>9747 万円</td></tr><tr><td>人数</td><td>18 人</td><td>18 人</td></tr><tr><td>件数</td><td>254 件</td><td>226 件</td></tr><tr><td>新規透析患者数</td><td>4 人</td><td>2 人</td></tr></table>
●糖尿病性腎症にかかる医療費<table><tr><th></th><th>H26</th><th>H28</th></tr><tr><td>金額</td><td>6508 万円</td><td>5001 万円</td></tr><tr><td>人数</td><td>11 人</td><td>9 人</td></tr><tr><td>件数</td><td>141 件</td><td>113 件</td></tr></table>
有所見割合の変化
●高血圧(Ⅱ度以上)の有所見割合
H26　70 人　4.9%
➡　H28　74 人　4.9%
このうち未治療 35 人
●高血糖者（HbA1c6.5%以上）の有所見割合
H26　93 人　6.7%
➡H28　169 人　11.0%
このうち未治療 73 人
●高血糖者（HbA1c7.0%以上）の有所見割合
H26　42 人　3.1%
➡H28　81 人　5.5%
このうち未治療 25 人
●脂質異常者
H26　66 人　4.7%
➡H28　44 人　2.9%
このうち未治療 32 人</td>
<td>保健師 5 人
管理栄養士 2 人

地区担当制の徹底(地区担当の専門職が責任をもって保健指導に従事する)

保健指導対象者を記載したリスト(管理台帳)の作成により対象者の明確化につながる</td>
<td>糖尿病の未治療者対策では 28 年度未治療だったものへの治療勧奨の訪問指導を受療が確認できるまで数回繰り返し行い、健診受診当初 73 人だった未治療者が、年度末時点には 70 人が医療機関受診につながった。</td>
<td>脳血管疾患・虚血性心疾患ともに医療費抑制効果が出ていない。
脳血管疾患・虚血性心疾患の抑制が今後の課題。

有所見割合で、HbA1c6.5%以上者の割合が増加。また、このうちの HbA1c7.0%以上者が 81 人で割合も増加。
この原因として、みなし受診として糖尿病治療中で健診未受診の者への受診勧奨を行った結果（重症化予防対象の掘り起こし）新規の受診者が 33 人で約 4 割を占めているため、みなし受診による新規対象の掘り起こしができたことが影響している。一方で、HbA1c7.0%以上の者の半数以上が、糖尿病治療中であり、継続受診である。糖尿病治療歴が長く、毎年健診受診し保健指導も実施するが、1～2 回の保健指導・栄養指導で年度が終了するものが多い。

指導対象者の中でも、有所見割合が増えている糖尿病を重点的に取り組む必要がある（日本健康会議、保険者努力支援制度などを含む情勢も踏まえる）。</td>
<td>糖尿病管理台帳による未治療者の受診勧奨と治療開始の状況把握ができるようなプロセス計画を立案

治療中のコントロール不良者をコントロール目標値までに下げる支援をする保健指導の力量形成が課題
また、個人の健康課題の解決(行動変容)が自らあるまで保健指導を継続し、コントロール目標の理解、合併症の発症予防のための理解を促す。

地区担当保健師・栄養士による経年を通して継続してかかわる(保健指導フォロー体制)の徹底。

未治療者への受診勧奨の重点化
医療機関への受診勧奨訪問を継続してい行い、今後も重点的に取り組む

糖尿病性腎症対策強化のため
H29 年度よりアルブミン尿検査を二次健診として新たに導入
対象は HbA1c6.5%以上で尿たんぱくが（－）もしくは(±)の者</td>
</tr>
</table>

データヘルス計画の目標管理一覧表

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			中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健診等計画		脳血管疾患、人工透析は減少してきているが、虚血性心疾患は医療費と発症ともに増加した。虚血性心疾患、人工透析、脳血管疾患のうち、高血圧を併せ持つ人がそれぞれ約8割、64歳以下で虚血性心疾患発症した人で糖尿病を併せ持つ人は5割、脂質異常症は7割を超える。人工透析患者では糖尿病を併せ持つ人の割合が50%まで上昇しており、経年比較しても増加傾向。	医療費適正化のために、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	49.4%			57.0%				60.0%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
				特定保健指導実施率60%以上	89.7%			90.5%				92.5%	
				特定保健指導対象者の減少率3%	12.9%			11.4%				9.9%	
データヘルス計画	中長期		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0.3%減少	2.28%			2.18%				1.98%	KDBｼｽﾃﾑ
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.3%減少	1.61%			1.51%				1.31%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少0.3%	5.73%			5.63%				5.43%	
	短期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少10%	29.4%			24.4%				19.4%	氷川町データヘルス計画
				健診受診者の高血圧の割合減少1%（160/100以上）	4.9%			4.4%				3.9%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少1%（LDL180以上）	2.9%			2.4%				1.9%	
				健診受診者の糖尿病有病者の割合増加抑制（HbA1c6.5以上）	11.0%			11.0%				11.0%	
				HbA1c6.5%以上の未治療者を治療に結び付ける割合　90%※1	80.0%			85.0%				90.0%	
				HbA1c6.5%以上の保健指導実施率　100%	100.0%			100.0%				100.0%	
				保健指導実施後翌年HbA1cが維持・低下した者の割合　60%　※2	53.2%			56.0%				60.0%	
				未治療・治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎症）の割合現状維持　※3	7.7%			6.0%				5.0%	
				新規人工透析の発生が年間2人まで	1人			1人				1人	
				尿たんぱく±以上の者の割合を増加抑制　※4	11.3%	16.4%		11.3%				11.3%	
		個人へのインセンティブの取り組みをしていない	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合10%以上	なし		実施予定	5.0%				10.0%	氷川町健康福祉課
		保険者努力支援制度で保険者共通④が取れていない	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	66.4%	69.8%		72.0%				80.0%	厚生労働省公表結果

※1「医療機関に結びついた」と判断する基準は、医療機関受診し、内服はなくとも糖尿病の診断がついた人と設定する

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※2　図表28よりHbA1cが悪化している→46.8%から維持改善改善→53.2%とし、目標値を設定した

※3　図表28　未治療（中断者を含む）を参照。潜在的な糖尿病の掘り起こしを未受診者対策で実施してくことを考慮して現状維持と目標設定した

※4　参考資料2より糖尿病性腎症病期分類にて尿たんぱく±以上で算出した。潜在的な糖尿病の掘り起こしを未受診者対策で実施していくことを考慮して現状維持と目標設定した