白川村国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)
（第 3 期特定健康診査等実施計画）

平成 30～35 年度

平成 30 年　2 月　　白川村

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
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)　・・・・・・・・・・・・・24
1.第 3 期特定健康診査等実施計画について
2.目標値の設定
3.対象者の見込み
4.特定健診の実施
5.特定保健指導の実施
6.個人情報の保護
7.結果の報告
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章　保健事業の内容　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
Ⅰ保健事業の方向性
Ⅱ重症化予防の取組
1.糖尿病性腎症重症化予防
2.虚血性心疾患重症化予防
3.脳血管疾患重症化予防
Ⅲポピュレーションアプローチ

第５章　地域包括ケアに係る取組　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・49

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。

白川村においては、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、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・2・3）

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

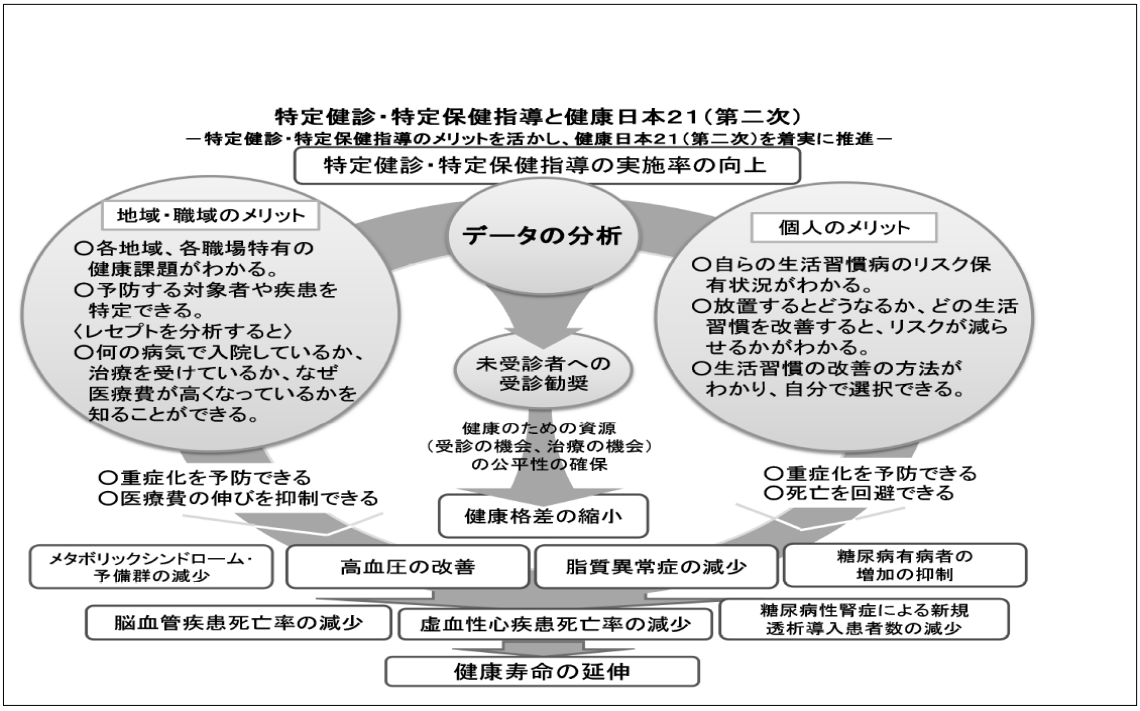
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	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
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)
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
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抑え**、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
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
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 多系統委縮症、筋委縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症
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適切な量と質の食事をとる 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
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		

【図表 1】

2017.10.11

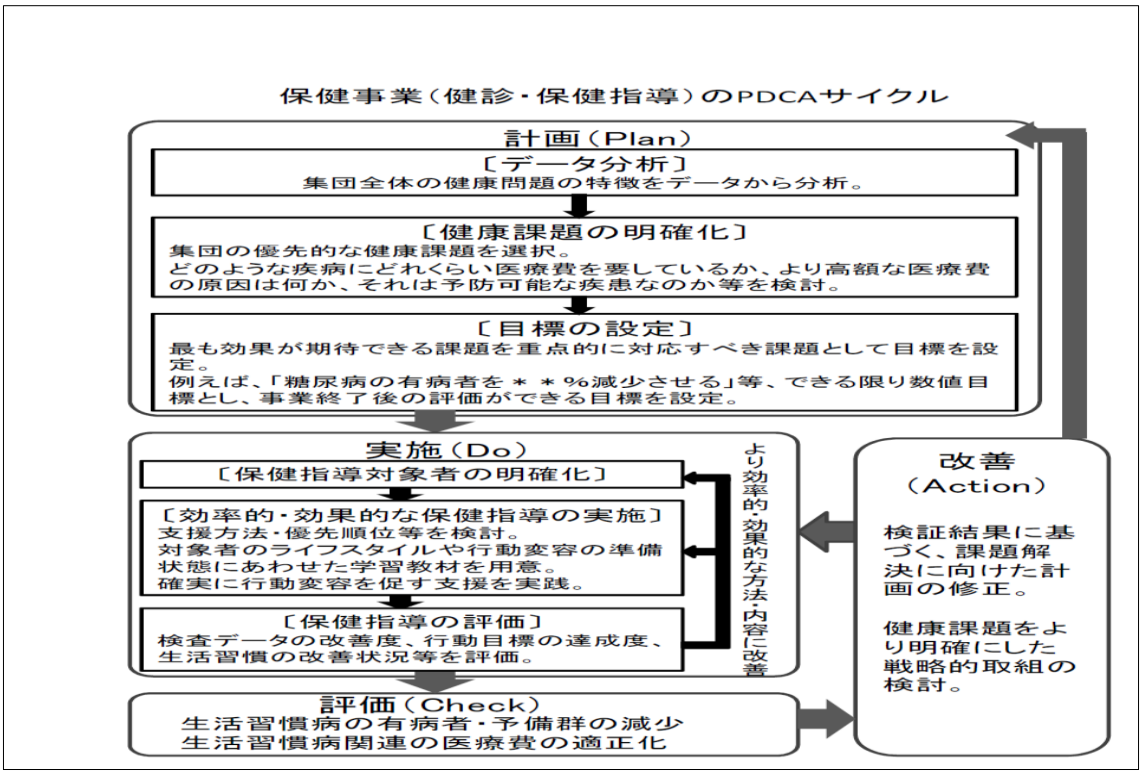
「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
厚生労働省　老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省　保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省　医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
法定　平成30～32年(第7次)	法定　平成30～35年(第3期)	法定　平成30～35年(第7次)
市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
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じて、**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
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
	メタボリックシンドローム	
糖尿病性腎症 **糖尿病性神経障害** **糖尿病性網膜症**	**糖尿病**	**糖尿病**
脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
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		がん 精神疾患
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)
	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

白川村においては、村民課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、村民課の高齢者医療担当、保健衛生担当、介護保険担当、生活保護担当の他、医療部局（診療所）や企画財政部局（観光振興課・財政課）とも十分連携することが望ましい。

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

２）外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、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ことが重要である。

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。

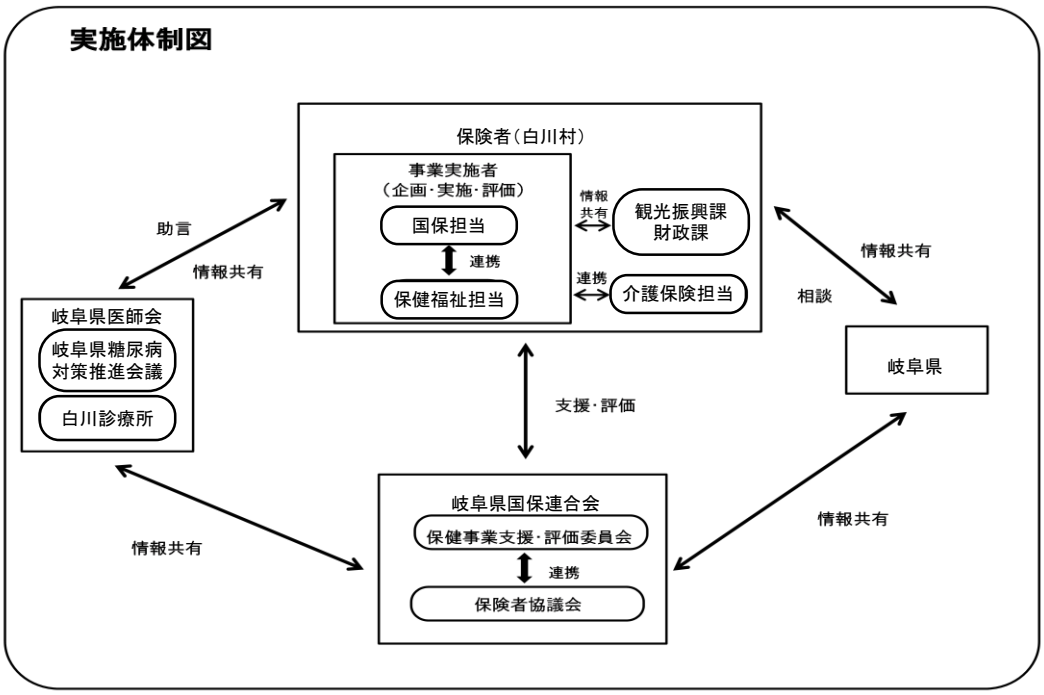
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

白川村の実施体制図

【図表 4】



４． 保険者努力支援制度

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

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

保険者努力支援制度　　●【図表 5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 （参考）
総得点（満点）		345	580	850	850
交付額　（万円）		24			
総得点（体制構築加点含む）		256			
全国順位（1,741 市町村中）		126			
共通①	特定健診受診率	20			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・予備軍の減少率	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	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	30			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	4			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		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 年度から平成 28 年度の経年比較を見ると、年により少しバラつきはあるものの、依然として脳血管疾患と心疾患による死亡は高い割合を占め、国、県、同規模保険者と比較しても高い傾向は続いている。また、自殺の割合も高い。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、１号被保険者の要介護（要支援）認定率は、国、県、同規模保険者より下回っているが、２号被保険者の認定率が高い傾向は続いている。要介護（要支援）者の有病状況をみると、高血圧症や筋・骨格系が多い傾向は続いているが、脳血管疾患は減少傾向にある。また、精神病の割合が近年高くなってきている。介護給付費については、１件当たり給付費（全体）のみが、国、県等と比較して多くなっている。これは、施設サービスを受ける要介護者の割合が高いためと思われる。

また、一人あたりの医療費は、平成 25 年度より 26～27 年度は増加したが、平成 28 年度は前年より減少した。平成 28 年度で比較すると、国よりは多いが、県や同規模保険者より低くなっている。入院医療費は、国、県より人口の小さい当村や同規模保険者が高くなっている。（参考資料 1）

（２）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 6）

介護給付費は H26 年度に増加しているが、その後は低下している。

１件当たり給付費（全体）は同規模平均より高いが、１件あたりの居宅サービスおよび施設サービスの給付費は同規模より低くなっている。これは、施設サービス利用者が多いためと考えられる。

介護給付費の変化　【図表 6】

年度	白川村				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	167,620,304	84,486	35,033	272,601	75,804	40,098	279,554
H26	176,614,715	82,453	34,458	274,657	75,244	39,822	281,341
H27	164,642,461	81,065	34,579	262,081	73,714	39,035	275,974
H28	150,555,997	76,463	32,065	257,957	73,702	39,646	273,946

②医療費の状況（図表 7）

被保険者数が H25 年度より 15%以上減少しているため、一人当たり医療費の変化を同規模保険者と比較する。白川村の一人当たり医療費は H25 年度より増加しているものの、H28 年度の同規模と比較すると低い。

医療費の変化（KDB 医療費分析(1)細小分類より）　【図表 7】

	年度	全体		入院		入院外	
		村	同規模	村	同規模	村	同規模
総医療費（千円）	H25	151,098		58,651		92,447	
	H26	153,172		60,207		92,964	
	H27	150,324		63,252		87,071	
	H28	127,248		51,583		75,664	
一人当たり医療費（円）	H25	22,247	25,163	9,170	11,300	13,080	13,860
	H26	25,367	23,826	10,790	11,640	14,580	14,290
	H27	26,558	25,270	11,940	11,840	14,620	15,120
	H28	24,607	25,248	10,630	11,990	13,980	14,830

※KDB の一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(透析)、および短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る医療費計は、H27 年度にかけて増加しているものの H28 年度は前年より減少した。疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費割合は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用が増加している。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成28年度）　【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

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			〈中長期・短期〉目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心								
			同規模	県内	慢性腎不全（透析有）	慢性腎不全（透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
白川村H25	142,107,120	22,921	172位	32位	3.52%	0.61%	1.43%	0.97%	6.00%	7.25%	2.11%	31,120,860	21.90%	17.87%	8.39%	13.39%
白川村H26	141,597,970	25,367	136位	12位	7.72%	0.87%	1.57%	0.27%	5.57%	5.39%	2.16%	33,331,000	23.54%	12.54%	7.03%	14.61%
白川村H27	140,706,620	26,558	135位	13位	12.19%	1.22%	2.82%	0.14%	5.28%	4.47%	1.74%	39,178,340	27.84%	8.59%	9.78%	11.25%
白川村H28	119,390,790	24,607	169位	34位	14.53%	0.00%	0.89%	0.77%	5.70%	4.40%	1.53%	33,218,090	27.82%	3.45%	10.15%	13.33%
県H28	165,904,416,230	23,291	--	--	5.79%	0.39%	2.43%	3.04%	5.93%	6.81%	3.42%	46,118,832,420	27.80%	12.68%	8.42%	8.41%
国H28	9,715,899,908,610	22,383	--	--	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,480,578,622,250	25.53%	12.54%	9.39%	8.41%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

④中長期的な目標（図表 9）

中長期的な目標疾患の経年変化をみると、虚血性心疾患と脳血管疾患は減少傾向にあるが、人工透析は 64 歳以下、65 歳以上ともに増加している。

【図表 9】

厚生労働省 様式 3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			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	531	30	5.6	10	33.3	1	3.3	22	73.3	15	50.0	19	63.3
	64 歳以下	350	9	2.6	1	11.1	0	0.0	7	77.7	4	44.4	5	55.6
	65 歳以上	181	21	11.6	9	42.9	1	4.8	15	71.4	11	52.4	14	66.7
H26	全体	468	19	4.1	3	15.8	1	5.3	11	57.9	9	47.4	12	63.2
	64 歳以下	290	8	2.8	0	0.0	0	0.0	5	62.5	5	62.5	5	62.5
	65 歳以上	178	11	6.2	3	27.3	1	9.1	6	54.5	4	36.4	7	63.6
H27	全体	456	20	4.4	4	20.0	1	5.0	13	65.0	8	40.0	11	55.0
	64 歳以下	270	9	3.3	0	0.0	0	0.0	5	55.6	4	44.4	4	44.4
	65 歳以上	186	11	5.9	4	36.4	1	9.1	8	72.7	4	36.4	7	63.6
H28	全体	410	17	4.1	4	23.5	3	17.6	13	76.5	7	41.2	12	70.6
	64 歳以下	238	5	2.1	0	0.0	1	20.0	4	80.0	3	60.0	3	60.0
	65 歳以上	172	12	7.0	4	33.3	2	16.7	9	75.0	4	33.3	9	75.0

厚生労働省 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	531	25	4.7	10	40.0	1	4.0	18	72.0	11	44.0	17	68.0
	64 歳以下	350	6	1.7	1	16.7	0	0.0	5	83.3	3	50.0	4	66.7
	65 歳以上	181	19	10. 5	9	47.4	1	5.3	13	68.4	8	42.1	13	68.4
H26	全体	468	18	3.8	3	16.7	0	0.0	14	77.8	9	50.0	14	77.8
	64 歳以下	290	2	0.7	0	0.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0
	65 歳以上	178	16	9.0	3	18.8	0	0.0	12	75.0	8	50.0	12	75.0
H27	全体	456	21	4.6	4	19.0	0	0.0	14	66.7	9	42.9	14	66.7
	64 歳以下	270	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
	65 歳以上	186	20	10.8	4	20.0	0	0.0	13	65.0	8	40.0	13	65.0
H28	全体	410	17	4.1	4	23.5	1	5.9	12	70.6	9	52.9	14	82.4
	64 歳以下	238	2	0. 8	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	100.0
	65 歳以上	172	15	8.7	4	26.7	1	6.7	11	73.3	8	53.3	12	80.0

厚生労働省 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	531	1	0.2	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	64 歳以下	350	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65 歳以上	181	1	0.6	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
H26	全体	468	1	0.2	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	64 歳以下	290	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65 歳以上	178	1	0.6	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
H27	全体	456	3	0.7	0	0.0	1	33.3	2	66.7	1	33.3	1	33.3
	64 歳以下	270	2	0.7	0	0.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0
	65 歳以上	186	1	0.5	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
H28	全体	410	4	1.0	1	25.0	3	75.0	3	75.0	2	50.0	2	50.0
	64 歳以下	238	2	0.8	0	0.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0
	65 歳以上	172	2	1.2	1	50.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0	2	100.0

（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）

中長期目標疾患に共通するリスクである疾患の治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、治療者数はほぼ横ばいであるが、インスリン療法や人工透析が増加していることから、重症化防止ができていないと推測される。今後とも、早期治療を進めるとともに、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。高血圧や脂質異常症治療者においても、治療者数は横ばいであるが人工透析は増えている。

【図表 10】

厚生労働省 様式 3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%
H25	全体	531	48	9.0	6	12.5	33	68.8	33	68.8	15	31.3	11	22.9	0	0.0	2	4.2
	64 歳以下	350	17	4.9	4	23.5	11	64.7	11	64.7	4	23.5	3	17.6	0	0.0	1	5.9
	65 歳以上	181	31	17.1	2	6.5	22	71.0	22	71.0	11	35.5	8	25.8	0	0.0	1	3.2
H26	全体	468	44	9.4	7	15.9	29	65.9	28	65.6	9	20.5	9	20.5	0	0.0	2	4.5
	64 歳以下	290	14	4.8	4	28.8	10	71.4	10	71.4	5	35.7	1	7.1	0	0.0	2	14.3
	65 歳以上	178	30	16.9	3	10.0	18	60.0	18	60.0	4	13.3	8	26.7	0	0.0	0	0.0
H27	全体	456	36	7.9	3	8.3	23	63.9	22	61.1	8	28.6	9	25.0	1	2.8	1	2.8
	64 歳以下	270	10	3.7	1	10.0	6	60.0	6	60.0	4	40.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0
	65 歳以上	186	26	14.0	2	7.7	17	65.4	16	61.5	4	15.4	8	30.8	0	0.0	0	0.0
H28	全体	410	33	8.0	5	15.2	25	75.8	20	60.6	7	21.2	9	27.3	2	6.1	1	3.0
	64 歳以下	238	6	2.5	1	16.7	5	83.3	3	50.0	3	50.0	1	16.7	1	16.7	1	16.7
	65 歳以上	172	27	15.7	4	14.8	20	74.1	17	63.0	4	14.8	8	29.6	1	3.7	0	0.0

厚生労働省 様式 3-3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%
H25	全体	531	103	19.4	33	32.0	45	43.7	22	21.4	18	17.5	0	0.0
	64 歳以下	350	36	10.3	11	30.6	16	44.4	7	19.4	5	13.9	0	0.0
	65 歳以上	181	67	37.0	22	32.8	29	43.3	15	22.4	13	19.4	0	0.0
H26	全体	468	87	18.6	29	33.3	38	43.7	11	12.6	14	16.1	0	0.0
	64 歳以下	290	29	10.0	10	34.5	11	37.9	5	17.2	2	6.9	0	0.0
	65 歳以上	178	58	32.6	19	32.8	27	46.6	6	10.3	12	20.7	0	0.0
H27	全体	456	83	18.2	23	27.7	34	41.0	13	15.7	14	16.9	2	2.4
	64 歳以下	270	25	9.3	6	24.0	10	40.0	5	20.0	1	4.0	2	8.0
	65 歳以上	186	58	31.2	17	29.3	24	41.4	8	13.8	13	22.4	0	0.0
H28	全体	410	83	20.2	25	30.1	36	43.4	13	15.7	12	14.5	3	3.6
	64 歳以下	238	18	7.6	5	27.8	6	33.3	4	22.2	1	5.6	2	11.1
	65 歳以上	172	65	37.8	20	30.8	30	46.2	9	13.8	11	16.9	1	1.5

厚生労働省 様式 3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%	人数	割合%
H25	全体	531	66	12.4	33	50.0	45	68.2	19	28.8	17	25.8	1	1.5
	64 歳以下	350	24	6.9	11	45.8	16	66.7	5	20.8	4	16.7	0	0.0
	65 歳以上	181	42	23.2	22	52.4	29	69.0	14	33.3	13	31.0	1	2.4
H26	全体	468	56	12.0	28	50.0	38	67.9	12	21.4	14	25.0	1	1.8
	64 歳以下	290	19	6.6	10	52.6	11	57.9	5	26.3	2	10.5	0	0.0
	65 歳以上	178	37	20.8	18	48.6	27	73.0	7	18.9	12	32.4	1	2.7
H27	全体	456	52	11.4	22	42.3	34	65.4	11	21.2	14	26.9	1	1.9
	64 歳以下	270	15	5.6	6	40.0	10	66.7	4	26.7	1	6.7	0	0.0
	65 歳以上	186	37	19.9	16	43.2	24	64.9	7	18.9	13	35.1	1	2.7
H28	全体	410	50	12.2	20	40.0	36	72.0	12	24.0	14	28.0	2	4.0
	64 歳以下	238	10	4.2	3	30.0	6	60.0	3	30.0	2	20.0	0	0.0
	65 歳以上	172	40	23.3	17	42.5	30	75.0	9	22.5	12	30.0	2	5.0

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男女ともにＨbA1c の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者では、男性で高血糖や高血圧を併せ持つ人が多い傾向がみられた。

【図表 11】

有所見者の経年変化

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）　KDB帳票23

男性		BMI 25以上		腹囲 85以上		中性脂肪 150以上		AST(GPT) 31以上		HDL-C 40未満		空腹時血糖 100以上		HbA1c 5.6以上		尿酸 7.0以上		収縮期血圧 130以上		拡張期血圧 85以上		LDL-C 120以上		クレアチニン 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	38	40.0	41	43.2	24	25.3	25	26.3	12	12.6	36	37.9	57	60.0	30	31.6	39	41.1	27	28.4	52	54.7	4	4.2
	40-64	16	40.0	18	45.0	11	27.5	13	32.5	2	5.0	9	22.5	18	45.0	11	27.5	14	35.0	18	45.0	24	60.0	1	2.5
	65-74	22	40.0	23	41.8	13	23.6	12	21.8	10	18.2	27	49.1	39	70.9	19	34.5	25	45.5	9	16.4	28	50.9	3	5.5
H26	合計	30	34.9	33	38.4	27	31.4	19	22.1	7	8.1	23	26.7	57	66.3	29	33.7	46	53.5	28	32.6	46	53.5	2	2.3
	40-64	12	42.9	12	42.9	11	39.3	8	28.6	1	3.6	4	14.3	16	57.1	12	42.9	12	42.9	13	46.4	19	67.9	0	0.0
	65-74	18	31.0	21	36.2	16	27.6	11	19.0	6	10.3	19	32.8	41	70.7	17	29.3	34	58.6	15	25.9	27	46.6	2	3.4
H27	合計	30	34.9	36	41.9	15	17.4	26	30.2	6	7.0	22	25.6	55	64.0	28	32.6	47	54.7	28	32.6	40	46.5	3	3.5
	40-64	15	45.5	15	45.5	6	18.2	10	30.3	3	9.1	4	12.1	21	63.6	12	36.4	11	33.3	9	27.3	19	57.6	2	6.1
	65-74	15	28.3	21	39.6	9	17.0	16	30.2	3	5.7	18	34.0	34	64.2	16	30.2	36	67.9	19	35.8	21	39.6	1	1.9
H28	合計	22	28.2	25	32.1	22	28.2	20	25.6	7	9.0	23	29.5	61	78.2	27	34.6	33	42.3	23	29.5	33	42.3	4	5.1
	40-64	10	33.3	10	33.3	10	33.3	10	33.3	3	10.0	3	10.0	21	70.0	14	46.7	10	33.3	11	36.7	16	53.3	1	3.3
	65-74	12	25.0	15	31.3	12	25.0	10	20.8	4	8.3	20	41.7	40	83.3	13	27.1	23	47.9	12	25.0	17	35.4	3	6.3

女性		BMI 25以上		腹囲 90以上		中性脂肪 150以上		GPT 31以上		HDL-C 40未満		空腹時血糖 100以上		HbA1c 5.6以上		尿酸 7.0以上		収縮期血圧 130以上		拡張期血圧 85以上		LDL-C 120以上		クレアチニン 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	30	25.6	15	12.8	15	12.8	12	10.3	4	3.4	16	13.7	71	60.7	7	6.0	32	27.4	14	12.0	68	58.1	1	0.9
	40-64	15	23.8	8	12.7	8	12.7	8	12.7	3	4.8	10	15.9	32	50.8	2	3.2	9	14.3	6	9.5	34	54.0	0	0.0
	65-74	15	27.8	7	13.0	7	13.0	4	7.4	1	1.9	6	11.1	39	72.2	5	9.3	23	42.6	8	14.8	34	63.0	1	1.9
H26	合計	24	21.6	16	14.4	16	14.4	10	9.0	3	2.7	20	18.0	76	68.5	4	3.6	34	30.6	15	13.5	68	61.3	1	0.9
	40-64	14	25.9	10	18.5	7	13.0	6	11.1	2	3.7	13	24.1	36	66.7	1	1.9	10	18.5	6	11.1	30	55.6	0	0.0
	65-74	10	17.5	6	10.5	9	15.8	4	7.0	1	1.8	7	12.3	40	70.2	3	5.3	24	42.1	9	15.8	38	66.7	1	1.8
H27	合計	18	17.3	15	14.4	7	6.7	16	15.4	4	3.8	17	16.3	69	66.3	3	2.9	36	34.6	17	16.3	49	47.1	0	0.0
	40-64	8	17.4	8	17.4	6	13.0	7	15.2	3	6.5	7	15.2	27	58.7	0	0.0	8	17.4	2	4.3	20	43.5	0	0.0
	65-74	10	17.2	7	12.1	1	1.7	9	15.5	1	1.7	10	17.2	42	72.4	3	5.2	28	48.3	15	25.9	29	50.0	0	0.0
H28	合計	22	22.4	14	14.3	10	10.2	13	13.3	3	3.1	17	17.3	74	75.5	2	2.0	23	23.5	15	15.3	53	54.1	1	1.0
	40-64	6	16.2	5	13.5	1	2.7	6	16.2	1	2.7	7	18.9	23	62.2	1	2.7	4	10.8	3	8.1	20	54.1	0	0.0
	65-74	16	26.2	9	14.8	9	14.8	7	11.5	2	3.3	10	16.4	51	83.6	1	1.6	19	31.1	12	19.7	33	54.1	1	1.6

＊全国については、有所見割合のみ表示

メタボリック該当者・予備軍の経年変化

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）　KDB帳票24

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	95	62.5	6	6.3%	13	13.7%	0	0.0%	11	11.6%	2	2.1%	22	23.2%	6	6.3%	3	3.2%	6	6.3%	7	7.4%
	40-64	40	58.8	3	7.5%	8	20.0%	0	0.0%	6	15.0%	2	5.0%	7	17.5%	3	7.5%	0	0.0%	3	7.5%	1	2.5%
	65-74	55	65.5	3	5.5%	5	9.1%	0	0.0%	5	9.1%	0	0.0%	15	27.3%	3	5.5%	3	5.5%	3	5.5%	6	10.9%
H26	合計	86	58.9	4	4.7%	9	10.5%	0	0.0%	8	9.3%	1	1.2%	20	23.3%	7	8.1%	1	1.2%	8	9.3%	4	4.7%
	40-64	28	50.0	3	10.7%	2	7.1%	0	0.0%	2	7.1%	0	0.0%	7	25.0%	2	7.1%	0	0.0%	4	14.3%	1	3.6%
	65-74	58	64.4	1	1.7%	7	12.1%	0	0.0%	6	10.3%	1	1.7%	13	22.4%	5	8.6%	1	1.7%	4	6.9%	3	5.2%
H27	合計	86	62.3	5	5.8%	14	16.3%	0	0.0%	9	10.5%	5	5.8%	17	19.8%	8	9.3%	1	1.2%	4	4.7%	4	4.7%
	40-64	33	56.9	3	9.1%	7	21.2%	0	0.0%	2	6.1%	5	15.2%	5	15.2%	4	12.1%	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%
	65-74	53	66.3	2	3.8%	7	13.2%	0	0.0%	7	13.2%	0	0.0%	12	22.6%	4	7.5%	1	1.9%	3	5.7%	4	7.5%
H28	合計	78	57.8	6	7.7%	6	7.7%	0	0.0%	1	1.3%	5	6.4%	13	16.7%	5	6.4%	0	0.0%	3	3.8%	5	6.4%
	40-64	30	52.6	1	3.3%	5	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	4	13.3%	2	6.7%	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
	65-74	48	61.5	5	10.4%	1	2.1%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	9	18.8%	3	6.3%	0	0.0%	1	2.1%	5	10.4%

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	117	66.1	5	4.3%	3	2.6%	1	0.9%	1	0.9%	1	0.9%	7	6.0%	3	2.6%	0	0.0%	3	2.6%	1	0.9%
	40-64	63	69.2	2	3.2%	2	3.2%	1	1.6%	0	0.0%	1	1.6%	4	6.3%	1	1.6%	0	0.0%	2	3.2%	1	1.6%
	65-74	54	62.8	3	5.6%	1	1.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	3	5.6%	2	3.7%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%
H26	合計	111	66.5	3	2.7%	6	5.4%	2	1.8%	2	1.8%	2	1.8%	7	6.3%	1	0.9%	0	0.0%	4	3.6%	2	1.8%
	40-64	54	65.9	2	3.7%	3	5.6%	1	1.9%	1	1.9%	1	1.9%	5	9.3%	1	1.9%	0	0.0%	2	3.7%	2	3.7%
	65-74	57	67.1	1	1.8%	3	5.3%	1	1.8%	1	1.8%	1	1.8%	2	3.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.5%	0	0.0%
H27	合計	104	66.2	3	2.9%	6	5.8%	1	1.0%	4	3.8%	1	1.0%	6	5.8%	1	1.0%	0	0.0%	3	2.9%	2	1.9%
	40-64	46	63.9	1	2.2%	3	6.5%	1	2.2%	2	4.3%	0	0.0%	4	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.3%	2	4.3%
	65-74	58	68.2	2	3.4%	3	5.2%	0	0.0%	2	3.4%	1	1.7%	2	3.4%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%
H28	合計	98	65.8	2	2.0%	4	4.1%	0	0.0%	4	4.1%	0	0.0%	8	8.2%	2	2.0%	0	0.0%	5	5.1%	1	1.0%
	40-64	37	58.7	1	2.7%	2	5.4%	0	0.0%	2	5.4%	0	0.0%	2	5.4%	1	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%
	65-74	61	70.9	1	1.6%	2	3.3%	0	0.0%	2	3.3%	0	0.0%	6	9.8%	1	1.6%	0	0.0%	5	8.2%	0	0.0%

＊全国については、割合のみ表示

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定保健指導率は以前から 60%を超えているが、特定保健指導実施率は H27 年度から 60%を上回るようになった。今後はさらに保健指導を充実させて、受診勧奨者の医療機関受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者医療機関受診率	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模	対象者数	終了者数	実施率	白川村	同規模
H25 年度	328	212	64.6%	38.5%	29	5	17.2%	52.5%	50.4%
H26 年度	310	197	63.5%	44.2%	26	9	34.6%	57.4%	51.1%
H27 年度	295	190	64.4%	45.7%	25	19	76.0%	47.9%	51.2%
H28 年度	280	174	62.1%	39.7%	21	15	71.4%	49.1%	51.3%

２）第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全に重点をおいて重症化予防をすべきであるという課題は認識していが、マンパワーの不足により効果をあげることが出来なかった。

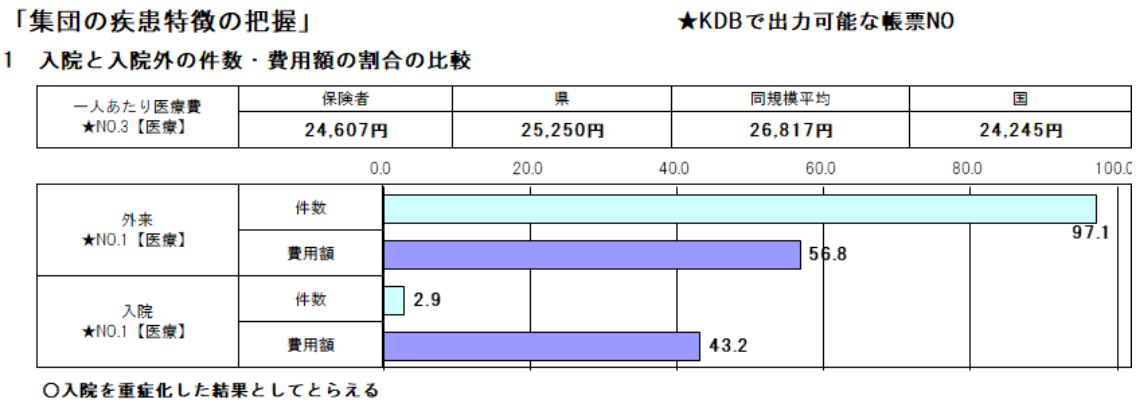
しかし、マンパワーが増加定着し、保健医療の連携体制が構築されたことにより、重症化予防活動も軌道にのりつつある。そのため、特定健診結果を医療機関受診や治療継続に結び付けて、重症化予防の実績が上がるよう、さらに努力が必要である。

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）

白川村の入院件数は 2.9%で、費用額全体の 43.2%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。　【図表 13】



(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）

人工透析は、長期化し医療費の負担額も大きく、脳血管疾患や虚血性心疾患・糖尿病性腎症などの血管疾患を併発することも多い。そのため、これらの疾患との共通リスクである高血圧や糖尿病・脂質異常症等の生活習慣病の重症化予防により、将来の医療費負担を軽減することが可能になることが予測される。

【図表 14】

2　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。

厚労省様式	対象レセプト　（28年度）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	件数	16件	0件 0.0%	0件 0.0%	--
		費用額	2342万円	-- 	-- 	--
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	件数	24件	0件 0.0%	0件 0.0%	--
		費用額	834万円	-- 	-- 	--
様式2-2 ★NO.11（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	件数	42件	2件 4.8%	28件 66.7%	16件 38.1%
		費用額	1772万円	52万円 2.9%	1141万円 64.4%	652万円 36.8%

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	157人		17人 10.8%	17人 10.8%	1人 0.6%
		基礎疾患の重なり	高血圧	12人 70.6%	13人 76.5%	1人 100.0%
			糖尿病	9人 52.9%	7人 41.2%	1人 100%
			脂質異常症	14人 82.4%	12人 70.6%	0人 0.0%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		83人 52.9%		33人 21.0%	50人 31.8%	15人 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は、国保加入者のみ突合できたので、65～74 歳の 6 人のみ行う。これによると、脳血管疾患によるものが 66.7%、虚血性心疾患が 50.0%、糖尿病等の基礎疾患を持つ者が 100,0%であった。

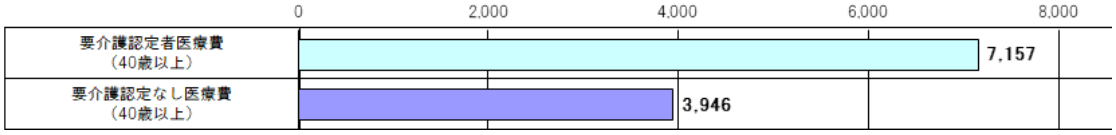
65～74 歳は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 15】

3　何の疾患で介護保険を受けているのか

	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定状況★NO.47	被保険者数		555人		242人		254人		496人		1,051人	
	認定者数		4人		8人		82人		90人		94人	
	認定率		0.72%		3.3%		32.3%		18.1%		8.9%	
	新規認定者数		0人		1人		1人		2人		2人	
	介護度別人数	要支援1・2	1	25.0%	3	37.5%	13	15.9%	16	17.8%	17	18.1%
		要介護1・2	0	0.0%	2	25.0%	35	42.7%	37	41.1%	37	39.4%
		要介護3～5	3	75.0%	3	37.5%	34	41.5%	37	41.1%	40	42.6%
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	--	0		6		0		6		6	
		血管疾患 循環器疾患	1	脳卒中	0 --	脳卒中	4 66.7%	脳卒中	0 --	脳卒中	4 66.7%	脳卒中	4 66.7%
			2	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	3 50.0%	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	3 50.0%	虚血性心疾患	3 50.0%
			3	腎不全	0 --	腎不全	1 16.7%	腎不全	0 --	腎不全	1 16.7%	腎不全	1 16.7%
		基礎疾患		糖尿病等	0 --	糖尿病等	6 100.0%	糖尿病等	0 --	糖尿病等	6 100.0%	糖尿病等	6 100.0%
		血管疾患合計		合計	0 --	合計	6 100.0%	合計	0 --	合計	6 100.0%	合計	6 100.0%
		認知症		認知症	0 --	認知症	0 0.0%	認知症	0 --	認知症	0 0.0%	認知症	0 0.0%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	0 --	筋骨格系	5 83.3%	筋骨格系	0 --	筋骨格系	5 83.3%	筋骨格系	5 83.3%

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）

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症率が高くなることが分かっている。

白川村においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多いわけではないが、健診結果の有所見状況をみると GPT・空腹時血糖・HbA1c、尿酸など血管疾患を発症するリスクが高い項目で割合が多くなっている。クレアチニンの高い人が多いので、人工透析が多いことも併せて注意深く見ていく必要がある。

【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（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		15,385	26.6	26,598	45.9	16,979	29.3	9,891	17.1	5,582	9.6	10,977	18.9	30,994	53.5	10,752	18.6	27,691	47.8	12,127	20.9	26,718	46.1	1,216	2.1
保険者	合計	22	28.2	25	32.1	22	28.2	20	25.6	7	9.0	23	29.5	61	78.2	27	34.6	33	42.3	23	29.5	33	42.3	4	5.1
	40-64	10	33.3	10	33.3	10	33.3	10	33.3	3	10.0	3	10.0	21	70.0	14	46.7	10	33.3	11	36.7	16	53.3	1	3.3
	65-74	12	25.0	15	31.3	12	25.0	10	20.8	4	8.3	20	41.7	40	83.3	13	27.1	23	47.9	12	25.0	17	35.4	3	6.3

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
県		13,755	18.1	12,148	16.0	14,520	19.1	5,752	7.6	1,771	2.3	7,962	10.5	40,194	52.9	1,675	2.2	32,481	42.8	9,685	12.8	43,078	56.7	166	0.2
保険者	合計	22	22.7	14	14.4	10	10.3	13	13.4	3	3.1	17	17.5	74	76.3	2	2.1	23	23.7	15	15.5	52	53.6	1	1.0
	40-64	6	16.7	5	13.9	1	2.8	6	16.7	1	2.8	7	19.4	23	63.9	1	2.8	4	11.1	3	8.3	19	52.8	0	0.0
	65-74	16	26.2	9	14.8	9	14.8	7	11.5	2	3.3	10	16.4	51	83.6	1	1.6	19	31.1	12	19.7	33	54.1	1	1.6

＊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
全国						17.2%								27.5%									
県						9,121	15.9%							14,323	25.0%								
保険者	合計	78	57.8	6	7.7%	6	7.7%	0	0.0%	1	1.3%	5	6.4%	13	16.7%	5	6.4%	0	0.0%	3	3.8%	5	6.4%
	40-64	30	52.6	1	3.3%	5	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	4	13.3%	2	6.7%	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
	65-74	48	61.5	5	10.4%	1	2.1%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	9	18.8%	3	6.3%	0	0.0%	1	2.1%	5	10.4%

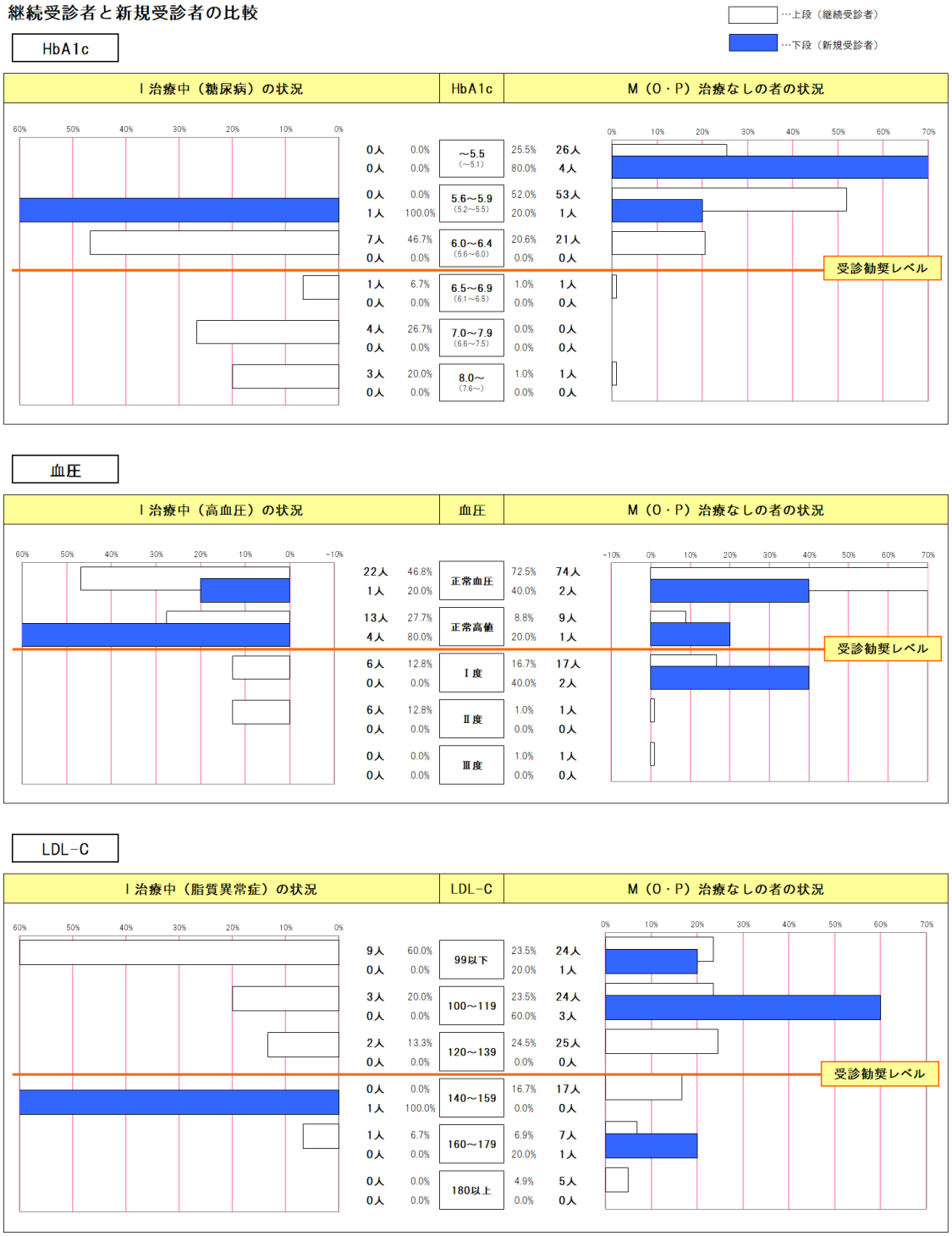
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国						5.8%								9.5%									
県							5.3%							6,670	8.8%								
保険者	合計	97	66.0	2	2.1%	4	4.1%	0	0.0%	4	4.1%	0	0.0%	8	8.2%	2	2.1%	0	0.0%	5	5.2%	1	1.0%
	40-64	36	59.0	1	2.8%	2	5.6%	0	0.0%	2	5.6%	0	0.0%	2	5.6%	1	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%
	65-74	61	70.9	1	1.6%	2	3.3%	0	0.0%	2	3.3%	0	0.0%	6	9.8%	1	1.6%	0	0.0%	5	8.2%	0	0.0%

＊全国については、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）

白川村では、健診を継続受診し治療中であっても、HbA1c が高い人が目立つので、健診後の早期受診および治療中断者への保健指導の強化が必要である。

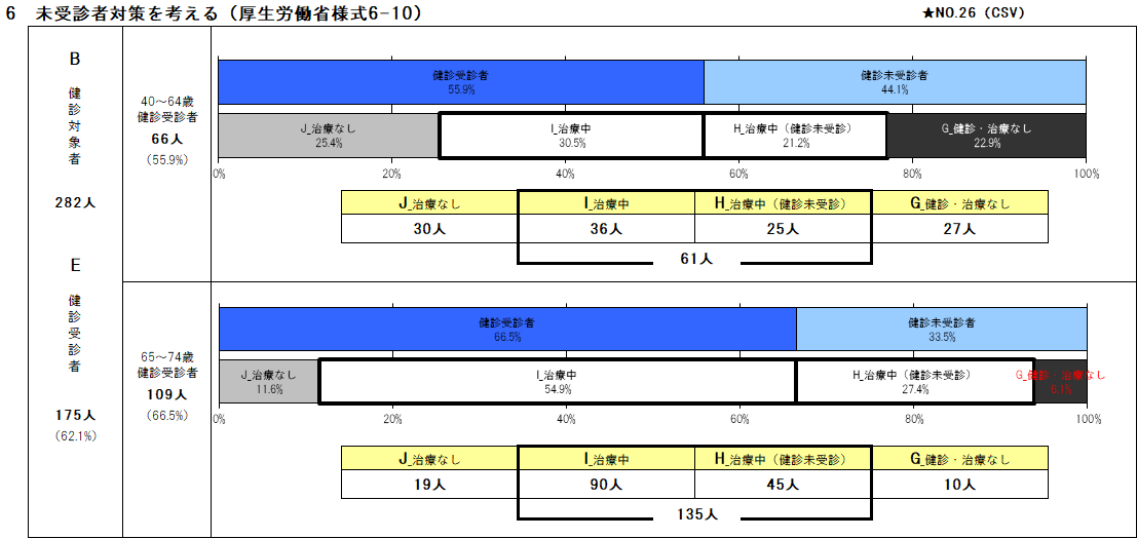
【図表 18】

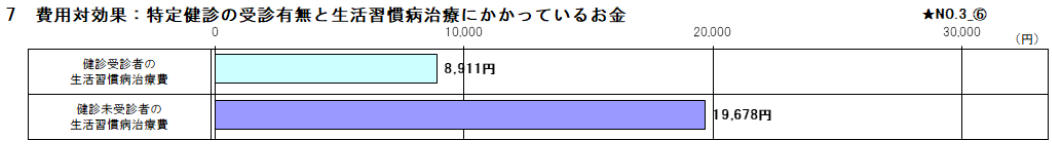


４）未受診者の把握（図表 19）

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 22.9%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】





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

３）目標の設定

（１）成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、死亡割合が高い疾患、人工透析となる疾患および介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35 年度には、脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合を 10%以下とすること、糖尿病性腎症については、糖尿病性腎症による透析導入者の割合を 50%以下とする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、白川村の医療のかかり方は、高血圧･糖尿病等の生活習慣病の医療費が低く、重症化してからの入院医療費や人工透析が多い実態が明らかであり、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、入院を抑えるとともに、生活習慣病を適切に管理して人口透析を減少させることを目標とし、まずは入院や人工透析の伸び率を平成 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

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、1 年、1 年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

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

第３章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

１．第 3 期特定健康診査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】

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診受診率	62%	62%	62%	63%	63%	63%
特定保健指導実施率	75%	80%	85%	90%	90%	90%

３．対象者の見込み

【図表 21】

		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診	対象者数	290 人	290 人	290 人	290 人	290 人	290 人
	受診者数	180 人	180 人	180 人	183 人	183 人	183 人
特定保健指導	対象者数	22 人	21 人	20 人	19 人	18 人	17 人
	実施者数	17 人	17 人	17 人	17 人	16 人	15 人

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。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- 集団健診(鳩谷体育館、平瀬体育館等)

(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、岐阜県国保連合会のホームページに掲載する。

(参照)URL：http://www.gkren.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・総コレステロール、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)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、すべての対象者に受診案内を送付する。

【図表22】

年間実施スケジュール

4月	
5月	受診券発行
6月	受診券送付
7月	集団健診 → 保健指導（特定・ハイリスク）
8月	受診結果把握
9月	
10月	
11月	二次健診（動脈硬化予防健診）
12月	
1月	結果説明
2月	
3月	

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

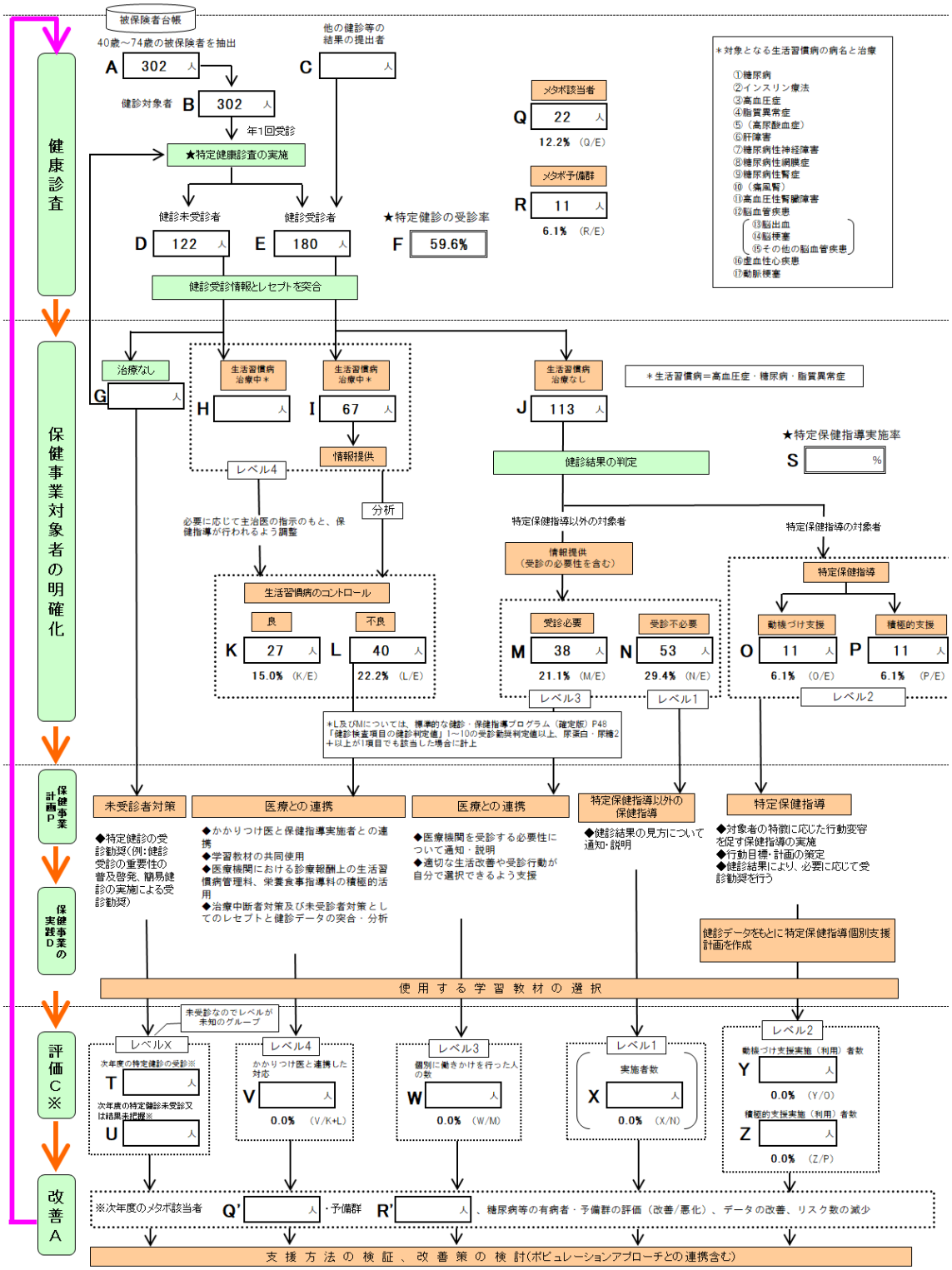
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表23）

【図表 23】

様式6-10

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート　（平成28年度実績）



(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	22 人 （12.2）	70%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	38 人 （21.1）	HbA1c7.0%以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（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）	122 人	60%
4	N	情報提供 （受診不必要）	◆健診結果の見方について通知・説明	53 人 （29.4）	60%
5	I	情報提供 （治療中）	◆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	67 人 （37.2）	60%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

対象者の明確化	平成 28 年度 特定健診受診者 180 人 （健診未受診者 122 人）	特定保健指導　22 人 情報提供（受診必要）38 人 情報提供（受診不要）53 人 情報提供（治療中）　67 人		ハイリスク者 血圧 160/100 以上 LDL-C140 以上 中性脂肪 400 以上 HbA1c7.0 以上 腎機能 eGFR50 未満他
課題設定と計画Ｐ	ポピュレーションアプローチ(通年) • ヘルスプランしらかわの啓発推進 • 40 歳未満の健康支援の充実	①未受診者対策 • 経年管理台帳（DM）にて未受診･未治療者への保健指導	②特定健診 • 受診率 60% 以上の維持	③保健指導 • 自らの生活習慣病のリスクがわかる • 放置するとどうなるかが分かる • リスクを減らす方法が分かり自分で選択できる
実践スケジュールＤ	小児期 • 食育推進 若い世代 • 15 歳以上の健診実施 介護予防 • 健康体操教室やサロン 全世代 • ｳｫｰｷﾝｸﾞ手帳 • 食生活改善 • 減塩ﾚｼﾋﾟの普及	5 月 受診勧奨チラシの配布 6 月 受診券の配布 7 月 特定健診（2 会場） 8 月 中高生への受診勧奨		健診会場での健康ｱﾄﾞﾊﾞｲｽ 7～8 月 特定保健指導 ﾊｲﾘｽｸ者保健指導 9 月 中高生の初回･ハイリスク者への訪問 9 月 受診結果把握・勧奨 10 月 二次健診 1 月 二次健診結果説明 2 月 特定保健指導評価
評価Ｃ	• 乳幼児・若い世代の健診結果 • 運動・減塩等の実践者の増加	• 特定健診受診率 60%以上 • 未治療で未受診者の減少		• 特定保健指導 70%以上 • 血圧・血糖・脂質異常などの短期目標疾患の減少・改善
改善Ａ	★生活習慣病予防をライフスタイルで見ていく。母子保健や健康づくり事業においても「糖尿病等生活習慣病の発症･重症化予防」の視点で課題解決に取り組む。			

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白川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。

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、白川村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糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ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る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）及び岐阜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	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岐阜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 27）

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類（改訂）注1

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73m²）
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。白川村においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては二次健診で実施しているものの全数把握はが難しい。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

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）

白川村において特定健診受診者で糖尿病型のうち糖尿病未治療者は 13 人（43.3%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 584 人中のうち、特定健診受診者が 17 人（56.7%・G）であり、治療中断者はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 16 人（48.5%・Ⅰ）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者が5人あり、治療中断者はいなかった。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が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より白川村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）**・・・13 人

② 糖尿病治療中であったが**中断者（オ・キ）**・・・0 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）**・・・17 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）・・・5 人

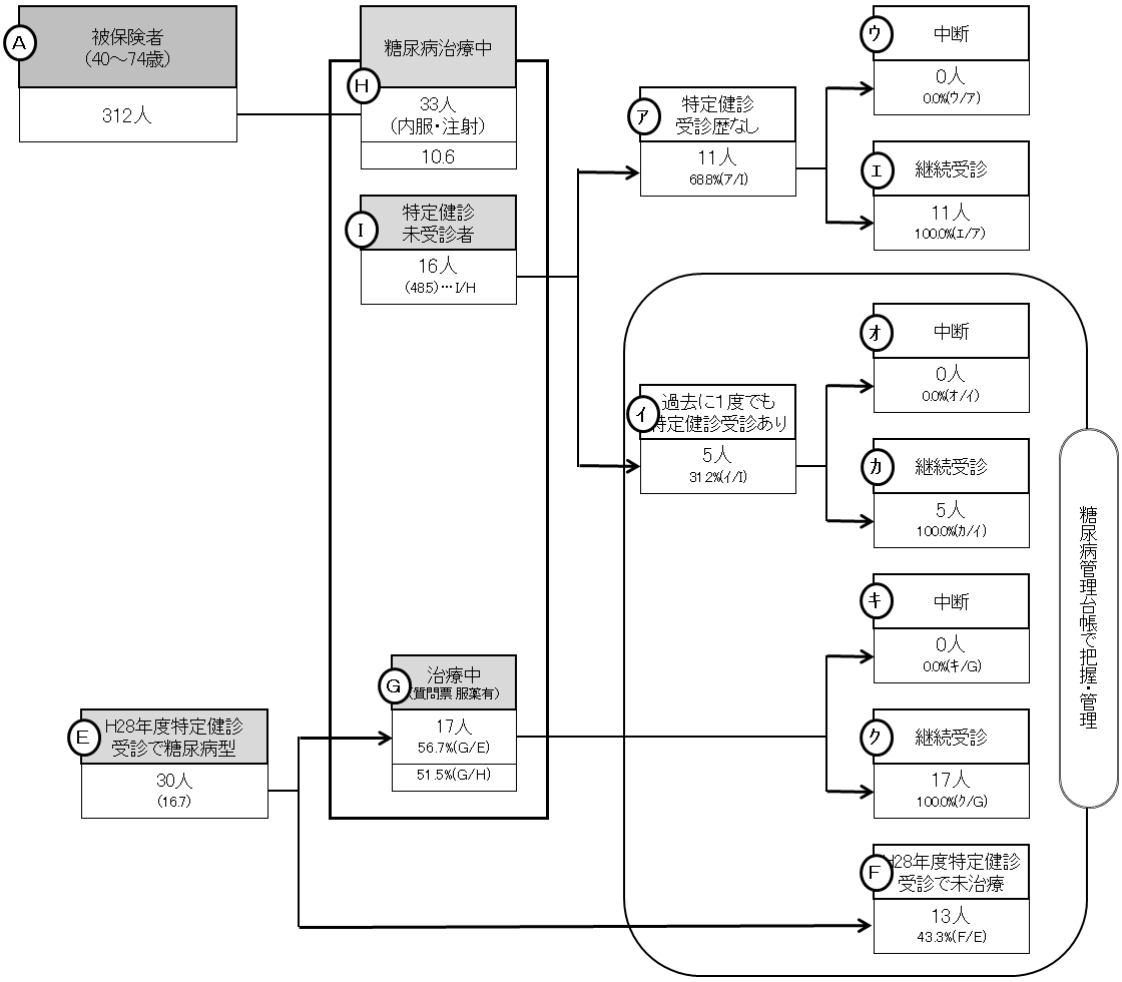
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3） 対象者の進捗管理

（1）糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表(参考資料 4)で行い管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

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

＊HbA1c6.5％以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c　②血圧　③体重　④eGFR　⑤尿蛋白

（2）資格を確認する

（3）レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

（4）管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

（5）対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・6 人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・14 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。白川村においては、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
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 〇合併症をおこさない目標　HbA1c 7．0%未満 〇食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 〇薬物療法で、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、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは 2 次健診等を活用して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。

5） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

（2） 治療中の者への対応

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

6） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7） 評価

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

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

（1）短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

- HbA1cの変化
- eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 ㎡以上低下)
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7 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。白川村において健診受診者 180 人全員に心電図検査を実施し、そのうち ST 所見があったのは 16 人であった（図表 30）。ST 所見あり 16 人中のうち 5 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 1 人は未受診であった（図表 31）。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖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 11 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

【図表 30】

	健診	心電図検査							
	受診者	受診者		ST 所見あり		その他の所見		異常なし	
H28 年度	180 人	180 人	100%	16 人	8.9%	54 人	30.0%	110 人	61.1%

【図表 31】

ST 所見あり		要精密					
				医療機関受診あり		受診なし	
16 人	100.0%	5 人	31.3%	4 人	80.0%	1 人	20.0%

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 32 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 32】

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） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・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

7月　特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

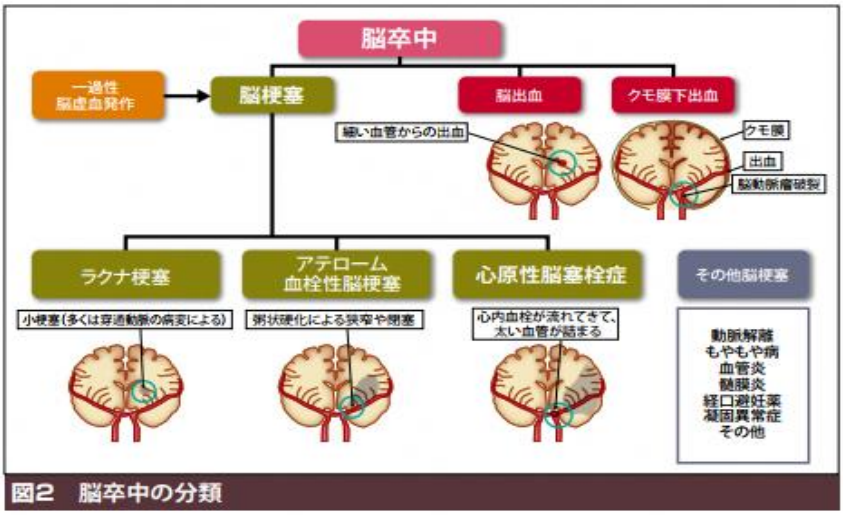
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

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 33、34）

【脳卒中の分類】　　【図表 33】



（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 34】

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 35 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 35】

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）		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		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		HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者（2項目以上）		蛋白尿（2+）以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数	180	8	4.4%	20	11.1%	7	3.9%	1	0.6%	22	12.2%	1	0.6%	8	4.4%
治療なし		2	1.6%	12	7.4%	7	4.3%	1	0.9%	6	5.3%	1	0.9%	2	1.8%
治療中		6	11.1%	8	47.1%	0	0.0%	0	0.0%	16	23.9%	0	0.0%	6	9.0%
臓器障害あり		2	100.0%	3	25.0%	3	42.9%	1	100.0%	3	50.0%	1	100.0%	2	100.0%
CKD（専門医対象者）		0		0		0		0		0		1		2	
尿蛋白（2+）以上		0		0		0		0		0		1		0	
尿蛋白（+）and 尿潜血（+）以上		0		0		0		0		0		0		0	
eGFR50未満（70歳未満は40未満）		0		0		0		0		0		0		2	
心電図所見あり		2		3		3		1		3		0		1	

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 8 人(4.4%)であり、2 人は未治療者であった。また未治療者 2 人(100%)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 6 人(11.1%)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 36）

【図表 36】

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）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		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
	126	53	36	15	20	1	1	1	10	11
		42.1%	28.6%	11.9%	15.9%	0.8%	0.8%	0.8%	7.9%	8.7%
リスク第1層	17	12	3	1	1 ④	0	0 ①	1	0	0
		13.5%	22.6%	8.3%	6.7%	5.0%	0.0%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	67	29	19	7	10 ③	1	1	--	10	2
		53.2%	54.7%	52.8%	46.7%	50.0%	100.0%	100.0%		100.0%	18.2%
リスク第3層	42	12	14	7	9 ②	0	0	--	--	9
		33.3%	22.6%	38.9%	46.7%	45.0%	0.0%	0.0%			81.8%
再掲（重複あり） 糖尿病	12	2	4	4	2	0	0			
		28.6%	16.7%	28.6%	57.1%	22.2%	--	--			
再掲（重複あり） 慢性腎臓病（CKD）	20	7	4	5	4	0	0			
		47.6%	58.3%	28.6%	71.4%	44.4%	--	--			
再掲（重複あり） 3個以上の危険因子	21	4	8	2	7	0	0			
		50.0%	33.3%	57.1%	28.6%	77.8%	--	--			

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

図表 36 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

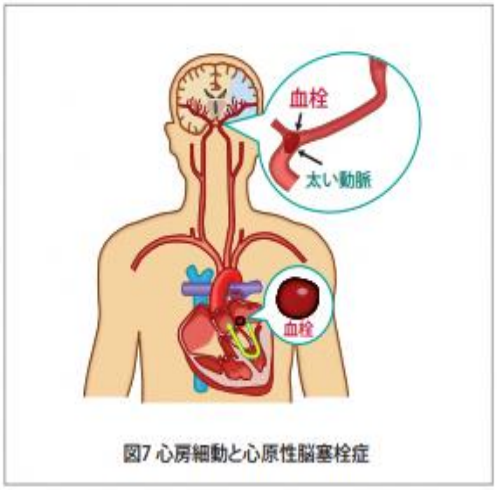


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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 37 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。

（脳卒中予防の提言より引用）

【図表 37】

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	78	102	1	1.3	0	0.0	—	—
40 歳代	12	7					0.2	0.04
50 歳代	10	17					0.8	0.1
60 歳代	35	50					1.9	0.4
70～74 歳	21	28	1				3.4	1.1

＊日本循環器学会疫学調査（2006 年）による心房細動有病率

＊日本循環器学会疫学調査の 70～74 歳の値は 70～79 歳

心房細動有所見者の治療の有無　【図表 38】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療者	
人	%	人	%	人	%
1	100.0	0	0.0	1	100.0

心電図検査において 1 人が心房細動の所見があり、治療中であった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性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は継続したい。

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。治療中であっても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）

② 心房細動の管理台帳

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

支援センター等と連携していく。

6） 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・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

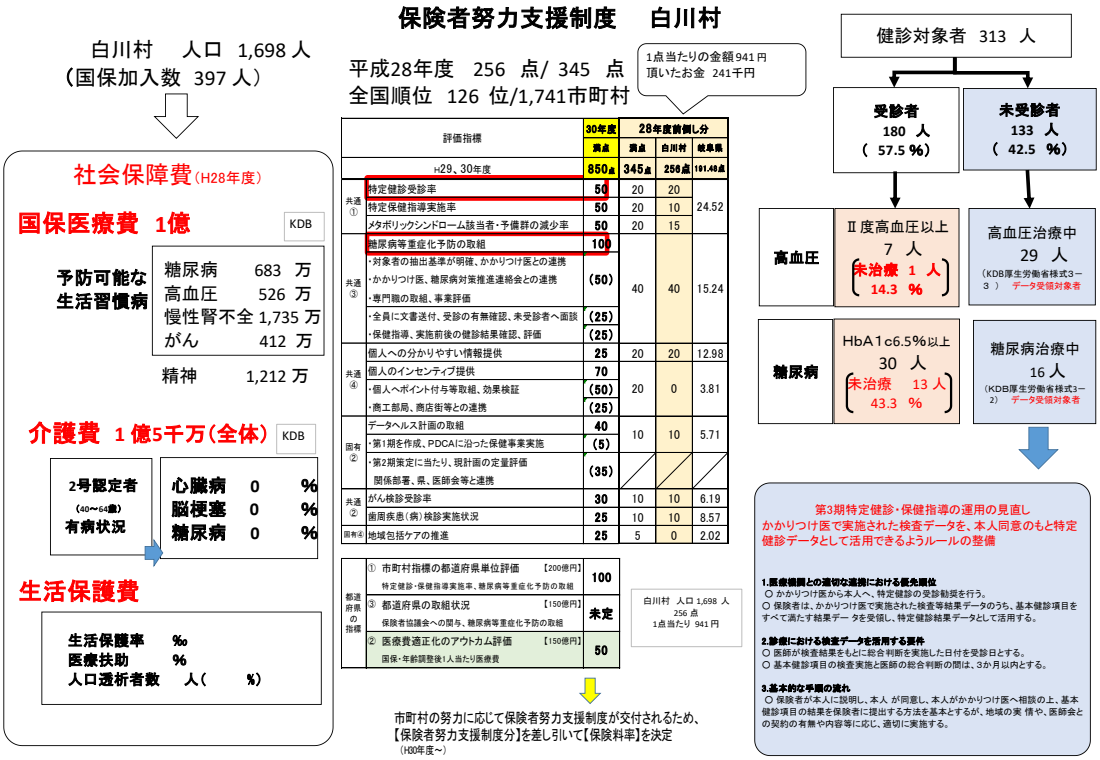
7 月　特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

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して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 39）

【図表 39】



第 5 章　地域包括ケアに係る取組

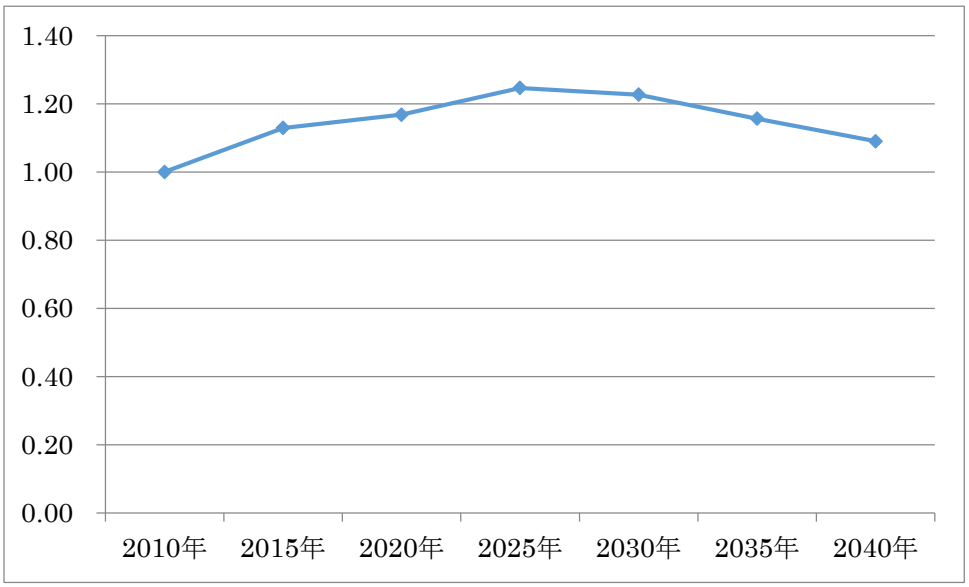
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本村は、75 歳以上人口の将来推計は、2010 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2025 年には 1.25、2040 年には 1.09 と推計されている（図表 40）。

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

【図表 40】



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

第６章　計画の評価・見直し

１．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の平成 32 年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

２．評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して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 10・11）

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・栄養士等が村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、庁内糖での利用、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。