

青木村 国民健康保険

保健事業実施計画

(データヘルス計画)



平成30年3月

青木村

青木村 保健事業実施計画（データヘルス計画）

～ もくじ ～

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

第2章. 地域の健康課題

第3章. 特定健診・特定保健指導の実施（特定保健指導実施計画）

第4章. 保健事業の内容

第5章. ポピュレーションアプローチ

第6章. 計画の評価・見直し

第7章. 計画の講評・周知及び個人情報の取り扱い

青木村保健事業実施計画（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)基本的事項

(1)背景

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「特定検診等」という。)の実施や診療報酬明細書等(以下「レセプト等」という。)の電子化の進展、国保データベース(KDB)システム^{※1}(以下「KDB」という。)等の整備により、市町村国保等の医療保険者、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、「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)においても、「すべ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『データヘルス計画』の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、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の一部を改正する法律」のより、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)^{※2}(以下「国指針」という。)の一部を改正する事により、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)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

※1 国保連合会が保険者の委託を受けて行う業務を通じて管理する「医療」「介護」「健診」の情報等を活用し、統計情報等を保険者へ提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするために構築されたシステム。

※2 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(平成16年厚生労働省告示第307号)、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成26年厚生労働省告示第141号)

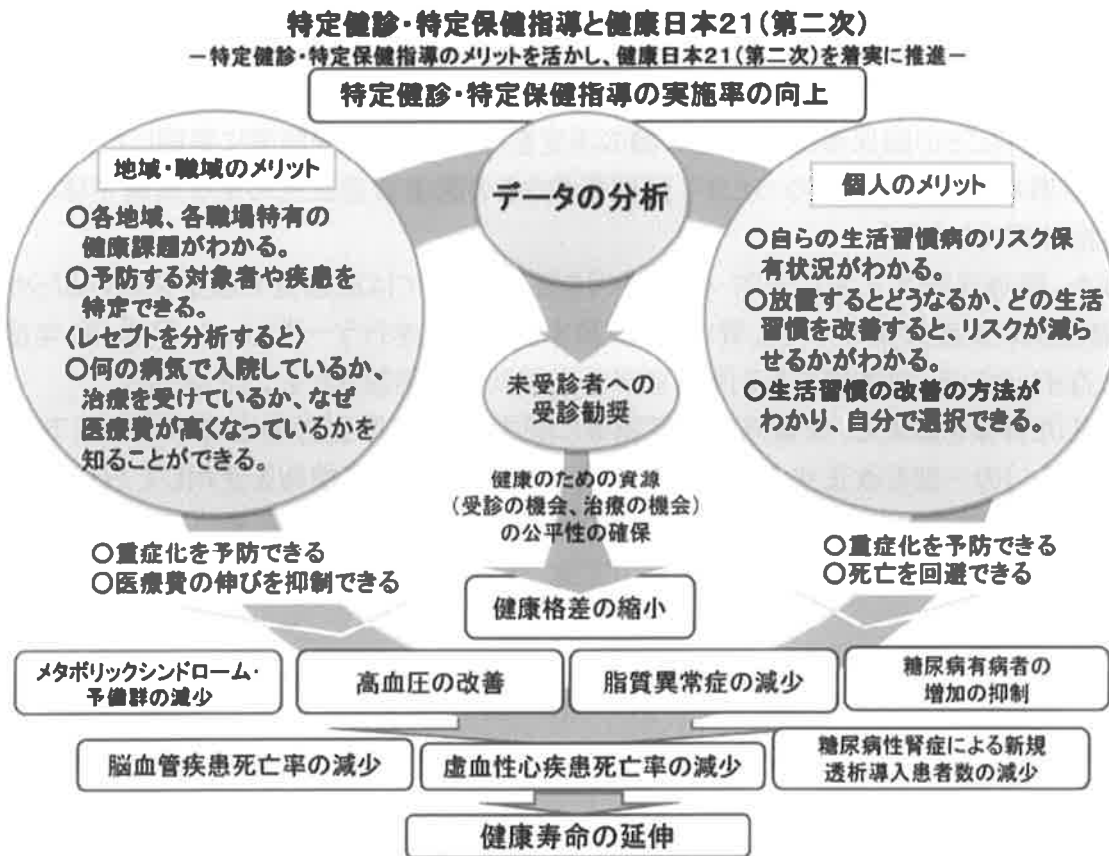
青木村については、国指針に基づき、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

(2)計画の位置づけ

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(図表1、2)。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3)。

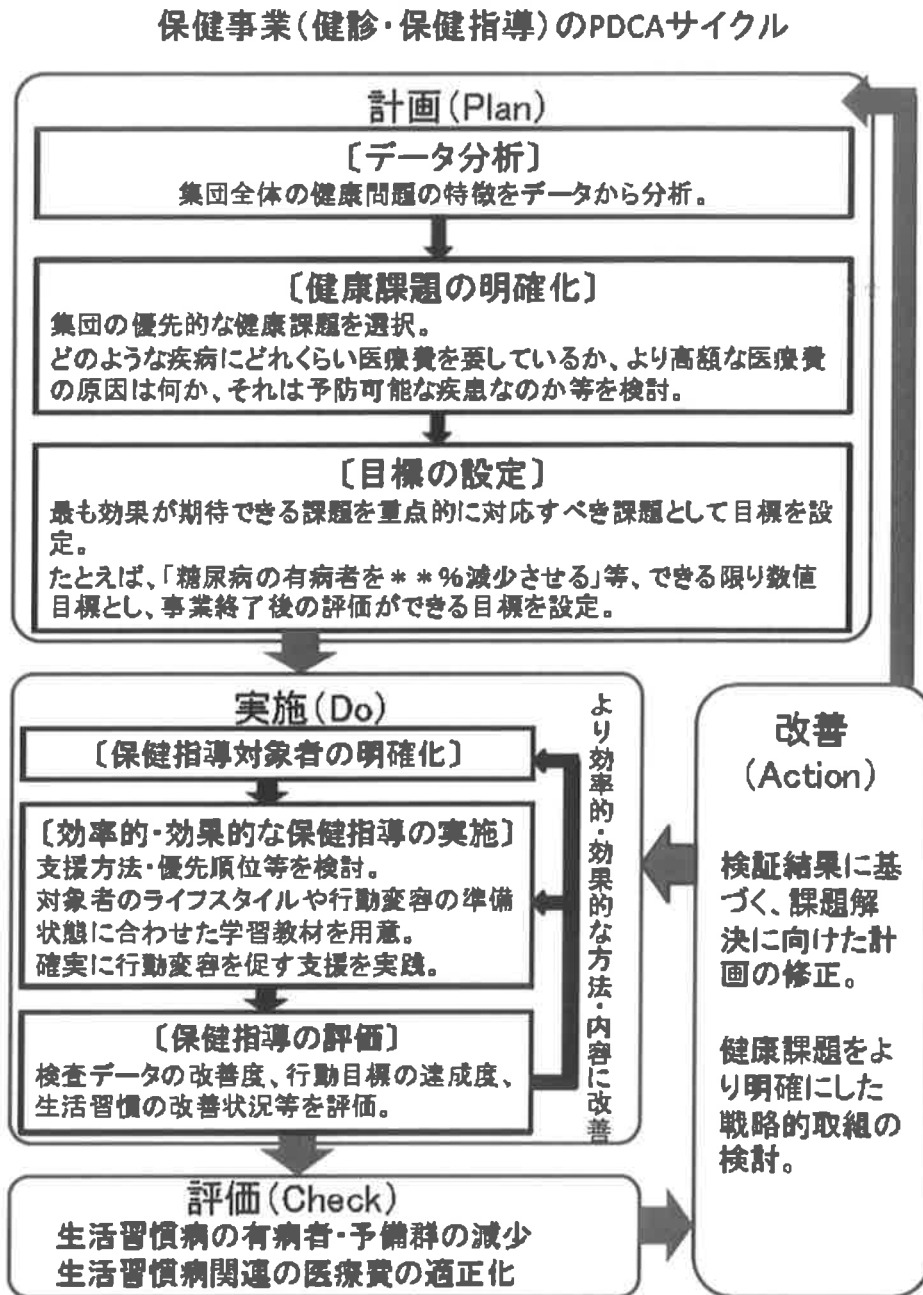
なお、「青木村特定健康診査実施計画」については、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めており、青木村民の健康づくりに寄与するために本計画と一体的かつ相互に連携していく。

【図表1】



(出典:厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム【30年度版】)

【図表2】



(出典:厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム【30年度版】)

【図表3】

	特定健康診査等実施計画			データヘルス計画	健康日本21計画
法律	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 (平成16年厚生労働省告示第307号)	健康増進法 第8条、第9条
基本的な指針	厚生労働省保健局 平成25年5月「特定健康診査計画作成の手引き」			厚生労働省保健局 平成26年4月「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省健康局 平成26年6月「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」
計画策定者	医療保険者			医療保険者	都道府県:義務 市町村:努力義務
基本的な考え方	<p>生活習慣病の予防対策を進めることにより、糖尿病等を予防できれば、通院患者を減らすことができる。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る。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、医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。</p> <p>特定健康診査は、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者を的確に抽出するために実施するものである。</p>			<p>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およ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に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。</p> <p>被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化およ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。</p>	<p>健康寿命の延伸およ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および向上を目指す。その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善および社会環境の整備に取り組むことを目標とする。</p>
対象年齢	国保被保険者(40歳～74歳)			<p>国保被保険者全員</p> <p>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</p>	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて全村民
対象疾患	<p>メタボリックシンドローム (肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常症)</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症</p>			<p>メタボリックシンドローム (肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常症)</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん</p>	<p>メタボリックシンドローム (肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常症)</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患 (COPD) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム 認知症、メンタルヘルス</p>
目標	医療保険者	特定健診	特定保健指導率	<p>分析結果に基づき</p> <p>*ただちにに取り組むべき健康課題</p> <p>*中長期的に取り組むべき健康課題</p> <p>を明確にし、目標値を設定する。</p> <p>疾病の重症化を予防する取り組みとして</p> <p>◇優先的な順位を決定し</p> <p>◇適切な保健指導</p> <p>◇医療機関への受診勧奨</p> <p>◇医療との連携 (治療中断者の保健指導等)</p>	<p>53項目の目標</p> <p>◇健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標</p> <p>◇主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標(がん、循環器疾患、糖尿病、COPD)</p> <p>◇社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標(こころの健康、次世代の健康、高齢者の健康)</p> <p>◇健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標</p> <p>◇栄養・食生活、身体活動・運動・飲酒・喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣</p>
	全体	70%	45%		
	健康保険組合	90%	60%		
	共済組合	90%	40%		
	国保組合	70%	30%		
	全国健康保険協会	65%	30%		
	市町村国保	60%	60%		

③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4)。

【図表4】

保険者努力支援制度

評価指標		H30 (参考)
総得点(満点)		850
交付額 (万円)		
総得点(体制構築加点含む)		
全国順位(1,741市町村中)		
共通 ①	特定健診受診率	50
	特定保健指導実施率	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50
共通 ②	がん検診受診率	30
	歯周疾患(病)検診の実施	20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	25
	個人インセンティブ提供	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	35
	後発医薬品の使用割合	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	25
	第三者求償の取組の実施状況	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		60

	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	健康日本21計画
評価	(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しつつ実施。 *生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) *特定健診受診率、特定保健指導実施率、検診結果の変化、生活習慣病の有病者・予備軍) *医療費、介護給付費	※53項目中、特定健診に関する項目 15項目 ①脳血管・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入者数)の減少 ③治療継続者の増加の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ⑦メタボ予備軍・メタボ該当者の減少 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症の減少 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者の増加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

(3)計画期間

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。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年度までを計画期間としている。整合性を図る観点からも計画期間は平成30年度から平成35年度の6年間とし、必要に応じて中間評価や見直しをする。

(4)関係者が果たす役割と連携

①実施主体関係部局の役割

青木村においては、住民福祉課(国保含む)が所掌し、課内国保担当職員と保健師が主体となりデータヘルス計画を策定する。住民の健康の保持増進には幅広い課が関わってくるため、市町村一体となって計画策定を進めていく。

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

②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。

第2章. 地域の健康課題の把握

(1) 地域の特性

青木村は、美しい山々に囲まれた農山村である。長野県の東部、上田市から西方約12kmに位置し、東西約8km、南北約10.4kmに広がっており、面積は57.10㎡。南に夫神岳、北に子檀嶺岳、西に十観山がそびえており、昔から『青木三山』と呼ばれ村のシンボルとして村民に愛されている。河川の谷平野、扇状地などに12地区が散在しているが、段丘傾斜地が多く平坦地は少ない地形である。

(2) 人口の変化

青木村の過去5年間の人口、生産年齢率、高齢化率の推移は下記とおりである(図表5)。各年とも年度末時点での人口である(※平成28年度の場合は、平成29年3月31日時点)。総人口、0歳～14歳人口、生産年齢人口は減少傾向にあるが、65歳以上人口は微増している。高齢化率も伸び続けており、10人に約4人が65歳以上となっている。本計画の対象者である青木村国民健康保険加入者も年々減少傾向にある。なお、次に示す図表6には平成27年度の青木村のデータが掲載されているが、人口や高齢化率は平成22年の国勢調査のデータである。そのため、図表5の人口や高齢化率とは数が合致しない。

【図表5】

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
総人口	4665人	4640人	4614人	4553人	4,500人
0歳～14歳	536人	529人	519人	495人	477人
15歳～64歳 (生産年齢)	2534人	2475人	2439人	2388人	2321人
65歳以上	1595人	1636人	1656人	1670人	1664人
生産年齢率	54.3%	53.3%	52.8%	52.4%	51.5%
高齢化率	34.1%	35.2%	35.8%	36.6%	36.9%
国保加入者数	1279人	1255人	1222人	1204人	1150人
国保加入者数 (40歳以上)	1030人	1020人	1013人	999人	958人

(3) 地域の健康課題の把握

青木村の特性の把握するために、KDBシステムの以下の帳票(平成27年度)から情報を収集した(図表6)。

- ◇ 地域の全体像の把握
- ◇ 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
- ◇ 市区町村別データ
- ◇ 同規模保険者比較
- ◇ 人口及び被保険者の状況

【図表6】 国・県・同規模平均と比べてみた青木村の位置（平成27年度）

KDB作成年月平成29年10月時点 2017/11/6

項目		青木村		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	4,577		687,721		2,115,647		124,852,976	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 統計・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）	1,551	33.9	241,498	35.1	667,919	26.8	29,020,788		23.2	
		75歳以上	875	19.1			303,854	14.4	13,989,884		11.2	
		65～74歳	676	14.8			264,065	12.5	15,030,902		12.0	
		40～64歳	1,520	33.2			701,088	33.1	42,411,922		34.0	
	39歳以下	1,506	32.9			846,640	40.0	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	9.6		22.7		9.8		4.2	KDB_NO.3 統計・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
		第2次産業	38.7		21.7		29.5		25.2			
		第3次産業	51.6		55.6		60.7		70.6			
	③ 平均寿命	男性	81.4		79.4		80.9		79.6	KDB_NO.1 地域全体での把握		
女性		86.9		86.5		87.2		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.7		66.1		65.7		65.2	KDB_NO.1 地域全体での把握			
	女性	66.7		66.7		67.2		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	103.7	102.6	90.3	100			KDB_NO.1 地域全体での把握		
			女性	101.2	98.3	94.6	100					
		死因	がん	12	28.6	2,902	43.9	6,150	43.6		364,251	49.0
			心臓病	13	31.0	1,914	29.0	3,780	26.8		196,657	26.4
			脳疾患	12	28.6	1,252	18.9	3,057	21.7		118,229	15.9
			糖尿病	1	2.4	126	1.9	278	2.0		13,800	1.9
			腎不全	2	4.8	237	3.6	423	3.0		25,091	3.4
	自殺		2	4.8	179	2.7	422	3.0	25,917	3.5		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	2	3.03			2,044	8.33	142,481	11.04		
		男性	1	3.03			1,403	11.39	95,219	14.28		
		女性	1	3.03			641	6.25	47,262	7.68		
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	314	20.6	48,427	20.1	111,588	19.6	5,602,383	20.7	
			新規認定者	6	0.2	815	0.3	1,791	0.3	98,651	0.3	
			2号認定者	6	0.5	886	0.4	2,095	0.3	149,699	0.4	
		② 有病状況	糖尿病	71	21.8	10,018	19.7	23,846	20.5	1,241,024	21.4	
高血圧症			186	55.1	26,954	53.1	61,834	53.6	2,865,468	49.7		
脂質異常症			68	20.6	13,190	25.7	30,533	26.1	1,586,963	27.3		
心臓病			230	69.2	30,449	60.2	70,834	61.5	3,281,578	56.7		
脳疾患			82	25.0	13,038	26.1	33,424	29.1	1,455,985	25.4		
がん			32	10.1	4,637	9.0	11,976	10.3	569,967	9.8		
筋・骨格			180	53.6	27,078	53.3	61,151	52.9	2,813,795	48.9		
精神			152	45.0	18,052	35.6	41,332	35.7	1,963,213	33.8		
③ 介護給付費			1件当たり給付費（全体）	71,164		73,679		58,631		58,761		
		居室サービス	36,972		39,035		38,479		39,562			
		施設サービス	280,511		275,987		275,103		284,402			
④ 医療費等		要介護認定別医療費（60歳以上）	8,739	認定あり	8,654	認定あり	7,689	認定あり	8,011			
			3,721	認定なし	4,281	認定なし	3,727	認定なし	3,886			
4		① 国保の状況	被保険者数	1,208		201,461		565,965		33,767,446	KDB_NO.1 地域全体での把握 KDB_NO.5 介護保険者の状況	
			65～74歳	615	60.9			231,514	40.9	12,502,023		37.0
	40～64歳		382	31.6			189,140	33.4	11,577,018	34.3		
	39歳以下		211	17.5			145,311	26.7	9,688,407	28.7		
	加入率		26.4		29.5		26.8		28.2			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	47	0.2	130	0.2	8,195	0.2		
		診療所数	2	1.7	607	3.0	1,561	2.8	95,093	2.8		
		病床数	0	0.0	3,942	19.6	24,231	42.8	1,511,416	44.8		
		医師数	1	0.8	532	2.6	4,723	8.3	285,309	8.4		
		外来患者数	7436		651.7		664.0		667.5			
		入院患者数	205		23.6		17.5		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,219	県内14位 同規模126位	26,959		24,095		24,452			
		受診率	764,177		675,275		681,559		685,692			
		外来	費用の割合	61.9		56.1		61.9		60.8		
			件数の割合	97.3		96.5		97.4		97.4		
		入院	費用の割合	38.1		43.9		38.1		39.2		
			件数の割合	2.7		3.5		2.6		2.6		
		1件あたり在院日数	16.5日		16.6日		15.1日		15.7日			
	④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療費疾患別) (調剤含む)	がん	41,019,660	18.1	22.2		22.9		24.1			
		慢性腎不全（透析あり）	27,215,230	12.0	8.1		9.7		9.6			
糖尿病		25,679,780	11.3	10.3		10.1		9.9				
高血圧症		28,185,600	12.4	10.3		9.8		9.4				
精神		49,787,080	21.9	18.6		17.6		16.8				
筋・骨格	30,548,060	13.5	16.5		15.9		15.2					

項目		青木村		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	615,840	27位	[17]				KDB, No.3 補診・医療・介護 データからみる取 組		
				高血圧	545,043	60位	[16]						
				脂質異常症	642,565	19位	[21]						
				脳血管疾患	745,316	16位	[21]						
				心疾患	593,622	56位	[10]						
				腎不全	648,420	43位	[17]						
				精神	546,704	7位	[25]						
				悪性新生物	584,530	49位	[12]						
				糖尿病	36,480	39位							
				高血圧	26,712	59位							
				脂質異常症	27,132	34位							
				脳血管疾患	55,481	4位							
				心疾患	41,017	31位							
				腎不全	182,732	32位							
精神	27,908	54位											
悪性新生物	42,876	55位											
⑥	補診有無別 一人当たり 点数	補診対象者 一人当たり	補診受診者	0	2,857	2,649	2,147	KDB, No.3 補診・医療・介護 データからみる取 組					
		生活習慣病対象者 一人当たり	補診未受診者	16,058	12,821	11,719	12,679						
⑦	補診・レセ 実数	受診勧奨者	236	61.8	36,644	56.4	96,303	54.1	4,549,347	56.7	KDB, No.1 地域全体での把握		
		医療機関受診率	210	55.3	33,283	51.2	89,002	50.0	4,207,302	52.4			
⑧	医療機関未受診率	25	6.6	3,361	5.2	7,301	4.1	342,045	4.3				
		補診未受診者	42,369	36,231	32,767	36,331							
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	特定補診の 状況 県内順位 順位総数79	補診受診者	380	64,982	177,846	8,026,996	KDB, No.3 補診・医療・介護 データからみる取 組の機能評価 KDB, No.1 地域全体での把握					
			受診率	40.6	県内65位 前年度161位	45.7	45.9		全国3位	36.0			
			特定保健指導終了者 (実施率)	6	12.0	3468	40.4		8,517	43.8	193,885	20.2	
			赤肥満高血糖	39	10.3	6,129	9.4		17,652	9.9	739,527	9.2	
			メタボ	該当者	59	16.5	11,678		18.0	27,894	16.7	1,341,863	16.7
				男性	44	26.3	8,081		26.6	19,772	24.6	921,330	26.6
				女性	16	7.0	3,597		10.4	8,122	8.3	420,533	9.2
				予備群	29	7.6	7,568		11.6	17,344	9.8	855,953	10.7
			BMI	男性	19	11.4	5,228		17.2	12,473	16.5	692,831	17.1
				女性	10	4.7	2,340		6.8	4,871	5.0	263,122	5.8
				総数	93	24.5	21,817		33.6	51,254	28.8	2,477,131	30.9
				男性	64	38.3	15,049		49.6	36,501	45.4	1,700,929	49.1
			BMI	女性	29	13.6	6,768		19.6	14,753	16.1	776,202	17.0
				総数	21	5.5	4,308		6.6	8,246	4.6	380,265	4.7
				男性	4	2.4	813		2.7	1,486	1.8	62,666	1.8
				女性	17	8.0	3,495		10.1	6,761	6.9	317,599	7.0
			メタボ該当・予備群 レベル	血糖のみ	2	0.6	607		0.8	1,139	0.6	51,524	0.6
				血圧のみ	20	5.3	5,308		8.2	11,459	6.4	595,410	7.4
				脂質のみ	7	1.8	1,753		2.7	4,746	2.7	209,019	2.6
血糖・血圧	8	2.1		2,151	3.3	4,372	2.5	209,984	2.6				
血糖・脂質	1	0.3		634	1.0	1,680	0.9	71,663	0.9				
血圧・脂質	29	7.6		5,373	8.3	13,424	7.5	660,086	8.2				
血糖・血圧・脂質	21	5.5		3,520	5.4	8,418	4.7	400,130	5.0				
高血圧	124	32.6		23,224	35.8	58,924	33.1	2,664,571	33.2				
糖尿病	27	7.1		5,508	8.5	13,283	7.5	677,944	7.2				
脂質異常症	63	13.9		14,395	22.2	40,191	22.6	1,839,311	22.9				
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	7	1.8	1,960	3.1	5,209	3.1	251,915	3.3	KDB, No.1 地域全体での把握	
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	14	3.7	3,211	5.1	10,935	6.6	426,790	5.6		
			腎不全	0	0.0	380	0.6	966	0.6	37,671	0.5		
			貧血	32	8.4	5,139	8.5	12,600	7.6	771,975	10.2		
			喫煙	37	9.7	10,850	16.7	23,558	13.2	1,143,679	14.3		
			週3回以上朝食を抜く	15	3.9	4,395	7.7	8,825	6.0	574,353	8.4		
			週3回以上食後間食	39	10.3	7,834	13.8	17,304	11.3	807,222	11.9		
			週3回以上就寝前夕食	62	16.3	9,224	16.3	22,381	16.2	1,070,671	15.6		
			食べる速度が速い	117	30.8	15,881	28.0	36,546	24.9	1,763,368	25.9		
			20歳時体重から10kg以上増加	112	29.5	18,942	33.1	44,587	29.0	2,180,319	31.7		
			1回30分以上運動習慣なし	276	72.6	39,354	68.2	99,655	64.9	4,048,381	58.8		
			1日1時間以上運動なし	149	39.2	28,140	49.2	68,138	44.3	3,194,143	46.5		
			睡眠不足	50	13.2	13,526	23.7	33,713	21.9	1,675,807	24.6		
			毎日飲酒	82	21.6	15,893	26.5	40,226	24.3	1,895,504	25.6		
時々飲酒	1合未満	88	23.2	13,468	22.5	39,768	24.0	1,638,882	22.1				
	1～2合	88	51.8	22,949	67.0	47,295	55.2	3,340,872	64.2				
	2～3合	61	35.9	11,031	27.4	27,628	32.3	1,241,611	23.8				
	3合以上	18	10.6	4,615	11.5	8,707	10.2	483,582	9.3				
1日飲酒量	3	1.8	1,665	4.1	2,037	2.4	141,265	2.7					

①青木村の医療の状況

下図に示すとおり、青木村の一人あたり医療費は 27,219 円で、同規模平均、県、国と比較しても高い状況にあることがわかる。入院は、外来・入院を合わせた総件数のわずか 2.7%であるが、医療費は全体の約 4 割を占めている。入院は重症化した結果とも読み取れるので、早期発見・治療により重症化を予防することで入院を減らすことにもつながり、費用対効果の面からも効果が期待できる。

【青木村の一人当たり医療費と、外来・入院の件数と費用額の状況】



(KDB システムより抜粋:平成 27 年度 青木村の一人当たり医療費と、外来・入院の件数と費用額の状況)

②青木村の介護の状況

下表に示すとおり、青木村の介護保険の1号被保険者の認定率は、同規模保険者、長野県と比較するとわずかに高く、国とはほぼ同率である。2号被保険者の認定率は同規模保険者、長野県、国とほぼ同率である。要介護認定されている被保険者の医療費は、長野県と比較すると 1,000 円近く高い状況にある。医療費は要介護認定者の方が 2 倍以上高い事がわかる。

	青木村		同規模保険者		長野県		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1号認定者数(認定率)	314	20.6%	48,427	20.1%	111,588	19.6%	5,602,383	20.7%
新規認定者	5	0.2%	815	0.3%	1,791	0.3%	98,651	0.3%
2号認定者	6	0.5%	886	0.4%	2,095	0.3%	149,599	0.4%
要介護認定別 医療費 (40歳以上)	認定あり	8,739	8,654	7,689	8,011			
	認定なし	3,721	4,281	3,727	3,886			

(図表6より一部抜粋:平成 27 年度 介護保険の認定者・認定率と要介護別医療費の状況)

③青木村の特定健診の状況

下表に示すとおり、青木村の特定健診受診率は、同規模保険者、長野県平均を下回る状況である。県内順位も、全 79 市町村中 66 位と低い。また、特定保健指導実施率(終了者)は、同規模保険者、長野県平均を大きく下回る。非肥満高血糖者も他と比較すると若干ではあるが割合が高く、介入が必要である。

	青木村		同規模保険者		長野県		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
特定健診受診者(人)	380		64,982		177,845		8,025,996	
受診率	40.5%	県内 66 位 同規模 161 位	45.7%		45.9%	全国3位	36.0%	
特定保健指導終了者 (実施率)	6	12.0%	3,468	40.4%	8,517	43.8%	193,885	20.2%
非肥満高血糖	39	10.3%	6,129	9.4%	17,552	9.9%	739,527	9.2%

(図表6より一部抜粋 平成 27 年度 特定健診の状況 県内順位:順位総数 79)

④青木村のがん検診の状況

がんについては国の「がん対策推進基本計画」にて各種がん検診の受診率の目標を定めている。胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診については当面の間 40%、子宮頸がん検診・乳がん検診については 50%としている。平成 27 年度の青木村のがん検診受診率は下表のとおりである。県平均より受診率は高くなっているが、がんの早期発見のためにも、目標達成に向けた取り組みや、精密検査未受診者に対する働きかけを継続していく。

【平成 27 年度のがん検診受診率（長野県がん検診実施状況調査）】※40 歳（子宮頸がん 20 歳）以上

	胃がん	大腸がん	肺がん	子宮頸がん	乳がん
青木村	13.5%	33.1%	29.0%	25.6%	31.8%
県平均	8.8%	23.2%	17.3%	23.5%	15.5%

⑤青木村の平均寿命^{※3}と健康寿命^{※4}の状況

下表のとおり、青木村の健康寿命は男性 65.7 歳、女性 66.7 歳であり、県や国と比較して大きな差はない。健康寿命の延伸は第 5 次青木村長期振興計画後期基本計画でも謳われており、村をあげて取り組む目標の一つとなっている。

		青木村	同規模保険者	長野県	国
平均寿命	男性	81.4	79.4	80.9	79.6
	女性	86.9	86.5	87.2	86.4
健康寿命	男性	65.7	65.1	65.7	65.2
	女性	66.7	66.7	67.2	66.8

（図表 6 より一部抜粋：平成 27 年度 青木村の平均寿命と健康寿命）

※3 死亡率が今後も変わらないと仮定し、その年に生まれた 0 歳児があと何年生きられるかを示す。2016 年の日本人の平均寿命は男性が 80.98 歳、女性が 87.14 歳であった。

※4 健康上の問題がない状態で日常生活が送れる期間のこと。

（4）健康と医療の分析及び健康課題の把握

保健事業実施指針では、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と謳われている。保健事業の実施指針で取り扱う対象疾患は、『虚血性心疾患』『脳血管疾患』『糖尿病性腎症』『慢性閉塞性肺疾患（COPD）』及び『がん』の5つで、特に心臓・脳・腎臓・肺の臓器を守ることである。

青木村における入院・外来の1件あたりの費用額の状況を見ると、入院においては精神疾患が7位、脳血管疾患が16位、脂質異常症が19位と県内での順位が高い。外来においては、腎不全の費用が高額となっており、次いで脳血管疾患、悪性新生物、心疾患となっている。こうした状況から、青木村でも心疾患、脳血管疾患、腎疾患に着目し、予防のための取り組みに力を入れていく必要がある。

項目			青木村	
			実数	割合
費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	615,840	27位 (17)
		高血圧	545,043	60位 (16)
		脂質異常症	642,565	19位 (21)
		脳血管疾患	745,315	16位 (21)
		心疾患	593,622	56位 (10)
		腎不全	648,420	43位 (17)
		精神	546,704	7位 (25)
県内順位 (順位総数 79)		悪性新生物	584,530	49位 (12)
	入院の() 内は 在院日数	外来	糖尿病	36,480
高血圧			26,712	59位
脂質異常症			27,132	34位
脳血管疾患			55,481	4位
心疾患			41,017	31位
腎不全			182,732	32位
精神			27,908	54位
悪性新生物			42,876	65位

(図表6より一部抜粋：平成27年度 青木村における入院・外来の費用額と県内順位)

上記の状況も踏まえ、青木村の健康や医療について分析するために、KDBシステム等の以下の帳票から情報を把握する。

- ◇高額になる疾患
- ◇長期入院
- ◇人口透析患者
- ◇生活習慣病レセプト
- ◇要介護認定状況
- ◇健康有所見状況
- ◇メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握

①医療の分析

青木村における医療費の負担が大きい疾患や、将来的に医療費の負担が増大すると予想される疾患について検討する。

下表は医療費が高額になっている疾患や、長期に入院することによって医療費が増大している疾患、長期化する疾患、これらの原因となる生活習慣病に着目して分析、整理したものである。

青木村では、がんや、脳血管疾患・虚血性心疾患以外の疾患が80万円を超えるレセプトとなっている状況がある。

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（H27年度）		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10（CSV）	人数	32人	0人		1人		8人		24人			
			0.0%		3.1%		25.0%		75.0%			
	件数	55件	0件		1件		10件		44件			
			0.0%		1.8%		18.2%		80.0%			
			年代別	40歳未満	0	--	0	0.0%	0	0.0%	2	4.6%
				40代	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
				60代	0	--	0	0.0%	2	20.0%	4	9.1%
70-74歳	0	--		1	100.0%	4	40.0%	31	70.5%			
費用額	8988万円	--		100万円		1385万円		5500万円				
				1.4%		19.6%		79.0%				

※最大医療費係数病名（主病）で計上

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

（KDB システムより抜粋：平成 27 年度 医療費が高額になる疾患【ひと月 80 万円を超えるレセプト等】）

生活習慣病の治療者数構成割合の内訳を見ると、全体の約6割が高血圧症による治療を受けている。また、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症では、基礎疾患に高血圧や糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の重なりが多いことがわかる。このため、重症化疾患の予防のためには、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の予防に取り組むことが課題である。

生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化するため、健康診断等の利用により早期発見に努め、必要に応じて生活習慣の改善に取り組んでいくことが必要である。

厚労省様式	対象レセプト（H27年5月診療分）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13～18 （概要）	生活習慣病の治療者数 構成割合	535人	35人	39人	15人	
			6.5%	7.3%	2.8%	
		の基礎 な疾患	高血圧	27人	33人	11人
				77.1%	84.6%	73.3%
			糖尿病	17人	20人	15人
			48.6%	51.3%	100.0%	
		脂質異常症	16人	26人	8人	
	45.7%	66.7%	63.3%			
	高血圧症	322人	165人	232人	67人	
	60.2%	30.8%	43.4%	12.5%		

（KDB システムより抜粋：平成 27 年度 生活習慣病の治療者数構成割合）

青木村の6か月以上にわたる長期入院は、下表のとおり精神疾患が多くを占めている状況である。

厚労省様式	対象レセプト (H27年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
	様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)		人数	7人	7人 100.0%
件数			62件	57件 91.9%	12件 19.4%	0件 0.0%
費用額			2651万円	2329万円 87.9%	320万円 30.9%	--

*精神疾患については最大医療資源係病名（主病）で計上
*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

(KDB システムより抜粋:平成 27 年度 6か月以上の長期入院)

長期療養が必要となる疾患である人口透析を分析すると、全体の 80%が糖尿病性腎症であり、新規透析導入者を減らすためには糖尿病の重症化予防をしていくことが必要である。また、透析が必要になった方の健康管理も大切な課題である。

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
	様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)		H27.5 診療分	人数	4人 80.0%
H27年度 累計			件数	64件	46件 71.9%	37件 67.8%
	様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	2981万円	2289万円 76.8%	1725万円 67.9%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

(KDB システムより抜粋:平成 27 年度 人口透析患者【長期化する疾患】)

②介護の分析

青木村では、第1号被保険者の20%、約5人に1人が要介護認定を受けている。75歳以上では32.6%と認定率が高くなっている。

2号被保険者・1号被保険者を合わせた全体の原因疾患は、脳血管疾患等の血管疾患が全体の95%を占めている。74歳以下が本計画の対象であるが、この年代でも血管疾患により介護保険が必要となっている方がいる。このことから、生活習慣病に起因する血管疾患を防いでいくことが優先事項となる。要介護認定を受けている人の医療費は、要介護認定を受けていない人の約3倍となっており、予防可能な疾患については早期に介入していくことが必要である。

また、健康寿命の延伸の観点からも、若い頃から健康に関心を持ってもらい、健康づくりに取り組んでいくことで、重症化予防や介護予防につながっていくと考える。

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		1,520人		676人		875人		1,551人		3,071人			
	認定者数		6人		29人		285人		314人		320人			
	認定率		0.39%		4.3%		32.6%		20.2%		10.4%			
	新規認定者数(+1)		0人		2人		35人		37人		37人			
介護度別人数	要支援1・2	2	33.3%	7	24.1%	59	20.7%	66	21.0%	68	21.3%			
	要介護1・2	2	33.3%	8	27.6%	109	38.2%	117	37.3%	119	37.2%			
	要介護3～5	2	33.3%	14	48.3%	117	41.1%	131	41.7%	133	41.6%			
要介護突合状況 ★NO.49	有病状況 (シセプトの診断名より重複して計上)	疾患	種別	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		4		24		277		301		305		
		循環器疾患	1	脳卒中	1	25.0%	14	58.3%	111	40.1%	125	41.5%	126	41.3%
			2	虚血性心疾患	1	25.0%	3	12.5%	85	30.7%	88	29.2%	89	29.2%
			3	腎不全	0	0.0%	3	12.5%	18	6.5%	21	7.0%	21	6.9%
		基礎疾患 (*2)		糖尿病	1	25.0%	8	33.3%	100	36.1%	108	35.9%	109	35.7%
				高血圧	1	25.0%	15	62.5%	240	86.6%	255	84.7%	256	83.9%
				脂質異常症	2	50.0%	8	33.3%	131	47.3%	139	46.2%	141	46.2%
			血管疾患合計	合計	2	50.0%	18	75.0%	270	97.5%	288	95.7%	290	95.1%
			認知症	認知症	1	25.0%	5	20.8%	113	40.8%	118	39.2%	119	39.0%
			筋・骨格疾患	筋骨格系	3	75.0%	19	79.2%	254	91.7%	273	90.7%	276	90.5%

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

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						8,739
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			3,721			

(KDBシステムより抜粋:平成27年度 青木村の要介護認定状況・要介護突合状況・介護認定の有無による医療費比較)

③健診の分析

生活習慣病の発症予防や重症化予防の重要な取り組みである特定健診・特定保健指導は平成 20 年度より開始され、国は市町村の受診率を 60%とし、受診率・保健指導率向上に向けた取り組みを行っている。青木村の平成 27 年度の特定健診受診率は長野県内で 66 位という状況である。

下表から見ると、男性の方がメタボリックシンドローム※5の該当者が多い。同規模平均や県、国と比較すると青木村のメタボリックシンドローム予備軍の割合はやや低い状況である。また、高血圧・高血糖・脂質異常が重なっている対象者についても、同規模平均や県、国と大きな差はないが、重症化予防の観点から早期介入が必要である。

		青木村	同規模平均	長野県	国					
特定健診の 状況	健診受診者	380	64,982	177,845	8,025,996					
	受診率	40.6	45.7	45.9	36.0					
	特定保健指導終了者（実施率）	6	3468	40.4	8,517	43.8	193,886	20.2		
	赤肥満高血糖	39	10.3	6,129	9.4	17,552	9.9	739,527	9.2	
	メタボ	該当者	59	16.5	11,678	18.0	27,894	15.7	1,341,863	16.7
		男性	44	26.3	8,081	26.6	19,772	24.6	921,330	26.6
		女性	15	7.0	3,597	10.4	8,122	8.3	420,533	9.2
		予備群	29	7.6	7,668	11.6	17,344	9.8	855,953	10.7
	BMI	男性	19	11.4	5,228	17.2	12,473	15.5	592,831	17.1
		女性	10	4.7	2,340	6.8	4,871	5.0	263,122	5.8
総数		93	24.5	21,817	33.6	51,254	28.8	2,477,131	30.9	
男性		64	38.3	15,049	49.5	36,501	45.4	1,700,929	49.1	
BMI	女性	29	13.6	6,768	19.6	14,753	15.1	776,202	17.0	
	総数	21	5.5	4,308	6.6	8,246	4.6	380,265	4.7	
	男性	4	2.4	813	2.7	1,485	1.8	62,666	1.8	
果内順位 順位繰数79	女性	17	8.0	3,495	10.1	6,761	6.9	317,599	7.0	
	血糖のみ	2	0.5	507	0.8	1,139	0.6	51,524	0.6	
	血圧のみ	20	5.3	5,308	8.2	11,459	6.4	595,410	7.4	
	脂質のみ	7	1.8	1,753	2.7	4,746	2.7	209,019	2.6	
	血糖・血圧	8	2.1	2,151	3.3	4,372	2.5	209,984	2.6	
	血糖・脂質	1	0.3	634	1.0	1,680	0.9	71,663	0.9	
	血圧・脂質	29	7.6	5,373	8.3	13,424	7.5	660,086	8.2	
血糖・血圧・脂質	21	5.5	3,520	5.4	8,418	4.7	400,130	5.0		

KDB, NO. 3
健診・医療・介護
データから見る地
域の健康課題
KDB, NO. 1
地域全体での把握

（図表6より一部抜粋：平成 27 年度 特定健診の状況）

※5 内臓脂肪症候群ともいい、内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）を共通の要因として、高血圧・高血糖・脂質異常症のうち2つ以上を併せ持った状態。これらの危険因子は、単独で動脈硬化を促進すると考えられているが、危険因子が重なることで動脈硬化による心疾患や脳血管疾患の危険性が高まることが分かっている。

男性と女性を検査項目別にみていく。男女とも、網掛けの部分には県と比較して高い傾向にある項目である。男性はBMI・中性脂肪・HDL・血圧が、女性ではBMI・中性脂肪・血圧が県と比較して高くなっていることがわかる。特に男性では働きざかりの40歳～64歳で、県より高い値を示す項目が多くなっている。

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	29.9		49.1		28.0		20.3		8.7		27.5		54.8		13.4		49.7		24.3		48.8		1.6		
県	22,119	27.5	36,501	45.4	22,441	27.9	15,731	19.6	6,958	8.7	23,730	29.5	50,378	62.7	13,236	16.5	35,902	44.7	20,856	25.9	38,834	48.3	1,135	1.4	
県民	合計	47	28.1	64	38.3	61	36.5	30	18.0	18	10.8	2	1.2	82	49.1	32	19.2	98	58.7	70	41.9	71	42.5	4	2.4
	40-64	17	37.0	18	39.1	21	45.7	16	34.8	8	17.4	2	4.3	18	39.1	7	15.2	16	34.8	19	41.3	25	54.3	1	2.2
	65-74	30	24.8	46	38.0	40	33.1	14	11.6	10	8.3	0	0.0	64	52.9	25	20.7	82	67.8	51	42.1	46	38.0	3	2.5

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		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	20.3		17.0		16.0		8.6		1.8		16.5		54.2		1.7		43.0		14.6		58.5		0.2		
県	18,443	18.9	14,753	15.1	16,394	16.8	7,851	8.1	1,991	2.0	16,997	17.4	62,550	64.2	1,885	1.9	37,896	38.7	15,020	15.4	58,077	57.5	163	0.2	
県民	合計	47	22.1	29	13.6	62	29.1	12	5.6	4	1.9	4	1.9	117	54.9	5	2.3	88	41.3	55	25.8	124	58.2	0	0.0
	40-64	15	21.1	10	14.1	11	15.5	5	7.0	0	0.0	2	2.8	30	42.3	2	2.8	23	32.4	16	22.5	41	57.7	0	0.0
	65-74	32	22.5	19	13.4	51	35.9	7	4.9	4	2.8	2	1.4	87	61.3	3	2.1	65	45.8	39	27.5	83	58.5	0	0.0

(KDBシステムより抜粋:平成27年度 健診データのうち、検査項目別の男女別・年代別有所見者割合)

青木村のメタボリックシンドローム該当者の結果を見ると、男性は年齢に関わらず26.3%と高く、受診者の5人に1人はメタボリックシンドロームに該当している。

性別	健診受診者	腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	167	35.8	1	0.6%	19	11.4%	1	0.6%	13	7.8%	5	3.0%	44	26.3%	7	4.2%	1	0.6%	20	12.0%	16	9.6%
	40-64	46	27.7	0	0.0%	5	10.9%	1	2.2%	0	0.0%	4	8.7%	13	28.3%	1	2.2%	1	2.2%	5	10.9%	6	13.0%
	65-74	121	40.2	1	0.8%	14	11.6%	0	0.0%	13	10.7%	1	0.8%	31	25.6%	6	5.0%	0	0.0%	15	12.4%	10	8.3%
女性	合計	213	45.1	4	1.9%	10	4.7%	1	0.5%	7	3.3%	2	0.9%	15	7.0%	1	0.5%	0	0.0%	9	4.2%	5	2.3%
	40-64	71	41.0	3	4.2%	3	4.2%	0	0.0%	3	4.2%	0	0.0%	4	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	4	5.6%	0	0.0%
	65-74	142	47.5	1	0.7%	7	4.9%	1	0.7%	4	2.8%	2	1.4%	11	7.7%	1	0.7%	0	0.0%	5	3.5%	5	3.5%

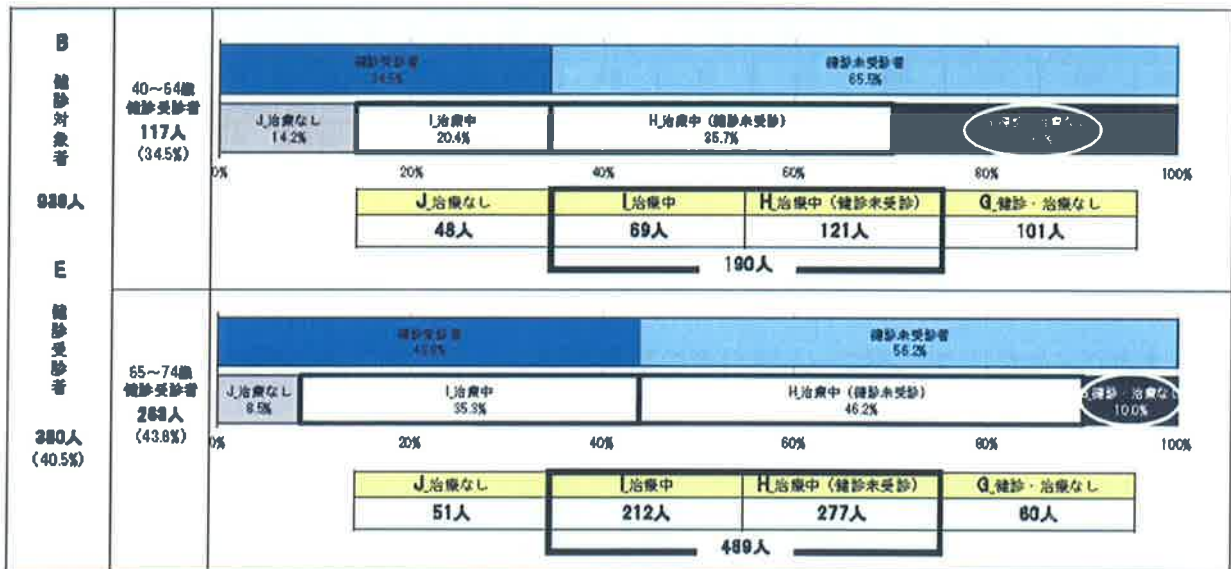
(KDBシステムより抜粋:平成27年度 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の状況)

上記より、男女ともに県より高い項目はあるが、特に若い世代の男性には早期からの介入が必要であると考えられる。

④健診未受診者の分析

特定健診の未受診者対策は、生活習慣病の発生予防や重症化予防の中で最も重要な取り組みである。40歳～64歳の特定健診未受診者は65.5%であり、そのうち29.6%は健診・治療なしの方である。自身の健康状態を確認する場がない人が多くいることがわかる。65歳～74歳の方も、10%が健診・治療なしの方である。

生活習慣病は自覚症状がないまま進行して重症化するため、まずは特定健診の機会を提供し、必要な方には特定保健指導を行っていくことで、生活習慣病の発生及び重症化を予防することにつながる。本計画の年齢は40歳以上ではあるが、さらに若い世代からも健康状況を確認する習慣を身に着けるように促していくことが重要である。青木村では国民健康保険加入者に対しては19歳から循環器健診が受けられるため、有効に活用してもらえるように今後も情報提供していくとともに、特定健診の未受診者に対しても引き続き対策を考えていく。



(KDB システムより抜粋:平成 27 年度 特定健診未受診者の把握)

(5)目標の設定

＜健康寿命の延伸＞

第5次青木村長期振興計画後期基本計画(平成 29 年度～平成 33 年度)の中でも、健康寿命の延伸が謳われている(分野1-②健康管理)。村民一人ひとりの健康意識を高め、食事・運動・睡眠等、生活習慣全体を視野に入れた個々の健康管理を促し、各種疾病の発症や進行の予防、心身の健康の保持・増進を図っていく。健康寿命延伸プロジェクトとも連動していく。

＜中長期的な目標の設定＞

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である『脳血管疾患』『虚血性心疾患』『糖尿病性腎症』を減らしていくことを目標とする。計画の内容は適宜見直し、中間評価を行っていく。

今後、高齢化がますます進むことが予測され、年齢を重ねるほど、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ため、医療費の伸びを抑えることを長期的な目標とする。

＜短期的な目標＞

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目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 版)の基本的な考え方を基に、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を目指す。そのためには、医療受診が必要な者に適切に働きかけたり、治療の継続を働きかけるとともに、医療中断者についても保健指導を行う。必要に応じて、医療機関と連携を図る。治療においては薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法や運動療法も併せて取り組まねばならない。栄養士に協力を仰ぎ、栄養指導も実施していく。まずは、特定健診の受診率上昇の取り組みから始めていく。

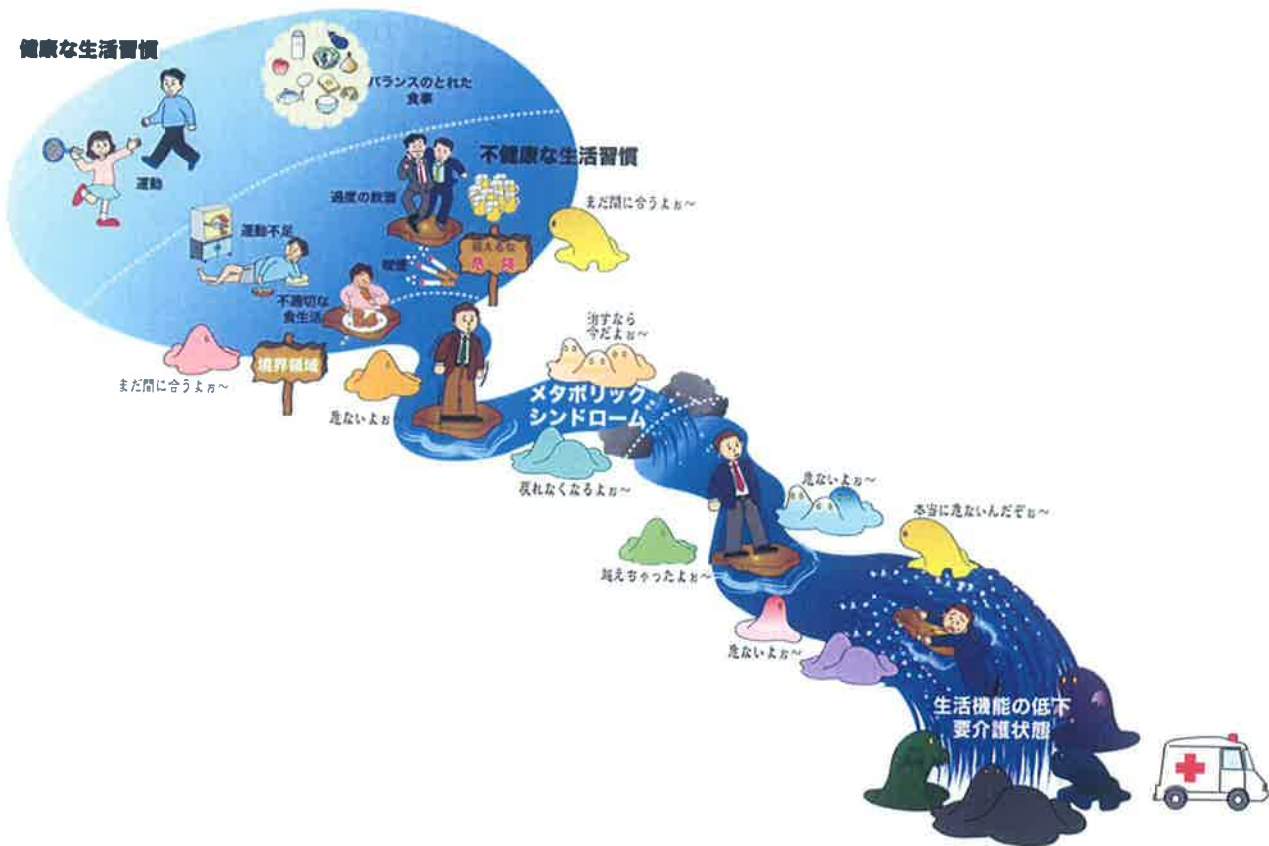
第3章. 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

(1)生活習慣病予防対策に関する国の考え方

生活習慣病をどのように予防していくのか、国が示したのが「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」です。平成19年4月に出ており、平成25年4月に改訂版が出た。なぜ、内臓脂肪症候群に着目するのか。改訂版第2編第1章にこのように書かれている。

内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は生活習慣の改善により予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などに至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる。



なお、健診と保健指導の関係については、標準的な健診・保健指導プログラムに整理されている。それによると、健診によって生活習慣病予防のための「保健指導を必要とする者」を抽出し、結果を出す保健指導を行うこととされ、結果とは糖尿病等の有病者・予備軍の減少とされている。

(2) 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、医療費適正化計画が見直されたことをふまえ、6年一期として策定する。

(3) これまでの取り組み

特定健診の実施状況

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
実績	38.4%	35.5%	40.6%	40.0%	37.2% (速報値)

特定保健指導の実施状況

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
実績	8.2%	9.3%	8.0%	10.2%	実施中

(4) 今後の対象者見込みと目標値の設定

		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	950人	948人	946人	944人	942人	940人
	受診者数	360人	398人	435人	491人	528人	564人
	実施率	38%	42%	46%	52%	56%	60%
保健指導	対象者数	40人	42人	44人	46人	48人	50人
	実施者数	5人	13人	21人	24人	27人	30人
	実施率	13%	31%	48%	52%	56%	60%

(5)特定健診の実施

①実施方法

健診方法については、青木村保健センターでの集団健診とし、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。

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特定健診委託基準

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。

④実施時期

青木村の特定健診は春と秋に集団健診として実施する。特定保健指導は 4 月から翌年 3 月末まで実施する。

⑤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。

⑥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、各地区の保健補導員による健診申込書の配布と回収、健診通知の配布を実施する。さらに、健診の必要性を村広報や情報通信を活用して周知する。

⑦未受診者への取り組み

特定健診の受診率がかなり低いため、未受診者への勧奨を積極的に行っていく必要がある。過去の受診歴を確認して 3 年間未受診の者へは勧奨通知を送付、小・中学校と連携し子ども達を通じて親世代へ健診受診について周知、村広報や情報通信を活用して周知、必要に応じて保健師が個別訪問で声かけする。

(6) 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、健診実施機関委託と保険者直接実施を併用する。

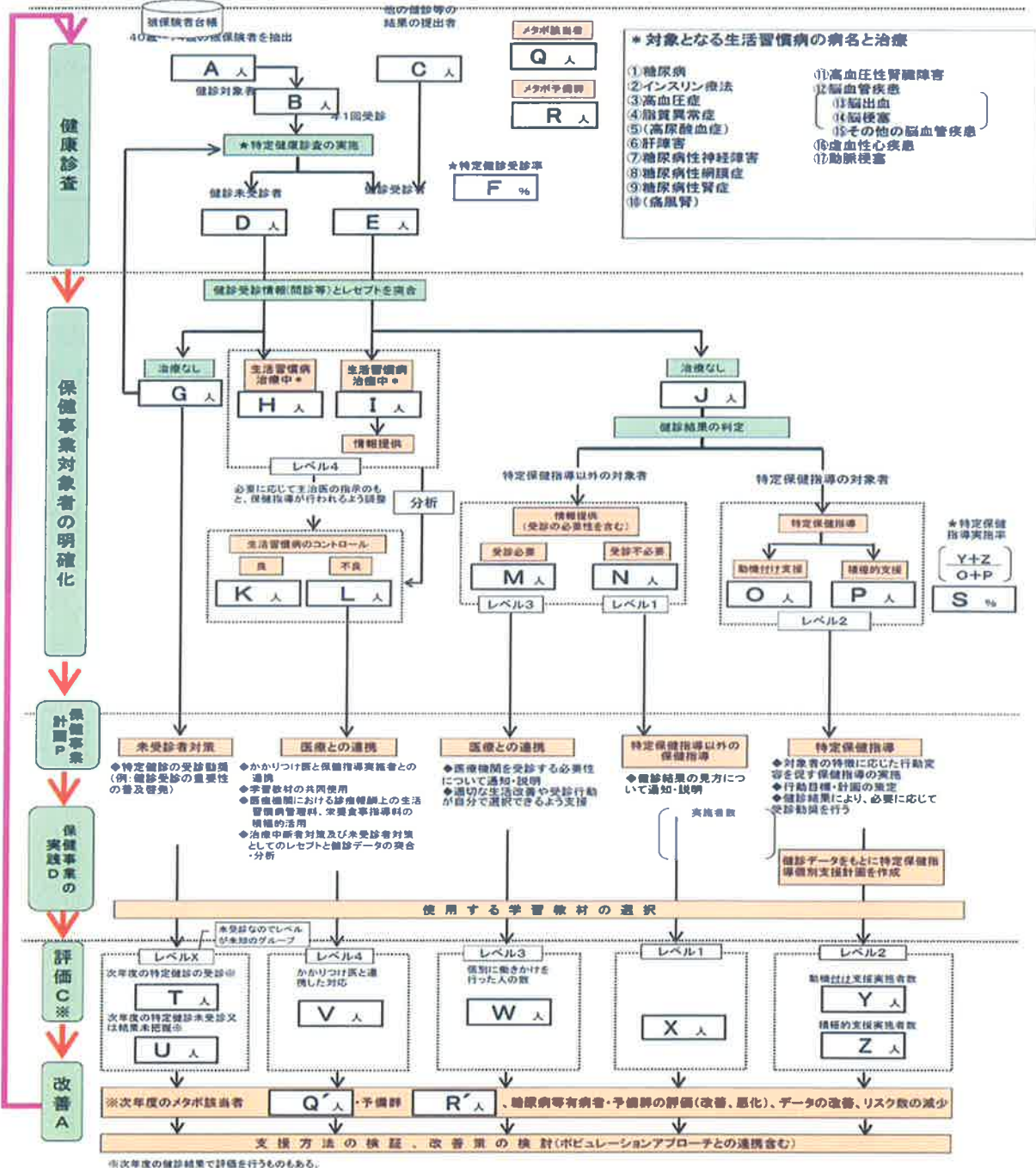
① 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年度版)」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 7）。

【図表 7】

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

様式 5-5



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8）

【図表8】

優先順位	保健指導レベル	支援方法	目標実施率 (中間評価)	目標実施率 (最終評価)
1	特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	48%	60%
2	情報提供 (受診必要者)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	HbA1c6.1 以上については 100%	
3	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨 <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診の普及啓発 (広報、ちらし、通知等) ・訪問による受診勧奨 	100% ※受診勧奨から健診受診につながった人数についても評価していく。	
4	情報提供 (異常なしの者)	◆健診結果の見方について 通知・説明	100%	
5	情報提供 (治療中の者)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携	適宜	

(7)個人情報保護

①基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

②特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

(8)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。

(9)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、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

(1)保健事業の方向性

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

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。

(2)重症化予防の取組

糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表9に沿って実施する。

- ◇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
- ◇治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ◇糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表9】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	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	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	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	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

糖尿病性腎症重症化予防：対象者の明確化

1. 対象者選定基準の考え方

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

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者

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10)。

【図表10】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{※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 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※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。

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

②介入方法と優先順位

優先順位1

【受診勧奨】

- ◇糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者
- ◇糖尿病治療中であつたが中断者
- ◇介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ◇糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者
- ◇介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ◇医療機関と連携した保健指導

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
- ◇介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ◇医療機関と連携した保健指導

糖尿病性腎症重症化予防：対象者の進捗管理

糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳で行い、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 HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する
- ①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白
- (2) 資格を確認する
- (3) レセプトを確認し情報を記載する
 - ① 治療状況の把握
 - ・特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
 - ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
 - ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
 - ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認
前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
 ◇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)

糖尿病性腎症重症化予防：保健指導の実施

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(図表11)

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。青木村においては、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。

【図表11】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 ー 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 8.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

糖尿病性腎症重症化予防：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。

糖尿病性腎症重症化予防：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回程度行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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/1.73m²以上低下）
 - ◇尿蛋白の変化
 - ◇服薬状況の変化

虚血性心疾患重症化予防

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。

虚血性心疾患重症化予防：受診勧奨及び保健指導

対象者が症状を理解し（図表12）、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治療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。

【図表12】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

虚血性心疾患重症化予防：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。

虚血性心疾患重症化予防：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。

虚血性心疾患重症化予防：高齢者福祉部門（介護部局）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。

虚血性心疾患重症化予防：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回程度行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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

1. 短期的評価

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

脳血管疾患重症化予防

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13、14）

【図表13】

【脳卒中の分類】

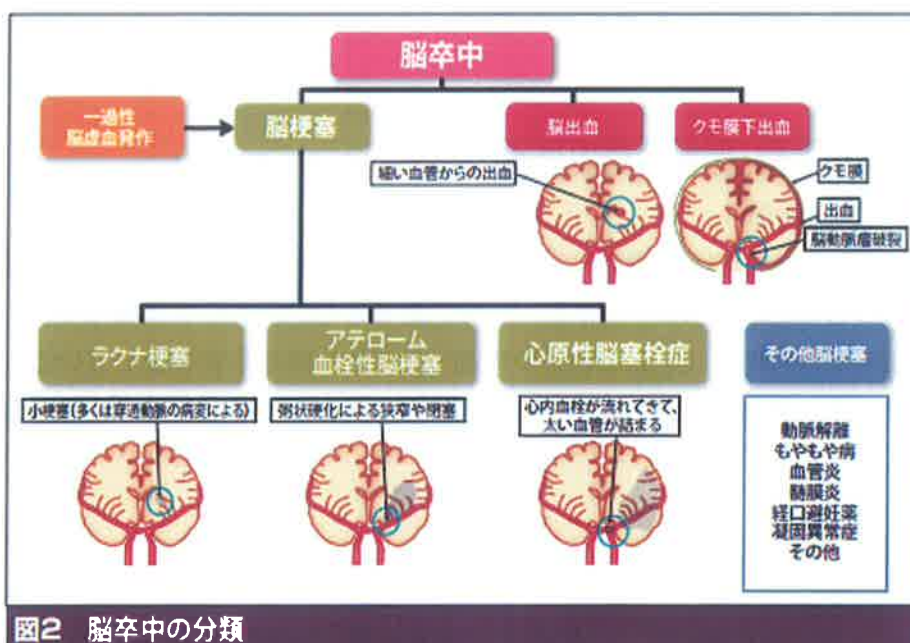


図2 脳卒中の分類

（脳卒中予防の提言より引用）

【図表14】

脳血管疾患とリスク因子

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	●							

脳血管疾患重症化予防：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。

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。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。

脳血管疾患重症化予防：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. 対象者の管理

＜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。

脳血管疾患重症化予防：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。

脳血管疾患重症化予防：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。

脳血管疾患重症化予防：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 回程度行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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

1. 短期的評価

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

第5章. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していく。青木村健康寿命延伸プロジェクトとも連動して実施していく。

第6章. 計画の評価・見直し

（１）評価の時期

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。

（２）評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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（K D B）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が被保険者分について定期的に行う。

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。

第7章. 計画の講評・周知及び個人情報の取り扱い

（１）計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知をおこなう。

（２）個人情報の取扱い

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

青木村国民健康保険 保健事業実施計画
（データヘルス計画）

平成 30 年 3 月

作成：青木村役場 住民福祉課 保健衛生係

〒386-1601

長野県小県郡青木村大字田沢111番地

電話：0268-49-0111 FAX：0268-49-3670

