

第2期 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成30年 4月



SAKAE MURA
長野県 栄村

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）基本事項

1. 背景、目的
2. 計画の位置づけ
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期計画の評価・考察、第2期計画の健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価および考察
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）

1. 第三期特定健診等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
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

- 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
- IV COPD（慢性閉塞性肺疾患）
- V 子どもの生活習慣病
- VI 重複受診者への適切な受診指導

第5章 地域包括ケアに係る取組

第6章 計画の評価・見直し

第7章 計画の公表・周知・個人情報の取り扱い

第8章 その他計画策定に当たっての留意事項

参考資料

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・目的

近年、特定健康診査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、国保データベースシステム（以下、「KDB」という）等の整備により、保険者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の整備が進んでいる。

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。

今後さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められる。

厚生労働省においては、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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。以下「保健事業実施指針」という）の一部を改正し、保険者は健康・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、保健事業の実施及び評価を行うものとしている。

栄村においては、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、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

2. 計画の位置づけ

第2期 保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」とする。）とは、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である。計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行う。（図1、2、3）

【図表1】

	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18年 厚生労働省告知第307号)	健康増進法 第8条、第9条
基本指針	厚生労働省 保険局 「特定健康診査計画策定の手引き」 (平成25年5月)	厚生労働省 保険局 「国民健康保険に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」 (平成28年4月)	厚生労働省 健康局 「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」 (平成24年6月)
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
基本的考え方	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣の予防対策を進め、糖尿病等を予防することは、通院患者減少につながる。さらに重症化や合併症の発症を抑え、入院患者の減少にもつながる。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、重症化予防を目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病改善が必要な特定保健指導対象者を的確に抽出するために行う。	生活習慣病対策をはじめ、被保険者の自主的な健康増進および疾病予防の取組について、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。	健康寿命の延伸および健康格差の縮小の実現に向け、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。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。
対象年齢	40～74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、高齢期を迎える現任の青年期・壮年期、小児期からの生活習慣づくり	ライフステージに応じて (乳幼児期、青年期、高齢期)
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 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） 悪性新生物	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 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） 悪性新生物 ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス
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。 (1) 生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	※53項目中 特定健診に関する15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入者数）の減少 ③治療継続者の割合の増加 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者割合の減少 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メタボ予備群・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適切な食事の量・質をとる者の増加 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

特定健診・保健指導と健康日本 21（第二次）

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本 21(第 2 次)を着実に推進—

【図表 2】

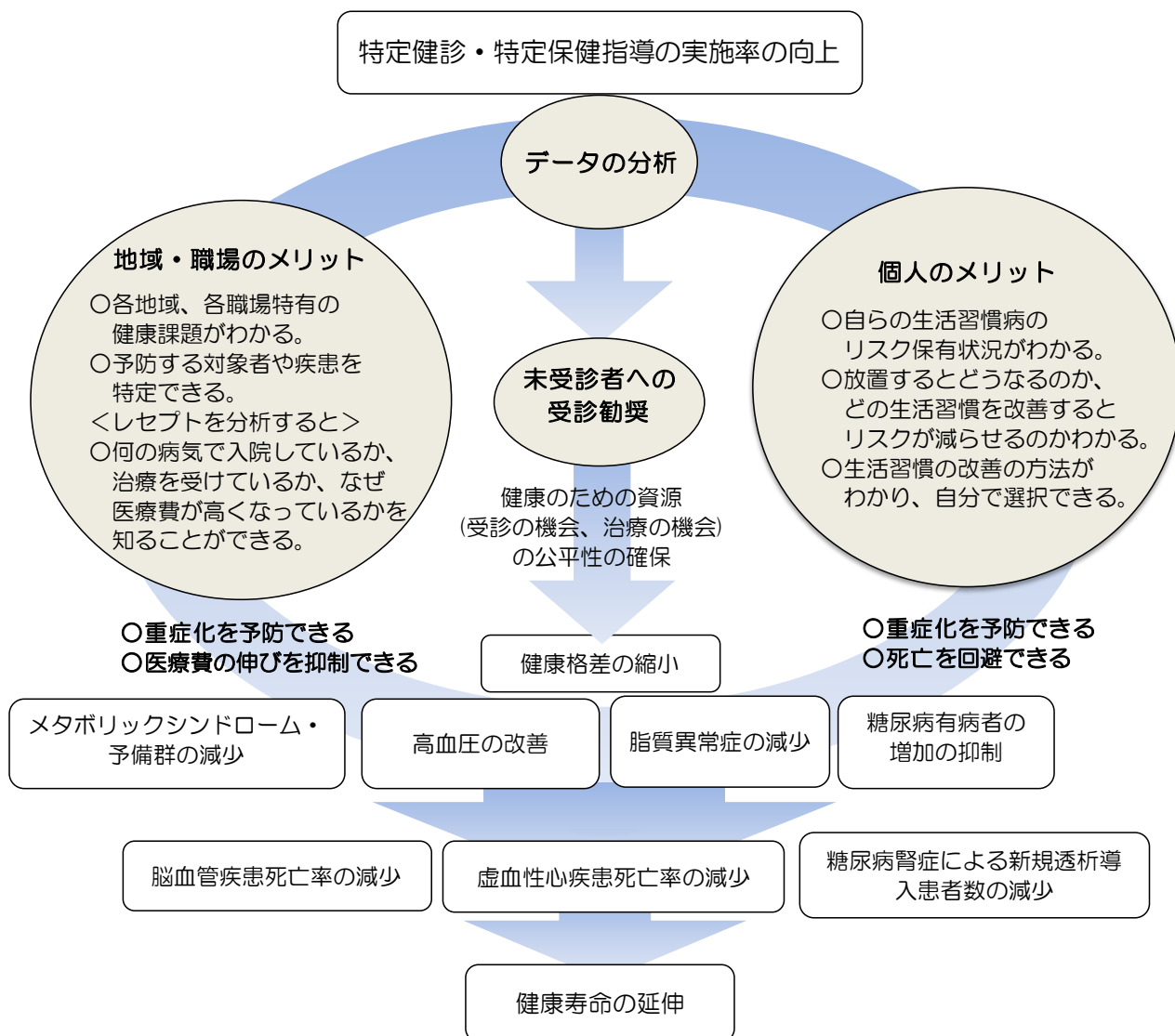
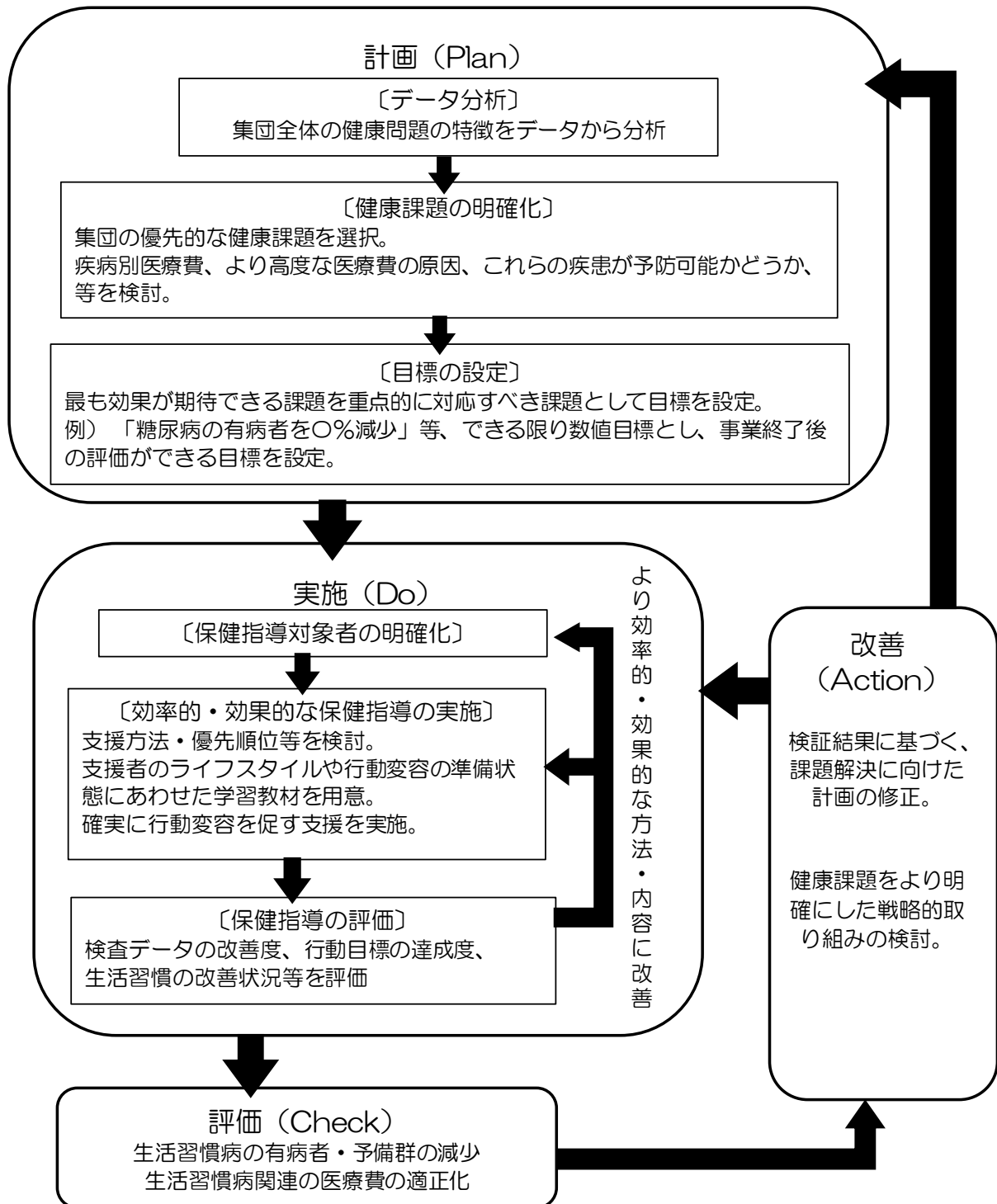


図3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル

【図表3】



計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第 2 次）」）に示された基本方針を踏まえるとともに、「都道府県健康増進計画」および「市町村健康増進計画」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図る。「特定健診等実施計画」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其他的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定する。（図 3）

3. 計画期間

関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第 4 の 5 において、「特定健診等実施計画及び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いる。都道府県における医療費適正化計画や医療計画は、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。これらの整合性を図る観点から、データヘルス計画期間を平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係の役割

栄村では、健康支援課の保健師が主体となりデータヘルス計画を策定している。しかし、今後の住民の健康保持増進、医療費等を考えると、高齢者を中心とした取り組みを実施している同課介護支援係、国民健康保険・後期高齢者保険を取り扱う住民福祉課 等、保健師以外の関係職員とも十分連携していくことが必要である。（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。）、国保連に設置される支援・評価委員会等のことである。支援・評価委員会においては、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。

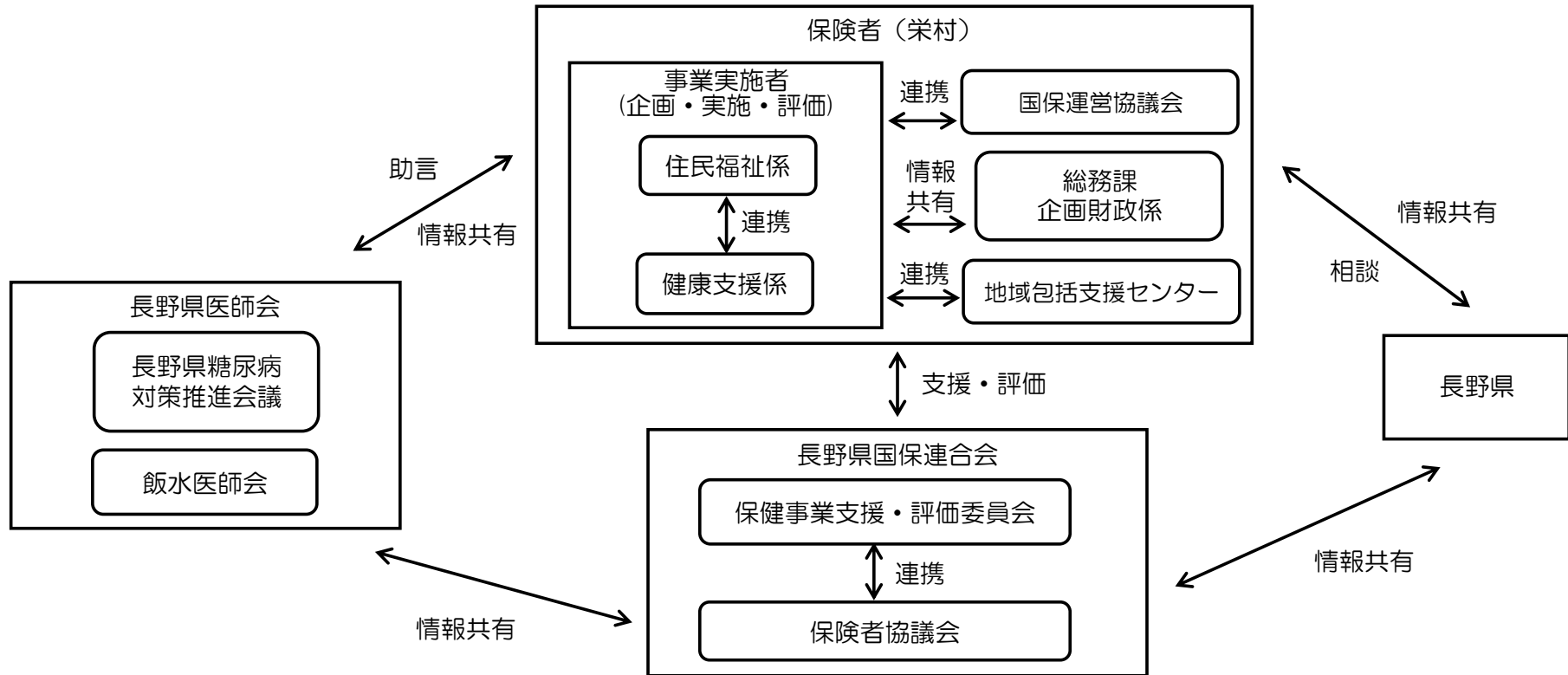
国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB でのデータ分析・技術支援をおこなっている。また、保険者等の職員向け研修の充実にも努めることも期待される。

平成 30 年度から、市町村国保の財政責任の運営主体が都道府県となり、共同保険者となる。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。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おこない、都道府県との連携に努める。

3) 被保険者の役割

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

【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た。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、平成 30 年度から本格的な実施となる。

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で進化発展させるとしている。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】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点
総得点(満点)		345	580	850
交付額(万円)		32.8		
総得点(体制構築加点含む)		155		
全国順位(1,741市町村中)		1,469		
共通①	特定健診受診率	45		
	特定保健指導実施率			
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率			
共通②	がん検診受診率	0		
	歯周疾患(病)健診の実施			
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0		
固有②	データヘルス計画策定状況	0		
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	0		
	個人インセンティブ提供			
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0		
共通⑥	後発医薬品の促進	0		
	後発医薬品の使用割合			
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	30		
固有③	医療費通知の取組の実施状況	0		
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0		
	第三者求償の取組の実施状況	10		
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			
体制構築加点		85		

第2章 第1期計画の評価・考察

1. 第1期計画に係る評価・考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に、がんによる死亡割合は減少し、心臓病の割合が2倍以上であった。重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の減少がみられた。また、医療費に占める入院費用及び外来費用の割合は、大きな変化がみられなかったが、医療費分析を見ると、慢性腎不全（透析有り）が2.5倍以上の増加がみられた。特定健診の受診率の増加、健診後の適正な医療受診行動の結果による受診化予防の減少と合わせて取り組んでいく必要がある。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

【読み取り】

全体的に同規模よりも、1件当たりの給付費が高くなっている。内訳をみると住宅サービスは同規模に比べ低いものの、施設サービスでの費用がたかくなっているために、1件当たりの給付費が高くなっていると考えられる。居宅から施設への移行者増加、要支援者増加、等により介護給付費が高くなったと考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	栄村				同規模		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅 サービス	施設 サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅 サービス	施設 サービス
H25年度	306,972	82,491	34,735	284,611	75,804	40,098	279,554
H28年度	321,180	68,780	32,555	282,435	73,752	39,649	273,932

②医療費の状況(図表7)

【読み取り】

平成25年と平成28年を比較すると、入院・入院外を問わず、医療費は減少している。また、総医療費のみではなく、1人当たりの医療費も減少している。これは定期的な受診による重症化の予防、入院の減少等の影響があると考えられる。また、健診・病院受診者の減少も考えられるため、健診・病院受診の啓発をしていく必要がある。

医療費の変化

(KDB 参照)

【図表7】

項目		全体		入院		入院外	
		費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
1. 総医療費	H25	112,926,660		96,954,150		167,673,550	
	H28	89,533,310	△ 23,393,350	88,064,160	△ 8,889,990	152,333,680	△ 15,339,870
2. 一人当たり医療費	H25	23,356		7,627,172		10,356,741	
	H28	21,933	△1,423	6,028,682	△ 1,598,490	8,221,143	△ 2,135,598

③最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）(図表8)

【読み取り】

高血圧と脂質異常症は県の平均割合よりも高値である。また、平成25年よりも平成28年の割合は高値である。循環器疾患の割合は上昇していないが、今後循環器疾患の割合が高くなる可能性が考えられる。また、CKDによる透析者の割合も上昇しており、糖尿病・高血圧等の影響も要因である可能性も考えられる。

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

【図表8】

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		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
				同規模	県内	CKD(透析有)	CKD(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
分	H25	179,839,130	23,356	162位	27位	2.39%	1.63%	3.40%	1.35%	5.24%	7.23%	4.64%	46,562,260	25.89%	9.38%	9.97%	17.10%	
	H28	142,498,250	21,933	204位	60位	7.44%	0.18%	0.59%	0.35%	5.42%	7.53%	4.31%	36,790,660	25.82%	14.72%	9.05%	12.00%	
	H28	県	159,625,419,870	24014	—	—	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,675,745,660	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%

④中長期的な疾患（図表 9）

【読み取り】

平成 25 年と平成 28 年を比較すると、全体的に減少している箇所が多く見受けられる。第二期の計画においても継続して PDCA サイクルでの活動をしていく必要がある。

【図表9】

虚血性心疾患 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
H25	全体	668	25	3.7%	6	0.9%	0	0.0%	18	2.7%	5	0.7%	15	2.2%
	64歳以下	411	9	2.2%	2	0.5%	0	0.0%	7	1.7%	3	0.7%	6	1.5%
	65歳以上	257	16	6.2%	4	1.6%	0	0.0%	11	4.3%	2	0.8%	9	3.5%
H28	全体	556	24	4.3%	2	0.4%	1	0.2%	16	2.9%	10	1.8%	12	2.2%
	64歳以下	288	11	3.8%	0	0.0%	1	0.3%	6	2.1%	3	1.0%	5	1.7%
	65歳以上	268	13	4.9%	2	0.7%	0	0.0%	10	3.7%	7	2.6%	7	2.6%

脳血管疾患 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
H25	全体	668	22	3.3%	6	0.9%	0	0.0%	14	2.1%	6	0.9%	10	1.5%
	64歳以下	411	6	1.5%	2	0.5%	0	0.0%	4	1.0%	1	0.2%	4	1.0%
	65歳以上	257	16	6.2%	4	1.6%	0	0.0%	10	3.9%	5	1.9%	6	2.3%
H28	全体	556	16	2.9%	2	0.4%	0	0.0%	13	2.3%	7	1.3%	9	1.6%
	64歳以下	288	4	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.7%	1	0.3%	2	0.7%
	65歳以上	268	12	4.5%	2	0.7%	0	0.0%	11	4.1%	6	2.2%	7	2.6%

(人工透析) 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
H25	全体	668	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%
	64歳以下	411	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	65歳以上	257	1	0.4%	1	0.4%	0	0.0%	1	0.4%	1	0.4%	0	0.0%
H28	全体	556	1	0.2%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
	64歳以下	288	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%	1	0.3%	1	0.3%
	65歳以上	268	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク（様式3-2～3-4）

【読み取り】

平成25年に比べ平成28年は、糖尿病、高血圧、脂質異常症の発症数が減少している。しかし、併発している疾患の割合を比較すると、平成28年65歳以上の割合は同等あるいは上回っているものが多い。これにより、今後も短期的目標に努め、中長期的目標へ繋がられるようにしていく必要があると考える。

【図表10】

糖尿病 厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	668	55	8.2%	7	1.0%	37	5.5%	36	5.4%	5	0.7%	6	0.9%	1	0.1%	5	0.7%	
	64歳以下	411	19	4.6%	3	0.7%	12	2.9%	12	2.9%	3	0.7%	1	0.2%	0	0.0%	2	0.5%	
	65歳以上	257	36	14.0%	4	1.6%	25	9.7%	24	9.3%	2	0.8%	5	1.9%	1	0.4%	3	1.2%	
H28	全体	556	57	10%	3	0.5%	42	7.6%	35	6.3%	7	1.3%	7	1.3%	1	0.2%	6	1.1%	
	64歳以下	288	14	4.9%	1	0.3%	9	3.1%	8	2.8%	1	0.3%	1	0.3%	1	0.3%	2	0.7%	
	65歳以上	268	43	16.0%	2	0.7%	33	12.3%	27	10.1%	6	2.2%	6	2.2%	0	0.0%	4	1.5%	

高血圧 厚労省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標					
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	668	163	24.4%	37	5.5%	86	12.9%	18	2.7%	14	2.1%	1	0.1%	
	64歳以下	411	53	12.9%	12	2.9%	31	7.5%	7	1.7%	4	1.0%	0	0.0%	
	65歳以上	257	110	42.8%	25	9.7%	55	21.4%	11	4.3%	10	3.9%	1	0.4%	
H28	全体	556	139	25.0%	42	7.6%	74	13.3%	16	2.9%	13	2.3%	1	0.2%	
	64歳以下	288	38	13.2%	9	3.1%	23	8.0%	6	2.1%	2	0.7%	1	0.3%	
	65歳以上	268	101	37.7%	33	12.3%	51	19.0%	10	3.7%	11	4.1%	0	0.0%	

脂質異常症 厚労省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標					
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	668	122	18.3%	36	5.4%	86	12.9%	15	2.2%	10	1.5%	0	0.0%	
	65歳以下	411	45	10.9%	12	2.9%	31	7.5%	6	1.5%	4	1.0%	0	0.0%	
	66歳以上	257	77	30.0%	24	9.3%	55	21.4%	9	3.5%	6	2.3%	0	0.0%	
H28	全体	556	100	18.0%	35	6.3%	74	13.3%	12	2.2%	9	1.6%	1	0.2%	
	65歳以下	288	34	11.8%	8	2.8%	23	8.0%	5	1.7%	2	0.7%	1	0.3%	
	66歳以上	268	66	24.6%	27	10.1%	51	19.0%	7	2.6%	7	2.6%	0	0.0%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

【読み取り】

平成 25 年度と平成 28 年度を経年比較すると、男女ともに全体的に平成 25 年の有所見者の人数が少ない。男女別で比較すると、両年とも 65 歳以上の有所見者割合が多い。メタボリックシンドロームにおいては、受診者の減少が著名である。男女とも予備軍は減少し、該当者が増加。「3項目すべて」では 2 倍程度の増加がある。

健診データのうち有所見者割合の高い年代を把握する

〔図表 11〕

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
H25	合計	27	22.5	43	35.8	27	22.5	28	23.3	10	8.3	54	45.0	74	61.7	25	20.8	43	35.8	22	18.3	49	40.8	1	0.8
	40-64	16	30.2	19	35.8	12	22.6	13	24.5	4	7.5	23	43.4	25	47.2	13	24.5	21	39.6	10	18.9	21	39.6	1	1.9
	65-74	11	16.4	24	35.8	15	22.4	15	22.4	6	9.0	31	46.3	49	73.1	12	17.9	22	32.8	12	17.9	28	41.8	0	0.0
H28	合計	18	22.2	29	35.8	20	24.7	16	19.8	5	6.2	29	35.8	65	80.2	14	17.3	31	38.3	15	18.5	43	53.1	2	2.5
	40-64	6	28.6	8	38.1	1	4.8	7	33.3	2	9.5	6	28.6	13	61.9	4	19.0	7	33.3	4	19.0	13	61.9	0	0.0
	65-74	12	20.0	21	35.0	19	31.7	9	15.0	3	5.0	23	38.3	52	86.7	10	16.7	24	40.0	11	18.3	30	50.0	2	3.3

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
H25	合計	26	21.5	22	18.2	15	12.4	6	5.0	5	4.1	25	20.7	87	71.9	2	1.7	30	24.8	16	13.2	59	48.8	3	2.5
	40-64	11	22.0	10	20.0	5	10.0	3	6.0	1	2.0	9	18.0	35	70.0	1	2.0	7	14.0	7	14.0	29	58.0	1	2.0
	65-74	15	21.1	12	16.9	10	14.1	3	4.2	4	5.6	16	22.5	52	73.2	1	1.4	23	32.4	9	12.7	30	42.3	2	2.8
H28	合計	29	29.6	18	18.4	14	14.3	7	7.1	1	1.0	18	18.4	79	80.6	2	2.0	28	28.6	13	13.3	57	58.2	0	0.0
	40-64	8	22.9	6	17.1	4	11.4	3	8.6	0	0.0	4	11.4	23	65.7	1	2.9	8	22.9	5	14.3	22	62.9	0	0.0
	65-74	21	33.3	12	19.0	10	15.9	4	6.3	1	1.6	14	22.2	56	88.9	1	1.6	20	31.7	8	12.7	35	55.6	0	0.0

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)

性別		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項目すべて					
		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		
H25	合計	120	47.2	7	5.8%	11	9.2%	0	0.0%	10	8.3%	1	0.8%	25	20.8%	6	5.0%	4	3.3%	10	8.3%	5	4.2%
	40-64	53	42.1	4	7.5%	3	5.7%	0	0.0%	2	3.8%	1	1.9%	12	22.6%	3	5.7%	3	5.7%	3	5.7%	3	5.7%
	65-74	67	52.3	3	4.5%	8	11.9%	0	0.0%	8	11.9%	0	0.0%	13	19.4%	3	4.5%	1	1.5%	7	10.4%	2	3.0%
H28	合計	81	36.7	4	4.9%	7	8.6%	2	2.5%	5	6.2%	0	0.0%	18	22.2%	4	4.9%	1	1.2%	7	8.6%	6	7.4%
	40-64	21	25.0	3	14.3%	3	14.3%	2	9.5%	1	4.8%	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	1	4.8%
	65-74	60	43.8	1	1.7%	4	6.7%	0	0.0%	4	6.7%	0	0.0%	16	26.7%	4	6.7%	1	1.7%	6	10.0%	5	8.3%

性別		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項目すべて					
		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				
H25	合計	121	53.1	3	2.5%	11	9.1%	0	0.0%	9	7.4%	2	1.7%	8	6.6%	0	0.0%	0	0.0%	5	4.1%	3	2.5%
	40-64	50	47.6	3	6.0%	4	8.0%	0	0.0%	3	6.0%	1	2.0%	3	6.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.0%	1	2.0%
	65-74	71	57.7	0	0.0%	7	9.9%	0	0.0%	6	8.5%	1	1.4%	5	7.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.2%	2	2.8%
H28	合計	98	51.9	4	4.1%	6	6.1%	0	0.0%	3	3.1%	3	3.1%	8	8.2%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.1%	5	5.1%
	40-64	35	46.7	2	5.7%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	3	8.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.7%	1	2.9%
	65-74	63	55.3	2	3.2%	5	7.9%	0	0.0%	3	4.8%	2	3.2%	5	7.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%	4	6.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

【読み取り】

経年比較をみると、特定健診受診率の減少、特定保健指導実施率の減少が見受けられる。平成 28 年は保健師等専門職の人材不足も、減少の原因と考えられる。対象者数が徐々に減少している近年、受診率の向上には対策も必要である。

医療機関受診率は増加しているため、今後も継続して取り組んでいきたい。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								栄村	同規模平均
H25	481	241	50.1	103 位	25	7	28.0	51.5	56.0
H28	410	156	38.0	156 位	14	0	0.0	53.6	56.9

*特定健診・特定保健指導は、法定報告の値。医療機関受診率は KDB 参照

また、平成 25 年度分については正確な法定報告ができていたが、平成 28 年度分については人間ドック受診者のデータが正確に報告されていなかった。栄村の実情を把握するために、図表 12-1 にドック受診者を含めた受診率を掲載する。なお、特定健診等実施計画における目標値などは、法定報告上の数値（図表 12）を参照している。

【図表 12-1】

項目	対象者*1	村集団健診受診者*2	ドック受診者*3	受診者計	受診率
H28	410 人	138 人	77 人	215 人	52.4%

*1*2：法定報告より*3：人間ドック補助金申請者名簿より算出（受診年度 40～74 歳国保加入者）

2. 第2期計画における健康課題の明確化

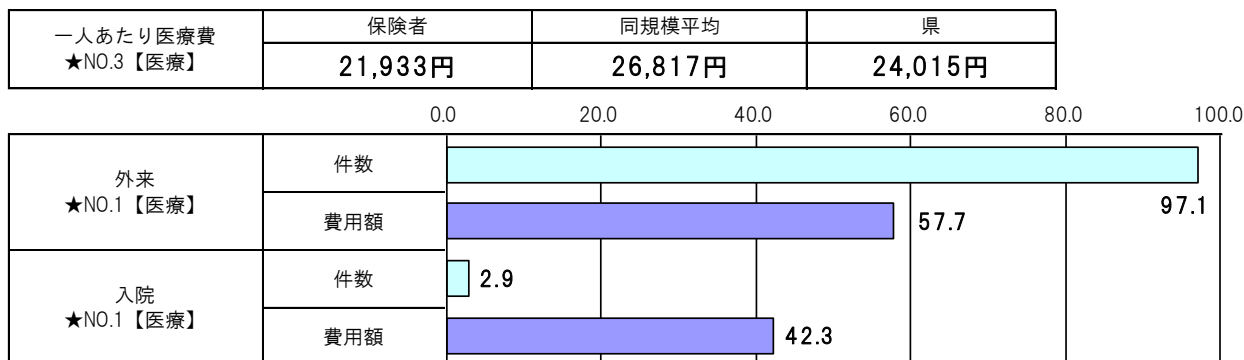
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表13)

【読み取り】 外来と入院を比較すると、外来が9割を占めている。一人あたりの医療費は同規模平均・県と比較すると低価である。このことから、定期受診により重症化を予防している住民が多いと考えられる。今後も引き続き、早期発見・早期治療、重症化予防の対策を検討していく。

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表13】



○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考える

【読み取り】

高血圧・脂質異常が原因により治療している人の割合が高いことがわかる。平成28年度時点では入院よりも入院外の費用が高いが、今後、高血圧・脂質異常による循環器系の疾患を発症する割合が増加し、入院による費用も高値になる可能性が考えられる。

【図表14】

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	2件	0件 0.0%	0件 0.0%	—
		費用額	261万円	—	—	—
様式2-1 ★No.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上)	件数	3件	1件 33.3%	0件 0.0%	—
		費用額	100万円	26万円 25.9%	—	—
様式2-2 ★No.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1件	0件 0.0%	1件 100.0%	1件 100.0%
		費用額	39万円	—	39万円 100.0%	39万円 100.0%

厚労省様式	対象レセプト (H28, 7月)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★No.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	241人	16人 6.6%	20人 8.3%	6人 2.5%
		基礎疾患の 重なり	高血圧	13人 81.3%	16人 80.0%	6人 100.0%
			糖尿病	7人 43.8%	10人 50.0%	18人 300.0%
			脂質 異常症	9人 56.3%	12人 60.0%	4人 66.7%
		高血圧症	139人 57.7%	糖尿病 57人 23.7%	脂質異常症 100人 41.5%	高尿酸血症 28人 11.6%

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

【読み取り】

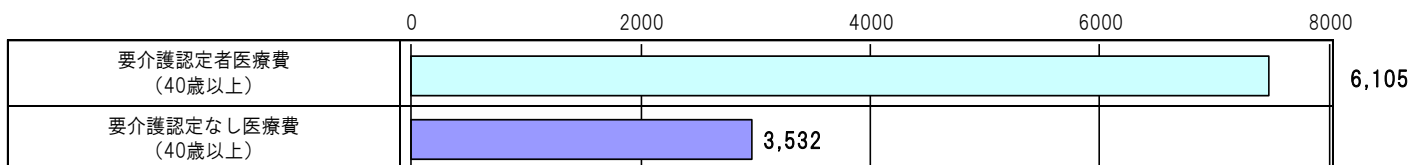
75 歳以上になると認定者数が急激に増加している。基礎疾患では高血圧保有者が高く、次いで脂質異常症、糖尿病となっている。血管障害は、脳卒中や虚血性心疾患だけではなく認知症の原因にも関与していると考えられるため、早期発見、保健指導へ繋がられるよう対策していく必要がある。

【図表15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号				1号				合計							
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	被保険者数		676人		334人		689人		1,023人		1,699人							
	認定者数		0人		10人		176人		186人		186人							
	認定率		0.00%		3.0%		25.5%		18.2%		10.9%							
	新規認定者数 (*1)		0人		0人		17人		17人		17人							
介護度別人数	要支援1・2		0	--	4	40.0%	44	25.0%	48	25.8%	48	28.7%						
	要介護1・2		0	--	3	30.0%	56	31.8%	59	31.7%	59	37.9%						
	要介護3～5		0	--	3	30.0%	76	43.2%	79	42.5%	79	33.3%						
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	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			
		件数	—	0	—	1	—	165	—	166	—	166	—	166	—			
		循環器疾患	1	脳卒中	0	—	脳卒中	0	0.0%	脳卒中	76	46.1%	脳卒中	76	45.8%	脳卒中	76	45.8%
			2	虚血性心疾患	0	—	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	66	40.0%	虚血性心疾患	66	39.8%	虚血性心疾患	66	39.8%
			3	腎不全	0	—	腎不全	0	0.0%	腎不全	14	8.5%	腎不全	14	8.4%	腎不全	14	8.4%
		合併症	4	糖尿病	0	—	糖尿病	0	0.0%	糖尿病	13	7.9%	糖尿病	13	7.8%	糖尿病	13	7.8%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		0	—	0	0.0%	142	86.1%	142	85.5%	142	85.5%	142	85.5%			
		血管疾患 合計		0	—	0	0.0%	153	92.7%	153	92.2%	153	92.2%	153	92.2%			
		認知症		0	—	0	0.0%	77	46.7%	77	46.4%	77	46.4%	77	46.4%			
		筋・骨格疾患		0	—	0	0.0%	145	87.9%	145	87.3%	145	87.3%	145	87.3%			

*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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較



2) 検診受診者の実態 (図表 16・17)

【読み取り】

当村の男性は県 100 に対し、夕食後間食 106、毎日飲酒 134.4、3 合以上/日 221、と高い。これは、40-64 歳の健診データにおいて、BMI・腹囲・GPT・LDL_C と割合が高値であることに影響している可能性があると考え。女性は、集団・または個人でのお茶飲みが習慣となっており、空腹時血糖・HbA1c・LDL の結果に影響している可能性も考えられる。

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)

【図表16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
県	21,950	27.9	36,456	46.3	22,085	28.0	15,711	19.9	6,763	8.6	24,025	30.5	51,346	65.2	12,919	16.4	34,608	43.9	19,798	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5	
保険者	合計	18	22.2	29	35.8	20	24.7	16	19.8	5	6.2	29	35.8	65	80.2	14	17.3	31	38.3	15	18.5	43	53.1	2	2.5
	40-64	6	28.6	8	38.1	1	4.8	7	33.3	2	9.5	6	28.6	13	61.9	4	19.0	7	33.3	4	19.0	13	61.9	0	0.0
	65-74	12	20.0	21	35.0	19	31.7	9	15.0	3	5.0	23	38.3	52	86.7	10	16.7	24	40.0	11	18.3	30	50.0	2	3.3
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	
県	18,185	19.2	14,611	15.4	16,172	17.0	7,904	8.3	1,948	2.1	17,152	18.1	62,563	65.9	1,980	2.1	36,338	38.3	14,343	15.1	53,213	56.1	157	0.2	
保険者	合計	29	29.6	18	18.4	14	14.3	7	7.1	1	1.0	18	18.4	79	80.6	2	2.0	28	28.6	13	13.3	57	58.2	0	0.0
	40-64	8	22.9	6	17.1	4	11.4	3	8.6	0	0.0	4	11.4	23	65.7	1	2.9	8	22.9	5	14.3	22	62.9	0	0.0
	65-74	21	33.3	12	19.0	10	15.9	4	6.3	1	1.6	14	22.2	56	88.9	1	1.6	20	31.7	8	12.7	35	55.6	0	0.0

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)

【図表17】

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	男性	合計	81	36.7	4	4.9%	7	8.6%	2	2.5%	5	6.2%	0	0.0%	18	22.2%	4	4.9%	1	1.2%	7	8.6%	6
40-64		21	25.0	3	14.3%	3	14.3%	2	9.5%	1	4.8%	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	1	4.8%
65-74		60	43.8	1	1.7%	4	6.7%	0	0.0%	4	6.7%	0	0.0%	16	26.7%	4	6.7%	1	1.7%	6	10.0%	5	8.3%
女性	合計	98	51.9	4	4.1%	6	6.1%	0	0.0%	3	3.1%	3	3.1%	8	8.2%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.1%	5	5.1%
	40-64	35	46.7	2	5.7%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.9%	3	8.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.7%	1	2.9%
	65-74	63	55.3	2	3.2%	5	7.9%	0	0.0%	3	4.8%	2	3.2%	5	7.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%	4	6.3%

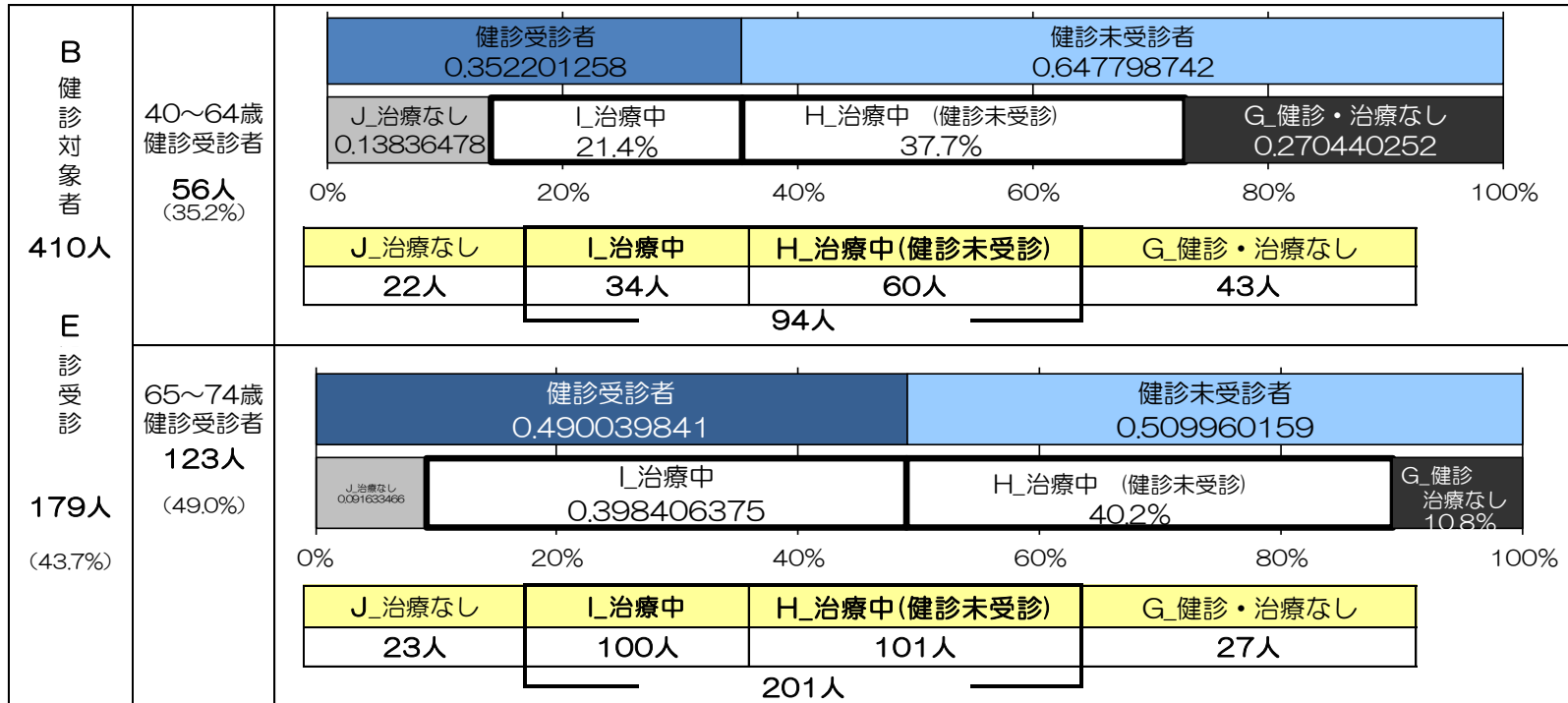
3) 未受診者の把握 (図表 18)

【読み取り】

40～64 歳の特定健診未受診者で健診・治療ない人は 27.0%いる。生活習慣病は自覚症状がないため、個人にあった健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を行ない、発症予防・重症化予防につなげる必要がある。また、生活習慣病治療費を見ても、未受診者は受診者より 3 倍の費用がかかっていることから、未受診者対策は医療費削減にも繋がると考える。

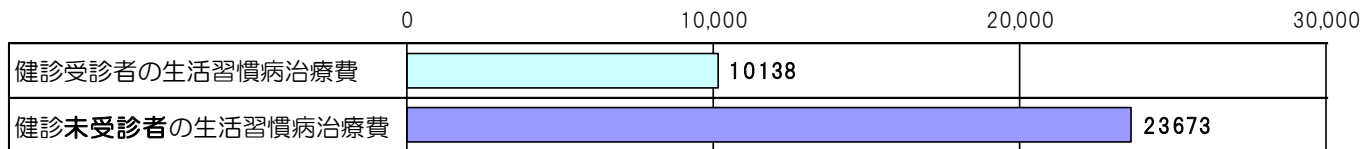
未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

【図表18】



OG_健診・治療のない人は重症化の有無。健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

《費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金》



3 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び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30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ1%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、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。

栄村の医療のかかり方は、入院よりも通院費にかかっている。重症化予防、医療費の適正化へつなげられるよう、保健指導にあたる。

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年を一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表19】

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率	20%	24%	28%	32%	36%	40%

3. 対象者の見込み

【図表20】

		H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診	対象者数	410	399	373	342	320	274
	受診者数	164	175	179	177	179	164
特定保健指導	対象者数	16	14	12	10	8	6
	実施者数	3	3	3	3	2	2

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取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

①集団健診

- ・委託先：長野県健康づくり事業団、北信総合病院
- ・実施場所：栄村役場、秋山郷総合センター

②個別健診

- ・栄村診療所
- ・集合契約：飯山赤十字病院（飯水医師会）

（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号第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）特定健診実施機関リスト

長野県医師会ホームページ（<http://www.nagano.med.or.jp/index.php>）

長野県協会けんぽホームページ（<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/nagano>）

(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換えられる。

（実施基準第1条4項）

(5) 実施機関

4月から翌年の3月末までの実施とする。

(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・検診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表21）

《栄村年間実施スケジュール》

【図表21】

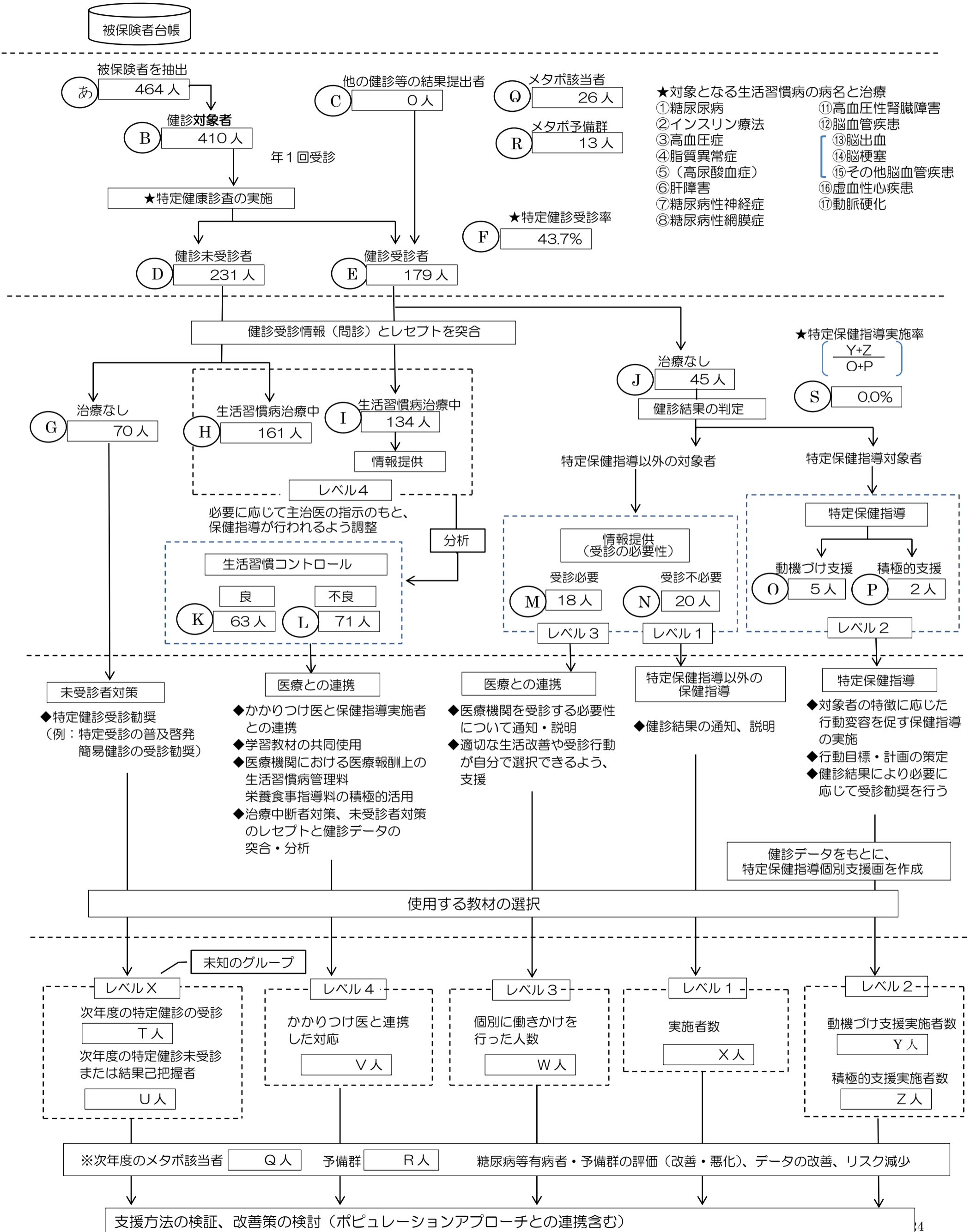
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診	集合契約	契約											→
	集団健診		受診券発行	→ 実施									
肝炎検査			受診券発行	→ 実施									
胃がん検診			受診券発行	→ 実施									
大腸がん検診			受診券発行	→ 実施									
前立腺がん検診			受診券発行	→ 実施									
女性検診 (乳房・子宮)		受診券発行	→ 実施	実施									
			受診券発行	→ 実施									
肺がん検診		受診券発行	→ 実施										
栄村診療所		受診券発行・実施						→					

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行う

(1) 健診から保健指導実施の流れ

【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】

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 (受診者の〇%)	目標実施率
1	OP	特定保健指導 O: 動機づけ支援 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	12人 (6.7)	28%
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	18人 (10.0)	HbA1c6.1以上では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)	231人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	20人 (11.1)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてレセプトと健診データの突合・分析	134人 (74.8)	50%

(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】

4月	健診対象者の抽出 健診機関との契約	健診データの抽出 (前年度分)
5月	集合契約 受診券等の印刷・送付	
6月	特定健診の開始	実施率等の実績算出 支払基金への報告 (ファイル作成・送付)
7月	健診データ受取	分析 実施方法・委託先機関の見直し
8月	健診結果の返却 保健指導対象者の抽出 <u>保健指導開始</u>	
9月		
10月		
11月		法定報告(特定健診、保健指導)
12月		
1月		
2月	健診データ受取	
3月	保健指導データ受取	

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

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

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実施報告については、特定健診データ管理システムから実施報告用データを作成し、検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時は、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、住民からの要望があった際、速やかに公表・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村民へ周知する。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24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 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長野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)

糖尿病性腎症病期分類(改訂)注1

【図表26】

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿たんぱく値(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
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30-299)	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 持続性たんぱく尿(0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	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。

当村においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、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

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 27)

栄村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 57 人(10.3%)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療中者 57 人のうち、特定健診未受診者 49 人、受診者 8 人であった。

③ 介入方法と優先順位

図表 27 より栄村における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
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者
- ・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】

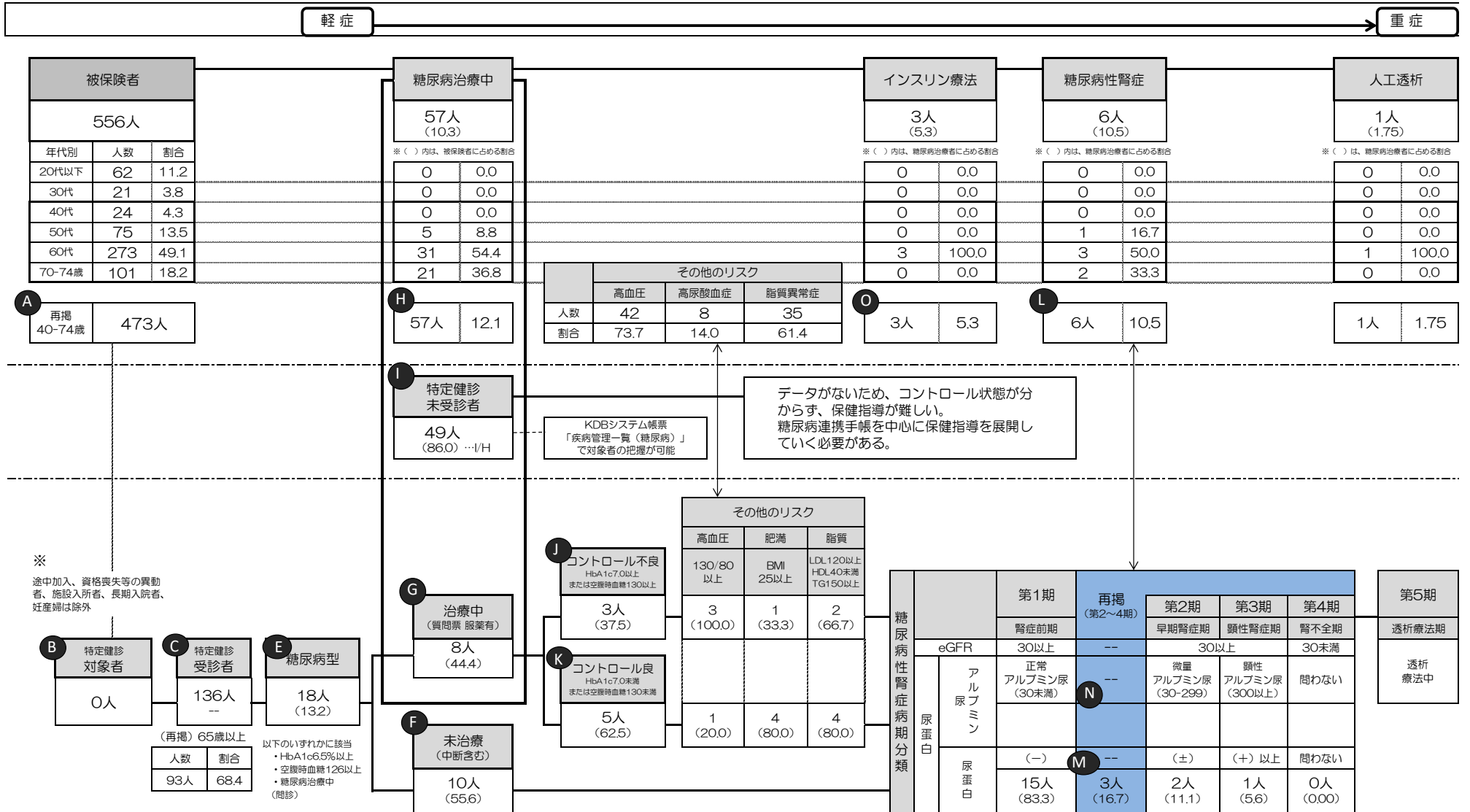
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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
- ・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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

- HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載。
- HbA1c 6.5%以下でも、空腹時血糖値 126mg/dl 以上
随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する。
- 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に、
HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する。

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(1) 資格を確認する

(2) 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

(3) 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。

(4) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。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。栄村においては、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 28)

(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、尿アルブミン検査の実施、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。

【図表 28】

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

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等を活用し、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長野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。

(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

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) 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。栄村において健診受診者 179 人のうち心電図検査実施者は 179 人(100.0%)であり、そのうち ST 所見があったのは 9 人(5.0%)であった(図表 29)。ST 所見あり 9 人中のうち 6 人(66.6%)は要精査であり、その後の受診状況をみると 6 人は未受診であった(図表 30)。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 14 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。

心電図検査結果

【図表29】

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)		ST所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a) (%)	(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b) (%)	(人)	(e/b) (%)
平成28年度	179	43.7	179	100.0	9	5.0	14	7.8	156	87.1

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表30】

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) (%)
9	5.0	6	66.6	0	0.0	6	100.0

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 31 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 31】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 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 5 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わる虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

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 32、33)

【脳卒中の分類】

【図表 32】 (脳卒中予防の提言より引用)

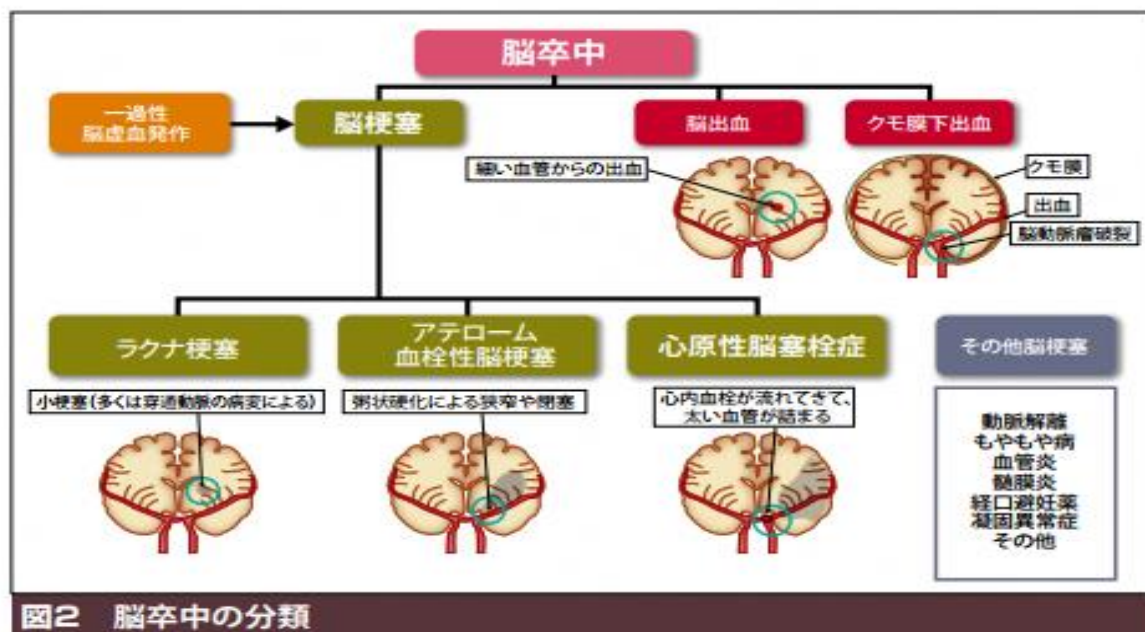


図2 脳卒中の分類

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	●							

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、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。

(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 34)

【図表 34】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	注リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	140~ 159 /90~99	160~ 179 /100~ 109	180以上 /110以上
リスク第1層	83	33	23	15	2	0	0	1	6	5
	10	4	2	3	1	0	0	1.2%	7.2%	6.0%
リスク第2層	43	19	12	6	6	0	0	1	0	0
	51.8%	57.6%	52.2%	40.0%	50.0%	—	—	100.0%	0.0%	0.0%
リスク第3層	30	10	9	6	5	0	0	—	6	0
	36.1%	30.3%	39.1%	40.0%	41.7%	—	—	—	100.0%	0.0%
再掲 重複あり	糖尿病	10	4	4	0	2	0	—	—	5
		33.3%	40.0%	44.4%	0.0%	40.0%	—	—	—	100.0%
慢性腎臓病 (CKD)	13	5	2	4	2	0	0	—	—	—
	43.3%	50.0%	22.2%	66.7%	40.0%	—	—	—	—	—
3個以上の危険因子	15	4	5	4	2	0	0	—	—	—
	50.0%	40.0%	55.6%	66.7%	40.0%	—	—	—	—	—

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

・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。

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

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 36)

【図表 36】

2025年に向けて社会保障制度を持続可能なものとしていくために 保険者努力制度の視点での栄村の社会保障費と予防・健康管理を見る

栄村 人口 2,198人
(国保加入者 544人 24.7%)

2 保険者努力支援制度

国からの交付金
平成28年度 19.5万円
(1点当金額 358円)

1 社会保障費 (H28)

KDBより 全国順位 1,469位 / 1,741市町村
県内順位 68位 / 77市町村

国保医療費 1億4千万円

予防可能な生活習慣病

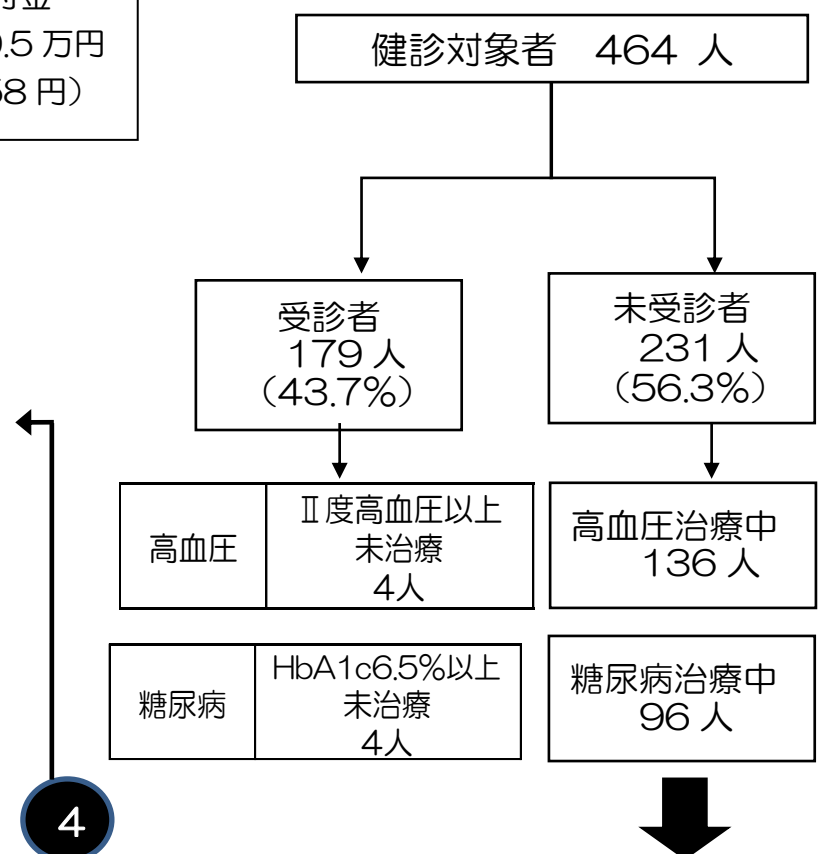
1人あたり医療費
25.7万円
(重症化)

高血圧	770万円(8.6%)
糖尿病	1,100万円(12.0%)
慢性腎不全	1,000万円(11.8%)
がん	2,000万円(23.4%)
精神	1,300万円(14.4%)

介護費 3億1千万円

有病状況	40~64歳	65~74歳	75歳以上
脳卒中	0人(0.0%)	3人(14.5%)	41人(21.5%)
高血圧	0人(0.0%)	4人(31.8%)	114人(60.8%)
糖尿病	0人(0.0%)	0人(0.0%)	22人(11.3%)

評価指標	30年度	28年度前倒し分			
	満点	満点	栄村	県	国
予算規模 H28:150億円 H29:250億円 H30:500億円	850点	345点	155点		199
*体制構築加点(H30:60点、H28:70点)除く	790点	275点	85点		129
共通① 特定健診受診率	50	20			
共通① 特定保健指導実施率	50	20	45	34.2	21.5
共通① メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20			
共通③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	100				
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40	0	26.0	18.8
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(25)				
・専門職の取り組み、事業評価	(25)				
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談					
・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価					
共通④ 個人へのわかりやすい情報提供	25	20	0		
共通④ 個人インセンティブ提供	70			20.4	23.0
・個人のポイント付与等取り組み、効果検証	(55)	20	0		
・商工部局、商店街等との連携	(15)				
共通② がん検診受診率	30	10	0	9.03	11.9
共通② 歯周疾患(病)健診の実施	25	10	0		
固有② データヘルス計画策定状況	40	10	0	7.92	7.16
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)				
・第2期策定にあたり、現計画の定量評価	(35)				
関係部署、県、医師会等と連携					
共通④ 地域包括ケアの推進の取組の実施状況	25	5	0	3.44	2.84



第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
 かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと、特定健診データとして活用できるようルールの整備。
 ◎かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨をおこなう。
 ◎保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

6 市町村の努力に応じて、保険者努力支援制度が交付。
【保険者努力支援制度分】を差し引いて、【保険料率】を決定。(H30~)

5 村民1人1人の取り組みが、入院人数の減少や要介護認定者の減少につながる。

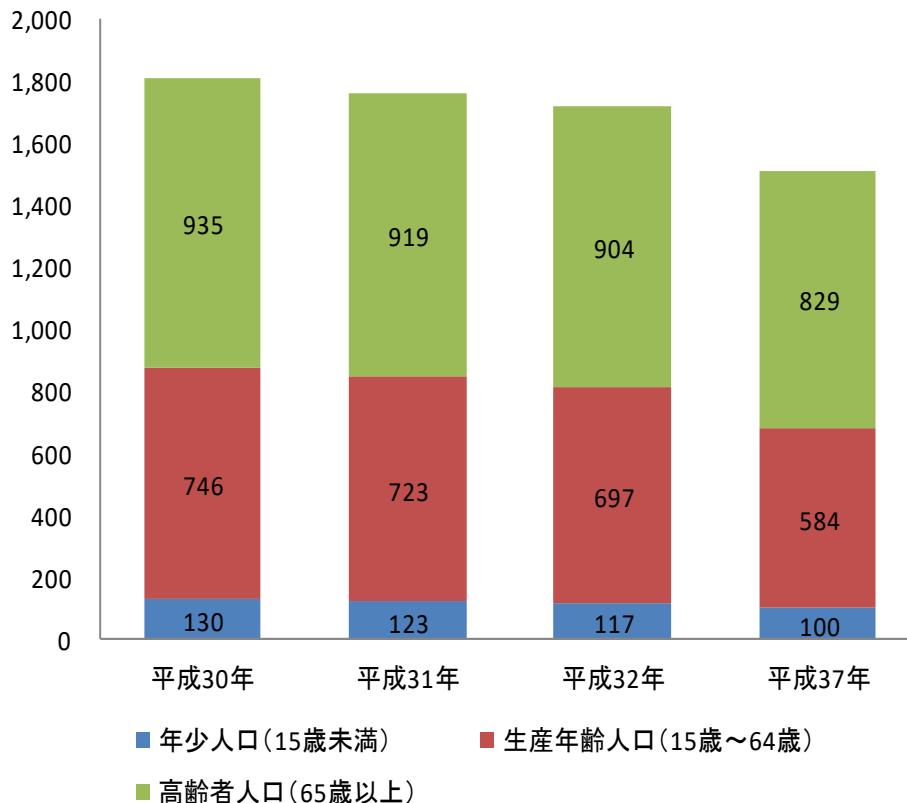
第5章 地域包括ケアに係る取組

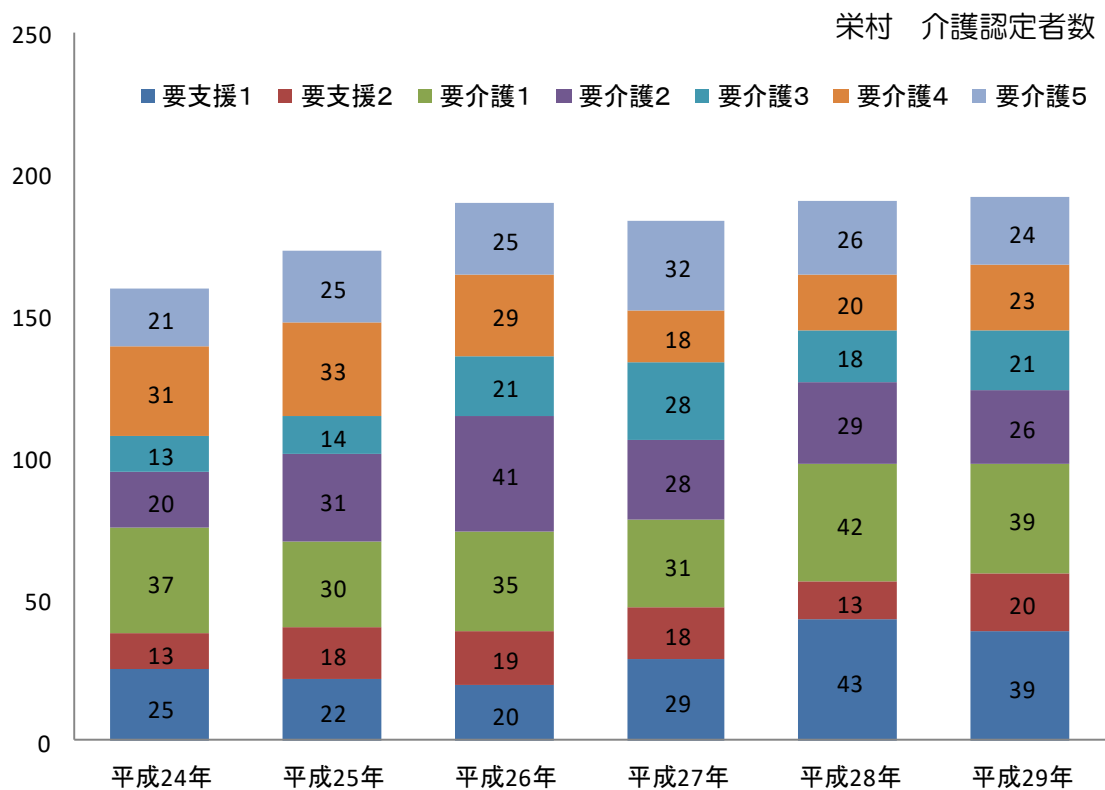
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

【図表 42】





栄村は65歳以上の割合が半数以上であり、徐々に介護認定者数の増加も見込まれる。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非常に重要である。

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。

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・12）

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、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栄村の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

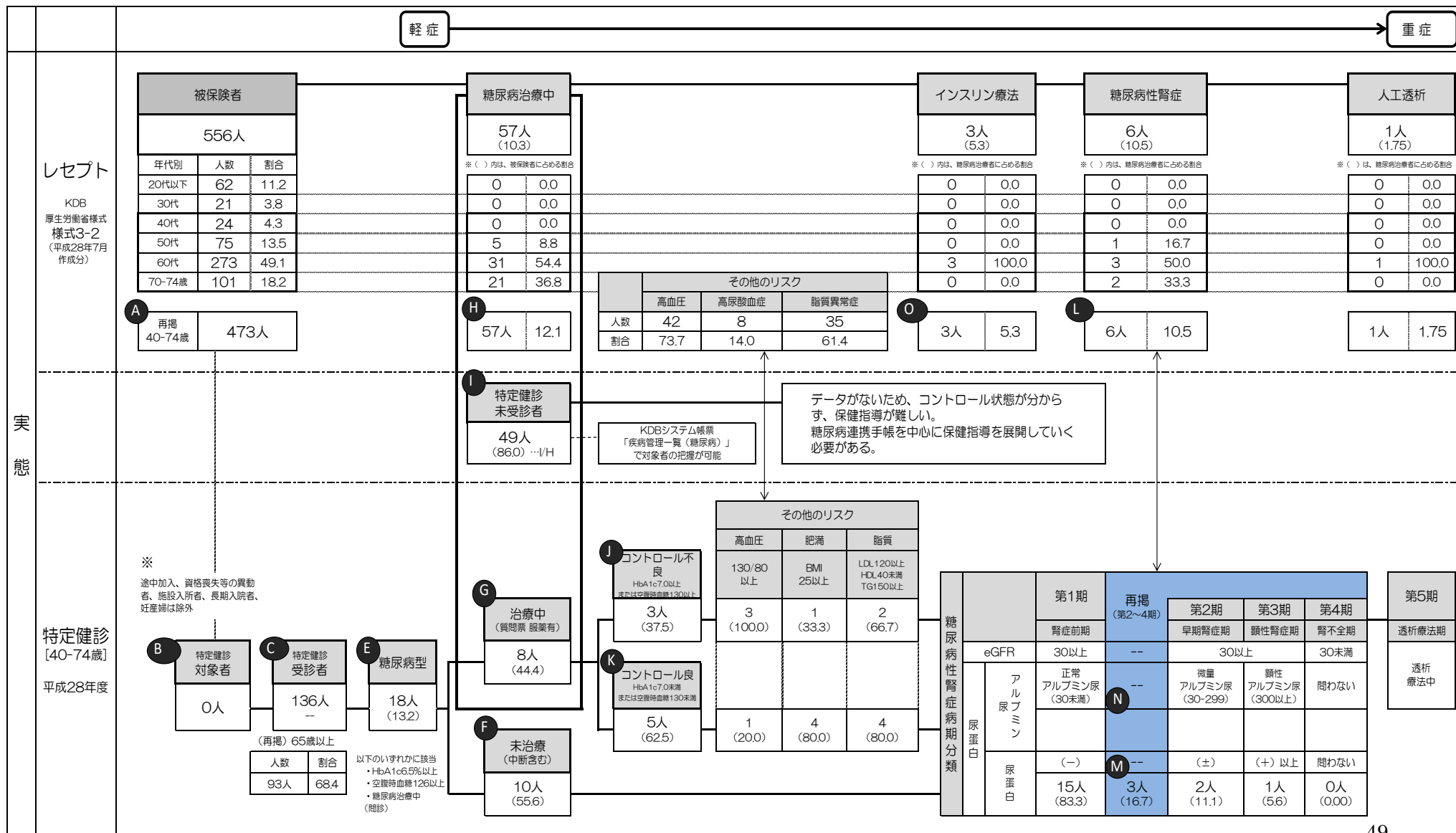
参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	237,206	78位	(14)	422,532	72位	(24)									KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	492,592	72位	(12)	480,383	69位	(16)													
				脂質異常症	439,185	65位	(7)	446,729	65位	(9)													
				脳血管疾患	563,402	70位	(19)	282,301	78位	(24)													
				心疾患	270,679	75位	(4)	878,570	8位	(11)													
				腎不全	2,925,330	1位	(29)	979,768	3位	(18)													
				精神	491,237	14位	(22)	468,252	41位	(26)													
				悪性新生物	444,922	75位	(13)	531,950	64位	(17)													
				外来	糖尿病	33,722	48位		31,859	56位													
					高血圧	24,154	70位		21,829	76位													
					脂質異常症	22,045	71位		23,992	57位													
					脳血管疾患	29,744	63位		24,541	74位													
					心疾患	24,419	71位		41,892	30位													
					腎不全	108,557	71位		126,340	62位													
精神	26,570	60位			27,481	47位																	
悪性新生物	40,782	66位			57,323	23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	6,005			3,899			3,151			4,133			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	9,592			9,106			12,337			10,132			12,339							
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	14,418			10,138			8,737			11,509			6,742							
			健診未受診者	23,031			23,673			34,206			28,217			35,459							
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	医療機関受診率	109	45.2		82	45.8		33,746	51.6		85,477	49.2		4,069,618	51.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
			医療機関非受診率	15	6.2		14	7.8		3,443	5.3		7,315	4.2		357,742	4.5						
			受診勧奨者	124	51.5		96	53.6		37,189	56.9		92,792	53.4		4,427,360	56.1						
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数79	健診受診者	健診受診者	241			179				65,384			173,700			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			
					受診率	500	県内28位 同規模103位	43.7	県内59位 同規模156位	46.4	46.5	全国2位	36.4										
				②	特定保健指導終了者(実施率)	7	28.0	0	0.0	3904	45.4	8,832	46.4	198,683	21.1								
				③	非肥満高血糖	28	11.6	34	19.0	6,352	9.7	17,859	10.3	737,886	9.3								
				④	メタボ	該当者	33	13.7	26	14.5	12,200	18.7	28,075	16.2	1,365,855	17.3							
						男性	25	20.8	18	22.2	8,464	27.7	19,933	25.3	940,335	27.5							
						女性	8	6.6	8	8.2	3,736	10.7	8,142	8.6	425,520	9.5							
						予備群	22	9.1	13	7.3	7,622	11.7	17,026	9.8	847,733	10.7							
				⑤	メタボ	男性	11	9.2	7	8.6	5,264	17.2	12,313	15.6	588,308	17.2							
						女性	11	9.1	6	6.1	2,358	6.8	4,713	5.0	259,425	5.8							
						総数	65	27.0	47	26.3	22,315	34.1	51,067	29.4	2,490,581	31.5							
						BMI	43	35.8	29	35.8	15,455	50.5	36,456	46.3	1,714,251	50.2							
				⑥	メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	22	18.2	18	18.4	6,860	19.7	14,611	15.4	776,330	17.3						
							女性	11	4.6	17	9.5	4,378	6.7	8,022	4.6	372,685	4.7						
						男性	1	0.8	3	3.7	814	2.7	1,383	1.8	59,615	1.7							
						女性	10	8.3	14	14.3	3,564	10.2	6,639	7.0	313,070	7.0							
						血糖のみ	0	0.0	2	1.1	530	0.8	1,191	0.7	52,296	0.7							
						血圧のみ	19	7.9	8	4.5	5,287	8.1	11,167	6.4	587,214	7.4							
						脂質のみ	3	1.2	3	1.7	1,805	2.8	4,668	2.7	208,214	2.6							
血糖・血圧	6	2.5	4			2.2	2,183	3.3	4,337	2.5	212,002	2.7											
血糖・脂質	4	1.7	1			0.6	681	1.0	1,828	1.1	75,032	0.9											
血圧・脂質	15	6.2	10			5.6	5,537	8.5	13,135	7.6	663,512	8.4											
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	89	36.9	67	39.6	23,752	36.3	57,994	33.4	2,650,283	33.6									
				糖尿病	15	6.2	9	5.3	5,883	9.0	13,400	7.7	589,711	7.5									
				脂質異常症	54	22.4	43	25.4	14,929	22.8	40,689	23.4	1,861,221	23.6									
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	6	2.5	5	3.0	1,997	3.2	5,005	3.1	246,252	3.3								
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	15	6.2	9	5.3	3,427	5.5	10,576	6.5	417,378	5.5								
					腎不全	1	0.4	1	0.6	373	0.6	935	0.6	39,184	0.5								
				貧血	9	3.7	12	7.1	5,122	8.4	12,257	7.6	761,573	10.2									
				喫煙	40	16.6	26	15.4	10,886	16.7	23,063	13.3	1,122,649	14.2									
				週3回以上朝食を抜く	6	2.5	5	3.0	4,442	7.7	8,819	6.1	585,344	8.7									
				週3回以上食後間食	21	8.7	12	7.1	7,977	13.9	16,790	11.2	803,966	11.9									
				週3回以上就寝前夕食	35	14.5	19	11.3	9,245	16.1	21,566	15.0	1,054,516	15.5									
				食べる速度が速い	75	31.1	42	25.0	16,109	28.0	36,724	25.5	1,755,597	26.0									
				20歳時体重から10kg以上増加	55	22.8	44	26.2	19,703	34.1	43,857	29.1	2,192,264	32.1									
				1回30分以上運動習慣なし	203	84.2	145	86.3	39,568	67.9	96,372	64.0	4,026,105	58.8									
1日1時間以上運動なし	99	41.1	84	50.0	28,954	50.1	69,243	45.9	3,209,187	47.0													
睡眠不足	41	17.0	22	13.1	13,994	24.2	33,670	22.4	1,698,104	25.1													
毎日飲酒	86	35.7	51	30.5	16,174	26.7	39,809	24.6	1,886,293	25.6													
②	時々飲酒	1合未満	90	50.3	57	53.3	23,418	57.0	45,236	54.2	3,333,836	64.0											
		1~2合	50	27.9	35	32.7	11,323	27.6	26,776	32.1	1,245,341	23.9											
		2~3合	32	17.9	11	10.3	4,591	11.2	8,877	10.6	486,491	9.3											
		3合以上	7	3.9	4	3.7	1,750	4.3	2,539	3.0	142,733	2.7											

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(H28)

都道府県名	長野県	市町村名	栄村	同規模区分	8
-------	-----	------	----	-------	---



糖尿病管理台帳（永年）

【参考資料 3】

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			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		H	年度	担当者名:	担当地区:
		対象者把握		地区担当が実施すること	
		他の専門職との連携			
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(㉑+㉒)		()人		
	㉑ 健診未受診者		()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険	
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)			○医療保険移動の確認	
	①国保(生保)	()人	○死亡はその原因		○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	②後期高齢者	()人	2.レセプトの確認		
	③他保険	()人	○治療の確認		
	④住基異動(死亡・転出)	()人	○直近の治療の有無の確認		
	⑤確認できず	()人	3.会いに行く		
	①-1 未治療者(中断者含む)		()人	○医療受診勧奨の保健指導	
	*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医	
	㉒ 結果把握		()人	4. 結果から動く	
	①HbA1cが悪化している	()人	○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認		
②HbA1c=7.0以上で毎年より悪化している	()人	○経年データ、治療状況に応じた保健指導			
*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続		
②尿蛋白 (-)	()人			栄養士中心	
(±)	()人				
(+) ~顕性腎症	()人				
③eGFR値の変化				腎専門医	
1年で25%以上低下	()人				
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下	()人				

【参考資料 5】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> ST変化	⑤ 重症化予防対象者		
			<input type="checkbox"/> その他所見			
② 問診	自覚症状なし		症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者		
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧		⑤ 重症化予防対象者			
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。			⑤ 重症化予防対象者		
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149	150～299	300～	
		食後	～199	200～		
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39	～34		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50	51～		
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100	101～		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199	200～	
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)
拡張期		～84	85～89	90～		
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
<input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 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	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1				