

第4章 第3期データヘルス計画の目的・目標

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中長期目標を整理しました。

1. 計画の目的

本計画は、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します。

2. 目標の設定

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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

評価指標については、北海道のデータヘルス計画標準化に係る共通評価指標をもとに設定します。

	カテゴリ	共通指標	計画策定時 (R4)		目標 (R11)	北海道 (R4)	
長期 目標	健康寿命延伸	平均自立期間（要介護2以上）	男性	81.3年	延伸	79.6年	
			女性	87.0年		84.2年	
	医療費適正化	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合		11.9%	抑制	7.4%	
		総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合		3.9%	抑制	6.0%	
		総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合		1.5%	抑制	3.5%	
中長期 目標	生活習慣病 重症化予防	新規脳血管疾患患者数	7人		抑制	8638人	
		新規虚血性心疾患患者数	8人		抑制	9215人	
		新規人工透析導入者数	0人		維持	365人	
短期 目標	生活習慣病 重症化予防	メタボ該当者割合	41人	15.8%	減少	20.3%	
		メタボ予備群該当者割合	35人	13.5%	減少	11.0%	
		HbA1c6.5%以上の割合	39人	16.4%	減少	9.4%	
		Ⅱ度高血圧以上の割合	17人	6.6%	減少	8.2%	
		LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	5人	1.9%	減少	3.7%	
		糖尿病未治療者の医療機関受診率	2人	100.0%	増加	38.5%	
		高血圧未治療者の医療機関受診率	5人	19.2%	増加	16.7%	
		脂質異常症未治療者の医療機関受診率	2人	7.7%	増加	15.2%	
		喫煙率	男性	35.3%	減少	24.6%	
	女性		12.5%	9.6%			
	特定健診 特定保健指導	特定健診 特定保健指導	特定健診実施率	57.4%		向上	29.7%
			特定保健指導実施率	91.2%		維持	36.0%
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	17.4%		向上	19.0%

第5章 健康課題を解決するための保健事業

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きます。そのためには、重症化予防の取組み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ります。

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等の取組みを行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方に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きます。

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、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していきます。

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が重要となります。そのため、特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第9章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

1) 重症化予防の取組み

愛別町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、93人(35.8%)です。そのうち治療なしが29人(25.4%)を占め、さらに臓器障害ありのただちにに取り組むべき対象者が8人です。

また、愛別町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、29人中18人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることがわかります。(図表 66)

図表 66 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする－

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少				<参考> 健診受診者(受診率)					
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		263人	57.4%				
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中 データバンク 2015より 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症										■各疾患の治療状況			
													治療中		治療なし			
													高血圧		90		170	
													脂質異常 症		102		158	
												糖尿病		44		197		
												3疾患 いずれか		146		114		
														※問診結果による				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)							
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)							
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)			
該当者数	17	6.5%	1	0.4%	5	1.9%	13	5.0%	41	15.8%	33	12.7%	11	4.2%	93	35.8%		
治療なし	12	7.1%	1	0.9%	4	2.5%	9	5.7%	8	7.0%	13	6.6%	2	1.8%	29	25.4%		
(再掲) 特定保健指導	9	52.9%	0	0.0%	2	40.0%	4	30.8%	8	19.5%	3	9.1%	0	0.0%	18	19.4%		
治療中	5	5.6%	0	0.0%	1	1.0%	4	3.9%	33	22.6%	20	45.5%	9	6.2%	64	43.8%		
臓器障害 あり	1	8.3%	1	100.0%	0	0.0%	3	33.3%	2	25.0%	4	30.8%	2	100.0%	8	27.6%		
CKD(専門医対象者)	0		0		0		2		0		1		2		2			
心電図所見あり	1		1		0		1		2		3		0		6			
臓器障害 なし	11	91.7%	--		4	100.0%	6	66.7%	6	75.0%	9	69.2%	--		--			

治療中

臓器障害 あり	0 0.0%	0 --	0 0.0%	0 0.0%	6 18.2%	2 10.0%	9 100.0%	14 21.9%
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	3	2	9	9
心電図所見あり	0	0	0	0	3	0	0	5
臓器障害 なし	5 100.0%	--	1 100.0%	4 100.0%	27 81.8%	18 90.0%	--	--

2. 糖尿病性腎症重症化予防

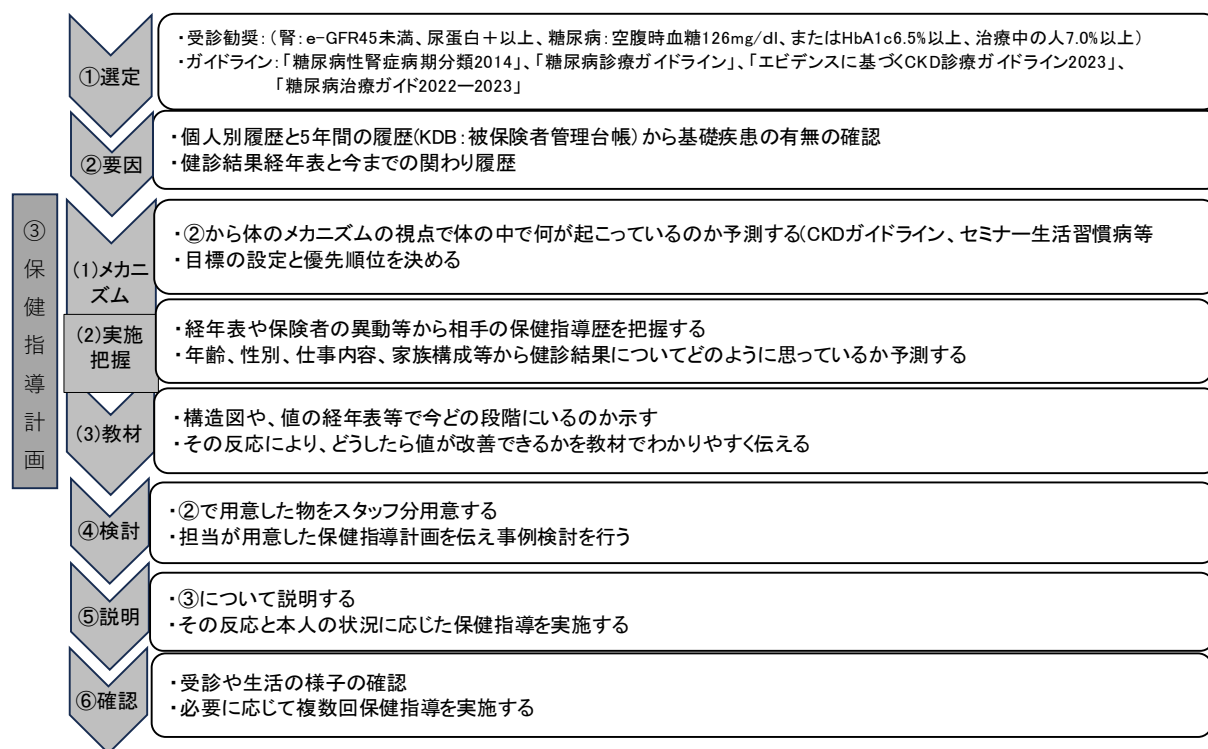
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては、旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び愛別町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に沿って実施していきます。

なお、取組みにあたっては図表 67 に沿って実施します。

- (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 67 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



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、愛別町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します。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病医療機関通院患者のうち重症化リスクの高い者
- ア. 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と推定される者

特定健診結果及びレセプトより確認した、糖尿病治療中であり、以下のいずれかに該当する者

- A. 尿蛋白(1+)以上の者
- B. 血清クレアチニンから換算した eGFR60ml/分/1.73 m²未満の者
- イ. 腎機能の低下が危惧される、以下のリスク要因のいずれかを有する者
 - A. II度高血圧(160/100mmHg)以上の者
 - B. メタボリックシンドローム該当者

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取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ります。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、該当者数把握を行います。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)を基盤とします。

図表 68 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	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 持続性蛋白尿(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)で把握していきます。

愛別町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミン値については把握が難しい状況です。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(ー)、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ります。

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の把握をしました。愛別町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、15人(25.4%・F)でした。また、40～74歳における糖尿病治療者175人(H)のうち、特定健診受診者が44人(25.1%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者131人(74.9%・I)については治療中ですが、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きます。(図表 69)

③介入方法と優先順位

図表 69 より愛別町においての介入方法を以下のとおりとします。

●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（F）・・・・15人

●優先順位 2

【保健指導】 糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・・25人

- ・ 治療中断しない（継続受診）のための保健指導
- ・ 介入方法として個別訪問、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

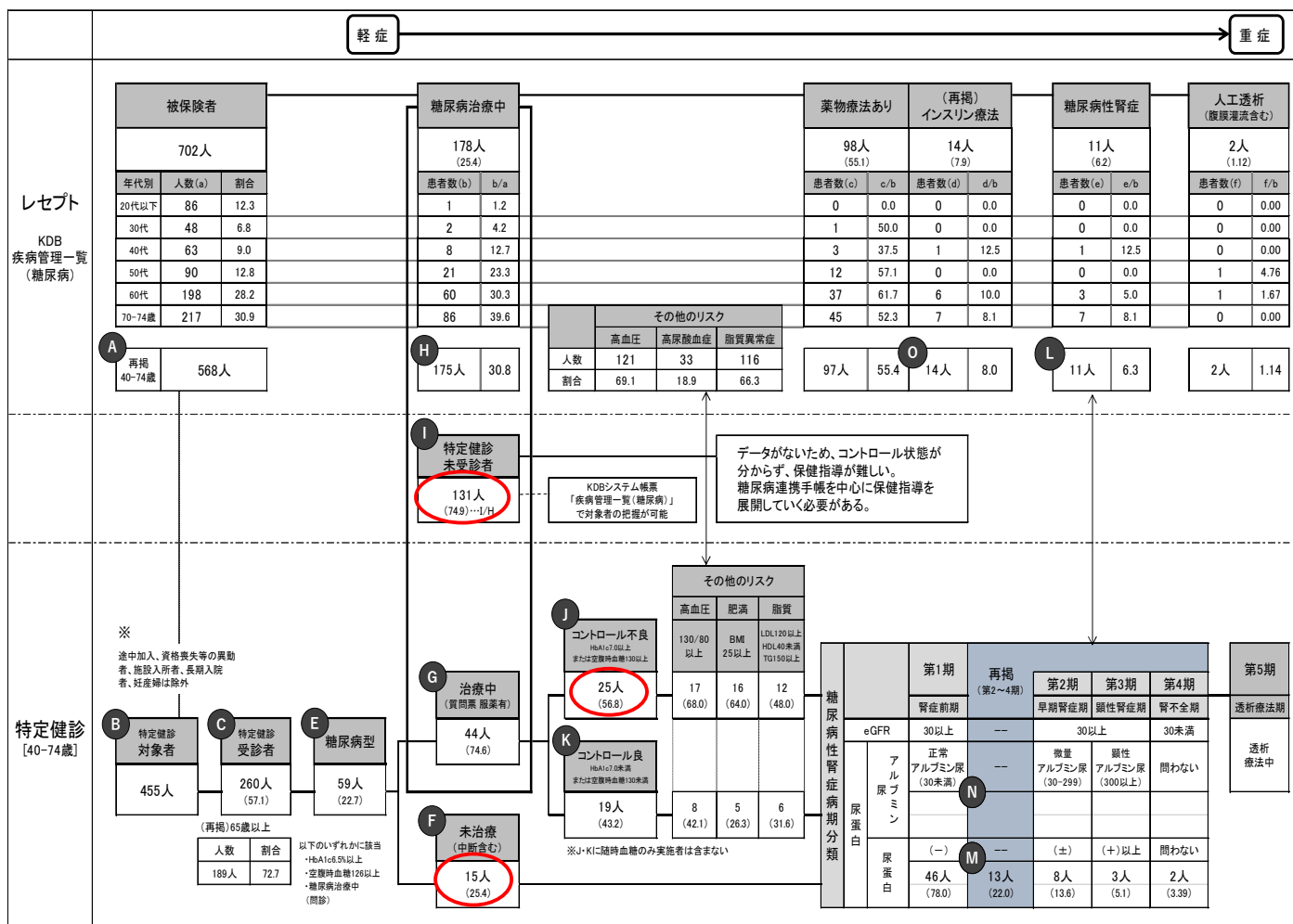
【保健指導】 Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

- ・ 介入方法として個別訪問、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

図表 69 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

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

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)

※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB 糖尿病 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 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す。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きます。愛別町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子をあわせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。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きます。(図表 70)

図表 70 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 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
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

(2) 二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 期を逃す恐れがあります。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、二次健診等で尿アルブミン検査の実施を検討し、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します。

4) 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、精密検査連絡票等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の者への保健指導の実施にあたっては、旭川市医師会、上川郡中央医師会と必要な連携を図り、保健指導を行うこととします。個々の保健指導においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票を使用します。かかりつけ医からの保健指導の実施の了承を得たうえで、保健指導を実施し、実施した保健指導内容について、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導報告書に記載し、かかりつけ医に提出します。また、その後の保健指導におけるかかりつけ医との情報共有は、糖尿病連携手帳を活用します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 71 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

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 m²以上低下)

○尿蛋白の変化
○服薬状況の変化

図表 71 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突合表	保険者								同規模保険者(平均)	
				R01年度		R02年度		R03年度				R03年度同規模保険者数274	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数											
	②	(再掲)40-74歳	A										
	①	対象者数	B	8,000人		8,000人		8,000人					
2	②	特定健診											
	③	受診者数	C	466人		450人		407人					
	④	受診率		5.8%		5.6%		5.1%					
3	①	特定保健指導											
	②	対象者数		100人		100人		100人					
	③	実施率		80.0%		80.0%		80.0%					
4	①	健診データ											
	②	糖尿病型	E	87人	18.7%	84人	18.7%	76人	18.7%				
	③	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	24人	27.6%	23人	27.4%	23人	30.3%				
	④	治療中(質問票 服薬あり)	G	63人	72.4%	61人	72.6%	53人	69.7%				
	⑤	コントロール不良 (HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上)		28人	44.4%	28人	45.9%	27人	50.9%				
	⑥	血圧 130/80以上	J	19人	67.9%	19人	67.9%	18人	66.7%				
	⑦	肥満 BMI25以上		13人	46.4%	13人	46.4%	12人	44.4%				
	⑧	コントロール良好 (HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満)	K	35人	40.2%	33人	39.3%	26人	34.2%				
	⑨	第1期 尿蛋白(-)	M	62人	71.3%	61人	72.6%	56人	73.7%				
	⑩	第2期 尿蛋白(±)		12人	13.8%	11人	13.1%	9人	11.8%				
	⑪	第3期 尿蛋白(+)以上		11人	12.6%	11人	13.1%	10人	13.2%				
	⑫	第4期 eGFR30未満		2人	2.3%	1人	1.2%	1人	1.3%				
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		70.6人		70.6人		70.6人					
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)		102.3人		102.3人		102.3人					
	③	レセプト件数 (40-74歳) (...)内は糖尿病患者		5,087件 (604.4)		5,087件 (604.4)		5,087件 (604.4)		5,517件 (877.2)			
	④	入院(件数)		19件 (2.3)		19件 (2.3)		19件 (2.3)		31件 (4.9)			
	⑤	糖尿病治療中	H	868人	7.1%	868人	7.1%	868人	7.1%				
	⑥	(再掲)40-74歳		856人	10.2%	856人	10.2%	856人	10.2%				
	⑦	健診未受診者	I	793人	92.6%	795人	92.9%	803人	93.8%				
	⑧	インスリン治療	O	68人	7.8%	68人	7.8%	68人	7.8%				
	⑨	(再掲)40-74歳		66人	7.7%	66人	7.7%	66人	7.7%				
	⑩	糖尿病性腎症	L	107人	12.3%	107人	12.3%	107人	12.3%				
	⑪	(再掲)40-74歳		106人	12.4%	106人	12.4%	106人	12.4%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病が原因のものに占める割合)		27人	3.1%	27人	3.1%	27人	3.1%				
	⑬	(再掲)40-74歳		27人	3.2%	27人	3.2%	27人	3.2%				
	⑭	新規透析患者数		2	2	2	2	2	2				
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		1	1	1	1	1	1				
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病が原因のものに占める割合)		32人	3.1%	32人	3.1%	32人	3.1%				
6	①	医療費											
	②	総医療費		37億9946万円		37億9946万円		37億9946万円		28億2684万円			
	③	生活習慣病総医療費		20億2869万円		20億2869万円		20億2869万円		15億6708万円			
	④	(総医療費に占める割合)		53.4%		53.4%		53.4%		55.4%			
	⑤	生活習慣病 対象者 一人あたり		5,747円		5,747円		5,747円		5,692円			
	⑥	健診受診者		41,069円		41,069円		41,069円		39,435円			
	⑦	健診未受診者											
	⑧	糖尿病医療費		1億5345万円		1億5345万円		1億5345万円		1億6835万円			
	⑨	(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.6%		7.6%		7.6%		10.7%			
	⑩	糖尿病入院外総医療費		5億6798万円		5億6798万円		5億6798万円					
	⑪	1件あたり		45,067円		45,067円		45,067円					
	⑫	糖尿病入院総医療費		4億4318万円		4億4318万円		4億4318万円					
	⑬	1件あたり		664,430円		664,430円		664,430円					
	⑭	在院日数		18日		18日		18日					
	⑮	慢性腎不全医療費		2億8151万円		2億8151万円		2億8151万円		1億2872万円			
	⑯	透析有り		2億6928万円		2億6928万円		2億6928万円		1億1992万円			
	⑰	透析なし		1223万円		1223万円		1223万円		879万円			
7	①	介護											
	②	介護給付費		37億1569万円		37億1569万円		37億1569万円		34億7756万円			
	③	(2号認定者)糖尿病合併症		1件	50.0%	1件	50.0%	1件	50.0%				
8	①	死亡											
	②	糖尿病(死因別死亡数)		7人	1.8%	7人	1.8%	7人	1.8%	5人	1.1%		

出典：ヘルスサポートラボツール

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. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

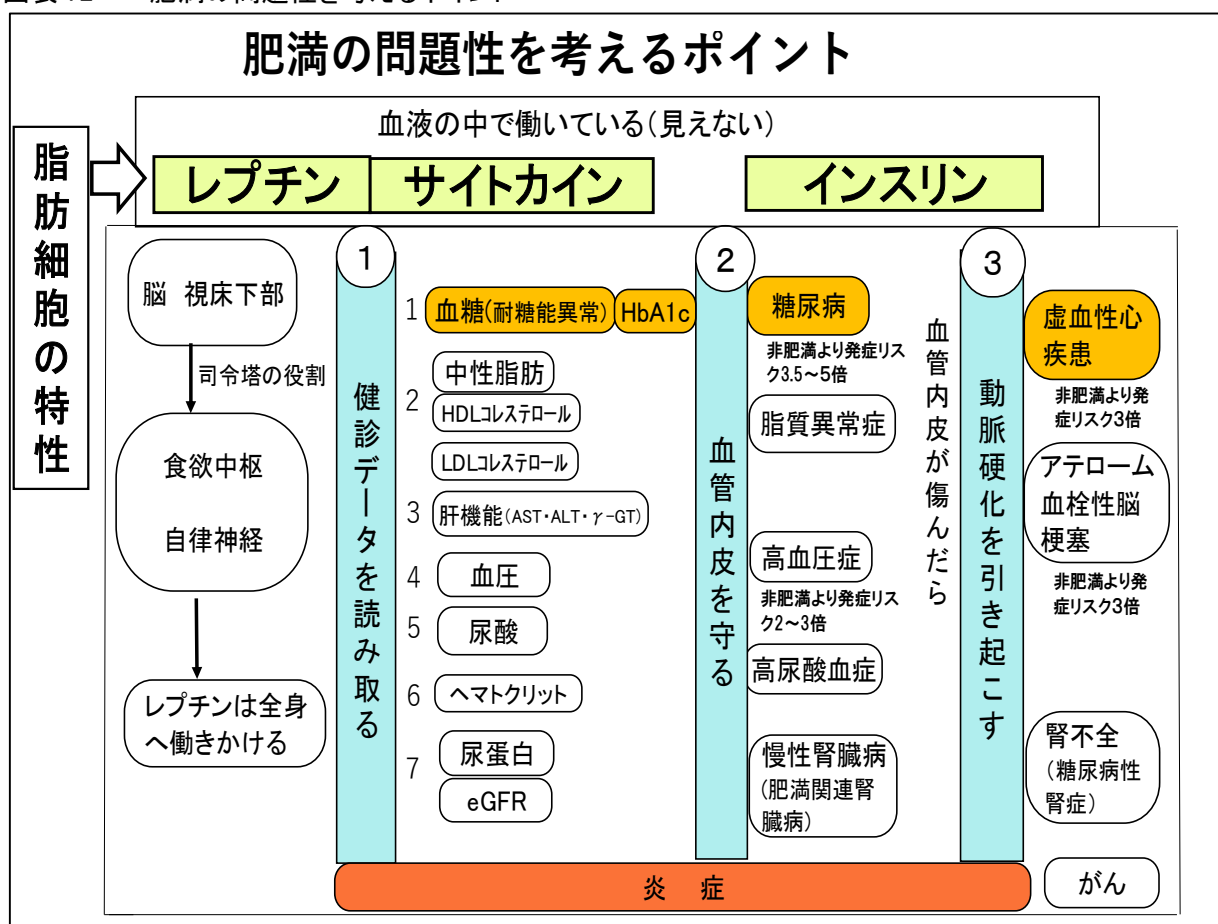
1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防、さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より）

なお、取組みにあたっては図表 72 に基づいて考えていきます。

図表 72 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 73 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		71	189	33	59	28	51	4	8	1	0	0	0
				46.5%	31.2%	39.4%	27.0%	5.6%	4.2%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	男性	41	74	23	25	18	21	4	4	1	0	0	0
				56.1%	33.8%	43.9%	28.4%	9.8%	5.4%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	女性	30	115	10	34	10	30	0	4	0	0	0	0
				33.3%	29.6%	33.3%	26.1%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

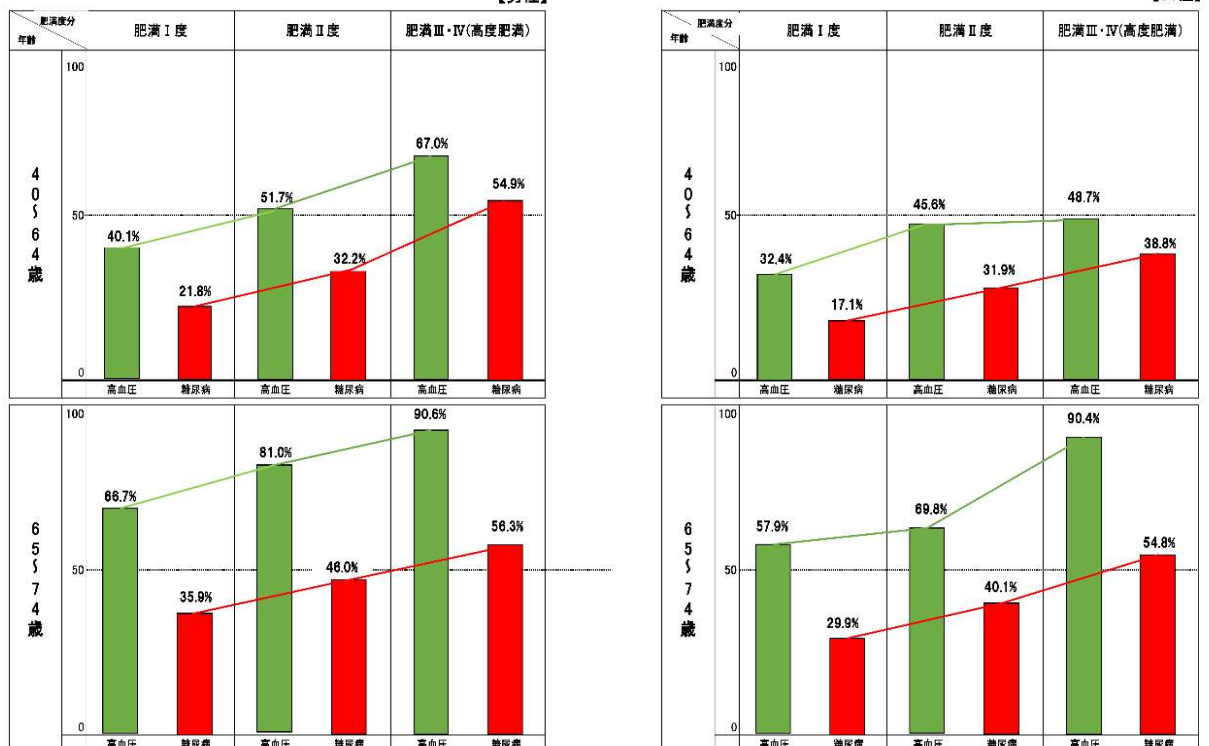
(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます。

図表 74 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 75 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		Ⅳ度	
		25～29.9		30～34.9		35～39.9		40～	
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない		・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない		・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたい ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う		・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない	
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる				・太っているからか腸の蠕動もおこるよ		・逆流性食道炎になった。	
排泄	排便					・便秘になって大変		・便器に座ると便座が割れる	
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる		・尿意を感じて夜中に3回起きる		・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい		・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない	
動作	歩行	・疲労感がある		・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする		・体重で足裏が痛い ・階段を下るときに体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くとき足がしびれる		・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い	
	日常動作			・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変まっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かすのが辛い				・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーが辛い ・手が届かないので排泄の後始末ができない	
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと		・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい		・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする		・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、過剰な圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。	
	免疫	・蜂窩織炎になる				・風邪をひきやすい		・よく風邪をひく ・よく体調を崩す	
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる		・湿疹ができる ・痒い		・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる		・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹が辛い ・皮膚科に毎月通院している	

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 75 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 74 をみると、肥満度ごと及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、いまだ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率が良いことがわかります。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点は肥満の者

図表 76 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 NO	性別	発症 年齢	KDBから把握								介護	肥満の 有無
			レセプト									
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患					
			脳出血	脳梗塞	狭心症	心筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症		
1	男	40代	●	●			●		●	●	要介護1	肥満
2	男	40代		●				●	●		要介護1	肥満
3	男	50代	●				●	●	●		要支援1	肥満

愛別町調べ

3)対象者の明確化

図表 77 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		A	115	11	14	44	46	145	6	12	51	76
メタボ該当者		B	28	3	5	10	10	13	0	0	4	9
		B/A	24.3%	27.3%	35.7%	22.7%	21.7%	9.0%	0.0%	0.0%	7.8%	11.8%
再掲	① 3項目全て	C	16	3	4	5	4	4	0	0	2	2
		C/B	57.1%	100.0%	80.0%	50.0%	40.0%	30.8%	—	—	50.0%	22.2%
	② 血糖＋血圧	D	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0
		D/B	10.7%	0.0%	0.0%	10.0%	20.0%	0.0%	—	—	0.0%	0.0%
	③ 血圧＋脂質	E	8	0	1	3	4	8	0	0	1	7
		E/B	28.6%	0.0%	20.0%	30.0%	40.0%	61.5%	—	—	25.0%	77.8%
	④ 血糖＋脂質	F	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
		F/B	3.6%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	7.7%	—	—	25.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 78 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	115	28	24.3%	21	75.0%	7	25.0%	145	13	9.0%	12	92.3%	1	7.7%
40代	11	3	27.3%	2	66.7%	1	33.3%	6	0	0.0%	0	—	0	—
50代	14	5	35.7%	3	60.0%	2	40.0%	12	0	0.0%	0	—	0	—
60代	44	10	22.7%	8	80.0%	2	20.0%	51	4	7.8%	4	100.0%	0	0.0%
70～74歳	46	10	21.7%	8	80.0%	2	20.0%	76	9	11.8%	8	88.9%	1	11.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性では受診者の 2～3 割を超えますが、女性では 60～70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

(図表 77)

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。(図表 78)

また、心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員が肥満であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。(図表 76)

このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

(1) 対象者の選定基準の考え方

- ①メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ②治療中の者へは、治療中断による心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)を行います。

(2) 対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

図表 79 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

(2) 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

愛別町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ②微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「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ります。

愛別町においては、心電図検査を187人(71.1%)に実施し、そのうち有所見者が25人(13.4%)でした。所見の中でも脚ブロックが12人(48.0%)、ST-T 変化が8人(32.0%)と、所見率が高いことがわかります。(図表 81)

また、有所見者のうち要精査が5人(20.0%)で、その後の受診状況をみると2人(40.0%)は未受診でした。(図表 82)

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た受診勧奨を行う必要があります。

図表 81 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳													
		実施者数 A		有所見者数 B		ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈					
						異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動	
		人数	割合	人数	割合	人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B
40～74歳 内訳	全体	187	71.1	25	13.4	0	0.0	8	32.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	48.0	1	4.0
	男性	89	74.8	15	16.9	0	0.0	2	13.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	60.0	1	6.7
	女性	98	68.1	10	10.2	0	0.0	6	60.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	30.0	0	0.0

愛別町調べ

図表 82 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	25		5	20.0	3	60.0	2	40.0
男性	15	60.0	2	13.3	0	0.0	2	100.0
女性	10	40.0	3	30.0	3	100.0	0	0.0

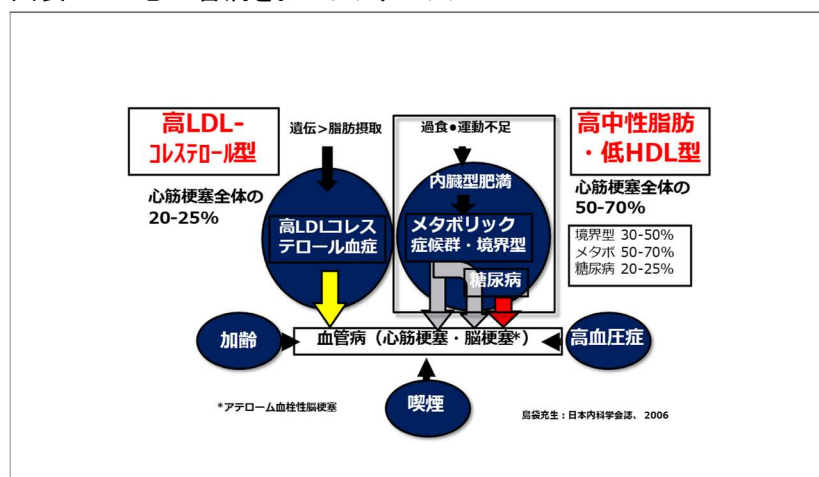
愛別町調べ

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない、または、心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)、積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム、または LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 83)

図表 83 心血管病をおこしやすい人



図表 83 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第5章「3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 77・78)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 84)

図表 84 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)動脈硬化性疾患予防ガイド
ライン2022年版

特定保健受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果(LDL-C)					
					120-139	140-159	160-179	180以上	
	1,531				727	472	218	114	
					47.5%	30.8%	14.2%	7.4%	
一次予防 まず生活習慣の改善 を行った後、薬物療法 の適応を考慮する ※4	低リスク	160未満 (190未満)	272	152	98	18	4		
			17.8%	20.9%	20.8%	8.3%	3.5%		
	中リスク	140未満 (170未満)	592	264	184	101	43		
			38.7%	36.3%	39.0%	46.3%	37.7%		
	高リスク ※3	120未満 (150未満)	656	305	186	98	67		
			42.8%	42.0%	39.4%	45.0%	58.8%		
		再掲 100未満 (130未満) ※1	44	23	12	5	4		
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	2.9%	3.1%	2.6%	2.1%	3.9%		
			11	6	4	1	0		
			0.7%	0.8%	0.8%	0.5%	0.0%		

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※3 糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。

※4 ※1~3がない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断

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います。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ます。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、受診勧奨を行います。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、受診勧奨を行います。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います。

図表 85 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材
もくじ
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図
資料A-1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C 左室肥大って？
資料D-1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F 精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1 狭心症になった人から学びました
資料G-2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果とあわせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、

台帳を作成し経過を把握します。

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きます。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ます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。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 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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きます。

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台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

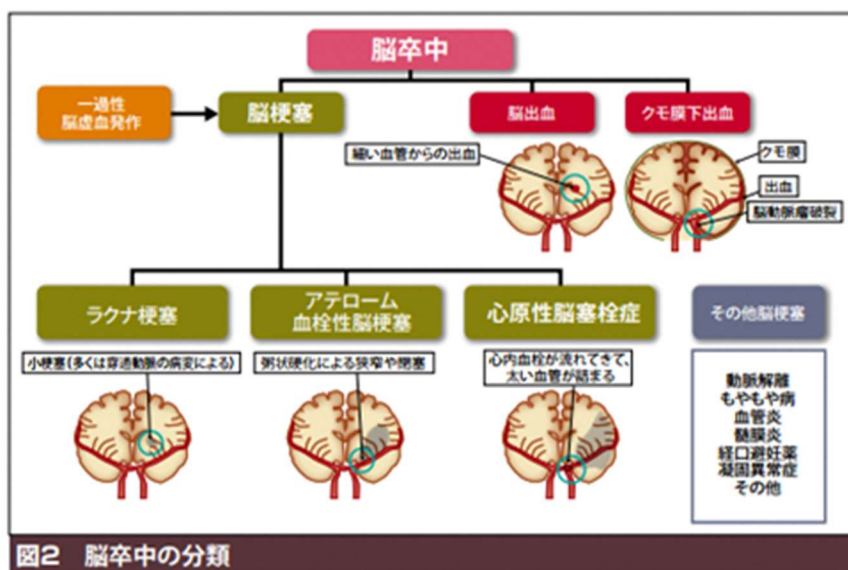
5. 脳血管疾患重症化予防

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ます。(図表 86、87)

図表 86 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 87 脳血管疾患とリスク因子

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

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 88 でみると、高血圧治療者 229 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 20 人(8.7%・O)でした。

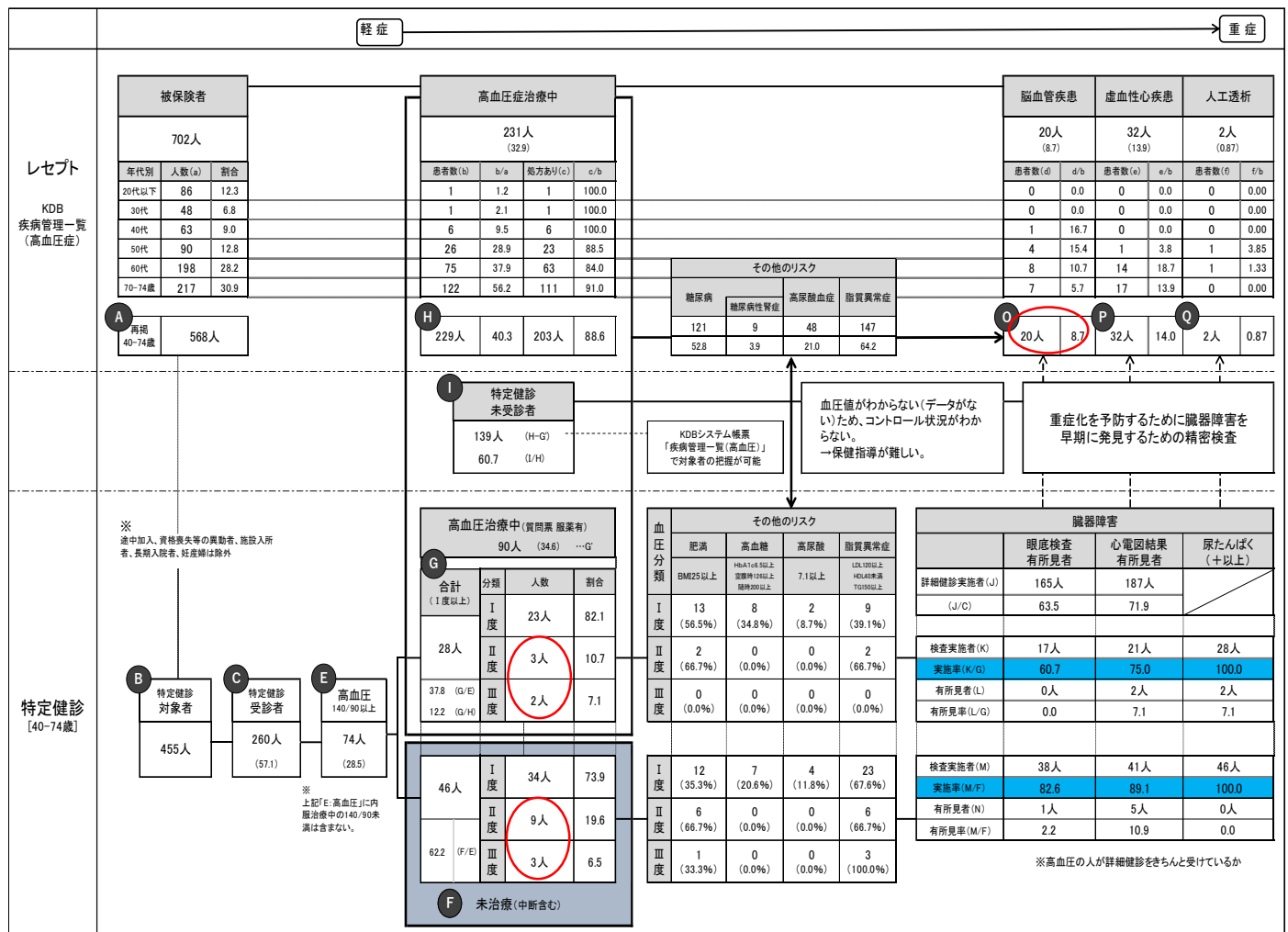
健診結果をみると、Ⅱ度高血圧以上が 17 人(6.5%)であり、そのうち 12 人(70.6%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 5 人(5.6%)いることがわかりました。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きます。

図表 88 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、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ます。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ります。

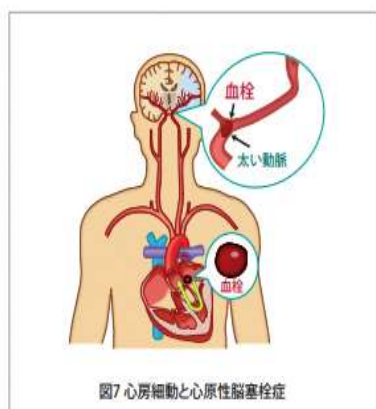
図表 89 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定						令和04年度	
(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)							
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	88	血圧分類 (mmHg)					
		高値血圧 130~139 /80~89	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		
		42 47.7%	34 38.6%	9 10.2%	3 3.4%		
リスク第1層 予後影響因子がない	3 3.4%	C 0 0.0%	B 2 5.9%	B 1 11.1%	A 0 0.0%		
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	44 50.0%	C 23 54.8%	B 17 50.0%	A 3 33.3%	A 1 33.3%		
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	41 46.6%	B 19 45.2%	A 15 44.1%	A 5 55.6%	A 2 66.7%		
						区分 該当者数 A ただちに薬物療法を開始 26 B 概ね1ヵ月後に再評価 39 C 概ね3ヵ月後に再評価 23	
						※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 89 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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」になる頻度が高くなります。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す。

図表 90 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 90 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	115	145	89	77.4%	98	67.6%	1	1.1%	0	0.0%	--	--
40代	11	6	9	81.8%	4	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	14	12	12	85.7%	9	75.0%	1	8.3%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	44	51	35	79.5%	37	72.5%	0	0.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	46	76	33	71.7%	48	63.2%	0	0.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 91 心房細動有所見者の治療状況

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

愛別町調べ

心電図検査において1人が心房細動の所見があり、治療につながっていました。(図表 90、91)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、心電図検査の全数実施が望まれます。

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います。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ます。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、受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行います。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います。

(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あわせて、血管変化を早期に捉え介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(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度高血圧以上を対象に血圧、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きます。

② 心房細動者の管理

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きます。

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きます。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きます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等とあわせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

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台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

7. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は、現在における健康上の大きな課題となっています。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

愛別町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要であります。（図表 93）

また、妊婦管理台帳を作成し、遺伝や妊婦健診結果から糖尿病ハイリスクの実態を把握し、糖尿病のリスクの有無に基づいて、早期からの健診受診勧奨を実施していきます。（図表 94）

図表 93 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　－基本的考え方－　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																	
		発症予防 → 重症化予防															
1　根拠法 6条 健康増進事業実施者		健康増進法															
		母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律		（介護保険）			
2　計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）															
3　年　代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上		
4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査 （13条）		産婦 健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）			保育所・幼稚園 健康診断		就学時 健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者 健康診査 （第125条）
		妊娠前	妊娠中	産後 1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 児 / 幼稚園 児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則（第13・44条）		標準的な特定健診・保健 導プログラム（第2章）		指	
5 対 象 者 診 査 内 容	健	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
		HbA1c	6.5%以上						6.5%以上								
	診	50GCT	1時間値 140mg/dl以上														
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
		（診断） 妊娠 糖 尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の 1点以上満たすもの														
		身長 体重															
	BMI											25以上					
	肥満度			加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上									
	尿糖	（+）以上					（+）以上										
	糖尿病 家族歴																

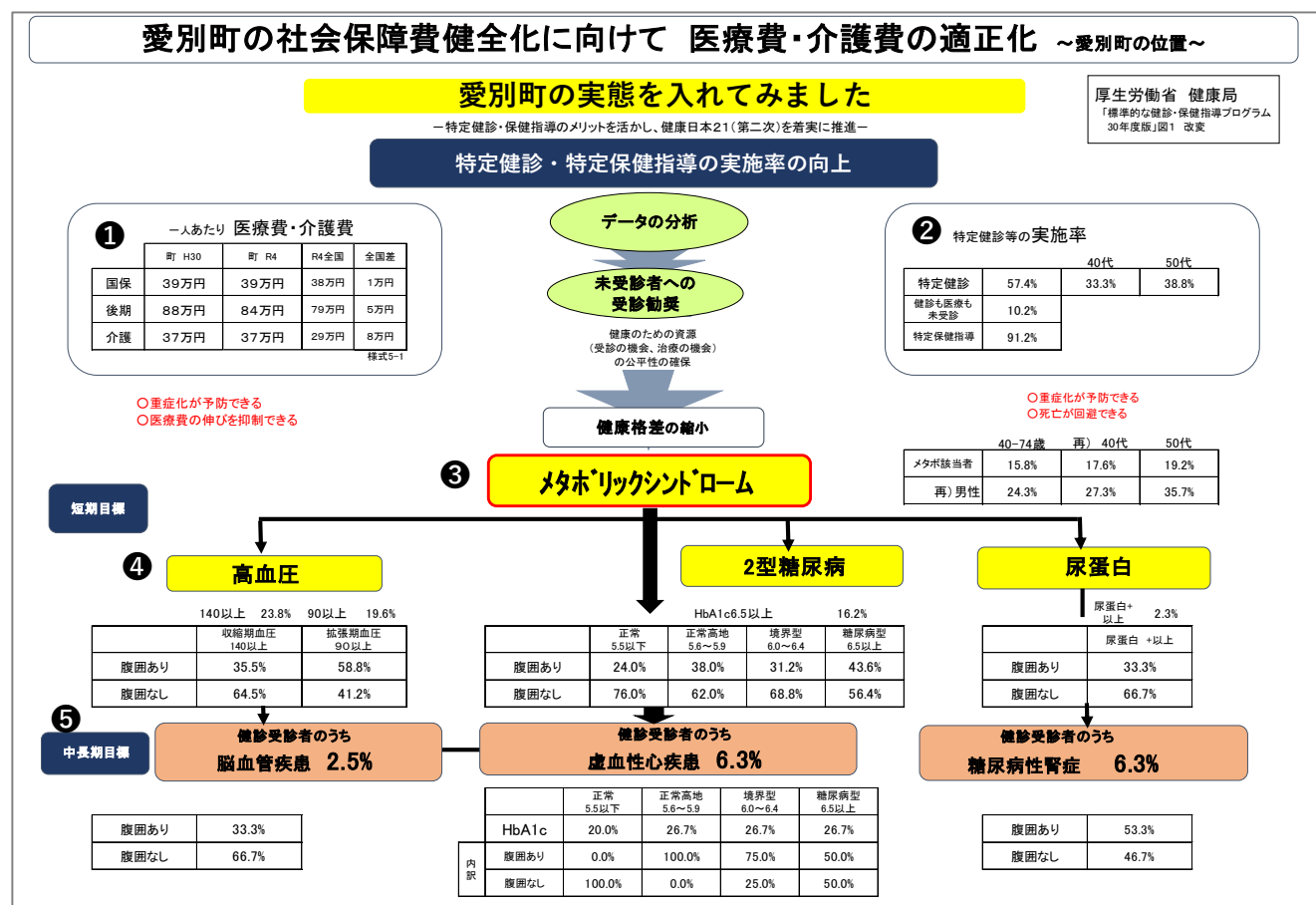
図表 94 妊婦健診から糖尿病ハイリスクの実態

氏名	子の リスク 名前	母子手帳（糖尿病に該当するもの）										妊婦健診					母子手帳（糖尿病以外）				医師後援者
		出生日 (西暦・月・日)	妊婦 年齢	妊婦 以上の 妊婦	身長	妊婦 体重	妊婦 BMI	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定	妊婦 BMI 判定
1	1	2	35	○	41.5	18.9	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
2	1	1	26	-	63.5	22.5	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
3	1	1	24	-	43.5	19	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
4	1	2	27	-	43.5	19	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
5	1	1	34	-	55.5	21.4	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
6	1	1	25	-	58.6	25.7	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
7	1	2	28	-	46	19.7	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
8	1	2	32	-	48	17.8	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
9	1	2	27	-	50	19.8	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
10	0	1	25	-	62	26.14	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
11	1	1	35	○	48	21.9	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
12	1	2	37	○	51	23.28	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
13	1	2	30	-	49	19.6	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
14	0	1	33	-	50	19.1	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
15	0	3	33	-	54	20.57	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
16	1	4	34	-	51.5	22.6	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
17	1	2	28	-	53	22.34	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
18	0	3	31	-	47	21.4	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
19	1	3	36	○	47	21.4	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
20	1	1	36	○	50	21.9	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
21	1	3	32	-	48	20.23	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
22	1	3	36	○	46	17.31	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
23	1	2	33	-	60	20.76	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
24	1	1	33	-	45	17.6	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
25	0	2	28	-	70	29.13	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
26	1	1	38	○	70	29.13	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
27	1	2	41	○	55	22.03	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無
28	0	1	25	-	74	28.03	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	無

8. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。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きます。(図表 95、96)

図表 95 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 96 統計から見える北海道の食(県庁所在市及び政令都市比較(1～53位))

統計から見える北海道の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2018～2020年平均 ～	
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
ベーコン	1位
加工肉(全体)	2位
根菜(全体)	2位
さけ(魚介類)	1位
ビール	1位
店舗・種別	店舗数(人口10万対)
コンビニ・中食	1位
寿司・外食	7位
アイスクリーム店等	2位
バー・キャバレー・酒場	4位

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
あじ	53位
いわし	46位
キャベツ	48位
れんこん	47位
さといも	53位
えのきだけ	52位

※飲食店数は2016(H28)年統計データより

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年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11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ります。

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ます。

※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)	・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・管理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います。

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していきます。

第7章 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ます。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じて周知します。

第8章 個人情報の取り扱い

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