

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 小城市

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
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	25
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第 5 章 地域包括ケアに係る取組	45

第6章 計画の評価・見直し	46
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

# 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

### 1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

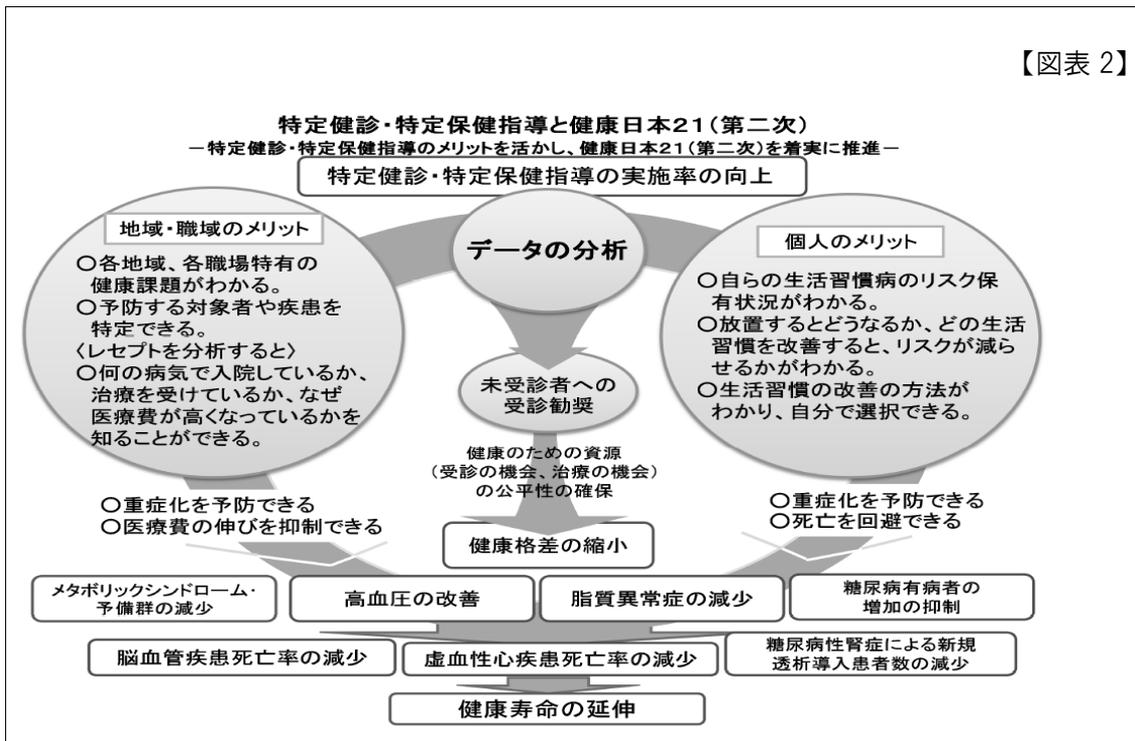
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を図るため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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

小城市においては、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を図ることにより、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

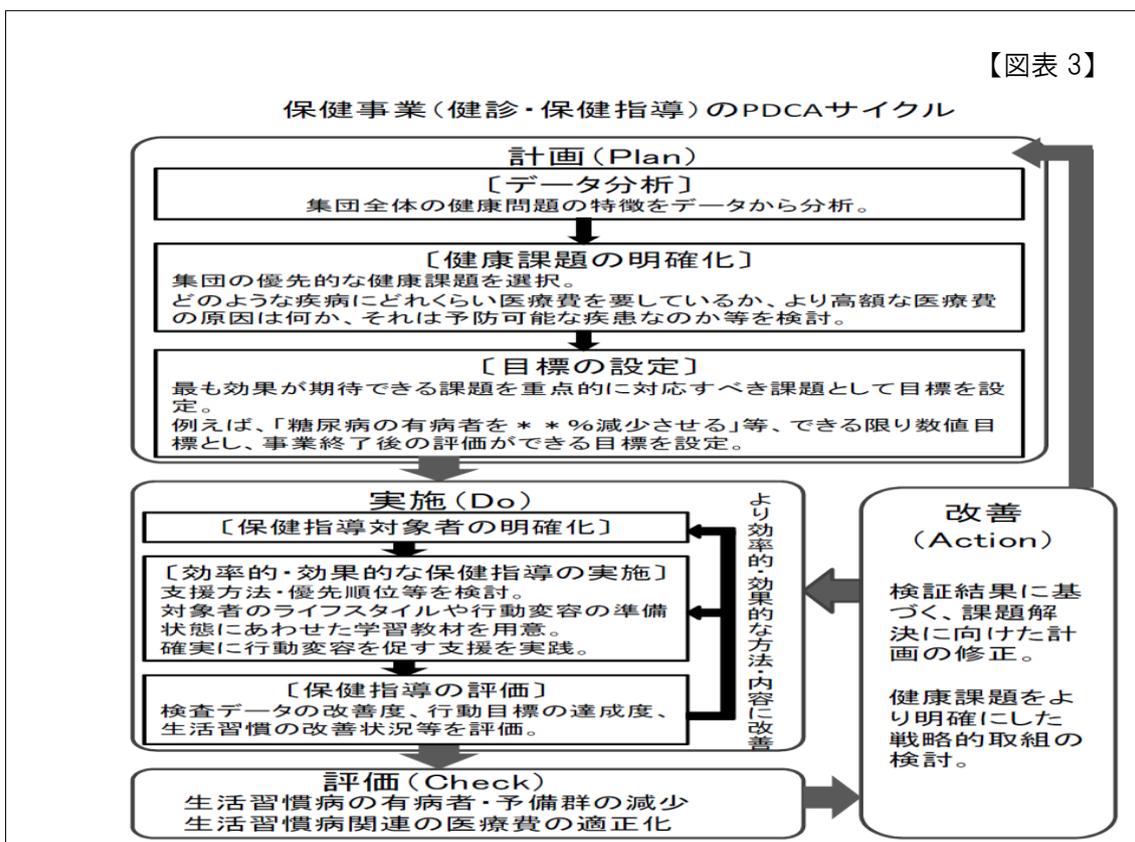


【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

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

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部の役割

小城市においては、国保年金課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康推進課の保健師等の専門職と連携をして、小城市一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（国保年金課）、保健衛生部局（健康増進課）、介護保険部局（高齢障がい支援課）企画部局（企画政策課）、生活保護部局（社会福祉課）とも十分連携することが望ましい。

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

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成30年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に小城市国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、小城市国保は、計画素案について佐賀県国民健康保険課と意見交換を行い、県との連携に努める。

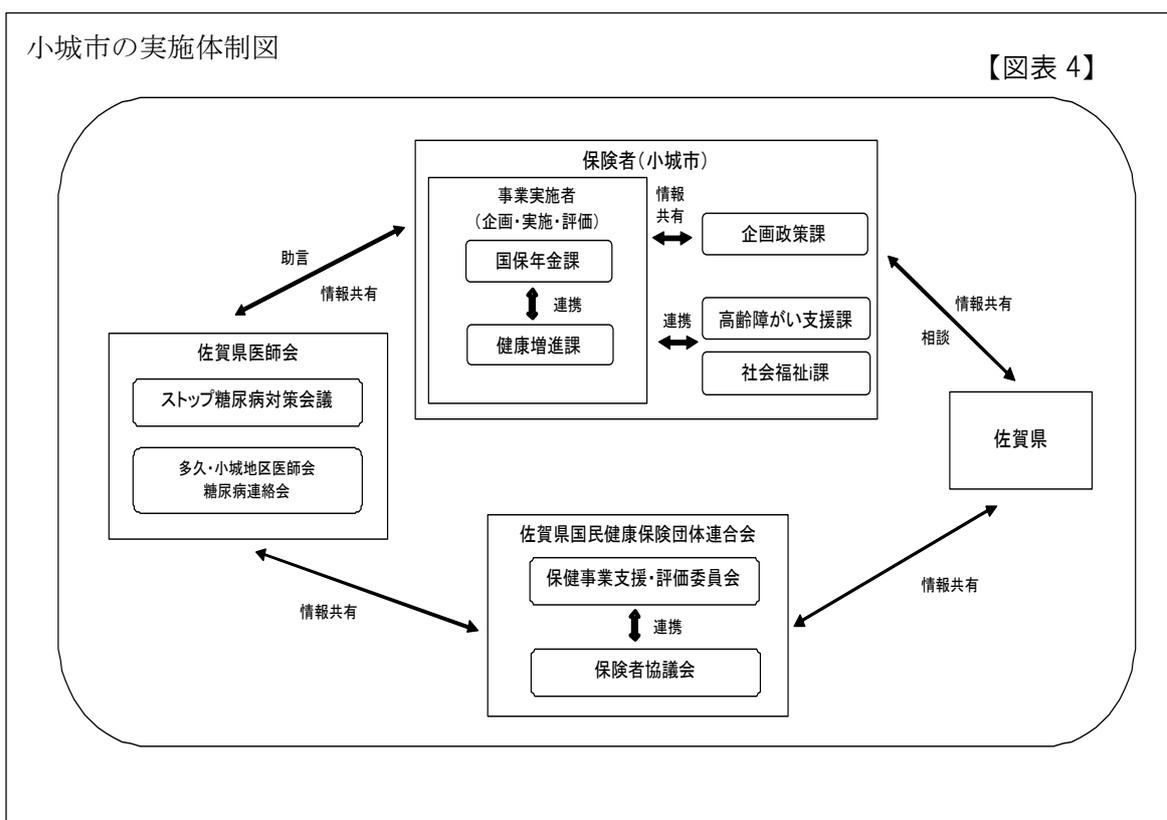
また、小城市国保と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、佐賀県が佐賀県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

### 3) 被保険者の役割

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



## 5. 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（目標達成のための刺激策）として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（平成 30 年度から本格実施）

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

【図表 5】

### 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		561			
総得点(体制構築加点含む)		251			
全国順位(1,741市町村中)		166			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診実施	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	20			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

#### 1) 第1期計画に係る評価

##### (1) 全体の経年変化

本市は、平成28年度人口45,518人、高齢化率26.5%、国保加入率20.3%、被保険者数9,262人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数6,955人）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に心臓病は減少し、脳疾患・糖尿病・腎不全による死亡割合は増加していた。

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号認定率は横ばい、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加を考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっているとも推測できる。しかし、特定健診受診率が低いため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

##### (2) 中長期目標の達成状況

##### ①介護給付費の状況（図表6）

小城市の介護給付費は、平成25年度と比較すると被保険者数、認定者数の増加に伴い、2億6,806万円の増加となっている。

一方、1件当たり給付費は減少しており、同規模平均と比較すると5,316円低い状況である。

【図表6】

年度	小城市				同規模平均		
	介護給付費(円)	1件当たり給付費(円)	居宅サービス(円)	施設サービス(円)	1件当たり給付費(円)	居宅サービス(円)	施設サービス(円)
H25年度	33億4,259万	67,032	45,244	283,921	67,562	41,726	283,881
H28年度	↑ 36億1,065万	↓ 61,392	42,835	279,200	66,708	41,740	278,164

## ②医療費の状況（図表 7）

小城市の総医療費は、被保険者数の減少に伴い 4,798 万円減少しており、伸び率は同規模が増加しているなか、小城市は 1.3%減少している。

一方、一人当たり医療費は増加しており、伸び率は 11.2%で同規模と比較しても 3%高い。

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
1総医療費 (円)	H25年度	36億1,813万	-	-	-	15億8,707万	-	-	-	20億3,105万	-	-	-
	H28年度	35億7,015万	△4,798万	△1.3	0.2	15億6,243万	△2,464万	△1.6	0.5	20億771万	△2,334万	△1.1	△0.02
2一人当たり 医療費(円)	H25年度	27,938	-	-	-	12,250	-	-	-	15,680	-	-	-
	H28年度	31,066	3,128	11.2	8.2	13,600	1,350	11.0	8.5	17,470	1,790	11.4	8.0

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

小城市は一人当たり医療費が同規模 258 市町中 55 位、県内 20 市町中 11 位と順位が上がり、県、国と比較しても高くなっている。各疾患が医療費に占める割合は、高額な医療費がかかる生活習慣病の重症化した疾患（中長期目標疾患）のうち、「脳梗塞・脳出血」の割合が伸びており、県、国と比較しても高くなっている。一方「腎不全」「狭心症・心筋梗塞」の割合は減少している。これらの疾患の原因となる基礎疾患（短期目標疾患）の中では、糖尿病の医療費の割合が 5.2%に増加し、高血圧、脂質異常症の割合は減少している。

【図表 8】

### データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

	総医療費 (円)	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(円)	新生物	精神 疾患	筋・骨 格疾患				
		金額 (円)	順位	腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異 常症								
														同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)
H25	小城市	36億1,813万	27,938	79位	12位	6.48%	0.23%	3.02%	1.64%	4.72%	5.43%	3.16%	8億9,289万	24.68%	10.73%	11.24%	9.69%
H28	小城市	35億7,015万	31,066	55位	11位	5.93%	0.17%	3.42%	1.13%	5.20%	4.24%	3.00%	8億2,419万	23.09%	11.78%	11.50%	8.49%
H28	佐賀県	746億1,405万	29,593	-	-	6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	164億8,214万	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%
	国	9兆6,879億6,826万	24,245	-	-	5.40%	0.55%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2,399億893万	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期目標疾患の中で医療費に占める割合が増加していた、脳血管疾患患者の割合は64歳以下、65歳以上共に増加している。人工透析では、全体の割合は変わらないが、65歳以上の割合が0.2%増加している。人工透析の患者のうち、脳血管疾患がある人が39.0%、虚血性心疾患がある人が46.3%と重症化疾患を併せ持つ割合が高くなっている。

基礎疾患（短期的な目標）としては、いずれの中長期的な目標疾患においても、糖尿病の割合の増加率が高い。特に人工透析では39.0%から56.1%と17.1%の増加となっており、65歳以上の割合は36.4%から66.7%と30.3%も増加している。

虚血性心疾患

【図表 9】

厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		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	
				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	10,845	460	4.2%	91	19.8%	12	2.6%	351	76.3%	185	40.2%	294	63.9%	
	64歳以下	7,314	121	1.7%	30	24.8%	9	7.4%	88	72.7%	44	36.4%	73	60.3%	
	65歳以上	3,531	339	9.6%	61	18.0%	3	0.9%	263	77.6%	141	41.6%	221	65.2%	
H28	全体	9,809	451	4.6%	107	23.7%	19	4.2%	366	81.2%	200	44.3%	305	67.6%	
	64歳以下	5,848	90	1.5%	20	22.2%	10	11.1%	73	81.1%	31	34.4%	60	66.7%	
	65歳以上	3,961	361	9.1%	87	24.1%	9	2.5%	293	81.2%	169	46.8%	245	67.9%	

脳血管疾患

厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		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	
				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	10,845	428	3.9%	91	21.3%	12	2.8%	324	75.7%	147	34.3%	257	60.0%	
	64歳以下	7,314	124	1.7%	30	24.2%	8	6.5%	89	71.8%	40	32.3%	78	62.9%	
	65歳以上	3,531	304	8.6%	61	20.1%	4	1.3%	235	77.3%	107	35.2%	179	58.9%	
H28	全体	9,809	479	4.9%	107	22.3%	16	3.3%	368	76.8%	185	38.6%	298	62.2%	
	64歳以下	5,848	119	2.0%	20	16.8%	9	7.6%	85	71.4%	39	32.8%	61	51.3%	
	65歳以上	3,961	360	9.1%	87	24.2%	7	1.9%	283	78.6%	146	40.6%	237	65.8%	

人工透析

厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		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	
				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	10,845	41	0.4%	12	29.3%	12	29.3%	34	82.9%	16	39.0%	14	34.1%	
	64歳以下	7,314	30	0.4%	8	26.7%	9	30.0%	23	76.7%	12	40.0%	11	36.7%	
	65歳以上	3,531	11	0.3%	4	36.4%	3	27.3%	11	100.0%	4	36.4%	3	27.3%	
H28	全体	9,809	41	0.4%	16	39.0%	19	46.3%	37	90.2%	23	56.1%	21	51.2%	
	64歳以下	5,848	23	0.4%	9	39.1%	10	43.5%	20	87.0%	11	47.8%	10	43.5%	
	65歳以上	3,961	18	0.5%	7	38.9%	9	50.0%	17	94.4%	12	66.7%	11	61.1%	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

脂質異常症の割合が3.2%の増加、次いで、高血圧2.4%、糖尿病2.2%の増加となっている。平成28年度の割合は高血圧22.2%、脂質異常症20.0%、糖尿病12.5%と糖尿病が一番低いが、人工透析になっている割合は1.9%と一番高い。高血圧患者は、虚血性心疾患16.8%、脳血管疾患16.9%と、この2疾患を併せもつ割合が一番高くなっている。

糖尿病

【図表10】

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		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	10,845	1,120	10.3%	85	7.6%	768	68.6%	702	62.7%	185	16.5%	147	13.1%	16	1.4%	73	6.5%	
	64歳以下	7,314	406	5.6%	38	9.4%	256	63.1%	242	59.6%	44	10.8%	40	9.9%	12	3.0%	28	6.9%	
	65歳以上	3,531	714	20.2%	47	6.6%	512	71.7%	460	64.4%	141	19.7%	107	15.0%	4	0.6%	45	6.3%	
H28	全体	9,809	1,228	12.5%	98	8.0%	844	68.7%	831	67.7%	200	16.3%	185	15.1%	23	1.9%	94	7.7%	
	64歳以下	5,848	351	6.0%	33	9.4%	221	63.0%	231	65.8%	31	8.8%	39	11.1%	11	3.1%	31	8.8%	
	65歳以上	3,961	877	22.1%	65	7.4%	623	71.0%	600	68.4%	169	19.3%	146	16.6%	12	1.4%	63	7.2%	

高血圧

厚生労働省 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	10,845	2,148	19.8%	768	35.8%	1,192	55.5%	351	16.3%	324	15.1%	34	1.6%	
	64歳以下	7,314	743	10.2%	256	34.5%	389	52.4%	88	11.8%	89	12.0%	23	3.1%	
	65歳以上	3,531	1,405	39.8%	512	36.4%	803	57.2%	263	18.7%	235	16.7%	11	0.8%	
H28	全体	9,809	2,175	22.2%	844	38.8%	1,285	59.1%	366	16.8%	368	16.9%	37	1.7%	
	64歳以下	5,848	601	10.3%	221	36.8%	334	55.6%	73	12.1%	85	14.1%	20	3.3%	
	65歳以上	3,961	1,574	39.7%	623	39.6%	951	60.4%	293	18.6%	283	18.0%	17	1.1%	

脂質異常症

厚生労働省 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	10,845	1,817	16.8%	702	38.6%	1,192	65.6%	294	16.2%	257	14.1%	14	0.8%	
	64歳以下	7,314	673	9.2%	242	36.0%	389	57.8%	73	10.8%	78	11.6%	11	1.6%	
	65歳以上	3,531	1,144	32.4%	460	40.2%	803	70.2%	221	19.3%	179	15.6%	3	0.3%	
H28	全体	9,809	1,958	20.0%	831	42.4%	1,285	65.6%	305	15.6%	298	15.2%	21	1.1%	
	64歳以下	5,848	568	9.7%	231	40.7%	334	58.8%	60	10.6%	61	10.7%	10	1.8%	
	65歳以上	3,961	1,390	35.1%	600	43.2%	951	68.4%	245	17.6%	237	17.1%	11	0.8%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診データのうち、男女ともに腹囲が基準値以上の割合が増加し、それに伴い HbA1c（血糖値）、血圧、クレアチニン（腎機能）の有所見者の割合も増加している。

メタボリックシンドローム該当者の割合は男女とも増加しており、特に男性では 25.9%で 4.4%の増加となっている。内訳では「血圧+脂質」が 11.2%で一番多く、次いで「3項目全て」が 7.5%となっている。

【図表 11】

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）

性別	年代	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
男性	合計	319	28.1	578	50.9	282	24.8	205	18.0	87	7.7	370	32.6	660	58.1	223	19.6	443	39.0	177	15.6	548	48.2	27	2.4
	40-64	142	30.5	230	49.4	136	29.2	117	25.1	36	7.7	131	28.1	233	50.0	101	21.7	142	30.5	91	19.5	233	50.0	5	1.1
	65-74	177	26.4	348	51.9	146	21.8	88	13.1	51	7.6	239	35.7	427	63.7	122	18.2	301	44.9	86	12.8	315	47.0	22	3.3
H28	合計	329	27.4	646	53.8	264	22.0	207	17.2	100	8.3	389	32.4	845	70.4	226	18.8	490	41.3	228	19.0	537	44.7	32	2.7
	40-64	125	32.3	217	56.1	101	26.1	95	24.5	35	9.0	101	26.1	254	65.6	81	20.9	131	33.9	89	23.0	195	50.4	5	1.3
	65-74	204	25.1	429	52.7	163	20.0	112	13.8	65	8.0	288	35.4	591	72.6	145	17.8	365	44.8	139	17.1	342	42.0	27	3.3

性別	年代	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
女性	合計	313	20.5	326	21.4	184	12.1	110	7.2	20	1.3	299	19.6	953	62.5	25	1.6	504	33.1	133	8.7	922	60.5	2	0.1
	40-64	118	19.0	106	17.1	77	12.4	58	9.4	7	1.1	103	16.6	344	55.4	6	1.0	144	23.2	63	10.1	389	62.6	0	0.0
	65-74	195	21.6	220	24.4	107	11.8	52	5.8	13	1.4	196	21.7	609	67.4	19	2.1	360	39.9	70	7.8	533	59.0	2	0.2
H28	合計	332	21.5	346	22.4	187	12.1	107	6.9	22	1.4	323	20.9	1190	77.1	26	1.7	524	34.0	144	9.3	815	52.8	3	0.2
	40-64	107	21.4	109	21.8	68	13.6	42	8.4	5	1.0	90	18.0	342	68.3	6	1.2	113	22.6	50	10.0	285	56.9	0	0.0
	65-74	225	21.6	237	22.7	119	11.4	65	6.2	17	1.6	233	22.4	848	81.4	20	1.9	411	39.4	94	9.0	530	50.9	3	0.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

性別	年代	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	1,136	33.7	99	8.7%	235	20.7%	19	1.7%	157	13.8%	59	5.2%	244	21.5%	50	4.4%	20	1.8%	110	9.7%
40-64	466		26.2	48	10.3%	91	19.6%	7	1.5%	46	9.9%	38	8.2%	91	19.5%	13	2.8%	13	2.8%	48	10.3%	17	3.6%
65-74	670		42.0	51	7.6%	144	21.5%	12	1.8%	111	16.6%	21	3.1%	153	22.8%	37	5.5%	7	1.0%	62	9.3%	47	7.0%
H28	合計	1,201	39.4	111	9.2%	224	18.7%	23	1.9%	145	12.1%	56	4.7%	311	25.9%	65	5.4%	21	1.7%	135	11.2%	90	7.5%
	40-64	387	28.4	46	11.9%	81	20.9%	8	2.1%	42	10.9%	31	8.0%	90	23.3%	14	3.6%	9	2.3%	44	11.4%	23	5.9%
	65-74	814	48.3	65	8.0%	143	17.6%	15	1.8%	103	12.7%	25	3.1%	221	27.1%	51	6.3%	12	1.5%	91	11.2%	67	8.2%

性別	年代	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
		女性	合計	1,524	41.9	56	3.7%	130	8.5%	11	0.7%	91	6.0%	28	1.8%	140	9.2%	26	1.7%	7	0.5%	76	5.0%
40-64	621		35.6	33	5.3%	46	7.4%	4	0.6%	32	5.2%	10	1.6%	27	4.3%	4	0.6%	2	0.3%	14	2.3%	7	1.1%
65-74	903		47.7	23	2.5%	84	9.3%	7	0.8%	59	6.5%	18	2.0%	113	12.5%	22	2.4%	5	0.6%	62	6.9%	24	2.7%
H28	合計	1,543	45.9	63	4.1%	128	8.3%	7	0.5%	83	5.4%	38	2.5%	155	10.0%	20	1.3%	13	0.8%	81	5.2%	41	2.6%
	40-64	501	36.3	30	6.0%	41	8.2%	3	0.6%	24	4.8%	14	2.8%	38	7.6%	6	1.2%	2	0.4%	23	4.6%	7	1.4%
	65-74	1,042	52.7	33	3.2%	87	8.3%	4	0.4%	59	5.7%	24	2.3%	117	11.2%	14	1.3%	11	1.1%	58	5.6%	34	3.3%

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は 4.9%上昇し 42.8%、特定保健指導は 18.5%上昇し 57.7%となっているが、国の目標値である 60%にはいずれも到達できていない。

また、健診結果で受診勧奨値となり医療機関受診が必要な人のうち、医療機関につながった受診率は 49.0%で同規模平均と比較すると低い状況である。

【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	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								小城市	同規模平均
H25年度	7,008	2,654	37.9	118位	329	129	39.2	48.6	50.8
H28年度	6,401	2,742	42.8	97位	326	188	57.7	49.0	51.2

### 2) 第 1 期に係る考察（表 1）

第 1 期の成果目標としていた中長期的な目標については、平成 25 年度と比較し平成 28 年度は、虚血性心疾患 5%減の 483 人の目標に対し 451 人、糖尿病性腎症横ばいの 150 人の目標に対し 94 人と減少し目標が達成できた。一方、脳血管疾患は 10%減の 454 人の目標に対し 479 人と、5%の減に留まり達成できなかった。

入院伸び率は、国並みの伸び率を目標としていたが、平成 28 年度は同規模市町の伸び率が 0.5%に対し、小城市は 1.6%減少し目標が達成できた。

また、短期的な目標については、平成 28 年度に目標を達成できた項目は、高血圧Ⅱ度以上、LDL コレステロール 180 以上、中性脂肪 300 以上、高尿酸 8.0 以上であった。目標が達成できなかった項目は、メタボリックシンドローム該当者、HbA1c6.5（治療中は 7.0 以上）以上、尿蛋白 2+以上、eGFR50 未満（70 歳以上は 40 未満）であった。

達成できなかった項目のうち、平成 25 年度実績と比較すると、メタボリックシンドローム該当者、HbA1c6.5%（治療中は 7.0%以上）以上、尿蛋白 2+以上、eGFR50 未満（70 歳以上は 40 未満）が増加している。特にメタボリックシンドローム該当者と高血糖の者の増加率が大きい。

メタボリックシンドロームから糖尿病、慢性腎臓病と重症化する恐れがあるため、肥満の改善、糖尿病の重症化予防対策が課題となる。課題解決のためには、医療機関受診が必要な者や、糖尿病治療中断者への働きかけや、医療機関と連携を図り、継続的な保健指導が必要と考える。

第 1 期計画の短期的な目標 ※特定健診結果から把握した重症化予防対象者の割合 (表1)

	高血圧 Ⅱ度以上	LDL 180以上	中性脂肪 300以上	メタボ 該当者	HbA1c6.5以上 (治療中は7.0以上)	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	尿蛋白 2+以上	高尿酸 8.0以上
平成25年度実績 (%)	5.9	4.3	2.4	14.3	5.5	2.4	1.3	3.1
平成29年度目標 (%)	4.9	3.8	2.0	13.9	5.1	1.9	1.1	2.8
平成28年度実績 (%)	4.5	3.8	2.0	16.6	6.5	2.6	1.4	2.5

## 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)

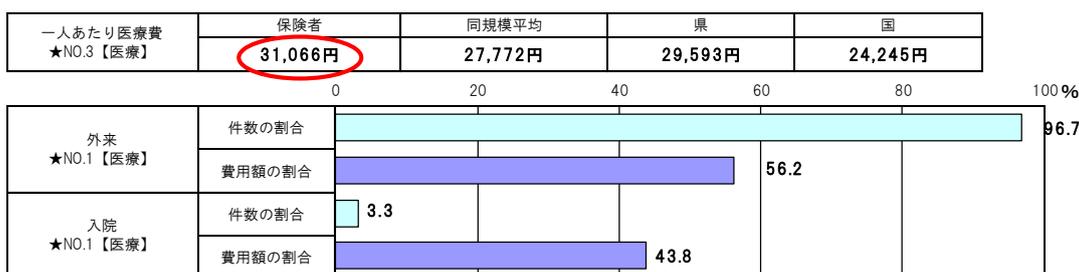
小城市の一人当たり医療費は 31,066 円で、県、同規模、国より高い状況にある。入院は件数が少なくても費用額が高くなるので、入院を減らすことが医療費削減につながる。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

#### (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

生活習慣病が重症化した脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析は、入院により高額な医療費がかかり、また長期化することで医療費の増大につながる。特に脳血管疾患は件数、費用額とも一番多い。基礎疾患では、高血圧、脂質異常症、糖尿病の順に多い。

#### 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	593件	58件 9.8%	16件 2.7%	--
		費用額	7億6864万円	7171万円 9.3%	2158万円 2.8%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	904件	132件 14.6%	83件 9.2%	--
		費用額	4億5304万円	8256万円 18.2%	3043万円 6.7%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	511件	164件 32.1%	225件 44.0%	255件 49.9%
		費用額	2億2588万円	6754万円 29.9%	9741万円 43.1%	1億0844万円 48.0%

厚労省様式	対象レセプト (H28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 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	4,059人	479人 11.8%	451人 11.1%	94人 2.3%	
		の基礎 な疾 患	高血圧	368人 76.8%	366人 81.2%	73人 77.7%
			糖尿病	185人 38.6%	200人 44.3%	94人 100.0%
			脂質異常症	298人 62.2%	305人 67.6%	65人 69.1%
		高血圧症	2,175人 53.6%	1,228人 30.3%	1,958人 48.2%	387人 9.5%
		糖尿病				
脂質異常症						

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが92.3%であった。

要介護の原因となった生活習慣病は、脳血管疾患が46.9%と最も多く、若い年代(2号被保険者40~64歳)で要介護となった原因疾患も脳血管疾患が53.1%と一番多い。

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

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【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	15,348人	4,617人	5,542人	10,159人			25,507人						
	認定者数	61人	237人	2,114人	2,351人			2,412人						
	認定率	0.40%	5.1%	38.1%	23.1%			9.5%						
	新規認定者数(*1)	17人	60人	300人	360人			377人						
介護度別人数	要支援1・2	19	31.1%	105	44.3%	689	32.6%	794	33.8%	813	33.7%			
	要介護1・2	21	34.4%	87	36.7%	763	36.1%	850	36.2%	871	36.1%			
	要介護3~5	21	34.4%	45	19.0%	662	31.3%	707	30.1%	728	30.2%			
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計									
	介護件数(全体)	61	237	2,114	2,351			2,412						
	再)国保・後期	32	179	2,054	2,233			2,265						
(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	17	53.1%	93	52.0%	952	46.3%	1,045	46.8%	1,062	46.9%	
		2	虚血性心疾患	8	25.0%	54	30.2%	800	38.9%	854	38.2%	862	38.1%	
	血管疾患	3	腎不全	4	12.5%	13	7.3%	200	9.7%	213	9.5%	217	9.6%	
		4	糖尿病合併症	2	6.3%	28	15.6%	120	5.8%	148	6.6%	150	6.6%	
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症			25	78.1%	158	88.3%	1,824	88.8%	1,982	88.8%	2,007	88.6%	
				26	81.3%	160	89.4%	1,905	92.7%	2,065	92.5%	2,091	92.3%	
	認知症			3	9.4%	38	21.2%	851	41.4%	889	39.8%	892	39.4%	
				23	71.9%	155	86.6%	1,909	92.9%	2,064	92.4%	2,087	92.1%	
	筋・骨格疾患				3	9.4%	38	21.2%	851	41.4%	889	39.8%	892	39.4%
	血管疾患合計				26	81.3%	160	89.4%	1,905	92.7%	2,065	92.5%	2,091	92.3%

\*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) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2000	4000	6000	8000	10000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	8481					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3937					

(4) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診結果で有所見者割合が全国、県よりも高い項目は、男性の腹囲 53.8%、空腹時血糖 32.4%、HbA1c70.4%、クレアチニン（腎機能）2.7%、女性の腹囲 22.4%、HbA1c77.1%であった。年代別に見ると、男性の腹囲以外は 65～74 歳の高齢者で有所見率が高い。

内臓脂肪の蓄積（腹囲）が原因で高血糖（空腹時血糖・HbA1c）や腎機能低下（クレアチニン）を引き起こしている可能性がある。また、メタボリックシンドロームの予備群は、男性 18.7%、女性 8.3%で全国、県よりいずれも高い。該当者は男性 25.9%、女性 10.0%で、女性は全国、県より高くなっている。男性が女性の約 2 倍多い。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7)

★NO.23 (概要)

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	人数
全国	306		502		282		205		86		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	7,290	29.7	12,460	50.7	6,294	25.6	4,816	19.6	2,016	8.2	8,174	33.2	16,759	68.2	4,858	19.8	10,321	42.0	4,405	17.9	11,243	45.7	480	2.0	
保険者	合計	329	27.4	644	53.8	264	22.0	207	17.2	100	8.3	38	32.4	84	70.4	226	18.8	496	41.3	228	19.0	537	44.7	32	2.7
	40-64	125	32.3	217	56.1	101	26.1	95	24.5	35	9.0	101	26.1	254	65.6	81	20.9	131	33.9	89	23.0	195	50.4	5	1.3
	65-74	204	25.1	429	52.7	163	20.0	112	13.8	65	8.0	288	35.4	591	72.6	145	17.8	365	44.8	139	17.1	342	42.0	27	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	人数
全国	206		17.3		162		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	6,647	21.5	6,381	20.7	4,257	13.8	2,680	8.7	534	1.7	6,561	21.2	22,789	73.8	737	2.4	11,017	35.7	3,251	10.5	17,585	56.9	81	0.3	
保険者	合計	332	21.5	344	22.4	187	12.1	107	6.9	22	1.4	323	20.9	1,190	77.1	26	1.7	524	34.0	144	9.3	815	52.8	3	0.2
	40-64	107	21.4	109	21.8	68	13.6	42	8.4	5	1.0	90	18.0	342	68.3	6	1.2	113	22.6	50	10.0	285	56.9	0	0.0
	65-74	225	21.6	237	22.7	119	11.4	65	6.2	17	1.6	233	22.4	848	81.4	20	1.9	411	39.4	94	9.0	530	50.9	3	0.3

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概要)

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	人数	割合
	全国		32.4%				17.1%								27.1%									
県						18.4%								25.3%										
保険者	合計	1,201	39.4	111	9.2	224	18.7%	23	1.9%	145	12.1%	56	4.7%	311	25.9%	65	5.4%	21	1.7%	135	11.2%	90	7.5%	
	40-64	387	28.4	46	11.9%	81	20.9%	8	2.1%	42	10.9%	31	8.0%	90	23.3%	14	3.6%	9	2.3%	44	11.4%	23	5.9%	
	65-74	814	48.3	65	8.0%	143	17.6%	15	1.8%	103	12.7%	25	3.1%	221	27.1%	51	6.3%	12	1.5%	91	11.2%	67	8.2%	

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	人数	割合
	全国		39.8%				5.8%								9.4%									
県						7.5%								9.9%										
保険者	合計	1,543	45.9	63	4.1%	128	8.3%	7	0.5%	83	5.4%	38	2.5%	155	10.0%	20	1.3%	13	0.8%	81	5.2%	41	2.7%	
	40-64	501	36.3	30	6.0%	41	8.2%	3	0.6%	24	4.8%	14	2.8%	38	7.6%	6	1.2%	2	0.4%	23	4.6%	7	1.4%	
	65-74	1,042	52.7	33	3.2%	87	8.3%	4	0.4%	59	5.7%	24	2.3%	117	11.2%	14	1.3%	11	1.1%	58	5.6%	34	3.3%	

## 2) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c は、治療中の人では 6.5~6.9% が一番多いが、治療中でも 7.0% 以上の者も多く、血糖コントロールの難しさが伺える。

HbA1c 値 7.0% 以上 (重症化のリスク高い) は新規受診者で多い状況にある。

血圧、LDL コレステロールは受診勧奨値以上で治療が必要でも、治療しない人が多い。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

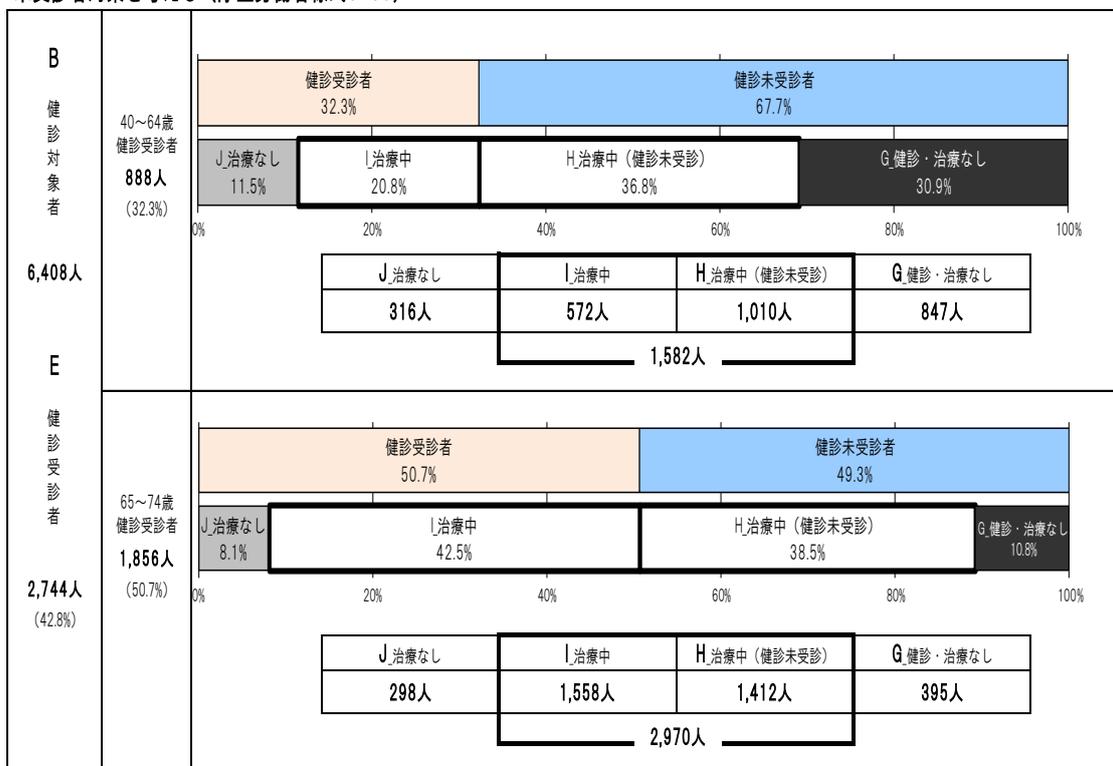


### 3) 未受診者の把握 (図表 19)

特定健診受診率は、40～64歳で32.3%、65～74歳で50.7%と若い世代で低くなっている。健診未受診者のうち、40～64歳では治療中の者が54.4%、65～74歳では治療中の者が78.1%おり、医療機関と連携し受診者数を増やすことが必要である。また、健診・治療なしの中には、自覚症状がないまま生活習慣病が進行し、重症化している者が含まれている可能性がある。

健診受診者は、未受診者より約3倍生活習慣病治療にかかる一人あたり医療費が低い。

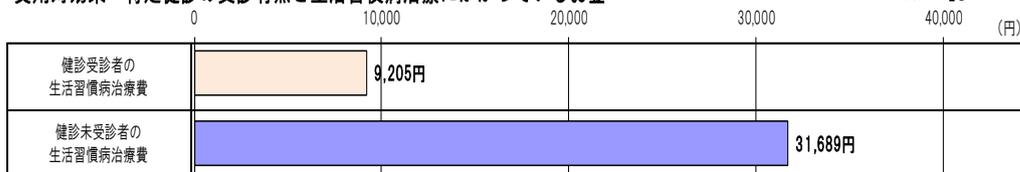
### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10) ★NO.26 (CSV) 【図表 19】



OG 健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは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

### 7 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

★NO.3.⑥



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

### 3. 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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。

2023年度には2018年度と比較して、3つの疾患の人数をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、3年後の2020年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、小城市の医療のかかり方は、医療にかかっている人も多いが、重症化して入院する人もいる実態もある。重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を2023年度に国並みとすることを目指す。

##### ②短期的な目標の設定

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

具体的には食事指導の方針として、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、食事療法と運動療法を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ている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（2018年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表 20】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率(%)	45	48	51	54	57	60
特定保健指導実施率(%)	60	62	64	66	68	70

### 3. 対象者の見込み

【図表 21】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数(人)	6,200	6,000	5,800	5,600	5,400	5,200
	受診者数(人)	2,790	2,880	2,958	3,024	3,078	3,120
特定保健指導	対象者数(人)	335	346	355	363	369	374
	実施者数(人)	201	215	227	240	251	262

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

集団健診については、市が特定健診実施機関に委託する。

個別健診については、県内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、県医師会と市町国保側のとりまとめ機関である佐賀市国保が集合契約を行う。

- 集団健診(小城市内4箇所の保健福祉センター、佐賀県健診・検査センター)
- 個別健診(県内委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、小城市のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.city.ogi.lg.jp/>

### (4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、65歳以上の心電図）を実施する。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に変えられる。（実施基準第1条4項）

### (5)実施時期

5月から翌年1月末まで実施する。

### (6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

### (7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、佐賀県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

### (8)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、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 22】

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
受診券発行 (予定7,100枚)		受診券 打出し	5月1日 (受診券発行日)	→								1月31日 (有効期限)		
受診勧奨計画	通知勧奨		受診券及び受診案内 通知送付						未受診者へ再勧奨 通知送付		未受診者へ 再々勧奨通知送 付（はがき）			
	訪問勧奨		地区担当による重症化予防台帳管理者への受診勧奨						前年度国保加入者で未受診者 への新規受診勧奨		医療機関受診者への 情報提供書勧奨			
	電話勧奨							前年度健診受診者で未受診者へ の継続受診勧奨						
	医療機関 へ協力依 頼		市内実施医療 機関訪問						市内実施医療 機関訪問				次年度の説明 会を実施	

## 5. 特定保健指導の実施

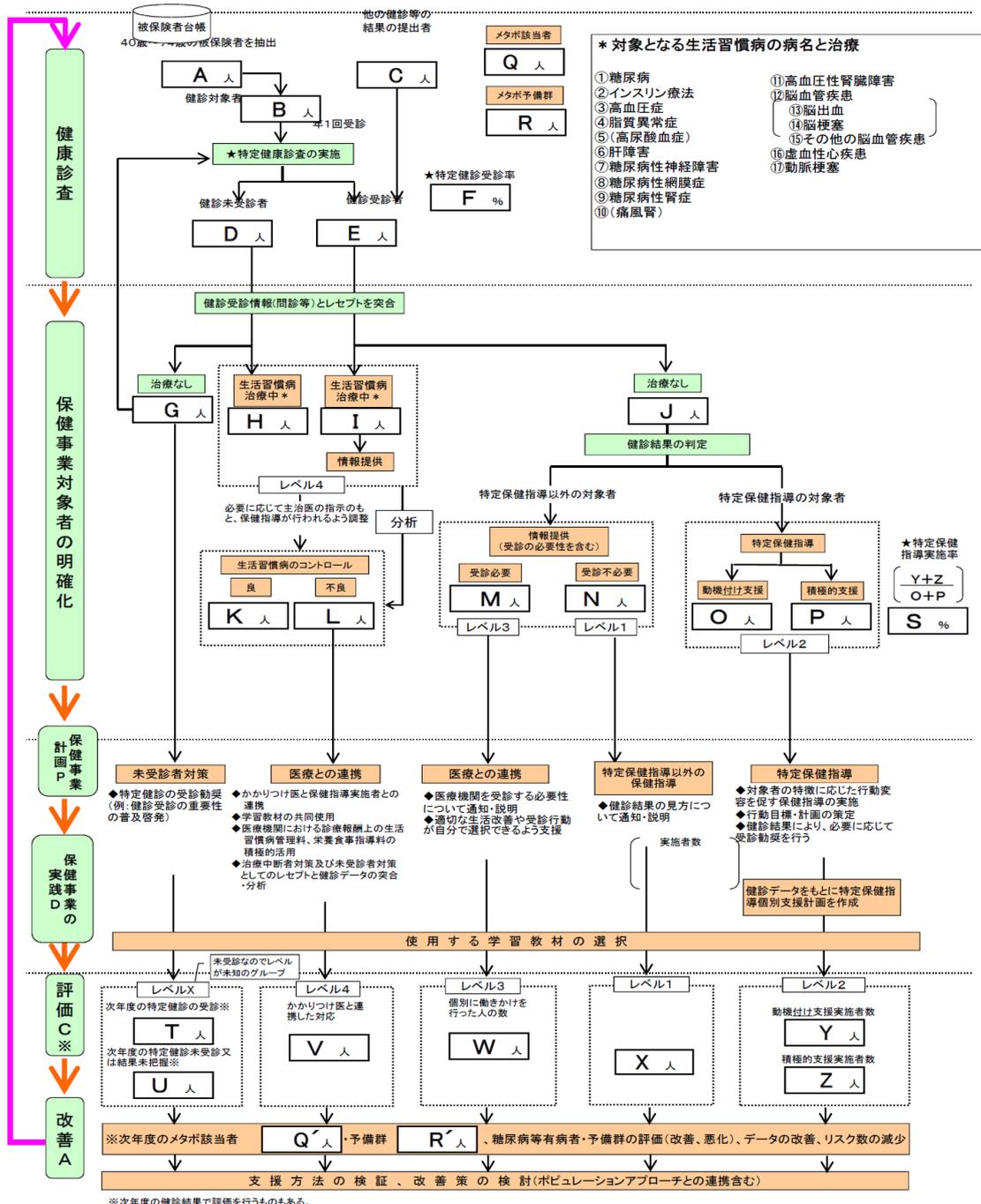
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

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

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

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 24】

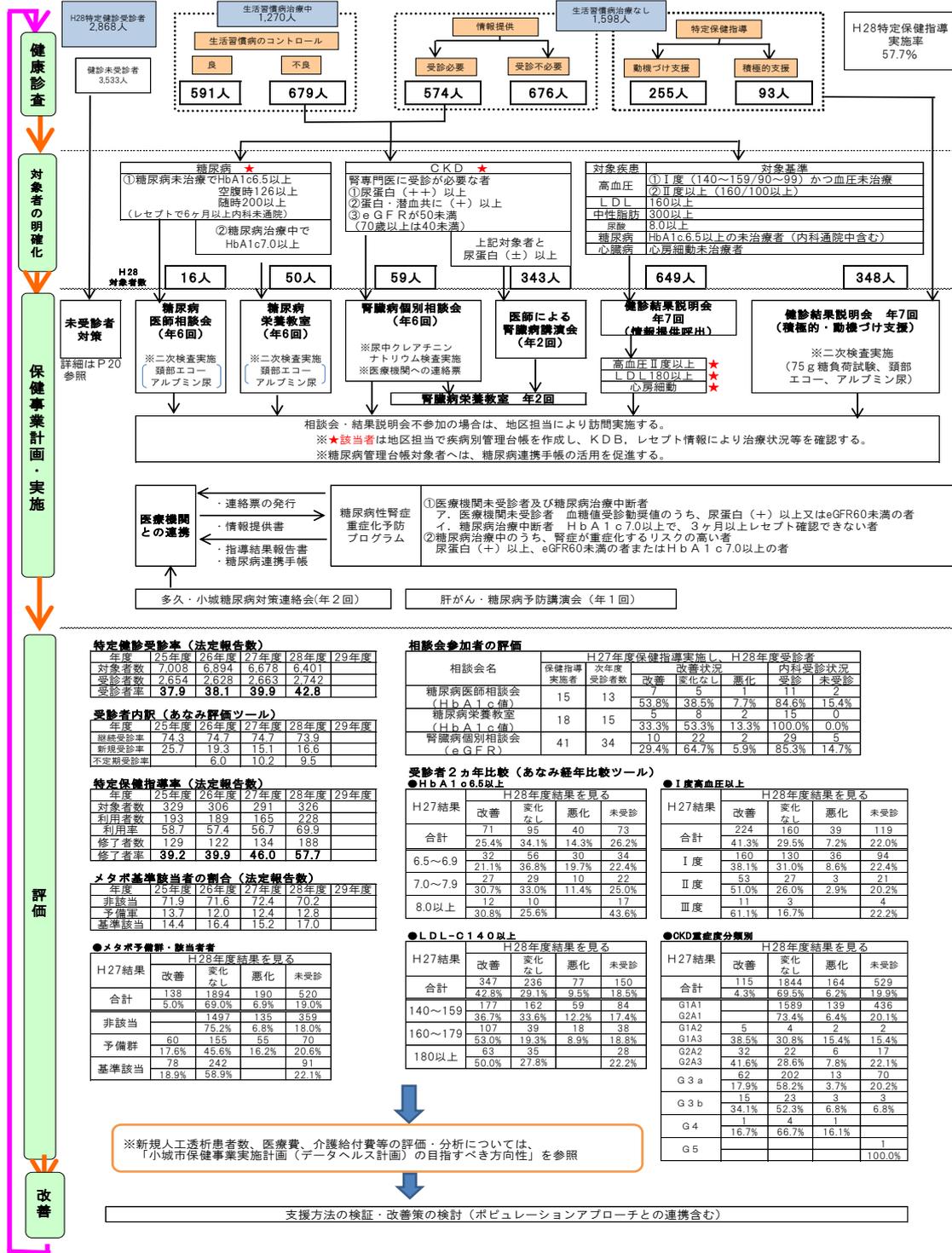
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率 2023年度
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	374人 (12.0)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	624人 (20.0)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,080人 ※受診率目標達成までにあと972人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	736人 (23.6)	
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のレセプトと健診データの突合・分析	1,385人 (44.4)	

### (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 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導スケジュール(平成29年度)



## 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および小城市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理について

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

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、小城市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

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・虚血性心疾患・脳血管疾患の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市民へ周知する。

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)及び佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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 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 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 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佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ作成した、小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムで抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者(過去の健診で糖尿病域で腎機能低下者)
- ② 医療機関受診中断者  
(健診でHbA1c7.0%以上の者のうち、3か月以上受診を中断している者または、かかりつけ医からの情報提供により中断している者)
- ③ 糖尿病治療中者
  - ア. 腎機能低下者
  - イ. HbA1c7.0%以上のコントロール不良者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

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

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	
尿アルブミン定量		正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比(mg/gCr) (尿蛋白/Cr比)(g/gCr)		30未満	30～299	300以上 (0.50以上)	
		尿蛋白定性検査			
		(-)	(±)	(+)以上	
GFR 区分	未実施	第1期 (腎症前 期)	第2期 (早期 腎症期)	第3期 (顕性 腎症期)	
	G1				≥90
	G2				60～89
	G3a				45～59
	G3b				30～44
	G4	15～29	第4期 (腎不全期)		
G5	>15	第5期(透析療法期)			
透析療法中		第5期(透析療法期)			

【参照】糖尿病治療ガイド2016-2017

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。小城市においては特定健診にて、尿蛋白(定性)検査と腎機能(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。糖尿病治療ガイド2016-2017では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を定め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。保健指導による効果の出やすい病期第2期での保健指導と第3期の医療機関未受診者への受診勧奨を優先して実施する。(参考資料2)

## ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

小城市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 106 人(26.5%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 847 人中のうち、特定健診受診者が 294 人(34.7%・G)であったが、4 人(1.4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 553 人(65.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 95 人中治療中断は 0 人であった。また、86 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

## ③ 介入方法と優先順位

図表 28 より小城市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治療者(F)・・・106 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・4 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### 優先順位2

#### 【保健指導】

・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・284 人

・介入方法として戸別訪問、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】

・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・86 人

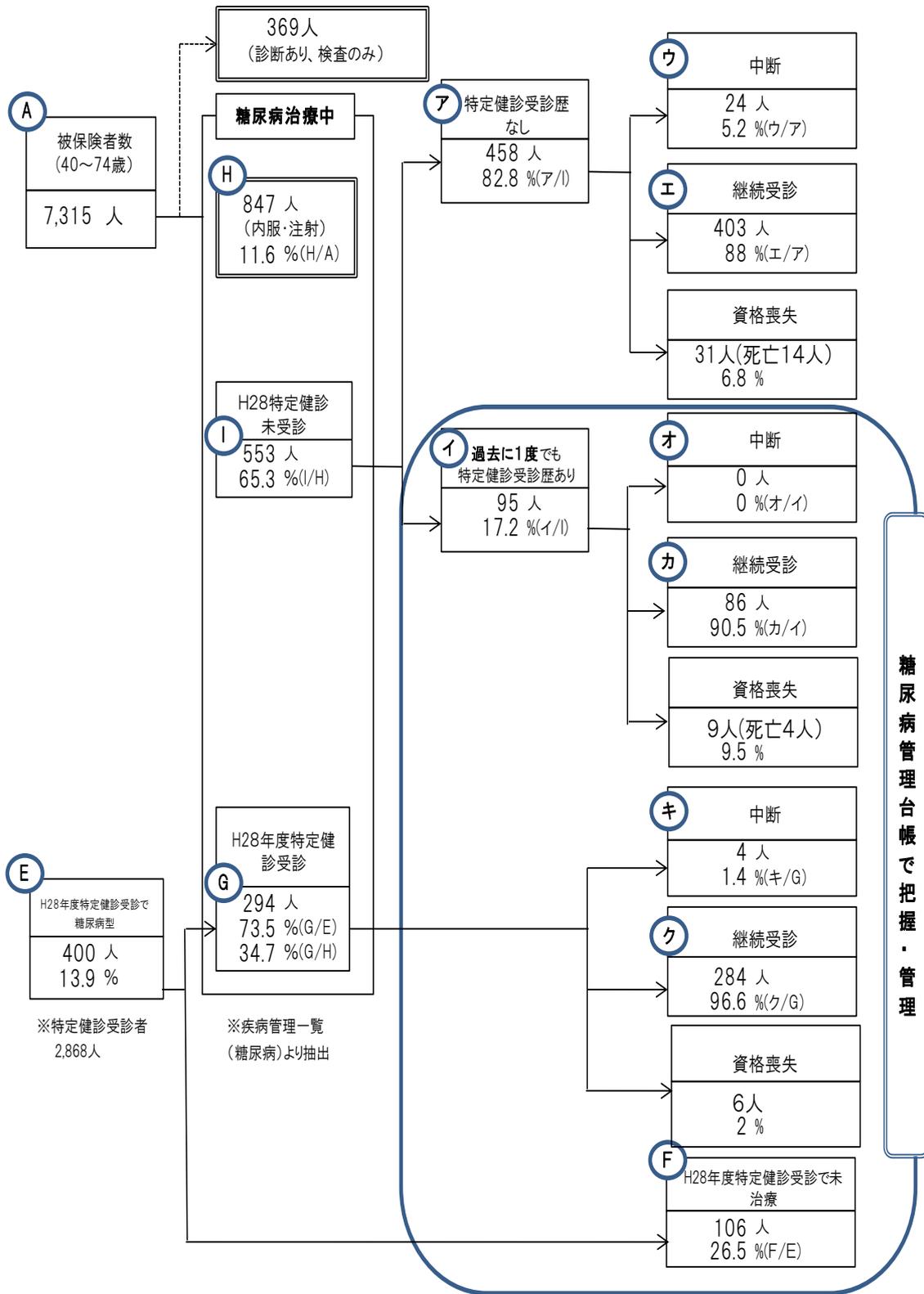
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は6か月以上レセプトがない者

【図表 28】



### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

#### 【糖尿病台帳作成手順】

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

\*HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

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

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

5. 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……37 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……207 人

## 4) 保健指導の実施

### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。小城市においては、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(慢性腎臓病)診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。

【図表 29】

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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">経年表</div> <span style="font-size: 2em;">→</span> </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><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>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"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>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～</li> </ul> </li> <li>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)</li> </ol>
<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-top: 10px;"> <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 } 6.0%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"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は ←</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<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・腎機能を評価</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-top: 10px;"> <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><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもとも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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チェアグリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (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期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、HbA1c6.5%以上の者のうち尿蛋白定性(-)、(±)の者へは尿中アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。また、メタボリックシンドローム該当者・予備群である特定保健指導対象者のうち、HbA1c5.6~6.4%の境界域の者等に糖負荷試験を実施し、生活習慣改善の動機づけを行うことで重症化を防ぐ。

## 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

治療中の場合は佐賀県糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては小城市糖尿病性腎症重症化プログラムに準じていく。

## 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いく。

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

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 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 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

ウ. 医療機関との連携による改善率

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定、対象者(概数)の抽出

6 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6)

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料7)

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。小城市において健診受診者2,996人のうち心電図検査実施者(65歳以上及び詳細検査)は1,375人(45.9%)であり、そのうちST所見があったのは73人(5.3%)であった(図表30)。ST所見あり73人中のうち2人は要精査であり、その後の受診状況を見ると2人とも医療機関を受診していた(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの71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。

小城市は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査を65歳以上に追加し実施する。

心電図検査結果

【図表 30】

	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	2,996	100	1,374	45.9	73	5.3	391	28.4	910	66.2

※年度末 75 歳含む

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関 受診あり(c)		受診なし (d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
73	100	2	2.7	2	100	0	0

②心電図以外からの把握

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

【図表 32】

平成28年度実施			受診者数 (人)	①心電図検査実施者数(人)			実施なし (人)
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			2,996	73	391	910	1,622
				2.4%	13.1%	30.4%	54.1%
メタボ該当者			506	18	79	145	264
			16.9%	3.6%	15.6%	28.7%	52.2%
メタボ予備群者			386	13	63	107	203
			12.9%	3.4%	16.3%	27.7%	52.6%
メタボなし			2,104	42	249	658	1,155
			70.2%	2.0%	11.8%	31.3%	54.9%
LDL-C高 値者	140-159		345	10	35	110	190
			16.4%	2.9%	10.1%	31.9%	55.1%
	160-179		142	3	22	49	68
			6.7%	2.1%	15.5%	34.5%	47.9%
	180-		89	3	8	26	52
			4.2%	3.4%	9.0%	29.2%	58.4%

【参考】

CKD	G3aA1～	429	21	84	160	164
		14.3%	4.9%	19.6%	37.3%	38.2%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 15 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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

#### (2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。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。また、心血管イベントの予測能が優れたものとして尿中アルブミンがあげられる」とのことから、メタボリックシンドロームの該当者・予備群である特定保健指導対象者で糖尿病境界域等の者に頸動脈エコー、糖尿病域の者に尿中アルブミンを実施していく。

### (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ーチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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、介入方法、実施方法の決定、対象者(概数)の抽出  
6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

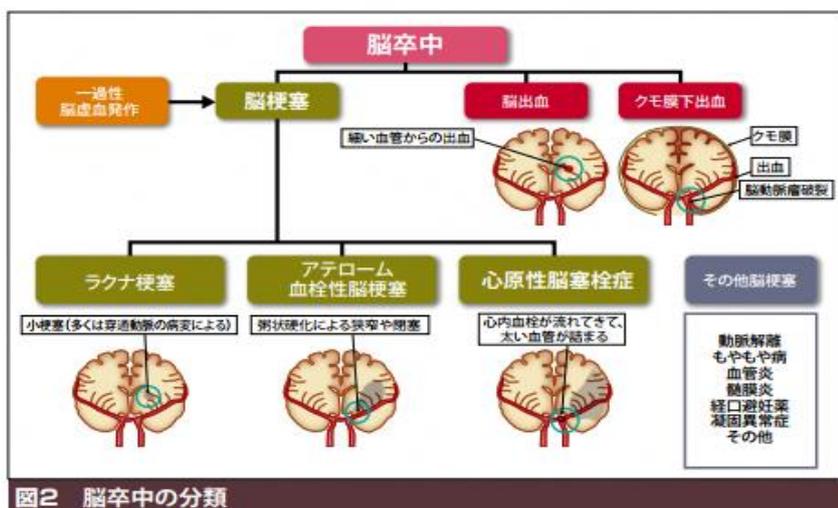
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○		○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○						
	心原性脳梗塞	●				●	○		○						
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常症 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL-C (180mg/dl以上)		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 2,868人		128人	4.5%	187人	6.5%	108人	3.8%			475人	16.6%	41人	1.4%	73人	2.5%
治療なし		87人	4.3%	97人	3.8%	101人	4.6%			96人	6.0%	10人	0.6%	14人	0.9%
治療あり		41人	4.7%	90人	31.9%	7人	1.1%			379人	29.8%	31人	2.4%	59人	4.8%
臓器障害あり		7人	8.0%	7人	7.2%	2人	2.0%			6人	6.3%	10人	100%	14人	100%
CKD(専門医対象)		5人		5人		2人				2人		10人		14人	
臓 器 障 害 あ り の う ち	尿蛋白(2+)以上	3人		4人		0				1人		10人		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		1人		1人				0		0		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		0		1人				1人		0		14人	
	心電図所見あり	2人		2人		0				4人		0		0	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が128人(4.5%)であり、そのうち87人(4.3%)は未治療者であった。また未治療者のうち7人(8.0%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も41人(4.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### (2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

## 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

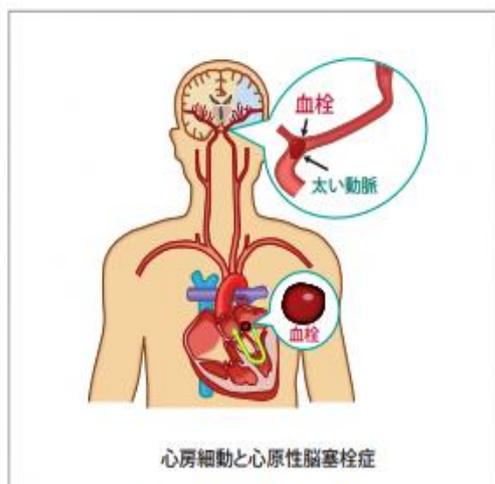
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

		血圧分類						低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		至適 血圧 ~119 /~79	正常 血圧 120~129 /80~84	正常高値 血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上				
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,003	818 40.8%	545 27.2%	297 14.8%	256 12.8%	78 3.9%	9 0.4%	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療 13 0.6%	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療 133 6.6%	ただちに 降圧薬治療 197 9.8%	
	リスク第1層	218 10.9%	129 15.8%	54 9.9%	21 7.1%	13 5.1%	1 1.3%	0 0.0%	13 100%	1 0.8%	0 0.0%
	リスク第2層	1,101 55.0%	475 58.1%	294 53.9%	156 52.5%	132 51.6%	42 53.8%	2 22.2%	--	132 99.2%	44 22.3%
	リスク第3層	684 34.1%	214 26.2%	197 36.1%	120 40.4%	111 43.4%	35 44.9%	7 77.8%	--	--	153 77.7%
再 掲 重 複 あ り	糖尿病	206 30.1%	61 28.5%	70 35.5%	35 29.2%	29 26.1%	8 22.9%	3 42.9%			
	慢性腎臓病 (CKD)	273 39.9%	96 44.9%	78 39.6%	40 33.3%	40 36.0%	17 48.6%	2 28.6%			
	3個以上の危険因子	353 51.6%	95 44.4%	95 48.2%	66 55.0%	72 64.9%	20 57.1%	5 71.4%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

### (3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

【図表 38】

### 特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	630	745	10	1.6	3	0.4	-	-
40歳代	3	0	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	5	0	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	326	410	2	0.6	0	0	1.9	0.4
70~74歳	296	335	8	2.7	3	0.9	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

### 心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
13	100	2	15.4	11	84.6

心電図検査において 13 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。日本循環器学会疫学調査と比較すると低い状況である。

また 13 人のうち 11 人は既に治療が開始されていたが、2 人は特定健診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

## 3) 保健指導の実施

### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

## (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。「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。また、心血管イベントの予測能が優れたものとして尿中アルブミンがあげられる」とのことからメタボリックシンドロームの該当者・予備群である特定保健指導対象者で糖尿病境界域等の者に頸動脈エコー、糖尿病域の者に尿中アルブミンを実施していく。

## (3) 対象者の管理

### ① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

### ② 心房細動の管理台帳

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

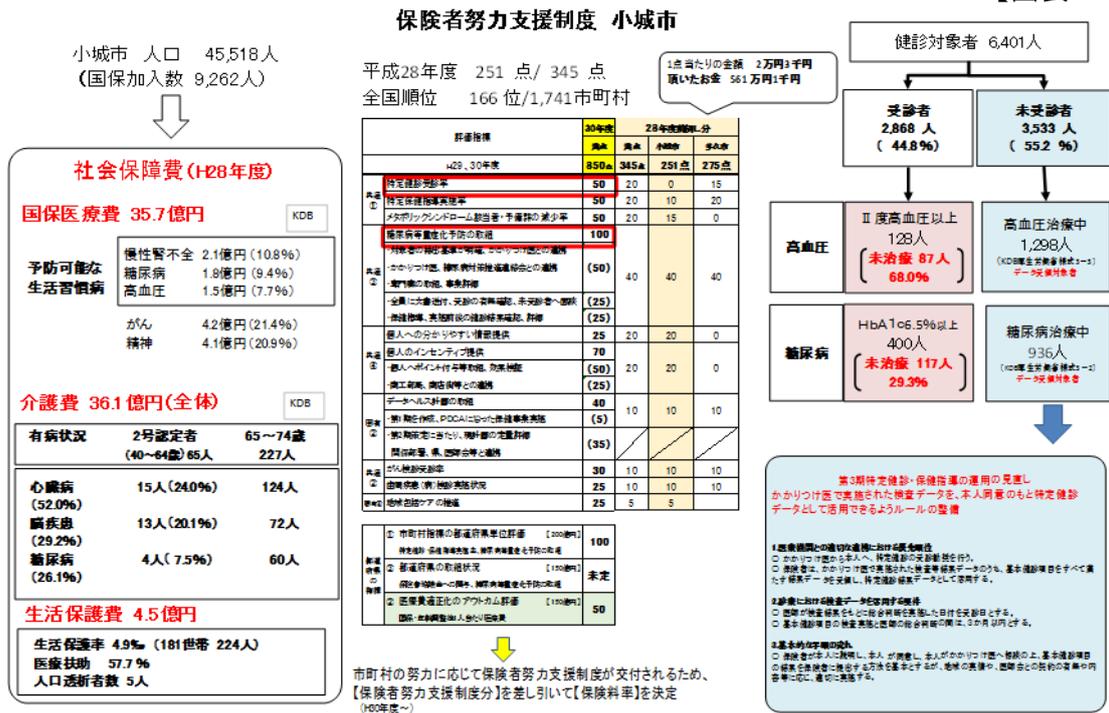
4 月 対象者の選定基準、介入方法、実施方法の決定、対象者(概数)の抽出

6 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

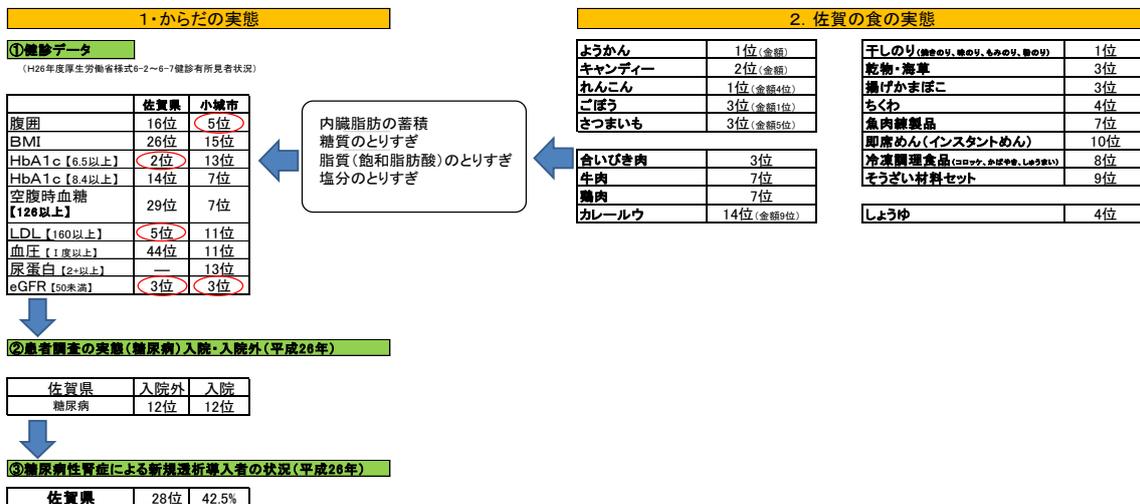
ポピュレーションアプローチ（市民全体への対策）として、健康マイレージの普及啓発を行い、市民の健康づくりの気運を高める。また、地区に出向いての健康講話などを通して、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。（図表 40・41）

【図表 40】



佐賀県の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表 41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040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うち脳血管疾患、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、市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。

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

【図表 42】

### 65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
小城市	人	10,325	11,683	12,443	12,913	13,004	12,893	12,765
	%	22.2	25.5	28.8	30.5	31.3	31.6	31.9

※小城市総合戦略人口データより

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市民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020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2023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)	・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）システムで、受診率・受療率、医療の動向等を国・県・同規模市平均と比較して毎年評価する。

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、毎年取りまとめ、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得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、ホームページや市報を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小城市の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 高血圧管理台帳

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

参考資料 13 法定計画等の位置付け（図表 1 拡大版）

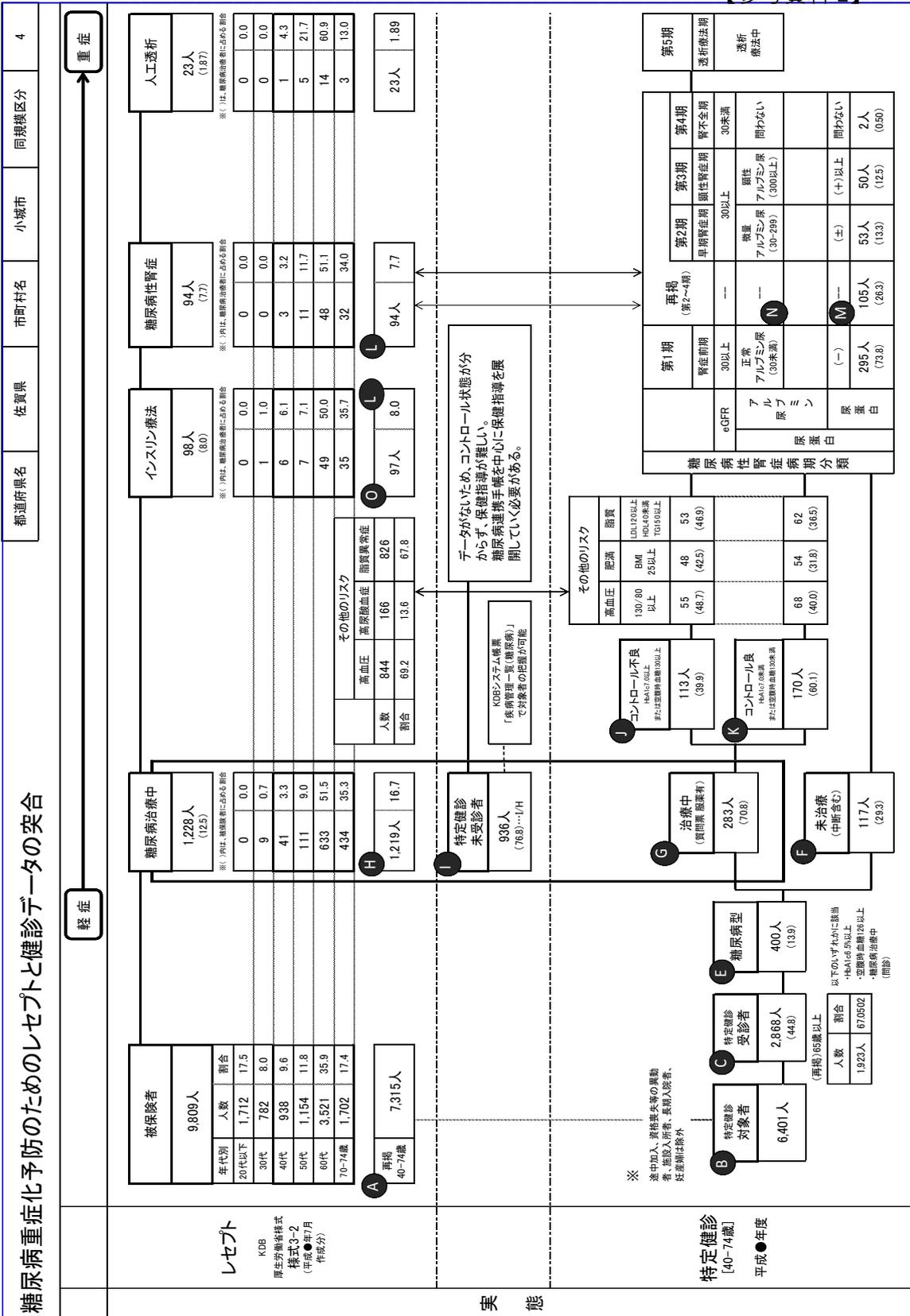
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小都市の位置

【参考資料1】

項目		H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
		小都市		小都市		同規模平均		県			国			
		実数(人)	割合%	実数(人)	割合%	実数(人)	割合%	実数(人)	割合%		実数(人)	割合%		
1	① 人口構成	総人口(人)		45,010		45,010		9,030,767		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
		65歳以上(高齢化率)	10,159	22.6	10,159	22.6	2,626,654	29.1	207,778	24.7	29,020,766		23.2	
		75歳以上	5,542	12.3	5,542	12.3			112,903	13.4	13,989,864		11.2	
		65~74歳	4,617	10.3	4,617	10.3			94,875	11.3	15,030,902		12.0	
		40~64歳	15,348	34.1	15,348	34.1			283,027	33.6	42,411,922		34.0	
	39歳以下	19,503	43.3	19,503	43.3			351,603	41.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	9.5		9.5		11.4		9.5		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		第2次産業	23.5		23.5		27.5		24.2		25.2			
		第3次産業	67.0		67.0		61.1		66.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性(歳)	79.3		79.3		79.2		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性(歳)		87.1		87.1		86.4		86.6		86.4				
④ 健康寿命	男性(歳)	65.4		65.4		65.1		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性(歳)	67.1		67.0		66.8		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	99.6		101.7		104.8		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			93.8		96.6		101.5		97.0		100			
		死因	がん	139	47.1	154	51.3	32,164	46.4	2,798	51.0	367,905		49.6
			心臓病	96	32.5	76	25.3	19,517	28.2	1,387	25.3	196,768		26.5
			脳疾患	39	13.2	47	15.7	11,781	17.0	880	16.0	114,122		15.4
			糖尿病	3	1.0	6	2.0	1,340	1.9	105	1.9	13,658		1.8
			腎不全	10	3.4	11	3.7	2,559	3.7	174	3.2	24,763		3.3
	自殺		8	2.7	6	2.0	1,902	2.7	141	2.6	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	62		—		—		—		—		厚労省HP 人口動態調査	
		男性	41		17.1		—		—		—			
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	2,137	21.1	2,312	23.1	539,696	20.5	45,242	21.7	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	36	0.3	39	0.3	8,952	0.3	795	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	68	0.4	65	0.4	11,164	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	399	18.5	512	20.4	125,636	22.3	10,148	21.7	1,350,152	22.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	1,223	55.4	1,433	58.6	306,174	54.6	27,849	59.7	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	641	28.6	785	32.4	159,862	28.4	14,344	30.6	1,741,866	28.4		
		心臓病	1,460	66.5	1,666	68.5	349,548	62.5	31,911	68.5	3,529,682	58.0		
		脳疾患	700	32.3	747	31.2	154,945	27.9	14,853	32.0	1,538,683	25.5		
		がん	250	11.3	317	12.9	58,440	10.3	5,946	12.6	631,950	10.3		
		筋・骨格	1,349	60.6	1,550	63.8	303,462	54.1	28,340	60.6	3,067,196	50.3		
精神	934	42.4	1,092	44.8	213,558	37.8	20,766	44.3	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	67,032		61,871		66,717		65,198		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス	45,244		43,004		41,744		46,314		39,662				
	施設サービス	283,921		279,836		278,164		282,952		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	8,877	8,481	8,281	8,101	7,980	認定なし	3,971	3,937	4,037	4,033	3,816	
4	① 国保の状況	被保険者数	10,664		9,373		2,264,375		205,165		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳	3,647	34.2	3,894	41.5			80,173	39.1	12,461,613	38.2		
		40~64歳	3,976	37.3	3,107	33.1			69,731	34.0	10,946,712	33.6		
		39歳以下	3,041	28.5	2,372	25.3			55,261	26.9	9,179,541	28.2		
	加入率	23.7		20.8		25.1		24.4		26.9				
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	3	0.3	3	0.3	833	0.4	108	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	33	3.1	33	3.5	6,529	2.9	684	3.3	96,727	3.0		
		病床数	387	36.3	387	41.3	135,296	59.7	15,108	73.6	1,524,378	46.8		
		医師数	66	6.2	76	8.1	16,982	7.5	2,319	11.3	299,792	9.2		
		外来患者数	721.5		775.1		698.5		736.4		668.1			
入院患者数	25.4		26.2		23.6		26.3		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費(円)	27,938	県内12位 同規模79位	31,066	県内11位 同規模55位	27,772	29,593	24,245			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	受診率	746.85		801.31		722.103		762.714		686.286				
	外来費用の割合(%)	56.1		56.2		56.9		55.6		60.1				
	入院費用の割合(%)	43.9		43.8		43.1		44.4		39.9				
	1件あたり在院日数	17.3日		17.3日		17.0日		18.0日		15.6日				
	新生物(%)	19.0		21.4		23.9		21.4		25.6				
	慢性腎不全(透析あり)(%)	11.5		10.8		9.1		11.0		9.7				
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源獲得病名(調剤含む)	糖尿病(%)	8.4		9.4		9.9		8.4		9.7		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
	高血圧症(%)	9.6		7.7		8.9		7.8		8.6				
	精神(%)	19.9		20.9		19.6		23.2		16.9				
	筋・骨疾患(%)	17.1		15.4		15.2		15.7		15.2				

4	⑤	費用額(円) (1件あたり)	入院	糖尿病	557,078	7位	(16)	534,225	12位	(15)											KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	529,902	15位	(16)	559,389	9位	(18)															
				脂質異常症	493,158	8位	(18)	469,727	16位	(18)															
				脳血管疾患	593,975	8位	(20)	652,599	4位	(21)															
				心疾患	558,192	11位	(16)	523,907	15位	(17)															
				腎不全	604,538	17位	(13)	627,386	14位	(15)															
				精神	444,741	7位	(25)	448,384	12位	(25)															
				悪性新生物	604,316	14位	(15)	630,249	10位	(15)															
				外来	糖尿病	34,203	12位		34,986	12位															
					高血圧	31,685	6位		30,727	9位															
					脂質異常症	27,935	5位		28,038	4位															
					脳血管疾患	38,643	9位		36,511	12位															
					心疾患	40,543	15位		42,557	11位															
					腎不全	201,119	11位		196,540	13位															
精神	31,120	15位			30,372	16位																			
悪性新生物	49,014	7位			50,096	11位																			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,821			3,632			2,895		3,158		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	11,001			12,502			12,883		13,153		12,339											
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,868			9,205			7,709		8,148		6,742											
			健診未受診者	28,409			31,689			34,303		33,935		35,459											
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	1,401	52.7	1,438	52.4	359,875	55.6	29,505	53.2	4,427,360	56.1							KDB_NO.1 地域全体像の把握						
		医療機関受診率	1,293	48.6	1,344	49.0	331,214	51.2	27,181	49.0	4,069,618	51.5													
		医療機関非受診率	108	4.1	94	4.0	28,661	4.4	2,324	4.2	357,742	4.5													
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数23	健診受診者	2,660			2,744		647,170		55,471		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	38.0	県内14位 同規模118位	42.8	県内12位 同規模97位	39.8	40.6	全国16位	36.4													
				特定保健指導終了者(実施率)	134	40.7	186	55.5	29,629	38.1	3,436	52.3	198,683	21.1											
				非肥満高血糖	195	7.3	242	8.8	68,180	10.5	4,488	8.1	737,886	9.3											
				メタボ	該当者	384	14.4	466	17.0	115,126	17.8	9,280	16.7	1,365,855	17.3										
					男性	244	21.5	311	25.9	78,359	27.4	6,218	25.3	940,335	27.5										
					女性	140	9.2	155	10.0	36,767	10.2	3,062	9.9	425,520	9.5										
					予備群	365	13.7	352	12.8	69,101	10.7	6,844	12.3	847,733	10.7										
				⑤	メタボ	男性	235	20.7	224	18.7	47,257	16.5	4,523	18.4	588,308	17.2									
						女性	130	8.5	128	8.3	21,844	6.0	2,321	7.5	259,425	5.8									
				⑥	県内順位 順位総数23	メタボ該当・予 備群レベ ル	腹囲	総数	904	34.0	992	36.2	205,718	31.8	18,841	34.0	2,490,581	31.5							
								男性	578	50.9	646	53.8	139,882	48.9	12,460	50.7	1,714,251	50.2							
							女性	326	21.4	346	22.4	65,836	18.2	6,381	20.7	776,330	17.3								
							BMI	総数	78	2.9	72	2.6	33,976	5.2	2,217	4.0	372,685	4.7							
								男性	11	1.0	9	0.7	5,403	1.9	355	1.4	59,615	1.7							
							女性	67	4.4	63	4.1	28,573	7.9	1,862	6.0	313,070	7.0								
							血糖のみ	30	1.1	30	1.1	4,666	0.7	589	1.1	52,296	0.7								
							血圧のみ	248	9.3	228	8.3	48,120	7.4	4,444	8.0	587,214	7.4								
							脂質のみ	87	3.3	94	3.4	16,315	2.5	1,811	3.3	208,214	2.6								
血糖・血圧	76	2.9	85				3.1	19,030	2.9	1,587	2.9	212,002	2.7												
血糖・脂質	27	1.0	34	1.2	6,579	1.0	668	1.2	75,032	0.9															
血圧・脂質	186	7.0	216	7.9	53,745	8.3	4,414	8.0	663,512	8.4															
血糖・血圧・脂質	95	3.6	131	4.8	35,772	5.5	2,611	4.7	415,310	5.3															
6	①	生活習慣の 状況	KDB_NO.1 地域全体像の把握	服薬	809	30.4	831	30.3	229,611	35.5	18,238	32.9	2,650,283	33.6											
				既往歴	206	7.7	273	9.9	53,445	8.3	4,910	8.9	589,711	7.5											
				喫煙	501	18.8	629	22.9	154,568	23.9	12,593	22.7	1,861,221	23.6											
				週3回以上朝食を抜く	38	8.1	37	6.1	20,399	3.3	627	1.6	246,252	3.3											
				週3回以上食後間食	52	10.9	47	7.7	35,833	5.8	862	2.2	417,378	5.5											
				週3回以上就寝前夕食	2	0.5	7	1.2	3,288	0.5	305	0.8	39,184	0.5											
				食べる速度が遅い	394	48.6	400	43.1	56,999	9.2	3,369	8.4	761,573	10.2											
				20歳時体重から10kg以上増加	359	13.5	394	14.4	87,621	13.5	7,948	14.3	1,122,649	14.2											
				1回30分以上運動習慣なし	862	32.6	859	32.3	176,120	31.1	17,904	33.2	2,192,264	32.1											
				1日1時間以上運動なし	1,591	60.0	1,590	59.8	355,238	62.0	34,141	63.3	4,026,105	58.8											
				睡眠不足	891	33.7	865	32.6	258,590	45.1	25,251	49.1	3,209,187	47.0											
				毎日飲酒	1,552	58.8	1,501	56.7	311,531	55.0	33,229	61.6	3,387,102	50.3											
				時々飲酒	435	16.4	464	17.4	107,465	18.9	10,018	18.6	1,321,337	19.5											
				④	一日 飲酒 量	1合未満	777	29.3	743	27.9	151,438	26.6	15,290	28.3	1,755,597	26.0									
						1~2合	1,664	62.8	1,697	63.7	366,531	64.5	34,034	63.0	4,425,971	65.6									
						2~3合	207	7.8	223	8.4	50,498	8.9	4,684	8.7	567,502	8.4									
						3合以上	265	10.0	280	10.5	82,506	14.5	6,220	11.5	1,054,516	15.5									

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料 3】

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

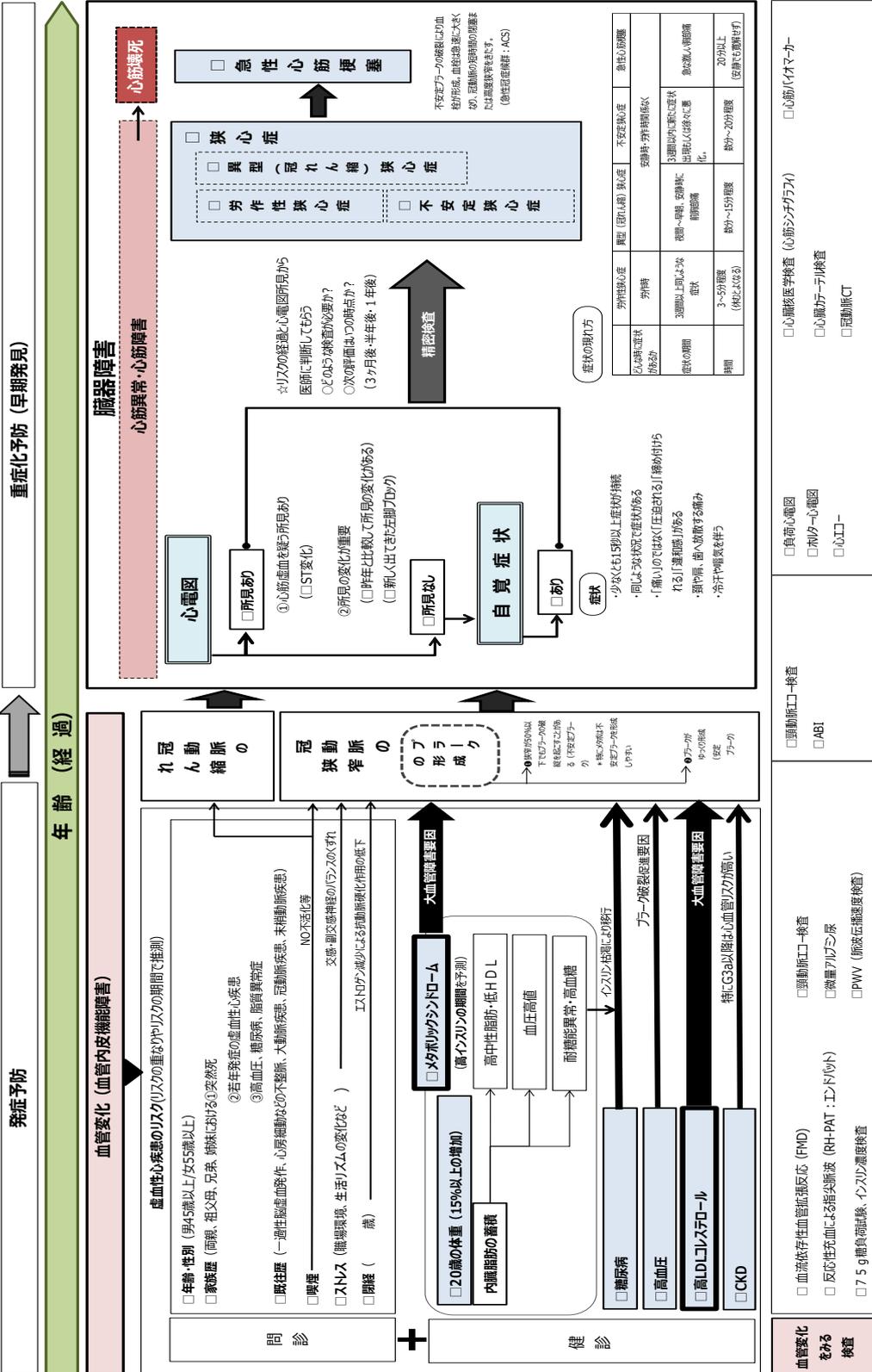
【参考資料 4】

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 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数 (A+D) ( )人	1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因  2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医  4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○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  ----- 栄養士中心  ----- 腎専門医	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	①健診未受診者 ( )人		
	結果把握(内訳)		
	①国保(生保) ( )人		
	②後期高齢者 ( )人		
	③他保険 ( )人		
	④住基異動(死亡・転出) ( )人		
	⑤確認できず ( )人		
	①-1. 未治療者(中断者含む) ( )人 *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		
	②結果把握 ( )人		
①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			
②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人			
③eGFR値の変化 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】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	4	都道府県	41	市町村名	小城市	
項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数259		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	9,809人						KDB,厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	7,315人							
2	①	対象者数	6,401人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	受診者数	2,868人							
	③	受診率	44.8%							
3	①	特定保健指導 対象者数	326人						特定保健指導は法定報告数	
	②	実施率	57.7%							
4	①	糖尿病型	E	400人	13.9%					特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	117人	29.3%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	283人	70.8%					
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	113人	39.9%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	55人	48.7%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	48人	42.5%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	170人	60.1%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	295人	73.8%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		53人	13.3%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		50人	12.5%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	0.5%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	125.2人						KDB,厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	166.6人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	6,331件	(904.3)			5,486件	(804.8)	KDB,疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	( )内は被保険者対	入院(件数)	54件	(7.7)			40件	(5.8)	
	⑤	糖尿病治療中	H	1,228人	12.5%					KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳	H	1,219人	16.7%					
	⑦	健診未受診者	I	936人	76.8%					
	⑧	インスリン治療	O	98人	8.0%					
	⑨	(再掲)40-74歳	O	97人	8.0%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	94人	7.7%					
	⑪	(再掲)40-74歳	L	94人	7.7%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		23人	1.87%					
	⑬	(再掲)40-74歳		23人	1.89%					
	⑭	新規透析患者数		6人	26.10%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		4人	66.70%					
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		29人	2.0%					
6	①	総医療費	35億7015万円				29億9383万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②	生活習慣病総医療費	19億6779万円				17億2834万円			
	③	(総医療費に占める割合)	55.1%				57.7%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,205円			7,709円			
	⑤		健診未受診者	31,689円			34,303円			
	⑥	糖尿病医療費	1億8550万円				1億7157万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.4%				9.9%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	5億6054万円							
	⑨	1件あたり	34,986円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	2億9756万円							
	⑪	1件あたり	534,225円							
	⑫	在院日数	15日							
	⑬	慢性腎不全医療費	2億1764万円				1億6920万円			
	⑭	透析有り	2億1154万円				1億5806万円			
	⑮	透析なし	609万円				1114万円			
7	①	介護給付費	36億1065万円				31億7863万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	2件	6.3%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	6人		1.3%			5人	1.1%	KDB,健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献6】

【参考文献】  
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能障害の診断法に関するガイドライン、冠動脈狭窄の予防に関するガイドライン、エビデンスに基づくOの診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る (健康増進局)

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

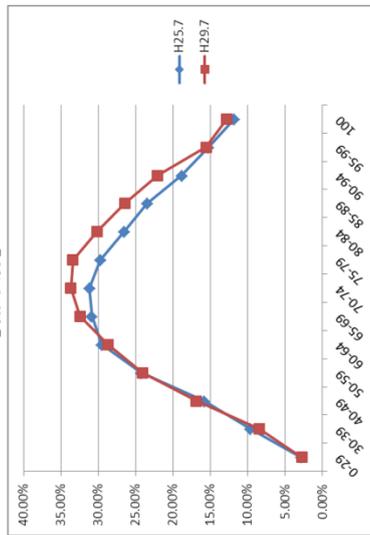
健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「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」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、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。 <b>メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。</b>			発症予防対象者	
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~	【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 <input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	□BMI	~24.9	25~			
	□中性脂肪	空腹	~149			150~299      300~
		食後	~199			200~
	□nonHDL-C	~149	150~169			170~
	□AST	~30	31~50			51~
	□血糖	空腹	~99			100~125      126~
		食後	~139			140~199      200~
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~	
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~	
□血圧	収縮期	~129	130~139      140~			
	拡張期	~84	85~89      90~			
④ □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	(-)	(+) ~				
□CKD重症度分類		G3aA1~				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



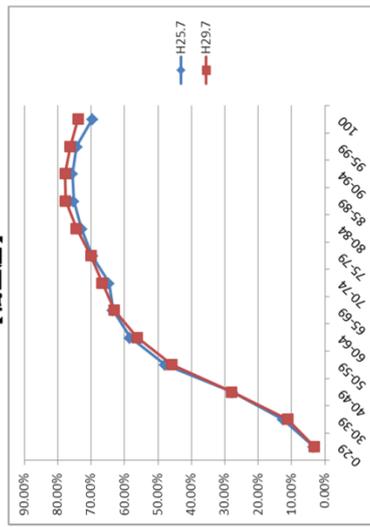
生活習慣病有病状況(佐賀県)

【糖尿病】



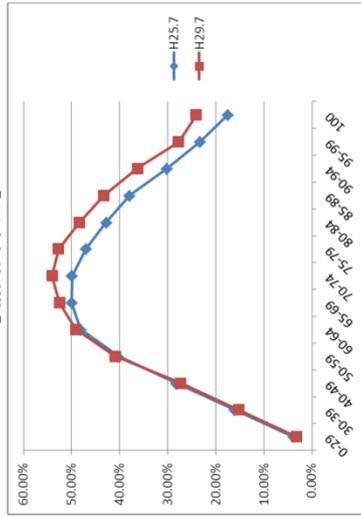
率	H25.7	2.84%	9.62%	15.94%	14.27%	29.53%	30.86%	31.20%	29.70%	26.55%	23.48%	18.83%	15.25%	11.83%
率	H29.7	2.78%	8.47%	16.87%	14.13%	28.74%	32.46%	33.69%	33.41%	30.21%	28.46%	22.05%	15.55%	12.82%

【高血圧】



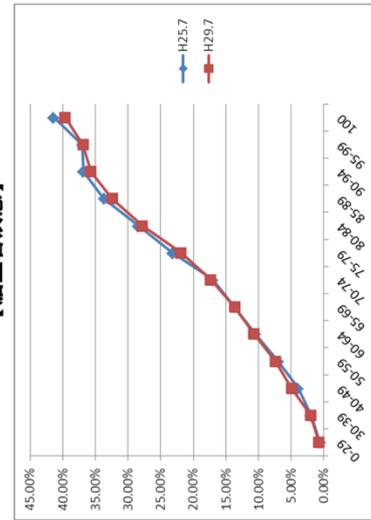
率	H25.7	3.45%	12.54%	27.77%	47.77%	61.43%	64.73%	69.63%	72.92%	75.29%	75.70%	74.31%	69.62%
率	H29.7	3.18%	11.19%	27.99%	45.74%	58.99%	63.10%	66.66%	70.09%	74.63%	77.96%	77.78%	76.27%

【脂質異常症】



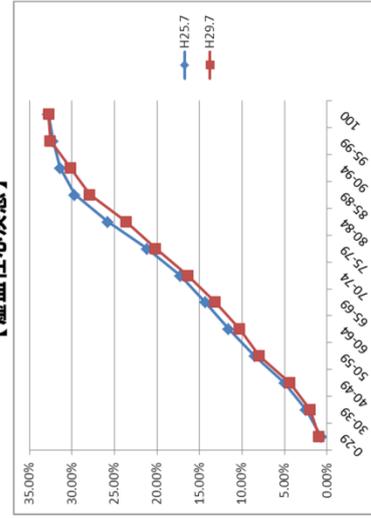
率	H25.7	3.82%	15.89%	28.20%	40.23%	48.12%	49.98%	49.90%	46.98%	42.78%	37.86%	30.10%	23.30%
率	H29.7	3.13%	15.26%	27.31%	40.83%	49.12%	52.51%	54.08%	52.69%	48.37%	43.28%	36.29%	27.75%

【脳血管疾患】



率	H25.7	0.58%	1.97%	3.97%	7.01%	10.90%	13.65%	17.05%	23.22%	28.45%	33.10%	36.85%	37.00%
率	H29.7	0.71%	2.01%	4.92%	7.42%	10.69%	13.63%	17.34%	21.91%	27.84%	32.44%	35.71%	36.89%

【虚血性心疾患】



率	H25.7	0.70%	2.90%	5.00%	8.52%	11.57%	14.31%	17.26%	21.21%	25.80%	29.89%	31.39%	32.23%
率	H29.7	0.90%	2.01%	4.38%	7.99%	13.18%	16.38%	20.21%	23.65%	27.93%	30.22%	32.56%	32.74%

平成29年度に向けての28年度全体評価

課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p>● 特定健診受診率 H28年度目標60%</p> <p>● 特定保健指導実施率 H28年度目標60%</p> <p>● 健診受診者の検査結果の改善</p> <p>● 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を5%減らす</p> <p>● 入院医療費の伸びを抑える</p> <p>● 未受診者対策</p>	<p>【平成27年度】①41歳で前年度未受診者②前年度国保加入の60歳～74歳の新規対象者、③H26受診しH27未受診者を対象に、訪問、電話勧奨を行った。一番受診につながったのは、③の対象であった。①については、昼間訪問しても不在が多く受診率が低かった。</p> <p>↓</p> <p>【平成28年度】①H27受診し、H28未受診者(継続受診率の向上)、②前年度国保加入の60～70歳(新規受診率の向上)、③台帳で管理している者で未受診者を対象に訪問や電話勧奨を行った。</p> <p>● 新たな取組みとしては、5月・10月の2回の通知勧奨に加え、12月に3回目のハガキによる勧奨を行ったことで受診者数が増加した。</p> <p>● 未受診者の約6割が治療中であることから、治療中の方への受診勧奨への依頼を行った。</p> <p>↓</p> <p>治療中の方の受診率向上を図るため、引き継ぎ医療機関への協力依頼を行うとともに、治療中の方への特定健診の必要性(重症化予防の目的)や保険者努力次第などについても住民へ周知を図っていくことが重要である。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>未受診者通知勧奨実施状況</p> <p>未受診者訪問等実施状況</p> <p>ポピュレーション連携状況</p> <p>医療機関へのアプローチ状況</p>	<p>未受診者対策</p> <p>特定健診受診率</p> <p>継続受診率、新規受診率</p> <p>未受診者勧奨介入後の受診状況</p> <p>医療機関での受診状況</p>	<p>あなみツールによる重症化予防対象者の抽出や評価など、業務担当がない。今後は、ツールに地名を反映して、地区担当が自分の地区の対象者を抽出したり、介入後の評価ができるようにしていく必要がある。</p> <p>● 保健予防係と健康づくり係で成人の地区担当を振り分けている。共通認識が必要。</p> <p>● 重症化予防を取り組んでいく上で、管理栄養士の役割は重要である。今後は相談会だけではなく、訪問等においても栄養士と連携を図りながら重症化予防に努めていく必要がある。</p> <p>● 年2回糖尿病対策連絡会を開催し、代表の先方との連携は進んできている。参加されていない医療機関と、一つ一つの事例を通じて連携を積み重ねていく。</p>	<p>全体</p> <p>● 保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>● 2係(8人)で話し合いをし、共通認識を図っていく。</p> <p>● 未受診者対策</p> <p>● ホビュレーションの取組みを検討</p> <p>● 医療機関への協力依頼</p> <p>● 重症化予防対策</p> <p>● 既存の重症化台帳の整理</p> <p>● 担当別の糖尿病管理台帳の作成</p> <p>● 保健指導の優先順位を明確化</p> <p>● 訪問時間の確保</p> <p>● 重症化予防対策</p>
<p>● 全議等での代表の先方との連携は、整ってきつつあるも、個々の医療機関との具体的な連携となる運んでいないのが現状</p> <p>● 糖尿病連携手帳の活用が少ない</p> <p>● 未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とつなげて進めていく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>● 重症化予防事業として、従来より①血圧 ②HbA1c ③以上、④腎臓 ⑤専門医にかかるべき対象 ⑥LDLコレステロール180以上の者については地区担当で台帳を管理し、しつこく確認、訪問等を実施してきた。</p> <p>● H28年度より心臓細動による脳塞栓症の発症を防ぐため心電図検査を追加したため、⑤心臓細動の管理台帳も追加し、管理している。</p> <p>● 腎臓個別相談会において、腎症の重症化を防ぐため、医療機関への連携を実施し、医師の指示のもと、栄養指導を実施した。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>重症化予防対策</p> <p>● 重症化予防事業の実施状況</p> <p>● 保健指導の実施状況</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>● 保健指導実施者の翌年の健診結果状況</p> <p>● 保健指導後の受診(服薬)状況</p> <p>● 様年評価(集団・個別両方)</p> <p>● 重症化予防対象者数</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>● 既存の重症化台帳の整理</p> <p>● 担当別の糖尿病管理台帳の作成</p> <p>● 保健指導の優先順位を明確化</p> <p>● 訪問時間の確保</p> <p>● 重症化予防対策</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>● 未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とつなげて進めていく。</p> <p>● 糖尿病連携手帳の活用</p> <p>● 重症化予防事業等</p> <p>● それぞれの関わりの中で、医療機関とのつなげて進めていく。</p> <p>● 糖尿病連携手帳の活用</p>

【参考資料11】

平成28年度実績評価を踏まえ、平成29年度の取組みと課題整理（平成29年度進捗状況）

平成29年度課題	評価	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p>①平成28年度、残っている課題を踏まえ、やってきた取組事項を振り返り、返ってくる（プロセス）</p> <p>・年度当初、保健予防係と健康づくり係で今年度の計画、方向性を確認。 ・国保連合会の支援を受け、H29、30年の国の情勢と今後取り組むべき課題を共有した。</p> <p>● 特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>● 特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>● 健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>● 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らす</p> <p>● 医療費の伸びを抑える</p>	<p>全体</p> <p>未受診者対策</p> <p>（対象者への働きかけ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5月・10月の封書による勧奨、12月のハガキによる勧奨を実施</li> <li>H28受診、H29未受診者への継続受診勧奨（電話）、H28国保に加入し、H29未受診者（60歳～70歳）への新規受診勧奨（訪問）を実施</li> <li>台帳管理者で未受診者への受診勧奨（訪問）</li> <li>市報で10年振りに特定健診を受診した6割が治療中の方である現状「治療中の方の特定健診の必修化」に関する努力を要請し、内容を盛り込んだ。</li> <li>特定健診の通知の中に、「未受診者の6割が治療中の方である現状」を記載し、受診率向上を促す。</li> <li>院内（D、N、S、事務）での共通理解を促すため、市民病院の事務、各部署の部長に集まってもらい、説明会を実施。事務局からDfにも説明してもらった。</li> <li>年2回特定健診実施医療機関訪問、年2回の糖尿病対策連絡会において受診勧奨の協力依頼</li> <li>勧奨はかき郵送後、受診券を持参せず来訪された際に受診券を医療機関に届けるサービスをした。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>未受診者通知勧奨実施（5月・10月・12月）</li> <li>未受診者訪問等実施</li> <li>ポピュレーション実施状況</li> <li>5月国保世帯へ特定健診の周知</li> <li>5月市報に掲載</li> <li>医療機関へのアプローチ年1回の説明会開催</li> <li>5月・10月医療機関訪問</li> <li>5月糖尿病対策連絡会</li> <li>6月市民病院へ説明</li> <li>ポスター掲示依頼</li> </ul>	<p>結果</p> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病管理台帳を作成し、プロローチ実施中。</li> <li>各種相談会開催</li> <li>糖尿病医師相談会(6回)</li> <li>糖尿病栄養相談会(6回)</li> <li>腎臓病個別相談会(6回)</li> <li>腎臓病栄養教室(2回)</li> <li>腎臓病講演会(2回)</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療とのつながり</li> <li>受診勧奨への協力依頼</li> <li>3月特定健診説明会開催</li> <li>5月医療機関訪問</li> <li>6月市民病院へ説明</li> <li>10月医療機関訪問</li> <li>糖尿病対策の協議</li> <li>5月糖尿病対策連絡会</li> </ul>	
<p>● 保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ● 成人2係で評価、計画等共通認識を図る。</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診率を伸ばしているが、特に低い</li> <li>● 40～50代が低い</li> <li>● 受診勧奨の対象者、アプローチ方法等の検討</li> <li>● 医療機関の協力等による取り組み</li> <li>● 住民への周知の徹底</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 既存の重症化台帳の整理</li> <li>● 担当別の糖尿病管理台帳の作成</li> <li>● 保健指導の優先順位の明確化</li> <li>● 訪問時間の確保</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地区担当別の糖尿病管理台帳を作成し、健診未受診、治療中断者等管理している。既存の台帳の整理までは至っていない。</li> <li>● 国保連合会の支援を受け、ツールに地区名を反映させ、担当別に重症化の対象者を抽出したり、評価できるようにした。</li> <li>● 糖尿病重症化予防プログラムを開始し、医療機関への連絡票の発行、返信があった者については、管理栄養士と連携し、訪問等を実施している。</li> <li>● 糖尿病連携手帳については、医療機関でもらうよう指導しているため現在のところ市からは発行していない。</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 市民に対し、医療費の現状、保険者努力支援制度の説明等のポピュレーションアプローチを行い、更なる受診率の向上を図っていく必要がある。また、若年層に向けた取組の検討が必要である。</li> <li>● 全体の受診率の目標はあるものの、それを達成するために何人増やす必要があるのか、自分の地区で何人受診に結びつける必要があるのか、具体的な目標を数値化し、取り組んでいく必要がある。</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 重症化を防いでいくためには、健診後の1回の介入ではなく、2～3回の介入が必要であるため、訪問指導を事業として位置づけ、訪問の時間を確実に確保していく必要がある。そのためには事業を見直し、整理していくことが必要である。</li> <li>● 糖尿病連携手帳は治療中断者、医療機関未受診者に対し、保健師も発行できるようになっているが、治療中の方は医療機関での交付が原則となっているため、今後は医療機関へ働きかけていく必要がある。</li> </ul>	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを深めていく。</li> </ul>
<p>● 保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ● 成人2係で評価、計画等共通認識を図る。</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診率を伸ばしているが、特に低い</li> <li>● 40～50代が低い</li> <li>● 受診勧奨の対象者、アプローチ方法等の検討</li> <li>● 医療機関の協力等による取り組み</li> <li>● 住民への周知の徹底</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 既存の重症化台帳の整理</li> <li>● 担当別の糖尿病管理台帳の作成</li> <li>● 保健指導の優先順位の明確化</li> <li>● 訪問時間の確保</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地区担当別の糖尿病管理台帳を作成し、健診未受診、治療中断者等管理している。既存の台帳の整理までは至っていない。</li> <li>● 国保連合会の支援を受け、ツールに地区名を反映させ、担当別に重症化の対象者を抽出したり、評価できるようにした。</li> <li>● 糖尿病重症化予防プログラムを開始し、医療機関への連絡票の発行、返信があった者については、管理栄養士と連携し、訪問等を実施している。</li> <li>● 糖尿病連携手帳については、医療機関でもらうよう指導しているため現在のところ市からは発行していない。</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 市民に対し、医療費の現状、保険者努力支援制度の説明等のポピュレーションアプローチを行い、更なる受診率の向上を図っていく必要がある。また、若年層に向けた取組の検討が必要である。</li> <li>● 全体の受診率の目標はあるものの、それを達成するために何人増やす必要があるのか、自分の地区で何人受診に結びつける必要があるのか、具体的な目標を数値化し、取り組んでいく必要がある。</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 重症化を防いでいくためには、健診後の1回の介入ではなく、2～3回の介入が必要であるため、訪問指導を事業として位置づけ、訪問の時間を確実に確保していく必要がある。そのためには事業を見直し、整理していくことが必要である。</li> <li>● 糖尿病連携手帳は治療中断者、医療機関未受診者に対し、保健師も発行できるようになっているが、治療中の方は医療機関での交付が原則となっているため、今後は医療機関へ働きかけていく必要がある。</li> </ul>	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを深めていく。</li> </ul>
<p>● 保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ● 成人2係で評価、計画等共通認識を図る。</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診率を伸ばしているが、特に低い</li> <li>● 40～50代が低い</li> <li>● 受診勧奨の対象者、アプローチ方法等の検討</li> <li>● 医療機関の協力等による取り組み</li> <li>● 住民への周知の徹底</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 既存の重症化台帳の整理</li> <li>● 担当別の糖尿病管理台帳の作成</li> <li>● 保健指導の優先順位の明確化</li> <li>● 訪問時間の確保</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地区担当別の糖尿病管理台帳を作成し、健診未受診、治療中断者等管理している。既存の台帳の整理までは至っていない。</li> <li>● 国保連合会の支援を受け、ツールに地区名を反映させ、担当別に重症化の対象者を抽出したり、評価できるようにした。</li> <li>● 糖尿病重症化予防プログラムを開始し、医療機関への連絡票の発行、返信があった者については、管理栄養士と連携し、訪問等を実施している。</li> <li>● 糖尿病連携手帳については、医療機関でもらうよう指導しているため現在のところ市からは発行していない。</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 市民に対し、医療費の現状、保険者努力支援制度の説明等のポピュレーションアプローチを行い、更なる受診率の向上を図っていく必要がある。また、若年層に向けた取組の検討が必要である。</li> <li>● 全体の受診率の目標はあるものの、それを達成するために何人増やす必要があるのか、自分の地区で何人受診に結びつける必要があるのか、具体的な目標を数値化し、取り組んでいく必要がある。</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 重症化を防いでいくためには、健診後の1回の介入ではなく、2～3回の介入が必要であるため、訪問指導を事業として位置づけ、訪問の時間を確実に確保していく必要がある。そのためには事業を見直し、整理していくことが必要である。</li> <li>● 糖尿病連携手帳は治療中断者、医療機関未受診者に対し、保健師も発行できるようになっているが、治療中の方は医療機関での交付が原則となっているため、今後は医療機関へ働きかけていく必要がある。</li> </ul>	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを深めていく。</li> </ul>

平成30年度に向けての構造図と法定計画の位置づけ【図表1】

【参考資料13】

	※健康増進事業実施者 とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法において事業を積極的に推進するよう努める者					
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保健局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民保健法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 老健局 平成29年 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25年～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30年～35年(第2期)	法定 平成30年～32年(第7次)	法定 平成30年～35年(第3期)	法定 平成30年～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目指すとする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の堅持および向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて	40～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣作り	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		がん
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス			初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗しょう症、パーキンソン症関連疾患、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、関節リウマチ、変形関節症、多系統委縮症、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯硬化症		精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に係る項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備軍・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせ) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少  入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾患・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定	保険事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	