

第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成30年4月

吉野川市

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	1
2.	計画の位置付け	2
3.	計画期間	4
4.	関係者が果たすべき役割と連携	4
5.	保険者努力支援制度	6
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	7
2.	第 2 期計画における健康課題の明確化	13
3.	目標の設定	18
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	19
2.	目標値の設定	19
3.	対象者の見込み	19
4.	特定健診の実施	19
5.	特定保健指導の実施	21
6.	個人情報の保護	25
7.	結果の報告	25
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	25
第 4 章	保健事業の内容	26
I	保健事業の方向性	26
II	重症化予防の取組	26
1.	糖尿病性腎症重症化予防	26
2.	虚血性心疾患重症化予防	35
3.	脳血管疾患重症化予防	38
III	ポピュレーションアプローチ	44

第 5 章	地域包括ケアシステムに係る取組	46
第 6 章	計画の評価・見直し	48
第 7 章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料		50
参考資料 1	様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた吉野川市の位置	51
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	53
参考資料 3	糖尿病管理台帳	54
参考資料 4	糖尿病管理台帳からの年次計画	54
参考資料 5	様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価	55
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	56
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	57
参考資料 7-1	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	58
参考資料 8	血圧評価表	59
参考資料 9	心房細動管理台帳	59
参考資料 10	生活習慣病有病状況	60
参考資料 11	評価イメージ	61
参考資料 12	二次健診選定基準	62

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化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

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

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

2. 計画の位置付け

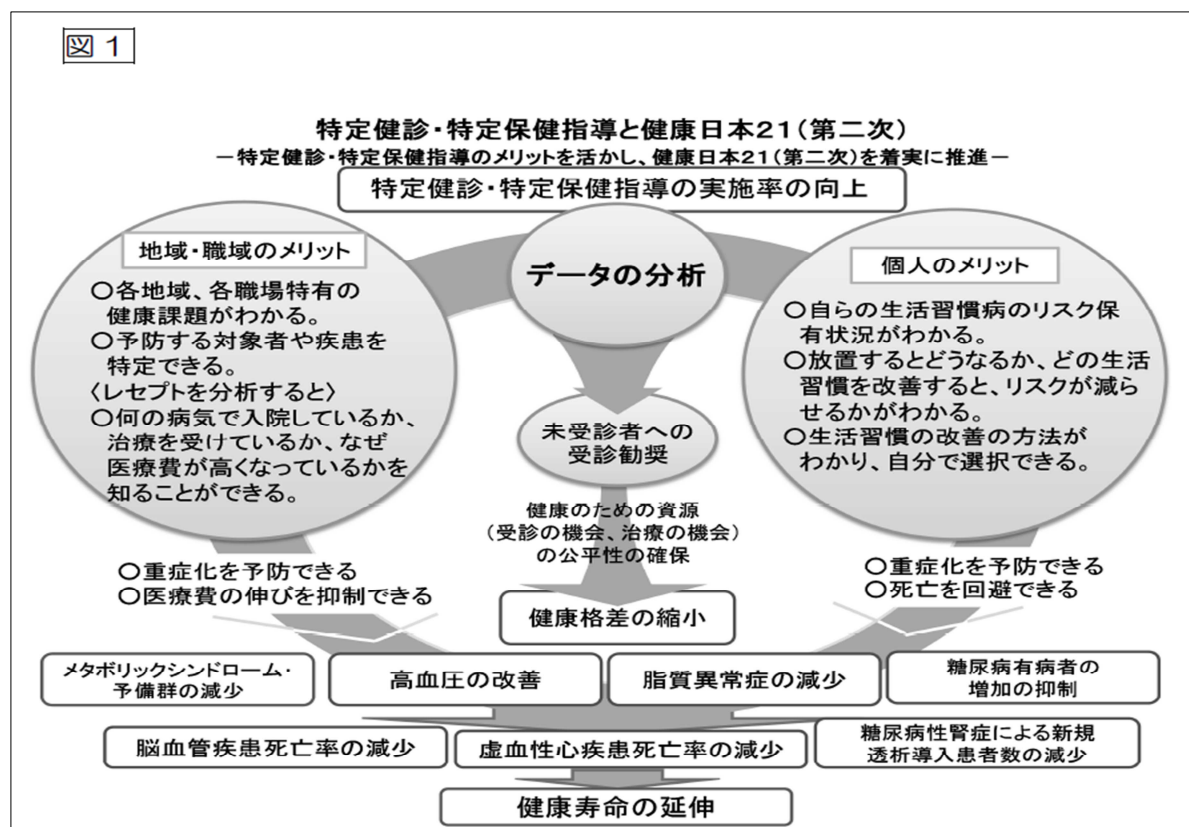
第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、県健康増進計画や市健康増進計画、県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。
(図表 1・2・3)

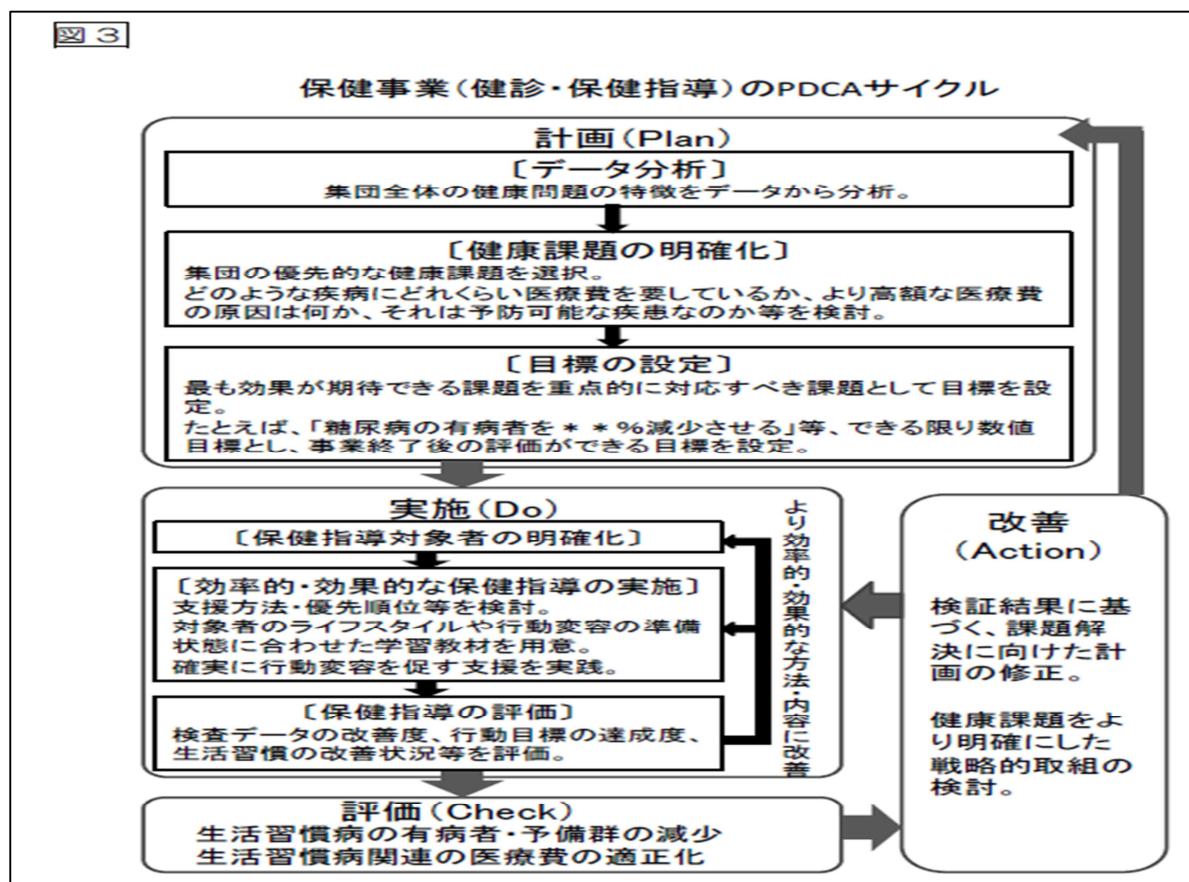
【図表 1】

[illegible]

【図表 2】



【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体及び関係部局の役割

吉野川市においては、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・介護保険課の保健師・管理栄養士等の専門職と連携をして、市が一体となって計画策定を進めていく。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引き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等の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となる。このため、市町村国保は、計画素案について県関係課と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が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。

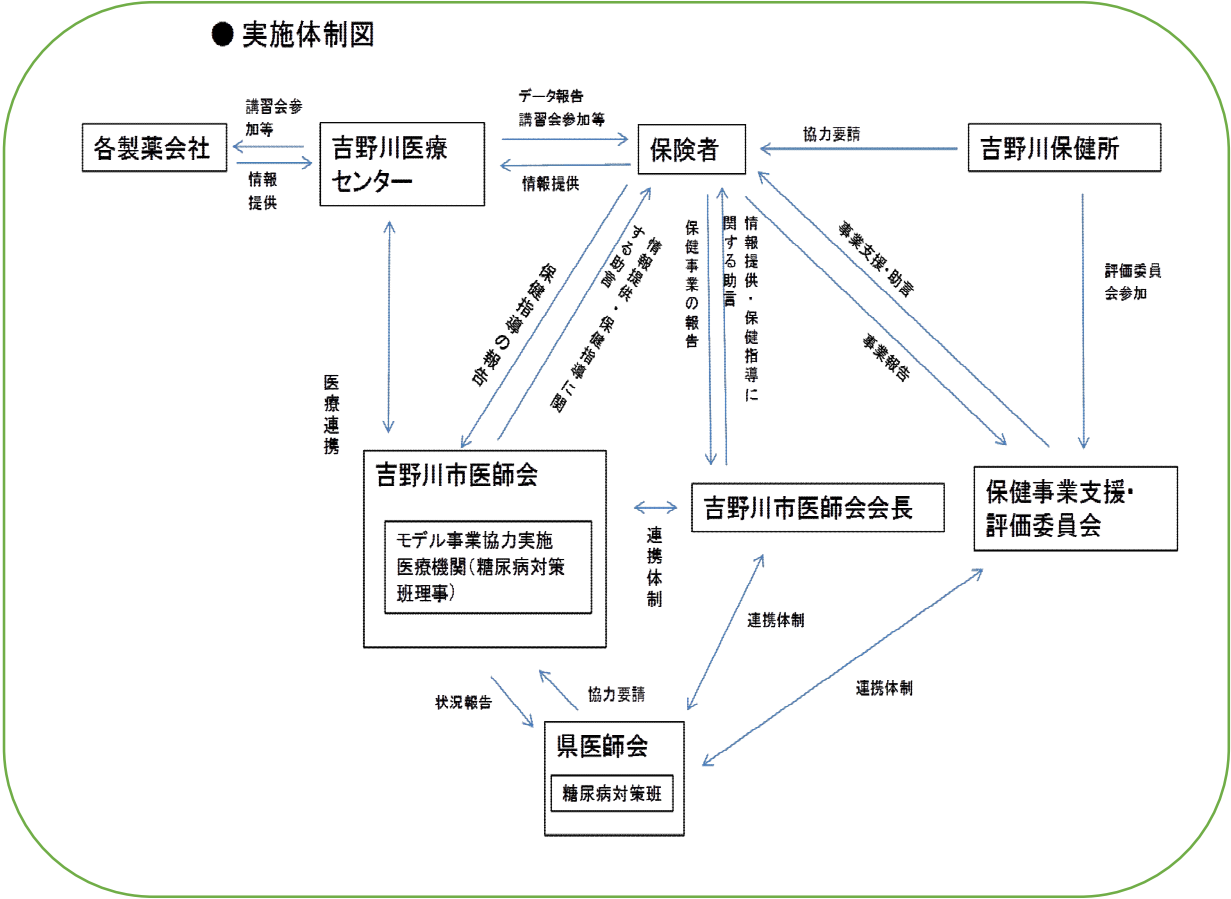
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

吉野川市の実施体制図

【図表 4】



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】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 満点
総得点（満点）		345	580	850	850点
交付額（万円）		506			
一人当たり交付額（円）		516			
総得点（体制構築加点H28・29年70点、H30年60点含む）		223			
全国順位（1,741市町村中）		518			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	20			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	5			30
	歯周疾患（病）検診実施状況	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価				(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				(25)
					(25)
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施				(5)
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携				(35)
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	0			70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携				(50)
					(25)
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	0			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	7			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1)全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合は増加しており、特に、腎不全による死亡は約1.3倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率・40～64歳の2号認定率の横ばいに対して、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、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、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推測できる。しかし、特定健診受診率が減少している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)

1件あたり給付費は67,394円で、平成25年度より約2,000円増加している。居宅サービスの給付費が増加し、施設サービスの給付費は減少している。同規模と比較すると、1件あたり給付費は高い。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	吉野川市				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	45億5,171万円	65,475円	39,642円	288,413円	67,859円	41,800円	283,857円
H28年度	46億0,931万円	67,394円	43,135円	280,942円	66,708円	41,740円	278,164円

②医療費の状況(図表 7)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、総医療費は約 1 億 8,000 万円減っているが、1 人あたりの医療費は約 2 万円(5.88%)増加している。同規模では 8.41%増加している。また、入院・入院外でも同様の傾向が見られた。

【図表 7】

医療費の変化

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	
				吉野川市	同規模			吉野川市	同規模			吉野川市	同規模
1	総医療費	H25年度	36億4,949万円			17億1,351万円				19億3,598万円			
		H28年度	34億7,090万円	17,859万円	-5.15	3.31	16億1,469万円	9,882万円	-6.12	3.18	18億5,621万円	7,977万円	-4.30
2	一人当たり医療費	H25年度	342,001円			160,577円				181,424円			
		H28年度	363,369円	21,368円	5.88	8.41	169,042円	8,466円	5.008	8.29	194,327円	12,902円	6.64

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

【出典】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

③最大医療資源(中長期的な疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

中長期・短期目標疾患医療費計では全体の約 4 分の 1 を占めているが、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると約 1 億円減少している。各目標疾患で見ると、平成 25 年度より高くなっているのは、脳血管疾患及び脂質異常症に関する医療費であり、その他は減少が横ばいとなっている。また、透析にかかる費用が高額であるためか、横ばいではあるものの慢性腎不全(透析有)の医療費の割合が一番高く、県より 0.95%高くなっている。

精神疾患の占める割合も 13.34%あり、国より高い。

【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）

市町村名		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)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	吉野川市	3,649,491,250	27,973	77位	11位	5.12%	0.67%	2.08%	2.97%	5.28%	6.49%	3.20%	941,323,820	25.79%	11.37%	13.90%	8.19%
H28		3,470,902,380	29,458	87位	11位	5.12%	0.37%	2.67%	2.63%	5.05%	5.09%	3.29%	↓ 840,619,970	24.22%	14.18%	13.34%	7.57%
H28	徳島県	59,934,641,070	28,005	--	--	4.17%	0.36%	1.84%	2.44%	5.61%	4.88%	2.59%	13,118,891,830	21.89%	13.36%	14.88%	8.01%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患(図表 9)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、被保険者数に占める虚血性心疾患の割合は、ほぼ横ばい、脳血管疾患で上昇、人工透析で横ばいとなっている。(様式 3-5～3-7)

年代別に見て、平成 25 年度より上昇してる疾患は、64 歳以下の脳血管疾患である。被保険者数に占める割合は 0.2% 上昇し、1.6% となっている。人工透析との重なりは 2.6% 上昇し、5.7% となっている。短期的な疾患との重なりは、高血圧 69.0%、糖尿病 34.5%、脂質異常症 50.6% である(様式 3-6)。

【図表 9】

厚労省様式 様式 3-5			中長期的な目標						短期的な目標						
			虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	10993	533	4.8	83	15.6	15	2.8	431	80.9	241	45.2	361	67.7	
	64歳以下	7082	162	2.3	19	11.7	14	8.6	130	80.2	80	49.4	95	58.6	
	65歳以上	3911	371	9.5	64	17.3	1	0.3	301	81.1	161	43.4	266	71.7	
H28	全体	10031	495	4.9	86	17.4	15	3.0	396	80.0	233	47.1	339	68.5	
	64歳以下	5572	124	2.2	17	13.7	15	12.1	87	70.2	61	49.2	76	61.3	
	65歳以上	4459	371	8.3	69	18.6	0	0.0	309	83.3	172	46.4	263	70.9	

厚労省様式 様式 3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10993	319	2.9	83	26.0	3	0.9	246	77.1	128	40.1	178	55.8
	64歳以下	7082	97	1.4	19	19.6	3	3.1	72	74.2	37	38.1	44	45.4
	65歳以上	3911	222	5.7	64	28.8	0	0.0	174	78.4	91	41.0	134	60.4
H28	全体	10031	327	3.3	86	26.3	5	1.5	252	77.1	146	44.6	190	58.1
	64歳以下	5572	87	1.6	17	19.5	5	5.7	60	69.0	30	34.5	44	50.6
	65歳以上	4459	240	5.4	69	28.8	0	0.0	192	80.0	116	48.3	146	60.8

厚労省様式 様式 3-7			中長期的な目標						短期的な目標						
			人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	10993	33	0.3	3	9.1	15	45.5	30	90.9	20	60.6	11	33.3	
	64歳以下	7082	32	0.5	3	9.4	14	43.8	29	90.6	19	59.4	11	34.4	
	65歳以上	3911	1	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	
H28	全体	10031	28	0.3	5	17.9	15	53.6	24	85.7	20	71.4	13	46.4	
	64歳以下	5572	27	0.5	5	18.5	15	55.6	23	85.2	19	70.4	13	48.1	
	65歳以上	4459	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	

【出典】

KDBシステム：様式3-5、様式3-6、様式3-7 H25・28年7月作成

(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)

平成25年度と平成28年度を比較すると、65歳以上の被保険者数に占める糖尿病の割合は0.2%上昇し、18.6%となっている。また、他の疾患との重なりは、高血圧0.8%、脂質異常症0.8%、脳血管疾患1.6%それぞれ上昇しており、虚血性心疾患・人工透析では横ばい、糖尿病性腎症では2.8%減少している(様式3-2)。

また、被保険者数に占める高血圧の割合は25.2%(様式3-3)、脂質異常症では19.3%(様式3-4)となっており、ともに上昇している。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	10993	1216	11.1	120	9.9	826	67.9	738	60.7	241	19.8	128	10.5	20	1.6	109	9.0
	64歳以下	7082	498	7.0	64	12.9	299	60.0	290	58.2	80	16.1	37	7.4	19	3.8	47	9.4
	65歳以上	3911	718	18.4	56	7.8	527	73.4	448	62.4	161	22.4	91	12.7	1	0.1	62	8.6
H28	全体	10031	1202	12.0	102	8.5	826	▲68.7	739	▲61.5	233	19.4	146	▲12.1	20	1.7	75	▼6.2
	64歳以下	5572	371	6.7	45	12.1	228	61.5	210	56.6	61	16.4	30	8.1	19	5.1	26	7.0
	65歳以上	4459	831	18.6	57	6.9	598	72.0	529	63.7	172	20.7	116	14.0	1	0.1	49	5.9

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標							中長期的な目標					
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
					人数	割合	人数	割合							人数
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	10993	2621	23.8	826	31.5	1344	51.3	431	16.4	246	9.4	30	1.1	
	64歳以下	7082	963	13.6	299	31.0	447	46.4	130	13.5	72	7.5	29	3.0	
	65歳以上	3911	1658	42.4	527	31.8	897	54.1	301	18.2	174	10.5	1	0.1	
H28	全体	10031	2531	25.2	826	32.6	1355	53.5	396	15.6	252	10.0	24	0.9	
	64歳以下	5572	702	12.6	228	32.5	337	48.0	87	12.4	60	8.5	23	3.3	
	65歳以上	4459	1829	41.0	598	32.7	1018	55.7	309	16.9	192	10.5	1	0.1	

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標							中長期的な目標					
			脂質異常症												
						糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	10993	1987	18.1	738	37.1	1344	67.6	361	18.2	178	9.0	11	0.6	
	64歳以下	7082	740	10.4	290	39.2	447	60.4	95	12.8	44	5.9	11	1.5	
	65歳以上	3911	1247	31.9	448	35.9	897	71.9	266	21.3	134	10.7	0	0.0	
H28	全体	10031	1937	19.3	739	38.2	1355	70.0	339	17.5	190	9.8	13	0.7	
	64歳以下	5572	548	9.8	210	38.3	337	61.5	76	13.9	44	8.0	13	2.4	
	65歳以上	4459	1389	31.2	529	38.1	1018	73.3	263	18.9	146	10.5	0	0.0	

【出典】

KDBシステム: 様式3-2、様式3-3、様式3-4 H25・28年7月作成

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

有所見割合の高い項目を性別・年齢別に見ると、多くの項目で女性より男性の割合が高いことがわかる。(様式 6-2～6-7)

平成 28 年度の男性のメタボリックシンドローム予備群は 16.9%、メタボリックシンドローム該当者は 28.9%となっている。平成 25 年度と比較すると、男性は予備群が上昇し、該当者は減少している。女性では予備群・該当者の割合は減少していることがわかる(様式 6-8)。

【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)

KDB帳票No.23 厚労省様式6-2～6-7

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	398	32.2	618	50.0	377	30.5	225	18.2	160	12.9	370	29.9	729	59.0	257	20.8	675	54.6	253	20.5	569	46.0	26	2.1
	40-64	158	38.3	218	52.9	148	35.9	109	26.5	53	12.9	115	27.9	217	52.7	95	23.1	217	52.7	110	26.7	203	49.3	9	2.2
	65-74	240	29.1	400	48.5	229	27.8	116	14.1	107	13.0	255	30.9	512	62.1	162	19.7	458	55.6	143	17.4	366	44.4	17	2.1
H28	合計	356	31.8	568	50.7	325	29.0	207	18.5	130	11.6	347	31.0	656	58.5	233	20.8	626	55.8	240	21.4	487	43.4	23	2.1
	40-64	104	40.0	142	54.6	98	37.7	76	29.2	35	13.5	68	26.2	134	51.5	70	26.9	129	49.6	67	25.8	116	44.6	3	1.2
	65-74	252	29.3	426	49.5	227	26.4	131	15.2	95	11.0	279	32.4	522	60.6	163	18.9	497	57.7	173	20.1	371	43.1	20	2.3

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	415	23.8	351	20.1	310	17.8	157	9.0	58	3.3	323	18.5	1,014	58.2	36	2.1	907	52.1	274	15.7	1,040	59.7	6	0.3
	40-64	137	22.0	97	15.6	117	18.8	60	9.6	21	3.4	93	15.0	311	50.0	10	1.6	261	42.0	100	16.1	374	60.1	2	0.3
	65-74	278	24.8	254	22.7	193	17.2	97	8.7	37	3.3	230	20.5	703	62.8	26	2.3	646	57.7	174	15.5	666	59.5	4	0.4
H28	合計	359	23.0	276	17.7	267	17.1	130	8.3	32	2.1	307	19.7	878	56.3	30	1.9	819	52.5	246	15.8	873	56.0	1	0.1
	40-64	103	22.3	76	16.5	72	15.6	44	9.5	7	1.5	76	16.5	218	47.3	6	1.3	186	40.3	82	17.8	260	56.4	1	0.2
	65-74	256	23.3	200	18.2	195	17.7	86	7.8	25	2.3	231	21.0	660	60.1	24	2.2	633	57.6	164	14.9	613	55.8	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

KDB帳票No.24 厚労省様式6-8

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,236	33.8	51	4.1%	207	16.7%	20	1.6%	147	11.9%	40	3.2%	360	29.1%	53	4.3%	20	1.6%	188	15.2%	99	8.0%
	40-64	412	22.9	19	4.6%	78	18.9%	8	1.9%	50	12.1%	20	4.9%	121	29.4%	12	2.9%	9	2.2%	67	16.3%	33	8.0%
	65-74	824	44.4	32	3.9%	129	15.7%	12	1.5%	97	11.8%	20	2.4%	239	29.0%	41	5.0%	11	1.3%	121	14.7%	66	8.0%
H28	合計	1,121	33.0	54	4.8%	190	16.9%	11	1.0%	138	12.3%	41	3.7%	324	28.9%	59	5.3%	19	1.7%	155	13.8%	91	8.1%
	40-64	260	19.5	14	5.4%	53	20.4%	5	1.9%	35	13.5%	13	5.0%	75	28.8%	11	4.2%	6	2.3%	37	14.2%	21	8.1%
	65-74	861	41.8	40	4.6%	137	15.9%	6	0.7%	103	12.0%	28	3.3%	249	28.9%	48	5.6%	13	1.5%	118	13.7%	70	8.1%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,742	44.2	20	1.1%	114	6.5%	4	0.2%	90	5.2%	20	1.1%	217	12.5%	25	1.4%	8	0.5%	124	7.1%	60	3.4%
	40-64	622	33.6	6	1.0%	36	5.8%	2	0.3%	22	3.5%	12	1.9%	55	8.8%	8	1.3%	2	0.3%	28	4.5%	17	2.7%
	65-74	1,120	53.6	14	1.3%	78	7.0%	2	0.2%	68	6.1%	8	0.7%	162	14.5%	17	1.5%	6	0.5%	96	8.6%	43	3.8%
H28	合計	1,560	42.4	23	1.5%	96	6.2%	5	0.3%	72	4.6%	19	1.2%	157	10.1%	23	1.5%	5	0.3%	92	5.9%	37	2.4%
	40-64	461	31.0	14	3.0%	29	6.3%	1	0.2%	19	4.1%	9	2.0%	33	7.2%	7	1.5%	2	0.4%	16	3.5%	8	1.7%
	65-74	1,099	50.1	9	0.8%	67	6.1%	4	0.4%	53	4.8%	10	0.9%	124	11.3%	16	1.5%	3	0.3%	76	6.9%	29	2.6%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、特定健診受診率は 1.9%減少し、38.1%、特定保健指導実施率は 5.4%増加し、84.0%となっている。

【図表 12】

KDB帳票No.1 地域の全体像の把握、No.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	実施者数	実施率	医療機関受診率	
								吉野川市	同規模平均
平成25年度	7,446	2,978	40.0%	98位	318	250	78.6%	54.1%	50.8%
平成28年度	7,016	2,675	38.1%	135位	293	246	84.0%	53.1%	51.1%

2) 第 1 期に係る考察

吉野川市の平成 28 年度の一人あたり医療費は、県・国より高い。また、平成 25 年度と比較すると、費用額は増加しているものの、伸び率は同規模と比べて低くなっている。各疾患ごとにしてみると、脳血管疾患・脂質異常症では医療費・治療者ともに増加しており、糖尿病・高血圧でも治療者が増加している(図表 7～10)。さらに、一件あたりの介護給付費が増加していることや特定健診受診率が 38.1%に減少していることから、医療費適正化に向けての重症化予防の課題は残されている。(図表 6・12)

このことより、吉野川市では、引き続き、医療費が高額で死亡率が高い虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析を減少させることを目標とし、計画を立てていく必要がある。そのためには、健診受診者・医療受診者ともに早期介入し、個々に応じた保健指導を実施することが望ましい。

今後、徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、市内医療機関・吉野川保健所・吉野川医療センター等と連携体制を構築し、未治療者への受診勧奨、医療受診者への栄養指導を含む保健指導を実施することで重症化予防につなげていく。合わせて、健康状態の把握できていない医療受診者も含めた特定健診未受診者が多いため、受診率向上に努めていく必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

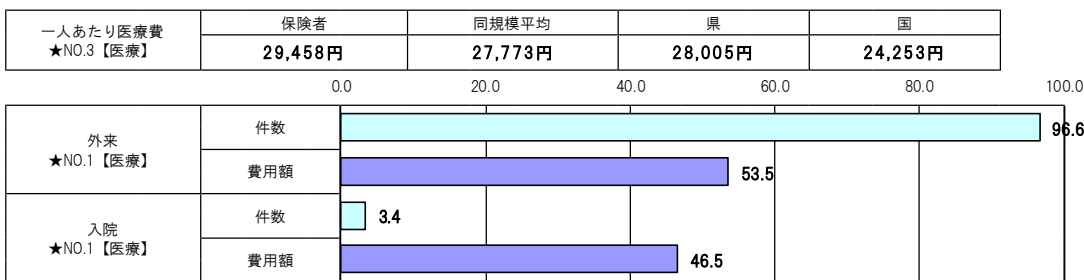
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

吉野川市の一人あたりの医療費は、29,458 円で同規模平均・県・国より高い。入院の件数は 3.4%で、費用額全体の 46.5%を占めている。入院を減らすことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



(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)

ひと月 200 万円以上の高額になる疾患では脳血管疾患及び虚血性心疾患がそれぞれ全体の 8.8%を占めている(様式 1-1)。また、人工透析患者の 1 位は糖尿病性腎症で 59.4%を占めており、費用額は 1 億 1,736 万円となっている。次いで、虚血性心疾患 50.9%、費用額は 1 億 641 万円となっており、ともに高額である(様式 2-2)。糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	精神疾患
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	57件	5件 8.8%	5件 8.8%	--
		費用額	1億5980万円	1366万円 8.5%	1570万円 9.8%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,108件	82件 7.4%	87件 7.9%	774件 69.9%
		費用額	4億8512万円	4637万円 9.6%	4547万円 9.4%	2億7648万円 57.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	397件	50件 12.6%	202件 50.9%	236件 59.4%
		費用額	1億9673万円	3217万円 16.4%	1億0641万円 54.1%	1億1736万円 59.7%

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	4,282人	327人 7.6%	495人 11.6%	75人 1.8%
		高血圧	252人 77.1%	396人 80.0%	54人 72.0%
		糖尿病	146人 44.6%	233人 47.1%	75人 100.0%
		脂質異常症	190人 58.1%	339人 68.5%	48人 64.0%
		高血圧症	2,531人 59.1%	1,202人 28.1%	1,937人 45.2%
		糖尿病	1,202人 28.1%	1,937人 45.2%	338人 7.9%
		脂質異常症	1,937人 45.2%	338人 7.9%	

○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受けているのか(図表 15)

吉野川市の1号保険者の約5人に1人(20.4%)が介護認定を受けている。特に75歳以上の認定率は31.9%と高く、介護認定者の要介護3～5の重症者が全体の41.9%と高い。原因疾患は虚血性心疾患・脳卒中を含む血管疾患が93.4%を占める。さらに認知症の有病状況は65～74歳では23.6%だが、75歳以上では44.3%と高い。また筋・骨格疾患の有病者の割合も高い。

要介護認定者医療費は要介護認定なし医療費と約 3,000 円の差があるため、特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のための高血圧・糖尿病・脂質異常症に取り組んでいく必要がある。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

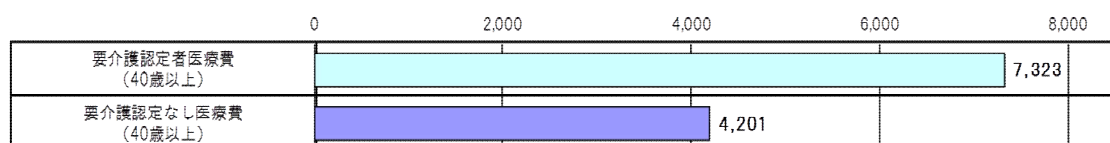
要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数		15,182人		5,587人		7,658人		13,245人		28,427人		
	認定者数		57人		260人		2,445人		2,705人		2,762人		
	認定率		0.38%		4.7%		31.9%		20.4%		9.7%		
	新規認定者数（※1）		12人		61人		290人		351人		363人		
	介護度 別人数	要支援1・2		0	0.0%	57	21.9%	549	22.5%	606	22.4%	606	21.9%
要介護1・2		25	43.9%	93	35.8%	872	35.7%	965	35.7%	990	35.8%		
要介護3～5		32	56.1%	110	42.3%	1,024	41.9%	1,134	41.9%	1,166	42.2%		
要介護 実合状況 ★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）		57		260		2,447		2,707		2,764		
	再）国保・後期		28		195		2,364		2,559		2,587		
	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	14 50.0%	脳卒中	91 46.7%	虚血性心疾患	1,021 43.2%	虚血性心疾患	1,076 42.0%	虚血性心疾患	1,084 41.9%
			2	虚血性心疾患	8 28.6%	虚血性心疾患	55 28.2%	脳卒中	860 36.4%	脳卒中	951 37.2%	脳卒中	965 37.3%
				3	腎不全	6 21.4%	腎不全	25 12.8%	腎不全	311 13.2%	腎不全	336 13.1%	腎不全
		合併症	4	糖尿病合併症	3 10.7%	糖尿病合併症	36 18.5%	糖尿病合併症	236 10.0%	糖尿病合併症	272 10.6%	糖尿病合併症	275 10.6%
				基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	21 75.0%	171 87.7%	2,155 91.2%	2,326 90.9%	2,347 90.7%				
		血管疾患合計	21 75.0%	175 89.7%	2,208 93.4%	2,383 93.1%	2,404 92.9%						
			認知症	7 25.0%	46 23.6%	1,048 44.3%	1,094 42.8%	1,101 42.6%					
	筋・骨格疾患	23 82.1%	167 85.6%	2,211 93.5%	2,378 92.9%	2,401 92.8%							

※1) 新増減価償却についてはNO.49「集合簿記会誌」の「開設年月日」を参照し、毎年度料を算出

※2) 有病状況について、各療養の割合は国保・後期の介護併数を分母に算出

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】



2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

全国・県と比較して有所見者割合の高い項目は、男女ともに空腹時血糖・HbA1c・収縮期血圧である。HDL-C・クレアチンは男性のみ高い。女性では拡張期血圧が高い。また性別・年代別に見ると40～64歳の有所見者割合の多い項目は、男性ではBMI・腹囲・中性脂肪・GPT・HDL-C・尿酸・拡張期血圧とほとんどの項目である。一方、女性ではGPT・拡張期血圧の2項目であった。

上記の結果を踏まえ、特に若い年代の男性への支援が必要である。

【図表 16】

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

★N0.23(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
男性	全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
	県	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9
	合計	356	31.8	568	50.7	325	29.0	207	18.5	130	11.6	347	31.0	656	58.5	233	20.8	626	55.8	240	21.4	487	43.4	23	2.1
	40-64	104	40.0	142	54.6	98	37.7	76	29.2	35	13.5	68	26.2	134	51.5	70	26.9	129	49.6	67	25.8	116	44.6	3	1.2
	65-74	252	29.3	426	49.5	227	26.4	131	15.2	95	11.0	279	32.4	522	60.6	163	18.9	497	57.7	173	20.1	371	43.1	20	2.3
女性	全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
	県	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3
	合計	359	23.0	276	17.7	267	17.1	130	8.3	32	2.1	307	19.7	878	56.3	30	1.9	819	52.5	246	15.8	873	56.0	1	0.1
	40-64	103	22.3	76	16.5	72	15.6	44	9.5	7	1.5	76	16.5	218	47.3	6	1.3	186	40.3	82	17.8	260	56.4	1	0.2
	65-74	256	23.3	200	18.2	195	17.7	86	7.8	25	2.3	231	21.0	660	60.1	24	2.2	633	57.6	164	14.9	613	55.8	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

男性のメタボリックシンドローム該当者は、28.9%と年齢に関係なく高く、疾患の重なりを見ると血圧+脂質が13.8%で一番多く、次に3項目全てで8.1%となっている。一方、女性の該当者は40～64歳で7.2%、65～74歳では約1.5倍の11.3%という結果である。疾患の重なりは男性と同様であり、血圧+脂質が5.9%と一番多く、次に3項目全てで2.4%となっている。

【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)

★N0.24(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	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	1,121	33.0	54	4.8%	190	16.9%	11	1.0%	138	12.3%	41	3.7%	324	28.9%	59	5.3%	19	1.7%	155	13.8%	91	8.1%
	40-64	260	19.5	14	5.4%	53	20.4%	5	1.9%	35	13.5%	13	5.0%	75	28.8%	11	4.2%	6	2.3%	37	14.2%	21	8.1%
	65-74	861	41.8	40	4.6%	137	15.9%	6	0.7%	103	12.0%	28	3.3%	249	28.9%	48	5.6%	13	1.5%	118	13.7%	70	8.1%
女性	合計	1,560	42.4	23	1.5%	96	6.2%	5	0.3%	72	4.6%	19	1.2%	157	10.1%	23	1.5%	5	0.3%	92	5.9%	37	2.4%
	40-64	461	31.0	14	3.0%	29	6.3%	1	0.2%	19	4.1%	9	2.0%	33	7.2%	7	1.5%	2	0.4%	16	3.5%	8	1.7%
	65-74	1,099	50.1	9	0.8%	67	6.1%	4	0.4%	53	4.8%	10	0.9%	124	11.3%	16	1.5%	3	0.3%	76	6.9%	29	2.6%

3) 糖尿病、血圧、LDL-C のコントロール状況(図表 18)

血圧・LDL-C に関しては、ある程度コントロールできている。対して、HbA1cは治療中にも関わらず、半数以上が受診勧奨レベルである。糖尿病治療において薬物療法だけでは改善がなく、食事療法・運動療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であることがわかる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握(図表 19)

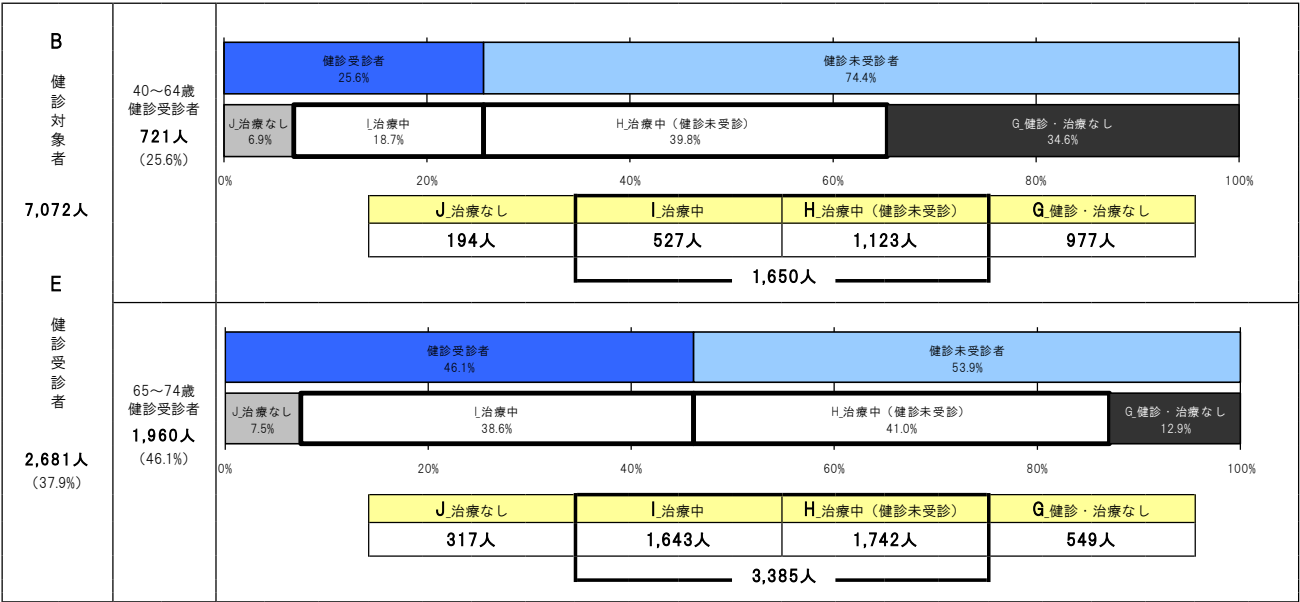
40～64 歳の健診未受診者は 74.4%と多い。その中の 39.8%は治療中(H)、34.6%は健診・治療なし(G)に該当する。また 65～74 歳の健診未受診者は 53.9%で、その中の 41.0%は治療中(H)、12.9%(G)は健診・治療なしに該当する。特に健診・治療なし(G)の該当者は、重症化しているかどうかの実態が全くわからない。

健診受診者と未受診者の医療費を比較すると健診未受診者の 1 人あたり医療費は、健診受診者より約 29,000 円高くなっている。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状況に応じた保健指導の実施が生活習慣病の予防、重症化予防につながる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

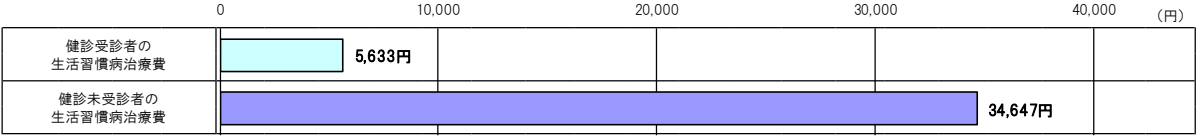
★NO.26 (CSV)



○G. 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



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。平成35年度には、3つの疾患を減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、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。

吉野川市被保険者の医療のかかり方は、入院外に占める割合が高い。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平成35年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、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、糖尿病についてはコントロール不良の割合が高血圧や脂質異常症に比べて多い。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法および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(平成30年度以降)からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 20】

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	60%	60%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診	対象者数	7126 人	6838 人	6655 人	6297 人	5757 人	5240 人
	受診者数	2850 人	3077 人	3328 人	3463 人	3454 人	3144 人
特定保健指導	対象者数	328 人	354 人	383 人	398 人	397 人	362 人
	実施者数	262 人	283 人	306 人	318 人	318 人	290 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連が集合契約を行う。

- ① 集団健診(吉野川市役所東館他)
- ② 個別健診(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、国保連のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://tokushima-kokuhoren.or.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)を実施する。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連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

特定健診受診率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)

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール		受診券発行月日 ※						受診券有効期限					
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
A	39,626				7月1日					12月20日			
B	11,613				7月1日					12月31日			
C	7,021				7月1日			10月31日					
D	12,726				7月1日					12月31日			
E	1,012		5月1日						11月30日				
F	299			6月1日					11月30日				
G	536			6月1日						12月31日			
H	4,442				7月1日					12月28日			
I	1,147				7月1日				11月30日				
J	1,032				7月1日					12月22日			
K	2,402			6月1日					11月30日				
L	3,481				7月1日					12月31日			
M	5,448			6月1日						12月31日			
N	2,553				7月1日					12月31日			
O	2,346			6月1日							1月31日		
P	7,458				7月1日					12月28日			
Q	7,370			6月1日						12月30日			
R	5,021				7月1日					12月31日			
S	4,774				7月1日					12月31日			
T	1,671			6月1日							1月31日		
U	1,730			6月1日						12月31日			
V	2,259			6月25日						12月31日			
W	1,500				7月1日						1月31日		
X	2,198			6月1日					11月30日				
Y	1,119					8月1日				12月22日			
	130,784												

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。

(注) 平成29年10月以降に75歳に到達する方については、一律「9月30日」が有効期限です。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行う。

(1)健診から保健指導実施の流れ

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

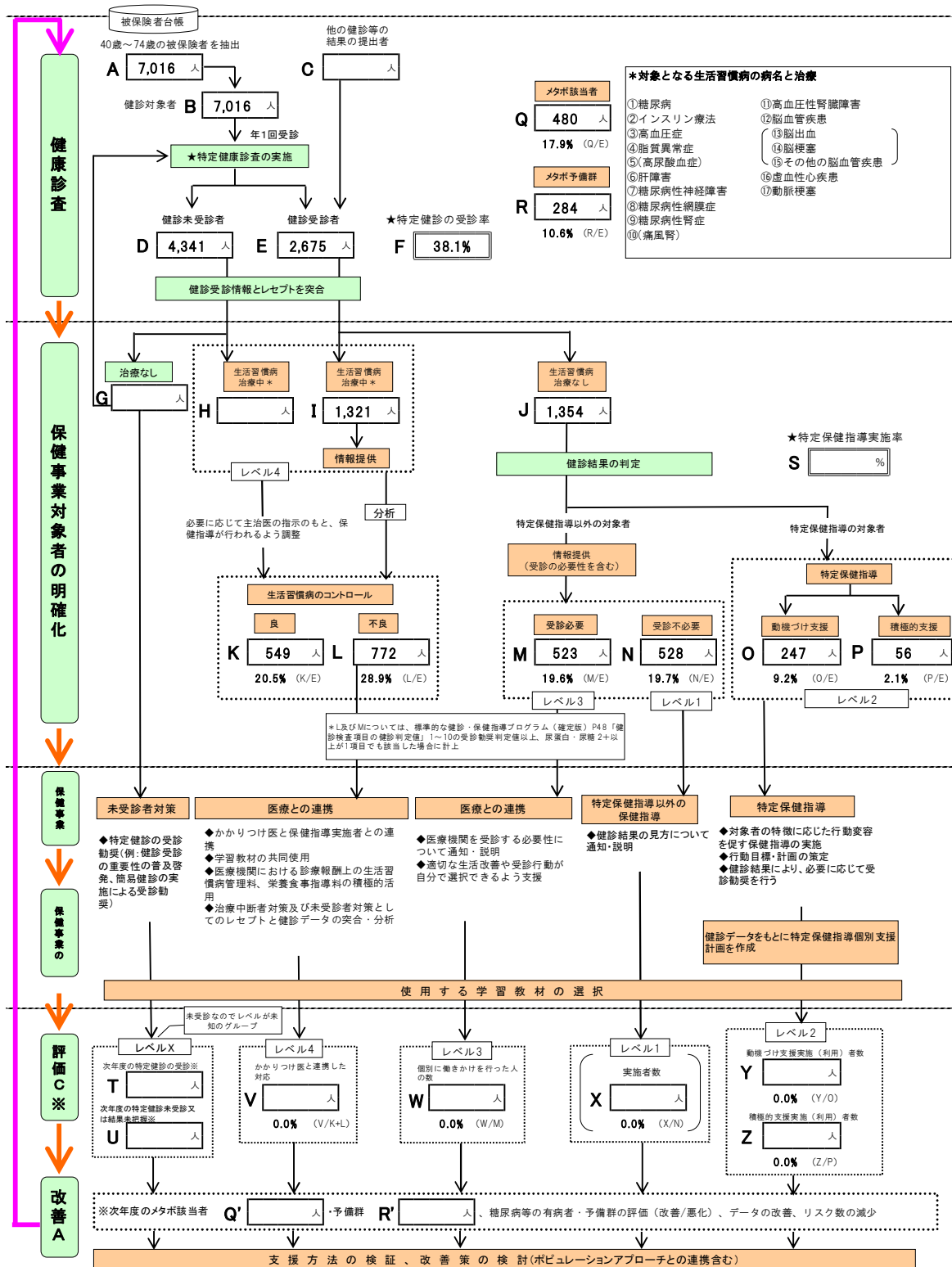
【図表 23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

吉野川市

様式5-5

健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 24)

【図表 24】

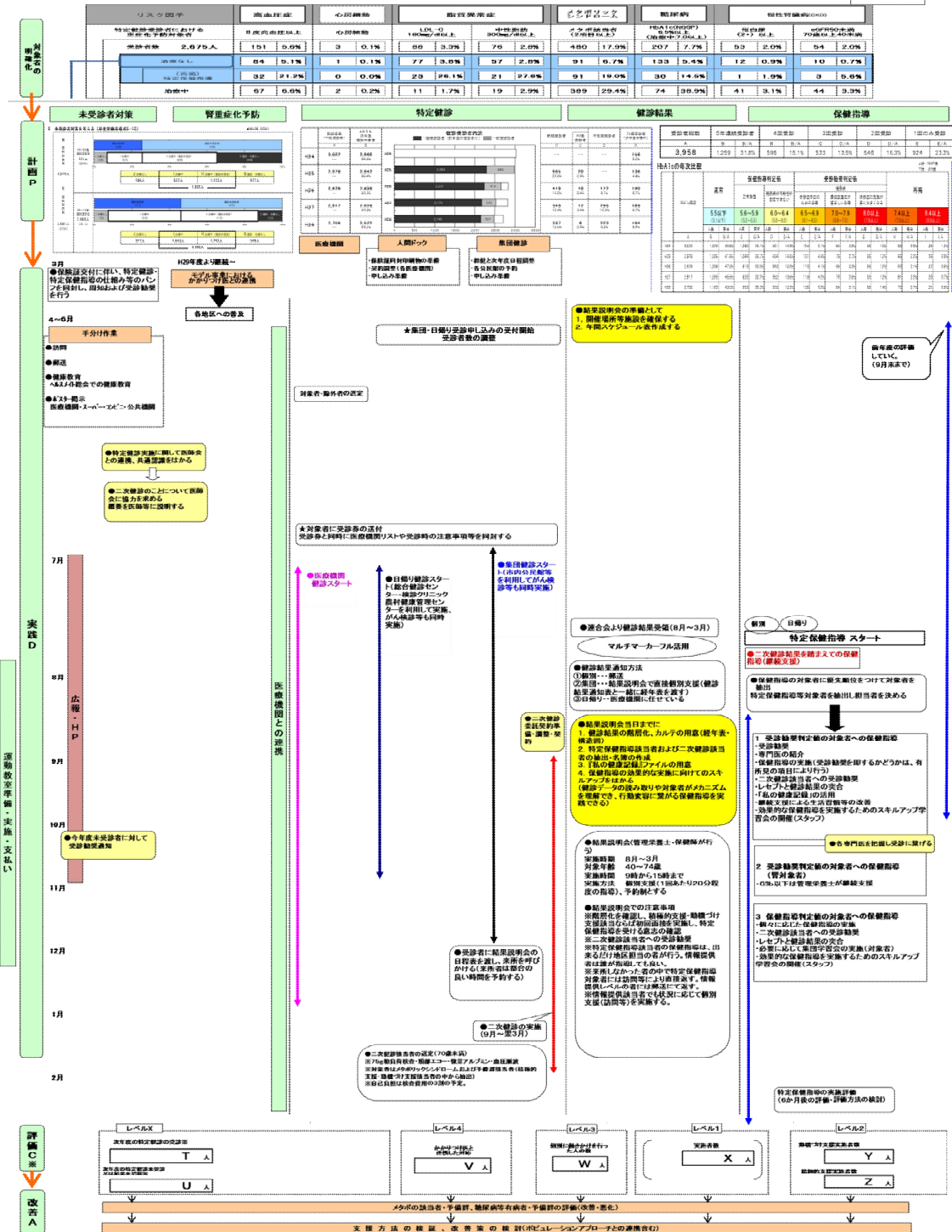
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	303 人 (11.3)	80%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	523 人 (19.6)	HbA1c6.5、 CKD の重症 度分類 G3a 以上について は 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: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)	4,341 人 ※受診率目標 達成までにあと 1,535 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	528 人 (19.7)	10%以上
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	1,321 人 (49.4)	50%以上

(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)

【図表 25】

生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(13年度スケジュール)
対象者の明確化から計画・実施・評価まで



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吉野川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・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、吉野川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、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

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)及び徳島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 サイクルに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○			☐
2		健康課題の把握	○			☐
3		チーム内での情報共有	○			☐
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○			☐
5		医師会等への相談(情報提供)	○			☐
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			☐
7		情報連携方法の確認	○			☐
8		対象者選定基準検討		○		☐
9		基準に基づく該当者数試算		○		☐
10		介入方法の検討		○		☐
11		予算・人員配置の確認	○			☐
12		実施方法の決定		○		☐
13		計画書作成		○		☐
14		募集方法の決定		○		☐
15		マニュアル作成		○		☐
16		保健指導等の準備		○		☐
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○			☐
18		個人情報の取り決め	○			☐
19		苦情、トラブル対応	○			☐
20	D 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)		○		☐
21		記録、実施件数把握			○	☐
22		かかりつけ医との連携状況把握		○		☐
23		レセプトにて受診状況把握			○	☐
24	D 保 健 指 導	募集(複数の手段で)		○		☐
25		対象者決定		○		☐
26		介入開始(初回面接)		○		☐
27		継続的支援		○		☐
28		カンファレンス、安全管理		○		☐
29		かかりつけ医との連携状況確認		○		☐
30		記録、実施件数把握			○	☐
31	C 評 価 報 告	3ヶ月後実施状況評価			○	☐
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	☐
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	☐
34		医師会等への事業報告	○			☐
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			☐
36	A 改 善	改善点の検討		○		☐
37		マニュアル修正		○		☐
38		次年度計画策定		○		☐

* 平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中断者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 注4
第4期 (腎不全期)	問わない 注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

吉野川市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(ー)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

吉野川市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 156 人(45.1%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1124 人中のうち、特定健診受診者が 398 人(35.4%・G)であったが、89 人(22.4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 726 人(64.6%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 173 人中 33 人は治療中断であることが分かった。また、140 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。(図表 28)

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より吉野川市においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)…… 156 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)……………122 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】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)……………309 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

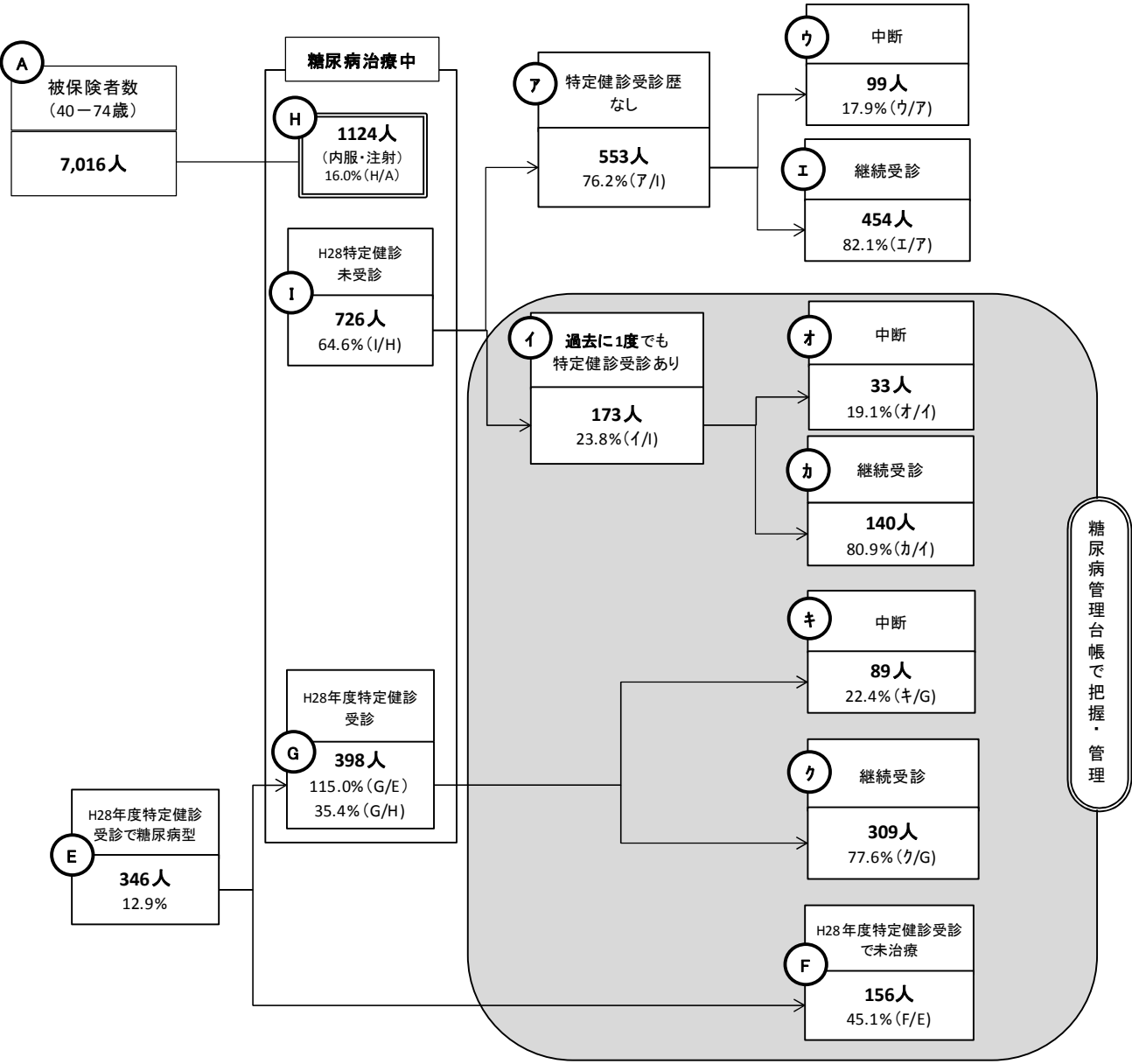
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)……………140 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

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は2か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病管理台帳作成手順】

(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糖尿病管理台帳に記載する

- ・HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載する。
- ・HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する。
- ・当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する。

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。吉野川市においては、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 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態: 2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 - ヘモグロビンA1cとは - 糖尿病の治療の進め方 - 健診を受けた人の中での私の位置は？ - HbA1cと体重の変化 - HbA1cとGFRの変化 - 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ - 高血糖が続くと体に何が起ころうのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起ころう体の部位と症状のあらわれ方～ - 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ☐ 合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ☐ 食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ☐ 薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ☐ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価 ⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 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、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。(参考資料12)

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

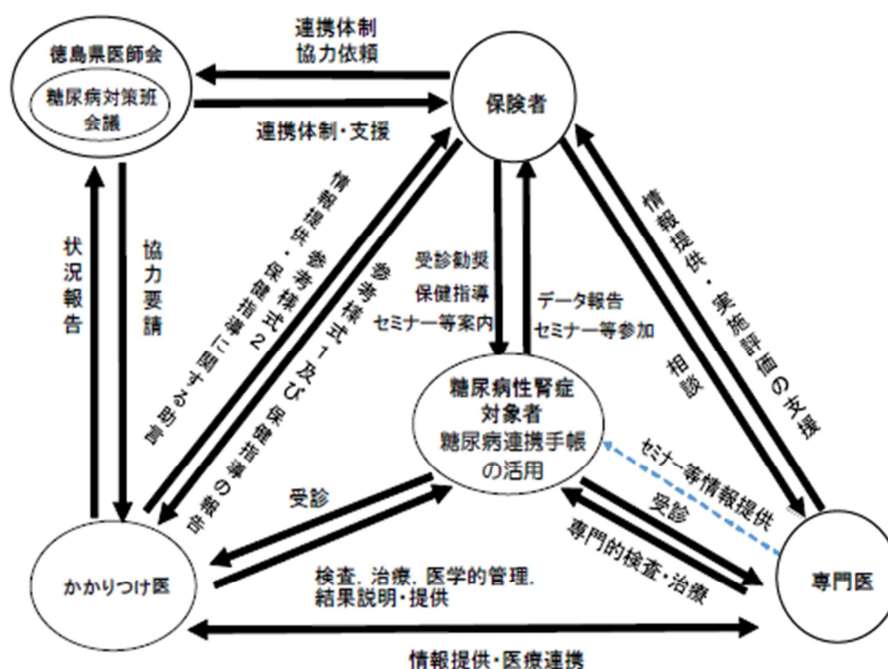
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携パスまたは糖尿病連携手帳等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

【徳島県医師会糖尿病対策班との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う徳島県医師会糖尿病対策班、郡市医師会糖尿病対策担当理事と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取組を行う。



6) 高齢者福祉部門(介護保険部局等)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福祉事務所や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 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価(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 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料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。吉野川市において健診受診者2675人のうち心電図検査実施者は25人(0.9%)であり、そのうちST所見があったのは0人であった(図表30)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また今後ST所見ありの者が出た際には、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

心電図検査結果

【図表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)(%)
H28 年度	2675	100	25	0.9	0	0	14	56.0	11	44.0

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 以上若しくは拡張期血圧 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、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、CKD ステージにより対象者を把握していく。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 31 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 31】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う	
--	--

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

(2) 二次健診の実施

吉野川市では参考資料 12 に基づき二次健診を実施している。そのうち虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(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(介護保険部局等)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福祉事務所や地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

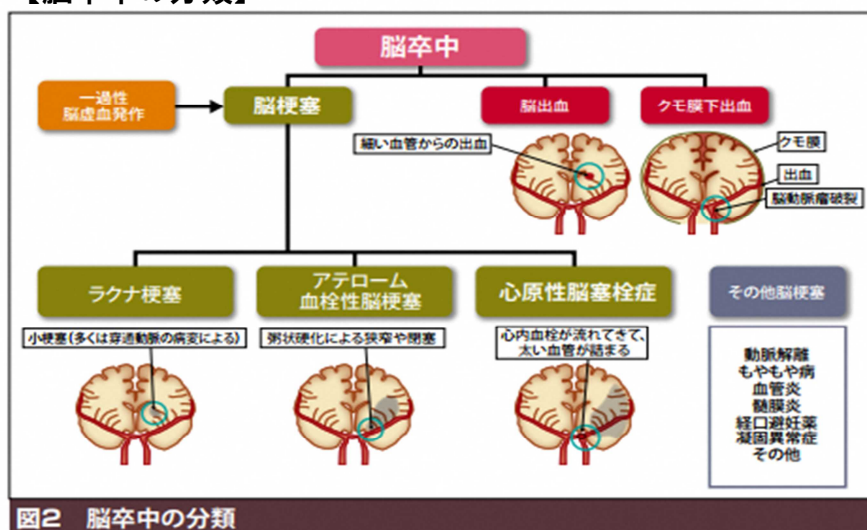
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 32、33)

【脳卒中の分類】

【図表 32】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 33】

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 34 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。

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 151 人(5.6%)であり、84 人は未治療者であった。また未治療者のうち 2 人(2.4%)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 67 人(6.6%)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。

【図表 34】

特定健診受診者における重症化予防対象者

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		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)	
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	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)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 2,675人		151 5.6%	3 0.1%	88 3.3%	76 2.8%	480 17.9%	207 7.7%	53 2.0%	54 2.0%
治療なし		84 5.1%	1 0.1%	77 3.8%	57 2.8%	91 6.7%	133 5.4%	12 0.9%	10 0.7%
(両指) 特定保健指導		32 21.2%	0 0.0%	23 26.1%	21 27.6%	91 19.0%	30 14.5%	1 1.9%	3 5.6%
治療中		67 6.6%	2 0.2%	11 1.7%	19 2.9%	389 29.4%	74 38.9%	41 3.1%	44 3.3%
臓器障害 あり		2 2.4%	1 100.0%	4 5.2%	1 1.8%	2 2.2%	9 6.8%	12 100.0%	10 100.0%
CKD (専門医対象者)		0	0	4	1	1	8	12	10
尿蛋白 (2+)以上		0	0	1	0	0	5	12	0
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上		0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		0	0	3	1	1	6	0	10
心電図所見あり		2	1	0	0	1	1	0	0

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

図表 35 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。

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 35】

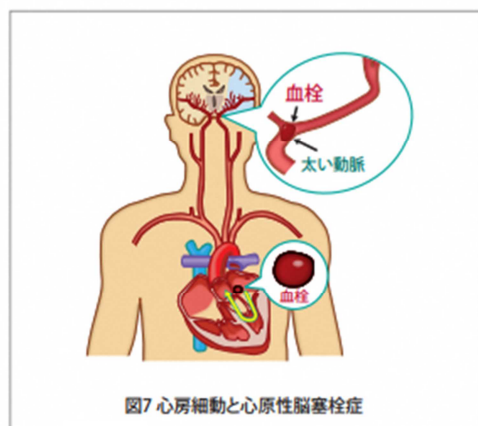
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg) リスク層 (血圧以外のリスク因子)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
1,659		473	404	354	344	76	8	19	197	212
		28.5%	24.4%	21.3%	20.7%	4.6%	0.5%	1.1%	11.9%	12.8%
リスク第1層		167	82	38	25	19	3	0	19	3
		10.1%	17.3%	9.4%	7.1%	5.5%	3.9%	0.0%	100%	1.5%
リスク第2層		924	258	221	203	194	42	6	--	194
		55.7%	54.5%	54.7%	57.3%	56.4%	55.3%	75.0%	98.5%	22.6%
リスク第3層		568	133	145	126	131	31	2	--	--
		34.2%	28.1%	35.9%	35.6%	38.1%	40.8%	25.0%	--	77.4%
再掲 重複あり	糖尿病	150	37	38	29	39	6	1		
		26.4%	27.8%	26.2%	23.0%	29.8%	19.4%	50.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	239	63	79	43	41	13	0		
		42.1%	47.4%	54.5%	34.1%	31.3%	41.9%	0.0%		
	3個以上の危険因子	312	63	64	76	89	19	1		
		54.9%	47.4%	44.1%	60.3%	67.9%	61.3%	50.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態



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 36 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

（脳卒中予防の提言より引用）

特定健診における心房細動有所見状況(平成 28 年度)

【図表 36】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	15	10	2	13.3	1	10.0	—	—
40 歳代	1	0	0	—	0	—	0.2	0.04
50 歳代	1	2	0	—	0	—	0.8	0.1
60 歳代	6	5	1	16.7	0	—	1.9	0.4
70～74 歳	7	3	1	14.3	1	33.3	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の 70～74 歳の値は 70～79 歳

心電図検査において3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、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また3人とも既に治療が開始されていたが、うち1人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができ、治療につながった者である。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積極的実施が望まれる。(図表 37)

【図表 37】

心房細動有所見者の治療の有無(平成 28 年度)

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
3	12	0	0	3	100

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

吉野川市では参考資料 12 に基づき二次健診を実施している。そのうち脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局等)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福祉事務所や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等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

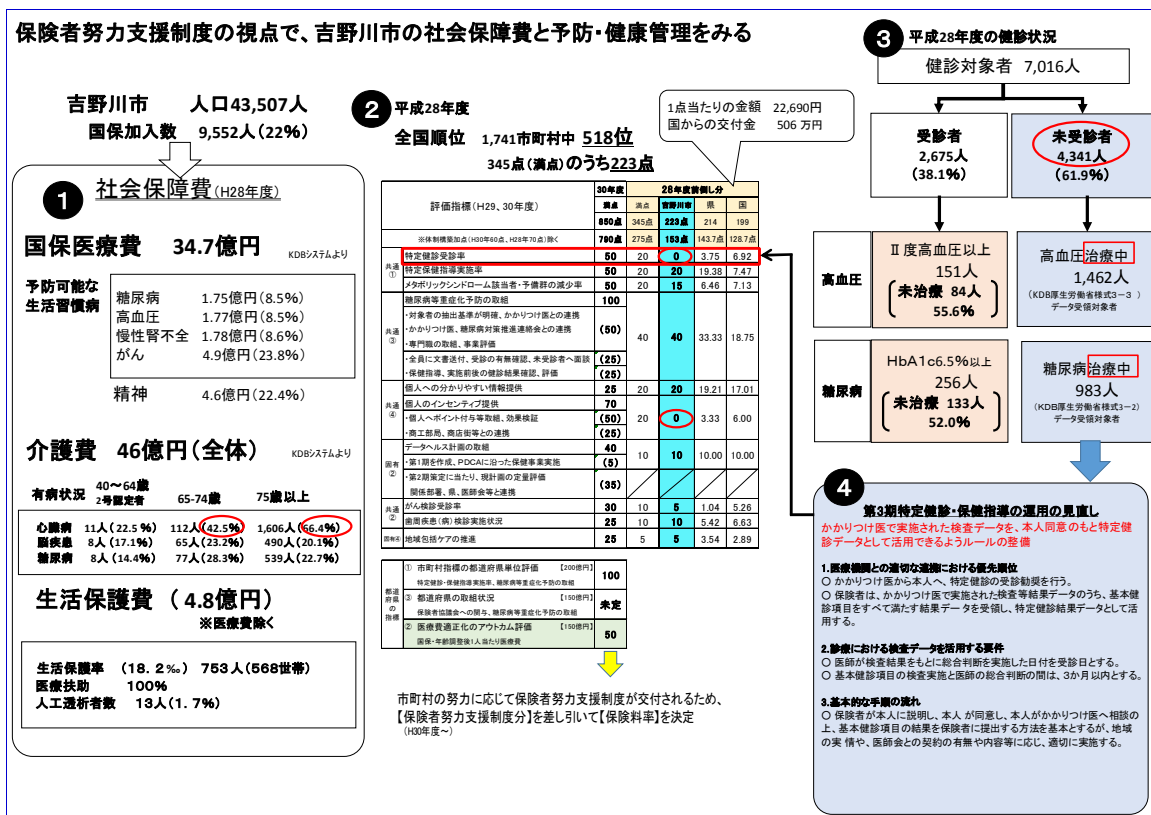
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

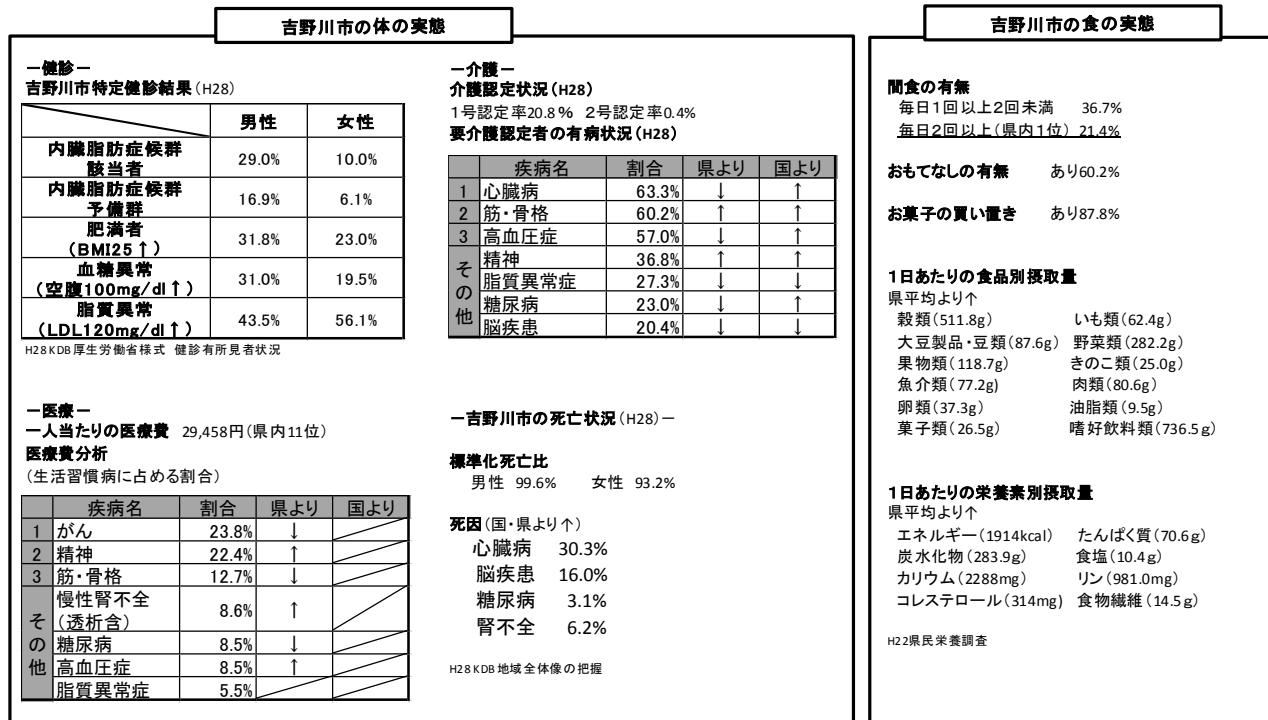
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 38・39)

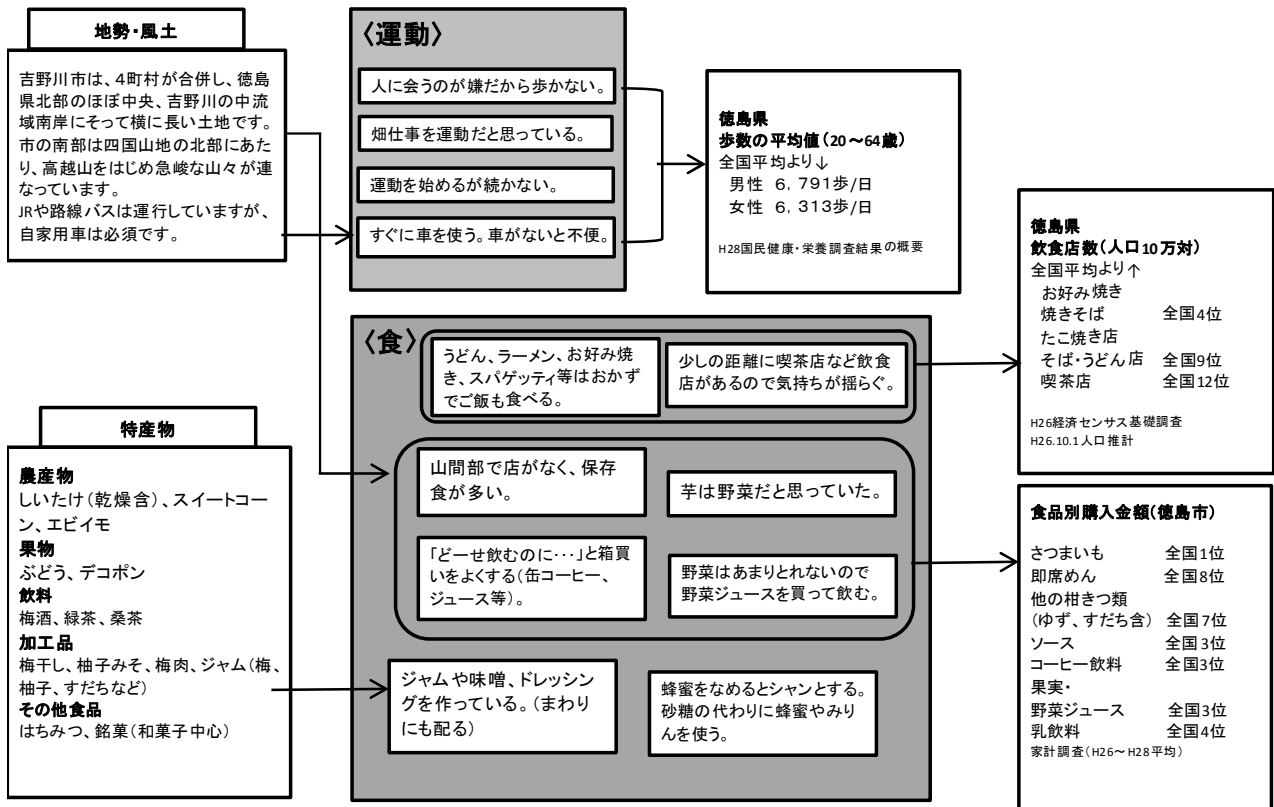
【図表 38】



【図表 39】



これまでに見聞した住民の声と関連データ



第5章 地域包括ケアシステムに係る取組

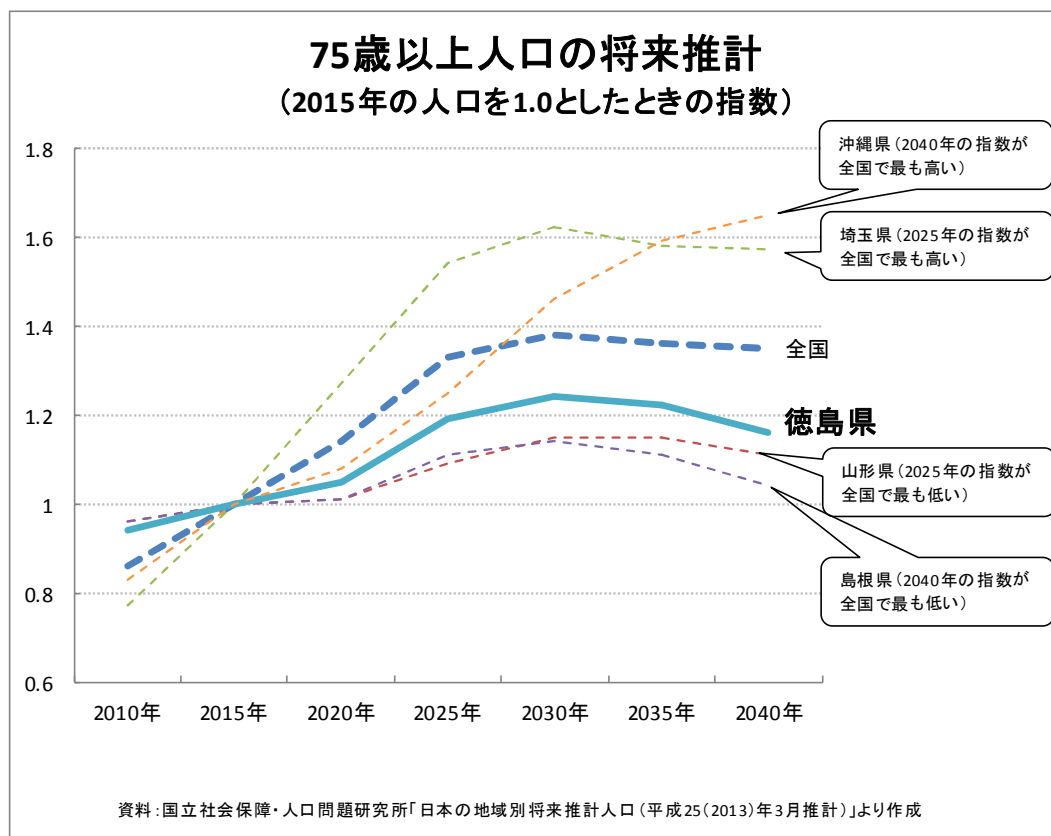
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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。

徳島県の75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.16と推計され、他県同様増加する傾向にある。(図表40)

市町村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。このような状況から、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表40】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標(参考資料11)

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う。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページ等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吉野川市の位置
- 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組評価
- 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 7-1 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
- 参考資料 8 血圧評価表
- 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
- 参考資料 12 二次健診選定基準

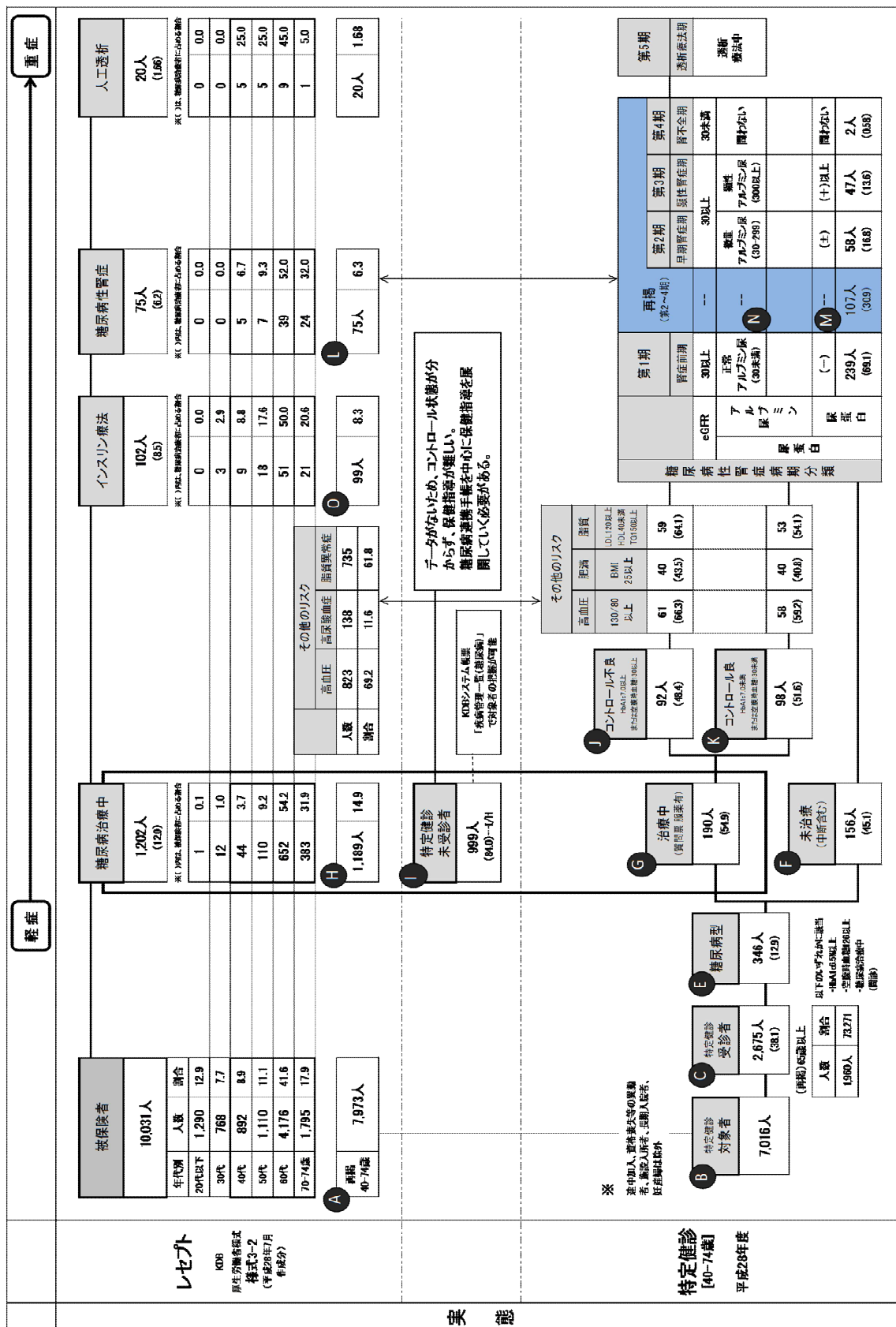
【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた吉野川市の位置

2017.11.14作成

項目				H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)	
				保険者		保険者		同規模平均		県		国			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	43,507		43,507		9,030,767		772,357		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）	13,245	30.4	13,245	30.4	2,626,654	29.1	209,460	27.1	29,020,766	23.2		
			75歳以上	7,658	17.6	7,658	17.6			113,837	14.7	13,989,864	11.2		
			65～74歳	5,587	12.8	5,587	12.8			95,623	12.4	15,000,902	12.0		
			40～64歳	15,182	34.9	15,182	34.9			266,169	34.5	42,411,922	34.0		
		39歳以下	15,080	34.7	15,080	34.7			296,728	38.4	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	7.6		7.6		11.4		8.8		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	25.9		25.9		27.5		24.3		25.2			
			第3次産業	66.5		66.5		61.1		66.9		70.6			
	③	平均寿命	男性	80.3		80.3		79.2		79.4		79.6		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性	87.0		87.0		86.4		86.2		86.4			
	④	健康寿命	男性	65.6		65.6		65.1		65.2		65.2		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性	67.4		67.4		66.8		66.7		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	98.6		98.6		104.8		101.4		100		KDB NO.1 地域全体像の把握
			女性	94.3		93.2		101.5		99.4		100			
			死因	がん	139	42.0	151	42.3	32,164	46.4	2,469	46.4	367,905	49.6	
			心臓病	99	29.9	108	30.3	19,517	28.2	1,543	29.0	196,768	26.5		
			脳疾患	52	15.7	57	16.0	11,781	17.0	825	15.5	114,122	15.4		
			糖尿病	13	3.9	11	3.1	1,340	1.9	113	2.1	13,658	1.8		
			腎不全	16	4.8	22	6.2	2,559	3.7	218	4.1	24,763	3.3		
			自殺	12	3.6	8	2.2	1,902	2.7	151	2.8	24,294	3.3		
			②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計										
	男性														
		女性													
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	2,788	20.9	2,705	20.8	539,524	20.5	48,252	23.1	5,882,340	21.2	KDB NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	64	0.3	62	0.3	8,953	0.3	727	0.3	105,654	0.3	
②		有病状況	2号認定者	65	0.4	67	0.4	11,164	0.4	941	0.4	151,745	0.4		
			糖尿病	681	23.6	624	23.0	125,517	22.3	13,140	26.4	1,343,240	21.9		
			高血圧症	1,651	56.3	1,557	57.0	305,918	54.6	28,314	57.0	3,095,109	50.5		
			脂質異常症	798	27.6	753	27.3	159,712	28.3	14,741	29.6	1,733,323	28.2		
			心臓病	1,843	63.5	1,729	63.3	349,121	62.4	32,169	64.9	3,511,354	57.5		
			脳疾患	650	22.6	563	20.3	154,757	27.9	12,843	26.0	1,530,506	25.3		
			がん	245	8.9	280	9.6	58,389	10.3	5,291	10.5	629,053	10.1		
			筋・骨格	1,726	59.1	1,650	60.1	303,080	54.0	29,441	59.5	3,051,816	49.9		
			精神	970	33.6	1,055	36.7	213,249	37.8	17,887	35.6	2,141,880	34.9		
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	65,475		67,394		66,708		60,272		58,349			
			居宅サービス	39,642		43,135		41,740		39,151		39,683			
④	医療費等	要介護認定別	7,048		7,323		8,280		7,585		7,980				
		医療費（40歳以上）	4,031		4,201		4,039		4,219		3,822				
4	①	国保の状況	被保険者数	10,671		9,552		2,264,275		173,928		32,587,223		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳	4,108	38.5	4,449	46.6			75,546	43.4	12,462,053	38.2		
			40～64歳	4,059	38.0	3,228	33.8			59,408	34.2	10,946,693	33.6		
			39歳以下	2,504	23.5	1,875	19.6			38,974	22.4	9,178,477	28.2		
			加入率	24.5		22.0		25.1		22.5		26.9			
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	4	0.4	4	0.4	833	0.4	113	0.6	8,255	0.3		
			診療所数	50	4.7	50	5.2	6,529	2.9	743	4.3	96,727	3.0		
			病床数	1,046	98.0	1,046	109.5	135,296	59.8	14,845	85.4	1,524,378	46.8		
			医師数	129	12.1	124	13.0	16,982	7.5	2,463	14.2	299,792	9.2		
			外来患者数	733.5		765.0		698.5		721.1		668.3			
			入院患者数	26.3		27.1		23.6		25.6		18.2			
			一人当たり医療費	27,973	県内11位 同規模77位	29,458	県内11位 同規模87位	27,773		28,005		24,253			
	③	医療費の状況	受診率	759.792		792.119		722.134		746.696		686.501		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
外 費用の割合			53.0		53.5		56.9		54.7		60.1				
来 件数の割合			96.5		96.6		96.7		96.6		97.4				
入 費用の割合			47.0		46.5		43.1		45.3		39.9				
脱 件数の割合			3.5		3.4		3.3		3.4		2.6				
1件あたり在院日数			19.5日		18.6日		17.0日		18.8日		15.6日				
④	医療費分析 生活習慣病に よる割合 （最大医療費疾患 を1位割合含む）	がん	414,810,370		492,135,500		23.9		22.9		25.6		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
		慢性腎不全（透析あり）	186,686,400		177,815,920		8.6		7.1		9.7				
		糖尿病	192,514,780		175,297,290		8.5		9.9		9.7				
		高血圧症	236,690,800		176,631,490		8.5		8.9		8.6				
		精神	507,306,580		463,108,650		22.4		19.6		25.5				
		筋・骨格	298,797,760		262,825,210		12.7		15.2		13.7				

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



【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		血圧										
							CKD	GFR										
								尿蛋白										
						糖尿病	糖	服薬										
						高血圧		HbA1c										
						虚血性心疾患	糖 以外	体重										
						脳血管疾患		BMI										
						糖尿病性腎症		血圧										
							CKD	GFR										
								尿蛋白										

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28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+B）		（ 19 ）人			
	A 健診未受診者		（ 3 ）人			
	結果未把握（内訳）					
	①国保（生保）		（ 3 ）人			
	②後期高齢者		（ 0 ）人			
	③他保険		（ 0 ）人			
	④資格喪失（死亡・転出）		（ 0 ）人			
	⑤確認できない		（ 0 ）人			
	①-1 未治療者（中断者含む）		（ 2 ）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					
B 結果把握		（ 16 ）人				
① HbA1cが悪化している		（ 11 ）人				
例）HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している		（ 4 ）人				
※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 （-）		（ 10 ）人				
（±）		（ 4 ）人				
（+）～顕性腎症		（ 2 ）人				
③ eGFR値の変化						
1年で 25 % 以上低下		（ 0 ）人				
1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下		（ 4 ）人				
				1.資格喪失（死亡、転出）の確認		
				○医療保険異動の確認		
				○死亡は、その原因		
				2.レセプトの確認		
				○治療状況の確認		
				○直近の治療有無の確認		
				●合併症		
				●脳・心疾患 — 手術		
				●人工透析導入		
				●がん		
				3.会いに行く		
				○医療受診勧奨の保健指導		
				○糖尿病連携手帳の確認		
				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		
				○尿アルブミン検査の情報を追加		
				○腎症予防のための保健指導		
				尿アルブミン検査の継続		

				栄養士中心		

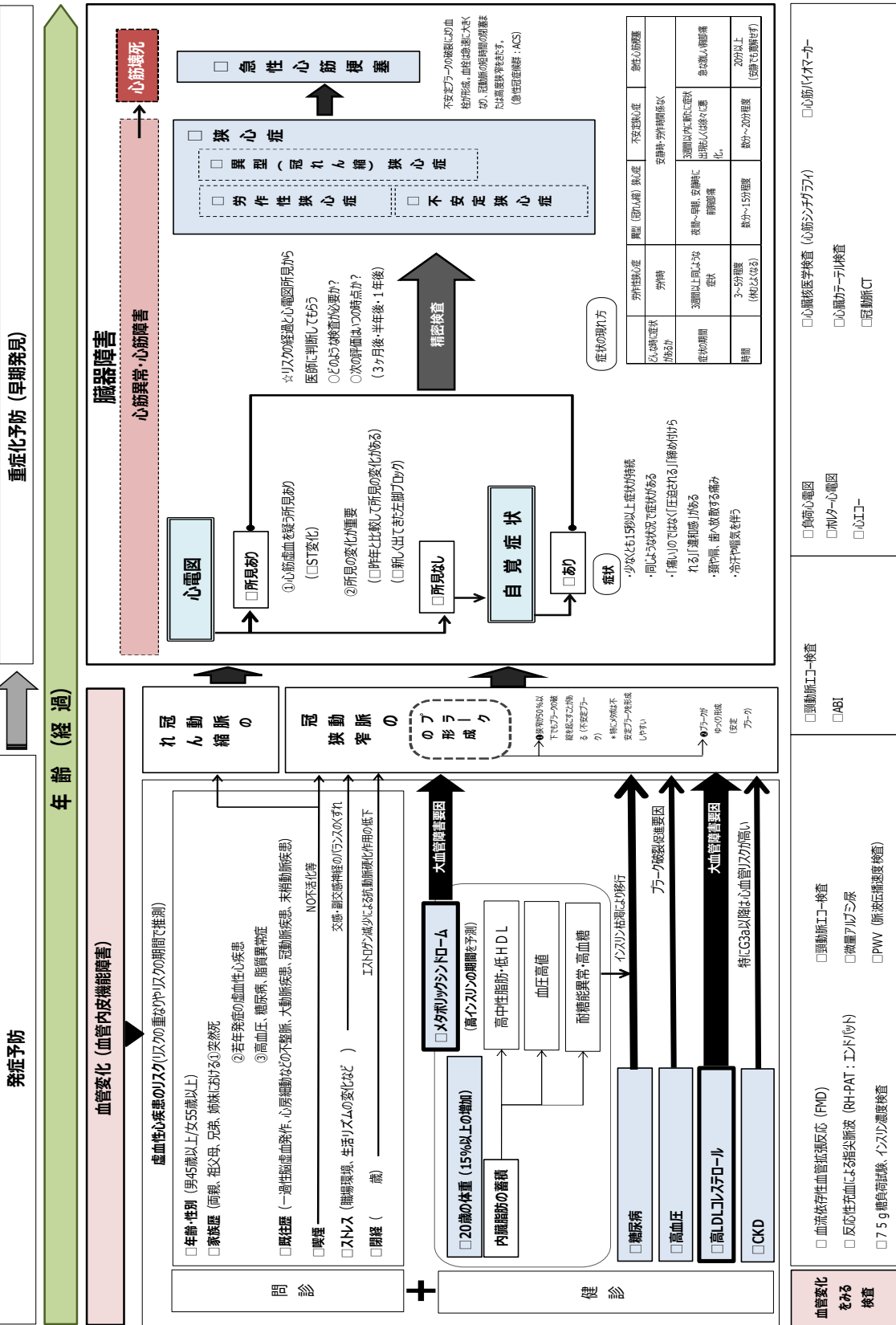
				腎専門医		

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目			突合表	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	A	10,031人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②				(再掲)40～74歳		7,973人						
2	①	特定健診	B	7,016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		C	受診者数		2,675人							
	③			受診率		38.1%							
3	①	特定保健指導		293人									
	②			実施率		84.0%							
4	①	健診データ	E	346人	12.9%							特定健診結果	
	②		F	156人	45.1%								
	③		G	190人	54.9%								
	④		J	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		92人	48.4%						
	⑤			血圧 130/80以上		61人	66.3%						
	⑥			肥満 BMI25以上		40人	43.5%						
	⑦		K	98人	51.6%								
	⑧		M	第1期	尿蛋白（－）	239人	69.1%						
	⑨			第2期	尿蛋白（±）	58人	16.8%						
	⑩			第3期	尿蛋白（＋）以上	47人	13.6%						
	⑪			第4期	eGFR30未満	2人	0.6%						
5	①	レセプト		糖尿病受療率（被保険者千対）		119.8人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②			(再掲)40～74歳（被保険者千対）		149.1人							
	③			レセプト件数 (40～74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		5,950件	(775.1)			5,486件		(804.8)
	④				入院(件数)		38件	(5.0)			40件		(5.8)
	⑤		糖尿病治療中		H	1,202人	12.0%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40～74歳		I	1,189人	14.9%						
	⑦		健診未受診者			999人	84.0%						
	⑧		インスリン治療		O	102人	8.5%						
	⑨		(再掲)40～74歳			99人	8.3%						
	⑩		糖尿病性腎症		L	75人	6.2%						
	⑪		(再掲)40～74歳			75人	6.3%						
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）			20人	1.66%						
	⑬		(再掲)40～74歳			20人	1.68%						
	⑭		新規透析患者数			3人	15.0%						
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症			1人	33.3%						
	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）			81人	4.3%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	6		①	医療費	総医療費		34億7090万円				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			20億6946万円				17億2766万円				
③		(総医療費に占める割合)			59.6%				57.7%				
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		5,633円				7,001円				
⑤			健診未受診者		34,647円				35,214円				
⑥		糖尿病医療費			1億7530万円				1億7148万円				
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			8.5%				9.9%				
⑧		糖尿病入院外総医療費			5億5782万円								
⑨		1件あたり			35,815円								
⑩		糖尿病入院総医療費			4億0969万円								
⑪		1件あたり			536,946円								
⑫		在院日数			18日								
⑬		慢性腎不全医療費			1億9049万円				1億6922万円				
⑭		透析有り			1億7782万円				1億5809万円				
⑮		透析なし			1267万円				1113万円				
7	①	介護	介護給付費		46億0931万円				31億7728万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		3件	10.7%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	11人	1.9%				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



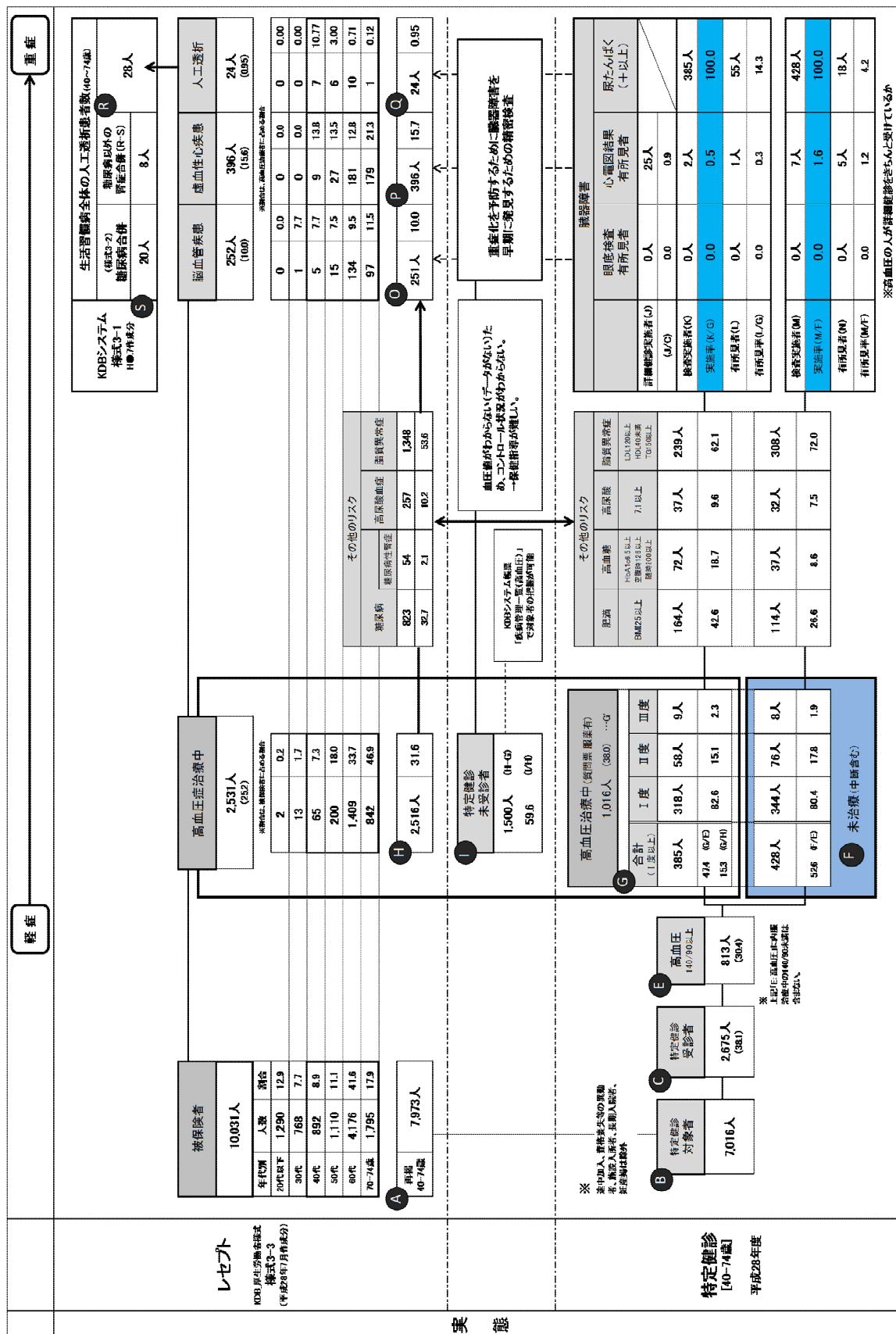
【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		重症化予防対象者		
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧					
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		発症予防対象者		
		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。				
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～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～
拡張期		～84	85～89	90～		
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 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				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実合



【参考資料 8】

血圧評価表 498名（過去5年間で一度でもⅡ度高血圧以上の基準に該当した方）

個人 番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧														
						メボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28		
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期
1		吉野川	男	72	予備群	5.7	81	77.9	—	3.4	○	168	90	○	145	83	○	152	80	○	154	80	○	147	80	
2		吉野川	女	72	なし	5.5	145	89.7	—	3.7	○	130	80	○	150	80	○	156	100	○	126	80	○	140	90	
3		吉野川	男	52	該当者	5.4	148	58.9	+	6.5	○	150	95	○	162	110	○			○	149	118	○			
4		吉野川	女	73	なし	5.3	122	89.3	—	4.7	○	124	80	○	110	78	○	160	90	○	160	90	○	144	80	
5		吉野川	女	66	該当者	6	165	81.6	—	4.9	○	142	72	○	155	81	○	164	80	○	142	72	○			
6		吉野川	女	72	なし	5.4	85	72.2	—	3.2	○			○	160	85	○			○	122	75	○	123	76	
7		吉野川	女	70	該当者	6.4	119	82.6	+	7.0	○	124	80	○	140	90	○	126	80	○	152	100	○	150	90	
8		吉野川	男	67	該当者	6.8	29	69.3	—	6.1	○	172	80	○	146	77	○	129	75	○	136	78	○	147	91	
9		吉野川	女	67	なし	5.8	142	82.3	—	5.1	○	176	90	○			○			○						
10		吉野川	女	64	なし	5.6	166	76	±	6.6	○	152	100	○	160	90	○	154	90	○	140	90	○	166	84	
11		吉野川	女	74	なし	5.2	136	65.7	±	4.4	○	161	92	○	180	100	○	175	111	○	168	96	○	150	85	
12		吉野川	男	70	なし	5.4	123	57.3	—	5.5	○	154	88	○	166	110	○	148	98	○			○	156	90	
13		吉野川	男	67	該当者	5.3	151	86.1	+	4.1	○	150	86	○	160	90	○	140	80	○	140	80	○			
14		吉野川	女	74	該当者	5.4	148	71.9	—	5.5	○	160	80	○	132	75	○	144	82	○	138	79	○			
15		吉野川	男	73	予備群	5.2	147	48.1	—	6.6	○			○	164	89	○			○	152	76	○	156	84	
16		吉野川	男	58	該当者	6.1	219	73.2	—	5.9	○			○			○			○	166	95	○	121	71	

血圧評価表 151名（H28年度の健診でⅡ度高血圧以上の基準に該当した方）

個人 番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																						
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧																
						メボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28				
												治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期		
1	吉野川	男	61	該当者	5.4	69	52.7	+	8.5																			
2	吉野川	男	70	なし	5.9	87	93.4	—	6.5																			
3	吉野川	男	63	予備群	5.9	94	72.4	—	4.9	○	128	85																
4	吉野川	女	71	該当者	11.4	101	42.2	—	6.3																			
5	吉野川	女	69	なし	5.7	222	83.5	—	5.1	○	167	87	○	149	94													
6	吉野川	女	67	該当者	5.4	181	66.5	—	5.7																			
7	吉野川	女	66	なし	6.1	101	78.2	—	5																			
8	吉野川	男	68	なし	5.3	140	69	—	3.9					148	90													
9	吉野川	女	68	なし	5.7	166	99.9	—	3.8																			
10	吉野川	男	63	なし	5.3	68	87.3	—	5.8	○	166	90																
11	吉野川	男	68	該当者	5.9	146	55.4	—	7.8																			
12	吉野川	女	64	該当者	5.5	130	65.2	—	5.3						144	85												
13	吉野川	男	60	予備群	5.6	118	76.5	±	7.6		101	64			119	73												
14	吉野川	男	71	予備群	5.3	112	76	—	5.9						139	101												
15	吉野川	女	65	予備群	5.2	94	86.7	±	4.2																			
16	吉野川	男	70	なし	5.3	79	67.6	—	5.4																			

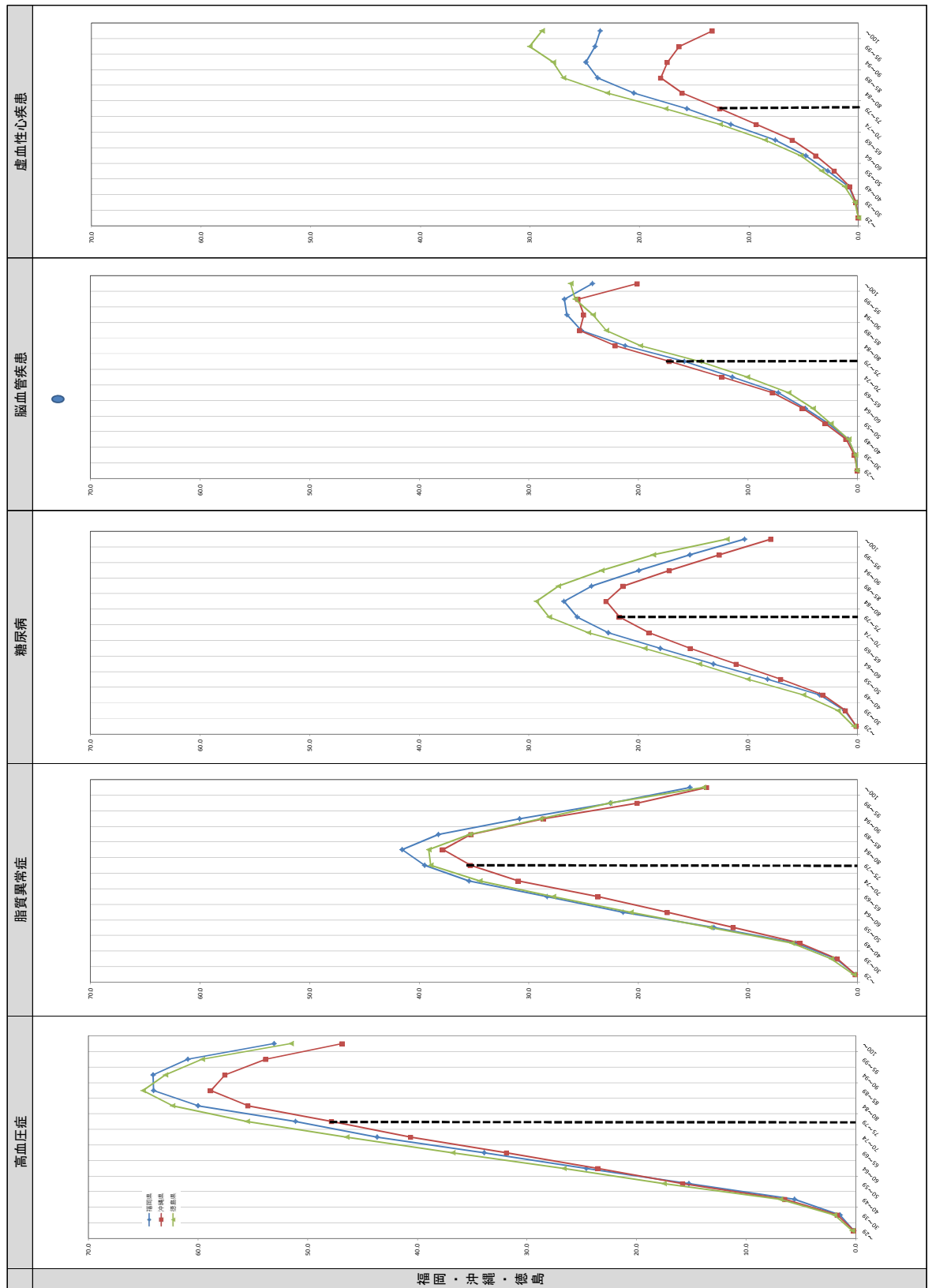
【参考資料 9】

心房細動管理台帳

H26年度 H27年度 H28年度	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	H26年度					H27年度					H28年度																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
											健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム、平成29年7月作成分)



福岡・沖縄・徳島

①平成29年度データヘルスの取組と課題整理(平成29年度実践・評価)

様式3-1

評価				
目標と課題 平成29年度課題	①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
糖尿病性腎症重症化予防のための医療連携体制の構築 治療中断の予防や生活習慣の改善・維持 医療機関との連携し継続した保健指導が重要 医療機関との共通認識を持つ 徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの共有および普及	①平成29年度支援評価委員会の助言をふまえ、やってきた実践事項を振り返りみる (プロセス) ●糖尿病管理台帳の作成 ◇評価委員会の助言 市町村の強みはレセプトが見られること。治療中断者を見つけて医療につなげる。血液データが悪いのに、医療にかかっていない人を見つけて医療につなげる。できることからやっていく。 ●未受診者対策 ・今年度40歳と62歳およびH28年度未受診者への受診勧奨訪問 ・医療機関やコンビニ等の店舗へのポスター掲示依頼 ・10月末に未受診者へ受診勧奨はがきを送付 ●徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基に連携体制(案)を作成 糖尿病性腎症重症化予防における医療機関との連携体制(案)	40～64歳では健診・治療のない人が34.6%で、重症化しているかどうか実感が分らない人が3人に1人いるということになる。 また、年代に関係なく治療中で健診未受診の人が約4割いる。	保健指導実施者数 (平成29年度) ◆国保年金課 ・保健師3名 ・管理栄養士2名 ◆健康推進課 ・保健師6名 ・管理栄養士1名 平成30年度(保健師)国保年金課、健康推進課各1名退職、健康推進課1名育児、新規採用1名	●糖尿病管理台帳を整備し、支援していくこと ・担当地区ごとに作成 ・レセプトを確認し、疾病を把握することで、重症化のハイリスク者を見つける ●未受診者対策 ◇受診勧奨の対象を絞る ・健診・治療のない人への特定健診受診勧奨 ・治療中で特定健診未受診の方への受診勧奨 →医療機関への協力依頼 ●市内医療機関との連携体制の構築 ・モデル事業を実施しての意見等をとりまとめ、連携体制を作り、市内医療機関へ拡大していく ↓ 連携体制の周知 連携事例の増加 ↓ ●糖尿病連携手帳の活用についての周知 ●徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの共有・普及

二次健診選定基準(平成25年度～)

年齢	階層化		健診結果	OGTT	微量アルブミン尿	頸部エコー	血圧脈波
69歳以下	積極的支援 動機付け支援該当者	血糖	空腹時血糖 100～125mg/dl以下、 またはHbA1c 5. 6～6. 4%以下	●	●	●	●
			空腹時血糖 126mg/dl以上、 またはHbA1c 6. 5%以上	×	●	●	●
		血圧	高血圧 130／85以上				
		脂質	中性脂肪 150以上				
			HDLコレステロール 40未満	●	●	●	●
			LDLコレステロール 140以上				
		尿酸	尿酸 7. 0以上				

【参考資料 12】