

**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



三好市



## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

<b>第 1 章</b>	<b>保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項</b>	<b>1</b>
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
<b>第 2 章</b>	<b>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</b>	<b>7</b>
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
<b>第 3 章</b>	<b>特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b>	<b>19</b>
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	24
7.	結果の報告	24
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	24
<b>第 4 章</b>	<b>保健事業の内容</b>	<b>25</b>
I	保健事業の方向性	25
II	重症化予防の取組	25
1.	糖尿病性腎症重症化予防	25
2.	虚血性心疾患重症化予防	34
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

<b>第 5 章</b>	<b>地域包括ケアに係る取組</b>	<b>46</b>
<b>第 6 章</b>	<b>計画の評価・見直し</b>	<b>48</b>
<b>第 7 章</b>	<b>計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b>	<b>49</b>
<b>参考資料</b>		<b>50</b>
参考資料 1	様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた牟岐町の位置	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み評価	55
参考資料 6	虚血性心疾患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	60
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①	61
参考資料 12	評価イメージ②	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。

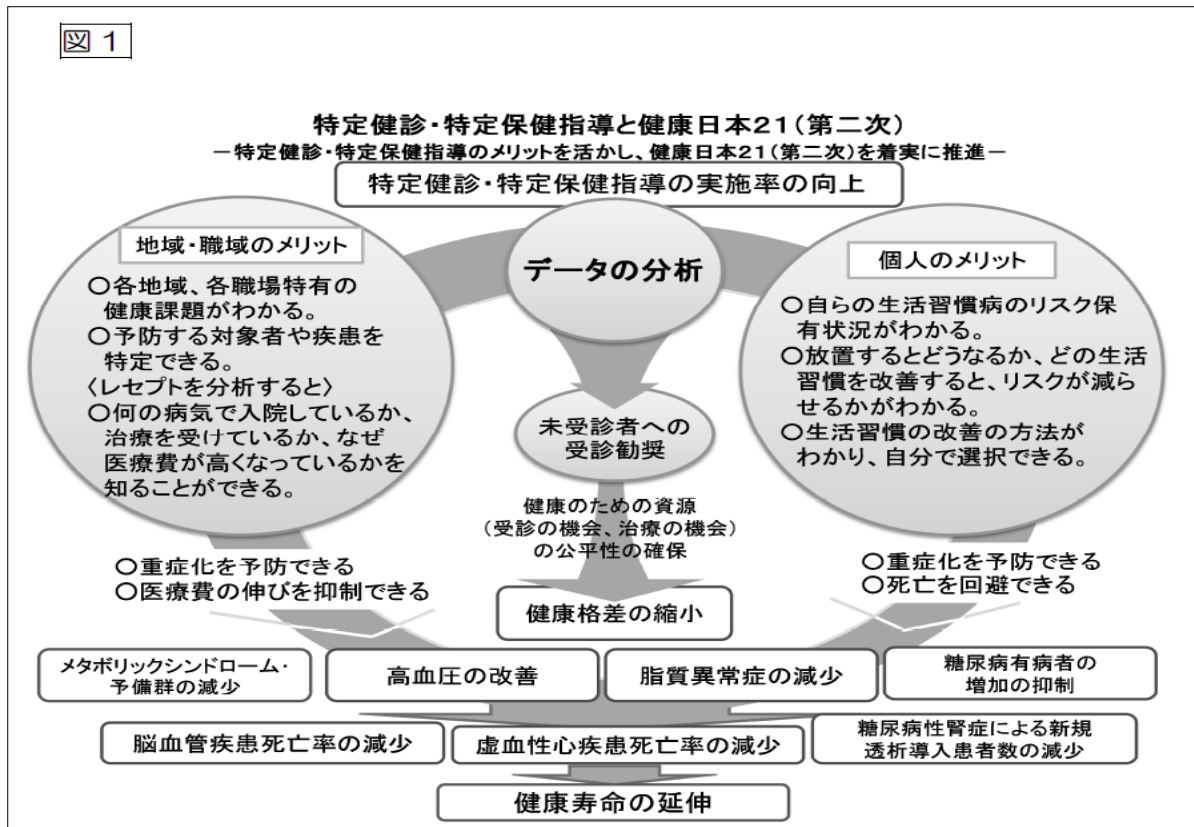
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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。

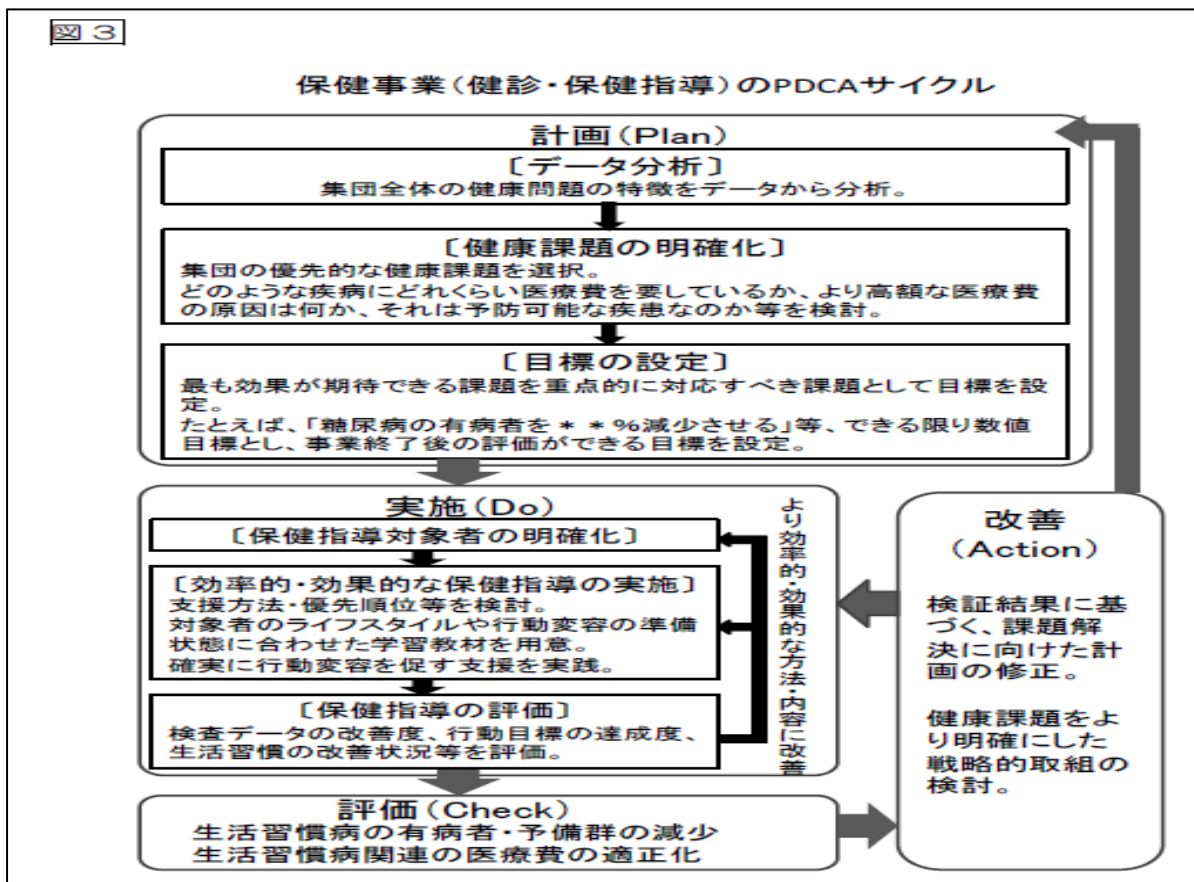
三好市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。



【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) 実施主体関係部局の役割

三好市では、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康づくり課の保健師・管理栄養士等の専門職が中心となり、市町村一体となって計画策定を進めていく。具体的には、保険医務課、長寿・障害福祉課、地域包括支援センター、地域福祉課の関係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 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年度から都道府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、都道府県の関与が更に重要となる。このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府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、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、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。

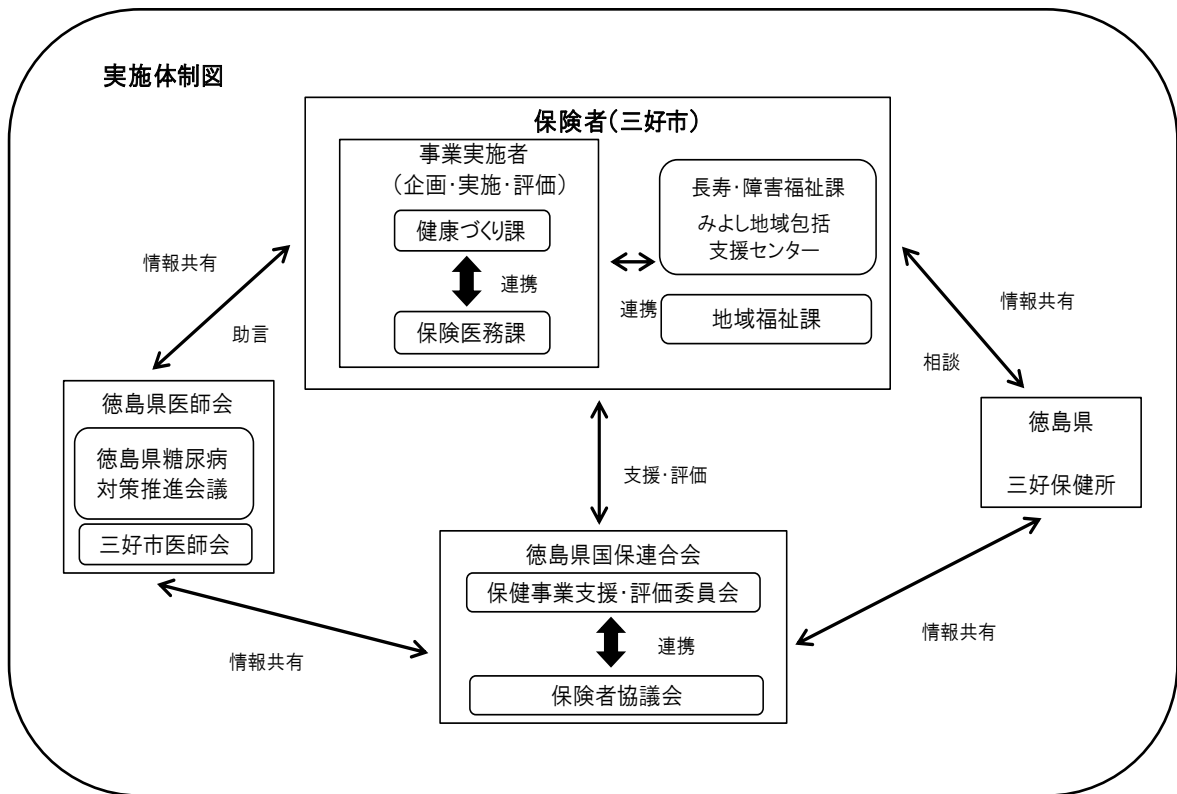
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 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。

三好市の実施体制図

【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)		354.8			
一人当たり交付額(円)		581			
総得点(体制構築加点H28・29年70点、H30年60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	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			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	20			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	10			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	10			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、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2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の上昇、40～64歳の2号認定率の増加、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、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件当たりの介護給付費とは、在宅や施設などでの介護にかかる費用と、居宅支援など予防給付に要する費用の総額の合計で、三好市では1件当たり、平成28年度で70,580円と、同規模の市町村と比べると3,872円高くなっている。また、介護給付費の総額をみると、平成25年度に比べ平成28年度は7,113万円増額しているものの、1件当たりの給付費は平成25年度から1,883円減額している。これは、平成27年度の介護報酬改定により全体で-2.2%減額(内訳在宅-1.42%、施設0.85%)したことが影響していると考えられる。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	三好市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	40億4313万円	72,463	40,012	286,121	67,859	41,800	283,857
H28年度	41億1426万円	70,580	39,941	281,591	66,708	41,740	278,164

## ②医療費の状況(図表 7)

平成 28 年度の一人当たり医療費は 445,934 円となっており、平成 25 年度から比較すると、47,421 円増額し、伸び率も 10.63 と同規模の 8.41 を上回った。

特に、入院医療費の伸び率が大きく、11.8 と同規模の 8.41 を上回っている。入院費を抑制するため、入院に至る前からの重症化予防の取り組みが必要である。

医療費の変化

【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	
				三好市	同規模			三好市	同規模			三好市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	26億5,808万円				13億7,444万円				12億8,364万円			
	H28年度	26億5,643万円	-165万円	-0.06	3.31	13億9,213万円	1,769万円	1.27	3.18	12億6,430万円	-1,935万円	-1.53	3.41
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	398,513				206,063				192,450			
	H28年度	445,934	47,421	10.63	8.41	233,696	27,634	11.8	8.29	212,237	19,787	9.32	8.50

※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標票No.1「地域の全体像の把握」

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

中長期目標のターゲットとなる疾患(慢性腎不全、脳血管疾患、心血管疾患)が占める一人当たり医療費は、平成 25 年度から変わらず県内トップである。しかし、平成 25 年度に比べると、3 疾患が医療費を占める割合は減少しており、短期目標疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症)が医療費を占める割合も、全て国や県を下回っている。

一方、精神疾患の占める割合は依然として高く、県や国とは大きな開きがある。精神疾患への対策としては、障害・福祉部門との連携を強化し、対応を協議していく必要がある。

【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)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位	腎 脳 心				糖尿病	高血圧	脂質異常症	663,557,130	24.96%				
				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
H25 三好市	2,658,080,840	32,403	19位	1位	4.30%	1.39%	2.90%	2.61%	5.01%	6.55%	2.21%	663,557,130	24.96%	8.65%	22.36%	6.73%
H28 三好市	2,656,426,910	36,271	11位	1位	3.97%	0.34%	1.94%	1.67%	5.23%	4.62%	1.94%	523,747,880	19.72%	11.62%	22.82%	5.97%
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%
H28 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年度に比べ、虚血性心疾患と脳血管疾患の割合は減少したが、人工透析の割合は0.1ポイント増加した。人工透析者の内、脳血管疾患や虚血性心疾患を併せ持つ人の割合が上昇しており、これは透析を受けるまでの過程でそれらの疾患を発症している可能性が高いといえる。また、3疾患のいずれも、基礎疾患として高血圧を持つ人が7~8割と依然として多く、次いで、脂質異常症、糖尿病となっており、基礎疾患の割合は平成25年度から大きく変わっていない。

脳・心・腎の重症化を予防するために、まずはリスク因子となる高血圧・糖尿病・脂質異常症を早期からコントロールし、大血管障害のリスクを低減させることが重要である。

【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					
		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	6944	405	5.8	89	22.0	7	1.7	313	77.3	169	41.7	249	61.5
	64歳以下	4157	126	3.0	24	19.0	6	4.8	84	66.7	58	46.0	73	57.9
	65歳以上	2787	279	10.0	65	23.3	1	0.4	229	82.1	111	39.8	176	63.1
H28	全体	6219	335	5.4	67	20.0	11	3.3	274	81.8	160	47.8	219	65.4
	64歳以下	3312	96	2.9	13	13.5	11	11.5	73	76.0	47	49.0	65	67.7
	65歳以上	2907	239	8.2	54	22.6	0	0.0	201	84.1	113	47.3	154	64.4

厚労省様式 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	6944	361	5.2	89	24.7	4	1.1	281	77.8	166	46.0	209	57.9
	64歳以下	4157	106	2.5	24	22.6	4	3.8	76	71.7	43	40.6	51	48.1
	65歳以上	2787	255	9.1	65	25.5	0	0.0	205	80.4	123	48.2	158	62.0
H28	全体	6219	285	4.6	67	23.5	5	1.8	229	80.4	117	41.1	165	57.9
	64歳以下	3312	72	2.2	13	18.1	5	6.9	49	68.1	29	40.3	36	50.0
	65歳以上	2907	213	7.3	54	25.4	0	0.0	180	84.5	88	41.3	129	60.6

厚労省様式 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	6944	24	0.3	4	16.7	7	29.2	19	79.2	10	41.7	5	20.8
	64歳以下	4157	22	0.5	4	18.2	6	27.3	17	77.3	9	40.9	5	22.7
	65歳以上	2787	2	0.1	0	0.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0
H28	全体	6219	26	0.4	5	19.2	11	42.3	20	76.9	10	38.5	8	30.8
	64歳以下	3312	26	0.8	5	19.2	11	42.3	20	76.9	10	38.5	8	30.8
	65歳以上	2907	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	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)

虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる、糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合は、平成 25 年度に比べ、ほぼ横ばいである。これらの共通リスクが重症化して起こる虚血性心疾患と脳血管疾患の割合は低下してきているが、人工透析の割合は増加している。

短期目標の達成状況としては、共通リスクの割合の減少には至っておらず、引き続き共通リスク因子の減少と重症化予防に向けて取り組む必要がある。

【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							
		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	6944	910	13.1	87	9.6	632	69.5	551	60.5	169	18.6	166	18.2	10	1.1	50	5.5	
	64歳以下	4157	348	8.4	43	12.4	212	60.9	208	59.8	58	16.7	43	12.4	9	2.6	25	7.2	
	65歳以上	2787	562	20.2	44	7.8	420	74.7	343	61.0	111	19.8	123	21.9	1	0.2	25	4.4	
H28	全体	6219	826	13.3	91	11.0	556	67.3	509	61.6	160	19.4	117	14.2	10	1.2	42	5.1	
	64歳以下	3312	295	8.9	47	15.9	171	58.0	166	56.3	47	15.9	29	9.8	10	3.4	14	4.7	
	65歳以上	2907	531	18.3	44	8.3	385	72.5	343	64.6	113	21.3	88	16.6	0	0.0	28	5.3	

厚労省様式 様式 3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6944	1828	26.3	632	34.6	989	54.1	313	17.1	281	15.4	19	1.0	
	64歳以下	4157	627	15.1	212	33.8	316	50.4	84	13.4	76	12.1	17	2.7	
	65歳以上	2787	1201	43.1	420	35.0	673	56.0	229	19.1	205	17.1	2	0.2	
H28	全体	6219	1632	26.2	556	34.1	889	54.5	274	16.8	229	14.0	20	1.2	
	64歳以下	3312	485	14.6	171	35.3	248	51.1	73	15.1	49	10.1	20	4.1	
	65歳以上	2907	1147	39.5	385	33.6	641	55.9	201	17.5	180	15.7	0	0.0	

厚労省様式 様式 3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6944	1396	20.1	551	39.5	989	70.8	249	17.8	209	15.0	5	0.4	
	64歳以下	4157	504	12.1	208	41.3	316	62.7	73	14.5	51	10.1	5	1.0	
	65歳以上	2787	892	32.0	343	38.5	673	75.4	176	19.7	158	17.7	0	0.0	
H28	全体	6219	1283	20.6	509	39.7	889	69.3	219	17.1	165	12.9	8	0.6	
	64歳以下	3312	419	12.7	166	39.6	248	59.2	65	15.5	36	8.6	8	1.9	
	65歳以上	2907	864	29.7	343	39.7	641	74.2	154	17.8	129	14.9	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)

平成 25 年度に比べ、有所見者の割合は、男性で脂質異常症(中性脂肪、HDL、LDL)以外の全ての項目が悪化し、女性も 12 項目の内、血圧や血糖、LDL など 8 項目が悪化した。中でも、男性では、腹囲と収縮期血圧の有所見率が半数を超え、HbA1c においては 6 割を超えている。女性も、収縮期血圧や HbA1c において半数が有所見者であるが、中でも HbA1c は 65~74 歳女性の 7 割となっている。

メタボリックシンドローム(以下「メタボ」とする)該当者・予備群の割合は男女ともに増加し、特に男性のメタボ該当者・予備群の割合が 3%上昇、40~64 歳男性の 3 割弱がメタボ該当者となった。リスク因子を見ると、予備群では血糖と血圧が、該当者では血糖と血圧、次いで血圧と脂質を併せ持つ人の割合が増加している。男女ともに、BMI の増加によりメタボ該当・予備群者が増え、各リスク因子の悪化を招いたものとする。

【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)

KDB帳票No.23 厚労省様式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	210	30.3	321	46.4	201	29.0	128	18.5	100	14.5	179	25.9	407	58.8	136	19.7	324	46.8	133	19.2	312	45.1	15	2.2
	H25 40-64	73	30.4	114	47.5	72	30.0	63	26.3	34	14.2	55	22.9	131	54.6	57	23.8	91	37.9	51	21.3	103	42.9	1	0.4
	65-74	137	30.3	207	45.8	129	28.5	65	14.4	66	14.6	124	27.4	276	61.1	79	17.5	233	51.5	82	18.1	209	46.2	14	3.1
女性	合計	220	31.3	358	50.9	183	26.0	138	19.6	77	10.9	243	34.5	433	61.5	161	22.9	388	55.1	202	28.7	292	41.5	16	2.3
	H25 40-64	65	37.4	95	54.6	48	27.6	49	28.2	24	13.8	53	30.5	84	48.3	43	24.7	83	47.7	59	33.9	70	40.2	3	1.7
	65-74	155	29.2	263	49.6	135	25.5	89	16.8	53	10.0	190	35.8	349	65.8	118	22.3	305	57.5	143	27.0	222	41.9	13	2.5

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)

KDB帳票No.24 厚労省様式6-8

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者			3項目全て												
		人数		割合		人数		高血糖		高血圧		脂質異常症	血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質						
		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	692	27.7	42	6.1	106	15.3	3	0.4	71	10.3	32	4.6	173	25.0	23	3.3	14	2.0	90	13.0	46	6.6
	H25 40-64	240	19.4	20	8.3	34	14.2	1	0.4	19	7.9	14	5.8	60	25.0	6	2.5	10	4.2	26	10.8	18	7.5
	65-74	452	35.9	22	4.9	72	15.9	2	0.4	52	11.5	18	4.0	113	25.0	17	3.8	4	0.9	64	14.2	28	6.2
女性	合計	704	31.7	30	4.3	129	18.3	4	0.6	108	15.3	17	2.4	199	28.3	30	4.3	8	1.1	104	14.8	57	8.1
	H25 40-64	174	19.5	12	6.9	30	17.2	1	0.6	25	14.4	4	2.3	53	30.5	8	4.6	3	1.7	30	17.2	12	6.9
	65-74	530	40.0	18	3.4	99	18.7	3	0.6	83	15.7	13	2.5	146	27.5	22	4.2	5	0.9	74	14.0	45	8.5

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

平成 28 年度、三好市の特定健診受診率は 37.2%で、平成 25 年度の 33.9%から比較すると 3.3%上昇している。平成 28 年度における国の目標は 60%、三好市は 45%を目標としているため目標には達していない。

特定健診を受診された方で、生活習慣の改善が必要と認められた特定保健指導の対象者に対して、生活習慣病予防や重症化予防につながる保健指導が実施できているかが、実施率として、受診率と同様に毎年報告されている。平成 28 年度の特定保健指導率は 64.2%で、平成 25 年度と比較して、約 25%減少する結果となった。課題解決に向けて、保健指導の在り方や体制の整備について再度検討し、生活習慣病の発症予防、将来的な重症化予防のためにも、一人でも多くの住民に会い、効果的な保健指導を行うことが今後、課題である。

【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	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								三好市	同規模平均
平成25年度	4,921	1,667	33.9%	171位	144	128	88.9%	50.5%	50.8%
平成28年度	4,516	1,682	37.2%↑	147位	162	104	64.2%↓	52.6%↑	51.1%

## 2) 第 1 期に係る考察

脳・心・腎における重症化を予防するためにも、まずはリスク因子となる高血圧や糖尿病、脂質異常症を適正にコントロール、早期に治療につなげることが重要と考える。平成 25 年度と平成 28 年度の健診受診者の経年比較データからみると、男性、女性ともに複数ものリスクの増大がみられる結果であった。

また、健診受診率については上昇しているものの、保健指導実施率は約 25%低下となった。健診を受診し、早期発見・早期治療を行うことが、将来的な重症化予防ならびに医療費適正化につながるため、特定健診受診率の向上については最優先課題と考える。同時に、健診受診後の個々の状態に応じた生活習慣病の発症予防のための保健指導、栄養指導及び医療への適切な受診勧奨、治療中断を防ぐための助言も行っていく。



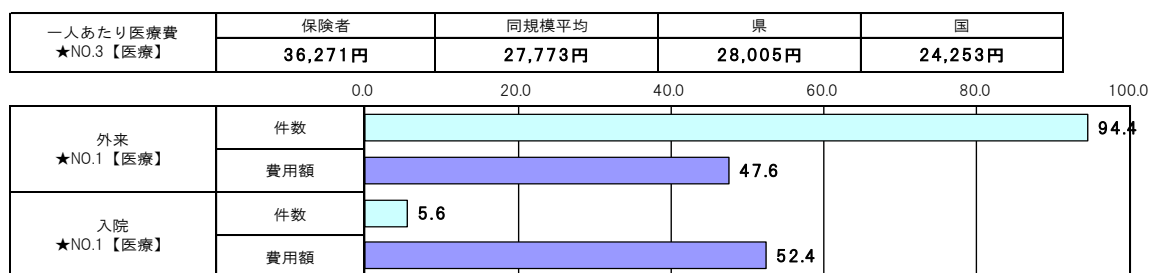
## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 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)

三好市の一人あたりの医療費は 36,271 円で、同規模や県・国の平均からみても、約 8,000 円～10,000 円高くなっており、中でも入院費用が 52.4%と医療費全体の半分を占めている。

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 【図表 13】



○入院を重症化した結果としてとらえる

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

三好市では、精神疾患にかかる医療費の占める割合が高く、6か月以上の長期入院が73%となっている。糖尿病の合併症である糖尿病性腎症により透析を受けている方も多いのが現状である。脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症で治療している方の基礎疾患の重なりをみると高血圧や脂質異常症が多く、重症化しないよう治療の継続と生活習慣の改善が必要となっている。

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】

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	50件	1件 2.0%	1件 2.0%	--	--
		費用額	1億4679万円	330万円 2.2%	290万円 2.0%	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,425件	129件 9.1%	130件 9.1%	--	1,200件 84.2%
		費用額	6億0325万円	5896万円 9.8%	4967万円 8.2%	--	4億4009万円 73.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	322件	43件 13.4%	103件 32.0%	122件 37.9%	--
		費用額	1億3891万円	2968万円 21.4%	4222万円 30.4%	5154万円 37.1%	--

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	全体	2,788人	285人 10.2%	335人 12.0%	42人 1.5%
		の基礎 な疾 り患	高血圧	229人 80.4%	274人 81.8%	36人 85.7%
			糖尿病	117人 41.1%	160人 47.8%	42人 100.0%
			脂質異常症	165人 57.9%	219人 65.4%	32人 76.2%
		高血圧症	1,632人 58.5%	826人 29.6%	1,283人 46.0%	307人 11.0%

○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)

40歳～64歳の2号被保険者においては、筋・骨格疾患及び基礎疾患に高血圧や糖尿病、脂質異常症を持つ血管疾患が原因となって介護保険を受けている人が多いのが現状である。

65歳以上の1号被保険者においても同様で、75歳以上では、認知症などの脳の病変に起因するものや、筋・骨格系の疾患はもとより、基礎疾患に高血圧や糖尿病、脂質異常症を持つ血管疾患が原因となり介護保険認定を受けている人が9割を超えている。

【図表 15】

### 3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28年度

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	10,110人		4,265人		7,038人		11,303人		21,413人		
認定者数	40人		175人		2,370人		2,545人		2,585人			
	認定率		0.40%		4.1%		33.7%		22.5%		12.1%	
新規認定者数(*1)		8人		47人		277人		324人		332人		
介護度別人数	要支援1・2	8	20.0%	57	32.6%	636	26.8%	693	27.2%	701	27.1%	
	要介護1・2	16	40.0%	62	35.4%	750	31.6%	812	31.9%	828	32.0%	
	要介護3～5	16	40.0%	56	32.0%	984	41.5%	1,040	40.9%	1,056	40.9%	
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)		40		175		2,370		2,545		2,585	
再)国保・後期		18		133		2,310		2,443		2,461		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病	
			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
	循環器 疾患	1	脳卒中	7 38.9%	脳卒中	60 45.1%	虚血性 心疾患	1,104 47.8%	虚血性 心疾患	1,149 47.0%	脳卒中	1,155 46.9%
		2	腎不全	2 11.1%	虚血性 心疾患	45 33.8%	脳卒中	1,088 47.1%	脳卒中	1,148 47.0%	虚血性 心疾患	1,150 46.7%
		3	虚血性 心疾患	1 5.6%	腎不全	13 9.8%	腎不全	289 12.5%	腎不全	302 12.4%	腎不全	304 12.4%
		4	糖尿病 合併症	2 11.1%	糖尿病 合併症	25 18.8%	糖尿病 合併症	159 6.9%	糖尿病 合併症	184 7.5%	糖尿病 合併症	186 7.6%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		14 77.8%		112 84.2%		2,134 92.4%		2,246 91.9%		2,260 91.8%	
	血管疾患 合計		14 77.8%		115 86.5%		2,190 94.8%		2,305 94.4%		2,319 94.2%	
	認知症		3 16.7%		25 18.8%		1,025 44.4%		1,050 43.0%		1,053 42.8%	
	筋・骨格疾患		16 88.9%		119 89.5%		2,158 93.4%		2,277 93.2%		2,293 93.2%	

\*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護実合状況の「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	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	7,655					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	5,027					

## 2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

男性において、BMI や腹囲の有所見率が全国を上回っており、特に 40～64 歳の働き世代においてその率が高い。また、GPT や HDL、血糖、血圧、尿酸などにおいても有所見率が高くなっており、加えて高齢(65～74 歳)になってくると、空腹時血糖や HbA1c の有所見割合が増加している。女性では、HDL や尿酸、血圧の有所見率が年代にかかわらず高くなっているが、空腹時血糖と HbA1c は男性と同様 65～74 歳で率が高くなっている。

若い男性の場合、内臓脂肪の蓄積が血管内皮障害やインスリン抵抗を引き起こし、高血圧や高血糖、脂質異常等の血管変化や代謝異常を招いていると考える。また、その状態が継続した結果、インスリン分泌低下を起こし、高血糖が高齢期に著明化していると考え。一方で女性の場合、非肥満者の高血糖が多いことから、肥満の有無にかかわらず、健診データから重症化予防の対象者を選定し介入していく必要がある。

### 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)

【図表 16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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	
保険者	合計	220	31.3	358	50.9	183	26.0	138	19.6	77	10.9	243	34.5	433	61.5	161	22.9	388	55.1	202	28.7	292	41.5	16	2.3
	40-64	65	37.4	95	54.6	48	27.6	49	28.2	24	13.8	53	30.5	84	48.3	43	24.7	83	47.7	59	33.9	70	40.2	3	1.7
	65-74	155	29.2	263	49.6	135	25.5	89	16.8	53	10.0	190	35.8	349	65.8	118	22.3	305	57.5	143	27.0	222	41.9	13	2.5
女性	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	
	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	
保険者	合計	210	21.5	159	16.2	163	16.6	79	8.1	30	3.1	208	21.2	662	67.6	31	3.2	490	50.1	187	19.1	557	56.9	7	0.7
	40-64	54	20.1	45	16.7	46	17.1	32	11.9	9	3.3	39	14.5	161	59.9	8	3.0	99	36.8	53	19.7	167	62.1	2	0.7
	65-74	156	22.0	114	16.1	117	16.5	47	6.6	21	3.0	169	23.8	501	70.6	23	3.2	391	55.1	134	18.9	390	54.9	5	0.7

\*全国については、有所見割合のみ表示

メタボ該当者の割合を見ると、40～64 歳男性が 30.5%と最も高く、次いで 65～74 歳男性の 27.5%である。女性は男性ほど高くはないものの、健診受診者の 10%がメタボ該当者である。

リスク因子として、メタボ該当者は血圧と脂質の重なりが最も多く、男女とも同様の傾向にある。予備群の場合も、血圧、次いで脂質が高くなっており、予備群の段階からこれらのリスク因子を管理し、メタボ該当者に移行しないよう保健指導を徹底していく必要がある。

【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)

★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	
	男性	704	31.7	30	4.3%	129	18.3%	4	0.6%	108	15.3%	17	2.4%	199	28.3%	30	4.3%	8	1.1%	104	14.8%	57	8.1%
保険者	合計	174	19.5	12	6.9%	30	17.2%	1	0.6%	25	14.4%	4	2.3%	53	30.5%	8	4.6%	3	1.7%	30	17.2%	12	6.9%
	40-64	530	40.0	18	3.4%	99	18.7%	3	0.6%	83	15.7%	13	2.5%	146	27.5%	22	4.2%	5	0.9%	74	14.0%	45	8.5%
	65-74	79	21.5	11	1.1%	55	5.6%	2	0.2%	42	4.3%	11	1.1%	93	9.5%	15	1.5%	3	0.3%	54	5.5%	21	2.1%
女性	合計	269	31.5	3	1.1%	15	5.6%	0	0.0%	10	3.7%	5	1.9%	27	10.0%	4	1.5%	1	0.4%	18	6.7%	4	1.5%
	40-64	710	48.8	8	1.1%	40	5.6%	2	0.3%	32	4.5%	6	0.8%	66	9.3%	11	1.5%	2	0.3%	36	5.1%	17	2.4%
	65-74	11	1.1%	11	1.1%	11	1.1%	2	0.2%	11	1.1%	11	1.1%	11	1.1%	11	1.1%	11	1.1%	11	1.1%	11	1.1%

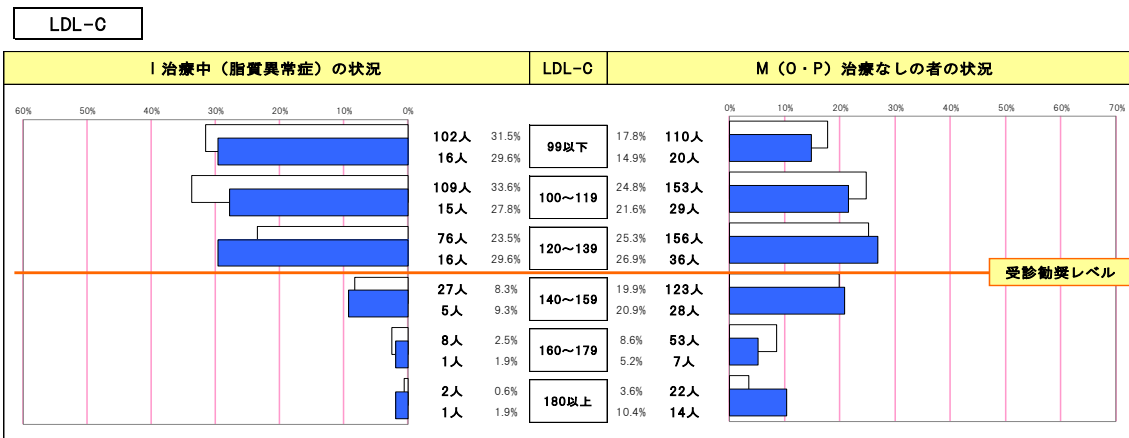
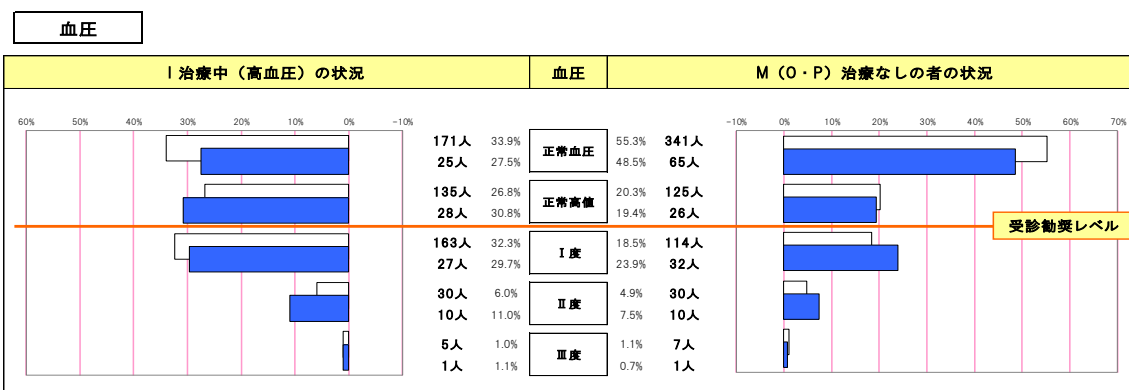
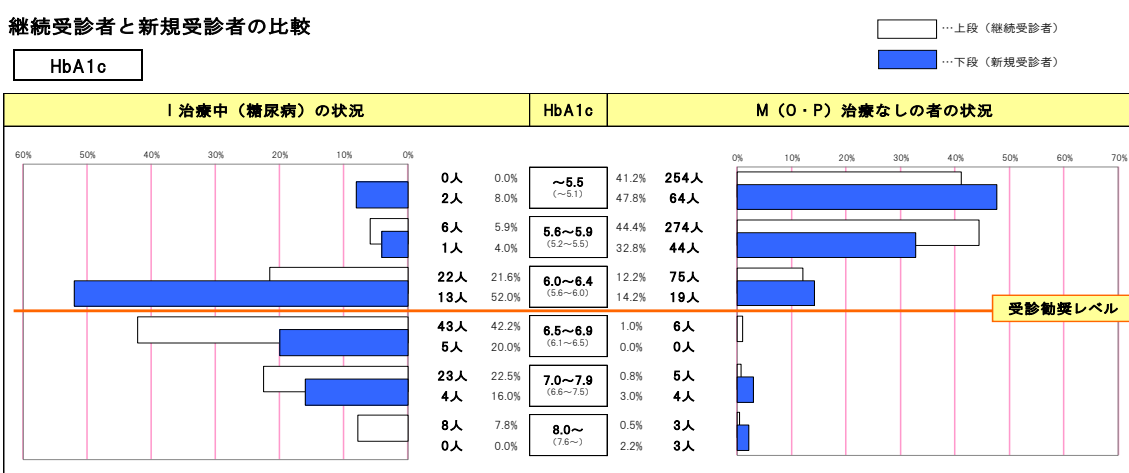
### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

糖尿病治療者のうち、新規健診受診者ではHbA1c 6.0~6.4に該当する割合が52.0%と最も高く、継続健診受診者ではHbA1c 6.5~6.9の該当者の割合が42.2%であった。

糖尿病、血圧、LDLコレステロールの状況から、治療なしの方には、確実に医療の受診につなげ、治療中の方には継続受診を促し、中断や重症化を予防するために、糖尿病連携手帳や各連携様式を活用し、医療と保健が一体となった予防活動に取り組んでいくことが必要である。

【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)

健診を受診された方の健診結果に基づき、生活習慣病の発症予防、重症化予防のための保健指導および栄養指導を行っている。保健指導を行うには、健診を受けていることが条件となるため、健診未受診者では健康状態の把握ができない。また、健診は未受診でも何らかの疾患で治療中の方は、医療機関で状態の把握ができるが、健診及び医療にもかかっていない方は、体の実態が全く分からないのが現状である。

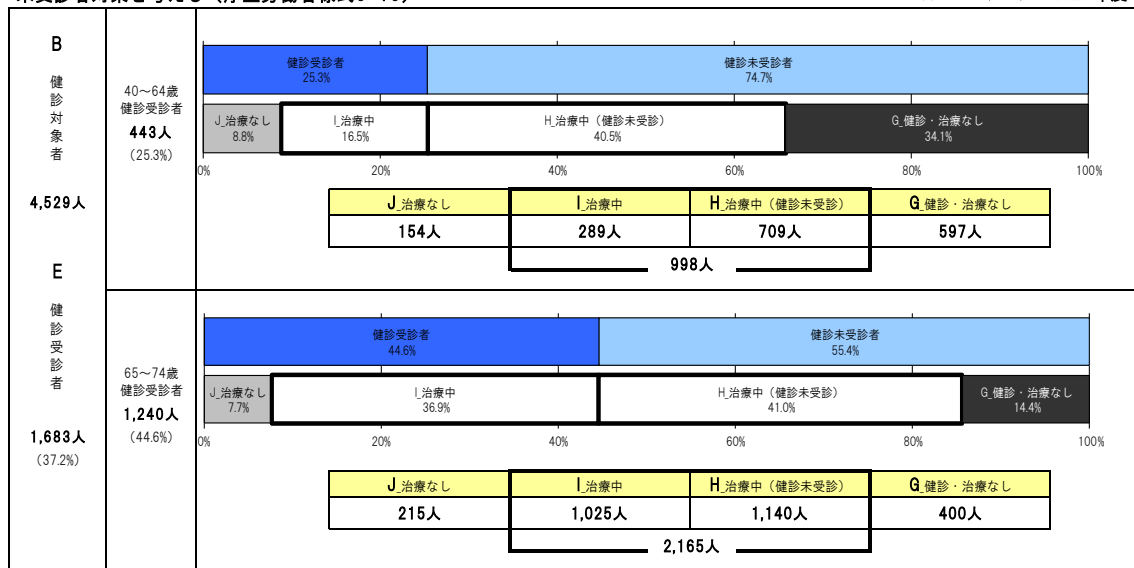
健診未受診者の状況からみると、40～64歳では34.1%、65～74歳では14.4%が、健診及び医療にもかかっていない実態が確認できた。受診勧奨を行うにあたっては、健診未受診者で治療中の方は4割を上回っているため、地域の医療機関と連携し、再度、健診受診の必要性について共通理解を図り、未受診者対策に向けて取り組んでいくことが求められている。

費用対効果の面からみても、健診を受診することで生活習慣病の早期発見、早期治療につながり、医療費の負担も軽減できることから、健診を受診することは医療費適正化の面においても、有効であると考えられる。

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

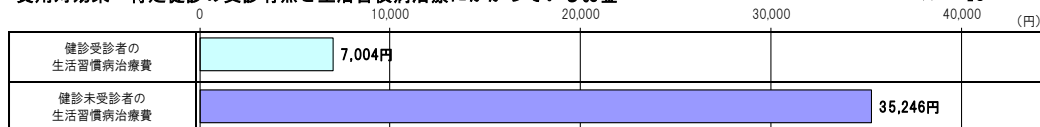
★NO.26 (CSV) H28年度



○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 ㉔



### 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 年度では 30 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ 3%減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、三好市は四国の中央に位置し山間僻地であることから、県外の医療機関を受診する住民や、独居やキーパーソンとなる家族の高齢化により入院が長期化する実態が明らかとなっている。重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、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めざす。

##### 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、1 年、1 年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

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%	45%	50%	50%	50%
特定保健指導実施率	85%	85%	90%	90%	100%	100%

### 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	4,500人	4,400人	4,300人	4,200人	4,100人	4,000人
	受診者数	1,800人	1,980人	1,935人	2,100人	2,255人	2,200人
特定保健指導	対象者数	180人	198人	194人	210人	226人	220人
	受診者数	153人	168人	175人	189人	226人	220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合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(三好市保健センター、各支所他)
- 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、徳島県国保連合会(市町村)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、徳島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)

三好市特定健診 年間スケジュール(平成 29 年度)

【図表 22】

受診券発行予定枚数 (平成29年6月末時点)	受診券発行												受診券有効期限		
	平成29年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成30年 1月	2月	3月			
4,762				7月1日	健診実施期間							12月31日			

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



# 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

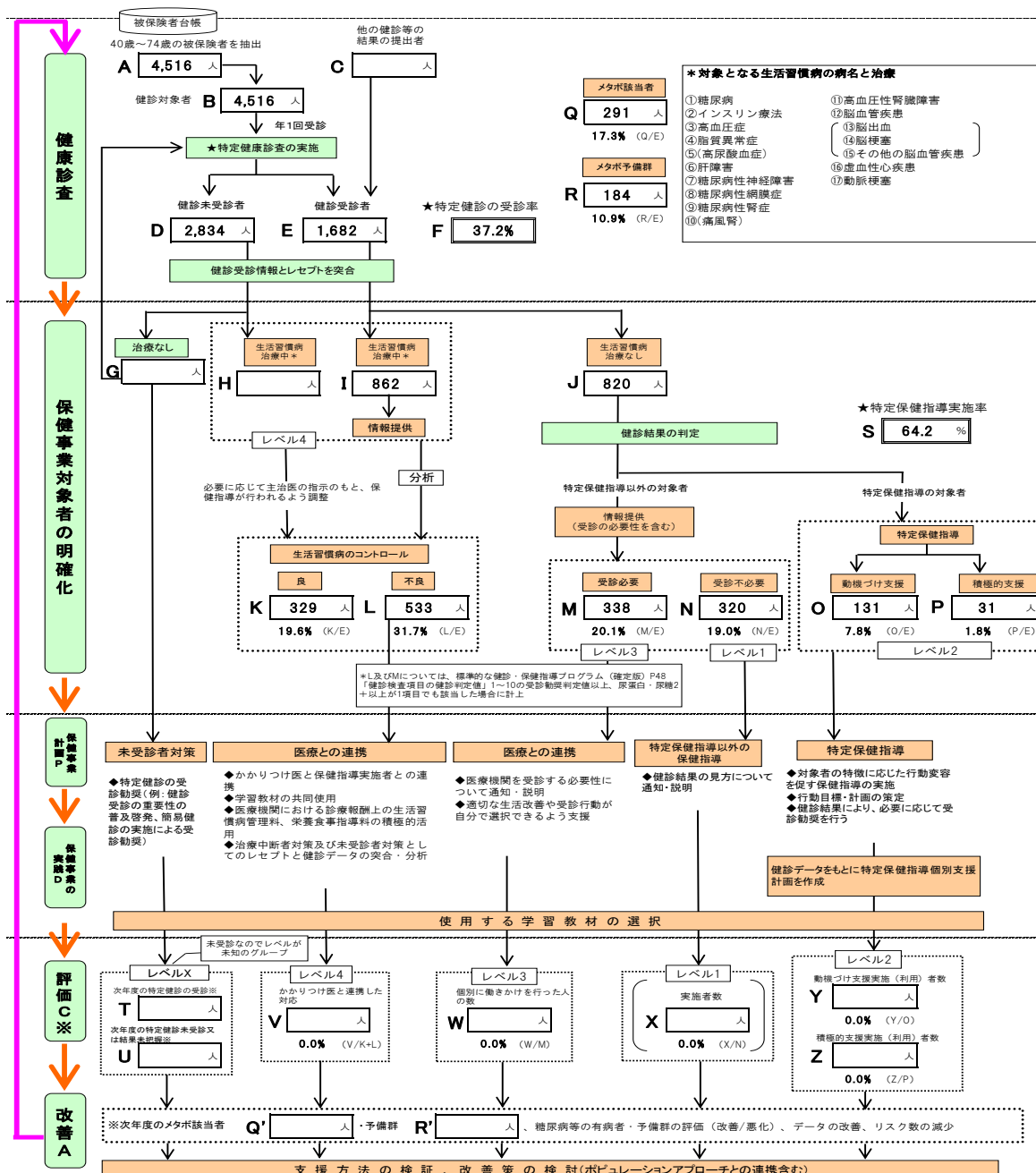
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
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)

三好市

様式5-5



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 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 ※平成 28 年度より (受診者に占める割合%)	平成 30 年度 以降の 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	162 人 (9.6%)	100%
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	338 人 (20.1%)	HbA1c6.0 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)	2,834 人  ※受診率目標達成までにあと 1,028 人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	320 人 (19.0%)	10%
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	862 人 (51.2%)	10%

### (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】

**糖尿病等生活習慣病予防等のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）**  
 対象者の明確化から計画・実践・評価まで  
 糖尿病フローチャート

**1. CKDのステータス別に見て、どのリスクが多いか**

CKDの重症度	GFR						eGFR						
	≥90	61A2	62A2	63A1	63A2	63A3	A1	A2	A3	A4	A5		
軽度	1,860	1,288	11	68	291	209	14	8	86	27	8	7	2
中等	1,874	997	6	26	189	121	6	4	11	9	2	2	1
重症	699	498	6	33	59	53	6	4	24	19	6	5	1

**対象者合計(人)** 345

三野	30
井川	59
池田	156
山城	63
西祖谷	17
東祖谷	20

このうち台帳を作成して管理している人このうち、治癒なしの約100人については精密検査依頼書使用

**1. 未受診者対策**

- 未受診者対策 未受診者訪問...26年度は健診受診率の低い40歳代50歳代の未受診者を訪問していたが、不在者が多かった。平成27年度からは、重症化する60歳代からターゲットとして、過去2年間健診未受診で、生活習慣病の治療のない方を対象としている。
- 29年度対象者...60歳代で、過去2年間未受診(27年度・28年度)で生活習慣病の未治療者・●617人、担当地区別に優先順位をつけて、28年度に訪問できなかった方を優先して訪問
- 治療中...市内医療機関を地区担当者が訪問、治療中の方の特定健診受診を依頼。

**2. 特定健診**

- 平成28年度支援評価委員会での資料から、市内各地区別の特定健診に関する課題を確認。
- 集団健診の多い地域、医療機関健診の多い地域があり、集団健診の機会が少ない地域(指谷地区)で、診療所と特定健診の目的を共有し、連携を強化して

**3. 保健指導**

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム、腎の提言書を基に、対象者を各重症度分類に振り分け、糖尿病性腎症重症化予防を優先的に考え
- (1) 特定保健指導対象者、(2) 重症化予防対象者、①糖尿病連携バス様式、②CKD精密検査依頼様式、(3) 二次健診対象者
- 糖尿病連携手帳の活用...糖尿病治療中の方、糖尿病の診断がついている方には、糖尿病連携手帳を活用した連携方法や手帳の目的を説明し、必要に応じ検査結果および保健指導記録を記入し配布し、医療機関との連携を実施する。
- 重症化予防対象者の管理台帳を作成し、年次的な健診受診状況および治療状況を把握、各地区担当者が随時、対象者へ聞き取りやレポート等から実態を確認する。

**4. 医療との連携**

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム、腎の提言書を基に、対象者を各重症度分類に振り分け、糖尿病性腎症重症化予防を優先的に考え
- (1) 特定保健指導対象者、(2) 重症化予防対象者、①糖尿病連携バス様式、②CKD精密検査依頼様式、(3) 二次健診対象者
- 糖尿病連携手帳の活用...糖尿病治療中の方、糖尿病の診断がついている方には、糖尿病連携手帳を活用した連携方法や手帳の目的を説明し、必要に応じ検査結果および保健指導記録を記入し配布し、医療機関との連携を実施する。
- 重症化予防対象者の管理台帳を作成し、年次的な健診受診状況および治療状況を把握、各地区担当者が随時、対象者へ聞き取りやレポート等から実態を確認する。

**4月** 特定担当 今年度の計画を担当者で話し合う(平成28年度の実施内容の評価、支援・評価委員会の支援を受けて、今年度の対象者・実施方法・スケジュール・支所別の対策等)を考える

**5月** 特定担当 1) KDBシステム等を活用し、健診未受診者の中から、生活習慣病等のセブチがない人を選定し、訪問対象者の地区別名簿を作成する。2) 未受診者訪問ファイルの作成(名簿・受診勧奨資料・不在者用資料・総合健診スケジュール・アーク)。3) 医師会との連絡会において三好市の現状を説明し、特定健診の受診勧奨を依頼。

**6月** 地区(各支所)担当 各医療機関訪問。7月からの特定健診開始に向けて、特定健診依頼と治療中の方の受診勧奨依頼(受診勧奨用チラシ配布)、ヤング健診・二次健診の説明および実施依頼

**7月** 特定担当 7月市報にて、健診案内

**7月** 地区(各支所)担当 ●地区担当者に名簿・ファイルを渡し、家庭訪問実施(血圧測定・尿検査・受診勧奨)ととも、腎臓病、腎臓検査の相談 ●池田・指谷地区は、退職した保健師にも協力依頼し訪問

**7月** [H28年度] 全対象者(人) 517  
三野 89  
井川 59  
池田 263  
山城 62  
西祖谷 15  
東祖谷 29

**8月** 特定担当 7月...集団健診(がん検診と同時実施)開始 ●平日健診 三野(2日) 8/23, 10/31 井川(3日) 7/21, 8/4, 8/10 池田(6日) 7/4, 7/18, 7/24, 8/7, 9/12, 10/18 山城(2日) 7/6, 7/14 西祖谷(2日) 7/13, 8/3 東祖谷(2日) 7/7, 7/23 ●土日健診 三野(1日) 7/29 池田(2日) 7/2, 9/2 山城(1日) 8/26 ●医療機関健診 7/1~12/31 ※受診券到着から、12月末の医療機関開院日まで ●早期介入健診(ヤング健診) 平成28年度より65歳~90歳 内容は特定健診と同じ(国保加入者は医療機関・集団健診面談で受診可。国保以外の方は集団健診のみ。国保加入者へは対象者全員に医療機関でのヤング健診受診券交付。乳幼児健診時での受診勧奨を行う)

**9月** 各地区健康室、イベント等の場において特定健診の受診勧奨を実施

**10月** [H28年度 特定健診状況] 対象者 4,516人  
受診者 1,682人  
受診率 37.2%  
1) 集団健診で受診 56.4%  
2) 医療機関で受診 43.6%

**11月** 特定担当 11月市報にて、健診案内

**11月** 地区(各支所)担当 ●国保ヘルスアップ事業実績評価提出 ●未受診者訪問 ●早期介入保健指導(ヤング健診)

**12月** [H29年度] 全訪問者(人) 374  
三野 85  
井川 58  
池田 172  
山城 35  
西祖谷 15  
東祖谷 11

**12月** 特定担当 ●第2期特定健診等実施計画および第1期データヘルス計画の評価(計画書に28年度経年データを入れて市内保健連携推進会で課題を共有する) ●第2期データヘルス計画書(第3期特定健診等実施計画書)の作成

**12月** 地区(各支所)担当 ●平成30年度より実施

**1月** 特定担当 ●平成30年度より実施

**2月** [ヤング健診120~30歳代対象] ●対象者(4,095人-国保820人) ●実施方法(国保40人のうち) ●集団健診(27人)、個別健診22人

**2月** 地区(各支所)担当 ●平成30年度より実施

**3月** 平成30年度から、各地区担当者が地区の医療機関にお伺いし、糖尿病重症化予防に向けて連携して取り組むため、三好市の健診受診状況および、医療機関との連携体制について説明させていただきます。

**3) 二次健診対象者**

- 特定健診及びヤング健診を受診した人のうち、HbA1c 6.0~6.4の人で糖尿病の治療をしていない人、特定保健指導対象者(動機づけ・積極的支援)
- ②頭部エコー検査...③の対象者にはセットで実施、それ以外はLDLコレステロールの値が180以上の人で生活習慣病等の治療をしていない人
- ※①、②とも過去2年間二次健診を受診していない人で69歳以下

【H28年度】	
全対象者(人)	162
三野	20
井川	23
池田	73
山城	31
西祖谷	5
東祖谷	10
未返信人数	104

**4) 重症化予防対象者**

- 糖尿病連携バス又は糖尿病連携手帳を使用...HbA1c 6.5以上で糖尿病未治療

【H28年度】	
全対象者(人)	58
三野	7
井川	4
池田	34
山城	10
西祖谷	1
東祖谷	2
連携バス様式渡した人数	17
未返信人数	11

**5) CKD精密検査対象者**

- CKD精密検査対象者...①以外のG3a以上またはA2以上の重症度分類レベル以上の人で生活習慣病の治療を受けていない人、CKD精密検査対象者のうち、レポート確認し未治療者

【H28年度】	
全対象者(人)	85
三野	3
井川	13
池田	43
山城	20
西祖谷	2
東祖谷	4
CKD精密検査渡した人数	34
未返信人数	28

**6) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム**

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム、腎の提言書を基に、対象者を各重症度分類に振り分け、糖尿病性腎症重症化予防を優先的に考え
- (1) 特定保健指導対象者、(2) 重症化予防対象者、①糖尿病連携バス様式、②CKD精密検査依頼様式、(3) 二次健診対象者
- 糖尿病連携手帳の活用...糖尿病治療中の方、糖尿病の診断がついている方には、糖尿病連携手帳を活用した連携方法や手帳の目的を説明し、必要に応じ検査結果および保健指導記録を記入し配布し、医療機関との連携を実施する。
- 重症化予防対象者の管理台帳を作成し、年次的な健診受診状況および治療状況を把握、各地区担当者が随時、対象者へ聞き取りやレポート等から実態を確認する。

**平成30年度から 保険者努力支援制度 本格実施**

## 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三好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、三好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0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	P 計 画 ・ 準 備		○			□	
9			○			□	
10			○			□	
11			○			□	
12				○		□	
13				○		□	
14				○		□	
15				○		□	
16				○		□	
17			○			□	
18			○			□	
19			○			□	
20		D 受 診 勧 奨		○			□
21					○		□
22					○		□
23						○	□
24		D 保 健 指 導		○			□
25				○			□
26				○			□
27				○		□	
28				○		□	
29				○		□	
30					○	□	
31	C 評 価 報 告				○	□	
32					○	□	
33					○	□	
34			○			□	
35			○			□	
36	A 改 善		○			□	
37			○			□	
38			○			□	

\* 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プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

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

【図表 27】

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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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。

三好市においては、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(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+))としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

)

## ② 基準に基づく該当者数の把握

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

(図表 28)

三好市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 64 人(41.3%・F')であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,172 人中のうち、特定健診受診者が 363 人(31.0%・G)であったが、64 人(17.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 809 人(69.0%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 155 人中 62 人は治療中断であることが分かった。また、93 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 より三好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受診者(F')……64 人
  - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)……………126 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)……………299 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)……………93 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

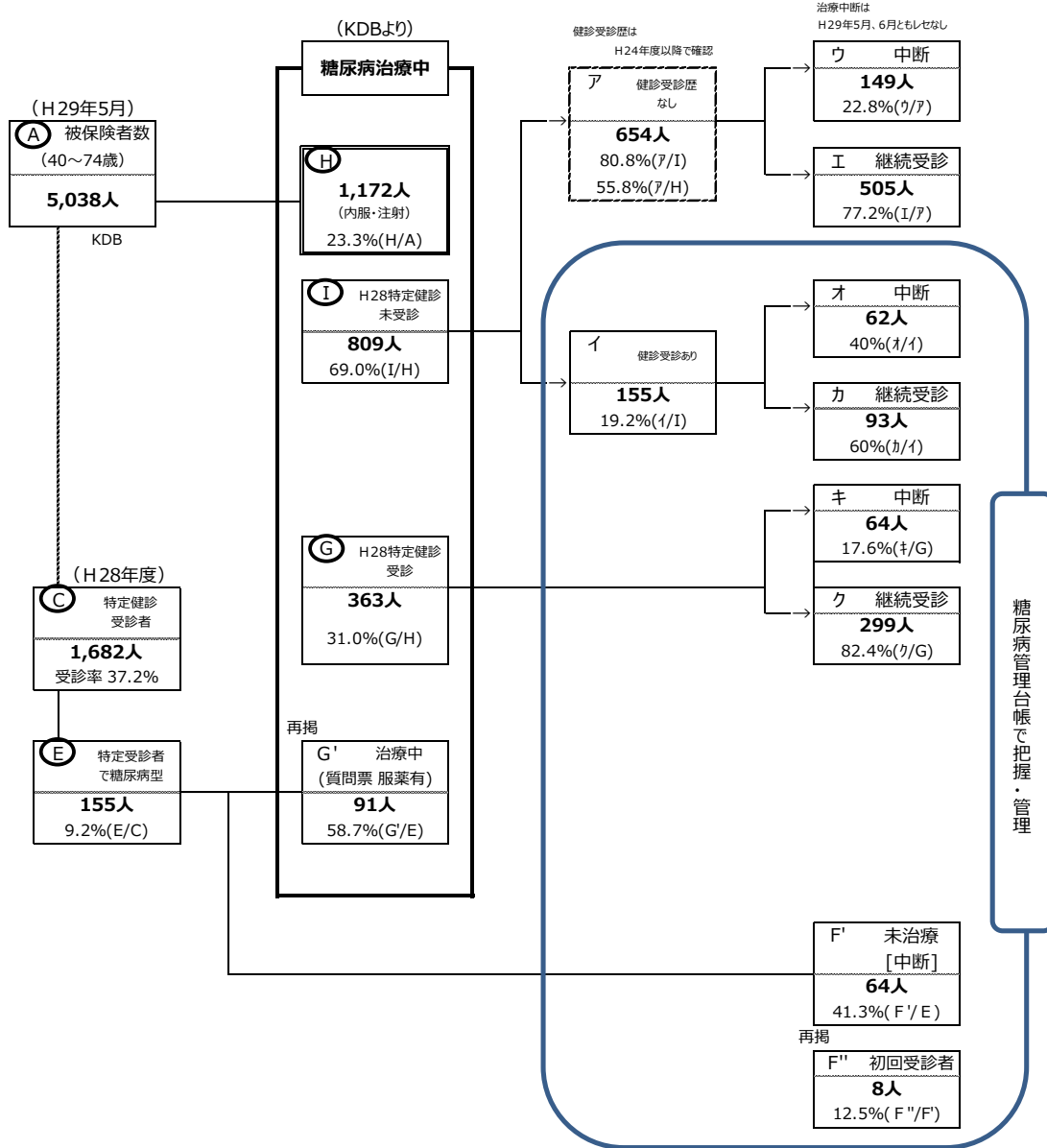


【図表 28】

H30.1.17時点

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3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。

##### 【糖尿病台帳作成手順】

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

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

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)……………21 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……………169 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。三好市においては、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
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 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>ヘモグロビンA1cとは</li> <li>糖尿病の治療の進め方</li> <li>健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>HbA1cと体重の変化</li> <li>HbA1cとGFRの変化</li> <li>糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>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れ方～</li> </ul> </li> <li>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」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>糖尿病のタイプ</li> <li>インスリンの仕事</li> <li>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>私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>なぜ体重を減らすのか</li> <li>自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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>私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>腎臓は</li> <li>なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>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見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</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> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>ピグアナイド薬とは</li> <li>チアゾリジン薬とは</li> <li>SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、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。

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

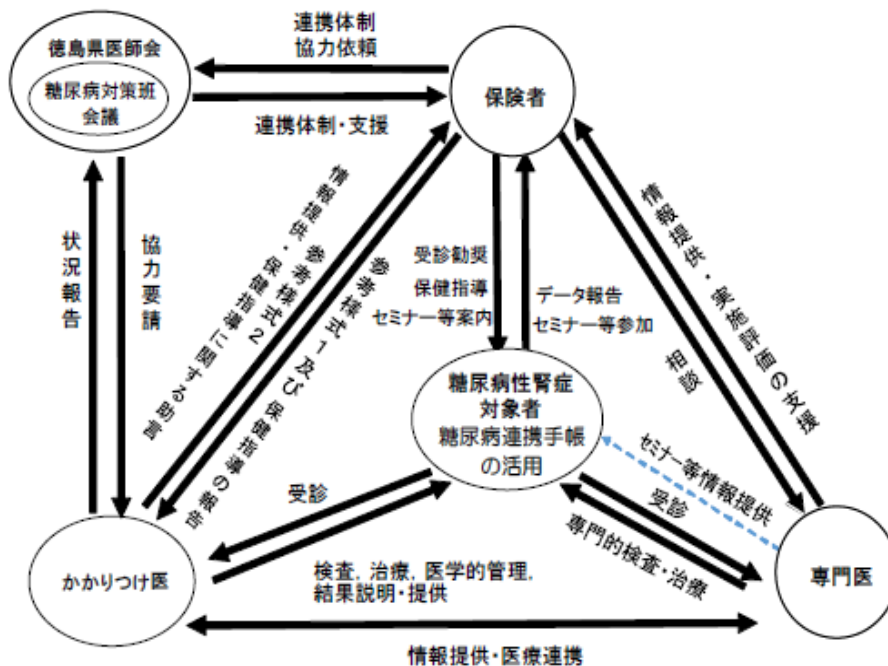
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、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プログラムに準じていく。

### 【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

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糖尿病対策推進連携協議会、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取り組みを行う。



## 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/1.73m<sup>2</sup>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、その所見があった場合は血圧、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。三好市において平成28年度健診受診者1,682人のうち心電図検査実施者は7人(0.4%)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)。今後、心電図検査において何らかの所見のある方へ、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。

また、平成28年度における三好市と同規模とを比較した、メタボ該当者の割合をみると、同規模より該当者の割合はやや少ないが、平成25年からの約3年間で1.6%の増加がみられており、メタボ予備群の割合が増加している。メタボは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

平成 28 年度 健診結果より 【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST 所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28 年度	1,682	37.2	7	0.4	0	0	0	0	7	100

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST 所見あり(a)		要精査(b)					
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
				(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
0	0.0	—	—	—	—	—	—

①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、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】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	4,648	121 2.6%	1,212 26.1%	3,315 71.3%	0 0.0%	
メタボ該当者	986 21.2%	35 3.5%	301 30.5%	650 65.9%	0 0.0%	
メタボ予備群	475 10.2%	15 3.2%	139 29.3%	321 67.6%	0 0.0%	
メタボなし	3187 68.6%	71 2.2%	772 24.2%	2,344 73.5%	0 0.0%	
LDL-C	140-159	458 14.4%	14 3.1%	109 23.8%	335 73.1%	0 0.0%
	160-179	193 6.1%	5 2.6%	52 26.9%	136 70.5%	0 0.0%
	180-	82 2.6%	1 1.2%	28 34.1%	53 64.6%	0 0.0%

【参考】

Non-HDL	190-	337 7.3%	6 1.8%	99 29.4%	232 68.8%	0 0.0%
	170-189	512 11.0%	15 2.9%	144 28.1%	353 68.9%	0 0.0%
CKD	G3aA1~	973 20.9%	34 3.5%	267 27.4%	672 69.1%	0 0.0%

※三好市の数値ではないが図表の参考例として記載。

### 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 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。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、これらの検査を検討していく。



### (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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】

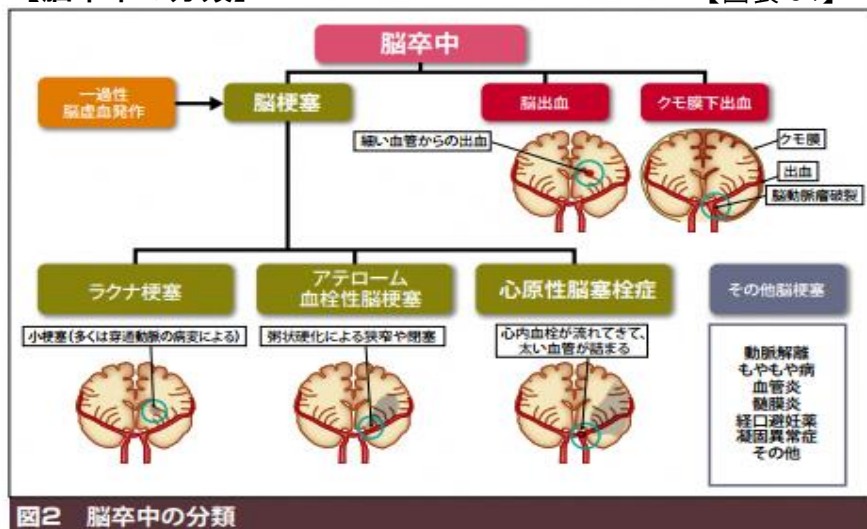


図2 脳卒中の分類

(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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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。

【図表 36】

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(KKD)	
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 1,682人		114 6.8%	0 0.0%	47 2.8%	46 2.7%	291 17.3%	102 6.1%	33 2.0%	46 2.7%
治療なし		66 6.5%	0 0.0%	44 3.5%	30 2.4%	41 5.0%	64 4.2%	5 0.6%	11 1.3%
(再発) 特定保健指導		26 22.8%	0 --	10 21.3%	8 17.4%	41 14.1%	8 7.8%	3 9.1%	3 6.5%
治療中		48 7.3%	0 0.0%	3 0.7%	16 3.8%	250 29.0%	38 27.1%	28 3.3%	35 4.1%
臓器障害あり		3 4.5%	0 --	1 2.3%	1 3.3%	0 0.0%	2 3.1%	5 100.0%	11 100.0%
CKD(専門医対象者)		3	0	1	1	0	2	5	11
尿蛋白(2+)以上		2	0	0	0	0	1	5	1
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)		2	0	1	1	0	1	1	11
心電図所見あり		0	0	0	0	0	0	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 114 人(6.8%)であり、66 人は未治療者であった。また未治療者のうち 3 人(4.5%)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 48 人(7.3%)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)

図表 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。

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）

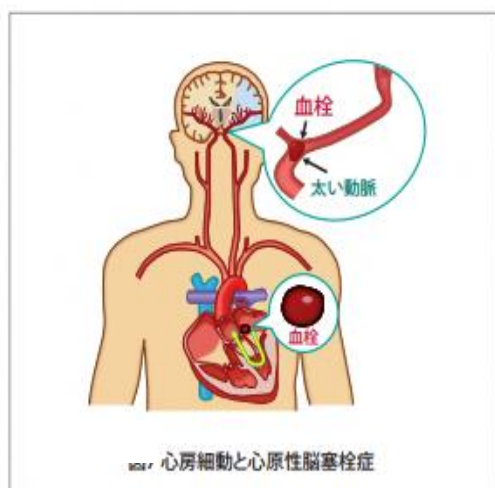
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク第1層	1,021	290	252	211	202	56	10	
		28.4%	24.7%	20.7%	19.8%	5.5%	1.0%	
リスク第2層	102	47	25	13	13	3	1	
		10.0%	16.2%	9.9%	6.2%	6.4%	5.4%	10.0%
リスク第3層	586	175	135	130	122	21	3	
		57.4%	60.3%	53.6%	61.6%	60.4%	37.5%	30.0%
再掲 重複あり	糖尿病	92	68	92	68	67	32	6
		27.6%	23.4%	36.5%	32.2%	33.2%	57.1%	60.0%
慢性腎臓病 (CKD)	160	37	43	32	28	17	3	
		48.0%	54.4%	46.7%	47.1%	41.8%	53.1%	50.0%
3個以上の危険因子	169	27	44	40	37	17	4	
		50.8%	39.7%	47.8%	58.8%	55.2%	53.1%	66.7%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
13	125	130
1.3%	12.2%	12.7%
13	3	1
100%	2.4%	0.8%
--	122	24
--	97.6%	18.5%
--	--	105
--	--	80.8%

(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 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。

(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 38】

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	7	0	0	0	—	—	—	—
40 歳代	0	—	—	—	—	—	0.2	0.04
50 歳代	0	—	—	—	—	—	0.8	0.1
60 歳代	5	—	—	—	—	—	1.9	0.4
70～74 歳	2	—	—	—	—	—	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	%
0	0	—	—	—	—

心電図検査において心房細動の所見はみられなかった。特に 60 代においては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。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。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)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。

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

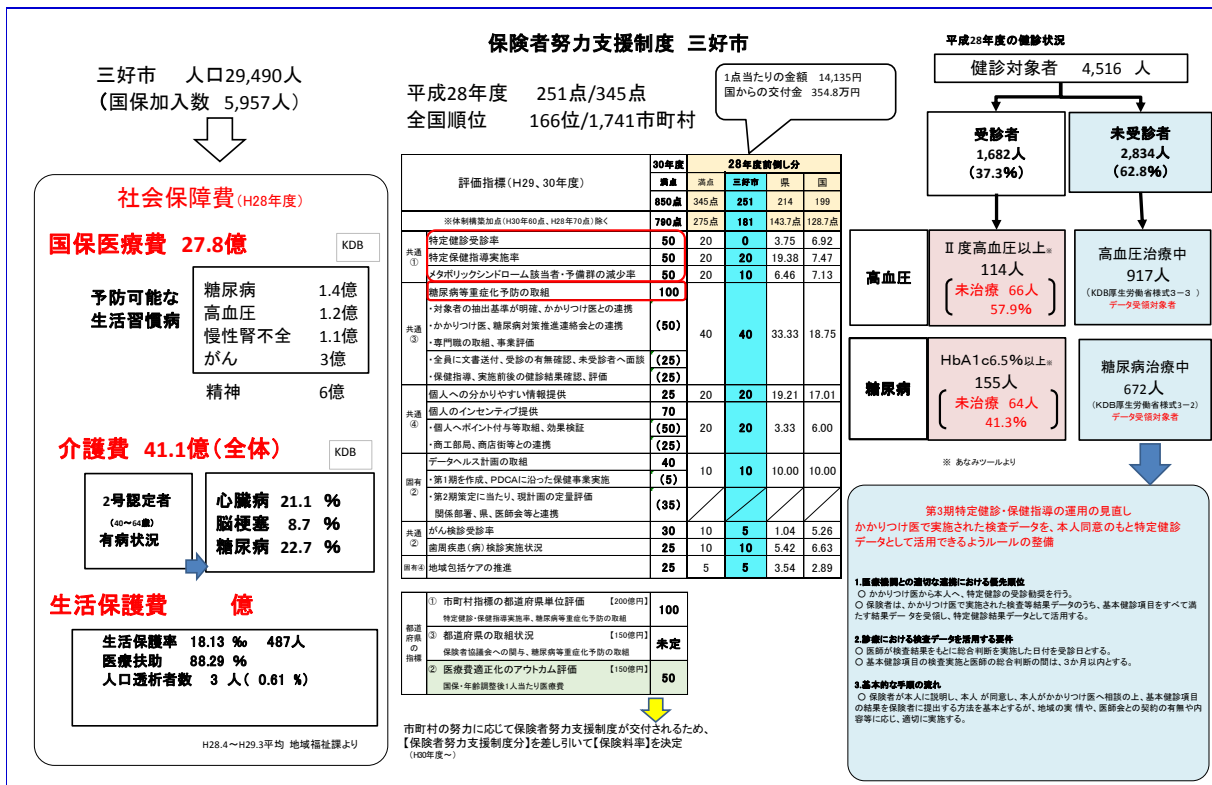
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】

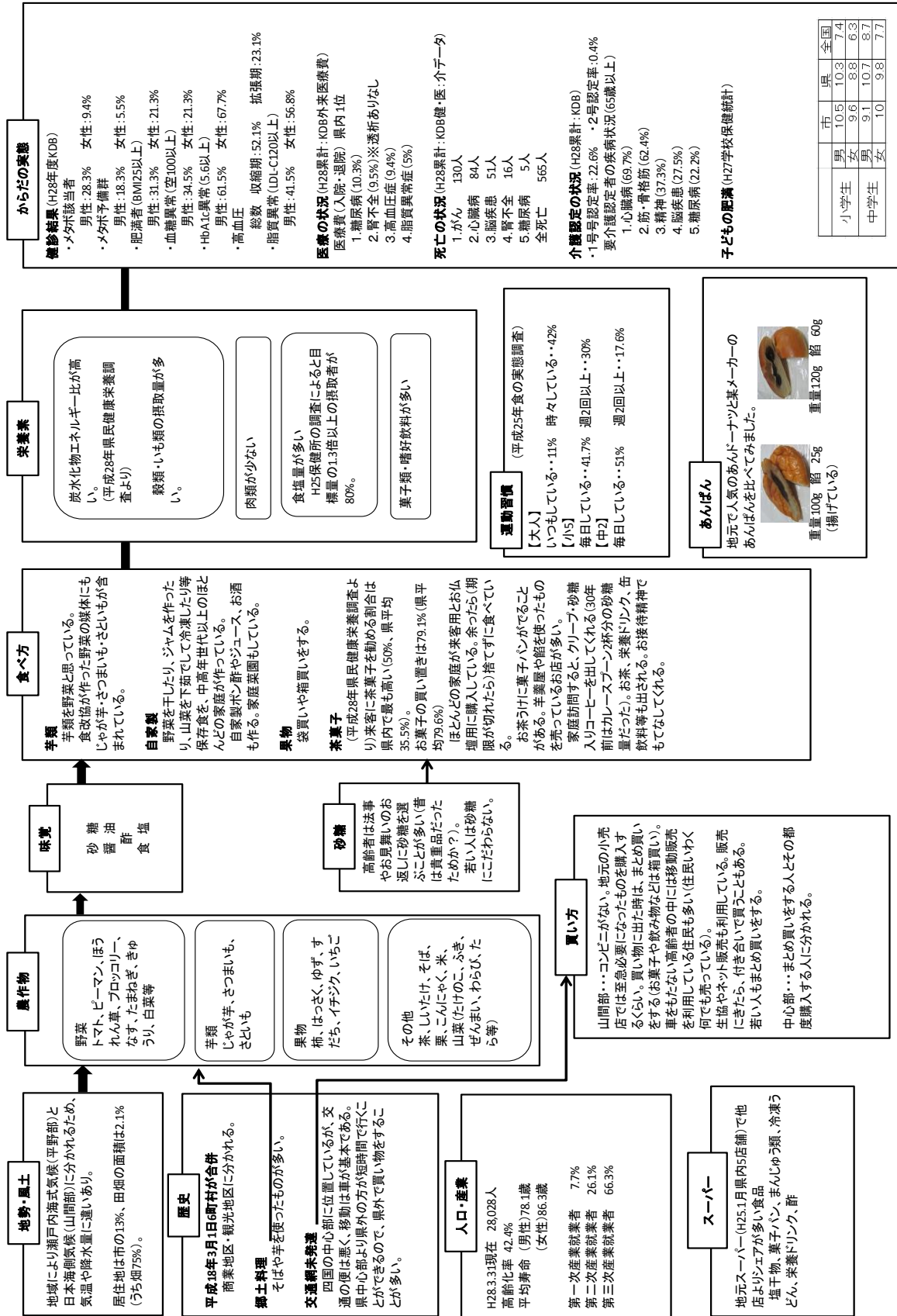




【図表 41】

平成30年4月13日

徳島県三好市



## 第5章 地域包括ケアに係る取組み

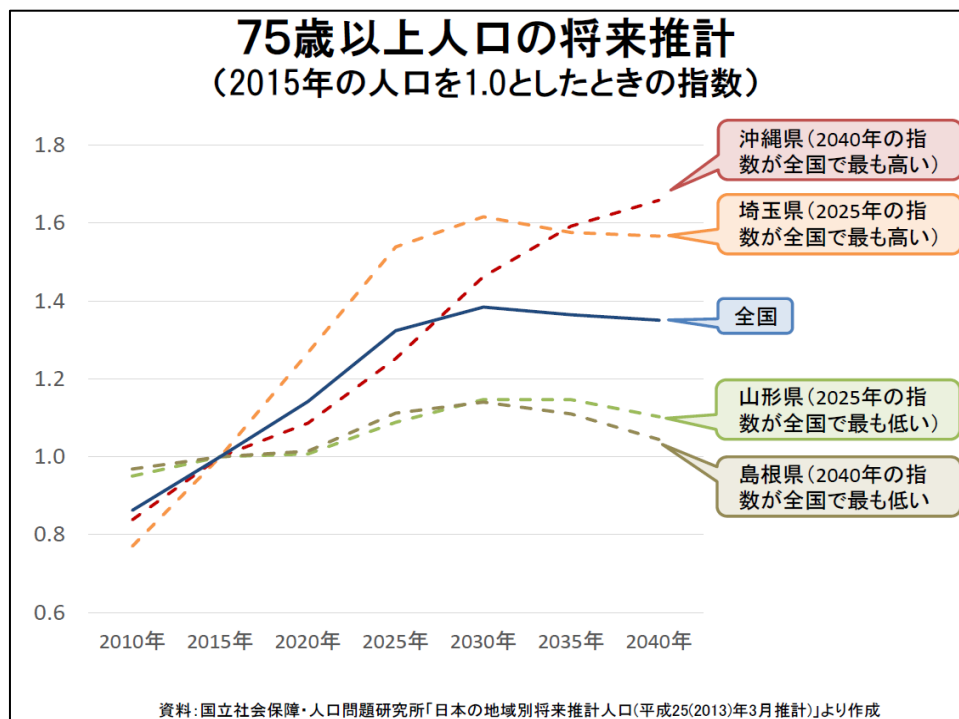
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、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1.66と全国一高くなると推計されている。(図表42)

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町村にとっても非常に重要である。

【図表42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく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年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標(参考資料11・12)

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、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扱いが確保されるよう措置を講じる。

※平成 30 年 4 月現在の元号で表記。

## 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三好市の位置
- 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み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患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 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた三好市の位置

2017.11.14作成

項目	H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		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	29,490		29,490		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）	11,303	38.3	11,303	38.3	2,626,654	29.1	209,460	27.1	29,020,766	23.2	
		75歳以上	7,038	23.9	7,038	23.9			113,837	14.7	13,989,864	11.2	
		65～74歳	4,265	14.5	4,265	14.5			95,623	12.4	15,030,902	12.0	
		40～64歳	10,110	34.3	10,110	34.3			266,169	34.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	8,077	27.4	8,077	27.4			296,728	38.4	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	7.7		7.7		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	26.1		26.1		27.5		24.3		25.2		
		第3次産業	66.3		66.3		61.1		66.9		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.1		78.1		79.2		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.3		86.3		86.4		86.2		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.4		64.3		65.1		65.2		65.2			
	女性	66.6		66.6		66.8		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	112.8		112.9		104.8		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	130	45.0	130	44.1	32,164	46.4	2,469	46.4	367,905	49.6	
		心臓病	82	28.4	84	28.5	19,517	28.2	1,543	29.0	196,768	26.5	
		脳疾患	58	20.1	51	17.3	11,781	17.0	825	15.5	114,122	15.4	
		糖尿病	2	0.7	5	1.7	1,340	1.9	113	2.1	13,658	1.8	
		腎不全	8	2.8	16	5.4	2,559	3.7	218	4.1	24,763	3.3	
		自殺	9	3.1	9	3.1	1,902	2.7	151	2.8	24,294	3.3	
		合計											
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性											厚生省IP 人口動態調査
		女性											
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	2,532	22.3	2,545	22.5	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	62	0.3	35	0.3	8,953	0.3	727	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	47	0.5	40	0.4	11,164	0.4	941	0.4	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	583	21.7	585	22.2	125,517	22.3	13,140	26.4	1,343,240	21.9	
		高血圧症	1,517	58.9	1,585	61.0	305,818	54.6	28,314	57.0	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	704	27.4	812	31.1	159,712	28.3	14,741	29.6	1,733,323	28.2	
		心臓病	1,766	68.2	1,808	69.8	349,121	62.4	32,169	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	763	30.1	716	27.5	154,757	27.9	12,843	26.0	1,530,506	25.3	
		がん	251	9.3	238	8.9	58,389	10.3	5,291	10.5	629,053	10.1	
		筋・骨格	1,581	61.4	1,620	62.4	303,080	54.0	29,441	59.5	3,051,816	49.9	
	精神	847	33.0	986	37.3	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）	72,463		70,580		66,708		60,272		58,349		
		居宅サービス	40,012		39,941		41,740		39,151		39,683		
		施設サービス	286,121		281,591		278,164		284,661		281,115		
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	8,041		7,655		8,280		7,585		7,980			
	認定あり 認定なし	4,917		5,027		4,039		4,219		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	6,670		5,957		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	2,822	42.3	2,943	49.4			75,546	43.4	12,462,053	38.2	
		40～64歳	2,653	39.8	2,072	34.8			59,408	34.2	10,946,693	33.6	
		39歳以下	1,195	17.9	942	15.8			38,974	22.4	9,178,477	28.2	
	加入率	22.6		20.2		25.1		22.5		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	6	0.9	5	0.8	833	0.4	113	0.6	8,255	0.3	
		診療所数	27	4.0	26	4.4	6,529	2.9	743	4.3	96,727	3.0	
		病床数	604	90.6	559	93.8	135,296	59.8	14,845	85.4	1,524,378	46.8	
		医師数	65	9.7	65	10.9	16,982	7.5	2,463	14.2	299,792	9.2	
		外来患者数	675.2		688.9		698.5		721.1		668.3		
入院患者数	37.5		40.7		23.6		25.6		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	32,403	県内1位 同規模19位	36,271	県内1位 同規模11位	27,773		28,005		24,253			
	受診率	712.701		729.598		722.134		746.696		686.501			
	外来費用の割合	48.3		47.6		56.9		54.7		60.1			
	入院費用の割合	94.7		94.4		96.7		96.6		97.4			
	入院費用の割合	51.7		52.4		43.1		45.3		39.9			
	入院費用の割合	5.3		5.6		3.3		3.4		2.6			
	1件あたり在院日数	21.7日		20.9日		17.0日		18.8日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費疾患名 (調剤含む)	がん	230,030,410	13.7	308,756,920	19.2	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 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	慢性腎不全（透析あり）	114,273,820	6.8	105,590,370	6.6	9.2		7.1		9.7			
	糖尿病	133,221,950	8.0	138,986,240	8.7	9.9		9.6		9.7			
	高血圧症	174,048,690	10.4	122,720,450	7.6	8.9		8.3		8.6			
	精神	594,474,500	35.5	606,100,910	37.7	19.6		25.5		16.9			
	筋・骨格	178,899,780	10.7	158,532,280	9.9	15.2		13.7		15.2			

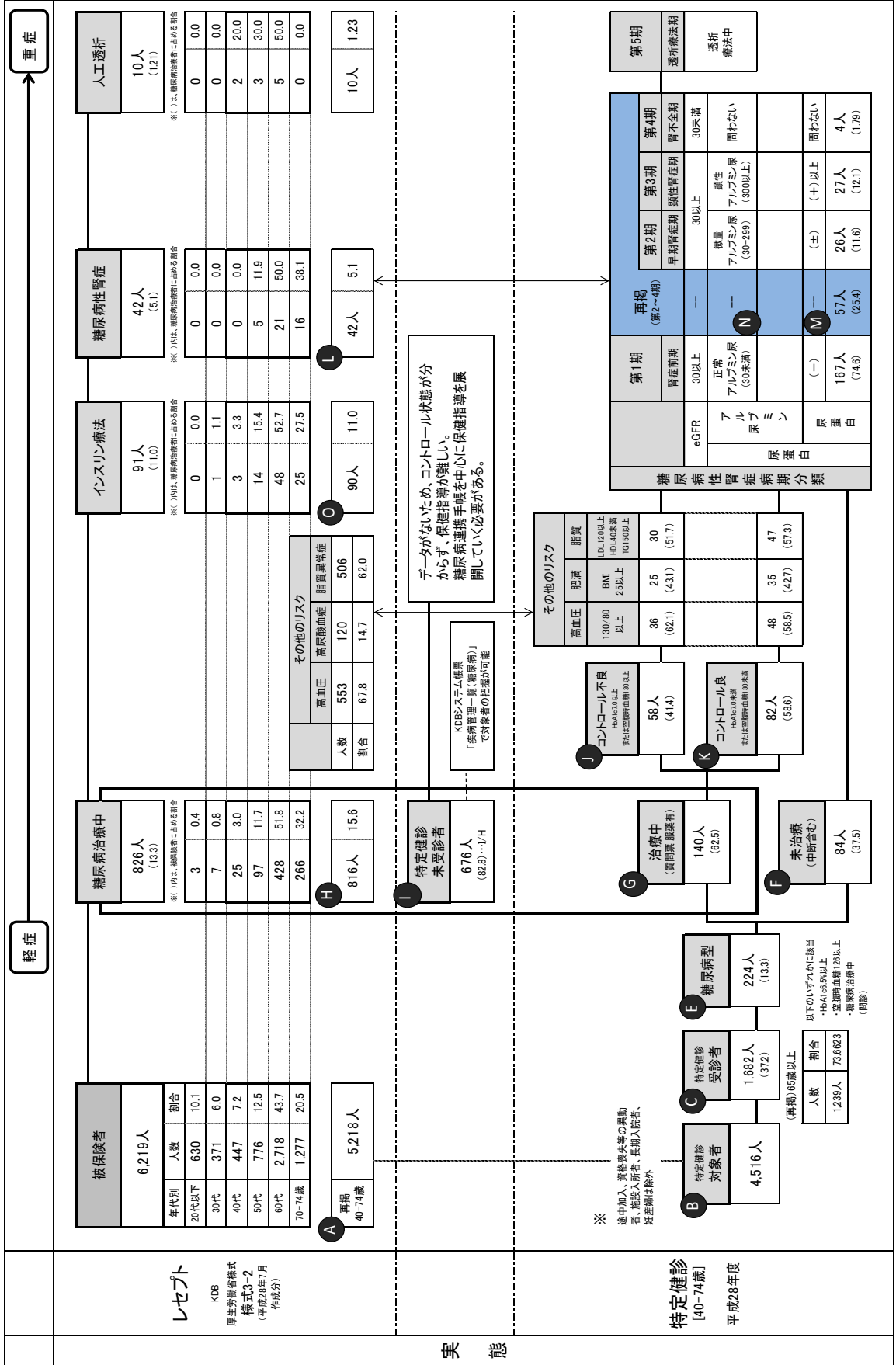




# 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名 徳島県 市町村名 三好市 同規模区分 4

【参考資料2】



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳 【対象者抽出基準】										※糖尿病服薬は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え						
(HbA1c6.5以上) 過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者																
番号	追加年度	地区	記号	番号	氏名	性別	#REF!	診療開始日 合併症の有無		項目	H25	H26	H27	H28	転出・ 死亡等	備考
1	H25					女	47	糖尿病	糖	服薬	○	○				
								高血圧	糖	HbA1c	6.5	5.2				
								虚血性心疾患	糖	体重	64.9	54.8				
								脳血管疾患	糖以外	BMI	32	27.4				
								糖尿病性腎症	糖以外	血圧	130/88	116/50				
									CKD	GFR	144.6	121.8				
2	H25					男	70	糖尿病	糖	服薬	○	○		○		
								高血圧	糖	HbA1c	7.6	9.2		7.5		
								虚血性心疾患	糖	体重	65	65		62.1		
								脳血管疾患	糖以外	BMI	24.8	24.8		23.8		
								糖尿病性腎症	糖以外	血圧	136/70	128/80		121/69		
									CKD	GFR	90.3	75.1		77.7		
3	H25					男	50	糖尿病	糖	服薬	○	○	○			
								高血圧	糖	HbA1c	15.8	9.1				5.9
								虚血性心疾患	糖	体重	52.9	63.3				70
								脳血管疾患	糖以外	BMI	20.2	24.1				26.7
								糖尿病性腎症	糖以外	血圧	111/59	120/72				137/83
									CKD	GFR	141.1	98				78.3

【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： 三好市

H29.7.12

	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) ( 397 ) 人		
	A 健診未受診者 ( 202 ) 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	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	結果未把握(内訳)	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
	①国保(生保) ( 94 ) 人	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
	②後期高齢者 ( 88 ) 人	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	
	③他保険 ( 6 ) 人	○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
	④住基異動(死亡・転出) ( 12 ) 人		栄養士中心
	⑤確認できていない ( 0 ) 人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ( 21 ) 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 ( 197 ) 人		
① HbA1cが悪化している ( 86 ) 人 例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ( 28 ) 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 (-) ( 151 ) 人 (±) ( 22 ) 人 (+) ~ 顕性腎症 ( 24 ) 人			
③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( 21 ) 人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( 52 ) 人		腎専門医	

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 5】

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	6,219人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		5,218人							
2	① 特定健診 対象者数	B	4,516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	C	1,682人							
	③ 受診率		37.2%							
3	① 特定保健指導 対象者数		162人							
	② 実施率		64.2%							
4	健診データ	① 糖尿病型	E	224人	13.3%					特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	84人	37.5%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	140人	62.5%					
		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	58人	41.4%					
		⑤ ④ かつ 血圧 130/80以上		36人	62.1%					
		⑥ ④ かつ 肥満 BMI25以上		25人	43.1%					
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	82人	58.6%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	167人	74.6%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		26人	11.6%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		27人	12.1%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	1.8%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		132.8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)		156.4人						
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は受療者千対		4,474件	(892.1)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院外(件数)		32件	(6.4)			40件	(5.8)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	826人	13.3%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳		816人	15.6%					
		⑦ 健診未受診者	I	676人	82.8%					
		⑧ インスリン治療	O	91人	11.0%					
		⑨ (再掲)40-74歳		90人	11.0%					
		⑩ 糖尿病性腎症	L	42人	5.1%					
		⑪ (再掲)40-74歳		42人	5.1%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	1.21%					
		⑬ (再掲)40-74歳		10人	1.23%					
		⑭ 新規透析患者数		0人	0					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0					
		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)		24人	1.5%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	医療費	① 総医療費		26億5643万円				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		16億0596万円				17億2766万円		
		③ (総医療費に占める割合)		60.5%				57.7%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		7,004円				7,001円		
		⑤ 健診受診者		35,246円				35,214円		
		⑥ 健診未受診者								
		⑦ 糖尿病医療費		1億3899万円				1億7148万円		
		⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.7%				9.9%		
		⑨ 糖尿病入院外総医療費		3億9234万円						
		⑩ 1件あたり		37,348円						
		⑪ 糖尿病入院総医療費		2億8143万円						
		⑫ 1件あたり		481,080円						
		⑬ 在院日数		21日						
		⑭ 慢性腎不全医療費		1億1451万円				1億6922万円		
		⑮ 透析有り		1億0559万円				1億5809万円		
⑯ 透析なし		892万円				1113万円				
7	介護	① 介護給付費		41億1426万円				31億7728万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		2件	11.1%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人	0.9%			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



【参考資料 7】

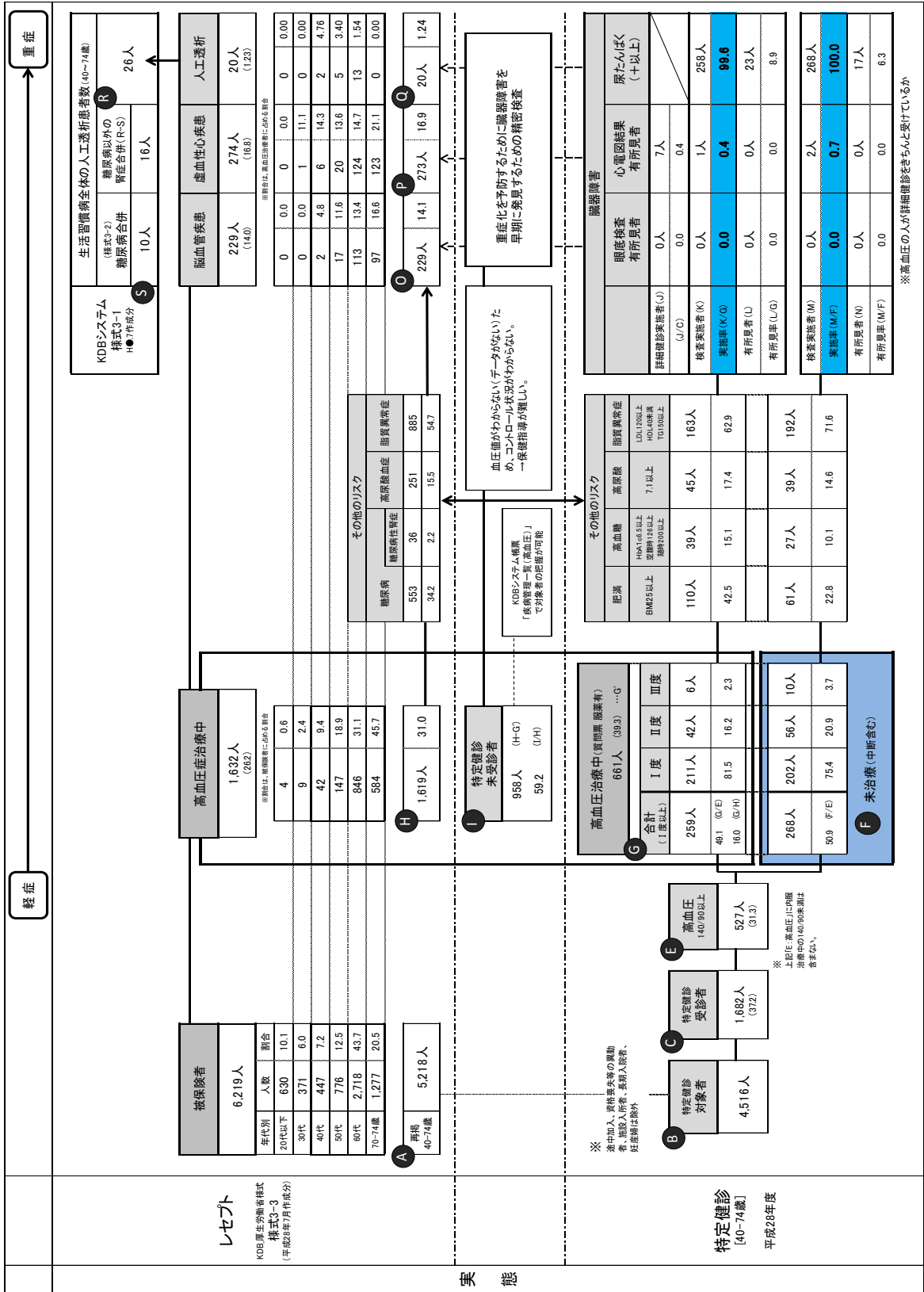
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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	<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	自覚症状なし  <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
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。			⑥ 発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～				
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39			～34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50			51～	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100			101～	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125		126～	
		食後	～139	140～199		200～	
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	【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"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～			
	拡張期	～84	85～89	90～			
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR	60未満						
尿蛋白	(-)	(+)～					
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類	G3aA1						

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突合

都道府県名 徳島県 市町村名 三好市 同規模区分 4



【参考資料 7-1】

【参考資料 8】

血圧評価表 280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															
						夕ホ <sup>*</sup> 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
三好			男	72	なし	6	129	76.8	—	6.8	○	140	66	○	138	80	○	160	90	○	164	84	○	140	83	
三好			男	73	なし	7.5	136	86	—	5.1		204	109	○	188	90										
三好			男	70	なし	9	62	104	—	4.3					156	90					154	80		161	83	
三好			男	72	該当者	5.2	97	80.2	—	3.5	○	154	90	○	162	80	○	152	77	○	148	78	○	137	73	
三好			男	74	該当者	6.6	128	51.3	—	6.2	○	190	80	○	156	80	○	128	66	○	124	80	○	169	81	
三好			男	66	予備群	5.8	160	54.7	—	6.9					130	88		136	82	○	124	80	○	147	106	
三好			男	72	該当者	5.2	95	65.4	—	5.8					150	70		140	84					162	90	
三好			男	72	予備群	5.5	140	60.9	++	6				○	166	91										
三好			男	66	該当者	6	72	91.8	—	8.6		146	76		161	94		126	82		142	84		152	89	
三好			女	64	予備群	6.2	159	80.7	—	5.2											165	94				

血圧評価表 114名 (H28年度の健診でⅡ度高血圧以上の基準に該当した方)

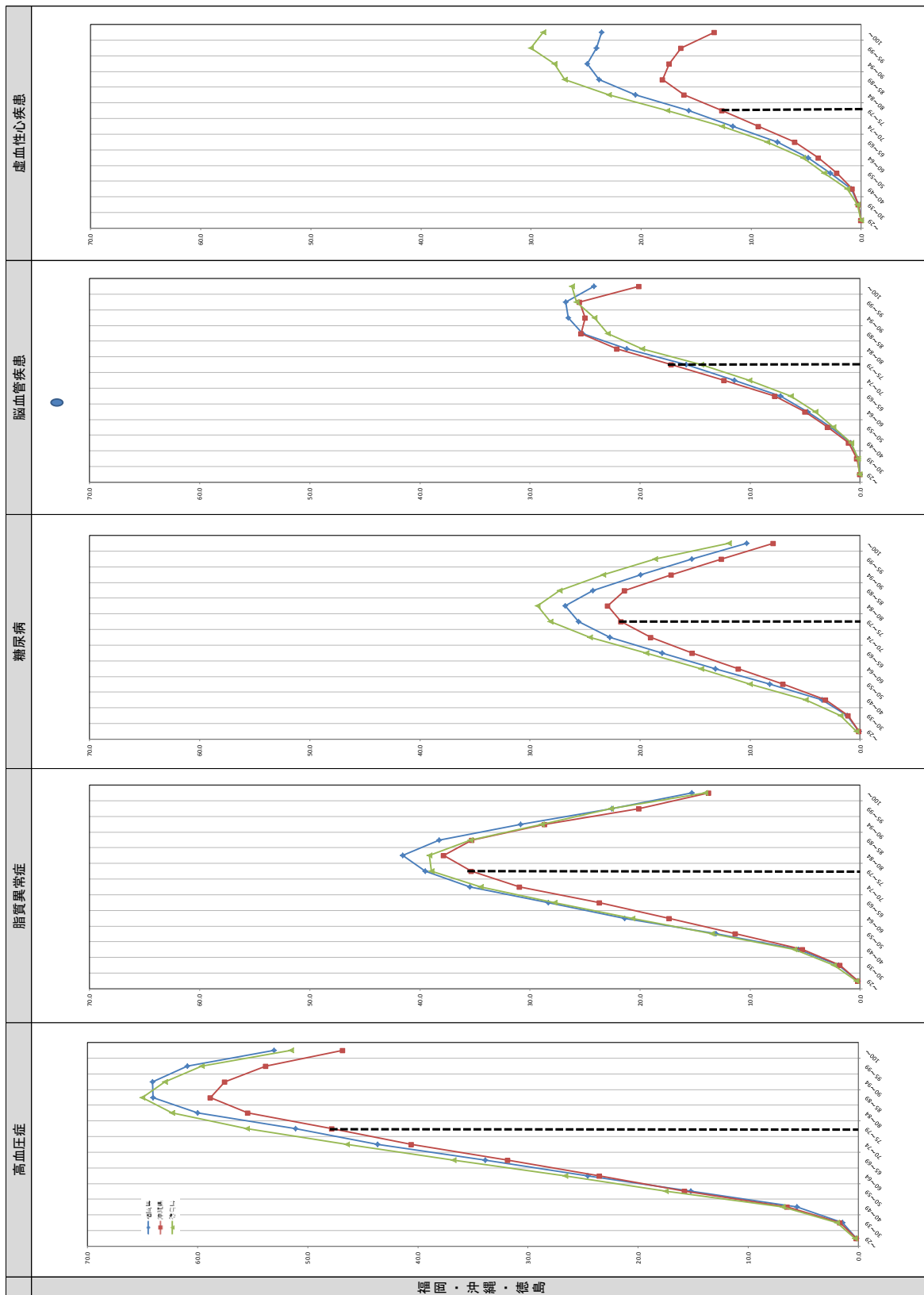
個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近					血圧															
						夕ホ <sup>*</sup> 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28		
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期
三好			女	61	なし	5.4	123	44.1	+	6.5														182	128	
三好			女	69	該当者	6	147	69.3	—	5.6		130	86		156	80		144	80		150	100		173	114	
三好			女	44	なし	5.7	98	103.3	—	3.1		118	76		138	70		144	92		160	94		146	111	
三好			男	65	予備群	5.3	169	56.7	—	8.8							132	76		168	104			188	110	
三好			女	69	なし	5.8	121	78.7	—	5.4		140	90		168	90		142	80		142	92		163	110	
三好			男	67	該当者	7.7	138	85.7	+	5.9									○	154	104	○		194	109	
三好			男	71	なし	5.8	141	64.1	—	6													○	192	108	
三好			男	66	予備群	5.7	158	79.9	—	6.7														165	108	
三好			男	65	該当者	5.7	118	52.7	—	6.7													○	148	108	
三好			男	72	予備群	6.1	123	76.8	—	6.4		144	96		134	88		171	100		134	90		185	107	

【参考資料 9】

心房細動管理台帳																						
患者ID	登録年度	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

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)





平成29年度に向けての実践・評価

対象者の明確化

【特定健診受診率の低迷】  
 ○未受診者対策  
 ○地区によって健診受診率に差がある  
 ○治療中の方で特定健診対象者への受診勧奨  
 【早期介入保健指導事業】  
 ○若年世代への受診勧奨

【重症化予防対策】  
 ○特定健診受診者(国保)のうち、健診結果に基づいて対象者を選定。  
 ●重症化予防対象者  
 ①糖尿病未治療者  
 ②CKD精密検査依頼...①以外のCKD対象者(原蛋白陽性(CKD重症度分類A2以上)もしくはeGFR60ml/分未満で生活習慣病未治療の方(CKD重症度分類G3a以上)※70歳以上でHbA1c未済(※資料2)  
 ③二次健診対象者  
 ☆H28年度より勧奨つけ積極的支援の方を追加  
 ○75歳未満  
 ○72歳未満  
 ○HbA1c5.6~6.4  
 ○糖尿病2型...ID1180以上で未治療者  
 ※二次健診対象者から除く人...「糖尿病連携パス対象者」「CKD精密検査対象者」(過去2年間に二次健診を実施している方「70歳以上の方」)

【重症化予防対策】  
 ○重症化予防対象者の明確化  
 ○各管理チームの整理  
 ○優先順位を決めて、優先度が高い人には必ずアプローチする

【関係機関との連携】  
 ○関係機関との連携  
 ○専門医の少ない地域において、地域のかかりつけ医との連携が重要となる。

平成28年度

重症化予防の取組状況をデータで確認する

H28年度 未受診者訪問

対象(人)	訪問数(人)	訪問率(%)	未受診者数(人)
全体	831	47.2	888
東谷	59	7.9	784
西谷	47	6.5	667
山崎	152	9.9	548
井川	119	9.5	489
三野	99	8.5	420
池田	355	62.0	213

H28年度 ヤング健診

対象者数	受診者数	受診率
4,210人	69人	1.6%

うち医療従事者 549人  
 ○受診者数 69人... (国保39人、社保30人) ⇒ 受診率 7.0% (国保のみ)  
 ○20代⇒ 18人、30代⇒ 51人... (集団54人、個別医療機関15人)  
 ○保健指導対象者 7人

特定健診・特定保健指導

項目	H28年度	H27年度	H26年度	H25年度	H24年度
特定健診	33.7	39.5	35.5	35.1	33.9
精密検査	69.0	67.4	69.2	73.0	83.6
保健指導	88.9	77.3	75.9	64.7	54.7

重症化予防対象者 (H28.6.30時点)

属性	対象者数	精密検査	保健指導
性別	34	9	5
年齢	7	2	2
地域	4	2	0
山崎	10	2	0
西谷	1	1	1
東谷	2	1	1
計	58	17	11

H28年度 二次健診結果集計 (H28.6.30時点)

属性	対象者数	精密検査	保健指導
性別	34	9	5
年齢	7	2	2
地域	4	2	0
山崎	10	2	0
西谷	1	1	1
東谷	2	1	1
計	58	17	11

29年度に向けた課題

【未受診者対策】  
 ○健診・治療未受診者の健康状態把握  
 ○治療中の方への未受診者対策  
 ○治療中の方への未受診者対策  
 ○治療中の方への未受診者対策

【重症化予防対策】  
 ○重症化予防対象者の明確化  
 ○各管理チームの整理  
 ○優先順位を決めて、優先度が高い人には必ずアプローチする

【関係機関との連携】  
 ○関係機関との連携  
 ○専門医の少ない地域において、地域のかかりつけ医との連携が重要となる。

【関係機関との連携】  
 ○関係機関との連携  
 ○専門医の少ない地域において、地域のかかりつけ医との連携が重要となる。

【関係機関との連携】  
 ○関係機関との連携  
 ○専門医の少ない地域において、地域のかかりつけ医との連携が重要となる。

29年度に向けた課題

【未受診者対策】  
 ○健診・治療未受診者の健康状態把握  
 ○治療中の方への未受診者対策  
 ○治療中の方への未受診者対策

【重症化予防対策】  
 ○重症化予防対象者の明確化  
 ○各管理チームの整理  
 ○優先順位を決めて、優先度が高い人には必ずアプローチする

【関係機関との連携】  
 ○関係機関との連携  
 ○専門医の少ない地域において、地域のかかりつけ医との連携が重要となる。

【関係機関との連携】  
 ○関係機関との連携  
 ○専門医の少ない地域において、地域のかかりつけ医との連携が重要となる。

【関係機関との連携】  
 ○関係機関との連携  
 ○専門医の少ない地域において、地域のかかりつけ医との連携が重要となる。

