

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月

糸満市

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付け
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
5. 保険者努力支援制度

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化 7

1. 第 1 期計画に係る評価及び考察
 - (1) 中長期目標の達成状況
 - (2) 短期目標の達成状況
 - (3) 第 1 期に係る考察
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健康課題の明確化
 - 2) 健診受診者の実態
 - 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況
 - 4) 未受診者の把握
3. 目標の設定
 - (1) 成果目標
 - ① 中長期的な目標の設定
 - ② 短期的な目標の設定

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)..... 19

I 第三期特定健診等実施計画について

II 第二期の評価

1. 特定健診受診率
2. 特定保健指導実施率

III 目標値の設定

1. 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値
2. 特定健康診査・特定保健指導対象者の見込み
3. 目標達成に向けた取組み

Ⅳ 特定健診の実施

1. 実施方法
2. 特定健診委託基準
3. 健診実施機関リスト
4. 特定健診実施項目
5. 実施時期
6. 医療機関との適切な連携
7. 代行機関
8. 健診の案内方法・健診実施スケジュール

Ⅴ 特定保健指導の実施

1. 健診から保健指導実施のながれ
2. 保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法
3. 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

Ⅵ 個人情報の保護

1. 基本的な考え方
2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
3. 個人情報保護対策

Ⅶ 結果の報告

Ⅷ 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 保健事業の内容32

Ⅰ 保健事業の方向性

Ⅱ 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 虚血性心疾患重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

第5章 地域包括ケアに係る取組52

第6章 計画の評価・見直し55

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い56

参考資料57

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な執行に努めるため、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。

本市においては、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られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

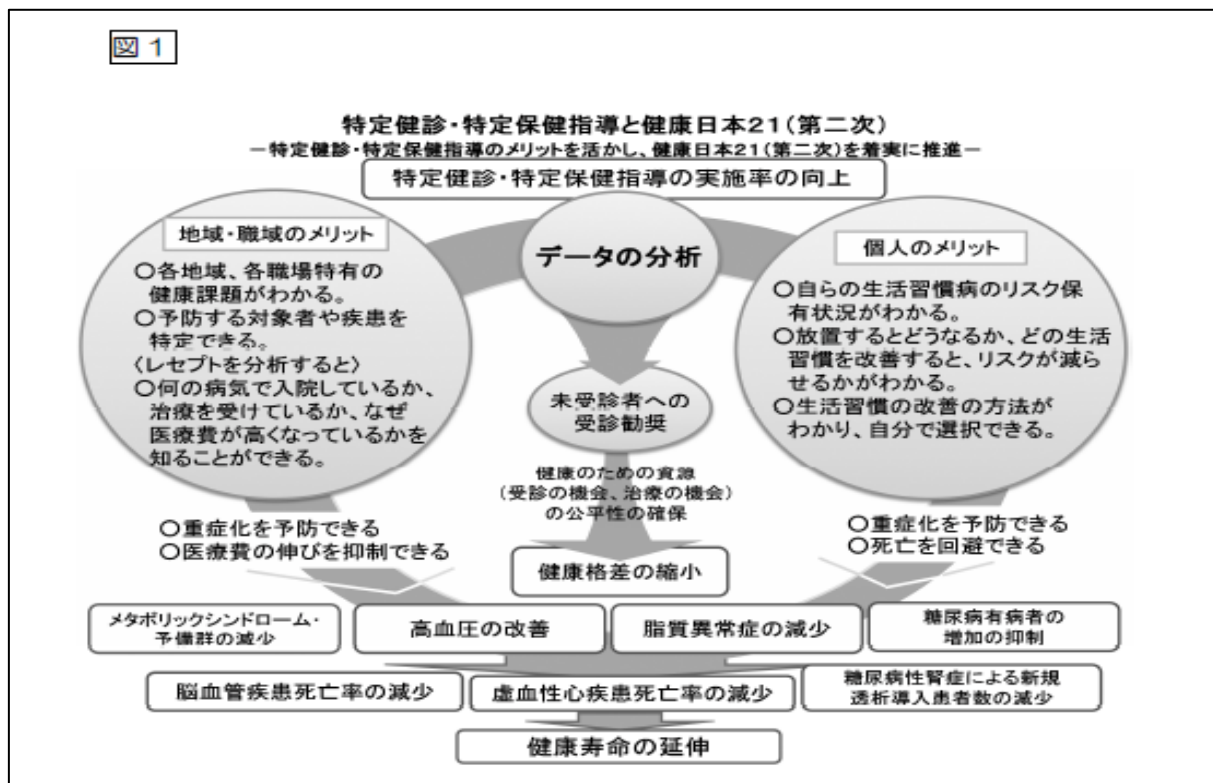
第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

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、第二次健康おきなわ 21（県健康増進計画）や第二次健康いとまん 21（市健康増進計画）、沖縄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】

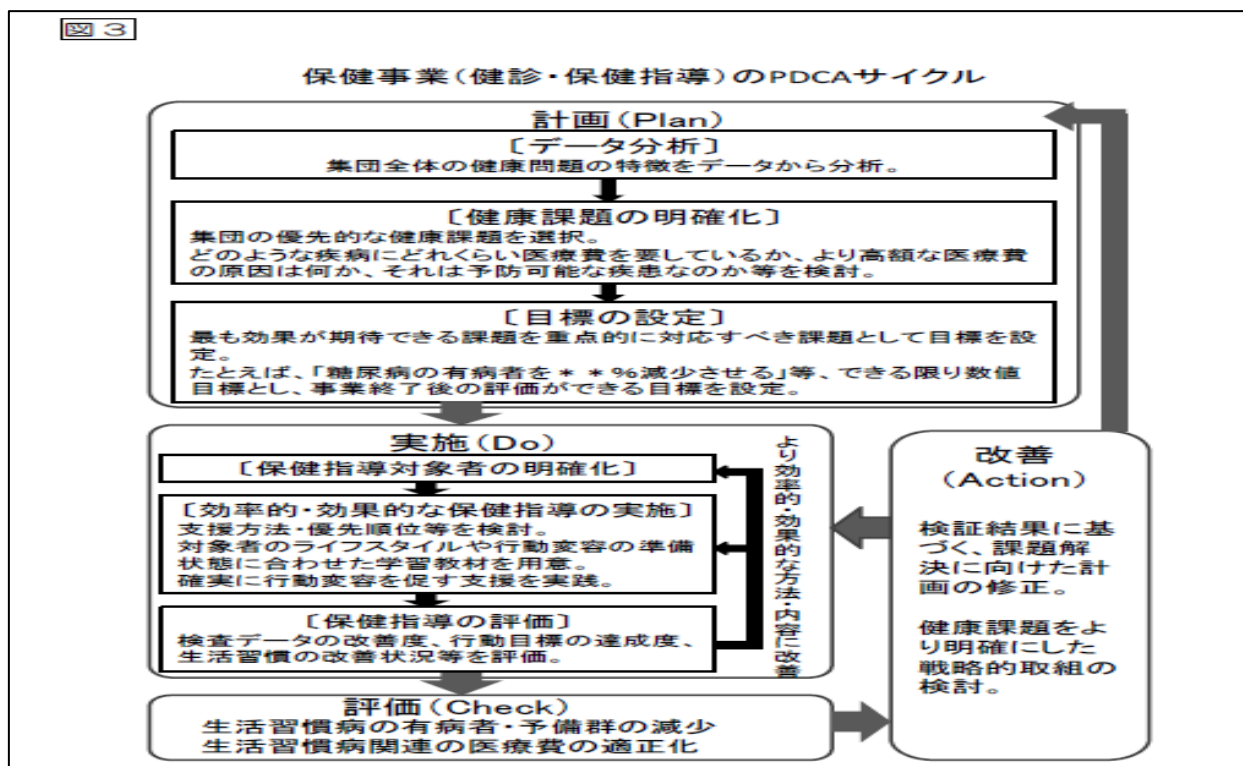
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	※ 健康増進事業実施法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法）、介護保険法、学校教育法				「医療費適正化計画」	「医療計画」
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施法）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚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

【図表 2】



※図2・3ともに「標準的な健診・保健指導プログラム30年度版(案)」より抜粋

【図表 3】



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(2023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(2023年度)の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

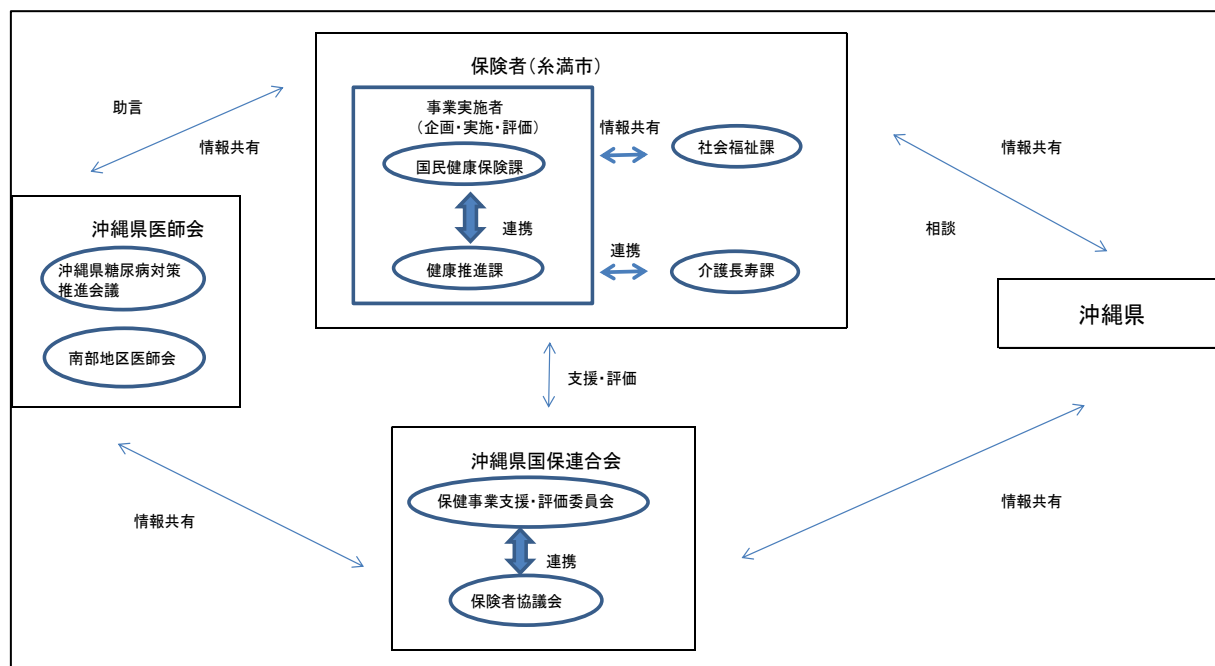
1)実施主体関係部局の役割

本市においては、国民健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康推進課の専門職と連携をして、計画策定をすすめていく。

具体的には、高齢者医療係、介護長寿課、社会福祉課とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクル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)

【図表4】糸満市の実施体制



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、県の関与が更に重要となる。

このため、本市国民健康保険課及び健康推進課は、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、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、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、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を知り、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。（図表 46）

4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体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】 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		1,025			
総得点(体制構築加点含む)		251			
全国順位(1,741市町村中)		166			
共通 ①	特定健診受診率	15			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	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			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				
	・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				
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	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				
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	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

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

1. 第 1 期計画に係る評価及び考察

1) 中長期目標の達成状況

(1) 介護給付費の状況(図表 6)

介護給付費の状況

【図表 6】

年度	糸満市				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	35億7,107万円	71,817	49,793	281,928	63,607	48,853	255,052
H28年度	39億1,694万円	76,552	56,097	278,071	61,236	40,245	278,146

重症化の指標となる介護の状況をみると、H25 年度と比較し H28 年度の本市の介護給付費は約 3 億 5 千万円増加していることが分かる。また同規模の 1 件当たりの給付費は減っているのに対し本市は増えている状況である

(2) 医療費の状況(図表 7)

【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	
				糸満市	国			糸満市	国			糸満市	国
1総医療費(円)	H25年度	54億4009万円				27億8176万円				26億5834万円			
	H28年度	56億975万円	1億6966万円	3.12	16.6	28億9365万円	1億1189万円	4.02	14.8	27億1610万円	5776万円	2.17	17.9
2一人当たり 医療費(円)	H25年度	23,348円				11,990円				11,460円			
	H28年度	26,428円	3080円	13.19	5.3	13,636円	1646円	13.73	4.77	12,791円	1331円	11.61	7.6

* KDBの一人当たりの医療費は、月平均額での表示となる。

総医療費、1 人当たり医療費ともに H25 年度と比較し H28 年度は増えていることが分かる。目標とした 1 人当たりの入院医療費の伸び率は年々増加している状況で、伸び率をみても国よりも高い状況が続いている。

(3) 中長期的疾患(慢性腎不全・脳血管疾患・心疾患)及び短期的な疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常)が医療費に占める割合(図表 8)

中長期的及び短期的な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) 【図表 8】

市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位		腎		脳	心		糖尿病	高血圧						脂質異常症
				同規模	県内	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	糸満市	5,472,582,760	23,595	132位	4位	8.12%	0.36%	3.26%	1.65%	3.79%	4.35%	1.63%	1,267,584,930	23.16%	8.62%	19.75%	6.33%	
H28		5,609,750,930	26,428	106位	4位	8.59%	0.45%	2.32%	1.42%	4.16%	3.02%	1.64%	1,211,332,810	21.59%	8.59%	18.74%	6.71%	
H28	沖縄県	120,484,192,740	22,111	--	--	8.78%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,101,708,740	22.49%	9.46%	15.37%	7.21%	
	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%	

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【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

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

総医療費は増えているが、医療費に占める中長期・短期目標疾患医療費計の割合は減少しており、県や国と比較しても低い状況である。しかし目標疾患医療費が総医療費の2割近くを占めている。そのうち、慢性腎不全が国と比較し高い割合で増えていることが分かる。

(4) 中長期的な疾患(図表 9)

【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												
		被保険者数	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	64歳以下	16091	245	1.5	58	23.7	25	10.2	204	83.2	115	46.9	160	65.3
	65歳以上	3384	320	9.5	100	31.3	11	3.4	275	85.9	187	58.4	213	66.6
H28	64歳以下	14113	197	1.4	42	21.3	21	10.7	166	84.3	82	41.6	135	68.5
	65歳以上	3904	352	9	109	31	24	6.8	296	84.1	188	53.4	254	72.2

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												
		被保険者数	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	64歳以下	16091	268	1.7	58	21.6	13	4.9	222	82.8	107	39.9	143	53.4
	65歳以上	3384	382	11.3	100	26.2	8	2.1	324	84.8	185	48.4	238	62.3
H28	64歳以下	14113	214	1.5	42	19.6	14	6.5	162	75.7	76	35.5	113	52.8
	65歳以上	3904	401	10.3	109	27.2	16	4	326	81.3	187	46.6	268	66.8

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												
		被保険者数	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	64歳以下	16091	50	0.3	13	26	25	50	50	100	28	56	16	32
	65歳以上	3384	27	0.8	8	29.6	11	40.7	26	96.3	20	74.1	7	25.8
H28	64歳以下	14113	43	0.3	14	32.6	21	48.8	40	93	20	46.5	17	39.5
	65歳以上	3904	41	1.1	16	39	24	58.5	40	97.6	29	70.7	17	41.5

医療費が高額となる疾患、6 か月以上の入院における疾患、長期化することで高額になる疾患で、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを中長期目標としていた。

64 歳以下、65 歳以上いずれも割合は減少している。しかし、65 歳以上の人工透析の割合は 0.8 から 1.1 に増えている。

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の高血圧・糖尿病・脂質異常症の重なりをみると、ほとんど 5 割を超えており共通のリスクであることが分かる。

2) 短期目標の達成状況

(1) 共通リスク(様式 3-2～3-4)(図表 10)

【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																	
被保険者数		人数	割合	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			
H25	64歳以下	16091	753	4.7	87	11.6	511	67.9	467	62	115	15.3	107	14.2	28	3.7	81	10.8		
	65歳以上	3384	765	22.6	51	6.7	609	79.6	471	61.6	187	24.4	185	24.2	20	2.6	87	11.4		
H28	64歳以下	14113	612	4.3	67	10.9	405	66.2	374	61.1	82	13.4	76	12.4	20	3.3	63	10.3		
	65歳以上	3904	753	19.3	63	8.4	601	79.8	501	66.5	188	25	187	24.8	29	3.9	97	12.9		

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													
被保険者数		人数	割合	糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析				
H25	64歳以下	16091	1422	8.8	511	35.9	715	50.3	204	14.3	222	15.6	50	3.5		
	65歳以上	3384	1401	41.4	609	43.5	749	53.5	275	19.6	324	23.1	26	1.9		
H28	64歳以下	14113	1201	8.5	405	33.7	614	51.1	166	13.8	162	13.5	40	3.3		
	65歳以上	3904	1457	37.3	601	41.2	866	59.4	296	20.3	326	22.4	40	2.7		

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											
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	64歳以下	16091	1075	6.7	467	43.4	715	66.5	160	14.9	143	13.3	16	1.5
	65歳以上	3384	920	27.2	471	51.2	749	81.4	213	23.2	238	25.9	7	0.8
H28	64歳以下	14113	914	6.5	374	40.9	614	67.1	135	14.8	113	12.4	17	1.9
	65歳以上	3904	1075	27.5	501	46.6	866	80.6	254	23.6	268	24.9	17	1.6

虚血性心疾患、脳血管疾患、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している。65歳以上の脂質異常症以外はすべて減少している。

(2) リスクの健診結果経年変化(図表 11)

【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6-2~6-7)

☆№23帳票

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	合計	628	39.8%	934	59.2%	445	28.2%	358	22.7%	149	9.4%	680	43.1%	822	52.1%	411	26.1%	833	52.8%	449	28.5%	668	42.4%	34	2.2%
	H25 40-64	336	39.1%	492	57.2%	256	29.8%	245	28.5%	77	9.0%	351	40.8%	392	45.6%	241	28.0%	418	48.6%	280	32.6%	376	43.7%	9	1.0%
	65-74	292	40.7%	442	61.6%	189	26.4%	113	15.8%	72	10.0%	329	45.9%	430	60.0%	170	23.7%	415	57.9%	169	23.6%	292	40.7%	25	3.5%
女性	合計	756	41	1130	61.3%	560	30.4%	446	24.3%	163	8.8	777	42.2	1014	55.5%	477	25.9	1006	54.6%	528	28.7%	803	43.1%	57	3.1%
	H25 40-64	383	43.7	548	60.9	329	36.6	281	31.2	77	8.6	346	38.4	421	46.8	235	26.1	456	50.7	300	33.3	414	46	19	2.1
	65-74	383	38.5	582	61.8	231	24.5	165	17.5	86	9.1	431	45.8	593	63	242	25.7	550	58.4	228	35.6	389	43.2	38	4

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	574	33.6%	465	27.2%	311	18.2%	208	12.2%	51	3.0%	436	25.5%	866	50.7%	78	4.6%	809	47.4%	295	17.3%	976	57.1%	9	0.5%
	H25 40-64	291	31.4%	209	22.5%	177	19.1%	133	14.3%	28	3.0%	209	26.8%	411	44.3%	33	3.6%	371	40.0%	167	18.0%	534	57.5%	4	0.4%
	65-74	283	36.2%	256	32.8%	134	17.2%	75	9.6%	23	2.9%	227	29.1%	455	58.3%	45	5.8%	438	56.2%	128	16.4%	442	56.7%	5	0.6%
女性	合計	607	33.8	504	28.8	344	19.1	234	13.2	39	2.2	479	26.6	1015	56.5	80	4.4	809	45	303	16.9	987	54.9	7	0.4
	H25 40-64	272	31.1	219	25.1	154	17.6	111	12.7	16	1.8	196	22.4	417	47.7	36	4.1	322	36.8	163	18.6	483	55.3	3	0.3
	65-74	335	36.3	285	30.8	190	20.6	123	13.3	23	2.5	283	30.6	598	64.7	44	4.8	487	52.7	140	15.2	504	54.5	4	0.4

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

☆№24帳票

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
						高血糖		高血圧		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	合計	1577	28.6%	100	6.3%	337	21.4%	17	1.1%	244	15.5%	76	4.8%	487	31.5%	105	6.7%	32	2.0%	229	14.5%	131	8.3%
	40-64	880	22.3%	65	7.6%	174	20.2%	9	1.0%	110	12.8%	55	6.4%	253	29.4%	54	6.3%	14	1.6%	122	14.2%	63	7.3%
	65-74	717	42.4%	35	4.9%	163	22.7%	8	1.1%	134	18.7%	21	2.9%	244	34.0%	51	7.1%	18	2.5%	107	14.9%	68	9.5%
H28	合計	1842	34.1%	108	5.9%	378	20.5%	27	1.5%	277	15%	74	4.0%	644	35%	130	7.1%	43	2.3%	274	14.8%	197	10.7%
	40-64	900	26.5%	66	7.3%	183	20.3%	11	1.2%	121	13.4%	51	5.7%	299	33.2%	46	5.1%	25	2.7%	151	16.8%	77	8.6%
	65-74	942	47.1%	42	4.5%	195	20.7%	16	1.7%	156	16.6%	23	2.4%	345	36.6%	84	8.9%	18	1.9%	123	13.1%	120	12.7%

女性	健診受診者				腹囲のみ				予備群						該当者									
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		人数	割合	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
H25	合計	1708	37.8%	54	3.2%	179	10.5%	10	0.6%	132	7.7%	37	2.2%	232	13.6%	37	2.2%	9	0.5%	104	6.1%	82	4.8%	
	40-64	928	31.2%	33	3.6%	76	8.2%	8	0.9%	53	5.7%	15	1.6%	100	10.8%	21	2.3%	6	0.6%	39	4.2%	34	3.7%	
	65-74	780	50.6%	21	2.7%	103	13.2%	2	0.3%	79	10.1%	22	2.8%	132	16.9%	16	2.1%	3	0.4%	65	8.3%	48	6.2%	
H28	合計	1788	41.5%	52	2.9%	169	9.4%	8	0.4%	118	6.6%	43	2.4%	283	15.7%	45	2.5%	9	0.5%	121	6.7%	108	6%	
	40-64	874	34.4%	38	4.3%	73	8.4%	3	0.3%	48	5.5%	22	2.5%	108	12.4%	22	2.5%	4	0.5%	47	5.4%	35	4%	
	65-74	924	51.7%	14	1.5%	96	10.4%	5	0.5%	70	7.6%	21	2.3%	175	18.9%	23	2.5%	5	0.5%	74	8%	73	7.9%	

有所見者割合を見ると、男女とも腹囲、中性脂肪、GPT、HbA1c で高くなっており、HDL-C、尿酸では改善が見られる。また、女性では血圧、LDL-C、クレアチニンが改善しているのに対し、男性では悪化が見られる。

メタボリックシンドロームで見ると男女とも予備軍は減少しているが、該当者の割合は高くなっている。メタボリック該当者のうち、高血糖、高血圧、脂質異常症の3項目全てが基準値以上の者の割合は増加している。

3)特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

【図表 12】

項目	特定健診						特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模	県内順位	継続受診者の割合 (H27-28)	対象者数	終了者数	実施率
H25年度	10,054	3,288	32.7%	34.6%	39位		579	342	61.2%
H28年度	9,693 ↓	3,642 ↑	37.6% ↑	38.0%	36位 ↑	65.8%	610 ↑	422 ↑	69.2% ↑

特定健診受診率は、37.6%に上がっているが、同規模平均と比較し低く、目標の 60%までは開きが大きい状況である。また、継続受診者の割合も 65.8%と受診率が安定していないことが分かる。特定保健指導実施率は、69.2%で目標の 60%を上回っている。

4)第 1 期に係る考察

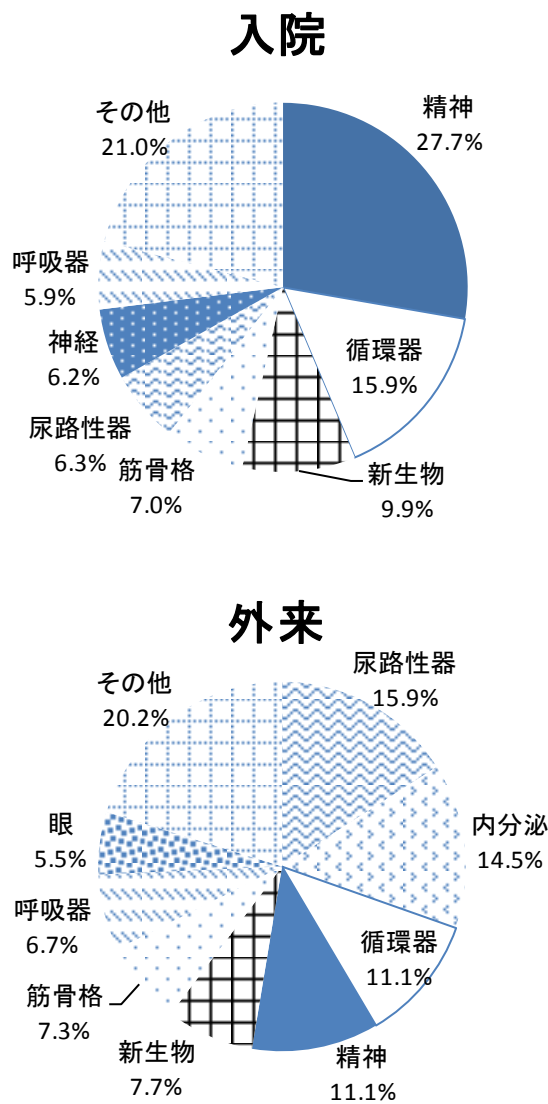
第 1 期計画では、中長期目標として医療費が高額となる虚血性疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とした。医療費の状況をみると総医療費に占めるこれらの疾患の医療費割合は、わずかながら減少しているが、まだ総医療費の 2 割近くを占めている。疾患件数でみると 64 歳以下では人数は減っているが、65 歳以上で増えており、医療費だけではなく介護給付費の伸びを抑える上でも、中長期疾患である脳血管疾患、虚血性疾患、糖尿病性腎症への対策としてこれらの疾患の重症化予防が引き続き重要である。

短期目標として高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らしていくことを目標とした。特定健診の結果からメタボリックシンドローム該当者の割合は増えており、該当者のうち高血糖、高血圧、脂質異常症の 3 項目すべてが基準値以上のものの割合も増加している。特定保健指導の実施率は H28 年度 69.2%と H25 年度と比較して高くなっているが、結果としてメタボリックシンドロームの改善にはまだつながっていない状況である。健診の受診率がまだ低く、新規の受診者が増えることで該当者数はまだ増えることが予想される。疾患件数でみると 3 疾患とも 64 歳以下は減少している。しかし、本市の医療の状況では入院割合が高く、外来件数が少ないことから普段は医療にかからずに、重症化して入院する実態が見えることから、健診の結果から医療受診が必要な者への適切な受診への働きかけやメタボリックシンドロームを改善できるように、保健指導の充実を図っていく必要がある。

2. 第 2 期計画における健康課題の明確化

1) 本市の医療費分析

【図表 13】



入院+外来 (%)

1位	統合失調症	10.6
2位	慢性腎不全(透析あり)	8.3
3位	糖尿病	4.3
4位	高血圧症	2.9
5位	関節疾患	2.8
6位	うつ病	2.6
7位	骨折	1.7
8位	脂質異常症	1.7
9位	脳出血	1.6
10位	脳梗塞	1.5

全体の医療費(入院+外来)を100%として計算

入院、外来医療費全体をそれぞれ100%として計算

本市の医療費は入院・外来を合わせてみると、統合失調症が 1 番多くの割合を占めている。次いで生活習慣病となっている。精神疾患の予防は難しいことから、慢性腎不全や糖尿病、高血圧症などの生活習慣病の予防、重症化予防を行うことが医療費削減につながる。

2) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

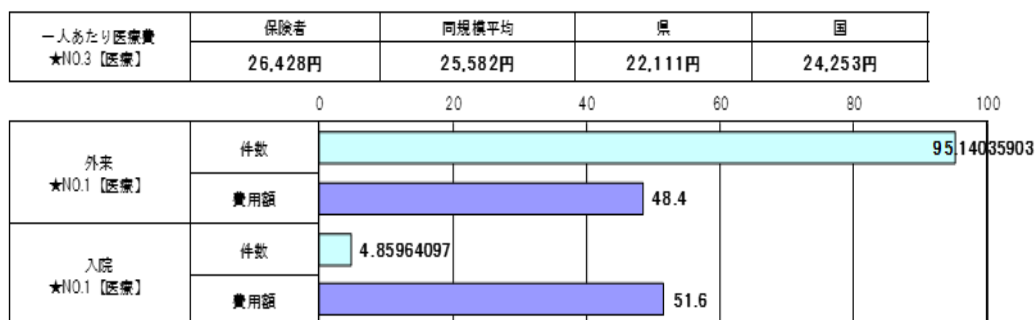
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 14)

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 14】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

1人あたりの医療費は、同規模平均、県、国と比べて本市が一番高い状況で、医療費の財政圧迫は大きな課題となっている。医療費を入院と外来に分けて見ると、入院件数は外来に比べ19分の1と少ないが、費用の5割を占めている。このように入院すると、費用はかなり膨らむ。入院する前に適切に外来を受診し、重症化を予防することは、費用対効果の面からも効率がいい。

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 15)

【図表 15】

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
様式1-1 ★NO.10(csv)	高額になる疾患 (200万以上レセ)	件数	130件	5件 3.8%	11件 8.5%	
		費用額	4億3375万円	1709万円 3.9%	3237万円 7.5%	
様式2-1 ★NO.13 (CSV)	長期入院 (8か月以上の入院)	件数	2,403件	361件 15.0%	156件 6.5%	
		費用額	10億8533万円	2億0162万円 18.6%	8070万円 7.4%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1,117件	348件 31.2%	562件 50.3%	685件 61.3%
		費用額	5億5787万円	1億9807万円 35.5%	2億9623万円 53.1%	3億3847万円 60.7%

【図表 15】

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	4,675人		615人	549人	160人
				13.2%	11.7%	3.4%
		の基礎 重なり 疾患	高血圧	488人	442人	140人
				79.3%	80.5%	87.5%
			糖尿病	263人	260人	160人
				42.8%	47.4%	100.0%
			脂質異常症	381人	385人	118人
				62.0%	70.1%	73.8%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
2,658人		1,365人	1,989人	626人		
56.9%		29.2%	42.5%	13.4%		

○高額になる疾患では、脳血管疾患と虚血性心疾患が費用額の 12.3%の約 5000 万円を占めている。

○長期入院のレセプト分析では脳血管疾患が費用額の 18%、2 億円を占めている。

○人工透析の費用額は、約 5 億 6 千万円で、人工透析患者のうち、60%以上が糖尿病性の腎症で 3 億 3800 万円となっており、糖尿病の重症化予防が新規透析導入患者を減らすことができると思われる。また脳血管疾患、虚血性疾患も併せ持っている人もいることが分かる。

○生活習慣病の治療者数構成割合を見ると、脳血管疾患が 13.2%、虚血性心疾患が 11.7%、糖尿病性腎症が 3.4%と重症化していることが分かる。基礎疾患の重なりをみても高血圧・糖尿病・脂質異常症を有している割合も高い。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(H28年度) (図表 16)

【図表 16】

何の疾患で介護保険を受けているのか

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		18,605人		4,680人		4,794人		9,474人		28,079人	
	認定者数		118人		297人		1,932人		2,229人		2,347人	
	認定率		0.63%		6.3%		40.3%		23.5%		8.4%	
	新規認定者数（※1）		21人		60人		232人		292人		313人	
	介護度 別人数	要支援1・2	37	31.4%	78	26.3%	384	19.9%	462	20.7%	499	21.3%
要介護1・2		34	28.8%	111	37.4%	681	35.2%	792	35.5%	826	35.2%	
要介護3～5		47	39.8%	108	36.4%	867	44.9%	975	43.7%	1,022	43.5%	

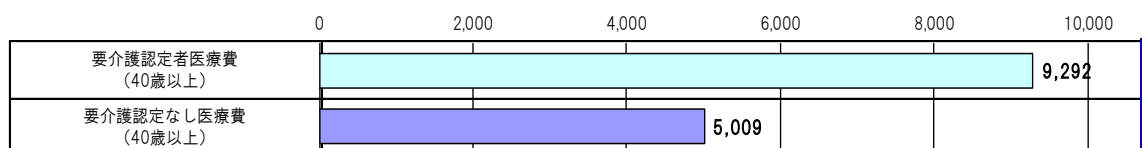
要介護 実況状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）		118		297		1,932		2,229		2,347		
	再）国保・後期		73		210		1,759		1,969		2,042		
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	（レセプトの 診断名より 重複して計上） 有病状況	循環器 疾患	1	脳卒中	55 75.3%	脳卒中	121 57.6%	脳卒中	873 49.6%	脳卒中	994 50.5%	脳卒中	1,049 51.4%
			2	虚血性 心疾患	14 19.2%	虚血性 心疾患	56 26.7%	虚血性 心疾患	631 35.9%	虚血性 心疾患	687 34.9%	虚血性 心疾患	701 34.3%
			3	腎不全	8 11.0%	腎不全	25 11.9%	腎不全	219 12.5%	腎不全	244 12.4%	腎不全	252 12.3%
		合併症	4	糖尿病 合併症	12 16.4%	糖尿病 合併症	45 21.4%	糖尿病 合併症	148 8.4%	糖尿病 合併症	193 9.8%	糖尿病 合併症	205 10.0%
			基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		60 82.2%	180 85.7%		1,552 88.2%	1,732 88.0%		1,792 87.8%		
		血管疾患 合計		63 86.3%	183 87.1%		1,602 91.1%	1,785 90.7%		1,848 90.5%			
		認知症		11 15.1%	42 20.0%		648 36.8%	690 35.0%		701 34.3%			
	筋・骨格疾患		53 72.6%	172 81.9%		1,606 91.3%	1,778 90.3%		1,831 89.7%				

*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護実況状況の「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】



1号、2号保険者ともに脳卒中、虚血性心疾患、腎不全の順で有病者が多い。2号認定に関しては約75%が脳卒中を発症している。また、基礎疾患を有している者の割合も8割を超えている状況となっている。このことから、生活習慣病から循環器疾患を発症し介護が必要な状況になっている者が多いと考えられる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より4,283円高い。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、高血糖、脂質異常症の予防に取り組んでいく必要がある。

3) 健診受診者の実態(図表 17.18)

【図表 17】

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)

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
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		19,521	44.4	26,700	60.7	13,950	31.7	10,447	23.8	3,687	8.4	15,321	34.8	24,293	55.2	12,782	29.1	21,196	48.2	10,163	23.1	20,503	46.6	1,193	2.7
糸満市	合計	756	41.1	1,130	61.4	559	30.4	444	24.1	163	8.9	777	42.3	1,014	55.1	477	25.9	1,005	54.6	527	28.7	801	43.6	57	3.1
	40-64	393	43.8	548	61.1	328	36.6	279	31.1	77	8.6	346	38.6	421	46.9	235	26.2	455	50.7	299	33.3	412	45.9	19	2.1
	65-74	363	38.5	582	61.8	231	24.5	165	17.5	86	9.1	431	45.8	593	63.0	242	25.7	550	58.4	228	24.2	389	41.3	38	4.0

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
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		16,285	34.0	12,853	26.8	9,179	19.1	5,746	12.0	1,030	2.1	10,413	21.7	27,497	57.3	2,567	5.4	19,146	39.9	6,701	14.0	26,601	55.5	240	0.5
糸満市	合計	599	33.9	498	28.2	340	19.2	232	13.1	39	2.2	475	26.9	1,012	57.2	80	4.5	795	45.2	297	16.8	970	54.8	7	0.4
	40-64	267	31.4	215	25.3	150	17.7	109	12.8	16	1.9	193	22.7	415	48.9	36	4.2	314	37.0	158	18.6	469	55.2	3	0.4
	65-74	332	36.1	283	30.8	190	20.7	123	13.4	23	2.5	282	30.7	597	64.9	44	4.8	485	52.7	139	15.1	501	54.5	4	0.4

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 18】

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)

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
全国				1,597,371	50.1	548,609	17.2							875,805	27.5								
県				26,700	60.7	9,246	21.0							14,392	32.7								
糸満市	合計	1,839	34.0	108	5.9	378	20.6	27	1.5	277	15.1	74	4.0	644	35.0	130	7.1	43	2.3	274	14.9	197	10.7
	40-64	897	26.4	66	7.4	183	20.4	11	1.2	121	13.5	51	5.7	299	33.3	46	5.1	25	2.8	151	16.8	77	8.6
	65-74	942	47.1	42	4.5	195	20.7	16	1.7	156	16.6	23	2.4	345	36.6	84	8.9	18	1.9	123	13.1	120	12.7

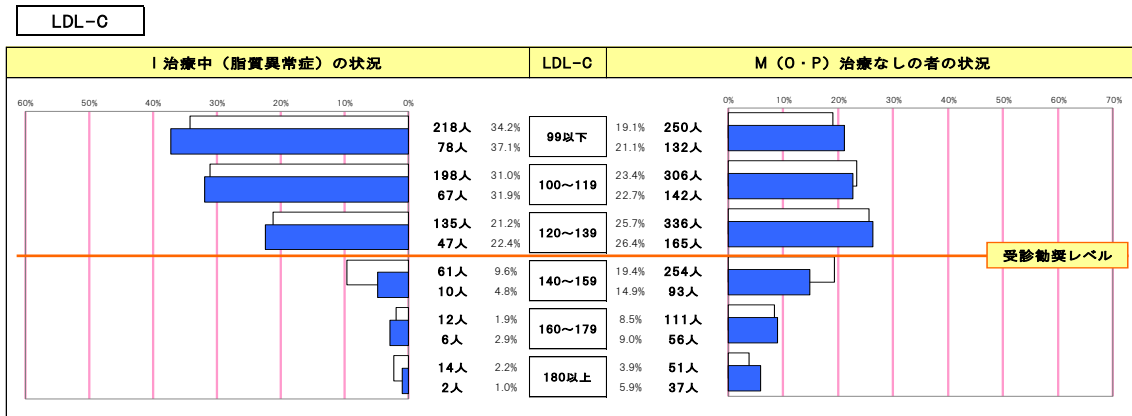
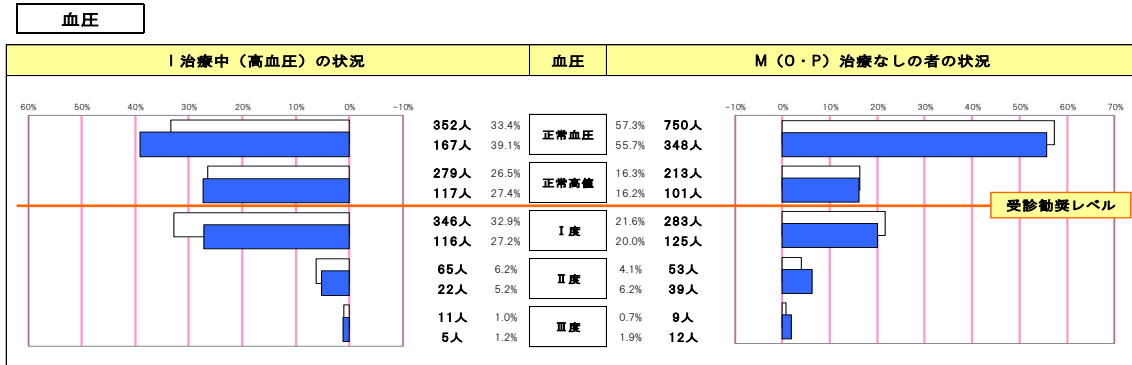
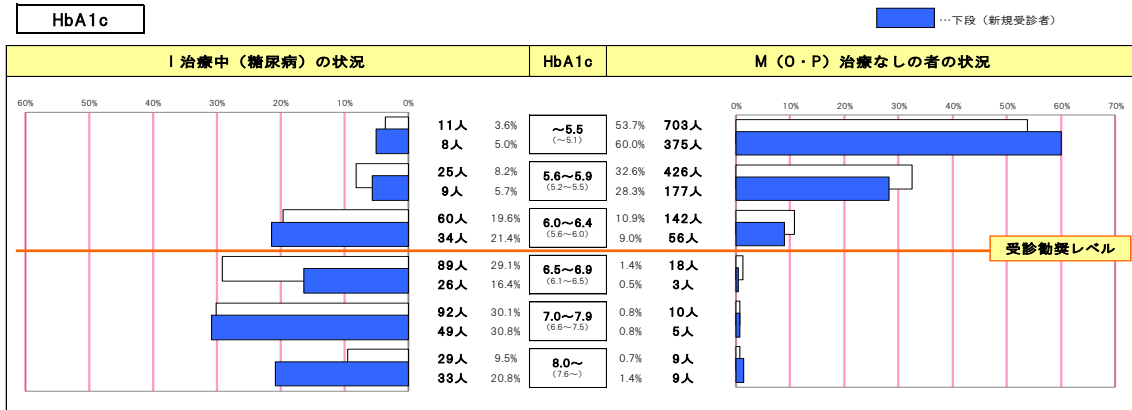
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国				723,162	17.3	241,487	5.8							396,909	9.5								
県				12,853	26.9	4,521	9.4							6,500	13.6								
糸満市	合計	1,769	40.9	49	2.8	168	9.5	8	0.5	117	6.6	43	2.4	281	15.9	45	2.5	9	0.5	120	6.8	107	6.0
	40-64	849	33.4	35	4.1	73	8.6	3	0.4	48	5.7	22	2.6	107	12.6	22	2.6	4	0.5	46	5.4	35	4.1
	65-74	920	51.5	14	1.5	95	10.3	5	0.5	69	7.5	21	2.3	174	18.9	23	2.5	5	0.5	74	8.0	72	7.8

本市の健診データのうち有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると多くの項目で全国、県より高い。本市のメタボリックシンドローム該当者と予備軍を合わせると男性 55.6%、女性 25.4%となる。これは、国や県、同規模と比べて高い値となっている。糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等のリスクが高くなる。

(1)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 19)

【図表 19】

継続受診者と新規受診者の比較



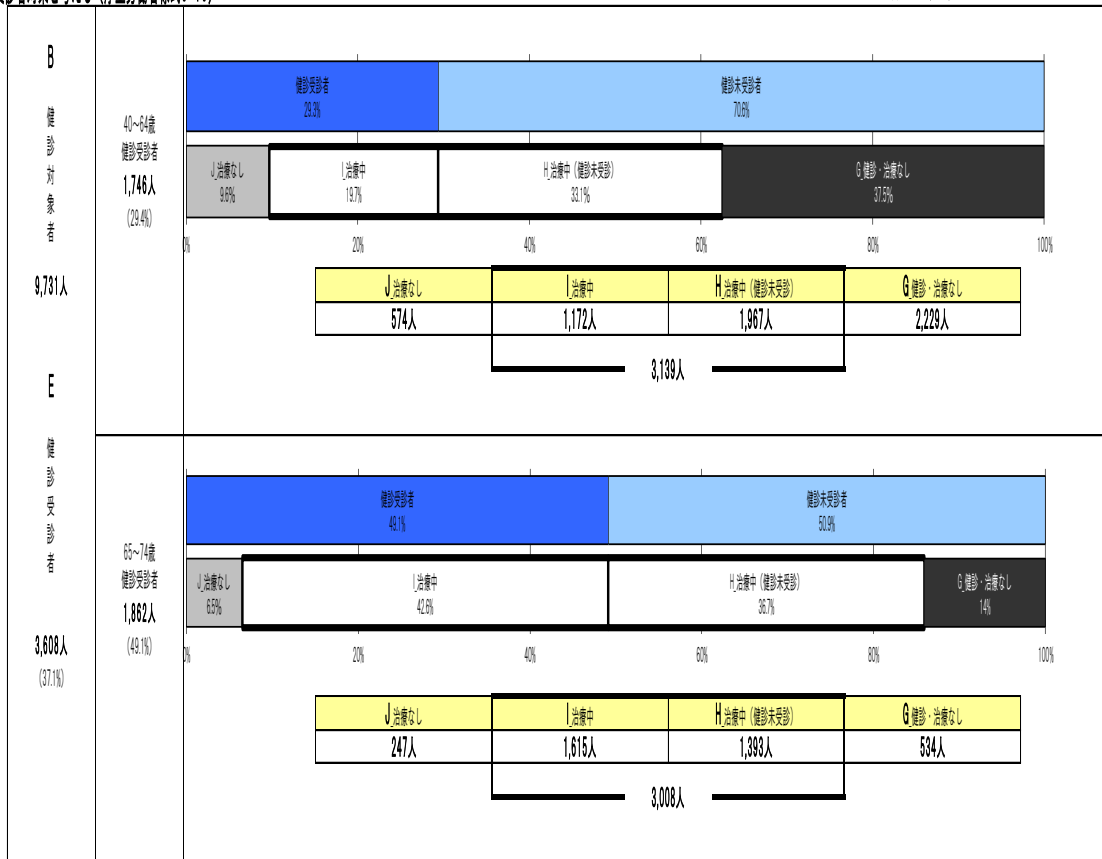
通院中の人でも値が高い人が多く、特にHbA1cを見ると、通院中の人の方が値が高い人が多くなっている。治療中の人にも健診結果や治療内容を踏まえて生活習慣に関する保健指導を行うことが重症化予防につながる。また、治療なしの人でも受診勧奨レベルの人がおり、病院通院していない人にも健診を受けてもらい、受診が必要な人を病院受診につなげることで重症化予防ができると考えられる。

(2)未受診者の把握(図表 20)

【図表 20】

6 未受診者対策を考える(厚生労働省様式G-10)

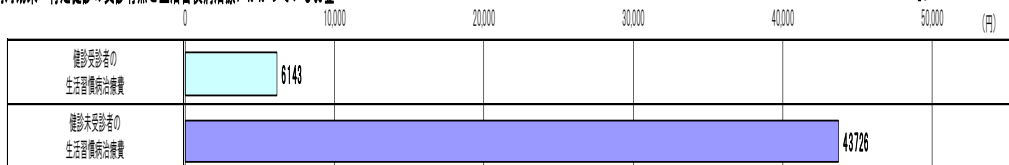
★NO.26 (CSV)



〇〇健康・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。まずは健康の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健康のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健康の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.30



健康受診者と健康未受診者の生活習慣病医療費を見ると、健康を受けていない者は健康を受けている者に比べ約7倍の生活習慣病治療費がかかっていることがわかる。

本市の健康受診率は37.1%と目標の60%には程遠い状況となっている。特に40~64歳は受診率29.4%と低い状況となっている。また、全体の健康未受診者の28.3%は病院通院もしていない人である。通院も健康も受けていない人は健康状態がわからず、重症化のリスクもある。まず、健康を受けてもらい、必要に応じて病院受診することで重症化を予防することが可能となる。

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

3 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。(図表 8・9 参照)

また、3 年後の平成 32 年度(2020 年度)に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しい。本市の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、医療機関への早期受診を増やし重症化させないよう、予防することで入院費を抑えていくことを目標とし、まずは入院の 1 人当たり医療費の伸び率を平成 35 年度(2023 年度)に国並みとすることを目標とする。(図表 7 参照)

(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。(図表 10・図表 18)

具体的には、健診結果を全員へ説明しながら、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。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受診勧奨を行いながら受診へつながるよう継続して支援していく。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、検査結果の改善ができているか、評価等健診を継続して受診するよう動機づけを行う。

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、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基にした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、管理栄養士による栄養指導等を行っていく。医療機関との連携のため「糖尿病連携手帳」を活用し検査データ等の把握に努める。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)

I.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みなお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。

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。

特定健診・特定保健指導の実施については、健康推進課への執行委任の形態で行う。

1.生活習慣病対策の必要性

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るという経過をたどることになる。

本市の生活習慣病の医療費は、医療費総額の約3割を占めていることから、生活習慣病の予防対策を進め、生活習慣病を予防することができれば、被保険者の健康維持及び生活の質の向上を図るだけでなく、医療費の増加を抑えることにも繋がっていく。

2.メタボリックシンドロームに着目する意義

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。そのため適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。

メタボリックシンドロームに着目することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧等の上昇をもたらすことや、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全等に至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、実施者にとっても生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる。

Ⅱ．第二期の評価

1.特定健診実施率

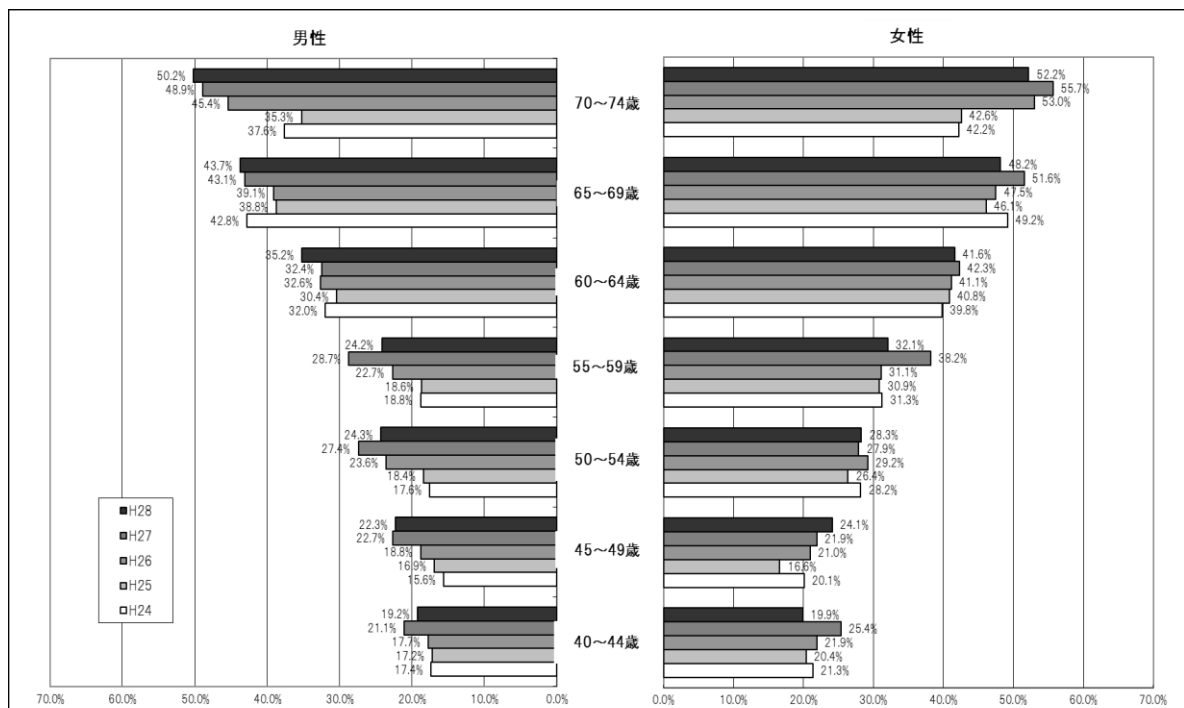
【図表21】 特定健康診査の実施状況

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目 標	40%	45%	50%	55%	60%
実 績	32.7%	35.1%	38.3%	37.6%	%

資料：国保連合会法定報告等

本市の特定健診受診率は、平成 25 年度よりは微増しているものの、目標である 60％とは開きがある。

【図表22】 特定健診年代別受診率



特定健康診査受診者の年齢構成をみると、男女とも毎年 60 歳代以上の受診者が多く、男性は 60 歳代から、女性では 50 歳代後半以降の受診率が高い。また、40 歳代前半の受診率は経年でほぼ横ばいであり、約 20％となっている。生活習慣病予防の対策は若い年齢からの取り組みが重要であることから、本市では、高齢者の医療の確保に関する法律のなかでは努力義務となっている、20 歳から 39 歳までの市民を対象に今後とも健康診査を実施していく。

男女別比較をすると、すべての年齢層で男性より女性の受診率が高い。男女ともに受診率を上げるために、個々の性別、年齢層に合ったきめ細かな情報提供と受診勧奨が必要となる。

【図表23】 平成25年～平成28年 未受診者対策実施状況

疾病予防特別対策事業・国保疾病予防対策事業	H25	受診率 32.7%	未受診対策 61.2%	1. H24までに受診歴あるがH25.10時点で未受診の者 (特保対象・要医療等フォロー含まない情報提供者のみ) 看護師訪問対象者:156名 受診率:62.2%	重症化予防での未受診訪問 1. H23受診でH24未受診 【国保資格あり】 ①糖尿病6.5以上・腎フォローeGFR30未満 保健師・嘱託訪問対象者161名 受診率:24.2% ②H20以降積極または動機に該当歴ある者、高血圧 看護師訪問対象者:242名 受診率:31.4% 2. H24.9までに受診歴あるがH25.11月時点で未受診の者 (特保対象・要医療・コントロール不良・情報提供) 保健師・嘱託・看護師訪問対象者:288名 受診率:46.5%	トライアングル事業	夜間未受診訪問	受託医療会議 2回/年(9月3月) 健診受診動向を依頼 類	土日健診 日曜 4回	戸倉内健診
	H26	35.1%	65.5%	1. H26年度に40歳になる者 看護師訪問対象者:227名 受診率:11.0% 2. H25年度未受診者で41～59歳の者 看護師訪問対象者:3200名 受診率:8.8% 3. 国民健康保険の短期証発行者でH25年度未受診の者 看護師訪問対象者:432名 受診率:5.8% 4. 保健推進員のいない地区にてアンケート調査実施 看護師訪問対象者:2591名 5. 保健推進員 H25年度未受診かつH26年11月現在受診確認ができていない人を対象に健診 受診勧奨を兼ね、未受診率調査のためのアンケート実施。 訪問対象者:2,226名(53～97名/地区) アンケート回収率:48.0% 1. 40代50代 訪問方法:9時～16時(時々夜間や土日) 会えるまで何度も訪問した。(1人あたり平均5回訪問) 訪問対象者:4710名 受診者:873名 受診率18.5% 本人に会えた率33.3% 本人・家族に会えなかった人の受診率:13.1% 本人・家族に会えなかった人の受診率:1.7% 2. H26年度受診者の中でH27年度未受診者へ電話 電話対象者:1285名 受診者:138名 受診率10.7% 3. 60歳以上の今年度未受診者(電話した方は除く) 訪問対象者:244名 現在訪問中。受診者:13名 4. 保健推進員 新規国保加入者を対象に未受診者訪問を実施(アンケートなし) 訪問対象者:1517名(53～55名/地区) 訪問実数 628名 本人に会えた数219名(628(35%) 家族に会えた数16(628(2.5%)) 受診者数183名(12%) 1. 電話通話で受診勧奨の電話 ※過去に健診受診歴あり 対象775人 TEI604人一括でた133人 2249名→受診者17人(12.6%) 2. 電話通話担当で訪問(成人担当で分担) ※受診歴なしorTEI番(-) 対象2110人 訪問1556人→本人に会えた318人(90.49%)→受診28人(8.8%) 家族に会えた203人(13%)→受診者9人(4.4%) 3. 平成27年度未受診で通院しH28年度新規国保に未受診訪問 訪問対象者1589名 訪問実数 1100名 ・本人に会えた633名・57.4%→受診あり97名(5.8%) ・本人に会えた131名・11.9%→受診あり2名(1.5%) ・家族に会えた131名・11.9%→受診した数54名・3.3% 訪問対象者のうち受診した数54名・3.3%	1. H24年度受診でH25年度未受診 【国保資格あり】 高血圧(Ⅱ度以上)に該当歴ある者 看護師訪問対象者:519名 受診率:22.4% 2. H20～25年に生活習慣病で通院中の方で未受診の者 看護師訪問対象者:1658名 受診率:10.1% 3. H24年度受診でH25年度未受診 ①HbA1c6.5%以上(治療の有無に関わらず) 保健師訪問対象者:272名 受診率:16.2% 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 1. H25.26年度要医療 2. H25年度要医療H26年度未受診者 3. H25年度HbA1c5.6%以上H26年度未受診 4. H25年度GFR30未満H26年度未受診 保健師来療士訪問対象者:294名 受診者:115名 受診率:39.1%(2/29時点) 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。	夜間訪問 17:30～19:30 H26.27未受診者 訪問対象者:165名 受診者:22名 受診率:13.3% 会えた率:41.2%	2回/年(9月3月) 健診受診動向を依頼 類	日曜 3回 土曜 2回	5日/年 開催 309名 保険証窓口切り 替え対象者 へお知らせ	
	H27	38.3%	62.3%	1. 高齢者 訪問方法:9時～16時(時々夜間や土日) 会えるまで何度も訪問した。(1人あたり平均5回訪問) 訪問対象者:4710名 受診者:873名 受診率18.5% 本人に会えた率33.3% 本人・家族に会えなかった人の受診率:13.1% 本人・家族に会えなかった人の受診率:1.7% 2. H26年度受診者の中でH27年度未受診者へ電話 電話対象者:1285名 受診者:138名 受診率10.7% 3. 60歳以上の今年度未受診者(電話した方は除く) 訪問対象者:244名 現在訪問中。受診者:13名 4. 保健推進員 新規国保加入者を対象に未受診者訪問を実施(アンケートなし) 訪問対象者:1517名(53～55名/地区) 訪問実数 628名 本人に会えた数219名(628(35%) 家族に会えた数16(628(2.5%)) 受診者数183名(12%) 1. 電話通話で受診勧奨の電話 ※過去に健診受診歴あり 対象775人 TEI604人一括でた133人 2249名→受診者17人(12.6%) 2. 電話通話担当で訪問(成人担当で分担) ※受診歴なしorTEI番(-) 対象2110人 訪問1556人→本人に会えた318人(90.49%)→受診28人(8.8%) 家族に会えた203人(13%)→受診者9人(4.4%) 3. 平成27年度未受診で通院しH28年度新規国保に未受診訪問 訪問対象者1589名 訪問実数 1100名 ・本人に会えた633名・57.4%→受診あり97名(5.8%) ・本人に会えた131名・11.9%→受診あり2名(1.5%) ・家族に会えた131名・11.9%→受診した数54名・3.3% 訪問対象者のうち受診した数54名・3.3%	1. H24年度受診でH25年度未受診 【国保資格あり】 高血圧(Ⅱ度以上)に該当歴ある者 看護師訪問対象者:519名 受診率:22.4% 2. H20～25年に生活習慣病で通院中の方で未受診の者 看護師訪問対象者:1658名 受診率:10.1% 3. H24年度受診でH25年度未受診 ①HbA1c6.5%以上(治療の有無に関わらず) 保健師訪問対象者:272名 受診率:16.2% 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 1. H25.26年度要医療 2. H25年度要医療H26年度未受診者 3. H25年度HbA1c5.6%以上H26年度未受診 4. H25年度GFR30未満H26年度未受診 保健師来療士訪問対象者:294名 受診者:115名 受診率:39.1%(2/29時点) 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。	夜間訪問 17:30～19:30 H26.27未受診者 訪問対象者:165名 受診者:22名 受診率:13.3% 会えた率:41.2%	2回/年(9月3月) 健診受診動向を依頼 類	日曜 3回 土曜 2回	5日/年 開催 309名 保険証窓口切り 替え対象者 へお知らせ	
	H28	37.1%	42.1%	1. 高齢者 訪問方法:9時～16時(時々夜間や土日) 会えるまで何度も訪問した。(1人あたり平均5回訪問) 訪問対象者:4710名 受診者:873名 受診率18.5% 本人に会えた率33.3% 本人・家族に会えなかった人の受診率:13.1% 本人・家族に会えなかった人の受診率:1.7% 2. H26年度受診者の中でH27年度未受診者へ電話 電話対象者:1285名 受診者:138名 受診率10.7% 3. 60歳以上の今年度未受診者(電話した方は除く) 訪問対象者:244名 現在訪問中。受診者:13名 4. 保健推進員 新規国保加入者を対象に未受診者訪問を実施(アンケートなし) 訪問対象者:1517名(53～55名/地区) 訪問実数 628名 本人に会えた数219名(628(35%) 家族に会えた数16(628(2.5%)) 受診者数183名(12%) 1. 電話通話で受診勧奨の電話 ※過去に健診受診歴あり 対象775人 TEI604人一括でた133人 2249名→受診者17人(12.6%) 2. 電話通話担当で訪問(成人担当で分担) ※受診歴なしorTEI番(-) 対象2110人 訪問1556人→本人に会えた318人(90.49%)→受診28人(8.8%) 家族に会えた203人(13%)→受診者9人(4.4%) 3. 平成27年度未受診で通院しH28年度新規国保に未受診訪問 訪問対象者1589名 訪問実数 1100名 ・本人に会えた633名・57.4%→受診あり97名(5.8%) ・本人に会えた131名・11.9%→受診あり2名(1.5%) ・家族に会えた131名・11.9%→受診した数54名・3.3% 訪問対象者のうち受診した数54名・3.3%	1. H24年度受診でH25年度未受診 【国保資格あり】 高血圧(Ⅱ度以上)に該当歴ある者 看護師訪問対象者:519名 受診率:22.4% 2. H20～25年に生活習慣病で通院中の方で未受診の者 看護師訪問対象者:1658名 受診率:10.1% 3. H24年度受診でH25年度未受診 ①HbA1c6.5%以上(治療の有無に関わらず) 保健師訪問対象者:272名 受診率:16.2% 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 1. H25.26年度要医療 2. H25年度要医療H26年度未受診者 3. H25年度HbA1c5.6%以上H26年度未受診 4. H25年度GFR30未満H26年度未受診 保健師来療士訪問対象者:294名 受診者:115名 受診率:39.1%(2/29時点) 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。	夜間訪問 17:30～19:30 H26.27未受診者 訪問対象者:165名 受診者:22名 受診率:13.3% 会えた率:41.2%	2回/年(9月3月) 健診受診動向を依頼 類	日曜 3回 土曜 2回	4日/年 開催 166名 保険証窓口切り 替え対象者 へお知らせ	
健康増進事業	H29			【保健推進員による未受診訪問】 平成27年度未受診で通院なしまたはH28年度新規国保を対象 訪問対象者1589名 訪問実数 1100名 本人に会えた633名・57.4%(前年219名・35%) →受診あり97(5.8%) 家族に会えた131名・11.9%(前年16名・2.5%) →受診あり2名(1.5%) 訪問対象者のうち受診した数54名・3.3%(前年183名・12%)	1. H24年度受診でH25年度未受診 【国保資格あり】 高血圧(Ⅱ度以上)に該当歴ある者 看護師訪問対象者:519名 受診率:22.4% 2. H20～25年に生活習慣病で通院中の方で未受診の者 看護師訪問対象者:1658名 受診率:10.1% 3. H24年度受診でH25年度未受診 ①HbA1c6.5%以上(治療の有無に関わらず) 保健師訪問対象者:272名 受診率:16.2% 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 1. H25.26年度要医療 2. H25年度要医療H26年度未受診者 3. H25年度HbA1c5.6%以上H26年度未受診 4. H25年度GFR30未満H26年度未受診 保健師来療士訪問対象者:294名 受診者:115名 受診率:39.1%(2/29時点) 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。 田中医院通院者に関しては、健診情報を提供して頂くよう依頼。	トライアングル事業対 象未受診者訪問 地区担当で訪問 対象者139人 訪問135 人 (南部病院102、 西崎病院33) 同意書有(南部)22人 (21.6%) 2. 受託医療連携会議 で協力の依頼 →病院からの情報提 供あわせて計79人	夜間訪問 通院な し、新規国保の未受 診訪問で会えなかつ た人対象 対象者208人 本人65人(31.6%) 家族59人(28.6%)	2回/年(9月3月) 健診受診動向を依頼 類	日曜 3回 土曜 2回	

これまで未受診者対策として、戸別訪問を保健師、保健推進員、看護師、職員等で実施した。訪問対象者は、若い年代(40-50代)・新規国保加入者・前年未受診で通院あり・通院なし等と対象者を分けて受診勧奨を行った。また、日中に会えない人を対象に夜間訪問も実施した。その他、市内健診受託医療機関との連絡会議やトライアングル事業を活用しながら受診率向上に努めている。

健診実施方法では、平成27年度から集団健診における予約制を導入した。同じく平成27年度から国保保険証窓口切替者を対象に庁舎内健診を実施している。受診勧奨通知は、集団健診前・9月頃・1月頃・2月頃に対象者へはがきにて通知を行っている。

特定健康診査については、様々な手法により周知しながら認知度の向上に努めているところであり、受診率は増加傾向にあるものの、第二期計画期間の最終目標(60%)を達成することは難しい状況である。

特に、40歳から50歳代の受診率が低く、今後も重点的な受診率向上対策が必要となっている。また、継続して受診する方の割合が伸び悩んでおり、経年変化を捉えた健康管理ができない状況も見受けられる。

このようなことから、より訴求性の高いPR活動や対象者を絞った受診勧奨事業の実施など、効果的かつ効率的な取り組みが必要であると考ええる。

2.特定保健指導実施率

本市の特定保健指導の実施率は、目標の60%を上回っている。

【図表24】 特定保健指導の実施状況

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目 標	60.0%	60%	60%	60%	60%
実 績	61.8%	65.8%	62.4%	69.2%	%

資料：国保連合会法定報告等

特定保健指導は、特定健診の結果メタボリックシンドローム、あるいはその予備群と判定された人に実施する保健指導で、本市では対象者以外でも健診受診者には原則面談での結果説明、保健指導を行っている。

【図表25】メタボリックシンドローム該当者

年度		H25		H26		H27		H28	
特定健診受診者(人)		3288		3509		3784		3642	
		実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)
メタボリック シンドローム	該当者	729	22.2	784	22.3	918	24.3	927	25.5
	男性	497	31.5	565	32.8	650	34	644	35
	女性	232	13.6	219	12.2	268	14.2	283	15.7
	予備群	516	15.7	499	14.2	556	14.7	547	15.0
	男性	337	21.4	341	19.8	383	20	378	20.5
	女性	179	10.5	158	8.8	173	9.2	169	9.4

資料：KDB 厚生労働省様式 6-8

特定健康診査の結果からメタボリック該当者は、男女とも増加している。

平成 28 年度は男性 35%、女性 15.7%となっており、どちらも県より高い割合となっている（平成 28 年度 沖縄県 男性 32.7%、女性 13.6%）。さらに男性ではメタボリック該当者と予備軍を合わせると 50%を超えている現状である。

特定保健指導の実施率は目標を達成できているが、結果としてメタボリック該当者の減少にはつながっていない状況である。特定健診の受診率がまだ低く、新規の受診者が増えることで該当者数は増えていく、ことが予想されるので発症予防・重症化予防を目指して、メタボリック改善につながるよう保健指導の充実を図っていくことが必要である。

Ⅲ.目標値の設定

1.特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である平成 35 年度(2023 年度)までに特定健康診査受診率 60%以上、特定保健指導実施率 60%以上を達成することとしている。本市においても国の市区町村国保目標値と合わせ、各年度の目標数値を以下の通り設定する。

【図表 26】 各年度の目標値

	平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健康診査受診率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導実施率	70.0%	65.0%	62.0%	60.0%	60.0%	60.0%

2.特定健康診査・特定保健指導対象者の見込み

特定健康診査・特定保健指導の対象者数及び受診(実施)者数の推計については、次のとおりである。また、特定健康診査の対象者は、本市国民健康保険被保険者のうち特定健康診査実施年度中に「40 歳から 74 歳になる者」で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している方(年度途中での加入・脱退等異動のない者)である。

【図表 27】 特定健康診査・特定保健指導の対象者数及び受診(実施)予定者数(推計)

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健診	対象者数	10,000人	10,000人	10,000人	10,000人	10,000人	10,000人
	受診者数	4,000人	4,400人	4,800人	5,200人	5,600人	6,000人
特定保健指導	対象者数	600人	660人	720人	780人	840人	900人
	実施者数	360人	400人	440人	470人	510人	540人

※対象者数については、過去の国保加入者数の実績を考慮して推計

※特定健診受診者数(見込み)は、特定健診対象者数(推計)に目標値を乗じて算出

3.目標達成に向けた取組み

受診率向上のため、図表 28 のとおり健康推進課と国民健康保険課が連携をしながら、各種方策を組み合わせ実施していく。また、特定健診だけでなく 20 歳～39 歳までの健康診査を実施し、若い世代からの生活習慣改善、健診の受診につなげていく。

休日を含め健診を受けやすいよう、公民館や改善センターを利用した集団健診を実施し、がん検診を同時実施とする。

個別健診においては、市内医療機関や医師会と協力連携しながら受診するようすすめ、通院中の未受診者へは「トライアングル事業」を活用した検査データの提供を依頼していく。

【図表28】 平成30年度～平成35年度(2023 年度) 未受診者対策事業計画

年度	未受診者対策	健康推進課	国民健康保険課
H30 5 H35	①はがき通知(集団健診前・休日健診前・年賀状)	継続実施	6月納税通知書と一緒にチラシ(A4)を入れる
	②集団健診前の予約のり電話	継続実施	
	③広報車での呼びかけ	公用車で健診実施案内テープを流す	
	④広報等での周知	facebook やFMたまんの利用	国保だより 3回/年 カレンダー作成
	⑤土日の健診	商工会と調整し、午後健診(飲食業向け)	
	⑥庁舎内健診	継続実施	切り替えへきた方への庁舎内健診案内
	⑦受託医療連携会議	会議継続し、トライアングル事業の周知・病院周り	会議への参加、国保の財政について説明
	⑧未受診訪問・電話かけ	継続実施	
	⑨トライアングル事業の周知	会議継続し、トライアングル事業の周知・病院周り	トライアングル事業の周知のための病院周り

IV.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。県医師会に加入の特定健診実施機関は、取りまとめ機関である県医師会と、代表保険者が集合契約を行い、県医師会加入以外は、直接、特定健診実施機関と代表保険者で集合契約を行う。

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、沖縄県国保連合会のホームページに掲載している。

4.特定健診実施項目

基本項目と追加項目(心電図は集団のみ)は、受診者全員に実施する(必須項目)「基本項目」とは国の基準項目、「追加項目」とは本市独自の項目となる。【図表29】

項目			
必須項目	基本項目	診察	問診
			身長、体重、BMI、腹囲
			理学的所見(身体診察)
			血圧
		脂質検査	中性脂肪
			HDLコレステロール
			LDLコレステロール
		肝機能検査	GOT
			GPT
			γ-GTP
		血糖検査	HbA1c
	追加項目 (市独自の項目)	尿検査	尿蛋白
			尿糖
		※心電図(集団健診時のみ実施)	血清クレアチニン
			尿酸
			尿潜血
詳細な健診項目	貧血検査		赤血球
			赤色素量
			ヘマトクリット値
	心電図		
	眼底検査		

※心電図は、国の基準では「詳細な健診項目」としているが、本市では集団健診時には必須項目として実施していく。

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、沖縄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

平成 30 年度は特定健康診査対象者に、受診券、健診カレンダー、健診のお知らせ等とともに個別通知を行う。

1.健診から保健指導実施のながれ

厚生労働省様式
(様式 6-10) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

作成年月 : H28年度
印刷日 : H29年12月06日
ページ : 1/1

40～74歳用

```

graph TD
    subgraph HealthCheck [健康診査]
        A[被保険者を抽出  
10,681人] --> B[健診対象者  
9,730人]
        B --> C[年1回受診]
        C --> D[健診未受診者  
6,087人]
        C --> E[健診受診者  
3,643人]
        E --> F[★特定健診受診率  
37.4%]
    end

    subgraph InformationMatching [健診受診情報（問診等）とレセプトを突合]
        D --> G[治療なし  
2,747人]
        D --> H[生活習慣病 治療中  
3,340人]
        E --> I[生活習慣病 治療中  
2,808人]
        E --> J[治療なし  
835人]
    end

    subgraph HealthCheckResults [健診結果の判定]
        H --> K[生活習慣病のコントロール  
良 1,094人  
不良 1,714人]
        I --> L[情報提供]
        J --> M[受診必要  
257人  
レベル3]
        J --> N[受診不必要  
314人  
レベル1]
        J --> O[動機付け支援  
153人  
レベル2]
        J --> P[積極的支援  
111人]
    end

    subgraph Implementation [保健事業の実践]
        K --> Q[未受診者対策]
        K --> R[医療との連携]
        M --> X[医療との連携]
        M --> Y[特定保健指導以外の保健指導]
        N --> Z[特定保健指導]
        O --> W[特定保健指導]
        P --> V[特定保健指導]
    end

    subgraph Evaluation [評価]
        Q --> T[次年度の特定健診の受診  
人]
        Q --> U[次年度の特定健診未受診又は結果未把握  
人]
        R --> V[かかりつけ医と連携した対応  
人]
        X --> W[個別に働きかけを行った人の数  
人]
        Y --> X[実施者数  
人]
        Z --> Y[動機づけ支援実施者数  
95人]
        Z --> Z[積極的支援実施者数  
26人]
    end

    subgraph Improvement [改善]
        T --> Q_prime[次年度のメタボ該当者  
人]
        U --> R_prime[予備群  
人]
        V --> R_prime
        W --> R_prime
        X --> R_prime
        Y --> R_prime
        Z --> R_prime
    end

    Q_prime --> Final[支援方法の検証、改善策の検討]
    R_prime --> Final
    R_prime --> Final
    R_prime --> Final
    R_prime --> Final
    R_prime --> Final
    R_prime --> Final

```

健康診査

被保険者台帳

被保険者を抽出
10,681人

健診対象者
9,730人

年1回受診

★特定健康診査の実施

健診未受診者
6,087人

健診受診者
3,643人

★特定健診受診率
37.4%

保健事業対象者の明確化

健診受診情報（問診等）とレセプトを突合

治療なし
2,747人

生活習慣病 治療中
3,340人

生活習慣病 治療中
2,808人

治療なし
835人

★特定保健指導実施率
 $\frac{Y+Z}{O+P}$
45.8%

健診結果の判定

特定保健指導以外の対象者

特定保健指導の対象者

情報提供（受診の必要性を含む）

受診必要
257人
レベル3

受診不必要
314人
レベル1

動機付け支援
153人
レベル2

積極的支援
111人

生活習慣病のコントロール

良
1,094人

不良
1,714人

情報提供

レベル4

必要に応じて主治医の指示のもと、保健指導が行われるよう調整

分析

★特定保健指導実施率
 $\frac{Y+Z}{O+P}$
45.8%

保健事業計画

未受診者対策

医療との連携

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

健診結果の見方について通知・説明

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

健診データをもとに特定保健指導個別支援計画を作成

使用する学習教材の選択

未受診なのでレベルが未知のグループ

保健事業の実践

レベルX

次年度の特定健診の受診
人

次年度の特定健診未受診又は結果未把握
人

レベル4

かかりつけ医と連携した対応
人

レベル3

個別に働きかけを行った人の数
人

レベル1

実施者数
人

レベル2

動機づけ支援実施者数
95人

積極的支援実施者数
26人

評価

次年度のメタボ該当者
人

予備群
人

予備群の評価（改善、悪化）、データの改善、リスク数の減少

改善

支援方法の検証、改善策の検討（ポピュレーションアプローチとの連携含む）

2.保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法

- (1)実施義務である、「特定保健指導」(積極的支援・動機づけ支援)の対象者へ保健指導を継続して実施していく。
- (2)健診結果から、「要医療」(医療機関受診が必要)の対象者へ医療機関受診勧奨を行う。血糖や血圧値については、今後重症化するリスクが高いため、医療機関受診ができているかどうか、を継続して確認していく。
- (3)健診未受診者のうち、約半数が生活習慣病で通院中となっている状況もふまえ、医療機関と連携してトライアングル事業等活用しながら受診率向上に努める。
- (4)健診結果から「情報提供」となっている生活習慣病で通院中の者に対しては、検査値がきちんとコントロールできているか、受診継続できているか、糖尿病連携手帳等活用しながら、主治医と連携して重症化予防に努める。
- (5)健診受診者全員へ健診結果説明を実施し、生活習慣病の発症予防や継続して健診受診するよう、動機づけを行う。

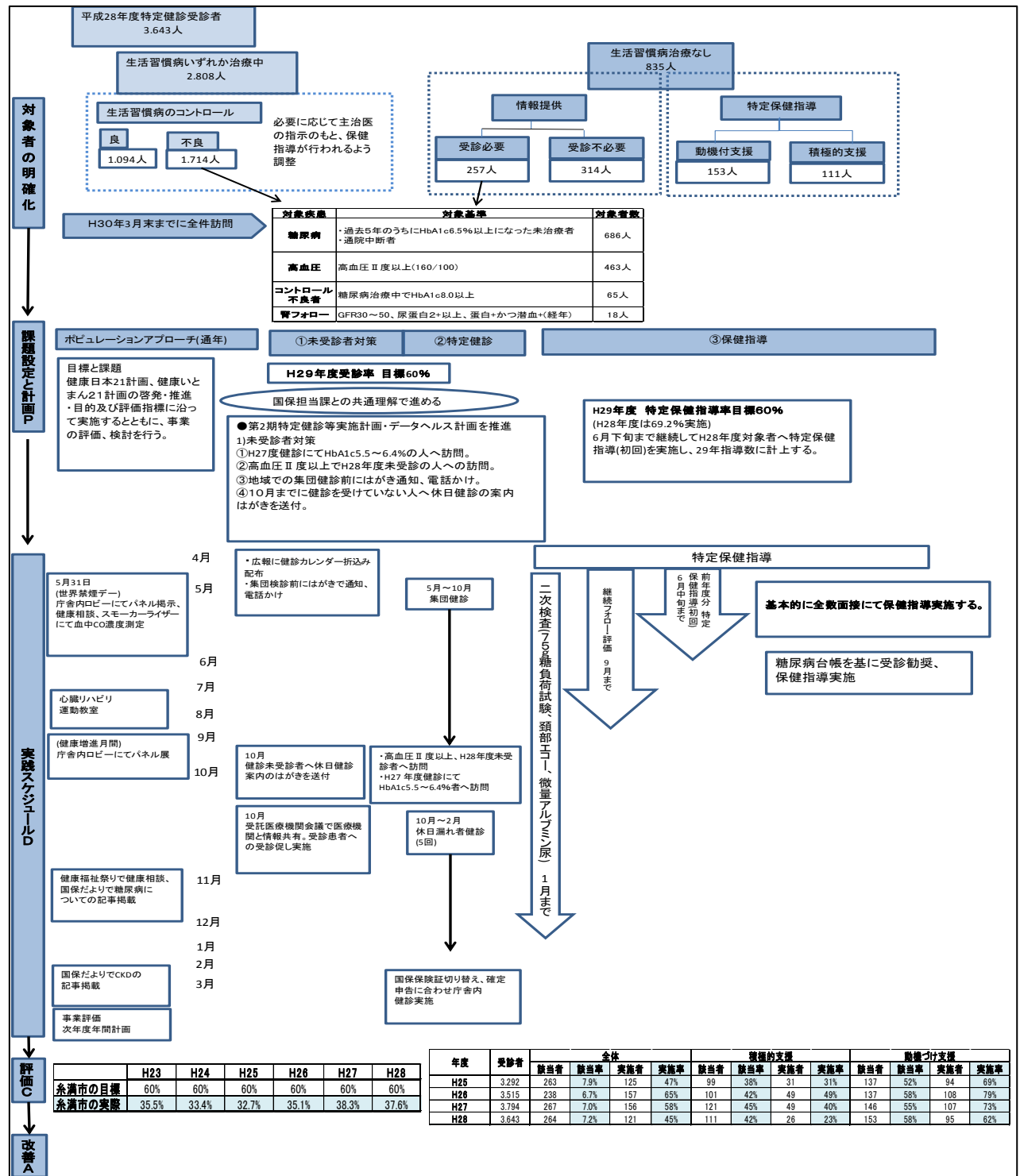
【図表31】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込み (受診者の○%)
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	600人 (15.0%)
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	320人 (8.0%)
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、トライアングル事業の実施による受診勧奨)	6,000人 ※受診率目標達成までにあと2,000人
4	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	2,720人 (68.0%)
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	360人 (9.0%)

3.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

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していく。

【図表32】 糖尿病等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



VI.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糸満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。基本的には、保存期間は5年とします。保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

3.個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等)について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払う。

VII.結果の報告

支払基金(国)への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められている。

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。

VIII.特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画の公表は、市ホームページ上で公開する。

特定健康診査等の実施の趣旨の普及啓発については、市広報誌、国保だより、ホームページなどを通して啓発をはかっていく。

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)及び沖縄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 33】

『図表15 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		○			☐

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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 34)

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。

【図表 34】

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	

本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。

本市では、糖尿病性腎症病期分類にかかわらず、対象者の選定基準にあたっては、沖縄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 健診を受診した者のうち医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者

ア. 空腹時血糖 126ml/dl 以上

イ. HbA1c(NGSP)6.5%以上

ウ. 過去に糖尿病治療歴がある者で、直近 1 年間に於いて糖尿病受療歴がない者

(留意点)

上記ア又はイを満たす者のうち、以下いずれかの結果値を示す場合には、糖尿病性腎症の重症度が高いと考えられるため、強めの受診勧奨を行う。

○尿蛋白(1+)以上を認める者

○推算糸球体ろ過量(eGFR)が以下の者

- ・ 70 歳未満の場合:eGFR 60ml/分/1.73 m²未満の者
- ・ 70 歳以上の場合:eGFR 50ml/分/1.73 m²未満の者

②通院患者

健診結果やレセプト情報等において、以下のいずれかの基準を満たす者。

糖尿病性腎症で通院している患者のうち

- ア. 糖尿病性腎症の病期が第 2 期、第 3 期及び第 4 期と思われる者
- イ. 糖尿病治療中で、尿蛋白定性(1+)以上の者
- ウ. 糖尿病治療中で、血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR が以下の者
 - ・ 70 歳未満の場合:eGFR 60ml/分/1.73 m²未満の者
 - ・ 70 歳以上の場合:eGFR 50ml/分/1.73 m²未満の者

(留意点)

次の者については保健指導対象者から除外する。

- がん等で終末期にある者
- 認知機能障害のある者
- その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外することが望ましいと判断した者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

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 35)

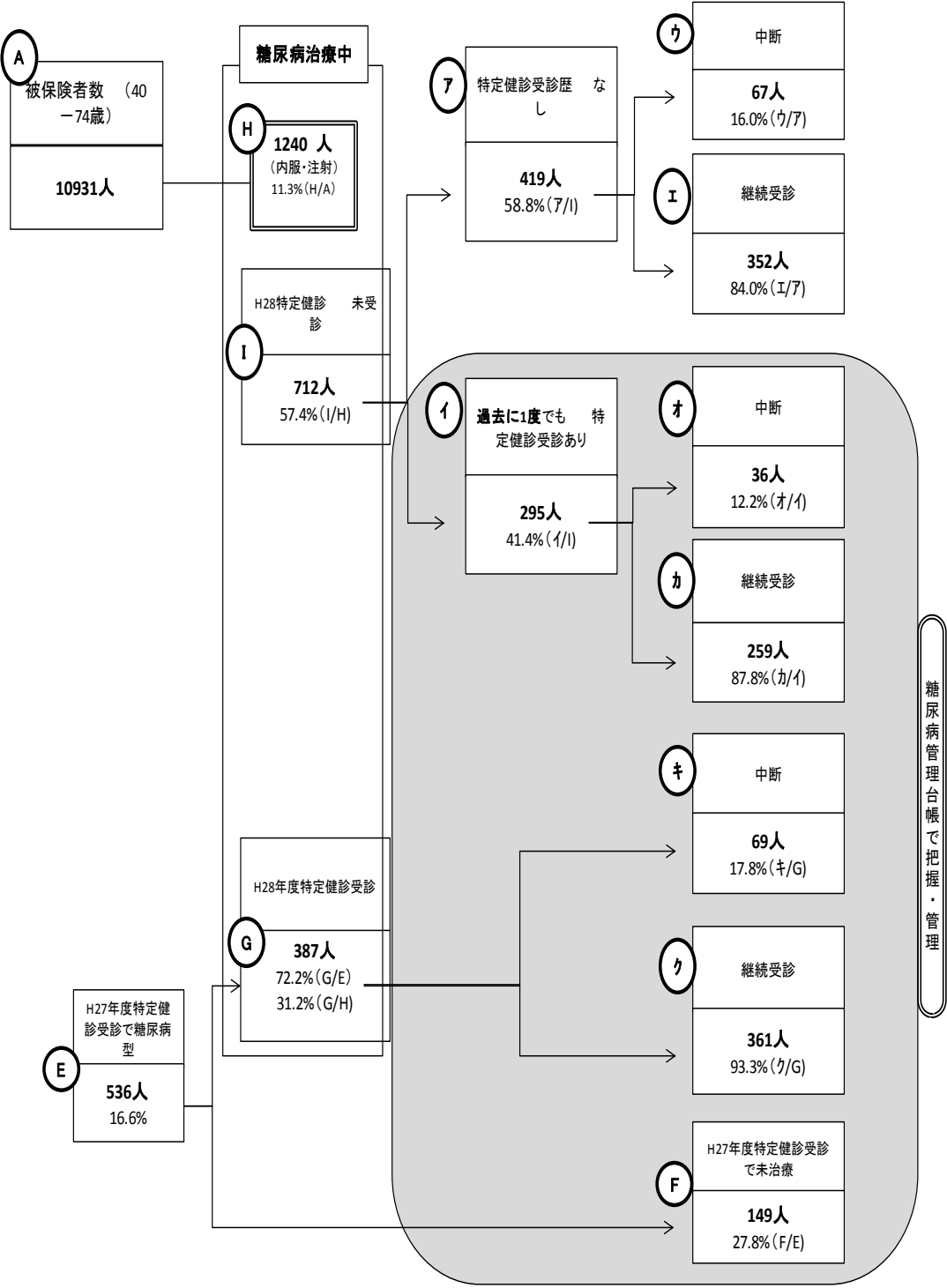
本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 149 人(27.8%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1240 人のうち、特定健診受診者が 387 人(31.2%・G)であったが、69 人(17.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 712 人(57.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 295 人中 36 人は治療中断であることが分かった。また、259 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 35】

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)介入方法

介入方法を以下の通りとする。

- ① 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導
専門職(保健師、管理栄養士・栄養士等)による個別面談や訪問、電話等にて
状況確認しながら受診勧奨、保健指導を行う。
- ② 糖尿病性腎症で通院している患者への保健指導
【第 2 期】
継続受診勧奨および関係医療機関と連携の下、保健指導を実施する。
HbA1c、血圧等の受診勧奨判定値が両方とも高い者、単独の異常でも著しく
高い者を優先する。
【第 3 期】
継続受診勧奨を行うとともに、かかりつけ医に相談の上、専門医を紹介する。
【第 4 期】
継続受診勧奨を行うとともに、かかりつけ医に相談の上、確実に腎専門医を
紹介する。
- ③ 糖尿病性腎症を発症していない者への保健指導
継続受診勧奨およびかかりつけ医等と連携の下、保健指導を実施する。

(4)優先順位

優先順位 1

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、糖尿病治療中であつたが中断者への受診勧奨 (オ、キ)

優先順位 2

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者への保健指導 (ク)

優先順位 3

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者への保健指導 (カ)

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)で行い、担当地区ごとに管理していく。

【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管理台帳に記載する。

※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

- (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。

地区担当者は担当地区の対象者数の把握をする。

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。本市においては、糖尿病性腎症重症化予防の対象者を、特定健診受診者のうち尿蛋白(1+)以上を認めるもの、または eGFR が 60ml/1.73 m²未満の者(70 歳未満の場合)、eGFR が 50ml/1.73 m²未満の者(70 歳以上の場合)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教材を活用し行っていく。(図表 36)

【図表 36】

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 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ 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～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリクス)
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、健診結果に基づき必要な場合は二次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、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

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沖縄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。

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。また後期高齢へ移行した支援対象者は、情報提供し継続して支援できるようにする。

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を用いて行っていく。

(参考資料 4)

(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

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

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)

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5)

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 6)

(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。本市において健診受診者 3881 人のうち心電図検査実施者は 1344 人(34.6%)であり、そのうち ST 所見があったのは 210 人であった(図表 36)。ST 所見あり 210 人中のうち 18 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 10 人は精密検査の返書がなく病院受診状況が把握できていない(図表 37)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 210 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

本市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 37】

心電図ST所見割合

	健診受診者(a)	心電図検査(b)		ST所見あり(c)	
	人	人	(b/a)%	人	(c/b) %
H28年度	3881	1344	34.6	210	15.6

【図表 38】

ST所見ありの要精査率、精密検査返書割合

ST所見あり(a)	要精査(b)		病院からの返書あり(c)	
人	人	(b/a)%	人	(c/b) %
210	18	14.1	8	44.4

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、図表 38 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 39】

平成28年度実施			受診者
			3881
メタボ該当者			994 25.6%
メタボ予備軍			595 15.3%
メタボなし			2292 59.1%
	LDL-C	140-159	572 14.7%
		160-179	230 5.9%
		180 —	127 3.3%

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 40 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 40】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続
・同じような状況で症状がある
・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
・首や肩、歯へ放散する痛み
・冷汗や吐気を伴う

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 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「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「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

虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は台帳を作成し行うこととする。なお 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。また後期高齢へ移行した支援対象者は、情報提供し継続して支援できるようにする。

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。

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

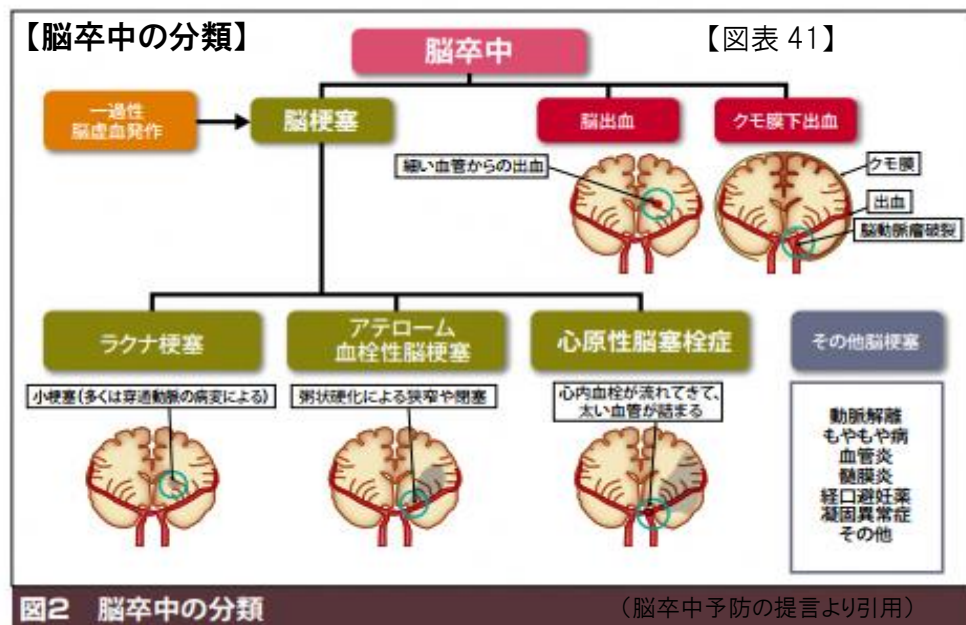
7) 実施期間及びスケジュール

特定健診結果が届き次第対象者へ介入(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 40、41)



【図表 42】

脳血管疾患とリスク因子

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 43 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 43】

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 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDbM)		心房細動		メタリック・ ローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		187人	5.8%	268人	8.3%	99人	3.1%	1人	0.0%	808人	25.1%	63人	2.0%	123人	3.8%
治療なし		98人	5.0%	102人	3.6%	85人	3.4%	0人	0.0%	179人	11.0%	12人	0.7%	29人	1.8%
治療あり		89人	7.1%	166人	42.9%	14人	1.9%	1人	0.1%	629人	39.4%	51人	3.2%	94人	5.9%
臓器障害あり		11人	11.2%	18人	17.6%	6人	7.1%	0人	--	18人	10.1%	12人	100.0%	29人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	7人		11人		2人		0人		9人		12人		29人	
	尿蛋白(2+)以上	2人		7人		0人		0人		4人		12人		2人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2人		3人		1人		0人		1人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	4人		2人		1人		0人		4人		2人		29人	
	心電図所見あり	4人		9人		4人		0人		9人		0人		2人	

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187人(5.8%)であり、98人は未治療者であった。また未治療者のうち11人(11.2%)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89人(7.1%)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 44)

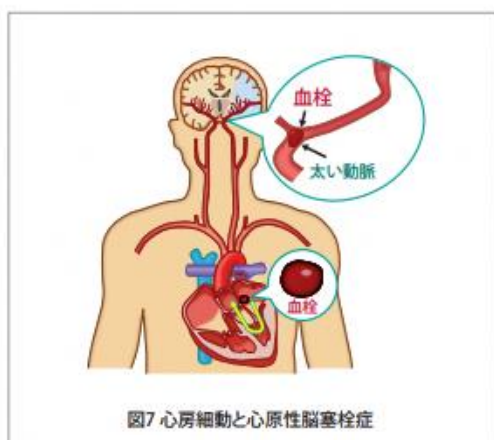
【図表 44】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
H28年度							
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
血圧分類 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	
		～119 / ～79		120～129 / 80～84		130～139 / 85～89	
		140～159 / 90～99		160～179 / 100～109		180以上 / 110以上	
		2,369	767	579	398	498	105
		32.4%	24.4%	16.8%	21.0%	4.4%	0.9%
リスク第1層		339	193	63	35	42	4
		14.3%	25.2%	10.9%	8.8%	8.4%	3.8%
リスク第2層		1,147	360	304	186	242	45
		48.4%	46.9%	52.5%	46.7%	48.6%	42.9%
リスク第3層		883	214	212	177	214	56
		37.3%	27.9%	36.6%	44.5%	43.0%	53.3%
再掲 重複あり	糖尿病	270	68	59	52	74	11
		30.6%	31.8%	27.8%	29.4%	34.6%	19.6%
	慢性腎臓病 (CKD)	405	105	106	73	87	29
		45.9%	49.1%	50.0%	41.2%	40.7%	51.8%
	3個以上の危険因子	417	80	97	95	108	31
		47.2%	37.4%	45.8%	53.7%	50.5%	55.4%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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。

(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 44 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)

【図表 45】

心房細動有所見者状況			H28年度
健診受診者	心電図検査受診者	心房細動有所見者	治療中
3881人	1334人	1人	1人

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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「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う。

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。

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。また後期高齢へ移行した支援対象者は、情報提供し継続して支援できるようにする。

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。

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

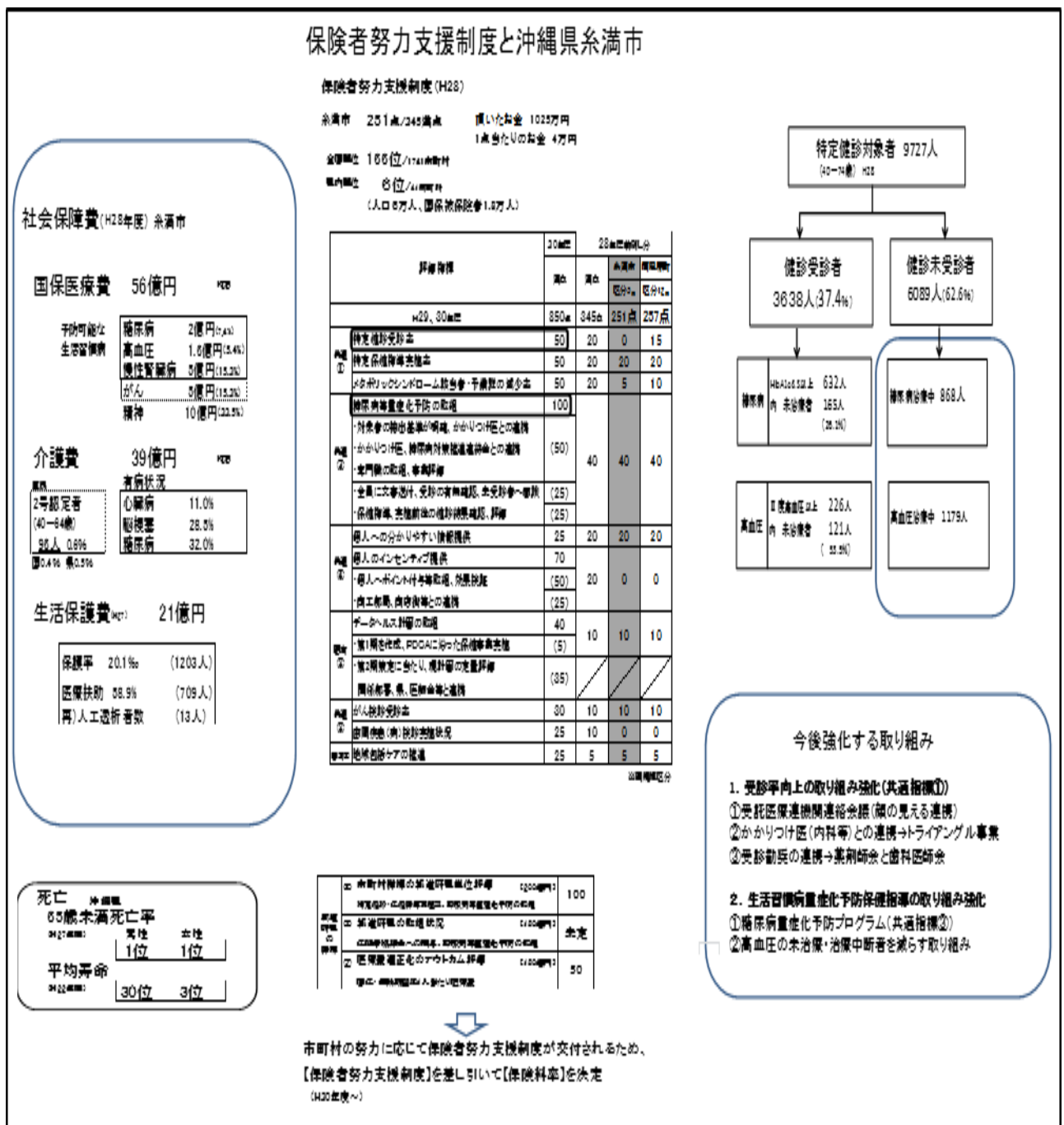
7) 実施期間及びスケジュール

特定健診結果が届き次第対象者へ介入(通年)

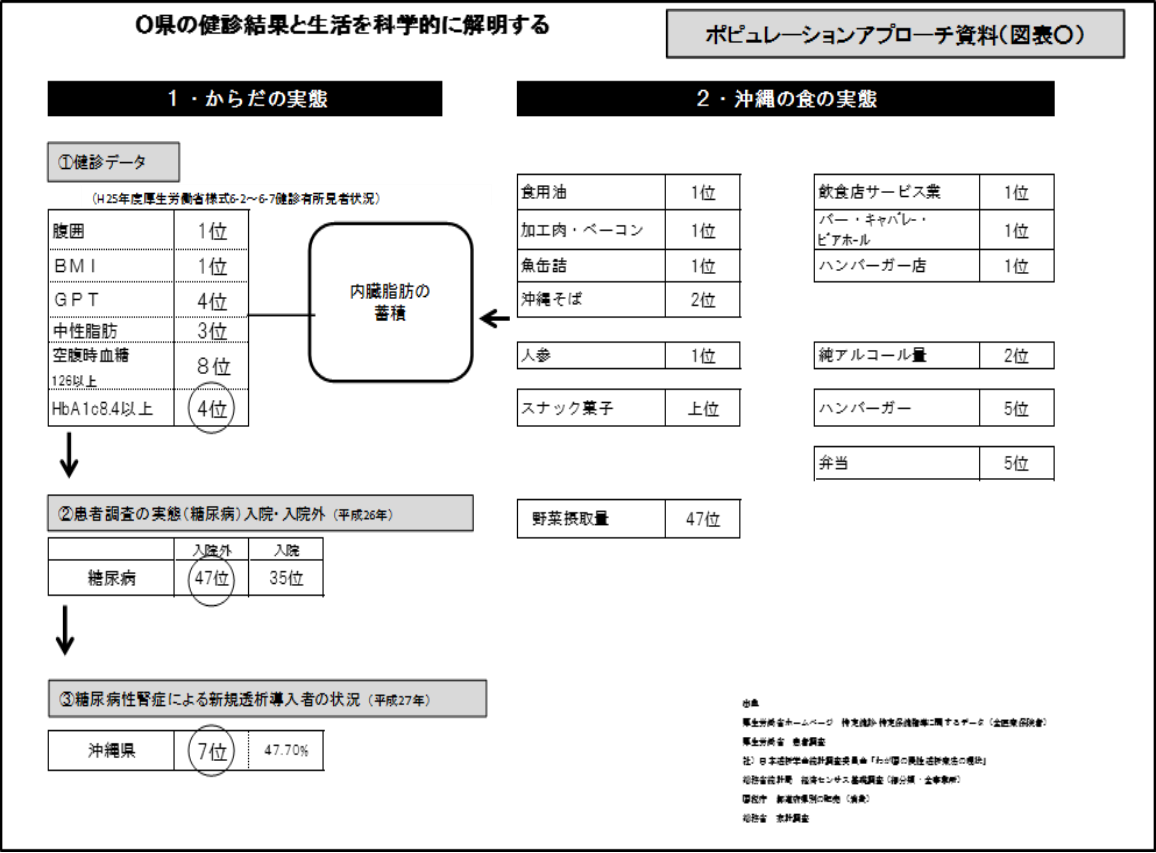
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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实態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 46・47)

【図表 46】



【図表 47】



第5章 地域包括ケアに係る取組

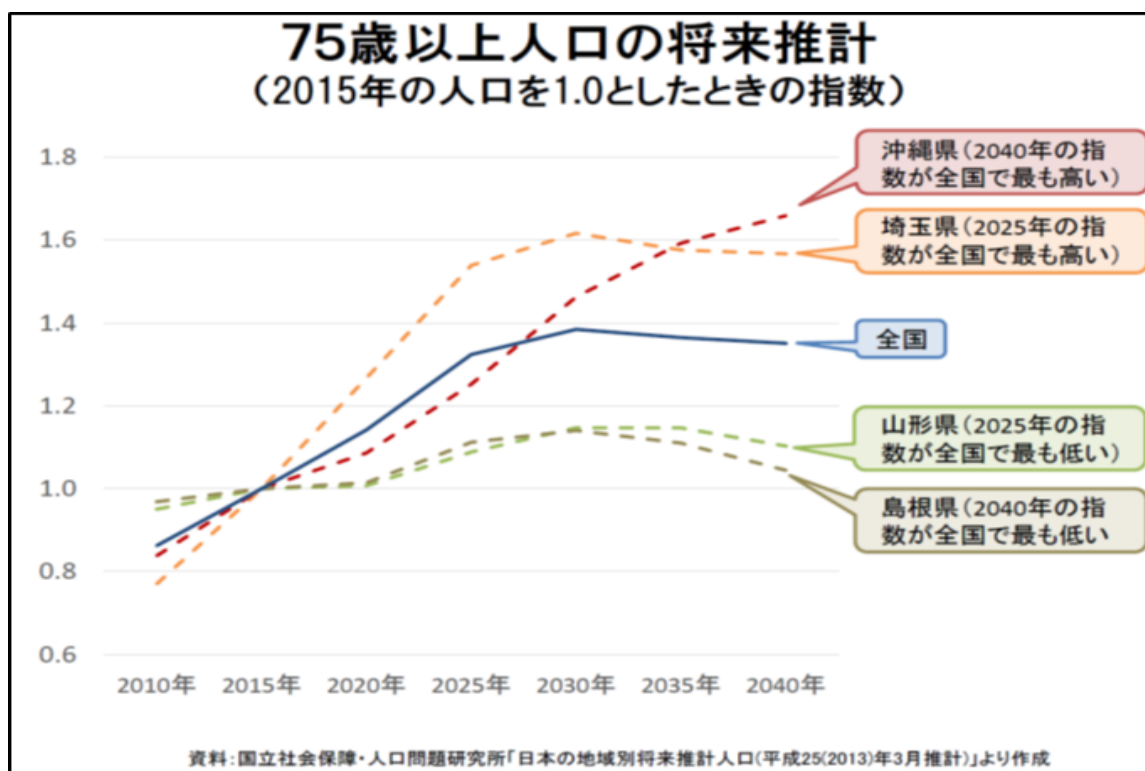
1. 背景

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

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

本件は、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48)

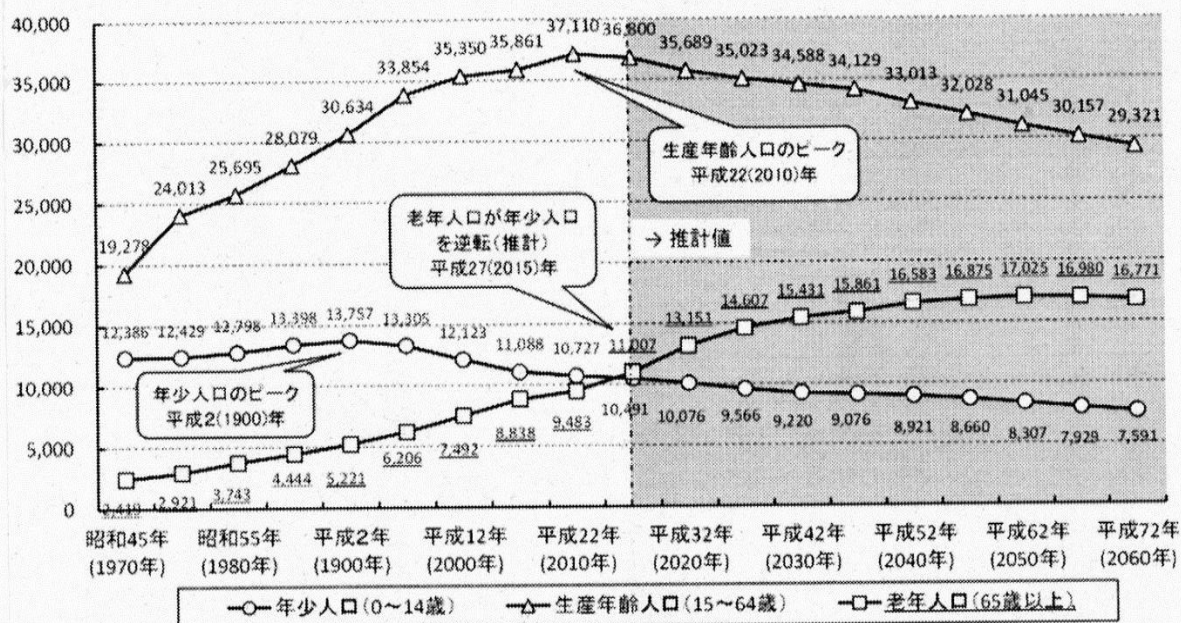
【図表48】



本市の65歳以上人口の将来推計は、2015年の人口に対し、2040年には約1.5倍に達し、2050年には人口の3割を超えるようになると推計されている。(図表 49)

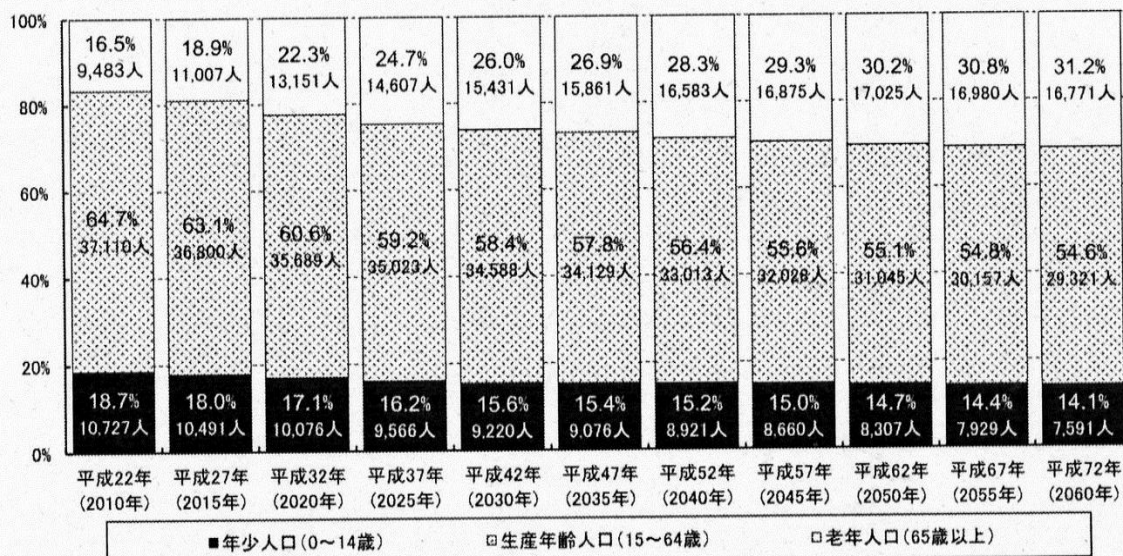
■ 年齢3区分別人口の推移と推計 (社人研推計準拠)

【図表 49】



※平成22(2010)年までは国勢調査、平成27(2015)年以降は国立社会保障・人口問題研究所推計値より作成。

■ 年齢3区分別人口・構成比の推計 (社人研推計準拠)



※平成22(2010)年は国勢調査、平成27(2015)年以降は国立社会保障・人口問題研究所推計値より作成。

出典：糸満市人口ビジョン

2. 現状

糸満市国保では被保険者のうち、前期高齢者（65歳～74歳）の割合は高く、平成28年度末時点で全体の23.5%を占め、また、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も40.4%と大きな割合となっている。（図表 51）

【図表 50】

	平成 28 年度末 現在	
	前期高齢者（再掲）	
被保険者数	17,067 人	4,017 人（23.5%）

出典：平成 28 年度国民健康保険事業状況報告書（事業年報）A 表

【図表 51】

	全体	
	前期高齢者分（再掲）	
医療給付	6,064,112,962 円	2,450,284,450 円（40.4%）

出典：平成 28 年度国民健康保険事業状況報告書（事業年報）C 表(1)

また、40歳以上で要介護認定を受けている者の医療費が、要介護認定を受けていない者に比べ1.86倍と倍近く医療給付を受けていることがわかる。（※第2章の図表 15 の下、「介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較」を参照）

本市も高齢化が進む中、前述にもあるように要介護の予防を積極的に推進し抑制できるかが重要で、ひいては医療費適正化にも繋がることから地域包括ケアに係る取組について、関係各課と連携を図りながら、推進していくことが必要となる。

3. 取組

「医療から介護」「病院・施設から地域・在宅へ」という本人の意向と生活実態に合わせ、地域で暮らしていくためには、地域包括ケアシステムの構築が重要となる。

地域包括ケアシステム構築は、地域包括支援センター（介護長寿課）が中心的役割を担いながら推進していくが、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、関係各課も参画し対策に取り組んでいく。

① 庁内連携

医療・介護・保健・福祉等、関係各課で連携会議を開催し、地域包括ケア構築の推進を図る。

② 外部組織との連携

保健指導等の訪問から、医療だけでなく、介護予防や生活支援、介護が必要だと考えられる対象者がいれば、地域包括支援センターの担当者、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と連携を図っていく。

③ KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防事業・生活支援の対象となる被保険者の抽出

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てハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施することが重要であり、第4章の重症化予防の取組を推進していく。

④ 後期高齢者医療制度又は介護保険制度と連携した保健事業の実施

国民健康保険医療から後期高齢者医療への移行、または要介護や要支援の認定を受けた市民の健康状態等の情報について、引継や共有、意見交換等で連携することで引き続ききめ細やかな保健指導や栄養指導による円滑な制度間の移行を実施する。

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(2020 年度)に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成 35 年度(2023 年度)においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標

【図表 52】

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、特定保健指導実施率 ・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、個々の健診結果に改善度を評価する。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. 評価の公表・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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

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。

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〇〇町の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 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 4 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 5 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 6 心房細動管理台帳

参考資料 7 評価イメージ 1

参考資料 8 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた糸満市の位置

項目				H25		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	57,149		57,149		18,346,852		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5	
			65歳以上（高齢化率）	9,474	16.6	9,474	16.6	4,430,444	24.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2	KDB_NO.3	
			75歳以上	4,794	8.4	4,794	8.4			119,934	8.7	13,989,864	11.2	健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			65～74歳	4,680	8.2	4,680	8.2			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
			40～64歳	18,605	32.6	18,605	32.6			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
			39歳以下	29,070	50.9	29,070	50.9			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	②	産業構成	第1次産業	8.2		8.2		6.1		5.4		4.2		KDB_NO.3	
			第2次産業	17.1		17.1		28.9		15.4		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			第3次産業	74.7		74.7		65.0		79.2		70.6			
	③	平均寿命	男性	78.5		78.5		79.6		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.3		86.3		86.3		87.0		86.4				
④	健康寿命	男性	63.7		63.7		65.3		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	66.8		66.8		66.8		66.5		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	99.4	109.7	100.0	97.8	100					KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	88.3	92.2	100.9	87.5	100							
			死因	がん	115	47.3	140	52.4	54,818	48.1	2,965	48.0	367,905		49.6
			心臓病	79	32.5	59	22.1	30,930	27.1	1,600	25.9	196,768	26.5		
			脳疾患	29	11.9	32	12.0	18,797	16.5	893	14.5	114,122	15.4		
			糖尿病	10	4.1	14	5.2	2,153	1.9	187	3.0	13,658	1.8		
			腎不全	5	2.1	9	3.4	3,750	3.3	243	3.9	24,763	3.3		
			自殺	5	2.1	13	4.9	3,547	3.1	287	4.6	24,294	3.3		
			合計	105	22.2	92	18.4								
			早世予防からみた死亡（65歳未満）	男性	76	30	66	24.2							
女性	29	13.1	26	11.6											
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	2,125	22.2	2,242	23.6	891,715	20.2	54,593	22.9	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者	41	0.3	3	0.3	15,309	0.3	122	0.3	105,654	0.3		
			2号認定者	119	0.6	96	0.6	21,986	0.4	2,288	0.5	151,745	0.4		
	②	有病状況	糖尿病	459	20.2	474	19.7	203,607	21.9	10,544	18.2	1,343,240	21.9		
			高血圧症	1,114	50.5	1,151	49.3	478,594	51.8	27,046	46.9	3,085,109	50.5		
			脂質異常症	622	26.0	651	27.3	255,994	27.6	14,792	25.5	1,733,323	28.2		
			心臓病	1,227	55.5	1,254	53.6	545,522	59.1	29,993	52.1	3,511,354	57.5		
			脳疾患	691	30.2	704	29.9	239,267	26.2	14,939	26.0	1,530,506	25.3		
			がん	178	8.0	206	9.1	92,924	10.0	4,528	7.7	629,053	10.1		
			筋・骨格	1,056	47.0	1,091	46.8	468,953	50.8	27,113	47.0	3,051,816	49.9		
			精神	625	27.2	718	30.3	330,813	35.6	19,106	32.7	2,141,880	34.9		
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	71,817		76,552		61,236		71,388		58,349			
			居宅サービス	49,793		56,097		40,245		52,568		39,683			
			施設サービス	281,928		278,071		278,146		282,196		281,115			
	④	医療費等	要介護認定別	10,252		9,292		8,026		9,713		7,980			
			医療費（40歳以上）	4,860		5,009		3,809		4,401		3,822			
4	①	国保の状況	被保険者数	19,172		17,334		4,516,485		444,286		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	3,454	18.0	4,048	23.4			103,447	23.3	12,462,053	38.2		
			40～64歳	7,625	39.8	6,633	38.3			168,937	38.0	10,946,693	33.6		
			39歳以下	8,093	42.2	6,653	38.4			171,902	38.7	9,178,477	28.2		
			加入率	33.5		30.3		24.7		32.3		26.9			
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	6	0.3	6	0.3	1,257	0.3	94	0.2	8,255	0.3		
			診療所数	28	1.5	26	1.5	12,813	2.8	874	2.0	96,727	3.0		
			病床数	1,472	76.8	1,448	83.5	227,288	50.3	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
			医師数	102	5.3	95	5.5	33,690	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2		
			外来患者数	507.1		520.8		688.2		507.9		668.3			
			入院患者数	24.6		26.6		19.8		20.0		18.2			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	23,595	県内4位 同規模131位	26,428	県内4位 同規模106位	25,582		22,111		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			受診率	531.677		547.431		708.019		527.866		686.501			
			外 費用の割合	49.0		48.4		59.3		52.4		60.1			
			来 件数の割合	95.4		95.1		97.2		96.2		97.4			
			入 費用の割合	51.0		51.6		40.7		47.6		39.9			
院 件数の割合			4.6		4.9		2.8		3.8		2.6				
1件あたり入院日数			18.7日		18.6日		16.2日		17.1日		15.6日				
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源疾病名（調剤含む）	がん	471,089,740	14.8	481,732,320	15.3	25.0		17.3		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）	444,620,570	14.0	481,724,470	15.3	9.5		16.0		9.7				
		糖尿病	206,700,810	6.5	233,502,250	7.4	10.1		7.0		9.7				
		高血圧症	236,698,550	7.4	169,148,470	5.4	8.9		6.3		8.6				
		精神	1,080,793,310	34.0	1,051,543,400	33.5	17.6		28.0		16.9				
		筋・骨格	344,979,640	10.8	376,255,570	12.0	14.9		13.1		15.2				

4

⑤

費用額
(1件あたり)

県内順位
順位総数42

入院
()内
は入院日数

外来

糖尿病
558,291
24位
(18)

高血圧
612,857
14位
(17)

脂質異常症
533,198
29位
(20)

脳血管疾患
663,383
19位
(20)

心疾患
653,669
21位
(16)

腎不全
757,654
20位
(17)

精神
440,161
30位
(27)

悪性新生物
632,129
30位
(14)

糖尿病
41,258
13位

高血圧
35,494
8位

脂質異常症
32,941
8位

脳血管疾患
42,516
14位

心疾患
59,346
14位

腎不全
208,218
18位

精神
39,292
7位

悪性新生物
55,033
17位

575,049
29位
(18)

581,221
27位
(18)

549,822
23位
(18)

674,587
17位
(22)

644,704
23位
(15)

792,516
20位
(17)

449,701
29位
(27)

693,662
17位
(14)

43,295
12位

38,231
5位

33,889
8位

44,493
10位

61,903
19位

224,177
9位

40,840
4位

57,212
23位

2,411

1,919

2,065

12,679

10,946

12,683

6,634

6,837

5,940

34,890

39,004

36,479

KDB_NO.3
健診・医療・介護
データからみる地域

⑥

健診有無別
一人当たり
点数

健診対象者
一人当たり

健診受診者

1,984

11,299

6,475

36,881

1,835

13,065

6,143

43,726

2,411

12,679

6,634

34,890

1,919

10,946

6,837

39,004

2,065

12,683

5,940

36,479

KDB_NO.3
健診・医療・介護
データからみる地域

⑦

健診・レセ
突合

受診勧奨者

医療機関受診率

医療機関非受診率

1,894

1,727

167

57.4

52.4

5.1

2,162

1,976

186

59.9

54.8

5.2

669,151

617,720

51,431

55.7

51.5

4.3

51,237

47,350

3,887

55.7

51.5

4.2

4,116,530

3,799,744

316,786

55.9

51.6

4.3

KDB_NO.1
地域全体像の把握

5

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

特定健診の
状況

県内順位
順位総数42

メタボ該当・予備群レベル

健診受診者

3,298

31.9

324

244

731

499

232

522

342

180

1,408

942

466

216

29

187

27

379

116

140

41

334

216

3,298

37.1

181

297

925

644

281

546

378

168

1,628

1,130

498

191

21

170

35

394

117

175

52

394

304

1,413

441

818

140

186

11

199

535

328

297

548

629

954

1,029

926

589

249

23,002

71,549

149,833

254,684

326,322

605,529

460,802

250,124

278,304

237,249

1,276

614

267

156

6.7

55.2

26.5

11.5

66.425

9.2

5.633

32.5

20,290

11,848

23.9

5.333

13.7

3,118,433

1,558,318

452,785

132,608

31.5

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1

50.1</

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			市町村名			同規模区分		
レセプト KOB 厚生労働省様式 様式3-2 (平成28年1月 作成分)	被保険者		糖尿病治療中		インスリン療法		糖尿病性腎症	
	18,017人		1,365人 (7.6)		130人 (9.5)		160人 (11.7)	
	年代別	割合	※1内は、糖尿病に占める割合		※1内は、糖尿病治療中に占める割合		※1内は、糖尿病性腎症中に占める割合	
	20代以下	5.118 28.4	4 0.3		0 0.0		0 0.0	
	30代	1,968 10.9	26 1.9		5 3.8		2 1.3	
	40代	2,155 12.0	85 6.2		11 8.5		5 3.1	
	50代	2,689 14.9	203 14.9		21 16.2		19 11.9	
	60代	4,642 25.8	728 53.3		67 51.5		93 58.1	
	70~74歳	1,445 8.0	319 23.4		26 20.0		41 25.6	
	再掲 40~74歳	10,931人	H 1,335人 12.2		O 125人 9.4		L 158人 11.8	
特定健診 [40~74歳] 平成28年度	特定健診 対象者		特定健診 未受診者		その他のリスク		再掲 (第2~4期)	
	9,693人		948人 (71.0)~71.4		高血圧 994 74.5 高尿酸血症 271 20.3 脂質異常症 860 64.4		第1期 腎症前期 アルブミン尿 (30未満)	
	※1内は、糖尿病に占める割合		※1内は、糖尿病に占める割合		KOBシステム構築 「疾病管理一貫(糖尿病)」 で対象者の把握が可能		第2期 早期腎症期 アルブミン尿 (30~299)	
	進中記入、資格喪失等の異動 者、施設入所者、長期入院者、 妊産婦は除外		特定健診 受診者		その他のリスク		第3期 顕性腎症期 アルブミン尿 (300以上)	
			3,225人 (33.3)		高血圧 130/80以上 151 (66.5) 肥満 BMI 25以上 116 (51.1) 脂質 LDL120以上 133 (58.6) HbA1c6.5未満 116 (51.1) TG150以上 133 (58.6)		第4期 腎不全期 30未満 問わない	
			E 536人 (16.6)		I コントロール不良 HbA1c6.5以上 または空腹血糖180以上 227人 (58.7)		第5期 透析療法中 透析療法中	
			C 特定健診 対象者		K コントロール不良 HbA1c6.5未満 または空腹血糖180未満 160人 (41.3)			
			G 387人 (72.2)		F 未治療 (中略含む) 149人 (27.8)			
			D 特定健診 受診者					
			3,225人 (33.3)					

【参考資料2】

H29年度 糖尿病管理台帳

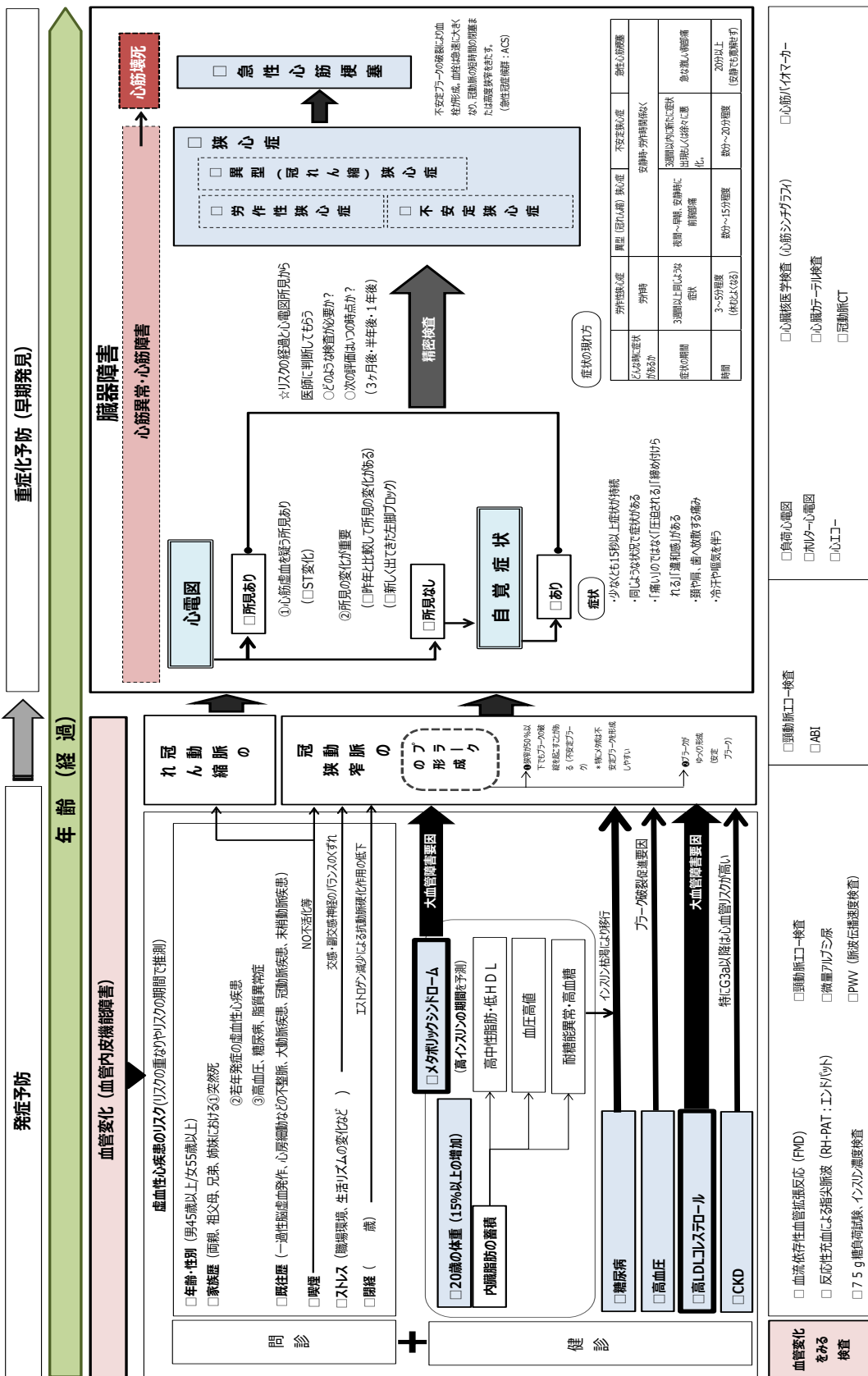
※糖尿病管理は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当
した年度を指す
※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え													未治療																		
番号	追加 年度	個人番号	地区	番号	氏名	性別	H28年度 末年齢	項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考	糖尿病連携手帳 配布○ 持っていた◎	日付	訪問/TEL	受診○/×	病院名	頻度	内服 ○/×	最近の HbA1c									
1	未治療 H28		阿波根			女	73	糖						H28特定健診受 診。脂質異常で 通院中。 主治医に相談す るように説明		10月31日	来所	×		1/3か月	×	6.1									
								HbA1c					6.5																		
								重症度分類					G2A1																		
								CKD					GFR																		
6	H25		阿波根			男	72	尿蛋白																							
								糖					—																		
								HbA1c					—																		
								重症度分類					—																		
7	未治療 H24		賀茂			男	71	G2A1	6.2	6.5	6.6	6.1	6.4			8月15日	結果説明会	×													
								G2A1	6.2	6.5	6.6	6.1	6.4																		
								G2A1	6.2	6.5	6.6	6.1	6.4																		
								G2A1	6.2	6.5	6.6	6.1	6.4																		
8	H28		喜望武		女	74	糖						10.8										栄1								
							HbA1c																								
							重症度分類																								
							CKD																								
17	未治療 H27		兼城		男	63	糖						7	6.5		11/21	TEL	○	いちはクリニック	1/月	×	6.1									
							HbA1c																								
							重症度分類																								
							CKD																								
18	H26		兼城		女	71	糖						6.9	6.7									6.5								
							HbA1c																								
							重症度分類																								
							CKD																								
19	H24		兼城		男	61	糖						7.5																		
							HbA1c																								
							重症度分類																								
							CKD																								
20	H27		兼城		男	46	糖						7										7.4								
							HbA1c																								
							重症度分類																								
							CKD																								
21	H28		兼城		男	66	糖						8.5	栄1																	
							HbA1c																								
							重症度分類																								
							CKD																								

【参考資料4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価					同規模 区分	5	都道府 県	沖縄県	市町村名	糸満市			
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266			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数		割合	
1	①	被保険者数	A	18,017人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		10,931人									
2	①	対象者数	B	9,693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	特定健診 受診者数	C	3,225人									
	③	受診率		37.6%									
3	①	特定 保健指導 対象者数		610人									
	②	実施率		69.2%									
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	536人	16.6%						特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	149人	27.8%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	387人	72.2%							
	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	227人	58.7%							
	⑤				血圧 130/80以上	151人	66.5%						
	⑥		肥満 BMI25以上	116人	51.1%								
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	160人	41.3%							
	⑧		第1期 尿蛋白(－)	M	343人	64.0%							
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		96人	17.9%							
	⑩		第3期 尿蛋白(＋)以上		84人	15.7%							
	⑪		第4期 eGFR30未満		14人	2.6%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)	H	75.8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)		122.1人								
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は健康診査千対		入院外(件数)	6,480件	(606.7)				9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④				入院(件数)	95件	(8.9)				65件	(5.0)	
	⑤		糖尿病治療中		1,365人	7.6%							
	⑥		(再掲)40-74歳		I	1,335人	12.2%						
	⑦					健診未受診者	948人	71.0%					
	⑧		インスリン治療		O	130人	9.5%						
	⑨		(再掲)40-74歳			125人	9.4%						
	⑩		糖尿病性腎症		L	160人	11.7%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑪		(再掲)40-74歳			158人	11.8%						
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		49人	3.59%							
	⑬		(再掲)40-74歳			48人	3.60%						
	⑭					新規透析患者数	11人	22.90%					
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		8人	72.70%							
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		38人	4.5%						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		56億0975万円					53億6461万円	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	31億4122万円					30億4285万円				
	③		(総医療費に占める割合)	56.0%					56.7%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,143円					6,634円			
	⑤			健診未受診者	43,726円					34,890円			
	⑥		糖尿病医療費	2億3350万円					3億0601万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	7.4%					10.1%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費	7億5315万円									
	⑨		1件あたり	43,295円									
	⑩		糖尿病入院総医療費	6億2450万円									
	⑪		1件あたり	575,049円									
	⑫		在院日数	18日									
	⑬		慢性腎不全医療費	5億0675万円					3億0859万円				
	⑭		透析有り	4億8172万円					2億8997万円				
	⑮		透析なし	2503万円					1862万円				
7	①	介護	介護給付費		39億1694万円					49億7299万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	12件	16.4%								
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		14人	3.1%				8人	1.2%	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】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能評価が評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン2013、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能検査 (東海大学)

【参考資料6】

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	☐ S T 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		⑤ 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。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
☐ 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			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
☐ C K D 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

心房細動管理台帳

患者 ID	登録年度 番号	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

平成29年度に向けての全体評価

課題・目標	評価(良くなったところ)		④ストラクチャー(構造)		⑤残っている課題
	①プロセス(やってきた実践の過程)	②アウトプット(事業実施量)	③アウトカム(結果)	④ストラクチャー(構造)	
目標	未受診者対策 ○特定健診 ・若者の受診率が低いことから40代、50代へ全員未受診者対策を実施、健診歴、通院歴とない人への未受診訪問、保健推進員による未受診訪問を実施してきた。 ・未受診の方々に治療中の割合が多いため、医療機関への対策として、会議での通院者への受診勧奨依頼、トライアングル事業の説明を実施。 ➡ ・受診率向上に向けての対象を検討、速い取り組みは要領、わずかながら向上してきたが、目標値には依然大きく下回る状況である。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に実行するために、医療機関との協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者どのように選定していくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成、整理しているC/O台帳、H/AIと管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。	未受診者対策 ○医療機関説明会実施状況 ○個々の医療機関へのアプローチ状況 ○未受診者訪問実施状況 ○ポピュレーション実施状況	未受診者対策 ○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○通院者の未受診者状況	④ストラクチャー(構造) ○業務分担制 未受診者対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている。両方の取り組みは切り離して考えられない。また、計画立案、評価実施が十分図れていない。 ○地区担当制をとっているが、力裏に差がある。 ○重症化予防対策を取り組んでいく上で、栄養士の役割は重要である。今後の栄養指導状況、対象者数等によって、栄養士の確保も検討が必要となる。 ○通院業務の時間帯では、アローラーとしても会えない人がいる。不在業務を活用しているが、そのままになった人で、さらに重症化してしまっている。業務時間の検討。	⑤残っている課題 全体 ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区台帳をもとに経年管理していく、また、地区状況に合わせて、保健活動を行っている。 ○事業実施等ばらばらにならないように、成人担当で話し合いをし、共通認識を図っていく。
未受診者対策	重症化予防対策 ・重症化予防対象者として、今までは未治療者を優先的にアプローチ実施してきた。地区担当にて受診健診を実施。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。 ・保健指導の標準化は十分でない、個々の教材使用に任ざられていた。共通認識十分図れていない現状がある。 ➡ ・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみていく必要がある。そのために、現在、作成、整理しているC/O台帳、H/AIと管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的、目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながると思う。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。 ・若年者、他保険からの加入者に重症化予防の必要な人がある。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについて(健診結果の悪い状態まま、重症化して保険へ加入してくる？働きなくなつてから等・・・、医療費抑制働きなり、市民ということ考えると・・・)の対策が必要。他保険者であっても、健診結果を待参し、保健指導を希望される方には実施していく。	重症化予防対策 ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(所内、訪問)実施状況 ○他保険者に対する保健指導実施状況	重症化予防対策 ○保健指導実施者の要否の健診結果状況 ○保健指導後の受診、服薬、検査等状況 ○経年評価(評価項目毎)集団、個別両方 ○健診結果の状況(各対象者毎の高値割合減少状況) ○重症化予防対象者数(疾患治療なしの者)	未受診者対策 ○医療機関への協力依頼の検討(個別訪問でも実施していくか、会議の内容検討) ○未受診者訪問の対象者の検討(全員の未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等) ○ポピュレーションの取り組みを検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等) ○評価項目の検討(受診率、受診行動等)	重症化予防対策 ○対象者の検討。(優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討)
重症化予防対策	医療とのつながり ○個別での会議を経て、市内特定健診受診促進委員会を開催してきた。今後会議の内容の検討が必要である。	医療とのつながり ○C/O連携様式使用状況 ○個々の医療機関との連携状況 ○協力依頼づくりに向けてのアプローチ状況	医療とのつながり ○C/O連携様式にてすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○試験的事業の実施状況(対象者の検査値、受診行動、生活状況等) ○協力依頼づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等)	重症化予防対策 ○対象者の検討。(優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討)	医療とのつながり ○協力依頼を広くていく方法の検討

【参考資料8】

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理（平成29年度進捗状況）				
平成28年度 課題	評価（良くなったところ）		⑤残っている課題	
	①平成28年度 残った課題を振り返ってみる（プロセス）	②アウトプット（事業実施量）	③アウトカム（結果）	④ストラクチャー（構造）
目標 ○特定受診者受診率 H25年度目標60% H26年度目標60% H27年度目標60% ○特定受診者の受診結果の改善（血圧・血糖・心臓病・がん検診） ○特定受診者の受診率を向上させる。	全体 ○年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を整理した。 ○成人担当にて、共通認識を図ったが、担当当りであるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、随時確認しながら、フォローアップしていくことが重要である。	未受診者対策 ○取り組み ・HbA1c5.5～6.4、血圧175以上で特定健診未受診者へ訪問 ・集団健診前に前年度受診者へTEL予約とり ・庁内連携推進会議（保健医・人口統計課・受診者へ案内通知） ・医療機関・保健センター・地域センター等へ案内通知 ・特定受診者受診率向上委員会にて連携者への受診活動計画とトライアングル事業の説明。	未受診者対策 ○特定受診者受診率向上委員会にて、治療中で健診受診率向上を促すよう協力依頼を行った。また、トライアングル対象者が多い医療機関へ訪問しトライアングル事業の協力依頼が必要 ○はがき通知の回収を増やし、未受診訪問を減らしたが、受診率が下がっている状況がある。来年度は未受診者訪問の対応の速定と、訪問には別の方法も検討する必要がある。 ○糖尿病管理台帳台帳から受診した重篤化予防対象者へのアプローチも検討が必要。	
全体 ○保健活動のPOCサイクルに基づいて計画実施する。 ○成人担当で評価、計画を共通認識を図る。	未受診者対策 ○受診率が低い。 ○医療機関の協力、保健活動の協力、地域センターの協力、トライアングル方法等検討（地区台帳の活用等） ○医療機関の協力等による取り組み	未受診者対策 ・HbA1c5.5～6.4、血圧175以上で特定健診未受診者へ訪問 ・集団健診前に前年度受診者へTEL予約とり ・庁内連携推進会議（保健医・人口統計課・受診者へ案内通知） ・医療機関・保健センター・地域センター等へ案内通知 ・特定受診者受診率向上委員会にて連携者への受診活動計画とトライアングル事業の説明。	未受診者対策 ○特定受診者受診率向上委員会にて、治療中で健診受診率向上を促すよう協力依頼を行った。また、トライアングル対象者が多い医療機関へ訪問しトライアングル事業の協力依頼が必要 ○はがき通知の回収を増やし、未受診訪問を減らしたが、受診率が下がっている状況がある。来年度は未受診者訪問の対応の速定と、訪問には別の方法も検討する必要がある。 ○糖尿病管理台帳台帳から受診した重篤化予防対象者へのアプローチも検討が必要。	
重症化予防対策 ○糖尿病の予防、重症化予防の検討。 ○糖尿病の予防、重症化予防の検討。 ○糖尿病の予防、重症化予防の検討。	重症化予防対策 ・POCサイクルに基づき計画を立案し、年度当初に成人担当にて共通認識を図った。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経営管理を行っていくようにした。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経営管理を行っていくようにした。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経営管理を行っていくようにした。	重症化予防対策 ・今年度の対象者決定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等を確認する。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経営管理を行っていくようにした。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経営管理を行っていくようにした。 ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経営管理を行っていくようにした。	重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経営管理を可能に。継続して関わることができ、今年度は未受診者に対しては未受診訪問を行ったが、まだ評価がとれていない。また来年度作成成功時に今年度の情報が引き継げる ○市内の医療機関に依頼して糖尿病管理マニュアルの活用依頼した。来年度は糖尿病管理手帳の活用状況等評価できるように把握していく。	
医療とのつながり ○糖尿病管理手帳を活用していくには、糖尿病予防プログラムの周知や協力依頼が必要 ○トライアングル事業について周知はしているも導入している病院が少ない	医療とのつながり ・糖尿病管理手帳を活用してきたが、台帳を活用しやすいように内容検討が必要。また台帳が活用しやすくなるように内容での情報共有について。 ・来年度初年度には、今後検討していきながらすすめていく。 ・医療機関で糖尿病管理手帳の活用状況を把握するため、実際にこの程度活用されている不明。	医療とのつながり ○糖尿病管理手帳を活用してきたが、台帳を活用しやすいように内容検討が必要。また台帳が活用しやすくなるように内容での情報共有について。 ・来年度初年度には、今後検討していきながらすすめていく。 ・医療機関で糖尿病管理手帳の活用状況を把握するため、実際にこの程度活用されている不明。	医療とのつながり ○糖尿病管理手帳を活用してきたが、台帳を活用しやすいように内容検討が必要。また台帳が活用しやすくなるように内容での情報共有について。 ・来年度初年度には、今後検討していきながらすすめていく。 ・医療機関で糖尿病管理手帳の活用状況を把握するため、実際にこの程度活用されている不明。	