

# 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。

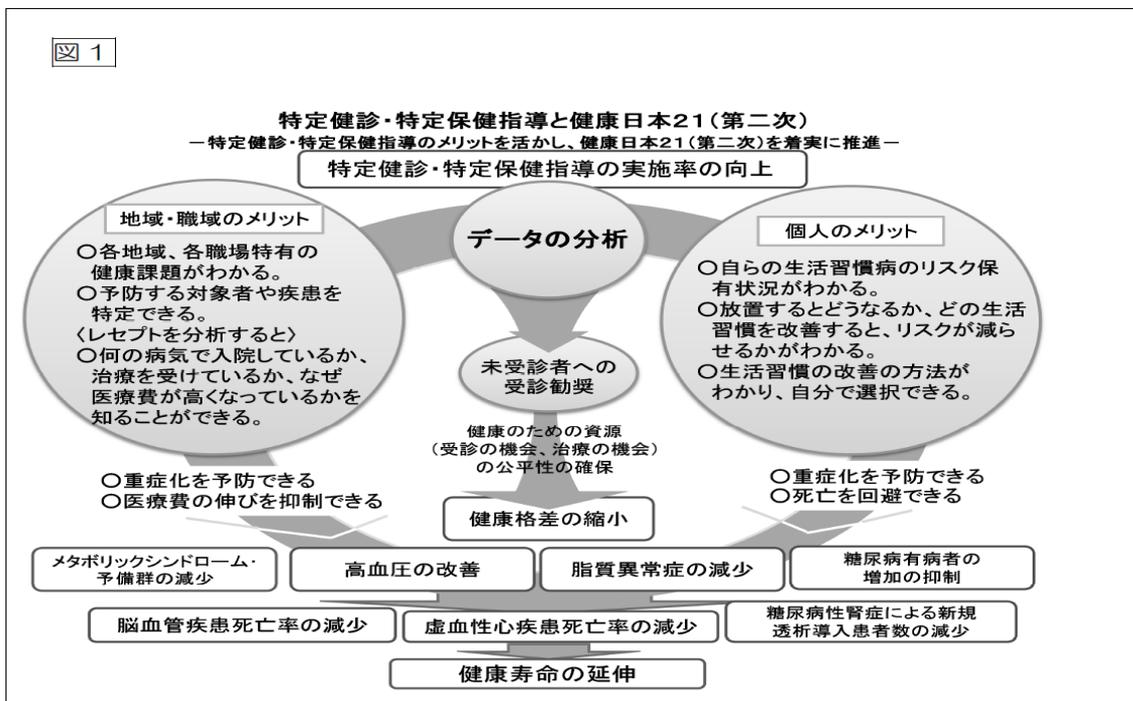
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

神崎市においては、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。

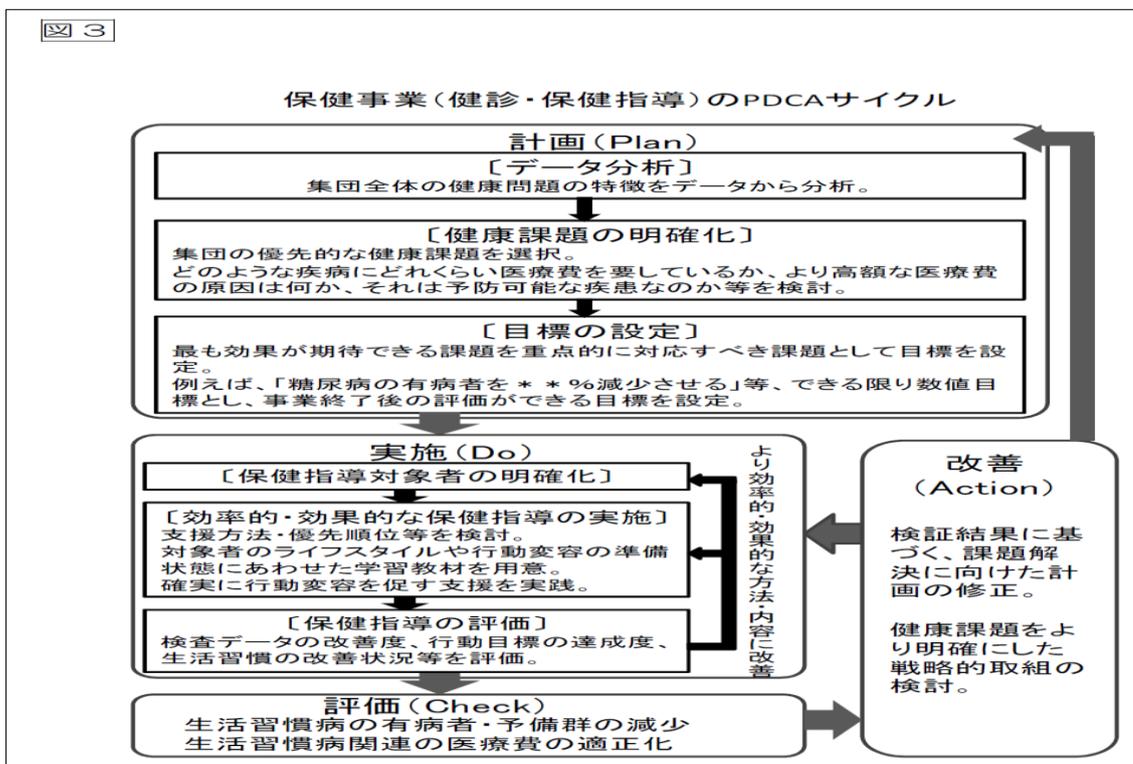


【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、佐賀県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2018年度から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) 実施主体関係部の役割

神崎市においては、市民課国保医療係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。特に健康増進課の保健師等の専門職と連携をして、市一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（市民課後期高齢年金係）、保健衛生部局（健康増進課）、介護保険部局（高齢障がい課）企画部局（企画課）、生活保護部局（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）

#### 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。

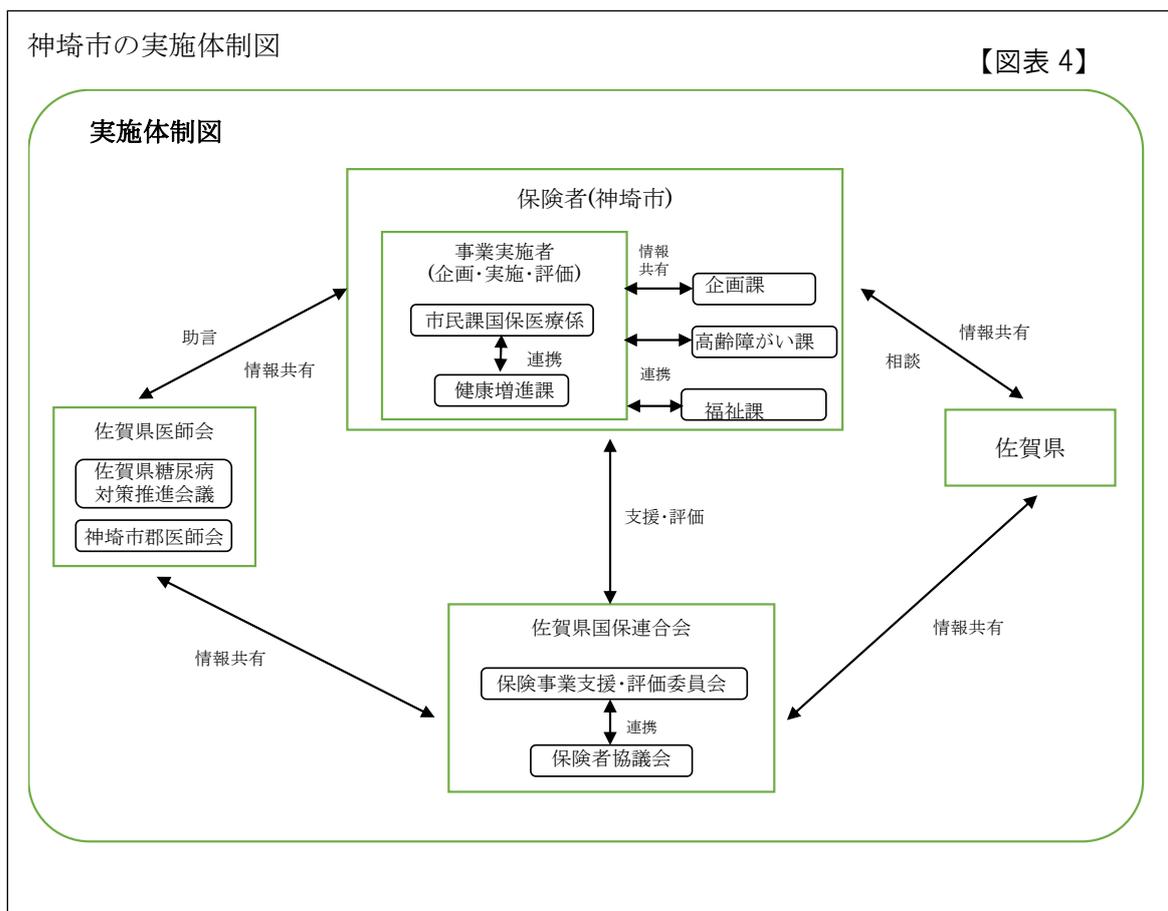
また、保険者等と市郡医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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。



## 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】

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
<b>評価指標</b>					
<b>総得点(満点)</b>		345	580	850	850
交付額 (万円)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
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	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	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) 第1期計画に係る評価

###### (1) 全体の経年変化

本市は、平成28年度人口32,647人、高齢化率25.1%、国保加入率21.4%、被保険者数6,994人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数5,497人）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に脳血管疾患・糖尿病による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の増加、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。医療機関受療率は増加しているものの、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率は減少している状況から、医療機関受診勧奨を行い重症化予防に繋げる必要がある。また、特定健診受診率が目標値に達していないため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況（図表6）

神崎市における介護給付の変化について、全体の介護給付費は増加しているが、1件当たりの給付費は減少していることから、介護認定率の上昇がうかがえる。

また、居宅サービスはH25年度に比べ減っているものの、同規模平均と比較すると依然多いことが分かった。

介護給付の変化

【図表6】

年度	神崎市				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	2,353,313,486	67,570	46,949	272,368	67,562	41,726	283,881
H28年度	2,363,681,660	59,092	42,605	262,431	66,717	41,744	278,164

## ②医療費の状況（図表7）

神崎市国保の総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増加している。総医療費の減少については、被保険者数が減少していることが影響していると思われる。一人当たり医療費の増加は、被保険者に占める高齢者の割合が高いことや高額な調剤や治療の増加によるものと思われる。

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	
			市	同規模			市	同規模			市	同規模
1総医療費 (円)	H25年度	2,905,422,700			1,246,538,990				1,658,883,710			
	H28年度	2,733,860,290	-171,562,410	-5.90	0.19	1,061,058,500	-185,480,490	-14.9	0.46	1,672,801,790	13,918,080	0.84
2一人当たり 医療費(円)	H25年度	30,455			13,070				17,390			
	H28年度	31,662	1,207	3.96	8.24	12,290	-780	-6.0	8.51	19,370	1,980	11.39

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となっている。

【出典】KDBシステム「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題の把握」

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では、減少している。疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患にかかる医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析有)に係る費用が増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用についても糖尿病に係る費用が国・佐賀県よりも高くなっている。

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)

【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・骨格疾患	C型肝炎	
		金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	23.74%	12.14%						
				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	29億0542万円	30,455	38位	5位	5.52%	0.45%	1.58%	1.92%	5.38%	5.74%	3.15%	689,705,000	23.74%	12.14%	12.60%	9.15%	1.17%	
H28					5.65%	0.24%	1.22%	1.03%	5.58%	4.89%	3.14%							594,509,310
H28	佐賀県	746億1405万円	29,593	--	--	6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	16,482,147,040	23.74%	12.03%	13.08%	8.82%	1.91%
	国	9兆6879億6826万円	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75	2.95%	2,239,908,933,310	25.53%	14.21%	9.38%	8.45%	

最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果

【出典】

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

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）

神崎市では虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を中長期的な疾患として10%減少することを目標に設定していた。平成25年度と平成28年度を比較したところ、虚血性心疾患は0.5%、脳血管疾患は1.0%、人工透析は0.1%増加している。

基礎疾患として、高血圧症を併せ持つ人が多くなっている。また、平成28年度において糖尿病や脂質異常症を併せ持つ人が増えていることから、引き続き重症化予防に取り組むことが必要である。

【図表9】

厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,023	429	5.3%	66	15.4%	14	3.3%	333	77.6%	155	36.1%	267	62.2%	
	64歳以下	5,037	129	2.6%	17	13.2%	9	7.0%	95	73.6%	37	28.7%	70	54.3%	
	65歳以上	2,986	300	10.0%	49	16.3%	5	1.7%	238	79.3%	118	39.3%	197	65.7%	
H28	全体	7,339	426	5.8%	96	22.5%	14	3.3%	343	80.5%	175	41.1%	287	67.4%	
	64歳以下	4,103	92	2.2%	16	17.4%	8	8.7%	70	76.1%	26	28.3%	58	63.0%	
	65歳以上	3,236	334	10.3%	80	24.0%	6	1.8%	273	81.7%	149	44.6%	229	68.6%	

厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,023	280	3.5%	66	23.6%	9	3.2%	234	83.6%	107	38.2%	157	56.1%	
	64歳以下	5,037	82	1.6%	17	20.7%	6	7.3%	65	79.3%	27	32.9%	37	45.1%	
	65歳以上	2,986	198	6.6%	49	24.7%	3	1.5%	169	85.4%	80	40.4%	120	60.6%	
H28	全体	7,339	331	4.5%	96	29.0%	11	3.3%	249	75.2%	133	40.2%	203	61.3%	
	64歳以下	4,103	76	1.9%	16	21.1%	6	7.9%	51	67.1%	28	36.8%	44	57.9%	
	65歳以上	3,236	255	7.9%	80	31.4%	5	2.0%	198	77.6%	105	41.2%	159	62.4%	

厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,023	28	0.3%	9	32.1%	14	50.0%	25	89.3%	12	42.9%	9	32.1%	
	64歳以下	5,037	17	0.3%	6	35.3%	9	52.9%	15	88.2%	7	41.2%	5	29.4%	
	65歳以上	2,986	11	0.4%	3	27.3%	5	45.5%	10	90.9%	5	45.5%	4	36.4%	
H28	全体	7,339	29	0.4%	11	37.9%	14	48.3%	23	79.3%	15	51.7%	14	48.3%	
	64歳以下	4,103	16	0.4%	6	37.5%	8	50.0%	10	62.5%	8	50.0%	8	50.0%	
	65歳以上	3,236	13	0.4%	5	38.5%	6	46.2%	13	100.0%	7	53.8%	6	46.2%	

(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、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糖尿病、高血圧症、脂質異常症等を減らしていくことを目標に設定していた。平成25年度と平成28年度において治療状況を比較してみると、糖尿病で1.3%、高血圧症で2.7%、脂質異常症で3.4%と治療者が増加する結果となった。

糖尿病治療者(様式3-2)において、インスリン療法が減少しているが、糖尿病性腎症の割合や透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表10】

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,023	888	11.1%	83	9.3%	583	65.7%	524	59.0%	155	17.5%	107	12.0%	12	1.4%	59	6.6%	
	64歳以下	5,037	294	5.8%	36	12.2%	171	58.2%	165	56.1%	37	12.6%	27	9.2%	7	2.4%	26	8.8%	
	65歳以上	2,986	594	19.9%	47	7.9%	412	69.4%	359	60.4%	118	19.9%	80	13.5%	5	0.8%	33	5.6%	
H28	全体	7,339	908	12.4%	80	8.8%	624	68.7%	603	66.4%	175	19.3%	133	14.6%	15	1.7%	83	9.1%	
	64歳以下	4,103	252	6.1%	28	11.1%	152	60.3%	172	68.3%	26	10.3%	28	11.1%	8	3.2%	27	10.7%	
	65歳以上	3,236	656	20.3%	52	7.9%	472	72.0%	431	65.7%	149	22.7%	105	16.0%	7	1.1%	56	8.5%	

厚生労働省 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,023	1,815	22.6%	583	32.1%	941	51.8%	333	18.3%	234	12.9%	25	1.4%	
	64歳以下	5,037	583	11.6%	171	29.3%	277	47.5%	95	16.3%	65	11.1%	15	2.6%	
	65歳以上	2,986	1,232	41.3%	412	33.4%	664	53.9%	238	19.3%	169	13.7%	10	0.8%	
H28	全体	7,339	1,856	25.3%	624	33.6%	1,064	57.3%	343	18.5%	249	13.4%	23	1.2%	
	64歳以下	4,103	468	11.4%	152	32.5%	257	54.9%	70	15.0%	51	10.9%	10	2.1%	
	65歳以上	3,236	1,388	42.9%	472	34.0%	807	58.1%	273	19.7%	198	14.3%	13	0.9%	

厚生労働省 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8,023	1,462	18.2%	524	35.8%	941	64.4%	267	18.3%	157	10.7%	9	0.6%	
	64歳以下	5,037	496	9.8%	165	33.3%	277	55.8%	70	14.1%	37	7.5%	5	1.0%	
	65歳以上	2,986	966	32.4%	359	37.2%	664	68.7%	197	20.4%	120	12.4%	4	0.4%	
H28	全体	7,339	1,585	21.6%	603	38.0%	1,064	67.1%	287	18.1%	203	12.8%	14	0.9%	
	64歳以下	4,103	448	10.9%	172	38.4%	257	57.4%	58	12.9%	44	9.8%	8	1.8%	
	65歳以上	3,236	1,137	35.1%	431	37.9%	807	71.0%	229	20.1%	159	14.0%	6	0.5%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は増加傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【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6-2~6-7)

☆No.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		γ-GTP	
		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	203	25.6	379	47.7	211	26.6	171	21.5	70	8.8	200	25.2	510	64.2	168	21.2	360	45.3	160	20.2	411	51.8	13	1.6
	H25 40-64	74	28.8	128	49.8	75	29.2	76	29.6	26	10.1	56	21.8	142	55.3	63	24.5	96	37.4	66	25.7	147	57.2	2	0.8
	65-74	129	24.0	251	46.7	136	25.3	95	17.7	44	8.2	144	26.8	368	68.5	105	19.6	264	49.2	94	17.5	264	49.2	11	2.0
女性	合計	220	27.8	412	52.2	202	25.6	138	17.5	53	6.7	201	25.4	568	71.9	166	21.0	285	36.1	108	13.7	362	45.8	10	1.3
	H25 40-64	72	33.3	110	50.9	69	31.9	52	24.1	15	6.9	50	23.1	141	65.3	57	26.4	57	26.4	40	18.5	103	47.7	1	0.5
	65-74	148	25.8	302	52.6	133	23.2	86	15.0	38	6.6	151	26.3	427	74.4	109	19.0	228	39.7	68	11.8	259	45.1	9	1.6

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		γ-GTP	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	221	21.1	231	22.0	194	18.5	114	10.9	27	2.6	152	14.5	781	74.5	25	2.4	355	33.8	114	10.9	653	62.2	2	0.2
	H25 40-64	80	22.1	63	17.4	64	17.7	41	11.3	4	1.1	38	10.5	238	65.7	5	1.4	80	22.1	42	11.6	248	68.5	0	0.0
	65-74	141	20.5	168	24.5	130	18.9	73	10.6	23	3.3	114	16.6	543	79.0	20	2.9	275	40.0	72	10.5	405	59.0	2	0.3
女性	合計	205	20.1	229	22.5	154	15.1	96	9.4	22	2.2	161	15.8	833	81.8	21	2.1	295	29.0	68	6.7	575	56.5	2	0.2
	H25 40-64	55	18.9	63	21.6	39	13.4	32	11.0	6	2.1	41	14.1	217	74.6	6	2.1	61	21.0	22	7.6	185	63.6	0	0.0
	65-74	150	20.6	166	22.8	115	15.8	64	8.8	16	2.2	120	16.5	616	84.7	15	2.1	234	32.2	46	6.3	390	53.6	2	0.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	794	31.6	60	7.6	137	17.3	11	18.3	91	11.5	35	4.4	182	22.9	36	4.5	12	1.5	90	11.3	44	5.5
	H25 40-64	257	21.9	27	10.5	43	16.7	6	22.2	22	8.6	15	5.8	58	22.6	9	3.5	5	1.9	31	12.1	13	5.1
	65-74	537	40.0	33	6.1	94	17.5	5	15.2	69	12.8	20	3.7	124	23.1	27	5.0	7	1.3	59	11.0	31	5.8
女性	合計	790	32.8	68	8.6	149	18.9	13	19.1	98	12.4	38	4.8	195	24.7	38	4.8	17	2.2	96	12.2	44	5.6
	H25 40-64	216	21.6	23	10.6	41	19.0	3	13.0	24	11.1	14	6.5	46	21.3	7	3.2	8	3.7	22	10.2	9	4.2
	65-74	574	40.8	45	7.8	108	18.8	10	22.2	74	12.9	24	4.2	149	26.0	31	5.4	9	1.6	74	12.9	35	6.1

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		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		
女性	合計	1,049	37.1	42	4.0	80	7.6	0	0.0	50	4.8	30	2.9	109	10.4	11	1.0	9	0.9	56	5.3	33	3.1
	H25 40-64	362	29.1	15	4.1	20	5.5	0	0.0	10	2.8	10	2.8	28	7.7	0	0.0	4	1.1	15	4.1	9	2.5
	65-74	687	43.4	27	3.9	60	8.7	0	0.0	40	5.8	20	2.9	81	11.8	11	1.6	5	0.7	41	6.0	24	3.5
女性	合計	1,018	38.2	26	2.6	88	8.6	5	0.5	49	4.8	34	3.3	115	11.3	18	1.8	12	1.2	48	4.7	37	3.6
	H25 40-64	291	29.7	14	4.8	26	8.9	2	0.7	16	5.5	8	2.7	23	7.9	2	0.7	3	1.0	8	2.7	10	3.4
	65-74	727	43.0	12	1.7	62	8.5	3	0.4	33	4.5	26	3.6	92	12.7	16	2.2	9	1.2	40	5.5	27	3.7

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定保健指導の実施率は大きく伸ばすことができたが、特定健診受診率は神埼市の受診率目標値である 50%は達成できていない状況である。

重症化を予防していくためには、特定健診受診率向上への取組みが重要である。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								神埼市	同規模平均
H25年度	5,442	1,844	33.90%	146位	202	74	36.6%	52.5	50.4
H28年度	5,074	1,808	35.60%	178位	190	109	57.4% ↑	46.1 ↓	51.2

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。

その背景として、治療に繋がったが継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

また、適正な医療につなげるためには、住民自らが体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

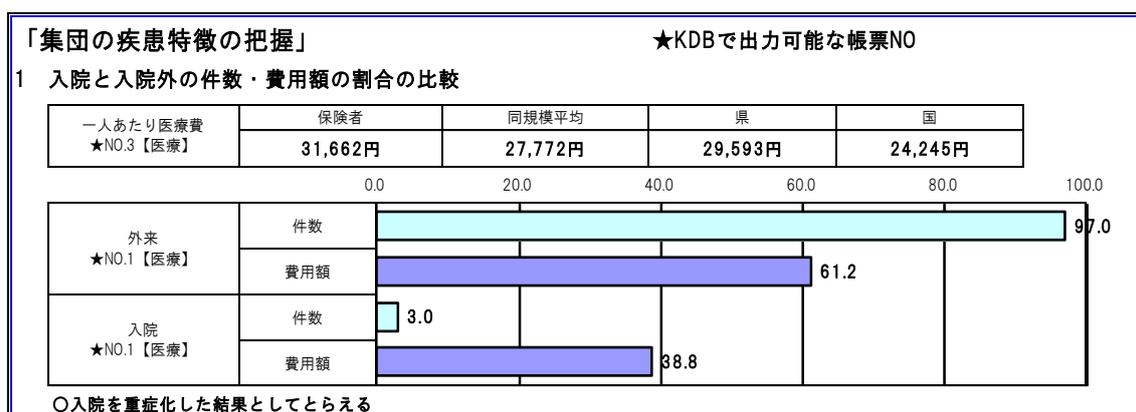
## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

神埼市の一人当たり医療費は、31,662 円で同規模平均、国、県よりも高い。入院件数はわずか 3%で、費用額全体の 38.8%を占めている。入院を減らすことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率がいい。

【図表 13】



#### (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)

①ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を見ると、1 位はがんで 26.3%を占め、2 位は脳血管疾患で 5.9%、3 位は虚血性心疾患が 3.9%を占めている。がんについては、早期発見・早期治療が重要である。脳血管疾患や虚血性心疾患について基礎疾患の重なりを見てみると、高血圧や脂質異常症が多くなっている。糖尿病も含め、特定健診受診率の向上、特定保健指導などによるリスク保有者への働きかけが必要である。

また、その他の疾患については肝炎ウイルス治療薬によるものが影響しているものと思われる。

②6 か月以上の長期入院レセプトでは、1 位は精神疾患で 59.2%の件数で費用の 48.2%を占めている。2 位は脳血管疾患で 18.7%の件数で費用は 20.3%、虚血性心疾患は 5.3%の件数で費用の 6.5%を占めている。

③長期化する疾患である人工透析を見ると、51.7%が糖尿病性腎症であり、糖尿病の重症化予防への取り組みが必要である。

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		がん	その他			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	①	人数	205人	12人		8人		54人	143人			
					5.9%		3.9%		26.3%	69.8%		
	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	年 代 別	367件	13件		9件		111件	234件		
						3.5%		2.5%		30.2%	63.8%	
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	7.7%
				40代	1	7.7%	0	0.0%	2	1.8%	18	7.7%
				50代	3	23.1%	2	22.2%	8	7.2%	15	6.4%
60代	6	46.2%	3	33.3%	64	57.7%	118	50.4%				
70-74歳	3	23.1%	4	44.4%	37	33.3%	65	27.8%				
費用額	5億0056万円	1598万円	1227万円	1億5330万円	3億1902万円							
			3.2%	2.5%	30.6%	63.7%						

\*最大医療資源傷病名 (主病) で計上

\*疾患別 (脳・心・がん・その他) の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	②	人数	74人	47人	15人	4人	
					63.5%	20.3%	5.4%
			件数	638件	378件	119件	34件
				59.2%	18.7%	5.3%	
費用額	2億8968万円	1億3950万円	5886万円	1875万円			
			48.2%	20.3%	6.5%		

\*精神疾患については最大医療資源傷病名 (主病) で計上

\*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出 (重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	③	H28.5 診療分	人数	29人	15人	11人	14人	
					51.7%	37.9%	48.3%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	件数	366件	159件	127件	194件	
						43.4%	34.7%	53.0%
				費用額	1億6379万円	7331万円	5147万円	8801万円
				44.8%	31.4%	53.7%		

\*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

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	の 基 礎 な 疾 り 患	3,260人	331人	426人	83人	
					10.2%	13.1%	2.5%
			高血圧	249人	343人	64人	
				75.2%	80.5%	77.1%	
			糖尿病	133人	175人	83人	
				40.2%	41.1%	100.0%	
			脂質異常症	203人	287人	66人	
	61.3%	67.4%	79.5%				
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症				
1,856人	908人	1,585人	262人				
56.9%	27.9%	48.6%	8.0%				

○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)

神埼市の1号被保険者の20.7%が要介護認定を受けており、75歳以上では、35.2%と認定率は高くなっている。

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが89.8%であり、筋・骨格疾患の86.7%を上回っていた。2号被保険者の介護認定者及び65～74歳の1号被保険者の介護認定者で年齢が低いものも同様に、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

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

【図表 15】

3 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		10,888人		3,789人		4,397人		8,186人		19,074人					
	認定者数		39人		149人		1,549人		1,698人		1,737人					
	認定率		0.36%		3.9%		35.2%		20.7%		9.1%					
	新規認定者数(*1)		25人		68人		422人		490人		515人					
	介護度別人数	要支援1・2		14	35.9%	53	35.6%	539	34.8%	592	34.9%	606	34.9%			
要介護1・2		15	38.5%	55	36.9%	569	36.7%	624	36.7%	639	36.8%					
要介護3～5		10	25.6%	41	27.5%	441	28.5%	482	28.4%	492	28.3%					
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号				1号				合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計							
	介護件数(全体)		213		804		7,331		8,135		8,348					
	再) 国保・後期		137		656		7,172		7,828		7,965					
	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾病	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	
					割合	割合	割合	割合	割合	割合						
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	70	51.1%	脳卒中	278	42.4%	脳卒中	2,938	41.0%	脳卒中	3,216	41.1%
				2	虚血性心疾患	23	16.8%	虚血性心疾患	190	29.0%	虚血性心疾患	2,761	38.5%	虚血性心疾患	2,951	37.7%
				3	腎不全	11	8.0%	腎不全	76	11.6%	腎不全	740	10.3%	腎不全	816	10.4%
				4	糖尿病合併症	14	10.2%	糖尿病合併症	78	11.9%	糖尿病合併症	429	6.0%	糖尿病合併症	507	6.5%
		基礎疾患	高血圧・糖尿病・脂質異常症		106	77.4%	546	83.2%	6,102	85.1%	6,648	84.9%	6,754	84.8%		
			血管疾患合計		110	80.3%	563	85.8%	6,481	90.4%	7,044	90.0%	7,154	89.8%		
		認知症				15	10.9%	151	23.0%	3,075	42.9%	3,226	41.2%	3,241	40.7%	
筋・骨格疾患				107	78.1%	555	84.6%	6,246	87.1%	6,801	86.9%	6,908	86.7%			
*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上																
*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出																
介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較						★NO.1【介護】										
0                      2,000                      4,000                      6,000                      8,000                      10,000																
要介護認定者医療費 (40歳以上)		8,262														
要介護認定なし医療費 (40歳以上)		4,026														

## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内蔵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、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

神崎市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況では、高血圧または高血圧＋脂質の項目に多い。(参考資料1)

図表 17 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、多くの項目で県より高く、女性より男性の率が高いことが分かる。特に HbA1c5.6%以上の人が男女ともに 7割以上いる。

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8			
県	7,290	29.7	12,460	50.7	6,294	25.6	4,816	19.6	2,016	8.2	8,174	33.2	16,759	68.2	4,858	19.8	10,321	42.0	4,405	17.9	11,243	45.7	480	2.0		
保険者	合計	220	27.8	412	52.2	202	25.6	138	17.5	53	6.7	201	25.4	568	71.9	166	21.0	285	36.1	108	13.7	362	45.8	10	1.3	
	40-64	72	33.3	110	50.9	69	31.9	52	24.1	15	6.9	50	23.1	141	65.3	57	26.4	57	26.4	40	18.5	103	47.7	1	0.5	
	65-74	148	25.8	302	52.6	133	23.2	86	15.0	38	6.6	151	26.3	427	74.4	109	19.0	228	39.7	68	11.8	259	45.1	9	1.6	
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	人数	割合
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2			
県	6,647	21.5	6,381	20.7	4,257	13.8	2,680	8.7	534	1.7	6,561	21.2	22,789	73.8	737	2.4	11,017	35.7	3,251	10.5	17,585	56.9	81	0.3		
保険者	合計	205	20.1	229	22.5	154	15.1	96	9.4	22	2.2	161	15.8	833	81.8	21	2.1	295	29.0	68	6.7	575	56.5	2	0.2	
	40-64	55	18.9	63	21.6	39	13.4	32	11.0	6	2.1	41	14.1	217	74.6	6	2.1	61	21.0	22	7.6	185	63.6	0	0.0	
	65-74	150	20.6	166	22.8	115	15.8	64	8.8	16	2.2	120	16.5	616	84.7	15	2.1	234	32.2	46	6.3	390	53.6	2	0.3	

\*全国については、有所見割合のみ表示

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	
	全国	790	32.8	68	8.6%	149	18.9%	13	1.6%	98	12.4%	38	4.8%	195	24.7%	38	4.8%	17	2.2%	96	12.2%	44	5.6%
保険者	合計	790	32.8	68	8.6%	149	18.9%	13	1.6%	98	12.4%	38	4.8%	195	24.7%	38	4.8%	17	2.2%	96	12.2%	44	5.6%
	40-64	216	21.6	23	10.6%	41	19.0%	3	1.4%	24	11.1%	14	6.5%	46	21.3%	7	3.2%	8	3.7%	22	10.2%	9	4.2%
	65-74	574	40.8	45	7.8%	108	18.8%	10	1.7%	74	12.9%	24	4.2%	149	26.0%	31	5.4%	9	1.6%	74	12.9%	35	6.1%
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	全国	1,018	38.2	26	2.6%	88	8.6%	5	0.5%	49	4.8%	34	3.3%	115	11.3%	18	1.8%	12	1.2%	48	4.7%	37	3.6%
保険者	合計	1,018	38.2	26	2.6%	88	8.6%	5	0.5%	49	4.8%	34	3.3%	115	11.3%	18	1.8%	12	1.2%	48	4.7%	37	3.6%
	40-64	291	29.7	14	4.8%	26	8.9%	2	0.7%	16	5.5%	8	2.7%	23	7.9%	2	0.7%	3	1.0%	8	2.7%	10	3.4%
	65-74	727	43.0	12	1.7%	62	8.5%	3	0.4%	33	4.5%	26	3.6%	92	12.7%	16	2.2%	9	1.2%	40	5.5%	27	3.7%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病については、治療中でコントロールができていない者が多い。血圧については、治療により改善がみられているが、治療なしでⅢ度の人が 4 人いる。LDL-C については、治療につながっていない者が多くいる。治療においては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が必要である。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・重症化予防に繋げることが重要である。

今後も特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段 (継続受診者)

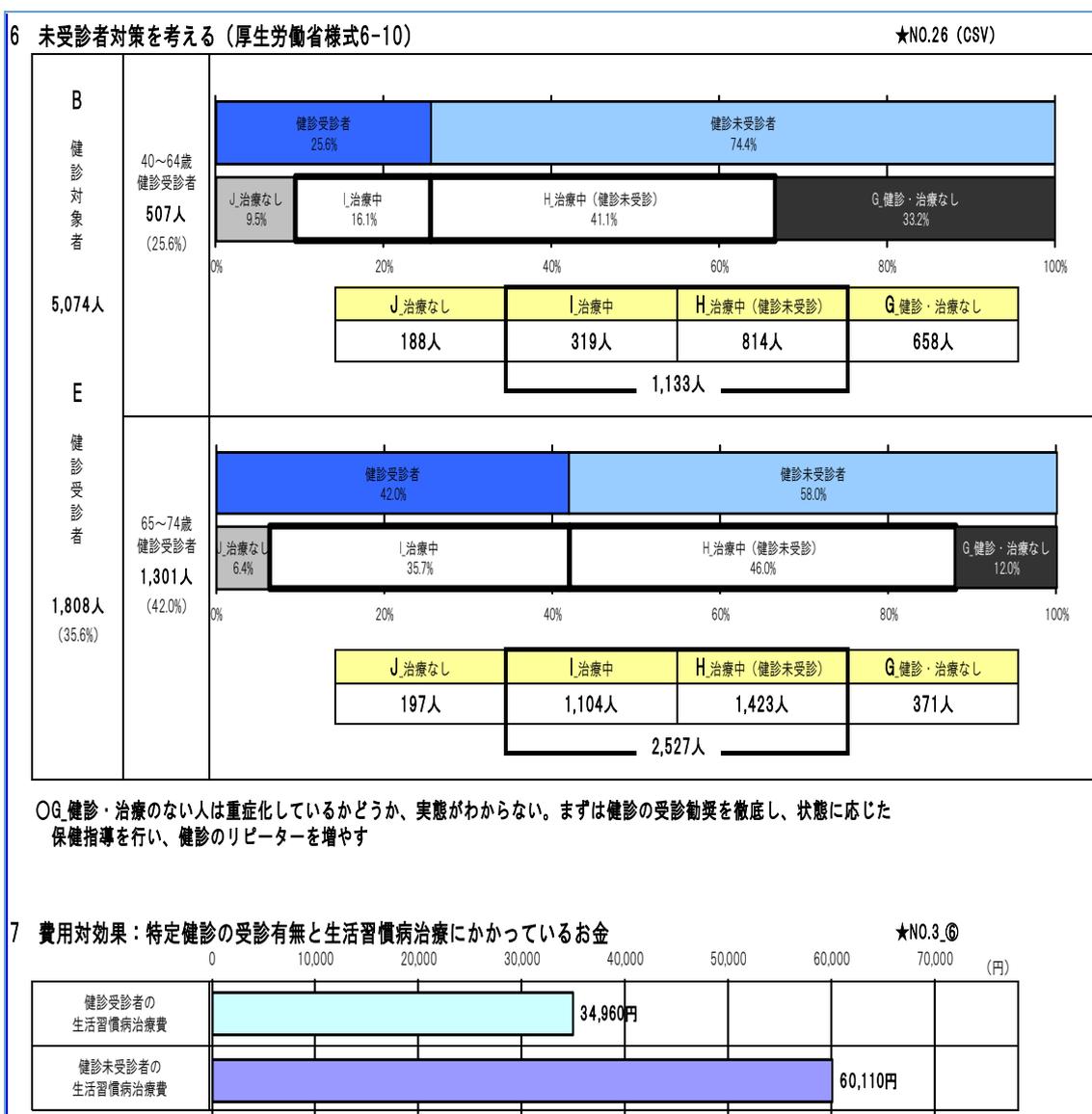
【図表 18】



#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が33.2%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療費にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面においても有用である。

【図表 19】



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

### 3. 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。2023年度には2018年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。また、3年後の2021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、神埼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、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する。

##### 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（2018年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表 20】

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診実施率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

### 3. 対象者の見込み

【図表 21】

		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
特定健診	対象者数	5,100人	5,100人	5,100人	5,100人	5,100人	5,100人
	受診者数	2,295人	2,448人	2,601人	2,754人	2,907人	3,060人
特定保健指導	対象者数	240人	257人	273人	289人	305人	321人
	実施者数	144人	154人	164人	173人	183人	193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佐賀市国保が集合契約を行う。

- 集団健診(神埼市中央公民館他)
- 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、市のホームページに掲載する。

(参照)URL : [www.city.kanzaki.saga.jp](http://www.city.kanzaki.saga.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、佐賀県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

保険者年間実施スケジュール

【図表22】

	受診券・ 受診票発 送	広報	集団健診	毎日健診	個別健診	結果説明	特定保健 指導	ハイリスク 者への保 健指導
4月		健診保存版・HP		↑	↑	↑	↑	↑
5月	一斉発送	健診チラシ		↑	↑	↑	↑	↑
6月	途中加入者随時発行	市報		↑	↑	↑	↑	↑
7月		ハガキ	神埼・千代田	↑	↑	↑	↑	↑
8月				↑	↑	説明会	↑	↑
9月		ハガキ		↑	↑		↑	↑
10月			脊振	↑	↑		↑	↑
11月				↑	↑	説明会	↑	↑
12月				↑	↑		↑	↑
1月		市報・ハガキ		↑	↑		↑	↑
2月			もれ者	↑	↑		↑	↑
3月				↓	↓	↓	↓	↓

## 5. 特定保健指導の実施

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

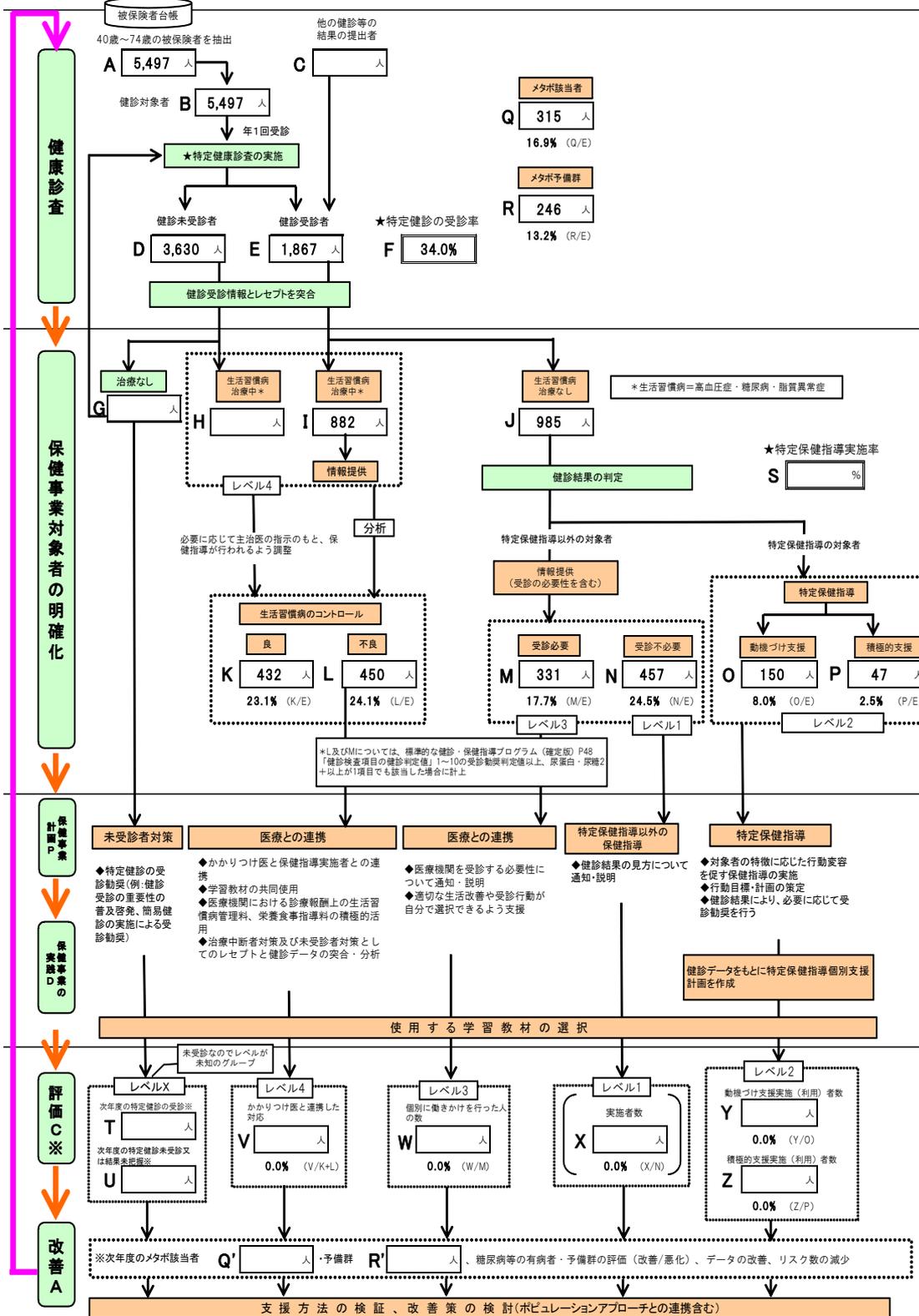
### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(2018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）

様式6-10



## (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）

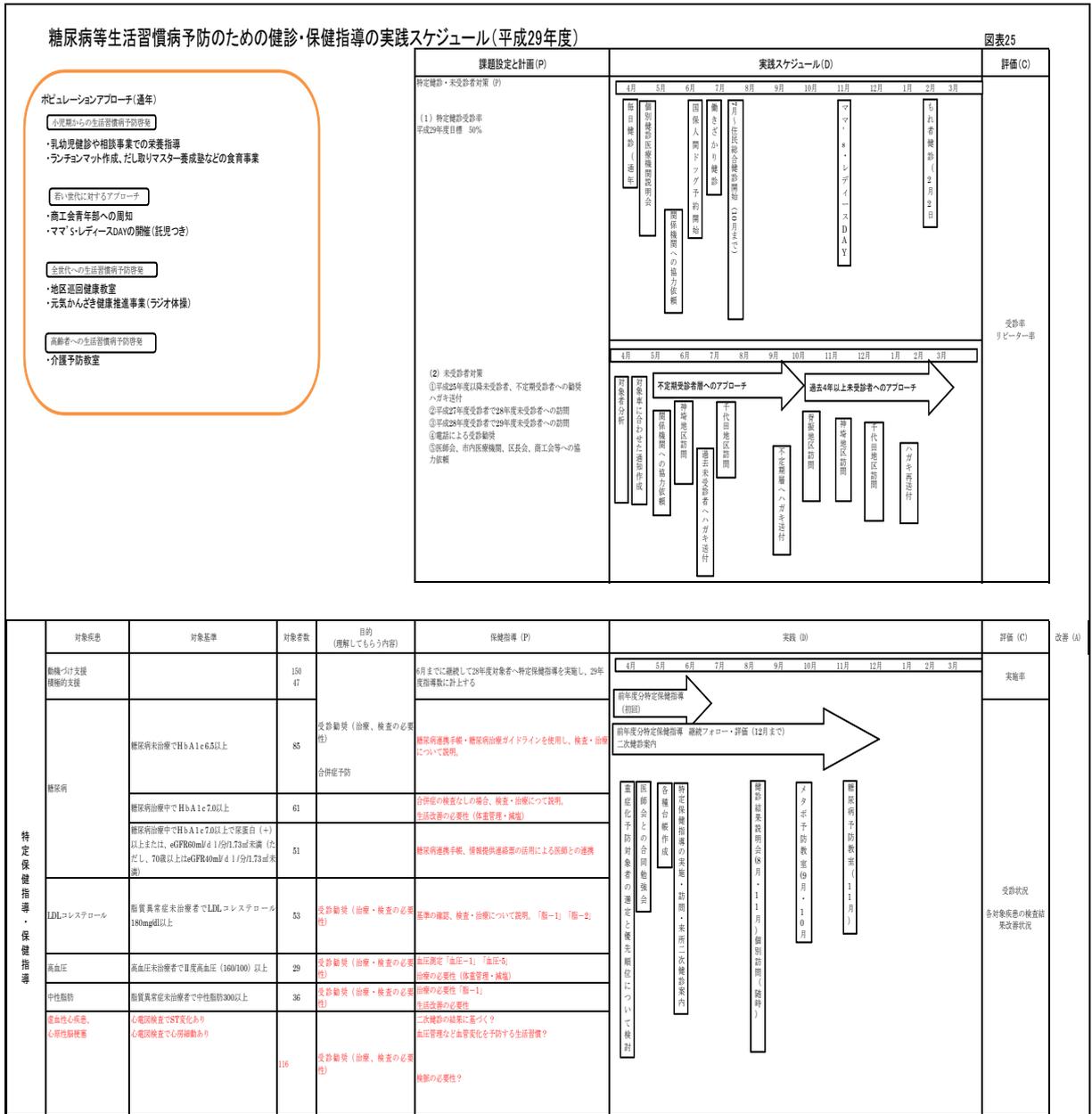
【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	2023 年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	2023 年度 目標実施率
1	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）	2,040 人 ※受診率目標 達成までにあ と 1,432 人	特定健診 受診率 60%
2	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	321 人 (10.5)	特定保健指 導実施率 60%
3	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	532 人 (17.4)	保健指導実 施率 100%
4	L	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	737 人 (24.1)	保健指導実 施率 90%
5	K N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,456 人 (47.6)	保健指導実 施率 90%

(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】



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

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

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

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

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関中断者
- ③糖尿病治療中 ア) 腎機能が低下している者  
イ) コントロール不良の者(HbA1c7.0 以上)

### (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以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。神崎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)神崎市において過去 5 年間の特定健診で一度でも HbA1c 6.5 以上となった事がある者は、347 人㊦であった。

糖尿病性腎症重症化予防の受診勧奨の対象者は、神崎市では、

(1)最新の特定健診結果で HbA1c 6.5%以上で尿蛋白(+)以上または eGFR60ml/dl/分/1.73 m<sup>2</sup>(ただし、70 歳以上は eGFR40ml/dl/分/1.73 m<sup>2</sup>)であり医療機関未受診者

㊦-①、㊦-①

(2)最新の特定健診結果で HbA1c 7.0%以上で医療機関受診を中断している者 ㊦

(3)最新の特定健診結果で HbA1c 7.0%以上で尿蛋白(+)以上または eGFR60ml/dl/分/1.73 m<sup>2</sup>(ただし、70 歳以上は eGFR40ml/dl/分/1.73 m<sup>2</sup>)であることが分かった者

㊦-①

(4)最新の健診結果で HbA1c 6.5 以上の未治療者※上記(1)(2)(3)該当者を除く

㊦-②、㊦-②

(5)最新の健診結果で HbA1c7.0%以上で糖尿病治療中の者※上記(1)(2)(3)該当者を除く

㊦-②

## ③優先順位と介入方法は以下のとおりとする。

### 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 …㊦、㊦ 55 人

(2)糖尿病治療中であつたが中断者…㊦㊦ 15 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】

(3)糖尿病通院する患者のうち腎機能が低下している者…㊦-① 29 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】

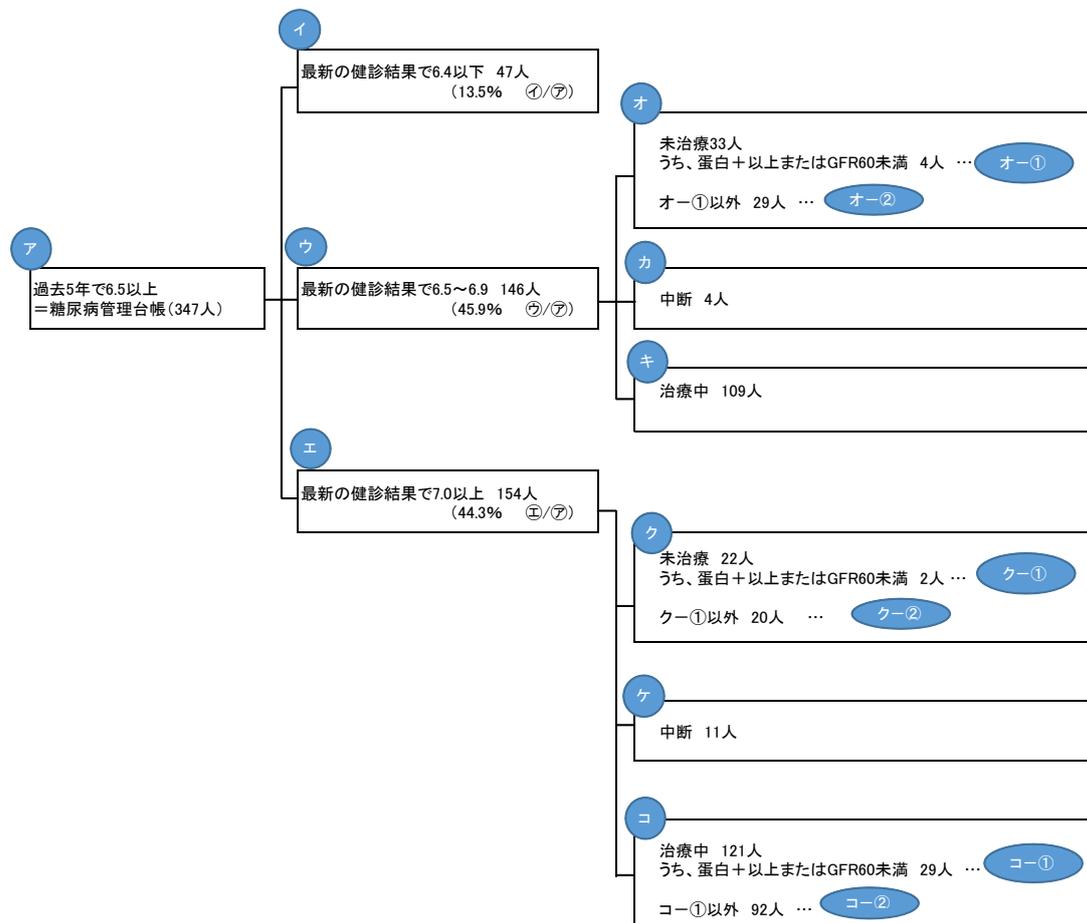
(4)糖尿病治療中でコントロール不良の者…㊦-②92人

・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】

神崎市における糖尿病重症化予防のための対象者の明確化



### 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。

\* 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
- ・ がん治療、認知症、手術の有無など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)……○人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○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。神崎市においては、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？             <ol style="list-style-type: none"> <li>糖尿病による網膜症</li> <li>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>糖尿病性神経障害とそのすずみ方</li> <li>糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </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>ビッグアナイド薬とは</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次健診等を活用して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、事前に神崎市郡医師会等と協議した紹介状等または、糖尿病連携手帳を使用する。

### (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佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 7) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料6)

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

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

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。神崎市において健診受診者1,948人のうち心電図検査実施者は1,677人(86.1%)であり、そのうちST所見があったのは116人であった(図表30)。ST所見あり116人中のうち5人は要精査であり、その後の受診状況をみると、全員受診できていることが確認できた(図表31)。また、神崎市は国や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く、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、ST所見ありのうちメタボリックシンドローム該当者及び予備軍50人へは、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(図表32)。そのため、今後も引き続き、心電図検査の全数実施を行うことが望ましい。

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1,948	100	1,677	86.1	116	6.9	540	32.2	1,021	60.9

\* 受診者: 年度末75歳到達を含む

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)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
116	100	5	4.31	5	100	0	0

② 心電図以外からの把握

神崎市においては、脳血管疾患の新規発症患者の減少および虚血性心疾患の新規発症患者の減少の実現に向け、受診者全員に心電図検査を実施している。(心疾患治療中の者を除く。)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。

心電図等の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1948	116	540	1021	271	
		6.0%	27.7%	52.4%	13.9%	
メタボ該当者	330	29	93	161	47	
	16.9%	8.8%	28.2%	48.8%	14.2%	
メタボ予備群	258	21	63	132	42	
	13.2%	8.1%	24.4%	51.2%	16.3%	
メタボなし	1360	66	384	728	182	
	69.8%	4.9%	28.2%	53.5%	13.4%	
LDL-C	140-159	218	12	54	116	36
		16.0%	5.5%	24.8%	53.2%	16.5%
	160-179	97	3	27	51	16
	7.1%	3.1%	27.8%	52.6%	16.5%	
	180-	49	6	9	27	7
	3.6%	12.2%	18.4%	55.1%	14.3%	

### 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 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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

#### (2) 二次健診の実施

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

### (3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は LDL 管理台帳で行うこととする。また、LDL 管理台帳にはない、ST 変化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 LDL 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)

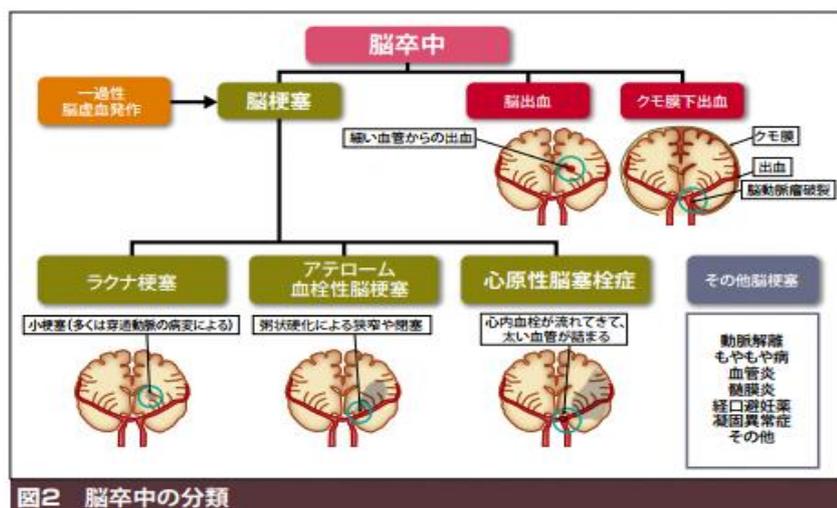
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 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】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞 ●				○		○	
	アテローム血栓性脳梗塞 ●		●		○	●	○	
	心原性脳梗塞 ●	●			○		○	
脳出血	脳出血 ●							
	くも膜下出血 ●							
リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)		
<b>重症化予防対象</b>	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d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 1,867 対象者数	45 2.4%	15 0.8%	56 3.0%	43 2.3%	315 16.9%	146 7.8%	27 1.4%	18 1.0%
治療なし	29 2.4%	5 0.5%	53 3.7%	36 2.5%	60 6.1%	85 5.0%	8 0.8%	4 0.4%
(再掲) 特定保健指導	15 33.3%	1 6.7%	9 16.1%	14 32.6%	60 19.0%	19 13.0%	2 7.4%	0 0.0%
治療中	16 2.5%	10 1.1%	3 0.7%	7 1.6%	255 28.9%	61 39.1%	19 2.2%	14 1.6%
臓器障害 あり	13 44.8%	5 100.0%	17 32.1%	10 27.8%	27 45.0%	35 41.2%	8 100.0%	4 100.0%
CKD (専門医対象者)	0	0	0	1	2	2	8	4
尿蛋白 (2+) 以上	0	0	0	1	1	1	8	1
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0	0	0	0	1	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	0	1	1	4
心電図所見あり	13	5	17	10	25	34	2	1
臓器障害 なし	16 55.2%	--	36 67.9%	26 72.2%	33 55.0%	50 58.8%	--	--

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45人(2.4%)であり、29人は未治療者であった。また未治療者のうち13人(44.8%)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16人(2.5%)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

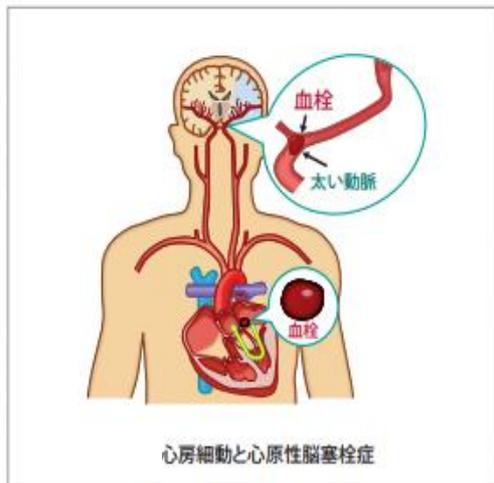
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定							【図表 37】			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化										
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）										
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	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	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
	1,224	508	392	180	115	24	5	9	69	66
		41.5%	32.0%	14.7%	9.4%	2.0%	0.4%	0.7%	5.6%	5.4%
リスク第1層	131	86	28	7	9	1	0	9	1	0
		10.7%	16.9%	7.1%	3.9%	7.8%	4.2%	0.0%	1.4%	0.0%
リスク第2層	745	314	232	115	68	13	3	--	68	16
		60.9%	61.8%	59.2%	63.9%	59.1%	54.2%	60.0%	98.6%	24.2%
リスク第3層	348	108	132	58	38	10	2	--	--	50
		28.4%	21.3%	33.7%	32.2%	33.0%	41.7%	40.0%	--	75.8%
再掲) 重複あり	糖尿病	111	38	41	18	13	1	0		
		31.9%	35.2%	31.1%	31.0%	34.2%	10.0%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	106	39	36	14	12	4	1		
		30.5%	36.1%	27.3%	24.1%	31.6%	40.0%	50.0%		
	3個以上の危険因子	204	55	73	41	27	6	2		
		58.6%	50.9%	55.3%	70.7%	71.1%	60.0%	100.0%		

(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



(脳卒中予防の提言より引用)

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

【図表38】

### 特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	729	948	11	1.5	5	0.5	—	—
40歳代	59	51	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	43	66	1	2.3	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	351	481	4	1.1	2	0.4	1.9	0.4
70～74歳	276	350	6	2.2	3	0.9	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

【図表39】

### 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
16	100	1	6.25	15	93.75

心電図検査において 16 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。また 16 人のうち 15 人は医療機関への受診が確認できたが、1 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも今後も引き続き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行く。

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

### (1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

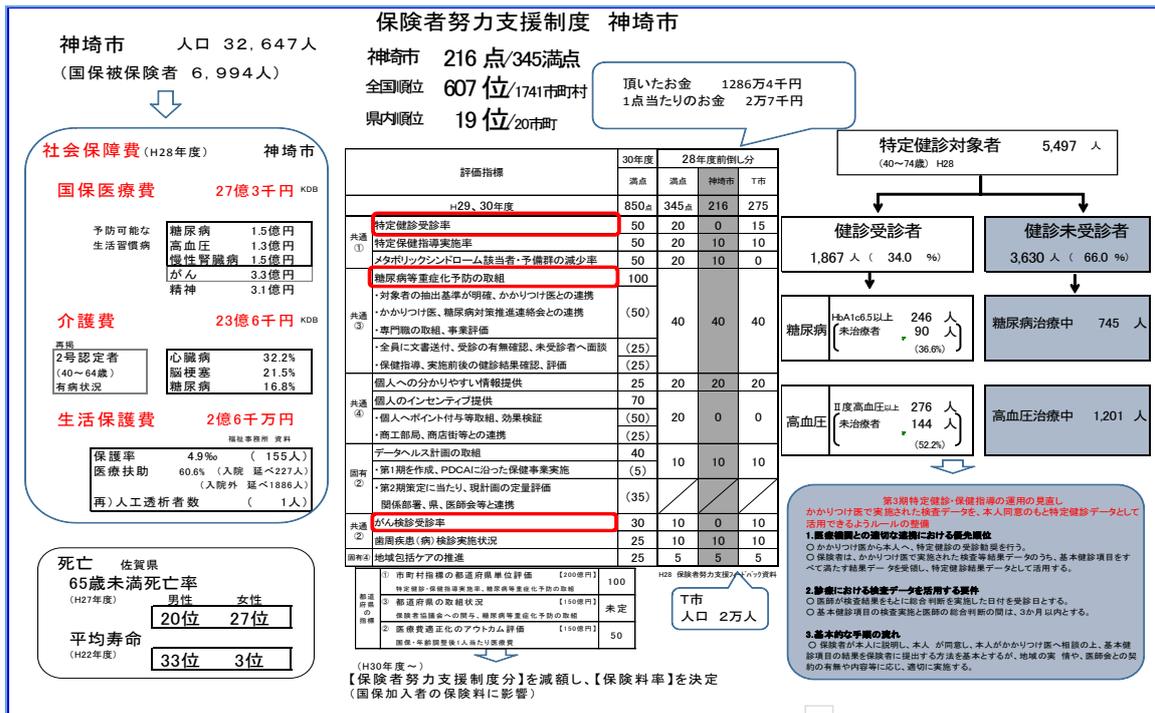
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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

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

【図表 42】

### 65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
神崎市	人	8,246	9,209	9,875	10,004	9,815	9,602	9,529
	%	25.1	28.7	31.7	33.3	34.0	34.8	36.3

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。



## 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神埼市の位置

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 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

【参考資料 1】

項目	H25		H28		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
	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	32,647		32,647		9,030,767		842,408		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）	8,186	25.1	8,186	25.1	2,626,654	29.1	207,778	24.7	29,020,766	23.2	
		75歳以上	4,397	13.5	4,397	13.5			112,903	13.4	13,989,864	11.2	
		65～74歳	3,789	11.6	3,789	11.6			94,875	11.3	15,030,902	12.0	
		40～64歳	10,888	33.4	10,888	33.4			283,027	33.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	13,573	41.6	13,573	41.6			351,603	41.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	9.8		9.8		11.4		9.5		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		第2次産業	28.0		28.0		27.5		24.2		25.2		
		第3次産業	62.2		62.2		61.1		66.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	80.0		80.0		79.2		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体の把握
女性		86.8		86.8		86.4		86.6		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.9		65.9		65.1		65.2		65.2			
	女性	66.5		66.4		66.8		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	104.8		100.1		104.8		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体の把握
		がん	128	55.7	106	51.7	32,164	46.4	2,798	51.0	367,905	49.6	
		心臓病	55	23.9	43	21.0	19,517	28.2	1,387	25.3	196,768	26.5	
		脳疾患	23	10.0	38	18.5	11,781	17.0	880	16.0	114,122	15.4	
		糖尿病	2	0.9	6	2.9	1,340	1.9	105	1.9	13,658	1.8	
		腎不全	11	4.8	5	2.4	2,559	3.7	174	3.2	24,763	3.3	
		自殺	11	4.8	7	3.4	1,902	2.7	141	2.6	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計											厚生省HP 人口動態調査
		男性											
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,513	18.8	1,698	20.6	539,696	20.5	45,242	21.7	5,885,270	21.2
新規認定者			23	0.2	28	0.3	8,952	0.3	795	0.3	105,636	0.3	
② 有病状況		2号認定者	42	0.4	39	0.4	11,164	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4	
		糖尿病	309	20.0	372	21.3	125,636	22.3	10,148	21.7	1,350,152	22.1	
		高血圧症	939	59.4	1,053	60.7	306,174	54.6	27,849	59.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	440	27.8	509	29.0	159,862	28.4	14,344	30.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	1,094	69.2	1,225	70.2	349,548	62.5	31,911	68.5	3,529,682	58.0	
		脳疾患	447	28.4	467	27.6	154,945	27.9	14,853	32.0	1,538,683	25.5	
		がん	179	11.4	239	13.2	58,440	10.3	5,946	12.6	631,950	10.3	
筋・骨格		924	58.2	1,082	61.5	303,462	54.1	28,340	60.6	3,067,196	50.3		
精神	624	40.1	723	41.1	213,558	37.8	20,766	44.3	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	67,570		59,092		66,717		65,198		58,284			
	居宅サービス	46,949		42,605		41,744		46,314		39,662			
	施設サービス	272,368		262,431		278,164		282,952		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	8,068		8,262		8,281		8,101		7,980			
	認定あり	4,144		4,026		4,037		4,033		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	7,806		6,994		2,264,375		205,165		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	3,071	39.3	3,225	46.1			80,173	39.1	12,461,613	38.2	
		40～64歳	2,796	35.8	2,272	32.5			69,731	34.0	10,946,712	33.6	
		39歳以下	1,939	24.8	1,497	21.4			55,261	26.9	9,179,541	28.2	
	加入率	23.9		21.4		25.1		24.4		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.4	3	0.4	833	0.4	108	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	23	2.9	22	3.1	6,529	2.9	684	3.3	96,727	3.0	
		病床数	259	33.2	259	37.0	135,296	59.7	15,108	73.6	1,524,378	46.8	
		医師数	28	3.6	33	4.7	16,982	7.5	2,319	11.3	299,792	9.2	
		外来患者数	7975		8332		6985		736.4		668.1		
③ 医療費の状況	入院患者数	26.9		25.5		23.6		26.3		18.2			
	一人当たり医療費	30,455	県内5位 同規模38位	31,662	県内8位 同規模46位	27,772	29,593	24,245					
	受診率	824.415		858.705		722.103		762.714		686.286			
	外来費用の割合	57.1		61.2		56.9		55.6		60.1			
	入院費用の割合	42.9		38.8		43.1		44.4		39.9			
	1件あたり在院日数	17.4日		17.5日		17.0日		18.0日		15.6日			
	④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名 (額割合含む)	がん	352,609,740	20.9	328,131,930	21.8	23.9	21.4	25.6				
慢性腎不全 (透析あり)		160,310,720	9.5	154,457,040	10.3	9.1	11.0	9.7					
糖尿病		156,209,400	9.3	152,595,400	10.1	9.9	8.4	9.7					
高血圧症		166,696,720	9.9	133,794,420	8.9	8.9	7.8	8.6					
精神		366,023,280	21.7	308,846,600	20.5	19.6	23.2	16.9					
筋・骨格	265,802,910	15.8	268,041,990	17.8	15.2	15.7	15.2						





【参考資料 3】

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

0.

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人		1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	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 かりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医
	④健診未受診者 ( )人			
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保)	( )人		
	②後期高齢者	( )人		
	③他保険	( )人		
	④住基異動(死亡・転出)	( )人		
	⑤確認できず	( )人		
	①=1. 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	⑥結果把握 ( )人			
①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人				
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人				

【参考資料5】

項目		実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数259		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	7,339人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳		5,721人								
2	① 特定健診 対象者数	B	5,497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	1,867人								
	③ 受診率		34.0%								
3	① 特定保健指導 対象者数		197人								
	② 実施率		64.5%								
4	① 健診データ 糖尿病型	E	246人	13.2%							特定健診結果
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	90人	36.6%							
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	156人	63.4%							
	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	71人	45.5%							
	⑤ 血圧 130/80以上	J	38人	53.5%							
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	29人	40.8%							
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖<90未満	K	85人	54.5%							
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	192人	78.0%							
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	24人	9.8%							
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	29人	11.8%							
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	1人	0.4%							
5	① レセプト 糖尿病受療率(被保険者対)		123.7人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		157.5人								
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1人は被保険者対)	入院外(件数)	5,021件	(913.4)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④ 入院(件数)		33件	(6.0)			40件	(5.8)			
	⑤ 糖尿病治療中	H	908人	12.4%							
	⑥ (再掲)40-74歳		901人	15.7%							
	⑦ 健診未受診者	I	745人	82.7%							
	⑧ インスリン治療	O	80人	8.8%							
	⑨ (再掲)40-74歳		79人	8.8%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	83人	9.1%							
	⑪ (再掲)40-74歳		82人	9.1%							
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		15人	1.65%							
	⑬ (再掲)40-74歳		15人	1.66%							
	⑭ 新規透析患者数		3人								
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人								
	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)		23人	2.1%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	① 総医療費		27億3386万円				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		15億0677万円				17億2834万円				
	③ (総医療費に占める割合)		55.1%				57.7%				
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,941円				7,709円				
	⑤ 健診未受診者		35,642円				34,303円				
	⑥ 糖尿病医療費		1億5260万円				1億7157万円				
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.1%				9.9%				
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億4114万円								
	⑨ 1件あたり		36,521円								
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2億4443万円								
	⑪ 1件あたり		517,857円								
	⑫ 在院日数		18日								
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億6089万円				1億6920万円				
	⑭ 透析有り		1億5446万円				1億5806万円				
	⑮ 透析なし		644万円				1114万円				
7	① 介護 介護給付費		23億6368万円				31億7863万円				
	② (2号認定者)糖尿病合併症		4件	7.2%							
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		6人		1.7%		5人		1.1%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

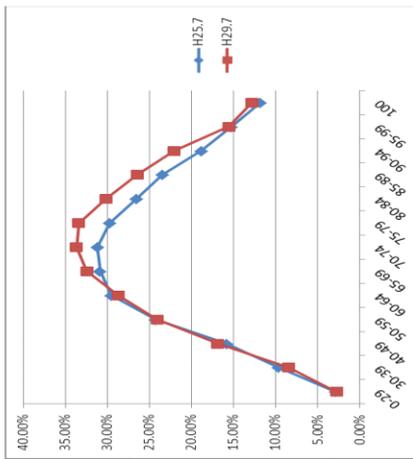
健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 <b>メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。</b>			発症予防対象者	
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比  <input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	□BMI	~24.9	25~			
	□中性脂肪	空腹	~149			150~299 300~
		食後	~199			200~
	□nonHDL-C	~149	150~169			170~
	□AST	~30	31~50			51~
	□血糖	空腹	~99			100~125 126~
		食後	~139			140~199 200~
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~	
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~	
□血圧	収縮期	~129	130~139 140~			
	拡張期	~84	85~89 90~			
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□CKD重症度分類		G3aA1~				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



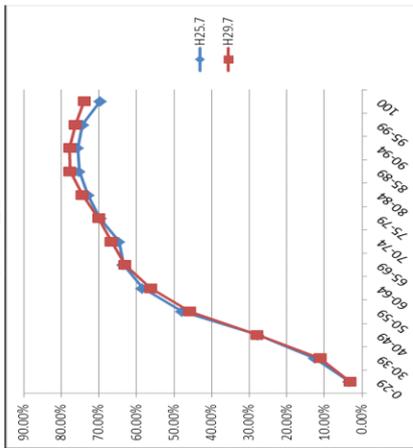
生活習慣病有病状況(佐賀県)

【糖尿病】



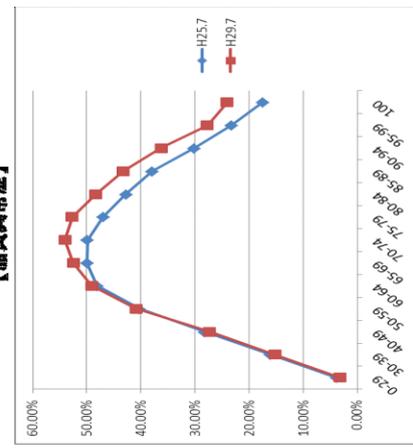
糖尿病有病率	2.8%	9.5%	15.8%	24.7%	29.5%	29.7%	30.8%	32.5%	34.8%	37.5%	40.5%
男性	2.8%	9.5%	15.8%	24.7%	29.5%	29.7%	30.8%	32.5%	34.8%	37.5%	40.5%
女性	2.8%	9.5%	15.8%	24.7%	29.5%	29.7%	30.8%	32.5%	34.8%	37.5%	40.5%

【高血圧】



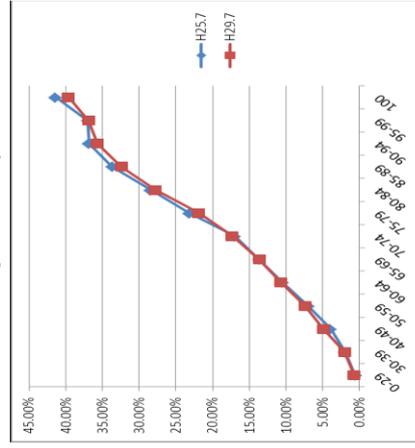
高血圧有病率	3.6%	12.5%	21.7%	47.7%	64.2%	68.5%	72.5%	75.5%	78.5%	81.5%	84.5%
男性	3.6%	12.5%	21.7%	47.7%	64.2%	68.5%	72.5%	75.5%	78.5%	81.5%	84.5%
女性	3.6%	12.5%	21.7%	47.7%	64.2%	68.5%	72.5%	75.5%	78.5%	81.5%	84.5%

【脂質異常症】



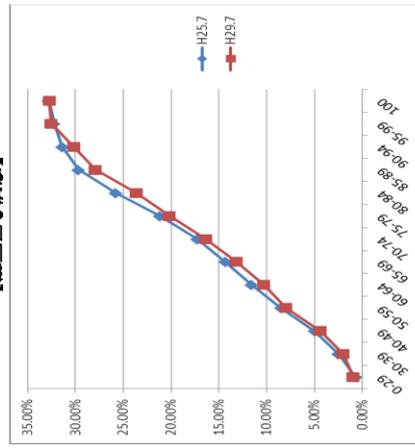
脂質異常症有病率	1.1%	15.2%	28.5%	40.2%	47.5%	48.5%	49.5%	50.5%	52.5%	54.5%	57.5%
男性	1.1%	15.2%	28.5%	40.2%	47.5%	48.5%	49.5%	50.5%	52.5%	54.5%	57.5%
女性	1.1%	15.2%	28.5%	40.2%	47.5%	48.5%	49.5%	50.5%	52.5%	54.5%	57.5%

【脳血管疾患】



脳血管疾患有病率	0.8%	3.2%	6.5%	10.5%	15.5%	20.5%	25.5%	30.5%	35.5%	40.5%	43.5%
男性	0.8%	3.2%	6.5%	10.5%	15.5%	20.5%	25.5%	30.5%	35.5%	40.5%	43.5%
女性	0.8%	3.2%	6.5%	10.5%	15.5%	20.5%	25.5%	30.5%	35.5%	40.5%	43.5%

【虚血性心疾患】



虚血性心疾患有病率	0.7%	2.5%	5.0%	8.5%	12.5%	16.5%	20.5%	24.5%	28.5%	32.5%	35.5%
男性	0.7%	2.5%	5.0%	8.5%	12.5%	16.5%	20.5%	24.5%	28.5%	32.5%	35.5%
女性	0.7%	2.5%	5.0%	8.5%	12.5%	16.5%	20.5%	24.5%	28.5%	32.5%	35.5%

【参考資料10】

平成29年度に向けての全体評価					
課題・目標	①プロセス (やってきた実績の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラテジー (構想)	⑤残っている課題
<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 H29年度目標値50%</li> <li>特定保健指導実施率 平成29年度目標60%</li> <li>健診受診者の検査結果の改善 (血圧、血糖、脂質、CKD)</li> <li>虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病、腎臓病発症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ15%減少させる。</li> <li>医療費の伸びを抑える。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受診率が低い。</li> <li>受診対象の対象者、アプローチ方法等検討</li> <li>医療機関の協力等による取り組み</li> <li>特定健診継続受診管理事業</li> <li>対象者の協定、評価方法等検討</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PDCAサイクルからの計画立案</li> <li>対象者、方法等の検討。</li> <li>地区台帳の検討</li> <li>訪問事業の目標、評価等検討。</li> <li>体制</li> <li>評価指標の検討</li> </ul> <p><b>医療機関とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>会議等での連携の形は整いつつあるが、個々の医療機関との連携となること、進んでいない現状。</li> <li>未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診 <ul style="list-style-type: none"> <li>未受診者対策の取り組みは再再課中心であった。</li> <li>平成29年度は新たな取り組みとして、継続受診勧奨事業を実施。</li> </ul> </li> <li>未受診者対策を効果的にするために、医療機関との協力を進めようとするため、また、未受診者訪問の対象者などのように選定している。個別訪問管理台帳等を活用する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。</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の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いた。</li> <li>保健指導の標準化ができていない。</li> <li>対象者の優先順位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、重症化予防管理台帳等を活用していくことで優先順位が明確化され、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。</li> <li>重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。</li> </ul> <p><b>医療機関とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防プログラムにおいて情報提供書を作成したが、十分な活用できていない。また、重症化予防管理台帳についても、活用を進めていく必要がある。</li> <li>未受診者対策を含め、市医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関訪問の推進状況</li> <li>個々の医療機関へのアプローチ状況</li> <li>未受診者訪問実施状況</li> <li>POビュレーション実施状況</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防事業の実施状況</li> <li>保健指導実施状況</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防情報連携様式の使用状況</li> <li>重症化予防情報連携様式の手帳の活用状況</li> <li>個々の医療機関との連携状況</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 <ul style="list-style-type: none"> <li>H29年度目標値50%達成状況</li> <li>特定保健指導実施率 平成29年度目標60%</li> <li>健診受診者の検査結果の改善 (血圧、血糖、脂質、CKD)</li> <li>虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病、腎臓病発症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。</li> <li>医療費の伸びを抑える。</li> </ul> </li> <li>電話・通知・訪問後受診者数が増えたか？</li> <li>新たに受診した方が翌年も受けたか？</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導実施者の翌年健診結果状況</li> <li>保健指導者の受診回数、検査等状況</li> <li>保健指導(評価項目)集団、個別両方健診結果の状況 (各対象者毎の高血圧割合状況)</li> </ul> <p><b>医療機関とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防情報連携様式に動いた受診行動</li> <li>重症化予防情報連携様式の手帳の活用状況</li> <li>個々の医療機関との連携状況</li> </ul>	<p><b>人員配置</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康増進係、保健師(名(保健士)管理栄養士(名))</li> <li>国際医療系、保健師(名(保健士2名))</li> <li>業務分担</li> <li>健康増進係、特定健診 <ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導</li> <li>重症化予防保健指導</li> <li>未受診者対策</li> </ul> </li> <li>国際医療系、重症化予防対策等 <ul style="list-style-type: none"> <li>検討する担当が分かれているが、両方の取り組みはやり回ししているが、両方の担当が共通認識を持つためにも、配置についての検討が必要である。</li> </ul> </li> <li>地区担当を取り入れ始めているが、十分に継続していない。</li> <li>重症化予防に取り組む上で栄養士の役割は重要であり、栄養士の職員についても検討していく必要がある。</li> <li>医師会との連携は不可欠である。会議等への参加だけでなく、個々の医療機関との連携をとおして連携を構築していくことが必要である。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>POビ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)</li> <li>未受診者訪問の対象者、健診検討(全)の未受診者、健診中断者の継続受診管理)</li> <li>医療機関への協力依頼の検討(実施方法等の検討)</li> <li>評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の検討(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳の検討)</li> <li>医療機関との連携の改善状況(健診、検査等の改善状況、受診行動状況)</li> <li>保健師の目標、評価指標の検討</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防等様々な事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく。</li> </ul>	

