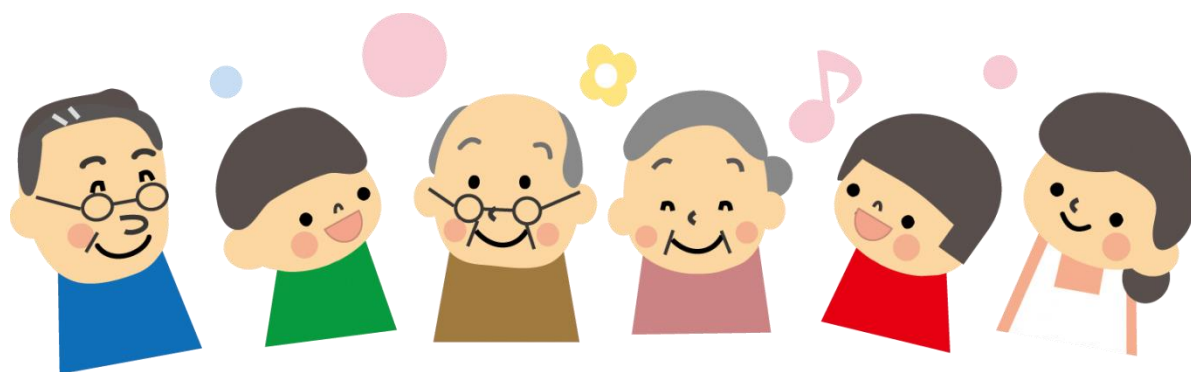


嬉野市国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)
及び第 3 期特定健診等実施計画



平成 30 年 3 月

嬉野市

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の 明確化	7
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1.第 3 期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	26
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	46
第6章 計画の評価・見直し	47
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
参考資料	49

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制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(図表 3)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。

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

2. 計画の位置付け

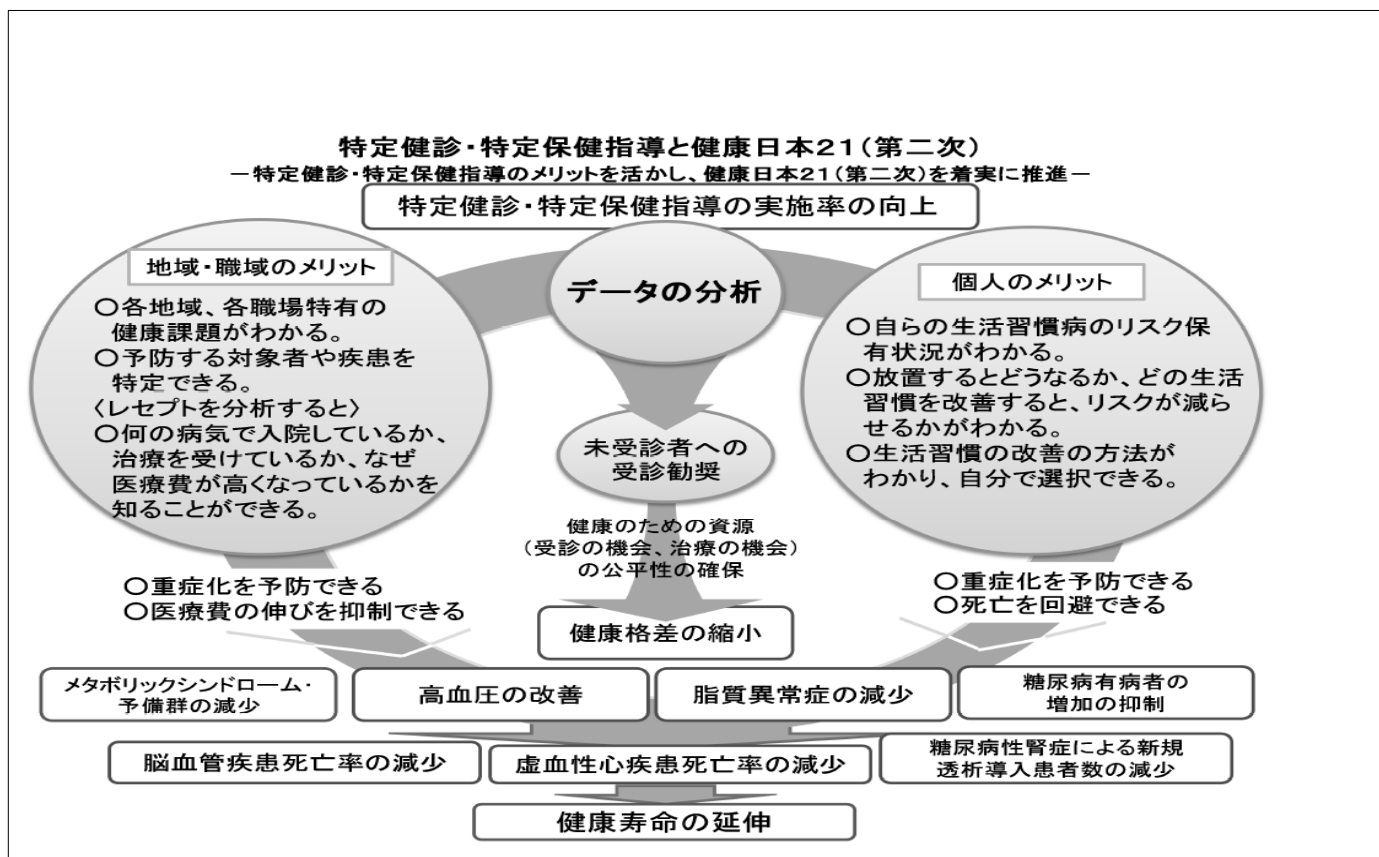
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、第2次佐賀県健康プランや第3次嬉野市健康総合計画・嬉野市食育推進計画、佐賀県医療費適正化計画（第3期）と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

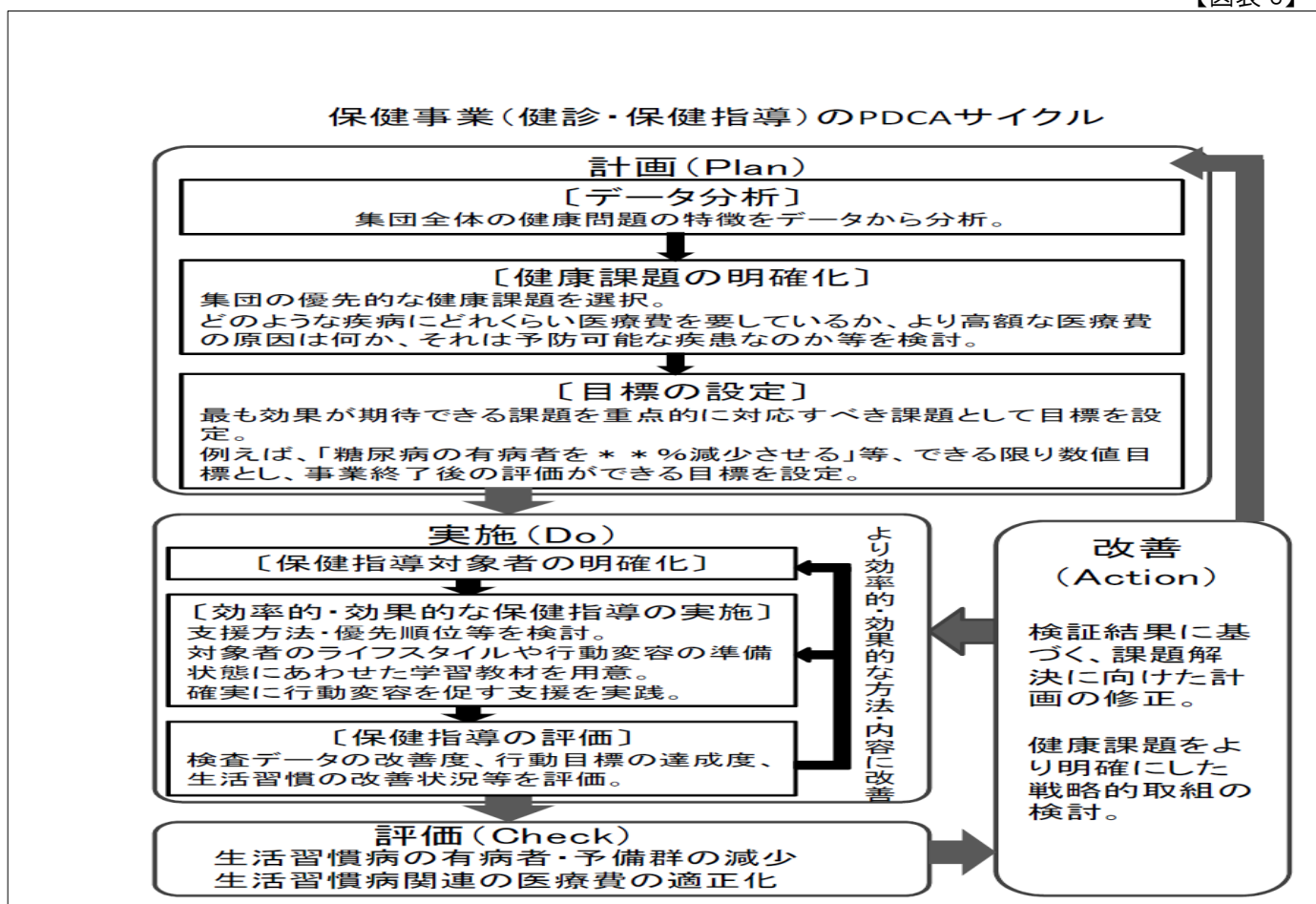
【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進法第9条とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第9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6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6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方針	厚生労働省 保険局 平成28年6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 老健局 平成28年3月 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方針	厚生労働省 保険局 平成28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 保険局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34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して、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、 社会健康増進が維持可能 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・重症化を防ぎ、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病等を減らすことができ、さらには 高血圧・高脂血症の発症を抑制 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 医療の質の向上 を促進することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために取り組むものである。	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、 医療者がその支援の中心 となって、被保険者の特性を踏まえ、効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 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 財政健全化 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即した日常生活を営むことができるよう支援することや、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 悪化の防止 を旨としている。	国民健康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、医療費が過度に増大しないよう注力していき、 良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において見れぬ医療の提供 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（乳幼児期、 若壮年期 、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高く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	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齢調整死亡率）患者数 ③治療継続者の割合 ④血糖コントロールにおけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ※特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ該当者・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ※適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ⑩適切な体重の減少率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 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 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分度】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	○医療費適正化の取組 料率 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・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実情に応じて設定）
その他		保健事業支援・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】



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第2次佐賀県健康プラン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が平成30(2018)年度から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(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

本市においては、健康づくり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。特に健康づくり課の保健師等の専門職が中心となり、市一体で計画策定、事業実施を進めていく。

具体的には、高齢者・介護部局(福祉課)、保健衛生部局(健康づくり課)、企画部局(企画政策課)、生活保護部局(福祉課保護G)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(国保データベースシステム)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(2018)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、特に本市国保の保険者機能の強化については、佐賀県の関与が更に重要となる。

このため、本市国保は、計画素案について佐賀県と意見交換を行い、県との連携に努める。

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

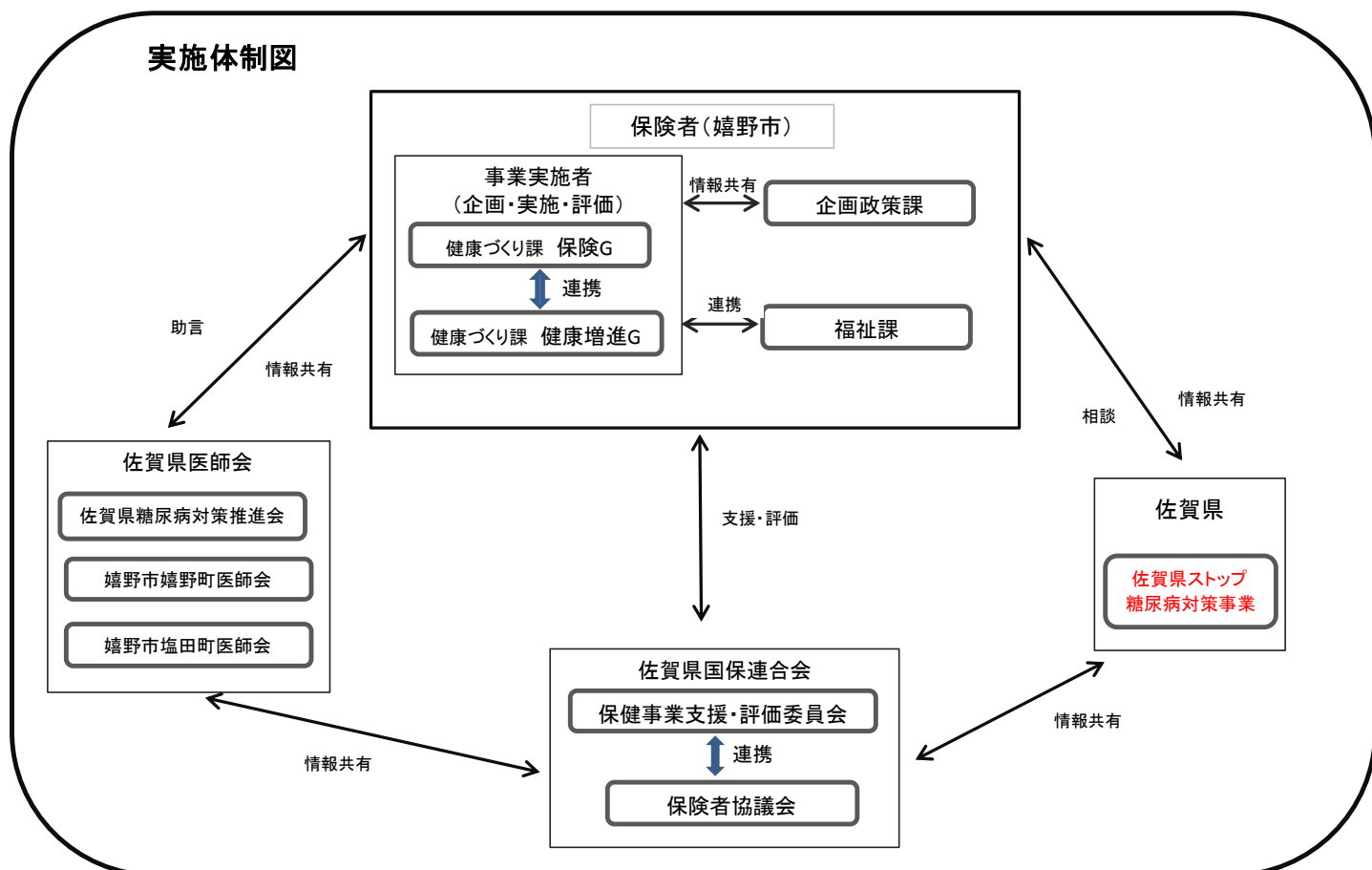
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

嬉野市の実施体制図

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28（2016）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（2018）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）

保険者努力支援制度

【図表5】

評価指標		H28(2016)年 度実績	H29(2017)年 度実績	H30(2018)年 度実績	H28(2016) 年度配点 (参考)	H30(2018) 年度配点 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	345	850
交付額(万円)		371				
総得点(体制構築加点含む)		233				
全国順位(1,741市町村中)		365				
共通 ①	特定健診受診率	0			20	50
	特定保健指導実施率	15			20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			20	50
共通 ②	がん検診受診率	10			10	30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10			10	20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組	40			40	100
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			10	40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			20	25
	個人のインセンティブ提供	0			20	70
共通 ⑤	重複受診者に対する取組	10			10	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11			15	35
	後発医薬品の使用割合	15			15	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			40	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			10	25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			5	25
	第三者求償の取組の実施状況	7			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	70	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(2016)年度人口28,846人、高齢化率28.1%、国保加入率23.2%、被保険者数6,685人(そのうち40歳～74歳の国保被保険者数5,035人)で被保険者数はH25年度と比較すると減少している。また、年齢別にみると65～74歳の年齢では増加しており、被保険者の約4割を占めている。

平成25(2013)年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少した。死因別死亡割合は心臓病・腎不全は減少したが、脳疾患による死亡割合は増加し、糖尿病による死亡割合は横ばいだった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、平成28(2016)年度の65歳以上の1号被保険者の介護認定率は微増したものの県や同規模保険者よりは低い状況であった。また、40～64歳の2号認定者率は横ばい。それに伴う1件当たり介護給付費は減少したものの、県や同規模保険者と比較すると高い状況であった。全体の介護給付費は増加した。

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。医療機関受診率の増加を考えると、重症化する前の受診行動につながっていると推測できるものの、特定健診における受診勧奨者(要精密等)の医療機関受診率は減少し、非受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動が出来ていないと思われる。確実な指導をし、重症化予防をしていく必要がある。また、そのためには特定健診受診率は増加しているものの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今後さらに重要となる。(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)

介護給付費総額は、平成25年度より平成28年度は1億3637万円の増加となっている。一方、被保険者1件当たり給付費(全体)は平成25年度と比較して平成28年度は減少したものの同規模平均より6,439円高い。本市の1件当たり給付費(全体)の施設サービスは減少し、居宅サービスは微増し、同規模平均も同様の傾向がみられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	嬉野市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)(円)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)(円)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	23億6,887万円	73,435	53,789	286,258	67,562	41,726	283,881
H28年度	25億524万円	73,156	54,696	285,501	66,717	41,744	278,164

KDB システム市区町村別データ

② 医療費の状況（図表 7）

本市国保の総医療費については、被保険者数が減少しているため、総医療費は 1 億 3,830 万円の減額になっている。伸び率も同規模保険者が増加しているなか、本市は 4.9%減少している。一方、現加入者の高齢化のため一人当たり医療費は 2,594 円の増額になっており、同規模保険者と比較して、一人当たり医療費の入院外伸び率は 4.5 ポイントも高い。入院費用の伸び率は抑制できている。

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		
				嬉野市	同規模	全国			嬉野市	同規模	全国			嬉野市	同規模	全国
総医療費 (円)	H25年度	28億2,404万円	-	-	-	-	14億3,340万円	-	-	-	-	13億9,064万円	-	-	-	-
	H28年度	26億8,574万円	△1億3,830万円	△4.9	-	-	13億1,693万円	△1億1,647万円	△8.13	-	-	13億6,881万円	△2,183万円	△1.6	-	-
一人当たり 医療費(円)	H25年度	29,931円	-	-	-	-	15,190円	-	-	-	-	14,740円	-	-	-	-
	H28年度	32,525円	2,594円	8.70%	8.20%	8.35%	15,950円	760円	5.00%	8.50%	7.88%	16,580円	1,840円	12.50%	8.00%	6.63%

※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）

本市は中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患、慢性腎不全に係る目標疾患医療費計は減額となったが、一人あたり医療費は 2,594 円増加し、県内 20 市町中 5 位と高く、県、国と比較しても高くなっている。しかし、高額となる疾患の慢性腎不全(透析有)、虚血性心疾患の医療費に占める割合は減少した。心臓（狭心症・心筋梗塞）にかかる医療費及びその原因疾患となる高血圧の割合が減少している。中長期目標疾患の医療費割合を減らすために、短期目標疾患となる糖尿病・高血圧・脂質異常症を重症化させず、きちんと治療につなげることが大切となる。

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			
		金額	順位	腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	6億4,874万円	22.97%						
															同規模	県内	慢性腎不全(透析有)
H25	嬉野市	28億2,404万円	29,931	47位	6位	10.00%	0.40%	3.30%	4.70%	8.30%	10.80%	4.40%	6億4,874万円	22.97%	15.70%	27.00%	14.70%
H28		26億8,574万円	32,525	32位	5位	9.10%	0.40%	3.30%	4.40%	8.30%	8.60%	4.60%	5億8,703万円	21.86%	16.30%	30.10%	14.50%
H28	佐賀県	746億1,405万円	29,593	-	-	11.00%	0.50%	4.10%	2.30%	8.40%	7.80%	5.10%	164億8,215万円	22.09%	21.40%	23.20%	15.70%
	国	9兆6,879億6,826万円	24,245	-	-	9.70%	0.60%	4.00%	3.70%	9.70%	8.60%	5.30%	2兆2,399億983万円	23.12%	25.60%	16.90%	15.20%

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

KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患（図表 9）

平成 25（2013）年度と平成 28（2016）年度を比較すると、中長期目標疾患の医療費に占める割合は、脳血管疾患・心臓・腎臓疾患全てにおいて横ばいまたは減少していたが、患者割合では、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析患者割合の全てが増加した。また、これらの疾患に共通する基礎疾患として、高血圧、糖尿病どちらも全て増加している。

その中でも、人工透析患者の割合は増加し、脳血管疾患患者に占める人工透析患者割合も増加している。また、人工透析患者の全員が高血圧を併せもっている。

【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	7,876	445	5.7%	134	30.1%	16	3.6%	355	79.8%	172	38.7%	253	56.9%
	64歳以下	5,494	159	2.9%	39	24.5%	15	9.4%	125	78.6%	67	42.1%	89	56.0%
	65歳以上	2,382	286	12.0%	95	33.2%	1	0.3%	230	80.4%	105	36.7%	164	57.3%
H28	全体	7,032	464	↑6.6%	152	↑32.8%	13	↑2.8%	388	↑83.6%	217	↑46.8%	278	↑59.9%
	64歳以下	4,407	117	2.7%	34	29.1%	10	8.5%	95	81.2%	50	42.7%	67	57.3%
	65歳以上	2,625	347	13.2%	118	34.0%	3	0.9%	293	84.4%	167	48.1%	211	60.8%

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	7,876	422	5.4%	134	31.8%	9	2.1%	320	75.8%	166	39.3%	236	55.9%
	64歳以下	5,494	127	2.3%	39	30.7%	9	7.1%	101	79.5%	48	37.8%	70	55.1%
	65歳以上	2,382	295	12.4%	95	32.2%	0	0.0%	219	74.2%	118	40.0%	166	56.3%
H28	全体	7,032	416	↑5.9%	152	↑36.5%	9	↑2.2%	335	↑80.5%	172	↑41.3%	245	↑58.9%
	64歳以下	4,407	102	2.3%	34	33.3%	8	7.8%	80	78.4%	40	39.2%	54	52.9%
	65歳以上	2,625	314	12.0%	118	37.6%	1	0.3%	255	81.2%	132	42.0%	191	60.8%

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	7,876	27	0.3%	9	33.3%	16	59.3%	26	96.3%	9	33.3%	6	22.2%
	64歳以下	5,494	23	0.4%	9	39.1%	15	65.2%	22	95.7%	9	39.1%	6	26.1%
	65歳以上	2,382	4	0.2%	0	0.0%	1	25.0%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	7,032	27	↑0.4%	9	→33.3%	13	↓48.1%	27	↑100.0%	10	↑37.0%	6	→22.2%
	64歳以下	4,407	18	0.4%	8	44.4%	10	55.6%	18	100.0%	8	44.4%	3	16.7%
	65歳以上	2,625	9	0.3%	1	11.1%	3	33.3%	9	100.0%	2	22.2%	3	33.3%

(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)

中長期的な目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析、糖尿病性腎症の共通リスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者の全体数・割合は増加し、糖尿病性腎症の割合が増加している。また、糖尿病治療者は、他の疾患治療者(高血圧、脂質異常症)に比べてリスクの重複している割合が高い。

【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							
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7,876	755	9.6%	62	8.2%	523	69.3%	448	59.3%	172	22.8%	166	22.0%	9	1.2%	35	4.6%
	64歳以下	5,494	316	5.8%	31	9.8%	207	65.5%	187	59.2%	67	21.2%	48	15.2%	9	2.8%	15	4.7%
	65歳以上	2,382	439	18.4%	31	7.1%	316	72.0%	261	59.5%	105	23.9%	118	26.9%	0	0.0%	20	4.6%
H28	全体	7,032	766	10.9%	68	8.9%	561	73.2%	489	63.8%	217	28.3%	172	22.5%	10	1.3%	57	7.4%
	64歳以下	4,407	259	5.9%	26	10.0%	172	66.4%	162	62.5%	50	19.3%	40	15.4%	8	3.1%	25	9.7%
	65歳以上	2,625	507	19.3%	42	8.3%	389	76.7%	327	64.5%	167	32.9%	132	26.0%	2	0.4%	32	6.3%

厚生労働省 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7,876	1,644	20.9%	523	31.8%	814	49.5%	355	21.6%	320	19.5%	26	1.6%
	64歳以下	5,494	637	11.6%	207	32.5%	295	46.3%	125	19.6%	101	15.9%	22	3.5%
	65歳以上	2,382	1,007	42.3%	316	31.4%	519	51.5%	230	22.8%	219	21.7%	4	0.4%
H28	全体	7,032	1,673	23.8%	561	33.5%	909	54.3%	388	23.2%	335	20.0%	27	1.6%
	64歳以下	4,407	533	12.1%	172	32.3%	265	49.7%	95	17.8%	80	15.0%	18	3.4%
	65歳以上	2,625	1,140	43.4%	389	34.1%	644	56.5%	293	25.7%	255	22.4%	9	0.8%

厚生労働省 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7,876	1,256	15.9%	448	35.7%	814	64.8%	253	20.1%	236	18.8%	6	0.5%
	64歳以下	5,494	507	9.2%	187	36.9%	295	58.2%	89	17.6%	70	13.8%	6	1.2%
	65歳以上	2,382	749	31.4%	261	34.8%	519	69.3%	164	21.9%	166	22.2%	0	0.0%
H28	全体	7,032	1,300	18.5%	489	37.6%	909	69.9%	278	21.4%	245	18.8%	6	0.5%
	64歳以下	4,407	442	10.0%	162	36.7%	265	60.0%	67	15.2%	54	12.2%	3	0.7%
	65歳以上	2,625	858	32.7%	327	38.1%	644	75.1%	211	24.6%	191	22.3%	3	0.3%

※1 HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー): 採血時から過去 1,2 か月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断・血糖コントロールの指標となる。

②リスクの健診結果経年変化 (図表 11)

リスクの健診結果経年変化を見ると、男女とも中性脂肪 150 以上、HbA1c5.6 以上の有所見者が増加している。特に HbA1c※1 有所見者では、65~74 歳男性では 70.4%、65~74 歳女性では 80.8%を占めている。また収縮期血圧 130 以上の割合も女性は増加し、65~74 歳女性では 49.8%と多い。これらの疾患の根底となる BMI※2 25 以上が男性 29.9%、女性 22.6%と H25 年より増加し、腹囲 85 cm 以上も男性 51.4%、65~74 歳男性では 54.2%の方が該当している。

健診受診割合が男女共増加し、メタボリックシンドローム該当者も、男女とも増加し、特に 65 歳以上 74 歳の男女とも増加している。

※2 BMI(ビーエムアイ。ボディマスインデックス): 大人の体格 (体重と身長のパランス、「肥満」や「やせ」など) を示す目安になるものです。計算式は「体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)」。
BMI25 以上を肥満とする。

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)

【図表 11】 ★KDB帳票No.23

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	247	29.5	426	51.0	215	25.7	149	17.8	101	12.1	112	13.4	507	60.6	219	26.2	354	42.3	126	15.1	325	38.9	20	2.4
	H25 40-64	103	31.2	159	48.2	94	28.5	78	23.6	28	8.5	47	14.2	187	56.7	91	27.6	132	40.0	71	21.5	148	44.8	2	0.6
	H25 65-74	144	28.5	267	52.8	121	23.9	71	14.0	73	14.4	65	12.8	320	63.2	128	25.3	222	43.9	55	10.9	177	35.0	18	3.6
女性	合計	250	29.9	430	51.4	227	26.6	134	16.0	95	11.4	118	14.1	561	67.1	158	18.9	351	42.0	140	16.7	286	34.2	13	1.6
	H25 40-64	90	29.7	141	46.5	88	29.0	54	17.8	31	10.2	33	10.9	186	61.4	72	23.8	109	36.0	63	20.8	113	37.3	4	1.3
	H25 65-74	160	30.0	289	54.2	134	25.1	80	15.0	64	12.0	85	15.9	375	70.4	86	16.1	242	45.4	77	14.4	173	32.5	9	1.7

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	264	21.3	270	21.7	194	15.6	105	8.4	54	4.3	103	8.3	876	70.5	38	3.1	495	39.9	129	10.4	678	54.6	4	0.3
	H25 40-64	92	19.9	88	19	65	14	50	10.8	15	3.2	39	8.4	309	66.7	17	3.7	136	29.4	54	11.7	275	59.4	1	0.2
	H25 65-74	172	22.1	182	23.4	129	16.6	55	7.1	39	5	64	8.2	567	72.8	21	2.7	359	46.1	75	9.6	403	51.7	3	0.4
女性	合計	258	22.6	247	21.7	181	15.9	86	7.5	34	3.0	94	8.2	886	77.7	27	2.4	493	43.2	107	9.4	571	50.1	2	0.2
	H25 40-64	75	20.5	59	16.2	49	13.4	28	7.7	7	1.9	26	7.1	260	71.2	5	1.4	107	29.3	40	11.0	191	52.3	0	0.0
	H25 65-74	183	23.6	188	24.3	132	17.0	58	7.5	27	3.5	68	8.8	626	80.8	22	2.8	386	49.8	67	8.6	380	49.0	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)

★KDB帳票No.24

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者			3項目全て					
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	836	33.7	59	7.1	164	19.6	10	1.2	109	13.0	45	5.4	203	24.3	34	4.1	15	1.8	102	12.2	52	6.2		
	H25 40-64	330	23.3	30	9.1	61	18.5	3	0.9	38	11.5	20	6.1	68	20.6	8	2.4	8	2.4	36	10.9	16	4.8		
	H25 65-74	506	47.6	29	5.7	103	20.4	7	1.4	71	14.0	25	4.9	135	26.7	26	5.1	7	1.4	66	13.0	36	7.1		
女性	合計	836	36.2	48	5.7	150	17.9	12	1.4	105	12.6	33	3.9	232	27.8	28	3.3	17	2.0	120	14.4	67	8.0		
	H25 40-64	303	26.4	24	8.6	53	8.6	3	8.6	32	8.6	18	8.6	64	8.6	3	8.6	8	8.6	38	8.6	15	8.6		
	H25 65-74	533	46.0	24	4.5	97	18.2	9	1.7	73	13.7	15	2.8	168	31.5	25	4.7	9	1.7	82	15.4	52	9.8		

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者			3項目全て					
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	1242	47.7	35	2.8	108	8.7	5	0.4	74	6.0	29	2.3	127	10.2	17	1.4	5	0.4	76	6.1	29	2.3		
	H25 40-64	463	36.1	14	3.0	42	9.1	3	0.6	30	6.5	9	1.9	32	6.9	6	1.3	1	0.2	18	3.9	7	1.5		
	H25 65-74	779	59.0	21	2.7	66	8.5	2	0.3	44	5.6	20	2.6	95	12.2	11	1.4	4	0.5	58	7.4	22	2.8		
女性	合計	1140	48.5	26	2.3	84	7.4	2	0.2	59	5.2	23	2.0	137	12.0	13	1.1	8	0.7	73	6.4	43	3.8		
	H25 40-64	365	36.2	14	3.8	24	6.6	1	0.3	15	4.1	8	2.2	21	5.8	4	1.1	3	0.8	10	2.7	4	1.1		
	H25 65-74	775	57.8	12	1.5	60	7.7	1	0.1	44	5.7	15	1.9	116	15.0	9	1.2	5	0.6	63	8.1	39	5.0		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25（2013）年度と平成 28（2016）年度を比較すると、特定健診受診率は上昇したものの、同規模自治体中の順位は下がった。国の目標受診率は 60%で、重症化予防のためには、今後も受診率を上昇させていくことが重要となってくる。特定保健指導実施率も上昇することが出来た。受診勧奨者の医療機関受診率については、平成 25 年度より低下した。これは、せっかく健診を受けても受診が必要な方が適切な検査・医療を受けず、重症化する可能性が考えられる。同規模平均の医療機関受診率は上昇しており、健診を受けたら適切な医療へつなげ、重症化予防へつなげることが課題と思われる。

【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	
								嬉野市	同規模平均
H25年度	5,084	2,070	40.7	7位	206	77	37.4	47.4	50.8
H28年度	4,570	1,973	↑43.2	10位	176	95	↑54.0	44.4↓	51.1

法定報告と KDB_CSV 2 次加工ツール 様式 6-1

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期データヘルス計画期間の 3 年間において、中長期目標として虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病（CKD）の 3 疾患の重症化が高額医療、長期入院、要介護状態等と密接に関係があるため、これらの重症化予防を目標としてきた。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つながったと思われる。しかし、患者数・割合は殆ど減らず、逆に増えている状況であることもわかった。また、中長期目標を減らすために短期目標としてリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病を減らすことを目標として受診勧奨・保健指導を実施してきたが、結果としては患者の増加傾向が見られた。しかし、この 3 疾患の根底となるメタボリックシンドローム該当・予備群については、女性はどちらも減少傾向が見られた。男性は、メタボリックシンドローム該当者は増えたが、予備群は横ばいとなった。今後は、更に腹囲・メタボリックシンドロームを減らす、短期目標の 3 疾患の重症化を予防する、または早期に見つけ、短期目標疾患は増やしても、中長期目標疾患は確実に減らしていくことを今後一層行っていく必要がある。特に、予防可能で医療費削減にもつながる糖尿病の重症化予防をすすめ、新規人工透析、糖尿病性腎症の減少に向けて今後積極的な取り組みをしていく必要がある。また、そのために、医療機関受診後も継続した治療が出来ているか、コントロール不良者には生活習慣の改善のための訪問等、重症化予防の視点で取り組むべき課題がある。また、本市だけではなく、医療機関や市医師会等の地区組織と連携を図りながら行っていく必要があり、その体制づくりも必要となる。

適正な医療につなげるためには、住民自ら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り、住民自らが適切な治療の必要性の理解と生活習慣改善の方法を選択出来るよう支援する必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

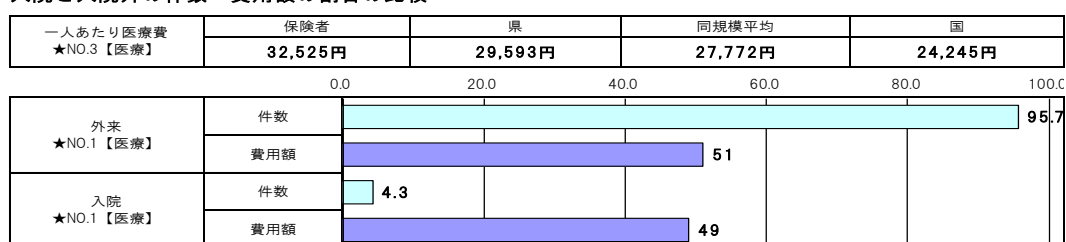
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

平成 28 (2016) 年度における本市の 1 人あたり医療費は県・同規模平均・国より高く、平成 25 (2013) 年度より増加している。本市の入院費用額は全体の 49% を占め、平成 25 (2013) 年度より下がっている。また、外来費用割合は平成 25 (2013) 年度より少し上がった。入院件数を減らし、外来件数を増やしていくことは重症化予防につながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (平成 28 年度) 【図表 13】



○入院を重症化した結果としてとらえる

KDB_CSV 2次加工ツール「特徴の把握 1~2」

(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)

脳血管疾患、虚血性心疾患では重症化すると医療費が高額となり、かつ長期入院 (6 か月以上) となる。糖尿病性腎症でも、重症化すると人工透析となり高額・長期化する。この 3 疾患の基礎疾患の重なりをみると、3 疾患全てにおいて高血圧 80%以上・糖尿病 40%以上 (糖尿病性腎症 100%)・脂質異常症 60%位の重なりがある。これらの基礎疾患の重症化予防により、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症などの高額となる疾患を予防することが出来る。

(平成 28 年度) 【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (28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 (100万円以上レセ)	件数	260件	21件 8.1%	27件 10.4%	--
		費用額	3億9801万円	2774万円 7.0%	5605万円 14.1%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,042件	154件 14.8%	121件 11.6%	--
		費用額	4億7126万円	6204万円 13.2%	4610万円 9.8%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	339件	108件 31.9%	143件 42.2%	128件 37.8%
		費用額	1億4673万円	4833万円 32.9%	6157万円 42.0%	5645万円 38.5%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5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.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	2,815人	413人 14.7%	429人 15.2%	65人 2.3%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	334人 80.9%	361人 84.1%	53人 81.5%
			糖尿病	170人 41.2%	201人 46.9%	65人 100%
			脂質異常症	244人 59.1%	260人 60.6%	39人 60.0%
		高血圧症	791人 59.2%	791人 28.1%	1,295人 46.0%	242人 8.6%
		糖尿病	1,667人	1,295人	242人	

○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。

KDB_CSV 2次加工ツール「特徴の把握 1~2」

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 95.2%であり、筋・骨格疾患によるものの 92.5%を上回っていた。2号認定者及び 65～74 歳の 1号認定者（年齢が低い者）は、筋・骨格疾患によるものより予防可能な血管疾患によるもので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年齢でもあり、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。

介護を受けている人と受けていない人の医療費比較では、受けている人は受けていない人の 2.17 倍も高く、介護予防することで医療費削減にもつながる。

（平成 28 年度） 【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【嬉野市】

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	9,927人	3,352人	4,748人	8,100人	18,027人					
認定者数	42人	140人	1,510人	1,650人	1,692人						
	認定率	0.42%	4.2%	31.8%	20.4%	9.4%					
新規認定者数 (*1)	9人	34人	240人	274人	283人						
介護度別人数	要支援1・2	13	31.0%	44	31.4%	326	21.6%	370	22.4%	383	22.6%
	要介護1・2	12	28.6%	51	36.4%	576	38.1%	627	38.0%	639	37.8%
	要介護3～5	17	40.5%	45	32.1%	608	40.3%	653	39.6%	670	39.6%

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)	42	140	1,511	1,651	1,693											
再) 国保・後期	28	114	1,468	1,582	1,610												
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	脳卒中	19	67.9%	脳卒中	65	57.0%	脳卒中	886	60.4%	脳卒中	951	60.1%	脳卒中	970	60.2%
			虚血性心疾患	8	28.6%	虚血性心疾患	44	38.6%	虚血性心疾患	798	54.4%	虚血性心疾患	842	53.2%	虚血性心疾患	850	52.8%
	腎不全	1	3.6%	腎不全	9	7.9%	腎不全	232	15.8%	腎不全	241	15.2%	腎不全	242	15.0%		
	合併症	4	糖尿病合併症	3	10.7%	糖尿病合併症	10	8.8%	糖尿病合併症	128	8.7%	糖尿病合併症	138	8.7%	糖尿病合併症	141	8.8%
	基礎疾患	23	82.1%	92	80.7%	1,353	92.2%	1,445	91.3%	1,468	91.2%						
	血管疾患	23	82.1%	96	84.2%	1,413	96.3%	1,509	95.4%	1,532	95.2%						
	認知症	2	7.1%	29	25.4%	784	53.4%	813	51.4%	815	50.6%						
	筋・骨格疾患	23	82.1%	91	79.8%	1,375	93.7%	1,466	92.7%	1,489	92.5%						

*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	12,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	[Bar chart showing 9,985]						9,985
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	[Bar chart showing 4,584]						4,584

KDB システム 2 次加工ツール「特徴の把握 3」

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、内臓脂肪の蓄積、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複し、重症化した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病等の重症疾患となる。

本市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者・予備群が多く、健診結果の有所見状況でも腹囲・HbA1cの有所見割合が男女とも高い。内臓脂肪の蓄積が原因で血糖・血圧・脂質等を上昇させ、生活習慣病を引き起こす要因となるため、内臓脂肪の蓄積から高血糖状態を起こしていると推測される。

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

〈平成 28 年度〉【図表 16】

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	人数
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	250	29.9	430	51.4	222	26.6	134	16.0	95	11.4	118	14.1	561	67.1	158	18.9	351	42.0	140	16.7	286	34.2	13	1.6
	40-64	90	29.7	141	46.5	88	29.0	54	17.8	31	10.2	33	10.9	186	61.4	72	23.8	109	36.0	63	20.8	113	37.3	4	1.3
	65-74	160	30.0	289	54.2	134	25.1	80	15.0	64	12.0	85	15.9	375	70.4	86	16.1	242	45.4	77	14.4	173	32.5	9	1.7

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
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	258	22.6	247	21.7	181	15.9	86	7.5	34	3.0	94	8.2	886	77.7	27	2.4	493	43.2	107	9.4	571	50.1	2	0.2
	40-64	75	20.5	59	16.2	49	13.4	28	7.7	7	1.9	26	7.1	260	71.2	5	1.4	107	29.3	40	11.0	191	52.3	0	0.0
	65-74	183	23.6	188	24.3	132	17.0	58	7.5	27	3.5	68	8.8	626	80.8	22	2.8	386	49.8	67	8.6	380	49.0	2	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

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)

〈平成 28 年度〉【図表 17】

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常		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	3,306,030	32.4			564,654	17.1							897,054	27.1								
県	45,914	34.7	3,286	7.2	9,707	21.1	633	1.4	6,639	14.5	2,408	5.2	14,346	31.2	2,329	5.1	793	1.7	6,920	15.1	4,275	9.3	
保険者	合計	836	36.2	48	5.7	150	17.9	12	1.4	105	12.6	33	3.9	232	27.8	28	3.3	17	2.0	120	14.4	67	8.0
	40-64	303	26.4	24	8.6	53	8.6	3	0.3	32	8.6	18	8.6	64	8.6	3	8.6	8	8.6	38	8.6	15	8.6
	65-74	533	46.0	24	4.5	97	18.2	9	1.7	73	13.7	15	2.8	168	31.5	25	4.7	9	1.7	82	15.4	52	9.8

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常		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	4,531,499	39.8			262,862	5.8							424,580	9.4								
県	51,978	43.1	1,945	3.7	4,926	9.5	251	0.5	3,570	6.9	1,086	2.1	6,659	12.8	922	1.8	353	0.7	3,454	6.6	1,896	3.6	
保険者	合計	1,140	48.5	26	2.3	84	7.4	2	0.2	59	5.2	23	2.0	137	12.0	13	1.1	8	0.7	73	6.4	43	3.8
	40-64	365	36.2	14	3.8	24	6.6	1	0.3	15	4.1	8	2.2	21	5.8	4	1.1	3	0.8	10	2.7	4	1.1
	65-74	775	57.8	12	1.5	60	7.7	1	0.1	44	5.7	15	1.9	116	15.0	9	1.2	5	0.6	63	8.1	39	5.0

*全国については、有所見割合のみ表示

*KDB システム 2 次加工ツール特徴の把握 5 ~ 8

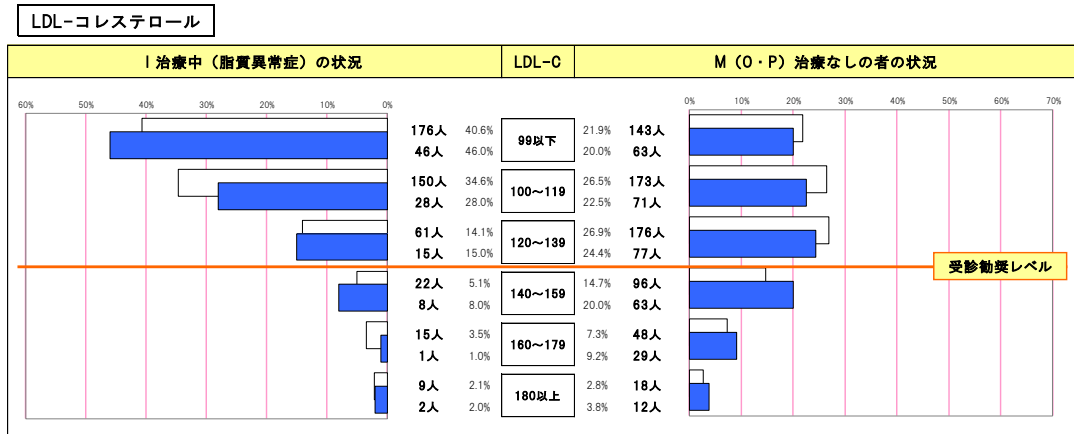
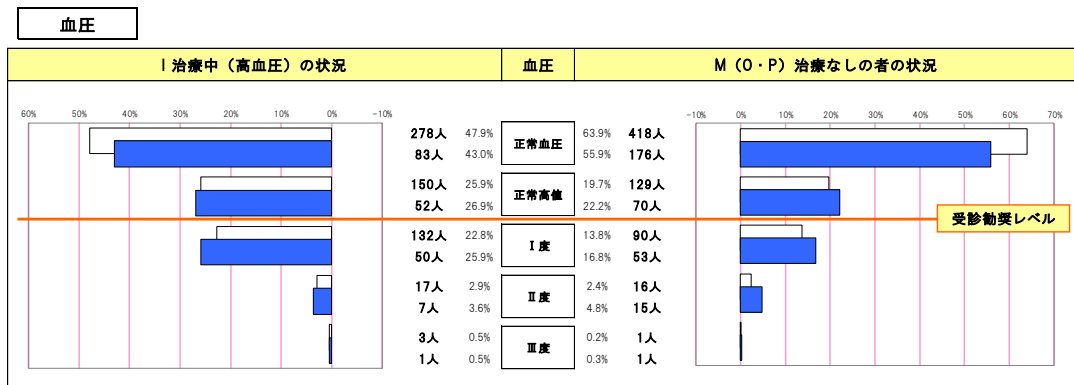
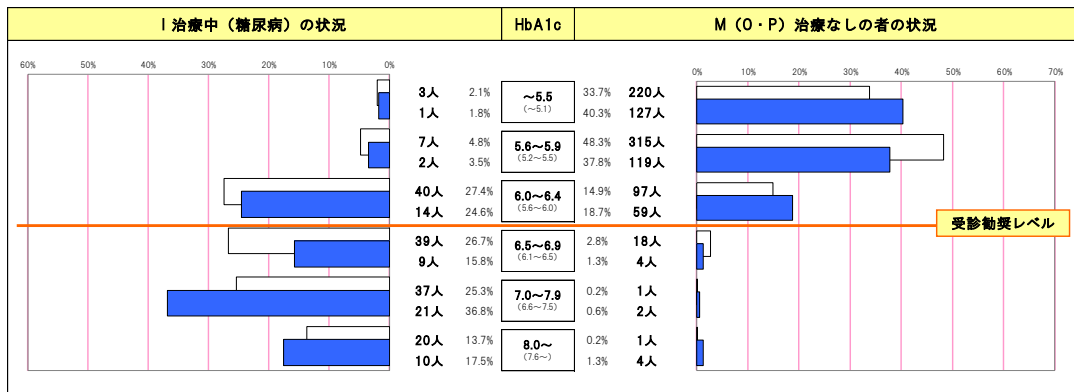
2) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

血圧、LDL コレステロールの治療中の方は、コントロールが出来ている傾向だが、HbA1c では、治療中の 7.0 以上 (合併症発症レベル) が多く、治療中のコントロール不良者が沢山いることがわかる。これは、糖尿病については薬物療法のみでの改善が難しく、生活習慣改善につながる保健指導が重症化予防となる。治療なしの受診勧奨レベルの方は多くないが、受診勧奨をきちんとしていくことが大切となる。血圧、LDL コレステロールについては、治療中の方は薬物療法でのコントロールが良い傾向にある。未治療者の方の受診勧奨レベルは多い傾向で、健診後の受診勧奨をしっかりと行っていくことが重要となる。

治療中でも毎年健診を受診し、住民自らコントロール状況を見ていくことが大切となる。

継続受診者と新規受診者の比較

HbA1c (平成 28 年度) 【図表 18】



*あなみツール③:2:経年比較ツール「グラフ (継続・新規)」

3) 未受診者の把握 (図表 19)

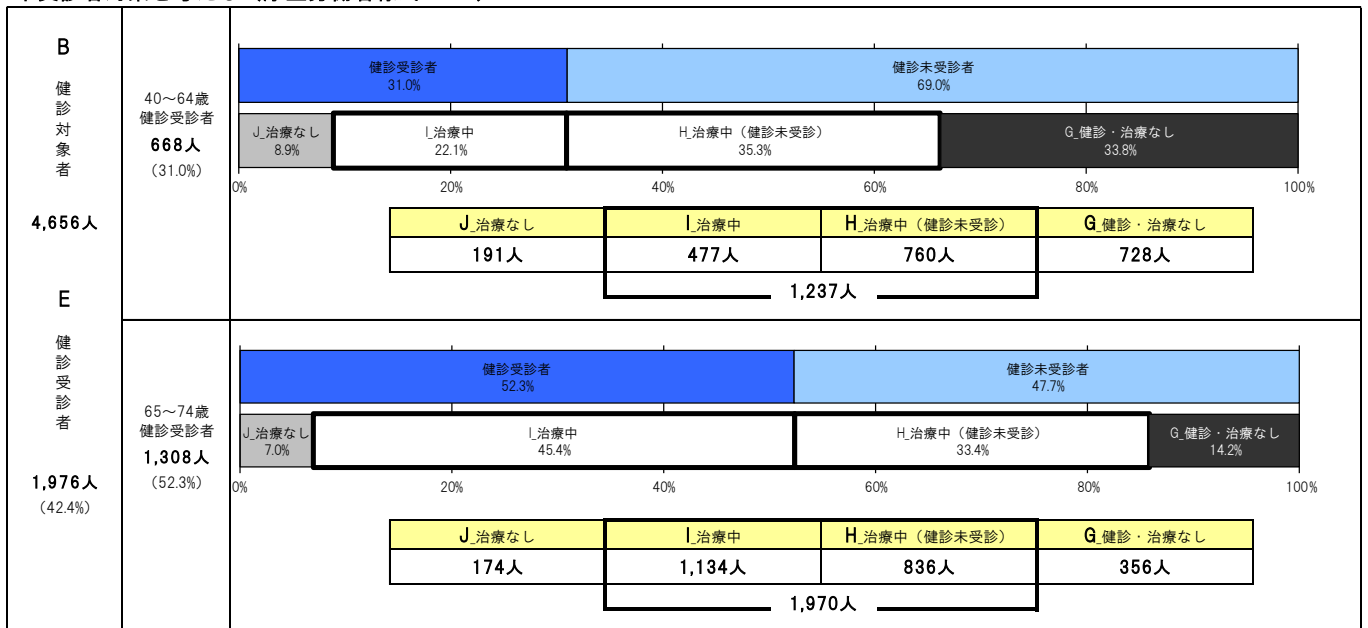
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が33.8%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、自分の体の実態が全く分からない状態で、重症化することが考えられる。また、特定健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金を比較してみても、2.9倍の治療費の違いがあり、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】

〈平成 28 年度〉

★KDB 帳票 No26

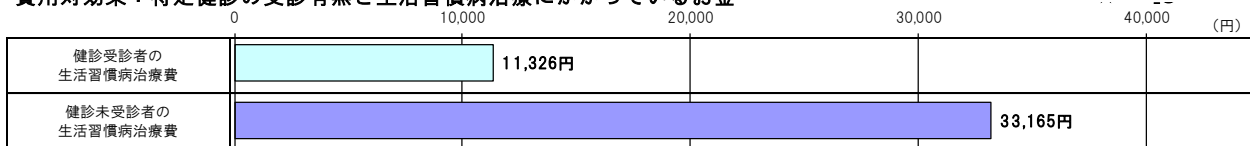
6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)



OG_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★KDB 帳票 No3⑥



KDB_CSV 2次加工ツール「特徴の把握 5～8」

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年度には平成28(2016)年度と比較して、脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合を3%減少、糖尿病性腎症による新規透析導入者をゼロとすることを目標にする。また、3年後の2020年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくると考えると、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。

また、本市の医療のかかり方は、普段通院、服薬しているにもかかわらず、生活習慣の改善ができず重症化する実態がある。重症化予防、医療費の適正化へつなげるためには、入院外医療費の伸び率を平成28(2018)年度と比較して同規模平均とすることを目標とし、まずは一人当たり医療費の増加を抑え、伸び率を上げないようにすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方にとり、食事指導を行い、継続的な運動習慣を勧め、生活習慣の行動変容を促し、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。特に本市においては有所見率の高いHbA1cの値について重要視していく。

そのためには、健診結果から優先順位を立てて、医療受診が必要な者には適切な働きかけや、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。

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。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値								最終評価値	現状値の把握方法
				H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)	H34 (2022)	H35 (2023)		
特定 計 画 診 等	医療費削減のために、特定 健診受診率、特定保健指 導の実施率の向上により、 重症化予防対象者を減ら す。	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	43.2%	45.6%	48.0%	50.0%	52.5%	55.2%	57.5%	60.0%	60.0%	特定健診・ 特定保健指導 結果 (厚生労働省・ 法定報告)
				54.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾 患、糖尿病性腎症による透 析の医療費の伸びを抑制 する メタボリックシンドローム該当者の減少率25% 健診受診者の高血圧者の割合減少15% (160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合減少15% (LDL180以上) 健診受診者の糖尿病者の割合減少12% (HbA1c6.5以上) 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合25% 糖尿病の保健指導を実施した割合50%以上	脳血管疾患、虚血性心疾 患、糖尿病性腎症による透 析の医療費の伸びを抑制 する メタボリックシンドローム該当者の減少率25% 健診受診者の高血圧者の割合減少15% (160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合減少15% (LDL180以上) 健診受診者の糖尿病者の割合減少12% (HbA1c6.5以上) 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合25% 糖尿病の保健指導を実施した割合50%以上	脳血管疾患の総医療費に占める割合3%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合3%減少 糖尿病性腎症による透析導入者をゼロにする	3.3%				3.3%				3.2%	KDBシステム
				4.4%				4.4%				4.3%	
短期	がん・子宮がんの死亡率 が県と比較して高い。	がんの早期発見、早期治 療 自己の健康に関心をもつ住 民が増える	がん検診受診率 13%以上 肺がん検診 18%以上 大腸がん検診 20.0%以上 子宮頸がん検診 25.0%以上 乳がん検診 30%以上	8.1%	8.8%	9.5%	10.2%	10.9%	11.6%	12.3%	13.0%	13.0%	特定健診結果
				13.5%	14.1%	14.8%	15.4%	16.1%	16.7%	17.3%	18.0%		
保険者努力支援制度	後発医薬品の使用により、 医療費の削減	後発医薬品の使用により、 医療費の削減	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合 20%以上 後発医薬品の使用割合 83.0%以上	未	未	未	10.0%	13.0%	16.0%	18.0%	20.0%	20.0%	婦野市 健康づくり課 厚生労働省 公表結果
				76.8%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3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1期及び第2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3期(平成30(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】

	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
特定健診実施率	48.0	50.0	52.5	55.0	57.5	60.0
特定保健指導実施率	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0

3. 対象者の見込み

【図表21】

		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	4,526	4,347	4,172	3,881	3,685	3,442
	受診者数	2,172	2,174	2,190	2,135	2,119	2,065
特定保健指導	対象者数	163	157	151	145	138	132
	実施者数	98	94	91	87	83	79

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。佐賀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(嬉野市塩田保健センター他)
- 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、市町村のホームページに掲載する。

(参照)URL：<https://www.city.ureshino.lg.jp/top.html>

(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、佐賀県においては、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。

嬉野市独自の取組として、脳血管疾患・心臓疾患で治療中の方以外の受診者全員に、心電図検査を実施する。

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

6 月～8 月末までを個別健診期間とし、その他に追加健診期間と集団健診日を設ける。

(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)特定健診の案内方法・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)

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール

保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	健診種類	受診券有効期限												
			H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月	
嬉野市	4,954	個別健診			6月1日	→	8月31日								
		追加健診							10月16日 ～10月31日						
		集団健診					8月6日 8月20日		10月15日	11月26日					
		人間ドック 脳ドック	ドック助成案内					助成期間(6月上旬～3月末)							→

5. 特定保健指導の実施

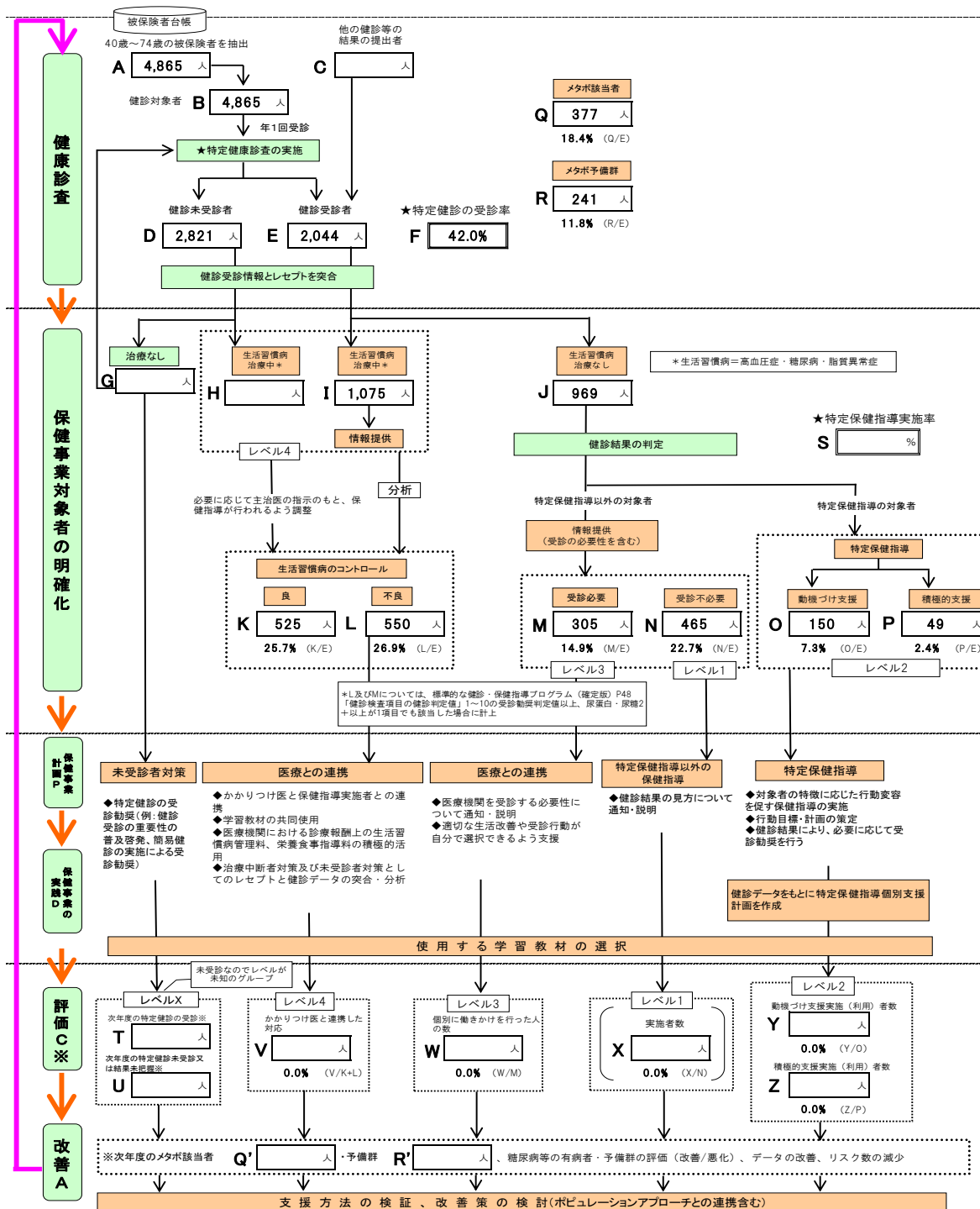
特定保健指導の実施については、保険者直接実施。健康増進グループと連携して実施していく。

(1) 特定健診から保健指導実施の流れ

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

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)要保健指導数、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	平成 28 (2016)年度 実績 (特定保健指導 者対象者の○%)	目標実施率 2023 年度
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	特定健診受診者の 176 人 (8.9%) 特定保健指導対象者の (54.0%)	特定保健指導対象者の 60.0%
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	305 人 (14.9%)	HbA1c7.0 以上。 糖尿病性腎症 専門医レベル。 高血圧Ⅱ度以上。 100%を目指す
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、未受診者への受診勧奨、健診データの持ち込み、医療機関からの情報提供による受診勧奨）	特定健診受診率 43.2% 未受診者 2,821 人 ※受診率目標 60%達成までに あと 875 人	特定健診 受診率 60%
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・結果結果説明会・訪問で説明	465 人 (22.7%)	集団健診受診 者には 100%
5	I	情報提供（生活習慣病治療中）	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,075 人 (52.6%)	糖尿病治療中でコントロール不良者。 糖尿病性腎症 専門医レベル。 高血圧Ⅱ度以上。

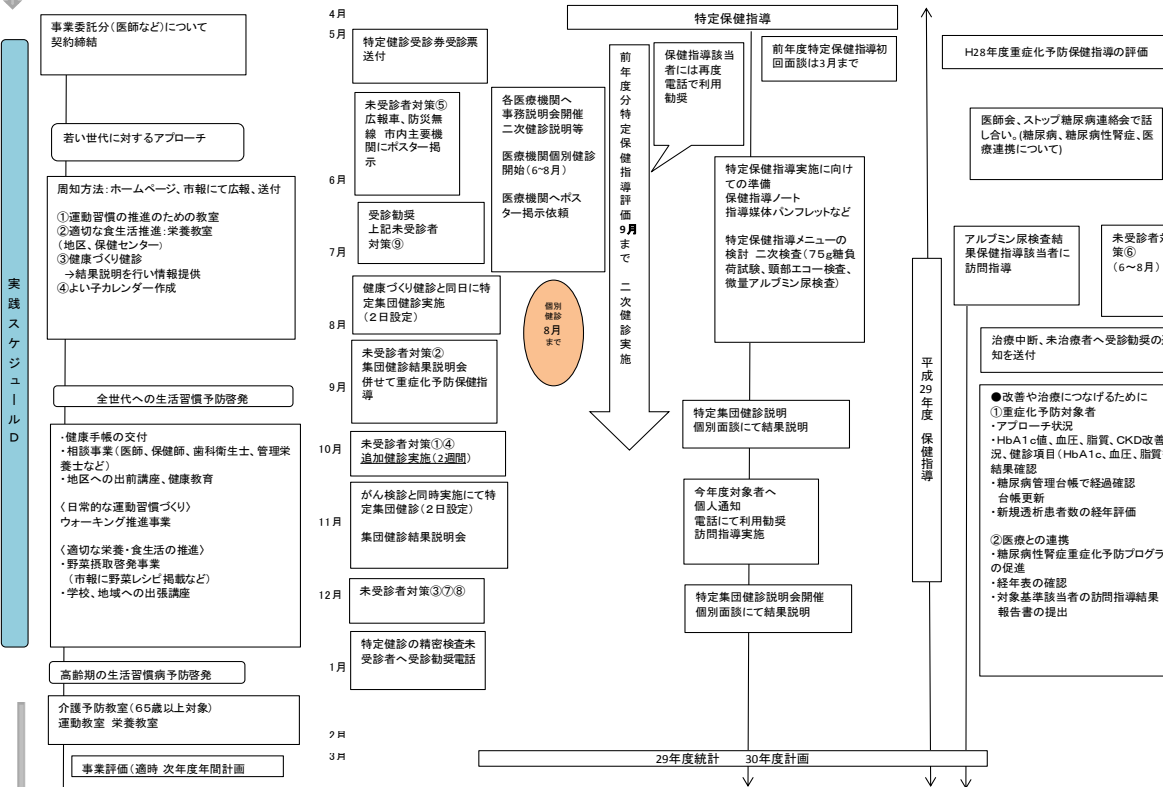
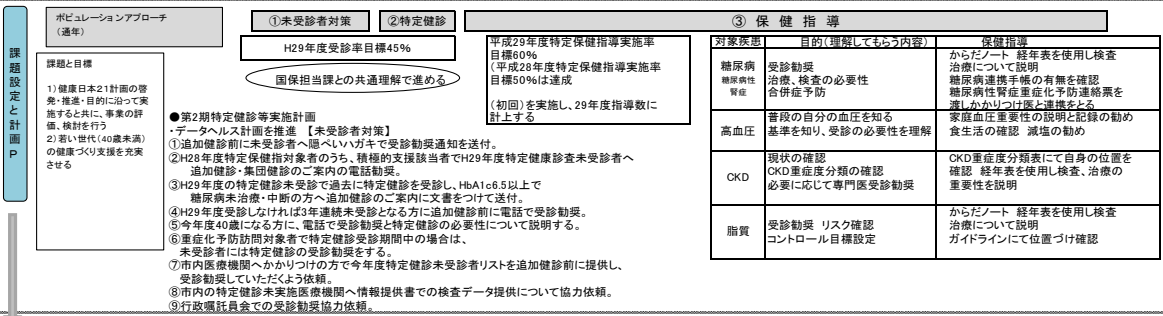
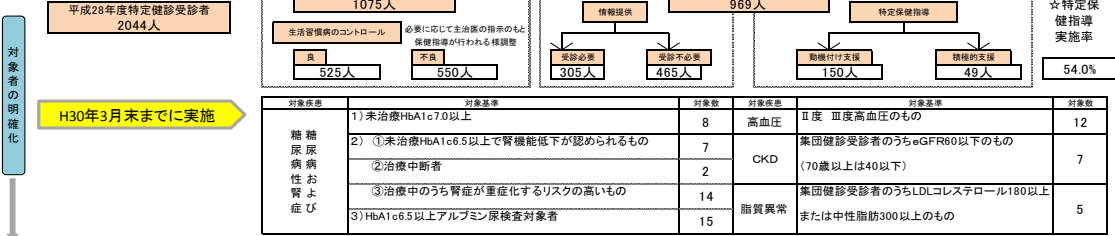
(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】

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(平成29年度)

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



対象疾患	糖尿病	糖尿病性腎症	CKD	高血圧	脂質異常
評価指標	・受診状況 ・HbA1c値のコントロール状況(直近の血液検査値または次年度健診結果)	・糖尿病およびCKDに準ずる	・受診状況 ・HbA1c値・血圧・脂質、CKD改善状況 ・健診項目(HbA1c、血圧、脂質等)結果確認 ・糖尿病管理台帳で経過確認 ・台帳更新 ・新規透析患者数の経年評価	・血圧測定状況 ・受診状況	・受診状況 ・LDL値 ・TG値

年度	全体						積極的支援						勧奨づけ支援						
	対象者	該当率	利用者	利用率	終了者	終了率	対象者	該当率	利用者	利用率	終了者	終了率	対象者	該当率	利用者	利用率	終了者	終了率	
平成23年度	2,017	242	12.0%	107	44.2%	90	37.2%	63	2.9%	22	34.9%	9	14.3%	179	8.4%	85	47.5%	81	45.3%
平成24年度	2,137	242	11.3%	107	44.2%	90	37.2%	63	2.9%	22	34.9%	9	14.3%	179	8.4%	85	47.5%	81	45.3%
平成25年度	2,070	206	10.0%	91	44.2%	77	37.4%	51	2.5%	15	29.4%	8	15.7%	155	7.5%	76	49.0%	69	44.5%
平成26年度	1,942	200	10.3%	125	62.5%	111	55.5%	44	2.3%	20	40.8%	18	40.8%	156	8.0%	105	67.3%	93	59.8%
平成27年度	1,954	174	8.9%	110	63.2%	110	63.2%	44	2.3%	25	56.8%	22	50.0%	130	6.6%	85	65.4%	88	67.0%

対象疾患	H28年度保健指導実施し、H29年度健診受診者			
	改善状況	維持	悪化	受診
糖尿病	16.5%	38.7%	13.7%	68.9%
CKD	3.1%	60.6%	6.3%	70.0%
LDL	40.3%	20.0%	3.7%	64.1%
高血圧	42.8%	21.3%	3.7%	67.8%

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嬉野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、嬉野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実施していく必要がある。

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 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報により、糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR^{※3}等により腎機能低下が判明した者。

ただし、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、医師等が除外することが望ましいと判断した者

※3 eGFR (イージー・エフ・アール) とは～推定糸球体濾過量を表す。

(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とCKD分類との関係」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

※糖尿病の判断について

1) 糖尿病治療中(問診結果より内服治療中と回答した者)

2) 上記以外(糖尿病治療なし)のうち、空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5%以上

【図表 27】

① 治療なし(空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5以上)

アルブミン尿区分			A1	A2	A3	
尿アルブミン定量			正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)			30未満	30~299	300以上	
(尿蛋白/Cr比)(g/gCr)					(0.50以上)	
健診受診者のうち 糖尿病あり(※1)			尿蛋白定性検査			
① 82			(-)	(±)	(+)以上	
GFR 区分			第1期(腎症前期)	第2期(早期腎症期)	第3期(顕性腎症期)	
	G1	≥90	25	17	7	
	G2	60~89	51	39	8	
	G3a	45~59	4	2	2	
	G3b	30~44	2	2	0	
	G4	15~29	0	第4期(腎不全期)0人		
	G5	>15	0	第4期(腎不全期)0人		
透析療法中			第5期(透析療法期)			

② 治療中

アルブミン尿区分			A1	A2	A3	
尿アルブミン定量			正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)			30未満	30~299	300以上	
(尿蛋白/Cr比)(g/gCr)					(0.50以上)	
健診受診者のうち 糖尿病あり(※1)			尿蛋白定性検査			
② 204			(-)	(±)	(+)以上	
GFR 区分			第1期(腎症前期)	第2期(早期腎症期)	第3期(顕性腎症期)	
	G1	≥90	59	52	5	
	G2	60~89	110	87	17	
	G3a	45~59	29	16	6	
	G3b	30~44	6	1	1	
	G4	15~29	0	第4期(腎不全期)0人		
	G5	>15	0	第4期(腎不全期)0人		
透析療法中			第5期(透析療法期)			

【参照】糖尿病治療ガイド2016-2017

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

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、一部二次健診対象者には実施しているが、それ以外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)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は82人(27.3%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者758人中のうち、特定健診受診者が206人(27.2%・G)であったが、5人(2.4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者552人(72.8%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者79人中10人は治療中断であることが分かった。また、69人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表28より嬉野市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・82人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・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】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・201人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・69人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

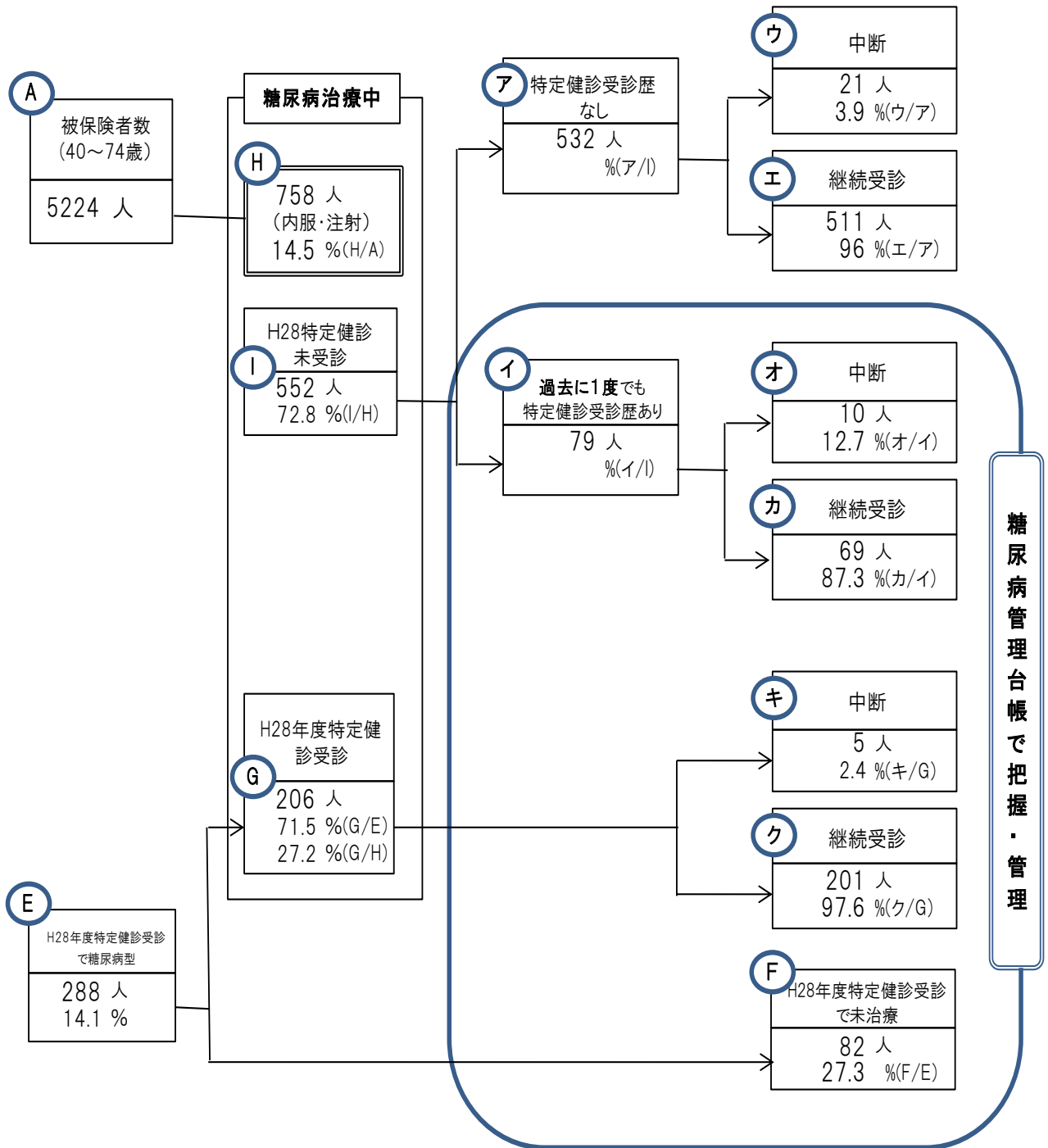
・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

〈平成 28 年度〉

※「中断」は6か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* 当該年度の健診データのみでなく、過去 5 年間のうち特定健診受診時に一度でも HbA1c6.5%以上になった場合は記載する。

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR(腎機能) ⑤尿蛋白

(2) 国保資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 対象者数の把握(参考資料4)

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

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。本市においては、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 style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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？ <ol style="list-style-type: none"> 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(グリコカリックス)
<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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 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
<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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し尿アルブミン検査(H29(2017)年度より)を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は、佐賀県糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐賀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。

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 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

○医療機関との連携状況(医療との連携数、医療との連携による改善数)

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

6月～3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^{※4}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。

嬉野市において健診受診者2,151人のうち心電図検査実施者は1,394人(64.8%)であり、そのうちST所見があったのは42人であった(図表30)。ST所見あり42人中のうち4人は要精査であり、その後の受診状況をみると1人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの42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。

嬉野市は同規模平均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。嬉野市は心臓・脳血管疾患で治療中以外は、心電図検査を実施するようにしている。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今後も心電図検査の全数実施が望まれる。

※4 ST: 心電図の波形のこと。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	2,151	100	1,394	64.8	42	3	539	38.7	814	58.3

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)(%)
42	100	4	9.5	3	75	1	25

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」を基準に行う「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表32に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

虚血性心疾患の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	2151	42	539	814	756	
		2.0%	25.1%	37.8%	35.1%	
メタボ該当者	391	8	85	95	203	
		18.2%	2.0%	21.7%	51.9%	
メタボ予備群	256	6	65	87	98	
		11.9%	2.3%	25.4%	38.3%	
メタボなし	1504	28	389	632	455	
		69.9%	1.9%	25.9%	30.3%	
LDL-C	140-159	182	5	52	89	
			12.1%	2.7%	28.6%	20.3%
	160-179	91	3	31	41	
			6.1%	3.3%	34.1%	45.1%
	180-	36	1	8	22	
			2.4%	2.8%	22.2%	61.1%

【参考】

CKD	G3aA1~	226	4	47	59	116
		10.5%	1.8%	20.8%	26.1%	51.3%

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

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

(2) 二次健診の実施

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

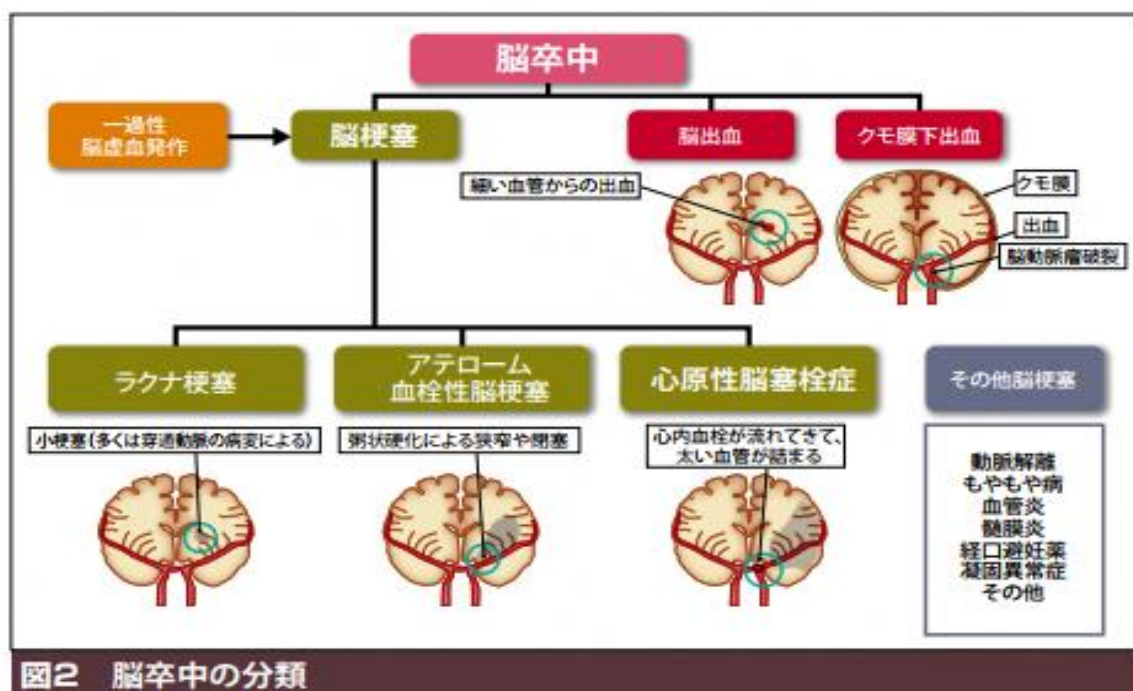
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○
脳出血	心原性脳梗塞	●			●		○	○
	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LDL)	心房細動	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CKD)	
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)	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 2,044人		65人 3.2%	164人 8.0%	48人 2.3%	1人 0%	377人 18.40%	30人 1.50%	35人 1.70%
治療なし		37人 2.9%	76人 4.1%	37人 2.4%	0人 0%	48人 5.00%	5人 0.50%	6人 0.60%
治療あり		28人 20.0%	88人 43.3%	11人 2.1%	1人 0%	329人 30.60%	25人 2.30%	29人 2.70%
臓器障害あり		13人 3.6%	22人 28.9%	13人 35.1%	0人 0.10%	24人 50.00%	5人 100%	6人 100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人	1人	1人	0人	1人	5人	6人
	尿蛋白(2+)以上	0人	0人	0人	0人	1人	5人	0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人	1人	1人	0人	0人	0人	6人
	心電図所見あり	13人	21人	13人	0人	23人	3人	2人

あなみツールの集計ツール「資料 B」

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65人(3.2%)であり、37人は未治療者であった。また未治療者のうち13人(3.6%)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28人(20.0%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

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）

		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	
1,271		451 35.5%	331 26.0%	271 21.3%	181 14.2%	35 2.8%	2 0.2%	
リスク第1層	162 12.7%	78 17.3%	48 14.5%	18 6.6%	15 8.3%	3 8.6%	0 0.0%	
リスク第2層	724 57.0%	258 57.2%	185 55.9%	159 58.7%	102 56.4%	19 54.3%	1 50.0%	
リスク第3層	385 30.3%	115 25.5%	98 29.6%	94 34.7%	64 35.4%	13 37.1%	1 50.0%	
再掲 重複あり	糖尿病	126 32.7%	31 27.0%	45 45.9%	27 28.7%	19 29.7%	4 30.8%	0 0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	120 31.2%	47 40.9%	24 24.5%	28 29.8%	15 23.4%	5 38.5%	1 100.0%
	上の危険	222 57.7%	57 49.6%	49 50.0%	60 63.8%	48 75.0%	8 61.5%	0 0.0%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
15 1.2%	105 8.3%	98 7.7%
15 100%	3 2.9%	0 0.0%
--	102 97.1%	20 20.4%
--	--	78 79.6%

あなみツール集計ツール「血圧層別化」

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態

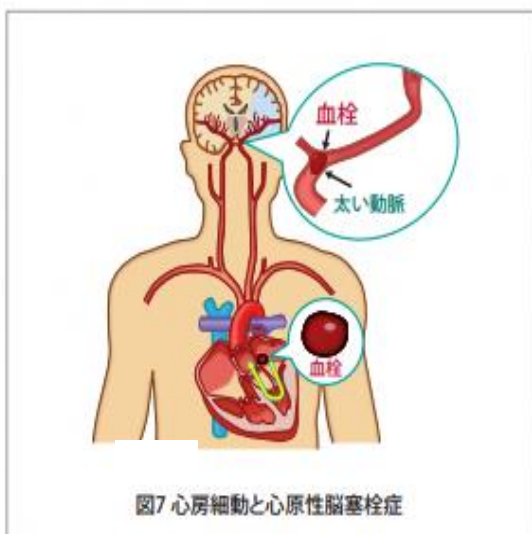


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	550	795	1	0.18	0	0.00	-	-
40歳代	50	40	0	0.00	0	0.00	0.2	0.04
50歳代	78	113	0	0.00	0	0.00	0.8	0.1
60歳代	291	403	0	0.00	0	0.00	1.9	0.4
70～74歳	131	239	1	0.76	0	0.00	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
1	100	0	0	1	100

心電図検査において 1 人が心房細動の所見があり、既に治療が開始されていた。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査は有効である。嬉野市においては、既に治療中の人以外全員実施しており、今後も実施していく必要がある。

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

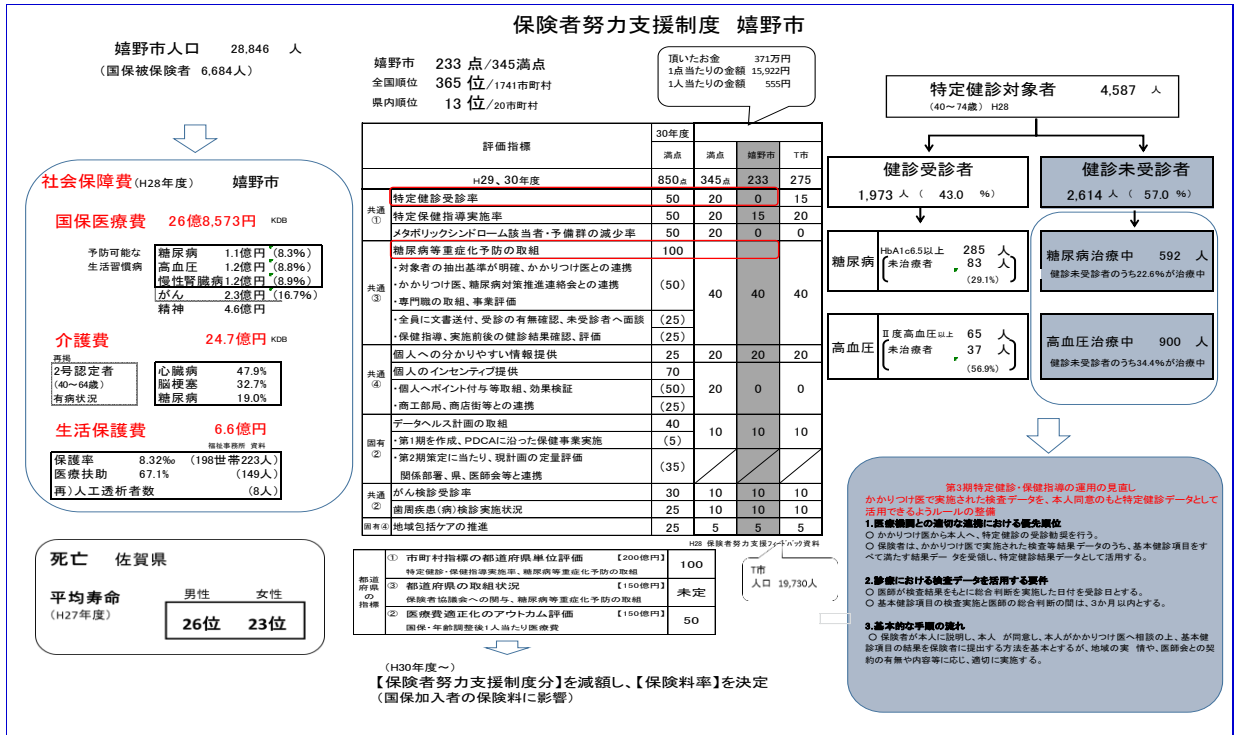
4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、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。実施方法は、地区自治会や地域コミュニティ、行政嘱託員会、食生活改善推進協議会など食や健康に関心が高い組織団体と協力し、市民へ周知していく。(図表 40・41) 【図表 40】



【図表 41】

嬉野市の健診結果と生活を科学的に解明する

1. からだの実態 (H26年度厚生労働省様式6-2~6-7)

①健診データ	佐賀県 (全医療保険者)		嬉野市 (H28年度) (国保)	
	順位(全国)	割合	順位(県内)	割合(%)
腹囲	16位	32.8%	12位	34.3
BMI	26位	25.7%	9位	25.7
糖尿病 (HbA1c6.5以上)	2位	7.9%	10位	10.4
高血圧 (Ⅱ度以上) (収縮期)	41位	2.9%	18位	3.2
脂質異常症 (LDL180以上)	6位	5.2%	20位	2.3
脂質異常症 (中性脂肪300以上)			7位	2.7
CKD (尿蛋白2+以上)			3位	1.5
メタボリックシンドローム該当者			2位	18.4

②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外

	入院	入院外
嬉野市 糖尿病	20位	19位 (H28年)
佐賀県 糖尿病	5位	20位 (H26年)

③糖尿病性腎症による新規透析導入の状況(H28)

	佐賀県(H27)	嬉野市
人数	278人	3人
順位(人口100万対)	全国16位	
うち糖尿病性腎症	120人	1人
糖尿病性の率	43.2%	33.3%
順位(人口100万対)	全国27位	

KDB疾病統計(H28)県内20市町村

	嬉野市	入院	入院外
嬉野市 糖尿病	20位	19位	
心疾患	19位	14位	
脳血管疾患	19位	17位	

2. 佐賀県の食の実態 ※食品ランキング(全国順位)

●蛋白質の多いグループ	●調味料
鯛 1位	醤油 4位
ちくわ 3位	砂糖 10位
あげ・かまぼこ 3位	マヨネーズ、マヨネーズ風味調味料 8位
合いびき肉 3位	
●糖質の多いグループ	●調理済み食品
米 8位	物菜セット 9位
即席めん 10位	冷凍食品 8位
サツマイモ 3位	ハンバーグ 10位
羊羹 1位	ハンバーグ店 4位
キャンディ 2位	
●炭水化物の多い野菜のグループ	●喫煙
レンコン 1位	タバコ税1人当たり 3位
ごぼう 3位	
かぼちゃ 8位	
●緑黄色野菜	●淡色野菜
ブロッコリー 46位	キャベツ 12位
野菜摂取量 27位	

家庭調査(食品ランキング2014~2016平均)県庁所在地及び政令都市53か所中順位

嬉野市の傾向

(地域の特徴)
飲食店・旅館・コンビニ・スーパーも多く、外食機会多い。
農・茶業者が多く、夏と冬の体重要動割合が大きい。
汗をかく仕事だから塩を取らないといけないと思っている人が多い。(住民の声から)
家庭で漬物を付けている方が多い
シュガーロードの為、甘い物を食べる人、味付けに砂糖を沢山使う人も多い
車での移動が多く、歩行による運動量が少ない。
歩いていると近所の人から見られて恥ずかしい。
自由に行ける運動施設が市内に欲しいという声が多い。
夏は仕事で痩せるが、冬は太るという人が多い。

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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。

65歳以上の人口及び高齢化率

【図表 42】

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
嬉野市	人	7,615	8,242	8,819	8,861	8,596	8,124	7,548
	%	26.4	30.1	34.1	36.6	38.2	39.2	40.1

国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来人口」(平成 25 年 3 月推計)

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）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

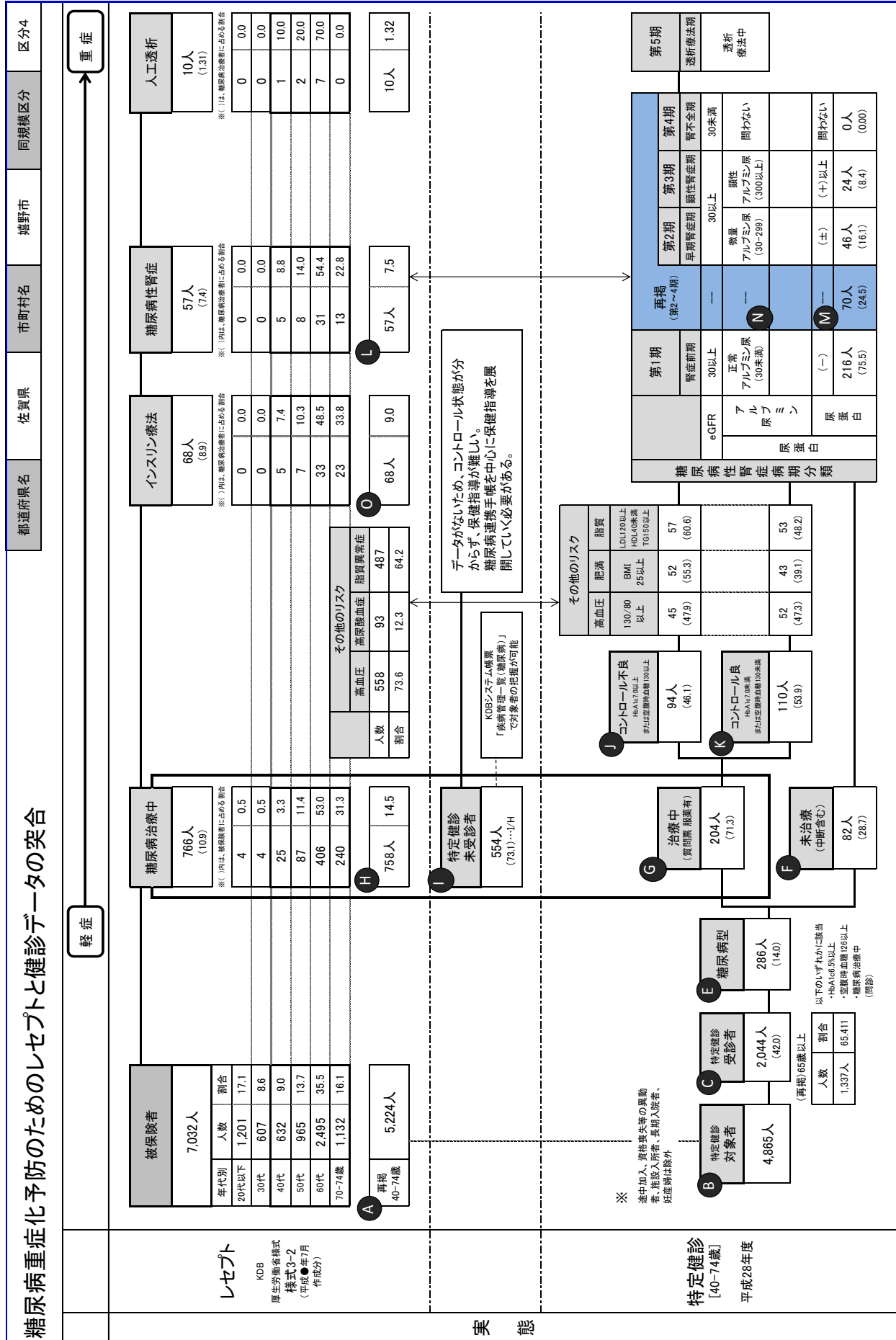
- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた嬉野市の位置・
・・・50・51（関連ページ 7）
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合・・・52
（関連ページ 29）
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53
（関連ページ 31）
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画・・・・・・・・・・・・・・・・53
（関連ページ 31）
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価・・・・・・・・54
（関連ページ 33）
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか・・・・・・・・・・55
（関連ページ 35）
- 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・・・・56
（関連ページ 35）
- 参考資料 8 血圧評価表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・57
（関連ページ 43）
- 参考資料 9 心房細動管理台帳・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・57
（関連ページ 43）
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・58
（関連ページ 46）
- 参考資料 11 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
・・・59（関連ページ 47）

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた嬉野市の位置

【参考資料1】

項目	H25(2013)年度		H28 (2016) 年度		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		27,805		28,846		9,030,767		842,408		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況
		65歳以上(高齢化率)		8,032 28.9		8,100 28.1		2,626,654 29.1		207,778 24.7		29,020,766 23.2	KDB_NO.3
		75歳以上		4,525 16.3		4,748 16.5				112,903 13.4		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		3,507 12.6		3,352 11.6				94,875 11.3		15,030,902 12.0	
		40~64歳		9,286 33.4		9,927 34.4				283,027 33.6		42,411,922 34.0	
	39歳以下		10,487 37.7		10,819 37.5				351,603 41.7		53,420,287 42.8	国勢調査	
	② 産業構成	第1次産業				10.2		11.4		9.5		4.2	KDB_NO.3
		第2次産業				25.3		27.5		24.2		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				64.6		61.1		66.2		70.6	
	③ 平均寿命	男性				80.1		79.2		79.3		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性				87.3		86.4		86.6		86.4			
④ 健康寿命	男性				65.4		65.1		65.2		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性				67.3		66.8		66.8		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		96.2		92.3		104.8		102.7		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性				92.3		104.8		102.7		100	
		女性				85.5		90.0		97.0		100	
		がん		102 48.8		101 49.3		32,164 46.4		2,798 51.0		367,905 49.6	
		心臓病		65 31.1		59 28.8		19,517 28.2		1,387 25.3		196,768 26.5	
		脳疾患		28 13.4		33 16.1		11,781 17.0		880 16.0		114,122 15.4	
		糖尿病		2 1.0		2 1.0		1,340 1.9		105 1.9		13,658 1.8	
	腎不全		6 2.9		5 2.4		2,559 3.7		174 3.2		24,763 3.3		
	自殺		6 2.9		5 2.4		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		32 8.9%		29 7.9%							厚労省HP 人口動態調査
男性		23 13.7%		20 11.1%									
女性		9 4.7%		9 4.8%									
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,666 20.3		1,650 20.4		539,696 20.5		45,242 21.7		5,885,270 21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者		34 0.3		49 0.3		8,952 0.3		795 0.3		105,636 0.3	
		2号認定者		39 0.5		42 0.5		11,164 0.4		1,071 0.4		151,813 0.4	
	② 有病状況	糖尿病		324 19.1		393 22.5		125,636 22.3		10,148 21.7		1,350,152 22.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		高血圧症		1,060 61.8		1,096 64.0		306,174 54.6		27,849 59.7		3,101,200 50.9	
		脂質異常症		392 22.5		482 27.8		159,862 28.4		14,344 30.6		1,741,866 28.4	
		心臓病		1,242 72.2		1,248 73.0		349,548 62.5		31,911 68.5		3,529,682 58.0	
		脳疾患		718 41.4		705 41.4		154,945 27.9		14,853 32.0		1,538,683 25.5	
		がん		213 11.7		216 12.5		58,440 10.3		5,946 12.6		631,950 10.3	
		筋・骨格		1,037 60.9		1,098 63.7		303,462 54.1		28,340 60.6		3,067,196 50.3	
精神		775 45.1		870 50.0		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)		73,435		73,156		66,717		65,198		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス		53,789		54,696		41,744		46,314		39,662		
	施設サービス		286,258		285,501		278,164		282,952		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		10,433		9,985		8,281		8,101		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定あり/認定なし		4,722		4,584		4,037		4,033		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数		7,756		6,685		2,264,375		205,165		32,587,866	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65~74歳		2,494 32.2		2,632 39.4				80,173 39.1		12,461,613 38.2	
		40~64歳		3,048 39.3		2,403 35.9				69,731 34.0		10,946,712 33.6	
		39歳以下		2,214 28.5		1,650 24.7				55,261 26.9		9,179,541 28.2	
	加入率		26.9		23.2		25.1		24.4		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		4 0.5		4 0.6		833 0.4		108 0.5		8,255 0.3	
		診療所数		18 2.3		18 2.7		6,529 2.9		684 3.3		96,727 3.0	
		病床数		1,346 173.5		1,335 199.7		135,296 59.7		15,108 73.6		1,524,378 46.8	
		医師数		129 16.6		138 20.6		16,982 7.5		2,319 11.3		299,792 9.2	
		外来患者数		666.2		742.0		698.5		736.4		668.1	
入院患者数		32.7		33.6		23.6		26.3		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		29,931		32,523		27,772		29,593		24,245	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	受診率		698.89		775.598		722.103		762.714		686.286		
	外来費用の割合		49.2		51.0		56.9		55.6		60.1		
	外来件数の割合		95.3		95.7		96.7		96.6		97.4		
	入院費用の割合		50.8		49.0		43.1		44.4		39.9		
	入院件数の割合		4.7		4.3		3.3		3.4		2.6		
1件あたり右院日数		18.8日		18.6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 最大医療資源傷病名(調剤含む)	がん		243,779,500 15.8		247,260,100 16.3		23.9		21.4		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の	
	慢性腎不全(透析あり)		153,628,400 9.9		138,039,010 9.1		9.1		11.0		9.7		
	糖尿病		128,383,490 8.3		126,413,590 8.3		9.9		8.4		9.7		
	高血圧症		168,103,800 10.9		130,895,010 8.6		8.9		7.8		8.6		
	精神		418,615,250 27.1		455,728,430 30.1		19.6		23.2		16.9		
	筋・骨格		228,163,130 14.8		220,307,190 14.5		15.2		15.7		15.2		

項目		H25(2013)年度			H28 (2016) 年度			同規模平均		県		国		データ元 (CSV)						
		実数	割合	(順位)	実数	割合	(順位)	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4	⑤	費用額(り)	入院	糖尿病	523,902	13位	(18)	503,534	20位	(19)					KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域					
				高血圧	532,886	14位	(18)	520,559	19位	(18)										
				脂質異常症	456,499	18位	(22)	450,317	19位	(22)										
				脳血管疾患	521,397	19位	(22)	475,040	22位	(20)										
				心疾患	510,488	17位	(17)	515,411	17位	(19)										
				腎不全	572,290	18位	(19)	525,615	19位	(20)										
				精神	413,328	20位	(26)	454,124	10位	(26)										
				悪性新生物	622,536	11位	(16)	602,916	15位	(15)										
				外来	糖尿病	34,887	9位		32,735	19位										
					高血圧	30,108	10位		28,891	14位										
					脂質異常症	26,795	10位		25,237	17位										
					脳血管疾患	34,930	15位		34,469	15位										
					心疾患	41,124	14位		38,684	17位										
					腎不全	176,535	18位		202,046	9位										
					精神	34,940	2位		32,661	8位										
					悪性新生物	46,552	14位		44,101	19位										
				⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	5,441			4,363			2,895			3,158		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
						健診未受診者	9,420			12,776			12,883			13,153		12,339		
	生活習慣病対象者一人当たり	14,547				11,326			7,709		8,148		6,742							
健診未受診者	25,186					33,165			34,303		33,935		35,459							
⑦	健診・レセ	受診勧奨者	1,019	49.0	945	47.8	359,875	55.6	29,505	53.2	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
			医療機関受診率	985	47.4	878	44.4	331,214	51.2	27,181	49.0	4,069,618		51.5						
			医療機関非受診率	34	1.6	67	3.4	28,661	4.4	2,324	4.2	357,742		4.5						
5	①-⑬	特定健診の状況	県内順位 順位総数23	健診受診者	2,078			1,976			647,170		55,471		7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				受診率	40.7	県内7位 同規模90位	43.2	県内10位 同規模102位	39.8	40.6	全国16位	36.4								
				特定保健指導終了者(実施率)	77	37.4	95	54.0	29629	38.1	3,436	52.3	198,683	21.1						
				非肥満高血糖	111	5.3	118	6.0	68,180	10.5	4,488	8.1	737,886	9.3						
				メタボ	該当者	330	15.9	369	18.7	115,126	17.8	9,280	16.7	1,365,855	17.3					
					男性	203	24.3	232	27.8	78,359	27.4	6,218	25.3	940,335	27.5					
					女性	127	10.2	137	12.0	36,767	10.2	3,062	9.9	425,520	9.5					
					予備群	272	13.1	234	11.8	69,101	10.7	6,844	12.3	847,733	10.7					
				メタボ該当・予備群レベル	腹囲	男性	164	19.6	150	17.9	47,257	16.5	4,523	18.4	588,308	17.2				
						女性	108	8.7	84	7.4	21,844	6.0	2,321	7.5	259,425	5.8				
						総数	696	33.5	677	34.3	205,718	31.8	18,841	34.0	2,490,581	31.5				
						女性	270	21.7	247	21.7	65,836	18.2	6,381	20.7	776,330	17.3				
					BMI	男性	84	4.0	91	4.6	33,976	5.2	2,217	4.0	372,685	4.7				
						女性	66	5.3	72	6.3	28,573	7.9	1,862	6.0	313,070	7.0				
						血糖のみ	15	0.7	14	0.7	4,666	0.7	589	1.1	52,296	0.7				
						血圧のみ	183	8.8	164	8.3	48,120	7.4	4,444	8.0	587,214	7.4				
				生活習慣の状況	⑭	服薬	高血圧	769	37.1	759	38.4	229,611	35.5	18,238	32.9	2,650,283		33.6		
							糖尿病	184	8.9	201	10.2	53,445	8.3	4,910	8.9	589,711		7.5		
							脂質異常症	440	21.2	511	25.9	154,568	23.9	12,593	22.7	1,861,221		23.6		
既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	16	0.8				23	1.2	20,399	3.3	627	1.6	246,252	3.3						
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	18	0.9				29	1.5	35,833	5.8	862	2.2	417,378	5.5						
	腎不全	4	0.2				7	0.4	3,288	0.5	305	0.8	39,184	0.5						
	貧血	62	3.0				62	3.2	56,999	9.2	3,369	8.4	761,573	10.2						
喫煙	247	11.9	285	14.4	87,621	13.5	7,948	14.3	1,122,649	14.2										
生活習慣の状況	⑭	一日飲酒量	1合未満	477	51.3	426	48.0	257,268	63.8	14,219	53.7	3,333,836	64.0							
			1~2合	334	36.0	331	37.3	97,734	24.3	8,870	33.5	1,245,341	23.9							
			2~3合	97	10.4	105	11.8	37,372	9.3	2,720	10.3	486,491	9.3							
			3合以上	21	2.3	26	2.9	10,629	2.6	645	2.4	142,733	2.7							
			週3回以上朝食を抜く	135	6.5	127	6.4	38,837	6.9	4,718	8.7	585,344	8.7							
			週3回以上食後間食	193	9.3	214	10.8	68,351	12.0	6,241	11.6	803,966	11.9							
			週3回以上就寝前夕食	169	8.1	165	8.4	82,506	14.5	6,220	11.5	1,054,516	15.5							
			食べる速度が速い	541	26.1	536	27.1	151,438	26.6	15,290	28.3	1,755,597	26.0							
			20歳時体重から10kg以上増加	643	31.0	631	31.9	176,120	31.1	17,904	33.2	2,192,264	32.1							
			1回30分以上運動習慣なし	1,397	67.3	1,297	65.7	355,238	62.0	34,141	63.3	4,026,105	58.8							
1日1時間以上運動なし	1,162	56.0	1,038	52.6	258,590	45.1	25,251	49.1	3,209,187	47.0										
生活習慣の状況	⑭	睡眠不足	520	25.1	446	22.6	139,179	24.3	12,262	25.5	1,698,104	25.1								
			毎日飲酒	504	24.3	498	25.2	155,329	25.3	13,463	24.9	1,886,293	25.6							
			時々飲酒	396	19.1	371	18.8	124,825	20.3	11,094	20.5	1,628,466	22.1							
			1合未満	477	51.3	426	48.0	257,268	63.8	14,219	53.7	3,333,836	64.0							
			1~2合	334	36.0	331	37.3	97,734	24.3	8,870	33.5	1,245,341	23.9							
			2~3合	97	10.4	105	11.8	37,372	9.3	2,720	10.3	486,491	9.3							
			3合以上	21	2.3	26	2.9	10,629	2.6	645	2.4	142,733	2.7							



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳(永年)

【対象者抽出基準】

(HbA1c6.5以上)

過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

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

番号	地区	追加年度	個人番号	性別	H29年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	転出・ 死亡等	備考		
1		2012 (H24)					糖尿病	服薬									
							高血圧	HbA1c	7.8	8	8.2	6.7					
							虚血性心疾患	体重	67.5	67	66.2	67.2					
							脳血管疾患	BMI	23.7	23	23.6	23.7					
							糖尿病性腎症	血圧	155/98	155/91	178/110	139/92					
								GFR	138	126.1	122.8	119.7					
2		2014 (H24)					糖尿病	服薬									
							高血圧	HbA1c	8.2								
							虚血性心疾患	体重	68.5								
							脳血管疾患	BMI	24.5								
							糖尿病性腎症	血圧	140/102								
								GFR	111.7								
	尿蛋白	+															

糖尿病管理台帳からの年次計画 平成28(2016)年度

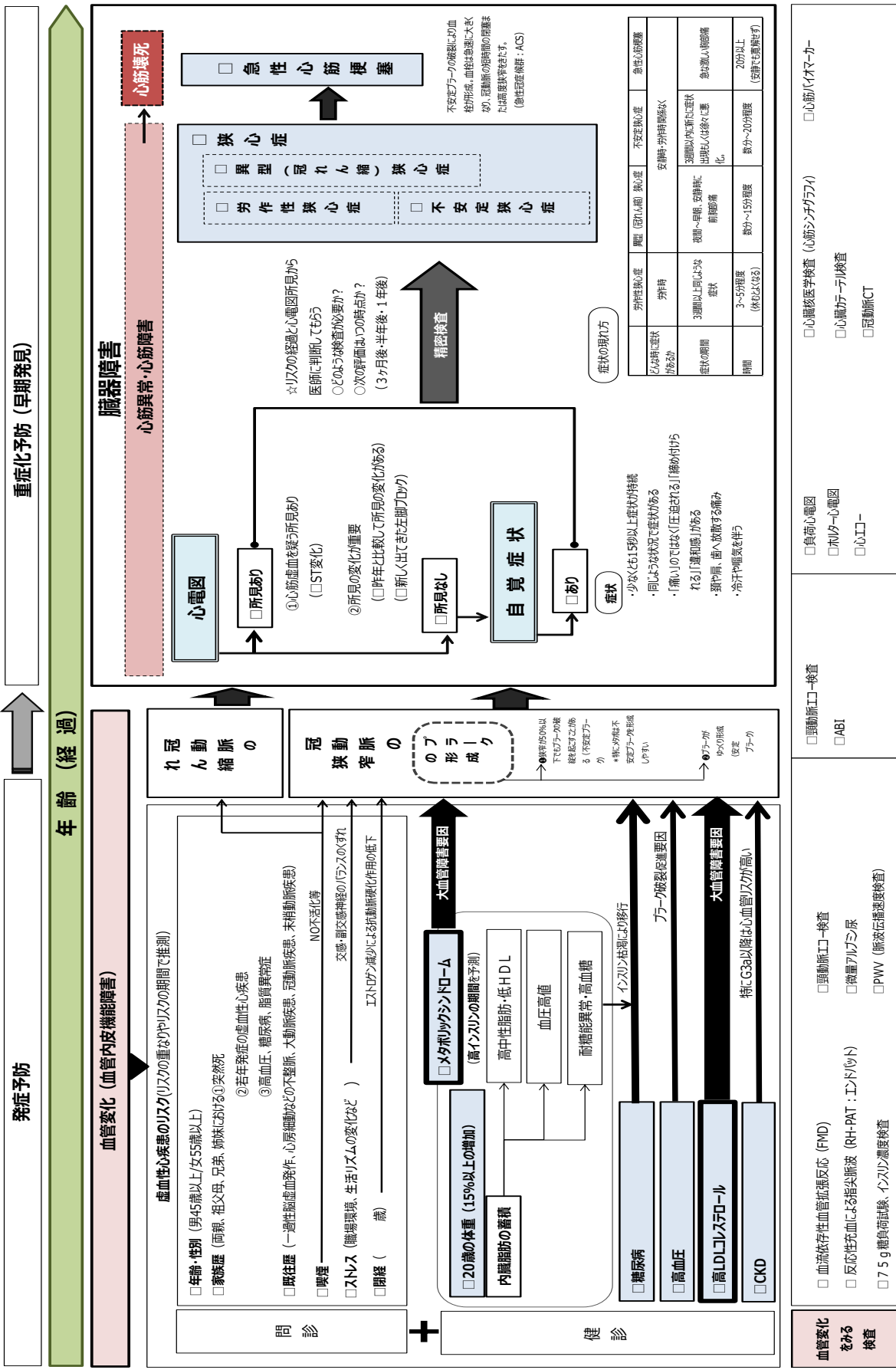
【参考資料 4】

	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												
	<p>糖尿病管理台帳の全数(A+B)</p> <p>A 健診未受診者 (210) 人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果未把握 (内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保 (生保)</td> <td>(82) 人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>(90) 人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>(24) 人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動 (死亡・転出)</td> <td>(14) 人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>(0) 人</td> </tr> </table> <p>①=1 未治療者(中断者含む) (23) 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</p>	結果未把握 (内訳)		①国保 (生保)	(82) 人	②後期高齢者	(90) 人	③他保険	(24) 人	④住基異動 (死亡・転出)	(14) 人	⑤確認できず	(0) 人	<p>1. 資格喪失(死亡、転出)の確認</p> <p>○医療保険異動の確認</p> <p>2. レセプトの確認</p> <p>○治療の確認</p> <p>○直近の治療の有無の確認</p> <p>3. 会いに行く</p> <p>○医療受診勧奨の保健指導</p> <p>○糖尿病連携手帳の確認</p> <p>4. 結果から動く</p> <p>○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認</p> <p>○経年データ、治療状況に応じた保健指導</p> <p>○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導</p>	<p>後期高齢者、社会保険</p> <p>○健診データを本人から</p> <p>○レセプトの確認協力</p> <p>●合併症</p> <p>●脳・心疾患—手術</p> <p>●人工透析</p> <p>●がん</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>尿アルブミン検査の継続</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>
結果未把握 (内訳)															
①国保 (生保)	(82) 人														
②後期高齢者	(90) 人														
③他保険	(24) 人														
④住基異動 (死亡・転出)	(14) 人														
⑤確認できず	(0) 人														
結果把握															
保健指導の優先づけ	<p>B 結果把握 (272) 人</p> <p>③ HbA1cが悪化している (102) 人 (再掲) HbA1c7.0%以上で昨年度より悪化している。 (76) 人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある。</p> <p>④ 尿蛋白 (-) (263) 人 (±) (56) 人 (+) ~ 顕性腎症 (40) 人</p> <p>⑤ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (4) 人 1年で5ml/分/1.73m²以上低下 (86) 人</p>														

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

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	7,032人							KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		5,224人								
2	①	対象者数	B	4,865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	2,044人								
	③	受診率		42.0%								
3	①	特定保健指導 対象者数		176人								
	②	実施率		54.0%								
4	①	糖尿病型	E	286人	14.0%						特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	82人	28.7%							
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	204人	71.3%							
	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	94人 46.1%								
	⑤	血圧 130/80以上		45人 47.9%								
	⑥	肥満 BMI25以上		52人 55.3%								
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	110人	53.9%							
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	216人 75.5%								
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		46人 16.1%								
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		24人 8.4%								
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人 0.0%								
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		108.9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)		145.1人								
	③	レセプト件数 (40-74歳)		入院外(件数)	4,258件 (845.7)				5,486件 (804.8)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	(1)内は被保険者千対			入院(件数)	53件 (10.5)				40件 (5.8)		
	⑤	糖尿病治療中		H	766人 10.9%						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳			758人 14.5%							
	⑦	健診未受診者		I	554人 73.1%							
	⑧	インスリン治療		O	68人 8.9%							
	⑨	(再掲)40-74歳			68人 9.0%							
	⑩	糖尿病性腎症		L	57人 7.4%							
	⑪	(再掲)40-74歳			57人 7.5%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			10人 1.31%							
	⑬	(再掲)40-74歳			10人 1.32%							
	⑭	新規透析患者数			3人 0.4%							
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			1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)			16人 1.4%						KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費		26億8574万円				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		15億1578万円				17億2834万円				
	③	(総医療費に占める割合)		56.4%				57.7%				
	④	生活習慣病 対象者		健診受診者	11,326円				7,709円			
	⑤	一人あたり			健診未受診者	33,165円					34,303円	
	⑥	糖尿病医療費		1億2641万円				1億7157万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.3%				9.9%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費		3億4742万円								
	⑨	1件あたり		32,735円								
	⑩	糖尿病入院総医療費		2億5630万円								
	⑪	1件あたり		503,534円								
	⑫	在院日数		19日								
	⑬	慢性腎不全医療費		1億4455万円				1億6920万円				
	⑭	透析有り		1億3804万円				1億5806万円				
	⑮	透析なし		651万円				1114万円				
7	①	介護給付費		25億0524万円				31億7863万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		3件 10.7%								
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人 0.6%				5人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
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、血管機能非侵襲的診断法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCOPD診療ガイドライン、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能と診察 (葉巻宗子)

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【参考資料 7】

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	⑤ 重症化予防対象者				
			<input type="checkbox"/> その他所見					
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	⑤ 重症化予防対象者				
			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。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目			
④	メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~				
		<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~				
		<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~	
			食後	~199		200~		
		<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169		170~		
		<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50		51~		
		<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99		100~125	126~	【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
			食後	~139		140~199	200~	
		<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~		
		<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~		
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)			
	拡張期	~84	85~89	90~				
<input type="checkbox"/> 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	(-)	(+) ~						
<input type="checkbox"/> 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

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																											
	記号	番号				過去5年間のうち直近					血圧																						
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28									
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期							

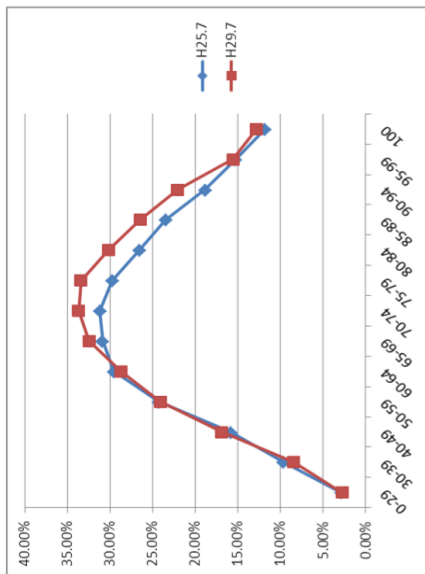
心房細動管理台帳

番号	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							

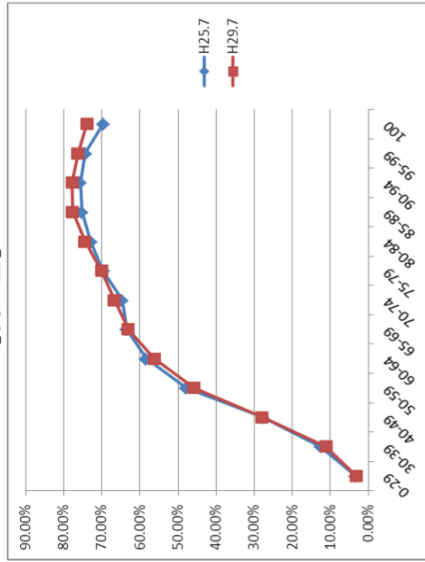
生活習慣病有病状況(佐賀県)

【出典】国保データベース(KDB)システム_厚生労働省様式3-1

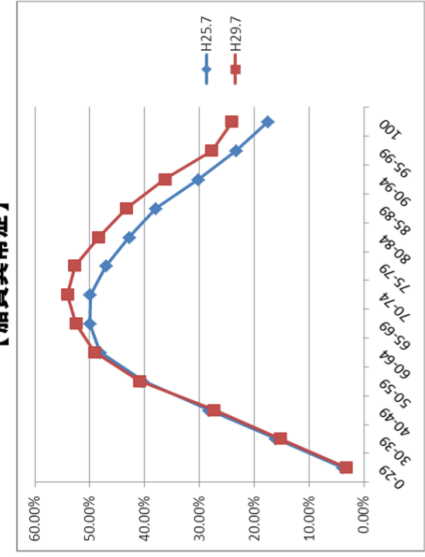
【糖尿病】



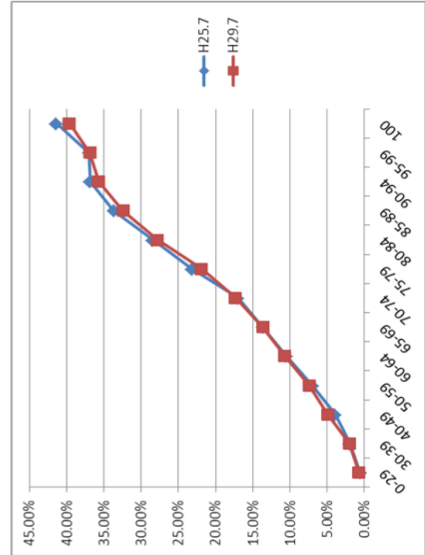
【高血圧】



【脂質異常症】



【脳血管疾患】



【虚血性心疾患】

