

# 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担う。

また、医療保険加入者の疾病予防・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度が創設されることとなった。

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

西都市においては、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。

## 2. 計画の位置付け

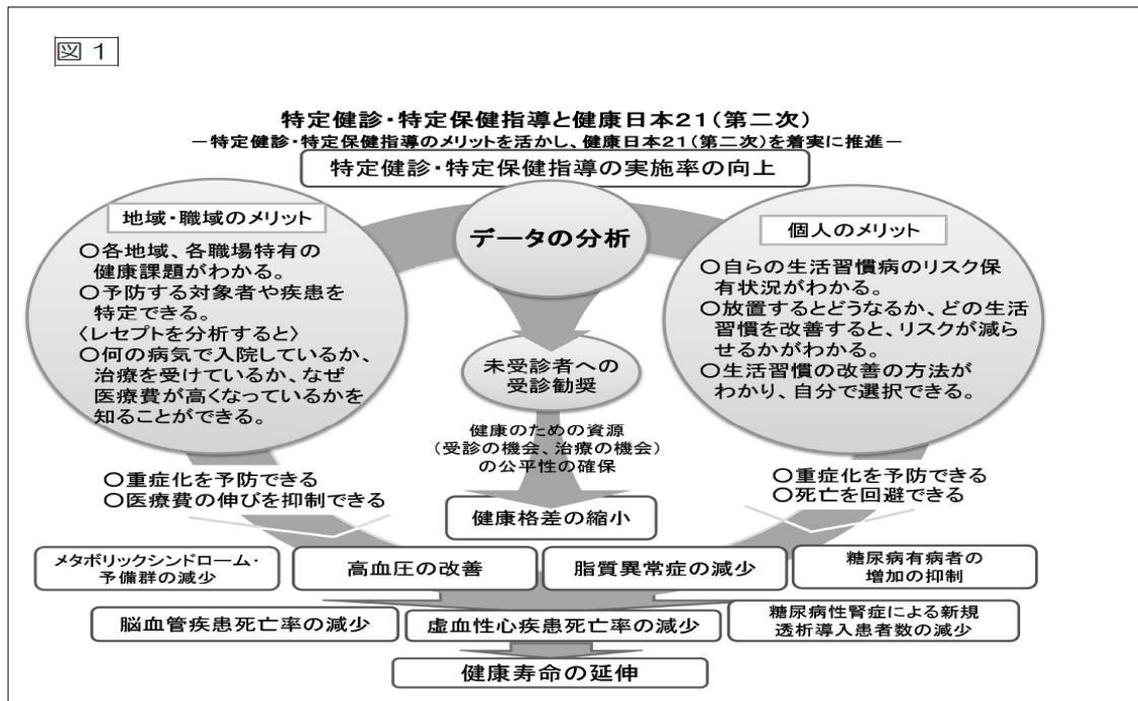
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

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、宮崎県健康増進計画や健康日本21（第2次）西都市計画、宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

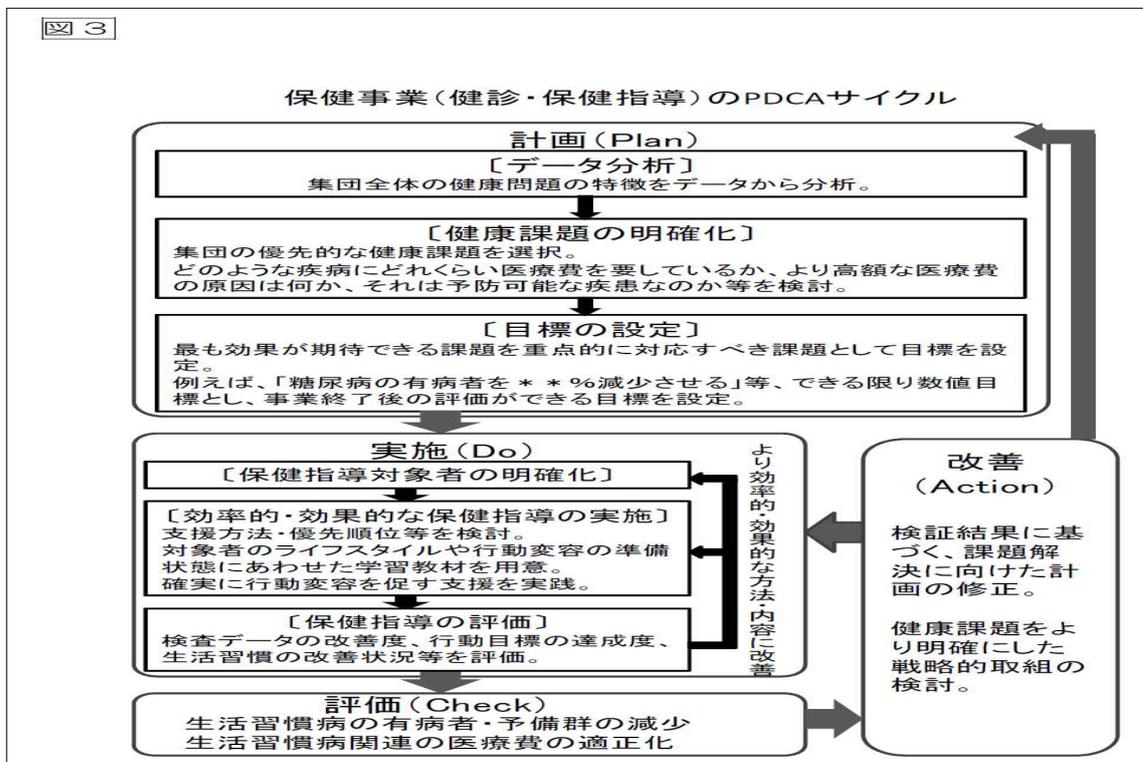
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進法(注)とは 健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村(母体)健康法、介護保険法、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第9条(健康増進事業実施方針)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成26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26年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切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26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(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成26年6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指針	厚生労働省 保険局 平成26年6月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政司 平成26年6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推進するとともに、社会生活を営むために必要となる機能の維持及び向上を目指す。その結果、社会環境創出が期待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指す。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防を推進し、糖尿病等を予防することができれば、合併症を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発生を防止し、入院患者を減らすことができ、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするもの。的確に実施する必要がある。	生活習慣病の予防と見做られ、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、最良の社会支援の中心として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。保健指導の推進により、医療費の適正化及び保険者の財政負担軽減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自立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の予防又は、要介護状態等の軽減もしくは重症化の防止を理念としている。	国民健康診査を維持・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、いかに国民が持つ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、負いかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(幼児期、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なる時期に高齢者を迎える現在の若年期・壮年期世代、小児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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 初老期の認知症、早老症 骨質・骨密度低下 パーキンソン病関連疾患 骨髄小脳変性症、発症性後遺症 脳幹/小脳系、支持性脳幹症 多系統萎縮症、前交感性脳幹硬化症 後脳幹硬化症	メタボリックシンドローム 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別発生率 ②合併症(糖尿病性腎症)による中等症以降(入院患者数) ③糖尿病性腎症の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧血圧正常化率 ⑨特定保健指導している者の割合(肥満、中せの減少) ⑩適切な栄養指導の受診率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣の割合 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	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(特定健診の実施率を参考) 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健康診査の実施率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・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 外注 ①一人当たり外来医療費の増減率の縮減 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 病状重症化・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		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度実施度】を減額し、保険料率決定			保険者協議会(事務局、関係委員会)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健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

西都市においては、健康管理課が主体となり本計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、総合政策課、福祉事務所とも十分情報共有し、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とした。(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、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という）等のことをいう。

宮崎県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。

宮崎県国保連は、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、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、特に西都市国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与がさらに重要となる。

このため、西都市国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、西都市国保と西都市西児湯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、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

宮崎県国保連と宮崎県は、ともに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。

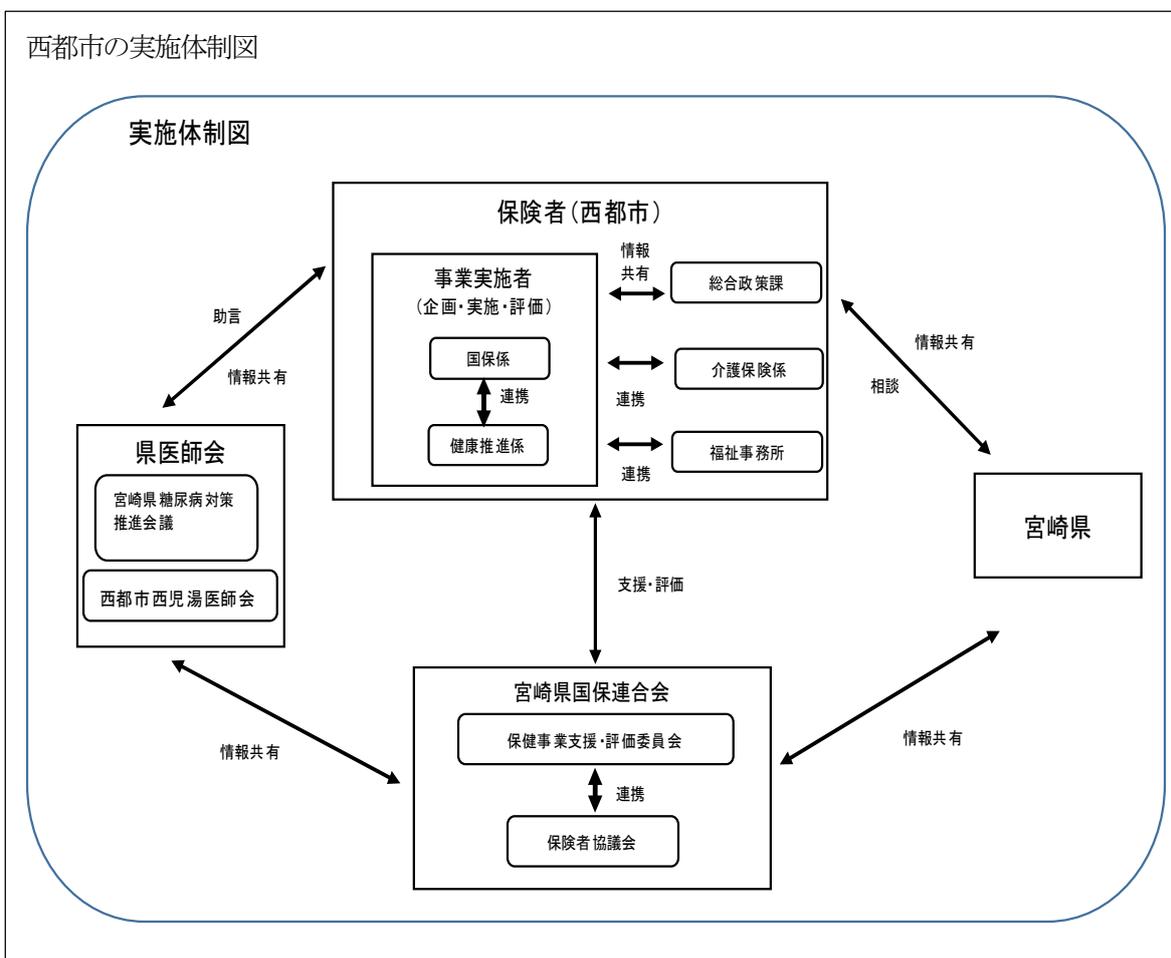
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協

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、宮崎県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。

【図表 4】



## 5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（平成30年度から本格実施）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。

（図表5）

【図表5】

### 保険者努力支援制度

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	西都市	配点	西都市	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）			593			
総得点（体制構築加点含む）			241		391	
全国順位（1,741市町村中）			279		—	
共通①	特定健診受診率	20	5	35	0	50
	特定保健指導実施率	20	20	35	35	50
	メタリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	0	35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	0	20	0	30
	歯周疾患（病）検診	10	10	15	15	25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70	70	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45	45	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25	0	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25	14	35
	後発医薬品の使用割合	15	15	30	30	40
固有①	収納率向上	40	15	70	30	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	15	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	7	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	10	30	30	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

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

### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

#### 1) 第1期計画に係る評価

##### (1) 全体の経年変化

平成25年と平成28年の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していたが、平成25年度と平成28年度の死因を比較すると、がん・心臓病による死亡割合は増加しており、脳疾患・糖尿病・腎不全は低下していた。しかし、腎不全による死亡割合は、国や県と比較すると高くなっている。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると1号認定率は上昇し、40～64歳の2号認定率は低下しており、1件あたりの介護給付費の低下がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合は増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の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の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が上昇しているものの受診率が低いため、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。（P50 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

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費が増え、同規模平均では、1件当たり介護給付費の施設サービスは減っているのに対し、西都市は、居宅サービスと施設サービスともに増えていることがわかった。（P51 図表6）

#### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	西都市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	29億6451万円	307,107	50,540	293,804	301,072	41,726	283,881
平成28年度	33億3812万円	345,812	52,061	295,760	313,428	41,744	278,164

## ②医療費の状況

医療費の変化について、全体の医療費は減少している。一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、西都市は入院、入院外費用の伸び率を抑制できていることがわかった。(図表7)

【図表7】

### 医療費の変化

項目	総医療費(円)											
	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	
			保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	34億1419万円			15億6835万円				18億4584万円			
	H28年度	33億2917万円	△8502万円	-2.5	0.2	15億2146万円	△4689万円	-3.0	0.463	18億771万円	△3814万円	-2.1
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	23,900			10,980				12,920			
	H28年度	26,230	2,330	9.7	8.2	11,990	1,010	9.2	8.5	14,240	1,320	10.2

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

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)に係る医療費計は増加している。疾患別にみると脳血管疾患に係る医療費割合は減少しているが、慢性腎不全(透析)や虚血性心疾患に係る医療費割合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・脂質異常症に係る医療費割合については、国や県に比較すると低いが、高血圧は高くなっている。(図表8)

### データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表8】

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
			金額	順位		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	739,614,510	21.66%				
				同規模	県内									慢性腎不全(透析有)			
H25	西都市	3,414,189,180	23,900	175位	19位	3.58%	0.24%	2.41%	1.99%	4.30%	6.79%	2.35%	739,614,510	21.66%	10.98%	11.90%	9.60%
		3,329,168,480	26,230	176位	19位	5.48%	0.27%	1.75%	2.98%	4.70%	5.35%	1.95%	748,240,160	22.48%	12.34%	11.85%	9.85%
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
	全国	9,687,968,260,190	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【出典】KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

◆「最大医療資源傷病名」とは、レ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

#### ④中長期的な疾患

中長期的な目標となる疾患の治療状況を見ると、65歳以上の被保険者の増加に伴い、平成25年度と比較して、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析ともに有病者の割合は増加している。虚血性心疾患では、高血圧と脂質異常症、脳血管疾患では、高血圧と脂質異常症、人工透析では高血圧と糖尿病を基礎疾患にもつ割合が高く、これらの基礎疾患への対策を図ることが重要である。(図表9)

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	12048	310	2.6	56	18.1	7	2.3	243	78.4	134	43.2	202	65.2	
	64歳以下	8445	92	1.1	16	17.4	2	2.2	74	80.4	38	41.3	62	67.4	
	65歳以上	3603	218	6.1	40	18.3	5	2.3	169	77.5	96	44.0	140	64.2	
H28	全体	10734	322	3.0	64	19.9	13	4.0	255	79.2	143	44.4	217	67.4	
	64歳以下	6849	80	1.2	15	18.8	6	7.5	63	78.8	40	50.0	56	70.0	
	65歳以上	3885	242	6.2	49	20.2	7	2.9	192	79.3	103	42.6	161	66.5	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				虚血性心疾患		人数	割合								
H25	全体	12048	474	3.9	56	11.8	9	1.9	368	77.6	188	39.7	246	51.9	
	64歳以下	8445	153	1.8	16	10.5	4	2.6	110	71.9	55	35.9	77	50.3	
	65歳以上	3603	321	8.9	40	12.5	5	1.6	258	80.4	133	41.4	169	52.6	
H28	全体	10734	476	4.4	64	13.4	12	2.5	366	76.9	195	41.0	278	58.4	
	64歳以下	6849	122	1.8	15	12.3	5	4.1	88	72.1	51	41.8	62	50.8	
	65歳以上	3885	354	9.1	49	13.8	7	2.0	278	78.5	144	40.7	216	61.0	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				脳血管疾患		虚血性心疾患								人数
H25	全体	12048	40	0.3	9	22.5	7	17.5	33	82.5	9	22.5	13	32.5
	64歳以下	8445	27	0.3	4	14.8	2	7.4	22	81.5	4	14.8	8	29.6
	65歳以上	3603	13	0.4	5	38.5	5	38.5	11	84.6	5	38.5	5	38.5
H28	全体	10734	55	0.5	12	21.8	13	23.6	50	90.9	19	34.5	18	32.7
	64歳以下	6849	29	0.4	5	17.2	6	20.7	26	89.7	13	44.8	10	34.5
	65歳以上	3885	26	0.7	7	26.9	7	26.9	24	92.3	6	23.1	8	30.8

### (3)短期目標の達成状況

#### ①共通リスク(様式3-2～3-4)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病、高血圧、脂質異常症ともに治療者の割合は増加しており、高血圧からの虚血性心疾患や脳血管疾患や人工透析、脂質異常症からの虚血性心疾患や脳血管疾患や人工透析が増加している。人工透析糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法の割合が減少していることから、インスリン療法の前段階である食事や運動といった生活改善や、早期の受診や継続受診により重症化防止ができたと推測される。しかし透析者は2倍に増加していることから、中期的な目標の問題解決に向けた更なる重症化予防対策が必要である。(図表10)

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病						虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
				インスリン療法		高血圧		脂質異常症										
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	12048	1024	8.5	78	7.6	718	70.1	598	58.4	134	13.1	188	18.4	9	0.9	91	8.9
	64歳以下	8445	407	4.8	38	9.3	253	62.2	230	56.5	38	9.3	55	13.5	4	1.0	45	11.1
	65歳以上	3603	617	17.1	40	6.5	465	75.4	368	59.6	96	15.6	133	21.6	5	0.8	46	7.5
H28	全体	10734	1044	9.7	76	7.3	712	68.2	623	59.7	143	13.7	195	18.7	19	1.8	99	9.5
	64歳以下	6849	376	5.5	31	8.2	229	60.9	211	56.1	40	10.6	51	13.6	13	3.5	40	10.6
	65歳以上	3885	668	17.2	45	6.7	483	72.3	412	61.7	103	15.4	144	21.6	6	0.9	59	8.8

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	12048	2492	20.7	718	28.8	1192	47.8	243	9.8	368	14.8	33	1.3	
	64歳以下	8445	958	11.3	253	26.4	437	45.6	74	7.7	110	11.5	22	2.3	
	65歳以上	3603	1534	42.6	465	30.3	755	49.2	169	11.0	258	16.8	11	0.7	
H28	全体	10734	2313	21.5	712	30.8	1175	50.8	255	11.0	366	15.8	50	2.2	
	64歳以下	6849	725	10.6	229	31.6	345	47.6	63	8.7	88	12.1	26	3.6	
	65歳以上	3885	1588	40.9	483	30.4	830	52.3	192	12.1	278	17.5	24	1.5	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	12048	1719	14.3	598	34.8	1192	69.3	202	11.8	246	14.3	13	0.8	
	64歳以下	8445	679	8.0	230	33.9	437	64.4	62	9.1	77	11.3	8	1.2	
	65歳以上	3603	1040	28.9	368	35.4	755	72.6	140	13.5	169	16.3	5	0.5	
H28	全体	10734	1697	15.8	623	36.7	1175	69.2	217	12.8	278	16.4	18	1.1	
	64歳以下	6849	558	8.1	211	37.8	345	61.8	56	10.0	62	11.1	10	1.8	
	65歳以上	3885	1139	29.3	412	36.2	830	72.9	161	14.1	216	19.0	8	0.7	

②リスクの健診結果経年変化

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにBMIやGPT、空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧の有所見者が増加していることがわかった。HbA1cは、男性が増加し、女性は低下している。メタボリックシンドローム予備群は減少しているが、該当者は微増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、P51 参考資料1)

【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)

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	241	30.0	425	52.9	203	25.3	177	22.0	82	10.2	295	36.7	435	54.2	158	19.7	372	46.3	144	17.9	334	41.6	8	1.0
	40-64	125	33.9	204	55.3	106	28.7	97	26.3	42	11.4	139	37.7	174	47.2	74	20.1	155	42.0	85	23.0	169	45.8	0	0.0
	65-74	116	26.7	221	50.9	97	22.4	80	18.4	40	9.2	156	35.9	261	60.1	84	19.4	217	50.0	59	13.6	165	38.0	8	1.8
H28	合計	299	32.5	468	50.9	234	25.4	231	25.1	98	10.7	363	39.5	507	55.1	182	19.8	456	49.6	161	17.5	365	39.7	14	1.5
	40-64	144	37.8	205	53.8	124	32.5	114	29.9	43	11.3	142	37.3	187	49.1	94	24.7	161	42.3	91	23.9	164	43.0	5	1.3
	65-74	155	28.8	263	48.8	110	20.4	117	21.7	55	10.2	221	41.0	320	59.4	88	16.3	295	54.7	70	13.0	201	37.3	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		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	262	23.0	240	21.1	161	14.1	106	9.3	45	4.0	269	23.6	654	57.4	28	2.5	516	45.3	110	9.7	631	55.4	1	0.1
	40-64	102	23.4	75	17.2	62	14.2	51	11.7	11	2.5	91	20.9	227	52.1	10	2.3	148	33.9	54	12.4	243	55.7	0	0.0
	65-74	160	22.8	165	23.5	99	14.1	55	7.8	34	4.8	178	25.3	427	60.7	18	2.6	368	52.3	56	8.0	388	55.2	1	0.1
H28	合計	282	24.2	251	21.5	140	12.0	129	11.1	40	3.4	294	25.2	615	52.8	30	2.6	542	46.5	123	10.6	581	49.9	1	0.1
	40-64	110	26.5	76	18.3	49	11.8	53	12.8	13	3.1	83	20.0	197	47.5	4	1.0	144	34.7	48	11.6	205	49.4	0	0.0
	65-74	172	22.9	175	23.3	91	12.1	76	10.1	27	3.6	211	28.1	418	55.7	26	3.5	398	53.1	75	10.0	376	50.1	1	0.1

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)

性別	年代	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		
男性	合計	803	20.3	61	7.6%	169	21.0%	6	0.7%	116	14.4%	47	5.9%	195	24.3%	36	4.5%	10	1.2%	93	11.6%	56	7.0%
	40-64	369	15.9	36	9.8%	80	21.7%	3	0.8%	51	13.8%	26	7.0%	88	23.8%	16	4.3%	9	2.4%	39	10.6%	24	6.5%
	65-74	434	26.5	25	5.8%	89	20.5%	3	0.7%	65	15.0%	21	4.8%	107	24.7%	20	4.6%	1	0.2%	54	12.4%	32	7.4%
H28	合計	920	25.9	68	7.4%	155	16.8%	8	0.9%	103	11.2%	44	4.8%	245	26.6%	48	5.2%	19	2.1%	106	11.5%	72	7.8%
	40-64	381	21.0	42	11.0%	62	16.3%	5	1.3%	31	8.1%	26	6.8%	101	26.5%	18	4.7%	9	2.4%	48	12.6%	26	6.8%
	65-74	539	30.9	26	4.8%	93	17.3%	3	0.6%	72	13.4%	18	3.3%	144	26.7%	30	5.6%	10	1.9%	58	10.8%	46	8.5%

性別	年代	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				
女性	合計	1,139	28.8	32	2.8%	91	8.0%	0	0.0%	69	6.1%	22	1.9%	117	10.3%	17	1.5%	2	0.2%	73	6.4%	25	2.2%
	40-64	436	21.7	21	4.8%	31	7.1%	0	0.0%	19	4.4%	12	2.8%	23	5.3%	4	0.9%	1	0.2%	13	3.0%	5	1.1%
	65-74	703	36.2	11	1.6%	60	8.5%	0	0.0%	50	7.1%	10	1.4%	94	13.4%	13	1.8%	1	0.1%	60	8.5%	20	2.8%
H28	合計	1,165	32.2	42	3.6%	95	8.2%	5	0.4%	61	5.2%	29	2.5%	114	9.8%	12	1.0%	5	0.4%	64	5.5%	33	2.8%
	40-64	415	25.5	22	5.3%	29	7.0%	1	0.2%	15	3.6%	13	3.1%	25	6.0%	4	1.0%	1	0.2%	11	2.7%	9	2.2%
	65-74	750	37.8	20	2.7%	66	8.8%	4	0.5%	46	6.1%	16	2.1%	89	11.9%	8	1.1%	4	0.5%	53	7.1%	24	3.2%

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成 28 年度の特定健診受診率は 29.1%と増加しているが目標の 55%を達成できなかった。特定保健指導実施率は、84.1%と増加し目標の 50%を達成することができた。重症化を予防していくためには、引き続き特定健診受診率の向上と、その後の特定保健指導への取組が重要となる。

(図表 12)

【図表 12】

KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	7,874	1,940	24.6	189	245	54	22.0	46.9	50.8
H28年度	7,177	2,085	29.1	222	245	206	84.1	51.4	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、早世死亡の割合の減少や外来受療率の増加、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、介護認定者の増加や入院外医療費の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題もみえてきた。

その背景として、メタボリックシンドロームや糖尿病など薬物療法だけでは改善が難しい疾患が課題として残り、治療につながったが、継続した治療ができていないか、薬物療法と併せて生活改善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、住民自ら身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に向けての対策を図り、重症化予防に向けて保健指導を効果的・効率的に行っていく必要がある。

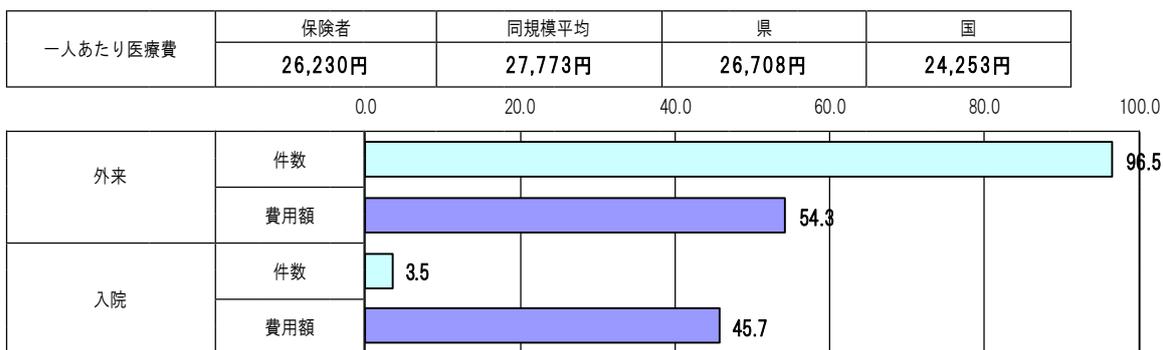
## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 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

西都市の医療費に占める入院件数の割合をみると3.5%だが、費用額の割合は、45.7%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率がよい。(図表13)

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 2016年度(H28) 【図表13】



○入院を重症化した結果としてとらえる

## (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

高額になる疾患（200万円以上レセ）をみると、生活習慣病が重症化した結果である疾患では、虚血性心疾患が26.1%を占める。また人工透析患者の3割が糖尿病性腎症を有していることから、糖尿病性腎症に焦点を当てた保健指導が重要である。（図表14）

### 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	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	46人	0人 0.0%	12人 26.1%	10人 21.7%	27人 58.7%			
		件数	56件	0件 0.0%	13件 23.2%	14件 25.0%	29件 51.8%			
		年代別	40歳未満	0	--	0	0.0%	0	0.0%	2
	40代		0	--	1	7.7%	4	28.6%	2	6.9%
	50代		0	--	2	15.4%	5	35.7%	3	10.3%
	60代		0	--	6	46.2%	4	28.6%	15	51.7%
	70-74歳	0	--	4	30.8%	1	7.1%	7	24.1%	
費用額	1億8321万円		--	3571万円 19.5%	3917万円 21.4%	1億0832万円 59.1%				

\*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	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	94人	62人 66.0%	10人 10.6%	5人 5.3%
		件数	818件	556件 68.0%	52件 6.4%	36件 4.4%
		費用額	3億3187万円	2億0162万円 60.8%	1933万円 5.8%	1249万円 3.8%

\*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	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	55人	19人 34.5%	12人 21.8%	13人 23.6%
様式2-2		H28年度 累計	件数	667件	236件 35.4%	147件 22.0%	142件 21.3%
		費用額	2億8197万円	9708万円 34.4%	6136万円 21.8%	5943万円 21.1%	

\*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	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 な疾 り患	全体	3,992人	476人 11.9%	322人 8.1%	99人 2.5%
			高血圧	366人 76.9%	255人 79.2%	59人 59.6%	
			糖尿病	195人 41.0%	143人 44.4%	99人 100.0%	
			脂質異常症	278人 58.4%	217人 67.4%	55人 55.6%	
			高血圧症	2,313人 57.9%	1,044人 26.2%	1,697人 42.5%	398人 10.0%
			糖尿病	1,044人 26.2%	1,697人 42.5%	398人 10.0%	

○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受けているのか

要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94.9%であり、筋・骨格疾患の90.7%を上回っていた。本計画の対象は75歳未満であるが、受給者区分2号の若い世代でも28人が介護認定を受けており、脳卒中が78.6%を占める。

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)

【図表15】

何の疾患で介護保険を受けているのか 2016年度(H28)

要介護認定状況	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	11,019人		4,303人		5,350人		9,653人		20,672人			
認定者数	36人		175人		1,639人		1,814人		1,850人				
	認定率		0.33%		4.1%		30.6%		18.8%				
新規認定者数(*1)		7人		24人		122人		146人		153人			
介護度別人数	要支援1・2		6	16.7%	44	25.1%	335	20.4%	379	20.9%	385	20.8%	
	要介護1・2		10	27.8%	53	30.3%	567	34.6%	620	34.2%	630	34.1%	
	要介護3~5		20	55.6%	78	44.6%	737	45.0%	815	44.9%	835	45.1%	
要介護突合状況	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)		28		117		999		1,116		1,144		
再)国保・後期		28		117		999		1,116		1,144			
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病		
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	
	循環器疾患	1	脳卒中	22	78.6%	79	67.5%	493	49.3%	572	51.3%	594	51.9%
		2	虚血性心疾患	7	25.0%	24	20.5%	326	32.6%	350	31.4%	357	31.2%
		3	腎不全	5	17.9%	13	11.1%	113	11.3%	126	11.3%	131	11.5%
		4	糖尿病合併症	5	17.9%	10	8.5%	50	5.0%	60	5.4%	65	5.7%
	基礎疾患		27		102		917		1,019		1,046		
	高血圧・糖尿病・脂質異常症		96.4%		87.2%		91.8%		91.3%		91.4%		
	血管疾患合計		27		108		951		1,059		1,086		
			96.4%		92.3%		95.2%		94.9%		94.9%		
認知症		3		31		403		434		437			
		10.7%		26.5%		40.3%		38.9%		38.2%			
筋・骨格疾患		22		102		914		1,016		1,038			
		78.6%		87.2%		91.5%		91.0%		90.7%			

\*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

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費(40歳以上)						7,884
要介護認定なし医療費(40歳以上)				4,037		

## 2) 健診受診者の実態

西都市の健診受診者は、全国と比較して男女ともにメタボに関係するBMI、腹囲、GPT、HDL-C、空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧の有所見者割合が高く、これらは、内臓脂肪の蓄積によるものであると考えられる。内臓脂肪蓄積によるインスリン抵抗性や、それにより引き起こされる膵臓の疲弊、インスリンの初期分泌低下によって起こっていることが推測されるため、食事や運動などの生活改善の保健指導が特に重要となる。(図表 16・17)

【図表 16】

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) 2016年度(H28)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	9,575	31.6	15,630	51.7	7,821	25.8	6,239	20.6	3,236	10.7	11,486	38.0	16,848	55.7	6,819	22.5	15,844	52.4	6,542	21.6	13,241	43.8	686	2.3	
西都市	合計	301	32.7	470	51.0	235	25.5	232	25.2	98	10.6	362	39.3	508	55.2	183	19.9	457	49.6	162	17.6	366	39.7	14	1.5
	40-64	145	38.1	206	54.1	125	32.8	115	30.2	43	11.3	142	37.3	187	49.1	95	24.9	161	42.3	91	23.9	165	43.3	5	1.3
	65-74	156	28.9	264	48.9	110	20.4	117	21.7	55	10.2	220	40.7	321	59.4	88	16.3	296	54.8	71	13.1	201	37.2	9	1.7
女性	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	9,385	23.4	8,731	21.8	5,714	14.2	3,682	9.2	1,096	2.7	9,336	23.3	23,454	58.5	1,132	2.8	18,483	46.1	4,932	12.3	22,389	55.8	130	0.3	
西都市	合計	282	24.2	251	21.6	139	11.9	128	11.0	40	3.4	292	25.1	613	52.7	30	2.6	541	46.5	123	10.6	579	49.7	1	0.1
	40-64	110	26.6	76	18.4	48	11.6	52	12.6	13	3.1	81	19.6	195	47.1	4	1.0	143	34.5	48	11.6	203	49.0	0	0.0
	65-74	172	22.9	175	23.3	91	12.1	76	10.1	27	3.6	211	28.1	418	55.7	26	3.5	398	53.1	75	10.0	376	50.1	1	0.1

\*全国については、有所見割合のみ表示

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) 2016年度(H28)

【図表 17】

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
西都市	合計	921	25.8	69	7.5%	156	16.9%	8	0.9%	104	11.3%	44	4.8%	245	26.6%	48	5.2%	19	2.1%	106	11.5%	72	7.8%	
	40-64	381	20.9	43	11.3%	62	16.3%	5	1.3%	31	8.1%	26	6.8%	101	26.5%	18	4.7%	9	2.4%	48	12.6%	26	6.8%	
	65-74	540	30.9	26	4.8%	94	17.4%	3	0.6%	73	13.5%	18	3.3%	144	26.7%	30	5.6%	10	1.9%	58	10.7%	46	8.5%	
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
西都市	合計	1,164	32.1	42	3.6%	95	8.2%	5	0.4%	61	5.2%	29	2.5%	114	9.8%	12	1.0%	5	0.4%	64	5.5%	33	2.8%	
	40-64	414	25.3	22	5.3%	29	7.0%	1	0.2%	15	3.6%	13	3.1%	25	6.0%	4	1.0%	1	0.2%	11	2.7%	9	2.2%	
	65-74	750	37.7	20	2.7%	66	8.8%	4	0.5%	46	6.1%	16	2.1%	89	11.9%	8	1.1%	4	0.5%	53	7.1%	24	3.2%	

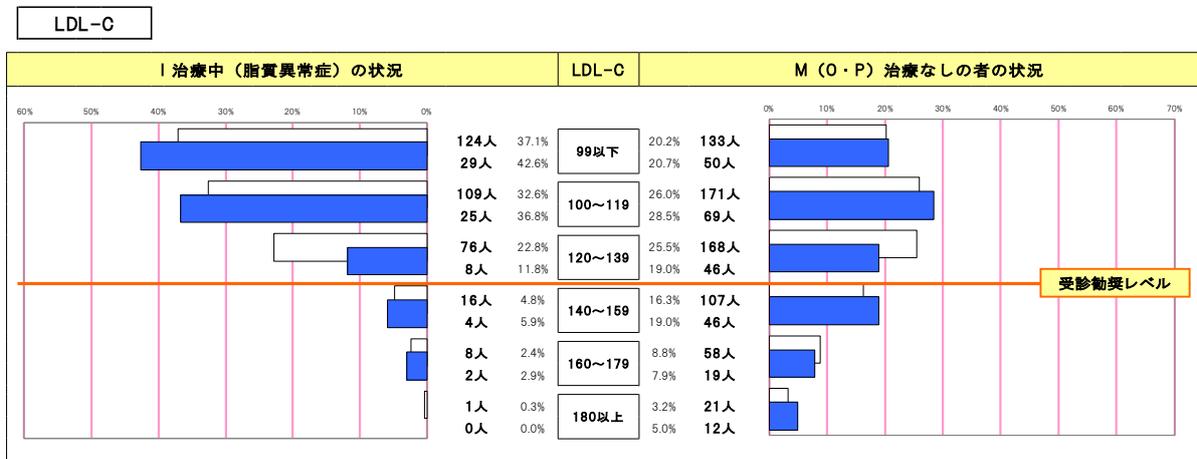
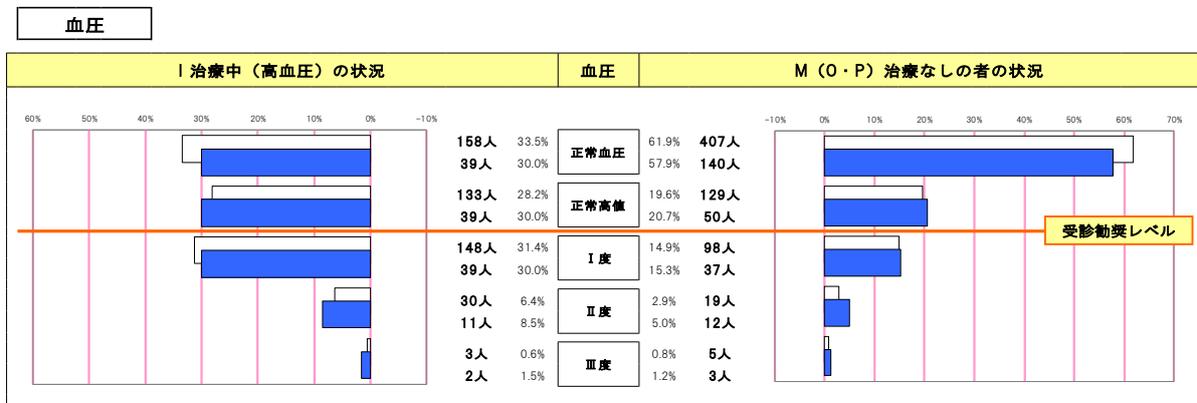
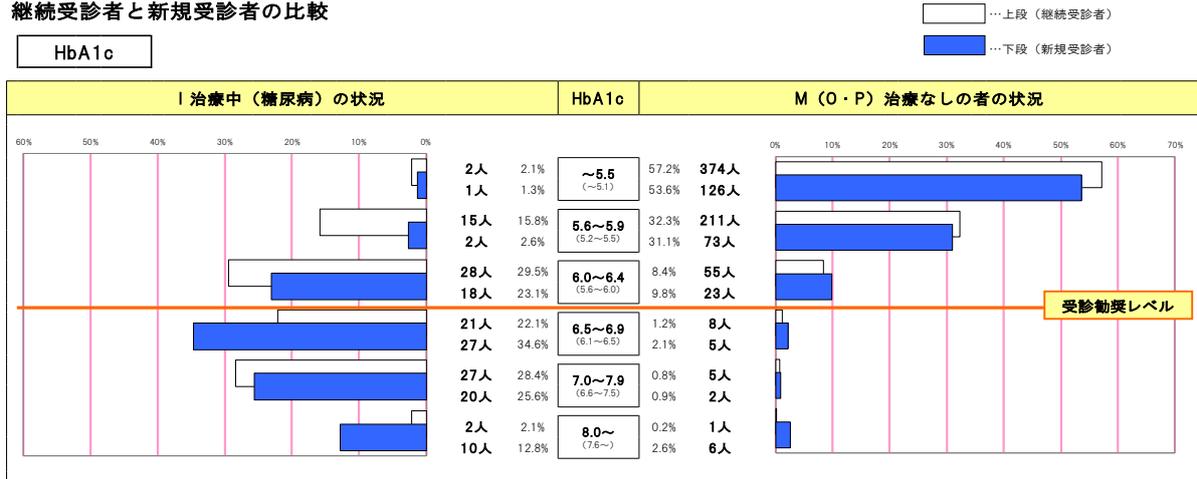
### 3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況

特定健診の継続受診と新規受診の比較をみると、糖尿病、血圧、LDL-C とも継続受診の者はコントロールが良い傾向にある。高血圧や脂質異常症は薬物療法による治療効果が得やすいため、必要に応じて医療機関への受診勧奨の保健指導を行う。また、糖尿病については治療中でもコントロール不良が多く、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要になる。

(図表 18)

【図表 18】

#### 継続受診者と新規受診者の比較



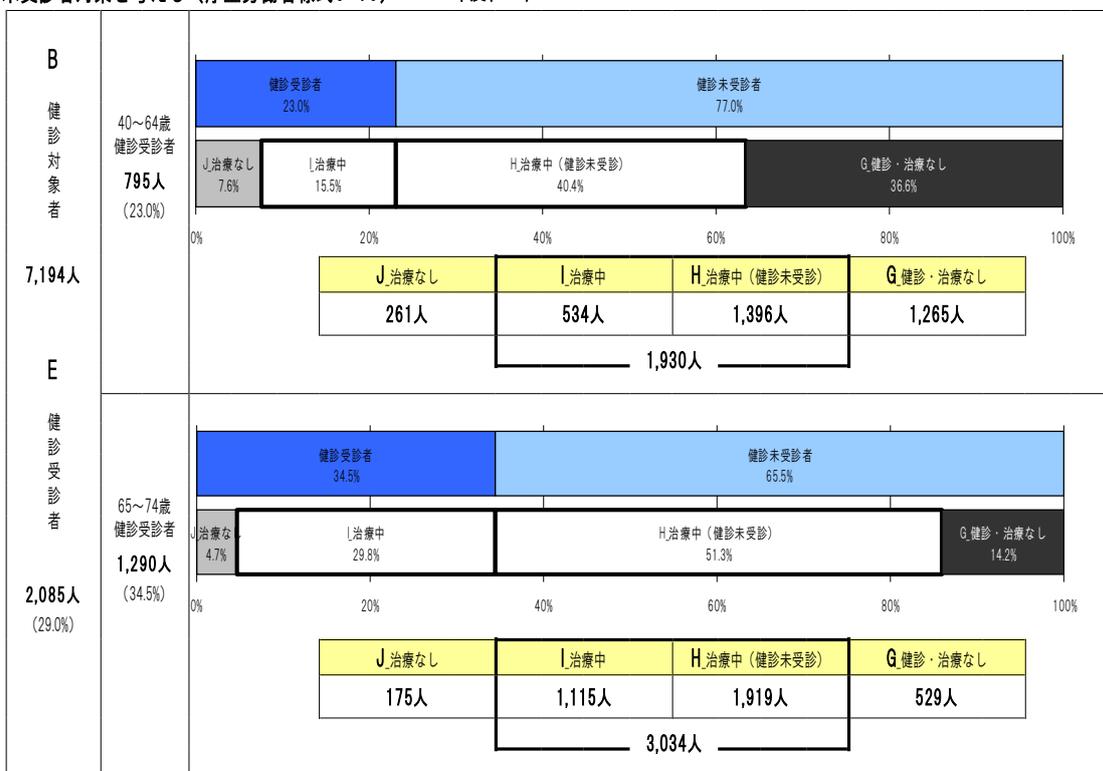
#### 4)未受診者の把握

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36.6%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。まずは、健診の受診勧奨とともに実態把握を行う必要がある。健診未受診者の中には治療中の者「H」も多いことから、医療機関との連携も必要である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でも、30,656円の差があり、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ため、継続受診を勧めていく。

(図表 19)

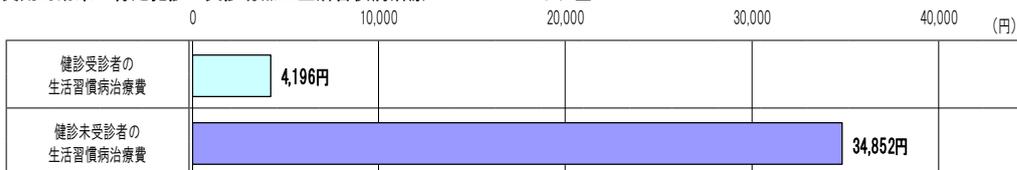
【図表 19】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10） 2016年度(H28)



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

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



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。35年度には29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年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しを行う。

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難しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、西都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し、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

##### ② 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、毎年、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踏まえ、第三期(平成30年度以降)からは6年一期として策定する。(図表20・21)

#### 2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	35%	40%	45%	50%	55%	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】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	6,750人	6,550人	6,350人	6,160人	5,980人	5,800人
	受診者数	2,363人	2,620人	2,858人	3,080人	3,289人	3,480人
特定保健指導	対象者数	300人	330人	360人	390人	410人	443人
	受診者数	180人	198人	216人	234人	246人	266人

#### 4. 特定健診の実施

##### (1)実施方法

健診は、特定健診実施機関に委託する。個別健診は、委託先である(社)西都市西児湯医師会の会員で特定健診委託基準を満たし、実施に関して協力を申し出た医療機関で行い、集団健診は市の委託業者が市が実施場所として定めた市内公共施設等で行う。

また、特定健診の実施に代え、個別健診の実施期間のうち、実施に関して協力を申し出た医療機関で人間ドックを実施する。

##### (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、西都市の広報誌やホームページ等に掲載する。(参照) URL : <http://www.city.saito.lg.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代えられる。（実施基準第1条4項）

#### (5)実施時期

4月から翌年2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、宮崎県国保連に事務処理を委託する。

#### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診券については、年度当初に対象者全員に受診券を発行し、郵送する。

また、健診期間中には、受診再勧奨通知を郵送し、健診受診を促す。（図表 22）

年間スケジュール

【図表 22】

<b>健診の案内方法</b>	
特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌による広報。 看護師等からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
<b>健診実施スケジュール</b>	
5月	: 受診券送付
4月～翌年2月	: 特定健診実施（集団、個別）
5月～翌年9月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7月～翌年3月	: 未受診者対策
10月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
2月～3月	: 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出）

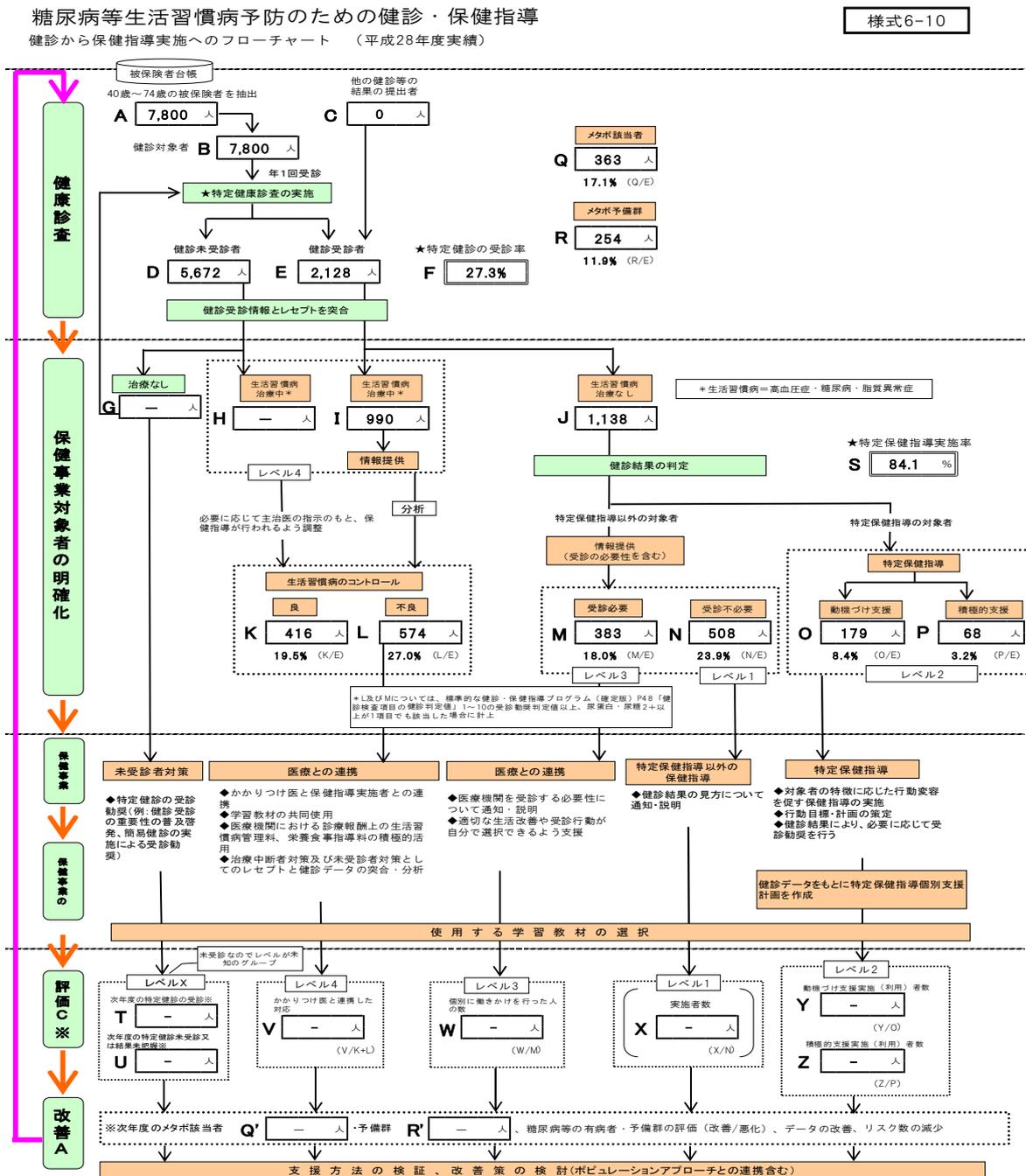
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施（衛生部門への執行委任）及び一部委託の形態で行う。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



## (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】

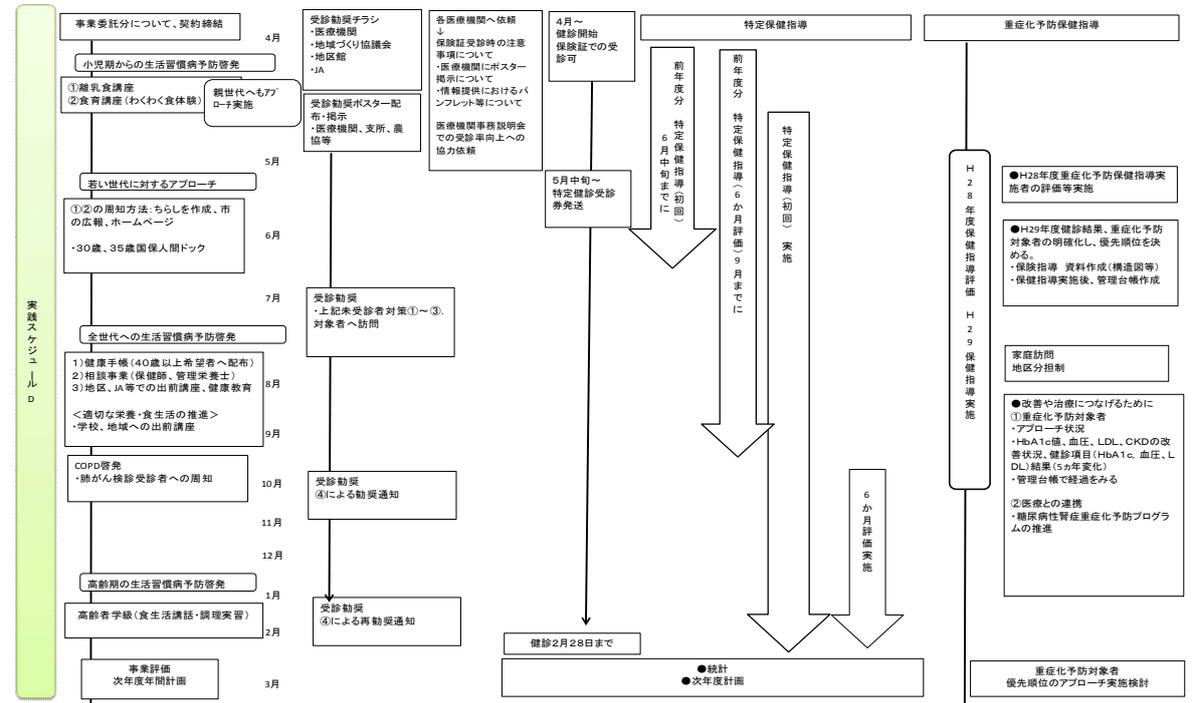
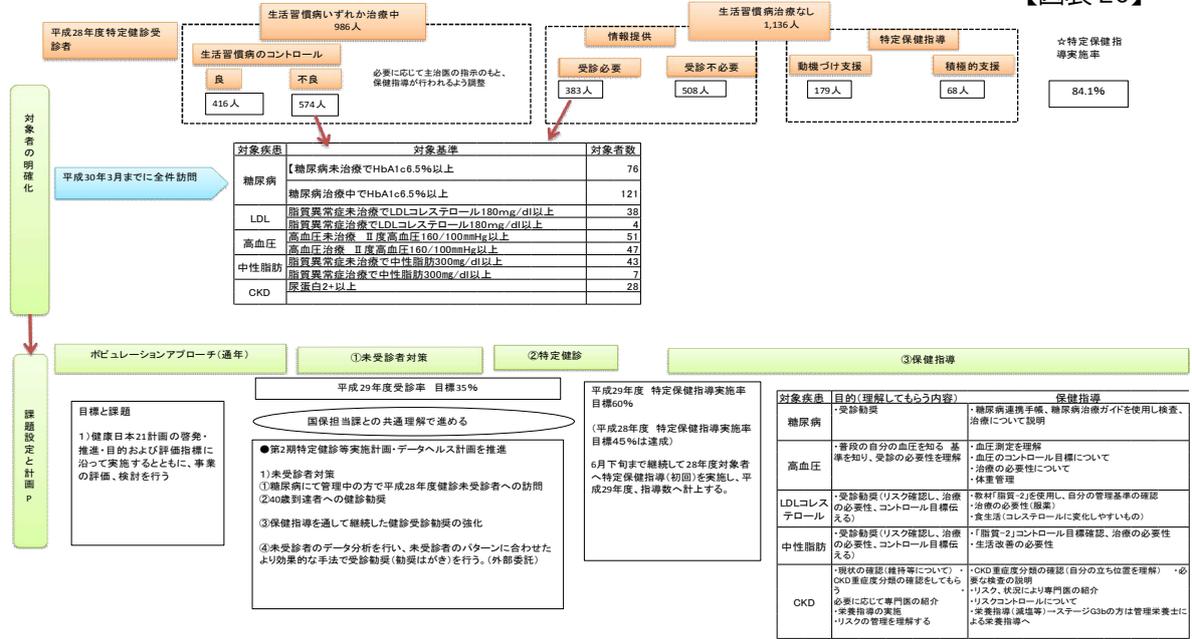
優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率 (H35)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	247 人  (11.6)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	383 人  (18.0)	HbA1c6.5 以上については  100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	5,672 人  ※受診率 35%  目標達成までにあと 602 人	10%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	508 人  (23.9)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	990 人  (46.5)	50%

### (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)

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)

【図表 25】



評価	項目	平成22年度					平成23年度					平成24年度					平成25年度					平成26年度					平成27年度					平成28年度				
		実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	実施者						
C	特定健診の目標	40	50	60	30	40	50	55																												
	特定健診の実績	21.5	19.9	21.5	24.6	23.7	24.6	29.1																												
A	年度	受診者	全体	積極的支援	動機づけ支援																															
	平成29年度	1,928	215	132	53	247	54	251	8	148	181	749	45	280																						

\*生活習慣病予防をライフサイクルで見ている。健康推進係と業務分担も併用しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組む

## 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及び西都市個人情報保護条例（平成 15 年西都市条例第 2 号）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

特定健診等実施計画は、西都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としては、生活習慣病の重症化による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）及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期）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プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

①医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中断者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2)選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

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

（図表 27）

【図表 27】

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

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

西都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。（P52 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)

西都市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 88 人 (29.8%・F) であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,029 人中のうち、特定健診受診者が 207 人 (20.1%・G) であったが、8 人 (3.9%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 822 人 (79.9%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 255 人中 102 人は治療中断であることが分かった。また、153 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 より西都市における介入方法を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 (F)・・・88 人

②糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・110 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)・・・199 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)・・・153 人

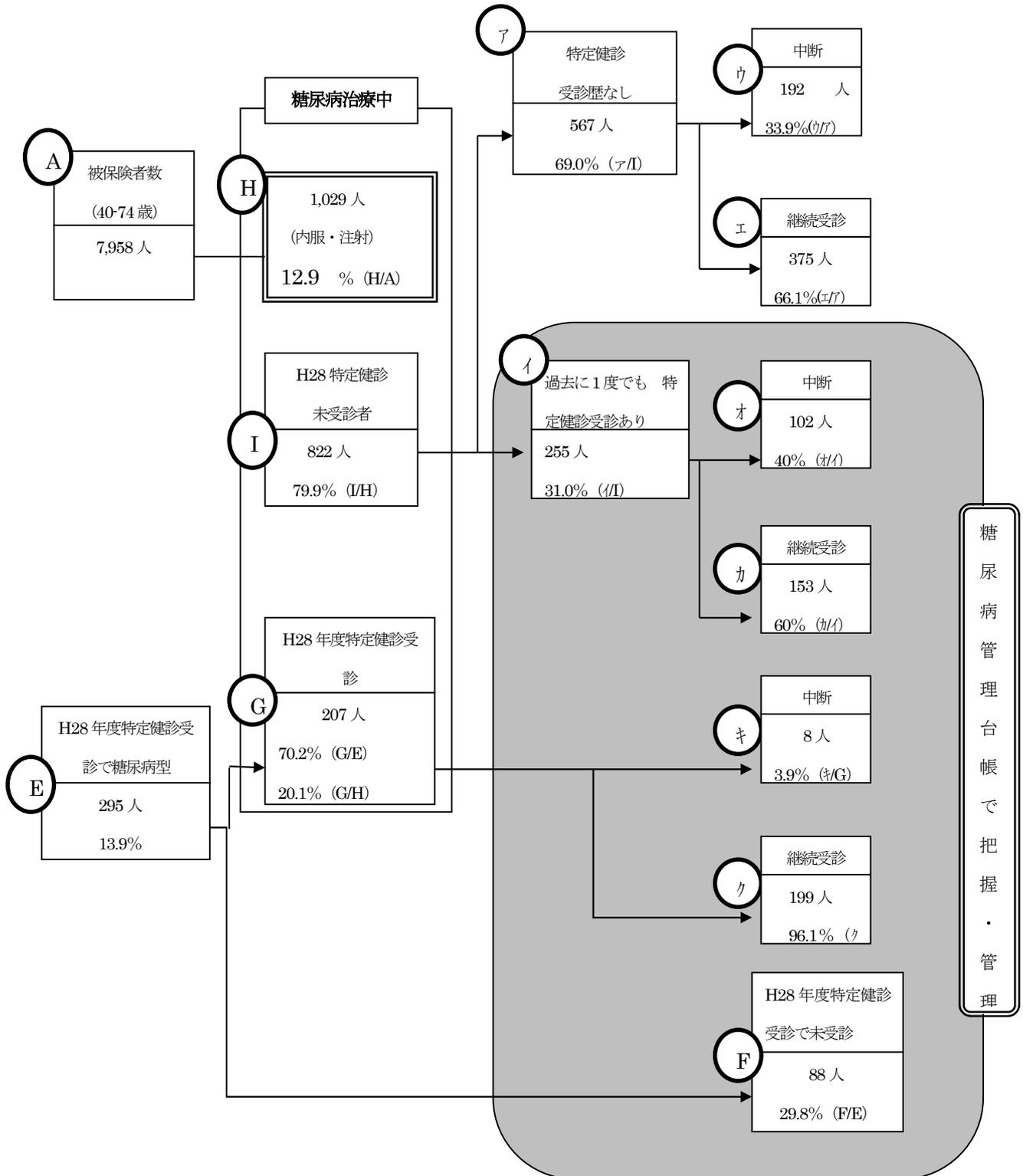
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



### 3)対象者の進捗管理

#### (1)糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（P53 参考資料 3）及び年次計画表(P53 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 HbA1c 6.5%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。

#### 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・重症化予防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。西都市においては、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> <span style="font-size: 2em;">→</span> </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>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>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)</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>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 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> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>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</p> <p>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</p>

## (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、全ての対象者に尿蛋白定量検査を実施する。(2018年度(H30)より) 今後は、尿アルブミン検査等の2次健診等を検討し、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・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に西都市西児湯医師会と協議した連絡票等を使用する。

### (2)治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から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プログラムに準じ行っていく。

### (3)糖尿病連携手帳の活用について

支援・評価委員会の委員からの助言でもあるが、糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、かかりつけ医と相談しながら使用していくこととする。

## 6)高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、地域包括支援センター等と連携していく。また、現在介護2号認定者のうち、糖尿病がある者については、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り、重症化を予防していく。

## 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(P54 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。(P52 参考資料 2)

### 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。(P55 参考資料 6)

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

西都市において健診受診者 2,128 人のうち心電図検査実施者は 2,011 人 (94.5%) であり、そのうち ST 所見があったのは 50 人であった (図表 30)。ST 所見あり 50 人中のうち、要精査はいなかった (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。

西都市は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の全数実施を継続していく必要がある。

【図表 30】

#### 心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
					ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	2,128	100	2,011	94.5	50	2.5	624	31.0	1,337	66.5

【図表 31】

## ST所見ありの医療機関受診状況

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)(%)
50	100	0	0	0	0	0	0

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

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

【図表 32】

## 虚血性心疾患に関する症状

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

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

## (2)2次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕

血圧比（ABI）などがある」、「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」、「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは2次健診において、これらの検査を検討していく。

### **(3)対象者の管理**

「冠動脈疾患予防からみたLDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」（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、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や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。

### **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 33、34)

【図表 33】

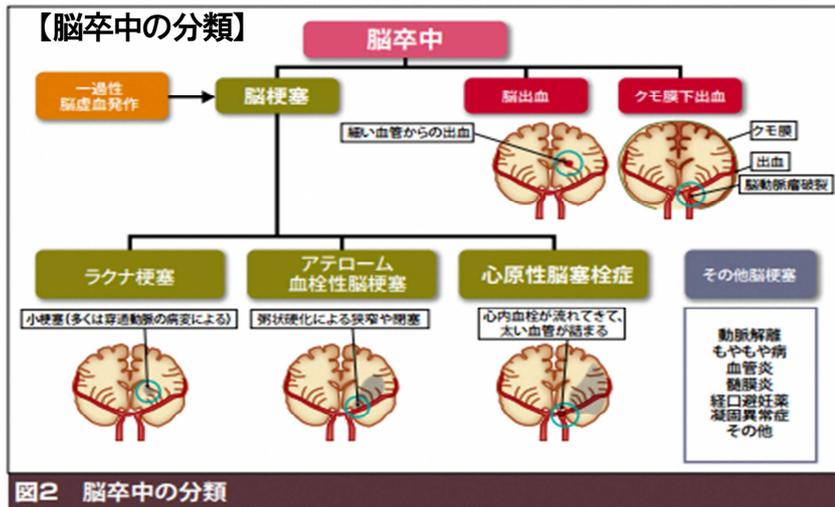


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 34】

#### 脳血管疾患とリスク因子

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

## 2)対象者の明確化

### (1)重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 35 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 35】

特定健診受診者における重症化予防対象者				2016年度(H28)			
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●				○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○	○
	心原性脳梗塞	●			●	○	○
脳 出 血	脳出血	●					
	くも膜下出血	●					
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)	心房細動	メタリックシント ローム	慢性腎臓病(CDK)
特定健診受診者における重症化予 防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)
受診者数		106人 5.0%	129人 6.1%	55人 2.6%	16人 0.8%	361人 17.0%	18人 0.8% 41人 1.9%
治療なし		54人 3.8%	66人 3.5%	54人 3.3%	5人 0.4%	71人 6.3%	6人 0.5% 11人 1.0%
治療あり		22人 20.8%	18人 14.0%	16人 29.1%	1人 6.3%	71人 19.7%	3人 16.7% 1人 2.4%
臓器障害あり		28人 7.2%	33人 30.9%	29人 0.2%	5人 1.1%	35人 29.4%	6人 1.2% 11人 3.2%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	1人	2人	4人	0人	2人	0人 0人
	尿蛋白(2+)以上	1人	1人	0人	0人	2人	0人 0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	1人	0人	0人	0人	0人 0人
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	0人	0人	4人	0人	0人	0人 0人
	心電図所見あり	28人	32人	26人	0人	34人	0人 0人

血圧以上が106人(5.0%)であり、54人は未治療者であった。また未治療者のうち28人(7.2%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も22人(20.8%)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 36)

【図表 36】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定								
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 2016年度(H28)								
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）								
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
	<b>1,406</b>	<b>465</b>	<b>381</b>	<b>291</b>	<b>215</b>	<b>45</b>	<b>9</b>	
		33.1%	27.1%	20.7%	15.3%	3.2%	0.6%	
リスク第1層	<b>181</b>	<b>94</b>	<b>49</b>	<b>26</b>	<b>11</b> ④	<b>1</b>	<b>0</b> ①	
		12.9%	20.2%	12.9%	8.9%	5.1%	2.2%	
リスク第2層	<b>786</b>	<b>242</b>	<b>221</b>	<b>174</b>	<b>120</b> ③	<b>22</b>	<b>7</b>	
		55.9%	52.0%	58.0%	59.8%	55.8%	48.9%	
リスク第3層	<b>439</b>	<b>129</b>	<b>111</b>	<b>91</b>	<b>84</b> ②	<b>22</b>	<b>2</b>	
		31.2%	27.7%	29.1%	31.3%	39.1%	48.9%	
再掲 (重複あり)	糖尿病	<b>150</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>8</b>	
			34.2%	27.1%	33.3%	35.2%	45.2%	36.4%
			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	<b>183</b>	<b>63</b>	<b>48</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	
			41.7%	48.8%	43.2%	37.4%	35.7%	27.3%
	3個以上の危険因子	<b>212</b>	<b>62</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	
			48.3%	48.1%	43.2%	50.5%	47.6%	63.6%

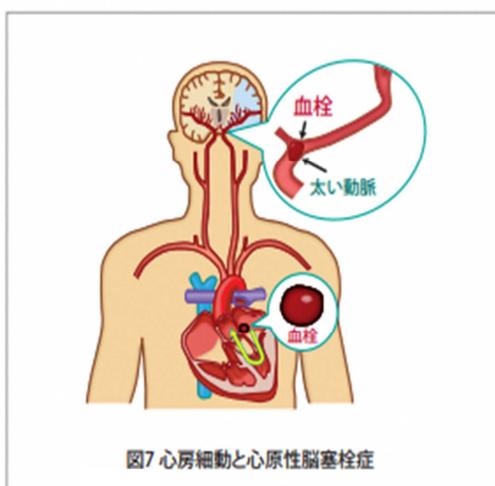
  

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
<b>11</b>	<b>121</b>	<b>137</b>
0.8%	8.6%	9.7%
<b>11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
100%	0.8%	0.0%
--	<b>120</b>	<b>29</b>
--	99.2%	21.2%
--	--	<b>108</b>
--	--	78.8%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 37 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 37】

特定健診における心房細動有所見者状況 2016年度(H28)

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	876	1135	10	1.1	6	0.5	-	-
40歳代	88	78	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	133	142	1	0.8	0	0	0.8	0.1
60歳代	430	582	6	1.4	4	0.7	1.9	0.4
70～74歳	225	333	3	1.3	2	0.6	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

\* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無 2016年度(H28)

【図表 38】

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	5	31.3	11	68.8

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。特に60歳代においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また、16人のうち11人は既に治療が開始されていたが、5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、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続していく。(図表 38)

### 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)2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2次健診においてこれらの検査を実施していくことが重要である。

## (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。（P57 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。（P57 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、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や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。

## 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

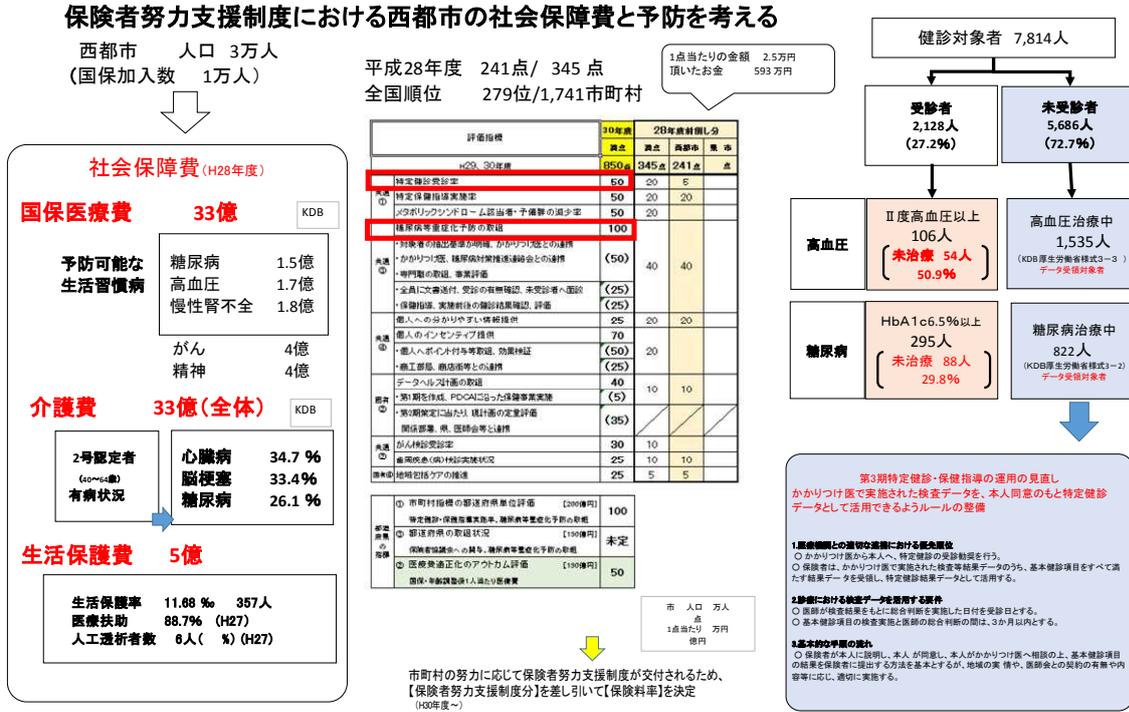
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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住民へ周知していく。(図表 39・40)

【図表 39】



【図表 40】

### 宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーションアプローチ資料(図表 41)

#### 1. からだの実態

##### ① 健診データ

(H25年度厚生労働者様式6-2~6-7健診有所見者状況)

腹囲	4位
中性脂肪	10位
HDL	5位
HbA1c8.4以上	15位
血圧140以上	12位

##### ② 患者調査の実態(平成26年)

総数	入院	入院外
	9位	19位

##### ③ 透析患者の状況

	H26年	H27年
慢性透析患者	3位	5位
新規透析(糖尿病性腎症)	34位	16位

**内臓脂肪の蓄積**

##### ④ 脳血管疾患(H26年)

入院	9位
----	----

#### 2. 宮崎の食の実態

食用油	9位
鶏肉	8位
加工肉	8位
餃子	3位
焼き肉店	7位

即席めん	12位
柑きつ類	3位
砂糖	4位

生鮮野菜(全体)	44位
----------	-----

バー キャバレーナイトクラブ	2位
酒場 ビアホール	5位

## 第5章 地域包括ケアに係る取組

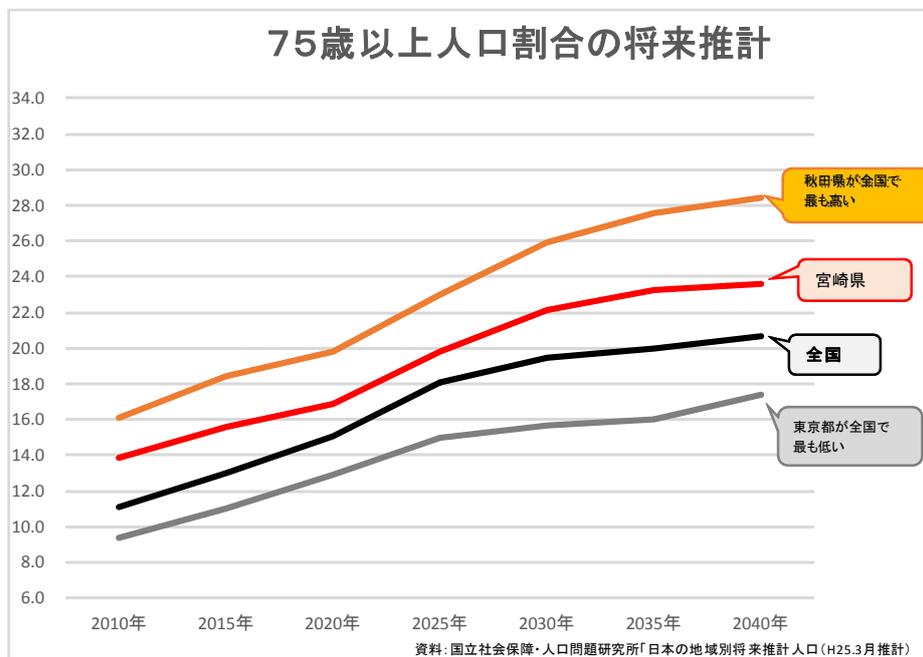
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる」との地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、住民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県の75歳以上人口割合は、2040年で全国平均を上回る23.6%と推計されている。(図表41)

国保では被保険者のうち65歳以上高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合は医療費全体の6割(57.3%)近くとなっている。このような状況から、地域で元気に暮らす高齢者を増やすために、サポート体制づくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表41】



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住民を増やしていくことにつながる。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画は、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

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4つの指標で評価する。

※評価における4つの指標

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに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、宮崎県国保連に設置している支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。(P58 参考資料10)

## 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。

### 2. 個人情報の取扱い

個人情報は、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西都市の位置

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 データヘルス計画の目標管理一覧

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた西都市の位置

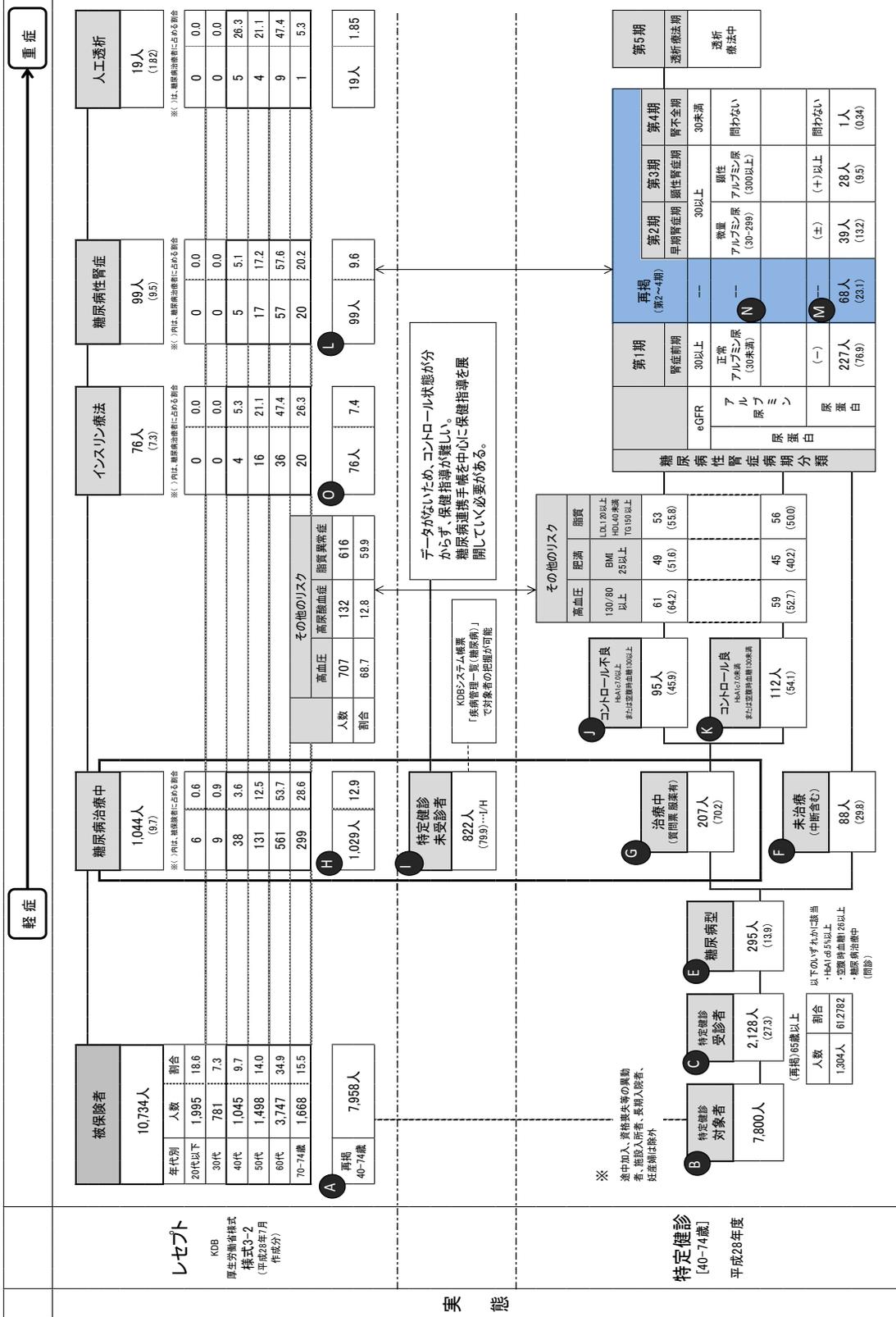
【参考資料1】

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		32,538		32,538		9,030,767		1,125,360		124,852,975			
		65歳以上(高齢化率)		9,653	29.7	9,653	29.7	2,626,654	29.1	290,839	25.8	29,020,766	23.2		
		75歳以上		5,350	16.4	5,350	16.4			156,418	13.9	13,989,864	11.2		
		65~74歳		4,303	13.2	4,303	13.2			134,421	11.9	15,030,902	12.0		
		40~64歳		11,019	33.9	11,019	33.9			383,847	34.1	42,411,922	34.0		
	39歳以下		11,866	36.5	11,866	36.5			450,674	40.0	53,420,287	42.8			
	② 産業構成		第1次産業		26.6	26.6	11.4	11.8	4.2	4.2			KDB_NO.3		
			第2次産業		21.5	21.5	27.5	21.6	25.2	25.2			25.2	KDB_NO.3	
			第3次産業		51.9	51.9	61.1	66.6	70.6	70.6			70.6	70.6	70.6
	③ 平均寿命		男性		80.0	80.0	79.2	79.7	79.6	79.6					
		女性		86.6	86.6	86.4	86.6	86.4	86.4						
④ 健康寿命		男性		65.4	65.4	65.1	65.2	65.2	65.2						
		女性		67.1	67.1	66.8	66.8	66.8	66.8						
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		男性		106.2	99.4	104.8	99.7	100	100				
				女性		100.6	99.2	101.5	96.2	100	100				
		がん		102	44.3	124	47.9	32,164	46.4	3,469	45.2	367,905	49.6		
		心臓病		62	27.0	71	27.4	19,517	28.2	2,242	29.2	196,768	26.5		
		脳疾患		41	17.8	40	15.4	11,781	17.0	1,301	16.9	114,122	15.4		
		糖尿病		4	1.7	3	1.2	1,340	1.9	128	1.7	13,658	1.8		
		腎不全		12	5.2	12	4.6	2,559	3.7	276	3.6	24,763	3.3		
		自殺		9	3.9	9	3.5	1,902	2.7	265	3.5	24,294	3.3		
		合計		51	12.2	37	7.79			1,363	9.95	136,944	10.47		
		② 早世予防からみた死亡(65歳未満)		男性		42	18.9	23	10.13			915	13.52	9,123	13.51
		女性		9	4.6	14	5.65			448	6.46	4,582	7.24		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,656	17.6	1,814	18.8	539,524	20.5	59,315	20.4	5,882,340	21.2		
		新規認定者		71	0.2	27	0.3	8,953	0.3	1,066	0.3	105,654	0.3		
		2号認定者		51	0.5	36	0.4	11,164	0.4	1,424	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		372	21.3	355	19.3	125,517	22.3	12,984	21.1	1,343,240	21.9		
		高血圧症		970	57.7	1,072	57.1	305,818	54.6	35,343	57.8	3,085,109	50.5		
		脂質異常症		423	24.0	491	26.3	159,712	28.3	16,820	27.4	1,733,323	28.2		
		心臓病		1,115	66.1	1,215	65.0	349,121	62.4	40,218	65.9	3,511,354	57.5		
		脳疾患		592	34.6	590	31.9	154,757	27.9	19,110	31.4	1,530,506	25.3		
		がん		190	11.2	167	8.3	58,389	10.3	5,851	9.4	629,053	10.1		
		筋・骨格		979	57.0	1,071	57.8	303,080	54.0	35,158	57.7	3,051,816	49.9		
精神		503	29.2	747	39.8	213,249	37.8	25,273	40.9	2,141,880	34.9				
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		80,132		79,317		66,708		66,242		58,349				
	居宅サービス		49,216		52,061		41,740		47,239		39,683				
	施設サービス		264,677		295,760		278,164		282,096		281,115				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		認定あり		10,425	7,884	8,280	7,150	7,980						
			認定なし		3,708	4,037	4,039	3,962	3,822						
4	① 国保の状況	被保険者数		11,713	10,355	2,264,275	300,094	32,587,223							
		65~74歳		3,706	31.6	3,894	37.6			119,980	40.0	12,462,053	38.2		
		40~64歳		4,665	39.8	3,757	36.3			103,070	34.3	10,946,893	33.6		
		39歳以下		3,342	28.5	2,704	26.1			77,044	25.7	9,178,477	28.2		
	加入率		36.0		31.8		25.1		26.7		26.9				
	② 医療の概況(人口千対)	病院数		5	0.4	5	0.5	833	0.4	140	0.5	8,255	0.3		
		診療所数		25	2.1	27	2.6	6,529	2.9	891	3.0	96,727	3.0		
		病床数		514	43.9	514	49.6	135,296	59.8	19,245	64.1	1,524,378	46.8		
		医師数		50	4.3	53	5.1	16,982	7.5	2,730	9.1	299,792	9.2		
		外来患者数		628.8		666.5		698.5		677.3		668.3			
入院患者数		22.5		24.5		23.6		24.7		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		23,625	県内19位 同規模162位	26,230	県内19位 同規模176位	27,773	26,708	24,253						
	受診率		651,299		690,997		722,134		702,045		686,501				
	外来費用の割合		54.1		54.3		56.9	55.1	60.1						
	入院費用の割合		45.9		45.7		43.1	44.9	39.9						
	1件あたり在院日数		17.7日		17.0日		17.0日		17.8日		15.6日				
	がん		21.9		410,943,250		21.3		23.9		21.9				
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合) 最大医療費源疾患5(順別含む)	慢性腎不全(透析あり)		7.9		182,499,750		9.7		11.2		9.7				
	糖尿病		8.3		156,312,840		8.3		9.9		8.6				
	高血圧症		9.4		178,067,040		9.4		8.9		8.7				
	精神		22.0		394,395,660		20.9		19.6		22.3				
	筋・骨格		18.3		327,924,140		17.4		15.2		14.6				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	497,125	12位 (19)	565,748	4位 (17)						KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	518,117	9位 (17)	542,863	14位 (16)									
		県内順位 順位総数28	入院	脂質異常症	477,852	8位 (19)	490,613	14位 (17)									
				脳血管疾患	543,987	7位 (18)	521,158	17位 (19)									
		入院の( )内 は在院日数	外来	心疾患	579,627	12位 (16)	657,682	7位 (13)									
				腎不全	554,194	21位 (16)	644,341	12位 (15)									
		入院の( )内 は在院日数	外来	精神	415,505	12位 (26)	455,901	10位 (25)									
				悪性新生物	563,347	8位 (14)	635,280	9位 (14)									
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,561		1,562		2,626	2,188	2,065			KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				健診未受診者	11,061		12,973		13,206	12,613	12,683						
		健診有無別 一人当たり 点数	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,088		4,196		7,001	6,051	5,940						
				健診未受診者	30,617		34,852		35,214	34,887	36,479						
	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	医療機関受診率	1,019	52.7	1,125	54.0	344,966	55.5	38,643	54.9	4,116,530	55.9	KDB NO.1 地域全体像の把握		
				医療機関非受診率	965	49.9	1,073	51.5	317,329	51.1	36,126	51.3	3,799,744	51.6			
				医療機関非受診率	54	2.8	52	2.5	27,637	4.4	2,517	3.6	316,786	4.3			
	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数28	健診受診者	1,933		2,085		621,137		70,365		7,362,845	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			
	②			受診率	24.6	県内25位 同規模189位	29.0	県内27位 同規模222位	38.0	34.1	全国30位	34.0					
	③			特定保健指導終了者(実施率)	50	20.7	66	26.8	6,491	8.7	1,024	12.1	35,557		4.1		
	④			非肥満高血糖	109	5.6	160	7.7	65,298	10.5	5,398	7.7	687,157		9.3		
	⑤			メタボ	該当者	男性	309	16.0	359	17.2	109,931	17.7	12,737		18.1	1,272,714	17.3
						女性	116	10.2	114	9.8	35,099	10.1	4,284		10.7	396,909	9.5
						予備群	258	13.3	251	12.0	66,382	10.7	8,801		12.5	790,096	10.7
	⑥			メタボ	男性	男性	167	20.9	156	16.9	45,367	16.6	5,483		18.1	548,609	17.2
						女性	91	8.0	95	8.2	21,015	6.1	3,318		8.3	241,487	5.8
	⑦			メタボ該当・ 予備群 レベル	総数	総数	660	34.1	721	36.6	197,014	31.7	24,361		34.6	2,320,533	31.5
	⑧					腹囲	男性	421	52.8	470	51.0	133,907	48.9		15,630	51.7	1,597,371
	⑨			メタボ該当・ 予備群 レベル	腹囲	女性	239	21.1	251	21.6	63,107	18.2	8,731		21.8	723,162	17.3
	⑩					総数	94	4.9	119	5.7	32,585	5.2	3,276		4.7	346,181	4.7
	⑪			メタボ該当・ 予備群 レベル	BMI	男性	15	1.9	18	2.0	5,175	1.9	524		1.7	55,460	1.7
	⑫					女性	79	7.0	101	8.7	27,410	7.9	2,752		6.9	290,721	7.0
	⑬			メタボ該当・ 予備群 レベル	血糖のみ	血糖のみ	6	0.3	13	0.6	4,454	0.7	463		0.7	48,685	0.7
	⑭					血圧のみ	184	9.5	165	7.9	46,253	7.4	6,610		9.4	546,667	7.4
	⑮			メタボ該当・ 予備群 レベル	脂質のみ	脂質のみ	68	3.5	73	3.5	15,675	2.5	1,728		2.5	194,744	2.6
	⑯					血糖・血圧	52	2.7	60	2.9	18,184	2.9	2,177		3.1	196,978	2.7
	⑰	メタボ該当・ 予備群 レベル	血糖・脂質	血糖・脂質	12	0.6	24	1.2	6,261	1.0	527	0.7	69,975	1.0			
	⑱			血圧・脂質	164	8.5	170	8.2	51,428	8.3	6,398	9.1	619,684	8.4			
	⑲	メタボ該当・ 予備群 レベル	血糖・血圧・脂質	血糖・血圧・脂質	81	4.2	105	5.0	34,058	5.5	3,635	5.2	386,077	5.2			
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	866	44.8	711	34.1	219,823	35.4	26,598	37.8	2,479,216	33.7	KDB NO.1 地域全体像の把握		
				糖尿病			202	9.7	50,754	8.2	5,432	7.7	551,051	7.5			
				脂質異常症			476	22.8	147,133	23.7	14,617	20.8	1,738,149	23.6			
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)			89	4.3	19,677	3.3	2,678	3.9	230,777	3.3			
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	164	8.5	127	6.1	34,519	5.7	3,610	5.2	391,296	5.5			
				腎不全			5	0.2	3,166	0.5	240	0.3	37,041	0.5			
				貧血			213	10.2	54,423	9.1	7,028	10.3	710,650	10.1			
				喫煙	228	11.8	269	12.9	84,044	13.5	8,579	12.2	1,048,171	14.2			
				週3回以上朝食を抜く	183	9.5	180	8.6	37,458	6.8	5,423	7.9	540,374	8.5			
				週3回以上食後間食	260	13.5	283	13.6	65,982	12.0	8,370	12.2	743,581	11.8			
				週3回以上就寝前夕食	319	16.5	358	17.2	79,834	14.5	10,350	15.1	983,474	15.4			
				食べる速度が速い	518	26.8	568	27.3	145,031	26.4	17,191	25.1	1,636,988	25.9			
				20歳時体重から10kg以上増加	602	31.1	713	34.2	170,562	31.2	23,020	33.7	2,047,756	32.1			
				1回30分以上運動習慣なし	1,128	58.4	1,289	61.9	343,108	62.1	37,331	54.6	3,761,302	58.7			
1日1時間以上運動なし	861	44.5	874	41.9	248,397	44.8	32,133	47.0	2,991,854	46.9							
睡眠不足	415	21.5	509	24.5	133,710	24.2	15,486	22.7	1,584,002	25.0							
毎日飲酒	509	26.3	555	26.6	149,888	25.3	18,471	26.9	1,760,104	25.6							
時々飲酒	460	23.8	518	24.9	120,440	20.3	15,884	23.1	1,514,321	22.0							
②	一日 飲酒量	1合未満	1,010	67.3	1,054	66.4	246,382	63.7	24,360	58.9	3,118,433	64.1					
		1～2合	334	22.3	381	24.0	94,409	24.4	12,254	29.6	1,158,318	23.8					
		2～3合	132	8.8	123	7.7	35,983	9.3	3,977	9.6	452,785	9.3					
		3合以上	24	1.6	30	1.9	10,264	2.7	767	1.9	132,608	2.7					

# 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名 宮崎県 市町村名 西都市 同規模区分 4



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳  
(HbA1c6.5以上)

【対象者抽出基準】  
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

										直接入力 しない	Oを選択								
番号	地区	追加 年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度 末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	H29			
1	妻南	H24					男	62	糖尿病	服薬	O								
									高血圧	糖	HbA1c	10							
									虚血性心疾患	糖	体重	84.2							
									脳血管疾患	以外	BMI	30.7							
									糖尿病性腎症	以外	血圧	120/70							
										CKD	GFR	77.2							
		尿蛋白	++																
2	妻南	H24					男	76	糖尿病	服薬									
									高血圧	糖	HbA1c	8.8							
									虚血性心疾患	糖	体重	52.7							
									脳血管疾患	以外	BMI	19.1							
									糖尿病性腎症	以外	血圧	146/76							
										CKD	GFR	51.2							
		尿蛋白	-																

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H28年度

担当者名：

担当地区：

対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など	実施計画(月)
糖尿病管理台帳の全数 ( A+B ) ( 352 ) 人				
結果把握	A 健診未受診者 ( 101 ) 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	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力	
	結果把握(内訳)	2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	後期高齢者、社会保険	
	①国保(生保) 352人	<ul style="list-style-type: none"> <li>●合併症</li> <li>●脳・心疾患—手術</li> <li>●人工透析</li> <li>●がん</li> </ul>		
	②後期高齢者 68人			
	③他保険 19人			
	④住基異動(死亡・転出) 11人			
	⑤確認できず 0人			
	①-1未治療者(中断者含む) ( 104 ) 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	3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医	
	B 結果把握 ( 251 ) 人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続	
	① HbA1cが悪化している ( 33 ) 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 (-) ( 197 ) 人 ( ± ) ( 35 ) 人 ( + ) ~ 顕性腎症 ( 19 ) 人		栄養士中心		
③ eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 ( 3 ) 人 1年で 5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 ( 48 ) 人		腎専門医		
保健指導の優先づけ				

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 4

都道府県 宮崎県

市町村名

西都市

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数261				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	10,734人		10,179人					KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳		7,958人		7,631人							
2	① 特定健診	B	7,800人		7,484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 対象者数		2,128人		1,146人							
	③ 受診率	C	27.3%		15.3%							
3	① 特定保健指導		245人									
	② 実施率		84.1%									
4	健診データ	① 糖尿病型	E	295人	13.9%	168人	14.7%				特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	88人	29.8%	54人	32.1%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	207人	70.2%	114人	67.9%					
		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	95人	45.9%	45人	39.5%					
		⑤ 血圧 130/80以上		61人	64.2%	24人	53.3%					
		⑥ 肥満 BMI25以上		49人	51.6%	22人	48.9%					
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	112人	54.1%	69人	60.5%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	227人	76.9%	135人	80.4%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		39人	13.2%	10人	6.0%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		28人	9.5%	22人	13.1%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.3%	1人	0.6%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		97.3人		102.9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)		129.3人		135.0人						
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病千対	H	入院外(件数)	5,571件	(728.1)	3,324件	(439.5)		3,197件	(476.1)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)		45件	(5.9)	44件	(5.8)		23件	(3.4)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,044人	9.7%	1,047人	10.3%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		1,029人	12.9%	1,030人	13.5%					
		⑦ 健診未受診者	I	822人	79.9%	916人	88.9%					
		⑧ インスリン治療	O	76人	7.3%	79人	7.5%					
		⑨ (再掲)40-74歳		76人	7.4%	79人	7.7%					
		⑩ 糖尿病性腎症	L	99人	9.5%	105人	10.0%					
		⑪ (再掲)40-74歳		99人	9.6%	104人	10.1%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		19人	1.82%	18人	1.72%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
		⑬ (再掲)40-74歳		19人	1.85%	18人	1.75%					
		⑭ 新規透析患者数		4		6						
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2		2						
		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)		19人	1.6%	17人	1.4%					
6	医療費	① 総医療費		33億2917万円		18億9676万円			17億2230万円	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		18億8929万円		10億8650万円			10億0145万円			
		③ (総医療費に占める割合)		56.7%		57.3%			58.1%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,579円		2,603円			3,666円			
		⑤ 健診未受診者		31,756円		38,682円			39,438円			
		⑥ 糖尿病医療費		1億5644万円		1億0317万円			1億0044万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.3%		9.5%			10.0%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億4510万円		2億6540万円						
		⑨ 1件あたり		33,160円		33,388円						
		⑩ 糖尿病入院総医療費		3億0720万円		1億5253万円						
		⑪ 1件あたり		565,748円		533,325円						
		⑫ 在院日数		17日		16日						
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億9147万円		1億1317万円			9412万円			
		⑭ 透析有り		1億8250万円		1億0779万円			8794万円			
		⑮ 透析なし		897万円		538万円			618万円			
7	介護	① 介護給付費		33億3812万円		20億1007万円			19億0634万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症			4件	19.0%						
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人	0.7%	5人	1.1%		5人	1.0%	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"/> S T 変化	⑤ 重症化予防対象者	
				<input type="checkbox"/> その他所見		
②	問診	自覚症状なし		症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者	
		<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧				
③	健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑤ 重症化予防対象者	
メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。						
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
□ メ タ ボ リ ッ ク シ ン ド ロ ー ム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	【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	
	□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)
		拡張期	～84	85～89	90～	
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④	□LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無	
e G F R		60未満				
尿蛋白		(-) ~	(+) ~			
□C K D重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

血圧評価表

個人番号 被保険者証	名前		性別	年齢	健診データ																	
					過去5年間のうち直近					血圧												
					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
			男	58	なし	14.5	136	98.6	-	3.1								178	102	○	181	119
			男	66	なし	5.5	116	76.5	-	7.7				○	144	88				○	213	114
			男	58	なし	6	171	67.1	±	5.2											154	114
			男	41	予備群	5.3	156	87.7	-	6.5								174	111		177	113
			男	46	なし	5.5	67	94	±	5.4					140	82					158	112
			女	69	なし	5.5	157	90.8	-	3.2										○	171	110

行政区	担当	氏名	住民コード	生年月日	記号番号	年齢	性別	医療機関名	心臓病の病名	心臓病診断開始日	治療薬	治療状況	備考	平成26年度				平成27年度				平成28年度												
														健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	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							
1						73	女	宮崎市医師会病院	持続性心房細動	H27.10.13	無し			H26.11.17	心房細動	X	H26.11.17	心房細動	X	H26.11.17	心房細動	X	H26.11.17	心房細動	X	H26.11.17	心房細動	X	H26.11.17	心房細動	X	H26.11.17	心房細動	X
1						70	男	宮崎市医師会病院	持続性心房細動	H27.9.15	無し			H26.12.1	心房細動	X	H26.12.1	心房細動	X	H26.12.1	心房細動	X	H26.12.1	心房細動	X	H26.12.1	心房細動	X	H26.12.1	心房細動	X	H26.12.1	心房細動	X
1						67	女	鶴田クリニック	非弁症性心房性心房細動	H24.10.5	無し			H26.6.27	心房細動	X	H26.6.27	心房細動	X	H26.6.27	心房細動	X	H26.6.27	心房細動	X	H26.6.27	心房細動	X	H26.6.27	心房細動	X	H26.6.27	心房細動	X
1						74	男	昭和記念病院	持続性心房細動	H27.5.20	有り	心房性心房細動		H27.5.20	心房細動	X	H27.5.20	心房細動	X	H27.5.20	心房細動	X	H27.5.20	心房細動	X	H27.5.20	心房細動	X	H27.5.20	心房細動	X	H27.5.20	心房細動	X
2						64	男	高山循環器科	心房細動	H22.7.16	有り	脳梗塞		H22.7.16	心房細動	○	H22.7.16	心房細動	○	H22.7.16	心房細動	○	H22.7.16	心房細動	○	H22.7.16	心房細動	○	H22.7.16	心房細動	○	H22.7.16	心房細動	○

データヘルス計画の目標管理一覧表

課題計画	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	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	最終評価値	現状値の把握方法		
特定健診 等計画	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、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	29.1%									特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
			特定保健指導実施率60%以上	84.1%											
データヘルス計画	高血糖者の割合が増加している。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の26%を占めている。	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	特定保健指導対象者の減少率25%	22.5%									KDBシステム		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.75%											
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.98%											
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	5.48%											
			メタボリックシンドローム該当者の割合減少25%	23.0%											
			健診受診者の高血圧者の割合減少20%(160/100以上)	5.0%											
保険者努力支援制度	がんによる死亡率が47.9%で県、同規模と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL140以上)	8.9%									特定健診		
			健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	9.1%											
			健診受診者の糖尿病未治療者の割合減少(HbA1c6.5以上)	29.8%											
			糖尿病の保健指導を実施した割合100%以上	92.3%											
			がん検診受診率 胃がん検診 20%以上	7.0%											健康日本21 (第2次)西都 市計画
			肺がん検診 10%以上	3.3%											
	大腸がん検診 25%以上	10.6%													
	子宮頸がん検診 25%以上	14.4%													
	乳がん検診 25%以上	10.0%													