

**小林市第2期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
【第三期特定健診等実施計画を含む】**

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）2018年～2023年

第三期特定健診等実施計画

2018年～2023年

平成30年4月  
【小林市】

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.....	1
2. 計画の位置付け .....	2
3. 計画期間 .....	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携.....	4
5. 保険者努力支援制度 .....	5
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と.....	7
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 .....	7
2. 第2期計画における健康課題の明確化.....	12
3. 目標の設定.....	17
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) .....	19
1. 第三期特定健診等実施計画について.....	19
2. 目標値の設定 .....	19
3. 対象者の見込み .....	19
4. 特定健診の実施 .....	19
5. 特定保健指導の実施 .....	20
6. 個人情報の保護 .....	23
7. 結果の報告.....	24
第4章 保健事業.....	25
1. 保健事業の方向性 .....	25
2. 重症化予防の取組（糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患） .....	25
第5章 地域包括ケアに係る取組 .....	39
第6章 計画の評価・見直し.....	42
1. 評価の時期.....	42
2. 評価方法・体制 .....	42
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い.....	43
1. 計画の公表・周知.....	43
2. 個人情報の取扱い.....	43
参考資料 .....	44

# 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

小林市においては、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

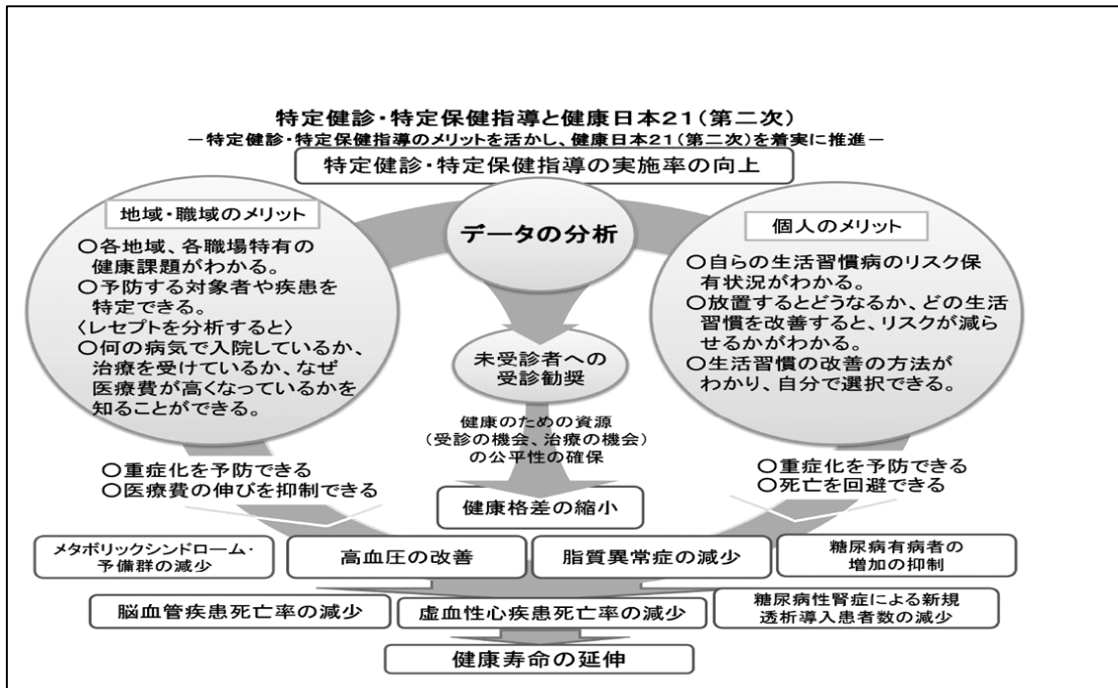
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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こばやし21（第二次）、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】

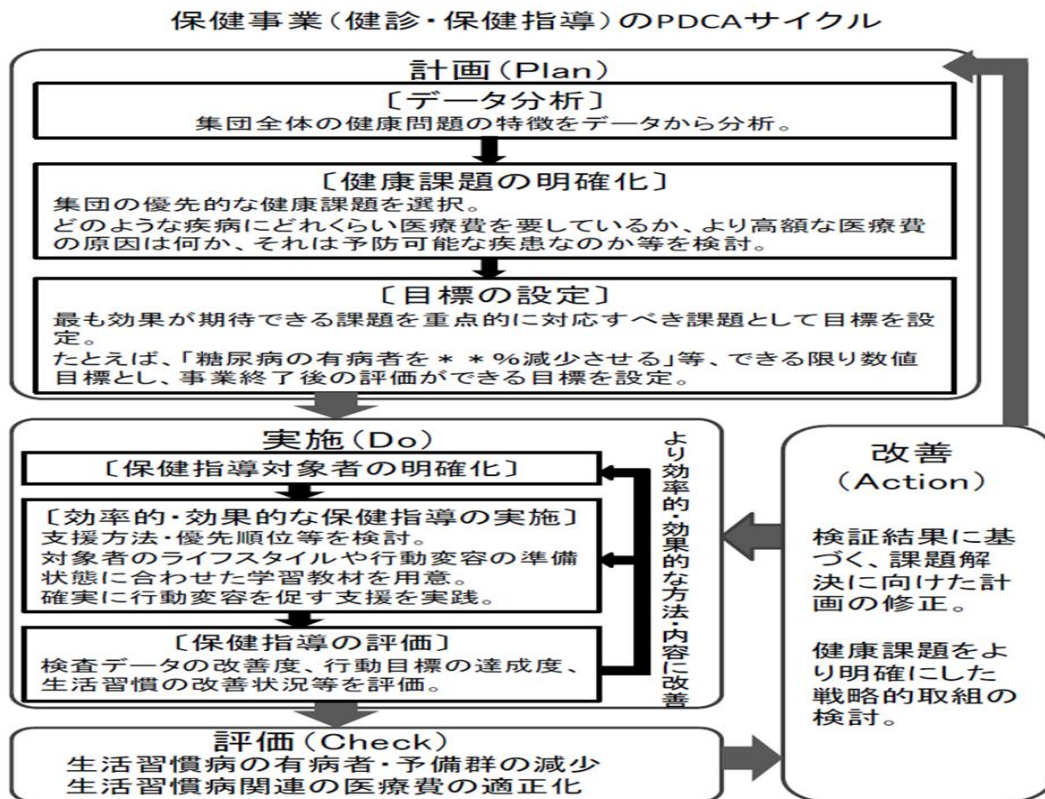
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ					
	健康日本21計画	※健康増進事業実施者とは、健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、学校保護法			医療費適正化計画
		特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画	
法律	健康増進法 第8条、第9条、第6条 ※健康増進事業実施者	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条
基本的な指針	国民の健康の増進の総合 的な推進を図るための基本 的な方針	特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	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	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	医療費適正化に関する施策 について基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 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)
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	都道府県:義務 市町村:努力義務	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 縮小に向けて、生活習慣病発症 予防や重症化予防を図るとともに 社会生活に必要な機能の維持及 び向上を目指し、社会保障制度が 維持可能なものとなるよう、生活 習慣の改善及び社会環境の整備 に取り組むことを目標とする。	糖尿病等の生活習慣病対策を進めるこ とにより、通院患者の減少、重症化や 合併症の発症を抑え、入院患者を減ら すことができ、国民の生活の質の維持 及び向上を図りながら医療費抑制を 実現する。 特定健康診査は生活習慣病発症や重 症化の予防を目的として、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対象者を、抽 出するために実施する。	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保険者 がその支援の中心となり、効果的か つ効率的な保健事業を展開すること を目指す。 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 化が図られることは保険者自身にと っても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ 自立した日常生活を営むことが できるように支援することや、要 介護状態または要支援状態とな ることの予防又は要介護状態等 の軽減もしくは悪化の防止を理 念としている。	国民皆保険を堅持し続けて いくため、国民の生活の質の 維持及び向上を確保しつつ、 医療費が過度に増大しない ようにしていくとともに、良質 かつ適切な医療を効果的に 提供する体制の確保を図っ ていく。
対象年齢	ライフステージに応じて	40歳～74歳	被保険者	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40歳～64歳 特定疾病	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム		
	肥満	肥満	肥満		
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病
	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧等		生活習慣病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 閉塞性動脈硬化症	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	
評価	①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症 ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標における コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導率の 実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の 増加 ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導率の実施率	健診・医療情報を活用して、 費用対効果の関連も考慮  (1)生活習慣の状況 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	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	外来 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

【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

小林市においては、健康推進課が主体となりデータヘルス計画の策定を進めていく。

具体的には、国保部局（ほけん課）、高齢者医療部局（ほけん課）、介護保険部局（長寿介護課）、生活保護部局（福祉課）とも十分連携する。

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「国保連」という。）及び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。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、小林市国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与もこれまで以上に重要となる。

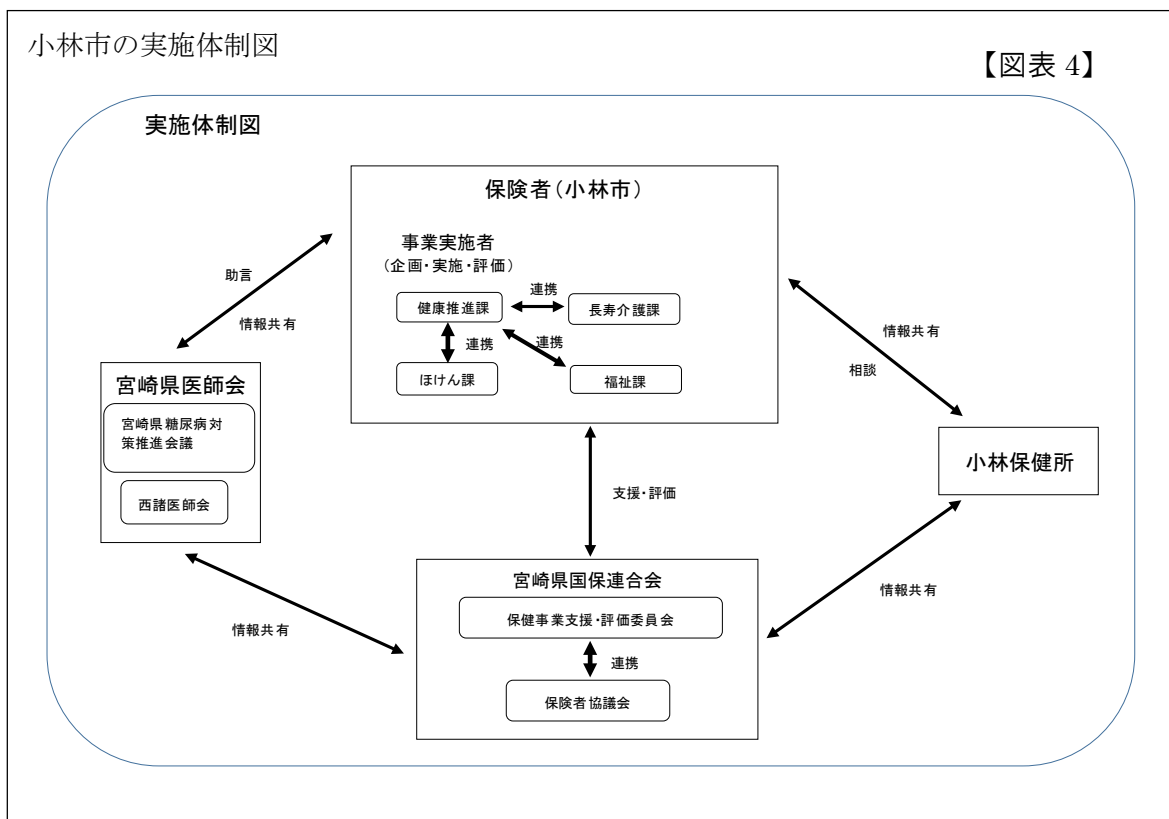
さらに、小林市国保と西諸医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

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必要がある。

保険者等の間では、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。



### 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)

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	小林市	配点	小林市	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）			613			
総得点（体制構築加点含む）			188			
全国順位（1,741市町村中）			1012			
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	0	35	0	50
	メタボ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	0	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	0	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	10	30	0	40
固有①	収納率向上	40	0	70	0	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	25	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	11	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	7	30	22	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年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していたが、死因別に心臓病・糖尿病による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は上昇しているが、新規認定率は変わらない。40～64歳の2号認定率の減少、それに伴う介護給付費は減少している。（参考資料1）

また、医療費に占める入院費用の割合はやや増加し、外来費用の割合が減少していることがわかった。医療機関受診率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果から重症化予防につながっているとは言い難い。また、特定健診受診率は増加しているが、目標値には届いていないため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

##### (2) 中長期目標の達成状況

#### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	小林市				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	45億7693万円	314,414	50,237	295,467	301,072	41,726	283,881
平成28年度	50億7734万円	348,790	50,625	293,264	313,428	41,744	278,164

##### ①介護給付費の状況

平成25年度と平成28年度の経年比較で見ると、介護給付費及び一人当たりの給付費ともに増加している。1件当たりの給付費のうち、施設サービスが同規模平均同様減少している。（図表6）

##### ②医療費の状況医療費の変化について

一人当たりの医療費の伸び率を同規模と比較すると、入院外来ともに抑制出来ている。（図表7）

医療費の変化

【図表 7】

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	53億8243万円				23億9937万円				29億8306万円		
	H28年度	50億1835万円	3億6409万円	-6.8	0.2	22億7152万円	1億2786万円	-5.9	0.463	27億4683万円	2億3623万円	-7.9
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	27,650				12,330				15,320		
	H28年度	29,280	1,630	5.9	8.2	13,250	920	7.5	8.5	16,030	710	4.6

※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)

中長期目標疾患を疾患別にみると慢性腎不全、脳血管疾患に係る医療費割合は減少しているが、虚血性心疾患に係る医療費割合が増加している。

中短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る医療費割合は、糖尿病が増加していて、国・県と比較しても糖尿病が高くなっている。(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	1527,592,430	28.38%					
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)									脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞
							9.08%	0.20%									2.14%	1.87%
H25	小林市	5,382,430,800	27,651	83位	7位	9.08%	0.20%	2.14%	1.87%	5.31%	7.68%	2.11%	1,527,592,430	28.38%	10.14%	11.14%	10.33%	
		5,018,345,220	29,279	94位	8位	↓ 8.79%	0.16%	↓ 1.12%	↑ 2.01%	5.46%	6.20%	1.99%	1,291,432,310	25.73%	12.51%	12.75%	9.65%	
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%	

④中長期的な疾患

中長期的な目標である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の治療の状況をみると、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合は、65歳以上、64歳以下ともに減少している。透析に至ってしまうと、脳血管疾患が約2割、虚血性心疾患が約4割と併発している。

また共通するリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療割合は、高血圧に関しては、虚血性心疾患や脳血管疾患で約8割、人工透析についても約9割と基礎疾患として併せ持っているのが、引き続き糖尿病に加え、高血圧対策は生活習慣病の取り組みの基本である。(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					
		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	
		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	16393	607	3.7	107	17.6	37	6.1	499	82.2	253	41.7	358	59.0
	64歳以下	11078	186	1.7	28	15.1	23	12.4	154	82.8	75	40.3	105	56.5
	65歳以上	5315	421	7.9	79	18.8	14	3.3	345	81.9	178	42.3	253	60.1
H28	全体	14464	539	3.7	92	17.1	31	5.8	436	80.9	217	40.3	324	60.1
	64歳以下	8879	141	1.6	25	17.7	17	12.1	109	77.3	50	35.5	85	60.3
	65歳以上	5585	398	7.1	67	16.8	14	3.5	327	82.2	167	42.0	239	60.1

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	16393	661	4.0	107	16.2	23	3.5	563	85.2	240	36.3	328	49.6
	64歳以下	11078	207	1.9	28	13.5	12	5.8	175	84.5	75	36.2	91	44.0
	65歳以上	5315	454	8.5	79	17.4	11	2.4	388	85.5	165	36.3	237	52.2
H28	全体	14464	561	3.9	92	16.4	19	3.4	472	84.1	201	35.8	307	54.7
	64歳以下	8879	147	1.7	25	17.0	10	6.8	121	82.3	49	33.3	74	50.3
	65歳以上	5585	414	7.4	67	16.2	9	2.2	351	84.8	152	36.7	233	56.3

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	16393	85	0.5	23	27.1	37	43.5	80	94.1	38	44.7	25	29.4
	64歳以下	11078	54	0.5	12	22.2	23	42.6	49	90.7	20	37.0	14	25.9
	65歳以上	5315	31	0.6	11	35.5	14	45.2	31	100.0	18	58.1	11	35.5
H28	全体	14464	78	0.5	19	24.4	31	39.7	72	92.3	38	48.7	25	32.1
	64歳以下	8879	43	0.5	10	23.3	17	39.5	39	90.7	22	51.2	13	30.2
	65歳以上	5585	35	0.6	9	25.7	14	40.0	33	94.3	16	45.7	12	34.3

### (3) 短期目標の達成状況

#### ① 共通リスク

短期的な目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病治療者割合が増加する一方で、インスリン療法は減少。しかし、糖尿病性腎症や透析者の割合が増加していることから早期の受診による重症化防止に至っていない事が推測される。今後も早期受診を促し、治療中断がないよう、重症化を防ぐ必要がある。

短期的目標疾患である他の高血圧(様式3-3)、脂質異常症(様式3-4)についても治療割合は増加しているため、治療中断で重症化しないよう治療の継続が重要である。(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							
		糖尿病									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	
H25	全体		16393	1672	10.2	118	7.1	1246	74.5	921	55.1	253	15.1	240	14.4	38	2.3	182
	64歳以下	11078	675	6.1	64	9.5	471	69.8	361	53.5	75	11.1	75	11.1	20	3.0	74	11.0
	65歳以上	5315	997	18.8	54	5.4	775	77.7	560	56.2	178	17.9	165	16.5	18	1.8	108	10.8
H28	全体	14464	1520	10.5	99	6.5	1117	73.5	868	57.1	217	14.3	201	13.2	38	2.5	182	12.0
	64歳以下	8879	511	5.8	44	8.6	334	65.4	278	54.4	50	9.8	49	9.6	22	4.3	49	9.6
	65歳以上	5585	1009	18.1	55	5.5	783	77.6	590	58.5	167	16.6	152	15.1	16	1.6	133	13.2

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標									中長期的な目標							
		高血圧									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	
H25	全体		16393	4223	25.8	1246	29.5	2101	49.8	499	11.8	563	13.3	80	1.9			
	64歳以下	11078	1646	14.9	471	28.6	764	46.4	154	9.4	175	10.6	49	3.0				
	65歳以上	5315	2577	48.5	775	30.1	1337	51.9	345	13.4	388	15.1	31	1.2				
H28	全体	14464	3921	27.1	1117	28.5	2040	52.0	436	11.1	472	12.0	72	1.8				
	64歳以下	8879	1266	14.3	334	26.4	606	47.9	109	8.6	121	9.6	39	3.1				
	65歳以上	5585	2655	47.5	783	29.5	1434	54.0	327	12.3	351	13.2	33	1.2				

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標									中長期的な目標							
		脂質異常症									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	
H25	全体		16393	2713	16.5	921	33.9	2101	77.4	358	13.2	328	12.1	25	0.9			
	64歳以下	11078	1051	9.5	361	34.3	764	72.7	105	10.0	91	8.7	14	1.3				
	65歳以上	5315	1662	31.3	560	33.7	1337	80.4	253	15.2	237	14.3	11	0.7				
H28	全体	14464	2628	18.2	868	33.0	2040	77.6	324	12.3	307	11.7	25	1.0				
	64歳以下	8879	859	9.7	278	32.4	606	70.5	85	9.9	74	8.6	13	1.5				
	65歳以上	5585	1769	31.7	590	33.4	1434	81.1	239	13.5	233	13.2	12	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みると、男女ともにBMI、腹囲、GPT、空腹時血糖、尿酸等の有所見者の割合が増加している。メタボリックシンドローム予備群・該当者では、女性で予備群が増加している一方、男性が減少し、男女共に該当者が増加している。特に男性はメタボ該当者が3割を超え、国・県よりも多い。前述した有所見者が増加していることからみると予備群から該当者へ移行した可能性もある。また、新規受診者の中で、メタボ該当者が多かったことも推測されれば、受診率の向上は重要である。いずれも内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。(図表11)

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

【図表 11】

☆No.23帳票

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	385	31.7	629	51.9	302	24.9	246	20.3	144	11.9	533	43.9	665	54.8	233	19.2	653	53.8	299	24.6	579	47.7	23	1.9
	40-64	155	31.3	250	50.4	136	27.4	136	27.4	54	10.9	203	40.9	252	50.8	91	18.3	224	45.2	145	29.2	259	52.2	4	0.8
	65-74	230	32.1	379	52.9	166	23.2	110	15.3	90	12.6	330	46.0	413	57.6	142	19.8	429	59.8	154	21.5	320	44.6	23	3.2
H28	合計	504	34.5	782	53.5	409	28.0	332	22.7	158	10.8	658	45.0	809	55.4	324	22.2	761	52.1	320	21.9	643	44.0	28	1.9
	40-64	184	38.4	257	53.7	152	31.7	145	30.3	52	10.9	197	41.1	235	49.1	120	25.1	212	44.3	133	27.8	235	49.1	8	1.7
	65-74	320	32.6	525	53.5	257	26.2	187	19.0	106	10.8	461	46.9	574	58.5	204	20.8	549	55.9	187	19.0	408	41.5	20	2.0

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	365	23.2	336	21.4	244	15.5	124	7.9	55	3.5	385	24.5	893	56.9	49	3.1	799	50.9	223	14.2	974	62.0	7	0.4
	40-64	122	22.4	111	20.4	84	15.4	55	10.1	16	2.9	108	19.9	277	50.9	22	4.0	227	41.7	87	16.0	332	61.0	3	0.6
	65-74	243	23.7	225	21.9	160	15.6	69	6.7	39	3.8	277	27.0	616	60.0	27	2.6	572	55.8	136	13.3	642	62.6	7	0.7
H28	合計	480	25.2	434	22.7	267	14.0	177	9.3	47	2.5	509	26.7	1,069	56.0	74	3.9	873	45.8	226	11.8	1,110	58.2	11	0.6
	40-64	133	22.8	101	17.3	80	13.7	58	9.9	16	2.7	132	22.6	290	49.7	25	4.3	218	37.4	81	13.9	333	57.1	4	0.7
	65-74	347	26.2	333	25.1	187	14.1	119	9.0	31	2.3	377	28.5	779	58.8	49	3.7	655	49.4	145	10.9	777	58.6	7	0.5

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

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	人数	割合	人数	割合
男性	合計	1,213	22.6	56	4.6%	220	18.1%	11	0.9%	173	14.3%	36	3.0%	353	29.1%	70	5.8%	11	0.9%	159	13.1%	113	9.3%	53	4.4%
	40-64	496	16.6	33	6.7%	89	17.9%	7	1.4%	61	12.3%	21	4.2%	128	25.8%	19	3.8%	9	1.8%	61	12.3%	39	7.9%	19	3.9%
	65-74	717	30.2	23	3.2%	131	18.3%	4	0.6%	112	15.6%	15	2.1%	225	31.4%	51	7.1%	2	0.3%	98	13.7%	74	10.3%	34	4.7%
H28	合計	1,461	31.4	66	4.5%	237	16.2%	16	1.1%	177	12.1%	44	3.0%	479	32.8%	92	6.3%	15	1.0%	222	15.2%	150	10.3%	63	4.3%
	40-64	479	22.0	34	7.1%	94	19.6%	7	1.5%	59	12.3%	28	5.8%	129	26.9%	19	4.0%	6	1.3%	61	12.7%	43	9.0%	17	3.5%
	65-74	982	39.6	32	3.3%	143	14.6%	9	0.9%	118	12.0%	16	1.6%	350	35.6%	73	7.4%	9	0.9%	161	16.4%	107	10.9%	46	4.7%

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	人数	割合	人数	割合
女性	合計	1,570	28.5	34	2.2%	152	9.7%	6	0.4%	131	8.3%	15	1.0%	150	9.6%	13	0.8%	2	0.1%	89	5.7%	46	2.9%	23	1.5%
	40-64	544	20.5	15	2.8%	53	9.7%	3	0.6%	41	7.5%	9	1.7%	43	7.9%	3	0.6%	1	0.2%	29	5.3%	10	1.8%	5	0.9%
	65-74	1,026	36.0	19	1.9%	99	9.6%	3	0.3%	90	8.8%	6	0.6%	107	10.4%	10	1.0%	1	0.1%	60	5.8%	36	3.5%	18	1.8%
H28	合計	1,908	39.7	45	2.4%	188	9.9%	7	0.4%	153	8.0%	28	1.5%	201	10.5%	24	1.3%	7	0.4%	112	5.9%	58	3.0%	27	1.4%
	40-64	583	29.3	12	2.1%	47	8.1%	2	0.3%	37	6.3%	8	1.4%	42	7.2%	5	0.9%	1	0.2%	24	4.1%	12	2.1%	6	1.0%
	65-74	1,325	47.0	33	2.5%	141	10.6%	5	0.4%	116	8.8%	20	1.5%	159	12.0%	19	1.4%	6	0.5%	88	6.6%	46	3.5%	21	1.6%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率、特定保健指導率ともに増加しているが、目標に届いていないことから、重症化を予防するために、今後も特定健診受診率の向上への取り組みが重要となってくる。(図表 12)

【図表 12】

## 特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

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	2,783	10,870	25.6	221	348	77	22.1	53.8	50.8
H28年度	3,369	9,463	↑ 35.6	179	347	87	↑ 25.1	52.3	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、特に慢性腎不全の重症化予防を進めてきた。特定健診受診率対策とともに、特に3疾患の基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症を中心に、訪問や結果説明会等にて保健指導を実施してきた。重症化を予防し入院患者を減らしていくことが目標であるが、取り組み途中で結果を出すまでに至っていない。また、依然として糖尿病、高血圧、脂質異常症の有所見者は多く、特に男性のメタボ該当者が多い、その中でも特に40歳～65歳までの若年層が目立ち、今後、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、虚血性心疾患等の重症者が増加すると予測される。医療費の伸びで見ても、今後も重症化予防の取り組みを継続していく必要がある。

短期的目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療割合は増加しているため、継続した治療ができていないか等、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、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

## 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

## (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

小林市の入院件数の3.8%で、費用額全体の45.3%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)

【図表 13】

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	比較対象			
	保険者	同規模平均	県	国
	29,279円	27,772円	26,707円	24,245円

医療費項目	割合	割合 (%)			
		0.0	20.0	40.0	60.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	96.2			
	費用額	54.7			
入院 ★NO.1【医療】	件数	3.8			
	費用額	45.3			

○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

ひと月200万円以上の高額になる疾患では虚血性心疾患が多く、件数で全体の15.3%、費用で16.0%を占める。虚血性心疾患は基礎疾患として高血圧80.9%、脂質異常症60.1%、糖尿病40.3%を有している。

6ヶ月以上の長期入院のレセプトでは、脳血管疾患と脳血管疾患で長期入院の約2割、約2億円を占めているが、精神疾患の長期入院が多く、件数で全体の約7割、約4億円となっている、

長期化する疾患である人工透析(件数)では、糖尿病性腎症が人工透析費用全体の約50%、約2億3千万円を占めており、新規透析患者を減少させるためには、治療継続はもちろん、栄養士によるきめ細やかな食の支援が必要であり、糖尿病の重症化を予防することで新規透析導入者の減少や費用の軽減を図ることができる。また透析患者は、脳血管疾患(26.3%)、虚血性心疾患(45.7%)を合併していることも多く、糖尿病の重症化を予防することは腎臓を守り透析を予防することに留まらず、脳心血管病を予防することにつながる。

このように医療費が高額になる疾患、長期療養が必要になる疾患を分析すると、主な原因は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等予防可能な疾患であることがわかる。これらの基礎疾患の重なりについてみると、高血圧、糖尿病、脂質異常症の3つの疾患が重複しているため、メタボリックシンドロームの多い小林市においては、3つの疾患の重なりを対象者を明確にすることが重症化予防及び医療費適正化の観点からも重要となる。(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

【図表14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	85件	1件 1.2%	13件 15.3%	20件 23.5%	51件 60.0%	
		費用額	2億4854万円	288万円 1.2%	3989万円 16.0%	5638万円 22.7%	1億4939万円 60.1%	
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,601件	1,206件 75.3%	207件 12.9%	134件 8.4%		
		費用額	6億4742万円	4億2446万円 65.6%	1億1081万円 17.1%	7529万円 11.6%		
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	990件	452件 45.7%	260件 26.3%	380件 38.4%		
		費用額	4億7668万円	2億3161万円 48.6%	1億3883万円 29.1%	1億8969万円 39.8%		
厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	5,818人		561人 9.6%	539人 9.3%	182人 3.1%		
		の 基 礎 な 疾 患	高血圧	472人 8.1%	436人 80.9%	147人 80.8%		
			糖尿病	201人 3.5%	217人 40.3%	182人 100.0%		
			脂質異常症	307人 5.3%	324人 60.1%	124人 68.1%		
		高血圧症		3,921人 67.4%	1,520人 26.1%	2,628人 45.2%	652人 11.2%	
		糖尿病						
脂質異常症								
高尿酸血症								

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

### (3) 何の疾患で介護保険をうけているのか

介護認定者におけるレセプトでは、有病状況が血管疾患によるものが92.3%であり、筋・骨格疾患の89.3%を上回っていた。2号認定者では、脳血管疾患の割合が100%で血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

介護を受けている人の医療費は、受けていない人より 2,677 円高い。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、介護予防や医療費の軽減にもつながることが示唆される。(図表 15)

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計
	年齢		40～64歳										
	被保険者数		16,385人		6,279人		8,278人		14,557人			30,942人	
	認定者数		67人		237人		2,863人		3,100人			3,167人	
	認定率		0.41%		3.8%		34.6%		21.3%			10.2%	
	新規認定者数 (*1)		36人		151人		0人		151人			187人	
介護度別人数	要支援1・2		22	32.8%	68	28.7%	680	23.8%	748	24.1%	770	24.3%	
	要介護1・2		29	43.3%	101	42.6%	1,044	36.5%	1,145	36.9%	1,174	37.1%	
	要介護3～5		16	23.9%	68	28.7%	1,139	39.8%	1,207	38.9%	1,223	38.6%	

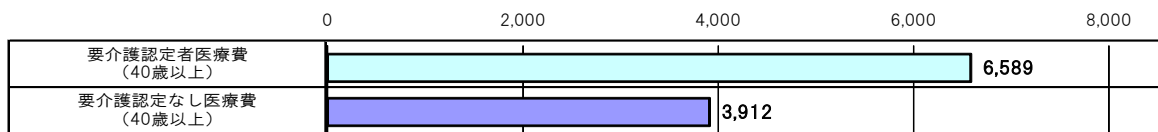
  

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計					
	年齢		40～64歳															
	介護件数 (全体)		170		829		1		830			1,000						
	再) 国保・後期		170		829		1		830			1,000						
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	79	46.5%	脳卒中	355	42.8%	脳卒中	0	0.0%	脳卒中	355	42.8%	脳卒中	434	43.4%
			2	虚血性心疾患	26	15.3%	虚血性心疾患	239	28.8%	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	239	28.8%	虚血性心疾患	265	26.5%
			3	腎不全	24	14.1%	腎不全	69	8.3%	腎不全	0	0.0%	腎不全	69	8.3%	腎不全	93	9.3%
		基礎疾患 (*2)	糖尿病	82	48.2%	糖尿病	387	46.7%	糖尿病	0	0.0%	糖尿病	387	46.6%	糖尿病	469	46.9%	
			高血圧	157	92.4%	高血圧	609	73.5%	高血圧	0	0.0%	高血圧	609	73.4%	高血圧	766	76.6%	
			脂質異常症	85	50.0%	脂質異常症	461	55.6%	脂質異常症	0	0.0%	脂質異常症	461	55.5%	脂質異常症	546	54.6%	
		血管疾患合計	合計	170	100.0%	合計	753	90.8%	合計	0	0.0%	合計	753	90.7%	合計	923	92.3%	
		認知症	認知症	1	0.6%	認知症	165	19.9%	認知症	0	0.0%	認知症	165	19.9%	認知症	166	16.6%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	140	82.4%	筋骨格系	752	90.7%	筋骨格系	1	100.0%	筋骨格系	753	90.7%	筋骨格系	893	89.3%	

\*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) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

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】



健診受診者の実態

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

小林市において、国・県と比較してメタボリックシンドローム該当者・予備軍が多く、また、健診データの有所見割合をみると、40～64歳の男性において BMI、腹囲、中性脂肪、GPT、HDL、尿酸、拡張期血圧、LDL が高く、内臓脂肪の蓄積による代謝異常が若い世代から発生している可能性がある。(図表 16・17)



【図表 16】

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

★NO.23（帳票）

	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	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3	
保険者	合計	504	34.5	782	53.5	409	28.0	332	22.7	158	10.8	658	45.0	809	55.4	324	22.2	761	52.1	320	21.9	643	44.0	28	1.9
	40-64	184	38.4	257	53.7	152	31.7	145	30.3	52	10.9	197	41.1	235	49.1	120	25.1	212	44.3	133	27.8	235	49.1	8	1.7
	65-74	320	32.6	525	53.5	257	26.2	187	19.0	106	10.8	461	46.9	574	58.5	204	20.8	549	55.9	187	19.0	408	41.5	20	2.0

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

## 5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

	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	
	保険者	合計	1,461	31.4	66	4.5%	237	16.2%	16	1.1%	177	12.1%	44	3.0%	479	32.8%	92	6.3%	15	1.0%	222	15.2%	150
	40-64	479	22.0	34	7.1%	94	19.6%	7	1.5%	59	12.3%	28	5.8%	129	26.9%	19	4.0%	6	1.3%	61	12.7%	43	9.0%
	65-74	982	39.6	32	3.3%	143	14.6%	9	0.9%	118	12.0%	16	1.6%	350	35.6%	73	7.4%	9	0.9%	161	16.4%	107	10.9%

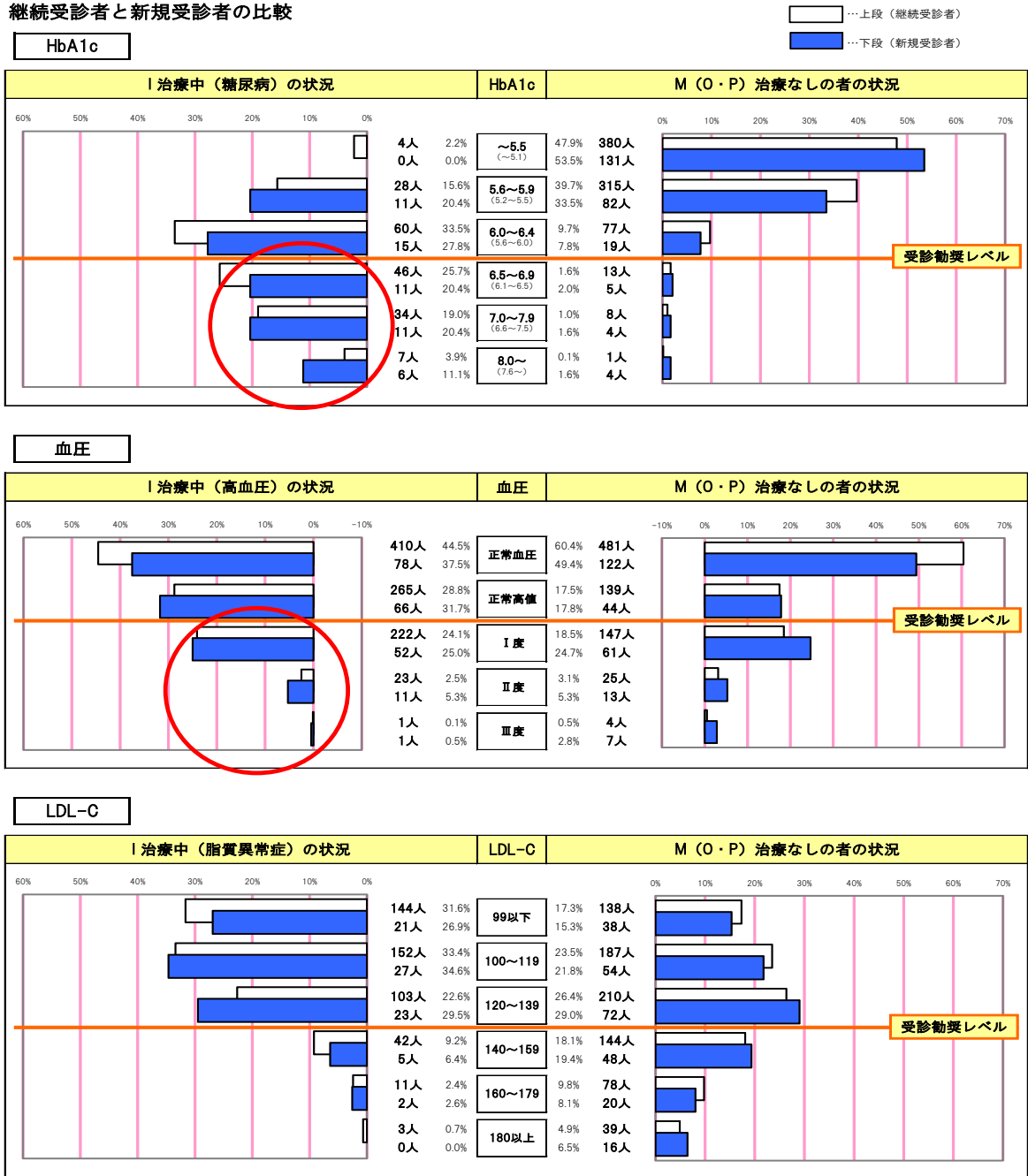
	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	保険者	合計	1,908	39.7	45	2.4%	188	9.9%	7	0.4%	153	8.0%	28	1.5%	201	10.5%	24	1.3%	7	0.4%	112	5.9%	58
	40-64	583	29.3	12	2.1%	47	8.1%	2	0.3%	37	6.3%	8	1.4%	42	7.2%	5	0.9%	1	0.2%	24	4.1%	12	2.1%
	65-74	1,325	47.0	33	2.5%	141	10.6%	5	0.4%	116	8.8%	20	1.5%	159	12.0%	19	1.4%	6	0.5%	88	6.6%	46	3.5%

## 2) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

治療の状況を見ると医療機関へ受診していてもコントロールが難しい疾患に糖尿病や高血圧がある。これは治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等と併用して治療が必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導が重要になってくる。（図表 18）

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



3) 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36.3%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、健康実態が分からず、重症化しているかどうか分からない。このような方に対し、優先的に健診の受診勧奨や健康状態の把握を行う必要がある。

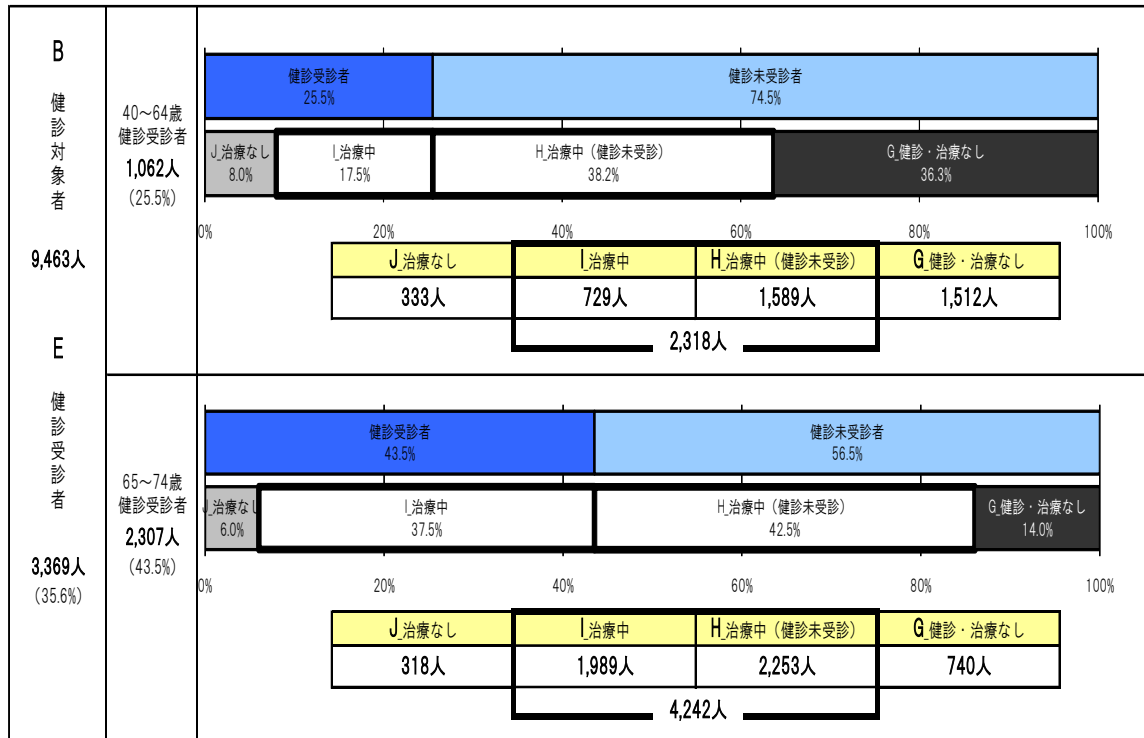
健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用からみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。治療中の方(I・H)については、コントロール出来ているか、治療中断していないかの把握も必要である。

また、治療中でも健診未受診の方(H)については、コントロールが上手くいっているか把握出来ない。医療機関と連携し、必要時保健指導を行うことで医療費適正化へ繋がる。(図表 19)

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

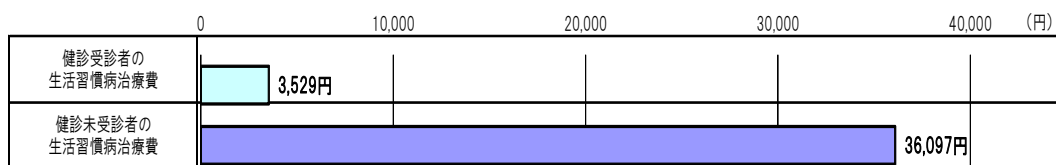
★NO.26 (CSV)



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

★NO.3.⑥



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。特に糖尿病性腎症からくる新規透析導入患者を平成35年度には平成30年度と比較して、減少させる事を目標とする。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する。

今後、高齢化が進展することと、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることが考えると、医療費そのものを抑えることは厳しい。そのため、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

なお、小林市では、医療機関に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかである。重症化予防、医療費の適正化へつなげるために、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、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

なお、高血圧と糖尿病については、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等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、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ある。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 目標値の設定

【図表20】

	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
特定健診実施率	60%	60%	60%	60%	60%	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	9,500	9,500	9,500	9,500	9,500	9,500
	受診者数	5,700	5,700	5,700	5,700	5,700	5,700
特定保健指導	対象者	400	400	400	400	400	400
	受診者数	240	240	240	240	240	240

### 4. 特定健診の実施

#### 1) 実施方法

健診については、西諸医師会・宮崎県健康づくり協会へ委託する。

- (1) 集団健診(宮崎県健康づくり協会)
- (2) 個別健診(西諸医師会)

#### 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、小林市のホームページに掲載する。

#### 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・eGFR・尿酸、心電図、尿潜血、尿蛋白/Cr比）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)このことについては、今後検討する。

#### 5) 実施時期

個別健診については、6 月から翌年 1 月末まで実施する。(脳ドックは 3 月末まで) 集団健診については、指定の健診日に実施する。

#### 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、医療機関へ協力を求める。

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) 請求・支払い

特定健診に係る費用の請求・支払いは、個別健診の場合は西諸医師会、集団健診の場合は、宮崎県健康づくり協会へとなる。

#### 8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 22】

#### 年間スケジュール

<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での広報。	
ハガキやリーフレットによる受診勧奨。健康推進員からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
<b>健診実施スケジュール</b>	
5 月末	: 受診券送付
6 月～翌年 1 月末	: 特定健診実施 (集団、個別)
6 月	: 前年度の実績報告
8 月～翌年 1 0 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
8 月～1 2 月	: 未受診者対策 (事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む)
1 1 月	: 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

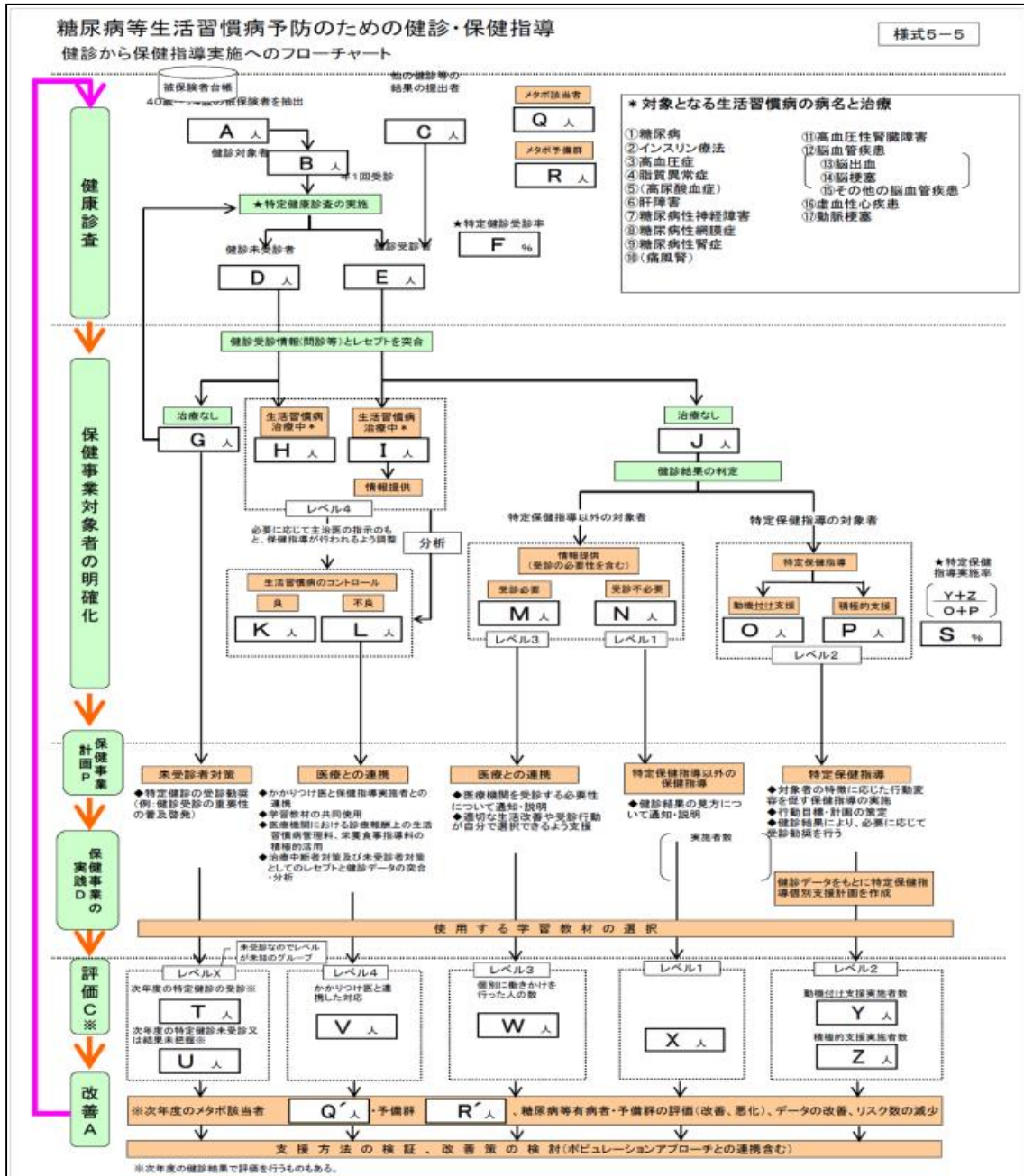
#### 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、宮崎県健康づくり協会へ委託する。なお、動機付け支援の一部については市の保健師・栄養士にて実施する。

# 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】

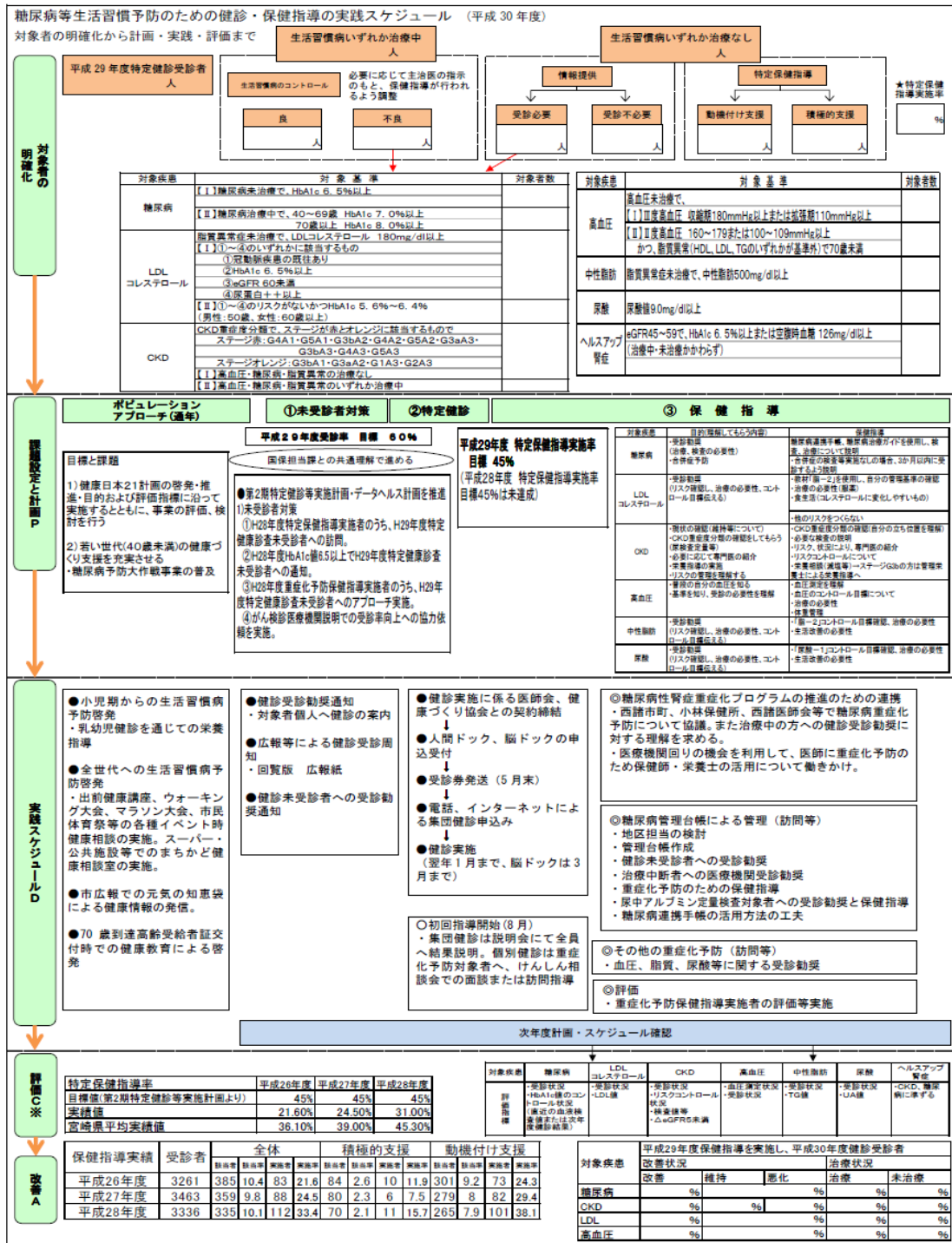
優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	368 人  (10.5)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	626 人  (17.9)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	6,918 人  ※受診率目標達成までにあ と 2,755 人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	577 人  (16.5)
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 ◆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	1,918 人  (55)

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 P D C A 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】



生活習慣病予防をライフサイクルでみていく。「糖尿病等生活習慣病の発症予防重症化予防」の視点で課題解決に取り組む。

## 6. 個人情報保護

### 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小林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、特定健診データ管理システム、マルチマーカー、健康かるてで行う。

## 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、小林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

### 1. 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。

CKD（慢性腎臓病）のリスクファクターである高血糖、高血圧、脂質異常症等は、心血管疾患（心筋梗塞、脳梗塞、心不全等）と共通している。これらのリスクファクターを管理することが重要である。小林市では、CKDの大きな原因となる糖尿病性腎症の重症化予防に重きを置き、脳・心血管疾患重症化予防にもつなげる取り組みとする。具体的には医療受診が必要な者には受診勧奨を、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が重要である。そのため特定健診受診率の向上にさらに努める必要がある。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。

### 2. 重症化予防の取組（糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患）

#### 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）西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム）、西諸地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、プログラムという）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。

また、脳血管疾患、心血管疾患への取り組みとして、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（参考資料2）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も参考に進めていく。（図表27、28）

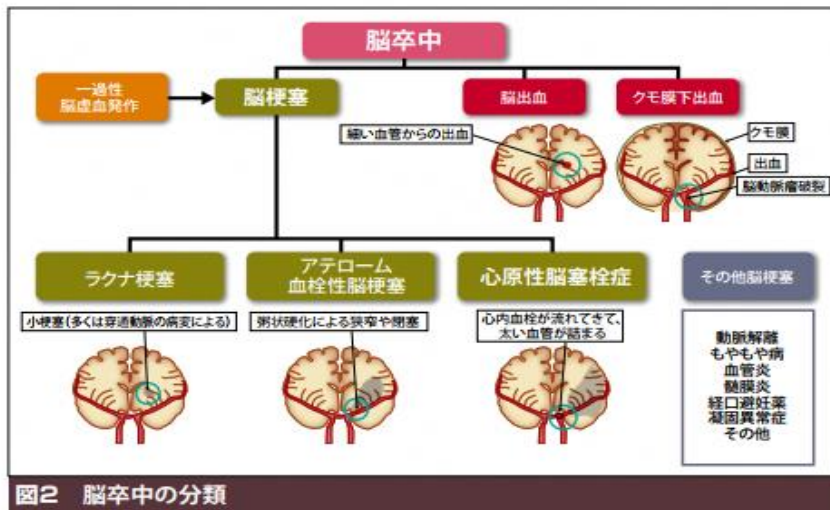
- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 治療中断者や健診未受診者に対する対応

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 26】

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	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	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	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	改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

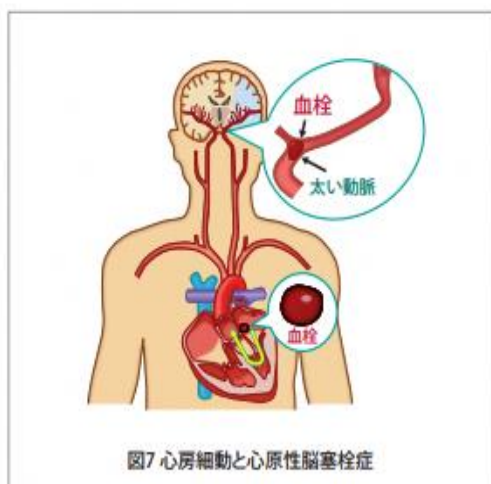
\*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変



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	●							

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。

(脳卒中予防の提言より引用)

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

#### ① 糖尿病性腎症対象者の抽出

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し、併せて高血圧、脂質異常症、心電図の結果も考慮し抽出する。(参考資料9)

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

また、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 29)

【図表 29】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。小林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。なお早期腎症発見のため、糖尿病が重症化するリスクの高い方へは、特定健診二次検査として尿中アルブミン検査を実施している。また、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)

### ①-1 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 30)

小林市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 126 人(30.3. %・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者人中のうち、特定健診受診者が 289 人(69. 5%・G)であったが、19 人(6.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,437 人(83. 2%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 238 人中 10 人は治療中断であることが分かった。また、228 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。

### ①-2 介入方法と優先順位

図表 34 より小林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】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・126 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・29 人

※介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

#### 優先順位 2

##### 【保健指導】

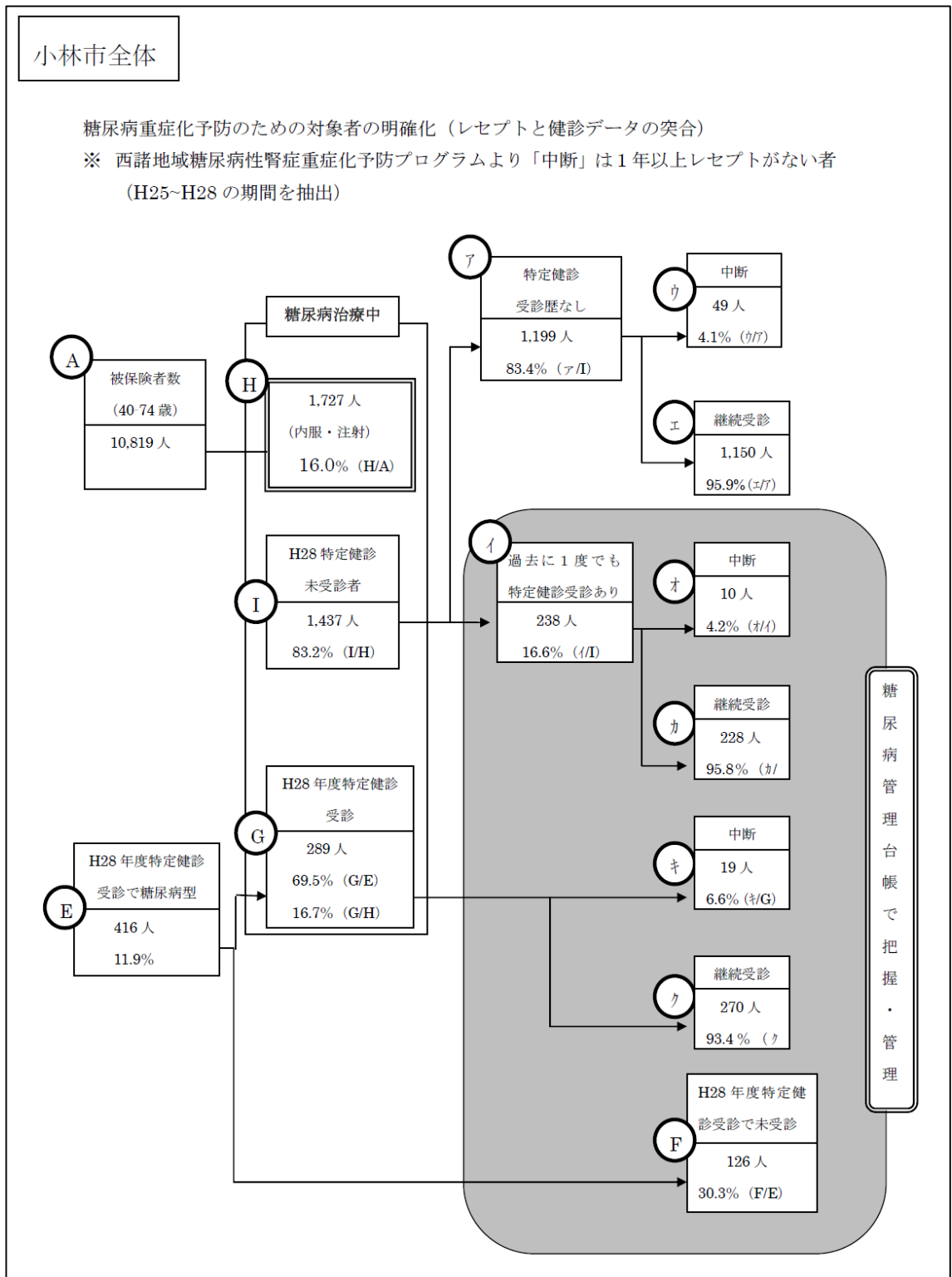
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・270 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 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)・・・228 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 30】







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

心電図検査結果

【図表 31】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
			人	%	人	%	人	%		
平成28年度	3490	100	85	2.4	2	2.4	29	34.1	54	63.5

(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」を基準とする「詳細な健診」の項目である。

虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。(図表 32)

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度	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		
	3490	2 0.1	29 0.8	54 1.5	3405 97.6	
メタボ該当者	704 20.2%	0 0.0%	6 0.9%	14 2.0%	684 97.2%	
メタボ予備群	446 12.8%	0 0.0%	4 0.9%	10 2.2%	432 96.9%	
メタボなし	2340 67.0%	2 0.1%	19 0.8%	30 1.3%	2289 97.8%	
LDL	140-159	396 11.3%	0 0.0%	2 0.5%	9 2.3%	385 97.2%
	160-179	193 5.5%	0 0.0%	4 2.1%	5 2.6%	184 95.3%
	180-	95 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 2.1%	93 97.9%

【参考】

CKD	G3aA1~	620	1	6	9	604
		17.8%	0.2%	1.0%	1.5%	97.4%

③ 脳血管疾患対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 33 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 33】

## 特定健診受診者における重症化予防対象者

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		メタリックシンド ローム		慢性腎臓病(CDK)			
	Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/d l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)			
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	●													
くも膜下出血	●													
特定健診受診者における重症化予防対象者														
受診者数	134人	3.8%	189人	5.4%	126人	3.6%	0人	0.0%	704人	20.2%	54人	1.5%	101人	2.9%
治療なし	67人	3.6%	119人	3.7%	118人	4.3%	0人	0.0%	109人	6.9%	7人	0.4%	28人	1.8%
治療あり	26人	19.4%	26人	13.8%	24人	19.0%	0人	—	109人	15.5%	2人	3.7%	8人	7.9%
臓器障害あり	5人	4.1%	8人	23.7%	7人	1.1%	0人	0.0%	5人	31.0%	7人	2.5%	28人	3.8%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	4人		8人		7人		0人		5人		0人		0人
	尿蛋白(2+)以上	0人		4人		3人		0人		1人		0人		0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	3人		3人		2人		0人		1人		0人		0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		2人		2人		0人		3人		0人		0人
	心電図所見あり	1人		0人		0人		0人		0人		0人		0人

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が134人(3.8%)であり、67人は未治療者であった。また未治療者のうち5人(4.1%)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26人(19.4%)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。

## (1) 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 34)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 34】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上				
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,839	609	447	376	340	56	11	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	
		33.1%	24.3%	20.4%	18.5%	3.0%	0.6%	26	204	177	
								1.4%	11.1%	9.6%	
リスク第1層	206	97	45	30	26	7	1	26	7	1	
		11.2%	15.9%	10.1%	8.0%	7.6%	12.5%	9.1%	100%	3.4%	0.6%
リスク第2層	1,046	361	241	210	197	31	6	--	197	37	
		56.9%	59.3%	53.9%	55.9%	57.9%	55.4%	54.5%	96.6%	20.9%	
リスク第3層	587	151	161	136	117	18	4	--	--	139	
		31.9%	24.8%	36.0%	36.2%	34.4%	32.1%	36.4%	--	78.5%	
再掲 重複あり	糖尿病	159	39	34	44	35	6	1			
			27.1%	25.8%	21.1%	32.4%	29.9%	33.3%	25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	266	70	71	62	50	12	1			
			45.3%	46.4%	44.1%	45.6%	42.7%	66.7%	25.0%		
3個以上の危険因子	305	68	91	71	62	10	3				
		52.0%	45.0%	56.5%	52.2%	53.0%	55.6%	75.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 34 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) 対象者の進捗管理

「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管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。

(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 3) で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

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、脳血管疾患等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。

【糖尿病台帳作成手順】

I 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

- ①HbA1c    ②血圧    ③体重    ④eGFR    ⑤尿蛋白

※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HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する。

## II 資格を確認する

## III レセプトを確認し情報を記載する

### 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

## IV 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

## V 担当地区の対象者数の把握

受診勧奨者（未治療・治療中断者）保健指導対象者

## VI 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7）

## 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。小林市においては、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、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35）

【図表 35】

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 style="font-size: 2em;">→</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><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こるのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </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？</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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>④ HbA1cと体重の変化 ⑤ HbA1cとGFRの変化 ⑥ 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

なお、虚血性心疾患の予防には、図表 36 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 36)

## 虚血性心疾患に関する症状

【図表 36】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

### (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定量検査まで実施している。また、さらに糖尿病性腎症早期発見のために二次検査としてHbA1c6.5%以上で、尿蛋白定性検査一～土かつ尿蛋白定量検査0.15未満の方を対象に尿アルブミン検査を実施している。

## 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、事前に西諸医師会等と協議する。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはプログラムに準じていく。

### (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と助言があったが、小林市の場合は、保健指導を実施した者で本人の同意がある者へ交付している。今後の活用の仕方についても、かかりつけ医や専門医等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（長寿介護課、福祉課）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号被保険認定者のうち、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(参考資料4)を用い、また脳血管疾患等とも併せて行っていく。

### (1) 短期的評価

#### ① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

#### ② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1cの変化
  - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

#### ③ その他評価項目

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

## 8) 実施期間及びスケジュール

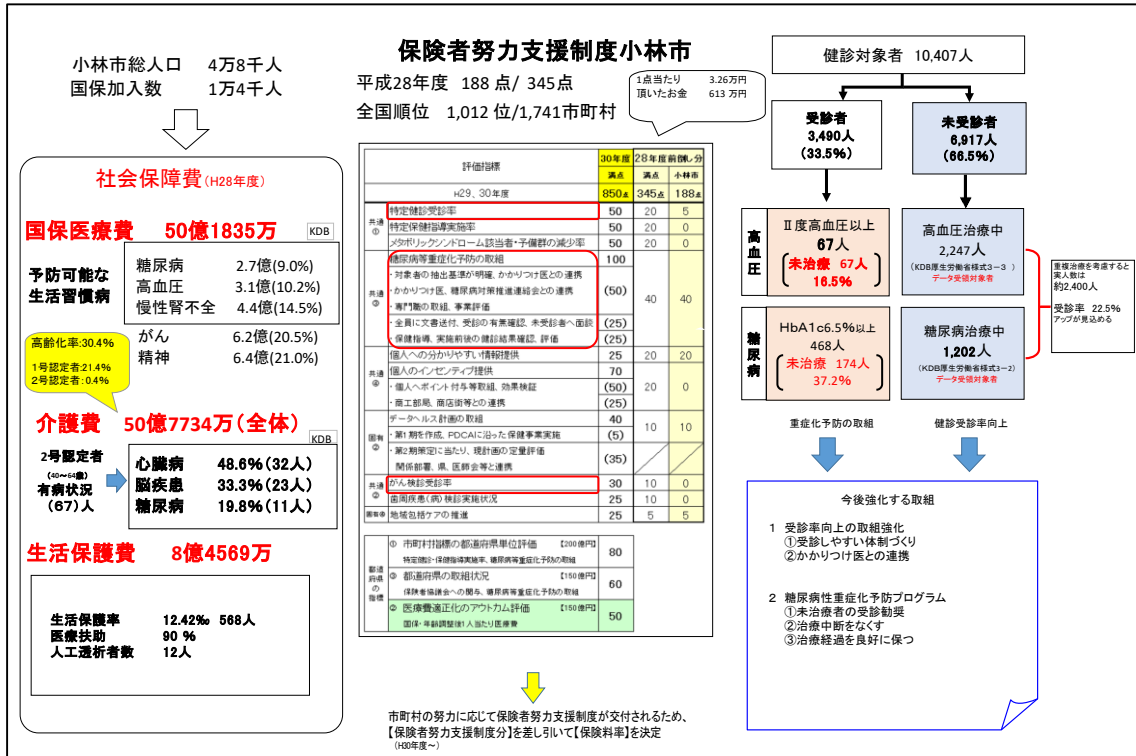
- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)



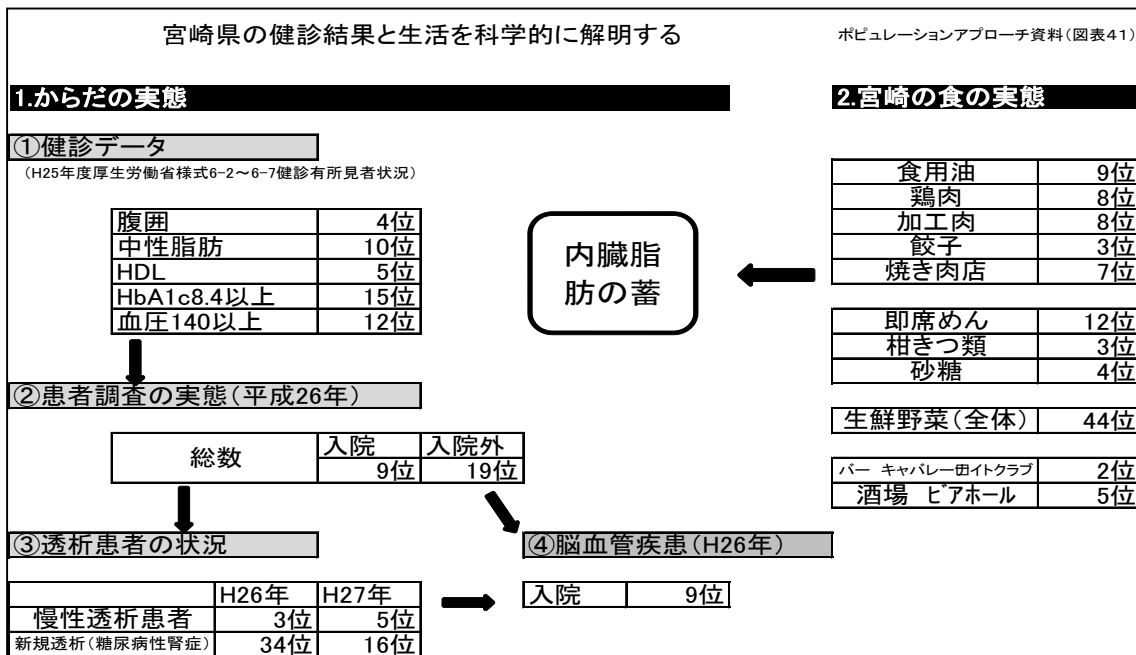
# 第5章 ポピュレーションアプローチ

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 37、38)

【図表 37】



【図表 38】



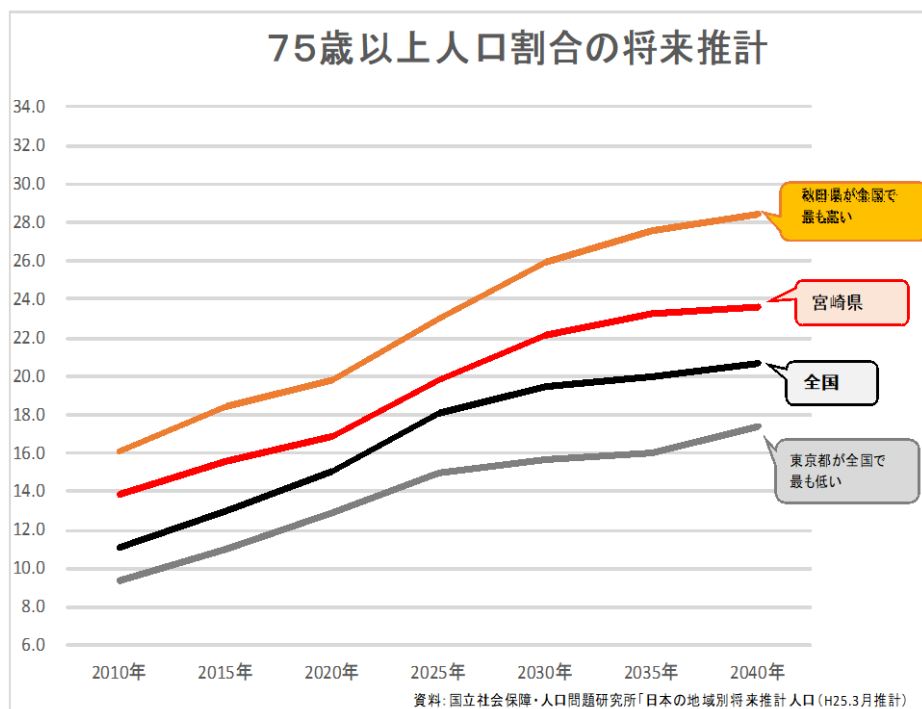
## 第5章 地域包括ケアに係る取組

「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、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。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2040年で全国平均を上回る 23.6%と推計されている。(図表 39)

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%) 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その育成や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 39】

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、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保健指導を定期的に行う。

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支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小林市の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 4 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 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7 血圧評価表

参考資料 8 心房細動管理台帳

参考資料 9 西諸地域糖尿病重症化予防プログラム

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小林市の位置

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	47,932		47,932		9,030,767	1,125,360	124,852,975			KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	14,557	30.4	14,557	30.4	2,626,654	29.1	290,839	25.8	29,020,766		23.2
		75歳以上	8,278	17.3	8,278	17.3			156,418	13.9	13,989,864		11.2
		65～74歳	6,279	13.1	6,279	13.1			134,421	11.9	15,030,902		12.0
		40～64歳	16,385	34.2	16,385	34.2			383,847	34.1	42,411,922		34.0
	39歳以下	16,990	35.4	16,990	35.4			450,674	40.0	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		22.8		22.8		11.4		11.8		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題
		第2次産業		19.6		19.6		27.5		21.6		25.2	
		第3次産業		57.5		57.5		61.1		66.6		70.6	
	③ 平均寿命	男性		79.4		79.4		79.2		79.7		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			87.2		87.2		86.4		86.6		86.4		
④ 健康寿命	男性		65.1		65.0		65.1		65.2		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性		66.6		66.6		66.8		66.8		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)										KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性		101.3		95.9		104.8		99.7			100
		女性		95.5		85.7		101.5		96.2			100
		がん	162	42.6	183	46.9	32,164	46.4	3,469	45.2	367,905		49.6
		心臓病	115	30.3	123	31.5	19,517	28.2	2,242	29.2	196,768		26.5
		脳疾患	63	16.6	55	14.1	11,781	17.0	1,301	16.9	114,122		15.4
		糖尿病	5	1.3	6	1.5	1,340	1.9	128	1.7	13,658		1.8
		腎不全	20	5.3	9	2.3	2,559	3.7	276	3.6	24,763		3.3
	自殺	15	3.9	14	3.6	1,902	2.7	265	3.5	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	115	18.7	76	10.9				9.95		10.47	厚労省HP 人口動態調査
男性		71	22.6	55	16.3				13.52		13.51		
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	2,942	20.1	3,100	21.4	539,696	20.5	59,315	20.4	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	75	0.3	52	0.3	8,952	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	89	0.6	67	0.4	11,164	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4		
	糖尿病	645	21.4	716	22.2	125,636	22.3	12,987	21.1	1,350,152	22.1		
	高血圧症	1,899	63.2	2,132	66.5	306,174	54.6	35,357	57.9	3,101,200	50.9		
	脂質異常症	867	28.5	987	30.2	159,862	28.4	16,825	27.4	1,741,866	28.4		
	心臓病	2,118	71.3	2,418	75.5	349,548	62.5	40,235	65.9	3,529,682	58.0		
	脳疾患	902	30.5	990	30.4	154,945	27.9	19,122	31.4	1,538,653	25.5		
	がん	298	9.7	317	10.2	58,440	10.3	5,852	9.4	631,950	10.3		
	筋・骨格	1,853	61.1	2,087	64.7	303,462	54.1	35,171	57.7	3,067,196	50.3		
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		71,005		69,481		66,717		66,242		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス		50,237		50,625		41,744		47,239		39,662		
	施設サービス		295,467		293,264		278,164		282,096		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		6,962		6,589		8,281		7,149		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定あり		3,890		3,912		4,037		3,962		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数	15,958		13,984		2,264,375		300,107		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	5,411	33.9	5,571	39.8			119,981	40.0	12,461,613		38.2
		40～64歳	6,230	39.0	4,836	34.6			103,073	34.3	10,946,712		33.6
		39歳以下	4,317	27.1	3,577	25.6			77,053	25.7	9,179,541		28.2
	加入率		33.3		29.2		25.1		26.7		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	12	0.8	12	0.9	833	0.4	140	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	34	2.1	34	2.4	6,529	2.9	891	3.0	96,727	3.0	
		病床数	1,210	75.8	1,210	86.5	135,296	59.7	19,245	64.1	1,524,378	46.8	
		医師数	89	5.6	91	6.5	16,982	7.5	2,730	9.1	299,792	9.2	
		外来患者数		698.8		720.3		698.5		677.3		668.1	
入院患者数		26.7		28.1		23.6		24.7		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,651		29,279		27,772		26,707		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		725.435		748.46		722.103		702.012			686.286	
	外来費用の割合		55.4		54.7		56.9		55.1			60.1	
	入院費用の割合		96.3		96.2		96.7		96.5			97.4	
	1件あたり在院日数		18.3日		18.5日		17.0日		17.8日			15.6日	
	最大医療費負担額		546,289,170	16.9	627,687,070	20.5	23.9		22.0			25.6	
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (調剤含む)	慢性腎不全（透析あり）		487,765,280	15.1	441,363,000	14.4	9.1		11.2		9.7	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
	糖尿病		284,932,420	8.8	273,960,470	9.0	9.9		8.6		9.7		
	高血圧症		411,600,620	12.7	311,219,960	10.2	8.9		8.7		8.6		
	精神		599,304,040	18.5	639,602,000	20.9	19.6		22.3		16.9		
	筋・骨格		552,004,820	17.1	484,254,420	15.8	15.2		14.6		15.2		





【参考資料2】

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

【参考資料3】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H29.10月

保健指導の視点	人数	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など
<b>糖尿病管理台帳の全数</b>	<b>( 567 ) 人</b>		
① 健診未受診者	( 210 ) 人	○住基異動（死亡、転出）の確認 ○医療保険異動の確認 ○レセプト（治療状況）の確認	後期高齢者、社会保険
② 未治療者（中断者含む）	( 139 ) 人	○レセプト（直近の治療有無）の確認 ○医療受診勧奨の保健指導	
③ HbA1cが悪化している	( 155 ) 人	○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	
④ 尿蛋白 (-)	( 280 ) 人	○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	尿アルブミン検査の継続
( ± )	( 27 ) 人		
( + ) ~ 顕性腎症	( 48 ) 人		
⑤ eGFR値の変化			
1年で 25 % 以上低下	( 5 ) 人		腎専門医
1年で 5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下	( 64 ) 人		

【参考資料 4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

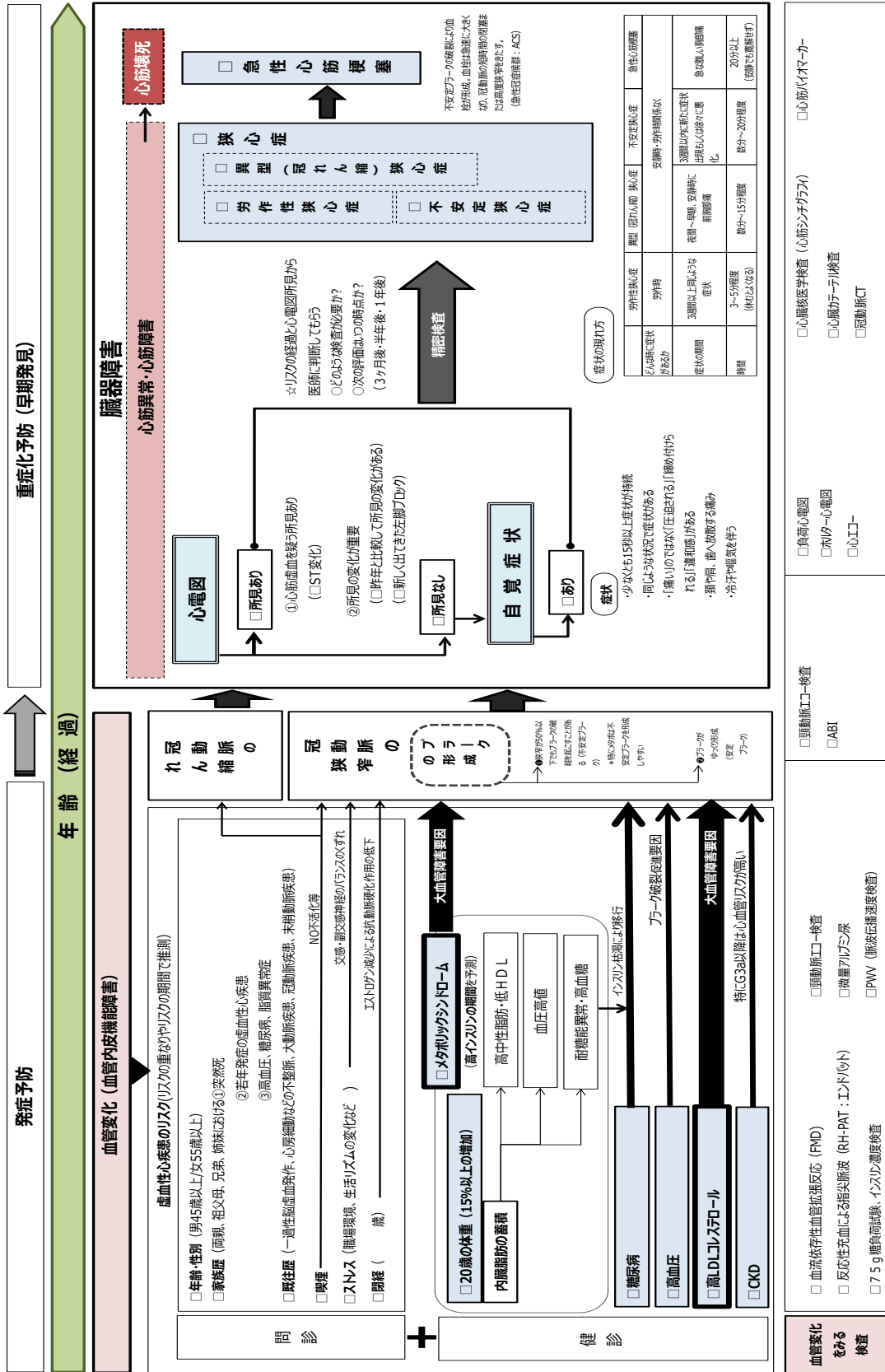
都道府県 宮崎県

市町村名

小林市

項目	統合表	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	14,464人							KDB_厚生労働省様式様式3-2			
	② (再掲)40-74歳		10,819人										
2	① 特定健診	B	10,407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		3,490人										
	③ 受診率	C	33.5%										
3	① 特定保健指導		335人										
	② 実施率		33.4%										
4	健診データ	① 糖尿病型	E	468人	13.4%					特定健診結果			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	174人	37.2%								
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	294人	62.8%								
		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	130人	44.2%								
			⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟	80人	61.5%							
				㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟	65人	50.0%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	164人	55.8%								
		⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟	M	359人	76.7%							
			㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟		45人	9.6%							
			㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟		57人	12.2%							
			㉜ ㉝ ㉞ ㉟		8人	1.7%							
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		105.1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)		138.3人									
		③ レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者千対	④ 入院外(件数)		9,631件	(925.4)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
			⑤ 入院(件数)		68件	(6.5)			40件	(5.8)			
		⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	糖尿病治療中	H	1,520人	10.5%					KDB_厚生労働省様式様式3-2		
				⑦ (再掲)40-74歳		1,496人	13.8%						
				⑧ 健診未受診者	I	1,202人	80.3%						
				⑨ インスリン治療	O	99人	6.5%						
					⑩ (再掲)40-74歳		93人	6.2%					
				⑪ 糖尿病性腎症	L	182人	12.0%						
						⑫ (再掲)40-74歳		179人	12.0%				
				⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	⑭ (再掲)40-74歳		38人	2.50%					
					⑮ 新規透析患者数		11	28.9					
					⑯ (再掲)糖尿病性腎症		6	54.5					
					⑰ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	2.8%					
				6	医療費	① 総医療費		50億1835万円					29億9383万円
② 生活習慣病総医療費						30億5800万円				17億2834万円			
	③ (総医療費に占める割合)						60.9%					57.7%	
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	⑤ 健診受診者		9,705円					7,709円					
	⑥ 健診未受診者		29,979円					34,303円					
⑦ 糖尿病医療費		2億7396万円						1億7157万円					
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.0%					9.9%					
⑨ 糖尿病入院外総医療費		7億3384万円											
	⑩ 1件あたり		36,566円										
⑪ 糖尿病入院総医療費		5億3706万円											
	⑫ 1件あたり		510,027円										
⑬ 慢性腎不全医療費		4億4957万円						1億6920万円					
	⑭ 透析有り		4億4136万円					1億5806万円					
⑮ 透析なし		821万円						1114万円					
7	介護	① 介護給付費				50億7734万円				31億7863万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		4件	7.1%								
8	① 死亡		6人	1.0%			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



【参考資料 6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし	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					
	<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。			⑥ 発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～				
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39			～34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50			51～	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100			101～	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125		126～	
		食後	～139	140～199		200～	
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139		140～	
		拡張期	～84	85～89		90～	
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/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						

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



西諸地域 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

小 林 市  
え び の 市  
高 原 町

1 目的

特定健診受診者のうち糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者について、適切な受診勧奨によって治療に結びつける。また、糖尿病性腎症等で通院する患者（治療中）のうち、重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）に対して、医療機関と連携して保健指導等を行い、腎不全、人工透析への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の増加抑制を図る。

2 対象者の管理

市・町は、特定健診結果レセプト情報等を基本情報とし、糖尿病管理台帳を作成し、把握もれがないように経年で管理する。また、毎年の健診結果から HbA1c6.5%以上の者を追加し、治療中断がないようにみていくこととし、小林市・えびの市・高原町（以下、「保険者」という）が個別に台帳を定める。

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

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H27年度末年齢	項目	H23	H24	H25	H26	H27	備考			
1		H23					男	53	糖	服薬								
									HbA1c	9.3								
									重症度分類	G1A1								
									CKD	GFR	90.9							
2		H23					女	54	糖	服薬	○	○						
									HbA1c	7.7	8.6							
									重症度分類	G2A1	G2A1							
									CKD	GFR	81.6	81.1						
3		H23					男	60	糖	服薬	○	○	○	○	○			
									HbA1c	11.7	12.5	10.1	7.9	9.4				
									重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G3aA1	G3aA1				
									CKD	GFR	61.1	60.8	60.5	54.2	49.1			
4		H23					男	62	糖	服薬	○	○	○	○	○			
									HbA1c	7.1	6.7	6.2	6	9.2				
									重症度分類	G2A3	G2A2	G2A1	G2A1	G1A2				
									CKD	GFR	86.7	84.9	84.5	71.2	93.5			
5		H23					男	62	糖	服薬				○				
									HbA1c	6.7	7.2	7.4	6.7					
									重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1					
									CKD	GFR	77.2	67.6	76.5	66.9				

### 3 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

#### (1) 医療機関未受診者（糖尿病未治療者）

過去の健診において HbA1c6.5%以上の者（未実施の場合は、空腹時血糖 126 mg/dl または、随時血糖 200 mg/dl 以上の者）で、糖尿病を治療していない者に受診勧奨を行う。

ただし、上記該当者で、尿蛋白(+)以上または eGFR60 未満の者については、糖尿病の重症度が高いと考えられるため、強めの受診勧奨を行う。

※) 慢性腎臓病（CKD）対策としては、HbA1c や空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR(CKD の重症度分類) により、受診勧奨を行うことも考えられる。

#### (2) 糖尿病治療中断者

過去に糖尿病治療歴があり HbA1c6.5%以上の者のうち、直近 1 年間に健診受診歴やレセプト情報における糖尿病治療歴がない者は、必要な治療が中断され糖尿病が重症化している可能性が高いと考えられるため、確実に受診に結びつくよう受診勧奨を行う。

#### (3) 受診勧奨の方法

以下のいずれかの方法により受診勧奨を行う。

- ① 特定健診結果等の文書による通知  
(必要に応じて糖尿病の合併症についての資料を追加する)
- ② 訪問
- ③ 個別面談
- ④ 電話

※) 糖尿病治療中断者については、レセプト情報により継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していないこともある。そのため、電話、個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について十分に把握した上で行うことが重要である。

#### 4 ハイリスク者に対する保健指導 注1)

ハイリスク者は、糖尿病性腎症を発症している者だけではなく、そのリスクが高い者についても、保険者において下記のとおり優先順位をつけて保健指導を実施する。

ただし、高齢者については、厳格な管理を行うべきでないとの考え方もあるため、年齢を考慮して対象者の抽出を行うことが重要である。

##### (1) ハイリスク者の選定基準

###### ・ハイリスク①

糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者。特定健診結果から抽出する場合には、糖尿病治療中であり、以下のいずれかに該当するものとする。

ア) 尿蛋白(+)以上の者 または、尿蛋白0.15g/gCr以上(尿蛋白定量)

イ) eGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

(40歳未満ではeGFR<60、腎機能の安定した70歳以上ではeGFR<40)対象者には保健指導を実施し、かかりつけ医への受診を勧め、必要に応じてかかりつけ医から腎専門医を紹介してもらう。また、必要に応じてCKD連携パスを活用するなど、今後協議していくこととする。

###### ・ハイリスク②

糖尿病性腎症第1期のうちeGFR60ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上で以下のいずれかに該当する者とする。

ア) 尿蛋白(-)(±) または 尿蛋白0.15g/gCr未満(尿蛋白定性)でかつⅡ度高血圧以上 またはメタボ該当者

イ) その他、保険者が認めた者

###### ・ハイリスク③

尿中アルブミン定量検査から、糖尿病性腎症第2期が疑われる者。

特定健診受診者のうち、以下のすべてに該当する者に、特定健診二次検査として尿中アルブミン定量検査を実施する。

ア) 糖尿病未治療者

イ) HbA1c6.5%以上の者

ウ) 尿蛋白(-)または(±)または尿蛋白0.15g/gCr未満(尿蛋白定量)

注) 微量アルブミン尿が出現すると第2期と分類され、GFRは正常あるいは軽度高値(過剰)で、可逆的で治療効果が高い段階であることを踏まえて、積極的に検査を行う。



なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

- ① がん等で終末期にある者
- ② 認知機能障害のある者
- ③ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者（ただし、かかりつけ医が必要と認めた者については、対応可能な範囲において対象とする。）
- ④ その他の疾患を有して、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

（参考）糖尿病腎症病気分類と CKD 重症度分類との関係

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)			0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
尿試験紙法			(-)or(±)	(+)	(2+)以上
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1	≥90	ハイリスク ②③ 第1期 (腎症前期)		
	G2	60～89		第2期 (早期腎症期)	第3期 (顕性腎症期)
	G3a	45～59		ハイリスク①	
	G3b	30～44			
	G4	15～29	第4期 (腎不全期)		
	G5	<15			
	(透析療法中)		第5期 (透析療法期)		

※ハイリスク①②は糖尿病治療中 ハイリスク③は糖尿病未治療

## (2) 保健指導におけるかかりつけ医との連携

市町が、本取組の目的、保健指導の対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について、西諸管内医療機関に説明する。保険者は、保健指導を実施し、保健指導の内容等について、糖

尿病連携手帳を活用して、かかりつけ医に情報提供する。特に、コントロール不良で介入が必要な者はかかりつけ医の助言・指示にもとづき保健指導を実施する。

### (3) 保健指導の内容

「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」「日本人のための食事摂取基準2016」等の科学的根拠に基づいて保健指導を実施する。

対象者個々人の生活習慣や服薬状況等に応じて画一的な保健指導にならないよう配慮するとともに、対象者自らの生活習慣が、代謝の変化につながり血管の変性に影響するという糖尿病の重症化のメカニズムをわかりやすくイメージし、対象者が納得できるよう保健師・栄養士が連携して保健指導を進めていく。

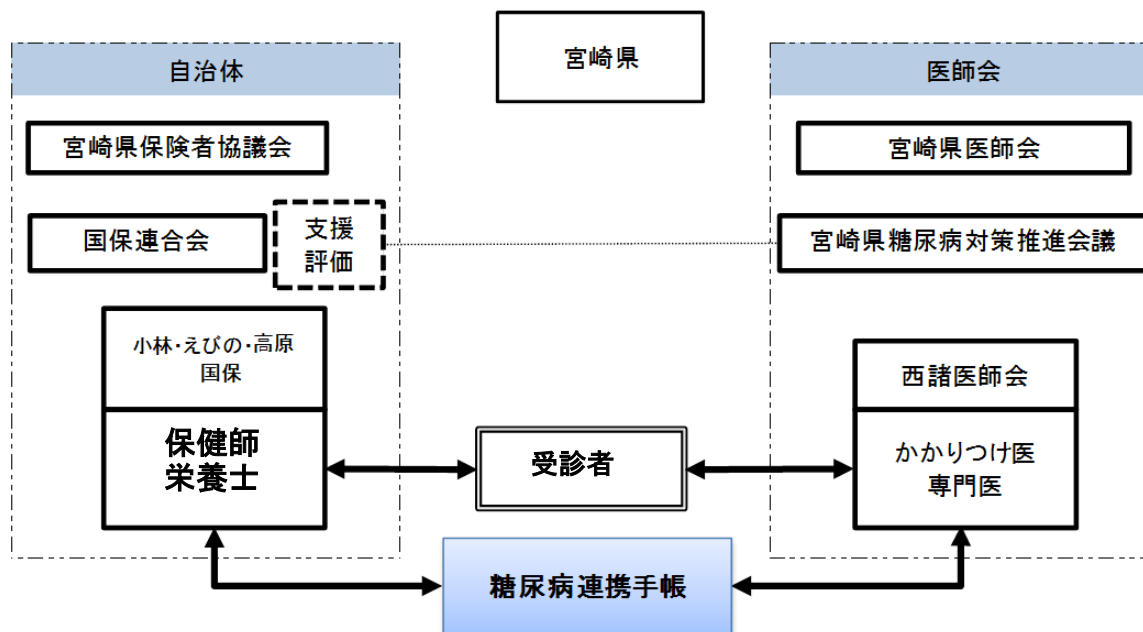
また、糖尿病性腎症第4期、もしくはCKD重症度分類G3b、G4の者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながら保健指導を実施する。

## 5 西諸医師会及びかかりつけ医、専門医等との連携

保険者と西諸管内の医療機関（西諸医師会）との連携体制を構築し、糖尿病連携手帳を活用しながら医療機関、受診者、保険者との情報共有を図っていく。

### 西諸医師会との連携体制

### イメージ図(案)



## 6 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組みについて示した。実施に当たっては、今後、小林市・えびの市・高原町と、西諸医師会・医療機関等関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、事業の取組成果を検証し、より効果的な取組みにつなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、地域の糖尿病専門医や腎専門医等の助言を受けることも重要である。注3)

なお、本プログラムに記載のない事項については、厚生労働省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議での連携協定後、平成28年4月20日に公表された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び平成29年度中に策定予定の宮崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考とする。

注1) 糖尿病性腎症は、糖尿病になって10数年たって発病することが多く、同時に糖尿病性網膜症の合併も多くみられ、尿検査では初期に微量アルブミン尿、その後顕性蛋白尿が出現し、血尿は原則陰性である。肥満、高血圧を合併することが多く、これらの腎症と鑑別が難しい。糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満などの生活習慣病は一人の患者が同時に持っていることが多く、その経過でCKDを発症した場合には原因を特定するのが困難な場合も少なくなく、糖尿病は高血圧合併が多く、高血圧は腎硬化症のほか、糖尿病性腎症や慢性糸球体腎炎にも合併する。糖尿病の方は尿蛋白定性検査の結果で重症度を判定していると、持続的な蛋白尿の出る顕性腎症まで発見されずに、予防可能な時期を逃してしまう危険性があることも留意する。「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言(P14) より：日本腎臓学会」

注2) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（日本医師会、日本糖尿病学会、厚生労働省）より「かかりつけ医や専門医等との連携」について一部抜粋。

- ・地域におけるかかりつけ医と専門医が連携できる体制を整えることが望ましい。地域連携パス等を作成し、地域で運用する事も考えられる。
- ・糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失等があることから、医科歯科連携の仕組みを構築する事が望ましい。

注3) 「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」 p16 参照