

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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。

藍住町においては、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。

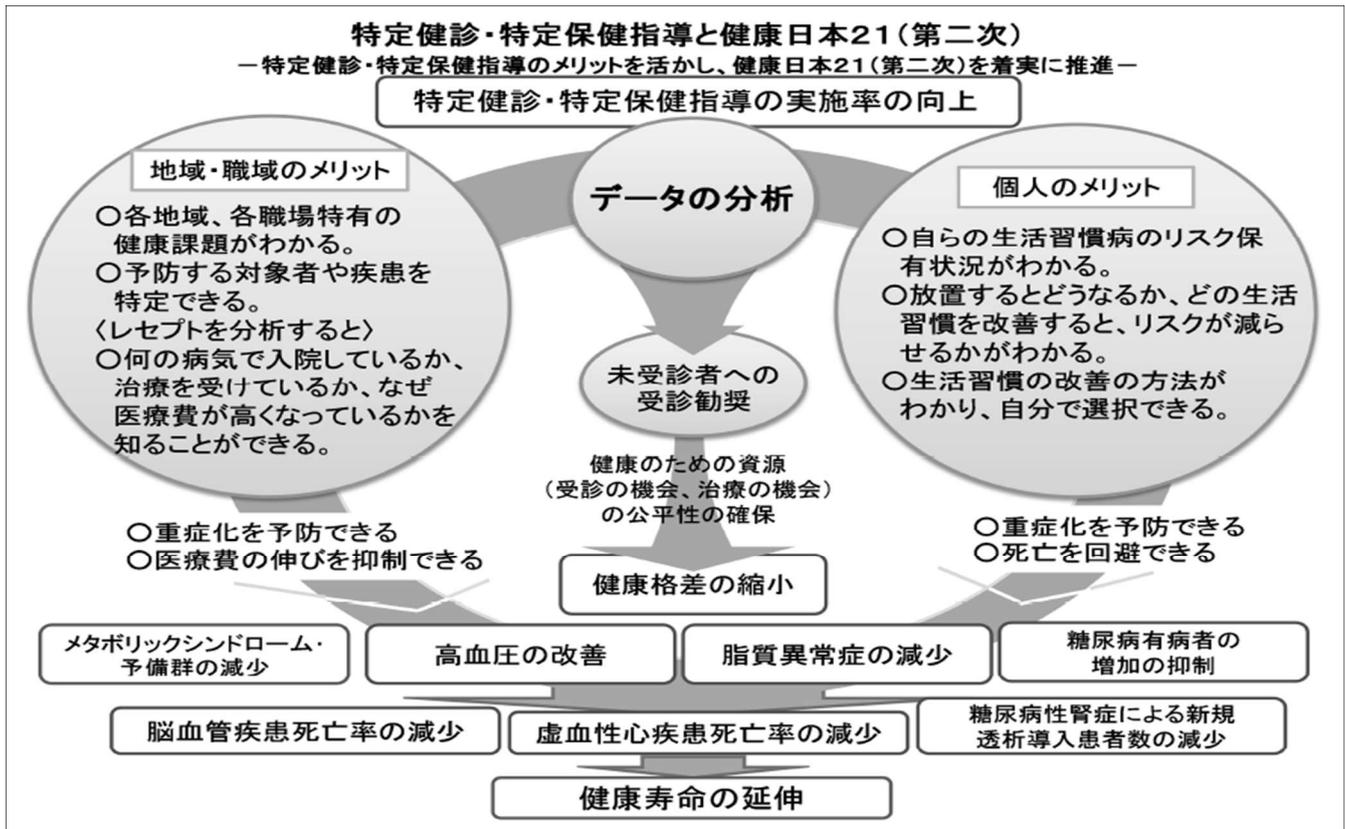
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康

増進計画、都道府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)

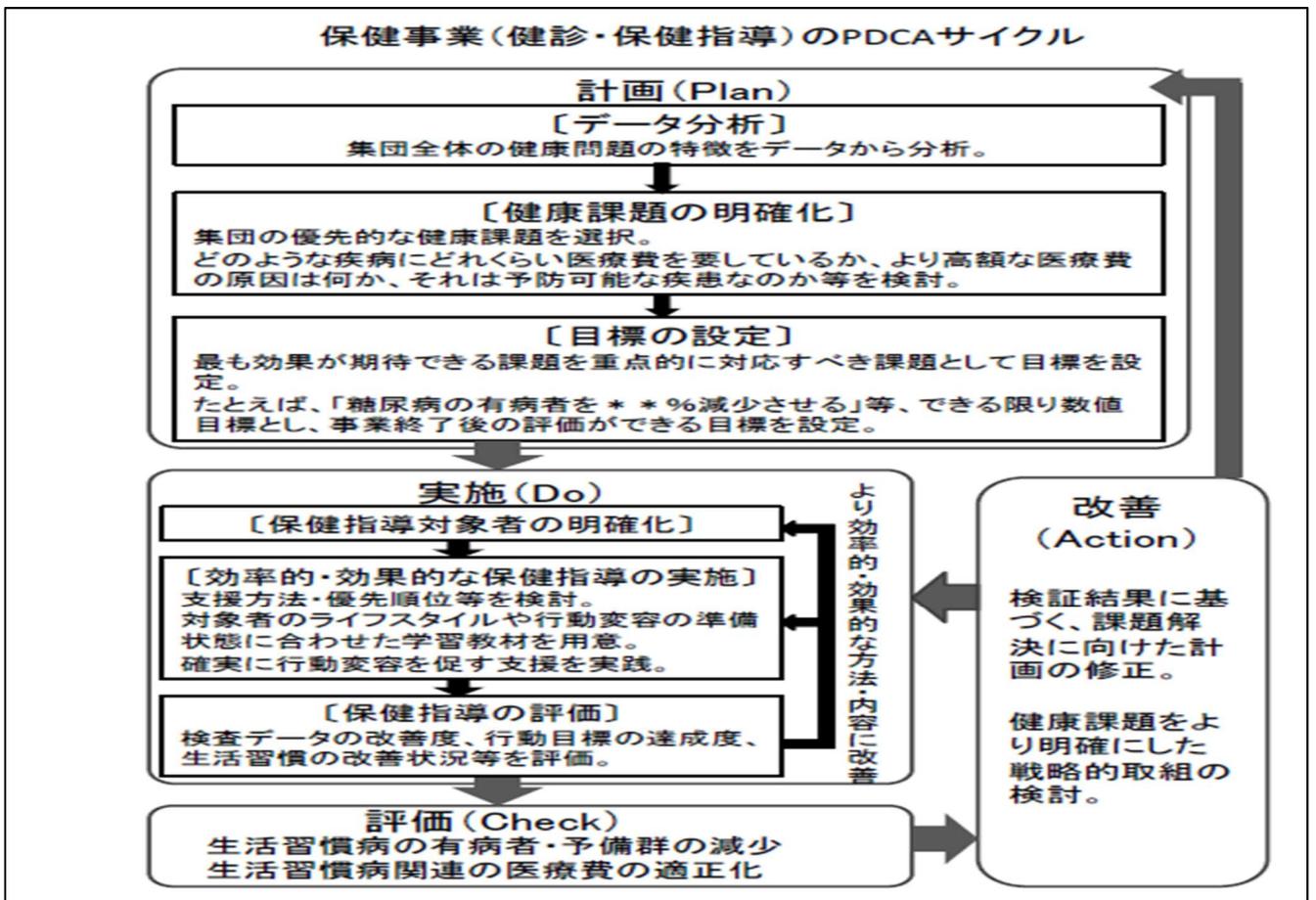
【図表1】平成30年度に向けて構造図と法定計画等の位置づけ

	※健康増進事業実施者とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				「医療費適正化計画」	「医療計画」
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	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	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会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。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らす ことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防 することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための 特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出 するために行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 保険者 がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態に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。	医療機能の分化・連携を推進することを通して、地域において切れ目のない医療の提供を実現し良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期)に依じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	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	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	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 糖尿病性腎症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊性管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に係る項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少 ③治療継続者の割合の増加 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者の減少 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症の減少 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとるものの増加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	(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しつつ行う。 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人当たり外来医療費の地位差の縮減 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	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制(地域の現状に応じて設定)
その他		<p>保険者努力支援制度 ↓ 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定</p>				保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携

【図表 2】



【図表 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) 実施主体関係部の役割

藍住町においては、健康推進課(保健センター)が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、健康推進課、保健センター、包括支援センター、総務課、福祉課とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である(図表4)

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

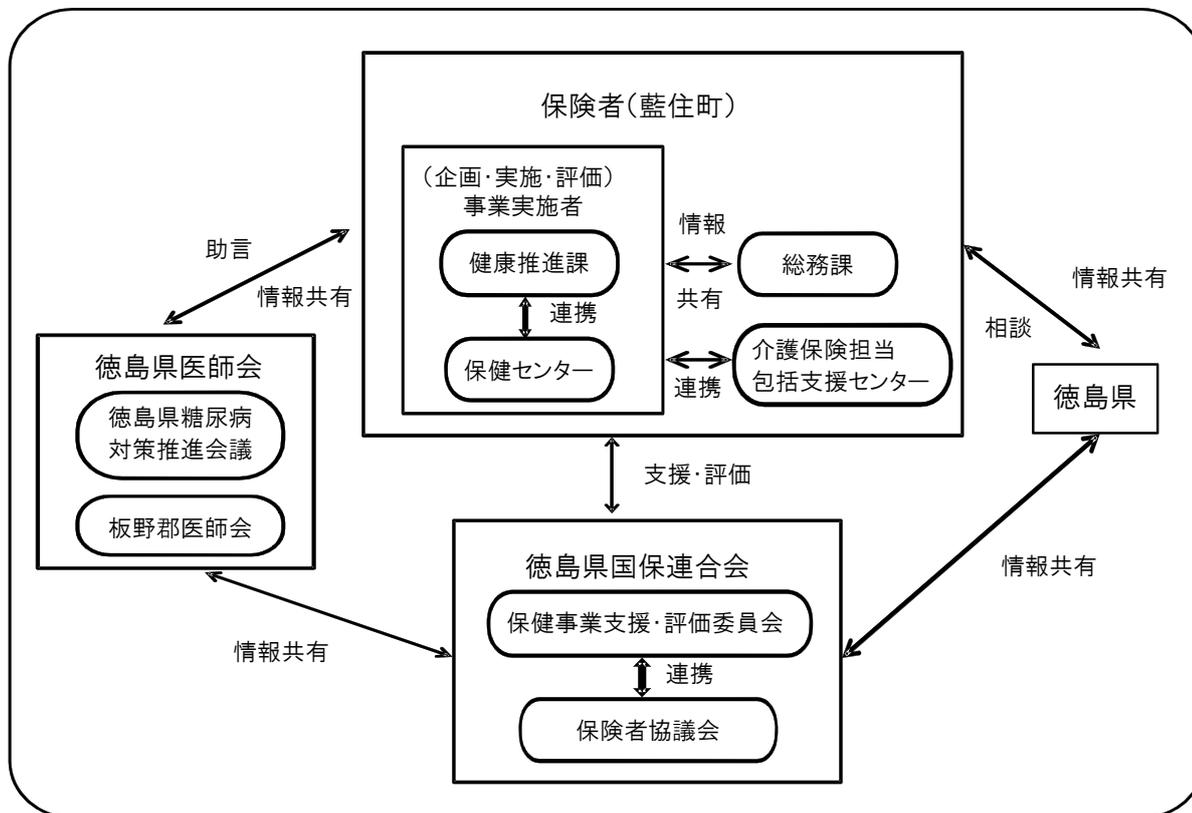
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

【図表 4】 藍住町の実施体制図



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】 藍住町の配点状況と交付額

平成 31年4月 10日現在

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 予定配点	H30 満点
総得点(満点)		345	580	850	850点
交付額(千円)		3913	6798	13340	
一人当たり交付額(円)		523			
総得点(体制構築加点H28・29年70点、H30年60点含む)		226	365	519	790
体制構築加点を含まない得点		156	295	459	730
全国順位(1,741市町村中)		481			
県内順位(24市町村中)		9			
共通 ①	特定健診受診率	0	0	0	50
	特定保健指導実施率	20	20	30	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	10	20	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10	15	25	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40		100	100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価		40	(50)	(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価		15	(25)	(25)
			15	(25)	(25)
固有 ②	データヘルス計画の取組	10	30	40	40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施			(5)	(5)
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携			(35)	(35)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人のインセンティブ提供	20	45	70	70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携		(35)	(50)	(50)
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	0	25	35	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	0	0	0	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	4	5	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	21	26	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			23	50

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 年度の経年比較を図表 6 でみると、標準化死亡比は減少しているが、死因別死亡割合をみるとがんと心臓病は増加しており、脳血管・糖尿病・腎不全・自殺の死亡割合は減少している。65 歳未満死亡率は横ばいで県や国に比べると高い状況が続いている。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると介護認定率は上昇しているが、40～64 歳の 2 号認定率や新規認定率は横ばいである。

また、医療費をみると糖尿病と精神疾患の医療費割合が増加している。1 件当たりの入院医療費分析をみると高血圧、脳血管疾患、心疾患、精神、悪性新生物は上昇しているが、外来医療費分析では精神以外は減少している。

特定健診の受診率は横ばい状態であり、特定保健指導率は上昇しているがメタボ該当者は増加している。受診勧奨対象者は減少しているが、医療機関受診率も減少しているため、特定健診を活用した重症化予防につながっている状況は経年変化では確認できない。しかし、問診表による生活習慣の状況については、喫煙者や毎日飲酒者が減り、運動習慣のある者の増加、食習慣が好ましい方向に変化している状況がみえ、特定健診が生活習慣改善に活用されている状況がみえる。

【図表6】 国・県・同規模平均と比べてみた藍住町の位置

2018. 3. 9作成

項目			H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
			藍住町		藍住町		同規模平均		県			国		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合	
1	① 人口構成	総人口	32,988		34,581		4,840,962		755,733		127,094,745		H25は平成22年、 H28は平成27年国勢 調査結果 総務省統計 徳島県保健衛生統 計年報 ※総人口は年齢不 詳者を含む	
		65歳以上（高齢化率）	5,621	17.0	7,315	21.2	1,107,232	22.9	230,914	31.0	33,465,441	26.6		
		75歳以上	2,643	8.0	2,909	8.4			119,229	16.0	16,125,763	12.8		
		65～74歳	2,978	9.0	4,406	12.7			111,685	15.0	17,339,678	13.8		
		40～64歳	11,487	34.8	11,575	33.5			248,549	33.3	42,295,574	33.7		
	39歳以下	15,880	48.1	15,691	45.4			266,540	35.7	49,879,972	39.7			
	② 産業構成	第1次産業	4.9		4.9		6.2		8.8		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	29.1		29.1		28.8		24.3		25.2			
		第3次産業	66.0		66.0		65.0		66.9		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.9		79.9		79.7		80.3		81.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握 ※県と国は厚生労 働省発表最新値	
		女性	87.2		87.2		86.5		86.7		87.1			
	④ 健康寿命	男性	65.8		65.8		65.4		71.3		72.1			
女性		67.0		67.0		66.9		74.0		74.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	101.0		90.5		98.8		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	105.6		89.2		98.9		99.4		100		
		死因	がん	63	43.8	80	46.8	13,676	49.0	2,469	46.4	367,905	49.6	
			心臓病	35	24.3	52	30.4	7,410	26.6	1,543	29.0	196,768	26.5	
			脳疾患	32	22.2	28	16.4	4,436	15.9	825	15.5	114,122	15.4	
			糖尿病	3	2.1	2	1.2	538	1.9	113	2.1	13,658	1.8	
			腎不全	6	4.2	6	3.5	920	3.3	218	4.1	24,763	3.3	
	自殺		5	3.5	3	1.8	924	3.3	151	2.8	24,294	3.3		
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	37	14.5	39	14.7			925	9.4	147,189	11.4	厚労省HP 人口動態調査 徳島県保健統計年 報	
		男性	27	20.6	26	19.1			624	12.6	95,219	14.3		
		女性	10	8	13	10.1			301	6.2	51,970	8.3		
		1号認定者数（認定率）	1,291	22.3	1,374	24.4	214,190	19.5	48,252	23.1	5,882,340	21.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握
新規認定者		37	0.3	19	0.3	3,882	0.3	727	0.3	105,654	0.3			
2号認定者	46	0.4	48	0.4	5,773	0.4	941	0.4	151,745	0.4				
② 有病状況	糖尿病	425	31.7	481	33.2	50,596	22.6	13,140	26.4	1,343,240	21.9			
	高血圧症	778	57.4	855	58.7	116,354	52.3	28,314	57.0	3,085,109	50.5			
	脂質異常症	426	31.0	445	30.2	62,322	27.8	14,741	29.6	1,733,323	28.2			
	心臓病	883	65.7	960	66.4	132,584	59.7	32,169	64.9	3,511,354	57.5			
	脳疾患	430	31.7	397	28.3	59,279	26.8	12,843	26.0	1,530,506	25.3			
	がん	141	10.6	162	11.3	22,271	9.9	5,291	10.5	629,053	10.1			
	筋・骨格	790	58.6	857	58.8	114,209	51.3	29,441	59.5	3,051,816	49.9			
精神	466	34.6	540	37.2	79,819	35.7	17,887	35.6	2,141,880	34.9				
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	65,210		57,173		62,877		60,272		58,349				
	居宅サービス	49,297		46,063		40,725		39,151		39,683				
	施設サービス	284,661		290,715		277,662		284,661		281,115				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	6,885		6,895		8,363		7,585		7,980			
	認定なし	3,648		3,816		3,835		4,219		3,822				
3	① 国保の状況	被保険者数	7,741		7,468		1,197,997		173,928		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	2,695	34.8	3,211	43.0			75,546	43.4	12,462,053	38.2		
		40～64歳	2,739	35.4	2,322	31.1			59,408	34.2	10,946,693	33.6		
		39歳以下	2,307	29.8	1,935	25.9			38,974	22.4	9,178,477	28.2		
	加入率	23.5		22.6		25.1		22.5		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.3	2	0.3	296	0.2	113	0.6	8,255	0.3		
		診療所数	30	3.9	29	3.9	2,970	2.5	743	4.3	96,727	3.0		
		病床数	88	11.4	88	11.8	53,431	44.6	14,845	85.4	1,524,378	46.8		
		医師数	42	5.4	45	6.0	8,940	7.5	2,463	14.2	299,792	9.2		
		外来患者数	712.1		751.9		692.6		721.1		668.3			
	入院患者数	20.3		21.2		19.6		25.6		18.2				
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	24,500	県内22位 同規模60位	25,917	県内22位 同規模74位	25,607		28,005		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
受診率		732.358		773.068		712.277		746.696		686.501				
外来		費用の割合	57.3		58.1		59.2		54.7		60.1			
		件数の割合	97.2		97.3		97.2		96.6		97.4			
入院		費用の割合	42.7		41.9		40.8		45.3		39.9			
		件数の割合	2.8		2.7		2.8		3.4		2.6			
1件あたり在院日数		16.7日		16.3日		15.8日		18.8日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	がん	333,861,890	25.7	345,649,060	25.7	25.1	22.9	25.6			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
	慢性腎不全（透析あり）	111,727,920	8.6	84,690,680	6.3	9.3	7.1	9.7						
	糖尿病	127,523,660	9.8	133,976,010	10.0	10.1	9.6	9.7						
	高血圧症	135,851,460	10.4	111,699,600	8.3	8.8	8.3	8.6						
	精神	221,130,200	17.0	285,468,470	21.2	16.6	25.5	16.9						
筋・骨格	173,072,190	13.3	174,622,310	13.0	15.5	13.7	15.2							

項目	H25		H28		H28						データ元 (CSV)													
	藍住町		藍住町		同規模平均		県		国															
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合														
4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数25	入院	糖尿病	579,754	6位	(18)	569,745	1位	(16)												KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
				高血圧	556,591	6位	(18)	579,553	4位	(18)														
				脂質異常症	621,857	3位	(17)	585,445	4位	(17)														
				脳血管疾患	641,093	6位	(20)	664,744	5位	(19)														
				心疾患	629,989	6位	(16)	631,966	5位	(12)														
				腎不全	792,434	3位	(19)	606,407	13位	(19)														
				精神	432,460	4位	(25)	452,770	4位	(26)														
				悪性新生物	627,599	10位	(14)	652,060	8位	(13)														
				外来	糖尿病	28,645	22位		28,173	23位														
					高血圧	26,187	13位		25,462	17位														
	脂質異常症	25,976	9位			24,739	11位																	
	脳血管疾患	29,769	18位			28,793	16位																	
	心疾患	32,492	19位			26,440	23位																	
	腎不全	131,397	16位			114,417	18位																	
	精神	25,073	18位			27,624	14位																	
	悪性新生物	53,882	7位			53,514	13位																	
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,590			1,690			2,673			2,156			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	12,790			13,216			12,504			14,140			12,683							
生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者	4,078			4,415			7,298			5,630			5,940								
			健診未受診者	32,794			34,514			34,143			36,924			36,479								
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	869	58.9	828	55.5	186,267	56.4	24,202	56.7	4,116,530	55.9								KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	831	56.3	791	53.0	171,291	51.9	22,713	53.2	3,799,744	51.6												
		医療機関非受診率	38	2.6	37	2.5	14,976	4.5	1,489	3.5	316,786	4.3												
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数25	メタボ 該当・ 予備群 レベル	健診受診者	1,476			1,515			329,973			42,706			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			
			受診率	30.0	県内23位 同規模137位		29.9	県内24位 同規模149位			39.6			34.3	全国28位		34.0							
			特定保健指導終了者(実施率)	92	56.4	114	68.7	3438	8.5	222	4.2	35,557	4.1											
			非肥満高血糖	78	5.3	84	5.6	33,794	10.2	3,222	7.5	687,157	9.3											
			メタボ	該当者	240	16.3	253	16.9	58,303	17.7	7,762	18.2	1,272,714	17.3										
				男性	172	27.9	185	29.8	39,754	27.5	5,267	29.4	875,805	27.5										
				女性	68	7.9	68	7.8	18,549	10.0	2,495	10.1	396,909	9.5										
				予備群	169	11.5	170	11.4	35,610	10.8	5,066	11.9	790,096	10.7										
			BMI	男性	115	18.6	108	17.4	24,589	17.0	3,407	19.0	548,609	17.2										
				女性	54	6.3	62	7.1	11,021	5.9	1,659	6.7	241,487	5.8										
				総数	464	31.5	485	32.5	105,603	32.0	14,326	33.5	2,320,533	31.5										
				腹囲	男性	325	52.7	334	53.9	72,052	49.9	9,643	53.9	1,597,371	50.1									
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	女性	139	16.2	151	17.3	33,551	18.1	4,683	18.9	723,162	17.3										
				総数	65	4.4	72	4.8	15,802	4.8	2,322	5.4	346,181	4.7										
				男性	12	1.9	10	1.6	2,382	1.6	291	1.6	55,460	1.7										
				女性	53	6.2	62	7.1	13,420	7.2	2,031	8.2	290,721	7.0										
				血糖のみ	9	0.6	7	0.5	2,430	0.7	297	0.7	48,685	0.7										
				血圧のみ	113	7.7	127	8.5	24,544	7.4	3,652	8.6	546,667	7.4										
				脂質のみ	47	3.2	36	2.4	8,636	2.6	1,117	2.6	194,744	2.6										
血糖・血圧	32	2.2		31	2.1	9,715	2.9	1,137	2.7	196,978	2.7													
血糖・脂質	9	0.6		9	0.6	3,376	1.0	383	0.9	69,975	1.0													
血圧・脂質	131	8.9		144	9.6	27,313	8.3	4,084	9.6	619,684	8.4													
血糖・血圧・脂質	68	4.6		69	4.6	17,899	5.4	2,158	5.1	386,077	5.2													
6	生活習慣の 状況	服薬 既往歴 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量	高血圧	482	32.7	513	34.4	112,638	34.2	15,305	35.8	2,479,216	33.7											
			糖尿病	82	5.6	77	5.2	25,723	7.8	3,137	7.3	551,051	7.5											
			脂質異常症	284	19.3	313	21.0	76,839	23.3	9,629	22.5	1,738,149	23.6											
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	40	2.7	50	3.3	10,317	3.2	1,383	3.3	230,777	3.3											
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	77	5.2	70	4.7	18,529	5.8	2,356	5.6	391,296	5.5											
			腎不全	6	0.4	7	0.5	2,296	0.7	253	0.6	37,041	0.5											
			貧血	149	10.1	161	10.8	30,853	9.7	4,762	11.4	710,650	10.1											
			喫煙	165	11.2	153	10.2	44,224	13.4	4,843	11.3	1,048,171	14.2											
			週3回以上朝食を抜く	93	6.3	105	7.1	20,748	7.1	3,015	7.5	540,374	8.5											
			週3回以上食後間食	251	17.1	224	15.1	32,113	11.0	6,546	16.2	743,581	11.8											
			週3回以上就寝前夕食	232	15.8	210	14.1	43,130	14.6	6,601	16.3	983,474	15.4											
			食べる速度が速い	421	28.6	411	27.7	73,435	25.2	11,814	29.2	1,636,988	25.9											
			20歳時体重から10kg以上増加	468	31.8	499	33.5	95,681	32.4	13,637	33.7	2,047,756	32.1											
			1回30分以上運動習慣なし	761	51.7	750	50.4	169,920	57.8	22,470	55.5	3,761,302	58.7											
1日1時間以上運動なし	693	47.1	673	45.2	136,130	46.0	19,685	48.7	2,991,854	46.9														
睡眠不足	360	24.6	378	25.5	70,019	24.1	10,644	26.5	1,584,002	25.0														
毎日飲酒	342	23.3	323	21.6	77,040	24.4	9,908	23.7	1,760,104	25.6														
時々飲酒	253	17.2	271	18.2	65,382	20.7	7,426	17.7	1,514,321	22.0														
一日飲酒量	1合未満	746	70.8	717	71.3	138,321	65.4	15,688	64.1	3,118,433	64.1													
	1~2合	210	19.9	193	19.2	49,631	23.5	5,650	23.1	1,158,318	23.8													
	2~3合	77	7.3	77	7.7	18,608	8.8	2,480	10.1	452,785	9.3													
	3合以上	20	1.9	18	1.8	5,046	2.4	667	2.7	132,608	2.7													

(2)中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表7)

介護給付費の状況を図表7でみると、3年で約1億6000万円増加し、約8%の伸び率となっている。介護給付費は増加しているのに1件当たりの給付費は減少していることから、介護給付費の対象者が増加していることがわかる。高齢化率が進むにあたり、介護給付費の伸びを抑えることを目標としているが達成できていない状況である。

【図表7】

介護給付費の変化(平成25年度と28年度との比較)

年度	藍住町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	20億2639万円	65,210	49,297	284,661	65,293	41,599	283,210
H28年度	21億8813万円	57,173	46,063	290,715	62,877	40,725	277,662

資料:KDBシステムより算出

②医療費の状況(図表8)

医療費の状況を図表8でみると、3年で約7,000万円増加し、約3%の伸び率となっている。内訳をみると入院による医療費の増加は約1,000万円で、入院外の医療費の増加は約6,000万円と入院が必要な重症化の医療費の伸びの方が抑えることができたといえる。しかし、同規模市町村と比較すると、同規模市町村は総医療費を減少できている。

【図表8】

医療費の変化(平成25年度と28年度との比較)

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				藍住町	同規模			藍住町	同規模			藍住町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	22億7,996万円				9億7,440万円				13億0,556万円			
	H28年度	23億5,011万円	7,014万円	2.98	-4.08	9億8,522万円	1,081万円	1.10	-4.62	13億6,489万円	5,933万円	4.35	-3.7
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	294,531				125,876				168,656			
	H28年度	314,690	20,159	6.41	9.35	131,925	6,049	4.59	8.87	182,765	14,110	7.72	9.67

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

資料:KDB帳票NO.1[地域の全体像の把握]

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表9)

慢性腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費割合をみると、慢性腎不全(透析有)以外医療費割合は増加している。

短期目標疾患の医療費割合は糖尿病が増加している。

中長期・短期目標疾患の医療費計でみると、医療費割合は約2%減少し、医療費は約3,600万円抑制できた結果である。しかし、徳島県の医療費割合と比べると藍住町の割合の方が高い状況である。

【図表9】 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と28年度との比較)

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		悪性新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25年度	2,279,964,970	24,500	60位	22位	4.90%	0.56%	2.24%	3.13%	5.59%	5.96%	2.44%	565,917,750	24.82%	14.64%	9.70%	7.59%	
H28年度																	2,350,107,740
H28年度	徳島県	59,934,641,070	28,005	--	--	4.17%	0.36%	1.84%	2.44%	5.61%	4.88%	2.59%	13,118,891,830	21.89%	13.36%	14.88%	8.01%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

資料:KDB 帳票 NO.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

④中長期的な疾患(図表10)

中長期的な目標として減らしたい虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に着眼してみると、図表10のとおりどの疾患も平成25年度と比較すると64歳以下の割合は減少している。

短期的な目標疾患との関係を見ると、どの疾患も約8割前後高血圧を合併しており、高血圧が最大の危険因子である状況を示している。糖尿病の合併は虚血性心疾患と脳血管疾患で約5割の合併で、脂質異常症については約6割の合併である。人工透析については、高血圧の合併が高率となっており、糖尿病の合併が減少してきている。しかし、人工透析者数は人数が少ないことや60歳以上になれば後期高齢者医療に移行することも可能であることを加味して分析する必要がある。

【図表10】

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	7733	448	5.8	75	16.7	11	2.5	380	84.8	281	62.7	290	64.7		
	64歳以下	5251	156	3.0	26	16.7	11	7.1	126	80.8	97	62.2	93	59.6		
	65歳以上	2482	292	11.8	49	16.8	0	0.0	254	87.0	184	63.0	197	67.5		
H28	全体	7647	517	6.8	93	18.0	5	1.0	439	84.9	293	56.7	331	64.0		
	64歳以下	4501	117	2.6	18	15.4	4	3.4	86	73.5	66	56.4	70	59.8		
	65歳以上	3146	400	12.7	75	18.8	1	0.3	353	88.3	227	56.8	261	65.3		

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	7733	281	3.6	75	26.7	2	0.7	220	78.3	149	53.0	163	58.0		
	64歳以下	5251	93	1.8	26	28.0	2	2.2	70	75.3	55	59.1	47	50.5		
	65歳以上	2482	188	7.6	49	26.1	0	0.0	150	79.8	94	50.0	116	61.7		
H28	全体	7647	305	4.0	93	30.5	4	1.3	238	78.0	161	52.8	184	60.3		
	64歳以下	4501	71	1.6	18	25.4	2	2.8	50	70.4	35	49.3	37	52.1		
	65歳以上	3146	234	7.4	75	32.1	2	0.9	188	80.3	126	53.8	147	62.8		

厚労省様式 様式3-7	中長期的な目標								短期的な目標							
	人工透析			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	7733	20	0.3	2	10.0	11	55.0	16	80.0	8	40.0	8	40.0		
	64歳以下	5251	20	0.4	2	10.0	11	55.0	16	80.0	8	40.0	8	40.0		
	65歳以上	2482	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
H28	全体	7647	17	0.2	4	23.5	5	29.4	15	88.2	5	29.4	8	47.1		
	64歳以下	4501	14	0.3	2	14.3	4	28.6	12	85.7	3	21.4	7	50.0		
	65歳以上	3146	3	0.1	2	66.7	1	33.3	3	100.0	2	66.7	1	33.3		

資料:KDB 厚生労働省様式3-5、様式3-6、様式3-7、H25年とH28年7月データ

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2～3-4)(図表 11)

糖尿病、高血圧、脂質異常症に着眼して現状をみると、図表 11 のとおりどの疾患も平成 25 年度と比べると治療割合は上昇している。年代別でみると、64 歳以下では治療割合が減少傾向にあり、65 歳以上の割合が増加している。

糖尿病についてみると、インスリン治療割合、人工透析割合は減少しているが糖尿病性腎症割合は増加している。また、高血圧や脂質異常症合併割合も増加している。

高血圧についてみると65歳以上では糖尿病や脂質異常症の合併割合が増加しており、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症割合も増加している。

脂質異常症についても、高血圧と同様に 65 歳以上では糖尿病、高血圧の合併割合が増加しており、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症割合も増加している。

【図表 11】

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		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7733	970	12.5	64	6.6	690	71.1	609	62.8	281	29.0	149	15.4	8	0.8	85	8.8	
	64歳以下	5251	388	7.4	24	6.2	256	66.0	238	61.3	97	25.0	55	14.2	8	2.1	37	9.5	
	65歳以上	2482	582	23.4	40	6.9	434	74.6	371	63.7	184	31.6	94	16.2	0	0.0	48	8.2	
H28	全体	7647	1040	13.6	61	5.9	745	71.6	657	63.2	293	28.2	161	15.5	5	0.5	101	9.7	
	64歳以下	4501	326	7.2	23	7.1	188	57.7	195	59.8	66	20.2	35	10.7	3	0.9	36	11.0	
	65歳以上	3146	714	22.7	38	5.3	557	78.0	462	64.7	227	31.8	126	17.6	2	0.3	65	9.1	

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	7733	1658	21.4	690	41.6	874	52.7	380	22.9	220	13.3	16	1.0	
	64歳以下	5251	614	11.7	256	41.7	312	50.8	126	20.5	70	11.4	16	2.6	
	65歳以上	2482	1044	42.1	434	41.6	562	53.8	254	24.3	150	14.4	0	0.0	
H28	全体	7647	1710	22.4	745	43.6	927	54.2	439	25.7	238	13.9	15	0.9	
	64歳以下	4501	460	10.2	188	40.9	227	49.3	86	18.7	50	10.9	12	2.6	
	65歳以上	3146	1250	39.7	557	44.6	700	56.0	353	28.2	188	15.0	3	0.2	

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	7733	1193	15.4	609	51.0	874	73.3	290	24.3	163	13.7	8	0.7	
	64歳以下	5251	450	8.6	238	52.9	312	69.3	93	20.7	47	10.4	8	1.8	
	65歳以上	2482	743	29.9	371	49.9	562	75.6	197	26.5	116	15.6	0	0.0	
H28	全体	7647	1294	16.9	657	50.8	927	71.6	331	25.6	184	14.2	8	0.6	
	64歳以下	4501	383	8.5	195	50.9	227	59.3	70	18.3	37	9.7	7	1.8	
	65歳以上	3146	911	29.0	462	50.7	700	76.8	261	28.6	147	16.1	1	0.1	

資料:KDB 厚生労働省様式様式 3-2、様式 3-3、様式3-4、H25 年と H28 年7月データ

②リスクの健診結果経年変化(図表 12・13)

有所見者割合の経年変化を図表 12 でみると、男女ともに腹囲、GPT、空腹時血糖、尿酸値について有所見割合が増加している。重症化予防対策で受診勧奨や保健指導を実施してきた項目、HbA1c や血圧、LDL については有所見者割合が減少しているが、肥満者割合が増加している女性については、中性脂肪の有所見割合は増加している。

メタボリックシンドローム該当者や予備群については、男性の 64 歳未満では該当者は減少し、予備群は増加している。65 歳以上になるとその傾向は反対となっている。該当者と予備群を合わせてみると 64 歳未満は減少し、65 歳以上は増加している。女性は 65 歳以上の該当者割合が減少しているがその他は増加している。

【図表 12】 健診データのうち有所見者割合経年変化(平成 25 年度と 28 年度との比較)

男性		BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上	85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	199	32.3	325	52.7	194	31.4	109	17.7	57	9.2	185	30.0	364	59.0	104	16.9	320	51.9	104	16.9	346	56.1	5	0.8
	40-64	81	40.3	104	51.7	74	36.8	47	23.4	20	10.0	56	27.9	101	50.2	51	25.4	89	44.3	35	17.4	110	54.7	0	0.0
	65-74	118	28.4	221	53.1	120	28.8	62	14.9	37	8.9	129	31.0	263	63.2	53	12.7	231	55.5	69	16.6	236	56.7	5	1.2
H28	合計	200	32.3	334	53.9	171	27.6	118	19.0	60	9.7	187	30.2	333	53.7	133	21.5	321	51.8	113	18.2	304	49.0	8	1.3
	40-64	53	37.3	82	57.7	36	25.4	33	23.2	17	12.0	40	28.2	65	45.8	36	25.4	52	36.6	27	19.0	66	46.5	0	0.0
	65-74	147	30.8	252	52.7	135	28.2	85	17.8	43	9.0	147	30.8	268	56.1	97	20.3	269	56.3	86	18.0	238	49.8	8	1.7

女性		BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上	90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	162	18.9	139	16.2	123	14.3	60	7.0	15	1.7	125	14.6	491	57.2	7	0.8	411	47.9	95	11.1	569	66.3	1	0.1
	40-64	48	13.7	42	12.0	33	9.4	21	6.0	3	0.9	38	10.9	171	48.9	4	1.1	128	36.6	40	11.4	221	63.1	0	0.0
	65-74	114	22.4	97	19.1	90	17.7	39	7.7	12	2.4	87	17.1	320	63.0	3	0.6	283	55.7	55	10.8	348	68.5	1	0.2
H28	合計	183	21.0	151	17.3	135	15.5	63	7.2	12	1.4	142	16.3	435	49.8	17	1.9	402	46.0	96	11.0	551	63.1	1	0.1
	40-64	54	21.1	37	14.5	37	14.5	20	7.8	3	1.2	36	14.1	109	42.6	5	2.0	85	33.2	38	14.8	152	59.4	1	0.4
	65-74	129	20.9	114	18.5	98	15.9	43	7.0	9	1.5	106	17.2	326	52.8	12	1.9	317	51.4	58	9.4	399	64.7	0	0.0

資料:KDB 帳票 NO.23 厚生労働省様式 6-2~6-7

【図表 13】 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(平成 25 年度と 28 年度との経年比較)

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		人数	割合	血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て		
						人数	割合	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	617	26.3	38	6.2%	115	18.6%	8	1.3%	72	11.7%	35	5.7%	172	27.9%	24	3.9%	7	1.1%	87	14.1%	54	8.8%		
	40-64	201	18.7	15	7.5%	33	16.4%	4	2.0%	14	7.0%	15	7.5%	56	27.9%	5	2.5%	3	1.5%	37	18.4%	11	5.5%		
	65-74	416	32.7	23	5.5%	82	19.7%	4	1.0%	58	13.9%	20	4.8%	116	27.9%	19	4.6%	4	1.0%	50	12.0%	43	10.3%		
H28	合計	620	26.1	41	6.6%	108	17.4%	7	1.1%	76	12.3%	25	4.0%	185	29.8%	29	4.7%	7	1.1%	103	16.6%	46	7.4%		
	40-64	142	15.6	22	15.5%	29	20.4%	1	0.7%	16	11.3%	12	8.5%	31	21.8%	4	2.8%	3	2.1%	20	14.1%	4	2.8%		
	65-74	478	32.6	19	4.0%	79	16.5%	6	1.3%	60	12.6%	13	2.7%	154	32.2%	25	5.2%	4	0.8%	83	17.4%	42	8.8%		

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		人数	割合	血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て		
						人数	割合	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	合計	858	33.0	17	2.0%	54	6.3%	1	0.1%	41	4.8%	12	1.4%	68	7.9%	8	0.9%	2	0.2%	44	5.1%	14	1.6%		
	40-64	350	26.9	8	2.3%	21	6.0%	1	0.3%	16	4.6%	4	1.1%	13	3.7%	1	0.3%	0	0.0%	8	2.3%	4	1.1%		
	65-74	508	39.0	9	1.8%	33	6.5%	0	0.0%	25	4.9%	8	1.6%	55	10.8%	7	1.4%	2	0.4%	36	7.1%	10	2.0%		
H28	合計	873	32.2	21	2.4%	62	7.1%	0	0.0%	51	5.8%	11	1.3%	68	7.8%	2	0.2%	2	0.2%	41	4.7%	23	2.6%		
	40-64	256	22.8	7	2.7%	17	6.6%	0	0.0%	13	5.1%	4	1.6%	13	5.1%	0	0.0%	2	0.8%	5	2.0%	6	2.3%		
	65-74	617	38.9	14	2.3%	45	7.3%	0	0.0%	38	6.2%	7	1.1%	55	8.9%	2	0.3%	0	0.0%	36	5.8%	17	2.8%		

資料:KDB 帳票 NO.24、厚生労働省様式 6-8

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 14)

特定健診受診率は様々な未受診対策を講じてきたものの受診率は 30%前後で推移を続け受診率を伸ばすことはできていない。特定保健指導率は訪問指導を中心とした取組を続けた結果、年々増加を続け、目標値を達成できている。

【図表 14】 特定健診受診率・特定保健指導実施率(平成 25 年度と 28 年度との比較)

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	
								藍住町	同規模平均
平成25年度	4,912	1,476	30.0%	137位	163	92	56.4%	56.3%	51.5%
平成28年度	5,067	1,515	29.9%	149位	166	114	68.7%	53.0%	51.9%

資料:KDB 帳票 NO.1「地域の全体像の把握」、NO.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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・慢性腎不全を減少させることを目標に重症化予防を進めてきたが、減少させるには至っていない。介護保険料や医療費の伸びも抑えることはできていない。しかし、中長期、短期目標疾患の医療費総計は減少しており、受診割合は増加しているにもかかわらず、医療費の伸びを抑えることができている状況から早期受診や重症化予防など保健事業の取組効果が出てきていると考える。

医療費を同規模市町村と比較してみると、同規模市町村は医療費の伸びを抑えている。結果が出ていない藍住町の現状を分析すると、特定健診の受診率が横ばいで低く推移し、無関心層を掘り起こせていないことが大きな課題の一つといえる。適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

その他、精神疾患の医療費の伸びも結果が出せていない大きな理由の一つといえる。一般衛生部門と連携し、予防可能な精神疾患対策や長期入院対策も保険者が取り組むべき重要な課題である。

2. 第 2 期計画における健康課題の明確化

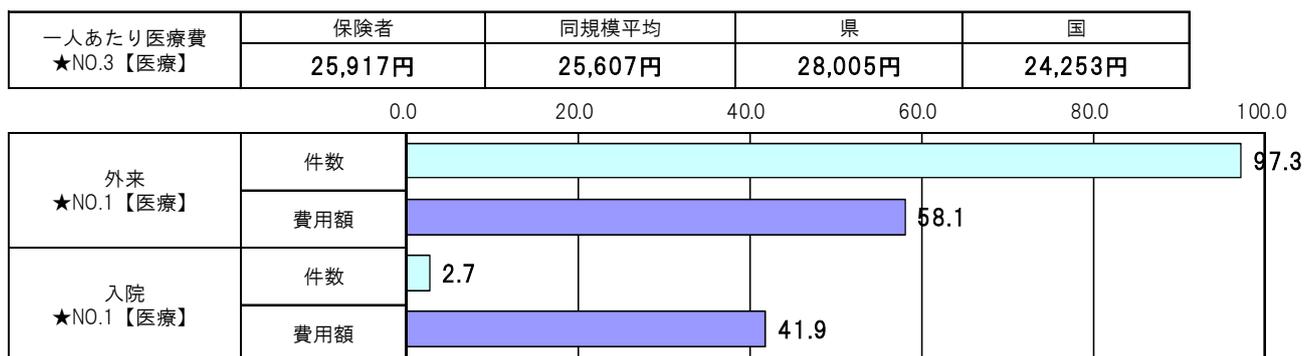
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 15)

藍住町の一人あたりの医療費は国や同規模市町村より高くなっている。

外来と入院の件数と費用額割合でみると、入院の件数は全体の 2.7%で、費用額割合は 41.9%になっており、重症化した入院を減らすことは医療費削減効果が高い。

【図表 15】 平成 28 年度 一人あたりの医療費と外来と入院の件数・費用額の割合の比較



資料:KDB 帳票 NO.1「地域の全体像の把握」、NO.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(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 16)

1 か月 80 万円以上の高額になる疾患を分析すると、脳血管疾患が 22 件で全体の 6.3%、虚血性心疾患が 27 件で 7.7%を占めている。第 1 期データヘルス計画で分析した平成 26 年度は(1 か月 100 万以上で分析)、脳血管疾患が 50 件で 23.5%、虚血性心疾患が 22 件で 10.3%であったため、脳血管疾患と虚血性心疾患の 1 か月高額レセプト割合は減少してきている。

6 か月以上の長期入院割合については、脳血管疾患 31 件で全体の 6.2%、虚血性心疾患は 43 件 8.6%である。第 1 期データヘルス計画時は、脳血管疾患 69 件で 14.8%、虚血性心疾患 65 件で 13.9%、減少してきている。長期入院では精神疾患が 78.2%を占め、費用額割合も 66.2%であり、半額以上を占めている。

長期化する人工透析の状況は、糖尿病性腎症は 50 件で 24.3%、第 1 期データヘルス計画時は 59 件で 25.8%であり減少してきている。多くの市町村が人工透析者の約半数を糖尿病性腎症が占める中、本町はその半分の現状である。

生活習慣病の治療者数構成割合をみると、第 1 期データヘルス計画時、虚血性心疾患は 464 人で 16.1%だったが、平成 28 年度は 517 人で 17.4%と増加している。基礎疾患の重なりをみると、高血圧の割合が高く、増加している虚血性心疾患については高血圧の合併割合が 84.9%であるため、抑制させるためにも高血圧対策が重要であるといえる。また、糖尿病性腎症は高血圧、脂質異常症の重なりが 7 割以上を超えており、基礎疾患の重なりがあれば重症化している状況である。基礎疾患の重なり予防やコントロールが糖尿病性腎症発症の予防・抑制には重要であるといえる。

【図表 16】 平成 28 年度 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	精神疾患
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	350件	22件 6.3%	27件 7.7%	--	--
		費用額	4億7536万円	2745万円 5.8%	4570万円 9.6%	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	501件	31件 6.2%	43件 8.6%	--	392件 78.2%
		費用額	2億1640万円	1660万円 7.7%	2156万円 10.0%	--	1億4321万円 66.2%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	206件	43件 20.9%	36件 17.5%	50件 24.3%	--
		費用額	9438万円	2079万円 22.0%	2053万円 21.7%	2736万円 29.0%	--

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 疾 患	2,964人	305人 10.3%	517人 17.4%	101人 3.4%	
			高血圧	238人 78.0%	439人 84.9%	75人 74.3%	
			糖尿病	161人 52.8%	293人 56.7%	101人 100.0%	
			脂質異常症	184人 60.3%	331人 64.0%	77人 76.2%	
			高血圧症	1,710人 57.7%	1,040人 35.1%	1,294人 43.7%	254人 8.6%
			糖尿病	1,040人	1,294人	254人	
			脂質異常症	1,294人	1,040人	254人	

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

資料:KDB 帳票 NO.24、厚生労働省様式 6-8

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 17)

藍住町の第1号被保険者の24.4%が要介護認定を受けており、75歳以上では44.6%が受けている。65歳以上では、約4人に1人75歳以上では約2人に1人が要介護認定を受けている状況である。

介護認定者のうち要介護3から5の重症者は39.0%と約4割を占めている。第2号被保険者については重症者が41.7%と多い。原因疾患については、第2号被保険者については脳血管疾患が50%、虚血性心疾患が13.3%となっており、第1期データヘルス計画時と比較すると脳血管疾患は7.5%、虚血性心疾患は5.8%増加している。全体で見ると、第1期データヘルス計画時は循環器疾患の第1位は脳卒中で42.7%あったが、平成28年度は虚血性心疾患が第1位であり、48.3%となり、6.1%増加している。全体として予防可能な血管疾患の占める割合が高いが、第1期データヘルス計画時と比較すると、2号被保険者では26.7%、1号被保険者では6.3%、増加している。

介護を受けている者の医療費は、受けていない者より3,079円高くなっている。第1期データヘルス計画時と比較すると、412円増加している。

【図表 17】 平成 28 年度 何の疾患で介護保険を受けているのか

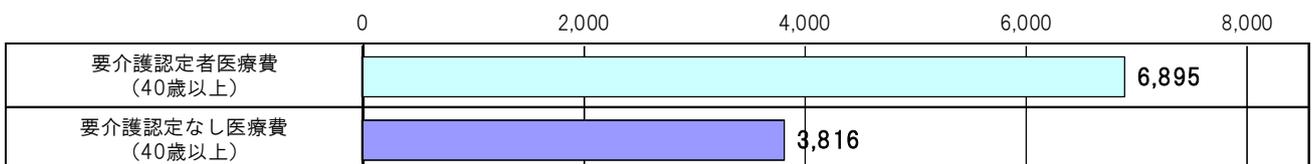
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		11,487人		2,978人		2,643人		5,621人		17,108人	
認定者数		48人		196人		1,178人		1,374人		1,422人		
認定率		0.42%		6.6%		44.6%		24.4%		8.3%		
新規認定者数(*1)		13人		39人		144人		183人		196人		
介護度別人数	要支援1・2		8	16.7%	47	24.0%	265	22.5%	312	22.7%	320	22.5%
	要介護1・2		20	41.7%	81	41.3%	446	37.9%	527	38.4%	547	38.5%
	要介護3～5		20	41.7%	68	34.7%	467	39.6%	535	38.9%	555	39.0%

要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	介護件数(全体)		48		196		1,179		1,375		1,423							
再) 国保・後期		30		153		1,133		1,286		1,316								
(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	15	50.0%	脳卒中	75	49.0%	虚血性心疾患	578	51.0%	虚血性心疾患	632	49.1%	虚血性心疾患	636	48.3%
			2	虚血性心疾患	4	13.3%	虚血性心疾患	54	35.3%	脳卒中	488	43.1%	脳卒中	563	43.8%	脳卒中	578	43.9%
		3	腎不全	2	6.7%	腎不全	23	15.0%	腎不全	204	18.0%	腎不全	227	17.7%	腎不全	229	17.4%	
		4	糖尿病合併症	5	16.7%	糖尿病合併症	35	22.9%	糖尿病合併症	110	9.7%	糖尿病合併症	145	11.3%	糖尿病合併症	150	11.4%	
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		24		80.0%		136		88.9%		1,060		93.6%		1,196		93.0%	
	血管疾患合計		26		86.7%		141		92.2%		1,077		95.1%		1,218		94.7%	
	認知症		6		20.0%		29		19.0%		436		38.5%		465		36.2%	
	筋・骨格疾患		22		73.3%		121		79.1%		1,045		92.2%		1,166		90.7%	
	合計		48		196		1,179		1,375		1,375		1,375		1,423		1,423	

*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

資料:KDB 帳票 NO.47「要介護認定状況」、NO.49「要介護突合状況」

【図表 18】 平成 28 年度 介護を受けている人と受けていない人の医療費比較



資料:KDB 帳票 NO.1「地域の全体像の把握」

2) 健診受診者の実態(図表 19-20)

健診受診者の実態をみると国や県より、検査結果で有所見者が高い項目は、男性は空腹時血糖、尿酸、LDL コレステロールで、女性は LDL コレステロールである。年齢別でみると、男性は 40～64 歳の者が BMI25 以上、腹囲 85 cm 以上の割合が多く、女性は 65～74 歳の者が多くなっている。中性脂肪や LDL コレステロール、空腹時血糖や HbA1c、収縮期血圧は男女ともに 40～64 歳の者より、65～74 歳の者の方が多くなっている。有所見者の割合の差が大きいのは収縮期血圧で、加齢の影響を一番受けやすい項目といえる。

【図表 19】 平成 28 年度 健診受診者の実態

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											
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	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9	
保険者	合計	200	32.3	334	53.9	171	27.6	118	19.0	60	9.7	187	30.2	333	53.7	133	21.5	321	51.8	113	18.2	304	49.0	8	1.3
	40-64	53	37.3	82	57.7	36	25.4	33	23.2	17	12.0	40	28.2	65	45.8	36	25.4	52	36.6	27	19.0	66	46.5	0	0.0
	65-74	147	30.8	252	52.7	135	28.2	85	17.8	43	9.0	147	30.8	268	56.1	97	20.3	269	56.3	86	18.0	238	49.8	8	1.7

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3	
保険者	合計	183	21.0	151	17.3	135	15.5	63	7.2	12	1.4	142	16.3	435	49.8	17	1.9	402	46.0	96	11.0	551	63.1	1	0.1
	40-64	54	21.1	37	14.5	37	14.5	20	7.8	3	1.2	36	14.1	109	42.6	5	2.0	85	33.2	38	14.8	152	59.4	1	0.4
	65-74	129	20.9	114	18.5	98	15.9	43	7.0	9	1.5	106	17.2	326	52.8	12	1.9	317	51.4	58	9.4	399	64.7	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

資料:KDB 帳票 NO.23、厚生労働省様式 6-2~6-7

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り、リスクが 3 個以上ある場合は発症危険率は 30 倍以上にも達するとされている。

藍住町においては、メタボリックシンドローム該当者は男性は約 3 人 1 人女性は約 12 人に 1 人であり、3 項目全て高い者の割合は男性 7.4%、女性 2.6%である。メタボリックシンドローム予備群の者を含むと男性は約 2 人に 1 人、女性は約 7 人に 1 人となる。

【図表 20】 28 年度 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

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	
	男性	620	26.1	41	6.6%	108	17.4%	7	1.1%	76	12.3%	25	4.0%	185	29.8%	29	4.7%	7	1.1%	103	16.6%	46	7.4%
保険者	合計	142	15.6	22	15.5%	29	20.4%	1	0.7%	16	11.3%	12	8.5%	31	21.8%	4	2.8%	3	2.1%	20	14.1%	4	2.8%
	40-64	478	32.6	19	4.0%	79	16.5%	6	1.3%	60	12.6%	13	2.7%	154	32.2%	25	5.2%	4	0.8%	83	17.4%	42	8.8%
	65-74	873	32.2	21	2.4%	62	7.1%	0	0.0%	51	5.8%	11	1.3%	68	7.8%	2	0.2%	2	0.2%	41	4.7%	23	2.6%
女性	合計	256	22.8	7	2.7%	17	6.6%	0	0.0%	13	5.1%	4	1.6%	13	5.1%	0	0.0%	2	0.8%	5	2.0%	6	2.3%
	40-64	617	38.9	14	2.3%	45	7.3%	0	0.0%	38	6.2%	7	1.1%	55	8.9%	2	0.3%	0	0.0%	36	5.8%	17	2.8%
	65-74	617	38.9	14	2.3%	45	7.3%	0	0.0%	38	6.2%	7	1.1%	55	8.9%	2	0.3%	0	0.0%	36	5.8%	17	2.8%

資料:KDB 帳票 NO.24、生労働省様式 6-8

3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 21)

治療中の者と治療していない者、継続受診者と新規受診者に分けて糖尿病(HbA1c)、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況についてみると、医療機関を受診していても解決していない疾患は糖尿病である。

糖尿病治療ガイドでは、最小血管症を予防するための HbA1c コントロール目標値は、HbA1c7.0%未満となっている。治療中の者で、HbA1c7.0%以上の者の割合は 32.4%で、治療中の者の約 3 人に 1 人はコントロール不良の状態である。これは糖尿病が薬物療法だけでは改善が難しいことを表している。糖尿病治療ガイドでも治療の基本は食事療法、運動療法、生活習慣改善となっている。

血圧については、治療中の者でⅡ度高血圧の者は 4.3%で治療中の者の約 23 人に 1 人であるが、血圧は白衣性高血圧もあり、治療中の者でⅡ度高血圧以上の値の者については白衣性高血圧の者も多く含まれている。

LDL コレステロールについては、動脈硬化学会ガイドラインによると、本人のリスク所持状況によって LDL コレステロールコントロール目標値が異なり、薬物開始段階が異なるため、LDL コレステロール治療なしの者(薬物療法未開始の者)が多く存在している状況である。LDL コレステロール治療中で 160 以上の者は、6.1%で治療中の者の約 16 人に 1 人である。

【図表 21】 平成 28 年度 継続受診者と新規受診者の糖尿病、血圧、LDL のコントロールの状況比較



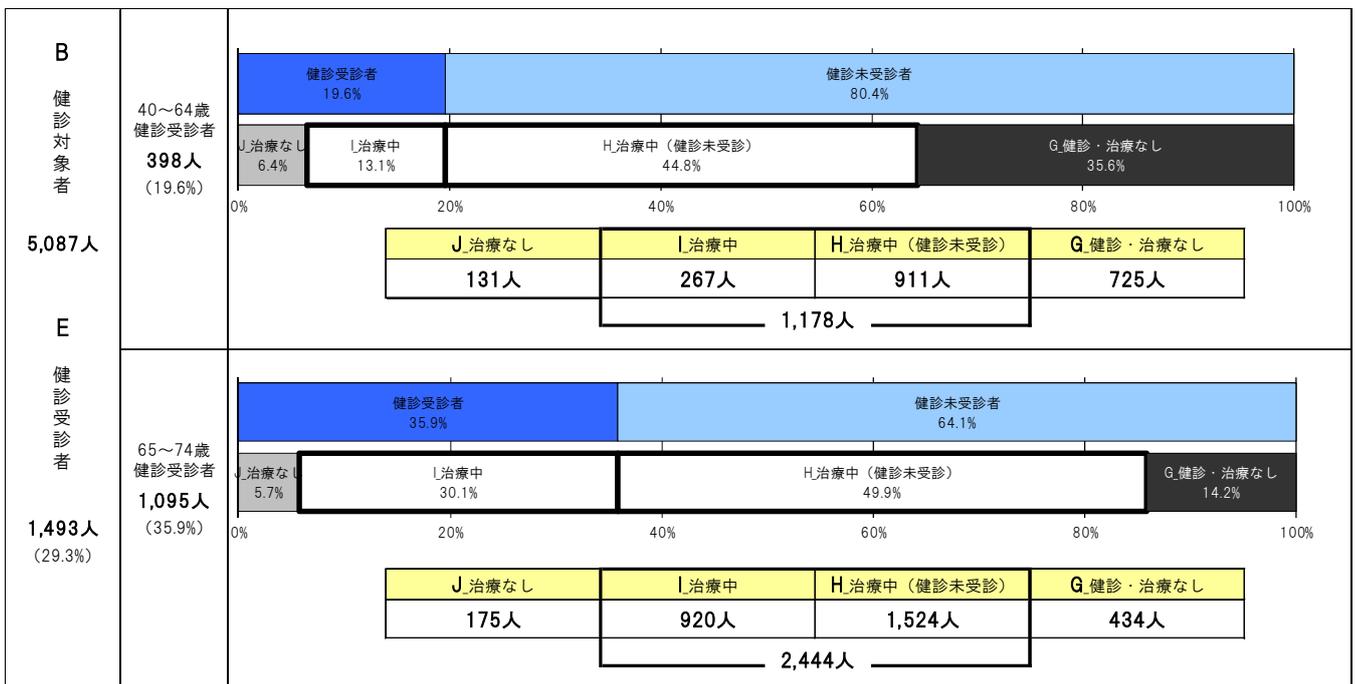
資料:平成 27 年度、平成 28 年度特定健診受診結果

4) 未受診者の把握(図表 22、23)

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」をみると、年齢が若い40～64歳の割合が35.6%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。「G」の健診受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行う取り組みが必要である。

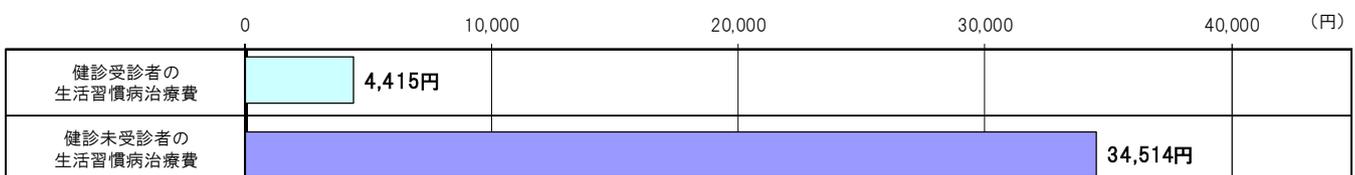
また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診受診者の生活習慣病治療費は4,415円であり、健診未受診者の生活習慣病治療費は34,514円でその差額は、30,099円になる。健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 22】 平成 28 年度 未受診者の把握



資料:KDB 帳票 NO.26、厚生労働省様式 6-10

【図表 23】 費用対効果、特定健診受診の有無と生活習慣病治療にかかっているお金



資料:KDBNO.3、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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30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、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくると考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、藍住町の医療のかかり方は、普段特定健診を受診せず、症状が出現してから医療を受診している状況である。まずは症状が出現する前の段階で特定健診を受診してもらい、実態を明らかにし、生活習慣病の発症予防、早期受診に取り組み、重症化した入院を減少させ、医療費の伸びを抑えていくことを目指す。

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、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。
なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期(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 24】

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%

3. 対象者の見込み

【図表 25】

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診	対象者数	5,400人	5,148人	5,009人	4,889人	4,532人	4,163人
	受診者数	1,890人	2,060人	2,255人	2,445人	2,493人	2,498人
特定保健指導	対象者数	227人	248人	271人	294人	300人	300人
	受診者数	159人	177人	196人	215人	222人	225人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(藍住町保健センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、徳島県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL:<http://tokushima-kokuhoren.or.jp/>

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血)を実施する。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、徳島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 26)

【図表 26】 保険者年間実施スケジュール

	受診券発行 予定枚数 (平成30年度)	H30年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H31年 1月	2月	3月
藍住町	5400枚			6月1日 (受診券発行 月日)	→					12月31日 (受診券有効 期限月日)			

※受診券発行月日とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月1日です。

(注)平成30年10月以降に75歳に到達する方については、一律「9月30日」が有効期限です。

5. 特定保健指導の実施

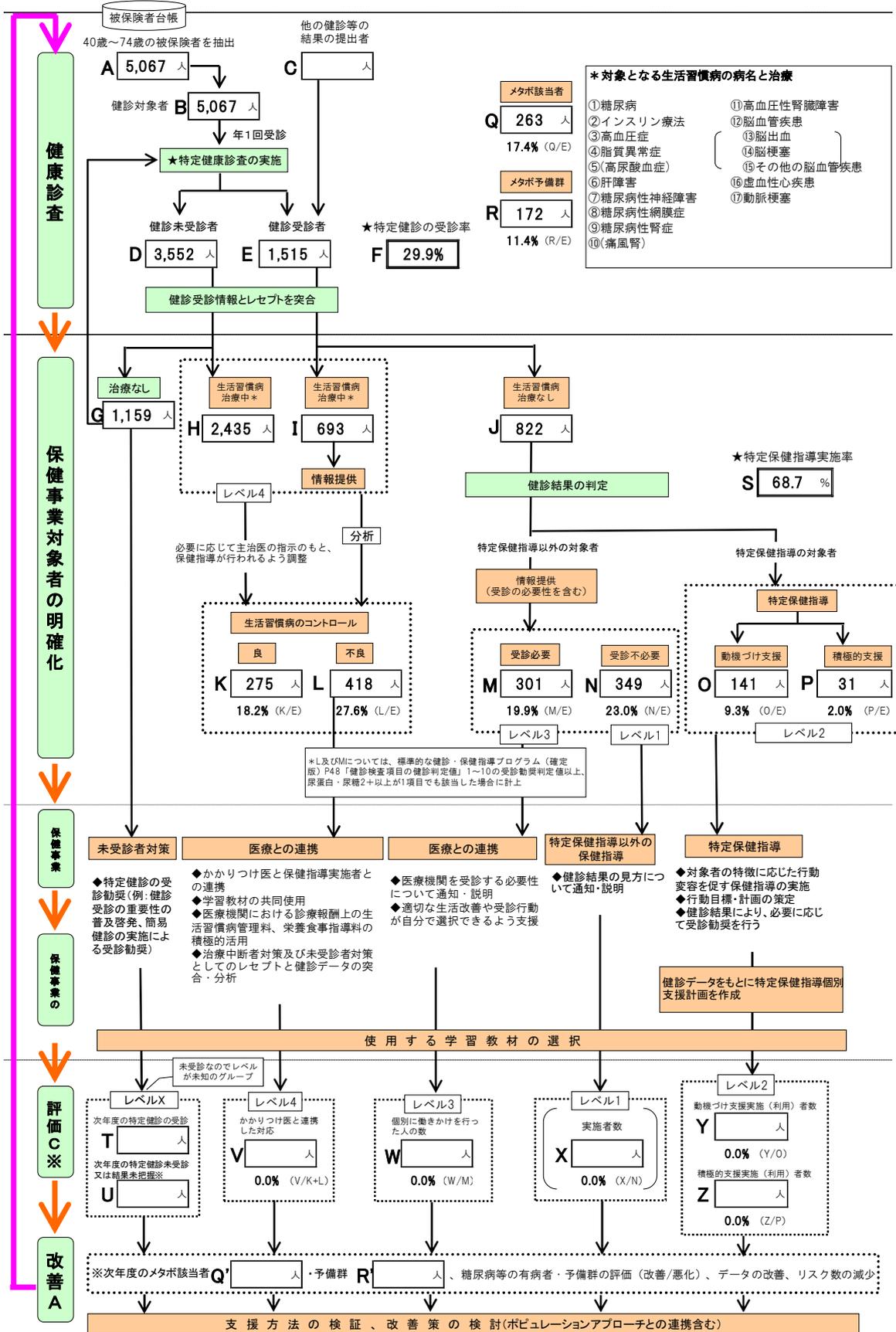
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(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 27)

【図表 27】 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート(平成 28 年度実績)



(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 28)

【図表 28】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
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	172人 (11.3%)	70%
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	301人 (19.9%)	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)	3,552人 ※受診率(35%) 目標達成までにあと260人 受診率(60%)であと1,600人	健診も治療も受けていない対象者については 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知(受診券送付時) ◆健診結果説明、保健指導希望者は町広報紙にて募集で実施	349人 (23.0%)	
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	693人 (45.7%)	糖尿病管理台帳登載者については、治療中断の有無を半年に1回確認 100%

(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に作成する。(図表 29)

【図表 29】平成 30 年度生活習慣病予防のための健診・保健指導実践スケジュール

	① 未受診者対策	② 特定健診	③ 健診結果	④ 保健指導
対象者の明確化	平成28年度結果より分析 40～64歳の対象者 健診未受診率 約80% 健診未受診者 約1,600人 うち治療中(H) 約900人 うち治療なし(G) 約700人 65～74歳の対象者 健診未受診率 約65% 健診未受診者 約2,000人 うち治療中(H) 約1,500人 うち治療なし(G) 約500人	特定健診受診率 平成20年度から30%前後 継続受診者 約73% 新規受診者 約17% 不定期受診者 約10% 個別健診で受診 約24% 集団検診で受診 約76% 第3期特定健診開始 不整脈疑い者心電図実施開始	メタボリックシンドローム該当者 男性 3人に1人 女性 12人に1人 メタボリックシンドローム予備群を含む 男性 2人に1人 女性 7人に1人 国や県より高い有所見割合検査項目 男女ともに高い LDL-C 男性 腹囲、空腹時血糖、尿酸	特定保健指導対象者 積極的支援対象者 約30人 動機づけ支援対象者 約140人 受診勧奨(要医療判定)対象者 各検査項目にて受診勧奨判定値の者 約100人 糖尿病性腎症重症化プログラム対象者
課題設定と計画	未受診者⇒300名受診へ(H)の対象者対策 * 町内医療機関協力依頼 * 町内医療機関ポスター掲示 * 個人通知による受診勧奨 (G)の対象者対策 * 個別訪問等による受診勧奨 * 個人通知による受診勧奨 各関係団体協力による呼びかけ、町広報紙活用による受診勧奨	特定健診受診率 目標35% 特定健診受診効果発信 * 健康問題改善事例紹介 * 医療費削減効果紹介 * 努力支援制度周知 集団検診での特定健診受診率上昇 * がん検診個人通知での案内 * 集団検診当日会場の受診勧奨 心電図必要者実施率目標100% * 個人通知や町広報紙で不整脈疑いのある者心電図実施周知	重症化予防・早期発見 大血管疾患の早期発見 * メタボリックシンドローム該当者・予備群の方対象に頸動脈エコーの実施 * 知識の普及啓発 大血管疾患の予防 * 糖尿病連携バスを活用した受診勧奨 * 家庭血圧測定の推進にて、治療が必要な高血圧の早期発見、適切な治療推進 * 適切な生活習慣推進啓発	①特定保健指導率 目標70% * 個別訪問等による保健指導実施 ②受診勧奨後受診必要者受診率 目標80% * 個別訪問等による受診勧奨の実施 ③糖尿病性腎症重症化プログラム対象者医療連携推進、連携率 目標100% * 糖尿病連携手帳の活用 * 医師会との事例検討会(板野郡保健師協議会にて実施)
実践スケジュール	4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月	4月 *平成29年度集団検診受診率改善のうら、特定健診未受診者分析 5月 *個人通知(がん検診時)用案内文作成 6月 *特定健診未受診個別勧奨実施 7月 *特定健診未受診個別勧奨実施 8月 *集団検診予約者リスト国保確認実施、実施後過去の特定健診受診履歴確認、受診勧奨リスト作成 9月 *集団検診 *特定健診・がん検診 *当日、特定健診受診勧奨 10月 11月 12月 1月 2月 3月	*5月号町広報紙「心臓運動普及啓発文作成」 ●4月号町広報紙「心筋梗塞と狭心症」普及啓発文掲載 *6月号町広報紙「脳梗塞」普及啓発文作成 ●5月号町広報紙「心臓運動」普及啓発文掲載 ⇒不整脈早期発見方法普及啓発 ⇒不整脈疑い者は、特定健診で心電図検査実施周知 *7月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文作成 ●6月号町広報紙「脳梗塞」普及啓発文掲載 *8月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 ⇒生活習慣病予防・早期発見・早期治療重要性紹介 ⇒特定健診受診勧奨実施 *9月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 *10月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 ●9月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 *11月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 ●10月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 *12月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 ●11月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 *1月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 ●12月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 *2月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 ●1月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 *3月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載 ●2月号町広報紙「動脈硬化」普及啓発文掲載	①'平成29年度特定保健指導評価者訪問(9月末まで随時実施 約130件) * 個別支援記録初回面接入力開始 ③糖尿病管理台帳整備⇒訪問者抽出⇒訪問開始 ★平成30年度国保健康事業計画 ★平成30年度国保健康事業補助金申請 ③板野郡医師会事例検討会開催 ★平成31年度努力支援制度評価 ①'平成30年度特定保健指導開始 ②受診勧奨判定値者受診勧奨開始 *9月6日(水) 特定健診結果請求 *9月7日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備2日⇒訪問開始 ①'平成29年度法定報告事務完了 *10月9日(火) 特定健診結果請求 *10月10日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備2日⇒訪問開始 *11月6日(火) 特定健診結果請求 *11月7日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備2日⇒訪問開始 ★平成29年度国保健康事業成果報告 *12月6日(木) 特定健診結果請求 *12月7日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備2日⇒訪問開始 ★平成30年度国保健康事業実績報告書作成 *1月7日(月) 特定健診結果請求 *1月8日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備2日⇒訪問開始 ★平成30年度国保健康事業実績報告 *2月6日(水) 特定健診結果請求 *2月7日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備2日⇒訪問開始 *3月6日(水) 特定健診結果請求 *9月7日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備2日⇒訪問開始 *3月25日(月) 特定健診結果請求 *3月26日特定健診結果ダウンロード ⇒訪問準備1日⇒訪問開始

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および藍住町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムと藍住町総合健康管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、藍住町総合健康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、藍住町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て実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

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)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表30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 30】

【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	D 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	C 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徳島県プログラムに準じ、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 31)

【図表 31】

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

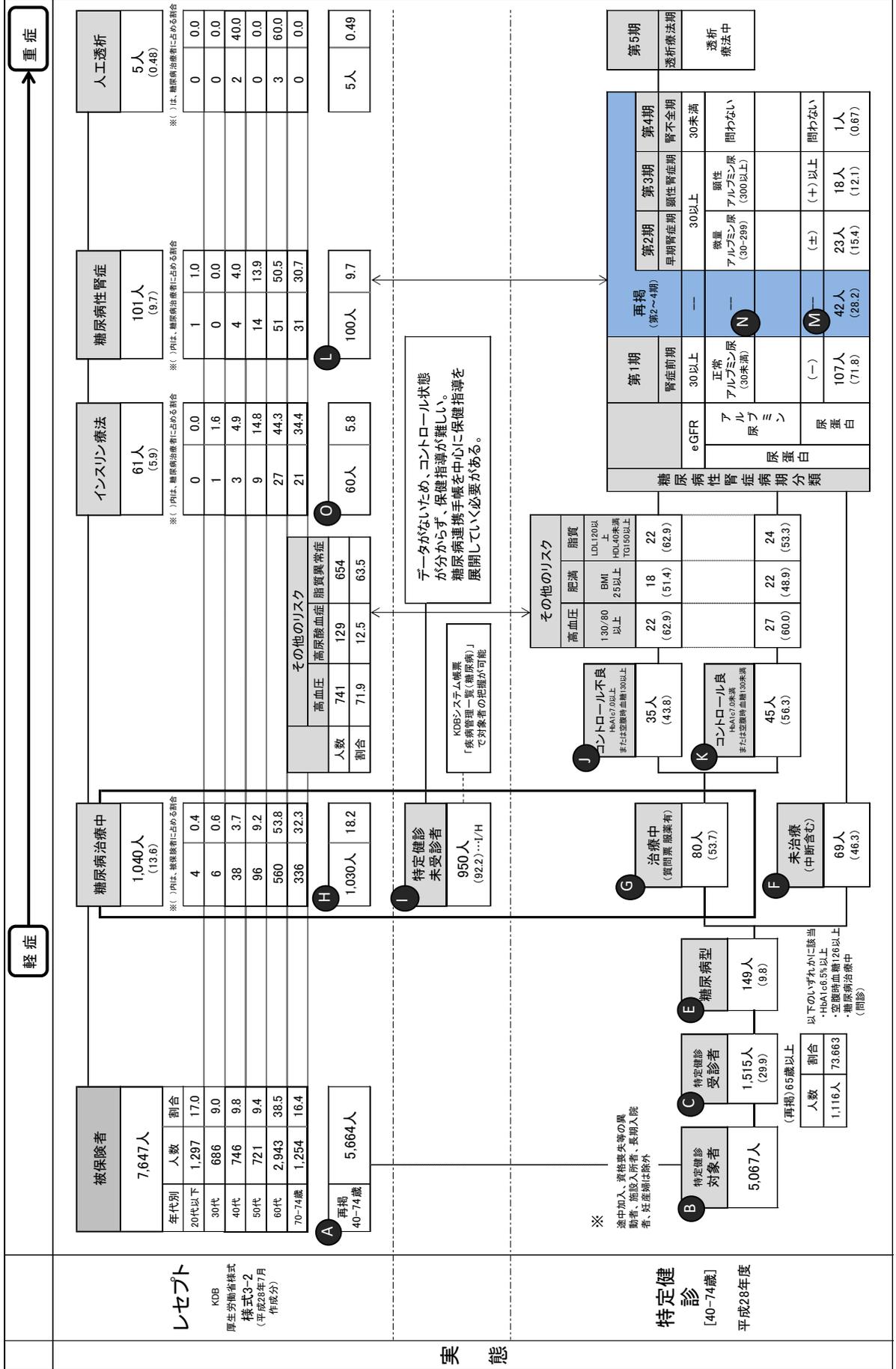
糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

藍住町においては、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。(図表 32)

【図表 32】

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 徳島県 市町村名 藍住町 同規模区分 12



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 32)

藍住町において平成 28 年度特定健診受診者 1,515 人(C)のうち糖尿病型の者は 149 人(E)で 9.8% (E/C)、そのうち糖尿病内服治療中の者は 80 人(G)53.7%(G/E)、治療中断者を含む未治療者は 69 人(F)で 46.3%(F/E)であった。

また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,030 人(H)中のうち、平成 28 年度特定健診受診者が 80 人(G)で 7.8%(G/H)で、特定健診未受診者 950 人(I)で 92.2%(I/H)中のうち、糖尿病管理台帳で状態把握ができていない者 159 人(イ)16.7%(イ/I)、状態を把握できていない者は 791 人(ア)83.3%(ア/I)である。791 人(ア)の者については、データが不明なため適切な治療継続ができていないのかどうか実態がわからない。医療機関と連携しながら、特定健診受診勧奨を実施し実態を把握できるよう取り組み、その後、重症化予防に向けて保健事業が展開していくことが必要である。

③ 介入方法と優先順位

図表 33 より藍住町において重症化予防の介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】(図表 33)

- 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)……………69 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(ウ)……………8 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】(図表 32)

- ③糖尿病性腎症第 3 期の重症化するリスクの高い者……………18 人
 - ④糖尿病性腎症第 4 期の重症化している者……………1 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【特定健診未受診者受診勧奨】(図表 32、33)

- ⑤特定健診未受診者(I)……………950 人
- ・介入方法として医療機関協力による受診勧奨
- ・手紙による受診勧奨、個別訪問等による受診勧奨

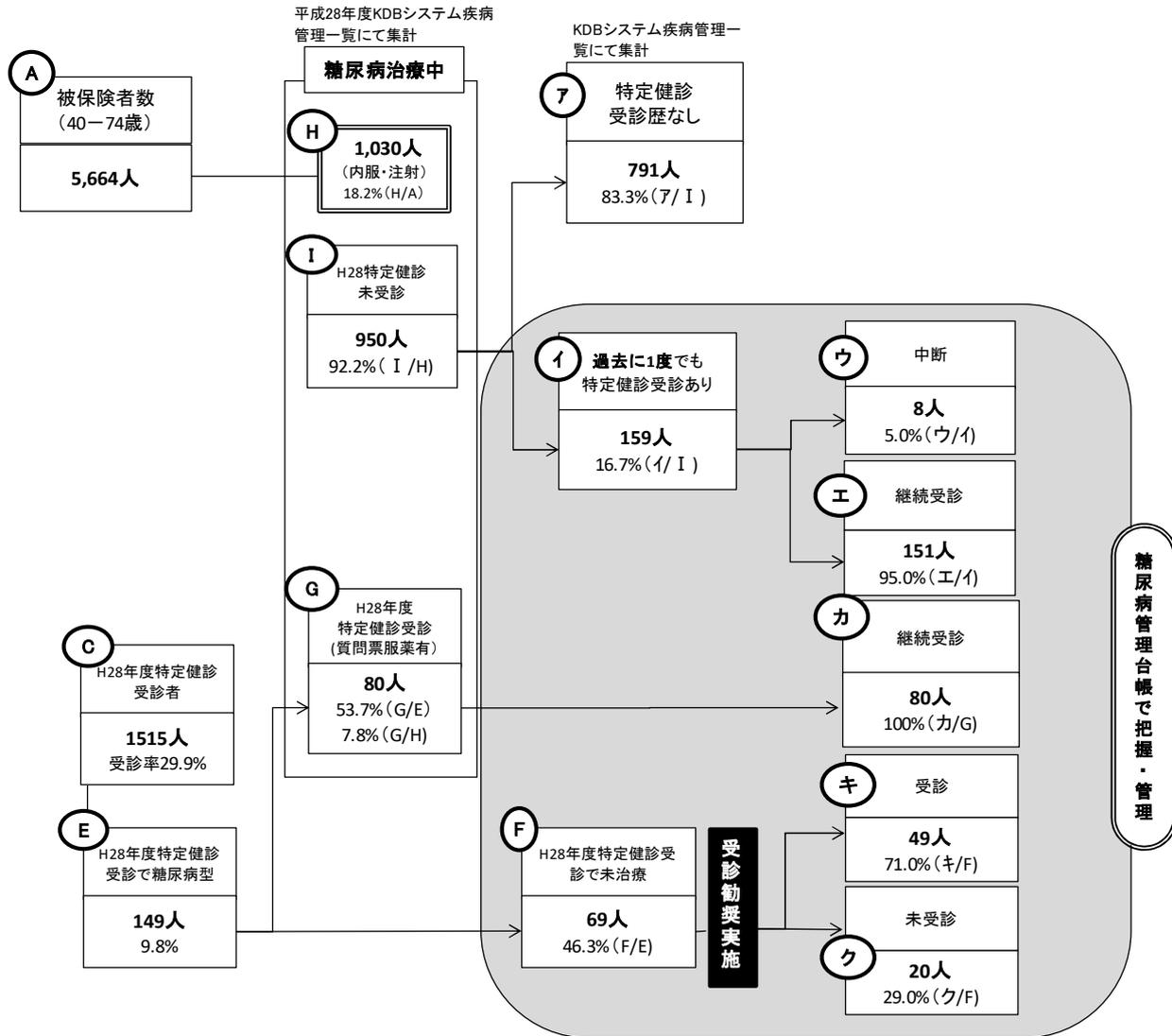
優先順位 4

【保健指導】(図表 32)

- ⑥糖尿病性腎症第 2 期の者……………23 人
- ・戸別訪問、電話で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 33】 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状態



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(図表 34)及び年次計画表(図表 35)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【図表 34】

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	高血圧										糖
								服薬									
								HbA1c									
								体重									
								BMI									
								血圧									
								GFR									
								尿蛋白									
								服薬									
								HbA1c									
								体重									
								BMI									
								血圧									
								GFR									
								尿蛋白									

【糖尿病台帳作成手順】

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

*HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

*当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

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) 担当地区の対象者数の把握(図表 35 を担当地区ごとに作成)

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)…………… (平成 28 年度全体では)8 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……………(平成 28 年度全体では)42 人

【図表 35】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28年度

対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (308) 人			
結果把握	(A)健診未受診者 (150) 人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○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
	結果未把握(内訳)	2.レセプトの確認 ○治療状況の確認 ○直近の治療有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患 - 手術 ●人工透析導入
	①国保(生保) (91) 人	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
	②後期高齢者 (56) 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	
	③他保険 (2) 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 栄養士中心
④住基異動(死亡・転出) (1) 人			
⑤確認できていない () 人			
①-1 未治療者(中断者含む) (8) 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			
保健指導の優先づけ	(B)結果把握 (158) 人		
	① HbA1cが前回より悪化している (65) 人 HbA1c7.0以上 (42) 人 HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (27) 人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		
	② 尿蛋白 (-) (116) 人 (±) (23) 人 (+) ~ 顕性腎症 (19) 人		
	③ eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 (0) 人 1年で 5ml/分/1.73m ² 以上低下 (35) 人		腎専門医

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。藍住町においては、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 36)

【図表 36】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<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: 5px; display: inline-block;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を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・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>(4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？)</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のももとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

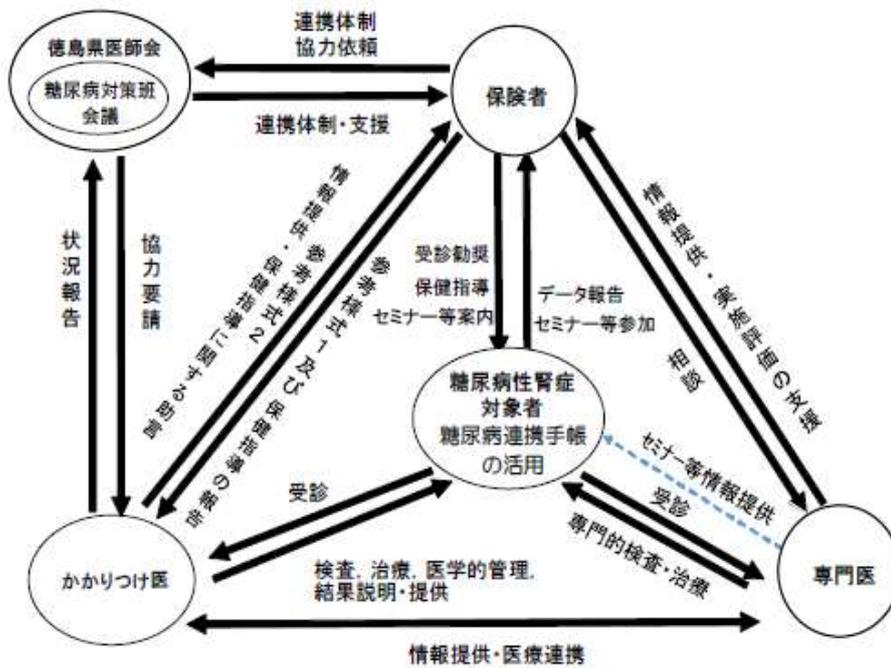
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に板野郡医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は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徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じていく。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う糖尿病対策推進連携協議会、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取組みを行う。



6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取組評価表(図表37)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/1.73m²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)

【資料 37】

糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	7,647人							KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A	5,664人							
2	① 特定健診	B	5,067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	B	5,067人							
	③ 受診者数	C	1,515人							
3	① 特定保健指導		166人							
	② 実施率		68.7%							
4	① 健診データ	E	149人	9.8%						特定健診結果
	② 糖尿病型	E	149人	9.8%						
	③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	69人	46.3%						
	④ 治療中(質問票 服薬あり)	G	80人	53.7%						
	⑤ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	35人 43.8%							
	⑥ 血圧 130/80以上		22人 62.9%							
	⑦ 肥満 BMI25以上		18人 51.4%							
	⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	45人	56.3%						
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	107人 71.8%							
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)		23人 15.4%							
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上		18人 12.1%							
⑫ 第4期 eGFR30未満	1人 0.7%									
5	① レセプト		136.0人							KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	② 糖尿病受療率(被保険者千対)		136.0人							
	③ (再掲)40-74歳(被保険者千対)		181.9人							KDB,疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	5,169件	(93.4)			4,309件	(785.4)		
	⑤ 入院(件数)	入院(件数)	26件	(4.7)			28件	(5.1)		
	⑥ 糖尿病治療中	H	1,040人	13.6%						KDB,厚生労働省様式 様式3-2
	⑦ (再掲)40-74歳	H	1,030人	18.2%						
	⑧ 健診未受診者	I	950人	92.2%						
	⑨ インスリン治療	O	61人	5.9%						
	⑩ (再掲)40-74歳	O	60人	5.8%						
	⑪ 糖尿病性腎症	L	101人 9.7%							
	⑫ (再掲)40-74歳		100人 9.7%							
	⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人 0.48%							
	⑭ (再掲)40-74歳		5人 0.49%							
	⑮ 新規透析患者数		4人							
	⑯ (再掲)糖尿病性腎症		2人							
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)		14人	1.4%						KDB,厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	① 医療費		23億5011万円				23億0569万円		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		13億4549万円				13億0173万円			
	③ (総医療費に占める割合)		57.3%				56.5%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,415円				7,298円			
	⑤ 健診未受診者	健診未受診者	34,514円				34,143円			
	⑥ 糖尿病医療費		1億3398万円				1億3163万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.0%				10.1%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億8696万円							
	⑨ 1件あたり		28,173円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2億4328万円							
	⑪ 1件あたり		569,745円							
	⑫ 在院日数		16日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		9897万円				1億2887万円			
	⑭ 透析有り		8469万円				1億2093万円			
	⑮ 透析なし		1428万円				794万円			
7	① 介護		21億0813万円				19億6966万円			
	② 介護給付費 (2号認定者)糖尿病合併症		5件	16.7%						
8	① 死亡		2人	0.9%			3人	1.2%	KDB,健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

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。(図表 38)

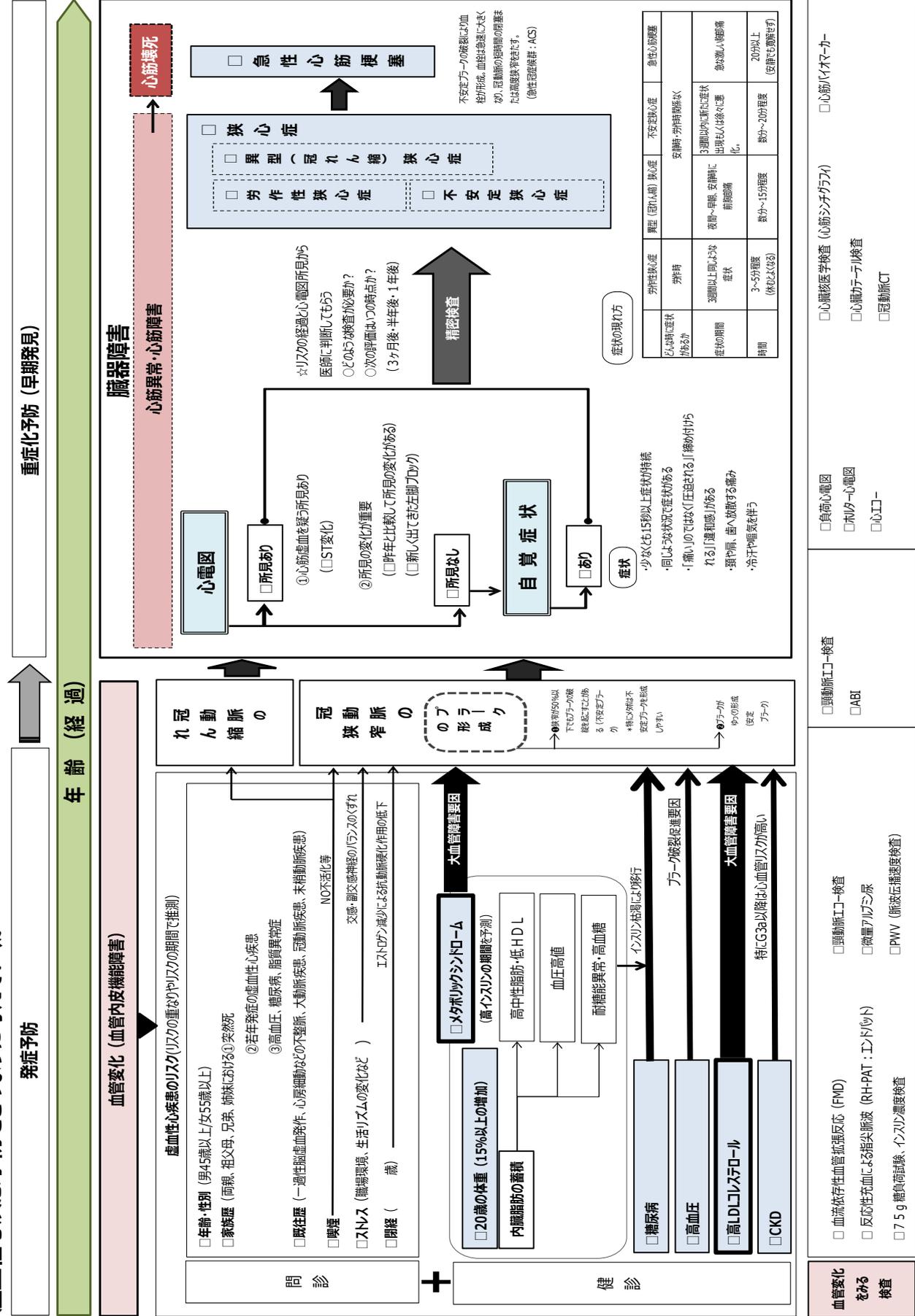
2) 対象者の明確化

(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。(図表 39)

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

【図表 38】



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2017改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能学検査的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エゼンズに基づくCKD診療ガイドライン、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能検査（藤原美奈子）

【図表 39】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

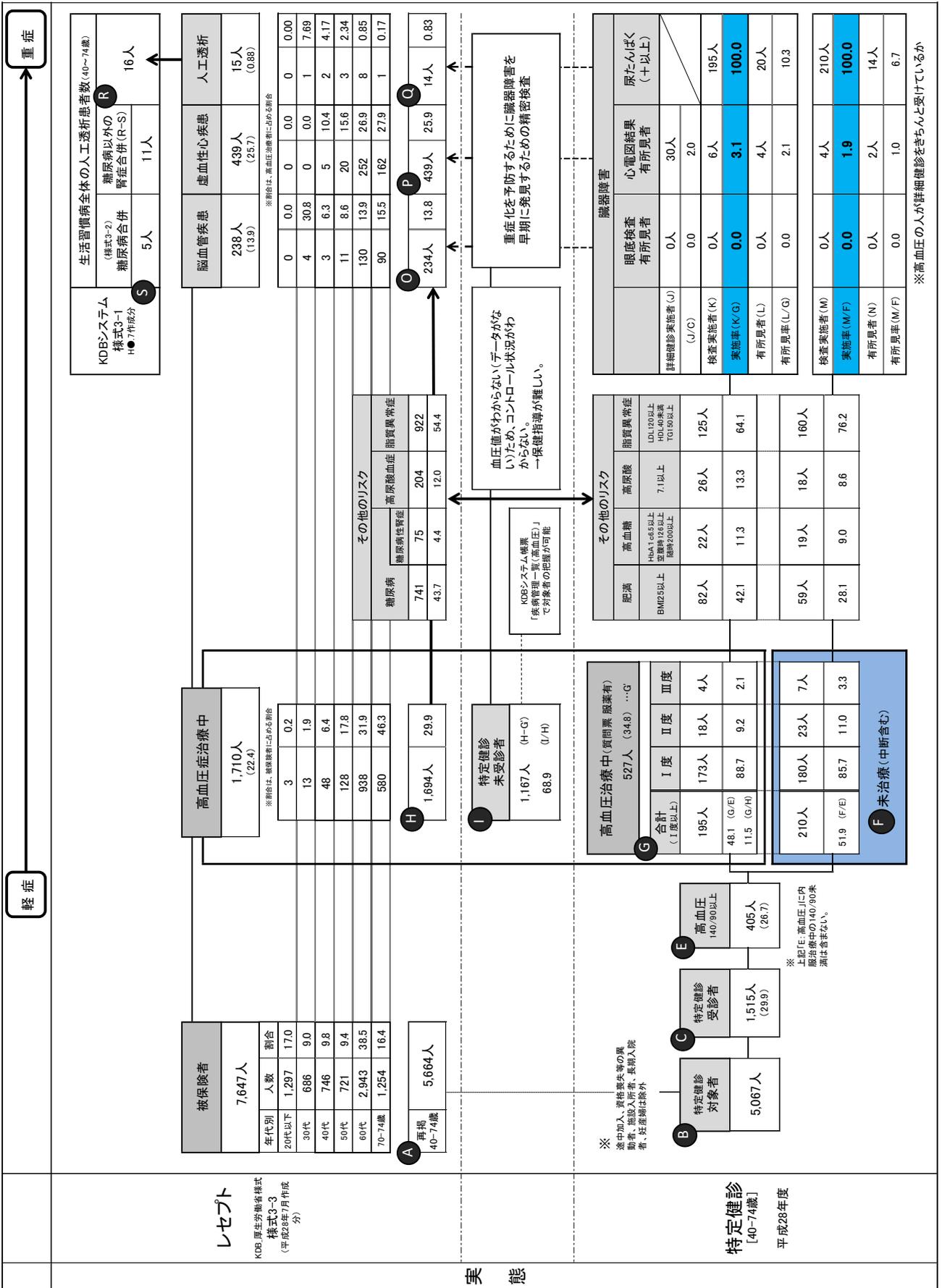
健診結果、問診	リスク状況		対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	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"/> 顎、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
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。		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～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	～139	140～199	200～	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）	
	拡張期	～84	85～89	90～		
<input type="checkbox"/> 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

【図表 40】

高血圧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	徳島県	市町村名	藍住町	同規模区分	12
-------	-----	------	-----	-------	----



(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。藍住町において健診受診者1,515人のうち心電図検査実施者は30人(2.0%)であり、そのうちST所見があったのは1人であった(図表41)。ST所見ありの者は、経過観察判定であったが、メタボリックシンドローム該当者であり、脂質異常と糖尿病検査項目において要医療の判定であり、受診勧奨を実施した。

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表41】 心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
					ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	1,515	100	30	2.0	1	3.3	16	53.3	13	43.3

資料:平成28年度特定健診受診結果

【図表42】 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)(%)
1	3.3	0	0	0	0	0	0

資料:平成28年度特定健診受診結果

①心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表43に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 43】 心電図以外の保健指導対象者の把握

28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	1515	1 0.1%	16 1.1%	13 0.8%	1485 98.0%
メタボリックシンドローム該当者	263 17.4%	1 0.4%	2 0.8%	4 1.5%	256 97.3%
メタボリックシンドローム予備群	172 11.4%	0	5 2.9%	3 1.8%	164 95.3%
メタボリックシンドロームなし	1080 71.2%	0	9 0.8%	6 0.6%	1065 98.6%
LDLコレステロール	140-159	177 16.4%	0	1 0.6%	176 99.4%
	160-179	84 7.8%	0	3 3.6%	81 96.4%
	180-	54 5.0%	0	0	54 100.0%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1~	232 21.5%	1 0.4%	5 2.2%	0	226 97.4%
-----	--------	--------------	-----------	-----------	---	--------------

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 44 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 44】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、図表 39 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二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

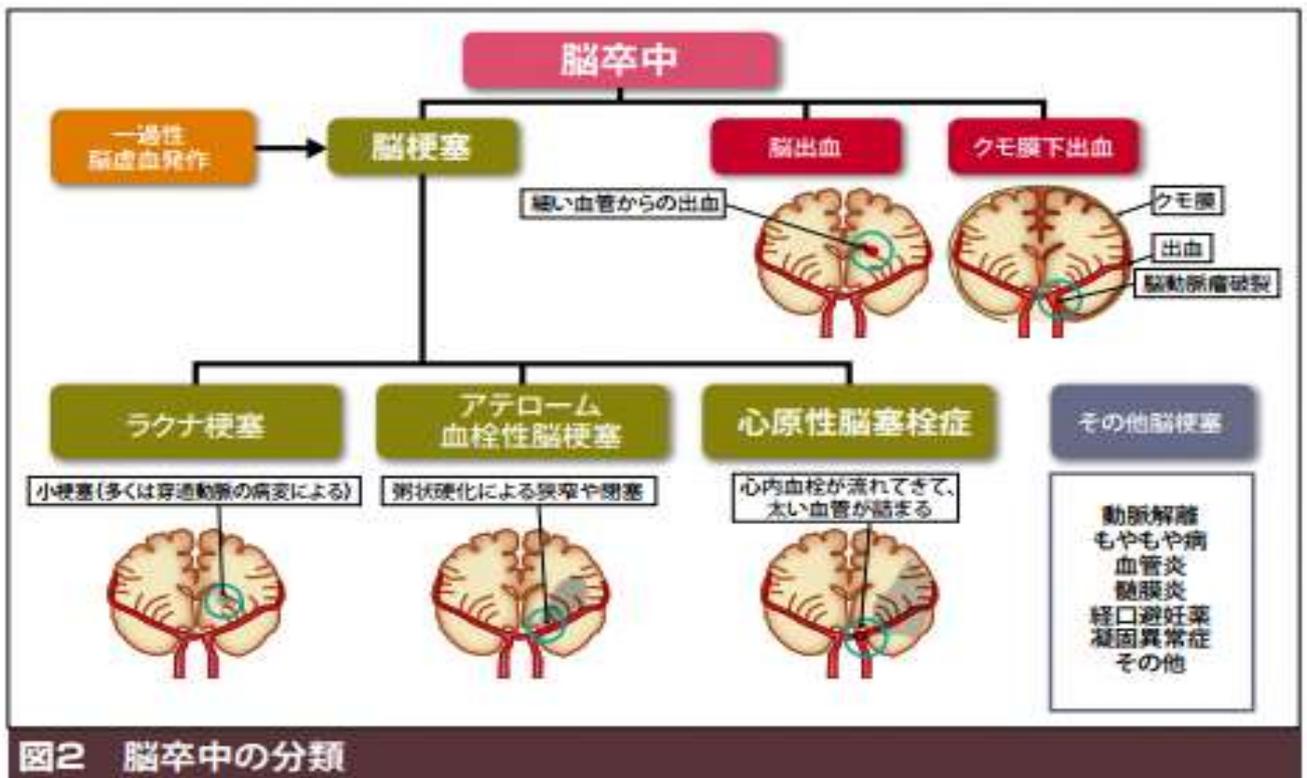
- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 45、46)

【図表 45】 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 46】

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 47 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 47】 平成 28 年度 特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●				○			○
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		○	●		○
	心原性脳梗塞	●	●			○			○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							
リスク因子		高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	
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	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 1,515人		52 3.4%	1 0.1%	70 4.6%	48 3.2%	263 17.4%	88 5.8%	20 1.3%	20 1.3%
治療なし		30 3.0%	0 0.0%	61 5.1%	36 3.0%	68 8.3%	62 4.3%	3 0.4%	4 0.5%
(再掲) 特定保健指導		13 25.0%	0 0.0%	14 20.0%	10 20.8%	68 25.9%	14 15.9%	1 5.0%	0 0.0%
治療中		22 4.2%	1 0.1%	9 2.8%	12 3.7%	195 28.1%	26 32.5%	17 2.5%	16 2.3%
臓器障害 あり		1 3.3%	0 --	2 3.3%	2 5.6%	2 2.9%	6 9.7%	3 100.0%	4 100.0%
CKD (専門医対象者)		0	0	2	1	1	4	3	4
尿蛋白 (2+) 以上		0	0	1	1	1	3	3	1
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上		0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		0	0	1	1	0	1	1	4
心電図所見あり		1	0	0	1	1	2	0	0

資料:平成 28 年度特定健診結果

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52人(3.4%)であり、30人は未治療者であった。また未治療者のうち1人(3.3%)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(4.2%)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 48)

図表 48 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。

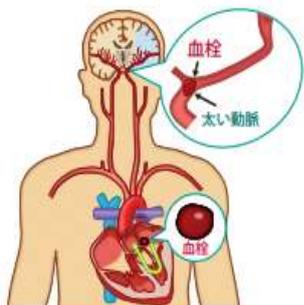
【図表 48】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群	
	至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上	3ヶ月以内の指導で 140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で 140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療	
988	326	248	204	180	23	7	9	98	103	
	33.0%	25.1%	20.6%	18.2%	2.3%	0.7%	0.9%	9.9%	10.4%	
リスク第1層	105	52	27	15	9	2	0	9	2	0
	10.6%	16.0%	10.9%	7.4%	5.0%	8.7%	0.0%	100%	2.0%	0.0%
リスク第2層	558	192	150	109	96	8	3	--	96	11
	56.5%	58.9%	60.5%	53.4%	53.3%	34.8%	42.9%	--	98.0%	10.7%
リスク第3層	325	82	71	80	75	13	4	--	--	92
	32.9%	25.2%	28.6%	39.2%	41.7%	56.5%	57.1%	--	--	89.3%
再掲) 重複あり	糖尿病	75	20	17	16	19	2	1		
		23.1%	24.4%	23.9%	20.0%	25.3%	15.4%	25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	155	43	30	38	31	9	4		
		47.7%	52.4%	42.3%	47.5%	41.3%	69.2%	100.0%		
	3個以上の危険因子	169	29	36	49	46	8	1		
		52.0%	35.4%	50.7%	61.3%	61.3%	61.5%	25.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

資料:平成 28 年度特定健診結果

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流に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 49 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 49】 特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	16	14					—	—
40 歳代	1	1					0.2	0.04
50 歳代	2	2					0.8	0.1
60 歳代	9	7	1	11.1			1.9	0.4
70～74 歳	4	4					3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率

資料:平成 28 年度特定健診結果

* 日本循環器学会疫学調査の 70～74 歳の値は 70～79 歳

【図表 50】 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無	
		治療中	未治療者
人	%	人	人
1	3.3	1	

心電図検査において 1 人が心房細動の所見であった。この方は、65 歳以上で、高血圧、糖尿病、高尿酸血症治療中で CKD 分類 G3aA2 の方で、心房細動のハイリスク因子が多数ある方であった。心房細動は脳梗塞のハイリスク因子であり、心房細動により脳梗塞になった場合は重症になることが多く、また致死することもある。しかし、自覚症状のない心房細動もあるため、ハイリスク者だけに心電図検査を実施するのではなく全数実施し、早期発見・早期介入をし、医療機関の受診勧奨を実施し適切な治療につなげることが必要である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(図表 51)

【図表 51】

血圧評価表 196名 (過去5年間で一度でもⅡ度高血圧以上の基準に該当した方)

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																			
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧													
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28					
												治療有無	収縮期	拡張期											
			男	73	なし	5.6	128	68.5	-	7.3	○	134	80	○	162	94	○	134	81	○	145	83	○	112	71
			男	49	該当者	6.1	120	100	±	6		139	95		149	104		147	94					133	91
			女	69	予備群	5.8	140	55.8	-	5.2	○	133	69	○	157	94	○	161	91	○	151	68	○	155	69
			男	70	予備群	5.3	102	71.2	±	5.4	○	135	80	○	160	80									
			女	67	なし	5.6	181	64.4	-	5.3	○	154	106				○	152	104	○	171	115	○	165	97

血圧評価表 52名 (H28年度の健診でⅡ度高血圧以上の基準に該当した方)

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																		
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧												
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28				
												治療有無	収縮期	拡張期										
			男	58	該当者	13.6	162	103.9	+	3.8													193	127
			男	53	予備群	5.7	125	83.8	-	7.1				140	110			128	100				182	117
			男	66	該当者	5.7	127	55.3	-	7								144	105				143	111
			男	58	該当者	5.4	93	67.1	+	8.1													139	109
			女	68	なし	5.4	107	57.7	-	4.9													149	108

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。(図表 52)

【図表 52】

心房細動管理台帳

番号	登録年度	基本情報				治療の状況		脳梗塞の有無		毎年度確認														
		地区	氏名	性別	年齢	医療機関名	心房細動診察開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H28年度					H29年度									
										健診日	心電図所見	治療状況	内服薬	備考	健診日	心電図所見	治療状況	内服薬	備考					
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

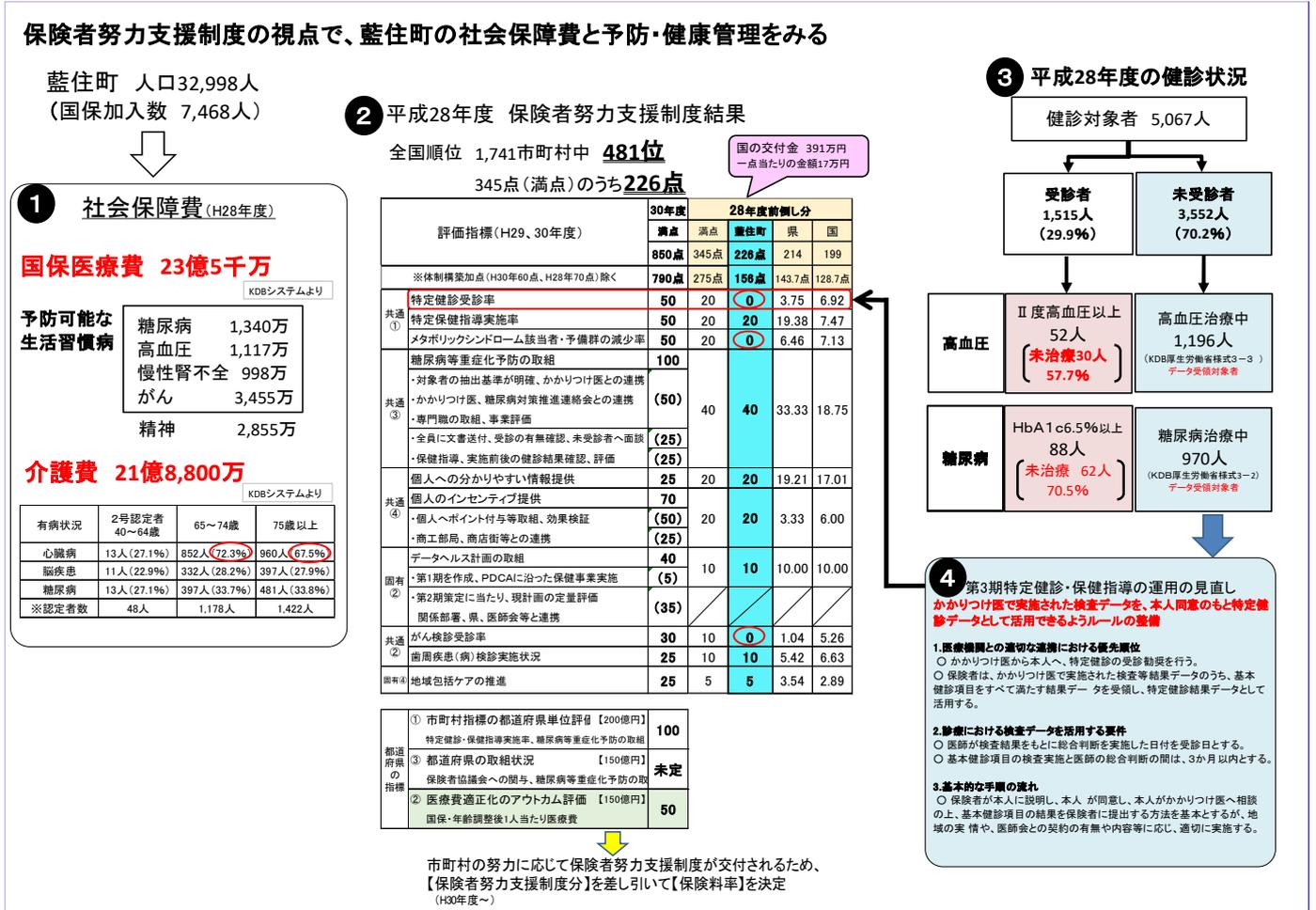
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 53)

【図表 54】



第5章 地域包括ケアに係る取組み

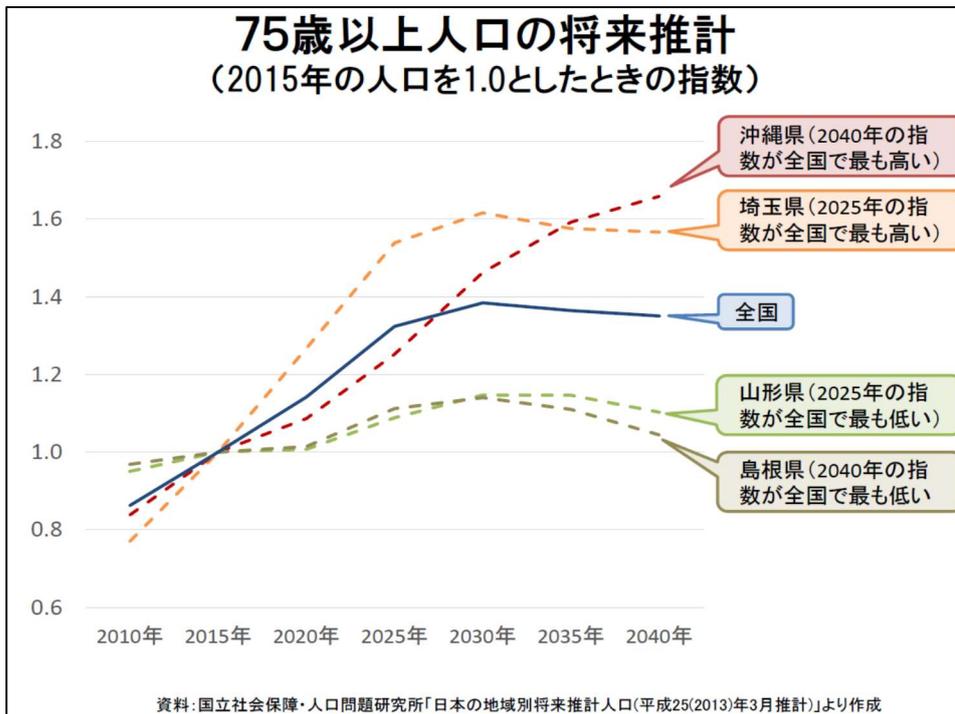
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、町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、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表54)

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

【図表54】

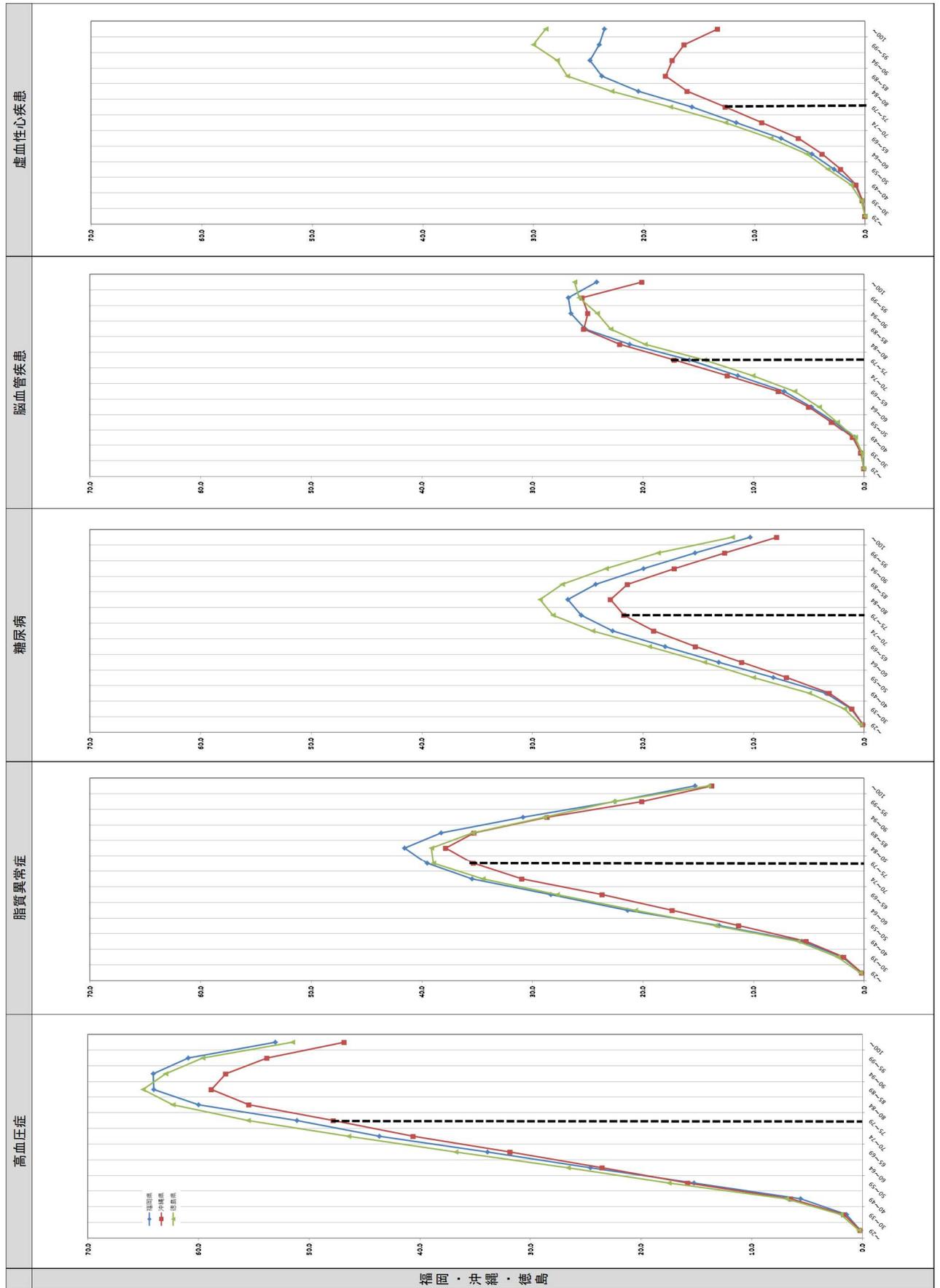


高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。(図表55)

【図表 55】

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(ODB)システム_平成29年7月作成分)



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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、定期的に行う。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき利用し、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。

