

# 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等の保険者（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り組み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こととなった。

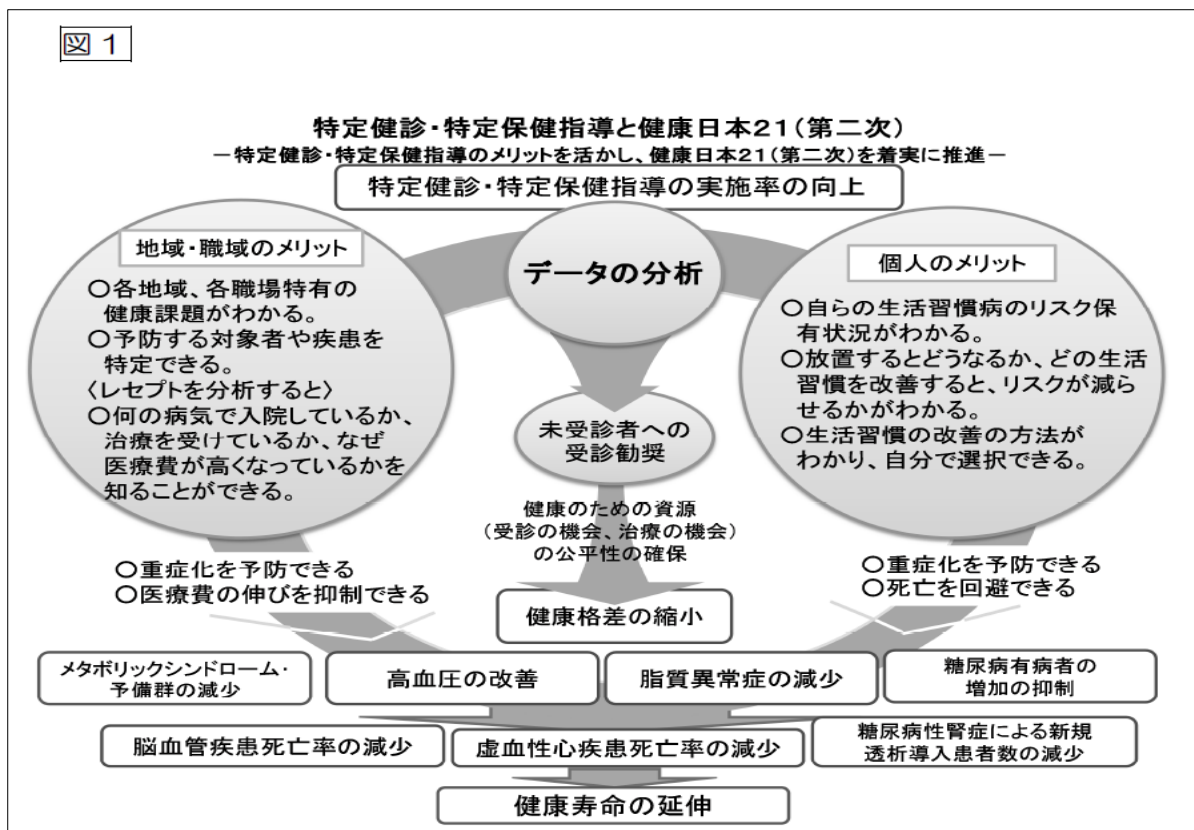
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

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。

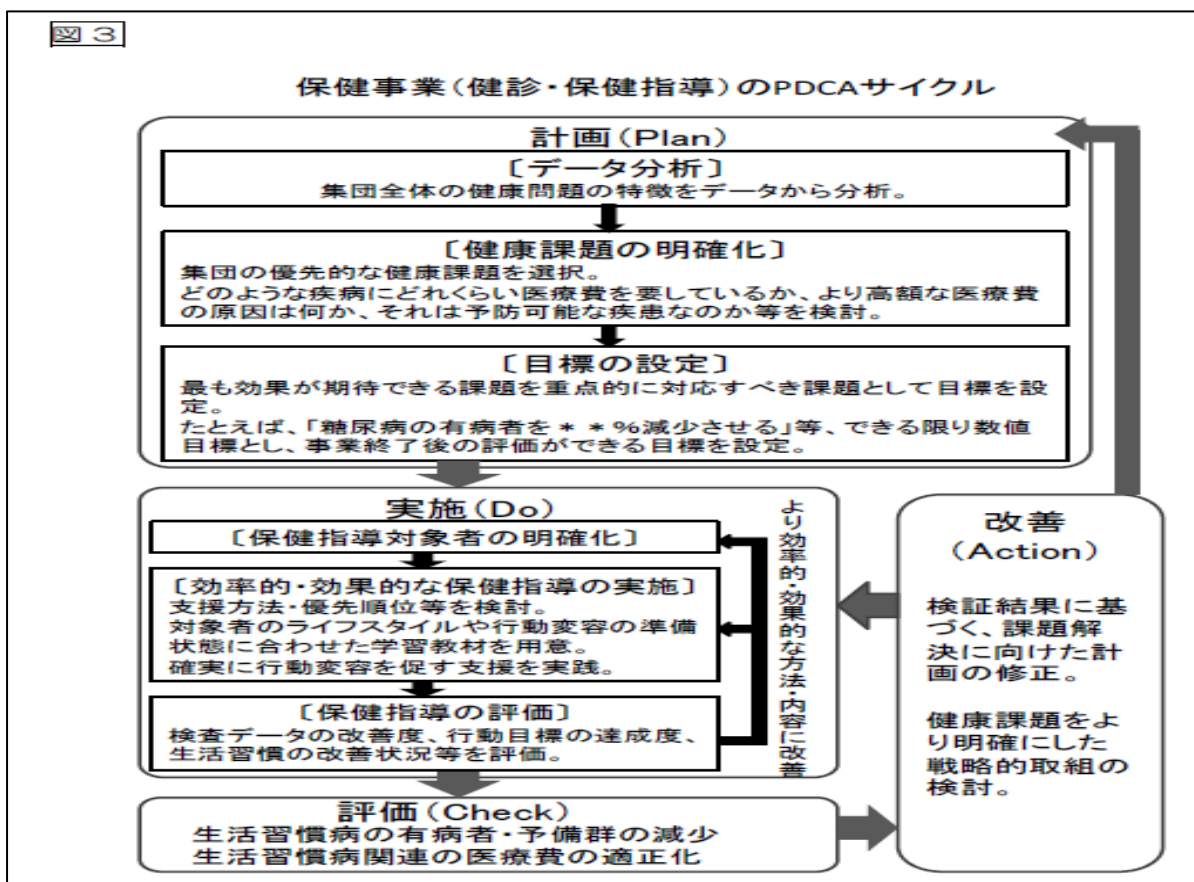
本市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。



【図表 2】



【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

本計画の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、「特定健診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、徳島県における医療費適正化計画並びに医療計画が平成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、本計画の計画期間についても平成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) 実施主体関係局の役割

本市においては、保険年金課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健センターの保健師等の専門職と連携をして、本市関係部局が一体となって計画策定を推進する。

具体的には、高齢者医療部局（保険年金課）、保健衛生部局（保健センター）、介護保険部局（介護福祉課）とも十分連携することとする。

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

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

また、平成30年度から徳島県が県下の市町村国保の財政運営の責任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、徳島県の関与が更に重要となることから、徳島県との連携に努める。

また、県下市町村保険者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、徳島県が徳島県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と徳島県は、ともに県下の市町村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。

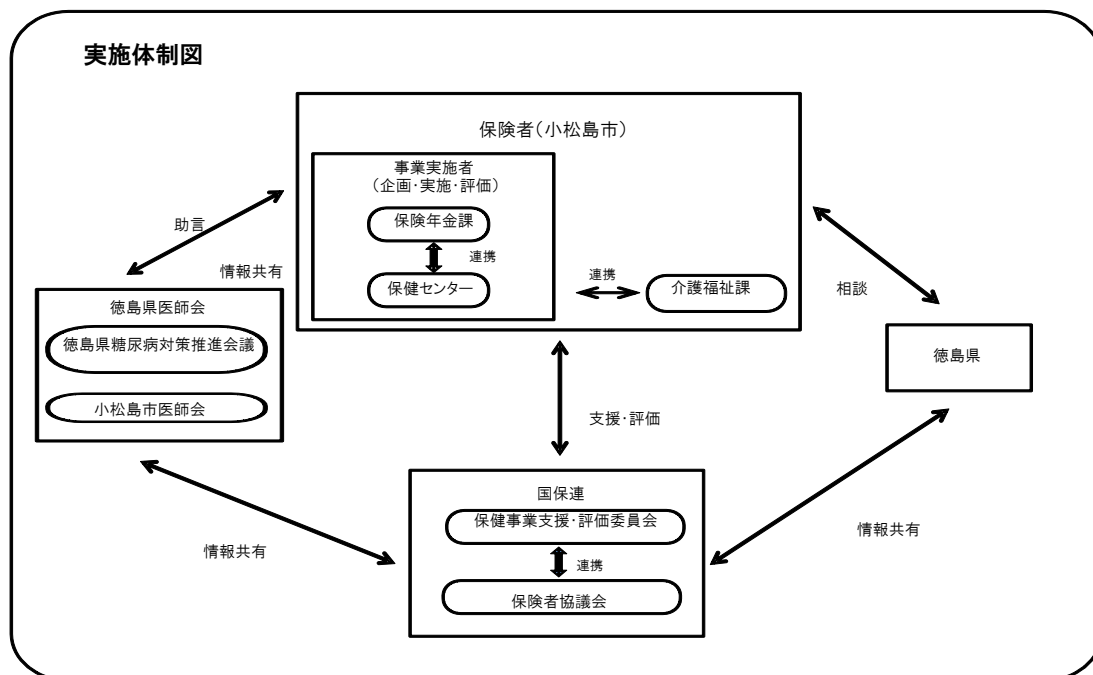
県下の市町村保険者間においては、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 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。

本市の実施体制図

【図表 4】



## 5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 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(税)収納率向上に関する取り組みの実施状況を高く評価している。(図表 5)

【図表 5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 満点
総得点		345	376	548	850
交付額(万円)		532.6			
一人当たり交付額(円)		574			
総得点(体制構築加点H28・29年70点、H30年60点含む)		248			
全国順位(1,741市町村中)		208			
共通 ①	特定健診受診率	10	10	20	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	10	15	25	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)健診実施状況	10	15	25	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取り組み	40	40	100	100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携		15	50	(50)
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携				
	・専門職の取り組み、事業評価		15	25	(25)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者への面談			25	(25)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	17	35	25	25
	個人のインセンティブ提供	20	10	70	70
	・個人へポイント付与等取り組み、効果検証		15	55	(55)
	・商工部局、商店街等との連携			15	(15)
共通 ⑤	重複服薬者に対する取り組み	0	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	14	20	35
	後発医薬品の使用割合	5	0	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取り組みの実施状況	0	0	0	100
固有 ②	データヘルス計画の取り組み	10	30	40	40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施		5	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		25	35	(35)
固有 ③	医療費通知の取り組みの実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取り組みの実施状況	5	11	17	25
固有 ⑤	第三者求償の取り組みの実施状況	10	21	26	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			30	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年度の経年比較を見ると、死因別にかん・腎不全・自殺による死亡割合は増加しており、特に、腎不全による死亡は2倍、自殺による死亡は3倍であった。

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ものの、介護給付費は減少している。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少している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り組みは重要となる。(参考資料1)

##### (2) 中長期目標の達成状況

##### ① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付費は平成25年度と比較して平成28年度は減少している。

1件あたりの給付費は同規模平均より低く、平成25年度より減少している。また、居宅サービス、施設サービスとも給付費は減少しているが、同規模平均と比較すると、施設サービス費において本市は高い数値を示している。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	小松島市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	33億0389万円	62,849	35,811	303,079	67,859	41,800	283,857
H28年度	32億9342万円	56,880	35,071	288,639	66,708	41,740	278,164



## ②医療費の状況(図表 7)

平成 25 年度と比較して平成 28 年度は、総医療費の入院、入院外の伸び率が、同規模平均と比べ低い状況にある。

また、一人当たりの医療費の伸び率を見ると、入院で同規模平均と比べ低い状況にある一方、入院外で同規模平均と比べ高い状況にある。

医療費が高額となる入院費の伸び率の低減は、総医療費適正化につながる。そのためには重症化予防の取り組みが重要である。

医療費の変化

【図表 7】

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			小松島市	同規模			小松島市	同規模			小松島市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	34億4,387万円			17億0,452万円				17億3,935万円			
	H28年度	34億3,552万円	-835万円	-0.24	3.31	16億7,111万円	-3,341万円	-2.00	3.18	17億6,441万円	2,506万円	1.42
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	348,358			172,417				175,941			
	H28年度	379,363	31,006	8.17	8.41	184,530	12,113	6.56	8.29	194,833	18,892	9.7

【出典】

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 8)

第 1 期データヘルス計画において、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の入院に至る疾患、長期化することで高額になる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の減少を中長期的な目標に掲げ、この 3 疾患の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の減少を短期目標とした。

平成 25 年度と平成 28 年度の中長期目標、短期目標(糖尿病、高血圧、脂質異常症)疾患医療費の経年比較を見ると、総医療費に占める割合は減少しており、平成 28 年度は県、国の割合と比較しても低い状況にある。

しかしながら、中長期目標疾患である虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)の総医療費に占める割合は増加しており、県、国の割合と比較しても高い状況にある。

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

【図表 8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位	腎					糖尿病	高血圧	脂質異常症	816,743,180	23.72%			
				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								
H25 小松島市	3,443,866,780	28,566	68位	9位	3.60%	0.89%	2.49%	2.53%	6.14%	5.62%	2.44%	816,743,180	23.72%	10.38%	15.28%	7.27%
H28 小松島市	3,435,515,810	30,846	60位	8位	2.91%	0.72%	1.86%	2.60%	6.15%	4.59%	2.34%	727,136,200	21.17%	11.67%	14.70%	7.43%
H28 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%
H28 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%

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題



#### ④中長期的な疾患(図表 9-1、図表 9-2)

第1期データヘルス計画では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を10%減少させることを目標とし、厚労省様式で患者千人あたり新規患者数について、平成25年と平成28年比較を見ると虚血性心疾患(千人あたり6.24人から4.34人へ30.4%減)、糖尿病性腎症(千人あたり0.78人から0.21人へ73.1%減)で目標を達成した。但し前述のとおり、狭心症、心筋梗塞の入院医療費の伸び率は高く、虚血性心疾患患者のうち高率なりリスクとなっている高血圧に対する重症化予防の取り組みは重要である。

また、人工透析の40歳から74歳の患者割合(後期高齢医療含む)は平成25年と比較して平成28年で増加しており、合併症をみると高血圧症を合併する割合が高い。人工透析は1人当たりの年間医療費が500~600万円と高額な医療費を伴うため、国保財政の安定化及び患者負担の軽減を図る観点からも新規透析患者を増加させない重症化予防対策の充実が求められている。

【図表 9-1】

疾病の発症状況(中長期的な目標疾患)

KDB帳票No.13 厚労省様式3-1、No.40 医療費分析(1)細小分類、No.41 医療費分析(2)大・中・細小分類

疾患	虚血性心疾患										
	患者数 (様式3-1)	増減数	伸び率	新規患者数(千人あたり)		新規患者数		入院医療費(円)			
				保険者	同規模	保険者	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
平成25年	538			6.24	4.15	32	5,004	59,987,130		2,988,150	
平成28年	496	-42	-7.8	4.34	3.61	21	4,317	54,627,920	-8.9	14,049,120	370.2
	KDB7月処理			KDB7月処理		KDB年度累計		KDB年度累計			

疾患	脳血管疾患										
	患者数 (様式3-1)	増減数	伸び率	新規患者数(千人あたり)		新規患者数		入院医療費(円)			
				保険者	同規模	保険者	同規模	脳梗塞	伸び率	脳出血	伸び率
平成25年	386			3.12	4.05	16	4,882	41,095,780		31,128,110	
平成28年	369	-17	-4.4	3.31	3.56	16	4,253	32,172,400	-21.7	22,382,540	-28.1
	KDB7月処理			KDB7月処理		KDB年度累計		KDB年度累計			

疾患	糖尿病性腎症								
	患者数 (様式3-1)	増減数	伸び率	新規患者数(千人あたり)		新規患者数		入院医療費(円)	
				保険者	同規模	保険者	同規模	糖尿病	伸び率
平成25年	157			0.78	0.79	4		17,903,420	
平成28年	160	3	1.9	0.21	0.81	1	966	12,110,400	-32.4
	KDB7月処理			KDB7月処理		KDB年度累計			

【図表9-2】

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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	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	10,112	538	5.3	98	18.2	9	1.7	452	84.0	285	53.0	391	72.7
	64歳以下	6,388	151	2.4	22	14.6	5	3.3	122	80.8	76	50.3	100	66.2
	65歳以上	3,724	387	10.4	76	19.6	4	1.0	330	85.3	209	54.0	291	75.2
H28	全体	9,442	496	5.3	95	19.2	6	1.2	413	83.3	273	55.0	375	75.6
	64歳以下	5,241	108	2.1	14	13.0	5	4.6	85	78.7	59	54.6	74	68.5
	65歳以上	4,201	388	9.2	81	20.9	1	0.3	328	84.5	214	55.2	301	77.6

厚労省様式 様式3-6		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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	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	10,112	386	3.8	98	25.4	5	1.3	318	82.4	174	45.1	230	59.6
	64歳以下	6,388	106	1.7	22	20.8	4	3.8	82	77.4	46	43.4	58	54.7
	65歳以上	3,724	280	7.5	76	27.1	1	0.4	236	84.3	128	45.7	172	61.4
H28	全体	9,442	369	3.9	95	25.7	3	0.8	298	80.8	164	44.4	238	64.5
	64歳以下	5,241	83	1.6	14	16.9	3	3.6	63	75.9	32	38.6	46	55.4
	65歳以上	4,201	286	6.8	81	28.3	0	0.0	235	82.2	132	46.2	192	67.1

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		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	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	10,112	27	0.3	5	18.5	9	33.3	25	92.6	15	55.6	3	11.1
	64歳以下	6,388	21	0.3	4	19.0	5	23.8	19	90.5	10	47.6	3	14.3
	65歳以上	3,724	6	0.2	1	16.7	4	66.7	6	100.0	5	83.3	0	0.0
H25 (参考)	65~74歳 (後期)	208	43	20.7	16	37.2	23	53.5	39	90.7	26	60.5	9	20.9
H28	全体	9,442	19	0.2	3	15.8	6	31.6	18	94.7	11	57.9	7	36.8
	64歳以下	5,241	17	0.3	3	17.6	5	29.4	16	94.1	10	58.8	6	35.3
	65歳以上	4,201	2	0.0	0	0.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0
H28 (参考)	65~74歳 (後期)	207	47	22.7	15	31.9	20	42.6	43	91.5	27	57.4	12	25.5

【出典】  
KDBシステム：様式3-5、様式3-6、様式3-7 H25・28年7月作成

### (3)短期目標の達成状況

#### ①共通リスク(図表 10-1、図表 10-2)

糖尿病、高血圧、脂質異常症とも新規患者数は平成 25 年と比較して平成 28 年は減少している。

また、糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者割合を 64 歳以下と 65 歳以上で見ると、全ての疾患において、平成 25 年と比較して平成 28 年は減少している。

【図表 10-1】

### 疾病の発症状況と経年変化 (2)

共通する基礎疾患（短期的な目標疾患）

KDB帳票No.13 厚労省様式3-1、No.40 医療費分析(1)細小分類

疾患	糖尿病						
	患者数	増減	増減率	新規患者数 (千人当たり)		新規患者数	
				保険者	同規模	保険者	同規模
平成25年	1,335	65	5.1	33.7	14.5	173	18,028
平成28年	1,264	-35	-2.7	21.3	14.3	103	17,118

疾患	高血圧						
	患者数	増減	増減率	新規患者数 (千人当たり)		新規患者数	
				保険者	同規模	保険者	同規模
平成25年	2,371	110	4.9	16.0	14.5	82	18,084
平成28年	2,269	28	1.2	14.3	14.1	69	16,819

疾患	脂質異常症						
	患者数	増減	増減率	新規患者数 (千人当たり)		新規患者数	
				保険者	同規模	保険者	同規模
平成25年	1,717	483	39.1	16.2	11.9	83	14,834
平成28年	1,721	3	0.2	12.0	11.5	58	13,758

【図表 10-2】

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				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
	<b>全体</b>	<b>10112</b>	<b>1335</b>	<b>13.2</b>	<b>101</b>	<b>7.6</b>	<b>934</b>	<b>70.0</b>	<b>843</b>	<b>63.1</b>	<b>285</b>	<b>21.3</b>	<b>174</b>	<b>13.0</b>	<b>15</b>	<b>1.1</b>	<b>157</b>	<b>11.8</b>	
H25	64歳以下	6388	490	7.7	43	8.8	316	64.5	288	58.8	76	15.5	46	9.4	10	2.0	53	10.8	
	65歳以上	3724	845	22.7	58	6.9	618	73.1	555	65.7	209	24.7	128	15.1	5	0.6	104	12.3	
	<b>全体</b>	<b>9442</b>	<b>1264</b>	<b>13.4</b>	<b>104</b>	<b>8.2</b>	<b>911</b>	<b>72.1</b>	<b>838</b>	<b>66.3</b>	<b>273</b>	<b>21.6</b>	<b>164</b>	<b>13.0</b>	<b>11</b>	<b>0.9</b>	<b>160</b>	<b>12.7</b>	
H28	64歳以下	5241	369	7.0	45	12.2	245	66.4	236	64.0	59	16.0	32	8.7	10	2.7	40	10.8	
	65歳以上	4201	895	21.3	59	6.6	666	74.4	602	67.3	214	23.9	132	14.7	1	0.1	120	13.4	

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
	<b>全体</b>	<b>10112</b>	<b>2371</b>	<b>23.4</b>	<b>934</b>	<b>39.4</b>	<b>1247</b>	<b>52.6</b>	<b>452</b>	<b>19.1</b>	<b>318</b>	<b>13.4</b>	<b>25</b>	<b>1.1</b>	
H25	64歳以下	6388	794	12.4	316	39.8	393	49.5	122	15.4	82	10.3	19	2.4	
	65歳以上	3724	1577	42.3	618	39.2	854	54.2	330	20.9	236	15.0	6	0.4	
	<b>全体</b>	<b>9442</b>	<b>2269</b>	<b>24.0</b>	<b>911</b>	<b>40.1</b>	<b>1255</b>	<b>55.3</b>	<b>413</b>	<b>18.2</b>	<b>298</b>	<b>13.1</b>	<b>18</b>	<b>0.8</b>	
H28	64歳以下	5241	588	11.2	245	41.7	294	50.0	85	14.5	63	10.7	16	2.7	
	65歳以上	4201	1681	40.0	666	39.6	961	57.2	328	19.5	235	14.0	2	0.1	

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
	<b>全体</b>	<b>10112</b>	<b>1717</b>	<b>17.0</b>	<b>843</b>	<b>49.1</b>	<b>1247</b>	<b>72.6</b>	<b>391</b>	<b>22.8</b>	<b>230</b>	<b>13.4</b>	<b>3</b>	<b>0.2</b>	
H25	64歳以下	6388	604	9.5	288	47.7	393	65.1	100	16.6	58	9.6	3	0.5	
	65歳以上	3724	1113	29.9	555	49.9	854	76.7	291	26.1	172	15.5	0	0.0	
	<b>全体</b>	<b>9442</b>	<b>1721</b>	<b>18.2</b>	<b>838</b>	<b>48.7</b>	<b>1255</b>	<b>72.9</b>	<b>375</b>	<b>21.8</b>	<b>238</b>	<b>13.8</b>	<b>7</b>	<b>0.4</b>	
H28	64歳以下	5241	471	9.0	236	50.1	294	62.4	74	15.7	46	9.8	6	1.3	
	65歳以上	4201	1250	29.8	602	48.2	961	76.9	301	24.1	192	15.4	1	0.1	

【出典】  
KDBシステム：様式3-2、様式3-3、様式3-4 H25・28年7月作成

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

健診の有所見者割合の変化を見ると、平成 25 年と比べ平成 28 年で空腹時血糖と収縮期血圧が男女ともに増加しており、HbA1c は男女ともに減少している。

また、メタボリックシンドローム該当者割合は平成 25 年と比べ平成 28 年で増加しており、リスクの重なりとして血圧を含む、血糖＋血圧、血圧＋脂質、3 項目での該当割合が増加している。

【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 (厚生労働省様式6-2~6-7)

KDB帳票No.23 厚労省様式6-2~6-7

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	411	33.2	656	52.9	365	29.5	251	20.3	144	11.6	292	23.6	732	59.1	247	19.9	619	50.0	248	20.0	616	49.7	29	2.3
	H25 40-64	173	39.6	246	56.3	149	34.1	112	25.6	51	11.7	82	18.8	220	50.3	102	23.3	191	43.7	112	25.6	228	52.2	4	0.9
	H28 65-74	238	29.7	410	51.1	216	26.9	139	17.3	93	11.6	210	26.2	512	63.8	145	18.1	428	53.4	136	17.0	388	48.4	25	3.1
女性	合計	376	33.5	600	53.5	320	28.5	224	20.0	117	10.4	316	27.9	621	55.3	204	18.2	671	55.0	236	21.1	486	43.4	22	2.0
	H25 40-64	130	42.8	170	55.9	111	36.5	78	25.7	37	12.2	67	22.0	138	45.4	69	22.7	143	47.0	90	29.6	143	47.0	3	1.0
	H28 65-74	246	30.1	430	52.6	209	25.6	146	17.9	80	9.8	246	30.1	482	59.0	135	16.5	474	58.0	146	17.9	343	42.0	19	2.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

KDB帳票No.24 厚労省様式6-8

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		人数		割合		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	1,239	36.6	75	6.1%	237	19.1%	15	1.2%	175	14.1%	47	3.8%	344	27.8%	51	4.1%	20	1.6%	175	14.1%	98	7.9%
	H25 40-64	437	26.5	45	10.3%	87	19.9%	3	0.7%	53	12.1%	31	7.1%	114	26.1%	13	3.0%	10	2.3%	56	12.8%	35	8.0%
	H28 65-74	802	46.1	30	3.7%	150	18.7%	12	1.5%	122	15.2%	16	2.0%	230	28.7%	38	4.7%	10	1.2%	119	14.9%	63	7.9%
女性	合計	1,121	35.2	65	5.8%	192	17.1%	8	0.7%	147	13.1%	37	3.3%	346	30.6%	56	4.9%	10	0.9%	111	9.9%	97	8.7%
	H25 40-64	304	23.4	28	9.2%	51	16.8%	2	0.7%	33	10.9%	16	5.3%	91	29.9%	9	3.0%	3	1.0%	57	18.8%	22	7.2%
	H28 65-74	817	43.4	37	4.5%	141	17.3%	6	0.7%	114	14.0%	21	2.6%	252	30.8%	46	5.6%	7	0.9%	124	15.2%	75	9.2%

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

特定健診受診率は、平成 25 年度と比べ平成 28 年度で受診率は低下している。保健指導率は、平成 25 年度から増減しつつも目標値の 80%を維持している。

また、同規模平均と比較して健診結果における受診勧奨者のうち医療機関受診率が高い状況であり、受診が必要な者は適切な医療に結びついていることがうかがえる。

【図表 12】

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

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	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								小松島市	同規模平均
平成25年度	6,989	2,945	42.1%	79位	398	322	80.9%	56.7%	50.8%
平成28年度	6,641	2,655	40.0%	116位	336	277	82.4%	54.6%	51.1%

## 2) 第 1 期に係る考察

医療費については、介護給付費の減少、中長期目標、短期目標疾患医療費の総医療費に占める割合は減少している。第 1 期の取り組みにより一定の成果が見られた。しかし、中長期目標疾患である虚血性心疾患の総医療費に占める割合は増加しており、今後の重症化予防のためにも保健指導において重点的に取り組むべき課題である。

特定健診受診率は減少傾向にあることから、医療機関からの特定健診相当データの提供、受診勧奨方法の見直し等、改善策を検討する必要がある。特定保健指導率は 80%を維持しており、適切な医療へと結びつけることができている。

また、健診データでは、血管疾患の前段階であるメタボリックシンドロームは男性の該当者が増加しており、さらにリスクの重なりを見ると血糖＋血圧、血圧＋脂質、3 項目全て重なりがある者の増加しており、高血圧対策が重要であることが明らかとなった。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

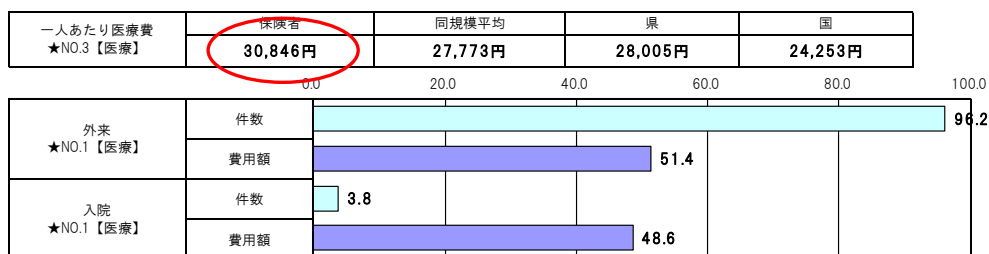
#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

1人あたり医療費は30,846円で、同規模平均よりも3,073円高く、国、県と比較しても高いことがわかる。入院はわずか3.8%の件数で費用全体の約50%を占めている。重症化予防の取り組みは入院を減らすことにつながり、費用対効果の面からも効率的である。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

##### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (平成28年5月診療分)

【図表 13】



○入院を重症化した結果としてとらえる



## (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 14)

医療費が高額になっている疾患、長期に入院することによって、医療費の負担が増大している疾患、また長期化する疾患について分析する。

- ①ひと月 200 万円以上になる疾患を分析すると、心房細動等の心疾患で全体の 17.8%、脳血管疾患が 11.1%を占めている。
- ②6 ヶ月以上の長期入院疾患の分析では精神疾患で 61.0%を占める。予防可能な生活習慣病では脳血管疾患で 7.5%、虚血性心疾患で 4.1%を占めている。
- ③長期療養する疾患である人工透析を分析すると、全体の 48.8%が糖尿病性であり、糖尿病の重症化を予防し、新規透析導入者を減らすことが重要である。

### 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	心房細動等 その他心疾患	精神疾患
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	54件	6件 11.1%	4件 7.4%	--	9件 17.8%	--
		費用額	1億5636万円	1811万円 11.6%	1181万円 7.6%	--	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,348件	101件 7.5%	55件 4.1%	--	--	822件 61.0%
		費用額	6億1468万円	3678万円 6.0%	2335万円 3.8%	--	--	3億1469万円 51.2%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	250件	62件 24.8%	66件 26.4%	122件 48.8%	--	--
		費用額	1億0761万円	3091万円 28.7%	2751万円 25.6%	5409万円 50.3%	--	--

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		3,858人	369人 9.6%	496人 12.9%	160人 4.1%	
		の基 礎 な 疾 患	高血圧	298人 80.8%	413人 83.3%	130人 81.3%	
			糖尿病	164人 44.4%	273人 55.0%	160人 100.0%	
			脂質異常症	238人 64.5%	375人 75.6%	120人 75.0%	
			高血圧症	2,269人 58.8%	1,264人 32.8%	1,721人 44.6%	393人 10.2%

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

### (3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

1号被保険者の21.3%が要介護認定を受けており、75歳以上では37.0%と認定率が高くなっている。介護認定者のうち要介護3から要介護5の重症者が全体の32.6%である。1号被保険者の原因疾患を見ると虚血性心疾患等の血管疾患が全体の93.8%を占める。

75歳未満においても、原因疾患が血管疾患である認定者が88.1%を占め、血管疾患予防が求められている。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より4,239円高いことから、介護認定の原因疾患で高率を示している虚血性心疾患等の血管疾患に対する重症化予防の取り組みが重要である。

#### 3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

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	14,010人		5,124人		5,522人		10,646人		24,656人			
認定者数	50人		222人		2,041人		2,263人		2,313人				
	認定率		0.36%		4.3%		37.0%		21.3%		9.4%		
新規認定者数(*1)		10人		47人		250人		297人		307人			
介護度別人数	要支援1・2	16	32.0%	86	38.7%	700	34.3%	786	34.7%	802	34.7%		
	要介護1・2	19	38.0%	70	31.5%	670	32.8%	740	32.7%	759	32.8%		
	要介護3~5	15	30.0%	66	29.7%	671	32.9%	737	32.6%	752	32.5%		
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)		50		222		2,041		2,263		2,313		
	再)国保・後期		28		168		1,954		2,122		2,150		
	有 病 状 況 ( レ セ プ ト の 診 断 名 よ り 重 複 し て 計 上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病	
				件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	20	71.4%	66	39.3%	871	44.6%	918	43.3%	924	43.0%
			虚血性心疾患	6	21.4%	47	28.0%	803	41.1%	869	41.0%	889	41.3%
		3	腎不全	1	3.6%	27	16.1%	279	14.3%	306	14.4%	307	14.3%
			糖尿病合併症	1	3.6%	32	19.0%	225	11.5%	257	12.1%	258	12.0%
基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		25		145		1,810		1,955		1,980			
血管疾患 合計		26		148		1,843		1,991		2,017			
認知症		5		32		757		789		794			
筋・骨格疾患		19		145		1,791		1,936		1,955			
		67.9%		86.3%		91.7%		91.2%		90.9%			

\*1) 新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

\*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

#### 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較 (一月あたり)

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	8,530					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,291					

## 2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

健診データのうち有所見割合を性別・年齢別に見ると、多くの項目で全国や県より高く、女性より男性の割合が高い。

男性では 40～64 歳、女性では 65～74 歳の年代で有所見者の割合が高い。特に収縮期血圧値は男女とも全国と比較して高い割合となっている。

【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 (概要)

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
県		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	376	33.5	600	53.5	320	28.5	224	20.0	117	10.4	313	27.9	620	55.3	204	18.2	617	55.0	236	21.1	486	43.4	22	2.0
	40-64	130	42.8	170	55.9	111	36.5	78	25.7	37	12.2	67	22.0	138	45.4	69	22.7	143	47.0	90	29.6	143	47.0	3	1.0
	65-74	246	30.1	430	52.6	209	25.6	146	17.9	80	9.8	246	30.1	482	59.0	135	16.5	474	58.0	146	17.9	343	42.0	19	2.3
女性	項目 <th colspan="2">BMI</th> <th colspan="2">腹囲</th> <th colspan="2">中性脂肪</th> <th colspan="2">GPT</th> <th colspan="2">HDL-C</th> <th colspan="2">空腹時血糖</th> <th colspan="2">HbA1c</th> <th colspan="2">尿酸</th> <th colspan="2">収縮期血圧</th> <th colspan="2">拡張期血圧</th> <th colspan="2">LDL-C</th> <th colspan="2">クレアチニン</th>	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	384	25.1	344	22.5	288	18.8	123	8.0	40	2.6	256	16.7	802	52.3	43	2.8	791	51.6	218	14.2	883	57.6	8	0.5
	40-64	115	25.1	81	17.6	83	18.1	44	9.6	11	2.4	60	13.1	205	44.7	14	3.1	175	38.1	60	13.1	273	59.5	1	0.2
	65-74	269	25.1	263	24.5	205	19.1	79	7.4	29	2.7	196	18.3	597	55.6	29	2.7	616	57.4	158	14.7	610	56.8	7	0.7

\*全国については、有所見割合のみ表示

メタボ該当者は同規模平均、県、国と比較して高い割合となっている。また、メタボ該当者及び予備群の検査項目では、血圧のみ 9.1%、血圧+脂質が 10.9%と高い割合となっている。

メタボ該当者は女性より男性の割合が高く、40～64歳の若い層においても 29.9%と高い状況にある。リスク項目をみると、男女ともに血圧+脂質が高い。

【図表 17-1】

項目		小松島市	同規模平均	県	国	
		割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	
メタボ	該当者	19.9	17.8	18.2	17.3	
	男性	30.6	27.4	29.4	27.5	
	女性	12.0	10.2	10.0	9.5	
	予備群	11.8	10.7	11.8	10.7	
	男性	17.1	16.5	19.0	17.2	
	女性	7.9	6.0	6.7	5.8	
メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	35.6	31.8	33.5	31.5
		男性	53.5	48.9	53.9	50.2
		女性	22.5	18.9	18.9	17.3
	BMI	総数	5.3	5.2	5.4	4.7
		男性	1.5	1.9	1.6	1.7
		女性	8.1	7.9	8.2	7.0
	血糖のみ		0.5	0.7	0.7	0.7
	血圧のみ		9.1	7.4	8.5	7.4
	脂質のみ		2.3	2.5	2.6	2.6
	血糖・血圧		2.8	2.9	2.7	2.7
	血糖・脂質		0.7	1.0	0.9	0.9
	血圧・脂質		10.9	8.3	9.6	8.4
	血糖・血圧・脂質		5.5	5.5	5.1	5.3

【図表 17-2】

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（概要）

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	合計	1,121	35.2	65	5.8%	192	17.1%	8	0.7%	147	13.1%	37	3.3%	34	30.6%	55	4.9%	10	0.9%	181	16.1%	97	8.7%
	40-64	304	23.4	28	9.2%	51	16.8%	2	0.7%	33	10.9%	16	5.3%	5	29.9%	9	3.0%	3	1.0%	57	18.8%	22	7.2%
	65-74	817	43.4	37	4.5%	141	17.3%	6	0.7%	114	14.0%	21	2.6%	252	30.8%	46	5.6%	7	0.9%	124	15.2%	75	9.2%
女性	合計	1,532	44.3	41	2.7%	120	7.8%	4	0.3%	93	6.1%	23	1.5%	183	11.9%	19	1.2%	9	0.6%	106	6.9%	49	3.2%
	40-64	459	34.0	12	2.6%	37	8.1%	1	0.2%	27	5.9%	9	2.0%	32	7.0%	2	0.4%	4	0.9%	19	4.1%	7	1.5%
	65-74	1,073	50.9	29	2.7%	83	7.7%	3	0.3%	66	6.2%	14	1.3%	151	14.1%	17	1.6%	5	0.5%	87	8.1%	42	3.9%

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

HbA1c を見ると、受診勧奨レベルの者のうち未治療者が少ない。しかし治療中で受診勧奨レベルの者が113名おり、レセプト等で治療・服薬状況を確認していく必要がある。

血圧については、受診勧奨レベルで治療なしの者が新規受診者に多い傾向にある。

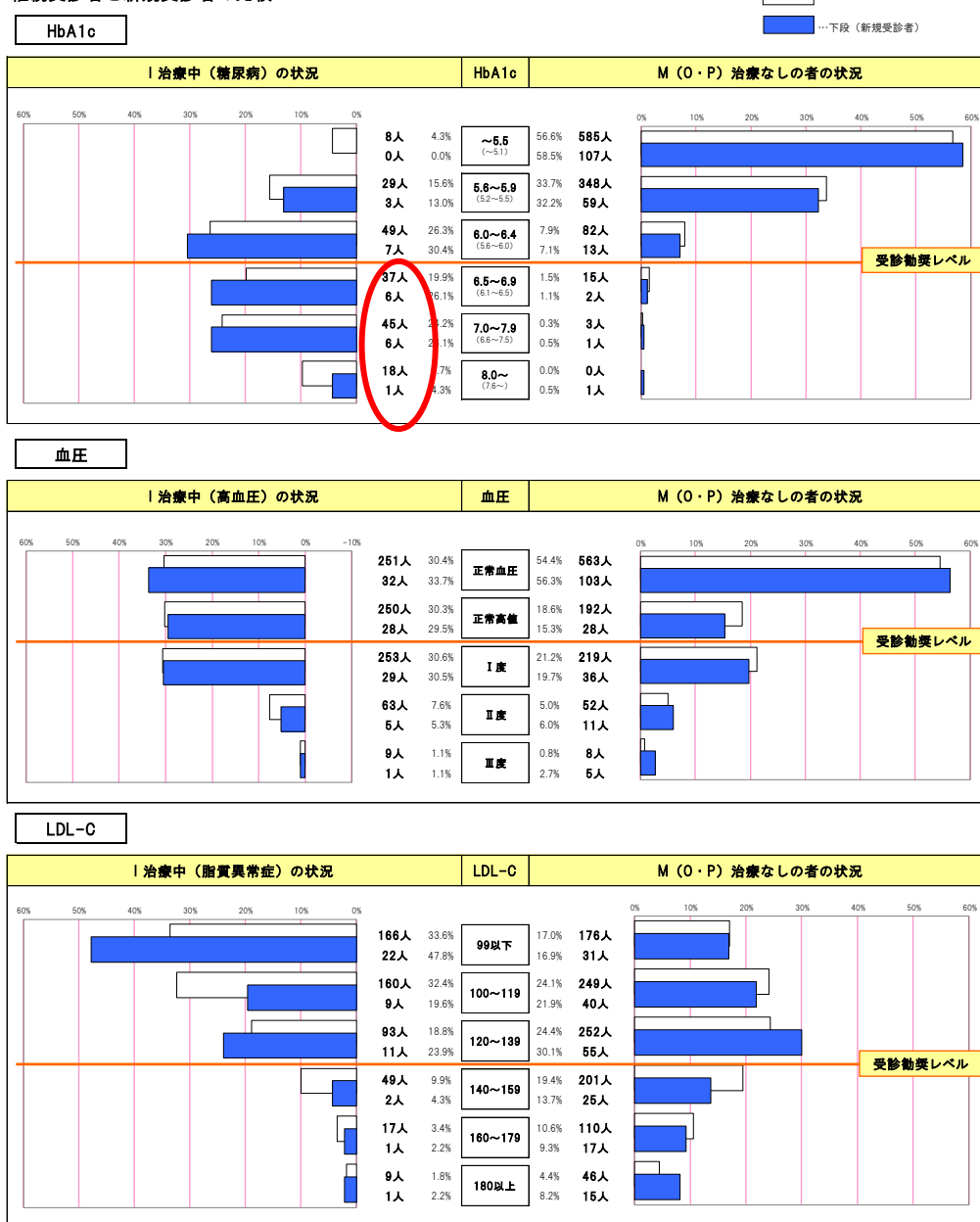
また LDL-C については治療中で受診勧奨レベルの者が79名と少ないが、治療なしの者では414名と多い。

このことから個々の治療・服薬状況に応じた保健指導と受診が必要な者を適切な医療につなげることが重要である。

継続受診者と新規受診者の比較

…上段 (継続受診者)  
…下段 (新規受診者)

【図表 18】



#### 4) 未受診者の把握(図表 19)

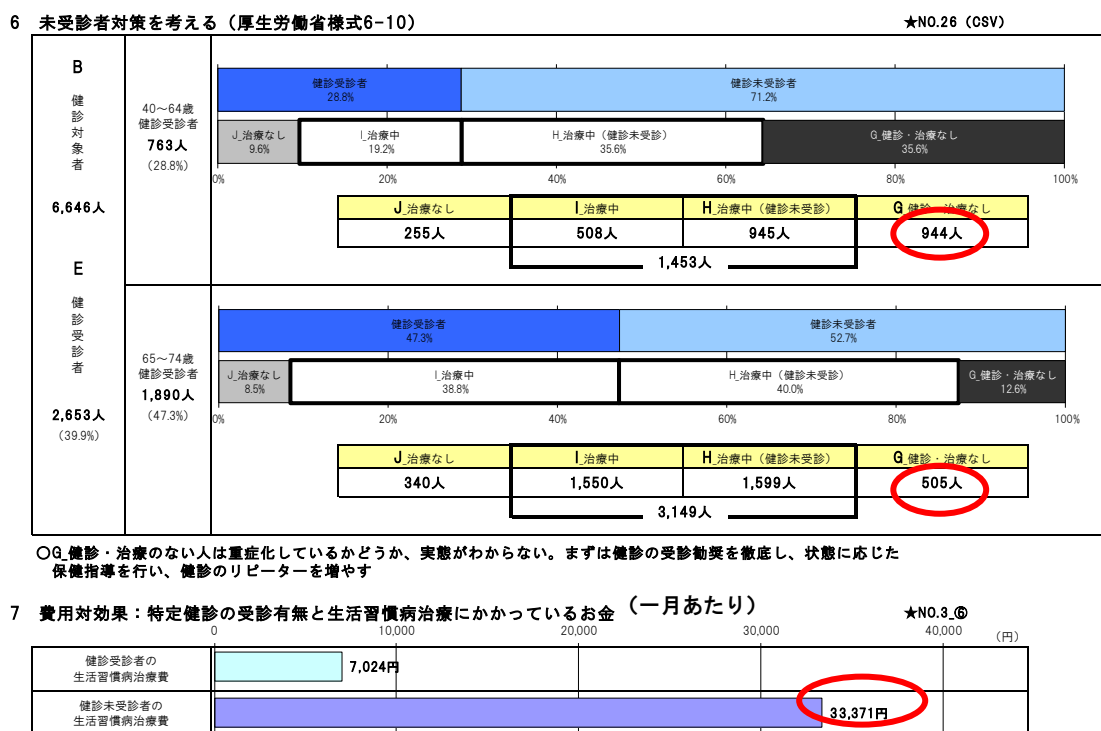
健診も治療も受けていない方が 1,449 人 (21.8%) おり、健康の実態が不明である。健康状態を把握するために健診の受診勧奨を行い、健診結果に応じた保健指導を実施することにより生活習慣病の発症予防・重症化予防につなぐ取り組みが必要である。

治療中にもかかわらず、健診未受診の方が 2,544 人 (38.3%) いる。この 2,544 人が医療機関通院時に特定健診を受診すれば、受診者数は 5,197 人 (78.2%) となる。このため医療機関と連携しながら健診受診につないでいくことが有効である。

また健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費を比較すると、健診未受診者の 1 人当たりの治療費は健診受診者より 26,347 円高くなっている。

医療費適正化のためには健診未受診者への受診勧奨が重要である。

【図表 19】



### 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。平成35年度には平成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ことを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また、本市の医療のかかり方は、入院よりも外来が高い状況である。日ごろから高い健康意識を持つことが重症化を予防し、入院の率をさらに下げ医療費適正化につながる。

よって、中長期的な視点で保健事業を推進し、市民のさらなる意識向上を働きかけていくこととする。

##### (2) 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、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こととする。

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3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30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】

	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	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

### 3. 対象者の見込み

【図表 21】

		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	6,570人	6,550人	6,635人	6,555人	6,280人	6,010人
	受診者数	2,957人	3,144人	3,384人	3,540人	3,580人	3,606人
特定保健指導	対象者数	356人	370人	388人	395人	389人	381人
	受診者数	285人	296人	310人	316人	311人	305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。徳島県医師会が実施機関の取りまとめを行い、徳島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が集合契約を行うこととする。

- ① 集団健診(小松島市保健センター他)
- 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、国保連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

7 月から 12 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検討する。

### (7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健康診査対象者に図表 22 にあるスケジュールにそって受診券を発行・送付することとする。受診券と共に特定健診実施機関一覧表やお知らせを同封するとともに、受診可能期間に広報誌に案内文を掲載し、受診をうながすこととする。

小松島市年間実施スケジュール

【図表 22】

保険者番号	受診券発行予定枚数	受診券有効期限									
		受診券発行月									
		7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月		
小松島市	7,021	7月1日	→			10月31日			集団特定・がん検診		集団特定・がん検診

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

## 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行うこととする。

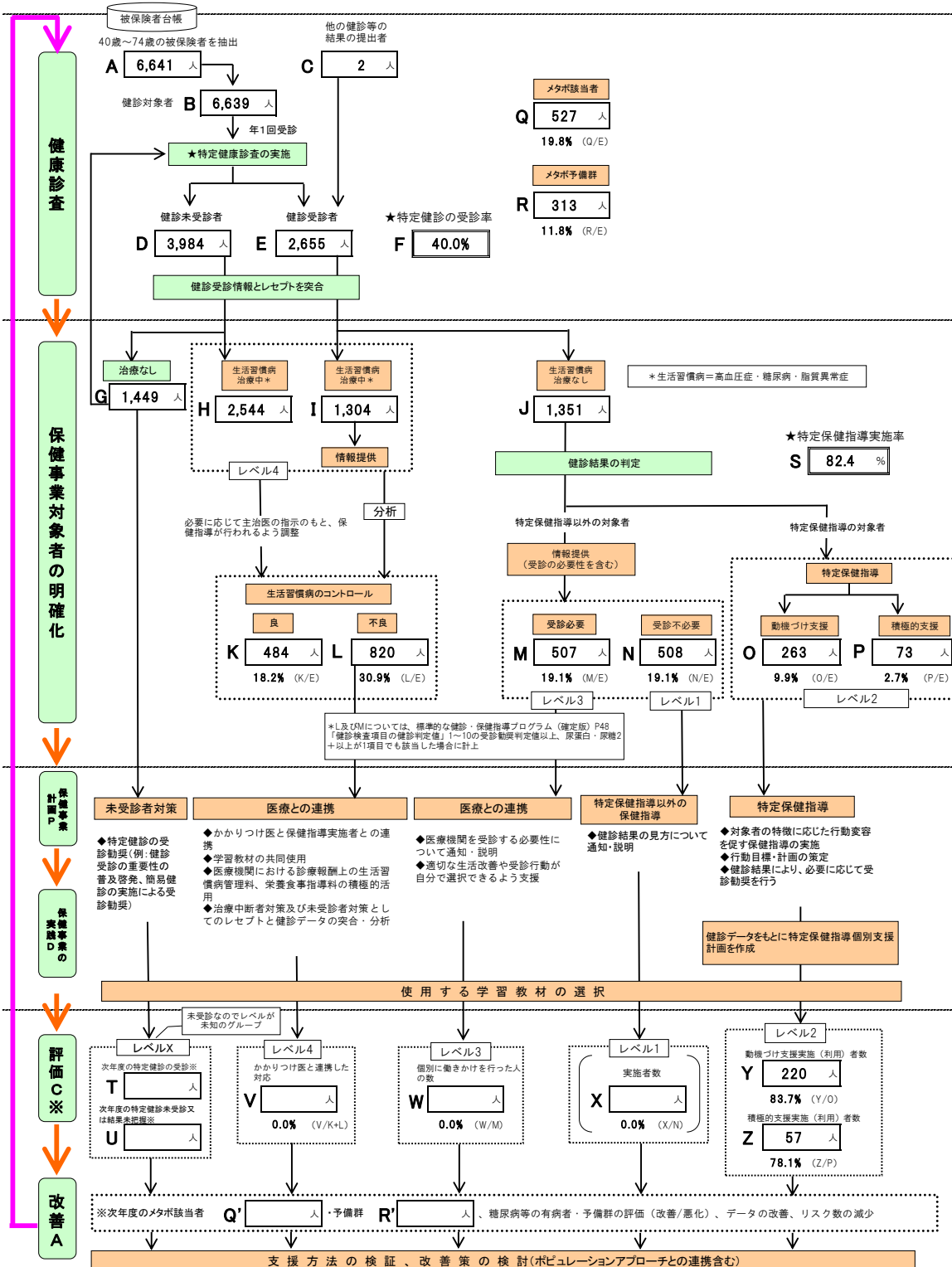
### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「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・実践評価を行うこととする。(図表23、図表24)

【図表 23】

様式6-10

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 24)

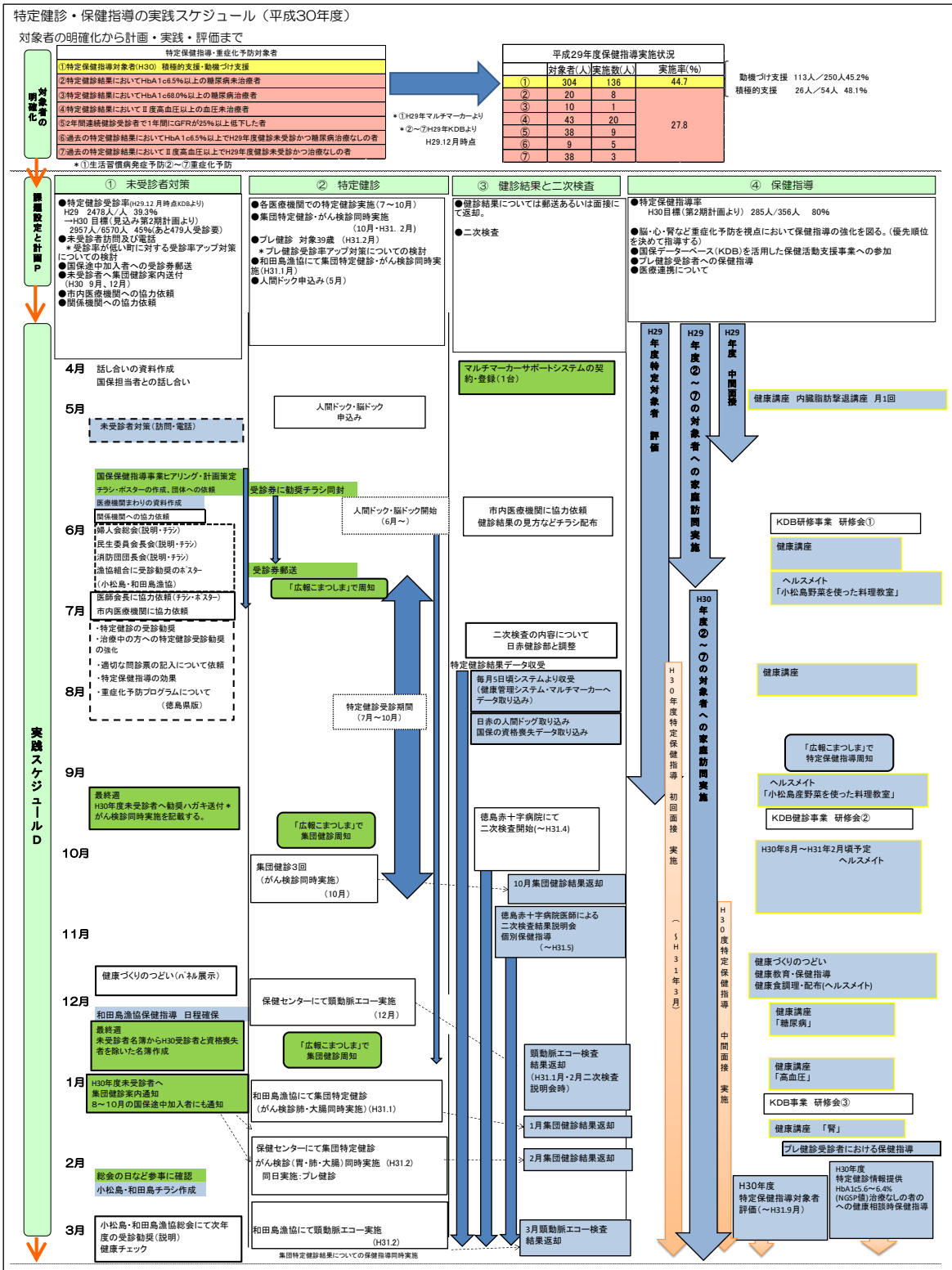
【図表 24】

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 (受診者の割合)	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	336 人 (12.6)	80%
2	M 情報 提供	①糖尿病未治療者 で HbA1c6.5%以上 の者	◆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	82 人 (3.1)	100%
		②高血圧症未治療 者でⅡ度高血圧以 上の者		99 人 (3.7)	100%
		④1年間で eGFR が 25%以上低下した者 (2年連続受診者)		19 人 (0.7)	100%
3	I 情報 提供	③糖尿病治療者で H bA1c8.0%以上の者	◆かかりつけ医と保健指導実施 者との連携 ◆地域保健用連携パスの活用 ◆治療中断者対策としてのレセ プトと健診データの突合・分析	22 人 (0.8)	100%
4	D 健診 未受 診者	⑤糖尿病未治療者 で過去5年間の特定 健診結果で H b A1c6.5%以上の者	◆特定健診の受診勧奨 ◆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	9 人 (0.3)	100%
		⑥高血圧症未治療 者で過去5年間の特 定健診結果でⅡ度 高血圧以上の者		38 人 (1.4)	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、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】



## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

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

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行うこととする。

## 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. 特定健診等実施計画の公表・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、特定健診等実施計画を定め、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、本市ホームページ等への掲載により公表、周知する。



## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取り組みを行う。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り組みとしては、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少ないため、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章に記載の第3期特定健診等実施計画に準ずるものとする。

### II 重症化予防の取り組み

#### 1. 糖尿病性腎症等重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症等重症化予防の取り組みにあたっては「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、さらに本市の課題でもある高血圧・腎症の重症化を予防するにあたり、以下の視点でPDCAに沿って実施する。なお、取り組みにあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症等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	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 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糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、さらに本市の課題を踏まえ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
- ④ 腎機能の悪化の可能性のある者

### (2)対象者の把握・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、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い、腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 27）また「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」（CKD の発症予防・早期発見・重症化予防に向けた提言 作成委員会）によると、腎機能(eGFR)が 25%以上低下している時には急速な腎機能の悪化の可能性があり、しっかりと治療を行う必要があると明記されていることから本市ではハイリスク者として抽出する。

【図表 27】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握することとする。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白 (定性) 検査を必須項目として実施しているため腎機能 (eGFR) の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 に基づき、尿蛋白 (定性) 検査により腎症病期を推測することとする。(参考資料 2)

### (3)介入方法と優先順位

図表 28、参考資料 7-1 より本市における介入方法を以下のとおりとする。

#### 優先順位 1

##### 【受診勧奨】

糖尿病、高血圧症、糖尿病性腎症が重症化するリスクの高い医療機関未受診者

- ①特定健診結果においてHbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者
- ②特定健診結果においてⅡ度高血圧以上の血圧未治療者
- ③2年連続特定健診を受診した者のうち1年間でeGFRが25%以上低下した者

・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

- ①特定健診結果において、HbA1c8.0%以上の糖尿病治療者
- ・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未治療者、高血圧症未治療者

- ①過去の特定健診結果において HbA1c6.5%以上で前年度特定健診未受診かつ糖尿病治療なしの者
- ②過去の特定健診結果においてⅡ度高血圧以上で前年健診未受診かつ高血圧治療なしの者

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

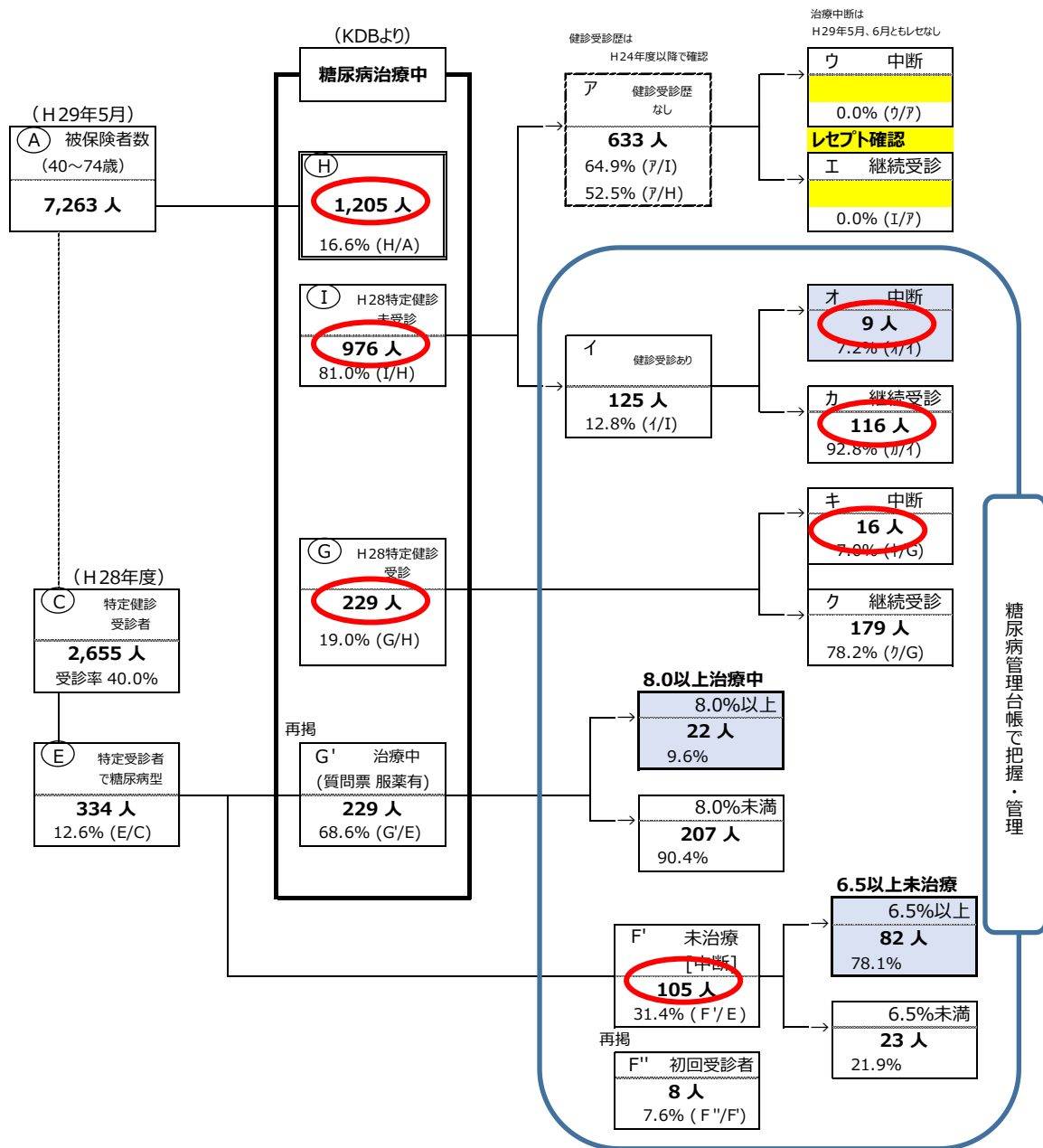
・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

市町村名：小松島市

平成29年8月26～27日研修会  
②冊子 221p参照



### **3) 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・進行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、腎症の進行とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を実施していくこととする。

対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、高血圧治療ガイドライン・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する。(図表 29)

#### **(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が実施できる体制づくりに努め、腎症重症化予防をめざすものとする。

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★ 保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> <span style="font-size: 2em;">→</span> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は?</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか?             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-top: 10px;"> <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> </div>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか?</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン?(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか?</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは?</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li><input type="checkbox"/> 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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</p> </div> <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>



## 4) 対象者の管理

### (1) 糖尿病等管理台帳の作成

対象者の管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)・高血圧管理台帳・腎症管理台帳及び年次計画表(参考資料 4)で行うこととする。

#### 【管理台帳作成手順】

(1) 治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④BMI ⑤eGFR ⑥尿蛋白 ⑦服薬

(2) 資格を確認する

(3) レセプトで治療状況を確認し情報を記載する。

① 治療状況の把握

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

(4) 健診データが届いたら図表 24 の優先順位 2 から 4 に該当する者を抽出する。

(5) 上記該当者のレセプト情報を確認し対象者を選定する。

(6) 保健指導後把握した状況を管理台帳に記載する。

(7) 担当地区の対象者数を把握する。

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

(8) 以下の情報を管理台帳に記載する。

- ・死亡、その原因
- ・脳・心疾患、手術等
- ・人工透析導入
- ・悪性腫瘍
- ・転出
- ・他保険 など



## 7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価についてデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うこととする。その際は糖尿病等管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取り組み評価表(参考資料 5)、KDB 様式 3-1 生活習慣病全体のレセプト分析(参考資料 5-1)等を用いて行うこととする。

### 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
- エ. かかりつけ医と連携して対応を行った数

#### ② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1cの変化
  - 血圧の変化
  - 体重の変化
  - BMIの変化
  - eGFRの変化(1年で25%以上の低下)
  - 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等管理台帳に記載。管理台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組み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こととする。

(参考資料 6)

### 2) 対象者の明確化

#### (1)対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン等に基づくものとする。

#### (2)対象者の把握・抽出

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。本市において平成 28 年度健診受診者 2,655 人のうち心電図検査実施者は 38 人 (1.4%) であり、そのうち ST 所見があったのは 4 人であった (図表 30)。

本市は同規模自治体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、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施する。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST 所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28 年度	2,655	100	38	1.4	4	10.5	16	42.1	18	47.4

虚血性心疾患は動脈硬化と深く関連していることから、本市では(参考資料7)に基づき、よりリスクの高い者に対し、二次検査として心電図検査に加え、頸動脈エコー検査、75g糖負荷試験を実施している。平成30年度より、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実施する予定であるため、心電図検査の所見と合わせメタボリックシンドロームやLDLコレステロールの関連等を把握しながら対象者の見直しを行うこととする。

### 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31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こととする。

#### 虚血性心疾患に関する症状

【図表31】

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

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

#### (2) 二次健診の実施

虚血性心疾患の予防を行うため、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。本市ではよりリスクの高い者(参考資料7)に対し二次検査として心

電図、頸動脈エコー、75g 糖負荷試験を実施している。前項でも記載したように、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心電図検査は重要な検査の一つである。

また、心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面があり、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。そして、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（血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013）このため、頸動脈エコーは動脈硬化の状況を把握するために有用である。さらに、WHO では 75g 糖負荷試験の境界型例を冠動脈疾患のリスクグループとしており虚血性心疾患の一次予防のために食事、運動療法は糖尿病発症以前より開始されるべきであると勧告している（糖尿病治療ガイド）。

このことから、本市では、二次検査を実施することで虚血性心疾患の予防に努める。

#### **4) 対象者の管理**

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」によると糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクである（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）。虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病等管理台帳で行うこととする。なお糖尿病等管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の情報も記載する。

また、糖尿病等管理台帳にはない、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必要がある。

#### **5) 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する。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する。

#### **6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携**

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

## 7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価について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。その際は糖尿病等管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用する。

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うこととする。

### 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

## 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等管理台帳に記載。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り組み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くものとする。(図表 32、33)

【脳卒中の分類】

【図表 32】

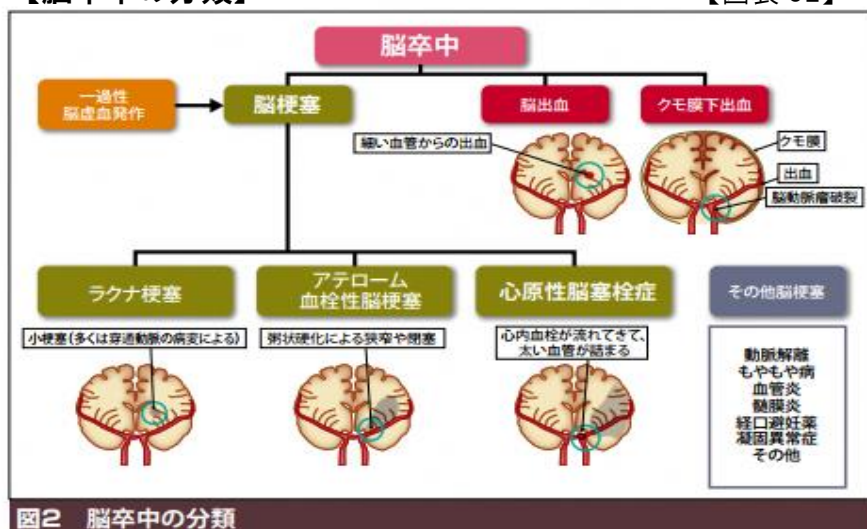


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

#### 脳血管疾患とリスク因子

【図表 33】

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)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、脳卒中治療ガイドライン等に基づくものとする。

### (2)対象者の把握・抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、図表 34 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化する。

【図表 34】

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	●		●		○	●		○
脳出血	心原性脳梗塞	●	●			○			○
	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 2,655人		185 (7.0%)	1 (0.0%)	101 (3.8%)	63 (2.4%)	527 (19.8%)	155 (5.8%)	40 (1.5%)	69 (2.6%)
治療なし		99	1	89	45	110	82	7	13
(再掲) 特定保健指導		38	0	23	11	110	15	3	2
治療中		86	0	12	18	417	73	33	56
臓器障害あり		6 (6.1%)	1 (100.0%)	1 (1.1%)	4 (8.9%)	1 (0.9%)	3 (3.7%)	7 (100.0%)	13 (100.0%)
CKD (専門医対象者)		6	0	0	4	1	2	7	13
尿蛋白 (2+) 以上		5	0	0	2	1	1	7	2
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)		3	0	0	2	0	1	2	13
心電図所見あり		0	1	1	0	0	1	0	0

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185人(7.0%)であり、99人は未治療者であった。また、未治療者のうち6人(6.1%)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。さらに、治療中であってもⅡ度高血圧以上である者も86人いることから、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。

また、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 35)

図表 35 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 35】

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

小松島市

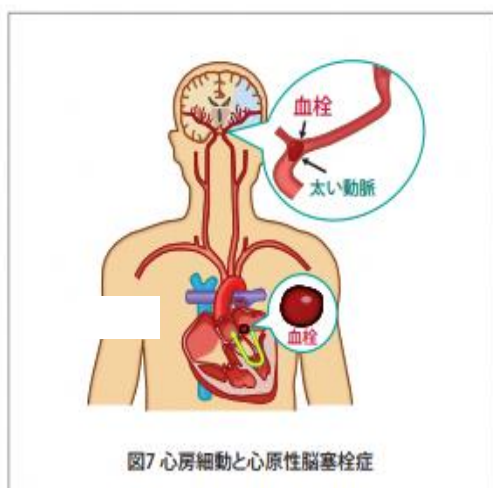
**血圧に基づいた脳心血管リスク層別化**  
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)						
	至適 血圧 ~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	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,638	532	364	286	357	80	19
	32.5%	22.2%	17.5%	21.8%	4.9%	1.2%	
リスク第1層	172	97	35	18	15	7	0
	10.5%	18.2%	9.6%	6.3%	4.2%	8.8%	0.0%
リスク第2層	926	302	218	173	188	35	10
	56.5%	56.8%	59.9%	60.5%	52.7%	43.8%	52.6%
リスク第3層	540	133	111	95	154	38	9
	33.0%	25.0%	30.5%	33.2%	43.1%	47.5%	47.4%
再掲 重複あり 糖尿病	129	34	30	20	33	11	1
	23.9%	25.6%	27.0%	21.1%	21.4%	28.9%	11.1%
慢性腎臓病 (CKD)	216	60	39	42	54	19	2
	40.0%	45.1%	35.1%	44.2%	35.1%	50.0%	22.2%
3個以上の危険因子	293	58	68	55	88	18	6
	54.3%	43.6%	61.3%	57.9%	57.1%	47.4%	66.7%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
15	195	246
0.9%	11.9%	15.0%
15	7	0
100%	3.6%	0.0%
--	188	45
--	96.4%	18.3%
--	--	201
--	--	81.7%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

### (3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い症例である。

心房細動は心原性脳塞栓症をきたすことがあるため、心電図検査によって早期に発見することが重要である。図表 36 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。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 36】

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	21	17	1	4.8	0	0.0	—	—
40 歳代	2	0	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50 歳代	1	0	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60 歳代	11	11	1	9.1	0	0.0	1.9	0.4
70～74 歳	7	6	0	0.0	0	0.0	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

\*日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 37】

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

平成 28 年度 38 人が心電図検査を実施しており、1 人が心房細動の所見であった。心房細動は脳梗塞のリスクでもあるため、医療機関の受診勧奨を行う必要がある。リスクのある対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の実施は有効である。

### 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こととする。

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とともに、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こととする。

#### (2) 二次健診の実施

脳血管疾患の予防を行うため、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。本市では、よりリスクの高い者（参考資料 7）に対し二次検査として

心電図・頸動脈エコー・75g糖負荷試験を実施している。脳卒中の危険因子として、高血圧・糖尿病・脂質異常症・心房細動等があげられており、脳卒中のハイリスク群として、メタボリックシンドロームや慢性腎臓病（CKD）が位置づけられている。（脳卒中治療ガイドライン）このことから、二次検査を効果的に実施することで脳血管疾患の予防に努める。

#### 4) 対象者の管理

糖尿病等管理台帳で過去の健診受診歴なども踏まえ、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、KDB等で未治療者や中断者の把握に努める必要がある。

また、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経過を把握することとする。

#### 5) 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する。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する。

#### 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で、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する。

#### 7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価について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。その際は糖尿病等管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用する。

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うこととする。

##### 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。

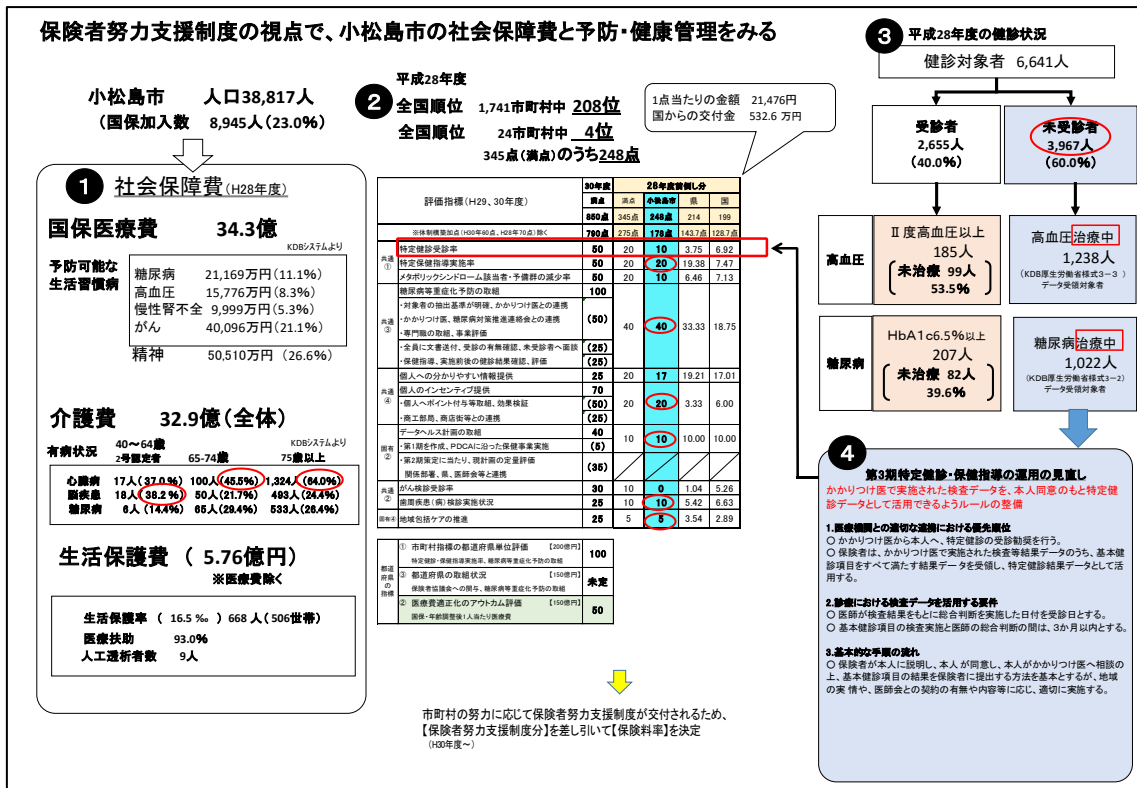
## 8) 実施期間及びスケジュール

- 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等管理台帳に記載。管理台帳記載後  
順次、対象者へ介入（通年）

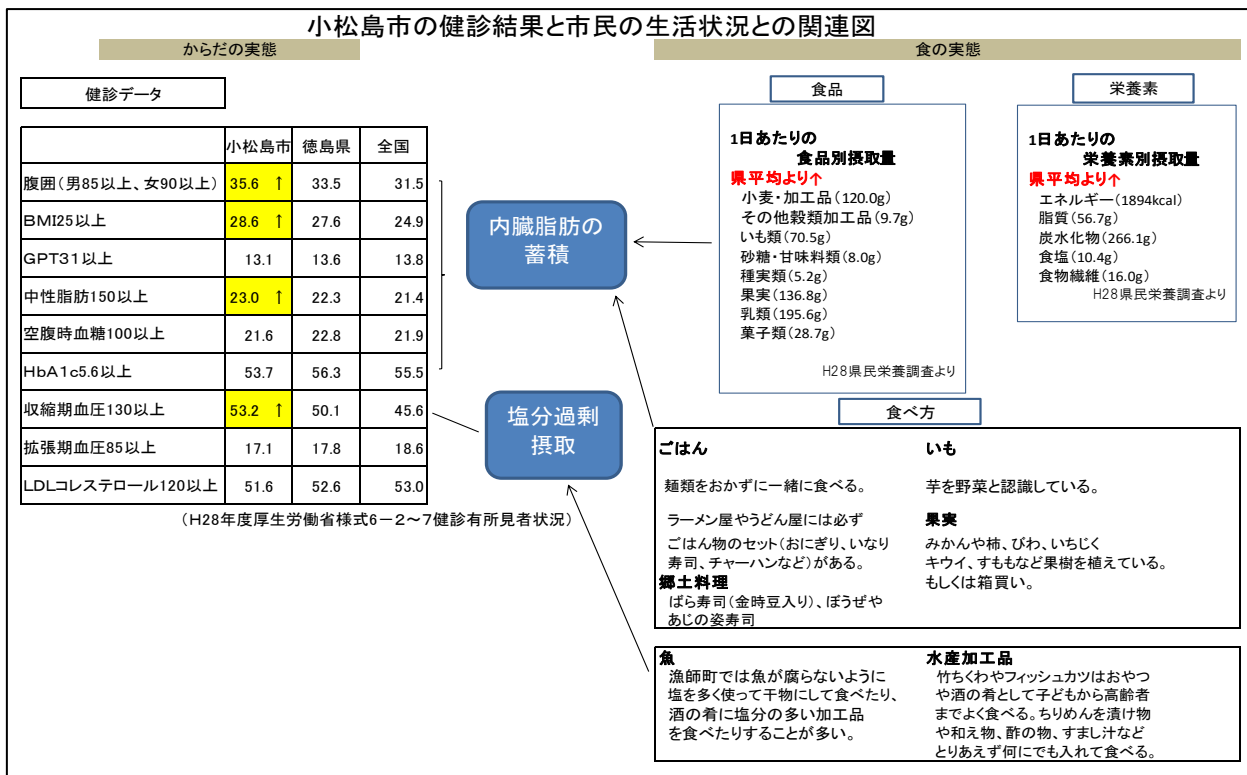
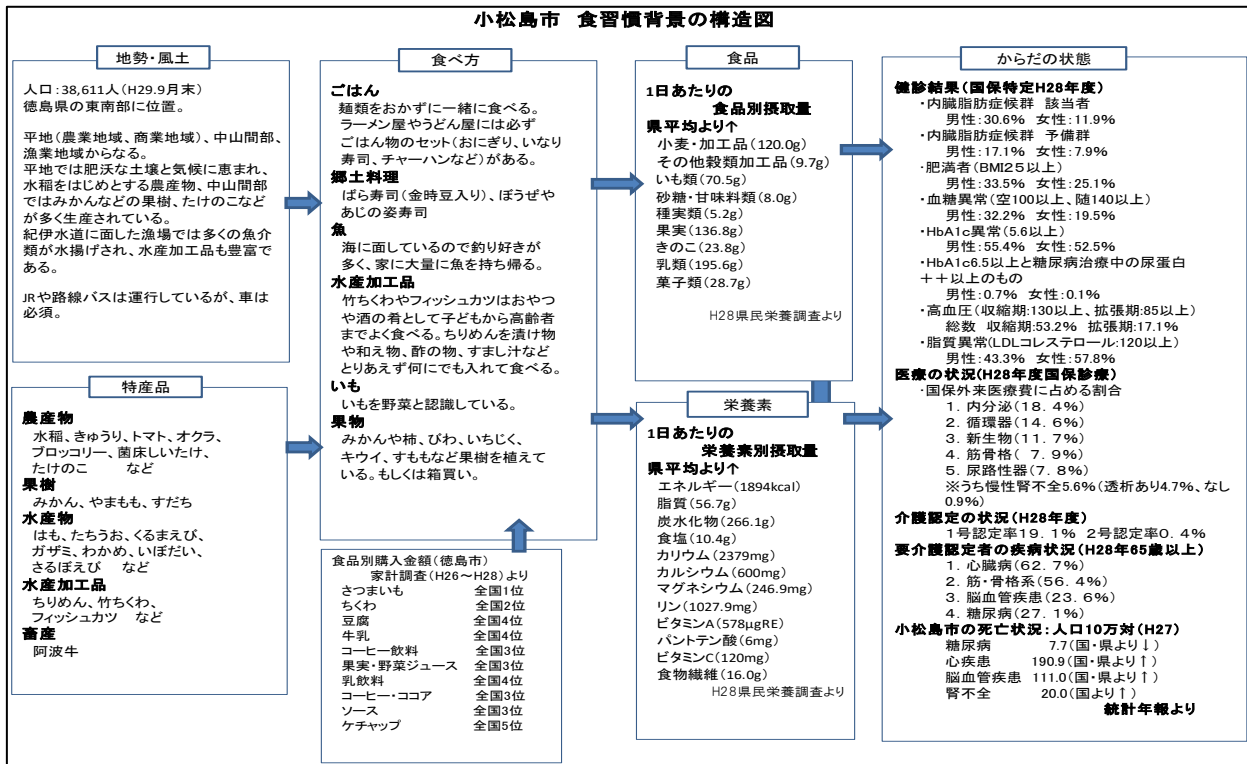
## Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について広く市民への周知を図る。（図表 38・39）

【図表 38】



【図表 39】



## 第5章 地域包括ケアに係る取り組み

「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。

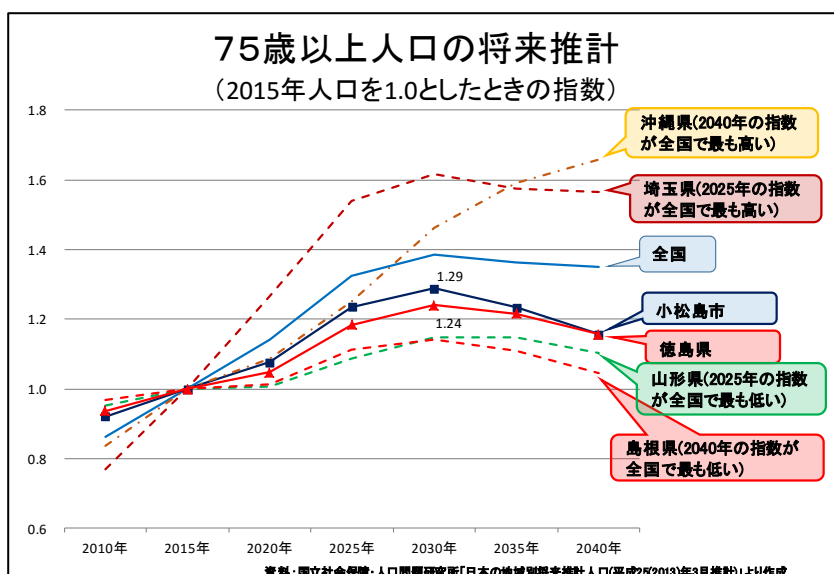
重度の要介護状態となる原因としては、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めており、要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であることから、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながると言える。

また、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することで、ハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施することが重要であり、第4章の重症化予防の取り組みそのものが介護予防として捉えることができる。

本市では、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数と比較すると、全国、県より低い状況であり、2030年が1.29と高くその後減少していく。(図表40)

しかし、本市の国保被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合は全国、県より高く、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本市国保事業の運営はもとより、市民一人ひとりにとっても非常に重要である。

【図表40】



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つなげて行くためには、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、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。



## 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、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標(参考資料8・9)

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)

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るとともに、具体的な評価方法としては、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ことから、受診率・受療率、医療の動向等については国、県、同規模保険者との比較を行うこととする。(参考資料10-1~3)

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(参考資料10-4~7)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、小松島市医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知することとする。

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

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内での利用、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ものとする。

## 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本市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画、高血圧管理台帳からの年次計画、腎症管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 5-1 厚生労働省様式（様式 3-1）生活習慣病全体のレセプト分析
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 特定健康診査二次検査対象者
- 参考資料 7-1 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
- 参考資料 8 評価イメージ 1
- 参考資料 9 評価イメージ 2
- 参考資料 10-1 医療費の変化
- 参考資料 10-2 疾病の発症状況と経年変化（1）
- 参考資料 10-3 疾病の発症状況と経年変化（2）
- 参考資料 10-4 健診データのうち有所見者割合の経年変化
- 参考資料 10-5 メタボリック該当者・予備群の経年変化

参考資料 10-6 質問票調査の経年変化

参考資料 10-7 特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年変化

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた小松島市の位置

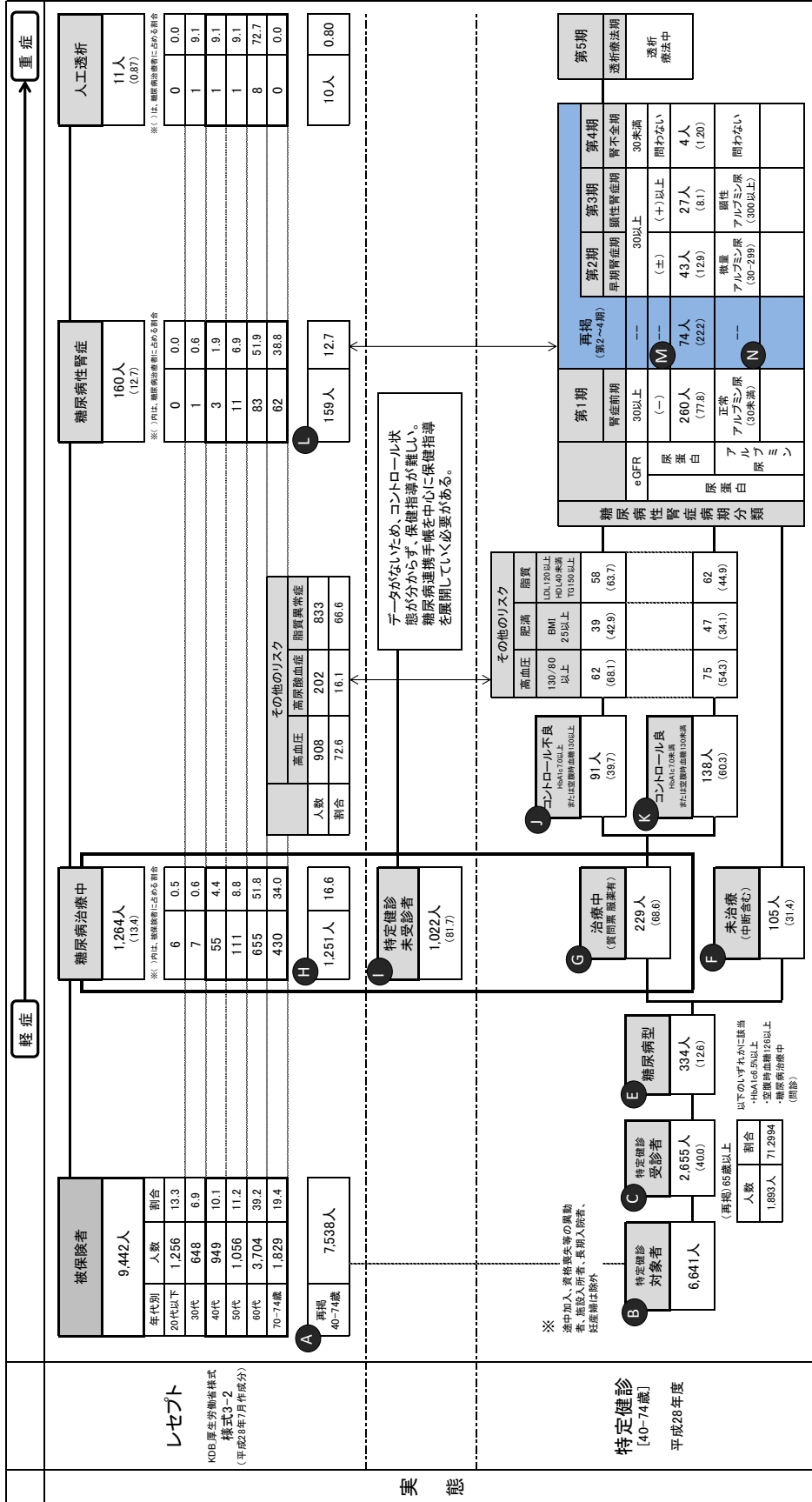
2017.11.14作成

項目	H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
	保険者		保険者		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	40,401		40,401		9,030,767		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）	10,646	26.4	10,646	26.4	2,626,654	29.1	2,094,460	27.1		29,020,766	23.2
		75歳以上	5,522	13.7	5,522	13.7			1,113,837	14.7		13,999,864	11.2
		65～74歳	5,124	12.7	5,124	12.7			95,623	12.4		15,030,902	12.0
		40～64歳	14,010	34.7	14,010	34.7			266,169	34.5		42,411,922	34.0
	39歳以下	15,745	39.0	15,745	39.0			296,728	38.4	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	8.2		8.2		11.4		8.8		4.2		
		第2次産業	23.6		23.6		27.5		24.3		25.2		
		第3次産業	68.2		68.2		61.1		66.9		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.3		79.3		79.2		79.4		79.6		
女性		86.5		86.5		86.4		86.2		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.6		65.6		65.1		65.2		65.2			
	女性	66.6		66.6		66.8		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	104.6		107.0		104.8		101.4		100		
		がん	125	48.6	130	50.6	32,164	46.4	2,469	46.4	367,905	49.6	
		心臓病	67	26.1	61	23.7	19,517	28.2	1,543	29.0	196,768	26.5	
		脳疾患	44	17.1	35	13.6	11,781	17.0	825	15.5	114,122	15.4	
		糖尿病	10	3.9	3	1.2	1,340	1.9	113	2.1	13,658	1.8	
		腎不全	8	3.1	18	7.0	2,559	3.7	218	4.1	24,763	3.3	
		自殺	3	1.2	10	3.9	1,902	2.7	151	2.8	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計											
		男性											
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	2,201	20.0	2,263	21.6	539,524	20.5	48,252	23.1	5,882,340	21.2
			新規認定者	79	0.3	37	0.3	8,953	0.3	727	0.3	105,654	0.3
		② 有病状況	2号認定者	51	0.4	50	0.3	11,164	0.4	941	0.4	151,745	0.4
			糖尿病	618	26.5	603	26.4	125,517	22.3	13,140	26.4	1,343,240	21.9
			高血圧症	1,222	52.6	1,278	54.5	305,818	54.6	28,314	57.0	3,085,109	50.5
			脂質異常症	615	26.1	649	27.7	159,712	28.3	14,741	29.6	1,733,323	28.2
心臓病			1,382	60.0	1,440	61.6	349,121	62.4	32,169	64.9	3,511,354	57.5	
脳疾患			563	24.8	561	24.4	154,757	27.9	12,843	26.0	1,530,506	25.3	
がん			188	8.1	197	8.8	58,389	10.3	5,291	10.5	629,053	10.1	
③ 介護給付費		1件当たり給付費（全体）	62,849		56,880		66,708		60,272		58,349		
		居宅サービス	35,811		35,071		41,740		39,151		39,683		
④ 医療費等		施設サービス	303,079		288,639		278,164		284,661		281,115		
		要介護認定別医療費（40歳以上）	8,347	認定あり	8,530	認定あり	8,280	8,280	7,585	7,585	7,990	7,990	
4		① 国保の状況	被保険者数	9,886		9,056		2,264,275		173,928		32,587,223	
			65～74歳	3,903	39.5	4,225	46.7			75,546	43.4	12,462,053	38.2
	40～64歳		3,737	37.8	3,039	33.6			59,408	34.2	10,946,693	33.6	
	39歳以下		2,246	22.7	1,792	19.8			38,974	22.4	9,178,477	28.2	
	② 医療の概況 (人口千対)	加入率	24.5		22.4		25.1		22.5		26.9		
		病院数	7	0.7	7	0.8	833	0.4	113	0.6	8,255	0.3	
		診療所数	27	2.7	28	3.1	6,529	2.9	743	4.3	96,727	3.0	
		病床数	956	96.7	956	105.6	135,296	59.8	14,845	85.4	1,524,378	46.8	
		医師数	205	20.7	204	22.5	16,982	7.5	2,463	14.2	299,792	9.2	
		外来患者数	697.7		723.8		698.5		721.1		668.3		
		入院患者数	28.9		28.8		23.6		25.6		18.2		
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,566	県内9位 同規模68位	30,846	県内8位 同規模60位	27,773	28,005	24,253				
		受診率	726.619		752.586		722.134		746.696		686.501		
		外来費用の割合	50.5		51.4		56.9		54.7		60.1		
		外来件数の割合	96.0		96.2		96.7		96.6		97.4		
入院費用の割合		49.5		48.6		43.1		45.3		39.9			
入院件数の割合		4.0		3.8		3.3		3.4		2.6			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費疾患名 (調剤含む)	1件あたり在院日数	20.3日		19.5日		17.0日		18.8日		15.6日			
	がん	357,513,300	18.2	400,962,720	21.1	23.9	22.9	25.6					
	慢性腎不全（透析あり）	123,810,410	6.3	99,994,820	5.3	9.2	7.1	9.7					
	糖尿病	211,579,120	10.8	211,168,530	11.1	9.9	9.6	9.7					
	高血圧症	193,624,350	9.9	157,761,980	8.3	8.9	8.3	8.6					
	精神	526,300,310	26.8	505,103,120	26.6	19.6	25.5	16.9					
筋・骨格	250,455,470	12.8	255,370,040	13.5	15.2	13.7	15.2						



糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

小松島市



【参考資料 3】

番号	担当	追加年度	個人番号	地区	番号	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H25	H26	H27	H28	H29	転出 死亡	備考
											糖	糖	糖	糖	糖		
1	H25						女	68		糖尿病	○	○	○	○	○		
										高血圧	9.5	8.8	9.9	7.4	8		
										虚血性心疾患	47.4	48	48.2	47	48.4		
										脳血管疾患	19.3	19.6	19.9	19.3	19.9		
										糖尿病性腎症	146/68	160/72	144/78	128/60	134/64		
										CKD	GFR 65	73	60	61	55		
2	H28						女	68		糖尿病				11.1	8.5		
										高血圧				52.6	55		
										虚血性心疾患				23.5	24.7		
										脳血管疾患				134/90	130/78		
										糖尿病性腎症				90	71		
										CKD	GFR						
3	H29						男	66		糖尿病				10.9			
										高血圧					89		
										虚血性心疾患					29.6		
										脳血管疾患					154/82		
										糖尿病性腎症					72		
										CKD	GFR						

【参考資料 4】

対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
<b>糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (559) 人</b> <b>A 健診未受診者 (248) 人</b> 結果未把握 (内訳) ① 国保(生保) (126) 人 ② 後期高齢者 (86) 人 ③ 他保険 (18) 人 ④ 住基異動(死亡・転出) (18) 人 ⑤ 確認できていない (0) 人 ↓ ①-1 未治療者(中断者含む) (14) 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 ↓ <b>B 結果把握 (311) 人</b> ① HbA1cが悪化している (152) 人 例) HbA1c7.0以上で前年度または昨年度より悪化している ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある ② 尿蛋白 (-) (243) 人 (±) (41) 人 (+) ~ 顕性腎症 (27) 人 ③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (83) 人 1年で5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 (9) 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 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 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 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医



高血圧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												
結果把握	<b>高血圧管理台帳の全数 (A)+(B) (697) 人</b> <b>A 健診未受診者 (279) 人</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">結果未把握 (内訳)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>(115) 人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>(129) 人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>(26) 人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>(9) 人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できていない</td> <td>(0) 人</td> </tr> </tbody> </table>	結果未把握 (内訳)		①国保(生保)	(115) 人	②後期高齢者	(129) 人	③他保険	(26) 人	④住基異動(死亡・転出)	(9) 人	⑤確認できていない	(0) 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 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 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 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医
	結果未把握 (内訳)														
①国保(生保)	(115) 人														
②後期高齢者	(129) 人														
③他保険	(26) 人														
④住基異動(死亡・転出)	(9) 人														
⑤確認できていない	(0) 人														
保健指導の優先づけ	①-1 未治療者(中断者含む) (38) 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 <b>B 結果把握 (418) 人</b> ① 収縮期、又は拡張期20以上が悪化している (69) 人 例)Ⅲ度以上で前年度または昨年度より悪化している (57) 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 (-) (323) 人 (±) (55) 人 (+) ~ 顕性腎症 (40) 人 ③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (86) 人 1年で5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 (4) 人														

腎症管理台帳からの年次計画 H28年度

担当者名: 担当地区:

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携												
結果把握	<b>1年でeGFR値25%低下者管理台帳の全数 (A)+(B) (19) 人</b> <b>A 健診未受診者 (0) 人</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">結果未把握 (内訳)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>(0) 人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>(0) 人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>(0) 人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>(0) 人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できていない</td> <td>(0) 人</td> </tr> </tbody> </table>	結果未把握 (内訳)		①国保(生保)	(0) 人	②後期高齢者	(0) 人	③他保険	(0) 人	④住基異動(死亡・転出)	(0) 人	⑤確認できていない	(0) 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 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 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 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心
	結果未把握 (内訳)														
①国保(生保)	(0) 人														
②後期高齢者	(0) 人														
③他保険	(0) 人														
④住基異動(死亡・転出)	(0) 人														
⑤確認できていない	(0) 人														
保健指導の優先づけ	①-1 未治療者(中断者含む) (0) 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 <b>B 結果把握 (19) 人</b> ① eGFR値の変化 (a) 1年で25%以上低下 (19) 人 (a)のうち 過去5年間で一度でもHbA1cが6.5%以上 (9) 人 過去5年間で1度でもⅡ度高血圧値以上 (4) 人 ② 尿蛋白 (-) ( ) 人 (±) ( ) 人 (+) ~ 顕性腎症 ( ) 人														

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料5】

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	9,442人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A	7,538人							
2	① 特定健診	B	6,641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	6,641人							
	③ 受診者数	C	2,655人							
3	① 特定保健指導		40.0%						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 実施率		82.4%							
4	① 健診データ	E	334人	12.6%					特定健診結果	
	② 糖尿病型	E	334人	12.6%						
	③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	105人	31.4%						
	④ 治療中(質問票 服薬あり)	G	229人	68.6%						
	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	91人	39.7%						
	⑥ 血圧 130/80以上	J	62人	68.1%						
	⑦ 肥満 BMI25以上	J	39人	42.9%						
	⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	138人	60.3%						
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	260人	77.8%						
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)	M	43人	12.9%						
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	27人	8.1%						
⑫ 第4期 eGFR30未満	M	4人	1.2%							
5	① 糖尿病受療率(被保険者対)		133.9人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		166.0人							
	③ レセプト件数 (40-74歳)		7,095件	(97.7%)			5,486件	(80.8%)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ ( )内は被保険者対 入院(件数)		35件	(4.8)			40件	(5.8)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	1,264人	13.4%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳	H	1,251人	16.6%						
	⑦ 健診未受診者	I	1,022人	81.7%						
	⑧ インスリン治療	O	104人	8.2%						
	⑨ (再掲)40-74歳	O	99人	7.9%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	160人	12.7%						
	⑪ (再掲)40-74歳	L	159人	12.7%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	0.87%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑬ (再掲)40-74歳		10人	0.80%						
	⑭ 新規透析患者数		7人	0.55%						
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3人	0.24%						
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		51人	3.0%						
6	① 総医療費		34億3552万円				29億9383万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	② 生活習慣病総医療費		18億9814万円				17億2766万円			
	③ (総医療費に占める割合)		55.3%				57.7%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		7,024円				7,001円			
	⑤ 健診受診者		33,371円				35,214円			
	⑥ 健診未受診者									
	⑦ 糖尿病医療費		2億1117万円				1億7148万円			
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.1%				9.9%			
	⑨ 糖尿病入院外総医療費		5億1236万円							
	⑩ 1件あたり		31,164円							
	⑪ 糖尿病入院総医療費		3億3200万円							
	⑫ 1件あたり		521,200円							
	⑬ 在院日数		18日							
	⑭ 慢性腎不全医療費		1億2461万円				1億6922万円			
	⑮ 透析有り		9999万円				1億5809万円			
⑯ 透析なし		2461万円				1113万円				
7	① 介護		32億9342万円				31億7728万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件 3.6%							
8	① 死亡		3人 0.7%				5人 1.1%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

厚生労働省様式  
(様式3-1) 生活習慣病全体のレセプト分析

作成年月 : H30年07月  
印刷日 : H30年01月23日  
ページ : 1/1

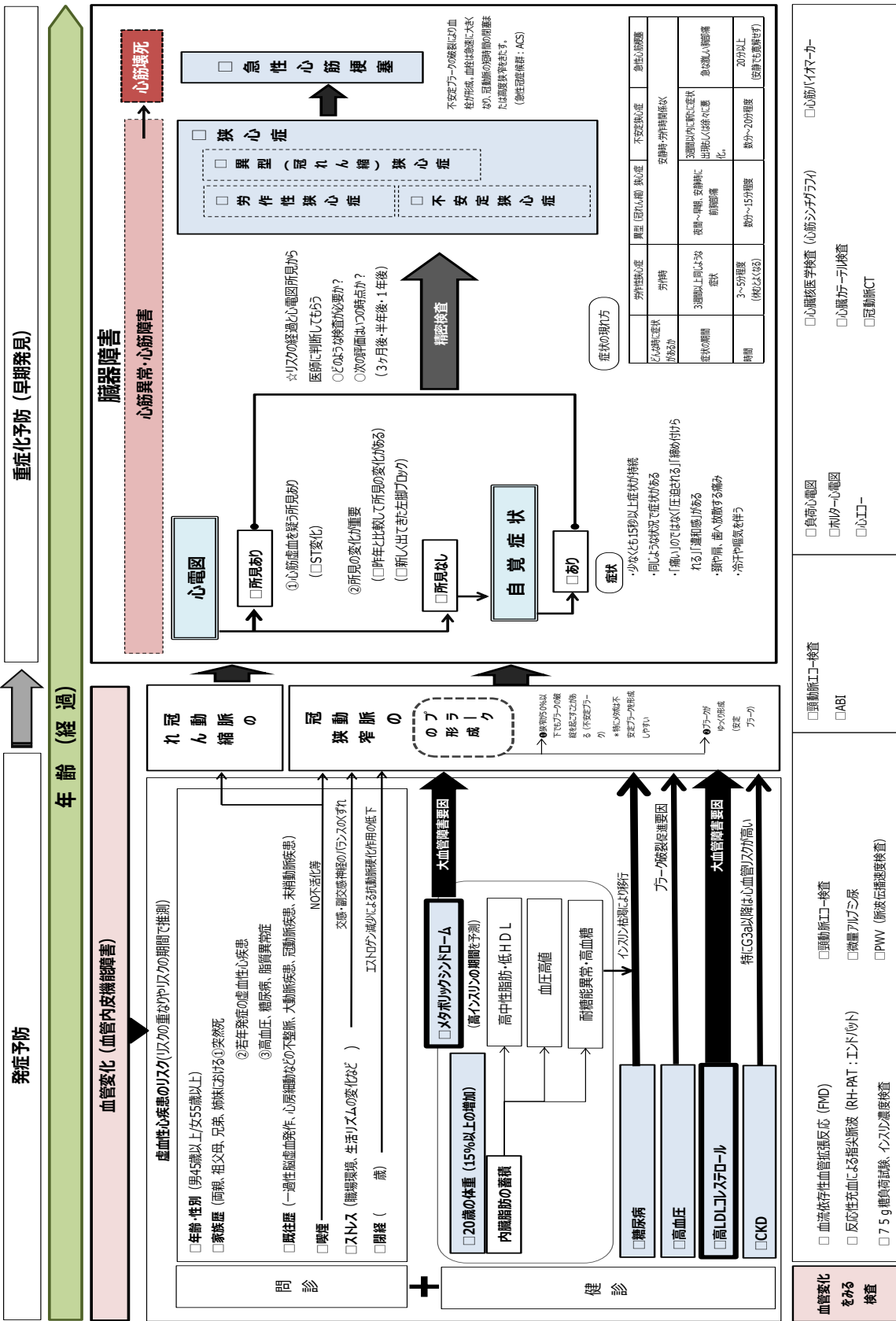
保険番号 : 360032  
保険者名 : 小坂島市  
地区 :

性別	保険者数 A	一ヶ月の レセプト数 B	生活習慣病対象者 C			大血管障害 E			人工透析 F			糖尿病 G			糖尿病以外の血管を備える因子 H			糖尿病併存 I		
			生活習慣病対象者 C		大血管障害 E		人工透析 F		糖尿病 G		糖尿病以外の血管を備える因子 H		糖尿病併存 I							
			人数	% (C/A)	人数	% (E/C)	人数	% (F/C)	人数	% (G/C)	人数	% (H/C)	人数	% (I/C)	人数	% (J/C)	人数	% (K/C)	人数	% (N/C)
20歳代以下	635	250	48	7.6	0	0.0	2	2.1	0	0.0	3	6.3	2	4.2	0	0.0	2	4.2	3	6.3
30歳代	358	141	71	19.8	0	0.0	2	2.8	0	0.0	4	5.6	1	1.4	0	0.0	6	8.5	2	2.8
40歳代	510	224	125	24.5	5	4.0	10	8.0	0	0.0	43	34.4	7	5.6	3	2.4	47	37.6	14	11.2
50歳代	541	318	207	38.3	14	6.8	28	13.5	4	1.9	67	32.4	6	2.9	5	2.4	98	47.3	25	12.1
60~64歳	592	419	258	43.8	25	10.0	36	13.9	8	3.1	99	38.2	11	4.2	15	5.8	188	64.9	50	19.3
65~69歳	1,119	922	576	51.5	74	12.8	102	17.7	1	0.2	260	46.1	16	2.8	35	6.1	404	70.1	104	18.1
70~74歳	851	654	560	65.8	93	16.6	127	22.7	0	0.0	224	40.0	14	2.5	31	5.5	430	76.8	128	22.9
合計	4,698	3,228	1,846	40.1	212	11.5	308	16.6	13	0.7	700	37.9	57	3.1	89	4.8	1,155	62.6	326	17.7
男	3,613	2,837	1,727	47.8	212	12.3	303	17.5	13	0.8	693	40.1	54	3.1	89	5.2	1,147	66.4	321	18.6
女	1,970	1,676	1,136	57.7	167	14.7	229	20.2	1	0.1	484	42.8	30	2.6	56	5.9	834	73.4	232	20.4

性別	保険者数 A	一ヶ月の レセプト数 B	生活習慣病対象者 C			大血管障害 E			人工透析 F			糖尿病 G			糖尿病以外の血管を備える因子 H			糖尿病併存 I		
			生活習慣病対象者 C		大血管障害 E		人工透析 F		糖尿病 G		糖尿病以外の血管を備える因子 H		糖尿病併存 I							
			人数	% (C/A)	人数	% (E/C)	人数	% (F/C)	人数	% (G/C)	人数	% (H/C)	人数	% (I/C)	人数	% (J/C)	人数	% (K/C)	人数	% (N/C)
20歳代以下	621	269	49	7.9	1	2.0	0	0.0	0	0.0	3	6.1	1	2.0	0	0.0	2	4.1	2	4.1
30歳代	290	137	61	21.0	2	3.3	1	1.6	2	3.3	3	4.9	1	1.6	1	1.6	4	6.6	1	1.6
40歳代	438	224	100	22.8	1	1.0	3	3.0	2	2.0	12	12.0	1	1.0	0	0.0	14	14.0	2	2.0
50歳代	515	305	178	34.6	9	5.1	7	3.9	1	0.6	44	24.7	5	2.8	6	3.4	79	44.4	7	3.9
60~64歳	740	585	321	43.4	25	7.8	20	6.2	0	0.0	91	28.3	10	3.1	10	3.1	168	52.3	7	2.2
65~69歳	1,253	1,125	699	55.0	51	7.4	72	10.4	1	0.1	205	29.8	11	1.6	23	3.3	20	2.9	9	1.3
70~74歳	978	1,051	614	62.8	69	11.1	87	14.2	0	0.0	206	33.6	18	2.9	31	5.0	22	3.6	10	1.6
合計	4,838	3,696	2,012	41.6	157	7.8	190	9.4	6	0.3	564	20.0	47	2.3	71	3.5	58	2.9	31	1.5
男	3,925	3,290	1,902	48.5	154	8.1	189	9.9	4	0.2	588	29.3	45	2.4	70	3.7	57	3.0	30	1.6
女	2,231	2,176	1,303	58.4	119	9.1	159	12.2	1	0.1	411	31.5	29	2.2	54	4.1	42	3.2	19	1.5

年齢	保険者数 A	一ヶ月の レセプト数 B	生活習慣病対象者 C			大血管障害 E			人工透析 F			糖尿病 G			糖尿病以外の血管を備える因子 H			糖尿病併存 I		
			生活習慣病対象者 C		大血管障害 E		人工透析 F		糖尿病 G		糖尿病以外の血管を備える因子 H		糖尿病併存 I							
			人数	% (C/A)	人数	% (E/C)	人数	% (F/C)	人数	% (G/C)	人数	% (H/C)	人数	% (I/C)	人数	% (J/C)	人数	% (K/C)	人数	% (N/C)
20歳代以下	1,256	519	97	7.7	1	1.0	1	1.0	0	0.0	6	6.2	3	3.1	0	0.0	4	4.1	5	5.2
30歳代	648	278	132	20.4	2	1.5	3	2.3	2	1.5	7	5.3	2	1.5	1	0.8	10	7.6	3	2.3
40歳代	948	448	225	23.7	6	2.7	13	5.8	2	0.9	55	24.4	8	3.6	3	1.3	61	27.1	16	7.1
50歳代	1,056	623	385	36.5	23	6.0	35	9.1	5	1.3	111	28.0	11	2.9	11	2.9	14	3.6	6	1.8
60~64歳	1,332	1,004	580	43.5	51	8.8	56	9.7	8	1.4	190	32.8	21	3.6	25	4.3	18	3.1	7	1.2
65~69歳	2,372	2,047	1,265	53.3	125	9.9	174	13.8	2	0.2	465	36.6	27	2.1	58	4.6	35	2.6	17	1.3
70~74歳	1,829	2,005	1,174	64.2	161	13.7	214	18.2	0	0.0	430	36.6	32	2.7	82	5.3	52	4.4	20	1.7
合計	9,442	6,924	3,859	40.9	389	9.6	496	12.9	19	0.5	1,264	32.8	104	2.7	150	4.1	127	3.3	54	1.4
男	7,538	6,127	3,629	48.1	366	10.1	482	13.6	17	0.5	1,251	34.5	99	2.7	159	4.4	126	3.4	53	1.5
女	4,201	4,052	2,439	58.1	266	11.7	388	15.9	2	0.1	685	36.1	59	2.4	120	4.9	67	3.6	37	1.5

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

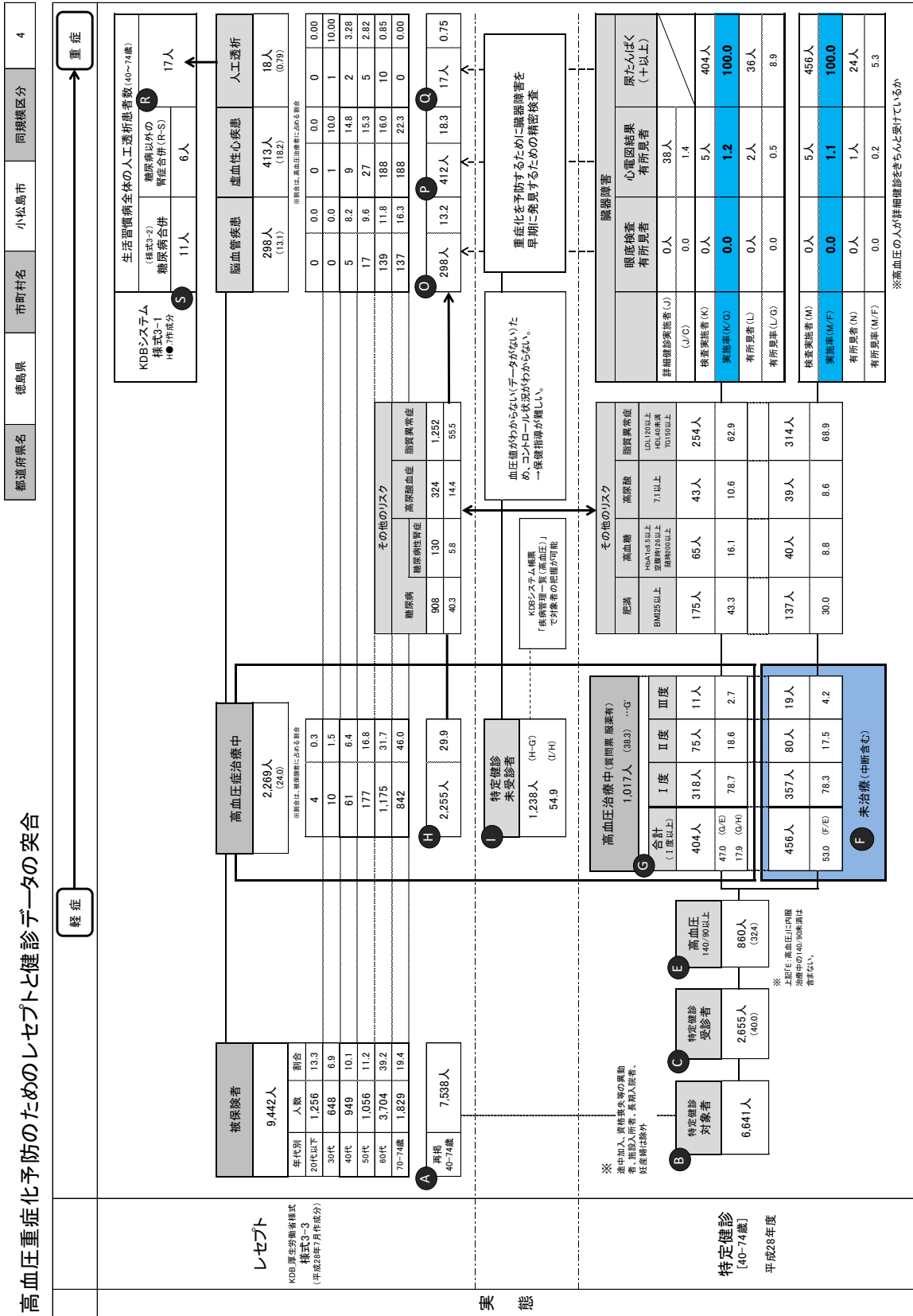


## 【参考文献 6】

【参考文献】  
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の三次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の四次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の五次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の六次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の七次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の八次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の九次予防ガイドライン2022改訂版、虚血性心疾患の十次予防ガイドライン2022改訂版

特定健康診査二次検査対象者

- ①個別特定健診を受診し、特定保健指導積極的支援該当者
- ②個別特定健診を受診し、特定保健指導動機づけ支援該当者のうち 40～64 歳で HbA1c (NGSP 値) 5.6～6.4%または LDL コレステロール 120mg/dl 以上の者
- ③個別特定健診を受診し、特定保健指導動機づけ支援該当者のうち 65～69 歳男性で、特定健診結果が LDL コレステロール値 140mg/以上かつ収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上の者  
※上記①～③の対象者のうち、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上の者は 75g 経口ブドウ糖負荷試験のみ対象外とする。また、収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上に該当する者については心電図検査を実施する。
- ④集団特定健診を受診し、情報提供レベル対象者のうち LDL コレステロール値 140mg/dl 以上の者、その他頸動脈エコー検査を必要とする者



①平成27年度子タヘルスの取り組みと課題整理(平成27年度実践・評価)

平成27年度課題	①平成27年度支援・評価委員会の助言を踏まえやってきた実践事項を振り返りみる(プロセス)	②アウトプット(事業実施量)	③アウトカム(結果)	④ストラクチャー(構造)	⑤残っている課題
----------	--	----------------	------------	--------------	----------

CKD重症化予防	<p>◎データヘルスにおけるCKD重症化予防対象者 H27特定健診受診結果で40歳から69歳の①②③のいずれかに該当する者 ①蛋白尿(2+)以上 ②蛋白尿、血尿ともに(1+)以上 ③eGFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満</p> <p>○評価委員会からの助言 eGFR低下速度の速い方、KDBを活用してハイリスク者の抽出を考えていただき、試みの成果を教えてください。</p> <p>◎eGFR低下速度の速い方をH26年度H27年度の健診データでみた。</p>	<p>計 53人(内特定保健指導対象者6人) ①16人(③との重複5人) ②0人 ③37人(①との重複5人)</p> <p>目標 上記対象者に 家庭訪問実施率 60%</p> <p>目標に対して 上記対象者に 家庭訪問実施率 54.7%</p>	<p>対象者53人、中29人実施 H27度中家庭訪問等 実施 16人 H28度中家庭訪問等 実施 13人</p> <p>重症化予防のためには 100%は訪問が必要。 かかりつけ医と連携した人は40人。</p> <p>重症化予防のためには 100%は訪問が必要。 かかりつけ医との連携。 かかっても不在で会えない方がいる。</p>	<p>地区担当保健師7人と管理栄養士2人で保健師と管理栄養士がペアで指導する。</p> <p>重症化予防のためには 100%は訪問が必要。 かかりつけ医と連携した人は40人。</p> <p>重症化予防のためには 100%は訪問が必要。 かかっても不在で会えない方がいる。</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>対象者に100%訪問できる体制づくり。 かかりつけ医との連携。 かかっても不在で会えない方がいる。</p>
----------	--	--	--	---	--

1. CKD重症化別人数(2カ年の推移)

年度	eGFR50以下		eGFR50以上		合計
	人数	割合	人数	割合	
26年度	2,876	41.7%	2,874	41.7%	5,750
27年度	2,942	41.7%	2,892	41.7%	5,834

2. 前年度を起点に今年度の結果でどの層が改善・悪化しているかをみる

◎今年度の結果

eGFR	eGFR50以下		eGFR50以上		合計
	人数	割合	人数	割合	
90	2,373	81.1%	1,789	81.1%	4,162
80	10	28.3%	2	50.0%	12
45	60	87.9%	1	16.7%	61
30	60	100.0%	0	0.0%	60
15	11	100.0%	0	0.0%	11
不明	0	0.0%	0	0.0%	0

◎特定健診受診者数・指導者数

年度	対象者数	受診者数	指導者数	受診率	指導率
平成21年度	6,755人	2,836人	460人	42.0%	28.7%
平成22年度	6,798人	2,785人	407人	41.0%	44.2%
平成23年度	6,793人	2,817人	380人	41.5%	52.4%
平成24年度	6,828人	2,965人	405人	43.4%	68.4%
平成25年度	6,989人	2,945人	398人	42.1%	80.9%
平成26年度	6,905人	2,876人	379人	41.7%	80.5%
平成27年度	6,853人	2,855人	381人	41.7%	84.0%

これまでの健診データの分析より、  
特定保健指導が実施されていることが、  
市の特徴。指導率は上がっているが、  
特定保健指導対象者が減少している。  
重症化の取り組みに必要な  
基本的な指導の質、効果的な  
保健指導の提供はできているか。







医療費の変化

【参考資料 10-1】

医療費分析の経年比較

(1) 総医療費

KDB帳票No4「市区町村別データ」出力CSV

項目	総医療費【円】					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
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						

(2) 1人あたり医療費

項目	1人あたり医療費【円】			伸び率（％）		
	全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H30年度	保険者【地区】					
	同規模					
	徳島県					
H31年度	保険者【地区】					
	同規模					
	徳島県					
H32年度	保険者【地区】					
	同規模					
	徳島県					
H33年度	保険者【地区】					
	同規模					
	徳島県					
H34年度	保険者【地区】					
	同規模					
	徳島県					
H35年度	保険者【地区】					
	同規模					
	徳島県					

※KDBの1人あたり医療費は、月平均額での表示となる。

※同規模市町村数 252

疾病の発症状況と経年変化 (1)  
 疾病の発症状況(中長期的な目標疾患)

【参考資料 10-2】

KDB帳票No.21・No.23「厚労省様式」医療費分析(1)最小分類」

疾患	虚血性心疾患								
	患者数 (様式3-5)	増減数	伸び率	新規患者数 (千人あたり)		入院医療費 (円)			
				保険者	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
平成30年									
平成31年									
平成32年									
平成33年									
平成34年									
平成35年									

毎年5月診療分

疾患	脳血管疾患								
	患者数 (様式3-6)	増減数	伸び率	新規患者数 (千人あたり)		入院医療費 (円)			
				保険者	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率
平成30年									
平成31年									
平成32年									
平成33年									
平成34年									
平成35年									

毎年5月診療分

疾患	糖尿病性腎症						
	患者数 (様式3-2)	増減数	伸び率	新規患者数 (千人あたり)		入院医療費 (円)	
				保険者	同規模	糖尿病	伸び率
平成30年							
平成31年							
平成32年							
平成33年							
平成34年							
平成35年							

毎年5月診療分

疾病の発症状況と経年変化 (2)  
 共通する基礎疾患(短期的な目標疾患)

【参考資料 10-3】

KDB帳票No.21「厚労省様式」医療費分析(1)最小分類」

疾患	糖尿病					高血圧					脂質異常症					高尿酸血症	
	患者数	増減	増減率	新規患者数 (千人あたり)		患者数	増減	増減率	新規患者数 (千人あたり)		患者数	増減	増減率	新規患者数 (千人あたり)		新規患者数 (千人あたり)	
				保険者	同規模				保険者	同規模				保険者	同規模	保険者	同規模
平成30年																	
平成31年																	
平成32年																	
平成33年																	
平成34年																	
平成35年																	

毎年5月診療分

健診データのうち有所見者割合の経年変化

【参考資料 10-4】

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）

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	
H30	合計																							2.6	
	40-64																								1.6
	65-74																								3.3
H31	合計																								2.3
	40-64																								0.9
	65-74																								3.1
H32	合計																								2.3
	40-64																								0.5
	65-74																								3.1
H33	合計																								2.0
	40-64																								0.6
	65-74																								2.6
H34	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
H35	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

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		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	
H30	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
H31	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
H32	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
H33	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
H34	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
H35	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

メタボリック該当者・予備群の経年変化

【参考資料 10-5】

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（様票）

性別	年齢	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																					
H30	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H31	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H32	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H33	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H34	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H35	合計																						
	40-64																						
	65-74																						

性別	年齢	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
		女性																					
H30	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H31	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H32	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H33	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H34	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
H35	合計																						
	40-64																						
	65-74																						

質問票調査の経年変化  
生活習慣の変化

【参考資料 10-6】

KDB帳票No.22「質問票項目集計表」(保険者・同規模別)

項目	①			②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
	服薬													
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	喫煙	週3回以上朝食を抜く	週3回以上夕食後間食	週3回以上就寝前夕食	食べる速度が遅い	20歳時体重から10kg体重増加	1日30分以上運動なし	1日1時間以上運動なし	睡眠不足	毎日飲酒	時々飲酒
平成30年														
平成31年														
平成32年														
平成33年														
平成34年														
平成35年														

毎年5月診療分

【参考資料10-7】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年変化

KDB帳票No1, No22

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	保健指導実施者	受診率	同規模内の順位	医療機関受診率	
									A市	同規模平均
平成30年										
平成31年										
平成32年										
平成33年										
平成34年										
平成35年										