

第2期上天草市
保健事業実施計画
(国民健康保険データヘルス計画)



平成30年3月
上天草市

第2期保健事業実施計画(国民健康保険データヘルス計画)

目次

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	3
1 背景・目的.....	3
2 計画の位置付け.....	4
3 計画期間.....	8
4 関係者が果たすべき役割と連携.....	8
(1) 実施主体及び関係課の役割.....	8
(2) 外部有識者等の役割.....	8
(3) 被保険者の役割.....	9
5 保険者努力支援制度.....	10
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と健康課題の明確化	11
1 第1期計画に係る評価及び考察.....	11
(1) 第1期計画に係る評価.....	11
(2) 中長期目標の達成状況.....	11
(3) 短期目標の達成状況.....	15
(4) 第1期に係る考察.....	19
2 健康課題の明確化.....	21
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況.....	21
(2) 健診受診者の実態.....	24
(3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況.....	26
(4) 未受診者の把握.....	27
3 目標の設定及び評価.....	28
(1) 成果目標.....	28
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	30
1 第3期特定健診等実施計画について.....	30
2 目標値の設定.....	30
3 対象者の見込み.....	30
4 特定健診の実施.....	30
(1) 実施方法.....	30
(2) 特定健診委託基準.....	30
(3) 健診実施機関リスト.....	31
(4) 特定健診実施項目.....	32
(5) 実施時期.....	32
(6) 医療機関との適切な連携.....	32
(7) 代行機関.....	32

(8)	健診の案内方法・健診実施スケジュール	33
5	特定保健指導の実施	34
(1)	健診から保健指導実施の流れ	34
(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	35
(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及び評価	36
6	個人情報の保護	36
(1)	基本的な考え方	36
(2)	特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	36
7	結果の報告	36
8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	36
第4章	保健事業の内容	37
1	保健事業の方向性	37
2	重症化予防の取組	40
(1)	糖尿病性腎症重症化予防	40
(2)	虚血性心疾患重症化予防	49
(3)	脳血管疾患重症化予防	53
3	ポピュレーションアプローチ	61
第5章	地域包括ケアに係る取組	62
第6章	計画の評価・見直し	64
1	評価の時期	64
2	評価方法・体制	64
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	66
1	計画の公表・周知	66
	参考資料	67

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。）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になった。

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になったが、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になっている。

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

こうした背景を踏まえ、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（平成16年厚生労働省告示第307号）及び高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26年厚生労働省告示第141号）（以下「保健事業実施指針」という。）の一部改正等により、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ている。

本市においては、保健事業実施指針に基づき、第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し保険事業を実施してきたが、生活習慣病のうち特に予防可能な疾患である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症や重症化を予防することを目指し、「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等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）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、特定健診等の結果及びレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

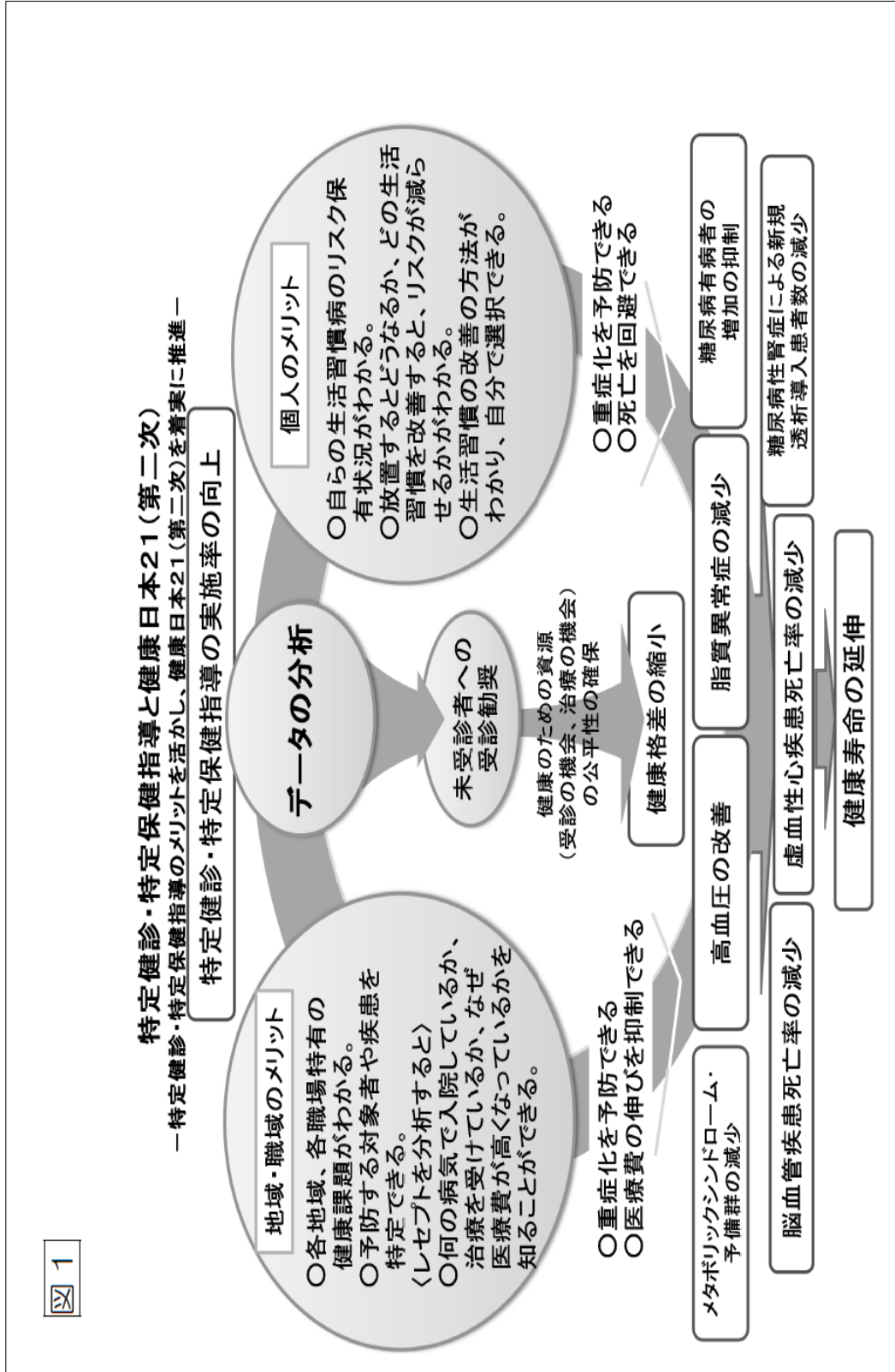
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、第3期上天草市地域福祉計画・地域福祉活動計画の下位計画と位置づけ、熊本県健康増進計画や上天草市健康づくり推進計画、熊本県医療費適正化計画、上天草市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。

（図表1・2・3）

【図表 1】

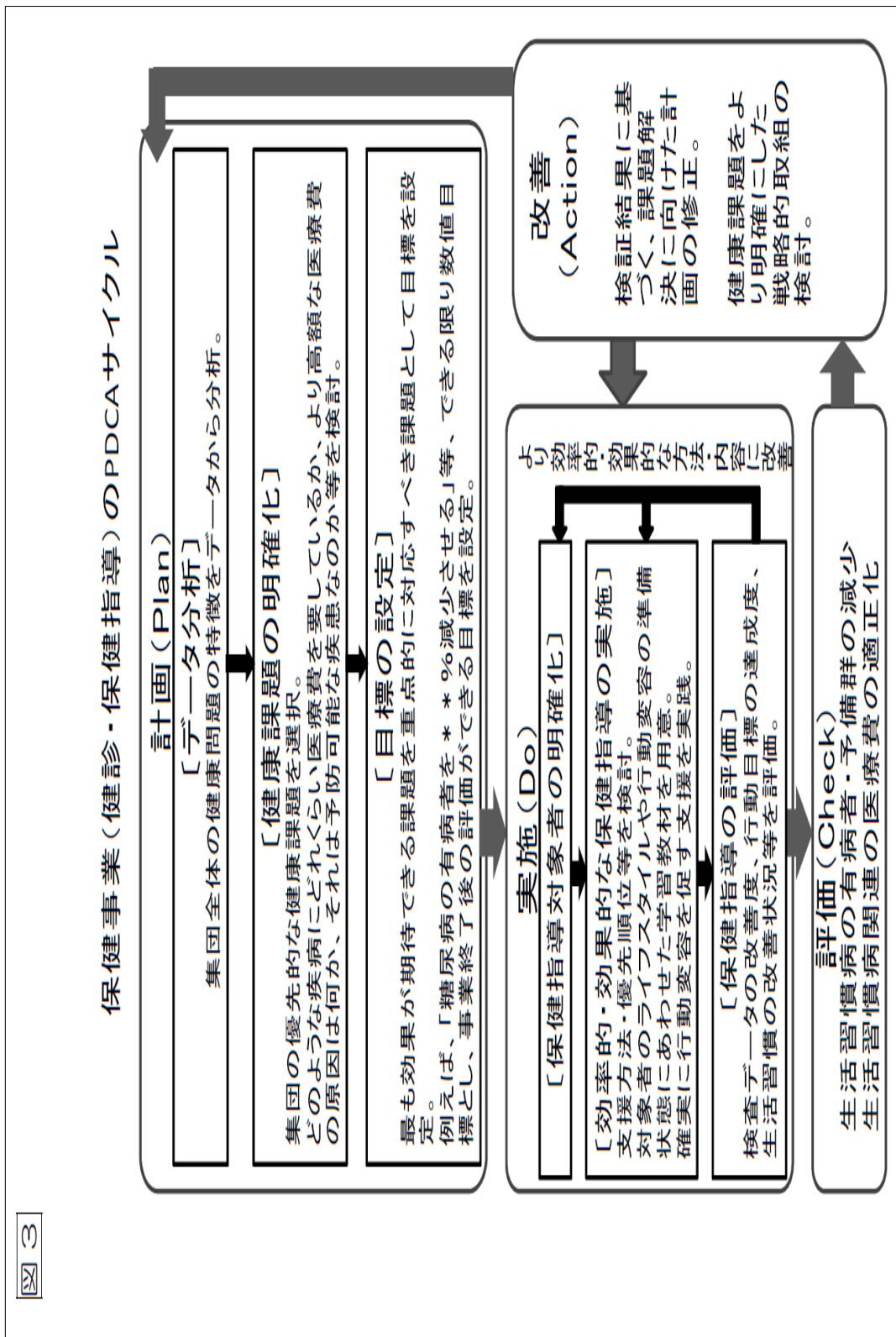
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ		2017.10.11			
「健康日本21」計画		「データヘルス計画」			
「特定健康診査等実施計画」		「介護保険事業(支援)計画」			
「医療費適正化計画」		「医療計画」			
法律	健康増進法 第6条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	国民健康保険法 第82条 厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民健康保険法施行期前 の法的な方針 健康増進事業実施者	介護保険法 第118条、第117条、第118条 厚生労働省 健康局 平成28年3月 介護保険法施行期前 の法的な方針 介護保険事業実施者	高齢者の医療の確保に関する法律 第95条 厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	医療法 第50条 厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
基本的な指針	健康寿命の延伸及び健康増進の促進の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防等の対策を推進すること。この結果、国民の生活習慣病の罹患率を減少させること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。	特定健康診査等実施計画 第19条 法定 平成30～35年(第3期) 医療保険者	介護保険法 第118条、第117条、第118条 法定 平成30～35年(第7次)	高齢者の医療の確保に関する法律 第95条 法定 平成30～35年(第3期)	医療費適正化計画 第50条 法定 平成30～35年(第7次)
相関・期間	都道府県・義務、市町村：努力義務	市町村：義務、都道府県：義務	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
計画策定者	都道府県・義務、市町村：努力義務	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増進の促進の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防等の対策を推進すること。この結果、国民の生活習慣病の罹患率を減少させること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。	生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を送ることができ、さらに、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。	生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。	医療機関の分化・連携を推進すること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。また、生活習慣病の重症化予防や重症化予防の推進を図ること。
対象年齢	ライフステージ(幼児期、青少年期、高齢期)に依りて	40歳～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(特定疾病)	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患
評価	※5項目中 特定疾患に該当する項目15項目 ①脳血管疾患(虚血性心疾患の年齢調整死亡率) ②がん(がん罹患率) ③肥満(肥満率) ④糖尿病(糖尿病罹患率) ⑤脂質異常症(脂質異常症罹患率) ※6項目中 特定疾患に該当する項目15項目 ①脳血管疾患(虚血性心疾患の年齢調整死亡率) ②がん(がん罹患率) ③肥満(肥満率) ④糖尿病(糖尿病罹患率) ⑤脂質異常症(脂質異常症罹患率) ⑥生活習慣病(生活習慣病罹患率) ⑦メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑧メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑨メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑩メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑪メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑫メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑬メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑭メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率) ⑮メタボリックシンドローム(メタボリックシンドローム罹患率)	健康・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(喫煙率、飲酒率、肥満率) (2)日常生活における健康 (3)アルコール摂取量 (4)喫煙率 (5)飲酒率 (6)肥満率 (7)特定疾患の罹患率 (8)特定疾患の重症化率 (9)特定疾患の重症化率 (10)特定疾患の重症化率 (11)特定疾患の重症化率 (12)特定疾患の重症化率 (13)特定疾患の重症化率 (14)特定疾患の重症化率 (15)特定疾患の重症化率	健康・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(喫煙率、飲酒率、肥満率) (2)日常生活における健康 (3)アルコール摂取量 (4)喫煙率 (5)飲酒率 (6)肥満率 (7)特定疾患の罹患率 (8)特定疾患の重症化率 (9)特定疾患の重症化率 (10)特定疾患の重症化率 (11)特定疾患の重症化率 (12)特定疾患の重症化率 (13)特定疾患の重症化率 (14)特定疾患の重症化率 (15)特定疾患の重症化率	健康・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(喫煙率、飲酒率、肥満率) (2)日常生活における健康 (3)アルコール摂取量 (4)喫煙率 (5)飲酒率 (6)肥満率 (7)特定疾患の罹患率 (8)特定疾患の重症化率 (9)特定疾患の重症化率 (10)特定疾患の重症化率 (11)特定疾患の重症化率 (12)特定疾患の重症化率 (13)特定疾患の重症化率 (14)特定疾患の重症化率 (15)特定疾患の重症化率	健康・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(喫煙率、飲酒率、肥満率) (2)日常生活における健康 (3)アルコール摂取量 (4)喫煙率 (5)飲酒率 (6)肥満率 (7)特定疾患の罹患率 (8)特定疾患の重症化率 (9)特定疾患の重症化率 (10)特定疾患の重症化率 (11)特定疾患の重症化率 (12)特定疾患の重症化率 (13)特定疾患の重症化率 (14)特定疾患の重症化率 (15)特定疾患の重症化率
その他	健康増進法 第6条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	国民健康保険法 第82条 厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民健康保険法施行期前 の法的な方針 健康増進事業実施者	介護保険法 第118条、第117条、第118条 厚生労働省 健康局 平成28年3月 介護保険法施行期前 の法的な方針 介護保険事業実施者	高齢者の医療の確保に関する法律 第95条 厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	医療法 第50条 厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針

【図表2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3 計画期間

計画期間は、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、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定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も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）実施主体及び関係課の役割

本市においては、健康づくり推進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署や職種が関わっている。

具体的には、高齢者ふれあい課、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、幅広い専門的知見を有する者との連携・協力が重要となる。

幅広い専門的知見を有する者として、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（以下「外部有識者等」という。）の協力を求めることとする。

外部有識者等に対しては、幅広い専門的知見を活用し、中間評価及び最終評価等の時期に支援等を積極的に求めることとする。

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

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、熊本県（以下「県」という。）の関与が更に重要となる。

このため、本市国保は、計画素案について県関係課と意見交換を行い、県

との連携に努める。

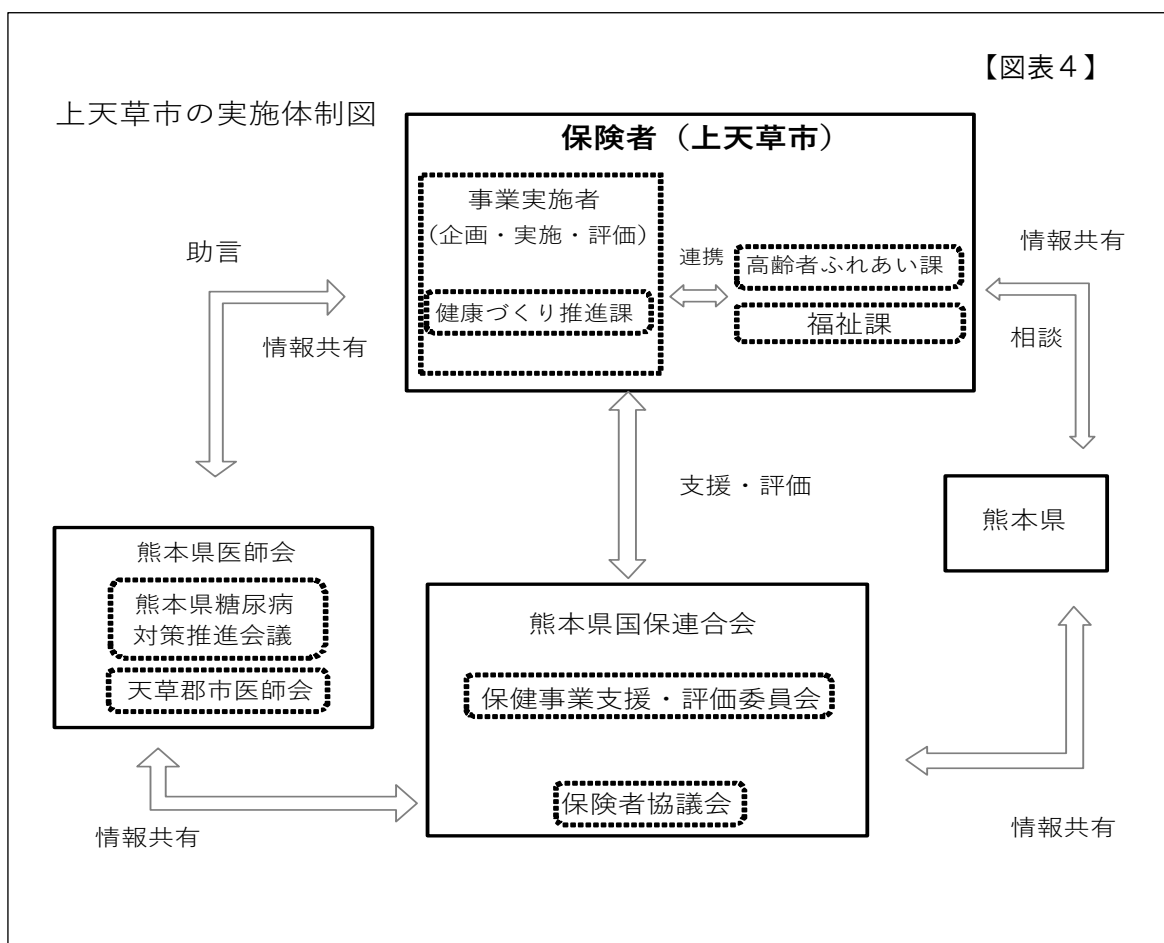
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

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な連携に努める。

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。



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、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されている。(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の取組の実施状況や保険料収納率向上に関する取組実施状況を高く評価している。(図表5)

この取組実施状況によって、国民健康保険税負担が減少する仕組みとなっている。

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点 (実績)	H29 配点	H30 配点	H30 参考 (目標)
総得点(満点:345点)		187	580	850	850
交付額(万円)		383.5			
県順位(45市町村中)		41			
全国順位(1,741市町村中)		1,021			
共通①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	0			25
	個人インセンティブ提供	17			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通⑥	後発医薬品の促進	15			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有①	収納率向上に関する取組実施状況	0			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と健康課題の明確化

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

ア 全体の経年変化（巻末：参考資料1）

平成25年度と平成28年度の経年比較では、死因別にみると心臓病・腎不全による死亡割合は増加しており、脳疾患、糖尿病による死亡割合は減少していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると介護では、1号認定率は上昇している。40～64歳の2号認定率については変化がなく、1件あたりの介護給付費は減少している。

医療で見ると、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。

また、医療機関受診率の増加と、特定健診受診勧奨者の医療機関受診率の減少を合わせて考えると、特定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繋がっていると推測できる。

しかし、特定健診受診率は横ばいであり、健診対象者の22.8%の者は、健診未受診者で治療なしであり（図表19）、健康状態の把握ができていない現状である。このため重症化予防や医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組が重要である。

(2) 中長期目標の達成状況

ア 介護給付費の状況（図表6）

平成25年度と平成28年度の経年比較では、介護給付費の総額は増加している。

また、1件あたり給付費（全体）は、同規模平均より高額ではあるものの減少している状況である。給付費の内訳をみると、1件あたりの居宅サービスは減少しているが、施設サービスが増加している。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	上天草市				同規模平均		
	介護給付費(円)	1件あたり給付費(全体)		1件あたり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	
		居宅サービス	施設サービス				
H25年度	3,102,089,746	71,667	40,683	283,638	67,784	41,785	283,772
H28年度	3,282,674,996↑	68,499↓	39,603↓	286,049↑	66,708↓	41,740	278,164

イ 医療費の状況（図表7）

平成25年度と平成28年度の経年比較では、被保険者数の減少により総医療費は減少しているものの、一人あたりの医療費は増加している。一人あたり医療費の伸び率を同規模と比較しても、本市の方が一人あたり医療費の伸びは大きい。

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(%)	
				上天草市	同規模			上天草市	同規模			上天草市	同規模
総医療費(円)	H25年度	34億7986万				14億7582万				20億0404万			
	H28年度	34億2282万	△5704万	△1.66	△7.01	14億3215万	△4,367万	△3.05	6.57	19億9067万	△1,337万	△0.67	7.34
1人あたり医療費(円)	H25年度	28,231				11,970				16,260			
	H28年度	32,372	4,141	12.79	7.86	13,540	1,570	11.60	7.43	18,830	2,570	13.64	8.17

※KDBの1人あたり医療費は、月平均額での表示となる。

ウ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表8)

中長期目標疾患である慢性腎不全(透析有)、脳血管疾患、虚血性心疾患に係る総医療費は減少しているが、虚血性心疾患に係る医療費が増加している。

中長期目標疾患に起因する糖尿病・高血圧・脂質異常症の短期目標疾患に係る医療費については、高血圧、脂質異常症は減少しているが糖尿病は増加し、糖尿病性腎症による慢性腎不全も増加しており、国・県同様大きな課題となっている。県や国と比較すると短期目標疾患の全てにおいて高い割合となっている。

【図表8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合 (H25 とH28 の比較)

同規模区分		総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質異常症
				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	上天草市	3,537,502,820	28,699	64位	12位	6.99	0.33	2.01	1.54	5.10	6.99	3.59	939,158,330	26.55	9.77	9.89	10.43
H28		3,422,816,940	32,372	36位	8位	6.21	0.20	1.40	1.71	5.31	5.17	3.04	788,297,590	23.03	10.56	8.10	9.88
H28	熊本県	161,643,949,660	27,978	—	—	6.84	0.28	1.97	1.29	5.26	4.61	2.58	36,894,103,210	22.82	11.27	12.31	8.31
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

最大医療資源傷病(調剤含む)による分析結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

エ 中長期的な疾患（図表9）

中長期的な疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析（慢性腎不全）の疾患を持つ人の疾病の重なりを見ると、短期的な目標疾患である糖尿病、脂質異常症は全体で増加が目立つ。また、いずれの疾患においても高血圧を基礎疾患として持つ人の割合が高い。虚血性心疾患や脳血管疾患患者ではやや減少したものの、人工透析患者では95.5%である。

中長期的疾患の評価【KDBシステム 厚生労働省様式】

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10,387	458	4.4	108	23.6	9	2.0	366	79.9	196	42.8	291	63.5
	64歳以下	7,191	145	2.0	19	13.1	8	5.5	106	73.1	50	34.5	80	55.2
	65歳以上	3,196	313	9.8	89	28.4	1	0.3	260	83.1	146	46.6	211	67.4
H28	全体	8,975	426	↑4.7	90	↓21.1	14	↑3.3	323	↓75.8	203	↑47.7	290	↑68.1
	64歳以下	5,649	114	2.0	11	9.6	12	10.5	83	72.8	49	43.0	63	55.3
	65歳以上	3,326	312	9.4	79	25.3	2	0.6	240	76.9	154	49.4	227	72.8

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10,387	437	4.2	108	24.7	4	0.9	355	81.2	195	44.6	275	62.9
	64歳以下	7,191	124	1.7	19	15.3	3	2.4	95	76.6	44	35.5	67	54.0
	65歳以上	3,196	313	9.8	89	28.4	1	0.3	260	83.1	151	48.2	208	66.5
H28	全体	8,975	408	↑4.5	90	↓22.1	13	↑3.2	321	↓78.7	200	↑49.0	280	↑68.6
	64歳以下	5,649	90	1.6	11	12.2	9	10.0	66	73.3	39	43.3	58	64.4
	65歳以上	3,326	318	9.6	79	24.8	4	1.3	255	80.2	161	50.6	222	69.8

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	10,387	45	0.4	4	8.9	9	20.0	43	95.6	18	40.0	17	37.8
	64歳以下	7,191	35	0.5	3	8.6	8	22.9	33	94.3	12	34.3	11	31.4
	65歳以上	3,196	10	0.3	1	10.0	1	10.0	10	100.0	6	60.0	6	60.0
H28	全体	8,975	44	↑0.5	13	↑29.5	14	↑31.8	42	↓95.5	21	↑47.7	18	↑40.9
	64歳以下	5,649	37	0.7	9	24.3	12	32.4	35	94.6	18	48.6	15	40.5
	65歳以上	3,326	7	0.2	4	57.1	2	28.6	7	100.0	3	42.9	3	42.9

(3) 短期目標の達成状況

ア 共通リスク(様式3-2~3-4)(図表10)

短期目標のみならず、中長期目標疾患に共通するリスクである疾患の治療状況をみると、糖尿病、高血圧、脂質異常症のほぼすべてにおいて治療者の割合は増加している。

糖尿病治療者(様式3-2)においては、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が増加し、高血圧、脂質異常症の治療者(様式3-3、3-4)においても糖尿病を併発していることから、早期に糖尿病の重症化予防が重要になってくる。

短期的疾患の評価【KDBシステム 厚生労働省様式】

【図表10】

厚労省様式 様式3-2	短期的な目標								中長期的な目標									
	被保険者数	糖尿病		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	10,387	1,128	10.9	95	8.4	782	69.3	658	58.3	196	17.4	195	17.3	18	1.6	90	8.0
	64歳以下	7,191	467	6.5	43	9.2	287	61.5	244	52.2	50	10.7	44	9.4	12	2.6	33	7.1
	65歳以上	3,196	661	20.7	52	7.9	495	74.9	414	62.6	146	22.1	151	22.8	6	0.9	57	8.6
H28	全体	8,975	1,130	↑12.6	96	↑8.5	771	↓68.2	729	↑64.5	203	18.0	200	17.7	21	1.9	107	↑9.5
	64歳以下	5,649	392	6.9	36	9.2	238	60.7	230	58.7	49	12.5	39	9.9	18	4.6	37	9.4
	65歳以上	3,326	738	22.2	60	8.1	533	72.2	499	67.6	154	20.9	161	21.8	3	0.4	70	9.5

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	10,387	2,476	23.8	782	31.6	1,255	50.7	366	14.8	355	14.3	43	1.7
	64歳以下	7,191	992	13.8	287	28.9	437	44.1	106	10.7	95	9.6	33	3.3
	65歳以上	3,196	1,484	46.4	495	33.4	818	55.1	260	17.5	260	17.5	10	0.7
H28	全体	8,975	2,158	↑24.0	771	↑35.7	1,186	↑55.0	323	15.0	321	14.9	42	1.9
	64歳以下	5,649	752	13.3	238	31.6	357	47.5	83	11.0	66	8.8	35	4.7
	65歳以上	3,326	1,406	42.3	533	37.9	829	59.0	240	17.1	255	18.1	7	0.5

厚労省様式 様式3-4	短期的な目標						中長期的な目標							
	被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	10,387	1,817	17.5	658	36.2	1,255	69.1	291	16.0	275	15.1	17	0.9
	64歳以下	7,191	698	9.7	244	35.0	437	62.6	80	11.5	67	9.6	11	1.6
	65歳以上	3,196	1,119	35.0	414	37.0	818	73.1	211	18.9	208	18.6	6	0.5
H28	全体	8,975	1,776	↑19.8	729	↑41.0	1,186	↓66.8	290	16.3	280	15.8	18	1.0
	64歳以下	5,649	580	10.3	230	39.7	357	61.6	63	10.9	58	10.0	15	2.6
	65歳以上	3,326	1,196	36.0	499	41.7	829	69.3	227	19.0	222	18.6	3	0.3

イ リスクの健診結果経年変化（図表11）

リスクの健診結果の経年変化をみると、男性、女性ともにHbA1cの有所見者が増加していることがわかった。男性においては、BMI、腹囲の有所見者割合も増えており、さらに尿酸、クレアチニンの割合も増えている。

また、メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増であるが、内臓脂肪蓄積によるインスリン抵抗性による高血圧、高血糖、高尿酸の人が増加していると考えられる。

【図表 11】

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

★NO.23（概要）

総数		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	503	28.0	486	27.1	352	19.6	268	14.9	105	5.8	581	32.4	902	50.3	199	11.1	752	41.9	381	21.2	1,042	58.1	14	0.8
	40-64	259	28.6	242	26.7	180	19.8	166	18.3	47	5.2	273	30.1	409	45.1	119	13.1	319	35.2	232	25.6	562	62.0	5	0.6
	65-74	244	27.5	244	27.5	172	19.4	102	11.5	58	6.5	308	34.7	493	55.5	80	9.0	433	48.8	149	16.8	480	54.1	9	1.0
H28	合計	502	28.4	530	30.0	336	19.0	231	13.1	106	6.0	573	32.4	1,173	66.3	228	12.9	827	46.7	432	24.4	938	53.0	28	1.6
	40-64	191	26.6	204	28.4	142	19.8	115	16.0	41	5.7	199	27.7	430	59.9	99	13.8	284	39.6	199	27.7	418	58.2	5	0.7
	65-74	311	29.6	326	31.0	194	18.5	116	11.0	65	6.2	374	35.6	743	70.7	129	12.3	543	51.7	233	22.2	520	49.5	23	2.2
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	272	33.7	330	40.9	199	24.7	187	23.2	82	10.2	341	42.3	389	48.2	178	22.1	347	43.0	217	26.9	418	51.8	13	1.6
	40-64	159	37.6	183	43.3	113	26.7	120	28.4	39	9.2	169	40.0	191	45.2	109	25.8	163	38.5	137	32.4	254	60.0	5	1.2
	65-74	113	29.4	147	38.3	86	22.4	67	17.4	43	11.2	172	44.8	198	51.6	69	18.0	184	47.9	80	20.8	164	42.7	8	2.1
H28	合計	278	35.0	376	47.3	200	25.2	143	18.0	85	10.7	332	41.8	508	63.9	193	24.3	384	48.3	226	28.4	377	47.4	24	3.0
	40-64	117	36.4	149	46.4	92	28.7	73	22.7	38	11.8	127	39.6	191	59.5	89	27.7	133	41.4	107	33.3	176	54.8	5	1.6
	65-74	161	34.0	227	47.9	108	22.8	70	14.8	47	9.9	205	43.2	317	66.9	104	21.9	251	53.0	119	25.1	201	42.4	19	4.0
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	231	23.4	156	15.8	153	15.5	81	8.2	23	2.3	240	24.3	513	51.9	21	2.1	405	41.0	164	16.6	624	63.2	1	0.1
	40-64	100	20.7	59	12.2	67	13.8	46	9.5	8	1.7	104	21.5	218	45.0	10	2.1	156	32.2	95	19.6	308	63.6	0	0.0
	65-74	131	26.0	97	19.2	86	17.1	35	6.9	15	3.0	136	27.0	295	58.5	11	2.2	249	49.4	69	13.7	316	62.7	1	0.2
H28	合計	224	23.0	154	15.8	136	14.0	88	9.0	21	2.2	241	24.7	665	68.3	35	3.6	443	45.5	206	21.1	561	57.6	4	0.4
	40-64	74	18.6	55	13.9	50	12.6	42	10.6	3	0.8	72	18.1	239	60.2	10	2.5	151	38.0	92	23.2	242	61.0	0	0.0
	65-74	150	26.0	99	17.2	86	14.9	46	8.0	18	3.1	169	29.3	426	73.8	25	4.3	292	50.6	114	19.8	319	55.3	4	0.7

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票）

全体	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
H25	合計	1,795	25.5	71	4.0	191	10.6	10	0.6	124	6.9	57	3.2	224	12.5	39	2.2	10	0.6	124	6.9	51	2.8
	40-64	907	23.4	43	4.7	94	10.4	6	0.7	55	6.1	33	3.6	105	11.6	25	2.8	3	0.3	57	6.3	20	2.2
	65-74	888	28.1	28	3.2	97	10.9	4	0.5	69	7.8	24	2.7	119	13.4	14	1.6	7	0.8	67	7.5	31	3.5
H28	合計	1,769	28.5	59	3.3	194	11.0	14	0.8	135	7.6	45	2.5	277	15.7	37	2.1	9	0.5	154	8.7	77	4.4
	40-64	718	23.8	35	4.9	79	11.0	5	0.7	54	7.5	20	2.8	90	12.5	12	1.7	4	0.6	51	7.1	23	3.2
	65-74	1,051	32.8	24	2.3	115	10.9	9	0.9	81	7.7	25	2.4	187	17.8	25	2.4	5	0.5	103	9.8	54	5.1
男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	807	23.1	47	5.8	137	17.0	8	1.0	91	11.3	38	4.7	146	18.1	26	3.2	5	0.6	79	9.8	36	4.5
	40-64	423	21.0	30	7.1	76	18.0	5	1.2	44	10.4	27	6.4	77	18.2	16	3.8	2	0.5	43	10.2	16	3.8
	65-74	384	25.9	17	4.4	61	15.9	3	0.8	47	12.2	11	2.9	69	18.0	10	2.6	3	0.8	36	9.4	20	5.2
H28	合計	795	25.5	40	5.0	139	17.5	11	1.4	93	11.7	35	4.4	197	24.8	28	3.5	9	1.1	103	13.0	57	7.2
	40-64	321	20.3	24	7.5	62	19.3	4	1.2	40	12.5	18	5.6	63	19.6	8	2.5	4	1.2	32	10.0	19	5.9
	65-74	474	30.8	16	3.4	77	16.2	7	1.5	53	11.2	17	3.6	134	28.3	20	4.2	5	1.1	71	15.0	38	8.0
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	988	27.9	24	2.4	54	5.5	2	0.2	33	3.3	19	1.9	78	7.9	13	1.3	5	0.5	45	4.6	15	1.5
	40-64	484	26.0	13	2.7	18	3.7	1	0.2	11	2.3	6	1.2	28	5.8	9	1.9	1	0.2	14	2.9	4	0.8
	65-74	504	30.0	11	2.2	36	7.1	1	0.2	22	4.4	13	2.6	50	9.9	4	0.8	4	0.8	31	6.2	11	2.2
H28	合計	974	31.5	19	2.0	55	5.6	3	0.3	42	4.3	10	1.0	80	8.2	9	0.9	0	0.0	51	5.2	20	2.1
	40-64	397	27.8	11	2.8	17	4.3	1	0.3	14	3.5	2	0.5	27	6.8	4	1.0	0	0.0	19	4.8	4	1.0
	65-74	577	34.7	8	1.4	38	6.6	2	0.3	28	4.9	8	1.4	53	9.2	5	0.9	0	0.0	32	5.5	16	2.8

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表12）

特定健診受診率は若干増加しているものの低迷している。しかしながら、特定保健指導率は減少している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上への取組が重要となってくる。

また、受診勧奨者を確実に医療機関に繋ぐことも重症化予防のためには重要であり、医療機関との連携が不可欠である。

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位 (受診率高い順)	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								上天草市	同規模平均
平成25年度	6,891	1,792	26.0	222位 (KDB NO.3)	202	138	68.3	54.3 (KDB NO.1)	50.4 (KDB NO.1)
平成28年度	6,186	1,769	↑ 28.6	232位 (KDB NO.3)	200	112	↓ 56.0	51.9 (KDB NO.1)	51.1 (KDB NO.1)

(4) 第1期に係る考察

中・長期目標	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の患者数をそれぞれ10%減らす。
	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の一人当たり医療費の伸び率を抑制する。(疾患名は左記の重症化※の疾患とする)
短期目標	高血圧症、脂質異常症、糖尿病患者数の伸びを抑制する。
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、60%とする。 (第2期健康づくり推進計画 平成29年度目標値)

第1期計画において、高額な医療費や長期入院になる疾患の原因となる中長期目標疾患の虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を行うことで健康格差の縮小を進めてきた。(巻末：参考資料9)

その結果、入院外と入院の費用額の伸び率を比較すると、入院費用額の伸び率が低い値となっており、医療費適正化に繋がったと考えられる。(図表7)

本市においては、高血圧症の医療費割合が高く、慢性腎不全（人工透析）の背景疾患となっていたことが大きな課題であった。

短期目標疾患の医療費や患者数の高血圧症に占める割合は減少しているが、国や県と比較すると高い割合である。また、糖尿病に占める割合は増加している。治療に繋がっても、継続した治療ができているかなど、医療機関受診後の支援もかかりつけ医と連携しながら、重症化予防の視点を持ち継続した支援をしていくことも重要である。（図表 8、9）

特定健診受診率は、平成 28 年度は 28.6%と横ばい状態であり、目標値との開きが大きく、国が示す目標値と比較しても、受診率の低迷が大きな課題である。また、医療費適正化の観点からも、特定健診は、適正な医療に繋げるためには、住民自ら身体の状態を確認できる場として重要であることの理解を求めることが必要になってくる。

本市では、病院を受診しているから健診を受けないという理由での未受診者が多く、他市町村に比べ病院受診している者の健診未受診者の割合が県内でも非常に高い。

特定保健指導実施率は、平成 25 年度から平成 28 年度では、12.3%低下しているため、着実に指導をしていくことが、重症化予防、医療費適正化へ繋がるので、保健指導実施者の力量形成と人材確保が重要である。（図表 12）

2 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

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

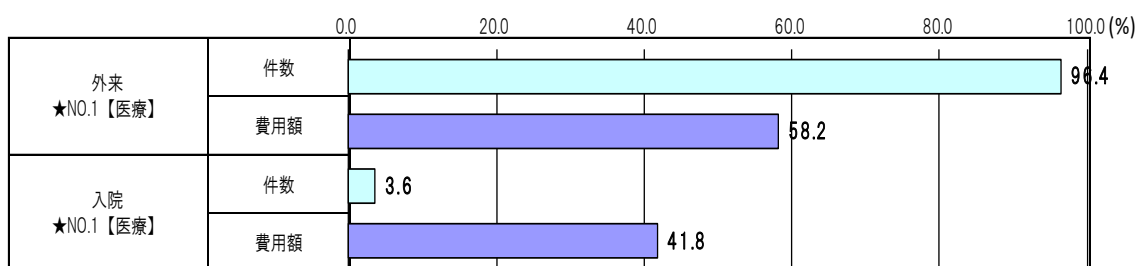
本市の入院件数の割合は3.6%で、費用額全体の41.8%を占めている。また、一人あたりの医療費を同規模平均と比較すると、4,599円高い状況である。

特定健診受診率を向上させ、特定健診受診者に対しては、確実に保健指導を継続的に実施し、重症化を予防することで入院を減らすことが医療費適正化に繋がる結果となる。

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表13】

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	同規模平均	県	国
	32,372円	27,773円	27,978円	24,253円



イ 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）

1件あたり200万円を超えるレセプトの中でも、予防可能である脳血管疾患、虚血性心疾患は合計件数が7件（13.2%）で、費用額が2,625万円（8.3%）である。

長期入院による医療費でも両疾病を合わせて2億273万円（59.8%）にのぼる。

また、脳血管疾患や虚血性心疾患を持ちながら人工透析を必要とする人も多い。

生活習慣病の治療者で脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症で、その約7割から8割程度が高血圧や脂質異常症の治療をしている。また、約5割が糖尿病の治療をしており、生活習慣病を重症化させないことが、これらの高額・長期化する疾患の医療費を下げることに繋がると考える。

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	53件	2件 3.8%	5件 9.4%	11件 20.8%	35件 66.0%
		費用額	3億1679万円	1016万円 3.2%	1609万円 5.1%	3043万円 9.6%	2億6011万円 82.1%
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	801件	458件 57.2%	78件 9.7%	59件 7.4%	
		費用額	3億3924万円	1億6757万円 49.4%	3516万円 10.4%	2817万円 8.3%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	541件	245件 45.3%	103件 19.0%	150件 27.7%	
		費用額	2億4443万円	1億1087万円 45.4%	5274万円 21.6%	6966万円 28.5%	

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		3,711人	408人 11.0%	426人 11.5%	107人 2.9%	
		の基 重 な 疾 患	高血圧	321人 78.7%	323人 75.8%	79人 73.8%	
			糖尿病	200人 49.0%	203人 47.7%	107人 100.0%	
			脂質異常症	280人 68.6%	290人 68.1%	76人 71.0%	
			高血圧症	2,158人 58.2%	1,130人 30.5%	1,776人 47.9%	395人 10.6%

○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。

ウ 何の疾患で介護保険を受けているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが94.2%であり、筋・骨格疾患の94.5%とほぼ変わらない割合となっており、生活習慣病の重症化と介護認定は密接なかかわりがあり、予防可能な血管疾患により介護認定を受けているという実態であった。

また、介護認定対象者となる年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防に繋がるだけでなく、要介護認定の有無によって医療費も倍以上の開きがあるため、医療費適正化の面からも効果的と言える。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

平成28年度

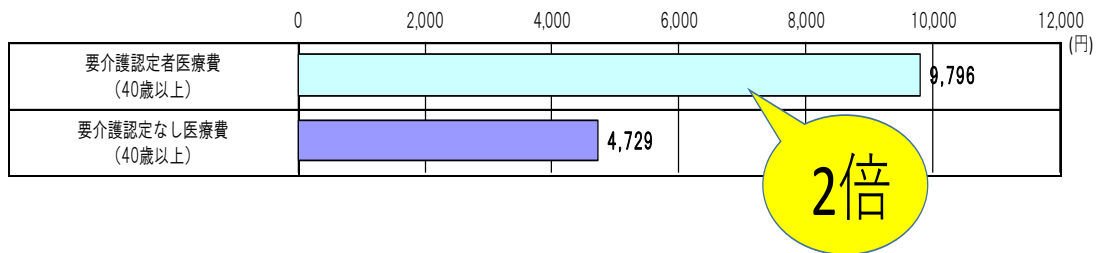
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計								
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計												
	被保険者数	10,507人	4,131人	5,723人	9,854人			20,361人									
	認定者数	37人	192人	2,250人	2,442人			2,479人									
	認定率	0.35%	4.6%	39.3%	24.8%			12.2%									
	新規認定者数 (*1)	13人	56人	324人	380人			393人									
介護度別人数	要支援1・2	17	45.9%	81	42.2%	690	30.7%	771	31.6%	788	31.8%						
	要介護1・2	9	24.3%	58	30.2%	722	32.1%	780	31.9%	789	31.8%						
	要介護3～5	11	29.7%	53	27.6%	838	37.2%	891	36.5%	902	36.4%						
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)	37	192	2,250	2,442			2,479									
	再) 国保・後期	23	154	2,183	2,337			2,360									
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	11	47.8%	脳卒中	59	38.3%	脳卒中	939	43.0%	脳卒中	998	42.7%	脳卒中	1009	42.8%
		2	虚血性心疾患	3	13.0%	虚血性心疾患	27	17.5%	虚血性心疾患	836	38.3%	虚血性心疾患	863	36.9%	虚血性心疾患	866	36.7%
	3	腎不全	2	8.7%	腎不全	24	15.6%	腎不全	459	21.0%	腎不全	483	20.7%	腎不全	485	20.6%	
	基礎疾患 (*2)	糖尿病	11	47.8%	糖尿病	72	46.8%	糖尿病	921	42.2%	糖尿病	993	42.5%	糖尿病	1004	42.5%	
		高血圧	15	65.2%	高血圧	119	77.3%	高血圧	1818	83.3%	高血圧	1937	82.9%	高血圧	1952	82.7%	
		脂質異常症	7	30.4%	脂質異常症	80	51.9%	脂質異常症	1223	56.0%	脂質異常症	1303	55.8%	脂質異常症	1310	55.5%	
	血管疾患合計	合計	18	78.3%	合計	146	94.8%	合計	2058	94.3%	合計	2204	94.3%	合計	2222	94.2%	
	認知症	認知症	3	13.0%	認知症	31	20.1%	認知症	956	43.8%	認知症	987	42.2%	認知症	990	41.9%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	21	91.3%	筋骨格系	141	91.6%	筋骨格系	2069	94.8%	筋骨格系	2210	94.6%	筋骨格系	2231	94.5%	

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

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



(2) 健診受診者の実態 (図表16・17)

本市における特定健診有所見率は、全体で見るとBMI、HDLコレステロール、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、血圧、LDLコレステロール、クレアチニンの8項目で、国又は県よりも高い。男性、女性とも空腹時血糖やHbA1c、尿酸の高さが目立つ。

【図表16】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7) ★NO.23 (帳票) 平成28年度

全体	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	24.9		31.5		21.4		13.8		4.8		21.9		55.5		7.0		45.6		18.6		53.0		0.9		
県	26,186	24.8	33,759	32.0	19,986	19.0	14,481	13.7	4,473	4.2	37,311	35.0	72,135	68.3	10,315	9.7	47,968	45.4	21,396	20.1	55,284	52.3	1,135	1.1	
保険者	合計	502	28.4	530	30.0	336	19.0	231	13.1	106	6.0	573	32.4	1,173	66.3	228	12.9	827	46.7	432	24.4	938	53.0	28	1.6
	40-64	191	26.6	204	28.4	142	19.8	115	16.0	41	5.7	199	27.7	430	59.9	99	13.8	284	39.6	199	27.7	418	58.2	5	0.7
	65-74	311	29.6	326	31.0	194	18.5	116	11.0	65	6.2	374	35.6	743	70.7	129	12.3	543	51.7	233	22.2	520	49.5	23	2.2

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	
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	14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1	
保険者	合計	278	35.0	376	47.3	200	25.2	143	18.0	85	10.7	332	41.8	508	63.9	193	24.3	384	48.3	226	28.4	377	47.4	24	3.0
	40-64	117	36.4	149	46.4	92	28.7	73	22.7	38	11.8	127	39.6	191	59.5	89	27.7	133	41.4	107	33.3	176	54.8	5	1.6
	65-74	161	34.0	227	47.9	108	22.8	70	14.8	47	9.9	205	43.2	317	66.9	104	21.9	251	53.0	119	25.1	201	42.4	19	4.0

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	
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	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2	
保険者	合計	224	23.0	154	15.8	136	14.0	88	9.0	21	2.2	241	24.7	665	68.3	35	3.6	443	45.5	206	21.1	561	57.6	4	0.4
	40-64	74	18.6	55	13.9	50	12.6	42	10.6	3	0.8	72	18.1	239	60.2	10	2.5	151	38.0	92	23.2	242	61.0	0	0.0
	65-74	150	26.0	99	17.2	86	14.9	46	8.0	18	3.1	169	29.3	426	73.8	25	4.3	292	50.6	114	19.8	319	55.3	4	0.7

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票） 平成28年度

【図表 17】

全体	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	
全国	34.0				10.7								17.3										
県	108,762	32.9			62	11.3							63	16.8									
保険者	合計	1,769	28.5	59	3.3	194	11.0	14	0.8	135	7.6	45	2.5	277	15.7	37	2.1	9	0.5	154	8.7	77	4.4
	40-64	718	23.8	35	4.9	79	11.0	5	0.7	54	7.5	20	2.8	90	12.5	12	1.7	4	0.6	51	7.1	23	3.2
	65-74	1,051	32.8	24	2.3	115	10.9	9	0.9	81	7.7	25	2.4	187	17.8	25	2.4	5	0.5	103	9.8	54	5.1

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	32.4				17.2								27.5										
県	47,699	31.5			8,067	17.3							12,471	26.8									
保険者	合計	795	25.5	40	5.0	139	17.5	11	1.4	93	11.7	35	4.4	197	24.8	28	3.5	9	1.1	103	13.0	57	7.2
	40-64	321	20.3	24	7.5	62	19.3	4	1.2	40	12.5	18	5.6	63	19.6	8	2.5	4	1.2	32	10.0	19	5.9
	65-74	474	30.8	16	3.4	77	16.2	7	1.5	53	11.2	17	3.6	134	28.3	20	4.2	5	1.1	71	15.0	38	8.0

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	39.8				5.8								9.5										
県	61,063	37.2			3,892	6.6							5,359	9.0									
保険者	合計	974	31.5	19	2.0	55	5.6	3	0.3	42	4.3	10	1.0	80	8.2	9	0.9	0	0.0	51	5.2	20	2.1
	40-64	397	27.8	11	2.8	17	4.3	1	0.3	14	3.5	2	0.5	27	6.8	4	1.0	0	0.0	19	4.8	4	1.0
	65-74	577	34.7	8	1.4	38	6.6	2	0.3	28	4.9	8	1.4	53	9.2	5	0.9	0	0.0	32	5.5	16	2.8

(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表18)

受診勧奨レベルを超えた重症化予防対象者をみると、新規受診者のほうが継続受診者より割合が高い傾向にあることから、特定健診未受診者の中に多く受診勧奨レベルの人が潜在していると推測できる。また、HbA1c、血圧に関しては、治療中にも関わらずコントロール不良者がいるため、主治医と連携した重症化予防の取組が重要となる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



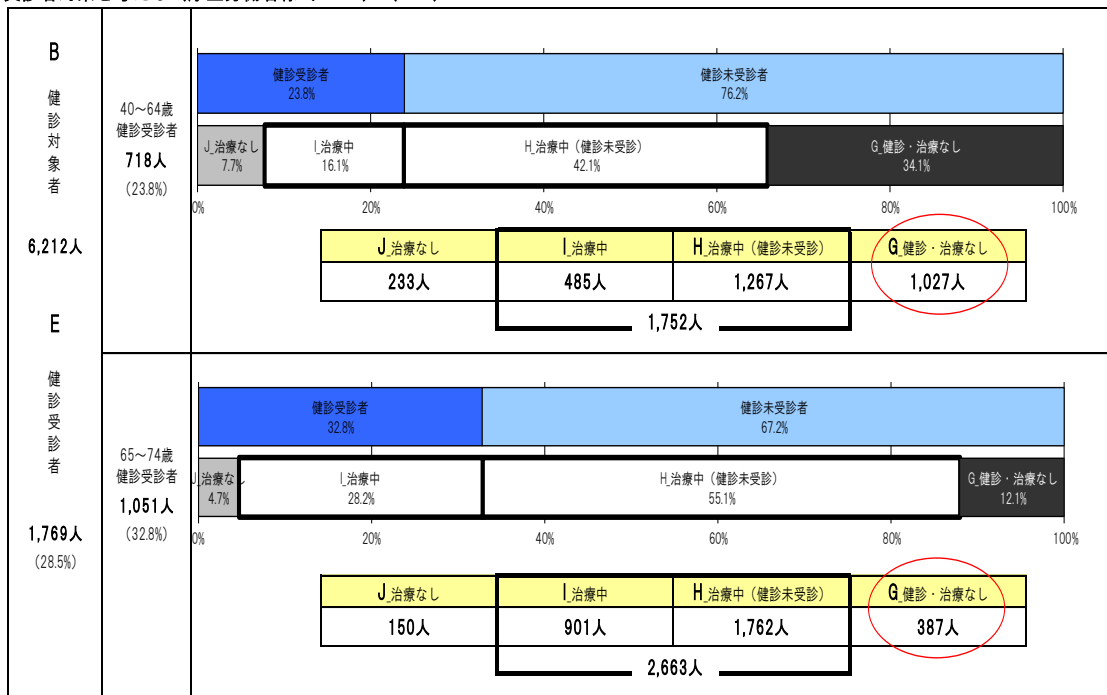
(4) 未受診者の把握 (図表19)

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34.1%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、健康状態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療にかかっている医療費をみると、健診未受診者の医療費は健診受診者の医療費の約8倍になっており、健診未受診者は症状が出現し悪化してから病院受診をしていると分析する。このことから健診を受診することは医療費適正化の観点から有用である。

【図表19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10) (H28)

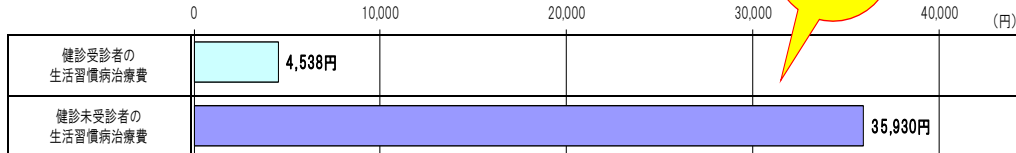
★NO.26 (GSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金 (H28)

★NO.3.⑥



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋げ、ひいては医療費増加の抑制へ繋がる。

3 目標の設定及び評価

(1) 成果目標（図表20）

ア 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から、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28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とする。

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。

しかし、本市の医療のかかり方は、健診を受けず疾病管理が早期にできないまま、重症化して病院受診する実態が明らかであり、6か月以上の長期入院の疾患で脳血管疾患、虚血性心疾患が6割以上を占めている状況となっている。重症化予防、医療費適正化へ繋げることで、入院に至らず外来治療で疾病管理ができることを目標とし、入院費用額の伸び率を平成35年度には、同規模平均並みの伸び率を目指す。

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、必要があれば計画及び評価方法の見直しを行う。

イ 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、毎年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を管理改善していくこととする。

また、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。

高血圧、脂質異常症、糖尿病については、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う。また、メタボリックシンドロームにおいても食生活や運動習慣の改善が重要であるためここに応じた細やかな指導を実施していく必要がある。

さらに特定健診受診率の向上を図るため、特定健診の必要性を理解してもらうことは当然であるが、住民の予防・健康づくりの取組や成果に対し

ポイント等を付与する等、個人へのインセンティブの提供の実施により健康に対する関心を持っていただく対策を検討する。また、医療機関の協力及び連携に努め、検査データ提供に協力いただくことで受診率向上に努める。

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・重症化予防に繋げることが重要で、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。

【巻末：参考資料6】

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めることが義務化されている。

第1期及び第2期計画は5年毎の計画としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期計画（平成30年度以降）からは6年間の計画として策定する。

2 目標値の設定

【図表 20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3 対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	5,710人	5,482人	5,263人	5,052人	4,850人	4,656人
	受診者数	1,999人	2,193人	2,368人	2,526人	2,668人	2,794人
特定保健指導	対象者数	83人	91人	99人	105人	111人	116人
	受診者数	50人	55人	59人	63人	67人	70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。主に天草郡市医師会が実施機関の取りまとめを行い、天草郡市医師会と契約を行う。天草郡市医師会に所属しない医療機関においては、本市と医療機関が個別に契約を行う。

ア 集団健診(上天草市保健センター他)

イ 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基づき実施する。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、国保連及び本市のホームページ、広報、「住民健診のお知らせ」のチラシなど全戸配布し周知している。

ア 集団健診は上天草総合病院に委託

イ 個別健診は以下の医療機関に委託

健診機関	住 所	電話番号
上天草内科呼吸器科クリニック	上天草市大矢野町登立 9616-8	0964-(56)-3100
しまだ小児科医院	上天草市大矢野町登立191	0964(56)0005
毛利医院	上天草市大矢野町登立9145-4	0964(56)2111
中村医院(上)	上天草市大矢野町上391-1	0964(56)0003
宮崎外科胃腸科医院	上天草市大矢野町上1519	0964(56)0600
吉田クリニック	上天草市大矢野町中8308-1	0964(57)0246
湯島診療所	上天草市大矢野町湯島655	0964(56)4161
春田医院	上天草市松島町阿村808-6	0969(56)0052
やまうち医院	上天草市松島町阿村5072-12	0969(56)0899
竹中医院	上天草市姫戸町二間戸2279-2	0969(58)2148
姫戸医院	上天草市姫戸町姫浦2544-6	0969(58)3583
村上医院	上天草市姫戸町姫浦2528-6	0969(58)3102
上天草総合病院	上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19	0969(62)1122
済生会みすみ病院	宇城市三角町波多775-1	0964(53)1611

(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）は、既に平成20年度から実施している。

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）

特定健康診査				
健 診 項 目	診 察	質問（問診）		○
		計 測	身長	○
			体重	○
			腹囲	○
			標準体重・BMI	○
	理学的所見		○	
	循 環 器	血圧		○
		心電図		○
	脂 質	中性脂肪		○
		HDLコレステロール		○
		LDLコレステロール		○
	肝 機 能	AST（GOT）		○
		ALT（GPT）		○
		γ-GTP		○
	糖 代 謝	空腹時血糖		○
		HbA1c		○
		尿糖	半定量	○
	尿	尿蛋白	半定量	○
		潜血		○
	腎 機 能	尿酸		○
血清クレアチニン		○		
眼底検査			□	

○…必須項目
□…医師の判断に基づき
選択的に実施する項目

(5) 実施時期

6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、診療における検査データの提供を受けるデータ提供事業は平成28年度から実施している。本市は、特定健診結果のデータとして円滑に活用し、更にかかりつけ医の協力及び連携に努める。

(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

国保連及び本市のホームページ、広報誌、「住民健診のお知らせ」のチラシなど全戸配布し周知するほか、住民健診受診意向調査に基づく未受診者に対しては電話による案内を実施する。(図表22)

【図表22】

特定健康診査等スケジュール

年 月 日	特定健康診査-後期高齢者医療健診		特定健康診査		特定保健指導	
	無料受診 通知書	申込期間	集団健診 実施期間	個別健診 実施期間	集団健診分	個別健診分
年						
3月						
4月	個別健診説明	申込				
5月	無料対象者抽出 通知					
6月	特定健診受診券発行					
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
年						
1月						
2月	健診案内作成 意向調査票の作成					
3月	意向調査票・案内発送					
4月						
5月						
6月						
7月						
8月～						

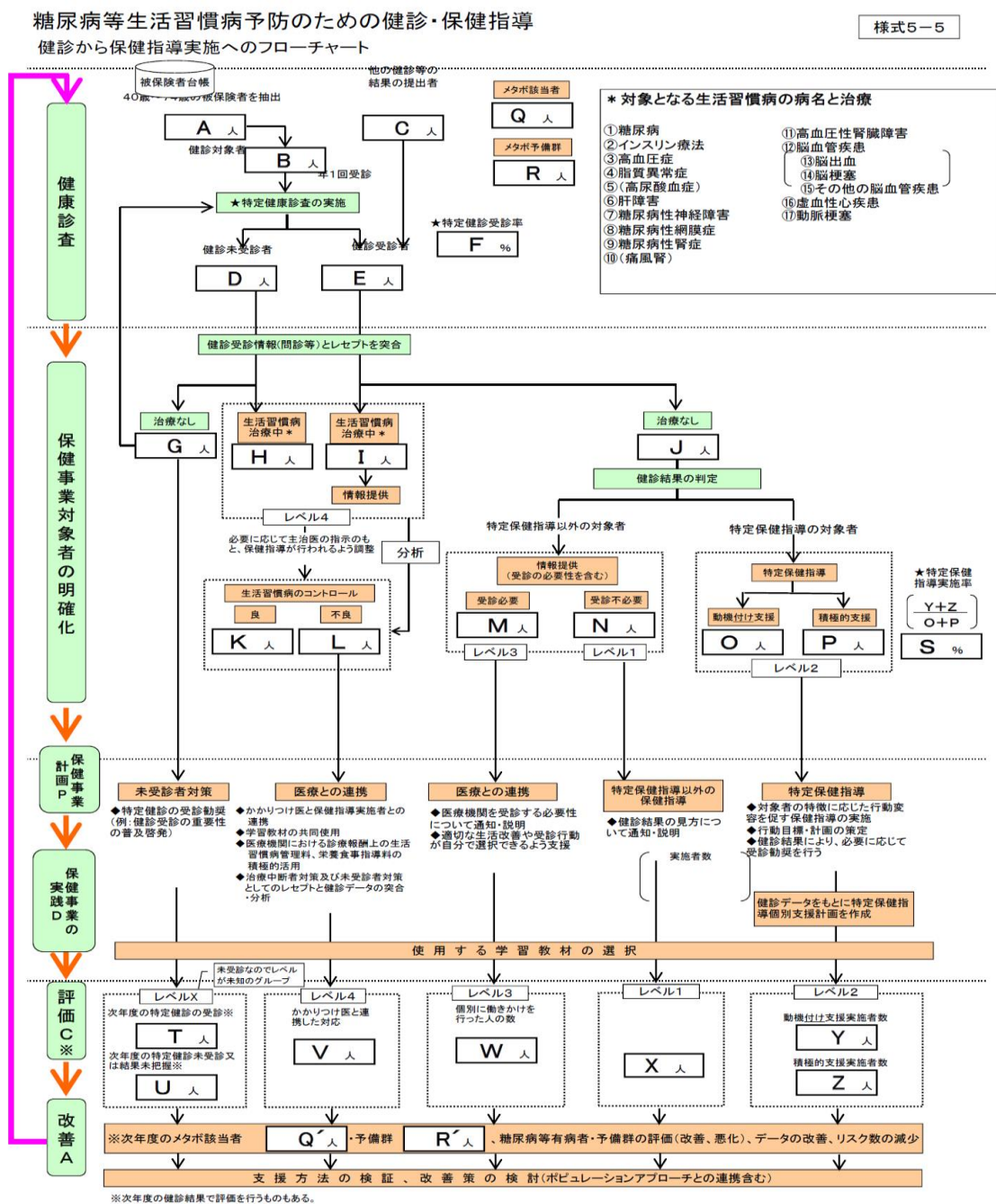
5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、直接実施の形態で行っている。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表24)

【図表24】

優先順位	様式 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	83人 (4.16)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	180人 (9.02)	重症化予防対象者については 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)	3,711人 ※受診率目標達成まで にあと 1,427人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	8195人 (9.77)	70%
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	1,540人 (77.05)	70%

- (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及び評価年間実施スケジュールを作成し、目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルにそって、毎年度2月に評価する。(巻末：参考資料12)
本市の課題である未受診者対策についても同様に実施する。

6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等)について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払う。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなりますが、できるだけ継続的なデータがある方が、保健指導に活用しやすく、自己の健康管理に役立つため、上天草市では、10年の保存期間とします。

また、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うよう努めます。

7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づく計画は、本市の広報およびホームページへの掲載をするとともに、各種通知や保健事業等の実施に併せて啓発パンフレットなどの配布により周知を行う。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施については、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や重症化予防を目指し、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にする。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する。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知し、健診の必要性について広報・ホームページをはじめ、あらゆる場で周知活動を実施する。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の必要性について市民が認識し、受診率を向上させる方策を講じなければならない。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。その実施については、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）」に準ずるものとする。

本市の保健事業の取組経過については、次のとおりである。

【本市の保健事業の取組】

年 度	取 組 内 容
平成19年 度	<p>○平成18年度透析導入県内 4 位→国保医療費分析の実施、腎機能低下者に対するフォロー体制 についての検討、健診受診者への事後指導の強化、長期健診未受診者の訪問実施</p> <p>○腎不全及び糖尿病対策推進検討会参加(国民健康保険連合会モデル事業)</p> <p>○医療制度改革に伴う特定健診説明会開催(86 回、参加者延べ 2,590 人)</p>
平成20年 度	<p>○新規透析導入者の訪問(23 人)、上天草市 CKD の課題分析</p> <p>○特定健診受診者の e-GFR50 未満者に対する保健指導の実施(CKD ガイドラインによる腎専門医への受診勧奨値レベル)</p> <p>○特定健診についての説明会(特定健診受診勧奨) 区長会、各地区(90 回、延べ 1,255 人)</p>
平成21年 度	<p>○「上天草市 CKD 予防に向けた計画書」策定</p> <p>○行政、医療機関との連携に向けての医療機関訪問(6~7 月)</p> <p>○腎検討会議開催(上天草市内医療機関より代表医師 2 名参加、年 2 回) <u>別紙資料1(P71)</u></p> <p>→連絡票による連携の検討、連絡票モデル事業実施</p> <p>→上天草市医師会部会研修会において報告(全医療機関へ依頼)</p>
平成22年 度	<p>○腎検討会議による CKD 対策の協議</p> <p>→○上天草市 CKD 予防研修会の開催、○各医療機関訪問(CKD に関するご意見)</p> <p>○国保連合会事業参加</p> <p>◆腎不全及び糖尿病等対策推進検討会事例検討部会(モデル市町後方支援腎専門医との事例検討会)</p> <p>◆腎専門医との定期的な事例検討会</p> <p>○妊産婦ハイリスク者へのフォロー、○ハイリスク対策検診の開始 <u>別紙資料2(P73)</u></p>
平成23年 度	<p>○特定健診受診率向上への取組み 〈モデル地区健康教育事業〉</p> <p>対象地区:平成 22 年度県事業(天草圏域健やか家族生活習慣定着事業)対象地区の 3 地区</p> <p>内容:特定健診の実施、生活習慣の見直し(グループワーク)、実施期間:2 年間</p> <p>○ハイリスク者への保健師、栄養士による保健指導の徹底、かかりつけ医との連携強化</p>
平成24年 度	<p>○継続した「個」へのフォローを徹底</p> <p>○「保健指導力量形成事業」保健指導スーパーバイザーによる学習会の開催(年4回)</p> <p>○「CKD 重症化予防連絡票」の活用 <u>別紙資料3(P77)</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○腎専門医との事例検討会(国保連合会モデル事業 年3回) ○腎検討会議の開催(年2回) ○モデル地区健康教育事業 参加者延べ 246 名
平成25年度	<ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防の視点でハイリスク者に対しての徹底したフォロー、健診受診者全員へ保健指導実施 ○「保健指導力量形成事業」保健指導スーパーバイザーによる学習会の開催(年4回) ○「CKD 重症化予防連絡票」の活用 ○腎専門医との事例検討会(国保連合会モデル事業 年3回) ○腎検討会議の開催(年2回)
平成26年度	<ul style="list-style-type: none"> ○データヘルス計画策定(H26～H29)、保健課・健康づくり推進課にて課題共有、協議 <ul style="list-style-type: none"> 健診・医療情報から市の現状を確認、指導者間で計画の共有 →ハイリスク対策検診、CKD 重症化予防連絡票事業の継続実施 ○生活習慣病重症化予防事業、全体会議(年1回)、天草圏域地区別学習会(年3回) 国保連合会 <ul style="list-style-type: none"> →コメディカル対象の事例検討会開催、天草管内地区別学習会代表者で課題共有 ○腎検討会議の開催(年2回)
平成27年度	<ul style="list-style-type: none"> ○ハイリスク対策検診、CKD 重症化予防連絡票の活用による継続したフォローを実施 <ul style="list-style-type: none"> →フォロー体制の年間スケジュール化、指導者間での共有 ○健診未受診者対策の強化、医療データ買取事業実施に向け保健課との協議 <ul style="list-style-type: none"> →平成 28 年度から事業開始 ○CKD 対策推進会議(年1回)、天草圏域地区別学習会(年3回) 国保連合会
平成28年度	<ul style="list-style-type: none"> ○ハイリスク対策検診、CKD 重症化予防連絡票の活用による個別フォローの徹底 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定の動きから指導者間でフォロー体制の共有 <ul style="list-style-type: none"> →平成 29 年度熊本県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム(H29.12.1)別紙資料 4(P81) ○CKD 対策推進会議(年1回)・天草圏域地区別学習会(年3回) 国保連合会 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症を中心とした事例検討会を開催

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組については、「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）及び熊本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、取組については図表25に沿って実施する。

本市においては、平成19年度に新規透析導入者のレセプト分析を行った結果、高血圧が原因となって透析となった人が18名中14名、うち糖尿病性腎症は3名であった。多数は高血圧が原因の透析導入と考えられ、平成21年度に「慢性腎臓病（CKD）予防に向けた計画書」を策定し、重要課題として血圧対策に取り組んできたところである。しかし、高血圧については減少しているものの、糖尿病は増加していることや、本市の高齢化の現状も踏まえると糖尿病性腎症は今後増えていくと考えられる。

以上のことから、糖尿病性腎症重症化予防の視点においては、リスクの高い者に対するフォローを徹底する。

- (ア) 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
- (イ) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (ウ) 糖尿病治療中断者や健診未受診者対策

【図表 25】

【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	P 計画・準備	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 受診勧奨	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 保健指導	募集(複数の手段で)		○		□
25		対象者決定		○		□
26		介入開始(初回面接)		○		□
27		継続的支援		○		□
28		カンファレンス、安全管理		○		□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○		□
30	記録、実施件数把握			○	□	
31	C 評価報告	3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36	A 改善	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

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準については、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- a 医療機関未受診者
- b 医療機関受診中断者
- c 糖尿病治療者
 - (a) 糖尿病性腎症で通院している者
 - (b) 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

(イ) 選定基準に基づく該当数の把握

a 対象者の抽出

取組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26)

【図表 26】

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できていない。しかしながら、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。(巻末：参考資料2)

b 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対象者数把握を行った。(図表27)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は58人(29.1%・F)であった。また、40～74歳における糖尿病治療者1,098人(16.1%・H)中のうち、特定健診受診者が349人(31.8%・G)であったが、114人(32.7%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者982人(89.4%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者205人中54人(26.3%・オ)は治療中断であることが分かった。さらに、151人(73.7%・カ)については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になっている。

c 介入方法と優先順位

図表27より本市においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1【受診勧奨】 … 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診・治療中断者

優先順位2【保健指導】 … 通院患者のうち重症化するリスクの高い者

※介入方法として、訪問、面談、電話、手紙等で対応する。

※糖尿病治療中、過去に特定健診受診歴のある者も含まれる。

【参考】病期ごとの対応の例

病期全体ではCKDとしての管理が重要であるが、以下の病期ごとの対応も考慮する。

第1～2期 血糖や血圧・脂質のコントロール、肥満の是正、運動・身体活動の励行、禁煙、減塩など糖尿病患者に対する一般的な指導が中心となる。	受診勧奨： 市町村等の判断で優先順位を検討する。その際、例えば、HbA1c、血圧等の受診勧奨判定値が重複している者や単独の異常も著しく高い者を優先するなどの方法がある。 保健指導： 個別、集団などを組み合わせて実施する。
第3～4期 糖尿病患者に対する一般的な指導に加え、減塩、水分管理など腎臓病患者の観点での生活指導も行う。	受診勧奨： 受診勧奨をしても受診が確認されない場合、再度、別の方法で受診勧奨を試みる（手紙→電話→訪問）。 保健指導： 初回は個別面談、訪問等による対面での指導を行う。

CKDとして捉えた場合には、CKDステージが進行しないようにし、重症度の悪化を未然に防ぐ管理、指導が求められることから、本市では、CKD重症化予防連絡票を用いて腎機能低下者への支援を行う。

【図表 27】

対象者選定基準検討

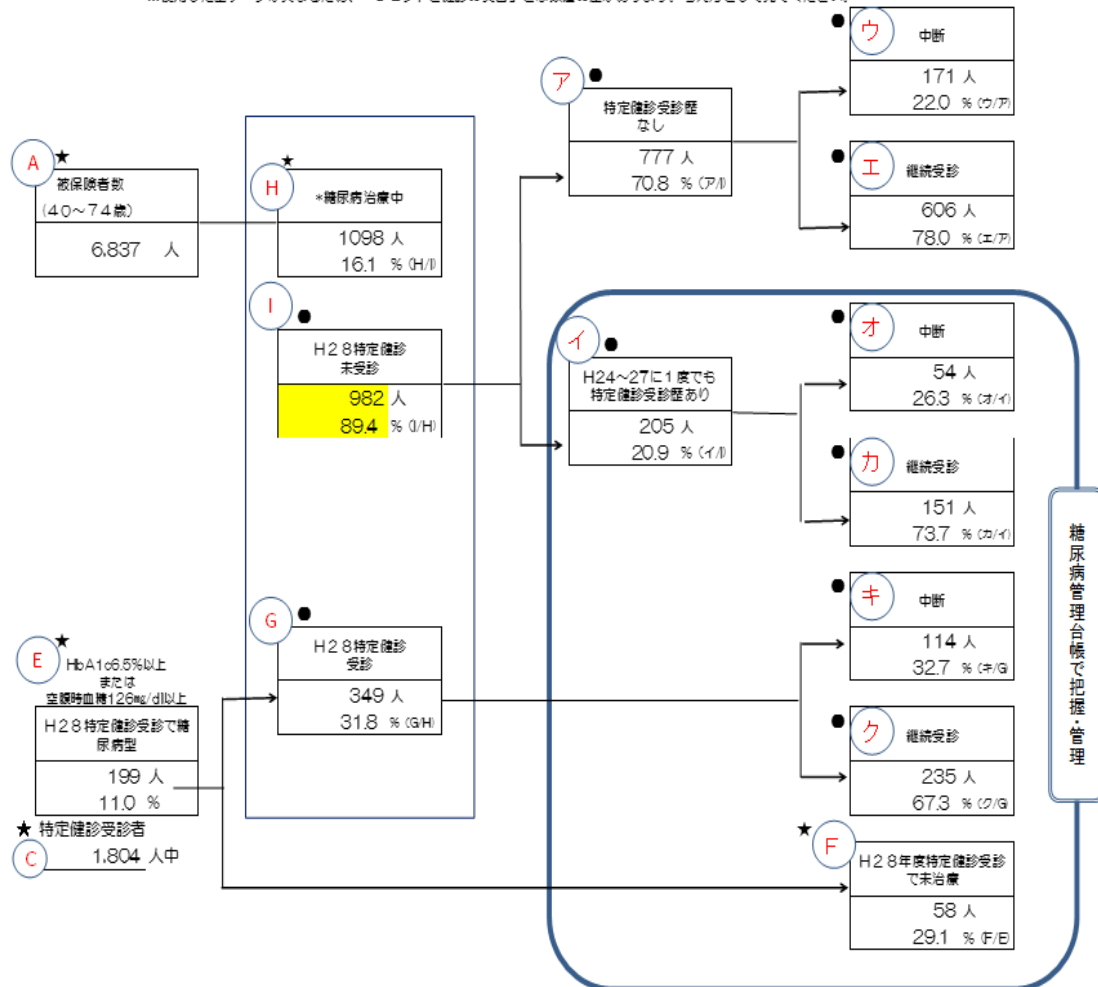
「糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合」から、さらに「I」の人について考える

※ 「KDB疾病管理一覧」・「5ヵ年突合新入力シート」より作成

※ 中断の考え方：H28年度にHbA1c検査を実施した者でH29年にHbA1c検査の実施がない者

注) 疾病管理一覧をダウンロードした時点での年度単位での中断者になりませ

※ 使用した基データが異なるため、「レセプトと健診の突合」とは数値の差があります。考え方として見てください。



★…「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」を入力
貼付データ：KDB厚生労働省様式3-2(H28.7月作成分).CSVデータ、H28新入力シート(H29.5.19現在)

●…「KDB疾病管理一覧」・「5ヵ年突合シート」より作成した数値を入力
貼付データ：KDB疾病管理一覧(糖尿病) H29.11.7抽出、5ヵ年突合シート(H24-28)

ウ 対象者の進捗管理

(ア) 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（巻末：参考資料3）及び年次計画表（巻末：参考資料4）で行い、担当地区ごとに作成・管理し、進捗状況については、事業担当者が定期的に確認する。

(イ) 糖尿病管理台帳作成手順

a 台帳の登録

健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1cの値が6.5%以上の者は以下の情報を管理台帳に記載する。また、HbA1cの値が6.5%未満でも糖尿病治療中の者や、当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1cの値が6.5%以上になった者も記載する。

- ・ HbA1c、血圧、体重、eGFR、尿蛋白の項目
- ・ 住所、保険情報

b 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する。

- ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日
- ・ 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。有りの場合は診療開始日
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報

c 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。

d 対象者数の把握

未治療者、中断者（受診勧奨者）、腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）について地区毎に整理する。

【参考】

- ・ 糖尿病管理台帳（H24～H28年のうち1度でもHbA1cの値が6.5%以上となった者）354名
- ・ CKD重症化予防連絡票事業対象者数（H24～H28年）

年度	連絡票対象者数	
		うち特定
H24	110	88
H25	143	106
H26	175	138
H27	182	125
H28	144	103

エ 保健指導の実施

(ア) 糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。さらに、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する。(図表28)

【図表 28】

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> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 7. 高血糖が続くと体に何が起ころのでしょうか? ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起ころ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」といふ方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう? 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン?(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度、肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもと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. チアグリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

オ 医療との連携

糖尿病連携手帳やCKD重症化予防連絡票を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言を求める。また、かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行う。

カ 福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、地域の保健・医療・福祉サービスの連携が必要となった場合は庁内関係部門、関係機関等と連携する。また、生活支援連携協議会（年2回開催）においてネットワークを構築する。

キ 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で実施する。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は、糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。また、中長期的評価においては様式6-1糖尿病性腎症取組評価表（巻末：参考資料5）を用いる。

短期的・中長期的目標管理一覧表（巻末：参考資料6）

- a 受診勧奨者に対する評価
 - (a) 受診勧奨対象者への介入率
 - (b) 医療機関受診率
 - (c) 医療機関未受診者への再勧奨数
- b 保健指導対象者に対する評価
 - (a) 保健指導実施率
 - (b) 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

ク 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
順次、対象者へ介入（通年）

(2) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組については、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。(巻末：参考資料7)

イ 対象者の明確化

(ア) 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ついては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(巻末：参考資料8)

(イ) 重症化予防対象者の抽出

a 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(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)であることから、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、その所見がみられる場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関を受診する必要がある。

本市において、平成28年度健診受診者1,813人のうち、ST-T所見があったのは76人(4.2%)※であった。ST-T所見ありの76人へは、生活習慣病等治療状況も確認し、要精査に該当しない有所見者に対しても心電図におけるST変化とはどのような状態であるのかを、健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。(※マルチマーカーにより抽出)

ウ 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表29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努める。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 29】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(イ) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート（動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017）」によると、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行う。

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する。

エ 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する。

オ 福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、地域の保健・医療・福祉サービスの連携が必要となった場合は庁内関係部門、関係機関等と連携していく。また、生活支援連携協議会（年2回開催）においてネットワークを構築する。

カ 評価

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で実施する。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。その際は糖尿病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・脳血管疾患等と併せて行う。

(ア) 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

【重症化予防保健指導対象者数】あなみツール 脳・心・腎を守るために

年度	計	重症化予防対象者 ÷ 受診者数	高血圧	心房細動	脂質異常症		メタボ	糖尿病	慢性腎臓病	
			Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-c180以上	中性脂肪300以上	メタボ該当者(2項目以上)	HbA1c6.5以上 ※1	尿蛋白(2+)	eGFR50未満 ※2
H28	555	30.8%	127	15	57	41	279	97	11	92
H29										
H30										
H31										
H32										
H33										

※1 糖尿病治療者はHbA1c7.0以上 ※2 70歳以上は40未満

キ 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
順次、対象者へ介入(通年)

(3) 脳血管疾患重症化予防

ア 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 30、31)

【脳卒中の分類】

【図表 30】

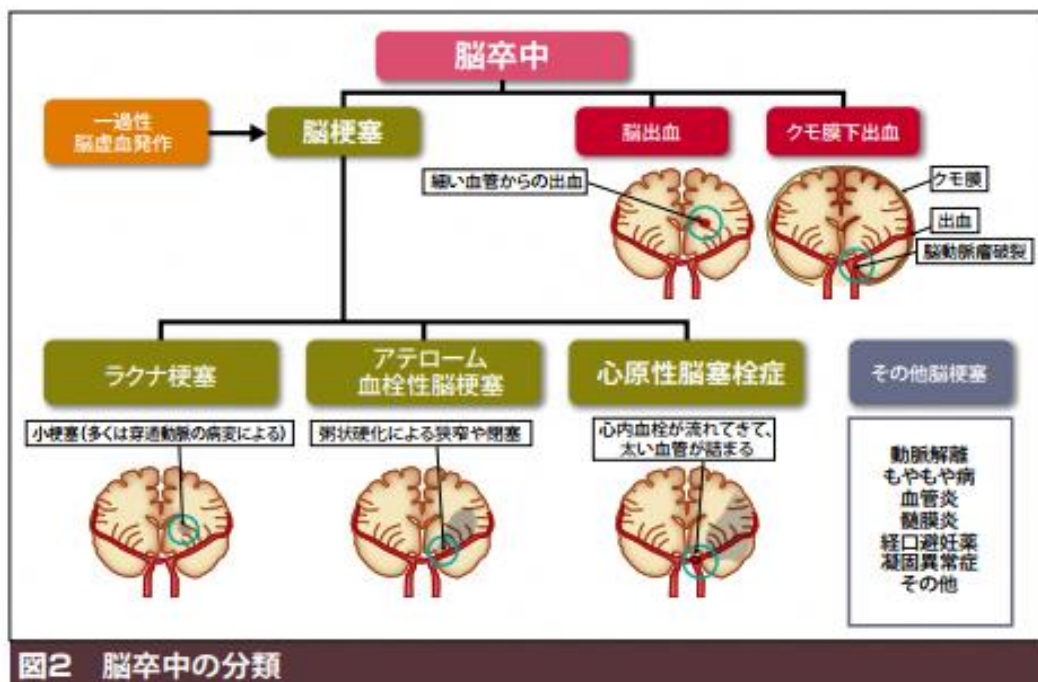


図2 脳卒中の分類

【図表 31】

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	●							

イ 対象者の明確化

(ア) 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32に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 32】

リスク因子 (〇はハイリスク群)	高血圧		糖尿病		脂質異常(高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)	
	II度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)
脳梗塞	ラクナ梗塞	●							0		0	
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●					0		0	
	心原性脳梗塞	●					●		0		0	
脳出血	脳出血	●										
	くも膜下出血	●										
H28特定健診受診者における重症化予防対象者												
受診者数 1,804人												
治療なし												
治療あり												
臓器障害あり												
CKD(専門医対象)	4人		6人		7人		2人		7人		5人	35人
尿蛋白(2+)以上	1人		1人		1人		0		2人		5人	1人
尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		2人		0		0		0		0	0
eGFR50未満(70歳以上は40未満)	3人		3人		6人		2人		6人		1人	35人
心電図所見あり	44人		25人		23人		5人		25人		3人	20人

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとII度高血圧以上が127人(7.0%)であり、77人(6.2%)は未治療者であった。また、未治療者のうち46人(59.7%)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度高血圧である者も50人(8.9%)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である。

(イ) 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、心血管疾患（脳・心・腎臓疾患）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33）

【図表 33】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
H28特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	1,245	404 32.4%	320 25.7%	214 17.2%	230 18.5%	56 4.5%	21 1.7%
リスク第1層	153	77 12.3%	33 10.3%	18 8.4%	19 8.3%	5 8.9%	1 4.8%
リスク第2層	567	172 45.5%	146 42.6%	111 45.6%	103 44.8%	26 46.4%	9 42.9%
リスク第3層	525	155 42.2%	141 38.4%	85 44.1%	108 47.0%	25 44.6%	11 52.4%
再掲 重複あり	糖尿病	97 18.5%	24 15.5%	20 14.2%	15 17.6%	10 23.1%	3 27.3%
	慢性腎臓病 (CKD)	356 67.8%	121 78.1%	94 66.7%	49 57.6%	11 44.0%	7 63.6%
	3個以上の危険因子	179 34.1%	37 23.9%	50 35.5%	43 50.6%	9 36.0%	5 45.5%

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
19 1.5%	108 8.7%	180 14.5%
19 100%	5 4.6%	1 0.6%
--	103 95.4%	35 19.4%
--	--	144 80.0%

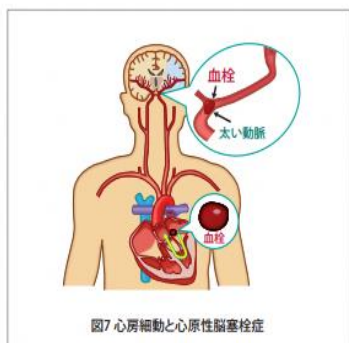
（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表33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である。

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症は、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34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 34】



	H28健診受診者		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	811	1002	12	1.5	4	0.4	-	-
40歳代	61	68	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	132	141	1	0.8	0	0	0.8	0.1
60歳代	425	549	9	2.1	2	0.4	1.9	0.4
70~74歳	193	244	2	1.0	2	0.8	3.4	1.1

抽出方法：マルチマーカー

*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（脳卒中予防の提言より引用）

【図表 35】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
16	100	6	37.5	10	62.5

抽出方法：マルチマーカー

治療の有無：問診項目にて糖尿病・高血圧・脂質異常症のどれか内服があれば「治療中」で計上

心電図検査において16人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加し、特に60代においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高い状況にある。

また、16人のうち10人は既に治療が開始されていたが、6人は生活習慣病に関する治療をしておらず、受診勧奨が必要な対象者である。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要がある。そのような対象者を早期発見・早期介入するために、本市においては、集団健診において心電図検査の全数実施を行っている。

(エ) ハイリスク対策検診の実態

ハイリスク対策検診は、心血管疾患等（脳・心臓、腎臓疾患）の発症リスクが高い糖尿病等の動脈硬化の進行因子を持つ者に対し、平成22年度から実施している。

図表36は、頸部超音波検査の結果（平成22年度から平成26年度実施分の413名）で、年齢が高くなるとともに、わずかな異常が生じている者や要精密者の出現率が高くなっており、保健指導レベルの段階ですでに血管変化が起こっている。

【頸部超音波検査結果（単位：名）】

【図表 36】

判定	異常なし		わずかな異常		要精密	
	人数	出現率	人数	出現率	人数	出現率
30代	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
40代	36	80.0%	8	17.8%	1	2.2%
50代	91	56.5%	40	24.8%	30	18.6%
60代	103	51.5%	60	30.0%	37	18.5%
計	237	57.4%	108	26.2%	68	16.5%

※ 「異常なし～わずかな異常」は「わずかな異常」にカウント（1名）

「わずかな異常～動脈硬化進展、要精密」は「動脈硬化進展、要精密」にカウント（4名）

要精密者の医療機関受診状況については図表37のとおりであり、7割が必要な医療に繋がっている。ハイリスク対策検診については、今後も継続して実施する。

【図表 37】

【要精密者の医療機関受診者数及び割合（単位：名※延べ人数）】

	要受診者	精密受診者				受診なし	確認不可
		内服開始	経過観察	中断者	受診率		
耐糖能精密検査	33	4	7	2	39.4%	16	4
頸部超音波検査	68	32	9	8	72.1%	15	4
尿中微量アルブミン定量検査	39	14	5	4	59.0%	10	6

※糖負荷は糖尿病型、境界型を計上

※確認不可は国保を離脱しておりレセプトの確認ができない者

ウ 保健指導の実施

(ア) 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とともに、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすい指導に努める。

治療が必要にも関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関わらず、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。

(イ) 対象者の管理

a 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う。(巻末:参考資料9)

エ 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。

オ 福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、地域の保健・医療・福祉サービスの連携が必要となった場合は庁内関係部門、関係機関等と連携する。また、生活支援連携協議会(年2回開催)においてネットワークを構築する。

カ 評価

短期的評価・中長期的評価の視点で実施する。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。その際は、糖尿病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。

(ア) 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

【重症化予防保健指導対象者数】あなみツール 脳・心・腎を守るために

年度	計	重症化予防対象者 ÷ 受診者数	高血圧	心房細動	脂質異常症		メタボ	糖尿病	慢性腎臓病	
			Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-c180以上	中性脂肪300以上	メタボ該当者(2項目以上)	HbA1c6.5以上 ※1	尿蛋白(2+)	eGFR50未満 ※2
H28	555	30.8%	127	15	57	41	279	97	11	92
H29										
H30										
H31										
H32										
H33										

※1 糖尿病治療者はHbA1c7.0以上 ※2 70歳以上は40未満

キ 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

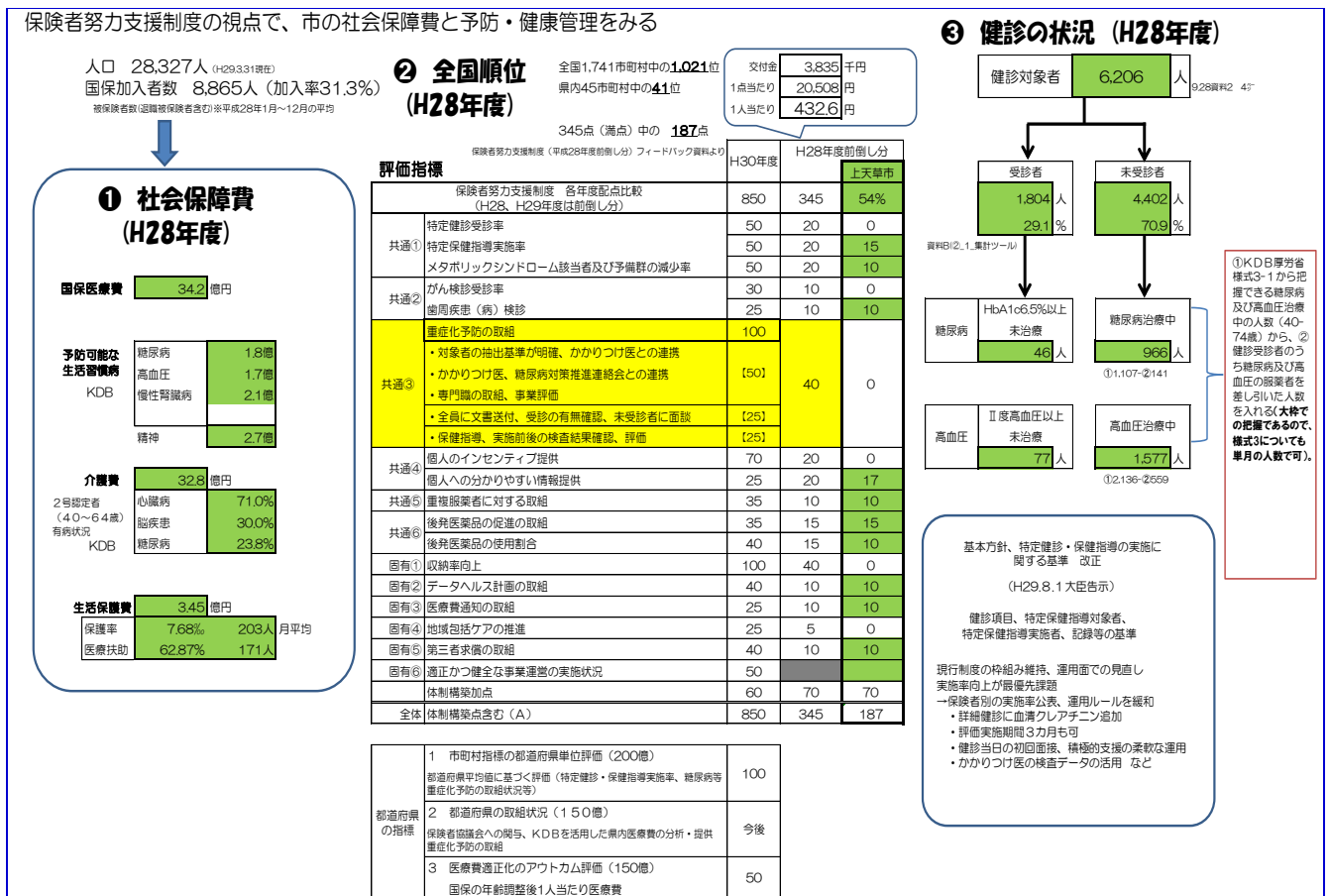
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3 ポピュレーションアプローチ

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

その方法として、健診受診につながった初回受診者に対しては、個別に結果説明を全対象者に行い、自己管理ができるよう支援を行う。また、健診の必要性について広報・ホームページをはじめ、あらゆる場で健診の受診勧奨を実施していくとともに、医師会や歯科医師会等に加え、健康づくりを推進する団体等と連携を図りながら、関係機関や団体、行政等が協働して市民の健康づくりを支援していく。



第5章 地域包括ケアに係る取組

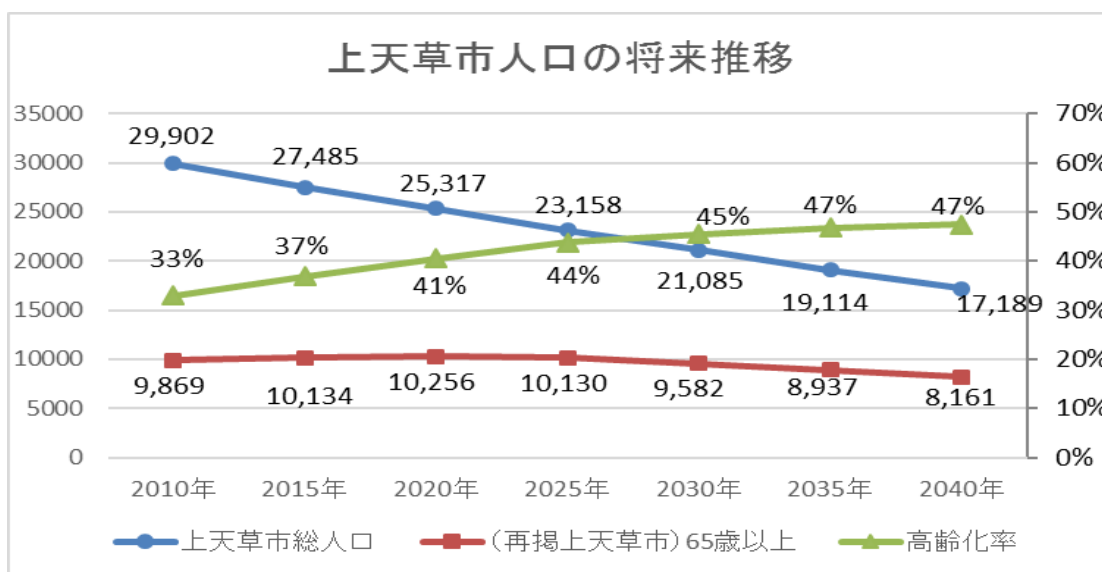
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として図表15で確認したように、生活習慣病の重症化による脳卒中が42.8%で多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本市の人口の将来推計は、2015年の総人口27,485人に対し65歳以上人口10,134人で高齢化率37%である。2040年の総人口は17,189人に対し65歳以上人口8,161人で高齢化率47%と推計され、総人口の減少及び高齢化率の更なる上昇が明らかである。(図表38)

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。このような状況を鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表38】



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

本市では、医療・介護・保健・福祉の関係機関が集まり年に一回地域医療推進会議を開催している。また、医療機関等の呼びかけにより生活支援連携会議等に出席するなど市民が地域で元気に生活できるよう支援している。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置

している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

中間評価、最終評価については、単年度評価を基に国保運営協議会等で報告を行い次期計画へ反映させる。

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
ことが重要であり、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を検討する。

2 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上天草市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 目標管理シート
- 参考資料 7 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 8 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 9 血圧評価表
- 参考資料 10 保健事業実施計画（データヘルス計画）の目指すべき方向性
- 参考資料 11 特定健康診査検査項目
- 参考資料 12 平成 29 年度 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
の実践スケジュール
- 参考資料 13 平成 28 年度事業実施状況及び評価
- 参考資料 14 保健事業実施計画（データヘルス計画）の構造図
- 別紙資料 1 腎検討会議実施要領
- 別紙資料 2 ハイリスク対策検診事業実施要領
- 別紙資料 3 CKD重症化予防連絡票
- 別紙資料 4 熊本県糖尿病成人症重症化予防プログラム

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上天草市の位置

項目		H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
		上天草市		上天草市		同規模平均		県					
		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	29,777	29,777	9,030,767	1,794,477	124,852,975				KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3		
		65歳以上(高齢化率)	9,854	33.1	9,854	33.1	2,626,654	29.1	462,261	25.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	5,723	19.2	5,723	19.2			253,517	14.1	13,989,864	11.2	
		65~74歳	4,131	13.9	4,131	13.9			208,744	11.6	15,030,902	12.0	
		40~64歳	10,507	35.3	10,507	35.3			602,031	33.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	9,416	31.6	9,416	31.6			730,185	40.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	13.3	13.3	11.4	10.5	4.2					KDB_NO.3	
		第2次産業	21.4	21.4	27.5	21.2	25.2					健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
		第3次産業	65.2	65.2	61.1	68.4	70.6						
	③ 平均寿命	男性	78.8	78.8	79.2	80.3	79.6						
女性		86.0	86.0	86.4	87.0	86.4					KDB_NO.1 地域全体像の把握		
④ 健康寿命	男性	64.1	64.1	65.1	65.3	65.2							
	女性	66.5	66.4	66.8	66.7	66.8							
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	105.3	106.2	104.8	94.7	100						
			男性	101.4	104.6	101.5	92.8	100					
			女性										
		死因	がん	121	49.6	127	49.2	32,164	46.4	5,499	48.4	367,905	49.6
			心臓病	64	26.2	78	30.2 ↑	19,517	28.2	3,135	27.6	196,768	26.5
			脳疾患	37	15.2	33	12.8 ↓	11,781	17.0	1,774	15.6	114,122	15.4
			糖尿病	4	1.6	2	0.8 ↓	1,340	1.9	183	1.6	13,658	1.8
			腎不全	9	3.7	15	5.8 ↑	2,559	3.7	449	3.9	24,763	3.3
	自殺		9	3.7	3	1.2 ↓	1,902	2.7	332	2.9	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計											
男性													
	女性												
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	2,358	23.5	2,442	24.7	539,524	20.5	108,753	23.3	5,882,340	21.2	
		新規認定者	38	0.4	29	0.4	8,953	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
	2号認定者	48	0.4	37	0.4	11,164	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	530	21.5	596	23.8	125,517	22.3	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	1,477	61.5	1,512	61.2 ↓	305,818	54.6	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	767	30.8	844	34.2	159,712	28.3	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	1,710	70.9	1,753	71.0	349,121	62.4	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	733	31.4	723	30.0 ↓	154,757	27.9	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
		がん	297	12.7	329	13.8	58,389	10.3	12,180	10.7	629,053	10.1	
		筋・骨格	1,581	66.0	1,730	69.1	303,080	54.0	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
精神	1,002	41.2	1,064	43.0	213,249	37.8	42,763	38.0	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	71,667	68,499 ↓	66,708	61,022	58,349							
	居室サービス	40,683	39,603	41,740	40,033	39,683							
	施設サービス	283,638	286,049	278,164	291,281	281,115							
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	10,602	9,796	8,280	8,532	7,980							
	認定あり	3,977	4,729	4,039	3,919	3,822							
	認定なし												
4	① 国保の状況	被保険者数	10,043	8,613	2,264,275	471,487	32,587,223						
		65~74歳	3,252	32.4	3,352	38.9			182,316	38.7	12,462,053	38.2	
		40~64歳	4,199	41.8	3,383	39.3			162,771	34.5	10,946,693	33.6	
		39歳以下	2,592	25.8	1,878	21.8			126,400	26.8	9,178,477	28.2	
		加入率	33.7	28.9	25.1	26.3	26.9					KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	1	0.1	1	0.1	833	0.4	214	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	23	2.3	24	2.8	6,529	2.9	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数	195	19.4	195	22.6	135,296	59.8	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
		医師数	38	3.8	36	4.2	16,982	7.5	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数	688.9	712.7	698.5	727.4	668.3						
入院患者数	27.2	26.7	23.6	25.6	18.2								
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,231	県内13位	32,372	県内9位 同規模36位	27,773	27,978	24,253					
	受診率	716.157	739.41	722.134	752.943	686.501					KDB_NO.3		
	外来費用の割合	57.6	58.2	56.9	55.7	60.1					健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題		
	外来件数の割合	96.2	96.4	96.7	96.6	97.4							
	入院費用の割合	42.4	41.8	43.1	44.3	39.9					KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	入院件数の割合	3.8	3.6	3.3	3.4	2.6							
1件あたり在院日数	17.8日	17.7日	17.0日	18.0日	15.6日								
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源消費病名(調剤含む)	がん	339,591,750	17.0	361,387,960	20.3	23.9	20.5	25.6					
	慢性腎不全(透析あり)	239,485,630	12.0	212,575,020	12.0	9.2	12.4	9.7					
	糖尿病	178,399,240	8.9	181,860,500	10.2	9.9	9.6	9.7			KDB_NO.3		
	高血圧症	244,068,340	12.2	176,908,780	10.0	8.9	8.4	8.6			健診・医療・介護 データからみる地域		
	精神	347,783,000	17.4	277,218,440	15.6	19.6	22.4	16.9					
筋・骨格	366,953,920	18.4	338,015,350	19.0	15.2	15.1	15.2						

【参考資料 3】

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

【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		
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- 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、治療状況に応じた保健指導 -----	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 栄養士中心 腎専門医		
	④健診未受診者 ()人			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん </div>	
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保) ()人				
	②後期高齢者 ()人				
③他保険 ()人					
④住基異動(死亡・転出) ()人					
⑤確認できず ()人					
①-1 未治療者(中断者含む) ()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					
⑥結果把握 ()人					
①HbA1cが悪化している ()人					
例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()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 (-) ()人					
(±) ()人					
(+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化					
1年で25%以上低下 ()人					
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

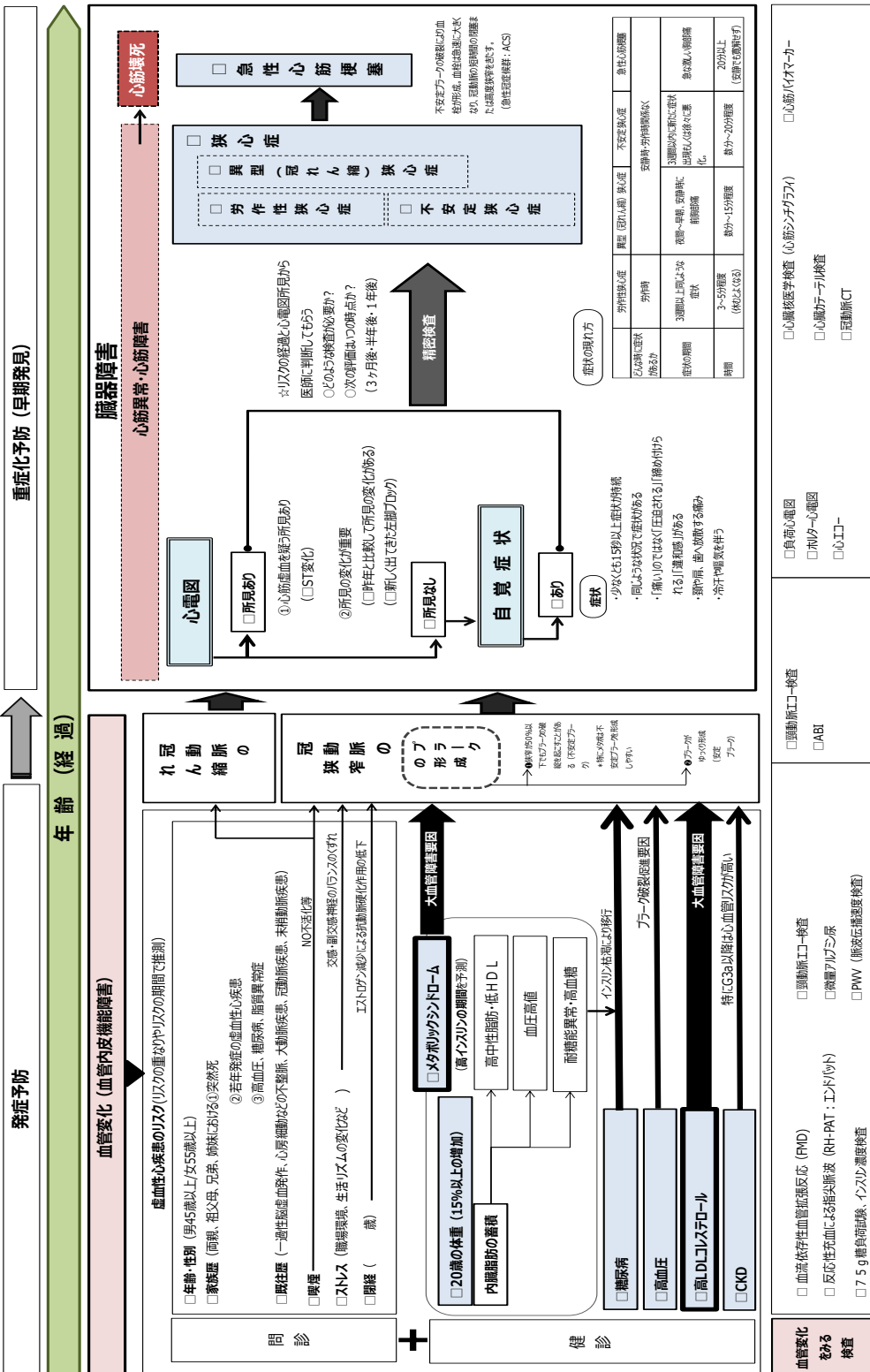
【参考資料 5】

		項目	保険者						同規模保険者		データ元	
			平成28年度		平成29年度		平成30年度		実数	割合		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者 (再掲) 40才~74才	8,937	人		人		人		人	KDB厚生労働省様式 様式3-2	
2	①	健診対象者数	6,705	人		人		人		人	保健指導支援ツール	
	②	健診受診者数	1,805	人		人		人		人		
	③	健診受診率	26.9	%		%		%		%		
3	①	特定保健指導 保健指導対象者数		人		人		人		人	H28年度特定保健指導・ 特定保健指導実施状況	
	②	実施率		%		%		%		%		
4	①	健診データ 糖尿病型	199	人	11%	人	%	人	%	人	%	特定健診結果 保健 指導支援ツール
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	98	人	29.1%	人	%	人	%	人	%	
	③	治療中(質問票 服薬有)	141	人	70.9%	人	%	人	%	人	%	
	④	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	67	人	47.5%	人	%	人	%	人	%	
	⑤	血圧 130/80以上	40	人	59.7%	人	%	人	%	人	%	
	⑥	肥満 BMI25.0以上	35	人	52.2%	人	%	人	%	人	%	
	⑦	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	74	人	52.5%	人	%	人	%	人	%	
	⑧	糖尿病病期分類										
	⑨	尿蛋白 (-) 第1期	121	人	60.8%	人	%	人	%	人	%	
	⑩	尿蛋白 (±) 第2期	52	人	26.1%	人	%	人	%	人	%	
	⑪	尿蛋白 (+)以上 第3期	23	人	11.6%	人	%	人	%	人	%	
		eGFR(30未満) 第4期	3	人	1.51%	人	%	人	%	人	%	
5	①	レセプト 糖尿病治療中	1,130	人	12.6%	人	%	人	%	人	%	あなみツール②_2乗 計ツール2017.7DM 腎症(レセ×健診)
	②	(再掲) 40才~74才	1,098	人	16.1%	人	%	人	%	人	%	
	③	健診未受診者	382	人	89.4%	人	%	人	%	人	%	
	④	糖尿病性腎症	107	人	9.5%	人	%	人	%	人	%	
	⑤	(再掲) 40才~74才	104	人	9.5%	人	%	人	%	人	%	
	⑥	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	21	人	1.96%	人	%	人	%	人	%	
	⑦	(再掲) 40才~74才	19	人	1.73%	人	%	人	%	人	%	
	⑧	後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		人	%		%		%		%	
	⑨	新規透析患者数 (再掲) 糖尿病性腎症		人	%	人	%	人	%	人	%	
6	①	医療費 総医療費	a	34.2	億円		億円		億円		億円	KDB健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題CSV
	②	生活習慣病総医療費	b	11.7	億円		億円		億円		億円	
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	34.2	%		%		%		%	
	④	生活習慣病 対象者一人 当たり	健診受診者	1,729	円		円		円		円	
	⑤	健診未受診者	13,662	円		円		円		円		
	⑥	糖尿病医療費	c		万円		万円		万円		万円	
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b		%		%		%		%	
	⑧			人	%	人	%	人	%	人	%	
	⑨	入院外		人	%	人	%	人	%	人	%	
	⑩	入院		人	%	人	%	人	%	人	%	
	⑪	糖尿病入院外総医療費	7.1	億円		億円		億円		億円		
	⑫	1件当たり	48,582	円		円		円		円		
	⑬	糖尿病入院総医療費	3.8	億円		億円		億円		億円		
	⑭	1件当たり	636,276	円		円		円		円		
	⑮	在院日数	18	日		日		日		日		
7	①	介護 介護給付費	32.8	億円		億円		億円		億円	KDB市町村別データ 資料集 支援 資料集 資料集 ①②③④	
	②	(再掲) 2号認定者の有無割合										
	③	糖尿病 糖尿病合併症	23.8	%		%		%		%		
8	①	死亡 死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	258	人		人		人		人	KDB地域の全体像の 把握CSV	
	②	糖尿病	2	人	0.8%	人	%	人	%	人		%

データヘルス計画の目標管理一覧表									
	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価		最終評価		現状地の把握方法
			年次	数値	年次	数値	年次	数値	
中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の患者数10%減少	H28	408	H30		H31		KDBシステム
		虚血性心疾患の患者数10%減少		426					
		糖尿病性腎症の患者数10%減少		107					
短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、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対象者を減らす	健診受診者の高血圧の割合減少（140/90以上）		30.2				25	第2期上天草市健康づくり推進計画（H25-34）
		健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）		男6.2 女13.7				男6.2 女8.8	
		健診受診者の糖尿病有病者の割合伸びの抑制（HbA1c6.5%以上）		7.1				7.5	
		健診受診者の糖尿病治療継続者の割合増加（40歳以上74歳未満）		44.6				55	
		健診受診者の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減少（HbA1c8.4%以上）		0.7				0.5	
		メタボ該当者・予備群の減少		26.7				25	

【参考資料6】

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

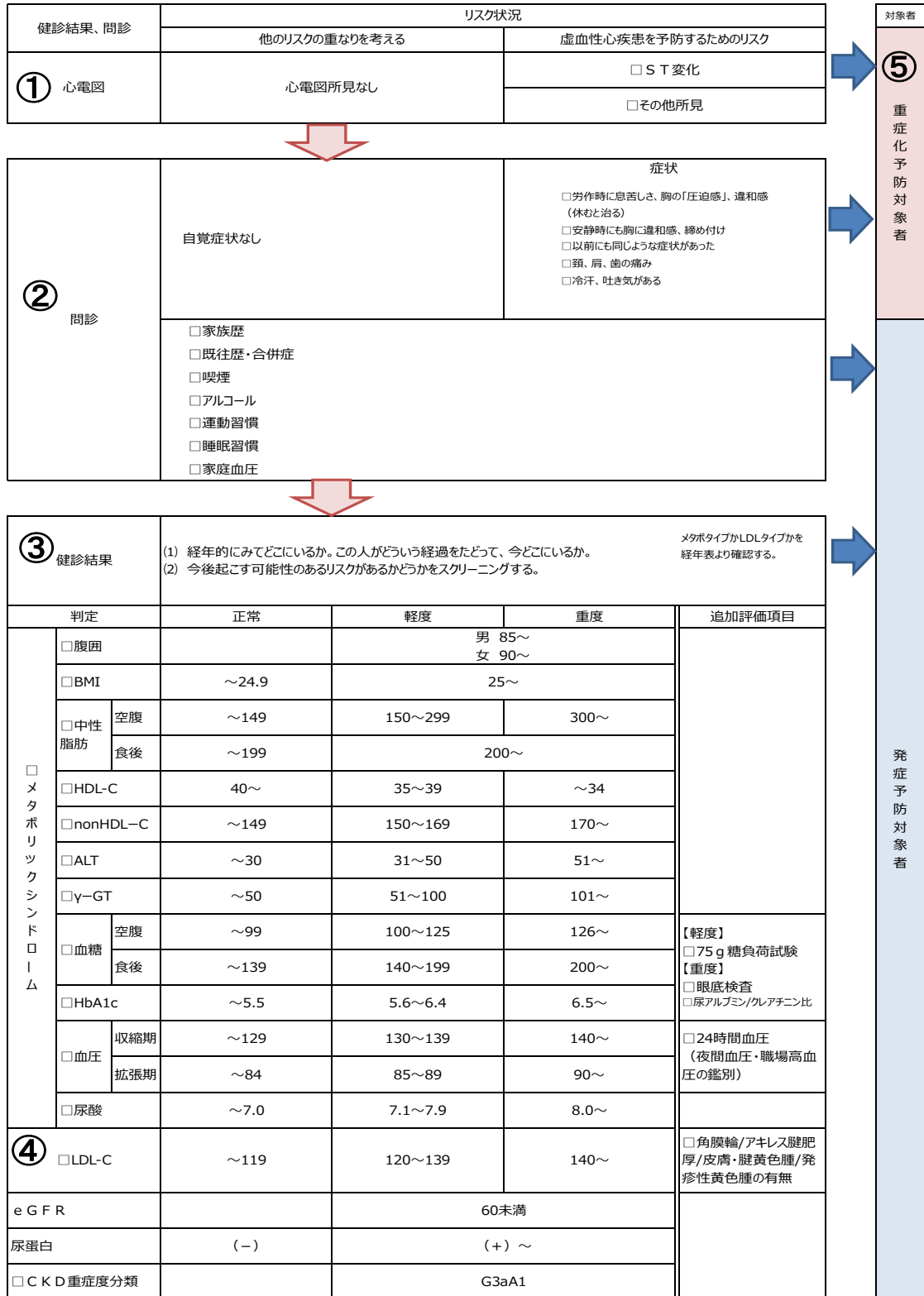


【参考資料7】

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳・血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン、エビデンスに基づく二次予防の診療ガイドライン、循環器予防ガイドライン、血管内皮機能検査の標準化ガイドライン、血管内皮機能検査の標準化ガイドライン、循環器予防ガイドライン、エビデンスに基づく二次予防の診療ガイドライン、エビデンスに基づく二次予防の診療ガイドライン

【参考資料 8】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

特定健診検査項目

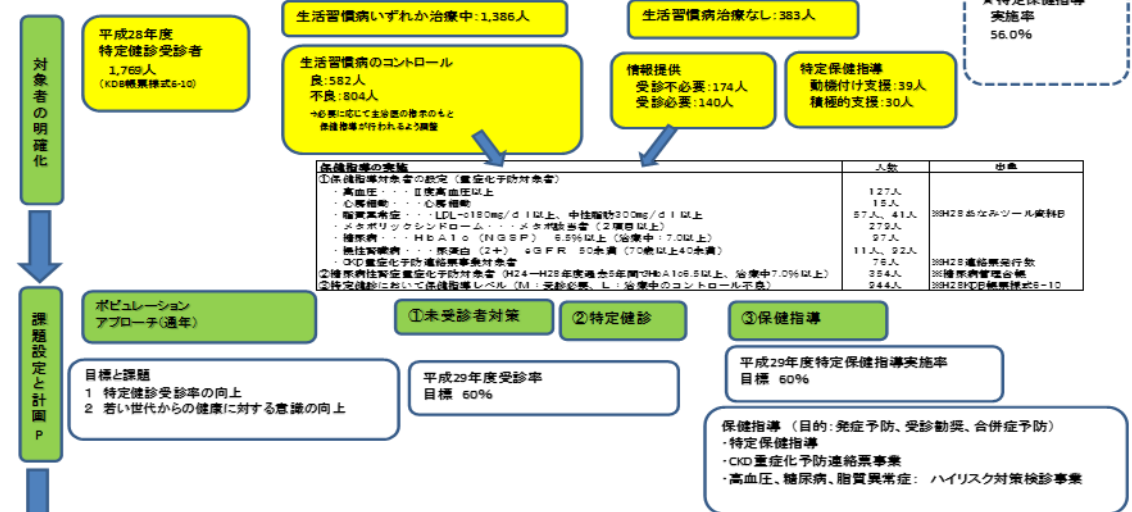
【参考資料 11】

	検査項目 <単位> ★はメタボの判定項目	この検査でわかること
肥満	腹囲 <cm> ★	内臓脂肪の蓄積を調べる。体重が適正でも、内臓脂肪が過剰にたまるさまざまな生活習慣病になる恐れが。
	BMI (Body Mass Index)	世界で用いられる肥満判定法。BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で算出。18.5未満だと低体重、25以上だと肥
高血圧	血圧 <mmHg> ★	「収縮期(最大)血圧」は血液が心臓から全身へ送り出されるとき、「拡張期(最小)血圧」は血液が全身から心臓へ戻るときの血圧のこと。
糖尿病	空腹時血糖 (BS) <mg/dL> ★	血液中のブドウ糖のこと。飲食によって数値が変動するため、空腹時に測定する。血糖値が高い場合、糖尿病をはじめ、すい臓、肝臓の病気が疑われる。
	HbA1c (ヘモグロビン A1c)[NGSP] ★ <%>	飲食で変動する血糖値とは異なり数値が安定していて、過去1~2か月間の平均的な血糖値がわかる。糖尿病が疑われた場合の検査として有効。
脂質異常	中性脂肪 (トリグリセリド/TG) <mg/dL> ★	主にエネルギーとして利用され、余りは脂肪となって体内に蓄えられる。過剰な飲食で増えすぎると肥満の原因に。
	HDL コレステロール <mg/dL> ★	別名「善玉コレステロール」。血液中に悪玉コレステロールが増加するのを防ぐ。有酸素運動で増え、肥満や喫煙で減少する。
	LDL コレステロール <mg/dL>	別名「悪玉コレステロール」。コレステロールを全身に運ぶ。増加すると動脈硬化を促進させ、心筋梗塞や脳梗塞を引き起こす。
肝臓	AST(GOT) <U/L>	ASTは主に肝臓、心筋、骨格筋に含まれ、これらの部位に障害が起こると数値が上がる。ALTは主に肝臓に含まれ、肝臓や胆道(胆汁の通り道)に障害が起こると数値が上がる。ASTとALTの数値を比較することで、肝臓の病気の種
	ALT(GPT) <U/T>	
	γ-GT (γ-GTP) <U/L>	肝臓に多く含まれ、肝臓や胆道に障害が起こると数値が上がる。特にアルコールによる肝機能の障害があると急激に上昇する。
糖尿病	尿糖 (参考値)	尿に含まれるブドウ糖。糖尿病などで血糖値が高くなりすぎると、尿に糖がもれ出してくる。
腎臓	尿たんぱく (参考値)	腎臓などに異常がある場合、尿にたんぱくがもれ出してくる。ただし、健康な人でも激しい運動後などに陽性になることがある。

【参考資料 12】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

対象者の明確化から計画・実施・評価まで



H28健診・保健指導プログラムの流れ(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ

実施月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	実施内容
4月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
5月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
6月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
7月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
8月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
9月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
10月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
11月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
12月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
1月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
2月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
3月	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ
その他	意向調査通知(強制受診)	特定健診受診対象	意向調査通知の準備・実施(POCAサイクル) ※重症化予防の観点で脳・心・腎を守るために、まずは意向調査通知と受診率アップ

評価C	受診率								保健指導								実施状況			
	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率	実施率		
平均	5%	6%	6%	30%	40%	50%	60%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%		
実施率	22.9%	27.0%	28.8%	26.0%	28.1%	27.0%	28.6%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%		

改善A: 生活習慣病の予防をライフサイクルで見えていく。母子保健担当、健康増進担当と連携して、「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で課題解決に取り組むこと

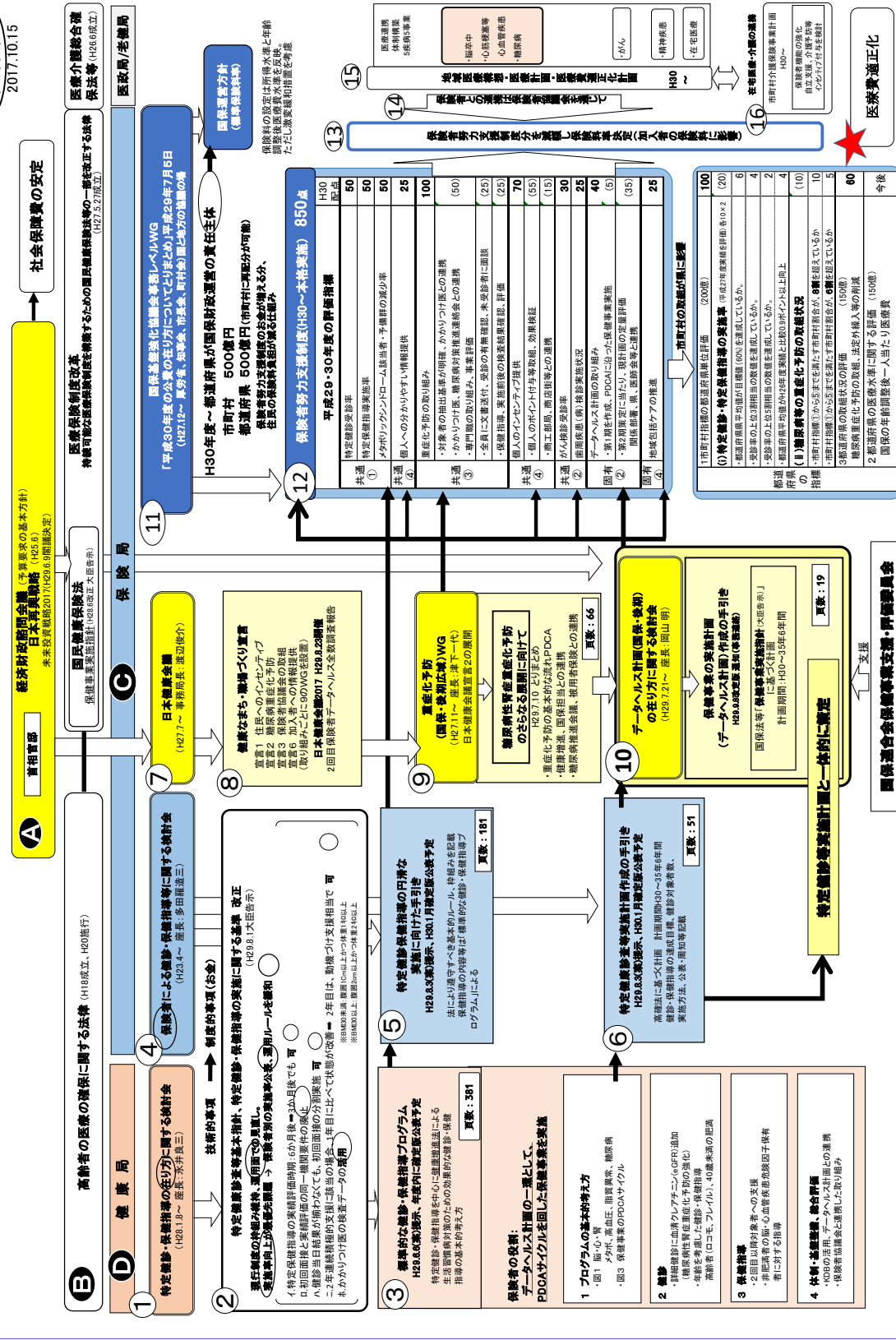
H28年度事業実施状況及び評価

上天草市

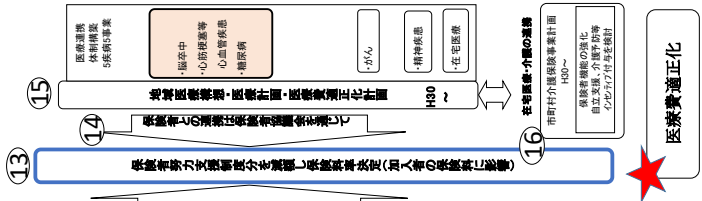
事業	目標(目標値)	実施内容	評価		プロセス	課題	H29年度計画への反映事項
			アンケート(結果)	ストラクチャー(構造)			
特定健診未受診者対策	住民健診意向調査の返却率50%以上 特定健診受診率60%	住民健診意向調査未返却者に対して、受診勧奨も含めた通知発送 前目(無料)健診券へ無料クーポンの発送 人間ドック受診者に対して受診結果提供依頼通知の発送 ホームページ、広報で周知 2次健診受診勧奨通知の発送 3年未受診者へ通知の発送 医療データ買取事業通知の発送	郵送通知発送数(19歳以上74歳以下:5120通) 継続受診(H270H28×)していない者300人;地区担当者にて健診勧奨 無料クーポンの発送数(348人) 広報等周知(商工芸3回/年チラシ配布) 2次健診勧奨通知数(926) 5年未受診者受診勧奨数(レセプト確認し5年未受診者で病院にかかっていない者)75人	アンケート調査回収 未提出者意向調査回収300(1割) 18人申し込み 住民健診意向調査票回収率56.8% 受診率28.5%(H29.9) H27法定報告値 27.6% 人間ドック提供者:73人 5年未受診者勧奨後、受診者4人	ストラクチャー(構造) 未受診者対策について は、母子保健係・健康増進係・国民健康保険係で健診5月評価 未受診者対策として関係で看護師1人、嘱いあげ	課題 ・未受診者に対する回収率が低いが、「音信が届かない」と思っている者も、今後継続的(必要)なアプローチも必要と見込まれる。また、受診意向向上のため、受診意向の個別健診受診勧奨の促進を図りたい。併せて、県内全庁的な取り組みも考えていく。 ・市内全庁に連携している、小地域ネットワークを活用し、地域で呼びかけあう(口コエ効果)ことで健診率を高める。各園保健士と医療者の側面から健診の大切さを理解してもらい、受診率向上を図る。 ・通知だけでは効果がない方も関係性の築ける地区担当が、未受診者対策担当看護師と連携して動員にあたり、より効果的な受診行動に繋がるとは思えない。	H29年度計画への反映事項 特定健診及び保健事業の推進において、医師等関係(かかりつけ医)との連携が重要であることを見直し、受診意向向上のため、受診意向の個別健診受診勧奨の促進を図りたい。併せて、県内全庁的な取り組みも考えていく。 平成30年度から関係強化や関係制の厳格化に伴い、関係者にも連携を促す。大きく、関係者の負担も関係者の取組により軽減が生じていること。特定健診受診率を上げる必要があるのかを、受診意向だけでなく住民への説明義務が行政にはある。未受診者が健診化しているケースが多いため、関係者が受診率を上げる必要があり、関係者が受診率を上げる必要があり、関係者が受診率を上げる必要あり。
特定保健指導	特定保健指導実施率60%	特定保健指導の実施率の向上 動機付け支援 一地区担当の保健師・栄養士による個別支援	動機付け支援対象者144人 終了者67人(46.5%) 継続的支援対象者70人 終了者12人(17.1%) H27法定報告値	特定保健指導実施率38.9% H27法定報告値	共通様式の活用 過去の指導状況や世帯状況がわかるように個々のカルテを作成	特定保健指導の対象者が毎年同じ人ということもあり、拒否につながるケースあり。 拒否の理由の把握及び担当保健師等のこれまでの支援の振り返りを行う必要がある。	特定保健指導実施のため、管理栄養士の嘱託職員の確保及び保健指導のスキル向上に努めていく。
重症化予防対象者(血圧Ⅱ度以上、HbA1c6.5(治療者7.0)以上、LDL-c180以上、TG300以上、腎専門医レベル)に訪問・個別面談を実施100%実施 CKD連絡票等発行者に対するアプローチ100% ハイリスク健診発行者に対するアプローチ100%	重症化予防対象者への個別対応 血圧Ⅱ度以上 HbA1c6.5以上 LDL-c180以上 TG300以上 腎専門医レベル	血圧Ⅱ度以上173人 HbA1c6.5以上111人 脂質異常111人 腎機能低下143人 CKD連絡票発行者76人 CKD連絡票58人(76.8%) ハイリスク健診発行者75人 ハイリスク健診36人(48%)	重症化予防保健指導対象者H24-H28で見ると約100人増加している。 H24-H28比較では、血圧Ⅱ度以上の対象者の増加やeGFR50未満のCKD連絡票発行者及びハイリスク対象者には全数個別対応している。	重症化予防保健指導対象者H24-H28で見ると約100人増加している。 H24-H28比較では、血圧Ⅱ度以上の対象者の増加やeGFR50未満のCKD連絡票発行者及びハイリスク対象者には全数個別対応している。	共通様式の活用 過去の指導状況や世帯状況がわかるように個々のカルテを作成 CKD各論計画に沿って「CKD連絡票」を使用した保健指導教材を使用	重症化予防保健指導対象者H24-H28で見ると約100人増加している。 H24-H28比較では、血圧Ⅱ度以上の対象者の増加やeGFR50未満のCKD連絡票発行者及びハイリスク対象者には全数個別対応している。	重症化予防保健指導対象者H24-H28で見ると約100人増加している。 H24-H28比較では、血圧Ⅱ度以上の対象者の増加やeGFR50未満のCKD連絡票発行者及びハイリスク対象者には全数個別対応している。

【参考資料13】

平成30年度に向けて 具体的な内容が明らかになってきました



【参考資料 14】



1 目的

医療の立場から医療機関の代表医師に参加してもらい、上天草市の健康課題を共有し、上天草市の健康課題の解決を検討する場とし、医療・行政の連携をスムーズに行い、CKD重症化を予防し、ひいては医療費適正化に繋げる。

2 会議開催の背景

熊本県の透析導入は昭和60年から平成22年まで全国ワースト1位（平成20年・21年は2位）と高い状況で、その中でも上天草市においては平成18年度透析導入が県内4位で、当市においては大きな健康課題となっている。

そこで平成19年度に国保医療費分析の実施と、訪問により、透析患者から透析に至った経緯、それまでの治療の経過についての聴き取りを行った。

また、平成21年度に市内全医療機関を訪問し、CKDの実態の情報発信と、医療・行政の役割について等、CKD対策について、各医療機関からの意見の取りまとめをした。

その結果、CKDは予防可能な生活習慣病が背景にあり、生活習慣病の重症化が人工透析に移行している実態があることから、CKD重症化予防には、医療機関と連携を図りながら事業を進める事が、重要であることがわかった。

3 実施主体

上天草市健康づくり推進課

4 実施期間

平成21年度から実施

5 出席者

- ・市内医療機関代表医師
- ・行政

6 内容

CKD重症化予防についての検討

- (1) 上天草市の健康課題について（健診結果データから）
- (2) 健康課題解決に向けての医療・行政の役割、連携体制について
- (3) CKD重症化予防に向けての研修会開催について
- (4) その他

7 事業の評価方法

- (1) 新規透析患者の推移
- (2) 特定健診受診率の推移
- (3) 重症高血圧症・糖尿病・脂質異常者の推移
- (4) 国保医療費の伸びの推移

平成29年度上天草市ハイリスク対策検診事業実施要領【別紙資料2】

1 目的

- (1) 心血管疾患等（脳、心臓、腎臓疾患）の発症リスクが高い糖尿病等の動脈硬化の進行因子を持つ者に対して、代謝や血管変化の状態を明らかにすることで、予防意識並びに早期受診を促し、発症による早世、重症化予防を図る。
- (2) 若い世代の高血糖が増加傾向にあり、将来糖尿病等の発症リスクが高いことから、早期の介入によりリスクを低減させ発症を予防する。

2 事業の位置づけ

この事業は上天草市健康づくり推進計画（平成25年3月策定）に基づき、循環器疾患および糖尿病、CKDの対策として実施する事業である。

3 ハイリスク対策検診内容

別表1に定めるとおりの検査とする。

4 対象者

(1) 対象者選定基準

上天草市住民健診において、生活習慣病健診、健康増進健診及び特定健診を受診した者のうち下記のリスク内容に該当する者であり、かつ、これまで上天草市が実施するハイリスク対策検診を受診したことがない者。

ア 30歳～39歳の者 リスク内容 (a) に該当し、優先度が高いと判断された者

イ 40歳～64歳の者 リスク内容 (a)、(b) 及び (c) うち、1項目以上該当し優先度が高いと判断された者。ただし、(ア) で受診歴のある者も予防の観点から対象とする。

(リスク内容)

(a) 高血糖	HbA1c (NGSP) 空腹時血糖	5.6%以上6.5%未満 100以上126mg/dl 未満
(b) 高血圧	収縮期血圧 拡張期血圧	130～139mmHg 85～89mmHg
(c) 脂質代謝異常	中性脂肪 HDL コレステロール	150～299mg/dl 35～39mg/dl

(2) 対象除外者

- ア 心血管疾患等（脳、心臓、腎臓疾患）の既往がある者及び糖尿病、高血圧、脂質異常症等を治療中の者
- イ 生活習慣病以外に治療中の重篤な病気（がん、難病等）がある者
- ウ その他、特定健診結果から医療受診を優先させた方がよいと判断される者

5 ハイリスク対策検診の流れ

(1) 上天草市ハイリスク対策検診依頼票について

市が選定した対象者に対して、ハイリスク対策検診のお知らせ（様式1）を基に説明を行う。受診希望者に対しては、上天草市ハイリスク対策検診依頼票（様式2）を発行し、受診の際に受診者が検診機関へ提出する。なお、早期の受診を促すために受診可能期間を記載しているが、期日を過ぎた場合であっても契約期間内であれば受診可能とする。

文書番号については枝番とし、40歳から64歳の者は1番から、30歳から39歳の者は301番からの番号を付記する。

(2) 予約方法について

ハイリスク対策検診のお知らせ（様式1）の検診機関より選択し、対象者が直接予約を行う。

(3) 対象者の確認について

氏名、生年月日及び住所を保険証等で十分に確認のうえ実施するものとする。

6 検診機関からの結果報告

対象者が受診した後、検診機関は別表2に定める報告内容を記載した報告書を作成し、実施月の翌月10日までに市に提出する。なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び祝日に当たる場合は、その翌開庁日を期限とする。

7 結果の返却

上記の報告書を基に、市が別表3に定める内容で結果を作成し受診者に指導する。また、各検査にて要医療に準じる結果となった者には別表4に定める診療項目等を案内する。

8 個人負担金

別表1に定めるとおり無料とする。

別表 1

検診内容表			
検査名	検査項目	対象年齢	個人負担金
耐糖能精密検査	耐糖能精密検査（糖負荷試験及び血中インスリン測定）	30歳～39歳 40歳～64歳	無料
頸動脈超音波検査	頸動脈超音波検査（頭頸部）	40歳～64歳	
尿中微量アルブミン定量精密検査	尿中微量アルブミン定量精密検査	40歳～64歳	

別表 2

検査名	報告内容
耐糖能精密検査	1 糖負荷前血糖値 (mg/dl) 2 糖負荷30分後血糖値 (mg/dl) 3 糖負荷60分後血糖値 (mg/dl) 4 糖負荷120分後血糖値 (mg/dl) 5 糖負荷前インスリン (μ U/ml) 6 糖負荷30分後インスリン (μ U/ml) 7 糖負荷60分後インスリン (μ U/ml) 8 糖負荷120分後インスリン (μ U/ml)
頸動脈超音波検査	頸部血管超音波検査結果報告書（様式3）に検査結果、医師の判定及び判定医師名を記載する。
尿中微量アルブミン検査	尿中微量アルブミン定量 (mg/g・cre)

別表 3

受診年齢	結果内容
30歳～39歳	上天草市ハイリスク対策検診結果について（様式4） 75g糖負荷試験結果（様式5）
40歳～64歳	上天草市ハイリスク対策検診結果について（様式4） 75g糖負荷試験結果（様式5） 頸部血管超音波検査結果報告書（様式3） 二次健診（精密検査）の結果票（様式6）

別表 4

検査結果	診療科目等
頸動脈超音波検査所見あり	神経内科、脳血管外科、循環器内科、心臓血管外科 等
耐糖能精密検査糖尿病型で頸動脈超音波検査所見なし	代謝内科 等
尿中微量アルブミン定量精密検査所見あり	代謝内科、腎専門医 等

平成29年度CKD重症化予防連絡票事業実施要領【別紙資料3】

1 目的

医療機関と行政の連携を図ることで対象者に適切な指導を実施し、生活習慣の改善・機能維持を支援し、人工透析新規導入の予防やCVD（心血管疾患）等の重症化予防を目的とする。

2 実施内容

- (1) 対象者を明確化し、医療機関と行政において継続した支援を行う。
- (2) 対象者がCKDについて理解し、受診できるように支援を行う。
- (3) 医師の助言を受けて栄養指導や保健指導を行い、腎機能を維持できるように支援を行う。

3 CKD重症化予防連絡票の発行対象者

本市の生活習慣病健診、国保特定健診、後期高齢者医療健診を受けた者のうち、下記に定める医療機関連携強化勧奨対象者に該当する者

医療機関連携強化勧奨対象者条件

- (1) 検尿異常者（全年齢） 尿蛋白・潜血ともに（+）以上
- (2) eGFR低下者（下表のとおり）

対象年齢	eGFR値
40歳未満	60ml/min/1.73m ² 未満
40歳以上69歳以下	50ml/min/1.73m ² 未満
70歳以上	40ml/min/1.73m ² 未満

- (3) 地区担当の判断により、連絡票の発行を必要とする者

4 事業のプロセス

- (1) 前年度からの継続フォロー（平成24年度からのCKD該当者名簿）
- (2) 健診受診（生活習慣病健診、特定健診、後期高齢者医療健診）
- (3) 健診結果指導で受診勧奨（訪問等による個別指導時、上記の対象者にCKD重症化予防連絡票を発行）
- (4) 医療機関からCKD重症化予防連絡票返却・收受後、継続フォロー

5 目標

(1) 短期的目標

- ア CKD該当者の減少
- イ 医療機関連携強化勧奨対象者（腎専門医レベル者）における医療機関受診の把握率90%以上

(2) 中長期的目標

- ア 新規人工透析者数の減少

6 評価方法

(1) 短期的目標の評価

ア CKD該当者の減少

名簿（CKD該当者のゆくえ）により健診結果を経年比較する。

イ 医療機関連携強化勸奨対象者（腎専門医レベル者）における医療機関受診の把握率90%以上（平成28年度実績：76.3%）

(2) 中長期目標の評価

ア 新規人工透析者数の減少

KDB帳票より患者千人当たり人工透析新規患者数を経年比較する。

★は健診結果の重症度分類です。尿試験紙法による検査結果で分類しています。

CKDの重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)			正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
尿試験紙法				(-) or (±)	(+)	(2+)以上
GFR区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度以下	60~89			
	G3a	軽度~中等度以下	45~59		★	
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■、オレンジ ■、赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考にした食事の内容

GFR		90以上	60~90未満	45~60未満	30~45未満	15~30未満	15未満
GFR区分		G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
総エネルギーkcal/日		健康人と同様の考え方でよい。25~30kcal/kg体重/日 基礎代謝基準値 × 標準体重 (BMI22の体重) × 生活活動強度					
たんぱく質標準体重 (kgあたりの量) (g/日)	糖尿病以外	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.6~0.8	0.6~0.8	0.6~0.8
	糖尿病	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0
	高齢者 (70歳以上)	1.0	1.0	1.0			
塩分 (g/日)		正常高値 男8 女7.5	高血圧 3~6 未満	正常高値 男8 女7.5	高血圧 3~6 未満	3~6未満	3~6未満
カリウム (g/日)		男2,500・女2,000			2,000以下	1,500以下	

熊本県医師会
 熊本県糖尿病対策推進会議
 熊本県保険者協議会
 熊本県

1 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することを目的とする。

なお、本プログラムは、熊本県医師会、熊本県糖尿病対策推進会議、熊本県保険者協議会及び熊本県の四者で策定し、対策の実施が容易となるような基本的な考え方を示すものであり、地域・職域の実情に応じ柔軟に対応が可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。

2 取組にあたっての関係者の役割

(1) 市町村・保険者の役割

- ア 市町村・保険者は、健診データやレセプトデータ等を用いて、住民や被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、地域・職域の実情に応じた対策を立案する。
- イ 対象者への支援内容の検討及び取組の実施にあたっては、地域の医療機関等と連携し、様々な視点から総合的に検討することが重要であり、必要な場合は、郡市医師会に連携体制構築のための協力を依頼するとともに、関係機関との情報共有に努める。
- ウ 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

(2) 県の役割

市町村・保険者における事業実施状況をフォローするとともに、市町村・保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、医師会や糖尿病対策推進会議等と市町村・保険者の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

(3) 医師会の役割

県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や市町村・保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、市町村・保険者とかかりつけ医¹との連携体制の構築を支援するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うように努める。

(4) 熊本県糖尿病対策推進会議の役割

糖尿病性腎症重症化予防に係る県や市町村・保険者の取組について、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を行うなど、市町村・保険者の取組に協力するように努める。

また、県内の二次医療圏域毎に糖尿病専門医等の責任者を定める。

3 プログラム対象者選定の考え方

本プログラムが推奨する基準は下記のとおりとする(健診データ、レセプトデータ等から抽出)。ただし、地域・職域の実情に応じて市町村・保険者が個別に定めることができるものとする。

(1) 健診を受診した者のうち医療機関未受診者

①別添1(P5)のフローチャートの3つの条件(A・B・C)すべてに該当する者
(早期に積極的に受診勧奨が必要な者)

②①以外であっても別添1を参考に、健診結果より受診勧奨が必要な者

(2) 糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から6ヵ月経過しても受診した記録がない者

(3) 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

¹ かかりつけ医とは、糖尿病連携医を含むかかりつけ医のこと。

4 対象者への介入方法

(1) 健診を受診した者のうち医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導

原則、①個別面談 ②電話 ③文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を実施するが、専門職(保健師、管理栄養士等)による個別面談や訪問にて受診勧奨、保健指導することが望ましい。

健診を受診した者のうち医療機関未受診者や中断者について受診勧奨を実施する場合は、別添1のフローチャートを参考に糖尿病連携医等に紹介し、適切な医療に結びつけることが望ましい。

※別添2(P7)の「軽症糖尿病、境界型の取扱いの基本指針(熊本県版)」「軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)」² 参考

(2) 重症化するリスクの高い者への保健指導

市町村・保険者は、かかりつけ医と十分に連携した上で保健指導を実施する。

また、対象者への保健指導の方法は、対象者個々人の生活習慣や服薬状況、糖尿病性腎症の病期に応じて柔軟に対応する必要があり、市町村・保険者が個別に定める。

連携の際には、糖尿病地域連携パス(DM熊友パス)^①、糖尿病連携手帳、連絡(受付)台帳^②や連絡票等を活用し、保健指導の指示や保健指導の内容について相互に伝達を行う(連絡票については、これまで保険者が使用していたもので差支えない^③)。

①「糖尿病地域連携パス(DM熊友パス)」

関係機関との連携をより円滑に行うためのパス

(医療保険者から配布する場合の配布基準:以下の条件をすべて満たす人)

- ・特定健康診査等受診者のうち HbA1c(NGSP 値)7.0%以上
- ・医療機関未受診者
- ・原則として、糖尿病連携医受診希望者

②「連絡(受付)台帳」

医療機関と市町村の連携のために作成された連絡(受付)台帳。

③(参考)日本腎臓学会編「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」

² 軽症糖尿病、境界型患者の診療について、県内で適正化、均一化を図るために、平成23年度に熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・熊本県医師会・熊本県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・熊本県栄養士会・日本糖尿病学会・熊本大学医学部附属病院で作成したものの。

5 かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、かかりつけ医と糖尿病専門医は患者の症状を維持・改善するため、紹介、逆紹介を行うとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と連携し、患者を中心とした医療を提供する。

6 プログラムの評価

実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要がある。

また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。

（アウトプット）

- ①プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ②かかりつけ医等と連携した対応を行った数

（アウトカム）

- ①糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数
- ②新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ③人工透析にかかる医療費の推移
- ④医療機関未受診者の割合
- ⑤治療中断者（糖尿病および糖尿病性腎症）の割合

7 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、各地域における実施に当たっては、市町村・保険者と医療関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

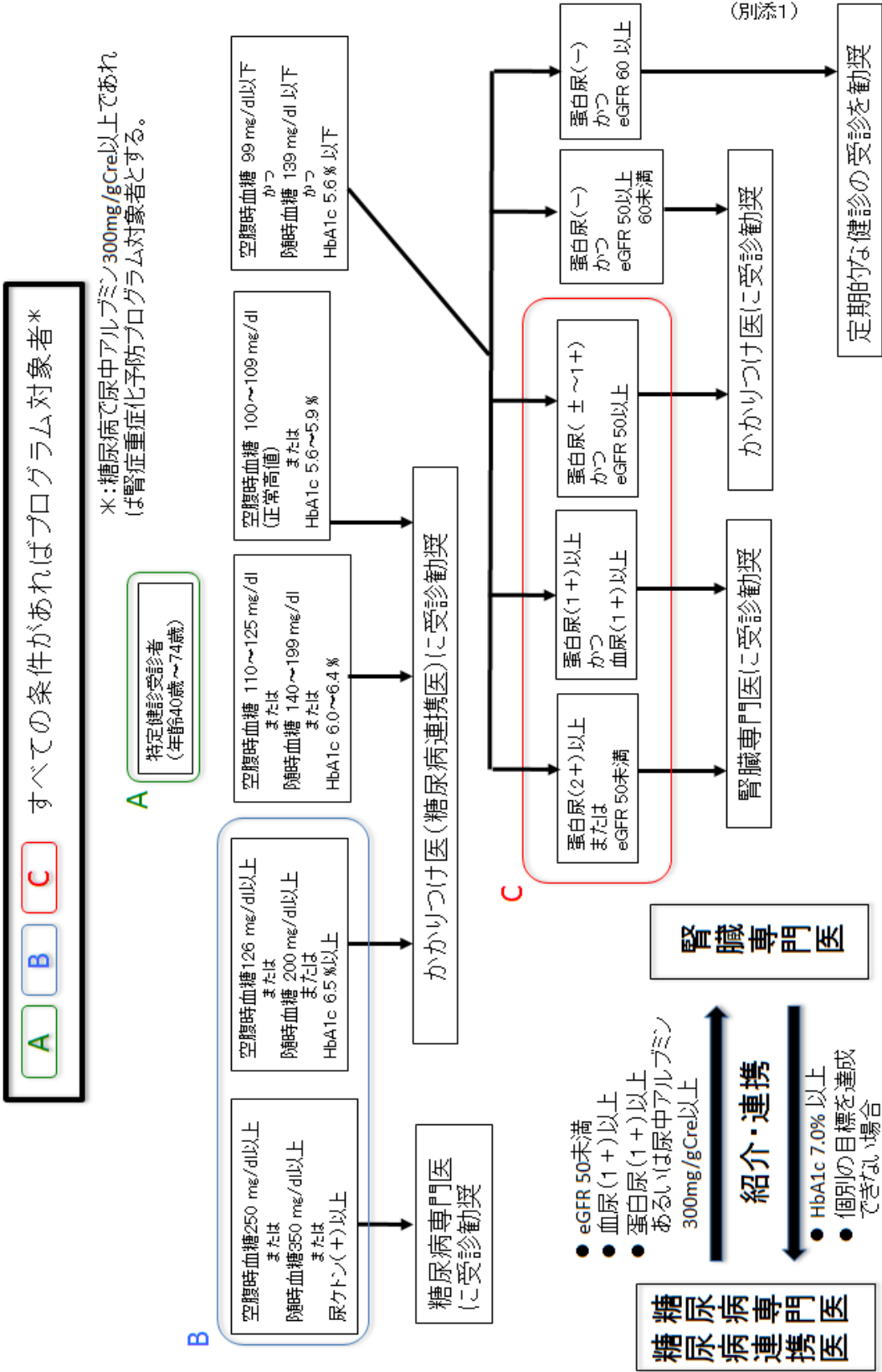
また、市町村・保険者においては、事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていくことが重要である。

なお、本プログラムに定めのない事項については、平成28年4月20日に公表された日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者による「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

平成29年12月1日策定

熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

医療保険者・健診担当者用



軽症糖尿病、境界型の取り扱いの基本指針(熊本県版)

熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・(別添2)
 県医師会・県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・
 県栄養士会・日本糖尿病学会・熊本大学医学部附属病院
http://www.kumamoto.med.or.jp/cts15_tounyou/index.html

特定健診等で、糖代謝異常を指摘され『医療機関受診』を勧められた患者については原則、医療機関における定期的なフォローアップを要する。

本邦における軽症糖尿病および境界型の管理の問題点

1. 健診で異常を指摘されても病院を受診しないことが多い。
2. 病院を受診しても継続的に管理されていない(患者が多い)。
3. 境界型と診断されても、「まだ病気ではないから大丈夫」と自己判断し、定期検査を中断したり、指導に従わない(患者が多い)。
4. 「この位、大したことはない」「まだ大丈夫」という医療者の一言が、患者の生活習慣改善へのモチベーションを低下させているという指摘がある。

軽症糖尿病および境界型の継続的管理の意義

1. 境界型は糖尿病に進行する可能性が高い状態。
2. 食後高血糖は動脈硬化を進行させる可能性がある。
3. 肥満、高血圧、脂質異常症を合併することが多い。
4. 上記3や糖代謝異常の集積は心血管病発症リスクを高める(いわゆる“メタボリックシンドローム”)。
5. 生活習慣改善は上記1~4の進行を抑制する。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の意義

1. 軽い糖代謝異常の有無を調べる最も鋭敏な検査。
2. 空腹時血糖値、随時血糖値、HbA1c測定で、判定が確定しない時に、糖尿病かどうかを判断する有力な情報を与える。
3. 次頁のA(糖尿病の疑いがあるグループ)やB(将来の糖尿病ハイリスクグループ)に該当する場合、糖負荷試験を行って耐糖能を確認する。
 (Aの場合は糖負荷試験が強く推奨され、Bの場合も実施することが望ましい。)

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の必要採血項目(目的別)

	空腹時	30分	60分	120分
血糖値	判 I R	I	(判)	判
インスリン値	I R	I		

判 : 75gOGTTの型判定に必要 I : インスリン分泌指数の算出に必要 R : HOMA-Rの算出に必要

*裏面の B 将来の糖尿病発症ハイリスクグループにおいては、糖負荷試験は保険適応にならない場合がありますのでご注意ください。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の判定基準

	正常域	糖尿病域
空腹時値	<110 mg/dl	≥126 mg/dl
75g-OGTT 2時間値	<140 mg/dl	≥200 mg/dl
75g-OGTTの判定	両者をみたまのものを正常型とする。	いずれかをみたまのものを糖尿病型とする。
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。	

随時血糖値 ≥ 200mg/dl、および HbA1c(NGSP) ≥ 6.5% の場合も糖尿病型とみなす。

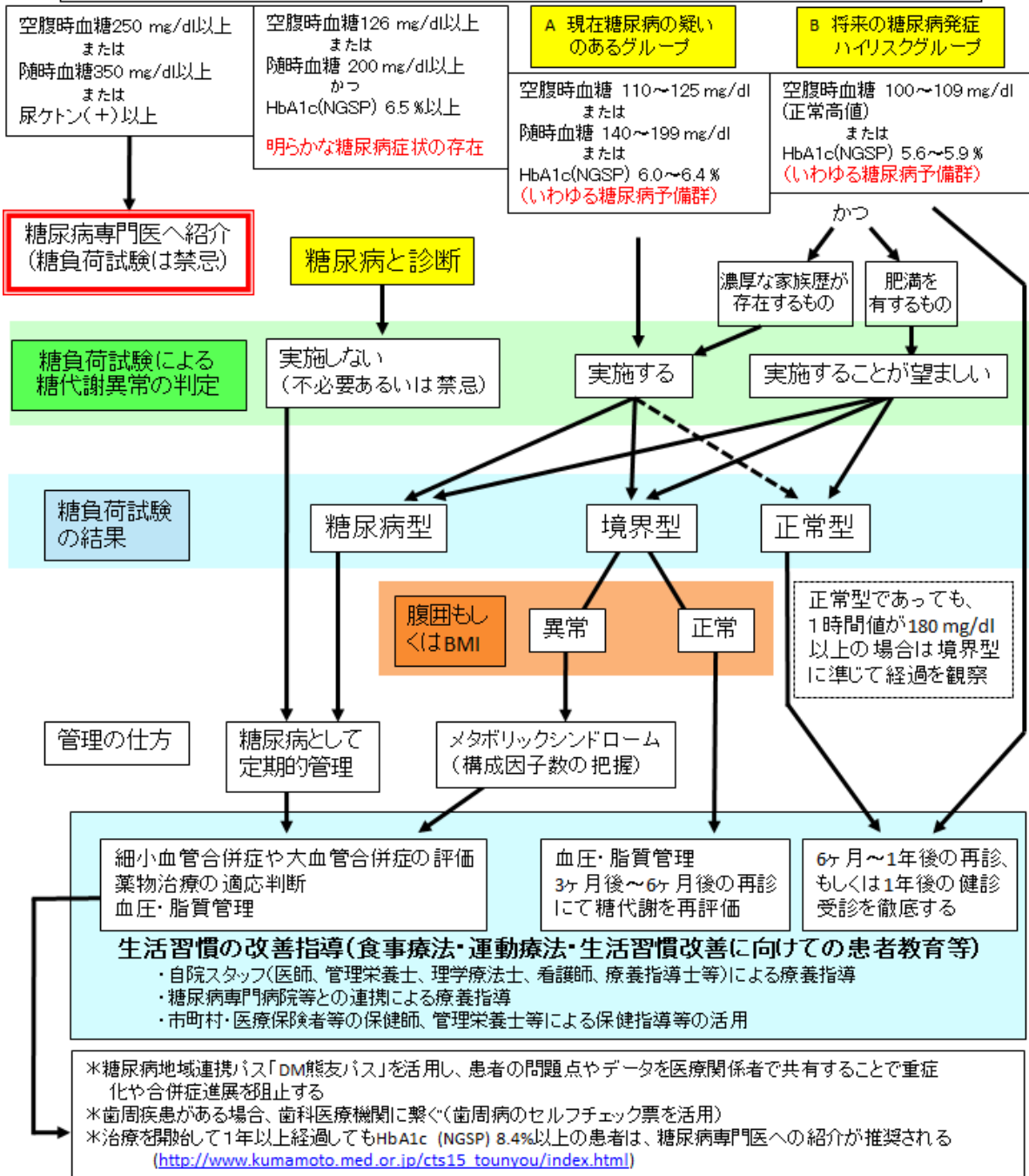
正常型であっても、1時間値が180mg/dl以上の場合には、180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険性が高いので、境界型に準じた取り扱い(経過観察など)が必要。

7

軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)

下記の事項は、初診時あるいは受診後早期に調べる。

1. 血糖(空腹時血糖もしくは随時血糖)、HbA1c、尿糖、尿ケトン、尿タンパク
2. 身長・体重(BMI)、腹囲、血圧
3. 血中脂質(必要なら肝機能、腎機能、ヘモグラムなどの検査も実施)
4. 生活習慣(食事・運動・ストレス・飲酒・喫煙など)の把握
5. 過去の健診データや健康手帳等を診察の際に活用



*上記のB将来の糖尿病発症ハイリスクグループにおいては、糖負荷試験は保険適応にならない場合がありますのでご注意ください。
*空腹時血糖100 mg/dl未満かつ随時血糖140mg/dl未満かつHbA1c(NGSP) 6.5%以上の方については、血糖値の再検査あるいは75g糖負荷試験の施行をご検討ください。