

第2期

玉名市保健事業実施計画(データヘルス計画)

計画期間：平成30年度～平成35年度



平成30年3月 玉名市

第2期玉名市保健事業実施計画(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
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画の評価・考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1. 第1期計画の評価・考察	
2. 第2期計画における健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施	20
1. 第3期特定健康診査等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 重症化予防に係る保健事業の取り組み	31
1. 重症化予防に係る保健事業の方向性	
2. 重症化予防の取り組み	
1) 糖尿病性腎症重症化予防	
2) 虚血性心疾患重症化予防	
3) 脳血管疾患重症化予防	
3. ポピュレーションアプローチ	
第5章 その他の保健事業の取り組み	52
1. 地域包括ケアに係る取り組み	
2. その他の取り組み	

第6章 計画の評価・見直し	55
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	56
参考資料	56

【本計画におけるデータに関する説明】

- ・本計画は、第2章においては国保データベース(KDB)システムの平成25年度と平成28年度のデータ比較、第3章以降は、あなみツール及びKDBシステムの平成28年度のデータを用いています。
- ・本計画のデータは、データ分析の段階のKDBシステムの値であり、法定報告値と異なる部分もあります。
- ・同規模保険者、県、国と値を比較するため、KDBシステムの値を用い、法定報告値を用いていない部分もあります。

第2期玉名市保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

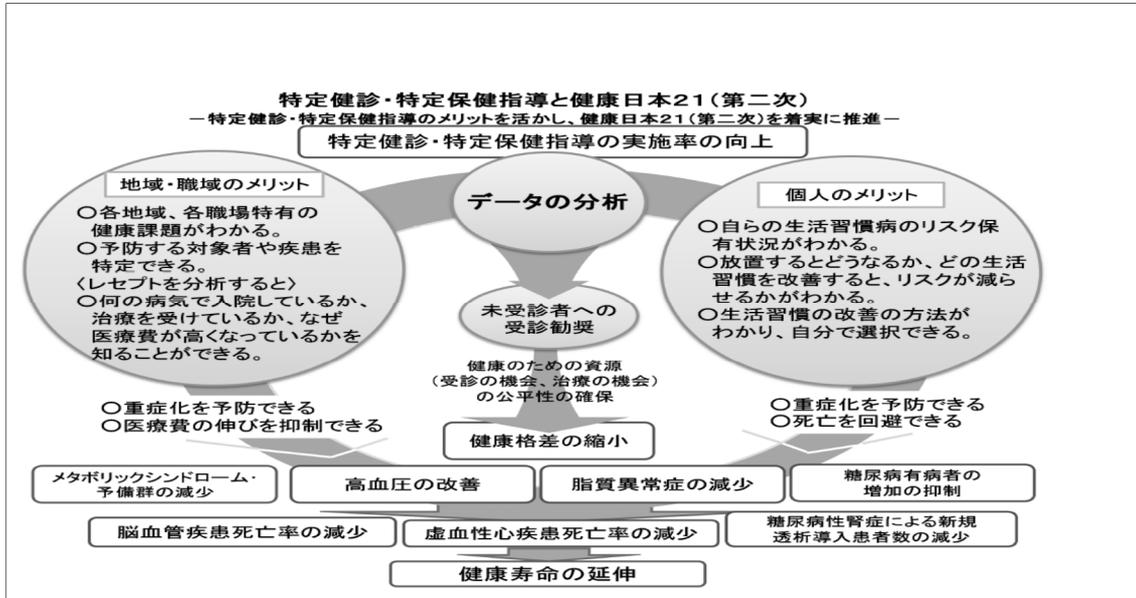
2. 計画の位置付け

第2期玉名市データヘルス計画（以下計画という）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果や、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。

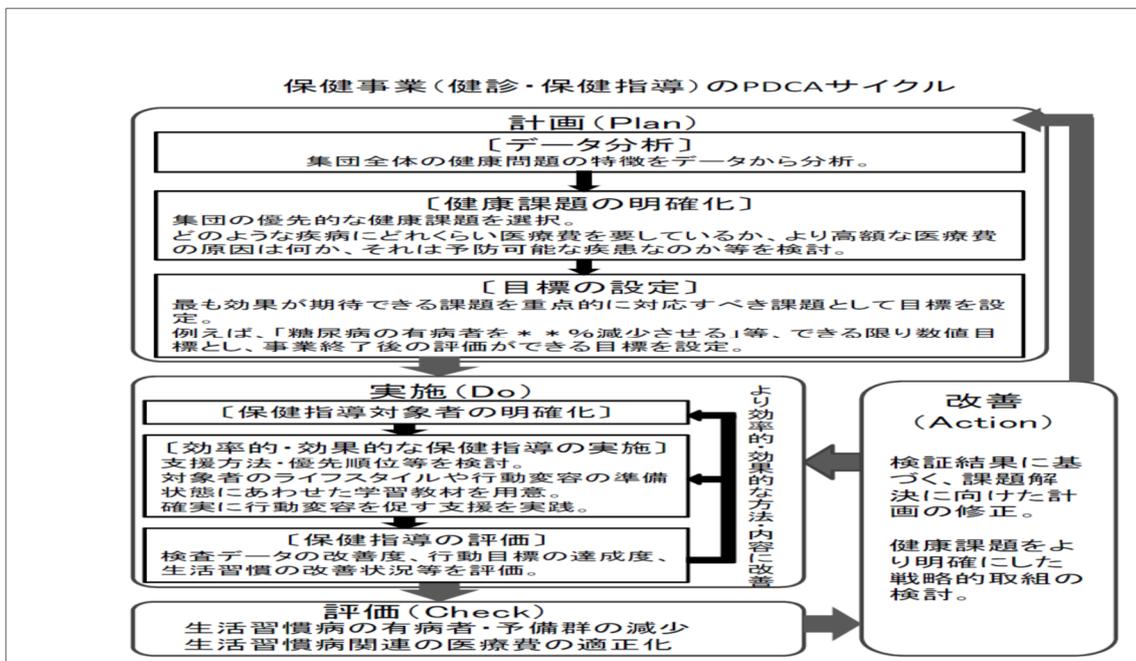
本計画は、健康増進法に基づき、熊本県健康増進計画や玉名市健康増進計画等、図表3の関連計画及び玉名市総合計画、第3次玉名市食育推進計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表1・2・3)

【図表1】



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】

2017.10.10

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

		※ 健康推進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				「医療費適正化計画」	14 「医療計画」
		「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本 指針	
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)	
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小 の実現に向けて、生活習慣病の発症予 防や重症化予防を図るとともに、社会生 活を営むために必要な機能の維持及び 向上を目指し、その結果、社会保険制度 が維持可能なものとなるよう、生活習慣 の改善及び金銭環境の整備に取り組むこ とを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の 生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病 等を予防することができれば、通院患者 を減らすことができ、さらには重症化や 合併症の発症を抑え、入院患者を減ら すことができ、この結果、国民の生活の 質の維持および向上を図りながら医療 の伸びの抑制を達成することが可能とな る。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣 病の発症や重症化を予防することを目 的として、メタボリックシンドロームに 着目し、生活習慣を改善するための特定 保健指導を必要とするものを、的確に抽 出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとし て、被保険者の自主的な健康増 進及び疾病予防の取り組みにつ いて、保険者がその支援の中心と なっており、被保険者の特性を踏ま えた効果的かつ効率的な保健事業 を展開することを旨とするものであ る。 被保険者の健康の保持増進によ り、医療費の適正化及び保険者 の財政基礎強化が図られることは 保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した 日常生活を営むことができるように支援する ことや、重症化防止または重症化防止とな ることの予防又は、要介護状態等の軽減と しくは重症化防止を理念としている	国民健康保険を堅持し続けていくため、 国民の生活の質の維持及び向上を確保 しつつ、医療費が過度に増加しないよう にしていけるとともに、良質かつ適切な医療 を効率的に提供するための施策を固 めていく。	医療機能の分化・連携を推進する ことを通じて、地域において切れ目 のない医療の提供を実現し、良質 かつ適切な医療を効率的に提供す るための施策を固める	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮 年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる 時期に高齢期を迎える現在の若 年期・壮年期世代、小児期からの 生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定 疾病	すべて	すべて	
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 物老いの認知症、早老症 骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 軽微脳血管性症、慢性腎臓病 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、痴呆性閉塞性動脈硬化症 後縦靭帯骨化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症)による年間透析導入 患者数 ③高齢者割合の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不 良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群、メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせ の減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況 (特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病 者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外米 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)	
その他							
		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援				保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

計画期間については、国指針第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、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成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年度までの6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

玉名市においては、国保の統括部門である保険年金課と保健指導業務を所管する保健予防課が連携し、玉名市一体となって計画を策定する。

住民の健康の保持増進には保健予防課の保健師等の専門性を十分活用しつつ事務部門と一体的な計画作りを行っていく。具体的には、高齢者医療部局（保険年金課後期高齢者医療係）、介護保険部局（高齢介護課）、生活保護部局（くらしサポート課）とも課題や状況に応じた連携体制を構築していく。

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、事業担当者の業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。（図表4）

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

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

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、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、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、玉名市は、計画素案について熊本県関係課と意見交換を行い、熊本県との連携に努める。

また、玉名市と玉名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、熊本県が熊本県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

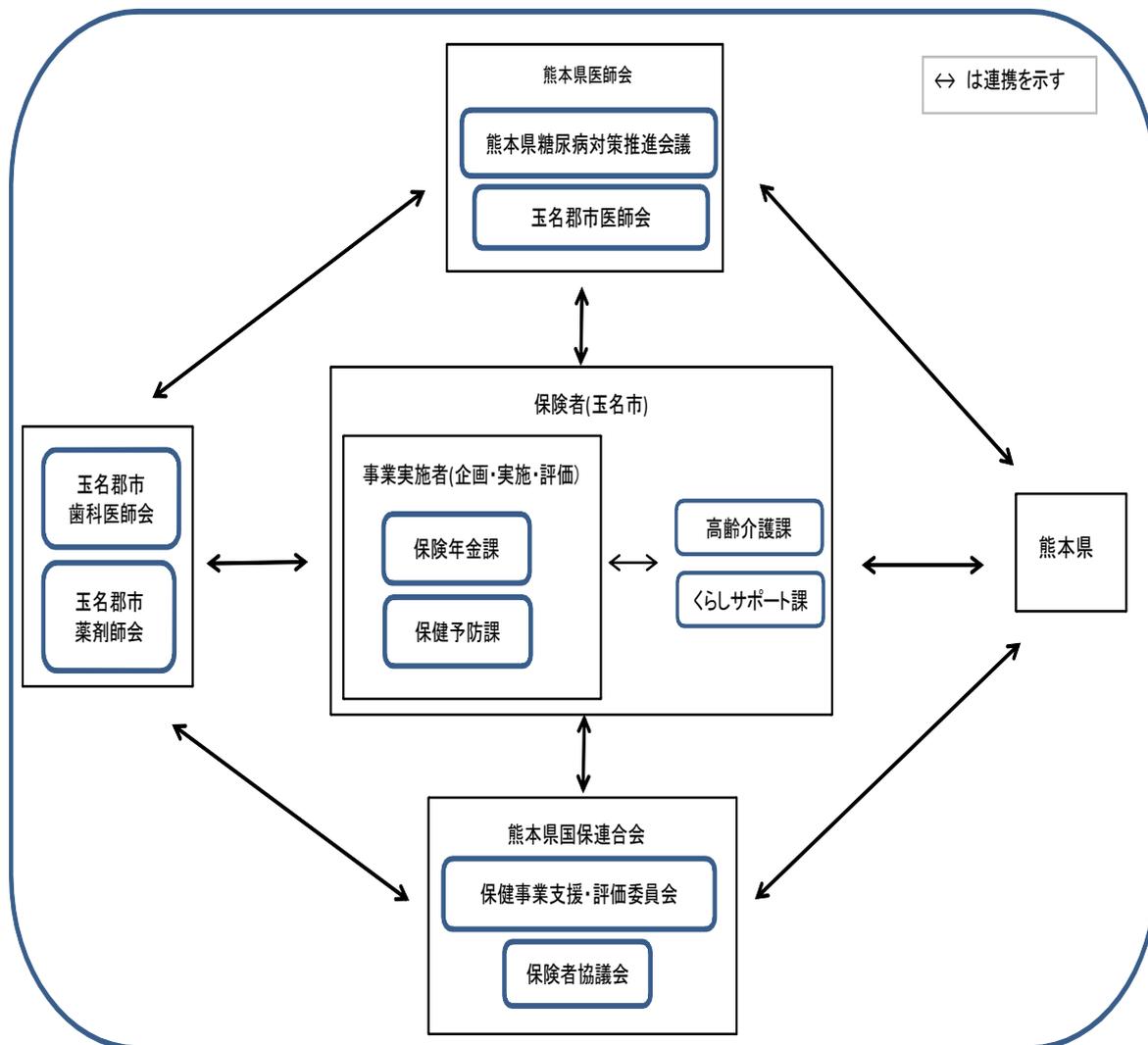
市町村国保は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

【図表 4】

玉名市の実施体制図



5. 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。（図表 5）

【図表 5】

		H30年度	H28年度前倒し分	
			満点	玉名市
保険者努力支援制度 各年度配点比較 (H28、H29年度は前倒し分)		850	345	239
共通①	特定健診受診率	50	20	0
	特定保健指導実施率	50	20	20
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	50	20	5
共通②	がん検診受診率	30	10	0
	歯周疾患（病）検診	25	10	10
共通③	重症化予防の取組	100	40	40
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価	【50】		
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	【25】		
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	【25】		
共通④	個人のインセンティブ提供	70	20	20
	個人への分かりやすい情報提供	25	20	17
共通⑤	重複服薬者に対する取組	35	10	10
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	35	15	4
	後発医薬品の使用割合	40	15	10
固有①	収納率向上	100	40	10
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10
固有③	医療費通知の取組	25	10	10
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	0
固有⑤	第三者求償の取組	40	10	3
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50		
	体制構築加算	60	70	70
全体	体制構築加算含む（A）	850	345	239

第2章 第1期計画の評価・考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画の評価・考察

1) 第1期計画の評価

(1) 全体の経年変化（参考資料1）

玉名市の概況として、総人口は66,782人で平成25年から約2,200人減少している。これに対し、高齢化率は31.3%で平成25年の28.0%に比べ高齢化が進んでいる現状である。また、国保被保険者数においても65歳以上の割合が増加しており、全体数は減少している。しかし、国保加入率の高い第1次産業が16.8%で同規模自治体（以下、同規模という）と比較すると高くなっている。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると1件当たり介護給付費は減少し認定者の医療費も減少した。また、外来医療費と件数が増加し、入院医療費が減少していることから、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、一人当たり医療費及び医療受診率は増加しており、有病状況においては基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症が増加しているため、今後健康障害を引き起こさないよう重症化予防の取り組みに力を入れる必要がある。

また、特定健診受診率は増加しているが目標値には到達していないことから、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。

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、介護給付費は増加しており、特に施設サービス費が増加している。同規模と比較しても施設サービス費は高くなっていることから、介護度悪化者等の増加によって、施設サービス利用者が増えていることが推測される。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	玉名市			同規模平均			
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)		1件当たり給付費(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	64億5,939万円	62,809	40,966	267,383	63,607	41,592	258,694
H28年度	66億7,914万円	58,598	36,656	291,212	61,236	40,245	278,146

② 医療費の状況（図表 7）

医療費を見ると、1人あたり医療費は増加しているが、平成28年度は全体で約3億円抑制できており、特に入院は約2億円の抑制ができている。平成25年度からの伸び率を見ても、総医療費は抑制できていることが分かる。

また、標準化医療費においては全国平均を1として玉名市は平均を超えているものの平成25年度より抑制できている。

【図表 7】

医療費の変化

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
総医療費	H25年度	67億7,463万			29億7,790万円			37億9,673万円		
	H28年度	64億8,266万	△2億9,197万	-4.31	27億7,113万円	△2億677万円	-6.94	37億1,152万円	△8,521万円	-2.24
1人あたり医療費(円)	H25年度	26,910			11,830			15,080		
	H28年度	28,308	1,398	5.20	12,101	271	2.29	16,207	1,127	7.47

*KDBの1人あたり医療費は、月平均額での表示となる。

標準化医療費(平成25-27年度)

厚生労働省ホームページより

玉名市	診療別地域格差指数【%】（全国平均を1として指数化）					
	計		入院		入院外+調剤	
	H25	H27	H25	H27	H25	H27
	1.106	1.099	1.217	1.216	1.055	1.041

*地域差指数：医療費の地域差を表す指数として、1人あたり医療費について人口の年齢構成の相違分を補正し全国平均を1として指数化したもの。

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

平成25年度と平成28年度を比較すると、同規模及び県内順位は下がっており、中長期目標疾患である慢性腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患にかかる医療費も減少している。

しかし、糖尿病にかかる費用が増加しており、国、県と比較しても悪い結果となっていることから、糖尿病の重症化予防の取り組みが課題である。

【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(平成25年度と平成28年度との比較)

市町村名	総医療費	1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 玉名市	6,774,634,390	26,910	39位	15位	6.80%	0.38%	2.38%	1.99%	4.95%	5.57%	2.81%	1,684,989,420	24.87%	9.52%	13.11%	9.34%
	H28	6,482,664,780	28,308	56位	22位	6.31%	0.17%	1.62%	1.67%	5.51%	4.80%	2,730	22.81%	12.34%	11.97%	8.00%
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%
	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%

最大医療資源疾患(調剤含む)による分析結果

最大医療資源疾患名とは、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

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）

虚血性心疾患（様式 3-5）は平成 28 年度は増加傾向にあり、短期目標疾患の高血圧、糖尿病、脂質異常症全て増加している。

脳血管疾患（様式 3-6）は平成 28 年度やや減少傾向にあり、中長期的な目標疾患と高血圧は減少しているが、糖尿病、脂質異常症は増加している。

人工透析（様式 3-7）は、平成 25 年度と平成 28 年度で変化はないが、中長期目標疾患は減少しており、短期目標疾患は血圧のみ増加している。

全体的にみると、高血圧の占める割合が 7～9 割と高く基礎疾患の重なりが多いことが分かる。

中期的な疾患

【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	15,222	829	5.4%	236	28.5%	24	2.9%	657	79.3%	350	42.2%	528	63.7%	
	64歳以下	8,331	230	2.8%	58	25.2%	12	5.2%	172	74.8%	100	43.5%	141	61.3%	
	65歳以上	6,891	599	8.7%	178	29.7%	12	2.0%	485	81.0%	250	41.7%	387	64.6%	
H28	全体	14,267	827	5.8%	203	24.5%	23	2.8%	667	80.7%	375	45.3%	570	68.9%	
	64歳以下	6,870	213	3.1%	46	21.6%	11	5.2%	166	77.9%	108	50.7%	135	63.4%	
	65歳以上	7,397	614	8.3%	157	25.6%	12	2.0%	501	81.6%	267	43.5%	435	70.8%	

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	15,222	1,143	7.5%	236	20.6%	27	2.4%	897	78.5%	530	46.4%	608	53.2%	
	64歳以下	8,331	358	4.3%	58	16.2%	12	3.4%	261	72.9%	185	51.7%	173	48.3%	
	65歳以上	6,891	785	11.4%	178	22.7%	15	1.9%	636	81.0%	345	43.9%	435	55.4%	
H28	全体	14,267	1,009	7.1%	203	20.1%	16	1.6%	766	75.9%	471	46.7%	604	59.9%	
	64歳以下	6,870	270	3.9%	46	17.0%	5	1.9%	186	68.9%	133	49.3%	163	60.4%	
	65歳以上	7,397	739	10.0%	157	21.2%	11	1.5%	580	78.5%	338	45.7%	441	59.7%	

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	15,222	71	0.5%	27	38.0%	24	33.8%	67	94.4%	41	57.7%	23	32.4%	
	64歳以下	8,331	48	0.6%	12	25.0%	12	25.0%	45	93.8%	27	56.3%	12	25.0%	
	65歳以上	6,891	23	0.3%	15	65.2%	12	52.2%	22	95.7%	14	60.9%	11	47.8%	
H28	全体	14,267	72	0.5%	16	22.2%	23	31.9%	70	97.2%	40	55.6%	22	30.6%	
	64歳以下	6,870	41	0.6%	5	12.2%	11	26.8%	39	95.1%	24	58.5%	14	34.1%	
	65歳以上	7,397	31	0.4%	11	35.5%	12	38.7%	31	100.0%	16	51.6%	8	25.8%	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2~3-4)(図表10)

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ていることから、重症化する前に早期治療に繋げることによって糖尿病の重症化を予防していく必要がある。

高血圧治療者(様式3-3)においては、透析者が増加しており、治療中断がなかったか確認していく必要がある。

脂質異常症治療者(様式3-4)においては、糖尿病や高血圧と合併している者が多く、リスクの重なりは重症化率を高めるため、重なりが多い者を優先的に介入する必要がある。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		糖尿病			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	
		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	人数	割合	人数	割合
H25	全体	15,222	2,170	14.3%	214	9.9%	1,550	71.4%	1,285	59.2%	350	16.1%	530	24.4%	41	1.9%	170	7.8%
	64歳以下	8,331	801	9.6%	102	12.7%	519	64.8%	452	56.4%	100	12.5%	185	23.1%	27	3.4%	70	8.7%
	65歳以上	6,891	1,369	19.9%	112	8.2%	1,031	75.3%	833	60.8%	250	18.3%	345	25.2%	14	1.0%	100	7.3%
H28	全体	14,267	2,170	15.2%	217	10.0%	1,558	71.8%	1,352	62.3%	375	17.3%	471	21.7%	40	1.8%	199	9.2%
	64歳以下	6,870	703	10.2%	88	12.5%	460	65.4%	424	60.3%	108	15.4%	133	18.9%	24	3.4%	67	9.5%
	65歳以上	7,397	1,467	19.8%	129	8.8%	1,098	74.8%	928	63.3%	267	18.2%	338	23.0%	16	1.1%	132	9.0%

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標							中長期的な目標					
		高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	15,222	4,569	30.0%	1,550	33.9%	2,349	51.4%	657	14.4%	897	19.6%	67	1.5%
	64歳以下	8,331	1,618	19.4%	519	32.1%	771	47.7%	172	10.6%	261	16.1%	45	2.8%
	65歳以上	6,891	2,951	42.8%	1,031	34.9%	1,578	53.5%	485	16.4%	636	21.6%	22	0.7%
H28	全体	14,267	4,502	31.6%	1,558	34.6%	2,419	53.7%	667	14.8%	766	17.0%	70	1.6%
	64歳以下	6,870	1,333	19.4%	460	34.5%	632	47.4%	166	12.5%	186	14.0%	39	2.9%
	65歳以上	7,397	3,169	42.8%	1,098	34.6%	1,787	56.4%	501	15.8%	580	18.3%	31	1.0%

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標							中長期的な目標					
		脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	15,222	3,321	21.8%	1,285	38.7%	2,349	70.7%	528	15.9%	608	18.3%	23	0.7%
	64歳以下	8,331	1,191	14.3%	452	38.0%	771	64.7%	141	11.8%	173	14.5%	12	1.0%
	65歳以上	6,891	2,130	30.9%	833	39.1%	1,578	74.1%	387	18.2%	435	20.4%	11	0.5%
H28	全体	14,267	3,429	24.0%	1,352	39.4%	2,419	70.5%	570	16.6%	604	17.6%	22	0.6%
	64歳以下	6,870	1,048	15.3%	424	40.5%	632	60.3%	135	12.9%	163	15.6%	14	1.3%
	65歳以上	7,397	2,381	32.2%	928	39.0%	1,787	75.1%	435	18.3%	441	18.5%	8	0.3%

② リスクの健診結果の経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに腹囲、空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加している。さらにメタボリックシンドローム予備軍・該当者が男女ともに増加しており、内臓脂肪を基盤とした動脈硬化の進展が懸念されるため、効果的な保健指導が重要である。

【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）

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	604	30.5	993	50.2	586	29.6	377	19.1	165	8.3	899	45.4	1171	59.2	424	21.4	1083	54.7	578	29.2	1046	52.9	36	1.8
	H25 40-64	322	35.4	467	51.3	335	36.8	241	26.5	81	8.9	388	42.6	488	53.6	240	26.4	434	47.7	291	32.0	518	56.9	7	0.8
	65-74	282	26.4	526	49.2	251	23.5	136	12.7	84	7.9	511	47.8	683	63.9	184	17.2	649	60.7	287	26.8	528	49.4	29	2.7
女性	合計	616	30.9	1,088	54.6	593	29.8	393	19.7	169	8.5	928	46.6	1,274	64.0	399	20.0	1,066	53.0	604	30.3	940	47.2	47	2.4
	H25 40-64	285	37.8	424	56.2	288	38.2	216	28.6	71	9.4	322	42.7	450	59.7	177	23.5	345	45.8	261	34.6	393	52.1	7	0.9
	65-74	331	26.8	664	53.7	305	24.7	177	14.3	98	7.9	606	49.0	824	66.6	222	17.9	711	57.5	343	27.7	547	44.2	40	3.2

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		クレアチン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	577	22.1	469	17.9	464	17.8	223	8.5	53	2.0	755	28.9	1588	60.8	47	1.8	1363	52.2	503	19.2	1669	63.9	7	0.3
	H25 40-64	250	22.3	175	15.6	204	18.2	111	9.9	21	1.9	278	24.8	616	55.0	20	1.8	486	43.4	247	22.1	730	65.2	3	0.3
	65-74	327	21.9	294	19.7	260	17.4	112	7.5	32	2.1	477	31.9	972	65.1	27	1.8	877	58.7	256	17.1	939	62.9	4	0.3
女性	合計	556	22.2	554	22.1	390	15.6	235	9.4	39	1.6	741	29.6	1,678	67.0	48	1.9	1,226	48.9	477	19.0	1,491	59.5	2	0.1
	H25 40-64	202	21.8	188	20.3	139	15.0	97	10.5	11	1.2	235	25.3	543	58.5	21	2.3	328	35.3	158	17.0	547	58.9	0	0.0
	65-74	354	22.4	366	23.2	251	15.9	138	8.7	28	1.8	506	32.1	1,135	71.9	27	1.7	898	56.9	319	20.2	944	59.8	2	0.1

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	1979	29.3	83	4.2%	367	18.5%	29	1.5%	255	12.9%	83	4.2%	543	27.4%	85	4.3%	22	1.1%	279	14.1%	157	7.9%
	H25 40-64	910	25.2	46	5.1%	172	18.9%	17	1.9%	96	10.5%	59	6.5%	249	27.4%	31	3.4%	14	1.5%	133	14.6%	71	7.8%
	65-74	1069	34.1	37	3.5%	195	18.2%	12	1.1%	159	14.9%	24	2.2%	294	27.5%	54	5.1%	8	0.75%	146	13.7%	86	8.0%
女性	合計	1,991	31.7	90	4.5%	372	18.7%	29	1.5%	268	13.5%	75	3.8%	626	31.4%	96	4.8%	33	1.7%	316	15.9%	181	9.1%
	H25 40-64	754	25.6	41	5.4%	152	20.2%	15	2.0%	93	12.3%	44	5.8%	231	30.6%	23	3.1%	16	2.1%	123	16.3%	69	9.2%
	65-74	1,237	37.0	49	4.0%	220	17.8%	14	1.1%	175	14.1%	31	2.5%	395	31.9%	73	5.9%	17	1.4%	193	15.6%	112	9.1%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	2613	37.1	51	2.0%	175	6.7%	7	0.3%	131	5.0%	37	1.4%	243	9.3%	24	0.9%	4	0.2%	150	5.7%	65	2.5%
	H25 40-64	1120	33.3	29	2.6%	76	6.8%	4	0.4%	52	4.6%	20	1.8%	70	6.3%	9	0.8%	3	0.3%	41	3.7%	17	1.5%
	65-74	1493	40.5	22	1.5%	99	6.6%	3	0.2%	79	5.3%	17	1.1%	173	11.6%	15	1.0%	1	0.1%	109	7.3%	48	3.2%
女性	合計	2,506	38.9	65	2.6%	210	8.4%	9	0.4%	156	6.2%	45	1.8%	279	11.1%	27	1.1%	9	0.4%	174	6.9%	69	2.8%
	H25 40-64	928	34.0	38	4.1%	76	8.2%	3	0.3%	54	5.8%	19	2.0%	74	8.0%	8	0.9%	5	0.5%	45	4.8%	16	1.7%
	65-74	1,578	42.6	27	1.7%	134	8.5%	6	0.4%	102	6.5%	26	1.6%	205	13.0%	19	1.2%	4	0.3%	129	8.2%	53	3.4%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は増加しているが、同規模順位は下がっているため、特定健診受診率向上への取り組みを更に推進していく必要がある。特定保健指導率は、法定報告値としては42%だが実績は79.9%であり、国の目標値の65%を上回っている。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率
H25年度	13,786	4,601	33.4%	127位	607	288	47.4%
H28年度	12,703	4,492	35.4%	163位	616	259	42% (79.9%)

法定報告値及びKDBより
H28の()は実績値

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。その結果、外来・入院医療費の抑制や中長期疾患にかかる医療費抑制など、医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、糖尿病医療費の増加や基礎疾患の重なりのある者が増加しており、治療に繋がった後も治療中断していないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も玉名市が取り組むべき重要な課題である。また、メタボリックシンドローム該当者が増加していることから、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上に取り組む必要がある。内臓脂肪型肥満を基盤とした重症化を予防するためにも、特定保健指導の質の向上を図り、結果の出る保健指導に努めていく必要がある。(参考資料2)

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

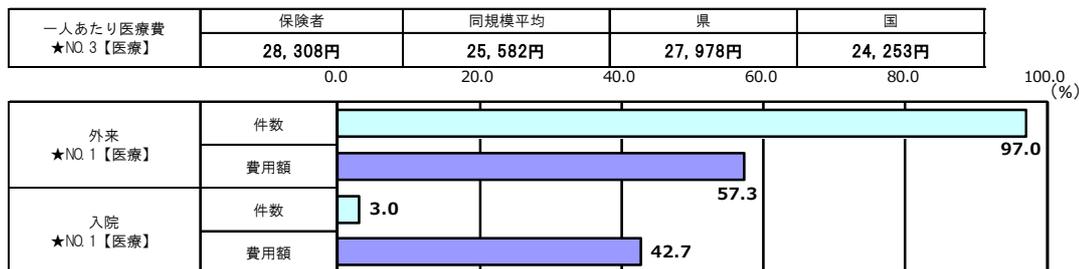
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

入院件数はわずか3%だが、42.7%の医療費を占めており、疾患の重症化が一人当たり医療費を高額化させていると考えられる。入院になる前に予防可能な疾患を重症化させないよう外来治療につなげることで、外来医療費でも高額で予防可能な人工透析を減少させることにより、総医療費を減少させることができると考える。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○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)

虚血性心疾患は一件当たりの医療費が高く、脳血管疾患は入院が長期化し医療費が高くなっていることがわかる。また、人工透析は、治療が長期化し年間医療費が高額化する。特に、糖尿病性腎症から起因するものが半数以上を占めるため、糖尿病対策は今後欠かすことができない。基礎疾患の重なりをみると、すべてにおいて高血圧が7割を超えており、高血圧を治療につなぐことは費用対効果の観点からも効果的であると考えられる。

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	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	397人	13人 3.3%	20人 5.0%	—	
		件数	622件	16件 2.6%	24件 3.9%	—	
		費用額	10億1010万円	1849万円 1.8%	4865万円 4.8%	—	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,629件	129件 7.9%	31件 1.9%	—	
		費用額	7億0711万円	6471万円 9.2%	1739万円 2.5%	—	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	75人	16人 21.3%	24人 32.0%	40人 53.3%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	1,019件	193件 18.9%	256件 25.1%	565件 55.4%
			費用額	4億4407万円	8964万円 20.2%	1億1928万円 26.9%	2億4722万円 55.7%

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 重 な り 疾 患	全体	7,712人	1,017人 13.2%	834人 10.8%	202人 2.6%
			高血圧	771人 75.8%	670人 80.3%	169人 83.7%	
			糖尿病	472人 46.4%	376人 45.1%	202人 100.0%	
			脂質異常症	606人 59.6%	572人 68.6%	140人 69.3%	
			高血圧症	4,531人 58.8%	2,193人 28.4%	3,473人 45.0%	649人 8.4%
			糖尿病	2,193人 28.4%	3,473人 45.0%	649人 8.4%	

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

(3) 何の疾患で介護保険を受けているのか (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 93.2%であり、筋骨格系疾患の 89.6%を上回った。年代別をみてもすべての年代で血管疾患が筋骨格系を上回っている。

2号認定者及び前期高齢者は特定健診対象者であり、血管疾患共通のリスクであり予防可能な高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、医療費を抑えるとともに介護予防にもつながる。

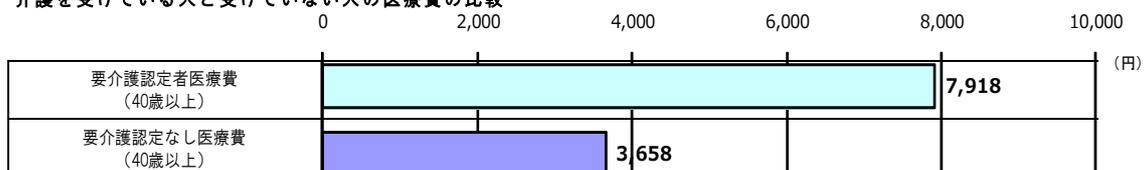
何の疾患で介護保険を受けているのか

【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	23,083人	8,729人	10,575人	19,304人			42,387人									
	認定者数	90人	322人	4,203人	4,525人			4,615人									
	認定率	0.39%	3.7%	39.7%	23.4%			10.9%									
	新規認定者数 (*1)	21人	70人	471人	541人			562人									
介護度別人数	要支援1・2	34	37.8%	110	34.2%	1,226	29.2%	1,336	29.5%	1,370	29.7%						
	要介護1・2	35	38.9%	119	37.0%	1,670	39.7%	1,789	39.5%	1,824	39.5%						
	要介護3~5	21	23.3%	93	28.9%	1,307	31.1%	1,400	30.9%	1,421	30.8%						
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)	90	362	4,193	4,555			4,645									
	再) 国保・後期	55	299	4,043	4,342			4,397									
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
				割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合						
	循環器疾患	1	脳卒中	31	56.4%	脳卒中	121	40.5%	脳卒中	1641	40.6%	脳卒中	1762	40.6%	脳卒中	1793	40.8%
		2	虚血性心疾患	10	18.2%	虚血性心疾患	71	23.7%	虚血性心疾患	1416	35.0%	虚血性心疾患	1487	34.2%	虚血性心疾患	1497	34.0%
		3	腎不全	9	16.4%	腎不全	28	9.4%	腎不全	461	11.4%	腎不全	489	11.3%	腎不全	498	11.3%
	基礎疾患 (*2)	糖尿病	30	54.5%	糖尿病	153	51.2%	糖尿病	1554	38.4%	糖尿病	1707	39.3%	糖尿病	1737	39.5%	
		高血圧	43	78.2%	高血圧	205	68.6%	高血圧	3369	83.3%	高血圧	3574	82.3%	高血圧	3617	82.3%	
		脂質異常症	25	45.5%	脂質異常症	155	51.8%	脂質異常症	2026	50.1%	脂質異常症	2181	50.2%	脂質異常症	2206	50.2%	
	血管疾患合計	合計	48	87.3%	合計	269	90.0%	合計	3783	93.6%	合計	4052	93.3%	合計	4100	93.2%	
	認知症	認知症	3	5.5%	認知症	66	22.1%	認知症	1662	41.1%	認知症	1728	39.8%	認知症	1731	39.4%	
筋・骨格疾患	筋骨格系	40	72.7%	筋骨格系	231	77.3%	筋骨格系	3670	90.8%	筋骨格系	3901	89.8%	筋骨格系	3941	89.6%		

*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



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

有所見率をみると、ほとんどの項目において、全国・県平均よりも高く、女性より男性の割合が高いことが分かる。また、男性の40～64歳の有所見率が特に高いため、若年層からの保健指導が必要である。

男性は、メタボリックシンドローム予備軍・該当者ともに女性よりも多い。さらに、男性若年者の健診受診率が特に低いため、健診受診率向上のための対策も必要である。

【図表 16】

健診データのうち有所見率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)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	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	616	30.9	1,088	54.6	593	29.8	393	19.7	169	8.5	928	46.6	1,274	64.0	399	20.0	1,056	53.0	604	30.3	940	47.2	47	2.4
	40-64	285	37.8	424	56.2	288	38.2	216	28.6	71	9.4	322	42.7	450	59.7	177	23.5	345	45.8	261	34.6	393	52.1	7	0.9
	65-74	331	26.8	664	53.7	305	24.7	177	14.3	98	7.9	606	49.0	824	66.6	222	17.9	711	57.5	343	27.7	547	44.2	40	3.2
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	556	22.2	554	22.1	390	15.6	235	9.4	39	1.6	741	29.6	1,678	67.0	48	1.9	1,226	48.9	477	19.0	1,491	59.5	2	0.1
	40-64	202	21.8	188	20.3	139	15.0	97	10.5	11	1.2	235	25.3	543	58.5	21	2.3	328	35.3	158	17.0	547	58.9	0	0.0
	65-74	354	22.4	366	23.2	251	15.9	138	8.7	28	1.8	506	32.1	1,135	71.9	27	1.7	898	56.9	319	20.2	944	59.8	2	0.1

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

【図表 17】

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	1,991	31.7	90	4.5%	372	18.7%	29	1.5%	268	13.5%	75	3.8%	626	31.4%	96	4.8%	33	1.7%	316	15.9%	181	9.1%	
	40-64	75	25.6	41	5.4%	152	20.2%	15	2.0%	93	12.3%	44	5.8%	231	30.6%	23	3.1%	16	2.1%	123	16.3%	69	9.2%	
	65-74	1,237	37.0	49	4.0%	220	17.8%	14	1.1%	175	14.1%	31	2.5%	395	31.9%	73	5.9%	17	1.4%	193	15.6%	112	9.1%	
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
合計	2,506	38.9	65	2.6%	210	8.4%	9	0.4%	156	6.2%	45	1.8%	279	11.1%	27	1.1%	9	0.4%	174	6.9%	69	2.8%		
40-64	928	34.0	38	4.1%	76	8.2%	3	0.3%	54	5.8%	19	2.0%	74	8.0%	8	0.9%	5	0.5%	45	4.8%	16	1.7%		
65-74	1,578	42.6	27	1.7%	134	8.5%	6	0.4%	102	6.5%	26	1.6%	205	13.0%	19	1.2%	4	0.3%	129	8.2%	53	3.4%		

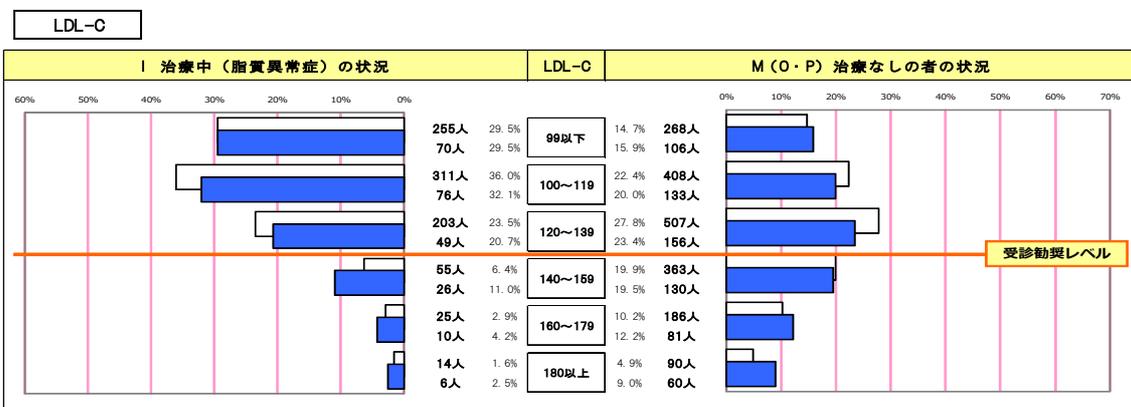
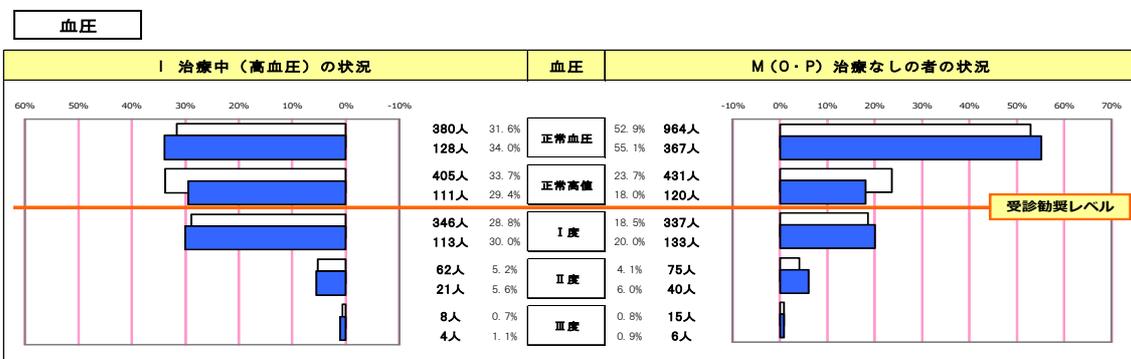
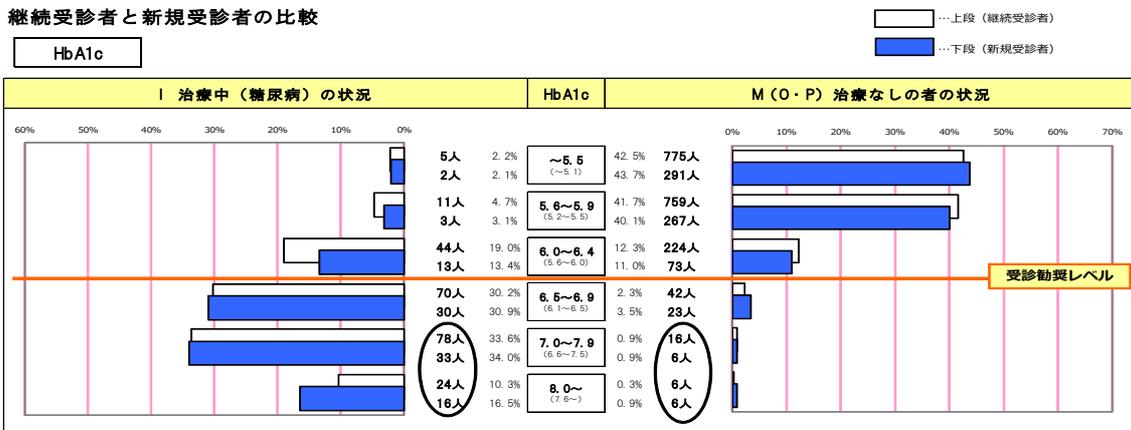
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c7.0%以上で治療なしの者は 34 人であり、保健指導の最優先として早期に介入し、医療機関受診勧奨する必要がある。HbA1c は、治療中でもコントロール不良の者が多いことから、内服するだけでは血糖コントロールは難しいことが分かる。糖尿病治療は食事療法等の生活習慣改善に向けた指導を併せて行うことが重要なため、糖尿病連携手帳等を活用し医療機関と情報共有しながら取り組んでいく必要がある。

血圧、LDL は、内服によるコントロールが比較的良好であるため、未治療者は医療機関受診を勧奨する必要がある。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



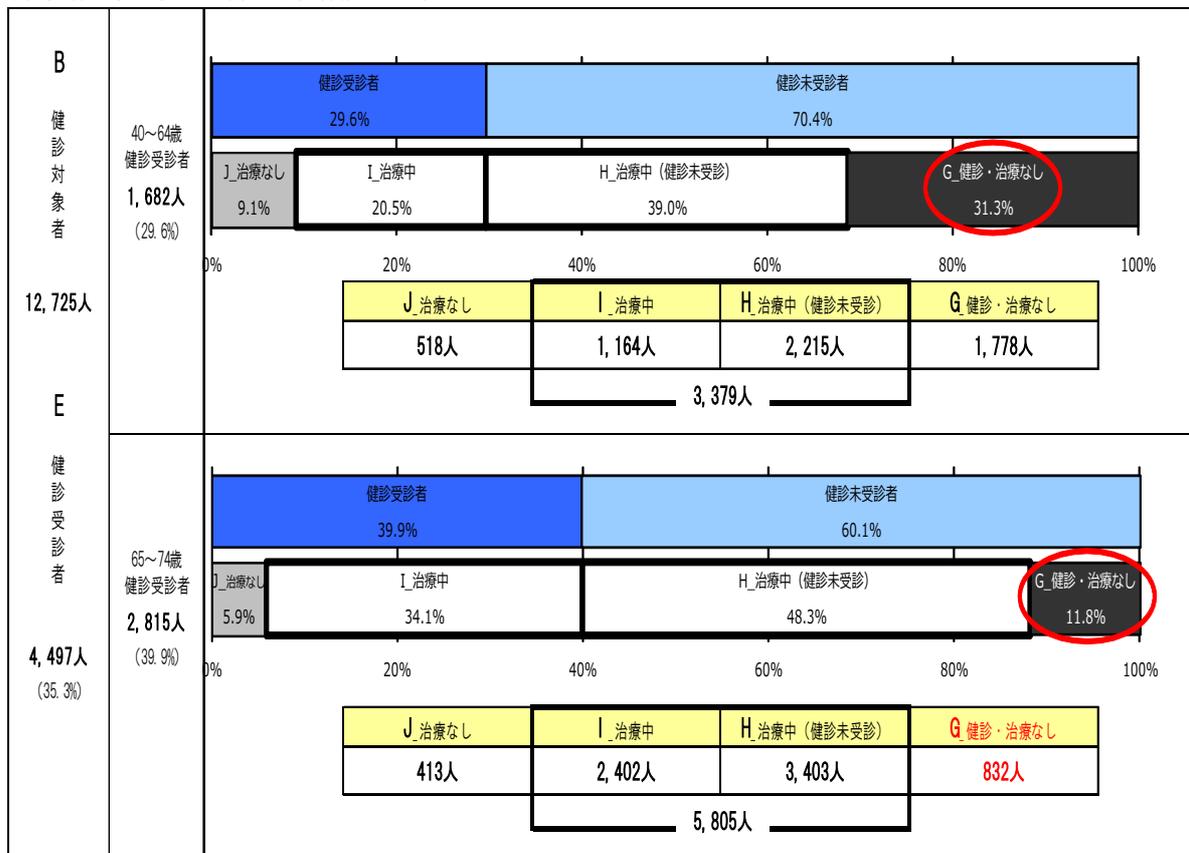
4) 未受診者の把握 (図表 19)

健診・治療なしの者 (G) は 40～64 歳で 31.3%、65～74 歳で 11.8%を占めており、重症化しているかどうか実態が分からない。また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の 1 人当たり医療費は、健診受診者より 26,867 円も高くなっている。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の受診勧奨を行い、個人の状況に合わせた保健指導を実施する必要がある。それによって生活習慣病発症予防、そして重症化予防につなげていく。

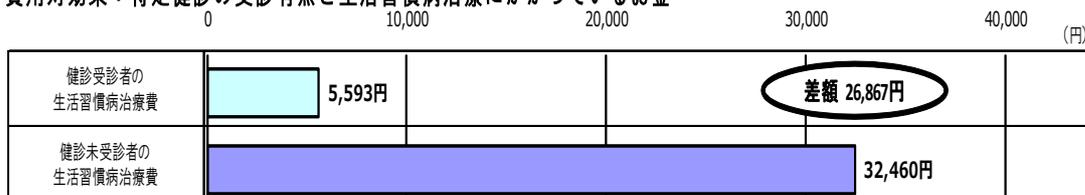
【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



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糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患を減らし、医療費の伸びを抑えることを目的とし、具体的には図表 20 より目標を設定する。

玉名市の1人あたりの医療費は同規模のK市と4,870円の差があり、玉名市がK市の順位に下げるには約9千万円の医療費を下げる必要がある。3つの疾患で9千万円削減するために、平成35年度までにそれぞれ腎不全10人、脳血管疾患5人、心血管疾患5人減少させること、1人あたり医療費の県内順位を29位より下位にし、標準化医療費を下げることを目標とする。

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。

【図表 20】

どこを目標に置くか				H27年度
県内順位	市町村	1人あたり医療費	差	
26位	玉名市	384,045		
29位	K市	379,175	4,870	
42位	K町	330,941	53,104	
全国平均		347,352	36,693	

*1人あたり医療費：1人あたり療養諸費（一般）

玉名市の1人あたりの医療費順位を29位に下げるには

a) 差額	b) 被保険者数	減らしたい医療費(a×b)
4,870	18,605	90,606,350

玉名市の中長期目標疾患の医療費は一番多いのは？

		中長期目標疾患 (A)		
		腎不全	脳血管疾患	心血管疾患
総医療費	64億8266万円	4億2,008万円	1億502万円	1億826万円
医療費目安 (B)		人工透析 (年間)	脳血管疾患+入院+ 2か月リハビリ	手術、入院費用
		500万円	400万円	400万円
対象者数 (A)/(B)		84人	26人	27人
減らしたい人数(目標)		10人	5人	5人

(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。(図表 21、[参考資料 7](#))

【図表 21】

平成35年度までの目標値の設定

評価指標	H28年度	目標	評価指標	H28年度	目標
特定健診受診率	35.4%	56.0%	健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	5.5%	5.0%
特定保健指導実施率	42.0%	80.0%	健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	12.2%	10.0%
特定保健指導対象者の減少率	18.5%	20.0%	健診受診者の糖尿病患者の割合(未治療HbA1c6.5以上)	4.7%	4.0%
メタボリックシンドローム該当者の割合	20.1%	15.0%	健診受診者の糖尿病患者の割合(治療中HbA1c7.0以上)	3.3%	3.0%
メタボリックシンドローム予備群の割合	13.0%	8.0%	糖尿病の保健指導を実施した割合	12.0%	85.0%

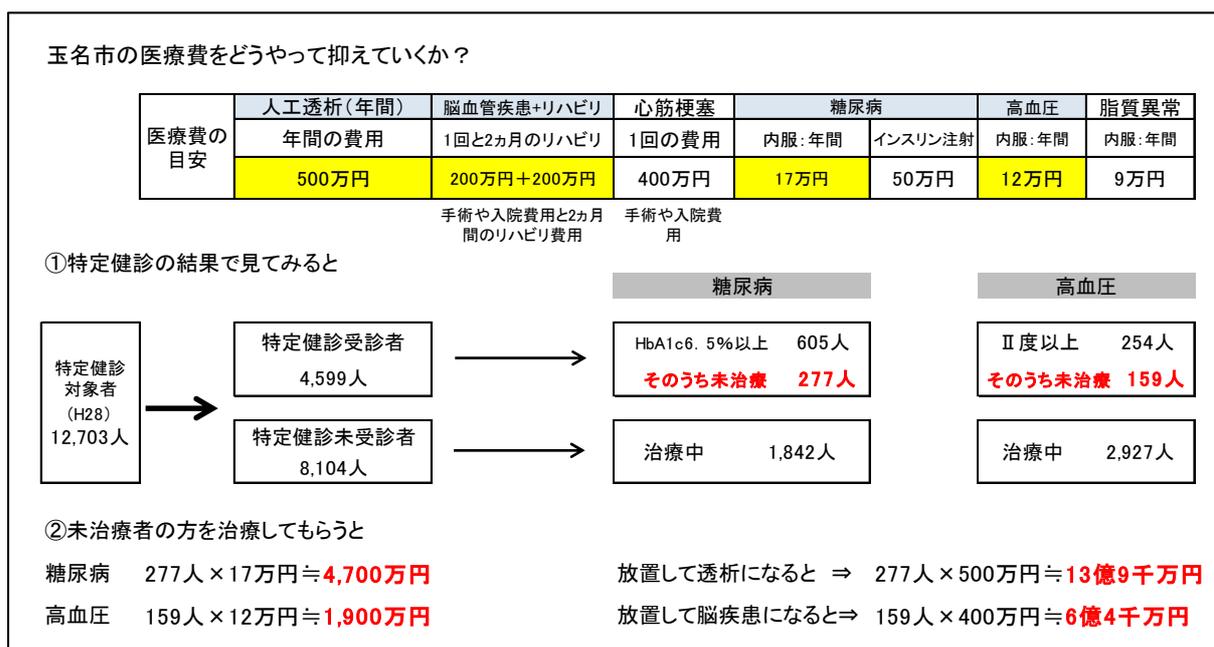
具体的には、プロセス計画や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等を基に保健指導教材を活用し、血圧、血糖、脂質の検査結果を改善していくこととする。

図表 22 より、平成 28 年度特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者 277 人、高血圧未治療 159 人が治療に繋がった場合と、放置して透析や脳疾患を起こしてしまった場合の医療費の差を示した。糖尿病と高血圧を治療した場合は約 6 千万円の医療費がかかるが、放置した場合の医療費は約 20 億円かかり、重症化する前に適切な医療に繋ぐことの重要性が分かる。そのため、医療受診が必要な者や治療継続者へ適切な働きかけを行うとともに、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必要がある。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、メタボリックシンドロームと糖尿病は薬物療法だけでは改善が難しく、食事や運動など生活習慣の改善も必要なため、栄養指導等も行っていく。

さらに、特定健診未受診者についてはデータがなく治療中の者についてはコントロール状況が把握できない。生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の受診勧奨をし、状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。

【図表 22】



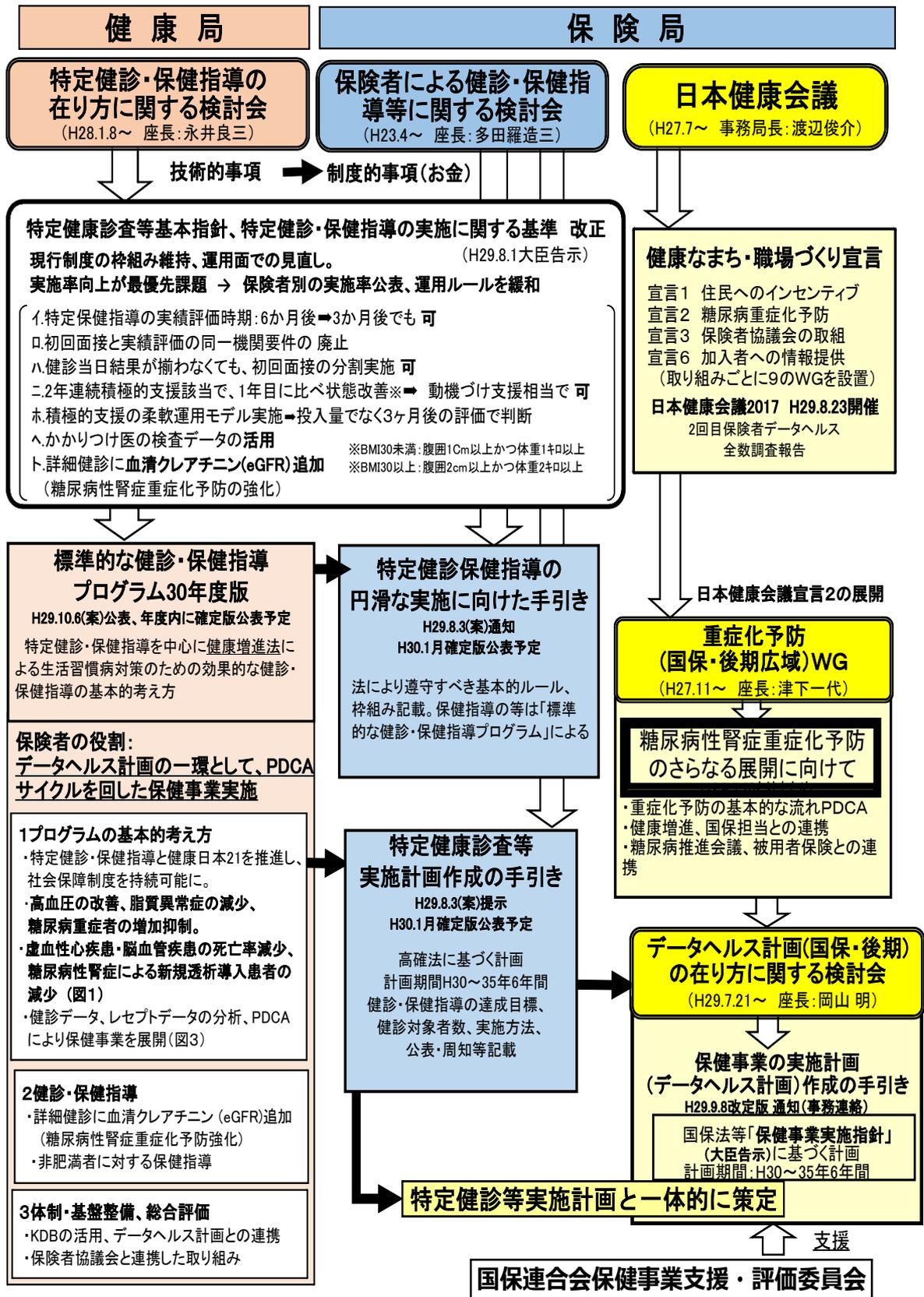
第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 第3期特定健康診査等実施計画について

平成20年4月、「高齢者の医療の確保に関する法律」により、医療保険者に対して、生活習慣病予防の徹底をはかるため「特定健診・保健指導」の実施が義務付けられた。国は生活習慣病予防対策として、これまでの健診、保健指導から特定健診・保健指導への転換を図るために、平成19年4月、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を示し、内臓脂肪症候群対策を重点化した。第1期特定健康診査等実施計画において、特定健診は、生活習慣病予防のための「保健指導を必要とする者」を抽出するためのものと位置づけ、糖尿病等の有病者、予備群の減少につながる保健指導が重要視された。第2期特定健康診査等実施計画に向けて示された、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」では、内臓脂肪症候群対策に加え、特定保健指導の対象にならない非肥満の方への対応も明文化され、糖尿病等の重症化予防がさらに強調された。

第3期特定健康診査等実施計画では、第2期からの方向性を受け継ぎつつ、対象者の個別性を重視した効果的な保健指導を求め、現場で創意工夫し効率化できるよう特定保健指導の運用ルールが見直されている。また、平成29年7月10日にとりまとめられた「糖尿病性腎症重症化予防のさらなる展開にむけて」を受けて第2期「保健事業実施計画（以下データヘルス計画）」では、糖尿病性腎症重症化予防が重点化され、第3期特定健康診査等実施計画と一体化して作成することが認められている。そのため、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、第2期データヘルス計画と一体的に作成し、第3期（平成30年度以降）からは6年一期とする。また、第2期データヘルス計画第2章において、第1期データヘルス計画と第2期特定健康診査実施計画を併せて評価することとする。（図表23）

【図表 23】



2. 目標値の設定

【図表 24】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	41%	44%	47%	50%	53%	56%
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%

特定健診受診率の評価については法定報告値の暫定数値で行い、特定保健指導実施率については初回面談率で行う。評価実施時期については、いずれも実施年度の2月に行う。

3. 対象者の見込み

【図表 25】

		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	12,155人	11,880人	11,606人	11,332人	11,058人	10,783人
	受診者数	4,983人	5,227人	5,455人	5,666人	5,860人	6,039人
特定保健指導	対象者数	705人	739人	771人	801人	829人	854人
	実施者数	528人	562人	594人	625人	655人	683人

4. 特定健診の実施

1) 対象者

玉名市国民健康保険被保険者のうち、特定健診の実施年度中に40歳から75歳となる方。

2) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- (1) 集団健診（公立玉名中央病院附属健診センター）
- (2) 個別健診（玉名郡市内委託医療機関）
- (3) 人間ドック（委託医療機関）

3) 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。

4) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、玉名市のホームページに掲載する。

なお、委託医療機関については毎年度見直しを行っていく。

(参照)URL : <http://www.city.tamana.lg.jp/>

個別医療機関

※順不同

医療機関名	住 所	電話番号
山瀬内科小児科歯科医院	玉名市高瀬 674	0968-73-3056
鹿井内科	玉名市高瀬 233-1	0968-72-2275
吉田医院	玉名市繁根木 228	0968-73-5100
一社) 玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	玉名市玉名 2172	0968-72-5111
医法) 佐藤会 佐藤胃腸科肛門科外科医院	玉名市片諏訪 291-2	0968-72-3100
医法) 社団一心会 前田小児科医院	玉名市立願寺 138	0968-74-1333
医法) 如春会 浦田医院	玉名市岩崎 1023	0968-74-2412
医法) 社団清明会 平山耳鼻咽喉科医院	玉名市立願寺 136-3	0968-73-3933
医法) 悠紀会 悠紀会病院	玉名市上小田 1063	0968-74-1131
本里内科医院	玉名市大倉 1574-4	0968-72-2352
医法) 彩美会 国崎整形外科医院	玉名市秋丸 415-2	0968-73-6776
医法) 大光会 おおかど胃腸科クリニック	玉名市六田 38-6	0968-72-5611
医法) 秀和会 河野クリニック	玉名市繁根木 131-1-2F	0968-72-2345
医法) 弘真会 大林循環器科内科医院	玉名市築地 25-2	0968-72-3866
医法) 社団あすなろ会 まつおクリニック	玉名市山田 2016-1	0968-73-2800
医法) 社団済和会 河野医院	玉名市高瀬 349	0968-73-3734
医法) 誠真会 岡本外科医院	玉名市亀甲 248-1	0968-74-2277
医法) 優愛会 酒井医院	玉名市松木 13-2	0968-71-0777
医法) 有世会 大野内科クリニック	玉名市伊倉南方 987-5	0968-72-3405
医法) 寿孝会 隈部医院	玉名市中 33	0968-72-2456
医法) 隆望会 ひがし成人・循環器内科クリニック	玉名市岩崎 665-1-1	0968-71-0600
福本内科医院	玉名市岱明町鍋 834	0968-57-2811
棚瀬医院	玉名市岱明町高道 677	0968-57-0103
医法) 大精会 古庄胃腸科・内科医院	玉名市岱明町大野下 1512-1	0968-57-0013
坂田内科医院	玉名市岱明町高道 1196-1	0968-66-8600
医法) 吉村医院 吉村循環器科内科医院	玉名市横島町横島 3894-1	0968-84-2765
医法) 安田会 安田内科医院	玉名市横島町横島 3387	0968-84-3131
栗崎医院	玉名市横島町横島 7329	0968-84-3933
医法) 明光会 しまかわ胃腸科外科医院	玉名市横島町横島 4301-1	0968-84-3722
大塚医院	玉名市天水町小天 6986-1	0968-82-2005

中野医院	玉名市天水町部田見 812-2	0968-82-3970
宮崎クリニック	玉名市天水町小天 6928-2	0968-82-2408
泌尿器科内科むらかみクリニック	玉名市繁根木 40-2	0968-57-8615
医法) 社団武内会 玉名脳神経外科医院	玉名市岩崎 11-1	0968-75-1511
医法) 田尻会 田尻医院	玉名郡南関町関町 1218-1	0968-53-0016
医法) 親人会 さかき診療所	玉名郡南関町上長田 638-1	0968-53-1125
田辺クリニック	玉名郡南関町上坂下 3480	0968-53-8211
医法) 社団直心会 森の里クリニック	玉名郡和水町大田黒 699	0968-34-2800
和水クリニック	玉名郡和水町原口 729-1	0968-86-6001
医法) 社団聖和会 有明成仁病院	玉名郡長洲町宮野 2775	0968-78-1133
医法) 社団淡河会 淡河・黒田医院	玉名郡長洲町梅田 696-1	0968-78-6517
医法) 和幸会 田宮二郎内科	玉名郡長洲町長洲 2932-3	0968-78-2150
ながすクリニック	玉名郡長洲町大字長洲 1354	0968-78-0527
医法) 慧仁会 西山クリニック	玉名郡長洲町清源寺 2794-1	0968-78-7811
いまおかクリニック	玉名郡長洲町宮野 1468-1	0968-78-3410
医法) 木生会 安成医院	玉名郡玉東町木葉 755-6	0968-85-2047

集団健診実施医療機関

医療機関名	住 所	電話番号
公立玉名中央病院附属健診センター	玉名市中 1947	0968-73-6135

人間ドック実施医療機関

医療機関名	住 所	電話番号
公立玉名中央病院附属健診センター	玉名市中 1947	0968-73-6135
一社) 玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	玉名市玉名 2172	0968-72-5111
社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院	熊本市南区近見 5-3-1	096-351-1011
日本赤十字社熊本健康管理センター	熊本市東区長嶺南 2-1-1	096-384-3100
J A 熊本厚生連	熊本市中央区南千反畑町 2-3	096-328-1258

5) 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ための項目である。国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c、尿酸、尿潜血）を実施する。

(1) 健診項目

〈基本的な健診の項目〉

- ・ 質問項目
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ・ 理学的検査
- ・ 血圧測定
- ・ 血中脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）
- ・ 肝機能検査（AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP))
- ・ 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c 検査 (NGSP 値))
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）
- ・ 腎機能検査（血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR 値）
- ・ 血清尿酸検査

〈詳細な健診の項目〉（判断基準）

- ・ 心電図検査（当該年度の特定健診の結果等で、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認めるもの）
- ・ 眼底検査（原則として当該年度の特定健診の結果等で、血圧又は血糖検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認めるもの）
- ・ 貧血検査（貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者）

(2) 第2期からの改正点

- ・ 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。
- ・ やむを得ず空腹時以外でヘモグロビン A1c を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を可とする。
- ・ これまでの質問項目との継続性を考慮しつつ必要な修正を加え、新たに生活習慣の改善に関する歯科口腔保健の取り組みの端緒となる質問項目を追加。
- ・ 詳細な健診に血清クレアチニン検査項目の追加。
- ・ 詳細な健診の項目である心電図検査の判断基準において、前年度結果から当該年度結果への変更。
- ・ 詳細な健診の項目である眼底検査の判断基準において、前年度結果から当該年度結果への変更。（ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当するかどうか判断する。）

6) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

7) 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進めていく。

8) 代行機関

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

9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

広報たまな・玉名市ホームページにて各健診の申し込み方法・実施期間等を掲載。3月下旬～4月上旬にかけて申込書等を発送。回答することで、各健診開始時期のおよそ2～3週間前に受診券を発送する。(熊本市内医療機関人間ドックの受診券発行はなし)

・年間実施スケジュール：図表 26 のとおり

【図表 26】

年間実施スケジュール	期間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
個別医療機関	6月～12月			←	←	←	←	←	←	←	←		
集団健診 (受診もれ健診含む)	7月下旬～9月上旬 (10月中旬～12月下旬)				←	→		←	→				
熊本市内医療機関 人間ドック	4月～3月 (受診券の発行なし)	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←
玉名市内医療機関 人間ドック	5月中旬～3月		←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←

10) 未受診者への対策

- ・健診未申込者に対し、受診を促す文面を記載した個別医療機関受診券を送付する。
- ・集団健診申込者で、未受診者に対し受診勧奨の案内を行う。
- ・人間ドック申込者で、未受診者に対し受診勧奨の案内を行う。

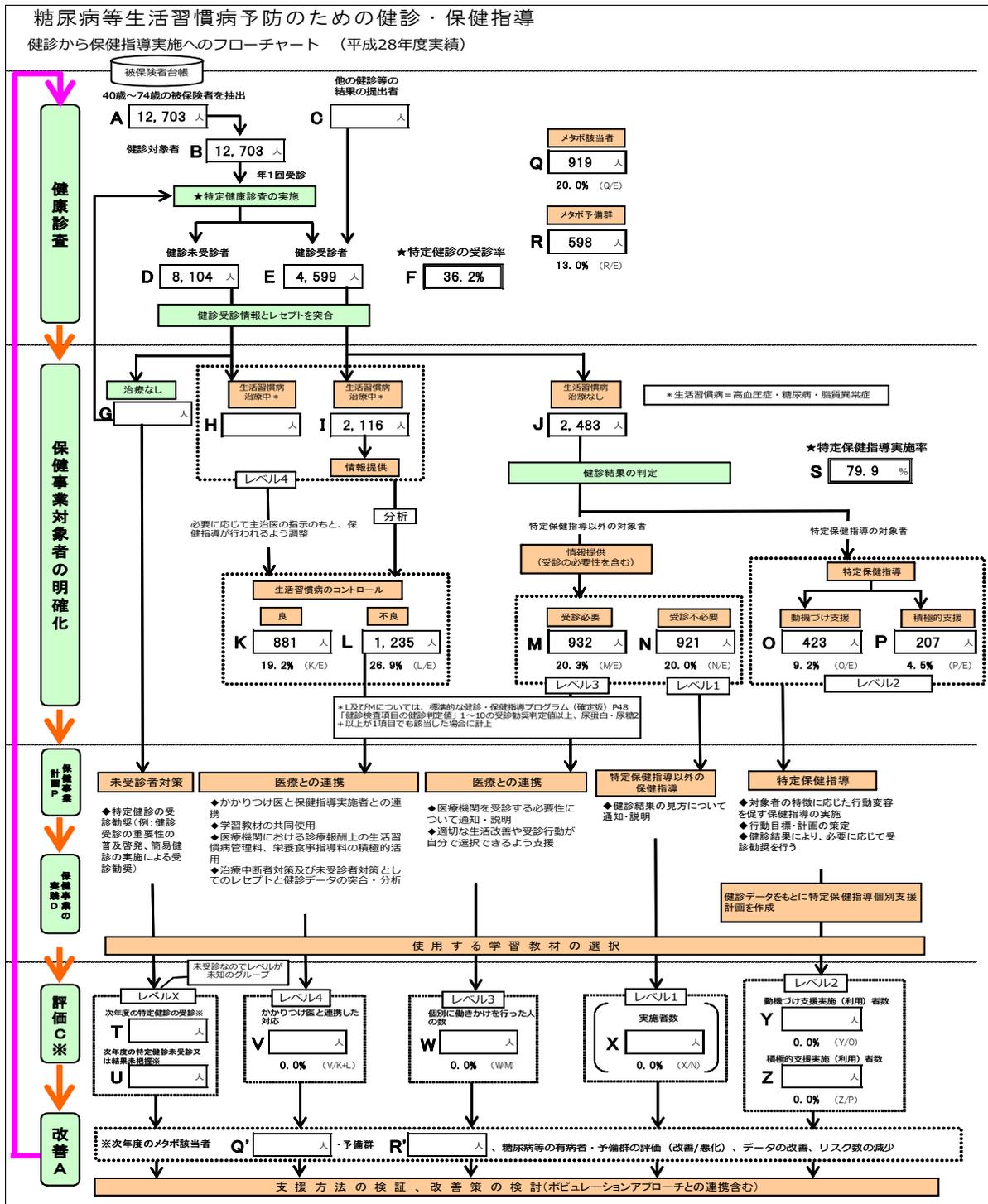
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、直営を基本とし管理栄養士、保健師、看護師等で実施するが、一部委託して実施する。

1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表27)

【図表27】



2) 保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

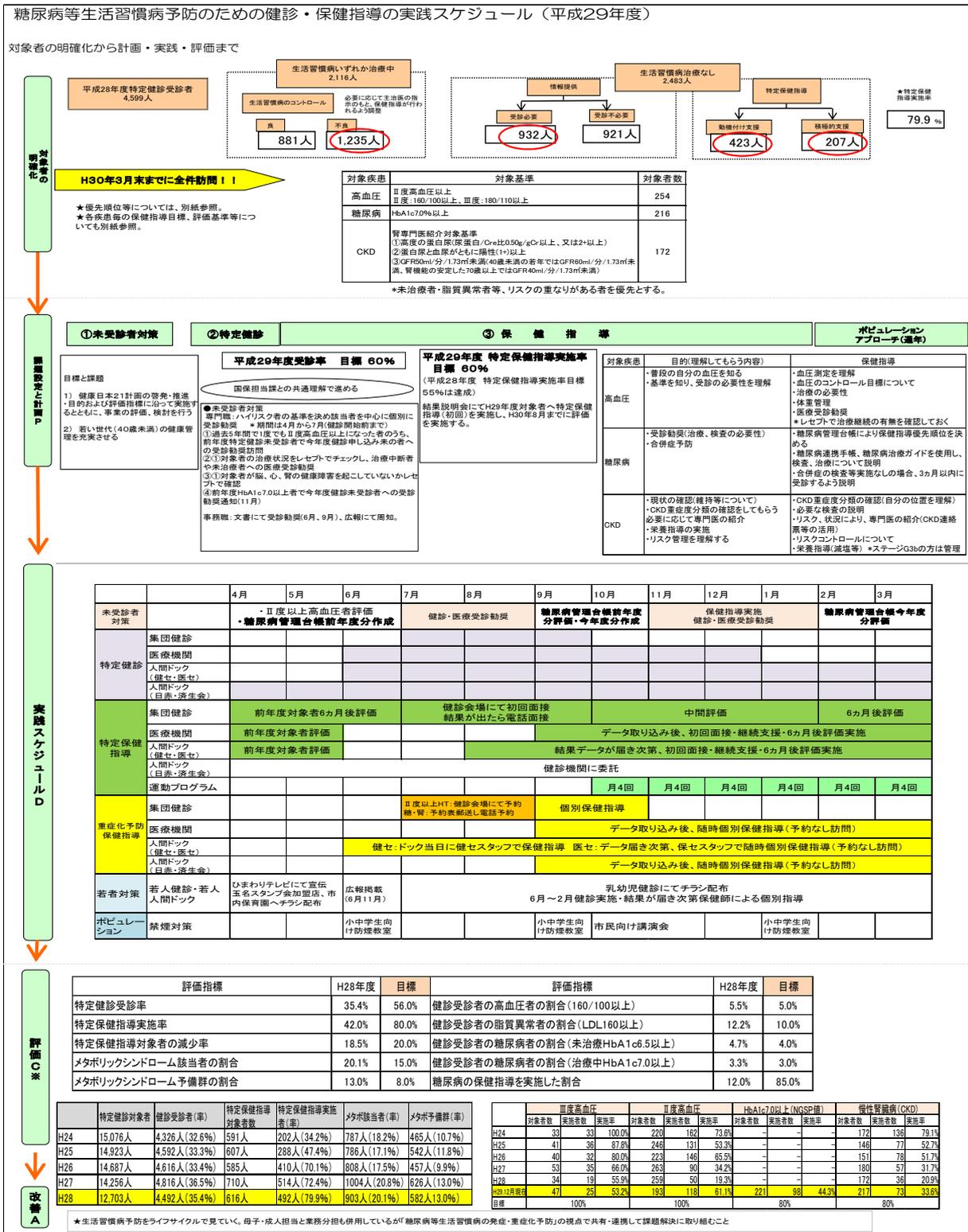
【図表 28】

優先順位	図表 27	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す 保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨 を行う	630 人 (13.7%)
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に支援	932 人 (20.3%)
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）	8,104 人 ※受診率目標 達成までに あと 2,555 人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	921 人 (20.0%)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,116 人 (46.0%)

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 29)

【図表 29】



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玉名市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、玉名市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 重症化予防に係る保健事業の取り組み

1. 重症化予防に係る保健事業の方向性

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(高リスクをかかえていない集団への働きかけ)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、健診の必要性や生活習慣病予防のための基礎知識の啓発、生活習慣病の重症化により高額化する医療費等の実態を広く市民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診受診勧奨をし、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向上への取り組みと、特定保健指導実施率及び質の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

2. 重症化予防の取り組み

1) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取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、取り組みにあたっては図表30に沿って実施する。

- ① 特定健診結果から抽出されたハイリスク者(未治療)に対する受診勧奨、保健指導
- ② 過去5年間の特定健診受診者の内、当該年度未受診かつハイリスク者(HbA1c6.5%以上)に対する健診受診勧奨
- ③ 糖尿病治療中断者に対する受診勧奨
- ④ 糖尿病治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

【図表 30】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	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の更なる展開 図表15を改変

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては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。

ア. 健診を受診したもののうち医療機関未受診者

- a. 図表 31 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)
- b. a 以外であってもフローチャートを参考に健診結果より受診勧奨が必要な者

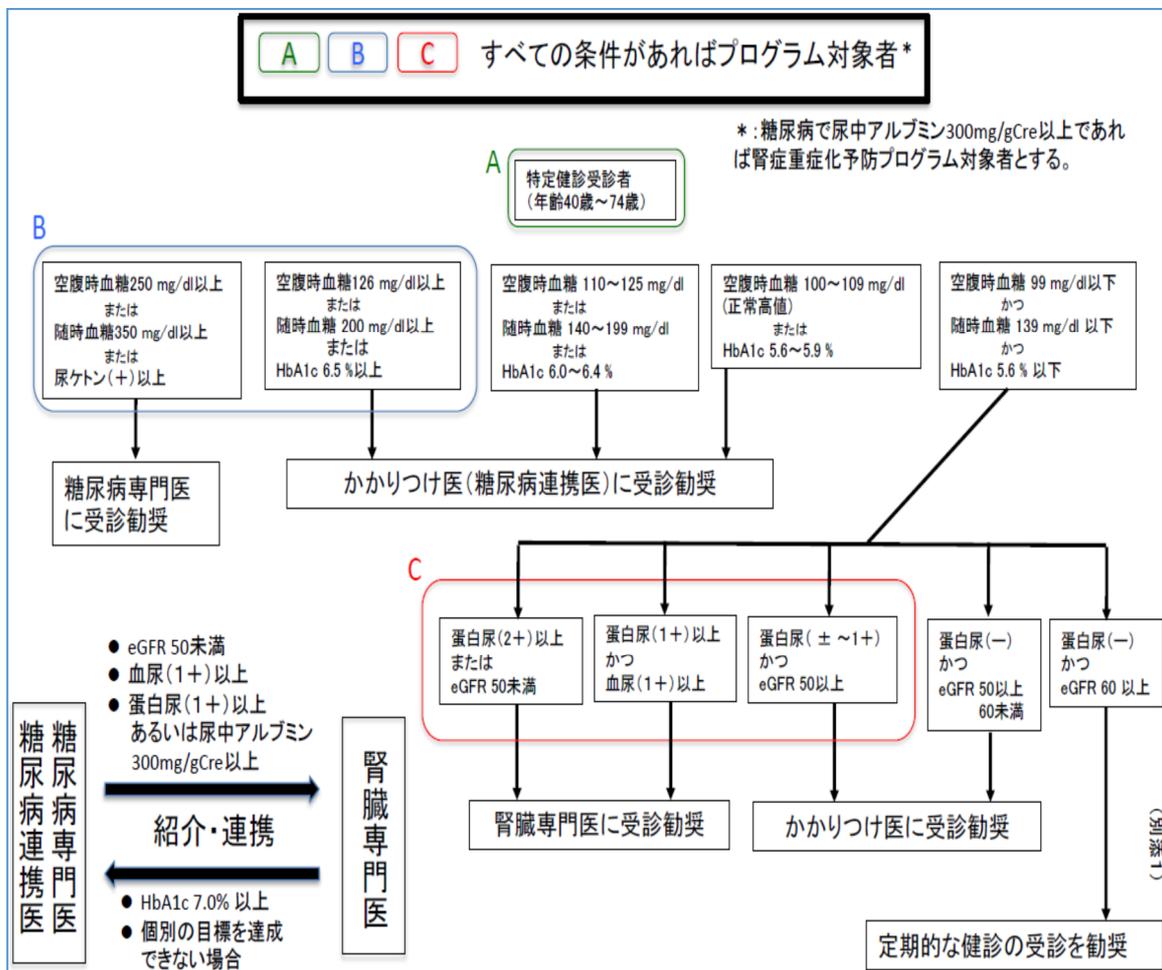
イ. 糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から 6 カ月経過しても未受診の者

ウ. 重症化するリスクの高い者

特定健診結果や本人、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不良者や尿蛋白、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者

【図表 31】



② 選定基準に基づく該当数の把握

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し医療機関受診状況を踏まえて該当者数把握を行う。(図表 32)

玉名市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 236 人（41.4%・F）であった。また 40～74 歳の糖尿病治療歴のある特定健診受診者が 801 人（29.0%・G）であったが、そのうち 315 人（39.3%・キ）が中断していた。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,965 人（71.0%・I）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある 435 人中 132 人は治療中断であることが分かった。また、継続受診者 303 人（69.7%・力）については継続受診中であるが最近の健診データが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 32 より玉名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】

- a. 糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者（F）**・・・236 人
- b. 糖尿病治療中であったが**中断者（オ・キ）**・・・447 人
 - ・介入方法として訪問、面談、通知等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- a. 糖尿病通院する患者のうち**重症化するリスクの高い者（ク）**・・・486 人
 - ・介入方法として訪問、面談等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- a. 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（力）・・・303 人
 - ・介入方法として訪問、面談等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

【図表 32】

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：参考資料3）

対象者選定基準検討

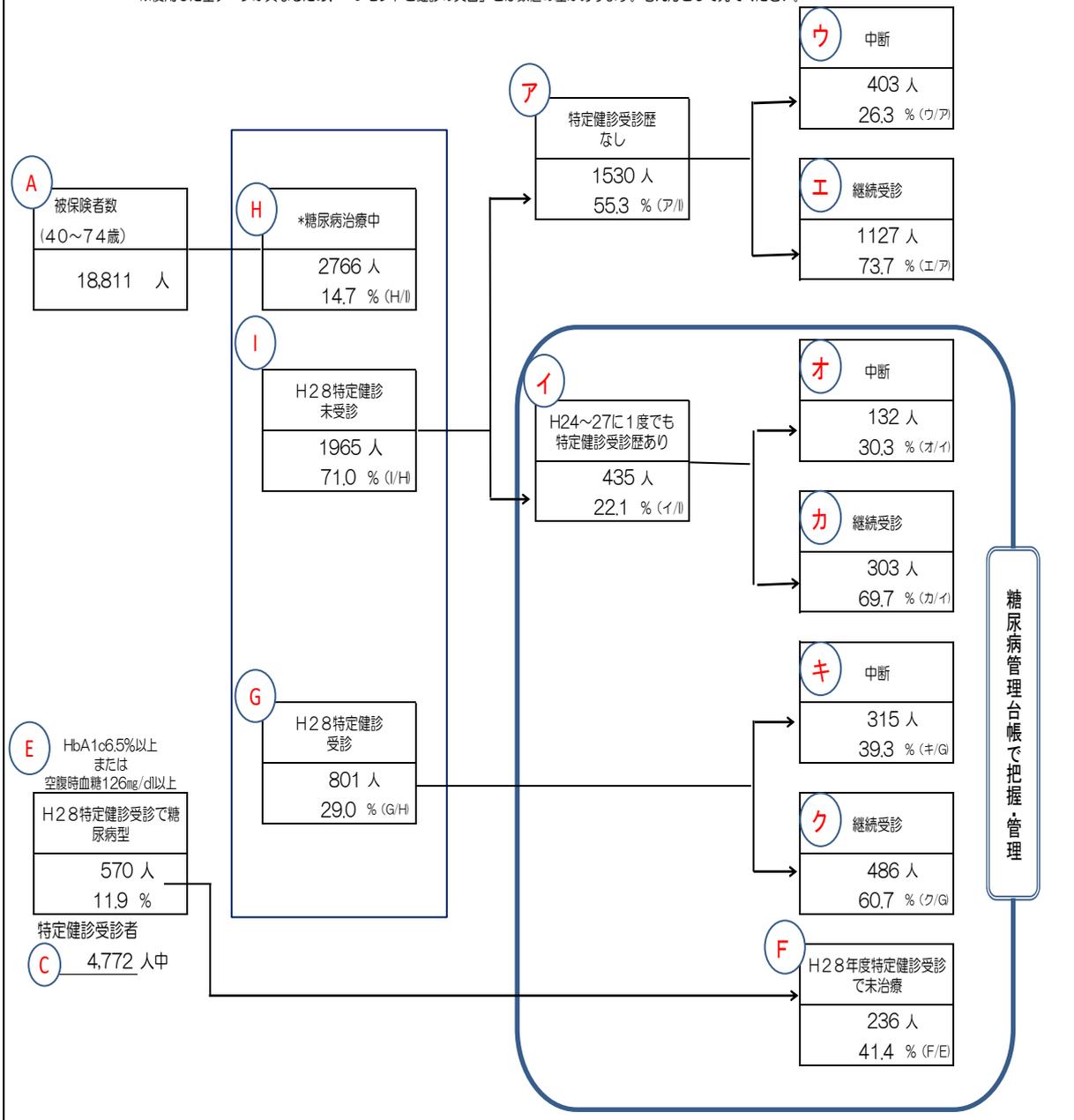
「糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合」から、さらに「I」の人について考える

※「KDB疾病管理一覧」・「5ヵ年突合新入カシート」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。また、3ヵ月以上レセプトがない者。

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す。

※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。



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 33）

【図表 33】

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) 注1		
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	

注1) 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は厚労省研究班の成績に基づき予後（腎、心血管、総死亡）を勘案した分類である。

注2) GFR60ml/分/1.73 m²未満の症例は CKD に該当し、糖尿病腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との識別診断が必要である。

注3) 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。

注4) 顕性アルブミン尿の症例では、GFR60ml/分/1.73 m²未満から GFR の低下に伴い腎イベント（eGFR の半減、透析導入）が増加するため、注意が必要である。

注5) GFR30ml/分/1.73 m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値にかかわらず、腎不全期に分類される。しかし、とくに正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病腎症以外の腎臓病との識別診断が必要である。

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能 (eGFR) で把握しなければならない。しかし、玉名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、尿アルブミン検査は実施しておらず、尿アルブミン値における病期判断ができない課題がある。

一方、CKD（慢性腎不全）診療ガイド 2012 では、CKD 重症度分類として、尿アルブミンに対応する尿蛋白定量検査及び定性検査分類が示されており、尿蛋白による腎症の重症度が分類できる。玉名市では、集団健診のみ尿蛋白定性±以上の者に対し、尿蛋白定量検査を実施している。今後は定量検査の実施対象者の枠を広げられるよう関係機関と調整を図っていく。（図表 34、参考資料 3）

【図表 34】

CKD該当者を明確にしましょう（CKD重症度分類）

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2	A3
			尿検査・GFR 共に実施 4,609人	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
				4,436人	128人	28人	45人
			96.2%	2.8%	21.9%	1.0%	
G1	正常 または高値	90以上	416人	402人	10人	3人	4人
			9.0%	8.7%	0.2%	30.0%	0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	3,422人	3,319人	83人	21人	20人
			74.2%	72.0%	1.8%	25.3%	0.4%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	687人	650人	25人	3人	12人
			14.9%	14.1%	0.5%	12.0%	0.3%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	74人	60人	10人	1人	4人
			1.6%	1.3%	0.2%	10.0%	0.1%
G4	高度低下	15-30 未満	10人	5人	0人	0人	5人
			0.2%	0.1%	0.0%	--	0.1%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0人	0人	0人	0人	0人
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%

(3) 対象者の把握・管理

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（図表 35）及び年次計画表（参考資料 4）で行う。

- ① 年度当初に、前年度の糖尿病管理台帳を作成する。
- ② 国民健康保険有資格者が確認する。
- ③ 地区担当保健師に糖尿病管理台帳を配布する。
- ④ 地区担当保健師は、当該年度の健診結果（以下の情報）を管理台帳に追加する。
また、新たにHbA1c 6.5%以上となった者も名簿に追加する。
ア. HbA1c イ. 血圧 ウ. 体重 エ. eGFR オ. 尿蛋白
- ⑤ 地区担当保健師は、レセプトを確認し、治療状況を記載する。
ア. 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
イ. 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
ウ. 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
エ. がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載
- ⑥ 管理台帳記載後、去年のデータと比較し介入対象者を試算する。
- ⑦ 担当地区の対象者数の把握
ア. 未治療者・中断者（受診勧奨者）
イ. 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

【図表 35】

糖尿病管理台帳

※糖尿病服薬は問診結果による
 ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
 ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	保健師	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目						備考		
										H25	H26	H27	H28	H29	H30			
11		H25								糖尿病	服薬	○	○	○		○		
											糖	HbA1c	8	7.3	6.9			8.7
										高血圧		糖以外	体重	75.3	77.1	76.2		
											BMI		26.9	27.6	27.5			28.2
										虚血性心疾患	糖以外	血圧	122/69	136/87	120/71			128/78
										脳血管疾患		CKD	GFR	67	79	67		
										糖尿病性腎症	尿蛋白		+	+	++			-
22		H25								糖尿病	服薬			○		○		
											糖	HbA1c	7.3	8.7	6.6	6.7		7.1
										高血圧		糖以外	体重	49.9	51	46.5		47.4
											BMI		20.8	21.2	19.4	19.7		20.1
										虚血性心疾患	糖以外	血圧	136/74	137/85	138/77	112/72		131/91
										脳血管疾患		CKD	GFR	103	115	97		87
										糖尿病性腎症	尿蛋白		-	-	-	-		-

(4) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症病期分類・CKD 診療ガイド重症度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。玉名市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類・CKD 診療ガイド重症度分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。

(図表 36)

【図表 36】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 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～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のももとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

② 動脈硬化フォローアップ健診を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白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、HbA1c6.5%以上(未治療者)に対し、尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで、腎症重症化予防を目指す。

(5) 医療との連携

① 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐために糖尿病連携手帳を活用し医療機関と連携を図る。

② 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。また、栄養指導が必要な者は、かかりつけ医の指示のもと、管理栄養士等が実施する。かかりつけ医、専門医との連携については、熊本県糖尿病性腎症予防プログラムに準じ行っていく。

(6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(7) 評価

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

また、中長期的評価においては、熊本県版のプログラムの評価指標を盛り込んでいる様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料5）及び目標管理シート（参考資料7）を活用して評価していく。

① 短期的評価

ア. 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

イ. 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

(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、糖尿病管理台帳の作成
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、レセプトの確認。介入方法、実施方法の決定
- 8月 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次対象者へ介入（通年）

11月 特定健診未受診者（ハイリスク者）に対する特定健診受診勧奨
3月 評価

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。

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料6)

② 重症化予防対象者の抽出

ア. 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。玉名市において健診受診者4,770人のうち心電図検査実施者は1,103人(23.1%)であり、そのうちST所見があったのは34人であった(図表37)。有所見者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、健診データと合わせて対象者の状態に応じた保健指導及び受診勧奨を実施していく必要がある。

【図表 37】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他所見あり(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	4,770	100	1,103	23.1	34	3.1	563	51	506	45.9

イ. 虚血性心疾患リスクからの把握

対象者が広がり、「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しく玉名市では、平成 29 年度までの国の基準に加え、集団健診のみⅡ度高血圧以上の者に心電図検査を実施していた。平成 30 年度から「詳細な検査項目」である心電図検査のは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」となる。

図表 38 より、虚血性心疾患の原因となる有所見者（メタボリックシンドローム、LDL コレステロール）ごとの心電図所見をみると、メタボリックシンドローム該当者は、心電図有所見割合が高かった。一方、LDL コレステロール高値者では心電図有所見者割合は高くなかった。しかし、全体の 76.9%が心電図を実施できていないことから、メタボリックシンドローム及び LDL コレステロール高値者の中に、多くの心電図有所見者がいることが推測できる。

心電図実施対象者基準の拡大により、心電図実施者が約 1000 名増加すると見込まれ、高血圧有所見者の虚血性心疾患の早期発見が期待できる。しかし、高血圧のないメタボリックシンドローム該当者及び予備群、LDL 高値者が心電図対象者からはずれてしまう。玉名市は、同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多く、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、さらなる心電図検査の実施対象者の拡大が望ましい。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 38】

平成28年度	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	4,770	34 0.7%	563 11.8%	506 10.6%	3667 76.9%	
メタボ該当者	963 20.2%	13 1.3%	166 29.5%	97 10.1%	687 71.3%	
メタボ予備群	629 13.2%	4 0.6%	74 11.8%	66 10.5%	485 77.1%	
メタボなし	3,178 66.6%	17 0.5%	323 10.2%	343 10.8%	2495 78.5%	
LDL	140-159	535 16.8%	2 0.3%	61 11.4%	57 10.7%	415 77.6%
	160-179	260 8.2%	1 0.4%	25 9.6%	23 8.8%	211 81.2%
	180-	134 4.2%	1 0.7%	9 6.7%	16 11.9%	108 80.6%

【参考】

CKD	G3aA1~	824	7	105	59	653
		17.3%	0.8%	12.7%	7.2%	79.2%

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

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

【図表 39】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・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」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う

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

② 動脈硬化フォローアップ健診の実施

虚血性心疾患ハイリスク者であるメタボ該当者及び予備群者は、血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラーク（動脈壁の肥厚）と血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは動脈硬化フォローアップ健診において、これらの検査を実施していく。

③ 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(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ハイリスク者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

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

(6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく、具体的には目標管理シート(参考資料 7)を活用して評価していく。

① 短期的評価

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 40、41)

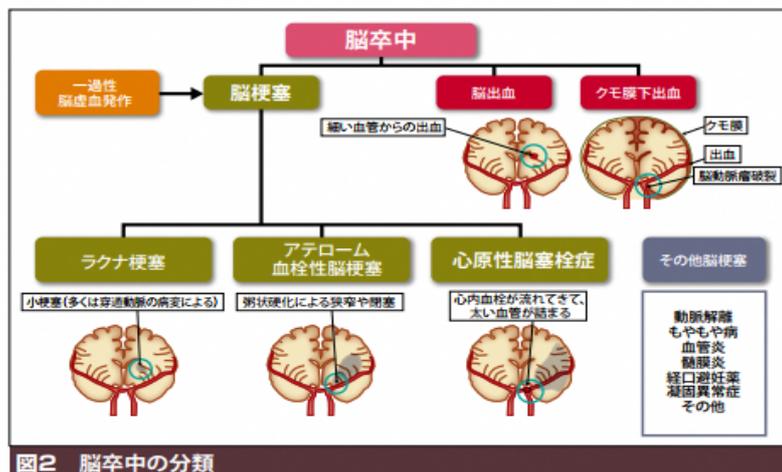
【図表 40】

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	●							

【脳卒中の分類】

【図表 41】



(脳卒中予防の提言より引用)

(2) 対象者の明確化

① 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 42 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 42】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
	心原生脳梗塞	●			●		○	○							
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動	メタボリック シンドローム	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		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者	尿蛋白 (2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 4,599人		254人	5.5%	372人	8.1%	197人	4.3%	12人	0.3%	919人	20.0%	45人	1.0%	116人	2.5%
治療なし		159人	5.3%	221人	5.2%	177人	5.1%	3人	0.1%	225人	9.1%	10人	0.4%	28人	1.1%
治療あり		95人	6.0%	151人	45.9%	20人	1.8%	9人	0.4%	694人	32.8%	35人	1.7%	88人	4.2%
臓器障害あり		81人	50.9%	37人	16.7%	18人	10.2%	3人	100%	53人	23.6%	10人	100%	28人	100%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD 専門医対象)	6人		13人		4人		0人		8人		10人		28人	
	尿蛋白 (2+)以上	4人		7人		1人		0人		5人		10人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2人		2人		0人		0人		2人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	1人		5人		3人		0人		1人		0人		28人	
	心電図所見あり	80人		25人		15人		3人		47人		2人		1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 254 人 (5.5%) であり、159 人は未治療者であった。また未治療者のうち 81 人 (50.9%) は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 95 人 (6.0%) いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

② リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。

図表 43 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 43】

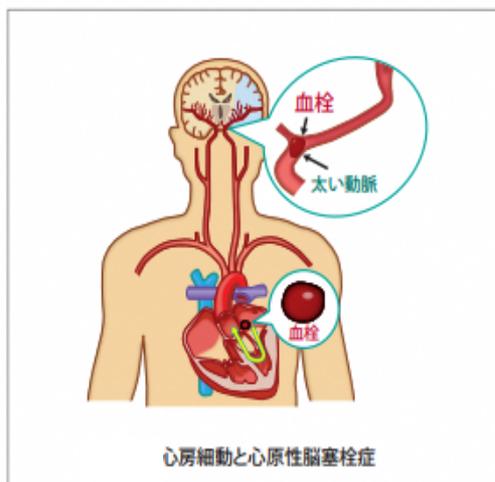
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
3,034		966	679	680	550	137	22	29	302	378
		31.8%	22.4%	22.4%	18.1%	4.5%	0.7%	1.0%	10.0%	12.5%
リスク第1層	358	176	82	62	29 ^④	7	2 ^①	29	7	2
		11.8%	18.2%	12.1%	9.1%	5.3%	5.1%	100%	2.3%	0.5%
リスク第2層	1,633	524	383	362	295 ^③	59	10	--	295	69
		53.8%	54.2%	56.4%	53.2%	53.6%	43.1%	97.7%	18.3%	
リスク第3層	1,043	266	214	256	226 ^②	71	10	--	--	307
		34.4%	27.5%	31.5%	37.6%	41.1%	51.8%	81.2%		
再掲 重複あり	糖尿病	287	84	61	66	60	15	1		
		27.5%	31.6%	28.5%	25.8%	26.5%	21.1%	10.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	453	135	81	110	93	29	5		
	43.4%	50.8%	37.9%	43.0%	41.2%	40.8%	50.0%			
3個以上の危険因子	519	92	117	128	132	46	4			
	49.8%	34.6%	54.7%	50.0%	58.4%	64.8%	40.0%			

(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 44 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 44】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	2,107	2,665	10	0.5	4	0.2	-	-
40歳代	201	170	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	275	339	1	0.4	0	0	0.8	0.1
60歳代	1021	1337	5	0.5	2	0.1	1.9	0.4
70～74歳	608	819	2	0.3	2	0.2	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 45】

心房細動 有所見者		治療の有無					
		未治療者		治療中		治療中断	
人	%	人	%	人	%	人	%
12	100	0	0	6	50	6	50

心電図検査において14人が心房細動の所見があった。図表45より、レセプトを確認した際に被保険者であった12人の治療状況を見ると、全員が一度は抗凝固薬（ワーファリンまたはDOAC）内服を行っていたが、半数は内服を中断していた。心房細動は脳梗塞のリスクがあるため、治療の継続及び抗凝固薬の副作用である脳出血を起こさないよう容量用法を守り継続内服することが不可欠である。内服の中断者には、中断した理由を確認するとともに、継続受診の必要性を説明し、自己判断による中断を行わないよう指導する必要がある。

また、今回特定健診で把握された心房細動有所見者は、人間ドックまたは詳細の検査項目該当者に限られる。心房細動は早期治療により重症化を予防できるため、対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

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

② 動脈硬化フォローアップ健診の実施

脳血管疾患ハイリスク者であるメタボ該当者及び予備群者は、血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは動脈硬化フォローアップ健診において、これらの検査を実施していく。

③ 対象者の管理

ア. 高血圧者の管理

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

イ. 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行っていく、具体的には目標管理シート(参考資料7)を活用して評価していく。

① 短期的評価

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

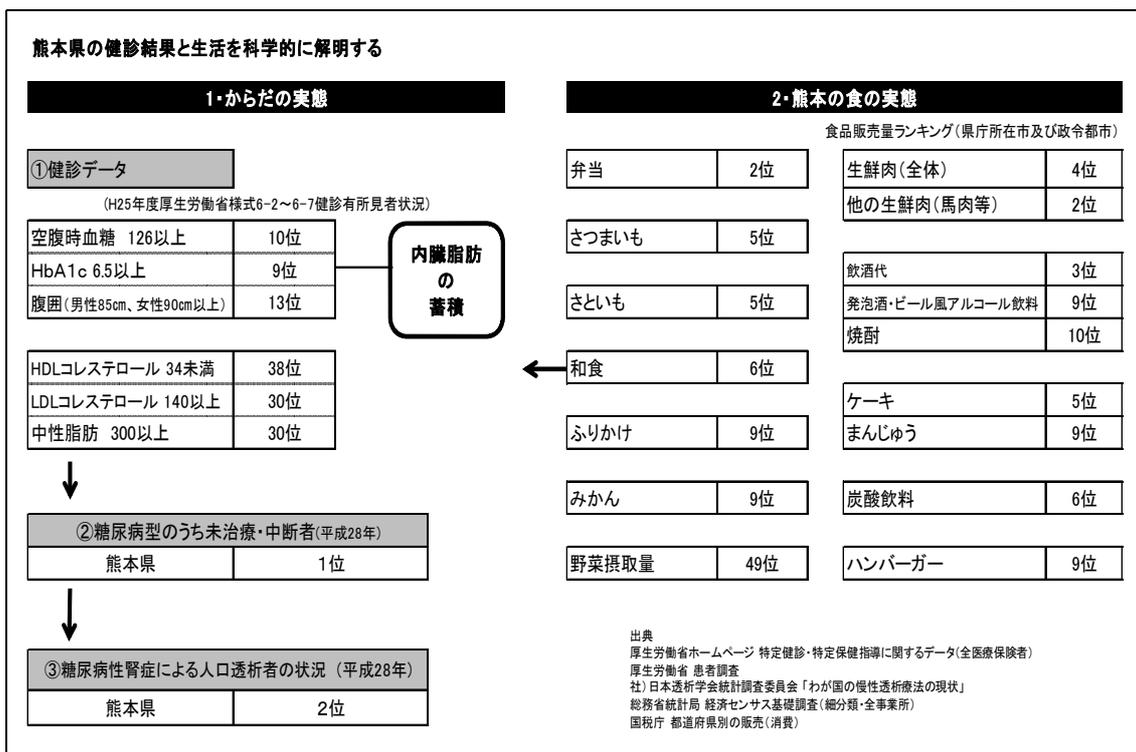
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

3. 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、健診の必要性や生活習慣病予防のための基礎知識の啓発、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していく。（図表 46、47）

【図表 46】



玉名市保険者努力支援制度の配点と社会保障費

平成28年度保険者努力支援制度（満点345点） → 平成30年度（満点850点）

社会保障費

国保医療費 66億円
 H28年度国保加入者平均 **18,811**人

人口: **6.9**万人 **239**点

全国順位 **310**位/ 1716 (市町村)
 県内順位 **12**位/ 45 (市町村)

予防可能な生活習慣病

糖尿病	3.6 億
高血圧	3.1 億
慢性腎臓病	4.1 億 (H28年度)
がん	8.0 億
精神	7.8 億

介護費

2号認定者 (40~64歳)

心臓病	37.2%
脳疾患	24.2%
糖尿病	24.4% (H28年度)

1 評価指標

	H30年度		H28年度前倒し分	
	満点	玉名市	満点	玉名市
保険者努力支援制度 各年度配点比較 (H28、H29年度は前倒し分)				
	850	345	239	
共通①	特定健診受診率	50	20	0
共通①	特定保健指導実施率	50	20	20
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	50	20	5
	がん検診受診率	30	10	0
共通②	歯周疾患(病)検診	25	10	10
	重症化予防の取組	100		
共通③	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	[50]	40	40
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	[25]		
	・専門職の取組、事業評価	[25]		
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	[25]		
共通④	個人のインセンティブ提供	70	20	20
共通⑤	個人への分かりやすい情報提供	25	20	17
共通⑥	重複服薬者に対する取組	35	10	10
	後発医薬品の促進の取組	35	15	4
共通⑥	後発医薬品の使用割合	40	15	10
	固有①	取納率向上	100	40
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10
固有③	医療費通知の取組	25	10	10
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	0
固有⑤	第三者求償の取組	40	10	3
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	60	70	70
全体	体制構築点含む(A)	850	345	239

3 分配される交付金

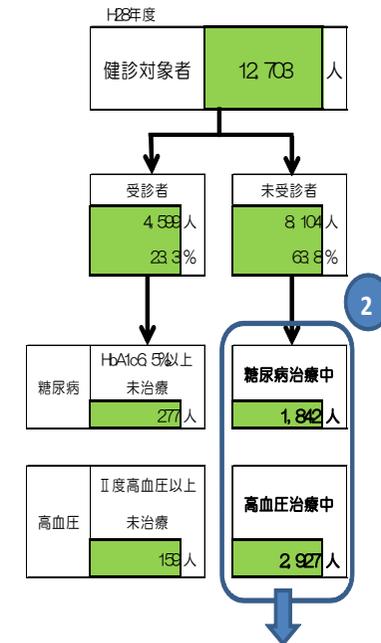
	4,300万円	1,700万円	1,056万円
健診50点	243万円	97万円	0円

国の予算は総獲得点数で案分され交付されます。500億円 ← 150億円

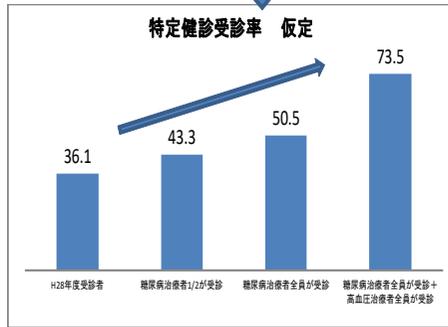
交付金

10,563千円
48,677円
552.8円

1点当たり
1人当たり



	健診受診者(人)	%
H28年度受診者	4,599	36.1
糖尿病治療者1/2が受診	5,520	43.3
糖尿病治療者全員が受診	6,441	50.5
糖尿病治療者全員が受診+高血圧治療者全員が受診	9,368	73.5



【図表47】

第5章 その他の保健事業の取り組み

1. 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。

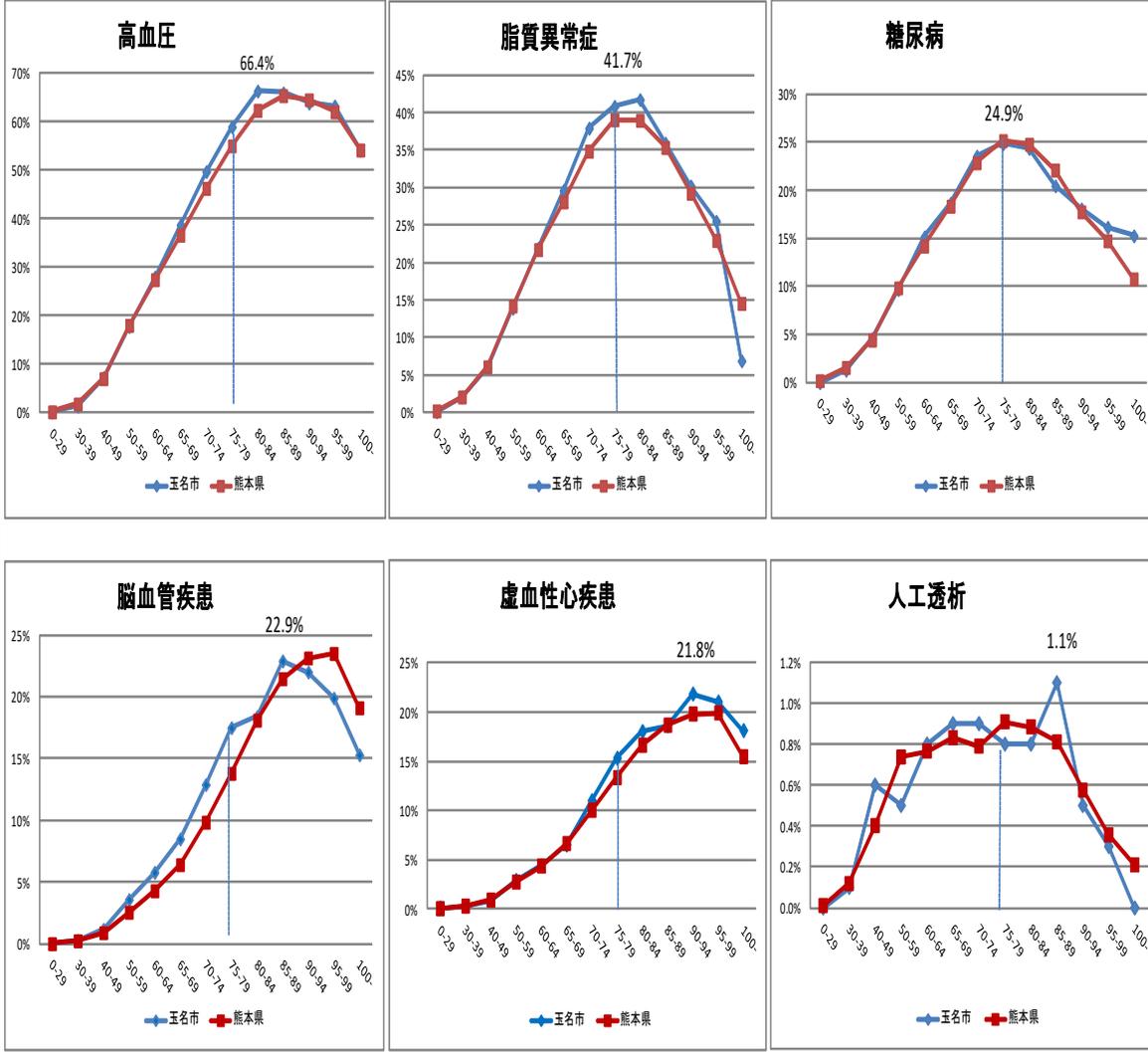
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症等による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第 4 章の重症化予防の取り組みそのものが介護予防として捉える事ができる。

熊本県は、全国と比較し 75 歳以上が占める割合が高く、2030 年推計では 5 人に 1 人が後期高齢者となる見通しである(図表 48)。高齢者が占める割合が高くなると、医療費の高額化が予想されるが、青壮年期から生活習慣病予防を行うことにより、高齢期の重症化を抑制することにつながる。玉名市は熊本県と比較すると、若い時に脳血管疾患を発症していることがわかる(図表 49)。早期に脳血管疾患、虚血性心疾患、透析になることは健康寿命を縮めることにつながる。予防可能な疾患により介護が必要になることを防ぎ、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重要である。

また、たとえ介護が必要になった場合でも、地域で自分らしく暮らしていける市民を増やすためには、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システムを構築し、関係者間のネットワークをつくり、情報共有を行っていく必要がある。玉名市においても、玉名市地域包括支援センターが実施する地域ケア会議へ保険年金課が国保主管課として参加する。

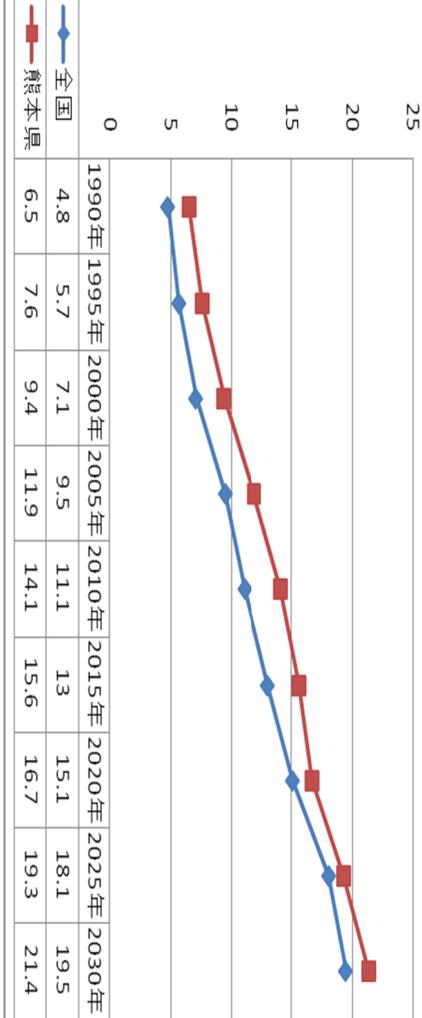
生活習慣病有病状況(玉名市と熊本県比較)

平成29年6月診療分 (KDBシステム厚労省様式3 平成29年7月作成)



【図表 49】

(%) 75歳以上人口割合の将来推計



【図表 48】

2. その他の取り組み

1) COPD（慢性閉塞性肺疾患）に係る取り組み

WHO（世界保健機関）はCOPDを「予防でき、治療できる病気」と位置付け、啓発運動を進めることを提言している。日本では平成24年（2012年）、COPDは「健康日本21（第2次）」の中で、今後、取り組むべき深刻な病気とされ新たに加えられた。

特定保健指導等を実施する中で、喫煙状況をはじめとする生活習慣、咳や痰、息切れといった健康状態に関する情報の把握を適切に行うとともに、国保人間ドック受診者に対しては呼吸機能検査を実施する。呼吸機能検査結果を踏まえ、情報提供や禁煙指導等を実施する。特に重症化予防に係る早期に診断や治療が必要と思われる対象者の受診勧奨には、地域の医療機関との連携を図っていく必要がある。

2) 重複・頻回受診者等に係る取り組み

レセプト等から、同一疾患で複数の医療機関を重複している被保険者や、多剤服薬をしている被保険者・頻回受診の被保険者へ適切な受診を勧めるため訪問指導を行う。これにより、被保険者の受診行動の改善及び疾病の早期回復を支援し医療費適正化を図る。

3) ジェネリック医薬品使用促進に係る取り組み

ジェネリック医薬品（後発医薬品）へ切り替えることで、負担軽減が図られる被保険者に対し、差額通知を発送する。切り替え率と財政効果額を検証し、更に医療費の抑制に努める。

4) 被保険者の健康支援に係る取り組み

運動習慣を身につけるための健康講座（こくほ運動実践講座）を九州看護福祉大学と連携・協力し実施する。

また、中期的には運動を継続していくことで、特定健診結果数値の改善が図られているか分析する。更に長期的には、運動を自発的に行う自主グループへの移行を促し、運動習慣を身につけた被保険者の医療費の削減効果が得られることを目的とする。

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い、必要に応じて見直しを行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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。

中間評価については、目標管理シート(参考資料7)を活用し、保険年金課と保健予防課担当者により中間年度である平成32年度に評価会議を実施し、国保運営協議会にて諮る。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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玉名市の位置

参考資料 2 第1期データヘルス計画評価シート

参考資料 3 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 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り組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 データヘルス計画の目標管理一覧表

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玉名市の位置

(H30年2月現在)

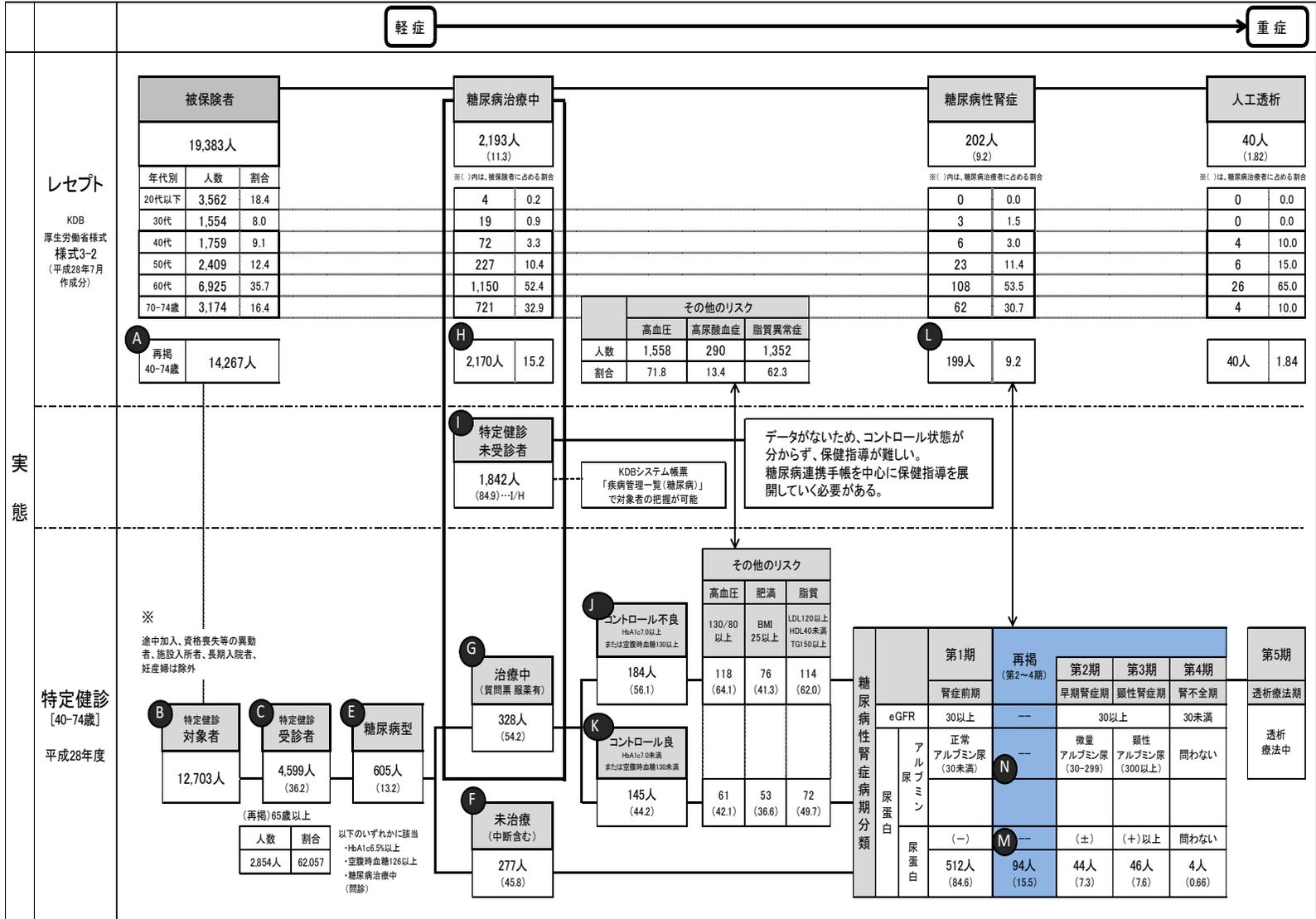
項目	H25		H28		同規模平均		H28		国		データ元 (CSV)		
	玉名市		玉名市		同規模平均		県		国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 人口構成	総人口	69,066		66,782	18,346,852		1,786,170		127,094,745		KDB_NO.5 人口の状況		
	65歳以上 (高齢化率)	19,304	28.0	20,826	31.3	4,430,444	24.1	511,484	28.8	33,465,441	26.6	KDB_NO.3 人口の状況	
	75歳以上	10,575	15.3	11,463	17.2	—	—	273,939	15.4	16,125,763	12.8	KDB_NO.3 人口の状況	
	65~74歳	8,729	12.6	9,363	14.1	—	—	237,545	13.4	17,339,678	13.8	データからみる地域の健康 H27年度国勢調査	
	40~64歳	23,083	33.4	21,343	32.0	—	—	576,613	32.4	42,295,574	33.7	データからみる地域の健康 H27年度国勢調査	
39歳以下	26,679	38.6	24,435	36.7	—	—	688,954	38.8	49,879,972	39.7	データからみる地域の健康 H27年度国勢調査		
2 産業構成	第1次産業	17.2		16.8		6.1		9.8		4.1	KDB_NO.3 健康・介護 データからみる地域の健康課題 H27年度国勢調査		
	第2次産業	26.3		25.5		28.9		21.1		24.1	KDB_NO.3 健康・介護 データからみる地域の健康課題 H27年度国勢調査		
	第3次産業	56.6		57.8		65.0		69.1		71.9	KDB_NO.3 健康・介護 データからみる地域の健康課題 H27年度国勢調査		
3 平均寿命	男性	80.5		—		79.6		81.2		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握 H27年度国民生活基礎調査		
	女性	86.6		—		86.3		87.5		87.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握 H27年度国民生活基礎調査		
4 健康寿命	男性	65.6		—		65.3		71.8		71.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握 H25年度国民生活基礎調査		
	女性	66.3		—		66.8		74.4		74.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握 H25年度国民生活基礎調査		
2 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	98.7		97.6		100.0		94.7		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	95.4		94.2		100.9		92.8		100		
	死因	がん	226	45.9	215	42.6	54,818	48.1	5,499	48.4	367,905		49.6
		心臓病	145	29.5	155	30.7	30,930	27.1	3,135	27.6	196,768		26.5
		脳疾患	75	15.2	96	19.0	18,797	16.5	1,774	15.6	114,122		15.4
		糖尿病	7	1.4	7	1.4	2,153	1.9	183	1.6	13,658		1.8
		腎不全	22	4.5	16	3.2	3,750	3.3	449	3.9	24,763		3.3
		自殺	17	3.5	16	3.2	3,547	3.1	332	2.9	24,294		3.3
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	—	—	71	8.05	—	—	1,967	9.5	142,481		11.0
		男性	—	18.8	48	11.11	—	—	1,303	12.8	95,219		14.3
女性	—	8.2	23	5.11	—	—	664	6.3	47,262	7.6	厚労省HP 人口動態調査		
3 介護保険	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	4,447	23.0	4,525	23.7	891,715	20.2	108,753	23.3	5,882,340	21.2	
		新規認定者	61	0.3	70	0.3	15,309	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	85	0.4	90	0.4	21,986	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	934	20.0	1,018	21.3	203,607	21.9	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	2589	56.0	2,760	59.3	478,594	51.8	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	1277	27.4	1,413	30.8	255,994	27.6	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	2963	64.3	3,128	67.1	545,522	59.1	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	1210	25.7	1,155	24.5	239,267	26.2	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
		がん	559	12.2	553	11.2	92,924	10.0	12,180	10.7	629,053	10.1	
		筋・骨格	2585	56.2	2,701	57.9	468,953	50.8	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
	精神	1162	25.3	1,744	37.1	330,813	35.6	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)	62,809		58,598		61,236		61,022		58,349		
		居宅サービス	40,966		36,656		40,245		40,033		39,683		
施設サービス		267,383		291,212		278,146		291,281		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別	10,219		7,918		8,026		8,532		7,980			
	医療費 (40歳以上)	3,449		3,658		3,809		3,919		3,822			
4 国保の状況	① 国保の状況	被保険者数	20,767		18,811		4,516,485		471,487		32,587,223		
		65~74歳	7,067	34.0	7,384	39.3	—	—	182,316	38.7	12,462,053	38.2	
		40~64歳	7,856	37.8	6,394	34.0	—	—	162,771	34.5	10,946,693	33.6	
		39歳以下	5,844	28.1	5,033	26.8	—	—	126,400	26.8	9,178,477	28.2	
	加入率	30.1		27.2		24.7		26.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.2	5	0.3	1257	0.3	214	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	62	3.0	64	3.4	12,813	2.8	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数	1,032	49.7	1,024	54.4	227,288	50.3	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
		医師数	145	7.0	151	8.0	33,690	7.5	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数	745.2		785.4		688.2		727.4		668.3		
入院患者数	24.4		24.2		19.8		25.6		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	26,539		28,308		25,582		27,978		24,253			
	受診率	769.682		809.64		708.019		752.943		686.501			
	外費用の割合	56.0		57.3		59.3		55.7		60.1			
	入院費用の割合	96.8		97.0		97.2		96.6		97.4			
	入院件数の割合	44.0		42.7		40.7		44.3		39.9			
	1件あたり在院日数	3.2		3.0		2.8		3.4		2.6			
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	がん	18.6		800,121,690	22.3	25.0		20.5		25.6			
	慢性腎不全 (透析あり)	11.6		408,953,810	11.4	9.5		12.4		9.7			
	糖尿病	8.9		357,313,020	9.9	10.1		9.6		9.7			
	高血圧症	8.0		311,209,060	8.7	8.9		8.4		8.6			
	精神	23.2		775,739,480	21.6	17.6		22.4		16.9			
	筋・骨格	16.5		518,715,920	14.4	14.9		15.1		15.2			

第1期ターゲットヘルス計画 評価シート

事業名 or 評価項目	目標	ストラクチャー	プロセス	アウトプット		アウトカム		考察と課題	第2期への反映事項
				評価指標・目標値	結果	評価指標・目標値	結果		
1	特定健診未受診者対策 特定健診受診率の向上 H26 45% H27 50% H28 55% H29 60%	専門職(保健師、管理栄養士、看護師)12人 事務職1人 体制:優先順位をつけて、個別訪問。	専門職:ハイリスク者の基準を決め該当者を中心に個別に受診勧奨(訪問、電話)。期間は4月から7月(健診開始前まで)。 事務職:文書にて受診勧奨、広報にて周知。 6月:集団健診申し込み未着 9月:節目ドック未受診者 10月:集団健診申し込み者且つ未受診者	受診勧奨対象者全員へ勧奨。 ・専門職による訪問者数 38人(H29) ・事務職による勧奨通知 6月: 241通 9月: 126通	特定健診受診率 H26 45% H27 50% H28 55% H29 60%	受診率 H26 33.4% H27 36.5% (法定報告値)	専門職の受診勧奨対象者が実現可能な人数ではなかった。 勧奨時期が年度初めで対応が困難であった。	専門職の受診勧奨対象者と実施時期・期間の見直しを行う。	
2	特定保健指導 メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少	管理栄養士4人(非常勤3人含む) 保健師10人	健診終了時に結果説明会の周知を行う。 結果説明会で初回面接を行う。 結果説明会未出席者には家庭訪問をする。	特定保健指導実施率 H26 40% H27 45% H28 50% H29 60%	積極的支援終了者 H 28 72人 36.2% 動機づけ支援終了者 H 28 187人 44.8% 特定保健指導実施率 H 28 42% (法定報告値)	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率 H 20と比較してH 29が減少率25%以上にする	メタボリックシンドローム 該当者 H 20: 13.8% 14.7% H 27: 13.0% 20.8%	仕事が忙しい時期と初回面接の時期が重なり介入が難しい。 繰り返し対象になる方への指導が困難。	保健指導を考慮して健診時期延ばす等体制を整える。 指導プログラムの内容を充実させ、メタボリックシンドローム該当者・予備軍減少につなげる。
3	重症化予防対象者への保健指導 脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病等の健康障害の減少	専門職(保健師、管理栄養士、看護師)12人、事務1人 体制:優先順位をつけ、個別面談、個別訪問。	<重症化対象者> ・Ⅱ度以上高血圧者 ・HbA1c7.0%以上者 ・腎専門医紹介対象者 *未治療者優先 <期間> H29年8月~H30年3月 <手段・方法>Ⅱ度以上高血圧者は事前予約にて個別面談を実施。糖・腎対象者は説明会来所時に個別面談。個別面談未実施者は家庭訪問実施。 プロセス計画に基づいて保健指導を実施。 <関係機関との連携> 糖尿病連携手帳を利用し、情報の共有を図る。必要な場合、医療機関へ同行訪問し、治療の方針、主治医の意見を聞く。	保健指導実施率 ・Ⅱ度以上高血圧100% ・HbA1c7.0%以上80%(未治療者) 医療機関との連携数 糖尿病連携手帳活用数 CKD連絡票活用数 医療機関への同行訪問数	H29年度:278人中244人、87.8%(H29.11月現在) 尿蛋白定量検査(±以上者)156人(集団健診) フォローアップ健診受診者108人(H28年度)	[第2期特定健診等実施計画書より] ・Ⅰ度以上高血圧者の割合 23.6% ・HbA1c6.5%以上の割合 6.0% [追加目標] ・Ⅱ度以上高血圧者の割合 5.0% ・HbA1c7.0%以上の割合 4.0% ・保健指導実施者の治療開始率 30% ・保健指導実施者の検査結果改善率 30%	<血圧Ⅰ度以上> H28 1263人(27.4%) <HbA1c6.5%以上> H28 472人(10.2%) <血圧Ⅱ度以上> H28 254人(5.5%) <HbA1c7.0%以上> H28 216人(4.7%) <保健指導実施者の治療開始率> 7.8% ⇒H28年度保健指導実施者64人。そのうち治療に繋がった者5人	糖尿病性腎症重症化予防の取り組みがまだ不十分である。 個別保健指導の実績向上と有所見率の改善が必要。	フォローアップ健診でのアルブミン尿検査の検討。 結果説明会を縮小し個別保健指導の充実を図る。 糖尿病管理台帳を活用し、未治療者の受診勧奨等にも力を入れる。

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名	熊本県	市町村名	玉名市	同規模区分	5
-------	-----	------	-----	-------	---



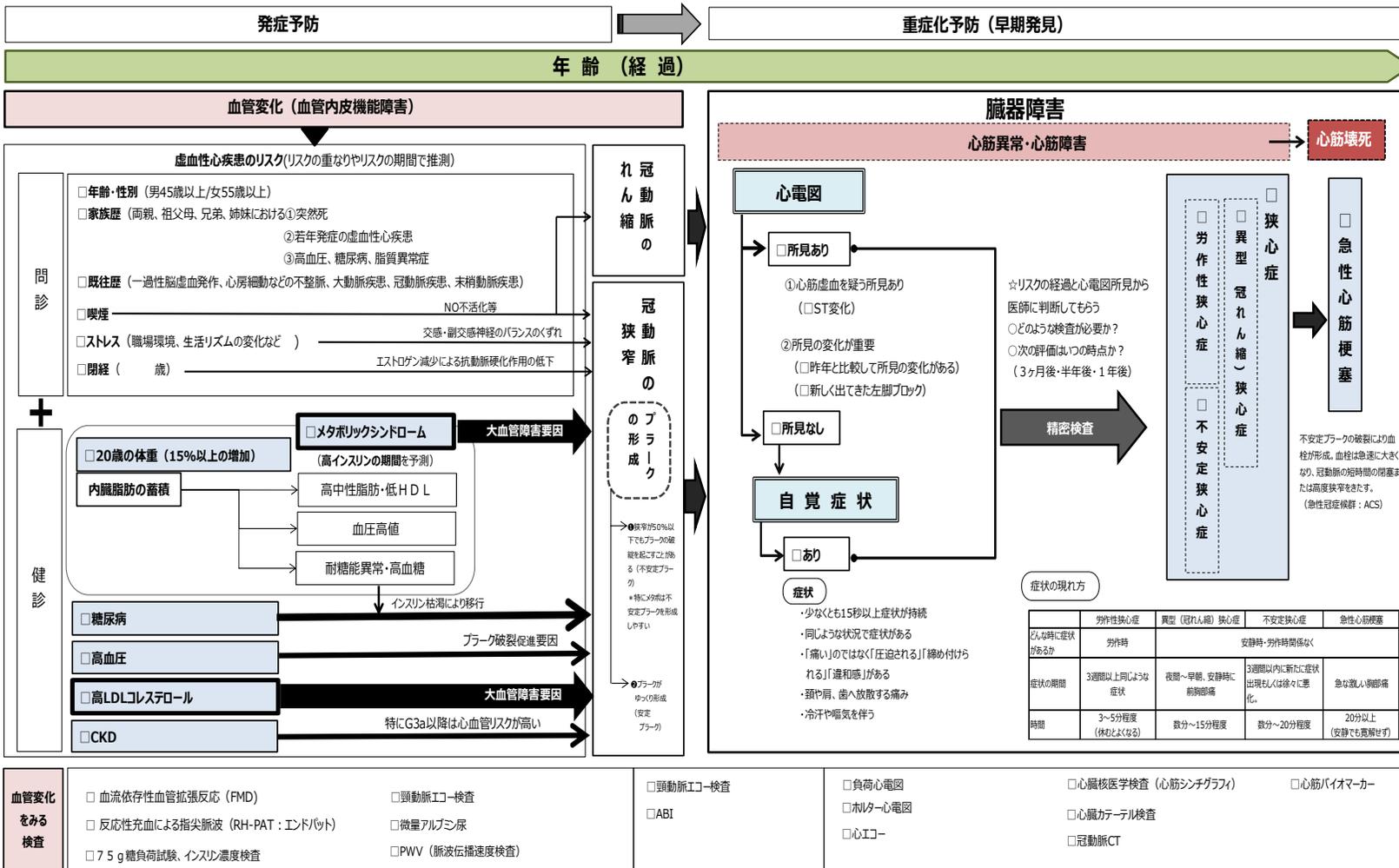
【参考資料3】

糖尿病管理台帳からの年次計画

保健指導の視点	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など
<p>糖尿病管理台帳の全数 (543) 人 H24～28年出HbA1c7.0以上</p> <p>① 健診未受診者 (221) 人 * H28健診未受診者</p> <p>② 未治療者(中断者含む) (118) 人 * H28年度健診受診者のうち内服未の者</p> <p>③ HbA1cが悪化している (129) 人 * H27,28年度健診受診者で悪化している者</p> <p>④ 尿蛋白 (-) (264) 人 * H28年度受診者 (±) (27) 人 (+)～顕性腎症 (31) 人</p> <p>⑤ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (3) 人 1年で5ml/分/1.73m²以上低下 (66) 人 * H27,28年度健診受診者で比較</p>	<p>○住基異動(死亡、転出)の確認 } 非常勤職員 ○医療保険異動の確認 }</p> <p>①-1 レセプト(治療状況)の確認 ①-2 受診勧奨:治療中であれば経過の聞き取り。 未治療なら医療受診勧奨又は人間ドック受診勧奨。</p> <p>②-1 レセプト(直近の治療有無)の確認 ②-2 医療受診勧奨 *H28又はH29の健診結果でHbA1c7.0以上者を優先して実施。</p> <p>③-1 H29結果ありの人は、その結果が改善しているかを把握する。他のリスク(メタボ、血圧等)の確認も。 ③-2 経年データ、治療状況に応じた保健指導。治療なしで悪化している人を優先する。</p> <p>④-1 尿アルブミン検査の情報を追加。尿蛋白2+以上者は、微量アルブミン尿検査をかかりつけ医又は専門医でしてもらえよう勧奨。 ④-2 腎症予防のための保健指導</p> <p>⑤-1 過去に専門医にかかったことがあるか ある:腎機能低下の原因に関する検査値をコントロールするための指導 ない:かかりつけ医が「いる」場合は、次回受診日と受診先を聞く。対象者からかかりつけ医に相談してもらい、専門医受診する際は表、紹介状作成し持参してもらう。 かかりつけ医が「いない」場合は、地区担当保健師が訪問の上、I表、紹介状作成し本人に持参してもらう。</p>	<p>後期高齢者、社会保険</p> <p>①もれ健診11月1日～(10月中に郵送) 人間ドック(H29～通年実施) かかりつけ医又は腎専門医</p> <p>② かかりつけ医又は腎専門医</p> <div data-bbox="1129 770 1378 981" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>集団健診でHbA1c7.0以上者には精密券発行しているが、健診医から主治医への紹介状に微量アルブミン検査の依頼をしてもらえないか？</p> </div> <p>尿アルブミン検査の継続 医療機関、健診機関に要確認。</p> <p>管理栄養士等中心</p> <p>腎専門医</p>

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価												
		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	18,811 人		人		人		人		KDB厚生労働省様式 様式3-2	
			6,394 人		人		人		人			
2	①	健診対象者数	12,703 人		人		人		人		保健指導支援ツール	
	②	健診受診者数	4,492 人		人		人		人			
	③	健診受診率	35.4 %		%		%		%			
3	①	特定保健指導 保健指導対象者数	616 人		人		人		人		H28年度特定健康診査・ 特定保健指導実施状況	
	②	実施率	42.0 %		%		%		%			
4	①	健診データ 糖尿病型	606 人	13.1 %	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)	278 人	45.9 %	人	%	人	%	人	%		
	③	治療中(質問票 服薬有)	328 人	54.1 %	人	%	人	%	人	%		
	④	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	184 人	56.1 %	人	%	人	%	人	%		
	⑤	血圧 130/80以上	118 人	64.1 %	人	%	人	%	人	%		
	⑥	肥満 BMI25.0以上	76 人	41.3 %	人	%	人	%	人	%		
	⑦	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	145 人	44.2 %	人	%	人	%	人	%		
	⑧	糖尿病病期分類										
	⑨	尿蛋白	(-) 第1期	513 人	84.7 %	人	%	人	%	人		%
	⑩		(±) 第2期	44 人	7.3 %	人	%	人	%	人		%
	⑪		(+)以上 第3期	46 人	7.6 %	人	%	人	%	人		%
⑫	eGFR(30未満) 第4期		4 人	0.66 %	人	%	人	%	人	%		
5	①	レセプト 糖尿病治療中	2,193 人	11.3 %	人	%	人	%	人	%	あなみツール②_2集 計ツール2017.7(DM 腎症(レセ×健診))	
	②	(再掲)40才-74才	2,170 人	15.2 %	人	%	人	%	人	%		
	③	健診未受診者	1,842 人	84.9 %	人	%	人	%	人	%		
	④	糖尿病性腎症	202 人	9.2 %	人	%	人	%	人	%		
	⑤	(再掲)40才-74才	199 人	9.2 %	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)	40 人	1.82 %	人	%	人	%	人	%		
	⑦	(再掲)40才-74才 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)	40 人	1.84 %	人	%	人	%	人	%		
	⑧	新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症	人	%	人	%	人	%	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	64.8 億円	億円	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	14.8 億円	億円	億円	億円	億円	億円		
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	22.8 %	%	%	%	%	%		
	④		生活習慣病 対象者一人 当たり	5,593 円	円	円	円	円	円	円		
	⑤		健診受診者 健診未受診者	32,460 円	円	円	円	円	円	円		
	⑥		糖尿病医療費	c	3億5731 万円	万円	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	24.2 %	%	%	%	%	%		
	⑧		入院外	人	%	人	%	人	%	人		%
	⑨		入院	人	%	人	%	人	%	人		%
	⑩		糖尿病入院外総医療費	億円	億円	億円	億円	億円	億円	億円		
	⑪		1件当たり	34,790 円	円	円	円	円	円	円		
	⑫		糖尿病入院総医療費	億円	億円	億円	億円	億円	億円	億円		
	⑬		1件当たり	596,691 円	円	円	円	円	円	円		
	⑭		在院日数	18 日	日	日	日	日	日	日		
	⑮		慢性腎不全医療費									
⑯	透析有り	4.1 億円	億円	億円	億円	億円	億円	億円				
⑰	透析なし	1,089 万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円				
7	①	介護	介護給付費	66.7 億円	億円	億円	億円	億円	億円	KDB市町村別データ		
	②		(再掲)2号認定者の所有割合									
	③		糖尿病	21.3 %	%	%	%	%	%			
④	糖尿病合併症	%	%	%	%	%	%	%				
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	274 人	人	人	人	人	人	KDB地域の全体像の 把握CSV		
	②		糖尿病	7 人	1.4 %	人	%	人	%		人	%

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【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、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る (東條美奈子著)

データヘルス計画の目標管理一覧表

	評価項目	達成すべき目的	課題を解決するための目標(評価指標)	初期値	H29		H30		H31		中間評価値		H33		H34		最終評価値	現状値の把握方法
				H28	現状	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	
成果目標	医療費の伸び率	医療費の伸びの抑制	標準化医療費	1.099%														
中長期目標	入院の伸び率	入院の伸びの抑制	レセプトに占める入院費用の割合	42.7%							39.0%						37.0%	KDBシステム (様式6-1)
	重症化した結果の疾患の発生状況	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	高額(100万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	13人							10人						8人	KDBシステム (様式1-1,3-7) 更生医療新規データ (総合福祉課)
			高額(100万円)以上のレセプト 虚血性心疾患患者数	20人							17人						15人	
			人工透析患者数	75人							70人						65人	
新規人工透析患者数	4人							3人						2人				
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率	35.4%		41.0%		44.0%		47.0%		50.0%		53.0%		56.0%		特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率	42.0%		75.0%		76.0%		77.0%		78.0%		79.0%		80.0%		
			特定保健指導対象者の減少率	18.5%						19.0%						20.0%		
	基礎疾患の重症化予防	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	①メタボリックシンドローム該当者の割合	20.1%						17.0%						15.0%		健康たまな21 ①②特定健診・特定保健指導結果 ③④あなみツール ⑤⑥マルチ ⑦糖尿病管理台帳集計
			②メタボリックシンドローム予備群の割合	13.0%						10.0%						8.0%		
			③健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	5.5%						5.3%						5.0%		
			④健診受診者の脂質異常者の割合(LDL160以上)	12.2%						11.0%						10.0%		
			⑤健診受診者の糖尿病者の割合(未治療HbA1c6.5以上)	4.7%						4.4%						4.0%		
			⑥健診受診者の糖尿病者の割合(治療中HbA1c7.0以上)	3.3%						3.1%						3.0%		
			⑦糖尿病の保健指導を実施した割合	12.0%						75.0%						85.0%		