

大村市国民健康保険

第2期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月 大村市国民健康保険

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

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
- 6 被保険者等の概況

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化 . . 10

- 1 第1期計画に係る評価及び考察
- 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 保健事業の内容 24

I 保健事業の方向性

II 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
- 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 個人情報の保護
- 7 結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知
- 9 計画の評価及び見直し

第3期特定健康診査等実施計画

III 重症化予防の取組

- 1 糖尿病性腎臓病重症化予防
- 2 虚血性心疾患重症化予防
- 3 脳血管疾患重症化予防

IV その他の取組

- 1 その他の保健事業
- 2 地域包括ケアに係る取組

V ポピュレーションアプローチ

第4章 計画の評価・見直し	53
第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	55
参考資料	56
用語説明	69

※本文中の図表の  は特徴的な悪化値を、 は改善値を示している。

※国保データベース（KDB）システムは地域の現状や健康課題を把握するための膨大なデータの分析を効率的に行い、より効率的で効果的な保健事業を実施するために作られたもので、一部のデータ中の人数は各年度3月時点の人数を用い、割合は各月の平均を用いているため、人数と割合の直接的な相関が見られない箇所もある。

また、特定健診の法定報告や介護保険事業状況報告年報等とは人数が異なる。

※本文中の図表について、KDB を元に作成したものについては出典記載を省略し、その他については出典を記載している。

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

我が国は、生活水準や保健・医療の進歩等により、1950年代から平均寿命が伸び続けている。しかし、急速に高齢化が進む中、生活習慣病等が増加しており、医療費や介護給付費等の社会保障費の増大が懸念されている。

このような中、特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び後期高齢者に対する健康診査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、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国民健康保険、国民健康保険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。さらに、平成25年に閣議決定された「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、それに基づく被保険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、都道府県単位で財政運営を行うこととなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、被保険者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、国による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。）の一部改正を受け、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・改善等を行っている。

大村市国民健康保険（以下「市国保」という。）においては、1期計画（平成27～29年度）に引き続き、国指針に基づいた「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「計画」という。）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して、保健事業を実施する。

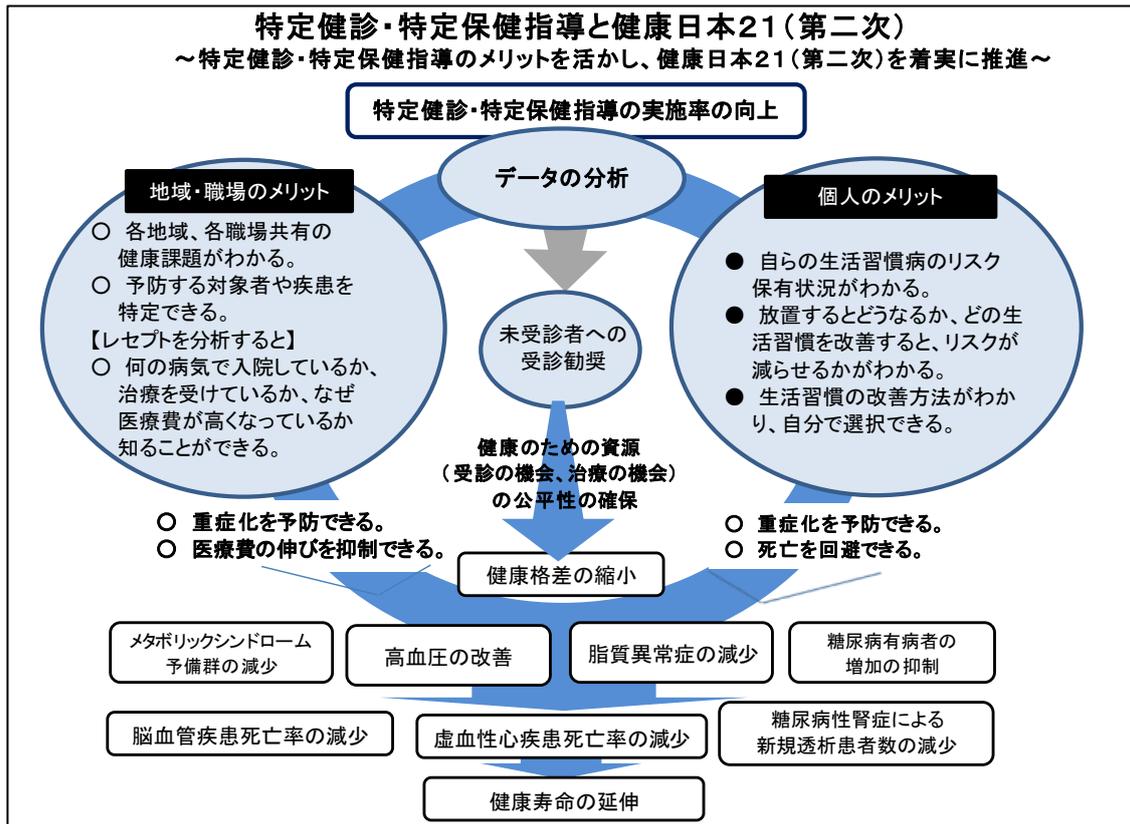
2 計画の位置付け

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、県の「健康ながさき21（第2次）」や「第2次健康おおむら21計画」、長崎県医療費適正化計画、大村市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。また、特定健診等実施計画は、市国保の保健事業の中核をなす特定健診等の実施方法を定めるものであることから、本計画と一体的に策定する。（図表1・2・3）

	「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
法律	健康増進法 第 6 条、第 8 条、第 9 条	国民健康保険法 第 82 条	高齢者の医療の確保に関 する法律 第 19 条	介護保険法 第 116 条、第 117 条、第 118 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 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 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 老健局 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」
根拠 期間	法定 平成 25 年～34 年 (第 2 次)	指針 平成 30 年～35 年 (第 2 期)	法定 平成 30 年～35 年 (第 3 期)	法定 平成 30 年～32 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	都道府県：義務 市町村：義務
基本的な 考え方	健康寿命の延伸及び健康 格差の縮小の実現に向け て、生活習慣病の発症予 防や重症化予防を図ると ともに、社会生活を営む ために必要な機能の維持 及び向上を目指し、その 結果、社会保障制度が維 持可能なものとなるよ う、生活習慣の改善及び 社会環境の整備に取り組 むことを目標とする。	生活習慣病対策をはじめ として、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予 防の取組について、 <u>保険 者がその支援の中心とな って、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率 的な保健事業を展開する ことを目指すものである。</u> 被保険者の健康の保持増 進により、 <u>医療費の適正 化及び保険者の財政基盤 強化が図られることは保 険者自身にとっても重要 である。</u>	生活習慣の改善による糖 尿病等に生活習慣病の予 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、 <u>入院患者を減らすこ とができ、この結果、国 民の生活の質の維持およ び向上を図りながら医療 の伸びの抑制を実現する ことが可能となる。</u> 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、 <u>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。</u>	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、 <u>要介 護状態または要支援状態 となることの予防又は、 要介護状態等の軽減もし くは悪化の防止を理念と している。</u>
対象 年齢	ライフステージ (乳幼児 期、青壮年期、高齢期) に応じて	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 <u>青年期・壮 年期世代</u> 、小児期からの 生活習慣づくり	40 歳～74 歳	1 号保険者 65 歳以上 2 号保険者 40～64 歳 特定疾病

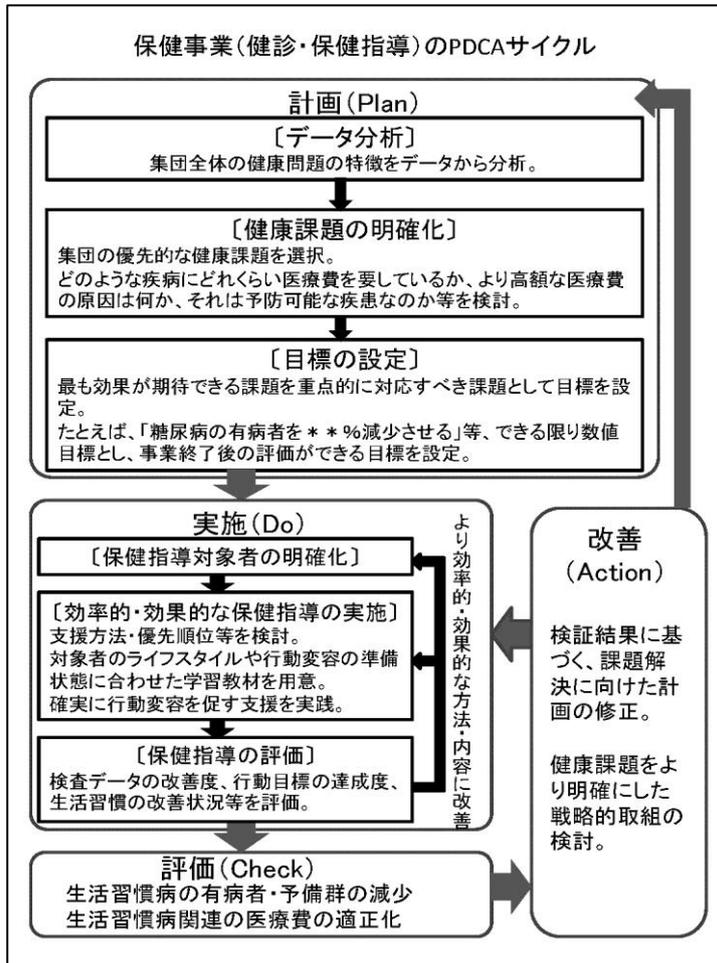
	「健康日本21」計画	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	介護保険事業(支援)計画
対象 疾病	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム、認知症、メンタルヘルス</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧等</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</p> <p>脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期</p> <p>初老期の認知症、早老症、骨折+骨粗鬆症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患、脊椎間狭窄症、関節リウマチ、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、変形性関節症、後縦靭帯骨化症</p>
	評価	<p>※53 項目中 特定健診の関係する項目 15 項目</p> <p>(1)脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率</p> <p>(2)合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)</p> <p>(3)治療継続者の割合</p> <p>(4)血糖コントロール指標におけるコントロール不良者</p> <p>(5)糖尿病有病者</p> <p>(6)特定健診・特定保健指導の実施率</p> <p>(7)メタボ予備群・メタボ該当者</p> <p>(8)高血圧</p> <p>(9)脂質異常症</p> <p>(10)適正体重を維持している者の増加</p> <p>(11)適切な量と質の食事</p> <p>(12)日常生活上の歩数</p> <p>(13)運動習慣者の割合</p> <p>(14)成人の喫煙率</p> <p>(15)飲酒</p>	<p>健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮</p> <p>(1)生活習慣の状況(特定健診の質問表を参照する)</p> <p>①食生活</p> <p>②日常生活における歩数</p> <p>③アルコール摂取量</p> <p>④喫煙</p> <p>(2)健康診査等の受診率</p> <p>①特定健診率</p> <p>②特定保健指導率</p> <p>③健診結果の変化</p> <p>④生活習慣病の有病者・予備群</p> <p>(3)医療費等</p> <p>①医療費</p> <p>②介護給付費</p>	<p>(1)特定健診率</p> <p>(2)特定保健指導率</p>
		<p>保険者努力支援制度</p> <p>↓</p> <p>【保険者努力支援制度分】を減額し、 保険料を決定</p>		

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3 計画期間

計画期間については、国指針において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮することとしており、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（2023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) 関係部局の役割

市国保においては、福祉保健部国保けんこう課が主体となり計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、関係各課と連携して計画策定を進める。

具体的には、福祉保健部（長寿介護課、保護課等）、こども未来部（こども家庭課）、財政部等と庁内検討会等を開催し十分連携を図る。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・グループの業務を明確化・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。（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、大村市医師会、大村東彼歯科医師会、大村東彼薬剤師会の三師会をはじめ、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た支援・評価委員会等のことをいう。

三師会は、被保険者の健康増進に努めるとともに、保健事業の推進のために専門的助言を行うことが期待される。

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国保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。

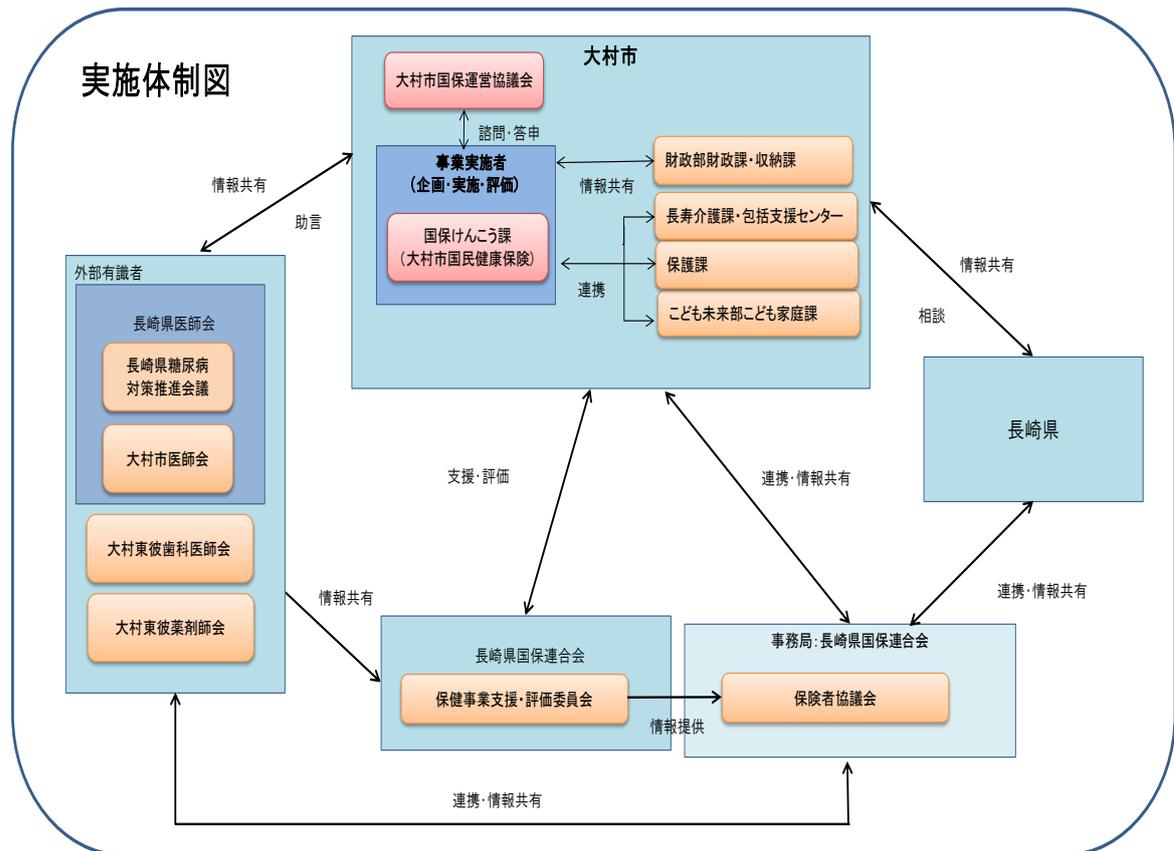
国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。更に、平成30年度から県が国民健康保険の財政責任の運営主体となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となる。このため、計画素案について県国保・健康増進課と意見交換を行い、連携に努める。

また、市国保は、転職や加齢等による被保険者の異動が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、保険者協議会等を活用し、健康・医療情報の分析結果の共有、保健事業の連携等に努める。また、本計画の素案については、最終的に外部有識者や被保険者の代表で構成される大村市国民健康保険運営協議会に諮り策定する。

(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ことから、大村市国民健康保険運営協議会を通じて、被保険者の代表者と意見交換等を行う。

【図表 4】



5 保険者努力支援制度

国は、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を創設し、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）

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の配点が高くなっている。（図表 5）

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28 実績/配点	H29 /配点	H30 /配点
総得点（満点）		345	580	850
交付額（万円）		1,187		
総得点（体制構築加点含む）		255/275	/510	/790
全国順位（1,741 市町村中）		132 位		
共通①	特定健診受診率	0/20	/35	/50
	特定保健指導実施率	15/20	/35	/50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10/20	/35	/50
共通②	がん検診受診率	0/10	/20	/30
	歯周疾患（病）検診の実施	10/10	/15	/25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40/40	/70	/100
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20/20	/15	/25
	個人インセンティブ提供	0/20	/45	/70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10/10	/25	/35
共通⑥	後発医薬品の促進	15/15	/25	/35
	後発医薬品の使用割合	10/15	/30	/40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	20/40	/70	/100
固有②	データヘルス計画策定状況	10/10	/30	/40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10/10	/15	/25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5/5	/15	/25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10/10	/30	/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

6 被保険者等の概況

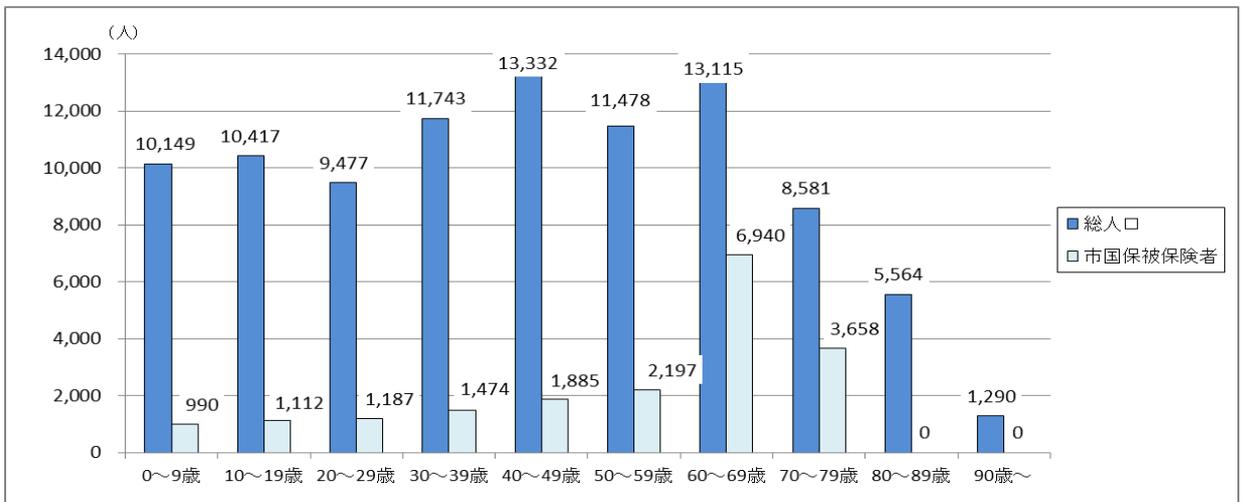
本市の人口は95,146人（平成29年3月31日現在、住民基本台帳調べ）で、65歳以上人口は23,768人（高齢化率25.0%）である。市国保被保険者は、19,443人（加入率は20.4%）

（国保けんこう課調べ）、60代の約半数が被保険者という状況である。被保険者の年齢区分別割合では、長崎県、全国と比べ65～69歳の割合が多い。また、被保険者は、7割以上が社会保険からの異動により市国保に加入している。（図表6,7,8）

一人あたり年間医療費は、全国よりも高い状況で、平成24～25年度は増加が抑制できたが、平成26年度からの増加が著しく、長崎県に近づいている。（図表9）

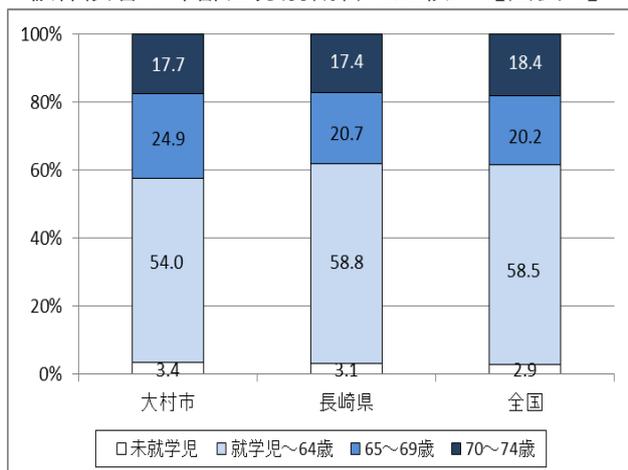
年齢別人口と国保被保険者の状況

【図表6】



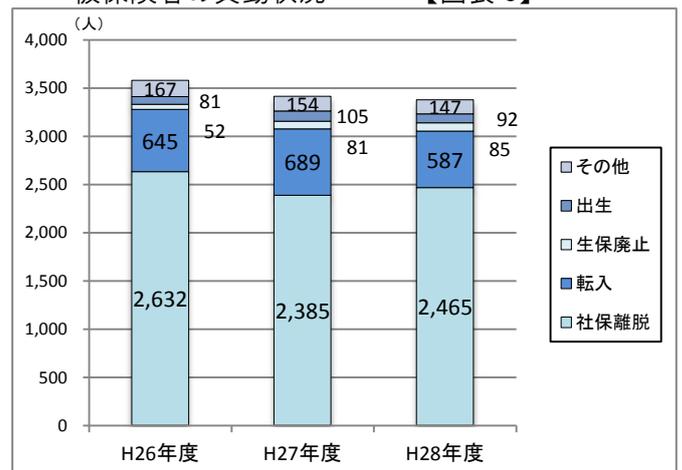
（出典：総人口は住民基本台帳、国保被保険者は国保けんこう課調べ）

被保険者の年齢区分別割合の比較 【図表7】



（出典：平成28年度版国民健康保険の実態）

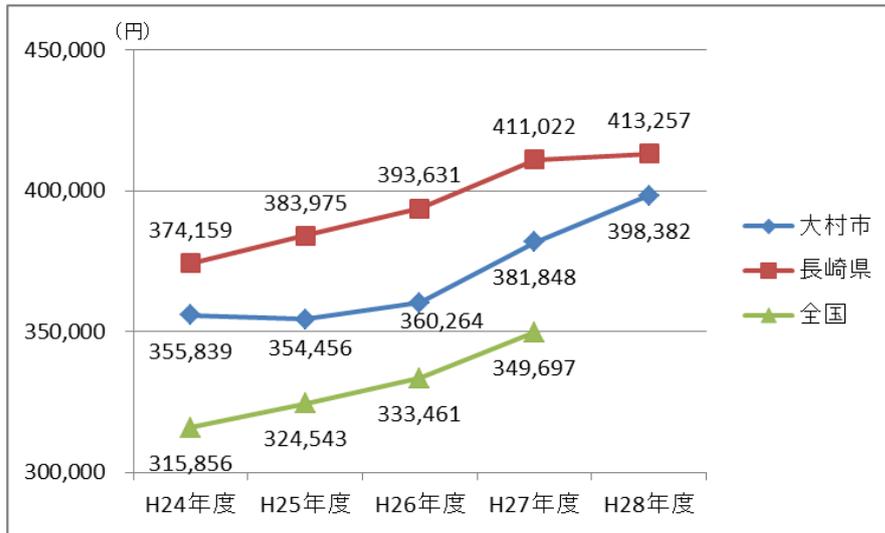
被保険者の異動状況 【図表8】



（出典：国保けんこう課調べ）

一人あたり年間医療費の推移

【図表 9】



(出典：国民健康保険の実態)

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1 第1期計画に係る評価及び考察

(1) 第1期計画に係る評価

①全体の経年変化

平成25年度と平成28年度を比較すると、早世を示す65歳未満の死亡割合は減少し、死因別割合では、心臓病は減少し、脳疾患は変化がなかったが、悪性新生物、腎不全による死亡割合が増加していた。(参考資料1項目2)

介護認定の状況を見ると、1号及び2号の新規認定者の人数は減少したが、割合は1号では微増し、2号では増減はみられなかった。また、75歳以上の後期高齢者において、重度認定の割合が減少し、軽度認定の割合が増加していることから、介護予防事業、介護予防・日常生活支援総合事業の効果が出ているのではないかと考える。(図表10)

要介護(支援)者認定状況

【図表10】

項目		認定者数	認定率※	新規認定者	新規認定率	要支援1(%)	要支援2(%)	要介護1(%)	要介護2(%)	要介護3(%)	要介護4(%)	要介護5(%)
1号 (65-74歳)	H25	386	4.2	13	0.11	89(22.2)	53(13.6)	71(19.1)	50(12.5)	44(13.2)	42(11.0)	37(8.4)
	H28	450	4.9	13	0.17	113(25.1)	64(13.1)	86(20.2)	56(12.6)	45(11.5)	49(11.0)	37(6.6)
1号 (75歳以上)	H25	3081	33.3	103	0.52	560(18.8)	328(10.7)	635(19.4)	422(14.3)	368(12.1)	424(13.4)	344(11.3)
	H28	3459	37.7	45	0.55	709(20.2)	390(11.0)	748(20.9)	512(15.0)	379(11.3)	429(12.7)	292(8.8)
2号	H25	103	0.3	7	0.01	11(14.1)	16(16.4)	21(18.5)	19(15.1)	17(15.1)	7(8.7)	12(12.0)
	H28	88	0.3	2	0.01	7(8.4)	19(19.0)	17(20.5)	20(20.5)	14(13.9)	4(6.8)	7(10.9)

※認定率=認定者数÷被保険者数×100

医療の状況を見ると、心疾患、脳血管疾患の1件当たりの入院費用額は減少していたが、悪性新生物、慢性腎不全による医療費の増加とともに総医療費も増加していた。1期計画の評価指標である入院費用の割合は平成25年度の43.5%から44.4%と増加しており、長期目標を達成できていない。また、心疾患、脳血管疾患の治療者の状況として、両者の合併や基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症等のリスクの合併率が高くなっており、今後の推移を慎重に把握していく必要がある。(参考資料1項目4)

市国保においては、重症化予防の取組の始点ともなる特定健診受診率が伸び悩んでおり、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病の患者数の減少及び入院医療費の割合の減少について、介護、医療の分野から評価を行った。なお、1期計画では、新規患者数の減少を目標としたが、新規患者数の把握は不可能であり患者数に変更して評価している。

①介護認定者の状況(図表11)

平均寿命が延びる中、健康で自立した生活を送ることができる期間「健康寿命」を延ばすことが重要であり、そのためには要介護状態とならないことが大切である。介護認定者の有病状況について、中長期目標の対象疾患である脳・心疾患をみると、脳疾患の割合は減少したものの、いまだ同規模平均を上回っており、心臓病の割合は更に増加し、同規模平均を大きく上回っている。脳・心疾患の基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の有病状況の割合は、同規模平均も増

加傾向にあるが、本市では更に増加率が上昇しているため同規模市平均を上回っている。

介護認定・認定者の有病状況の比較

【図表 11】

項目	大村市				同規模平均				
	H25		H28		H25		H28		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
介護認定	1号認定者数（認定率）	3,467	18.7	3,909	21.3	853,944	18.8	891,715	20.2
	新規認定者	116	0.3	58	0.4	16,877	0.3	15,309	0.3
	2号認定者	103	0.3	88	0.3	25,047	0.4	21,986	0.4
有病状況	糖尿病	862	23.4	1,025	25.0	185,298	21.0	203,607	21.9
	高血圧症	2,023	55.8	2,341	58.0	446,565	50.6	478,594	51.8
	脂質異常症	878	24.6	1,231	29.6	227,086	25.5	255,994	27.6
	心臓病	2,295	63.6	2,668	66.6	512,773	58.3	545,522	59.1
	脳疾患	1,091	30.3	1,070	27.6	238,332	27.5	239,267	26.2
	がん	345	9.8	431	11.1	82,037	9.3	92,924	10.0
	筋・骨格	1,977	54.2	2,352	58.4	436,557	49.6	468,953	50.8
	精神	1,355	37.1	1,616	39.7	294,598	33.1	330,813	35.6

②医療費の状況（図表 12）

医療費は、全体、入院、入院外全てが増加しており、伸び率も同規模市に比べ大きい。特に、入院の一人当たり月平均医療費の伸びが同規模の2倍となっており、重症化予防につながっていない状況である。

医療費の比較

【図表 12】

項目	年度	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	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費 (円)	H25年度	66億5,530万			28億8,869万			37億6,839万					
	H28年度	70億3,439万	3億7,909万	5.70	0.31	31億2,560万	2億3,870万	8.27	-0.31	39億878万	1億4,039万	3.73	0.74
一人当たり月平均医療費 (円)	H25年度	25,667			11,130			14,530					
	H28年度	29,039	3,372	13.14	8.57	12,900	1,770	15.90	7.88	16,140	1,610	11.08	9.05

③医療の状況(中長期的目標及び短期的目標に係るもの)（図表 13）

中長期及び短期目標疾患に係る医療費が総医療費に占める割合は23.36%から22.78%とわずかに減少していた。疾患別に見ると脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は減少している一方、慢性腎不全（透析有）の費用割合が増加していた。一人あたり医療費の同規模市との比較では、69位から43位とさらに高い状況となっていた。

中長期目標疾患に関連する短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の費用割合は、平成25年度と平成28年度を比較すると減少しているが、国と比較すると高血圧のみ高い状況である。

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

【図表 13】

年度	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	脳	心	腎	糖尿病	高血圧	脂質異常症	糖尿病	高血圧	脂質異常症				
														同規模			
H25	大村市	6,655,298,490	25,667	69位	14位	2.58%	2.07%	3.67%	0.30%	5.16%	6.79%	2.79%	1,554,872,050	23.36%	10.42%	12.54%	8.82%
H28	大村市	7,034,382,580	29,039	43位	8位	1.95%	1.87%	6.00%	0.35%	4.87%	5.05%	2.69%	1,602,698,040	22.78%	14.19%	11.53%	8.57%
H28	長崎県	136,333,096,620	29,108	--	--	2.39%	1.82%	6.18%	0.36%	4.66%	4.92%	2.41%	31,014,384,130	22.75%	12.91%	12.16%	9.48%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	2.22%	2.04%	5.40%	0.35%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,088,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

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

④中長期的目標疾患の治療状況（図表 14）

虚血性心疾患の治療者数は959人から910人と減少し、目標である患者数の減少を達成した。しかし、虚血性心疾患の治療者の中で脳血管疾患を合併している人の割合が20.0%から22.3%と増加していた。

脳血管疾患は人数、割合ともに若干増加が見られ、目標を達成できなかった。

人工透析治療者は8名増加しているが、割合は変化がなく、新規透析導入者数も横ばいである。人工透析治療者では脳血管疾患、虚血性心疾患を合併している割合が高く、腎疾患の悪化は透析導入だけではなく他の疾患を合併する危険性が高いことが分かる。しかし、その合併割合は、平成25年に比べ減少しており、人工透析治療は合併症予防の方向に向かっていると考える。

また、各疾患に関する基礎疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症の治療者の割合は全て増加しており、発症予防から重症化予防への一連の取組が効果的に実施できていないと考える。

【虚血性心疾患】

【図表 14】

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	21,666	959	4.4%	192	20.0%	37	3.9%	769	80.2%	480	50.1%	605	63.1%
H28	20,502	910	4.4%	203	22.3%	31	3.4%	751	82.5%	485	53.3%	634	69.7%

【脳血管疾患】

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		高血圧症		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	21,666	981	4.5%	192	19.6%	28	2.9%	743	75.7%	405	41.3%	581	59.2%
H28	20,502	1,044	5.1%	203	19.4%	30	2.9%	796	76.2%	508	48.7%	673	64.5%

【人工透析】

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		高血圧症		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	21,666	80	0.4%	28	35.0%	37	46.3%	73	91.3%	28	35.0%	29	36.3%
H28	20,502	88	0.4%	30	34.1%	31	35.2%	84	95.5%	43	48.9%	39	44.3%

厚労省様式 様式2-2	新規導入者の状況						
	人工透析者数	人数	割合	起因別人数内訳			
				糖尿病・ 糖尿病性 腎症	腎硬化症	その他	不明
H25	91	10	11.0%	7	2	0	1
H26	95	17	17.9%	10	1	4	2
H27	103	18	17.5%	13	1	3	1
H28	107	16	15.0%	7	1	5	3

(3) 短期的目標の達成状況

短期的目標について、中長期的目標の原因疾患となる糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況及び特定健診結果の各有所見状況から評価を行った。なお、1期計画では、糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症の新規患者数を同規模市に近づけるという目標としたが、新規患者数の把握は不可能であり患者数に変更して評価している。また、患者数の増減のみでは評価につながらないため、合併症、重症化も含めた評価を行う必要があることから、糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者数について評価を行った。(高尿酸血症は、合併症等の評価が困難であったため削除)

①短期的目標疾患の治療状況(図表15)

短期的目標の糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病治療者(厚労省様式3-2)については、治療につながった人は増加しており、1期計画期間に未治療者への受診勧奨を行ってきた成果が見られる。しかし、治療者のうち、インスリン療法、脳血管疾患、人工透析の割合も増加しており重症化予防が追いついていないと考える。

同様に高血圧(様式3-3)、脂質異常症(様式3-4)についても、未治療者への受診勧奨を行ってきた成果として治療者の割合は増えたが、治療者のうち、脳血管疾患、人工透析の割合が増加しており重症化予防ができていない。その背景として健診受診及びその後の医療機関受診の遅れ、治療中断者等への支援が不足していたと考える。

【糖尿病】

【図表15】

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		高血圧症*		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	21,666	2,555	11.8%	204	8.0%	1,824	71.4%	1,480	57.9%	480	18.8%	405	15.9%	28	1.1%	164	6.4%
H28	20,502	2,712	13.2%	236	8.7%	1,880	69.3%	1,714	63.2%	485	17.9%	508	18.7%	43	1.6%	136	5.0%

【高血圧】

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	21,666	4,981	23.0%	1,824	36.6%	2,561	51.4%	769	15.4%	743	14.9%	73	1.5%	
H28	20,502	4,971	24.2%	1,880	37.8%	2,702	54.4%	751	15.1%	796	16.0%	84	1.7%	

【脂質異常症】

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	21,666	3,512	16.2%	1,480	42.1%	2,561	72.9%	605	17.2%	581	16.5%	29	0.8%	
H28	20,502	3,785	18.5%	1,714	45.3%	2,702	71.4%	634	16.8%	673	17.8%	39	1.0%	

②健診結果有所見状況の経年変化（図表 16）

有所見状況の経年変化を見ると、男女とも、空腹時血糖の変化は大きくないが、HbA1c の割合が増加していた。BMI、中性脂肪、GPT の増加と合わせ、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）予備群・該当者も微増傾向（男性 801 人から 874 人、女性 413 人から 455 人）にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による食後高血糖を呈しているのではないかと推測され、細小血管障害による重症化予防の取組みが必要である。

また、メタボ該当者の割合が増加していることから、リスクの重なりが多い者の割合が増えていることが分かった。さらに単独の危険因子である LDL コレステロール（以下「LDL」という。）の割合も微増し、男女とも 40～50%に見られ、リスクの重なりに必要な状況が続いている。

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

【図表 16】

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		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	497	26.8	872	47.1	475	25.6	334	18.0	198	10.7	598	32.3	773	41.7	305	16.5	998	53.9	409	22.1	750	40.5	39	2.1
	40-64	200	30.5	332	50.7	194	29.6	150	22.9	66	10.1	174	26.6	228	34.8	130	19.8	298	45.5	183	27.9	291	44.4	7	1.1
	65-74	297	24.8	540	45.1	281	23.5	184	15.4	132	11.0	424	35.4	545	45.5	175	14.6	700	58.5	226	18.9	459	38.3	32	2.7
H28	合計	562	28.6	976	49.6	532	27.0	383	19.5	198	10.1	601	30.6	1,049	53.3	337	17.1	1,048	53.3	410	20.8	828	42.1	39	2.0
	40-64	176	32.4	270	49.6	184	33.8	149	27.4	49	9.0	131	24.1	244	44.9	106	19.5	234	43.0	139	25.6	254	46.7	4	0.7
	65-74	386	27.1	706	49.6	348	24.5	234	16.4	149	10.5	470	33.0	805	56.6	231	16.2	814	57.2	271	19.0	574	40.3	35	2.5

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		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	526	20.2	466	17.9	381	14.6	197	7.6	63	2.4	489	18.8	1,111	42.7	53	2.0	1,191	45.7	355	13.6	1,387	53.3	4	0.2
	40-64	175	19.4	126	14.0	130	14.4	83	9.2	19	2.1	129	14.3	300	33.2	16	1.8	298	33.0	133	14.7	497	55.0	1	0.1
	65-74	351	20.6	340	20.0	251	14.8	114	6.7	44	2.6	360	21.2	811	47.7	37	2.2	893	52.5	222	13.1	890	52.3	3	0.2
H28	合計	551	20.7	498	18.7	426	16.0	233	8.7	44	1.7	534	20.0	1,387	52.1	45	1.7	1,247	46.8	390	14.6	1,444	54.2	8	0.3
	40-64	159	20.4	123	15.8	106	13.6	83	10.7	8	1.0	112	14.4	313	40.2	18	2.3	275	35.3	132	16.9	438	56.2	1	0.1
	65-74	392	20.8	375	19.9	320	17.0	150	8.0	36	1.9	422	22.4	1,074	57.0	27	1.4	972	51.6	258	13.7	1,006	53.4	7	0.4

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		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	1,852	27.8	71	3.8	330	17.8	13	0.7	244	13.2	73	3.9	471	25.4	86	4.6	17	0.9	244	13.2	124	6.7		
	40-64	655	19.5	40	6.1	135	20.6	5	0.8	88	13.4	42	6.4	157	24.0	23	3.5	12	1.8	81	12.4	41	6.3		
	65-74	1,197	36.4	31	2.6	195	16.3	8	0.7	156	13.0	31	2.6	314	26.2	63	5.3	5	0.4	163	13.6	83	6.9		
H28	合計	1,967	31.3	102	5.2	316	16.1	23	1.2	227	11.5	66	3.4	558	28.4	93	4.7	31	1.6	272	13.8	162	8.2		
	40-64	544	19.9	44	8.1	97	17.8	10	1.8	57	10.5	30	5.5	129	23.7	19	3.5	12	2.2	60	11.0	38	7.0		
	65-74	1,423	40.1	58	4.1	219	15.4	13	0.9	170	11.9	36	2.5	429	30.1	74	5.2	19	1.3	212	14.9	124	8.7		

性別	年代	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
女性	合計	2,604	33.3	53	2.0	183	7.0	3	0.1	142	5.5	38	1.5	230	8.8	23	0.9	5	0.2	138	5.3	64	2.5		
	40-64	903	24.2	25	2.8	48	5.3	2	0.2	31	3.4	15	1.7	53	5.9	8	0.9	2	0.2	32	3.5	11	1.2		
	65-74	1,701	41.5	28	1.6	135	7.9	1	0.1	111	6.5	23	1.4	177	10.4	15	0.9	3	0.2	106	6.2	53	3.1		
H28	合計	2,664	35.7	43	1.6	183	6.9	9	0.3	142	5.3	32	1.2	272	10.2	37	1.4	7	0.3	146	5.5	82	3.1		
	40-64	779	25.3	20	2.6	54	6.9	2	0.3	38	4.9	14	1.8	49	6.3	10	1.3	3	0.4	22	2.8	14	1.8		
	65-74	1,885	43.0	23	1.2	129	6.8	7	0.4	104	5.5	18	1.0	223	11.8	27	1.4	4	0.2	124	6.6	68	3.6		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 17）

特定健診受診率、特定保健指導実施率はともに増加した。しかし、受診率は同規模内順位が低い状況であり、1期計画中に受診率を大きく伸ばすことはできなかった。重症化を予防するには、特定健診受診率向上への取組が重要となる。

特定健診受診率・特定保健指導実施率（法定報告値）

【図表 17】

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	14,377	4,438	30.9	195位/259市	453	280	61.8
H28年度	13,712	4,818	35.1	186位/266市	483	320	66.3

*同規模内順位と受診勧奨者については、KDBシステムより（H29.11.14時点）

（4）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、慢性腎不全に重点を置き重症化予防を進めてきたが、重症化を示す入院費用割合が増加していること、生活習慣病が医療費に占める割合は微減し、脳血管疾患と虚血性心疾患の割合の減少も見られたが慢性腎不全（透析あり）が増加していること、治療状況では虚血性心疾患は患者数が減少したが脳血管疾患患者数と割合の増加、人工透析患者数の増加等から医療費適正化に繋がっているとは考えにくいと判断した。

重症化予防の取組として、糖尿病、高血圧、脂質異常症の未治療者への医療機関受診勧奨を優先的に行い、中長期目標疾患の原因となる糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療者（高血圧は割合）は増加した事は、受診勧奨の一定の効果として評価できる。しかし、3疾患に係る脳血管疾患や人工透析の合併率が増加しており、健診未受診による治療開始や健診後の受診勧奨の遅れ、また治療開始後のコントロール状況の確認が不十分であったことが推測される。治療を開始した者等が治療を中断しないよう医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。今後は、1期では十分に実施できなかった医療機関との連携を図り、早期受診につなげるとともに、治療中の者に対し、治療継続状況や検査値のコントロール状況等を把握し、治療を中断しないような支援と重症化予防に取り組むことが必要である。特に、糖尿病においては、治療（薬物療法）を受けていても血糖コントロールが難しく、食事・運動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、医療機関と連携しながら栄養指導等の保健指導を行っていく必要がある。

また、介護認定者の生活習慣病有病状況割合の増加や、前期高齢者の健診結果有所見状況におけるメタボ、血糖の有所見者の増加等から、介護予防も視野に入れた重症化予防の取組が重要である。

特定健診受診率は未だに4割に満たない状況であり、発症予防と早期治療につなげるために、今後、40代、50代の壮年期の健診受診率を伸ばし、早期から発症予防、重症化予防を行う必要がある。予防が可能な早期の段階で住民自らが体の状態を確認できる場としての特定健診が重要であり、特定健診受診率向上は第2期計画に引き継ぐ大きな課題である。

2 第2期計画における健康課題の明確化

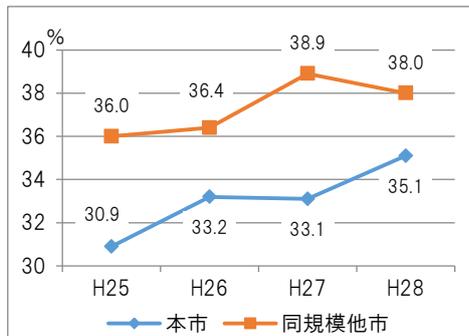
(1) 特定健診等の結果

① 特定健診受診率と特定健診未受診者の状況

特定健診受診率向上への取組を行い、徐々に受診率は改善しているが、同規模市と比べると低い状況である。また年代別にみると、40代、50代が低く、特に40代の伸び率が低い。(図表18、19、20)

図表21で、健診未受診者の状況を見ると、治療中(H)は5,705人(2,267人+3,438人)で、治療を受けていない方(G)は3,419人(2,225人+1,194人)と、治療中の方が多く、医療機関と連携した未受診者対策が重要である。また、健診・治療なし(G)は健康実態が全く分からないため、受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行う必要がある。また、40～64歳の健診未受診の約半数の2,225人は治療など医療機関にかかっていない。この年代は就労者も多いことから、夜間・休日健診日を増やす等、健診を受けやすい環境を整えることも必要である。

特定健診受診率の推移 【図表18】



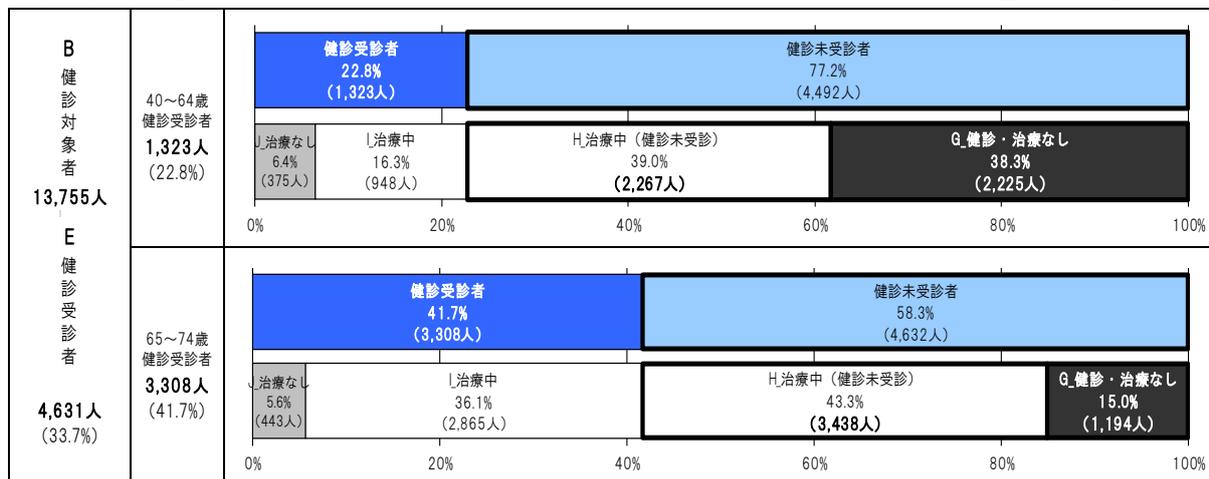
年代別受診者数・受診率(法定報告値) 【図表19】

	H25			H28			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	14,377	4,438	30.9%	13,712	4,818	35.1%	4.3%
40代	1,850	254	13.7%	1,689	255	15.1%	1.4%
50代	2,417	462	19.1%	2,014	455	22.6%	3.5%
60代	6,520	2,262	34.7%	6,438	2,514	39.0%	4.4%
70代	3,590	1,460	40.7%	3,571	1,594	44.6%	4.0%
再)40～64歳	7,027	1,551	22.1%	5,774	1,383	24.0%	1.9%
再)65～74歳	7,350	2,887	39.3%	7,938	3,435	43.3%	4.0%

特定健診実施方法と受診者数の状況(平成28年度) 【図表20】

実施方法		受診者数
個別健診(医療機関)		3,931人
集団健診	平日(昼間)	1,045人
	休日(土曜日)	80人
	夜間	20人

特定健診対象者、受診者の状況 【図表21】



②特定健診受診者の実態

図表 22 をみると、メタボ予備群は減少しているが、メタボ該当者は年々増加し、同規模市よりもやや高い状況である。特に、男性のメタボ該当者の増加が大きい。有所見項目の重なりは、動脈硬化を引き起こし、脳血管疾患や虚血性心疾患等の血管疾患に繋がる危険性がある。

図表 23 では、男女とも全国より「空腹時血糖」「収縮期血圧」が高く、更に男性では「尿酸」も高い。また、「HbA1c」「LDL」は、男女ともに国よりも少ないが約半数と多い状況である。

さらに、図表 24 を見ると、血糖（HbA1c8.0 以上）と血圧（Ⅰ度以上）は、継続受診者に比べ新規受診者のコントロール不良が多い。今後、健診未受診者対策により、受診者が増えると、コントロール不良者が増える事も推測されることから、引き続き、重症化予防に向けた医療機関受診勧奨及び医療機関と連携した保健指導を行う必要がある。

メタボ該当者・予備群の状況

【図表 22】

性別	年齢	予備群	大村市		同規模市
			実数	割合 (%)	割合 (%)
男性	H25	予備群	330	17.8	17.2
		該当	472	25.4	25.5
H26	予備群	373	18.5	17.0	
	該当	508	25.1	25.9	
H27	予備群	330	17.1	17.1	
	該当	512	26.6	26.5	
H28	予備群	316	16.1	17.1	
	該当	558	28.4	27.4	
女性	H25	予備群	183	7.0	6.1
		該当	230	8.8	9.5
H26	予備群	200	7.2	6	
	該当	271	9.7	9.5	
H27	予備群	202	7.4	5.9	
	該当	276	10.1	9.6	
H28	予備群	183	6.9	5.9	
	該当	272	10.2	9.9	

特定健診 各種検査項目の有所見状況（平成 28 年度）

【図表 23】

性別	年齢	メタボ										糖尿病		尿酸	血圧		脂質異常		腎機能						
		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	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						
全国	合計	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
大村市	合計	562	28.6	976	49.6	532	27.0	383	19.5	198	10.1	601	30.6	1,049	53.3	337	17.1	1,048	53.3	410	20.8	828	42.1	39	2.0
	40-64	176	32.4	270	49.6	184	33.8	149	27.4	49	9.0	131	24.1	244	44.9	106	19.5	234	43.0	139	25.6	254	46.7	4	0.7
	65-74	386	27.1	706	49.6	348	24.5	234	16.4	149	10.5	470	33.0	805	56.6	231	16.2	814	57.2	271	19.0	574	40.3	35	2.5
女性	年齢	メタボ										糖尿病		尿酸	血圧		脂質異常		腎機能						
		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	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						
全国	合計	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
大村市	合計	551	20.7	498	18.7	426	16.0	233	8.7	44	1.7	534	20.0	1,387	52.1	45	1.7	1,247	46.8	390	14.6	1,444	54.2	8	0.3
	40-64	159	20.4	123	15.8	106	13.6	83	10.7	8	1.0	112	14.4	313	40.2	18	2.3	275	35.3	132	16.9	438	56.2	1	0.1
	65-74	392	20.8	375	19.9	320	17.0	150	8.0	36	1.9	422	22.4	1,074	57.0	27	1.4	972	51.6	258	13.7	1,006	53.4	7	0.4

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 24】

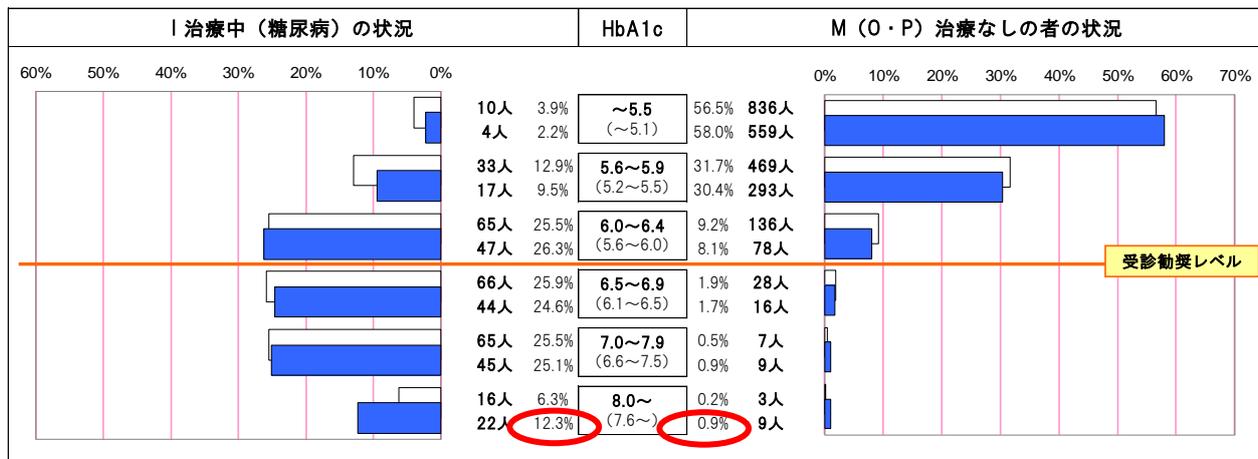
継続受診者と新規受診者の比較

H27-28年度

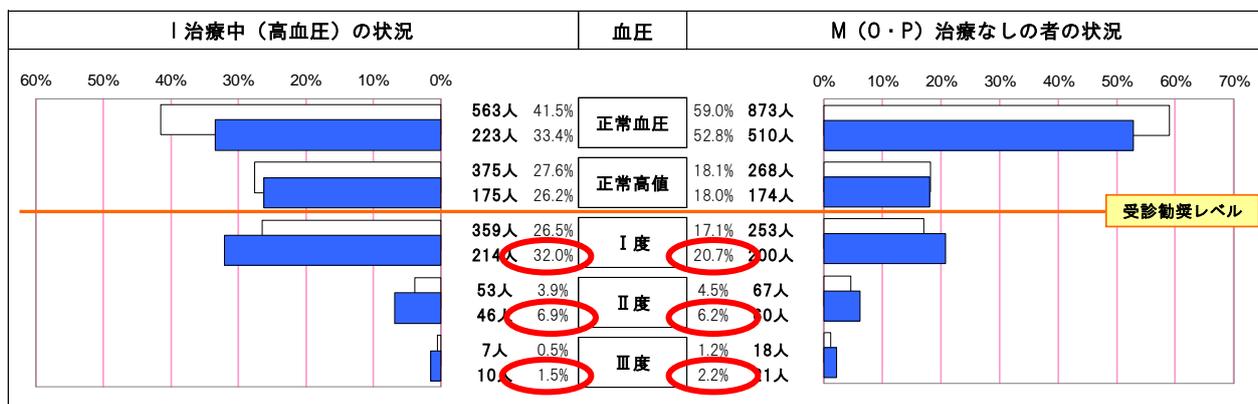
…上段 (継続受診者)

…下段 (新規受診者)

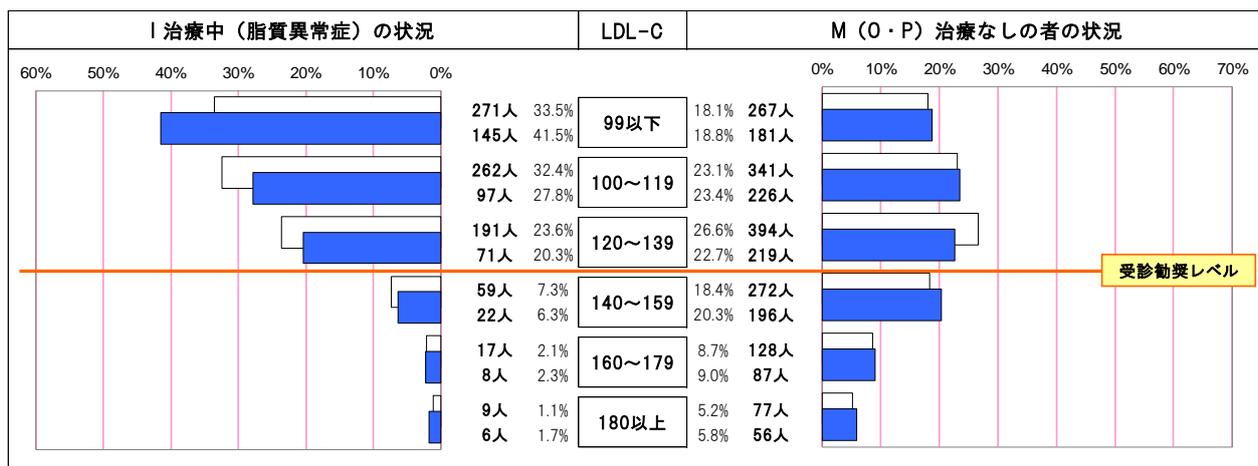
HbA1c



血圧



LDL-C



(2) 医療の状況

①医療費の状況

医療費は、全体、入院、入院外全てが増加しており、伸び率も同規模市に比べ大きく、特に、入院の一人当たり月平均医療費の伸びが同規模市の2倍となっている。

図表 25 で入院と入院外を比較すると、入院の件数は全体の3.1%であるのに対し、費用額の44.4%を占めている。入院（重症化）を予防することは、医療費を大幅に抑制することが考えられることから、入院に至らないよう重症化予防の取組が重要である。

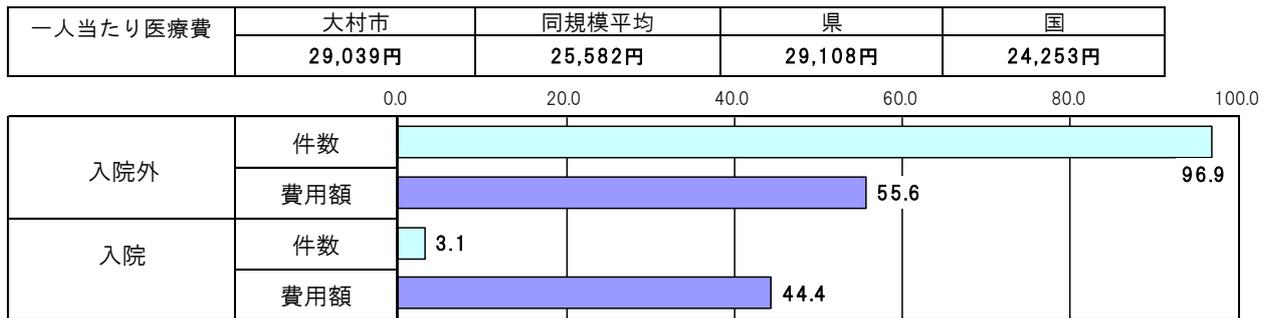
医療費の比較

再掲【図表 12】

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	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費 (円)	H25年度	66億5,530万				28億8,869万				37億6,839万			
	H28年度	70億3,439万	3億7,909万	5.70	0.31	31億2,560万	2億3,870万	8.27	-0.31	39億878万	1億4,039万	3.73	0.74
一人当たり 月平均 医療費 (円)	H25年度	25,667				11,130				14,530			
	H28年度	29,039	3,372	13.14	8.57	12,900	1,770	15.90	7.88	16,140	1,610	11.08	9.05

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 25】



②高額となる医療の状況（図表 26）

1件当たり200万円以上となった疾患をみると、費用額の約41%である1億1692万円を脳血管疾患、虚血性心疾患などの血管疾患が占めていた。6ヶ月以上の長期入院レセプトでも、費用額の約17%が血管疾患であった。それらの基礎疾患には、高血圧、糖尿病、脂質異常症の重なりが見られる。特に、治療が長期化する人工透析では、46%が糖尿病性腎症を合併していた。このことから、高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防に向けた取組を行うことで、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病による新規透析導入者を減らすことが可能と考える。そのためには、治療継続が非常に重要であることから、保健指導では、KDBを活用し医療機関の受診状況等を確認するとともに、必要に応じて、本人の同意を得てかかりつけ医に保健指導の状況を報告・相談するなど、医療機関と連携して進めていく必要がある。特に、糖尿病は、治療（薬物療法）と食事療法、運動療法を併用して行うことが必要な疾患であるため、医療機関と連携しながら栄養指導等の保健指導を行う。

【図表 26】

高額になる疾患（1件当たり200万円以上のレセプト）

対象レセプト (H28年度)	全体	血管疾患					がん	その他
		脳血管疾患		心疾患		大動脈疾患		
		脳出血・脳梗塞	その他の 脳血管疾患	虚血性心疾患	その他の 心疾患			
件数	103件	2件 1.9%	8件 7.8%	9件 8.7%	11件 10.7%	8件 7.8%	33件 32.0%	32件 31.0%
費用額	2億8109万円	447万円 1.6%	1,886万円 6.7%	2,175万円 7.7%	3,762万円 13.4%	3,422万円 12.2%	8,270万円 29.4%	8,146万円 29.0%

長期入院（6ヶ月以上の入院）の状況（一部抜粋）

対象レセプト (H28年度)	全体	血管疾患		精神疾患
		脳血管疾患	虚血性心疾患	
件数	1,389件	120件 8.6%	107件 7.7%	1,070件 77.0%
費用額	5億7580万円	5,491万円 9.5%	4,205万円 7.3%	2億9,351万円 68.3%

長期化する疾患（人工透析者の合併症）（重複計上）

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
件数	1,184件	312件 26.4%	377件 31.8%	549件 46.4%
費用額	5億1736万円	1億3186万円 25.5%	1億6893万円 32.7%	2億3855万円 46.1%

生活習慣病の1ヶ月当たり治療者数（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
8,268人		1,044人 12.6%	910人 11.0%	136人 1.6%
の 基 礎 疾 患 の 重 な り	高血圧	796人 76.2%	751人 82.5%	112人 82.4%
	糖尿病	508人 48.7%	485人 53.3%	136人 100.0%
	脂質異常症	673人 64.5%	634人 69.7%	98人 72.1%

(3)介護の状況

図表 27 で、要介護認定者の 95.6%が、血管疾患を有していることが分かった。また、循環器疾患の中でも脳卒中が多く、基礎疾患として高血圧が多い。

特に、2号認定者では、97.9%が血管疾患を有しており、図表 28 で、認定前後の加入保険を見ると、認定前に被用者保険の被保険者であった 47 人のうち半数が国保に異動していた。市国保の被保険者に限らず、他保険者と連携しながら市民全体の健康増進を図り、重症化を予防することが重要である。

また、要介護認定者と認定なし者では、医療費に大きな差が生じており、このことは要介護認定者が疾病の悪化により介護に至ったため、医療ニーズも高く、医療費も高額になっていることを表している。(図表 29)

市の地域包括ケアシステム推進基本計画にある予防の視点で、新規の要介護認定者を減らす、また、要介護認定者の重症化を防ぐため、要介護認定者も含めた市民全体の生活習慣病の重症化予防に取り組む必要がある。

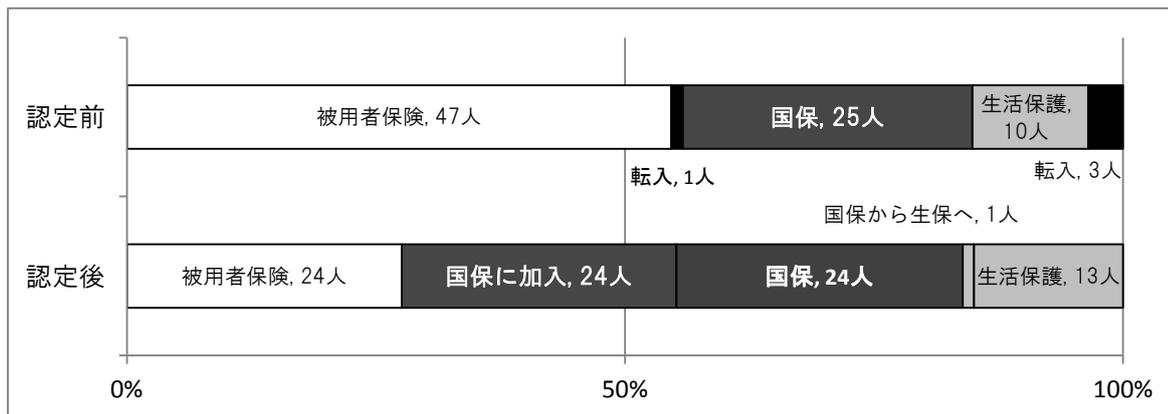
【図表 27】

要介護認定者の認定状況と有病状況

要介護認定状況		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	29,909人	9,022人	9,019人	18,041人			47,950人								
		認定者数	88人	450人	3,459人	3,909人			3,997人								
		認定率	0.29%	5.0%	38.4%	21.7%			8.3%								
		新規認定者数(*1)	22人	134人	488人	622人			644人								
介護度別人数	要支援1・2	26	29.5%	177	39.3%	1,099	31.8%	1,276	32.6%	1,302	32.6%						
	要介護1・2	37	42.0%	142	31.6%	1,260	36.4%	1,402	35.9%	1,439	36.0%						
	要介護3~5	25	28.4%	131	29.1%	1,100	31.8%	1,231	31.5%	1,256	31.4%						
要介護突出状況		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)	88	451	3,463	3,914			4,002								
		再)国保・後期	48	315	3,299	3,614			3,662								
(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	37	77.1%	脳卒中	173	54.9%	脳卒中	1,890	57.3%	脳卒中	2,063	57.1%	脳卒中	2,100	57.3%
		2	虚血性心疾患	10	20.8%	虚血性心疾患	78	24.8%	虚血性心疾患	1,276	38.7%	虚血性心疾患	1,354	37.5%	虚血性心疾患	1,364	37.2%
		3	腎不全	5	10.4%	腎不全	33	10.5%	腎不全	378	11.5%	腎不全	411	11.4%	腎不全	416	11.4%
	基礎疾患(*2)		糖尿病	28	58.3%	糖尿病	195	61.9%	糖尿病	1,784	54.1%	糖尿病	1,979	54.8%	糖尿病	2,007	54.8%
			高血圧	38	79.2%	高血圧	234	74.3%	高血圧	2,832	85.8%	高血圧	3,066	84.8%	高血圧	3,104	84.8%
			脂質異常症	21	43.8%	脂質異常症	187	59.4%	脂質異常症	1,850	56.1%	脂質異常症	2,037	56.4%	脂質異常症	2,058	56.2%
		血管疾患合計	47	97.9%	合計	289	91.7%	合計	3,165	95.9%	合計	3,454	95.6%	合計	3,501	95.6%	
		認知症	認知症	8	16.7%	認知症	62	19.7%	認知症	1,488	45.1%	認知症	1,550	42.9%	認知症	1,558	42.5%
		筋・骨格疾患	筋骨格系	40	83.3%	筋骨格系	271	86.0%	筋骨格系	3,083	93.5%	筋骨格系	3,354	92.8%	筋骨格系	3,394	92.7%

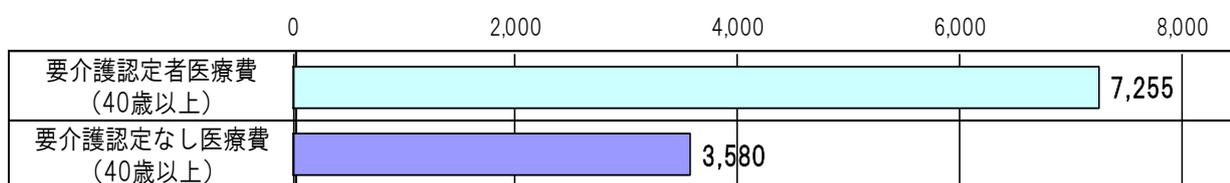
2号認定者における認定前後の加入保険（平成28年度）

【図表28】



介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

【図表29】



3 目標の設定

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報等を分析した結果、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及び介護認定者に多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析新規導入を減らしていくことを目標とする。具体的には平成35年度（2023年度）には平成28年度（2016年度）と比較して、脳血管疾患の患者数の増加の抑制、虚血性心疾患の患者数を5%減少、新規透析導入者を15人以内とすることを目標にする。

また、高齢化がさらに進展すること、また年齢が高くなるほど、全身の血管も傷んでくると考えると、医療費そのものを抑えることは難しいが、現在、重症化による入院費用の伸びが大きいことから、入院一人当たり医療費の伸び率を同規模市並みにすることを目標とする。中長期目標については、3年後の平成32年度（2020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。

第2期計画の中長期的な目標値

【図表30】

	脳血管疾患 (厚労省様式3-6)	虚血性心疾患 (厚労省様式3-5)	人工透析新規導入者数 (厚労省様式2-2)	入院一人当たり 医療費の伸び率
H25年度 (2013年度)	981人	959人	10人	
H28年度 (2016年度)	1,044人	910人	16人	15.90 (同規模市7.88)
H35年度 (2023年度) 目標値	1,044人以下	865人以下 (H28年度より5%減少)	15人以内	同規模市並み

(H25,28については、図表12,14抜粋)

(2) 短期的な目標の設定

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病等の血管変化の共通リスクとなる、「高血圧症、脂質異常症、メタボ、糖尿病等を減らしていくこと」を短期的な目標とし、毎年、図表 31 を活用し、健診結果に基づき血圧、脂質、メタボ、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）の重症化予防対象者の割合を確認していく。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、発症、重症化予防につなげることが重要であるため、特定健診の受診率向上を目標とする。その目標値については、第 3 章のⅡ「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

重症化予防対象者の状況（平成 28 年度）

【図表 31】

中長期的目標	脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析（末期腎不全）											
	クモ膜下出血(7%)	脳出血(18%)	脳梗塞(75%)	心筋梗塞	労作性狭心症	安静狭心症												
	心原性脳塞栓症(27%*)		ラクナ梗塞(31.9%)	アテローム血栓性脳梗塞(33.9%)		非心原性脳梗塞												
短期的目標	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)									
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者(2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上(治療中:7.0以上)	蛋白尿(2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者(実人数)							
受診者数 4,993	295	5.9%	2	0.0%	170	3.4%	894	17.9%	309	6.2%	85	1.7%	109	2.2%	1,512	30.3%		
対象者数	179	6.0%	0	0.0%	155	4.0%	132	2.8%	153	6.3%	161	3.5%	16	0.7%	22	0.9%	474	19.4%
治療なし	116	5.7%	2	0.1%	15	1.3%	25	2.2%	741	29.1%	148	34.1%	69	2.7%	87	3.4%	1,038	40.7%
治療中																		

※重症化予防対象者の基準は、以下のガイドライン等に基づき抽出

- ・高血圧治療ガイドライン 2014：日本高血圧学会
- ・動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版：日本動脈硬化学会
- ・糖尿病治療ガイド 2016-2017：日本糖尿病学会
- ・CKD 診療ガイド 2012：日本腎臓病学会

第3章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業は、特定健診・特定保健指導、健診等の結果を活用した重症化予防事業、その他の保健事業及びポピュレーションアプローチの4つを中心に取り組む。

計画の短期目標及び中長期目標を達成するために、特定健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施が重要となる。そのため、まず、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要がある。

さらに、中長期目標の対象疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病等に関する共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボ等の減少を目指した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実施していく必要がある。重症化予防の取組としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎臓病重症化予防・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適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には医療機関と連携した重症化予防のための保健指導と治療中断の支援を実施する。また、歯周病は、糖尿病や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病の重症化にも影響を及ぼすことから、医療機関と連携し、口腔ケアの理解促進と適切な治療への働きかけを行う。

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る医療費や介護給付費等の実態を広く市民へ周知する。この他、生活習慣病は、子どもの頃に培われた生活習慣が影響することから、母子保健事業における健診等においても、子どもとその保護者が正しい生活習慣が送れるような保健指導・栄養指導を引き続き行う。

また、被保険者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため平成28年度から前倒しで実施されている保険者努力支援制度の各指標に関する項目についても積極的に取り組んでいく。

Ⅱ 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務） **第3期特定健康診査等実施計画**

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、実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年を一期として策定する。

2 目標値の設定

【図表 32】

	平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健診受診率	42.0%	45.0%	48.0%	51.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%
特定保健指導対象者の減少率	20.4%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%

*重症化予防のための保健指導に重点を置くため、特定保健指導実施率は現状維持（平成28年度実施率）を目標とする。

3 対象者の見込み

【図表 33】

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健診	対象者数	14,153人	14,096人	14,040人	13,984人	13,982人	13,872人
	受診者数	5,944人	6,343人	6,739人	7,132人	7,660人	8,323人
特定保健指導	対象者数	594人	634人	674人	713人	766人	832人
	実施者数	394人	420人	447人	473人	508人	552人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

指定医療機関で年間を通して受診できる「個別健診」と、日時と場所（住民センター等）を指定して実施する「集団健診」を実施している。集団健診において、休日、夜間健診を実施する。なお、健診の実施は、個別健診、集団健診ともに、市（国保）から健診機関への委託による。

- ① 個別健診(指定医療機関)
- ② 集団健診(住民センター等)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、市のホームページに掲載する。

(参照)URL : <https://www.city.omura.nagasaki.jp/>

(4) 特定健診実施項目

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診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、かかりつけ医との協力及び連携を行う。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長崎県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

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として被保険者に対する基本的な周知広報活動について、下記の予定で実施する。（図表 34）

年間スケジュール

【図表 34】

	受診券発行	特定健診	勧奨	周知	
前年度 3 月	対象全員に発行			市広報、健康のしおり配布、各団体へポスター、チラシ配布	
4 月		健診の実施			
5 月		↓	↓	市広報：集団健診案内	
6 月				はがき・電話・訪問による受診勧奨	
7 月					市広報：集団健診案内
8 月					
9 月					市広報：集団健診案内
10 月					健康福祉まつりでチラシ配布
11 月					市広報：集団健診案内
12 月					
1 月					市広報：集団健診案内
2 月					市広報：集団健診案内
3 月					

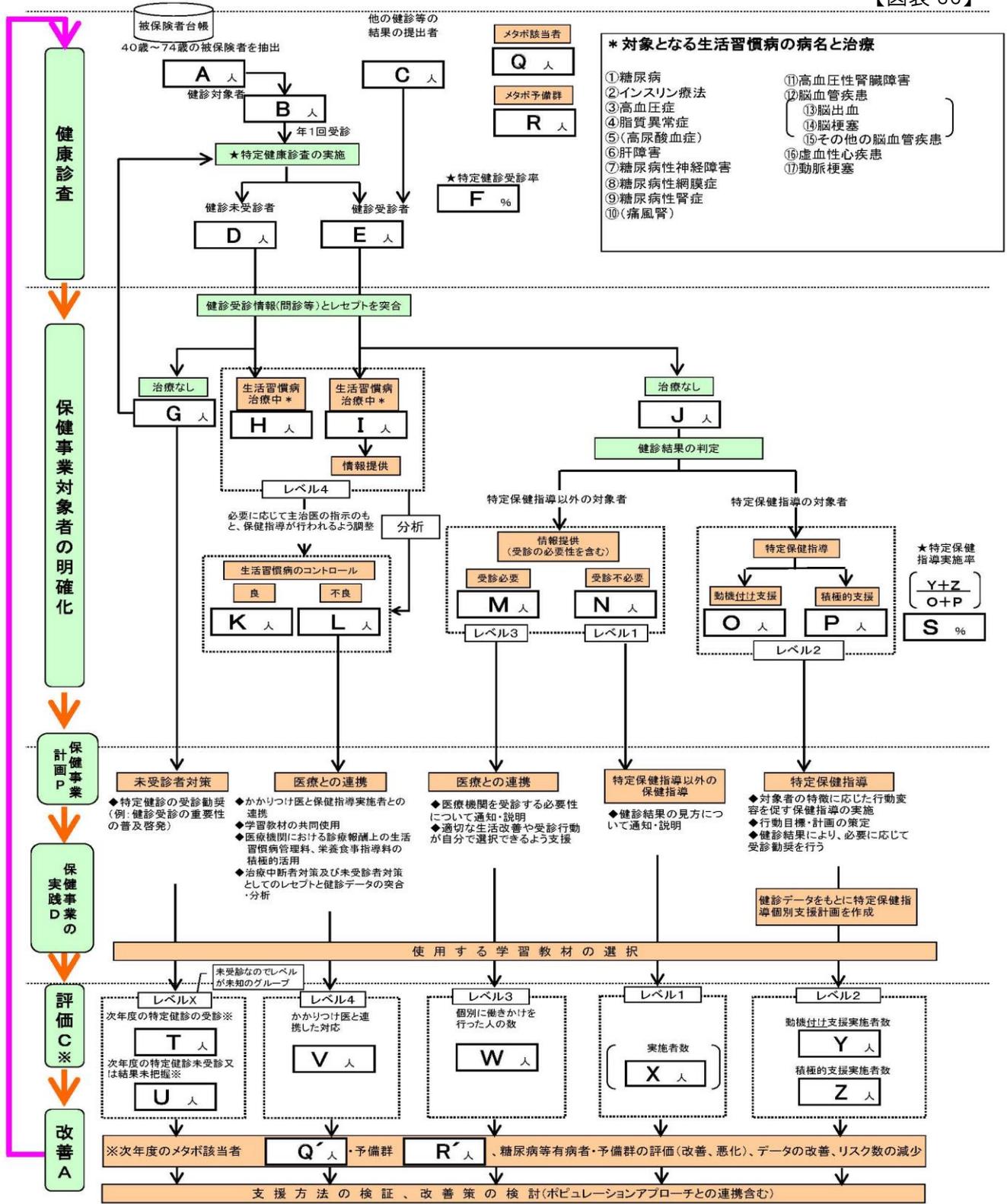
5 特定保健指導の実施

特定保健指導については、市（国保）が直接実施する。

(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35)

【図表35】



(2) 保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

保健指導対象者について、図表 36 に基づき、下記のような優先順位で保健指導を実施する。

優先順位別保健指導対象者 (H30 年度見込)

【図表 36】

優先順位	様式 5-5	保健指導 レベル	支援方法	H27 対象者 (対受診者比) *1	H27 実施者 (実施率) *2	対象者数見込 (対受診者見込 5,944 人比)	目標 実施者数 (実施率)
1	O P	特定保健指導 ○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	492 人 (10.5%) (法定報告)	353 人 (62.4%) (法定報告) (うち、92 人 は重症化予防 対象者)	594 人 (10.0%)	394 人 (66.3%)
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	945 人 (20.2%)	157 人 (16.6%)	1,129 人 (19.0%)	339 人 (30%) *3
3	L	情報提供 (治療中で コントロール不良)	◆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	1,436 人 (30.7%)	268 人 (18.7%)	1,724 人 (29.0%)	517 人 (30%)
4	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)	9,434 人	通知 11,264 人 電話 36 人 訪問 374 人	8,209 人 ※受診率目 標達成まで あと 1,126 人	100% [通知 全員 電話 2,000 人 訪問 1,000 人]
5	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通 知・説明	952 人 (20.4%)	212 人 (22.3%)	1,189 人 (20.0%)	36 人 (3%)
6	K	情報提供 (治療中で コントロール良)	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合・分析 ◆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	1,021 人 (21.9%)	186 人 (18.2%)	1,308 人 (22.0%)	39 人 (3%)
4D (健診未受診者) を除いた合計				4,846 人	1,176 人	5,944 人	1,325 人

*1: KDB では H27 受診者数は 4,670 人で算定

*2: H27 の保健指導実施者実績は血圧、血糖、尿蛋白の結果での階層化

*3: HbA1c6.5 以上については 100%

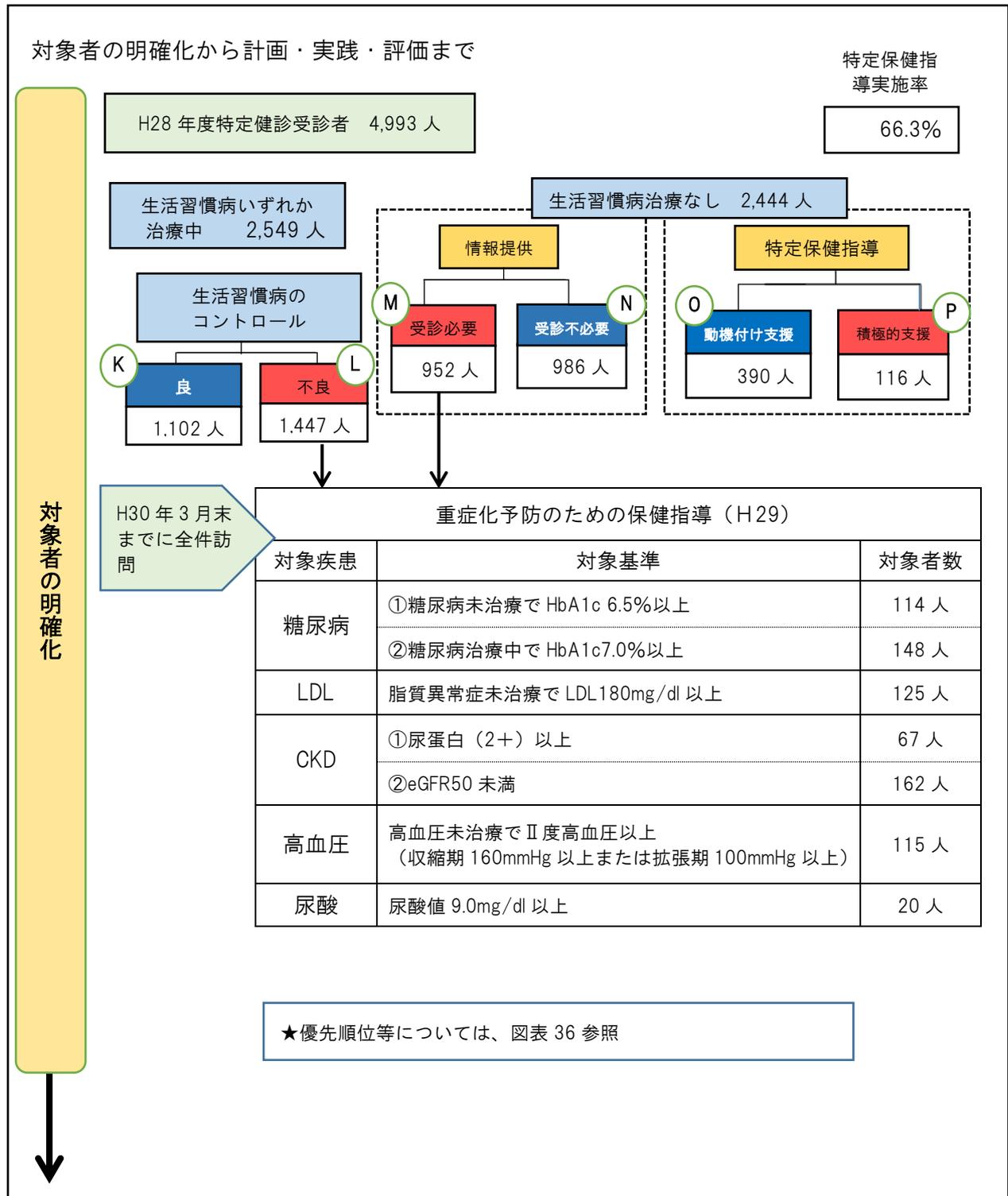
(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かうための進捗状況管理とPDC Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 37)

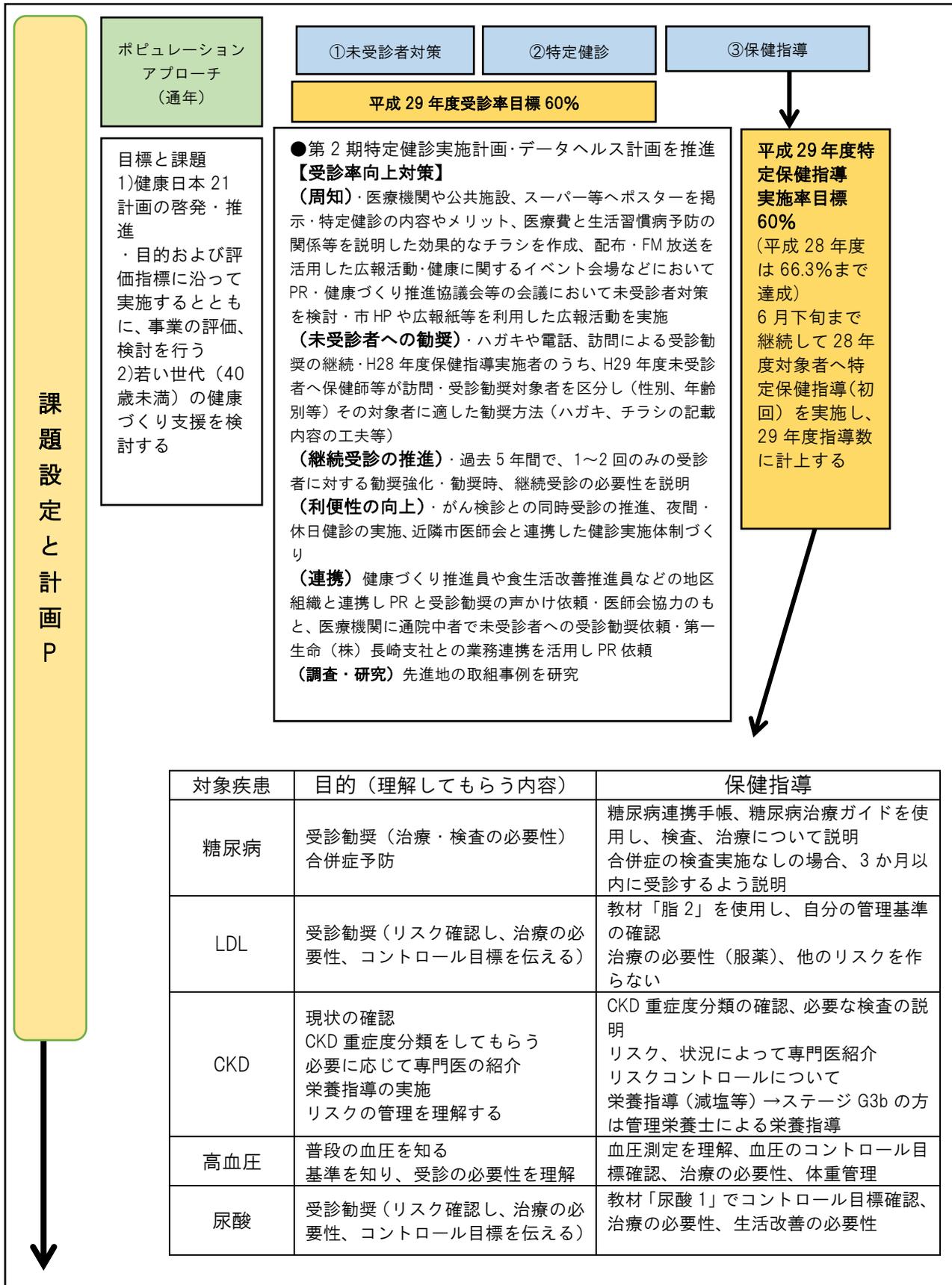
糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

(例：平成 29 年度)

【図表 37-1】

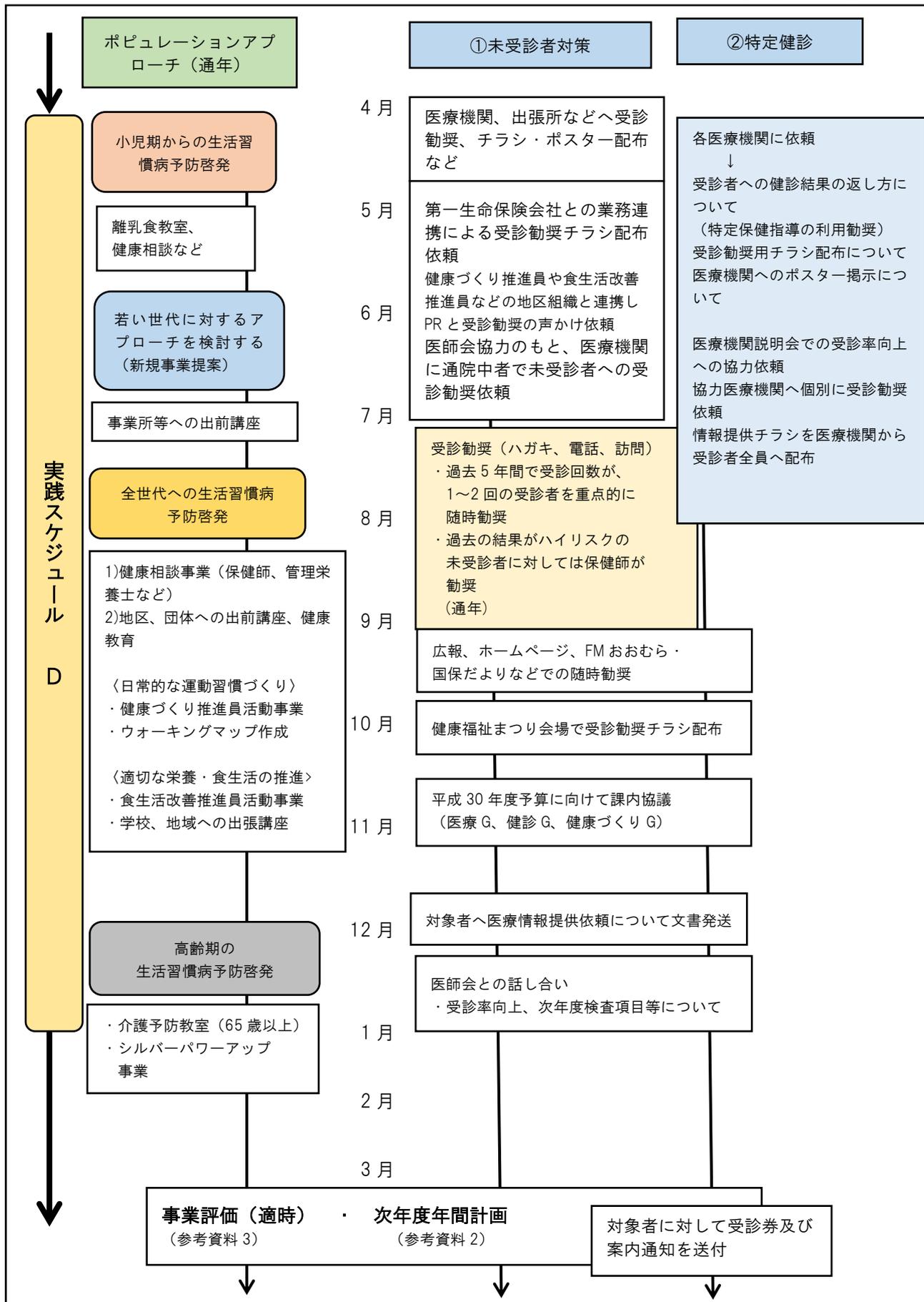


【図表 37-2】

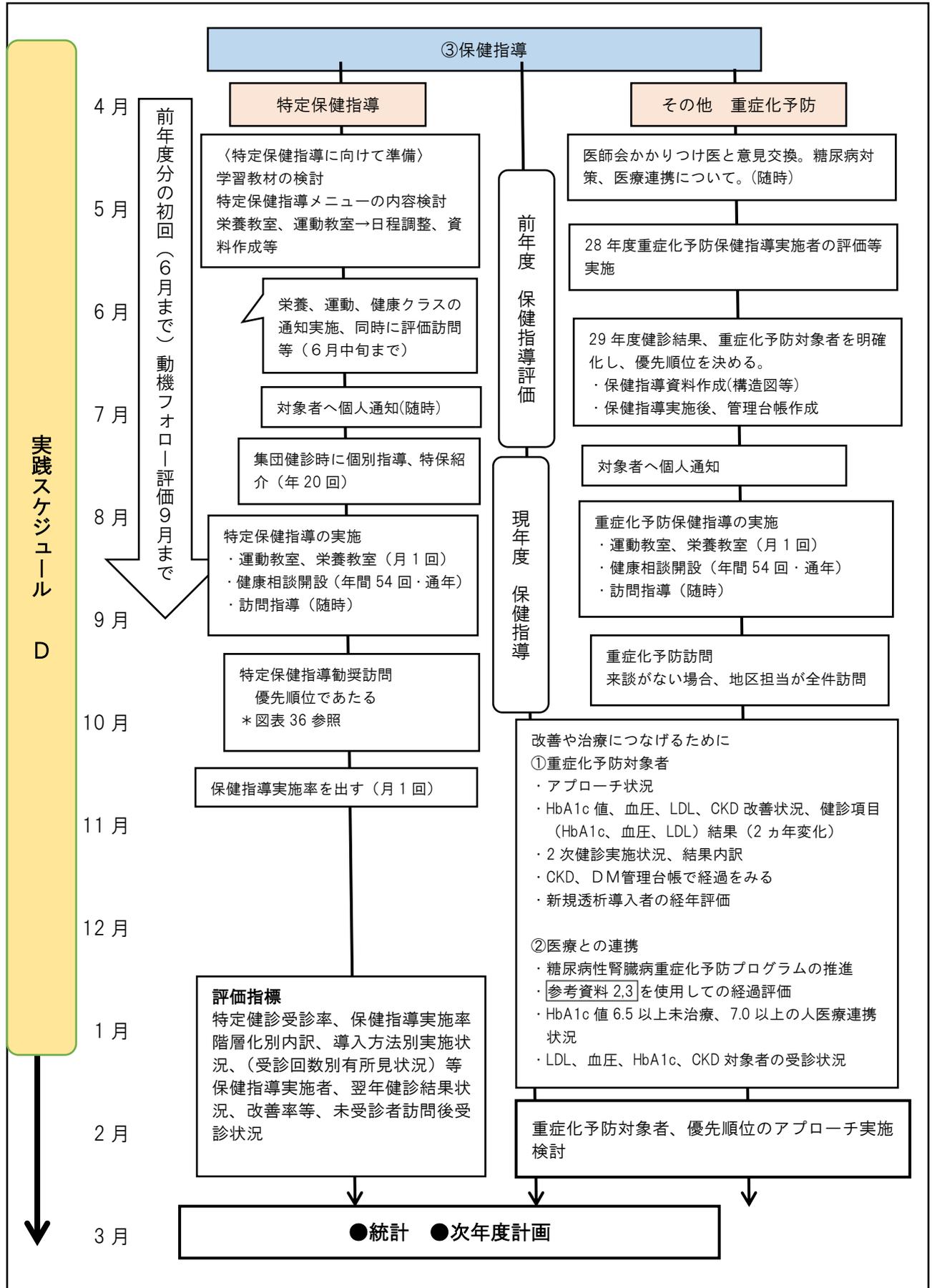


対象疾患	目的(理解してもらう内容)	保健指導
糖尿病	受診勧奨(治療・検査の必要性) 合併症予防	糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査、治療について説明 合併症の検査実施なしの場合、3か月以内に受診するよう説明
LDL	受診勧奨(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える)	教材「脂2」を使用し、自分の管理基準の確認 治療の必要性(服薬)、他のリスクを作らない
CKD	現状の確認 CKD重症度分類をしてもらう 必要に応じて専門医の紹介 栄養指導の実施 リスクの管理を理解する	CKD重症度分類の確認、必要な検査の説明 リスク、状況によって専門医紹介 リスクコントロールについて 栄養指導(減塩等)→ステージG3bの方は管理栄養士による栄養指導
高血圧	普段の血圧を知る 基準を知り、受診の必要性を理解	血圧測定を理解、血圧のコントロール目標確認、治療の必要性、体重管理
尿酸	受診勧奨(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える)	教材「尿酸1」でコントロール目標確認、治療の必要性、生活改善の必要性

【図表 37-3】



【図表 37-4】



【図表 37-5】

評 価 C (前年度に実施した内容)	①未受診者対策	②特定健診							
	【受診率】 (単位%)								
		H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
	目標	47.0	56.0	65.0	42.5	45.5	50.0	55.0	60.0
	実績	35.6	36.5	34.1	30.9	33.2	33.1	35.1	
	全国市町村国保実績	32.0	32.7	33.7	34.3	35.4	36.3	-	-
	③保健指導								
	【特定保健指導：全体】								
	年度	受診者(人)	該当者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)			
	H23	5,146	612	11.9	273	44.6			
H24	4,866	548	11.3	256	49.8				
H25	4,438	453	10.2	227	61.8				
H26	4,794	494	10.3	233	47.0				
H27	4,665	492	10.5	307	62.4				
H28	4,818	483	10.0	320	66.3				
【特定保健指導：積極的支援・動機づけ支援別】									
年度	受診者(人)	積極的支援				動機づけ支援			
		該当者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)	該当者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)
H23	5,146	185	3.6	56	30.3	427	8.3	217	50.8
H24	4,866	164	3.4	39	23.8	384	7.9	234	60.9
H25	4,438	128	2.9	57	44.5	325	7.3	223	68.6
H26	4,794	132	2.8	48	36.4	362	7.6	184	50.8
H27	4,665	115	2.5	47	40.9	377	8.1	260	69.0
H28	4,818	102	2.1	48	47.1	381	7.9	272	71.4
(実績は法定報告値)									
【特保以外の保健指導】									
対象疾患	糖尿病	LDL	CKD	高血圧	尿酸				
評価指標	受診状況、HbA1cのコントロール状況(直近の検査値または次年度健診値)	受診状況 LDL値	受診状況、リスクコントロール状況 Δ eGFR、検査値等	血圧測定状況受診状況	受診状況 UA値				
対象疾患	H27年度保健指導実施し、H28年度健診受診有 : 単位人()は%								
	改善状況				治療状況				
	改善	維持	悪化	健診未受診	治療	未治療			
糖尿病	19 (29.7)	16 (25.0)	13 (20.3)	16 (25.0)	37 (77.1)	11 (22.9)			
高血圧	65 (33.7)	36 (18.7)	13 (6.7)	79 (40.9)	54 (45.8)	64 (54.2)			
CKD	40 (4.1)	573 (58.1)	45 (4.6)	329 (33.3)					
生活習慣病予防をライフサイクルで見ていく。母子、長寿と業務分担をしているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組む									

改善 A

6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・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、個人情報保護及び守秘義務の観点から適切な取扱いを行う。

個人情報の取扱いは、「個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」及び「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、並びに「大村市個人情報保護条例（平成 17 年条例第 2 号）」及び同条例施行規則等に基づいて行う。

また、個人情報を適正に取り扱うため、「国民健康保険法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）第 120 条の 2」及び「高齢者の医療の確保に関する法律（平成 20 年 4 月 1 日施行分）第 30 条及び同第 167 条」等に守秘義務規定が設けられている。

なお、特定健診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

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行う。

保存期間については、原則として 5 年間とする。

7 結果の報告

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

8 特定健診等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、計画は市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9 計画の評価及び見直し

下記の内容については、毎年評価を行い、その結果を大村市国民健康保険運営協議会に報告する。

- ・ 特定健診の受診率
- ・ 特定保健指導実施率
- ・ 特定保健指導対象者以外の保健指導実施率
- ・ 有所見状況の改善状況（HbA1c、血圧、LDL、eGFR 等）

また、本計画は、国の動向等を見極めながら、必要な場合には見直しを行う。

Ⅲ 重症化予防の取組

1 糖尿病性腎臓病重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎臓病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）及び長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム（以下「長崎県プログラム」という。）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては、図表38に沿って実施する。

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

【糖尿病性腎臓病重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 38】

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当たっては長崎県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ア 医療機関未受診者
- イ 医療機関受診中断者
- ウ 糖尿病治療中者
 - ・糖尿病性腎臓病で通院している者
 - ・糖尿病性腎臓病を発症していないが高血圧、メタボ該当者等リスクを有する者

②選定基準に基づく該当者数の把握

1) 対象者の抽出

取組を進めるに当たり、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及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎臓病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（改訂）」（2013年12月糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。

【図表 39】

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：糖尿病性腎臓病は必ずしも第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：GFR 60 ml/分/1.73m² 未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎臓病以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑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、糖尿病性腎臓病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、GFR 60 ml/分/1.73m² 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：GFR 30 ml/分/1.73m² 未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に拘わらず、腎不全期に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎臓病以外の腎臓病との鑑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)を指標としている。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未実施であり把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を、正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料4)

2) 基準に基づく該当者数の把握

レセプトと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。
(図表 40)

平成 28 年度特定健診受診者で、HbA1c が 6.5%以上の糖尿病型と判断される者は 652 人 (13.1%・E)、そのうち糖尿病未治療者は 219 人 (33.6%・F)、治療中断は 10 人 (3.0%・キ)、継続受診者は 320 人 (97.0%・ク)であった。

一方、糖尿病治療者で平成 28 年度特定健診未受診者 2,223 人 (I)のうち、過去(平成 23 年度以降)に 1 度でも特定健診受診歴があり血糖コントロール不良であった者は 464 人 (20.9%・イ)、そのうち治療中断は 200 人 (43.1%・オ)であった。残りの 264 人 (56.9%・カ)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となる。

さらに、糖尿病治療者で平成 28 年度特定健診未受診者 2,223 人 (I)のうち、過去に 1 度でも特定健診を受けたことがない者は 1,759 人 (79.1%・ア)と多く、そのうち治療中断者は 971 人 (55.2%・ウ)と中断率が高い状況であった。アについては、データが全く不明であるため重症化予防に向けた受診勧奨と特にコントロールが不良の者については、医療機関から情報提供を受け介入が必要となる。

3) 優先順位と介入方法

図表 40 を活用し、市国保における保健指導の優先順位と介入方法を以下のとおりとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・219 人
- ②糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・210 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

- ①糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・320 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

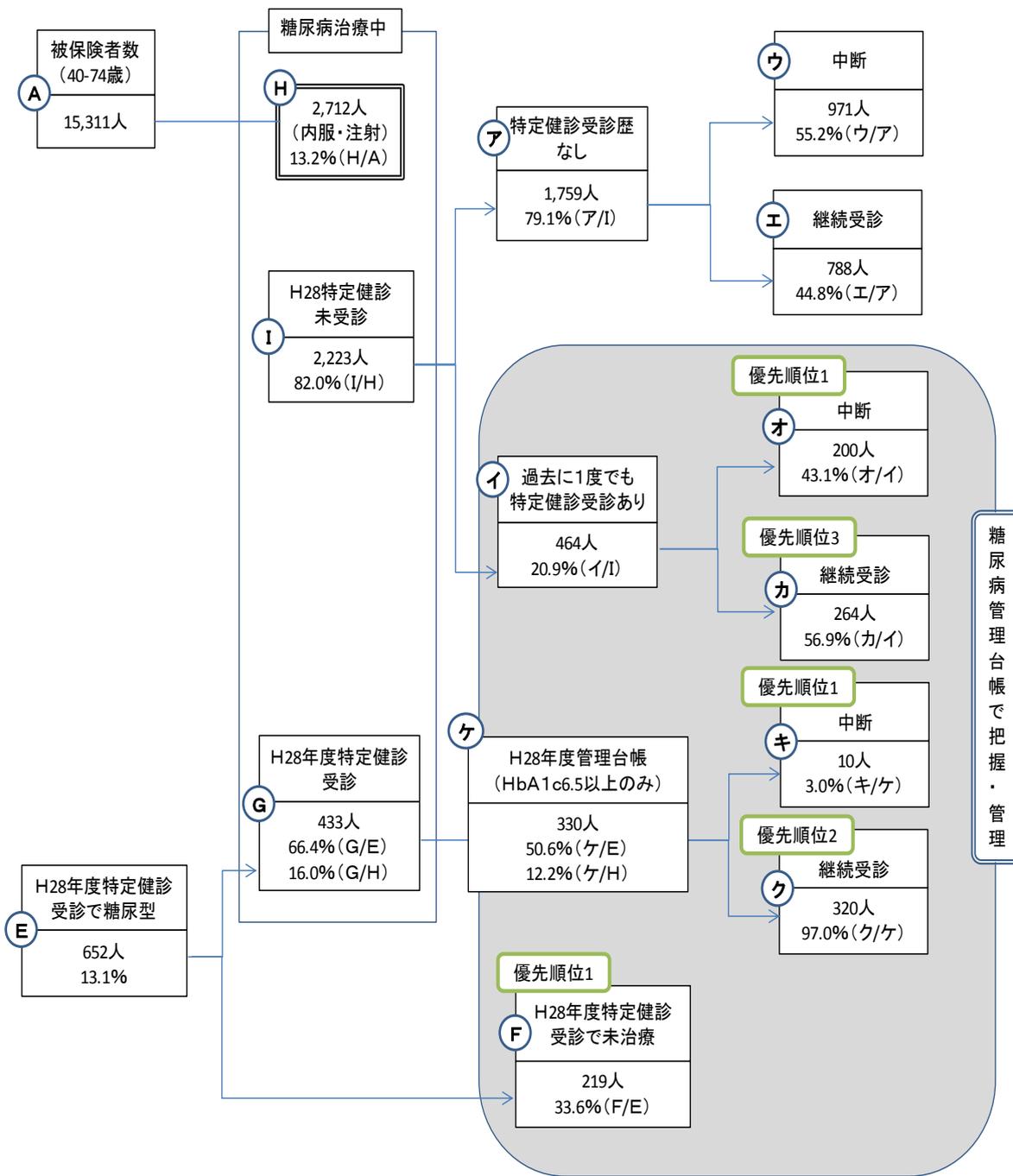
優先順位 3

【保健指導】

- ①過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・264 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者
 ただし、ウのみH29年度HbA1c検査履歴がない者



* 表中の人数には、健診受診後の転出、加入保険異動、死亡等は含まれていない。

(3) 保健指導の進捗管理

糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 5）及び年次計画表(参考資料 6)に基づき、担当地区ごとに作成し管理する。

【糖尿病台帳作成手順】

1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

*当該年度の健診データだけでなく過去5年間で特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 (BMI) ④eGFR ⑤尿蛋白

2) 資格を確認する。

3) レセプトで治療状況等を確認し、情報を記載する。

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

4) 管理台帳記載後、結果を確認する。

- ・ 昨年のデータと比較し介入対象者を試算

5) 担当地区の対象者数を把握する。

- ・ 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）

(4) 保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎臓病の発症・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。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う。（参考資料 7）

②2次健診を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみ実施しているため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎臓病重症化ハイリスク者の増加抑制のため、HbA1c6.5%以上の者に対し、尿アルブミン検査の実施を検討し、結果に基づき早期介入を行うことで腎臓病重症化予防を目指す。

(5) 医療との連携

①医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に市医師会等と協議した紹介

状等を使用する。

②治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データ及び保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長崎県プログラムに準じ行う。

(6) 評価

評価については、短期的評価・中長期的評価の視点で考える。短期的評価については、以下の視点で年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等の情報を活用する。また、中長期的評価においては、様式6-1 改変 糖尿病性腎臓病重症化予防の取組み評価表(参考資料8)を用いて行う。

①短期的評価

1) 受診勧奨者に対する評価

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

2) 保健指導対象者に対する評価

- ア 保健指導実施率
- イ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上の低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

(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

6月 健診受診勧奨対象者(オ・カ)の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届きしだい、糖尿病管理台帳に記載(キ・ク・F)

台帳記載後、対象者へ介入(通年)

2 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組に当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る。(参考資料 9)

(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当たっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考える。(参考資料 10)

②重症化予防対象者の抽出

1) 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患の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。市国保においては平成 28 年度特定健診受診者 4,993 人のうち心電図検査実施者は 91 人 (1.8%) であり、そのうち ST 所見があった者は 2 人であった (図表 41)。必要な対象者へ確実に心電図検査を行うとともに心電図における 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的確に伝えられるよう、対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

【図表 41】

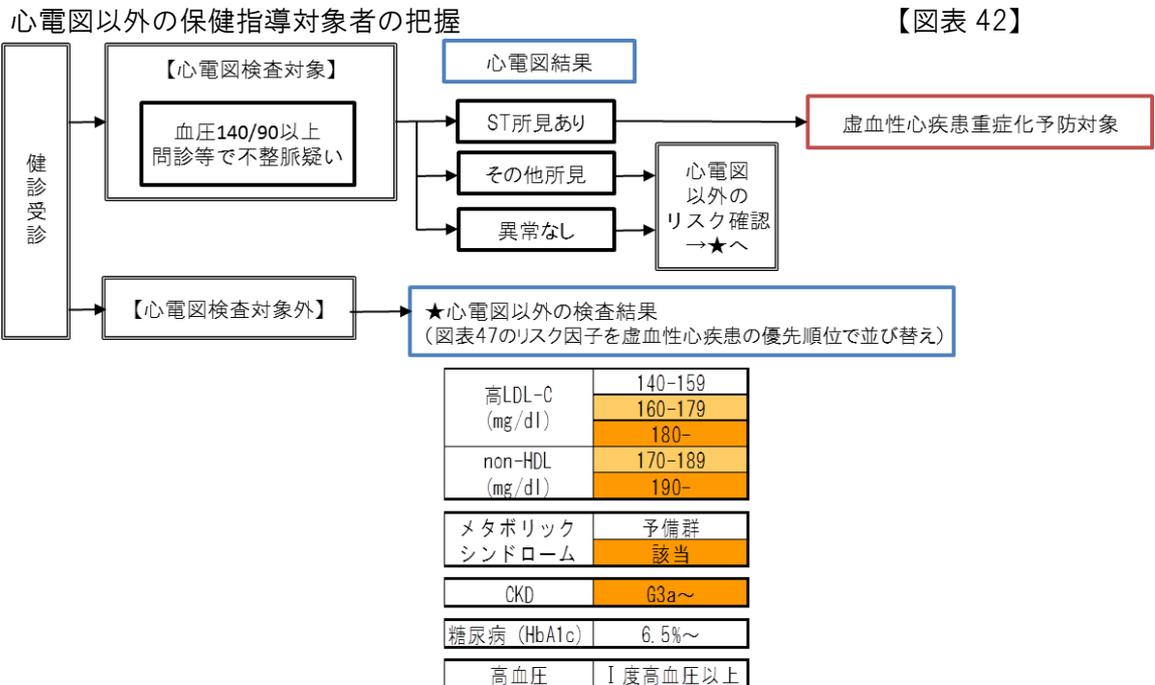
心電図検査結果

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)		ST所見あり (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
	人数	人数	b/a	人数	c/d	人数	d/b	人数	e/b	
H24	4,866	41	0.8%	1	6.7%	15	36.6%	25	61.0%	
H25	4,438	40	0.9%	1	6.7%	15	37.5%	24	60.0%	
H26	4,794	128	2.7%	3	7.5%	40	31.3%	85	66.4%	
H27	4,665	144	3.1%	3	5.5%	55	38.2%	86	59.7%	
H28	4,993	91	1.8%	2	6.3%	32	35.2%	57	62.6%	

	要精査人数
H24	0
H25	0
H26	0
H27	0
H28	0

2) 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に実施する「詳細な健診」の項目である。心電図検査が実施されなかった者については、虚血性心疾患は、メタボ又は LDL、CKD とも関連することから、図表 42 に従いタイプ別に対象者を抽出する。



(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 43 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から早期に医療機関を受診し重症化予防につなげる。

保健指導の実施にあたっては、問診、現病歴等を確認しながら、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。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 43】

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う 			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3~5分程度 (休むとよくなる)	数分~20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(参考資料 10 一部抜粋)

② 2次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 10 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから、対象者へは2次健診におけるこれらの検査(図表 44)の導入を検討していく。

2次健診に関する各種検査

【図表 44】

検査項目		何を見ているのか	検査方法
血管内皮機能検査	FMD検査	動脈硬化初期段階からの機能的変化を捉える検査。FMD、RH-PAT検査は、心血管疾患危険因子の予後予測指標。	超音波を用いて、上腕動脈を描出し、安静時、駆血時の上腕動脈血管径の比率で求める。 
	RH-PAT検査		左右の指一本に専用プローブを装着し、駆血前後の脈波から動脈の拡張機能を測定する方法。 
動脈硬化検査	脈波伝播速度（PWV）	心臓からの血液駆出により生じる動脈の脈動が抹消へ伝播するに波（脈波）が伝わる速度で、動脈の硬さがわかる検査。	両側の腕と足首に血圧計のカフ等を装着し、血圧等から測定される。測定時の血圧、脈拍の影響を受ける。 
	心臓足首血管指数（CAVI）	大動脈起始部から下肢、足首までの動脈全体の弾性を表す指標	両側の腕と足首に血圧計のカフ等を装着し、血圧等から測定される。測定時の血圧に依存しない。
末梢動脈検査	足関節上腕血圧比（ABI）	下肢の動脈の狭窄の程度がわかる検査。糖尿病等の方は、TBIを測定する。（TBIは、上腕の血圧を足関節の血圧で割った値）	両側の上肢、足関節レベルの収縮期血圧を測定することで計測される。（足関節の血圧を上腕の血圧を割った値）
頸動脈超音波検査		頸動脈の内中膜複合体の肥厚度（IMT）や血管内のプラークの数、大きさ、質をみる。	首に超音波をあて心臓から頭に向かう首の左右の大きな血管を画像でみる検査 

③保健指導の進捗管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL 管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、CKD が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。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 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、かかりつけ医より対象者の検査データを収集し、保健指導への助言をもらう。

（５）評価

評価については、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以下の視点で年 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 等の情報を活用する。

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

①短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ、LDL 等重症化予防対象者の減少（参考資料 11）

（６）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

6 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届きしだい糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後、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当たっては「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」等に基づいて進める。(図表 45、46)

脳卒中の分類

【図表 45】

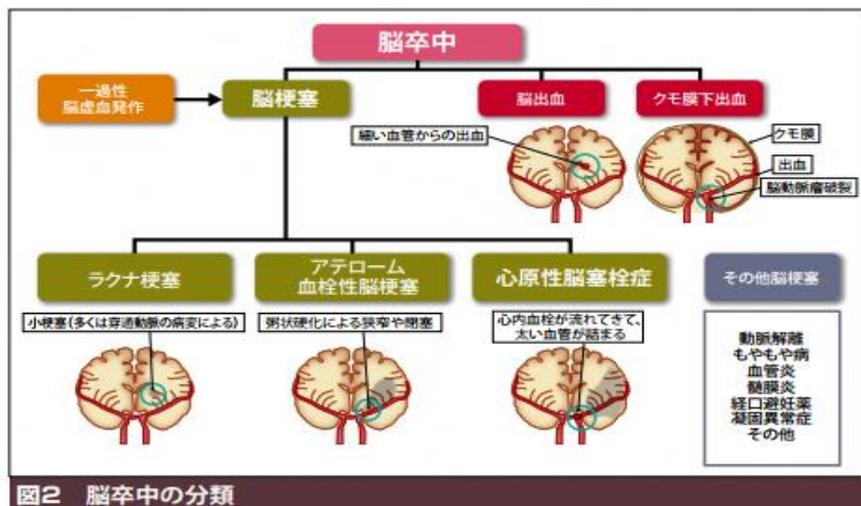


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防への提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 46】

リスク因子 (●はハイリスク群)		高血圧症	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	ラクナ脳梗塞	●						○	○
	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	●							

(参考 脳卒中ガイドライン、病気が見えるシリーズ脳・神経)

(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ついては、図表 46 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。脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子である。図表 47 をみると、Ⅱ度高血圧以上が 295 人 (5.9%) であり、うち 179 人は未治療者であった。また未治療者のうち 9 人は既に腎臓や心臓等の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 116 人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る。

【図表 47】

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

H28年度 (H29.6.21作成)

リスク因子 (●はハイリスク群)		高血圧症	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)			
脳 梗 塞	ラクナ脳梗塞	●				○	○			
	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	●								
特定健診受診者における 重症化予防対象基準		血圧	血糖	脂質	心電図	メタボ基準	尿検査		血清クレアチニン	
		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	LDL-C 180mg/dl以上	心房細動	メタボ該当者	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満		
受診者数...4,993人		295人 5.9%	309人 6.2%	170人 3.4%	2人 0.0%	894人 17.9%	85人 1.7%	109	2.2%	
治療なし		179人	161人	155人	0人	153人	16人	22人		
治療中		116人	148人	15人	2人	741人	69人	87人		
臓器障害あり		9人	12人	8人	0人	14人	16人	22人		
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象者)	8人	11人	5人	0人	10人	16人	22人		
	尿蛋白 (2+) 以上	5人	6人	3人	0人	8人	16人	1人		
	尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人		
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	3人	5人	1人	0人	2人	1人	22人		
	心電図所見あり	1人	1人	3人	0人	4人	0人	0人		

②リスク層別化による重症化予防対象者の把握

高血圧単独因子以外に、危険因子の組み合わせも脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても、高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。

図表 48 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となる。

【図表 48】

H28年度 (H29.6.21作成)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)					
	至適血圧 ~119 / ~79	正常血圧 120~129 / 80~84	正常高値血圧 130~139 / 85~89	I度高血圧 140~159 / 90~99	II度高血圧 160~179 / 100~109	III度高血圧 180以上 / 110以上
2,968	922	753	563	551	137	42
	31.1%	25.4%	19.0%	18.6%	4.6%	1.4%
リスク第1層注1	333	160	85	43	36	7
	11.2%	17.4%	11.3%	7.6%	6.5%	5.1%
リスク第2層注2	1,641	511	413	314	317	68
	55.3%	55.4%	54.8%	55.8%	57.5%	49.6%
リスク第3層注3	994	251	255	206	198	62
	33.5%	27.2%	33.9%	36.6%	35.9%	45.3%
再掲 重複あり 糖尿病	267	69	62	66	52	13
	26.9%	27.5%	24.3%	32.0%	26.3%	21.0%
慢性腎臓病 (CKD)	498	143	129	89	96	31
	50.1%	57.0%	50.6%	43.2%	48.5%	50.0%
3個以上の危険因子	461	85	117	102	106	36
	46.4%	33.9%	45.9%	49.5%	53.5%	58.1%

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
36	324	370
1.2%	10.9%	12.5%
36	7	2
100%	2.2%	0.5%
--	317	86
--	97.8%	23.2%
--	--	282
--	--	76.2%

注1：リスク因子がない

注2：糖尿病以外の1-2個の危険因子、3項目を満たすメタボのいずれかがある

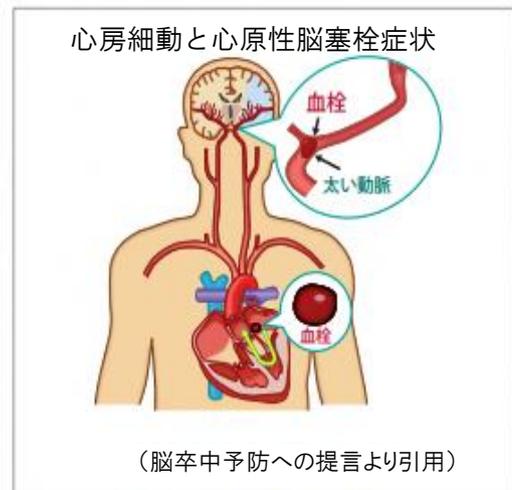
注3：糖尿病、CKD、臓器障害/心血管病、4項目を満たすメタボ、3個以上の危険因子のいずれかがある

(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

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。(図表 49) この原因となる心臓病で一番多いのが心房細動である。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だが、市国保の心電図検査実施率は、平成 28 年度では 1.8%と低く、心房細動有所見者は2人であった。必要な対象者へ確実に心電図を行えるように体制を整えていく。

【図表 49】



(3) 保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、問診、現病歴、家庭血圧等も確認し、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 2次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要がある。血管機能不全の検査については、虚血性心疾患重症化予防の2次健診と同様に考える。(43頁参照)

③ 保健指導の進捗管理

1) 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ～Ⅲ度高血圧者を対象に血圧評価表を活用して、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。(参考資料12)

2) 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように心房細動管理台帳を作成し経過を把握する。(参考資料13)

(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、かかりつけ医より対象者の検査データを収集し、保健指導への助言をもらう。

(5) 評価

評価については、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等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎臓病・虚血性心疾患等と合わせて行う。

① 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等重症化予防対象者の減少(参考資料11)

(6) 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

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届きしだい、糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後、対象者へ介入(通年)

IV その他の取組

1 その他の保健事業

保険者努力支援制度の評価指標も踏まえ、以下の内容について取り組む。

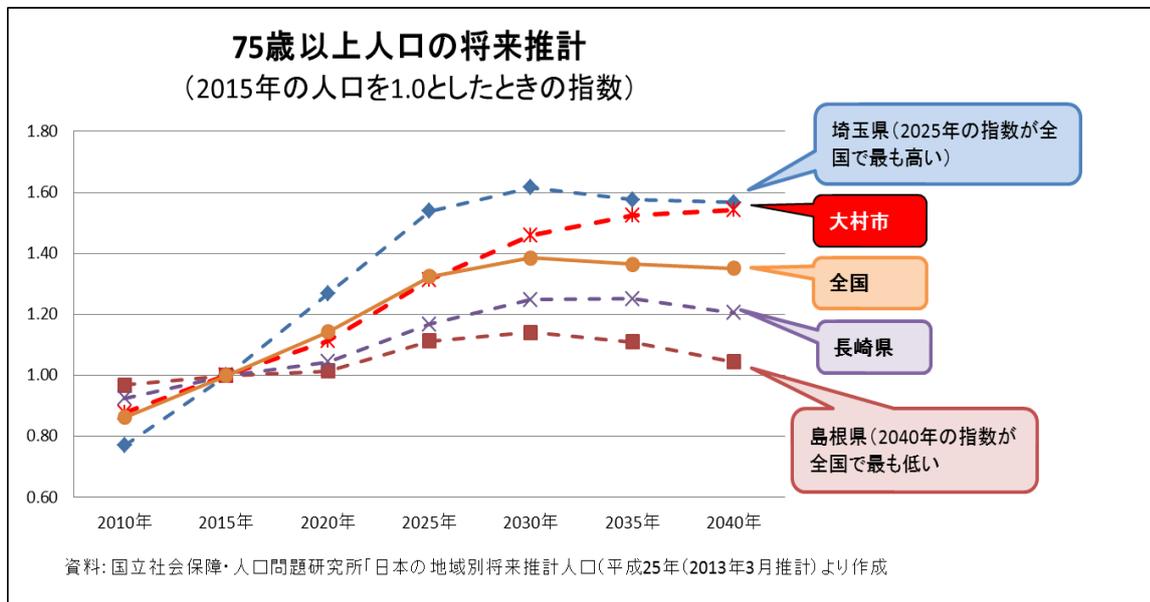
- ① レセプト等の情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、適切な受診の指導を行う。併せて、特定健診の受診勧奨や保健指導を実施する。
- ② 後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額について、被保険者に通知し、後発医薬品の使用を促進する。
- ③ 糖尿病等の生活習慣病と関連性があるがん、歯周病の早期発見、早期治療を図るため、被保険者を含む市民を対象としたがん検診、歯周疾患検診を継続する。
- ④ 個人へのインセンティブ提供として、商工会等と連携した個人ポイント付与等の取組について導入を検討していく。

2 地域包括ケアに係る取組

75歳以上人口について、2015年人口を1.0としたとき、長崎県全体は2030年をピークに緩やかに下降し始めるのに対し、本市は今後上昇し続け2040年には1.54になると推計されている。(図表50)

市国保被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合は42.2%であり、前期高齢者に係る医療費の割合は医療費の過半数を超えている。高齢者が地域で健康でいきいきと過ごすために、市国保として健康づくりの推進を行うことは国保の安定的な運営のためにも非常に重要である。

【図表50】



地域包括ケアシステムは、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」という専門的サービスと、その前提として「すまい」と「介護予防・生活支援」が相互に関係し、連携しながら地域生活を支えていくものとしており、市国保においても長寿介護課ほか関係部門と連携を図りながら推進していく必要がある。

高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援につなげていくため、医療・介護・福

社関係団体や、民生委員・児童委員、町内会、老人クラブ等で構成される大村市地域ケア等に参画し、地域包括ケアの構築を進めていく。

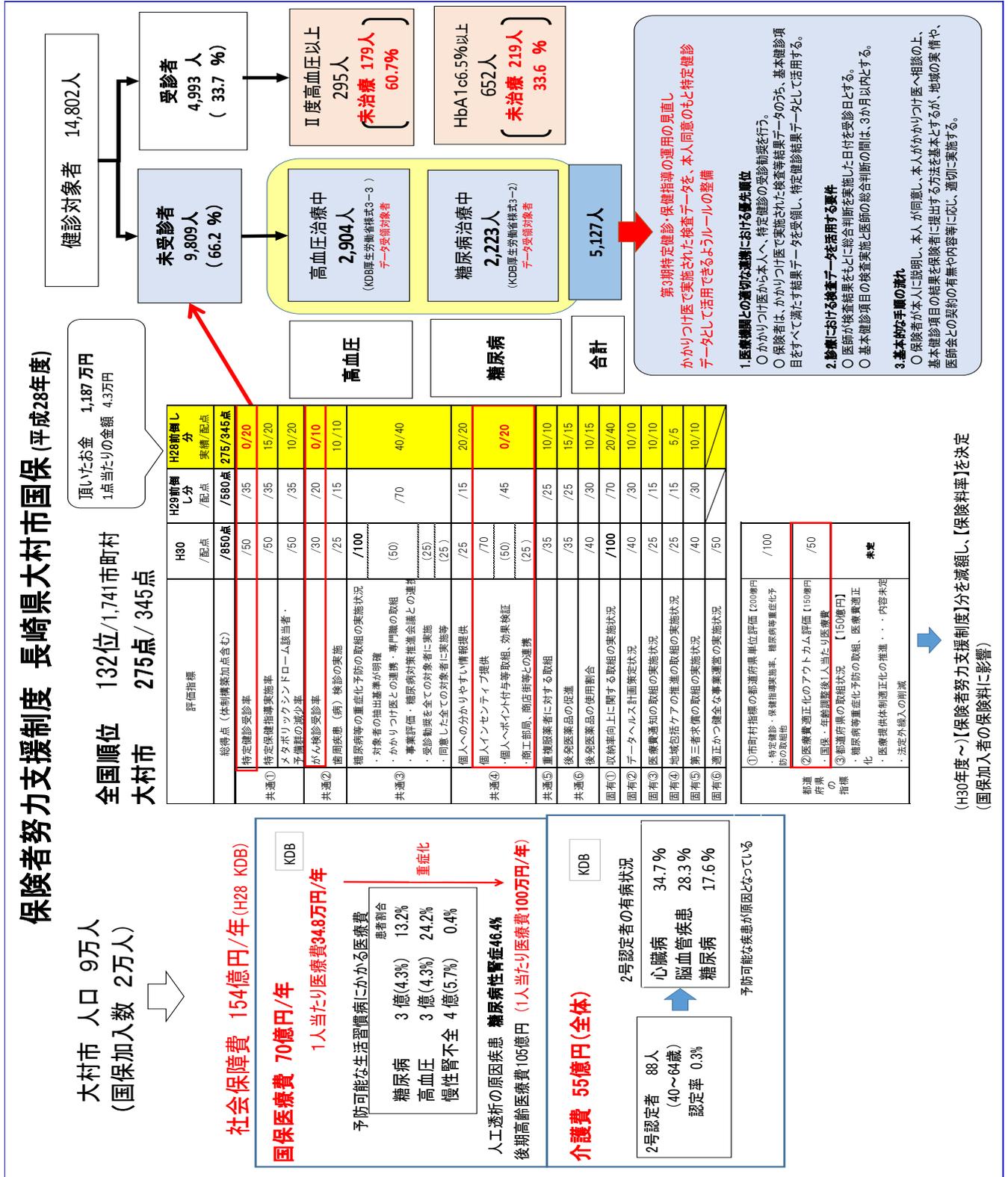
また、被保険者を含む高齢者の疾病予防と健康づくりの推進のため、食や運動を主とした健康づくりの担い手となるボランティア育成など高齢者自身の活躍の場づくりと高齢者による地域の健康づくり活動の展開の支援や、口腔機能向上の取組や歯の喪失予防を推進する。

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。脳血管疾患、糖尿病性腎臓病による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保被保険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。要介護状態の重度化予防のため、Ⅲ節の重症化予防の取組を積極的に進めながら、要介護状態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てハイリスク対象者を抽出し保健指導を実施する。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市地域包括支援センター等と連携する。

V 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。(図表 51、52)

【図表 51】



長崎県の健診結果と生活

1 からだの実態

① 健診データ

全保険者2,400万人のデータの中で **長崎県の血圧は？!**
(40～75歳未満・平成25年度NDBオープンデータ)

最高血圧140以上
長崎県 全国1位

塩分の摂り方

② 患者調査(H26年) 人口10万対

入院	1位	6位
高血圧		
糖尿病		

高血圧、高血糖、肥満の影響は？

入院	8位	14位
脳血管疾患		
腎不全等腎疾患		

③ 慢性透析患者(H27年) 人口100万対

平成27年	順位
慢性透析患者数	11位
新規透析導入患者	13位
糖尿病性腎症	45位

透析の原因疾患は？

日本透析医学会 統計調査委員会 「わが国の慢性透析療法の実態」

2 長崎の食の実態

① 食品ランキング(県庁所在地及び政令都市) 長崎市/53市

食品	金額	数量
生鮮魚介	7位	8位
鮮魚	5位	7位
あじ	1位	1位
いわし	3位	3位

食品	金額
魚肉練製品	2位
かまぼこ	2位
揚げかまぼこ	6位

調味料	金額	数量
食塩	10位	6位
しょうゆ	10位	8位
砂糖	7位	5位
酢	15位	6位
マヨネーズ	11位	9位
食用油	32位	7位

調理法は？
献立はおでん、南蛮漬け、てんぷら…

野菜は？

食品	金額	数量
葉野菜	43位	45位
小松菜、チンゲンサイ等		
ほうれんそう	49位	50位
にんじん	43位	39位

(家計調査) 2014年～2016年平均

3 長崎の医療費の実態

● 国保、後期の医療費

国保 被保険者1人あたり医療費 (H27年)

国保事業年報	
順位	県名 円
7	長崎 411,022
47	沖縄 298,165

7位 長崎県 41万円
差額 11万円

47位 沖縄県 30万円

後期高齢者 1人あたり医療費 (H27年)

後期高齢者医療事業報	
順位	県名 円
4	長崎 1,102,286
47	新潟 756,425

4位 長崎県 110万円
差額 34万円

47位 新潟県 76万円

第4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（2020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（2023年度）においては、次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。

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の指標も含め下記のとおり評価を行う。

※評価における4つの指標（参考資料2・3）

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・医師会等の外部団体への相談等ができていますか
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、KDB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。

3 目標管理一覽表

【図表 53】

関連 計画等	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値								最終 評価値
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健診等 実施計画	<ul style="list-style-type: none"> ・体の状態を確認する機会となる特定健診の受診率が低い。 ・メタボ該当者の割合が増加し、同規模よりも高く、高血糖(HbA1c)の割合も、H25年度と比べ増加し、全国よりも高い。 	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を伸ばし、生活習慣病の発症・重症化を予防する。	特定健診受診率60%以上	35.1%		42.0%	45.0%	48.0%	51.0%	55.0%	60.0%	
			特定保健指導実施率66.3%以上	66.3%		66.3%	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	20.4%		20.4%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	
データヘルス計画	短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎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が改善する。	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	17.9%							17.9%以下	
			健診受診者の糖尿病患者の割合の減少 (未治療者はHbA1c6.5%以上、治療中者は7.0%以上)	6.2%							6.2%以下	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	5.9%							5.9%以下	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL180以上)	3.4%							3.4%以下	
	中長期	慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合が全国より高い。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の46.4%を占めている。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等の発症を予防する。	脳血管疾患患者数の増加の抑制	1,044人							1,044人以下
				虚血性心疾患の患者数を5%減少	910人							885人以下
				新規透析導入者を15人以内	16人							15人以下
				入院一人当たり医療費の伸び率を同規模市並みにする	15.90 (同規模市7.88)							同規模市並み

第5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おおむらを通じた周知のほか、市医師会等の関係団体をとおり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も作成し配布する。

2 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いは、「個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及び「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、並びに「大村市個人情報保護条例（平成17年条例第2号）」及び同条例施行規則等に基づいて行う。

また、個人情報を適正に取り扱うため、「国民健康保険法（平成20年4月1日施行分）第120条の2」及び「高齢者の医療の確保に関する法律（平成20年4月1日施行分）第30条及び同第167条」等に守秘義務規定が設けられている。

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大村市の位置
- 参考資料 2 平成 29 年度に向けての全体評価
- 参考資料 3 平成 28 年度の実績評価をふまえ、平成 29 年度の取組みと課題整理
(平成 29 年度進捗状況)
- 参考資料 4 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 5 糖尿病管理台帳 (永年)
- 参考資料 6 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 7 糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える
- 参考資料 8 様式 6-1 改変 (参考資料 2 との突合)
糖尿病性腎臓病重症化予防の取組み評価
- 参考資料 9 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか
- 参考資料 10 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 11 脳・心・腎を守るために一重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、
保健指導対象を明らかにする
- 参考資料 12 血圧評価表
- 参考資料 13 心房細動管理台帳

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大村市の位置											H28年度	(H28.6.21年度)		
項目			H25		H28		同規模平均		長崎県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	89,810		89,810		18,346,852		1,411,818		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			65歳以上(高齢化率)	18,041	20.1	18,041	20.1	4,430,444	24.1	368,546	26.1	29,020,766	23.2	
			75歳以上	9,019	10.0	9,019	10.0			198,412	14.1	13,989,864	11.2	
			65~74歳	9,022	10.0	9,022	10.0			170,134	12.1	15,030,902	12.0	
			40~64歳	29,909	33.3	29,909	33.3			490,212	34.7	42,411,922	34.0	
	39歳以下	41,860	46.6	41,860	46.6			553,060	39.2	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	4.6		4.6		6.1		8.2		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			第2次産業	20.0		20.0		28.9		20.2		25.2		
			第3次産業	75.4		75.4		65.0		71.6		70.6		
	③	平均寿命	男性	79.1		79.1		79.6		78.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	86.4		86.4		86.3		86.3		86.4		
	④	健康寿命	男性	64.9		64.9		65.3		64.6		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			66.9		66.8		66.8		66.4		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	97.7		101.1		100.0		103.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			男性	97.7		101.1		100.0		103.1		100		
			女性	99.2		101.0		100.9		98.1		100		
			がん	259	53.7	265	55.9	54,818	48.1	4,928	51.1	367,905	49.6	
			心臓病	106	22.0	100	21.1	30,930	27.1	2,563	26.6	196,768	26.5	
			脳疾患	67	13.9	66	13.9	18,797	16.5	1,378	14.3	114,122	15.4	
			糖尿病	10	2.1	5	1.1	2,153	1.9	150	1.6	13,658	1.8	
			腎不全	17	3.5	20	4.2	3,750	3.3	353	3.7	24,763	3.3	
	自殺	23	4.8	18	3.8	3,547	3.1	268	2.8	24,294	3.3			
	②	早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	138		104								厚労省HP 人口動態調査 (※H28はH27年分)
			男性	96		67								
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	3,467	18.7	3,909	21.3	891,715	20.2	90,276	24.5	5,882,340	21.2
新規認定者				116	0.3	58	0.4	15,309	0.3	1,234	0.3	105,654	0.3	
2号認定者				103	0.3	88	0.3	21,986	0.4	1,979	0.4	151,745	0.4	
糖尿病				862	23.4	1,025	25.0	203,607	21.9	24,502	26.2	1,343,240	21.9	
②		有病状況	高血圧症	2,023	55.8	2,341	58.0	478,594	51.8	56,892	61.2	3,085,109	50.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			脂質異常症	878	24.6	1,231	29.6	255,994	27.6	30,800	32.9	1,733,323	28.2	
			心臓病	2,295	63.6	2,668	66.6	545,522	59.1	64,956	69.9	3,511,354	57.5	
			脳疾患	1,091	30.3	1,070	27.6	239,267	26.2	26,554	28.7	1,530,506	25.3	
			がん	345	9.8	431	11.1	92,924	10.0	12,235	13.0	629,053	10.1	
			筋・骨格	1,977	54.2	2,352	58.4	468,953	50.8	59,374	64.0	3,051,816	49.9	
			精神	1,355	37.1	1,616	39.7	330,813	35.6	38,803	41.4	2,141,880	34.9	
③		介護給付費	1件当たり給付費(全体)	65,186		65,029		61,236		61,932		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握
	居宅サービス		50,972		51,301		40,245		43,929		39,683			
	施設サービス		283,310		277,717		278,146		282,181		281,115			
④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	10,704		7,255		8,026		7,939		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		認定あり	3,313		3,580		3,809		3,952		3,822			
4	①	国保の状況	被保険者数	21,455		19,801		4,516,485		380,823		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			65~74歳	7,612	35.5	8,363	42.2			150,406	39.5	12,462,053	38.2	
			40~64歳	7,793	36.3	6,439	32.5			133,783	35.1	10,946,693	33.6	
			39歳以下	6,050	28.2	4,999	25.2			96,634	25.4	9,178,477	28.2	
	②	医療の概況(人口千対)	加入率	23.9		22.0		24.7		27.0		26.9		KDB_NO.5 被保険者の状況
			病院数	7	0.3	7	0.4	1257	0.3	156	0.4	8,255	0.3	
			診療所数	82	3.8	84	4.2	12,813	2.8	1,409	3.7	96,727	3.0	
			病床数	1,595	74.3	1,595	80.6	227,288	50.3	26,780	70.3	1,524,378	46.8	
			医師数	349	16.3	358	18.1	33,690	7.5	4,170	10.9	299,792	9.2	
			外来患者数	748.6		788.9		688.2		723.5		668.3		
	③	医療費の状況	入院患者数	23.4		25.4		19.8		27.9		18.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			一人当たり医療費	25,667	県内14位/県内25 同規模69位/259	29,039	県内8位 同規模43位	25,582		29,108		24,253		
受診率			771.992		814.354		708.019		751.464		686.501			
外来			費用の割合	56.6		55.6		59.3		53.3		60.1		
件数の割合			97.0		96.9		97.2		96.3		97.4			
入院			費用の割合	43.4		44.4		40.7		46.7		39.9		
件数の割合			3.0		3.1		2.8		3.7		2.6			
1件あたり在院日数			16.5日		16.1日		16.2日		17.9日		15.6日			
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名(調割合含む)	がん	693,182,390	18.8	997,875,170	24.8	25.0		22.4		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		慢性腎不全(透析あり)	244,291,440	6.6	421,897,880	10.5	9.5		10.7		9.7			
		糖尿病	343,287,270	9.3	342,727,400	8.5	10.1		8.1		9.7			
		高血圧症	451,895,060	12.2	354,990,090	8.8	8.9		8.5		8.6			
		精神	834,748,230	22.6	810,746,930	20.1	17.6		21.1		16.9			
筋・骨格	586,903,770	15.9	603,032,690	15.0	14.9		16.5		15.2					

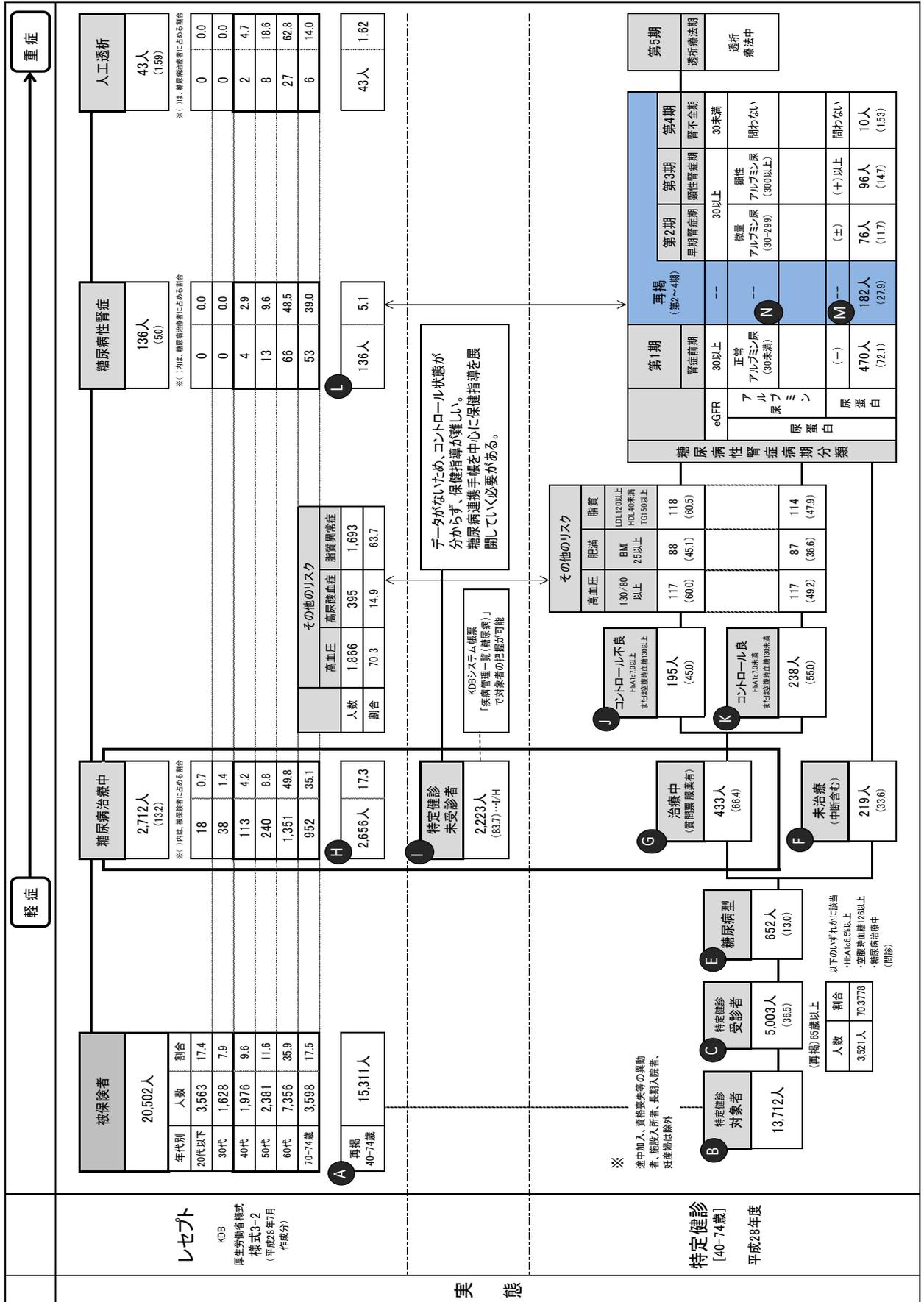
項目			H25		H28		同規模平均		長崎県		国		データ元 (CSV)			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	⑤	費用額 (1件あたり) 入院	糖尿病	514,430	11位 (15)	573,551	8位 (15)							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			高血圧	527,185	9位 (16)	569,879	7位 (16)									
			脂質異常症	514,213	8位 (17)	524,493	10位 (15)									
			脳血管疾患	609,481	7位 (19)	597,908	12位 (18)									
			心疾患	631,905	3位 (15)	598,367	11位 (14)									
			腎不全	613,653	9位 (16)	696,810	5位 (15)									
	県内順位	精神	421,248	9位 (26)	446,680	7位 (25)										
		悪性新生物	596,930	14位 (13)	662,896	4位 (14)										
	入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	32,918	14位	36,304	11位									
			高血圧	27,765	15位	29,226	11位									
			脂質異常症	26,793	12位	27,720	10位									
			脳血管疾患	37,801	5位	38,402	10位									
			心疾患	41,624	10位	43,118	10位									
			腎不全	148,946	20位	178,672	14位									
順位総数25	精神	29,010	9位	29,467	12位											
	悪性新生物	39,317	22位	49,663	15位											
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	健診受診者		2,149	2,457	2,411		2,727		2,065		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
		一人当たり	健診未受診者		12,369	13,876	12,679		13,401		12,683					
		生活習慣病対象者	健診受診者		5,475	6,254	6,634		7,265		5,940					
		一人当たり	健診未受診者		31,512	35,312	34,890		35,696		36,479					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,387	53.5	2,554	55.2	669,151	55.7	54,520	56.8	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	2,238	50.2	2,395	51.7	617,720	51.5	51,133	53.3	3,799,744	51.6				
		医療機関非受診率	149	3.3	159	3.4	51,431	4.3	3,387	3.5	316,786	4.3				
5	特定健診の 状況	①	健診受診者	4,438		4,631		1,200,553		95,934		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			②	受診率	30.9	20位/県内21市町 同規模195位/259	33.7	県内20位 同規模186位	38.0	36.3	全国21位	34.0				
		③	特定保健指導終了者(実施率)	280	61.8	33	7.3	7,355	5.2	604	6.0	35,557	4.1			
		④	非肥満高血糖	338	7.6	396	8.6	119,080	9.9	7,990	8.3	687,157	9.3			
		⑤	メタボ	該当者	702	15.7	830	17.9	209,544	17.5	17,819	18.6	1,272,714		17.3	
				男性	472	25.4	558	28.4	142,004	27.4	11,797	28.5	875,805		27.5	
				女性	230	8.8	272	10.2	67,540	9.9	6,022	11.0	396,909		9.5	
				予備群	513	11.5	499	10.8	128,835	10.7	11,160	11.6	790,096		10.7	
		⑥	県内順位	男性	330	17.8	316	16.1	88,450	17.1	7,471	18.1	548,609		17.2	
				女性	183	7.0	183	6.9	40,385	5.9	3,689	6.8	241,487		5.8	
		⑦	順位総数25	メタボ	総数	1,339	30.0	1,474	31.8	379,261	31.6	31,960	33.3		2,320,533	31.5
		⑧	メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	男性	873	47.1	976	49.6	257,437	49.7	21,200	51.2		1,597,371	50.1
					女性	466	17.9	498	18.7	121,824	17.9	10,760	19.7		723,162	17.3
				BMI	総数	197	4.4	180	3.9	57,060	4.8	4,822	5.0		346,181	4.7
					男性	30	1.6	11	0.6	8,477	1.6	754	1.8		55,460	1.7
				女性	167	6.4	169	6.3	48,583	7.1	4,068	7.5	290,721		7.0	
				⑨	血糖のみ	16	0.4	32	0.7	8,214	0.7	545	0.6		48,685	0.7
				⑩	血圧のみ	386	8.7	369	8.0	88,982	7.4	8,491	8.9		546,667	7.4
				⑪	脂質のみ	111	2.5	98	2.1	31,639	2.6	2,124	2.2		194,744	2.6
⑫	血糖・血圧			109	2.4	130	2.8	32,969	2.7	2,835	3.0	196,978	2.7			
⑬	血糖・脂質			22	0.5	38	0.8	11,910	1.0	731	0.8	69,975	1.0			
⑭	血圧・脂質			383	8.6	418	9.0	101,012	8.4	9,029	9.4	619,684	8.4			
⑮	血糖・血圧・脂質			188	4.2	244	5.3	63,653	5.3	5,224	5.4	386,077	5.2			
6	生活習慣の 状況	①	服薬	高血圧	1,811	40.6	1,902	41.1	412,372	34.4	38,725	40.4	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	306	6.9	410	8.9	93,059	7.8	8,123	8.5	551,051	7.5			
			脂質異常症	981	22.0	1,090	23.5	286,600	23.9	23,670	24.7	1,738,149	23.6			
		②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	170	3.8	148	3.2	37,598	3.2	3,703	4.0	230,777	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	289	6.5	272	5.9	68,046	5.9	6,052	6.6	391,296	5.5			
			腎不全	22	0.5	24	0.5	7,528	0.7	649	0.7	37,041	0.5			
		③	貧血	699	15.7	887	19.2	116,827	10.1	12,683	13.8	710,650	10.1			
		④	喫煙	536	12.0	554	12.0	158,016	13.2	12,807	13.4	1,048,171	14.2			
		⑤	週3回以上朝食を抜く	377	8.5	393	8.5	72,002	7.1	8,093	8.8	540,374	8.5			
		⑥	週3回以上食後間食	522	11.7	510	11.0	111,439	10.9	12,363	13.4	743,581	11.8			
		⑦	週3回以上就寝前夕食	499	11.2	566	12.2	149,833	14.5	11,613	12.6	983,474	15.4			
		⑧	食べる速度が速い	1,191	26.8	1,230	26.6	254,684	25.1	24,701	26.9	1,636,988	25.9			
		⑨	20歳時体重から10kg以上増加	1,418	31.9	1,462	31.6	326,322	31.6	30,364	33.0	2,047,756	32.1			
		⑩	1回30分以上運動習慣なし	2,328	52.3	2,473	53.5	605,529	58.4	55,308	59.9	3,761,302	58.7			
⑪	1日1時間以上運動なし	1,744	39.2	1,838	39.8	460,802	44.4	33,746	36.7	2,991,854	46.9					
⑫	睡眠不足	815	18.4	976	21.2	250,124	24.3	20,454	22.2	1,584,002	25.0					
⑬	毎日飲酒	1,056	23.7	1,124	24.3	278,304	24.6	21,660	23.4	1,760,104	25.6					
⑭	時々飲酒	1合未満	2,093	68.5	2,250	67.6	467,405	64.5	38,582	65.8	3,118,433	64.1				
		1~2合	697	22.8	774	23.3	172,836	23.9	14,241	24.3	1,158,318	23.8				
		2~3合	229	7.5	257	7.7	66,425	9.2	4,636	7.9	452,785	9.3				
		3合以上	36	1.2	47	1.4	17,859	2.5	1,188	2.0	132,608	2.7				

平成29年度に向けての全体評価

課題・目標		評価			
<p>課題・目標</p> <p>○特定高齢受診率 H29年度目標60.0%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60.0%</p> <p>○新規高血圧の減少 糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症</p> <p>○健康診査者の検査結果の改善 (メタボ、血圧、血糖、脂質、CKD)</p> <p>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の新規患者の減少</p> <p>○入院に要する費用負担の割合の低下</p>	<p>①プロセス (やって来た実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 ・健診の訪問、電話、通知による受診勧奨と併せて、重症化予防Gの健康ハリスラック事業による過去健診受診者のうち血圧・血糖要治療者に対して受診勧奨訪問を行った。 ・未受診の方に治療中の割合が多いことから、市医師会に対して治療中の方への受診勧奨と情報提供事業の依頼を行った。</p> <p>↓</p> <p>・受診率向上に向けての取組は実施していたが、アウトカムに繋がっていない。未受診者対策を効果的に行うため、医療機関との協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。健診Gと重症化予防Gで対象者を明確に分けることや健診Gの訪問や電話の結果から未受診の理由、原因を整理し対策を検討していく。 ・若い世代から健康に関心を持ってもらえよう若年健診の導入や個人への健康インセンティブについて検討を進めていく。</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○市医師会訪問実施状況 ●回数 ○個々の医療機関へのアウトプット状況 ●か所 ○未受診者訪問、電話、通知実施状況 ●実施回数 特定保健指導 ・途中脱落者も含めた実施回数 ●人</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定高齢受診率 H29年度目標60%達成はできなかつたが、受診率は35.1%まで伸びた ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ●人 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 ●人 特定保健指導 ○特定保健指導実施率 H29年度目標60%達成 ○メタボ該当者、予備群の減少率 (H20と比較) ●%</p>	<p>④ストラテジー (構想)</p> <p>○未受診対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている(健診G、重症化予防G)が、両方の取組は切り離して考えられなかったため、重症化予防Gは重症化予防Gの保健師が実施する等対象者を区分した。今後、各Gでの共通認識を深め協同して体制等を検討し取組みたい。 ○保健指導に関して、地区担当制を徹底した。(まだ、十分に機能していない) ○重症化予防対策に取り組みたいが、一部の対象者にかか入で位置決定基準の明確化・共有化が必要である。また、今後、糖尿病の重症化に積極的に取り組むため管理栄養士の役割が重要である。対象者数に対する栄養指導状況等を評価し、栄養士・保健師の確保を検討を行っていく。</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の充実。地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。 ○事業実施等ばらばらにならないように、課内で話し合いをし、共通認識を図っていく。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関への協力依頼の検討 ○未受診者訪問の対象者の検討(全の未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等) ○ポピュレーションの取組を検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等) ○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</p>
<p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討 ◆医療機関の協力等による取組み</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防対象者として、未治療者を優先的にアプローチする。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で地区台帳作成しているが活用できていない。 ・保健指導の内容の標準化が十分図れない現状がある。 者へ任せられており、共通認識十分図れない現状がある。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみええる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。</p> <p>↓</p> <p>・対象者の優先順位選定を単年の健診結果、治療の有無だけで行っているが、経年的に個々の数値の変化等から優先順位を検討する必要がある。そのため、現在、作成・整理している糖尿病管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当制を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながる。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。効果が見える指標を検討を行う。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防事業の実施状況 (特定保健指導対象者も含む) 参加 ●人 終了 ●人 ○保健指導(来談、訪問)実施状況 ●回数 相談者 ●人 実施 ●人</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○保健指導実施者の受年の健診結果状況 ●糖29.7%、血圧33.7% ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ●糖77.1%、血圧45.8% ○経年評価(評価項目毎) ●健診結果の状況 ○重症化予防対象者数</p>	<p>○対象者の健診(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等)。 ○保健指導後の評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。 ○保健事業の目標、評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の健診(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等)。 ○保健指導後の評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。 ○保健事業の目標、評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。</p>
<p>医療とのつながり</p> <p>◆重症化予防(CK)事業をきっかけに個々の医療機関との連携は進んでいくこと。未受診者対策、重症化予防事業それぞれのかかわりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>・重症化予防(CK)事業の年度内新規対象者については、かかりつけ医を訪問し事業説明を行った。糖尿病手帳の活用による連携を基本とし、個々の医療機関に合わせて連携について検討する。 ・未受診者対策を含め、市医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制を作っていく。</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○個々の医療機関との連携状況 ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等)</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等)</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○事例検討会や、個々の事例等を積み重ねて、協力体制を上げていく。</p>

平成28年度の実績評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		評価(良くなったこと)		⑤残っている課題	
平成29年度 課題・目標	①平成28年度残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返り見てみる(プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラテジー (構造)	
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H29年度目標 60.0% ○特定保健指導実施率 H29年度目標 60.0% ○新規患者数の減少(糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症) ○健診受診者の検査結果の改善(メタボ、血圧、血糖、脂質、CKD) <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ◆重症化予防G地区担当で評価、計画等共通認識を図る。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が低い。 ◆健診Gと受診動向の対象者、アプローチ方法等検討 ◆医療機関の協力等による取組みの検討 ◆ポピュレーションアプローチの取組の検討 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導の内容、対象、優先順位の検討。 ・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、勉強会等実施し、共通認識を図るようにする。 ・重症化予防のための対象者及び優先順位の設定が必要。 ○糖尿病管理台帳の活用による対象者の管理 ○評価方法の検討 ・保健指導の取組可能な指標(7ウカム評価) 	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○年度当初だけでなく、年度途中も随時、重症化予防G地区担当にて確認しながらフィードバックしていくことが重要。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○取組 ・過去5年間で受診回数、1～2回の受診者を重点的に随時勧奨を実施。 ・過去の結果がハイリスク未受診者に対しては保健師が勧奨する。 ・医師会へ健診受診勧奨及び医療情報提供事業の依頼を再度、実施。 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ○取組 ・受診勧奨訪問により若干の受診率向上には繋がっているため、継続していき、何が望みは受診してもらえぬかの研究と対策を検討。 ・医療機関に対して受診率向上への働きかけを検討する必要がある。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業 対象、今年度健診受診者のうち治療のⅡ度高血圧以上・HbA1c6.5以上の者 ○CKD予防対策事業 対象、eGFR50未満(70歳以上40未満)又は尿蛋白2+以上 ○ハイリスク事業 対象、前年度健診未受診者のうちⅡ度高血圧以上・HbA1c7.0以上 <ul style="list-style-type: none"> ・3地区担当制 ・年度当初に前年度からの課題等を共有し、今年度の計画を確認していくことで、人事異動や、担当が変更したりしても継続した取組となる。 ・前年度保健指導で関わった人の次年度の健診結果等の確認と保健指導の評価をする。 ・CKD事業において医療機関個別訪問を実施することは、今後も医療連携のため重要。 ・糖尿病治療者は増えているが、重症化は予防できておらず、治療に繋がった後の支援も必要。糖尿病管理台帳の活用により、ハイリスク者の把握が可能。地区ごとで優先順位をみながら関わっていく。 ・糖尿病管理台帳の活用について話し合いが必要。 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々の医療機関に糖尿病性腎症重症化予防事業説明のため戸別訪問を実施しているが、受診勧奨や医療情報提供についても依頼することを検討。個々の事例を通じて連携を進めていく。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市医師会説明実施 通知、説明会、協議 計 何回 ・個々の医療機関へのアプローチ状況 計 何回 件 何回 件 何回 件 何回 ・未受診者訪問 電話 何回 通知 何回 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業 対象 人 訪問 人 相談 人 ○CKD予防対策事業 対象 人 訪問 人 相談 人 ○ハイリスク事業 対象 人 訪問 人 相談 人 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個別訪問医療機関 合計 件 (内訳) ・保健指導個別事例相談 件 事例 人 ・糖尿病性腎症重症化予防事業説明 件 ○医療情報提供 件 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○周知 ・医療機関や公共施設、スーパー等へポスターを掲示・特定健診の内容やメリット、医療費と生活習慣病予防の関係等を説明したチラシを作成、配布している。FM放送を活用した広報活動、健康まつりを始め健康づくり推進協議会等の会議において未受診者対策を検討、市HPや広報紙等を利用して広報活動を実施している。 ○勧奨 ・ハガキや電話、訪問による受診勧奨の継続・H28年度保健指導実施者のうち、健康ハイリスク者でH29年度未受診者に対し、保健師等が訪問。受診勧奨対象者を区分(性、年齢別等)、その対象者に適した勧奨方法(ハガキ、チラシ)の記載内容の工夫等)を検討。 ○継続受診の推進 ・過去5年間で、1～2回のみの受診者に対する勧奨強化・勧奨時、継続受診の必要性を説明 ○利便性の向上 ・がん検診との同時受診の推進、夜間・休日健診の実施、近隣市医師会と連携した健診実施体制づくり ○連携 ・治療中で健診未受診者への受診を勧めようするため、市医師会に説明し協力依頼を行っている。該当者への通知実施。 ・健康づくり推進員や食生活改善推進員などの地区組織と連携しPRと受診勧奨の声をかけ依頼。・市医師会協力のもと、医療機関に通院中で未受診者への受診勧奨依頼。 ・第一生命(株)長崎支社との業務連携を活用しPR依頼 ○調査・研究・先進地の取組事例を研究 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病管理台帳を作成したが、その活用ができていないため、台帳を活用する。 OH27年度の事業評価を実施(毎年6月に実施)。重症化予防対象者への介入率が少なかった。年度途中においても、介入率を確認し、アプローチする。 ○重症化予防対象者の評価項目検討 ・アプローチ状況、HbA1c値、血圧、LDL、CKD改善状況、健診項目(HbA1c、血圧、LDL)結果(2か年変化)→2次健診実施状況、結果内訳、CKD、DM管理台帳で経過をみる・新規透析導入者の経年評価 ○医療との連携 ・県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの完成を待って、市プログラムの変更を行う。 ・HbA1c値6.5以上未治療、7.0以上の人の医療連携状況・LDL、血圧、HbA1c、CKD対象者の受診状況 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病性腎症重症化予防事業説明のため医療機関戸別訪問を実施中。個々の事例を通じて連携を進めていけるよう体制作りを検討中。 		

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



糖尿病管理台帳（永年）																								
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	糖尿病	服薬															
								高血圧	HbA1c															
								虚血性心疾患	体重															
														糖以外	脳血管疾患	BMI								
															糖尿病性腎症	血圧								
																GFR								
							CKD		尿蛋白															
							糖	糖尿病	服薬															
								高血圧	HbA1c															
								虚血性心疾患	体重															
														糖以外	脳血管疾患	BMI								
															糖尿病性腎症	血圧								
																GFR								
							CKD		尿蛋白															

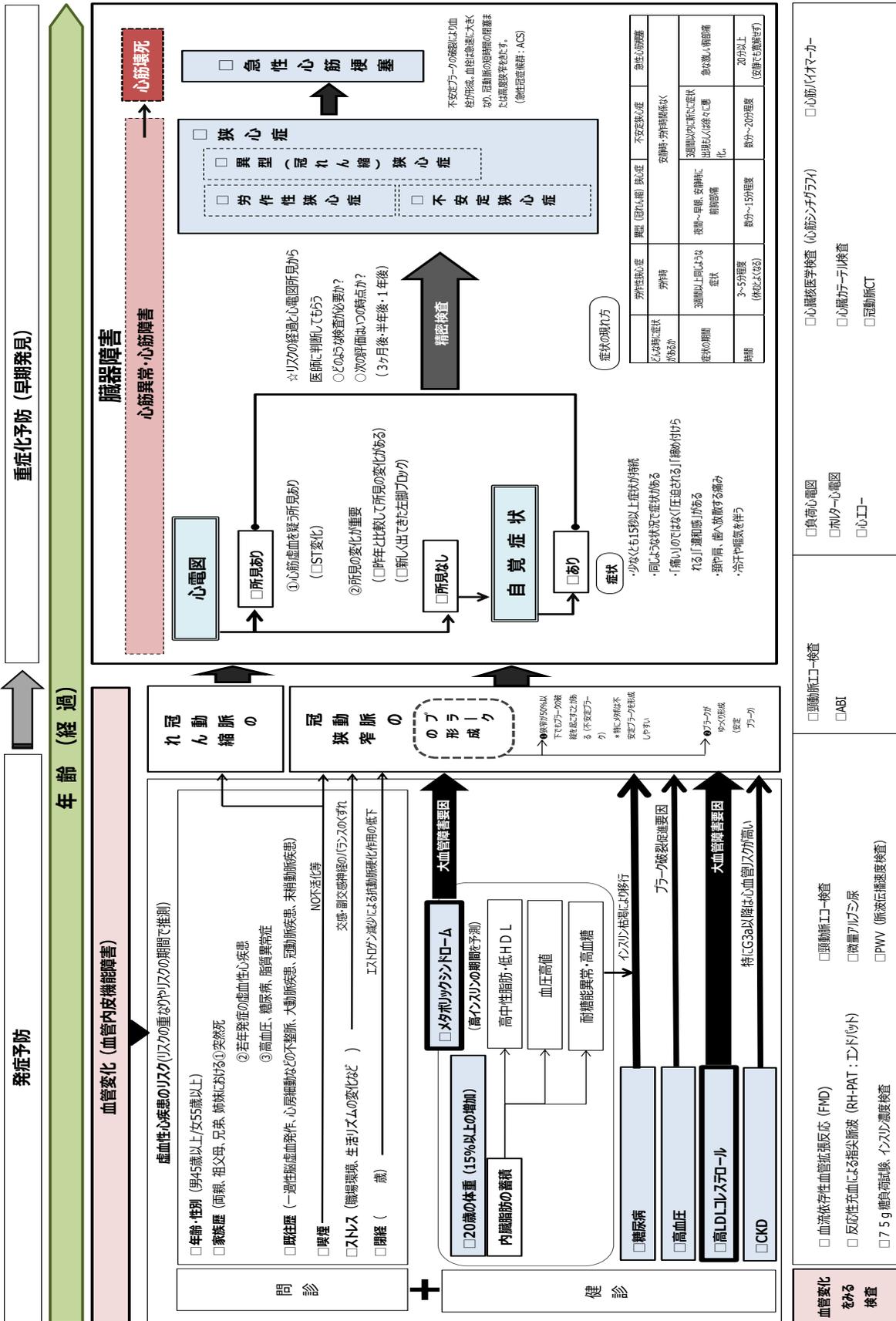
糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数 (㉔+㉕) ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続 ○顕性腎症 ----- 栄養士中心 ○腎臓専門医	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	㉔健診未受診者 ()人		
	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		
	㉕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 *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			

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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <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> <div style="margin-top: 20px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> } </div> <p>6.0%未満</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 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> <div style="margin-top: 20px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>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. 薬は体のもともとの動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

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

H28年度 (H29.9.2作成)

中長期目標	脳血管疾患			虚血性心疾患			糖尿病性腎症			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2009年改訂版) (虚血性心疾患の一次予防に関するガイドライン 作成委員会)			糖尿病治療ガイド 2014-2016 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%)	脳出血 (18%)	脳梗塞 (75%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症				
	心原性 脳塞栓症 (27%)		ラクナ 梗塞 (31%)	アテローム 血栓性 脳梗塞 (33%)						
	脳卒中 死亡率 (2014)		脳卒中 死亡率 (2014)		脳卒中 死亡率 (2014)					
短期目標	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 保健指導から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドローム の 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満		
対象者数 4,993	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	132 2.6%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%		1,512 30.3%
対象者数	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	132 2.6%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%		1,512 30.3%
治療なし	179 6.0%	0 0.0%	155 4.0%	107 2.8%	153 6.3%	161 3.5%	16 0.7%	22 0.9%		474 19.4%
(再掲) 特定保健指導	64 21.7%	0 0.0%	30 17.6%	44 33.3%	153 17.1%	47 15.2%	10 11.8%	9 8.3%	231 15.3%	
治療中	116 5.7%	2 0.1%	15 1.3%	25 2.2%	741 29.1%	148 34.1%	69 2.7%	87 3.4%	1,038 40.7%	
臓器障害 あり	9 5.0%	0 --	8 5.2%	9 8.4%	14 9.2%	12 7.5%	16 100.0%	22 100.0%	42 8.9%	
CKD (専門医対象者)	9	0	8	9	10	11	16	22	37	
蛋白尿 (2+) 以上	6	0	3	6	8	6	16	1	16	
蛋白尿 (2+) and 蛋白尿 (1+) 以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
eGFR50未満 (70歳未満40未満)	3	0	1	3	2	6	1	22	22	
心電図所見あり	1	0	3	0	4	1	0	0	5	
臓器障害 なし	170 95.0%	--	147 94.8%	98 91.6%	139 90.8%	149 92.5%	--	--	--	

	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C180以上	メタボ該当	HbA1c6.5以上 (治療中7.0以上)	尿蛋白2+以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防 対象者 (実人数)
H27 対象者数	267 5.5%	0	222 4.6%	820 16.9%	278 5.7%	68 1.4%	100 2.1%	1,462 30.2%
受診者数	267 5.5%	0	222 4.6%	820 16.9%	278 5.7%	68 1.4%	100 2.1%	1,462 30.2%
4,845 治療なし	171 5.9%	0	209 5.6%	181 7.6%	161 3.6%	13 0.5%	20 0.8%	531 22.2%
(再掲)特定保健指導	66 24.7%	0	52 23.4%	181 22.1%	41 14.7%	2 2.9%	6 5.0%	270 18.6%
(再掲)臓器障害あり	9 5.3%	0	10 4.8%	5 2.8%	11 6.8%	13 100.0%	20 100.0%	43 8.1%
(再掲)臓器障害なし	162 94.7%	0	199 95.2%	176 97.2%	150 93.2%			
治療中	96 4.9%	0	13 1.2%	639 26.0%	117 32.3%	55 2.2%	80 3.3%	931 37.9%
H28 対象者数	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%	1,512 30.3%
受診者数	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%	1,512 30.3%
4,993 治療なし	179 6.0%	0	155 4.0%	153 6.3%	161 3.5%	16 0.7%	22 0.9%	474 19.4%
(再掲)特定保健指導	64 21.7%	0	30 17.6%	153 17.1%	47 15.2%	10 11.8%	9 8.3%	231 15.3%
(再掲)臓器障害あり	9 5.0%	0	8 5.2%	14 9.2%	12 7.5%	16 100.0%	22 100.0%	42 8.9%
(再掲)臓器障害なし	170 95.0%		147 94.8%	139 90.8%	149 92.5%			
治療中	116 5.7%	2 0.1%	15 1.3%	741 29.1%	148 34.1%	69 2.7%	87 3.4%	1,038 40.7%

<用語の説明>

あ 行

アテローム血栓性脳梗塞

脳の太い動脈に動脈硬化が起こり、血栓が発生して血管が詰まることで発症する脳梗塞。

か 行

介護予防・日常生活支援総合事業

市が実施する65歳以上のすべての人を対象とした介護予防のための事業で、介護保険の認定を受けていなくても、一人ひとりの生活に合わせたサービスを利用することができる。要支援1・2と認定された人や、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、65歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」がある。

KDBシステム

国保連合会が保険者の委託を受けて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートをすることを目的として構築されたシステム。

血管内皮機能

動脈は内膜、中膜、外膜の3層構造でできている。このうち内膜は一層の血管内皮細胞でおおわれており、この血管内皮細胞は一酸化窒素（NO）やエンドセリンなど数多くの血管作動物質（血管に働きかける因子）を放出し、血管の収縮・拡張を調節するほか、血小板の粘着、凝集を抑制し血管の保護をしている。この機能は、生活習慣病、肥満、メタボなどにより低下し、その状態が続けば、動脈硬化の進展を引き起こすが、初期段階の機能低下は可逆的であり、早期に発見し、機能を高める介入をすることができれば、動脈硬化の予防につながる。

国保事業費納付金

平成30年度からの国保の県単位化に伴い、都道府県が、保険料収納必要総額を基に、市町村ごとの被保険者数、所得水準、および医療費水準（年齢調整後）に応じて算定する額。都道府県は算定した納付金を市町村に通知し、市町村は納付金を基に保険料を被保険者に賦課し、徴収するとともに、都道府県に納付金を納める。

さ 行

細小血管障害

細小血管（毛細血管）の病変から始まる病態で、糖尿病に特徴的な合併症。代表的な例は、網膜症、腎症、神経障害で、この三者を糖尿病性三大合併症という。

支援・評価委員会

国保・後期ヘルスサポート事業に基づき、各県の国保連に、市町村国保、国民健康保険組合及び広域連合が実施するレセプト・健診情報等を活用した保健事業がP D C Aサイクルに沿って効果的・効率的に展開することができるよう支援するため設置されている。

診療報酬明細書（レセプト）

患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療報酬の明細書のことである。医科・歯科の場合に診療報酬明細書といい、薬局における調剤の場合には調剤報酬明細書という。医療機関内では単にレセプトということが多い。

た 行

第三者求償

交通事故等、第三者（加害者）の不法行為によって生じた保険給付について、保険者（市町等）が立て替えた医療費等を加害者に対して損害賠償請求すること。

地域包括ケアシステム

国及び県、市町村において、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて構築を目指している、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム。

な 行

尿アルブミン

糖尿病性腎症の早期には、まず、血液中のタンパクの一種であるアルブミンが尿中に出てくる。進行するにつれて持続性たんぱく尿が出現するため、早期発見に最も重要な指標の一つ。

は 行

保険者努力支援制度（保険者における予防・健康づくり等の新たなインセンティブ制度）

国は、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（H28年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価する（施行はH30年度から）仕組みに見直すこととした。

ポピュレーションアプローチ

まだ健康上の高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるように支援すること。特に生活習慣病予防には、この「ポピュレーションアプローチ」が重要だといわれている。

ま 行

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）

内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に高血糖・高血圧・脂質異常症のうち 2 つ以上の症状が一度に出ている状態。

ら 行

ラクナ梗塞

高血圧の影響を強く受けて、脳の細い血管（動脈）が詰まってしまうことで起こる小さな脳梗塞。直径 1.5cm 未満の小さな梗塞が起きた状態をいう。

大村市 福祉保健部 国保けんこう課

〒856-8686 長崎県大村市玖島一丁目25番地

TEL (0957) 53-4111 FAX (0957) 53-5572

E-mail kokuho@city.omura.nagasaki.jp

ホームページ <http://www.city.omura.nagasaki.jp/>