

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)及び
第3期特定健康診査等実施計画

平成30年4月 恵那市

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)及び 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
Ⅰ	背景・目的	
Ⅱ	計画の位置付け	
Ⅲ	計画期間	
Ⅳ	関係者が果たすべき役割と連携	
1.	実施主体関係部門の役割	
2.	外部有識者等との役割	
3.	被保険者の役割	
Ⅴ	保険者努力支援制度	
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	7
Ⅰ	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	
2.	第1期計画に係る考察	
Ⅱ	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	
2.	健診受診者の実態	
3.	糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況	
4.	未受診者の把握	
Ⅲ	目標の設定	
1.	成果目標	
第3章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
Ⅰ	第2期特定健康診査等実施計画の評価	
1.	第2期特定健診受診率からみる検証	
2.	アンケート調査による検証	
3.	特定健診受診率向上対策による検証	
4.	特定保健指導実施率の実施状況からみる検証	
Ⅱ	第3期特定健康診査等実施計画について	
1.	目標値の設定と対象者の見込み	
2.	特定健診の実施	
3.	情報提供事業の実施	
4.	保健指導の実施	

- Ⅲ 個人情報保護
 - 1. 基本的な考え方
 - 2. 特定健診・保健指導の記録の管理、保存期間について
- Ⅳ 結果の報告
- Ⅴ 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章	保健事業の内容	32
	Ⅰ 保健事業の方向性	
	Ⅱ 重症化予防の取組	
	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	
	Ⅲ ポピュレーションアプローチ	
第5章	地域包括ケアに係る取組	49
第6章	計画の評価・見直し	50
	Ⅰ 評価の時期	
	Ⅱ 評価方法・体制	
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	51
	Ⅰ 計画の公表・周知	
	Ⅱ 個人情報の取扱い	

参考資料 1～12

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

I 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。)等の電子化の進展など、市町村国保や国保組合、後期高齢者医療広域連合(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。それに伴い、「恵那市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)平成 27 年度～平成 29 年度」を平成 27 年 10 月に策定した。

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

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

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

恵那市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費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。

II 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

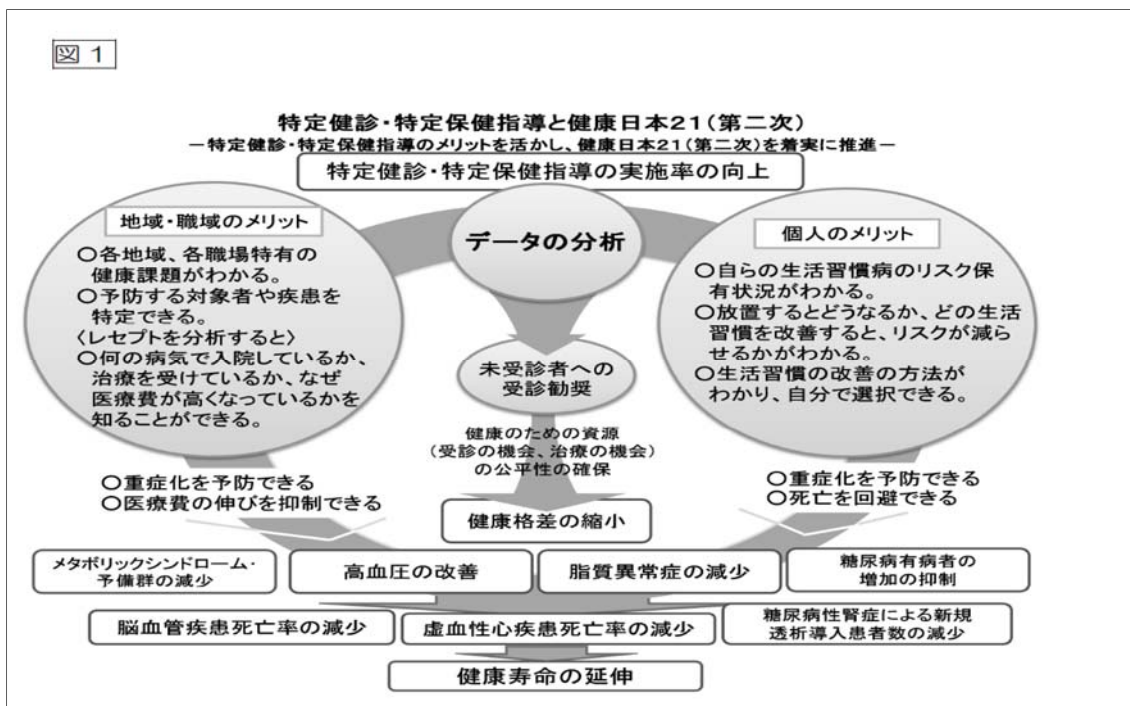
保健事業の実施計画（データヘルス計画）は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

	「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	高齢者の医療の確保に関する法律	国民健康保険法	介護保険法
計画策定者	市町村 →努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村 →義務
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	40歳～74歳	被保険者全員	1号被保険者 →65歳以上 2号被保険者 →40歳～64歳
対象疾病	メタボリックシンドローム、肥満	メタボリックシンドローム、肥満	メタボリックシンドローム、肥満	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害
	高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症

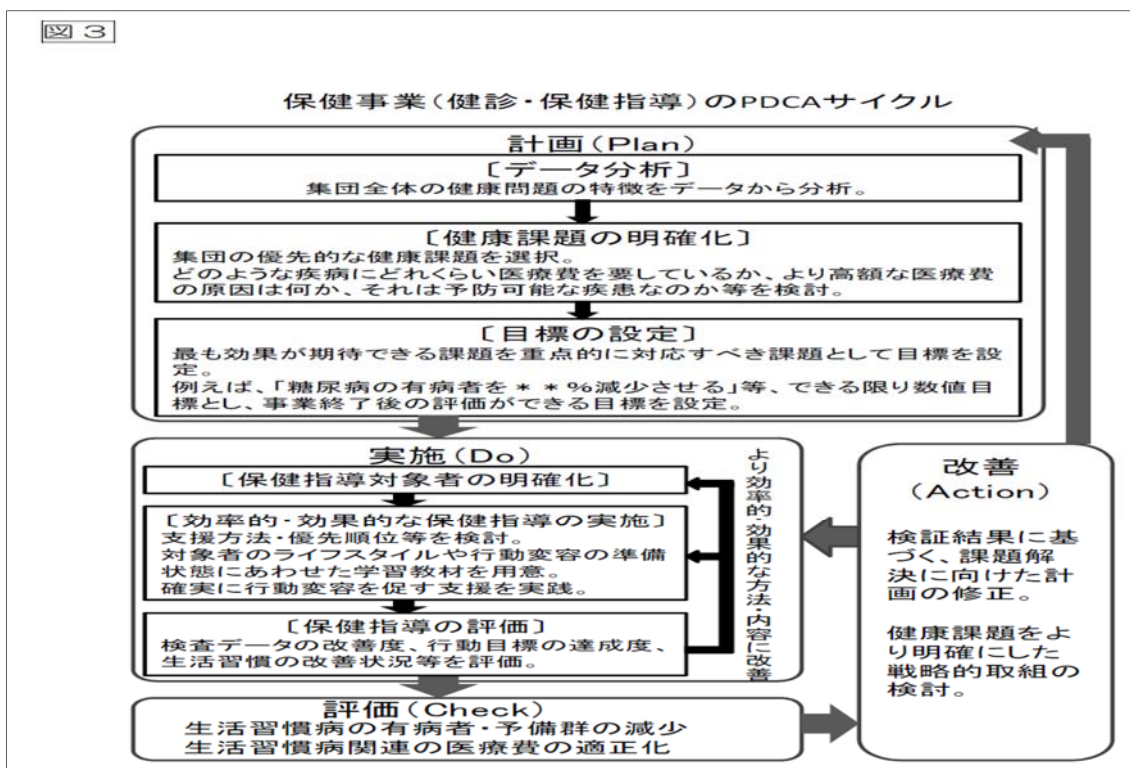
	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	高齢者の医療の確保に関する法律	医療法
計画策定者	都道府県→義務	都道府県→義務
対象年齢	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム	
	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心血管疾患、脳卒中

【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

Ⅲ 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

Ⅳ 関係者が果たすべき役割と連携

1. 実施主体関係部門の役割

恵那市においては、保険年金課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部門が関わっている。特に健幸推進課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部門（保険年金課）、保健衛生部門（健幸推進課）、介護保険部門（高齢福祉課）企画部門（企画課）、生活保護部門（社会福祉課）とも十分連携することが望ましい。

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

2. 外部有識者等の役割

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

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

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

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、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、県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について県関係課と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等と市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うために

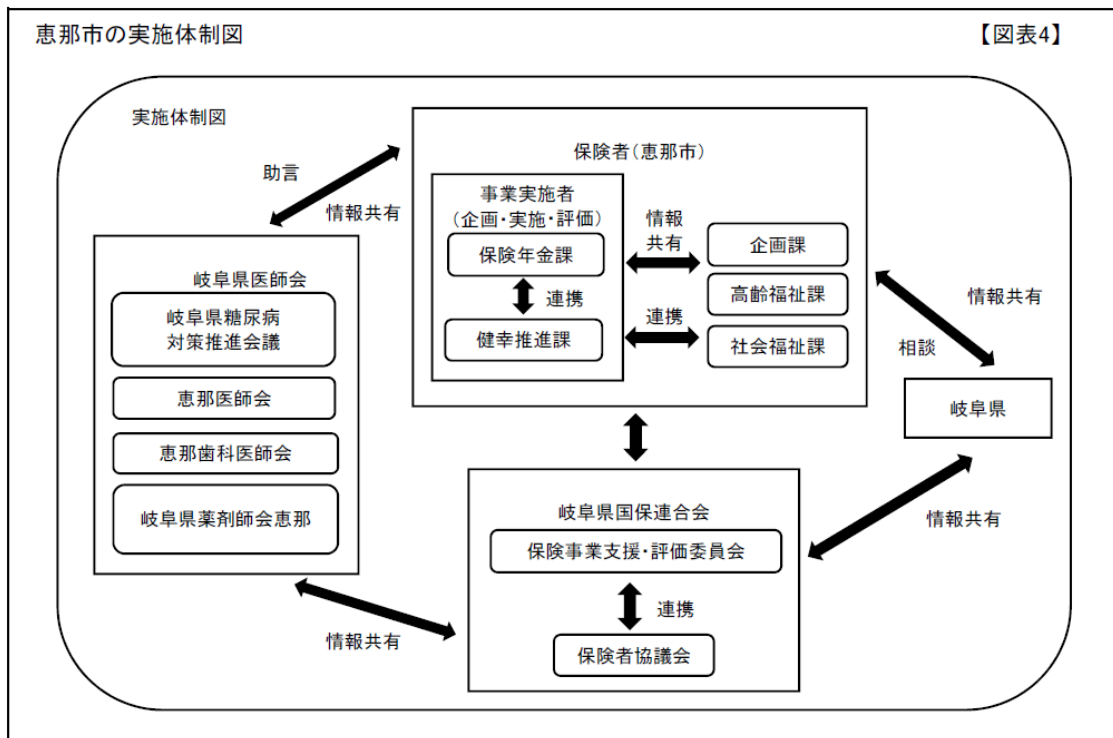
は、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力により、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。



V 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を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】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		708			
総得点(体制構築加点含む)		181			
全国順位(1,741市町村中)		166			
共通①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	10			50
共通②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

I 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

恵那市における高齢化率は平成25年度より3.4%上昇し、32.6%となっており、同規模24.1%及び県28.1%、国26.6%と比較して非常に高い。

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防から見た死亡（65歳未満）の割合は1.3%減少したが、全体の死因別割合をみると脳疾患0.8%、腎不全0.6%増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率はやや上昇しているものの40～64歳の2号認定率は減少しており、それに伴う介護給付費も減少が見られた。

また、医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることが分かった。1件当たり入院費用額の割合では、生活習慣病に関して県内42市町村のうちいずれも下位であり、脳血管疾患では30位、腎不全40位である。

（参考資料1）

2) 全中長期目標の達成状況

(1) 介護給付費の状況

介護給付の変化について、介護給付費を平成25年度と比較すると平成28年度は2億2,132万円増加しているが、1件当たりの介護給付費は低くなっており、同規模と比較してみても低い。また、恵那市は居宅サービス（訪問リハビリ、訪問入浴、ヘルパーなど）が増え、施設サービスが減っていることが分かる。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	恵 那 市				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	49億1,022万円	60,664円	40,570円	273,260円	63,607円	40,991円	284,046円
H28年度	51億3,154万円	59,731円	41,186円	267,818円	61,236円	40,245円	278,146円

(2) 医療費の状況

総医療費を見ると、平成 25 年度に比べ平成 28 年度は、1 億 3,160 万円減額している。しかし、内訳を見ると、入院費用は増額している。

【図表 7】

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			恵那市	同規模			恵那市	同規模			恵那市	同規模
総医療費(円)	H25年度	40億1,798万円			15億6,200万円				30億1,789万円			
	H28年度	38億8,638万円	△1億3,160万円	-3.28	-3.31	15億8,018万円	1,818万円	1.16	-3.85	28億7,977万円	△1億3,812万円	-6.1
一人当たり医療費(円)	H25年度	23,960円			9,310円				14,650円			
	H28年度	26,660円	2,700円	7.99	9.21	10,840円	1,530円	16.43	8.79	15,820円	1,170円	7.99

(3) 最大医療資源

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(透析)の比率は平成 25 年度と比較して減少しており、県・国と比較しても低い。

短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の比率は平成 25 年度と比較して減少しているが、県・国と比較すると高い。

【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

同規模区分	市町村名	総医療費 (円)	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 (円)	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
5	恵那市	4,017,984,660	23,960	115位	18位	5.54%	0.62%	2.18%	2.30%	6.52%	7.54%	3.39%	1,128,320,210	28.08%	13.17%	9.59%	8.90%
		3,886,382,150	26,667	100位	14位	5.31%	0.63%	2.08%	2.16%	6.43%	5.56%	3.39%	992,802,580	25.55%	15.27%	10.02%	8.77%
H28	県	161,013,249,690	25,248	--	--	5.78%	0.36%	2.08%	2.64%	5.90%	5.16%	3.20%	40,440,078,270	25.12%	14.22%	8.67%	8.36%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「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

【出典】

KOB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

中長期的な疾患の治療状況を見ると、虚血性心疾患・脳血管疾患の治療者の割合(様式3-5・3-6)は平成25年度と比較して増加している。人工透析(様式3-7)は横ばいである。糖尿病・脂質異常の治療者の割合が増加しており、早期の受診に結び付けていくとともに適切な自己管理により重症化を予防していく必要がある。

【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	14,107	708	5.0	142	20.1	24	3.4	564	79.7	361	51.0	461	65.1	
	64歳以下	8,528	196	2.3	33	16.8	19	9.7	149	76.0	114	58.2	128	65.3	
	65歳以上	5,579	512	9.2	109	21.3	5	1.0	415	81.1	247	48.2	333	65.0	
H28	全体	12,435	636	5.1	140	22.0	22	3.5	503	79.1	341	53.6	436	68.6	
	64歳以下	6,378	132	2.1	23	17.4	10	7.6	97	73.5	69	52.3	78	59.1	
	65歳以上	6,057	504	8.3	117	23.2	12	2.4	406	80.6	272	54.0	358	71.0	

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	14,107	572	4.1	142	24.8	11	1.9	443	77.4	275	48.1	323	56.5	
	64歳以下	8,528	159	1.9	33	20.8	6	3.8	115	72.3	68	42.8	98	61.6	
	65歳以上	5,579	413	7.4	109	26.4	5	1.2	328	79.4	207	50.1	225	54.5	
H28	全体	12,435	552	4.4	140	25.4	8	1.4	420	76.1	281	50.9	354	64.1	
	64歳以下	6,378	120	1.9	23	19.2	3	2.5	81	67.5	60	50.0	70	58.3	
	65歳以上	6,057	432	7.1	117	27.1	5	1.2	339	78.5	221	51.2	284	65.7	

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	14,107	36	0.3	11	30.6	24	66.7	35	97.2	18	50.0	16	44.4	
	64歳以下	8,528	23	0.3	6	26.1	19	82.6	23	100.0	12	52.2	11	47.8	
	65歳以上	5,579	13	0.2	5	38.5	5	38.5	12	92.3	6	46.2	5	38.5	
H28	全体	12,435	38	0.3	8	21.1	22	57.9	37	97.4	22	57.9	19	50.0	
	64歳以下	6,378	15	0.2	3	20.0	10	66.7	15	100.0	9	60.0	9	60.0	
	65歳以上	6,057	23	0.4	5	21.7	12	52.2	22	95.7	13	56.5	10	43.5	

3) 短期目標の達成状況

(1) 糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況の変化(様式3-2~3-4)

短期目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病(様式3-2)において、割合が増加しており、インスリン療法、糖尿病性腎症・人工透析の治療者の割合が増加している。また、高血圧症(様式3-3)においても、割合が増加しており、脳血管疾患・人工透析の治療者の割合が増加している。また、脂質異常症(様式3-4)においても、脂質異常症の割合が増加していることから早期の受診に結び付け、生活習慣病のアプローチが必要である。

【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							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	14,107	1,713	12.1	133	7.8	1212	70.8	998	58.3	361	21.1	275	16.1	18	1.1	78	4.6	
	64歳以下	8,528	575	6.7	56	9.7	363	63.1	339	59.0	114	19.8	68	11.8	12	2.1	25	4.3	
	65歳以上	5,579	1,138	20.4	77	6.8	849	74.6	659	57.9	247	21.7	207	18.2	6	0.5	53	4.7	
H28	全体	12,435	1,667	13.4	134	8.0	1179	70.7	1,011	60.6	341	20.5	281	16.9	22	1.3	86	5.2	
	64歳以下	6,378	433	6.8	40	9.2	275	63.5	242	55.9	69	15.9	60	13.9	9	2.1	21	4.8	
	65歳以上	6,057	1,234	20.4	94	7.6	904	73.3	769	62.3	272	22.0	221	17.9	13	1.1	65	5.3	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	14,107	3168	22.5	1212	38.3	1701	53.7	564	17.8	443	14.0	35	1.1	
	64歳以下	8,528	959	11.2	363	37.9	507	52.9	149	15.5	115	12.0	23	2.4	
	65歳以上	5,579	2209	39.6	849	38.4	1194	54.1	415	18.8	328	14.8	12	0.5	
H28	全体	12,435	2907	23.4	1179	40.6	1675	57.6	503	17.3	420	14.4	37	1.3	
	64歳以下	6,378	698	10.9	275	39.4	367	52.6	97	13.9	81	11.6	15	2.1	
	65歳以上	6,057	2209	36.5	904	40.9	1308	59.2	406	18.4	339	15.3	22	1.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	14,107	2,379	16.9	998	42.0	1,701	71.5	461	19.4	323	13.6	16	0.7	
	64歳以下	8,528	804	9.4	339	42.2	507	63.1	128	15.9	98	12.2	11	1.4	
	65歳以上	5,579	1,575	28.2	659	41.8	1,194	75.8	333	21.1	225	14.3	5	0.3	
H28	全体	12,435	2,409	19.4	1,011	42.0	1,675	69.5	436	18.1	354	14.7	19	0.8	
	64歳以下	6,378	607	9.5	242	39.9	367	60.5	78	12.9	70	11.5	9	1.5	
	65歳以上	6,057	1,802	29.8	769	42.7	1,308	72.6	358	19.9	284	15.8	10	0.6	

(2) 健診結果の有所見者割合の経年変化

健診結果の有所見者割合を平成 25 年度と比較してみると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加しており、メタボリックシンドローム予備群・該当者も増加傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン作用不足による高血糖状態であることが推測される。また、年代別に見ても男女ともに 40～64 歳の値が高くなっており、若い年代からの有所見者が増えている。

しかし、40～64 歳の特定健診受診率が低いため、健診を受けてもらうことが重要な課題である。

【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6-2～6-7)

★No.23帳票

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	332	20.6	612	38	461	28.6	287	17.8	136	8.4	406	25.2	889	55.1	396	24.6	779	48.3	397	24.6	794	49.3	34	2.1		
	H25 40-60	137	22.5	231	37.9	195	32	150	24.6	53	8.7	134	22	273	44.8	148	24.3	234	38.4	158	25.9	308	50.6	6	1		
	65-74	195	19.4	381	38	266	26.5	137	13.7	83	8.3	272	27.1	616	61.4	248	24.7	545	54.3	239	23.8	486	48.5	28	2.8		
女性	合計	351	22.2	683	43.2	413	26.1	273	17.3	103	6.5	504	31.9	776	49.1	350	22.2	805	50.9	394	24.9	767	48.5	41	2.6		
	H28 40-60	106	23.6	185	41.2	143	31.8	104	23.2	26	5.8	109	24.3	163	36.3	109	24.3	176	39.2	120	26.7	228	50.8	4	0.9		
	65-74	245	21.7	498	44	270	23.9	169	14.9	77	6.8	395	34.9	613	54.2	241	21.3	629	55.6	274	24.2	539	47.7	37	3.3		

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	333	15.5	274	12.7	357	16.6	158	7.3	38	1.8	278	12.9	1166	54.2	59	2.7	979	45.5	344	16	1346	62.5	6	0.3		
	H25 40-60	115	13.8	82	9.9	132	15.9	57	6.9	14	1.7	92	11.1	401	48.3	18	2.2	311	37.4	140	16.8	523	62.9	2	0.2		
	65-74	218	16.5	192	14.5	225	17	101	7.6	24	1.8	186	14.1	765	57.9	41	3.1	668	50.5	204	15.4	823	62.3	4	0.3		
女性	合計	377	17.6	344	16	313	14.6	160	7.4	28	1.3	363	16.9	1072	49.9	48	2.2	977	45.5	337	15.7	1295	60.3	3	0.1		
	H28 40-60	90	14.7	86	14	79	12.9	44	7.2	7	1.1	71	11.6	236	38.4	8	1.3	193	31.4	86	14	381	62.1	0	0		
	65-74	287	18.7	258	16.8	234	15.3	116	7.6	21	1.4	292	19	836	54.5	40	2.6	784	51.1	251	16.4	914	59.6	3	0.2		

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

★No.24帳票

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備軍		該当者																	
								高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	1612	33.5	72	4.5	219	13.6	7	0.4	154	9.6	58	3.6	321	19.9	48	3	14	0.9	174	10.8	85	5.3		
	H25 40-60	609	28.7	25	5.9	90	14.8	4	0.7	52	8.5	34	5.6	105	17.2	11	1.8	6	1	67	11	21	3.4		
	65-74	1003	37.3	36	3.6	129	12.9	3	0.3	102	10.2	24	2.4	216	21.5	37	3.7	8	0.8	107	10.7	64	6.4		
女性	合計	1580	36.8	63	4	241	15.3	12	0.8	165	10.4	64	4.1	379	24	57	3.6	20	1.3	191	12.1	111	7		
	H28 40-60	449	29.1	23	5.1	73	16.3	5	1.1	41	9.1	27	6	89	19.8	10	2.2	6	1.3	53	11.8	20	4.5		
	65-74	1131	41.1	40	3.5	168	14.9	7	0.6	124	11	37	3.3	290	25.6	47	4.2	14	1.2	138	12.2	91	8		

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備軍		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				
女性	合計	2153	42.4	35	1.6	102	4.7	1	0	69	3.2	32	1.5	137	6.4	18	0.8	1	0	93	4.3	25	1.2		
	H25 40-60	831	38.6	15	1.8	32	3.9	0	0	20	2.4	12	1.4	35	4.2	6	0.7	1	0.1	23	2.8	5	0.6		
	65-74	1322	45.3	20	1.5	70	5.3	1	0.1	49	3.7	20	1.5	102	7.7	12	0.9	0	0	70	5.3	20	1.5		
女性	合計	2148	46.8	52	2.4	115	5.4	3	0.1	80	3.7	32	1.5	177	8.2	21	1	5	0.2	111	5.2	40	1.9		
	H28 40-60	614	38.3	23	3.7	28	4.6	0	0	16	2.6	12	2	35	5.7	3	0.5	1	0.2	24	3.9	7	1.1		
	65-74	1534	51.3	29	1.9	87	5.7	3	0.2	64	4.2	20	1.3	142	9.3	18	1.2	4	0.3	87	5.7	33	2.2		

(3) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成 25 年度に比べ、特定健診受診率・特定保健指導率ともに増加している。生活習慣病の早期発見・早期治療に結び付け重症化を予防するため、さらに特定健診受診率向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導				受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	県内21市 順位	対象者数	修了者数	実施率	県内21市 順位	医療機関受診率	
									恵那市	同規模平均
H25年度	9,768	3,769	38.6	8位	337	231	68.5	6位	56.5%	55.9%
H28年度	8,831	3,710	42.2	8位	658	454	69.0	6位	54.8%	55.7%

※特定健診・特定保健指導は法定報告値 受診勧奨者はKDBより

2. 第 1 期計画に係る考察

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の取り組みに力を入れてきた。結果として介護保険 1 号新規認定者・2 号認定者の減少がみられており、慢性腎不全における透析費用が減少するなど、予防可能な生活習慣病に関する医療費は抑制することができていると考える。しかし、年々高齢化率が上昇しており、総医療費の削減は難しいが、特定健康診査受診率を上げ、予防できる生活習慣病の疾患を早期に発見し、特定保健指導により医療費抑制へとつながるよう努めることが重要である。

Ⅱ 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

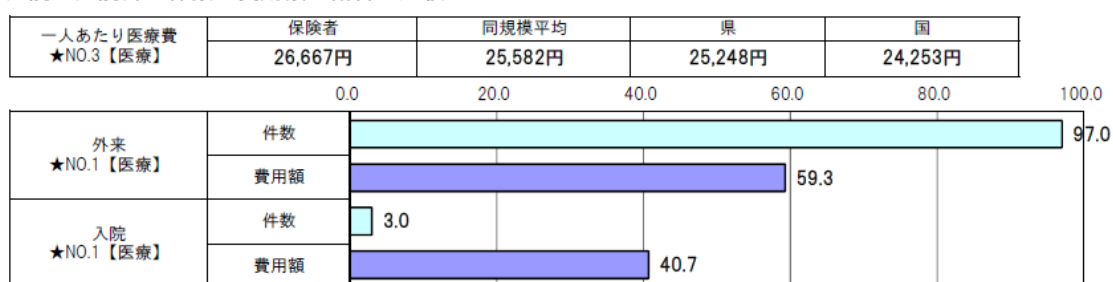
外来件数は97%で、費用全体の59.3%を占めており、入院件数は3.0%で、費用額全体の40.7%を占めている。少ない件数で入院費用が多額にかかることから、重症化を予防することが入院を減らし、医療費の適正化につながっていくものと考えます。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

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

月200万円以上の高額になる疾患を予防可能な疾患で見ると、脳血管疾患が6件で7.6%、虚血性心疾患が6件で7.6%となっている。また、それらの疾患の生活習慣病治療者を分析すると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順に基礎疾患の重なりが多くなっている。

6ヶ月以上の長期入院レセプトを予防可能な疾患で見ると、脳血管疾患が39件で5.2%、費用額で4.7%を占め、虚血性心疾患が63件で8.4%、費用額で7.7%を占めている。

長期療養する疾患である人工透析は、全体の50%以上が糖尿病性腎症であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。

【図表 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

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 (200万円以上レセ)	件数	12件	6件 7.6%	6件 7.6%	--	
		費用額	3501万円	1588万円 7.0%	1913万円 8.5%		
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	102件	39件 5.2%	63件 8.4%		
		費用額	3467万円	1318万円 4.7%	2149万円 7.7%		
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年 度 累計	件数	501件	87件 17.4%	259件 51.7%	284件 56.7%
			費用額	2億3291万円	3831万円 16.4%	1億2441万円 53.4%	1億3192万円 56.6%

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 な 疾 患	5,028人	552人 11.0%	636人 12.6%	86人 1.7%	
			高血圧	420人 76.1%	503人 79.1%	71人 82.6%	
			糖尿病	281人 50.9%	341人 53.6%	86人 100.0%	
			脂質異常症	354人 64.1%	436人 68.6%	52人 60.5%	
			高血圧症	2,907人 57.8%	1,667人 33.2%	2,409人 47.9%	486人 9.7%
			糖尿病				
			脂質異常症				

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

3) 何の疾患で介護保険をうけているのか

介護認定者におけるレセプト分析では、生活習慣病による血管疾患によるものが93.9%であった。2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低い方ほど、血管疾患により介護認定を受けている。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より4,109円も高く、2号認定者はほとんど健診未受診であったため、特定健診による生活習慣病予防と早期発見、特に重症化予防のための高血圧、高血糖、脂質異常症予防に取り組んでいく必要がある。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

H28

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		17,780人	6,776人	8,722人	15,498人			33,278人								
	認定者数		54人	246人	2,588人	2,834人			2,888人								
	認定率		0.30%	3.6%	29.7%	18.3%			8.7%								
	新規認定者数 (*1)		1人	33人	0人	33人			34人								
介護度別人数	要支援1・2		7	13.0%	56	22.8%	421	16.3%	477	16.8%	484	16.8%					
	要介護1・2		26	48.1%	107	43.5%	1,089	42.1%	1,196	42.2%	1,222	42.3%					
	要介護3～5		21	38.9%	83	33.7%	1,078	41.7%	1,161	41.0%	1,182	40.9%					
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)		30	166	0	166			196								
	再) 国保・後期		30	166	0	166			196								
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	20	66.7%	脳卒中	77	46.4%	脳卒中	0	脳卒中	77	46.4%	脳卒中	97	49.5%
			2	虚血性心疾患	5	16.7%	虚血性心疾患	48	28.9%	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	48	28.9%	虚血性心疾患	53	27.0%
			3	腎不全	2	6.7%	腎不全	18	10.8%	腎不全	0	腎不全	18	10.8%	腎不全	20	10.2%
		基礎疾患 (*2)	糖尿病	14	46.7%	糖尿病	97	58.4%	糖尿病	0	糖尿病	97	58.4%	糖尿病	111	56.6%	
			高血圧	23	76.7%	高血圧	123	74.1%	高血圧	0	高血圧	123	74.1%	高血圧	146	74.5%	
			脂質異常症	14	46.7%	脂質異常症	86	51.8%	脂質異常症	0	脂質異常症	86	51.8%	脂質異常症	100	51.0%	
		血管疾患合計	合計	29	96.7%	合計	155	93.4%	合計	0	合計	155	93.4%	合計	184	93.9%	
		認知症	認知症	1	3.3%	認知症	38	22.9%	認知症	0	認知症	38	22.9%	認知症	39	19.9%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	23	76.7%	筋骨格系	138	83.1%	筋骨格系	0	筋骨格系	138	83.1%	筋骨格系	161	82.1%	

*1) 新規認定者についてはNO.49「要介護突合状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)					7,828	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			3,719			

2. 健診受診者の実態

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の病気を引き起こす原因となる。

恵那市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が少ないが、健診結果の有所見状況では、男女共に空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL コレステロールが高いことが今後の課題である。

【図表 16】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7） ★NO.23（帳票） H28

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
	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	15,261	26.6	26,376	46.0	16,844	29.4	9,796	17.1	5,541	9.7	10,735	18.7	30,668	53.4	10,706	18.7	27,424	47.8	11,992	20.9	26,446	46.1	1,214	2.1
合計	351	22.2	683	43.2	413	26.1	273	17.3	103	6.5	504	31.9	776	49.1	350	22.2	805	50.9	394	24.9	767	48.5	41	2.6
40-64	106	23.6	185	41.2	143	31.8	104	23.2	26	5.8	109	24.3	163	36.3	109	24.3	176	39.2	120	26.7	228	50.8	4	0.9
65-74	245	21.7	498	44.0	270	23.9	169	14.9	77	6.8	395	34.9	613	54.2	241	21.3	629	55.6	274	24.2	539	47.7	37	3.3

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
	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	13,723	18.1	12,119	16.0	14,494	19.2	5,738	7.6	1,770	2.3	7,863	10.4	40,030	52.9	1,676	2.2	32,357	42.8	9,628	12.7	42,905	56.7	166	0.2
合計	377	17.6	344	16.0	313	14.6	160	7.4	28	1.3	363	16.9	1,072	49.9	48	2.2	977	45.5	337	15.7	1,295	60.3	3	0.1
40-64	90	14.7	86	14.0	79	12.9	44	7.2	7	1.1	71	11.6	236	38.4	8	1.3	193	31.4	86	14.0	381	62.1	0	0.0
65-74	287	18.7	258	16.8	234	15.3	116	7.6	21	1.4	292	19.0	836	54.5	40	2.6	784	51.1	251	16.4	914	59.6	3	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8） ★NO.24（帳票）

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	3,306,030	32.4%			548,609	17.2%							875,805	27.5%								
県	56,425	31.4%			9,121	15.9%							14,323	25.0%								
合計	1,580	36.8%	63	4.0%	241	15.3%	12	0.8%	165	10.4%	64	4.1%	379	24.0%	57	3.6%	20	1.3%	191	12.1%	111	7.0%
40-64	449	29.1%	23	5.1%	73	16.3%	5	1.1%	41	9.1%	27	6.0%	89	19.8%	10	2.2%	6	1.3%	53	11.8%	20	4.5%
65-74	1,131	41.1%	40	3.5%	168	14.9%	7	0.6%	124	11.0%	37	3.3%	290	25.6%	47	4.2%	14	1.2%	138	12.2%	91	8.0%

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	4,531,499	39.8%			241,487	5.8%							396,909	9.5%								
県	77,952	39.2%			4,036	5.3%							6,670	8.8%								
合計	2,148	46.8%	52	2.4%	115	5.4%	3	0.1%	80	3.7%	32	1.5%	177	8.2%	21	1.0%	5	0.2%	111	5.2%	40	1.9%
40-64	614	38.3%	23	3.7%	28	4.6%	0	0.0%	16	2.6%	12	2.0%	35	5.7%	3	0.5%	1	0.2%	24	3.9%	7	1.1%
65-74	1,534	51.3%	29	1.9%	87	5.7%	3	0.2%	64	4.2%	20	1.3%	142	9.3%	18	1.2%	4	0.3%	87	5.7%	33	2.2%

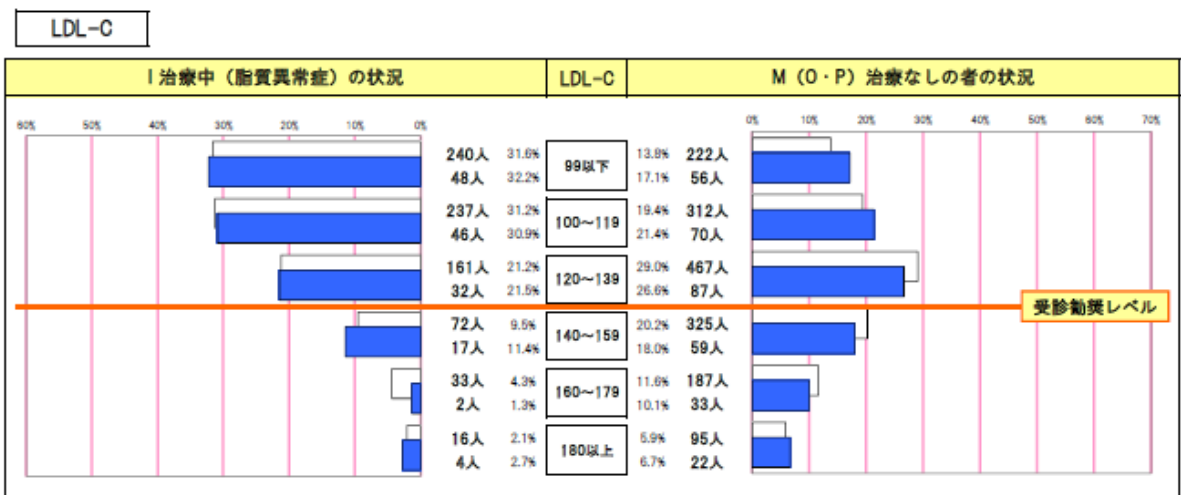
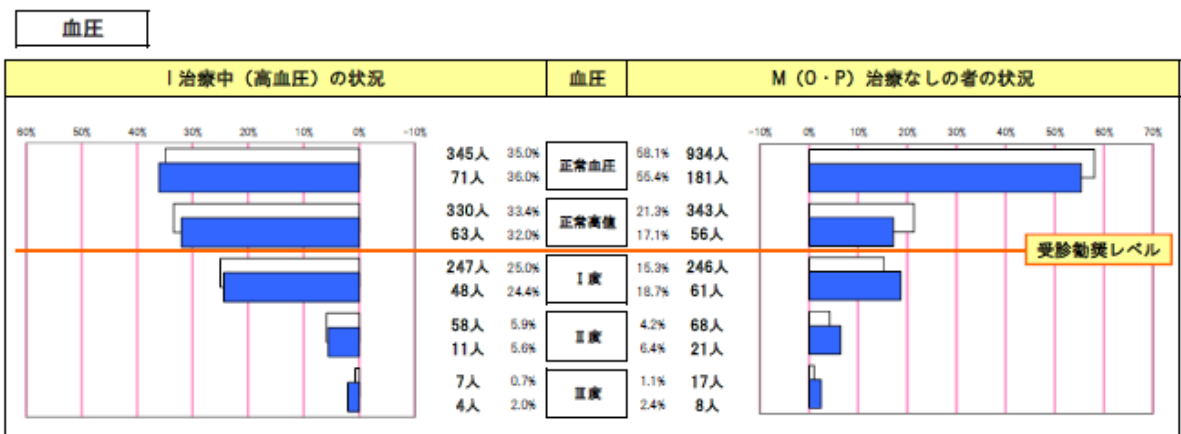
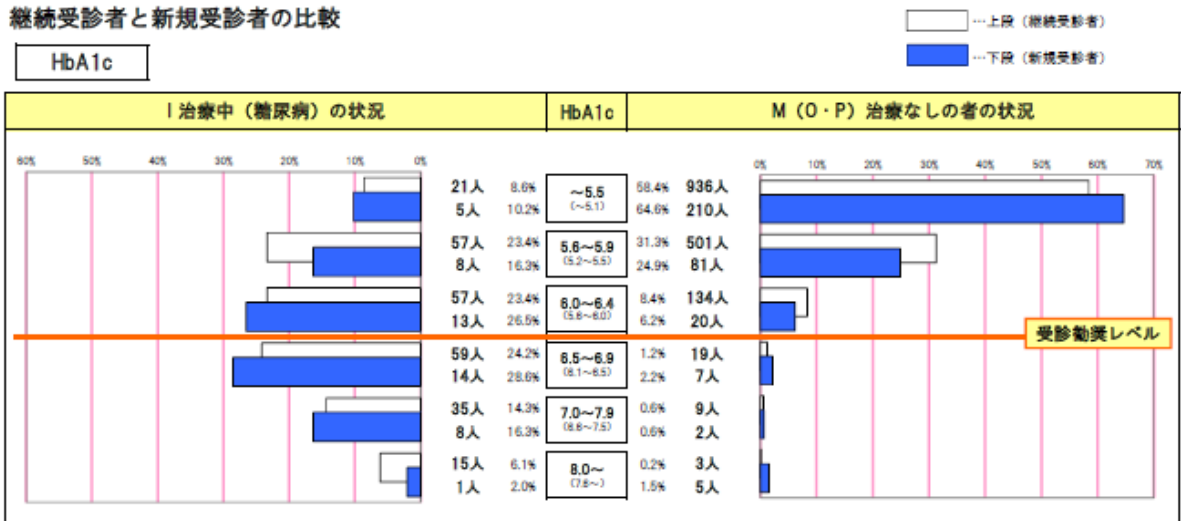
*全国については、有所見割合のみ表示

3. 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

治療中におけるデータを見ると、医療機関へ受診していても改善していない糖尿病がある。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と運動療法を併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を強化する必要がある。

【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

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が30.9%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。

また、特定健診は未受診だが生活習慣病で治療中である「H」は3,454名(38.9%)であり、情報提供事業を実施することでデータを把握することができ、受診率が上がり、必要な方には保健指導を実施することができる。

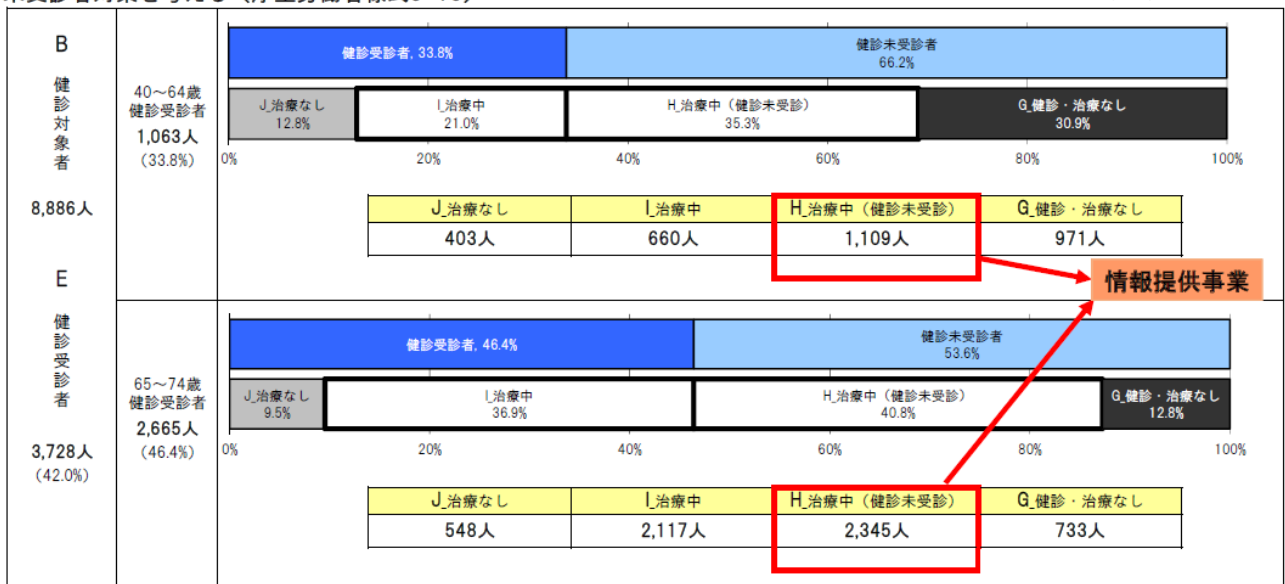
健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用で見ても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることが分かる。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受診し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

【図表 19】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

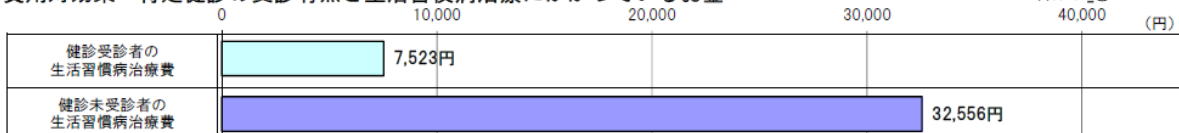
★NO.26 (CSV)



○G_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

★NO.3_⑥



Ⅲ 目標の設定

1. 成果目標

1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、恵那市の医療費のかかり方は、医療機関に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかである。重症化予防、医療費の適正化へつなげるには、重症化する前に治療を開始し入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

2) 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、一年ごとに血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

I 第2期特定健康診査等実施計画の評価

1. 第2期特定健診受診率からみる検証

受診率は、国の第2期の目標値には到底及ばないものとなった。恵那市国保としては平成26年度から緩やかな伸びを示しているが、被保険者数の減少により、対象者数は平成24年度から平成28年度を比較すると1,030人減少している。全国の市町村国保と受診率を比較すると、平均以上ではあるが、他の保険者と比べると低い数値結果である。

年齢別に見ると、40歳から54歳までの受診率が低く、高齢になるほど受診率は上がっている。生活習慣病の予防対策には、40代、50代の受診強化が今後も課題となる。

●受診率調べ

【図表 20】

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者数	9,897	9,768	9,488	9,171	8,831
受診者数	3,964	3,769	3,604	3,813	3,710
受診率	40.1%	38.6%	38.0%	41.6%	42.0%
県内順位 (42市町村)	17位	19位	20位	18位	18位

※参考 平成26年度保険者別受診率全国統計（厚生労働省）

市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	単一健保	総合健保 私学共済	共済組合 (私学除 く)
35.3%	45.5%	43.4%	40.9%	74.7%	68.0%	75.6%

●平成28年度年齢別受診率調べ

【図表 21】

	合計	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
男	37.0%	26.6%	26.8%	26.5%	30.8%	32.3%	39.4%	44.1%
女	47.1%	25.9%	29.5%	35.2%	42.2%	42.9%	50.3%	53.4%
男女計	42.2%	25.7%	28.0%	30.4%	36.7%	38.4%	44.9%	49.1%

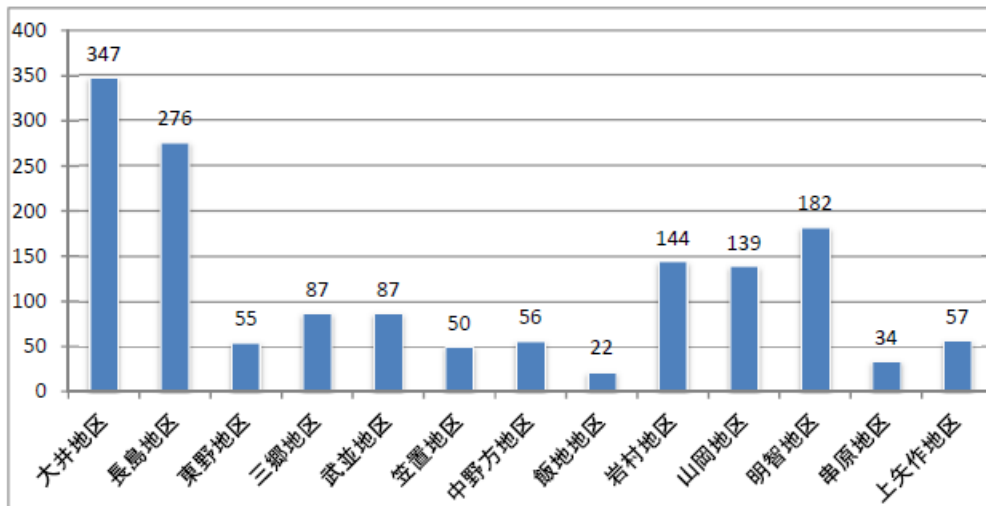
2. アンケート調査による検証

平成28年度に特定健診に対する意識調査の一環として、50歳から65歳の被保険者3,022人を対象にアンケート調査を実施した。回答率は50.83%であり、うち60歳以上の回答が7割でした。アンケート結果は以下のとおり。

問1) 地区別回答者数

地区別の被保険者数と比例した回答が得られた。

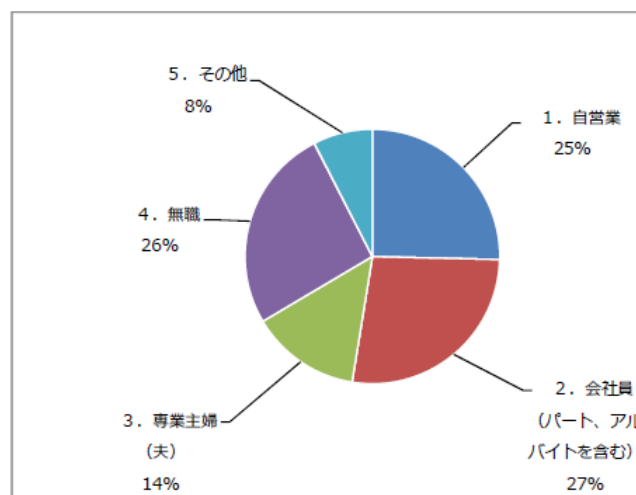
【図表 22】



問2) 職業別

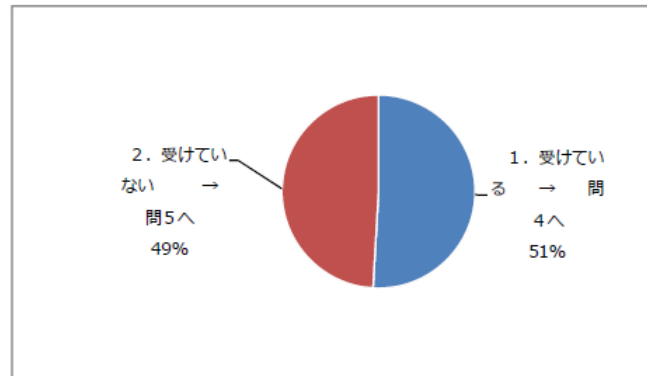
自営業が25%と4分の1を占めている反面、パートやアルバイト、専業主婦と無職を合わせて67%という高い割合に低所得・低収入層がいることが分かる。

【図表 23】



問3) 特定健診を毎年受けているか

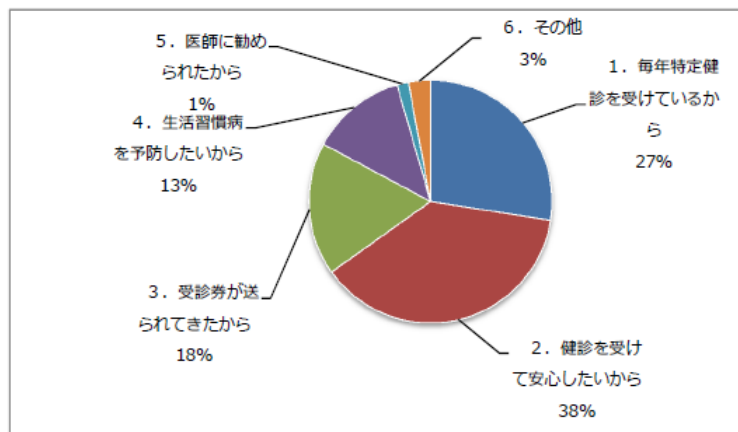
【図表 24】



問4) 特定健診を受けている理由

習慣として毎年受診している方や、体の安心や病気予防の回答が78%あり、自身の健康を気にしている方が多く受診していることが分かる。

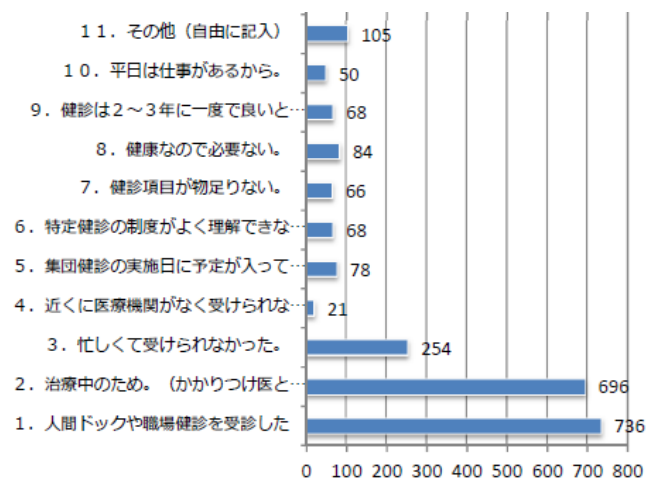
【図表 25】



問5) 特定健診を受けていない理由(複数回答可)

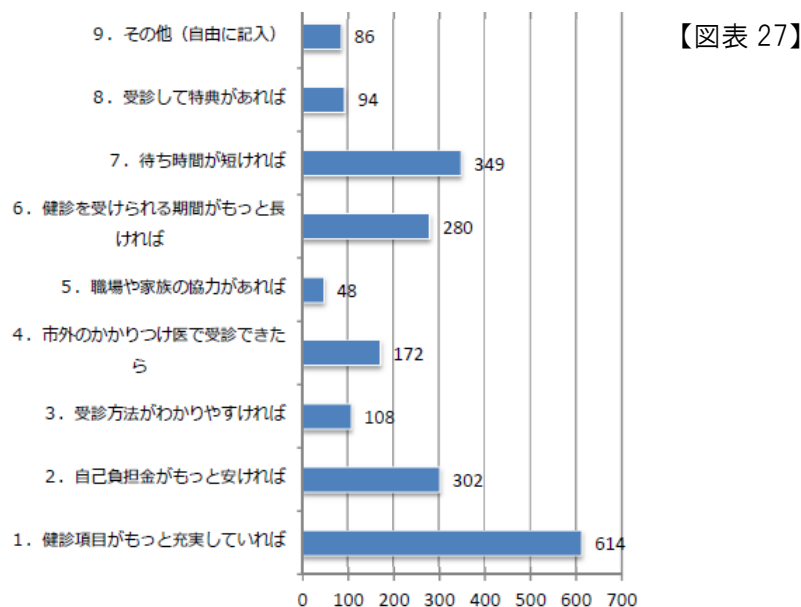
人間ドックや他の病気で治療しているとの回答が大変多く、特定健診への関心の低さが分かる。また、「忙しい」との回答も多い。

【図表 26】



問6) どのようにすれば特定健診を受けやすくなるか(複数回答可)

健診項目が少ないとの意見が多く、受診の効果に対しての理解が得られていないことが分かる。また、待ち時間の長さや自己負担額についても要望が読み取れる。



問7) 自由意見

アンケート調査以外に、特定健診に対する意見も多く寄せられた。(以下は抜粋)
・「このまま続けてほしい、今のままでいい」という意見の反面、集団健診の待ち時間が長い

- ・ 受診料が無料になるといい
- ・ 健診項目を増やしてほしい
- ・ 特定健診と人間ドックの違いが知りたい
- ・ 毎年受診する必要(メリット)があるのか
- ・ 結果がくるのが遅いので早くしてほしい

アンケートの結果から、特定健診の必要性と受診率向上に向け、改めて周知の仕方や勧奨方法などを改善する必要があることが分かった。平成29年度から関係部署とともに検討会議を開催しているが、今後も個別の周知や年代別の勧奨方法を検討していく必要がある。

また、子ども(小中学生など)の頃から生活習慣病の恐ろしさや身体に及ぼす影響、健診の必要性など、健康に対する意識付けに取り組む必要がある。

さらに、現在治療中である場合も、行政と地域と医療機関が包括的に、今後を見守る環境を整えていく必要がある。

3. 特定健診受診率向上対策による検証

1) 集団健診と個別健診

受診料については、平成 27 年度に医療機関で受診する個別健診での自己負担金を集団健診と同様に 500 円に統一したことで、集団健診から個別健診の受診が増加した。これを受け、平成 28 年度は集団健診の開催日数を減らし、医療機関での受診連携を強化した。また更なる受診率向上のため、平成 29 年度は受診期間を 12 月まで延長し、集団健診の土日の開催日数を増加した。

今後は、地域別の受診者数の動向を見ながら、地元説明や健診PRを強化し、集団健診の開催場所や日数を検討する必要がある。

●集団健診の推移

【図表 28】

	開始日	終了日	開催日数	土日開催
平成23年度	6月17日	9月30日	21	6
平成24年度	6月19日	10月3日	23	6
平成25年度	6月12日	10月4日	25	5
平成26年度	6月12日	9月29日	26	5
平成27年度	5月19日	10月7日	24	5
平成28年度	5月19日	10月31日	19	5
平成29年度	5月21日	12月10日	19	7

受診料	
集団健診	500円
医療機関	1,000円

集団健診	500円
医療機関	500円

2) 電話勧奨による取り組み

未受診者への受診勧奨として、平成 27 年度から架電による勧奨を行った。さらに充実させるため、平成 29 年度には、コールセンター事業を岐阜県国保連合会へ委託して実施。結果、48.9%の方が受診済みの回答、または受診の承諾を得た。未承諾の方の中には、「医療機関へ通院中（治療中）」という理由が高齢層に多く見られた。また 40 代では「時間がない」「忙しい」という理由が 4 割を占めた。今後は、40 代へのアプローチの仕方も検討が必要である。

■実施件数：3,072 件（勧奨完了 2,259 件 73.5%）

■実施期間：9 月 1 日～10 月 31 日（2 ヶ月）

受診済み	23.8%	48.9%
受診承諾	25.1%	
受診未承諾	36.0%	
その他	15.1%	

【図表 29】

3) はがき勸奨による取り組み

平成 27 年度から未受診者に対し、ハガキによる受診勸奨を実施した。ハガキ送付後、集団健診へハガキを持参し受診される方が多くみられた。

平成 29 年度は、8 月と 11 月の 2 回送付し、ハガキのレイアウトはインパクトのあるデザインに変更するなどの工夫をした。ハガキ送付後、保健センターでの集団健診は、いずれも 120 件を超える受診があり、大きな効果が得られた。

4. 特定保健指導実施率の実施状況からみる検証

特定保健指導対象者(積極的支援・動機付け支援)について、対象者は年々減少傾向である。特定保健指導率については、第 2 期の目標が平成 28 年度は 58%以上とされていたが、その値を上回り 69%の方への指導を実施することができた。

【図表 30】

特定保健指導	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
対象者	413	337	358	382	329
実績	34.9%	68.5%	74.9%	73.0%	69.0%
県内順位	20 位	6 位	6 位	7 位	8 位

法定報告より

特定保健指導の指導率が上昇したのは、保健指導が終了まで継続することができたことである。理由として、地区担当制を取り入れて訪問し、地区毎に指導体制を強化したためと考える。

特定保健指導対象者の中には、生活習慣病に関する未治療者の割合が高い状況であったが、特定保健指導の実施によりそれらを治療に結び付けることで、重症化予防対策につなげることができた。また、治療を開始することで特定保健指導対象者が減少している。

特定保健指導の実施状況（率：保健指導対象者数に対するもの）

【図表 31】

特定保健指導		平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
積極的支援	利用者数 (率)	52 人 (59.8%)	45 人 (52.9%)	58 人 (74.4%)	48 人 (62.3%)	46 人 (66.7%)
	終了者数 (率)	18 人 (20.7%)	20 人 (23.5%)	41 人 (52.6%)	32 人 (41.6%)	41 人 (59.4%)
動機付け支援	利用者数 (率)	326 人 (62.6%)	252 人 (73.8%)	220 人 (78.6%)	238 人 (78.0%)	184 人 (70.8%)
	終了者数 (率)	126 人 (38.7%)	211 人 (83.7%)	227 人 (81.1%)	247 人 (81.0%)	186 人 (71.5%)

法定報告より

内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率について、県や同規模と比較して低い、該当者の割合は年々増加傾向にあり、今後の課題である。（参考資料1-5）

※内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率 【図表 32】

内臓脂肪症候群の	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
該当者	481 人 12.1%	458 人 12.2%	438 人 12.2%	521 人 13.7%	555 人 14.9%
予備群	362 人 9.1%	321 人 8.5%	350 人 9.7%	350 人 9.2%	353 人 9.5%

法定報告より

Ⅱ 第 3 期特定健康診査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 1 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踏まえ、第 3 期（平成 30 年度以降）からは 6 年 1 期として策定する。

1. 目標値の設定と対象者の見込み

【図表 33】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50%	55%	60%	63%	66%	70%
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%

【参考】

国が示す実施目標は、第 2 期の目標値である特定健診実施率 70%以上、特定保健指導実施率 45%以上を維持するとしている。

【図表 34】

項目		<第 1 期> H24年度目標	<第 2 期> H29年度までの 保険者全体の目標	H26年度実績 (保険者全体)	<第 3 期> H35年度までの 保険者全体の目標
実施に関する目標	①特定健診実施率	70%以上	70%以上	48.6%	70%以上
	②特定保健指導実施率	45%以上	45%以上	17.8%	45%以上
成果に関する目標	③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	—	25%以上減少 (H20年度比)	3.2%減少 (H20年度比)	—
	特定保健指導対象者の減少率(※)	10%以上減少 (H20年度比でH27年度に25%減少)	—	16.1%減少 (H20年度比)	25%以上減少 (H20年度比)

【図表 35】

		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	8,478人	8,182人	7,896人	7,620人	7,354人	7,097人
	受診者数	3,815人	3,845人	3,948人	4,038人	4,044人	4,258人
特定保健指導	対象者数	381人	384人	394人	403人	404人	425人
	実施者数	278人	288人	299人	310人	315人	340人

2. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関及び市内医療機関（恵那医師会含む）に委託契約を行う。

- ① 集団健診(恵那市保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施医療機関リスト

特定健診実施医療機関については、恵那市のホームページ及び広報えなに掲載する。（参照）URL：<http://www.city.ena.lg.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、前年度に引き続き市独自の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

5) 実施時期

受診期間 5 月～12 月

受診券の発送 4 月下旬(国保への途中加入者には随時送付)

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から被保険者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。

7) 代行機関

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

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 36】

●健診の案内方法

1. 恵那市告知放送による周知(開催日前日の朝に放送)
2. えなっコチャンネルによる周知(5月～12月上旬に定期的放送)
3. 広報えなへの掲載(毎月の健診日程、健康カレンダーの同時配布)
4. 恵那市ホームページへの掲載(健診ページと随時お知らせ)
5. 健幸フェスタ等の市イベントでの周知
6. 市内各地域協議会等への周知及び説明
7. 市内各中学校への出前講座(生活習慣病の予防と健診の重要性)
8. 未受診者への勧奨ハガキの送付
9. 未受診者への電話勧奨(コールセンター含む)
10. 市民メールによる周知

●健診実施スケジュール

受診期間 → 5月～12月

受診券の発送 → 4月下旬(国保への加入者は随時送付)

3. 情報提供事業の実施

1) 実施方法

特定健診を未受診かつ生活習慣病(高血圧や糖尿病、脂質異常症など)で治療中の被保険者について、本人同意の上、血液検査等の結果のうち、特定健康診査の検査項目に相当する検査結果を医療機関から提供してもらう。提供データは特定健診結果データとして活用する。

当事業については、医療機関及び岐阜県国民健康保険団体連合会と委託契約を行い実施する。

2) 実施対象者

生活習慣病で治療中の被保険者

3) 実施時期

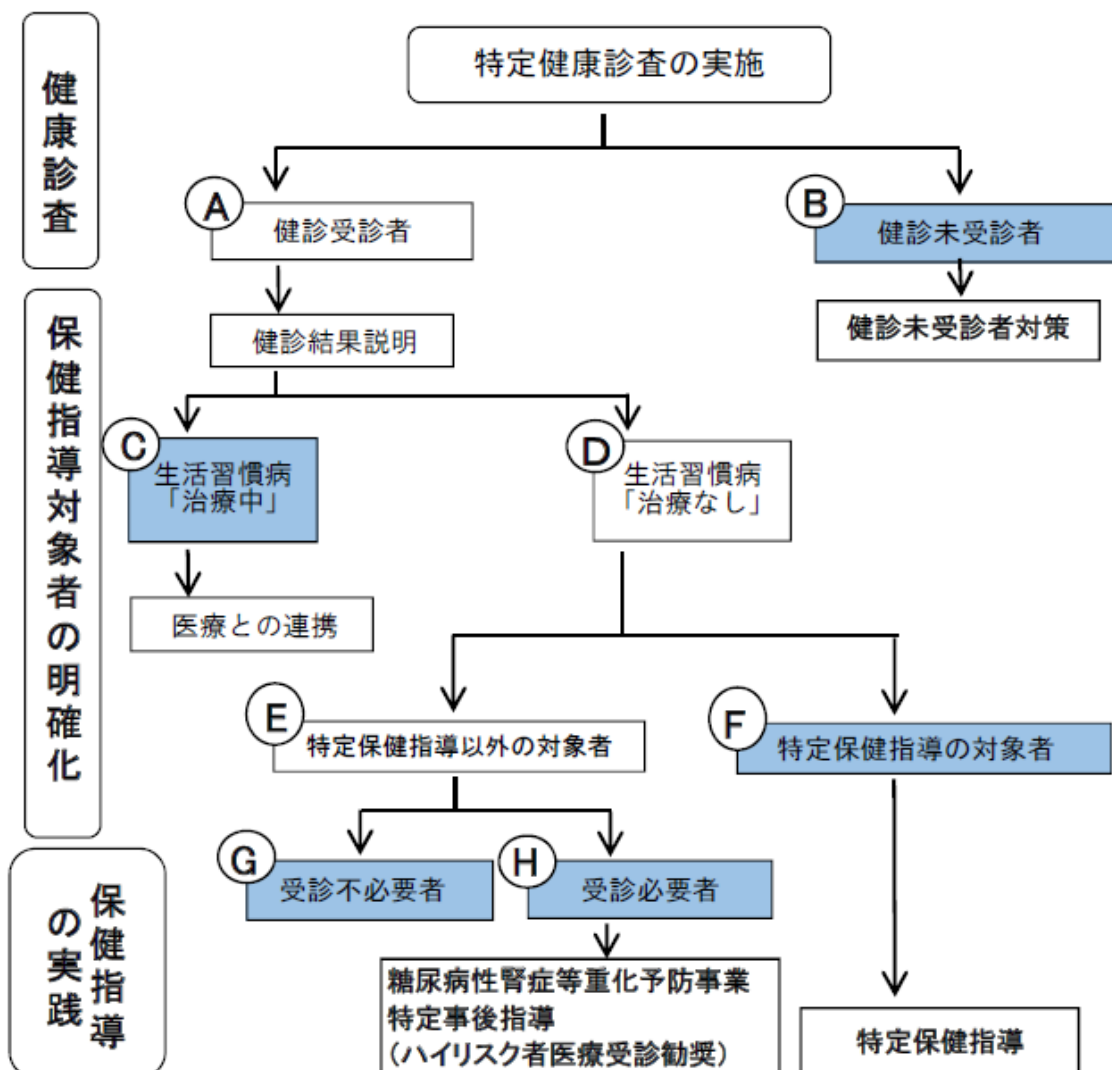
特定健康診査実施期間（5月から12月まで）

4. 保健指導の実施

保健指導の実施については、一般衛生部門と連携して行う。

1) 健診から保健指導実施の流れ

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。



※生活習慣病は質問票より高血圧、糖尿病、脂質異常症の3疾患について治療ありと回答した者

2) 保健指導対象者の優先順位・支援方法

保健指導対象者の優先順位・支援方法については、図表 38 のとおりとする。

【図表 38】

優先順位	様式	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込
1	F	特定保健指導 動機付け支援 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	329人

2	H	生活習慣病 「受診必要者」	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	889 人
3	B	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（健診受診の重要性の普及啓発）	5,123 人
4	G	受診不必要者	◆健診結果の見方を通知・説明	868 人
5	C	生活習慣病 「治療中」	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導、栄養指導実施者との連携（情報提供事業、受診連絡票の活用） ◆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 	1,812 人

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

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ 個人情報保護

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、個人情報の保護に関する法律および恵那市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、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。

Ⅳ 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。

Ⅴ 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、恵那市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受診し、状態に応じた保健指導の実施が重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取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)及び岐阜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39に沿って実施する。

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

【図表 39】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては岐阜県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中の者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数の把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。

【図表 40】

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

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

恵那市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白について正常アルブミン尿を尿蛋白(-)、微量アルブミン尿を尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿を尿蛋白(+)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 2)

②基準に基づく該当者数の把握

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

恵那市において、平成 28 年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 137 人(29.7%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療中の者 1,653 人(16.5%・H)のうち、特定健診受診者が 325 人(19.7%・G)であったが、118 人(36.3%・キ)は治療中断者であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,328 人(80.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 193 人(14.5%・イ)中 59 人(30.6%・オ)は治療中断者であることが分かった。また、134 人(69.4%・カ)については継続受診中であるがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。(図表 41、参考資料 2)

③優先順位と介入方法

図表 41 より恵那市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1 【受診勧奨】

- ア. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・137 人
- イ. 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・177 人
 - ・介入方法として個別訪問、面談、電話、手紙等に対応

優先順位2 【保健指導】

- ・糖尿病医療中であるが重症化するリスクの高い者(ク)・・・207 人
- ・介入方法として個別訪問、面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

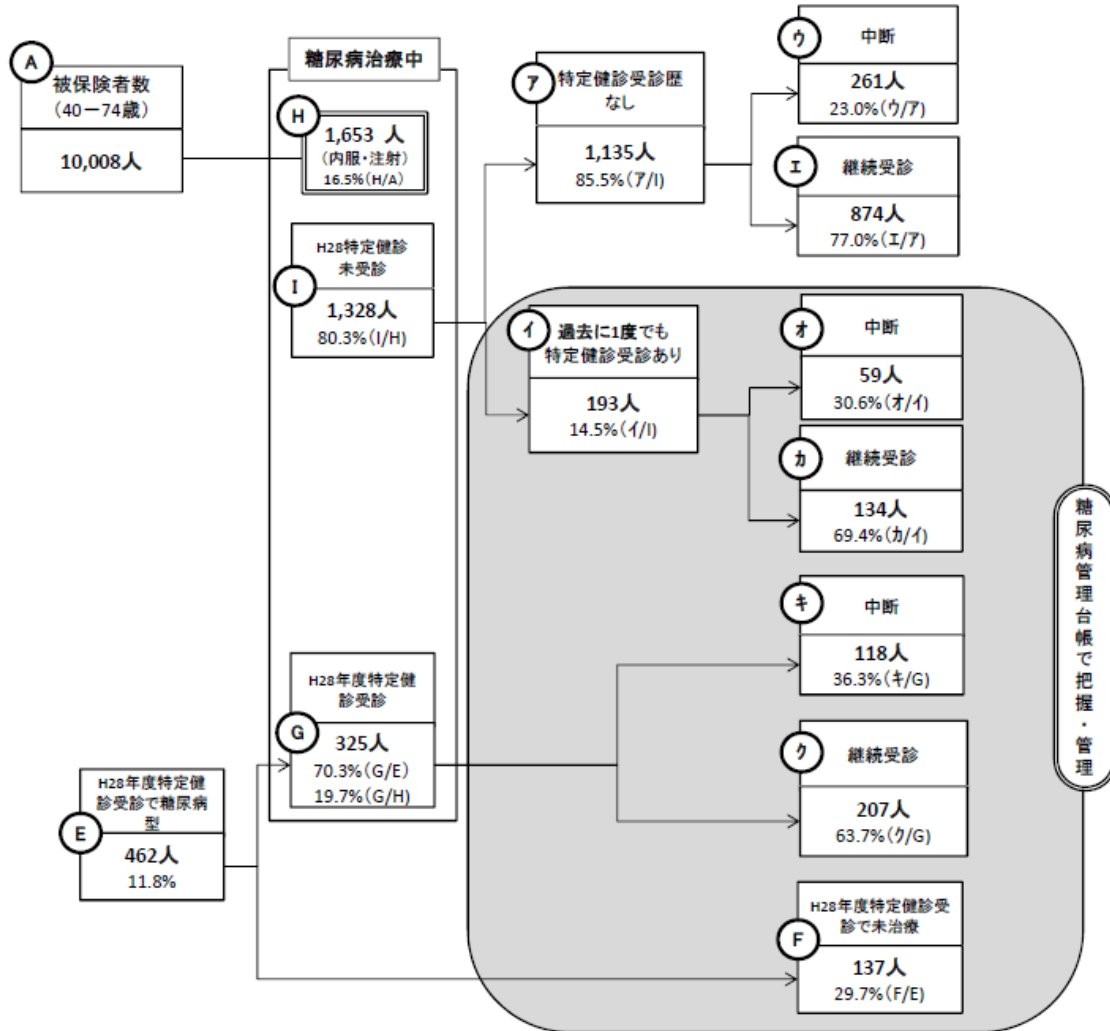
優先順位3 【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・134 人
- ・介入方法として個別訪問、面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 41】

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



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は、糖尿病管理台帳(参考資料4)及び年次計画表(参考資料5)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【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%以上の者は以下の情報を管理台帳に記載する。

*HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診結果が HbA1c6.5%以上であった場合は記載する

ア. HbA1c イ. 血圧 ウ. 体重 エ. eGFR オ. 尿蛋白

② 国民健康保険加入状況を確認する。

③ レセプトを確認し情報を記載する

ア. 治療状況の把握

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

④ 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

⑤ 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)・・・255人

イ. 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)・・・112人

4) 保健指導の実施(糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導)

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。恵那市においては、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見ていくことで、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 42】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は? HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか? <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病による網膜症 眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… 糖尿病性神経障害とそのすみ方 糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <p style="text-align: center;">} 6.0%未満</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン?(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体のもと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 ビッグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

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、恵那市要受診連絡票(参考資料 6) を使用し連携する。(参考資料 7)

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては岐阜県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**を活用してく。

また、中長期的評価においては、様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 8)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

・ HbA1c の変化

・ eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、又は 1 年で 5ml/分/1.73 m²以上低

下)

・ 尿蛋白の変化

・ 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象

者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(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 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、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つである。恵那市では心電図検査を「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 130mmHg 以上若しくは拡張期血圧 85mmHg 以上の者又は問診等において医師が必要と認めた者」を基準に実施している。

「安静時心電図に S T - 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、心電図所見において S T 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。恵那市において健診受診者 3,923 人のうち心電図検査実施者は 1,895 人 (48.3%) であり、そのうち S T 所見があったのは 103 人(5.4%)であった (図表 43)。

【図表 43】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/e)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	3923	100	1895	48.3%	103	5.4%	526	27.8%	1266	66.8%

年度40～74歳受診者 ドック・結果提出含む 節目の社保は除く

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 44 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 44】

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」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)

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（介護保険部署）との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は

糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

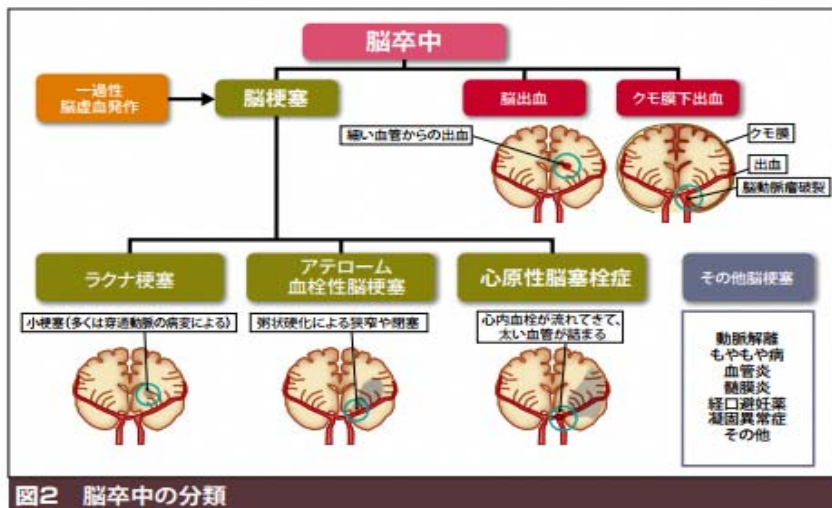
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 45】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 46】

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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 47 に基づき、特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 47-1】

リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	心房細動	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CKD)
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2009 (日本高血圧学会)	糖尿病治療ガイド2012-2013 (日本糖尿病学会)	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	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)
重症化予防対象	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 (2項目以上)	蛋白尿 (2+) 以上 eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数	3,920					
対象者数	229 (5.8%)	190 (4.8%)	165 (4.2%)	20 (0.5%)	581 (14.8%)	41 (1.0%) 120 (3.1%)
治療なし	140 (5.3%)	118 (3.3%)	143 (4.9%)	8 (0.4%)	123 (5.6%)	9 (0.4%) 32 (1.5%)
(再掲) 特定保健指導	53 (23.1%)	30 (15.8%)	27 (16.4%)	5 (25.0%)	123 (21.2%)	3 (7.3%) 7 (5.8%)
治療中	89 (6.9%)	72 (22.2%)	22 (2.2%)	12 (0.7%)	458 (25.3%)	32 (1.8%) 88 (4.9%)
臓器障害あり	45 (32.1%)	25 (21.2%)	14 (9.8%)	8 (100.0%)	29 (23.6%)	9 (100.0%) 32 (100.0%)
CKD (専門医対象者)	9	10	2	0	7	9
臓器障害ありのうち						
原蛋白(2+)以上	3	7	1	0	2	9
原蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	5	2	0	0	4	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	2	2	1	0	1	1
心電図所見あり	38	18	12	8	24	3

新規受診者と継続受診者の高血圧有所見率の比較

【図表 47-2】

高血圧	合計			新規受診者			継続受診者		
	人数	Ⅱ度以上人数	割合	人数	Ⅱ度以上人数	割合	人数	Ⅱ度以上人数	割合
治療なし	2620	140	5.3%	400	31	7.8%	2220	109	4.9%
治療中	1299	89	6.9%	197	15	7.6%	1102	74	6.7%

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。Ⅱ度以上高血圧の有所見状況をみると、新規受診者の有所見者が高いため、健診の新規受診者に対する保健指導を確実に実施する必要がある。

重症化予防対象者を見ると、Ⅱ度高血圧以上が 229 人 (5.8%) であり 140 人 (5.3%) は未治療者であった。また未治療者のうち 45 人 (32.1%) は臓器障害の所見が見られたため、早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 89 人 (6.9%) いることが分かった。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。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

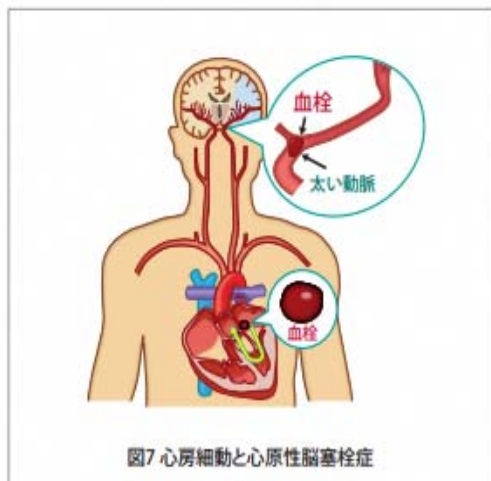
【図表 48】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類	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
	2,621	811	702	554	414	114	26	24	228	302
		30.9%	26.8%	21.1%	15.8%	4.3%	1.0%	0.9%	8.7%	11.5%
リスク第1層 (危険因子がない)	297	147	75	47	24	4	0	24	4	0
		11.3%	18.1%	10.7%	5.8%	3.5%	0.0%	100%	1.8%	0.0%
リスク第2層 (糖尿病以外の1-2個の危険因子、メタボリックシンドロームがある)	1,400	439	374	293	224	56	14	--	224	70
		53.4%	54.1%	53.3%	54.1%	49.1%	53.8%	--	98.2%	23.2%
リスク第3層 (糖尿病、CKD、臓器障害/心血管病、3個以上の危険因子のいずれかがある)	924	225	253	214	166	54	12	--	--	232
		35.3%	27.7%	38.6%	40.1%	47.4%	46.2%	--	--	76.8%
再掲 重複あり	糖尿病	215	43	62	52	45	10	3		
		23.3%	19.1%	24.5%	24.3%	27.1%	18.5%	25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	513	139	137	125	74	30	8		
		55.5%	61.8%	54.2%	58.4%	44.6%	55.6%	66.7%		
	3個以上の危険因子	403	78	109	87	91	31	7		
		43.6%	34.7%	43.1%	40.7%	54.8%	57.4%	58.3%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 48 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(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、心房細動等により心臓にできた血栓が血流に乗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する。脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 49 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 49】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1061	803	19	1.8	1	0.1	-	-
40歳代	66	67	0	0.0		0.0	0.2	0.04
50歳代	90	81	2	2.2		0.0	0.8	0.1
60歳代	587	418	6	1.0		0.0	1.9	0.4
70～74	318	237	11	3.5	1	0.4	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※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 50】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
20	100	6	30	14	70

心電図検査において 20 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると、年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 60 代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことが分かった。また 20 人のうち 14 人は既に治療が開始されていたが、6 人は特定健診受診で心電図検査を受けることで発見ができた対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・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掛ける。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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 11)

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地区別管理台帳を作成し、経過を把握していく。(参考資料 12)

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(介護保険部署)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う。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

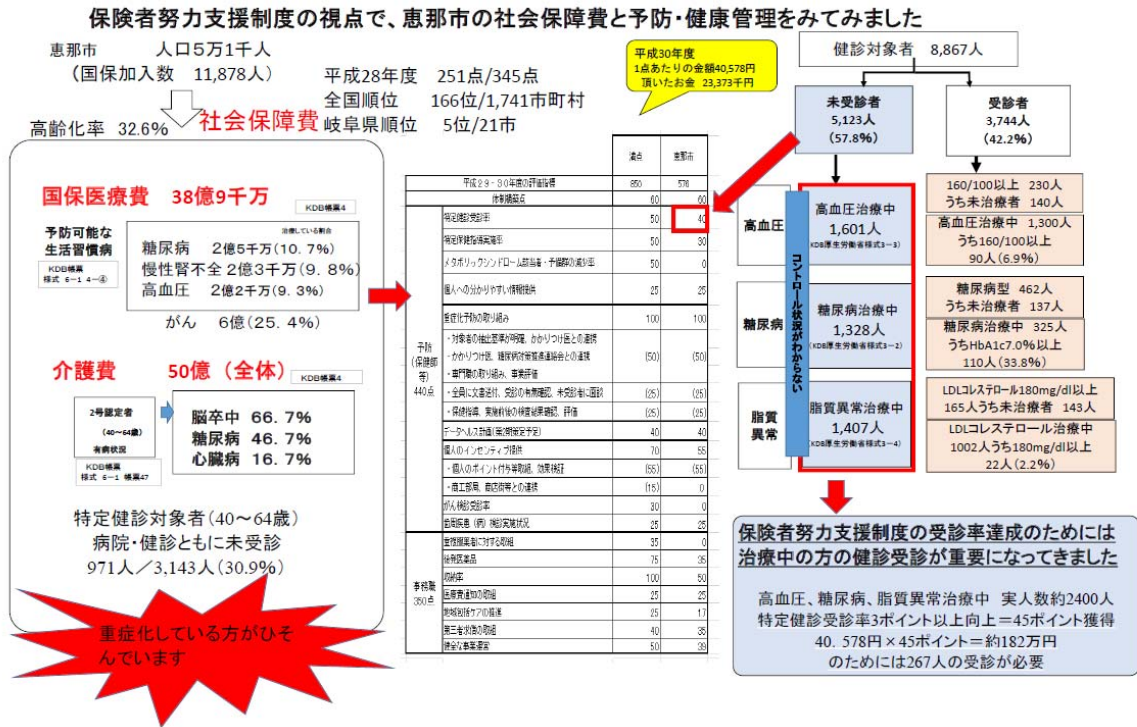
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 51】



第5章 地域包括ケアに係る取組

【図表 52】

- 恵那市の人ほどどれくらい塩分を摂っているのでしょうか？

恵那市 塩分摂取量

◎ 13.1g/日

男性：12.7g/日
女性：13.0g/日

塩分摂取目標量
(日本人の食事摂取基準2015、高血圧治療ガイドライン2014)

男性：8.0g/日未満
女性：7.0g/日未満
高血圧：6.0g/日未満

塩分摂取量の平均値 (20歳以上、性・都道府県別、年齢調整) から 平成23年 岐阜県 県民栄養調査

順位	全体		男性		女性	
	都道府県	平均値	都道府県	平均値	都道府県	平均値
1	★恵那市	13.1	岩手県	12.9	★恵那市	13.0
2	岩手県	11.9	★恵那市	12.7	岩手県	11.1
3	長野県	11.8	長野県	12.6	長野県	11.1
4	山形県	11.3	山形県	12.4	埼玉県	10.5
5	埼玉県	11.3	秋田県	12.3	山形県	10.5
6	山梨県	11.2	山梨県	12.3	山梨県	10.3
7	秋田県	11.1	埼玉県	12.2	秋田県	10.2
8	千葉県	11.1	千葉県	12.1	千葉県	10.2
9	石川県	11.0	福島県	12.1	宮城県	10.1
10	福島県	10.9	石川県	12.0	群馬県	10.1
11	群馬県	10.9	栃木県	11.9	石川県	10.1
12	栃木県	10.8	福井県	11.8	宮崎県	10.0
13	宮城県	10.8	新潟県	11.7	新潟県	10.0
14	新潟県	10.7	群馬県	11.7	福島県	9.9
15	福井県	10.7	宮城県	11.7	栃木県	9.9
16	青森県	10.7	青森県	11.7	静岡県	9.9
17	静岡県	10.6	神奈川県	11.6	福井県	9.8
18	神奈川県	10.5	山口県	11.6	青森県	9.8
19	茨城県	10.5	滋賀県	11.4	茨城県	9.8
20	東京都	10.5	静岡県	11.4	富山県	9.7
21	富山県	10.4	東京都	11.4	北海道	9.7
22	全国	10.4	茨城県	11.3	東京都	9.7
23	宮崎県	10.4	長崎県	11.3	鹿児島県	9.6
24	三重県	10.3	富山県	11.3	全国	9.6
25	島根県	10.3	全国	11.3	神奈川県	9.6
26	鹿児島県	10.3	三重県	11.1	島根県	9.6
27	滋賀県	10.3	鹿児島県	11.1	三重県	9.6
28	山口県	10.2	宮崎県	11.0	岐阜県	9.5
29	岐阜県	10.2	島根県	11.0	京都府	9.5
30	北海道	10.2	岐阜県	11.0	兵庫県	9.4

「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 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、『予防』を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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。

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

第6章 計画の評価・見直し

I 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。
また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

II 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率や医療の動向等は、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確認する。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

I 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。

II 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恵那市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 目標管理一覧
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 6 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 医療機関との連携体制
- 参考資料 7 恵那市要受診連絡票
- 参考資料 8 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 9 虚血性心疾患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 血圧評価表
- 参考資料 12 心房細動管理台帳

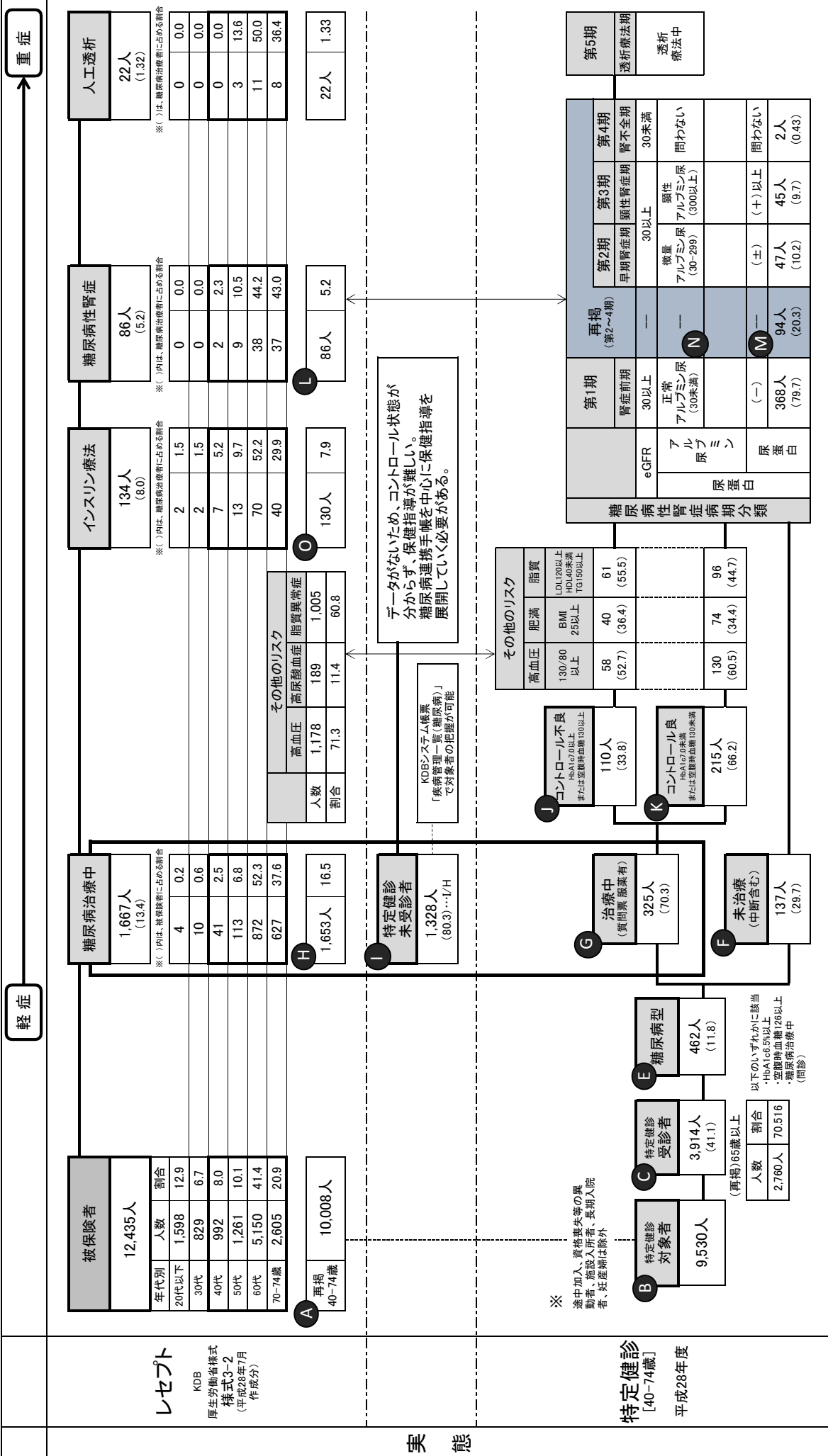
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた恵那市の位置 (H28)

【参考資料1】

項目		H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
		保険者		保険者		同規模平均		県		国						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 人口構成	総人口		53,114		51,017		18,346,852		2,020,000		125,640,987		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)		15,498	29.2	16,620	32.6	4,430,444	24.1	567,571	28.1	33,465,441	26.6			
		75歳以上		8,722	16.4	8,988	17.6			275,543	13.6	16,125,763	12.8			
		65~74歳		6,776	12.8	7,632	15.0			292,028	14.5	17,339,678	13.8			
		40~64歳		17,780	33.5	16,588	32.5			668,139	33.1	42,295,574	33.7			
	39歳以下		19,836	37.3	17,809	34.9			784,290	38.8	49,879,972	39.7				
	② 産業構成	第1次産業		5.7		5.7		6.1		3.2		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		36.6		36.6		28.9		33.6		25.2				
		第3次産業		57.6		57.6		65.0		63.2		70.6				
	③ 平均寿命	男性		78.8		78.8		79.6		79.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性		86.9		86.9		86.3		86.3		86.4						
④ 健康寿命	男性		64.2		64.2		65.3		65.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	女性		66.9		66.9		66.8		67.0		66.8					
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		96.1		94.5		100.0		97.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		男性		95.0		93.1		100.9		101.6		100				
		女性		96.1		94.5		100.0		97.3		100				
		がん		181	44.9	181	43.0	54,818	48.1	6,017	48.0	367,905	49.6			
		心臓病		129	32.0	134	31.8	30,930	27.1	3,513	28.0	196,768	26.5			
		脳疾患		59	14.6	65	15.4	18,797	16.5	1,938	15.5	114,122	15.4			
	糖尿病		7	1.7	2	0.5	2,153	1.9	208	1.7	13,658	1.8				
	腎不全		15	3.7	18	4.3	3,750	3.3	443	3.5	24,763	3.3				
	自殺		12	3.0	21	5.0	3,547	3.1	408	3.3	24,294	3.3				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		61		58		8.1		2,110		9.6(H27)		厚労省HP 人口動態調査		
男性		39		36		10.1		1,379		12.1(H27)						
女性		22		22		5.4		731		6.9(H27)						
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,855		2,834		18.5		891,715		20.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		新規認定者		50		0.3		55		0.2		15,309			0.3	
		2号認定者		62		0.4		54		0.3		21,986			0.4	
	② 有病状況	糖尿病		598		20.1		663		21.8		203,607		21.9		
		高血圧症		1,510		50.3		1,504		50.7		478,594		51.8		
		脂質異常症		685		23.6		733		24.4		255,994		27.6		
		心臓病		1,737		59.1		1,782		60.0		545,522		59.1		
		脳疾患		768		26.5		767		25.8		239,267		26.2		
		がん		228		8.1		244		8.3		92,924		10.0		
		筋・骨格		1,491		50.9		1,586		52.9		468,953		50.8		
精神		981		33.0		1,023		34.2		330,813		35.6				
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		60,664		59,731		61,236		60,919		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	居宅サービス		40,570		41,186		40,245		41,248		39,683					
	施設サービス		273,260		267,818		278,146		269,887		281,115					
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		9,747		7,828		8,026		7,608		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	認定あり		3,489		3,719		3,809		3,629		3,822					
4	① 国保の状況	被保険者数		13,788		11,878		4,516,485		516,742		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
		65~74歳		5,803		42.1		6,008		50.6		220,791			42.7	
		40~64歳		4,834		35.1		3,567		30.0		164,125			31.8	
		39歳以下		3,151		22.9		2,303		19.4		131,826			25.5	
	加入率		26.0		22.4		24.7		25.4		26.9					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2		0.1		2		0.2		1257		0.3		
		診療所数		40		2.9		41		3.5		12,813		2.8		
		病床数		255		18.5		255		21.5		227,288		50.3		
		医師数		52		3.8		61		5.1		33,690		7.5		
		外来患者数		669.0		709.5		688.2		716.6		668.3				
入院患者数		19.0		21.9		19.8		18.1		18.2						
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		23,701		26,667		25,582		25,248		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	受診率		687,989		731,374		708,019		734,725		686,501					
	外来 費用の割合		61.1		59.3		59.3		62.1		60.1					
	件数の割合		97.2		97.0		97.2		97.5		97.4					
	入院 費用の割合		38.9		40.7		40.7		37.9		39.9					
	件数の割合		2.8		3.0		2.8		2.5		2.6					
	1件あたり在院日数		15.9日		16.0日		16.2日		15.4日		15.6日					
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名(調剤含む)	がん		527,639,600		22.0		593,421,910		25.4		25.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
	慢性腎不全(透析あり)		222,410,500		9.3		206,248,890		8.8		9.5					
	糖尿病		260,345,910		10.8		249,748,950		10.7		10.1					
	高血圧症		299,679,030		12.5		215,930,040		9.3		8.9					
	精神		383,139,820		16.0		389,497,460		16.7		17.6					
筋・骨格		354,765,170		14.8		340,840,390		14.6		14.9						

項目			H25			H28			H28			データ元 (CSV)				
			保険者			保険者			同規模平均		県		国			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数42	入院	糖尿病	501,121	37位 (15)	542,182	29位 (16)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	554,715	37位 (17)	549,973	39位 (17)								
				脂質異常症	553,245	24位 (18)	504,535	37位 (17)								
				脳血管疾患	576,462	37位 (17)	627,741	30位 (18)								
				心疾患	593,166	41位 (13)	633,521	35位 (15)								
				腎不全	624,242	34位 (15)	577,423	40位 (14)								
				精神	408,762	26位 (25)	410,738	37位 (26)								
			悪性新生物	652,254	22位 (14)	669,087	20位 (13)									
			外来	糖尿病	33,161	35位	33,735	29位								
				高血圧	29,046	29位	29,193	24位								
				脂質異常症	26,663	24位	26,831	17位								
				脳血管疾患	38,005	20位	35,041	30位								
				心疾患	42,446	24位	42,728	20位								
				腎不全	166,147	35位	165,797	35位								
精神	29,362	21位		28,646	31位											
悪性新生物	49,623	32位	52,627	32位												
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	2,770			2,846			2,411		2,726		2,065		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
		健診未受診者	6,361			12,318			12,679		12,535		12,683			
		生活習慣病対象者 一人当たり	11,166			7,523			6,634		7,270		5,940			
		健診未受診者	25,639			32,556			34,890		33,425		36,479			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,127	56.5	2,043	54.8	669,151	55.7	71,819	54.0	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	1,949	51.8	1,860	49.9	617,720	51.5	66,530	50.0	3,799,744	51.6				
		医療機関非受診率	178	4.7	183	4.9	51,431	4.3	5,289	4.0	316,786	4.3				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 県内順位 順位総数42	健診受診者	3,765			3,728			1,200,553		133,042		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率	38.1	県内20位	42.0	県内19位 同規模83位	38.0		37.1	全国19位	34.0				
			特定保健指導終了者(実施率)	203	60.2	73	21.7	7355	5.2	719	5.1	35,557	4.1			
			非肥満高血糖	181	4.8	251	6.7	119,080	9.9	10,243	7.7	687,157	9.3			
			メタボ	該当者	458	12.2	556	14.9	209,544	17.5	20,993	15.8	1,272,714	17.3		
				男性	321	19.9	379	24.0	142,004	27.4	14,323	25.0	875,805	27.5		
				女性	137	6.4	177	8.2	67,540	9.9	6,670	8.8	396,909	9.5		
				予備群	321	8.5	356	9.5	128,835	10.7	13,157	9.9	790,096	10.7		
			メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	886	23.5	1,027	27.5	379,261	31.6	38,495	28.9	2,320,533	31.5	
					男性	612	38.0	683	43.2	257,437	49.7	26,376	46.0	1,597,371	50.1	
					女性	274	12.7	344	16.0	121,824	17.9	12,119	16.0	723,162	17.3	
					BMI	153	4.1	166	4.5	57,060	4.8	5,789	4.4	346,181	4.7	
				BMI	男性	19	1.2	26	1.6	8,477	1.6	1,023	1.8	55,460	1.7	
					女性	134	6.2	140	6.5	48,583	7.1	4,766	6.3	290,721	7.0	
					血糖のみ	8	0.2	15	0.4	8,214	0.7	586	0.4	48,685	0.7	
					血圧のみ	223	5.9	245	6.6	88,982	7.4	8,904	6.7	546,667	7.4	
			脂質のみ	90	2.4	96	2.6	31,639	2.6	3,667	2.8	194,744	2.6			
			血糖・血圧	66	1.8	78	2.1	32,969	2.7	2,576	1.9	196,978	2.7			
			血糖・脂質	15	0.4	25	0.7	11,910	1.0	1,073	0.8	69,975	1.0			
血圧・脂質	267	7.1	302	8.1	101,012	8.4	11,501	8.6	619,684	8.4						
血糖・血圧・脂質	110	2.9	151	4.1	63,653	5.3	5,843	4.4	386,077	5.2						
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	1,206	32.0	1,246	33.4	412,372	34.4	43,758	32.9	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	271	7.2	309	8.3	93,059	7.8	9,973	7.5	551,051	7.5		
				脂質異常症	788	20.9	950	25.5	286,600	23.9	31,980	24.0	1,738,149	23.6		
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	105	3.1	104	3.2	37,598	3.2	3,994	3.0	230,777	3.3		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	178	5.2	152	4.7	68,046	5.9	7,711	5.9	391,296	5.5		
				腎不全	14	0.4	7	0.2	7,528	0.7	864	0.7	37,041	0.5		
			貧血	427	12.5	372	11.5	116,827	10.1	14,039	10.7	710,650	10.1			
			喫煙	489	13.0	474	12.7	158,016	13.2	17,086	12.8	1,048,171	14.2			
			週3回以上朝食を抜く	175	5.1	181	5.6	72,002	7.1	5,294	5.6	540,374	8.5			
			週3回以上食後間食	344	10.0	325	10.2	111,439	10.9	11,574	12.2	743,581	11.8			
			週3回以上就寝前夕食	376	11.0	289	9.3	149,833	14.5	13,630	13.1	983,474	15.4			
			食べる速度が速い	801	23.4	64	24.5	254,684	25.1	21,901	23.8	1,636,988	25.9			
			20歳時体重から10kg以上増加	958	28.0	922	28.4	326,322	31.6	28,577	30.1	2,047,756	32.1			
			1回30分以上運動習慣なし	2,269	66.3	2,060	63.5	605,529	58.4	63,278	61.3	3,761,302	58.7			
1日1時間以上運動なし	1,896	55.5	1,827	56.5	460,802	44.4	53,799	50.2	2,991,854	46.9						
睡眠不足	932	27.4	860	27.0	250,124	24.3	27,892	26.1	1,584,002	25.0						
毎日飲酒	860	24.1	765	23.6	278,304	24.6	22,342	24.0	1,760,104	25.6						
時々飲酒	790	22.1	684	21.1	237,249	21.0	18,824	20.2	1,514,321	22.0						
⑭	一日飲酒量	1合未満	1,565	66.2	1,408	66.7	467,405	64.5	36,688	65.1	3,118,433	64.1				
		1~2合	577	24.4	504	23.9	172,836	23.9	13,785	24.5	1,158,318	23.8				
		2~3合	180	7.6	163	7.7	66,425	9.2	4,743	8.4	452,785	9.3				
		3合以上	43	1.8	36	1.7	17,859	2.5	1,141	2.0	132,608	2.7				

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合



目標管理一覽

関連計画	健康課題	達成すべき目標	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値					最終評価値		現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35					
特定 等計 画診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により重症化予防対象者を減らす	特定健診実施率60%以上	特定保健指導実施率60%以上	42.2%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	特定健診 特定保健指導 結果(厚生労働省)	
				69.0%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		%
中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.08%											KDBシステム	
				2.16%												
ターゲットヘルス計画	全国・県と比較してメタボリックシンドローム予備群：該当者が少ないが、健診結果の有所見状況では、男女共に空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧、LDLコレステロールが高い。	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	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の5%減少	57.9%											市健康推進課	
				24.4%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
短期	がんによる死亡率が43%で国・同規模と比較しても低い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 男性40%以上	3.4%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	県健康 推進調査 (石川県)		
				5.8%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
保険者努力支援制度	数量シェアH28年度58.8%	自己の健康に関心を持つ住民が増える	がん検診 女性40%以上	5.8%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	市健康推進課		
				3.6%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
がん検診受診率	がん検診 男性40%以上	がん検診 女性40%以上	大腸がん検診 男性40%以上	7.2%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	市健康推進課		
				4.4%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
肺がん検診	肺がん検診 女性40%以上	大腸がん検診 女性40%以上	子宮頸がん検診 50%以上	7.3%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	市健康推進課		
				11.8%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
乳がん検診	乳がん検診 50%以上	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合150人以上	後発医薬品の使用割合 70%以上	18.0%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	厚生労働省 公表結果平成28 年5月実績		
				90人 (暫定)	人	人	人	人	人	人	人	人	人		人	
				58.8%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			

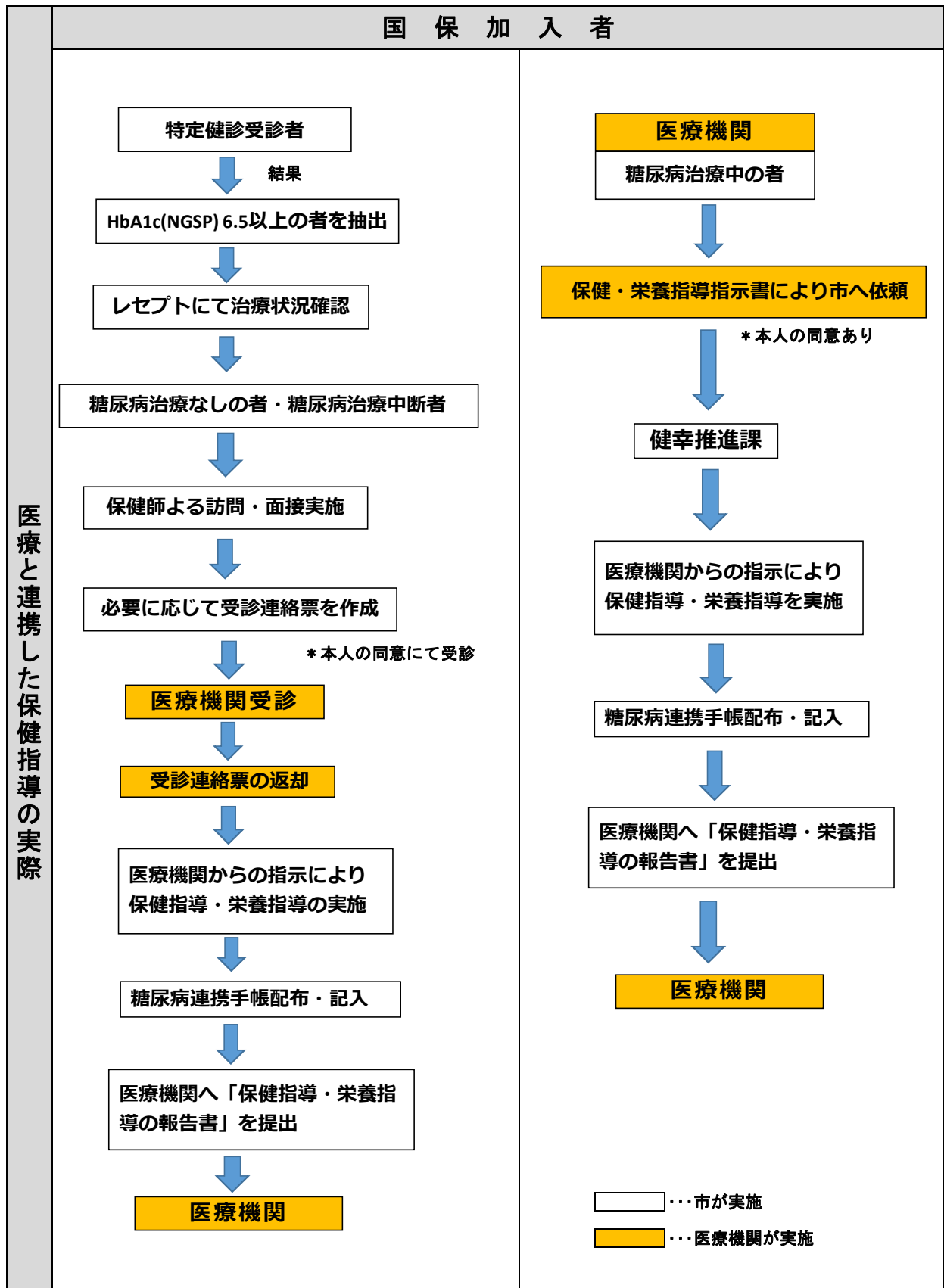
【参考資料4】

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	糖以外								
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患	糖以外	体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧								
								GFR								
							CKD	尿蛋白								

【参考資料5】

対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
糖尿病管理台帳の全数 (A+B) ()人 A 健診未受診者 ()人 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> 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 </div> ①-1 未治療者(中断者含む) ()人 <small>*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</small>	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん </div> 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 -----	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
B 結果把握 ()人 ①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人 <small>*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</small> 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	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 -----	かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医

医療機関との連携体制



医療機関の長 様

恵那市要受診連絡票

恵那市役所健幸推進課

恵那市では特定健診にて受診勧奨の結果の方に医療機関受診を勧め、事後の追跡調査を実施しています。同意署名していただいた方に受診時にこの用紙を持参していただく様に案内しています。

ご多忙中恐縮ですが、下記の医療機関受診結果通知書に所定事項をご記入のうえ、受診者持参の返信用封筒で送付くださいます様お願い致します。

得られた個人情報については、保健指導の目的以外に使用することはありません。また、適切な管理や保護に努めます。

私は市が精密検査受診結果の把握を行うことに同意します。

氏名		性別		生年月日	S	生(才)
住所	恵那市					

※ 事後指導を行った場合は下記に指導状況を記入してあります。

1 結果 (面接日 年 月 日)

高血圧() 血糖値(HbA1c)() 脂質()
 尿酸値() 肝機能()
 心電図()
 腎機能() 尿蛋白() ※尿検査は尿定性検査

2 内容

連絡先: TEL0573-26-2111(内線) 恵那市役所 健幸推進課

指導担当者名

印

医療機関受診の結果通知書

受診日 年 月 日

診断の結果

- ① 治療(内服)開始 病名()
 ② 治療(定期的検査)開始 病名()ヶ月後受診
 ③ 治療の必要なし()
 ④ 現在治療中

【特記事項】

市の保健・栄養指導利用について

- ①市の保健指導勧める
 ②市の栄養指導勧める →食事制限なし(基準量で可)
 食事制限あり
 指示量がある場合 エネルギー(k cal)・たんぱく質(g)・塩分(g)

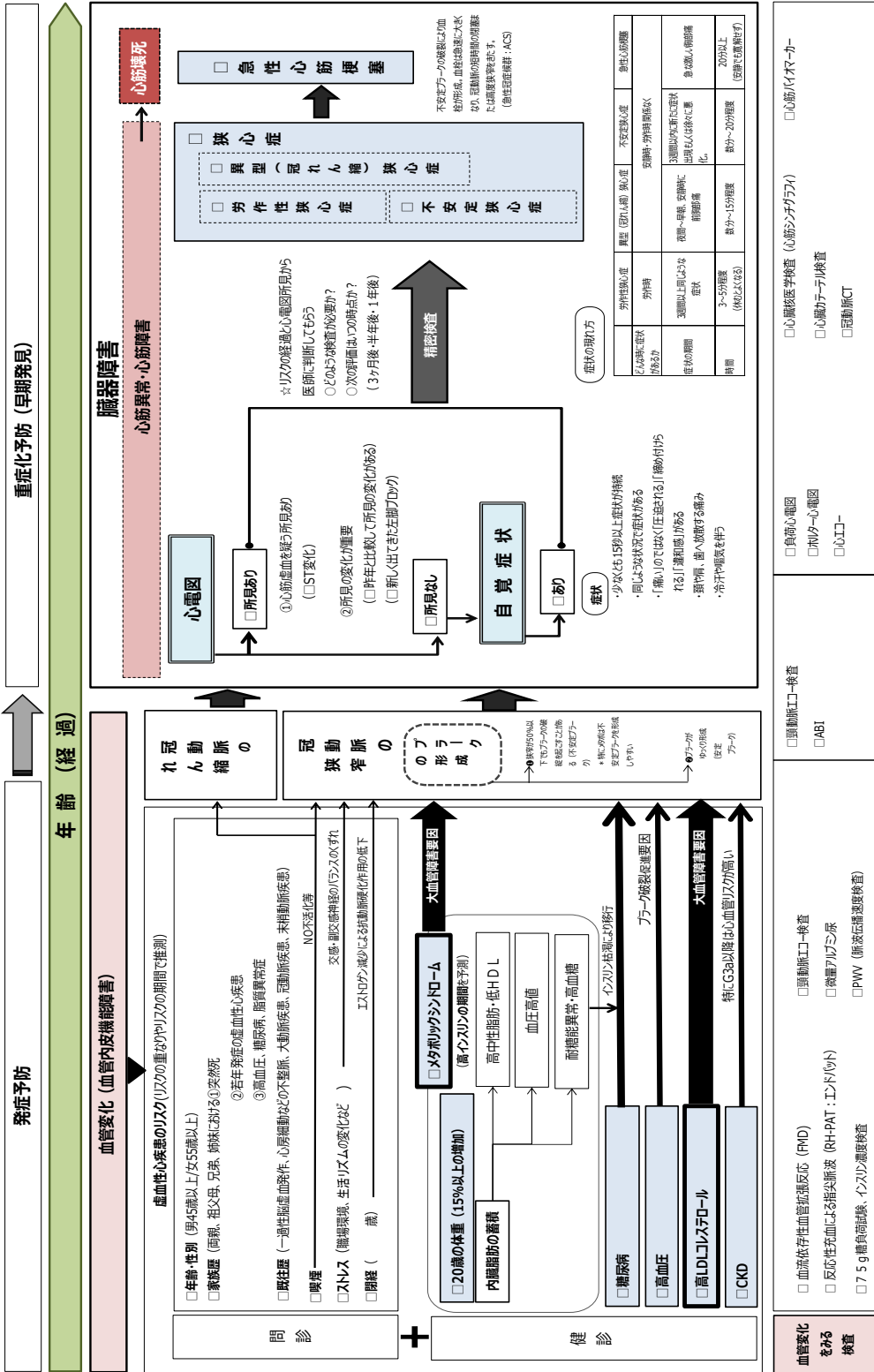
③指導不要

医療機関の名称
 担当 医師名

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数266			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	12,435人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳		10,008人									
2	① 対象者数	B	9,530人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指 導状況概況報告書			
	② 受診者数	C	3,914人									
	③ 受診率		41.1%									
3	① 特定保健指導対象者数		329人									
	② 実施率		0.69%									
4	健診データ	① 糖尿病型	E	462人	11.8%					特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	137人	29.7%							
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	325人	70.3%							
		④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	110人 33.8%							
					⑤ 血圧 130/80以上	58人 52.7%						
					⑥ 肥満 BMI25以上	40人 36.4%						
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	215人	66.2%						
		⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	368人 79.7%							
					⑨ 第2期 尿蛋白(±)	47人 10.2%						
						⑩ 第3期 尿蛋白(+)	45人 9.7%					
					⑪ 第4期 eGFR30未満			2人	0.4%			
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		134.1人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		165.2人								
		③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)						KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
				入院(件数)								
		④	糖尿病治療中	H	1,667人	13.4%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
		⑤	(再掲)40-74歳	1,653人 16.5%								
				⑥ 健診未受診者	I	1,328人	80.3%					
		⑦	インスリン治療	O	134人	8.0%						
		⑧	(再掲)40-74歳	130人 7.9%								
				⑨ 糖尿病性腎症	L	86人	5.2%					
		⑩	(再掲)40-74歳	86人 5.2%								
				⑪ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		22人	1.32%					
		⑫	(再掲)40-74歳	22人 1.33%								
				⑬ 新規透析患者数		4	18.2%					
		⑭	(再掲)糖尿病性腎症		2	9.1%						
		⑮	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		22人	1.0%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	医療費	① 総医療費		38億8638万円				53億6461万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		②	生活習慣病総医療費	23億3175万円				30億4285万円				
				(総医療費に占める割合)		60.0%		56.7%				
		③	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		7,523円		6,634円				
				健診未受診者		32,556円		34,890円				
		④	糖尿病医療費		2億4975万円		3億0601万円					
		⑤	(生活習慣病総医療費に占める割合)	10.7%		10.1%						
				⑥ 糖尿病入院外総医療費		7億2382万円						
		⑦	1件あたり	33,735円								
				⑧ 糖尿病入院総医療費		3億4971万円						
		⑨	1件あたり	542,182円								
				⑩ 在院日数		16日						
		⑪	慢性腎不全医療費	2億3054万円		3億0859万円						
				⑫ 透析有り	2億0625万円		2億8997万円					
					⑬ 透析なし	2429万円		1862万円				
7	介護	① 介護給付費		50億3219万円		49億7299万円						
		② (2号認定者)糖尿病合併症		14件	46.7%							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.3%		8人	1.2%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

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2023改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン2023、血管機能評価の臨床的意義に関するガイドライン、エビデンスに基づく診療ガイドライン2023、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能をみる (橋本純子著)

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧					
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			発症予防対象者		
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～
		食後	～199		200～	
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39		～34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169		170～	
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50		51～	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100		101～	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125	126～	
		食後	～139	140～199	200～	
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比		
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～		
	拡張期	～84	85～89	90～		
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR	60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類	G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

恵那市国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)及び
第3期特定健康診査等実施計画

平成30年4月

恵那市市民サービス部保険年金課
〒509-7292 恵那市長島町正家一丁目1番地1
TEL:0573-26-2111 fax:0573-26-0087
E-mail:kokuho@city.ena.lg.jp