# 第2期内灘町国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成30年3月 内灘町国民健康保険

## 目 次

第	1	章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	
	Ι	. 背景・目的	1
	II	. 計画の位置付け	2
	Ш	. 計画期間	5
	IV	. 実施体制と関係者との連携等	5
		1. 実施体制	
		2. 外部有識者等の役割	
		3. 被保険者の役割	
	V	. 保険者努力支援制度	6
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	•
	Ι	. 保険者の特性	8
	II	. 第1期計画に係る評価及び考察	9
		1. 健康状況	
		2. 保健事業の実施	
	Ш	. 第2期計画における課題の明確化	25
		1. 医療の状況	
		2. 介護保険の状況	
		3. 健診の状況	
		4.他の医療保険者等との連携	
		5. 計画の目標の設定	
第	3	章 保健事業の内容	
	I	. 保健事業の方向性	30
	II	. 重症化予防の取組	31
		1. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防	
		1-1. 糖尿病性腎症重症化予防	
		1-2. 糖尿病性腎症以外の生活習慣病からの	
		慢性腎臓病(CKD)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	
		4. 二次検査による重症化予防対象者の把握と保健指導への活用	
		5. 医療との連携	
		6. 評 価	

7. 実施期間及びスケジュール	
Ⅲ. その他	53
1. 慢性閉塞性肺疾患(COPD	)
2. がん	
3. こどもの生活習慣	
4. 重複受診者・重複投薬者への	適切な受診指導
5. 後発医薬品の使用促進	
Ⅳ. ポピュレーションアプローチ	57
第4章 特定健診・特定保健指導の実	施
〔第3期特定健診等実施計	·画(法定義務)〕
I. 第3期特定健診等実施計画につ	いて59
Ⅱ. 目標値の設定	59
Ⅲ.対象者数の見込み	59
Ⅳ. 特定健診の実施方法	59
1. 実施方法	
2. 特定健診委託基準	
3. 特定健診実施項目	
4. 町独自の検査項目	
5. 医療機関との適切な連携	
6. 未受診者対策	
V. 特定保健指導の実施	62
1. 健診から保健指導実施の流れ	
2. 要保健指導対象者数の見込み	と、選定と優先順位・支援方法
3.年間実施スケジュールの作成	
VI. 個人情報の保護	69
1. 基本的な考え方	
2. 特定健診・保健指導の記録の	管理・保存について
Ⅷ. 結果の報告	69
Ⅷ. 特定健康診査等実施計画の公表	
	70
	72
第7章 計画の公表・周知及び個人情	報の取扱い73
/ <del>** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **</del>	7,4
<参考資料>	74

## 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

我が国が今後迎える超高齢化社会に向けて、近年、特定健診等の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」)等の電子化により、市町村国民健康保険(以下「国保」)・後期高齢者医療広域連合等といった保険者で国保データベースシステム(以下「KDBシステム」)をはじめとした、情報通信技術(ICT)の活用による被保険者に対する健康課題の分析や保健指導の評価等が進んでいる。働き盛り世代からの健康づくりの重要性が高まる中、政府が発表した「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)においても、「国民の健康寿命の延伸」を重要な柱として掲げ、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析や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『データヘルス計画』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。

さらに、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、平成 30 年度より都道府県が 市町村国保の共同保険者として、財政運営の主体を担うこととなった。保健事業をは じめとする医療費適正化事業等の実施主体は従来通り市町村とされており、被保険者 の予防や健康づくり、ひいては医療費適正化の促進のため、国民健康保険制度改革の 中で公費による財政支援拡充を行う一環として、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平成 28 年度より前倒しとなって実施されている。

こうした中、平成28年3月に策定された「第5次内灘町総合計画」では町の将来像を「ひと・まち・海が輝き 笑顔あふれる都市(まち) うちなだ」として掲げており、その基本方針のひとつとして「みんなで支え、安全で安心して健やかに暮らせるまちづくり」を設定し、「健康寿命の延伸を図るため、地域医療体制の強化や町民の健康づくりの推進、健康管理の充実に努める」こととしている。

内灘町国保は、町の総合計画を具現化するための一環として本計画を位置づけ、国保被保険者の健康・医療情報を活用した効率的かつ効果的な保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定する。本計画では、糖尿病等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が図られるこ

とを目的とし、PDCA サイクルに沿った保健事業の実施、評価及び改善を行うものとした。

具体的には、中長期的な目標疾患を「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病性腎症」 とし、その発症のリスクとなる高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病を短期 的な目標疾患として位置づけ、その重症化予防に取組むものとする。

本町においては、平成27年度より3ヶ年の計画として第1期データヘルス計画を 策定・実施してきたところである。この計画が、平成29年度をもって終了すること に伴い、第1期データヘルス計画の評価及び国指針に基づき「第2期内灘町国民健 康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定する。

## Ⅱ. 計画の位置付け

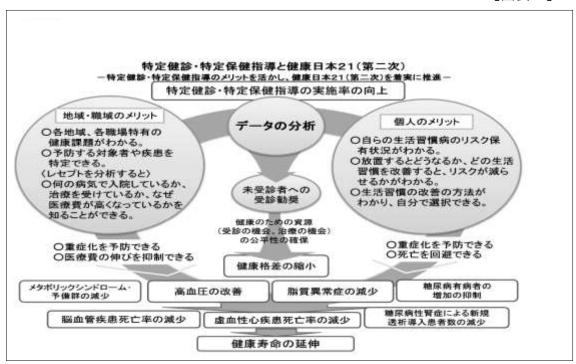
本計画は、健康増進法に示された基本的な方針を踏まえるとともに、地域包括ケアシステムの早期構築を目標に「うちなだ健康プラン 21 (第 2 次)」や「第 6 次石川県医療計画」、「内灘町第 7 期介護保険事業計画」及び「高齢者福祉計画」等の各計画と整合性を図る。

なお、同時期に策定を行う「第 3 期特定健診等実施計画」についても、本計画の 根幹をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める計画であるため、 一体的に策定する(図表 1・2・3)。

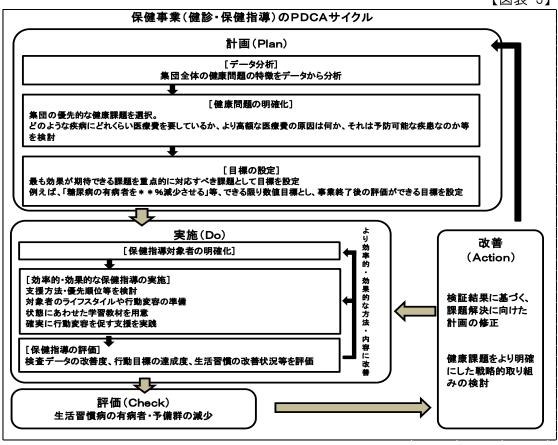
## 平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

2017.10.10

		※ 健康増進事業実施者 とは 健康係	R 除法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(+	母子保健法、介護保険法)、学校保健法		
	3 「健康日本21」計画	6 「特定健康診査等実施計画」	」 10 「データヘルス計画」	14 「介護保険事業(支援)計画」	(14) 「医療費適正化計画」	〔14〕「医療計画」
法律	健康增進法 第8条、第9条 第6条 <u>健康增進事業実施者※</u>	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の約合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針 【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25~34年(第2次)	法定 平成30~35年(第3期)	指針 平成30~35年(第2期)	法定 平成30~32年(第7次)	法定 平成30~35年(第3期)	法定 平成30~35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 対策を進め、糖尿病等の生活習慣病の発症予防や重症化予防 対策を追め、糖尿病等を予防することができれば、通防 メキャッド・フェーン・バフき さらこけ 電子体 から全 体の 発き		生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、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。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基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。	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</u> なることの <b>予防</b> 又は、要介護状態等の軽減もしくは <b>悪化の防止</b> を理念としている	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進すること 通じて、地域において切れ目のない医療 提供を実現し、良質かつ適切な医療を 的に提供する体制の確保を図る
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 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青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病	すべて	すべて
	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		メタボリックシンドローム	
	/ 糖尿病	糖尿病糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿性病腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	高血圧		 高血圧 等		生活習慣病	
対象疾病	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		がん
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス			初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンツン病関連疾患 脊髄小脳変性証、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症		精神疾患
	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目  ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療機糖者の割合		健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ③ 糖尿病重症化予防の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
	② 加索略称目の割り ④ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤ 糖尿病有病者		1			
評価	④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	(2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群		入院 病床機能分化・連携の推進	
評価	④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者	②特定保健指導実施率 保険者努力	①特定健診率 ②特定保健指導率		入院	



【図表 3】



(図表 2・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、「第6次石川県医療計画」、「第3期特定健診等実施計画」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ため、本計画も平成30 年度から平成35年度までとする。

## Ⅳ. 実施体制と関係者との連携等

## 1. 実施体制

本町においては、国民健康保険主管課にて保健師や栄養士といった専門職と連携してデータヘルス計画を策定する。計画期間を通じて、データを効果的に分析・活用して計画に沿って PDCA サイクルで運用するため、事務等の標準化・明確化を行い主体的に実施する体制を整える。さらに、保険者として医療保険制度の状況や医療費情報の提供、健康教育など被保険者ひいては住民に対する取組を積極的に行っていく。

また、住民の健康保持増進には幅広い部局との連携体制を整備することが望ましい。 具体的には、高齢者医療主管課及び保健衛生主管課・介護保険主管課・生活保護主管 課が挙げられる(図表 4)。そのため、国民健康保険主管課のみでなく関係部局と計 画における進捗状況等を共有し、必要に応じて助言や協力を仰ぐ。

## 2. 外部有識者等の役割

策定から評価までの一連のプロセスにおいては、外部有識者等との連携・協力が重要である。このため、「内灘町の国民健康保険事業の運営に関する協議会」や既存の保健医療関係者等委員会、石川県国民健康保険団体連合会(国保連)、国保連に設置される支援・評価委員会等を活用し、計画の実効性を高めていく。

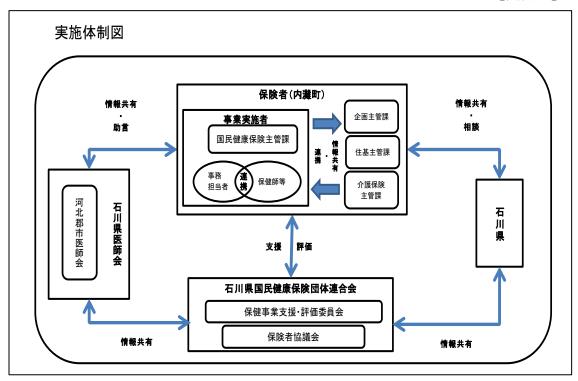
また、平成30年度から石川県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となるため、計画策定段階から石川県関係部局と意見交換を行い、連携に努める。 さらに、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する郡市 医師会等、地域の保健医療関係者との連携を図る。

国民健康保険は制度上、転職や加齢等による被保険者の異動が多く、他の医療保険者との情報共有や、保健事業の連携等が重要であり、これらを図る場として保険者協議会の活用を位置づける(図表 4)。

## 3. 被保険者の役割

「健康増進法」第2条には、国民の責務として『国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚するとともに健康の増進に努めなければならない』とされている。本計画は、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、被保険者自身が医療制度の状況把握に努め、自己の健康保持・増進を自発的に行うことが求められる。

【図表 4】



## V. 保険者努力支援制度

先述のとおり、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、平成28年度から特別調整交付金の一部を活用して実施している。

保険者努力支援制度の評価指標は、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税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の配点及び実績

	評価指標	H28 実績 (内灘町)	H28 配点	H30 配点 (参考)
	総得点(満点)		345	850
	交付額(万円)	338		
	得点(体制構築加点含む)	254		
	全国順位(1,741市町村中)	145		
	特定健診受診率	15	20	50
共通①	特定保健指導実施率	15	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20	50
共通②	がん検診受診率	10	10	30
共進②	歯周疾患(病)検診の実施	10	10	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	40	100
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	20	25
世	個人インセンティブ提供	20	20	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	35
共通⑥	後発医薬品の促進	7	15	35
D E	後発医薬品の使用割合	5	15	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	0	40	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	7	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

## 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

## Ι 保険者の特性

平成 22 年国勢調査と平成 28 年の本町統計資料によると、本町は人口が 26,350人(平成 22 年) から 26,909人(平成 28 年)と微増している。年齢階層ごとの人口分布をみると 64 歳以下の人口割合は減少していることに対し、65 歳以上の人口割合である高齢化率をみると 19.8%(平成 22 年)から 24.7%(平成 28 年)と大幅に増加し、すでに超高齢社会へ移行していることがわかった。

また、国保の状況では加入者が 6,421 人(平成 25 年度) から 5,568 人(平成 28 年度)に減り、加入率は 24.4%から 21.1%に低下している。年齢別にみると、64 歳以下の加入者の減少が加入率低下の要因になっていることがわかる。

産業構成をみると第2次産業、第3次産業が多いことから、現在64歳以下の町民は他の医療保険に加入している実態がある。これらの被用者保険の加入者が将来国保に異動することを考えると他の医療保険加入者への保健事業の展開も重要と考える。<参考資料1-4①「国保の状況」(P.76)>

総務省家計調査(2014~2016年平均)によると本県の食事の傾向は、糖質や脂質の過剰摂取となる菓子類や寿司等の消費が全国で上位を占めており、それにより健診データでも血糖値をあらわす指標が全国でも高くなっている。本町の風習や背景を考えると、祭事や地域の集いが盛んであり、酒類や菓子類を摂取する機会が多い。また、祭事には押し寿司等の寿司類を作り、冠婚葬祭には餅や饅頭を贈る風習もあり、糖質の過剰摂取となりやすい環境である(図表 46 (P.58))。本町や本県における実態をふまえ、住民の生活習慣の把握を行い、健診データにより分かるからだの実態と結び付け、情報提供していくことが必要である。

なお、本町は人口規模が小さく、地区ごとの健診データや生活の実態に差が見られないことより町全体として捉えていくこととする。

## Ⅱ 第1期計画に係る評価及び考察

## 1. 健康状況

## 1) 死亡の状況

本町の平均寿命(平成22年)は男性80歳、女性87.1歳といずれも平成12年と比較して伸びている。また、男女ともに全国値よりも高い結果となっている。65歳未満の死亡割合をみると、女性は平成12年と比較し減少しており、県や国と比べても少ないが、男性ではその割合は高いままである(図表6)。

本県の年齢調整死亡率をみると、女性で脳血管疾患の死亡率が平成 12 年と比較して平成 27 年は低下しているものの、全国で 19 位と順位をあげている(図表 7)。

【図表 6】

平均寿命と65歳未満死亡割合

		平均寿命	》(歳)		65歳未満死亡割合(%)					
性別	男	性	女	性	男	性	女性			
年	H12年	H22年	H12年	H22年	H12年	H28年	H12年	H28年		
石川県	77.96	79.71	85.18	86.75	22.3	12.2	13.3	6.2		
全国值	77.71	79.59	84.62	86.35	26.3	13.5	14.9	7.2		
順位	16位	18位	10位	11位	33位	29位	22位	28位		
内灘町	78.0	80.0	86.0	87.1	24.3	22.5 (н27)	16.1	5.7 (H27)		

資料:人口動態調査、都道府県別生命表、市町村別生命表(厚生労働省) 衛生統計年報(石川県)

【図表7】

#### 石川県年齢調整死亡率

(%)

H / I / I	E111111E10										( / 0 /
年齢調	整死亡率	虚血性	心疾患	脳血管	<b></b> 套疾患	腎	不全		肺疾患 PD)	糖质	尿病
		H12年	H27年	H12年	H27年	H12年	H27年	H12年	H27年	H12年	H27年
	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
男性	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	42位	26位	32位
	石川県	19.5	9.5	39.3	21.9	3.2	3.8	2.7	0.7	4.2	1.9
女性	全国	21.7	11.8	45.7	21.0	5.7	4.0	2.0	1.1	4.4	2.5
	順位	27位	27位	43位	19位)1	47位	33位	5位	38位	26位	38位

在齢調	整死亡率	胃がん		肺がん		大腸	がん	乳が	べん	子宮	がん
1 20001	E/0 C	H12年	H27年								
	石川県	42.1	22.7	46.9	41.9	22.4	17.8				
男性	全国	39.1	22.9	46.3	39.2	23.7	21.0				
	順位	13位	24位	22位	6位	28位	40位				
	石川県	15.0	10.0	10.4	11.3	13.0	11.2	10.6	11.2	4.6	6.2
女性	全国	15.3	8.3	12.3	11.1	13.6	12.1	10.7	12.0	5.3	5.6
	順位	29位	5位	38位	15位	27位	29位	16位	27位	35位	8位

資料:人口動態調査

### 2) 介護の状況

1件あたり給付費は68,090円(平成28年度)であり、平成25年度と比較して6,368円と減少しており、その減額の程度は同規模よりも大きい。要介護認定件数が増加している分、介護給付費は1,541万円増額となっている(図表8・9)。

2号被保険者の状況をみると、平成25年度と比較し平成28年度では要介護1~5の認定割合が増えている。また有病状況では脳卒中等の血管疾患が全体の90%を占めており、筋・骨格疾患の85%を上回っていた。生活習慣を改善することで予防可能な疾患(以下「予防可能な疾患」)を改善していくことが重要である(図表9)。

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 6,198 円高く、平成 25 年度の差額 9,532 円よりも少なくなっているが、同規模・県と比較して高い特徴がある。重症化すると介護を受けながら医療もかかってくることから医療費・介護費の適正化のためにも重症化予防の取組を継続していく必要がある。<参考資料 1-3④「医療費等」(P.76) >

#### 【図表8】

介護給付費の変化 (円)

							11/		
		内灘町			同規模平均(H28:164市町村)				
年度	△=#40/4-# (〒四)	1件当たり			1件当たり				
	介護給付費(万円)	給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス		
H25年度	1億4479万円	74,458	45,943	255,981	65,871	42,436	259,011		
H28年度	1億6020万円 ↑	68,090	44,970	277,430	62,877	40,725	277,662		

資料:国保データベースシステム(以下、「KDBシステム」)による同規模保険者比較

要介護認定率と要介護認定者の有病状況

女儿或	心止华	≧C安汀護	認疋有	<u>の有病状</u>	:						
	受給	者区分			2号被	保険者			1号被	保険者	
	4	年齢			40~	·64歳			65~	·74歳	
				H25:	年度	H28:	年度	H25:	年度	H28:	年度
	被係	除者数		9,05	57人	9,19	3人	3,01	3人	3,8	03
	認	定者数		31	人	31人		113	3人	136	6人
		認定率		0.3	4%	% 0.3		3.8	8%	3.0	3%
新規	認定	者数(*1	)	2.	人	3.	人	3.	人	32	人
^ <del>-</del> # c		要支援1・	2	9	29.0%	6	19.4%	30	26.5%	34	25.0%
介護度 別人数		要介護1・	2	12	38.7%	14	45.2%	41	36.3%	53	39.0%
加八奴		要介護3~	<sup>,</sup> 5	10	32.3%	11	35.5%	42	37.2%	49	36.0%
介	・護件数(全体) 再)国保・後期			3	1	2	9	11	13	13	32
	再)国保・後期		後期	1	7	2	0	9	1	11	1
		<b>企</b> 电	晒仕	\ <del>\</del>	件数	\ <del>\</del>	件数	中中	件数	<b>佐</b> 崇	件数
		疾患	順位	疾病	割合	疾病	割合	疾病	割合	疾病	割合
			1	脳卒中	9	脳卒中	12	脳卒中	50	脳卒中	55
レ		循環器	'	四千中	52.9%	四千中	60.0%	脳平中	54.9%	四千中	49.5%
セ				2	腎不全	2	虚血性	2	虚血性	29	虚血性
プ		疾患		月小土	11.8%	心疾患	10.0%	心疾患	31.9%	心疾患	33.3%
<u>۲</u>			3	虚血性	1	腎不全	1	腎不全	9	腎不全	14
の 診	血		3	心疾患	5.9%	月小土	5.0%	月小土	9.9%	月小土	12.6%
有断	管			糖尿病	7	糖尿病	8	糖尿病	66	糖尿病	69
病名	疾			がおり入がり	41.2%	がおり入がり	40.0%	がおり入り内	72.5%	がおり入り内	62.2%
状よ	患	基礎疾		高血圧	11	高血圧	13	高血圧	66	高血圧	85
況り		(*2	()	同皿儿	64.7%	同皿儿	65.0%	同皿儿	72.5%	同皿儿	76.6%
重 複				脂質	5	脂質	10	脂質	42	脂質	59
l				異常症	29.4%	異常症	50.0%	異常症	46.2%	異常症	53.2%
て		血管疾		合計	14	合計	18	合計	85	合計	102
計		合計	<u> </u>	日前	82.4%	日前	90.0%	日前	93.4%	日前	91.9%
上		認知症		認知症	1	認知症	1	認知症	17	認知症	37
				하아사기도	5.9%	하아사기도	5.0%	하아시기도	18.7%	하아스	33.3%
	á	伤・骨格疾		筋骨格系	13	筋骨格系	17	筋骨格系	69	筋骨格系	93
2/27/01 • 1/			芯	別月俗水	76.5%	別月俗水	85.0%	別月俗亦	75.8%	別月伯木	83.8%

資料:KDB2次加工ツール

- (\*1) 新規認定者については、KDBシステム帳票 (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

## 3) 医療の状況

#### (1) 医療費の変化

本町の平成 28 年度の総医療費は平成 25 年度と比較すると、被保険者が減少しているにも関わらずほぼ同額であった。その要因として一人あたり医療費の増加がある。本町では 27,374 円 (平成 25 年度) から 31,215 円 (平成 28 年度) と、3,841 円増額しており、その伸び率は同規模と比較し 2 倍である。

また、入院医療費は増額しており重症化予防ができていない。医療費の抑制を目指し、予防可能な疾患の予防を行っていく。

#### 医療費の変化

	× 10														
			全体				入院		$\overline{}$		入院外	入院外			
項目		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸で	ズ率	費用額	増減	伸7	び率		
		貸用領	增減	町	同規模	貸用領	追減	町	同規模	貸用額	增减	町	同規模		
総医療費	H25	21億4,533万円				9億3,198万円				12億1,335万円					
(円)	H28	21億4,123万円	△410万円	△0.19	△6.62	9億3,637万円	439万円	0.47	△6.74	12億 486万円	2億 486万円 △849万円		△6.54		
一人当たり 医療費	H25	27,374円				11,892円				15,482円					
(円)	H28	31,215円1	3,841円	14.0	7.6	13,651円 1	1,759円	14.8	6.5	17,565円	2,083円	13.5	8.8		

資料:KDBシステム(KDBの一人当たり医療費は月平均額での表示となる)

#### (2)受療率の推移

本県の医療のかかり方については、外来が全国の中でも 45 位と下位に位置しているが、入院は全国と比較し 15 位と上位である傾向が続いている。平成 26 年では腎不全や糖尿病の入院が、以前より入院が上位であった虚血性心疾患に加えて上位に位置してきている。本県の特徴として入院が必要になってから医療機関にかかる傾向があり、引き続き、入院に至る前に適切な受診行動がとられるように導く必要がある。

【図表 11】

#### 受療率の推移(人口10万対)

受犯	寮率※1	総数		虚血性心疾患		脳血管	<b>ぎ疾患</b>	腎不	全等	糖尿病	
	年	H23年	H26年	H23年	H26年	H23年	H26年	H23年	H26年	H23年	H26年
	県	1,401	1,310	21	21	198	160	26	35	27	26
入院	全国	1,068	1,038	13	12	137	125	28	26	19	16
150	順位	15位	15位	4位	3位)	9位	12位	28位	10位	13位	9位
Ī.,	県	5,214	4,921	64	48	78	52	53	99	182	157
外来	全国	5,784	5,696	49	47	89	74	100	93	166	175
	順位	40位	45位	11位	23位	30位	42位	45位	23位	16位	36位

資料:患者調査※2(厚生労働省)

※1受療率:調査日に人口10万人に対して全国の医療施設で受療した患者数

※2患者調査:医療施設を利用する患者について、その傷病の状況等を明らかにすることを目的とした調査。3年ごとに実施。

#### (3) 医療費と介護給付費の変化

本県の国保一人あたり医療費と介護費の変化をみると、全国平均額よりも高い状態が続いている。

医療費と介護給付費の変化

上水丸こ	×14 13 7	77.0								
項目	1	国任	呆医療費	<b>※</b> 1	後期医療	療費 ※1	介護費	<b>* *</b> 2	後期-	⊦介護
年月	隻	H26年	H27年	H28年	H26年	H27年	H26年	H27年	H26年	H27年
1人あたり 費用額	県	374,016	396,799	397,071	987,322	997,844	330,890	326,975	1,318,212	1,324,819
(年間額)	全国	330,628	347,801	348,175	923,735	941,240	295,647	295,483	1,219,382	1,236,723
順任	<u> </u>	12位	11位	12位	15位	16位	16位	17位	14位	14位

<sup>※1</sup> 国民健康保険の実態(国保中央会)

#### (4) 高額になる疾患

予防可能な疾患に着目し、医療費がひと月 100 万円以上の高額になる疾患を分析すると、虚血性心疾患について高額医療費に占める割合が 8.0% (平成 25 年度) から 8.2% (平成 28 年度) と増えている。また、虚血性心疾患の発症者を年齢別にみると平成 28 年度では 50~60 代が多くなっており、若い人での発症が目立つ。脳血管疾患では、7.3% (平成 25 年度) から 2.9% (平成 28 年度) へと減少しているが、50 代での発症者が見られた。50~60 代で発症すると、本人や家族の負担が長くなるだけでなく、医療費や介護費ともに多くかかってくることから発症を予防していくことが重要である。

【図表 13】

高額になる疾患

対象レ		全	体		脳血管	疾患			虚血性	心疾	患		が	6			その	他	
H254 H 28		H 25	H 28	ł	H 25	ŀ	H 28	ł	H 25		H 28		H 25	-	H28		H 25	ŀ	H 28
	l <del>%/-</del>	1641	170	1	4人		4人	1	3人		14人	Ę	51人	6	61人		98人	1	03人
	人数	164人	173人		3.5%	2	2.3%		7.9%		8.1%	3	1.1%	3	5.3%		59.8%	5	9.5%
		241件	262件	2	23件	1	1件	1	7件		16件	6	66件	8	88件		135件	1	47件
		2411+	2021+	Ů,	9.5%	4	1.2%		7.1%		6.1%	2	7.4%	3	3.6%		56.0%	5	6.1%
1 か月			40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	2	3.0%	1	1.1%	20	14.8%	18	12.2%
100万円 以上	件数		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	2	2.3%	9	6.7%	3	2.0%
レセプト		年代別	50代	0	0.0%	5	45.5%	1	5.9%	2	12.5%	5	7.6%	12	13.6%	12	8.9%	12	8.2%
			60代	16	69.6%	0	0.0%	5	29.4%	10	62.5%	32	48.5%	47	53.4%	37	27.4%	70	47.6%
			70-74歳	6	26.1%	6	54.5%	10	58.8%	4	25.0%	26	39.4%	26	29.5%	57	42.2%	44	29.9%
	费田頞	3億7505万円	4億2181万円	273	80万円	124	10万円	300	)4万円	34	43万円	956	64万円	1億	3988円	2億	2208万円	2億	3510円
	費用額 3位				7.3%	Ź	2.9%	8	3.0%		8.2%	2	5.5%	3	3.2%		59.2%	5	5.7%

資料: KDBシステム (厚生労働省様式1-1★N0.10)

<sup>※2</sup> 国保中央会:月別 介護給付費の状況 介護費1年間総額÷65歳以上人口(介護保険第1号被保険者数)

<sup>65</sup>歳以上人口···介護保険事業年報第2表(厚生労働省)

#### (5) 長期入院

6 か月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患が高く、人数は長期入院 全体の 18.4%を占めており、費用では 12.4%を占めている。これを虚血性心疾患 も合わせて捉えると費用額では全体の 25.3%を占め、予防可能な疾患で約 4000 万 円の医療費を使っていることになる。

【図表 14】

長期入院

IX 7917 (P)U									
対象レセプト		全位	本	精神	疾患	脳血管	疾患	虚血性	心疾患
(H25年度、H28年	F度)	H 25	H 28	H 25	H28	H 25	H 28	H25	H 28
	人数	41人	38人	24人	22人	8人	7人	4人	3人
	人致	41人	30人	58.5%	57.9%	19.5%	18.4%	9.8%	7.9%
長期入院	/#- <del>*/-</del>	017/4	240/#	207件	219件	59件	38件	31件	36件
(6か月以上の入院)	件数	317件	340件	65.3%	64.4%	18.6%	11.2%	9.8%	10.6%
	費用額	1億3665万円	1億5429万円	7752万円	8126万円	2486万円	1918万円	1726万円	1989万円
	复用領	1怎3000万円	11息3429万円	56.7%	52.7%	18.2%	12.4%	12.6%	12.9%

資料: KDBシステム(厚生労働省様式2-1★N0.11)

#### (6)人工诱析患者

長期療養する疾患である人工透析について分析すると全体の 50%が糖尿病性腎症であり、全体の費用の 38.7%を占めている。平成 25 年度と比較すると、平成 28 年度では糖尿病性腎症の人数や費用額は減少しているが、それでも人工透析患者の半数は糖尿病性腎症が原因であることから、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 15】

人工透析患者

対象レセプト		全	:体	糖尿病	性腎症	脳血管	<b></b> 套疾患	虚血性	心疾患
(H25年度、H28	年度)	H 25	H28	H 25	H 28	H25	H 28	H25	H 28
	人数	22人	20人	13人	10人	5人	5人	6人	4人
	人致	22人	20人	59.1%	50.0%	22.7%	25.0%	27.3%	20.0%
人工透析患者	件数	327件	299件	180件	126件	54件	70件	92件	60件
(長期化する疾患)	1十数	32/1+	2991+	55.0%	42.1%	16.5%	23.4%	28.1%	20.1%
	弗四姊	1億4834万円	1億3298万円	7705万円	5146万円	2322万円	2896万円	3996万円	2727万円
	費用額	11息4034万円	1恨3230万円	51.9%	38.7%	15.7%	21.8%	26.9%	20.5%

資料: KDBシステム(厚生労働省様式3-7★N0.19 様式2-2★N0.12)

#### (7) 中長期的及び短期的な目標疾患に係る医療費の実態

(最大医療資源傷病名(図表 16 ※1)による分類結果)

中長期的な目標疾患にかかる医療費の割合をみると慢性腎不全(透析あり)では 5.74%(平成28年度)と平成25年度と比較しその割合は増え、本県や国と比較 しても高い。また、慢性腎不全(透析なし)は極端に低い。慢性腎不全は一般的に 自覚症状に乏しいことから、腎機能がかなり低下した状態での発見になりかねない。慢性腎不全の重症化を予防するために、本町では特定健診に血清クレアチニン検査や尿アルブミン検査(ハイリスク者対象)を導入している。健診で発見された腎機能低下者に対しては早期より医療機関と連携し適切な検査や治療などにつなげ、腎機能の低下の要因となっているリスクの改善に向けて保健指導を定期的に行っていく必要がある。

さらに、本町においては虚血性疾患についても医療費の 2.98%を占めており、本 県や国と比較して高い。リスクファクターとなる糖尿病等については必要な治療へ とつなぎ、"心腎連関(\*)"の視点でターゲットを絞り中長期的な目標疾患の医療費 抑制に向け取り組んでいく必要がある。

【図表 16】

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

	7.7.1	回のメーケットとなる!		- Д - Д -	ונם פי	1 (1120   )	C1120 1 // C	*** 20 +2.7						
			一人あ	たり医療	費		中長期目標	票疾患		短	期目標疾	患		
市	町村名	総医療費(円)		順	立	Ę	Z F	脳	心				(中長期·短期	
1137	.,,,,,,	TOLONIA (II)	金額 (円)	同規模	県内	慢性腎不全 (透析あり)	慢性腎不全 (透析なし)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	目標疾患医療費計	(円)
H25	内灘町	2,145,329,620 27,3		16位	6位	5.68%	0.25%	3.41%	3.04%	5.58%	4.07%	2.04%	516,307,840	24.07%
H28		2,141,228,660	31,215	10位	5位	5.74%	0.14%	2.18%	2.98%	4.58%	3.60%	3.07%	477,260,370	22.29%
H28	石川県	90,801,717,410	29,225	_	ı	4.30%	0.35%	2.30%	2.73%	5.43%	4.27%	2.79%	20,135,987,530	22.18%
ПZО	匤	9,677,041,336,540	24,253	-	l	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%

市田	订村名	新生物	精神疾患	筋 骨疾患
H25	内灘町	15.14%	9.63%	9.09%
H28	八無可	18.46%	9.02%	8.57%
шло	石川県	15.68%	11.25%	8.50%
ПZО	H28 国	14.20%	9.39%	8.45%

資料: KDBシステム (健康・医療・介護データからみる地域の健康課題) 最大医療資源傷病名※1 (調剤含む) による分類結果 ※1「最大医療資源傷病名」とは、レセブトに記載された傷病名のうち 最も費用を要した傷病名

(\*) 心腎連関:「心血管疾患と慢性腎臓病はリスクファクターの多くが共通しており、相互の発症や 進行に影響を及ぼしている」病態

(「病気が見える⑧腎・泌尿器編」(メディックメディア社)より引用)

#### (8) 中長期的な目標疾患

中長期的な目標疾患については、平成 25 年と比較し平成 28 年では同程度治療している者がおり、変化はみられなかった。どの疾患においても、合併している基礎疾患(短期的目標疾患)の治療者の割合が高く、特に高血圧では高率である。本町は平成 26 年より重症化予防に取り組み始めており、短期的な目標疾患に対する受診勧奨、生活習慣の改善のための保健指導を積み重ねながら成果をみていく。

中長期的な目標疾患における合併症の状況

丁以为	7111/4 111	宗沃忠にの	217 @ <u>D</u>	が延りた		-t\ = +=					/= #P 66	4、口 揺		
l					中長期的	1な日保					短期的	4日保		
厚?	労省様式楾	€式3-5	虚血性	心疾患	脳血管	疾患	人工	透析	高血	in F	糖月	禄	脂質昇	2常症
		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
	全体	4,706	379	8.1%	100	26.4%	6	1.6%	316	83.4%	219	57.8%	265	69.9%
H 25	64歳以下	2,325	92	4.0%	20	21.7%	3	3.3%	68	73.9%	49	53.3%	60	65.2%
	65歳以上	2,381	287	12.1%	80	27.9%	3	1.0%	248	86.4%	170	59.2%	205	71.4%
	全体	4,442	351	7.9%	90	25.6%	4	1.1%	293	83.5%	212	60.4%	252	71.8%
H 28	64歳以下	1,840	63	3.4%	17	27.0%	2	3.2%	46	73.0%	33	52.4%	40	63.5%
	65歳以上	2,602	288	11.1%	73	25.3%	2	0.7%	247	85.8%	179	62.2%	212	73.6%

					中長期的	りな目標					短期的	な目標		
厚?	労省様式楾	€式3-6	脳血管	<b>作疾患</b>	虚血性	心疾患	人工	透析	高血	1圧	糖质	<b>R病</b>	脂質昇	<b>東常症</b>
		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
	全体	4,706	300	6.4%	100	33.3%	5	1.7%	233	77.7%	164	54.7%	188	62.7%
H 25	64歳以下	2,325	76	3.3%	20	26.3%	3	3.9%	55	72.4%	43	56.6%	48	63.2%
	65歳以上	2,381	224	9.4%	80	35.7%	2	0.9%	178	79.5%	121	54.0%	140	62.5%
	全体	4,442	276	6.2%	90	32.6%	5	1.8%	208	75.4%	139	50.4%	182	65.9%
H 28	64歳以下	1,840	53	2.9%	17	32.1%	2	3.8%	38	71.7%	19	35.8%	28	52.8%
	65歳以上	2,602	223	8.6%	73	32.7%	3	1.3%	170	76.2%	120	53.8%	154	69.1%

					中長期的	な目標					短期的	な目標		
厚?	労省様式楾	€式3-7	人工	透析	脳血管	許疾患	虚血性	心疾患	高	近圧	糖质	<b>永病</b>	脂質昇	異常症
		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
	全体	4,706	22	0.5%	5	22.7%	6	27.3%	20	90.9%	13	59.1%	8	36.4%
H 25	64歳以下	2,325	14	0.6%	3	21.4%	3	21.4%	14	100.0%	9	64.3%	5	35.7%
	65歳以上	2,381	8	0.3%	2	25.0%	3	37.5%	6	75.0%	4	50.0%	3	37.5%
	全体	4,442	20	0.5%	5	25.0%	4	20.0%	19	95.0%	10	50.0%	4	20.0%
H 28	64歳以下	1,840	12	0.7%	2	16.7%	2	16.7%	12	100.0%	5	41.7%	2	16.7%
	65歳以上	2,602	8	0.3%	3	37.5%	2	25.0%	7	87.5%	5	62.5%	2	25.0%

資料: KDBシステム(厚生労働省様式3-5~3-7 各5月診療分)

#### (9) 短期的な目標疾患

被保険者数が変化しているため全体での比較は難しいが、65 歳以上でみると糖尿病治療者について被保険者が増加しているにも関わらず、治療者はほぼ同数であり、治療中断者の増加が懸念される。糖尿病については健診受診時に把握できる状況や糖尿病管理台帳、連携手帳を活用し治療中断の有無やデータのコントロール状況等の確認を行い、指導を展開していく必要がある。

健診未受診の者については、健診データがないためコントロール状況が分からず保健指導が難しい。治療中のため医療機関で種々の検査は受けているが、項目が不十分で血管変化のリスク要因を十分に確認できない場合もあるため、必要時、健診受診を促すことが重要である。

短期的かE	∃煙疾患に	おける	合併症の状	· 沪
- カスガカロソ み ロ	11示7天 示 1~	- 11.11.61	☐ IJI 7IF UJ 17	. //  .

						短期的	な目標							中長期的	りな目標			
厚	労省様式様	試3-2	糖尿	尿病	インス!	Jン療法	高血	'nΕ	<b>脂質</b> 星	異常症	虚血性	心疾患	脳血管	李串	λТ	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
	全体	4706	867	18.4%	48	5.5%	615	70.9%	564	65.1%	219	25.3%	164	18.9%	13	1.5%	45	5.2%
H25	64歳以下	2,325	271	11.7%	18	6.6%	179	66.1%	170	62.7%	49	18.1%	43	15.9%	9	3.3%	17	6.3%
	65歳以上	2,381	596	25.0%	30	5.0%	436	73.2%	394	66.1%	170	28.5%	121	20.3%	4	0.7%	28	4.7%
	全体	4442	768	17.3%	47	6.1%	557	72.5%	541	70.4%	212	27.6%	139	18.1%	10	1.3%	41	5.3%
H28	64歳以下	1,840	171	9.3%	10	5.8%	119	69.6%	116	67.8%	33	19.3%	19	11.1%	5	2.9%	12	7.0%
	65歳以上	2,602	597	22.9%	37	6.2%	438	73.4%	425	71.2%	179	30.0%	120	20.1%	5	0.8%	29	4.9%

					短期的	な目標					中長期的	りな目標		
厚	労省様式様	5.3-3	高血	1年	糖月	尿病	脂質昇	具常症	虚血性	心疾患	脳血管	<b>許疾患</b>	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
	全体	4,706	1,356	28.8%	615	45.4%	790	58.3%	316	23.3%	233	17.2%	20	1.5%
H 25	64歳以下	2,325	397	17.1%	179	45.1%	211	53.1%	68	17.1%	55	13.9%	14	3.5%
	65歳以上	2,381	959	40.3%	436	45.5%	579	60.4%	248	25.9%	178	18.6%	6	0.6%
	全体	4,442	1,266	28.5%	557	44.0%	763	60.3%	293	23.1%	208	16.4%	19	1.5%
H 28	64歳以下	1,840	284	15.4%	119	41.9%	150	52.8%	46	16.2%	38	13.4%	12	4.2%
	65歳以上	2,602	982	37.7%	438	44.6%	613	62.4%	247	25.2%	170	17.3%	7	0.7%

				短期的	な目標					中長期的	りな目標		
労省様式様	式3-4	脂質郹	と 関本	糖月	家病	高血	пÆ	虚血性	心疾患	脳血管	5 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
全体	4,706	1,120	23.8%	564	50.4%	790	70.5%	265	23.7%	188	16.8%	8	0.7%
64歳以下	2,325	334	14.4%	170	50.9%	211	63.2%	60	18.0%	48	14.4%	5	1.5%
65歳以上	2,381	786	33.0%	394	50.1%	579	73.7%	205	26.1%	140	17.8%	3	0.4%
全体	4,442	1,089	24.5%	541	49.7%	763	70.1%	222	20.4%	182	16.7%	4	0.4%
64歳以下	1,840	248	13.5%	116	46.8%	150	60.5%	40	16.1%	28	11.3%	2	0.8%
65歳以上	2,602	841	32.3%	425	50.5%	613	72.9%	182	21.6%	154	18.3%	2	0.2%
	全体 64歳以下 65歳以上 全体 64歳以下	64歳以下     2,325       65歳以上     2,381       全体     4,442       64歳以下     1,840       65歳以上     2,602	順負導       被保険者数     人数       全体     4,706     1,120       64歳以下     2,325     334       65歳以上     2,381     786       全体     4,442     1,089       64歳以下     1,840     248       65歳以上     2,602     841	被保険者数         人数         割合           全体         4,706         1,120         23.8%           64歳以下         2,325         334         14.4%           65歳以上         2,381         786         33.0%           全体         4,442         1,089         24.5%           64歳以下         1,840         248         13.5%           65歳以上         2,602         841         32.3%	5省様式様式3-4     脂質異常症     糖厚       被保険者数     人数     割合     人数       全体     4,706     1,120     23.8%     564       64歳以下     2,325     334     14.4%     170       65歳以上     2,381     786     33.0%     394       全体     4,442     1,089     24.5%     541       64歳以下     1,840     248     13.5%     116       65歳以上     2,602     841     32.3%     425	脂質異常証       被保険者数     人数     割合     人数     割合       全体     4,706     1,120     23.8%     564     50.4%       64歳以下     2,325     334     14.4%     170     50.9%       65歳以上     2,381     786     33.0%     394     50.1%       全体     4,442     1,089     24.5%     541     49.7%       64歳以下     1,840     248     13.5%     116     46.8%       65歳以上     2,602     841     32.3%     425     50.5%	指揮異常症         糖尿病         高点           被保険者数         人数         割合         人数         割合         人数           全体         4,706         1,120         23.8%         564         50.4%         790           64歳以下         2,325         334         14.4%         170         50.9%         211           65歳以上         2,381         786         33.0%         394         50.1%         579           全体         4,442         1,089         24.5%         541         49.7%         763           64歳以下         1,840         248         13.5%         116         46.8%         150           65歳以上         2,602         841         32.3%         425         50.5%         613	胎質異常症         糖尿病         高血圧           被保険者数         人数         割合         人数         13         11         63.2%           64歳以下         2,381         786         33.0%         394         50.1%         579         73.7%           全体         4,442         1,089         24.5%         541         49.7%         763         70.1%           64歳以下         1,840         248         13.5%         116         46.8%         150         60.5%           65歳以上         2,602         841         32.3%         425         50.5%         613         72.9%	脂質異常症         糖尿病         高血圧         虚血性           被保険者数         人数         割合         人数         割合         人数         割合         人数           全体         4,706         1,120         23.8%         564         50.4%         790         70.5%         265           64歳以下         2,325         334         14.4%         170         50.9%         211         63.2%         60           65歳以上         2,381         786         33.0%         394         50.1%         579         73.7%         205           全体         4,442         1,089         24.5%         541         49.7%         763         70.1%         222           64歳以下         1,840         248         13.5%         116         46.8%         150         60.5%         40           35歳以上         2,602         841         32.3%         425         50.5%         613         72.9%         182	指揮 表	指質異常症         糖尿病         高山圧         虚血性心疾患         脳血管           被保険者数         人数         割合         人数         188         64歳以下         2,325         334         14.4%         170         50.9%         211         63.2%         60         18.0%         48         65歳以上         2,381         786         33.0%         394         50.1%         579         73.7%         205         26.1%         140         24         42.5%         541         49.7%         763         70.1%         222         20.4%         182         64歳以上         1,840         248         13	5省様式様式3-4         脂質異常症         糖尿病         高血圧         虚血性心疾患         脳血管疾患           複保険者数         人数         割合         人数         14         16.8%         16.8%         16.2%         60         18.0%         48         14.4%         17.8%         17.8%         22         26.1%         140         17.8%         17.8%         22         20.4%         182         16.7%         16.4%         150         60.5%         40         16.1%         28         11.3%         11.3%         15.4         1	5省様式様式3-4         脂質異常症         糖尿病         高血圧         虚血性心疾患         脳血管疾患         人工           被保険者数         人数         割合         人数         8         64         50.4         790         70.5%         265         23.7%         188         16.8%         8         65歳以上         23.81         786         33.0%         394         50.1%         579         73.7%         205         26.1%         140         17.8%         3           全体         4,442         1,089         24.5%

資料: KDBシステム(厚生労働省様式3-2~3-4 各5月診療分)

## 4)健診の状況

#### (1) リスクの健診結果経年変化

男性では、平成 28 年度においてメタボリックシンドロームの該当者・予備群が多く、該当者は 29.1%、予備群は 17.1%と平成 25 年度と比較してもいずれも増加している。メタボリックシンドローム該当者・予備群の各所見では、血圧値と脂質異常の重なりが 15.4%と最も多く、次いで血圧値異常のみ 11.3%、血糖検査値と血圧値、脂質異常の 3 項目すべて該当する者の 7.8%の順となっている。

このように男性では、メタボリックシンドロームの問題が平成 25 年度よりも顕著に表れており、健診データの有所見割合をみると、ほとんどの検査項目で有所見者が多い状況になっている。中でも高い割合を示しているのが、HbA1c(ヘモグロビン・エーワンシー)で異常を示す者が 70%、収縮期血圧で 50.1%である。さら

に、クレアチニンで異常を示す者が 3.4%と平成 25 年度より増加しており、腎機 能障害を示す項目が高くなっており、重症化している。

また、女性ではメタボリックシンドローム該当者・予備群は男性とは反対に減少している。健診データの有所見割合では HbA1c で異常を示す者が 70.8%と最も多く、次いで LDL コレステロール(LDL-C)が 51%であった。腹囲が基準以上の者の割合は 15.6%と平成 25 年度と比較して減少しており、男性とは異なった視点で、個々のデータの背景にある食生活等の分析が必要である。

【図表 19】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

	ハソ:		<u>ノ ノ</u>	ַ וּי		- 127	<u> </u>	را 'د	用中		迚												
	/	健診多	马於老		のみ	又./:	<b>備群</b>							該筆	<u>т</u>								
<b>(</b> 9	引性 )	性部と	で砂伯	腹西	0)4	771	用石干	高	血糖	高	近圧	脂質	異常症	高久 =	∃18	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
	合計	812	39.9	42	5.2%	120	14.8%	5	0.6%	87	10.7%	28	3.4%	203	25.0%	29	3.6%	10	1.2%	94	11.6%	70	8.6%
H 25	40-64	267	28.3	19	7.1%	38	14.2%	3	1.1%	24	9.0%	11	4.1%	65	24.3%	6	2.2%	5	1.9%	31	11.6%	23	8.6%
	65-74	545	50.0	23	4.2%	82	15.0%	2	0.4%	63	11.6%	17	3.1%	138	25.3%	23	4.2%	5	0.9%	63	11.6%	47	8.6%
	合計	790	43.7	38	4.8%	135 (	17.1%	8	1.0%	89	11.3%	38	4.8%	230	29.1%	32	4.1%	14	1.8%	122	15.4%	62	7.8%
H 28	40-64	240	32.2	15	6.3%	50	20.8%	5	2.1%	21	8.8%	24	10.0%	60	25.0%	4	1.7%	5	2.1%	35	14.6%	16	6.7%
	65-74	550	51.7	23	4.2%	85	15.5%	3	0.5%	68	12.4%	14	2.5%	170	30.9%	28	5.1%	9	1.6%	87	15.8%	46	8.4%

		健診多	Z=>,*	- 1	のみ	<b>又</b> <i>l</i> :	<b></b>							該論	ν <del>- </del>								
\$	大性	迷診さ	で砂白	腹西	10)07	71	用石干	高	血糖	高	血圧	脂質乳	具常症	高久 =	∃18	血糖-	⊢血圧	血糖-	⊢脂質	血圧-	⊢脂質	3項目	1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
	合計	1,165	51.9	22	1.9%	65	5.6%	1	0.1%	48	4.1%	16	1.4%	119	10.2%	15	1.3%	8	0.7%	58	5.0%	38	3.3%
H 25	40-64	403	42.7	13	3.2%	29	7.2%	0	0.0%	22	5.5%	7	1.7%	26	6.5%	4	1.0%	0	0.0%	17	4.2%	5	1.2%
	65-74	762	58.6	9	1.2%	36	4.7%	1	0.1%	26	3.4%	9	1.2%	93	12.2%	11	1.4%	8	1.0%	41	5.4%	33	4.3%
	合計	1,144	54.8	15	1.3%	60	5.2%	1	0.1%	39	3.4%	20	1.7%	104	9.1%	9	0.8%	9	0.8%	50	4.4%	36	3.1%
H 28	40-64	334	43.8	10	3.0%	16	4.8%	0	0.0%	10	3.0%	6	1.8%	24	7.2%	6	1.8%	3	0.9%	8	2.4%	7	2.1%
	65-74	810	61.1	5	0.6%	44	5.4%	1	0.1%	29	3.6%	14	1.7%	80	9.9%	3	0.4%	6	0.7%	42	5.2%	29	3.6%

健診データ有所見割合

()建記	シェー	ングイ	<u>ヨ /ソレ !</u>	元刊																					
		Е	3MI	腹	囲	中性	脂肪	GF	PT	HDI	C	空腹	寺血糖	HbA	\1c	尿	酸	収縮期	明血圧	拡張期	明血圧	LDI	L-C	クレア・	チニン
1	男性	25	以上	851	以上	150	以上	311	以上	405	た満 しんしん	100	以上	5.61	人上	ر7.0 ا	以上	130	以上	851	以上	120	以上	1.31	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
	合計	220	27.1	365	45.0	215	26.5	144	17.7	87	10.7	215	26.5	538	66.3	162	20.0	397	48.9	186	22.9	389	47.9	22	2.7
H 25	40-64	78	29.2	122	45.7	83	31.1	61	22.8	37	13.9	60	22.5	160	59.9	67	25.1	101	37.8	76	28.5	144	53.9	4	1.5
	65-74	142	26.1	243	44.6	132	24.2	83	15.2	50	9.2	155	28.4	378	69.4	95	17.4	296	54.3	110	20.2	245	45.0	18	3.3
	合計	233	(29.5)	403	(51.0)	224	28.4	128	16.2	99	(12.5)	208	26.3	553	70.0	142	18.0	396	(50.1)	182	23.0	349	44.2	27	(3.4)
H 28	40-64	82	34.2	125	52.1	87	36.3	52	21.7	41	17.1	48	20.0	150	62.5	59	24.6	87	36.3	68	28.3	125	52.1	10	4.2
	65-74	151	27.5	278	50.5	137	24.9	76	13.8	58	10.5	160	29.1	403	73.3	83	15.1	309	56.2	114	20.7	224	40.7	17	3.1

		Е	MI	腹	囲	中性	脂肪	GF	PT	HDL	C	空腹	寺血糖	HbA	A1c	尿	.酸	収縮類	胡血圧	拡張其	明血圧	LDI	C	クレア	チニン
:	女性	25	以上	854	八上	150.	以上	314	以上	405	<del></del> 未満	100	以上	5.61	以上	ر7.0	以上	130	以上	85 J	以上	120	以上	1.31	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
	合計	227	19.5	206	17.7	211	18.1	113	9.7	39	3.3	148	12.7	749	64.3	35	3.0	449	38.5	206	17.7	655	56.2	6	0.5
H 25	40-64	72	17.9	68	16.9	72	17.9	35	8.7	10	2.5	42	10.4	221	54.8	11	2.7	117	29.0	81	20.1	216	53.6	1	0.2
	65-74	155	20.3	138	18.1	139	18.2	78	10.2	29	3.8	106	13.9	528	69.3	24	3.1	332	43.6	125	16.4	439	57.6	5	0.7
	合計	214	18.7	179	15.6	207	18.1	109	9.5	37	3.2	153	13.4	810	(70.8)	29	2.5	449	39.2	192	16.8	583	<b>(</b> 51.0 <b>)</b>	6	0.5
H 28	40-64	58	17.4	50	15.0	64	19.2	41	12.3	10	3.0	40	12.0	203	60.8	11	3.3	90	26.9	66	19.8	161	48.2	2	0.6
	65-74	156	19.3	129	15.9	143	17.7	68	8.4	27	3.3	113	14.0	607	74.9	18	2.2	359	44.3	126	15.6	422	52.1	4	0.5

資料: KDBシステム (厚生労働省様式6-2~6-7)

#### (2) 血糖、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況

血糖、血圧、LDL コレステロールいずれのコントロール状況においても重症者 (HbA1c 8.0%以上、血圧Ⅲ度 (180/110mmHg)以上、LDL コレステロール 180mg/dl 以上) の割合が年々減少してきており良い傾向である。

血糖のコントロール状況は治療中の者では HbA1c 6.5~7.9%までの受診勧奨判定値に該当する人の割合が多く、継続した保健指導と医療機関との連携により今後減少させていくことが課題となる。また、未治療の者では、正常が減り保健指導判定値である人が増えていることより、発症予防も重要である。

血圧のコントロール状況においても、Ⅱ度(160/100mmHg)以上は治療中の者、 未治療の者ともに割合が多いままであり、課題である。

健診時の血圧が高値であっても未治療の者では白衣高血圧等もあり、治療が開始されない場合や、本人がその必要性を感じていない場合もある。保健指導においては、正しい家庭血圧の測り方や血圧変動に対する正しい知識を伝え、適切に判断できるよう導く必要がある。

また、高血圧の治療中の者であっても肥満があったり、過度なエネルギーや塩分 摂取、飲酒など不適切な生活習慣があると内服の効果は十分に得られにくい。治療 中の者、未治療の者おいても生活習慣の改善は大前提となるため、効果的な保健指 導が求められている。

#### 【図表 20】

#### 糖尿病 治療と未治療の状況

()内:JDS値

						f	<b>呆健指</b> 導	<b>事</b> 判定	値		受	診勧	<b>奨</b> 判定	恒					
				正	常			糖尿病	の可能性				尿病				再	掲	
		HbA1	測定			正常	常高値		できない		E予防の の目標		艮達成が しい目標		の危険が				
				<b>5.5</b> J (5.1 J			<b>~5.9</b> ~5.5)		<b>~6.4</b> ∼6.0)		<b>~6.9</b> ∼6.5)		<b>~7.9</b> (~7.5)		<b>以上</b> <sup>6以上)</sup>		<b>以上</b> <sup>)以上)</sup>		<b>以上</b> <sup>0以上)</sup>
		., 1	47.74	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数 F	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	В	B/A	С	C/A	D	D/A	Е	E/A	- '	F/A	G	G/A	Н	H/A	ı	I/A
	H24	152	8.2%	4	2.6%	12	7.9%	32	21.1%	45	29.6%	35	23.0%	24	15.8%	38	25.0%	15	9.9%
治	H25	182	9.2%	4	2.2%	20	11.0%	44	24.2%	41	22.5%	48	26.4%	25	13.7%	47	25.8%	20	11.0%
療	H26	192	9.6%	2	1.0%	24	12.5%	57	29.7%	53	27.6%	39	20.3%	17	8.9%	34	17.7%	10	5.2%
中	H27	203	10.0%	8	3.9%	21	10.3%	51	25.1%	67	33.0%	39	19.2%	17	8.4%	29	14.3%	13	6.4%
	H28	183	9.5%	5	2.7%	19	10.4%	48	26.2%	59	32.2%	39	21.3%	13	7.1%	25	13.7%	9	4.9%
	H24	1,706	91.8%	648	38.0%	703	41.2%	286	16.8%	47	2.8%	14	0.8%	8	0.5%	14	0.8%	8	0.5%
治	H25	1,793	90.8%	684	38.1%	731	40.8%	303	16.9%	54	3.0%	15	0.8%	6	0.3%	10	0.6%	6	0.3%
療な	H26	1,814	90.4%	670	36.9%	754	41.6%	312	17.2%	62	3.4%	14	0.8%	2	0.1%	3	0.2%	1	0.1%
ľ	H27	1,830	90.0%	663	36.2%	799	43.7%	302	16.5%	48	2.6%	13	0.7%	5	0.3%	10	0.5%	1	0.1%
	H28	1,744	90.5%	555	31.8%	782	44.8%	329	18.9%	62	3.6%	13	0.7%	3	0.2%	5	0.3%	2	0.1%

高血圧 治療と未治療の状況

				正	常	保健指導	掌判定值			受診勧奨	判定值		
		血圧浿	定者	正 (~129		(130~1	高値  39 5~89)	(140~1	度 59 0~99)	II) (160~1 /100		Ⅲ (180/1	度  10~)
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	В	B/A	С	C/A	D	D/A	Е	E/A	F	F/A
	H24	641	34.5%	254	39.6%	178	27.8%	166	25.9%	37	5.8%	6	0.9%
治	H25	689	34.9%	275	39.9%	170	24.7%	200	29.0%	35	5.1%	9	1.3%
療	H26	709	35.2%	273	38.5%	178	25.1%	207	29.2%	42	5.9%	9	1.3%
中	H27	736	36.0%	316	42.9%	204	27.7%	171	23.2%	39	5.3%	6	0.8%
	H28	706	36.4%	268	38.0%	208	29.5%	188	26.6%	38	5.4%	4	0.6%
	H24	1,218	65.5%	738	60.6%	237	19.5%	190	15.6%	42	3.4%	11	0.9%
治	H25	1,288	65.1%	810	62.9%	201	15.6%	210	16.3%	51	4.0%	16	1.2%
療な	H26	1,304	64.8%	806	61.8%	227	17.4%	209	16.0%	47	3.6%	15	1.2%
ũ	H27	1,311	64.0%	803	61.3%	211	16.1%	235	17.9%	55	4.2%	7	0.5%
	H28	1,236	63.6%	782	63.3%	208	16.8%	190	15.4%	52	4.2%	4	0.3%

脂質異常 治療と未治療の状況

加具す	/ 'I'	W - 111	ロルマン	170									
				正	常	保健指導	掌判定值	ž	受診勧奨	判定值	(単位	mg/dl)	
		LDL-C	則定者	120	未満	120~	-139	140~	-159	160~	~179	180	以上
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	В	B/A	С	C/A	D	D/A	Е	E/A	F	F/A
	H24	441	23.7%	278	63.0%	94	21.3%	54	12.2%	11	2.5%	4	0.9%
治	H25	535	27.1%	344	64.3%	112	20.9%	55	10.3%	16	3.0%	8	1.5%
療	H26	563	28.0%	366	65.0%	114	20.2%	56	9.9%	23	4.1%	4	0.7%
中	H27	585	28.6%	398	68.0%	121	20.7%	49	8.4%	11	1.9%	6	1.0%
	H28	562	28.9%	383	68.1%	115	20.5%	49	8.7%	13	2.3%	2	0.4%
	H24	1,418	76.3%	602	42.5%	384	27.1%	231	16.3%	131	9.2%	70	4.9%
治	H25	1,442	72.9%	589	40.8%	383	26.6%	258	17.9%	150	10.4%	62	4.3%
療な	H26	1,450	72.0%	608	41.9%	357	24.6%	286	19.7%	131	9.0%	68	4.7%
ľ	H27	1,462	71.4%	588	40.2%	390	26.7%	294	20.1%	121	8.3%	69	4.7%
	H28	1,380	71.1%	623	45.1%	354	25.7%	233	16.9%	115	8.3%	55	4.0%

#### (3) 重症化予防対象者の状況

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は健診受診者の30.7%(平成28年度)であった。治療なしの者189人のうち、肥満があり、特定保健指導の対象となる者は91人と約半数を占め、特定保健指導の徹底と併せて重症化予防の指導を行うことが効率的である。また、生活習慣病を治療しておらず特定保健指導には該当しない者が、高血圧で40人、糖尿病で57人、脂質異常症で36人おり、早急な受診勧奨等の重症化予防保健指導が重要となる。

重症化予防対象者のうち、治療なしの者では全体の 44.4%に心電図異常などの臓器障害が確認できた。特に、高血圧症、糖尿病では高く、それぞれ臓器障害を有している者は 42.9%と 51.3%であった。臓器障害に至るまでには少なくとも数年の

経過を要することから、血圧や血糖が高いまま長年放置されていたと考えられ、そのままだと心筋梗塞や腎不全等の健康障害を引き起こすことが予測される。まずは、高血圧や糖尿病などの未治療者や治療中のコントロール不良者を減らすことで、数年後、臓器障害を有している者を抑制できているか確認していく視点が重要である。

【図表 21】

					脳血管	<b>作疾患</b>				J	虚血性	心疾患	Į			:	糖尿病	性腎症			
				1																	
		IJ	スク因子	高	加圧	糖质	尿病		脂質	異常		心房	細動	メタボ! ンドロ		fi fi	曼性腎臓病	寅(CKD)	)		七予防
			受診者における 心予防対象者	Ⅱ度高血	血圧以上	HbA1c6 (治療中7	.5%以上 (.0%以上)	LDL18	0mg/dl 上	中性 300mg,	脂肪 /dl以上	心房	細動	メタボ	該当者	尿蛋白 以		eGFR5 (70歳以。			<ul><li>象者</li><li>人数)</li></ul>
		受	診者数 1,977人	111人	5.6%	148人	7.5%	70人	3.5%	43人	2.2%	5人	0.3%	322人	16.3%	32人	1.6%	51人	2.6%	583人	29.5%
	Г	+	治療なし	67人	5.2%	75人	4.2%	62人	4.3%	29人	2.0%	3人	0.3%	59人	5.6%	13人	1.2%	12人	1.2%	204人	19.5%
平			(再掲) 特定保健指導	24人	21.6%	11人	7.4%	18人	25.7%	14人	32.6%	1人	20.0%	59人	18.3%	4人	12.5%	4人	7.8%	96人	16.5%
成			治療あり	44人	6.4%	73人	40.1%	8人	1.5%	14人	2.6%	2人	0.2%	263人	28.3%	19人	2.0%	39人	4.2%	379人	40.8%
25 年	L	*	臓器障害あり	28人	41.8%	25人	33.3%	21人	33.9%	11人	37.9%	3人	100.0%	19人	32.2%	13人	100.0%	12人	100.0%	83人	40.7%
'	臓	CKI	) (専門医対象)	7.	人	2	人	4.	人	3.	人	1.	人	3.	人	13	人	12	?人	27	7人
	器障害		尿蛋白(2+) 以上	2.	人	1.	人	3.	人	1.	人	1.	人	1.	人	13	人	2	人	13	3人
	害あり		尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+)	3.	人	0	人	0.	人	0.	人	0	人	1.	人	0	人	0	人	4.	人
	のう		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	3.	人	1.	人	1.	人	3.	人	0	人	1.	Α	2	7	12	!人	12	2人
	ź	ηį	心電図所見あり	24	人	24	人	19	人	8.	, <u> </u>	3	人	18	人	4	人	3	人	65	人
		IJ	スク因子	高	加圧	糖质	<b>永病</b>		脂質	異常		心房	細動	メタボ!		19	曼性腎臓病	寅(CKD)	)	重症化対象	上予防

		IJŹ	スク因子	高	血圧	糖质	尿病		脂質	異常		心房	細動		リックシ コーム	19	曼性腎臓病	与(CKD)	)	重症化	
			受診者における 予防対象者	Ⅱ度高』	血圧以上	HbA1c6. (治療中7	.5%以上	LDL18	Omg/dl 上	中性 300mg		心房	細動	メタボ	該当者	尿蛋白 以	(2+) 上	eGFR5 (70歳以	0未満 <sup>上40未満)</sup>		<ul><li>教者</li><li>人数)</li></ul>
		受診	多者数 1,942人	98人	5.0%	130人	6.7%	57人	2.9%	63人	3.2%	9人	0.5%	334人	17.2%	25人	1.3%	68人	3.5%	597人	30.7%
	Г		治療なし	56人	4.5%	78人	4.5%	55人	4.0%	42人	3.0%	5人	0.5%	57人	5.9%	5人	0.5%	18人	1.9%	(3) (3)	19.6%
平			(再掲) 特定保健指導	16人	16.3%	21人	16.2%	19人	33.3%	18人	28.6%	2人	22.2%	57人	17.1%	3人	12.0%	6人	8.8%	( <u>S</u> )	15.2%
成			治療あり	42人	5.9%	52人	28.4%	2人	0.4%	21人	3.7%	4人	0.4%	277人	28.4%	20人	2.1%	50人	5.2%	408人	41.8%
28 年	J	<b>&gt;</b> []	<b>職器障害あり</b>	24人	42.9%	40人	51.3%	19人	34.5%	15人	35.7%	5人	100.0%	20人	35.1%	5人	100.0%	18人	100.0%	84人	44.4%
'	臓器	CKD	(専門医対象)	3.	人	4.	人	6	7	2.	7	1.	人	3.	人	5	人	18	3人	27	'人
	器 障 害		尿蛋白(2+) 以上	0.	人	3.	人	0.	人	0.	人	1.	人	2.	人	5	人	1.	人	5	人
	きあり		尿蛋白(+)and 尿潜血(+)	1.	人	0.	人	3.	人	0.	Λ.	0.	人	1.	<del>ل</del>	0	人	0	人	5	人
	のう		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2.	人	2.	人	3.	人	2.	٨.	1,	人	0.	<del>ل</del>	1	人	18	3人	18	人
	5	心	電図所見あり	22	!人	38	人	15	人	14	人	5.	人	19	人	3	人	7.	人	69	人

#### (4) 未受診者の状況

本町における特定健診受診者を年齢別にみるといずれの年代でも伸びがみられるが、40~64歳の受診者が38.1%(平成28年度)と低く課題である。

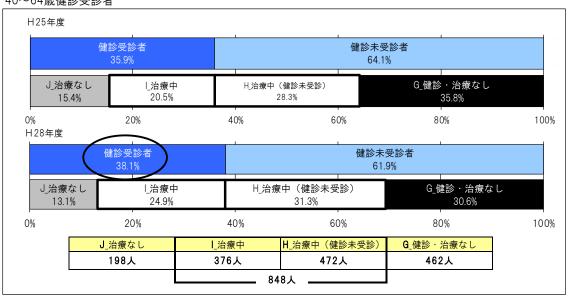
健診未受診者の中でも、「健診・治療なし(G)」は健康状態の実態が分からず健診 受診を促すことが重要であるが、その割合は減少しており良い傾向である。

「治療中(健診未受診)(H)」の割合が増加しており、医療機関での検査データ

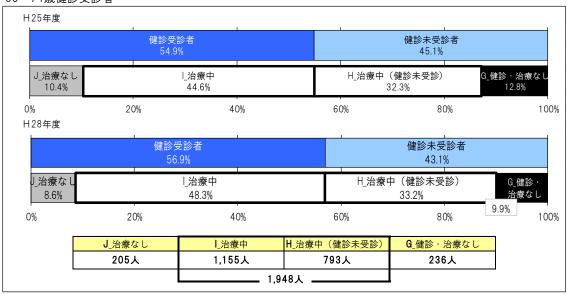
を受領することにより健診受診率の向上を図ることと、医療機関と連携しながら治療のコントロールを良好に保つよう関わっていく。

【図表 22】

#### 40~64歳健診受診者



#### 65~74歳健診受診者



資料:KDB2次加工ツール

#### (5)特定健診受診率·特定保健指導実施率

本町の特定健診・保健指導の受診率は平成25年度と比較し、いずれも伸びがみられる。特に保健指導については伸びが大きく県内での順位も上げている。

特定健診·保健指導受診率

45 D		特定	健診			特定保	健指導	
項目	対象者数	受診数	受診率	県内順位	対象者数	終了者数	実施率	県内順位
H25年度	4,238人	1,977人	46.6%	8位	186人	78人	41.9%	16位
H28年度	3,890人	1,942人	49.9%	10位	200人	141人	70.5%	8位

各年度法定報告值

## 2. 保健事業の実施

## 1) 実施体制

健診結果に基づく保健指導は、保健事業の中核を成すものであり、生活習慣病の 発症予防、重症化予防に取り組んでいくための実施体制を整える必要がある。本県 全体では、平成26年度より保健部門で勤務する保健師が増員され、60%代で推移 しているが、本町においては本県を下回る現状であり、専門性を発揮できる保健部 門で勤務する保健師や管理栄養士を増員していくことが重要である。

保健活動の実施体制 【図表 24】

		H25	H26	H27	H28
	保健師総数	11 (1) 人	12 (2) 人	12 (2) 人	10 (1) 人
保 健	保健部門での勤務	6 (1) 人	7 (1) 人	7 (2) 人	6 (1) 人
師	内灘町	54%	58%	58%	60%
	石川県	54%	65%	63%	62%
	T				
244	栄養士	2 (1) 人	2 (1) 人	2 (1) 人	2 (1) 人
栄 養 士	保健部門での勤務	2 (1) 人	2 (1) 人	2 (1) 人	2 (1) 人
		100%	100%	100%	100%

資料:保健師活動領域調査(厚生労働省)

再掲( )内嘱託職員

## 2) 保健指導の実施状況

保健指導は、健診結果に基づき予防のターゲットとなる対象者を抽出し、個人の健診データに応じた保健指導や医療との連携を進めることが効果的である。

本町では、重症化予防の保健指導について、これまで図表 25 の対象者を優先と

し実施してきた。国の示す糖尿病性腎症の重症化予防の視点も踏まえ、どの対象を 優先とするのかは、本町の健康課題の明確化に基づき、選定していく必要がある。

【図表 25】

平成28年度 重症化予防保健指導

	保健指導対象者	対象者数	保健指導 実施	実施割合	
第1優先	  腎機能中等~重度低下者 	99	64	65%	
第2優先	Ⅱ 度高血圧(160~179/100~109mmHg) Ⅲ度高血圧(180~/110~mmHg)	104	64	62%	
第3優先	HbA1c 7.0%以上 HbA1c 6.5%以上の未治療者	118	78	66%	
第4優先	LDLコレステロール 180mg/dl以上 中性脂肪 400mg/dl以上	70	41	59%	
第5優先	心電図所見にて心房細動あり	5	5	100%	
第6優先	特定保健指導	177	130	73%	
		573	382	67%	

## 3) 第1期計画に係る考察

第1期計画において、中長期的な目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。中でも本町の健診・医療データの特徴より慢性腎不全の予防にターゲットを絞り取り組んできた。

その結果、短期的な目標疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症については、健診受診者において重症者の割合が減少してきているが、医療費適正化については、現状では成果がみられていない。医療費の抑制など医療費適正化については、成果が見られるまでに数年から十数年の経過を要すると考える。よって、第1期計画より取り組んできた重症化予防について継続して取り組んでいく必要がある。

そのためには、医療機関との連携や医療機関受診後の支援が取り組むべき重要な課題となってくる。また、適正な医療につなげるためにも、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、そのスタートとなる特定健診の受診率向上対策についても取り組むべき課題となる。

## Ⅲ 第2期計画における課題の明確化

## 1. 医療の状況

医療費の動向や受療状況を把握し、そのうち予防可能な疾患をターゲットとし保健事業によって医療費の適正化を図り、もって保険者の財政基盤強化が図られることは、保険者にとっても、また被保険者の利益を守る観点からも重要である。

本町の 1 人あたり医療費は同規模と比較して入院の伸び率が特に高くなっており重症化予防ができていない。ターゲットとする脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の対象疾患のうち慢性腎不全(透析あり)の医療費が総医療費に占める割合が増えており、本県や国の割合と比較しても高く、第1期計画同様、慢性腎不全の予防に重点をおく必要がある。また、虚血性心疾患についてもその割合は県や国と比較して高く、見過ごせない課題である。慢性腎不全の予防対象者は透析に至るまでに虚血性心疾患等の心血管疾患(CVD)を発症することも多く、互いに関連し合っている。よって、重症化予防の切り口として慢性腎不全の予防に重点はおくが、"心腎連関"の視点で心臓や脳を守る視点を忘れてはならない。

また、メタボリックシンドロームを背景とする生活習慣病等は薬物治療だけでは 改善が難しい場合が多いことから、治療中であっても、主治医連絡を行いながら保 健指導を実施していくことが重要である。

## 2. 介護保険の状況

2号認定者及び65~74歳の1号認定者の多くで、血管疾患を持ちながら介護認 定を受けている実態であった。

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。

## 3. 健診の状況

生活習慣病は本人に明確な自覚症状がないまま悪化する場合が多いことから、生活習慣病等の発症や進行状況を把握するには、健診の結果を把握、分析することが重要である。特に近年は、それぞれの検査値がそれほど異常でなくても、内臓脂肪の蓄積に加え、高血糖や高血圧、脂質異常が重なった場合に、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高くなる「メタボリックシンドローム」の危険性が指摘されており、個々の検査結果の異常だけでなく異常項目の重複、組み合わせについても把握、分析することが重要である。

本町の健診の有所見者を分析すると、男性ではメタボリックシンドロームの該当者・予備群が平成28年度では増加しており、それに伴い、血圧、血糖、脂質の有所見者が増加傾向である。また、腎機能を表すクレアチニンで異常を示す者が増加しており重症化予防ができていない。男性ではメタボリックシンドロームに起因する健康状態の悪化が伺え、特定保健指導を初めとする減量に対する指導が重要である。また、女性ではメタボリックシンドロームの該当者・予備群は減少しているのに対して、HbA1cで異常を示す者が増加しており、栄養バランスの偏り等が危惧される。個々のデータの背景にある食生活等の分析を通して、住民自身が摂取している食べ物の実態を把握でき、自身で選択していけるよう、ポピュレーションアプローチ(地域住民全体への働きかけ)や個々人を対象とした重症化予防の保健指導を行っていく必要がある。

本町では、平成 26 年度より重症化予防保健指導を実施している。HbA1c 8.0%以上、血圧 180/110mmHg 以上、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の重症者は保健指導により受診勧奨を行い、治療が開始されることにより減少してきているが、HbA1c 6.5~7.9%や血圧 160/100mmHg 以上の者は減少がみられない。これらの対象を減少させていくには、治療に伴い継続した生活改善を促していくことが重要である。さらに、高血糖と高血圧の者で心電図異常等の臓器障害が多く出現してきていることより、長期に渡ってこれらの検査値が高いままの状態で放置されていた現状が推察される。これらのことより、重症化予防保健指導においては、受診勧奨に加え、生活習慣の改善について、住民自身が理解し、継続していけるように情報提供を行い関わっていく必要がある。

また、健診の未受診者を把握すると、40~64歳の若い層や医療機関にて治療中の者が多い現状である。動脈硬化等の血管変化に至る前での予防を考えると、若い年齢からの健診受診を習慣化させることや医療機関管理中であっても早期から生活改善も合わせて行っていくことが重要である。よって、まずはこれらの対象を健診受診へとつなげるための未受診者対策も重要な位置づけとなる。

## 4. 他保険者との連携

本町の健康課題の明確化やその課題解決に向けて他の医療保険者や他機関との連携も必要となる。他の医療保険者と情報交換を行う場としては、県や国保連に設置される支援・評価委員会が主催する会議等がある。また平成28年度より実施している「みんなが元気! 健康いきいきプロジェクト」では、町のスポーツクラブ(NPO法人 プラッツうちなだ)に事業を委託し、商工会や協会けんぽ等と健康課題の把握や共有を行い、町民の健康増進に向けた取り組みについて検討・実践しているところである。このような様々な機会の利用により、本町の健康課題をより明

確にしていくとともに地域資源の充実が必要である。

## 5. 計画の目標の設定

## 1)優先すべき課題

データヘルス計画の目的は、主に虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等に よる死亡、障害の発生を防ぐことである。

本町においては、国保連による県内 19 市町の健診データの集計結果によると、腎機能低下を表す eGFR (推算糸球体ろ過量) 50 未満の者が県内で最も多く、ワースト1位となっている。また、上記の健康障害を引き起こすリスク要因となる高血圧が重症域である者の割合がワースト 5 位となっている。さらに、血糖検査値で重症域である者は、県より低い割合を示しているものの、石川県自体が全国で上位となっているため、本町においても課題となるリスク要因である。なお、これらのリスク要因を引き起こす根本にメタボリックシンドロームがあり、特に男性において解決が求められる。

以上の結果を踏まえて、今期計画では、糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病(CKD)の課題解決のために、腎機能低下者、血圧値・血糖検査値が重症域レベルの者への対策を最優先として取り組むものとする。なお、これらのうち、メタボリックシンドロームに該当する者は、治療が開始されたとしても薬の効果が十分に得られないことより、メタボリックシンドロームに対する保健指導も重要な位置づけとなる。

## 2) 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、総医療費に占める割合を脳血管疾患で0.4%、虚血性心疾患で1%減少させることを目標とする。また、糖尿病性腎症については、平成35年度には糖尿病性腎症による新規透析導入者を第2期計画期間中で10人未満にすることを目標とする(図表26)。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、<u>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</u>ことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、本町の医療のかかり方は、重症化して入院医療費が多くかかっている実

態が明らかとなっていることから、重症化予防による医療費の適正化を目的に、必要な外来治療にはつなげながら、入院の医療費を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に同規模保険者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、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

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

そのためには、医療受診が必要な未治療者への働きかけや、治療の継続に必要な情報提供を行うとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。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、治療中であっても、問題解決が難し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。これらは、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 保健指導を実施することで、生活習慣病の発症・重症化予防につなげることが重要 である。健診受診率の目標値や未受診者対策については、第4章の「特定健診・特 定保健指導の実施(第3期特定健診等実施計画(法定義務))」に記載する。

【図表 26】

	現状値の把握方法	特定健診・	特定保健指 導結果(厚	生労働省)	KDB システム			內							地 海 地 地 無 事 事 無				内灘町 保険年金課	厚生労働省 公表結果		
鼻終弧価値	H35	%0'09	%0'58	25.0%	1.8%	7:0%	10.A	%8:0	%L'Z	%0'97	4.0%	%5'8	%0'Z	%0'06	%0'06	% <u>G</u> "L	15.7%	13.2%	23.1%	27.4%	20.0%	85.0%
	H34	58.0%	83.0%	22.0%	1.9%	2.2%		0.9%	2.8%	25.0%	4.2%	8.7%	2.1%	85.0%	88.0%	7.4%	15.6%	13.1%	23.0%	27.3%	48.0%	84.0%
	H33	56.0%	81.0%	20.0%	2.0%	2.4%		1.0%	2.9%	25.0%	4.4%	8.9%	2.2%	80.0%	86.0%	7.3%	15.5%	13.0%	22.9%	27.2%	46.0%	82.0%
中間並価値	H 32	54.0%	79.0%	19.0%	2.0%	2.6%		1.0%	3.0%	24.0%	4.6%	9.2%	2.4%	65.0%	80.0%	7.2%	15.4%	12.9%	22.8%	27.1%	43.0%	80.0%
	H31	52.0%	77.0%	18.0%	2.1%	2.7%		1.1%	3.1%	24.0%	4.7%	9.5%	2.6%	%0.09	74.0%	7.1%	15.3%	12.8%	22.7%	27.0%	40.0%	75.0%
	H30	20.0%	75.0%	16.0%	2.2%	2.8%		1.2%	3.4%	24.0%	4.8%	9.7%	2.8%	52.0%	70.0%	7.0%	15.2%	12.7%	22.6%	26.9%	36.0%	65.0%
如邯储	12.38 H 28	49.9%	70.5%	15.5%	2.2%	3.0%	16人 (H23-H28)	1.3%	3.5%	24.3%	2.0%	9.8%	2.9%	45.9%	%0.99	%6:9	15.1%	12.6%	22.5%	26.8%	33.3%	57.9%
	課題を解決するための目標	特定健診受診率60%以上	特定保健指導実施率60%以上	特定保健指導対象者の減少率25%	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.4%減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合1%減少	糖尿病性腎症による透析導入者数を10人未満にする	尿蛋白(2+)以上の者の割合減少0.5%	eGFR50未満(70歳以上40未満)の者の割合減少0.8%	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%(前年度比)	健診受診者の高血圧者の割合減少1%(160/100以上)	健診受診者の糖尿病者の割合減少1.3%(HbA1c6.5以上)	健診受診者の脂質異常者の割合減少0.9% (LDL-C180以上)	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合90%	糖尿病の保健指導を実施した割合90%以上	がん検診受診率 胃がん検診 7.5%以上	肺がん検診 15.7%以上	大腸がん検診 13.2%以上	子宮頸がん検診 23.1%以上	乳がん検診 27.4%以上	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合50%以上	後発医薬品の使用割合85%以上
	達成すべき目的	医療費削減のために、特定健 診受診率、特定保健指導の実 肺率の向上により、重症化予 防対象者を減らす 離尿病性腎症による透析の医 療費の伸びを抑制する 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												がんの早期発見、早期治療			自己の健康に関心を持つ住民 が増える	後発医薬品の使用により、医 療費の削減				
ヘルス計画の	健康課題	第 ・ 慢性腎不全、虚血性心 疾患の総医療費に占める ・ 腎機能低下者(eGFR50 ・ 計場)が無内で最も多 い。 高血圧・糖尿病の重症化予防ができていな に、 高血圧・糖尿病の重症化予防ができていな がんによる死亡率5位 (女性) ・ は女性) ・ は女性 は女性 をなななななななななななななななななななななななななななななななななななな										・数量シェアH28年度85%										
データ	関連計画	計画 データヘルス計画 特定健診等 中長期								段					疾制·	鬨						

## 第3章 保健事業の内容

## I 保健事業の方向性

糖尿病性腎症は、人工透析の新規導入者の多くを占めており、人工透析患者数の 増加に大きく影響している。人工透析は身体的、時間的に本人及び家族の生活にと って負担も大きく、医療費適正化の観点からも重症化予防の取組みが大切である。

本町における国保の人工透析患者の状況については、第2章で分析したとおり、糖尿病性腎症が5割を占めており、その他の高血圧症が原因である腎硬化症からの導入もあると推察すると、生活習慣病の予防による慢性腎臓病(以下「CKD」)の予防が被保険者の健康寿命の延伸並びに医療費の適正化にとって有効な対策であると考えられる。

このため本町では、第1期データヘルス計画において、生活習慣病による CKD を優先課題として予防していくことを目的とし、内灘町成人保健事業専門部会を立ち上げ、糖尿病専門医、腎専門医、開業医の先生方との連携体制を整理し課題の解決に取り組んできた。

第 2 期データヘルス計画の保健事業の実施にあたっては第 1 期計画策定以降の情勢を踏まえた上で、糖尿病性腎症重症化予防を CKD 対策の優先順位の上位に据えながら、CKD 重症化予防に引き続き取り組むこととし、糖尿病性腎症や CKD、心血管疾患の発症・重症化予防のため、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こととする。

具体的方策として、自覚症状がない生活習慣病を被保険者自身が確認するため、 ①まずは健診の機会を提供し、②医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけ を行う受診勧奨を、③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 導を実施しながら、住民が主体的に自己管理をできるように個々の生活改善に活か せる情報の提供や「糖尿病連携手帳」を活用するなどの取組みの支援を行う。

また、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン(平成28年5月18日 厚生労働省保険局)」も踏まえ、④ポピュレーションアプローチの取組みとして、医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知することや「みんなが元気! 内灘町健康いきいきプロジェクト」等によるICTを活用した住民の健康づくりのきっかけづくりや継続の支援を行っていく。

## Ⅱ 重症化予防の取組

## 1. 慢性腎臟病(CKD)重症化予防

## 1-1. 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については、日本健康会議、保険者努力支援制度でも特に重点が置かれている重要な施策であるため、CKD 重症化予防対策の中心となる取り組みとして、本項で述べることとし、次項ではそれ以外の CKD について、健診からの重症化予防対策を確認する。

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「『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「石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、石川県プログラム)」に基づき以下の視点で、PDCA サイクルに沿って実施する。なお、取組みにあたっては図表 27 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

## 【図表 27】

## 【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)	0				
2		健康課題の把握	0				
3		チーム内での情報共有	0				
4		保健事業の構想を練る(予算等)	0				
5		医師会等への相談(情報提供)	0				
6		糖尿病対策推進会議等への相談	0				
7		情報連携方法の確認	0				
8	Р	対象者選定基準検討		0			
9	計	基準に基づく該当者数試算		0			
10	画	介入方法の検討		0			
11	準	予算・人員配置の確認	0				
12	備	実施方法の決定		0			
13		計画書作成		0			
14		募集方法の決定		0			
15		マニュアル作成		0			
16		保健指導等の準備		0			
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	0				
18		個人情報の取り決め	0				
19		苦情、トラブル対応	0				
20	D	介入開始(受診勧奨)		0			
21	受診	記録、実施件数把握			0		
22	勧	かかりつけ医との連携状況把握		0			
23	奨	レセプトにて受診状況把握				0	
24		募集(複数の手段で)		0			
25	_	対象者決定		0			
26	D 保	介入開始(初回面接)		0			
27	健	継続的支援		0			
28	指導	カンファレンス、安全管理		0			
29	7,	かかりつけ医との連携状況確認		0			
30		記録、実施件数把握			0		
31	^	3ヶ月後実施状況評価				0	
32	C 評	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				0	
33	価	1年後評価(健診・レセプ)				0	
34	報告	医師会等への事業報告	0				
35	1	糖尿病対策推進会議等への報告	0				
36	Α	改善点の検討		0			
37	改	マニュアル修正		0			
38	善善	次年度計画策定		0			

\*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石川県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下の者とする。

- 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
  - (i)糖尿病性腎症で通院している者
  - (ii)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、上記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 28】

糖尿病性腎症病期分類(改訂)注1								
<b>京</b> 和	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 原亜白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m²						
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン原 (30 未満)	30以上32						
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン原 (30~299) 33	30以上						
第3期 (顕性腎症期)	額性アルブミン原 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上**						
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>社5</sup>	30未満						
第5期 (透析療法期)	退折療法中							

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。本町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)に対応する尿蛋白を「正常アルブミン尿と尿蛋白(一)」、「微量アルブミン尿と尿蛋白(土)」、「顕性アルブミン尿と尿蛋白(+)以上」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 (P.78) >

### ② 選定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 (図表 29)。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者 (F) は 76 人 (27.2%) であった。また  $40\sim74$  歳における糖尿病治療者 804 人中のうち、特定健診受診者 (G) が 203 人 (25.2%) であったが、このうち 1 人 (0.5%) 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(I)601人(74.8%)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者(イ)108人中2人は治療中断者(オ)であることが分かった。また、493人については継続受診中(ア)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。

### ③ 介入方法と優先順位

図表 29 より本町においての介入方法を以下の通りとする。

#### 優先順位1

#### 【受診勧奨】

- (i)糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者 (F)**・・・ 76 人
- (ii) 糖尿病治療中であったが**中断者 (オ・キ)**・・・ 3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】

- ・糖尿病通院する患者のうち**重症化するリスクの高い者(ク)**・・・202 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

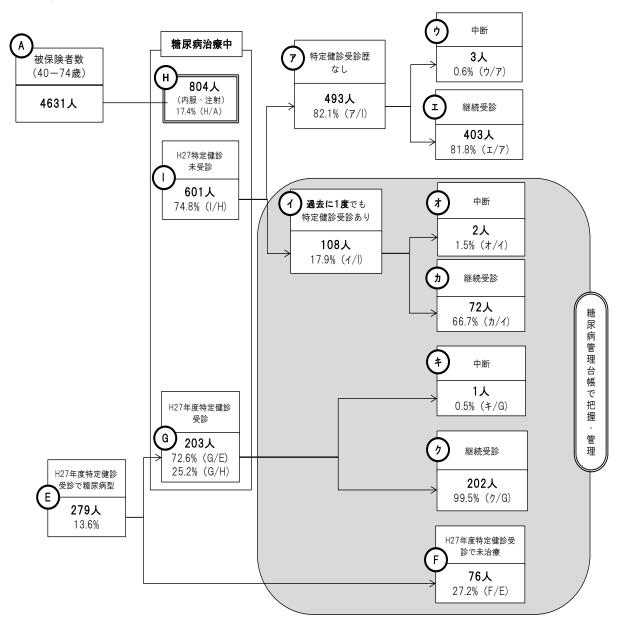
#### 優先順位3

#### 【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・ 72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



※図表中のアルファベットは、参考資料2(P.78)に符合する

\*ウ〜カについては、内灘町国保の資格喪失者、後期高齢医療制度への移行者などを 除いて算出

### 3) 対象者の進捗管理

(1)糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理については、糖尿病管理台帳及び年次計画表で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。<参考資料3・4(P.79)>

#### 【糖尿病台帳作成手順】

- ●事業担当者の業務
  - ア. 年度初めに糖尿病管理台帳を作成する。
  - イ. 国保被保険者資格の有無を確認し、各地区担当に振り分ける。
- ●地区担当者の業務
  - ア. レセプトを確認し情報を記載する。
    - (i)治療状況の把握
      - 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
      - ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
      - ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病 性腎症の有無について確認し、「有」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
  - イ. 管理台帳記載後、データを確認し対象者数を把握する。
    - (i)未治療者·中断者(受診勧奨者) · · · · · ○人
    - (ii)腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者) ····○人
  - ウ. 当該年度の健診からの保健指導対象者が振り分けられたら、糖尿病治療中又は HbA1c 6.5%以上について、糖尿病管理台帳と突き合わせ、健診受診結果、 治療状況等を記載し、担当地区の糖尿病患者の実態を把握していく。
    - \*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載
    - \*HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する
    - \*当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する
      - (i) HbA1c (ii) 血圧 (iii) 体重 (iv) eGFR (v) 尿蛋白
  - エ. 年度末に健診結果以外の個々の実態で次年度のフォローに必要な情報(受診 勧奨等に必要な情報等)を元台帳に入力し、翌年度に備える。

### 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

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

【図表 30】

### 【保健指導用教材(抜粋)】

#### 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)	★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる 資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病	
① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 2 自覚症状が乏しいので中断しがち	未受診者の保健指導 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><li>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。</li><li>→ 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</li></ul>	①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症) 全界項語が出ません。だからこそ…~ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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)
食事療法・運動療法の必要性  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  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  ○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  副作用なく達成可能な場合	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
薬物療法  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 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 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?  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?
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	<ul> <li>薬が必要になった人の保健指導</li> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもとも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</li> <li>26. ピグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ul>

### 1-2. 糖尿病性腎症以外の生活習慣病からの

# 慢性腎臓病(CKD)重症化予防

### 1) 基本的な考え方

CKD 重症化予防の取組にあたっては、「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言(以下、「提言」)」に基づき、進めていく。CKD 重症度分類は、原因(C)、腎機能(G)、尿蛋白(尿アルブミン)(A)による CGA 分類で評価する(「提言」より)。原因を糖尿病とそれ以外に分けた上で、糖尿病以外の疾患のうち、血清クレアチニンから推算した腎機能(eGFR)と蛋白尿区分により、末期腎不全や心血管死亡のリスクを判断するが、本町の重症化予防対象者としては、血圧や脂質異常症などの生活習慣病を有するものを保健指導対象とする。

### 2)対象者の明確化

### (1)対象者の選定基準の考え方

① CKD 重症度分類からの把握

CKD 重症度分類で、腎機能が中等度以下に低下し、なおかつ蛋白尿が軽度から高度に検出されている場合(以下「CKD ハイリスク者」)、これを放置すると腎機能の低下が進み透析の導入に至る可能性が高くなる。

このため、本町は健診により糖尿病(HbA1c 6.5%以上又は空腹時血糖値 126mg/dl 以上)に該当しない受診者についても、クレアチニンより推算した eGFR 及び定性蛋白尿により、CKD 重症度分類を確認し、血圧や脂質異常症などを有する CKD ハイリスク者を保健指導対象者とする。

但し、末期腎不全(G5)に該当する対象者については医療機関での管理が中心となることから、専門医やかかりつけ医と連携しながら、必要に応じて町も関わることとする。

#### 【優先順位の整理(図表31)】

(優先順位1) ①のステージ: G3aA3・G3bA2~3・G4A1~3・(G5A1~3)

(優先順位2) ②のステージ: G1A3·G2A3·G3aA2·G3bA1

#### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

図表 31 は、平成 28 年度健診受診者で糖尿病以外(当該年度健診 HbA1c 6.5%

未満)で生活習慣病リスクのある方を CKD 重症度分類別で確認したものである。これによると、腎機能が中等度から重度に低下している人は 452 人中 38 人であった。

【図表 31】 糖尿病以外の生活習慣病を有するCKD重症化予防対象者の状況 (平成28年度)

				正常	軽度蛋	長白尿	高度蛋白尿	
		尿蛋	<b> 国</b> 白区分	A1	Α	2	А3	
	GFR区分 (ml/分/1.73㎡)		尿検査·GFR 共に実施	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
			452 人	417 人	26 人	12 人	9 人	
			432 X	92.3%	5.8%	46.2%	2.0%	
G1	正常	90以上	33 人	30 人	2 人	0 人	1 人	2
u i	または高値	00%1	7.3%	6.6%	0.4%	0.0%	0.2%	
G2	正常または	60-90	294 人	274 人	18 人	10 人	2 人	
uz	軽度低下	未満	65.0%	60.6%	4.0%	55.6%	0.4%	
G3a	軽度~	45-60	99 人	94 人	3 人	1 人	2 人	
God	中等度低下	未満	21.9%	20.8%	0.7%	33.3%	0.4%	
G3b	中等度~	30-45	22 人	16 人	3 人	1 人	3 人	(1)
GOD	高度低下	未満	4.9%	3.5%	0.7%	33.3%	0.7%	
G4	高度低下	15-30	4 人	3 人	0 人	0 人	1 人	
<b>4</b>		未満	0.9%	0.7%	0.0%		0.2%	
G5	末期腎不全	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	
	(ESKD)	. 57[4/[4]	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	

【母数:血圧Ⅱ度以上、脂質異常(LDL180以上、中性脂肪300以上) メタボリックシンドローム該当、尿酸7.1以上

①②対象者:38人

### 3)対象者の管理

CKD 重症化予防対象者についても、糖尿病管理台帳と同様に経年的に進展状況の 把握、合併症の発症について把握が必要である。

CKD 管理台帳の活用については、今後検討していく必要がある。

# 4)保健指導の実施

### (1)受診勧奨及び保健指導

CKD 重症化予防には、腎専門医による精査をし、原因疾患の管理が必要である。 健診の結果により、CKD 重症化予防対象者に該当した場合は、原因の疾患や生活習 慣病の管理についての方針を確認するため、かかりつけ医と連携しながら腎専門医 への受診を勧める。

### (2) 尿蛋白定量検査の実施

健診で実施する尿検査は蛋白定性検査であるため、「提言」に基づき重症度分類が正確に確認できるよう、医療機関において定量検査を実施し、本人が自身の腎機能について把握し予防の重要性を理解するための取組みを進める。

かかりつけ医との連携においては、CKDの進行を予防する観点から蛋白定量検査の実施について連絡票などを用いて依頼し、結果について住民に伝えながら、CKDの重症化予防に取組む。

### 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 5 (P.80)>

### 2)対象者の明確化

#### (1)対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては「虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方」に基づき、検討する。<参考資料 6 (P.81) >

#### (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1つである。

『安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である』(「心電図健診判定マニュアル」: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

本町においては、健診受診者全数に対して心電図検査を実施しているが、平成28年度の健診受診者1,942人のうちST所見があったのは55人であった(図表32)。ST 所見のある55人のうち17人は健診時すでに心疾患について治療を受けていたが、20人は、「要精査」や「異常所見あり」の判定で治療を受けていない状態だった。その者たちの健診後の受診状況をみると、医療機関にて確認や治療が始まった人は7人に留まっており、大半にあたる13人は未受診であった。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 18 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるか、健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

本町は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群が増加傾向にある。男性については、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、

治療中のメタボリックシンドローム該当者にも虚血性心疾患についてのリスクについて情報提供し、生活習慣病の指導等、医療機関と連携した保健指導を実施していく必要がある。

#### 心電図検査結果

【図表 32】

	健診受	診者(a)	心電図	検査(b) .						
	是的文的·自(d)		I	)( <u>—</u> (—)	ST所見	あり(c)	その他の	)所見(d)	異常なし(e)	
	(人)	) (%) (		(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	1,942	100%	1,942	100%	55	2.8%	545	28.1%	1,342	69.1%

#### ST所見ありの医療機関受診状況

1313000		124 II 4 7 4 14	- p 115-							
ST所見あり	治療	中	異常あ	常あり(要精査・異常判定)					軽度!	
(a)	(1	)	((	c)	:し (e)	(f)				
(人)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/a)(%)	(人)	(d/c)(%)	(人)	(e/c)(%)	(人)	(f/a)(%)
55	17	30.9%	20	36.4%	7	35.0%	13	65.0%	18	32.7%

### 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」を基準に行われる「詳細な健診」の項目であるが、本町では従来どおり健診対象者全数に心電図検査を実施する。

心電図検査で ST 変化が見られない場合も、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することから、対象者を図表 33 に沿ってタイプ別に整理した。また、CKD との関連もあるため、CKD 重症度分類のステージについても対象者を整理した。

保健指導を実際に展開していく際に、ST 変化のない場合の優先順位の考え方やリスク管理として、メタボリックシンドローム該当者、LDL コレステロール高値者については虚血性心疾患の予防を実施する。

#### 心電図以外の保健指導対象者の把握

			受診者	(1) 1	い電図検査実施	包	
77	成28年度第	⊋ <del>t/c</del>	文衫有	ST変化	その他の変化	異常なし	
<del>*</del>	<b>双20</b> 平及ヲ	€旭	1,942	165	435	1,342	
			1,942	8.5%	22.4%	69.1%	
	メタボ該当者	<b>∠</b>	322	38	88	196	<b>⊚</b> 1
•	<b>アダル設当</b> を	1	16.6%	11.8%	27.3%	60.9%	(2)-1
	メタボ予備群		200	17	48	135	
,	アダハ ア 1用 矸		10.3%	8.5%	24.0%	67.5%	
	メタボなし		1420	110	299	1011	
		<i>y</i>		7.7%	21.1%	71.2%	
		140-159	218	20	46	152	
		140-159	15.4%	9.2%	21.1%	69.7%	
	LDL-C	160-179	98	6	19	73	
	(mg/dl)	100 179	6.9%	6.1%	19.4%	74.5%	
		180-	40	6	4	30	@ 0
		100	2.8%	15.0%	10.0%	75.0%	(2)-2
【参考】		_					
Non-	Non-HDL 190-		178	18	26	134	
(mg	(mg/dl)		9.2%	10.1%	14.6%	75.3%	
	(=総コレステロ-ル- HDLコレステロ-ル) 170-189		231	21	58	152	
IIDLA	TIDE TOO		11.9%	9.1%	25.1%	65.8%	
CI	CKD		464	51	103	310	
Or Or	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	G3aA1~	23.9%	11.0%	22.2%	66.8%	

# 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 34 の問診が重要である。参考資料 6 (P.81) に基づき、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉えながら、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する対応ができることにより、重症化の予防につながる。

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

#### 虚血性心疾患に関する症状

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

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

#### (2)対象者の管理

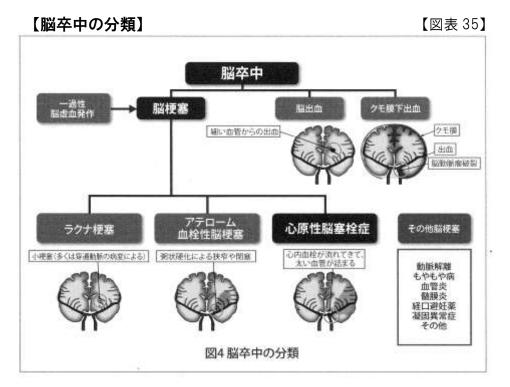
「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート (動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)」(参考資料7 (P.82))によると糖尿病、CKD が高リスクであると明記されている。このことから、虚血性心疾患重症化予防の対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行うこととし、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載していく。

また、糖尿病管理台帳にはLDLコレステロールの記載はされていないため、これ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。

# 3. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては「脳卒中治療ガイドライン」、「脳卒中 予防への提言」、「高血圧治療ガイドライン」等に基づいて進めていく。(図表 35・ 36)



(「脳卒中予防の提言(「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会編)」より引用)

### 脳血管疾患とリスク因子

【図表 36】

(	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	メタホ゛リック シント゛ローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳	ラクナ梗塞	•						0	0
梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	•	•	•		•	•	0	0
<b>一</b>	心原性脳梗塞	•			•			0	0
脳	脳出血	•					_		
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 37 に基づき、特定健診受診者の健診 データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受 診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 37】

#### 特定健診受診者における重症化予防対象者

(平成28年度)

		ラクナ梗塞	•	)								)		C	)	
脳梗塞	髰	アテローム血栓性脳梗塞	•	•	•											
	心原性脳梗塞			•					•						)	
BW LLI H	脳出血		•	)												
ЛДЦЦ	ш	くも膜下出血	•													
	((	リスク因子 Oはハイリスク群)	高血	1圧	糖质	尿病	脂質 (高L		心房	細動	メタボ シンド		†	曼性腎臓	病(CKD)	)
	特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血			Hb A 1 c 6.5 以上 LDL 1 8 (治療中7.0%以上) 以.			心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+) 以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
	受	珍者数 1,942 人	98人	5.0%	130人	6.7%	57人	2.9%	9人	0.5%	334人	17.2%	25人	1.3%	68人	3.5%
		治療なし	56人	2.9%	78人	4.0%	55人	2.8%	5人	0.3%	57人	2.9%	5人	0.3%	18人	0.9%
		治療あり	42人	2.2%	52人	2.7%	2人	0.1%	4人	0.2%	277人	14.3%	20人	1.0%	50人	2.6%
	Ŀ	臓器障害あり	24人	42.9%	40人	51.3%	19人	34.5%	5人	100.0%	20人	35.1%	5人	100.0%	18人	100.0%
		CKD(専門医対象)	3人		4人		6人		1人		3人		5人		18人	
臓器障害		尿蛋白(2+)以上	人		3人		人		1人		2人		5人		1人	
害あり		尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		人		3人		人		1人		人		人	
のう		eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人		2人		3人		1人		人		1人		18人	
5		心電図所見あり	22人		38人		15人		5人		19人		3人		7人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみると健診受診者1,942人に対して、Ⅱ度高血圧(160/100mmHg)以上が98人(5.0%)であり、56人(2.9%)は未治療者であった。また未治療者のうち24人(42.9%)と高い割合で臓器障害の所見が見られた。臓器障害の所見の多くは心電図所見であるため、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42人(2.2%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

#### (2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において、高血圧とそれ以外の危険因子との組み合わせにより、重篤な臓器障害の程度と深く関与してくる。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。

平成28年度

#### 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)

			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
	血圧分類 (mmHg)			120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,236	448	334	208	190	52	4
			36.2%	27.0%	16.8%	15.4%	4.2%	0.3%
	リスク第1層	128	78	26	12	11 4	1	0 1
	2 2 2	10.4%	17.4%	7.8%	5.8%	5.8%	1.9%	0.0%
	リスク第2層	600	219	173	87	97 3	23	1
		48.5%	48.9%	51.8%	41.8%	51.1%	44.2%	25.0%
	リスク第3層	508	151	135	109	82 2	28	3
	7	41.1%	33.7%	40.4%	52.4%	43.2%	53.8%	75.0%
再	糖尿病	129	28	38	29	20	13	1
掲	1147111	25.4%	18.5%	28.1%	26.6%	24.4%	46.4%	33.3%
重	慢性腎臓病 (CKD)	283	95	70	58	44	14	2
複		55.7%	62.9%	51.9%	53.2%	53.7%	50.0%	66.7%
あり	3個以上の危険因子	212	54	54	54	36	13	1
		41.7%	35.8%	40.0%	49.5%	43.9%	46.4%	33.3%

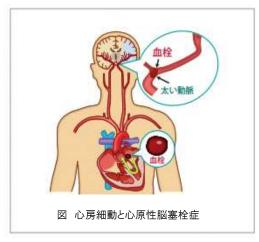
低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
11	98	137
0.9%	7.9%	11.1%
11	1	0
100%	1.0%	0.0%
-	97	24
	99.0%	17.5%
		113
		82.5%

(参考) 高血圧治療が小ライン2014 日本高血圧学会

表 38 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

#### 【図表 39】



(「脳卒中予防の提言」より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。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 40 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

#### 【図表 40】

#### 特定健診における心房細動有所見状況

	心電図検	査受診者		心房細動	日循疫学調査※			
年代	男性	女性	男性		女	性	男性	女性
	人	人			人	人 %		%
合計	792	1150	8	1.0%	1	0.1%	_	_
40歳代	82	89	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	81	100	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	365	569	4	1.1%	1	0.2%	1.9	0.4
70~74歳	264	392	4	1.5%	0	0.0%	3.4	1.1

- ※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
- ※日本循環器学会疫学調査の「70~74歳」欄の値は70~79歳までを含む

#### 心房細動有所見者の治療の有無

【図表 41】

心房細動	健診時の治療の有無					
有所見者	未治	療者	<b>寮</b> 中			
人	人 %		人	%		
9	3	33.3%	6	66.7%		

心電図検査において9人が心房細動の所見であった。有所見率をみると年齢が高くなるにつれ増加していた。また、9人のうち6人は既に治療が開始されていたが、3人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。

本町は、健診時全数に心電図検査を実施しているため、健診で心房細動の所見が 見られた場合には、心原性脳梗塞の発症予防のため、継続受診の必要性と医療機関 の受診勧奨を行うため、確実な介入が必要である。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合や、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は受診勧奨を行う。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 8 (P.83) >

#### 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、医療機関への受診を確認し、継続的な受診を促すことができるように台帳を作成し、経過を把握していく。 <参考資料 9 (P.83) >

### 4. 二次検査による重症化予防対象者の把握と保健指導への活用

### (1) 尿アルブミン検査の導入による重症化予防対策

「糖尿病治療ガイド 2016-2017」によると『腎糸球体の構造変化は、尿中アルブミン排泄量の増加としてとらえられる。随時尿で 30mg/g クレアチニン未満を第 2 期(早期腎症期)と判定される』とある。また、「血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013」によると、『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。

このため、本町では平成 29 年度より、糖尿病性腎症と CKD および心血管疾患の重症化予防のため、前年度健診結果からハイリスク者を抽出し、健診時に尿アルブミン検査の同時実施の勧奨を平成 29 年度から開始した。図表 42 は、尿アルブミン検査の結果である。対象者 277 人に対し、尿アルブミン検査実施者は 156 人で、受診率は 56.3%にとどまっている。その中で、34 人(21.8%)がアルブミン尿を認め、重症化予防の支援を行った。

できるだけ多くの対象者が検査を受け予防に取組むためには、検査の意味や目的 を被保険者に伝え受診者数を増やしながら、その結果に基づき早期介入を行ってい くことが重要である。

また、当該年度の健診からの尿蛋白定性(一)(±)にも尿アルブミン検査を実施できる体制を整えることなども検討していく必要がある。

平成29年度 尿アルブミン検査結果

		対象者	277.≡	<b>参者</b>	尿アルブミン検査 結果						
		刈水伯	文品	9 伯	実別	<b>拖者</b>	<30	<30   30~299			
		а	b	b/a	С	c/a	/ 50	30~299	300≧	有	有
1	HbA1c6.5以上	180	120	66.7%	92	51.1%	70	19	3	所 見 者	所 見
2	G3aA1 (①該当以外)	97	77	79.4%	64	66.0%	52	11	1	数	率
	計	277	197	71.1%	156	56.3%	122	30	4	34	21.8%

#### (2) 尿アルブミン以外の二次検査の実施

虚血性心疾患重症化予防や脳血管疾患重症化予防対象者は、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」によると、『心血管疾患の主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』とある。

これらの検査については、町独自での実施は難しいが、医療機関との連携の中で 検査を実施した場合の結果の把握と検査結果に基づき、対象者が血管機能の状態に ついて正しく把握できるように保健指導を行っていく。

### 5. 医療との連携

#### (1) 医療機関未受診者について

糖尿病管理台帳を基に被保険者にアプローチしたことにより、当該年度の健診を 受診していない医療機関未受診者や治療中断者を把握した場合、被保険者に治療や 健診受診の必要性を伝え、受診勧奨を行う必要がある。その際には、かかりつけ医 等に宛てた連絡票等の必要性が考えられる。連絡票の作成について、河北地区糖尿 病ネットワーク協議会等を通じて作成を検討する。

また、保健指導対象者となり、未治療者や治療中断者を把握した場合には、健診結果に基づいて保健指導を行いながら、現行の連絡票などを用いて受診勧奨を行う。

#### (2)治療中の者への対応

糖尿病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

査データの記載や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石川県プログラムに準じて行う。

高血圧や脂質異常症等で治療中の場合には、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。その際に必要な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。

医療機関との連携には、成人保健専門部会で作成した連絡票を活用し主治医の治療方針や指示を確認し、継続的な支援に役立てる。

### 6. 評 価

評価を行うにあたっては、中長期的評価・短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**を活用する。

また、中長期的評価においては「様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価表(参考資料 10 (P.84)」を用い、CKD・虚血性心疾患・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

- (1) 短期的評価
  - ① 糖尿病管理台帳を用いた評価
    - ●受診勧奨者に対する評価
      - ア. 受診勧奨者への介入率
      - イ. 医療機関受診率
      - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数
    - ●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
        - OHbA1c の変化
        - ○eGFR の変化

(1年で25%以上の低下、1年で5ml/分/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

- ○尿蛋白の変化
- ○服薬状況の変化
- ② 健診からの重症化予防対象者の減少
  - ○高血圧 I 度(160mmHg 以上/110mmHg 以上)
  - ○糖尿病(HbA1c 7.0%以上)
  - ○脂質異常症 (LDL コレステロール 180mg/dl 以上)
  - ○メタボリックシンドローム該当者

等

# 7. 実施期間及びスケジュール

3月

4月 対象者の選定基準の決定 糖尿病管理台帳の作成 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定 6月~ 特定健診結果の受領に合わせ、保健指導対象者の抽出 糖尿病管理台帳との突合により、治療状況等を確認する 台帳記載後、順次対象者へ介入(通年) 9月 糖尿病管理台帳から、過去に健診受診歴のある未受診者に対し健 診の受診勧奨

糖尿病管理台帳の整理(次年度の台帳準備)

### Ⅲ. その他

# 1. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)

たばこは、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、慢性閉塞性肺疾患(以下「COPD」)、周産期の異常(早産、低出生体重児等)等の原因となることが国内外の多数の科学的知見により明らかとなっている。

このうち、COPD は、WHO(世界保健機関)が「予防でき、治療できる病気」として啓発運動を勧めることを提言しており、日本でも「健康日本 21 (第二次)」に、今後取り組むべき深刻な病気として新たに加えられたところである。COPD は、たばこ煙を主とする有害物質を長期にわたり吸入し続けることで生じる肺の炎症性疾患で、慢性的に咳、喀痰、労作時呼吸困難などがみられ、診断や治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下し、酸素療法が必要となり、外出が不自由となったり、寝たきりに近い生活に追い込まれることもある。

また、COPD の主要因である喫煙自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、COPD を全身性疾患として捉える考え方もある。

●全身性炎症:全身性サイトカインの上昇、CRP の上昇

●栄養障害:脂肪量、除脂肪量の減少●骨格筋機能障害:筋量・筋力の低下

●心·血管疾患:心筋梗塞、狭心症、脳血管障害

●骨粗鬆症:脊椎圧迫骨折●抑うつ●糖尿病●睡眠障害●貧血

このため、喫煙対策にあたっては、これまでのがんや循環器疾患等に加え、COPD についても正しい知識の普及を行うとともに、喫煙者に対しては、人間ドック等の機会を通じて、呼吸器の検査(スパイロメトリー)により COPD の早期発見に努め、必要な場合は医療機関への受診勧奨、禁煙支援等を行う。

また、子どもの頃からの受動喫煙や未成年者の喫煙は肺の正常な発達を著しく妨げるとともに成人になってから喫煙することで COPD を発症しやすいことが知られており、妊産婦や子どものいる被保険者の家庭に対して、積極的に受動喫煙の害や COPD に関する知識の普及に努める。

#### 喫煙率の比較

	平成25年度	平成28年度
内灘町	16.0%	15.3%
県	13.3%	12.6%
同規模	13.6%	13.4%
国	14.0%	14.7%

資料: KDBシステム(地域の全体像の把握)

### 2. がん

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。

がん検診受診率向上と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。

### 3. こどもの生活習慣

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症は、遺伝的な要因等もあるが、生活習慣や環境などの要因もその背景に含まれ、共通してみられる生活習慣に食や生活リズム、運動習慣などが挙げられる。

食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ(脂質の割合が多い)、野菜の摂取不足(野菜嫌い)、食事回数やリズムなどの問題がある。生活習慣病予防につながる野菜は、1日の目標摂取量(350g)を男女ともに達成している県は、長野県のみとなっている(平成24年国民健康栄養調査)。生活リズムについては、睡眠時間が短く夜型の生活を示し、運動習慣に至っては体を動かすことを好まない傾向にある。

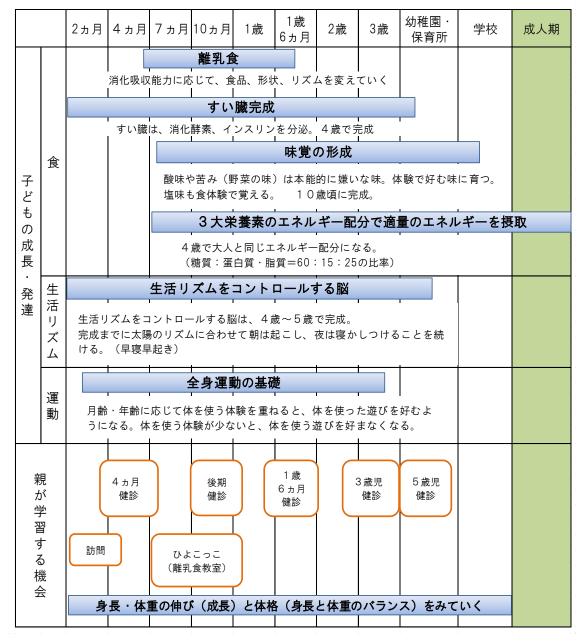
大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味(野菜)の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。

運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておく必要がある。

このように、親が成長発達の原理を理解した上で、子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を乳幼児健診や保健事業等を通して整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。

【図表 44】子どもの成長発達と親が学習する機会



# 4. 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、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、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

また、重複服薬者については、電話・文書等で指導を行い服薬指導を実施する。

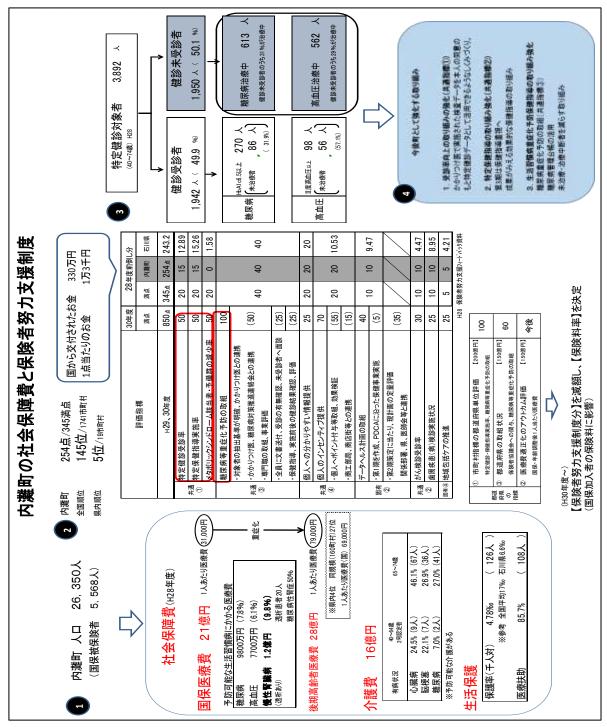
# 5. 後発医薬品の使用促進

レセプト等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額 に関して被保険者に通知を行う。

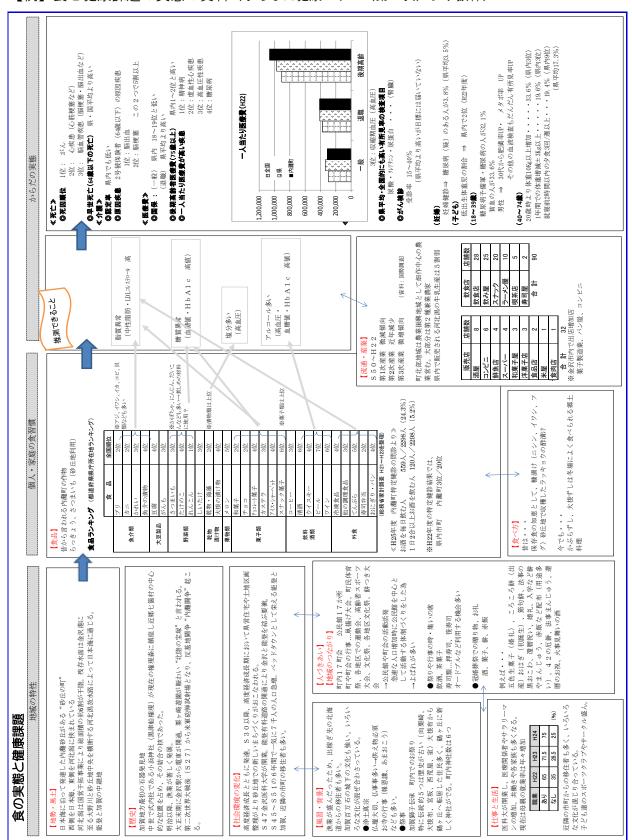
# № ポピュレーションアプローチ

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町民へ周知していく。

【図表 45】



### 【例】食と健康課題の実態の資料(うちなだ健康プラン(第2次)より抜粋) 【図表 46】



# 第4章 特定健診・特定保健指導の実施 〔第3期特定健診等実施計画(法定義務)〕

### I. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期計画は5年を1期としていたが、医療費適正化計画が6年1期に見直されたことを踏まえ、第3期計画(平成30年度以降)からは6年を1期として策定する。

### Ⅱ. 目標値の設定

【図表 47】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	75%	77%	79%	81%	83%	85%

# Ⅲ. 対象者数の見込み

【図表 48】

		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	4,016人	3,918人	3,824人	3,731人	3,641人	3,553人
	受診者数	2,008人	2,038人	2,065人	2,090人	2,112人	2,132人
特定保健指導	対象者数	193人	196人	199人	201人	203人	205人
	実施者数	145人	151人	158人	163人	169人	175人

### Ⅳ. 特定健診の実施方法

### 1. 実施方法

健診については、集団健診・個別健診を実施する。健診の実施にあたり、健診対象者へ個別に「特定健診受診券」を交付し、広報やホームページにて健診日程および健診委託医療機関等の周知を行う。

### 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「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」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省大臣の告示において定められている。

### 3. 特定健診実施項目

健診項目は、以下のとおりとする。

- (1)特定健診の基本的な項目
  - ① 質問項目
  - ② 身体計測〔身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)〕
  - ③ 理学的検査(身体診察)
  - ④ 血圧測定
  - ⑤ 血中脂質検査

(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール<sup>※1</sup>、総コレステロール)

- (※1) 中性脂肪が 400 mg/dl 以上又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて non-HDL コレステロール(総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの)で評価を行う。(「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」より)
- ⑥ 肝機能検査 [AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GT (γ-GTP)]
- ⑦ 血糖検査(空腹時血糖、HbA1c、随時血糖<sup>\*2</sup>)
  - (※2) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c を測定しない場合は、食 直後(食事開始時から 3.5 時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行 うことを可とする。
- ⑧ 尿検査(尿糖、尿蛋白、尿潜血)
- (2) 詳細な健診の項目
  - ① 眼底検査
  - ② 血清クレアチニン検査※3
  - ③ 心電図検査\*\*3
  - ④ 貧血検査(ヘマトクリット値・血色素・赤血球数)<sup>※3</sup> (※3) 内灘町では追加健診項目で、全数に検査を実施。
- (3)付加健診項目
  - ① 血清尿酸

#### (4)標準的な質問票

生活習慣の改善に関する歯科口腔保健の取組の端緒となる質問項目を追加する。

### 4. 町独自の検査項目

尿アルブミン検査

対象者(平成29年度現在)

- ① 前年度健診結果で Hb A1c 6.5%以上の者
- ② 前年度健診結果で生活習慣病のある CKD 重症度分類が G3aA1 の者

### 5. 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人 へ健診の受診勧奨について協力を得られるよう、健診委託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、かかりつけ医との連絡調整を行う。

### 6. 未受診者対策

健診は、被保険者が自らの健康状態を客観的に把握し、生活習慣病の保有状況を確認するために行うものである。保険者は、被保険者に対して疾病を放置した場合のリスクや生活習慣改善の方法について、個々の状態に合せた情報提供をすることが責務として求められている。このため、健診受診につながりやすい年齢や健診受診歴の有無等を考慮し対象を選定し、受診勧奨を実施する。

また、「糖尿病治療ガイド 2016-2017」によると、薬物療法に加え、『患者自身が糖尿病の病態を十分理解し、適切な食事療法と運動療法を行う』ことで、『体重減少や生活習慣の改善による血糖コントロールの改善に伴って、糖毒性が解除される』とある。このことから、糖尿病性腎症重症化予防の観点からも、治療中の方にも食事療法・運動療法の実行が重要であり、健診を利用しながら重症化予防に取り組む必要がある。生活習慣病の重症化予防が行えるように未受診者対策について、対象者の選定や方法を検討し取り組んでいく。

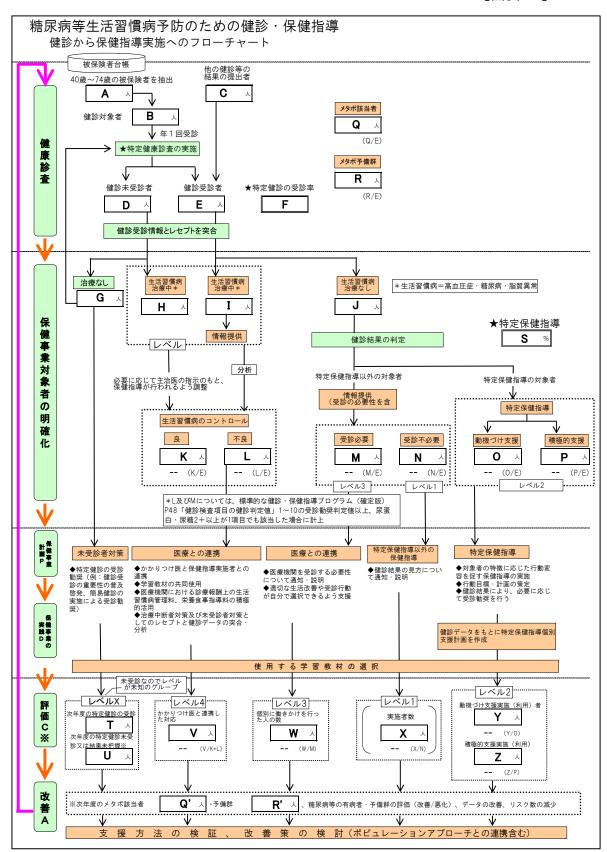
# V. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者による直接実施、健診委託医療機関への委託により実施する。

# 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)」をもとに図表49に沿って、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 49】



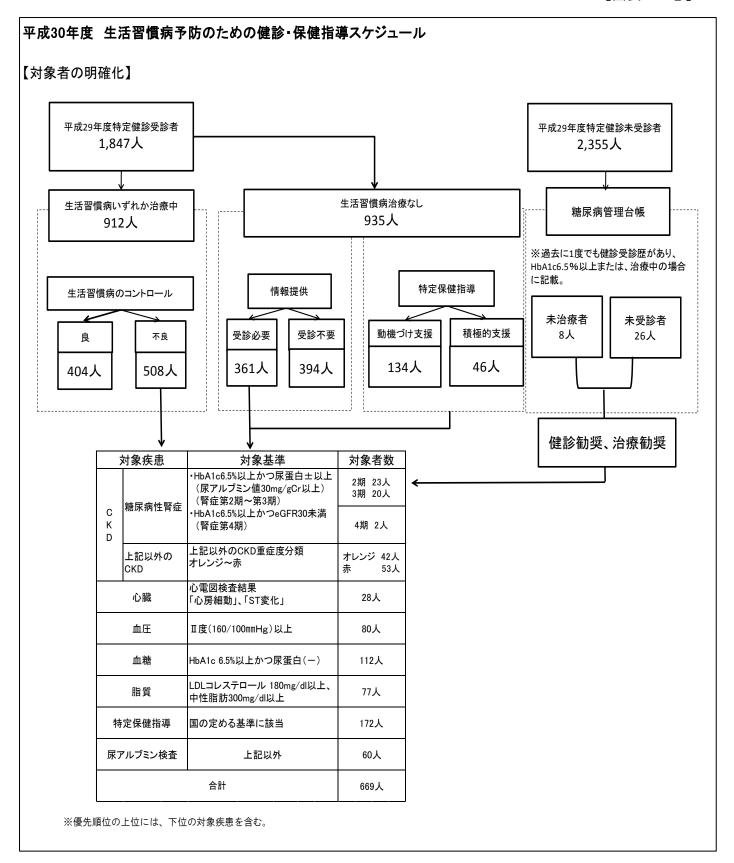
### 2. 要保健指導対象者数の見込みと、選定と優先順位・支援方法

【図表 50】

		T			
優	様			対象者数見込み	
先	式	保健指導	   支援方法	(受診者の○%)	目標
順	6-	レベル	又饭刀 <i>広</i> 	※28 年度法定報告値で	実施率
位	10			算定	
		特定保健指導	・対象者の特徴に応じた行		
		0:動機づけ支援	動変容を促す保健指導の		
1	0	P:積極的支援	実施	199 人	85%
'	Р		・行動目標・計画の策定	(10.2%)	
			・健診結果により、必要に		
			応じて受診勧奨を行う。		
		情報提供	・医療機関を受診する必要		
			性について通知・説明	368 人	100%
2	2 M	M (重症化予防対象者	・適切な生活改善や受診行		100 /6
		で医療機関未治療)	動が自分で選択できるよ	(18.9%)	
			う支援		
		健診未受診者	・特定健診の受診勧奨	1,946 人	
3	D			※50%達成まで	50%
				4 人	0070
		1+1=1= /u		·	
4	N	│情報提供 │	健診結果の見方について	399 人	
			通知・説明	(10.3%)	
		│情報提供 │	・かかりつけ医と保健指導	976 人	
	5   1	(医療機関治療中)	実施者との連携	(50.3%)	
			・学習教材の共同使用	(再掲)	
5			・治療中断者対策及び未受	コントロール不良者	
			診者対策としてのレセプ	549 人	
			トと健診データの突合・分	(28.3%)	
			析	, , , , ,	

### 3. 年間実施スケジュールの作成

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っての 進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成 する。(図表 51-①~④)



①特定健診 ②未受診者対策 ポピュレーションアプローチ 平成30年度受診率 1) 新規受診者対策(国保連モデル事業) ◯目標60% ①電話勧奨 1)うちなだ健康プラン21(第2 ・新規国保加入者へ受診勧奨チラシの配布 前年度国保新規加入者及び今年度到達40歳の者 次)の啓発、推進、目的及び 評価指標に沿って実施し事業 の評価検討を行う ・人間ドック、他健診等データの授受 2)未受診者対策(国保全数) 題 ①受診勧奨(国保連モデル事業)8月一9月 設定と Ⅰ 電話勧奨:・過去5年間で1-2回健診利用者 追加健診の実施 ・尿アルブミン検査対象者 2) 若年層への生活習慣病に ついての知識の普及 健診委託医療機関へ受診勧奨の協力依頼 Ⅱ勧奨案内:・健診未受診者 訐 3) 町の生活習慣病重症化に ②医療機関検査データの授受 画 よる社会保障費の実態を広く 【周知方法】 本人より直接授受 周知 Р 広報に掲載、ホームページの掲示、 健診委託医療機関より ・町内の各団体への周知 回覧板の回覧、受診勧奨旗の設置、 検査データの提供(本人同意の上) ・イベント等での周知 受診勧奨マグネット貼付、防災無線による 受診勧奨放送 (通年)人間ドックの結果授受 健康づくりを推進するためのパ (通年)本人より検査データ授受 ネル展示 (通年) 健診実施の周知 ・若年層への生活習慣病予防啓 発事業 ・町会区長会に町の実態を周知 5月末 上記1)①新規加入者への電話勧奨 することの協力を仰ぐ。 健診委託医療機関へ受診率向上への協力 依頼(健診説明会) ・健康づくりへの 5月 モチベーションを 6月 •受診券発送 高める事業の展 隼 開。(健康いきい 7月 寸 実践スケジュー きプロジェクト) 8月 健 ・健診受診者の確認(1回目) 8月末 上記2)未受診者対策①のⅠ、Ⅱ(電話勧奨、勧奨 診 案内) 個 別 パパママ健診事施 健 診 9月 は ヤング健診実施 → 10月 上記2)未受診者対策①のⅡ(勧奨案内) D 6 10日 健診受診者の確認(2回目) 月 か ら ・他健診等データ授受 ・健診委託医療機関へ個別的にデータ提供の協力依頼 10 月 健康フェアの開催 ●未受診者対策評価 11月 追加健診実施 •年齢別•性別受診率 外部有識者との特定健診体制検討会の •地区別受診率 12月 実施(次年度予算編成前) リピーター率・新規受診率 ●次年度未受診者対策の検討 1月 次年度予算に向け保険年金課と打合せ •地区別•年代別受診率 2月 ・受診勧奨対策の検討 3月 健診全日程での受診率算出 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 受診率の目標 50.0% 52.0% 54.0% 56.0% 58.0% 60.0% 評 受診率の実績 価 積極的支援 **全体** 動機づけ支援 C 年度 受診者 該当者 該当率 実施者 実施率 該当者 該当率 実施者 実施率 該当者 該当率 実施者 実施率 平成30年度 平成31年度 改 平成32年度 善 平成33年度 Α 平成34年度 平成35年度

#### ②計画・実践・評価(糖尿病性腎症重症化予防対策)

#### ③糖尿病性腎症重症化予防

|糖尿病性腎症重症化予防の対象になった者全数の実態把握

【実態把握】対象者の明確化(第2期内灘町保健事業実施計画(データヘルス計画)第3章 図表29参照)

優先順位①・医療機関未受診者(F)、中断者(オ・キ)

優先順位②・重症化するリスクの高い糖尿病治療者(ク)

優先順位③・過去に健診歴のある糖尿病治療者(力)

#### 【糖尿病管理台帳作成】国保資格の有無を確認。(事業担当の業務)

【糖尿病管理台帳の実態把握】(地区担当の業務)

①レセプトにて疾患の診療開始日、治療等について確認

・脳血管、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、糖尿病、高血圧症、手術歴、がん、認知症の有無

②対象者数を把握

題

設

定と計

画

Р

践スケジュ

D

・未治療者・中断者(受診勧奨者)・腎症重症化ハイリスク者

③保健指導の実施

保健指導対象者と糖尿病管理台帳を突合し、状況の把握

#### 5月受診勧奨

(糖尿病管理台帳より)訪問・電話等で受診勧奨を実施

- (1)前年度健診受診者で医療機関未受診者
- ②前年度健診受診者で尿中アルブミン検査対象者
- ③糖尿病治療中断者
- ④前年度健診未受診者

#### 8月受診勧奨

①前年度健診受診者で糖尿病で通院する患者のうち 重症化リスクの高い者(コントロール不良者)

#### 10月末~11月受診勧奨

糖尿病管理台帳の9月末時点での健診未受診者に再度受 診勧奨

1月 医療機関からのデータ提供の協力依頼

3月 糖尿病管理台帳の情報整理 糖尿病重症化予防対象者の次年度フォローの準備

#### 【介入方法】

●医療機関未受診・未治療、中断者、重症化予防対象者

•個別指導

訪問•面接

#### 受診勧奨

慢性腎臓病・糖尿病性腎症 医療機関連携目安及び かほく郡市糖尿病ネットワーク協議会の連携基準を参照

・医療機関との連携 連絡票および糖尿病連携手帳を発行し、活用。

治療の確認

尿

管

理台帳

記

載

者

の

実

能

把

握の実

本人より聴取、返書の確認、レセプトの確認

・継続した支援の実施

### 【評価】

#### 〇短期的:

・検査値: 血糖、HbA1c、血圧、体重、クレアチニン、 eGFR、尿蛋白、服薬状況

受診につながった割合

〇中期的:継続受療率、糖尿病性腎症病期分類数、外来医療費

〇長期的:総医療費、生活習慣病医療費、糖尿病性腎症による透析導入数

糖尿病未治療者・中断者の受診勧奨
対象者数 受診勧奨 対象者数 受診勧奨 大療開始者数 未受診者への 再動與者数 健診 管理台帳 ※延人数

	対象疾患	保健指導対象者数	指導実施者数	医療機関受診者数
臓	糖尿病性腎症2~4期 (HbA1c6.5%以上)			
器障害	CKD (CKD重症度分類 赤~オレンジ)			
	心臓 (心電図:心房細動orST変化)			
哨目	血圧 (Ⅱ度以上)			
変化リ	血糖 (HbA1c6.5%以上)			
スク	脂質 (LDL180mg/dl以上or 中性脂肪300mg/dl以上)			

改善A

評価 C

#### ③計画·実践·評価(保健指導)

# 4)保健指導

#### 平成30年度特定保健指導実施率 **負標 75%**

課

題

設

定 計

画

Р

年

度

分

特 定 保

健 指

導

初

回 実

月

継

続 ル

ォ D

-

評

価 8

月 ま

で

(践スケジュー

前年度特定保健指導は継続して8月末まで実施。

保健指導は全て個別で実施(面接、訪問、電話)

#### 1) データヘルス計画短期目標(平成30年度)

健診受診者のうち

- ①尿蛋白2+以上の割合を1.2%に減少
- ②eGFR50未満の者を3.4%に減少
- ③メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を24%減少

(前年度比)

- ④血圧Ⅱ度以上の割合4.8%に減少
- ⑤HbA1c6.5%以上の割合を9.7%に減少
- ⑥LDL180mg/dl以上の割合を2.8%に減少

#### 2)保健指導の力量形成

・保健指導検討会2か月に1度実施。

保健指導の実践や体制について検討(センター内全員)

・ミニ検討会を月1回実施

保健指導の力量形成や事例の検討(地区グループ)

●保健指導対象者の抽出

- 1) 地区担当者に保健指導対象者及び指導担当者の名簿を配布
- 2) 指導担当者決定後、対象者へ指導案内手紙郵送、指導時健診結果について手渡し
  - ※集団健診による保健指導対象者のうち、がん検診要精検の者はがん検診の精密検査の受診を優先
- 3) 保健指導資料媒体の配布
- 4) 保健指導案内郵送後約1週間程度で結果を返却

人工透析者数の把握(福祉課に人工透析者名簿依頼)

保健指導の準備及び開始(地区担当)

- 1)優先順位の確認
  - 3)保健指導記録に読み取り結果を記載
- 4)からだノート等から指導媒体の選択

5)連絡票の準備

2) KDBにてレセプト情報確認

●初回実施状況の確認(9月)

- OGTT勧奨、重症化予防対象者へ発行

【専門部会の開催】CKD重症化予防における医療保健連携、検査項目、連絡票等の検討

9月 人間ドック4~7月の特定保健指導対象へ保健指導実施

●初回実施状況の確認(1月)

特定保健指導実施者数を各保健指導担当者に配布。未実施で再度実施可能な者については指導実施

特定保健指導実施者数を各保健指導担当者に配布。未実施で再度実施可能な者については指導実施

1月 人間ドック9~11月の特定保健指導対象へ保健指導実施

翌年5月 人間ドック12~3月の特定保健指導対象へ保健指導実施

- ●保健指導の実績のまとめ
- ①重症化予防対象者
  - ・特定保健指導実施率 ・重症化予防対象者アプローチ状況
    - (糖尿病管理台帳の地区担当者記載後、事業担当回収)
  - ・3疾患の経年比較ツール・尿中アルブミン検査実施状況、結果内訳
- ②医療との連携
  - ・連絡票の発行状況および返信結果、フィードバックについて・重症化予防対象者の受診(治療開始)状況

評 価 С

改 善 Α

H29年度とH30年度の健診受診者の比較								
対象疾患	H30年度		H29年度			H30年度		
	日標 目標	該当者	(再	掲)	該当者	(再	(再掲)	
	口信	該当1	未治療	治療	<b>談当</b>	未治療	治療	
尿蛋白2+以上	1.2%未満							
eGFR50未満	3.4%未満							
メタボ該当者・予備群	24%減少							
血圧Ⅱ 度以上	4.8%未満							
HbA1c6.5%以上	9.7%未満							
LDL180mg/dl以上	2.8%未満							

# VI. 個人情報の保護

#### 1. 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」および町で定める「内灘町個人情報保護条例」及び「内灘町情報セキュリティポリシー」を遵守し、委託業者とはその内容の遵守を前提とした委託契約を締結し、実施する。

#### 2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、国への報告・決裁の必要性と保健指導の際に過去の健診データの結果を利用することから、特定健診等データ管理システム及び健診データ分析システムの両方で行う。

## Ⅶ. 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。

# Ⅷ.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、内灘町ホームページ等にて掲載により公表、周知する。

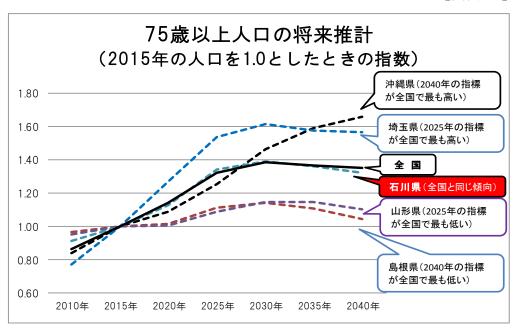
# 第5章 地域包括ケアに係る取組み

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

重度の要介護状態となる原因としては、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。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、町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3章の重症化予防の取組みそのものが介護予防として捉える事ができる。

石川県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040年では 1.32と全国とほぼ同じ傾向で推移すると推計されている。

#### 【図表 52】



内灘町国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合は 45%を超えており、 医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も 60%を超えている。

また、74歳までの要介護認定者のうち要支援から要介護2までの比較的軽度の認定者のうち、特定健診受診者は1割程度となっている(図表53)。生活習慣病の重症化を予防し脳血管疾患等の再発予防等によりQOLを保つことは、本人のみならず家族の生活にとっても大切なことと考えられる。特定健診の利用を勧めると共に、保健からの介入にあたっては介護予防の視点も含め、個人の状態に応じた予防ができるよう、地域包括支援センターやサービス事業者と連携していく。

高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援につなげて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、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町民を増やしていくことにつながる。

要介護認定者のうち軽度の方の健診受診状況

【図表 53】

	2号	1号
	40~64歳	65~74歳
認定者	31人	136人
要支援~要介護2	20人	87人
健診受診者	2人	11人
受診率	10.0%	12.6%

資料: KDBシステム(要介護(支援)者突合状況) H28.5月

# 第6章 計画の評価・見直し

## 1. 評価の時期

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

# 2. 評価方法・体制

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

#### ※評価における4つの指標<参考資料11(P.85)>

プロセス	・保健指導等の手順・教材はそろっているか
(保健事業の実施過程)	・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	・特定健診受診率、特定保健指導率
(保健事業の実施量)	・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	・設定した目標に達することができたか
(成果)	(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)
ストラクチャー	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を
(保健事業実施のための体制・システム	整備しているか。(予算等も含む)
を整えているか)	・保健指導実施のための専門職の配置
	・KDB 活用環境の確保

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

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。

# 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

## 1. 計画の公表・周知

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

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

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

## 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、 庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等に際して、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・同規模保険者平均と比べてみた内灘町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 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 7 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 様式 6-1-② 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 11 全体評価(4指標の評価)

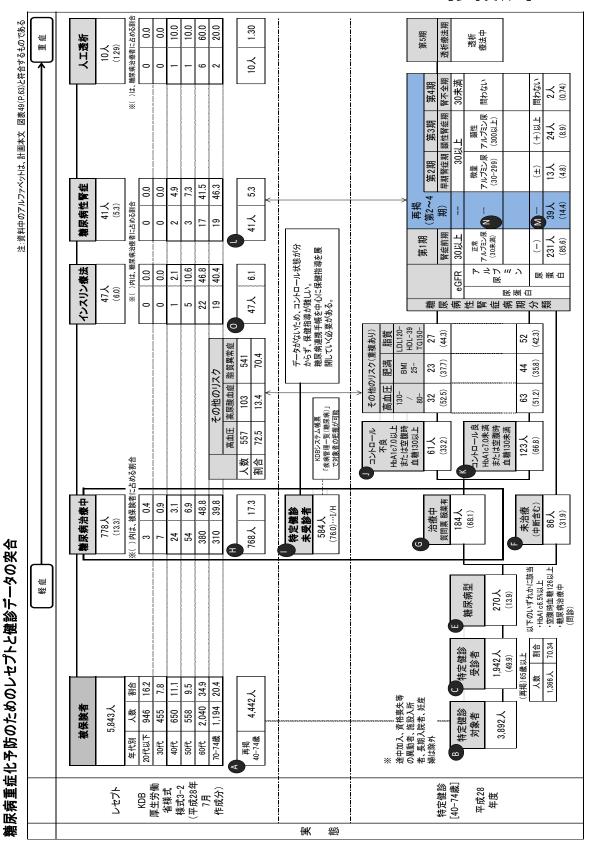
# 【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模保険者平均と比べてみた内灘町の位置

					H25		H 28			Н	28			<b>」</b>
			項目	P	内灘町	P	內灘町	同規格	莫平均	ļ	Į.	3		データ (CS)
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	(00
			総人口(※)	2	6,350	2	6,909	4,840	0,962	1,14	9,040	124,85	2,975	KDB_NO.
			65歳以上(高齢化率)	5,209	19.8	6,639	24.7	1,107,232	22.9	274,533	23.9	29,020,766	23.2	人口の划 KDB NO.
	1	人口構成	75歳以上	2,196	8.3	2,836	10.5			139,678	12.2	13,989,864	11.2	健診·B
		71-117/00	65~74歳	3,013	11.4	3,803	14.1			134,855	11.7	15,030,902	12.0	介護デ- <sup>™</sup> からみる
			40~64歳	9,057	34.4	9,193	34.2			387,206	33.7	42,411,922	34.0	~の健康
			39歳以下	12,084	45.9	11,077	41.2			487,301	42.4	53,420,287	42.8	<b>※</b> ①はl
			第1次産業		1.2		1.2		.2	3		4.		勢調査 <sup>,</sup> ~H28内湯
	2	産業構成	第2次産業		27.1		27.1		3.8		3.7	25		人口構
			第3次産業		71.7		71.7		5.0	68		70		町資料
	3	平均寿命	男性		80.0		80.0	79			9.7	79		KDB_NC
			女性		87.1		87.1		5.5	86		86		地域全
	4	健康寿命	男性		65.6		65.5		5.4	65		65		
	-		女性		66.7		66.7		5.9	66		66		
			標準化死亡比 男性 (SMR) 女性		93.7		97.3 90.0	98	3.8	98	5.4	10		-
			I AIL	_								_		4
			がん	58	47.9	76	62.8	13,676	49.0	3,535	50.1	367,905	49.6	KDB NO
	1	死亡の状況	心臓病	30	24.8	20	16.5	7,410	26.6	1,855	26.3	196,768	26.5	地域全
			死 脳疾患 糖尿病	26	21.5 2.5	19	15.7 0.8	4,436	15.9 1.9	1,190	16.9	114,122	15.4	把握
			一	3	2.5	2	1.7	538 920	3.3	187	1.6 2.6	13,658 24,763	1.8	-
			自殺	1	0.8	3	2.5	920	3.3	180	2.5	24,763	3.3	
	-		合計	30	15.6	J	2.0	J24	0.0	100	2.0	27,234	0.0	+
	2	早世予防から みた死亡	男性	16	15.5									厚労省
	·	(65歳未満)	女性	14	15.7					<b> </b>	<b> </b>	-		一人口動!
			1号認定者数(認定率)	866	16.6	990	14.9	214,190	19.5	58,480	21.3	5,882,340	21.2	
	1	介護保険	新規認定者	9	0.3	21	0.3	3,882	0.3	902	0.3	105,654	0.3	+
		/I IX IA IX	2号認定者	31	0.3	31	0.3	5,773	0.4	1,117	0.3	151,745	0.4	+
			糖尿病	256	26.8	255	24.7	50,596	22.6	16,617	27.4	1,343,240	21.9	+
			高血圧症	433	49.4	479	48.3	116,354	52.3	32,225	53.2	3,085,109	50.5	1
			脂質異常症	223	25.4	263	26.1	62,322	27.8	17,890	29.5	1,733,323	28.2	1
			心臓病	520	57.7	589	57.9	132,584	59.7	38,176	63.1	3,511,354	57.5	~
	2	有病状況	脳疾患	274	30.3	315	31.3	59,279	26.8	17,523	29.4	1,530,506	25.3	"KDB_NC
3			がん	127	14.4	101	9.5	22,271	9.9	6,811	11.1	629,053	10.1	一地域全 把握
			筋・骨格	457	51.0	517	50.9	114,209	51.3	32,018	53.0	3,051,816	49.9	,,1C1Æ
			精神	248	29.4	413	41.9	79,819	35.7	24,972	41.2	2,141,880	34.9	
			1件当たり給付費(全体)	7	4,458	6	8,090	62,	877	67,	606	58,3	149	1
	3	介護給付費	居宅サービス	4	5,943	4	4,970	40,	725	43,	494	39,6	183	
			施設サービス	25	55,981	27	7,430	277	,662	277	,404	281,	115	
	4	医毒素学	要介護認定別 認定あり	1	3,505	1	0,571	8,3	63	8,9	50	7,9	80	
	4)	医療費等	医療費 (40歳以上) 認定なし	3	3,973	4	,373	3,8	35	4,3	393	3,8	22	
			被保険者数	6	5,421	5	,568	1,197	7,997	251	,804	32,58	7,223	
			65~74歳	2,504	39.0	2,524	45.3			117,200	46.5	12,462,053	38.2	
	1	国保の状況	40~64歳	2,125	33.1	1,722	30.9			78,632	31.2	10,946,693	33.6	
			39歳以下	1,792	27.9	1,322	23.7			55,972	22.2	9,178,477	28.2	KDB_NC
			加入率		24.4		20.7	25			1.9	26		地域全位
			病院数	2	0.3	2	0.4	296	0.2	97	0.4	8,255	0.3	KDB_NC
		<b>医療の細胞</b>	診療所数	14	2.2	14	2.5	2,970	2.5	874	3.5	96,727	3.0	被保険
	2	医療の概況 (人口千	病床数	915	142.5	915	164.3	53,431	44.6	18,468	73.3	1,524,378	46.8	況
		対)	医師数	409	63.7	451	81.0	8,940	7.5	3,303	13.1	299,792	9.2	-
			外来患者数		377.1		22.7	69			9.8	668		4
			入院患者数		22.0		24.0	19	1.6	25	5.3	18	.2	
			一人当たり医療費	27,374	県内6位 同規模16位	31,215	県内5位 同規模10位		607		225	24,2		KDB_NC 健診・I
			受診率		99.102		6.705	712			.094	686.		健診・   介護デ・
	3	医療費の	外費用の割合		56.6		56.3		9.2		1.7	60		らみる:
		状況	来件数の割合		96.9		96.8		7.2		6.5	97		健康課 KDB NC
			入 費用の割合		43.4		43.7		9.8		5.3	39		地域全
			院 件数の割合 1件あたり在院日数		3.1		3.2		.8		.5	2.		把握
				_	6.4日		6.1日		8日		8日	15.0		
		医療費分析	がん		25.9	***************************************	40,550 31.5	25		27		25		_
		生活習慣病	慢性腎不全(透析あり)		9.7		38,450 9.8	9.		7.		9.		-KDB_NC
	(A)	IC.	糖尿病			98,0	45,630 7.8	10		9.		9.		健診・
					9.6		77,189,420 6.1	.1 8.8		7.4	8.6			
	4	最大医療	高血圧症		7.0									
	•		高血圧症 精神 筋・骨格		7.0 16.5 15.6	193,0	89,420 6.1 82,460 15.4 68,260 14.6	8. 16 15	.6	7. 19	.4	16.	9	介護デー 一らみる <sup>は</sup>

						ı	H 2 5		H28		Ī	H28					
			Į	頁目		Þ	內灘町	Þ	7灘町		同規	奠平均	ļ	杲	Ξ		データ元 (CSV)
				T		実数	割合	実数	_	合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	1/
				糖尿病		627,552	3位 (18)	614,060	5位	(17)							
				高血圧		632,043 557,852	2位 (18) 6位 (19)	587,252 443,826	7位 19位	(17)							
			,	脂質異常症脳血管疾患		614,056	6位 (21)	646,748	6位	(19)							
		費用額 (1件あたり)	入院			655,744	3位 (15)	777,261	3位	(16)							
				腎不全		876,115	5位 (16)	869,451	3位	(18)							
		県内順位		精神		500,824	2位 (25)	470,314	6位	(25)							KDB_NO.3
	(5)	順位総数20		悪性新生物	b	670,824	3位 (15)	703,416	6位	(14)							健診·医療·
		1 800 00		糖尿病		41,760	2位	39,908	ļ	位							介護データか らみる地域
		入院の()内は		高血圧		33,846	2位	34,688	<u> </u>	位							
4		在院日数	H	脂質異常症脳血管疾患		30,081 41,238	9位 10位	29,553 42,999	ļ	位 位							
7			外来	心疾患		42,099	13位	41,888	{	 ∤位							
				腎不全		207,250	2位	239,723	ļ								
				精神		37,910	4位	39,114	4	位							
				悪性新生物	b	57,744	1位	75,910	2	位							
		1945A + 4m C**		建診対象者	健診受診者		6,630		,588			573		045	2,0		-KDB_NO.3
	6	健診有無別 一人当たり	$\vdash$	-人当たり	健診未受診者		0,440		4,475			504		627	12,6		健診・医療・ 介護データか
I		点数		舌習慣病対象 一人当たり	健診受診者 健診未受診者		8,567 9,236		2,183 8.437			298 143		275 753	5,9 36.4		が護ナータか - らみる地域
1	-		-	シ 参 制 奨 者	<b>延</b> 砂木文砂 <b>自</b>	1,166	58.8	1,062		1.9	186,267	56.4	42,806	52.9	4,116,530	55.9	WDD
	7	健診 レセプト	<u> </u>	医療機関受	受診率	1,093	55.1	996	_	1.5	171,291	51.9	40,083	49.5	3,799,744	51.6	_KDB_N0.1 地域全体像の
		突合	L	医療機関非		73	3.7	66	ļ	.4	14,976	4.5	2,723	3.4	316,786	4.3	把握
	1		健調	<b>多受診者</b>		1	,982	1	,934		329	,973	80,	985	7,362	,845	
	2			受診率		46.6	県内9位	49.6		10位	39	9.6	44.4	全国3位	34	.0	
		1	4-				同規模22位		1 21721	莫23位			700				4
	<ul><li>3</li><li>4</li></ul>	<u> </u> 	-	E保健指導終 巴満高血糖	(字施率)	79 99	42.0 5.0	105 208	-	2.5	3438 33,794	8.5 10.2	726 8,242	8.7 10.2	35,557 687,157	9.3	_
	4	<u> </u>	∌F∄	C.何 同 皿 俗	該当者	323	16.3	334	-	7.3	58,303	17.7	15,692	19.4	1,272,714	17.3	1
	(5)				男性	204	25.0	230	-	9.1	39,754	27.5	10,201	30.6	875,805	27.5	
		社中海外の		1 6-48	女性	119	10.2	104	9	.1	18,549	10.0	5,491	11.5	396,909	9.5	~
		・特定健診の 状況	<i>σ</i> .	メタボ	予備群	185	9.3	195	10	).1	35,610	10.8	8,278	10.2	790,096	10.7	
	6				男性	120	14.7	135	17	7.1	24,589	17.0	5,531	16.6	548,609	17.2	KDB_NO.3
	_	県内順位			女性	65	5.6	60	-	.2	11,021	5.9	2,747	5.8	241,487	5.8	健診・医療・ 介護データか
5	7	順位総数20		nt m	総数	573	28.9	582	_	0.1	105,603	32.0	26,570	32.8	2,320,533	31.5	らみる地域の 健康課題
	<u>8</u> 9		١,	腹囲	男性 女性	637 206	45.0 17.7	403 179	<del> </del>	1.0 5.6	72,052 33,551	49.9 18.1	17,375 9,195	52.1 19.3	1,597,371 723,162	50.1 17.3	-KDB_NO.1
	10	1	タ		総数	77	3.9	80		.1	15,802	4.8	3,551	4.4	346,181	4.7	_地域全体像の 把握
	11)	1	ボ該	BMI	男性	9	1.1	7	0	.9	2,382	1.6	460	1.4	55,460	1.7	
	(12)	]	当		女性	68	5.8	73	6	.4	13,420	7.2	3,091	6.5	290,721	7.0	
	(13)		予	血糖のみ		6	0.3	9		.5	2,430	0.7	521	0.6	48,685	0.7	
	(14)		備群	血圧のみ		135	6.8	128	ļ	.6	24,544	7.4	5,432	6.7	546,667	7.4	
	(fs) (fs)		レ	脂質のみ		44	2.2	58 41	}	.0	8,636 9,715	2.6	2,325 1,978	2.9	194,744 196,978	2.6	-
	(17)	-	ベル	血糖・血圧血糖・脂質		18	0.9	23	ļ	.2	3.376	1.0	941	1.2	69.975	1.0	-
	18	1		血圧・脂質		153	7.7	172	<b></b>	.9	27,313	8.3	7,719	9.5	619,684	8.4	1
	19	1		血糖·血归		108	5.4	98	<del></del>	.1	17,899	5.4	5,054	6.2	386,077	5.2	
			RD	高血圧		689	34.9	702	36	3.3	112,638	34.2	30,643	37.8	2,479,216	33.7	
	1		服薬	糖尿病		182	9.2	185		.6	25,723	7.8	7,505	9.3	551,051	7.5	-
		1	$\vdash$	脂質異常症		535	27.1	558	-	3.9	76,839	23.3	23,664	29.2	1,738,149	23.6	4
			既		が出血・脳梗塞等) ないた・心筋梗塞等)	70 195	3.5 9.9	78 198	<del></del>	.0	10,317	3.2 5.8	3,003 5,767	7.6	230,777 391,296	5.5	-
	2		往	FV T A	央心症・心筋梗塞等) 	195	9.9	11	{	.6	2,296	0.7	298	0.4	391,296	0.5	-
			歴	貧血		258	13.1	241	}	2.6	30,853	9.7	10,735	13.7	710,650	10.1	-
	3	İ	喫炊			316	15.9	295	-	5.3	44,224	13.4	10,592	13.1	1,048,171	14.2	1
	4	]	週3	回以上朝食	を抜く	156	7.9	164	8	.6	20,748	7.1	5,020	7.6	540,374	8.5	
	5		-	回以上食後		237	12.0	254	ļ	3.4	32,113	11.0	10,506	15.8	743,581	11.8	KDB NO 1
6	6	生活習慣の		回以上就寝		359	18.1	340	<b></b>	3.0	43,130	14.6	11,679	17.6	983,474	15.4	KDB_NO.1 -地域全体像の
	(B)	状況 -		べる速度が速 会時は重かる		482 594	24.4 30.0	480 592	25	5.1 1.4	73,435 95,681	25.2 32.4	18,452 20,240	28.0 30.8	1,636,988	25.9 32.1	把握
	9	1		威時体里かり  30分以上運	510kg以上増加 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1,134	57.3	1,059	ļ	5.8	169.920	57.8	39,178	58.9	3,761,302	58.7	-
	10			150万以工建		776	39.2	634	<del> </del>	3.3	136,130	46.0	30,690	42.7	2,991,854	46.9	1
	10	1		民不足		437	22.4	436	ļ	3.3	70,019	24.1	14,736	22.5	1,584,002	25.0	
	(12)	]	毎日	∃飲酒		533	27.0	495	25	5.9	77,040	24.4	19,466	26.5	1,760,104	25.6	
	(13)	<u> </u>	時	や飲酒		378	19.2	359		3.8	65,382	20.7	13,966	19.0	1,514,321	22.0	
			- 日	1合未満		636	57.0	614	ļ	3.1	138,321	65.4	27,178	61.5	3,118,433	64.1	-
	(14)		飲			326	29.2	305	<del></del>	3.9	49,631	23.5	11,627	26.3	1,158,318	23.8	
			酒量			121 32	10.9 2.9	104	ļ	.8	18,608 5,046	8.8	4,254	9.6	452,785	9.3	-
	Ц	L	-	3合以上		٥2	i 2.9	33	3	.1	5,046	2.4	1,165	2.6	132,608	۷.1	l

【参考資料 2】



78

# 【参考資料3】

#### 糖尿病管理台帳(永年)

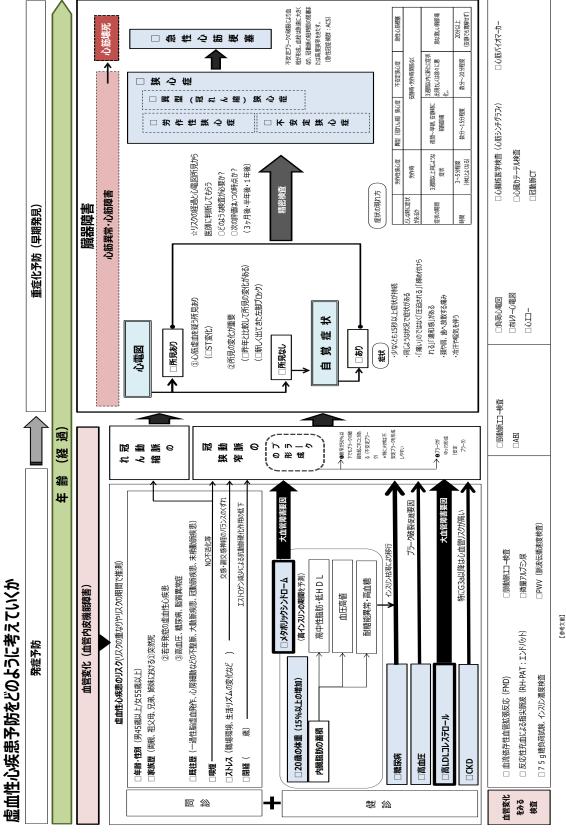
番号	地区	追加 年度	氏名	性別	年度末 年齢		診療開始日 合併症の有無		iΒ	Н	Н	Н	Н	Н	転出・ 死亡等	備考
						糖尿病 高血圧		糖	服薬 HbA1c							
						虚血性心疾患		糖	体重							
1						脳血管疾患		以外	BMI							
						糖尿病性腎症			血圧 GFR							
						***************************************		CKD	尿蛋白		••••••			***************************************		
						糖尿病		糖	服薬							
						高血圧		ΨD	HbA1c							
						虚血性心疾患		糖	体重	***************************************	***************************************	***************************************	***************************************	***************************************		
2						脳血管疾患		以外	BMI							
						糖尿病性腎症			血圧							
								CKD	GFR							
						**ロ.亡			尿蛋白							
						糖尿病 高血圧		糖	服薬 HbA1c							
						虚血性心疾患			体重							
3						脳血管疾患	***************************************	糖	本主  BMI		***************************************			***************************************		
						糖尿病性腎症		以外	血圧							
						-101 1/1 1/1 H JIL	***************************************		GFR							
								CKD	尿蛋白							

#### 糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度

## 【参考資料 4】

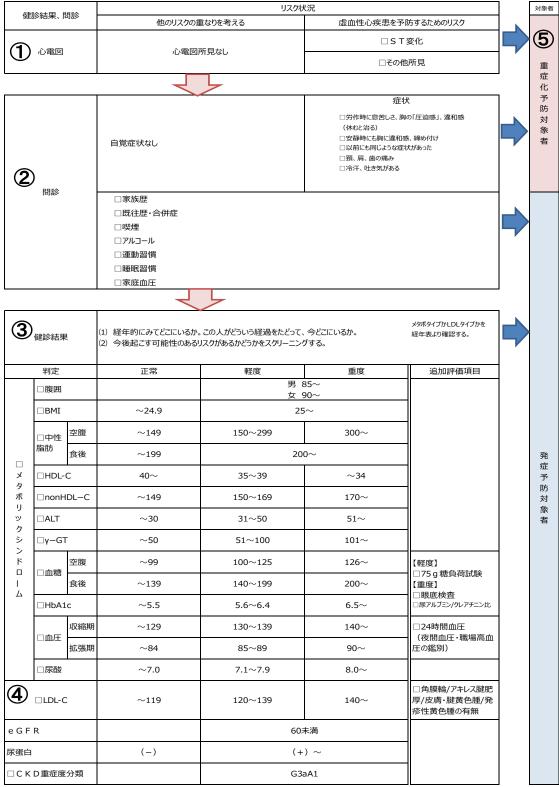
			T
	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
	糖尿病管理台帳の全数(魚+園) ( )人		
	<u> </u>	1. 資格喪失(死亡、転出)の確認	
	結果未把握(内訳)	○医療保険異動の確認	- 後期高齢者、社会保険
	①国保(生保) ( ) 人	○死亡は、その原因 ●合併症	○健診データを本人から
結	②後期高齢者 ( )人	●脳・心疾患-手術	〇レセプトの確認協力
果	③他保険 ( )人	2. レセプトの確認 ●人工透析導入	
把握	④住基異動(死亡·転出) ( ) 人	○治療状況の確認	
姪	⑤確認できていない ( )人	○直近の治療有無の確認	
	$\Delta$	3. 会いに行く	
	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人	○医療受診勧奨の保健指導	
	※対象者の明確者のためにも内訳を把握する作業が必要である	○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
I	<u>⑥結果把握</u> () <u>人</u>	4. 結果から動く	
•	①HbA1cが悪化している ( )人	〇経年表での他のリスク(メタボ、血圧等)の確認	
保	例)HbA1c70以上で昨年度より悪化している	○経年データ、治療状況に応じた保健指導	
健	( )人	〇尿アルブミン検査の情報を追加	
指	②尿蛋白 (一) ( )人	○腎症予防のための保健指導	尿アルブミン検査の継続
導	(±) ( ) 人		
の優	(+)~顕性腎症 ( )人		- 栄養士中心
先			
づ	③eGFR値の変化		
け	1年で25%以上低下 ( )人 ]		   腎専門医
	1年で5ml/分/1.73m <sup>3</sup> 以上低下 ( )人		
		1	

#### 【参考資料5】



#### 【参考資料 6】

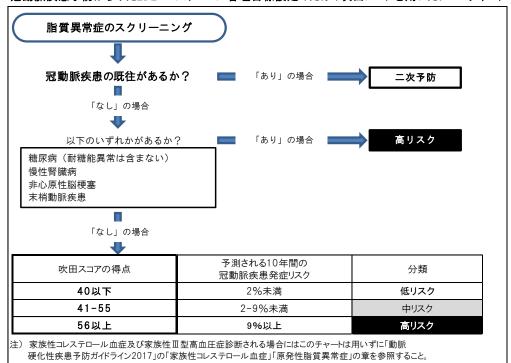
#### 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考)脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

#### 【参考資料7】

#### 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート



#### 危険因子①~⑧の点数を合算する

(点数)

Ф	年 <b>齢</b> (歳)	35-44 45-54 55-64 65-69 70以上	30 38 45 51 53
2	性 別	男性       女性	<u>0</u> -7
3	噢 煙*	喫煙有	5
4	血 圧*	至適血圧<120 かつ <80	-7 0 0 4 6
6	HDL-C (mg/dL)	<40 40-59 ≥60	0 -5 -9
6	LDL-C (mg/dL)	<100 100-139 140-159 160-179 ≥180	0 5 7 10 11
Ø	耐糖能異常	あり	5
8	早発性冠動脈 疾患家族歴	あり	5
	①~⑧の 点数を合計		点

\*) 高血圧で現在治療中の 場合も現在の数値を入れ る。ただし、高血圧治療 の場合は非治療者と比べ で同じ血圧値であれば冠 動脈疾患のリスクが高い ことを念頭に置いて患者 指導をする。

禁煙者については非喫煙 として扱う。 冠動脈疾患 のリスクは禁煙後1年で ほぼ半減し、禁煙後15年 で非喫煙者と同等になる ことに留意する。

(「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017」より抜粋)

## 【参考資料8】

#### 血圧評価表

Щ	<u> </u>																							
													1	建診	データ	Ż								
				過	<b>去5</b> 年	F間(	のう	ち直	I近								血圧							
番号	<i>t</i> 7 <del>≥1</del> 1	性	年	メ							Н			Н			Н			Н			Н	
号	名前	別	年齢	タボ判定	Hb A1 c	LD L	GF R	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期												
:	2																							
;	3																							
4	1																							
	5																							
	6																							
	7																							

## 【参考資料9】

### 心房細動管理台帳

'n	ᅏ까	川利	目理口	אניוי											
							特	定健診・その何	也の心電図点	所見とレセ	プト (KDB)				
32	登録	44	m.	生年	h4L								その	他の心	疾患
番号	年度	地区	氏 名	月日	性別	म्	成 年度			平点	成 年度		心不全	虚血性心	弁膜症
						その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	その他の	ECG所見	診療開始	脳梗塞			
						薬 内服開始	/H29K-1.		薬	内服開始					
							2. 治療開始( 3. 中 断(				2. 治療開始( 3. 中 断(				
							4. 受診のみ(				4. 受診のみ( 5. 病院受診無				
							5. 病院受診無				5. 病院受診無				
						医療機関名			医療機						
						保健指導担当者			保健指導						
						その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	その他の	ECG所見	診療開始	脳梗塞			
						薬 内服開始	/H2387.1.		薬	内服開始		- `			
							2. 治療開始( -3. 中 断(				2. 治療開始( 3. 中 断(				
							4. 受診のみ( 5. 病院受診無				4. 受診のみ( 5. 病院受診無				
							J. MADE & 10 AM				3. M/元文砂無		_		
						医療機関名			医療機				_		
						保健指導担当者			保健指導						
						その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	その他の	ECG所見	診療開始	脳梗塞			
													_		
						薬 内服開始	- /口源下		薬	内服開始	・ /ロ/京 丁				
							2. 治療開始( -3. 中 断(	月~)			2. 治療開始( 3. 中 断(	月~)			
							4. 受診のみ( 5. 病院受診無				4. 受診のみ( 5. 病院受診無				
							J. 构阮文衫無				5. 构阮文衫無		-		
						医療機関名			医療機				-		
						保健指導担当者			保健指導	担当者					

様式6-1-② 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料 10】 ※突合表:参考資料2のアルファベットと符合

	_ •		据		X > 111	, 11 11	/2 除来			食者 (平均)	のアルファベットと符合
			項目	突   合	00.6	- #	保険者	20.4-#		を	データ基
			<b>快口</b>	表 ※	284		29年度	30年度	保険者	5数164	, / を -
	1	被保険者	数		実数	割合 5,843人	実数割台	宝数 書	合 実数	割合	
1	2		 (再掲) 40−74歳	Α		4,442人					KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	1		対象者数	В		3,892人					
2	2	特定健診	受診者数			1,942人					- - - - - -
	3		受診率	С		49.9%					市町村国保 特定健康診査・特定保
3	1	特定	対象者数			200人					健指導状況概況報告書
3	2	保健指導	実施率			70.5%					
	1		糖尿病型	E	270人	13.9%					
	2		未治療・中断者(質問票 服薬		86人	31.9%					
	3		治療中(質問票服薬あり)	G	184人	68.1%					
	4		コントロール不良 HbA1c7.0以上または 空腹時血糖130以上		61人	33.2%					
	⑤	な事言会	血圧 130/80以上		32人	52.5%					
4	6	健診 データ	肥満 BMI25以上		23人	37.7%					特定健診結果
	Ø		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ 空腹時血糖130未	K 満	123人	66.8%					
	8		第1期 尿蛋白(一)		231人	85.6%					
	9		第2期 尿蛋白(±)	м	13人	4.8%					
	10		第3期 尿蛋白(+)以	E	24人	8.9%					
	11		第4期 eGFR30未満		2人	0.7%					
	① ②		糖尿病受療率(被保数千対) (再掲) 40-74歳(被保数千刻	+)		133.2人					KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	3		n n+ + ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( (	1)	2.965件				4.309件	(785.4)	
	4		レセプト 人院外(件数) 件数 入院(件数)		21件	(4.9)			28件	1 /	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	5		糖尿病治療中		778人	13.3%				(=/	
	6		(再掲) 40-74歳	H	768人	17.3%					
	7		健診未受診者	1	584人	76.0%					
_	8		インスリン治療		47人	6.0%					
5	9	レセプト	(再掲)40-74歳		47人	6.1%					KDB_厚生労働省様式 - 様式3-2
	10		糖尿病性腎症	— L	41人	5.3%					
	①		(再掲) 40-74歳 慢性人工透析患者数		41人	5.3%					-
	12		(糖尿病治療中に占める割合)		10人	1.29%					
	(13) (14)		(再掲) 40-74歳 新規透析患者数		10人	1.30%					
	(15)		(再掲)糖尿病性腎症		0人	0%					
	16		【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数	枚	17人	2.0%					KDB_厚生労働省様式
	Н		(糖尿病治療中に占める割合)						00/#	0500=111	様式3-2 ※後期ユーザー
	1		総医療費 生活習慣病総医療費			123万円			,,,,	0569万円 0173万円	1
	3		(総医療費に占める割合)		1 2 1/6/3	58.6%			10/8	56.5%	1
	4		生活習慣病 健診受診者		1	12,183円				7,298円	1
	(5)		対象者 一人あたり 健診未受診者			38,437円				34,143円	]
	6		糖尿病医療費		9	805万円			1億	3163万円	]
	Ø		(生活習慣病総医療費に占める割合	·)		7.8%				10.1%	KDB
6	8	医療費	糖尿病入院外総医療費			978万円					健診・医療・介護デー
	9		1件あたり		1	39,908円					タからみる地域の健康 課題
	10		糖尿病入院総医療費			852万円					-
	12		1件あたり 在院日数		0	17日					1
	(3)		慢性腎不全医療費		1億2	587万円			1億	2887万円	1
	14		透析有り			284万円				2093万円	1
	(15)		透析なし			304万円				794万円	1
7	1	<b>☆</b> #	介護給付費		16億0	201万円			19億	6966万円	
7	2	介護	(2号認定者)糖尿病合併症		2件	10.0%					
8	1	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.5%			3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題

# 【参考資料 11】

	<b>⑤残っている課題</b>	● ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **
	④ストラクチャー (構 造)	(多数分面 (少数方面) (少数方面) (少数方面) (少数分面) (少数分面) (少少少少少少少少少分分 (海外面) (海) (海) (海) (海) (海) (海) (海) (海) (海) (海
メント	③アウトカム (結 果)	本央験者対策
<b>と次期計画に向けてのアセスメ</b>	②アウトブット (事業実施量)	本受診者対策 (●1) 示象が対策 (●1) 示象が対策 (●2) 言・所ながと (●2) を診断が発 (中2) を診断が (中2) を診断が (中2) を診断が (中2) 下級を (中2) を診断が (中2) 下級を (中2) 下級を (中2) 下級を (中2) 下級を (中3) テンタを (中3) テンタを (中3) デンタを (中3) デンタを (中3) デンタを (中4) 原体に (●4) 原状に (●4) 原状に (●4) 原状に (●5) に (●5) に (●4) 原状に (●5) に (●4) 原状に (●4
	①プロセス (やってきた実践の過程)	・ 本受験を対策性活動が発光、不足期等を考りの電影器及い力もによる機能等が対策中心に行ってきた。
THE STATE OF THE S	を	1