第２期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成３０年度～平成３５年度

平成 30 年 3 月

中津川市国民健康保険課

第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1.　背景・目的　・・1
2.　計画の位置づけ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
3.　計画期間　・・・4
4.　関係者が果たすべき役割と連携　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
　1）　実施主体関係部局の役割　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
　2）　外部有識者等の役割　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
　3）　被保険者の役割　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
5.　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

1.　第１期計画に係る評価及び考察　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
　1）　第１期計画に係る評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
　（1）第１期計画で設定した目標
　（2）全体の経年変化
　（3）中長期的な目標の達成状況
　（4）短期的な目標の達成状況
　2）　第１期に係る考察　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
2.　第２期計画における健康課題の明確化　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
　1）　医療費適正化の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
　（1）入院外と入院の件数・費用額の割合の比較
　（2）何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか
　（3）何の疾患で介護保険を受けているのか
　2）　特定健診受診者の実態　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
　（1）有所見者の状況
　（2）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況
　3）　未受診者の把握　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19
3.　目標の設定　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
　1）　成果目標　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
　（1）中長期的な目標の設定
　（2）短期的な目標の設定

第３章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1.　第３期特定健診等実施計画について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
2.　目標値の設定　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
3.　対象者の見込み　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21

4. 特定健診の実施 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
1） 実施方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
2） 特定健診委託基準 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
3） 特定健診実施機関リスト ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
4） 特定健診実施項目 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
5） 実施時期 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
6） 医療機関との適切な連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
7） 代行機関 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
8） 特定健診の案内方法・健診実施スケジュール ・・・・・・・・・・・・・・22
5. 特定保健指導の実施 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
1） 特定健診から保健指導実施の流れ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
2） 保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法 ・・・・・・・・・・・・・・24
3） 生活習慣病予防のための特定健診・保健指導の実践スケジュール ・・・・・・24
6. 個人情報の保護 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
1） 基本的な考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
2） 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について ・・・・・・・・・・・26
7. 結果の報告 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・26

第 4 章　保健事業の内容
Ⅰ　保健事業の方向性
Ⅱ　重症化予防の取組み
1. 糖尿病性腎症重症化予防 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
1） 基本的な考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
2） 対象者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
（1）対象者選定基準の考え方
（2）選定基準に基づく該当者数の把握
（3）医療機関との連携体制
3） 対象者の管理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31
（1）糖尿病管理台帳の作成
4） 保健指導の実施 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
（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
（2）2 次健診等を活用した重症化予防対策
5） 医療との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
（1）医療機関未受診者について
（2）治療中の者への対応
6） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・33
7） 評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
（1）短期的評価
8） 実施期間及びスケジュール・ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34

2. 虚血性心疾患重症化予防 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
1） 基本的な考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
2） 対象者の明確化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
（1）対象者選定基準の考え方
（2）重症化予防対象者の抽出
3） 保健指導の実施 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
（1）受診勧奨及び保健指導
（2）2 次健診の実施
（3）対象者の管理
4） 医療との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・37
6） 評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
7） 実施期間及びスケジュール ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
3. 脳血管疾患重症化予防 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38
1） 基本的な考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38
2） 対象者の明確化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
（1）重症化予防対象者の抽出
（2）リスク層別化による重症化予防対象者の把握
（3）心電図検査における心房細動の有所見者の把握
3） 保健指導の実施 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
（1）受診勧奨及び保健指導
（2）2 次健診の実施
（3）対象者の管理
4） 医療との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42
5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・42
6） 評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・43
7） 実施期間及びスケジュール ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・43
Ⅲ ポピュレーションアプローチ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・43

第 5 章 地域包括ケアに係る取組み ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44

第 6 章 計画の評価・見直し
1. 評価の時期 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45
2. 評価方法・体制 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45

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 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46
2. 個人情報の取扱い ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46

＜参考資料＞

参考資料１　様式 6-1　国・県・同規模平均と比べてみた中津川市の位置　・・・・・47
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　・・・・・・49
参考資料３　糖尿病管理台帳　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
参考資料４　糖尿病管理台帳からの年次計画　・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
参考資料５　様式 6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価　・・・・・・・・・51
参考資料６　虚血性心疾患をどのように考えていくか　・・・・・・・・・・・52
参考資料７　虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方　・・・・・・・・53
参考資料８　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合　・・・・・・54
参考資料９　血圧評価表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
参考資料 10　心房細動管理台帳　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
参考資料 11　社会保障制度の継続と保険者努力支援支援制度　・・・・・・・・・・・56
参考資料 12　健診結果と生活を科学的に解明する　・・・・・・・・・・・・・・・57
参考資料 13-①②　生活習慣病有病状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・58
参考資料 14　評価　（イメージ図）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・60

第２期　保健事業実施計画（データヘルス計画）

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1.　背景・目的

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置づけ

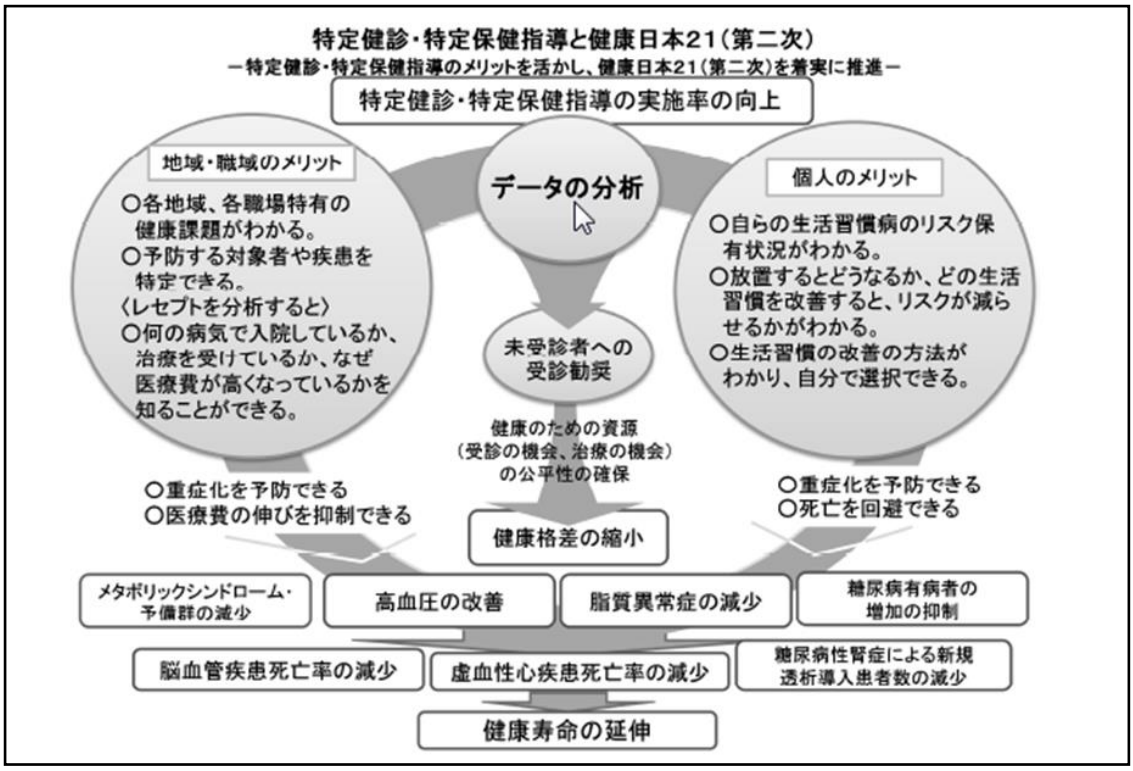
第 2 期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用するものである。

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

データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ 【図表 1】

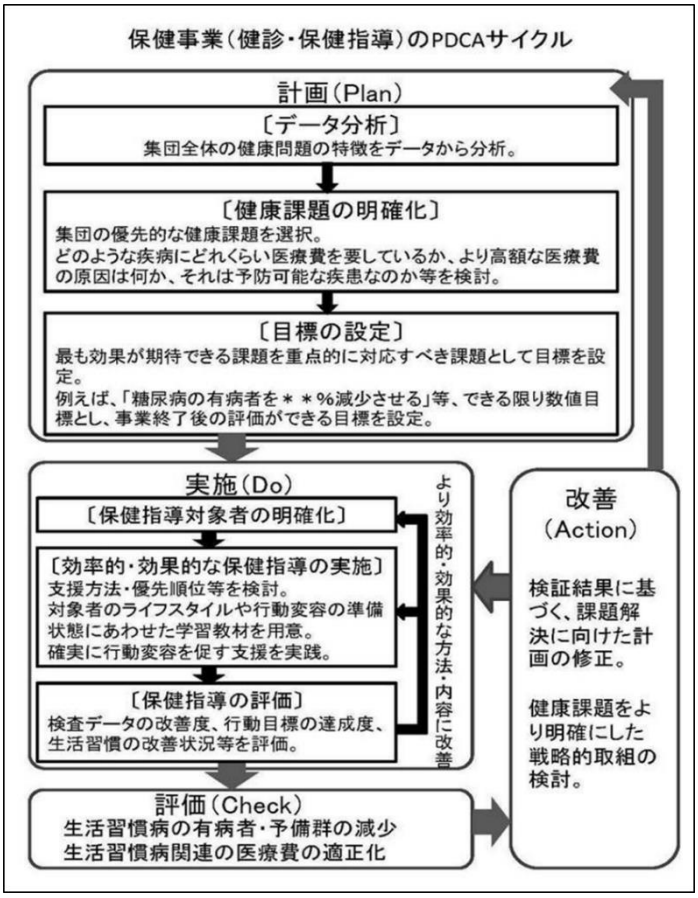
	健康日本21計画	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法、学校保健法				
		特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保健事業（支援）計画	医療費適正化計画	医療計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者（※）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成30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】	厚生労働局 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年度（第2次）	法定 平成30～35年度（第3期）	法定 平成30～35年度（第2期）	法定 平成30～32年度（第7次）	法定 平成30～35年度（第3期）	法定 平成30～35年度（第7次）
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	**医療保険者**	**医療保険者**	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等に生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら、医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、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た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、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	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率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を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
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
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗しょう症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 脊椎管狭窄症 関節リュウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側策硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症 （糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数） ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メガボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加（肥満・やせの減少） ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 **保険者努力支援制度** **【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率決定**	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 （1）生活習慣の状況 （特定健診の質問票を参照する） ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 （2）健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 （3）医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 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 ④糖尿病重症化予防の推進 ●入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定）

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1） 実施主体関係部局の役割

本市においては、国民健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康医療課の保健師等の専門職と連携して、市が一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、健康福祉部内の健康医療課、介護保険室、高齢支援課、障害援護課のほか政策推進部政策推進課や財務部財政課とも十分連携することが望ましい。

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

2） 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都

道府県との連携に努める。

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

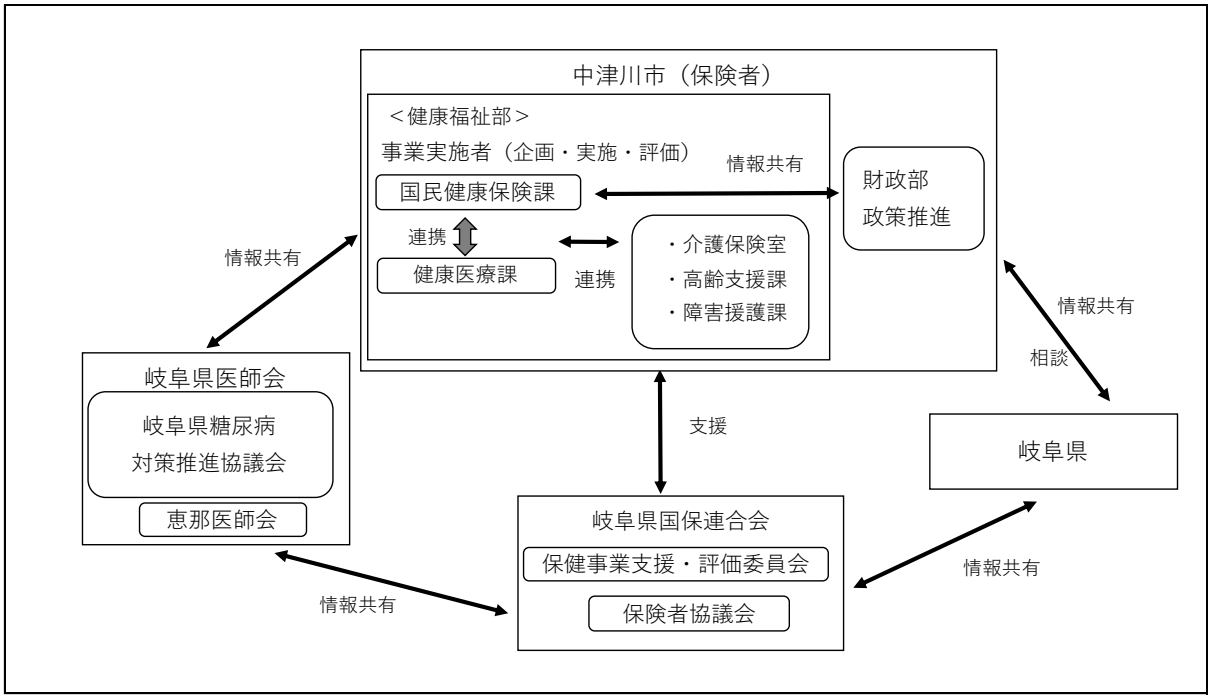
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から積極的に連携に努める。

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

3） 被保険者の役割

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

中津川市の実施体制図　【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		実績	（参考）		
		H28 配点	H28 配点	H29 配点	H30 配点
総得点（満点）		**345点**	**345**	**580**	**850**
中津川市	交付額（万円）	940			
	総得点（体制構築加点含む）	231点			
	全国順位（1,741市町村中）	396位			
共通①	特定健診受診率	0	20	35	50
	特定保健指導実施率	20	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15	20	35	50
共通②	がん検診受診率	0	10	20	30
	歯周疾患（病）検診の実施	10	10	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	40	70	100
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	25
	個人インセンティブ提供	0	20	45	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	10	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	0	15	30	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	40	70	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10	30	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5	15	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10	30	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	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

1. 第 1 期計画に係る評価及び考察

1）　第 1 期計画に係る評価

(1) 第 1 期計画で設定した目標

第 1 期計画は、平成 26 年～29 年度の 3 ヵ年とし、特定健診の受診率、特定保健指導の実施率向上をはじめとし、以下の目標に向けて保健事業を実施してきた。

【中長期的な目標】 医療費の高額となる疾患、長期化することで高額になる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患である、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を現状より減らす。
【短期的な目標】 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らす。

(2) 全体の経年変化　（参考資料１）

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を行った。

項目２-①死亡の状況の死因では心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合は減少していたが、糖尿病による死亡割合は増加していた。

中長期的な目標と関連する項目 3-①介護保険を見ると、1 号認定率の上昇とそれに伴う③介護給付費の増加がみられた。②介護認定者の有病状況では、糖尿病・高血圧症・脂質異常症等全ての項目において増加していたが、糖尿病の増加が著しい。

また、項目４-③医療費の状況では、一人当たり医療費の増加と受診率の増加がみられた。⑦健診・レセ突合から特定健診受診勧奨者のうち医療機関受診率が国や同規模注 1) と比較し低い状況であることがわかった。特定健診を受診することは、短期的な目標にある疾患を発見することであり、その後に医療機関を受診することで中長期的な目標を予防することに繋がる。また⑥健診有無別一人当たり点数をみると、健診対象者または生活習慣病対象者の受診者はいずれも未受診者に比べて一人当たりの費用が安価になっていることがわかる。医療費適正化の観点からも、特定健診受診率向上の取組みと受診勧奨者を適切に医療機関受診に繋げることが必要である。

注 1）同規模：中津川市と同規模の人口の市のこと。

(3) 中長期的な目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表 6）

介護給付費の変化について、平成 28 年度の介護給付費は増加している。同規模では、1 件当たり給付費が減っているのに対して、市では増加がみられ、特に居宅サービスが増えている。

介護給付費の変化　【図表 6】（円）

年度	中津川市					同規模（平均）			
	介護給付費	1件当たり給付費				1件当たり給付費			
		（全体）	増減	居宅サービス	施設サービス	（全体）	増減	居宅サービス	施設サービス
H25	62億4,986万	56,494	―	36,955	273,713	63,801	―	40,998	284,022
H28	65億64万	58,224	1,730	39,177	267,031	61,236	△ 2,565	40,245	278,146

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、1 人当たり医療費は増加しているが、伸び率を同規模と比較すると、本市は医療費の伸び率を抑えることができている。

医療費の変化　【図表 7】（円）

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費	H25	56億8,552万	―	―	―	20億2,973万	―	―	―	36億5,579万	―	―	―
	H28	52億7,847万	△4億705万	△7.2%	△3.3%	19億25万	△1億2,948万	△6.4%	△3.8%	33億7,822万	△2億7,757万	△7.6%	△2.6%
1人当たり医療費	H25	23,573	―	―	―	8,410	―	―	―	15,160	―	―	―
	H28	25,100	1,527	6.5%	8.6%	9,020	610	7.3%	7.3%	16,050	890	5.9%	8.4%

③ 中長期的な目標疾患及び短期的な目標疾患（図表 8）

中長期的な目標疾患である脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）、虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）の医療費に占める割合は平成 25 年度と比較して減少しているが、慢性腎不全は増加していることがわかった。

短期的な目標疾患では平成 28 年度、高血圧・脂質異常症は減少しているが、国・県と比較するといずれも高い状況である。糖尿病においては増加がみられ、医療機関と連携し、糖尿病性腎症重症化予防の取組みの継続が必要と考える。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合　【図表 8】

		総医療費（円）	１人当たり医療費			①中長期的な目標疾患				②短期的な目標疾患			①と②の目標疾患医療費計（円）	
			金額（円）	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症		
				同規模	県内	慢性腎不全		脳梗塞	狭心症					
						透析有	透析無	脳出血	心筋梗塞					
H25	中津川市	56億8,552万	23,573	133位	23位	6.8%	0.25%	2.6%	2.9%	6.2%	8.4%	4.2%	17億8,210万	31.3%
	岐阜県	1,659億0,442万	23,291	―	―	5.8%	0.39%	2.4%	3.0%	5.9%	6.8%	3.4%	461億1，883万	27.8%
	国	97,158億9.991万	22,383	―	―	5.4%	0.40%	2.6%	2.4%	5.4%	6.3%	3.2%	24,805億7,862万	25.5%
H28	中津川市	52億7,847万	25,100	141位	30位	7.4%	0.28%	1.8%	1.9%	6.3%	6.5%	4.0%	14億8,874万	28.2%
	岐阜県	1,610億1,325万	25,250	―	―	5.8%	0.36%	2.1%	2.6%	5.9%	5.2%	3.2%	404億3,676万	25.1%
	国	96,879億6,826万	24,245	―	―	5.4%	0.35%	2.2%	2.0%	5.4%	4.8%	3.0%	22,399億0,893万	23.1%

最大医療資源傷病名 注2）による分類結果（調剤含む）

④ 中長期的な目標疾患（図表 9）

KDB を用いて平成 25 年と平成 28 年の 5 月レセプトから、a 虚血性心疾患・b 脳血管疾患・c 人工透析のレセプト分析の比較を行った。

a は虚血性心疾患の受療状況である。虚血性心疾患の割合はわずかに減少しており、脳血管疾患を併せ持つ割合も減少している。しかし、人工透析を併せ持つ割合はわずかに増加している。

b は脳血管疾患の受療状況である。脳血管疾患の割合はわずか増加しているが、虚血性心疾患を併せ持つ割合は減少している。しかし、人工透析を併せ持つ割合は増加している。

c は人工透析の受療状況である。人工透析の割合は増加し、脳血管疾患を併せ持つ割合も増加している。短期的な目標である基礎疾患をみると、高血圧の診断のある方は約 9 割、糖尿病の診断がある方は 5 割であった。中長期的な目標疾患に移行しないよう治療の継続と高血圧・糖尿病の予防が必要となる。糖尿病については平成 28 年度から開始している糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、医療機関とともに取組みを継続する。

注２）最大医療資源傷病名：レセプト記載のある傷病名のうち最も費用を要した傷病名のこと

【図表 9】

a.虚血性心疾患のレセプト分析

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,240	989	4.9	290	29.3	33	3.3	794	80.3	479	48.4	697	70.5
	64歳以下	12,377	237	1.9	52	0.4	16	0.1	185	1.5	111	0.9	164	1.3
	65～74歳	7,863	752	9.6	238	31.6	17	2.3	609	81.0	368	48.9	533	70.9
H28	全体	17,914	856	4.8	217	25.4	29	3.4	672	78.5	440	51.4	586	68.5
	64歳以下	9,362	157	1.7	35	0.4	10	0.1	108	1.2	85	0.9	109	1.2
	65～74歳	8,552	699	8.2	182	26.0	19	2.7	564	80.7	355	50.8	477	68.2

5月レセ

b.脳血管疾患のレセプト分析

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,240	1,037	5.1	290	28.0	14	1.4	788	76.0	443	42.7	709	68.4
	64歳以下	12,377	272	2.2	52	0.4	6	0.04	189	1.5	94	0.8	179	1.4
	65～74歳	7,863	765	9.7	238	31.1	8	1.0	599	78.3	349	45.6	530	69.3
H28	全体	17,914	940	5.2	217	23.1	21	2.2	724	77.0	425	45.2	639	68.0
	64歳以下	9,362	177	1.9	35	0.4	6	0.1	125	1.3	66	0.7	114	1.2
	65～74歳	8,552	763	8.9	182	23.9	15	2.0	599	78.5	359	47.1	525	68.8

5月レセ

c.人工透析のレセプト分析

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,240	67	0.3	14	20.9	33	49.3	62	92.5	36	53.7	20	29.9
	64歳以下	12,377	33	0.3	6	0.04	16	0.1	30	0.2	21	0.2	10	0.1
	65～74歳	7,863	34	0.4	8	23.5	17	50.0	32	94.1	15	44.1	10	29.4
H28	全体	17,914	68	0.4	21	30.9	29	42.6	63	92.6	34	50.0	25	36.8
	64歳以下	9,362	26	0.3	6	0.1	10	0.1	23	0.2	16	0.2	13	0.1
	65～74歳	8,552	42	0.5	15	35.7	19	45.2	40	95.2	18	42.9	12	28.6

H25年・H28年の比較で高い方に○をつけています。　5月レセ

(4)　短期的な目標の達成状況

①　共通リスク(厚生労働省様式 3-2～3-4)(図表 10)

KDB を用いて平成 25 年と平成 28 年の 5 月レセプトから、a 糖尿病・b 高血圧・c 脂質異常症のレセプト分析の比較を行った。

a は糖尿病の受療状況である。糖尿病の治療者割合は増加し、高血圧・脂質異常症の疾患を併せもつ割合も増加している。しかし、中長期的な目標の疾患はいずれも減少していることから、適切な受診により糖尿病の重症化が防止できたと推測される。

b 高血圧・c 脂質異常症の表からは、治療者割合は増加しているが、中長期的な目標の虚血性心疾患・脳血管疾患の割合はいずれも減少していた。しかし、人工透析割合は増加していた。本市では、透析にならないために糖尿病性腎症重症化予防に加え、高血圧・脂質異常症による腎硬化症の予防も重要となることがわかった。

【図表 10】

a. 糖尿病のレセプト分析

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,240	2,398	11.8	196	8.2	1,652	68.9	1,603	66.8	479	20.0	443	18.5	36	1.5	190	7.9
	64歳以下	12,377	770	6.2	81	0.7	455	3.7	481	3.9	111	0.9	94	0.8	21	0.2	69	0.6
	65～74歳	7,863	1,628	20.7	115	7.1	1,197	73.5	1,122	68.9	368	22.6	349	21.4	15	0.9	121	7.4
H28	全体	17,914	2,441	13.6	151	6.2	1,696	69.5	1,634	66.9	440	18.0	425	17.4	34	1.4	166	6.8
	64歳以下	9,362	602	6.4	41	0.4	350	3.7	373	4.0	85	0.9	66	0.7	16	0.2	43	0.5
	65～74歳	8,552	1,839	21.5	110	6	1,346	73.2	1,261	68.6	355	19.3	359	19.5	18	1	123	6.7

5月レセ

b. 高血圧のレセプト分析

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,240	4,639	22.9	1,652	35.6	2,728	58.8	794	17.1	788	17.0	62	1.3
	64歳以下	12,377	1,408	11.4	455	3.7	772	6.2	185	1.5	189	1.5	30	0.2
	65～74歳	7,863	3,231	41.1	1,197	37.0	1,956	60.5	609	18.8	599	18.5	32	1.0
H28	全体	17,914	4,373	24.4	1,696	38.8	2,577	58.9	672	15.4	724	16.6	63	1.4
	64歳以下	9,362	986	10.5	350	3.7	533	5.7	108	1.2	125	1.3	23	0.2
	65～74歳	8,552	3,387	39.6	1,346	39.7	2,044	60.3	564	16.7	599	17.7	40	1.2

5月レセ

c . 脂質異常症のレセプト分析

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,240	3,961	19.6	1,603	40.5	2,728	68.9	697	17.6	709	17.9	20	0.5
	64歳以下	12,377	1,235	10.0	481	3.9	772	6.2	164	1.3	179	1.4	10	0.1
	65～74歳	7,863	2,726	34.7	1,122	41.2	1,956	71.8	533	19.6	530	19.4	10	0.4
H28	全体	17,914	3,759	21.0	1,634	43.5	2,577	68.6	586	15.6	639	17.0	25	0.7
	64歳以下	9,362	905	9.7	373	4.0	533	5.7	109	1.2	114	1.2	13	0.1
	65～74歳	8,552	2,854	33.4	1,261	44.2	2,044	71.6	477	16.7	525	18.4	12	0.4

H25年・H28年の比較で高い方に〇をつけています。　5月レセ

②　特定健診結果における有所見者割合の経年変化（図表 11）

特定健診結果における有所見者割合の平成 25 年と平成 28 年の男女別比較を行った。男性女性ともに増加していた項目は BMI、腹囲、GPT、HDL-C、空腹時血糖であった。反対に男女とも減少していた項目は、中性脂肪、HbA1c と LDL-C であった。しかし、HbA1c と LDL-C の割合としては受診者の約 5 割を占めていた。男女の比較では、男性が HbA1c と LDL-C を除くすべての項目において女性よりも有所見者割合が高かった。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握では、メタボリックシンドローム予備群の割合は男女とも増加しており、高血圧の割合が高かった。また、男性においてはメタボリックシンドローム該当者の割合でも増加がみられた。男性女性ともに、血圧＋脂質の重なりが最も高く、第 1 期計画時と同様な傾向がみられた。

【図表 11】

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

男性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
H25	合計	21.4	41.3	30.2	15.4	7.8	17.2	52.2	23.4	44.9	22.2	48.8	3.0
	40-64	25.7	39.1	31.3	21.2	5.6	14.6	47.4	26.3	36.2	24.5	54.1	1.4
	65-74	19.3	42.4	29.6	12.6	8.9	18.4	54.6	22.0	49.0	21.1	46.2	3.7
H28	合計	23.2	43.2	29.6	16.6	7.9	20.2	47.5	21.3	46.5	22.1	45.4	1.9
	40-64	26.6	40.9	33.2	24.6	6.8	13.5	35.7	22.4	37.0	25.5	52.2	1.1
	65-74	21.9	44.1	28.2	13.5	8.3	22.8	51.9	20.9	50.1	20.8	42.9	2.2

女性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
H25	合計	14.3	12.3	19.3	6.6	2.0	9.9	54.6	2.1	40.8	14.9	60.3	0.1
	40-64	13.7	11.5	17.0	8.0	1.5	7.5	46.0	1.5	29.3	15.1	60.7	0.0
	65-74	14.7	12.8	20.5	5.9	2.3	11.2	59.2	2.5	46.8	14.8	60.1	0.2
H28	合計	15.4	12.9	18.5	6.9	2.5	11.3	48.5	2.4	37.3	11.6	59.4	0.2
	40-64	16.9	13.5	15.9	8.6	2.2	8.6	37.6	1.8	27.5	13.9	57.3	0.1
	65-74	14.8	12.6	19.6	6.2	2.6	12.5	53.0	2.7	41.4	10.7	60.3	0.2

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

男性		健診受診者	腹囲のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質異常症	該当者	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血糖＋脂質	３項目全て
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
H25	合計	30.2	4.7	15.3	1.0	9.7	4.6	21.3	2.3	1.1	11.4	6.5
	40-64	22.3	6.3	14.1	1.1	7.8	5.3	18.6	1.1	1.2	10.1	6.3
	65-74	36.6	3.9	15.9	1.0	10.6	4.3	22.6	2.9	1.0	12.1	6.7
H28	合計	33.2	4.6	16.6	0.6	11.0	4.9	22.1	2.2	1.5	12.5	5.8
	40-64	24.4	7.4	14.5	0.4	8.1	6.1	19.0	1.3	1.4	12.4	3.9
	65-74	38.4	3.5	17.4	0.8	12.2	4.4	23.2	2.5	1.6	12.6	6.6

女性		健診受診者	腹囲のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質異常症	該当者	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血糖＋脂質	３項目全て
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
H25	合計	41.9	1.2	4.2	0.2	2.8	1.1	7.0	0.4	0.4	4.6	1.6
	40-64	33.6	1.5	4.2	0.3	2.7	1.2	5.8	0.6	0.5	3.4	1.3
	65-74	48.3	1.1	4.2	0.2	2.9	1.1	7.6	0.4	0.4	5.2	1.7
H28	合計	43.1	2.3	4.4	0.1	2.7	1.6	6.2	0.6	0.2	3.8	1.7
	40-64	34.9	3.0	5.1	0.1	2.8	2.2	5.4	0.6	0.4	3.3	1.2
	65-74	47.6	2.0	4.1	0.0	2.6	1.4	6.6	0.5	0.1	4.0	1.9

H25年・H28年の比較で高い方に○をつけています。

③　特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率・保健指導実施率について平成 25 年度と平成 28 年度の比較を行った。特定健診受診率・保健指導実施率はともに増加しているが、国が目標としている特定健診受診率の 60%には到達できていない。また、特定健診結果から受診勧奨者となった方の医療機関受診率は、同規模平均と比較すると低い。

現在、特定健診結果を用いて予防活動を行っているため、特定健診受診率向上対策は必須である。また、中長期的な目標疾患を予防していくためにも、受診勧奨者に対して医療機関受診の必要性を理解していただき、医療機関受診に繋がる保健指導の検討や、医療機関受診をレセプトから確認していく必要がある。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者	受診者	受診率	同規模内の順位	対象者	修了者	実施率	医療機関受診率	
								中津川市	同規模平均
H25	13,997	5,083	36.3%	139位	428	270	63.1%	49.4%	51.1%
H28	12,666	4,863	38.4%	147位	465	360	77.4%	47.5%	51.5%

2)　第 1 期に係る考察

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・糖尿病性腎症の発症予防とそれにかかる医療費の伸びを抑える取組みをしてきた。参考資料 1 の 4 - ①から平成 25 年に比べ平成 28 年の 65～74 歳の国民健康保険加入者の割合は増加しているが、脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費に占める割合が減少していたことは成果と言える。しかし、介護認定率や慢性腎不全における透析費用は増加がみられ、第 2 期計画への課題として残る。

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症は重篤な症状を引き起こすため労働が困難となり国民健康保険に加入されるケースが見受けられる。年に数回、市内の他の保険者と連携会議を行っているが、同じ保険者として被保険者が健康的な生活を送ることができるよう、各保険者の課題や被保険者への保健指導内容等について情報交換することも中長期的な目標疾患の予防の取組みとして継続していく。

本市は以前から高血圧を課題とし、特定健診結果で数値の高い者へ個別保健指導の実施、受診勧奨を行ってきた。また、ポピュレーションアプローチとして健康推進員活動での高血圧予防の学習や、平成 27 年度からは市内の 1 地区へ重点をおき、毎年地区を変更し高血圧について出前講座等を実施してきたが、国・県と比較し依然高い割合であることがわかった。血圧からの腎硬化症の予防に加え、今回、糖尿病の増加がみられ、今後は糖尿病性腎症の予防にも重点を置いた取組みが必要であることがわかった。

特定健診においては、男性の受診率が女性より低いこと、さらに有所見者割合も男性の方が高く、第 1 期計画時と同様であることがわかった。男性の健康意識の向上が求められるが、しかしながら、本市においては対象者の半数にも満たない特定健診受診率であり、男性のみならず、女性においても特定健診受診率向上対策は取組むべき重要な課題と言える。

2. 第 2 期計画における健康課題の明確化

1） 医療費適正化の状況

（1）入院外と入院の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

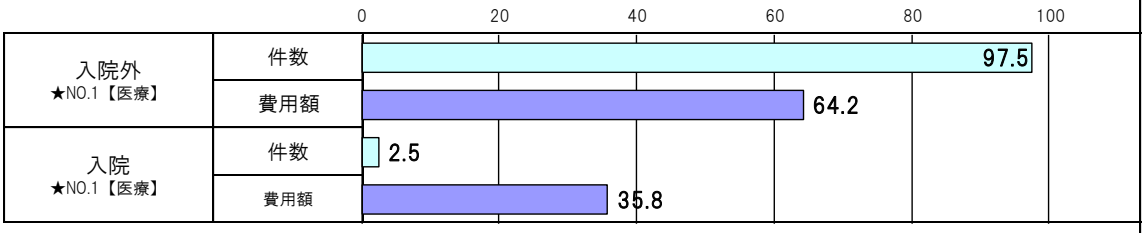
平成 28 年度の入院外と入院の件数比較をしてみると、入院外が 97.5%、入院が 2.5%で入院外の占める割合が圧倒的に多いが、費用額比較では、入院が費用額の 35.8%を占めていることがわかる。1 件あたりの費用が高額となる入院を減らすために、引き続き中長期的な目標疾患の予防に取組んでいく必要がある。

【図表 13】

★KDBで出力可能な帳票NO　H28

（1）入院外と入院の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	県	同規模平均	国
	25,100円	25,250円	25,581円	24,245円



●入院を重症化した結果としてとらえる

（2）何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

医療費の負担額が大きい脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症に注目して①～④の条件でレセプト分類を行った。

① 月 80 万円以上の高額になる疾患のレセプト 719 件のうち、虚血性心疾患 59 件、脳血管疾患 54 件で合計 113 件は全体の 15.7%。費用額については 17.8%を占めている。

② 6 ヶ月以上の入院となる長期入院レセプト 699 件のうち、脳血管疾患 60 件、虚血性心疾患 56 件で合計 116 件は全体の 16.6%。費用額は長期入院全体の 14.4%を占めている。

③ 長期化する疾患の人工透析患者では、脳血管疾患 29.7%、虚血性心疾患 42.2%、糖尿病性腎症 48.7%であった。透析患者のうち約半数が糖尿病性腎症であり、また、費用額割合も約半数を占めていた。

④ 生活習慣病の治療者数構成割合では、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の基礎疾患に高血圧が約 8 割、脂質異常症は約 7 割、糖尿病は約半数であることがわかった。基礎疾患は自覚症状がないまま進行し悪化するため、重症化させないための保健事業の実施が必要である。

【図表 14】

（2）何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか　　★KDBで出力可能な帳票NO　H28

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

厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10（CSV）	① 高額になる疾患 （80万円以上レセ）	件数	719件	54件 7.5%	59件 8.2%	--
		費用額	10億447万円	5919万円 5.9%	1億1921万円 11.9%	--
様式2-1 ★NO.11（CSV）	② 長期入院 （6か月以上の入院）	件数	699件	60件 8.6%	56件 8.0%	--
		費用額	2億7491万円	1913万円 7.0%	2029万円 7.4%	--
様式2-2 ★NO.11（CSV）	③ 人工透析患者 （長期化する疾患）	件数	916件	272件 29.7%	388件 42.4%	444件 48.5%
		費用額	4億580万円	1億1753万円 29.0%	1億7129万円 42.2%	1億9746万円 48.7%

厚労省様式	対象レセプト（H28.5月診療分）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～19 （帳票）	④ 生活習慣病の治療者数 構成割合		7,374人	940人 12.7%	856人 11.6%	166人 2.3%
		基礎疾患の重なり：高血圧		724人 77.0%	672人 78.5%	127人 76.5%
		基礎疾患の重なり：糖尿病		425人 45.2%	440人 51.4%	166人 100%
		基礎疾患の重なり：脂質異常症		639人 68.0%	586人 68.5%	114人 68.7%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			4,373人 59.3%	2,441人 33.1%	3,759人 51.0%	749人 10.2%

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

(3) 何の疾患で介護保険を受けているのか（図表 15）

要介護認定者のうちレセプトが確認できる国保加入者の有病状況をみると、脳卒中・虚血性心疾患など血管疾患が 93.9%であった。2 号認定者（40～64 歳）と、1 号認定者 65～74 歳の有病状況の血管疾患を見ると、いずれも脳卒中の割合が高い状況であった。特に 2 号認定者の脳卒中は 70.2%で、2 号認定者の要介護認定の原因疾患となっていることがわかる。また、2 号・1 号認定者の 90%以上の方に基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常）があることがわかった。これらの基礎疾患の重篤化を予防することは、介護予防にも繋がると言える。

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較では、要介護認定者医療費の方が認定のない方より約２倍高いことがわかる。

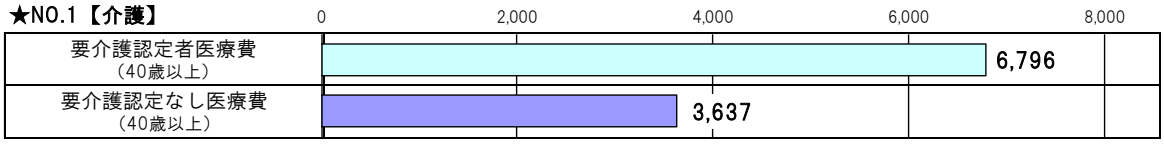
【図表 15】

（3）何の疾患で介護保険を受けているのか　　★KDBで出力可能な帳票NO　　H28

	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定状況 ★NO.47	人口構成		26,346人		10,268人		12,183人		22,451人		48,797人	
	認定者数		77人		359人		3,994人		4,353人		4,430人	
	認定率		0.29%		3.5%		32.8%		19.4%		9.1%	
	新規認定者数		2人		11人		93人		104人		106人	
	介護度別人数	要支援1・2	17	22.1%	77	21.4%	849	21.3%	926	21.3%	943	21.3%
		要介護1・2	37	48.1%	149	41.5%	1,661	41.6%	1,810	41.6%	1,847	41.7%
		要介護3～5	23	29.9%	133	37.0%	1,484	37.2%	1,617	37.1%	1,640	37.0%
要介護突合状況 ★NO.49	（レセプトの診断名より重複して計上）有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		件数	--	47		197		0		197		244	
		血管疾患 循環器疾患	1	脳卒中	33 / 70.2%	脳卒中	103 / 52.3%	KDBで閲覧できない		脳卒中	103 / 52.3%	脳卒中	136 / 55.7%
			2	虚血性心疾患	11 / 23.4%	虚血性心疾患	56 / 28.4%			虚血性心疾患	56 / 28.4%	虚血性心疾患	67 / 27.5%
			3	腎不全	7 / 14.9%	腎不全	27 / 13.7%			腎不全	27 / 13.7%	腎不全	34 / 13.9%
		基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常)			43 / 91.5%	基礎疾患	179 / 90.9%			基礎疾患	179 / 90.9%	基礎疾患	222 / 91.0%
		血管疾患合計		合計	45 / 95.7%	合計	184 / 93.4%			合計	184 / 93.4%	合計	229 / 93.9%
		認知症		認知症	8 / 17.0%	認知症	59 / 29.9%			認知症	59 / 29.9%	認知症	67 / 27.5%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	35 / 74.5%	筋骨格系	160 / 81.2%			筋骨格系	160 / 81.2%	筋骨格系	195 / 79.9%

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2） 特定健診受診者の実態（図表 16・17）

(1) 有所見者の状況

平成 28 年度の特定健診受診者における健診結果の有所見者割合を国・県と比較すると、男女ともに中性脂肪・尿酸が高い。男性では、クレアチニンが全国と比較して高く、女性では、HDL・LDL が国・県より高い状況であった。

本市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当は少ないが、図表 11 から、男女ともにメタボリックシンドローム予備群の割合は増加している。また男性においてはメタボリックシンドローム該当者の割合も増加がみられたため、特定保健指導対象者に対する効果的な保健指導を実施していく必要がある。

【図表 16】

H28年度特定健診の有所見者割合（厚生労働省様式6-2～6-7）　★NO.23（帳票）

男性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
全国		30.5	50.1	28.2	204.0	8.7	27.9	55.6	13.9	49.2	24.1	47.3	1.8
県		26.6	46.0	29.4	17.1	9.7	18.7	53.4	18.7	47.8	20.9	46.1	2.1
保険者	合計	23.2	43.2	29.6	16.6	7.9	20.2	47.5	21.3	46.5	22.1	45.4	1.9
	40-64	26.6	40.9	33.2	24.6	6.8	13.5	35.7	22.4	37.0	25.5	52.2	1.1
	65-74	21.9	44.1	28.2	13.5	8.3	22.8	51.9	20.9	50.1	20.8	42.9	2.2

女性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
全国		20.6	17.3	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	1.8	42.7	14.4	57.1	0.2
県		18.1	16.0	19.2	7.6	2.3	10.4	52.9	2.2	42.8	12.7	56.7	0.2
保険者	合計	15.4	12.9	18.5	6.9	2.5	11.3	48.5	2.4	37.3	11.6	59.4	0.2
	40-64	16.9	13.5	15.9	8.6	2.2	8.6	37.6	1.8	27.5	13.9	57.3	0.1
	65-74	14.8	12.6	19.6	6.2	2.6	12.5	53.0	2.7	41.4	10.7	60.3	0.2

◯ 全国と比較して高い割合につけています。

【図表 17】

H28年度特定健診メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（厚生労働省様式6-8　★NO.24（帳票）

男性		健診受診者	腹囲のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質異常症	該当者	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血圧＋脂質	3項目全て
国		32.4		17				27.1				
県		33.7	8.5	19				18.9				
保険者	合計	33.2	4.6	17	0.6	11.0	4.9	22.1	2.2	1.5	12.5	5.8
	40-64	24.4	7.4	15	0.4	8.1	6.1	19.0	1.3	1.4	12.4	3.9
	65-74	38.4	3.5	17	0.8	12	4.4	23.2	2.5	1.6	12.6	6.6

女性		健診受診者	腹囲のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質異常症	該当者	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血圧＋脂質	3項目全て
国		39.8		5.8				9.4				
県		40.1	3.5	6.7				5.9				
保険者	合計	43.1	2.3	4.4	0.1	2.7	1.6	6.2	0.6	0.2	3.8	1.7
	40-64	34.9	3.0	5.1	0.1	2.8	2.2	5.4	0.6	0.4	3.3	1.2
	65-74	47.6	2.0	4.1	0.0	2.6	1.4	6.6	0.5	0.1	4.0	1.9

(2) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

平成 28 年度の特定健診の結果から HbA1c、血圧、LDL コレステロール値について右側を「治療者の状況」、左側を「治療のない者の状況」として、特定健診新規受診者・継続受診者で数値比較を行った。受診勧奨レベル値である割合は、HbA1c と血圧をみると、治療の有無に関わらず、特定健診新規受診者の方が多い傾向にあった。

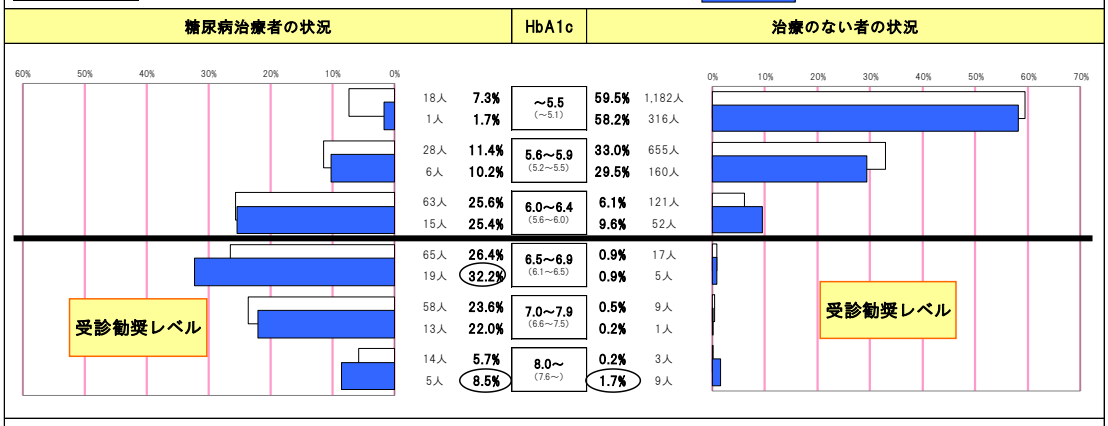
【図表 18】

（２）糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

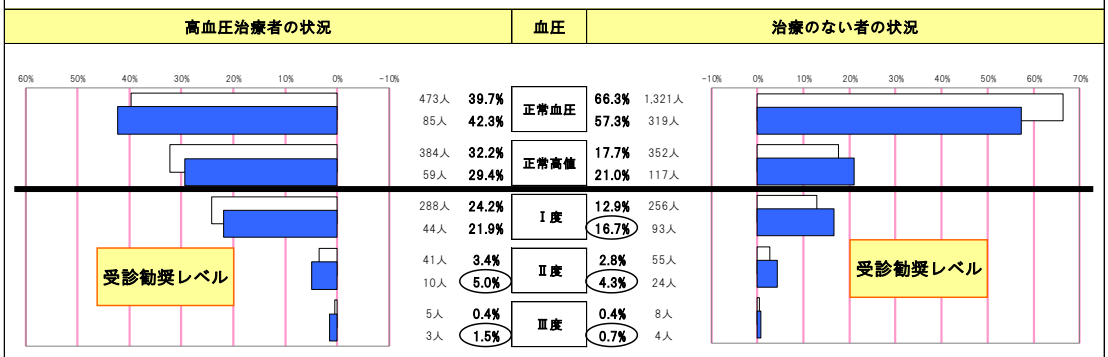
…上段（特定健診継続受診者）

…下段（特定健診新規受診者）

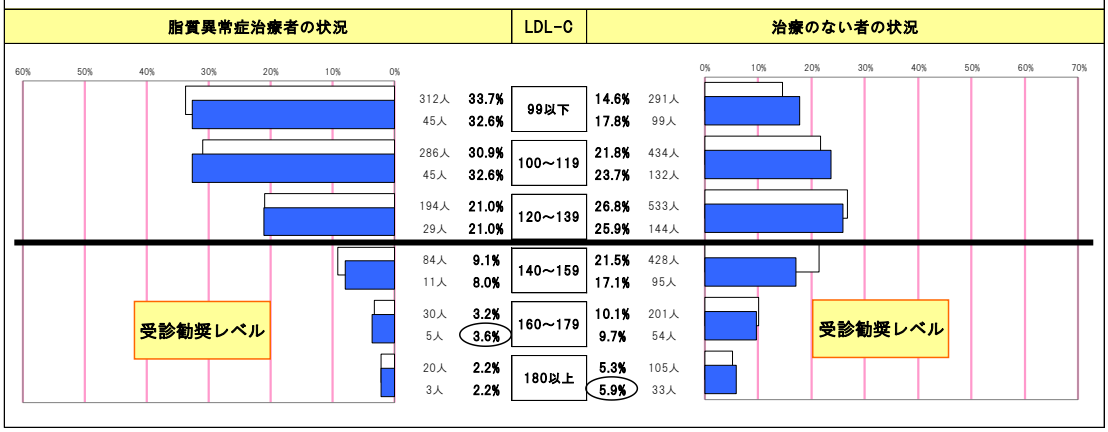
HbA1c



血圧



LDL-C



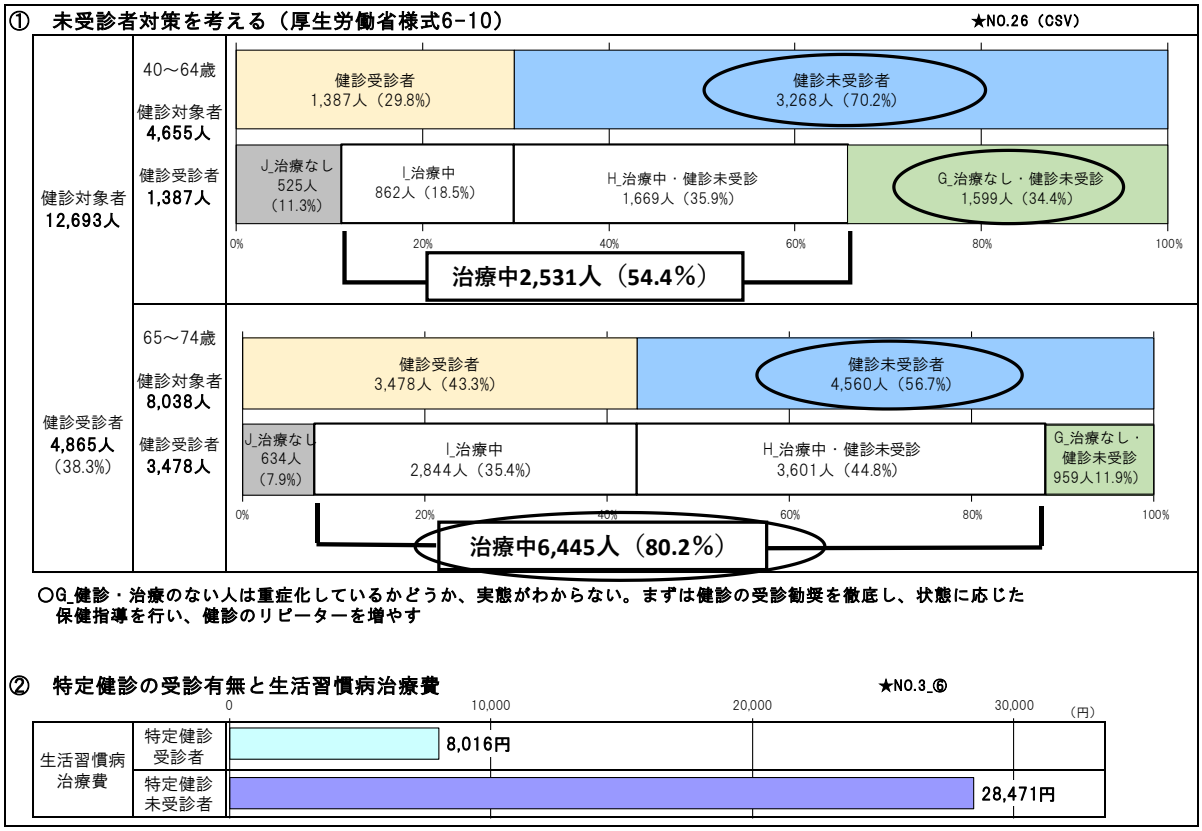
3） 未受診者の把握（図表 19）

①は平成 28 年の特定健診の結果を 40 歳～64 歳と 65 歳～74 歳に分けて受診状況を比較してみた。64 歳以下では 70.2%、65 歳以上では 56.7%が特定健診未受診であった。また、G_治療なし・健診未受診の割合は 64 歳以下では 34.4%、65 歳以上では 11.9%であった。この方達は、自分の身体の状態が把握できない者の割合であり、未受診者対策の優先されるべき人である。また、I_治療中と H_治療中・健診未受診の割合は 64 歳以下では 54.4%、65 歳以上では 80.2%で、そのうち特定健診未受診者は半数以上を占めていた。

②は特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病にかかる治療費を比較したものであるが、特定健診未受診者は受診者より約 20,000 円治療費が高くなっていることがわかる。特定健診を受診し、早期から生活習慣病を改善することが医療費適正化に繋がると言える。

以上のことから、特定健診未受診者、特に G_治療なし・健診未受診へ受診勧奨を徹底し、特定健診結果に応じた保健指導を行い、受診のリピーターを増やすことが重要である。また、今後も継続して治療中の者に対し特定健診受診の必要性を周知するとともに、医療機関への協力依頼も継続していく必要がある。

【図表 19】



3. 目標の設定

1） 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの特定健診結果や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は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症であった。平成35年度には平成30年度と比較して、3つのそれぞれの有病状況を現状維持または減少させることを目標とする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管が傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えること、特に重症化することでかかる入院医療費の伸びを平成35年度に国並みとすることを目指す。

(2) 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。

その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

特に、以前から課題としてきた高血圧は、県・国と比較しても高値でぁったため取組みの継続を行う。また、今回糖尿病も課題であることがわかり、医療機関受診へ繋げることと、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、個別の栄養指導等の保健指導を行っていく。

本市の課題である高血圧・糖尿病をはじめ、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診の受診機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋げることが重要である。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第 3 期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条において、実施計画を定めるものとされている。

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

2. 目標値の設定

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	60%	60%
特定保健指導実施率	78%	78%	79%	79%	80%	80%

3. 対象者の見込み

		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診	対象者数	12,300	12.000	11,700	11,400	11,100	10,800
	受診者数	4,920	5,400	5,850	6,270	6,660	6,480
特定保健指導	対象者数	450	480	520	550	560	540
	受診者数	350	375	410	430	450	435

4. 特定健診の実施

1）実施方法

健診の実施については、特定健診実施機関に委託する。恵那医師会と本市が集合契約を行う。その他の実施機関においては市と個別契約を行う。

① 個別健診（委託医療機関で実施）

② 集団健診（中津川市保健センター等で実施）

2）特定健診委託基準

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

3） 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、中津川市のホームページに掲載する。

（参照)URL：http//www.city.nakatsugawa.gifu.jp/）

4） 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、市の追加検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、貧血、心電図検査（詳細項目該当者以外で医師が必要と判断した場合））を実施する。（実施基準第１条４項参照）

5） 実施時期

６月から９月末までの実施とするが、医師会と協議のうえ検討する。

6） 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ特定健診の受診勧奨を行っていただけるよう医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、本市が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

7） 代行機関

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

8） 特定健診の案内方法・実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 20）

【図表 20】

平成30年　年間スケジュール

<table>
<tr><th>項　目</th><th>特定健康診査</th><th>30歳代健診</th></tr>
<tr><td>対象年齢</td><td>40～74歳までの国民健康保険加入者</td><td>30～39歳までの国民健康保険加入者</td></tr>
<tr><td>実施方法</td><td>①個別健診（委託医療機関で実施）
②集団健診（保健センター等で実施）</td><td>集団健診（保健センター等で実施）</td></tr>
<tr><td>4月</td><td colspan="2">対象者抽出
広報・ホームページに健診の詳細掲載</td></tr>
<tr><td>5月</td><td colspan="2">受診券発送：5月中旬</td></tr>
<tr><td>6月</td><td colspan="2" rowspan="4">健診実施機関：6月1日～9月30日
※ただし、6月中に75歳に到達する方については6月30日が有効期限。
健診実施機関に75歳に到達する方については誕生日前日が有効期限。

一部の方へ電話で受診勧奨：7月

健診結果：結果が届き次第随時お届け。
医療機関　→　検査機関　→　国民健康保険課　→　健康医療課
（健診結果の印刷）（結果説明会・訪問・郵送等）</td></tr>
<tr><td>7月</td></tr>
<tr><td>8月</td></tr>
<tr><td>9月</td></tr>
<tr><td>10月</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11月</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>12月</td><td rowspan="3">未受診者対策の取組未受診者対策の取組
（受け忘れた方の健診実施・情報提供依頼）</td><td></td></tr>
<tr><td>1月</td><td></td></tr>
<tr><td>2月</td><td></td></tr>
<tr><td>3月</td><td></td><td></td></tr>
</table>

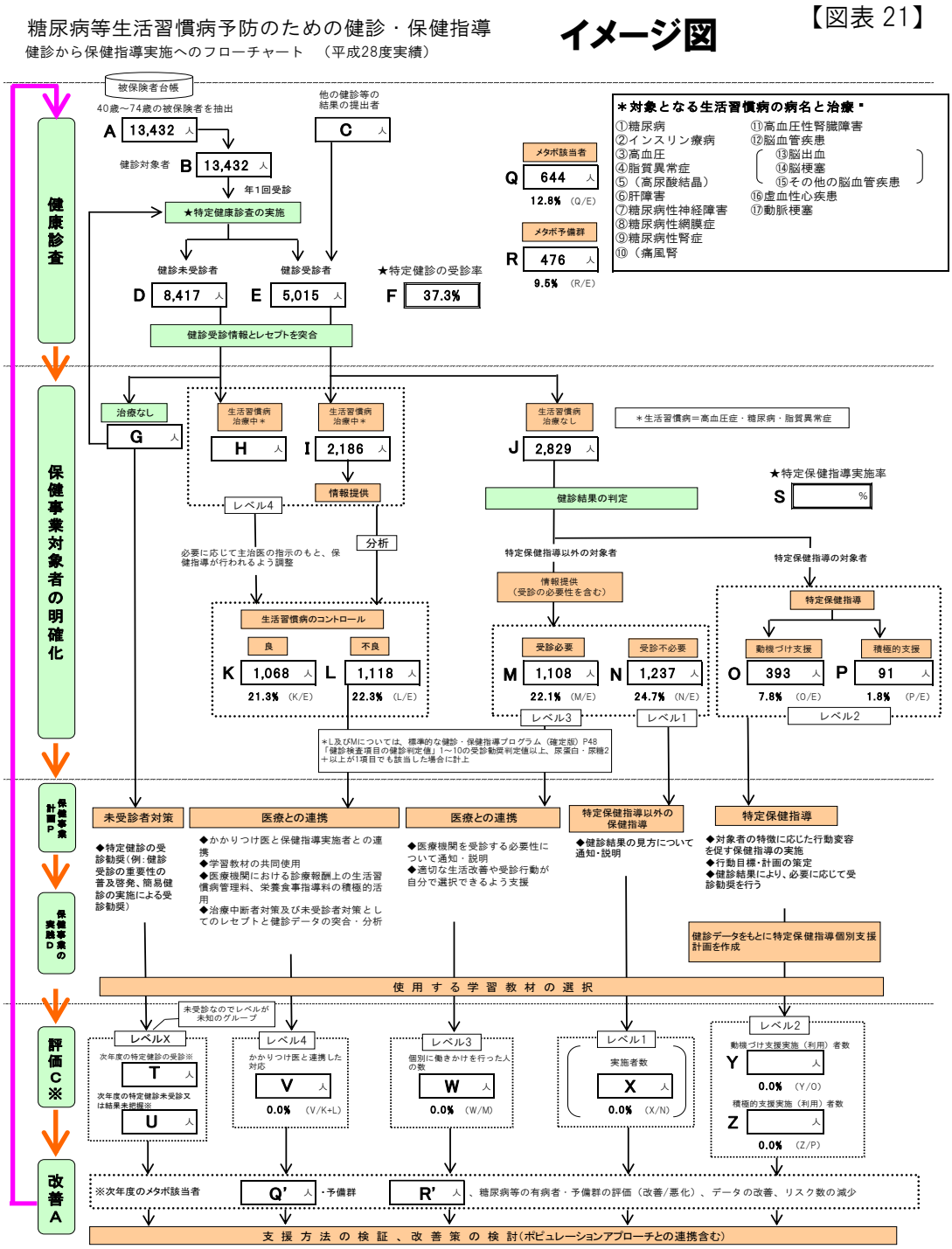
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、健康医療課への執行委任の形態で行う。

1） 特定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 年度版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表 21）

【図表 21】



2） 保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法（図表 22）

【図表 22】

数字は平成 30 年度の見込み数（P.21 参考）

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	特定健診受診者 **4,920** 人（受診者の%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機づけ支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	450 人 （9.1）	78%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	500 人 （10.2）	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	特定健診 未受診者	◆特定健診の受診 （例：受診の重要性の普及啓発、受診しやすい環境づくり等）	7,400 人 ※受診率の目標達成までであと 2,400 人	◆受診勧奨ハガキ ◆コールセンター 50%
4	N	情報提供	◆特定健診の結果の見方について通知・説明	600 人 （12.2）	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと特定健診データの突合・分析	3,000 人 （24.4）	

3） 生活習慣病予防のための特定健診・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 23）

【図表 23】

平成29年度　特定健診・特定保健指導の実施スケジュール

	活動目標		具体的な活動内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診率向上対策	・特保対象者継続受診率 目標　80%	国保課	①昨年度受診者で今年度未受診者と特保対象者へ12月12日の受診勧奨ハガキの送付 ②他の健診受診者へ情報提供依頼。結果入力。 ③電話での受診勧奨業務の対象者選定・委託・勧奨。対象者：H28年受診でH29未受診の40～65歳 ④H28年度特保対象者の名簿作成（初回登録者）			③対象者の選定・委託・勧奨7月			①受診勧奨ハガキ作成・送付			①12/12 健診	②情報提供依頼・結果入力	④特保対象者名簿の作成	
		医療課	①事業所健診結果届出勧奨：JA結果説明会（拠点） ②重点該当者で前年度健診・医療未受診者や特保利用者への健診受診勧奨。 ③継続受診の勧め（結果説明時など） ④チラシによる受診勧奨（健康推進員会、その他） ⑤「地区で広める高血圧予防」啓発での受診勧奨 （H29年度苗木地区） ⑥健診も治療もしていない人(G)の受診勧奨。（臨時職員）	JA健診担当と打ち合せ（拠点）	①5月　JA結果説明会）	②重点該当者・特保対象者等への健診受		③継続受診のすすめ（結果説明会時など）	④チラシによる受診勧奨（4-6月健康推進員会・その他）		①11月 JA結果説明会（拠点）				
					⑤　5/17苗木区長会に依頼。　3月までに実施。健診受診につなげるため、可能であれば8月末までに実施										
					⑥　Gの割合が高い地区の60代男性にターゲットおき、血圧計持ち訪問。										
重症化予防対策	●重点該当者への結果説明は対面にて実施 ・Ⅱ度以上高血圧者 （服薬ありはⅢ度高血圧） ・HbA1c7.4以上者 ・尿蛋白2＋以上の者 ●治療率目標80%以上 （治療：継続受診が確認できる） ・新規　Ⅲ度高血圧者 ・新規　HbA1c7.4以上者 ●栄養指導の実施 ・HbA1c6.5%以上 （糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象）者への栄養指導実施 （特に、HbA1c7.0%以上者への栄養指導実施目標は60%） ・CKD重症度分類、G3b～G5（eGFR45未満者）への栄養指導※地区担当の保健師と相談し必要に応じて実施	国保課	①疾病管理台帳作成 ・H25～29年度までのⅢ度高血圧者・HbA1c7.4以上者・尿蛋白2+以上者の名簿。 ②健康かるてへレセプト情報の更新（毎月中旬頃） ③H28年度高額レセプト疾患（脳・心・腎）の表作成			10額レセプトになる疾患表作成			②レセプト情報更新					①台帳作成	
		医療課	①H29年度重点該当者については、対面で結果返却。その他中津川市受診勧奨判定値該当者についても出来る限り対面で結果を返却する。 ②糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施。 ③地区の疾病管理。 ・重点該当者の疾病管理台帳をもとに、健診受診のすすめ、治療の開始、治療継続確認。必要に応じて生活指導等行う。 ④重点該当者の漏れがないか台帳を確認。台帳の整理。 （健康かるて、KDBシステムの活用） ※レセプト確認：健康かるてまたはKDBシステム ※原則、地区担当が実施				①H29年度　重点該当者への対面での結果返却								
					②5月中に各医療機関まわりを地区担当で実施。医療機関と連携し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施										
					③健康かるて、KDBシステムなどでレセプト確認し、未受診者・中断者に対する再受診勧奨および　継続受診の確認。 生活習慣改善に向けた関わり　医師との連携など										
															④重点該当者の漏れがないか台帳を確認。台帳の整理。
		（管理栄養士）	①健診結果から重点栄養指導の対象者を選定 ②医療機関へ受診勧奨（必要者） ③受診の有無の確認、医療機関での食事指導内容を確認（特に腎機能低下者は医療機関と連携必要） ④栄養指導の実施（保健師の重点対象になっている者については地区担当の保健師と一緒に関わる）				①重点栄養指導の対象者を選定								
							②医療機関受診勧奨③受診の有無、医療機関における食事指導内容確認④必要に応じて栄養指導を実								
特定保健指導	・特定保健指導実施率 目標60% ・内臓脂肪症候群の減少率を前年度より上げる ＜目標参考値＞ 昨年度内臓脂肪症候群該当者・予備群のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者：H27年度内臓脂肪症候群（H26年度） 法定報告値より 該当者　24.5% （27.9%） 予備群　19.7% （25.3%）	国保課	①特定保健指導実施率の提供									①特定保健指導実施率の提供（速報値）			
		医療課	①保健指導マニュアルを作成と従事者への説明会実施。 ②マニュアルに基づいた保健指導の実施。 ③二次検査実施。結果説明と保健指導の実施。 ④最終評価の実施（システム入力、評価実施について担当から従事者に定期的に周知）		①マニュアルの作成					②マニュアルに基づく保健指導の実施					
					従事者への説明会				③二次検査実施（中津、福岡の２会場）				・　結果説明と保健		
														④最終評価の実施	
		（管理栄養士）	①結果返しの訪問及び結果説明会にて栄養指導実施 ②二次検査後の栄養指導の実施 ・負荷血糖検査で「境界型・糖尿病型」の方 ・HbA1cが6.5%以上の方 ・その他、検査結果において栄養指導が必要な方 ・本人の希望				①結果返しの訪問及び結果説明会にて栄養指導の実施								
									②二次検査後の栄養指導の実施						

6. 個人情報の保護

1） 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および中津川市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

2） 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、特定健診実施年度の翌年度 10 月上旬（岐阜県国保連合会の指定日）までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第 4 章　保健事業の内容

Ⅰ　保健事業の方向性

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

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

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

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診の受診機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第 3 章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

Ⅱ　重症化予防の取組み

1.　糖尿病性腎症重症化予防

1）基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年7月 10 日　重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び中津川市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA 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 24 に沿って実施する。

（1）特定健診・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特定健診未受診者に対する対応

【図表 24】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取り組みの流れ】

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

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

2） 対象者

（1） 対象者選定基準の考え方 （参考資料2）

対象者の選定基準にあたっては中津川市糖尿病腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

① 医療機関未受診者

当該年または過去 3 年程度の特定健診において問診で「糖尿病の服薬なし」と答えた者のうち、治療に結びついていない HbA1c(NGSP)6.5%以上者。また、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は eGFR が 60ml/分/1.73 ㎡未満の者については、糖尿病性腎症のリスクが高いため、強めの受診勧奨を行う。

② 医療機関受診中断者

過去 3 年程度の特定健診結果で HbA1c(NGSP)6.5%以上、かつ問診で「糖尿病の服薬あり」と答えたもののうち、レセプト情報において糖尿病受診歴がない者。
※毎年 1～3 月のレセプトで中断者を確認する。

③ 医療機関より紹介のあった者

本人同意のもと、糖尿病治療中の医療機関より保健指導の必要があると連絡を受けた者。

（2） 選定基準に基づく該当者数の把握（図表 25）

① 医療機関未受診者・・・・・㋓と㋕

② 医療機関受診中断者・・・・・㋔

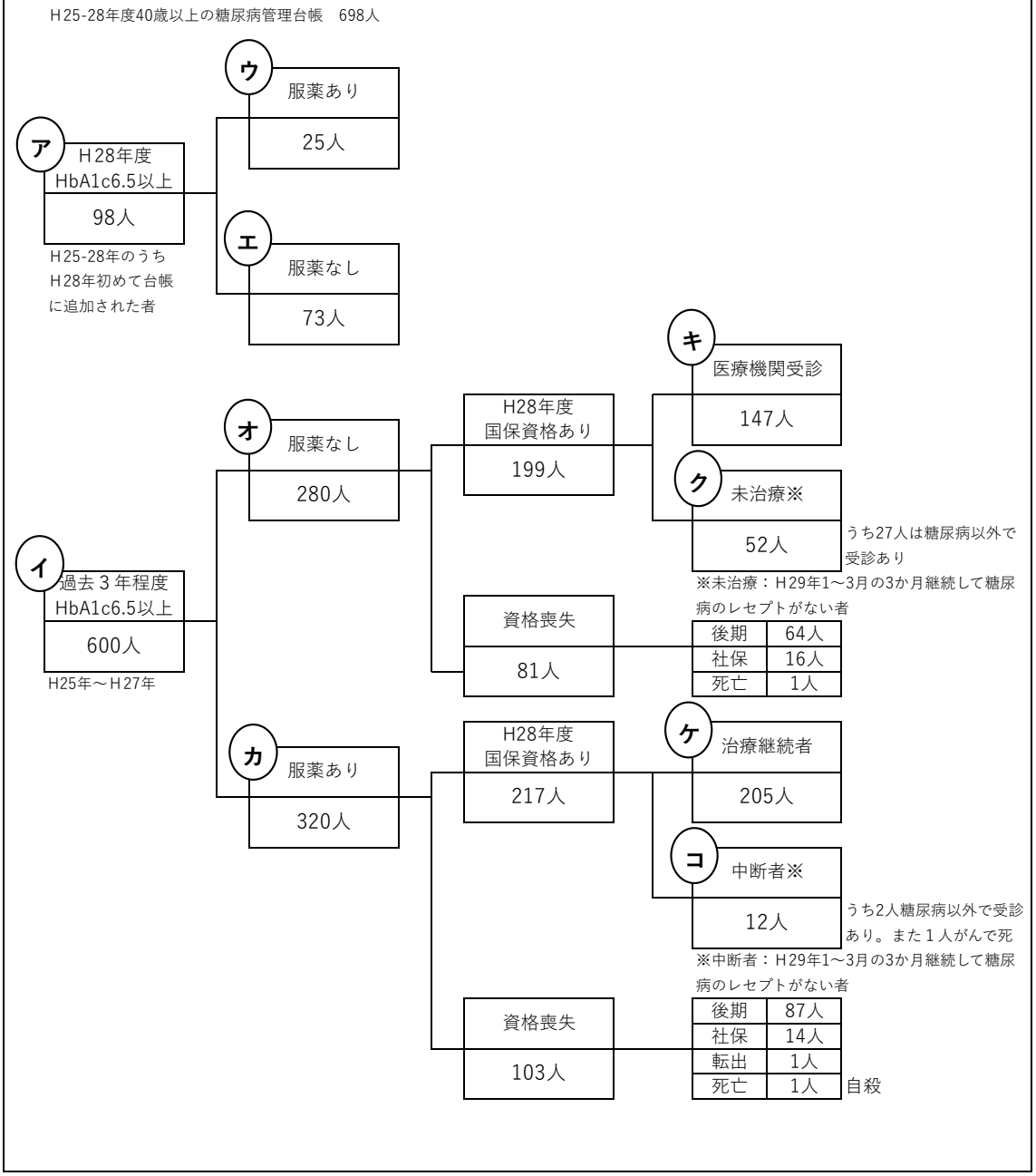
（人）

対象者		H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
①未受診者	エ	73							
	ク	52							
②中断者	コ	12							
合計		137							

毎年特定健診終了後対象者を選定する。

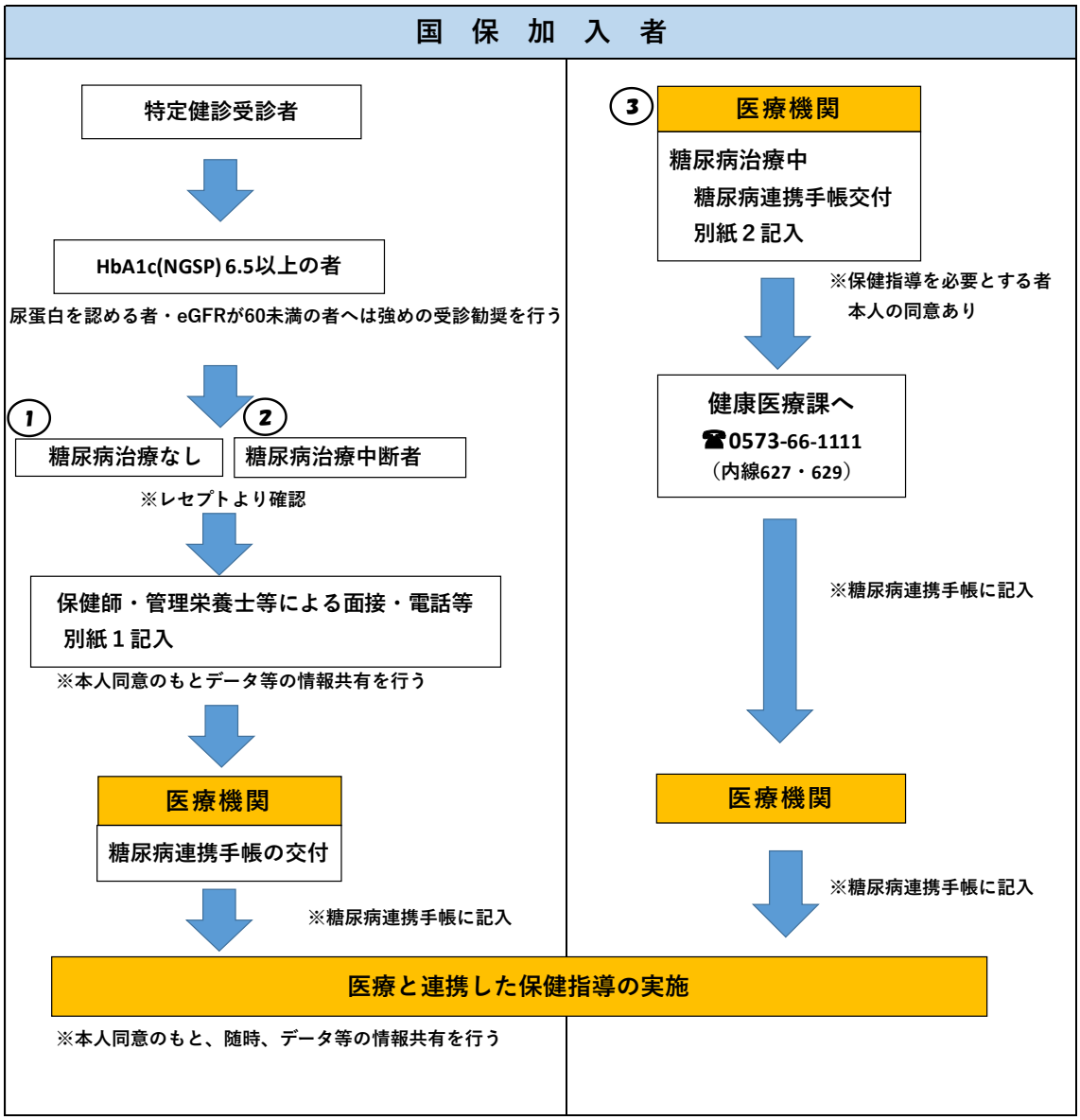
【図表 25】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（糖尿病管理台帳より）



（3）医療機関との連携体制　（図表 26）

【図表 26】



中津川市糖尿病性腎症重症化予防プログラムより

3）対象者の管理

（1）糖尿病管理台帳の作成

地区担当者は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)を作成し対象者の管理をする。管理台帳に記載する対象者は次の基準とし、決められた手順に基づいて特定健診結果、治療状況を管理する。

【糖尿病台帳に記載する対象者】

治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上

＊　当該年度の特定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 HbA1c6.5%以上になった場合

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。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 27）

【図表 27】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化・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（P.29）	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 ③　初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 →　糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	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？ ①糖尿病による網膜症 ②眼（網膜症）～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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（グリコかリックス）
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　HbA1c7.0%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 6.0%未満	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 ⑤　インスリン分泌・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	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？ **薬が必要になった人の保健指導** 24. 病態に合わせた経口血糖降下薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたり抑えたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT２阻害薬とは

（2） 2 次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（-）（±）へは 2 次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

事前に地区医師会等と協議した紹介状等を活用し、医療機関未受診者・治療中断者を医療機関へ繋ぐ。

（2） 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては岐阜県のプログラムに準じ行っていく。

6）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7） 評価

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

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 5）を用いて行っていく。

（1） 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 医療機関より紹介のあった者への保健指導実施率

イ. 医療機関より紹介のあった者の介入前後の検査値の変化を比較

- HbA1cの変化
- eGFR の変化（1 年で 25％以上の低下、1 年で5ml/1.73 ㎡以上低下）

- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

8）実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

2.　虚血性心疾患重症化予防

1）基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。（参考資料 6）

2）対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。（参考資料 7）

（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。本市における平成 28 年度特定健診受診者 4,973 人のうち心電図検査実施者は 258 人（5.2%）であり、そのうち ST 所見があったのは 29 人であった（図表 28）。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。

平成 28 年度から心電図検査を医師の判断で実施する追加項目としたが、検査件数を見ると少ない状況である。平成 30 年度から心電図検査は「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「詳細な健診」の項目である。

本市は同規模と比較して高血圧が多く、診察・血圧・自覚症状などから判断し、可能な限り心電図検査を実施できるよう医療機関へ周知していくことが必要である。

【図表 28】

心電図検査結果

	健診受診者（a）	心電図検査（b）		ＳＴ所見あり（c）		その他所見（d）		異常なし（e）	
	人	人	b/a（%）	人	c/b（%）	人	d/b（%）	人	e/b（%）
H28年度	4,973 ※	258	5.2%	29	11.2%	89	34.5%	140	54.3%

※市の特定健診受診人数

② 心電図以外からの把握

前述の通り、心電図検査は「詳細な健診」の項目であり、心電図検査を実施しない場合図表 29 に沿って対象者を抽出する。なお、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タイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 29】

心電図以外の保健指導対象者の把握

H28年			受診者	心電図検査実施なし	心電図検査実施	ＳＴ変化	その他の所見	所見なし
			4,973人	4,715人	258人	29人	89人	140人
				94.8%	5.2%	0.6%	1.8%	2.8%
メタボ該当者			640人	565人	75人	10人	23人	42人
			12.9%	88.3%	11.7%	13%	30.7%	56.0%
メタボ予備群			474人	438人	36人	7人	11人	18人
			9.5%	92.4%	7.6%	19.4%	30.6%	50.0%
メタボなし			3,859人	3,712人	147人	12人	55人	80人
			77.6%	96.2%	3.8%	8.2%	37.4%	54.4%
	LDL-C	140-159	661人	639人	22人	2人	9人	11人
			17.1%	96.7%	3.3%	9.1%	40.9%	50.0%
		160-179	288人	282人	6人	1人	2人	3人
			7.5%	97.9%	2.1%	16.7%	33.3%	50.0%
		180-	153人	148人	5人	1人	3人	1人
			4.0%	96.7%	3.3%	20.0%	60.0%	20.0%

【参考】

H28年		該当者	心電図検査実施なし	心電図検査実施	ＳＴ変化	その他の所見	所見なし
CKD	G3aA1（※）	1,014人	955人	59人	10人	18人	31人
		20.4%	19.2%	5.8%	16.9%	30.5%	52.5%

（※）eGFR59以下、尚且つ尿蛋白(－）の者

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

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

【図表 30】

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） 2 次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは 2 次健診において、これらの検査を実施していく。

（3） 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

短期的評価については高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少について、データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は**糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報**を活用してく。

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

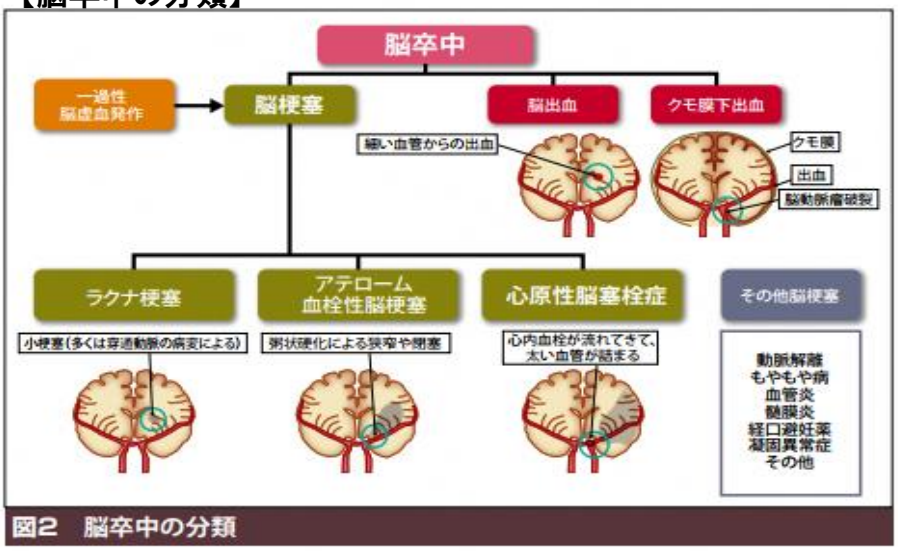
3．　脳血管疾患重症化予防

1）基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。（図表 31、32）

【図表 31】

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

脳血管疾患とリスク因子　　【図表 32】

リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧	糖尿病	脂質異常（高LDL）	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病（CKD）
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出（参考資料 8）

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 33 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 33】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○		○				
脳梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○				
脳梗塞	心原性脳梗塞	●						●		○		○				
脳出血	脳出血	●														
脳出血	くも膜下出血	●														
リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧		糖尿病		脂質異常症		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病（CKD）				
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上（治療中7.0%以		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白（2＋）以上		eGFR50未満（70歳以上40歳未満）		
受診者数※ 5,015		179人	3.6%	202人	4.0%	202人	4.0%	6人	0.1%	644人	12.8%	53人	1.1%	119人	2.4%	
治療なし		114人	3.3%	100人	2.2%	177人	4.6%	2人	0.1%	140人	4.9%	23人	0.8%	38人	1.8%	
治療あり		65人	4.2%	102人	30.4%	25人	2.2%	4人	0.2%	504人	23.1%	30人	1.4%	81人	4.9%	
臓器障害あり		※11人	9.6%	11人	11.0%	6人	3.4%	2人	100.0%	16人	11.4%	23人	100.0%	38人	100.0%	
うち臓器障害ありの	CKD(専門医対象)	7人		8人		4人		0人		7人		23人		38人		
うち臓器障害ありの	尿蛋白（2+）以上	4人		4人		0人		0人		4人		23人		1人		
うち臓器障害ありの	尿蛋白（+）and尿潜血（+）	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人		
うち臓器障害ありの	eGFR50未満（70歳以上40歳未満）	3人		5人		4人		0人		3人		1人		38人		
うち臓器障害ありの	心電図所見あり	5人		4人		2人		2人		9人		1人		0人		

※市特定健診受診者

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 179 人（3.6%）であり、114 人は未治療者であった。また未治療者のうち 11 人（9.6%）は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 65 人（4.2%）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は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため、特定健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要がある。（図表 34）

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

【図表 34】

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上	低リスク群 3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	中リスク群 1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	高リスク群 ただちに降圧薬治療
	3,479	1,299	933	658	475	102	12	28	256	305
		37.3%	26.8%	18.9%	13.7%	2.9%	0.3%	0.8%	7.4%	8.8%
リスク第1層	384	231	71	51	28 ④	3	0 ①	28	3	0
	11.0%	17.8%	7.6%	7.8%	5.9%	2.9%	0.0%	100%	1.2%	0.0%
リスク第2層	1,938	719	550	361	253 ③	49	6	--	253	55
	55.7%	55.4%	58.9%	54.9%	53.3%	48.0%	50.0%		98.8%	18.0%
リスク第3層	1,157	349	312	246	194 ②	50	6	--	--	250
	33.3%	26.9%	33.4%	37.4%	40.8%	49.0%	50.0%			82.0%
再掲（重複あり） 糖尿病	214	59	61	52	29	12	1			
	18.5%	16.9%	19.6%	21.1%	14.9%	24.0%	16.7%			
再掲（重複あり） 慢性腎臓病（CKD）	630	217	162	133	92	23	3			
	54.5%	62.2%	51.9%	54.1%	47.4%	46.0%	50.0%			
再掲（重複あり） 3個以上の危険因子	532	123	150	119	108	30	2			
	46.0%	35.2%	48.1%	48.4%	55.7%	60.0%	33.3%			

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

図表 34 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る。

（3）　心電図検査における心房細動の有所見者の把握

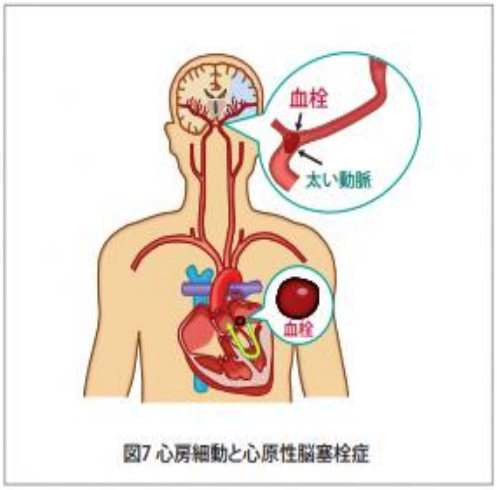


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高いものに心原性脳塞栓症がある。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する。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 35 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況 【図表 35】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査＊	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	131	127	5	3.8	3	2.4	－	－
40歳代	8	3	0	0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	7	7	0	0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	72	61	3	4.2	1	1.6	1.9	0.4
70～75歳	44	56	2	4.5	2	3.6	3.4	1.1

＊日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率

＊日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 36】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動所見あり（a)	医療機関受診あり（ｂ）		受診なし（c)	
人	人	b /a（%)	人	c/b（%)
8	6	75.0	2	25.0

図表 35 の特定健診心電図検査における心房細動有所見者状況によると、男性 5 人、女性 3 人に心房細動の所見がみられた。有所見割合を見ると年齢が高くなるにつれ増加しているが、特に 60 代、70 代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。

図表 36 より心房細動所見ありの 8 人のうち 6 人は既に治療が開始されていたが、2 人については受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨また継続受診が必要である。特定健診の心電図検査を受け発見されたわけだが、本市においては心電図検査実施者が少数であるため、対象者を早期発見･早期介入をするためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

（2） 2 次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは 2 次健診において、これらの検査を実施していく。

（3） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の特定健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度以上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 9）

② 心房細動の管理台帳

特定健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。（参考資料 10）

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

短期的評価については高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少について、データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は**糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報**を活用していく。

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

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6 月　特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳、高血圧管理台帳、心房細動管理台帳理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチ注３）として、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。（参考資料 11・12）

注３）対象を一部に限定せず集団全体へ関わり、全体としてリスクを下げていこうという考え方。

第５章　地域包括ケアに係る取組み

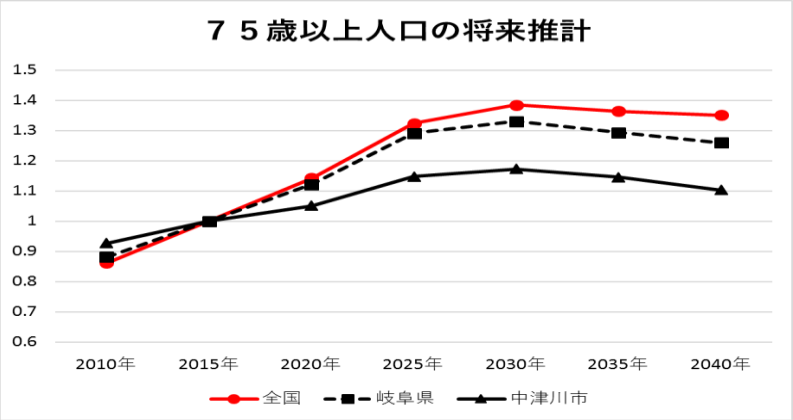
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本市は、75 歳以上人口の将来推計によると、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2030 年がピークで 1.17 となる。(図表 37)

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数に達している。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 37】



本市においても、今後高齢者の数が増えることが予測され、生活習慣病の有病状況は年齢とともに増加し（参考資料 13)、社会保障制度を持続させながら個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、住まい・医療･介護予防・生活支援などが一体的に提供される地域包括ケアの構築が必要となる。

今後、保険者として、かかりつけ医や薬剤師などをはじめ、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づくりをすすめる事が地域で元気に暮らしていく市民を増やすことに繋がる。

第６章　計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

保険者は、特定健診結果や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 14）

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

評価については、毎月健診・医療・介護のデータが収載される KDB 等を活用し、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、個々の特定健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに取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得る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。

2. 個人情報の取扱い

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

様式 6-1　国・県・同規模平均と比べてみた中津川市の位置　　【参考資料1】

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた中津川市の位置

項目					H25		H28		H28						データ元（CSV）
					中津川市		中津川市		同規模平均		県		国		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	人口構成	総人口		79,970		79,970		18,346,852		2,033,293		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
				65歳以上	22,451	28.1	22,451	28.1	4,430,444	24.1	497,440	24.5	29,020,766	23.2	
				75歳以上	12,183	15.2	12,183	15.2			243,139	12.0	13,989,864	11.2	
				65～74歳	10,268	12.8	10,268	12.8			254,301	12.5	15,030,902	12.0	
				40～64歳	26,346	32.9	26,346	32.9			686,129	33.7	42,411,922	34.0	
				39歳以下	31,173	39.0	31,173	39.0			849,724	41.8	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業		5.2		5.2		6.1		3.2		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			第2次産業		40.9		40.9		28.9		33.6		25.2		
			第3次産業		53.9		53.9		65.0		63.2		70.6		
	③	平均寿命	男性		80.6		80.6		79.6		79.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		86.2		86.2		86.3		86.3		86.4		
	④	健康寿命	男性		65.8		65.8		65.3		65.5		65.2		
			女性		66.7		66.6		66.8		67.0		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	96.6		93.7		100.0		97.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	92.6		98.4		100.9		101.6		100		
			死因	がん	239	43.4	276	50.3	54,818	48.1	6,017	48.0	367,905	49.6	
				心臓病	142	25.8	127	23.1	30,930	27.1	3,513	28.0	196,768	26.5	
				脳疾患	121	22.0	99	18.0	18,797	16.5	1,938	15.5	114,122	15.4	
				糖尿病	12	2.2	13	2.4	2,153	1.9	208	1.7	13,658	1.8	
				腎不全	20	3.6	19	3.5	3,750	3.3	443	3.5	24,763	3.3	
				自殺	17	3.1	15	2.7	3,547	3.1	408	3.3	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		91	9.4									厚労省HP 人口動態調査
				男性	65	12.9									
				女性	26	5.6									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		4,108	18.4	4,353	19.3	891,715	20.2	96,333	19.2	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	83	0.3	104	0.3	15,309	0.3	1,850	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者		102	0.4	77	0.3	21,986	0.4	2,234	0.3	151,745	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		1,065	24.3	1,294	28.5	203,607	21.9	25,804	25.8	1,343,240	21.9	
			高血圧症		2,373	55.9	2,671	59.3	478,594	51.8	55,068	55.1	3,085,109	50.5	
			脂質異常症		1,262	29.3	1,465	32.6	255,994	27.6	29,702	29.5	1,733,323	28.2	
			心臓病		2,725	64.5	3,089	68.4	545,522	59.1	64,697	64.8	3,511,354	57.5	
			脳疾患		1,245	29.9	1,337	30.1	239,267	26.2	26,217	26.5	1,530,506	25.3	
			がん		364	8.6	410	8.7	92,924	10.0	10,115	10.0	629,053	10.1	
			筋・骨格		2,358	56.1	2,635	58.4	468,953	50.8	55,606	55.6	3,051,816	49.9	
			精神		1,596	37.3	1,826	40.8	330,813	35.6	37,538	37.4	2,141,880	34.9	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		56,494		58,224		61,236		60,919		58,349		
				居宅サービス	36,955		39,177		40,245		41,248		39,683		
				施設サービス	273,713		267,031		278,146		269,887		281,115		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	10,520		6,796		8,026		7,608		7,980		
				認定なし	3,455		3,636		3,809		3,629		3,822		
4	①	国保の状況	被保険者数		19,821		17,038		4,516,800		516,704		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
				65～74歳	8,177	41.3	8,379	49.2			220,782	42.7	12,461,613	38.2	
				40～64歳	6,980	35.2	5,272	30.9			164,114	31.8	10,946,712	33.6	
				39歳以下	4,664	23.5	3,387	19.9			131,808	25.5	9,179,541	28.2	
			加入率		24.8		21.3		24.7		25.4		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		3	0.2	3	0.2	1,257	0.3	102	0.2	8,255	0.3	
			診療所数		58	2.9	58	3.4	12,813	2.8	1,579	3.1	96,727	3.0	
			病床数		639	32.2	639	37.5	227,288	50.3	20,727	40.1	1,524,378	46.8	
			医師数		109	5.5	104	6.1	33,690	7.5	4,262	8.2	299,792	9.2	
			外来患者数		667.9		702.8		688.2		716.6		668.3		
			入院患者数		17.0		17.7		19.8		18.1		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		23,573	県内23位 同規模132位	25,100	県内30位 同規模141位	25,581		25,250		24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			受診率		684.921		720.442		707.975		734.79		686.286		
			外来	費用の割合	64.3		64.2		59.3		62.1		60.1		
				件数の割合	97.5		97.5		97.2		97.5		97.4		
			入院	費用の割合	35.7		35.8		40.7		37.9		39.9		
				件数の割合	2.5		2.5		2.8		2.5		2.6		
			1件あたり在院日数		15.0日		15.0日		16.2日		15.4日		15.6日		
	④	生活習慣病に占める割合	新生物		20.6		24.0		25.0		25.1		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析有）		11.0		12.4		9.5		10.2		9.7		
			糖尿病		10.1		10.5		10.1		10.4		9.7		
		最大医療資源傷病名（調剤含）	高血圧症		13.6		10.9		8.9		9.1		8.6		
			精神		13.5		14.1		17.6		15.3		16.9		
			筋・骨格		14.3		14.2		14.9		14.8		15.2		

項目					H25		H28		H28						データ元（CSV）
					中津川市				同規模平均		県		国		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
4	⑤	1件あたり費用額 県内順位 順位総数44 入院の()内は在院日数	入院	糖尿病	535,209	30位 (14)	475,665	42位 (15)							KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧	616,460	17位 (15)	625,228	24位 (16)							
				脂質異常症	548,369	27位 (16)	572,542	27位 (15)							
				脳血管疾患	565,353	39位 (18)	527,998	43位 (17)							
				心疾患	827,187	5位 (12)	689,858	26位 (14)							
				腎不全	587,328	39位 (11)	581,414	39位 (14)							
				精神	424,286	19位 (25)	434,037	25位 (25)							
				悪性新生物	613,686	39位 (13)	646,291	32位 (13)							
			外来	糖尿病	33,613	33位	33,600	30位							
				高血圧	30,205	15位	30,080	13位							
				脂質異常症	26,191	26位	25,304	32位							
				脳血管疾患	35,257	29位	37,056	22位							
				心疾患	43,469	20位	42,017	25位							
				腎不全	106,576	44位	92,990	44位							
				精神	30,545	16位	29,837	25位							
				悪性新生物	48,703	34位	53,302	29位							
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	受診者	3,486		3,194		2,775		2,727		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				未受診者	10,507		11,344		12,265		12,543		12,339		
			生活習慣病対象者一人当たり	受診者	8,912		8,016		7,618		7,271		6,742		
				未受診者	26,862		28,471		33,667		33,439		35,459		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		2,754	54.1	2,530	52.0	669,151	55.7	71,819	54.0	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率	2,514	49.4	2,312	47.5	617,720	51.5	66,530	50.0	3,799,744	51.6	
				医療機関非受診率	240	4.7	218	4.5↓	51,431	4.3	5,289	4.0	316,786	4.3	
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数44	健診受診者		5,086		4,865		1,239,821		133,899		7,898,602		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②			受診率	36.3	県内23位 同規模130位	38.4	県内24位 同規模147位	39.5		37.6	全国24位	36.4		
	③		保健指導終了者（実施率）		270	62.4	39	8.4	7,355	5.2	719	5.1	35,557	4.1	
	④		非肥満高血糖		262	5.2	287	5.9	119,080	9.9	10,243	7.7	687,157	9.3	
	⑤		メタボ	該当者	646	12.7	623	12.8	209,544	17.5	20,993	15.8	1,272,714	17.3	
				男性	433	21.3	446	22.1	142,004	27.4	14,323	25.0	875,805	27.5	
				女性	213	7.0	177	6.2	67,540	9.9	6,670	8.8	396,909	9.5	
	⑥			予備群	438	8.6	459	9.4	128,835	10.7	13,157	9.9	790,096	10.7	
				男性	311	15.3	335	16.6	88,450	17.1	9,121	15.9	548,609	17.2	
				女性	127	4.2	124	4.4	40,385	5.9	4,036	5.3	241,487	5.8	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	1,216	23.9	1,239	25.5	379,261	31.6	38,495	28.9	2,320,533	31.5	
	⑧			腹囲 男性	839	41.3	873	43.2	257,437	49.7	26,376	46.0	1,597,371	50.1	
	⑨			腹囲 女性	377	12.3	366	12.9	121,824	17.9	12,119	16.0	723,162	17.3	
	⑩			BMI 総数	206	4.1	210	4.3	57,060	4.8	5,789	4.4	346,181	4.7	
	⑪			BMI 男性	34	1.7	36	1.8	8,477	1.6	1,023	1.8	55,460	1.7	
	⑫			BMI 女性	172	5.6	174	6.1	48,583	7.1	4,766	6.3	290,721	7.0	
	⑬			血糖のみ	27	0.5	15	0.3	8,214	0.7	586	0.4	48,685	0.7	
	⑭			血圧のみ	282	5.5	299	6.1	88,982	7.4	8,904	6.7	546,667	7.4	
	⑮			脂質のみ	129	2.5	145	3.0	31,639	2.6	3,667	2.8	194,744	2.6	
	⑯			血糖・血圧	59	1.2	60	1.2	32,969	2.7	2,576	1.9	196,978	2.7	
	⑰			血糖・脂質	35	0.7	36	0.7	11,910	1.0	1,073	0.8	69,975	1.0	
	⑱			血圧・脂質	371	7.3	360	7.4	101,012	8.4	11,501	8.6	619,684	8.4	
	⑲			血糖・血圧・脂質	181	3.6	167	3.4	63,653	5.3	5,843	4.4	386,077	5.2	
6	①	生活習慣の状況	服薬		1,619	31.8	1,504	30.9	412,372	34.4	43,758	32.9	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②		既往歴		305	6.0	324	6.7	93,059	7.8	9,973	7.5	551,051	7.5	
	③		喫煙		592	11.6	1,134	23.3	286,600	23.9	31,980	24.0	1,738,149	23.6	
	④		週3回以上朝食を抜く		246	5.0	153	3.3	37,598	3.2	3,994	3.0	230,777	3.3	
	⑤		週3回以上食後間食		525	10.6	272	5.9	68,046	5.9	7,711	5.9	391,296	5.5	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		421	8.5	17	0.4	7,528	0.7	864	0.7	37,041	0.5	
	⑦		食べる速度が速い		1,126	22.7	662	14.3	116,827	10.1	14,039	10.7	710,650	10.1	
	⑧		20歳時から10kg以上増加		1,353	27.3	594	12.2	158,016	13.2	17,086	12.8	1,048,171	14.2	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		3,043	61.4	1,290	27.9	326,322	31.6	28,577	30.1	2,047,756	32.1	
	⑩		1日1時間以上運動なし		2,503	50.6	2,842	61.6	605,529	58.4	63,278	61.3	3,761,302	58.7	
	⑪		睡眠不足		1,269	25.9	2,388	51.8	460,802	44.4	53,799	50.2	2,991,854	46.9	
	⑫		毎日飲酒		1,168	23.6	2,371	51.6	516,291	51.2	45,663	49.8	3,178,697	50.4	
	⑬		時々飲酒		1,173	23.7	829	18.0	191,242	18.7	18,604	17.8	1,234,462	19.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	2,213	68.3	1,063	23.0	254,684	25.1	21,901	23.8	1,636,988	25.9	
				1～2合	753	23.3	3,177	68.8	674,620	66.5	61,677	67.1	4,152,661	65.8	
				2～3合	227	7.0	380	8.2	84,409	8.3	8,381	9.1	525,413	8.3	
				3合以上	45	1.4	397	8.6	149,833	14.5	13,630	13.1	983,474	15.4	

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

2018.1.4

軽 症 → 重 症

実態

レセプト

KDB
厚生労働省
様式3-2
（H28年7月作成分）

被保険者: 17,914人

年代別	人数	割合
20代以下	2,479	13.8
30代	1,102	6.2
40代	1,482	8.3
50代	1,990	11.1
60代	7,127	39.8
70-74歳	3,734	20.8

A 再掲 40-74: 14,333人

糖尿病治療中: 2,441人（13.6）

※（ ）内は、被保険者に占める割合

20代以下	7	0.3
30代	32	1.3
40代	49	2.0
50代	179	7.3
60代	1,263	51.7
70-74歳	911	37.3

H: 2,402人 16.8

インスリン療法: 151人（6.2）※

20代以下	0	0.0
30代	2	1.3
40代	8	5.3
50代	17	11.3
60代	76	50.3
70-74歳	48	31.8

O: 149人 6.2

糖尿病性腎症: 166人（6.8）※

※（ ）は、糖尿病治療者に占める割合

20代以下	0	0.0
30代	0	0.0
40代	5	3.0
50代	13	7.8
60代	91	54.8
70-74歳	57	34.3

L: 166人 6.9

人工透析: 34人（1.39）※

20代以下	0	0.0
30代	0	0.0
40代	1	2.9
50代	3	8.8
60代	26	76.5
70-74歳	4	11.8

34人 1.4

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	1,689	335	1,616
割合	70.3	13.9	67.3

I 特定健診未受診者: 2,067人（86.1）…I/H

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（糖尿病）」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

特定健診

[40-74歳]

H28年度

（H29年11月現在）

※途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者※: 12,666人

C 特定健診受診者: 4,863人（38.4）

（再掲）65歳以上

人数	割合
3,537人	70.5

E 糖尿病型: 449人（9.0）

以下のいずれかに該当
- HbA1c6.5%以上
- 空腹時血糖126以上
- 糖尿病治療中（問診）

G 治療中（質問票 服薬有）: 335人（74.6）

F 未治療（中断含む）: 114人（25.4）

J コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上: 127人（37.9）

K コントロール良 HbA1c7.0未満または空腹時血糖130未満: 208人（62.1）

	その他のリスク		
	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	66人（52.0）	54人（42.5）	83人（65.4）
K	106人（51.0）	73人（35.1）	115人（55.3）

糖尿病性腎症病期分類		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白	アルブミン尿	正常 30未満	N --	微量 30-299	顕性 300以上	問わない	
尿蛋白		（－）	M --	（±）	（＋）以上	問わない	
		335人（74.6）	114人（25.4）	67人（14.9）	44人（9.8）	3人（0.67）	

【参考資料2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画　H　　年度　　担当者名:　　担当地区:

対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	**糖尿病管理台帳の全数(Ⓐ+Ⓑ)**　（　　）人		
	①健診未受診者　（　　）人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	結果把握(内訳) ①国保(生保)　（　　）人 ②後期高齢者　（　　）人 ③他保険　（　　）人 ④住基異動(死亡・転出)　（　　）人 ⑤確認できず　（　　）人	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析 ●がん	
	①-1 未治療者(中断者含む)　（　　）人 ＊対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
保健指導の優先づけ	②結果把握　（　　）人 ①HbA1cが悪化している　（　　）人 例)HbA1c7.0以上で3年度より悪化している　（　　）人 ＊医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	②尿蛋白（－）　（　　）人 （±）　（　　）人		
	（＋）～顕性腎症　（　　）人		栄養士中心
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下　（　　）人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下　（　　）人		腎専門医

様式6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料 5】

		項目	突合表	保険者 28年度 実数	保険者 28年度 割合	保険者 29年度 実数	保険者 29年度 割合	保険者 30年度 実数	保険者 30年度 割合	同規模保険者 同規模保険者数265 実数	同規模保険者 同規模保険者数265 割合	データ基
1	①	被保険者数	A		17,914人							KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	（再掲）40-74歳			14,333人							
2	①	特定健診　対象者数	B		12,666人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②	特定健診　受診者数	C		4,863人							
	③	特定健診　受診率			38.4%							
3	①	特定保健指導　対象者数			465人							
	②	特定保健指導　実施率			77.4%							
4	①	健診データ　糖尿病型	E	449人	9.0%							特定健診結果
	②	未治療・中断者（質問票服薬なし）	F	114人	25.4%							
	③	治療中（質問票 服薬あり）	G	335人	74.6%							
	④	コントロール不良（HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上）	J	127人	37.9%							
	⑤	血圧　130/80以上	J	66人	52.0%							
	⑥	肥満　BMI25以上	J	54人	42.5%							
	⑦	コントロール良（HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満）	K	208人	62.1%							
	⑧	第1期　尿蛋白（－）	M	335人	74.6%							
	⑨	第2期　尿蛋白（±）	M	67人	14.9%							
	⑩	第3期　尿蛋白（＋）以上	M	44人	9.8%							
	⑪	第4期　eGFR30未満	M	3人	0.7%							
5	①	レセプト　糖尿病受療率（被保数千対）			136.3人							KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	（再掲）40-74歳（被保数千対）			167.6人							
	③	40-74歳（被保数千対）　入院外（件数）		11,970件	(876.9)							KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④	40-74歳（被保数千対）　入院（件数）		50件	(3.7)							
	⑤	糖尿病治療中	H	2,441人	13.6%							KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	（再掲）40-74歳	H	2,402人	16.8%							
	⑦	健診未受診者	I	2,067人	86.1%							
	⑧	インスリン治療	O	151人	6.2%							
	⑨	（再掲）40-74歳	O	149人	6.2%							
	⑩	糖尿病性腎症	L	166人	6.8%							
	⑪	（再掲）40-74歳	L	166人	6.9%							
	⑫	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		34人	1.39%							
	⑬	（再掲）40-74歳		34人	1.42%							
	⑭	新規透析患者数										
	⑮	（再掲）糖尿病性腎症										
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		101人	296.9%							KDB_厚生労働省様式様式3-2※後期ユーザー
6	①	医療費　総医療費		52億7847万円								KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費		31億5179万円								
	③	（総医療費に占める割合）		59.7%								
	④	生活習慣病対象者1人当り　健診受診者		8,016円								
	⑤	生活習慣病対象者1人当り　健診未受診者		28,471円								
	⑥	糖尿病医療費		3億3111万円								
	⑦	生活習慣病総医療費に占める割合		10.5%								
	⑧	糖尿病入院外総医療費		10億7706万円								
	⑨	1件あたり		33,600円								
	⑩	糖尿病入院総医療費		3億8957万円								
	⑪	1件あたり		475,665円								
	⑫	在院日数		15日								
	⑬	慢性腎不全医療費		4億0638万円								
	⑭	透析有り		3億9141万円								
	⑮	透析なし		1497万円								
7	①	介護　介護給付費		65億0064万円								
	②	（2号認定者）糖尿病合併症		1件	800.0%							
8	①	死亡　糖尿病（死因別死亡数）		13人	1.4%							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 6】

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なりやリスクの期間で推測)

問診

- □年齢・性別（男45歳以上/女55歳以上）
- □家族歴（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死
  - ②若年発症の虚血性心疾患
  - ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- □既往歴（一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患）
- □喫煙 → NO不活化等
- □ストレス（職場環境、生活リズムの変化など ） → 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- □閉経（ 歳） → エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

＋

健診

- □メタボリックシンドローム → 大血管障害要因
  - □20歳の体重（15%以上の増加）
  - 内臓脂肪の蓄積 → 高中性脂肪・低ＨＤＬ / 血圧高値 / 耐糖能異常・高血糖
  - （高インスリンの期間を予測）
  - → インスリン抵抗により移行
- □糖尿病 → 大血管障害要因
- □高血圧 → プラーク破裂促進要因
- □高LDLコレステロール → 大血管障害要因
- □CKD → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈のれん縮

冠動脈の狭窄

プラークの形成

- ❶狭窄が50%以下でもプラークの経時を起こすことがある（不安定プラーク）
  ＊特にメタボは不安定プラークを形成しやすい
- ❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → **心筋壊死**

心電図

- □所見あり
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □所見なし → **自覚症状**
  - □あり

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
- ・顎や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や暗気を伴う

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（３ヶ月後・半年後・１年後）

→ **精密検査**

- □狭心症
  - □異型（冠れん縮）狭心症
  - □労作性狭心症
  - □不安定狭心症

→ □急性心筋梗塞

不安定プラークの破裂により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の閉塞時間の延長または閉塞（狭窄）を起こす。
（急性冠症候群：ACS）

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）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・労作時関係なく		
症状の時間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静にても良解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □ 75ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT
- □心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する客観的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者選定の考え方

健診結果・問診	リスクの状況		対象者
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク	
① 心電図	心電図所見なし	□ST変化	⑤重症化予防対象者
		□その他所見	
② 問診	自覚症状なし	症状 □労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） □安静時にも胸に違和感、締め付け □以前にも同じような症状があった □頚、肩、歯の痛み □冷汗、吐き気がある	⑤重症化予防対象者
	□家族歴　□運動習慣 □既往歴・合併症　□睡眠習慣 □喫煙　□家庭血圧 □アルコール		発症予防対象者

③ 健診結果	（1）経年的にみてどこにいるのか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるのか。 （2）今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム □腹囲		男85～　女90～		
□BMI	～24.9	25～		
□中性脂肪 空腹	～149	150～299	300～	
□中性脂肪 食後	～199	200～		
□HDL-C	40～	35～39	～34	
□ALT	～30	31～50	51～	
□γ-GT	～50	51～100	101～	
□血糖 空腹	～99	100～125	126～	【軽度】□75g糖負荷試験 【重度】□眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
□血糖 食後	～139	140～199	200～	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	
□血圧 収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の識別）
□血圧 拡張期	～84	85～89	90～	
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～	
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無
eGFR		60未満		
尿蛋白	(－)	(＋) ～		
□CKD重症度分類		G3aA1		

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB_厚生労働省様式様式3-3（平成28年7月作成分）

被保険者: 17,914人

年代別	人数	割合
20代以下	2,479	13.8
30代	1,102	6.2
40代	1,482	8.3
50代	1,990	11.1
60代	7,127	39.8
70-74歳	3,734	20.8

A 再掲 40-74歳: 14,333人

高血圧症治療中: 4,373人（24.4）

※割合は、被保険者に占める割合

7	0.3
17	1.5
76	5.1
317	15.9
2,302	32.3
1,654	44.3

H 4,349人 30.3

I 特定健診未受診者: 2,813人（H-G'）64.7（I/H）

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（高血圧）」で対象者の把握が可能

血圧値がわからない（データがない）ため、コントロール状況がわからない。→保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

KDBシステム様式3-1 H28.7作成分

生活習慣病全体の人工透析患者数（40～74歳）		
（様式3-2）糖尿病合併	糖尿病以外の腎症合併（R-S）	R 66人
S 34人	32人	

脳血管疾患	虚血性心疾患	人工透析
724人（16.6）	672人（15.4）	63人（1.44）

※割合は、高血圧治療者に占める割合

0	0.0	0	0.0	1	14.29
1	5.9	0	0.0	1	5.88
7	9.2	9	11.8	4	5.26
38	12.0	29	9.1	7	2.21
353	15.3	322	14.0	39	1.69
325	19.6	312	18.9	11	0.67

O		P		Q	
723人	16.6	672人	15.5	61人	1.40

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
1,689	127	590	2,566
38.8	2.9	13.6	59.0

特定健診 [40-74歳] 平成28年度

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者: 12,666人

C 特定健診受診者: 4,863人 -38.4%

E 高血圧 140/90以上: 1,025人（0.2）

※ 上記「E：高血圧」に内服治療中の140/90未満は含まない。

高血圧治療中（質問票 服薬有）: 1,536人（30.6）…G'

G

合計（Ⅰ度以上）	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度
436人	371人	56人	9人
42.5（G/E） 10.0（G/H）	85.1	12.8	2.1
589人	475人	102人	12人
57.5（F/E）	80.6	17.3	2.0

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

肥満	高血糖	高尿酸	脂質異常症
BMI25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	7.1以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
123人	32人	58人	283人
28.2	7.3	13.3	64.9
127人	40人	71人	437人
21.6	6.8	12.1	74.2

臓器障害

	眼底検査有所見者	心電図結果有所見者	尿たんぱく（＋以上）
詳細健診実施者（J）	82人	312人	
（J/C）	1.6	6.2	
検査実施者（K）	18人	39人	435人
実施率（K/G）	4.1	8.9	99.8
有所見者（L）	4人	20人	42人
有所見率（L/G）	0.9	4.6	9.6
検査実施者（M）	27人	64人	588人
実施率（M/F）	4.6	10.9	99.8
有所見者（N）	8人	30人	23人
有所見率（M/F）	1.4	5.1	3.9

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

【参考資料 9】

血圧評価表

番号	宛名番号	氏名	性別	年齢	健診データ																			
					過去５年間のうち直近					H24			H25			H26			H27			H28		
					メタボ判定	HbA1c	LDL	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期

【参考資料 10】

心房細動管理台帳

番号	基本情報				治療の状況					毎年度確認すること														
	宛名番号	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26					H27					H28				
										健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

中津川市における社会保障制度の継続と保険者努力支援制度

資料A

いきいきと 輝け健康 なかつがわ。 万人のヘルスアップ

中津川市
人口7.9万人　高齢化率31.3%（H29年4月1日現在）
（国保加入数1.7万人　加入率21.3%）

❶ 社会保障費（H28年度）

国保医療費　53億円

予防可能な生活習慣病 ➡

		H28年度の受療状況を見ると…
慢性腎不全	3.9億円	82人（0.5%）
糖尿病	3.3億円	3,894人（23.0%）
高血圧	3.4億円	6,138人（36.3%）

介護費　65億円（全体）

40～64歳
2号認定者（77人）
認定率0.29%（H25年0.39%）

有病状況
再掲）国保47件

脳卒中	70.2 %
虚血性心疾患	23.4 %
糖尿病	21.7 %

65歳～
1号認定者（4,353人）
認定率19.3%（H25年18.4%）

有病状況
再掲）国保197件

脳卒中	52.3%
糖尿病	28.7%
虚血性心疾患	28.4%

❷ 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体に対し国から財政支援

国の予算額　H28年度　150億円　→　H30年度　500億円に増額

	評価指標	30年度 満点	28年度前倒し分 満点	中津川市	岐阜県	国
	H29・30年度	850点	345点	231点	191.5点	198.7点
共通①	特定健診受診率	50	20	0	24.5	21.5
共通①	特定保健指導実施率	50	20	20		
共通①	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	15		
共通③	糖尿病等重症化予防の取組	100	40	40	15.2	18.8
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	16.8	23.0
共通④	個人のインセンティブ提供	70	20	0		
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10	5.7	7.2
共通②	がん検診受診率	30	10	0	15.4	11.9
共通②	歯周疾患（病）検診実施状況	25	10	10		
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	5	2.0	2.9

都道府県の指標	① 市町村指標の都道府県単位評価 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	100
都道府県の指標	③ 都道府県の取組状況　【150億円】 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	未定
都道府県の指標	② 医療費適正化のアウトカム評価　【150億円】 国保・年齢調整後1人当たり医療費	50

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度の支援金が交付されます。

平成28年度　231点 / 345点（満点中）
全国順位　396位 / 1,741（市町村中）

H28年度
頂いたお金　940 万円
1点当たりの金額 約4万円

特定健診受診率
ー評価指標ー
受診率60%以上
（市町村国保）
現在4,863人
（38.4%）

治療中で健診未受診の方
5,270人が
健診を受診又は
検査結果の情報
を提供した場合
受診率79%

❸

H28年度特定健診対象者　12,666人

未受診者
7,803人（61.6%）

受診者
4,863人（38.4%）
県内24位/42市町村中

治療中で健診未受診
5,270人

	未受診者	受診者
高血圧	高血圧 治療中 2,878人※1	Ⅱ度高血圧（160/100）以上 168人（未治療102人）
糖尿病	糖尿病 治療中 2,101人※2	HbA1c6.5%以上 273人（未治療98人）
脂質異常症	脂質異常症 治療中 2,641人※3	LDLコレステロール180以上 194人（未治療171人）

適切な医療を受け、重症化を予防しましょう。

❹ ～人間ドックや職場の健診を受けている方・治療中の方へのお願い～

健診・検査結果の提供をお願いします

健診・検査項目が、 特定健診項目を満たしている場合、市の特定健診を受診したとみなされ、国に報告することが出来ます。
中津川市国民健康保険に加入中で、平成29年度・30年度の健診・検査結果をお持ちの方は、市国民健康保険課、または、お近くの地域事務所、保健センターへ健診結果の写しをご提出ください。
受診率向上にご協力をお願いします。

病院受診や健診受診を何年もしていない方へ
⇒生活習慣病の発症に気づかず、重症化している可能性があります。
１年に１回は健診を受け、ご自身の体の状態を確認してください。

【問合せ先】国民健康保険課　0573-66-1111（内線113）
健康医療課　0573-66-1111（内線627）

データ：KDBシステム　※1：（KDB厚生労働省様式3－3 ）データ受領対象者、※2：（KDB厚生労働省様式3－2）データ受領対象者、※3：（KDB厚生労働省様式3－4）データ受領対象者

健診結果と生活を科学的に解明する

万人のヘルスアップ

からだの実態

1. 特定健診の状況（平成28年度）

市国保特定健診 受診者4,863人	中津川市 要経過観察	中津川市 要医療
高血圧症（mmHg）	130～139/85～89 1,040人（22.1%）	140/90以上 958人（20.3%）
糖尿病（HbA1c%）	5.6～6.4 1,971（41.9%）	6.5%以上 273人（5.8%）
LDL（mg/dl）	120～139 1,184人（25.1%）	140以上 1347人（28.6%）
中性脂肪（mg/dl）	150～299 945人（20.1%）	300以上 143人（3.0%）
尿酸（mg/dl）	7.1～7.9 399人（6.6%）	8以上 156人（3.3%）
GOT（u/l）	31～50 511人（10.9%）	51以上 86人（1.8%）
γ-GTP（u/l）	51～100 434人（9.2%）	101以上 187人（4.0%）

血管内皮の傷み
（動脈硬化）

2. 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

※医療費が高額となる疾患、長期入院など生活に大きな影響を与える疾患

対象レセプト	H28年度	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
① 高額になる疾患（80万円以上レセ）	件数	**719件**	54件 **7.5%**	59件 **8.2%**	--
	費用額	**10億447万円**	5919万円 **5.9%**	1億1921万円 **11.9%**	--
② 長期入院（6か月以上の入院）	件数	**699件**	60件 **8.6%**	56件 **8.0%**	--
	費用額	**2億7491万円**	1913万円 **7.0%**	2029万円 **7.4%**	--
③ 人工透析患者（長期化する疾患）	件数	**916件**	272件 **29.7%**	388件 **42.4%**	444件 **48.5%**
	費用額	**4億580万円**	1億1753万円 **29.0%**	1億7129万円 **42.2%**	1億9746万円 **48.7%**

対象レセプト（H28.5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
④ 生活習慣病の治療者数構成割合	**7,374人**		940人 **12.7%**	856人 **11.6%**	166人 **2.3%**
	基礎疾患の重なり	高血圧	724人 **77.0%**	672人 **78.5%**	127人 **76.5%**
		糖尿病	425人 **45.2%**	440人 **51.4%**	166人 **100%**
		脂質異常症	639人 **68.0%**	586人 **68.5%**	114人 **68.7%**
	高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
	4,373人		**2,441人**	**3,759人**	**749人**
	59.3%		33.1%	51.0%	10.2%

出典
厚生労働省ホームページ　特定健診・特定保健指導に関するデータ（全医療保険者）
総務省統計局　経済サンセス基礎調査（細分類・全事業所）
国税庁　都道府県別の販売（消費）　総務省　家計調査　H28年岐阜県県民栄養調査
特定健診等データ管理システムより作成（平成28年度法定報告（実績報告）対象者（平成29年8月29日時点））

食の実態

炭水化物
（糖）
過剰摂取

食　塩
過剰摂取

ビタミン
ミネラル
食物繊維
摂取不足

食品ランキング	岐阜　全国順位
もち	5位
おにぎり	5位
ハム	5位
豆類	7位
こんぶつくだ煮	9位
うなぎの蒲焼き	10位
魚肉練り製品（かまぼこ、ちくわ以外）	10位
ちくわ	12位
魚介のつくだ煮	12位
柿	1位
もも	9位
和生菓子（羊羹・饅頭以外）	2位
ケーキ	10位
スナック菓子	8位

飲食店数	岐阜　全国順位
	2位
	3位
焼肉店	6位

喫茶・外食代	岐阜　全国順位
喫茶代	1位
外食代	7位
和食	2位
すし	3位
中華	3位
日本そば・うどん	8位

地勢・風土
寒暖の差が激しい 中山間地域 昼夜の気温差が大
農家数が多い（県下2位） 米作りが盛ん（米収穫量 県下3位） ⇒米文化

歴史
中山道の宿場町　おもてなしの心
郷土料理が多い （五平餅・寿司煮物・漬物） ⇒保存食文化 （醤油・味噌・塩・砂糖で甘辛い味）
和菓子店多い お茶（製茶） ⇒間食習慣
酒（造り酒屋）

市民の食習慣
地域の行事やまつりが多い 無尽等集まって食事やお酒を飲む ⇒飲酒習慣
モーニング

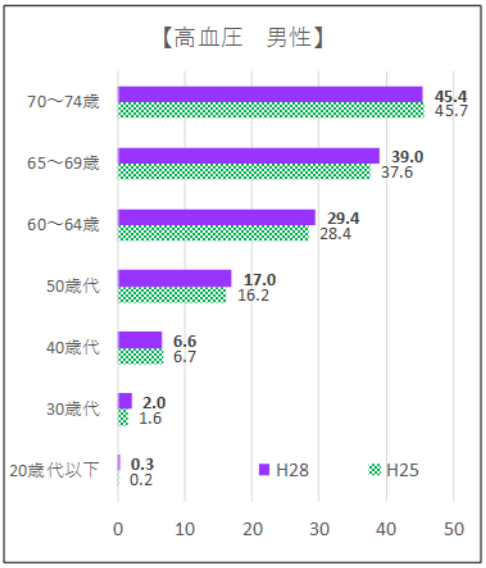
県民栄養調査結果（H28）

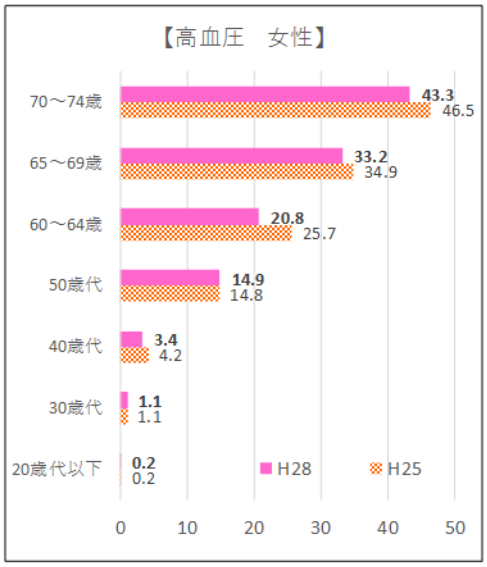
食塩摂取量	1日基準量	東濃地域
男　性	8.0ｇ	**10.3ｇ**
女　性	7.0ｇ	**8.3ｇ**

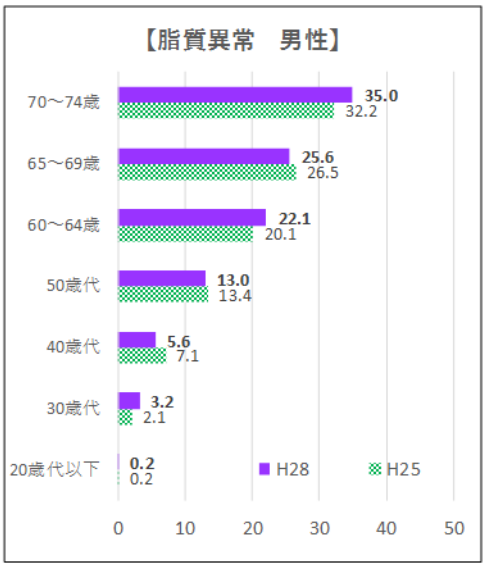
野菜摂取量	1日基準量	東濃地域	野菜摂取の内訳
男　性	350ｇ	**293ｇ**	緑黄食野菜81ｇ　その他の野菜192ｇ 漬物12ｇ
女　性		**242ｇ**	緑黄食野菜80ｇ　その他の野菜149ｇ 漬物7ｇ

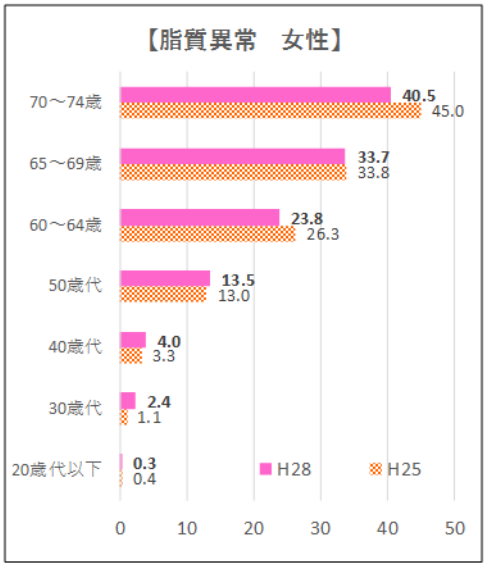
【参考資料12】

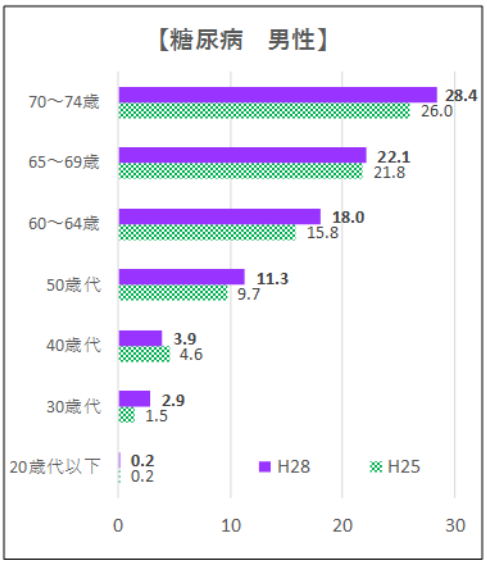
生活習慣病有病状況　H29.5 月診療(KDB　H29.7 月作成)　【参考資料 13-①】

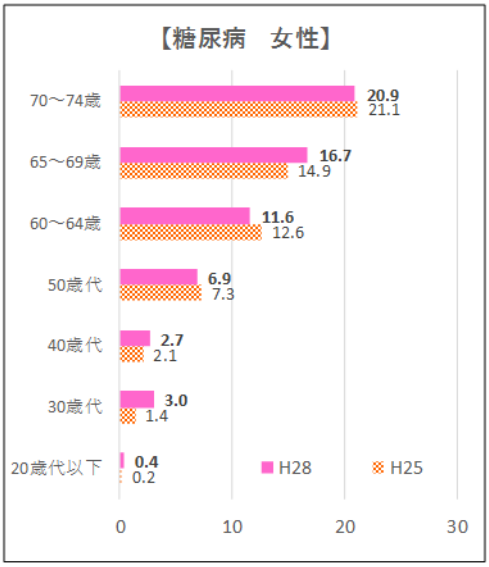


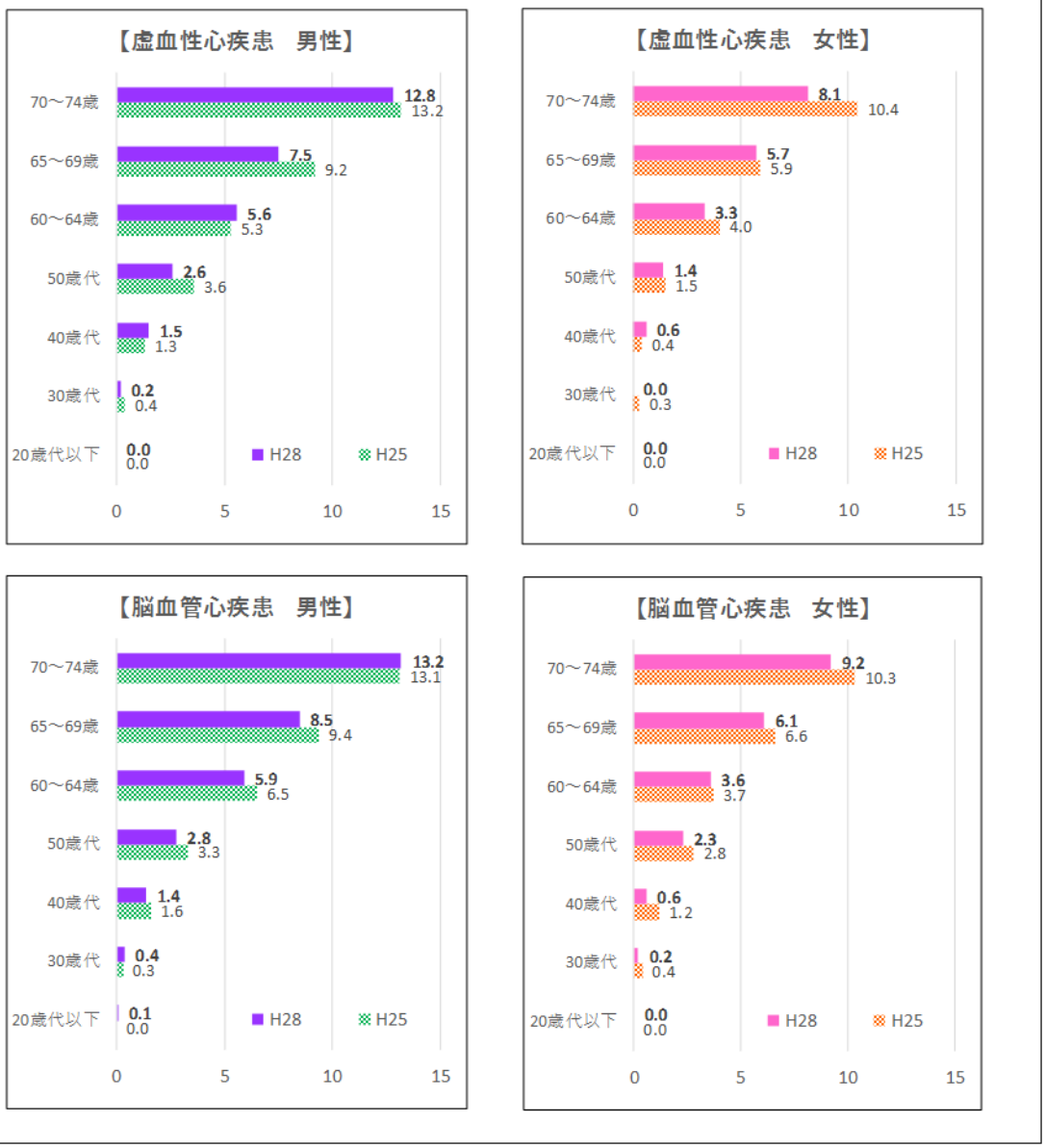











【虚血性心疾患　男性】
70～74歳 12.8 13.2
65～69歳 7.5 9.2
60～64歳 5.6 5.3
50歳代 2.6 3.6
40歳代 1.5 1.3
30歳代 0.2 0.4
20歳代以下 0.0 0.0
H28
H25
0 5 10 15
【虚血性心疾患　女性】
70～74歳 8.1 10.4
65～69歳 5.7 5.9
60～64歳 3.3 4.0
50歳代 1.4 1.5
40歳代 0.6 0.4
30歳代 0.0 0.3
20歳代以下 0.0 0.0
H28
H25
0 5 10 15
【脳血管心疾患　男性】
70～74歳 13.2 13.1
65～69歳 8.5 9.4
60～64歳 5.9 6.5
50歳代 2.8 3.3
40歳代 1.4 1.6
30歳代 0.4 0.3
20歳代以下 0.1 0.0
H28
H25
0 5 10 15
【脳血管心疾患　女性】
70～74歳 9.2 10.3
65～69歳 6.1 6.6
60～64歳 3.6 3.7
50歳代 2.3 2.8
40歳代 0.6 1.2
30歳代 0.2 0.4
20歳代以下 0.0 0.0
H28
H25
0 5 10 15

評価（イメージ図）　平成○年度

第１期保健事業計画目標 （データヘルス計画）	◆特定健診受診率　　％ ◆特定保健指導実施率　　％ ◆血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果の改善 ◆虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らす ◆医療費の伸びを押さえる

H○年度目標	評価				
	1.プロセス（やってきた実践の過程）	2.アウトプット（事業実施量）	3.アウトカム（結果）	4.ストラクチャー（構造）	5.残っている課題
受診率向上対策（未受診者対策）					
◆H○年度より特定健診受診率を上げる ◆特保対象者継続受診　目標80％	◆取組 ◆ ◆	① ② ③	◆特定健診受診率　　％ ◆特定保健指導実施率　　％ ◆特保継続受診率　　％	◆	・特定健診受診率が上がらない。 ・健診未受診者に治療中の者の割合が高い。 ⇒治療中者、医療機関に市の社会保障の実態、保険者努力者支援制度について説明する必要がある。 ・健診未受診者の実態が把握できていない。 ⇒健診未受診者に対する状況調査が必要。健診、治療を全く受けていない人を把握し健診受診勧奨を行う必要がある。
重症化予防対策					
◆結果説明面接の対象者 重点課題対象者に対し、優先的に重症化予防の保健指導・栄養指導を実施する。 ①高血圧Ⅱ度以上（治療中はⅢ度） ②HbA1c7.4以上の者 ③尿蛋白２＋以上の者 ◆特に④・⑤については治療率80％以上を目標に受診勧奨する。 ④新規　Ⅲ度高血圧者 ⑤新規　HbA1c7.4以上の者 ◆糖尿病性腎症重症化プログラムの実施 ◆前年より内臓脂肪症候群の減少	◆方法 ◆	① ② ③	◆対面実施率 ◆治療率目標 ◆☒	◆ ◆ ◆	・面接をする対象者の検討 ・目標数値、評価指標の検討 ・糖尿病治療中断者（管理台帳に載っていない人）の実態把握が必要。どのように受診勧奨するか検討必要。
医療とのつながり					
◆地区の医療機関との連携 ◆糖尿病プログラムの連携			◆ ◆ ◆	◆	・今後も、年数回地区担当が医療機関へ訪問し関係を築いていく ・理事会での説明

第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成 30 年３月　策定
中津川市国民健康保険課

〒508-8501
中津川市かやの木町２番１号
TEL（0573）66-1111
FAX（0573）62-0058