

宇城市国民健康保険

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)および

第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月

宇城市

宇城市国民健康保険

第２期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第３期特定健康診査等実施計画

第１章	保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	１
１	背景・目的	
２	計画の位置付け	
３	計画期間	
４	関係者が果たすべき役割と連携	
５	保険者努力支援制度	
第２章	第１期計画に係る評価及び考察と 第２期計画における健康課題の明確化	１０
１	第１期計画に係る評価及び考察	
２	第２期計画における健康課題の明確化	
３	目標の設定	
第３章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	３０
１	第三期特定健診等実施計画について	
２	目標値の設定	
３	対象者の見込み	
４	特定健診の実施	
５	特定健診受診率向上の取組	
６	特定保健指導の実施	
７	個人情報保護の保護	
８	結果の報告	
９	特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第４章	保健事業の内容	３８
１	保健事業の方向性	
２	重症化予防の取組	
	(１)糖尿病性腎症重症化予防	
	(２)脳血管疾患重症化予防	
	(３)虚血性心疾患重症化予防	
３	市民に広く周知啓発する取組	
第５章	地域包括ケアに係る取組	５８

第 6 章 計画の評価・見直し	60
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	62
参考資料	63

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。）等の電子化が進展するとともに、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国民健康保険、国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。）の三者（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

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

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（以下「国保」という。）については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（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、国の指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、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 計画の位置付け

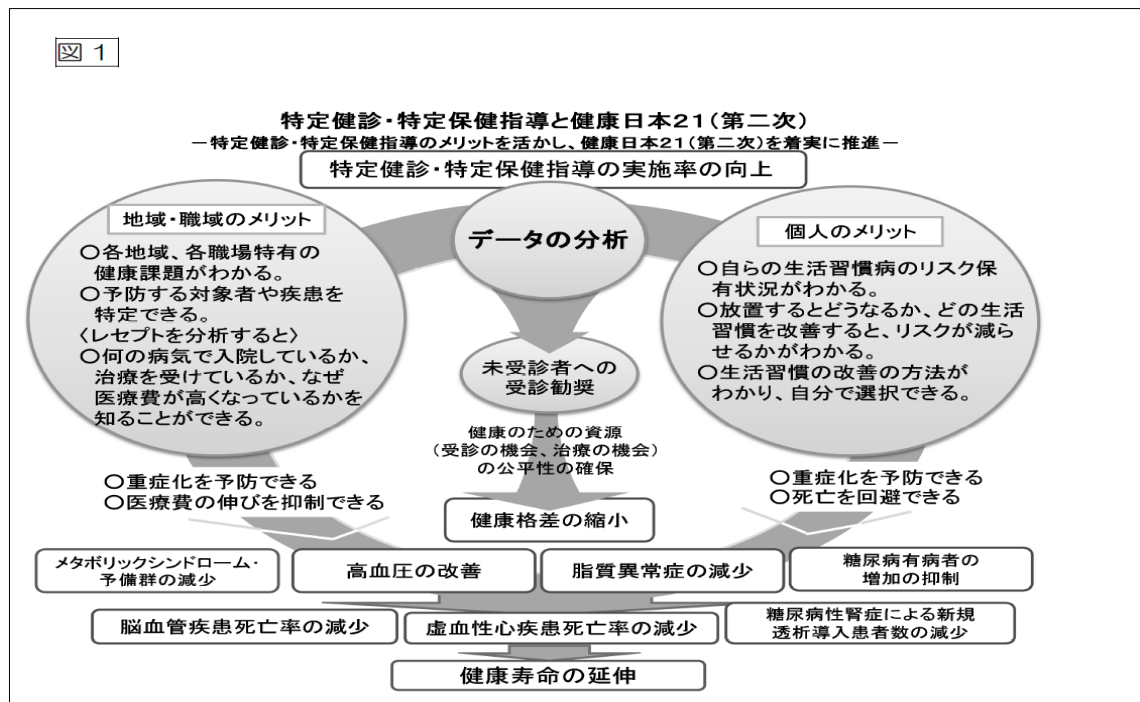
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、くまもと21ヘルスプラン(熊本県健康増進計画)や熊本県における医療費の見通しに関する計画(熊本県医療費適正化計画)、健康宇城市21計画(宇城市健康増進計画)、第7期宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画と調和を図る必要がある。(図表1・2・3)

【図表1】

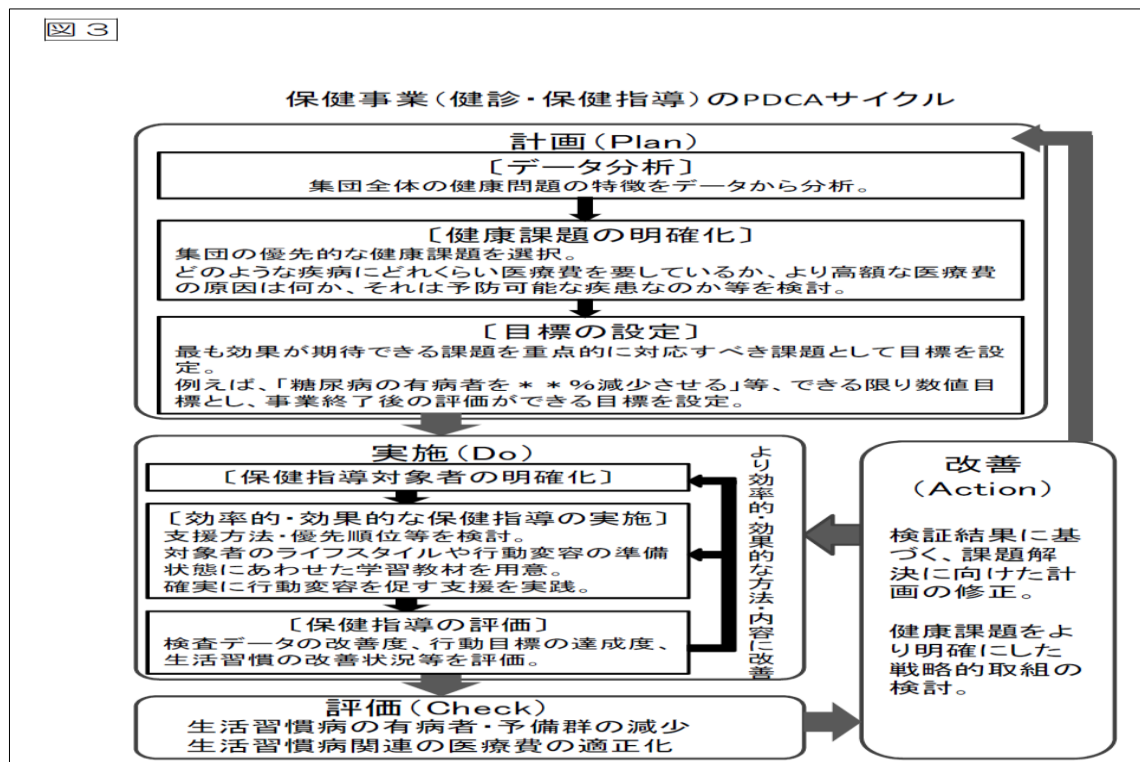
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な 実施等に関する指針(第一版改訂)	厚生労働省 保険局 平成24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(第一版改訂)」	厚生労働省 老健局 平成24年6月 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 健康局 平成24年3月 医療費適正化に関する指針 について(基本指針)【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成24年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県、義務、市町村、努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村、義務、都道府県、義務	都道府県、義務	都道府県、義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を軸とし、社会生活を営むために必要な理 解の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活 制度が維持・発展するものとなるよう、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の生活習慣病の予防 施策を進め、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生を 防ぎ、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、医療の持続可能性を 確保することを目指す。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の生活 的・健康的な生活の確保が中心となり、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。	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支援することや、更介護状 態または要支援状態となることへの予防又は、要介護 状態等の軽減もしくは重症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 が適度に増大しないよう、いかにして、医療 かつ適切な医療を効率的に提供するかを課題と して取り組む。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、地域において役割の異なる医療の 機能を果たし、自費かつ適切な医療を効 率的に提供するための体制の整備を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎 える現在の若年(若壮年期、小児期)からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 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・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 耳聾・聴覚低下、有聴覚障害 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 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	①53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)による年齢調整入院率(患者数) ③合併症(糖尿病性腎症)による年齢調整入院率(患者数) ④脳血管疾患・虚血性心疾患におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病性腎症 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦特定健診・特定保健指導の実施率 ⑧特定健診・特定保健指導の実施率 ⑨特定健診・特定保健指導の実施率 ⑩特定健診・特定保健指導の実施率 ⑪特定健診・特定保健指導の実施率 ⑫特定健診・特定保健指導の実施率 ⑬特定健診・特定保健指導の実施率 ⑭特定健診・特定保健指導の実施率 ⑮特定健診・特定保健指導の実施率 ⑯特定健診・特定保健指導の実施率 ⑰特定健診・特定保健指導の実施率 ⑱特定健診・特定保健指導の実施率 ⑲特定健診・特定保健指導の実施率 ⑳特定健診・特定保健指導の実施率 ㉑特定健診・特定保健指導の実施率 ㉒特定健診・特定保健指導の実施率 ㉓特定健診・特定保健指導の実施率 ㉔特定健診・特定保健指導の実施率 ㉕特定健診・特定保健指導の実施率 ㉖特定健診・特定保健指導の実施率 ㉗特定健診・特定保健指導の実施率 ㉘特定健診・特定保健指導の実施率 ㉙特定健診・特定保健指導の実施率 ㉚特定健診・特定保健指導の実施率 ㉛特定健診・特定保健指導の実施率 ㉜特定健診・特定保健指導の実施率 ㉝特定健診・特定保健指導の実施率 ㉞特定健診・特定保健指導の実施率 ㉟特定健診・特定保健指導の実施率 ㊱特定健診・特定保健指導の実施率 ㊲特定健診・特定保健指導の実施率 ㊳特定健診・特定保健指導の実施率 ㊴特定健診・特定保健指導の実施率 ㊵特定健診・特定保健指導の実施率 ㊶特定健診・特定保健指導の実施率 ㊷特定健診・特定保健指導の実施率 ㊸特定健診・特定保健指導の実施率 ㊹特定健診・特定保健指導の実施率 ㊺特定健診・特定保健指導の実施率 ㊻特定健診・特定保健指導の実施率 ㊼特定健診・特定保健指導の実施率 ㊽特定健診・特定保健指導の実施率 ㊾特定健診・特定保健指導の実施率 ㊿特定健診・特定保健指導の実施率	①特定健康診査率 ②特定健康指導実施率	①生活習慣病の状況(特定健康診査の実施率を考慮する) ②食生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健康診査率 ⑧特定健康指導率 ⑨健診結果の変化 ⑩生活習慣病の有病率・予備群 ⑪医療費 ⑫介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 ②一人あたり医療費の削減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドローム・予備群の減少 ⑤糖尿病性腎症予防の推進 ⑥医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて変更)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度)】を減額し、保険料率決定	保健事業・支援(評価委員会(事務局、国保連合会))による計画作成支援	保険者協議会(事務局、国保連合会)を通じて、保険者との連携		

【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

本計画の計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引書（以下「手引書」という）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、熊本県における医療費の見通しに関する計画（熊本県医療費適正化計画）や熊本県地域保健医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

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と連携

本市においては、市民課国保年金係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、市民の健康の保持増進にかかわりのある、他部局とも連携し、宇城市一体となって計画策定を進めてきた。

具体的には、保健衛生を担当する健康づくり推進課と事業の企画・実施・評価の部分で協力・連携し、介護保険を担当する高齢介護課、高齢者医療を担当する市民課高齢者医療係、生活保護を担当する社会福祉課と、実態の共有等をしている。財政課とは、予算策定時に医療費等の社会保障費の状況や市の財政に及ぼす影響などについて意見交換し、企画課とは、第2次宇城市総合計画で掲げている基本目標「住み続けるまちづくり」を実現するため、情報共有を実施している。

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

（2）外部有識者等との役割と連携

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、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保健事業支援・評価委員会など外部有識者との連携・協力が重要である。

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

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

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者

となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、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保健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。

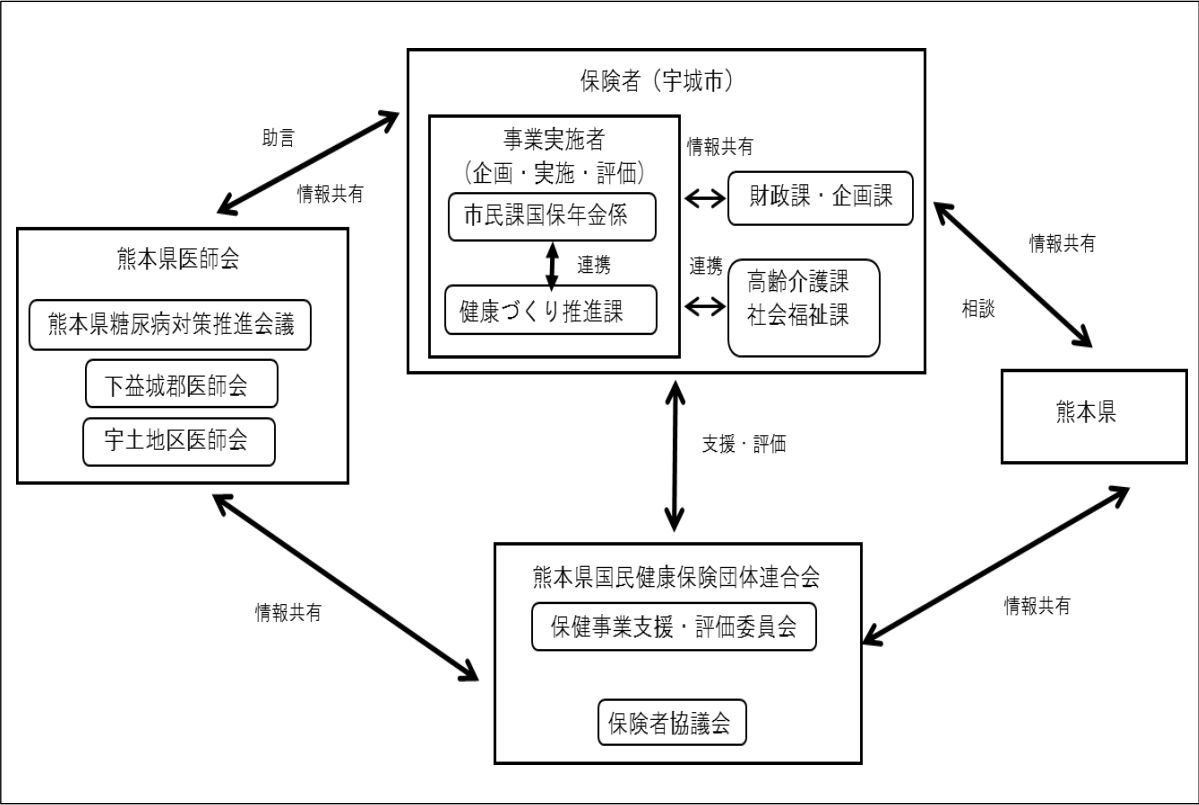
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

（３）被保険者の役割

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

【図表 4】



5 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 30 年度から本格実施することとなっており、すでに平成 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。

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)

本市は、平成 28 年度では全国 1,741 市町村中 585 位で、882 万円交付された。健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される。

【図表 5】

評価指標		H28配点	H29配点	H30配点	H30(参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
予算規模(億円)		150	250	500	
宇城市					
交付額(万円)		882			
総得点(体制構築加点含む)		278			
全国順位(1,741市町村中)		585			
県内順位(45市町村中)		25			
共通①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	15			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患（病）検診	10			25
共通③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
共通④	個人のインセンティブ提供	0			70
	個人への分かりやすい情報提供	20			25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	0			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に対する取組	15			100
固有②	データヘルス計画の策定状況	10			40
固有③	医療費通知の取組	10			25
固有④	地域包括ケアの推進	5			25
固有⑤	第三者求償の取組	3			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	60			50
	体制構築加点	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

ア 全体の経年変化(図表6)

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、心臓病・糖尿病による死亡は減少しているものの、脳疾患・腎不全による死亡割合は増加しており、同規模市平均、県に比べても高い割合である。(項目2-①)

要介護認定率は第1号(65歳以上)、第2号(40～64歳)ともに減少したが、介護給付費の増加がみられ、1件当たりの給付費が増えている。(項目3-①)

医療費に占める入院費用・件数の割合は、平成25年度と比べて減少しているものの、同規模市と比べるとまだ高い状況である。(項目4-③)また、特定健診受診の有無による医療費の違いをみると、健診受診者の医療費は少なく、未受診者の医療費は高く、平成25年度と比較すると、差額が大きくなっている。(項目4-⑥)健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、健診結果を見ると、メタボ該当者が増加しており、中でも血圧・血糖・脂質の3項目該当している人が増加していることから更なる発症予防、重症化予防の対策が必要である。(項目5-⑤)また、特定健診受診率が横ばいであるため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上へ取り組んでいく必要がある。

※同規模市

KDBには同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じて13段階に区分され、宇城市は「同規模区分5」に分類されている。

同規模区分5・・・人口規模5万人以上～10万人未満・266市

宇城市の地域特性

【図表 6】

項目				H25		H28		H28				データ元 (CSV)			
				宇城市		宇城市		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		61,555		61,555		18,346,852		1,794,477		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			65歳以上（高齢化率）		17,108 27.8		17,108 27.8		4,430,444 24.1		462,261 25.8		29,020,766 23.2		
			75歳以上		9,565 15.5		9,565 15.5				253,517 14.1		13,989,864 11.2		
			65～74歳		7,543 12.3		7,543 12.3				208,744 11.6		15,030,902 12.0		
			40～64歳		20,778 33.8		20,778 33.8				602,031 33.5		42,411,922 34.0		
	39歳以下		23,669 38.5		23,669 38.5				730,185 40.7		53,420,287 42.8				
	②	産業構成	第1次産業		17.0		17.0		6.1		10.5		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		21.9		21.9		28.9		21.2		25.2		
			第3次産業		61.2		61.2		65.0		68.4		70.6		
	③	平均寿命	男性		79.8		79.8		79.6		80.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		87.3		87.3		86.3		87.0		86.4		
	④	健康寿命	男性		65.1		65.1		65.3		65.3		65.2		
			女性		66.9		67.0		66.8		66.7		66.8		
			標準化死亡比（SMR）	男性	93.7		97.8		100.0		94.7		100.0		
				女性	90.9		94.2		100.9		92.8		100.0		
2	①	死亡の状況	死因	がん	193 42.4		191 44.4		54,818 48.1		5,499 48.4		367,905 49.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				心臓病	129 28.4		118 27.4		30,930 27.1		3,135 27.6		196,768 26.5		
				脳疾患	79 17.4		81 18.8		18,797 16.5		1,774 15.6		114,122 15.4		
				糖尿病	13 2.9		9 2.1		2,153 1.9		183 1.6		13,658 1.8		
				腎不全	19 4.2		24 5.6		3,750 3.3		449 3.9		24,763 3.3		
				自殺	22 4.8		7 1.6		3,547 3.1		332 2.9		24,294 3.3		
②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		9.5		81 9.7				1,948 9.1		136,944 10.5		厚労省HP 人口動態調査	
		男性		13.4		56 15.2				1,294 12.6		91,123 13.5			
		女性		6.2		25 5.3				654 5.9		45,821 7.2			
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		3,651 20.9		3,361 20.2		891,715 20.2		108,753 23.3		5,882,340 21.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		65 0.3		45 0.3		15,309 0.3		1,536 0.3		105,654 0.3		
			2号認定者		86 0.4		69 0.3		21,986 0.4		2,247 0.4		151,745 0.4		
	②	有病状況	糖尿病		878 23.1		770 22.1		203,607 21.9		24,059 21.2		1,343,240 21.9		
			高血圧症		2,118 55.9		1,983 57.3		478,594 51.8		64,201 57.3		3,085,109 50.5		
			脂質異常症		1,177 30.6		1,056 30.7		255,994 27.6		32,849 29.1		1,733,323 28.2		
			心臓病		2,513 65.8		2,289 66.1		545,522 59.1		72,675 64.9		3,511,354 57.5		
			脳疾患		1,011 26.5		865 24.4		239,267 26.2		27,774 25.2		1,530,506 25.3		
			がん		474 12.4		338 9.4		92,924 10.0		12,180 10.7		629,053 10.1		
			筋・骨格		2,311 60.0		2,150 62.1		468,953 50.8		65,671 58.5		3,051,816 49.9		
			精神		1,095 28.8		1,491 42.5		330,813 35.6		42,763 38.0		2,141,880 34.9		
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		61,634		69,483		61,236		61,022		58,349		
			居宅サービス		40,789		46,110		40,245		40,033		39,683		
			施設サービス		257,015		280,808		278,146		291,281		281,115		
	④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	11,203		8,160		8,026		8,532		7,980		
				認定なし	3,886		4,110		3,809		3,919		3,822		

項目			H25		H28		H28						データ元 (CSV)		
			宇城市		宇城市		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	国保の状況	被保険者数		19,122		17,025		4,516,485		471,487		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		6,278 32.8		6,630 38.9				182,316 38.7		12,462,053 38.2			
		40～64歳		7,387 38.6		5,979 35.1				162,771 34.5		10,946,693 33.6			
		39歳以下		5,457 28.5		4,416 25.9				126,400 26.8		9,178,477 28.2			
		加入率		31.1		27.7		24.7		26.3		26.9			
②	医療の概況 (人口千対)	病院数		8 0.4		8 0.5		1,257 0.3		214 0.5		8,255 0.3			
		診療所数		45 2.4		43 2.5		12,813 2.8		1,471 3.1		96,727 3.0			
		病床数		1,309 68.5		1,263 74.2		227,288 50.3		35,190 74.6		1,524,378 46.8			
		医師数		129 6.7		125 7.3		33,690 7.5		5,156 10.9		299,792 9.2			
		外来患者数		640.7		721.9		688.2		727.4		668.3			
		入院患者数		23.4		24.4		19.8		25.6		18.2			
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		25,087 県内24位 同規模69位		27,900 県内24位 同規模67位		25,582		27,978		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		受診率		664.038		746.317		708.019		752.943		686.501			
		外来	費用の割合		56.1		57.5		59.3		55.7		60.1		
			件数の割合		96.5		96.7		97.2		96.6		97.4		
		入院	費用の割合		43.9		42.5		40.7		44.3		39.9		
			件数の割合		3.5		3.3		2.8		3.4		2.6		
		1件あたり在院日数		16.9日		17.0日		16.2		18.0		15.6			
		④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	新生物		19.7		20.9		25.0		20.5			25.6
慢性腎不全（透析あり）				14.9		12.7		9.5		12.4		9.7			
糖尿病				10.8		10.0		10.1		9.6		9.7			
高血圧症				7.8		9.1		8.9		8.4		8.6			
精神				18.4		19.2		17.6		22.4		16.9			
筋・骨疾患				15.5		13.4		14.9		15.1		15.2			
⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数47 入院の（ ）内 は在院日数	入院	糖尿病		496,559 26位		559,436 15位								KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			高血圧		514,541 21位		565,389 8位								
			脂質異常症		483,566 19位		520,383 13位								
			脳血管疾患		601,507 10位		651,114 8位								
			心疾患		605,772 12位		637,643 20位								
			腎不全		659,850 18位		716,150 13位								
			精神		426,503 15位		428,263 22位								
			悪性新生物		544,904 18位		600,921 23位								
		外来	糖尿病		35,809 13位		36,692 14位								
			高血圧		32,233 5位		30,651 14位								
			脂質異常症		28,173 10位		26,582 18位								
			脳血管疾患		37,725 13位		37,090 17位								
			心疾患		48,254 8位		46,852 12位								
			腎不全		204,309 26位		186,499 29位								
			精神		28,550 24位		30,980 13位								
			悪性新生物		42,409 18位		52,814 14位								
			⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者		3,565 2682		2,411		2,197		2,065	
健診未受診者		10,713 12,317				12,679		12,505		12,683					
生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者				10,653 7,169		6,634		5,853		5,940				
	健診未受診者				32,018 32,926		34,890		33,311		36,479				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		2,702 58.4		2,431 58.3		669,151 55.7		58,300 55.1		4,116,530 55.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		医療機関受診率		2,544 55.0		2,249 53.9		617,720 51.5		54,091 51.1		3,799,744 51.6			
		医療機関非受診率		158 3.4		182 4.4		51,431 4.3		4,209 4.0		316,786 4.3			

項目				H25		H28		H28						データ元 (CSV)		
				宇城市		宇城市		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			
5	①		健診受診者	4,629		4,171		1,200,553		105,835		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	②		受診率	36.1	県内34位 同規模100位	35.4	県内37位 187	39.5		34.1	33	36.4				
	③	特定健診の 状況 県内順位 順位総数47	特定保健指導終了者（実施率）	263	43.3	211	45.5	144,581	30.2	5,423	40.6	198,683	21.1			
	④		非肥満高血糖	427	9.2	409	9.8	119,080	9.9	9,475	9.0	687,157	9.3			
	⑤		メタボ	該当者	691	14.9	691	16.6	109,544	17.5	17,830	16.8	1,272,714		17.3	
				男性	498	23.5	501	26.1	142,004	27.4	12,471	26.8	875,805		27.5	
				女性	193	7.7	190	8.4	67,540	9.9	5,359	9.0	396,909		9.5	
	予備群			521	11.3	403	9.7	28,835	10.7	11,959	11.3	790,096	10.7			
	⑥			男性	364	17.2	295	15.4	88,450	17.1	8,067	17.3	548,609		17.2	
	女性			157	6.3	108	4.8	40,385	5.9	3,892	6.6	241,487	5.8			
	⑦		メ タ ボ 該 当	腹囲	総数	1,375	29.7	1,219	29.2	379,261	31.6	33,760	31.9		2,320,533	31.5
	⑧				男性	968	45.7	876	45.7	257,437	49.7	23,100	49.6		1,597,371	50.1
	⑨				女性	407	16.2	343	15.2	121,824	17.9	10,660	18.0		723,162	17.3
	⑩	BMI		総数	193	4.2	192	4.6	57,060	4.8	4,462	4.2	346,181		4.7	
	⑪			男性	36	1.7	34	1.8	8,477	1.6	696	1.5	55,460		1.7	
	⑫			女性	157	6.3	158	7.0	48,583	7.1	3,766	6.4	290,721		7.0	
	⑬	予 備 群 レ ベ ル	血糖のみ	35	0.8	32	0.8	8,214	0.7	778	0.7	48,685	0.7			
⑭	血圧のみ		401	8.7	315	7.6	88,982	7.4	8,559	8.1	546,667	7.4				
⑮	脂質のみ		85	1.8	56	1.3	31,639	2.6	2,622	2.5	194,744	2.6				
⑯	血糖・血圧		159	3.4	152	3.6	32,969	2.7	3,408	3.2	196,978	2.7				
⑰	血糖・脂質		22	0.5	22	0.5	11,910	1.0	931	0.9	69,975	1.0				
⑱	血圧・脂質		319	6.9	296	7.1	101,012	8.4	8,270	7.8	619,684	8.4				
⑲	血糖・血圧・脂質		191	4.1	221	5.3	63,653	5.3	5,221	4.9	386,077	5.2				
6	①	生活習慣の 状況	服 薬	高血圧	1,435	31.0	1,416	33.9	412,372	34.4	35,687	33.7	2,479,216	33.7		
	糖尿病			280	6.1	301	7.2	93,059	7.8	7,801	7.4	551,051	7.5			
	脂質異常症			846	18.3	928	22.2	286,600	23.9	22,403	21.2	1,738,149	23.6			
	②		既 往 歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	136	2.9	107	2.6	37,598	3.2	2,961	2.8	230,777	3.3		
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	205	4.4	188	4.5	68,046	5.9	5,431	5.2	391,296	5.5		
				腎不全	12	0.3	11	0.3	7,528	0.7	424	0.4	37,041	0.5		
				貧血	437	9.5	435	10.4	116,827	10.1	10,937	10.5	710,650	10.1		
	③		喫煙	629	13.6	569	13.6	158,016	13.2	14,059	13.3	1,048,171	14.2			
	④		週3回以上朝食を抜く	314	7.1	286	7.3	72,002	7.1	7,942	8.4	540,374	8.5			
	⑤		週3回以上食後間食	492	11.1	393	10.0	111,439	10.9	10,908	11.3	743,581	11.8			
	⑥		週3回以上就寝前夕食	675	15.2	577	14.7	149,833	14.5	14,230	14.8	983,474	15.4			
	⑦		食べる速度が速い	1,183	26.6	1,046	26.7	254,684	25.1	25,168	26.2	1,636,988	25.9			
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加	1,372	29.7	1,279	32.6	326,322	31.6	32,732	33.2	2,047,756	32.1			
	⑨		1回30分以上運動習慣なし	2,724	61.3	2,417	61.6	605,529	58.4	60,327	61.2	3,761,302	58.7			
	⑩		1日1時間以上運動なし	478	10.8	1,788	45.6	460,802	44.4	48,491	50.4	2,991,854	46.9			
	⑪		睡眠不足	1,020	23.0	1,057	27.0	250,124	24.3	24,197	25.2	1,584,002	25.0			
	⑫		毎日飲酒	936	20.2	861	20.6	278,304	24.6	25,476	25.0	1,760,104	25.6			
⑬	時々飲酒	1,135	24.6	955	22.9	237,249	21.0	24,261	23.8	1,514,321	22.0					
⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	3,078	70.6	2,810	72.5	467,405	64.5	57,013	69.5	3,118,433	64.1				
⑮		1～2合	523	12.0	385	9.9	172,836	23.9	15,909	19.4	1,158,318	23.8				
⑯		2～3合	434	10.0	387	10.0	66,425	9.2	6,248	7.6	452,785	9.3				
⑰		3合以上	326	7.5	295	7.6	17,859	2.5	2,851	3.5	132,608	2.7				

イ 中長期目標の達成状況

ア) 介護給付費の状況（図表 7）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、居宅サービス、施設サービスを含む一件当たりの給付費が増加しているが、同規模平均では逆に減少している。高齢化率の上昇も要因として挙げられるが、そのほかに平成 27 年度に施設入所基準が要介護 3 以上になり、在宅での介護が増加し、居宅サービスが増えたことや要介護 3 以上の要介護認定が増えたことで施設サービスが増えたことが考えられる。

介護給付費の変化

【図表 7】

年度	宇城市				同規模		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス	1件当たり 給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス
H25	54億6506万円	61,634	40,789	257,015	63,801	40,998	284,022
H28	57億4005万円	↑ 69,483	↑ 46,110	↑ 280,808	↓ 61,236	↓ 40,245	↓ 278,146

出典：KDB

イ) 医療費の状況（図表 8）

総医療費、入院医療費の伸びは抑えられているが、要因として被保険者数の減少、保健活動の成果、熊本地震の影響などが考えられる。また 1 人当たり医療費の伸び率をみると、8.65%であるが、同規模平均より低い伸び率である。一方、入院外医療費の伸び率は上昇しており、早期からの病院受診により、重症化予防につながっているのではないかと考える。

医療費の変化

【図表 8】

項目		総医療費（円）									
		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
				宇城市	同規模			宇城市	同規模		
総医療費(円)	H25年度	58億8723万円				25億8551万円				33億0173万円	
	H28年度	58億3553万円	-5171万円	-0.88	↓	24億7855万円	-1億6951万円	-4.14	↓	33億5697万円	5525万円
一人当たり 医療費(円)	H25年度	25,678円				11,277円				14,401円	
	H28年度	27,900円	2,222円	8.65	9.02	11,850円	573円	5.08	9.21	16,050円	1,649円

出典：KDB

ウ) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患の医療費)(図表 9)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る総医療費は減少している。疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費の増加を抑え、慢性腎不全(透析)に係る費用が減少している。このことは健康課題として取り組んでいた CKD 対策の結果が出てきているのではないかと考える。しかし、県平均とくらべ、3つの疾患ともに高い状況なので継続して取り組む必要がある。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用は、脂質異常症が微増しているものの糖尿病、高血圧は減少している。

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 9】

市町村名		総医療費	1人当たり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		悪性 新生物	精神 疾患	筋 骨疾患	
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質 異常症
				同規模	県内	慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	宇城市	58億8723万円	25,384円	77位	24位	8.27%	0.33%	2.53%	1.55%	5.65%	5.92%	2.80%	15億9337万円	27.06%	10.21%	10.12%	7.96%
H28		58億3552万円	27,900円	67位	24位	6.85%	0.37%	2.77%	1.66%	5.36%	4.89%	2.89%	14億4672万円	24.79%	11.23%	10.31%	7.21%
H28	熊本県	1616億4395万円	27,978円			6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	367億9410万円	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%
	国	9兆6770億円	24,253円			5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2370億円	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

出典：KDB

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

最大医療資源とは、KDB システムにおいてレセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

エ) 中長期的な疾患の患者数の状況(図表 10~13)

中長期的疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の患者数を平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、虚血性心疾患、人工透析の 64 歳以下の患者割合が減少している。しかし、第 1 期計画の中長期目標である新規患者数の伸び率をみると、増加しており、さらなる対策が必要である。特に糖尿病性腎症の新規患者数の増加がみられる。(図表 11)

人工透析について分析した図表 12、図表 13 を見ると、患者割合、医療費割合、新規透析導入者数も減少しており、重症化予防の取組の効果が表れていると考えられる。

ただ、3つの疾患すべてにおいて、高血圧保持者の割合が 80%近いことから引き続き高血圧対策を行っていく必要がある。

中長期疾患の患者数の変化

【図表 10】

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(A)	人数 (C)	割合 (C/A)	人数 (D)	割合 (D/C)	人数 (E)	割合 (E/C)		人数 (K)	割合 (K/C)	人数 (F)	割合 (F/C)	人数 (M)	割合 (M/C)
H25	全体	19,505	705	3.61%	121	17.16%	39	5.53%	552	78.30%	351	49.79%	493	69.9%
	64歳以下	13,438	225	1.67%	31	13.78%	29	12.89%	173	76.89%	106	47.11%	155	68.9%
	65歳以上	6,067	480	7.91%	90	18.75%	10	2.08%	379	78.96%	245	51.04%	338	70.4%
H28	全体	17800	671	3.77%	112	16.69%	27	4.02%	537	80.03%	314	46.80%	466	69.4%
	64歳以下	11129	185	1.66%	24	12.97%	18	9.73%	148	80.00%	76	41.08%	118	63.8%
	65歳以上	6671	486	7.29%	88	18.11%	9	1.85%	389	80.04%	238	48.97%	348	71.6%

厚労省様式 様式 3-6		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(A)	人数 (C)	割合 (C/A)	人数 (D)	割合 (D/C)	人数 (E)	割合 (E/C)		人数 (K)	割合 (K/C)	人数 (F)	割合 (F/C)	人数 (M)	割合 (M/C)
H25	全体	19,505	587	3.01%	121	20.61%	15	2.56%	468	79.73%	301	51.28%	358	61.0%
	64歳以下	13,438	168	1.25%	31	18.45%	10	5.95%	129	76.79%	73	43.45%	99	58.9%
	65歳以上	6,067	419	6.91%	90	21.48%	5	1.19%	339	80.91%	228	54.42%	259	61.8%
H28	全体	17800	572	3.21%	112	19.58%	14	2.45%	451	78.85%	268	46.85%	347	60.7%
	64歳以下	11129	151	1.36%	24	15.89%	7	4.64%	109	72.19%	56	37.09%	84	55.6%
	65歳以上	6671	421	6.31%	88	20.90%	7	1.66%	342	81.24%	212	50.36%	263	62.5%

厚労省様式 様式 3-7		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(A)	人数 (C)	割合 (C/A)	人数 (D)	割合 (D/C)	人数 (E)	割合 (E/C)		人数 (K)	割合 (K/C)	人数 (F)	割合 (F/C)	人数 (M)	割合 (M/C)
H25	全体	19,505	94	0.48%	15	15.96%	39	41.49%	82	87.23%	41	43.62%	31	33.0%
	64歳以下	13,438	70	0.52%	10	14.29%	29	41.43%	62	88.57%	33	47.14%	23	32.9%
	65歳以上	6,067	24	0.40%	5	20.83%	10	41.67%	20	83.33%	8	33.33%	8	33.3%
H28	全体	17800	76	0.43%	14	18.42%	27	35.53%	67	88.16%	31	40.79%	24	31.6%
	64歳以下	11129	45	0.40%	7	15.56%	18	40.00%	39	86.67%	15	33.33%	15	33.3%
	65歳以上	6671	31	0.46%	7	22.58%	9	29.03%	28	90.32%	16	51.61%	9	29.0%

出典：KDB

中長期疾患の新規患者数比較

【図表 11】

	虚血性心疾患				脳血管疾患				糖尿病性腎症			
	(様式3-5)				(様式3-6)				(様式3-2)			
	新規 患者数 (人)	新規患者数(人) (千人当たり)			新規 患者数 (人)	新規患者数(人) (千人当たり)			新規 患者数 (人)	新規患者数(人) (千人当たり)		
		宇城市	同規模	県		宇城市	同規模	県		宇城市	同規模	県
H25	29	3.14	3.95	1.79	18	1.95	3.42	1.37	15	1.62	0.69	0.43
H28	33	3.7	3.8	3.33	20	2.22	3.34	2.61	19	2.13	0.75	0.88
伸び率(%)	13.8	17.8	-3.8	86.0	11.1	13.8	-2.3	90.5	26.7	31.5	8.7	104.7

国保被保険者に占める透析患者の件数割合

【図表 12】

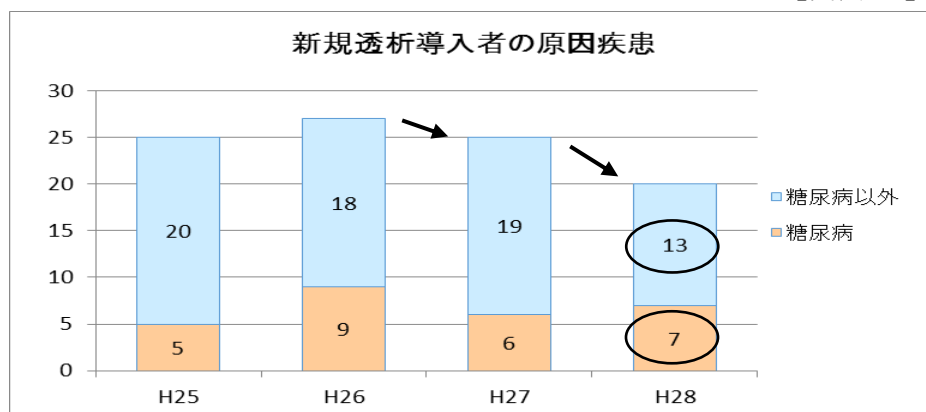
	H24	H25	H26	H27	H28
宇城市	0.45(10位)	0.45(13位)	0.48(9位)	0.41(26位)	0.36(24位)↓
市町村計	0.4	0.41	0.42	0.42	0.42

診療費総額に占める透析患者の診療費割合

	H24	H25	H26	H27	H28
宇城市	8.63(12位)	8.66(10位)	8.24(9位)	6.88(26位)	5.99(27位)↓
市町村計	7.67	7.77	7.32	7.39	6.9

出典：人工腎臓等実施患者調査

【図表 13】



※糖尿病外…腎硬化症、慢性腎不全など

出典：更正医療台帳

ウ 短期目標の状況

ア) 共通リスク(様式 3-2～3-4) (図表 14)

中長期目標疾患に共通するリスクである疾患の治療状況を見ると、糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療中の人数の割合はともに増加している。これは、重症化する前に受診勧奨ができており、治療につながっていることがうかがえる。様式 3-2 において、インスリン療法、人工透析の割合は減少しているが、糖尿病性腎症の割合が増加しており、今後、透析導入の増加が懸念される。今後さらに、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、治療中断者、ハイリスク者への対応を確実に実施していくことが重要になってくる。

短期目標の患者数の変化

【図表 14】

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(A)	人数 (C)	割合 (C/A)	人数 (D)	割合 (D/C)	人数 (E)	割合 (E/C)	人数 (F)	割合 (F/C)	人数 (G)	割合 (G/C)	人数 (H)	割合 (H/C)	人数 (I)	割合 (I/C)	人数 (J)	割合 (J/C)
H25	全体	19,505	1993	10.2	193	9.7	1347	67.6	1187	59.6	351	17.6	301	15.1	41	2.1	183	9.2
	64歳以下	13,438	785	5.8	91	11.6	478	60.9	444	56.6	106	13.5	73	9.3	33	4.2	79	10.1
	65歳以上	6,067	1208	19.9	102	8.4	869	71.9	743	61.5	245	20.3	228	18.9	8	0.7	104	8.6
H28	全体	17,800	1999	11.2	166	8.30	1413	70.7	1214	60.7	314	15.7	268	13.4	31	1.6	197	9.9
	64歳以下	11,129	647	5.8	68	10.51	408	63.1	373	57.7	76	11.7	56	8.7	15	2.3	72	11.1
	65歳以上	6,671	1352	20.3	98	7.25	1005	74.3	841	62.2	238	17.6	212	15.7	16	1.2	125	9.2

厚労省様式 様式3ー3			短期的な目標						中長期的な目標							
			高血圧													
			被保険者 数(A)	糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析				
	人数 (C)	割合 (C/A)		人数 (D)	割合 (D/C)	人数 (E)	割合 (E/C)	人数 (F)	割合 (F/C)	人数 (G)	割合 (G/C)	人数 (H)	割合 (H/C)			
H25	全体	19,505	3739	19.2	1347	36.0	2031	54.3	553	14.8	468	12.5	82	2.2		
	64歳以下	13,438	1398	10.4	478	34.2	702	50.2	173	12.4	129	9.2	62	4.4		
	65歳以上	6,067	2341	38.6	869	37.1	1329	56.8	380	16.2	339	14.5	20	0.9		
H28	全体	17,800	3939	22.1	1413	35.9	2163	54.9	537	13.6	451	11.4	67	1.7		
	64歳以下	11,129	1224	11.0	408	33.3	598	48.9	148	12.1	109	8.9	39	3.2		
	65歳以上	6,671	2715	40.7	1005	37.0	1565	57.6	389	14.3	342	12.6	28	1.0		

厚労省様式 様式3－4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症											
			被保険者 数(A)	人数 (C)	割合 (C/A)	糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析
人数 (D)	割合 (D/C)	人数 (E)				割合 (E/C)	人数 (F)	割合 (F/C)	人数 (G)	割合 (G/C)	人数 (H)	割合 (H/C)		
H25	全体	19,505	2988	15.3	1187	39.7	2031	68.0	493	16.5	358	12.0	31	1.0
	64歳以下	13,438	1152	8.6	444	38.5	702	60.9	155	13.5	99	8.6	23	2.0
	65歳以上	6,067	1836	30.3	743	40.5	1329	72.4	338	18.4	259	14.1	8	0.4
H28	全体	17,800	3079	17.3	1214	39.4	2163	70.3	466	15.1	347	11.3	24	0.8
	64歳以下	11,129	967	8.7	373	38.6	598	61.8	118	12.2	84	8.7	15	1.6
	65歳以上	6,671	2112	31.7	841	39.8	1565	74.1	348	16.5	263	12.5	9	0.4

出典：KDB

イ) 特定健診結果の経年変化（図表 15・16）

特定健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加している。図表 16 の HbA1c の年次推移をみても、糖尿病境界型受診勧奨値の 6.5 以上の割合が増加している。しかしながら、血圧の年次推移においては、血圧Ⅱ度以上の割合は減少しており、高血圧予防ができていると思われる。

また、メタボリックシンドロームの予備群は減少しているが、該当者は増加している。その中でも血圧、血糖、脂質の 3 項目すべて該当している者が増加していることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態の人が増えていることが推測される。現状では 40～64 歳の健診受診率は低い現状にあり、まずは健診を受診し、発症予防を行っていくことが必要である。

【図表 15】

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）★N0.23（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	
		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
H 2 5	合計	599	28.3	966	45.6	468	22.1	412	19.5	114	5.4	1,052	49.7	1,033	48.8	472	22.3	1,128	53.3	828	39.1	1,010	47.6	37	1.8
	40-64	301	30.1	460	46.0	278	27.8	253	25.3	58	5.8	471	47.1	439	42.4	238	23.8	459	45.9	412	41.2	518	51.7	4	0.4
	65-74	298	26.7	506	45.3	190	17.0	159	14.2	56	5.0	581	52.1	595	57.6	234	21.0	669	59.9	416	37.3	487	43.6	33	3.0
H 2 8	合計	566	29.5	876	45.7	424	22.1	404	21.1	122	6.4	1,068	55.7	1,132	59.0	430	22.4	1,085	56.6	717	37.4	852	44.4	38	2.0
	40-64	247	33.3	334	45.0	203	27.4	209	28.2	57	7.7	394	53.1	392	52.8	198	26.7	368	49.6	314	42.3	361	48.7	11	1.5
	65-74	319	27.1	542	46.1	221	18.8	195	16.6	65	5.5	674	57.3	740	62.9	232	19.7	717	61.0	403	34.3	491	41.8	27	2.3
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		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	493	19.7	407	16.2	309	16.2	192	7.7	30	1.2	737	29.4	1,349	53.9	60	2.4	1,155	46.1	552	22.0	1,377	55.0	8	0.3
	40-64	230	19.8	178	15.3	139	15.3	94	8.1	17	1.5	272	23.4	564	48.5	21	1.8	393	33.8	254	21.9	668	57.5	2	0.2
	65-74	263	19.6	229	17.1	170	12.7	98	7.3	13	1.0	465	34.6	785	58.5	39	2.9	762	56.7	298	22.2	709	52.8	6	0.4
H 2 8	合計	454	20.2	343	15.2	267	11.9	189	8.4	29	1.3	720	32.0	1,389	61.7	50	2.2	1,104	49.0	470	20.9	1,227	54.5	4	0.2
	40-64	185	20.6	130	14.5	99	11.0	85	9.5	13	1.4	218	24.2	485	53.9	19	2.1	352	39.2	187	20.8	502	55.8	1	0.1
	65-74	269	19.9	213	15.7	168	12.4	104	7.7	16	1.2	502	37.1	904	66.8	31	2.3	752	55.5	283	20.9	725	53.5	3	0.2
*全国については、有所見割合のみ表示																									

*全国については、有所見割合のみ表示

5 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）

★N0.24（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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	2,120	33.6	106	5.0%	364	17.2%	30	1.4%	271	12.8%	63	3.0%	498	23.5%	130	6.1%	18	0.8%	210	9.9%	140	6.6%
	40-64	1,002	29.2	68	6.8%	176	17.6%	16	1.6%	113	11.3%	47	4.7%	217	21.7%	39	3.9%	8	0.8%	110	11.0%	60	6.0%
	65-74	1,118	38.9	38	3.4%	188	16.8%	14	1.3%	158	14.1%	16	1.4%	281	25.1%	91	8.1%	10	0.9%	100	8.9%	80	7.2%
H 2 8	合計	1,918	32.9	80	4.2%	295	15.4%	26	1.4%	231	12.0%	38	2.0%	501	26.1%	122	6.4%	16	0.8%	199	10.4%	164	8.6%
	40-64	742	26.8	46	6.2%	97	13.1%	9	1.2%	66	8.9%	22	3.0%	191	25.7%	43	5.8%	7	0.9%	83	11.2%	58	7.8%
	65-74	1,176	38.5	34	2.9%	198	16.8%	17	1.4%	165	14.0%	16	1.4%	310	26.4%	79	6.7%	9	0.8%	116	9.9%	106	9.0%
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	2,509	38.4	57	2.3%	157	6.3%	5	0.2%	130	5.2%	22	0.9%	193	7.7%	29	1.2%	4	0.2%	109	4.3%	51	2.0%
	40-64	1,166	35.3	42	3.6%	73	6.3%	2	0.2%	58	5.0%	13	1.1%	64	5.5%	13	1.1%	2	0.2%	33	2.8%	16	1.4%
	65-74	1,343	41.6	15	1.1%	84	6.3%	3	0.2%	72	5.4%	9	0.7%	129	9.6%	16	1.2%	2	0.1%	76	5.7%	35	2.6%
H 2 8	合計	2,253	37.5	45	2.0%	108	4.8%	6	0.3%	84	3.7%	18	0.8%	190	8.4%	30	1.3%	6	0.3%	97	4.3%	57	2.5%
	40-64	899	33.5	29	3.2%	45	5.0%	2	0.2%	35	3.9%	8	0.9%	56	6.2%	11	1.2%	4	0.4%	27	3.0%	14	1.6%
	65-74	1,354	40.6	16	1.2%	63	4.7%	4	0.3%	49	3.6%	10	0.7%	134	9.9%	19	1.4%	2	0.1%	70	5.2%	43	3.2%

【図表 16】

上段：NGSP値
下段：JDS値

HbA1cの年次比較

HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				出典：KDB	
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
							合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる							
	5.5以下 (5.1以下)		5.6～5.9 (5.2～5.5)		6.0～6.4 (5.6～6.0)		6.5～6.9 (6.1～6.5)		7.0～7.9 (6.6～7.5)		8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0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
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H24	4,491	1,471	32.8%	1,957	43.6%	696	15.5%	192	4.3%	113	2.5%	62	1.4%	112	2.5%	44	1.0%	
H25	4,704	2,283	48.5%	1,606	34.1%	497	10.6%	158	3.4%	102	2.2%	58	1.2%	101	2.1%	39	0.8%	
H26	4,536	2,173	47.9%	1,530	33.7%	502	11.1%	164	3.6%	113	2.5%	54	1.2%	100	2.2%	43	0.9%	
H27	4,635	1,865	40.2%	1,789	38.6%	596	12.9%	196	4.2%	127	2.7%	62	1.3%	107	2.3%	43	0.9%	
H28	4,243	1,674	39.5%	1,589	37.4%	625	14.7%	185	4.4%	115	2.7%	55	1.3%	108	2.5%	37	0.9%	

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

(NGSP値)

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
						再掲											
					再) 7.0以上	未治療	治療										
H24	4,491 32.8%	1,471 43.6%	1,957 43.6%	696 15.5%	367 8.2%	163 44.4%	204 55.6%	3.9% 8.2%									
					175 3.9%	56 32.0%	119 68.0%										
H25	4,704 48.5%	2,283 48.5%	1,606 34.1%	497 10.6%	318 6.8%	132 41.5%	186 58.5%	3.4% 6.8%									
					160 3.4%	55 34.4%	105 65.6%										
H26	4,536 47.9%	2,173 47.9%	1,530 33.7%	502 11.1%	331 7.3%	129 39.0%	202 61.0%	3.7% 7.3%									
					167 3.7%	61 36.5%	106 63.5%										
H27	4,635 40.2%	1,865 40.2%	1,789 38.6%	596 12.9%	385 8.3%	164 42.6%	221 57.4%	4.1% 8.3%									
					189 4.1%	64 33.9%	125 66.1%										
H28	4,243 39.5%	1,674 39.5%	1,589 37.4%	625 14.7%	355 8.4%	149 42.0%	206 58.0%	4.0% 8.4%									
					170 4.0%	58 34.1%	112 65.9%										

出典：評価ツール(平成 24 年度～平成 28 年度宇城市特定健診結果)

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H24	4,493	2,257	50.2%	828	18.4%	1,064	23.7%	289	6.4%	55	1.2%
H25	4,711	2,285	48.5%	849	18.0%	1,182	25.1%	337	7.2%	58	1.2%
H26	4,541	2,008	44.2%	885	19.5%	1,188	26.2%	386	8.5%	74	1.6%
H27	4,637	2,136	46.1%	919	19.8%	1,194	25.7%	334	7.2%	54	1.2%
H28	4,249	1,949	45.9%	869	20.5%	1,090	25.7%	294	6.9%	47	1.1%

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上														
					再掲														
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療												
H24	4,493	2,257	50.2%	828	18.4%	1,064	23.7%	344	7.7%	195	56.7%	149	43.3%						
								55	1.2%	30	54.5%	25	45.5%						
H25	4,711	2,285	48.5%	849	18.0%	1,182	25.1%	395	8.4%	227	57.5%	168	42.5%						
								58	1.2%	36	62.1%	22	37.9%						
H26	4,541	2,008	44.2%	885	19.5%	1,188	26.2%	460	10.1%	255	55.4%	205	44.6%						
								74	1.6%	47	63.5%	27	36.5%						
H27	4,637	2,136	46.1%	919	19.8%	1,194	25.7%	388	8.4%	237	61.1%	151	38.9%						
								54	1.2%	33	61.1%	21	38.9%						
H28	4,249	1,949	45.9%	869	20.5%	1,090	25.7%	341	8.0%	188	55.1%	153	44.9%						
								47	1.1%	29	61.7%	18	38.3%						

出典：評価ツール(平成 24 年度～平成 28 年度宇城市特定健診結果)

ウ) 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 17）

特定保健指導率は増加しているが、特定健診受診率は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

特定健診受診率・特定保健指導実施率

【図表 17】

	特定健診				特定保健指導			受診勧奨	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								宇城市	同規模平均
H25年度	12,820	4,616	36	100	605	269	44.5	58.4	55.9
H28年度	11,801	4,174	35.4↓	187	486	221	45.5↑	53.9	51.5

出典：法定報告値、受診勧奨値はKDB

（２） 第１期に係る考察

第１期計画において、中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきた。健診事後指導では高血圧、高血糖、脂質異常症、腎機能低下の者に面談、訪問を継続的に実施してきた。

その結果、介護保険第２号認定者の減少、入院医療費の抑制、慢性腎不全における人工透析患者数、医療費の減少など医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、中長期目標である３つの疾患の新規患者数が増加しており、引き続き高血圧対策を取り組むことが重要である。

また、健診、医療ではメタボリックシンドローム、糖尿病の増加など、新たな課題も見えてきた。特に 40～64 歳のメタボ該当者の増加がみられることから、今後、脳血管疾患、糖尿病性腎症の増加が予想される。今後、高齢化がさらに進展し、医療費が増える一方、保険税を納める青壮年期の人口が減る傾向が続くため、青壮年期から予防可能な生活習慣病の発症と重症化予防に努め、健康寿命の延伸を図ることが重要である。そのためにもより多くの市民が健診を受診し、自分の健診結果を理解したうえで、生活習慣を振り返るとともに、適正な医療機関への受診につながるよう支援していく必要がある。

2 第2期計画における健康課題の明確化

(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 18)

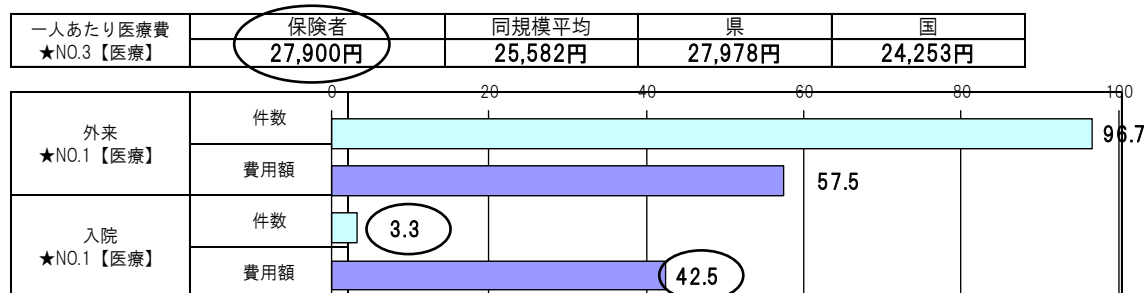
本市の一人あたり医療費は、同規模平均、国と比べ、高い状況にある。入院件数は3.3%で、費用額全体の42.5%を占めている。重症化予防に取り組むことで入院が減ることにつながり、費用対効果の面からも効率性がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 18】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



出典：KDB(平成 28 年度分)

イ 医療の状況(図表 19)

脳血管疾患は、高額になる疾患および長期入院の疾患からみても割合が高い疾患である。脳血管疾患において、高血圧はもっとも重要な危険因子である。生活習慣病の治療割合を見ても、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症のすべてにおいて75%以上の人が高血圧を基礎疾患として保持している。本市は平成20年度以降、高血圧有所見者率が県内でも高く、健康課題として取り組んでいるが、引き続き重要課題として取り組む必要がある。

また、人工透析患者件数をみると、4割が糖尿病性腎症を持っているため、糖尿病対策も行っていく必要がある。

【図表 19】

何の疾患で入院しているか、治療を受けているのか[KDBツール]

			全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上)	件数	607	78 12.9%	36 5.9%	
		費用額	9億5196万円	1億0863万円 11.4%	6427万円 6.8%	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,305	136 10.4%	61 4.7%	
		費用額	5億8028万円	6324万円 10.9%	2億6088万円 3.5%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	996	137 13.8%	345 34.6%	419 42.1%
		費用額	4億4374万円	6127万円 13.8%	1億4799万円 33.4%	1億9426万円 43.8%

		全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★ NO.13 ～18 (帳 票)	生活習慣病の治 療者数 構成割合	6851		572	671	197
				8.5%	10.0%	2.9%
		基礎疾 患 の重 なり	高血圧	451	537	164
				78.8%	80.0%	83.2%
			糖尿病	268	314	197
				46.9%	46.8%	100.0%
			脂質異常症	347	466	132
				60.7%	69.4%	67.0%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
3939	1999		3079	655		
	58.7%	29.8%	45.9%	9.8%		

○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。

出典：KDB(28年度分)

ウ 介護の状況（図表 20）

介護認定者におけるレセプト分析では、有病状況をみると、血管疾患が 94.3%であり、筋・骨格疾患の 93.2%を上回っていた。第 2 号認定者(40～64 歳)及び 65～74 歳の第 1 号認定者で年齢が低いものほど、脳血管疾患の有病率が高い実態があった。その基礎疾患をみると、高血圧・糖尿病・脂質異常症を併せ持っていることがうかがえる。

この年齢層(40～74 歳)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で自立支援にむけた介護予防にも繋ぐことができる。また、第 2 号新規認定者 16 人を見てみると、国保被保険者 8 人、国保以外 8 人であり、国保被保険者 8 人のうち、特定健診を受診していたのは 1 人であった。

引き続き、高齢介護課、地域包括支援センター等と連携し、要介護となった背景を分析するとともに、特定健診の受診勧奨と併せて生活習慣病を予防し、要介護認定者とならないように働きかえていくことが必要である。

介護保険の認定状況

【図表 20】

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計													
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計													
	被保険者数		20,778人		7,543人		9,565人		17,108人													
	認定者数		69人		292人		3,069人		3,361人													
	認定率		0.33%		3.9%		32.1%		19.6%													
	新規認定者数（※1）		16人		69人		362人		431人													
	介護度 別人数	要支援1・2		10	14.5%	66	22.6%	490	16.0%	556	16.5%											
要介護1・2		31	44.9%	138	47.3%	1,342	43.7%	1,480	44.0%													
要介護3～5		28	40.6%	88	30.1%	1,237	40.3%	1,325	39.4%													
要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計													
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計													
	介護件数（全体）		69		292		3,069		3,361													
	再）国保・後期		39		245		2,940		3,185													
	（レセプトの 診断名より 重複して計上）	有病状況	疾患	部位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合										
													循環器 疾患	1	脳卒中	26 66.7%	脳卒中	106 43.3%	脳卒中	1152 39.2%	脳卒中	1258 39.5%
														2	虚血性 心疾患	9 23.1%	虚血性 心疾患	66 26.9%	虚血性 心疾患	1006 34.2%	虚血性 心疾患	1072 33.7%
															3	腎不全	7 17.9%	腎不全	34 13.9%	腎不全	501 17.0%	腎不全
													基礎疾患 （※2）	糖尿病	23 59.0%	糖尿病	136 55.5%	糖尿病	1260 42.9%	糖尿病	1396 43.8%	
														高血圧	25 64.1%	高血圧	193 78.8%	高血圧	2468 83.9%	高血圧	2661 83.5%	
														脂質 異常症	16 41.0%	脂質 異常症	143 58.4%	脂質 異常症	1600 54.4%	脂質 異常症	1743 54.7%	
														血管疾患 合計	35 89.7%	合計	230 93.9%	合計	2776 94.4%	合計	3006 94.4%	
													認知症	3 7.7%	認知症	61 24.9%	認知症	1449 49.3%	認知症	1510 47.4%		
筋・骨格疾患													33 84.6%	筋骨格系	212 86.5%	筋骨格系	2761 93.9%	筋骨格系	2973 94.3%			
出典：KDB35平成28年度データ																						

※1）新規認定者についてはNO.49「要介護実合状況」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）を含む

(2) 健診の状況 (図表 21・22)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患等の発症率が高くなる。

本市においては、健診結果の有所見状況でも全国と比較して空腹時血糖、HbA1c、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧が多く、さらに40～64歳男性でBMI、中性脂肪、空腹時血糖、尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものが多くみられる。40～64歳男性の健診受診率は27%であり、まずは健診を受診し、発症予防につなげていくことが優先課題である。

【図表 21】

4 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)

★N0.23 (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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
県		14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1
保 険 者	合計	566	29.5	876	45.7	424	22.1	404	21.1	122	6.4	1,066	55.7	1,130	59.0	430	22.4	1,086	56.6	710	37.4	852	44.4	38	2.0
	40-64	247	33.3	334	45.0	203	27.4	209	28.2	57	7.7	394	53.1	392	52.8	198	26.7	368	49.6	314	42.3	361	48.7	11	1.5
	65-74	319	27.1	542	46.1	221	18.8	195	16.6	65	5.5	674	57.3	740	62.9	232	19.7	717	61.0	403	34.3	491	41.8	27	2.3

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		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2	
保 険 者	合計	454	20.2	343	15.2	267	11.9	189	8.4	29	1.3	720	32.0	1,388	61.7	500	2.2	1,104	49.0	470	20.9	1,227	54.5	4	0.2
	40-64	185	20.6	130	14.5	99	11.0	85	9.5	13	1.4	218	24.2	485	53.9	19	2.1	352	39.2	187	20.8	502	55.8	1	0.1
	65-74	269	19.9	213	15.7	168	12.4	104	7.7	16	1.2	502	37.1	904	66.8	31	2.3	752	55.5	283	20.9	725	53.5	3	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

出典：KDB(平成28年度データ)

【図表 22】

5 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)

★N0.24 (帳票)

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	1,918	32.9	80	4.2%	295	15.4%	26	1.4%	231	12.0%	38	2.0%	507	26.1%	122	6.4%	16	0.8%	199	10.4%	164	8.6%
	40-64	742	26.8	46	6.2%	97	13.1%	9	1.2%	66	8.9%	22	3.0%	191	25.7%	43	5.8%	7	0.9%	83	11.2%	58	7.8%
	65-74	1,176	38.5	34	2.9%	198	16.8%	17	1.4%	165	14.0%	16	1.4%	316	26.4%	79	6.7%	9	0.8%	116	9.9%	106	9.0%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	2,253	37.5	45	2.0%	108	4.8%	6	0.3%	84	3.7%	18	0.8%	190	8.4%	30	1.3%	6	0.3%	97	4.3%	57	2.5%
	40-64	899	33.5	29	3.2%	45	5.0%	2	0.2%	35	3.9%	8	0.9%	50	6.2%	11	1.2%	4	0.4%	27	3.0%	14	1.6%
	65-74	1,354	40.6	16	1.2%	63	4.7%	4	0.3%	49	3.6%	10	0.7%	134	9.9%	19	1.4%	2	0.1%	70	5.2%	43	3.2%

出典：KDB(平成28年度データ)

(3) 継続受診者と新規受診者の比較 (図表 23)

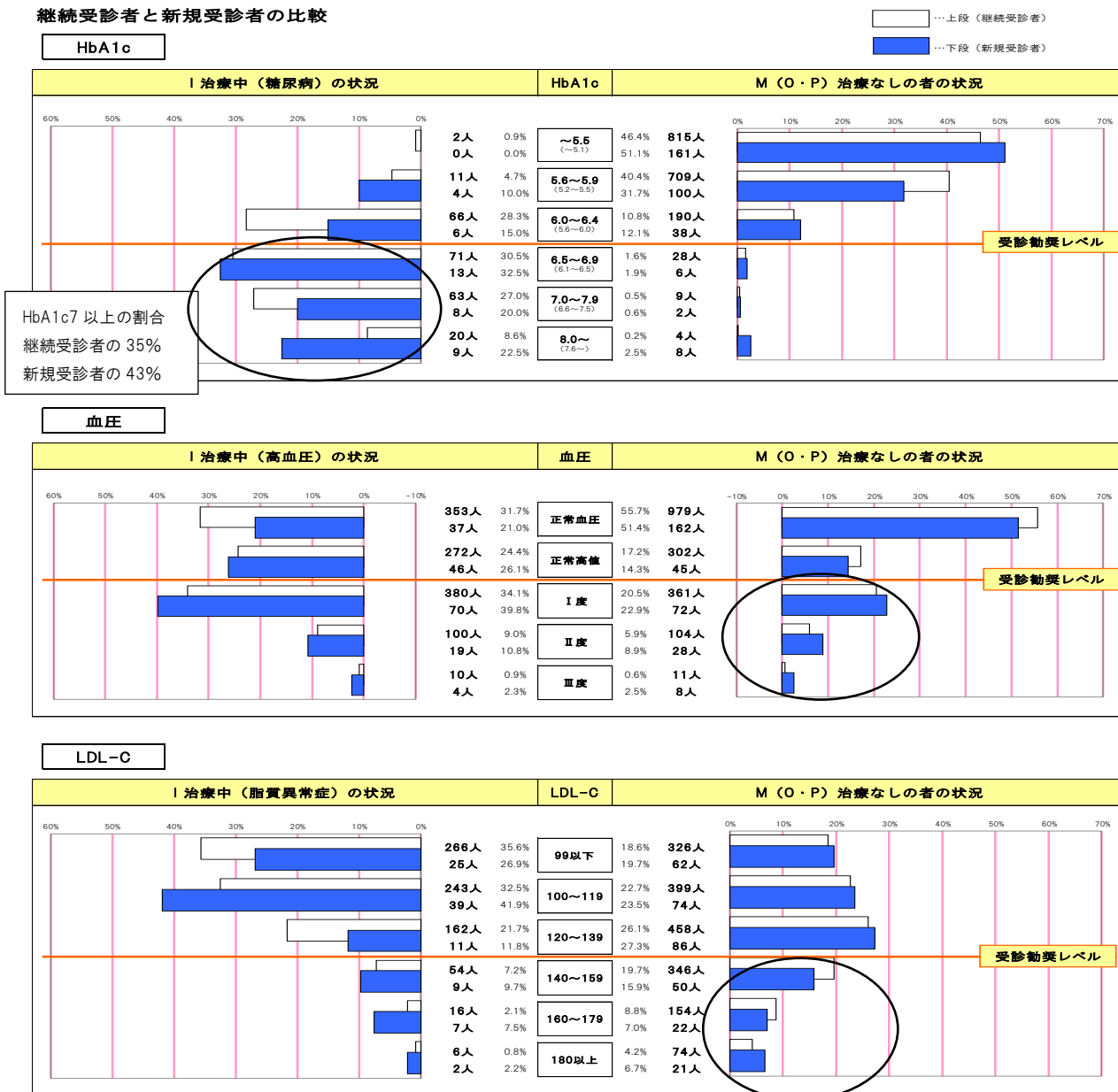
健診の継続受診者と新規受診者の比較をみると、新規受診者のうち、受診勧奨レベルの割合が継続受診者より高い実態がみられる。

HbA1c においては、治療中の状況をみると、合併症予防の目標値である 7.0%以上の占める割合が新規・継続ともに多く、医療機関と連携し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、適切な食事、運動などの生活指導を行っていく必要がある。

また、血圧、LDL については、治療なしの者のうち受診勧奨レベルが多くみられることから、適切な受診につなげ、医療機関と連携し、重症化予防に取り組んでいくことが重要である。

【図表 23】

継続受診者と新規受診者の比較



出典：H27～H28 年度 経年比較ツール

(4) 未受診者の把握 (図表 24)

医療費適正化において、重症化予防対策は重要であり、未受診者の把握は必要な対策の一つである。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態であり、図表 24 の健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 30.3%と高くなっていることがわかる。

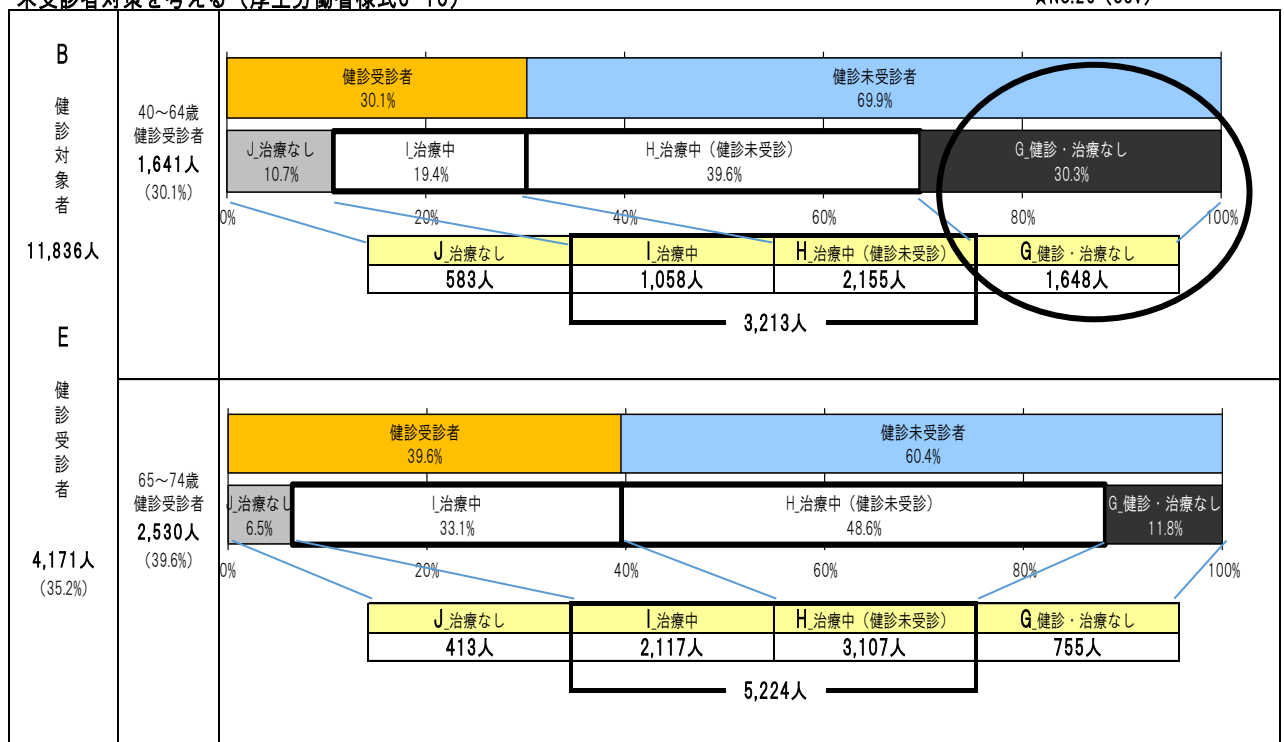
また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用でみても、健診未受診者の 1 人当たり医療費は健診受診者より約 25,000 円程度高くなっている。健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていく必要がある。治療中の健診未受診者については、医療機関と連携し、医療機関での個別健診、診療情報提供事業を活用し、健診受診につなげていく。

【図表 24】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥

健診受診者の生活習慣病治療費	7,169円	差額 25,757 円
健診未受診者の生活習慣病治療費	32,926円	

出典：KDB

3 目標の設定

(1) 成果目標

これまでの健診・医療・介護情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患を減らすことが重要だとわかった。医療費の伸びを抑え、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目的とし、以下のように入長期目標・短期目標を設定する。また、評価に関しては目標管理一覧表（参考資料1）を用いて実施する。

ア 中長期的な目標の設定

平成 35 年度には、平成 28 年度と比較して、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の千人当たりの新規患者数をそれぞれ3%減少させることを目標とする。また、新規透析患者数も3%減少させる。

医療費については、レセプトに占める入院費用の割合を5%減らすことを目標とする。

最終評価は、平成 35 年度だが、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

イ 短期的な目標の設定

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

特に、第1期計画から本市の健康課題である、高血圧対策を第2期でも引き続き重点的に取り組んでいく。そして健診・医療の分析から近年増加傾向にある糖尿病、メタボリックシンドロームについても新たな健康課題として重点的に取り組んでいく。

平成 35 年度の目標値は以下に示すとおりである。

健診結果における有所見者率（28 年度と比較して）

高血圧（Ⅱ度以上） 25%減少

糖尿病（HbA1c6.5 以上） 減少もしくは現状維持

メタボリックシンドローム予備軍および該当者 25%減少

脂質異常症（LDL180 以上） 25%減少

短期目標の評価については、毎年実施する。

1 年、1 年、血圧、血糖などの健診結果を確実に改善していくために、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、保健指導を実践していく。

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

じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、メタボリックシンドローム、糖尿病は、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第三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、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2 目標値の設定

【図表 25】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	41.5%	45.0%	48.5%	52.0%	55.5%	60.0%
特定保健指導実施率	49.5%	51.5%	53.5%	55.5%	57.5%	60.0%

3 対象者の見込み

【図表 26】

		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	11,200人	11,000人	10,650人	10,400人	10,150人	9,900人
	受診者数	4,650人	4,950人	5,150人	5,400人	5,650人	5,950人
特定保健指導	対象者数	600人	640人	670人	700人	730人	770人
	実施者数	300人	330人	350人	380人	420人	460人

積算根拠

特定健診対象者数：H25～H28 までの対象者数の減少率が2.5～2.9%。団塊の世代の増加を見込み、2.5%の減少率での推移を予想して算出。

特定健診受診者数：上記に特定健診実施率をかけて受診者数を算出

特定保健指導対象者数：ここ数年、保健指導対象者数が健診受診者数の約13%であるため、各年の受診者数の13%として算出

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、年度当初に健診機関により集団健診を実施し、その後個別健診を特定健診実施機関に委託する。本市が県医師会および下益城郡医師会・宇土地区医師会と実施機関の取りまとめを行い、それぞれ宇城市と個別契約を行う。

- ① 集団健診(委託健診機関)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 診療情報提供事業(委託医療機関)
- ④ 人間ドック(委託健診機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 委託契約の方法

県医師会および下益城郡医師会・宇土地区医師会と本市が個別契約を行う。契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成している。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血）を実施する。

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末までを実施期間とする。

(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健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用できる診療情報提供事業を平成 25 年度より実施している。引き続き、円滑な事業実施を図るため、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、熊本県国民健康保険団体連合会に委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 27）

健診年間スケジュール 【図表 27】

		受診者数 (予定)	H29年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年 1月	2月	3月
健診希望調査			※がん検診等と合わせて実施											
契約	集団健診		※5年契約のため、毎年実施内容確認、健診実施後反省会など実施											
	個別健診													
	人間ドック													
健診 日程	集団健診	4500人												
	個別健診 (情報提供事業)													
	人間ドック	350人												
受診券発行			※集団健診受診者除外後、受診券対象者抽出											
周知広報活動														

5 特定健診受診率向上の取組

受診率が低迷している本市において、受診率向上（未受診者対策）の取組は、今後取り組むべき課題である。保健師・管理栄養士等の専門職だけでなく、事務職も一体になり、連携して取り組んでいくことが重要である。

（１）個別実施による未受診者対策

ア 過去の健診履歴において重症化予防対象者であり、健診未受診の者への訪問等によるアプローチ

イ 介護保険受給者証交付に欠席の者への訪問等でのアプローチ

ウ 訪問時、対象者の家族等への受診勧奨

エ 40 歳到達者への人間ドック、特定健診受診勧奨通知

オ 健診も医療も未受診の者への訪問等でのアプローチ

（２）関係機関との連携による受診率向上対策

ア 医師会への協力および医療機関スタッフとの連携

イ 嘱託員、健康づくり推進員などへ地区別受診率や市の健康実態等の情報提供

（３）次世代へのアプローチ

ア 2 か月訪問、乳幼児健診などでの健康教育・受診勧奨

イ 20～39 歳を対象に生活習慣病健診を実施し、若い世代から健康管理の意識づけ

（４）広く住民に啓発するための周知方法

ア 市の健康実態や課題の資料をもとに地区などで健康教育、受診勧奨を実施

イ 市広報、ホームページなどによる受診勧奨

ウ 国保加入者への受診券および診療情報提供書の送付

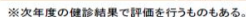
エ 保険証更新時を利用した資料を送付

オ 年度途中加入者に対する受診勧奨

特定保健指導の実施については、保険者直接実施および一部委託の形態で行う。

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 28)

様式5-5



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 29)

健診受診者には保健指導の優先順位をつけ、効果的な保健指導を実施する。

＜平成 30 年度見込み：健診受診者 4650 人＞

【図表 29】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	600 人 (13%)	60%
2	IJ の うち ハイ リス ク	情報提供 (宇城市独自支援)	◆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 ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携	450 人 (10%)	100%
3	GH の うち ハイ リス ク	情報提供 (健診中断者)	◆特定健診の受診勧奨 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆レセプトと健診データの突合・分析	200 人	HbA1c6.5 血圧Ⅱ度 以上の人 は 100%
4	M	情報提供 (医療機関未受診者)	◆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	450 人 (10%)	100%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	3,000 人 (67%)	100%
6	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	6,700 人 ※受診率目標 達成までにあ と 2,250 人	40%

※健診中断者数は H28 年度 HbA1c6.5 以上、血圧Ⅱ度以上該当者のうち H29 健診未受診者数

(3) 評価体制、評価指標

評価は、担当課である国保年金係および健康づくり推進課が連携して実施する。特定健診受診率や特定保健指導実施率、特定保健指導対象者割合、重症化予防対象者の割合などを用い、単年だけでなく、経年での評価も行い、次年度の特定健診・保健指導の実践スケジュール・保健指導計画を見直していく。(図表 30 内の評価参照)

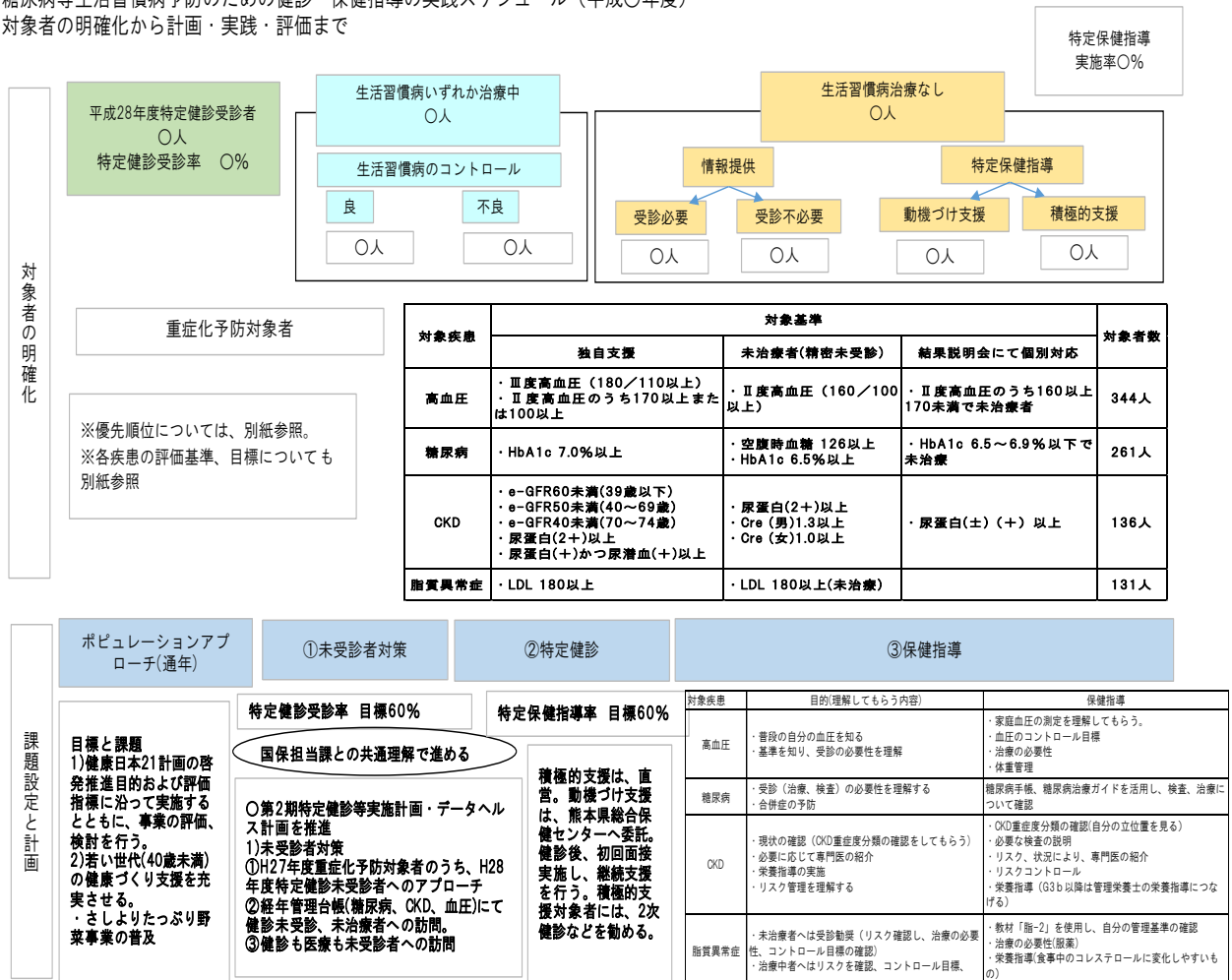
(4) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

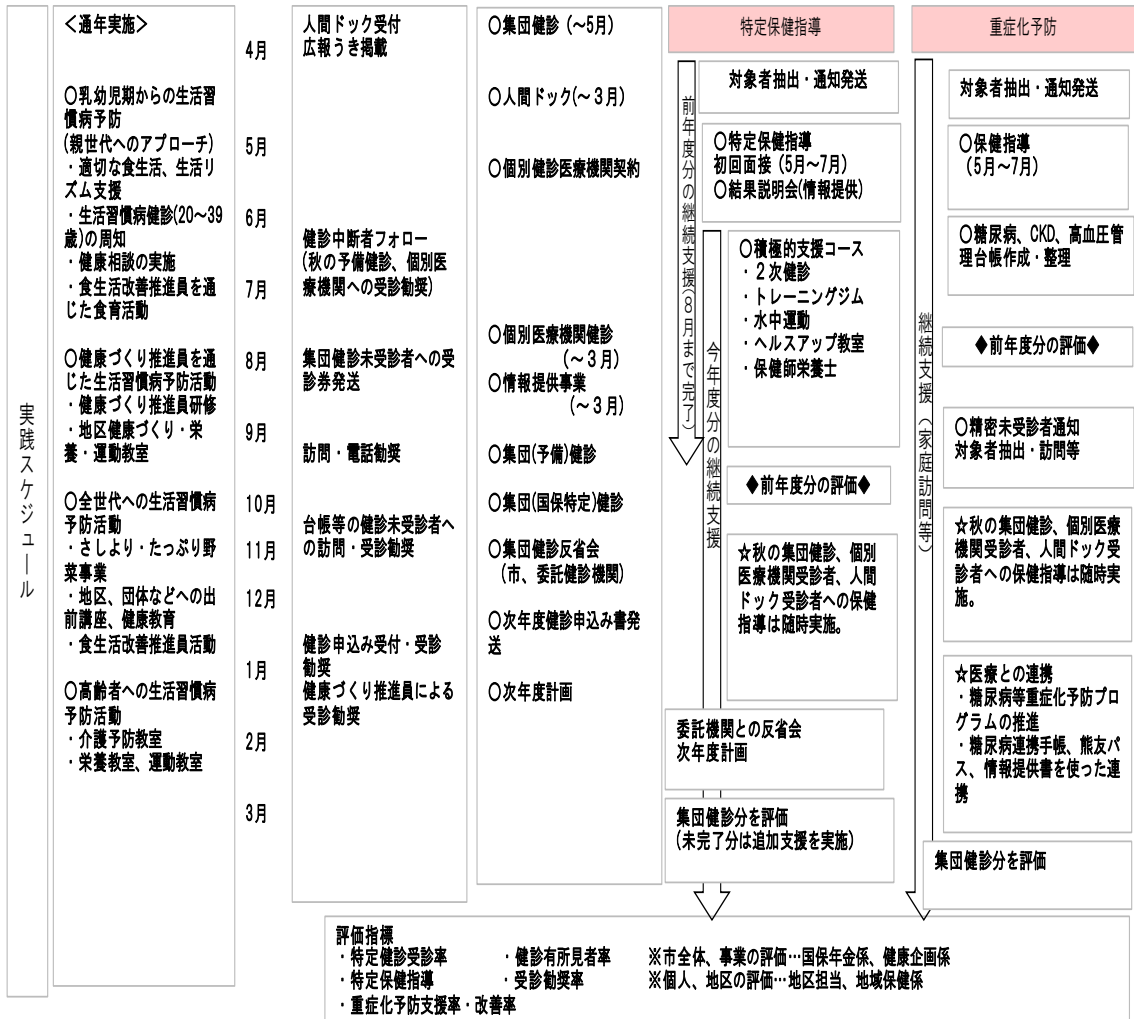
目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 30)

保健指導の実施にあたり、従事する保健師・管理栄養士等は、日々、生活習慣病予防「のための学習を深めることが必要であり、保健指導の力量形成に努めることで個の課題解決を目的とした保健指導を行うことが重要である。

【図表 30】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成〇年度)
対象者の明確化から計画・実践・評価まで





評価

3月評価

	健診対象者 (A)	健診受診者数		再掲)								他自治体との比較 (健診受診率)		
		集団健診		個別健診		人間ドック		情報提供事業		同規模	県	国		
		人 (B)	% (B/A)	人 (C)	% (C/B)	人 (D)	% (D/B)	人 (E)	% (E/B)				人 (F)	% (F/B)
H30														
H31														
H32														
H33														
H34														
H35														

3月時点 出典：KDB

	積極的支援				動機づけ支援			
	該当者		実施者		該当者		実施者	
	人	%	人	%	人	%	人	%
H30								
H31								
H32								
H33								
H34								
H35								

3月時点での実績

	糖				血圧				腎				脂質			
	対象者		実施者		対象者		実施者		対象者		実施者		対象者		実施者	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30																
H31																
H32																
H33																
H34																
H35																

3月時点での実績

改善

生活習慣病をライフサイクルでみていく。庁内や医療機関と連携し、「糖尿病等生活習慣病の発症重症化予防」の視点で共有連携して課題解決に取り組む。

7 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宇城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。

8 結果の報告

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

9 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、宇城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

1 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、脳血管疾患、虚血性心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とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者に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としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、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。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

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）及び熊本県および宇城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に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 31】

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

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

イ 対象者の明確化

ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ 重症化するリスクの高い者

イ) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 32】

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

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。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しかった。

しかし、平成 29 年度から集団健診を受診した尿たんぱく(±)以上の人に対して、尿たんぱく定量検査を実施し、腎症病期を推測することが可能になった。

平成 29 年度春の集団健診の尿たんぱく検査の結果を見ると、定性検査で(±)だった 155 人のうち、50 人は尿たんぱく定量検査にて軽度たんぱく尿以上という結果になり、(+) だった 113 人のうち 39 人が高度たんぱく尿という結果だった。市民に体の状態を伝え、早期に対策をとることができ、腎症予防へつなげていくことが可能になった。（参考資料 2）

宇城市 定性検査と定量検査結果の比較（H29年度春の集団健診）

【図表 33】

尿蛋白（±） 155人

◆29年度定性検査後の定量検査結果の変化 点線枠(定性検査結果)からの動き

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30～299	300以上
高血圧、腎炎他	尿蛋白定量(g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
	尿試験紙法	(-)or(±)	(+)	(2+)以上
GFR区分(ml/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	>90	19人	
	G2 正常または軽度低下	60～89	105人	
	G3a 軽度～中等度低下	45～59	27人	
	G3b 中等度～高度低下	30～	4人	
	G4 高度低下	15～29	0人	
	G5 末期腎不全	<15	0人	

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30～299	300以上
高血圧、腎炎他	尿蛋白定量(g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
	尿試験紙法	(-)or(±)	(+)	(2+)以上
GFR区分(ml/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	>90	11人	8人
	G2 正常または軽度低下	60～89	79人	22人
	G3a 軽度～中等度低下	45～59	13人	11人
	G3b 中等度～高度低下	30～	2人	2人
	G4 高度低下	15～29		
	G5 末期腎不全	<15		

尿蛋白（+） 113人

◆29年度定性検査後の定量検査結果の変化 点線枠(定性検査結果)からの動き

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30～299	300以上
高血圧、腎炎他	尿蛋白定量(g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
	尿試験紙法	(-)or(±)	(+)	(2+)以上
GFR区分(ml/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	>90	9人	
	G2 正常または軽度低下	60～89	69人	
	G3a 軽度～中等度低下	45～59	24人	
	G3b 中等度～高度低下	30～	6人	
	G4 高度低下	15～29	3人	
	G5 末期腎不全	<15	2人	

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性
	尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)	30未満	30～299	300以上
高血圧、腎炎他	尿蛋白定量(g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
	尿試験紙法	(-)or(±)	(+)	(2+)以上
GFR区分(ml/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	>90	1人	5人
	G2 正常または軽度低下	60～89	17人	33人
	G3a 軽度～中等度低下	45～59	4人	11人
	G3b 中等度～高度低下	30～	1人	5人
	G4 高度低下	15～29	2人	1人
	G5 末期腎不全	<15		2人

出典：平成 29 宇城市特定健診結果4, 5月分

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。（図表 34）

本市の特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は 216 人（40.2%・F）であった。また、40～74 歳における糖尿病治療者 2,388 人中のうち、特定健診受診者は 693 人（29%・G）であったが、172 人（24.8%・キ）は治療中断者であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,695 人（71%・Ⅰ）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 406（Ⅱ）人中 95（オ）人は治療中断であることが分かった。また、311（カ）人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

図表 34 より本市においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・216人
- ・糖尿病治療中であつたが中断者（オ・キ）・・・267人
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

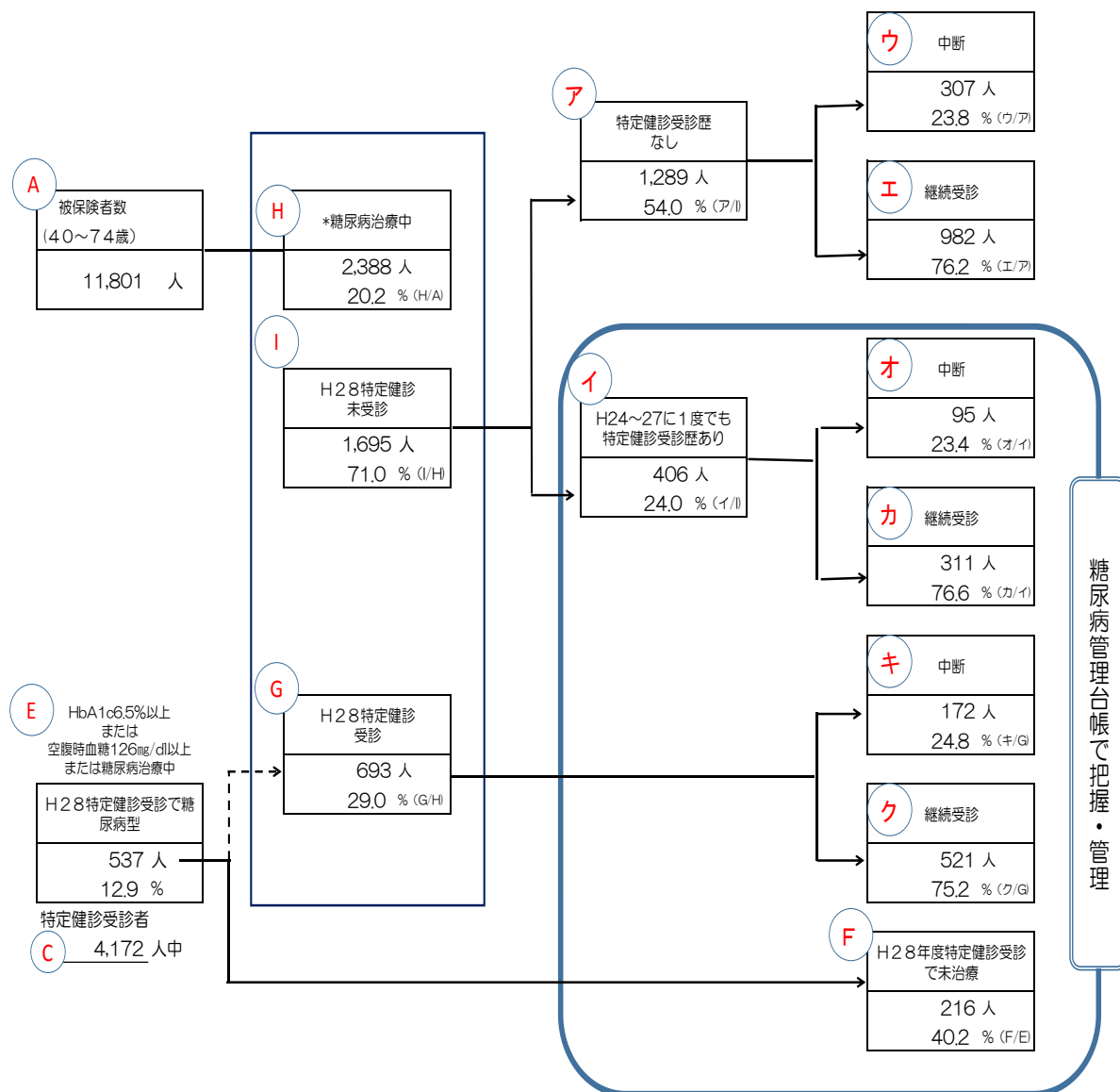
【保健指導】

- ・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）・・・521人
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・311人
- ・介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導



EはH28特定健診結果、Gは疾病管理一覧より抽出のため、数値に差があります。

*中断者は年度単位での中断者になります。

出典:KDB、平成 28 年度宇城市特定健診結果

ウ 対象者の進捗管理

ア) 糖尿病管理台帳の作成および管理

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

- ① 健診データが届いたら(集団健診終了後)治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は管理台帳に記載する。(担当：国保年金係)

また、以下のようなものも対象者として管理台帳に記載する。(担当：地区担当保健師・管理栄養士)

＊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

＊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

＊HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

- ②資格を確認する。(国保/社保、転出など)(担当：地区担当保健師・管理栄養士)

- ③レセプトを確認し治療情報等を記載する。(担当：地区担当保健師・管理栄養士)

・ 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、有りの場合は診療開始日を記入

・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

- ④管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し、介入対象者の把握をする。

- ④ 担当地区の対象者数の把握(担当：地区担当保健師・管理栄養士)

未治療者・中断者（受診勧奨者）

腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

エ 保健指導の実施

ア) 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 35)

【図表 35】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
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ろのでしょうか？ 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み方 ④糖尿病性神経障害～起ころ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 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
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	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効果薬の選択 25. 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

イ) 2次健診を活用した重症化予防対策

可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃さないため、平成29年度から本市の集団健診では、対象者のうち尿蛋白(±)以上の者へ尿たんぱく定量検査を実施している。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。

オ 医療との連携

ア) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳、DM 熊友パス、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳、熊友パスを活用し、かかりつけ医に保健指導内容を情報提供する。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県および宇城市プログラムに準じ行っていく。

カ 高齢介護課(介護保険担当)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の介護保険サービスの利用の必要性が出てきた場合は、高齢介護課、地域包括支援センター等と連携していく。

キ 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。

ア) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ・ 受診勧奨対象者への介入率 (HbA1c6.5 以上の未治療者への介入率)
- ・ 医療機関受診率
- ・ 医療機関未受診者への再勧奨数(精密未受診者への介入数)

②保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率(HbA1c6.5 以上(治療中 7.0 以上))
- ・ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

イ) 中長期的評価

中長期評価は、脳血管疾患、虚血性心疾患と一緒に実施する。

評価には、糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)、目標管理一覧(参考資料 1)を使用する。

ク 実施期間及びスケジュール

- 2 月 対象者の選定基準の決定
対象者数の試算、介入方法、実施方法の決定
- 4 月 特定健診(集団健診)開始
特定健診結果が届き次第、対象者へ介入
- 7 月 集団健診終了後、台帳整備(1 回目)
- 8 月 特定健診(個別健診・情報提供事業)開始
- 1 月 台帳整備(2 回目)
- 3 月 評価

※1 回目の台帳整備(7 月)・・・春集団分＋前年度後半個別健診分

2 回目の台帳整備(12 月)・・・秋集団分＋5～10 月までの個別健診分

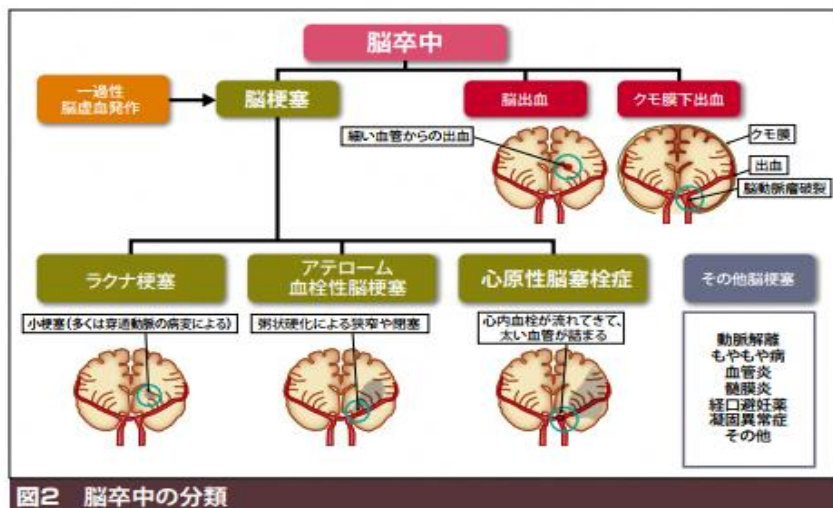
(2) 脳血管疾患重症化予防

ア 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 36、37)

【脳卒中の分類】

【図表 36】



(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 37】

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	●							

イ 対象者の明確化

ア) 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 38 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

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

【図表 38】

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2005年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(75%) 心原性脳塞栓症(27%) ラクナ梗塞(31%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)
受診者数 4,267 対象者数	344 8.1%	47 1.1%	131 3.1%	96 2.2%	703 16.5%	261 6.1%	21 0.5%	95 2.2%	1,288 30.2%
治療なし	190 6.7%	16 0.7%	123 3.7%	72 2.2%	155 6.7%	148 3.7%	4 0.2%	24 1.0%	464 19.9%
(再掲) 特定保健指導	76 22.1%	8 17.0%	29 22.1%	24 25.0%	155 22.0%	32 12.3%	2 9.5%	5 5.3%	232 18.0%
治療中	154 10.6%	31 1.6%	8 0.8%	24 2.5%	548 28.3%	113 37.0%	17 0.9%	71 3.7%	824 42.5%
臓器障害 あり	48 25.3%	16 100.0%	24 19.5%	13 18.1%	38 24.5%	37 25.0%	4 100.0%	24 100.0%	133 28.7%
CKD (専門医対象者)	4	0	1	4	4	4	4	24	30
尿蛋白 (2+) 以上	1	0	0	1	1	1	4	0	4
尿蛋白 (+) and 尿糖 (+) 以上	1	0	0	1	2	1	0	0	2
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	2	0	1	3	1	2	0	24	24
心電図所見あり	46	16	23	10	36	35	0	6	110
臓器障害 なし	142 74.7%	--	99 80.5%	59 81.9%	117 75.5%	111 75.0%	--	--	--

出典:平成 28 集計ツール 資料 B

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344人(8.1%)であり、190人は未治療者であった。また未治療者のうち48人(25.3%)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154人(10.6%)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を実施していく。(参考資料6)

イ) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく。(図表 42)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 39】

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

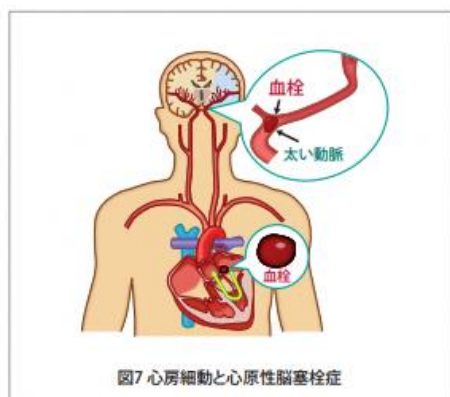
血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,804	911	597	511	597	159	29
		32.5%	21.3%	18.2%	21.3%	5.7%	1.0%
リスク第1層	428	224	81	51	60	9	3
		15.3%	24.6%	13.6%	10.1%	5.7%	10.3%
リスク第2層	1,539	476	341	292	336	79	15
		54.9%	52.3%	57.1%	56.3%	49.7%	51.7%
リスク第3層	837	211	175	168	201	71	11
		29.9%	23.2%	29.3%	33.7%	44.7%	37.9%
再掲 重複あり	糖尿病	228	60	51	45	46	21
		27.2%	28.4%	29.1%	26.8%	22.9%	29.6%
	慢性腎臓病 (CKD)	396	118	82	75	86	31
		47.3%	55.9%	46.9%	44.6%	42.8%	43.7%
3個以上の危険因子	371	60	75	80	114	37	5
		44.3%	28.4%	42.9%	47.6%	56.7%	52.1%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

出典:平成 28 集計ツール 血圧階層化より

図表 39 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については早急な受診勧奨を実施する。

ウ) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 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			心房細動有所見者				日循疫学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
年代	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1761	2064	40	2.3	7	0.34	—	—
40歳代	188	144	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	241	297	2	0.8	0	0	0.8	0.1
60歳代	865	1098	19	2.2	4	0.36	1.9	0.4
70～74歳	467	525	19	4.1	3	0.57	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 41】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
	人	%	人	%
47	6	12.8	41	87.2

心電図検査において男性 40 人、女性 7 人に心房細動の所見があった。(図表 40)有所見率を見ると、年齢が高くなるにつれ増加していた。特に、60 代 70 代男性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。また、47 人のうち 41 人は既に治療が開始されていたが、6 人は未受診もしくは治療中断者であった。(図表 41)心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

ウ 保健指導の実施

ア) 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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

イ) 二次健診の実施

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二次健診において、これらの検査の実施を検討していく。

ウ) 対象者の管理

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 7)

エ) 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 8)

エ 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。

オ 高齢介護課(介護保険担当)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の介護保険サービスの利用の必要性が出てきた場合は、高齢介護課、地域包括支援センター等と連携していく。

カ 評価

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

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

ア) 短期的評価

- ・ 保健指導実施率、医療機関受診率、精密未受診受診勧奨率
- ・ 重症化予防対象者数・率(糖・血圧・脂質・CKD・メタボリックシンドローム)

イ) 中長期的評価

目標管理一覧(参考資料1)などを持ちいて経年評価を行う。

- ・ 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の被保険者千人当たりの新規患者数、医療費割合等

キ 実施期間及びスケジュール

2 月 対象者の選定基準の決定

対象者数の試算、介入方法、実施方法の決定

4 月 特定健診結果が届き次第、対象者への保健指導実施。

個別相談・・・宇城市独自対象、特定保健指導対象

結果説明会(個別)・・・情報提供対象

7 月 糖尿病管理台帳整備

8 月 精密検査未受診者訪問開始

1 月 糖尿病管理台帳整備

3 月 評価

(3) 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 9)

イ 対象者の明確化

ア) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 10)

イ) 重症化予防対象者の抽出

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。

本市の健診受診者 4,249 人のうち心電図検査実施者は 3,825 人 (90%) であり、そのうち ST 所見があったのは 373 人であった (図表 42)。ST 所見があった 373 人中のうち 63 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 26 人は未受診であった (図表 43)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドロームや血圧、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 所見があった 310 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じ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 42】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見 (c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%(b/a)	人	%(c/b)	人	%(d/b)	人	%(e/b)
H28年度	4249	100	3825	90.0	373	9.8	577	15.1	2875	75.2

平成 28 宇城市特定健診結果

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 43】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
人	%	人	%(b/a)	人	%(c/a)	人	%(d/a)
373	100	63	16.9	37	58.7	26	41.3

平成 28 宇城市特定健診結果

ウ 保健指導の実施

ア) 受診勧奨及び保健指導

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

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

虚血性心疾患に関する症状

【図表 44】

・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)

イ) 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)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。

エ 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。

オ 高齢介護課（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、生活支援等の介護保険サービスの利用の必要性が出てきた場合は、高齢介護課、地域包括支援センター等と連携していく。

カ 評価

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

ア) 短期的評価

- ・保健指導実施率、医療機関受診率、精密未受診受診勧奨率
- ・重症化予防対象者数・率(糖・血圧・脂質・CKD・メタボリックシンドローム)

イ) 中長期的評価

目標管理一覧表(参考資料1)などを用いて経年評価を行う。

- ・虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の被保険者千人当たりの新規患者数、医療費割合等

キ 実施期間及びスケジュール

2 月 対象者の選定基準の決定

対象者数の試算、介入方法、実施方法の決定

4 月 特定健診結果が届き次第、対象者への保健指導実施。

個別相談・・・宇城市独自対象、特定保健指導対象

結果説明会（個別）・・・情報提供対象

7 月 糖尿病管理台帳整備

8 月 精密検査未受診者訪問開始

1 月 糖尿病管理台帳整備

3 月 評価

3 市民に広く周知・啓発する取組

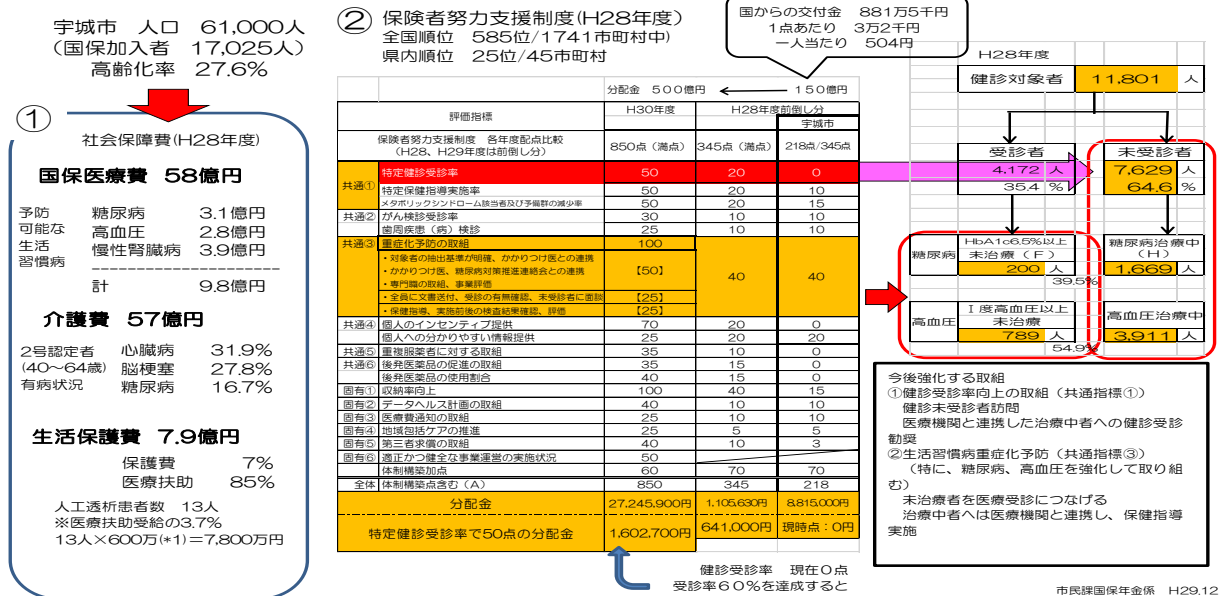
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 45・46)

また、生涯を通じて心身ともに健康で暮らせるように、様々な分野の団体や機関と連携しながら、妊娠期から高齢期まで生涯を通じた健康づくり活動を実施していく。ポピュレーションアプローチの手段については、第3章5(4)に記すとおりである。

2025年にむけて社会保障制度を持続可能にするために

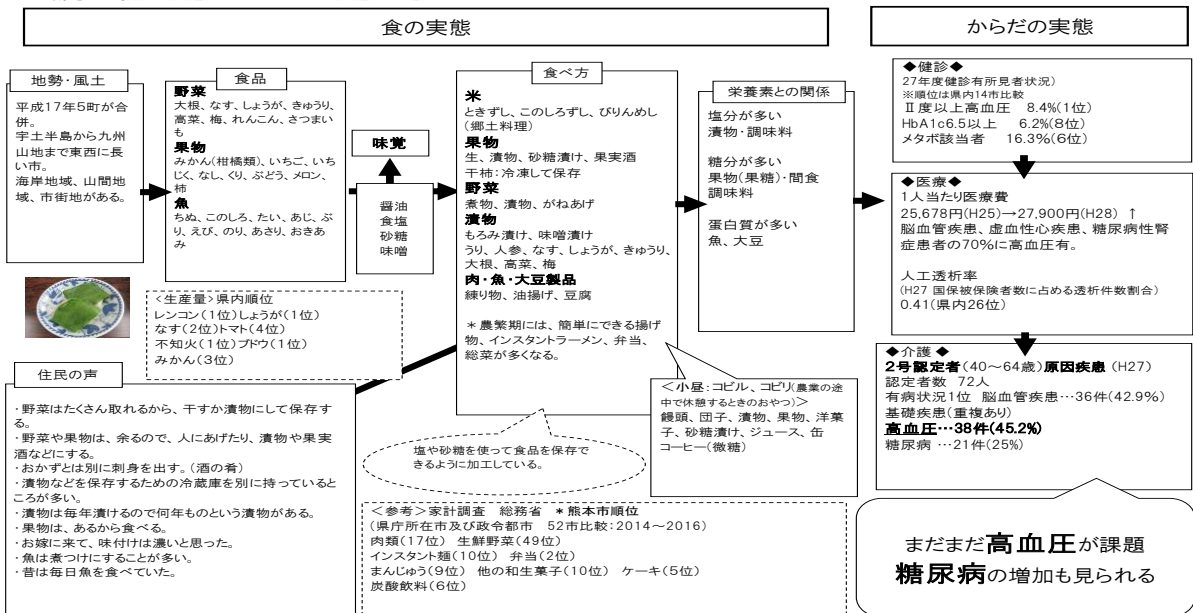
保険者努力支援制度の視点で 宇城市の社会保障費と予防・健康管理をみる

【図表 45】



宇城市の食の実態とからだの実態を考えてみる

【図表 46】



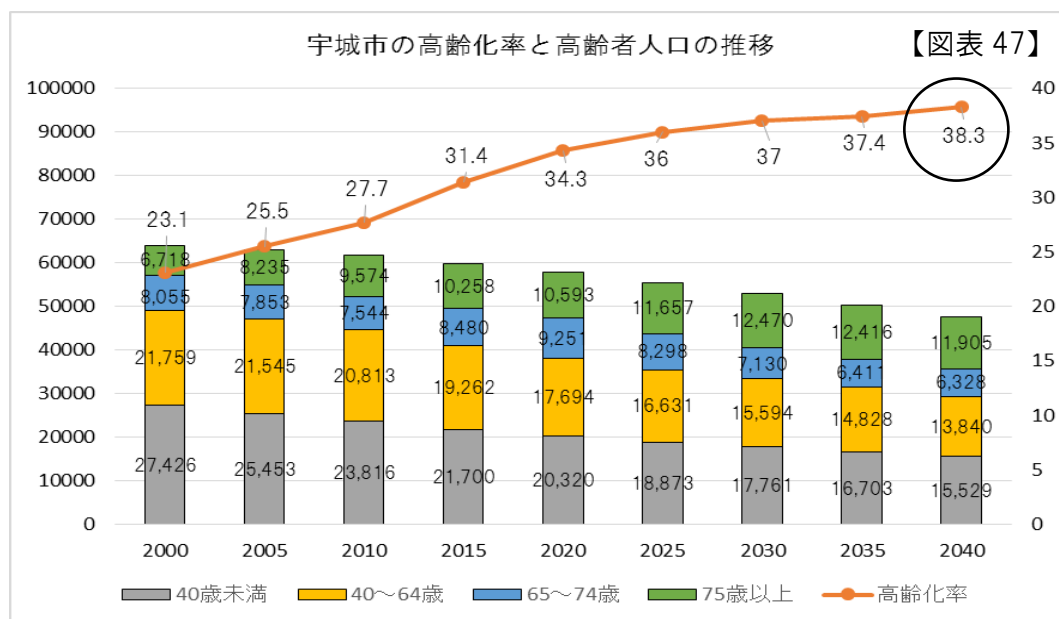
第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防の重要な項目の一つとして捉える事ができる。また、そのハイリスク者を抽出するために、まずは、健診を受診してもらうことで健康管理に取り組む被保険者を増やすことも重要である。

本市は、2040 年には高齢化率が 38.3%になると推定されている(図表 47)。

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を超えている。このような状況から、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にとっても非常に重要である。第7期宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画において、地域包括ケアの構築を掲げており、国保としても健診・医療・介護データの分析から実態把握をし、地域ケア個別会議などを通して高齢介護課、健康づくり推進課などの関係課・関係機関との情報共有を実施していく。



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。（参考資料 11）

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

KDB等の情報を活用し、評価を実施していく。また、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行い、必要に応じて本計画の見直しを実施する。

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。

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。中間評価・最終評価についても以下の視点において行う。

※評価における4つの指標（参考資料12・13）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システム整備)	・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)

KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。さらに国保年金係、健康づくり推進課が総合的に評価を行い、専門職と事務職が連携を図ることにより、効果的なアウトカムについて相互に努力するものとする。

特に直ちに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。評価指標に基づき、保健事業が効果的に行われているか、宇城市国民保険運営協議会に報告し、助言を受け、実施内容・実施方法を必要に応じて見直していく。

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、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 目標管理一覧表

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 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 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

参考資料 7 血圧評価表

参考資料 8 心房細動管理台帳

参考資料 9 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 10 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 11 生活習慣病有病状況

参考資料 12 評価イメージ 1

参考資料 13 評価イメージ 2

血糖管理一覽表

	評価項目	評価指標	H28		H30		H31		H32 (中間評価)		H33		H34		H35 (最終評価)	
			現状値	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	
特定健診 等実施計 画	特定健診・特 定保健指導 の実施	特定健診受診率														
		特定保健指導実施率														
中 長 期 目 標		新規 糖尿病性腎症患者数 (被保険者千人当たり)														
		新規 脳血管疾患患者数 (被保険者千人当たり)														
		新規 虚血性心疾患患者数 (被保険者千人当たり)														
		新規 人工透析患者数														
		医療費に占める割合(慢性腎不全)														
	重症化した 疾患の状況	医療費に占める割合(脳血管疾患)														
		医療費に占める割合(虚血性心疾患)														
		レセプトに占める入院費用の割合														
		入院の伸び														
		健診有所見者率 高血圧 (Ⅱ度:160/100以上)														
短 期 目 標	基礎疾患の 重症化予防	糖尿病未治療者 (HbA1c6.5以上)														
		糖尿病治療中者 (HbA1c7.0以上)														
		脂質異常症 (LDL180以上)														
		メタボリックシンドローム 該当者および予備群														
		がん検診受診率 胃がん検診														
保険者努 力支援制 度	がんの早期 発見、早期 治療	肺がん検診														
		大腸がん検診														
		子宮頸がん検診														
		乳がん検診														
		個人へのインセンティブ(未実施)														
	後発医薬品の使用割合															

実 態

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

(HbA1c6.5以上)

過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加 年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度 末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	備考	かかりつ け医名	DM 専門医 受診有無	腎臓 専門医 受診有無		
4		H26					男	66	糖尿病	糖	服薬											
									高血圧		HbA1c		6.8			6.8						
									虚血性心疾患	糖	体重											
									脳血管疾患		BMI		26.7			26.6						
									糖尿病性腎症	以外	血圧		121/74			161/91						
										CKD	GFR		87.3			83.4						
		尿蛋白		—			—															
5		H25					男	49	糖尿病	H26.5.27	糖	服薬		○		○						
									高血圧	H26.5.19		HbA1c		10.6		6.2						5.7
									虚血性心疾患	糖	体重											
									脳血管疾患		以外	BMI		23.5		24.6						24.4
									糖尿病性腎症	H26.5.27	血圧		136/96	156/109		141/96					128/84	
									脂質異常症	H25.9.30	CKD	GFR		80.8		78.2						71.7
		尿蛋白		—		—		—		—												
6		H26					女	70	糖尿病	H21.10.10	糖	服薬		○	○	○						
									高血圧	H24.3.8		HbA1c		6.7		6.8						7.2
									虚血性心疾患	糖	体重											
									脳血管疾患		以外	BMI		27.4		27.7						28.6
									糖尿病性腎症	血圧		168/90	162/84	147/83	151/76							
									脂質異常症	H16.9.1	CKD	GFR		82.5		87.3						74.4
		尿蛋白		—		—		—		—												

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H29年度

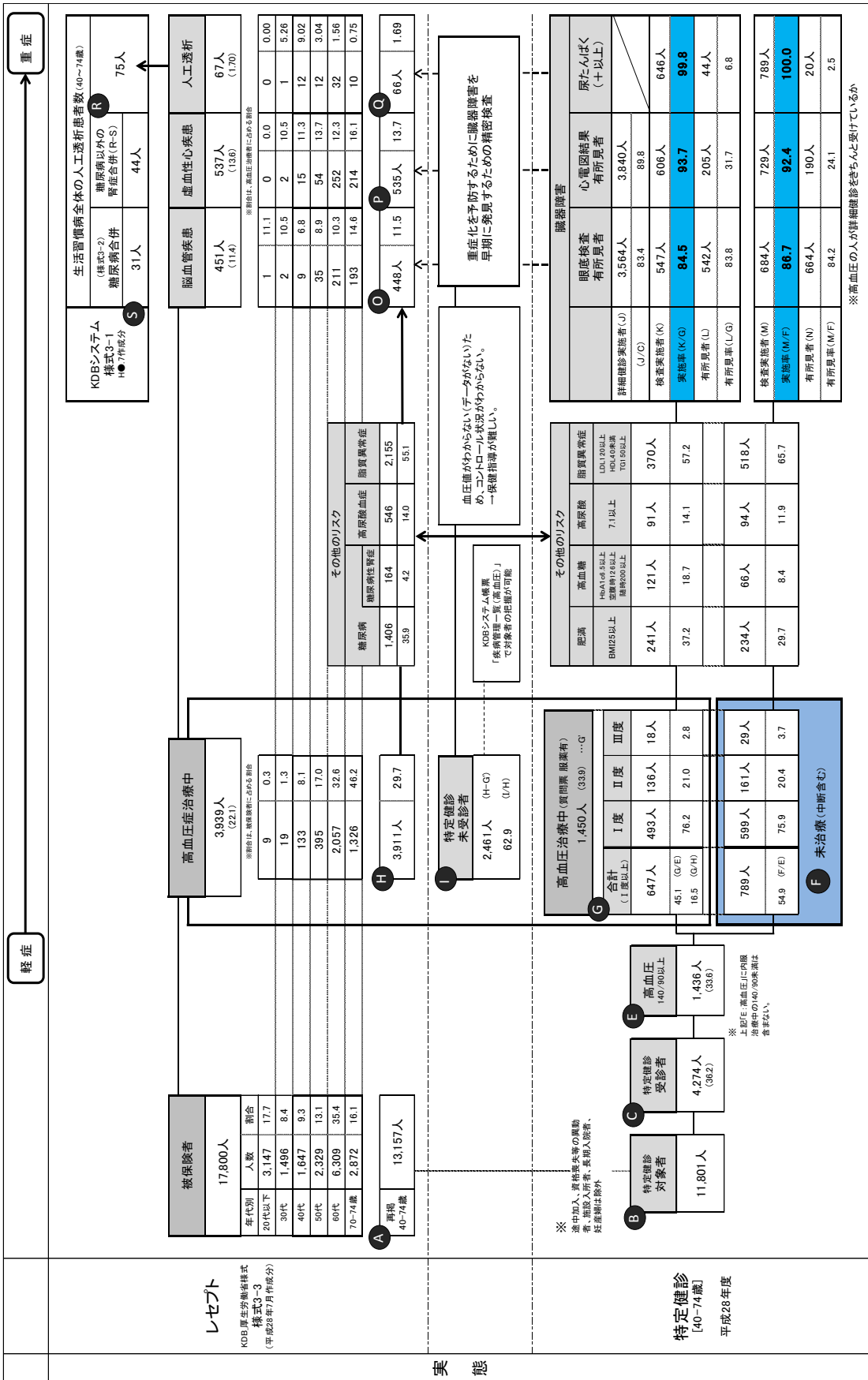
保健指導の視点	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など																																																	
糖尿病管理台帳の全数 (717) 人 ① 健診未受診者 (300) 人 <table><tr><th colspan="7">結果把握</th></tr><tr><th></th><th>全体</th><th>三角</th><th>不知火</th><th>松橋</th><th>小川</th><th>豊野</th></tr><tr><td>①国保(生保)</td><td>230</td><td>43</td><td>25</td><td>79</td><td>61</td><td>22</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>③他保険</td><td>29</td><td>5</td><td>7</td><td>14</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>20</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td><td>10</td><td>2</td></tr><tr><td>⑤確認できず</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> ①～1未治療者(中断者を含む) 461459162 ② 未治療者 (中断者含む) (469) 人 ③ HbA1cが悪化している (329) 人 ④ 尿蛋白 (-) (518) 人 (±) (102) 人 (+) ～ 顕性腎症 (97) 人 ⑤ eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 (10) 人 1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下 (282) 人	結果把握								全体	三角	不知火	松橋	小川	豊野	①国保(生保)	230	43	25	79	61	22	②後期高齢者							③他保険	29	5	7	14	1	2	④住基異動(死亡・転出)	20	3	1	4	10	2	⑤確認できず	1	0	0	1	0	0	1. 資格喪失(死亡・転出)の確認 ○死亡はその原因 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認 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 ○腎症予防のための保健指導	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 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医
結果把握																																																			
	全体	三角	不知火	松橋	小川	豊野																																													
①国保(生保)	230	43	25	79	61	22																																													
②後期高齢者																																																			
③他保険	29	5	7	14	1	2																																													
④住基異動(死亡・転出)	20	3	1	4	10	2																																													
⑤確認できず	1	0	0	1	0	0																																													

【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														宇城市	
			項目	保険者						同規模保険者		データ元			
				平成28年度		平成29年度		平成30年度		実数	割合		実数	割合	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合						
1	①	被保険者	被保険者数 (再掲) 40才～74才	17,800 人		人		人		人		KDB厚生労働省様式 様式3-2			
	①			13,157 人		人		人		人					
2	②	特定健診	健診対象者数	11,801 人		人		人		人					
	③		健診受診者数	4,172 人		人		人		人		保健指導支援ツール			
	③		健診受診率	35.4 %		%		%		%					
3	①	特定保健指導	保健指導対象者数	480 人		人		人		人		H28年度特定健康診査・特定保健指導実施状況			
	②		実施率	45.5 %		%		%		%					
4	①	健診データ	糖尿病型	506 人	11.9 %	人	%	人	%	人	%	特定健診結果 保健指導支援ツール			
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	200 人	39.5 %	人	%	人	%	人	%				
	③		治療中(質問票 服薬有)	306 人	60.5 %	人	%	人	%	人	%				
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	178 人	58.2 %	人	%	人	%	人	%				
	⑤		血圧 130/80以上	120 人	67.4 %	人	%	人	%	人	%				
	⑥		肥満 BMI25.0以上	76 人	42.7 %	人	%	人	%	人	%				
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	128 人	41.8 %	人	%	人	%	人	%				
	⑧		糖尿病病期分類												
	⑨		尿蛋白 (一) 第1期	416 人	82.2 %	人	%	人	%	人	%				
	⑩		(±) 第2期	48 人	9.5 %	人	%	人	%	人	%				
	⑪		(+)以上 第3期	37 人	7.3 %	人	%	人	%	人	%				
5	①	レセプト	糖尿病治療中	1,999 人	11.2 %	人	%	人	%	人	%	あなみツール②_2 集計ツール2017.7 (DM腎症(レセ×健診))			
	②		(再掲) 40才～74才	1,975 人	15 %	人	%	人	%	人	%				
	③		健診未受診者	1,669 人	84.5 %	人	%	人	%	人	%				
	④		糖尿病性腎症	197 人	9.9 %	人	%	人	%	人	%	KDB厚生労働省様式 様式3-2			
	⑤		(再掲) 40才～74才	196 人	9.9 %	人	%	人	%	人	%				
	⑥		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	78 人	43.6 %	人	%	人	%	人	%				
	⑦		(再掲) 40才～74才	77 人	44.2 %	人	%	人	%	人	%				
	⑩		後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	89 人	51.7 %										
	⑧		新規透析患者数	20 人	25.6 %	人	%	人	%	人	%				
⑨		(再掲) 糖尿病性腎症	7 人	35 %	人	%	人	%	人	%					
6	①	医療費	総医療費	a	58.3 億円	億円		億円		億円	KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題CSV				
	②		生活習慣病総医療費	b	14.6 億円	億円		億円		億円					
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	23.2 %	%		%		%					
	④		生活習慣病対象者一人当たり 健診受診者	7,169 円	円		円		円						
	⑤		健診未受診者	37,372 円	円		円		円						
	⑥		糖尿病医療費	c	31,280 万円	万円		万円		万円					
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	21.3 %	%		%		%					
	①				人	%	人	%	人	%					
	②		入院外	176,779 人	95.7 %	人	%	人	%	人			%		
	③		入院	7,620 人	4.13 %	人	%	人	%	人			%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費	2.8 億円	億円		億円		億円						
	⑨		1件当たり	36,521 円	円		円		円						
	⑩		糖尿病入院総医療費	3,124 万円	万円		万円		万円						
	⑪		1件当たり	474,193 円	円		円		円						
	⑫		在院日数	16 日	日		日		日						
⑬	慢性腎不全医療費														
⑭	透析有り	3.9 億円	億円		億円		億円								
⑮	透析なし	2,173 万円	万円		万円		万円								
7	①	介護	介護給付費	57.4 億円	億円		億円		億円	KDB市町村別データ					
	②		(再掲)2号認定者の所有者割合												
	③		糖尿病	16.7 %	%		%		%						
			糖尿病合併症	8.3 %	%		%		%						
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	232 人	人		人		人	KDB地域の全体像の把握CSV					
	②		糖尿病	9 人	3 %	人	%	人	%		人	%			

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

都道府県名	熊本県	市町村名	宇城市	同規模区分	5
-------	-----	------	-----	-------	---



【参考資料 6】

【参考資料 7】

血圧評価表

個人 番号	被保険者証		名前	性別	年齢	血圧												備考欄（直近デー		1回 のみ or 継続 受診	かかり つけ医 名	内服薬 中断者の 場合、 その理由	糖尿病 管理台 帳への 登録有 無	担当者	次年度健診データ		
	記号	番号				H25	H26	H27	H28	H29	行政区 (地区)	住所	H30	治療 有無	収縮 期	拡張 期											
				男	72											235	117		○	継続	アイミクス						
				女	66					○	164	96		165	99		198	107		x							
				女	68	○	138	84	○	193	114	○	146	74		176	101	○	195	105		○	継続	インベタン、メインテート			
				女	72			○	174	99					187	97	○	192	103		○	継続					

【参考資料 8】

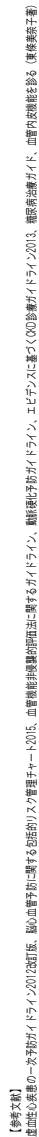
心房細動管理台帳

追加 年度	個人コード	名前	性別	年齢	特定健診結果		行政区	治療の状況			脳梗塞の有無		毎年確認すること					保健 指導 実施
					心電図	具体的な所見							H29年度					
					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	健診 受診日	心電図判定	治療 状況	内服薬	備考		
1	H28						小川町	慢性心房細動	H29.6			H29.5.2	心房細動	○			H29.6月のみ 受診有。イ グザレルト 処方、その	有
2	H28						小川町	心房細動	H21.7					○	イグザレルト	2月1回受診	有	
3	H28						松橋町	心房細動	H24.7			H29.4.11	心房細動、左軸偏位	○	ワーファリン	2月1回受診	無	
4	H28						三角町	非弁膜性心房	H25.10			H29.4.6	心房細動	○	プラザキカプセル		有	
5	H28						小川町	心房細動	H23.4					○	ワーファリン	(主)心筋梗 塞、狭心 症、心不 全、高血	無	

発症予防

重症化予防（早期発見）

年齢（経過）



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

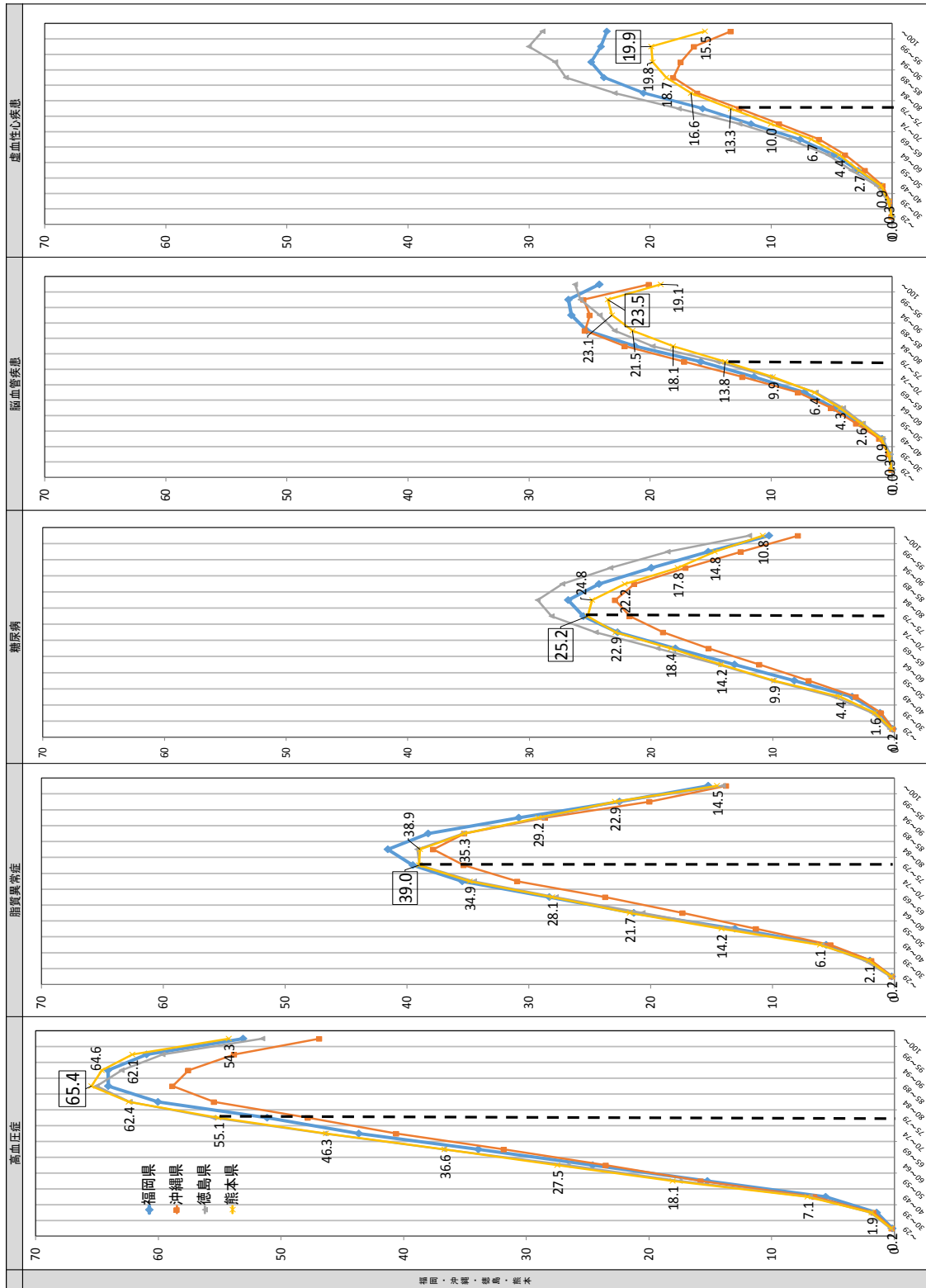
健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある					
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□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～	
		食後	～199		200～		
	□HDL-C	40～	35～39		～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□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
		食後	～139		140～199	200～	【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比
	□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・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84		85～89	90～	
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜炎/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

地域包括ケアの取組

生活習慣病有病状況

H29年5月診療分（国保データベースシステム_H29年7月作成分）



【参考資料 11】

第1期データヘルス計画 評価シート

事業名 or	目標	ストラクチャー	プロセス	評価指標・目標値	アウトプット	結果	アウトカム	考察と課題	第2期への反映事項
重症化予 防事業	虚血性心疾 患・脳血管疾 患・人工透析 の新規患者数 の減少	健康づくり推進課 企画係、地域1・2係保健 師14人 ・管理栄養士1人 ・地区担当制 国保年金係 保健師1人 管理栄養士1人	○市独自支援 集団健診後、対象者を抽出し、個別面談を実施。 抽出基準（H28年度） 高血圧 170/100以上 糖尿病 HbA1c7以上 脂質異常症 LDL180以上 腎機能低下 39歳以下eGFR60未満 40～69歳eGFR50未満 70歳以上eGFR40未満 尿たんぱく2以上 尿たんぱく2未満 ○健診中断者対策 高血圧、糖尿病、腎機能それぞれ1の台帳を活用し、健診未受診者へ訪問を実施。	保健指導件数(延件数) 介入率 (保健指導実人員/対象者)	保健指導件数 延716回 (実人数395人) 介入率 97.3% (395人/406人)	＜短期目標＞ 高血圧・糖尿病、脂質異常 症の有所見者の減少 84%→81% 高血圧(Ⅱ度以上) 5%→6.1% 糖尿病(HbA1c6.5以上) 5%→6.1% 脂質異常症(LDL180以上) 3.4%→3.1% 独自支援対象者の改善率 少 ＜中長期目標＞ (H25～H28比較) 虚血性心疾患・脳血管 疾患・人工透析の新規 患者数をそれぞれ3%減 少	＜考察＞ 短期目標である糖尿病は増加しているが、高血圧、 脂質異常症は減少している。高血圧については、県 内市町村と比較してもまだ高い状況である。 中長期目標である虚血性心疾患、脳血管疾患は増 加しているが、新規透析導入者数は減少し、3%減を 達成している。 健診中断者、精密未受診者の介入率が低い。 ＜課題＞ 糖尿病が増加しており、今後糖尿病性腎症による人 工透析の増加が懸念される。 脳血管疾患・虚血性心疾患の新規患者数だけでなく 、入院医療費の増加もみられるため、引き続き、高 血圧・脂質異常症の重症化予防が必要である。	脳血管疾患・虚血性 心疾患の対策 ・糖尿病対策(糖尿病 性腎症重症化予防含 む) ・高血圧対策 ・心臓性脳梗塞対策	
			○精密未受診者対策 医療機関未受診者に対して訪問等実施 抽出基準(H28年度) ・高血圧1度以上 ・糖尿病HbA1c6.5%以上 ・腎機能尿たんぱく2以上 Ore 精密基準以上 特定健診後、対象者を抽出し、個別面談実施。 (積極的:市、動機づけ・委託機関) 積極的支援は、支援コース選択。①市保健師・ 栄養士②2次健診③トレーニングジムの温水 プール⑤運動教室 情報提供対象者(独自支援除く)に対しては、個 別に健診結果の説明を実施。	保健指導件数(延件数) 介入率 (保健指導実人員/対象者)	保健指導件数 延196回(実人数164人) 介入率 65.3%(164人/251人)	該当者 16.6%(H25 14.9%) 予備軍 9.6%(H25 11.3%) 該当者の減少率 15.3% 予備軍の減少率 18.4% *H28法定報告値	＜考察＞ メタボリックシンドロームの該当者が増加し、予備軍は 減少している。 特定保健指導率は、目標60%は達成できていない が、25年度と比べると増加している。 H28年度は地震の影響もあり、連絡が取りづら いケ ースもあつたため、指導率が上がらなかった。 初回面談は実施しているが、指導が終了して いない ケースが積極的支援が多い。 ＜課題＞ メタボ該当者が増加しているため、対象者に確実に保 健指導を実施していく。		・メタボリックシンドローム 予防 (生活習慣病発症予 防) ・保健指導率の向上
特定健診 受診率の 向上	国保年金係 事務職1人、保健師1人、管理 栄養士1人 健康づくり推進課 事務職1人、保健師14人、管 理栄養士1人 ・診療情報提供事業 ・人間ドック)各健診機関	○特定健診受診機会 毎年1月に全世帯に次年度の健診希望調査実 施 ・集団健診 期間 4～5月、予備(9月、10月) 場所 5か所(旧町ごと) ・個別健診 期間 8～3月 場所 市内契約医療機関29か所 ・人間ドック 期間 5～3月 場所 県内6健診機関 ・診療情報提供事業 期間 8～3月 場所 市内契約医療機関28か所 ○受診券発 広報紙・防災無線・ちらし・健康づくり推進員によ る広報活動・保健師実地による未受診者訪 問	・集団健診実施回数・受診者数 ・個別健診実施医療機関数・受 診者数 ・情報提供事業実施医療機関 数・受診者数 ・人間ドック受診者数 広報活動回数 5回 健診申込み時 防災無線 集団健診時 地区健康教室29回 974人 チラシ配布 初会、健康づく り推進員活動時	28年度特定健診結果 51回 3930人 29医療機関 258人 6医療機関 16人 6健診機関 229人 (H29人間ドック申込み時H28年 度健診結果提出19人)	特定健診受診率 H25 36 H26 35.6 H27 37.1 H28 35.4 -4.5%	＜考察＞ 特定健診受診者の90%が集団健診。 昨年度は地震の影響もあり、個別健診、人間ドック受 診者は例年より少なかった。 情報提供事業は実施しているものの、活用している医 療機関は少なく、受診者も少ない。 健診受診率は、幅広い。昨年度は地震の影響もあり、 減少。 ＜課題＞ 受診者数を増やしていくために、個別健診、情報提供 事業の活用。個別健診はほとんどの契約医療機関で 実施しているが、情報提供事業については、6医療機 関のみ実施している現状である。治療中の健診未受 診者は、特定健診対象者の4割にあたるため、医療機 関と連携し、健診受診動機を促していく。	医療機関との連携 (個別健診・情報提供 事業の推進)		

取組みと課題の整理

年度

事業名 or 評価項目	目標 課題	ストラクチャー (体制・構造)	プロセス (残っている課題を踏まえ、やっ てきた実践事項を振り返ってみる)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)	残っている 課題
全体的事項						
重症化予 防事業 1						
生活習慣 病の発症 予防 2						
特定健診 受診率の 向上 3						

【参考資料 13】