

## 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 12 月

宮崎県医師国民健康保険組合

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	3
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	
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	8
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	
第3章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	17
1	第3期特定健診等実施計画について	
2	目標値の設定	
3	対象者の見込み	
4	特定健診の実施	
5	特定保健指導の実施	
6	個人情報保護	
第4章	保健事業の内容	22
I	保健事業の方向性	
II	重症化予防の取組	
1	糖尿病性腎症重症化予防	
2	虚血性心疾患重症化予防	
3	脳血管疾患重症化予防	
III	ポピュレーションアプローチ	
IV	その他の保健事業	
第5章	地域包括ケアに係る取組	38
第6章	計画の評価・見直し	39
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	40
参考資料		41

# 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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(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。

当組合においては、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 計画の位置付け

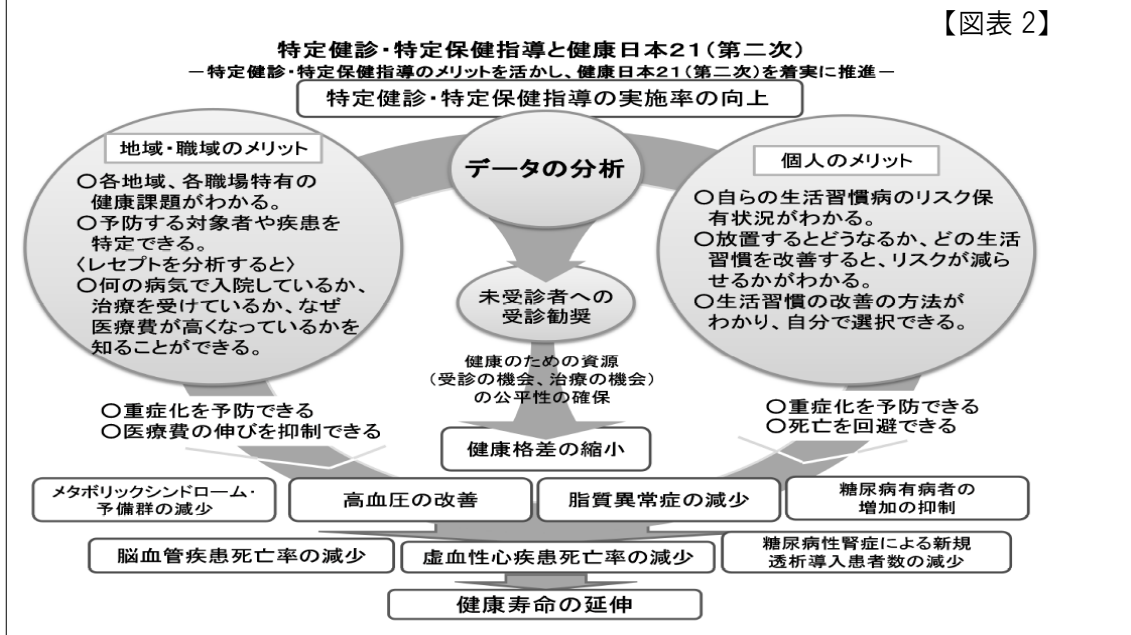
第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、宮崎県健康増進計画や宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表1・2・3)

【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「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2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 国民の健康の増進のため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23年度 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方針	厚生労働省 保険局 平成23年度 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する方針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成23年度 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方針	厚生労働省 保険局 平成23年度 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23年度 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、生活習慣病の予防や重症化予防を重点と見直し、生活習慣を改善するために必要な知識の普及及び向上を図る。その結果、 <b>生活習慣病が持続可能なものとなる</b> 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指すとする。	生活習慣の改善による慢性疾患の発症予防の推進を目的とし、糖尿病等を予防することでは、適正な食生活と適度な運動が、同時に <b>重要な生活習慣の改善</b> を誘起し、患者数を減らすことが、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図るに <b>重要な役割を担</b> うことが期待される。 特定健康診査は、 <b>健康増進等の生活習慣病の予防や重症化を目的</b> として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を実施するものとする。的確に実施するための取り組みを行うのである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の <b>主体的な健康増進及び病状予防の取り組み</b> について、 <b>高齢者に対する支援の中心</b> として、 <b>医療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</b> することを目的とする。 <b>被保険者の意識の継続的向上</b> により、 <b>医療費の適正化及び医療者の負担軽減</b> が図られることは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、 <b>重症化を防止し必要な医療を受けること</b> は、 <b>要介護状態等への移行を遅くし、<b>量</b>化を抑制</b> することを目指すものである。	<b>国民皆保険制度</b> を堅持し、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 <b>医療費が適正に増大しないよう</b> にいくと、 <b>量</b> かつ <b>適切な医療を効率的に提供</b> する体制の構築を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 <b>地域において役割の異なる医療の提供</b> 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構築を図っていく。
対象年齢	ライフステージ(医師用紙、 <b>若年層</b> 、 <b>高齢期</b> )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若年(若年層)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 60～64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 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> 高血圧 <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b> 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 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> 高血圧 脂質異常症 <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b>	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> 高血圧 等 <b>虚血性心疾患</b> <b>脳血管疾患</b>	<b>糖尿病性腎症</b> <b>糖尿病性神経障害</b> <b>糖尿病性網膜症</b> <b>脳血管疾患</b> 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 癌を併発した症例、早期癌 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 骨髄小体変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	メタボリックシンドローム <b>糖尿病</b> <b>生活習慣病</b>	<b>糖尿病</b> <b>心臓梗塞等の心血管疾患</b> <b>脳卒中</b> <b>がん</b> <b>精神疾患</b>
評価	※55項目中、特定健診に關する項目15項目 ①調査対象の達成率(調査対象の達成率)②調査対象の達成率(調査対象の達成率)③調査対象の達成率(調査対象の達成率)④調査対象の達成率(調査対象の達成率)⑤調査対象の達成率(調査対象の達成率)⑥調査対象の達成率(調査対象の達成率)⑦調査対象の達成率(調査対象の達成率)⑧調査対象の達成率(調査対象の達成率)⑨調査対象の達成率(調査対象の達成率)⑩調査対象の達成率(調査対象の達成率)	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・運用情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病の状況(生活習慣病の発症率)①生活習慣病の状況(生活習慣病の発症率)②生活習慣病の状況(生活習慣病の発症率)③生活習慣病の状況(生活習慣病の発症率)④生活習慣病の状況(生活習慣病の発症率) (2) 健診結果の改善率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健診結果の改善率 ④生活習慣病の有病率・予防率 (3) 医療費等 ①医療費 ②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 内容 ①一人あたり外医療費の地域差の縮小 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの減少 ④糖尿病発症予防の推進 入院 病床稼働率向上・連携の推進	①疾病・事業 認定医療連携体制 (地域の状況に応じて実施)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を参照し、保険料率決定			保険者協議会(事務局: 国民健康会)を通じて、保険者との連携	

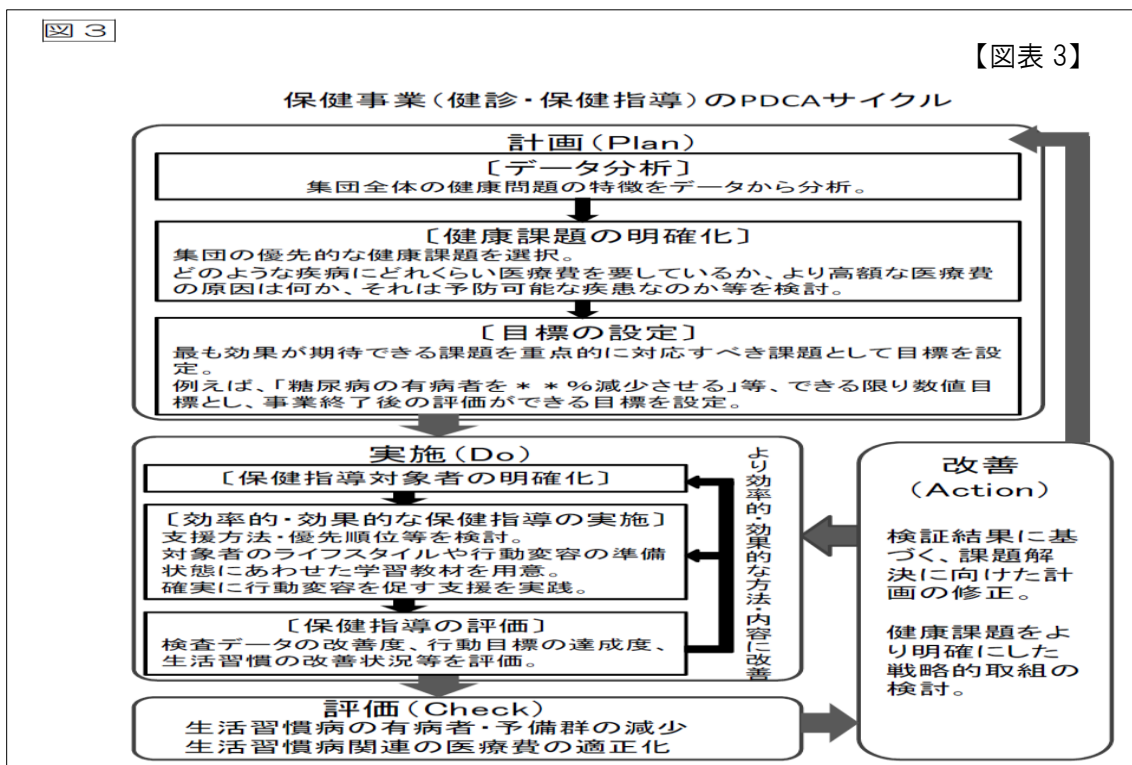
図 1



【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 3



【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

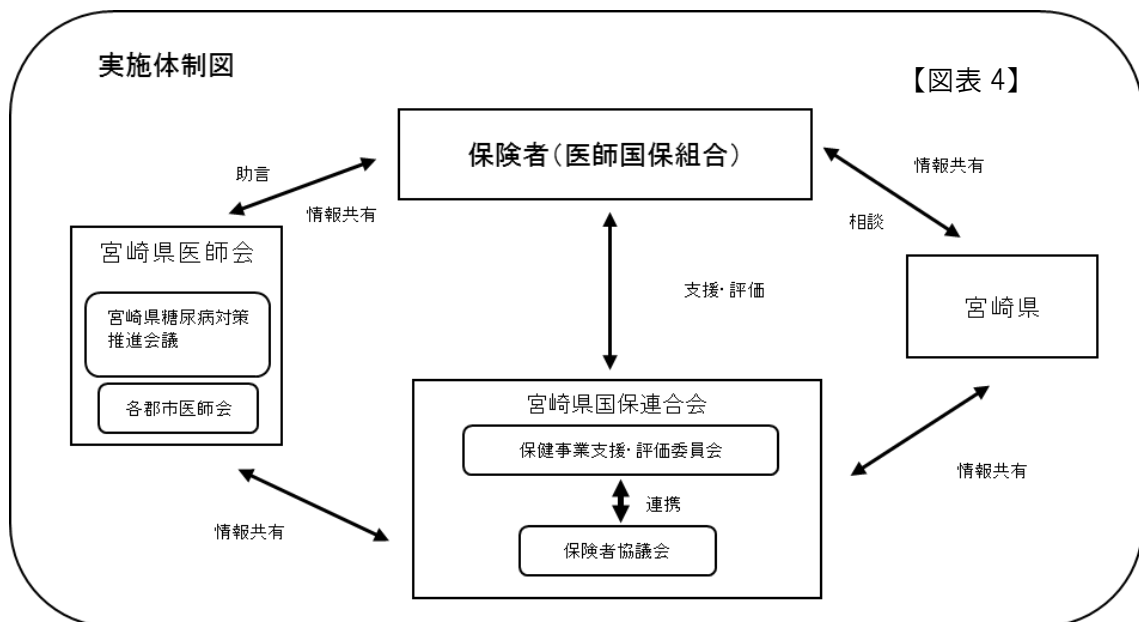
### 3 計画期間

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

### 4 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体の役割

当組合では、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とした。（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、宮崎県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宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会(以下、「支援・評価委員会」という)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や組合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。

国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、当組合は平素から両者が積極的に連携に努める。

当組合は、被保険者の異動が多々あることから、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、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

### 3)被保険者の役割

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

## 4 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保険者へのインセンティブ制度として、保険者努力支援制度が創設され、平成 30 年度から本格実施される。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、平成 30 年度は後発医薬品の使用割合や医療費の分析の実施状況を高く評価している。(図表 5)

### 保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H30年度
		配点
共通①	特定健診受診率	50
	特定保健指導実施率	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	50
共通②	がん検診受診率	30
	歯周疾患（病）検診実施	25
共通③	重症化予防の取組	50
共通④	個人のインセンティブ提供	55
	被保険者への分かりやすい情報提供	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	35
	後発医薬品の使用割合	100
固有①	医療費の分析等に関する取組	100
固有②	給付の適正化に関する取組	25
固有③	第三者求償の取組	35
固有④	予防接種の実施	15
固有⑤	健康・体づくり事業にかかる実施	70
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	40

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

### 1 第1期計画に係る評価及び考察

#### 1) 第1期計画に係る評価

##### (1) 全体の経年変化

当組合における平成26年度と平成28年度の経年比較を見ると、医療機関への受診率の上昇、一人当たりの医療費も増加がみられる。在院日数の減少や入院よりも外来に関する費用割合が増加していることから、重症化する前に外来を受診する割合が増えている傾向にある。また、生活習慣病対象者で健康診断受診者の一人当たりの費用が4分の1に下がっている。今後も医療費適正化に向けて、健康診断の受診勧奨に努める必要がある。(参考資料1)

##### (2) 中長期目標の達成状況

##### ① 医療費の状況(図表6)

当組合における入院及び入院外の費用額は、同規模に比べて伸び率が非常に高い。当組合内でみると、どちらも費用額は上がっているが、入院よりも入院外費用の伸び率が高いことが分かる。

【図表6】

医療費の変化

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	伸び率		
保険者			同規模	保険者			同規模	保険者			同規模		
1 総医療費(円)	H26年度	2億3673万円			9230万円				1億4443万円				
	H28年度	2億5942万円	2270万円	9.6	1.2	9767万円	537万円	5.8	0.1	1億6176万円	1732万円	12.0	1.7
2 一人当たり医療費(円)	H26年度	11830円			4610円					7220円			
	H28年度	13060円	1230円	10.4	4.2	4920円	310円	6.7	3.0	8140円	920円	12.7	4.8

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

##### ② 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表7)

疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費割合は減少しているが、中長期目標疾患に共通する糖尿病の割合が増加している影響か、慢性腎不全は増加している。しかし、糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る割合については、国や県に比較すると低い。

【図表7】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成26年度と平成28年度との比較)

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	50,240,680	21.22%				
					同規模	県内											慢性腎不全(透析有)
H26	医師国保	236,730,340	11,828	103位	27位	4.15%	0.01%	1.85%	3.65%	2.18%	4.68%	4.71%	50,240,680	21.22%	19.49%	3.89%	6.83%
H28		259,424,820	13,062	93位	27位	4.72%	1.33%	1.18%	2.60%	2.52%	3.60%	3.73%	51,048,560	19.68%	19.05%	3.94%	6.18%
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
	全国	9,687,968,260,190	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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



③ 中長期的な疾患(図表 8)

医療費の負担額が大きく、将来的に医療費の負担が増大すると予測される生活習慣病のなかで、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析とともに患者数の変化は横ばいである。それぞれ、高血圧、脂質異常症、糖尿病の順で基礎疾患の重なりがみられるため、基礎疾患の患者数を増やさないことが第一である。

【図表 8】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	1,675	19	1.1	4	21.1	1	5.3	16	84.2	6	31.6	15	78.9
	64歳以下	1,475	8	0.5	1	12.5	0	0.0	7	87.5	2	25.0	5	62.5
	65歳以上	200	11	5.5	3	27.3	1	9.1	9	81.8	4	36.4	10	90.9
H28	全体	1,644	18	1.1	2	11.1	1	5.6	15	83.3	7	38.9	13	72.2
	64歳以下	1,422	5	0.4	0	0.0	0	0.0	5	100.0	3	60.0	4	80.0
	65歳以上	222	13	5.9	2	15.4	1	7.7	10	76.9	4	30.8	9	69.2

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	1,675	19	1.1	4	21.1	0	0.0	16	84.2	6	31.6	12	63.2
	64歳以下	1,475	7	0.5	1	14.3	0	0.0	6	85.7	0	0.0	3	42.9
	65歳以上	200	12	6.0	3	25.0	0	0.0	10	83.3	6	50.0	9	75.0
H28	全体	1,644	17	1.0	2	11.8	1	5.9	11	64.7	5	29.4	9	52.9
	64歳以下	1,422	5	0.4	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0
	65歳以上	222	12	5.4	2	16.7	1	8.3	9	75.0	5	41.7	8	66.7

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	1,675	2	0.1	0	0.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0
	64歳以下	1,475	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	200	2	1.0	0	0.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0
H28	全体	1,644	3	0.2	1	33.3	1	33.3	2	66.7	1	33.3	1	33.3
	64歳以下	1,422	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	65歳以上	222	2	0.9	1	50.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0

(3)短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2~3-4)(図表 9)

中長期目標疾患に共通するリスクにおける治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者全体は減少しているが、64歳以下の増加がみられ若年化している。高血圧治療者においても、糖尿病にかかっている64歳以下が増加している。糖尿病性腎症や人工透析等の重症化が進まないように注意していく必要がある。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	1,675	43	2.6	1	2.3	29	67.4	27	62.8	6	14.0	6	14.0	1	2.3	1	2.3	
	64歳以下	1,475	20	1.4	1	5.0	14	70.0	13	65.0	2	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	200	23	11.5	0	0.0	15	65.2	14	60.9	4	17.4	6	26.1	1	4.3	1	4.3	
H28	全体	1,644	40	2.4	1	2.5	30	75.0	24	60.0	7	17.5	5	12.5	1	2.5	1	2.5	
	64歳以下	1,422	23	1.6	1	4.3	16	69.6	12	52.2	3	13.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	222	17	7.7	0	0.0	14	82.4	12	70.6	4	23.5	5	29.4	1	5.9	1	5.9	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標					
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H26	全体	1,675	107	6.4	29	27.1	68	63.6	16	15.0	16	15.0	2	1.9			
	64歳以下	1,475	66	4.5	14	21.2	39	59.1	7	10.6	6	9.1	0	0.0			
	65歳以上	200	41	20.5	15	36.6	29	70.7	9	22.0	10	24.4	2	4.9			
H28	全体	1,644	106	6.4	30	28.3	58	54.7	15	14.2	11	10.4	2	1.9			
	64歳以下	1,422	62	4.4	16	25.8	34	54.8	5	8.1	2	3.2	0	0.0			
	65歳以上	222	44	19.8	14	31.8	24	54.5	10	22.7	9	20.5	2	4.5			

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標					
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H26	全体	1,675	100	6.0	27	27.0	68	68.0	15	15.0	12	12.0	1	1.0			
	64歳以下	1,475	59	4.0	13	22.0	39	66.1	5	8.5	3	5.1	0	0.0			
	65歳以上	200	41	20.5	14	34.1	29	70.7	10	24.4	9	22.0	1	2.4			
H28	全体	1,644	86	5.2	24	27.9	58	67.4	13	15.1	9	10.5	1	1.2			
	64歳以下	1,422	54	3.8	12	22.2	34	63.0	4	7.4	1	1.9	1	1.9			
	65歳以上	222	32	14.4	12	37.5	24	75.0	9	28.1	8	25.0	0	0.0			

② リスクの健診結果経年変化(図表 10)

健診結果においてリスク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。また、女性は BMI、中性脂肪も増加しており、メタボリックシンドローム予備群の女性の増加に繋がっている。メタボリックシンドローム予備群では「高血圧」が、メタボリックシンドローム該当者では「血圧＋脂質」が多い。

【図表 10】

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

☆No.23帳票

性別	年齢	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	51	35.4	74	51.4	30	20.8	30	20.8	10	6.9	68	47.2	73	50.7	0	0.0	52	36.1	41	28.5	85	59.0	0	0.0	0	0.0
	40-64	35	31.5	51	45.9	22	19.8	25	22.5	5	4.5	49	44.1	55	49.5	0	0.0	33	29.7	34	30.6	66	59.5	0	0.0		
	65-74	16	48.5	23	69.7	8	24.2	5	15.2	5	15.2	19	57.6	18	54.5	0	0.0	19	57.6	7	21.2	19	57.6	0	0.0		
H26	合計	51	35.4	70	48.6	26	18.1	33	22.9	11	7.6	70	48.6	94	65.3	3	2.1	42	29.2	27	18.8	84	58.3	1	0.7		
	40-64	34	32.7	48	46.2	22	21.2	25	24.0	7	6.7	49	47.1	68	65.4	2	1.9	28	26.9	21	20.2	65	62.5	0	0.0		
	65-74	17	42.5	22	55.0	4	10.0	8	20.0	4	10.0	21	52.5	26	65.0	1	2.5	14	35.0	6	15.0	19	47.5	1	2.5		
女性	合計	18	9.4	20	10.5	14	7.3	15	7.9	1	0.5	42	22.0	91	47.6	0	0.0	34	17.8	16	8.4	115	60.2	0	0.0		
	40-64	15	9.6	13	8.3	9	5.7	14	8.9	0	0.0	27	17.2	67	42.7	0	0.0	18	11.5	13	8.3	94	59.9	0	0.0		
	65-74	3	8.8	7	20.6	5	14.7	1	2.9	1	2.9	15	44.1	24	70.6	0	0.0	16	47.1	3	8.8	21	61.8	0	0.0		
H28	合計	21	11.2	19	10.1	17	9.0	11	5.9	1	0.5	45	23.9	99	52.7	0	0.0	36	19.1	17	9.0	94	50.0	0	0.0		
	40-64	16	10.4	13	8.4	15	9.7	10	6.5	1	0.6	33	21.4	74	48.1	0	0.0	25	16.2	14	9.1	75	48.7	0	0.0		
	65-74	5	14.7	6	17.6	2	5.9	1	2.9	0	0.0	12	35.3	25	73.5	0	0.0	11	32.4	3	8.8	19	55.9	0	0.0		

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

性別	年齢	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
		男性	合計	144	28.4	14	9.7%	28	19.4%	1	0.7%	21	14.6%	6	4.2%	32	22.2%	4	2.8%	1	0.7%	16	11.1%
40-64	111		28.5	13	11.7%	21	18.9%	1	0.9%	14	12.6%	6	5.4%	17	15.3%	1	0.9%	0	0.0%	10	9.0%	6	5.4%
65-74	33		28.0	1	3.0%	7	21.2%	0	0.0%	7	21.2%	0	0.0%	15	45.5%	3	9.1%	1	3.0%	6	18.2%	5	15.2%
H26	合計	144	28.1	15	10.4%	24	16.7%	1	0.7%	14	9.7%	9	6.3%	31	21.5%	6	4.2%	1	0.7%	14	9.7%	10	6.9%
	40-64	104	28.3	14	13.5%	15	14.4%	1	1.0%	6	5.8%	8	7.7%	19	18.3%	5	4.8%	0	0.0%	10	9.6%	4	3.8%
	65-74	40	27.4	1	2.5%	9	22.5%	0	0.0%	8	20.0%	1	2.5%	12	30.0%	1	2.5%	1	2.5%	4	10.0%	6	15.0%
女性	合計	191	45.0	6	3.1%	6	3.1%	2	1.0%	3	1.6%	1	0.5%	8	4.2%	1	0.5%	1	0.5%	5	2.6%	1	0.5%
	40-64	157	45.1	5	3.2%	6	3.8%	2	1.3%	3	1.9%	1	0.6%	2	1.3%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%		
	65-74	34	44.7	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	17.6%	1	2.9%	0	0.0%	4	11.8%	1	2.9%
H28	合計	188	44.0	3	1.6%	10	5.3%	3	1.6%	6	3.2%	1	0.5%	6	3.2%	2	1.1%	1	0.5%	1	0.5%	2	1.1%
	40-64	154	44.8	3	1.9%	7	4.5%	2	1.3%	4	2.6%	1	0.6%	3	1.9%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%		
	65-74	34	41.0	0	0.0%	3	8.8%	1	2.9%	2	5.9%	0	0.0%	3	8.8%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.9%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 11)

特定健診受診者のうち、特定保健指導対象者数は増加している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率、特定保健指導率ともに向上への取組が重要である。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

【図表 11】

KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H26年度	931	335	36.0	94	36	0	0.0	33.4	46.4
H28年度	940	332	35.3	104	44	0	0.0	32.5	45.9

2)第 1 期に係る考察

当組合においては第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。平成 26 年度と 28 年度を比較すると、治療者数はそれぞれほぼ横ばいで伸びは抑えられているのではないかとと思われる。また、外来と入院の費用割合を比較すると外来の伸びがみられ、1 件当たりの在院日数も減少している。このことから、平成 26 年度と比較して早めの受診が行われたと推察され、重症化予防、医療費の適正化に向かっていると思われる。

当組合は自己健診により受診率に反映されない被保険者もいるため、特定健診等実施計画の目標値には達していないことも一つ考えられるが、結果的に、特定健診受診率、特定保健指導実施率は横ばいである。メタボリックシンドローム予備群、メタボリックシンドローム該当者に関してもほぼ横ばいであり、自己健診での特定保健指導実施が適切になされているかの検証を含めて、今後減少させていく方策が課題である。

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

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 12)

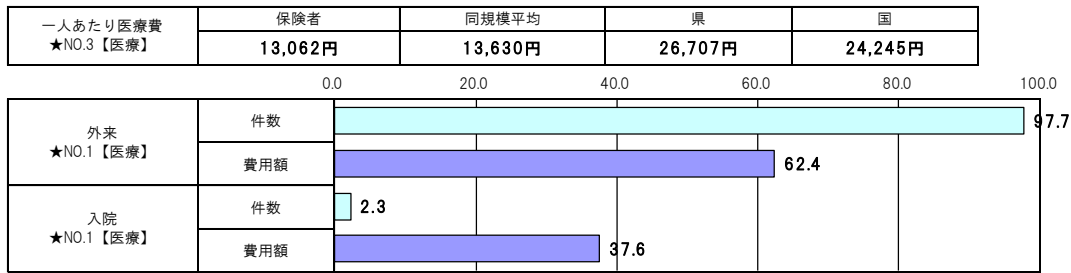
当組合の歯科を除く診療費(入院と外来)の件数は 7,597 件で、そのうち入院件数は 2.3%(172 件)であるものの、費用額全体の 37.6%を占めている。入院を減らしいくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効果的である。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 12】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 13)

平成 28 年度のひと月 80 万円以上の高額になる疾患は、46 件(26 人、6,243 万円)で、1位はがんで全体の 43.5%を占める。次いで虚血性心疾患、脳血管疾患となっている。費用額では、がんが 2,144 万円と全体の 34.3%で、次いで虚血性心疾患が 384 万円(6.2%)、脳血管疾患が 88 万円(1.4%)、その他 3,626 万円(58.1%)となっている。がんの種類をみると、食道がん、胃体部がん、上行結腸癌、S状結腸がんと消化器系のがんがみられた。

また、200 万以上のレセプトは6件あり、その内訳は肺がん1件、発作性心房細動2件、弁膜症1件、狭心症1件、C型肝炎の薬剤であった。

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 13】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	26人	1人	2人	7人	18人	3.8%	7.7%	26.9%	69.2%	
		件数	46件	1件	2件	20件	23件	2.2%	4.3%	43.5%	50.0%	
			年 代 別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	13.0%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	2	8.7%
				50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	17.4%
				60代	0	0.0%	2	100.0%	14	70.0%	9	39.1%
		70-74歳	1	100.0%	0	0.0%	5	25.0%	4	17.4%		
費用額	6243万円	88万円	384万円	2144万円	3626万円	1.4%	6.2%	34.3%	58.1%			

\*最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	255人	17人	18人	1人	6.7%	7.1%	0.4%	
		の 基 礎 な 疾 患	高血圧	11人	15人	0人	64.7%	83.3%	0.0%
			糖尿病	5人	7人	1人	29.4%	38.9%	100.0%
			脂質異常症	9人	13人	0人	52.9%	72.2%	0.0%
		高血圧症	106人	40人	86人	30人	41.6%	15.7%	33.7%
		糖尿病	40人	86人	30人	15.7%	33.7%	11.8%	
		脂質異常症	9人	13人	0人	52.9%	72.2%	0.0%	

○生活習慣病は、自覚+B20:R62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。

## 2) 健診受診者の実態(図表 14・15)

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いる。

当組合においては、健診結果の有所見状況を全国と比較して、男性は BMI、GPT、空腹時血糖、HbA1c、LDL-C の割合が高く、女性は空腹時血糖値が高い。これらは内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 14】

### 4 健診データのうち有所見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 (概要)

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	306		502		282		205		86		283		557		138		494		241		475		18				
県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3			
合計	51	35.4	70	48.6	26	18.1	33	22.9	11	7.6	70	48.6	94	65.3	3	2.1	42	29.2	27	18.8	84	58.3	1	0.7			
保険者	40-64	34	32.7	48	46.2	22	21.2	25	24.0	7	6.7	49	47.1	68	65.4	2	1.9	28	26.9	21	20.2	65	62.5	0	0.0		
	65-74	17	42.5	22	55.0	4	10.0	8	20.0	4	10.0	21	52.5	26	65.0	1	2.5	14	35.0	6	15.0	19	47.5	1	2.5		

	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	人数	割合	
全国	206		173		162		87		18		170		552		18		427		144		572		02				
県	9,411	23.4	8,760	21.8	5,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3			
合計	21	11.2	19	10.1	17	9.0	11	5.9	1	0.5	45	23.9	99	52.7	0	0.0	36	19.1	17	9.0	94	50.0	0	0.0			
保険者	40-64	16	10.4	13	8.4	15	9.7	10	6.5	1	0.6	33	21.4	74	48.1	0	0.0	25	16.2	14	9.1	75	48.7	0	0.0		
	65-74	5	14.7	6	17.6	2	5.9	1	2.9	0	0.0	12	35.3	25	73.5	0	0.0	11	32.4	3	8.8	19	55.9	0	0.0		

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 15】

### 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)

★NO.24 (概要)

	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	
	合計	144	28.1	15	10.4%	24	16.7%	1	0.7%	14	9.7%	9	6.3%	31	21.5%	6	4.2%	1	0.7%	14	9.7%	10	6.9%		
保険者	40-64	104	28.3	14	13.5%	15	14.4%	1	1.0%	6	5.8%	8	7.7%	19	18.3%	5	4.8%	0	0.0%	10	9.6%	4	3.8%		
	65-74	40	27.4	1	2.5%	9	22.5%	0	0.0%	8	20.0%	1	2.5%	12	30.0%	1	2.5%	1	2.5%	4	10.0%	6	15.0%		

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
	合計	188	44.0	3	1.6%	10	5.3%	3	1.6%	6	3.2%	1	0.5%	6	3.2%	2	1.1%	1	0.5%	1	0.5%	2	1.1%		
保険者	40-64	154	44.8	3	1.9%	7	4.5%	2	1.3%	4	2.6%	1	0.6%	3	1.9%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%		
	65-74	34	41.0	0	0.0%	3	8.8%	1	2.9%	2	5.9%	0	0.0%	3	8.8%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.9%		

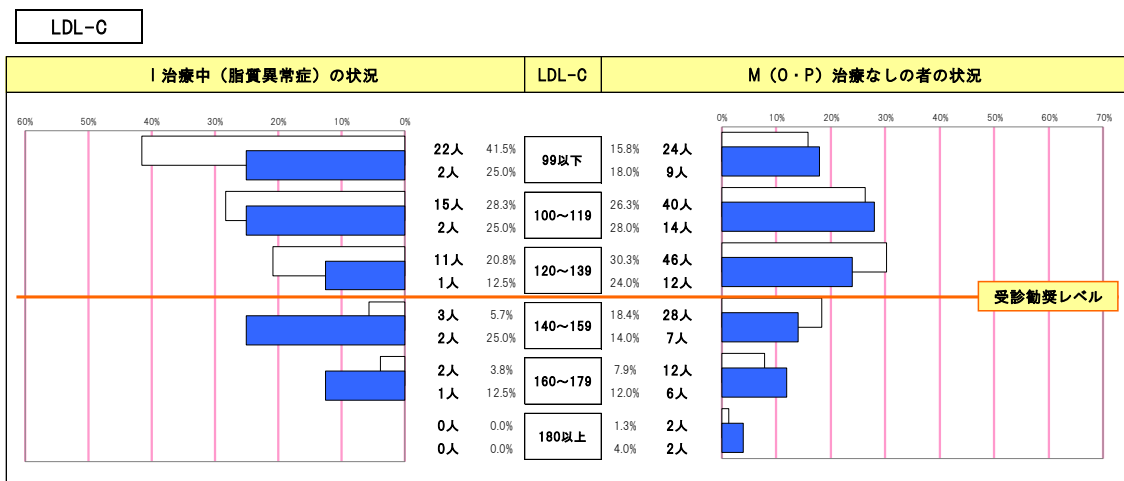
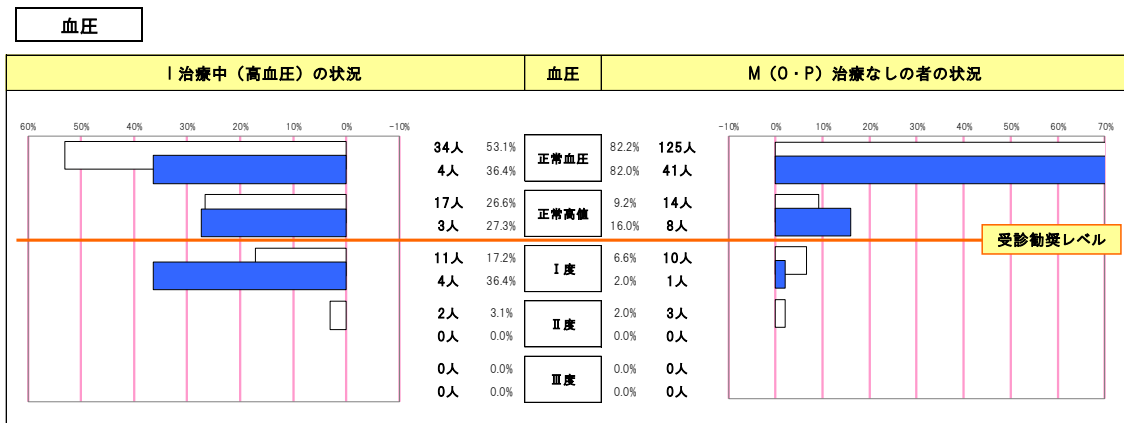
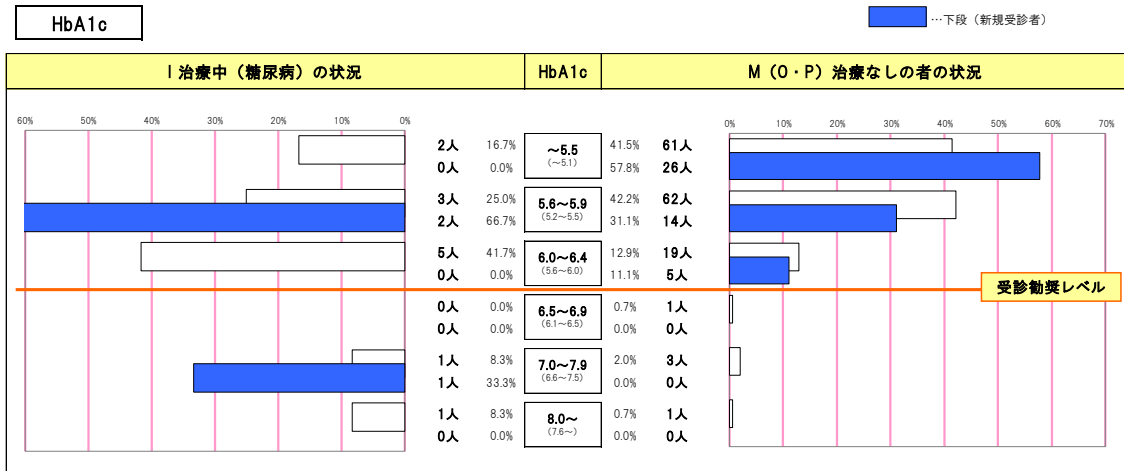
## 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 16)

健康診断を受診している被保険者の中で、糖尿病、血圧、LDL-C それぞれの値が受診勧奨レベルに達している被保険者は、「治療なしの者」の方が多いが、特に LDL-C(脂質異常症)の値が標準値を超えていても治療をしていない被保険者が見受けられる。

【図表 16】

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段（継続受診者）  
 ■ …下段（新規受診者）



#### 4) 未受診者の把握(図表 17)

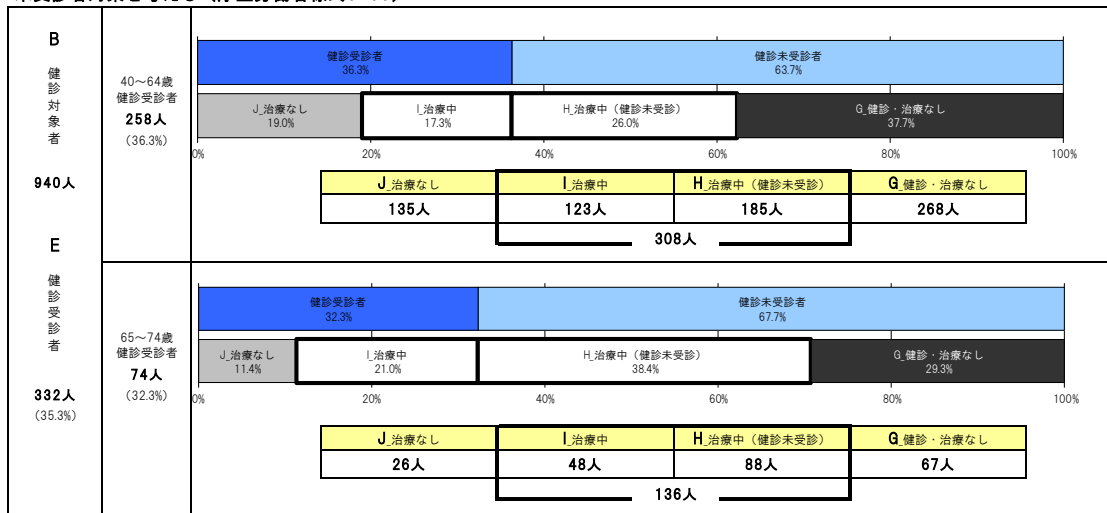
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が37.7%と高くなっている。健診受診者と未受診者の生活習慣病の治療にかかっている費用をみると、健診受診者の方が治療費は低い結果となっているため、健診を受診した方が医療費適正化の面において有用であることがわかる。

未受診者が治療しているのは、何らかの形で検査を行ったものと考えられる。健診を実施しているが健診票を当組合に提出していない場合と自己健診によりデータ登録ができない組合員もいると考えられ、健診受診者の数値に反映されない組合員がいる(平成28年度は105人)。一方で、本当の未受診者で症状が出て医療機関を受診した結果、進行が進んでいて治療費が高くなった組合員もいると思われる。そのため、早期発見という意味で、健診受診が良いと考えている。

【図表 17】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

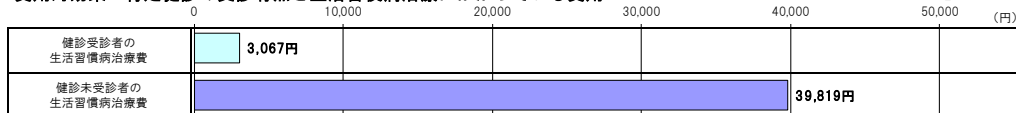
★NO.26 (CSV)



○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費用

★NO.3.⑥



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・重症化予防につながる。



### 3)目標の設定

#### (1)成果目標

##### ① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患は、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り、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考慮し、医療費そのものの抑制よりも医療費の伸びを抑えることを目標とする。

##### ② 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、一年一年血圧、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。

また、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームは、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、栄養指導等の案内を行っていく。

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 18】

	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	40%	45%	50%	55%	65%	70%
特定保健指導実施率	5%	10%	15%	20%	25%	30%

### 3 対象者の見込み

【図表 19】

	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	951人	929人	911人	895人	880人	860人
	380人	418人	456人	492人	572人	602人
特定保健指導	83人	81人	79人	78人	77人	75人
	4人	8人	12人	16人	19人	23人

### 4 特定健診の実施

#### 1)実施方法

特定健診の実施機関は、集合契約実施機関及び個別契約機関並びに各地域の健診機関等とする。特定保健指導の実施機関は集合契約機関とする。

#### 2)特定健診委託基準

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

#### 3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、当組合ウェブサイトに掲載する。

(参照)URL:<http://www.miyazaki.med.or.jp/kokuho/>

#### 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。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第1条4項)

#### 5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

#### 6) 代行機関

特定保健指導に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

#### 7) 健診の案内方法

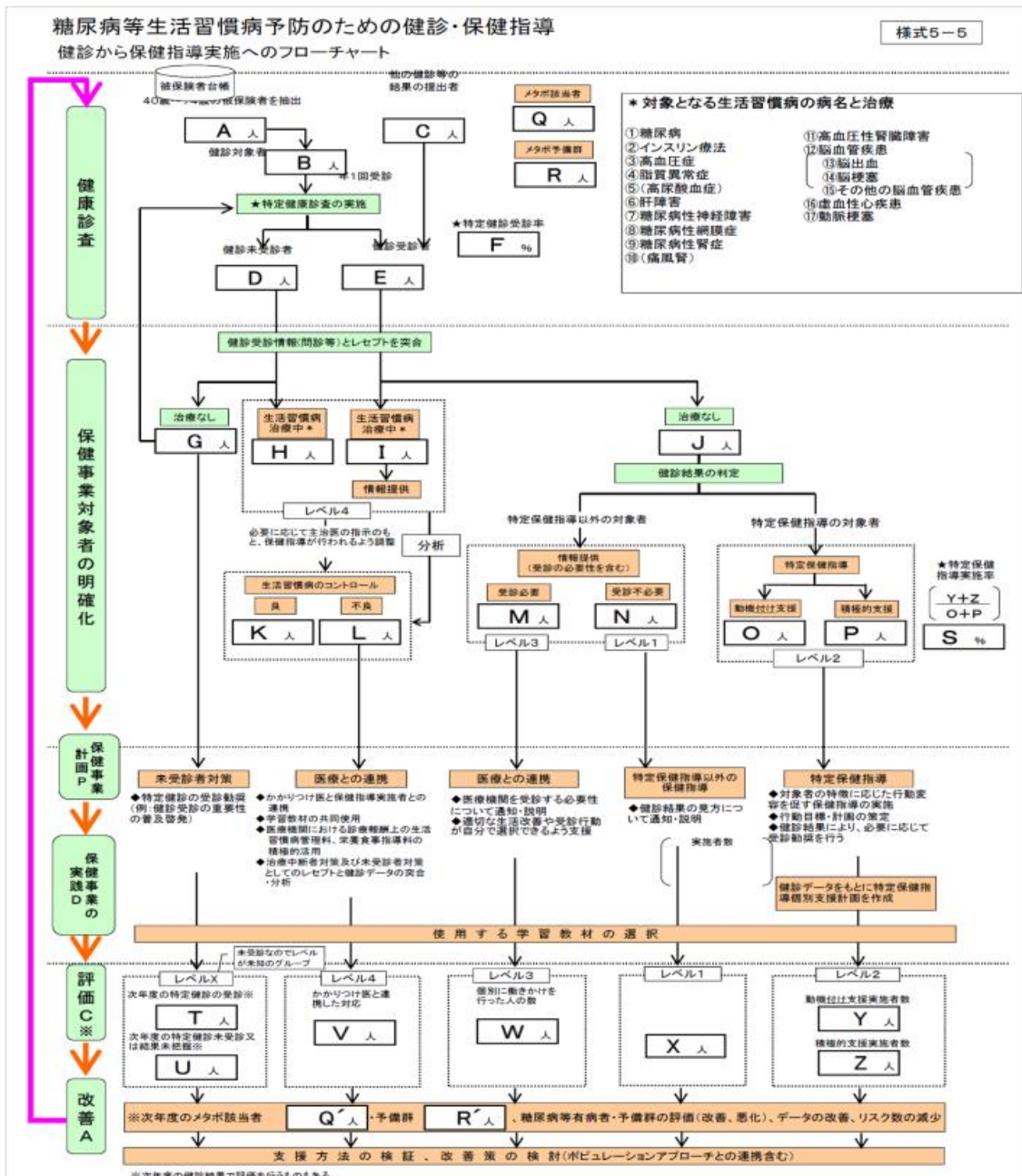
実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠である。健診の案内を郵送やFAX、当組合ウェブサイト、宮崎県医師会の機関誌「日州医事」にて周知を行う。

## 5 特定保健指導の実施

### 1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表20)

【図表20】



## 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 21】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
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	44人 (13.0)
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	60人 (17.8)
3	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)	608人 ※受診率目標達成までにあと326人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	118人 (35.0)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	115人 (34.1)

## 3) 健診・保健指導の実施スケジュール

【図表 22】

健診・保健指導実施スケジュール	
5月	: 国保連合会特定健診等データ管理システムまたは当組合で作成する様式の受診券を送付
4月～翌年3月	: 特定健診実施
5月～翌年9月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
6月～翌年5月	: 受診結果の把握
翌年1月～翌年3月	: 未受診者対策(事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む)
翌年1月	: 予算案作成

## 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り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および当組合の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、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

## 8 特定健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、当組合ウェブサイト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、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を目標とする。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・進展抑制を目指す。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おける医療費の実態を広く被保険者へ周知する。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診実施を促し、状態に応じた保健指導の実施が重要になる。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

#### 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)及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針(第1期)に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組は図表23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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 23】

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

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



## 2)対象者の明確化

### (1)対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中断者

### (2)選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるには該当者を選定基準に基づいて把握する必要があり、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て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)を基準とする。(図表 24)

【図表 24】

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 <sup>2</sup> )
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。

当組合では、標準項目として血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査、尿アルブミン検査を標準項目として実施しているが、受診者の任意による健診のため、尿アルブミン検査をしていない場合がある。その場合でも、CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を「正常アルブミン尿＝尿蛋白(-)」、「微量アルブミン尿＝尿蛋白(±)」、「顕性アルブミン尿＝尿蛋白(+）」としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能である。(参考資料 2)

#### ② 基準に基づく該当者数の実勢把握

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 25)

当組合において把握された糖尿病未治療者は 16 人(100%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 40 人中のうち、特定健診受診者はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 40 人(100%・I)のうち、3 人は自己健診を行っていた。自己健診では自身で結果を判定するため特定健診に数値は反映されない。他にも当組合に健診票を提出していないだけで実際は健診をしている被保険者もいる可能性は高いため、全員未受診者と判断できない。

### ③ 介入方法と優先順位

図表 25 より当組合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】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)…16 人
- ② 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)…0 人  
・手紙、電話等で受診勧奨

#### 優先順位2

##### 【保健指導】

- ③ 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)…0 人  
・手紙、電話等で受診勧奨し、医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位3

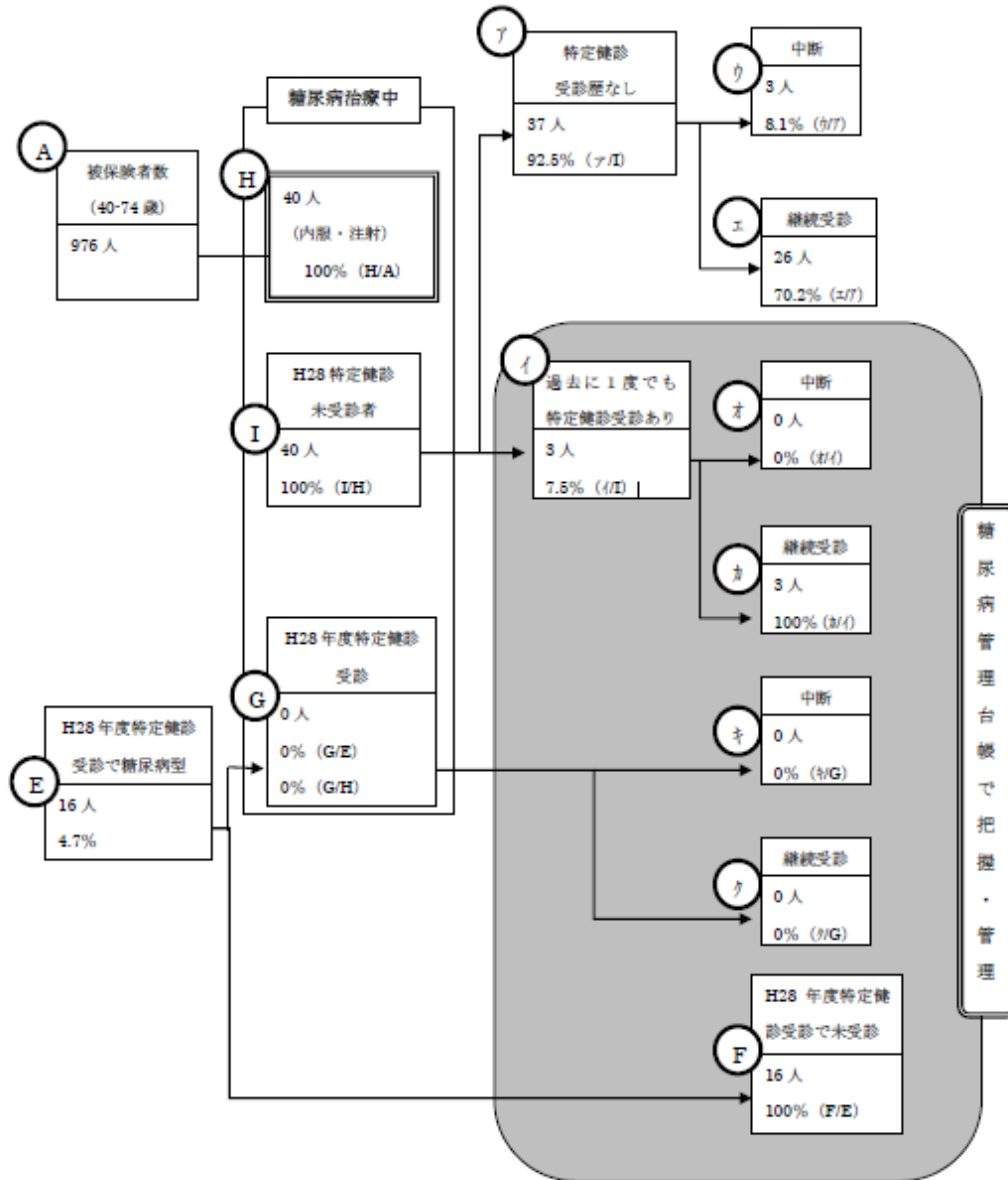
##### 【保健指導】

- ④ 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)…3 人  
・手紙、電話等で受診勧奨し、医療機関と連携した保健指導

【図表 25】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3ヶ月以上レセプトがない者



### 3)対象者の進捗管理

#### (1)糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)を作成し管理する。

#### 【糖尿病台帳作成手順】

1 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず以下の情報を管理台帳に記載。

- ① HbA1c ② 血圧 ③ 体重 ④ eGFR ⑤ 尿蛋白
- ⑥ がん治療、認知症、手術の有無

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上は記載

\* 過去 5 年間のうち HbA1c6.5%以上があった場合は記載

#### 2 資格を確認

#### 3 治療状況の記載

- ① 特定健診の問診での服薬状況等の漏れを防ぐためレセプトで確認
- ② 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を記入
- ③ 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
- ④ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

#### 4 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を把握

#### 5 対象者数の把握

- 1)未治療者・中断者(受診勧奨者)
- 2)腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

### 4)保健指導の実施

#### (1)糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・重症化予防には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となる。当組合においては、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 26)

【図表 26】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアソリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

(2)健診を活用した重症化予防対策

尿蛋白定性検査のみの実施では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、健診の標準項目である尿アルブミン検査を促しその値についても入力し、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・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者に対して、受診勧奨を行う。

## (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、主治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。主治医、専門医との連携にあたってはプログラムに準ずる。

## (3)糖尿病連携手帳の活用について

糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、主治医と相談しながら使用する。

## 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する。

## 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る。短期的評価はデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用する。

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

### (1)短期的評価

#### ① 受診勧奨者に対する評価

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

#### ② 保健指導対象者に対する評価

- ア 保健指導実施率
- イ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
  - ・HbA1cの変化
  - ・eGFR の変化
  - ・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、介入方法、実施方法の決定
- 5 月以降 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

## 2 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進める。(参考資料 2)

### 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る。(参考資料 6)

#### (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。「安静時心電図で ST-T 異常などがある場合は(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)心筋虚血を推測する所見であり、血圧、血糖等のリスクと合わせて判断する必要がある。また、医療機関未受診者には受診勧奨を行う。

##### ② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準とする。「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合には、図表 27 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。

## 心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 27】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	337	0	0	0	337
		0.0	0.0	0.0	100.0
メタボ該当者	39 11.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	39 100.0%
メタボ予備群	35 10.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	35 100.0%
メタボなし	263 78.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	263 100.0%
LDL	140-159	41 12.2%	0 0.0%	0 0.0%	41 100.0%
	160-179	22 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	22 100.0%
	180-	6 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	6 100.0%

②-1

②-2

### 【参考】

CKD	G3aA1~	8 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
-----	--------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------------

### 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 28 の問診が重要である。対象者が症状を理解することで、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。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及び保健指導を行う。また、治療を中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨及び保健指導を行う。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 28】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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) 二次健診の実施

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「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから、当組合では対象者へは二次健診において、尿中アルブミン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するまた、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する。

## 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及び保健指導を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施する。

## 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する。

## 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る。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行う。

### (1) 短期的評価

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

防対象者数の変化

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

5月以降 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

### 3 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進める。(図表 29、30)

【脳卒中の分類】

【図表 29】

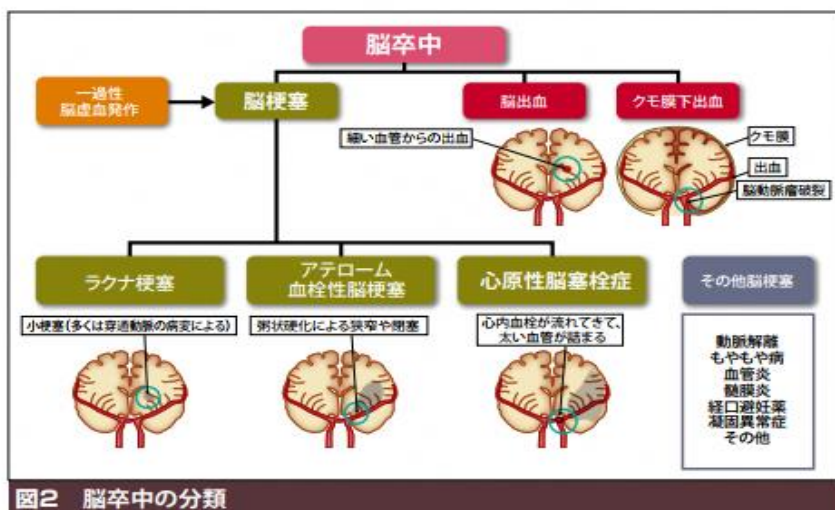


図2 脳卒中の分類

(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 30】

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

## 2)対象者の明確化

### (1)重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 31 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

脳血管疾患において高血圧は最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5人(1.8%)であり、2人は未治療者であった。

また、治療中であってもⅡ度高血圧である者が3人(4.7%)いる。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。

特定健診受診者における重症化予防対象者 【図表 31】

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	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
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%以上)		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未満)			
受診者数		5人	1.8%	5人	1.8%	13人	4.7%	0人	0.0%	35人	12.7%	0人	0.0%	2人	0.7%
治療なし		2人	0.9%	4人	1.6%	10人	4.5%	0人	0.0%	7人	3.9%	0人	0.0%	1人	16.7%
治療あり		3人	4.7%	1人	20.0%	3人	5.8%	0人	0.0%	28人	29.2%	0人	0.0%	1人	25.0%
臓器障害あり		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	--	0人	0.0%	0人	--	1人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		0人		0人		0人		0人		0人			
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		0人			
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人			
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		0人		0人			
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		0人		0人			

## (2) リスク階層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、高血圧以外の脳心腎疾患などの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階層化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 32)

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 32】

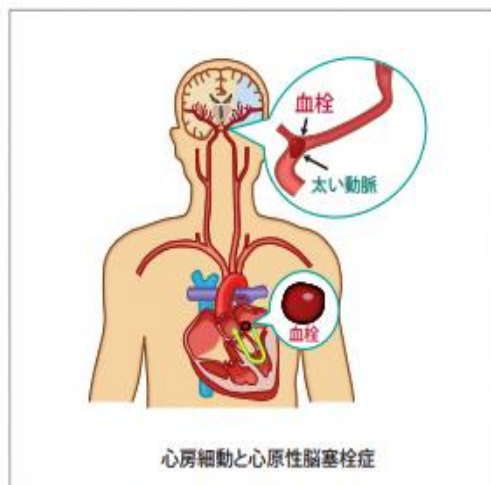
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
	337	161	82	54	34	6	0			
		47.8%	24.3%	16.0%	10.1%	1.8%	0.0%			
リスク第1層	125	82	20	12	10	1	0	10	18	12
		37.1%	50.9%	24.4%	29.4%	16.7%	--	3.0%	5.3%	3.6%
リスク第2層	166	67	48	30	17	4	0	10	1	0
		49.3%	41.6%	58.5%	50.0%	66.7%	--	100%	5.6%	0.0%
リスク第3層	46	12	14	12	7	1	0	--	17	4
		13.6%	7.5%	17.1%	20.6%	16.7%	--	--	94.4%	33.3%
再掲) 重複あり	糖尿病	16	5	6	3	2	0	--	--	8
		34.8%	41.7%	42.9%	25.0%	28.6%	0.0%	--	--	66.7%
	慢性腎臓病 (CKD)	10	3	3	3	0	1	0	0	0
		21.7%	25.0%	21.4%	25.0%	0.0%	100.0%	--	--	--
	3個以上の危険因子	23	5	6	7	5	0	0	0	0
		50.0%	41.7%	42.9%	58.3%	71.4%	0.0%	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 32 は血圧に基づいた脳心血管リスク階層化である。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及び保健指導が必要になる。

## (3) 心電図検査における心房細動の実態

【図表 33】



(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	日循環学調査*	
	男性	女性
	%	%
合計	-	-
40歳代	0.2	0.04
50歳代	0.8	0.1
60歳代	1.9	0.4
70~79歳	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

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する。脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 33 は日本循環器学会疫学調査(2016 年)による心房細動有病率である。

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及び保健指導を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

### 3)保健指導の実施

#### (1)受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。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及び保健指導を行う。また、治療を中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨及び保健指導を行う。治療中であるがリスクが把握された場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

#### (2)二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者者対しては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになっている。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、当組合では対象者へは二次健診において、尿中アルブミン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および保健指導を行う。(参考資料 8)

## ② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握する。(参考資料 9)

## 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および保健指導を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施する。

## 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する。

## 6)評価

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

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う。

### (1)短期的評価

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

## 7)実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

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

## Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費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被保険者へ周知していく。

## IVその他の保健事業

予防や健康管理を心掛けてもらうために次の保健事業を実施し、健康格差の縮小・健康寿命の延伸を図る。

- 1 医療費通知(年6回組合員に通知)
- 2 健康診断(年1回、組合員・高齢組合員と配偶者、40歳以上の家族に対して実施)
- 3 歯科健康診査(加入者全員を対象に実施)
- 4 胃・大腸内視鏡検査補助事業(健康診断対象者に実施)
- 5 脳ドック等補助事業(加入者全員を対象に実施)
- 6 ヘリカルCT肺がん検診補助事業(加入者全員を対象に実施)
- 7 インフルエンザ予防接種補助事業(加入者全員を対象に実施)
- 8 肺炎球菌予防接種補助事業(加入者全員を対象に実施)
- 9 歩こう会、ロコモ予防・啓発推進事業(加入者全員を対象に実施)

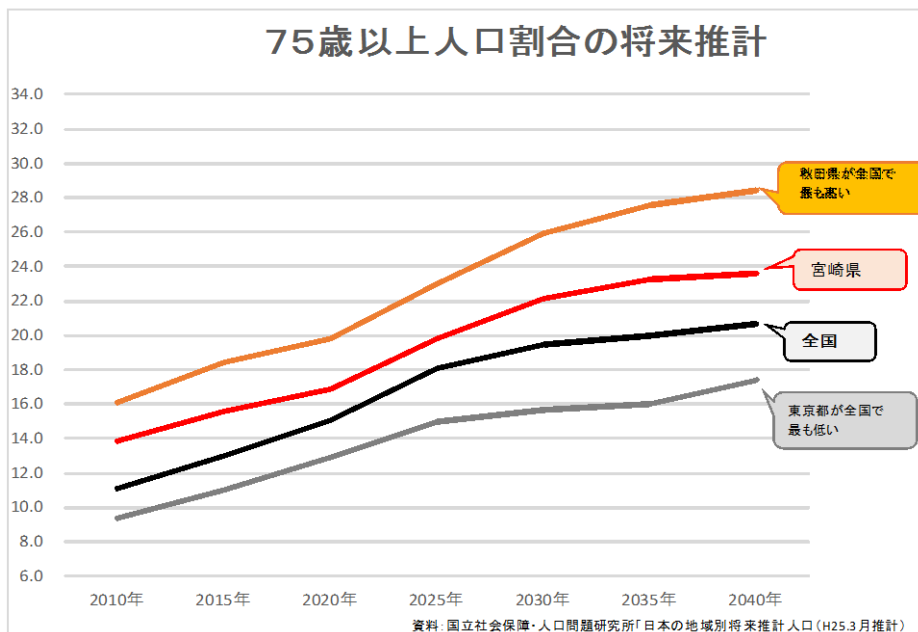
## 第5章 地域包括ケアに係る取組

「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 年に向け、急増し変化する医療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、健康格差の縮小・健康寿命の延伸ができるか、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、被保険者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KDB・レセプトデータを活用していたハイリスク対象者を抽出して受診勧奨および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として捉える事ができる。

本県の75歳以上人口の将来推計は、2040年で全国平均を上回る23.6%と推計されている。(図表42)

【図表42】



地域で元気に暮らす高齢者を増やすためにその育成やサポート体制づくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは、国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

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

## 第6章 計画の評価・見直し

### 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年度においての、次期計画策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて、中間評価を行う必要がある。

### 2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を4つの指標で評価する。



※評価における4つの指標(参考資料10・11)

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、被保険者の受診率・受療率、医療の動向等について定期的に行う。

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

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1 計画の公表・周知

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

具体的な方策は、当組合ウェブサイトにて周知する。

### 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、当組合内での利用、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。

## 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宮崎県医師国保の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 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 虚血性心疾患をどのように考えていくか

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

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

参考資料 12 平成 27 年がん検診実施状況

参考資料 13 平成 27 年がん部位別 75 歳未満年齢調整死亡率の推移

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた医師国保の位置

【参考資料1】

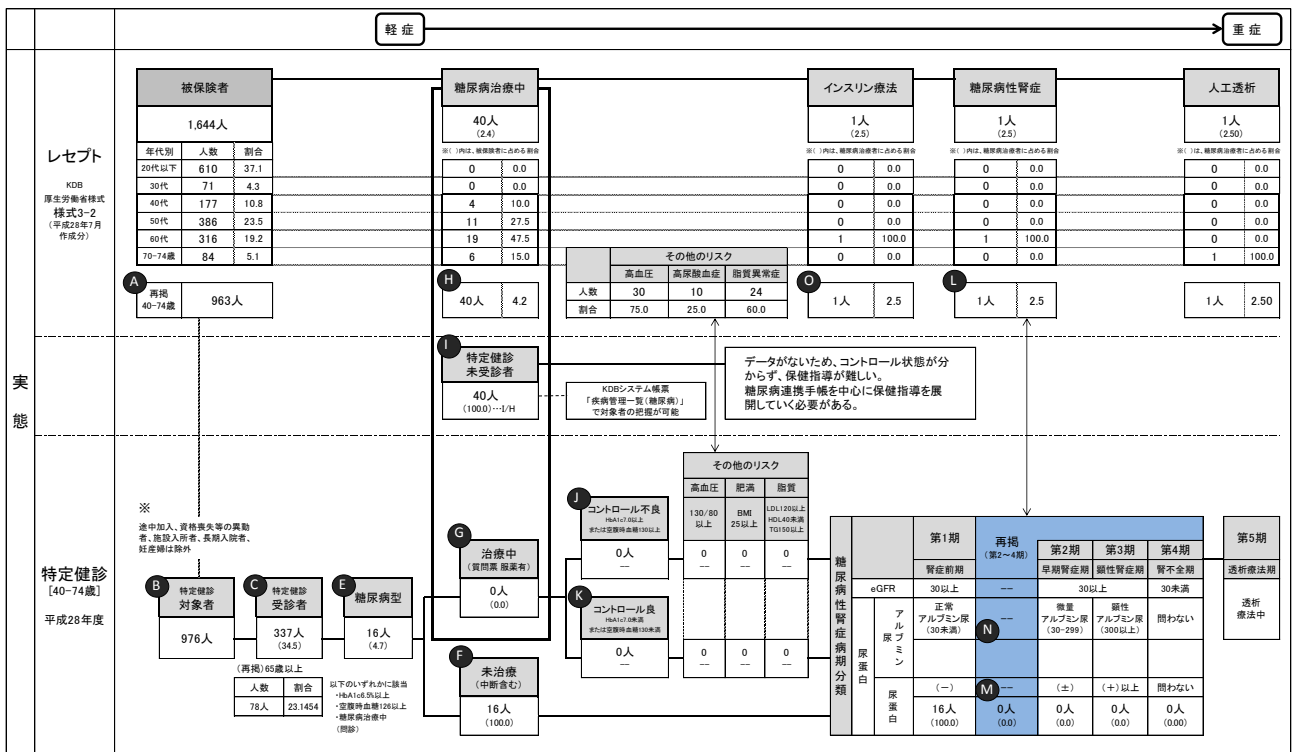
項目	H26		H28		H28		H28		データ元 (CSV)					
	保険者		保険者		同規模平均		県			国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,658		1,652		2,792,973	300,107	32,587,866	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況				
		65～74歳	203	12.2	239	14.5		119,981	40.0		12,461,613	38.2		
		40～64歳	760	45.8	737	44.6		103,073	34.3		10,946,712	33.6		
		39歳以下	695	41.9	676	40.9		77,053	25.7		9,179,541	28.2		
	加入率	0.0		0.0		0.0		26.7			26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	140		0.5	8,255	0.3	
		診療所数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	891		3.0	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19,245		64.1	1,524,378	46.8	
		医師数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2,730		9.1	299,792	9.2	
		外来患者数	346.1		365.9		512.0		677.3		668.1			
		入院患者数	7.7		8.6		8.7		24.7		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	11,828		13,062		13,630	26,707	24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる 地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		受診率	353.752	県内27位 同規模103位	374.503	県内27位 同規模99位	520.767	702.012	686.286					
外来費用の割合		61.0		62.4		67.3		55.1		60.1				
入院費用の割合		97.8		97.7		98.3		96.5		97.4				
1件あたり在院日数		12.3日		11.5日		10.0日		17.8日		15.6日				
がん		46,142,330	37.6	49,430,400	38.8	31.2	22.0	25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる 地域の健康課題					
糖尿病		5,149,790	4.2	6,546,400	5.1	10.4	8.6	9.7						
高血圧症	11,089,570	8.0	9,326,850	7.3	10.2	8.7	8.6							
4	⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数28	入院	835,462	2位 (17)	832,729	1位 (22)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる 地域の健康課題				
		高血圧	796,429	2位 (15)	854,197	1位 (17)								
		脂質異常症	503,872	8位 (8)	873,015	2位 (8)								
		脳血管疾患	755,004	2位 (14)	501,820	19位 (9)								
		心疾患	721,799	2位 (8)	602,163	17位 (5)								
		腎不全	403,318	25位 (3)	764,461	3位 (11)								
		精神	436,126	13位 (20)	465,311	7位 (21)								
		悪性新生物	912,379	2位 (14)	691,870	2位 (16)								
		外来	44,013	3位	43,092	3位								
		高血圧	36,308	1位	42,500	1位								
	脂質異常症	29,594	2位	30,221	3位									
	脳血管疾患	36,037	9位	63,162	1位									
	心疾患	70,021	1位	50,217	2位									
腎不全	192,652	14位	224,790	3位										
精神	30,521	14位	25,051	24位										
悪性新生物	57,697	5位	61,189	6位										
⑥ 健診有無別 一人当たり 費用	健診対象者 一人当たり	1,886		490		1,420	3,164	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる 地域の健康課題					
	健診未受診者 一人当たり	5,331		6,363		7,853	11,427	12,339						
	生活習慣病対象者 一人当たり	12,070		3,067		5,874	8,696	6,742						
⑦ 健診・レセ 突合	健診受診者	34,108		39,819		32,474	31,410	35,459	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
	医療機関受診率	112	33.4	108	32.5	229,440	45.9	4,069,624		51.5				
	医療機関非受診率	40	11.9	33	9.9	41,711	8.3	2,533,366		4.5				
5	② 特定健診の 状況 県内順位 順位総数28	健診受診者	335		332		499,841	70,610	7,898,427	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる 地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		受診率	36.0	県内18位 同規模94位	35.3	県内23位 同規模104位	37.7	34.5	全国92位		36.4			
		特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	0	0.0	6025	7.0	3,668		43.2	214,646	22.7	
		非肥満高血糖	17	5.1	20	6.0	33,070	6.6	5,442		7.7	737,886	9.3	
		メタボ	該当者	40	11.9	37	11.1	73,456	14.7		12,794	18.1	1,365,855	17.3
			男性	32	22.2	31	21.5	61,060	21.6		8,493	27.9	940,335	27.5
			女性	8	4.2	6	3.2	12,396	5.7		4,301	10.7	425,520	9.5
		予備群	男性	34	10.1	34	10.2	60,819	12.2		8,838	12.5	847,733	10.7
			女性	28	19.4	24	16.7	50,304	17.8		5,505	18.1	588,308	17.2
			女性	6	3.1	10	5.3	10,515	4.8		3,333	8.3	259,425	5.8
		BMI	総数	94	28.1	89	26.8	161,449	32.3		24,452	34.6	2,490,581	31.5
			男性	74	51.4	70	48.6	132,961	47.0		15,692	51.6	1,714,251	50.2
			女性	20	10.5	19	10.1	28,488	13.1		8,760	21.8	776,330	17.3
		メタボ該当・予備群レベル	総数	13	3.9	13	3.9	22,051	4.4		3,286	4.7	372,685	4.7
			男性	5	3.5	5	3.5	6,902	2.4		532	1.8	59,615	1.7
	女性		8	4.2	8	4.3	15,149	7.0	2,754	6.8	313,070	7.0		
	血糖のみ		3	0.9	4	1.2	4,192	0.8	467	0.7	52,296	0.7		
	血圧のみ		24	7.2	20	6.0	39,475	7.9	6,643	9.4	587,214	7.4		
	脂質のみ		7	2.1	10	3.0	17,162	3.4	1,728	2.4	208,214	2.6		
	⑧ 血糖・血圧	血糖・血圧	5	1.5	8	2.4	12,774	2.6	2,194	3.1	212,002	2.7		
		血糖・脂質	2	0.6	2	0.6	4,770	1.0	528	0.7	75,032	0.9		
血圧・脂質		21	6.3	15	4.5	36,345	7.3	6,424	9.1	663,512	8.4			
血糖・血圧・脂質		12	3.6	12	3.6	19,567	3.9	3,648	5.2	415,310	5.3			

6	生活習慣の状況	① 服薬	高血圧	82	24.5	79	23.8	104,330	20.9	26,712	37.8	2,650,283	33.6	KDB No.1 地域全体像の把握
		② 既往歴	糖尿病	9	2.7	16	4.8	24,356	4.9	5,470	7.7	599,711	7.5	
			脂質異常症	47	14.0	60	18.1	58,009	11.6	14,669	20.8	1,861,221	23.6	
		③ 喫煙	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	4	2.6	6	4.0	8,011	1.7	2,695	3.9	246,252	3.3	
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	8	5.2	5	3.3	14,977	3.2	3,636	5.3	417,378	5.5	
			腎不全	0	0.0	0	0.0	1,466	0.3	240	0.3	39,184	0.5	
			貧血	13	8.4	13	8.6	44,147	9.5	7,036	10.3	761,573	10.2	
		④	週3回以上朝食を抜く	12	7.8	17	11.3	64,849	14.4	5,418	7.9	595,344	8.7	
		⑤	週3回以上食後間食	22	14.4	25	16.6	66,011	14.6	8,357	12.2	803,966	11.9	
		⑥	週3回以上就寝前夕食	26	17.0	32	21.2	114,442	25.4	10,362	15.1	1,054,516	15.5	
		⑦	食べる速度が遅い	49	32.0	47	31.1	139,002	30.8	17,240	25.2	1,755,597	26.0	
		⑧	20歳時体重から10kg以上増加	46	30.1	45	29.6	158,251	35.2	23,064	33.7	2,192,264	32.1	
		⑨	1日30分以上運動習慣なし	101	66.0	93	61.6	336,004	74.3	37,367	54.5	4,026,105	58.8	
		⑩	1日1時間以上運動なし	114	74.5	104	68.9	263,625	58.4	32,220	47.0	3,209,187	47.0	
⑪	睡眠不足	39	25.5	38	25.2	156,104	34.7	15,474	22.6	1,698,104	25.1			
⑫	毎日飲酒	49	32.0	48	31.8	168,745	36.4	18,528	26.9	1,886,293	25.6			
⑬	時々飲酒	52	34.0	53	35.1	113,332	24.5	15,909	23.1	1,628,466	22.1			
⑭	一日飲酒量	1合未満	54	51.4	44	41.1	166,860	48.6	24,369	58.8	3,333,836	64.0		
		1~2合	33	31.4	45	42.1	106,884	31.1	12,302	29.7	1,245,341	23.9		
		2~3合	15	14.3	13	12.1	51,846	15.1	3,985	9.6	486,491	9.3		
		3合以上	3	2.9	5	4.7	18,076	5.3	765	1.8	142,733	2.7		

【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 (28年度)

都道府県名	宮城県	市町村名	医師国保組合	同規模区分
-------	-----	------	--------	-------



糖尿病管理台帳(永年)

【参考資料 3】

番号	証番号	追加年度	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
1						糖尿病	糖 糖 以外 CKD	服薬								
						高血圧症		HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症		血圧								
						がん治療		GFR								
						認知症		尿蛋白								
						手術の有無										
2						糖尿病	糖 糖 以外 CKD	服薬								
						高血圧症		HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症		血圧								
						がん治療		GFR								
						認知症		尿蛋白								
						手術の有無										

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 年度

担当が実施すること

【参考資料 4】

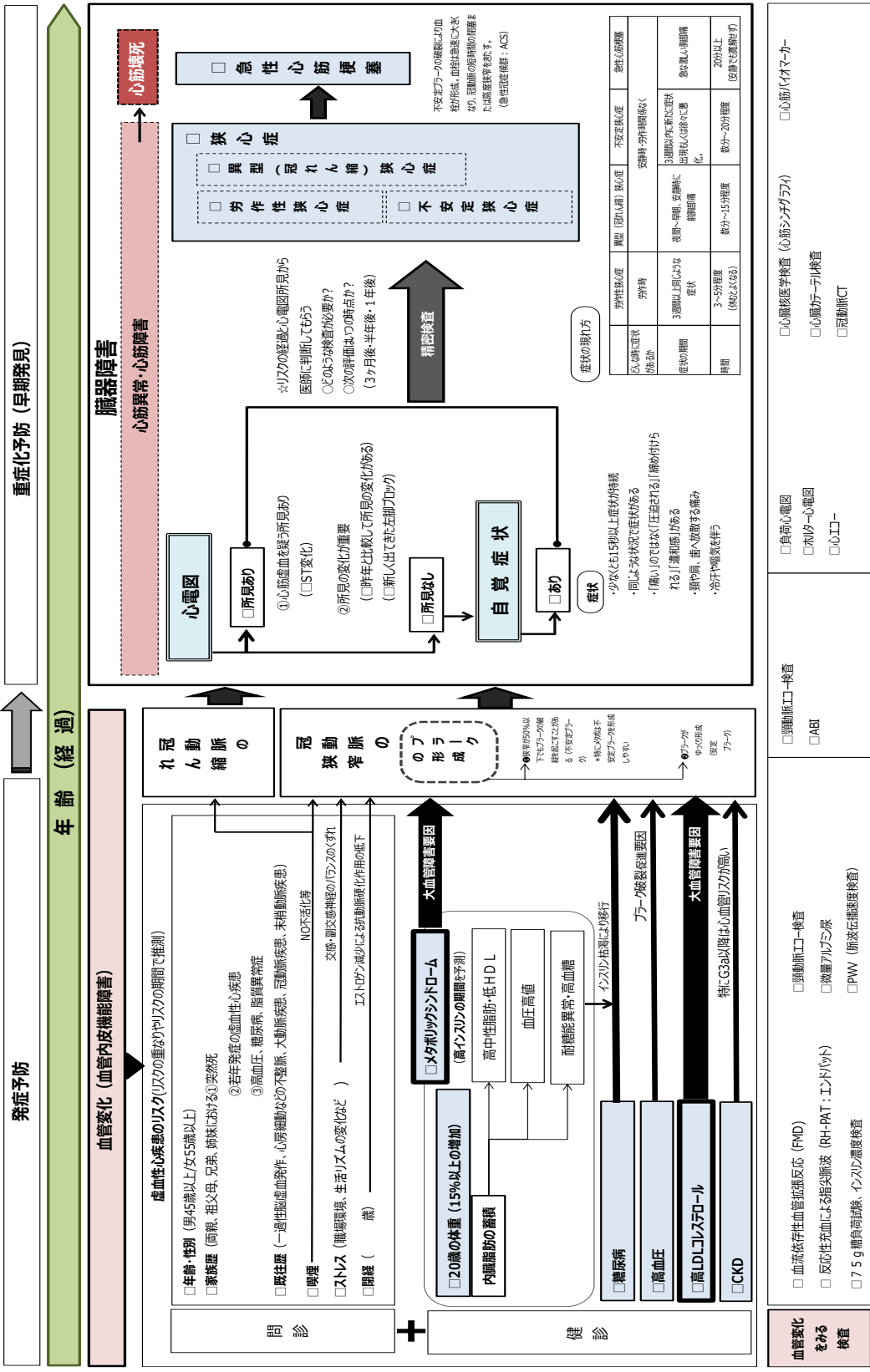
対象者把握		担当が実施すること	実施計画(月)										
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 ( A+B ) ( ) 人	1. 資格喪失の確認 <input type="checkbox"/> 医療保険移動の確認 <input type="checkbox"/> 死亡はその原因  2. レセプトの確認 <input type="checkbox"/> 治療の確認 <input type="checkbox"/> 直近の治療の有無の確認  3. 結果から動く <input type="checkbox"/> 経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 <input type="checkbox"/> 経年データ、治療状況に応じた保健指導 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導											
	A 健診未受診者 ( ) 人												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡)</td> <td>人</td> </tr> </table>			結果把握(内訳)		①国保	人	②後期高齢者	人	③他保険	人	④住基異動(死亡)	人
	結果把握(内訳)												
	①国保			人									
	②後期高齢者			人									
	③他保険			人									
	④住基異動(死亡)			人									
	①-1未治療者(中断者含む) ( ) 人 ※対象者の明確化のために内訳を把握する作業が必要である												
	B 結果把握 ( ) 人												
① HbA1cが悪化している ( ) 人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ( ) 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													
② 尿蛋白 ( ) 人 (-) ( ) 人 (±) ( ) 人 (+) ~ 顕性腎症 ( ) 人													
③eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 ( ) 人 1年で 5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 ( ) 人													
④													
保健指導の優先づけ													

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】

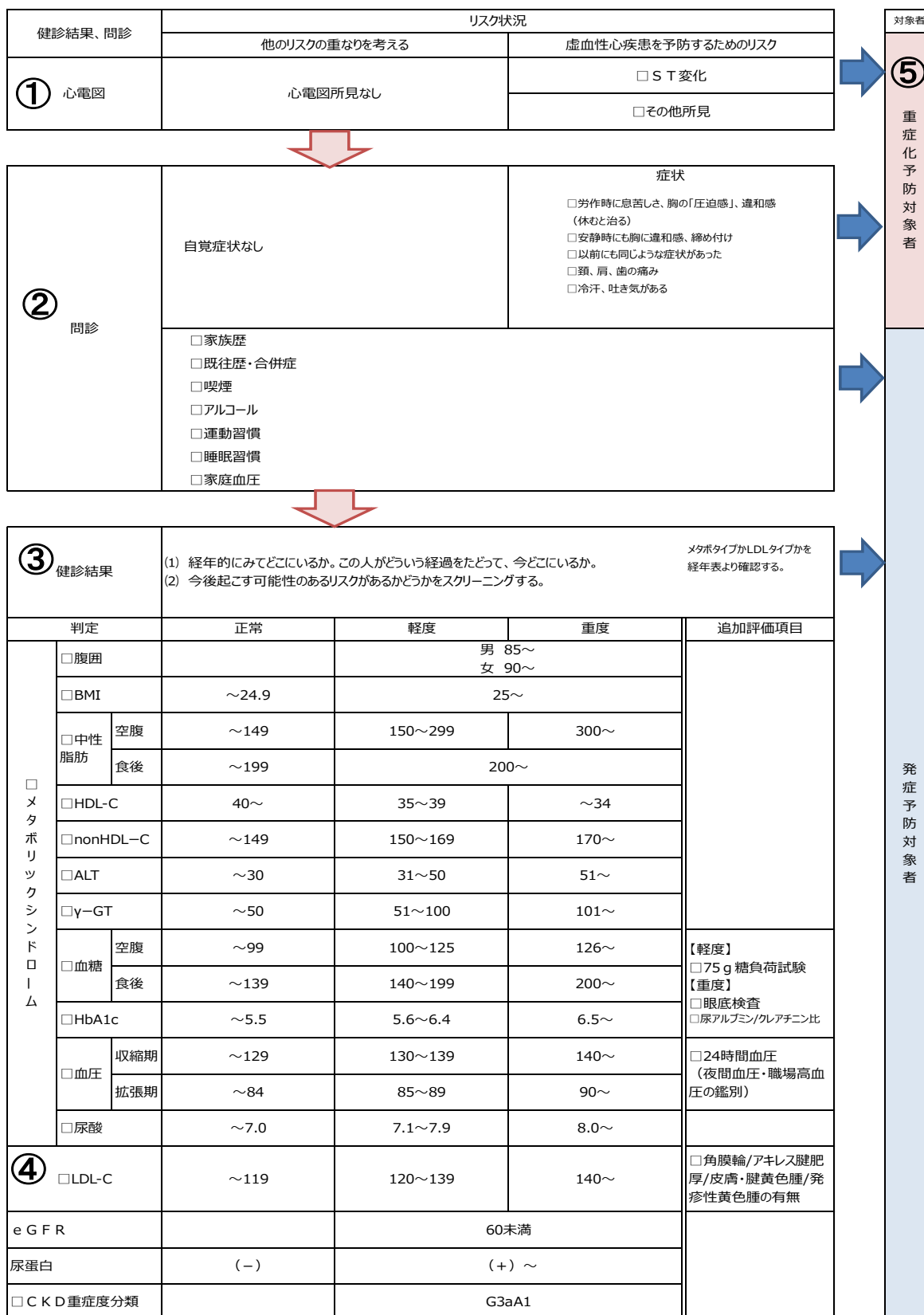
項目		突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数161		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	1,644人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		963人								
2	① 特定健診 対象者数	B	976人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	② 受診者数	C	337人								
	③ 受診率		34.5%								
3	① 特定保健指導 対象者数		44人								
	② 実施率		0.0%								
4	① 健診データ 糖尿病型	E	16人	4.7%					特定健診結果		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	16人	100.0%							
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	0人	0.0%							
	④ コントロール不良 HbA1c7.8以上または空腹時血糖130以上	J	0人		—						
	⑤ 血圧 130/80以上		0人		—						
	⑥ 肥満 BMI25以上		0人		—						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	0人		—						
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	16人	100.0%							
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		0人		0.0%						
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		0人		0.0%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満		0人		0.0%						
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		24.3人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		41.5人								
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		入院外(件数)	203件	(208.0)			4,385件	(472.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ 入院(件数)		2件	(2.0)			25件	(2.7)			
	⑤ 糖尿病治療中	H	40人		2.4%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥ (再掲)40-74歳		40人		4.2%						
	⑦ 健診未受診者	I	40人		100.0%						
	⑧ インスリン治療	O	1人		2.5%						
	⑨ (再掲)40-74歳		1人		2.5%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	1人		2.5%						
	⑪ (再掲)40-74歳		1人		2.5%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人		2.50%						
	⑬ (再掲)40-74歳		1人		2.50%						
	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)		31人		0.0%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	① 総医療費		2億5942万円				28億6110万円			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		1億2726万円				12億8608万円				
	③ (総医療費に占める割合)		49.1%				45.0%				
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	3,067円				5,874円			
	⑤ 健診未受診者		39,819円				32,474円				
	⑥ 糖尿病医療費		655万円				1億3430万円				
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		5.1%				10.4%				
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2439万円								
	⑨ 1件あたり		43,092円								
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2581万円								
	⑪ 1件あたり		832,729円								
	⑫ 在院日数		22日								
	⑬ 慢性腎不全医療費		1570万円				1億0314万円				
	⑭ 透析有り		1226万円				9441万円				
	⑮ 透析なし		344万円				873万円				
7	① 介護 介護給付費										
	② (2号認定者)糖尿病合併症										
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%			0人	0.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【参考資料 7】







平成29年度に向けての全体評価

課題・目標	評価(良かったところ)	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
<p><b>課題・目標</b></p> <p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>◆特定健康指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>◆健康受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>◆虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病罹患率を減少させる目標に、平成29年度には平成28年度と比較して疾患それぞれ%減少させ</li> <li>◆医療費の伸びを抑える</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い</li> <li>◆特定健康指導実施率、アプローチ方法等検討</li> <li>◆医療機関の協力による取り組み</li> <li>◆早期介入保健指導事業</li> <li>◆対象者の特定、評価方法等検討</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆POCA サイクルからの計画立案する。</li> <li>◆対象者の特定</li> <li>◆期間、事業の目標、評価等検討</li> <li>◆特別特定保健指導、評価等検討</li> <li>◆分かれており、ばらばらになってしまう</li> <li>◆指導者の検討</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆全階層での連携の取組、進んできつつあるが、特に医師との連携、意識的な連携は、進んでいないのが現状</li> <li>◆医師的業務の中で、個々の医師について連携を通して、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ別のやり方の中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p><b>評価(良かったところ)</b></p> <p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆特定健診</li> <li>◆保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続的実施中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診者に対して変診訪問を実施した。</li> <li>◆未受診者の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、から保健指導実施者説明会で、治療中の方の受診動向の把握を行った。</li> <li>◆受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みはなかった。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に実行するために、医療機関との協力をお願いしたが、また、未受診者対策の列挙をどのようにより進んでいくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成、整理しているOCD台帳、HAIの管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく中でも、台帳の活用が重要である。</li> <li>◆35歳健診の結果をみながら、重症化するリスクがあることから、早期から生活習慣改善等への取り組み等がポセーションアプローチは重要。今後、事業を継続していく中で、対象者、実施方法、評価も念めて検討していく必要がある。ポセーションアプローチ対象者を住民にするだけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆重症化予防対策として、今までは未治療者を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診受診できる方から早期に介入していくようにした。</li> <li>◆対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数回による条件等で、台帳作成してきた。</li> <li>◆保健指導の標準化は十分でない、個々の状況に応じて仕立てられている。共通認識を十分図っていない現状がある。</li> <li>◆対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の状態の変化等から優先順位を定める必要がある。そのため、現在、作成、整理しているOCD台帳、HAIの管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的な台帳の活用が重要である。</li> <li>◆保健指導を行う上での、目的、目標を明確にすること、評価もつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながる。</li> <li>◆重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標を検討が必要。現在は、事業実施者が中心の評価。</li> <li>◆若年者、他院からの関係加入者(重症化予防の必要ない人)がいる。他院の方で、保健指導を受けられないような対象者へのアプローチについては(健診の悪い状態まま、悪化して関係へ加入して行く。動けなくなってしまう等...)。医療費抑制等考えたり、市民というのを考えたり...)の対策は必要。他院の方でも、健診結果を共有し、保健指導を希望される方には実施していく。</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆POCA サイクルからの計画立案する。</li> <li>◆対象者の特定</li> <li>◆期間、事業の目標、評価等検討</li> <li>◆特別特定保健指導、評価等検討</li> <li>◆分かれており、ばらばらになってしまう</li> <li>◆指導者の検討</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆全階層での連携の取組、進んできつつあるが、特に医師との連携、意識的な連携は、進んでいないのが現状</li> <li>◆医師的業務の中で、個々の医師について連携を通して、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ別のやり方の中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の検討(経年の健診結果からの抽出に加え、経年地区台帳からの対象者)</li> <li>◆保健指導後の重症化予防対策の検討(健診、検査値の改善、受診行動等対象者ごとに検討)</li> <li>◆評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の検討(経年の健診結果からの抽出に加え、経年地区台帳からの対象者)</li> <li>◆保健指導後の重症化予防対策の検討(健診、検査値の改善、受診行動等対象者ごとに検討)</li> <li>◆評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆全階層での連携の取組、進んできつつあるが、特に医師との連携、意識的な連携は、進んでいないのが現状</li> <li>◆医師的業務の中で、個々の医師について連携を通して、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ別のやり方の中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の検討(経年の健診結果からの抽出に加え、経年地区台帳からの対象者)</li> <li>◆保健指導後の重症化予防対策の検討(健診、検査値の改善、受診行動等対象者ごとに検討)</li> <li>◆評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆対象者の検討(経年の健診結果からの抽出に加え、経年地区台帳からの対象者)</li> <li>◆保健指導後の重症化予防対策の検討(健診、検査値の改善、受診行動等対象者ごとに検討)</li> <li>◆評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆全階層での連携の取組、進んできつつあるが、特に医師との連携、意識的な連携は、進んでいないのが現状</li> <li>◆医師的業務の中で、個々の医師について連携を通して、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ別のやり方の中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p><b>※見本</b></p> <p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健活動に關して具体的な目標、効果を検討し、POCAサイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>○地区担当の活用。地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行う。</li> <li>○事業実施等はばらばらにならないように、介入の担当で話し合いをし、共通認識を図っていく。</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関への協力依頼の検討(医療機関数が多いので、優先的に実施していく医療機関の選定も考慮、実施方法等の検討)</li> <li>○未受診者訪問の対象者の検討(全の未受診者、健診中断者の継続的訪問等)</li> <li>○ポセーションアプローチの取り組みを検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等)</li> <li>○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○対象者の検討(経年の健診結果からの抽出に加え、経年地区台帳からの対象者)</li> <li>○保健指導後の重症化予防対策の検討(健診、検査値の改善、受診行動等対象者ごとに検討)</li> <li>○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医師的業務、個々の医師等と連携を重ねて、協力体制を広げていく。</li> </ul>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>	<p>⑤残っている課題</p>

【参考資料10】





