

**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**

平成30年3月

徳島市

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
1.	背景・目的	1
2.	計画の位置付け	2
3.	計画期間	4
4.	関係者が果たすべき役割と連携	4
5.	保険者努力支援制度	6
第 2 章	第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1.	第 1 期計画に係る評価及び考察	7
2.	第 2 期計画における健康課題の明確化	13
3.	目標の設定	18
第 3 章	特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.	背景・計画期間	19
2.	目標値の設定	19
3.	対象者の見込み	19
4.	特定健診の実施	19
5.	特定保健指導の実施	21
6.	個人情報の保護	24
7.	結果の報告	24
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	24
第 4 章	保健事業の内容	25
I	保健事業の方向性	25
II	重症化予防の取組	25
1.	糖尿病性腎症重症化予防	25
2.	虚血性心疾患重症化予防	34
3.	脳血管疾患重症化予防	38
III	ポピュレーションアプローチ	44

第5章	地域包括ケアに係る取組	46
第6章	計画の評価・見直し	48
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料		50
参考資料 1	様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた徳島市の位置	51
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	53
参考資料 3	糖尿病管理台帳	54
参考資料 4	糖尿病管理台帳からの年次計画	54
参考資料 5	【図表28】糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(詳細版)	56
参考資料 6	様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	57
参考資料 7	虚血性心疾患をどのように考えていくか	58
参考資料 8	虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方	59
参考資料 8-1	高血圧予防のためのレセプトと健診データの突合	60
参考資料 9	血圧評価表	61
参考資料 10	心房細動管理台帳	61
参考資料 11	生活習慣病有病状況	62
参考資料 12	評価イメージ①	63
参考資料 13	評価イメージ②	64
その他資料		
資料 1	重症化予防 保健指導評価	65
資料 2	重症化予防保健指導対策の結果改善状況	68

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、国保データベース(KDB)システム(以下「KDB」という。)等の整備により、保険者が、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。

これらの背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(H16.7.30 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。

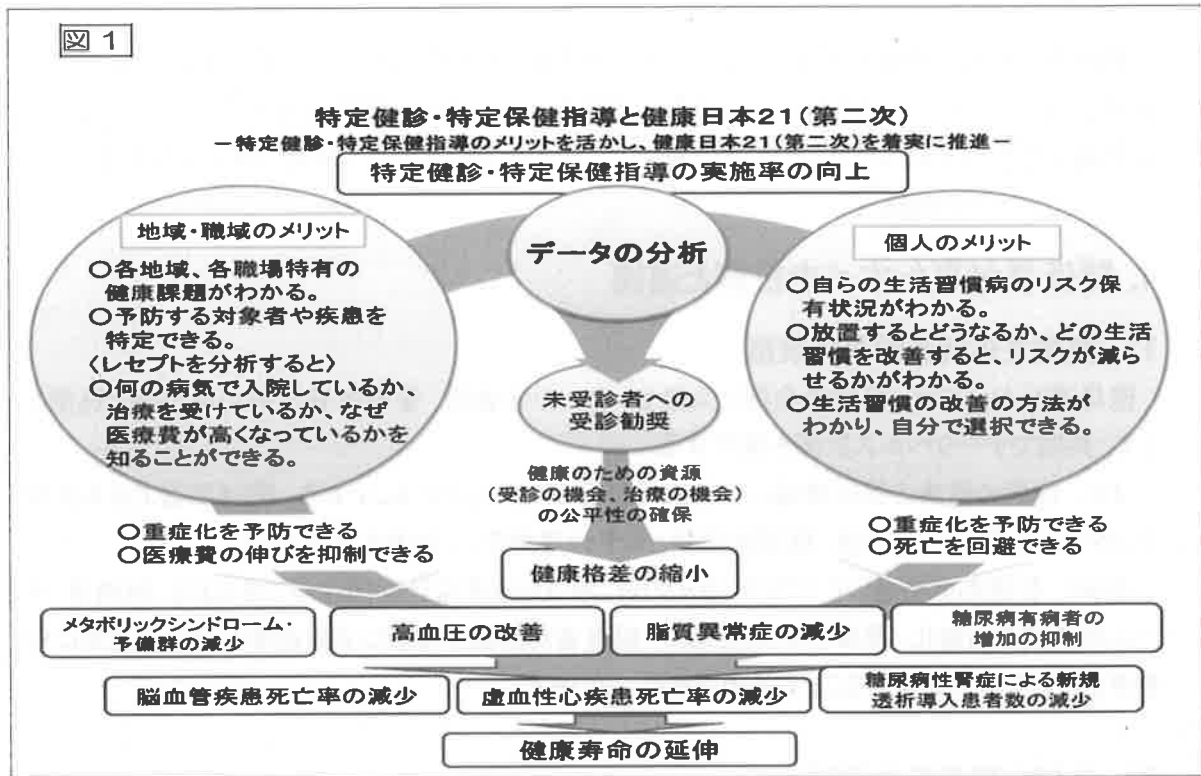
なお、平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険は、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担う一方で、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体は、これまでどおり市町村が行うこととされている。

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。

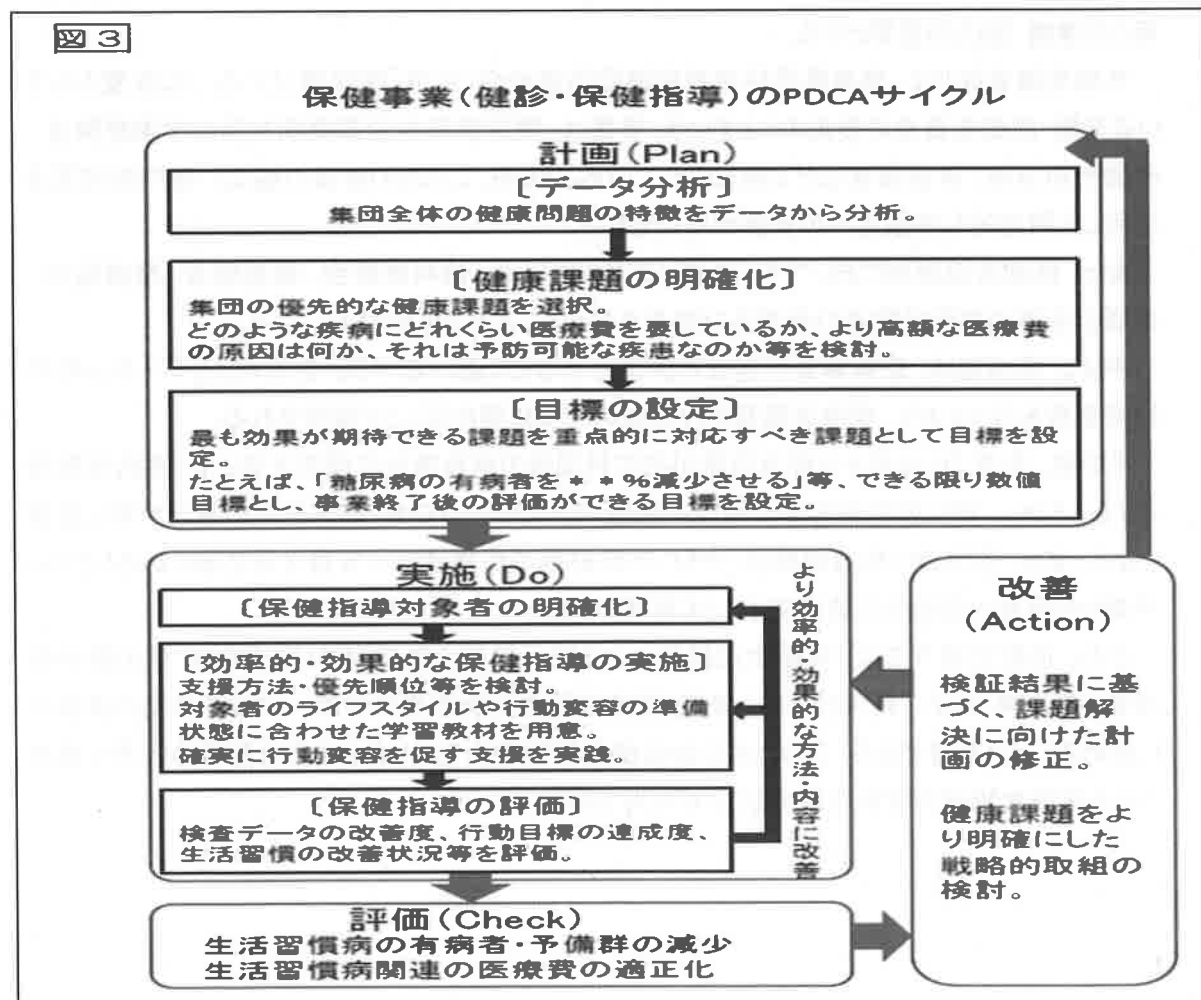
徳島市においては、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を「第三期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定し、特定健康診査、特定保健指導のみならず、健診データを活用し、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで、網羅的に保健事業を実施する。

本計画は、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。

【図表 2】



【図表 3】



3. 計画期間

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第1項で6年を一期として「特定健康診査等実施計画」を定めることが規定されており、また、同計画が本計画と一体的に策定されていることから、両計画の整合性を図るため、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

徳島市においては、保険年金課と保健センターの保健師、管理栄養士等の専門職と連携をして、共同でデータヘルス計画を策定する。

また、住民の健康の保持増進には複数の部署が関わっていることから、関連部署である保健センター、介護・ながいき課、経済政策課とも十分連携をし、計画を進めていく。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、徳島県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に設置されている支援・評価委員会の委員のことをいう。委員は、糖尿病等生活習慣病対策の学識経験者、保健所担当者、県担当者などで構成されていることから、これらの委員の幅広い専門的知見を活用した積極的な保険者への支援が期待される。

また、保険者協議会においても、必要に応じて医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の学識経験者の参画及び助言を求めることができるとされている。

さらに、国保連は、保健事業実施後の評価分析などにおいて、KDB を活用したデータ分析や技術支援を行っており、保険者職員向け研修の充実に努めることが期待される。

その他、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。また、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することも重要となる。

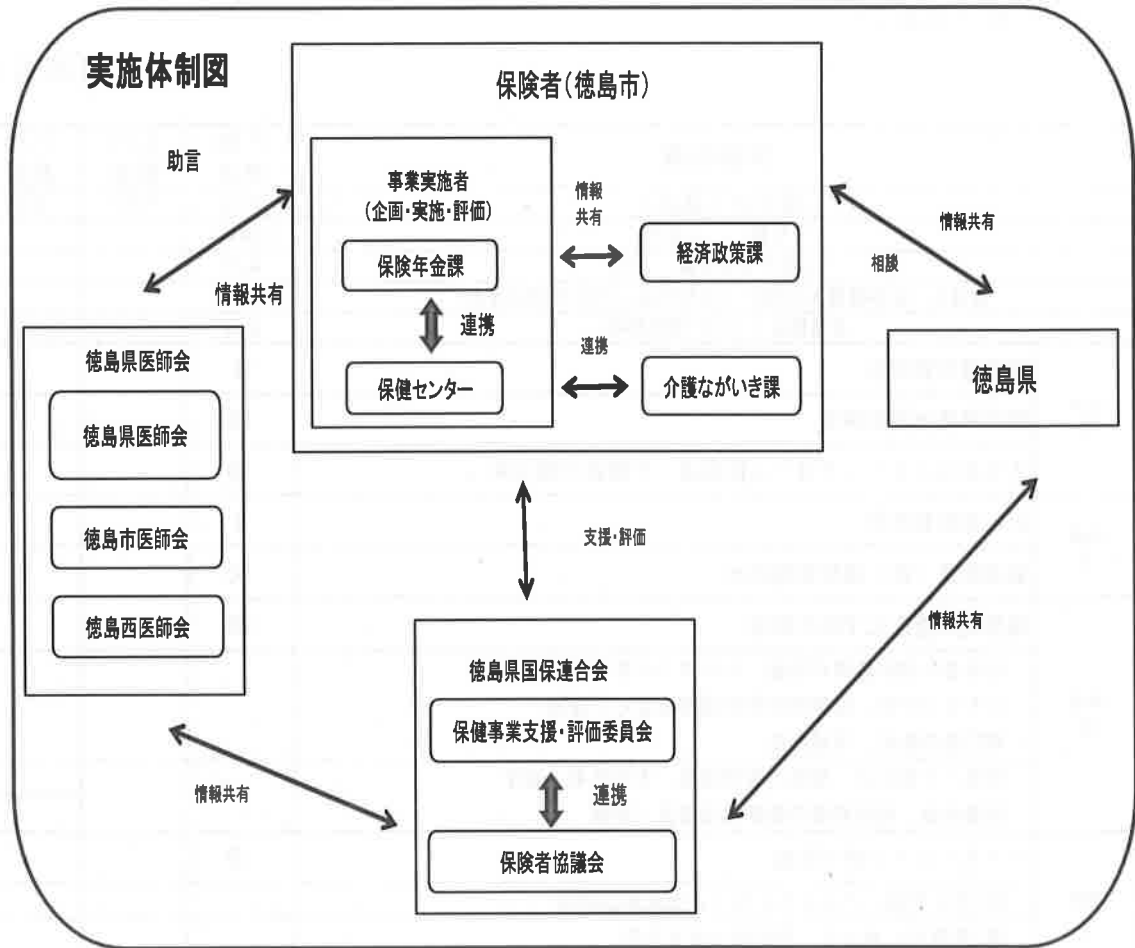
なお、市町村国保では、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このために全国健康保険協会をはじめとする保険者の代表で構成される保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

徳島市の実施体制図

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

評価指標		H28 得点	H29 配点	H30 配点	H30 満点
総得点(満点)		345	580	850	850点
交付額(万円)		2561.4			
一人当たり交付額(円)		470			
総得点(体制構築加算H28・29年70点、H30年60点含む)		203			
全国順位(1,741市町村中)		814			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価				(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				(25)
					(25)
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施 ・第2期策定に当たり、現計画の定量評価				(5)
	関係部署、県、医師会等と連携				(35)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	0			70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携				(50)
					(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	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	7			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50

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

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は横ばいであった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は上昇、40～64歳の2号認定率は若干減少、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、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、特定健診受診率が減少してい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の取組は重要となる。(参考資料1)

(2)中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付費総額は増加しているが、一件当たり給付費は減少している。居宅、施設両サービスとも減少している。今後、高齢者数が増加していく中で、重症化予防に取り組み、健康を維持し、介護給付費の伸びを抑える必要がある。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	徳島市				同規模平均		
	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年度	207億4975万円	54,663	38,899	299,850	58,839	40,101	287,592
H28年度	↑220億0986万円	↓51,935	37,627	294,838	↓55,577	38,459	281,539

②医療費の状況(図表 7)

H25年とH28年を比較すると総医療費が減少している。入院費の伸びを抑えられたことが減少の鍵となっている。外来、入院両患者数(人口千対)が減少していることなどから、一人当たり医療費は増加している。一人一人の重症化予防の取り組みを行っていくことが必要と考えられる。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				徳島市	同規模			徳島市	同規模			徳島市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	1,81億0,512万円			80億6,058万円					1,00億4,455万円			
	H28年度	1,77億5,688万円	-34,825万円	-1.96	7.43	77億8,133万円	-27,925万円	-3.59	4.97	99億7,555万円	-6,899万円	-0.69	8.98
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	305,861			136,172					169,689			
	H28年度	320,782	14,921	4.65	7.98	140,571	4,399	3.13	5.53	180,210	10,522	5.84	9.52

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

【出典】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

全体の総医療費は減少している。中長期・短期目標での目標疾患医療費計も減少している。ターゲットとして取り組みをしているものは、ほぼ横ばいか減少している。やはり、継続した取り組みの成果と思われる。国と比較しても、割合が減少しているものも見られる。適切な医療へと受診勧奨し、重症化予防していくためにも、今後も継続した取り組みが必要である。

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(平成25年度と平成28年度との比較)

【図表 8】

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		慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞/脳出血	心疾患/心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症	4,369,284,320				24.13%
			同規模	県内												
H25 徳島市	18,105,124,690	25,445	10位	20位	4.93%	0.32%	2.25%	2.73%	5.45%	6.16%	2.30%	4,369,284,320	24.13%	12.04%	14.54%	8.18%
H28 徳島市	17,756,877,190	26,041	16位	21位	4.54%	0.27%	1.61%	2.35%	5.14%	4.84%	2.26%	3,727,399,930	20.99%	13.37%	14.18%	8.58%
H28 徳島県	59,934,641,070	28,005	--	--	4.17%	0.36%	1.84%	2.44%	5.61%	4.88%	2.59%	13,118,891,830	21.89%	13.36%	14.88%	8.01%
H28 国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

【出典】

KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患(図表 9)

全体の患者数は減少。虚血性心疾患、脳血管疾患を軸にみると割合も減少している。人工透析は割合が横ばいである。虚血性心疾患で、高血圧、脂質異常症を持っている割合が高い。経年でみると、H28年の方が増加している。脳血管疾患も、高血圧、脂質異常症を持っている割合が約7割以上であり、増加している。人工透析は、糖尿病をもっている割合が減少してきているが、高血圧、脂質異常症は増加している。それぞれ、併せ持っていることがよくわかる。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	59465	3107	5.2	602	19.4	74	2.4	2447	78.8	1475	47.5	1985	63.9
	64歳以下	39177	893	2.3	127	14.2	66	7.4	656	73.5	422	47.3	536	60.0
	65歳以上	20288	2214	10.9	475	21.5	8	0.4	1791	80.9	1053	47.6	1449	65.4
H28	全体	57947	2808	4.8	534	19.0	76	2.7	2250	80.1	1369	48.8	1924	68.5
	64歳以下	35461	678	1.9	91	13.4	69	10.2	485	71.5	316	46.6	427	63.0
	65歳以上	22486	2130	9.5	443	20.8	7	0.3	1765	82.9	1053	49.4	1497	70.3

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	59465	2440	4.1	602	24.7	27	1.1	1901	77.9	1103	45.2	1414	58.0
	64歳以下	39177	631	1.6	127	20.1	23	3.6	453	71.8	254	40.3	330	52.3
	65歳以上	20288	1809	8.9	475	26.3	4	0.2	1448	80.0	849	46.9	1084	59.9
H28	全体	57947	2205	3.8	534	24.2	36	1.6	1745	79.1	983	44.6	1365	61.9
	64歳以下	35461	495	1.4	91	18.4	33	6.7	362	73.1	189	38.2	270	54.5
	65歳以上	22486	1710	7.6	443	25.9	3	0.2	1383	80.9	794	46.4	1095	64.0

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	59465	163	0.3	27	16.6	74	45.4	112	68.7	83	50.9	44	27.0
	64歳以下	39177	146	0.4	23	15.8	66	45.2	97	66.4	70	47.9	39	26.7
	65歳以上	20288	17	0.1	4	23.5	8	47.1	15	88.2	13	76.5	5	29.4
H28	全体	57947	148	0.3	36	24.3	76	51.4	116	78.4	64	43.2	51	34.5
	64歳以下	35461	133	0.4	33	24.8	69	51.9	104	78.2	58	43.6	46	34.6
	65歳以上	22486	15	0.1	3	20.0	7	46.7	12	80.0	6	40.0	5	33.3

【出典】

KDBシステム: 様式3-5、様式3-6、様式3-7 H25・28年7月作成

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2~3-4)(図表10)

【図表10】

糖尿病を軸にみると、数は減少、割合としては横ばい。インスリン療法を実施している割合も増加、高血圧、脂質異常症の併せ持つ割合が増加している。しかし、中長期的な目標の虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析は減少している。高血圧を軸にみると、数、割合共に減少している。糖尿病でみた場合と同様に、短期的な目標の疾患割合は増加しているが、中長期的な目標の割合は減少している。脂質異常症を軸にみると、数は横ばい、割合は増加している。中長期的な目標の割合は減少していることから、重症化予防につながってきていると考えられる。

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
	全体	59465	6451	10.8	548	8.5	1445	68.9	3938	61.0	1475	22.9	1103	17.1	83	1.3	565	8.8	
H25	64歳以下	39177	2260	5.8	215	9.5	1389	61.5	1303	57.7	422	18.7	254	11.2	70	3.1	188	8.3	
	65歳以上	20288	4191	20.7	333	7.9	3056	72.9	2635	62.9	1053	25.1	849	20.3	13	0.3	377	9.0	
	全体	57947	6272	10.8	539	8.6	4375	69.8	3988	63.6	1369	21.8	983	15.7	64	1.0	630	10.0	
H28	64歳以下	35461	1850	5.2	192	10.4	1126	60.9	1095	59.2	316	17.1	189	10.2	58	3.1	195	10.5	
	65歳以上	22486	4422	19.7	347	7.8	3249	73.5	2893	65.4	1053	23.8	794	18.0	6	0.1	435	9.8	

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
	全体	59465	12620	21.2	4445	35.2	6410	50.8	2447	19.4	1901	15.1	112	0.9	
H25	64歳以下	39177	4271	10.9	1389	32.5	1973	46.2	656	15.4	453	10.6	97	2.3	
	65歳以上	20288	8349	41.2	3056	36.6	4437	53.1	1791	21.5	1448	17.3	15	0.2	
	全体	57947	12210	21.1	4375	35.8	6597	54.0	2250	18.4	1745	14.3	116	1.0	
H28	64歳以下	35461	3336	9.4	1126	33.8	1649	49.4	485	14.5	362	10.9	104	3.1	
	65歳以上	22486	8874	39.5	3249	36.6	4948	55.8	1765	19.9	1383	15.6	12	0.1	

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
	全体	59465	9239	15.5	3938	42.6	6410	69.4	1985	21.5	1414	15.3	44	0.5	
H25	64歳以下	39177	3219	8.2	1303	40.5	1973	61.3	536	16.7	330	10.3	39	1.2	
	65歳以上	20288	6020	29.7	2635	43.8	4437	73.7	1449	24.1	1084	18.0	5	0.1	
	全体	57947	9236	15.9	3988	43.2	6597	71.4	1924	20.8	1365	14.8	51	0.6	
H28	64歳以下	35461	2653	7.5	1095	41.3	1649	62.2	427	16.1	270	10.2	46	1.7	
	65歳以上	22486	6583	29.3	2893	43.9	4948	75.2	1497	22.7	1095	16.6	5	0.1	

【出典】

KDBシステム:様式3-2、様式3-3、様式3-4 H25・28年7月作成

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

H25年とH28年を比較すると、女性は有所見者割合が尿酸、血圧以外減少している。男性はHbA1c、収縮期血圧、LDL 以外増加しており、腹囲、BMIにおいては、女性の2倍近くの割合である。メタボリックシンドローム該当者・予備群に関しても、男性は割合等増加している。HbA1cに関しては、男女ともに割合減少しており、取り組みの成果がみられると考えられる。

【図表 11】

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

KDB帳票No.23 厚労省様式6-2~6-7

性別	年代	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		95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
男性	合計	1,574	32.1	2,621	53.3	1,488	30.2	928	18.9	553	11.2	1,224	25.0	2,836	57.6	926	18.8	2,625	53.3	1,051	21.3	2,456	49.9	100	2.0
	40-64	646	37.6	934	54.4	577	33.6	425	24.8	166	9.7	403	23.5	851	49.6	338	19.7	786	45.8	439	25.6	921	53.7	20	1.2
	65-74	933	29.1	1,689	52.7	911	28.4	503	15.7	387	12.1	826	25.8	1,985	61.9	588	18.3	1,839	57.3	611	19.1	1,535	47.9	80	2.5
H28	合計	1,540	32.8	2,599	55.3	1,440	30.6	935	19.9	503	10.7	1,193	25.4	2,488	52.8	976	20.8	2,491	53.0	1,040	22.1	2,171	46.2	97	2.1
	40-64	517	37.9	761	55.8	472	34.6	357	26.2	138	10.1	301	22.1	592	43.4	309	22.7	609	44.6	349	25.6	691	50.7	16	1.2
	65-74	1,023	30.6	1,838	55.1	968	29.0	578	17.3	365	10.9	892	26.7	1,893	56.7	667	20.0	1,884	56.4	691	20.7	1,480	44.3	81	2.4

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	1,657	21.3	1,463	18.9	1,493	19.2	675	8.7	189	2.4	1,166	15.0	4,502	58.0	174	2.2	3,531	45.6	1,051	13.6	4,934	63.6	20	0.3
	40-64	560	19.1	426	14.5	505	17.2	275	9.4	57	1.9	348	11.9	1,395	47.6	58	2.0	970	33.1	430	14.7	1,826	62.3	5	0.2
	65-74	1,093	22.6	1,037	21.5	988	20.5	400	8.3	132	2.7	818	16.9	3,107	64.4	115	2.4	2,568	53.2	625	13.0	3,108	64.4	15	0.3
H28	合計	1,620	22.5	1,331	18.5	1,326	18.4	591	8.3	164	2.3	1,044	14.5	4,708	51.5	178	2.5	3,287	45.7	985	13.7	4,383	60.9	14	0.2
	40-64	477	20.6	355	15.3	377	16.3	208	9.0	45	1.9	268	11.6	940	40.6	42	1.8	757	32.7	323	13.9	1,339	57.8	1	0.0
	65-74	1,143	23.4	976	20.0	949	19.4	391	8.0	119	2.4	776	15.9	2,768	56.7	136	2.8	2,530	51.8	662	13.6	3,044	62.4	14	0.3

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)

KDB帳票No.24 厚労省様式6-8

性別	年代	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				
男性	合計	4,923	27.5	281	5.7%	950	19.5%	56	1.1%	676	13.7%	226	4.6%	1,344	28.1%	207	4.2%	71	1.5%	711	14.6%	385	7.8%
	40-64	1,716	18.9	133	7.8%	361	21.0%	24	1.4%	230	13.4%	107	6.2%	440	25.6%	64	3.7%	30	1.7%	235	13.7%	111	6.5%
	65-74	3,207	36.5	147	4.6%	598	18.6%	31	1.0%	446	13.9%	121	3.8%	944	29.4%	143	4.5%	43	1.3%	484	15.1%	274	8.5%
H28	合計	4,701	27.2	281	6.0%	971	20.7%	74	1.6%	675	14.4%	222	4.7%	1,347	28.6%	181	4.0%	94	2.0%	699	14.9%	367	7.8%
	40-64	1,364	17.3	129	9.5%	275	20.2%	16	1.2%	158	11.6%	101	7.4%	357	26.2%	38	2.8%	33	2.4%	194	14.2%	92	6.7%
	65-74	3,338	35.6	152	4.6%	696	20.9%	58	1.7%	517	15.5%	121	3.6%	990	29.7%	149	4.5%	61	1.8%	505	15.1%	275	8.2%

性別	年代	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						
女性	合計	7,758	36.1	192	2.5%	528	6.8%	22	0.3%	397	5.1%	106	1.4%	743	9.6%	108	1.4%	11	0.2%	416	5.4%	200	2.6%
	40-64	2,932	28.8	82	2.8%	161	5.5%	8	0.3%	111	3.8%	42	1.4%	183	6.2%	29	1.0%	7	0.2%	101	3.4%	46	1.6%
	65-74	4,826	42.6	110	2.3%	367	7.6%	14	0.3%	286	5.9%	67	1.4%	560	11.6%	79	1.6%	12	0.2%	315	6.5%	154	3.2%
H28	合計	7,190	35.2	161	2.2%	489	6.8%	24	0.3%	351	4.9%	114	1.6%	681	9.5%	94	1.3%	23	0.3%	389	5.4%	170	2.4%
	40-64	2,316	26.1	62	2.7%	135	5.8%	7	0.3%	89	3.8%	39	1.7%	158	6.8%	19	0.8%	6	0.3%	95	4.1%	38	1.6%
	65-74	4,882	42.1	98	2.0%	354	7.3%	17	0.3%	262	5.4%	75	1.5%	524	10.7%	75	1.5%	17	0.3%	294	6.0%	138	2.8%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

特定健診受診率は横ばいである。同規模内順位は低下している。特定保健指導受診率は上昇している。今後は特定健診受診率をいかに増加していくかが課題である。

【図表 12】

KDB帳票No.1 地域の全体像の把握、No.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								徳島市	同規模平均
平成25年度	39,432	12,753	32.3%	30位	1,521	748	49.2%	55.8%	53.2%
平成28年度	37,326	12,019	32.2%	43位	1,552	893	57.5%	54.5%	52.9%

2) 第1期に係る考察

特定健診未受診者は依然多い。健診結果をみると、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は特に男性は増加している。また、若い年代において割合が高くなっている。メタボリックシンドローム該当者の2項目重なりがあるもので、血糖＋脂質、血圧＋脂質と脂質異常症との重なりがある割合が男女とも割合が増加している。

有所見者割合をみると、項目に男女差はあるが、男性の経年比較をみると増加している項目が多い。メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合、有所見者割合の状況をみると、男性の該当割合が多いことから、重症化予防の取り組みが必要である。

中長期的な目標の割合は、少しずつ数、割合ともに減少している。虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析と併せ持つ人が多い。短期的な目標の疾患を改善していき、中長期的な目標の割合の減少へとつなげていく必要がある。特に、高血圧、脂質異常症の数、割合が増加している。今後の取り組み等へとつなげていくことが重要である。少しずつだが減少しているものの、糖尿病の取り組み、重症化予防の取り組みを継続していくことが、人工透析等の新規人工透析導入者を減少することにつながる。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、重症化予防の取り組み等すすめていくためにも、特定健診の受診者を増加していくこと、現在の特定保健指導、重症化予防の取り組みを継続していくことが重要と考えられる。

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 13)

一人当たり医療費は、同規模平均、国と比較すると多い。入院と外来を比較すると件数は、少ないのに費用額は約半数である。入院となると費用がかかることから、重症化を予防することが重要である。

「集団の疾患特徴の把握」

【図表 13】

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 14)

高額な疾患、長期入院となる疾患として、脳血管疾患、虚血性心疾患がある。また、人工透析となった方で、脳、心を併せておこしている人の割合も高い。医療費を考えていくうえで、これらの疾患をいかに予防していくかが重要である。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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。

【図表 14】

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	精神疾患	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	319件	11件 3.4%	19件 6.0%	--	--
		費用額	8億8759万円	3359万円 3.8%	5581万円 6.3%	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	5,396件	588件 10.9%	361件 6.7%	--	3,726件 69.1%
		費用額	23億5757万円	2億7272万円 11.6%	1億7662万円 7.5%	--	14億0059万円 59.4%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1,950件	468件 24.0%	911件 46.7%	778件 39.9%	--
		費用額	8億8756万円	2億0995万円 23.7%	4億1154万円 46.4%	3億4152万円 38.5%	--

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	全体	21,361人	2,205人 10.3%	2,808人 13.1%	630人 2.9%
		の基礎的な疾患	高血圧	1,745人 79.1%	2,250人 80.1%	454人 72.1%
			糖尿病	983人 44.6%	1,369人 48.8%	630人 100.0%
				脂質異常症	1,365人 61.9%	1,924人 68.5%
		高血圧症	12,210人 57.2%	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		6,272人 29.4%	9,236人 43.2%	2,000人 9.4%		

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 15)

認定率は同規模平均、国と比べると高い。認定された方の有病状況より、2号被保険者は脳卒中が6割、1号被保険者の若い年代は脳卒中、75歳以上は虚血性心疾患が5割という状況である。それぞれの基礎疾患をみると、全てにおいて糖尿病が5～6割、高血圧が7～8割、脂質異常症5～6割という状況である。短期的な目標の疾患の重症化予防を取り組んでいくことが、中長期的な目標の疾患を予防することにつながり、介護認定者を減少させることにつながると考えられる。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28年度

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		88,080人	30,081人	31,161人	61,242人			149,322人									
	認定者数		329人	1,825人	13,879人	15,704人			16,033人									
	認定率		0.37%	6.1%	44.5%	25.6%			10.7%									
	新規認定者数(*1)		70人	406人	1,469人	1,875人			1,945人									
介護度別人数	要支援1・2		54	16.4%	582	31.9%	4,099	29.5%	4,681	29.8%	4,735	29.5%						
	要介護1・2		130	39.5%	696	38.1%	5,093	36.7%	5,789	36.9%	5,919	36.9%						
	要介護3～5		145	44.1%	547	30.0%	4,687	33.8%	5,234	33.3%	5,379	33.5%						
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計												
	介護件数(全体)		329	1,825	13,879	15,704			16,033									
	再) 国保・後期		167	1,209	12,918	14,127			14,294									
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	98	57.7%	脳卒中	572	47.3%	虚血性心疾患	6671	51.6%	虚血性心疾患	7094	50.2%	虚血性心疾患	7135	49.9%
			2	虚血性心疾患	41	24.6%	虚血性心疾患	423	35.0%	脳卒中	6290	48.7%	脳卒中	6862	48.6%	脳卒中	6960	48.7%
			3	腎不全	22	13.2%	腎不全	200	16.5%	腎不全	2007	15.5%	腎不全	2207	15.6%	腎不全	2229	15.6%
		基礎疾患(*2)	糖尿病	84	50.3%	糖尿病	712	58.9%	糖尿病	7752	60.0%	糖尿病	8464	59.9%	糖尿病	8548	59.8%	
			高血圧	114	68.3%	高血圧	909	75.2%	高血圧	10953	84.8%	高血圧	11862	84.0%	高血圧	11976	83.8%	
			脂質異常症	90	53.9%	脂質異常症	704	58.2%	脂質異常症	8363	64.7%	脂質異常症	9067	64.2%	脂質異常症	9157	64.1%	
		血管疾患合計	合計	144	86.2%	合計	1118	92.5%	合計	12408	96.1%	合計	13526	95.7%	合計	13670	95.6%	
		認知症	認知症	25	15.0%	認知症	236	19.5%	認知症	5075	39.3%	認知症	5311	37.6%	認知症	5336	37.3%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	130	77.8%	筋骨格系	1067	88.3%	筋骨格系	12189	94.4%	筋骨格系	13256	93.8%	筋骨格系	13386	93.6%	

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)					7,683	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			4,042			

2) 健診受診者の実態(図表 16-17)

BMI、腹囲は、男女とも国より割合が多い。特に男性の方が多く、腹囲においては県よりも多い。有所見者割合をみると、男性では、HDL、尿酸、収縮期血圧は国より割合が多く、中性脂肪、クレアチニンにおいては、国・県より多い。女性は、HDL、収縮期血圧が国より割合が多く、中性脂肪、尿酸、LDL は国・県より多い。男性は、若い年代の方が有所見者割合が高く、女性は高齢になると有所見者割合が多くなっている。

【図表 16】

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)

★NO.23 (帳票)

	性別	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	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9
徳島市	合計	1,540	32.8	2,599	55.3	1,440	30.6	935	19.9	503	10.7	1,193	25.4	2,485	52.8	976	20.8	2,493	53.0	1,040	22.1	2,171	46.2	97	2.1
	40-64	517	37.9	761	55.8	472	34.6	357	26.2	138	10.1	301	22.1	592	43.4	309	22.7	609	44.6	349	25.6	691	50.7	16	1.2
	65-74	1,023	30.6	1,838	55.1	968	29.0	578	17.3	365	10.9	892	26.7	1,893	56.7	667	20.0	1,884	56.4	691	20.7	1,480	44.3	81	2.4

	性別	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	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3
徳島市	合計	1,620	22.5	1,331	18.5	1,326	18.4	599	8.3	164	2.3	1,044	14.5	3,706	51.5	178	2.5	3,287	45.7	985	13.7	4,383	60.9	15	0.2
	40-64	477	20.6	355	15.3	377	16.3	208	9.0	45	1.9	268	11.6	940	40.6	42	1.8	757	32.7	323	13.9	1,339	57.8	1	0.0
	65-74	1,143	23.4	976	20.0	949	19.4	391	8.0	119	2.4	776	15.9	2,766	56.7	136	2.8	2,530	51.8	662	13.6	3,044	62.4	14	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者は男性3割、女性1割である。メタボリックシンドローム予備群は、男性2割、女性7%とどちらも年齢があがるにつれて割合が増加している。予備群では、男女とも高血圧の割合が多い。該当者は男女とも血圧と脂質の組み合わせが一番割合が多い。3項目全てもつ割合について、男性は女性の3倍である。

【図表 17】

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 (帳票)

	性別	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
		徳島市	合計	4,702	27.2	281	6.0%	971	20.7%	74	1.6%	675	14.4%	222	4.7%	1,347	28.6%	187	4.0%	94	2.0%	699	14.9%
	40-64	1,364	17.3	129	9.5%	275	20.2%	16	1.2%	158	11.6%	101	7.4%	357	26.2%	38	2.8%	33	2.4%	194	14.2%	92	6.7%
	65-74	3,338	35.6	152	4.6%	696	20.9%	58	1.7%	517	15.5%	121	3.6%	990	29.7%	149	4.5%	61	1.8%	505	15.1%	275	8.2%

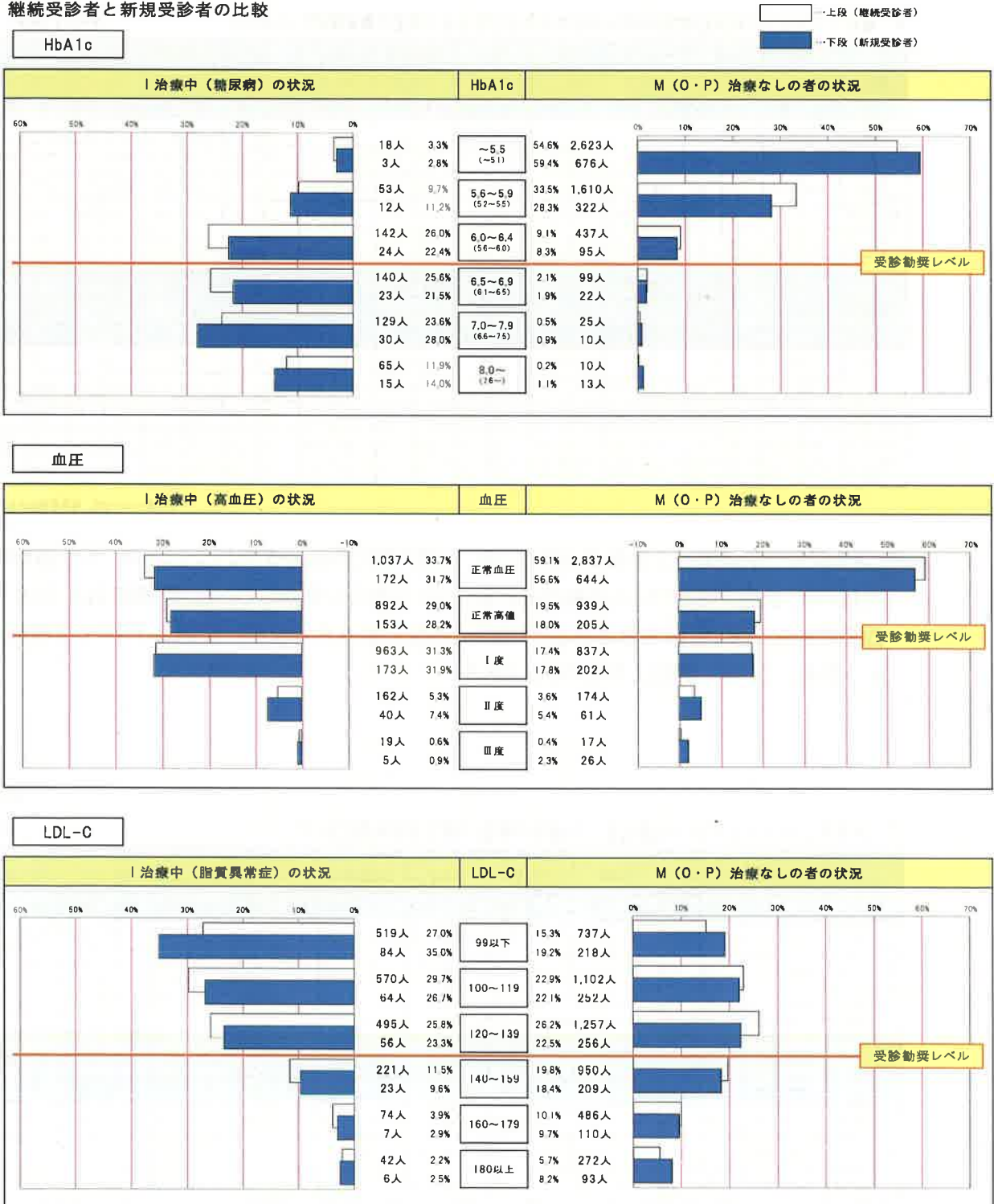
	性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		徳島市	合計	7,198	35.2	160	2.2%	489	6.8%	24	0.3%	351	4.9%	114	1.6%	682	9.5%	94	1.3%	23	0.3%	389	5.4%
	40-64	2,316	26.1	62	2.7%	135	5.8%	7	0.3%	89	3.8%	39	1.7%	158	6.8%	19	0.8%	6	0.3%	95	4.1%	38	1.6%
	65-74	4,882	42.1	98	2.0%	354	7.3%	17	0.3%	262	5.4%	75	1.5%	524	10.7%	75	1.5%	17	0.3%	294	6.0%	138	2.8%

3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

HbA1c 値をみると、健診を継続受診している方が、コントロール不良者が少ない。血圧は、新規受診者の方が、受診勧奨レベル以上の割合が多い。血圧、LDL は継続受診の方が重症化レベルがあがるにつれて割合が減少している。また、血圧、LDL は治療につながると、コントロール不良者が少ない。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



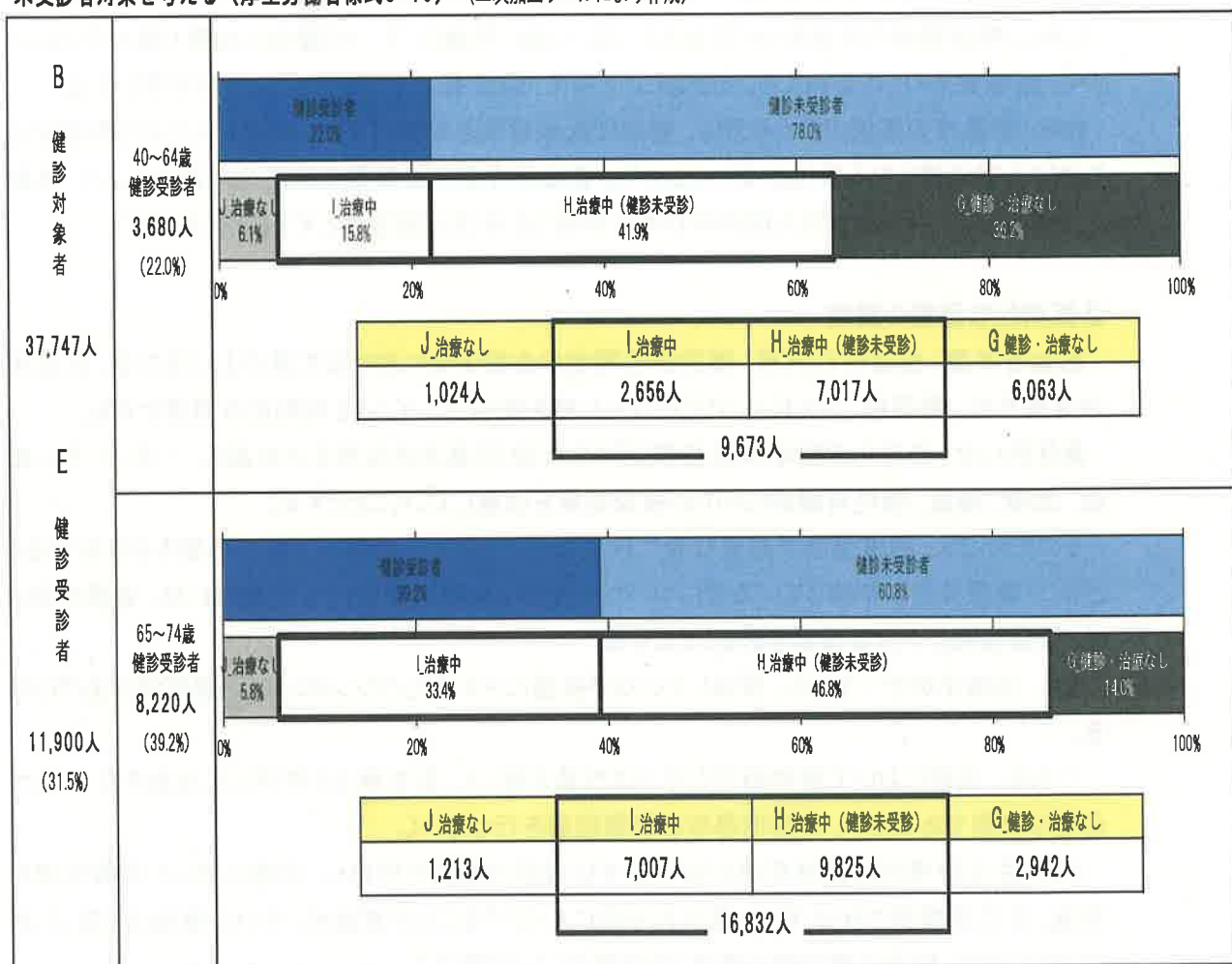
4) 未受診者の把握(図表 19)

健診未受診者割合が多い。特に若い年代の方が、割合多い。未受診の状況として、両年代共に、G(健診・治療なし)の割合より、H(治療中、健診未受診)割合の方が多。健診未受診者の生活習慣病治療費が健診受診者に比較し、10倍近く高い。治療、未治療に関わらず、健診受診となるような取り組みが必要である。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える(厚生労働省様式6-10) (二次加工ツールにより作成)

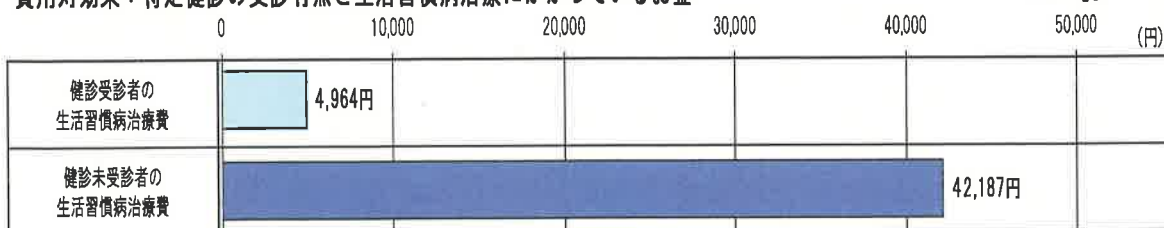
★NO.26 (CSV)



OG_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



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

しかし、被保険者の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から、医療費そのものを抑えることは厳しいと考え、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また、徳島市の医療のかかり方は、普段は医療機関を受診せずに、重症化してから受診するために入院治療となる事例が多いことから、重症化予防、医療費の適正化に資するよう、早期の医療に結び付け、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを旨とする。

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、1 年、1 年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 背景・計画期間

不適切な生活習慣によって、糖尿病をはじめとする生活習慣病が増加し、医療費に占める生活習慣病の割合が国民医療費の約3分の1に達していることから、生活習慣病対策は、医療費の適正化を考えるうえで非常に重要とされている。

《計画期間》平成30年度から令和5年度まで

2. 目標値の設定

【図表 20】

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
特定健診実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	65%	65%	67%	67%	67%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
特定健診	対象者数	36,392人	35,482人	34,594人	33,729人	32,885人	32,062人
	受診者数	12,737人	14,192人	15,567人	16,864人	18,086人	19,237人
特定保健指導	対象者数	1,656人	1,845人	2,024人	2,192人	2,351人	2,501人
	実施者数	993人	1,107人	1,214人	1,315人	1,411人	1,500人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診は、特定健診実施機関に委託する。

県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連が集合契約を行う。

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第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、国保連のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://tokushima-kokuhoren.or.jp/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、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

7月1日から12月20日まで

(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円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表22)

【図表22】

平成29年度 徳島市 特定健診受診率向上に向けた取り組み(案)

【内部資料】

平成29年4月現在

区分	項目	概要等	担当	平成29年度											
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
個別	1 国保保険証更新時	特定健診の受診勧奨	保険年金	●随時、受診勧奨PR(ちらし配布)											
	2 ★手続時	特定健診の受診勧奨チラシ配布	保険年金	●随時、受診勧奨PR(ちらし配布)											
	3 受診券発送時	休日受診可能な医療機関情報(ホームページへもUP予定)及び健診受診のPR	保険年金	●受診券に受診勧奨内容・休日受診可能な医療機関リストを同封											
	4 未受診者通知	11月中旬※	保険年金	●未受診者通知											
	5 受診勧奨通知	①7月～9月 27年度特定保健指導実施者で28年度未受診者へ受診勧奨通知(訪問で手渡し) ②7月～27年度糖尿病未治療HbA1c8.5以上の者で28年度健診未受診者へ受診勧奨通知	保健センター	●受診勧奨通知・訪問											
	6 受診勧奨訪問	①7月～9月 27年度特定保健指導実施者で28年度未受診者 ②7月～9月 平成29年度に41歳・65歳・68歳になる者で過去2年間未受診・未治療の者 ③7～9月 糖尿病未治療HbA1c8以上の者など(未定) ④12月頃 28年度積極的支援実施者で29年度未受診者(TEL)	保健センター	●受診勧奨訪問											
				●受診勧奨通知											
				●受診勧奨電話											
	7 がん検診会場	受診勧奨ちらしを配布	保健センター	●検診会場で受診勧奨ちらし配布											
	8 保健センター専業	特定健診・がん検診の受診勧奨	保健センター	●随時、受診勧奨PR											
9 その他	国保加入者の多い団体で受診勧奨	保健センター	●随時、受診勧奨PR												
医療機関	10 がん健診医療機関説明会	6月15日、16日がん健診の説明会へ来ている、医療機関の方へ受診勧奨の協力依頼。	保健センター	●受診勧奨協力依頼											
	11 医療機関	医療連携協力医へ、病院を回り治療中の健診対象者への受診勧奨協力依頼。	保健センター	●受診勧奨協力依頼											
	12 広報とくしま市政だより	6～12月 特定健診受診勧奨について掲載	保険年金	●受診勧奨											
	13 マインシティとくしまケーブルテレビ	特定健診の受診勧奨・特定保健指導の案内	保険年金	●テレビ											
	14 国保だより	特定健診の受診勧奨について掲載	保険年金	●国保だより											
	15 医療機関・支所・コミセン・JA・スーパー・銀行などにポスター掲示を依頼(医療機関には、受診者全員に情報提供ちらし配布を依頼)	保健センター	●受診勧奨ポスター作成し掲示依頼 ●受診者への情報提供ちらし												
	16 ポスター・ちらし	保健年金	●ポスター掲示期間												
	17 ホームページ	特定健診・特定保健指導について掲載	保健センター	●受診勧奨											

※未受診者通知対象者(参考H29年度)：①H29特定健診対象者のうち、H28、29年続けて未受診の40～60歳の者 ②①と同世帯で、H28、29年続けて未受診の70～74歳の者

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、保健センターへ執行を委任する形態で、保険者が直接実施する。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

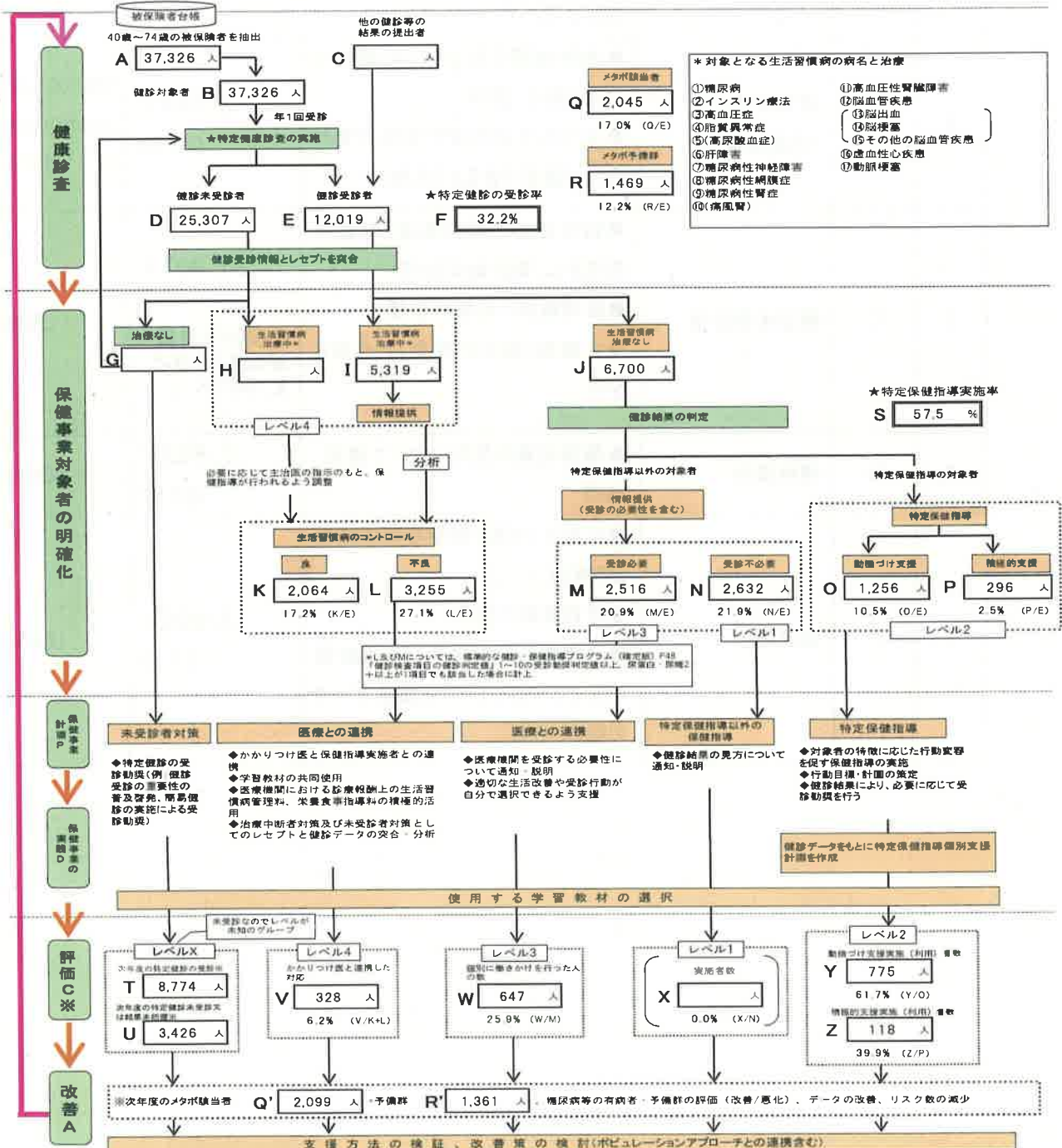
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート (平成 28 年度実績)

徳島市

様式5-5



平成 29 年度以降は、別添フローチャート参照

(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 24)

【図表 24】

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 (受診者の〇%)	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	1,552人 (12.9)	60%
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	2,516人 (20.9)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(対象者選定をし、受診勧奨訪問) ◆医療機関への協力依頼 ◆企業等(国保対象者)への働きかけ	25,307人 ※受診率目標達成までにあと 2,681人	35%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	2,632人 (21.9)	100%
5	L	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の使用 ◆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	3,255人 (27.1)	100%

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(平成 15 年 5 月 30 日法律第 57 号)及びこれに基づくガイドライン等並びに「徳島市個人情報保護条例(平成 17 年 3 月 24 日条例第 1 号)」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

保険者は効果的・効率的な特定健康診査・保健指導を実施する立場から、収集した個人情報を有効に利用することが必要であるため、個人情報の保護に十分に配慮しつつ、データの保存について外部委託ができることとする。

保存先:徳島県国民健康保険団体連合会に設置する特定健康診査等データ管理システムで行う。

保存期間:5年

7. 結果の報告

実績報告については、大臣告示(平成 20 年厚生労働省告示第 380 号)及び通知で定められている様式に基づいて、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、社会保険診療報酬支払基金に対して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

計画は、徳島市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。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。

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)及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取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 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。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 27)

【図表 27】

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 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{※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 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※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。

徳島市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

(図表 28)

徳島市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 435 人(29.0%・F')であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 13,580 人中のうち、特定健診受診者が 495 人(53.2%・G')であったが、690 人(28.7%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 11,087 人(82.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 2,130 人中 1,204 人は治療中断であることが分かった。また、926 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 28 より徳島市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- 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')……435人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)……………1,894人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)……………1,716人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

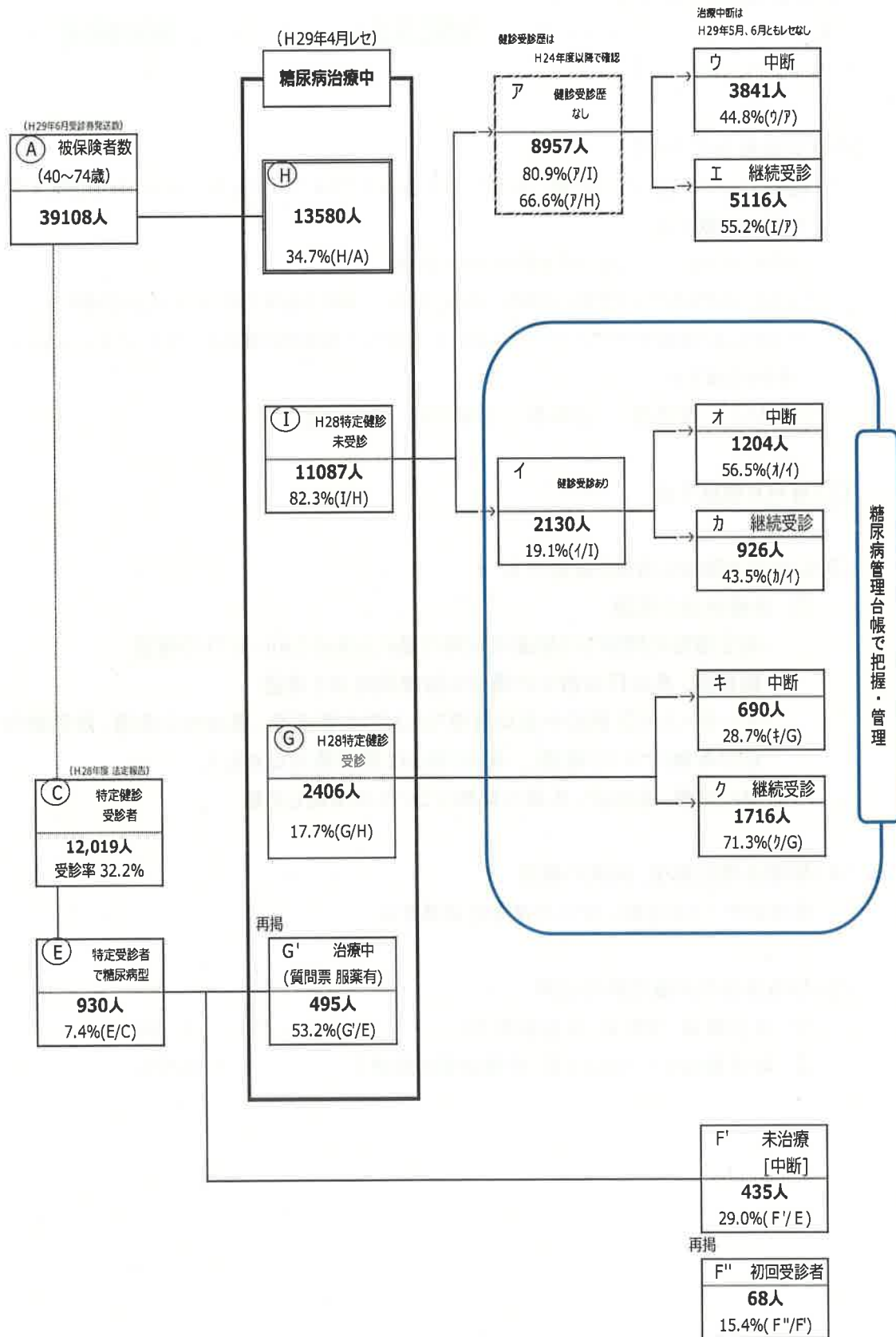
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)……………926人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

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）



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)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)…………… 1, 581人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)…… ……409人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。徳島市においては、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 29)

【図表 29】

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> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<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</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

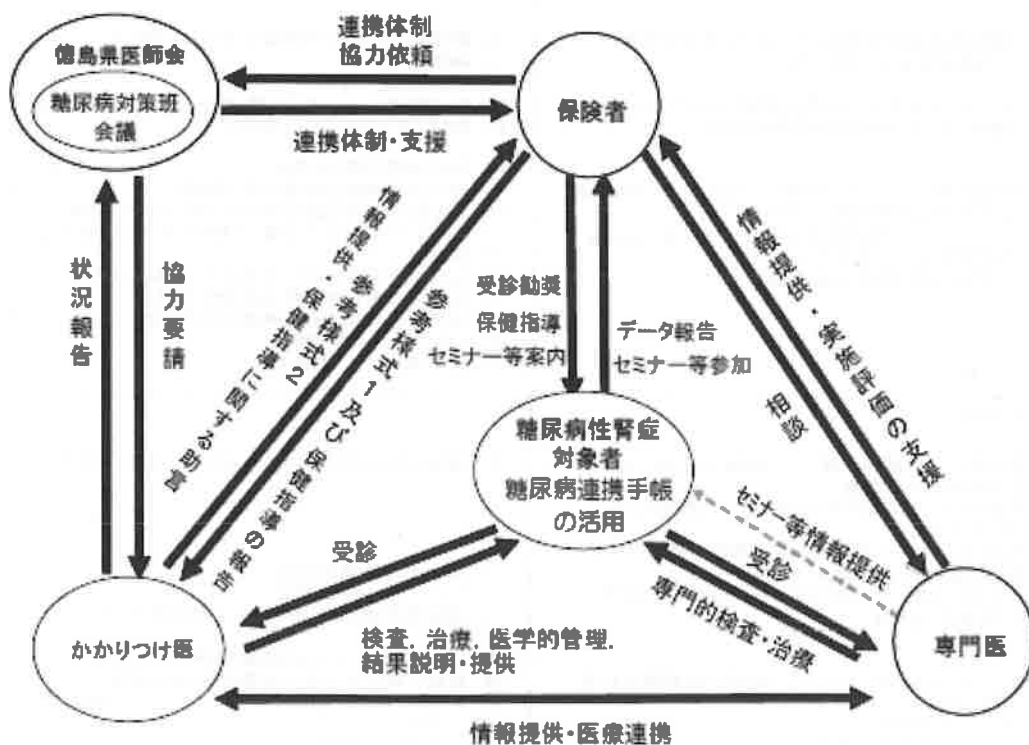
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う糖尿病対策推進連携協議会、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取り組みを行う。



6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。徳島市において健診受診者12,542人のうち心電図検査実施者は760人(6.1%)であり、そのうちST所見があったのは22人であった(図表30)。ST所見ありは22人であり、その後の受診状況を見ると18人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの22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。

徳島市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST 所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28 年度	12,542	100	760	6.1	22	2.9	381	50.1	357	47.0

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST 所見あり(a)		要精査(b)					
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
				(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
22	100	22	100	4	18.2	18	81.8

①心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	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						
		(人)	(%)	(人)		(%)				
	12,542	22	3.0%	381	2.8%	357	2.8%	11,781	93.9%	
メタボ該当者	2,069	5	0.2%	75	3.6%	62	3.0%	1,927	93.1%	
メタボ予備群	1,587	5	0.3%	38	2.4%	51	3.2%	1,493	94.1%	
メタボなし	8,885	10	0.1%	270	3.0%	244	2.7%	8,361	94.1%	
LDL-C	140-159	1,479	1	0.1%	47	3.2%	41	2.8%	1,390	94.0%
	160-179	756	0	0.0%	21	2.8%	17	2.2%	718	95.0%
	180-	427	0	0.0%	4	0.9%	7	1.6%	416	97.4%

②-1

②-2

※1名、腹囲測定測定できず、判定不能。

【参考】

CKD	G3aA1~	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
		1,681	13.4%	7	0.4%	76	4.5%
						45	2.7%
						1,553	92.4%

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

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。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。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(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できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

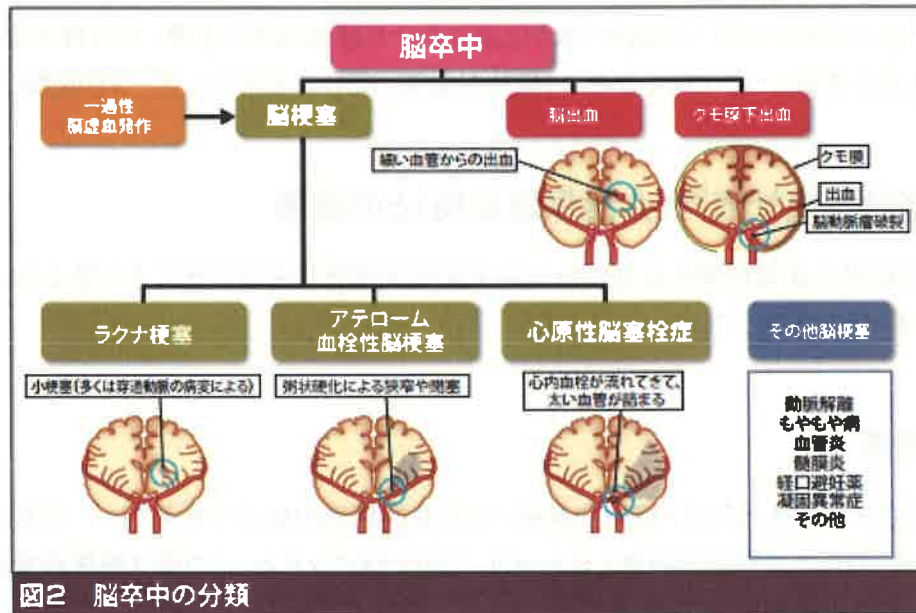
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(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 35】

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	●							

図表 37は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表 37】

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）

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	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
7,953		2,625	2,033	1,551	1,382	305	57	65	777	902
		33.0%	25.6%	19.5%	17.4%	3.8%	0.7%	0.8%	9.8%	11.3%
リスク第1層		479	212	122	65	23	3	65	23	3
		11.4%	18.2%	10.4%	4.7%	7.5%	5.3%	100%	3.0%	0.3%
リスク第2層		1,464	1,158	860	754	145	22	--	754	167
		55.4%	55.8%	57.0%	54.6%	47.8%	38.6%	--	97.0%	18.9%
リスク第3層		682	663	569	563	137	32	--	--	732
		26.0%	32.6%	36.7%	40.7%	44.0%	56.1%	--	--	81.2%
再発) 重複あり	糖尿病	143	161	149	129	28	7			
		23.3%	24.3%	26.2%	22.9%	20.4%	21.9%			
慢性腎臓病 (CKD)		372	291	237	230	51	19			
		45.4%	43.9%	41.7%	40.9%	37.2%	59.4%			
3個以上の危険因子		278	358	319	351	92	20			
		40.8%	54.0%	56.1%	62.2%	67.2%	62.5%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態

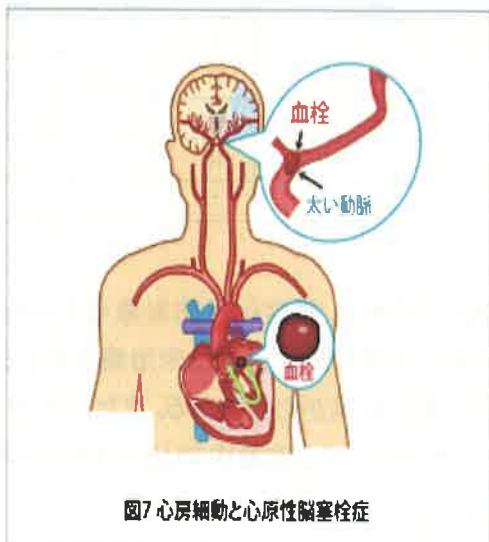


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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 38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 38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	321	439	4	1.2	0	0	—	—
40 歳代	21	29	0	0	0	0	0.2	0.04
50 歳代	40	45	0	0	0	0	0.8	0.1
60 歳代	154	225	0	0	0	0	1.9	0.4
70～74 歳	106	140	4	3.8	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の 70～74 歳の値は 70～79 歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
4	10	3	75	1	25

心電図検査において 4 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 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 4 人のうち 1 人は既に治療が開始されていたが、3 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 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を行っていく。(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していく。(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を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価については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。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

徳島市 保険者努力支援制度

徳島市 人口 26万人
(国保加入数 6万人)

平成28年度 203点/345点
全国順位 814位/1,741位(県内順位17/24)

1点当たりの金額10万円
頂いたお金1,800万円

社会保険費 186億
国保医療費 25億

2号認定者
(40~60歳)
有病状況

介護費 221億(全体)

心臓病 30.4%
脳疾患 21.4%
糖尿病 14.9%

生活保護費 106億

生活保護率 23.4% 6,137人
医療扶助 52.4%
人工透析者数 ()人

評価指標	H28 配点		H29 配点		H30 配点	
	345	580	350	590	350	590
特定健診受診率	0	50	10	20	100	10
特定健診受診率確保指導実施率	15	50	10	50	10	10
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10	50	10	50	10	10
がん検診受診率	0	30	0	30	20	20
糖尿病等重症化予防の取り組み	40	100	10	100	10	20
①対象者の抽出基準が明確、②かかりつけ医との連携 ③専門職による保健指導、④事業評価、⑤糖尿病対策 班推進会議との連携	(50)	(50)	(50)	(50)	(50)	(50)
・全員に文書送付、受診の考慮確認、評価 ・保健指導、実施前後の権限結果確認、評価 ・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施 ・第2期決定に当たり、現計画の定量的評価 ・第2期計画、目標、医師会等との連携 個人への分かりやすしい情報提供	10	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)
個人インセンティブ提供	20	25	25	70	10	10
・個人のポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携	0	(50)	(50)	(50)	(50)	(50)
重複服薬者に対する取組	0	(25)	(25)	(25)	(25)	(25)
後発医薬品の促進	11	35	35	40	100	100
取納率向上に関する取組の実施状況	0	100	100	100	100	100
医療費通知の取組の実施状況	10	25	25	25	25	25
地域包括ケアの推進の実施状況	0	25	25	25	25	25
第三者求償の取組の実施状況	7	40	40	40	40	40
適正かつ健全な事業運営の実施状況	7	40	40	40	40	40

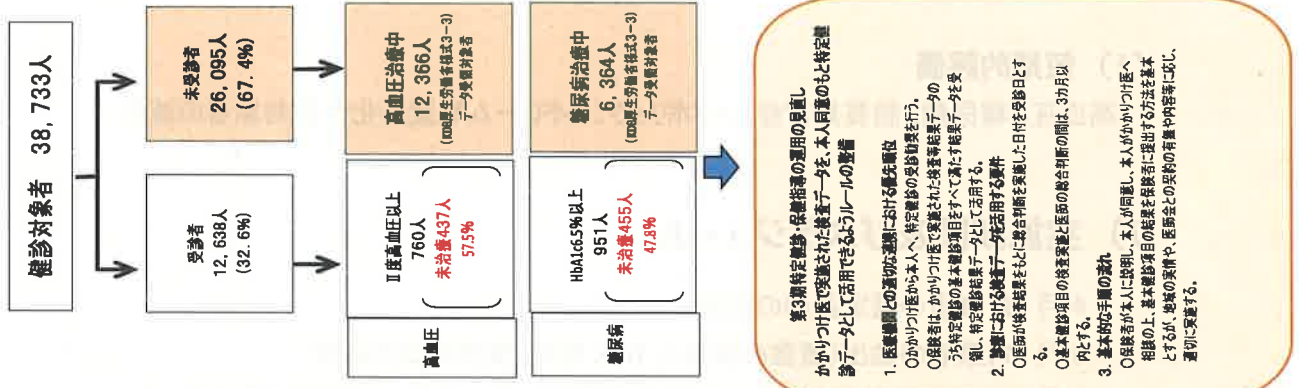
都道府県の指標	市人口 万人	1点あたり 万円
1市町村指標の都道府県単位の評価 (200億)	100	1点あたり 万円
特定健診、保健指導実施率、糖尿病重症化予防の取組		
3都道府県の取組状況 (150億)		
保険者協議会への関与、糖尿病重症化予防の取組		
2医療費適正化のアウトカム評価 (150億)		
国保の年齢調整後一人当たり医療費	50	

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定 (H30年度～)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】

地域特性・自然環境

【地勢・風土】

- 位置：徳島県の東部に位置し、吉野川とその支流が作り育てた三角州に発達した人口約26万人の県都です。
- 気候：年間を通じて比較的温暖な気候に恵まれ、最低気温の平均は四国4県の県庁所在地の中で一番高い。年間平均気温：16.6℃ 年間降水量：1400mm前後

【歴史・特産品】

- 蜂須賀14代の治世 阿波踊り
- 藍染・阿波しじら
- 人形浄瑠璃
- 木工製品 すだち、和三盆

【特徴】

徳島市は23地区に分かれており、それぞれの地区で生活スタイルや職業等のばらつきがみられる。徳島市全体としては規模が大きいため、あまり特徴と呼べるものはないが、お土産やおすそわけをするおもてなしの文化がある。また、お供えものをする習慣があり、甘いものや果物が常に仏壇に供えられている。また、職業によって生活スタイル、特に食習慣に差がみられる。また、住んでいる地区によって運動量の違いがみられる。

社会的環境

【人口・就業構造】

- ・人口：257,487人
 - ・年少人口割合：12.0%
 - ・生産年齢人口割合：60.2%
 - ・老年人口割合：27.8%
 - ・平均年齢：47歳
 - ・就業構造（徳島市国保）
 - 第一次産業人口：3.9% → 県9.4%：11/47位
 - 第二次産業人口：19.6% → 県23.8%：28/47位
 - 第三次産業人口：76.5% → 県66.7%：30/47位
- (H24就業構造基本調査)

【飲食店数】

	市 ¹	県 ²	(県順位 ²)
お好み焼・焼そば・たこ焼店	66	232	4/47
そば・うどん店	83	260	9/47
喫茶店(カフェ)	40	74	12/47
コンビニ	121		
スーパー	56		
パン屋	45		
和洋菓子店	115		
ラーメン店	96		
タクシー会社	42		
お寺	98		

【活動】

- ・歩数平均値（H28国民健康栄養調査）
 - 男性6,791歩(全国41位)
 - 女性6,313歩(全国32位)
- ・街中の人は運動している人が多い。ショッピングモールの中を歩いたり、ジムを利用しているという声を聞く。
- ・街中から離れると田畑が多く、スーパーやコンビニが少ない。買い物をする時は車を利用。ウォーキングをしようにも、ママシヤイノシシ等の出没の危険もあり、安全に散歩できるコースの確保が難しい。

1: 電話帳
2: H26経済センサス基礎調査

食習慣

【味覚】

- ・甘い味付けを好む
- ・味付けが濃い

食品ランキング順位（総務省家計調査）

ソース	3/47
ケチャップ	5/47
コーヒー・ココア	3/47
果実・野菜ジュース	3/47
乳飲料	4/47
炭酸飲料	9/47
甘味果実酒(スイートワイン)	8/47

【食生活】(特定健診問診票より)

- ・週3回以上夕食後に間食をする
- ・週3回以上就寝前に夕食をとる
- ・食事速度が早い

国・県より高い

食品ランキング順位（総務省家計調査）

さつまいも	1/47
ちくわ	2/47
生しいたけ	3/47
生うどん・そば	8/47
柑橘類	9/47
生鮮野菜	47/47

- 食物繊維 ↓
- カリウム ↓

H28国民健康栄養調査
野菜摂取量
男性：313g(8位)
女性：309g(3位)

職業

【農業】

- ・雇用している人へおやつを出す習慣あり(午前・午後)。
- ・外に冷蔵庫を置きおやつ・ジュース・アイス等を保管。
- ・手軽に食べられる菓子パンが多く、食事は早食い傾向。
- ・力仕事のため、エネルギー過剰摂取になっている人が多い。天気が悪い日は家でゴロゴロしている。

エネルギー ↑

【漁業】

- ・夜中に仕事へ行き昼過ぎに帰ってくる生活。
- ・漁に出ている日は力仕事が多くほとんど飲食することも少ない。
- ・休日はずっと食べている。昼から飲酒する人も多い。

【飲食業】

- ・昼夜逆転した生活、仕事で飲酒をしている人が多い。夜間の飲食の増加や三食摂取することが難しく、欠食している人も目立つ。

【寺の住職】

- ・糖尿病の人が多く、お菓子やお膳をもらう機会が多い。

【タクシー】

- ・夜に働くことがほとんどで、手軽な菓子パンや眠気覚まし缶の缶コーヒー等の摂取が多い。

【退職者】

- ・起床時間が遅くなり、朝昼兼用で食事を摂ったり、ランチ等外食する機会が増える。

代謝

LDL ↑

中性脂肪 ↑

糖 ↑

糖の過剰摂取

エネルギーの過剰摂取

野菜不足

運動不足

不規則な食生活

メタボ ↑

高血圧 ↑

余った糖の行方は...

からだの実態

【特定健診の状況】(H28特定健診法定報告)

①異常値上位の状況

	H26	H27	H28
1位	高LDL	高LDL	高LDL
2位	高血圧	高血糖	高血糖
3位	高血糖	高血圧	高血圧

②重症化の状況

高血糖減少、高血圧減少、高LDL減少

③内臓脂肪症候群

	予備群	該当者
男性	20.6%	28.7%
女性	6.8%	9.5%
県順位	7/24	20/24

【治療の状況】(H28KDB)

①国保医療費 総額117.6億円

●予防可能な生活習慣病

糖尿病	9.1億円(9.0%)
高血圧	8.6億円(8.4%)
慢性腎不全	8.1億円(7.9%)
がん	24億円(23.3%)

②1件あたり費用額(県内市町村数順位)

	慢性腎不全	高血圧
入院	64万円(7/24)	55万円(7/24)
外来	14万円(9/24)	3.2万円(8/24)

【介護の状況】(H28KDB)

①認定率 1号：25.6% 2号：0.4%

②H28年度2号認定者の介護の状況

1位	心疾患	64.9%
2位	筋・骨格系	60.3%
3位	高血圧	56.6%

【死亡の状況】(H28KDB)

①標準化死亡比 男性：96.8% 女性：97.5%

②死因

1	がん	4	腎不全
2	心疾患	5	自殺
3	脳血管疾患	6	糖尿病

第5章 地域包括ケアに係る取組み

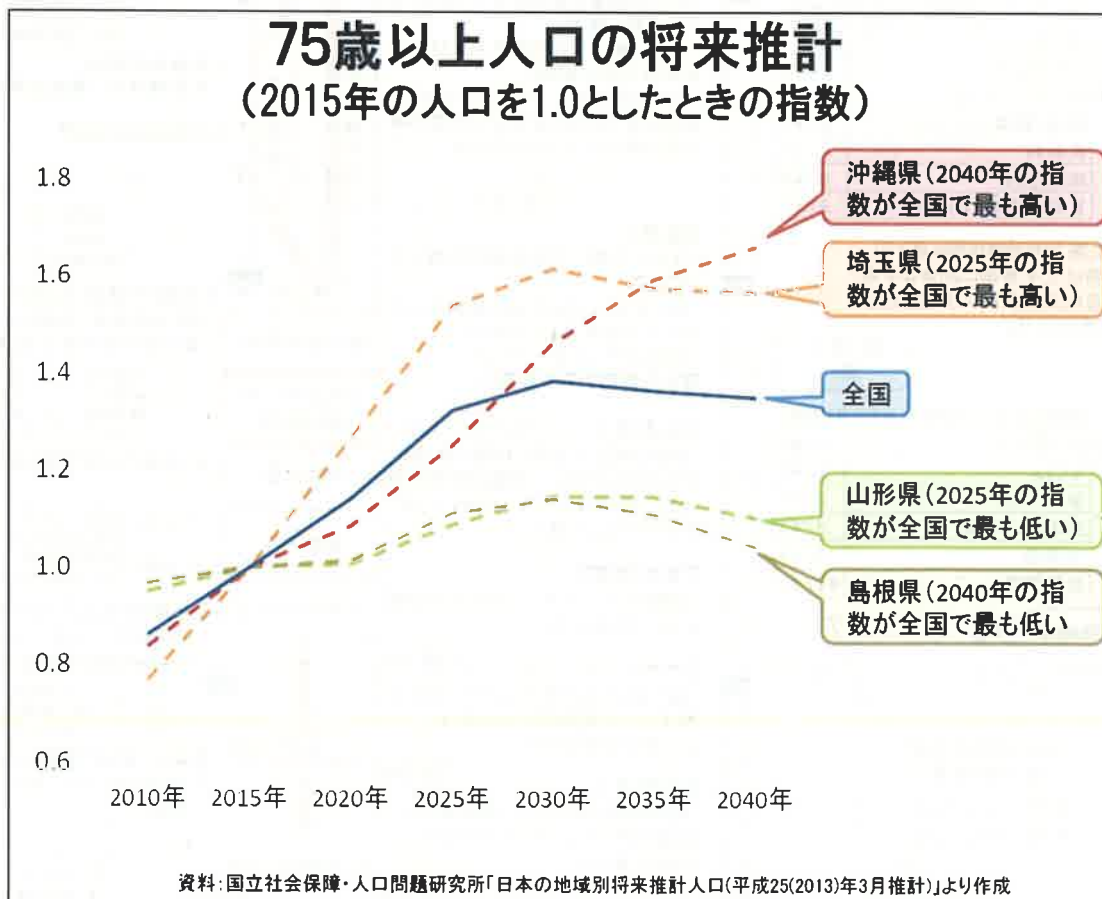
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表42)

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。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表42】



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町民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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、評価に応じた計画の改善を図ることとする。

なお、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、必要に応じて仮評価を行うこととする。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標(参考資料11・12)

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、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。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画を有効かつ効果的なものにするためには、計画の内容を被保険者や保健医療機関等が容易に知り得るべきものとするのが重要と考え、市ホームページに掲載する。

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、徳島市個人情報保護条例(平成18年1月1日徳島市条例第8号)に基づき、庁内での利用、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徳島市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 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 図表28 徳島市 詳細版
- 参考資料 6 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 7 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 8 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 8-1 高血圧予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 9 血圧評価表
- 参考資料 10 心房細動管理台帳
- 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

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた徳島市の位置

2017.11.14作成

項目	H25		H28		H28				データ元 (CSV)				
	徳島市		徳島市		県		国						
	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		257,731		255,894		772,357		124,852,975	徳島市人口統計 年齢平均			
	65歳以上(高齢化率)		65,172	25.3	70,722	27.6	209,460	27.1	29,020,766		23.2		
	75歳以上		32,575	12.6	34,844	13.6	113,837	14.7	13,989,864		11.2		
	65~74歳		32,597	12.6	35,879	14.0	95,623	12.4	15,030,902		12.0		
	40~64歳		88,255	34.2	86,010	33.6	266,169	34.5	42,411,922		34.0		
39歳以下		104,304	40.5	99,161	38.8	296,728	38.4	53,420,287	42.8				
2 ① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		100.1		96.8		101.4		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			男性		96.8		101.4		100				
			女性		97.5		99.4		100				
	がん		742	49.0	749	49.3	2,469	46.4	367,905		49.6		
	心臓病		395	26.1	398	26.2	1,543	29.0	196,768		26.5		
	脳疾患		234	15.5	231	15.2	825	15.5	114,122		15.4		
	糖尿病		37	2.4	37	2.4	113	2.1	13,658		1.8		
	腎不全		62	4.1	57	3.8	218	4.1	24,763		3.3		
	自殺		44	2.9	46	3.0	151	2.8	24,294		3.3		
	早世予防からみた死亡(65歳未満)		合計		347	12.5	298	10.5	H27年度データヘルス 計画評価時の数値		徳島県統計 徳島県保健・ 衛生統計年報		
		男性		241	17.3	193	13.4						
		女性		106	7.7	105	7.5						
3 ① 介護保険	1号認定者数(認定率)		15,212	24.4	15,704	25.6	48,252	23.1	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	新規認定者		372	0.3	212	0.3	727	0.3	105,654	0.3			
	2号認定者		392	0.5	329	0.4	941	0.4	151,745	0.4			
	糖尿病		4,228	26.9	4,391	27.4	13,140	26.4	1,343,240	21.9			
	高血圧症		8,794	56.1	9,141	56.6	28,314	57.0	3,085,109	50.5			
	脂質異常症		4,837	30.4	5,155	31.9	14,741	29.6	1,733,323	28.2			
	心臓病		10,126	64.8	10,444	64.9	32,169	64.9	3,511,354	57.5			
	脳疾患		4,412	28.5	4,479	27.8	12,843	26.0	1,530,506	25.3			
	がん		1,724	10.9	1,922	11.9	5,291	10.5	629,053	10.1			
	筋・骨格		9,401	59.9	9,694	60.3	29,441	59.5	3,051,816	49.9			
	精神		5,180	32.8	5,667	35.0	17,887	35.6	2,141,880	34.9			
	③ 介護給付費		1件当たり給付費(全体)		54,663		51,935		60,272	58,349			
			居宅サービス		38,899		37,627		39,151	39,683			
		施設サービス		299,850		294,838		284,661	281,115				
④ 医療費等		要介護認定別 医療費(40歳以上)		7,421		7,683		7,585	7,980				
		認定あり											
		認定なし		3,945		4,042		4,219	3,822				
4 ① 国保の状況	被保険者数		58,803		53,881		173,928		32,587,223	被保険者数の 年間平均 (3月~2月)			
	65~74歳		20,477	34.8	21,921	40.7	75,546	43.4	12,462,053		38.2		
	40~64歳		21,813	37.1	18,542	34.4	59,408	34.2	10,946,693		33.6		
	39歳以下		16,513	28.1	13,418	24.9	38,974	22.4	9,178,477		28.2		
	加入率		22.8		21.1		22.5		26.9				
	② 医療の概況(人口千対)		病院数		48	0.8	47	0.8	113		0.6	8,255	0.3
			診療所数		299	5.1	295	5.3	743		4.3	96,727	3.0
			病床数		6,531	110.3	6,294	113.7	14,845		85.4	1,524,378	46.8
			医師数		1,333	22.5	1,362	24.6	2,463		14.2	299,792	9.2
			外来患者数		706.5		699.8		721.1			668.3	
		入院患者数		23.6		22.3		25.6		18.2			
4 ③ 医療費の状況	一人当たり医療費		25,445	県内20位 同規模10位	26,041	県内21位 同規模16位	28,005		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		730.134		722.094		746.696		686.501				
	外来費用の割合		55.5		56.2		54.7		60.1				
	外来件数の割合		96.8		96.9		96.6		97.4				
	入院費用の割合		44.5		43.8		45.3		39.9				
	入院件数の割合		3.2		3.1		3.4		2.6				
	1件あたり在院日数		19.0日		18.6日		18.8日		15.6日				
4 ④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費疾患 名(県割合)	がん		2,179,005,770	20.3	2,373,430,250	23.3	22.9	25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の				
	慢性腎不全(透析あり)		892,520,860	8.3	805,590,060	7.9	7.1	9.7					
	糖尿病		986,708,180	9.2	911,865,080	9.0	9.6	9.7					
	高血圧症		1,114,645,170	10.4	858,550,820	8.4	8.3	8.6					
	精神		2,632,339,470	24.5	2,518,364,310	24.7	25.5	16.9					
筋・骨格		1,481,781,600	13.8	1,522,970,510	14.9	13.7	15.2						

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	508,532	15位	(19)	527,142	11位	(19)			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	516,186	12位	(19)	545,172	7位	(19)				
		県内順位 順位総数25	入院の()内 は入院日数	脂質異常症	472,764	17位	(20)	519,940	11位	(20)				
				脳血管疾患	572,350	16位	(21)	595,304	11位	(21)				
				心疾患	569,862	15位	(17)	605,334	8位	(15)				
				腎不全	665,510	13位	(19)	636,127	7位	(17)				
				精神	408,559	11位	(27)	446,653	6位	(27)				
				悪性新生物	620,669	11位	(15)	630,609	12位	(14)				
			外来	糖尿病	33,137	8位		33,059	12位					
				高血圧	25,748	16位		26,528	12位					
				脂質異常症	24,554	15位		24,576	12位					
				脳血管疾患	32,108	13位		32,442	8位					
				心疾患	35,943	10位		38,116	10位					
				腎不全	146,821	11位		141,333	9位					
				精神	27,478	11位		27,641	13位					
				悪性新生物	51,219	11位		54,556	11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	2,069			1,855			2,156		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
健診未受診者			14,509			15,762			14,140		12,683			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,452			4,964			5,630		5,940	
				健診未受診者	38,238			42,187			36,924		36,479	
	⑦	健診・レセ 突合	受診動員者	7,477	59.0	6,831	57.4	24,202	56.7	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体の把握		
医療機関受診率			7,080	55.8	6,483	54.5	22,713	53.2	3,799,744	51.6				
医療機関非受診率			397	3.1	348	2.9	1,489	3.5	316,786	4.3				
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数24	健診受診者	12,753			12,019			42,706		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 地域全体の把握
	②			受診率	32.3	県内15位	32.2	県内20位	34.3	全国28位	34.0			
	③			特定保健指導終了者(実施率)	748	49.2	893	57.5	3,696	68.7	198,683	21.1		
	④			非肥満高血糖	969	7.6	783	6.6	3,222	7.5	687,157	9.3		
	⑤			メタボ	該当者	2,127	16.8	2,029	17.1	7,762	18.2	1,272,714	17.3	
					男性	1,384	28.1	1,347	28.6	5,267	29.4	875,805	27.5	
					女性	743	9.6	682	9.5	2,495	10.1	396,909	9.5	
					予備群	1,487	11.7	1,460	12.3	5,066	11.9	790,096	10.7	
	⑥			メタボ 該当・予備群 レベル	男性	959	19.5	971	20.7	3,407	19.0	548,609	17.2	
					女性	528	6.8	489	6.8	1,659	6.7	241,487	5.8	
	⑦			腹囲	総数	4,086	32.2	3,930	33.0	14,326	33.5	2,320,533	31.5	
	男性				2,623	53.3	2,599	55.3	9,643	53.9	1,597,371	50.1		
	⑧			BMI	女性	1,463	18.9	1,331	18.5	4,683	18.9	723,162	17.3	
	⑨				総数	643	5.1	630	5.3	2,322	5.4	346,181	4.7	
	⑩			男性	87	1.8	63	1.3	291	1.6	55,460	1.7		
	⑪				女性	556	7.2	567	7.9	2,031	8.2	290,721	7.0	
	⑫			血糖のみ	77	0.6	98	0.8	297	0.7	48,685	0.7		
	⑬			血圧のみ	1,073	8.5	1,026	8.6	3,652	8.6	546,667	7.4		
	⑭			脂質のみ	337	2.7	336	2.8	1,117	2.6	194,744	2.6		
⑮	血糖・血圧	315	2.5	281	2.4	1,137	2.7	196,978	2.7					
⑯	血糖・脂質	92	0.7	117	1.0	383	0.9	69,975	1.0					
⑰	血圧・脂質	1,135	9.0	1,088	9.1	4,084	9.6	619,684	8.4					
⑱	血糖・血圧・脂質	585	4.6	543	4.6	2,158	5.1	386,077	5.2					
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	4,461	35.2	4,045	34.0	15,305	35.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体の把握	
				糖尿病	811	6.4	765	6.4	3,137	7.3	551,051	7.5		
				脂質異常症	2,451	19.3	2,379	20.0	9,629	22.5	1,738,149	23.6		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	448	3.5	384	3.3	1,383	3.3	230,777	3.3		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	773	6.1	675	5.8	2,356	5.6	391,296	5.5		
				腎不全	66	0.5	68	0.6	253	0.6	37,041	0.5		
				貧血	1,745	13.9	1,575	13.6	4,762	11.4	710,650	10.1		
				②	喫煙	1,541	12.2	1,387	11.7	4,843	11.3	1,048,171		14.2
				③	週3回以上朝食を抜く	1,002	8.3	1,006	8.8	3,015	7.5	540,374		8.5
				④	週3回以上食後間食	2,106	17.4	1,887	16.5	6,546	16.2	743,581		11.8
				⑤	週3回以上就寝前夕食	2,445	20.2	2,134	18.6	6,601	16.3	983,474		15.4
				⑥	食べる速度が遅い	3,763	31.1	3,433	30.0	11,814	29.2	1,636,988		25.9
				⑦	20歳時体重から10kg以上増加	3,948	32.6	3,816	33.3	13,637	33.7	2,047,756		32.1
				⑧	1回30分以上運動習慣なし	6,511	53.8	6,179	54.0	22,470	55.5	3,761,302		58.7
⑨	1日1時間以上運動なし	5,765	47.7	5,463	47.7	19,685	48.7	2,991,854	46.9					
⑩	睡眠不足	3,305	27.6	3,201	28.3	10,644	26.5	1,584,002	25.0					
⑪	毎日飲酒	2,907	23.3	2,772	23.6	9,908	23.7	1,760,104	25.6					
⑫	時々飲酒	2,264	18.2	2,170	18.5	7,426	17.7	1,514,321	22.0					
⑬	一日 飲酒 量	1合未満	5,623	68.9	4,966	66.5	15,688	64.1	3,118,433	64.1				
		1~2合	1,637	20.1	1,566	21.0	5,650	23.1	1,158,318	23.8				
		2~3合	666	8.2	712	9.5	2,480	10.1	452,785	9.3				
		3合以上	237	2.9	226	3.0	667	2.7	132,608	2.7				

【参考資料3】

糖尿病管理台帳		【対象者抽出基準】				※糖尿病療養は問診結果による ※「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													
(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																	
番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考	転出・死亡等	備考	
68	1	H24					男	62	糖尿病	服薬	○		○	○	○				
		高血圧							HbA1c	7.1	7.2	6.3	6.4	6.7					
		虚血性心疾患							体重	62.2	63.3	62.3	60.5	62.5					
		脳血管疾患							BMI	22	22.1	21.9	21.4	22.4					
		糖尿病性腎症							血圧	131/79	132/72	143/80	134/70	177/85					
									GFR	103.9	81.3	99.3	97.2	81.3					
84	2	H24					男	64	糖尿病	服薬	○		○	○		H28 未受診 H28健診事後 訪問不在	H24①、H28② H28.1月～中断		
		高血圧							H24 HbA1c	9.5		6.2		8.3					
		虚血性心疾患							体重	61		65.2		65.8					
		脳血管疾患							BMI	23.3		24.6		24.8					
		糖尿病性腎症							血圧	140/92		140/90		132/80					
									GFR	69.8		60.7		81.3					
87	3	H24					男	64	糖尿病	服薬	○	○	○	○	○	H29.1/26不在			
		高血圧							HbA1c	6.8	6.9	6.7	7.2	7.1					
		虚血性心疾患							体重	65.2	65.8	63	63.4	63.4					
		脳血管疾患							BMI	24.2	24.7	23.5	23.7	23.6					
		糖尿病性腎症							血圧	148/68	141/76	152/75	147/69	140/68					
									GFR	101.1	98.8	96.7	96.3	110.9					
303	4	H24					男	65	糖尿病	H19 服薬	○							H19 ② H21 ③ H25 ① H28 レセ ロソニン、ア外ス (DM)、ベサトル(脂質)、UA服用	
		高血圧							H25 HbA1c	8.8									
		虚血性心疾患							体重	75.8									
		脳血管疾患							BMI	26.9									
		糖尿病性腎症							血圧	147/75									
									GFR	44.7									
304	5	H24					男	65	糖尿病	服薬	○	○	○	○	○	H29.10訪問			
		高血圧							HbA1c	7.9	6.3	6.6	6.3	7.1					
		虚血性心疾患							体重	69	69.4	68	67.2	66.4					
		脳血管疾患							BMI	24.3	24.4	24	23.6	23.2					
		糖尿病性腎症							血圧	139/77	137/74	131/70	122/80	120/74					
									GFR	95.5	109.8	113.6	106.7	102.4					

【参考資料4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28年度

担当者名：

担当地区：

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数 (㉖+㉗) ()人			
	㉖ 健診未受診者 ()人	1. 資格喪失 (死亡、転出) の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡は、その原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力	
	結果未把握 (内訳)	2. レセプトの確認 ○治療状況の確認 ○直近の治療有無の確認		
	① 国保 (生保) ()人	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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ●合併症 ●脳・心疾患—手術 ●人工透析導入 ●がん </div>	かかりつけ医、糖尿病専門医
	② 後期高齢者 ()人			
	③ 他保険 ()人			
	④ 住基異動 (死亡・転出) ()人			
	⑤ 確認できていない ()人			
	①-1 未治療者 (中断者含む) ()人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	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 ○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	尿アルブミン検査の継続 栄養士中心	
	㉗ 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 ※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				
③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 ()人		腎専門医		

対象者数の把握（自治体全体、地区ごと） H28年度

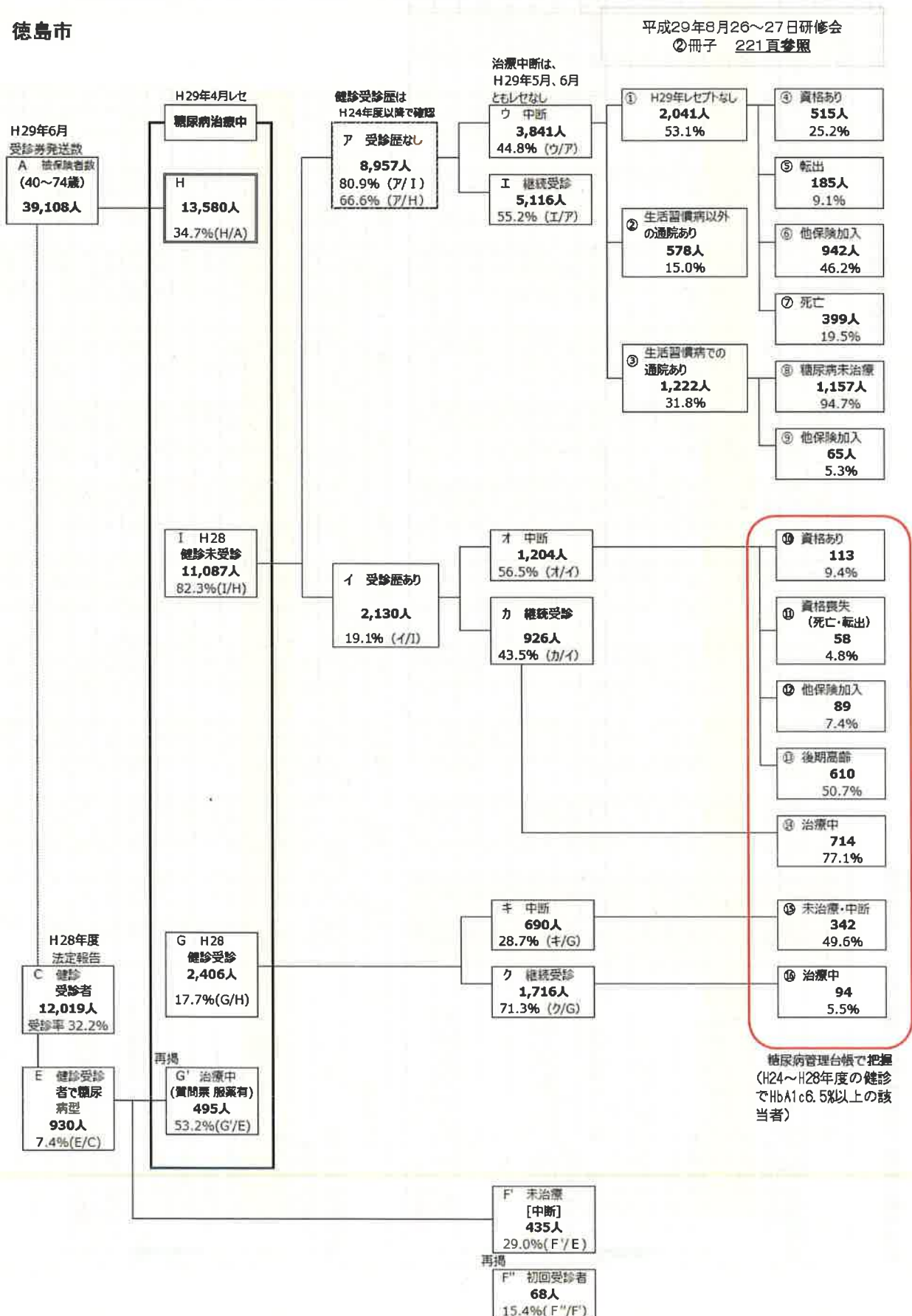
【参考資料4】を地区ごとでまとめたもの

対象者把握	全体		内町		新町		西富田		東富田		昭和		清東		澁北		佐古		沖洲		津田		加茂				
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)			
糖尿病管理台帳の全数 (㊸+㊹)	2772	100.0	64	2.3	24	0.9	31	1.1	90	3.2	106	3.8	146	5.3	105	3.8	115	4.1	169	6.1	188	6.8	255	9.2	182	6.6	
④健診未受診者	1581	57.0	32	50.0	11	45.8	19	61.3	58	64.4	56	52.8	73	50.0	59	56.2	66	57.4	92	54.4	109	58.0	157	61.6	98	53.8	
結果把握	827	52.3	21	65.6	6	54.5	10	52.6	29	50.0	27	48.2	30	41.1	27	45.8	28	42.4	48	52.2	45	41.3	75	47.8	51	52.0	
①-1未治療者 (中断者含む)	113	13.7	2	9.5	2	33.3	4	40.0	7	24.1	5	18.5	1	3.3	3	11.1	3	10.7	3	6.3	7	15.6	7	9.3	9	17.6	
内	610	38.6	10	31.3	4	36.4	6	31.6	23	39.7	21	37.5	35	47.9	20	33.9	33	50.0	35	38.0	59	54.1	65	41.4	35	35.7	
②後期高齢者	89	5.6	1	3.1	0	0.0	3	15.8	1	1.7	6	10.7	7	9.6	7	11.9	3	4.5	6	6.5	3	2.8	13	8.3	6	6.1	
③他保険	58	3.7	0	0.0	1	9.1	0	0.0	5	8.6	2	3.6	1	1.4	5	8.5	2	3.0	2	2.2	2	1.8	4	2.5	6	6.1	
④資格喪失 (死亡・転出)	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0	
⑤確認できていない	1191	43.0	32	50.0	13	54.2	12	38.7	32	35.6	50	47.2	73	50.0	46	43.8	49	42.6	77	45.6	79	42.0	98	38.4	84	46.2	
⑥結果把握 (健診データ、糖尿病連携手帳より)	475	39.9	19	59.4	3	23.1	6	50.0	13	40.6	13	26.0	19	26.0	20	43.5	13	26.5	32	41.6	34	43.0	43	43.9	23	27.4	
①HbA1cが悪化している	247	20.7	5	15.6	1	7.7	2	16.7	6	18.8	6	12.0	9	12.3	11	23.9	6	12.2	15	19.5	14	17.7	25	25.5	15	17.9	
再掲)HbA1c7.0以上で前年度より悪化している	839	70.4	23	71.9	7	53.8	9	75.0	25	78.1	9	18.0	52	71.2	47	102.2	39	79.6	54	70.1	54	68.4	71	72.4	64	76.2	
(-)	157	13.2	3	9.4	5	38.5	0	0.0	4	12.5	2	4.0	10	13.7	8	17.4	6	12.2	12	15.6	11	13.9	10	10.2	6	7.1	
(±)	187	15.7	6	18.8	4	30.8	3	25.0	3	9.4	4	8.0	11	15.1	15	32.6	4	8.2	11	14.3	14	17.7	17	17.3	14	16.7	
(+)	222	18.6	8	25.0	5	38.5	1	8.3	2	6.3	7	14.0	11	15.1	15	32.6	7	14.3	16	20.8	14	17.7	21	21.4	20	23.8	
③eGFRが1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下	13	1.1	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4	1	2.2	0	0.0	1	1.3	1	1.3	2	2.0	0	0.0	
再掲)1年で25%以上低下																											

対象者把握	八万		勝占		多家良		上八万		入田		不動		川内		応神		国府		南井上		北井上	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
糖尿病管理台帳の全数 (㊸+㊹)	266	9.6	206	7.4	75	2.7	133	4.8	23	0.8	35	1.3	204	7.4	55	2.0	180	6.5	68	2.5	52	1.9
④健診未受診者	172	64.7	136	66.0	41	54.7	72	54.1	13	56.5	25	71.4	104	51.0	27	49.1	84	46.7	43	63.2	34	65.4
①国保 (生保)	101	58.7	79	58.1	27	65.9	45	62.5	6	46.2	18	72.0	51	49.0	15	55.6	43	51.2	23	53.5	22	64.7
①-1未治療者 (中断者含む)	14	13.9	21	26.6	7	25.9	3	6.7	0	0.0	1	5.6	6	11.8	3	20.0	0	0.0	4	17.4	1	4.5
内	53	30.8	50	36.8	13	31.7	21	29.2	3	23.1	5	20.0	46	44.2	9	33.3	31	36.9	16	37.2	17	50.0
②後期高齢者	12	7.0	3	2.2	1	2.4	3	4.2	2	15.4	1	4.0	4	3.8	2	7.4	5	6.0				
③他保険	6	3.5	5	3.7	0	0.0	3	4.2	0	0.0	1	4.0	3	2.9	1	3.7	5	6.0	4	9.3		
④資格喪失 (死亡・転出)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
⑤確認できていない	94	35.3	70	34.0	34	45.3	61	45.9	10	43.5	10	28.6	100	49.0	28	50.9	96	53.3	25	36.8	18	34.6
⑥結果把握 (健診データ、糖尿病連携手帳より)	43	45.7	32	45.7	15	44.1	26	42.6	5	50.0	4	40.0	48	48.0	7	25.0	45	46.9	9	36.0	3	16.7
①HbA1cが悪化している	31	33.0	16	22.9	6	17.6	14	23.0	2	20.0	2	20.0	30	30.0	5	17.9	22	22.9	3	12.0	1	5.6
再掲)HbA1c7.0以上で前年度より悪化している	70	74.5	46	65.7	23	67.6	44	72.1	8	80.0	7	70.0	64	64.0	15	53.6	77	80.2	20	80.0	11	61.1
(-)	14	14.9	14	20.0	7	20.6	8	13.1	0	0.0	2	20.0	14	14.0	11	39.3	6	6.3	1	4.0	3	16.7
(±)	10	10.6	10	14.3	4	11.8	9	14.8	2	20.0	1	10.0	22	22.0	2	7.1	13	13.5	4	16.0	4	22.2
(+)	16	17.0	6	8.6	7	20.6	1	1.6	3	30.0	2	20.0	24	24.0	6	21.4	21	21.9	5	20.0	4	22.2
③eGFRが1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	4.0	1	3.6	0	0.0				
再掲)1年で25%以上低下																						

「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」から、さらに I の人について考える

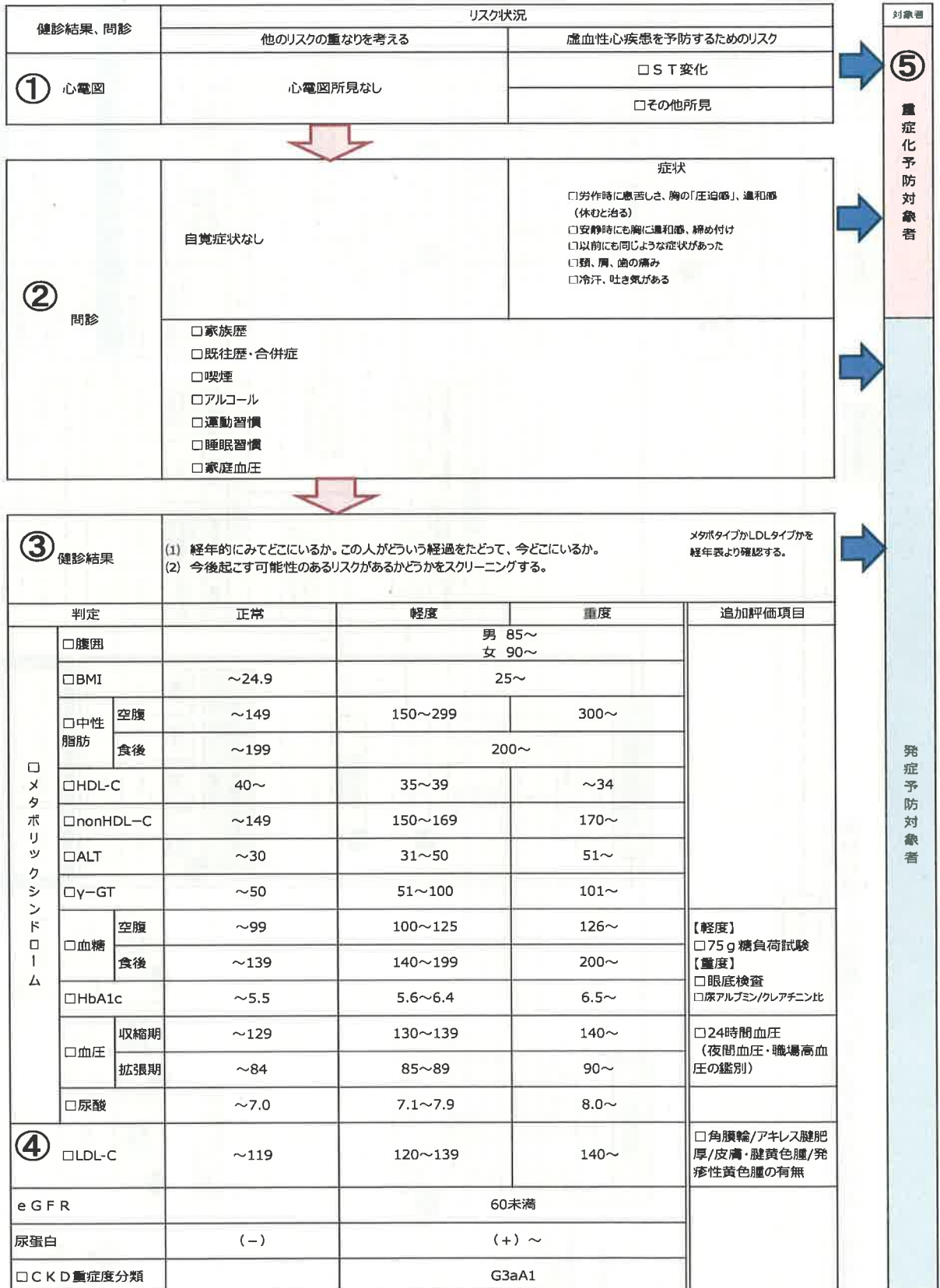
徳島市



様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合数	徳島市						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27		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数		51,935人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 (H28.7月)
	②	(再掲)40-74歳		40,873人						
2	①	対象者数		37,326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		12,019人						
	③	受診率		32.2%						
3	①	特定保健指導対象者数		1,552人						
	②	実施率		57.5%						
4	①	糖尿病型		E	1,260人	10.5%				特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	498人	39.5%				
	③	治療中(質問票 服薬あり)		G	762人	60.5%				
	④	コントロール不良 HbA1c2.0以上または空腹時血糖130以上		J	342人	44.9%				
	⑤	血圧 130/80以上			221人	64.6%				
	⑥	肥満 BMI25以上			160人	46.8%				
	⑦	コントロール良 HbA1c2.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	420人	55.1%				
	⑧	第1期	尿蛋白(-)	M	897人	71.2%				
	⑨	第2期	尿蛋白(±)		174人	13.8%				
	⑩	第3期	尿蛋白(+)		183人	14.5%				
	⑪	第4期	●GFR30未満		6人	0.5%				
5	①	糖尿病受診率(被診者千対)		108.2人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳(被診者千対)		144.9人						
	③	レセプト持参 (40-74歳) 1)又は被診者千対	入院外(件数)	31,027件	(759.1)			25,313件	(723.9)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)	220件	(5.4)			147件	(4.2)	
	⑤	糖尿病治療中		H	6,272人	10.8%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳		I	8,169人	14.5%				
	⑦	健診未受診者			5,407人	87.6%				
	⑧	インスリン治療		O	539人	8.6%				
	⑨	(再掲)40-74歳			520人	8.4%				
	⑩	糖尿病性腎症		L	630人	10.0%				
	⑪	(再掲)40-74歳			621人	10.1%				
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			64人	1.02%				
	⑬	(再掲)40-74歳			59人	0.90%				
	⑭	新規透析患者数			17	0.3%				
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			12	70.6%				
	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)			228人	2.3%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	総医療費		177億5688万円				142億2898万円		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		101億8783万円				79億6945万円		
	③	(総医療費に占める割合)		57.4%				56.0%		
	④	生活習慣病 対策者 一人あたり	健診受診者	4,964円				6,050円		
	⑤		健診未受診者	42,187円				35,760円		
	⑥	糖尿病医療費		9億1187万円				7億7431万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.0%				9.7%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		27億1931万円						
	⑨	1件あたり		33,059円						
	⑩	糖尿病入院総医療費		18億2075万円						
	⑪	1件あたり		527,142円						
	⑫	在院日数		19日						
	⑬	慢性腎不全医療費		8億5379万円				8億1375万円		
	⑭	透析有り		8億0559万円				7億6958万円		
	⑮	透析なし		4820万円				4417万円		
7	①	介護給付費		220億0986万円				129億2752万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		16件	9.6%					
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	37人	1.4%			19人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

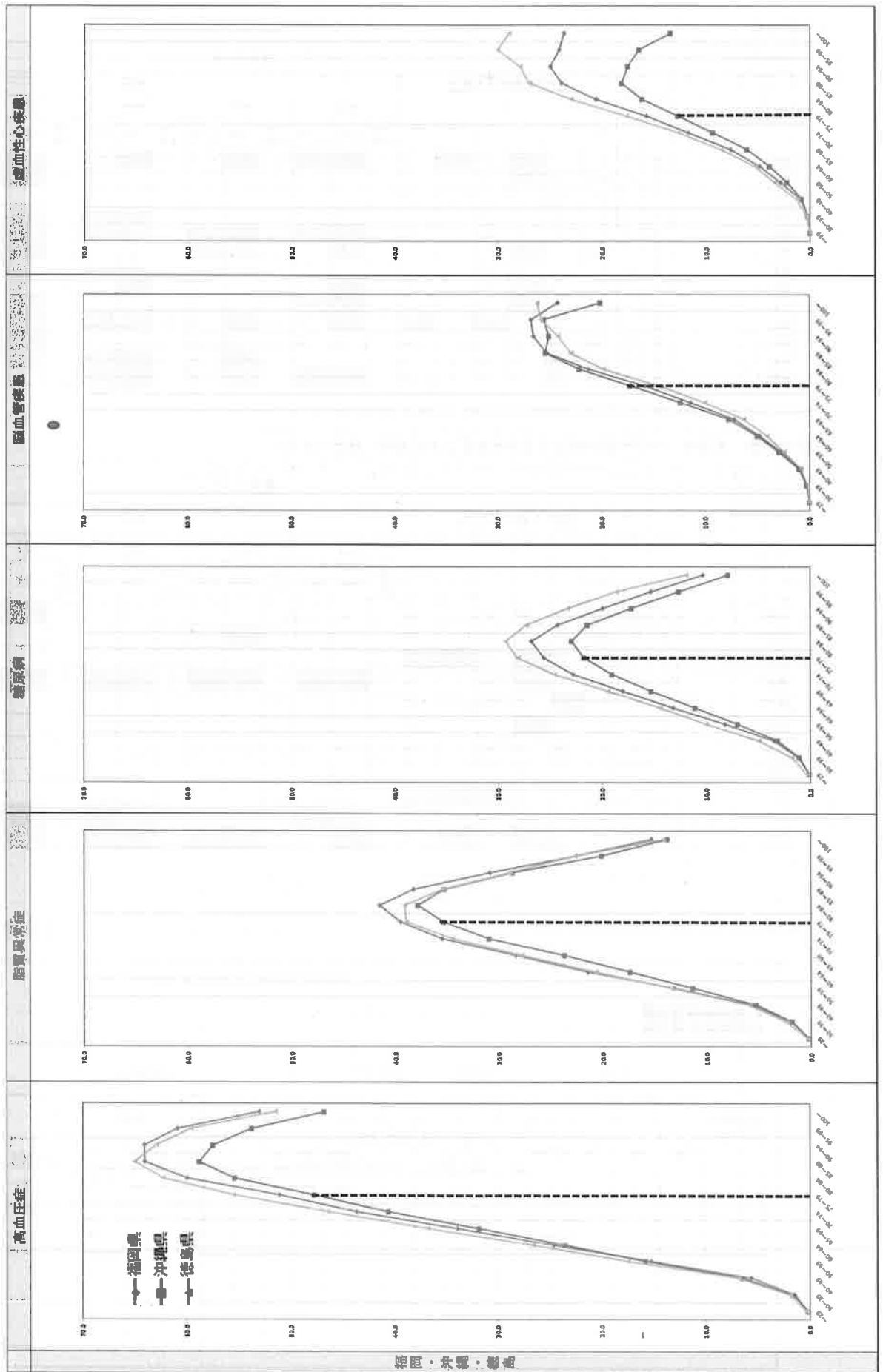


参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成29年7月作成分)

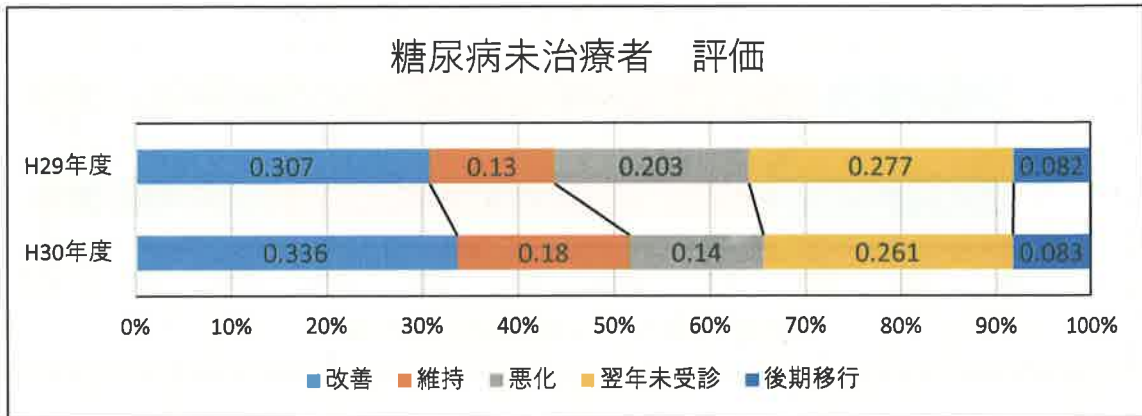
【参考資料11】



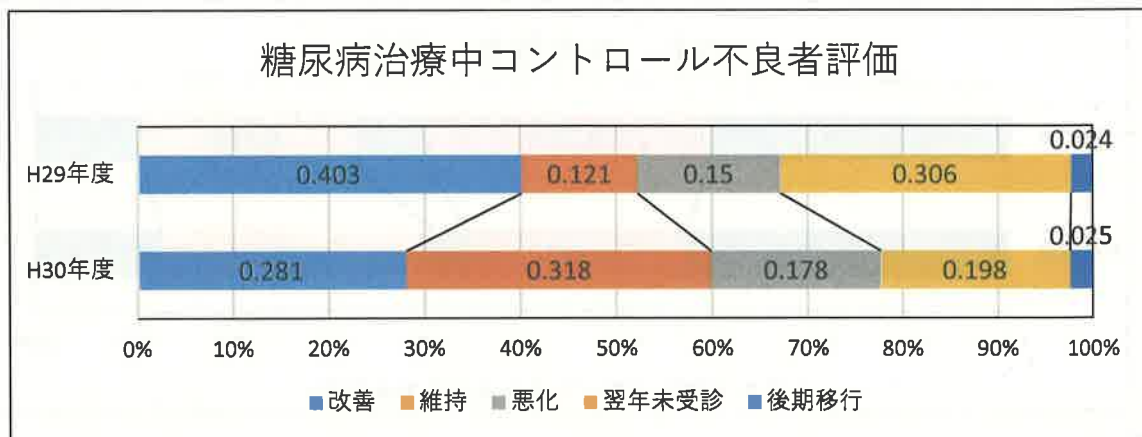
糖尿病重症化予防 保健指導評価

別紙 1

●糖尿病Ⅰ対象 糖尿病未治療、HbA1c6.5%以上

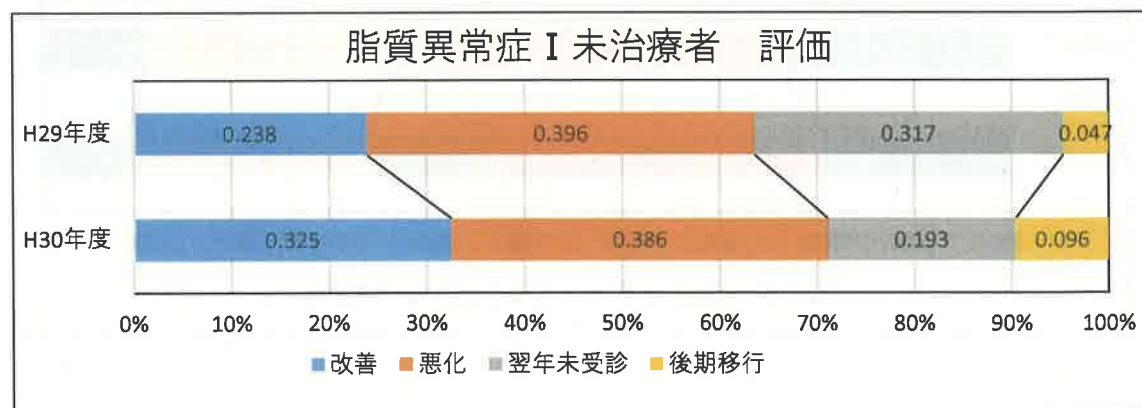


●糖尿病Ⅱ対象 糖尿病治療中、40～69歳 HbA1c7.0%以上、70歳以上 HbA1c8.0%以上

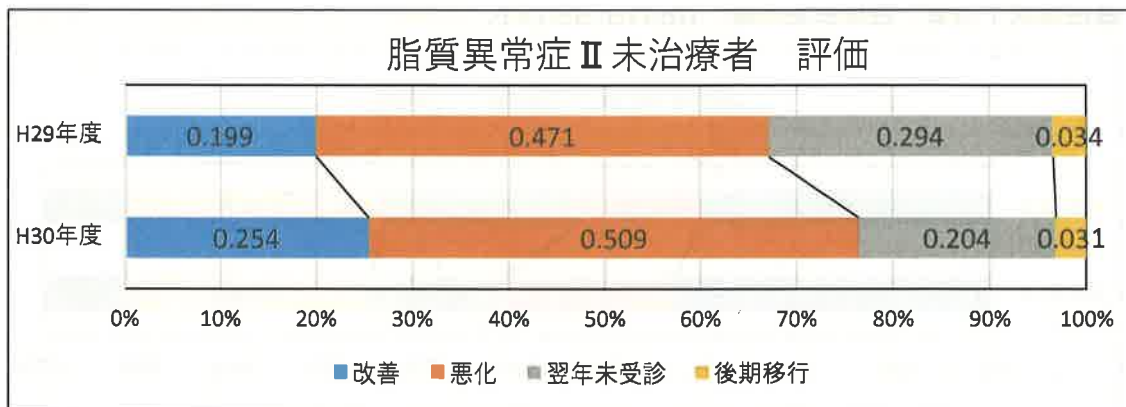


脂質異常症重症化予防 保健指導評価

●LDLⅠ対象 脂質異常症未治療、LDL コレステロール 180mg/dl 以上、リスク有り

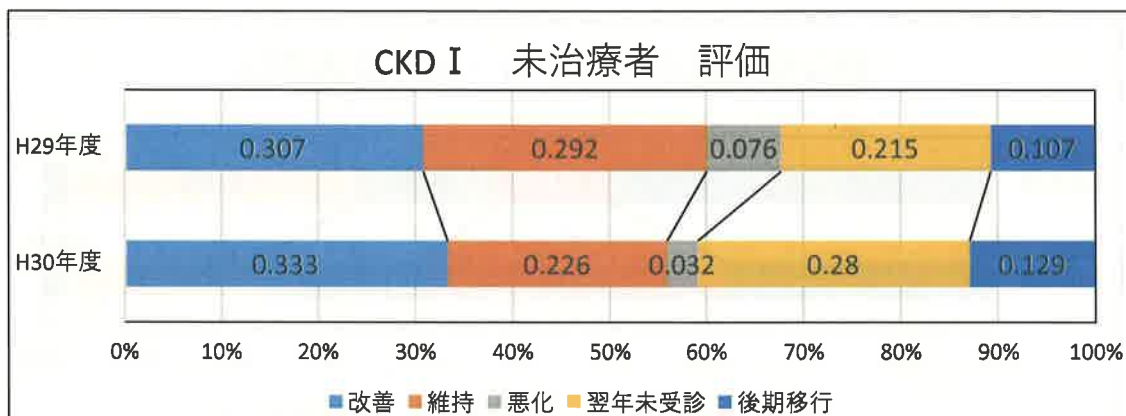


●LDLⅡ対象 脂質異常症未治療、LDLコレステロール180mg/dl以上、リスクなし

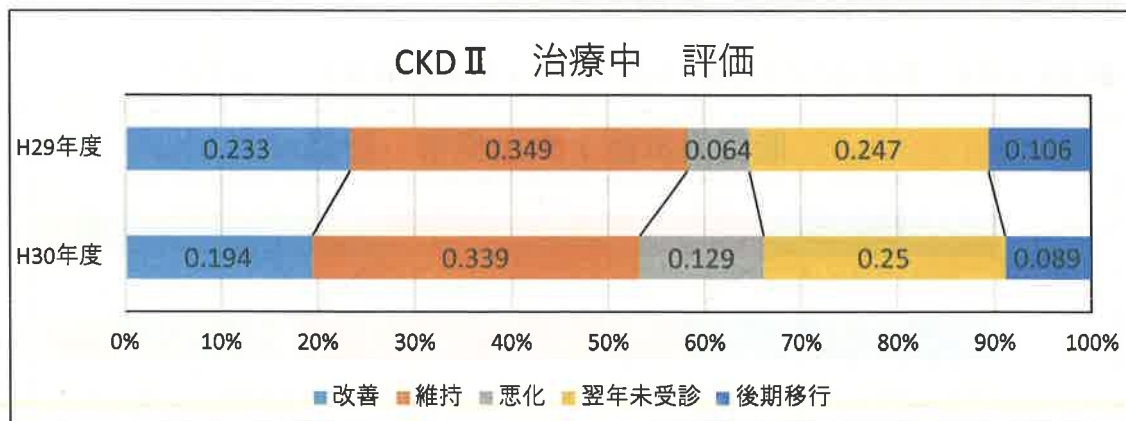


CKD重症化予防 保健指導評価

●CKDⅠ対象 ステージ 赤、オレンジに該当 3疾患治療無

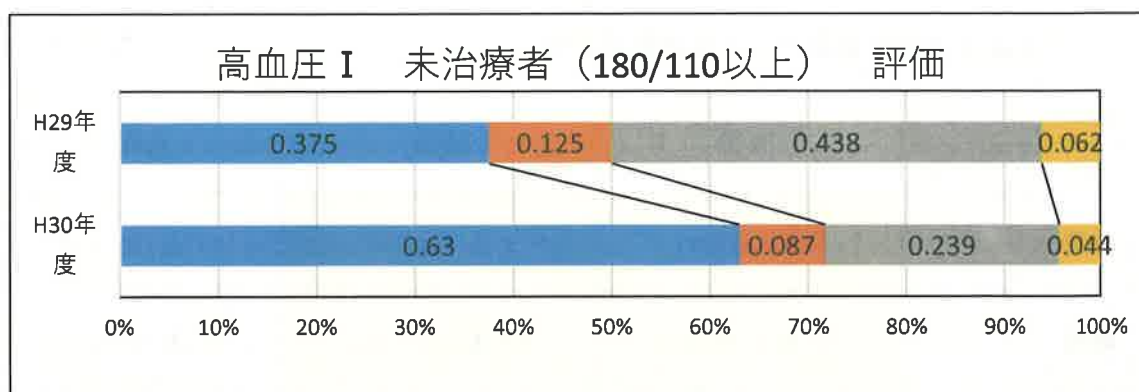


●CKDⅡ対象 ステージ 赤、オレンジに該当 3疾患治療有

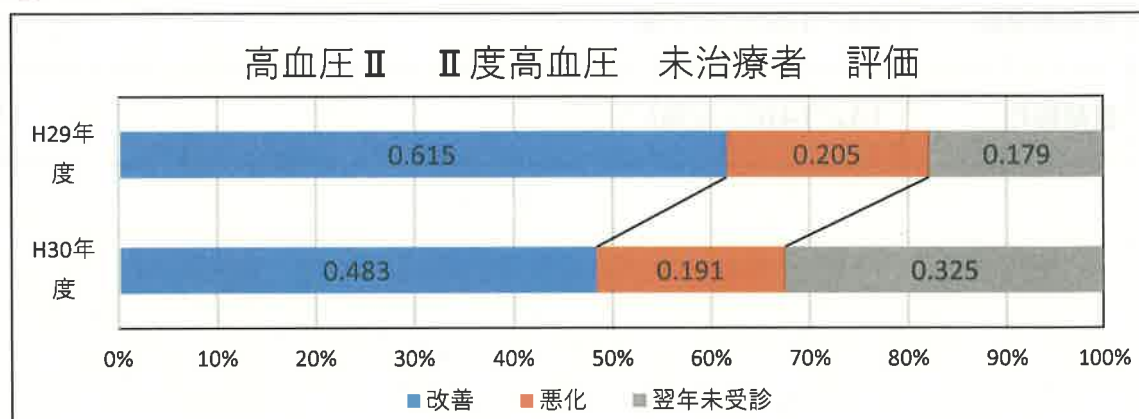


高血圧重症化予防 保健指導評価

●高血圧Ⅰ対象 高血圧未治療、Ⅲ度高血圧



●高血圧Ⅱ対象 高血圧未治療、Ⅱ度高血圧



対象疾患	H29年度保健指導実施し、H30年度健診受診者				
	改善状況			治療状況	
	改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病	36.6%	19.6%	15.2%	47.1%	52.8%
CKD	50.0%	33.8%	4.8%	19.3%	80.6%
LDL	34.1%	57.2%		15.0%	74.3%
高血圧	54.1%	15.7%		21.8%	79.6%

※対象疾患のうち評価対象は保健指導実施者のみとした。（不在者・拒否者は除く）

※対象疾患のうち評価対象は保健指導実施者のみとした。（不在者・拒否者は除く）

(H29 重症化予防対象者⇒H30 健診結果評価)

HbA1c CKD	改善	維持	悪化
改善	9人(6.8%)	4人(3.0%)	13人(9.9%)
維持	22人(16.7%)	28人(21.2%)	11人(8.3%)
悪化	4人(3.0%)	3人(2.3%)	5人(3.8%)
翌年未受診	33/132(25.0%)		
後期移行	14/146(9.6%)		