

第 2 期 大分市保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成 3 0 年 3 月
大分市 市民部 国保年金課

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1. 背景.....	1
2. 目的.....	1
3. 計画の位置付け.....	2
4. 計画期間	5
5. 関係者が果たすべき役割と連携.....	5
1) 実施主体関係局の役割	5
2) 外部有識者等の役割	5
3) 被保険者の役割	6
6. 保険者努力支援制度.....	7
第2章 第1期計画に係る評価及び考察.....	8
1. 国民健康保険の加入状況	8
1) 加入世帯数と被保険者数の推移	8
2) 被保険者の年齢構成	8
2. 第1期計画に係る評価及び考察	9
1) 第1期計画に係る評価	9
2) 第1期に係る考察	24
3. 第2期計画における健康課題の明確化.....	25
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況	25
2) 短期的目標の視点における医療費適正化の状況	28
4. 目標の設定	42
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	43
1. 第三期特定健診等実施計画について.....	43
2. 目標値の設定	43
3. 対象者の見込み.....	43
4. 特定健診の実施.....	44
5. 特定保健指導の実施.....	46
6. 個人情報の保護.....	48
7. 結果の報告	48
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	48
第4章 保健事業の内容	49
1. 保健事業の方向性.....	49
2. 重症化予防の取組.....	51
1) 糖尿病性腎症重症化予防	51

2) .虚血性心疾患重症化予防	58
3) .脳血管疾患重症化予防	62
3. ポピュレーションアプローチ	68
第5章 地域包括ケアに係る取組	69
第6章 計画の評価・見直し	70
1. 評価の時期	70
2. 評価方法・体制	70
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	72
1. 計画の公表・周知	72
2. 個人情報の取扱い	72
参考資料	73

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

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。）等の電子化の進展により、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ます。

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ました。

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っていきます。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りました。

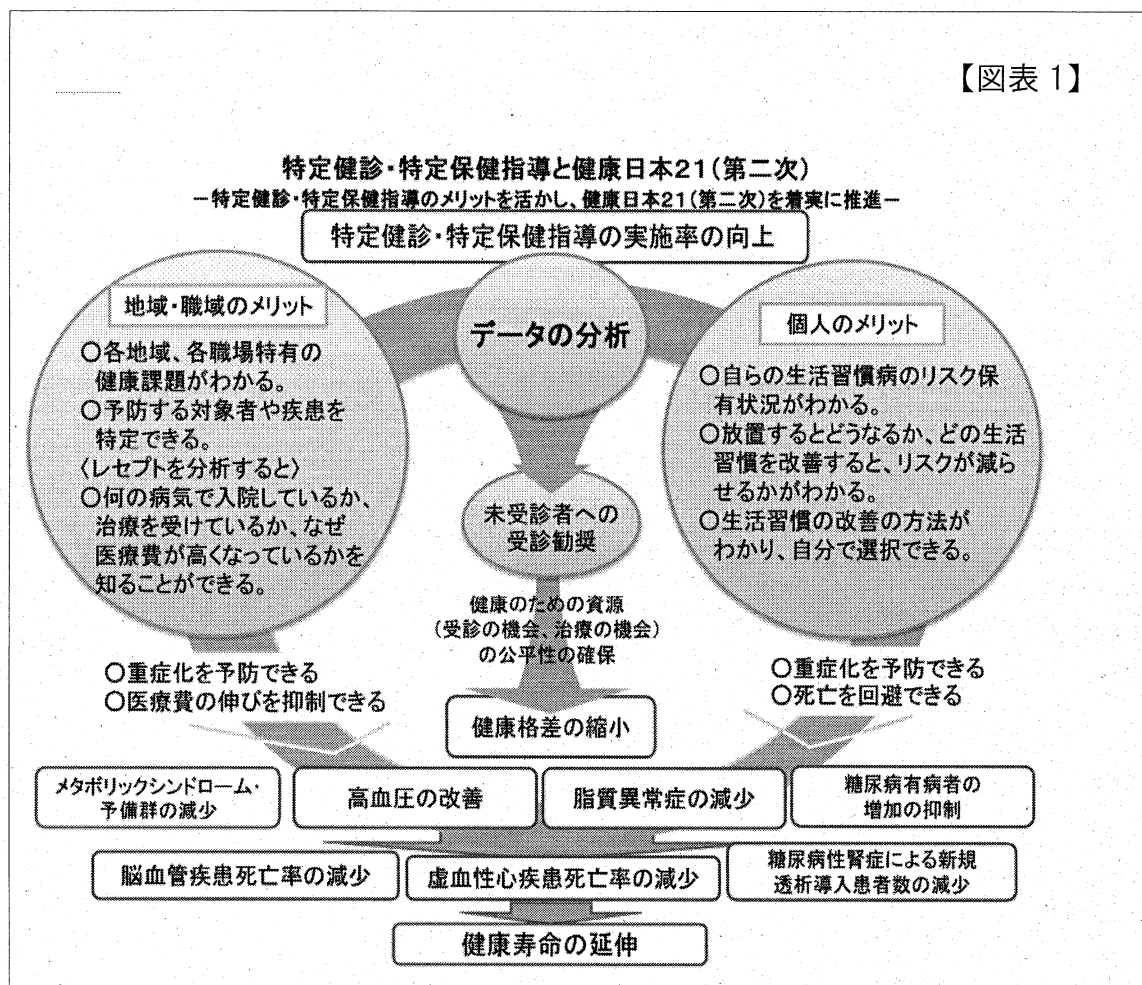
こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととしています。

2. 目的

大分市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を図ることにより、「健康格差の縮小」、「健康寿命の延伸」を目指すとともに、保険者の財政基盤強化に寄与することを目的とします。

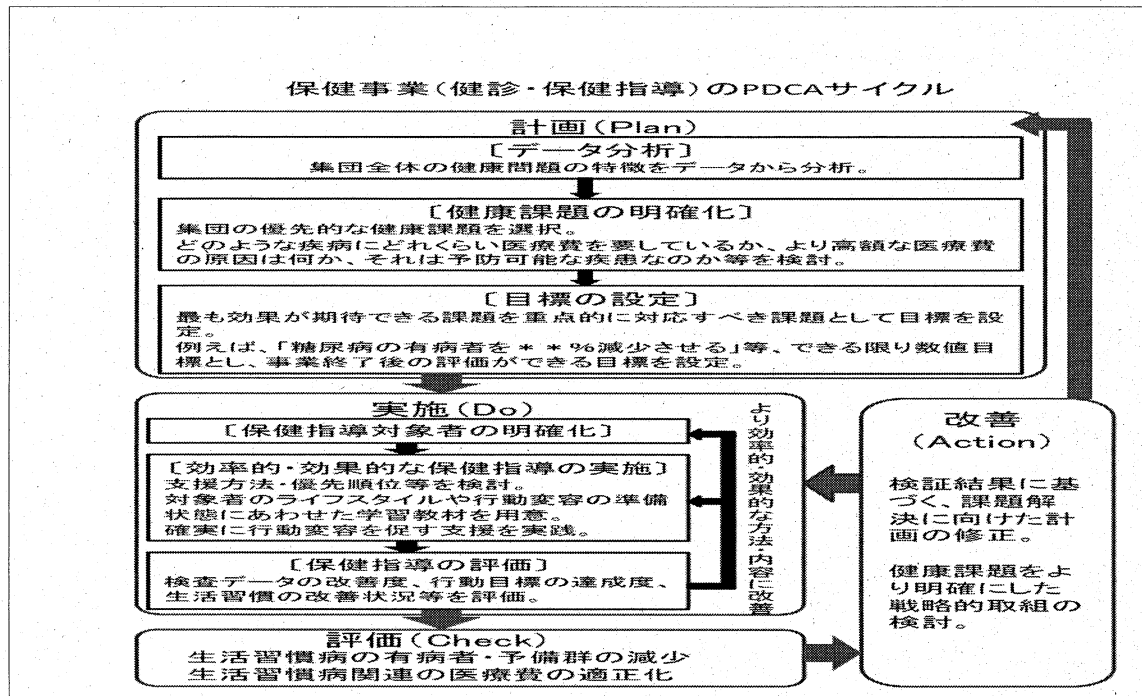
3. 計画の位置付け

第2期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（国保データベース：以下 KDB とする）を活用して、PDCAサイクルに沿って運用します。（図表1・2）



厚生労働省 健康局標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 2】



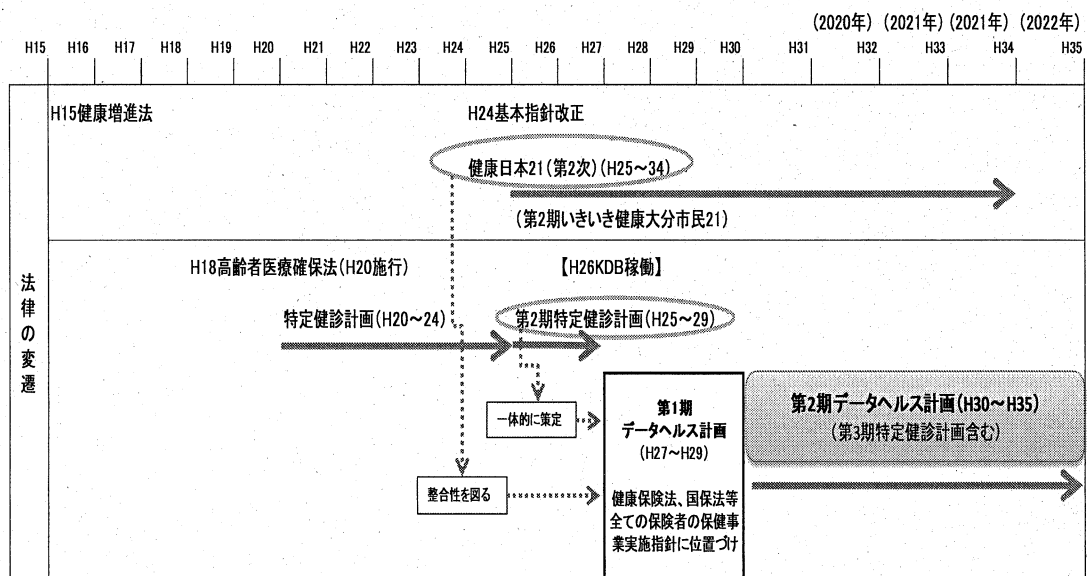
厚生労働省 健康局 標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

計画は、国民健康保険法に基づく保健事業実施等に関する指針を踏まえるとともに、県健康増進計画や市町村健康増進計画（第 2 期いきいき健康大分市民 21）、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画等他の計画と調和を図ります。

（図表 3・4）

【図表 3】

保健事業実施体制の変遷



【図表 4】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

2017.10.11

	※ 健康推進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者※）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成24年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を推進するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年3月 医療費適正化に関する指針（全額改正）	厚生労働省 医政局 平成24年3月 医療提供体制の確保に関する基本方針	
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）	
計画策定者	都道府県・義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を遅延・入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図ることができ、医療費の抑制を達成することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の重症化や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、段階的に実施することを行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組みについて、保険者がその支援の中心となること、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すのである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようについていいたるに、良質かつ適切な医療を被保険者に提供するための体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。	
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、育壮年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が増える時期（高齢期）を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて	
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム		
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病	
	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧 等		生活習慣病		
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 老老の認知症、早老症 骨折・骨格変位 パーキンソン病関連疾患 後天性免疫不全症、免疫不全症 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 後遺症等併発症		がん 精神疾患	
評価	※53項目中 特定評価に關する項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症による透析導入患者数） ③合併症（糖尿病性腎症による透析導入患者数） ④合併症（糖尿病性腎症による透析導入患者数） ⑤合併症（糖尿病性腎症による透析導入患者数） ⑥特定健康診査の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの改善率 ⑧糖尿病性腎症の改善率 ⑨糖尿病性腎症の改善率 ⑩糖尿病性腎症の改善率 ⑪糖尿病性腎症の改善率 ⑫糖尿病性腎症の改善率 ⑬糖尿病性腎症の改善率 ⑭糖尿病性腎症の改善率 ⑮糖尿病性腎症の改善率 ⑯糖尿病性腎症の改善率 ⑰糖尿病性腎症の改善率 ⑱糖尿病性腎症の改善率 ⑲糖尿病性腎症の改善率 ⑳糖尿病性腎症の改善率 ㉑糖尿病性腎症の改善率 ㉒糖尿病性腎症の改善率 ㉓糖尿病性腎症の改善率 ㉔糖尿病性腎症の改善率 ㉕糖尿病性腎症の改善率 ㉖糖尿病性腎症の改善率 ㉗糖尿病性腎症の改善率 ㉘糖尿病性腎症の改善率 ㉙糖尿病性腎症の改善率 ㉚糖尿病性腎症の改善率 ㉛糖尿病性腎症の改善率 ㉜糖尿病性腎症の改善率 ㉝糖尿病性腎症の改善率 ㉞糖尿病性腎症の改善率 ㉟糖尿病性腎症の改善率 ㊱糖尿病性腎症の改善率 ㊲糖尿病性腎症の改善率 ㊳糖尿病性腎症の改善率 ㊴糖尿病性腎症の改善率 ㊵糖尿病性腎症の改善率 ㊶糖尿病性腎症の改善率 ㊷糖尿病性腎症の改善率 ㊸糖尿病性腎症の改善率 ㊹糖尿病性腎症の改善率 ㊺糖尿病性腎症の改善率 ㊻糖尿病性腎症の改善率 ㊼糖尿病性腎症の改善率 ㊽糖尿病性腎症の改善率 ㊾糖尿病性腎症の改善率 ㊿糖尿病性腎症の改善率	①特定健康診査の実施率 ②特定健康診査の実施率	①生活習慣の状況（特定健康診査の実施率） ②食生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健康診査の実施率 ⑧健康診査の実施率 ⑨生活習慣病の有病率・予備群 ⑩医療費等 ⑪医療費 ⑫介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外未 ①一人あたり外未医療費の適正化の取組 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改善率の向上 ④糖尿病性腎症の改善率の向上 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 （地域の連携により推進）	
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度（制度）を減額し、保険料率決定】 保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援			保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携		

4. 計画期間

計画期間については、平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とします。

「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」（保健事業実施指針第 4 の 5）としていること、また、保健事業の実施計画（データヘルス計画）の手引書（以下 手引き）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なっています。都道府県における医療費適正化計画、医療計画が平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を 6 年間とします。

5.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

大分市においては、国保年金課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、健康課、長寿福祉課とも十分連携を図り、一体となって計画策定を進めていきます。特に健康課の保健師等の専門職と連携し、事業の推進を図ります。

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、担当者が部署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になります。（図表 5）

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・協力が重要となります。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会のことです。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ています。国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。

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

保険者と地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要となります。国保連と都道府県は、ともに市町

村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める必要があります。

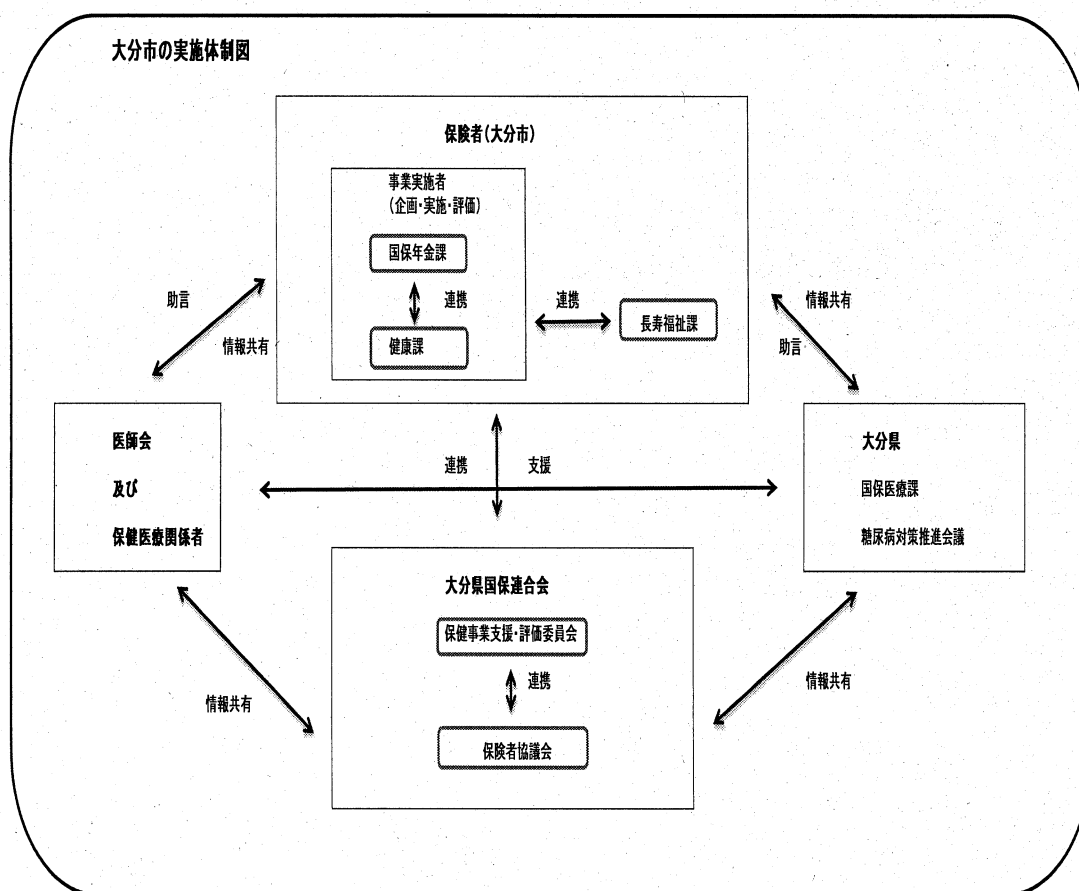
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力が重要となります。具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要であることから、保険者協議会等を活用することも有用となります。

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となります。

(大分市 実施体制図)

【図表 5】



6. 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等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 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ます。（平成 30 年度から本格実施）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。（図表 6）

【図表 6】

保険者努力支援制度

評価指標		H28配点	H29配点	H30配点	H30(参考)
総得点		345	580	850	850
交付額(万円)		4,445	8,357	16,862	
総得点(体制構築加点を含む)		190	342	500	
全国順位(1741町村中)		992	—	640	
共通 ①	特定健診受診率	0	0	0	50
	特定保健指導実施率	0	0	0	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	15	15	25	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	0	0	20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0	70	100	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	0	0	70
共通 ⑤	重複服薬に対する取組	10	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	0	10	15	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	30	50	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	13	21	25
	第三求償の取組の実施状況	10	24	32	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			27	50
体制構築加点		70	70	60	60

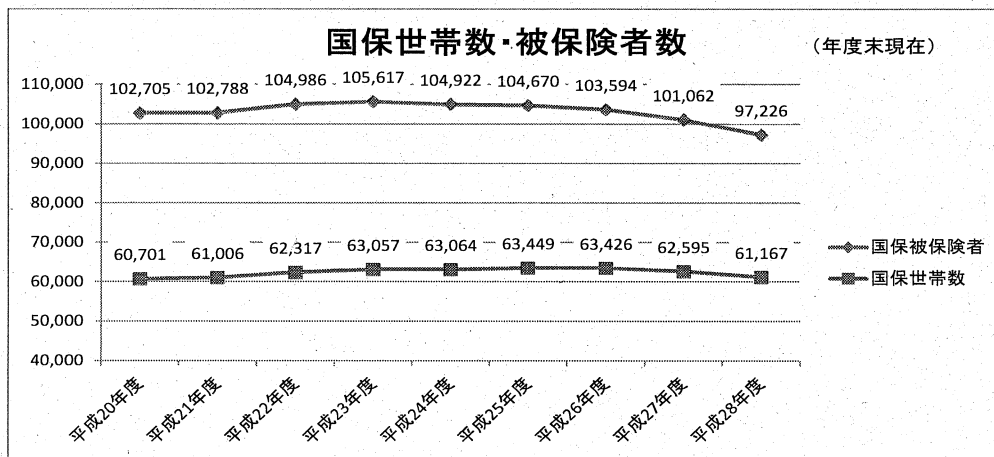
第2章 第1期計画に係る評価及び考察

1. 国民健康保険の加入状況

1) 加入世帯数と被保険者数の推移

加入世帯数は直近の3年間、被保険者数は平成24年度以降減少傾向にあります。世帯数は被保険者数ほどの減少率はみられません。

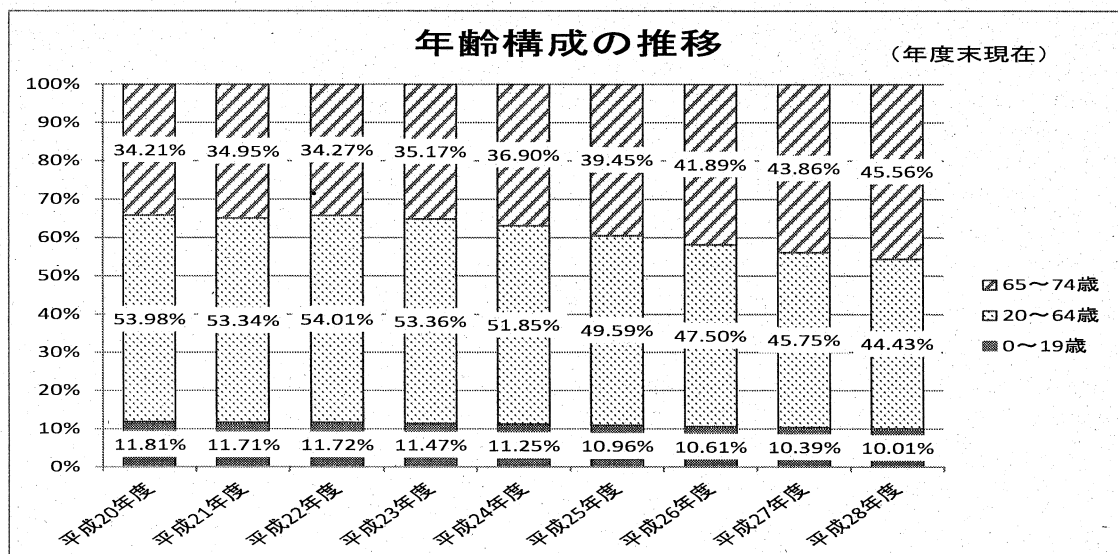
【図表7】



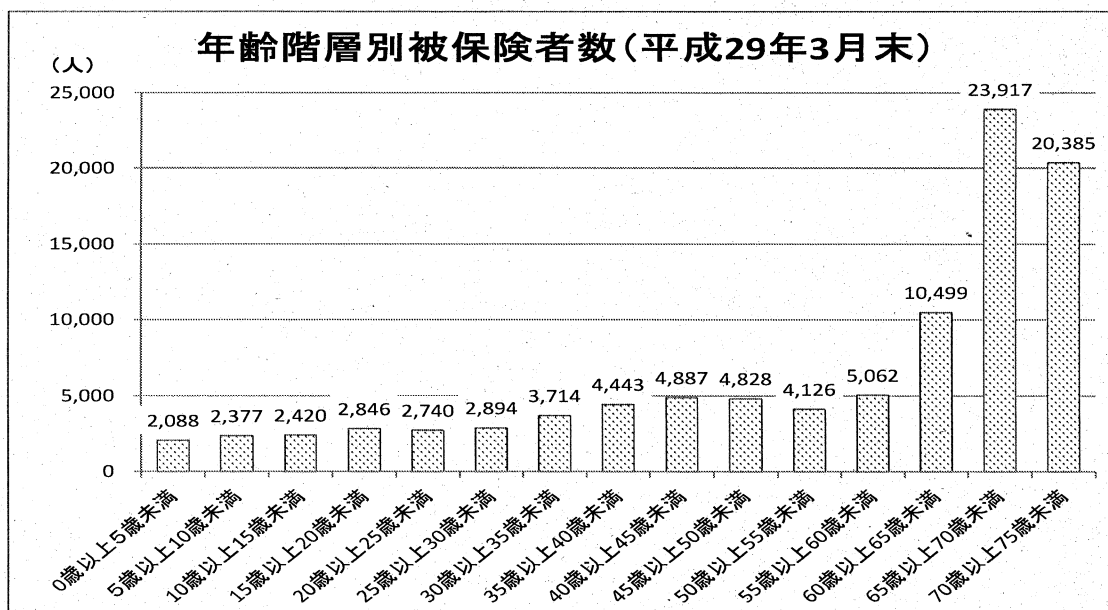
2) 被保険者の年齢構成

平成28年度の被保険者の年齢構成は、前期高齢者（65歳から74歳）が45.57%を占め、平成20年度以降一貫して年々増加傾向にあります。いわゆる団塊の世代が国民健康保険に加入してきたことと、平成28年10月からの社会保険の適用拡大の影響により被用者保険に加入するケースがみられたことが要因と考えられます。

【図表8】



【図表 9】



平成28年度末の年齢階層別被保険者数を見ると60歳以上の年齢階層から被保険者が急激に増えていることがわかります。会社などを退職し任意継続保険の期間を終えて国民健康保険に加入している状況がみてとれます。

2. 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

全体の経年変化

平成25年度と平成28年度で生活習慣病に関連する死亡の状況は、減少している。重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、65歳以上の認定率が増加しており、それに伴う介護給付費の増加がみられます。

また医療費総額は増加している。生活習慣病に関連する医療費が占める割合は、減少しています。また入院費用の医療費割合の伸び率が大きいです。特定健診の受診率は35%で推移しています。健診未受診者のうち医療機関へ受療している割合が減少しています。特定健診受診者においても、健診後、受診勧奨値以上となっている受診者が未治療となっている割合も高くなっています。

特定健診後の適正な医療受診行動へつなげること、医療機関受診後の継続受診を促し、重症化予防を図ることが必要と推測できます。また特定健診受診率が低い状況で推移していることから、特定健診受診率向上への取組は重要となります。

(1) 死亡の状況

【図表10】

(死亡の状況)

項目			H25		H28	
			実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	89.5		89.5	
		女性	92.0		91.4	
	死因	がん	1,133	49.7	1,170	52.1
		心臓病	586	25.7	571	25.4 ↓
		脳疾患	317	13.9	290	12.9 ↓
		糖尿病	43	1.9	43	1.9
		腎不全	98	4.3	92	4.1 ↓
		自殺	101	4.4	79	3.5

【出典】KDB システム：

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、生活習慣病に関連する死亡割合で、心臓疾患・脳疾患・腎疾患では減少している。がんによる死亡割合は増加傾向にあります。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況

【図表11】

(介護保険の認定状況)

項目		H25		H28	
		実数	割合	実数*	割合
1号認定者数 (認定率)		20,984	21.8	22,964	23.7
	新規認定者	304	0.3	416	0.3
2号認定者		575	0.4	522	0.3 ↓

介護保険認定率は、1号認定者数、認定率は増加している。2号認定者、認定率は減少しています。

【図表 1 2】

介護給付費の変化

年度	大分市				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費（全体）			1件当たり給付費（全体）		
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H25	298億3685万円	53,564	39,885	283,700	58,182	40,830	288,497
H28	330億1796万円	51,175	39,611	280,352	54,112	39,533	284,985

平成 25 年度と平成 28 年度を比べると、介護給付費総額は増加しています。1 件当たりの給付費は減少しており、同規模保険者に比べても低い給付費となっている。また居宅サービスの給付費が施設サービス給付費より低くなっています。

②医療費の状況（図表 13～15）

医療費の変化

【図表 1 3】

		全体				入院				外来			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費	H25年度	367億6816万円				162億4498万円				205億2317万円			
	H28年度	377億9559万円	10億2743万円	2.79	8.04	169億6644万円	7億2145万円	4.44		208億2814万円	3億5975万円	1.49	
一人あたり医療費	H25年度	28,801				12,769				16,132			
	H28年度	29,526	725	2.5		13,255	486	3.8		16,272	140	0.8	

*KDBの一人あたり医療費は、月平均額での表示となる。

医療費全体は、平成 25 年度に比べると約 10 億増額しています。一人あたり医療費は増加しています。費用の伸び率は入院費用の方が高くなっています。

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 1 4】

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					
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	大分市	367億6816万円	28,901	3位	10位	6.76%	0.47%	2.25%	2.26%	5.24%	5.62%	2.85%	93億6356万円	25.47%	10.56%	12.91%	9.08%
H28		377億9559万円	29,527	5位	12位	6.76%	0.38%	2.01%	1.95%	5.32%	4.25%	2.53%	87億6687万円	23.20%	12.24%	13.05%	8.66%
H28	県	1056億4096万円	29,603	--	--	6.48%	0.52%	2.10%	1.98%	5.25%	4.45%	2.54%	246億3717万円	23.32%	11.89%	12.63%	8.90%
H28	国	9兆6879億6826万円	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2399億893万円	23.12%	14.21%	9.38%	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、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

目標疾患の合計医療費が占める割合は、平成 25 年度に比べると、減少しています。医療費の占める割合は、①慢性腎不全(透析有)②糖尿病③高血圧の順になっています。慢性腎不全の透析有の費用割合は H25 年度比べて変化がないが、国・県の割合に比べて高い状況にあります。脳疾患、心疾患の医療費割合は減っています。

糖尿病が医療費に占める割合が増加し、高血圧が占める割合は、減ってきています。

【データヘルス計画の疾患にかかる医療費② H28年度5月診療分】

【図表 15】

Aの疾患を基準にBの疾患の重なり・割合を見る

			中長期目標疾患			短期目標疾患		
H28 医療費 (総医療費に対する 医療費割合)	(一人にかかる 医療費)	A ↓ B →	腎疾患 (人工透析)	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病	高血圧	脂質異常
① 26億9715万円 (6.76%)	560万7千円	腎疾患(人工透析) 481人(0.5%)		112人(23.3%)	205人(42.6%)	268人(55.5%)	432人(89.8%)	219人(45.5%)
7億6045万円 (2.01%)	21万円	脳血管疾患 3,621人(3.5%)	112人(3.1%)		1,049人(29.0%)	1,786人(49.3%)	2,835人(78.5%)	2,348人(64.8%)
7億3662万円 (1.95%)	13万5千円	虚血性心疾患 5,452人(5.2%)	205人(3.8%)	1,049人(19.2%)		2,840人(52.1%)	4,413人(80.9%)	4,077人(74.4%)
② 20億103万円 (5.32%)	16万円	糖尿病 12,443人(12.0%)	268人(2.2%)	1,786人(14.4%)	2,840人(22.8%)		8,708人(70.0%)	8,414人(67.6%)
③ 16億550万円 (4.25%)	7万7千円	高血圧 20,663人(21.2%)	432人(2.0%)	2,853人(21.2%)	4,413人(20.0%)	8,708人(39.5%)		13,615人(61.7人)
9億5670万円 (2.53%)	4万8千円	脂質異常 19,673人(18.9%)	219人(1.1%)	2,438人(11.9%)	4,077人(20.7%)	8,418人(40.9%)	13,615人(69.2%)	

各疾患の一人にかかる医療費額を見てみると、腎疾患、脳血管疾患、糖尿病の順となっています。中長期的疾患、短期的疾患の重なりを見てみると、どの疾患でも高血圧の割合が高くなっています。

医療費の高い腎疾患（人工透析）の状況を見ると、高血圧・糖尿病を合併している割合が高くなっています。

④中長期的な疾患（図表 16～19）

虚血性心疾患

【図表 16】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保数	脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常				
			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	105,247	5,789	5.5	984	17.0	189	3.3	4,662	80.5	2,839	49.0	4,145	71.6	
	64歳以下	64,072	1,259	2.0	176	14.0	79	6.3	964	76.6	598	47.5	857	68.1	
	65歳以上	41,175	4,530	11.0	808	17.8	110	2.4	3,698	81.6	2,241	49.5	3,288	72.6	
H28	全体	103,856	5,452	5.2	1,049	19.2	205	3.8	4,413	80.9	2,840	52.1	4,077	74.8	
	64歳以下	57,652	970	1.7	155	16.0	72	7.4	731	75.4	499	51.4	684	70.5	
	65歳以上	46,204	4,482	9.7	894	19.9	133	3.0	3,682	82.2	2,341	52.2	3,393	75.7	

虚血性心疾患の治療人数、割合は減少しています。脳血管疾患や人工透析と重なって治療している人数・割合が増えており、65歳以上が増加しています。

脳血管疾患

【図表 17】

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保数	人数	割合	虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	105,247	3,653	3.5	984	26.4	107	2.9	2,880	78.8	1,766	48.3	2,312	63.3
	64歳以下	64,072	814	4.8	176	21.6	34	4.2	605	74.3	366	45.0	457	56.1
	65歳以上	41,175	2,839	6.9	808	28.5	73	2.6	2,275	80.1	1,400	49.3	1,855	65.3
H28	全体	103,856	3,621	3.5	1,049	29.0	112	3.1	2,835	78.3	1,786	49.3	2,348	64.8
	64歳以下	57,652	664	1.2	155	23.3	31	4.7	469	70.6	303	45.6	365	55.0
	65歳以上	46,204	2,957	6.4	894	30.2	81	2.7	2,366	80.0	1,483	50.2	1,983	67.1

脳血管疾患の治療人数・割合は変化していません。虚血性心疾患や人工透析と重なって治療している人数・割合は増えており、65歳以上が増加しています。

人工透析

【図表 18】

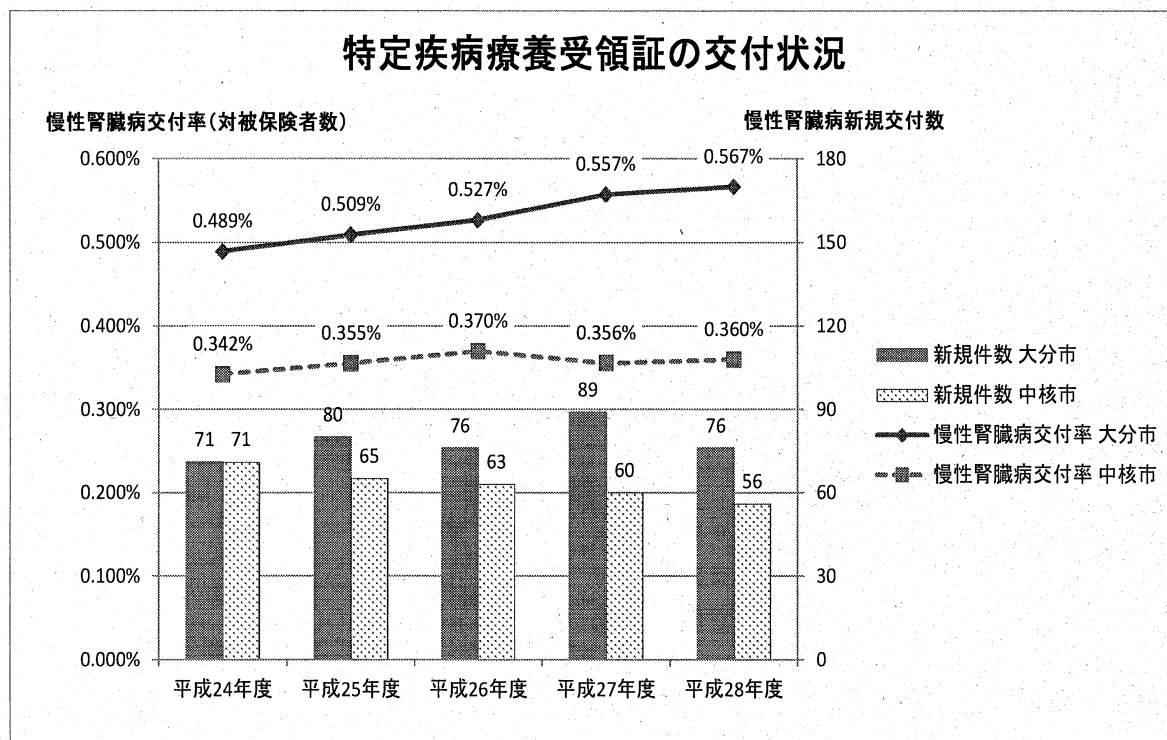
厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保数		脳血管疾患				虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	105,247	464	0.4	107	23.1	189	40.7	411	88.6	240	51.7	173	37.3	
	64歳以下	64,072	215	0.3	34	15.8	79	36.7	184	85.6	96	44.7	77	35.8	
	65歳以上	41,175	249	0.6	73	29.3	110	44.2	227	91.2	144	57.8	96	38.6	
H28	全体	103,856	481	0.5	112	23.3	205	42.6	432	89.8	268	55.7	219	45.5	
	64歳以下	57,652	242	0.4	31	12.8	72	29.8	171	70.7	100	41.3	94	38.8	
	65歳以上	46,204	239	0.6	81	27.6	133	45.4	261	89.1	168	57.3	125	42.7	

人工透析の治療人数が増えている。64歳以下の治療人数が増加しています。脳血管疾患、虚血性心疾患と重なって治療している人は増えています。65歳以上の人数が増加し、高血圧・糖尿病・脂質異常の治療と重なっている人は増えています。高血圧に比べて、糖尿病・脂質異常の治療者数は増加しています。

3つの中長期的目標疾患ともに、疾患の治療が重なっている人数が増加し、65歳以上が増加しています。

虚血性心疾患や脳血管疾患では、糖尿病、高血圧、脂質異常で治療している人数は、変化していません。

人工透析では、治療している人数は増加しており、64歳以下が増加しています。



特定疾病療養受領証の交付状況では、被保険者に対する慢性腎臓病による人工透析分の交付率の中核市平均はほぼ横ばいとなっていますが、大分市では年々増加しています。年間の新規の交付件数をみると中核市平均では毎年減少傾向にあるのに対して、大分市では平成24年度以降も減少する様子はありません。

(3) 短期目標の達成状況

①短期目標疾患(図表 20～22)

糖尿病

【図表 20】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										
		糖尿病			(再掲)インスリン療法		(再掲)糖尿病性腎症		高血圧		脂質異常症	
		被保数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	105,247	12,477	11.9	988	7.9	1,126	9.0	8,736	70.0	8,281	66.4
	64歳以下	64,072	3,596	5.6	353	4.0	316	8.8	2,190	60.9	2,268	63.1
	65歳以上	41,175	8,881	21.6	635	7.2	810	9.1	6,546	73.3	6,013	67.7
H28	全体	103,856	12,443	12.0	1,075	8.6	1,218	9.8	8,708	70.0	8,414	67.6
	64歳以下	57,652	2,954	5.1	327	11.1	277	9.4	1,734	58.7	1,865	63.1
	65歳以上	46,204	9,489	20.5	748	7.9	941	9.9	6,974	73.5	6,549	69.0

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標			中長期的な目標					
		糖尿病			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	105,247	12,477	11.9	2,839	22.8	1,766	14.2	240	1.9
	64歳以下	64,072	3,596	5.6	598	16.6	366	10.2	96	2.7
	65歳以上	41,175	8,881	21.6	2,241	25.2	1,400	15.8	144	1.6
H28	全体	103,856	12,443	12.0	2,840	22.8	1,786	14.4	268	2.2
	64歳以下	57,652	2,954	5.1	499	16.9	303	10.3	100	3.4
	65歳以上	46,204	9,489	20.5	2,341	24.7	1,483	15.6	168	1.8

糖尿病で治療人数は、変化していません。糖尿病の治療（インスリン療法）や合併症の糖尿病性腎症で治療している人数は増えています。64歳以下では治療している人数が減っていますが、65歳以上では治療している人数が増えています。高血圧や脂質異常の治療と重なっている人数は、変化していません。

糖尿病と虚血性心疾患、脳血管疾患の治療と重なっている人数は、変化していません。人工透析の治療と重なっている人数は、増えています。

高血圧

【図表 21】

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標							
		被保数		人数		割合		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
H25	全体	105,247	22,681	21.6	8,736	38.5	13,697	60.4	4,662	20.6	2,880	12.7	411	1.8			
	64歳以下	64,072	6,007	9.4	2,190	36.5	3,368	56.1	964	16.0	605	10.1	184	3.1			
	65歳以上	41,175	16,674	40.5	6,546	39.5	10,329	61.9	3,698	22.2	2,275	13.6	227	1.4			
H28	全体	103,856	22,063	21.2	8,708	39.5	13,615	61.7	4,413	20.0	2,835	12.8	432	2.0			
	64歳以下	57,652	4,745	8.2	1,734	36.5	2,625	55.3	731	15.4	469	9.9	171	3.6			
	65歳以上	46,204	17,318	37.5	6,974	40.3	10,990	63.5	3,682	21.3	2,366	13.7	261	1.5			

高血圧の治療人数は、減っています。糖尿病や脂質異常症と重なって治療している人数は変化していません。

高血圧と虚血性心疾患の治療が重なっている人数は、減っており、脳血管疾患の治療と重なっている人数は、変化していません。人工透析の治療と重なっている人数は増加しています。

脂質異常症

【図表 22】

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標							
		被保数		人数		割合		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
H25	全体	105,247	19,782	18.8	8,281	41.9	13,697	69.2	4,145	21.0	2,312	11.7	173	0.9			
	64歳以下	64,072	5,554	8.7	2,268	3.5	3,368	60.6	857	15.4	457	8.2	77	1.4			
	65歳以上	41,175	14,228	34.6	6,013	42.3	10,329	72.6	3,288	23.1	1,855	13.0	96	0.7			
H28	全体	103,856	19,673	18.9	8,414	42.8	13,615	69.2	4,077	20.7	2,348	11.9	219	1.1			
	64歳以下	57,652	4,559	7.9	1,865	40.9	2,625	57.6	684	15.0	365	8.0	94	0.5			
	65歳以上	46,204	15,114	32.7	6,549	43.3	10,990	72.7	3,393	22.4	1,983	13.1	125	0.8			

脂質異常で治療している人数は、減っている。糖尿病の治療と重なっている人数は、増加しています。高血圧の治療と重なっている人数は変化がありません。

脂質異常と虚血性心疾患の治療と重なっている人数は、減っています。脳血管疾患、人工透析の治療と重なっている人数は、増加しています。

3つの短期目標疾患ともに、人工透析の治療と重なっている人数は増加しています。また糖尿病から腎機能が低下して発症する糖尿病性腎症の治療割合が増加しています。（65歳以上に多くなっています。）糖尿病発症10～15年経過すると糖尿病性腎症へ、さらに重症化すると人工透析へと移行する可能性があることから、糖尿病性腎症・人工透析の治療者割合の増加を抑制する必要があります。

②リスクの健診結果経年変化（図表 23～26）

検査項目 HbA1c は、H27 年度より検査項目として追加され、優先的行う検査項目とした経過があります。また、尿酸については、特定健診検査項目の必須項目または詳細項目ではないため、人間ドック・脳ドック受診者のみの検査結果となっています。

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）

【図表 23】

男性

■ 増加 ■ 減小

		摂取エネルギーの過剰									
		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	2,819	29.6	4,359	45.8	2,503	26.3	1,891	19.9	1,050	11.0
	40-64	883	34.0	1,236	47.5	837	32.2	724	27.8	301	11.6
	65-74	1,936	28.0	3,123	45.1	1,666	24.1	1,167	16.9	749	10.8
H28	合計	2,803	29.9	4,486	47.9	2,411	25.8	1,824	19.5	893	9.5
	40-64	755	35.7	1,057	50.0	676	32.0	590	27.9	204	9.7
	65-74	2,048	28.2	3,429	47.3	1,735	23.9	1,234	17.0	689	9.5

		血管を傷つける												臓器障害	
		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	
		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
H25	合計	3,631	38.2	1,315	13.8	90	0.9	5,595	58.8	2,515	26.4	4,709	49.5	239	2.5
	40-64	838	32.2	513	19.7	27	1.0	1,240	47.7	825	31.7	1,415	54.4	33	1.3
	65-74	2,793	40.4	802	11.6	63	0.9	4,355	63.0	1,690	24.4	3,294	47.6	206	3.0
H28	合計	2,616	27.9	4,706	50.3	91	1.0	5,126	54.7	2,333	24.9	4,480	47.8	266	2.8
	40-64	490	23.2	815	38.6	32	1.5	850	40.2	618	29.2	1,153	54.6	32	1.5
	65-74	2,126	29.3	3,891	53.7	59	0.8	4,276	59.0	1,715	23.7	3,327	45.9	234	3.2

女性


 増加 減少

【図表 24】

		摂取エネルギーの過剰									
		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	3,000	20.8	2,562	17.7	2,158	14.9	1,260	8.7	322	2.2
	40-64	941	19.3	737	15.1	671	13.7	486	9.9	75	1.5
	65-74	2,059	21.5	1,825	19.1	1,487	15.6	774	8.1	247	2.6
H28	合計	2,929	20.7	2,382	16.8	2,239	15.8	1,237	8.7	264	1.9
	40-64	742	18.8	534	13.5	546	13.8	403	10.2	53	1.3
	65-74	2,187	21.4	1,848	18.1	1,693	16.6	834	8.2	211	2.1

		血管を傷つける												臓器障害	
		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	
		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
H25	合計	4,095	28.3	1,632	11.3	20	0.1	7,109	49.2	2,196	15.2	8,838	61.2	36	0.2
	40-64	1,046	21.4	757	15.5	12	0.2	1,747	35.7	792	16.2	3,036	62.1	15	0.3
	65-74	3,049	31.9	875	9.2	8	0.1	5,362	56.1	1,404	14.7	5,802	60.7	21	0.2
H28	合計	2,761	19.5	7,004	49.5	13	0.1	6,590	46.5	2,018	14.3	8,344	58.9	38	0.3
	40-64	608	15.4	1,419	35.9	5	0.1	1,254	31.7	644	16.3	2,322	58.7	6	0.2
	65-74	2,153	21.1	5,585	54.7	8	0.1	5,336	52.3	1,374	13.5	6,022	59.0	32	0.3

検診結果の経年変化では、男女ともに共通している項目は、HbA1c、クレアチニンが増加しています。HbA1cについては検査項目の追加等の変更が行われているため、比較はできないが、有所見者が約5割となっています。血管を傷つけるリスクの中で、LDL-Cに次いで多い有所見者数となっています。

またクレアチニンは、腎臓の機能を見るための検査項目です。男性の有所見者数が多くなっています。

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）

【図表 25】

男性

メタボリックシンドローム予備群の把握

		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		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
H25	合計	9,517	30.3	396	4.2%	1,771	18.6%	96	1.0%	1,343	14.1%	332	3.5%
	40-64	2,600	18.9	161	6.2%	512	19.7%	25	1.0%	317	12.2%	170	6.5%
	65-74	6,917	39.2	235	3.4%	1,259	18.2%	71	1.0%	1,026	14.8%	162	2.3%
H28	合計	9,363	31.0	454	4.8%	1,743	18.6%	127	1.4%	1,294	13.8%	322	3.4%
	40-64	2,113	18.1	183	8.7%	406	19.2%	33	1.6%	245	11.6%	128	6.1%
	65-74	7,250	39.2	271	3.7%	1,337	18.4%	94	1.3%	1,049	14.5%	194	2.7%

メタボリックシンドローム該当者の把握

		健診受診者		腹囲のみ		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
H25	合計	9,517	30.3	396	4.2%	2,192	23.0%	476	5.0%	116	1.2%	1,054	11.1%	546	5.7%
	40-64	2,600	18.9	161	6.2%	563	21.7%	93	3.6%	35	1.3%	276	10.6%	159	6.1%
	65-74	6,917	39.2	235	3.4%	1,629	23.6%	383	5.5%	81	1.2%	778	11.2%	387	5.6%
H28	合計	9,363	31.0	454	4.8%	2,288	24.4%	499	5.3%	120	1.3%	1,044	11.2%	626	6.7%
	40-64	2,113	18.1	183	8.7%	468	22.1%	75	3.5%	38	1.8%	223	10.6%	132	6.2%
	65-74	7,250	39.2	271	3.7%	1,821	25.1%	424	5.8%	82	1.1%	821	11.3%	494	6.8%

女性

メタボリックシンドローム予備群の把握

【図表 26】

		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		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
H25	合計	14,445	37.6	318	2.2%	1,110	7.7%	60	0.4%	871	6.0%	179	1.2%
	40-64	4,888	28.9	137	2.8%	311	6.4%	26	0.5%	216	4.4%	69	1.4%
	65-74	9,557	44.4	181	1.9%	799	8.4%	34	0.4%	655	6.9%	110	1.2%
H28	合計	14,158	38.0	246	1.7%	969	6.8%	61	0.4%	738	5.2%	170	1.2%
	40-64	3,954	28.0	94	2.4%	239	6.0%	28	0.7%	156	3.9%	55	1.4%
	65-74	10,204	44.1	152	1.5%	730	7.2%	33	0.3%	582	5.7%	115	1.1%

メタボリックシンドローム該当者の把握

		健診受診者		腹囲のみ		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
H25	合計	14,445	37.6	318	2.2%	1,134	7.9%	258	1.8%	63	0.4%	561	3.9%	252	1.7%
	40-64	4,888	28.9	137	2.8%	289	5.9%	55	1.1%	22	0.5%	150	3.1%	62	1.3%
	65-74	9,557	44.4	181	1.9%	845	8.8%	203	2.1%	41	0.4%	411	4.3%	190	2.0%
H28	合計	14,158	38.0	246	1.7%	1,167	8.2%	234	1.7%	61	0.4%	563	4.0%	303	2.2%
	40-64	3,954	28.0	94	2.4%	201	5.1%	38	1.0%	20	0.5%	96	2.4%	47	1.2%
	65-74	10,204	44.1	152	1.5%	966	9.5%	196	1.9%	41	0.4%	467	4.6%	262	2.6%

メタボリックシンドロームの予備軍は、男女ともに減少しています。
該当している項目について男性は、高血糖が増加、高血圧は減少、脂質異常症は変化していません。女性の場合、高血糖、脂質異常症は変化なく、血圧は減少しています。

メタボリックシンドロームの該当者は、男女ともに増加しています。高血糖・高血圧・脂質異常の3項目すべてに該当している人数は、増加しており、65歳以上が増加しています。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 27・28）

特定健診受診率・特定保健指導実施率

■ 増加 ■ 減小 【図表 27】

項目	特定健診				受診勧奨者			
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	中核市規模の 順位	未受診者数 (人)	医療機関受診		
						(再掲) 医療機関 受診者数(人)	医療機関 受診率	中核市規 模平均 (%)
H25年度	68,918	23,943	34.7	16位	44,975	24,556	54.6%	53.9%
H28年度	68,984	23,448	35.0	43位	45,536	23,268	51.1%	52.2%

項目	特定保健指導		
	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)
H25年度	3,071	464	15.1
H28年度	2,669	446	16.7

特定健診受診率は、35%となっています。中核市保険者順位も平成25年度に比べると大きく下がっている状況にあります。特定保健指導実施率は16%前後で推移しています。特定健診・特定保健指導の国の目標値60%と、大きく差があります。

また健診未受診者のうち、医療機関受診している割合は51.1%と約半数となっています。平成25年度と比べると未受診者数は増えており、医療機関受診者数も減っています。

【図表 28】

H25～H28年度 特定健診・特定保健指導の推移

年度	特定健診			特定保健指導				
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率(%)	対象者数 (人)	動機づけ 支援(人)	積極的 支援(人)	特定保健指導 実施者数合計 (人)	特定保健指導 実施率(%)
H25年度	68,918	23,943	34.7	3,071	379	85	464	15.1
H26年度	69,392	24,406	35.2	2,953	418	55	473	16.0
H27年度	68,871	24,528	35.6	2,852	430	43	473	16.6
H28年度	67,054	23,454	35.0	2,669	412	34	446	16.7

2) 第1期計画に係る考察

【考察】

医療費総額は増加しています。生活習慣病に関連する疾病が、医療費に占める割合は減少しています。慢性腎不全（透析有）が占める割合は変化していません。国、県と比較すると高い割合になっています。また、医療費の内訳を見ると、入院費用の伸び率が高くなっています。

第1期データヘルス計画では、人工透析新規導入患者数の減少を目標に、高血圧から人工透析導入となることに対して、保健事業を行ってきました。特定疾病療養受領証の交付状況を見ると、慢性腎臓病による交付率は増加傾向にあり、新規交付件数は横ばいで推移しています。

医療費や患者数から高血圧患者の減少が見られます。また、糖尿病の医療費割合が増加していること、糖尿病治療のインスリン療法や糖尿病性腎症の治療者数が増えていることから重症化している状況も推測できます。第1期データヘルス計画の重点事業として行ったCKD対策を引き続き実施すると同時に、糖尿病からの重症化予防を行っていくことで、新規透析導入患者の減少を目指していくことが必要と考えられます。

特定健診の受診率も低い状況で推移していることから、未受診者対策の実施内容についても検討し受診率の向上を図ることが必要と考えられます。

3. 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 (図表 29~32)

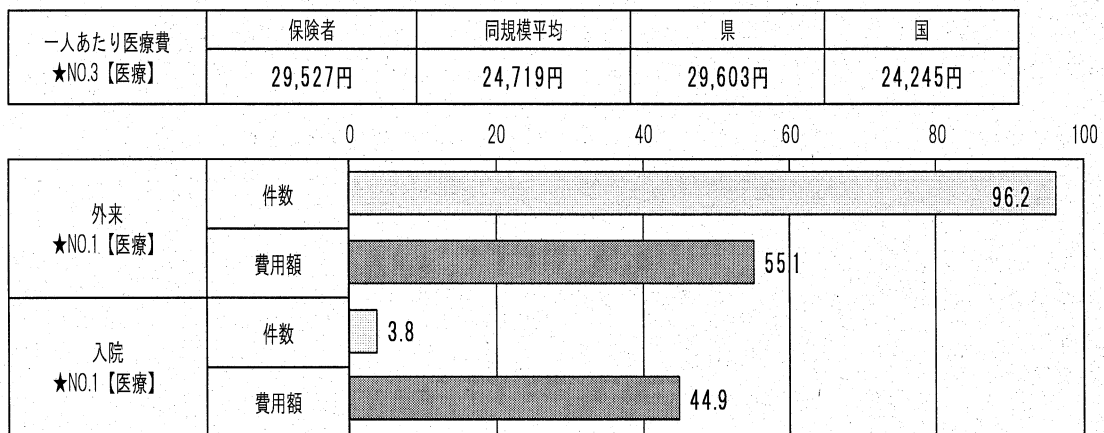
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 29】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



〇入院を重症化した結果としてとらえる

一人あたり医療費は、国・中核市規模保険者より高く、県よりは低い金額となっています。件数は、外来が9割以上と多い割合となっています。

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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 30】

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	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	684件	21件	62件	—
				3.1%	9.1%	
		費用額	20億0956万円	6620万円	1億8671万円	—
				3.3%	9.3%	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	10,376件	915件	731件	—
				8.8%	7.0%	
		費用額	43億3456万円	4億5938万円	3億1442万円	—
				10.6%	7.3%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析 (長期化する疾患)	件数	6,571件	3,460件	1,399件	2,604件
				52.7%	21.3%	39.6%
		費用額	30億7081万円	15億9419万円	6億6347万円	12億0607万円
				51.9%	21.6%	39.3%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

入院で 200 万円以上のレセプトでは、虚血性心疾患が多く、1 件当たりの費用額は約 300 万円と高くなっています。長期入院は脳血管疾患が多くなっています。

入院ではなく療養が長期化する疾患（人工透析）では、脳血管疾患に次いで糖尿病性腎症の医療費が高くなっています。

【図表 30】

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	38,845人		3,564人	5,271人	1,207人
				9.2%	13.6%	3.1%
		の基礎 な疾患 あり患	高血圧	2,746人	4,232人	952人
				77.0%	80.3%	78.9%
			糖尿病	1,748人	2,688人	1,207人
				49.0%	51.0%	100.0%
			脂質異常症	2,306人	3,948人	927人
				64.7%	74.9%	76.8%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		21,687人		12,121人	19,421人	4,138人
55.8%		31.2%	50.0%	10.7%		

い。

生活習慣病の治療者数構成割合から高額医療や長期入院につながる疾患を見ると、虚血性心疾患が多くなっています。基礎疾患との重なりを治療者で見ると高血圧、脂質異常症、糖尿病の順となっています。

生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化します。生活習慣病は予防が可能であることから、保健事業として発症予防・重症化予防を行うことが必要となります。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 31）

【図表 31】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

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			160,313人		49,685人		45,794人		95,479人		255,792人	
	認定者数			522人		2,731人		20,233人		22,964人		23,486人	
	認定率			0.33%		5.5%		44.2%		24.1%		9.2%	
	新規認定者数			10人		148人		0人		148人		158人	
	介護度 別人数	要支援1・2			122	23.4%	953	34.9%	6,286	31.1%	7,239	31.5%	7,361
要介護1・2			194	37.2%	1,001	36.7%	7,369	36.4%	8,370	36.4%	8,564	36.5%	
要介護3～5			206	39.5%	777	28.5%	6,578	32.5%	7,355	32.0%	7,561	32.2%	

要介護 実況状況 ★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）			88		911		1		912		1,000	
	再）国保・後期			88		911		1		912		1,000	
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	循環器 疾患	1	脳卒中	50 56.8%	脳卒中	402 44.1%	脳卒中	0 0.0%	脳卒中	402 44.1%	脳卒中	452 45.2%
			2	虚血性 心疾患	22 25.0%	虚血性 心疾患	314 34.5%	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	314 34.4%	虚血性 心疾患	336 33.6%
				3	腎不全	14 15.9%	腎不全	102 11.2%	腎不全	0 0.0%	腎不全	102 11.2%	腎不全
		基礎疾患	糖尿病	46 52.3%	糖尿病	533 58.5%	糖尿病	0 0.0%	糖尿病	533 58.4%	糖尿病	579 57.9%	
				高血圧	66 75.0%	高血圧	716 78.6%	高血圧	1 100.0%	高血圧	717 78.6%	高血圧	783 78.3%
			脂質 異常症	44 50.0%	脂質 異常症	572 62.8%	脂質 異常症	1 100.0%	脂質 異常症	573 62.8%	脂質 異常症	617 61.7%	
				血管疾患 合計	75 85.2%	合計	848 93.1%	合計	1 100.0%	合計	849 93.1%	合計	924 92.4%
		認知症	認知症	14 15.9%	認知症	234 25.7%	認知症	1 100.0%	認知症	235 25.8%	認知症	249 24.9%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	79 89.8%	筋骨格系	814 89.4%	筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	815 89.4%	筋骨格系	894 89.4%	

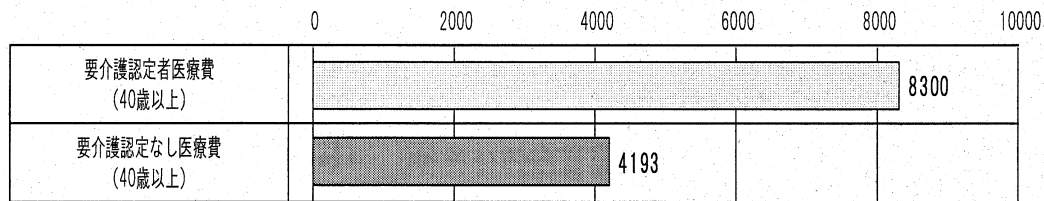
2号認定者 522 人（認定率 0.33%）となっており、新規認定者は 10 人です。2号認定者 522 人のうち国保加入者は 88 人です。国保加入者の 88 人の有病状況を見ると、中長期目標疾患となる脳血管疾患（脳卒中）・虚血性心疾患・腎不全に該当しているのは 8 割以上と高くなっています。疾患の内訳を見てみると、脳疾患、心疾患、腎不全の順となっています。基礎疾患の重なりを見てみると、高血圧の割合が高く次いで糖尿病・脂質異常症となっています。

2号認定者と 1号認定者を比較すると、2号認定者の方が、要介護 3～5 の介護度別人数割合が高くなっています。有病状況より脳血管疾患（脳卒中）で、重度の後遺症の影響と考えられます。

【図表 32】

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】



介護を受けている人と受けていない人で医療費を比べると、介護認定を受けている人は、認定を受けていない人に比べると約 2 倍の医療費がかかっています。

2) 短期的目標の視点における医療費適正化の状況 (図表 33～35)

(1) 健診受診者の実態

【図表 33】

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)

男性

* 県平均と比較して

増加

減少

		摂取エネルギーの過剰									
		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.6		50.2		28.2		20.5		8.6	
県		10,295	31.2	16,464	50.0	8,368	25.4	6,667	20.2	2,745	8.3
保険者	合計	2,803	29.9	4,487	47.9	2,412	25.8	1,823	19.5	892	9.5
	40-64	758	35.9	1,061	50.2	677	32.0	591	28.0	204	9.7
	65-74	2,045	28.2	3,426	47.3	1,735	23.9	1,232	17.0	688	9.5

		血管を傷つける												臓器障害	
		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	
		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
全国		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
県		9,065	27.5	18,961	57.5	4,182	12.7	16,939	51.4	7,955	24.1	15,626	47.4	843	2.6
保 険 者	合計	2,611	27.9	4,706	50.3	91	1.0	5,127	54.8	2,337	25.0	4,479	47.9	267	2.9
	40-64	487	23.0	818	38.7	32	1.5	850	40.2	621	29.4	1,153	54.6	32	1.5
	65-74	2,124	29.3	3,888	53.6	59	0.8	4,277	59.0	1,716	23.7	3,326	45.9	235	3.2

* 全国については、有所見割合のみ表示

女性

* 県平均と比較して

増加

減小

		摂取エネルギーの過剰									
		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満	
		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		16.2		8.7		1.8	
県		10,506	22.3	9,111	19.4	7,039	15.0	4,121	8.8	785	1.7
保 険 者	合計	2,922	20.7	2,378	16.8	2,236	15.8	1,234	8.7	264	1.9
	40-64	738	18.7	532	13.5	544	13.8	402	10.2	53	1.3
	65-74	2,184	21.4	1,846	18.1	1,692	16.6	832	8.2	211	2.1

		血管を傷つける												臓器障害	
		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	
		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
全国		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
県		8,393	17.9	26,840	57.1	705	1.5	20,167	42.9	6,671	14.2	26,775	57.0	123	0.3
保 険 者	合計	2,756	19.5	6,991	49.5	13	0.1	6,587	46.6	2,016	14.3	8,328	58.9	38	0.3
	40-64	606	15.4	1,416	36.0	5	0.1	1,253	31.8	644	16.4	2,309	58.6	6	0.2
	65-74	2,150	21.1	5,575	54.7	8	0.1	5,334	52.3	1,372	13.5	6,019	59.1	32	0.3

* 全国については、有所見割合のみ表示

健診の受診状況より、中性脂肪、HDL-C、空腹時血糖、血圧、LDL-C が県の平均より割合が増加しています。男性では、クレアチニンも県平均より増加しています。

【図表 34】

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）

男性

* 県平均と比較して

増加

減小

		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		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
	全国					588,308	17.2%						
	県					5,969	18.1%						
保険者	合計	9,360	31.1	453	4.8%	1,743	18.6%	127	1.4%	1,295	13.8%	321	3.4%
	40-64	2,113	18.2	183	8.7%	407	19.3%	34	1.6%	246	11.6%	127	6.0%
	65-74	7,247	39.3	270	3.7%	1,336	18.4%	93	1.3%	1,049	14.5%	194	2.7%

		健診受診者		腹囲のみ		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
	全国					940,335	27.5%								
	県					8,791	26.7%								
保険者	合計	9,360	31.1	453	4.8%	2,291	24.5%	499	5.3%	119	1.3%	1,047	11.2%	626	6.7%
	40-64	2,113	18.2	183	8.7%	471	22.3%	75	3.5%	38	1.8%	225	10.6%	133	6.3%
	65-74	7,247	39.3	270	3.7%	1,820	25.1%	424	5.9%	81	1.1%	822	11.3%	493	6.8%

女性

		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		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					259,425	5.8%						
	県					3,158	6.8%						
保険者	合計	14,128	38.1	246	1.7%	967	6.8%	60	0.4%	737	5.2%	170	1.2%
	40-64	3,937	28.0	94	2.4%	238	6.0%	28	0.7%	155	3.9%	55	1.4%
	65-74	10,191	44.2	152	1.5%	729	7.2%	32	0.3%	582	5.7%	115	1.1%

		健診受診者		腹囲のみ		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
	全国					425,520	9.5%								
	県					4,885	10.4%								
保険者	合計	14,128	38.1	246	1.7%	1,165	8.2%	234	1.7%	60	0.4%	563	4.0%	308	2.2%
	40-64	3,937	28.0	94	2.4%	200	5.1%	38	1.0%	19	0.5%	96	2.4%	47	1.2%
	65-74	10,191	44.2	152	1.5%	965	9.5%	196	1.9%	41	0.4%	467	4.6%	261	2.6%

メタボリックシンドロームの予備群の割合では、男性が国や県と比較すると高くなっており、高血圧に該当する割合が高いです。

メタボリックシンドローム該当者の割合では、男女ともに国や県に比べて低くなっています。男女ともに血圧・脂質に該当する割合が高く、次いで血圧・血糖・脂質の3項目に該当する割合が高いです。

【図表 35】

27・28年度の比較

H28		非該当	予備群	基準該当	未受診
H27	25,256	11,901	2,000	2,123	9,232
		47.1%	7.9%	8.4%	36.6%
非該当	18,781	11,148	499	349	6,785
	74.4%	59.4%	2.7%	1.9%	36.1%
予備群	3,212	456	1,127	429	1,200
	12.7%	14.2%	35.1%	13.4%	37.4%
基準該当	3,263	297	374	1,345	1,247
	12.9%	9.1%	11.5%	41.2%	38.2%

	改善	変化なし	悪化	未受診
	1,127	13,629	1,277	9,232
	4.5%	54.0%	5.1%	36.6%
非該当		11,148	848	6,785
		44.2%	3.4%	26.9%
予備群	456	1,127	429	1,200
	1.8%	4.5%	1.7%	4.8%
基準該当	671	1,354		1,247
	2.7%	5.4%		4.9%

メタボリックシンドロームの経年変化をみると、悪化している人が1,277人(5.1%)となっています。また未受診者が36.6%となっています。

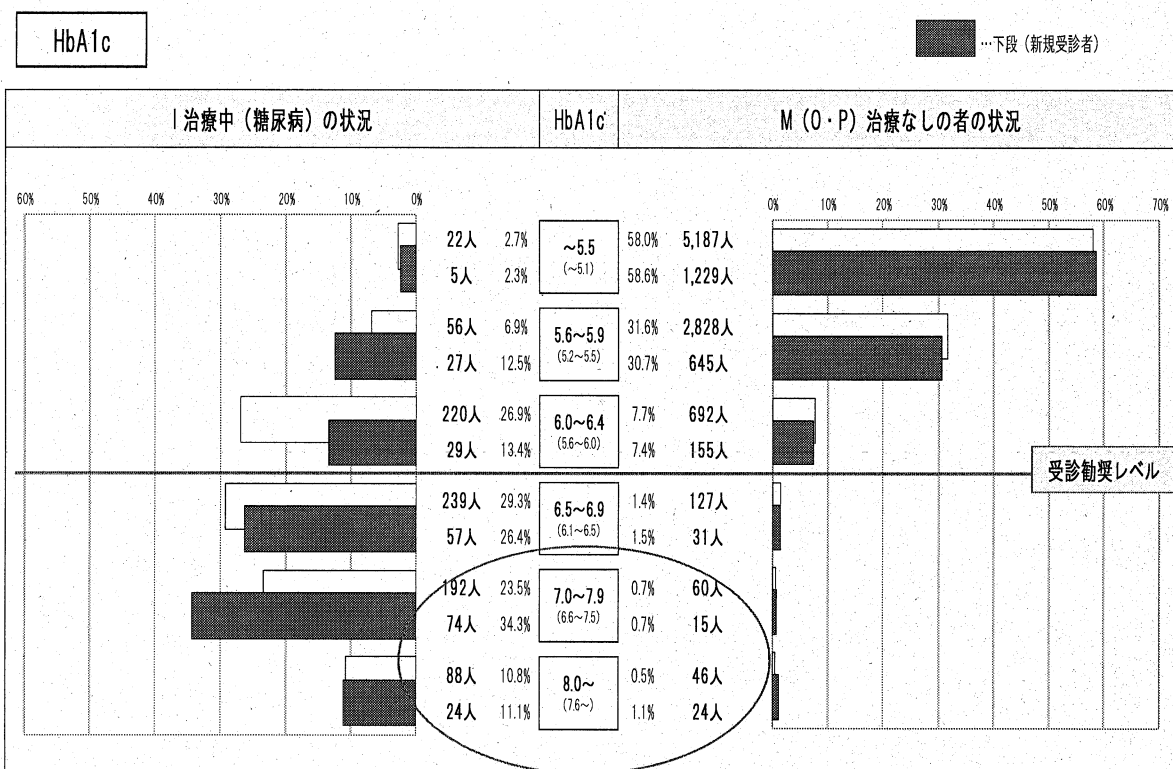
(2) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 36～38)

図表 36～38 は平成 27 年度と平成 28 年度の特定健診受診者の状況を示したものです。糖尿病 (HbA1c)、血圧、LDL-C の検査項目の状況を示しています。

各検査項目共に、治療している場合は左側、治療していない場合は右側に示しています。グラフの上段に示しているのが、2 年間継続している健診受診者の状況を、下段に示しているのは平成 28 年度のみ健診受診者の状況を示しています。グラフ中にある受診勧奨レベルは、各学会の基準に基づいて特定健診保健指導プログラムの中で定めている基準を示しています。また○で囲んでいる検査値は、各項目の重症化予防の基準となるものを示しています。

継続受診者と新規受診者の比較

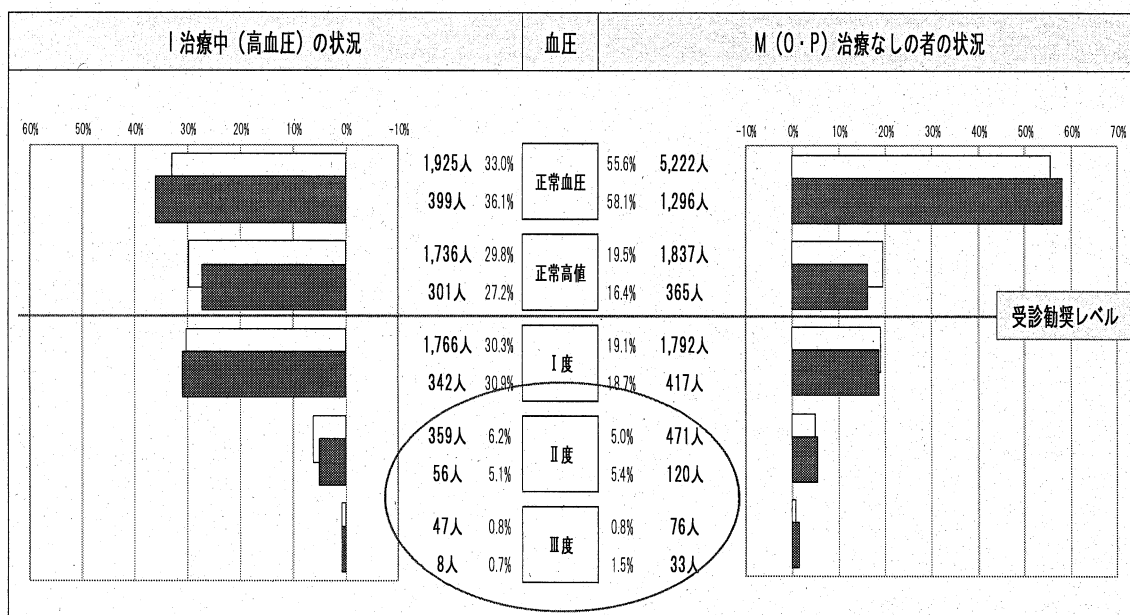
【図表 36】



HbA1c では治療中で 7.0 以上の検査値に該当している受診者が多いです。新規・継続受診ともに多く該当しています。

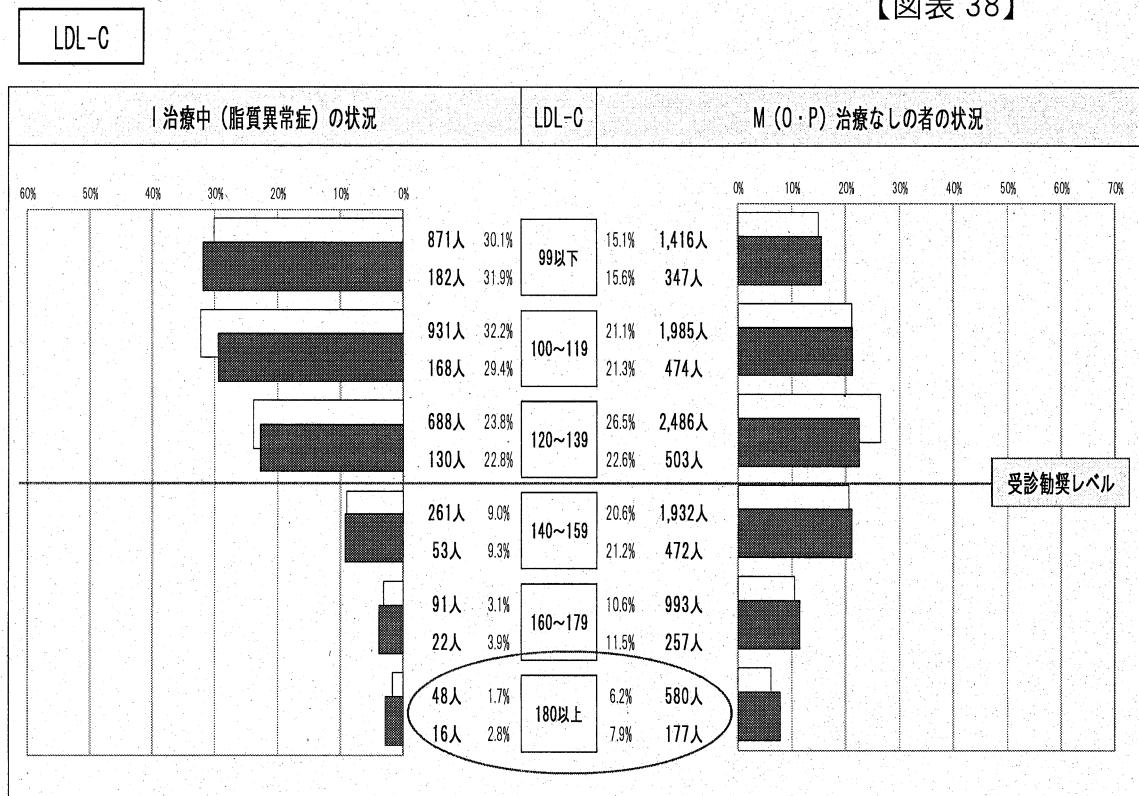
血圧

【図表 37】



血圧では、Ⅱ度以上高血圧の対象者は、少ないです。治療なしのⅡ度以上高血圧の受診者を見ると新規受診者が多いです。

【図表 38】



LDL-C では、180 mg/ d l 以上の対象者は少ないです。治療なしの LDL-C 180 mg/ d l 以上の受診者を見ると、継続受診者が多いです。

治療中で、重症化予防対象検査値に該当している受診者へは、治療継続の必要性を伝えること、治療なしで重症化予防対象検査値に該当している受診者へは、治療の必要性等を伝え、医療機関への受診を促すことが必要となります。

(3) 血糖・血圧・LDL-C・CKD の年次推移の状況 (図表 39～42)

血糖・血圧・LDL-C では、まず各検査項目の検査値の基準を示し、次に平成 24 年度から平成 28 年度の 5 年間の対象者の推移を示しています。重症化しやすい値の対象者の治療状況も再掲しています。最後に平成 27 年度と平成 28 年度の継続受診者の検査値の変化を掲載し、悪化や改善の状況を示しています。CKD については、2 か年の経年変化の状況と、悪化や改善の状況のみを示しています。

○血糖 (HbA1c) の状況

【図表 39】

HbA1cの年次比較

HbA1c測定	正常	保健指導判定値		受診勧奨判定値		
		正常高値	糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病		
				合併症予防の ための目標	最低服薬成が 望ましい目標	合併症の危険が 更に大きくなる
	5.5以下 (5.1以下)	5.6～5.9 (5.2～5.5)	6.0～6.4 (5.6～6.0)	6.5～6.9 (6.1～6.5)	7.0～7.9 (6.6～7.5)	8.0以上 (7.6以上)

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

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

(NGSP値)

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			
					再掲	再) 7.0以上	未治療	治療
H24	5,902	2,395 40.6%	1,963 33.3%	930 15.8%	614	284	330	10.4%
					10.4%	46.3%	53.7%	
H25	5,790	2,784 48.1%	1,728 29.8%	700 12.1%	578	287	291	10.0%
					10.0%	49.7%	50.3%	
H26	22,718	12,216 53.8%	6,542 28.8%	2,912 10.2%	1,648	1,061	587	7.3%
					7.3%	64.4%	35.6%	
H27	23,951	11,114 46.4%	7,874 32.9%	3,012 12.6%	1,951	1,200	751	8.1%
					8.1%	61.5%	38.5%	
H28	22,750	10,856 47.7%	7,364 32.4%	2,669 11.7%	1,861	1,083	778	8.2%
					8.2%	58.2%	41.8%	

27・28年度の比較

H27年度	H28年度の結果をみる					
	継続受診者 1174人 60.2%				未受診 (中断)	75歳 到達者
HbA1c6.5以上 1,951人 8.1%	6.4以下 266 13.6%	6.5～6.9 416 21.3%	7.0～7.9 338 17.3%	8.0以上 154 7.9%	777 39.8%	145 7.4%
6.5～6.9 1,042	206 19.8%	295 28.3%	133 12.5%	14 1.3%	394 37.8%	95 9.1%
7.0～7.9 640	47 7.3%	102 15.9%	178 27.8%	49 7.7%	264 41.3%	41 6.4%
8.0以上 269	13 4.8%	19 7.1%	27 10.0%	91 33.8%	119 44.2%	9 3.3%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	414 21.2%	564 28.9%	241 12.4%	235 12.0%	196 10.0%	777 39.8%
6.5～6.9	206 19.8%	295 28.3%	117 11.2%	114 10.9%	147 14.1%	394 37.8%
7.0～7.9	149 23.3%	178 27.8%	79 12.3%	77 12.0%	49 7.7%	264 41.3%
8.0以上	59 21.9%	91 33.8%	45 16.7%	44 16.4%		119 44.2%

HbA1c の検査は、平成 27 年度より検査項目として追加した経過があるため、受診者数が大きく増加しています。重症化しやすい HbA1c6.5%以上に該当している受診者は、増加傾向にあり、そのうち未治療者の受診者が約 5 割となっています。

2 か年の検査値の変化を見ると、悪化している受診者が 1 割います。継続受診していない対象者は、約 4 割います。

○血圧の状況

【図表 40】

血圧の年次比較

血圧測定	正常	保健指導判定値	受診勧奨判定値		
	正常	正常高値	I 度 (軽度)	II 度 (中等度)	III 度 (重症)
収縮期血圧	～129	130～139	140～159	160～179	180～
拡張期血圧	～84	85～89	90～99	100～109	110～

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常	正常高値	I 度 高血圧	II 度高血圧以上												
					再)II度高血圧		再掲										
					未治療	治療											
H24	24,764	11,057 44.6%	5,680 22.9%	6,051 24.4%	1,976 8.0%	1,237 62.6%	739 37.4%										
					325 1.3%	221 68.0%	104 32.0%										
H25	24,363	11,062 45.4%	5,483 22.5%	5,956 24.4%	1,862 7.6%	1,154 62.0%	708 38.0%										
					320 1.3%	235 73.4%	85 26.6%										
H26	24,766	11,483 46.4%	5,470 22.1%	6,068 24.5%	1,745 7.0%	1,095 62.8%	650 37.2%										
					282 1.1%	198 70.2%	84 29.8%										
H27	25,265	12,225 48.4%	5,624 22.3%	5,785 22.9%	1,631 6.5%	1,042 63.9%	589 36.1%										
					261 1.0%	183 70.1%	78 29.9%										
H28	23,991	11,703 48.8%	5,391 22.5%	5,442 22.7%	1,455 6.1%	912 62.7%	543 37.3%										
					216 0.9%	147 68.1%	69 31.9%										

27・28年度の比較

H27年度		H28年度の結果をみる					
		継続受診者 4576人 61.7%				未受診 (中断) 75歳 到達者	
Ⅰ度高血圧以上 7,416人 29.4%		正常高値 以下	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	2,840	662
		1,697	2,080	686	113		
		22.9%	28.0%	9.3%	1.5%	38.3%	8.9%
Ⅰ度	5,785	1,519	1,702	396	37	2,131	509
		26.3%	29.4%	6.3%	0.6%	36.8%	8.8%
Ⅱ度	1,370	158	347	247	46	572	128
		11.5%	25.3%	18.0%	3.4%	41.8%	9.3%
Ⅲ度	261	20	31	43	30	137	25
		7.7%	11.9%	16.5%	11.5%	52.5%	9.6%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	2,118 28.6%	1,979 26.7%	479 6.5%	2,840 38.3%
I 度	1,519 26.3%	1,702 29.4%	433 7.5%	2,131 36.8%
II 度	505 36.9%	247 18.0%	46 3.4%	572 41.8%
III 度	94 36.0%	30 11.5%		137 52.5%

血圧では、重症化しやすいⅡ度以上高血圧に該当している受診者は、減少しています。そのうち未治療者が6割となっています。

2か年の検査値の変化を見ると、改善している受診者が約3割となっています。

また、継続受診していない対象者が、約4割となっており、Ⅱ度以上高血圧の未受診者割合が4割を超えています。

OLDL-C の状況

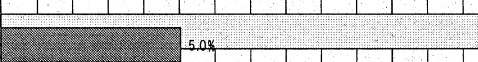
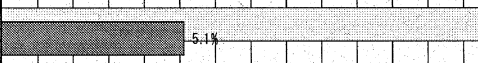
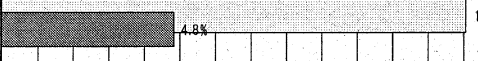
【図表 41】

LDL-Cの年次比較

LDL測定	正常	保健指導判定値	受診勧奨判定値		
	正常域	境界域高LDL コレステロール血症	高LDLコレステロール血症		
	120未満	120～139	140～159	160～179	180以上

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～ 139	140～ 159	160以上				
					再)180以上	未治療	治療		
H24	24,730	11,285 45.6%	6,321 25.6%	4,141 16.7%	2,983 12.1%	2,807 94.1%	176 5.9%		12.1%
					1,073 4.3%	1,020 95.1%	53 4.9%		
H25	24,330	10,570 43.4%	6,188 25.4%	4,225 17.4%	3,347 13.8%	3,148 94.1%	199 5.9%		13.8%
					1,228 5.0%	1,153 93.9%	75 6.1%		
H26	24,736	10,852 43.9%	6,214 25.1%	4,260 17.2%	3,410 13.8%	3,232 94.8%	178 5.2%		13.8%
					1,270 5.1%	1,206 95.0%	64 5.0%		
H27	25,228	11,289 44.7%	6,373 25.3%	4,275 16.9%	3,291 13.0%	3,096 94.1%	195 5.9%		13.0%
					1,218 4.8%	1,156 94.9%	62 5.1%		
H28	23,966	10,897 45.5%	5,996 25.0%	4,065 17.0%	3,008 12.6%	2,805 93.3%	203 6.7%		12.6%
					1,098 4.6%	1,026 93.4%	72 6.6%		

27・28年度の比較

H26年度		H28年度の結果をみる					
		継続受診者 4765人 63.0%				未受診 (中断)	75歳 到達者
140以上	7,566人 30.0%	140未満	140～159	160～179	180以上		
		1,613 21.3%	1,601 21.2%	988 13.1%	563 7.4%	2,801 37.0%	420 5.6%
140～159	4,275	1,163 27.2%	1,087 25.4%	419 9.8%	78 1.8%	1,528 35.7%	248 5.8%
160～179	2,073	297 14.3%	410 19.5%	404 19.5%	188 9.1%	774 37.3%	114 5.5%
180以上	1,218	153 12.6%	104 8.6%	165 13.5%	297 24.4%	499 41.0%	58 4.8%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	2,292 30.3%	1,788 23.6%	685 9.1%	2,801 37.0%
140～159	1,163 27.2%	1,087 25.4%	497 11.6%	1,528 35.7%
160～179	707 34.1%	404 19.5%	188 9.1%	774 37.3%
180以上	422 34.6%	297 24.4%		499 41.0%

LDL-C の検査では、重症化しやすい 160mg/d l 以上に該当する受診者は横ばいとなっています。そのうち未治療者が 9 割と高い状況です。

2 か年の検査値の変化を見ると、悪化が約 1 割となっています。

継続受診していない対象者が約 4 割います。

○CKD（クレアチニン）の状況

CKD重症度分類 年次比較

【図表 42】

e-GFR 測定	~90 ~60 ~45 ~30 ~15						
	正常または高値		正常値または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全
	ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1
				G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2
	(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3

27・28年度比較

27度受診者 (原蛋白・GFR共に実施) 24,942人				28度の健診結果								
				ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	健診 未受診	75歳 到達者
				(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2		
							G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3		
				12,673	28	356	3,778	354	38	5	7,710	1,775
				50.8	0.1	1.4	15.1	1.4	0.2	0.0	30.9	7.1
GFR	正常 または 高値	ハイリスク群 (G1A1) (G2A1)	18,723	11,657	19	211	1,134	8	1	0	5,693	1133
				623	01	11	61	00	00		304	199
		G1A2	62	27	8	3	0	0	0	0	24	1
		G1A3		435	129	48					387	42
	正常または 軽度低下	G2A2	616	218	1	111	50	1	0	0	235	42
		G2A3		354	02	180	81	02			381	179
	軽度～ 中等度低下	G3aA1	5,005	766	0	28	2,522	133	2	0	1,554	524
		G3aA2		153		06	504	27	00		310	337
		G3aA3										
	中等度～ 高度低下	G3bA1	472	3	0	3	72	210	12	0	172	63
		G3bA2		06		08	153	445	25		364	366
		G3bA3										
	高度低下	G4A1	48	0	0	0	0	2	23	2	21	9
		G4A2						42	479	42	438	429
		G4A3										
	末期腎不全	G5A1	16	2	0	0	0	0	0	3	11	3
		G5A2										
		G5A3		125						188	688	273

		改善	変化なし	悪化 eGFR60 未満	未受診
合 計		876	2758	1,343	7,710
		3.5%	11.1%	5.4%	31.0%
正常 または 高値	ハイリスク群 (G1A1) (G2A1)			1,143	5,693
				6.1%	30.4%
	G1A2			0	24
	G1A3			0%	38.7%
正常または 軽度低下	G2A2			51	235
	G2A3			8.3%	38.1%
軽度～ 中等度低下	G3aA1	794	2,522	135	1,554
	G3aA2				
	G3aA3	38.70%	50.40%	2.70%	31.0%
中等度～ 高度低下	G3bA1	78	210	12	172
	G3bA2				
	G3bA3	16.6%	44.5%	2.6%	36.5%
高度低下	G4A1	2	23	2	21
	G4A2				
	G4A3	4.2%	48.0%	4.2%	43.8%
末期腎不全	G5A1	2	3		11
	G5A2				
	G5A3	12.5%	18.8%		68.8%

CKD の重症化分類では、クレアチニンの検査値から算出される e-GFR (推算糸球体濾過量) と尿蛋白の有無で判定されます。

2 か年の検査値の変化を見ると、重症化しやすい e-GFR 60ml/分/1.73m² 未満で、悪化している受診者が 5% います。

継続受診していない対象者は、31% (7,770 人) となっており、このうち e-GFR 60ml/分/1.73m² 未満に該当している人は、22% (1,758 人) となっています。

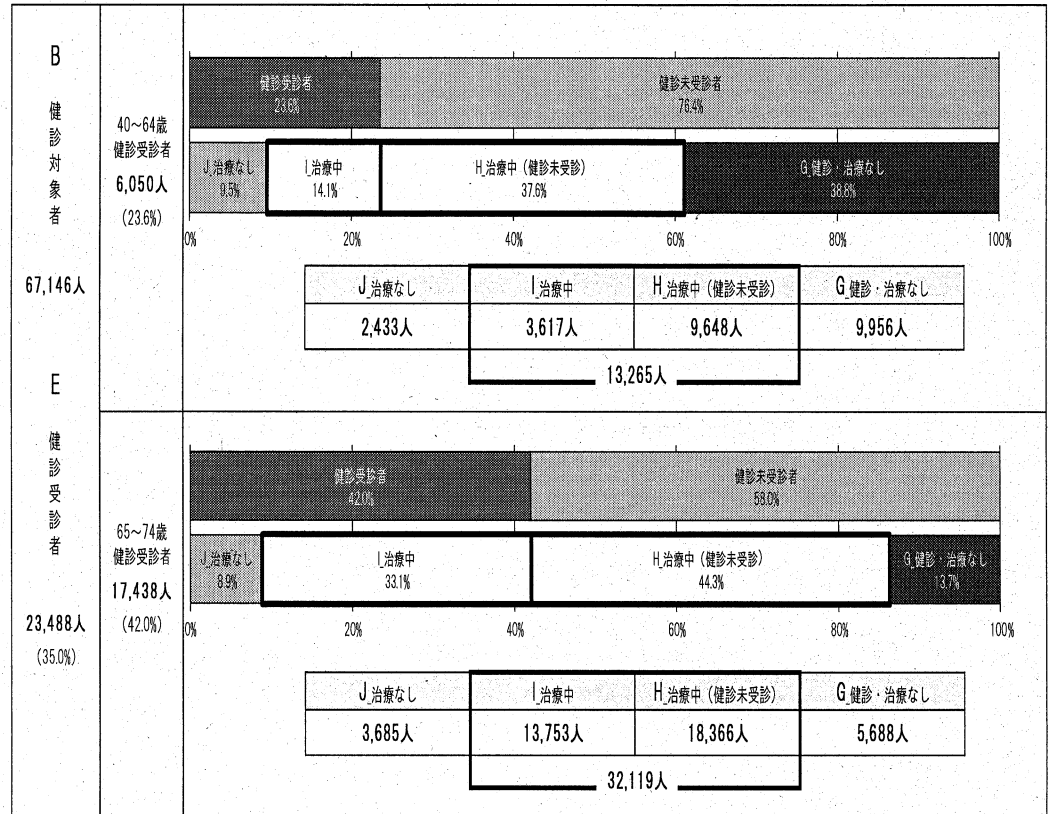
重症化しやすい検査値以上に該当している受診者のうち、未治療者の割合が高いです。生活習慣病は自覚症状がないまま症状が悪化するため、検査値の基準や治療の必要性を伝え、重症化を予防していくことが必要となります。

また継続受診していない対象者の割合も約 4 割となっています。この対象者は健診結果がないため、改善や悪化の状況がつかめません。重症化しやすい検査値以上の受診者のうち未治療者の割合が高いことから、重症化している可能性が高いと考えます。経過を確認し重症化を予防していくためにも継続受診を促すことが必要となります。

(3) 未受診者の把握 (図表 43～46)

【図表 43】

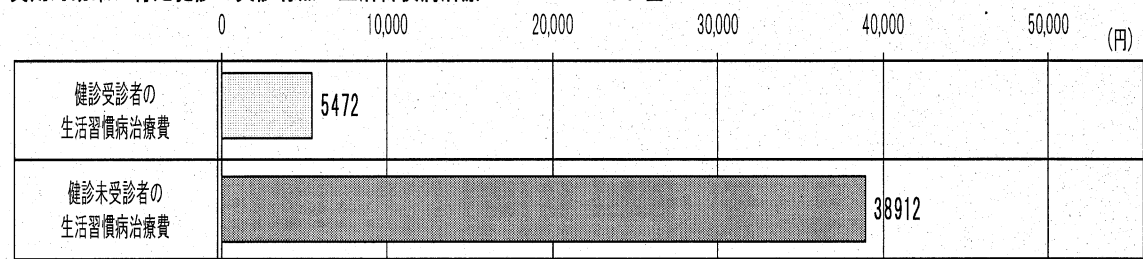
未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)



40 歳～64 歳の受診率は 2 割、65 歳～74 歳の受診率は 4 割です。
健診未受診者のうち医療機関で治療中の対象者は、約 4 割です。
健診未受診で、医療機関での治療もしていない対象者のうち、40 歳～64 歳は約 4 割、65 歳～74 歳は約 1 割となっており、この対象者は、健康状態の実態がわからない状況にあります。

【図表 44】

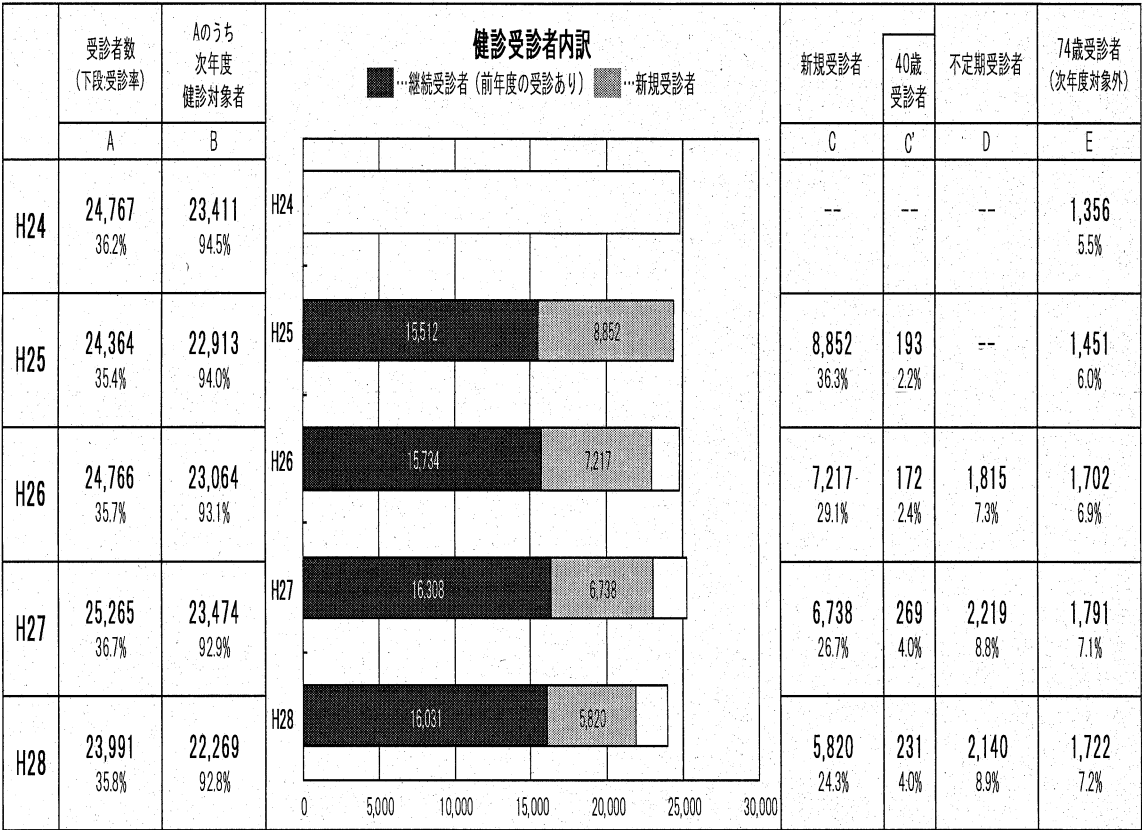
費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



健診を受診している人と受診していない人で、生活習慣病にかかる治療費を比較すると、健診を受診している人に比べ約 7 倍高くなっています。

特定健診受診率の推移

【図表 45】



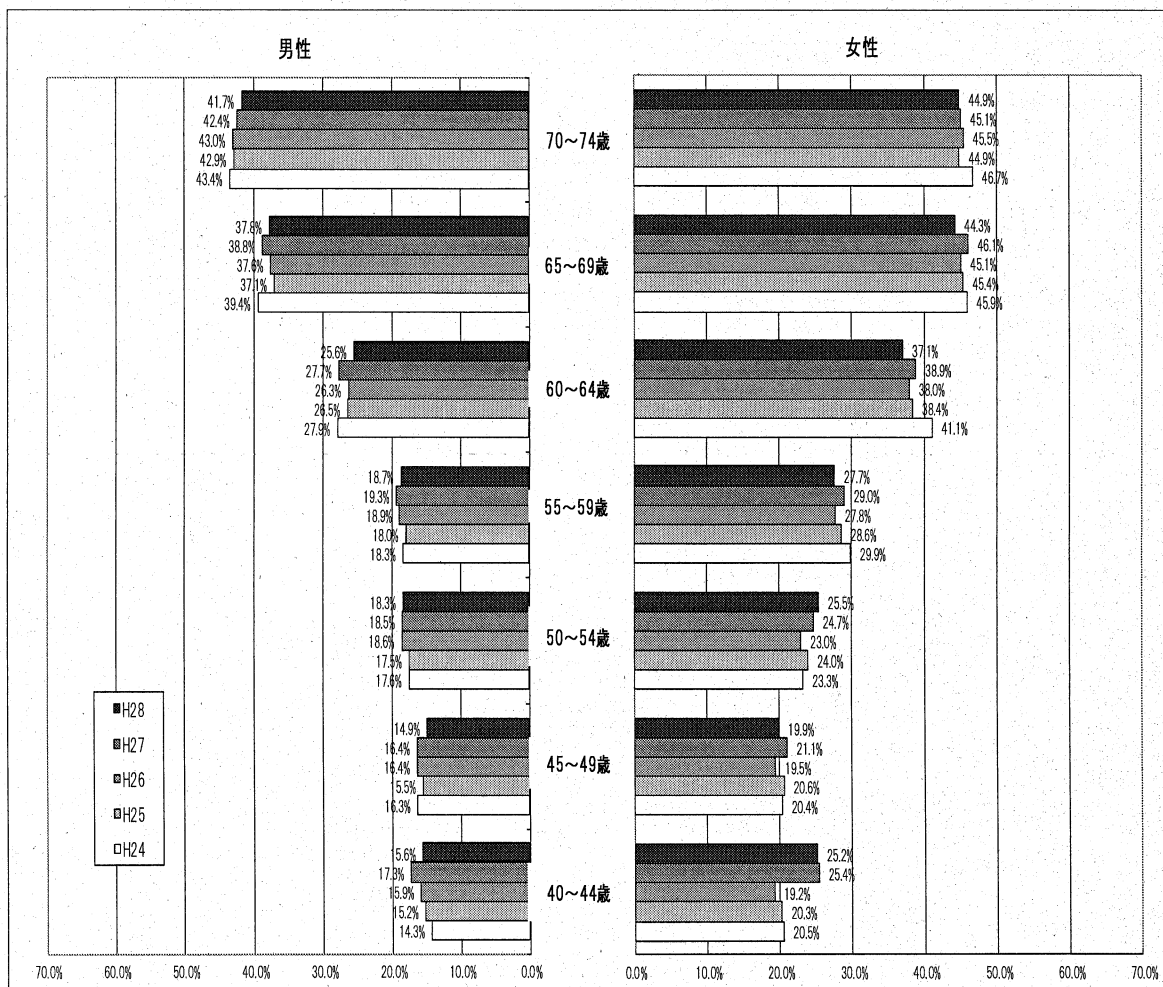
受診者総数	5年連続受診者		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
A	B	B/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A
45,318	5,171	11.4%	5,440	12.0%	7,087	15.6%	9,913	21.9%	17,707	39.1%

* 上記受診者は、5年間一度でも健診を受診した者が**最終年度の年度末年齢40～74歳**で計上

受診率の推移より、不定期受診率が増加傾向にあり、新規受診者は減少傾向にあります。

【図表 46】

特定健診受診率の推移



年代別の受診率の推移をみると、60代以上の受診率が減少傾向にあります。

40～44歳の受診者数は、H27年度より増加しています。受診率向上対策として、40歳総合健診を開始した年度となります。40代の受診率の推移をみると女性の受診率の伸びが大きいです。

4. 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、腎疾患（糖尿病性腎症を含む）、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とします。35年度には30年度と比較して、3つの疾患の患者数を減少させることを目指します。

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えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを国と同じ伸び率に抑えることを目標とします。

目標を達成する具体的な方法として、重症化の予防のため、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指します。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行います。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、1年、1年、血圧、血糖、脂質、尿蛋白、e-GFRの検査値を改善し、重症化対象となる検査値以上の対象者の減少を目指します。

そのためには、以下に示す具体的な方法で目標達成を目指します。

○医療受診が必要な者に受診勧奨を行い、治療の必要性等保健指導を行います。

○医療受診を中断している者について、治療継続の必要性等保健指導を行います。

その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ります。

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、栄養指導及び生活習慣改善の保健指導を保健師・管理栄養士で行っていきます。

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となります。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)」に記載します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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年一期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表 47】

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健診実施率		38%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率		20%	25%	30%	40%	50%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 48】

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健診	対象者数	73,848人	74,188人	74,705人	75,398人	76,257人	75,129人
	受診者数	28,062人	29,675人	33,617人	37,699人	41,941人	45,077人
特定保健指導	対象者数	3,368人	3,561人	4,034人	4,523人	5,032人	5,409人
	実施者数	673人	890人	1,210人	1,810人	2,516人	3,246人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。

- ① 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大分県国保医療課を通じて県医師会と集合契約をします。
 - ・ 個別健診(県内委託医療機関)…集合契約
- ② 集合契約以外の実施機関は大分市国保年金課が個別に委託契約します。
 - ・ 委託検診機関
(H30 年度現在 市内検診機関 6 機関と別府市検診機関 1 機関)
 - ・ 集団健診実施検診機関 (市内検診機関 1 機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、大分市ホームページ及び大分県医師会ホームページ
(URL : <http://www.oita.med.or.jp>) に掲載します。

(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) を実施します。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て行うことができます。(実施基準第 1 条 4 項)

(5)実施時期

5 月から翌年 3 月末まで実施します。

(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します。

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ができるよう検討、実施していきます。

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

【図表 49】

年間実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券	→ 受診券準備	→ 受診券送付	→ 4月1日加入者 途中加入者へ受診券発行・送付(随時)									
健診実施		→ 集団検診、個別健診実施										
未受診者対策	(電話かけ)	→										
	(はがき)							→		→		
健診広報	市報(4/1号)						市報(10/15号)					

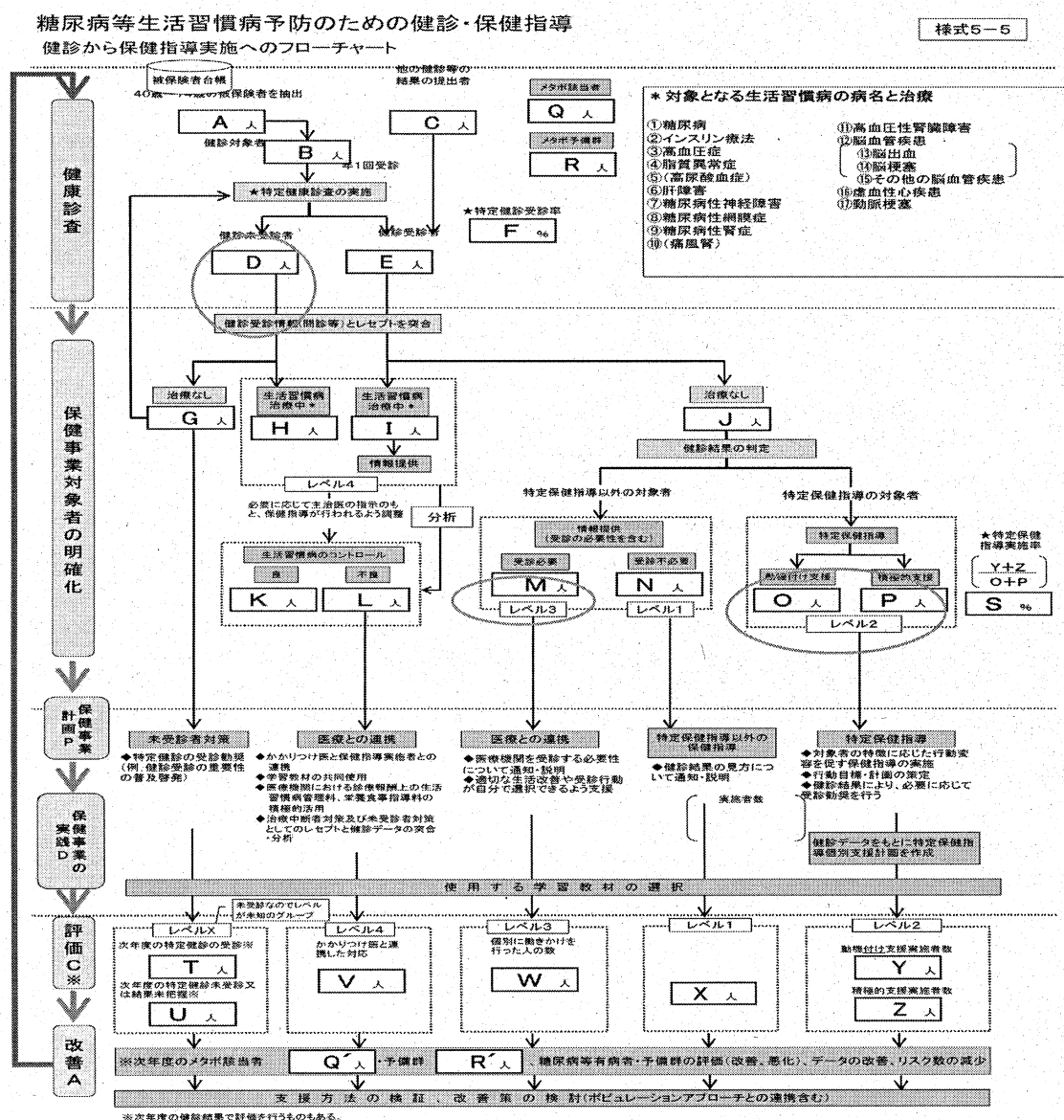
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門（健康課）、委託検診機関への執行委任の形態で行います。

(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・実践評価を行います。

【図表 50】



(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

要保健指導対象者選定と優先順位、支援方法

【図表 51】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法
1	O P	特定保健指導 O: 動機づけ支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導 ◆行動計画・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨をする
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
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)
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明
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

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

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大分市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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します。

(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います。記録の保存義務は、記録の作成日から最低5年間または被保険者が経保険者となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

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日までに報告します。

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、大分市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

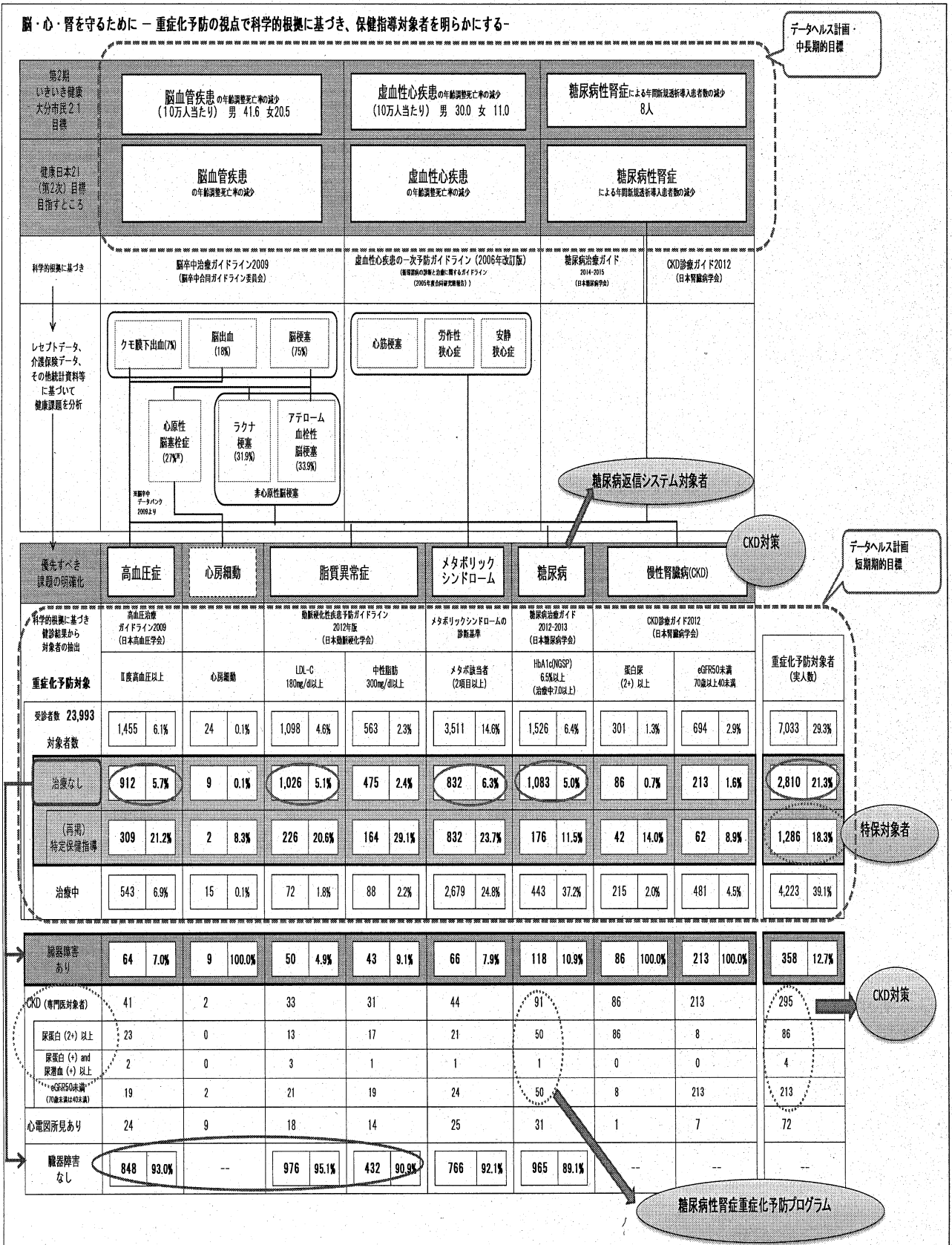
1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、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圧、血糖、脂質、尿蛋白、e-GFRの検査値を改善し、重症化対象となる検査値以上の対象者の減少を目指します。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て実施していく必要があります。

図表 51 は、脳、心臓、腎臓を守るために重症化予防の視点で、疾患と検査項目の関係を示し、保健指導対象者を明確にしたものです。重症化予防対象者数は、平成 28 年度特定健診受診者の健診結果より抽出したものです。

【図表 51】

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



○重症化予防の取組

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います。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の取組、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する取組を行います。

○高齢者福祉部門との連携

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きます。

○ポピュレーションアプローチの取組

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る医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知します。

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きます。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ります。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します。

2. 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）及び大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って作成した、大分市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。なお、取組にあたっては図表52に沿って実施します。

- (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52】

【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	介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

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

(2) 対象者の明確化

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大分市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

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ります。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います。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）を基盤とします。

【図表53】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(e-GFR)で把握していきます。
大分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(e-GFR)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です。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ります。

②選定基準に基づく該当者数の把握

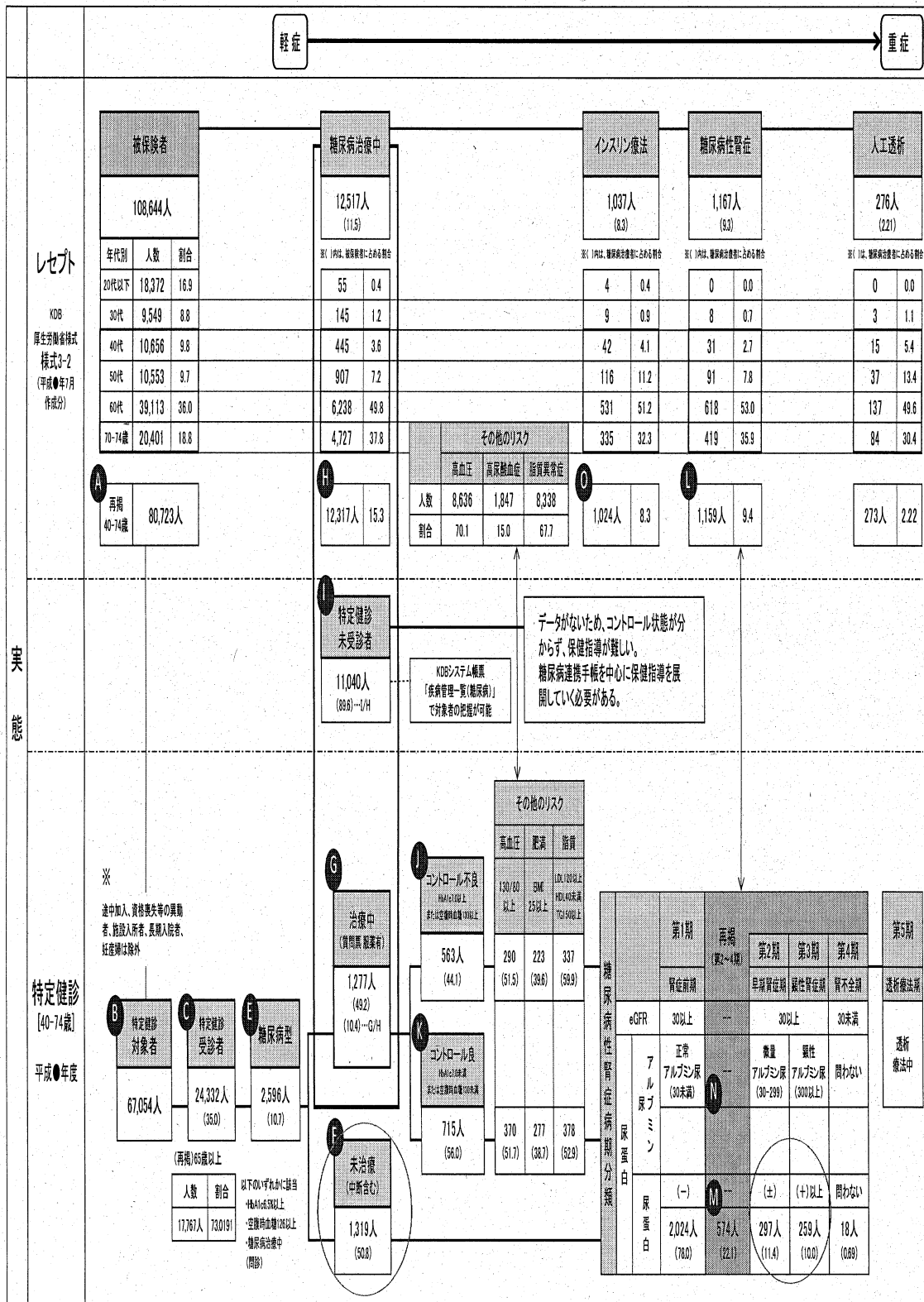
レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行います。(図表 54)

大分市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 1,319 人(50.8%・F)です。また 40~74 歳における糖尿病治療者 12,317 人中のうち、特定健診受診者が 1,277 人(10.4%・G)です。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 11,040 人(89.6%・I)となっています。治療中であるが健診未受診のため、データが不明であり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ります。

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

【図表 54】



② 介入方法と優先順位

大分市において、介入方法を以下の通りです。

優先順位 1

【受診勧奨】

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・1,319 人

- ・介入方法として糖尿病返信システムを活用し、医療機関へ受診を促します。
- ・受診勧奨後も未受診の場合、戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応します。

優先順位 2

【保健指導】

- ・特定健診を受診し糖尿病型に該当する対象者のうち、重症化するリスクの高い者 (M のうち第 2・3 期)・・・556 人
- ・医療機関と連携した保健指導を行います。
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応します。
- ・糖尿病連携手帳を活用を図っていきます。

(3) 対象者の進捗管理

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及び年次計画表で行い、地区担当ごとに作成し管理します。

【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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

- (2) 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

- (3) 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）・・・・・・○人

②腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・○人

(4) 保健指導の実施

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す。

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です。大分市においては、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きます。

2次健診（精密検査）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期を逃す恐れがあります。医療機関と連携し、受診時尿アルブミン検査等の検査の実施を促し、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します。

(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、大分市プログラムに沿って紹介状等を使用します。

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、保健指導へ指示伺いを行います。かかりつけ医、専門医との連携は、大分市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行います。

(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ます。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。その際は管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。

短期的評価

① 受診勧奨に対する評価

- 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 5 ml/1.73 m²以上低下）
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

（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（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ます。

（2） 対象者の明確化

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ます。（参考資料 5・6）

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 つです。「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ります。大分市において健診受診者 23,944 人のうち心電図検査実施者は 670 人（2.8%）であり、そのうち ST 所見があったのは 43 人でした（図表 30）。ST 所見あり 43 人中のうち 5 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 3 人は未受診でした（図表 55）。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ります。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ります。

【図表 55】

健診項目 心電図所見

健診受診者		心電図実施者数							
		ST所見				その他所見		異常なし	
人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
23,994	100	670	2.8	43	6.4	604	90.2	23	3.4

【図表 56】

ST所見ありの受診状況

ST所見あり		要精密					
						医療機関受診有	
人	%	人	%	人	%	人	%
43	100	5	11.6	2	40	3	60

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目です。

心電図検査を実施しない場合、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し、CKD ステージとの関連もあることから、検査値の重なりや CKD ステージにより対象者を把握していきます。

(3) 対象者の進捗管理

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対象者の管理は台帳で行うこととします。また、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ます。

(4) 保健指導の実施

受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 57 の問診が重要です。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ります。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います。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ます。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います。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います。治療中であり、リスクがある場合は医療機関と連携して保健指導を行います。

【図表 57】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

2 次健診（精密検査）等を活用した重症化予防対策

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 5・6 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ります。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りました。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。」とあります。これらの 2 次的な検査の必要性を伝え医療機関へ受診を促すとともに、医療機関とも連携し受診者に対し適切な検査を実施し、虚血性心

疾患の予防を目指すこととします。

(5) 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ます。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ます。

(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ます。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 回行います。その際は管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

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こととします。

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）

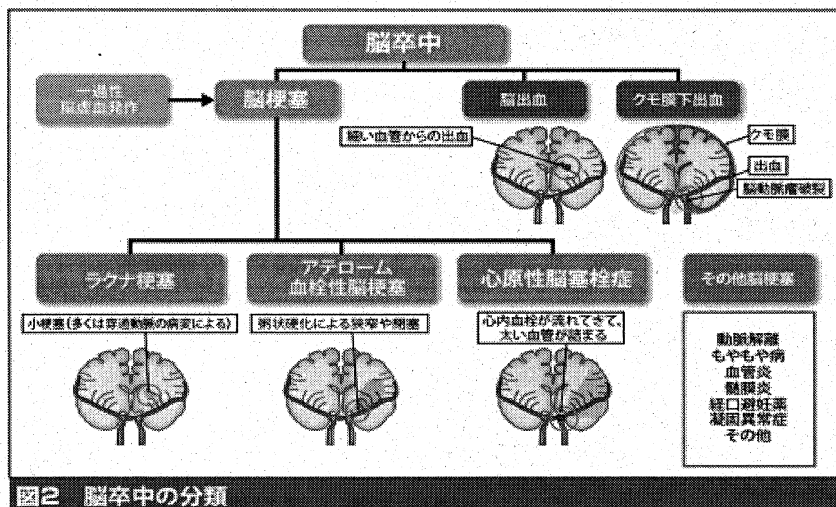
3) 脳血管疾患重症化予防

(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 58、59)

【脳卒中の分類】

【図表 58】



(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 59】

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

(2) 対象者の明確化

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 60 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。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ります。

【図表 60】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
	アテローム 血栓性脳梗塞	●	●	●				○		○					
	心源性脳梗塞	●				●		○		○					
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LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
特定健診における 重症化予防対象者		Ⅱ度以上高血圧		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		e-GFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者 23994人		1455	6.10%	1526	6.40%	1098	4.60%	24	0.10%	3511	14.60%	301	1.30%	694	2.90%
治療なし		912	5.70%	1083	5.00%	1026	5.10%	9	0.10%	832	6.30%	86	0.70%	213	1.60%
治療あり		543	6.90%	443	37.20%	72	1.80%	15	0.10%	2679	24.80%	215	2.00%	481	4.50%
臓器障害あり		64	7.00%	118	10.90%	50	4.90%	9	100	66	7.90%	86	100	213	100
CKD(専門医対象者)		41		91		33		2		44		86		213	
尿蛋白(2+)以上		23		50		13		0		21		86		8	
尿蛋白(+)and 尿潜血(+)以上		2		1		3		0		1		0		0	
e-GFR50未満 (70歳以上40未満)		19		50		21		2		24		8		213	
心電図所見あり		24		31		18		9		25		1		7	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度以上高血圧以上が1,455人(6.1%)であり、912人は未治療者です。また未治療者のうち64人(7.0%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要です。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も543人(6.9%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となります。

リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。(図表 61)

【図表 61】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

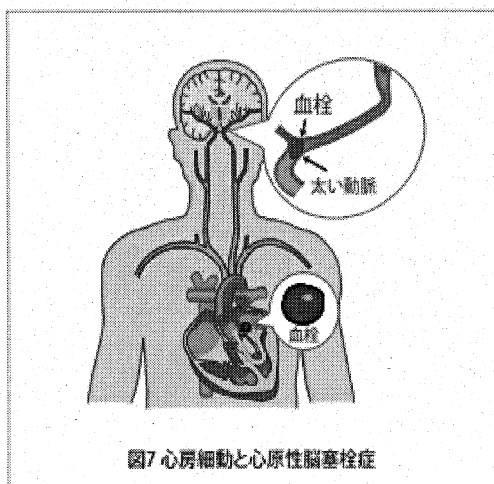
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	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			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		16,101	4,842	4,207	3,065	3,075	765	147		
		30.1%	26.1%	19.0%	19.1%	4.8%	0.9%			
リスク第1層		1,621	892	370	171	159 ④	26	3 ①		
		10.1%	18.4%	8.8%	5.6%	5.2%	3.4%	2.0%		
リスク第2層		8,404	2,555	2,227	1,644	1,503 ③	398	73		
		52.2%	52.8%	52.9%	53.6%	49.0%	52.0%	49.7%		
リスク第3層		6,076	1,395	1,610	1,250	1,408 ②	341	71		
		37.7%	28.8%	38.3%	40.8%	45.8%	44.6%	48.3%		
母 掲 重 複 あ り	糖尿病	1,323	312	361	268	300	69	13		
		21.8%	22.4%	22.4%	21.4%	21.3%	20.2%	18.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	3,432	843	947	696	729	182	35		
		56.5%	60.4%	58.8%	55.7%	51.7%	53.4%	49.3%		
	3個以上の危険因子	2,694	484	624	595	761	183	47		
		44.3%	34.7%	38.8%	47.6%	54.0%	53.7%	68.2%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 61 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。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ります。

心電図検査における心房細動の実態



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」になる頻度が高いです。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す。図表 62 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 62】

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			
	男	女	男	%	女	%
合計	365	305	17	4.7	7	2.3
40代	11	12	0	0	0	0
50代	22	23	1	4.6	1	4.4
60代	182	167	11	6.1	4	2.4
70～74	150	103	5	3.4	2	2.0

【図表 63】

心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
24	100	19	79.2	5	20.8

心電図検査において 24 人が心房細動所見でした。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加しています。また 24 人のうち 5 人は既に治療が開始されていたが、2 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す。平成 30 年度以降、特定健診の心電図検査実施の対象要件が広がっているため、心電図受診者が増えることが予想されます。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、発見できた対象者には受診の必要性和伝え、医療機関への受診勧奨を行う必要があります。

(3) 対象者の進捗管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度以上高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

③ 心房細動の管理

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経過を把握していきます。

(4) 保健指導の実施

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います。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ます。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います。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います。治療中であり、リスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

2 次健診（精密検査）等を活用した重症化予防対策

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ります。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。対象者へは、これらの検査の必要性を伝え医療機関へ受診を促すとともに、医療機関とも連携し受診者に対し適切な検査を実施し、脳血管疾患の予防を目指すこととします。

(5) 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ます。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ます。

(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ます。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 回行うものとします。その際は

高血圧や心房細動の情報及びKDB等の情報を活用します。

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こととします。

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）

3. 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实態と社会環境等について広く市民へ周知します。

【図表 64】

社会保障の安定のために

大分市 総人口	478,491人
(平成29年3月末現在)	
国保 加入者	100,218人
(平成28年4月～平成29年3月の平均)	

保険者努力支援制度 大分市国保の状況

平成28年度	190点 / 345点 満点
全国順位	992位 / 1,741市町村
県内順位	17位 / 18市町村

社会保障費 (H28年度)	
医療費	377億円 (KDB: 調査データベース)
予防可能な生活習慣病	
慢性腎臓病	26億円 (人工透析含む)
糖尿病	20億円
高血圧	16億円
がん	46億円
精神	46億円
介護費	330億円 (KDB: 調査データベース)
2号認定者 (40～64歳) 有病状況	
脳疾患	60.5%
糖尿病	50.9%
心臓病	23.2%

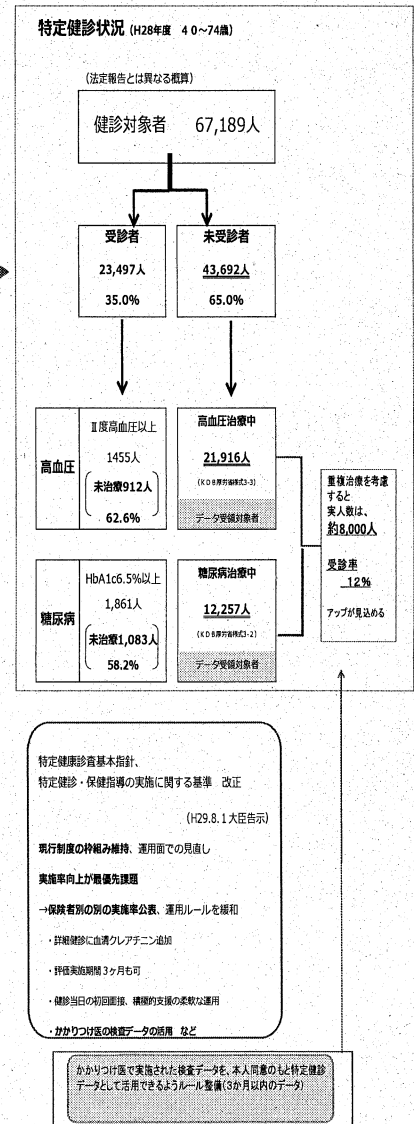
大分県の状況	
国保 1人あたり医療費	全国 4位
(平成27年度 国民健康保険事業年度) (421,114円)	
国保 1人あたり 入院医療費	全国 2位
(平成27年度 国民健康保険事業年度) (176,442円)	
慢性人工透析患者数(人工100万台) 全国	3位
(平成27年 わが国の慢性透析療法の現状) (3,359人)	

H29, 30年度の評価指標		28年度前年比			
	30年度	満点	大分市	大分県	全国
	850		345	190	237
共通①					
特定健診受診率	50	20	0		
特定保健指導実施率	50	20	0	31.7	21.5
メタボリックシンドローム該当者・予備者の減少率	50	20	15		
共通②					
糖尿病等重症化予防の取組	100				
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)				
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)	40	0	24.4	18.8
・専門職の取組、事業評価	(25)				
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)				
・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	(25)				
共通③					
個人のインセンティブ提供	70				
・個人のポイント付与等取組、効果検証	(55)	20	0	31.1	23.0
・商店街、商店等との連携	(15)				
個人へのわかりやすい情報提供	25	20	20		
固有①					
データヘルス計画の取組	40				
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)	10	10	8.89	7.16
・第2期策定に当たり、現計画の定量的評価	(35)				
関係部署、県、医師会等と連携					
共通④					
がん検診受診率	30	10	0	11.7	11.9
高血圧(病) 検診実施状況	25	10	10		
固有②					
地域包括ケアの推進	25	5	5	4.72	2.89

都道府県別の指標

1 市町村指標の都道府県単位評価 (200個)	100
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個)	今後
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個)	50
国保の年齢別医療費1人当たり医療費	

成果を評価



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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ます。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。要介護状態となる高齢者を少しでも減らしていくためには、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します。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ます。

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ります。かかりつけ医や薬剤師、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながります。

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います。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

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ます。

※評価における4つの指標

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、定期的に行います。

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します。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめを行うこととします。また、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会を活用していきます。

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、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

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

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大分市の位置

参考資料 2 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 大分市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

参考資料 4 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価（案）

参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

（計画書策定後、必要な参考資料を掲載する）

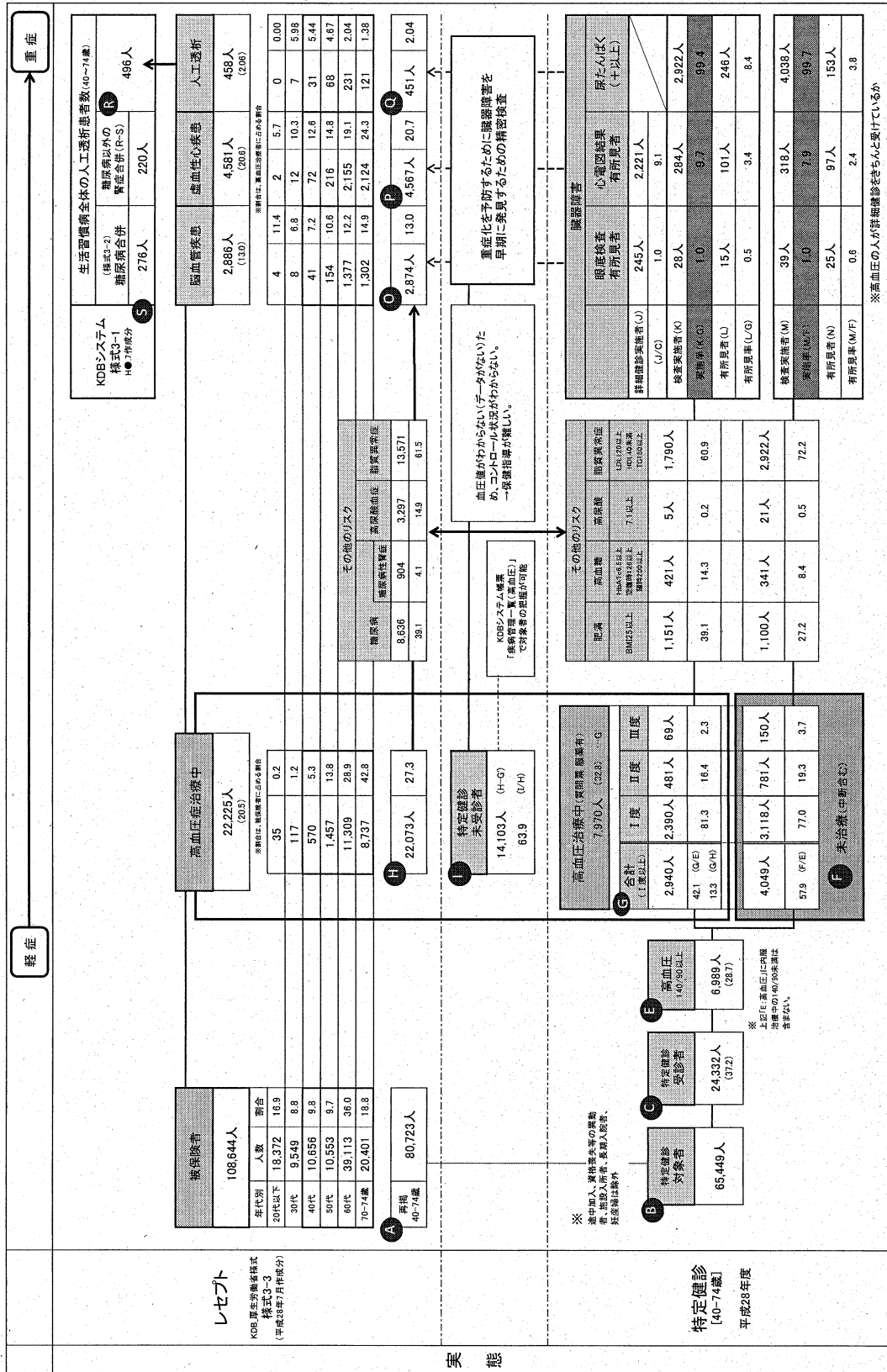
【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大分市の位置

項目			H25		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		
1	① 人口構成	総人口		466,307		466,307		26,184,847		1,178,822		124,852,975		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）		95,479	20.5	95,479	20.5	5,717,875	21.8	316,033	26.8	29,020,766	23.2		
		75歳以上		45,794	9.8	45,794	9.8			168,708	14.3	13,989,864	11.2		
		65～74歳		49,685	10.7	49,685	10.7			147,325	12.5	15,030,902	12.0		
		40～64歳		160,313	34.4	160,313	34.4			396,256	33.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下		210,515	45.1	210,515	45.1			466,533	39.6	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業		1.9		1.9		1.6		7.5		4.2		KDB NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業		23.7		23.7		20.8		24.3		25.2			
		第3次産業		74.4		74.4		77.6		68.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性		80.9		80.9		79.7		80.1		79.6		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		女性		87.4		87.4		86.3		86.9		86.4			
	④ 健康寿命	男性		65.7		65.7		65.3		65.4		65.2		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		女性		67.2		67.2		66.8		66.9		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	89.5		89.5		99.4		96.7		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
			女性	92.0		91.4		100.2		96.3		100			
		死 因	がん	1,133	49.7	1,170	52.1	73,988	50.6	3,836	49.2	367,905	49.6		
			心臓病	586	25.7	571	25.4	38,562	26.4	2,056	26.4	196,768	26.5		
			脳疾患	317	13.9	290	12.9	21,380	14.6	1,282	16.5	114,122	15.4		
			糖尿病	43	1.9	43	1.9	2,640	1.8	130	1.7	13,658	1.8		
			腎不全	98	4.3	92	4.1	4,696	3.2	283	3.6	24,763	3.3		
			自殺	101	4.4	79	3.5	4,988	3.4	205	2.6	24,294	3.3		
			合計												
		② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性												厚生省HP 人口動態調査
	女性														
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		20,984	21.8	22,964	23.7	1,241,046	22.6	64,908	20.5	5,885,270	21.2	KDB NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		304	0.3	416	0.3	25,741	0.3	1,027	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者		575	0.4	522	0.3	33,214	0.4	1,244	0.3	151,813	0.4		
		② 有病状況	糖尿病	5,243	24.1	5,789	24.5	296,945	23.2	14,337	21.0	1,350,152	22.1		
高血圧症			12,664	58.9	13,893	58.7	654,887	51.3	38,695	56.3	3,101,200	50.9			
脂質異常症			7,103	32.6	7,974	33.6	385,192	30.1	20,351	29.6	1,741,866	28.4			
心臓病			14,325	66.7	15,637	66.4	746,221	58.6	43,928	64.2	3,529,682	58.0			
脳疾患			5,526	25.9	5,708	24.6	321,385	25.5	17,992	26.6	1,538,683	25.5			
がん			2,215	10.1	2,528	10.8	140,650	11.0	6,704	9.7	631,950	10.3			
筋・骨格			12,420	57.4	13,700	58.2	659,322	51.7	37,930	55.4	3,067,196	50.3			
精神			8,494	38.8	10,177	42.7	459,559	35.9	28,020	40.5	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費			1件当たり給付費（全体）		53,564		51,175		53,946		61,490		58,284		
		居宅サービス	39,885		39,611		39,459		42,140		39,662				
④ 医療費等		施設サービス		283,700		280,352		285,181		280,160		281,186			
		要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり 認定なし	8,394 4,143		8,300 4,193		7,963 3,741		8,633 4,332		7,980 3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数		105,247		103,856		6,351,274		288,991		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		41,175	39.1	46,204	44.5			127,658	44.2	12,461,613	38.2		
		40～64歳		35,033	33.3	31,476	30.3			91,607	31.7	10,946,712	33.6		
		39歳以下		29,039	27.6	26,176	25.2			69,726	24.1	9,179,541	28.2		
		加入率		22.6		22.3		24.7		24.5		26.9			
	② 医療の概況 (人口100対)	病院数	54	0.5	53	0.5	1777	0.3	158	0.5	8,255	0.3	KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況		
		診療所数	385	3.7	387	3.7	24,041	3.8	972	3.4	96,727	3.0			
		病床数	7,511	71.4	7,430	71.5	334,708	52.7	20,042	69.4	1,524,378	46.8			
		医師数	1,214	11.5	1,229	11.8	83,749	13.2	3,177	11.0	299,792	9.2			
		外来患者数	7022		685.6		677.4		692.2		668.1				
		入院患者数	27.3		26.9		18.0		27.9		18.2				
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		28,901	県内10位 同規模3位	29,527	県内12位 同規模5位	24,719		29,603		24,245		KDB NO.3 健康・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		729.587		712.474		695.446		720.148		686.286			
		外 費用の割合	55.8		55.1		60.6		53.7		60.1				
		未 件数の割合	96.3		96.2		97.4		96.1		97.4				
入 費用の割合		44.2		44.9		39.4		46.3		39.9					
院 件数の割合		3.7		3.8		2.6		3.9		2.6					
1件あたり在院日数		17.4日		17.5日		15.6日		17.4日		15.6日					
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 (県別含む)	がん	3,871,254,450	18.1	4,627,165,690	21.3	255		20.8		25.6		KDB NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題			
	慢性腎不全（透析あり）	2,485,254,630	11.6	2,553,882,420	11.8	10.6		11.4		9.7					
	糖尿病	1,915,728,620	8.9	2,010,321,030	9.3	9.4		9.2		9.7					
	高血圧症	2,057,751,010	9.6	1,605,504,050	7.4	8.0		7.8		8.6					
	精神	4,733,809,560	22.1	4,931,894,500	22.7	17.1		22.1		16.9					
	筋・骨格	3,326,168,100	15.5	3,271,213,930	15.1	15.1		15.6		15.2					

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの実合

都道府県名	大分県	市町村名	大分市	同規模区分	2



大分市糖尿病性腎症重症化予防プログラム H29.7月作成

○ 事業目的

糖尿病性腎症患者の生活の質（QOL）の維持・向上のため、保険者において、医療機関等との連携により患者の重症化を予防する体制を整備する。

○ 成果目標

糖尿病性腎症の患者であって、未治療者及び治療中断者を医療に結びつけるとともに、人工透析導入前段階の患者の腎機能低下を遅延させ、人工透析導入を予防または導入の時期を遅らせる。

○ 対象者

40 歳～74 歳の国民健康保険加入者で、2 型糖尿病性腎症であり人工透析導入前の者、但し、特定保健指導実施者を除く。

1. プログラム① 県型モデル

（1）対象者

40 歳～74 歳の国民健康保険加入者で、2 型糖尿病性腎症であり人工透析導入前の者、但し、特定保健指導実施者を除く（腎機能が腎専門医紹介レベルの者の内、糖尿病性腎症第 3 期に該当する者）。

（2）対象者の選定方法

① 特定健診受診者の検査結果から以下の基準に該当する者を抽出する。

ア：HbA1c7.0%以上または空腹時血糖 130 mg/dl 以上で、
尿タンパク 2+以上

イ：HbA1c7.0%以上または空腹時血糖 130 mg/dl 以上で、eGFR 50 未満

② 対象者のレセプトから、治療状況を確認する。

③ レセプト・健診データから糖尿病性腎症第 3 期と思われる者を抽出し名簿を作成する。

なお、下記の者は除外する。

ア. がん患者で終末期にある者

イ. 認知機能障害及び重度の精神障害がある者

ウ、その他の疾患合併症等により、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

- ④ 事業参加に係る本人同意のもと、かかりつけ医に対し病期等の確認と介入の是非の調整を行い、保健指導対象者を決定する。

(3) プログラム実施までの手順

- ①対象者に対して、プログラムへの参加を働きかけ同意を得る。
- ②同意が得られた対象者のかかりつけ医から指示書（別紙1）をもらう。指示料については、診療情報提供料を標準とする（250点）。診療報酬と重複しないこととする。
- ③かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施し、指導実施後、その結果をかかりつけ医へ報告する。（別紙2）

(4) かかりつけ医と糖尿病専門医の連携

糖尿病患者への医療提供にあたり、かかりつけ医と糖尿病専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する。また、糖尿病性腎症以外の網膜症、神経障害などの合併症に対応するため眼科等、糖尿病専門医以外との医師との連携について検討する。

本人並びに連携機関が、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）情報を共有するため、糖尿病連携手帳・CKD手帳等を活用することが望ましい。

(5) 生活指導プログラムの内容

- ① 保健師、管理栄養士等による保健指導を実施する。
- ② 実施期間は当初指導6か月程度とし、当初指導終了後6か月後フォローアップのため、簡易な保健指導を行う。

(6) 実施結果のとりまとめ

① 確認の時期

対象者の選定時（または、保健指導開始時）、当初6か月程度の指導後及びフォローアップ時に（または、次年度の特定健診結果を活用し）確認を行う。

② 確認項目

次の各項目について、改善・維持・悪化の区分で確認を行う。

- ア 検査値（e-GFR、血糖、血圧、脂質、尿蛋白、尿中アルブミン量、尿中塩分量）
- イ 治療状況（服薬・注射）
- ウ 生活習慣改善状況（意欲含む）
- エ 保健指導の途中脱落の場合の脱落理由
- オ 未治療者または治療中断者に医療機関への受診勧奨を行い、治療を開始または再開した人数・割合

（７） 事業評価について

今後、データヘルス計画の中で位置づけ、中長期的な視点で事業の効果判定や検証等の評価を実施する。

2. プログラム② 糖尿病返信システム強化型

（１） 対象者

40～74 歳の国民健康保険加入者で、2 型糖尿病性腎症（糖尿病性腎症第 1～4 期）であり、糖尿病未治療の者

（２） 対象者の選定方法

- ① 特定健診等受診者の検査結果から以下の基準に該当する者を抽出する。

ア：HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上または随時血糖 160 mg/dl 以上

イ：糖尿病服薬なし、糖尿病未治療 ＊ア、イの両方を満たすもの

- ② レセプト・健診データから対象者と思われる者を抽出し、名簿を作成する。

（３） プログラム実施までの手順

- ① 健診結果より対象者を抽出し、名簿を作成する。
- ② 糖尿病返信システム一式（別紙 3）を対象者へ郵送する。

（４） かかりつけ医との連携

糖尿病患者への保健指導にあたり、かかりつけ医と糖尿病返信システムを活用し、かかりつけ医と連携を図る。本人並びに連携機関が、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）情報を共有するため、糖尿病連携手帳等を

活用することが望ましい。

(5) 生活指導プログラムの内容

- ① 糖尿病返信システム一式（別紙3）を、対象者へ郵送する。
- ② 返信システムの郵送1か月後に、返信状況を名簿にて確認する。
対象者のレセプトから、治療状況を確認する。
- ③ 返信あり ⇒ かかりつけ医より保健指導依頼がある場合は、指示
伺いを行い、訪問を実施。
保健指導依頼がない場合は、3か月後の受診継続がで
きているかを確認（電話または訪問）。
返信なし ⇒ 訪問にて受診勧奨、保健指導の実施。保健指導実施の3
か月後に、受診の有無・継続の確認（電話または訪問）。

(6) 実施結果の取りまとめ

① 確認の時期

対象者の選定時（または保健指導開始時）、もしくは、次年度の特定
健診結果を活用して把握。

② 確認項目

次の各項目について、改善・維持・悪化の区分で確認を行う。

- ア 検査値（e-GFR、血糖、血圧、脂質、尿蛋白、尿中アルブミン量、
尿中塩分量）
- イ 治療状況（服薬・注射など）
- ウ 生活習慣改善状況（意欲含む）
- エ 保健指導の途中脱落の場合の脱落理由
- オ 未治療者または、治療中断者に医療機関への受診勧奨を行い、
治療を開始または再開した人数・割合

(7) 事業評価について

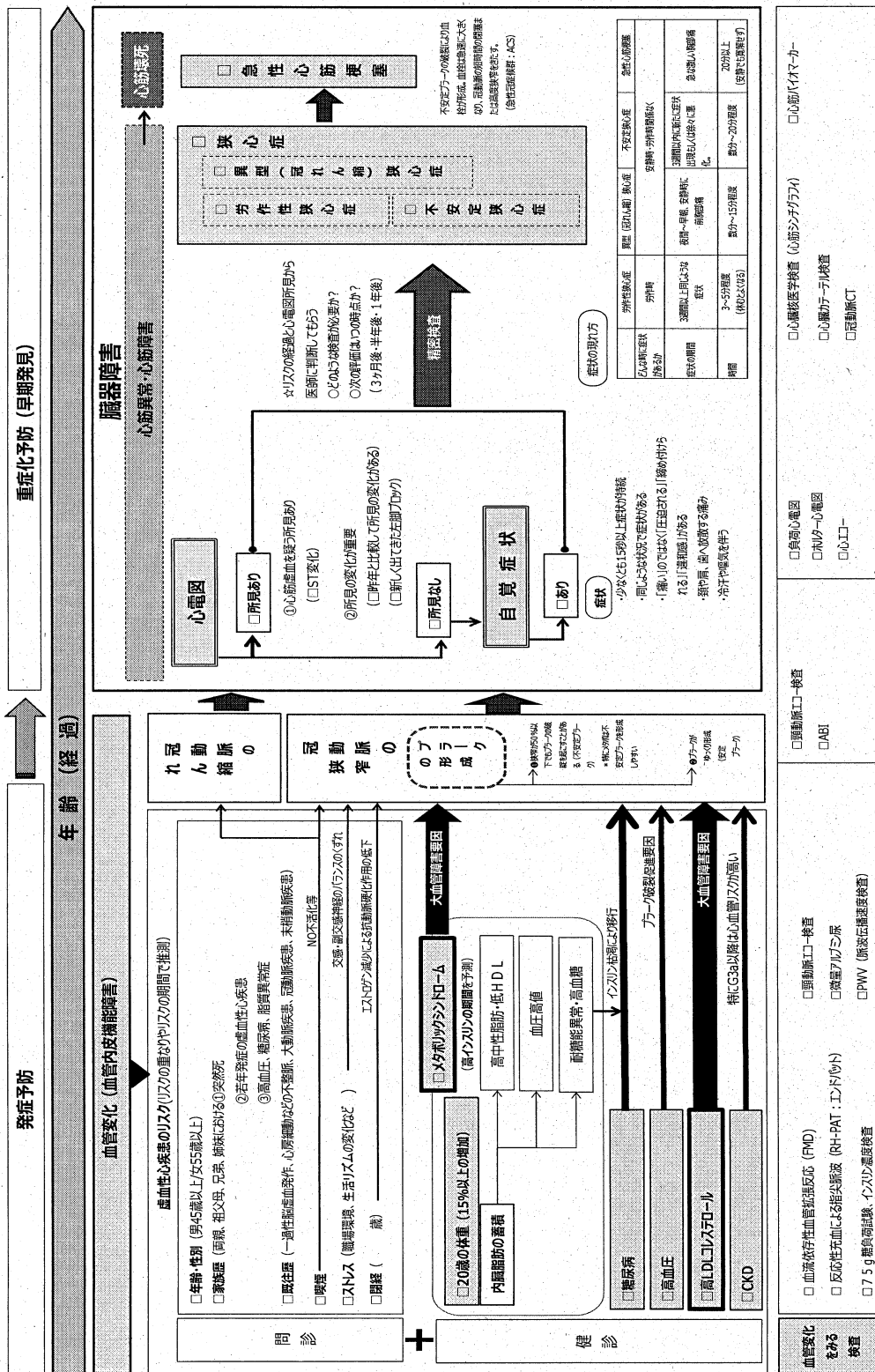
今後、データヘルス計画の中で位置づけをし、中長期的な視点で事業の効
果判定や検証等の評価を実施する。

【参考資料 4】

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 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55		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	108,644人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		80,723人								
2	①	対象者数	B	67,056人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	特定健診 受診者数	C	24,332人								
	③	受診率		35.0%								
3	①	特定 保健指導 対象者数										
	②	実施率										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	2,596人	10.7%						特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	1,319人	50.8%						
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	1,277人	49.2%						
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	563人	44.1%						
	⑤				血圧 130/80以上	290人	51.5%					
	⑥				肥満 BMI25以上	223人	39.6%					
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	715人	56.0%						
	⑧		第1期 尿蛋白(一)	M	2,024人	78.0%						
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		297人	11.4%						
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		259人	10.0%						
	⑪	第4期 eGFR30未満	18人		0.7%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		115.2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)		152.6人							
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は再掲40-74歳	入院外(件数)	63,404件	(816.2)				46,926件	(687.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④			入院(件数)	467件	(6.0)				328件	(4.8)	
	⑤		糖尿病治療中	H	12,517人	11.5%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		(再掲)40-74歳	I	12,317人	15.3%						
	⑦		健診未受診者	I	11,040人	89.6%						
	⑧		インスリン治療	O	1,037人	8.3%						
	⑨		(再掲)40-74歳	O	1,024人	8.3%						
	⑩		糖尿病性腎症	L	1,167人	9.3%						
	⑪		(再掲)40-74歳		1,159人	9.4%						
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		276人	2.21%						
	⑬		(再掲)40-74歳		273人	2.22%						
	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)		193人	2.8%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザ一	
6	①	医療費	総医療費		377億9559万円				285億7362万円		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		217億1324万円				157億7925万円			
	③		(総医療費に占める割合)		57.4%				55.2%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,472円				6,463円			
	⑤			健診未受診者	38,912円				36,888円			
	⑥		糖尿病医療費		20億1032万円				14億8471万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.3%				9.4%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		64億6796万円							
	⑨		1件あたり		39,138円							
	⑩		糖尿病入院総医療費		44億1224万円							
	⑪		1件あたり		557,030円							
	⑫		在院日数		18日							
	⑬		慢性腎不全医療費		26億9716万円				17億7484万円			
	⑭		透析有り		25億5388万円				16億7088万円			
	⑮	透析なし		1億4327万円				1億0397万円				
7	①	介護	介護給付費		330億1797万円				257億8233万円			
	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)		43人	1.2%			40人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料 5】

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 6】

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化	⑤ 重症化予防対象者				
		☐ その他所見					
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者				
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	⑤ 重症化予防対象者					
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。	⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
④ ☐ メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男：85～ 女：90～			【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比 ☐ 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）	
	☐ BMI	～24.9	25～				
	☐ 中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～
		食後	～199		200～		
	☐ HDL-C	40～	35～39		～34		
	☐ nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	☐ ALT	～30	31～50		51～		
	☐ γ-GT	～50	51～100		101～		
	☐ 血糖	空腹	～99		100～125		126～
		食後	～139		140～199		200～
	☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～		
	☐ 血圧	収縮期	～129		130～139		140～
		拡張期	～84		85～89		90～
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ ☐ LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
☐ CKD重症度分類		G3aA1					

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート