

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付け

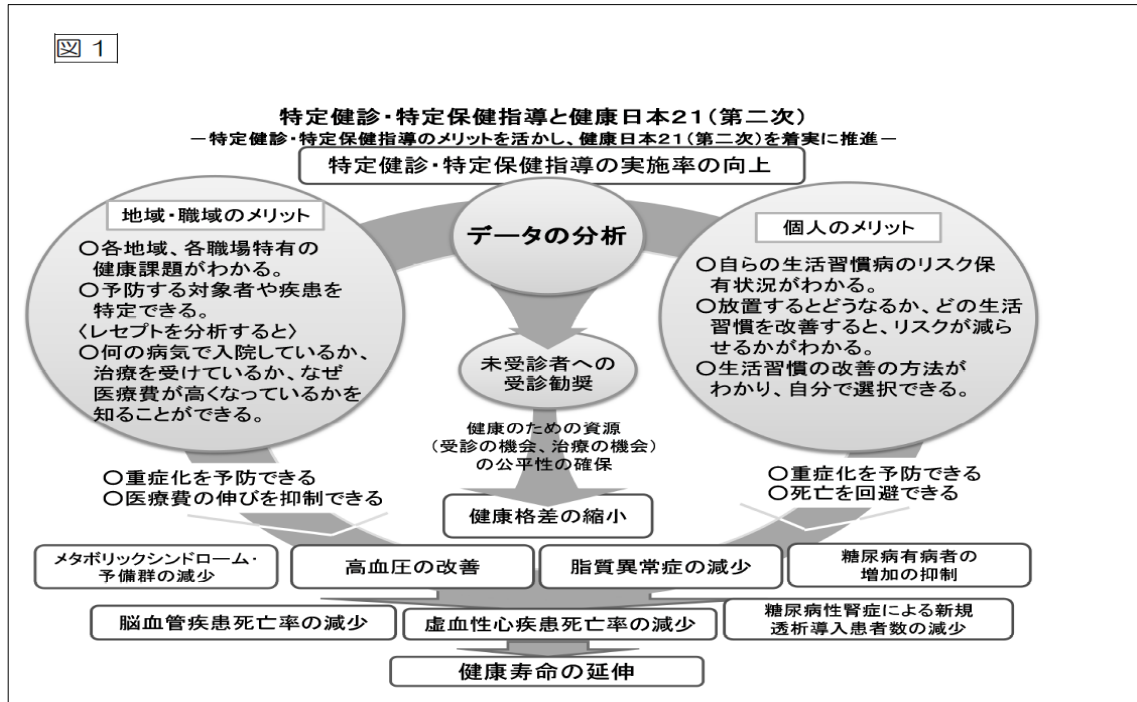
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

■平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ 【図表1】

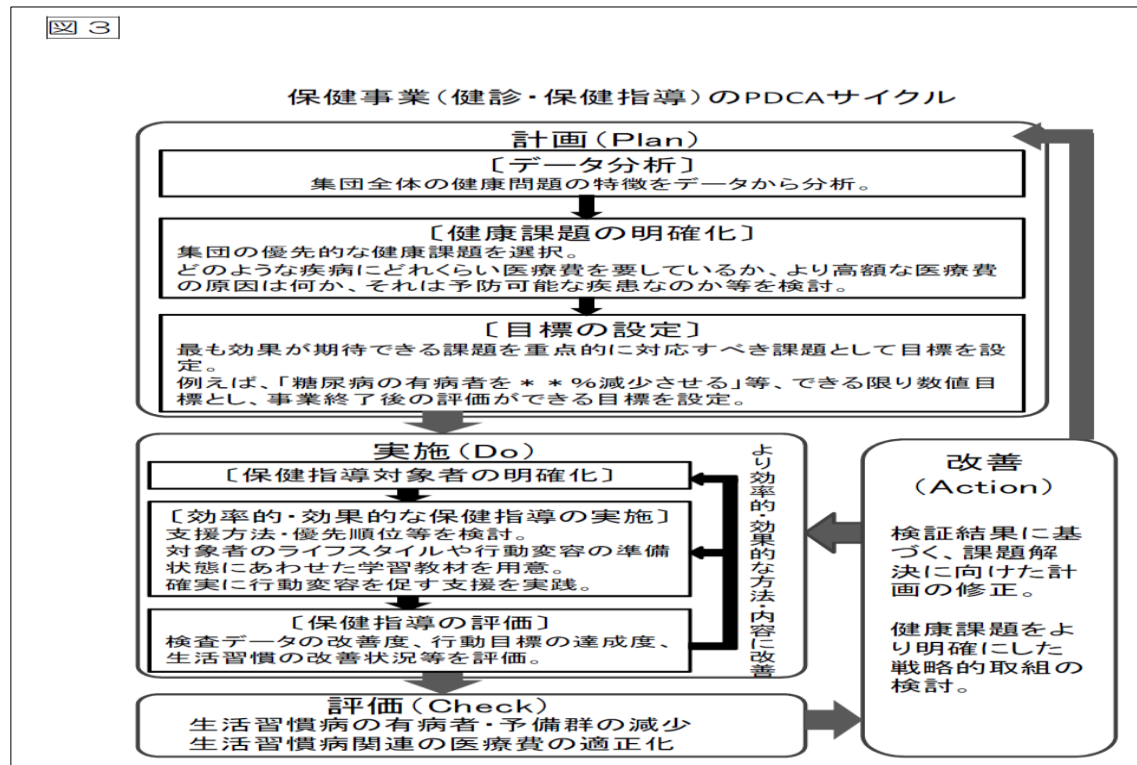
「健康日本21」計画		「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施等)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第92条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年告示 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年告示 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年告示 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等」に関する方針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成24年告示 介護保険事業法に係る関係給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年告示 医療費適正化に関する施策について基本方針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成24年告示 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重点とし、社会生活を営むために必要とされる生活習慣の維持向上を目的とし、その結果、 社会生活機能の維持向上 を図るとともに、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを旨とする。	生活習慣の改善による慢性疾患の 発症予防 や 重症化予防 を目的とし、慢性疾患を予防することができれば、重症化を予防することができ、さらには 重症化や合併症の発生を抑制 し、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、 医療の持続 を追求することが可能となる。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 重症化予防 や 重症化予防 の取組について、 医療費適正化 の観点から中心として、被保険者の社会生活機能向上を図るための取組を推進することを旨とする。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態に陥るリスクの軽減を図ることは、要介護予防等の取組も重要な役割を担っている。	国民生活機能の維持 し、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないよう努めるとともに、 医療費適正化 の観点から、国民生活機能の維持向上を図るための取組を推進することを旨とする。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において取り残れない医療の提供 を実現し、良質なかつ適切な医療を効率的に提供するための取組を推進する。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若年期 、 壮年期 、 高齢期)にわたって	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層(若年世代、小児期からの生活習慣づくり)	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 脂質異常症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 脳血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※50項目中 特定健診に関する項目15項目 ①特定健診実施率 ②特定保健指導実施率 ③特定保健指導実施率 ④特定保健指導実施率 ⑤特定保健指導実施率 ⑥特定保健指導実施率 ⑦特定保健指導実施率 ⑧特定保健指導実施率 ⑨特定保健指導実施率 ⑩特定保健指導実施率 ⑪特定保健指導実施率 ⑫特定保健指導実施率 ⑬特定保健指導実施率 ⑭特定保健指導実施率 ⑮特定保健指導実施率	①特定健診実施率 ②特定保健指導実施率	①特定健診実施率 ②特定保健指導実施率 ③特定保健指導実施率 ④特定保健指導実施率 ⑤特定保健指導実施率 ⑥特定保健指導実施率 ⑦特定保健指導実施率 ⑧特定保健指導実施率 ⑨特定保健指導実施率 ⑩特定保健指導実施率 ⑪特定保健指導実施率 ⑫特定保健指導実施率 ⑬特定保健指導実施率 ⑭特定保健指導実施率 ⑮特定保健指導実施率	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 ②医療費適正化の取組 ③一人あたり外来医療費の削減 ④特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ⑤介護給付費の削減 ⑥慢性疾患予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病等事業 ②在宅医療連携体制 ③地域の実情に応じて変更
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)】を減額し、保険料率決定			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

下呂市においては、市民課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康医療課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者福祉部局（高齢福祉課）、介護保険部局（高齢福祉課）、企画部局（企画課）、生活保護部局（社会福祉課）、障がい福祉部局（社会福祉課）とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・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、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

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

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

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

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

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

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

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努める

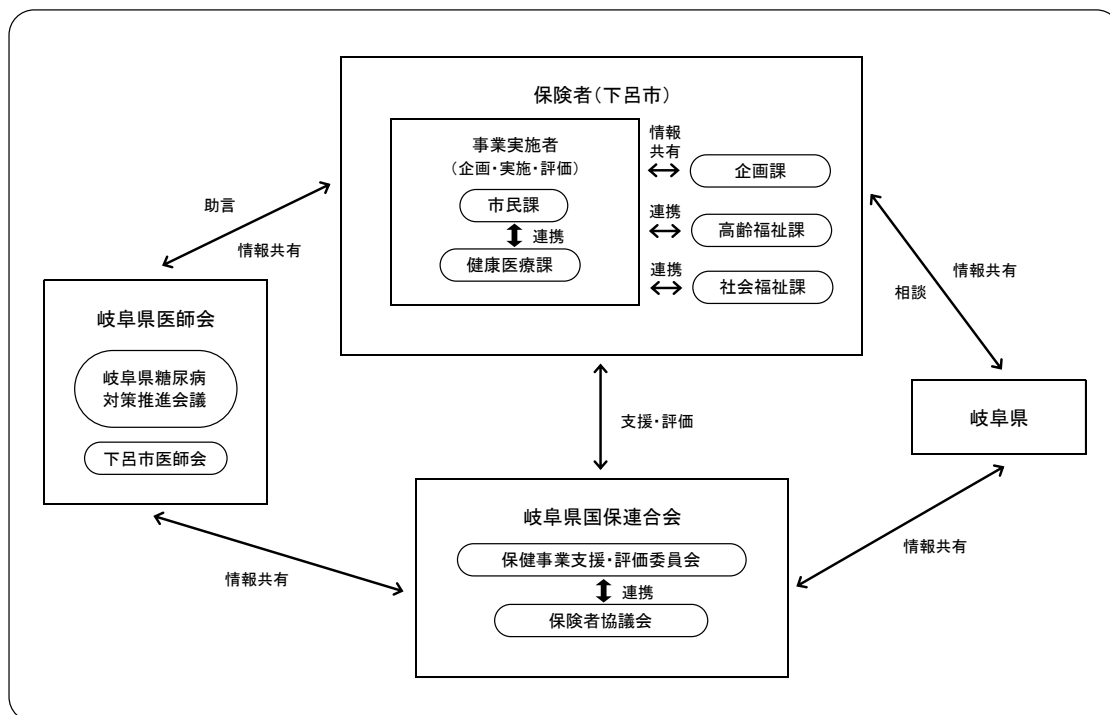
ことが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

■下呂市の実施体系図

【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、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表 5)

■保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		482			
総得点(体制構築加点含む)		251			
全国順位(1,741市町村中)		166			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
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				40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	20			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	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 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）の割合は大幅に減少していた。死因別には、心臓病による死亡割合は増加していたが、脳疾患、腎不全による死亡は減少していた。

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が上昇しており、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める外来費用の割合は減少し、入院費用割合が増加していることがわかった。一人あたり医療費は増加したものの県内順位は下がった（上位が高額）。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

下呂市の介護給付費は全体では増えているのに対して、1件あたりの給付費は減っている。同規模平均と比較すると、給付費は居宅サービス・施設サービスともに低いが、居宅サービスが増えている。（図表6）

■介護給付費の変化

【図表6】

年度	下呂市				同規模平均		
	介護給付費	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	29億3,320万円	57,342	35,498	257,908	67,562	41,726	283,881
H28年度	29億8,800万円	54,937	36,658	258,380	66,717	41,744	278,164

②医療費の状況

総医療費は入院・入院外ともに減少しており、伸び率を同規模と比較しても医療費を抑制できていることがわかる。ただし、一人当たり医療費の入院は増加している。(図表 7)

■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	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費 (円)	H25年度	30億2,560万円				12億8,910万				17億3,650万			
	H28年度	27億9,330万円	△2億3,230万円	-7.7	-2.9	12億3,530万	△5,380万	-4.2	0.4	15億5,800万	△1億7,850万	-10.3	-5.0
一人当たり 医療費 (円)	H25年度	26,362				11,230				15,132			
	H28年度	28,137	1,775	6.7	8.2	12,437	1,207	10.7	8.5	15,700	568	3.8	8.1

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

一人あたり医療費は増加しており、県や国と比較しても高額となっているが、同規模や県内での順位は下がっている。(上位のほうが高額)

中長期目標疾患では、慢性腎臓病に係る医療費は増加したが、脳血管疾患・虚血性心疾患にかかる医療費は減少した。短期目標疾患では、高血圧に係る医療費は減少、糖尿病に係る医療費は増加、脂質異常症に係る医療費は国や県と比較しても高い現状であることがわかる。(図表 8)

■データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表 8】

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 梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	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)	
H25	下呂市	3,025,641,310	26,362	114位	2位	4.83%	0.19%	2.91%	2.55%	5.05%	7.84%	3.94%	826,222,460	27.31%	12.67%	10.98%	8.41%
H28		2,793,303,140	28,137	121位	5位	4.94%	0.21%	1.83%	1.84%	5.32%	5.17%	3.94%	649,503,180	23.25%	12.09%	12.45%	8.02%
H28	岐阜県	165,904,416,230	23,291	—	—	5.79%	0.39%	2.43%	3.04%	5.93%	6.81%	3.42%	46,118,832,420	27.80%	12.68%	8.42%	8.41%
	国	9,715,899,908,610	22,383	—	—	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,480,578,622,250	25.53%	12.54%	9.39%	8.41%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

【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

中長期的な目標では、虚血性心疾患・脳血管疾患の割合は減少している。人工透析は微増ではあるが、64歳以下の人数は減少している。

また、これらの血管変化に共通するリスクとなる疾患(短期目標)では、高血圧と脂質異常症は減少傾向であるが、糖尿病は増加している。

64歳以下の年代の糖尿病リスク保有割合がどの疾患でも増加していることも踏まえ、糖尿病性腎症の予防に限らず、脳血管疾患・虚血性心疾患の予防には糖尿病の課題解決をしていく必要がある。(図表 9)

■中長期的疾患と血管変化に共通するリスクの治療割合

【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	9,683	514	5.3%	182	35.4%	8	1.6%	391	76.1%	229	44.6%	350	68.1%
	64歳以下	5,724	124	2.2%	35	28.2%	4	3%	92	74.2%	58	46.8%	85	68.5%
	65歳以上	3,959	390	9.9%	147	37.7%	4	1.0%	299	76.7%	171	43.8%	265	67.9%
H28	全体	8,463	350	4.1%	57	16.3%	3	0.9%	258	73.7%	188	53.7%	250	71.4%
	64歳以下	4,276	57	1.3%	8	14.0%	0	0%	41	71.9%	31	54.4%	40	70.2%
	65歳以上	4,187	293	7.0%	49	16.7%	3	1.0%	217	74.1%	157	53.6%	210	71.7%

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	9,683	562	5.8%	182	32.4%	7	1.2%	427	76.0%	228	40.6%	381	67.8%
	64歳以下	5,724	145	2.5%	35	24.1%	4	3%	106	73.1%	63	43.4%	94	64.8%
	65歳以上	3,959	417	10.5%	147	35.3%	3	0.7%	321	77.0%	165	39.6%	287	68.8%
H28	全体	8,463	357	4.2%	57	16.0%	4	1.1%	274	76.8%	193	54.1%	226	63.3%
	64歳以下	4,276	64	1.5%	8	12.5%	1	1.6%	47	73.4%	32	50.0%	39	60.9%
	65歳以上	4,187	293	7.0%	49	16.7%	3	1.0%	227	77.5%	161	54.9%	187	63.8%

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	9,683	24	0.2%	7	29.2%	8	33.3%	23	95.8%	14	58.3%	13	54.2%
	64歳以下	5,724	12	0.2%	4	33.3%	4	33%	12	100.0%	6	50.0%	7	58.3%
	65歳以上	3,959	12	0.3%	3	25.0%	4	33.3%	11	91.7%	8	66.7%	6	50.0%
H28	全体	8,463	25	0.3%	4	16.0%	3	12.0%	20	80.0%	14	56.0%	7	28.0%
	64歳以下	4,276	9	0.2%	1	11.1%	0	0.0%	6	66.7%	5	55.6%	2	22.2%
	65歳以上	4,187	16	0.4%	3	18.8%	3	18.8%	14	87.5%	9	56.3%	5	31.3%

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク

共通リスクをみると、高血圧・脂質異常症の治療者は減少傾向にあるが、糖尿病治療者は増加している。

また、中長期目標の疾患をみると、全体的には減少傾向であるが、糖尿病で治療している者の中長期目標の疾患治療者の割合が高い。糖尿病性腎症は増加しているが、人工透析は増加していないため、早期介入により重症化を予防できているのではないかと推測される。引き続き糖尿病に対する取り組みが必要と考える。(図表 10)

■共通するリスク治療者が他疾患を併せ持つ割合

【図表 10】

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	
H25	全体	9,683	1,162	12.0%	82	7.1%	838	72.1%	825	71.0%	229	19.7%	228	19.6%	14	1.2%	191	16.4%
H25	64歳以下	5,724	377	6.6%	30	8.0%	258	68.4%	270	71.6%	58	15.4%	63	16.7%	6	1.6%	80	21.2%
	65歳以上	3,959	785	19.8%	52	6.6%	580	73.9%	555	70.7%	171	21.8%	165	21.0%	8	1.0%	111	14.1%
H28	全体	8,463	1,240	14.7%	65	5.2%	856	69.0%	849	68.5%	188	15.2%	193	15.6%	14	1.1%	204	16.5%
H28	64歳以下	4,276	298	7.0%	16	5.4%	194	65.1%	199	66.8%	31	10.4%	32	10.7%	5	1.7%	61	20.5%
	65歳以上	4,187	942	22.5%	49	5.2%	662	70.3%	650	69.0%	157	16.7%	161	17.1%	9	1.0%	143	15.2%

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	
H25	全体	9,683	2,342	24.2%	838	35.8%	1,436	61.3%	391	16.7%	427	18.2%	23	1.0%
H25	64歳以下	5,724	691	12.1%	258	37.3%	403	58.3%	92	13.3%	106	15.3%	12	1.7%
	65歳以上	3,959	1,651	41.7%	580	35.1%	1,033	62.6%	299	18.1%	321	19.4%	11	0.7%
H28	全体	8,463	2,037	24.1%	856	42.0%	1,267	62.2%	258	12.7%	274	13.5%	20	1.0%
H28	64歳以下	4,276	461	10.8%	194	42.1%	288	62.5%	41	8.9%	47	10.2%	6	1.3%
	65歳以上	4,187	1,576	37.6%	662	42.0%	979	62.1%	217	13.8%	227	14.4%	14	0.9%

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	
H25	全体	8,463	2,150	25.4%	825	38.4%	1,436	66.8%	350	16.3%	381	17.7%	13	0.6%
H25	64歳以下	4,276	681	15.9%	270	39.6%	403	59.2%	85	12.5%	94	13.8%	7	1.0%
	65歳以上	4,187	1,469	35.1%	555	37.8%	1,033	70.3%	265	18.0%	287	19.5%	6	0.4%
H28	全体	8,463	1,972	23.3%	849	43.1%	1,267	64.2%	250	12.7%	226	11.5%	7	0.4%
H28	64歳以下	4,276	502	11.7%	199	39.6%	288	57.4%	40	8.0%	39	7.8%	2	0.4%
	65歳以上	4,187	1,470	35.1%	650	44.2%	979	66.6%	210	14.3%	187	12.7%	5	0.3%

②リスクの健診結果経年変化

健診データの有所見割合は、男女ともに尿酸・LDL・クレアチンは減少しているが、それ以外は高くなっていった。年代別にみると、64歳以下では女性の有所見者率が増加しており、特にHbA1cは64歳女性だけが増加している。

メタボリックシンドローム該当者の割合が男女とも増加しており、中でも血糖・血圧・脂質すべての項目が基準値以上である者の割合が増加している。メタボリックシンドロームの解決が重要である。(図表 11・12)

【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)

男性	BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
	25以上	85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	320	20.7	662	42.8	364	23.5	271	17.5	97	6.3	383	24.9	716	46.3	371	24.0	785	50.7	408	26.4	747	48.3	50	3.2
H25	40-64	152	24.9	271	44.4	168	27.5	143	23.4	32	5.2	125	20.5	238	39.0	169	27.7	276	45.2	200	32.8	318	52.1	13	2.1
	65-74	168	17.9	391	41.7	196	20.9	128	13.7	65	6.9	258	27.5	478	51.0	202	21.6	509	54.3	208	22.2	429	45.8	37	3.9
H28	合計	352	22.6	668	42.9	361	23.2	274	17.6	106	6.8	415	26.7	764	49.1	314	20.2	819	52.6	473	30.4	618	39.7	38	2.4
H28	40-64	128	26.5	206	42.7	122	25.3	115	23.8	25	5.2	108	22.4	179	37.1	112	23.2	194	40.2	150	31.1	208	43.1	8	1.7
	65-74	224	20.9	462	43.1	239	22.3	159	14.8	81	7.5	307	28.6	585	54.5	202	18.8	625	58.2	323	30.1	410	38.2	30	2.8
女性	BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
	25以上	90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	271	14.2	245	12.8	268	14.0	140	7.3	30	1.6	226	11.8	928	48.5	57	3.0	783	40.9	261	13.6	1,072	56.0	7	0.4
H25	40-64	108	14.6	86	11.6	90	12.1	54	7.3	10	1.3	71	9.6	295	39.8	19	2.6	227	30.6	95	12.8	440	59.3	2	0.3
	65-74	163	13.9	159	13.6	178	15.2	86	7.3	20	1.7	155	13.2	633	54.1	38	3.2	556	47.5	166	14.2	632	54.0	5	0.4
H28	合計	294	15.4	267	14.0	295	15.5	138	7.2	43	2.3	256	13.4	936	49.0	40	2.1	937	49.1	320	16.8	947	49.6	1	0.1
H28	40-64	90	14.6	73	11.9	81	13.1	42	6.8	9	1.5	67	10.9	256	41.6	10	1.6	222	36.0	98	15.9	318	51.6	0	0.0
	65-74	204	15.8	194	15.0	214	16.6	96	7.4	34	2.6	189	14.6	680	52.6	30	2.3	715	55.3	222	17.2	629	48.6	1	0.1

■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 12】

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		男性	合計	1,547	47.5	67	4.3%	260	16.8%	7	0.5%	180	11.6%	73	4.7%	335	21.7%	39	2.5%	11	0.7%	199	12.9%	86
	H25	40-64	610	42.2	34	5.6%	112	18.4%	5	0.8%	76	12.5%	31	5.1%	125	20.5%	12	2.0%	8	1.3%	82	13.4%	23	3.8%
		65-74	937	51.8	33	3.5%	148	15.8%	2	0.2%	104	11.1%	42	4.5%	210	22.4%	27	2.9%	3	0.3%	117	12.5%	63	6.7%
	H28	合計	1,556	53.6	64	4.1%	230	14.8%	5	0.3%	175	11.2%	50	3.2%	374	24.0%	40	2.6%	17	1.1%	207	13.3%	110	7.1%
		40-64	483	44.9	34	7.0%	74	15.3%	1	0.2%	48	9.9%	25	5.2%	98	20.3%	5	1.0%	6	1.2%	57	11.8%	30	6.2%
		65-74	1,073	58.8	30	2.8%	156	14.5%	4	0.4%	127	11.8%	25	2.3%	276	25.7%	35	3.3%	11	1.0%	150	14.0%	80	7.5%
女性	合計	1,913	54.5	30	1.6%	96	5.0%	3	0.2%	63	3.3%	30	1.6%	119	6.2%	10	0.5%	6	0.3%	86	4.5%	17	0.9%	
	H25	40-64	742	51.9	16	2.2%	37	5.0%	0	0.0%	23	3.1%	14	1.9%	33	4.4%	2	0.3%	2	0.3%	23	3.1%	6	0.8%
		65-74	1,171	56.2	14	1.2%	59	5.0%	3	0.3%	40	3.4%	16	1.4%	86	7.3%	8	0.7%	4	0.3%	63	5.4%	11	0.9%
	H28	合計	1,909	61.8	24	1.3%	80	4.2%	1	0.1%	57	3.0%	22	1.2%	163	8.5%	8	0.4%	3	0.2%	107	5.6%	45	2.4%
		40-64	616	55.1	13	2.1%	25	4.1%	0	0.0%	18	2.9%	7	1.1%	35	5.7%	1	0.2%	2	0.3%	22	3.6%	10	1.6%
		65-74	1,293	65.6	11	0.9%	55	4.3%	1	0.1%	39	3.0%	15	1.2%	128	9.9%	7	0.5%	1	0.1%	85	6.6%	35	2.7%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は、平成 28 年度より治療中で健診を受けていない人への取り組みとして情報提供事業を実施したことが受診率向上の要因であると推測される。（図表 13）

【図表 13】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								下呂市	同規模平均
H25年度	6,771	3,460	51.1	7位	306	302	92.6	51.1	55.7
H28年度	5,984	3,465	57.9	4位↑	267	239	89.5	48.4	51.2

※H28年度はH29.11月時点

2) 第 1 期に係る考察

中長期目標である慢性腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患は、国や県と比較して良い状況であり、平成 25 年度と比較しても、脳血管疾患・虚血性心疾患は減少し、重症化予防につなげることができた。その結果、総医療費や一人医療費の伸び率を抑えることができたと思われる。しかし、入院医療費、慢性腎不全は増加していたが、人工透析者が併せ持つ疾患（中長期目標および短期的目標の疾患）の割合は減少しているため、慢性腎不全は減少につながる可能性があるかと期待できる。

健診データを見ると、メタボリックシンドロームは減少していない。メタボリックシンドロームは、心血管疾患のハイリスクな状態であり、それと知らずに放置されると確実に進行する状態であるが、保健指導によって確実に予防できる病態である。さらなる医療費の抑制のためにもこれは重要な取り組むべき課題である。

また、精神疾患の占める医療費の割合が国や県と比較してもかなり多いことから、福祉部門との連携も必要となってくる。

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

一人あたりの医療費は、県や同規模、国と比較しても高額である。また、入院件数は3.3%で総医療費の44%を占めており、一人あたり医療費を減らしていくためにも入院を減らしていく必要がある。(図表14)

【図表14】

	一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	比較対象			
		保険者	県	同規模平均	国
		28,137円	25,250円	27,772円	24,245円
0.0 20.0 40.0 60.0 80.0 100.0					
H28	外来 ★NO.1【医療】	件数	96.7		
		費用額	55.8		
	入院 ★NO.1【医療】	件数	3.3		
		費用額	44.2		

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

長期入院では、脳血管疾患が1割を占め、生活習慣病治療者数も脳血管疾患が一番多い。人工透析患者のうち、半数以上が糖尿病性腎症であり、費用額も高額である。基礎疾患の重なりでは高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも7割以上となっている。

重なりのない生活習慣病の治療者数に比べ、重症化した疾患治療者（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の基礎疾患（高血圧、糖尿病、脂質異常症）保有割合はいずれも高い。基礎疾患をきちんと治療することで重症化させないことが必要である。(図表15)

【図表15】

厚労省様式	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	49件	0件 0.0%	3件 6.1%	--
		費用額	1億3047万円	--	730万円 5.6%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	836件	81件 9.7%	72件 8.6%	--
		費用額	3億3108万円	3441万円 10.4%	2684万円 8.1%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	318件	60件 18.9%	53件 16.7%	173件 54.4%
		費用額	1億5129万円	3110万円 20.6%	2744万円 18.1%	8631万円 57.1%
厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合		3,662人	357人 9.7%	350人 9.6%	204人 5.6%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	274人 76.8%	258人 73.7%	152人 74.5%
			糖尿病	193人 54.1%	188人 53.7%	204人 100%
			脂質異常症	226人 63.3%	250人 71.4%	189人 92.6%
		高血圧症	2,037人 55.6%	1,240人 33.9%	1,972人 53.9%	420人 11.5%

(3) 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護者の9割以上が血管疾患系をもっており、筋骨格系を大きく上回っている。64歳以下の2号保険者では、脳卒中によるものが多い実態であった。脳卒中は入院が長期化し、医療費や介護費用の増大につながる。また、介護認定者の医療費は認定なしの者に比べて2倍以上高くなっている。

疾病の長期化や医療費の抑制のためにも、早期の発見、介入が必要である。(図表 16)

【図表 16】

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		12,026人	5,287人	6,718人	12,005人				24,031人			
	認定者数		31人	156人	1,898人	2,054人				2,085人			
	認定率		0.26%	3.0%	28.3%	17.1%				8.7%			
	新規認定者数		1人	2人	35人	37人				38人			
介護度別人数	要支援1・2		4	12.9%	33	21.2%	376	19.8%	409	19.9%	413	19.8%	
	要介護1・2		17	54.8%	67	42.9%	822	43.3%	889	43.3%	906	43.5%	
	要介護3～5		10	32.3%	56	35.9%	700	36.9%	756	36.9%	766	36.7%	
要介護 突合状況 ★NO.49	疾病	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
		件数	--	170		1415		0		1415		1585	
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	112 65.9%	脳卒中	790 55.8%	脳卒中	0 --	脳卒中	790 55.8%	脳卒中	902 56.9%
			2	虚血性心疾患	25 14.7%	虚血性心疾患	267 18.9%	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	267 18.9%	虚血性心疾患	292 18.4%
			3	腎不全	19 11.2%	腎不全	151 10.7%	腎不全	0 --	腎不全	151 10.7%	腎不全	170 10.7%
		基礎疾患	糖尿病等	157 92.4%	糖尿病等	1278 90.3%	糖尿病等	0 --	糖尿病等	1278 90.3%	糖尿病等	1435 90.5%	
		血管疾患合計	合計	157 92.4%	合計	1331 94.1%	合計	0 --	合計	1331 94.1%	合計	1488 93.9%	
	認知症	認知症	13 7.6%	認知症	387 27.3%	認知症	0 --	認知症	387 27.3%	認知症	400 25.2%		
	筋・骨格疾患	筋骨格系	113 66.5%	筋骨格系	1202 84.9%	筋骨格系	0 --	筋骨格系	1202 84.9%	筋骨格系	1315 83.0%		

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						8,384
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			3,435			

2) 健診受診者の実態

全国や県と比較すると全体的に有所見者の割合は低い、男女ともに血圧、尿酸の割合が高い。男性はクレアチニンの有所見者も多い。高血圧と尿酸が重なることで血管障害を引き起こし、糸球体の機能を失わせて慢性腎不全へと進展させてしまう。そのため、糖尿病性腎症はもとより、下呂市においては腎硬化症への取組も必要である。(図表 17・18)

【図表 17】

■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 6-2~7)

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	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	15,385	26.6	26,598	45.9	16,979	29.3	9,891	17.1	5,582	9.6	10,977	18.9	30,994	53.5	10,752	18.6	27,691	47.8	12,127	20.9	26,718	46.1	1,216	2.1	
保険者	合計	352	22.6	668	42.9	361	23.2	274	17.6	106	6.8	415	26.7	764	49.1	314	20.2	819	52.6	473	30.4	618	39.7	38	2.4
	40-64	128	26.5	206	42.7	122	25.3	115	23.8	25	5.2	108	22.4	179	37.1	112	23.2	194	40.2	150	31.1	208	43.1	8	1.7
	65-74	224	20.9	462	43.1	239	22.3	159	14.8	81	7.5	307	28.6	585	54.5	202	18.8	625	58.2	323	30.1	410	38.2	30	2.8
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	13,755	18.1	12,148	16.0	14,520	19.1	5,752	7.6	1,771	2.3	7,962	10.5	40,194	52.9	1,675	2.2	32,481	42.8	9,685	12.8	43,078	56.7	166	0.2	
保険者	合計	294	15.4	267	14.0	295	15.5	138	7.2	43	2.3	256	13.4	936	49.0	40	2.1	937	49.1	320	16.8	947	49.6	1	0.1
	40-64	90	14.6	73	11.9	81	13.1	42	6.8	9	1.5	67	10.9	256	41.6	10	1.6	222	36.0	98	15.9	318	51.6	0	0.0
	65-74	204	15.8	194	15.0	214	16.6	96	7.4	34	2.6	189	14.6	680	52.6	30	2.3	715	55.3	222	17.2	629	48.6	1	0.1

■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 18】

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	
	男性	合計	1,556	53.6	64	4.1%	230	14.8%	5	0.3%	175	11.2%	50	3.2%	374	24.0%	40	2.6%	17	1.1%	207	13.3%	110
保険者	40-64	483	44.9	34	7.0%	74	15.3%	1	0.2%	48	9.9%	25	5.2%	98	20.3%	5	1.0%	6	1.2%	57	11.8%	30	6.2%
	65-74	1,073	58.8	30	2.8%	156	14.5%	4	0.4%	127	11.8%	25	2.3%	276	25.7%	35	3.3%	11	1.0%	150	14.0%	80	7.5%
女性	合計	1,909	61.8	24	1.3%	80	4.2%	1	0.1%	57	3.0%	22	1.2%	163	8.5%	8	0.4%	3	0.2%	107	5.6%	45	2.4%
保険者	40-64	616	55.1	13	2.1%	25	4.1%	0	0.0%	18	2.9%	7	1.1%	35	5.7%	1	0.2%	2	0.3%	22	3.6%	10	1.6%
	65-74	1,293	65.6	11	0.9%	55	4.3%	1	0.1%	39	3.0%	15	1.2%	128	9.9%	7	0.5%	1	0.1%	85	6.6%	35	2.7%

3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

HbA1cは、治療中の6.5%以上が多く、特に治療中の者の3割以上が合併症を引き起こしやすい7.0%以上であった。

血圧は、Ⅱ度以上高血圧者の割合が新規健診受診者に高い。LDLは、治療していない者に受診勧奨レベル者の割合が高い。(図表19)

【図表19】



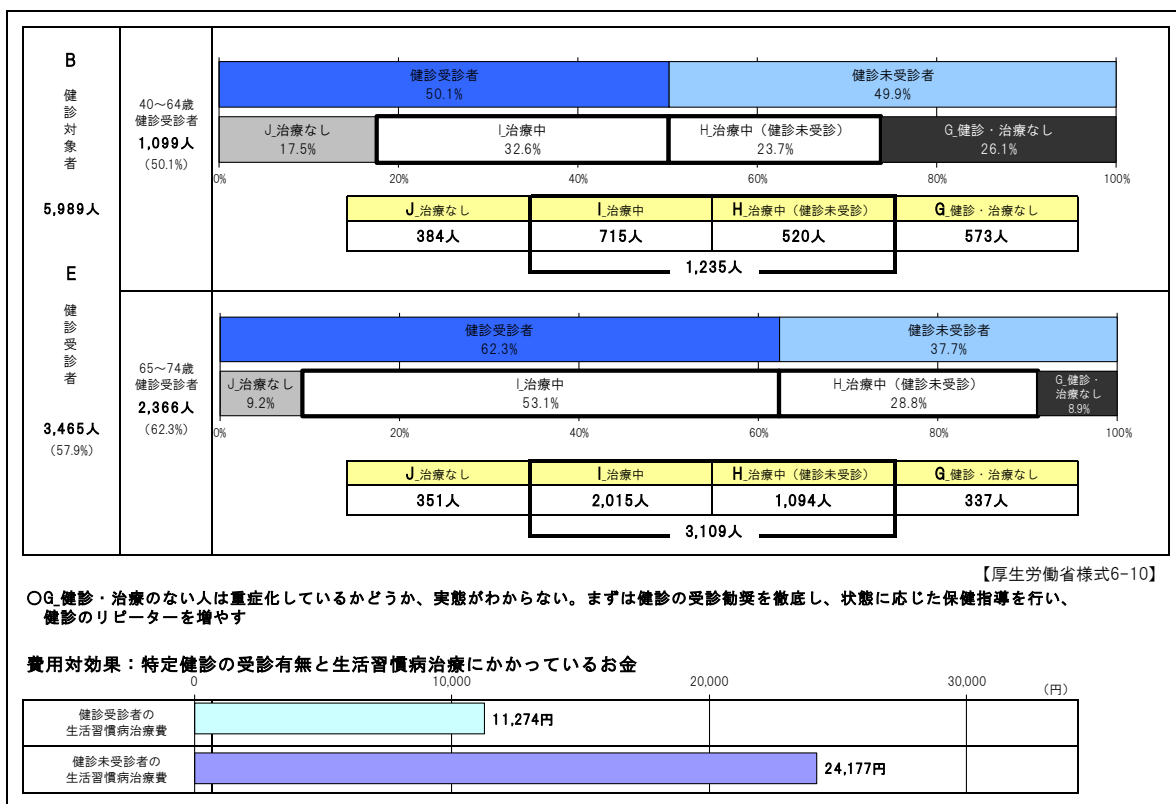
4) 未受診者の把握

医療費適正化において生活習慣病の発症予防、重症化予防は最も重要な取り組みである。これらの取り組みのためには、健診データから対象者を明確にし対策を検討する必要があるが、下呂市では年齢の若い40～64歳の健診受診者が約半数という現状である。また、健診も治療も受けていないために体の実態がわからない人（G）が573人（26.1%）いる。

健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人あたり医療費は、健診受診者よりも12,903円高い。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受けないことには体の実態を把握することができない。また、医療費の面でも健診受診者のほうが費用が安いことがわかることから健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症・重症化予防に努める必要がある。（図表20）

【図表20】



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ヵ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10%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。

今後、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、また、高齢化がさらに進展すると医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、下呂市は入院医療費が高いことから、重症化してから受診し入院となる傾向が伺える。重症化予防、医療費の適正化へつなげるため、早期診断・早期治療に重点をおき、入院を抑えることを目標とする。まずは、入院の伸び率を平成35年度に同規模以下とすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に、毎年血圧、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、医療受診が必要なものに適切な働きかけや、治療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もの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、医療機関を受診していても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、高血圧があげられる。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ある。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施（法廷義務）」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法廷義務）

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表 21】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	51%	53%	55%	57%	59%	62%
特定保健指導実施率	91%	93%	94%	95%	95%	95%

3. 対象者の見込み

【図表 22】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	5,742 人	5,627 人	5,515 人	5,405 人	5,296 人	5,191 人
	受診者数	2,900 人	3,000 人	3,050 人	3,100 人	3,150 人	3,200 人
特定保健指導	対象者数	265 人	262 人	260 人	257 人	255 人	252 人
	実施者数	240 人	245 人	245 人	245 人	242 人	240 人

4. 特定健診の実施

（1）実施方法

健診については、下呂市医師会および市内公立病院に委託し実施する。また、保健センターや各地区公民館等を会場に行う集団健診については、民間の健診事業者に委託し実施する。

（2）特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる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、下呂市ホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・総コレステロール・尿酸・尿潜血・ヘマトクリット・血色素・赤血球・心電図・眼底検査・尿中塩分）を実施する。

(5) 実施時期

6月から12月末まで実施する。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人の同意のもとで、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

特定健診に係る経費の請求・支払の代行は、岐阜県国民健康保険団体連合会の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掲載する。(図表 23)

【図表 23】

	集団健診	個別健診	未受診者対策	その他
対象者	国保(20~74歳)			
4月				自治体連合会等への受診勧奨PR
5月	対象者全員に受診券を郵送		経年未受診者への訪問 H28~情報提供事業開始	
6月	↑ 健診実施 ↓	↑ 健診実施 ↓		
7月				
8月				
9月			前年度の保健指導対象者で健診未受診者に個別受診勧奨(健康医療課)	保険証発送時に勧奨通知を同封してPR
10月			受診勧奨のはがき発送	
11月				
12月				
1月				
2月				H29~人間ドック補助開始
3月				

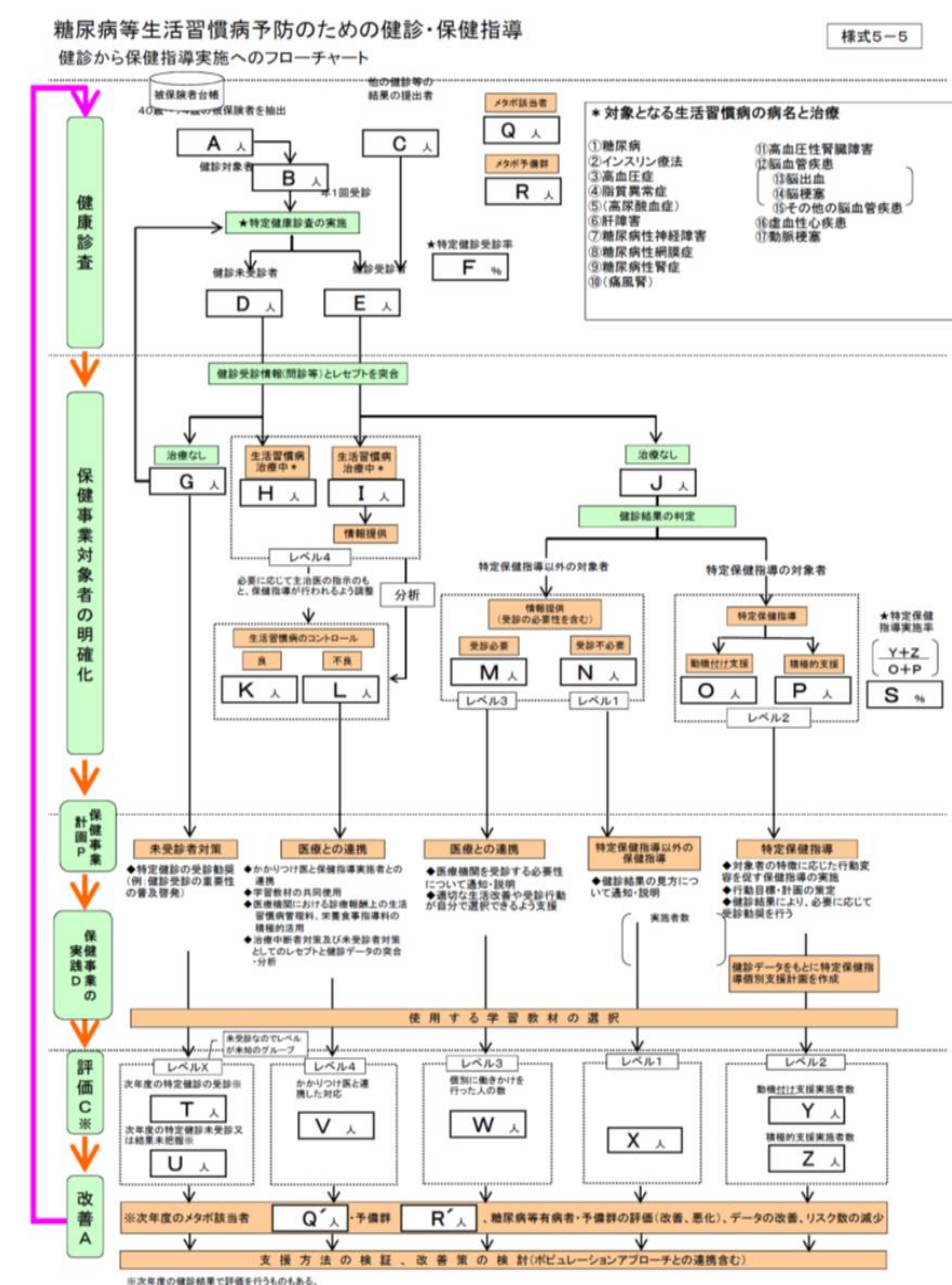
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

(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年度版）」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24）

【図表24】



(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 25】

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	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 対象者の特徴に応じた行動変容を促す保険指導の実施 ◆ 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 	283 人 (7. 9%)	95%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	648 人 (17. 4%)	優先対象者は 100%
3	L	生活習慣病 コントロール不良者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆ 学習教材の共同使用 ◆ 医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆ 治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	1, 028 人 (28. 7%)	優先対象者は 100%
4	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診等の実施による受診勧奨) 	2, 399 人 ※受診率目標 達成までにあと 254 人	%
5	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 健診結果の見方について通知・説明 	774 人 (21. 6%)	%

※H28度実績より算出

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かって進捗状況の管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 26)

【図表 26】

	未受診者 対策	特定健診		保健指導						
		集団	個別	特定保健指導			重症化予防			
				積極的支援	動機付け 支援	腎	心臓	脳		
対象者	国保 (20~74歳)			二次検査有	二次検査無	①G3a(GFR60)以下で間診票で糖尿病治療中(服薬している) ②G3a(GFR60)以下かつHbA1c6.5以上で糖尿病未治療(服薬なし) ③HbA1c6.5以上または血糖126mg/d以上(糖尿病治療中かつHbA1c7.0未満は除く)	①尿たんばく(2+)以上 ②G3b(GFR45以下) ③G3a(GFR46~60)かつ尿たんばく(+)以上 ④GFR前年度から10以上低下かつGFR60未満	①LDL180以上 ②積極的・動機づけ(メタボ)に該当のLDL160~180の者 ③心電図検査は要精密または要治療者	①Ⅱ度高血圧者 ②Ⅲ度高血圧者 ③心電図心房細動所見者	
4月	自治体連合会等への受診勧奨PR	予防優先対象者の検討				糖尿病管理台帳の年度更新	CKD管理台帳の年度更新		心房細動管理台帳の年度更新	
5月	対象者全員に受診券を送付(国保) 経年未受診者への訪問 H28~情報提供事業開始	結果相談会などの方法の検討				・健診終了後 → 結果の整理・予防対象者を優先順位で選定し予防対象者の明確化(リスト化) ・情報提供:集団健診後、結果説明会。個別健診は、個別訪問				
6月	健診開始 6月1日から									
7月				対象者への面接 プログラム作成 二次検査の勧奨 (OGTT・頸部エコー・アルブミン尿・心電図・眼底など)			①②③の対象者に対して、糖尿病性病気分類(尿たんばくの有無)を見て、対象者に合わせた支援(即受診勧奨・二次検査勧奨・かかりつけ医連携)を行う。治療中者は、糖尿病手帳を活用し主治医と連携をはかる。未治療者は、糖尿病手帳を発行し医療(治療)につなげる。	①~④の対象者に対して、腎8の資料を使用し、必要時CKD手帳の発行	①の者は、すぐに受診勧奨 ②の者に対しては、生活改善指導または受診勧奨(データによるが3か月後には受診するようにすすめる) ③前年度の結果も踏まえて指導が必要かどうかは判断する 状況に応じて二次検査(頸部エコー・眼底・心電図)紹介	①の者へは、健診当日紹介状発行。1ヶ月以内に受診の有無の確認 ②の者は二次検査(頸部エコー・眼底・心電図)紹介 ③の所見のある者に心原性脳梗塞の予防
8月										
9月	前年度の保健指導対象者で未受診者に個別受診勧奨(健康医療課) 治療中の情報提供事業(9~10月頃開始)					眼底検査の有無確認し、未受診者は二次検査または受診勧奨める。 HbA1c6.5以上で尿たんばく(-)の微量アルブミン尿未検査者には二次検査(微量アルブミン尿・頸部エコー)勧奨。すでに尿たんばく(+)以上の未治療者には強めの受診勧奨。				
10月										
11月	受診券有効期限 11月30日まで			二次検査実施と結果説明	電話にて状況確認	受診確認 糖尿病管理台帳で管理 二次検査の実施と結果説明	受診確認 CKD管理台帳で管理 と結果説明	受診確認 二次検査の実施と結果説明	受診確認 心房細動管理台帳で管理 二次検査の実施と結果説明	
12月						対象者に経過確認 未受診者へ受診勧奨				
1月				評価	電話にて状況確認					
2月	人間ドック補助有効期限 2月28日まで			必要に応じて検査等実施		新規透析者積み上げ表の作成 新規人工透析患者訪問(実態から予防につなげる)				
3月						事業評価 下呂市糖尿病等連携会議の開催		事業評価	事業評価	

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・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下呂市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健診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・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健診等実施計画の公表・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、下呂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慢性腎臓病（CKD）の中でも特に糖尿病性腎症、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、CKDの検査結果を改善していくこととする。さらに、下呂市の新規透析患者導入者を予防するためには、糖尿病性腎症以外の高血圧等を起因とした腎硬化症等についても取り組んでいくこととする。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実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、慢性腎臓病（特に糖尿病性腎症）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ものには適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中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. 慢性腎臓病（CKD）重症化予防

1) 基本的な考え方

慢性腎臓病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）・岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び下呂市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。

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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 27】

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

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

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岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び下呂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 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者数の把握

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）」及びCKD重症度分類を基盤とする。

■糖尿病性腎症病期分類（改訂） 【図表 28】

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(☉GFR) (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
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	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 持続性尿蛋白(0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

■CKD重症度分類 【図表 29】

原疾患	蛋白尿区分				
	A1	A2	A3		
・糖尿病	・尿アルブミン定量* (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	・尿アルブミン/Cr比** (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上	
・高血圧 ・腎炎 ・多発性嚢胞腎 ・移植腎 ・不明 ・その他	・尿蛋白定量* (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
	・尿蛋白/Cr比** (mg/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	≥90		
	G2	正常または 軽度低下	60~89		
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~59		
	G3b	中等度~ 高度低下	30~44		
	G4	高度低下	15~29		
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15		

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。下呂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

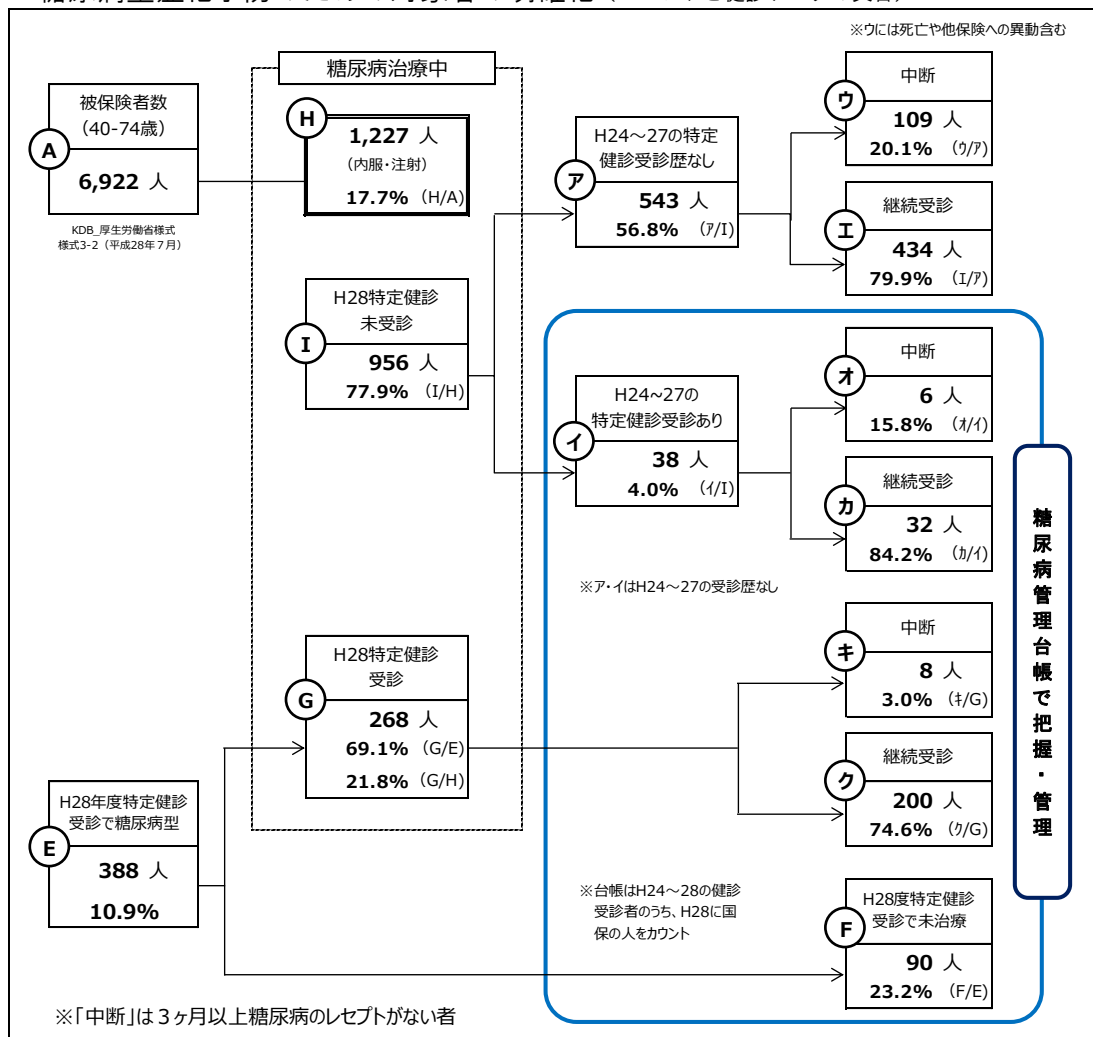
a. 糖尿病重症化予防のための対象者

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把握を行った。（図表 29）

下呂市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 90 人（F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,227 人中のうち、特定健診受診者が 268 人（G）であったが、8 人（キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 956 人（I）のうち、H24～27 年度に特定健診受診歴がある者 38 人中 6 人は治療中断であることが分かった。また、32 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。

■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） 【図表 30】



b. 糖尿病以外による腎症重症化予防のための対象者

特定健診データからツールを使用し対象者把握を行った。(図表 31)

将来の腎機能低下の危険性が特に高い G3b 以下もしくは尿蛋白 2+以上 (ⓑ) は 101 人 (3.2%) であった。また、予防可能な段階にある G3a もしくは尿蛋白+以上 (Ⓐ) は 775 人 (25.0%) だった。受診や治療の状況を確認し、必要な治療が継続できるよう支援していくことが重要となる。

また、過去の健診結果でこれらのリスクに該当しながら健診未受診となった者についても経年的にフォローしていく必要がある。

■CKDの重症度分類

【図表 31】

原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2		A3
			尿検査・GFR 共に実施		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
			3,128 人	3,049 人	55 人	9 人	24 人	
			97.5%	1.8%	16.4%	0.8%		
G1	正常 または高値	90以上	164 人 5.2%	161 人 5.1%	3 人 0.1%	1 人 33.3%	0 人 0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,123 人 67.9%	2,091 人 66.8%	28 人 0.9%	4 人 14.3%	4 人 0.1%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	755 人 24.1%	725 人 23.2%	19 人 0.6%	3 人 15.8%	11 人 0.4%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	76 人 2.4%	70 人 2.2%	4 人 0.1%	0 人 0.0%	2 人 0.1%	
G4	高度低下	15-30 未満	7 人 0.2%	2 人 0.1%	0 人 0.0%	0 人 --	5 人 0.2%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	3 人 0.1%	0 人 0.0%	1 人 0.0%	1 人 100.0%	2 人 0.1%	

③介入方法と優先順位

a. 糖尿病重症化予防

◆優先順位 1

【受診勧奨】

ア. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F) …90 人

イ. 糖尿病治療中であったが中断中 (オ・キ) …14 人

→ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

◆優先順位 2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク) …200 人

→ ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導、栄養指導

◆優先順位 3

【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病患者 (カ) …32 人

→ ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導、栄養指導

b. 糖尿病以外による腎症重症化予防

◆優先順位 1

【受診勧奨】

- ア. 将来の腎機能低下の危険性が最も高い尿蛋白 2+以上…24 人
 - イ. アについて腎機能低下の危険が高い G3b 以下で医療機関未治療者…77 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導、栄養指導

※医師の指示にもとづき、「日本人の食事摂取基準 2015 版」ならびに、「日本腎臓学会編慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 年版」、「医師・医療従事者のための慢性腎臓病 生活・食事指導マニュアル」、「慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル 栄養指導実践編」などに基づいた食事指導

◆優先順位 2

【保健指導】

- 軽度腎機能低下者 (A) …775 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導、栄養指導

◆優先順位 3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある腎機能低下者 (A or B 該当者)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導、栄養指導

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。

【糖尿病管理台帳作成手順】

- 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

*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

ア. HbA1c イ. 血圧 ウ. 体重 エ. eGFR オ. 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

ア. 治療状況の把握

- ・特定健診の間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も情報を記載

- ④管理台帳記載後、結果の確認

昨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

ア. 未治療者・中断者（受診勧奨者）

イ. 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4）保健指導の実施

（1）糖尿病性腎症病期、CKD 重症度分類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。下呂市においては、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 31）

糖尿病以外による腎症重症化予防対象者についても CKD 重症度分類のステージに応じた保健指導を実践していく。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。

（2）二次健診の実施

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、対象者のうち必要と判断される者へは二次検査として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。

また、CKD 発症として強い危険因子である糖尿病やメタボリックシンドロームを早期に発見するためにもリスクの高いものに糖負荷検査を実施し早期介入につなげていく。

【図表 32】

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	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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">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？ <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <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進み方 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～ <p>8. 私の血管内被を傷めているリスクは何だろう（グリコカリックス）</p>
<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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで 達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの 副作用なく達成可能な場合</p> <div style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</div> <p style="margin-left: 20px;">6.0%未満</p> </div>	<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） <div style="margin-top: 10px;"> <p>14. なぜ体重をへらすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>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？</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか（A）（B）</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p><input type="checkbox"/> 食の資料・・・別資料</p> </div>
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量から 血糖のコントロールをみながら増量</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みる</p> <p>③ 血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除され たら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないと聞くけど？</p> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</div> <ol style="list-style-type: none"> 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？ </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態にあ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整しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアソリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) CKD 病診連携パスの活用

下呂市 CKD 病診連携ガイドラインに基づき、CKD 病診連携パスを活用し医療機関と連携を図り透析予防につなげる。

(2) 下呂市糖尿病等 CKD 対策検討会の実施

年1回開催される会議を通し CKD 事例について、地域の腎専門医・かかりつけ医及び医療従事者との連携を図り、情報共有を行う。

(3) 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、事前に医師会と協議した紹介状（参考資料★）を使用する。

(4) 治療中者への対応

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

糖尿病以外で腎機能低下の者の場合は、下呂市作成の CKD 手帳を活用することで、本人の気づきを促し、医療とコメディカルでの情報の共有、一貫性のある治療や指導をしていく手立てとする。

6) 関係機関との連携

(1) 保険者協議会（各保険者）との連携

CKD の重症化予防が可能になってきたとはいえ、早期の適切な介入でなければ対象の透析時期の延伸は果たせたととしても透析導入を阻止することは難しい。各医療保険者が加入者に対し、重症化予防のための保健指導を実施しよう指導対象者を放置しない仕組みづくり等を検討できるよう岐阜県保険者協議会へアプローチしていく。

(2) 高齢者福祉部門（介護保険部局）及び障害福祉部門との連携

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でてきた場合は地域包括支援センターや福祉事務所等と連携していく。

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 等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 5）を用い、他の虚血性心疾患・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的目標の評価

- ① 糖尿病性腎症発症の危険性の高いHbA1c6.5%以上の者の減少
- ② 糖尿病治療者の血糖コントロール不良者（HbA1c7.0%以上）の減少
- ③ CKD発症の危険因子となる高血圧症等の生活習慣病の受診勧奨判定値者の減少
- ④ CKD該当者の減少

(2) 中長期的目標の評価

- ① 75歳未満の新規透析導入者の減少
- ② 糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少
- ③ 慢性腎不全の医療費の減少

8) 実施期間及びスケジュール

4月：対象者選定基準の決定

5月：対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入。
糖尿病管理台帳に挙がらない対象者に対しては、指導対象者優先順位台帳に基づき優先順位に従い対象者へ介入。（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 2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に 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。下呂市では平成 28 年度より、40～74 歳全員に心電図検査を実施している。健診受診者 3,584 人のうち心電図検査実施者は 3,151 人 (87.9%) であり、そのうち ST 所見があったのは 142 人であった (図表 32)。ST 所見あり 142 人中 52 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 12 人は未受診であった (図表 33)。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保健指導と受診勧奨を行っていく。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 90 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

■心電図検査結果

【図表 33】

	健診受診者 (a)	心電図検査(b)							
		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)			
	(人)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(a/b)(%)
H28年度	3,584	3,151	87.9	142	4.5	924	29.3	2,085	66.2

*総合健康情報システムより(H29.11月現在)

■ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 34】

ST所見あり(a)	要精査(b)		医療機関受診あり(c)				受診なし(d)	
	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)		
142	52	36.6	40	76.9	12	23.1		

②心電図以外からの把握

心電図検査に異常がなくても、メタボリックシンドローム、脂質異常症の者もいる。(図表 35) これらは虚血性心疾患のリスクとなるため、予防のための介入をしていく。また、CKD 該当者は心腎関連による心疾患発症の危険性があるため、慢性腎臓病予防とも合わせて考えていく必要がある。

■心電図実施状況 【図表 35】

H28年度実施		受診者	心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の所見	異常なし	
		3,584	142 4.0%	924 25.8%	2,085 58.2%	433 12.1%
メタボ該当者		431 43.0%	20 4.6%	147 34.1%	261 60.6%	3 0.7%
メタボ予備群		298 8.3%	13 4.4%	101 33.9%	182 61.1%	2 0.7%
メタボなし		2,457 68.6%	109 4.4%	675 27.5%	1,637 66.6%	36 1.5%
LDL-c	140 - 159	335 13.6%	16 4.8%	78 23.3%	235 70.1%	6 1.8%
	160 - 179	132 5.4%	8 6.1%	25 18.9%	96 72.7%	3 2.3%
	180 -	68 2.8%	4 5.9%	17 25.0%	47 69.1%	0 0.0%
判定不能		398 11.1%	0 0.0%	1 0.3%	5 1.3%	392 98.5%
Non-HDL	190 -	182 5.1%	7 3.8%	37 20.3%	135 74.2%	3 1.6%
	170 - 189	246 6.9%	14 5.7%	55 22.4%	172 69.9%	5 2.0%
CKD	G3aA1~	852 23.8%	43 5.0%	239 28.1%	556 65.3%	14 1.6%

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 35 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。治療が必要にも関わらず医療機関未受診である場合や、過去に治療中であったにも関わらず中断している場合は受診勧奨を行う。未治療、中断の対象者が把握できる体制を考えていく。また、受診勧奨後のフォローも必要である。下呂市は虚血性心疾患治療中者に高血圧の合併割合が高く、LDL コレステロール重症化予防対象者が多く未治療者が多い状況を踏まえ、対象者に合わせた保健指導と受診勧奨を実施していく必要がある。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 36】

<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) 二次検査の実施

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「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」下呂市では対象者に二次検査として、これらの検査を実施している。また「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。」これらの検査を受ける機会についても検討していく。虚血性心疾患は突然起こるものではなく、リスクを持っている状態から発症、死亡に至るまでいくつもの段階がある。血管機能不全を見つけることは早期の予防となる。二次検査において自分がどの段階にいるのか知ってもらうことが重要である。

(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、虚血性心疾患に関連する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、未治療や治療中断者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。未治療や治療中断が把握でき、医療との連携がとれるよう台帳作成を検討していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）及び障害福祉部門との連携

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でてきた場合は地域包括支援センターや福祉事務所等と連携していく。

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

- ① 高血圧予防… I 度以上の者の減少
- ② 糖尿病予防…HbA1c6.5%以上の者の減少
- ③ 脂質異常症予防…LDL コレステロール 140 以上の者の減少
- ④ メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少

(2) 中長期的評価

- ① 心疾患の医療費の減少
- ② 虚血性心疾患の死亡率の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4月：対象者選定基準の決定

5月：対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入。糖尿病管理台帳に挙がらない対象者に対しては、指導対象者優先順位台帳に基づき優先順位に従い対象者へ介入。（通年）

10月：台帳より、健診未受診者の把握及び受診勧奨

10月～未治療、治療中断者を KDB で把握

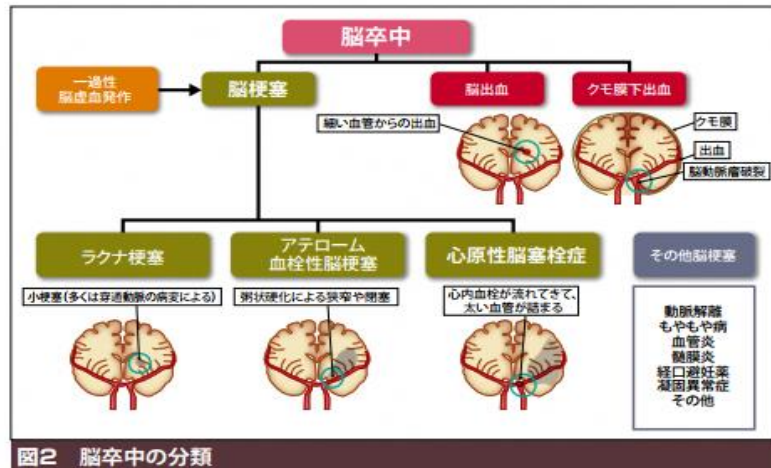
2. 脳血管疾患重症化予防

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 37、38)

【脳卒中の分類】

【図表 37】



(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 38】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者を明確に把握する。

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。図表 38 で重症化予防対象者を見るとⅡ度高血圧以上が 205 人 (5.7%) であり、約半数となる 102 人が未治療者であった。また未治療者のうち 41 人 (40.2%) は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 103 人 (8.0%) いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

■特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 39】

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)					
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	●										
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧 以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+) 以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 3,584人		205人 5.7%	183人 5.1%	89人 2.5%	32人 0.9%	556人 15.5%	42人 1.2%	126人 3.5%				
治療なし		102人 4.4%	93人 2.9%	73人 3.0%	11人 0.7%	80人 4.8%	6人 0.4%	33人 3.5%				
治療あり		103人 8.0%	90人 34.9%	16人 1.4%	21人 1.1%	476人 25.0%	36人 1.9%	93人 3.5%				
臓器障害あり		41人 40.2%	41人 44.1%	24人 32.9%	11人 100%	26人 32.5%	6人 100%	33人 100%				
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	3人	4人	4人	2人	4人	6人	33人				
	尿蛋白(2+)以上	2人	4人	0人	0人	0人	6人	2人				
	尿蛋白(+)&尿潜血(+)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人				
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人	0人	4人	2人	4人	2人	33人				
	心電図所見あり	40人	40人	20人	11人	25人	2人	10人				

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。図表 39 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表 40】

■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 (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
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,293	760	496	508	427	88	14	26	206	297
	33.1%	21.6%	22.2%	18.6%	3.8%	0.6%	1.1%	9.0%	13.0%	
リスク第1層	260	133	53	44	26 ④	4	0 ①	26	4	0
	11.3%	17.5%	10.7%	8.7%	6.1%	4.5%	0.0%	100%	1.9%	0.0%
リスク第2層	1,182	390	283	258	202 ③	43	6	--	202	49
	51.5%	51.3%	57.1%	50.8%	47.3%	48.9%	42.9%	--	98.1%	16.5%
リスク第3層	851	237	160	206	199 ②	41	8	--	--	248
	37.1%	31.2%	32.3%	40.6%	46.6%	46.6%	57.1%	--	--	83.5%
再掲 重複あり	糖尿病	164	46	37	32	35	9	5		
		19.3%	19.4%	23.1%	15.5%	17.6%	22.0%	62.5%		
	慢性腎臓病(CKD)	544	164	103	135	114	26	2		
	63.9%	69.2%	64.4%	65.5%	57.3%	63.4%	25.0%			
3個以上の危険因子	319	64	56	83	98	14	4			
	37.5%	27.0%	35.0%	40.3%	49.2%	34.1%	50.0%			

(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

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。そのため、下呂市では特定健診受診者全員に心電図検査を実施している。図表 40 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

心電図検査（図表 41）において 32 人が心房細動の所見であった。有所見率をみると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 60 代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また、32 人のうち 23 人は特定健診受診時に既に治療が開始されていた。特定健診の心電図検査で発見できた 9 人は、受診勧奨が必要な対象者である。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、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る。

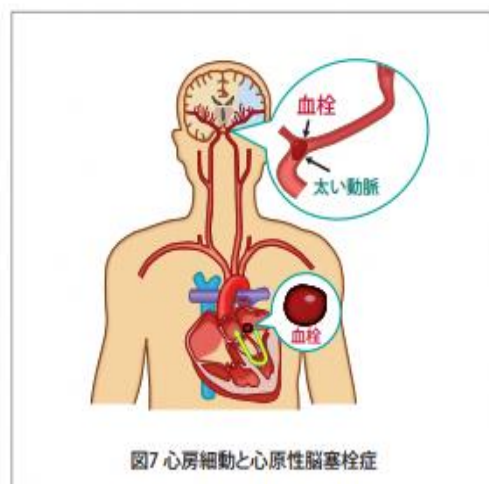


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

■特定健診における心房細動有所見者状況

【図表 41】

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	1,418	1,733	28	2.0	4	0.3	-	-
40歳代	109	104	1	0.9	0	0	0.2	0.04
50歳代	176	199	1	0.6	0	0	0.8	0.1
60歳代	725	921	15	2.1	0	0	1.9	0.4
70～74歳	408	509	11	2.7	4	1.0	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 42】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
32	100	9	28.1	23	71.9

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) 二次検査の実施

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。

下呂市では、頸動脈超音波検査、尿中アルブミン検査を二次検査と実施しているが、他の検査についても検討していく。

(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）及び障害福祉部門との連携

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でてきた場合は地域包括支援センターや福祉事務所等と連携していく。

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・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

- ① 高血圧予防… I 度以上の者の減少
- ② 糖尿病予防…HbA1c6.5%以上の者の減少
- ③ 脂質異常症予防…LDL コレステロール 140 以上の者の減少
- ④ メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少

(2) 中長期的評価

- ① 脳血管疾患にかかる医療費の減少
- ② 脳血管疾患死亡率の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4月：対象者選定基準の決定

5月：対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入。糖尿病管理台帳に挙がらない対象者に対しては、指導対象者優先順位台帳に基づき優先順位に従い対象者へ介入。（通年）

10月：台帳より、健診未受診者の把握及び受診勧奨

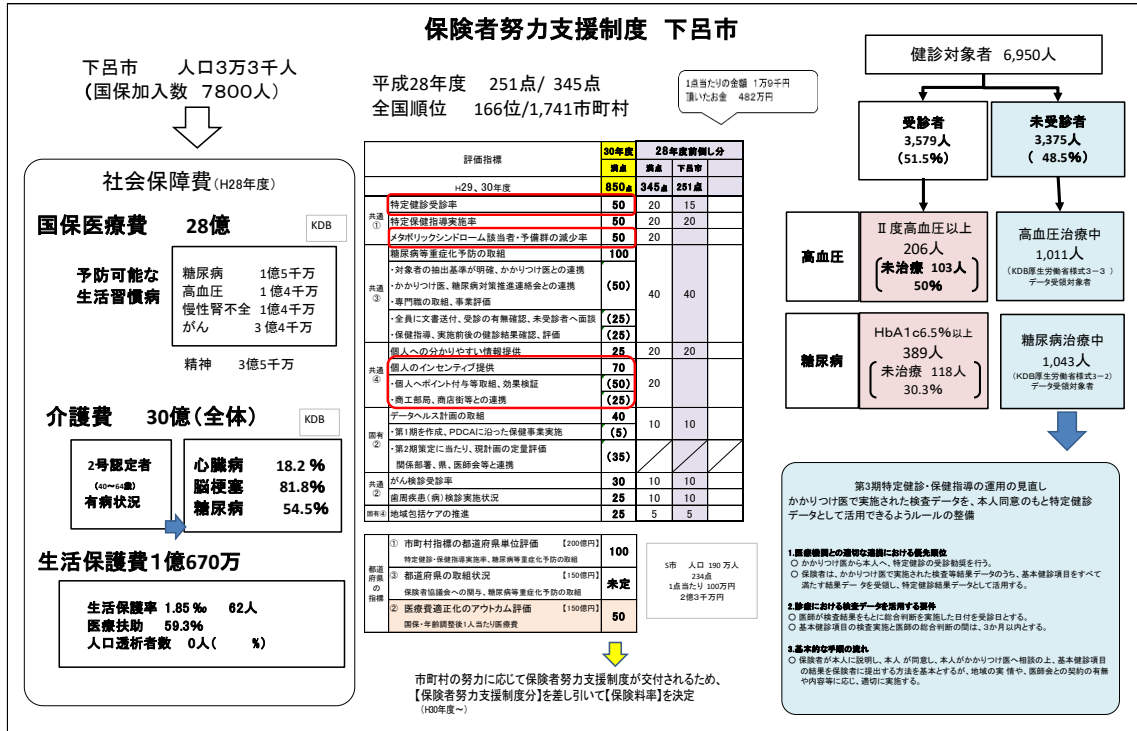
10月～未治療、治療中断者をKDBで把握

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

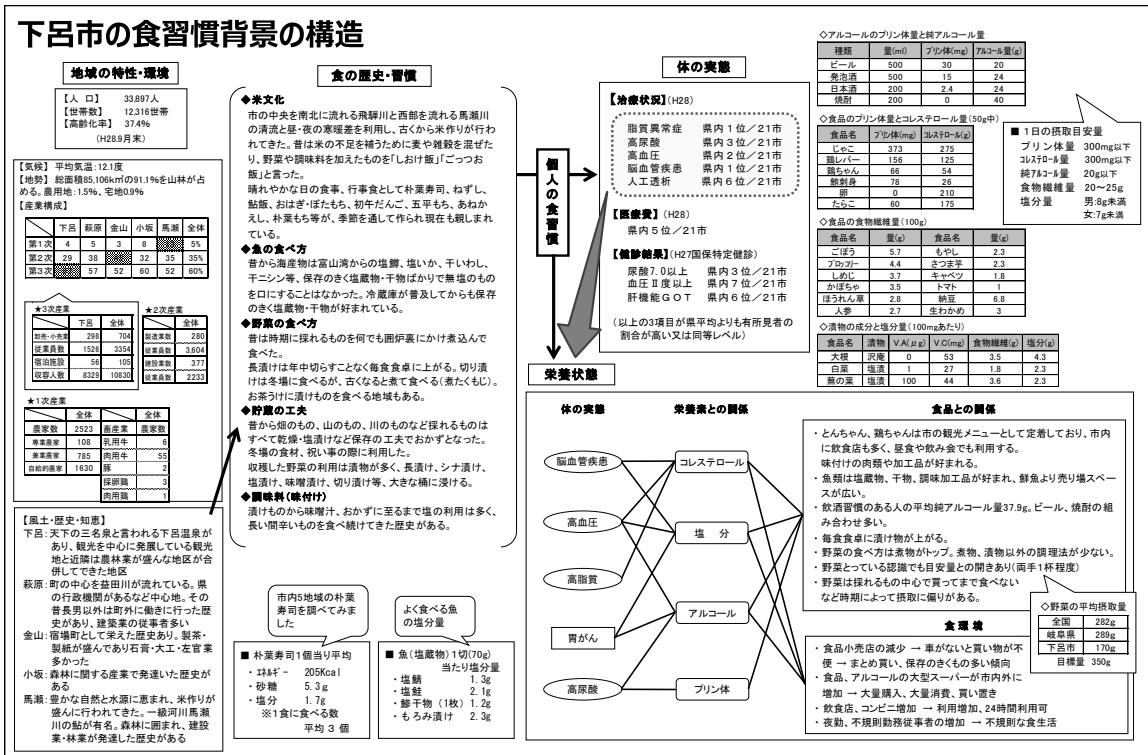
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 43)

■ 保険者努力支援制度 下呂市版

【図表 43】



【図表 44】



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

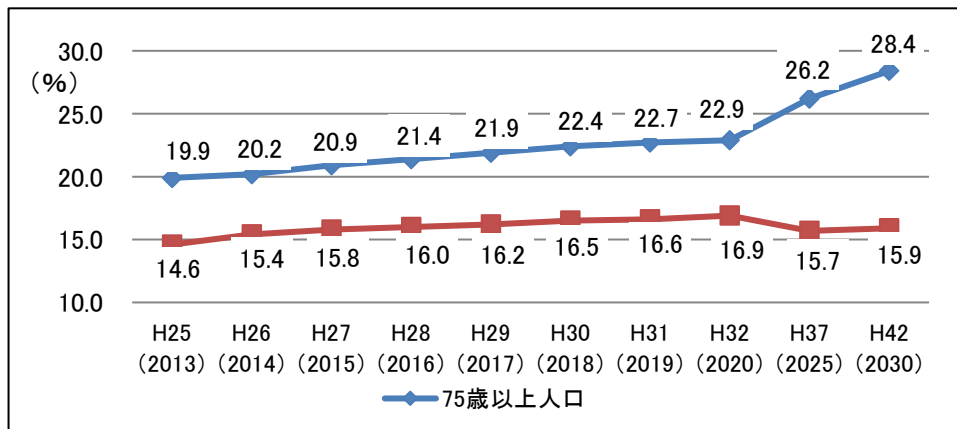
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉えることができる。

平成29年度の65～74歳の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者が総人口に対して占める割合は、それぞれ16.2%、21.9%となっており、直近5年間の推移をみると、前期高齢者割合、後期高齢者割合ともに増加し続けている。また、将来推計によると、平成32年度の前期高齢者割合は、16.9%、後期高齢者割合は22.9%、平成42年の前期高齢者割合は15.9%、後期高齢者割合は28.4%となることが見込まれている。(図表45・46)

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。このような状況を鑑みれば、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。

■ 高齢者の人口および割合の推移と将来推計

【図表45】



【図表46】

	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H37 (2025)	H42 (2030)
64～74歳 (前期高齢者)	5,389	5,376	5,325	5,320	4,459	4,002
	16.2%	16.5%	16.6%	16.9%	15.7%	15.9%
75歳以上 (後期高齢者)	7,300	7,304	7,292	7,208	7,437	7,157
	21.9%	22.4%	22.7%	22.9%	26.2%	28.4%
65歳以上	12,689	12,680	12,617	12,528	11,896	11,159
	38.1%	38.8%	39.3%	39.8%	42.0%	44.2%

(上段:人口、下段:総人口に対する割合)

※将来推計については平成25～29年度の人口データを基にしたこーぼーと変化率法により推計。

資料:平成29年まで 住民基本台帳(各年9月末現在)、平成30年以降 人口推計値

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つなげていくためには、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元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。(参考資料★)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

保険者は、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★）

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り扱い

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る。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等との関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取り扱い

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

参考資料

- 参考資料1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた下呂市の位置
- 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 様式 6-1 糖尿病腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料8 血圧評価表
- 参考資料9 心房細動管理台帳
- 参考資料10 評価イメージ