

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、国保運営の中心的な役割を担うこととなりましたが、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となります。

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化を進めるため、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。)の一部改正等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

鳴門市においては、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します。

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す。

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、県や市の健康増進計画や介護保険事業計画、県医療費適正化計画と調和のとれたものとする必要があります。

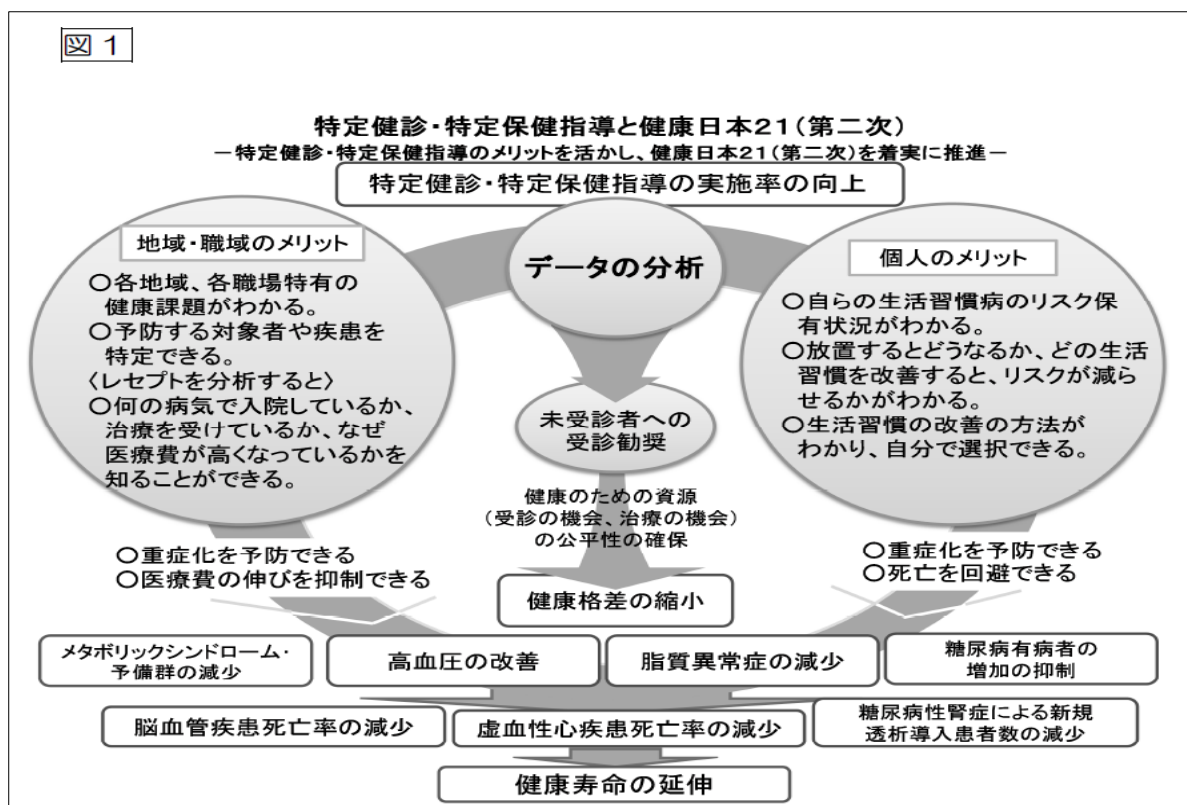
(図表1・2・3)

本市のデータヘルス計画においては、本市の健康増進計画である「健康なると21」での評価指標を用いる等、各計画との整合性を図ります。

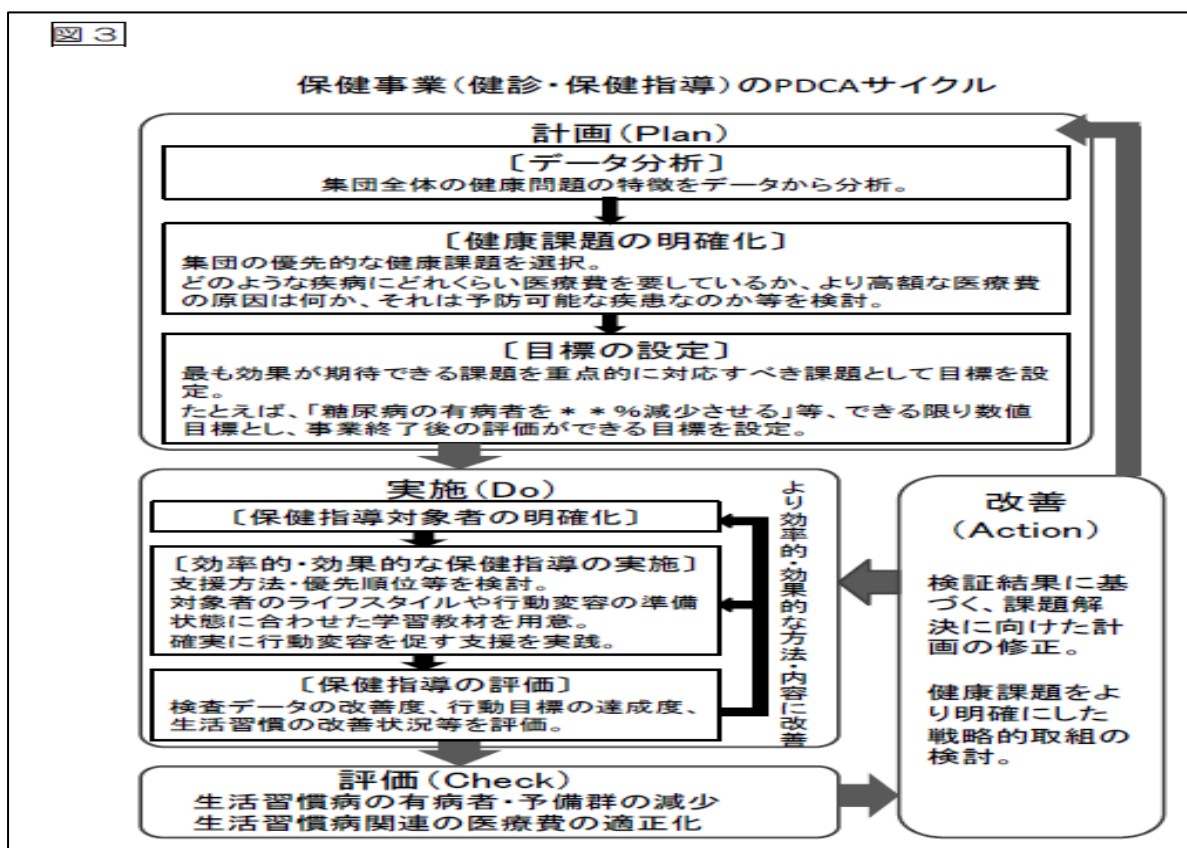
【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
健康増進法(第8条、第9条) 健康増進法(第6条) 健康増進法(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) 医療法(第30条)						
	「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(健康増進事業実施指針)	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4月 国民の健康の増進の総合的な 施策を定めるための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年4月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ効果的な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年4月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の 実施期に関する指針の一部改定	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針 について基本指針【医療改正】	厚生労働省 健康局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25~34年(第2次)	法定 平成30~35年(第3期)	指針 平成30~35年(第2期)	法定 平成30~32年(第7次)	法定 平成30~35年(第3期)	法定 平成30~35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣の改善や予防的介入による 健康増進を図り、社会生活を営むための必要不可欠な 健康の維持及び向上を目的とし、その結果、社会課題 解決が期待されるものとなるよう、生活習慣の改善 及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸や予防的介入による健康増進を図り、社会生活を営むための必要不可欠な健康の維持及び向上を目的とし、その結果、社会課題解決が期待されるものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸や予防的介入による健康増進を図り、社会生活を営むための必要不可欠な健康の維持及び向上を目的とし、その結果、社会課題解決が期待されるものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。	高齢者がその有する能力に即した日常生活を送ることができるよう支援することや、要介護状態または要支援状態となること防止は、要介護状態等の防止と、生活習慣の改善による健康増進を促進することを目指す。	国民生活の向上を図るため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適正に抑制されるよう、医療費の適正化を図る。医療費の適正化を図ることは、医療費の適正化を図ることに資する。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、医療費の適正化を図ることに資する。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青少年期、高齢期)に応じて	40歳~74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期(高齢期を迎える現在の育育期・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 60~64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルズ	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 生活習慣病 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん がん末期 認知症の認知症、早期症 骨折・骨折症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳疾患、脊髄管狭窄症 難聴/耳聾、突如性聴覚障害 多系統神経症、長官性神経炎等 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中、特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による腎機能低下(糸球体濾過量)) ③合併症(糖尿病性神経障害) ④合併症(糖尿病性網膜症) ⑤血糖コントロールにおけるコントロール不良者 ⑥糖尿病発症率 ⑦特定健診・特定保健指導の実施率 ⑧特定健診・メタボ検出者 ⑨特定健診実施率 ⑩生活習慣を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪生活習慣の改善による ⑫生活習慣の改善による ⑬生活習慣の改善による ⑭生活習慣の改善による ⑮生活習慣の改善による	①特定健診実施率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (2)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (3)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (4)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (5)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (6)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (7)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (8)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (9)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (10)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (11)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (12)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (13)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (14)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (15)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (16)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (17)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (18)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (19)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (20)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (21)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (22)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (23)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (24)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (25)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (26)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (27)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (28)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (29)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (30)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (31)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (32)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (33)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (34)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (35)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (36)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (37)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (38)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (39)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (40)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (41)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (42)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (43)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (44)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (45)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (46)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (47)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (48)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (49)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (50)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (51)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (52)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等 (53)生活習慣の改善(生活習慣の改善率)等	①地域における自立した日常生活の支援 ②必要介護状態の予防・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 結果 ②一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ③特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボ検出者・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 ③地域の実情に応じた対応
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度】を減額し、保険料率決定		保険者協働会(事務局 国民健康協会)を通じて、保険者との連携	保険者協働会(事務局 国民健康協会)を通じて、保険者との連携

【図表 2】



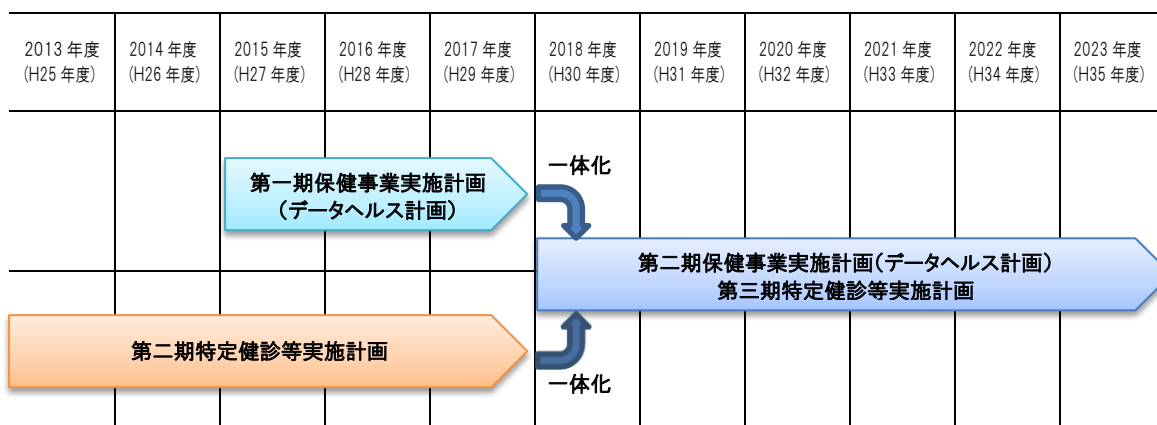
【図表 3】



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年間とします。



4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体・関係部局の役割

本市においては、保険担当部局(保険課)が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、特に保健衛生部局(健康増進課)や介護保険部局(長寿介護課)と連携を図り、計画の策定や効果的な事業の実施に努めるものとします。

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、担当者間の業務を明確化・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の整備にも努めます。

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・協力が重要です。

外部有識者等とは、徳島県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいいます。

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、国保データベースシステム(以下「KDB」という。)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国民健康保険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、市町村の保険者機能の強化については、徳島県(以下「県」という。)の関与がさらに重要となります。

さらに、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、県が県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と県は、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。

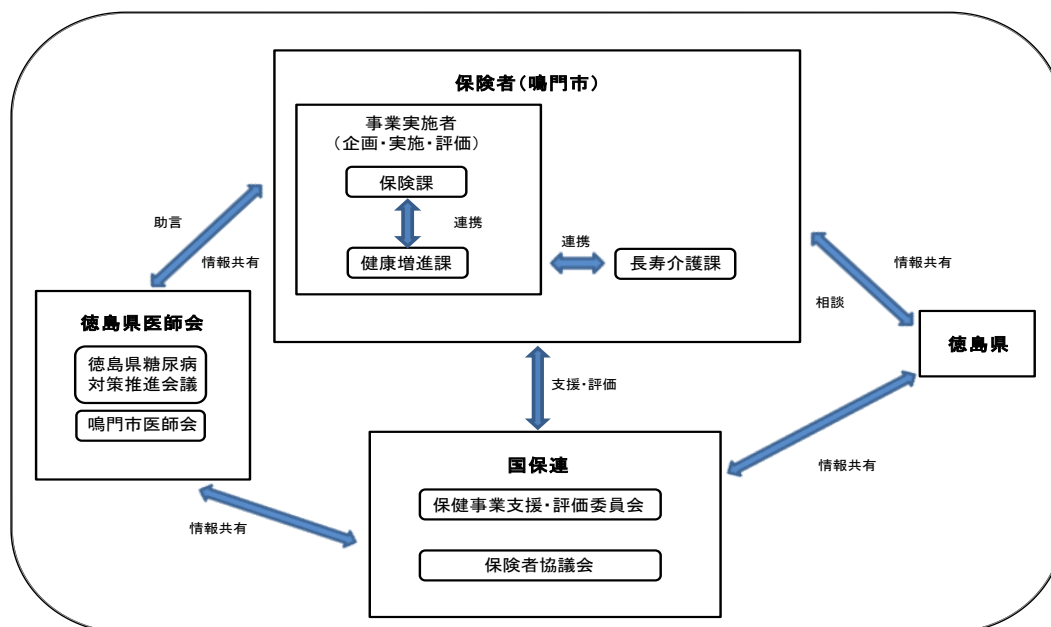
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要です。このためには、保険者協議会等を活用することも有用です。

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です。

このため、鳴門市国民健康保険では、国民健康保険運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て意見交換等を行っています。今後も、被保険者へのきめ細かい情報発信に努め、自身の健康状態への気づきを促すための取り組みを行います。

本市の実施体制図



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されています。(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 4)

【図表 4】

鳴門市

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 満点
総得点(満点)		345	580	850	850点
交付額(万円)		831.7			
一人当たり交付額(円)		527			
総得点(体制構築加点H28・29年70点、H30年60点含む)		228			
全国順位(1,741市町村中)		453			
共通 ①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価				(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				(25)
					(25)
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施 ・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携				(5)
					(35)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	17			25
	個人のインセンティブ提供 ・個人へポイント付与等取組、効果検証 ・商工部局、商店街等との連携	0			70
					(50)
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			(25)
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	30			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

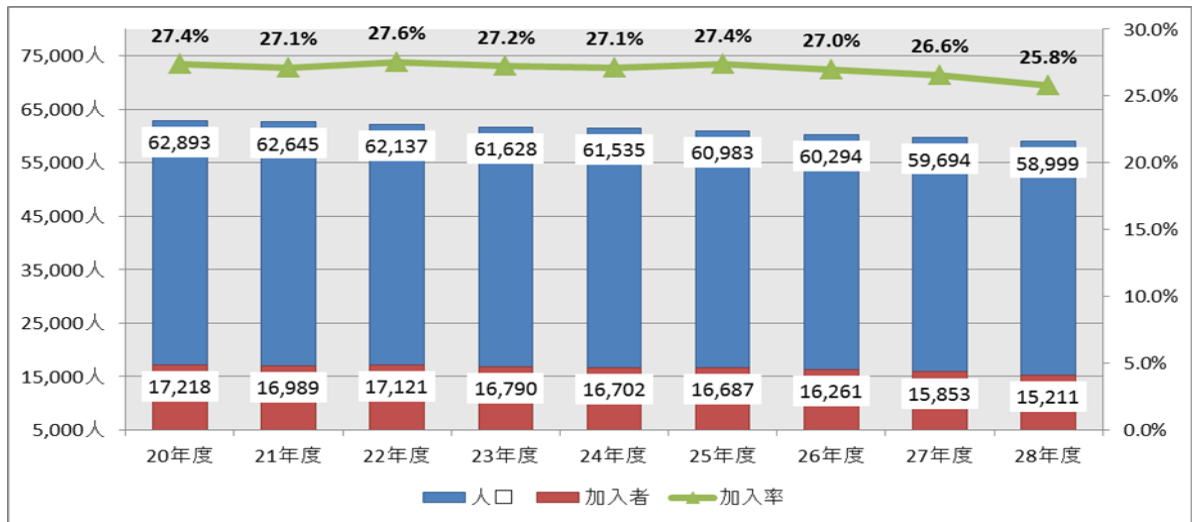
第2章 現状の整理

1. 市の概要

1) 国民健康保険の加入状況(図表 5・6)

本市の人口は年々減少し続けており、平成20年と比較して平成28年度では6.2%減少しています。国民健康保険の被保険者については、11.7%と人口以上に減少幅が大きく、加入率も平成25年度まではほぼ横ばいでしたが、以降年々減少しています。

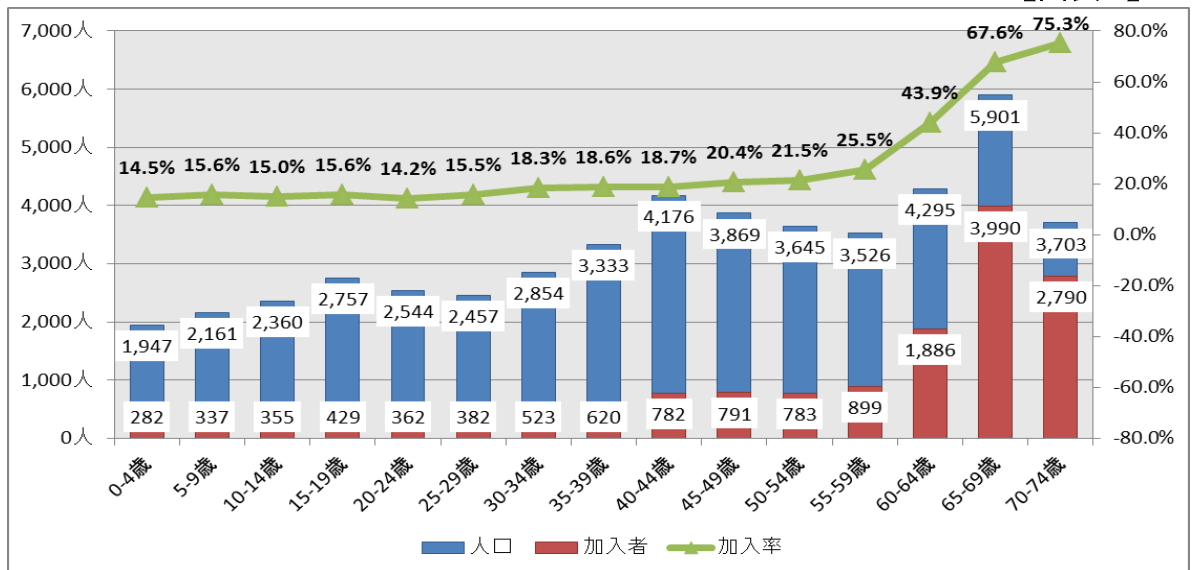
【図表 5】



※住民基本台帳及び国保事業年報(各年度3月31日)

人口と被保険者数を年齢層で見ると、50歳代までは加入率に大きな違いはありませんが、60歳を越えて急増します。これは、退職による被用者保険からの加入増によるものと考えられ、60歳代の半数以上が国民健康保険に加入しています。

【図表 6】

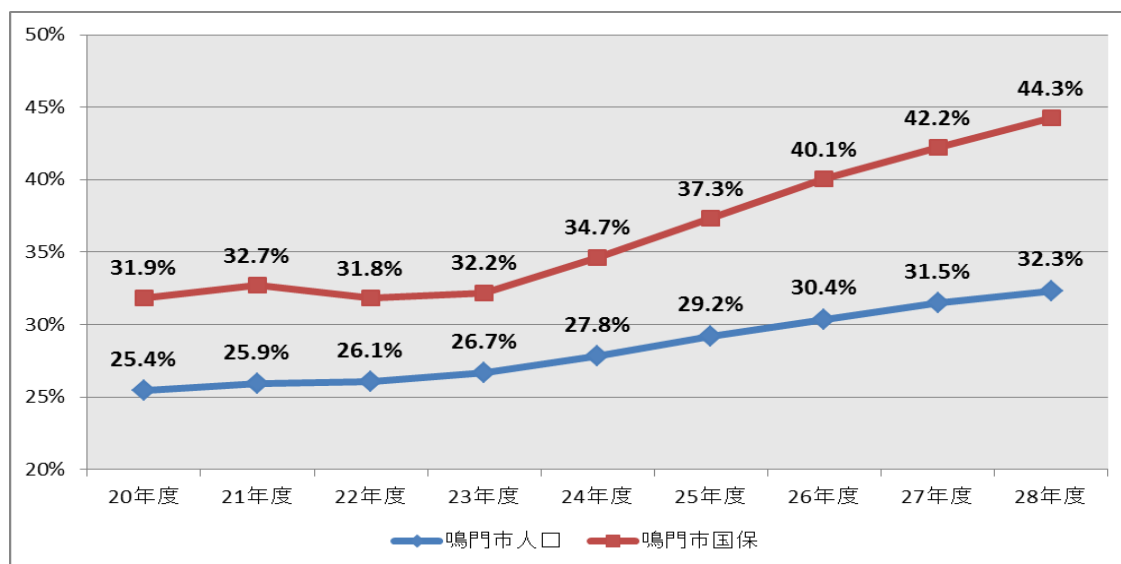


※住民基本台帳及び国保システム(平成29年3月31日現在)

2) 高齢化率の推移(図表 7)

高齢化率(65歳以上の人口割合)を鳴門市人口と国民健康保険の被保険者で見ると、それぞれ年々上昇しており、特に国民健康保険の高齢化率の上昇は顕著となっています。

【図表 7】



※住民基本台帳及び国保事業年報(各年度3月31日)

3) 平均寿命と健康寿命(図表 8)

本市の平均寿命は、男性は78.5歳で国と比較して1.1歳短く、女性は85.4歳で国と比較して1.0歳短くなっており、男女の差は6.9歳となっています。

健康寿命は、男性は64.5歳で国と比較して0.7歳短く、女性で66歳と国と比較して0.8歳短くなっています。男女の差は1.5歳と平均寿命に比べて小さくなっています。

また、平均寿命と健康寿命の差は、男性14.0歳、女性19.4歳となっています。

【図表 8】

平均寿命と健康寿命			
男性			
	平均寿命	健康寿命	平均寿命と健康寿命の差
鳴門市	78.5歳	64.5歳	14.0歳
徳島県	79.4歳	65.2歳	14.2歳
同規模	79.6歳	65.3歳	14.3歳
国	79.6歳	65.2歳	14.4歳
女性			
鳴門市	85.4歳	66.0歳	19.4歳
徳島県	86.2歳	66.7歳	19.5歳
同規模	86.3歳	66.8歳	19.5歳
国	86.4歳	66.8歳	19.6歳

※KDB 地域の全体像の把握(H28年度累計)

4) 主要死因の状況(図表 9・10)

平成 28 年度の主要死因の状況は、国と比較すると、心臓病、脳疾患、糖尿病が高くなっています。

また、主要死因を年度別に見ると、心臓病、脳疾患、糖尿病は増加傾向にあります。

【図表 9】

平成28年度主要因別死亡率の比較

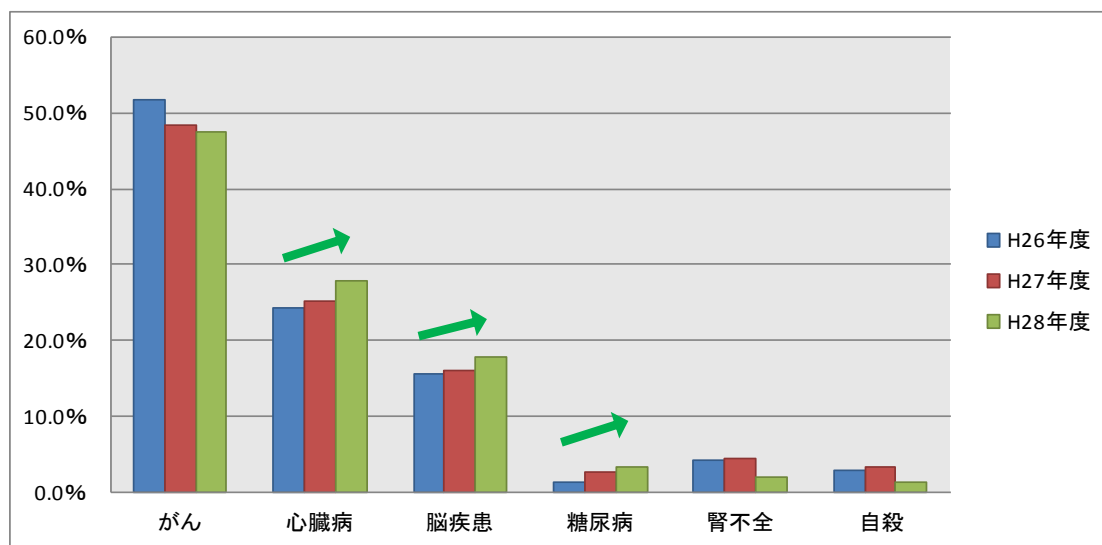
	鳴門市	徳島県	同規模	国
がん	47.5%	46.4%	48.1%	49.6%
心臓病	27.8%	29.0%	27.1%	26.5%
脳疾患	17.8%	15.5%	16.5%	15.4%
糖尿病	3.3%	2.1%	1.9%	1.8%
腎不全	2.1%	4.1%	3.3%	3.3%
自殺	1.4%	2.8%	3.1%	3.3%

※KDB 地域の全体像の把握(H28年度累計)

【図表 10】

年度別死亡主要因の割合(鳴門市)

	H26年度	H27年度	H28年度
がん	51.7%	48.3%	47.5%
心臓病	24.2%	25.1%	27.8%
脳疾患	15.6%	16.0%	17.8%
糖尿病	1.4%	2.7%	3.3%
腎不全	4.3%	4.4%	2.1%
自殺	2.9%	3.4%	1.4%



※KDB 地域の全体像の把握(H26~29年度累計)

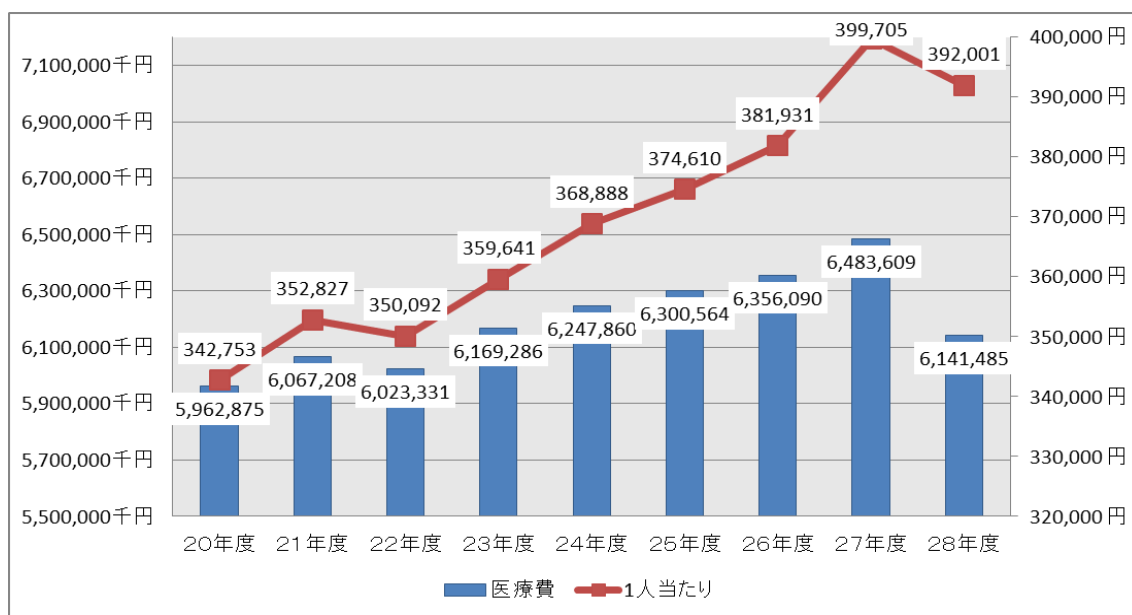
2. 医療の状況

1) 医療費の状況(図表 11・12)

国民健康保険にかかる総医療費は平成 20 年度には約 60 億円でしたが、平成 27 年度に約 65 億円まで上昇したのをピークに、近年の被保険者数の減少や、診療報酬の改定等により平成 28 年度は減少に転じています。

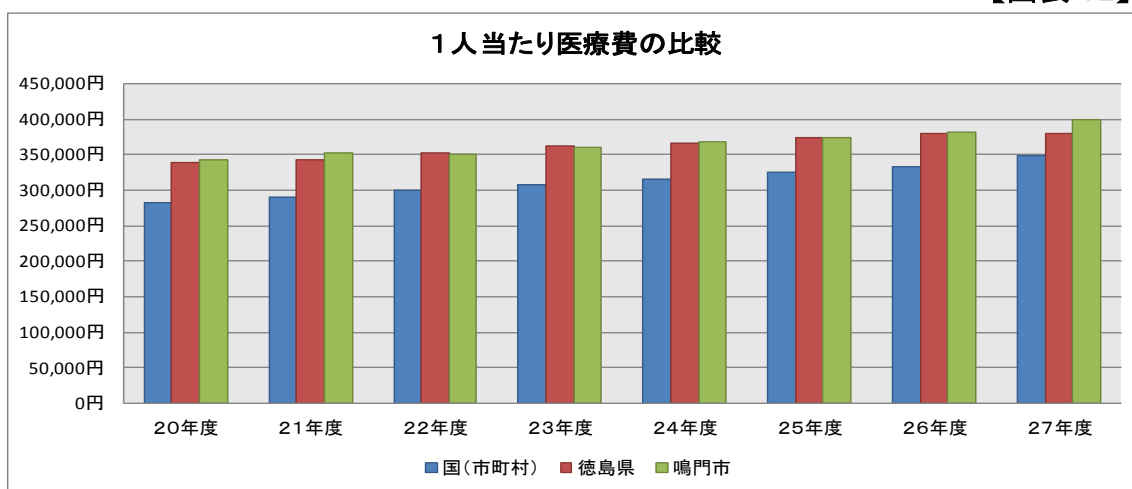
1 人当たりの医療費について見ると、総医療費と同様に平成 28 年度は減少していますが、総医療費と比較して下げ幅は小さく、高い水準にあると言えます。

【図表 11】



※国保事業年報(医療費は保険給付費と療養費の合計)

【図表 12】



	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
国(市町村)	281,761円	289,885円	299,333円	308,668円	315,856円	324,543円	333,461円	349,697円
徳島県	338,873円	343,657円	352,640円	361,744円	367,196円	374,484円	380,147円	380,147円
鳴門市	342,753円	352,827円	350,092円	359,641円	368,888円	374,610円	381,931円	399,705円

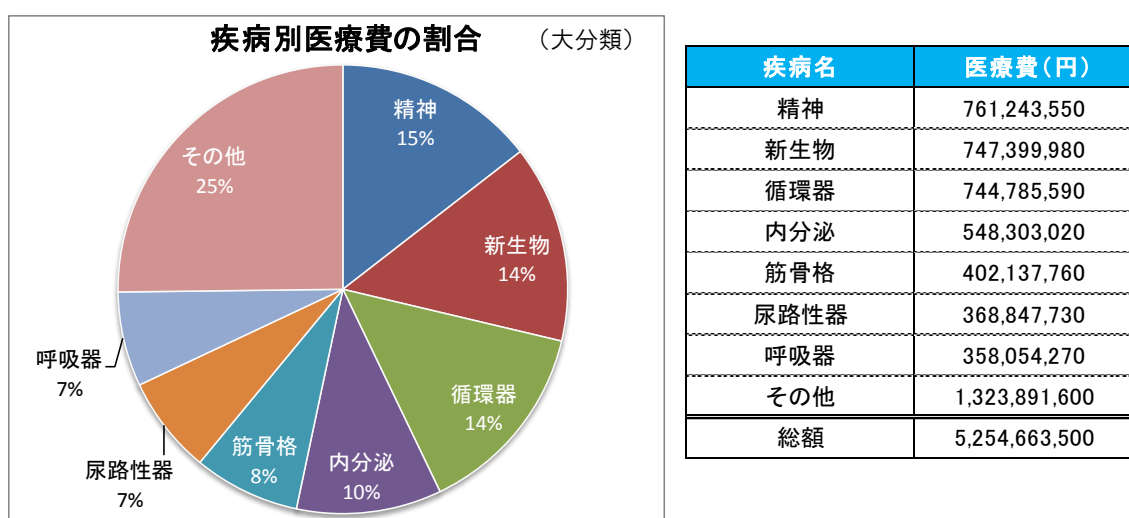
※国保事業年報(1人当たり医療費は医療費を平均被保険者数で除したもの)

2) 疾病別医療費の状況(図表 13・14)

疾病大分類別の医療費の割合を見ると、精神、新生物(がん)、循環器が上位を占めています。

細小分類で見ると、入院では統合失調症、うつ病などの精神疾患、脳梗塞、狭心症などの循環器疾患、骨折、新生物が多く、外来では糖尿病、循環器疾患、慢性腎不全が多くなっています。糖尿病や腎不全が悪化し、慢性腎不全となると長期の透析が必要となり、QOL(生活の質)の低下や医療費増大の要因にもなるため、特に糖尿病の重症化予防に向けての取り組みが重要です。

【図表 13】



※KDB 医療費分析(2)大・中・細小分類(H28 年度累計)

疾病名	医療費(円)
精神	761,243,550
新生物	747,399,980
循環器	744,785,590
内分泌	548,303,020
筋骨格	402,137,760
尿路性器	368,847,730
呼吸器	358,054,270
その他	1,323,891,600
総額	5,254,663,500

【図表 14】

疾病別医療費上位10位(最大医療資源傷病名による) (細小分類)			
入院		外来	
疾病名	医療費(円)	疾病名	医療費(円)
統合失調症	440,257,610	糖尿病	315,280,150
うつ病	82,695,580	高血圧症	247,871,480
大腸がん	72,995,110	慢性腎不全(透析あり)	193,113,480
骨折	68,930,460	脂質異常症	143,723,330
狭心症	65,268,540	関節疾患	117,631,200
関節疾患	61,843,740	統合失調症	92,749,080
不整脈	58,206,950	乳がん	70,477,080
脳梗塞	43,008,610	不整脈	61,665,330
慢性腎不全(透析あり)	36,205,690	C型肝炎	60,200,340
肺炎	31,693,510	気管支喘息	57,966,600

※KDB 医療費分析(2)大・中・細小分類(H28 年度累計)

第3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、死因別にみた死亡の状況は、心臓病・脳疾患・糖尿病による死亡割合は増加していますが、腎不全による死亡割合は減少しています。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率は増加していますが、40～64歳の2号認定率は減少し、それに伴う1件当たりの介護給付費は減少しています

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用の割合は増加しています。医療機関受療率の高い高齢者の増加や、重症化予防の取り組みによる適正な医療受診行動の結果によるものと推測することができますが、特定健診受診率はほぼ横ばいであることから、医療費適正化の観点からも、特定健診受診率向上への取り組みは重要となります。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表15)

介護給付費については、平成25年度と比較すると総額では増加していますが、1件当たりで見ると減少しており、同規模平均より低くなっています。内訳を見ると、居宅サービス費については、平成25年度より増加しているものの、同規模平均より低くなっています。一方、施設サービス費については、平成25年度より減少しているものの、同規模平均より高くなっています。

【図表15】

介護給付費の変化

年度	鳴門市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	53億2672万円	61,065	36,055	292,813	63,801	40,998	284,022
H28年度	↑54億5915万円	↓60,196	37,224	278,659	61,236	40,245	278,146

②医療費の状況(図表16)

平成 28 年度の総医療費は 52 億 5,462 万円で、平成 25 年度より 1 億 2,000 万円減少しており、同規模自治体と比較して伸び率の抑制が大きくなっています。

しかしながら、一人当たり医療費は増加しており、内訳を見ると、入院は減少し、入院外は増加しています。

医療費の変化

【図表 16】

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	
				鳴門市	同規模			鳴門市	同規模			鳴門市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	53億7,789万円				23億7,111万円				30億0,678万円			
	H28年度	52億5,462万円	-12,327万円	-2.35	0.31	22億5,757万円	-11,354万円	-5.03	-0.31	29億9,705万円	-973万円	-0.32	0.73
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	318,426				178,032				140,394			
	H28年度	340,899	22,473	6.59	9.46	146,462	-31,570	-22	-32	194,437	54,043	27.8	37.60

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

【出典】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 17)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、医療費全体は減少し、中長期目標疾患と短期目標疾患の医療費も、13 億 5,000 万円から 11 億 5,000 万円と 2 億円減少しています。また、医療費全体の中の割合も、平成 25 年度 25.08%から平成 28 年度 21.90%と減少しており、保健指導の取り組み等が反映しているものと考えられます。

短期目標疾患の糖尿病については増加しており、引き続き課題として取り組んでいく必要があります。

【図表 17】

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)

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 鳴門市	5,377,892,590	26,445	50位	13位	4.61%	0.36%	2.52%	2.62%	6.11%	6.07%	2.79%	1,348,841,550	25.08%	12.93%	15.65%	7.13%	
	H28	5,254,620,740	27,782	68位	16位	4.36%	0.33%	1.47%	1.91%	6.27%	4.81%	2.76%	1,150,999,430	21.90%	14.22%	14.49%	7.65%
H28	徳島県	59,934,641,070	28,005	--	--	4.17%	0.36%	1.84%	2.44%	5.61%	4.88%	2.59%	13,118,891,830	21.89%	13.36%	14.88%	8.01%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患(図表 18)

中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析)のうち、虚血性心疾患で治療を受けている人が、平成 25 年度と同様に平成 28 年度も最も多い状況となっています。どの疾患についても、有病者の割合は横ばいとなっています。

また、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の人のうち、高血圧や糖尿病、脂質異常症を合併している人の割合は、いずれも平成 25 年度から増加しています。

【図表 18】

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	16995	1006	5.9	138	13.7	18	1.8	777	77.2	423	42.0	610	60.6
	64歳以下	11057	299	2.7	33	11.0	18	6.0	221	73.9	122	40.8	167	55.9
	65歳以上	5938	707	11.9	105	14.9	0	0.0	556	78.6	301	42.6	443	62.7
H28	全体	16027	939	5.9	126	13.4	18	1.9	758	80.7	428	45.6	591	62.9
	64歳以下	9220	216	2.3	19	8.8	15	6.9	159	73.6	91	42.1	117	54.2
	65歳以上	6807	723	10.6	107	14.8	3	0.4	599	82.8	337	46.6	474	65.6

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	16995	609	3.6	138	22.7	4	0.7	454	74.5	275	45.2	351	57.6
	64歳以下	11057	176	1.6	33	18.8	4	2.3	127	72.2	75	42.6	98	55.7
	65歳以上	5938	433	7.3	105	24.2	0	0.0	327	75.5	200	46.2	253	58.4
H28	全体	16027	568	3.5	126	22.2	6	1.1	424	74.6	250	44.0	332	58.5
	64歳以下	9220	136	1.5	19	14.0	5	3.7	97	71.3	56	41.2	70	51.5
	65歳以上	6807	432	6.3	107	24.8	1	0.2	327	75.7	194	44.9	262	60.6

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	16995	48	0.3	4	8.3	18	37.5	36	75.0	24	50.0	15	31.3
	64歳以下	11057	45	0.4	4	8.9	18	40.0	35	77.8	23	51.1	14	31.1
	65歳以上	5938	3	0.1	0	0.0	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3
H28	全体	16027	44	0.3	6	13.6	18	40.9	37	84.1	24	54.5	14	31.8
	64歳以下	9220	38	0.4	5	13.2	15	39.5	32	84.2	22	57.9	11	28.9
	65歳以上	6807	6	0.1	1	16.7	3	50.0	5	83.3	2	33.3	3	50.0

【出典】

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

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2～3-4)(図表19)

短期的な目標として、糖尿病、高血圧、脂質異常症を見ると、いずれも平成25年度と平成28年度では割合が増加しています。特に高血圧の有病者が多く(23.5%)、次いで脂質異常症、糖尿病です。また、各疾患ともそれぞれと重複しており、特に糖尿病では、高血圧と69.3%、脂質異常症と64.3%が重複しています。

糖尿病においては、インスリン治療者、糖尿病性腎症の割合が増加しており、今後も重症化予防に積極的に取り組んでいくことが重要です。

【図表19】

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				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	16995	2092	12.3	179	8.6	1462	69.9	1345	64.3	423	20.2	275	13.1	24	1.1	237	11.3	
	64歳以下	11057	809	7.3	90	11.1	511	63.2	498	61.6	122	15.1	75	9.3	23	2.8	95	11.7	
	65歳以上	5938	1283	21.6	89	6.9	951	74.1	847	66.0	301	23.5	200	15.6	1	0.1	142	11.1	
H28	全体	16027	2050	12.8	189	9.2	1420	69.3	1318	64.3	428	20.9	250	12.2	24	1.2	298	14.5	
	64歳以下	9220	632	6.9	71	11.2	382	60.4	386	61.1	91	14.4	56	8.9	22	3.5	93	14.7	
	65歳以上	6807	1418	20.8	118	8.3	1038	73.2	932	65.7	337	23.8	194	13.7	2	0.1	205	14.5	

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	16995	3913	23.0	1462	37.4	2210	56.5	777	19.9	454	11.6	36	0.9	
	64歳以下	11057	1389	12.6	511	36.8	720	51.8	221	15.9	127	9.1	35	2.5	
	65歳以上	5938	2524	42.5	951	37.7	1490	59.0	556	22.0	327	13.0	1	0.0	
H28	全体	16027	3765	23.5	1420	37.7	2146	57.0	758	20.1	424	11.3	37	1.0	
	64歳以下	9220	1035	11.2	382	36.9	537	51.9	159	15.4	97	9.4	32	3.1	
	65歳以上	6807	2730	40.1	1038	38.0	1609	58.9	599	21.9	327	12.0	5	0.2	

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	16995	3203	18.8	1345	42.0	2210	69.0	610	19.0	351	11.0	15	0.5	
	64歳以下	11057	1187	10.7	498	42.0	720	60.7	167	14.1	98	8.3	14	1.2	
	65歳以上	5938	2016	34.0	847	42.0	1490	73.9	443	22.0	253	12.5	1	0.0	
H28	全体	16027	3072	19.2	1318	42.9	2146	69.9	591	19.2	332	10.8	14	0.5	
	64歳以下	9220	908	9.8	386	42.5	537	59.1	117	12.9	70	7.7	11	1.2	
	65歳以上	6807	2164	31.8	932	43.1	1609	74.4	474	21.9	262	12.1	3	0.1	

【出典】

KDBシステム:様式3-2、様式3-3、様式3-4 H25・28年7月作成

②リスクの健診結果経年変化(図表 20)

リスクの健診結果について男女別・年度別で見ると、有所見者割合は、男性では、腹囲、収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロールの順で高く、女性では、LDLコレステロール、HbA1c、収縮期血圧、BMI の順で高くなっています。

HbA1cの有所見者割合は、男女とも5割を超えています。

LDLコレステロールは平成 25 年度より減少していますが、男性 45.9%、女性 57.0%となっており、また、年代では 65～74 歳より 40～64 歳の人が高い状況です。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況では、該当者・予備群ともに男性が女性より約 3倍割合が高くなっています。メタボリックシンドロームは、生活習慣の改善が基本となることから、受診者本人が健診結果を理解して主体的に取り組み、改善につながるように支援に努めていく必要があります。

【図表 20】

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

KDB帳票No.23 厚労省様式6-2~6-7

性別	年代	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	453	33.9	706	52.9	427	32.0	310	23.2	134	10.0	415	31.1	740	55.4	220	16.5	732	54.8	275	20.6	662	49.6	19	1.4
	H25	184	37.9	244	50.3	166	34.2	139	28.7	45	9.3	137	28.2	235	48.5	87	17.9	222	45.8	110	22.7	254	52.4	4	0.8
	65-74	269	31.6	462	54.4	261	30.7	171	20.1	89	10.5	278	32.7	505	59.4	133	15.6	510	60.0	165	19.4	408	48.0	15	1.8
女性	合計	490	36.7	737	55.2	404	30.3	304	22.8	135	10.1	387	29.0	682	51.1	237	17.3	695	52.1	226	16.9	612	45.9	18	1.3
	H25	18	42.9	24	56.0	127	29.1	126	28.9	39	8.9	114	26.1	192	44.0	80	18.3	188	43.1	87	20.0	209	47.9	4	0.9
	65-74	303	33.7	493	54.9	277	30.8	178	19.8	96	10.7	273	30.4	490	54.6	151	16.8	507	56.5	139	15.5	403	44.9	14	1.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

KDB帳票No.24 厚労省様式6-8

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		人数		割合		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	1,335	24.3	78	5.8%	267	20.0%	20	1.5%	178	13.3%	69	5.2%	361	27.0%	45	3.4%	20	1.5%	201	15.1%	95	7.1%
	H25	485	18.1	41	8.5%	87	17.9%	7	1.4%	48	9.9%	32	6.6%	116	23.9%	9	1.9%	8	1.6%	67	13.8%	32	6.6%
	65-74	850	30.3	37	4.4%	180	21.2%	13	1.5%	130	15.3%	37	4.4%	245	28.8%	36	4.2%	12	1.4%	134	15.8%	63	7.4%
女性	合計	1,334	25.2	70	5.2%	250	18.7%	19	1.4%	156	11.7%	75	5.6%	41	3.1%	65	4.9%	29	2.1%	238	17.8%	86	6.4%
	H25	436	19.6	40	9.2%	76	17.4%	5	1.1%	41	9.4%	30	6.9%	128	29.4%	24	6.0%	11	2.8%	61	15.8%	21	4.8%
	65-74	898	29.2	30	3.3%	174	19.4%	14	1.6%	115	12.8%	45	5.0%	283	32.2%	39	4.3%	16	1.8%	169	18.8%	65	7.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 21)

本市の平成 28 年度における特定健診の受診率(法定報告)は 28.3%で、平成 25 年度と比較してわずかに増えたものの、対象者の約 7 割が未受診であるため、今後も健診の必要性が理解できるように取り組みを続けていく必要があります。

特定保健指導の実施率は、平成 25 年度と比較して上昇していますが、受診勧奨者の中で、医療機関を受診した人の割合は半数であり、受診勧奨者が適切に受診につながるように保健指導をしていく必要があります。

【図表 21】

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

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								鳴門市	同規模平均
平成25年度	11,361	3,112	27.4%	225位	428	215	50.2%	55.0%	51.0%
平成28年度	11,044	3,129	28.3%	235位	392	225	57.4%	51.6%	51.5%

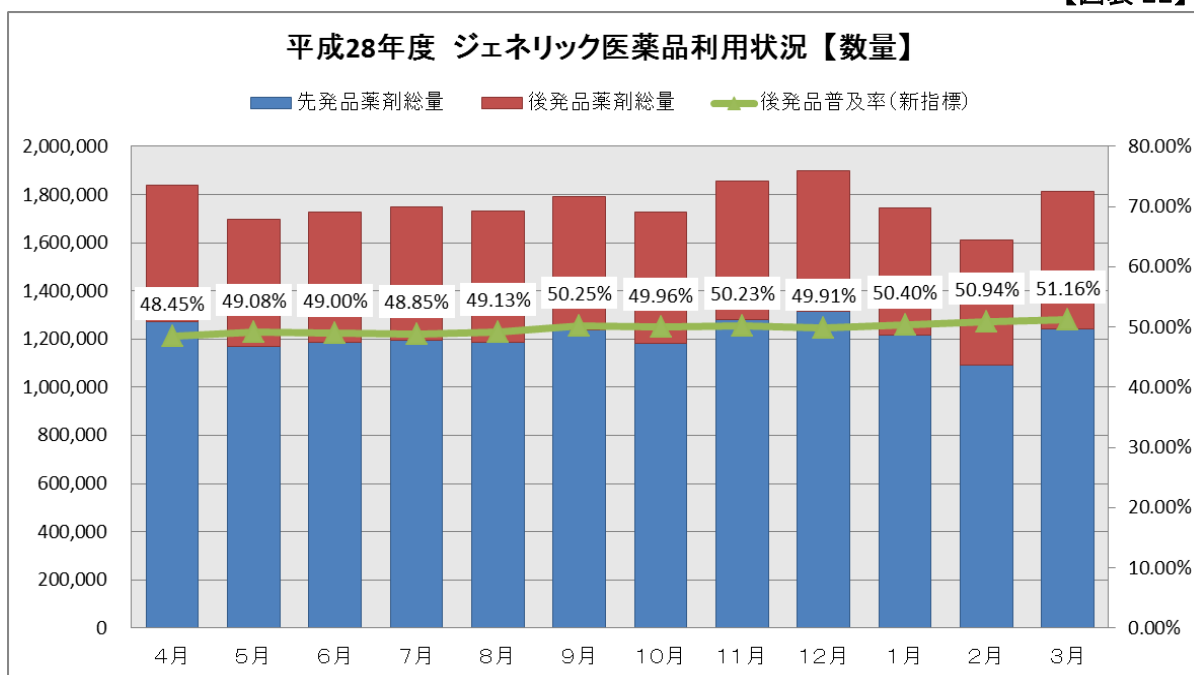
(4)その他の状況

①後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用状況(図表 22)

平成 29 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2017」において、後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、「2020 年(平成 32 年)9 月までに、後発医薬品の使用割合を 80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。」とされました。

本市国民健康保険の後発医薬品の数量シェアは、平成 28 年 3 月分で 51.16%であり、さらなる普及が必要となっています。

【図表 22】



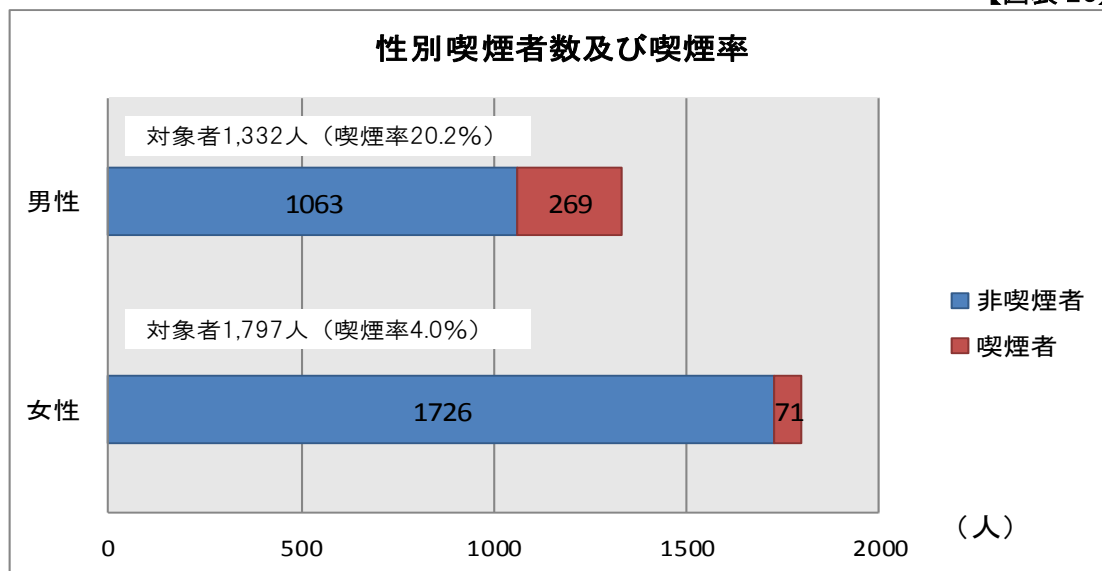
※ジェネリック効果計算結果報告書(株式会社データホールゾン)

②喫煙率の状況(図表 23・24)

平成 28 年度の特定健診の結果によると、喫煙ありの人は 10.9%であり、県(11.3%)、国(14.2%)と比較すると低い数値となっています。性別で喫煙率を見ると、男性 20.2%、女性 4.0%であり、男性の喫煙率が高いことがわかります。

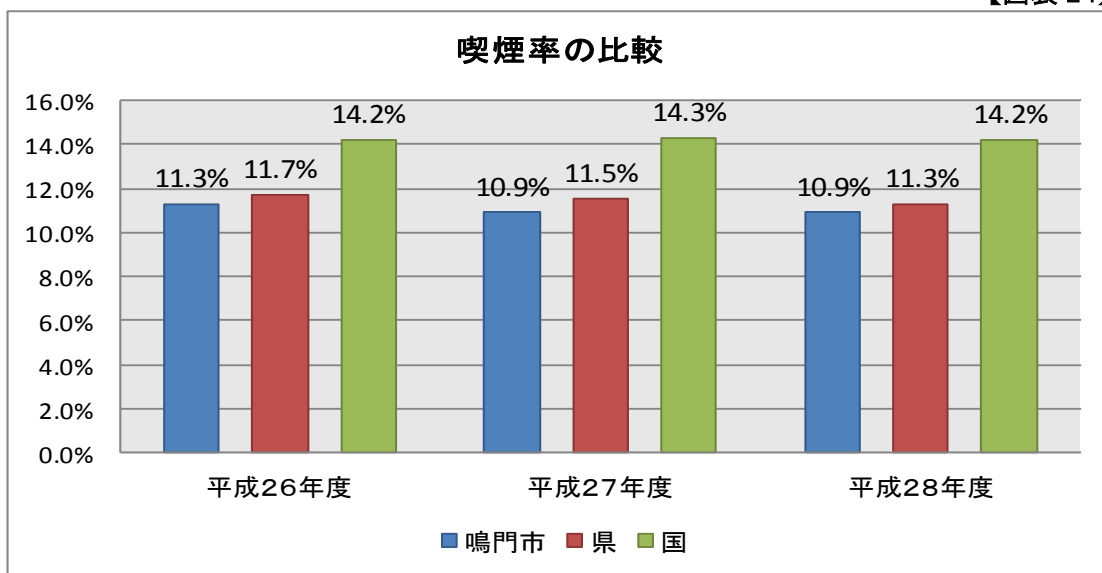
本市は喫煙率は低い状況ですが、がん予防、生活習慣病予防のために、今後も禁煙、分煙を進めていくことが重要です。

【図表 23】



※特定健診等データ管理システム

【図表 24】



※KDB 地域の全体像の把握(H28 年度累計)

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標を虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の医療費の伸び率を減少させること、医療費全体のうち入院医療費を抑制すること等とし、短期的な目標は、それらの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等の減少としました。

平成25年度と比較して、総医療費や入院医療費の伸び率、中長期目標疾患の医療費や患者数は減少していることから、特定保健指導とともに、重症化予防に取り組んだことが反映されていると考えられます。

一方で、糖尿病にかかる医療費が同規模自治体や県、国と比較して高率であり、依然課題となっています。

特定健診の結果では、薬物療法だけでは改善が難しいメタボリックシンドローム該当者・予備群、糖代謝や高血圧の有所見者が多くなっており、継続した治療ができていないか、薬物療法と併せて生活改善ができていないかなど重症化予防の視点として、医療機関受診中の支援も保険者が取り組むべき重要な課題です。

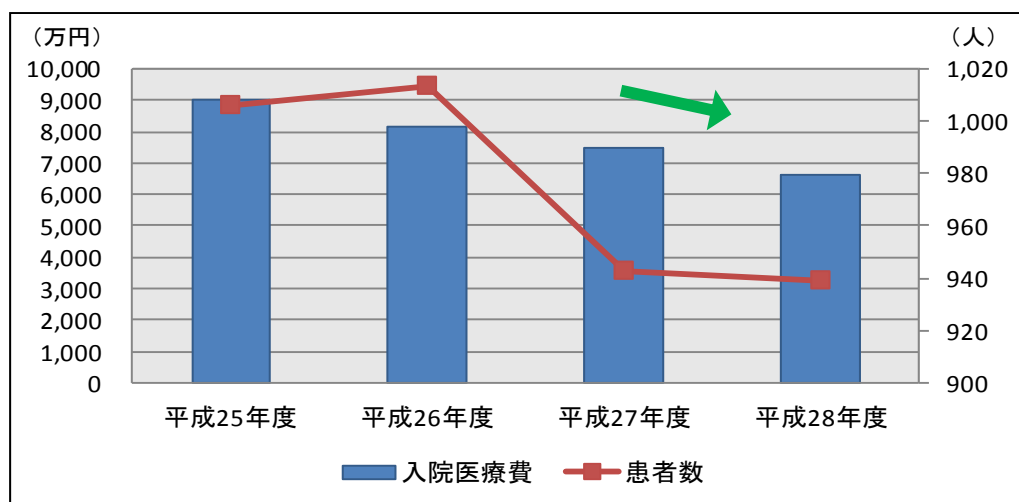
また、適正な医療につなげるためには、被保険者が自らの体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上に向けた対策を講じ、加えて医療費の抑制のために糖尿病の重症化予防に向けたさらなる取り組みが必要と考えられます。

(1) 中長期目標疾患入院医療費と患者数の推移

① 虚血性心疾患

【図表 25】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
入院医療費	90,273,790	81,352,160	75,002,680	66,131,110
患者数	1,006	1,013	943	939

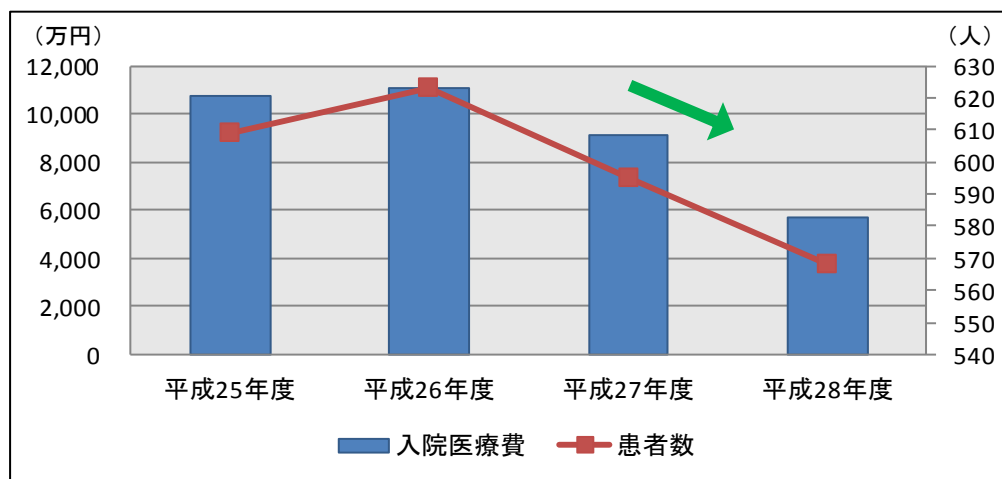


※KDBシステム 厚生労働省様式 3-1、医療費分析(2)大・中・細小分類

②脳血管疾患

【図表 26】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
入院医療費	107,567,180	110,429,590	91,269,360	57,316,330
患者数	609	623	595	568

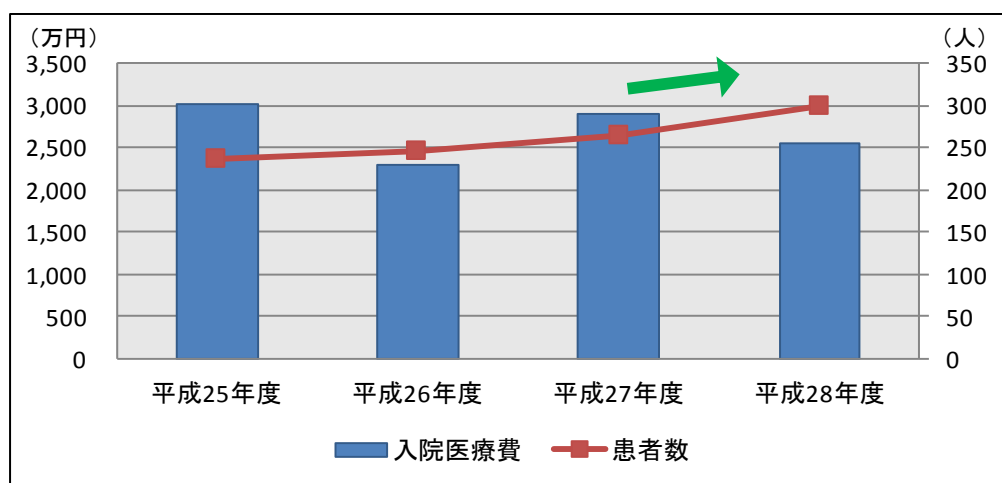


※KDBシステム 厚生労働省様式 3-1、医療費分析(2)大・中・細小分類

③糖尿病性腎症

【図表 27】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
入院医療費	30,217,110	23,012,420	29,022,270	25,464,260
患者数	237	246	263	298



※KDBシステム 厚生労働省様式 3-1、医療費分析(2)大・中・細小分類

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

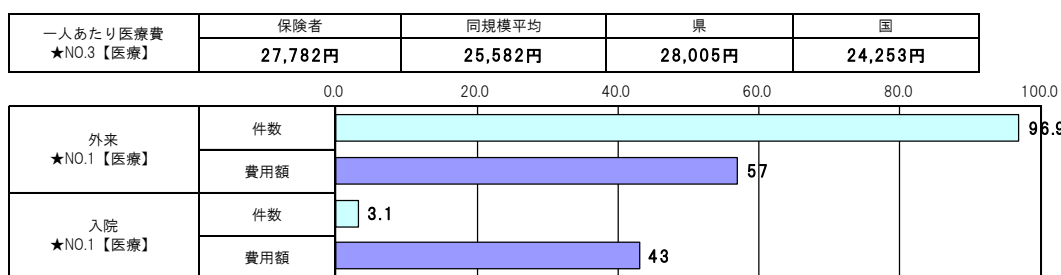
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 28)

入院と入院外の件数を比較すると 96.9%が入院外で、残りの 3.1%が入院という内訳ですが、入院における費用額は、医療費総額の 43%を占めています。重症化予防を図ることで入院を減らしていくことは、費用対効果の面からも効率が良いと考えられます。

「集団の疾患特徴の把握」

【図表 28】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



(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 29)

1か月あたり200万円以上の高額となるレセプトは全体で89件あり、脳血管疾患、虚血性心疾患がそれぞれ3件(3.4%)となっています。また、6か月以上の長期入院では、虚血性心疾患が224件と全体の13.7%となっています。長期療養が必要な人工透析を見ると、糖尿病性腎症が全体の58.7%を占めています。基礎疾患の重なりでは、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに病態の重なりが高率で見られており、重篤な疾患の発症を予防するうえでも、糖尿病等の基礎疾患への対応が重要です。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 29】

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	精神疾患
				件数	3件 3.4%	3件 3.4%	--
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	費用額	2億5601万円	1025万円 4.0%	1008万円 3.9%	--	--
		件数	1,638件	76件 4.6%	224件 13.7%	--	1,315件 80.3%
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	費用額	6億5665万円	3627万円 5.5%	8701万円 13.3%	--	4億8342万円 73.6%
		件数	589件	54件 9.2%	254件 43.1%	--	346件 58.7%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	費用額	2億4464万円	2238万円 9.1%	1億0789万円 44.1%	1億4412万円 58.9%	--

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
				6,466人	568人 8.8%	939人 14.5%
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の 基 礎 な り 疾 患	高血圧	424人 74.6%	758人 80.7%	219人 73.5%
			糖尿病	250人 44.0%	428人 45.6%	298人 100.0%
			脂質異常症	222人 58.5%	591人 62.9%	209人 70.1%
			高血圧症	3,765人 58.2%	2,050人 31.7%	3,072人 47.5%
			糖尿病	2,050人 31.7%	3,072人 47.5%	633人 9.8%

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表 30)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 95.5%であり、筋・骨格疾患の 92.8%を上回っており、どちらも平成 25 年度より割合が増加しています。

要介護認定者に係る医療費は、認定を受けていない人の約 1.6 倍になっています。

本計画の対象者は 75 歳未満ですが、年齢の低い 2 号認定者では、脳卒中が 79.3%を占めています。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なり、血管疾患の共通リスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防、医療費の抑制にもつながると言えます。

【図表 30】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28年度

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		
	被保険者数	21,234人		7,686人		8,610人		16,296人		37,530人	
認定者数	55人		358人		3,249人		3,607人		3,662人		
	認定率		0.26%		4.7%		37.7%		22.1%		
新規認定者数(*1)		8人		69人		359人		428人		436人	
介護度別人数	要支援1・2	10	18.2%	86	24.0%	761	23.4%	847	23.5%	857	23.4%
	要介護1・2	26	47.3%	146	40.8%	1,265	38.9%	1,411	39.1%	1,437	39.2%
	要介護3～5	19	34.5%	126	35.2%	1,223	37.6%	1,349	37.4%	1,368	37.4%

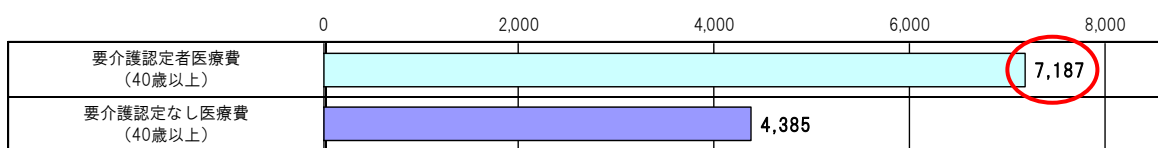
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	介護件数(全体)		55		358		3,251		3,609		3,664							
再)国保・後期		29		292		3,142		3,434		3,463								
(レセプトの 診断名より 重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	23	79.3%	脳卒中	126	43.2%	虚血性心疾患	1,525	48.5%	虚血性心疾患	1,635	47.6%	虚血性心疾患	1,643	47.4%
			2	虚血性心疾患	8	27.6%	虚血性心疾患	110	37.7%	脳卒中	1,325	42.2%	脳卒中	1,451	42.3%	脳卒中	1,474	42.6%
		3	腎不全	4	13.8%	腎不全	41	14.0%	腎不全	482	15.3%	腎不全	523	15.2%	腎不全	527	15.2%	
		4	糖尿病合併症	6	20.7%	糖尿病合併症	53	18.2%	糖尿病合併症	400	12.7%	糖尿病合併症	453	13.2%	糖尿病合併症	459	13.3%	
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		26		259		2,921		3,180		3,206							
	血管疾患 合計		27		273		3,008		3,281		3,308							
	認知症		4		62		1,312		1,374		1,378							
	筋・骨格疾患		24		253		2,935		3,188		3,212							
	合計		93.1%		93.5%		95.7%		95.5%		95.5%							

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

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】



2) 健診受診者の実態(図表 31・32)

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

本市においては、全国と比較して肥満者が多く、メタボリックシンドローム該当者が増加傾向にあります。健診結果の有所見状況でもGPT、空腹時血糖などの割合が高く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測されます。

【図表 31】

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

★NO.23 (概票)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9	
保険者	合計	490	36.7	737	55.2	404	30.3	304	22.8	135	10.1	387	29.0	682	51.1	231	17.3	695	52.1	226	16.9	612	45.9	18	1.3
	40-64	187	42.9	244	56.0	127	29.1	126	28.9	39	8.9	114	26.1	192	44.0	80	18.3	188	43.1	87	20.0	209	47.9	4	0.9
	65-74	303	33.7	493	54.9	277	30.8	178	19.8	96	10.7	273	30.4	490	54.6	151	16.8	507	56.5	139	15.5	403	44.9	14	1.6
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3	
保険者	合計	419	23.3	340	18.9	319	17.8	173	9.6	47	2.6	315	17.5	914	50.9	35	1.9	843	46.9	199	11.1	1,025	57.0	7	0.4
	40-64	149	24.8	107	17.8	89	14.8	63	10.5	13	2.2	87	14.5	250	41.7	9	1.5	195	32.5	63	10.5	346	57.7	1	0.2
	65-74	270	22.6	233	19.5	230	19.2	110	9.2	34	2.8	228	19.0	664	55.5	26	2.2	648	54.1	136	11.4	679	56.7	6	0.5

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 32】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概票)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	男性	1,334	25.2	70	5.2%	250	18.7%	19	1.4%	156	11.7%	75	5.6%	417	31.3%	65	4.9%	28	2.1%	238	17.8%	86	6.4%
保険者	40-64	436	19.6	40	9.2%	76	17.4%	5	1.1%	41	9.4%	30	6.9%	128	29.4%	26	6.0%	12	2.8%	69	15.8%	21	4.8%
	65-74	898	29.2	30	3.3%	174	19.4%	14	1.6%	115	12.8%	45	5.0%	289	32.2%	39	4.3%	16	1.8%	169	18.8%	65	7.2%
女性	1,797	31.0	57	3.2%	113	6.3%	7	0.4%	87	4.8%	19	1.1%	170	9.5%	15	0.8%	5	0.3%	102	5.7%	48	2.7%	
保険者	40-64	600	25.0	31	5.2%	39	6.5%	5	0.8%	28	4.7%	6	1.0%	37	6.2%	2	0.3%	1	0.2%	21	3.5%	13	2.2%
	65-74	1,197	35.2	26	2.2%	74	6.2%	2	0.2%	59	4.9%	13	1.1%	133	11.1%	13	1.1%	4	0.3%	81	6.8%	35	2.9%

3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 33)

高血圧と脂質異常症に関しては、服薬治療をすることで概ねコントロールできているものの、HbA1c の状況を見ると、治療中の方は継続受診者も新規受診者もコントロール不良者が多いことがわかります。高血圧や脂質異常症は薬物療法による治療効果が得やすいため、必要に応じた受診勧奨、また、糖尿病については薬物療法のみでの改善は難しく、食事や運動といった生活習慣の改善につながる保健指導が重要になります。

【図表 33】

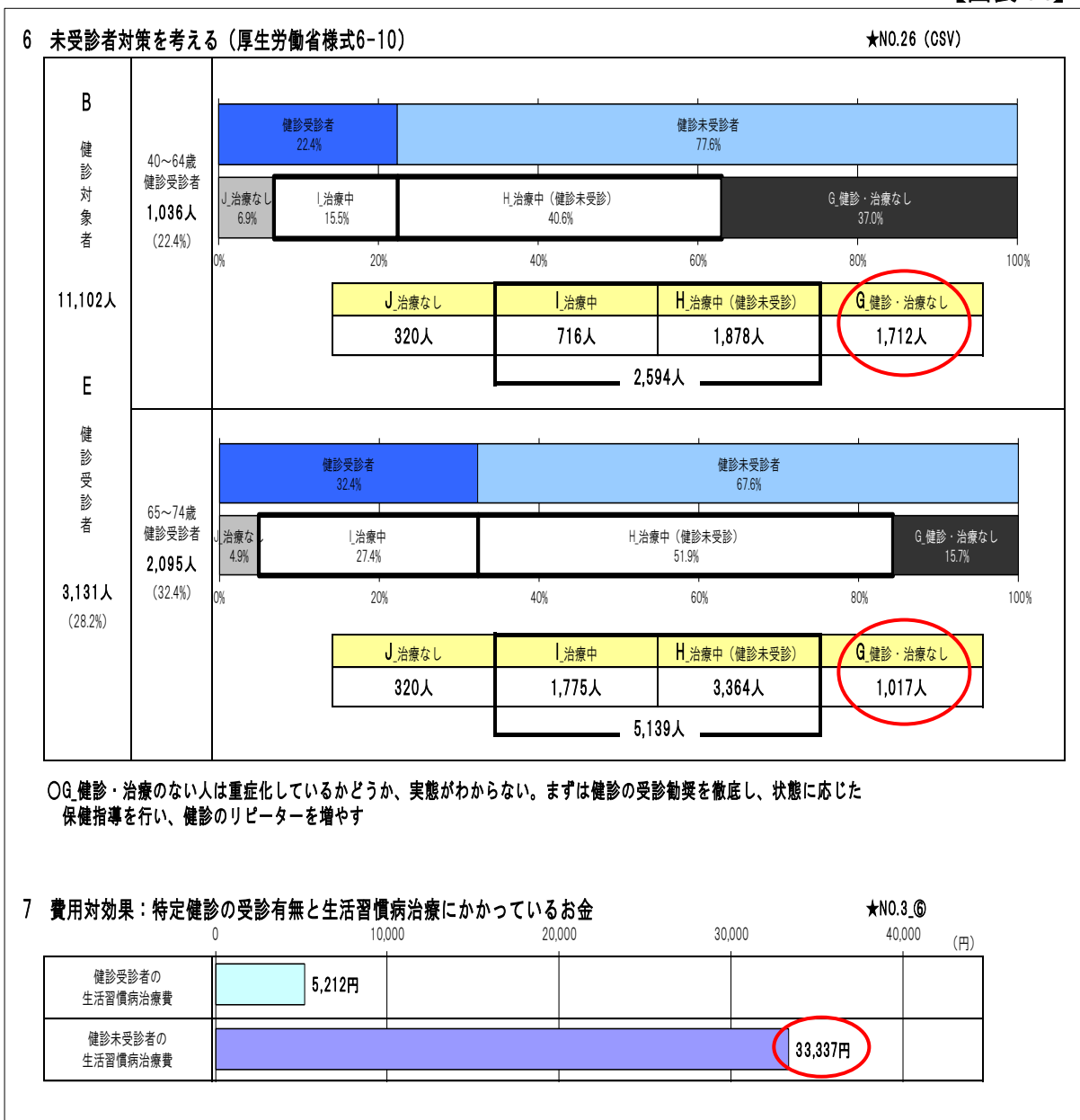
継続受診者と新規受診者の比較



4)未受診者の把握(図表 34)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要ですが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が37.0%と高くなっています。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態です。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります。生活習慣病は自覚症状がないため、体の実態について本人が気づく機会として、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防対策をしていく必要があります。

【図表 34】



3. 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とします。2023年(平成35年)度には2018年(平成30年)度と比較して、3つの疾患を減少させることを目標とします。また、3年後の2020年(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。

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いくことを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とします。特定健診を全く受診していない人も多く、気づかぬうちに重症化して入院する実態もあることから、入院が必要となるような中長期目標疾患の発症や重症化を予防し、入院医療費を抑え、伸び率を上昇させないことを目標とし、まずは入院の伸び率を2023年(平成35年)度に国並みとすることを目指します。

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します。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととします。

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

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

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

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で、その目標値は、第4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4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、特定健診・特定保健指導の実施計画を定めるものとされています。

第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、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。

この計画では、目標値や実施方法について定め、より効果的な特定健診・特定保健指導を実施することで生活習慣病に係る医療費の削減を図ります。

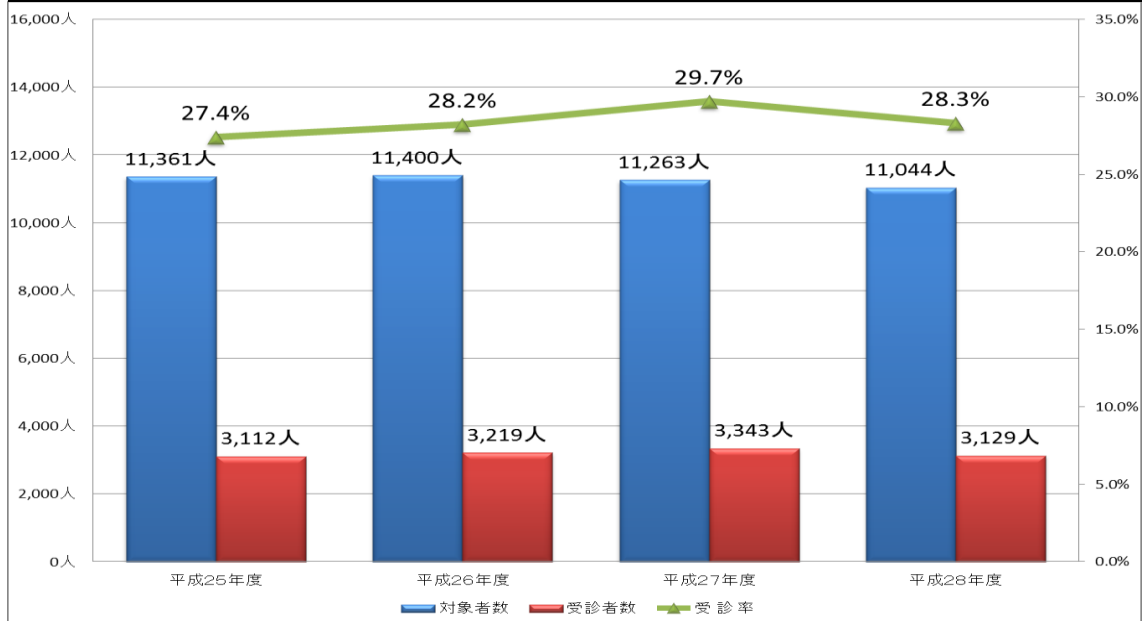
2. 特定健診の実施状況

(1) 特定健診の受診率

本市の特定健診受診率(法定報告)の推移を見ると、ほぼ横ばいであり、各年度とも目標に到達しておらず、県内市町村及び国平均と比較しても低い状況です。(図表35)

【図表35】

第2期実施状況		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
	目標値	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	対象者数	11,361人	11,400人	11,263人	11,044人	-
	受診者数	3,112人	3,219人	3,343人	3,129人	-
	受診率	27.4%	28.2%	29.7%	28.3%	-
	県	34.0%	34.3%	35.2%	34.8%	-
	国(市町村国保)	34.3%	35.4%	36.3%	36.6%	-



男女別の受診率を見ると、男性より女性の受診率が高くなっています。

また、年齢別に見ると、60歳以上の年齢層に比べ、40歳代、50歳代の働く世代の受診率が低い状況です。生活習慣病の予防の観点からも、若いうちに生活習慣を見直すことが重要であるため、若い年代への働きかけが必要です。(図表 36)

【図表 36】

		40~44歳			45~49歳			50~54歳			55~59歳			60~64歳			65~69歳			70~74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
総数	H25	725	97	13.4%	725	108	14.9%	745	125	16.8%	997	205	20.6%	2,228	635	28.5%	3,204	1,058	33.0%	2,737	884	32.3%
	H26	733	94	12.8%	704	115	16.3%	723	136	18.8%	942	208	22.1%	2,092	592	28.3%	3,343	1,130	33.8%	2,863	944	33.0%
	H27	717	113	15.8%	680	123	18.1%	719	144	20.0%	882	205	23.2%	1,889	595	31.5%	3,664	1,252	34.2%	2,712	911	33.6%
	H28	691	94	13.6%	700	112	16.0%	704	122	17.3%	810	200	24.7%	1,678	507	30.2%	3,767	1,208	32.1%	2,694	886	32.9%
男性	H25	385	46	11.9%	356	47	13.2%	389	63	16.2%	453	77	17.0%	1,002	251	25.0%	1,541	473	30.7%	1,218	368	30.2%
	H26	402	52	12.9%	354	55	15.5%	370	63	17.0%	432	71	16.4%	910	218	24.0%	1,595	498	31.2%	1,284	385	30.0%
	H27	391	53	13.6%	357	74	20.7%	359	66	18.4%	415	80	19.3%	811	210	25.9%	1,761	544	30.9%	1,214	379	31.2%
	H28	393	53	13.5%	373	66	17.7%	341	50	14.7%	396	90	22.7%	709	177	25.0%	1,776	528	29.7%	1,287	369	28.7%
女性	H25	340	51	15.0%	369	61	16.5%	356	62	17.4%	544	128	23.5%	1,226	384	31.3%	1,663	585	35.2%	1,519	516	34.0%
	H26	331	42	12.7%	350	60	17.1%	353	73	20.7%	510	137	26.9%	1,182	374	31.6%	1,748	632	36.2%	1,579	559	35.4%
	H27	326	60	18.4%	323	49	15.2%	360	78	21.7%	467	125	26.8%	1,078	385	35.7%	1,903	708	37.2%	1,498	532	35.5%
	H28	298	41	13.8%	327	46	14.1%	363	72	19.8%	414	110	26.6%	969	330	34.1%	1,991	680	34.2%	1,407	517	36.7%

(2)特定健診の結果及び評価

本市では、これまで受診率向上に向けて下記の取り組みを実施してきました。しかしながら、受診率は低迷しており、さらなる対策が必要です。

① 集団健診の導入

平成26年度より(公財)とくしま未来健康づくり機構の巡回健診車による集団健診を導入しました。休日などに実施することで、仕事で忙しい人や個別健診を受け忘れた方など受診しやすい環境を整えました。また、追加検査として頸部エコー検査を導入し、健診内容の充実を図りました。

② 集団健診とがん検診の同時実施

集団健診とがん検診を同時に実施することで、利用者のニーズに合った同時受診しやすい環境を整えました。

③ 広報活動の実施

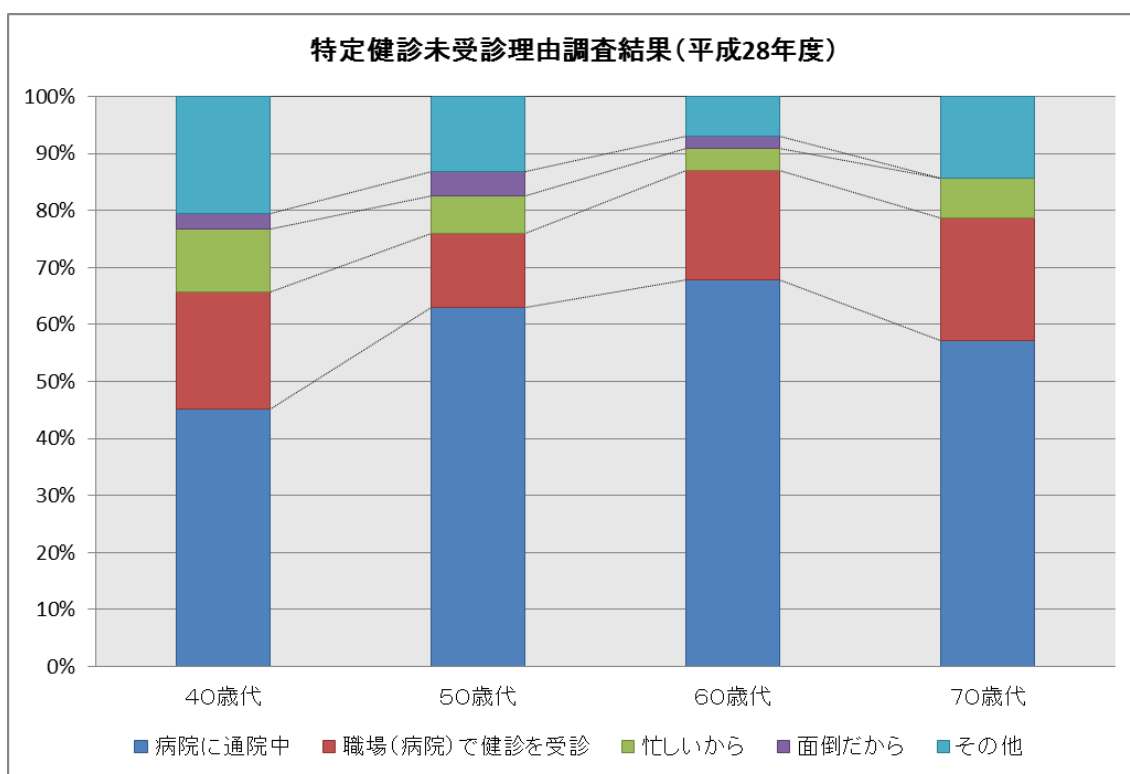
広報なるとや他課イベント等さまざまな媒体を活用した啓発や、大型商業店舗でのチラシの配布、啓発ポスターを作成し、市公共施設や医療機関に掲示するなどの広報活動を行いました。

④ 個別勧奨の実施

平成25年度より臨時職員を雇用し、戸別訪問による受診勧奨を実施していましたが、対象者との接触機会の確保を図るために、在宅率の高い曜日・時間帯を考慮したコールセンター方式による受診勧奨を平成28年度に導入しました。

コールセンター方式による受診勧奨において実施した未受診理由の調査結果を見ると、いずれの年代でも「病院に通院中」という回答が多く、40歳代、50歳代は「忙しいから」、「面倒だから」という理由が他の年代より多くなっています。(図表37)

【図表37】



3. 特定保健指導の実施状況

(1) 特定保健指導の実施率

本市の特定保健指導実施率(法定報告)の推移を見ると、ほぼ横ばいでしたが、平成 28 年度は大きく上昇しました。しかしながら、各年度とも目標に到達しておらず、国平均と比較すると高い実施率ですが、県内市町村平均との比較では低い状況です。(図表 38)

【図表 38】

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
第2期実施状況	目標値	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	対象者数	428人	435人	466人	392人	-
	動機付け支援	340人	348人	343人	310人	
	積極的支援	88人	87人	123人	82人	
	実施者数	215人	208人	225人	225人	
	動機付け支援	183人	189人	196人	198人	
	積極的支援	32人	19人	29人	27人	-
	実施率	50.2%	47.8%	48.3%	57.4%	-
	県	64.2%	67.9%	69.1%	73.5%	-
	国(市町村国保)	23.7%	24.4%	25.1%	26.3%	-

(2) 特定保健指導の結果及び評価

特定保健指導の実施率については、数値の改善が見られますが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は横ばいとなっており、特定保健指導対象者の減少や改善効果については課題が残っています。実施率の向上とともに効果的な特定保健指導の実施に努めていく必要があります。(図表 39)

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪に起因する糖尿病をはじめとした生活習慣病の要因にもなりうることから、対象者が自分の体の状況や生活習慣の改善の必要性を理解し取り組むことにより、特定保健指導該当者の減少を図ります。

【図表 39】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
メタボ該当者	565人	562人	602人	586人	-
メタボ予備群	387人	402人	399人	363人	
計	952人	964人	1,001人	949人	
割合	30.6%	29.9%	29.9%	30.3%	-
特定健診受診者	3,112人	3,219人	3,343人	3,129人	-

4. 目標値の設定

国の示した市町村国保全体の目標値は、特定健診・特定保健指導ともに2023年(平成35年)度時点で60%とされていることから、国の目標に準じ次のように設定します。

【図表 40】

	2018年度 (H30年度)	2019年度 (H31年度)	2020年度 (H32年度)	2021年度 (H33年度)	2022年度 (H34年度)	2023年度 (H35年度)
特定健診実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	55%	60%	60%	60%	60%	60%

5. 対象者の見込み

本市の特定健診対象者は平成30年度で11,131人、2023年(平成35年)度には10,621人と予想されます。特定健診の実施率を平成30年度で35%、2023年(平成35年)度で60%とすると、特定健診受診者は平成30年度で3,896人、2023年(平成35年)度で6,373人となります。

また、特定保健指導対象者は平成30年度で523人、2023年(平成35年)度には856人と予想されます。特定保健指導の実施率を平成30年度で55%、2023年(平成35年)度で60%とすると、特定保健指導実施者は平成30年度で288人、2023年(平成35年)度で514人となります。

【図表 41】

		2018年度 (H30年度)	2019年度 (H31年度)	2020年度 (H32年度)	2021年度 (H33年度)	2022年度 (H34年度)	2023年度 (H35年度)
特定健診	対象者数	11,131人	11,027人	10,924人	10,822人	10,721人	10,621人
	受診者数	3,896人	4,411人	4,916人	5,411人	5,897人	6,373人
特定保健指導	対象者数	523人	592人	660人	726人	792人	856人
	受診者数	288人	355人	396人	436人	475人	514人

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

- ① 集団健診(とくしま未来健康づくり機構他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(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、国保連のホームページに掲載します。

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

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(血清クレアチニン、尿酸、尿潜血)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代えるものとします。(実施基準第 1 条 4 項)

区分		内容	
特定健康診査	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪
			HDL-コレステロール
			LDL-コレステロール
		肝機能検査	GOT
			GPT
	γ-GTP		
	血糖検査	血糖(空腹時または随時)	
		ヘモグロビンA1c	
	尿検査	糖	
		蛋白	
	詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)	貧血検査	赤血球
血色素量			
ヘマトクリット値			
心電図検査			
眼底検査			
血清クレアチニン及びeGFR			
保険者独自の検査項目	腎機能検査	血清クレアチニン及びeGFR	
	代謝系検査	血清尿酸	
	尿検査	潜血	

(5)自己負担額

特定健診受診時に窓口で支払う自己負担の額は、1,000 円です。

(6)実施時期

4月から12月末まで実施します。

(7)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、医療機関に協力を依頼します。

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、かかりつけ医との連携に向けて検討を行います。

(8)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託します。

(9)健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診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ため、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として被保険者に対する周知のための広報活動を毎年、次のスケジュールにより行います。(図表 42)

【図表 42】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券発送				→								
健診実施				→	→	→	→	→	→			
受診者確認						→	→	→	→	→	→	→
広報活動	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→

※対象者は鳴門市国民健康保険加入者のうち、当該実施年度内に40歳から75歳になる方です。

※受診券の有効期限は当該実施年度の12月31日ですが、10月以降に75歳に到達する方については、9月30日が有効期限です。

(10)受診率向上の取り組み

これまでの取り組みを継続し、特に、未受診者対策として平成 28 年度から実施しているコールセンター方式による受診勧奨の成果を検証しながら、受診率向上に取り組んでいきます。

また、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した被保険者の健診データの取得、その他データ提供元やデータ受領体制について、その可能性を検討していきます。

(11)他の健診等の結果収集

本市が実施する人間ドック・脳ドック事業の受診者については、特定健診を受診したものとし、健診実施機関から健診結果を受領します。

また、特定健診の健診項目を含む事業主健診等の健診結果について、本人等から提出を受けた場合も同様とします。

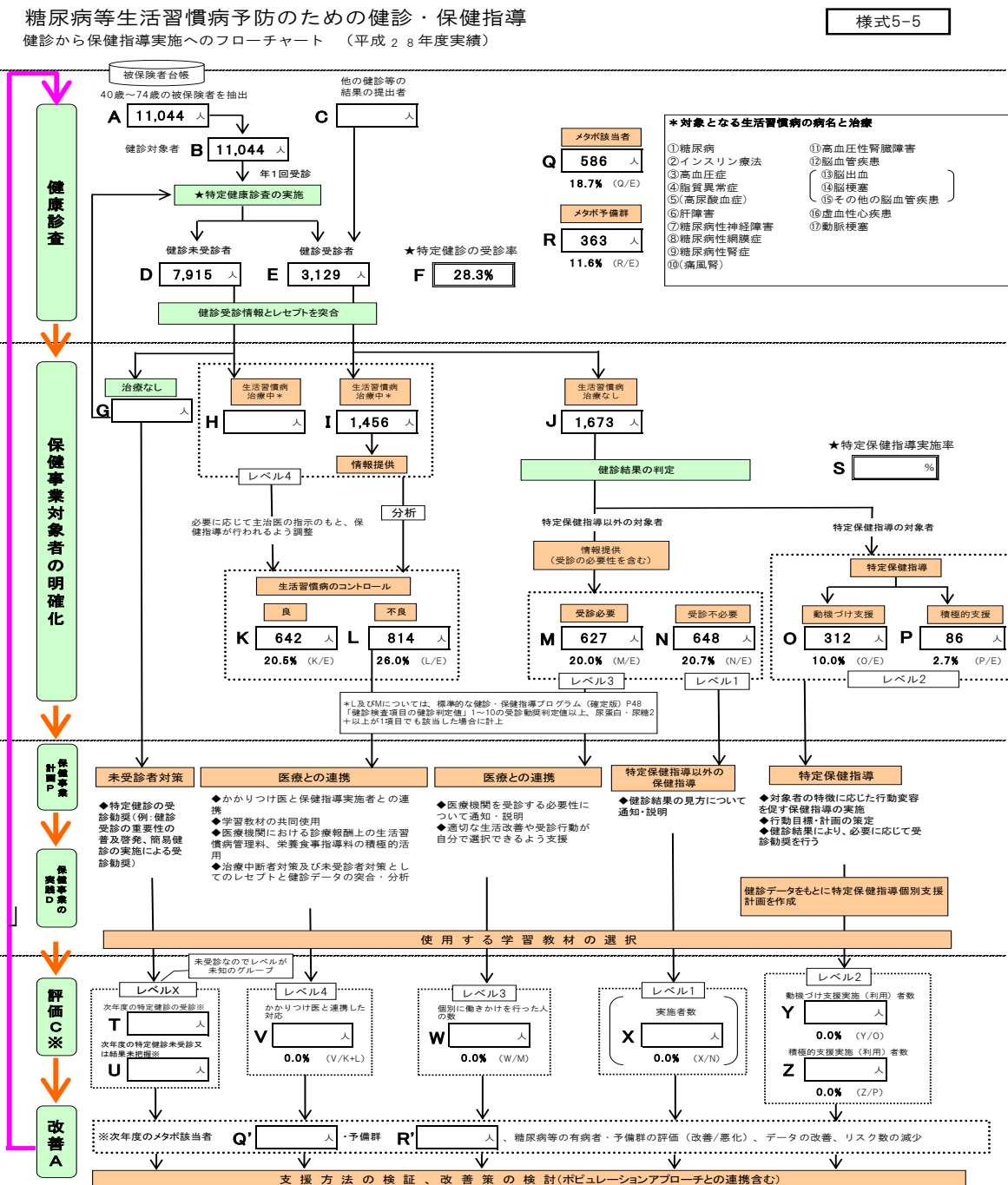
7. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、一般衛生部門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43)

【図表43】



(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 44)

【図表 44】

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	398人 (12.7%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	627人 (20.0%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	7,915人 ※受診率目標達成までにあと2,945人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	648人 (20.7%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,456人 (46.5%)	

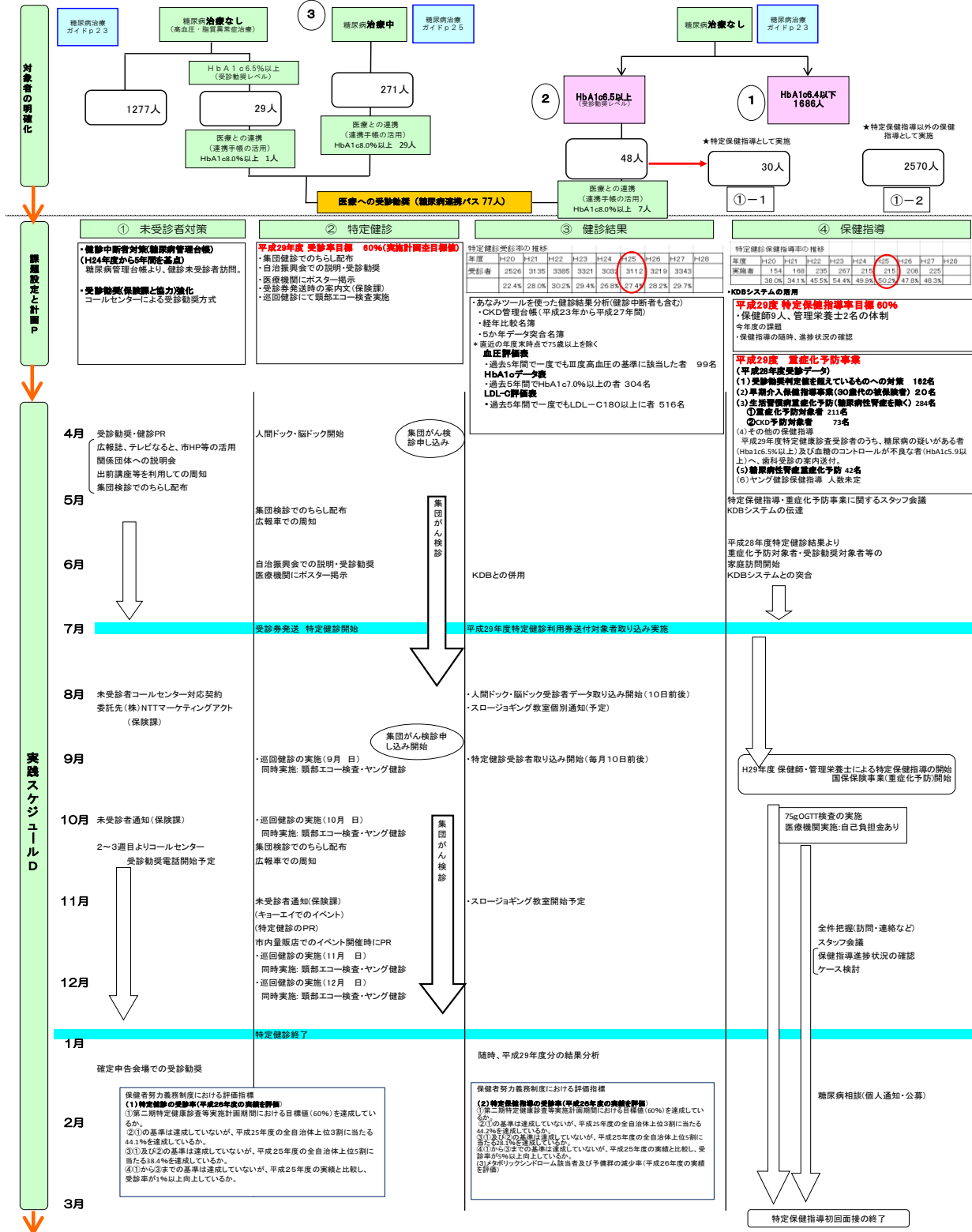
(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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。(図表 45)

【図表 45】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



8. 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鳴門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、委託先の管理体制を十分把握した上で行います。

(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。

記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日であり、当該期間経過後の保存については、加入者の健康づくりに資するため、支障のない範囲の中で可能な限り保存に努めます。

9. 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 日までに社会保険診療報酬支払基金(国)に報告します。

10. 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)に基づき、計画は「市公式ウェブサイト」等への掲載により公表、周知を行います。

11. その他

被用者保険の被扶養者に対し、市が実施する特定健診と合わせて実施できる体制を整えます。また、若年層に対し、健康意識の向上や生活習慣病の発症予防という観点から、30 歳代の国保加入者に健康診査を実施し、健康相談や保健指導の機会を提供できるよう努めていきます。

第 5 章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。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る必要があります。

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・進行抑制を目指し、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防の取り組みを行います。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を、治療中の者へは医療機関と連携し、重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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に周知していきます。

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 4 章の特定健診等実施計画に準ずるものとします。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(以下「徳島県プログラム」という。)に基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施します。なお、取組の流れは図表 46 のとおりです。

- (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 46】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2)対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては徳島県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下の者とします。

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

(2)選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。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。糖尿病性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 47)

【図表 47】

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

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

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。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。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 48)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 120 人(36.8%・F)でした。また 40～74 歳における糖尿病治療者 2,009 人中のうち、特定健診受診者が 798 人(39.7%・G)でしたが、7 人(0.9%・キ)は中断でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,803 人(89.7%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 176 人中 138 人は治療中断であることが分かりました。また、38 人については継続受診中ですが、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きます。

③ 介入方法と優先順位

図表 48 より本市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)……120 人
- ② 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)……………145 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)……791 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

優先順位 3

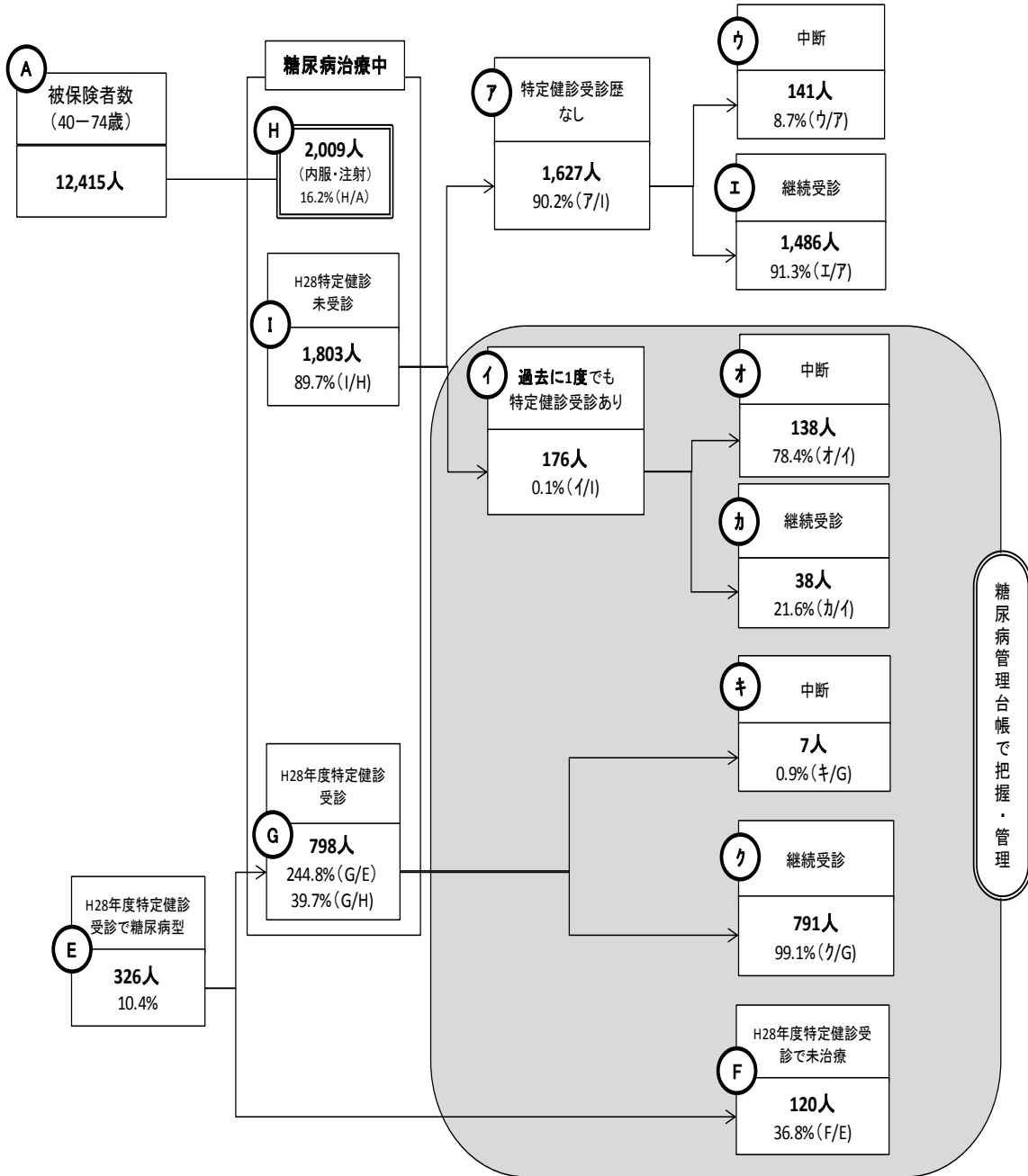
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)……………38 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

【図表 48】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は2か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)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きます。

【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 HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 国保資格を確認する。

(3) レセプトを確認し情報を記載する。

① 治療状況の把握

- ・ 特定健診の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の情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認。

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握。

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

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進行抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。

また、腎症の進行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きます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととします。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きます。(図表 49)

【図表 49】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○ 食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○ 薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 </div> <div style="font-size: 2em;">}</div> <div style="margin-left: 10px;">6.0%未満</div> </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) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況のみで糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="font-size: 2em;">{</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. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2)2 次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃すおそれがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは尿アルブミン検査などの2次健診等を検討し、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

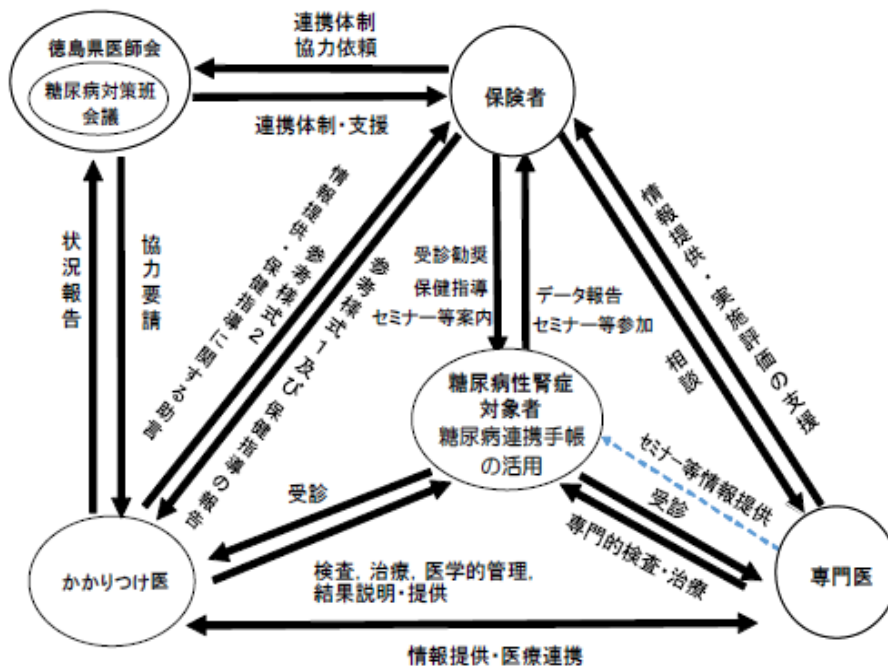
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(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、保健指導への助言を得ることとします。なお、かかりつけ医、専門医との連携にあたっては徳島県プログラムに準じ行っていきます。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

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



6)高齢者福祉部門(長寿介護課等)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長寿介護課、地域包括支援センター等の関係機関と情報共有や連携を図ります。

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きます。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 回行うものとしします。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きます。

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

(1)短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

8)実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 7月～12月末 特定健診の実施期間
- 9月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つです。「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。本市において健診受診者 3,129 人のうち心電図検査実施者は 564 人(18%)であり、そのうち ST 所見があったのは 14 人でした(図表 50)。ST 所見のあった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。また心電図における 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。

本市は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群が多く、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の全数実施を今後検討していきます。

心電図検査結果

【図表 50】

	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)	(e/b)(%)
H28 年度	3,129	100	564	18.0	14	2.5	262	46.5	271	48.0

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 51】

ST 所見あり(a)		要精査(b)					
		医療機関受診あり(c)				受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
14	100	0	0				

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、CKD(慢性腎臓病)ステージにより対象者を把握していきます。

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 52 の問診が重要となります。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います。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 52】

<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・労作時関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3~5分程度 (休むとよくなる)	数分~20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2)二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。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」とあることから対象者への二次健診として、これらの検査を今後検討していきます。

(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ーチャート」(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します。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ます。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していきます。

4)医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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ていきます。

5)高齢者福祉部門(長寿介護課等)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長寿介護課、地域包括支援センター等の関係機関と情報共有や連携を図ります。

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ていきます。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、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きます。

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っていきます。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7 月～12 月末 特定健診の実施期間

9 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きます。(図表 53・54)

【脳卒中の分類】

【図表 53】

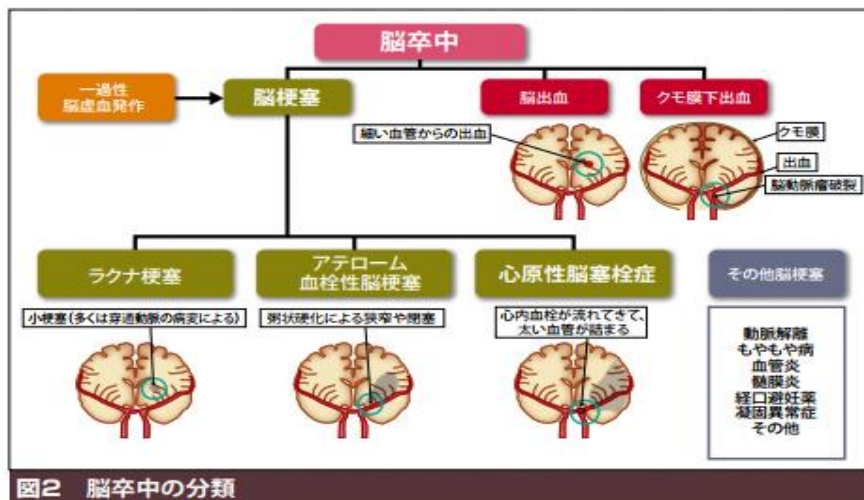


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 54】

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 55 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 55】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●				○			○
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		○	●		○
脳出血	脳出血	●							○
くも膜下出血	くも膜下出血	●							
リスク因子		高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	
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	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数		3,129人							
治療なし		95 4.6%	2 0.1%	101 4.3%	72 3.0%	149 8.9%	95 3.3%	14 0.8%	20 1.2%
(再掲) 特定保健指導		34 23.1%	1 14.3%	23 20.7%	30 32.3%	149 25.4%	30 16.9%	7 19.4%	5 6.8%
治療中		52 5.0%	5 0.3%	10 1.3%	21 2.8%	437 30.0%	83 40.3%	22 1.5%	54 3.7%
臓器障害あり		12 12.6%	2 100.0%	9 8.9%	6 8.3%	13 8.7%	13 13.7%	14 100.0%	20 100.0%
CKD (専門医対象者)		5	0	3	4	5	4	14	20
尿蛋白 (2+) 以上		3	0	2	1	3	3	14	1
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上		0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		3	0	1	4	3	3	1	20
心電図所見あり		7	2	7	2	8	9	0	3

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度高血圧以上が 147 人(4.7%)であり、95 人は未治療者でした。また未治療者のうち 12 人(12.6%)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 52 人(5.0%)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ってきます。

(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すが、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 56)

図表 56 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ってきます。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

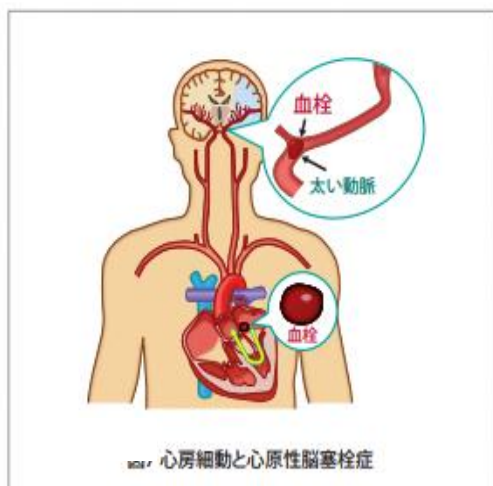
【図表 56】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療	
		2,082	628	544	460	355	81	14	25	197	228
		30.2%	26.1%	22.1%	17.1%	3.9%	0.7%	1.2%	9.5%	11.0%	
リスク第1層		236	124	50	32	25	4	1	25	4	1
		11.3%	19.7%	9.2%	7.0%	7.0%	4.9%	7.1%	100%	2.0%	0.4%
リスク第2層		1,143	340	307	248	193	48	7	--	193	55
		54.9%	54.1%	56.4%	53.9%	54.4%	59.3%	50.0%	--	98.0%	24.1%
リスク第3層		703	164	187	180	137	29	6	--	--	172
		33.8%	26.1%	34.4%	39.1%	38.6%	35.6%	42.9%	--	--	75.4%
再掲 重複あり	糖尿病	173	37	53	44	33	3	3			
		24.6%	22.6%	28.3%	24.4%	24.1%	10.3%	50.0%			
	慢性腎臓病 (CKD)	317	88	83	75	53	15	3			
	45.1%	53.7%	44.4%	41.7%	38.7%	51.7%	50.0%				
3個以上の危険因子		389	79	91	107	89	19	4			
		55.3%	48.2%	48.7%	59.4%	65.0%	65.5%	66.7%			

(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」になる頻度が高いものです。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となります。図表 57 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)

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 57】

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	239	325	6	2.5	1	0.3	—	—
40 歳代	18	10	0	0	0	0	0.2	0.04
50 歳代	21	27	1	4.7	0	0	0.8	0.1
60 歳代	117	183	3	2.6	0	0	1.9	0.4
70～74 歳	83	105	2	3.6	1	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 58】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
7	100	0	0	7	100

心電図検査において心房細動の所見があった者は 7 人で、男性 6 人(85.7%)、女性が 1 人(14.3%)でした。また、治療の有無については、7 人全てが治療につながっています。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を今後検討していきます。

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います。

(2)二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。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った。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者への二次健診として、これらの検査を今後検討していきます。

(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きます。(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、経過を把握していきます。(参考資料 9)

4)医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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、データを収集していきます。

5)高齢者福祉部門(長寿介護課等)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長寿介護課、地域包括支援センター等の関係機関と情報共有や連携を図ります。

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ていきます。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、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きます。

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っていきます。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7 月～12 月末 特定健診の実施期間

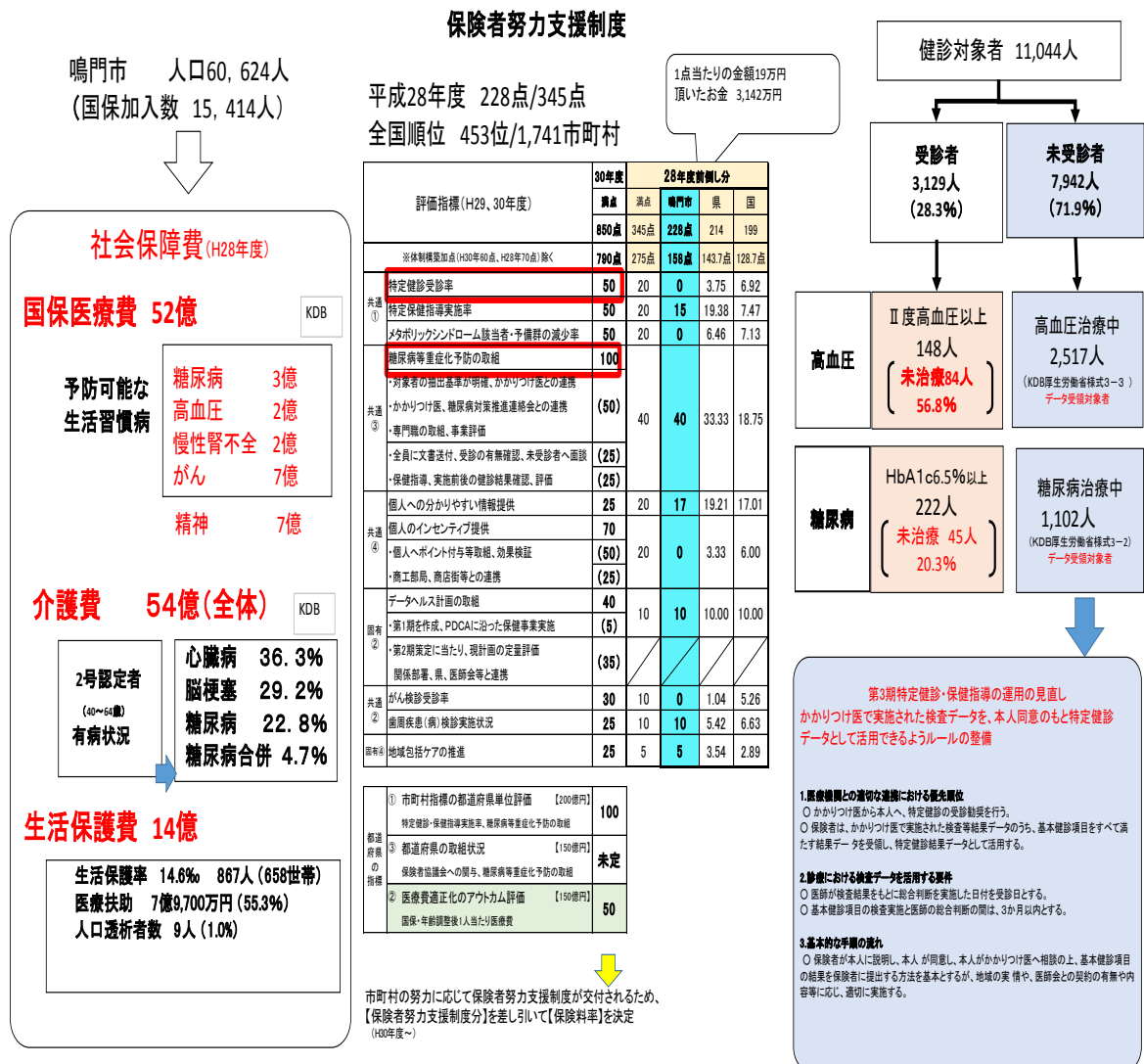
9 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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は、まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり、病気を予防したりできるようにすることです。

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民に周知していきます。(図表 59・60)

【図表 59】



【鳴門市の食の実態と体の実態を考える】

地勢・風土

県東北端、「鯛」「わかめ」「さつまいも」「塩」「れんこん」など地域特産物の供給基地として体制づくりを勧められている。

歴史・風習

お接待 四国霊場1, 2番札所があり、おもてなしの文化が残っている。
板東停虞収容所で製パン法を学び、大正8年に創業したパン屋が現在も営業中である。
農作業農繁期は間食、缶コーヒー、栄養ドリンクが必須
漁業 1回の漁で缶コーヒーなどの清涼飲料水を段ボール1, 2箱持って行って飲む。

人口・就業構造

人口: 58,744人(H29.10.31 現在)
年少人口割合: 11.0%
生産年齢人口割合: 57.5%
老年人口割合: 31.5%
(H28.3.31 現在市ウエブサイトより)
産業別就業者数(国勢調査H27)
第1次産業 9.9%/第2次産業 24.7%
第3次産業 62.5%/分類不能産業 2.9%
おもな産業
農業: さつまいも・らっきょう・蓮根・なし
その他果物多数
漁業: わかめ・鯛・養殖はまち・かき等
産業: 製薬会社・運送業・足袋

食品

・穀類(米、その他の穀類←もちごめ?)摂取量↑
・野菜類(緑黄色野菜↑野菜ジュース↑じゃがいも↑)
☆果物類摂取量
県内2位
☆柑橘類摂取量県内2位
☆その他の生果摂取量県内2位←なし??
柿??桃??
・練り物摂取量県内3位
・缶詰摂取量県内3位
・魚介佃煮摂取量県内3位
・菓子パン類摂取量県内2位
・即席中華麵摂取量県内2位
・ピスケット摂取量県内1位
平成28年県民健康栄養調査結果より

買い物

・農産物直売所が多い
・パン屋、和菓子屋が多い
・ケーキ屋少ない
→あんこを好む傾向?
・うどん、そば、ラーメンなど屋が多い
・缶コーヒー、ココア、などの嗜好飲料売り場が多い
・卵、缶コーヒー、ジュース、栄養ドリンクの特売日に箱買い
・安くくて数が多いものをよく買う
・自動車を使うことが多い
・市外でも買い物

食習慣

☆赤飯に砂糖をかける文化
・農家のおやつタイム(10時と15時)甘い飲み物と菓子パン、お菓子など
・豆文化(お寿司、お好み焼きに甘い金時豆を入れる)
・漁業の人は低血糖が怖いため、缶コーヒーや菓子パン、おにぎり、おしるこ、コーンポタージュ、缶のカロリーメイトなどを大量に船に積み込む
・お接待文化(買い置きをして、お客様にすすめる)
・週3回以上食後間食↑
・食べる速度が早い KDBより

健康習慣

・1回60分以上の運動習慣↑
・1日の歩数↓
・20歳と比べて10kg以上体重増加↑
KDBより

健康意識

・特定健診受診率↓
・がん検診受診率↓
・病院数↑
・病床数↑(国、同規模と比較)
・外来患者数↑ KDBより
・入院患者数↑ KDBより
→予防ではなく、症状が出てから病院受診する人が多い
・透析ができる医療機関が増加(市内5か所) 徳島県HPより

からだの実態

健診結果(国保特定28年度)
・内臓脂肪症候群該当者 女性9.5%
・内臓脂肪症候群予備軍 男性18.8% 女性6.3%
・肥満者(BMI25以上) 男性36.5% 女性23.5%
・空腹時血糖値異常(100以上) 男性40.7% 女性23.0%
・HbA1c異常(5.6%以上) 男性51.5% 女性50.5%
・尿蛋白2+以上 男性1.5%(20人) 女性1.0%(18人)
・eGFR50未満(70歳以上40未満) 男性3.2%(43人) 女性2.5%(45人)
・高血圧(収縮期:130以上) 男性52.3% 女性47.0%
・高血圧(収縮期:130以上) 男性17.1% 女性11.1%
・脂質異常(LDL-C:120以上) 男性45.9% 女性56.7%

医療の状況

国保・外来医療費(点数)H29年度(累計)
1.糖尿病 15,854,604
2.高血圧症 11,564,816
3.慢性腎不全(透析あり) 9,826,527
4.脂質異常症 6,968,826
介護認定の状況(H28年度)
・1号認定率22.3%/2号認定率0.3%
介護・要介護認定者の有病状況(H28)
1.心臓病64.3%/2.筋・骨格57.0%
3.高血圧症55.4%/4.精神35.7%
5.脂質異常症31.2%/6.糖尿病26.6%
死因別死亡状況の推移(H27)
(男性) (女性)
1.悪性新生物(124) 1.悪性新生物(88)
2.心臓疾患(56) 2.心疾患(53)
3.肺炎(37) 3.肺炎(48)
4.脳血管疾患(24) 4.老衰(43)
5.不慮の事故(19) 5.脳血管疾患(34)
※腎不全7位(14) 腎不全7位(6)

第6章 地域包括ケアに係る取組み

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

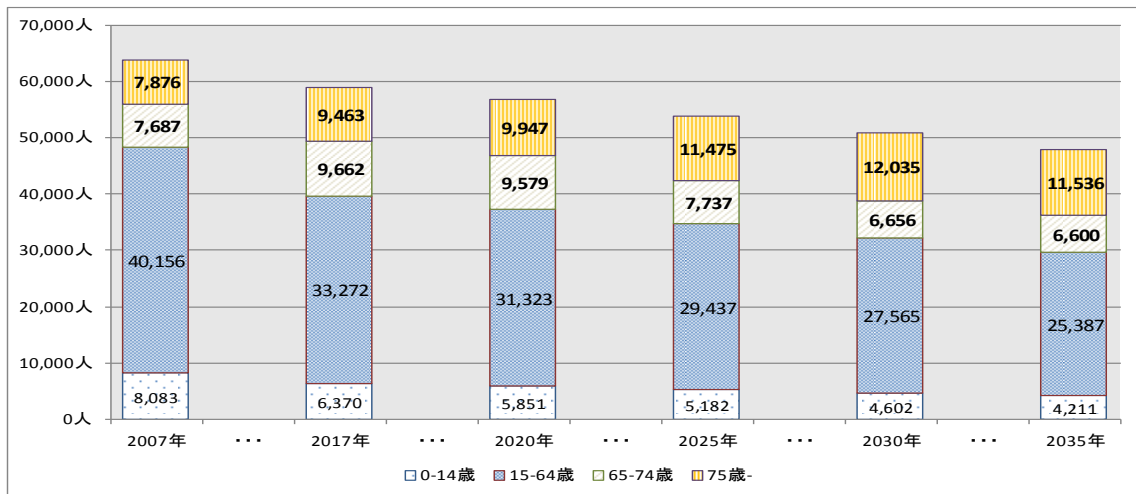
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくために、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。第5章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができます。

本市の人口は、平成 10 年をピークに、毎年 500 人程度、減少する傾向が続いている一方、高齢者人口(65 歳以上)は増加しています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本市の高齢者人口は、平成 32 年頃をピークに減少に転じると予測されていますが、その後も高齢化率は上昇し続ける見込みです。(図表 61)

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ます。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非常に重要です。

本市の年齢層別人口と高齢化率の推移及び推計

【図表 61】



	2007年 (平成19年)	2017年 (平成29年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)	2030年 (平成42年)	2035年 (平成47年)
総人口(人)	63,802	58,767	56,700	53,831	50,858	47,734
65歳以上人口(人)	15,563	19,125	19,526	19,212	18,691	18,136
高齢化率	24.4%	32.5%	34.4%	35.7%	36.8%	38.0%

※平成 19 年～29 年は住民基本台帳(各年 10 月 1 日)
 ※平成 32 年以降は国立社会保障・人口問題研究所推計資料

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、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながります。(参考資料 10)

第7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2020年(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2023年(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います。

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(参考資料11)

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

具体的な評価方法は、KDB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することとします。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、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します。

3. 事業運営上の留意事項

本市では、保険課(国民健康保険担当)と健康増進課(保健衛生担当)が連携して、平成 20 年度から特定健診・特定保健指導事業等を実施しています。

今後も庁内連携を深め、健康増進課、長寿介護課(介護保険担当)等とともに共通認識を持って取り組むものとしてします。

また、本市は、平成 28 年 11 月に全国健康保険協会徳島支部と「健康づくり推進のための包括的連携に関する協定書」を締結しました。各種健診の受診率向上など健康づくりに関する取り組みを、相互に連携・協力して推進します。

第 8 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、「市公式ウェブサイト」や広報誌等を通じた周知を行います。

また、計画の実施状況・評価の内容等については、毎年、鳴門市国民健康保険運営協議会に報告を行うものとします。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いにあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン等によるもののほか、鳴門市個人情報保護条例及び鳴門市情報セキュリティポリシーを遵守し、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において、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

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鳴門市の位置
- 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 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 7-1 高血圧予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 後発医薬品(ジェネリック医薬品)に関するアンケート調査結果

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鳴門市の位置

2017.11.14作成

項目		H25		H28		同規模平均		県		国		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		60,624		60,624		18,346,852		772,357		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題				
		65歳以上（高齢化率）		16,296	26.9	16,296	26.9	4,430,444	24.1	209,460	27.1	29,020,766	23.2					
		75歳以上		8,610	14.2	8,610	14.2			113,837	14.7	13,989,864	11.2					
		65～74歳		7,686	12.7	7,686	12.7			95,623	12.4	15,030,902	12.0					
		40～64歳		21,234	35.0	21,234	35.0			266,169	34.5	42,411,922	34.0					
	39歳以下		23,094	38.1	23,094	38.1			296,728	38.4	53,420,287	42.8						
	② 産業構成	第1次産業		10.9		10.9		6.1		8.8		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題				
		第2次産業		25.8		25.8		28.9		24.3		25.2						
		第3次産業		63.4		63.4		65.0		66.9		70.6						
	③ 平均寿命	男性		78.5		78.5		79.6		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
女性		85.4		85.4		86.3		86.2		86.4								
④ 健康寿命	男性		64.5		64.5		65.3		65.2		65.2							
	女性		66.0		66.0		66.8		66.7		66.8							
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)		104.2		98.8		100.0		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		男性		108.8		106.5		100.9		99.4		100						
		がん		216	51.7	200	47.5	54,818	48.1	2,469	46.4	367,905	49.6					
		心臓病		101	24.2	117	27.8	30,930	27.1	1,543	29.0	196,768	26.5					
		脳疾患		65	15.6	75	17.8	18,797	16.5	825	15.5	114,122	15.4					
		糖尿病		6	1.4	14	3.3	2,153	1.9	113	2.1	13,658	1.8					
		腎不全		18	4.3	9	2.1	3,750	3.3	218	4.1	24,763	3.3					
	自殺		12	2.9	6	1.4	3,547	3.1	151	2.8	24,294	3.3						
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計												厚労省HP 人口動態調査				
		男性																
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		3,535	21.0	3,607	22.3	891,715	20.2	48,252	23.1	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		新規認定者		122	0.3	62	0.3	15,309	0.3	727	0.3	105,654	0.3					
		2号認定者		88	0.4	55	0.3	21,986	0.4	941	0.4	151,745	0.4					
	② 有病状況	糖尿病		946	26.1	1,015	26.6	203,607	21.9	13,140	26.4	1,343,240	21.9					
		高血圧症		2,056	56.4	2,061	55.4	478,594	51.8	28,314	57.0	3,085,109	50.5					
		脂質異常症		1,111	30.4	1,168	31.2	255,994	27.6	14,741	29.6	1,733,323	28.2					
		心臓病		2,377	65.1	2,387	64.3	545,522	59.1	32,169	64.9	3,511,354	57.5					
		脳疾患		895	25.1	885	23.5	239,267	26.2	12,843	26.0	1,530,506	25.3					
		がん		405	11.1	510	13.0	92,924	10.0	5,291	10.5	629,053	10.1					
		筋・骨格		2,119	57.5	2,124	57.0	468,953	50.8	29,441	59.5	3,051,816	49.9					
精神		1,220	32.5	1,338	35.7	330,813	35.6	17,887	35.6	2,141,880	34.9							
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		61,065		60,196		61,236		60,272		58,349							
	居室サービス		36,055		37,224		40,245		39,151		39,683							
④ 医療費等	施設サービス		292,813		278,659		278,146		284,661		281,115							
	要介護認定別医療費（40歳以上）		7,450		7,187		8,026		7,585		7,980							
4	① 国保の状況	被保険者数		16,889		15,414		4,516,485		173,928		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況				
		65～74歳		6,274	37.1	6,792	44.1			75,546	43.4	12,462,093	38.2					
		40～64歳		6,315	37.4	5,212	33.8			59,408	34.2	10,946,693	33.6					
		39歳以下		4,300	25.5	3,410	22.1			38,974	22.4	9,178,477	28.2					
	加入率		27.9		25.4		24.7		22.5		26.9							
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		7		7		1257		113		8,255		0.3				
		診療所数		57		54		3.5		12,813		2.8		743		4.3		
		病床数		1,436		85.0		1,356		88.0		227,288		50.3		14,845		85.4
		医師数		146		8.6		150		9.7		33,690		7.5		2,463		14.2
		外来患者数		727.4		747.0		688.2		721.1		668.3		18.2				
入院患者数		24.6		24.3		19.8		25.6		18.2								
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		26,445	県内13位 同規模50位	27,782	県内16位 同規模68位	25,582	28,005	24,253									
	受診率		752.03		771.234		708.019		746.696		686.501							
	外来	費用の割合		55.9		57.0		59.3		54.7		60.1						
		件数の割合		96.7		96.9		97.2		96.6		97.4						
	入院	費用の割合		44.1		43.0		40.7		45.3		39.9						
		件数の割合		3.3		3.1		2.8		3.4		2.6						
1件あたり入院日数		19.6日		18.6日		16.2日		18.8日		15.6日								
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費疾患 名（顕割合含む）	がん		695,487,740	21.1	747,322,450	24.3	25.0	22.9	25.6									
	慢性腎不全（透析あり）		247,998,970	7.5	229,319,170	7.4	9.5	7.1	9.7									
	糖尿病		328,400,010	10.0	329,545,560	10.7	10.1	9.6	9.7									
	高血圧症		326,655,210	9.9	252,566,380	8.2	8.9	8.3	8.6									
	精神		841,484,000	25.5	761,259,550	24.7	17.6	25.5	16.9									
	筋・骨格		383,315,490	11.6	401,732,740	13.0	14.9	13.7	15.2									

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H29年度

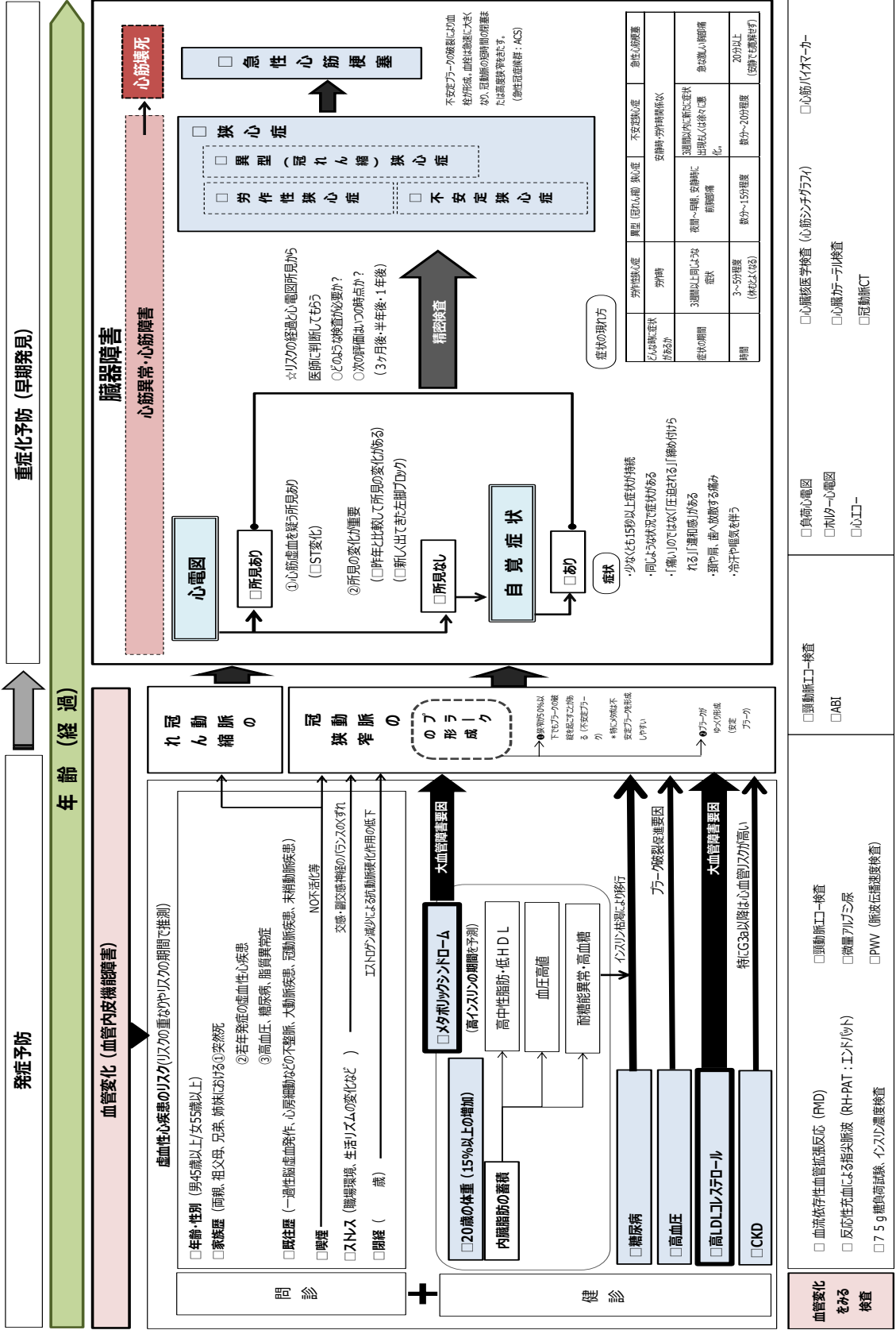
	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
	糖尿病管理台帳の全数 (591) 人		
	A 健診未受診者		
	①健診未受診者 (279) 人	1.資格喪失（死亡、転出）の確認	
	平成28年度未受診者	○医療保険異動の確認	後期高齢者、社会保険
	後期高齢者 74名	○死亡は、その原因	○健診データを本人から
	死亡 4名		○レセプトの確認協力
	②結果把握	2.レセプトの確認	
	糖尿病管理台帳に①～⑤ 優先順位の番号づけを実施	○治療状況の確認	
	①未治療者 (106) 人	○直近の治療有無の確認	
	平成28年HbA1c6.5%以上の者で内服していない人	○	
	②-A HbA1cが悪化している (135) 人	3.会いに行く	
	H28受診者でHbA1cが、前回の結果に比べ、0.1%以上悪化している	○医療受診勧奨の保健指導	
	-B HbA1c8.0%以上の人 (93) 人	○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	※側近の年でHbA1c8.0%以上の人(再掲) (47) 人		
	③平成28年度に新規で対象者となった人 (41) 人	4.結果から動く	
	(※平成24年～)	○経年表で他のリスク（メタボ、血圧等）の確認	
	④尿蛋白 (-) (316) 人	○経年データ、治療状況に応じた保健指導	
	(±) (163) 人	○尿アルブミン検査の情報を追加	尿アルブミン検査の継続
	(+) (79) 人	○腎症予防のための保健指導	栄養士中心
	(++) (19) 人		
	(+++)(14) 人		
	平成24年度から一番悪い値で判定		
	⑤ eGFR値の変化		
	1年で 5ml/分/1.73m ² 以上低下 (48) 人		腎専門医
	平成27年平成28年を継続的に受けた人で判定		

【参考資料5】

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266		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	16,027人							KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		12,415人								
2	① 対象者数	B	11,044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	3,129人								
	③ 受診率		28.3%								
3	① 特定保健指導 対象者数		392人								
	② 実施率		57.4%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	326人	10.4%					特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	120人	36.8%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	206人	63.2%						
		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	100人	48.5%						
		⑤ 血圧 130/80以上		60人	60.0%						
		⑥ 肥満 BMI25以上		49人	49.0%						
		⑦ コントロール良 HbA1c<7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	106人	51.5%						
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	231人	70.9%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		51人	15.6%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		42人	12.9%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	0.6%						
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		127.9人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		161.8人							
		③ レセプト件数(40-74歳)		11,001件	(916.4)			9,887件	(770.4)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ (1)内は被保険者対 入院(件数)		63件	(5.2)			65件	(5.0)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,050人	12.8%					KDB 厚生労働省様式様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		2,009人	16.2%						
		⑦ 健診未受診者	I	1,803人	89.7%						
		⑧ インスリン治療	O	189人	9.2%						
		⑨ (再掲)40-74歳		180人	9.0%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	298人	14.5%						
		⑪ (再掲)40-74歳		289人	14.4%						
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	1.17%					KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
		⑬ (再掲)40-74歳		21人	1.05%						
		⑭ 新規透析患者数		3人	12.5%						
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3人	100.0%						
		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)		71人	2.8%						
6	医療費	① 総医療費		52億5462万円				53億6461万円		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		30億7980万円				30億4285万円			
		③ (総医療費に占める割合)		58.6%				56.7%			
		④ 生活習慣病対象者 一人あたり		健診受診者	5,212円			6,634円			
		健診未受診者		33,337円			34,890円				
		⑤ 糖尿病医療費		3億2955万円				3億0601万円			
		⑥ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.7%				10.1%			
		⑦ 糖尿病入院外総医療費		8億7156万円							
		⑧ 1件あたり		33,304円							
		⑨ 糖尿病入院総医療費		6億0097万円							
		⑩ 1件あたり		546,837円							
		⑪ 在院日数		19日							
		⑫ 慢性腎不全医療費		2億4641万円				3億0859万円			
		⑬ 透析有り		2億2932万円				2億8997万円			
		⑭ 透析なし		1710万円				1862万円			
7	介護	① 介護給付費		54億5915万円				49億7299万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		6件	20.7%						
8	① 死亡		14人	1.9%			8人	1.2%	KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		

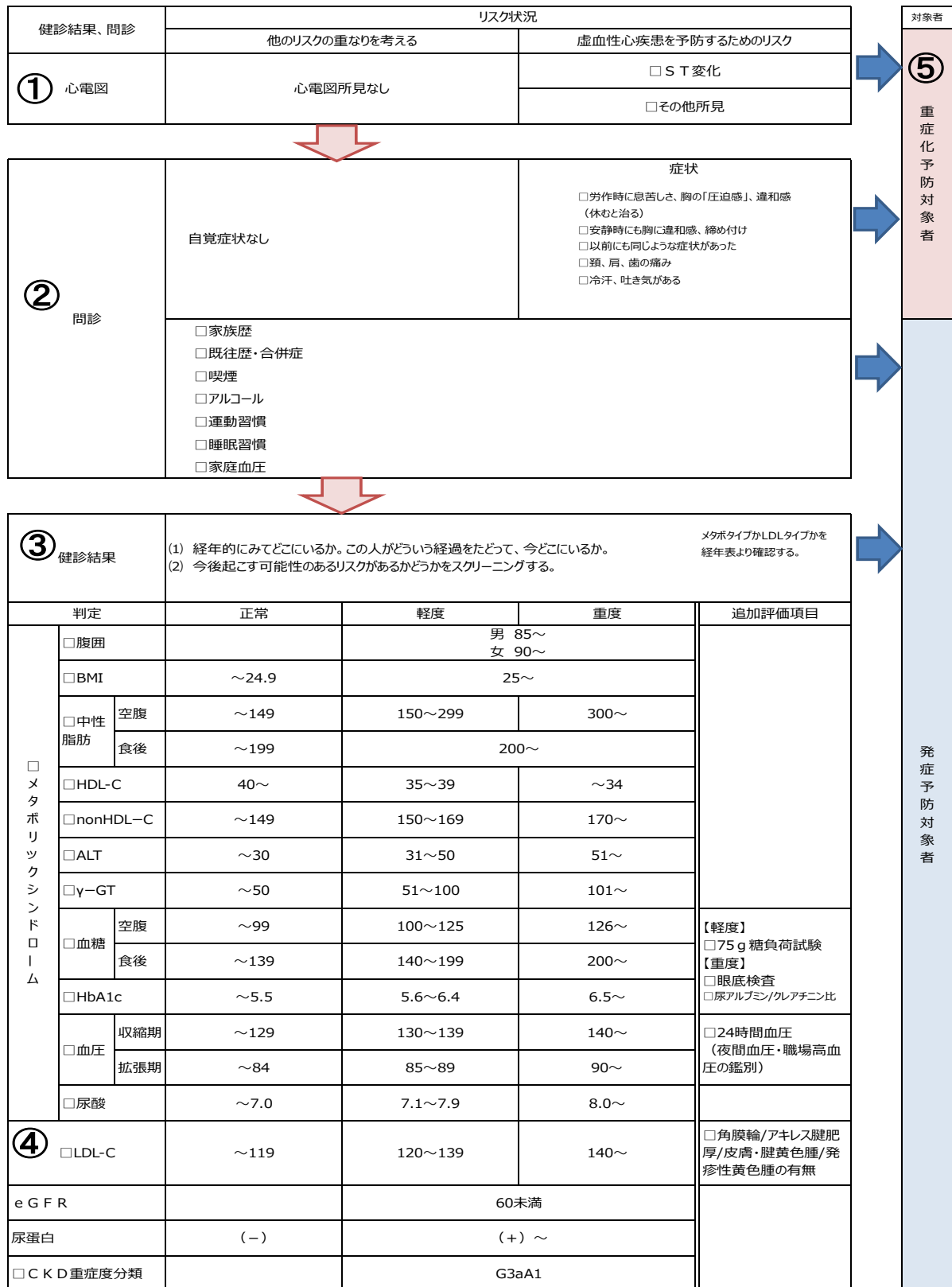
虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料 6】

【参考資料7】

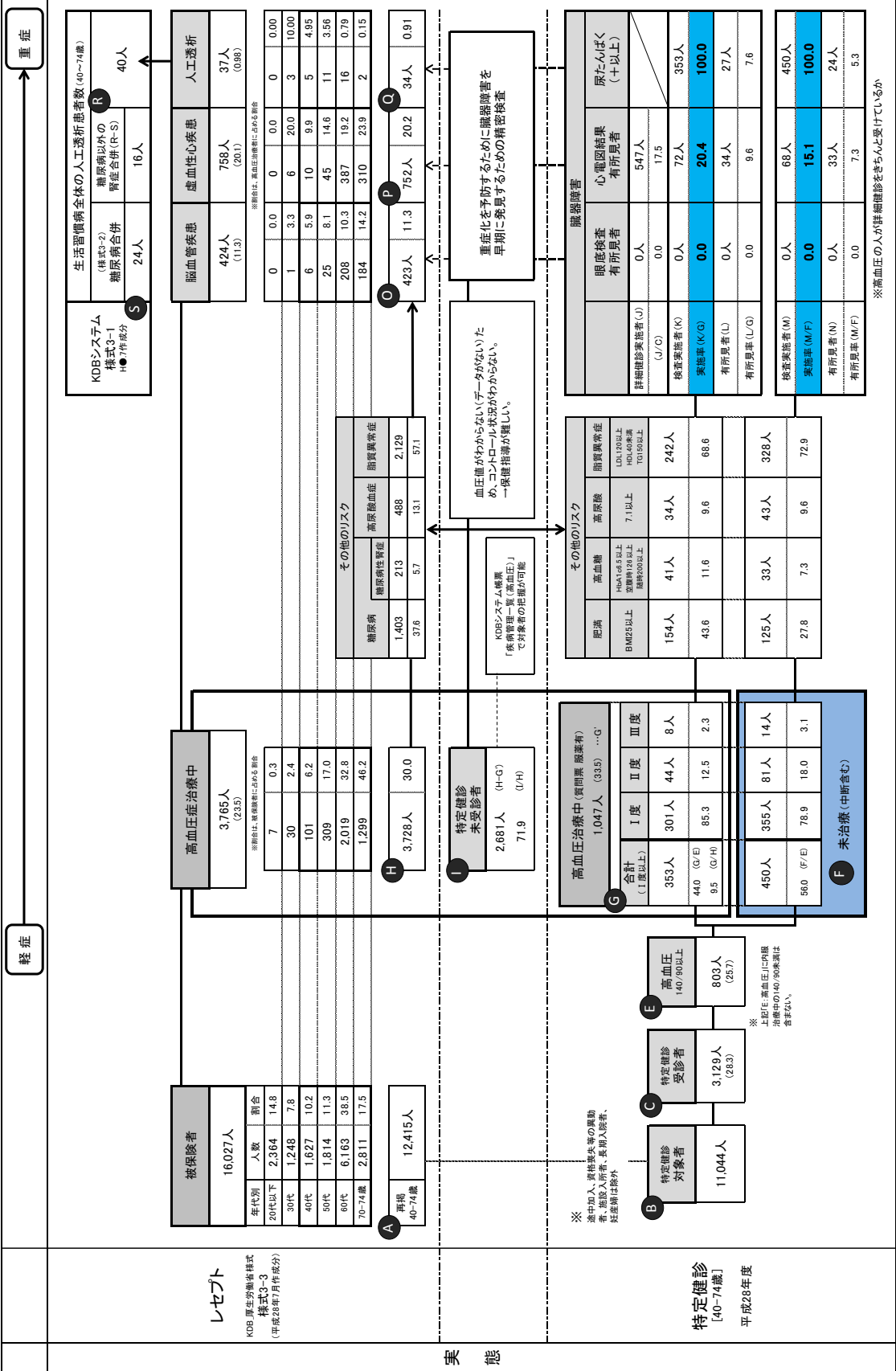
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

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

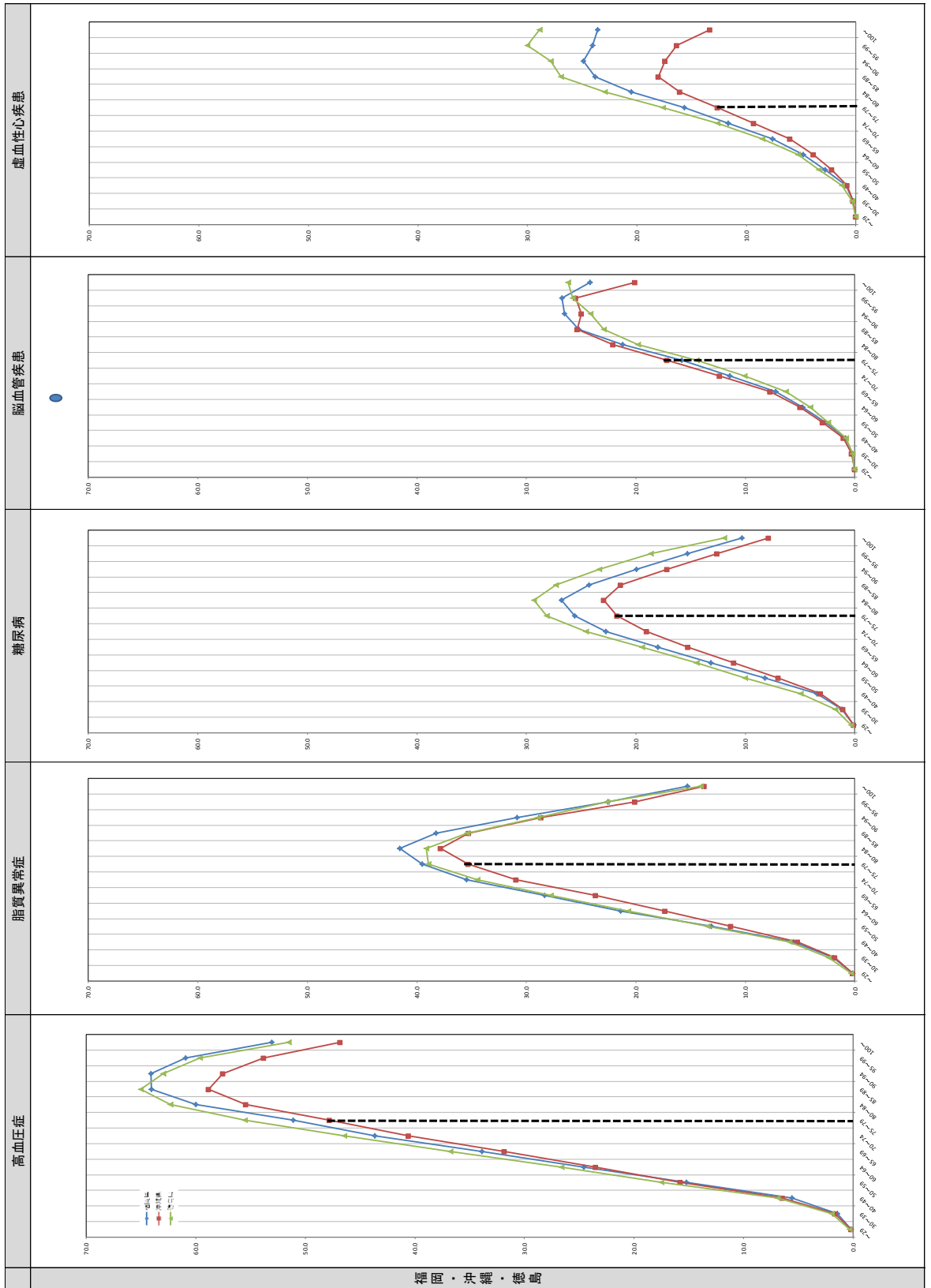
徳島県 市町村名 鳴門市 同規模区分 5



【参考資料 7-1】

生活習慣病有病状況

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



平成30年度に向けての評価（平成29年度1月までの評価）

		評価			
H28～H29年度 課題・目標		①プロセス (実践・過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (成果・結果)	④ストラクチャー (構造)
目標 ○特定健診受診率の向上 H30年度目標：36% ○特定保健指導実施率の向上 H30年度目標：55% ○健診受診者の検査結果の改善 ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病 性腎症の減少 H35年度にはH30年度と比較して3 疾患をそれぞれ減少 ○医療費の抑制 H35年度には入院医療費の伸びを国 並みとする	特定健診受診率の向上 ・受診券送付時に勧奨ビラの 同時封入。 ・各種媒体や健康教室、大型 量販店での啓発。 ・頭部エコー検査を組み合わ せた検診車による特定健診 とがん検診の同時実施。 ・コールセンター方式による 受診勧奨。 ・公共施設や医療機関等への 啓発ポスターの掲示。	特定健診受診率の向上 ○電話勧奨実績 ・H28年度 対象件数 2,278件 完了件数 1,569件 完了率 68.9% ・H29年度 対象件数 2,396件 完了件数 1,587件 完了率 66.2% ○検診車による特定健診 (若年者健診含む) ・H28年度 受診者数 144人 ・H29年度 受診者数 145人 ※受診者の7割程度は女性	特定健診受診率の向上 ○特定健診受診率 ・H27年度 29.7% ・H28年度 28.3% ○特定保健指導実施率 ・H27年度 48.3% ・H28年度 57.4% ○個別の経年評価 ※実施結果 (H29) ・重症化予防 検査値改善 6人 検査値維持 49人 検査値悪化 1人 治療中 10人 確認予定 14人 ・CKD (慢性腎臓病) 予防 検査値改善 4人 検査値維持 41人 検査値悪化 0人 治療中 1人 確認予定 1人	特定健診受診率の向上 ○医療機関との連携 通院患者、治療中で健 診未受診者に対する受 診勧奨について医療機 関に協力依頼。 ○受診しやすい体制づくりに がん検診と合わせた実 施と土曜日の開催。	⑤残っている課題 特定健診受診率の向上 ・健診受診意識のない者 へのアプローチの手 法。 ・電話勧奨対象者の行動 変容を促す手法。 ・検診車による特定健診 利用者数の増加。 ・他健診等受診者の健診 データ取得の検討。
	特定健診受診率の向上 ●課題 ・受診率が低迷している。 ・継続受診者が少ない。	特定保健指導実施率の向上 ・地区担当制の継続 ・広報誌等あらゆる機会での 特定保健指導利用の周知・ 啓発。	特定保健指導実施率の向上 ○特定保健指導終了者 ・H27年度 225人 ・H28年度 225人 ○ケース検討の実施等により 効果的な保健指導の実施に つなげる。	重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を活用した フォロー ①未受診者受診勧奨 ②治療中断者受診勧奨 ③コントロール不良者保健 指導等 ※重症化予防実施人数 (H29) ・重症化予防 80人 ・CKD (慢性腎臓病) 予防 47人	重症化予防対策 ○医療機関との連携 糖尿病連携手帳を活用 した検査データ等の収 集及びかかりつけ医と の情報共有。

【参考資料 12】

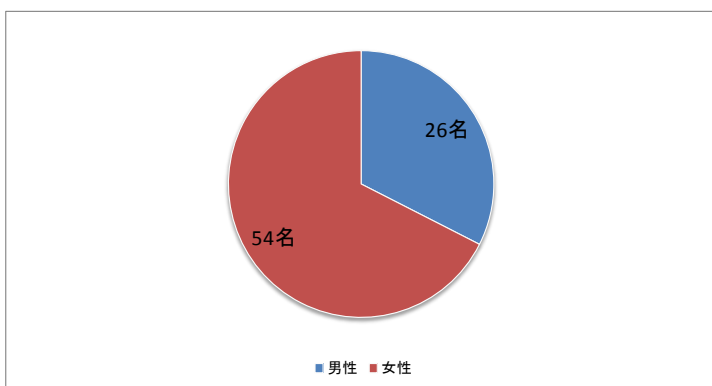
後発医薬品(ジェネリック医薬品)に関するアンケート調査結果

実施期間:平成29年10月15日(鳴門のまつり)

対象者:鳴門のまつり来場者

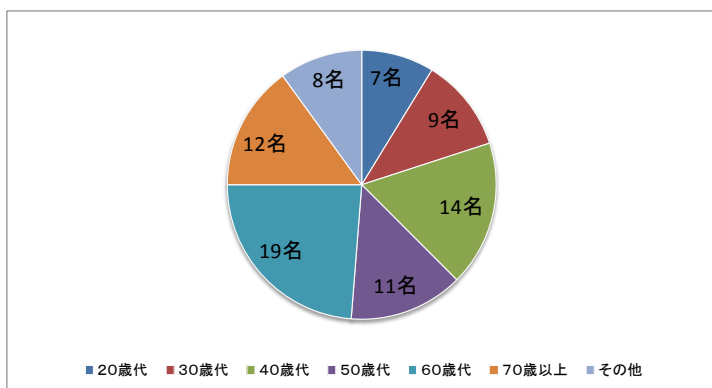
◆問1 あなたの性別を教えてください。

	男性	女性	合計
人数	26名	54名	80名
割合	33%	67%	100%



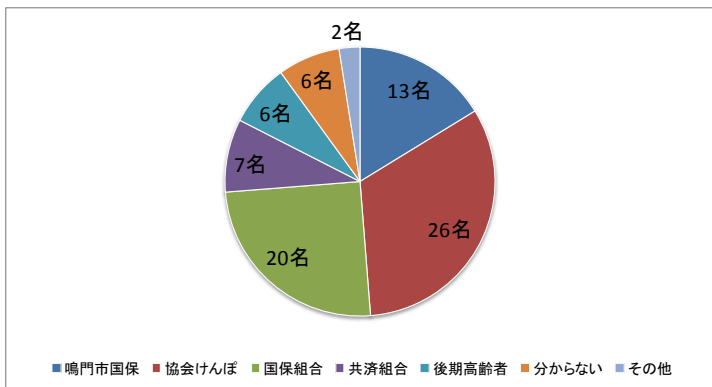
◆問2 あなたの年齢はいつですか。

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	その他	合計
人数	7名	9名	14名	11名	19名	12名	8名	80名
割合	9%	11%	18%	14%	23%	15%	10%	100%



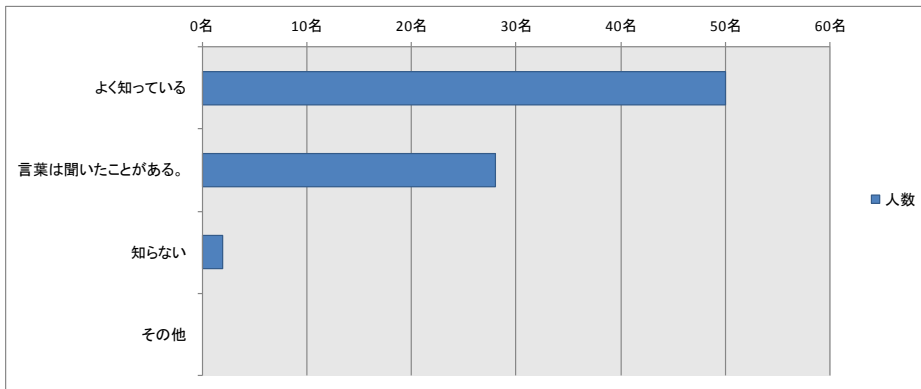
◆問3 あなたが加入している健康保険の種類を教えてください。

	鳴門市国保	協会けんぽ	国保組合	共済組合	後期高齢者	分からない	その他	合計
人数	13名	26名	20名	7名	6名	6名	2名	80名
割合	16%	32%	25%	8%	8%	8%	3%	100%



◆問4 後発医薬品（ジェネリック医薬品）をご存じですか。

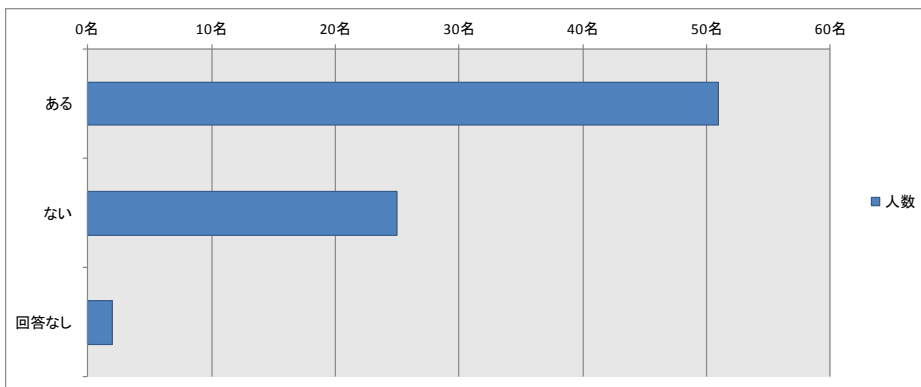
	人数	割合
よく知っている	50名	62%
言葉は聞いたことがある。	28名	35%
知らない	2名	3%
その他	0名	0%
合計	80名	100%



後発医薬品を「よく知っている」「言葉は聞いたことがある」と回答した人の割合は97%であり、後発医薬品への認知度が高いことがわかる。

◆問5 問4で「1. よく知っている」「2. 言葉は聞いたことがある」と回答された方にお伺いします。
後発医薬品を使ったことがありますか。

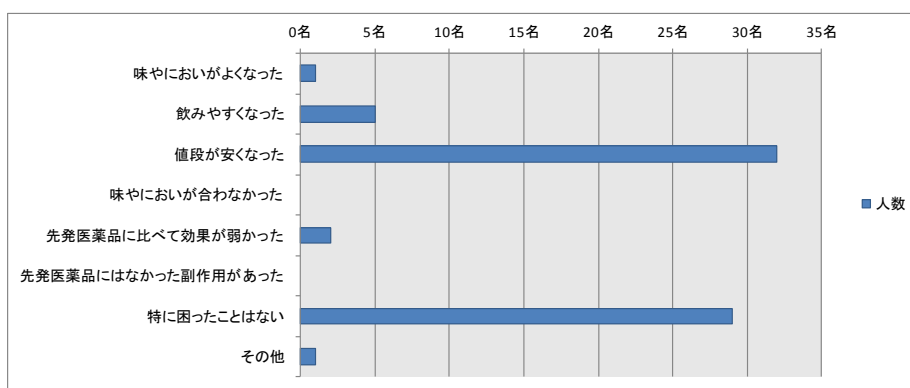
	人数	割合
ある	51名	65%
ない	25名	32%
回答なし	2名	3%
合計	78名	100%



後発医薬品を「よく知っている」「言葉は聞いたことがある」と回答した人のうち、使用したことがある人は65%と過半数以上の人が使用経験がある。

◆問6 問5で「1. ある」と回答された方にお伺いします。
後発医薬品を使ってみて良かったこと、困ったことはありますか。(複数選択可)

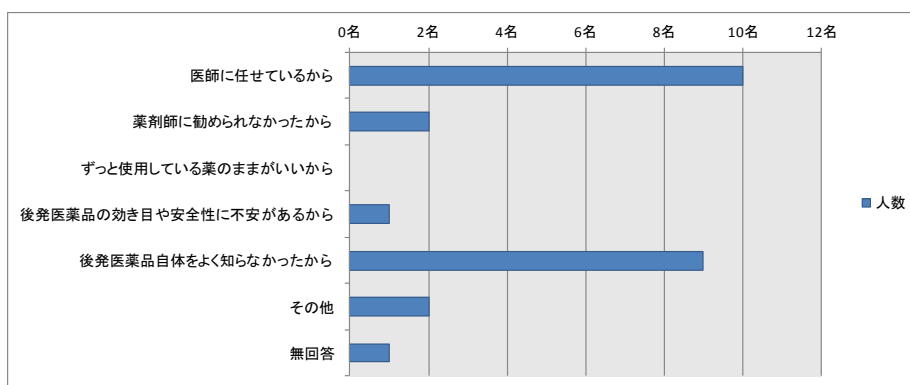
	人数	割合
味やにおいよくなった	1名	1%
飲みやすくなった	5名	7%
値段が安くなった	32名	46%
味やにおいが合わなかった	0名	0%
先発医薬品に比べて効果が弱かった	2名	3%
先発医薬品にはなかった副作用があった	0名	0%
特に困ったことはない	29名	42%
その他	1名	1%
合計	70名	100%



後発医薬品を使用して、「値段が安くなった」「特に困ったことはない」と回答する人が多く、使用した多くの人は肯定的な感想を持っている。

◆問7 問5で「2. ない」と回答された方にお伺いします。
後発医薬品を使っことがない主な理由は何ですか。(複数選択可)

	人数	割合
医師に任せているから	10名	40%
薬剤師に勧められなかったから	2名	8%
ずっと使用している薬のままだいいから	0名	0%
後発医薬品の効き目や安全性に不安があるから	1名	4%
後発医薬品自体をよく知らなかったから	9名	36%
その他	2名	8%
無回答	1名	4%
合計	25名	100%



後発医薬品を使っことがない理由としては、「医師に任せているから」との回答が最も多かった。
また「後発医薬品自体をよく知らなかったから」との回答も多く、さらなる周知や啓発で後発医薬品への理解を進めていく必要があると
考えられる。