

第2期中野市保健事業実施計画

第3期特定健診等実施計画

(2018年度～2023年度)

2018（平成30）年4月 中野市

## 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の 明確化	8
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	26
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	30
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取り組み	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第 5 章	地域包括ケアシステムに係る取り組み	47
第 6 章	計画の評価・見直し	48
第 7 章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49

# 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、2013（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り組み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。

2015（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、2018（平成 30）年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して 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。

当市においては、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

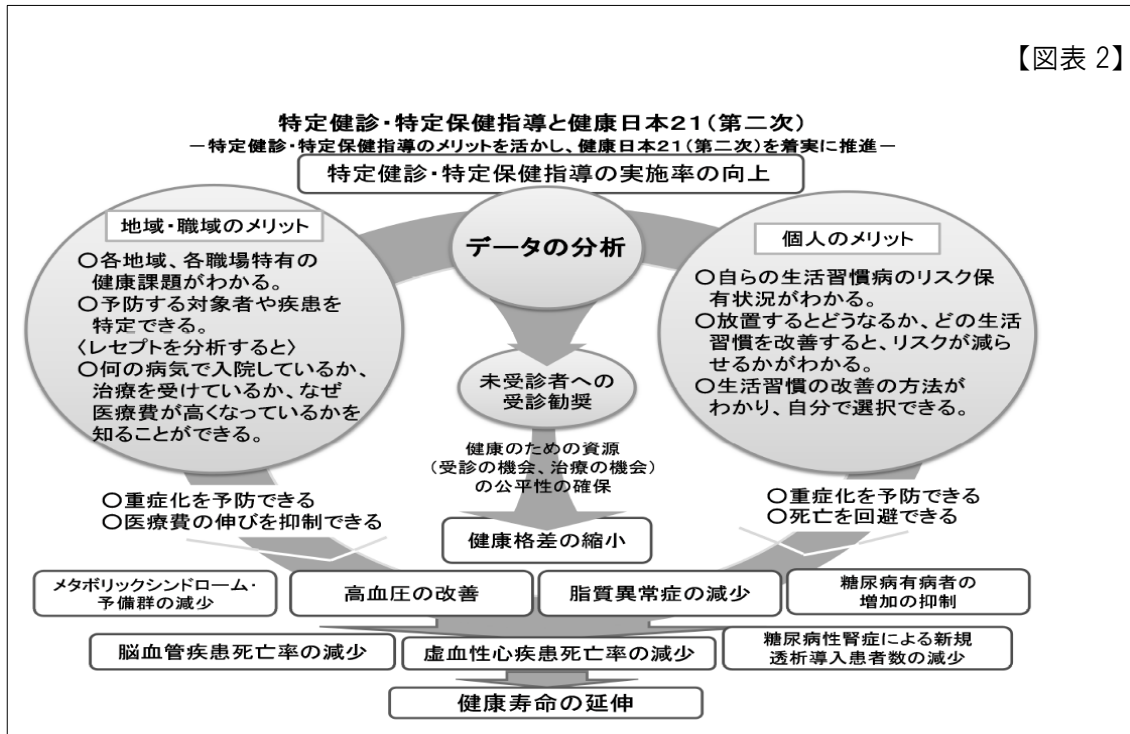
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDC Aサイクルに沿って運用するものである。

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）

【図表1】

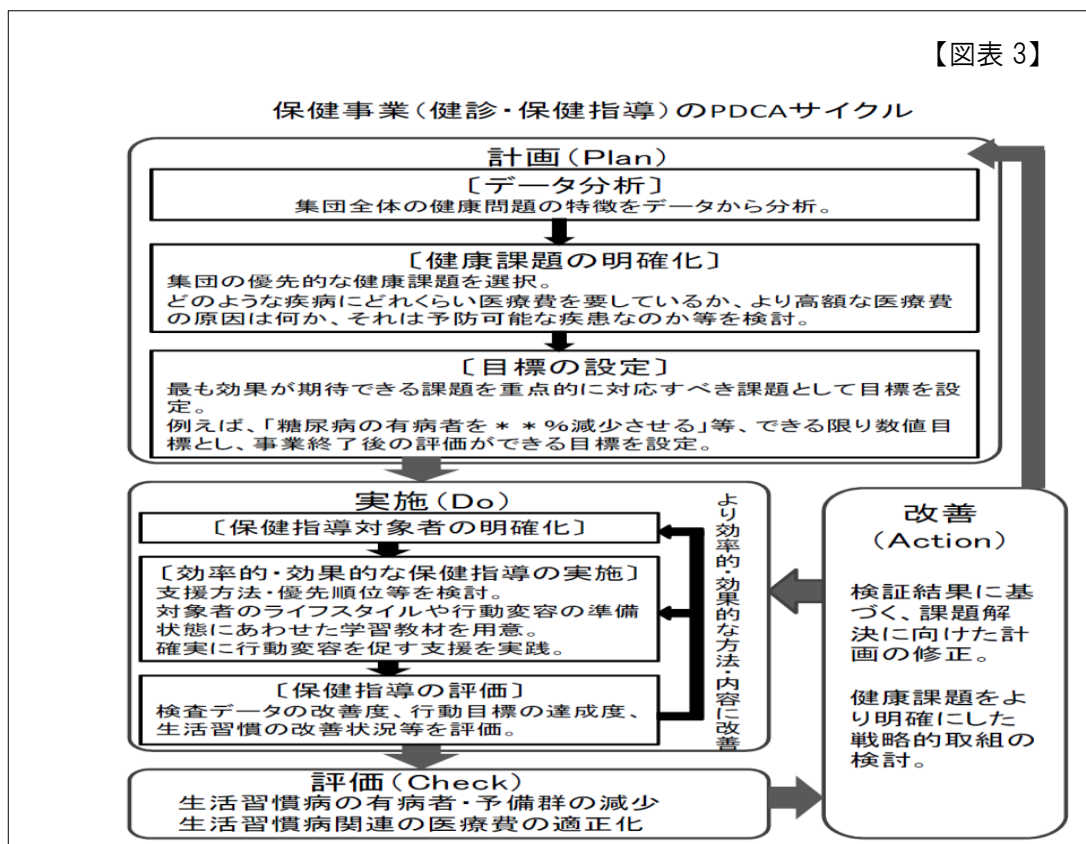
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第62条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成24年8月 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28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28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、生活習慣の改善や重症化予防 施策をとおし、社会生活を営むために必要な 健康の維持及び向上を目指し、その結果、 <b>社会生活 の質が維持可能なものとなるよう</b> 、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による難病等の生活習慣病の予防 施策を進め、難病等を予防することができれば、難病等 者を減らすことができ、さらに <b>重症化や合併症の発生を 抑制</b> 、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る。 特定健康診査は、 <b>健康増進等の生活習慣病の重症化や重症化 を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に重 点をおき、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものとする。的確に輸出するための行うものである。	生活習慣の改善をはじめとして、被保険者の <b>自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み</b> について、 <b>医 療者がその支援の中心</b> として、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すのである。 <b>被保険者の健康の維持増進</b> により、 <b>医療費の適正化 及び保険者の財政健全化</b> が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、 <b>社会福祉 施策または要支援状態となることへの予防</b> 又は、要介護 状態等の <b>重症化を防止</b> し、 <b>生活の質を向上</b> させること を目的とする。	<b>国民生活の維持</b> 、 <b>生活の質の向上</b> を図るため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保し、 <b>医療費 が過度に増大しないよう</b> に、 <b>生活の質を向上</b> させること、 <b>良質 かつ適切な医療を確保</b> し、 <b>医療費の適正化</b> を図ることを 目指す。	医療機能の分化・連携を推進すること等 を通じて、 <b>地域において役割の異なる医療の 連携</b> を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供するための体制の整備を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>若年期</b> 、 <b>高齢期</b> )に 応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の若年(晩・壮年期)世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> 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 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> 高血圧 脂質異常症 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 <b>糖尿病</b> <b>糖尿病性腎症</b> 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	<b>糖尿病性腎症</b> <b>糖尿病性神経障害</b> <b>糖尿病性網膜症</b> 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病、慢性腎臓病 関節リウマチ、変形性関節症 多発性骨髄腫、脳神経性骨髄化症 後発がん等	メタボリックシンドローム <b>糖尿病</b> 生活習慣病	<b>糖尿病</b> 心臓病等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※SD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別罹患率 ②特定健診(健康診断)による早期発見率(本人・世帯) ③生活習慣病の割合 ④血糖コントロール状態におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの割合 ⑧特定健診実施率 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩認知症(本人)の発生率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬がんの発生率 ⑭飲酒している者	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率  被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度取組】を減額し、保険料率決定	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 ①生活習慣の状況(特定健診の結果を参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール 摂取量 ④喫煙 ②健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導受診率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 ③医療費等 ①医療費②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外支 ①一人当たり外支削減率の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドローム・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床稼働率⑤連携の推進	①5疾患・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援(評価委員会(事務局、国保連合会)による評価作成支援			保険者協議会(事務局、国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【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2018（平成30）年度から2023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2018（平成30）年度から2023年度の6年間とする。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

当市においては、福祉課国保医療係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。特に健康づくり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、高齢者医療・介護保険部局（高齢者支援課）、保健衛生部局（健康づくり課）、企画部局（政策情報課）、生活保護部局（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。

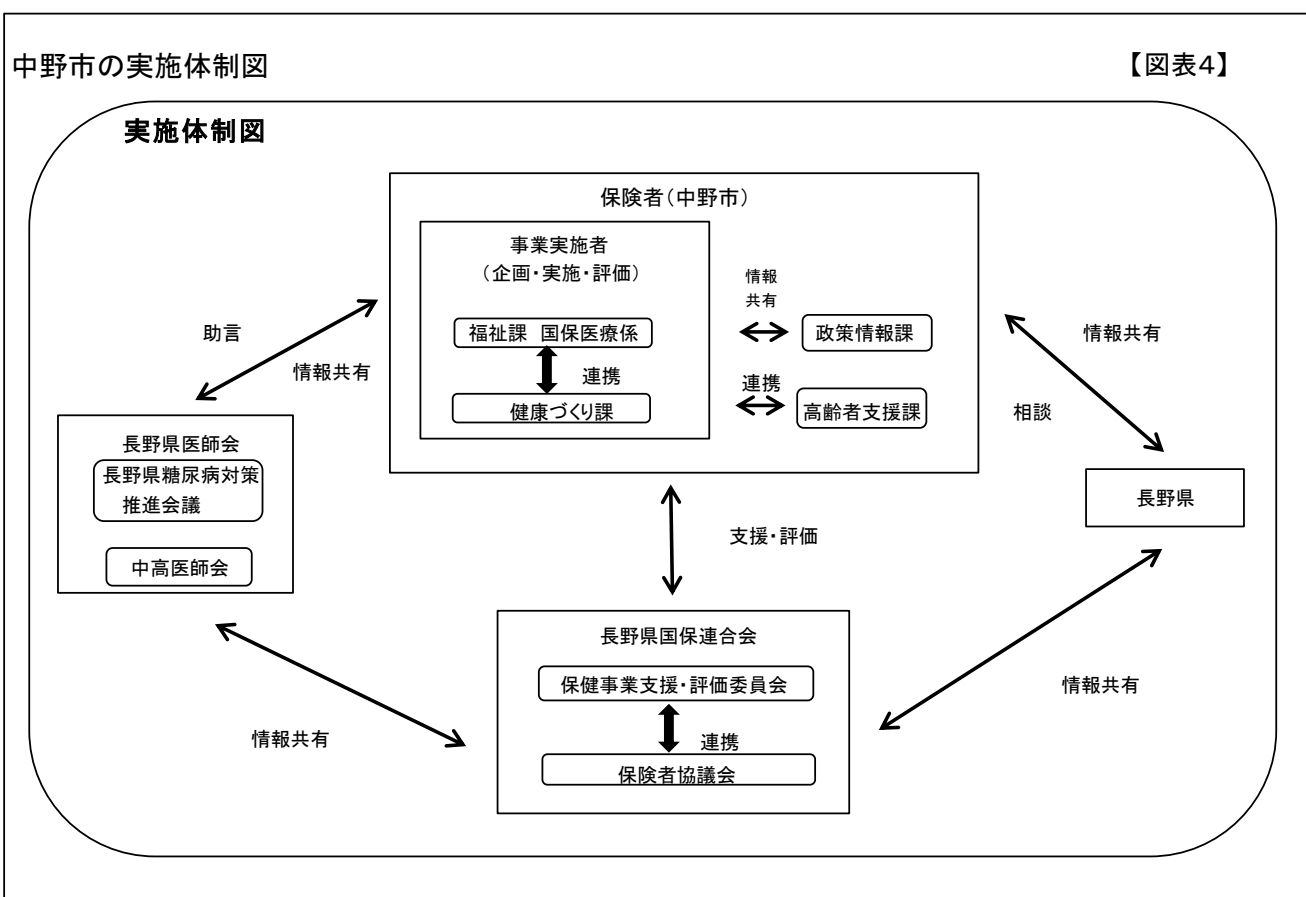
また、2018（平成30）年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体

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。

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。



## 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、2016（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。（2018（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）

【図表 5】

## 保険者努力支援制度

評価指標		2016 (H28) 配点	2017 (H29) 配点	2018 (H30) 配点	2018 (H30) (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		548			
総得点(体制構築加点含む)		237			
全国順位(1,741市町村中)		323			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	10			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	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			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	7			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	0			25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	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

2013（平成25）年度と2016（平成28）年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合は増加、糖尿病の割合は減少した。

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の上昇で介護給付費の増加がみられた。

医療機関受診率の増加、特定健診受診者は増加しているが、入院費用の割合が増加していることからさらなる特定健診受診率の向上と健診受診後の適正な受診を促し重症化予防していくことが必要である。（図表6）

【図表6】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた中野市の位置

○ H25と比べて割合が高くなったところ  
 ○ H25と比べて割合が低くなったところ、改善したところ

項目	2013 (H25)		2016 (H28)		2016 (H28)		2016 (H28)		国		データ元 (CSV)		
	中野市		中野市		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		45,023		45,023		9,030,767		2,115,647		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）		11,694 26.0		11,694 26.0		2,626,654 29.1		567,919 26.8			29,020,766 23.2
		75歳以上		6,342 14.1		6,342 14.1				303,854 14.4			13,989,864 11.2
		65～74歳		5,352 11.9		5,352 11.9				264,065 12.5			15,030,902 12.0
		40～64歳		15,416 34.2		15,416 34.2				701,088 33.1			42,411,922 34.0
	39歳以下		17,913 39.8		17,913 39.8				846,640 40.0		53,420,287 42.8		
	② 産業構成	第1次産業		24.8		24.8		11.4		9.8		4.2	
		第2次産業		24.2		24.2		27.5		29.5		25.2	
		第3次産業		51.0		51.0		61.1		60.7		70.6	
	③ 平均寿命	男性		80.4		80.4		79.2		80.9		79.6	
女性		87.4		87.4		86.4		87.2		86.4			
④ 健康寿命	男性		65.6		65.6		65.1		65.7		65.2		
	女性		67.5		67.5		66.8		67.2		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		91.5		94.6		104.8		90.3		100	
		男性		96.5		95.1		101.5		94.5		100	
		女性											
		がん		133 42.2		128 41.2		32,164 46.4		6,285 44.7		367,905 49.6	
		心臓病		67 21.3		73 23.5		19,517 28.2		3,777 26.9		196,768 26.5	
		脳疾患		78 24.8		79 25.4		11,781 17.0		2,908 20.7		114,122 15.4	
		糖尿病		16 5.1		10 3.2		1,340 1.9		270 1.9		13,658 1.8	
	腎不全		10 3.2		12 3.9		2,559 3.7		370 2.6		24,763 3.3		
	自殺		11 3.5		9 2.9		1,902 2.7		436 3.1		24,294 3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		46 8.9		36 8.6							
		男性		32 11.8		22 7.9							
		女性		14 5.7		14 5.4							
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		2,234 18.8		2,347 20.1		539,696 20.5		111,462 19.7		5,885,270 21.2
			新規認定者		43 0.2		36 0.3		8,952 0.3		1,767 0.3		105,636 0.3
2号認定者			46 0.3		35 0.2		11,164 0.4		2,068 0.3		151,813 0.4		
② 有病状況		糖尿病		560 23.9		481 20.2		125,636 22.3		23,930 20.8		1,350,152 22.1	
		高血圧症		1,212 52.3		1,276 52.6		306,174 54.6		62,279 54.1		3,101,200 50.9	
		脂質異常症		645 26.8		700 28.4		159,862 28.4		31,038 26.7		1,741,866 28.4	
		心臓病		1,367 59.1		1,400 57.9		349,548 62.5		71,424 62.1		3,529,682 58.0	
		脳疾患		660 29.4		571 23.5		154,945 27.9		33,027 28.9		1,538,683 25.5	
		がん		252 10.7		211 8.8		58,440 10.3		12,106 10.5		631,950 10.3	
		筋・骨格		1,034 44.0		1,098 45.6		303,462 54.1		61,749 53.7		3,067,196 50.3	
精神		578 25.0		775 31.7		213,558 37.8		42,134 36.4		2,154,214 35.2			
③ 介護給付費		1件当たり給付費（全体）		61,510		60,050		66,717		58,547		58,284	
		居宅サービス		40,677		40,628		41,744		38,590		39,662	
		施設サービス		255,564		275,792		278,164		272,580		281,186	
④ 医療費等		要介護認定別医療費（40歳以上）		11,500		7,099		8,281		7,747		7,980	
	認定あり		3,259		3,331		4,037		3,666		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数		13,696		12,425		2,264,375		540,810		32,587,866	
		65～74歳		4,546 33.2		4,856 39.1				229,556 42.4		12,461,613 38.2	
		40～64歳		5,265 38.4		4,404 35.4				176,381 32.6		10,948,712 33.6	
		39歳以下		3,885 28.4		3,165 25.5				134,873 24.9		9,179,541 28.2	
	加入率		30.4		27.6		25.1		25.6		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2 0.1		2 0.2		833 0.4		131 0.2		8,255 0.3	
		診療所数		26 1.9		28 2.3		6,529 2.9		1,561 2.9		96,727 3.0	
		病床数		742 54.2		627 50.5		135,296 59.7		24,190 44.7		1,524,378 46.8	
		医師数		90 6.6		92 7.4		16,982 7.5		4,786 8.8		299,792 9.2	
		外来患者数		647.8		686.5		698.5		668.8		668.1	
	③ 医療費の状況	入院患者数		15.5		16.6		23.6		17.7		18.2	
		一人当たり医療費		21,577		23,226		27,772		24,015		24,245	
		受診率		663		703,057		722,103		686,489		686,286	
		費用の割合		62.4		61.8		56.9		60.9		60.1	
		件数の割合		97.7		97.6		96.7		97.4		97.4	
費用の割合		37.6		38.2		43.1		39.1		39.9			
入院		2.3		2.4		3.3		2.6		2.6			
1件あたり入院日数		16.0日		15.9日		17.0日		15.1日		15.6日			
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療費源病名 (顕割合含む))		がん		21.4		492,243,770 22.8		23.9		24.8		25.6	
		慢性腎不全（透析あり）		9.3		173,231,760 7.9		9.1		9.5		9.7	
	糖尿病		12.1		208,695,840 9.6		9.9		10.0		9.7		
	高血圧症		8.5		222,314,680 10.2		8.9		8.8		8.6		
	精神		19.7		473,907,600 21.7		19.6		17.7		16.9		
筋・骨格		16.7		343,218,010 15.7		15.2		15.7		15.2			



(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表7）

介護給付の変化について、2013（平成25）年度と比べて2016（平成28）年度の介護給付費が増えている。

介護給付費の変化

【図表7】

年度	中野市				同規模平均			県		
	介護給付費	1件当たり給付費(全体)		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	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
2013(H25)	35億2739万	61,510	40,677	255,564	67,922	42,472	258,272	57,744	39,851	254,717
2016(H28)	37億2851万	60,050	40,628	275,792	66,717	41,744	278,164	58,547	38,590	272,580

②医療費の状況（図表8）

医療費の変化については、総医療費は減っているが、今後も重症化を防ぎ、入院を減らしていく。

医療費の変化

【図表8】

項目		総医療費(円)		入院(円)		入院外(円)	
		費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
総医療費	2013(H25)	36億1177万	-	13億5652万	-	22億5524万	-
	2016(H28)	35億6392万	△5215万	13億6042万	390万	22億0349万	△5175万
1人当たり医療費	2013(H25)	21600	-	8120	-	13480	-
	2016(H28)	23230	1630	8870	750	14360	880

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表9)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に係る医療費計では、2013(平成25)年度に比べて減少している。疾患別にみると脳血管疾患が占める割合が、国、県と比べて高い。

中長期目標疾患に共通する糖尿病に係る費用については、減ってはいるが、国、県に比較すると高い。高血圧、脂質異常症に係る医療費は増え、一次予防にも力を入れていく必要がある。

【図表9】

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

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									
2013(H25)	中野市	3,590,951,650	21,577	205位	48位	5.82%	0.47%	3.20%	1.78%	7.59%	5.31%	2.00%	939,892,930	26.17%	13.38%	12.31%	10.45%
2016(H28)		3,563,920,590	23,226	243位	46位	4.86%	0.09%	2.76%	1.31%	5.86%	6.24%	3.10%					
2016(H28)	県	159,625,419,870	24,015	--	--	5.43%	0.34%	2.44%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%	37,685,277,280	23.61%	14.19%	10.12%	8.98%
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

KDBシステム:健診・医療・介護からみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 10）

2013（平成 25）年度と比べ、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析患者割合は減っている。

【図表 10】

厚生労働省様式 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		
2013 (H25)	全体	13981	363	2.6%	49	13.5%	8	2.2%	279	76.9%	168	46.3%	247	68.0%			
	64歳以下	9595	110	1.1%	10	9.1%	1	0.9%	74	67.3%	55	50.0%	68	61.8%			
	65歳以上	4386	253	5.8%	39	15.4%	7	2.8%	205	81.0%	113	44.7%	179	70.8%			
2016 (H28)	全体	13074	319	2.4%	21	6.6%	3	0.9%	252	79.0%	148	46.4%	230	72.1%			
	64歳以下	8195	81	1.0%	7	8.6%	1	1.2%	60	74.1%	33	40.7%	56	69.1%			
	65歳以上	4879	238	4.9%	14	5.9%	2	0.8%	192	80.7%	115	48.3%	174	73.1%			

厚生労働省様式 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		
2013 (H25)	全体	13981	461	3.3%	49	10.6%	12	2.6%	373	80.9%	178	38.6%	221	47.9%			
	64歳以下	9595	128	1.3%	10	7.8%	2	1.6%	94	73.4%	43	33.6%	57	44.5%			
	65歳以上	4386	333	7.6%	39	11.7%	10	3.0%	279	83.8%	135	40.5%	164	49.2%			
2016 (H28)	全体	13074	386	3.0%	48	12.4%	8	2.1%	324	83.9%	150	38.9%	208	53.9%			
	64歳以下	8195	83	1.0%	7	8.4%	2	2.4%	68	81.9%	22	26.5%	43	51.8%			
	65歳以上	4879	303	6.2%	41	13.5%	6	2.0%	256	84.5%	128	42.2%	165	54.5%			

厚生労働省様式 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
2013 (H25)	全体	13981	38	0.3%	12	31.6%	8	21.1%	36	94.7%	17	44.7%	10	26.3%	
	64歳以下	9595	17	0.2%	2	11.8%	1	5.9%	16	94.1%	5	29.4%	4	23.5%	
	65歳以上	4386	21	0.5%	10	47.6%	7	33.3%	20	95.2%	12	57.1%	6	28.6%	
2016 (H28)	全体	13074	31	0.2%	8	25.8%	3	9.7%	30	96.8%	13	41.9%	8	25.8%	
	64歳以下	8195	14	0.2%	2	14.3%	1	7.1%	14	100.0%	4	28.6%	6	42.9%	
	65歳以上	4879	17	0.3%	6	35.3%	2	11.8%	16	94.1%	9	52.9%	2	11.8%	



### (3) 短期目標の達成状況

#### ① 共通リスク(厚生労働省様式 3-2～3-4) (図表 11)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者割合は減少している。治療中断者がいないか、確認していく必要がある。

【図表 11】

厚生労働省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標											
		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	
		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
2013 (H25)	全体	13981	1688	12.1%	125	7.4%	1193	70.7%	1161	68.8%	168	10.0%	178	10.5%	20	1.2%	138	20.9%			
	64歳以下	9595	661	6.9%	60	9.1%	422	63.8%	456	69.0%	55	8.3%	43	6.5%	6	0.9%	51	5.0%			
	65歳以上	4386	1027	23.4%	65	6.3%	771	75.1%	705	68.6%	113	11.0%	135	13.1%	14	1.4%	87	5.7%			
2016 (H28)	全体	13074	1516	11.6%	99	6.5%	1108	73.1%	1124	74.1%	148	9.8%	150	9.9%	13	0.9%	113	24.4%			
	64歳以下	8195	463	5.6%	41	8.9%	286	61.8%	349	75.4%	33	7.1%	22	4.8%	4	0.9%	32	3.0%			
	65歳以上	4879	1053	21.6%	58	5.5%	822	78.1%	775	73.6%	115	10.9%	128	12.2%	9	0.9%	81	7.7%			

厚生労働省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		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	
		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	
2013 (H25)	全体	13981	2985	21.4%	1193	40.0%	1696	56.8%	279	9.3%	373	12.5%	36	1.2%	
	64歳以下	9595	1082	11.3%	422	39.0%	613	56.7%	74	6.8%	94	8.7%	16	1.5%	
	65歳以上	4386	1903	43.4%	771	40.5%	1083	56.9%	205	10.8%	279	14.7%	20	1.1%	
2016 (H28)	全体	13074	2885	22.1%	1108	38.4%	1726	59.8%	252	8.7%	324	11.2%	30	1.0%	
	64歳以下	8195	864	10.5%	286	33.1%	510	59.0%	60	6.9%	68	7.9%	14	1.6%	
	65歳以上	4879	2021	41.4%	822	40.7%	1216	60.2%	192	9.5%	256	12.7%	16	0.8%	

厚生労働省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		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	
		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	
2013 (H25)	全体	13981	2519	18.0%	1161	46.1%	1696	67.3%	247	9.8%	221	8.8%	10	0.4%	
	64歳以下	9595	1036	10.8%	456	44.0%	613	59.2%	68	6.6%	57	5.5%	4	0.4%	
	65歳以上	4386	1483	33.8%	705	47.5%	1083	73.0%	179	12.1%	164	11.1%	6	0.4%	
2016 (H28)	全体	13074	2508	19.2%	1124	44.8%	1726	68.8%	230	9.2%	208	8.3%	8	0.3%	
	64歳以下	8195	874	10.7%	349	39.9%	510	58.4%	56	6.4%	43	4.9%	6	0.7%	
	65歳以上	4879	1634	33.5%	775	47.4%	1216	74.4%	174	10.6%	165	10.1%	2	0.1%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 12）

健診受診者割合の経年変化を見ると、男女ともに増加している。また、男女ともにメタボリックシンドローム予備群は減少し、該当者は増加している。該当者のうち、血圧、血糖、脂質の3項目すべてをリスクに持っている人の増加が顕著である。

リスクの健診結果の経年変化については、男性、女性ともに全体的に有所見者割合が増加しており、空腹時血糖と HbA1c、高血圧の有所見者割合の増加が顕著である。またメタボリックシンドローム該当者のうち、血糖、脂質、血圧の3項目全てを有する者が多い。以上により、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態の方が多く、内臓脂肪による高血圧の影響（生理活性物質の放出による血管収縮など）があることが推測される。

【図表 12】

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

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
2013 (H25)	合計	499	25.8	856	44.2	460	23.7	309	16.0	185	9.6	473	24.4	1,284	66.3
	40-64	305	33.5	509	55.9	281	30.8	227	24.9	102	11.2	254	27.9	691	75.9
	65-74	194	18.9	347	33.8	179	17.4	82	8.0	83	8.1	219	21.3	593	57.8
2016 (H28)	合計	520	26.9	907	46.9	524	27.1	331	17.1	197	10.2	503	26.0	1536	79.4
	40-64	230	30.0	373	48.6	230	30.0	181	23.6	77	10.0	164	21.4	565	73.7
	65-74	290	24.8	534	45.7	294	25.2	150	12.8	120	10.3	339	29.0	971	83.1

性別	年齢	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
2013 (H25)	合計	340	17.6	709	36.6	389	20.1	869	44.9	16	0.8
	40-64	227	24.9	387	42.5	263	28.9	547	60.0	5	0.5
	65-74	113	11.0	322	31.4	126	12.3	322	31.4	11	1.1
2016 (H28)	合計	291	15.0	757	39.1	477	24.7	852	44.0	29	1.5
	40-64	153	19.9	240	31.3	206	26.9	370	48.2	11	1.4
	65-74	138	11.8	517	44.3	271	23.2	482	41.3	18	1.5

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6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
2013 (H25)	合計	443	18.4	334	13.8	317	13.1	160	6.6	62	2.6	327	13.6	1,701	70.5
	40-64	193	17.4	145	13.1	130	11.7	79	7.1	25	2.3	123	11.1	689	62.2
	65-74	250	19.1	189	14.5	187	14.3	81	6.2	37	2.8	204	15.6	1,012	77.5
2016 (H28)	合計	467	19.4	384	15.9	386	16.0	187	7.8	52	2.2	376	15.6	2,006	83.2
	40-64	156	16.9	128	13.9	124	13.4	81	8.8	18	1.9	104	11.3	697	75.4
	65-74	311	20.9	256	17.2	262	17.6	106	7.1	34	2.3	272	18.3	1,309	88.0

性別	年齢	尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
2013 (H25)	合計	29	1.2	815	33.8	271	11.2	1,272	52.7	4	0.2
	40-64	11	1.0	288	26.0	132	11.9	572	51.7	1	0.1
	65-74	18	1.4	527	40.4	139	10.6	700	53.6	3	0.2
2016 (H28)	合計	28	1.2	843	35.0	330	13.7	1,273	52.8	9	0.4
	40-64	12	1.3	234	25.3	123	13.3	499	54.0	2	0.2
	65-74	16	1.1	609	40.9	207	13.9	774	52.0	7	0.5

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
2013 (H25)	合計	1,937	42.3	113	5.8	317	16.4	28	1.4	189	9.8	100	5.2
	40-64	911	37.2	70	7.7	174	19.1	17	1.9	85	9.3	72	7.9
	65-74	1,026	48.4	43	4.2	143	13.9	11	1.1	104	10.1	28	2.7
2016 (H28)	合計	1,935	45.0	104	5.4	277	14.3	23	1.2	178	9.2	76	3.9
	40-64	767	38.0	67	8.7	122	15.9	5	0.01	59	7.7	58	7.6
	65-74	1,168	51.3	37	3.2	155	13.3	18	0.02	119	10.2	18	1.5

男性	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	
2013 (H25)	合計	440	22.7	96	5.0	36	1.9	184	9.5	124	6.4
	40-64	178	19.5	43	4.7	14	1.5	77	8.5	44	4.8
	65-74	262	25.5	53	5.2	22	2.1	107	10.4	80	7.8
2016 (H28)	合計	526	27.2	100	5.2	45	2.3	183	9.5	198	10.2
	40-64	184	24.0	32	4.2	23	3.0	76	9.9	53	6.9
	65-74	342	29.3	68	5.8	22	1.9	107	9.2	145	12.4

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
2013 (H25)	合計	2,413	51.9	34	1.4	112	4.6	10	0.4	77	3.2	25	1.0
	40-64	1,107	47.0	23	2.1	54	4.9	8	0.7	33	3.0	13	1.2
	65-74	1,306	56.9	11	0.8	58	4.4	2	0.2	44	3.4	12	0.9
2016 (H28)	合計	2,412	55.5	45	1.9	103	4.3	10	0.4	71	2.9	22	0.9
	40-64	924	47.4	24	2.6	42	4.5	6	0.6	22	2.4	14	1.5
	65-74	1,488	62.1	21	1.4	61	4.1	4	0.3	49	3.3	8	0.5

女性	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	
2013 (H25)	合計	188	7.8	30	1.2	13	0.5	76	3.1	69	2.9
	40-64	68	6.1	10	0.9	5	0.5	29	2.6	24	2.2
	65-74	120	9.2	20	1.5	8	0.6	47	3.6	45	3.4
2016 (H28)	合計	236	9.8	44	1.8	19	0.8	85	3.5	88	3.6
	40-64	62	6.7	14	1.5	9	1.0	23	2.5	16	1.7
	65-74	174	11.7	30	2.0	10	0.7	62	4.2	72	4.8

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

特定健診受診率は増加しているが、特定保健指導実施率は減少している。疾病の早期発見と重症化予防をしていくためには、更なる向上のための取り組みが必要である。

【図表 13】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

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	
								中野市	同規模平均
2013 (H25)	9232	4352	47.1	93	484	253	523	44.5	46.9
2016 (H28)	8639	4337	50.2		484	186	38.4	48	51.2

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費の減少、外来受療率の増加・外来医療費の増加抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率の増加、高血圧・脂質異常症に係る費用の増加など新たな課題が見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療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後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

また、適正な医療につなげるためには、重症化を防ぎ、入院医療費を抑制すること、また、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診が重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

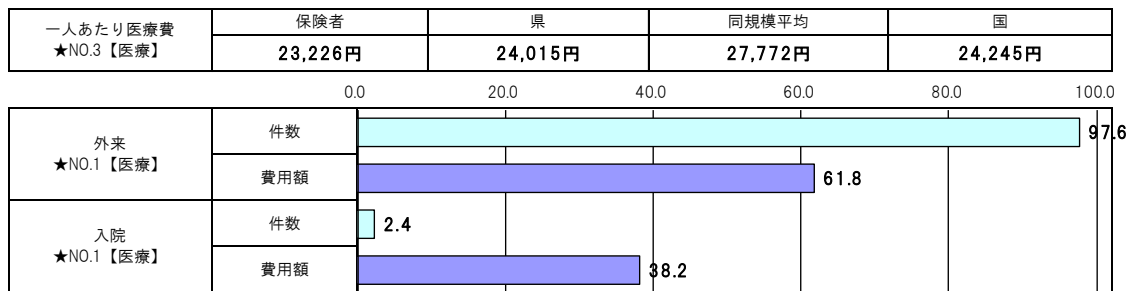
### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表14）

当市の入院件数は2.4%で、費用額全体の38.2%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表14】



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 15）

脳血管疾患・虚血性心疾患では入院も長期化するため医療費の負担額が大きく、年代別にみると60歳代が一番多い。それらの疾患は、高血圧や糖尿病、脂質異常症が重なって発症しているものが多く、予防することで医療費の軽減が図れると考えられる。人工透析患者については、糖尿病性腎症が41.9%を占め、血糖コントロールが重要である。

【図表 15】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト	2016年（H28）	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 （100万円以上レセ）	件数	324件	37件 11.4%	15件 4.6%	--
		費用額	5億2507万円	4620万円 8.8%	3688万円 7.0%	--
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	件数	478件	92件 19.2%	52件 10.9%	--
		費用額	1億9295万円	4697万円 24.3%	2281万円 11.8%	--
様式2-2 ★NO.11（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	件数	419件	93件 22.2%	47件 11.2%	163件 38.9%
		費用額	1億9092万円	5080万円 26.6%	2025万円 10.6%	8848万円 46.3%

厚労省様式	対象レセプト（2016（H28）7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	全体	5,090人	386人 7.6%	319人 6.3%	113人 2.2%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	324人 83.9%	252人 79.0%	95人 84.1%
			糖尿病	150人 38.9%	148人 46.4%	113人 100%
			脂質異常症	208人 53.9%	230人 72.1%	87人 77.0%
		高血圧症	2,885人 56.7%	1,516人 29.8%	2,508人 49.3%	490人 9.6%
		糖尿病				
脂質異常症						
高尿酸血症						

○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受けているのか（図表 16）

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 93.3%であり、筋・骨格疾患の 80.2%を上回っている。また、2号認定者をみると、血管疾患の有病率が高く、要介護3～5の介護度が高い人の割合が高い。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通の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、介護予防にもつながる。

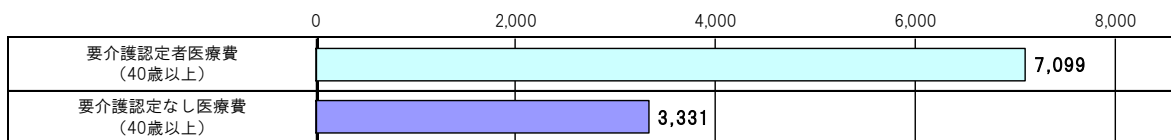
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【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		15,416人		5,352人		6,342人		11,694人		27,110人								
	認定者数		35人		207人		2,140人		2,347人		2,382人								
	認定率		0.23%		3.9%		33.7%		20.1%		8.8%								
	新規認定者数		1人		7人		29人		36人		37人								
介護度別人数	要支援1・2		9	25.7%	49	23.7%	461	21.5%	510	21.7%	519	21.8%							
	要介護1・2		10	28.6%	81	39.1%	821	38.4%	902	38.4%	912	38.3%							
	要介護3～5		16	45.7%	77	37.2%	858	40.1%	935	39.8%	951	39.9%							
要介護 突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合				
			件数	--	171		840		989		1829		2000						
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	107	62.6%	脳卒中	372	44.3%	脳卒中	367	37.1%	脳卒中	739	40.4%	脳卒中	846	42.3%
				2	虚血性心疾患	15	8.8%	虚血性心疾患	101	12.0%	虚血性心疾患	290	29.3%	虚血性心疾患	391	21.4%	虚血性心疾患	406	20.3%
				3	腎不全	14	8.2%	腎不全	36	4.3%	腎不全	74	7.5%	腎不全	110	6.0%	腎不全	124	6.2%
		基礎疾患	糖尿病等	146		85.4%	705		83.9%	938		94.8%	1643		89.8%	1789		89.5%	
				血管疾患合計	158		92.4%	741		88.2%	967		97.8%	1708		93.4%	1866		93.3%
		認知症	認知症	27		15.8%	216		25.7%	461		46.6%	677		37.0%	704		35.2%	
				筋・骨格疾患	筋骨格系	120		70.2%	600		71.4%	884		89.4%	1484		81.1%	1604	

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 17・18)

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、糖尿病性腎症等の発症のリスクが高くなる。

本市においては、県と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。健診結果の有所見状況でも HDL-C・HbA1c・尿酸が国・県に比べて高い。

【図表 17】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7) ★NO.23(帳票)

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100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	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		
県	21,950	27.9	36,456	46.3	22,085	28.0	15,711	19.9	6,763	8.6	24,025	30.5	
保険者	合計	520	26.9	907	46.9	524	27.1	331	17.1	197	10.2	503	26.0
	40-64	230	30.0	373	48.6	230	30.0	181	23.6	77	10.0	164	21.4
	65-74	290	24.8	534	45.7	294	25.2	150	12.8	120	10.3	339	29.0

男性	HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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	
全国	55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	51,346	65.2	12,919	16.4	34,608	43.9	19,798	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5	
保険者	合計	1,536	79.4	291	15.0	757	39.1	477	24.7	852	44.0	29	1.5
	40-64	565	73.7	153	19.9	240	31.3	206	26.9	370	48.2	11	1.4
	65-74	971	83.1	138	11.8	517	44.3	271	23.2	482	41.3	18	1.5

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100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	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		
県	18,185	19.2	14,611	15.4	16,172	17.0	7,904	8.3	1,948	2.1	17,152	18.1	
保険者	合計	467	19.4	384	15.9	386	16.0	187	7.8	52	2.2	376	15.6
	40-64	156	16.9	128	13.9	124	13.4	81	8.8	18	1.9	104	11.3
	65-74	311	20.9	256	17.2	262	17.6	106	7.1	34	2.3	272	18.3

女性	HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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	
全国	55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	62,563	65.9	1,980	2.1	36,338	38.3	14,343	15.1	53,213	56.1	157	0.2	
保険者	合計	2,006	83.2	28	1.2	843	35.0	330	13.7	1,273	52.8	9	0.4
	40-64	697	75.4	12	1.3	234	25.3	123	13.3	499	54.0	2	0.2
	65-74	1,309	88.0	16	1.1	609	40.9	207	13.9	774	52.0	7	0.5

\*全国については、有所見割合のみ表示



【図表 18】

## 5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★NO.24(帳票)

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保 険 者	合計	1,935	45.0	104	5.4%	277	14.3%	23	1.2%	178	9.2%	76	3.9%
	40-64	767	38.0	67	8.7%	122	15.9%	5	0.7%	59	7.7%	58	7.6%
	65-74	1,168	51.3	37	3.2%	155	13.3%	18	1.5%	119	10.2%	18	1.5%

男性		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
保 険 者	合計	526	27.2%	100	5.2%	45	2.3%	183	9.5%	198	10.2%
	40-64	184	24.0%	32	4.2%	23	3.0%	76	9.9%	53	6.9%
	65-74	342	29.3%	68	5.8%	22	1.9%	107	9.2%	145	12.4%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保 険 者	合計	2,412	55.5	45	1.9%	103	4.3%	10	0.4%	71	2.9%	22	0.9%
	40-64	924	47.4	24	2.6%	42	4.5%	6	0.6%	22	2.4%	14	1.5%
	65-74	1,488	62.1	21	1.4%	61	4.1%	4	0.3%	49	3.3%	8	0.5%

女性		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
保 険 者	合計	236	9.8%	44	1.8%	19	0.8%	85	3.5%	88	3.6%
	40-64	62	6.7%	14	1.5%	9	1.0%	23	2.5%	16	1.7%
	65-74	174	11.7%	30	2.0%	10	0.7%	62	4.2%	72	4.8%

## 3) 糖尿病 (HbA1c)、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 19)

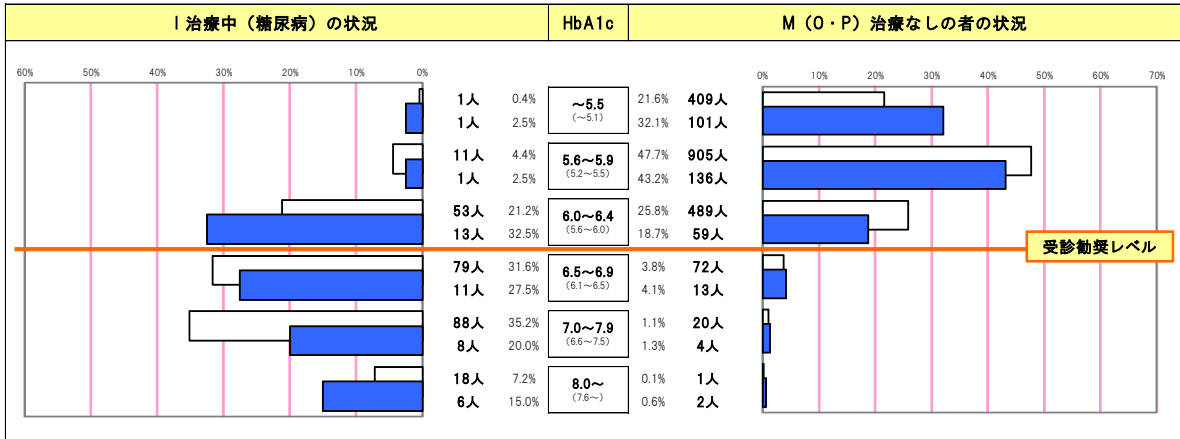
新規健診受診者は継続受診者に比べ、必要な治療を受けていない人が多く、健診を受けることではじめて自身の体の状態を知る人もいる。未治療者が少なくなるよう、治療中断者や健診未受診者に対し受診勧奨を行っていく必要がある。血糖のコントロールが難しい治療者については、治療を継続していくよう周知を図るとともに、毎年の健診受診を勧め、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」において、医療機関と連携した保健指導を行っていく。

【図表 19】

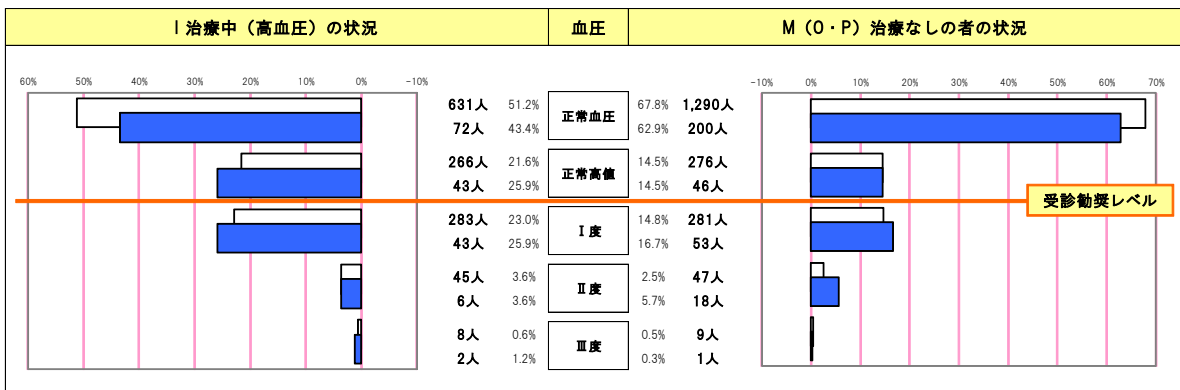
継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段（継続受診者）  
 ■ …下段（新規受診者）

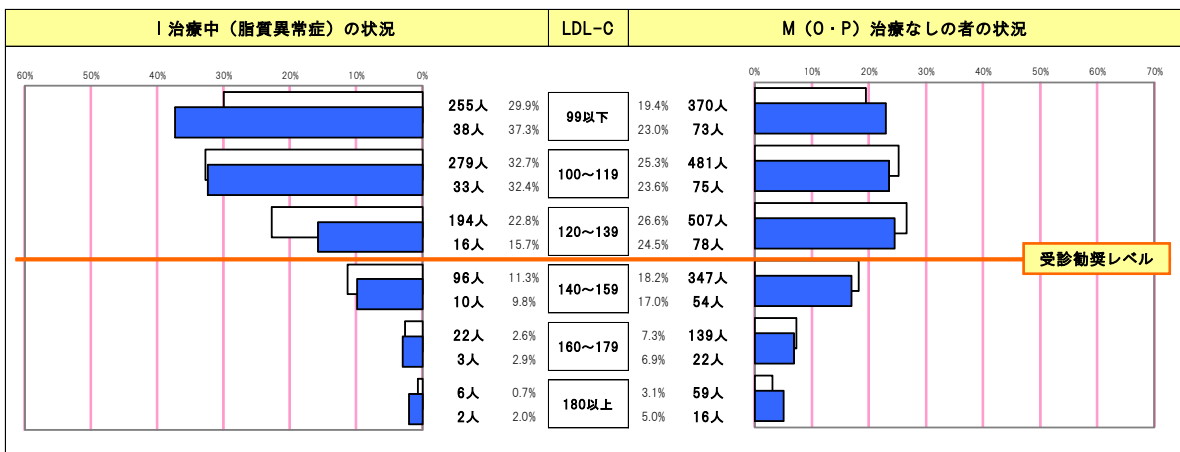
HbA1c



血圧



LDL-C



#### 4) 未受診者の把握 (図表 20)

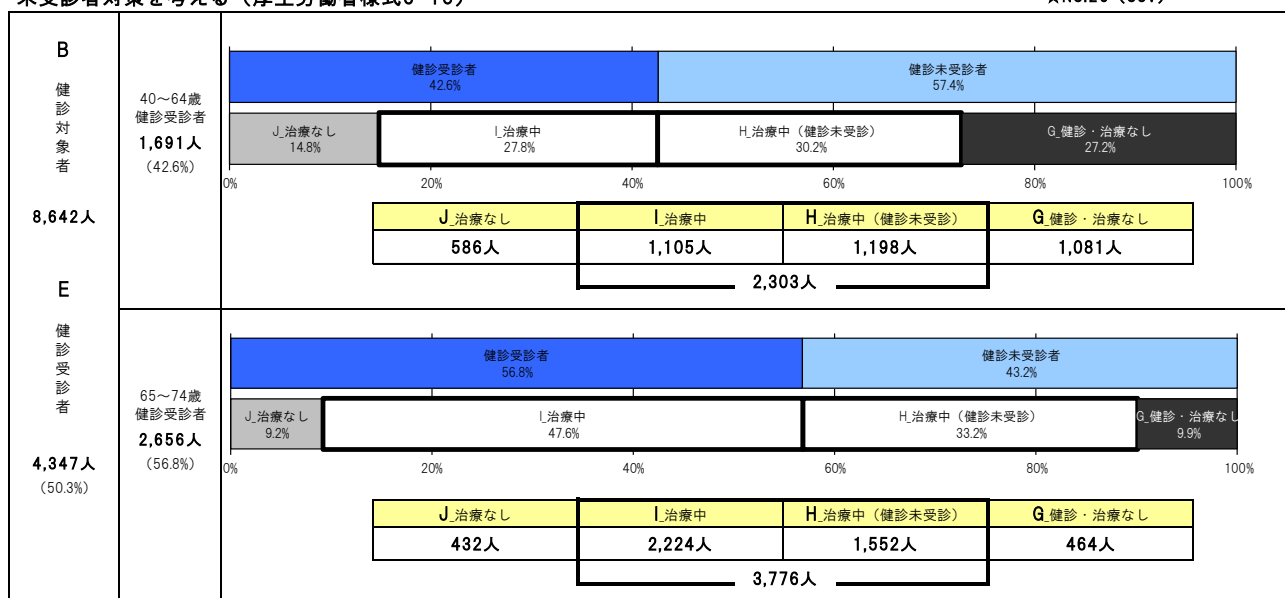
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が27.2%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金では、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

【図表 20】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

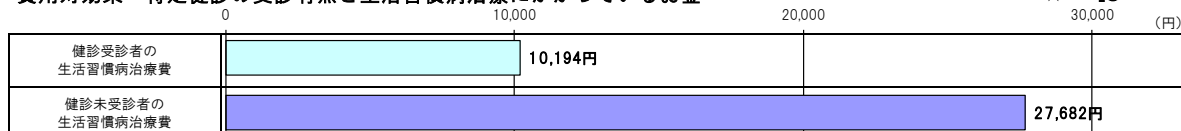
★NO.26 (CSV)



○G\_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

#### 7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



### 3. 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は医療費が高額となり、6か月以上の長期入院のほか、人工透析及び介護認定者の有病状況の多い疾患である。そのため、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。2023年度には2018（平成30）年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ0.2%減少させることを目標とする。また、3年後の2020年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要な場合は計画及び評価の見直しをする。

今後、さらに高齢化が進むことや年齢が高くなるほど、脳や心臓、腎臓の血管も傷んでくることから考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいため、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

重症化予防により、医療費の適正化へつなげるため、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を2023年度に国並み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である、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、医療が必要な者に対する適切な働きかけや、治療継続への働きかけをするとともに、治療を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、医療情報からは、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施し、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り、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

### 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

#### 1. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2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3期(2018(平成30)年度以降)からは6年1期として策定する。

#### 2. 目標値の設定

【図表 21】

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(H30)	(H31)	(H32)	(H33)	(H34)	(H35)
特定健診実施率	51%	55%	60%	64%	68%	70%
特定保健指導実施率	39%	40%	42%	43%	44%	45%

#### 結果

	2013	2014	2015	2016	2017
	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)
特定健診実施率	47.1%	47.8%	49.6%	50.2%	2018年(H30) 11月確定
特定保健指導実施率	52.3%	37.1%	35.1%	38.4%	

#### 3. 対象者の見込み

【図表 22】

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
		(H30)	(H31)	(H32)	(H33)	(H34)	(H35)
特定健診	対象者数	8,669人	8,552人	8,437人	8,323人	8,211人	8,100人
	受診者数	3,901人	4,105人	4,303人	4,494人	4,680人	4,860人
特定保健指導	対象者数	520人	559人	601人	646人	694人	746人
	利用者数	104人	140人	180人	226人	277人	335人

#### 結果

		2013	2014	2015	2016	2017
		(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)
特定健診	対象者数	9,232人	9,126人	8,984人	8,639人	2018年 (H30)11月 確定
	受診者数	4,352人	4,365人	4,454人	4,337人	
特定保健指導	対象者数	484人	477人	555人	484人	
	受診者数	253人	177人	195人	186人	

#### 4. 特定健診の実施

##### (1)実施方法

特定健康診査は、各地区を巡回する集団健診により、健診機関に委託して行う。受診は各年度に一人1回とし、以下のとおり実施する。また、人間ドックの受診と医療機関からの情報提供を特定健康診査の実施に置き換える。

項 目	内 容
実施場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団検診・・・各地区公民館、集会所、保健センター等</li> <li>・個別健診・・・市委託の指定医療機関</li> </ul>
実施項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>○基本健診項目</li> <li>・問診(既往歴の調査、自覚症状及び有無の検査)</li> <li>・身体計測 ・腹囲、BMIの測定 ・血圧測定 ・肝機能検査 ・血中脂質検査</li> <li>・血糖検査、尿検査</li> <li>○詳細な検査項目を含めた法定の検査項目</li> <li>・貧血検査 ・心電図検査(12誘導心電図) ・眼底検査・クレアチニン検査</li> </ul>
実施時期	集団検診は6月から9月までの間、個別健診は通年で実施します。
委託の有無及び契約形態	<p>委託先は、「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」(厚生労働省令)を遵守し、被保険者の利便性を考慮し選定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団検診・・・健診実施機関のうち、十分な実施体制を有する機関より選定し、個別に契約(随意契約)</li> </ul>
受診、周知・案内の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別健診・・・指定医療機関と個別に契約(随意契約)</li> <li>○受診方法</li> <li>・受診申込者には事前に問診票を送付し、各地区巡回の特定健診を受診していただきます。</li> <li>・人間ドックの場合、助成券(要申請)を交付し、医療機関に提出の上、健診を受けていただくこととなります。</li> <li>※特定健診の窓口負担は無料ですが、人間ドック等の規定の実施項目以外を受診された場合、費用は個人負担となります。</li> <li>○周知・案内方法</li> <li>・広報なかの、健康・福祉カレンダー、ホームページに掲載し、お知らせします。</li> <li>※健診未受診の方には、受診案内等の送付や電話による説明などで、ご案内させていただきます場合があります。</li> </ul>
代行機関の利用	長野県国民健康保険団体連合会を代行機関とします。

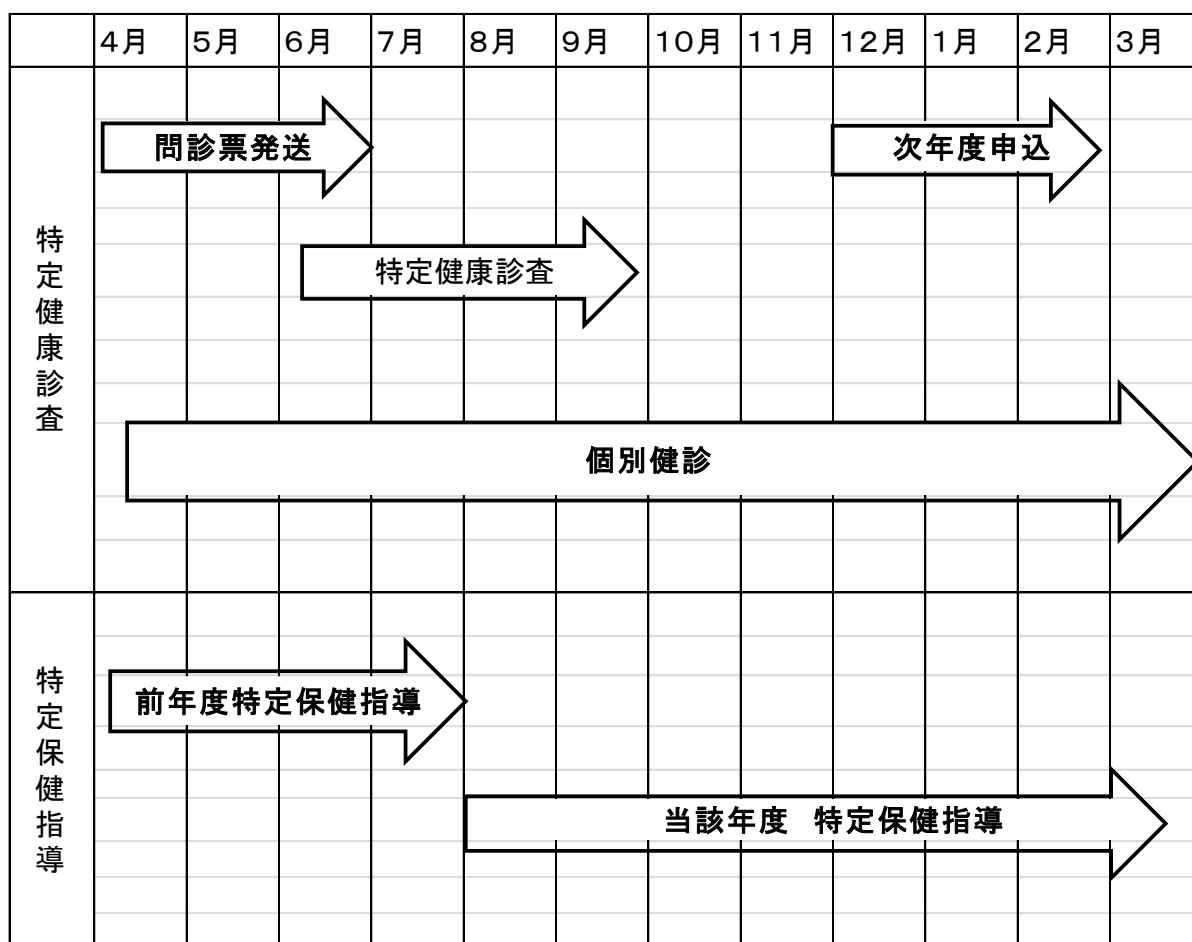
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施に基づき、対象とする方を断層化（下表の実施方法に記載した区分）し、個別訪問指導の実施や集団健康教室等の開催などにより支援する。特定保健指導の利用は各年度に1人1回となる。

項目	内容
実施場所	・保健センター等
実施項目	・情報提供、動機付け支援、積極的支援の対象者に対し、状況に応じた指導を行います。 ・市で実施している各種保健予防事業も積極的に活用し、保健指導を行います。
実施時期	・通年で実施します。
委託の有無	原則、直営にて実施します。 ただし、対象者の増加などにより実施が困難となる場合は、外部委託に関する基準に基づき、外部機関への委託を検討します。
周知・案内の方	・周知方法・・・該当者への個別通知、直接連絡。 ・案内方法・・・保健師・管理栄養士による家庭訪問。

### (1)健診から保健指導実施の流れ

(図表 23)



年度当初	健診案内の発送
年度の前半	前年度の実施結果の検証や評価、翌年度の事業計画の検討
年度の後半	評価結果や事業計画を受け、次年度の委託契約の設定準備等

## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および中野市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存に関しては代行機関として長野県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に事務委託する。健診及び保健指導実施機関から提出されたデータは、国保連のデータ管理システムにおいて管理・保存する。

事業主健診等、他の健診受診者の結果データは、特定健康診査の受診案内の際に、受診者本人からの提供を依頼する。

国保連の特定健診等データ管理システムに保存されたデータは、電子データとして月単位で受領するもの及び当市で保管する健康福祉部福祉課に設置した特定健診等データ管理システム用端末と専用回線で接続し、常時、確認、データの出力等ができるものとする。

また、特定保健指導について、外部委託先機関実施分がある場合においても電子データで受領するものとし、同様に保存する。

特定健康診査等の記録・データの保存は5年とし、当市のデータ管理者を健康福祉部長とします。データの利用者は原則として健康福祉部職員に限ることとし、パスワード管理により利用するものとします。ただし、外部委託する場合は、データ利用の範囲・利用者等を契約書に明記することとする。

## 7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、中野市ホームページ等への掲載により公表、周知する。



## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取り組みを行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病予防についてや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重要である。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り、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 重症化予防の取り組み

#### 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り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（2017（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）及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取り組みにあたっては図表24に沿って実施する。

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

【図表 24】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者、医療機関受診中断者
- ② 糖尿病治療中でハイリスクの者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 25）

【図表 25】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。当市においては特定健診の集団健診で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。

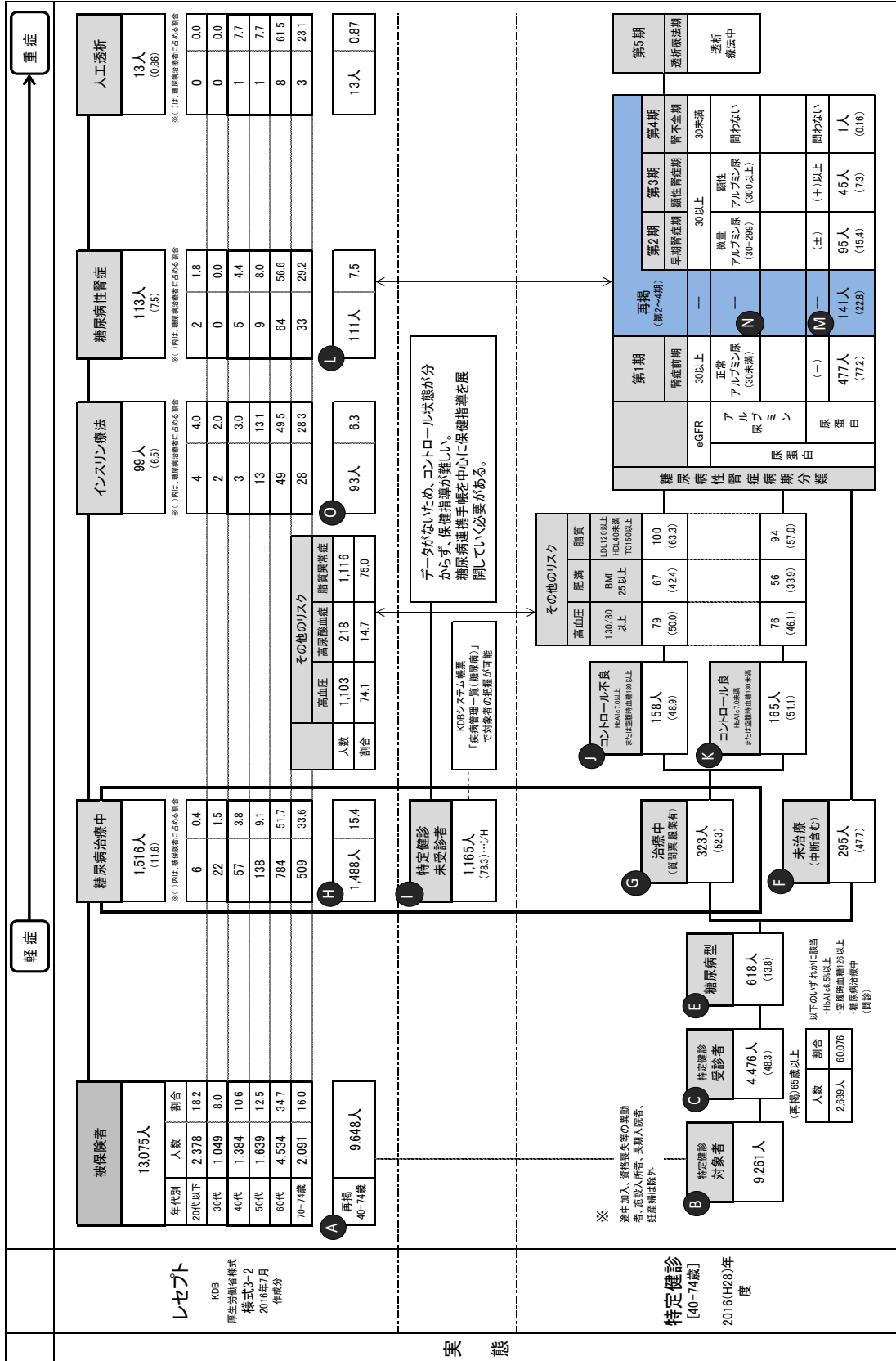
#### ②基準に基づく該当者数の把握

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の把握を行う。（図表 26）

# 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

都道府県名 長野県 市町村名 中野市 同規模区分 4

【図表 26】



### ③介入方法

#### 【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

②糖尿病治療中であつたが中断者

・訪問、面談、電話、手紙等に対応

#### 【保健指導】

①糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者

・本人からかかりつけ医に紹介状及び連絡票を提出してもらい、連絡票を保険者へ返信してもらう。保健指導が適当と判断された場合は糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導を行う。

## 3) 保健指導の実施

### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。当市においては、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、慢性腎臓病生活食事指導マニュアル等の教材を活用し行っていく。

### 4) 医療機関との連携

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

### 5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が生じた場合は高齢者支援課等と連携していく。

### 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KDB等の情報を活用してく。

また、中長期的評価においては糖尿病性腎症取り組み評価表（図表 27）を用いて行っていく。

#### （1）短期的評価

##### ① 受診勧奨者に対する評価

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

##### ② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 介入前後の検査値の変化を比較
  - HbA1cの変化
  - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5 ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

【図表 27】

## 糖尿病性腎症重症化予防取組み評価

	項目	2016 (H28)		2017 (H29)		2018 (H30)		データ元	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合		
①	被保険者数	13075人						KDB厚生労働省様式3-2	
	(再掲)40～74歳	9648人						あなみツール②	
②	特定健診	健診対象者数	9261人					あなみツール② レセ×健診突合 (法定報告の数字ではない)	
	健診受診者数	4476人	48.3%						
③	特定保健指導	保健指導対象者数						速報値	
	保健指導実施者数		38.4%						
④	健診データ	糖尿病型	618人	13.8%				あなみツール② レセ×健診突合	
		未治療・中断者(質問票服薬なし)	295人	47.7%					
		治療中(質問票服薬あり)	323人	52.3%					
		コントロール不良 (HbA1c7.0%以上 または空腹時血糖130以上)	158人	48.9%					
			79人	50.0%					
			67人	42.4%					
			165人	51.1%					
		コントロール良							
		糖尿病病期分類							
		尿蛋白(-)	第1期	477人	77.2%				
(±)	第2期	95人	15.4%						
(+)以上	第3期	45人	7.3%						
eGFR30未満	第4期	1人	0.16%						
⑤	レセプト	糖尿病治療中	1516人	11.6%				あなみツール② レセ×健診突合	
		(再掲)40～74歳	1488人	15.4%					
		健診未受診者	1165人	78.3%					
		糖尿病性腎症	113人	7.5%					
		(再掲)40～74歳	111人	7.5%					
		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)	13人	0.86%					
		(再掲)40～74歳	13人	0.86%					
		新規透析患者数							
(再掲)糖尿病性腎症									
⑥	医療費	総医療費	35億6392万					・KDB疾病分析 生活習慣病 ・KDB健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題 ・KDB同規模保険者比較	
		生活習慣病総医療費	13.1億	36.8%					
		生活習慣病対象者 1人当たり	10194円						
		健診受診者	27682円						
		健診未受診者							
		糖尿病医療費	2.0億	15.3%					
		糖尿病入院外総医療費	1.97億						
		1件あたり	28552円						
		糖尿病入院総医療費	1156万円						
		1件あたり	610046円						
慢性腎不全医療費	1.73億								
透析あり	16日								
透析なし	323万								
⑦	介護	介護給付費	37億					KDB同規模保険者比較 要介護者認定状況	
		糖尿病合併症	11.4%						
⑧	死亡	死因別死亡者数	糖尿病	28人	3.2%			KDB地域の全体象の把握	

## 7) 実施期間及びスケジュール

5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～ 特定健診結果が届き次第、管理台帳で把握し、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り組み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。

### 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。

#### (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一つである。「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。当市において健診受診者 4,641 人のうち心電図検査実施者は 3,445 人 (74.2%) であり、そのうち ST 所見があったのは 307 人であった (図表 30)。

ST 所見あり 301 人中のうち 36 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 18 人は未受診であった (図表 28、29)。医療機関未受診者に対して受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 301 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。

当市は県と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。



心電図検査結果

【図表 28】

	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/d)(%)		
2016 (H28)	3,353	100	3,331	99.3	301	9.0	907	27.2	2,123	63.7		

2016(H28) 集団・特定健診結果(集団のみ)より

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 29】

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)(%)
301	100	36	12	18	50	18	50

2016(H28) 集団・特定健診結果(集団のみ)より

② 心電図以外からの把握

心電図検査を実施しない場合、図表 33 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 30】

心電図以外の保健指導対象者の把握

2016(H28)実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	4,641	307 6.6%	796 17.2%	2,342 50.5%	1,196 25.8%	
メタボ該当者	824	88 10.7%	170 20.6%	307 37.3%	259 31.4%	
メタボ予備群	416	25 6.0%	66 15.9%	197 47.4%	128 30.8%	
メタボなし	3,401	197 5.8%	557 16.4%	1,838 54.0%	809 23.8%	
	LDL-C	140-159	520 15.3%	63 12.1%	300 57.7%	125 24.0%
		160-179	180 5.3%	35 19.4%	79 43.9%	51 28.3%
	180-	78 2.3%	3 3.8%	10 12.8%	46 59.0%	19 24.4%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1~	538	55	159	324	0
		11.6%	10.2%	29.6%	60.2%	0

2016(H28) 特定健診結果より

### 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 31 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を早期に受けることより重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。

【図表 31】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 締め付けられるような痛みや、圧迫感がある</li> <li>・ 同じような状況で症状がある</li> <li>・ 首、肩への放散される痛み</li> <li>・ 冷や汗や吐き気を伴う</li> </ul>
---

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

## (2) 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管理台帳で行うこととする。LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

## 4) 医療機関との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が生じた場合は高齢者支援課と連携していく。

## 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KDB等の情報を活用していく。

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～ 特定健診結果が届き次第、対象者へ介入(通年)

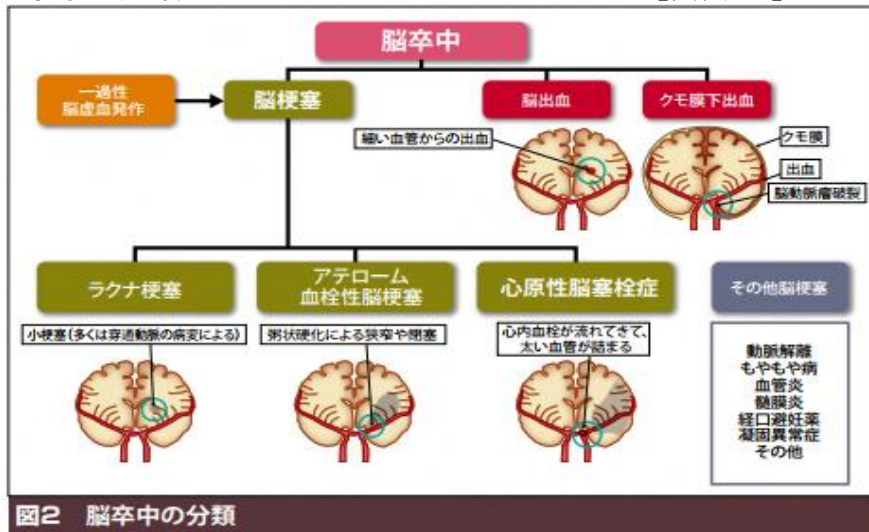
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組み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 32、33)

【脳卒中の分類】

【図表 32】



(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 33】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 34 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 34】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○			○				
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○			○				
	心原性脳梗塞	●					●	○			○				
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診重症者における 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歳以上は40未満)			
受診者数 4,476人		163人	3.6%	400人	8.9%	108人	2.4%	28人	0.6%	788人	17.6%	28人	0.6%	101人	2.3%
治療なし		97人	3.3%	268人	6.5%	99人	2.9%	10人	0.4%	164人	6.8%	5人	0.2%	28人	1.4%
治療あり		66人	4.4%	132人	41.1%	9人	0.9%	18人	0.9%	624人	30.4%	23人	1.1%	73人	4.4%
臓器障害あり※		82人	84.5%	215人	80.2%	80人	80.8%	10人	100.0%	139人	84.8%	5人	100.0%	28人	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	4人		10人		1人		1人		4人		5人		28	
	尿蛋白(2+)以上	0		1人		0		0		0		5人		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	3人		3人		0		0		2人		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		6人		1人		1人		2人		0		28	
	心電図所見あり	82人		214人		79人		10人		138人		3人		24	

※ 「臓器障害あり」・・・CKD(専門医対象者)と心電図所見がある人(実人数)

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が163人(3.6%)であり、97人は未治療者であった。また未治療者のうち82人(84.5%)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66人(4.4%)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。

## (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 35)

【図表 35】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化  
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

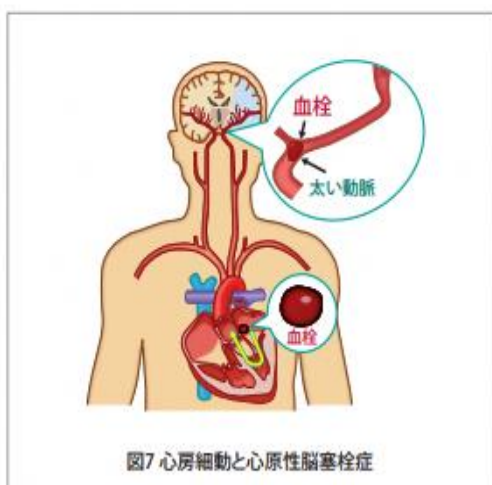
血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,959	1,223	734	424	481	82	15	
		41.3%	24.8%	14.3%	16.3%	2.8%	0.5%	
リスク第1層	495	296	102	50	40 ④	6	1 ①	
		16.7%	24.2%	13.9%	11.8%	8.3%	7.3%	6.7%
リスク第2層	1,575	636	421	214	255 ③	43	6	
		53.2%	52.0%	57.4%	50.5%	53.0%	52.4%	40.0%
リスク第3層	889	291	211	160	186 ②	33	8	
		30.0%	23.8%	28.7%	37.7%	38.7%	40.2%	53.3%
再掲 (重複あり)	糖尿病	273	87	62	50	60	11	3
			30.7%	29.9%	29.4%	31.3%	32.3%	33.3%
慢性腎臓病(CKD)	408	149	115	63	64	14	3	
		45.9%	51.2%	54.5%	39.4%	34.4%	42.4%	37.5%
3個以上の危険因子	399	106	77	85	107	21	3	
		44.9%	36.4%	36.5%	53.1%	57.5%	63.6%	37.5%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
40	261	277
1.4%	8.8%	9.4%
40	6	1
100.0%	2.3%	0.4%
--	255	49
--	97.7%	17.7%
--	--	227
--	--	81.9%

図表 35 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。

### (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。図表 36 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。

(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 36】

年代	心電図検査		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	1,416	1,915	21	1.5	9	0.5	-	-
40歳代	199	189	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	232	294	2	0.9	0	0	0.8	0.1
60歳代	636	920	11	1.7	4	0.4	1.9	0.4
70～75歳	349	512	8	2.3	5	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 37】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
30	100	5	16.7	25	83.3

心電図検査において 30 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。また 30 人のうち 25 人は既に治療が開始されていたが、5 人は特定健診の心電図検査で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。(図表 37)

### 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) 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。

##### ② 心房細動の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるよう把握していく。

### 4) 医療機関との連携

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

### 5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が生じた場合は高齢者支援課と連携していく。



## 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KDB等の情報を活用していく。

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

### (1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム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

5月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第、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して、生活習慣病予防や重症化予防のポイントや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当市の実態を市民へ周知していく。

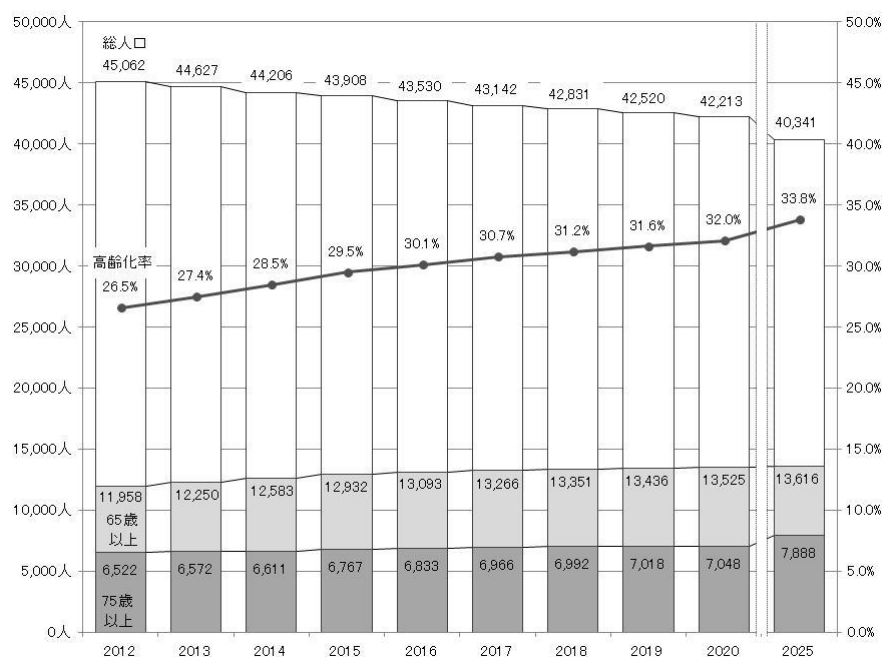
## 第5章 地域包括ケアシステムに係る取り組み

「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 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者との他職種連携によるネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアシステムの構築が必要である。

【図表 38】



2025年には、団塊世代のすべてが75歳以上となり、単身又は夫婦のみ高齢者世帯、認知症高齢者が今後さらに増加し、あわせて、担い手となる生産年齢人口も減少することが見込まれている。

住み慣れた地域で暮らし続けるには、公共サービス以外にも自助努力が必要であることから、住民自身が、自らの健康に対して、適切な知識や情報を得て、具体的に行動し、健康・介護予防に対して自らが責任を持って管理する努力（セルフマネジメント）を行うことや各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを希薄化させずに、地域の活動に参加していく姿勢をもてるようにしていくことも重要である。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020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2023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

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・KDB活用環境の確保</li> </ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・必要なデータは入手できているか。</li> <li>・スケジュールどおり行われているか。</li> </ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか。</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得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、地域の医師会等など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。