

第1章 第2期保健事業実施計画（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（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（レセプト）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム等の整備により、市町村国保などの保険者が、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

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

こうした背景を踏まえ、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（厚生労働省告示）の一部が改正され、保険者は健康・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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものされた。

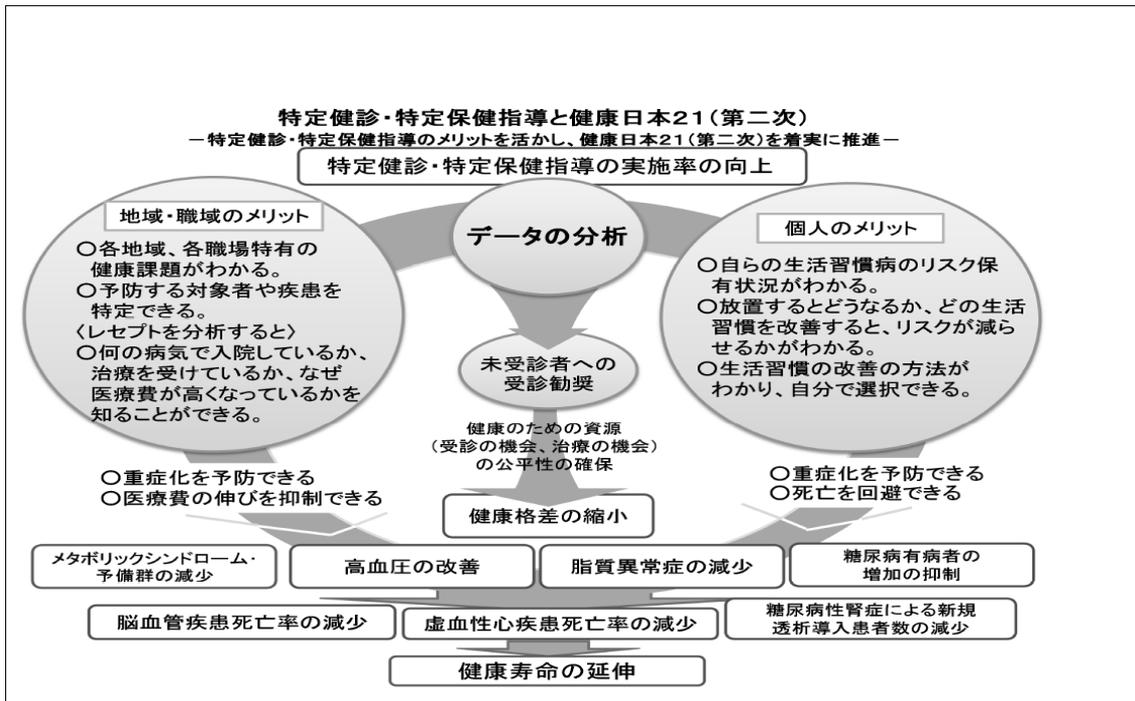
名取市においても、この指針に基づき、平成28年3月に『名取市保健事業実施計画（データヘルス計画）』を策定し保健事業に取り組んできたが、平成30年（2018年）3月に計画期間が終了することから、次期計画として『第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）』を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を図られることを目的とする。

なお、保健事業の中核である特定健診・特定保健指導を対象として別途策定・運用してきた『名取市特定健康診査等実施計画』についても同時に第2期計画期間が終了することから、より実効性のある計画とするべく、本計画の第3章のIとして一体的に策定する。

2 計画の位置付け

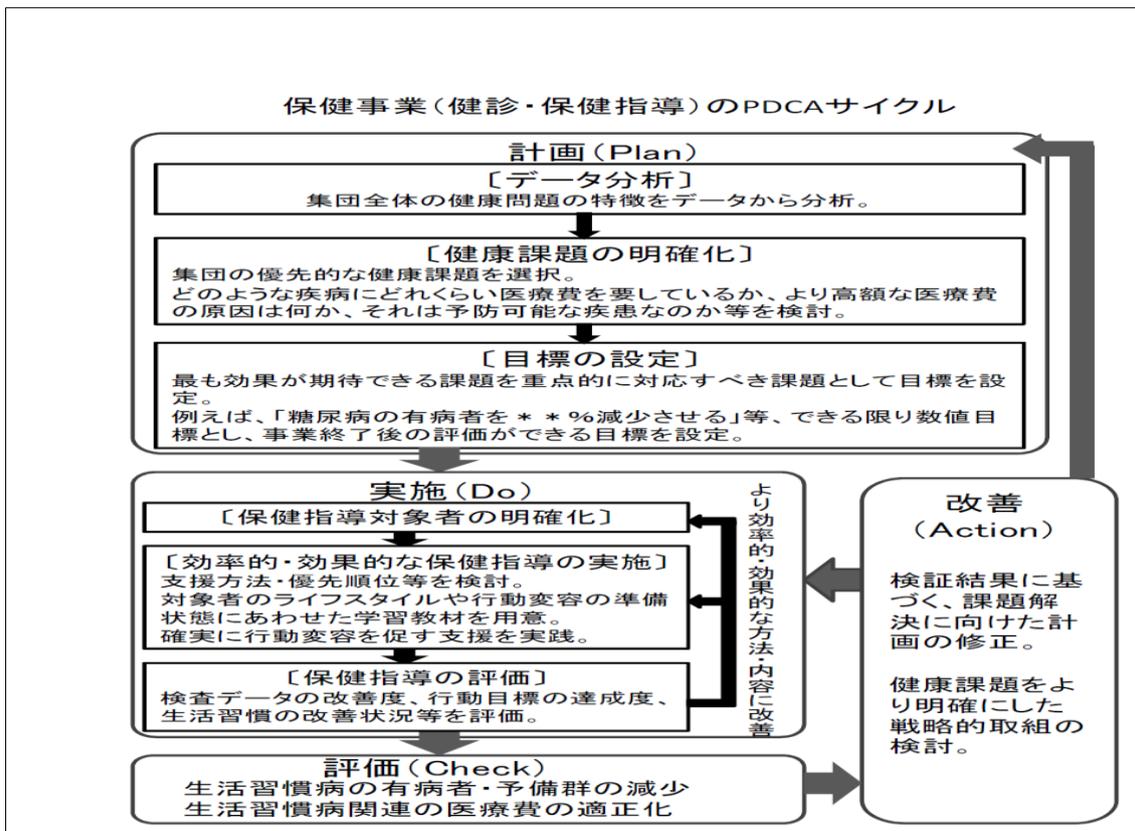
この計画は、『健康日本21（第2次）』に示された基本方針を踏まえるとともに、『名取市第五次長期総合計画』に掲げる「健康でいきいきと暮らせる都市の創造」を実現するための個別計画として位置付け、宮城県健康増進計画（『みやぎ21健康プラン』）や名取市健康増進計画（『元気なとり健康プラン21』）、第7次宮城県地域医療計画（第3期宮城県医療費適正化計画を含む）及び『名取市高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画』との整合を図る。【図表1・2・3】

【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、第7次宮城県地域医療計画（第3期宮城県医療費適正化計画を含む）との整合性を図る観点から、平成30年度（2018年度）から平成35年度（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

名取市においては、国民健康保険主管課である保険年金課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。

特に保健センターの保健師等の専門職と連携して、市一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（保険年金課）、保健衛生部局（保健センター）、介護保険部局（介護長寿課）、企画部局（政策企画課）、財政部局（財政課）、生活保護部局（社会福祉課）とも十分連携するよう努める。

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・チームの業務をできる限り明確化・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引継ぎを行う等の体制を整えるよう努める。【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。

計画策定にあたっては、学識経験者・保健医療関係者・関係団体等の構成者・被保険者の代表等で構成する『名取市国民健康保険運営協議会』に意見を聞き、より実効性のある計画となるように努める。

保健事業の実施にあたっては、これまで同様、医師会等の保健医療関係者と連携・協力していくことに加え、必要に応じて宮城県国民健康保険団体連合会（国保連）及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、宮城県保険者協議会等による支援を活用するほか、新たに共同保険者となる宮城県とも連携し行っていくよう努める。

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。

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【図表5】

平成25年度と平成28年度の経年比較を死因別に見ると、がん・心臓病・脳疾患による死亡割合は減少しているものの、糖尿病・腎不全・自殺による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると要介護認定率は上昇しているが、40～64歳の2号被保険者の要介護認定率は増加がみられず、1件当たりの介護給付費は減少がみられた。

国保加入状況を見ると、被保険者数・加入率ともに減少している。年齢別の加入割合をみると、64歳以下の割合が減少しているのに対し、65～74歳の割合が増加している。

名取市は、1人当たり医療費は増加しているが、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受診率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加、服薬治療率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診でのメタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）該当者割合が増加し、非肥満高血糖の割合が増加しているため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上、特定保健指導及び重症化予防のための保健指導への取組は重要となる。

【図表5】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた名取市の位置

項目		名取市(H25)		名取市(H28)		県		同規模平均		国		データ元 (CSV)	
		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	72,656		75,796		2,259,872				123,317,473		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 / 国勢調査
		65歳以上（高齢化率）	13,927	19.2	15,795	20.8	584,397	25.9	24.1	33,229,708	26.9		
		75歳以上	6,584	9.1	7,580	10.0	292,788	12.9		16,037,659	13.0		
		65～74歳	7,343	10.1	8,215	10.8	291,609	12.9		17,192,049	13.9		
		40～64歳	24,517	33.7	25,768	34.0	765,588	33.9		41,552,145	33.7		
	39歳以下	34,212	47.1	34,233	45.2	909,887	40.3		48,535,620	39.4			
	② 産業構成	第1次産業	4.5		3.5		4.5		6.1		4.0		KDB_NO.3 / 国勢調査
		第2次産業	22.3		22.7		23.4		28.9		25.0		
		第3次産業	73.3		73.8		72.1		65.0		71.0		
	③ 平均寿命	男性	80.0		79.7		79.7		79.6		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.9		86.4		86.4		86.3		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.8		65.4		65.4		65.3		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	67.5		67.1		67.1		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	94.3		119.3		107.0		100.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	162	52.6	172	49.6 ↓	6,540	48.2	48.1	367,905	49.6		
		心臓病	70	22.7	71	20.5 ↓	3,526	26.0	27.1	196,768	26.5		
		脳疾患	54	17.5	60	17.3 ↓	2,391	17.6	16.5	114,122	15.4		
		糖尿病	4	1.3	6	1.7 ↓	251	1.8	1.9	13,658	1.8		
		腎不全	11	3.6	17	4.9 ↑	408	3.0	3.3	24,763	3.3		
		自殺	7	2.3	21	6.1 ↑	455	3.4	3.1	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計			83		14.5		2,662		11.5		厚労省HP 人口動態調査 ※平成27年度数値
		男性			58		18.5		1,843		15.6		
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	2,689	18.9	2,920	20.9 ↑	109,644	21.0	20.2	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
新規認定者			45	0.3	39	0.3	1,922	0.3	0.3	105,654	0.3		
2号認定者			103	0.4	100	0.4	3,143	0.4	0.4	151,745	0.4		
② 有病状況		糖尿病	838	30.1	863	28.2	28,341	24.6	21.9	1,343,240	21.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	1494	52.3	1633	53.9	61,510	53.8	51.8	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	878	30.6	1002	32.8	36,246	31.6	27.6	1,733,323	28.2		
		心臓病	1697	59.4	1854	60.7	68,917	60.2	59.1	3,511,354	57.5		
		脳疾患	613	21.8	656	22.0	28,609	25.3	26.2	1,530,506	25.3		
		がん	262	9.4	305	10.1	11,956	10.3	10.0	629,053	10.1		
		筋・骨格 精神	1253 974	44.6 34.2	1442 1094	46.5 35.6	55,426 41,064	48.4 35.8	50.8 35.6	3,051,816 2,141,880	49.9 34.9		
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	56,993		54,105 ↓		57,798		61,236		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	38,984		37,234		38,565		40,245		39,683			
	施設サービス	278,916		274,894		280,017		278,146		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	7,012		6,867		6,993		8,026		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定あり 認定なし	3,403		3,377		3,495		3,809		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	16,331		14,734 ↓		549,807				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	5,697	34.9	5,910	40.1 ↑	217,432	39.5		12,462,053	38.2		
		40～64歳	5,856	35.9	4,924	33.4 ↓	185,181	33.7		10,946,693	33.6		
		39歳以下	4,778	29.3	3,900	26.5 ↓	147,194	26.8		9,178,477	28.2		
	加入率		22.5		20.3 ↓		23.8		24.7		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.2	4	0.3	142	0.3	0.3	8,255	0.3		
		診療所数	45	2.8	50	3.4	1,626	3.0	2.8	96,727	3.0		
		病床数	843	51.6	828	56.2	25,265	46.0	50.3	1,524,378	46.8		
		医師数	152	9.3	165	11.2	5,407	9.8	7.5	299,792	9.2		
		外来患者数 入院患者数	731.8 19.0		775.2 20.0		707.9 18.7		688.2 19.8		668.3 18.2		
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	25,434		27,564 ↑		25,259		25,582		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	受診率	750,782		795,173		726,598		708,019		686,501			
	外来	費用の割合	60.3		61.2 ↑		61.6		59.3		60.1		
	件数の割合	97.5		97.5		97.4		97.2		97.4			
	入院	費用の割合	39.7		38.8 ↓		38.4		40.7		39.9		
	件数の割合	2.5		2.5		2.6		2.8		2.6			
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	1件あたり在院日数	15.4日		15.3日		15.4日		16.2日		15.6日		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
	新生物	23.5		28.0		25.5		25.0		25.6			
	慢性腎不全（透析あり）	7.6		7.0		11.4		9.5		9.7			
	糖尿病	10.6		11.0		10.7		10.1		9.7			
	高血圧症	13.0		9.6		9.6		8.9		8.6			
精神	15.4		14.6		15.5		17.6		16.9				
筋・骨疾患	12.3		14.1		13.6		14.9		15.2				

項目		名取市(H25)			名取市(H28)			県		同規模平均		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合		実数	割合		実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数38	入院 入院の()内 は在院日数	糖尿病	574,359	8位	(18)	644,565	3位	(18)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	610,550	7位	(17)	685,706	2位	(17)						
				脂質異常症	592,215	7位	(19)	676,290	2位	(18)						
				脳血管疾患	639,232	12位	(21)	723,475	3位	(21)						
				心疾患	759,713	5位	(12)	820,367	4位	(14)						
				腎不全	742,199	7位	(17)	722,026	13位	(18)						
				精神	457,157	11位	(25)	494,421	4位	(25)						
				悪性新生物	640,552	12位	(14)	635,479	16位	(14)						
				糖尿病	31,503	28位		30,967	30位							
				高血圧	29,670	13位		30,624	15位							
				脂質異常症	26,033	22位		26,159	27位							
				脳血管疾患	35,617	17位		36,651	15位							
				心疾患	38,502	25位		46,381	16位							
				腎不全	119,384	37位		116,446	36位							
精神	27,658	19位		31,474	13位											
悪性新生物	51,156	9位		62,792	6位											
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,953		2,186		2,345		2,411		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			健診未受診者	13,261		15,441		13,031		12,679		12,683				
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,921		5,452		6,297		6,634		5,940			
			健診未受診者	33,408		38,510		34,995		34,890		36,479				
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,516	54.0	2,703	57.6 ↑	92,642	53.3	55.7	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			医療機関受診率	2,241	48.1	2,476	52.8 ↑	84,011	48.4	51.5	3,799,744	51.6				
			医療機関非受診率	275	5.9	227	4.8	8,631	5.0	4.3	316,786	4.3				
5	①-⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数38	健診受診者	4,659		4,691		173,721		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			受診率	43.8	県内27位 同規模47位	47.5 ↑	県内20位 同規模42位	45.6	全国2位	38.0	34.0					
			特定保健指導終了者(実施率)	291	46.6	457	67.4 ↑	981	4.0	5.2	35,557		4.1			
			非肥満高血糖	325	7.0	914	19.5 ↑	25,305	14.6	9.9	687,157		9.3			
			メタボ	該当者	803	17.2	886	18.9 ↑	35,880	20.7	17.5		1,272,714	17.3		
				男性	506	25.9	560	28.4 ↑	24,011	31.8	27.4		875,805	27.5		
				女性	297	11.0	326	12.0 ↑	11,869	12.1	9.9		396,909	9.5		
				予備群	634	13.6	469	10.0	18,670	10.7	10.7		790,096	10.7		
			メタボ該当・予備群レベル	男性	395	20.2	324	16.4	12,781	16.9	17.1		548,609	17.2		
				女性	239	8.8	145	5.3	5,889	6.0	5.9		241,487	5.8		
				総数	1,676	36.0	1,482	31.6	59,938	34.5	31.6		2,320,533	31.5		
				男性	1,044	53.3	965	49.0	40,205	53.2	49.7		1,597,371	50.1		
				女性	632	23.4	517	19.0	19,733	20.1	17.9		723,162	17.3		
				BMI	総数	193	4.1	316	6.7	9,555	5.5		4.8	346,181	4.7	
			男性	30	1.5	55	2.8	1,436	1.9	1.6	55,460		1.7			
			女性	163	6.0	261	9.6	8,119	8.3	7.1	290,721		7.0			
			血糖のみ	35	0.8	45	1.0	1,737	1.0	0.7	48,685		0.7			
			血圧のみ	448	9.6	320	6.8	12,782	7.4	7.4	546,667		7.4			
			脂質のみ	151	3.2	104	2.2	4,151	2.4	2.6	194,744		2.6			
血糖・血圧	105	2.3	199	4.2	6,337	3.6	2.7	196,978	2.7							
血糖・脂質	46	1.0	63	1.3	2,624	1.5	1.0	69,975	1.0							
血圧・脂質	435	9.3	305	6.5	13,731	7.9	8.4	619,684	8.4							
血糖・血圧・脂質	217	4.7	319	6.8	13,188	7.6	5.3	386,077	5.2							
6	①-⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	1,665	35.7	1,704	36.3 ↑	62,421	35.9	34.4	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	370	7.9	394	8.4 ↑	13,937	8.0	7.8	551,051	7.5				
			脂質異常症	1,109	23.8	1,204	25.7 ↑	44,914	25.9	23.9	1,738,149	23.6				
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	173	3.7	172	3.7	5,571	3.2	3.2	230,777	3.3			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	280	6.0	289	6.2	10,938	6.4	5.9	391,296	5.5				
			腎不全	17	0.4	25	0.5	1,044	0.6	0.7	37,041	0.5				
			貧血	435	9.3	438	9.4	15,839	9.2	10.1	710,650	10.1				
			喫煙	644	13.8	646	13.8	26,365	15.2	13.2	1,048,171	14.2				
			週3回以上朝食を抜く	261	5.6	292	6.3	12,245	7.1	7.1	540,374	8.5				
			週3回以上食後間食	479	10.3	486	10.4	14,105	8.2	10.9	743,581	11.8				
			週3回以上就寝前夕食	548	11.8	513	11.0	31,279	18.2	14.5	983,474	15.4				
			食べる速度が速い	1,184	25.4	1,162	24.9	40,511	23.6	25.1	1,636,988	25.9				
			20歳時体重から10kg以上増加	1,573	33.8	1,554	33.3	57,713	33.6	31.6	2,047,756	32.1				
			1回30分以上運動習慣なし	2,572	55.3	2,541	54.5	102,035	59.4	58.4	3,761,302	58.7				
1日1時間以上運動なし	1,035	22.2	1,016	21.8	67,524	39.3	44.4	2,991,854	46.9							
睡眠不足	1,018	22.0	1,227	26.4	38,118	22.2	24.3	1,584,002	25.0							
毎日飲酒	1,118	24.0	880	24.0	42,884	25.2	24.6	1,760,104	25.6							
時々飲酒	1,165	25.0	950	25.9	40,659	23.9	21.0	1,514,321	22.0							
一日飲酒量	1合未満	1,232	47.8	469	68.4	73,020	59.7	64.5	3,118,433	64.1						
	1~2合	923	35.8	143	20.8	34,253	28.0	23.9	1,158,318	23.8						
	2~3合	336	13.0	60	8.7	12,310	10.1	9.2	452,785	9.3						
	3合以上	88	3.4	14	2.0	2,630	2.2	2.5	132,608	2.7						

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況【図表6】

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費が増えたが、1件当たりの給付費は減少している。名取市は同規模平均に比べて、1件当たりの給付費が低くなっている。

介護給付費の状況

【図表6】

年度	名取市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費 (全体)	(円)		1件当たり 給付費 (全体)	(円)	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	37億9740万円	56.993	38,984	278,916	63,801	40,998	284,022
平成28年度	40億1960万円	54.105	37,234	274,894	61,236	40,245	278,146

※数値＝KDBシステムより

② 医療費の状況【図表7】

医療費の変化について、総医療費全体の伸び率は減少しており、その要因をみると、名取市は入院費用の伸び率が抑制されていることがわかった。

また、1人当たり医療費をみると、全体としては増加しているが、同規模平均と比較すると医療費の伸び率を抑制できている。

医療費の状況

【図表7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額(円)	増減(円)	伸び率(%)		費用額(円)	増減(円)	伸び率(%)		費用額(円)	増減(円)	伸び率(%)	
				名取市	同規模			名取市	同規模			名取市	同規模
1 総医療費	H25年度	5,041,521,770				1,999,368,780				3,042,152,990			
	H28年度	5,003,393,470	-38,128,300	-0.8	1.6	1,942,181,860	-57,186,920	-2.9	1.1	3,061,211,610	19,058,620	0.6	2.0
2 1人当たり 医療費	H25年度	25,434				10,097				15,337			
	H28年度	27,564	2,130	8.4	9.4	10,695	598	5.9	7.9	16,869	1,532	10.0	9.1

※数値＝KDBシステムより

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)【図表8】

平成25年度と平成28年度の医療費割合を比較すると、短期目標疾患である糖尿病の割合は増加したが、高血圧と脂質異常症は減少している。また、中長期目標疾患でみると慢性腎不全(透析有)、脳血管疾患・心疾患に係る医療費は減少しているが、慢性腎不全(透析無)に係る医療費割合は増加している。中長期・短期目標疾患の医療費計が減少し、総医療費も減少している。

【図表8】

最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

	総医療費 (万円)	1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 (円)	順位		腎臓		脳		心臓		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年度	50億4152万円	25,434	76位	8位	4.17%	0.29%	2.80%	2.46%	5.79%	7.16%	3.59%	13億2433万円	26.27%	12.88%	8.48%	6.77%	
H28年度	50億0339万円	27,564	74位	11位	3.89%	0.48%	2.61%	1.94%	6.11%	5.32%	3.31%	11億0419万円	23.67%	15.54%	8.12%	7.85%	
(参考) H28年度																	
県	1714億0393万円	25,259	—	—	6.41%	0.32%	1.99%	2.09%	6.02%	5.38%	2.99%	432億0507万円	25.19%	14.33%	8.72%	7.65%	
国	9兆6770億4133万円	24,253	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2370億8554万円	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	

※数値=KDBシステムより

④ 中長期的な疾患【図表9】

平成25年度と平成28年度を比較すると、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析者の割合はほぼ横ばいであった。人工透析者では脳血管疾患及び虚血性心疾患を合併する割合が高くなっている。

また、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析のすべてにおいて、基礎疾患に高血圧を有する人の割合が糖尿病や脂質異常症と比べ高い数値を示している。さらに、虚血性心疾患については脂質異常症、人工透析については糖尿病も高い割合を示している。

中長期目標疾患を増やさないためには、短期的目標疾患を管理することが重要になる。

【図表9】

中長期的な疾患

厚労省様式 様式3-5	被保険者数	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		
		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	16,518	761	4.6%	140	18.3%	16	2.1%	618	81.2%	378	49.6%	544	71.5%
	64歳以下	10,919	185	1.7%	36	19.0%	10	5.3%	158	85.1%	95	51.1%	122	65.8%
	65歳以上	5,599	576	10.3%	104	18.1%	6	1.0%	460	79.9%	283	49.1%	422	73.3%
H28	全体	15,127	709	4.7%	129	18.2%	16	2.3%	566	79.8%	368	51.9%	523	73.7%
	64歳以下	9,152	151	1.7%	23	14.9%	8	5.0%	119	78.5%	81	53.8%	107	70.6%
	65歳以上	5,975	558	9.3%	106	19.0%	8	1.5%	447	80.1%	287	51.4%	416	74.5%

厚労省様式 様式3-6	被保険者数	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		
		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	16,518	637	3.9%	140	21.9%	9	1.4%	495	77.6%	297	46.6%	398	62.4%
	64歳以下	10,919	179	1.6%	36	19.7%	7	3.7%	127	70.6%	75	41.7%	98	54.6%
	65歳以上	5,599	458	8.2%	104	22.7%	2	0.5%	368	80.3%	222	48.5%	300	65.5%
H28	全体	15,127	579	3.8%	129	22.2%	12	2.1%	452	78.0%	284	49.0%	379	65.4%
	64歳以下	9,152	138	1.5%	23	16.3%	5	3.4%	98	70.5%	60	43.4%	77	55.2%
	65歳以上	5,975	441	7.4%	106	24.1%	7	1.7%	354	80.4%	224	50.8%	302	68.6%

厚労省様式 様式3-7	被保険者数	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		
		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	16,518	37	0.2%	9	23.6%	16	42.8%	35	93.9%	19	52.5%	14	37.8%
	64歳以下	10,919	24	0.2%	7	28.0%	10	43.0%	22	91.3%	12	51.0%	8	34.6%
	65歳以上	5,599	13	0.2%	2	15.8%	6	42.4%	13	98.7%	7	55.1%	6	43.7%
H28	全体	15,127	35	0.2%	12	34.4%	16	45.5%	32	89.8%	19	55.2%	15	42.7%
	64歳以下	9,152	16	0.2%	5	29.7%	8	47.4%	15	91.1%	8	50.5%	7	43.8%
	65歳以上	5,975	19	0.3%	7	38.3%	8	43.9%	17	88.7%	11	59.1%	8	41.7%

※数値=KDBシステムより

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク【図表 10】

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況をみると、糖尿病治療者においては、糖尿病治療者の割合は増加しているが、インスリン療法の割合が減少し、糖尿病性腎症及び人工透析者の割合が増加していないことから、早期の受診により重症化防止ができたと推測される。

同様に高血圧治療者と脂質異常症治療者の割合も増加しているが、中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患は減少している。

共通リスク(様式3-2~3-4)

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		被保険者数	糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	16,518	2,112	12.8%	192	9.1%	1,491	70.6%	1,517	71.8%	378	17.9%	297	14.1%	19	0.9%	92	4.3%
	64歳以下	10,919	715	6.5%	71	9.8%	465	65.0%	488	68.2%	95	13.2%	75	10.4%	12	1.7%	32	4.5%
	65歳以上	5,599	1,397	24.9%	121	8.7%	1,026	73.4%	1,029	73.7%	283	20.2%	222	15.9%	7	0.5%	60	4.3%
H28	全体	15,127	2,084	13.8%	178	8.5%	1,490	71.5%	1,537	73.7%	368	17.7%	284	13.6%	19	0.9%	89	4.3%
	64歳以下	9,152	570	6.2%	62	10.9%	353	62.0%	402	70.6%	81	14.3%	60	10.6%	8	1.4%	30	5.2%
	65歳以上	5,975	1,514	25.3%	116	7.6%	1,137	75.1%	1,135	74.9%	287	18.9%	224	14.8%	11	0.7%	59	3.9%

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	16,518	3,471	21.0%	1,491	42.9%	2,187	63.0%	609	17.6%	495	14.2%	35	1.0%
	64歳以下	10,919	1,169	10.7%	465	39.8%	688	58.9%	149	12.8%	127	10.8%	22	1.9%
	65歳以上	5,599	2,302	41.1%	1,026	44.6%	1,499	65.1%	460	20.0%	368	16.0%	13	0.6%
H28	全体	15,127	3,412	22.6%	1,490	43.7%	2,256	66.1%	566	16.6%	452	13.2%	32	0.9%
	64歳以下	9,152	929	10.2%	353	38.0%	561	60.4%	119	12.8%	98	10.5%	15	1.6%
	65歳以上	5,975	2,483	41.6%	1,137	45.8%	1,695	68.3%	447	18.0%	354	14.3%	17	0.7%

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	16,518	3,126	18.9%	1,517	48.5%	2,187	70.0%	544	17.4%	398	12.7%	14	0.4%
	64歳以下	10,919	1,077	9.9%	488	45.3%	688	64.0%	122	11.3%	98	9.1%	8	0.8%
	65歳以上	5,599	2,049	36.6%	1,029	50.2%	1,499	73.1%	422	20.6%	300	14.6%	6	0.3%
H28	全体	15,127	3,221	21.3%	1,537	47.7%	2,256	70.0%	523	16.2%	379	11.8%	15	0.5%
	64歳以下	9,152	939	10.3%	402	42.8%	561	59.7%	107	11.4%	77	8.2%	7	0.7%
	65歳以上	5,975	2,282	38.2%	1,135	49.7%	1,695	74.2%	416	18.2%	302	13.2%	8	0.4%

※数値＝KDBシステムより

② 健診結果の変化【図表 11】

健診結果の変化をみると、男性、女性ともにBMI、GPT、HDL-C、HbA1c、尿酸、血圧の有所見者が増加していることがわかった。メタボの予備群は減少し、該当者が増加していることから、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であることが推測される。

【図表 11】

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

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		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		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	623	31.8	1,044	53.3	551	28.2	405	20.7	167	8.5	853	43.6	346	17.7	815	41.6	487	24.9	902	46.1	28	1.4	4	0.6
	40-64	268	39.5	387	57.0	250	36.8	194	28.6	60	8.8	248	36.5	139	20.5	264	38.9	208	30.6	364	53.6	4	0.6	4	0.6
	65-74	355	27.8	657	51.4	301	23.6	211	16.5	107	8.4	605	47.3	207	16.2	551	43.1	279	21.8	538	42.1	24	1.9	24	1.9
女性	合計	669	34.0	965	49.0	516	26.2	420	21.3	171	8.7	1,396	70.9	365	18.5	956	48.5	600	30.5	849	43.1	28	1.4	4	0.6
	40-64	239	38.2	327	52.3	201	32.2	185	29.6	64	10.2	379	60.6	148	23.7	261	41.8	204	32.6	299	47.8	4	0.6	4	0.6
	65-74	430	32.0	638	47.4	315	23.4	235	17.5	107	8.0	1,017	75.6	217	16.1	695	51.7	396	29.4	550	40.9	24	1.8	24	1.8

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		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		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	662	24.5	632	23.4	404	15.0	237	8.8	51	1.9	1,134	42.0	61	2.3	1,071	39.6	370	13.7	1,583	58.6	6	0.2	6	0.2
	40-64	253	22.9	234	21.2	161	14.6	113	10.2	18	1.6	344	31.1	24	2.2	340	30.8	161	14.6	666	60.3	0	0.0	0	0.0
	65-74	409	25.6	398	24.9	243	15.2	124	7.8	33	2.1	790	49.5	37	2.3	731	45.8	209	13.1	917	57.4	6	0.4	6	0.4
女性	合計	705	25.9	517	19.0	414	15.2	265	9.7	67	2.5	2,072	76.1	68	2.5	1,229	45.2	500	18.4	1,495	54.9	6	0.2	6	0.2
	40-64	231	24.2	173	18.1	134	14.0	102	10.7	18	1.9	641	67.1	25	2.6	325	34.0	190	19.9	557	58.3	1	0.1	1	0.1
	65-74	474	26.8	344	19.5	280	15.9	163	9.2	49	2.8	1,431	81.0	43	2.4	904	51.2	310	17.6	938	53.1	5	0.3	5	0.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
		人数	割合	人数	割合	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
男性	合計	1,957	38.7	143	7.3%	395	20.2%	22	1.1%	274	14.0%	99	5.1%	508	25.9%	71	3.6%	34	1.7%	274	14.0%	127	6.5%	44	6.5%
	40-64歳	679	27.9	63	9.3%	180	23.8%	6	0.9%	93	13.7%	81	9.0%	164	24.2%	14	2.1%	13	1.9%	93	13.7%	44	6.5%	44	6.5%
	65-74歳	1,278	48.8	80	6.3%	235	18.4%	16	1.3%	181	14.2%	38	3.0%	342	26.8%	57	4.5%	21	1.6%	181	14.2%	83	6.5%	83	6.5%
女性	合計	1,970	42.8	81	4.1%	324	16.4%	34	1.7%	224	11.4%	66	3.4%	560	28.4%	115	5.8%	45	2.3%	201	10.2%	199	10.1%	199	10.1%
	40-64歳	625	31.4	50	8.0%	118	18.9%	12	1.9%	69	11.0%	37	5.9%	159	25.4%	16	2.6%	19	3.0%	79	12.6%	45	7.2%	45	7.2%
	65-74歳	1,345	51.1	31	2.3%	206	15.3%	22	1.6%	155	11.5%	29	2.2%	401	29.8%	99	7.4%	26	1.9%	122	9.1%	154	11.4%	154	11.4%

※数値＝KDBシステムより

※平成25年度のみHbA1cの検査方法に変更があり、平成28年度の数値と開きがある。

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率【図表 12】

特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに増加している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率、特定保健指導実施率のさらなる向上だけでなく、個々人の状態に応じたきめ細やかな保健指導を行っていくことが重要となってくる。

特定健診受診率・特定保健指導実施率 【図表 12】

項目	特定健診			特定保健指導		
	対象者	受診者数	受診率	対象者	終了者数	実施率
平成25年度	11,995人	5,017人	41.8%	685人	311人	45.4%
平成28年度	11,586人	5,199人	44.9%	732人	458人	62.6%

※数値＝決算資料（市政の成果）より

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。

その結果を分析すると、医療の面では、中長期・短期疾患の医療費が減っていた【図表 8】。疾患別患者数の割合で見ると、中長期目標疾患の割合はほぼ横ばいであり【図表 9】、短期目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）患者数の割合は増加していた【図表 10】。健診受診後、保健指導を個別に行い適正受診につなげた結果、重症化が予防され、中長期目標疾患の医療費割合が抑制されるといった一定の効果があつたのではないかと推測する。

介護保険の面では、1号被保険者の認定率は上がったが、40～64歳の若い世代の2号被保険者の認定率は横ばいであった【図表 5】。また、介護給付費は増加したが、1件あたりの給付費は減少していた【図表 6】。介護が必要な状態になると、医療費や介護費など経済的負担の増加だけでなく、本人の生活の質の低下、家族の介護負担の増大にもつながるため、できるだけ介護を受ける人を増やさないよう、若い世代から重症化予防に取り組んでいく必要がある。

健診について分析すると、特定健診受診率は微増であったが、特定保健指導率は目標である60%を達成した【図表 12】。有所見状況を見ると、平成25年度と28年度を比較するとメタボ該当者が増加しており、BMI・血圧・HbA1c・尿酸の割合が高い状況もあることから、内臓脂肪の蓄積が影響していると推測される【図表 11】。また、非肥満高血糖者の割合が全国と比較して高いことが分かった【図表 5】。

被保険者が自分の身体の状況を理解し、個人の状態に合った生活習慣の改善に取

り組んでいくことが重要である。保険者は重症化予防の視点で、受診勧奨後に治療に繋がったか、また治療が中断していないかなど、継続的な支援を行っていく必要がある。これらの取組を進めるため、被保険者自ら身体の状態を確認できる機会としての特定健診及び特定保健指導は重要であり、特定健診受診率及び特定保健指導実施率向上は優先的に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

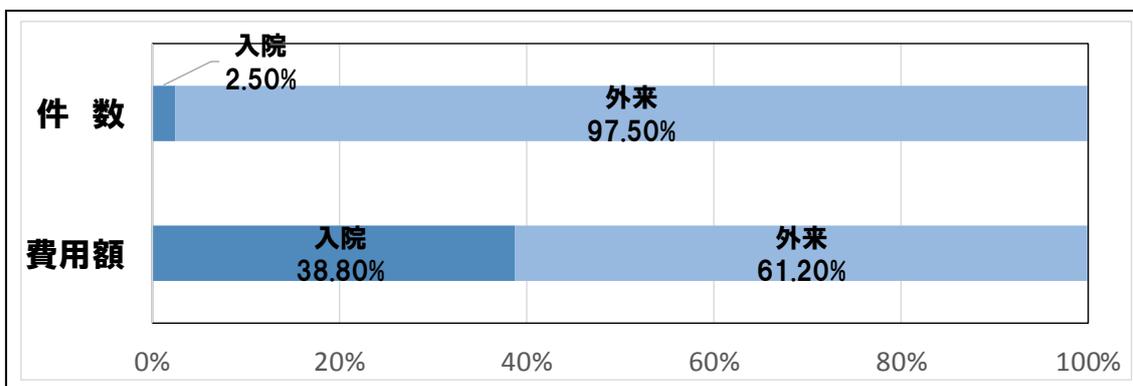
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較【図表 13】

名取市の1人当たり医療費は27,564円で同規模市町村平均や県、国より高い。入院件数は総件数のわずか2.5%であるが、費用額全体の38.8%を占めており、1件当たりの医療費が高くなっている。重症化予防が入院を減らしていくことにつながり、費用対効果の面からも効率がよいと考えている。

【図表 13】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（平成28年度）

1人当たり医療費 (月平均)	名取市	県	同規模平均	国
	27,564円	25,259円	25,582円	24,253円



※数値＝KDBシステムより

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか【図表 14】

医療費が月 200 万円以上の高額になる疾患では、虚血性心疾患の費用額が 26.6%、6 か月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患の費用額が 18.2%を占めている。また、長期療養する人工透析では、糖尿病性によるものが 56.3%と半数を超えている。

これらに共通する基礎疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の者への早期受診勧奨及び治療中断を防ぐことが、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析への重症化を防ぐことにつながる。

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

厚労省様式	対象レセプト (28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
	件数	費用額		件数	費用額	件数
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセプト)	102件	102件	4件 3.9%	20件 19.6%	--
		3億1441万円	3億1441万円	985万円 3.1%	8357万円 26.6%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	698件	698件	110件 15.8%	32件 4.6%	--
		2億8304万円	2億8304万円	5145万円 18.2%	1131万円 4.0%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	452件	452件	146件 32.3%	197件 43.6%	247件 54.6%
		2億0671万円	2億0671万円	6275万円 30.4%	8984万円 43.5%	1億1633万円 56.3%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
	件数	費用額		件数	費用額	件数
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	6,155人	6,155人	572人 9.3%	690人 11.2%	89人 1.4%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	441人 7.1%	555人 9.0%	76人 1.2%
			糖尿病	280人 4.5%	355人 5.8%	89人 1.4%
			脂質異常症	358人 5.8%	500人 8.1%	69人 1.1%
		高血圧症	3,407人 55.4%	2,080人 33.8%	3,180人 51.7%	631人 10.3%
		糖尿病				
脂質異常症						
高尿酸血症						

※数値＝KDBシステムより

(3) 何の疾患で介護保険を受けているのか【図表 15】

名取市の介護保険1号被保険者の要介護認定率は21.0%で、5人に1人が要介護認定を受けており、さらに75歳以上では39.3%と認定率は高くなる。

40～64歳の介護保険2号被保険者の要介護認定者は100人おり、要介護3～5の割合が38.0%と高かった。このうち国保被保険者のレセプトを基にした有病状況をみても、脳卒中が28人で63.6%、その基礎疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症が86.4%を占める。

さらに、1号被保険者の要介護認定者の有病状況は、血管疾患によるものが93.6%を占めていた。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

(平成29年5月時点)

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	24,517人	7,343人	6,584人	13,927人		38,444人						
	認定者数	100人	334人	2,586人	2,920人		3,020人						
	認定率	0.41%	4.5%	39.3%	21.0%		7.9%						
	新規認定者数(1か月)	3人	8人	31人	39人		42人						
介護度別人数	要支援1・2	29	29.0%	126	37.7%	759	29.4%	885	30.3%	914	30.3%		
	要介護1・2	33	33.0%	116	34.7%	974	37.7%	1,090	37.3%	1,123	37.2%		
	要介護3～5	38	38.0%	92	27.5%	853	33.0%	945	32.4%	983	32.5%		
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	疾病	件数 割合
		件数	--	44	219	1000	1219	1263					
		循環器 疾患	1	脳卒中	28 63.6%	脳卒中	99 45.2%	虚血性 心疾患	448 44.8%	虚血性 心疾患	520 42.7%	虚血性 心疾患	532 42.1%
			2	虚血性 心疾患	12 27.3%	虚血性 心疾患	72 32.9%	脳卒中	379 37.9%	脳卒中	478 39.2%	脳卒中	506 40.1%
			3	腎不全	7 15.9%	腎不全	21 9.6%	腎不全	105 10.5%	腎不全	126 10.3%	腎不全	133 10.5%
		基礎疾患		糖尿病 高血圧 脂質異常症	38 86.4%	糖尿病 高血圧 脂質異常症	191 87.2%	糖尿病 高血圧 脂質異常症	917 91.7%	糖尿病 高血圧 脂質異常症	1108 90.9%	糖尿病 高血圧 脂質異常症	1146 90.7%
			血管疾患 合計	合計	39 88.6%	合計	201 91.8%	合計	940 94.0%	合計	1141 93.6%	合計	1180 93.4%
		認知症	認知症	7 15.9%	認知症	40 18.3%	認知症	348 34.8%	認知症	388 31.8%	認知症	395 31.3%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	33 75.0%	筋骨格系	191 87.2%	筋骨格系	879 87.9%	筋骨格系	1070 87.8%	筋骨格系	1103 87.3%	

※KDBシステムの数値をもとに加工・作成

2) 健診受診者の実態【図表 16・17】

糖尿病等の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リスクが高くなる。

名取市においては、全国と比較してメタボ該当者が多く、健診結果の有所見状況でも、男女ともBMI、HbA1c、尿酸、拡張期血圧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る。

【図表 16】

メタボ該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概要）

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	
全国						17.2%								27.5%									
県						16.9%								31.8%									
名取市	合計	1,970	42.6	81	4.1%	324	16.4%	34	1.7%	224	11.4%	66	3.4%	560	28.4%	115	5.8%	45	2.3%	201	10.2%	199	10.1%
	40-64	625	31.4	50	8.0%	118	18.9%	12	1.9%	69	11.0%	37	5.9%	159	25.4%	16	2.6%	19	3.0%	79	12.6%	45	7.2%
	65-74	1,345	51.1	31	2.3%	206	15.3%	22	1.6%	155	11.5%	29	2.2%	401	29.8%	99	7.4%	26	1.9%	122	9.1%	154	11.4%

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	
全国						5.8%								9.5%									
県						6.0%								12.1%									
名取市	合計	2,721	51.8	46	1.7%	145	5.3%	11	0.4%	96	3.5%	38	1.4%	326	12.0%	84	3.1%	18	0.7%	104	3.8%	120	4.4%
	40-64	955	43.2	24	2.5%	51	5.3%	3	0.3%	33	3.5%	15	1.6%	98	10.3%	28	2.9%	8	0.8%	37	3.9%	25	2.6%
	65-74	1,766	58.0	22	1.2%	94	5.3%	8	0.5%	63	3.6%	23	1.3%	228	12.9%	56	3.2%	10	0.6%	67	3.8%	95	5.4%

※KDBシステムの数値をもとに加工・作成

【図表 17】

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

★NO.23（概要）

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	305		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	26,212	34.7	40,205	53.2	21,972	29.1	17,381	23.0	7,318	9.7	2,848	3.8	51,887	68.7	8,259	10.9	36,919	48.9	19,426	25.7	33,682	44.6	983	1.3	
名取市	合計	669	34.0	965	49.0	516	26.2	420	21.3	171	8.7	11	0.6	1,396	70.9	365	18.5	956	48.5	600	30.5	849	43.1	28	1.4
	40-64	239	38.2	327	52.3	201	32.2	185	29.6	64	10.2	1	0.2	379	60.6	148	23.7	261	41.8	204	32.6	299	47.8	4	0.6
	65-74	430	32.0	638	47.4	315	23.4	235	17.5	107	8.0	10	0.7	1,017	75.6	217	16.1	695	51.7	396	29.4	550	40.9	24	1.8

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	206		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	24,435	24.9	19,733	20.1	16,109	16.4	9,830	10.0	2,039	2.1	1,783	1.8	67,764	69.0	1,418	1.4	41,950	42.7	15,091	15.4	54,172	55.2	142	0.1	
名取市	合計	705	25.9	517	19.0	414	15.2	265	9.7	67	2.5	1	0.0	2,072	76.1	68	2.5	1,229	45.2	500	18.4	1,495	54.9	6	0.2
	40-64	231	24.2	173	18.1	134	14.0	102	10.7	18	1.9	0	0.0	641	67.1	25	2.6	325	34.0	190	19.9	557	58.3	1	0.1
	65-74	474	26.8	344	19.5	280	15.9	163	9.2	49	2.8	1	0.1	1,431	81.0	43	2.4	904	51.2	310	17.6	938	53.1	5	0.3

※KDBシステムの数値をもとに加工・作成

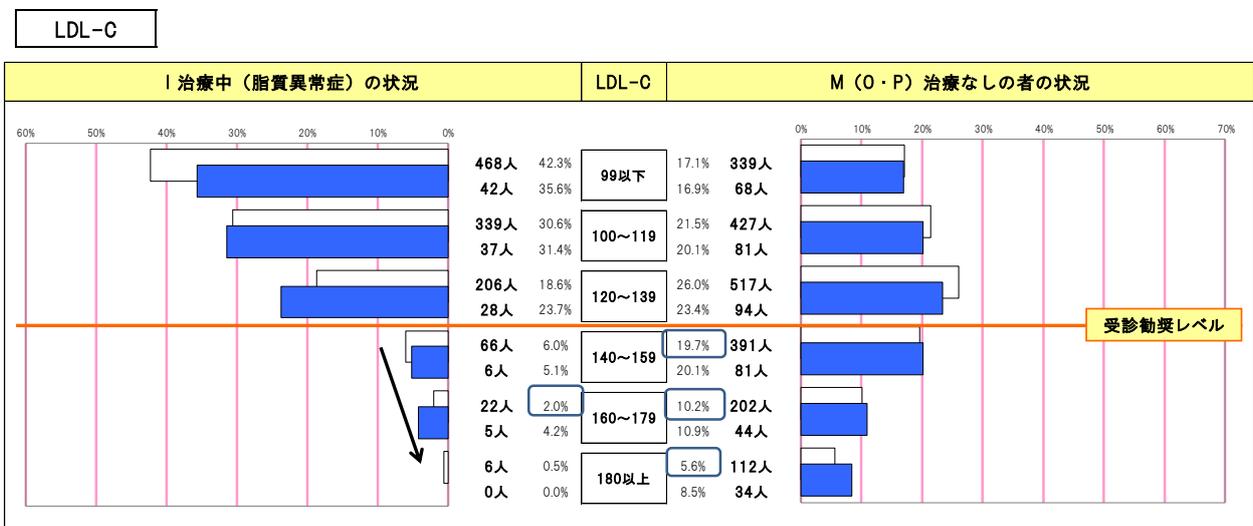
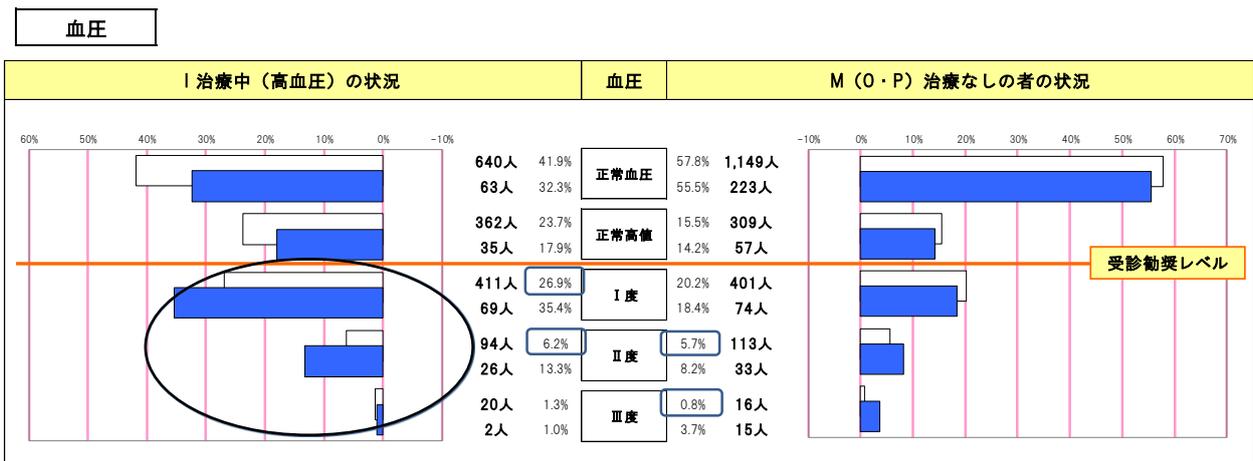
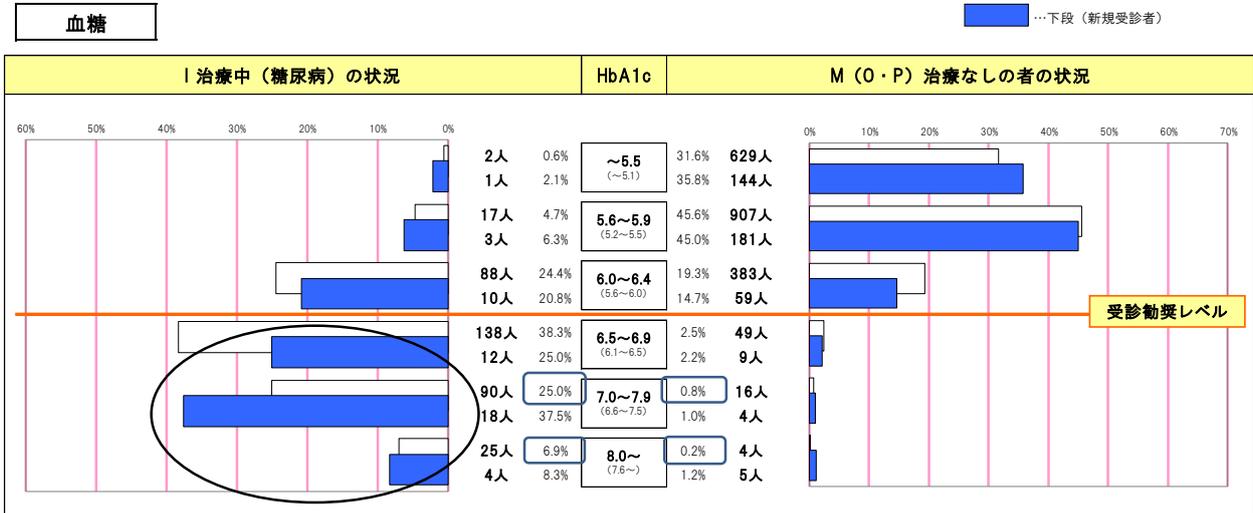
3) 血糖、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況【図表 18】

新規に健診を受診した者と継続的に受診している者とは、継続して受診しているの方が受診勧奨レベルの割合が少なかった。このことから、継続して健診を受診することで、健康に対する意識づけが図られているものと思われる。

また、LDLコレステロールは治療の効果により受診勧奨レベルの割合が低いのに、血糖や血圧では治療中であっても受診勧奨レベルの者の割合が高い。このように、血糖や血圧は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。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



※KDBシステムの数値をもとに加工・作成

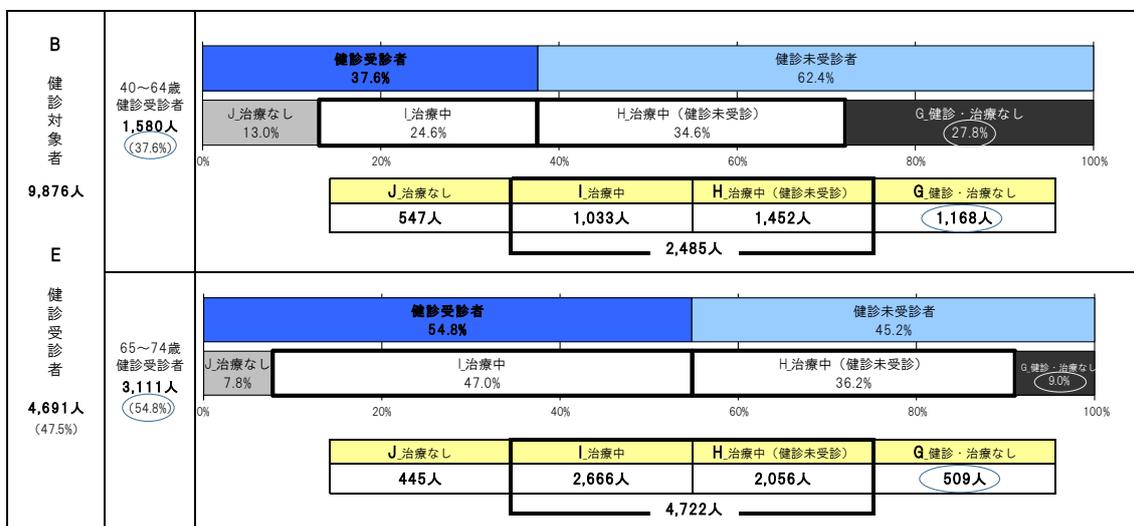
4) 未受診者の把握【図表 19】

平成 28 年度における受診状況について年齢別でみると、65 歳以上の受診率が 54.8%であるのに対し、40～64 歳では 37.6%である。また、健康診査も治療も受けていない者（G）が 40～64 歳では 1,168 人（27.8%）、65～74 歳では 509 人（9.0%）、合わせて 1,677 人おり、この者については、健康状態に関する情報がないため、実態が全く把握できていない。さらに、健康診査受診者と未受診者の年平均の医療費を比較すると、未受診者の 1 人当たり医療費は、受診者より 33,058 円も高い状況である。

【図表 19】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）（平成28年度）

★NO.26 (CSV)



○G_健康診査・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。まずは健康診査の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健康診査のリピーターを増やす

費用対効果：特定健康診査の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金（平成28年度）

	0	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000 (円)
健康診査受診者の生活習慣病治療費（年平均）		5,452円		33,058円の差		
健康診査未受診者の生活習慣病治療費（年平均）					38,510円	

※KDBシステムの数値をもとに加工・作成

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、6か月以上の長期入院、人工透析や要介護認定者の原因疾患となることが多いことが分かった、平成35年度(2023年度)には平成28年度と比較してそれぞれの疾患の総医療費に占める割合を次のとおり減少させることを目標にする。【図表20】

また、3年後の平成32年度(2020年度)に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

【図表20】

	平成28年度 (2016年度)	平成35年度 (2023年度) 目標
脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.6%	2.4%
虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	1.9%	1.8%
糖尿病性腎症による透析導入者の割合5%減少	3.9%	3.6%

(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・メタボ等について、特定健診受診者に占める割合を次のとおり減少させることを短期的な目標とする。【図表21】

平成32年度(2020年度)における中間目標値を併せて定める。【図表21】

	平成28年度 (2016年度)	平成32年度 (2020年度) 中間目標	平成35年度 (2023年度) 最終目標
メタボ該当者	7%減少	18.9%	17.6%
メタボ予備群	3%減少	10.0%	9.7%
健診受診者のⅡ度高血圧者 (※160/100mmHg以上)	10%減少	7.6%	6.9%
健診受診者の脂質異常者 (LDLコレステロール180mg/dl以上)	10%減少	3.7%	3.3%
健診受診者の糖尿病患者 (HbA1c(NGSP値)6.5以上、治療中7.0以上)	7%減少	7.4%	6.9%
糖尿病未治療者	30%減少	4.5%	3.2%
糖尿病の保健指導実施数	80%以上	73.0%	80.0%

生活習慣病は自覚症状がなく気づきにくいいため、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、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。

なお、特定健診・特定保健指導についての目標値は、第3章のIに記載する。

第3章 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施

I 特定健康診査・特定保健指導の実施（第3期特定健康診査等実施計画）

1 第3期特定健康診査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。名取市においては、平成20年3月に第1期、平成25年3月に第2期計画を策定し事業を実施している。今般、平成30年（2018年）3月に第2期計画の終了時期となることから、次期計画として第3期計画を策定する。

なお、第1期及び第2期計画は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、平成30年度（2018年度）から始まる第3期は、6年を一期として策定する。

2 目標値の設定

【図表22】

	平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健康診査実施率	49.0%	51.5%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	63.0%	63.4%	63.8%	64.2%	64.6%	65.0%

3 対象者の見込み

【図表23】

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健康診査	対象者数	11,500人	11,450人	11,400人	11,350人	11,300人	11,250人
	受診者数	5,635人	5,897人	6,156人	6,356人	6,554人	6,750人
特定保健指導	対象者数	789人	826人	862人	890人	918人	945人
	実施者数	497人	523人	550人	571人	593人	614人

4 特定健康診査の実施

1) 実施方法

保健センターや地区公民館等に巡回する集団健診と、名取市内医療機関で行う個別健診で実施する。集団健診については、がん検診等と共同実施し、各種検診が一度に済むよう配慮する。

受診率の動向等をみながら、実施方法の充実を図る。

2) 委託

実施について、高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項に基づく厚生労働大臣の告示において定められた基準を満たす健診団体と委託契約をする。

3) 実施機関リスト

特定健康診査実施機関については、名取市のホームページに掲載する。

4) 健康診査実施項目

実施項目は、原則として『標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)』及び『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第3版)』に記載されている健診項目とする。ただし、血糖検査(空腹時血糖又はHbA1cの測定)については、HbA1cにて実施する。

また、上記に加え、追加の検査(血清クレアチニン・尿酸、尿潜血)を実施する。

5) 実施時期

集団健診…6月～7月 個別健診…6月～8月

※上記期間に受診できなかった者に配慮し、追加健診を実施する。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ依頼する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を進める。

7) 案内方法・実施スケジュール【図表24】

対象者に、受診券兼受診票を発行し、健診の案内とともに送付する。実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、案内の送付に加え、医療機関への周知やポスター掲示、広報等を行う。

【図表 24】

時 期	内 容
5月上旬	広報による周知
5月中旬	健診の案内、問診票、受診券の送付 個別健診説明会での医療機関への協力依頼 医療機関・公民館等へのポスター掲示
6月～8月	特定健診の実施(他の検診と共同実施)
8月	広報による個別健診の再周知
9月～10月	未受診者へ個別に受診勧奨の働きかけ（はがき・電話等）
10月	広報による追加健診周知
10月	追加健診・レディース健診（他のがん検診と共同実施）
11月頃	個別健診報告会の開催

5 特定保健指導の実施

特定保健指導は、保健センターの保健師・栄養士等が行う。

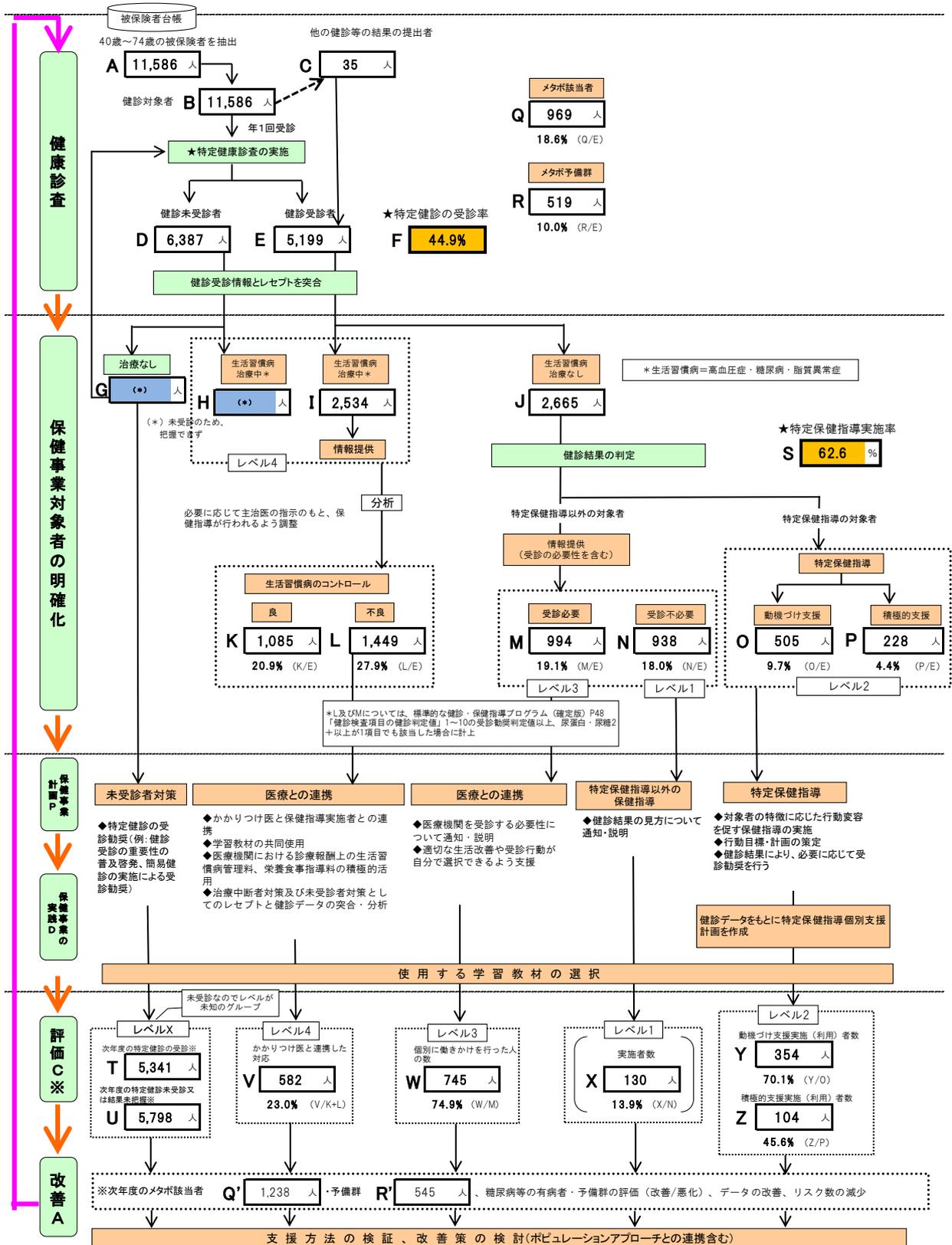
1) 健診から保健指導実施の流れ

『標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)』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、対象者ごとの保健指導計画の策定・実践評価を行う。【図表 25】

【図表 25】

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

様式5-5-一部改



※標準的な健診・保健指導プログラム[平成30年度版]第4編3-2 掲載様式を一部改変

※数値=平成28年度健診結果(市管理データ)による

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 26】

【図表 26】

優先順位	図表 25 該当	保健指導レベル	支援方法	平成 35 年度 (2023 年度) 対象者数見込 (受診者の○%)	平成 35 (2023) 年度 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	945人 (14%)	特定保健指導実施率 65.0%
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	1,283人 (19%)	HbA1c 6.5% 以上 については 80%
3	I	情報提供 (そのうち L: コントロール不良を中心に)	◆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の検討 ◆医療機関における生活習慣病管理、栄養食事指導の積極的活用 ◆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	1,890人 (28%)	
4	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、はがきによる受診勧奨、糖尿病台帳掲載者で昨年度健診受診していない人への訪問・電話での勧奨等) ◆人間ドックでの結果受領や診療における検査のデータ受領など	受診率目標達成 までにあと 1,551人	特定健診 受診率 60%
5	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	1,215人 (18%)	

※平成28年度実績・出現率を参考に算出。

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標達成に向けて進捗状況管理と健診・保健指導をP D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。【図表 27】

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【例】

課題設定と計画P	ポピュレーションアプローチ 小児期からの生活習慣病予防啓発 元氣など健康プランの推進	①未受診者対策	特定健診	保健指導		
		平成29年度受診率60%目標 (国保担当課との共通理解を進める)	平成29年度 特定保健指導実施率 目標60% 7月までに継続して平成28年度対象者での特定保健指導を実施し計上する。			
実践スケジュールD	<ul style="list-style-type: none"> *若い世代へのアプローチ <ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健診での啓発 ・食育事業(野菜でいきいき) ・食セミナー・離乳食セミナー・キッズクッキング・食育研修会・広報での啓発活動) ・25～39歳基本健康診査の実施と保健指導 *全世代へのアプローチ <ul style="list-style-type: none"> ・各地域の組織や団体への出前講座 ・食生活改善推進員活動 ・運動サポーター活動 *高齢者へのアプローチ <ul style="list-style-type: none"> ・健康講話 ・被災者健康支援事業 ・地域包括ケア会議での情報提供・連携 	4月	受診勧奨訪問他 ・糖尿病台帳で未受診者 ・3年連続未受診者 ・胃がん検診で啓発普及	流れ	成人班スタッフ流れ	
		5月	受診勧奨等 ・医療機関・公民館、広報、などらじ	健診開始		*特定保健指導・保健指導に向けて準備 *治療中者は事前にレセプト確認
		6月				*緊急訪問・
		7月		集団健診終了		
		8月		個別健診終了		
		9月	追加健診受診勧奨通知 (今年度未受診者)	追加健診にむけての打ち合わせ		*保健指導対象者への訪問 訪問して結果説明、内容により受診勧奨 *OGTT(糖負荷検査)・頸部エコー検査・微量アルブミン尿検査・血液検査の予約&結果返却
		10月	受診勧奨等 ・広報、などらじ	追加健診 (胃がん検診・大腸がん検診同時実施) レディース健診		*中間検査 *生活習慣病予防相談(栄養相談) *国保保健事業アドバイザーの相談 *緊急訪問
		11月				アドバイザー茶所日程 ☆保健師:3回 ☆管理栄養士:4回 中間検査(10月～3月) ★OGTT:6回 ★頸部エコー:5回 ★微量アルブミン尿:10回 ★血液検査:4回 ★栄養相談:8回
		12月		来年度に向けて打ち合わせ		*12月初旬に各担当で訪問状況を入力
		1月				
		2月				
		3月		*まとめ、次年度の計画への検討	*まとめ、次年度の計画への検討 レセプト確認(緊急訪問&受診勧奨者など)	*まとめ、次年度の計画への検討
評価C	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者対策実施状況 ・特定健診受診者の重症化予防対象者の割合及び実施状況 ・集団健診、個別健診受診者数及び受診率 ・特定保健指導の実施状況(終了率) ・糖尿病性腎症重症化予防実施状況(糖尿病台帳) 					
改善A	<ul style="list-style-type: none"> ・評価を踏まえ課題解決に取り組む。 ・生活習慣病予防をライフサイクルでみていく。地区担当を維持することで、糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防の観点でスタッフ間で共有する 					

【図表 27】

6 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理等

特定健診の結果データ並びに特定保健指導の結果データは、宮城県国民健康保険団体連合会の特定健診等データ管理システムに登録し、管理する。

記録の保存期間は、記録作成の日の属する年度の翌年度から原則5年間とし、必要があるときは保存期間を延長する。

Ⅱ 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症及び進行の抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療機関の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、治療中の者には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を、それぞれ実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の増加の実態を広く被保険者へ周知する。

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するとともに、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章のⅠ特定健康診査等実施計画により行う。

2 重症化予防の取組

2-1 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に向けて（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とりまとめ）』及び『名取市糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に基づき、以下の視点でPDCAサイクルに沿って実施する。

- (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

なお、取組にあたっては【図表28】を参考に実施する。

【図表 28】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては『名取市糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に基づき、抽出すべき対象者を以下のいずれかに該当する者とする。

- ①医療機関の未受診者
- ②糖尿病治療中断者
- ③ハイリスク者
 - ア. 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスクのいずれかを有する者
 - 1) HbA1c 7.0以上の者
 - 2) 糖尿病でⅡ度高血圧(160/100mgHg以上)以上の者
 - 3) 糖尿病でメタボ該当者
 - ウ. その他、保険者が必要と認めた者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取組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。慢性腎臓病（CKD）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）』を活用する。

上記『分類』では、尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握している。

現在、名取市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては全数実施を行っていない。『CKD診療ガイド 2012（日本腎臓学会編）』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(+)と尿蛋白(+)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。【図表 29】

【図表 29】

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

※『糖尿病性腎症病期分類(糖尿病性腎症合同委員会)』を参考に作成

平成 28 年度におけるレセプトデータ(KDBシステムより)及び特定健診データ(市管理データ)を利用し、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った結果が、【図表 30】である。

名取市国民健康保険に加入する 40~74 歳の糖尿病治療中者は、2,049 人(18.1%・H)おり、そのうちの 1,635 人(79.8%・I)は特定健診未受診であった。

また、特定健診受診者(C)のうち、糖尿病型【※】の者は 636 人(12.8%・E)であった。その治療状況は、糖尿病治療中の者が 414 人(65.1%・G)、糖尿病未治療者は 222 人(34.9%・F)であった。さらに特定健診受診者の腎機能の状態を見ると、糖尿病性腎症病期分類第 2 期から第 4 期と思われる者が 102 人(16%・M)いた。

【※】 次の①~③のいずれかに該当する者

- ① HbA1c 6.5%以上 ②空腹時血糖 126 以上 ③糖尿病治療中

② 基準に基づく対象者数の把握

【図表 30】における糖尿病治療中の者について、さらに詳しく分析した結果が、【図表 31】である。

糖尿病治療中かつ特定健診受診者 414 人（G）の医療機関受診状況を見ても、健診受診後医療を中断していた者が 14 人（3.4%・キ）いた。

糖尿病治療中の者で特定健診未受診者 1,635 人（I）のうち、過去に一度でも特定健診受診歴がある者 183 人（イ）中 31 人（16.9%・オ）は治療中断であることが分かった。また、152 人（83.1%・カ）については継続受診中であるが特定健診のデータがないため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

【図表 31】より名取市における介入方法を以下のとおりとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）

②糖尿病治療中であつたが中断者（オ・キ）

・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】

○糖尿病治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（ク）

・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

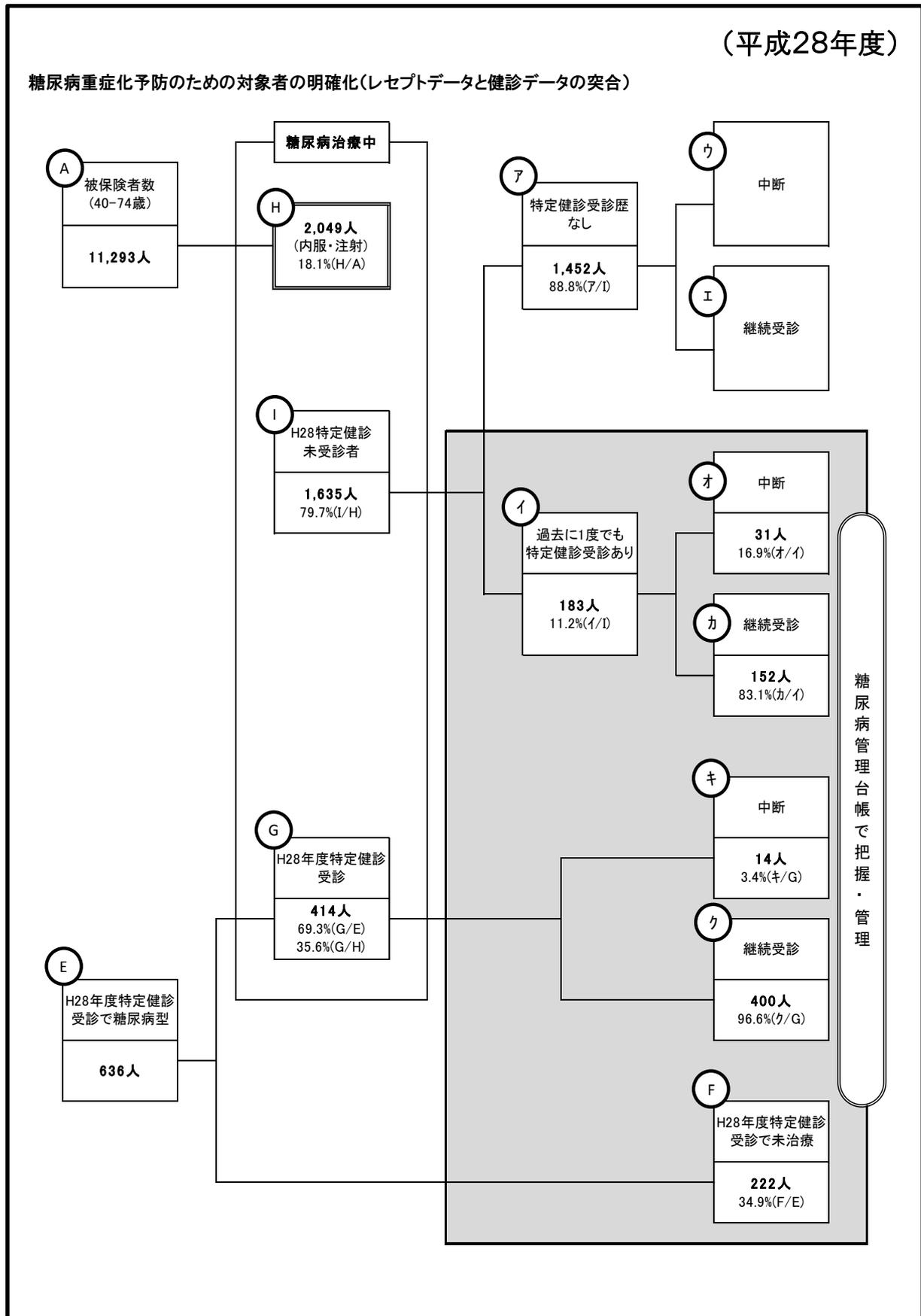
優先順位 3

【保健指導】

○過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者（カ）

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・診療における健診結果データの提供をうけ医療機関と連携した保健指導



3) 対象者の状況管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の状況管理は糖尿病管理台帳【図表 32】及び年次計画表【図表 33】で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上の者について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

* 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 ⑥服薬

(2) 資格(国保被保険者)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

・服薬状況等をレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を記載

・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載

・備考にがん治療、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

前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

②糖尿病治療中断者（受診勧奨者）

③腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

【図表 32】

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		糖	HbA1c								
						虚血性心疾患		糖以外	体重								
						脳血管疾患		糖以外	BMI								
						糖尿病性腎症		糖以外	血圧								
								CKD	GFR								
								CKD	尿蛋白								

【図表 33】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28年度

担当者名:

担当地区:全地区

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(①+②) (1186)人		
	①健診未受診者 (491)人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	①-1 未治療者(中断者含む) (33)人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	②結果把握 (695)人	4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	①HbA1cが悪化している (212)人 ②HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (108)人 *医師会の先生方と悪化に基準を決めておく必要がある		
	②尿蛋白 (-) (594)人 (±) (43)人 (+)~顕性腎症 (55)人		栄養士中心
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (4)人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (99)人		腎専門医

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及び進行の抑制には、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、肥満や脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。名取市においては、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検討していくこととする。また、対象者への保健指導については『糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会)』、『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ていく。【図表 34】

【図表 34】

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、 個人々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？ <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」とい言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <p style="text-align: right;">6.0%未満</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもと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) 二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を実施しているが、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（±）の者へは二次健診等を活用して尿アルブミン検査を実施して、可逆的な糖尿病性腎症第2期の者への早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療機関との連携

(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、健診結果等を記載した依頼書を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と対象者の検査データを共有し、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては『名取市糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に基づき行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

(1) 短期的評価

短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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

(2) 中長期的評価

中長期的評価については、『様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価の表』
【図表35】に基づき行っていく。

【図表35】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者（平均）		データ元		
		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	15,419人								KDB_厚生労働省様式様式3-2		
②	(再掲) 40-74歳	11,293人										
2 ①	対象者数	11,586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	4,956人										
③	受診率	42.8%										
3 ①	特定 保健指導 対象者数	732人										
②	実施率	62.6%										
4	健診 データ	糖尿病型	E	636人	12.8%						特定健診結果	
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	222人	34.9%							
		治療中(質問票 服薬あり)	G	414人	65.1%							
		コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	134人	32.4%							
		血圧 130/80以上	J	76人	56.7%							
		肥満 BMI25以上	J	54人	40.3%							
		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	280人	67.6%							
		第1期 尿蛋白 (-)	M	534人	84.0%							
		第2期 尿蛋白 (±)		45人	7.1%							
		第3期 尿蛋白 (+) 以上		53人	8.3%							
		第4期 eGFR30未満		4人	0.6%							
5	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)	134.9人								KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		(再掲) 40-74歳(被保険者千対)	181.4人									
		レセプト件数 (40-74歳) (1) 内訳被保険者 千対	入院外(件数)	9,835件	(907.5)			9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
			入院(件数)	50件	(4.6)			65件	(5.0)			
		糖尿病治療中	H	2,080人	13.5%							
		(再掲) 40-74歳	H	2,049人	18.1%							
		健診未受診者	I	1,635人	79.8%							
		インスリン治療	O	175人	8.4%							
		(再掲) 40-74歳	O	172人	8.4%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		糖尿病性腎症	L	89人	4.3%							
		(再掲) 40-74歳	L	85人	4.1%							
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		18人	0.87%							
		(再掲) 40-74歳		18人	0.88%							
		新規透析患者数		7人								
		(再掲) 糖尿病性腎症		3人								
		【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)		2,282人	1.1%	2,466人	1.1%			KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	医療費	総医療費	50億0339万円				53億6462万円				KDB 健診・医療・介護データか らみえる地域の健康課題	
		生活習慣病総医療費	27億7620万円				30億4443万円					
		(総医療費に占める割合)	55.5%				56.8%					
		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,451円				7,618円				
			健診未受診者	38,526円				33,667円				
		糖尿病医療費	3億0581万円				3億0618万円					
		(生活習慣病総医療費に占める割合)	11.0%				10.1%					
		糖尿病入院外総医療費	8億6143万円									
		1件あたり	30,967円									
		糖尿病入院総医療費	5億1436万円									
		1件あたり	644,565円									
		在院日数	18日									
		慢性腎不全医療費	2億1908万円				3億0863万円					
		透析有り	1億9476万円				2億8998万円					
		透析なし	2432万円				1864万円					
7 ①	介護給付費	40億1960万円				49億7433万円						
②	(2号認定者)糖尿病合併症	22件										
8 ①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	6人	1.1%			8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データからみえる地域の健康課題				

8) 実施期間及びスケジュール

4～5月 対象者の選定基準の決定

4～5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載及びKDB等の情報収集。
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2-2 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 (日本内科学会ほか)』、『虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2012 改訂版)』、『血管機能の非侵襲的評価法に関するガイドライン (日本循環器学会ほか)』等に基づいて進めていく。【図表 36】

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方【図表 37】

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 2015』に基づいて考えていく。

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【図表 37】

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しき、胸の「圧迫感」、違和感（休息で治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 腕、肩、首の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑥ 発症予防対象者		
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~			
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~
		食後	~199		200~	
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40~	35~39		~34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169		170~	
	<input type="checkbox"/> ALT	~30	31~50		51~	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	~50	51~100		101~	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99	100~125	126~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	~139	140~199	200~	
<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	~84	85~89	90~		
<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

(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、異常Q波などがある場合は生命予後の予測指標となることが知られている」（『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師の判断が必要である。

名取市において健診受診者 5,164 人のうち心電図検査実施者は 1,371 人（26.5%）であり、そのうちST所見があったのは 32 人であった【図表 38】。ST 所見のある者のその後の受診状況をみると 10 人が未受診であった【図表 39】。その 10 人の中にはメタボ該当者（3人）や血圧（Ⅱ度高血压以上：2人）、血糖（HbA1c6.5%以上：3人）などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。

心電図検査結果（平成28年度）

【図表 38】

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)(%)
5,164	100	1,371	26.5	32	2.3	170	12.4	1,169	85.3

ST所見ありの医療機関受診状況（平成28年度）

【図表 39】

ST所見あり(a)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
32	100	22	68.8	10	31.3

※数値＝健診結果データ（市管理データ）による

② 心電図検査以外からの把握

心電図検査は一定の基準に該当する者に対して医師の判断により行われる「詳細な健診」の項目である。（ただし、名取市では詳細健診対象者以外でも希望する場合全額自己負担で実施している。）

心電図検査を実施しない場合、【図表 40】に沿って対象者を抽出する。具体的には表中①のメタボ該当者、さらに表中②のLDLコレステロール 180mg/dL 以上該当者へ保健指導に当たる。

なお、虚血性心疾患はメタボ又は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（慢性腎臓病の進行度）が高くなるに従って、冠動脈病変が高度になることから、腎機能低下は虚血性心疾患の危険因子と言える（『虚血性心疾患の一次予防ガイドライン』）。そのためCKDステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握（平成28年度）

【図表 40】

平成28年度実施		受診者	心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		5164	32 2.3%	170 12.4%	1169 85.3%	3793
メタボ該当者		969 18.8%	7 2.6%	43 15.9%	220 81.5%	699 ①
メタボ予備群		513 9.9%	2 1.4%	20 14.1%	120 84.5%	371
メタボなし		3682 71.3%	23 2.4%	107 11.2%	829 86.4%	2723
LDL-C	140-159	562 15.3%	4 2.3%	19 11.1%	148 86.5%	391
	160-179	262 7.1%	2 2.6%	12 15.4%	64 82.1%	184
	180-	134 3.6%	2 4.9%	5 12.2%	34 82.9%	93 ②

※数値＝健診結果データ（市管理データ）による

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 41】の症状の発見が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から早期に医療機関を受診することにより重症化の予防につながる。

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

虚血性心疾患に関する症状

【図表 41】

- ・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」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

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

※上段＝『極論で語る循環器内科 第2版(香坂 俊 編著)』

※下段＝『病気がみえる Vol.2 循環器(医療情報科学研究所 編)』より抜粋し作成

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者には、【図表 36、37】に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。このため、二次健診において、『血管機能の非侵襲的評価法に関するガイドライン』においても有益とされる、頸動脈エコー検査、尿中微量アルブミン量検査等の必要な検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

『冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017)』によると糖尿病、CKDが高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない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

未治療や治療を中断している状況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疾患の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、医療機関や対象者からの情報提供及びKDB等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を利用して行うこととし、具体的な評価内容は、高血圧・糖尿病・脂質異常症（特にLDLコレステロール）・メタボ等重症化予防対象者の減少とする。

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月～5月 対象者の選定基準の決定

4月～5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

6月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載
及びKDB等の情報収集。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

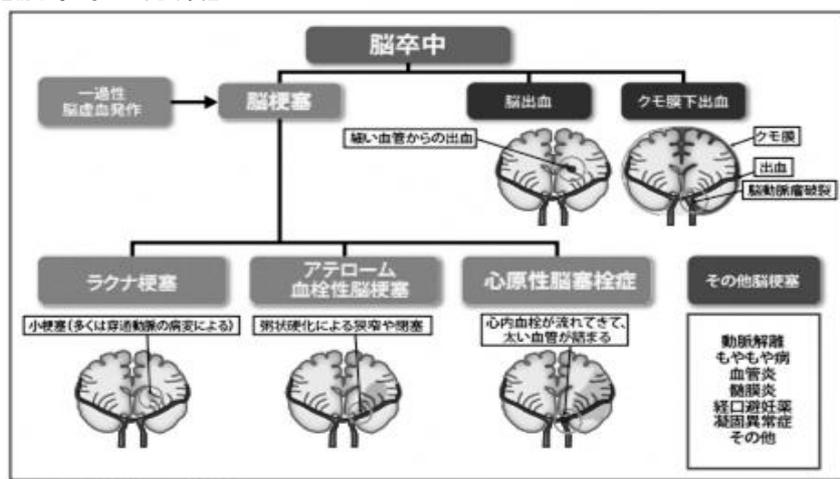
2-3 脳血管疾患重症化予防

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（日本脳卒中学会）』、『脳卒中予防への提言（「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会）』、『高血圧治療ガイドライン（日本高血圧学会）』等に基づいて進めていく。【図表 42、43】

【脳卒中の分類】

【図表 42】



※『脳卒中予防への提言』より引用

脳血管疾患とリスク因子

【図表 43】

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	●							

※『脳卒中治療ガイドライン』を参考に作成

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 44】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 44】

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)				
特定健診受診者における 重症化予防対象者 受診者数5,164人		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)		
		394	7.6	383	7.4	192	3.7	14	0.3	969	18.8	65	1.3	90	1.7
治療なし		239	7.3	234	5	185	4.8	2	0.1	241	9.1	14	0.5	16	0.6
うち 臓器障害あり		19	7.9	23	9.8	19	10.3	2	100	16	6.6	14	100	16	100
治療あり		155	8.2	149	33.1	7	0.5	12	0.5	728	29	51	2	74	3
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	7		7		10		0		7		14		16	
	尿蛋白(2+)以上	3		4		5		0		5		14		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1		0		1		0		1		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	3		5		4		0		1		0		16	
	心電図所見あり	12		16		10		2		10		1		1	

※数値＝平成 28 年度健診結果データ（市管理データ）による

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者についてみると、Ⅱ度高血圧以上が 394 人（7.6%）であり、うち 239 人は未治療者であった。また未治療者のうち 19 人（7.9%）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度高血圧以上である者も 155 人（8.2%）いることがわかった。治療中で脳血管疾患の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) 脳血管疾患のリスク層別化による重症化予防対象者の把握

先述のとおり、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・心臓・腎臓疾患など臓器障害の程度とも深く関係している。そのため、健診受診者においても高血圧と他の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 45】は血圧に基づいた脳血管疾患のリスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため①～④に関わっていくが、特に高リスク群にあたる①、②については優先的な受診勧奨が必要になってくる。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳血管疾患のリスク層別化（平成28年度）

【図表 45】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

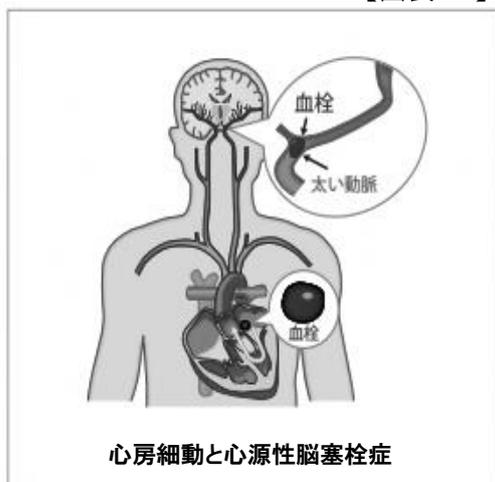
リスク層 (血圧以外の リスク因子)	血圧分	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療	
	3,269	1,125	778	496	631	196	43	44	351	475	
		34.4%	23.8%	15.2%	19.3%	6.0%	1.3%	1.3%	10.7%	14.5%	
リスク第1層	398	202	94	46	44	11	1	44	11	1	
		12.2%	18.0%	12.1%	9.3%	7.0%	5.6%	2.3%	100%	3.1%	
リスク第2層	1,892	674	462	280	340	114	22	--	340	136	
		57.9%	59.9%	59.4%	56.5%	53.9%	58.2%	51.2%	96.9%	28.6%	
リスク第3層	979	249	222	170	247	71	20	--	--	338	
		29.9%	22.1%	28.5%	34.3%	39.1%	36.2%	46.5%	--	71.2%	
再掲 重複あり	糖尿病	292	74	72	53	66	21	6			
			29.8%	29.7%	32.4%	31.2%	26.7%	29.6%	30.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	324	103	62	59	64	27	9			
		33.1%	41.4%	27.9%	34.7%	25.9%	38.0%	45.0%			
3個以上の 危険因子	560	116	125	107	161	39	12				
		57.2%	46.6%	56.3%	62.9%	65.2%	54.9%	60.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

※数値=健診結果データ（市管理データ）による

(3) 心電図検査における心房細動の実態

【図表 46】



心房細動と心源性脳塞栓症

(『脳卒中予防への提言』より引用)

心原性脳塞栓症とは、心房細動等により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【図表 46】。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 47、48】は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

心電図検査において14人に心房細動の所見があった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60歳代の男性では日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった【図表47】。また14人のうち7人は既に治療が開始されていたが、7人は特定健診受診で心電図検査を受けたことにより発見できた受診勧奨対象者である。【図表48】

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、未治療の者には医療機関の受診勧奨を行い、治療中の者には継続受診の必要性を説明する。

特定健診における心房細動有所見状況(平成28年度) 【図表47】

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	571	800	13	2.28	1	0.13	-	-
40歳代	45	49	0	0.00	0	0.00	0.20	0.04
50歳代	53	84	0	0.00	0	0.00	0.80	0.10
60歳代	303	423	8	2.64	1	0.24	1.90	0.40
70歳～74歳	170	244	5	2.94	0	0.00	3.40	1.10

*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

※数値=健診結果データ(市管理データ)による

心房細動有所見者の治療の有無(平成28年度) 【図表48】

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
	人	%	人	%
14	7	50.0	7	50.0

※数値=健診結果データ(市管理データ)による

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断している場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるが脳血管疾患リスク【図表43】がある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

4) 医療機関との連携

未治療や治療を中断している状況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疾患の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、医療機関や対象者からの情報提供及びKDB等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を利用して行うこととし、具体的な評価内容としては、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等重症化予防対象者の減少とする。

また、中長期的評価については、他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

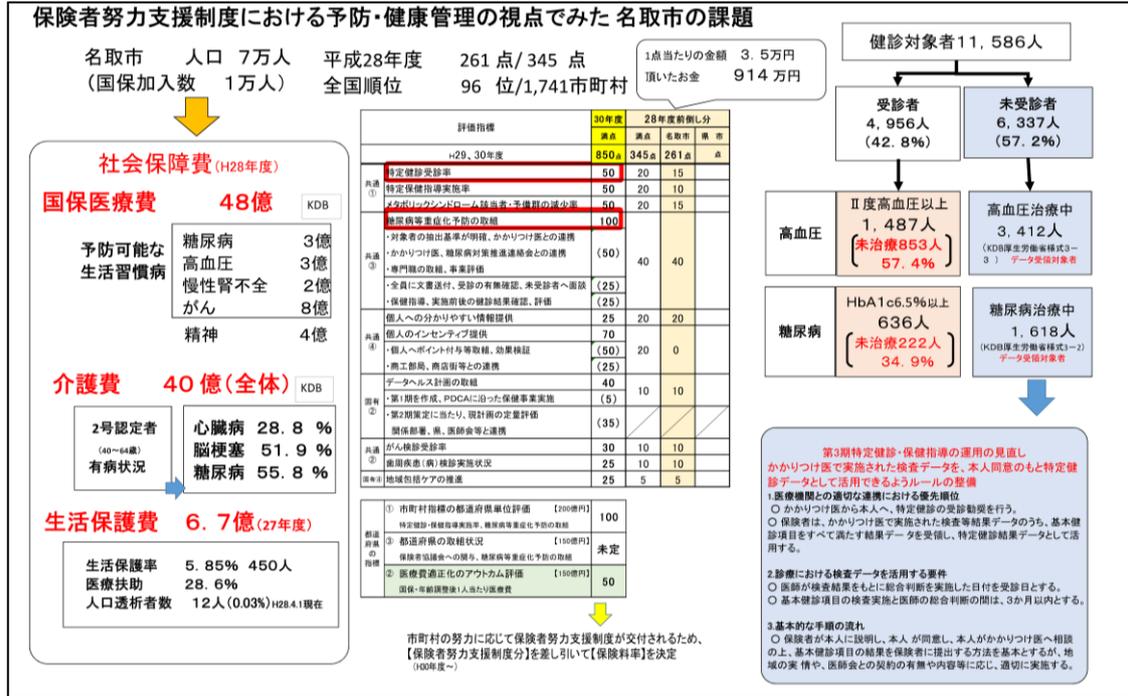
7) 実施期間及びスケジュール

- 4～5月 対象者の選定基準の決定
- 4～5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載及びKDB等の情報収集。
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

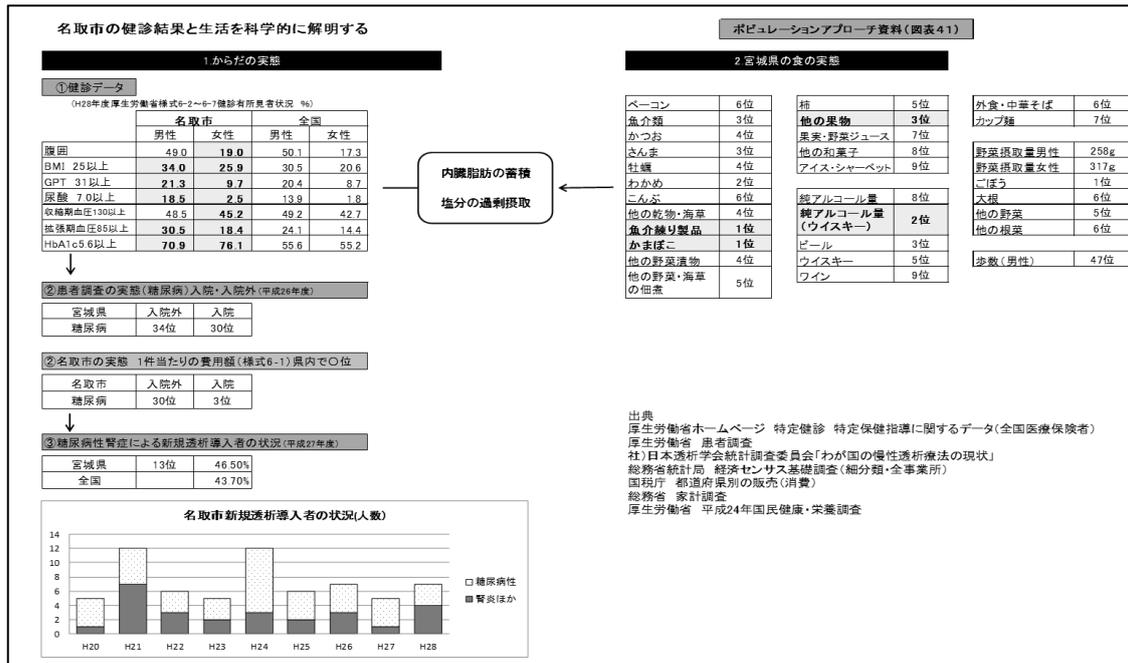
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付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被保険者へ周知していく。【図表 51、52】

【図表 51】



【図表 52】



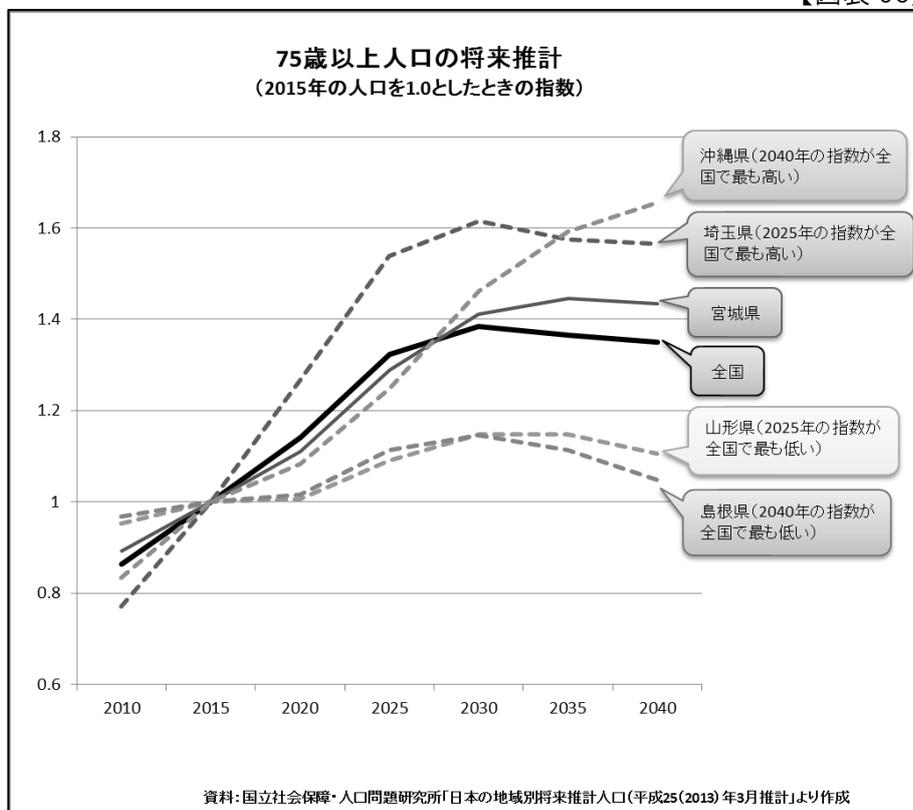
第4章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患や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、国保被保険者の重症化予防を推進することが、健康寿命の延伸ひいては要介護認定者の減少につながる。要介護状態となったこと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、それを踏まえたうえで KDB・レセプトデータを活用し抽出したハイリスク対象者に対して保健指導を実施すること、すなわち第 3 章のⅡの重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県の 75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.43 と全国平均を上回ると推計されている【図表 53】。国保では被保険者に占める 65 歳以上の高齢者の割合が高く、それに伴って前期高齢者に係る医療費の割合も高くなる傾向がある。このような状況から、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスが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ある。

【図表 53】



個人差の大きい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システムの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアシステム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る。

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

平成 32 年度（2020 年度）に進捗確認のための中間評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行う。

また、計画の最終年度の平成 35 年度（2023 年度）においては、次期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。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・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。【図表 54】

具体的な評価方法は、K D B 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、医療の動向等について、保健師・栄養士等が定期的に分析・評価を行う。【図表 55】

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、中間及び最終年度のみならず経年比較をし、進捗管理・中間評価を行う。【図表 56】

特に重症化予防事業の実施状況については、必要に応じて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。

※評価における 4 つの指標

【図表 54】

プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・保健指導実施数、受診勧奨実施数など・計画した保健事業を実施したか。
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・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)
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">・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

データヘルス計画の目標管理一覽表

関連計画	健康課題	達成すべき目標	課題を解決するための目標	初期値		H30 (2018)	H31 (2019)	中間		H33 (2021)	H34 (2022)	最終		現状値の把握方法	
				初年度	目標値			評価値	目標値			評価値	目標値		
特定健診計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	課題を解決するための目標	特定健診受診率60%以上	44.9%								H35 (2023)	60.0%	決算資料 (市政の成果)
				特定保健指導実施率60%以上	62.6%										
中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	課題を解決するための目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.0%									2.4%	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	1.9%										
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率の向上 ・メタボ該当者が多い ・非肥満高血糖者の割合が高い ・脳血管疾患でかかる医療費が高い ・介護保険2号認定者は脳血管疾患が多い ・人工透析患者の原因疾患は糖尿病が多い 	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため に高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	課題を解決するための目標	糖尿病性腎症による透析導入者の割合5%減少	3.9%									3.6%	
				メタボリックシンドローム該当者の割合減少7%	18.9%						18.1%				
短期			課題を解決するための目標	メタボリックシンドローム予備群の割合減少3%	10.0%									9.7%	特定健診結果
				健診受診者のⅡ度高血圧者の割合減少10% (160/100以上)	7.6%						7.2%				
			課題を解決するための目標	健診受診者の脂質異常者の割合減少10% (LDL-C180以上)	3.7%									3.3%	
				健診受診者の糖尿病者の割合減少7% (HbA1c6.5以上、治療中7.0以上)	7.4%						7.1%				
			課題を解決するための目標	糖尿病の未治療者の割合の減少30%	4.5%									3.2%	
				糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	73.0%						77.0%				

【図表 56】

第6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

本計画は、市のホームページに掲載して公表・周知するものとする。

また、関係団体を通じて、医療機関等に対し保健事業の目的等の周知を図る。

2 個人情報の取扱い

保健事業の実施にあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び名取市の関係例規等に基づき、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。