

向日市保健事業実施計画
第2期データヘルス計画

第3期 特定健康診査等実施計画

平成30年3月

目 次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画期間	4
4 保険者努力支援制度	4
5 関係者が果たすべき役割と連携	5
(1) 実施主体部局の役割	5
(2) 関係機関・外部有識者等の役割	5
(3) 被保険者の責務	5

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	7
(1) 第1期計画に係る評価	7
(2) 第1期計画に係る考察	15
2 第2期計画における健康課題の明確化	16
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況	16
(2) 健診結果の状況	19
(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況	20
(4) 健診未受診者の状況	22
3 目標の設定	23
(1) 中長期的な目標の設定	23
(2) 短期的な目標の設定	23

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	25
2 目標値の設定	25
3 対象者と見込み数	26
(1) 特定健診対象者	26
(2) 特定保健指導対象者	26
4 特定健診の実施	27
(1) 実施方法	27
(2) 特定健診委託基準	27

（３）健診実施機関リスト	27
（４）検査項目	27
（５）実施時期	27
（６）健康診査委託料、自己負担額	27
（７）受診券	28
（８）周知の方法	28
（９）医療機関との連携	29
（１０）代行機関	29
（１１）健診実施スケジュール	29
５ 特定保健指導の実施	
（１）健診から保健指導実施の流れ	30
（２）特定保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法	31
６ 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率向上のために	31
（１）特定健診の未受診者対策	31
（２）特定保健指導実施率の向上に向けて	32
７ 個人情報の保護	32
（１）基本的な考え方	32
（２）特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	32
８ 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	32
９ 特定健康診査等実施計画の策定・公表・周知	32

第４章 保健事業の内容

１ 保健事業の方向性	33
２ 重症化予防の取組み	33
（１）糖尿病性腎症重症化予防	33
（２）虚血性心疾患重症化予防	39
（３）脳血管疾患重症化予防	42
３ ポピュレーションアプローチ	46
（１）広報・ホームページを活用した啓発	46
（２）個人へのインセンティブ	46
（３）各種健康教室・健康相談の実施	46
（４）その他	47

第５章 地域包括ケアシステムの推進

１ 地域ケア会議の充実	48
２ 在宅医療・介護連携の推進	48

3	要介護（要支援）認定者の主たる疾病等課題の分析	48
4	地域で被保険者を支えるための取組み	48

第6章 計画の評価・見直し

1	評価の時期	49
2	評価方法・体制	49
3	データヘルス計画の目標管理	49

第7章 計画の策定・公表・周知及び個人情報の取扱い

1	計画の策定・公表・周知	51
2	個人情報の取扱い	51

参考資料 1－7

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

国民健康保険は、被保険者の疾病や負傷に関し、必要な医療給付を行うことに加え、医療給付の対象となる疾病等を早期に発見して重症化を防止するなど、被保険者の保健、衛生の向上を図るため、保健事業を実施することとされています。

今後、高齢者の増加や医療給付費の増大が見込まれる中、すべての被保険者ができる限り長く健康的な日常生活を送ることができるよう、健康の保持増進につながる取組みを保険者として積極的に実施し、その結果として、医療費全体の伸びを少しでも緩やかにしていくことが求められています。

こうした中、平成20年度には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。）が実施されるとともに、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化、市町村国保や国保組合、後期高齢者医療広域連合等の医療保険者（以下「保険者等」という。）による健康や医療に関する情報を活用しての被保険者の健康課題の分析と保健事業に対する評価、それらを行うための情報ツール等の基盤整備が進められてきました。

また、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ました。

さらに平成27年5月には、「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」が成立し、都道府県が財政運営の責任主体となり、国保運営の中心的な役割を担う一方、市町村については、保険料の賦課・徴収や保健事業など、住民と直接関わる事務をこれまでどおり行うこととされました。

また、医療保険加入者の疾病予防・健康づくり、医療費の適正化など、医療保険者が有する保険者機能の強化を図るためのインセンティブ制度として、保険者努力支援制度が平成30年度から新たに導入されることになります。

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。）等をもとに、保険者等は健康・医療情報を活用したPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施することとされ、そのための保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定するものとされています。

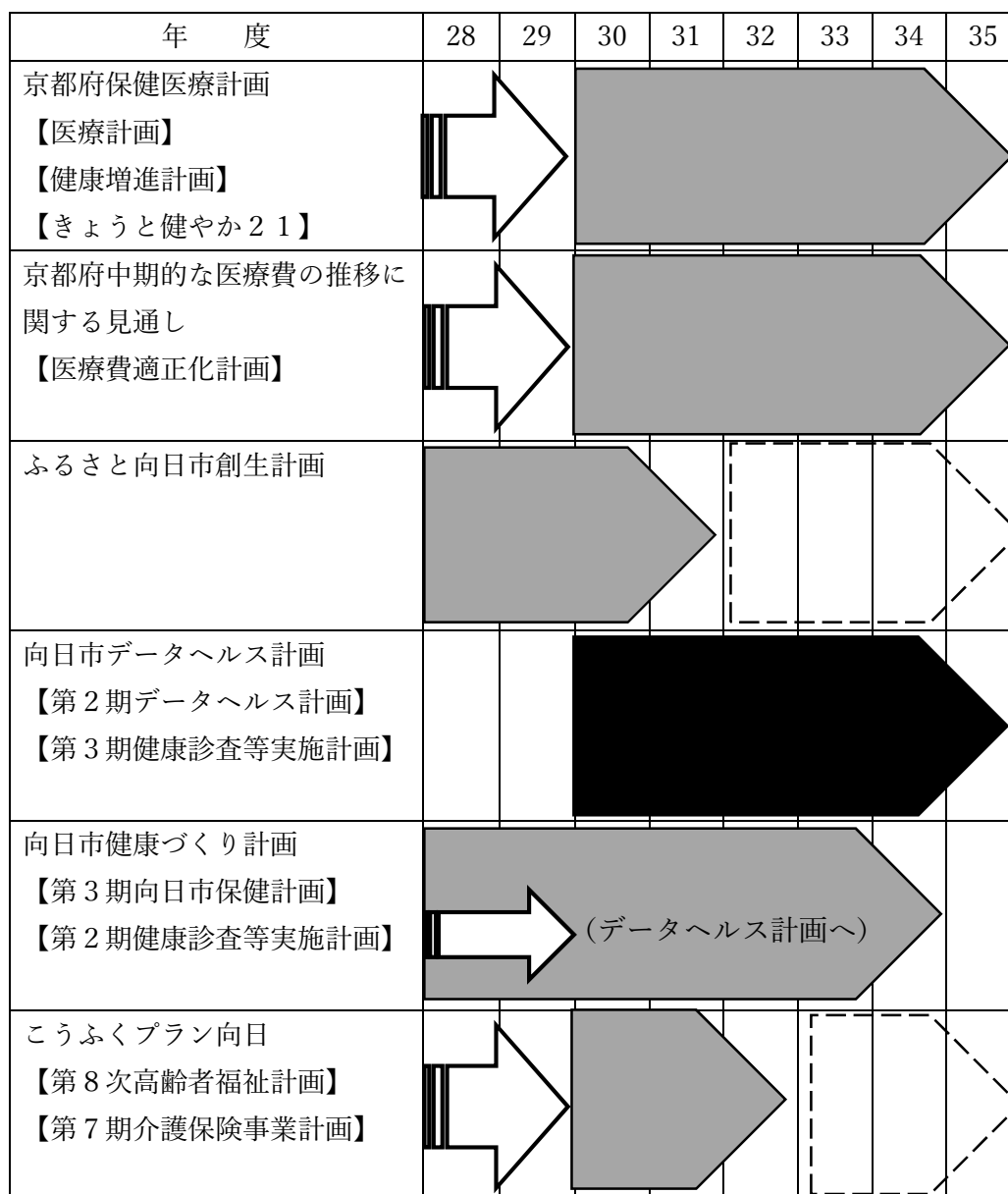
本市においても、国指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化と国保財政の健全化を目的として、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画」を定めるものです。

2 計画の位置づけ

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

計画は、健康増進法に基づく基本的な方針を踏まえるとともに、本市の最上位計画である「ふるさと向日市創生計画」のもと、京都府が策定する保健医療計画や医療費適正化計画、「こうふくプラン向日」など関連する他の計画との整合を図り、一体的な計画の推進を行うものです。

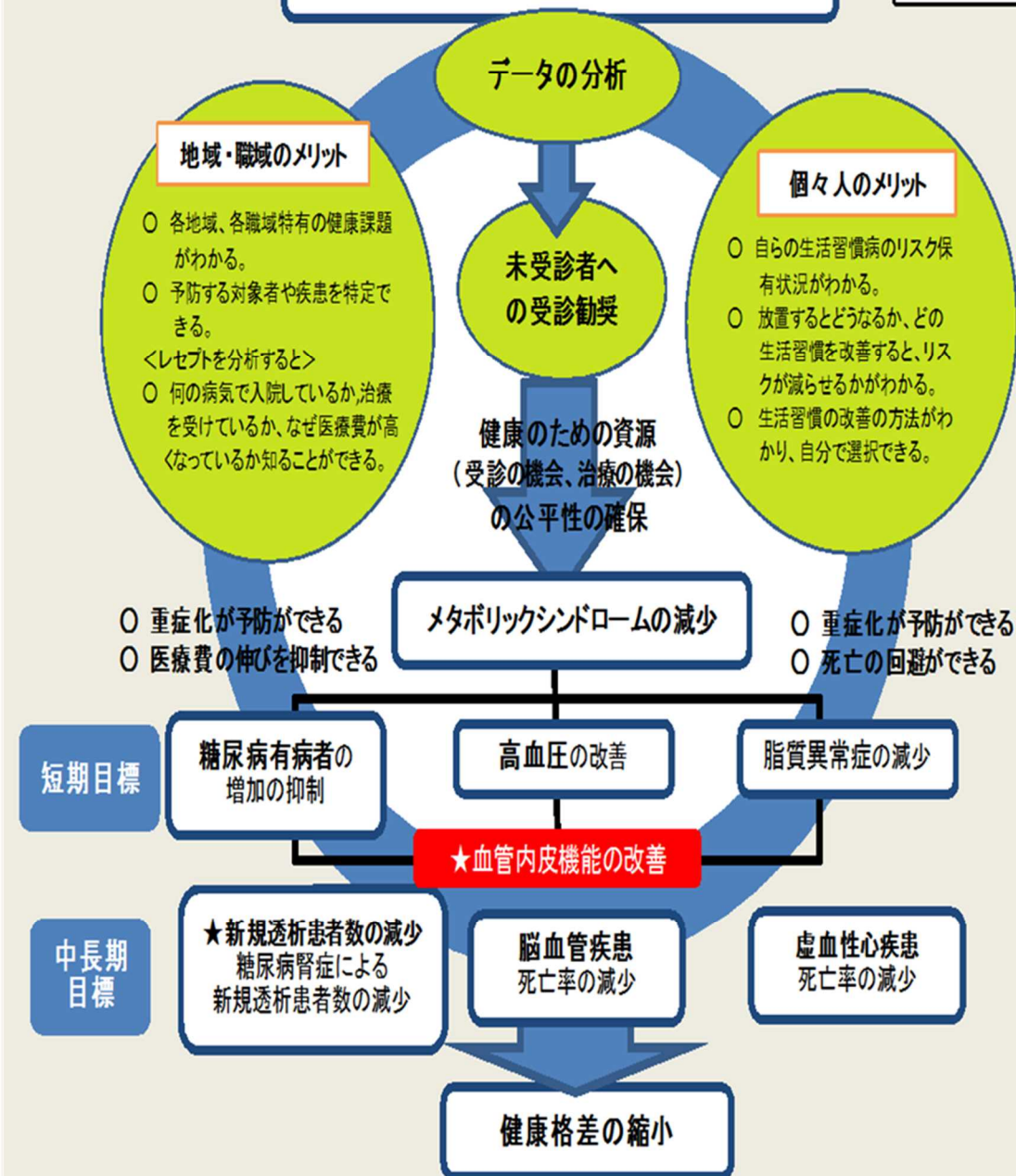
図 1



特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

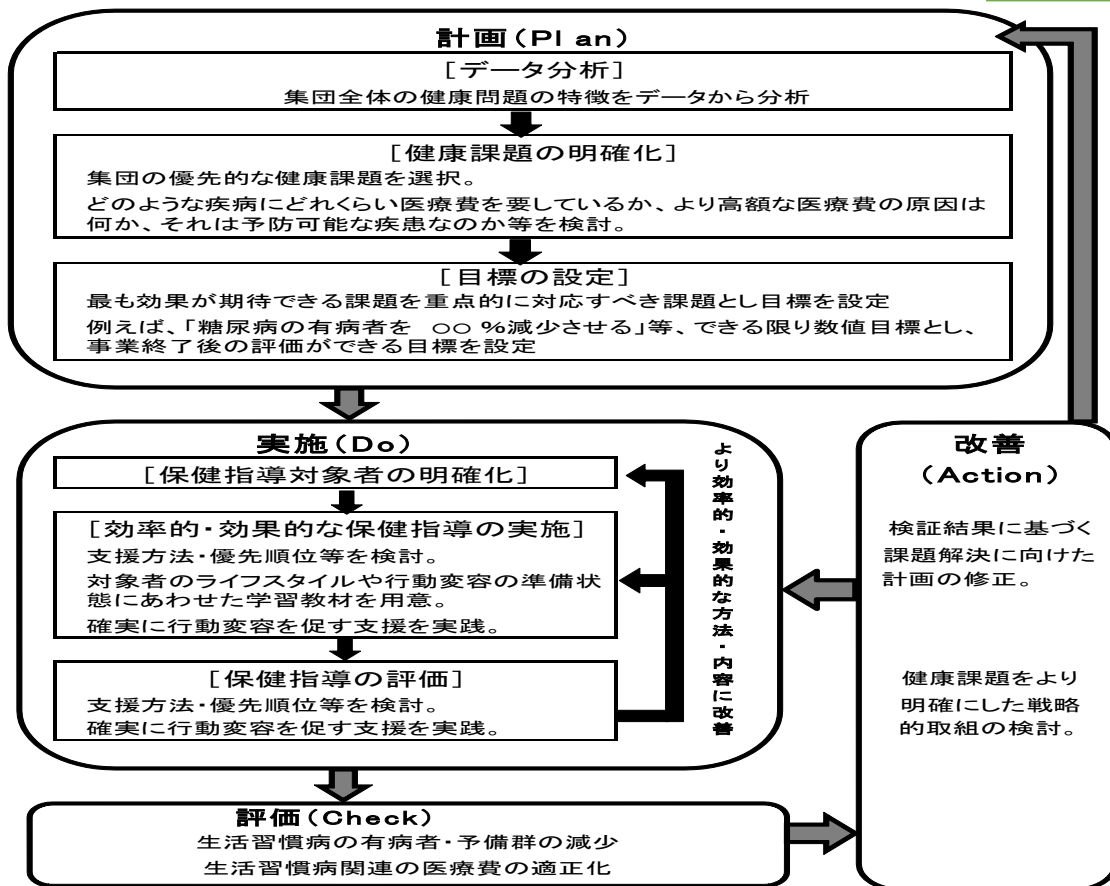
標準的な健診・保健指導プログラム
(改定版)
図1 改定

特定健診・特定保健指導の実施率の向上



保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

図 3



3 計画期間

都道府県が策定する保健医療計画や医療費適正化計画等が平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図るため、計画の期間を平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とします。

4 保険者努力支援制度

医療費の適正化や健康づくりに積極的に取組む保険者等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 30 年度から本格的に実施されます。（平成 28 年度からは、市町村国保に対する特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されています。）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、対象年度の実績や実施状況をみ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の取組み状況や保険料の収納状況を重点的に評価しています。

本計画においては、保険者努力支援制度の各評価項目を考慮し、取組むこととします。

5 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体部局の役割

本市においては、国保担当部局が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局がかかわっています。特に、保健衛生部門の保健師等の専門職や介護保険部局等とも連携して、計画を策定します。

また、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な運用ができるよう、各部局の担当業務を明確化し、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引き継ぎを行います。

(2) 関係機関・外部有識者等の役割

計画の実行性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要です。

① 国民健康保険団体連合会

国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）は、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）を活用した医療情報等のデータ分析のための技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修も実施しています。

また、国保連に設置されている支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用した支援を保険者等に積極的に行うことが期待されています。

② 京都府

平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政運営の責任主体となり、共同保険者として中心的な役割を担っていくことから、計画の策定・実施にあたっては、京都府の関係各課と連携しながら進めていくものとします。

③ 地域の医師会等

乙訓医師会等、地域の保健医療関係者と連携を図りながら計画を進めるとともに、京都府医師会等との連携も円滑に保っていくことが重要です。

また、転職や転居等により、被保険者の加入する医療保険が変更されることもあることから、京都府保険者協議会等の活用など他の医療保険者との連携（健康・医療情報の分析結果の共有等）に努める必要があります。

(3) 被保険者の責務

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、かつ積極的に取り組むことが最も重要です。

表 1

保険者努力支援制度の得点数

評価指標		H28	H29	H30	H30 (満点参考)
満点		345	580	850	850
総得点（体制構築加点含む）		217	428	628	
得点率		62.9%	73.8%	73.9%	
共通 ①	特定健診受診率	10	10	20	50
	特定保健指導実施率	0	25	40	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患（病）検診の実施	0	0	0	25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	13	15	25	25
	個人インセンティブ提供	7	45	70	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15	25	35	35
	後発医薬品の促進使用割合	10	25	35	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	30	50	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	13	21	25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	7	30	40	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			32	50
体制構築加点		147	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

KDB※で作成した資料から、平成25年度と平成28年度のデータの比較を行います。

① 全体の変化

早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は、平成25年度の14.8（60人）から平成28年度では10.7（44人）と減少し、国11.9より低くなっています。（参考資料1）

死因別にみた死亡の状況は、心臓病による死因割合が平成25年度27.3から平成28年度31.3に増えています。また、腎不全による死因割合は、平成25年度3.6から平成28年度5.7と増加しており、国、京都府の約1.6倍となっています。（参考資料1）

介護認定率は、平成25年度の6.9%から平成28年度7.7%に増加していますが、2号被保険者（40～64歳）の認定者数と認定率は平成25年度53人（0.29%）から平成28年度は47人（0.25%）と減少しています。（表2）

② 中長期目標の達成状況

ア 介護給付費の状況

1号被保険者の認定者数、認定率が増加したことにより、平成28年度の介護給付費総額は、平成25年度から3億1,688万円の増額となりました。（表3）

しかし、1件当たりの介護給付費は、平成25年度53,779円から平成28年度51,753円に減少し、同規模市※の平均額より低くなっています。

介護認定者数の変化

表2

	受給者区分	2号	1号			合計
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計	
H25	認定者数	53人	306人	1,850人	2,156人	2,209人
	認定率	0.29%	3.9%	32.1%	15.8%	6.9%
H28	認定者	47人	253人	2,195人	2,448人	2,495人
	認定率	↓ 0.25%	4.4%	31.8%	17.1%	↑ 7.7%

向日市事務報告等

介護給付費の変化

表3

		向日市			同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件当たり			1件当たり		
		給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H25年度	30億7,100万円	53,779	31,573	272,580	63,801	40,998	284,022
H28年度	33億8,788万円	↓ 51,753	30,628	268,029	61,236	40,245	278,146

向日市事務報告等 同規模平均はKDBより

※ KDB（国保データベースシステム）は、「特定健診・特定保健指導」、「医療」等に係る情報を利活用し、効率的かつ効果的な保健事業のサポートをするために、国保中央会により構築されたシステムです。

※ 同規模平均(同規模)： KDB に、同規模市町村と比較できる機能が備わっており、本市は区分 5 (人口 5 万人以上 10 万人未満)とされ、全国で 265 市が該当しています。

イ 医療費の状況

平成 28 年度の総医療費は 44 億 2,334 万円で、平成 25 年度の 1.06 倍となっています。

1 か月の 1 人あたり医療費は 28,850 円で、平成 25 年度から 3,590 円増えています。1 人あたり医療費の伸び率は 1.14 倍ですが、同規模市(0.92 倍)と比べると、入院、入院外ともに伸び率が大きい状況です。(表 4)

表 4

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				向日市	同規模			向日市	同規模			向日市	同規模
総医療費 (円)	H25年度	41億8785万				16億7802万				25億0983万			
	H28年度	44億2334万	2億3548万	1.06		17億5868万	8066万	1.05		26億6466万	1億5483万	1.06	
1人あたり医療 費(円)	H25年度	25,266				10,120				15,140			
	H28年度	28,849	3,583	1.14	0.92	11,480	1,360	1.13	1.09	17,370	2,230	1.15	1.09

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると医療費全体は増加していますが、中長期目標疾患※と短期目標疾患※の医療費の総額は、11.4 億円から 11.0 億円と 4,000 万円減少しています。

また、医療費全体の中の割合も、平成 25 年度 27.12%から平成 28 年度 24.78%と減少しています。(表 5)

第 1 期計画で、保健指導のターゲットとしてきた中長期目標疾患と短期目標疾患の医療費に変化が現れてきています。

中長期目標疾患と短期目標疾患が医療費に占める割合（平成25年度と平成28年度との比較）

表 5

		総医療費	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	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質 異常症
				同規模	府内	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								
H28	国	9.67兆円	24,253			5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2.23兆円	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
	京都府	2,053億円	24,739			5.35%	0.32%	2.25%	2.35%	4.92%	4.37%	3.08%	465億円	22.64%	15.75%	7.112%	9.07%
H25	向日市	41.9億円	25,266	81位	6位	6.91%	0.30%	2.48%	2.50%	5.12%	6.23%	3.59%	11.4億円	27.12%	15.44%	5.77%	8.67%
H28	向日市	44.3億円	28,849	45位	3位	6.93%	0.54%	2.16%	2.43%	5.17%	4.33%	3.23%	11.0億円	24.78%	16.17%	5.88%	8.90%

国は、健康増進法に基づき、特定健診・特定保健指導のメリットを生かし、健康日本21(第二次)を着実に進めるための目標を示しています。

※ 短期目標は、メタボリックシンドロームの減少を軸に、次の3項目としているため、**短期目標疾患**とは、「糖尿病」「高血圧」「脂質異常症」を指します。

- ① 糖尿病有病者の増加の抑制
- ② 高血圧の改善
- ③ 脂質異常症の減少

※ 中長期目標は、次の3項目としているため、**中長期目標疾患**とは、「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「人工透析」を指します。

- ① 脳血管疾患死亡率の減少
- ② 虚血性心疾患死亡の減少
- ③ 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少

ウ 中長期疾患の状況

平成25年度の中長期目標3疾患のうち、虚血性心疾患で治療を受けている人が615人(被保険者数に占める割合4.4%)で最も多い状況でした。平成28年度も同様に621人(4.8%)で、平成25年度より増加しています。

人工透析の人の割合は、平成25年度と横ばい状態ですが、虚血性心疾患を併発している人が、平成25年度の29人(人工透析患者の55.8%)から平成28年度の36人

(70.6%) に大きく増加しています。

また、虚血性心疾患、人工透析の人のうち、8～9割が高血圧、約5割が糖尿病の治療も受けており、いずれも平成25年度から増加しています。(表6)

表 6

虚血性心疾患 厚生労働様式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	
			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	13,840	615	4.4%	128	20.8%	29	4.7%	468	76.1%	288	46.8%	433	70.4%
	64歳以下	8,284	130	1.6%	26	20.0%	10	7.7%	95	73.1%	61	46.9%	82	63.1%
	65歳以上	5,556	485	8.7%	102	21.0%	19	3.9%	373	76.9%	227	46.8%	351	72.4%
H28	全体	13,055	621	4.8%	134	21.6%	36	5.8%	486	78.3%	316	50.9%	464	74.7%
	64歳以下	7,013	88	1.3%	18	20.5%	7	8.0%	65	73.9%	42	47.7%	60	68.2%
	65歳以上	6,042	533	8.8%	116	21.8%	29	5.4%	421	79.0%	274	51.4%	404	75.8%

脳血管疾患 厚生労働様式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	
			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	13,840	599	4.3%	128	21.4%	15	2.5%	453	75.6%	249	41.6%	386	64.4%
	64歳以下	8,284	122	1.5%	26	21.3%	4	3.3%	88	72.1%	44	36.1%	67	54.9%
	65歳以上	5,556	477	8.6%	102	21.4%	11	2.3%	365	76.5%	205	43.0%	319	66.9%
H28	全体	13,055	592	4.5%	134	22.6%	16	2.7%	446	75.3%	260	43.9%	409	69.1%
	64歳以下	7,013	88	1.3%	18	20.5%	2	2.3%	65	73.9%	32	36.4%	56	63.6%
	65歳以上	6,042	504	8.3%	116	23.0%	14	2.8%	381	75.6%	228	45.2%	353	70.0%

人工透析 厚生労働様式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	
			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	13,840	52	0.4%	15	28.8%	29	55.8%	46	88.5%	22	42.3%	18	34.6%
	64歳以下	8,284	19	0.2%	4	21.1%	10	52.6%	17	89.5%	8	42.1%	7	36.8%
	65歳以上	5,556	33	0.6%	11	33.3%	19	57.6%	29	87.9%	14	42.4%	11	33.3%
H28	全体	13,055	51	0.4%	16	31.4%	36	70.6%	46	90.2%	24	47.1%	21	41.2%
	64歳以下	7,013	12	0.2%	2	16.7%	7	58.3%	10	83.3%	8	66.7%	3	25.0%
	65歳以上	6,042	39	0.6%	14	35.9%	29	74.4%	36	92.3%	16	41.0%	18	46.2%

人工透析患者数、新規透析導入患者数は横ばいです。そのうち約半数が糖尿病性腎症によるものです。

表 7

	H25	H26	H27	H28
透析者数	52人	47人	49人	51人
新規透析導入者数	7人	5人	8人	9人
再掲) 糖尿病性腎症あり	4人	3人	5人	4人

③ 短期目標の達成状況

ア 短期目標疾患の状況

糖尿病の治療をしている人が、平成 25 年度 1,606 人（被保険者数の 11.6%）から平成 28 年度 1,751 人（13.4%）に増加しており、うち 7 割以上の人、高血圧や脂質異常症の治療も受けています。

高血圧、脂質異常症の治療を受けている人は、平成 25 年度から微増しており、被保険者数の約 2 割となっています。

短期目標疾患のうち虚血性心疾患の治療を受けている人は、高血圧、脂質異常症、糖尿病の順で多い状況ですが、被保険者数の約 18%となっています。

表 8

糖 尿 病 厚生労働模式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		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				
	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	
H25	全体	13,840	1,606	11.6%	116	7.2%	1,109	69.1%	1,110	69.1%	288	17.9%	249	15.5%	22	1.4%	175	10.9%
	64歳以下	8,284	448	5.4%	42	9.4%	294	65.6%	295	65.8%	61	13.6%	44	9.8%	8	1.8%	49	10.9%
	65歳以上	5,556	1,158	20.8%	74	6.4%	815	70.4%	815	70.4%	227	19.6%	205	17.7%	14	1.2%	126	10.9%
H28	全体	13,055	1,751	13.4%	120	6.9%	1,232	70.4%	1,289	73.6%	316	18.0%	260	14.8%	24	1.4%	150	8.6%
	64歳以下	7,013	352	5.0%	30	8.5%	214	60.8%	235	66.8%	42	11.9%	32	9.1%	8	2.3%	30	8.5%
	65歳以上	6,042	1,399	23.2%	90	6.4%	1,018	72.8%	1,054	75.3%	274	19.6%	228	16.3%	16	1.1%	120	8.6%

高 血 圧 厚生労働様式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
H25	全体	13,840	2,803	20.3%	1,109	39.6%	1,705	60.8%	468	16.7%	453	16.2%	46	1.6%
	64歳以下	8,284	773	9.3%	294	38.0%	442	57.2%	95	12.3%	88	11.4%	17	2.2%
	65歳以上	5,556	2,030	36.5%	815	40.1%	1,263	62.2%	373	18.4%	365	18.0%	29	1.4%
H28	全体	13,055	2,727	20.9%	1,232	45.2%	1,787	65.5%	486	17.8%	446	16.4%	46	1.7%
	64歳以下	7,013	545	7.8%	214	39.3%	327	60.0%	65	11.9%	65	11.9%	10	1.8%
	65歳以上	6,042	2,182	36.1%	1,018	46.7%	1,460	66.9%	421	19.3%	381	17.5%	36	1.6%

脂質異常症 厚生労働様式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
H25	全体	13,840	2,657	19.2%	1,110	41.8%	1,705	64.2%	433	16.3%	386	14.5%	18	0.7%
	64歳以下	8,284	760	9.2%	295	38.8%	442	58.2%	82	10.8%	67	8.8%	7	0.9%
	65歳以上	5,556	1,897	34.1%	815	43.0%	1,263	66.6%	351	18.5%	319	16.8%	11	0.6%
H28	全体	13,055	2,735	20.9%	1,289	47.1%	1,787	65.3%	464	17.0%	409	15.0%	21	0.8%
	64歳以下	7,013	605	8.6%	235	38.8%	327	54.0%	60	9.9%	56	9.3%	3	0.5%
	65歳以上	6,042	2,130	35.3%	1,054	49.5%	1,460	68.5%	404	19.0%	353	16.6%	18	0.8%

イ 健診結果の比較（平成 25 年度と平成 28 年度）

特定健康診査の結果、有所見者割合は、男性では、腹囲、HbA1c、LDL コレステロール、収縮期血圧の順で高く、女性では、LDL コレステロール、HbA1c、収縮期血圧の順で高い状況ですが、平成 25 年度より増えた項目は、男女ともに HbA1c と腹囲です。

HbA1c の有所見割合は、男女ともに 5 割を超えています。

LDL コレステロールは平成 25 年度より減少していますが、男性 43.7%、女性 52.3% となっており、また、年代的に 65～74 歳より 40～64 歳の方が高い状況です。

男性では、腹囲の有所見者割合が、平成 25 年度で 802 人(49.8%)から平成 28 年度 898 人 (54.9%) に増えています。(表 9)

メタボリックシンドローム該当者・予備群をあわせると、男女ともに平成 25 年度より高くなっており、平成 28 年度では、男性は健診受診者の 49.5%、女性は 16.4% となっています。(表 10)

特に、男性のメタボリックシンドローム該当者の 9.8% の人が血糖・血圧・脂質の 3 項目すべてが有所見という状況です。

健診データのうち有所見者割合の高い項目と年代

表 9

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		クレアチン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	438	27.2%	802	49.8%	493	30.6%	314	19.5%	114	7.1%	379	23.5%	878	54.5%	279	17.3%	769	47.7%	343	21.3%	750	46.6%	22	1.4%
	40-64	167	35.8%	251	53.9%	177	38.0%	123	26.4%	42	9.0%	71	15.2%	183	39.3%	93	20.0%	186	39.9%	123	26.4%	244	52.4%	6	1.3%
	65-74	271	23.7%	551	48.1%	316	27.6%	191	16.7%	72	6.3%	308	26.9%	695	60.7%	186	16.2%	583	50.9%	220	19.2%	506	44.2%	16	1.4%
H28	合計	432	26.4%	898	54.9%	527	32.2%	335	20.5%	132	8.1%	372	22.8%	886	54.2%	278	17.0%	704	43.1%	341	20.9%	714	43.7%	37	2.3%
	40-64	163	37.2%	254	58.0%	168	38.4%	124	28.3%	41	9.4%	71	16.2%	166	37.9%	72	16.4%	140	32.0%	95	21.7%	224	51.1%	2	0.5%
	65-74	269	22.5%	644	53.8%	359	30.0%	211	17.6%	91	7.6%	301	25.1%	720	60.2%	206	17.2%	564	47.1%	246	20.6%	490	40.9%	35	2.9%

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
女性	合計	409	17.0%	427	17.7%	441	18.3%	234	9.7%	38	1.6%	347	14.4%	1,174	48.8%	52	2.2%	941	39.1%	320	13.3%	1,385	57.6%	6	0.2%
	40-64	105	14.7%	110	15.4%	109	15.2%	70	9.8%	6	0.8%	70	9.8%	275	38.4%	10	1.4%	211	29.5%	98	13.7%	432	60.3%	0	0.0%
	65-74	304	18.0%	317	18.8%	332	19.6%	164	9.7%	32	1.9%	277	16.4%	899	53.2%	42	2.5%	730	43.2%	222	13.1%	953	56.4%	6	0.4%
H28	合計	421	17.2%	464	18.9%	450	18.3%	215	8.8%	49	2.0%	354	14.4%	1,262	51.4%	51	2.1%	988	40.3%	302	12.3%	1,284	52.3%	8	0.3%
	40-64	96	14.6%	100	15.2%	96	14.6%	48	7.3%	13	2.0%	75	11.4%	253	38.4%	11	1.7%	192	29.1%	88	13.4%	363	55.1%	2	0.3%
	65-74	325	18.1%	364	20.3%	354	19.7%	167	9.3%	36	2.0%	279	15.6%	1,009	56.2%	40	2.2%	796	44.4%	214	11.9%	921	51.3%	6	0.3%

メタボリックシンドローム該当者・予備群

表 10

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目すべて	
		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
H25	合計	1,611	38.2%	75	4.7%	261	16.2%	17	1.1%	167	10.4%	77	4.8%	466	28.9%	70	4.3%	22	1.4%	241	15.0%	133	8.3%
	40-64	466	26.2%	37	7.9%	86	18.5%	3	0.6%	44	9.4%	39	8.4%	128	27.5%	10	2.1%	5	1.1%	83	17.8%	30	6.4%
	65-74	1,145	47.0%	38	3.3%	175	15.3%	14	1.2%	123	10.7%	38	3.3%	338	29.5%	60	5.2%	17	1.5%	158	13.8%	103	9.0%
H28	合計	1,635	42.0%	89	5.4%	304	18.6%	16	1.0%	190	11.6%	98	6.0%	505	30.9%	52	3.2%	37	2.3%	256	15.7%	160	9.8%
	40-64	438	28.4%	42	9.6%	92	21.0%	3	0.7%	42	9.6%	47	10.7%	120	27.4%	9	2.1%	9	2.1%	71	16.2%	31	7.1%
	65-74	1,197	51.0%	47	3.9%	212	17.7%	13	1.1%	148	12.4%	51	4.3%	385	32.2%	43	3.6%	28	2.3%	185	15.5%	129	10.8%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目すべて			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	人数	割合	人数	割合								
H25	合計	2,406	47.0%	30	1.2%	159	6.6%	7	0.3%	88	3.7%	64	2.7%	238	9.9%	23	1.0%	4	0.2%	138	5.7%	73	3.0%
	40-64	716	35.2%	15	2.1%	44	6.1%	2	0.3%	23	3.2%	19	2.7%	51	7.1%	6	0.8%	1	0.1%	31	4.3%	13	1.8%
	65-74	1,690	54.8%	15	0.9%	115	6.8%	5	0.3%	65	3.8%	45	2.7%	187	11.1%	17	1.0%	3	0.2%	107	6.3%	60	3.6%
H28	合計	2,453	51.3%	62	2.5%	133	5.4%	5	0.2%	79	3.2%	49	2.0%	269	11.0%	23	0.9%	13	0.5%	147	6.0%	86	3.5%
	40-64	659	38.9%	24	3.6%	35	5.3%	3	0.5%	18	2.7%	14	2.1%	41	6.2%	6	0.9%	4	0.6%	21	3.2%	10	1.5%
	65-74	1,794	58.1%	38	2.1%	98	5.5%	2	0.1%	61	3.4%	35	2.0%	228	12.7%	17	0.9%	9	0.5%	126	7.0%	76	4.2%

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

対象者を絞って、受診勧奨通知、受診勧奨訪問、未受診者アンケートなど、新たな未受診者対策に取り組みました。

また、広報紙において、国民健康保険の特集記事を連載し、特定健診を活用した健康づくりの必要性について戦略的な啓発活動を行いました。

その結果、特定健診開始後、41～43%の横ばい状態であった特定健診受診率は、平成28年度には47.3%に向上し、同規模263市の中で43位になっています。

特定保健指導については、医療機関における特定保健指導の利用勧奨のほか、集団参加型による保健指導を縮小し、保健師や管理栄養士が直接対象者の家庭を訪問する個別指導重視の方法に転換しました。

その結果、保健指導実施率は飛躍的に向上し、平成27年度には、第1期計画目標値を超えた44.9%に、平成28年度には国の目標値も超えた63.9%になりました。

表 11

特定健診・特定保健指導実施率の変化

	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の 順位 (263市中)	対象者数	終了者数	実施率
H25年度	9,338	4,018	43.0%	60位	405	94	23.2%
H26年度	9,302	4,085	43.9%	58位	375	101	26.9%
H27年度	9,166	4,155	45.3%	55位	408	183	44.9%
H28年度	8,631	4,085	47.3%	43位	399	255	63.9%

※法定報告で比較（同規模内の順位のみKDB 帳票No3）

エ 重症化予防対策

平成28年度から地区医師会の協力を得て、糖尿病重症化予防事業に取り組んでいます。

	平成28年度	平成29年度
対象者	H28年度健診受診者で「HbA1c6.5%以上かつeGFR45～59ml/分/1.73m ² 」の人 … 71人	①H24～H28年度の健診結果で1度でもHbA1c6.5%以上であった人のうち、H28年度の健診未受診者と未治療者 … 483人 ②平成28年度と同じ対象者 … 71人
訪問 実施者数	41人 (うち16人は継続指導)	平成29年12月末現在 ① 75人 ② 25人

(2) 第1期計画に係る考察

第1期計画において設定していた評価項目の結果は、次のとおりです。

	評価項目	評価内容
アウトプット	特定健診受診率	受診勧奨訪問、未受診アンケートを兼ねた受診勧奨通知、戦略的広報などの新たな未受診者対策などにより、平成25年度より4.3ポイント向上しました。
	特定保健指導実施率	家庭訪問による個別指導重視の方法への転換により、目標値35%を大幅に上回る63.9%と向上しました。
	重症化予防対策	平成28年度から糖尿病重症化予防事業を開始し、平成29年度には、更に対象者を拡大して取り組んでいます。
アウトカム	総医療費	1.06倍となり、2億3,548万円増えています。
	短期目標疾患、中長期目標疾患の総医療費	平成25年度と平成28年度を比較すると4,000万円減少しています。
	中長期目標疾患の状況	慢性腎不全（透析有無含む）が医療費に占める割合が増えており、国・京都府より高い状況です。 人工透析者数は横ばいですが、あわせて虚血性心疾患や脳血管疾患の治療が必要な人が増えています。
	短期目標疾患の状況	糖尿病の治療を受けている人が増えており、あわせて高血圧、脂質異常症の治療を受けている人がそれぞれ7割以上となっています。
	新規に人工透析を導入する患者の減少	新規透析導入患者数は横ばいです。約半数が糖尿病性腎症によるものです。
	未受診者の状況	特定健診の未受診者は、被保険者の約53%で、平成25年度とほぼ同じ約4,000人です。

第1期策定後、アウトプット項目においては、特定保健指導実施率等は目標達成し、新規に糖尿病重症化予防事業を立ち上げる等、成果が見られました。

アウトカム項目では、短期目標、中長期目標疾患の総医療費は減少しています。しかし、短期目標疾患、中長期目標疾患の治療を受けている人の減少にまでは至っていません。

これは、特定健診の受診率が向上したことにより、新たな治療対象者が増えていることも要因として考えられますが、短期目標疾患や中長期目標疾患の人が重症化している場合もあります。

今後においても、これまでどおり、特定健診・保健指導実施率の向上を図る一方で、保健指導を受けた人が、毎年継続的に特定健診を受診し、生活習慣の改善に取り組めるよう、保健指導の質を向上させていくことが重要です。

2 第2期計画における健康課題の明確化

KDBで作成した平成28年度のレセプト資料と、平成28年度特定健診の結果から健康課題を明らかにします。

(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

平成28年度の1人あたり医療費は28,849円で、同規模平均、京都府、国と比較しても高い状況です。(図4)

入院と入院外のレセプト件数を比較すると97.6%が入院外で、残り2.4%が入院という内訳ですが、入院における費用額は、医療費総額の約4割を占めています。

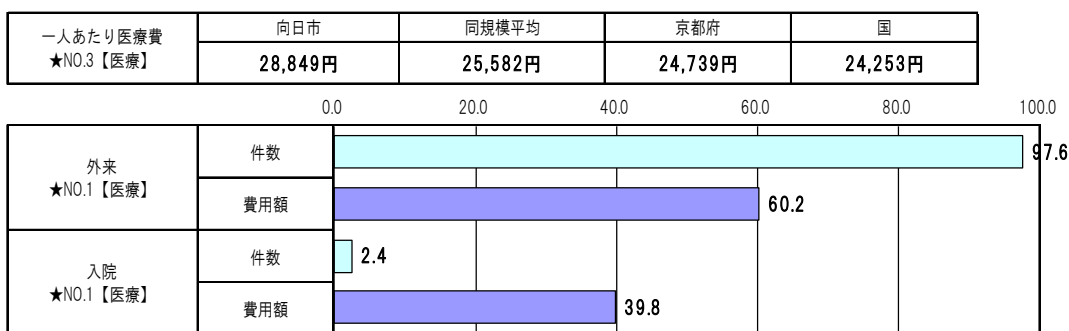
入院にかかる医療費は、重症化したことにより増えることも考えられるため入院に至るまでに予防することが重要となります。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

図4

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

② レセプトからみた治療の状況

ア 高額医療となるレセプトの状況

1か月100万円以上の医療費となった人は345人で、その総費用額は9億1031万円です。原因疾患は虚血性心疾患と脳血管疾患で約15%を占めています。

6か月以上の長期入院をしていた人は、59人で、その総費用額は2億266万円ですが、そのうち22%に当たる13人は脳血管疾患によるものです。(表12)

人工透析患者は51人で、その総費用額は3億6,723万円ですが、生活習慣病に係る医療費に占める割合は、同規模市、国と比べて非常に高い状況です。(表13)

人工透析患者の約半数(47.1%)に当たる24人が、糖尿病性腎症によるものです。また、人工透析における1人あたり年間医療費は、平成25年度で556万円でしたが、平成28年度は720万円と急増しています。これは、人工透析患者の約7割に当たる36人が虚血性心疾患の治療も受けており、その医療費は、人工透析費用額の約6割となる2億1,353万円となっています。

表 12

対象レセプト（H28年度）		全体	中・長期的な目標		
			脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
高額になる疾患 （100万円以上レセ）	人数	345人	21人 6.1%	31人 9.0%	
	費用額	9億1031万円	5592万 6.1%	6985万円 7.7%	
長期入院 （6か月以上の入院）	人数	59人	13人 22.0%	6人 10.2%	
	費用額	2億0226万円	7029万円 34.8%	3552万円 17.6%	1752万円 8.7%
人工透析患者 （長期化する疾患）	人数	51人	16人 31.4%	36人 70.6%	24人 47.1%
	費用額	3億6723万円	9747万円 26.5%	2億1353万円 58.1%	1億6947万円 46.1%

表 13

人工透析 者数	慢性腎臓病（透析有り）		生活習慣病に占める割合		
	年間医療費	1人あたり医療費	向日市	同規模市	全国
51人	3億6723万円	720万円	↑ 12.3	9.5	9.7

イ 生活習慣病のレセプトの状況

国保被保険者の4割以上にあたる5,123人が生活習慣病の治療を受けています。

そのうち、半数以上が高血圧、脂質異常症の治療を、34.2%の人が糖尿病の治療を受けています。

虚血性心疾患、糖尿病性腎症、脳血管疾患のいずれにおいても、高血圧症で7～8割、脂質異常症で7割前後、糖尿病で約半数の人が治療を受けていることから、短期目標疾患が重症化しないようにすることが、中長期目標疾患の予防や医療費増加の抑制につながります。

表 14

短期的な目標		中長期的目標			
生活習慣病 治療者数 5,123人	高血圧症	基礎疾患の 重なり	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
	2,727人		592人	621人	150人
	53.2%		11.6%	12.1%	2.9%
	脂質異常症				
	2,735人	高血圧症	446人	486人	116人
	53.4%		75.3%	78.3%	77.3%
	糖尿病	糖尿病	260人	316人	150人
	1,751人	脂質異常症	409人	464人	99人
	34.2%		69.1%	74.7%	66.0%

生活習慣病の治療者数構成割合（平成28年度診療分）

③ レセプトからみた介護の状況

介護保険第2号被保険者の要介護認定者のうち、レセプトが確認できる国保加入者の有病状況は、血管疾患 89.7%、筋骨格系疾患 72.4%、認知症 10.3%で、血管疾患が最も多い状況です。中でも脳卒中や高血圧の治療を受けている人が7割となっています。

介護保険第1号被保険者の要介護認定者では、90.7%が血管疾患、82.0%が筋骨格系疾患、認知症が32.1%となっています。また、血管疾患の内訳では、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患を持っている人が87.0%います。(表15)

要介護認定者に係る医療費は、認定を受けていない人の約2.6倍になっています。(図5)

表 15

何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		18,081人		6,908人		4,757人		11,665人		29,746人	
	認定者数		53人		358人		2,221人		2,579人		2,632人	
	認定率		0.29%		5.2%		46.7%		22.1%		8.8%	
	新規認定者数（※1）		7人		58人		253人		311人		318人	
	介護度 別人数	要支援1・2		9	17.0%	102	28.5%	526	23.7%	628	24.4%	637
要介護1・2		25	47.2%	153	42.7%	912	41.1%	1,065	41.3%	1,090	41.4%	
要介護3～5		19	35.8%	103	28.8%	783	35.3%	886	34.4%	905	34.4%	

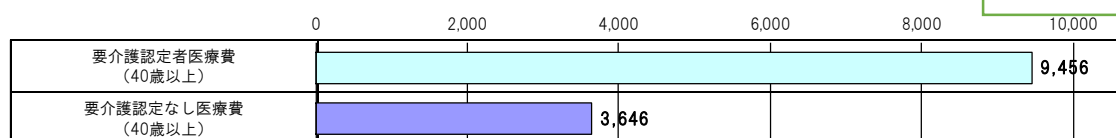
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数（全体）		53		359		2,222		2,581		2,634		
	再）国保・後期		29		277		2,091		2,368		2,397		
	（レセプトの 診断名より 重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数		
					割合			割合			割合		
		循環器 疾患	1	脳卒中	20 69.0%	脳卒中	113 40.8%	虚血性 心疾患	746 35.7%	虚血性 心疾患	826 34.9%	虚血性 心疾患	830 34.6%
			2	虚血性 心疾患	4 13.8%	虚血性 心疾患	80 28.9%	脳卒中	680 32.5%	脳卒中	793 33.5%	脳卒中	813 33.9%
			3	腎不全	1 3.4%	腎不全	34 12.3%	腎不全	192 9.2%	腎不全	226 9.5%	腎不全	227 9.5%
		合併症	4	糖尿病 合併症	4 13.8%	糖尿病 合併症	48 17.3%	糖尿病 合併症	209 10.0%	糖尿病 合併症	257 10.9%	糖尿病 合併症	261 10.9%
			基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		23 79.3%	241 87.0%	1,818 86.9%	2,059 87.0%	2,082 86.9%				
		血管疾患 合計		26 89.7%	247 89.2%	1,901 90.9%	2,148 90.7%	2,174 90.7%					
		認知症		3 10.3%	56 20.2%	703 33.6%	759 32.1%	762 31.8%					
		筋・骨格疾患		21 72.4%	238 85.9%	1,704 81.5%	1,942 82.0%	1,963 81.9%					

※1) 新規認定者についてはNO.49「要介護突合状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
※2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

図 5



(2) 健診結果の状況

平成 28 年度の特定健診の結果をみると、腹囲の基準値を超えている人は、40-64 歳の男性で約 6 割を占めています。男女ともに腹囲と中性脂肪の有所見者、メタボリックシンドローム該当者が国、京都府より高い状況です。

平成 28 年度 特定健診結果

表 16

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）

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
京都府		13,511	27.0	24,661	49.3	13,613	27.2	9,936	19.9	4,218	8.4	15,523	31.1	29,365	58.8	8,131	16.3	23,176	46.4	13,107	26.2	23,866	47.8	778	1.6
向日市	合計	432	26.4	898	54.9	527	32.2	335	20.5	132	8.1	372	22.8	886	54.2	278	17.0	704	43.1	341	20.9	714	43.7	37	2.3
	40-64	163	37.2	254	58.0	168	38.4	124	28.3	41	9.4	71	16.2	166	37.9	72	16.4	140	32.0	95	21.7	224	51.1	2	0.5
	65-74	269	22.5	644	53.8	359	30.0	211	17.6	91	7.6	301	25.1	720	60.2	206	17.2	564	47.1	246	20.6	490	40.9	35	2.9

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
京都府		10,693	17.3	9,722	15.7	9,628	15.5	4,906	7.9	1,066	1.7	11,474	18.5	35,351	57.0	1,157	1.9	25,270	40.8	9,000	14.5	34,557	55.8	122	0.2
向日市	合計	421	17.2	464	18.9	450	18.3	215	8.8	49	2.0	354	14.4	1,262	51.4	51	2.1	988	40.3	302	12.3	1,284	52.3	8	0.3
	40-64	96	14.6	100	15.2	96	14.6	48	7.3	13	2.0	75	11.4	253	38.4	11	1.7	192	29.1	88	13.4	363	55.1	2	0.3
	65-74	325	18.1	364	20.3	354	19.7	167	9.3	36	2.0	279	15.6	1,009	56.2	40	2.2	796	44.4	214	11.9	921	51.3	6	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

平成 28 年度

表 17

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						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	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	人数	割合	人数	割合								
全国							17.2%							27.5%									
京都府						8,770	17.5%							12,997	26.0%								
向日市	合計	1,635	42.0	89	5.4%	304	18.6%	16	1.0%	190	11.6%	98	6.0%	505	30.9%	52	3.2%	37	2.3%	256	15.7%	160	9.8%
	40-64	438	28.4	42	9.6%	92	21.0%	3	0.7%	42	9.6%	47	10.7%	120	27.4%	9	2.1%	9	2.1%	71	16.2%	31	7.1%
	65-74	1,197	51.0	47	3.9%	212	17.7%	13	1.1%	148	12.4%	51	4.3%	385	32.2%	43	3.6%	28	2.3%	185	15.5%	129	10.8%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						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	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	人数	割合	人数	割合								
全国							5.8%							9.5%									
京都府						3,239	5.2%							5,350	8.6%								
向日市	合計	2,453	51.3	62	2.5%	133	5.4%	5	0.2%	79	3.2%	49	2.0%	269	11.0%	23	0.9%	13	0.5%	147	6.0%	86	3.5%
	40-64	659	38.9	24	3.6%	35	5.3%	3	0.5%	18	2.7%	14	2.1%	41	6.2%	6	0.9%	4	0.6%	21	3.2%	10	1.5%
	65-74	1,794	58.1	38	2.1%	98	5.5%	2	0.1%	61	3.4%	35	2.0%	228	12.7%	17	0.9%	9	0.5%	126	7.0%	76	4.2%

(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況

糖尿病 (HbA1c) の受診勧奨レベルの人は 232 人ですが、うち治療を受けていない人が 41 人 (A) います。

血圧の受診勧奨レベルの人は 778 人ですが、うち治療を受けていない人は 398 人 (B) です。

LDL コレステロールの受診勧奨レベルの人は 823 人ですが、治療を受けていない人は 684 (C) 人です。

受診勧奨レベルで治療を受けていない人 (A,B,C) への受診勧奨は早急に行う必要があります。

治療を受けていても受診勧奨レベルの人は、糖尿病 (H b A1c) は 191 人 (D) で受診勧奨レベルの人の 82.3%になります。血圧は 380 人 (E) で 48.8%になります。LDL コレステロールは 139 人 (F) で 16.9%です。

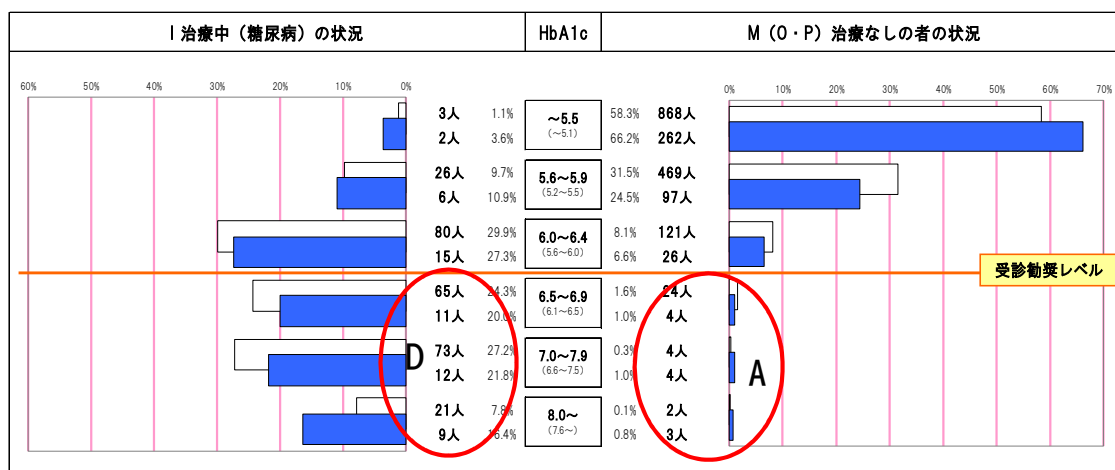
糖尿病の治療中の人は、服薬だけではコントロールが難しく、食事や運動の生活習慣の影響を大きく受けている状況が伺えます。

図 6

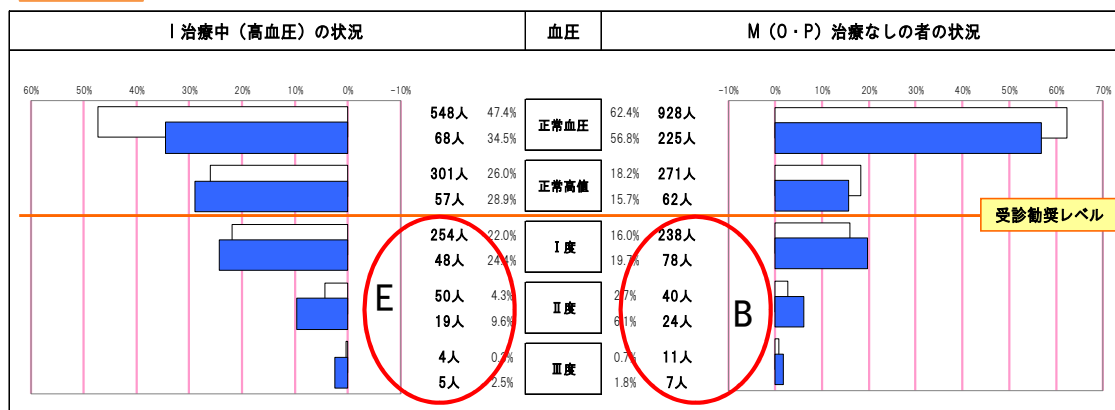
継続受診者と新規受診者の比較

HbA1c

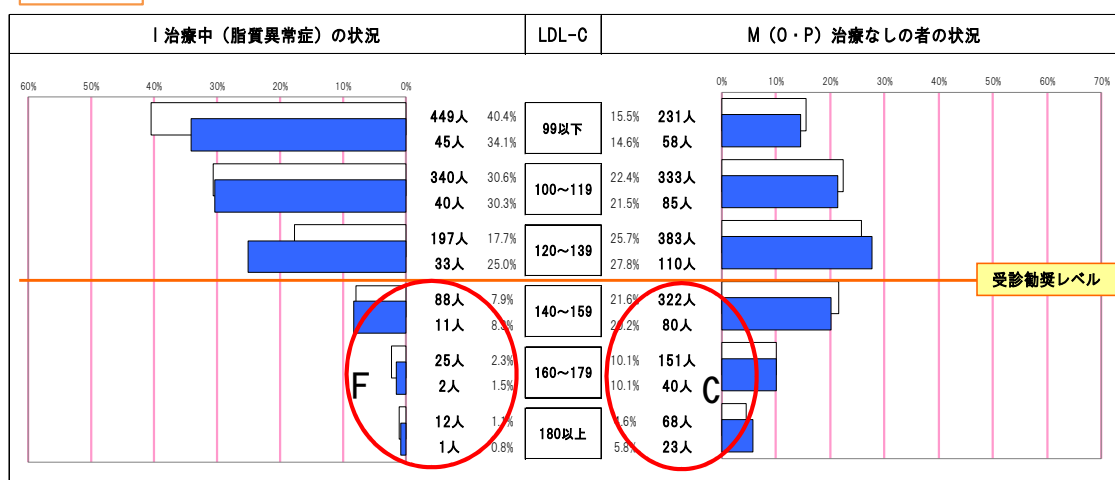
…上段（継続受診者）
…下段（新規受診者）



血圧



LDL-C



(4) 健診未受診者の状況

健診対象者 8,672 人のうち、健診未受診者は 4,584 人(52.9%)となっており、そのうち、約 6 割の 2,782 人は何らかの生活習慣病により治療を受けていますが、残り 4 割の 1,802 人は健診・治療ともに受けていないため、健康状態が把握できない状況です。健診・治療ともに受けていない人の 6 割強は、40～64 歳の若い年代です。(図 7)

健診を受けていない人の生活習慣病に係る医療費は、受けている人の 3.3 倍で、1 か月あたり約 23,000 円高くなっています。(図 8)

図 7

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

★NO.26 (CSV)

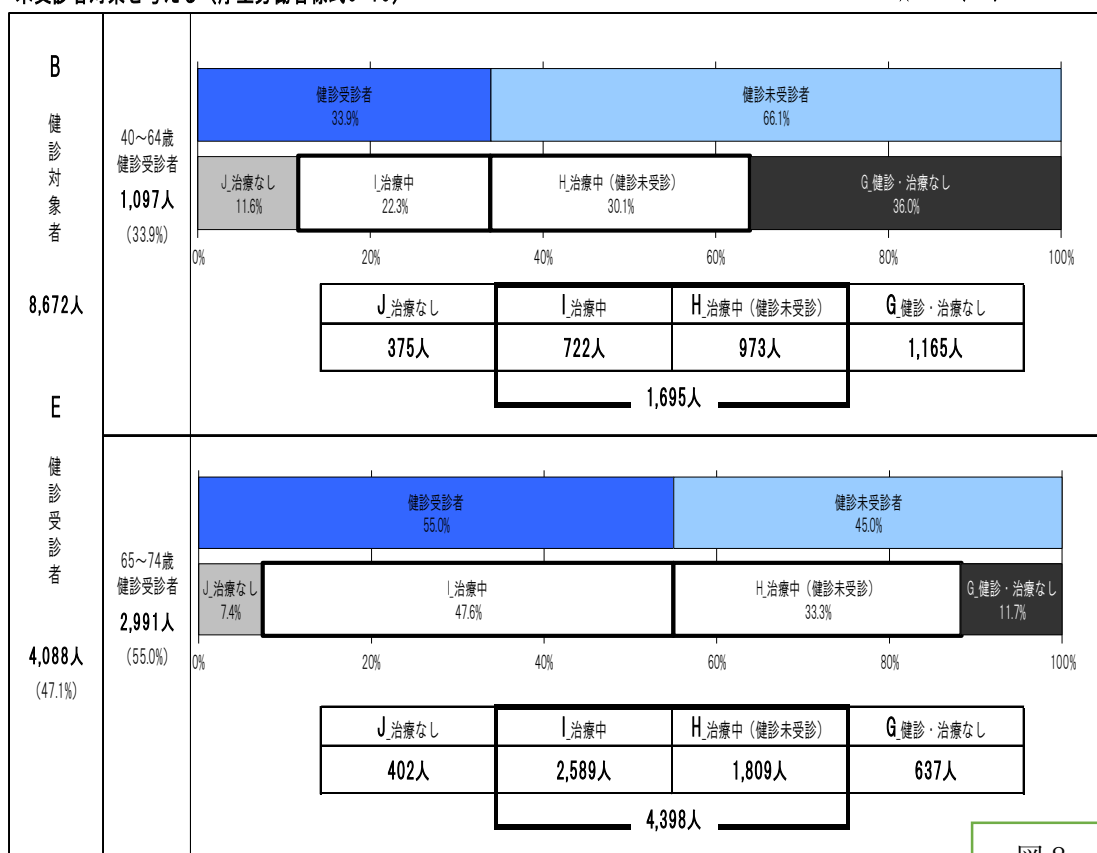


図 8

OQ_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



※KDB より作成。健診受診率は、保険の異動分などを調整後の法定報告とは少し異なる。

3 目標の設定

平成 35 年度までの目標を次のとおり設定します。

また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて見直しをします。

(1) 中長期的な目標の設定

今後、高齢化率の上昇や加齢とともに脳、心臓、腎臓の血管も傷んでくることを考慮すると、全体の医療費を抑えることは難しい状況にあるため、本計画では予防可能な生活習慣病に係る医療費に着目し、その伸びを抑えることが必要と考えます。

また、特定健診を全く受診していない人も多く、気づかないうちに重症化して入院するという実態もあることから、入院が必要となるような中長期疾患の発症や重症化を予防し、入院に係る医療費の伸び率を抑えることも重要となります。

さらに、これまでの健診・医療情報を分析した結果、平成 28 年度においても医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患は、①糖尿病性腎症、②虚血性心疾患、③脳血管疾患であることがわかりました。

これらのことから、本計画においては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患に係る医療費の伸びを抑えるため、次の 3 項目を目標とします。

- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者を減らす
- 虚血性心疾患に係る医療費の総医療費に占める割合を 5 % 減少させる
- 脳血管疾患に係る医療費の総医療費に占める割合を 5 % 減少させる

(2) 短期的な目標の設定

糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症を予防するためには、まず、これらの臓器血管を傷める共通のリスクとなる、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の対象者を減らすことが重要です。

そのためには、医療受診が必要な人に受診勧奨を行い、継続して治療するよう働きかけるとともに、治療を中断している人にも適切な保健指導を行います。

また、糖尿病は、治療を受けていても薬物療法だけではコントロールが難しく、食事療法も併用することで治療効果が上がります。そのため、医療機関と十分な連携を図りながら、糖尿病の治療を受けている人の栄養指導等の保健指導にも取り組みます。

これらのことから、次の 6 項目を短期的な目標として設定します。

- メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を 25%減少させる
- 健診受診者の高血圧者(160/100 以上)の割合を 5 %減少させる
- 健診受診者の脂質異常者(LDL180 以上)の割合を 5 %減少させる
- 健診受診者の糖尿病者(HbA1c6.5 以上)の割合を 5 %減少させる
- 糖尿病未治療者の 30%以上の人を治療に結びつける
- 糖尿病治療者の 10%以上の人に保健指導を行う

さらに、生活習慣病は自覚症状がないため、自分では気づかないことが多いという特徴があります。このことから、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や重症化予防につなげることができます。

そのためには、特定健診を活用した取組みを強化し、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率を向上させるとともに、特定保健指導対象者を減少させるため、次の目標を設定します。(第 3 章の特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)を参照)

- 特定健康診査受診率 55%
- 特定保健指導実施率 65%以上
- 特定保健指導対象者の減少率 25%

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

特定健康診査は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査で、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき実施します。健康診査により特定保健指導の対象となる人を抽出し、糖尿病や心臓病、脳卒中などの生活習慣病の重症化を防ぐことを目的としています。

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、特定健診・特定保健指導の実施計画を定めるものとされています。第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定します。

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

2 目標値の設定

第2期特定健康診査等実施計画期間では、個別通知や訪問による受診勧奨、未受診者アンケート、向日市商工会との連携等を行った結果、特定健康診査の受診率は増加しました。

また、特定保健指導においては、訪問による指導を積極的に実施した結果、平成27年度に計画目標を達成し、平成28年度には国の特定健康診査等基本指針に掲げる目標値を達成することができました。

第1期の目標値と実績の推移

特定健診 【国目標値60%以上】

表 18

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
第2期 向日市 目標値	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%
向日市 特定健診受診率	43.0%	43.9%	45.3%	47.3%
参考：京都府市町村国保平均	29.3%	30.4%	32.0%	32.5%

特定保健指導 【国目標値60%以上】

表 19

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
第2期 向日市目標値	25.0%	30.0%	40.0%	50.0%
向日市 特定保健指導実施率	23.2%	26.9%	44.9%	63.9%
参考：京都府市町村国保平均	16.7%	17.6%	17.3%	19.1%

第3期の目標は、これまでの取組みに対する実績を考慮し、特定健診実施率は毎年1%増とします。特定保健指導については、特定健康診査等基本指針の目標値をすでに超えていることから、65%以上の実施率とします。

表 20

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%
特定保健指導実施率	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上

3 対象者と見込み数

(1) 特定健診対象者

4月現在、向日市国民健康保険の被保険者で、40歳から74歳までの人を対象者とします。

表 21

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
40～64歳	対象者数	3,213	3,240	3,267	3,294	3,321	3,347
	受診者数	1,607	1,652	1,699	1,746	1,793	1,841
65～74歳	対象者数	5,377	5,256	5,135	5,014	4,893	4,770
	受診者数	2,689	2,681	2,670	2,657	2,642	2,624
合計	対象者数	8,590	8,496	8,402	8,308	8,214	8,117
	受診者数	4,296	4,333	4,369	4,403	4,435	4,465

※対象者数＝推計人口×各年代における平成28年度の対象者率

※受診者数＝対象者数×各年度の特定健診受診率目標値

(2) 特定保健指導対象者

特定健康診査受診者の健診結果から「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」の3段階に階層化し、そのうち、動機付け支援と積極的支援の人を特定保健指導の対象者とします。

表 22

		H30	H31	H32	H33	H34	H35
40～64歳	積極的支援 対象者数	135人	139人	143人	147人	151人	155人
	動機付け支援 対象者数	106人	109人	112人	115人	118人	121人
65～74歳	動機付け支援 対象者数	211人	211人	210人	209人	208人	206人
対象者合計		452人	459人	465人	471人	477人	482人
保健指導実施見込み数		294人	298人	302人	306人	310人	313人

※対象者数＝特定健診受診者数予測値×各年代における平成28年度の対象者率

※保健指導実施見込み数＝対象者数合計×特定保健指導実施率目標値65%

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、地区医師会に委託して実施します。

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、厚生労働大臣の告示において定められた基準に従います。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、向日市ホームページに掲載します。

(4) 検査項目

- ・質問票、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的検査（診察）、血圧測定
- ・血液検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、空腹時血糖、ALT、AST、 γ -GT、HbA1c、血清クレアチニン、血清尿酸）
- ・検尿（尿糖、尿蛋白）

(医師が必要と判断した人に実施する検査項目)

- ・血液検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
- ・心電図検査

(5) 実施時期

7 月から 10 月末までとします。

(6) 健康診査委託料、自己負担額

健康診査委託単価は、医科診療報酬点数表から積算した額を参考にして設定します。
受診者の自己負担額は、健康診査委託単価に応じて設定します。

(7) 受診券

6 月中に対象者には受診券を郵送します。受診券の見本は次のとおりです。

特定健診受診券 見本

図 9

特定健康診査受診券（見本）									
1000年（平成00年）00月 00日 交付									
受診券管理番号		XXXXXXXXXX							
氏名		（※カタカナ表記）							
性別		N		生年月日		NNNNNNNN			
有効期限		平成XX年XX月XX日							
健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担			
			負担額	同時実施負担額	負担率	上限額			
特定健診	基本項目	個別							
		集団							
	詳細健診	貧血	個別						
			集団						
		心電図	個別						
			集団						
		尿糖	個別						
			集団						
	特定健診以外の項目	生活習慣評価	個別						
			集団						
追加健診		個別							
		集団							
人間ドック	個別								
	集団								
注）△は、基本項目、生活習慣チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します 注）生活習慣評価を同時実施した場合は、同時実施負担額の自己負担額をお支払いください									
保険者等	所在地								
	電話番号								
	番 号								
	名 称								
公印貼附									
契約とりまとめ機関									
支払代行機関番号 ※									
支払代行機関名 ※									
※ 実施機関の所在する関係連合会の番号。名称に読み替えてください									

特定健康診査受診上の注意事項

- 上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。（特定健康診査受診結果等の送付に用います。）
- 特定健康診査を受診する際には、受診券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
- 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他（人間ドック）健診についても同様です。
- 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
- 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。
- 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

(8) 周知の方法

- ・ 広報むこう、ホームページに掲載
- ・ 向日市健康づくり年間予定表の全戸配布やチラシの回覧
- ・ 保険証の一斉更新時に国保加入世帯にリーフレットを同封
- ・ 健康診査委託機関、公共施設、駅、スーパー等にポスターを掲示
- ・ 地元商工会を通じて会員にチラシを郵送

(9) 医療機関との連携

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、医療機関へ働きかけます。

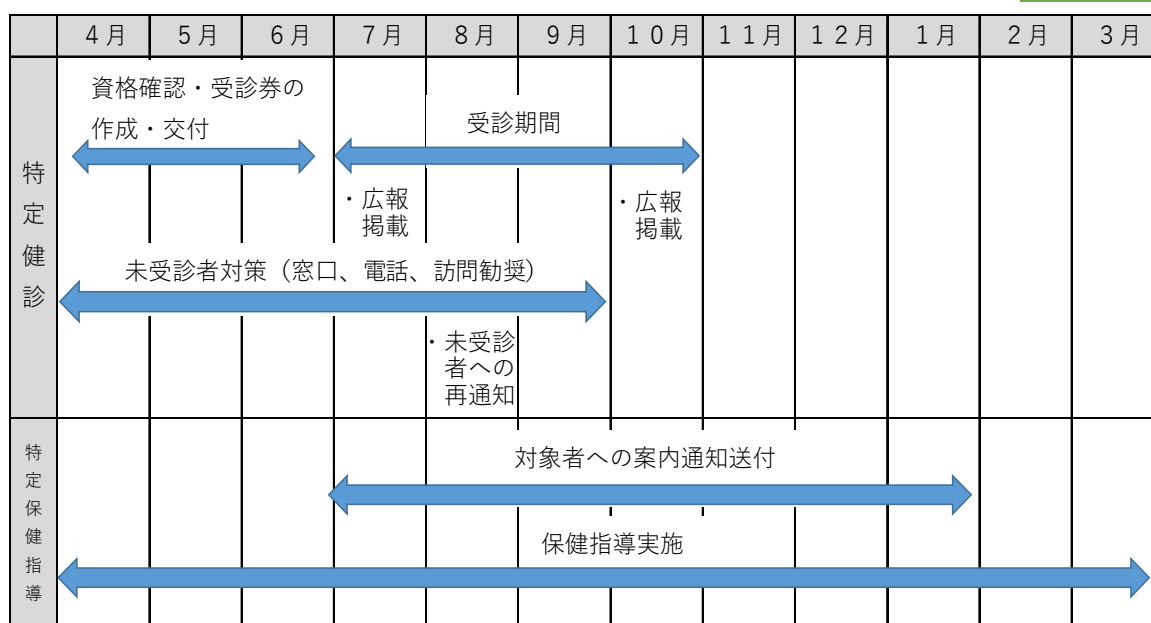
また、本人同意のもとで、治療中に行った検査結果を特定健診結果として活用できるよう、かかりつけ医と十分な連携を図ります。

(10) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払は、京都府国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(11) 健診実施スケジュール

図 10



5 特定保健指導の実施

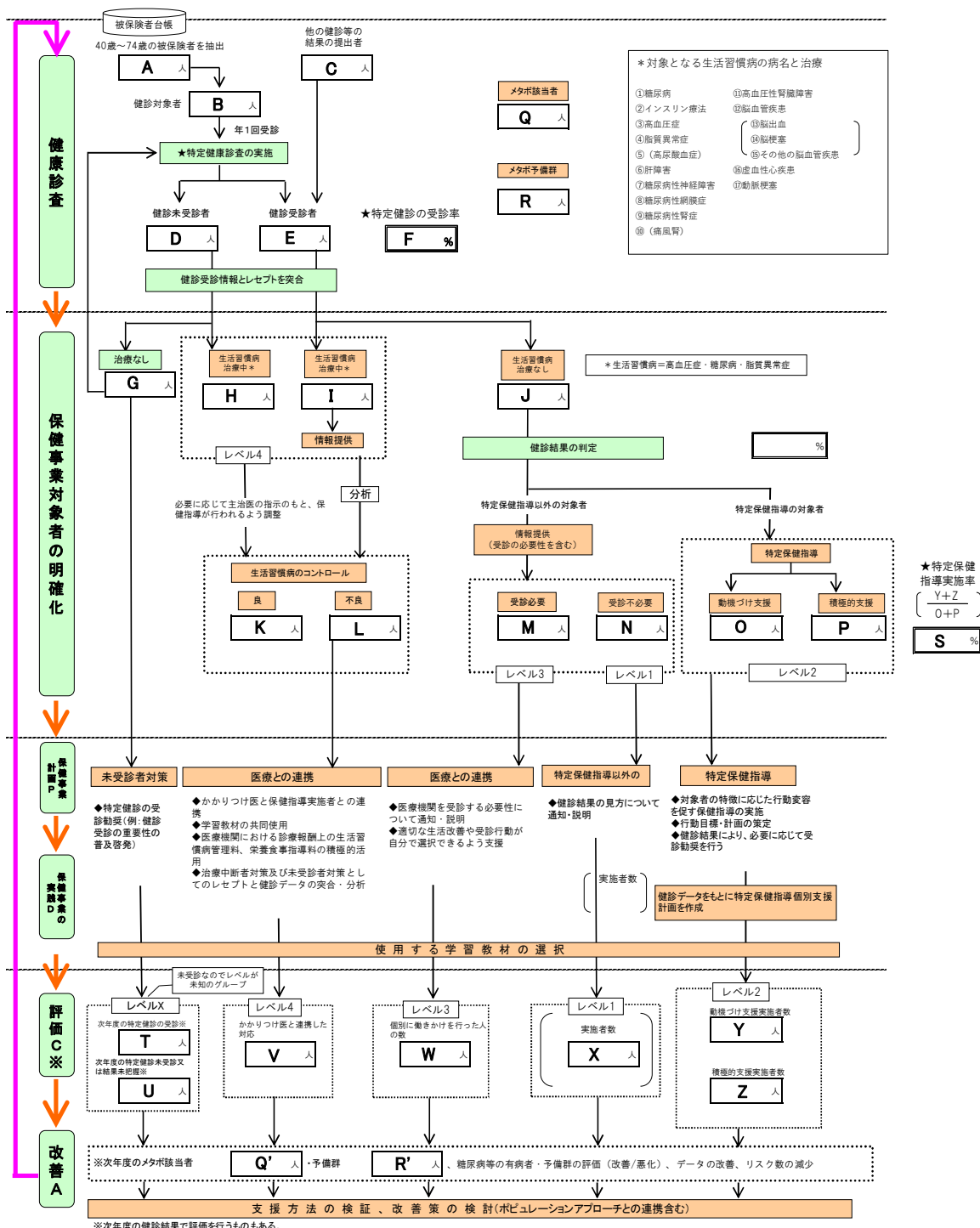
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム（平成30年版）」をもとに、健診結果から保健指導対象者を明確にし、保健指導計画の策定・実践・評価を行います。

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

図 11



(2) 特定保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

表 23

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H28対象者数 (受診者の割合)
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	430人 (10.2%)
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（実施医療機関において実施）	780人 (18.5%)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（健診受診通知および受診勧奨訪問）	5,846人 (58.1%)
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明（実施医療機関において実施）	846人 (20.1%)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	2,162人 (51.3%)

受診率、保健指導率は保険異動分を調整後の法定報告とは異なる。

6 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率向上のために

(1) 特定健診の未受診者対策

① 40 歳に対する受診勧奨

年度内に 40 歳になる特定健診対象者全員に対し、電話等による受診勧奨を実施します。初回の勧奨後、適宜受診確認の電話等を再度行い、勧奨対象者の 55%以上の受診を確保できるよう取り組みます。

② 41 歳から 49 歳に対する受診勧奨

年度内に 41 歳から 49 歳になる特定健診対象者に対し、訪問による受診勧奨を実施します。初回の勧奨後、適宜受診確認の訪問等を再度行い、勧奨対象者の 30%以上の受診を確保できるよう取り組みます。

表 24

年代別の特定健診受診率(平成28年度)

	40歳代	50歳代	60歳代以上
対象者数	1,241人	1,001人	6,389人
受診者数	304人	358人	3,423人
受診率	24.5%	35.8%	53.6%

受診勧奨の目標

	40歳	41～49歳	計
対象者数	約110人	約1,000人	約1,110人
目標受診者数	61人	300人	361人
目標受診率	55.5%	30.0%	32.5%

③ 8月末頃に当該年度未受診者に再勧奨通知を実施します。

④ 窓口での受診勧奨

国保加入の手続きに来庁した特定健診対象者に受診勧奨チラシを配布します。

(2) 特定保健指導実施率の向上に向けて

① 個別指導の充実

対象者に対し、教室、個別相談、家庭訪問による個別指導の案内を通知します。いずれの方法も希望されない場合は、家庭訪問による保健指導を実施します。

② 医療機関における特定保健指導の利用勧奨

健診実施医療機関と連携を図り、特定保健指導の利用勧奨をより一層進めていきます。

7 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向日市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システム等で適切に管理します。また、中長期的な分析に活用するため、できる限り長期的に保存します。

8 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

平成 32 年度（中間評価）と平成 35 年度（最終評価）に法定報告における特定健康診査受診率、特定保健指導実施率、特定保健指導対象者の減少率を用いて評価します。その後、実施体制や実施過程について見直しを行います。

9 特定健康診査等実施計画の策定・公表・周知

市民の意見を十分に取り入れるため、計画の策定にあたってはパブリック・コメントを実施します。

また、計画の公表、周知については、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、向日市ホームページへの掲載等により広く行います。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業は、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を減少させるため、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果の改善を目指し実施します。

そのためには、ハイリスクアプローチ※としての対象者を絞った重症化予防の取組みと、ポピュレーションアプローチ※を組み合わせる必要があります。

まず、生活習慣病の重症化により合併症の発症や進行を抑制するため、糖尿病性腎症、虚血性心疾患及び脳血管疾患の重症化予防に取り組めます。具体的には医療受診が必要な人には受診勧奨を、治療中の人に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ます。

また、生活習慣病の重症化により必要となる医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知するなど、ポピュレーションアプローチの取組みもあわせて行います。

しかし、生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、まずは健診の機会を提供し、健診の結果から状態を確認し、必要に応じた保健指導を行うことが重要です。そのため、特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。これらについては、第3章の特定健診等実施計画に基づいて行います。

※ハイリスクアプローチとは、疾患を発生しやすいリスクを持った人を対象に絞って働きかけていく方法。

※ポピュレーションアプローチとは、多くの人が少しずつリスクを軽減することで集団全体を良い方向にシフトさせるため、対象者を絞りこまずにより多くの人に働きかけていく方法。

2 重症化予防の取組み

(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組みは、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び「京都府糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「京都府プログラム」という。）」に基づき、以下の視点で、PDCA に沿って実施します。（参考資料 2 参照）

ア 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

イ 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

ウ 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する介入

② 対象者の明確化

ア 対象者選定基準の考え方

京都府プログラムに準じ、対象者選定基準を次の３点とします。

- (a) 医療機関未受診者
- (b) 医療機関受診中断者
- (c) 糖尿病治療中の者
 - ・糖尿病性腎症で通院中かつ主治医の許可のある者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないが、高血圧、メタボリックシンドローム等のリスクを有する者

イ 選定基準に基づく該当数の把握

(a) 対象者の抽出

腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とし、レセプトデータ及び特定健診データを活用し、対象者選定基準に基づいて、該当者数を把握します。

表 25

糖尿病性腎症病期分類（改訂）		
病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73m ² ）
第 1 期 （腎症前期）	正常アルブミン尿（30未満）	30以上
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
第 4 期 （腎不全期）	問わない	30未満
第 5 期 （透析療法期）	透析療法中	

糖尿病性腎症病期は、尿アルブミン値と腎機能（eGFR）で分類されます。

本市の特定健診では、尿アルブミン検査は実施しておらず、血清クレアチニン値と尿蛋白（定性）による腎機能（eGFR）のみが把握できます。

しかし、「CKD 診療ガイド 2012」において、尿蛋白（定性）検査で腎症病期の推測が可能とされていることから、尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白について、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（＋）として対象者の選定を行います。（参考資料 3）

(b) 基準に基づく該当者数の把握

平成 28 年度特定健診とレセプトデータから、医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行った結果は、図 12 のとおりです。

平成 28 年度特定健診結果で糖尿病型 (HbA1c6.5%以上) と判定された 487 人(E)のうち、糖尿病未治療者は 133 人 (F) です。

また、40～74 歳のレセプトデータによると、糖尿病の治療を受けている 1,728 人中のうち、平成 28 年度特定健診受診者は 354 人 (G) となっています。

糖尿病の治療中で、特定健診を受けていない人 1,374 人 (I) のうち過去 5 年以内に特定健診の受診歴がある人は 112 人です。受診歴のない人は 1,262 人ですが、検査データが把握できないため、まずは特定健診の受診勧奨を行うなど、医療機関と連携した介入が必要となります。

(c) 介入方法と優先順位

【優先順位 1】糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者

個別訪問、個別面談による受診勧奨を行います。

【優先順位 2】糖尿病の治療中で、重症化するリスクの高い者

主治医の許可を得て連携しながら、個別訪問、個別面談による保健指導・栄養指導を行います。

図 12

A 被保険者数
(40～74歳)
10079人

H 糖尿病治療中
1728人
(内服・注射)
17.1% (H/A)

I H28特定健診未受診
1374人
79.5% (I/H)

E H28年度特定健診受診で糖尿病型
487人
11.6%

G H28年度特定健診受診
354人
72.7% (G/E)
20.5% (G/H)

ア 特定健診受診歴なし
1262人
91.8% (ア/I)

イ 過去に1度でも特定健診受診あり
112人
8.2% (イ/I)

ウ 中断
181人
14.3% (ウ/ア)

エ 継続受診
1081人
85.7% (エ/ア)

オ 中断
44人
39.3% (オ/イ)

カ 継続受診
68人
60.7% (カ/イ)

キ 中断
45人
12.7% (キ/G)

ク 継続受診
309人
87.3% (ク/G)

F H28年度特定健診受診で未治療
133人
27.3% (F/E)

糖尿病管理台帳で把握・管理

糖尿病重症化予防の対象者は、担当地区ごとに糖尿病管理台帳（参考資料４）を作成し、経年的に管理していきます。

糖尿病管理台帳の作成手順

ア 当該年度健診データ結果から、次の対象者及びデータ項目を転記する。

〈対象者〉

- ・ 特定健診の結果 HbA1c6.5%以上の人（糖尿病治療の有無を問わず）
- ・ HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の人、空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上の人
- ・ 過去 5 年間の特定健診データで、1 度でも HbA1c6.5%以上になった人

〈管理データ項目〉

糖尿病治療（服薬の有無） HbA1c 血圧 体重 BMI eGFR 尿蛋白

イ 国保資格を確認する。

ウ 治療状況についてレセプト情報を確認に追記する。

- ・ 服薬状況等の確認（特定健診の問診だけでは、漏れがあるため。）
- ・ 糖尿病、高血圧で治療中の場合は、診療開始日を確認
- ・ 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無（有りの場合は診療開始日を記入）
- ・ がん治療、認知症、手術の有無

エ 健診結果データを確認する。

当該年度と昨年の健診結果データを比較し、検査値が悪化している人など介入が必要な対象者を選定する。

オ 担当地区ごとに介入が必要な対象者数を把握する。（参考資料 5）

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

④ 保健指導の実施

糖尿病管理台帳で把握した介入の必要な対象者に、糖尿病性腎症病期や生活習慣病のリスク因子（血糖、血圧、脂質異常、肥満、喫煙など）を踏まえて、対象者に応じた保健指導を行います。

保健指導にあたっては、まず、健診結果の経年データから、正しく病態が理解できるよう、「糖尿病治療ガイド」「CKD 診療ガイド」等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

対象者の生活習慣改善や治療を継続するための動機づけを強化し、本人が適切な実践行動をとるためには、自身のからだの状態や病態・治療内容などを具体的にイメージしやすいよう、IT などを駆使した保健指導用教材の活用が有効となります。

糖尿病治療ガイドを中心にした重症化予防の資料

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)		資料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ①病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ②自覚症状が乏しいので中断しがち ③初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない →糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する		未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ 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み方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を痛めているリスクは何だろう（グリコカリックス） 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
食事療法・運動療法の必要性 ①糖尿病の病態を理解（インスリン作用不足という） 「代謝改善」という言い方 ②2～3か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 ○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%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 } 6.0%未満		23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ （ 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？ ） 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアニド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量から 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールをみる 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 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 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		

⑤ 医療との連携

治療中の人に保健指導、栄養指導を行う場合は、まず、主治医の許可を得た上で、医療機関と十分な連携をしながら進めます。保健指導、栄養指導の内容は糖尿病連携手帳に記載し、活用します。

また、乙訓医師会との特定健診小委員会等で実施状況を報告し、地域全体の進捗状況について情報共有を行います。

⑥ 介護保険部局との連携

受診勧奨や保健指導を実施する中で、生活支援等の必要な人を把握した場合は地域包括支援センター等の関係機関に情報提供や連携を図ります。

⑦ 評価

データヘルス計画全体の評価に合わせ、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用して、年 1 回、短期評価を行います。(参考資料 6)

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにおける短期的評価項目は次のとおりです。

ア 受診勧奨者に対する評価

- ・ 受診勧奨対象者への介入率
- ・ 医療機関受診率
- ・ 医療機関未受診者への再勧奨を行った人数

イ 保健指導対象者に対する評価

- ・ 保健指導実施率
- ・ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

HbA1c の変化

eGFR の変化 (1 年で 25% 以上の低下、1 年で 5 ml/1.73 m² 以上低下)

尿蛋白の変化

服薬状況の変化

⑧ 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出 (概数の試算)

介入方法の決定

7 月～10 月末 特定健診の実施期間

8 月～通年

特定健診の結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載し、順次対象者に介入する。

(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みは、「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」等各学会ガイドライン等に基づいて進めます。(参考資料 7)

② 対象者の明確化

ア 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」に基づいて選定するものとします。

イ 重症化予防対象者の抽出

(a) 心電図検査からの把握

心電図検査において、ST 変化は心筋虚血を推測する重要な所見であり、その所見のある場合は血圧、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とされています。

平成 28 年度の特定健診受診者 4,217 人のうち、心電図検査を受けた人は 3,870 人 (91.8%) ですが、そのうち 155 人に ST 所見が見られます。(表 26)

これらの人には、心電図における ST 変化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説明し、医療機関での受診を勧奨します。

表 26

心電図検査結果

	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)(%)
平成28年度	4,217	47.3%	3,870	91.8%	155	4.0%	1,094	28.3%	2,621	67.7%

※健診受診率は法定報告数

(b) 心電図検査以外からの把握

虚血性心疾患は、メタボリックシンドロームや LDL コレステロール、CKD (慢性腎臓病) ステージとの関連もあることから、これらの因子もあわせて対象者を把握するものとします。

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患は、まず、対象者が症状を理解し、症状に気づいたら早期に医療機関を受診することが重症化の予防につながります。

保健指導の実施にあたっては、保健指導教材を活用し、対象者が具体的にイメージしやすいような保健指導を行います。

また、治療が必要にもかかわらず医療機関を受診していない人や治療を中断している人には受診勧奨を行います。

虚血性心疾患の治療中であっても、生活習慣病のリスク因子(血糖、血圧、脂質異常、肥満、喫煙など)がある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

イ 対象者の管理

「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) が高リスクであるとされています。

このため、虚血性心疾患重症化予防対象者は、糖尿病管理台帳を活用して管理することとします。

④ 医療との連携

虚血性心疾患の重症化予防対象者については、対象者本人やかかりつけ医のほか、KDB 等を活用して医療情報の収集を行います。

虚血性心疾患の受診勧奨対象者については、必要に応じて医療機関と連携します。

⑤ 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関係機関に情報提供や連携を図ります。

⑥ 評価

データヘルス計画全体の評価に合わせ、糖尿病管理台帳の情報や KDB 等の情報を活用して、年 1 回、短期評価を行います。

虚血性心疾患重症化予防の取組みにおける短期的評価項目は、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とします。

⑦ 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出（概数の試算）

介入方法の決定

7 月～10 月末 特定健診の実施期間

8 月～通年

特定健診の結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載し、順次対象者に介入する。

(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みは、「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」等に基づき進めます。

【脳卒中の分類】

図 14

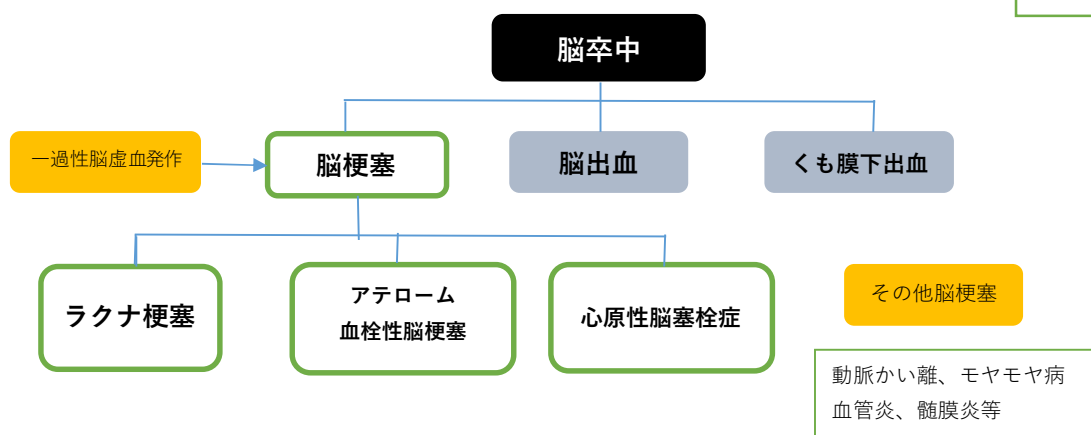


図 15

脳血管疾患とリスク因子

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	メタリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

② 対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患の重症化予防対象者は、健診結果データから、脳血管疾患治療の有無も併せて分析、把握します。

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子となります。(図 15)

平成 28 年度特定健診受診者における重症化予防対象者をみると、Ⅱ度以上の高血圧(160/100 以上)が 202 人(4.8%)で、うち 118 人は未治療者です。(表 27)

さらに、未治療者のうち 52 人(44.1%)には、CKD や心電図などにおいて臓器障害の所見が見られているため、早急に受診勧奨を行う必要があります。

特定健診受診者における重症化予防対象者

表 27

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 4,217人		Ⅱ度高血圧以上 (160/100以上)	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)	LDL180 mg/dl 以上	心房細動	メタリック該当者	尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)
		202人 4.8%	239人 5.7%	129人 3.1%	54人 1.3%	793人 18.8%	82人 1.9% 99人 2.3%
治療なし		118人	114人	115人	9人	137人	13人 16人
治療あり		84人	125人	14人	45人	656人	69人 83人
臓器障害あり		52人 44.1%	41人 36.0%	23人 20.2%	9人 100%	42人 30.7%	13人 100% 16人 100%
臓器障害ありの内	CKD(専門医対象)	5人	12人	1人	0人	3人	13人 16人
	尿蛋白(2+)以上	4人	9人	1人	0人	3人	13人 2人
	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	1人	4人	1人	0人	0人	2人 16人
	心電図所見あり	50人	34人	23人	9人	41人	7人 7人

イ リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患は、高血圧だけでなく、他の危険因子※との組み合わせにより脳・心臓・腎疾患など臓器障害の程度と深く関与します。

平成28年度特定健診結果から作成した「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(表28)」では、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です。

※他の危険因子とは、高齢(65歳以上)、喫煙、脂質異常症、肥満、メタボリックシンドローム、家族歴(50歳未満に発症した心血管病)、糖尿病の7項目です。…「高血圧治療ガイドライン2014」参照

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

表 28

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg) リスク層 (血圧以外のリスク因子)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
2,749		970	747	471	443	95	23	20	246	295
		35.3%	27.2%	17.1%	16.1%	3.5%	0.8%	0.7%	8.9%	10.7%
リスク第1層		309	161	79	42	20	5	2	20	5
		11.2%	16.6%	10.6%	8.9%	4.5%	5.3%	8.7%	100%	2.0%
リスク第2層		1,517	537	416	265	241	50	8	--	241
		55.2%	55.4%	55.7%	56.3%	54.4%	52.6%	34.8%	98.0%	19.7%
リスク第3層		923	272	252	164	182	40	13	--	--
		33.6%	28.0%	33.7%	34.8%	41.1%	42.1%	56.5%	--	79.7%
再 掲 重 複 あ り	糖尿病	210	61	57	31	54	5	2		
		22.8%	22.4%	22.6%	18.9%	29.7%	12.5%	15.4%		
	慢性腎臓病（CKD）	429	152	125	67	64	17	4		
		46.5%	55.9%	49.6%	40.9%	35.2%	42.5%	30.8%		
	3個以上の危険因子	512	126	137	105	108	24	12		
		55.5%	46.3%	54.4%	64.0%	59.3%	60.0%	92.3%		

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

リスク第1層：危険因子がない状態

リスク第2層：糖尿病以外の1～2個の危険因子、3項目を満たすメタボリックシンドロームのいずれかがある状態

リスク第3層：糖尿病、CKD、臓器障害、心血管病、4項目を満たすメタボリックシンドローム、3個以上の危険因子危険因子のいずれかがある状態

ウ 心電図検査における心房細動の実際

心原性脳塞栓症は、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ます。脳梗塞のなかでも「死亡」や「ねたきり」になる頻度が高い疾患ですが、その約30%が心房細動という不整脈が原因とされています。

心房細動は、心電図検査により早期発見が可能です。平成28年度の特定健診受診者のうち、54人に心房細動の所見が見られており、治療を受けていない9人については早急に受診勧奨をする必要があります。（表29）

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		心房細動あり(c)		未治療者(d)		治療中(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	4,217	47.3%	3,870	91.8%	54	1.4%	9	16.7%	45	83.3%

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、保健指導教材を活用し、対象者が具体的にイメージしやすいような保健指導を行います。

また、治療が必要にもかかわらず医療機関に受診していない人や治療を中断している人には受診勧奨を行います。

イ 対象者の管理

(a) 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、未治療者や治療中断者を対象として受診勧奨を行います。

(b) 心房細動の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、経過を継続的に把握していきます。

④ 医療との連携

脳血管疾患の重症化予防対象者については、対象者本人やかかりつけ医のほか、KDB等を活用して医療情報の収集を行います。

脳血管疾患の受診勧奨対象者については、必要に応じて医療機関と連携します。

⑤ 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地域包括支援センター等関係機関に情報提供や連携を図ります。

⑥ 評価

データヘルス計画全体の評価に合わせ、糖尿病管理台帳の情報や KDB 等の情報を活用して、年 1 回、短期評価を行います。

脳血管疾患重症化予防の取組みにおける短期的評価項目は、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とします。

⑦ 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定、対象者の抽出（概数の試算）

介入方法の決定

7 月～10 月末 特定健診の実施期間

8 月～通年

特定健診の結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載し、順次対象者に介入する。

3 ポピュレーションアプローチ

重症化予防対象者に対するハイリスクアプローチに加えて、個人や集団が健康でありたいという意思を行動の変化につなげるためのポピュレーションアプローチを実施します。

（１） 広報・ホームページを活用した啓発

生活習慣病の重症化により必要となる医療費や介護保険等の実態やその背景にある地域特性や社会環境等についても、広く市民に周知します。

（２） 個人へのインセンティブ

平成 29 年度から開始した「健康ポイント事業」を活用し、特定健診やがん検診等の受診率の向上をはかるとともに、健康づくりへの行動が促進される仕組みづくりを行います。

（３） 各種健康教室・健康相談の実施

- ① 特定保健指導の教室型として行う健康教室（平成 29 年度では、「からだいきいき健康教室」、「脂肪燃やしてスリム教室」など）を特定保健指導対象者に限らず、希望する市民も対象に実施します。

- ② 健康ウォークや市民健康講座などの健康づくりイベントを開催します。
- ③ 地域のグループや団体に保健師や管理栄養士が出向いて、健康づくり出前講座を行います。
- ④ 様々な生活習慣病予防健診を受けた後で、健診結果の読み取りや栄養相談、保健指導などを行う「健診結果相談会」を実施します。

(4) その他

若い頃から定期的に健診を受けることにより自主的に健康管理ができるよう「30 歳の健康診査」と「結果相談会」を実施します。

第5章 地域包括ケアシステムの推進

わが国の高齢化は依然として急速に進んでおり、平成37年には高齢者数3,677万人（高齢化率30.0%）に達すると見込まれています。

本市においても、平成29年10月1日現在の高齢化率は26.3%で、介護保険制度が導入された平成12年（10月1日現在）と比べて、高齢者人口が7,351人から14,977人へとおよそ2倍に、高齢化率も13.7%から26.3ポイント増加しています。

このように高齢社会が進む中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムを構築する必要があります。

1 地域ケア会議の充実

地域包括支援センターを中心に、医療、介護等の多職種の協働により高齢者の個別課題の解決を図るとともに、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明らかにします。

2 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができるよう、地域ケア会議等を通じて医療機関と介護事業所等の関係者の連携強化を図り、包括的かつ継続的な在宅医療・介護が提供できるよう努めます。

3 要介護（要支援）認定者の主たる疾病等課題の分析

要介護（要支援）認定者が要介護状態となった疾病等の原因について、KDBやレセプト情報を活用し、分析・課題を抽出し、ターゲット層を抽出します。

4 地域で被保険者を支えるための取組み

地域福祉や介護保険部局等と連携し、高齢者の居場所や生きがいづくり等につながる地域活動の啓発、かかりつけ医や「おくすり手帳」の推奨、介護予防や地域包括ケアシステムの推進に向けた取組みなど、啓発・普及に努めます。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

本計画は、平成 32 年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画最終年度にあたる平成 35 年度においては、次期の計画策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2 評価方法・体制

計画の評価は、健診・医療情報を活用し、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、次の 4 つの指標で行います。

評価における 4 つの指標

図 16

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

特定健診受診率や受療率、医療費等の分析は、担当地区ごとに国保データベース (KDB) システムを活用して定期的に行うものとします。

また、毎年度、国への特定健診実績報告後のデータを用いた経年比較に加えて、個々の健診結果の改善度、重症化予防事業の事業実施状況を取りまとめ、評価を行います。

まとめた評価結果は、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・助言を受けます。

3 データヘルス計画の目標管理

目標管理一覧のとおり、毎年評価を行います。(図 17)

データヘルス計画の目標管理 一覧表

		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
特定 実施 計画 等	中 長 期 デ ー タ ヘ ル ス 計 画	①男女とも腰囲、中性脂肪の基準を超えている人が多く、メタボリックシンドロームの割合が府内、同規模と比較して高い。 ②糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の47.1%を占めており、増加している。	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。	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率65%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35			特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			糖尿病性腎症による人工透析、虚血性心疾患、脳血管疾患の医療費の伸びを抑制する。	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少 糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	2.2% 2.4% 9人										KDBシステム
				メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%以上 健診受診者の高血圧者の割合減少5% (160/100以上) 以上 健診受診者の脂質異常者の割合減少5% (LDL180以上) 以上 健診受診者の糖尿病者の割合減少5% (HbA1c6.5以上) 以上 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合30%以上 糖尿病の保健指導を実施した割合10%以上	24.4% 4.8% 3.1% 5.7%										
				がん検診受診率 胃がん検診 5%以上 肺がん検診 5%以上 大腸がん検診 15%以上 子宮頸がん検診 15%以上 乳がん検診 15%以上	2.4% 3.0% 13.4% 9.6% 11.5%										
保険 者 努 力 支 援 制 度	大腸がんによる死亡率が国と比較して高い。 H20～24 標準化死亡比 115.8	がんの早期発見、早期治療	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用による医療費の削減	健康ポイント事業への参加者数 200人以上 後発医薬品の使用割合 60%以上											厚生労働省公表結果

図 17

第7章 計画の策定・公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の策定・公表・周知

計画は、保険者としての取組方針を示し、趣旨を理解し積極的な協力や意見を得るために、パブリック・コメントを実施して策定するとともに、ホームページや市広報を通じて、広く市民全体に計画を公表し周知します。

計画に掲載したデータを活用して、被保険者の十分な協力を得るために、特定健診や特定保健指導、生活習慣病の発症や重症化予防の必要性についての情報提供や啓発活動を推進します。

また、地区医師会や保健医療等の関係者、保険者運営協議会等関係団体の理解や協力を促進するためのツールとして、計画の要旨等をまとめた概要版を作成します。

2 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインは基より、向日市個人情報保護条例を遵守して、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を行います。

参考資料

- 参考資料 1 国・京都府・同規模平均を比べてみた向日市の位置
- 参考資料 2 糖尿病性腎症重症化予防の基本的なとりくみの流れ
- 参考資料 3 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 6 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

【参考資料1】

国・京都府・同規模平均と比べてみた向日市の位置

項目				H25		向日市		同規模平均		京都府		国		データ元 (CSV)
				向日市		向日市		同規模平均		京都府		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	53,730		53,730		18,346,852		2,538,269		124,852,975			
		65歳以上（高齢化率）	11,665	21.7	11,665	21.7	4,430,444	24.1	596,453	23.5	29,020,766	23.2	KDB,NO.5 人口の状況	
		75歳以上	4,757	8.9	4,757	8.9			282,579	11.1	13,989,864	11.2	KDB,NO.3	
		65～74歳	6,908	12.9	6,908	12.9			313,874	12.4	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		40～64歳	18,081	33.7	18,081	33.7			833,368	32.8	42,411,922	34.0		
	39歳以下	23,984	44.6	23,984	44.6			1,108,448	43.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	1.1		1.1		6.1		2.3		4.2		KDB,NO.3	
		第2次産業	26.3		26.3		28.9		24.0		25.2		健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第3次産業	72.6		72.6		65.0		73.7		70.6			
	③ 平均寿命	男性	80.6		80.6		79.6		80.2		79.6		KDB,NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.1		87.1		86.3		86.6		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.8		65.8		65.3		65.5		65.2				
	女性	67.2		67.2		66.8		67.0		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	95.2		88.8		100.0		96.2		100		KDB,NO.1 地域全体像の把握
			女性	89.6		97.6		100.9		98.4		100		
		死因	がん	116	46.6	131	49.4	54,818	48.1	7,734	50.8	367,905	49.6	
			心臓病	68	27.3	83	31.3	30,930	27.1	4,149	27.2	196,768	26.5	
			脳疾患	39	15.7	28	10.6	18,797	16.5	2,109	13.8	114,122	15.4	
			糖尿病	3	1.2	2	0.8	2,153	1.9	255	1.7	13,658	1.8	
			腎不全	9	3.6	15	5.7	3,750	3.3	538	3.5	24,763	3.3	
			自殺	14	5.6	6	2.3	3,547	3.1	450	3.0	24,294	3.3	
	② 早世予防か らみた死亡 (65歳未満)	合計	60	14.8	44	10.7			2,725	10.7	151,274	11.9	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	40	17.9	30	15.2			1,789	13.9	100,891	15.3		
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	2,296	19.2	2,579	21.9	891,715	20.2	144,172	23.9	5,882,340	21.2	KDB,NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	42	0.3	38	0.3	15,309	0.3	2,270	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者	69	0.4	53	0.3	21,986	0.4	3,216	0.4	151,745	0.4	
② 有病状況		糖尿病	624	26.0	770	29.7	203,607	21.9	32,597	16.8	1,343,240	21.9		
		高血圧症	1,242	52.4	1,425	53.7	478,594	51.8	74,188	38.2	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	799	33.6	962	36.8	255,994	27.6	46,995	23.9	1,733,323	28.2		
		心臓病	1,479	62.8	1,673	63.7	545,522	59.1	86,589	44.8	3,511,354	57.5		
		脳疾患	633	26.8	640	24.8	239,267	26.2	35,414	18.5	1,530,506	25.3		
		がん	287	11.9	373	14.3	92,924	10.0	18,527	9.4	629,053	10.1		
		筋・骨格	1,353	57.1	1,463	56.1	468,953	50.8	79,035	40.6	3,051,816	49.9		
		精神	790	33.4	931	35.6	330,813	35.6	50,048	25.8	2,141,880	34.9		
③ 介護給付費		1件当たり給付費（全体）	57,417		54,506		61,236		53,579		58,349			
		居宅サービス	38,016		36,707		40,245		34,906		39,683			
		施設サービス	300,657		290,754		278,146		293,631		281,115			
④ 医療費等		要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	9,104		9,456		8,026		8,760		7,980		
	認定なし	3,597		3,646		3,809		4,019		3,822				
4	① 国保の状況	被保険者数	13,664		12,358		4,516,485		674,175		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	5,810	42.5	5,753	46.6			265,467	39.4	12,462,053	38.2		
		40～64歳	4,406	32.2	3,751	30.4			216,416	32.1	10,946,693	33.6		
		39歳以下	3,448	25.2	2,854	23.1			192,292	28.5	9,178,477	28.2		
	② 医療の概況 (人口千 対)	加入率	25.4		23.0		24.7		26.6		26.9		KDB,NO.1 地域全体像の把握 KDB,NO.5 被保険者の状況	
		病院数	1	0.1	1	0.1	1257	0.3	174	0.3	8,255	0.3		
		診療所数	40	2.9	44	3.6	12,813	2.8	2,459	3.6	96,727	3.0		
		病床数	210	15.4	210	17.0	227,288	50.3	35,883	53.2	1,524,378	46.8		
		医師数	54	4.0	60	4.9	33,690	7.5	8,516	12.6	299,792	9.2		
		外来患者数	682.8		753.4		688.2		646.8		668.3			
		入院患者数	17.3		18.8		19.8		17.5		18.2			
		一人当たり医療費	25,266	県内6位 同規模81位	28,849	県内3位 同規模45位	25,582		24,739		24,253			
	③ 医療費の 状況	受診率	700.012		772.178		708.019		664.301		686.501		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	
		外 費用の割合	59.9		60.2		59.3		59.6		60.1			
		来 件数の割合	97.5		97.6		97.2		97.4		97.4			
		入 費用の割合	40.1		39.8		40.7		40.4		39.9			
		院 件数の割合	2.5		2.4		2.8		2.6		2.6			
		1件あたり在院日数	14.8日		14.6日		16.2日		14.7日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源使 病名（調剤含 む）	がん	646,725,140		715,483,250		25.0		28.7		25.6		KDB,NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
	慢性腎不全（透析あり）	289,200,520		306,521,100		9.5		9.7		9.7				
	糖尿病	214,517,930		228,666,570		10.1		9.0		9.7				
	高血圧症	260,851,070		191,744,940		8.9		7.9		8.6				
	精神	241,737,920		260,213,560		17.6		13.0		16.9				
	筋・骨格	362,879,170		393,854,260		14.9		16.5		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	676,955	12位 ⁽¹⁷⁾	664,600	15位 ⁽¹⁶⁾										KDB、NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
				高血圧	693,001	16位 ⁽¹⁷⁾	721,280	12位 ⁽¹⁷⁾														
				脂質異常症	634,606	16位 ⁽¹⁷⁾	714,320	5位 ⁽¹⁷⁾														
				脳血管疾患	649,678	23位 ⁽¹⁸⁾	711,330	15位 ⁽¹⁸⁾														
				心疾患	791,223	11位 ⁽¹⁴⁾	903,150	5位 ⁽¹³⁾														
				腎不全	821,475	15位 ⁽¹⁵⁾	808,702	15位 ⁽¹⁶⁾														
				精神	501,921	17位 ⁽²⁴⁾	534,227	17位 ⁽²⁴⁾														
		府内順位 順位総数37	悪性新生物	679,687	13位 ⁽¹⁴⁾	733,844	5位 ⁽¹²⁾															
			入院の（ ） 内は在院日数	外来	糖尿病	33,031	29位	34,761	25位													
					高血圧	30,968	18位	31,715	19位													
					脂質異常症	26,144	29位	28,052	17位													
					脳血管疾患	37,376	19位	39,805	14位													
					心疾患	47,813	13位	52,439	7位													
	腎不全	205,103			8位	204,126	12位															
	精神	30,846			12位	33,014	9位															
	悪性新生物	47,713	21位	53,802	22位																	
	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	3,099		3,738		2,411		1,486		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	12,110		12,455		12,679		14,130		12,683									
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,199		9,898		6,634		4,442		5,940									
			健診未受診者	32,039		32,978		34,890		42,231		36,479										
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	2,169	54.0	2,149	52.6	669,151	55.7	61,730	55.1	4,116,530	55.9					KDB、NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	2,044	50.9	2,026	49.6	617,720	51.5	56,509	50.5	3,799,744	51.6										
		医療機関非受診率	125	3.1	123	3.0	51,431	4.3	5,221	4.7	316,786	4.3										
5	特定健診の 状況	府内順位 順位総数37	①	健診受診者	4,017		4,088		1,200,553		111,956		7,362,845									
			②	受診率	43.0	県内10位 同規模60位	47.1	県内8位 同規模43位	38.0	24.9	全国45位	34.0										
			③	特定保健指導終了者（実施率）	94	23.2	254	61.1	7355	5.2	197	1.4	35,557	4.1								
			④	非肥満高血糖	301	7.5	321	7.9	119,080	9.9	9,545	8.5	687,157	9.3								
			⑤	メタボ	該当者	704	17.5	774	18.9	209,544	17.5	18,347	16.4	1,272,714	17.3							
					男性	466	28.9	505	30.9	142,004	27.4	12,997	26.0	875,805	27.5							
					女性	238	9.9	269	11.0	67,540	9.9	5,350	8.6	396,909	9.5							
					予備群	420	10.5	437	10.7	128,835	10.7	12,009	10.7	790,096	10.7							
			⑥		男性	261	16.2	304	18.6	88,450	17.1	8,770	17.5	548,609	17.2							
					女性	159	6.6	133	5.4	40,385	5.9	3,239	5.2	241,487	5.8							
			⑦	メタボ 該当・予 備群レ ベル	順位総数37	腹囲	総数	1,229	30.6	1,362	33.3	379,261	31.6	34,383	30.7	2,320,533	31.5			KDB、NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
							男性	802	49.8	898	54.9	257,437	49.7	24,661	49.3	1,597,371	50.1					
						BMI	女性	427	17.7	464	18.9	121,824	17.9	9,722	15.7	723,162	17.3			KDB、NO.1 地域全体像の把握		
							総数	131	3.3	121	3.0	57,060	4.8	4,203	3.8	346,181	4.7					
						血糖のみ	男性	18	1.1	14	0.9	8,477	1.6	685	1.4	55,460	1.7					
							女性	113	4.7	107	4.4	48,583	7.1	3,518	5.7	290,721	7.0					
						血糖のみ	24	0.6	21	0.5	8,214	0.7	721	0.6	48,685	0.7						
						血糖のみ	255	6.3	269	6.6	88,982	7.4	8,096	7.2	546,667	7.4						
						脂質のみ	141	3.5	147	3.6	31,639	2.6	3,192	2.9	194,744	2.6						
血糖・血圧	93	2.3				75	1.8	32,969	2.7	2,822	2.5	196,978	2.7									
血糖・脂質	26	0.6				50	1.2	11,910	1.0	1,080	1.0	69,975	1.0									
血圧・脂質	379	9.4				403	9.9	101,012	8.4	9,137	8.2	619,684	8.4									
血糖・血圧・脂質	206	5.1				246	6.0	63,653	5.3	5,308	4.7	386,077	5.2									
6	生活習慣の 状況	服薬 既往 歴	①	高血圧	1,416	35.3	1,433	35.1	412,372	34.4	34,254	30.6	2,479,216	33.7								
			糖尿病	328	8.2	349	8.5	93,059	7.8	7,671	6.9	551,051	7.5									
			脂質異常症	1,256	31.3	1,286	31.5	286,600	23.9	26,621	23.8	1,738,149	23.6									
			脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	138	3.4	147	3.6	37,598	3.2	3,082	2.8	230,777	3.3									
			心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	249	6.2	300	7.4	68,046	5.9	6,133	5.6	391,296	5.5									
			腎不全	36	0.9	42	1.0	7,528	0.7	893	0.8	37,041	0.5									
			貧血	472	11.8	484	11.9	116,827	10.1	9,859	9.1	710,650	10.1									
			喫煙	526	13.1	523	12.8	158,016	13.2	16,318	14.6	1,048,171	14.2									
			週3回以上朝食を抜く	246	6.2	238	5.9	72,002	7.1	7,872	8.6	540,374	8.5									
			週3回以上食後間食	395	9.9	452	11.2	111,439	10.9	12,488	13.6	743,581	11.8									
			週3回以上就寝前夕食	475	11.9	462	11.4	149,833	14.5	14,522	15.8	983,474	15.4									
			食べる速度が速い	924	23.1	955	23.5	254,684	25.1	26,830	29.2	1,636,988	25.9			KDB、NO.1 地域全体像の把握						
			20歳時体重から10kg以上増加	1,211	30.3	1,246	30.7	326,322	31.6	29,133	31.9	2,047,756	32.1									
			1回30分以上運動習慣なし	2,163	54.2	2,204	54.4	605,529	58.4	54,290	59.1	3,761,302	58.7									
1日1時間以上運動なし	1,868	46.8	1,920	47.4	460,802	44.4	46,554	50.8	2,991,854	46.9												
睡眠不足	977	24.6	1,029	25.6	250,124	24.3	26,508	29.0	1,584,002	25.0												
毎日飲酒	1,114	27.9	1,077	26.6	278,304	24.6	30,219	27.9	1,760,104	25.6												
時々飲酒	862	21.6	825	20.4	237,249	21.0	23,437	21.7	1,514,321	22.0												
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	2,024	71.1	2,038	70.7	467,405	64.5	36,014	60.4	3,118,433	64.1										
		1～2合	580	20.4	578	20.0	172,836	23.9	15,387	25.8	1,158,318	23.8										
		2～3合	191	6.7	207	7.2	66,425	9.2	6,050	10.1	452,785	9.3										
		3合以上	51	1.8	61	2.1	17,859	2.5	2,210	3.7	132,608	2.7										

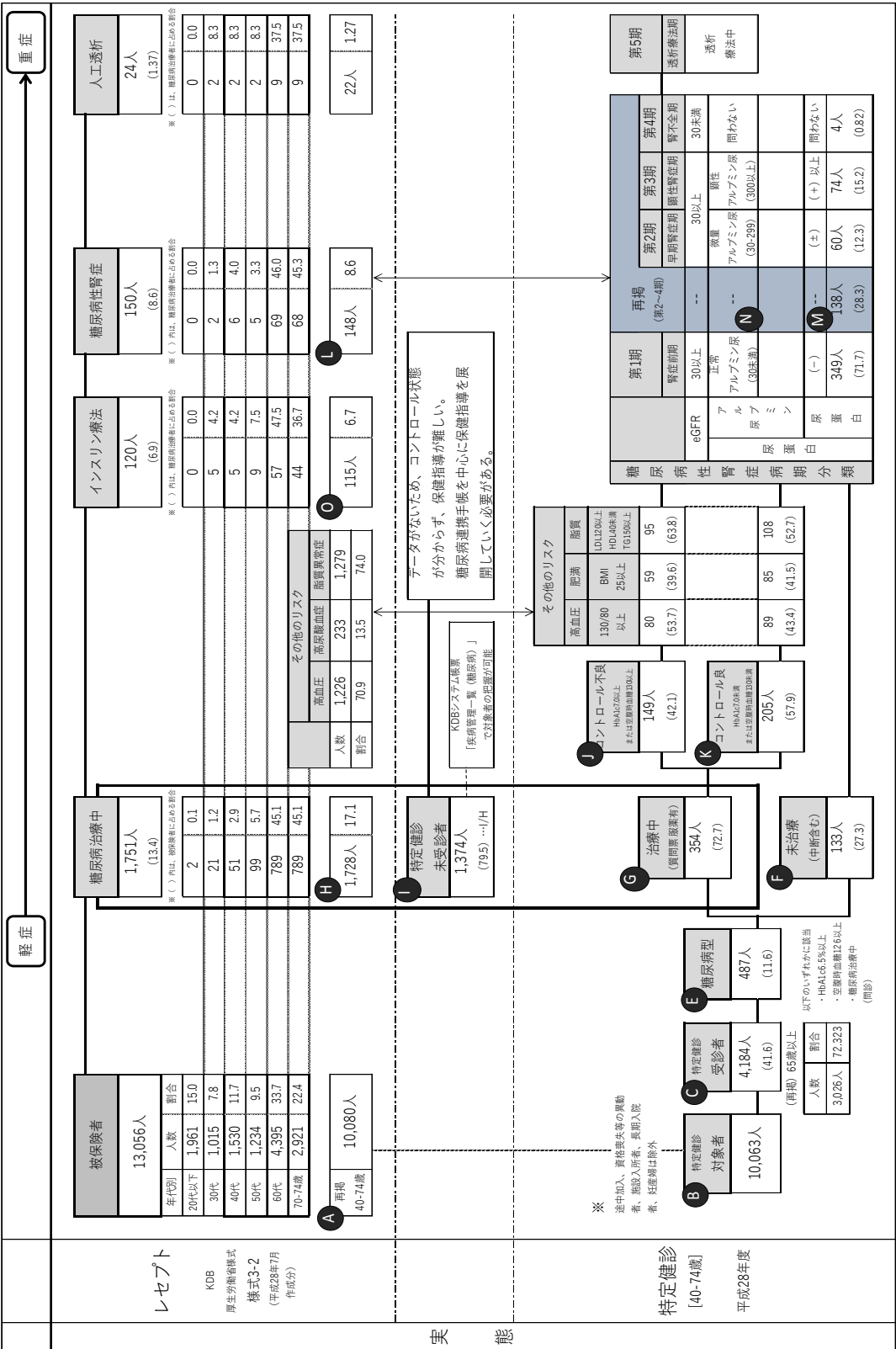
糖尿病性腎症重症化予防の基本的なとりくみの流れ

【参考資料2】

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	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成（国保・衛生・広域等）	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業の構想を練る（予算等）	○			□
5		医師会等への相談（情報提供）	○			□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
10		介入方法の検討		○		□
11		予算・人員配置の確認	○			□
12		実施方法の決定		○		□
13		計画書策定		○		□
14		募集方法の決定		○		□
15		マニュアル作成		○		□
16		保健指導等の準備		○		□
17		（外部委託の場合） 事業者との協議、関係者への共有	○			□
18		個人情報の取り決め	○			□
19		苦情、トラブル対応	○			□
20	D 受 診 勧 奨	介入開始（受診勧奨）		○		□
21		記録、実施件数把握			○	□
22		かかりつけ医との連携状況確認		○		□
23		レセプトにて受診状況把握			○	□
24	D 保 健 指 導	募集（複数の手段で）		○		□
25		対象者決定		○		□
26		介入開始（初回面談）		○		□
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か月後実施状況評価			○	□
32		6か月後評価（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さらなる展図表15改変

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料4】

糖尿病管理台帳

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

【参考資料5】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度

担当者名：

担当地区：

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 (④+⑥) () 人																
	④健診未受診者 () 人		1. 資格喪失（死亡、転出）の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因		○健診データを本人から ○レセプトの確認協力												
	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">結果把握（内訳）</th></tr></thead><tbody><tr><td>①国保（生保）</td><td>() 人</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td>() 人</td></tr><tr><td>③他保険</td><td>() 人</td></tr><tr><td>④住基異動（死亡・転出）</td><td>() 人</td></tr><tr><td>⑤確認できず</td><td>() 人</td></tr></tbody></table>		結果把握（内訳）		①国保（生保）	() 人	②後期高齢者	() 人	③他保険	() 人	④住基異動（死亡・転出）	() 人	⑤確認できず	() 人	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
	結果把握（内訳）																
	①国保（生保）	() 人															
②後期高齢者	() 人																
③他保険	() 人																
④住基異動（死亡・転出）	() 人																
⑤確認できず	() 人																
①－1 未治療者（中断者含む） () 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. 訪問 ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認 -----		かかりつけ医、糖尿病専門医													
⑥結果把握 () 人		4. 結果が動く ○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													
保健指導の優先づけ	①HbA1cが悪化している () 人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している () 人																
	②尿蛋白 (－) () 人 (±) () 人 (+)～顕性腎症 () 人																
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 () 人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 () 人				腎専門医												

【参考資料 6】

糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目				突 合 表	保険者								同規模保険者(平均)		データ基
					28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数266				
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数		A	13,056人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲) 40～74歳			10,080人										
2	①	対象者数		B	8,631人								特定健康診査・特定保健指導 実施結果報告(法定報告)		
	②	受診者数		C	4,085人										
	③	受診率			0.5%										
3	①	特定保健指導対象者数			399人										
	②	実施率			63.9%										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	487人	11.6%							特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	133人	27.3%									
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	354人	72.7%									
	④		コントロール不良 HbA1c 7.0以上または空腹時血糖130以上	J	149人	42.1%									
	⑤				血圧 130/80以上	80人	53.7%								
	⑥				肥満 BMI25以上	59人	39.6%								
	⑦		コントロール良 HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	205人	57.9%									
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	349人	71.7%									
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		60人	12.3%									
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		74人	15.2%									
	⑪		第4期 eGFR30未満		4人	0.8%									
5	①	レセプト	糖尿病受診率(被保険者千対)		134.1人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲) 40～74歳(被保険者千対)		171.4人										
	③		レセプト件数 (40～74歳)	入院外(件数)	7,156件	(753.0)					9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④		()内は受診者千対		57件	(6.0)					65件	(5.0)			
	⑤		糖尿病治療中	H	1,751人	13.4%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		(再掲) 40～74歳		1,728人	17.1%									
	⑦		健診未受診者	I	1,374人	79.5%									
	⑧		インスリン治療	O	120人	6.9%									
	⑨		(再掲) 40～74歳		115人	6.7%									
	⑩		糖尿病性腎症	L	150人	8.6%									
	⑪		(再掲) 40～74歳		148人	8.6%									
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	1.37%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
	⑬		(再掲) 40～74歳		22人	1.27%									
	⑭		新規透析患者数		9										
	⑮		(再掲) 糖尿病性腎症		4										
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1,993人	1.1%									
6	①	医療費	総医療費		44億2566万円						53億6462万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
	②		生活習慣病総医療費		24億8515万円						30億4443万円				
	③		(総医療費に占める割合)		56.2%						56.8%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,899円						7,618円				
	⑤			健診未受診者	33,002円						33,667円				
	⑥		糖尿病医療費		2億2922万円						3億0618万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.2%						10.1%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費		7億8797万円										
	⑨		1件あたり		34,761円										
	⑩		糖尿病入院総医療費		4億3465万円										
	⑪		1件あたり		664,600円										
	⑫		在院日数		16日										
	⑬		慢性腎不全医療費		3億3037万円						3億0863万円				
	⑭		透析有り		3億0652万円						2億8998万円				
	⑮		透析なし		2385万円						1864万円				
7	①	介護	介護給付費		35億1340万円						49億7433万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		4件	13.8%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.5%					8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク	
①心電図	心電図所見なし	□ST変化		⑤重症化予防対象者
		□その他所見		

↓

②問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤重症化予防対象者
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧		

↓

③健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~		
	□BMI	~24.9	25~		
	□中性脂肪	空腹 ~149	150~299	300~	
		食後 ~199	200~		
	□HDL-C	40~	35~39	~34	
	□nonHDL-C	~149	150~169	170~	
	□ALT	~30	31~50	51~	
	□γ-GT	~50	51~100	101~	
	□血糖	空腹 ~99	100~125	126~	【軽度】 □75g糖負荷試験
		食後 ~139	140~199	200~	【重度】 □眼底検査
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~	□尿アルブミン/クレアチニン比
	□血圧	収縮期 ~129	130~139	140~	□24時間血圧
		拡張期 ~84	85~89	90~	(夜間血圧・職場高血圧の鑑別)
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~	
④ □LDL-C		~119	120~139	140~	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無
eGFR			60未満		
尿蛋白		(-)	(+) ~		
□CKD重症度分類			G3aA1		

↓

⑤重症化予防対象者
