

阿蘇市国民健康保険
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
（平成30年度～平成35年度）



平成30年3月 阿蘇市

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健診等実施計画

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
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	9
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	27
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	33
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	55

第6章 計画の評価・見直し	56
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	57
参考資料	58

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査^{*1}及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書^{*2}（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベースシステム（KDB）^{*3}（以下「KDB」という。）などの整備により、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り組みを行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度^{*4}である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{*5}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・改善等を行うものとした。

阿蘇市においては平成27年度に第1期のデータヘルス計画を策定し、生活習慣病をはじめ被保険者の健康増進、重症化予防に取り組んできた。今回は国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「計画」という。）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推進することにより、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

*1 特定健康診査：糖尿病や高血圧などの生活習慣病予防対策（発症予防、重症化抑制）、医療費抑制を目的に実施するメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）（以下「メタボ」という。）に着目した健康診査。対象者は40～74歳。

- *2 診療報酬明細書：患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合など）に請求する医療費の明細書
- *3 国保データベースシステム（KDB）：国保中央会が開発したデータの分析システムのこと。医療だけでなく健診情報や介護認定情報も併せて分析できる。
- *4 インセンティブ制度：業務の成果や実績に応じて報酬等を変化させる制度。
- *5 PDCAサイクル：業務管理の手法の一つ。Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）を継続的に繰り返し、業務改善を行う。

2. 計画の位置付け

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、特定健診データやレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「第4次熊本21ヘルスプラン（熊本県健康増進計画）」、「第3期熊本県における医療費の見通しに関する計画」や「阿蘇市健康増進計画」、「阿蘇市介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある。【図表1・2・3】

「阿蘇市国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画」は国保保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導*の具体的な実施方法を定めるものであるため、データヘルス計画と一体的に策定する。

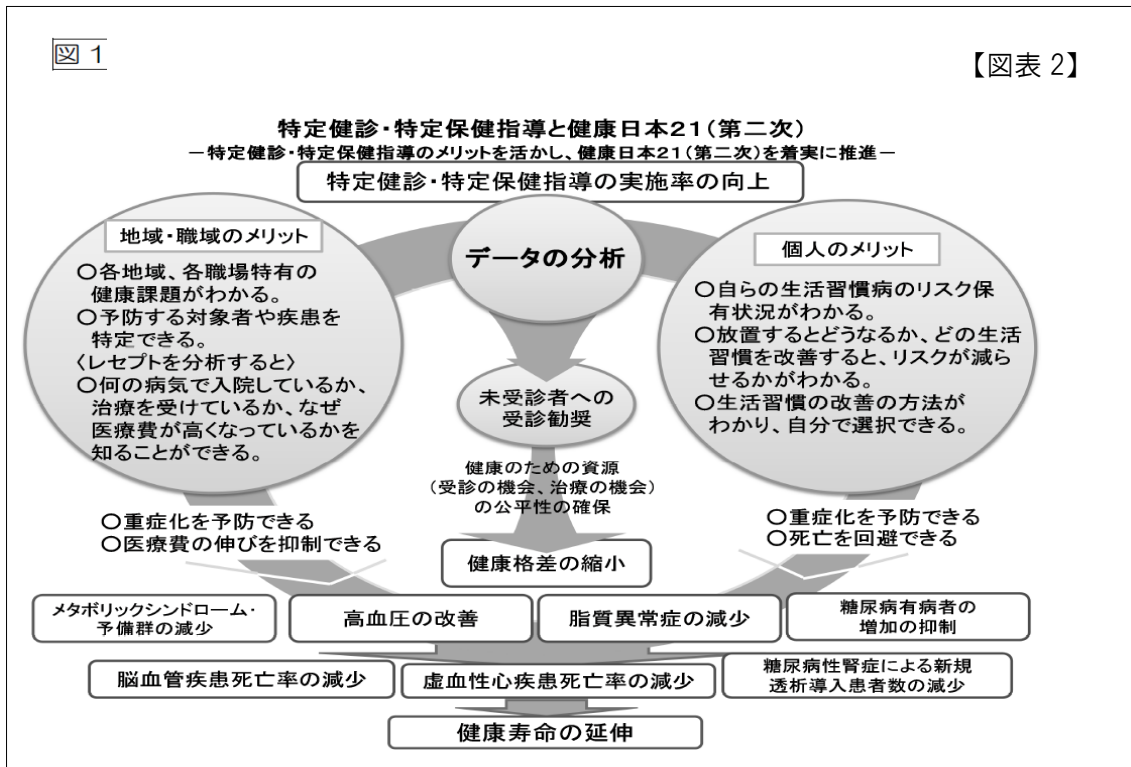
- * 特定保健指導：特定健診の結果から、メタボから起きる生活習慣病のリスクが高い方に対して、医師、保健師、管理栄養士、看護師などが行う保健指導。リスクに応じて、動機づけ支援と積極的支援がある。

【図表 1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
* 健康増進事業法とは、健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施法)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 〔国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正〕	厚生労働省 老健局 平成28年9月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療費適正化に関する指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第1次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防を図るとともに、糖尿病等を予防することができれば、重症化を減らすことができ、さらに重症化や合併症の発症を遅く、入院患者数を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の質の向上を図ることが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするもの等、的確に実施するために取り組むものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組について、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政強化が図られることは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となること等の予防又は、要介護状態等への転落もしくは重症化の防止を理念としている	国民健康保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 生活習慣病 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健康診査に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦少子高齢化率・少子化率 ⑧糖尿病・脂質異常症 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩運動・社会参加の促進率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健康診査の実施率を参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③7Lコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外米 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③少子高齢化率・少子化率の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①S疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
その他						

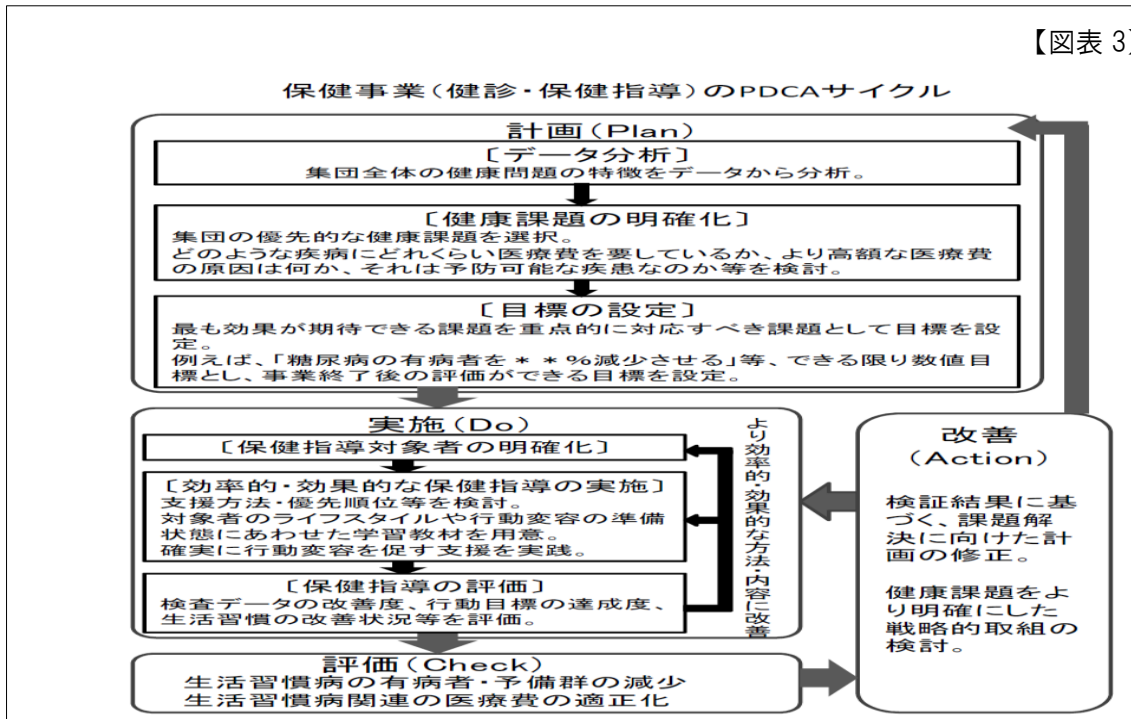
図 1

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

阿蘇市においては、ほけん課国保・年金係が主体となり計画を策定するが、住民の健康の保持増進に関わる保健予防係の専門職（保健師・管理栄養士）、高齢者医療係・介護保険係と連携しながら阿蘇市一体となった計画策定を進めていく。また、生活保護部局（福祉課）、財政課とも十分連携していく。

更に、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。 【図表4】

2) 外部有識者等の役割

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

(1) 国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を行う委員会である。阿蘇市は、計画策定や評価について支援を求めている。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、阿蘇市は、国保連合会の実施する保険者等の職員向け研修や技術指導に積極的に参加し、支援を求める。

(2) 熊本県との連携

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

このため、阿蘇市は計画素案について、熊本県健康福祉部健康局健康づくり推進課、国保・高齢者医療課と意見交換を行い、連携に努める。

また、阿蘇保健所の開催する保健医療関係会議等において、計画実施に関する助言を

受けることとする。

(3) 阿蘇郡市医師会との連携

阿蘇市は、阿蘇郡市医師会をはじめ地域の保健医療従事者との連携を円滑に行うため努力する。

(4) 他保険者との連携

阿蘇市では、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等のデータ、NDB*等を活用し「阿蘇圏域地域・職域連携会議」等の機会に、情報交換を深めることが重要である。【図表4】

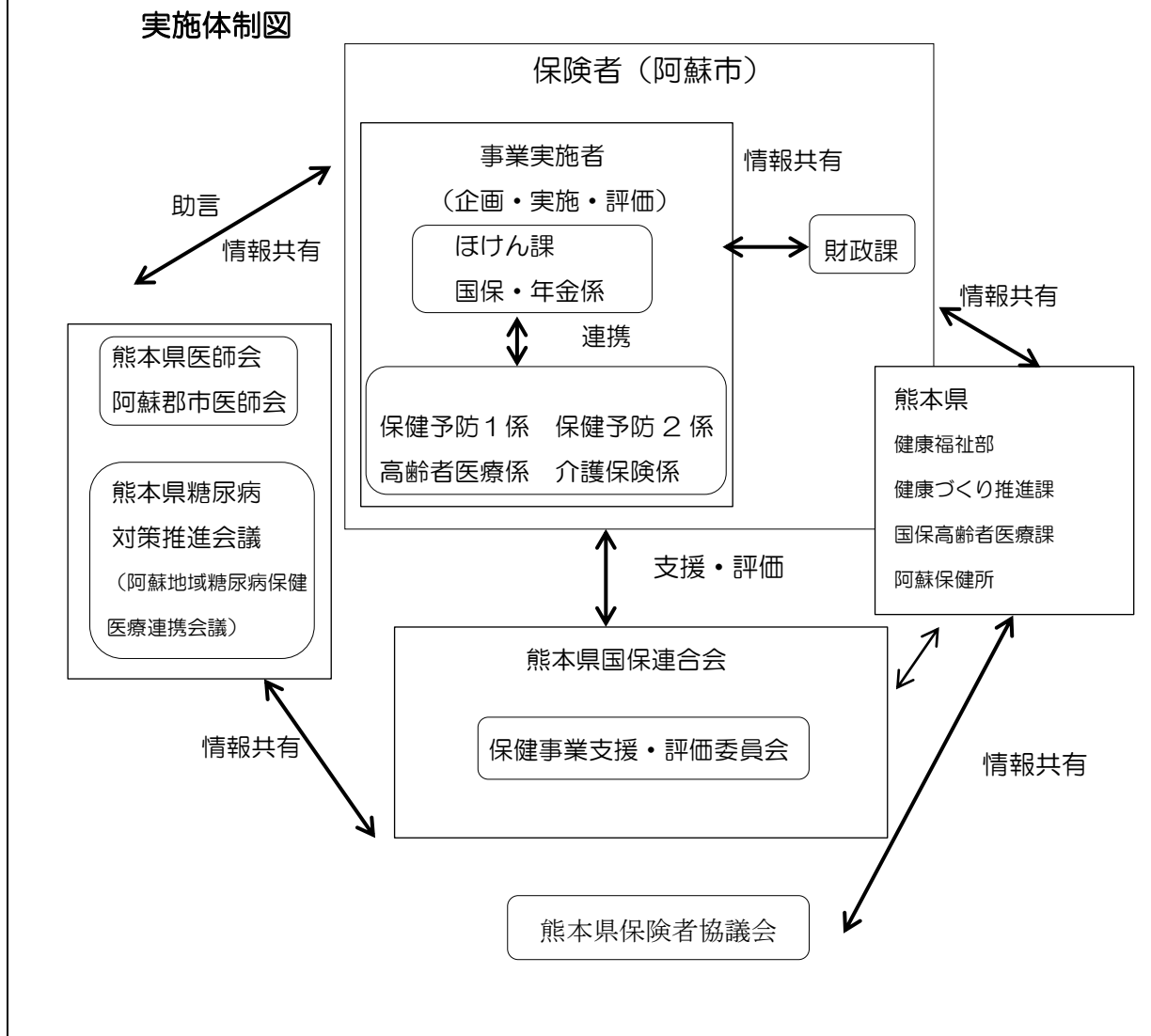
3) 被保険者の役割

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。

* NDB 厚生労働省が平成21年に構築した〈レセプト情報・特定健診等情報データベース〉の通称
日本国民の医療の実態を全数に近い割合で評価できる。

阿蘇市の実施体制図

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では、新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成 30 年度から本格実施。)

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。【図表 5】

【図表 5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		390			
総得点(体制構築加点含む)		218			
全国順位(1,741市町村中)		585			
共通 ①	特定健診受診率	10			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	6			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	—			50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

阿蘇市では、生活習慣病（特に糖尿病）に起因した人工透析患者の減少を重点課題とした。課題解決のためにメタボによる高インスリン状態の減少、糖尿病をはじめとする生活習慣病患者の重症化予防の減少を短期目標とし、人工透析に至る過程で発生する血管障害（腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患）の減少を中長期目標として保健事業に取り組んできた。

中長期目標疾患の治療状況と医療費を見ると、腎不全（透析有）患者が糖尿病を合併する率は、平成25年度46.7%から平成28年度46.6%のとやや低下している。糖尿病患者における「糖尿病性腎症」の割合、「人工透析」の割合はそれぞれ低下した。脳血管疾患、虚血性心疾患においては、患者数が増加したものの医療費は抑制されている。1件当たりの費用額が抑制されていることを示し、より高額な治療費が必要となる状態が減少していると考える。しかし、医療費全体に占める目標疾患（生活習慣病）の費用割合は同規模自治体^{*1}（以下「同規模」という。）に比較してまだまだ高い状況にある。

標準化医療費^{*2}を見ると、平成25年度～平成27年度の3年間の「地域差指数^{*3}」平均が1.120となっており全国と比較して高く、熊本県14市中では7番目である。しかし、平成25年度には入院の「地域差指数」が1.285だったが、平成27年度には1.245へ低下した事で全体の地域差指数も低下した。

医療機関受療率の増加については、特定健診受診後の適正な医療機関受診行動の結果により早期受診、重症化予防につながっていると推測できる。

重症化の指標となる介護の状況では介護認定率は全体では上昇したものの、1件当たりの介護給付費の低下がみられた。早世（65歳未満の死亡）の割合が全国よりも低いことや40～64歳の2号認定率は減少傾向にあることから、若い層の障害予防につながっていると考える。被保険者の高齢化により、中長期疾患を複数合併する人が増加すると考えられること、要介認定者の有病率や特定健診の結果から、メタボと糖尿病の重症化予防対策を今後も継続していく必要がある。【図表6・7】

*1 同規模：KDBでは同規模自治体と比較ができる機能があり、人口規模に応じて13段階に区分され、当市は「同規模区分4」に分類される。「同規模区分4」は全国で242市ある。

*2 標準化医療費 地域1人当たりの医療費を人口構成割合に応じて調整したもの。

*3 地域差指数 全国平均の「標準化医療費」を1とした時の、その地域の指数。

【図表6】

○=同規模平均と比較して数値が悪い項目 ↑=平成25年と比較して数字が増加 ↓=数値が下降

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた阿蘇市の位置 経年評価										参考資料1				
項目		阿蘇市H25		阿蘇市H28		同規模平均		県		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	28,241		28,241		9,030,767		1,794,477		124,852,975		KDB.No.5 人口の状況 KDB.No.3 健診・医療・介護 データからみられる地域 の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	9,081	32.2	9,081	32.2	2,626,654	29.1	462,261	25.8	28,020,766	23.2		
		75歳以上	5,287	18.7	5,287	18.7			253,517	14.1	13,989,864	11.2		
		65~74歳	3,794	13.4	3,794	13.4			208,744	11.6	15,030,902	12.0		
		40~64歳	9,445	33.4	9,445	33.4			602,031	33.5	42,411,922	34.0		
	39歳以下	9,715	34.4	9,715	34.4			730,185	40.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	17.3		17.3		11.4		10.5		4.2		KDB.No.3 健診・医療・介護 データからみられる地域 の健康課題	
		第2次産業	22.2		22.2		27.5		21.2		25.2			
		第3次産業	60.5		60.5		61.1		68.4		70.6			
	③ 平均寿命	男性	78.8		78.8		79.2		80.3		79.6		KDB.No.1 地域全体像の把握	
		女性	87.5		87.5		86.4		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	63.6		63.5		65.1		65.3		65.2		KDB.No.1 地域全体像の把握		
	女性	66.8		66.8		66.8		66.7		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	95.6		95.2		104.8		94.7		100		KDB.No.1 地域全体像の把握	
		がん	85	45.0	101	47.6	32,164	46.4	5,499	48.4	367,905	49.6		
		心臓病	44	23.3	51	24.1	19,517	28.2	3,135	27.6	196,768	26.5		
		脳疾患	39	20.6	43	20.3	11,781	17.0	1,774	15.6	114,122	15.4		
		糖尿病	5	2.6	2	0.9	1,340	1.9	183	1.6	13,658	1.8		
		腎不全	5	2.6	7	3.3	2,559	3.7	449	3.9	24,763	3.3		
		自殺	11	5.8	8	3.8	1,902	2.7	332	2.9	24,294	3.3		
	② 早死予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	27		7.11				1,948		9.11		厚労省HP 人口動態調査	
		男性	25		12.56				1,249		12.57			
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,971	21.4	2,112	23.3	539,524	20.5	108,753	23.3	5,882,340	21.2	KDB.No.1 地域全体像の把握
			新規認定者	39	0.3	31	0.3	8,953	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
2号認定者			32	0.4	32	0.3	11,164	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4		
② 有病状況		糖尿病	382	19.0	483	21.8	125,517	22.3	24,059	21.2	1,343,240	21.9	KDB.No.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	1,259	61.9	1,312	61.7	305,818	54.6	64,201	57.3	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	569	28.2	673	31.9	159,712	28.3	32,849	29.1	1,733,323	28.2		
		心臓病	1,413	69.7	1,440	68.2	349,121	62.4	72,675	64.9	3,511,354	57.5		
		脳疾患	584	29.4	640	30.7	154,757	27.9	27,774	25.2	1,530,506	25.3		
		がん	184	9.1	198	9.1	58,389	10.3	12,180	10.7	629,053	10.1		
		筋・骨格	1,296	64.6	1,413	66.5	303,080	54.0	65,671	58.5	3,051,816	49.9		
③ 介護給付費		1件当たり給付費(全体)	64,706		63,448		66,708		61,022		58,349		KDB.No.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	38,436		38,048		41,740		40,033		39,683				
④ 医療費等	施設サービス	280,210		278,442		278,164		291,281		281,115				
	要介護認定別医療費 (40歳以上)	9,042		8,811		8,280		8,532		7,980				
4	① 国保の状況	被保険者数	8,358		7,580		2,264,275		471,487		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	2,930	35.1	3,138	41.4			182,316	38.7	12,482,053	38.2		
		40~64歳	3,280	39.2	2,627	34.7			162,771	34.5	10,946,693	33.6		
	② 医療の概況 (人口千対)	加入率	29.6		28		25.1		26.3		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	4	0.5	4	0.50	833	0.4	214	0.5	8,255	0.3		
		診療所数	20	2.4	20	2.60	6,529	2.9	1,471	3.1	96,727	3.0		
		病床数	808	96.7	808	106.6	135,296	59.8	35,190	74.6	1,524,378	46.8		
		医師数	53	6.3	59	7.80	16,982	7.5	5,156	10.9	299,792	9.2		
		外来患者数	702.6		712.6		698.5		727.4		668.3			
	③ 医療費の状況	入院患者数	28.7		24.9		23.6		25.6		18.2		KDB.No.3 健診・医療・介護 データからみられる地域 の健康課題 KDB.No.1 地域全体像の把握	
		一人当たり医療費	28,435		27,425		27,773		27,978		24,253			
受診率		731,323		737,451		722,134		752,943		686,501				
外来費用の割合		55.5		57.8		56.9		55.7		60.1				
入院費用の割合		96.1		96.6		96.7		96.6		97.4				
入院費用の割合		44.5		42.2		43.1		44.3		39.9				
1件あたり入院日数		17.3日		16.1日		17.0日		18.0日		15.6日				
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)		がん	273,367,770	17.2	231,420,630	16.4	23.9		20.5		25.6	KDB.No.3 健診・医療・介護 データからみられる地域		
	慢性腎不全(透析あり)	179,187,170	11.3	210,725,960	14.9	9.2		12.4		9.7				
	糖尿病	160,825,750	10.1	155,969,000	11.0	9.9		9.6		9.7				
	高血圧症	192,295,040	12.1	128,961,620	9.1	8.9		8.4		8.6				
	精神	289,376,980	18.2	263,677,910	18.7	19.6		22.4		16.9				
	筋・骨格	279,244,810	17.6	229,693,980	16.2	15.2		15.1		15.2				

【図表 7】

診療種別地域差指数

保険者名	計		入院		入院外		歯科	
	H25	H27	H25	H27	H25	H27	H25	H27
阿蘇市	1.133	1.095	1.285	1.245	1.070	1.024	0.794	0.836

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況【図表 8・9】

平成 28 年度の第 1 号^{*1}要介護認定率^{*2}は、平成 25 年度と比較して増加、23.3%と同規模の 20.5%を上回っている。しかし、第 2 号^{*3}認定率は 0.4%から 0.3%と低下しており、若い被保険者の障害予防という目標の一部は達成できた。

介護給付費では、1 件当たりの介護給付費が減少しており、同規模自治体（以下「同規模」という。）と比較しても低くなっている。

介護給付費の内容では、居宅サービスは同規模と比較して低く、施設サービスの給付費は差がない。阿蘇市の「介護度別 1 件当たり給付費」を同規模と比較すると、要支援 1・2、要介護 1 では低いが、要介護 2～5 では逆に高くなる。これは重症度の高い人が多くなることで、施設サービス費用を押し上げていると思われる。

【図表 8】

1 件当たりの介護給付費・第 2 号認定率

年度	阿蘇市					同規模平均			
	1件当たり 給付費 (円)			2号 認定率 (%)	2号 人数 (人)	1件当たり 給付費 (円)			2号 認定率 (%)
		居宅サービス	施設サービス				居宅サービス	施設サービス	
H25年度	64,706	38,436	280,210	0.4	32	67,859	41,800	283,857	0.4
H28年度	↓63,448	38,048	278,442	↓0.3	32	66,708	41,740	278,164	0.4

介護度別 1 件当たり給付費 (円) * H28 累計 KDB

【図表 9】

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
阿蘇市	9,675	15,179	41,631	56,102	89,450	148,519	171,578
同規模	10,605	16,324	42,568	54,151	89,625	123,272	145,765

*1 第 1 号被保険者：65 歳以上の方

*2 要介護認定率：第 1 号認定者数 ÷ 65 歳以上人口 × 100

*3 第 2 号認定者：64 歳以下の要介護認定者

②医療費の状況【図表 10】

国保の総医療費や一人当たりの医療費が減少し、同規模と比較して低くなった。その要因として医療費に占める入院割合が減少したことがあげられる。件数割合が 3.9%から 3.4%、医療費割合で 44.5%から 42.2%、1 件当たりの在院日数が 17.3 日から 16.1 日になった。重症化予防の取り組みによる入院の減少と平成 28 年度の熊本地震の影響で医療機関の入院可能な病床枠が一時的に減少したことが理由の一つと考えられる。

【図表 10】

項目	阿蘇市H25		阿蘇市H28		同規模平均		県		国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4 ③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,435	県内13位 同規模71位	27,425	県内23位 同規模146位	27,773		27,978		24,253		
	受診率	731.323		737.451		722.134		752.943		686.501		
	外来	費用の割合	55.5		57.8		56.9		55.7		60.1	
		件数の割合	96.1		96.6		96.7		96.6		97.4	
	入院	費用の割合	44.5		42.2		43.1		44.3		39.9	
		件数の割合	3.9		3.4		3.3		3.4		2.6	
	1件あたり在院日数	17.3日		16.1日		17.0日		18.0日		15.6日		

③中長期的疾患及び短期的な疾患の変化 最大医療資源傷病*【図表 11】

平成 28 年度の総医療費に占める中長期目標疾患（慢性腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患）を見ると、3 疾患合計は平成 28 年度 11.79%と平成 25 年度比較して 1.83%増加した。慢性腎不全（透析有）の費用割合は全国や熊本県と比較して著しく高く、脳血管疾患、虚血性心疾患は減少し、全国よりも低くなっている。

慢性腎不全（透析有）患者数は減少したが、糖尿病・高血圧・高脂血症の重症化により重症な患者が増加し、一人当たりの費用が高くなったと考えられる。

脳血管疾患、虚血性心疾患では特定健診による早期医療機関受診の増加や、適切な医療により長期入院や高額な医療を必要とする人が減少し、一人当たりの医療費が抑制されたのではないかと考えられる。短期目標疾患では、3 疾患とも、全国や熊本県に比較して高い状態である。短期目標疾患に対しては、早期の医療機関受診勧奨を実施することで医療費割合を高め、中長期疾患では重症化予防の推進により医療費割合を抑制させることが必要である。

* 最大医療資源傷病：レセプトに記載された傷病名のうち、最も費用を要した傷病名。

* 慢性腎不全（透析有）：KDBシステムにより「慢性腎不全」とされた病名のうち、人工透析を行っている分を計上。

最大医療資源傷病 (医療費と医療費割合)

【図表 11】

市町村名	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		
		金額	順位 同規模	腎		脳	心		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	
				慢性腎不全 透析有	脳梗塞・ 脳出血	狭心症・ 心筋梗塞						
H25	28.9億円	28,435	71位 (247中)	6.20%	2.11%	1.65%	5.56%	6.65%	3.11%			
H28				8.27%	2.01%	1.51%						
H28	熊本県	27,978		6.84%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%			
H28	国	24,253		5.40%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%			

市町村名	(中長期・短期) 目標疾患医療費計・ 割合		新生物	精神疾患	筋骨疾患
	金額	割合			
H25	7.3億円	25.3%	9.46%	10.01%	9.66%
H28		26.8%	9.09%	10.35%	9.02%
H28	熊本県	22.8%	11.27%	12.31%	8.31%
H28	国	23.1%	14.20%	9.39%	8.45%

④中長期的な疾患の治療状況の変化【図表 12】

慢性腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患の治療状況を見ると、被保険者数は約 700 人減少し、65 歳以上の割合が 32.4%から 38.9%と高齢化が進行した。

人工透析の患者数を見ると、64 歳以下は減少している。その中で脳血管疾患、虚血性心疾患の合併割合はやや増加しているが、糖尿病や高血圧、脂質異常症が合併する数は抑制されている。

脳血管疾患、虚血性心疾患では、64 歳以下、65 歳以上ともに患者数増加している。共通しているのが、高血圧の合併は減少し、糖尿病、高脂血症、脳血管疾患、虚血性心疾患の合併数は増加した。

64 歳以下では、人工透析患者の新規導入や虚血性心疾患の増加抑制が必要である。しかし、国保の人工透析導入患者のほとんどが特定健診未受診であることや、他の保険（社会保険や生活保護）や転入者が多い事を考えると国保資格取得前の健康状況を他の保険者と共有できる仕組みが必要である。65 歳以上では、糖尿病・高血圧・脂質異常症や背景にあるメタボが重症化したまま高齢化し、腎臓・脳・心臓の血管障害が抑制できない状態であると考えられる。

【図表 12】

厚労省様式 3-5		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		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								
H25	全体	8557	248	2.9	46	18.5	11	4.4	200	80.6	108	43.5	182	73.4	
	64歳以下	5781	86	1.5	15	17.4	10	11.6	66	76.7	42	48.8	59	68.6	
	65歳以上	2776	162	5.8	31	19.1	1	0.6	134	82.7	66	40.7	123	75.9	
H28	全体	7855	306	3.9	80	26.1	17	5.6	245	80.1	165	53.9	229	74.8	
	64歳以下	4798	95	2.0	22	23.2	13	13.7	67	70.5	50	52.6	68	71.6	
	65歳以上	3057	211	6.9	58	27.5	4	1.9	178	84.4	115	54.5	161	76.3	

厚労省様式 3-6		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		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								
H25	全体	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/B	F	F/B	G	G/B	
	64歳以下	5781	111	1.9	15	13.5	8	7.2	78	70.3	44	39.6	62	55.9	
	65歳以上	2776	214	7.7	31	14.5	4	1.9	179	83.6	82	38.3	130	60.7	
H28	全体	7855	425	5.4	80	18.8	15	3.5	329	77.4	174	40.9	281	66.1	
	64歳以下	4798	113	2.4	22	19.5	12	10.6	80	70.8	48	42.5	65	57.5	
	65歳以上	3057	312	10.2	58	18.6	3	1.0	249	79.8	126	40.4	216	69.2	

厚労省様式 3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合							
H25	全体	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/B	F	F/B	G	G/B
	64歳以下	5781	36	0.6	8	22.2	10	27.8	32	88.9	15	41.7	12	33.3
	65歳以上	2776	6	0.2	4	66.7	1	16.7	6	100.0	5	83.3	2	33.3
H28	全体	7855	38	0.5	15	39.5	17	44.7	33	86.8	18	47.4	15	39.5
	64歳以下	4798	32	0.7	12	37.5	13	40.6	27	84.4	14	43.8	12	37.5
	65歳以上	3057	6	0.2	3	50.0	4	66.7	6	100.0	4	66.7	3	50.0

(3) 短期目標の達成状況

①糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況の変化 【図表 13】

「糖尿病」の治療状況を見ると、治療者数が増加と共にインスリン療法数も増加した。しかし、64歳以下でのインスリン療法数は抑制されている。一方、糖尿病性腎症を含む3大合併症の割合が減少している。しかし、虚血性心疾患・脳血管疾患を合併した患者は増加している。早期受診、治療によるコントロール改善がなされ、細小血管疾患(3大合併症)には結果が現れているが、より早い段階で発症しやすい大血管疾患(虚血性心疾患・脳血管疾患)までは予防できていない状況を示していると思われる。「高血圧」「脂質異常症」の患者数は増加しており、その中で虚血性心疾患・脳血管疾患を合併した重症化が進んでいる。

【図表 13】

厚労省様式 3-2		短期的な目標										中長期的な目標						3大合併症					
		糖尿病										高血圧						脂質異常症					
		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		腎症		網膜症		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/B	F	F/B	G	G/B	H	H/B	I	I/B	J	J/B	K	K/B		
H25	全体	7855	970	12.3	91	9.4	706	72.8	600	61.9	108	11.1	126	13.0	20	2.1	86	1.1	70	7.2	31	0.4	
	64歳以下	5781	403	7.0	43	10.7	274	68.0	238	59.1	42	10.4	44	10.9	15	3.7	37	0.6	22	5.5	12	0.2	
	65歳以上	2776	567	20.4	48	8.5	432	76.2	362	63.8	66	11.6	82	14.5	5	0.9	49	1.8	48	8.5	19	0.7	
H28	全体	7855	1073	13.7	104	9.7	795	74.1	704	65.6	165	15.4	174	16.2	18	1.7	67	0.9	63	5.9	33	0.4	
	64歳以下	4798	384	8.0	42	10.9	257	66.9	235	61.2	50	13.0	48	12.5	14	3.6	26	0.5	27	7.0	15	0.3	
	65歳以上	3057	689	22.5	62	9.0	538	78.1	469	68.1	115	16.7	126	18.3	4	0.6	41	1.3	36	5.2	18	0.6	

厚労省様式 3-3		短期的な目標										中長期的な目標					
		高血圧										糖尿病					
		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	人数	割合			
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/B	F	F/B	G	G/B				
H25	全体	8557	1981	23.2	706	35.6	1093	55.2	200	10.1	257	13.0	38	1.9			
	64歳以下	5781	762	13.2	274	36.0	416	54.6	66	8.7	78	10.2	32	4.2			
	65歳以上	2776	1219	43.9	432	35.4	677	55.5	134	11.0	179	14.7	6	0.5			
H28	全体	7855	1932	24.6	795	41.1	1143	59.2	245	12.7	329	17.0	33	1.7			
	64歳以下	4798	620	12.9	257	41.5	333	53.7	67	10.8	80	12.9	27	4.4			
	65歳以上	3057	1312	42.9	538	41.0	810	61.7	178	13.6	249	19.0	6	0.5			

厚労省様式 3-4		短期的な目標										中長期的な目標					
		脂質異常症										糖尿病					
		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	人数	割合			
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/B	F	F/B	G	C/B				
H25	全体	8557	1528	17.9	600	39.3	1093	71.5	182	11.9	192	12.6	14	0.9			
	64歳以下	5781	638	11.0	238	37.3	416	65.2	59	9.2	62	9.7	12	1.9			
	65歳以上	2776	890	32.1	362	40.7	677	76.1	123	13.8	130	14.6	2	0.2			
H28	全体	7855	1588	20.2	704	44.3	1143	72.0	229	14.4	281	17.7	15	0.9			
	64歳以下	4798	523	10.9	235	44.9	333	63.7	68	13.0	65	12.4	12	2.3			
	65歳以上	3057	1065	34.8	469	44.0	810	76.1	161	15.1	216	20.3	3	0.3			

②健診結果有所見者の経年変化【図表 14・15・16】

リスクの健診結果の経年変化を見ると、平成 28 年度には〈摂取エネルギーの過剰〉を示す腹囲・BMI・中性脂肪・ALT・HDLは低下している。しかし、〈血管を傷つける〉リスクである空腹時血糖・HbA1c・血圧・尿酸は悪化しており、〈腎機能低下〉の指標である蛋白尿・eGFRは増加している。メタボ該当者・予備群を見ると、男性は増加し、女性は減少した。該当者では 3 項目（高血糖・高血圧・高脂質）全ての数値が基準値以上である重症化した人が男性で増加、女性では減少した。リスクの重なりでは、多かった(血圧+血糖)は減少して(血圧+脂質)が増加している。

阿蘇市では、内臓脂肪によるインスリン抵抗性のため、高血糖状態が持続することで、脂質代謝異常が増加していると考えられる。更に平成 28 年度では災害などの影響で摂取エネルギーこそ減少しているが、食生活の偏りに加え、ストレスによる血管障害が重なったのではないかと推測する。

重症化予防対象者の有所見者割合を見ると、平成 28 年度LDLコレステロールは改善したものの、メタボ該当者・糖尿病・高血圧は高くなっている。阿蘇市の人工透析の背景には、糖尿病や高血圧の重なりによる血管変化が多数見られる。平成 28 年度阿蘇市国保新規人工透析患者 4 人の中で、「高血圧+糖尿病+脂質異常」を基礎疾患が重なった人が 2 人（50%）、「高血圧+糖尿病」が 1 人、「高血圧」のみが 1 人だった。このことから、糖尿病による糸球体の血管障害、高血圧による腎硬化症を特に予防する必要がある。

【図表 14】

様式 6-7 健診有所見者状況

	受診者数	摂取エネルギーの過剰										
		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		
		男85cm以上 女90cm以上		25以上		150以上		31以上		40未満		
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H25	2,463	812	33.0%	632	25.7%	485	19.7%	365	14.8%	135	5.5%
	H28	2,348	762	32.5%	592	25.2%	439	18.7%	343	14.6%	100	4.3%
男性	H25	1,119	551	49.2%	331	29.6%	296	26.5%	239	21.4%	101	9.0%
	H28	1,078	552	51.2%	318	29.5%	270	25.0%	220	20.4%	75	7.0%
女性	H25	1,344	261	19.4%	301	22.4%	189	14.1%	126	9.4%	34	2.5%
	H28	1,270	210	16.5%	274	21.6%	169	13.3%	123	9.7%	25	2.0%

	受診者数	血管を傷つける												内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害											
		空腹時血糖				HbA1c (NGSP)				尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL	尿蛋白	GFR									
		実施者		100以上		実施者		5.6以上		実施者		7.0以上		130以上		85以上		120以上		+以上		実施者			60未満		
		A	a	G	G/a	b	H	H/b	c	l	l/c	J	J/A	K	K/A	L	L/A	M	M/A	d	N	N/d					
総数	H25	2,463	2,330	938	40.3%	2,460	1,671	67.9%	2,461	267	10.8%	985	40.0%	440	17.9%	1,405	57.0%	61	2.5%	2,462	399	16.2%					
	H28	2,348	2,219	1,030	46.4%	2,348	1,944	82.8%	2,348	260	11.1%	1,055	44.9%	509	21.7%	1,160	49.4%	61	2.6%	2,347	492	21.0%					
男性	H25	1,119	1,059	546	51.6%	1,117	739	66.2%	1,117	231	20.7%	483	43.2%	274	24.5%	589	52.6%	33	2.9%	1,118	181	16.2%					
	H28	1,078	1,013	612	60.4%	1,078	886	82.2%	1,078	230	21.3%	527	48.9%	318	29.5%	488	45.3%	41	3.8%	1,077	224	20.8%					
女性	H25	1,344	1,271	392	30.8%	1,343	932	69.4%	1,344	36	2.7%	502	37.4%	166	12.4%	816	60.7%	28	2.1%	1,344	218	16.2%					
	H28	1,270	1,206	418	34.7%	1,270	1,058	83.3%	1,270	30	2.4%	528	41.6%	191	15.0%	672	52.9%	20	1.6%	1,270	268	21.1%					

様式 6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

【図表 15】

		被保険者数		健診受診者		有所見の重症状況																					
		A	B	B/A	肥満		腰囲のみ		メタボリック該当者 (腰囲+2項目or3項目)						メタボリック予備群 (腰囲+1項目)												
					男性85cm以上 女性90cm以上	C	C/B	D	D/C	3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		血圧		血糖		脂質					
E	E/B	F	F/(E+J)	G	G/(E+J)	H	H/(E+J)	I	I/(E+J)	J	J/B	K	K/(E+J)	L	L/(E+J)	M	M/(E+J)										
総数	男性	H25	3,136	1,119	35.7%	551	49.2%	95	8.5%	272	24.3%	83	18.2%	74	16.2%	102	22.4%	13	2.9%	184	16.4%	114	25.0%	21	4.6%	49	10.7%
		H28	2,976	1,078	36.2%	552	51.2%	66	6.1%	291	27.0%	95	19.5%	67	13.8%	112	23.0%	17	3.5%	195	18.1%	131	27.0%	16	3.3%	48	9.9%
	女性	H25	3,112	1,344	43.2%	261	19.4%	44	3.3%	120	8.9%	30	13.8%	19	8.8%	60	27.6%	11	5.1%	97	7.2%	70	32.3%	5	2.3%	22	10.1%
		H28	2,907	1,270	43.7%	210	16.5%	28	2.2%	104	8.2%	26	14.3%	13	7.1%	57	31.3%	8	4.4%	78	6.1%	62	34.1%	3	1.6%	13	7.1%
40歳 64歳	男性	H25	1,844	508	27.6%	257	50.5%	55	10.8%	116	22.8%	32	15.8%	29	14.4%	48	23.8%	7	3.5%	86	16.9%	50	24.8%	8	4.0%	28	13.9%
		H28	1,494	421	28.2%	220	52.3%	39	9.3%	108	25.7%	38	21.0%	19	10.5%	46	25.4%	5	2.8%	73	17.3%	41	22.7%	3	1.7%	29	16.0%
	女性	H25	1,620	619	38.2%	110	17.8%	26	4.2%	41	6.6%	11	13.1%	9	10.7%	19	22.6%	2	2.4%	43	6.9%	30	35.7%	3	3.6%	10	11.9%
		H28	1,338	501	37.4%	79	15.8%	13	2.6%	36	7.2%	4	6.1%	4	6.1%	24	36.4%	4	6.1%	30	6.0%	23	34.8%	2	3.0%	5	7.6%
65歳 74歳	男性	H25	1,292	610	47.2%	294	48.2%	40	6.6%	156	25.6%	51	20.1%	45	17.7%	54	21.3%	6	2.4%	98	16.1%	64	25.2%	13	5.1%	21	8.3%
		H28	1,482	657	44.3%	332	50.5%	27	4.1%	183	27.9%	57	18.7%	48	15.7%	66	21.6%	12	3.9%	122	18.6%	90	29.5%	13	4.3%	19	6.2%
	女性	H25	1,492	725	48.6%	151	20.8%	18	2.5%	79	10.9%	19	14.3%	10	7.5%	41	30.8%	9	6.8%	54	7.4%	40	30.1%	2	1.5%	12	9.0%
		H28	1,569	769	49.0%	131	17.0%	15	2.0%	68	8.8%	22	19.0%	9	7.8%	33	28.4%	4	3.4%	48	6.2%	39	33.6%	1	0.9%	8	6.9%

重症化防対象者の推移

【図表 16】

有所見者	メタボ 該当者 2項目以上	HbA1c6.5 治療中7.0 以上	高血圧 Ⅱ度以上	LDL 180以上	心房 細動	CKD慢性腎臓病		実数
						尿蛋白 2+以上	GFR 50未満	
H25年度	365人	144人	86人	113人	25人	26人	73人	689人
	15.6%	6.2%	3.7%	4.8%	1.1%	1.1%	3.1%	29.5%
H28年度	417人	274人	108人	69人	28人	27人	68人	776人
	↑17%	↑14.1%	↑4.5%	↓2.8%	1.1%	1.1%	↓2.8%	↑31.6%

↑熊本県ワースト1位

臓器障害

また、重症化予防対象者の中でも重度な臓器障害を起こしているのはCKD（慢性腎臓病）と心房細動である。心房細動による心源性脳梗塞は重度障害となりやすいため、対象者数は少なくても、医療機関受診勧奨や治療中断予防を行い、確実に重症化予防を行うことが必要である。また、高血圧ガイドラインに沿った家庭血圧や脈拍測定など住民が自宅でする予防方法を周知することも必要である。また、肥満や糖尿病、高血圧等の生活習慣病に由来しないCKD（慢性腎臓病）の早期発見も重要であるため、阿蘇市では健診項目に血清クレアチニン検査や尿蛋白定量検査を追加している。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率【図表 17】

特定健診受診率は、平成25年度41.5%から平成28年度は44.7%と上昇し、全国同規模262中では66位と上位である。特定保健指導実施率は66.3%と国の目標値を上回ったが、重症化予防のためには特定健診受診率を更に伸ばす必要がある。特定保健指導の目的であるメタボ該当者・予備群の減少につながるように対象者の優先順位や指導内容を再度検証する必要がある。

		H25	H28	国の目標
特定健診受診率	阿蘇市 同規模順位	41.5% 80位	44.7% 66位	60%
	同規模	35.5%	38%	
特定保健指導 実施率	阿蘇市	79.2%	66.3%	60%
	同規模	4.3%	8.7%	
メタボ該当者	阿蘇市	16.0%	17.1%	減少
	同規模	16.4%	17.7%	
メタボ予備群	阿蘇市	11.3%	11.3%	減少
	同規模	11.0%	10.7%	

【図表 17】

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。特定健診受診率向上に取り組み、受診者全員へ結果説明と保健指導（説明会・個別支援）、入院治療等の重症化した状態を予防するため優先順位を設定して対象者へ継続的な保健指導を実施した。外来受療率の増加・入院医療費の抑制などにより総医療費や標準化医療費は減少した。しかし、メタボ該当者の増加や、糖尿病における中長期目標疾患の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など、解決できていない課題も残った。脳血管疾患・虚血性心疾患等の医療費用は抑制できた。特に脳血管疾患の基礎疾患である高血圧は、医療費が抑制されており、治療による良好なコントロールがなされていると思われる。しかし、脳血管疾患・虚血性心疾患等、中長期目標患者数自体は増加した。背景として、受診勧奨後に継続した治療ができていない、被保険者の病気や治療への理解が進んでいない事が推測される。

重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、被保険者自らが体の状態を確認できる場としての特定健診は重要である。阿蘇市では40代、50代の特定健診受診率が低いため、若い世代にむけた受診率向上対策は重要な取り組むべき課題である。

この数年間で被保険者の高齢化が急速にすすみ、重症化も進展した。一方若い世代が社会保険へ移動する傾向がある。若い時から予防可能な疾患である生活習慣病の発症予防・重症化予防に取り組むことがこれからの課題である。

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 18】

阿蘇市では入院件数3.4%で費用額全体の42.2%を占めている。入院件数の減少が入院医療費の抑制につながるため、予防可能な疾患を重症化させないことが重要になる。

「集団の疾患特徴の把握」		★KDBで出力可能な帳票NO				【図表 18】
1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較						
一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	県	同規模平均	国		
	27,425円	27,978円	27,773円	24,253円		
	0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	96.1				
	費用額	57.8				
入院 ★NO.1【医療】	件数	3.4				
	費用額	42.2				
○入院を重症化した結果としてとらえる						

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか【図表 19】

月 80 万円以上かかる高額医療費疾患を見ると、脳血管疾患と虚血性心疾患で 15%を占め、長期入院では、脳血管疾患が 8.6%を占める。社会保障費の視点から、脳血管疾患は「発生時の高額医療」「リハビリを含めた長期入院」、「後遺症による介護給付」と総合的に費用がかかる病気である。また、腎不全（透析）は継続して高額な医療費がかかる疾患であり、阿蘇市では年間約 2.3 億円、一人当たりの年間医療費は約 550 万円である。国保透析患者を見ると、全体の 95%が特定健診未受診者であり、25%が介護給付を受けている状況である。また、70%が透析導入する 5 年前以内に国保加入していることがわかった。新規透析導入者数、脳血管疾患患者数、新規虚血性心疾患患者数を抑えること、発症年齢を先に伸ばすことがポイントになる。そのためには高血圧・糖尿病・高脂血症といった基礎疾患を重症化させないことが必要である。 【図表 19】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか							
医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。							
厚労省様式	対象レセプト	(H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	356件	27件 7.6%	20件 5.6%	--	
		費用額	4億5915万円	3597万円 7.8%	3431万円 7.5%	--	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	572件	55件 9.6%	25件 4.4%	--	
		費用額	2億4603万円	2115万円 8.6%	1155万円 4.7%	--	
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	546件	201件 36.8%	214件 39.2%	250件 45.8%	
		費用額	2億2835万円	8383万円 36.7%	9556万円 41.8%	1億0992万円 48.1%	
厚労省様式	対象レセプト	(H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	基礎疾患 の重なり	3,159人	411人 13.0%	294人 9.3%	67人 2.1%	
			高血圧	314人 76.4%	237人 80.6%	56人 83.6%	
			糖尿病	163人 39.7%	160人 54.4%	67人 100%	
			脂質異常症	263人 64.0%	226人 76.9%	44人 65.7%	
			高血圧症	1,928人 61.0%	1,023人 32.4%	1,561人 49.4%	337人 10.7%
			糖尿病	1,023人 32.4%	1,561人 49.4%	337人 10.7%	
○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。							

(3) 何の疾患で介護保険サービスを受けているのか【図表 20】

要介護認定者におけるレセプト分析をすると、血管疾患によるものが95.5%であった。40～64歳の2号被保険者では、脳血管疾患で45.5%、虚血性心疾患で22.7%が罹患している。また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことで、障害（脳血管疾患・腎不全等）予防、介護予防が可能である。全体的に筋骨格疾患の割合が高いが、要介護状態になる直接原因となる場合と、要介護状態の進行で行動が制限され筋力低下を含む筋骨格疾患が増加する場合も考えられる。

要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人は、受けていない人の2倍となっている。【図表 20】

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	9,445人	3,794人	5,287人	9,081人			18,526人								
	認定者数	32人	152人	1,960人	2,112人			2,144人								
	認定率	0.34%	4.0%	37.1%	23.3%			11.6%								
	新規認定者数	1人	5人	26人	31人			32人								
介護度別人数	要支援1・2	9	28.1%	58	38.2%	440	22.4%	498	23.6%	507	23.6%					
	要介護1・2	11	34.4%	58	38.2%	883	45.1%	941	44.6%	952	44.4%					
	要介護3～5	12	37.5%	36	23.7%	637	32.5%	673	31.9%	685	31.9%					
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	有 病 状 況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			件数	--	22	122	1890	2012	2034							
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	10	45.5%	脳卒中	59	48.4%	脳卒中	919	48.6%	脳卒中	988	48.6%
				2	虚血性心疾患	5	22.7%	虚血性心疾患	25	20.5%	虚血性心疾患	587	31.1%	虚血性心疾患	612	30.4%
				3	腎不全	4	18.2%	腎不全	14	11.5%	腎不全	237	12.5%	腎不全	251	12.5%
			基礎疾患	糖尿病等	19	86.4%	糖尿病等	110	90.2%	糖尿病等	1771	93.7%	糖尿病等	1881	93.5%	
		血管疾患合計	合計	20	90.9%	合計	113	92.6%	合計	1809	95.7%	合計	1922	95.5%		
		認知症	認知症	3	13.6%	認知症	21	17.2%	認知症	757	40.1%	認知症	778	38.7%		
		筋・骨格疾患	筋骨格系	20	90.9%	筋骨格系	109	89.3%	筋骨格系	1801	95.3%	筋骨格系	1910	94.9%		
		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】														
		0 2,000 4,000 6,000 8,000 10,000														
		要介護認定者医療費 (40歳以上)		8,817												
要介護認定なし医療費 (40歳以上)		4,244														

2) 健診受診者の実態

(1) 有所見者状況【図表 21・22】

阿蘇市の特定健診結果では、男女とも「空腹時血糖」、「HbA1c」が全国と比較して著しく高い。「尿酸」も高いことから内臓脂肪の蓄積が関与していると考えられる。

40～64歳の男性では、ほとんどの項目で国より有所見者が多い。65歳以上では腹囲、BMI、中性脂肪は減少するが、男女とも「空腹時血糖」、「HbA1c」は増加する。64歳以下では肥満・過食によりインスリン抵抗性による高血糖状態が継続するため膵臓の疲労が蓄積し、65歳以上では膵臓からのインスリン分泌低下が年齢より早く進む人が多くなり、高血糖が更に増加していると考えられる。

【図表 21】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）														★NO.23（帳票）											
性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1	
保険者	合計	313	29.2	544	50.8	271	25.3	220	20.5	72	6.7	615	57.4	883	82.4	224	20.9	525	49.0	314	29.3	481	44.9	20	1.9
	40-64	137	33.1	217	52.4	126	30.4	110	26.6	24	5.8	226	54.6	319	77.1	108	26.1	181	43.7	143	34.5	208	50.2	5	1.2
	65-74	176	26.8	327	49.8	145	22.1	110	16.7	48	7.3	389	59.2	564	85.8	116	17.7	344	52.4	171	26.0	273	41.6	15	2.3
	女性	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2	
保険者	合計	273	21.8	210	16.8	167	13.4	113	9.0	24	1.9	415	33.2	1,042	83.4	28	2.2	529	42.3	192	15.4	664	53.1	2	0.2
	40-64	109	23.2	75	16.0	55	11.7	51	10.9	5	1.1	122	26.0	373	79.5	13	2.8	167	35.6	68	14.5	257	54.8	0	0.0
	65-74	164	21.0	135	17.3	112	14.3	62	7.9	19	2.4	293	37.5	669	85.7	15	1.9	362	46.4	124	15.9	407	52.1	2	0.3
	女性	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2

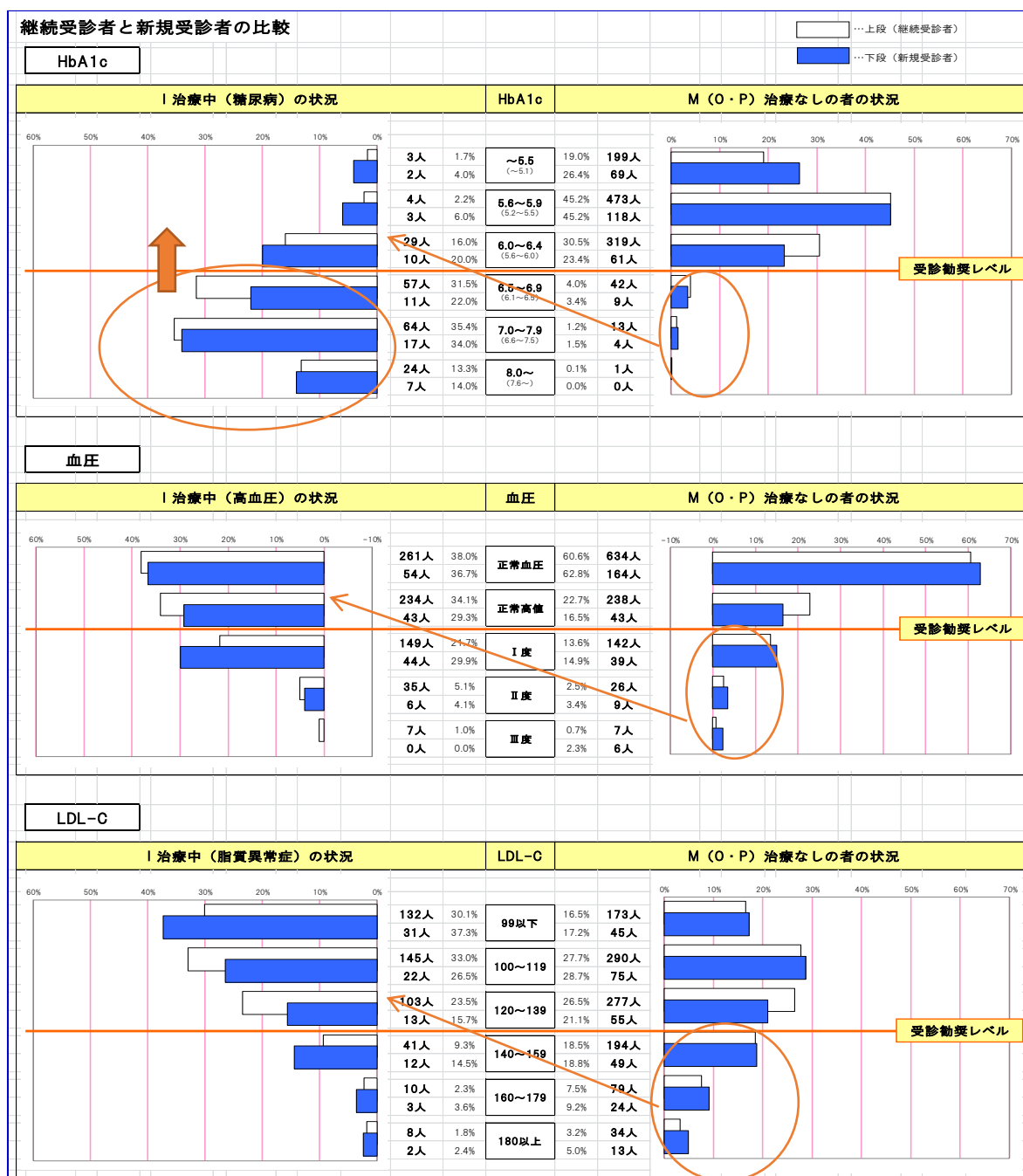
*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）														【図表 22】				★NO.24（帳票）					
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	合計	1,071	39.8	67	6.3%	185	17.3%	16	1.5%	122	11.4%	47	4.4%	292	27.3%	65	6.1%	16	1.5%	113	10.6%	98	9.2%
保険者	40-64	414	33.6	40	9.7%	71	17.1%	3	0.7%	39	9.4%	29	7.0%	106	25.6%	19	4.6%	5	1.2%	44	10.6%	38	9.2%
	65-74	657	45.0	27	4.1%	114	17.4%	13	2.0%	83	12.6%	18	2.7%	186	28.3%	46	7.0%	11	1.7%	69	10.5%	60	9.1%
	女性	1,250	47.9	28	2.2%	78	6.2%	3	0.2%	62	5.0%	13	1.0%	104	8.3%	12	1.0%	8	0.6%	57	4.6%	27	2.2%
保険者	40-64	469	43.2	13	2.8%	30	6.4%	2	0.4%	23	4.9%	5	1.1%	32	6.8%	3	0.6%	4	0.9%	21	4.5%	4	0.9%
	65-74	781	51.3	15	1.9%	48	6.1%	1	0.1%	39	5.0%	8	1.0%	72	9.2%	9	1.2%	4	0.5%	36	4.6%	23	2.9%

(2) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況【図表 23】

図表 23 を見ると糖尿病の治療中のコントロール不良が多く、健診の継続受診をしていても差がみられない。「糖尿病領域 (右下)」の未治療者を受診勧奨で治療につなげ、「コントロール不良者群 (左下)」を「コントロール良好群 (左上)」に移行する取り組みが必要である。糖尿病は内服のみでは改善できないため、医療機関とは受診勧奨のみならず、保健指導・栄養指導等でも連携が重要である。

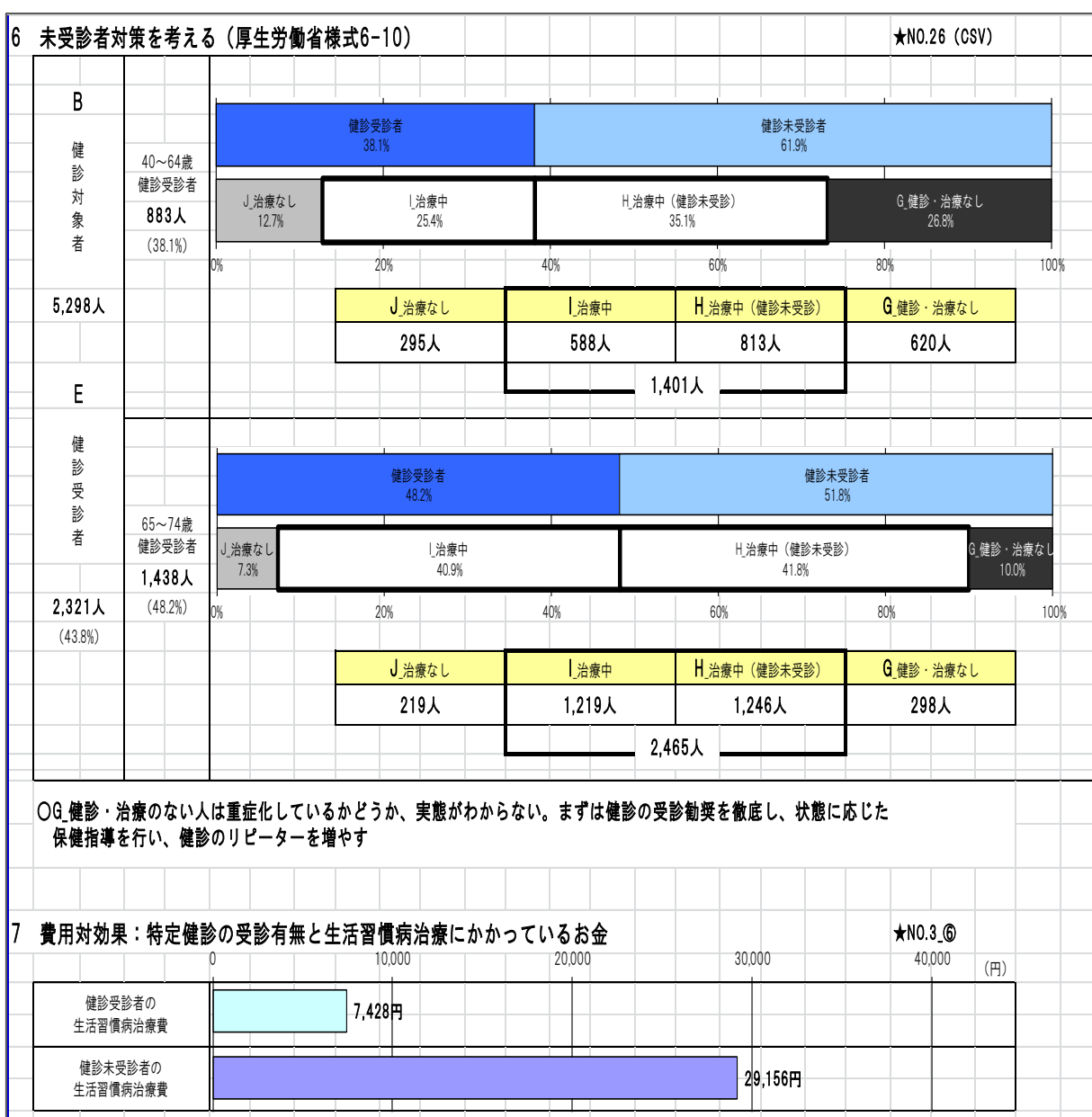
血圧・LDLについては未治療者を医療受診につなげ、治療中のコントロール状況を良好に保つように働きかける必要がある。 【図表 23】



3) 未受診者の把握【図表 24】

阿蘇市では、将来の重症化予防や発症予防につながる 40～64 歳で課題が多い。特定健診受診率が低く、未受診者の 6 割は医療機関で受診中（H：813 人）である。医療機関の協力により健診受診を勧める必要がある。健診も治療も実施していない「G」を見ると、26.8%(620 人)と高い。身体の実態が全く分からない状態で、ハイリスクが多く潜在すると考えられる。特に健診中断者や治療中断者には個別的な対応が必要である。生活習慣病は自覚症状がほとんどないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる。

【図表 24】



3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定【図表 25】

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていく。今後、被保険者の高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを減少させることは難しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。具体的には、平成35年度を平成28年度と比較して標準化医療費を1に近づけることを目指す。また、総医療費における中長期疾患の占める割合を1%減少（現状11.79から10.79）させる。KDBによる医療データを確認し、上記の3疾患の年間新規患者発生数がそれぞれ現在より減少することを目標にする。（全国との比較のため、人口千人単位を使用）また、脳血管疾患、虚血性心疾患によって高額な医療費（1人の医療費が月額80万円以上）に該当する人数を抑制する。

上記目標について、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、計画及び評価の見直しを行う。

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、メタボ、糖尿病、高血圧、脂質異常症等を減らすことを短期的な目標とする。

特に、重点的な課題であるメタボ、糖尿病は治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法、運動療法を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。具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、一年一年の検査結果を改善していくこととする。そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

更に生活習慣病は、自覚症状がほとんどなく進行するため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

データヘルス計画の目標管理一覧表

成果目標	評価項目	評価指標	(単位)	中間評価					最終評価					
				H28 現状	H30 実績	H31 実績	H32 実績	H33 実績	H34 実績	H35 実績				
	医療費の伸びの抑制	標準化医療費		1,059										
	糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制	最大医療資源(中長期的疾患な疾患)割合	%	11.79			25					24		
		新規 糖尿病性腎症患者数(人口千対)	%	0.53				減少				減少		
		// 脳血管疾患患者数(人口千対)	%	4.48				抑制				抑制		
		// 虚血性心疾患患者数(人口千対)	%	3.34				抑制				抑制		
		人工透析に要した費用額	億円	2.3				抑制				抑制		
	高額(80万円)以上のレセプト	脳血管疾患患者数	人	27			抑制				抑制			
	//	虚血性心疾患患者数	人	20			抑制				抑制			
	特定健診受診率		%	44.7			51					60		
	特定保健指導の実施率向上	特定保健指導実施率	%	66.3			67					73		
	特定保健指導対象者の減少率		%	10			10%減少					20%減少		
短期目標	基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム・予備群の割合	%	15.9			10%減少					20%減少		
		健診受診者の糖尿病者(未治療HbA1c6.5以上の割合)	%	14.1			11%					10		
		健診受診者の糖尿病者(治療中HbA1c7.0以上の割合)	%	6.1			5.0					5		
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	%	4.4			4.0					3.5		
		健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合	%	2.8			3.0					2.5		
		糖尿病の未治療者が医療機関に受診した数		人										
		糖尿病の未治療者割合		%	48.7			40					35	
		糖尿病の保健指導実施率		%	97			100					100	
		がん検診受診率 胃がん検診		%	10.6			増加					増加	
		がん検診受診率 肺がん検診		%	18.3			増加					増加	
	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診	%	15.5			増加					増加		
		子宮頸がん検診	%	23.8			増加					増加		
		乳がん検診	%	0.3			増加					増加		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

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

阿蘇市の第1期及び第2期計画は5年を計画期間としていたが、第7次熊本県保健医療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期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 26】

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	63%	65%	67%	69%	71%	73%

3. 対象者の見込み

【図表 27】

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診	対象者数	5,608人	5,378人	5,165人	5,012人	4,651人	4,339人
	受診者数	2,524人	2,581人	2,634人	2,706人	2,651人	2,603人
特定保健指導	対象者数	318人	325人	332人	341人	334人	328人
	実施者数	200人	211人	222人	235人	237人	239人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と阿蘇市国保で契約し、委託医療機関と個別に契約を行う。

- ①集団健診(委託健診機関)
- ②個別健診(阿蘇市内委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた健診項目（特定健康診査及び特定保健指導の実施基準第1条）について実施することとする。また、本市の健康課題に応じた検査項目を追加で実施することとする。

4) 実施時期

6月から翌年3月末まで実施する。

5) 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に向けた協力を依頼する。

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行う。

6) 請求・支払い事務の代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。【図表 28】

【図表 28】

年間スケジュール	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
①集団健診(夏)受診券作成			○											
②個別健診受診券作成			○											
③未受診者勧奨用受診券作成			○											
①～③発送			○											
④集団健診(秋)受診券作成							○							
④発送							○							
個別健診受診期間			○	←									○	
集団健診受診期間				○	○			○						
未受診者勧奨				○	←									○

8) 特定健診受診率向上対策(未受診者対策)

特定健診受診率は目標 60%に届かない現状で、中でも若い方(40 歳代・50 歳代)の受診率が低いのが特徴である。より予防効果の高い若い世代から特定健診受診を定着させ将来の重症化予防をするために、30 歳代からの健診受診を推奨し、若い世代の健診受診勧奨を優先的に実施する。更に糖尿病などの生活習慣病治療中の健診未受診者が多い

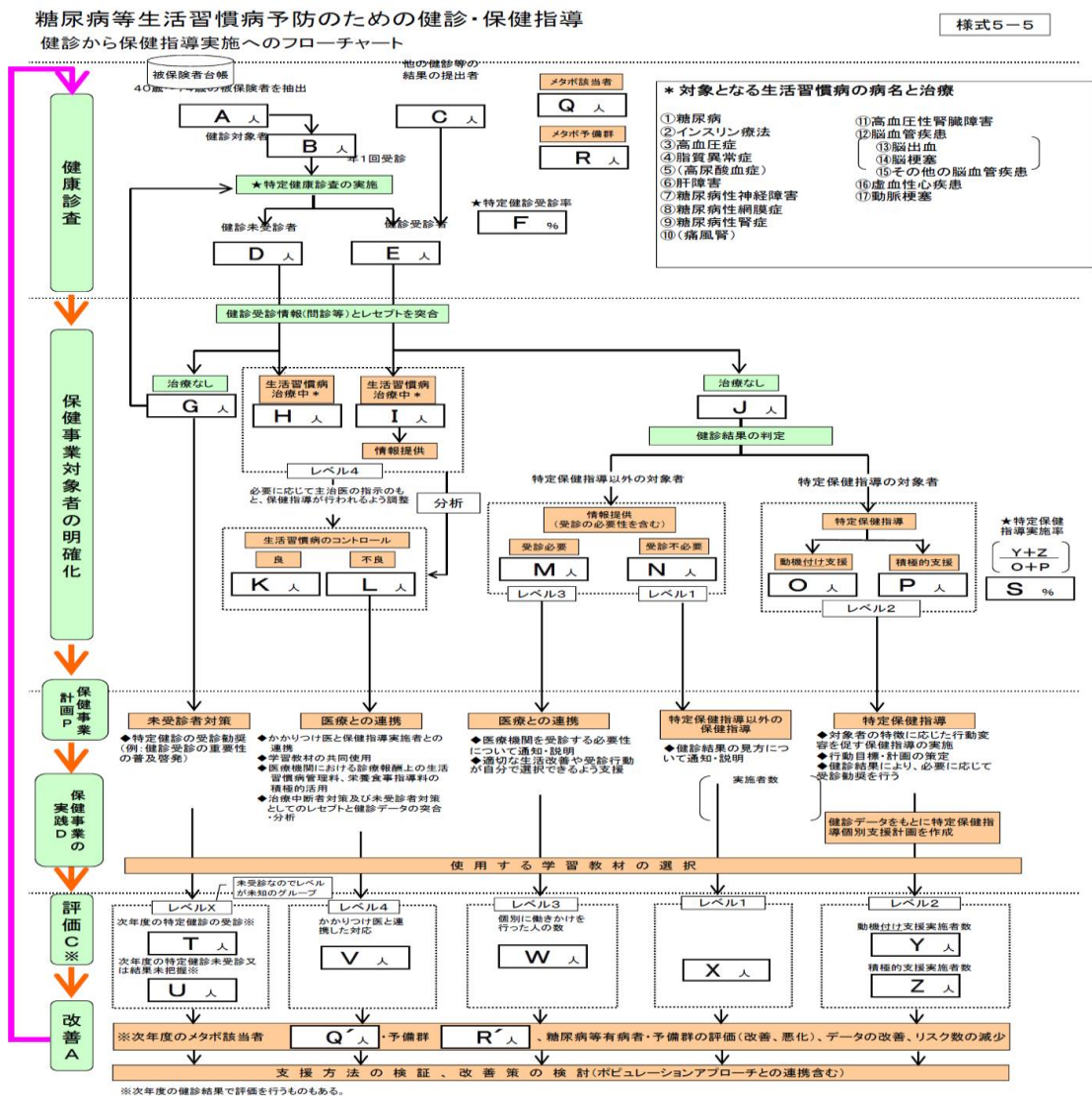
ことから、治療中断者の健診受診を勧めることで、健診受診率向上を目指す。

5. 特定保健指導の実施

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

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、保健指導計画の策定・実践評価を行う。



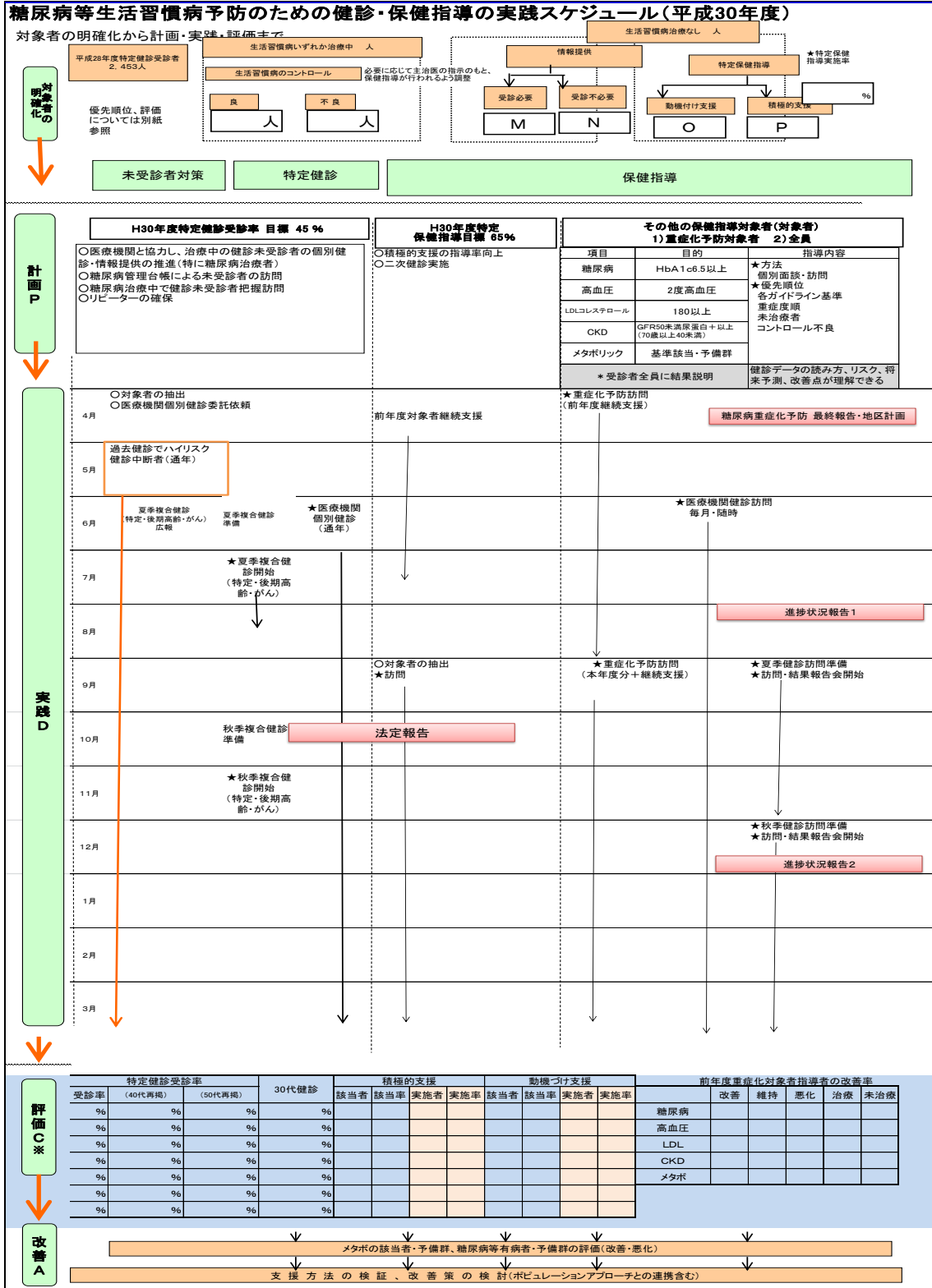
2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法【図表 29】
【図表 29】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見 込 (受診者の 〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆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	305 人 (12.6)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	444 人 (18.4)	HbA1c6.5 Ⅱ度高血圧 LDL 180 以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	3,677 人 ※受診率目標達成まで にあと 858 人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	559 人 (23.1)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,109 人 (45.9)	糖尿病治療コントロール不良者 については 100%

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。【図表 30】

【図表 30】



6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び阿蘇市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

生活習慣病は、健診結果の異常から発症まで長期間かかる場合もあるため、国保加入者である期間は、継続してデータを保存する。

8. 特定健診等実施計画の公表・周知

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

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施に当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り組みと市民へのわかりやすい啓発を組み合わせる必要がある。

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

市民へのわかりやすい啓発として、生活習慣病予防への取り組みが健康な市民を増やすこと、生活習慣病が重症化することで医療費や介護費用を増大させることを周知する。また、この取り組みによって社会保障制度を安定して持続できることを周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施に当たっては、第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みに当たっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取り組みに当たっては図表31に沿って実施する。

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

【図表 31】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 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当たっては熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ*、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 特定健診を受診した者のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/d l 以上で医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中で重症化するリスクの高い者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるに当たって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。【図表 32】

【図表 32】

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

出典:糖尿病性腎症合同委員会

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

阿蘇市においては特定健診において血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を追加項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。また、尿蛋白定性検査では尿の濃度によって正確な状態を反映する結果を必ずしも得られないため、定性検査土以上の場合尿蛋白定量検査を行い正確な結果の把握を行っている。CKD 診療ガイド 2012 では、尿アルブミン定量 (mg/dl)

に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる(参考資料2)。

*HbA1c6.5以上で、尿蛋白(-)の対象者に対しては、阿蘇市保健センターで簡易検査機器によるアルブミン尿測定(mg/gCr)を実施し、医療機関受診時に参考値として持参するように提供している。

②基準に基づく該当者数の把握

図表33では、特定健診データと医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。

阿蘇市において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者はF:192人(48.7%)であった。また40~74歳における糖尿病治療者H:1,382人中のうち、特定健診受診者がG:568人(41.1%)であったが、キ:226人(39.8%)は中断であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者I:814人(58.9%)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者イ:230人中、オ:79人は治療中断であることが分かった。また、カ:151人については継続受診中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

図表32は、レセプトデータと健診データにより、重症化した対象者を階層化したものです。糖尿病治療中の1382人中、特定健診受診者は235人。その中で合併症予防が必要なHbA1c7.0以上がJ:141人(60%)となっている。特定健診を受診した糖尿病型の人E:420人を、糖尿病性腎症病期分類で見ると第2期~第4期に相当する55人で、腎機能が改善する可能性のある第2期が22人いる。

③介入方法と優先順位

図表33・34より阿蘇市においての介入方法を以下の通りとする。

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)・・・192人

②糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・305人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・141人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

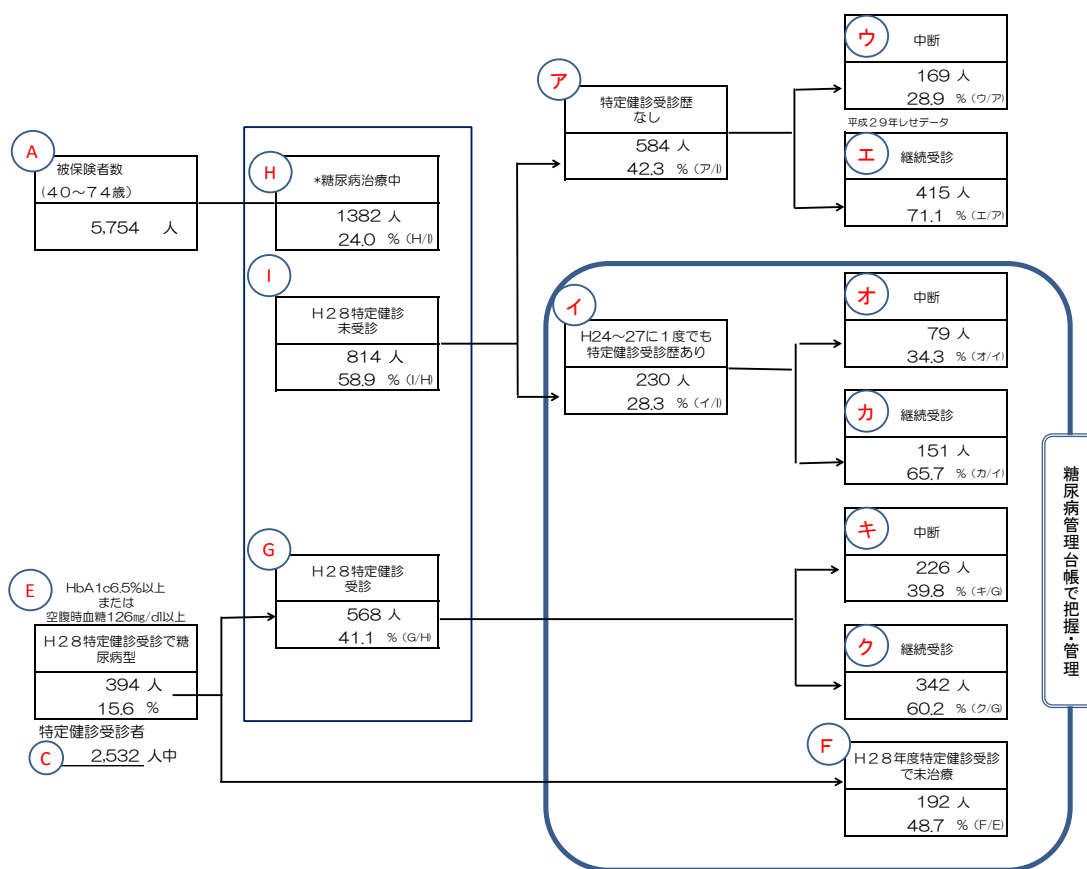
・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・151人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 33】



3) 対象者の重症化予防の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 1）及び年次計画表(参考資料 2)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%以上は以下の情報を管理

台帳に記載する。

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

*当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 被保険者資格を確認する。

(3) レセプトを確認し情報を記載する。

①治療状況の把握

- ・ 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果を確認する。

去年のデータと比較し介入対象者を試算

(5) 担当地区の対象者数を把握する。

- ①未治療者・中断者（受診勧奨者）
- ②腎症重症化ハイリスク者

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。阿蘇市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。【図表 35】

【図表 35】

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> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中の私の位置は？ 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るのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <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 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</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か？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況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の実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し、尿アルブミン検査や尿蛋白定量検査を実施、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

なお、治療中の者については、医療機関で尿アルブミン検査を実施するよう働きかけていく。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診機関から発行された精密検査紹介状や熊本県国保連合会作成のCKD連絡票(参考資料3)等を使用し、本人に受診勧奨する。

(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、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携に当たっては熊本県プログラムに準じて行っていく。

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

評価を行うに当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は、**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用していく。

また、中長期的評価においては様式6-1糖尿病性腎症取組評価表(参考資料4)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 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

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性晨朝の総医療費に占める割合で評価する。

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組みに当たっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 5)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。阿蘇市特定健診受診者のうち心電図検査実施者は 2,225 人 (87.9%) であり、そのうち ST 所見があったのは 41 人であった【図表 34】。ST 所見あり 41 人中のうち 8 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると未受診はいなかった【図表 35】。医療機関未受診者の中にはメタボ該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、未受診者の有無を確認し、未受診者に対しては対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 33 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

阿蘇市は同規模と比較してメタボ該当者は少ないが、予備群が多い。メタボは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 36】

心電図検査結果

	検診受診者(a)		心電図検査(b)							
			ST 所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし			
	(人)	(%)	人	%(a/b)	人	%(c/b)	人	%(d/b)	人	%(e/b)
平成 28 年度	2550	100	2241	87.9	41	1.8	492	22	1708	76.2

*データ:あなみツールより

ST 所見ありの医療機関受診状況

*データ:あなみツールより 【図表 37】

ST 所見あり(a)		要検査(b)					
		医療機関受診あり(c)				受診なし(d)	
人	%(b/a)	人	%(c/b)	人	%(c/b)	人	%(d/b)
41	1.8	8	19.5	8	100	0	0

②心電図以外からの把握

心電図検査は、「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目であるが、阿蘇市においては、独自の項目として集団健診においては、受診者全員に実施している。個別健診では、医師の判断による心電図の実施となるので、心電図検査を実施しない場合、図表 38 に沿って対象者を抽出する。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 ステージとの関連もあり、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

*データ:あなみツールより 【図表 38】

			受診者	心電図検査の実施			実施なし	
				ST 変化	その他の変化	異常なし		
平成 28 年度実施			2550	41	492	1708	309	
				1.6%	19.3%	67.0%	12.1%	
メタボ該当者			443	9	96	268	70	
				17.4%	2.0%	21.7%	60.5%	15.8%
メタボ予備群			293	2	62	191	38	
				11.5%	0.7%	21.2%	65.2%	13.0%
メタボなし			1814	30	334	1249	201	
				71.1%	1.7%	18.4%	68.9%	11.1%
LDL-c	140-159		293	3	58	208	24	
				16.2%	1.0%	19.8%	71.0%	8.2%
	160-179		105	5	14	75	11	
				5.8%	4.8%	13.3%	71.4%	10.5%
180-			44	1	5	29	9	
				2.4%	2.3%	11.4%	65.9%	20.5%

参考

CKD	G3aA1~	1629	29	291	1121	188
		63.9%	1.8%	17.9%	68.8%	11.5%

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 39) の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施に当たっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中で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 39】

- ・少なくとも15秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

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

(2) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると、糖尿病、慢性腎臓病(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) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

評価を行うに当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性晨朝の総医療費に占める割合で評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みに当たっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。【図表 40・41】

【脳卒中の分類】

【図表 40】

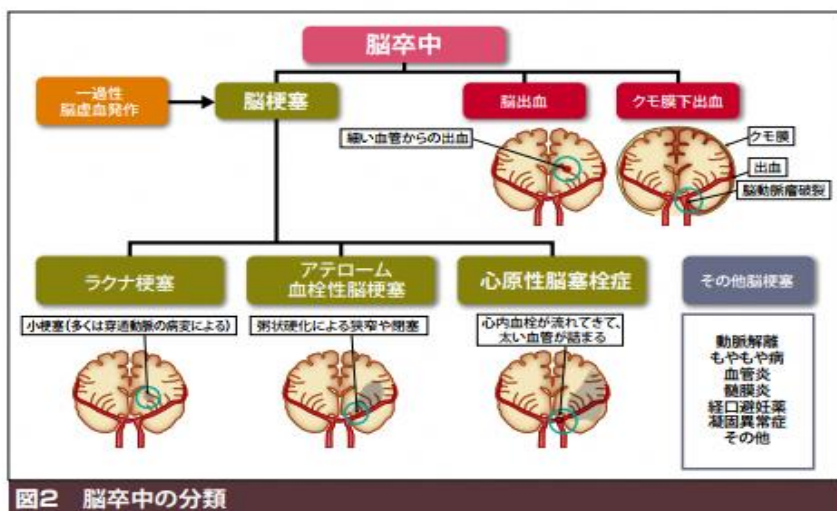


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 41】

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	●							

出典: 脳卒中治療ガイドライン 2015

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当たっては、(図表 42)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。

脳卒中治療ガイドライン 2015 に基づく重症化予防対象者【図表 42】

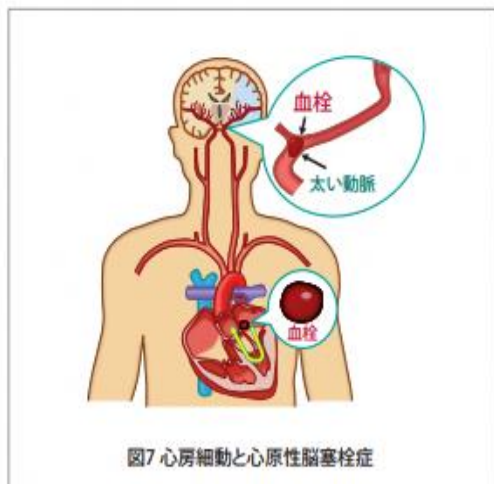
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●								○				○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●						○				○			
	心原性脳梗塞	●					●			○				○			
脳 出 血	脳出血	●															
	くも膜下出血	●															
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常症		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		2,452		108	4.4%	274	11.2%	69	2.8%	28	1.1%	417	17.0%	27	1.1%	68	2.8%
治療なし		58	3.6%	160	7.2%	59	3.1%	5	0.4%	84	6.3%	3	0.2%	14	1.1%		
治療あり		50	5.9%	114	48.5%	10	1.9%	23	2.0%	333	29.5%	24	2.1%	54	4.8%		
臓器障害あり		13	22.4%	42	26.3%	8	13.6%	5	100.0%	12	14.3%	3	100.0%	14	100.0%		
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象者)	1		6		0		0		1		3		14			
	尿蛋白(2+)以上	1		3		0		0		1		3		0			
	尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0		0		0		0		0		0		0			
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0		3		0		0		0		0		14			
	心電図所見あり	12		37		8		5		11		1		4			

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。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が108人(4.4%)であり、58人は未治療者であった。また未治療者のうち13人(22.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も50人(5.9%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 44 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防への提言より引用)

【図表 44】

特定健診における心房細動有所見状況(阿蘇市)								
年代	心電図検査受診者数		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	1039	1202	26	2.5	3	0.2		
40歳代	86	87	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	132	166	1	0.8	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	537	619	8	1.5	0	0.0	1.9	0.4
70-74歳	284	330	17	6.0	3	0.9	3.4	1.1
※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率 ※日本循環器学会疫学調査の70-74歳の値は70-79歳								

【図表 45】

心房細動有所見者の治療の有無					
心房細動有所見者の治療の有無		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
29	100	1	3.4	28	96.6

心電図検査において 29 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 70 代男性は、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また、29 人のうち 28 人は既に治療が開始されていたが、1 人は特

定健診受診で心電図検査を受けることで発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は、脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 7)

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において、心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 8)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険舞曲）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

評価を行うに当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

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。

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性晨朝の総医療費に占める割合で評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

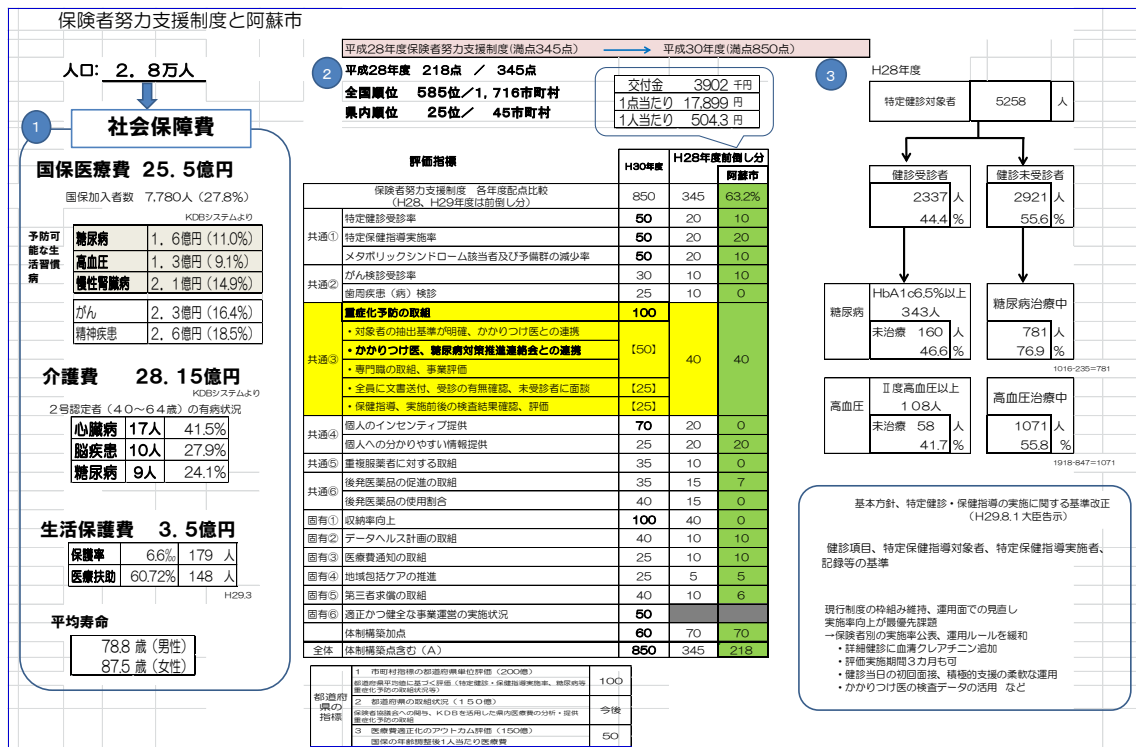
8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

データヘルス計画では、特定健診や医療、介護のデータを分析し、他の自治体と比較することで阿蘇市の地域特性、健康課題を明らかにした。その結果を広く住民に周知・啓発することで住民の健康づくりを支える必要がある。

ポピュレーション資料1

保険者努力支援制度から見る阿蘇市の社会保障費と健診の実態【図表 46】

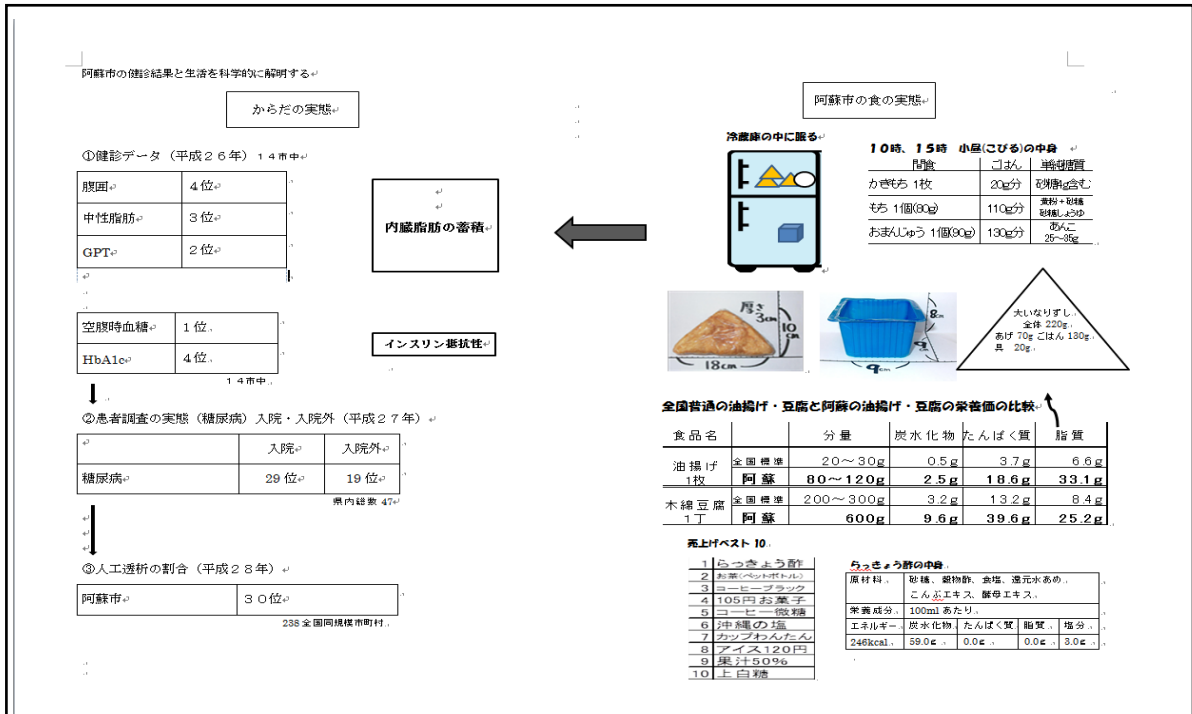


市民への啓発ポイント

- ・ 生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている。
- ・ 阿蘇市が重点的に取り組むべき課題や対象者が明確になった。
- ・ 市民の健康への取り組み（特定健診や保健指導を受け、生活習慣病の発症予防、重症化予防をすること）が保険者努力支援制度に反映され、保険税を抑制できる。

ポピュレーション資料2

阿蘇市の健診結果と生活を科学的に解明する【図表 47】



市民への啓発ポイント

- ・ 保健指導は、健診結果や問診票に基づき、生活習慣病を改善する支援を行うものである。しかし、個人の生活習慣は社会要因（生活環境や風習、職業など）に影響されているため、健診の結果と阿蘇市の食習慣・食文化の特徴の関係性を確認することで、生活習慣改善を個人や地域で取り組むことができる。

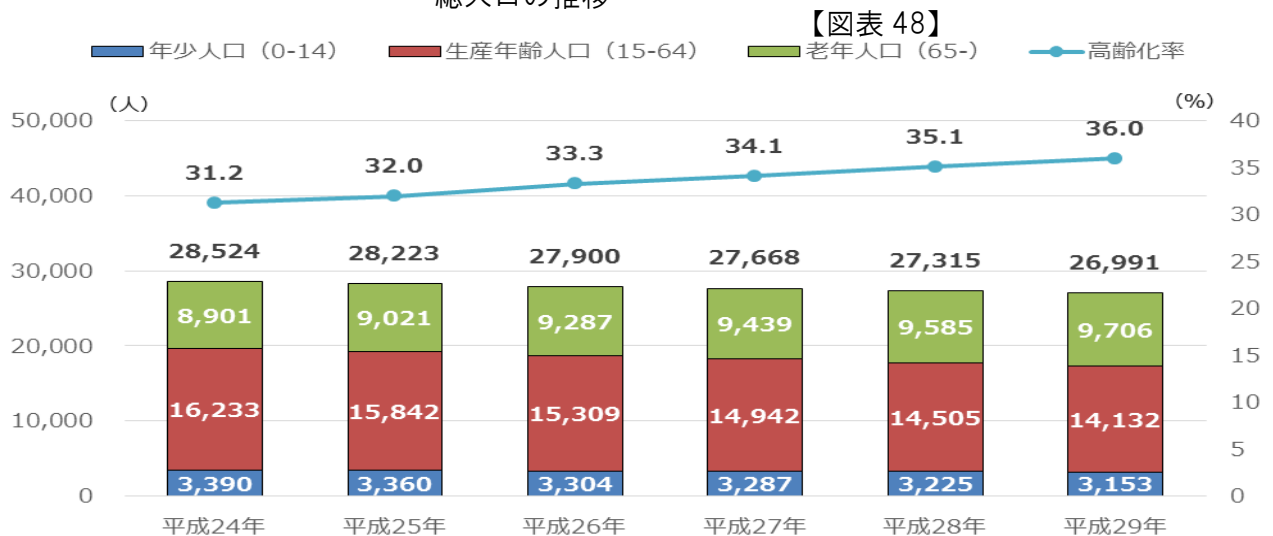
第5章 地域包括ケアに係る取組

「阿蘇市高齢者いきいきプラン（第7期介護保険事業計画）」では、地域包括ケアシステムのさらなる深化と推進に取り組んでいくことが示されている。阿蘇市の40歳～64歳の第2号被保険者の要介護認定者は同規模と比較しても低くなっているが、そのうち約5割に脳血管疾患、9割以上に糖尿病等の生活習慣病が合併している状況である。要介護認定者全体の治療状況を見ると、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性腎不全の割合が高く、その背景は生活習慣病の重症化が上げられる。生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組みそのものが介護予防として捉えることができる。

阿蘇市の人口推移をみると、65歳以上の人口（老年人口）は増加し、高齢化率も36%と高くなっている。【図表46】国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も41%を超えている。このような状況をかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても阿蘇市にとっても非常に重要である。

健診未受診や、健診で医療機関受診を勧められながら未治療であった結果、生活習慣病が重症化して重い障害になる人が多くいる状況を考え、阿蘇市では自分の健康状態を知るために「特定健診の受診勧奨」を継続して実施し、個々の健診データに基づいた個別の保健指導を実施する。特定健診で重症化予防対象者が後期高齢になった場合、引き続き状況把握を行い、必要に応じて保健指導や関係機関との連携を実施する。

総人口の推移



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料12・13）

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

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

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するために、簡易版を策定し、ホームページや広報誌等を通じて周知する。

2. 個人情報の取扱い

計画の策定、実施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及び阿蘇市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

参考資料

参考資料 1 糖尿病管理台帳

参考資料 2 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 3 CKD 連絡票（熊本県国保連合会作成）

参考資料 4 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7 血圧評価表

参考資料 8 心房細動管理台帳

参考資料 9 生活習慣病有病状況

参考資料 10 評価イメージ

【参考資料 1】

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

【参考資料 2】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当人名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()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	
	④健診未受診者 ()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	
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)	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	
	①国保(生保) ()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	
	②後期高齢者 ()人	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん	
	③他保険 ()人	----- 栄養士中心	
	④住基異動(死亡・転出) ()人	----- 腎専門医	
	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		
	⑥結果把握 ()人		
	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 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		
	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		

【参考資料3】

表		裏	
CKD 精密検査のお願い			
<p>特定健診の結果、CKD(慢性腎臓病)が疑われ、医療機関受診の対象となりました。 つきましては、ご受診くださいますようお願いいたします。 なお、お手数ながら採尿をご記入の上、ご返送をお願い申し上げます。</p>		<p>様 あなたの尿検査の結果はg/gCrでした。 (尿蛋白定量) 検査結果で分類しています。</p>	
阿蘇市 ほけん課 担当()			
氏名:	様 (性)	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日 (歳)
健診結果 (H 年 月 日実施)	* 尿検査あり	健診結果年数・腎グラフ・経過表)	
○ 尿蛋白 ()	○ eGFR	75 ml/min/1.73m ²	
* 裏面に特定健診のCKD重症度分類(A)を記載していますが、尿検査は尿蛋白検査の結果分類になっています。より正確な重症度分類をガイドライン準拠にしたいときは検査をお願いします。			
貴院での検査結果(H 年 月 日)			
CKD 重症度分類	G: □0 □1 □2 □3a □3b □4 □5 A: □1 □2 □3 (該当箇所は○)		
原疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> 不顕 <input type="checkbox"/> その他() (該当箇所は○ 複数可)		
検査結果	尿検査: 尿蛋白定量検査() g/gCr (糖尿病の場合) 微量アルブミン尿() mg/gCr 尿沈査() 血液検査() その他() 画像検査()		
方針	<input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> 経過観察() 月見 <input type="checkbox"/> 治療中もしくは開始 <input type="checkbox"/> 転院紹介() (該当箇所は○)		
医師への依頼事項	<input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 薬物指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他() (該当箇所は○)		
<p>※栄養士による食事指導を、以下のように実施してもよろしいでしょうか? <input type="checkbox"/> はい</p>			
<p>「日本人の食事摂取基準2015年版」「慢性腎臓病に対する食事摂取基準2014年版」に基づき 〇〇種の食事指導内容を以下のように実施しました。</p>			
食事指導	総エネルギー	kcal (25~35kcal/kg) たんぱく質 (0.8~1.0g/kg 軽度制限) 塩分 () カリウム ()	
* 裏面に「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考にした食事の資料 (※2) を記載していますので、ご確認ください。			
医師連絡	医師		

CKDの重症度分類				
尿疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上
糖尿病 腎炎 多発性嚢胞腎 糸球腎 不明その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度尿蛋白尿	高度尿蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
尿沈査陽性		(-) or (±)	(+)	(2+)
GFR区分 (ml/min/1.73m ²)	G1 正常または軽度	≥90		
	G2 正常または軽度低下	60~89	★	
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 末期腎不全 (ESKD)	<15		

重症度は尿疾患・GFR区分・尿蛋白区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡・末期腎不全・心血管死発症のリスクを緑★のステージを基準に、黄●オレンジ●赤●の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

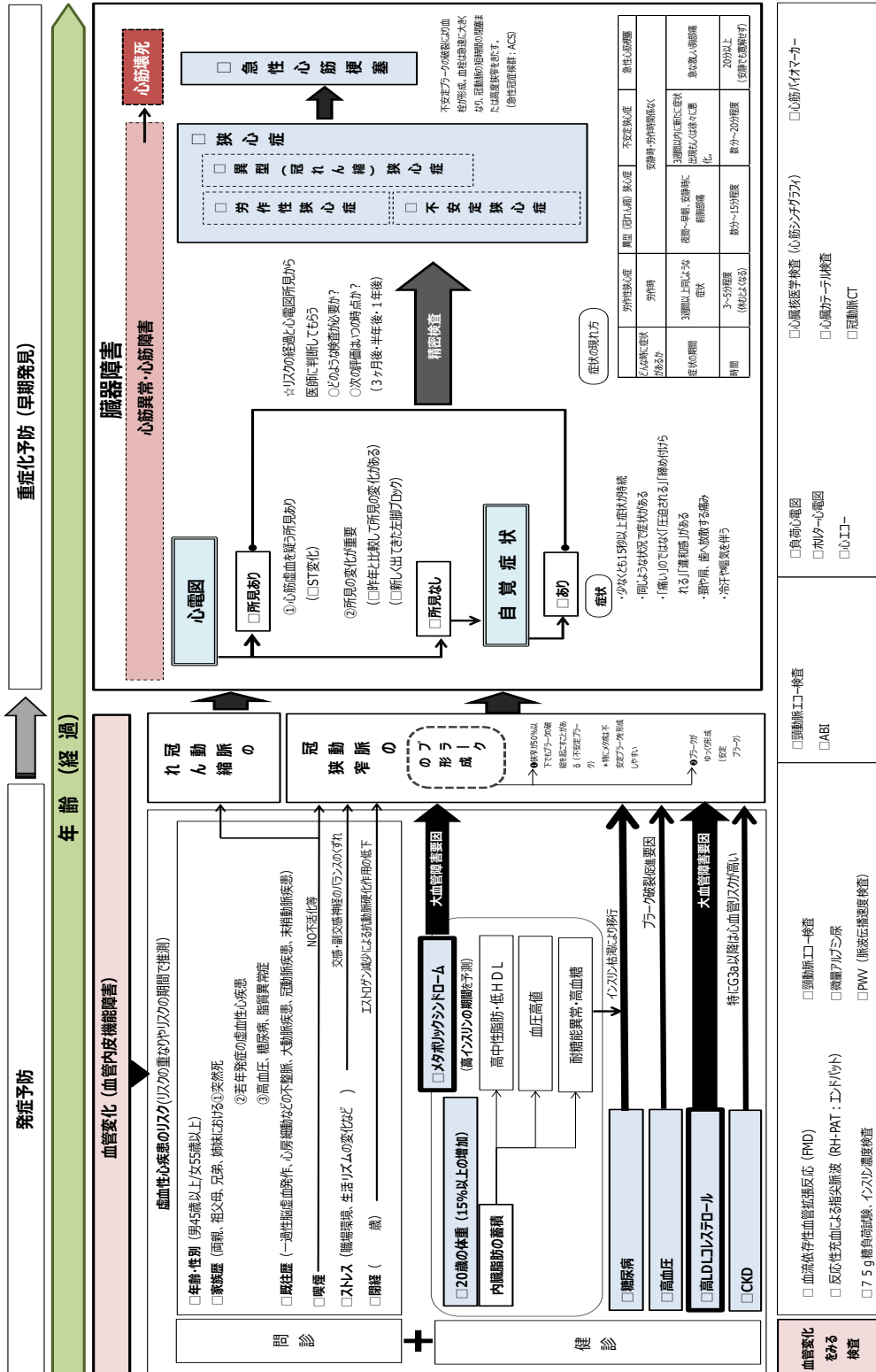
(※2)「日本人の食事摂取基準2015年版」等を参考にした食事の内容

GFR	90以上	80~89未満	45~59未満	30~44未満	15~29未満	15未満
GFR区分	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
総エネルギー kcal/日	健康人と同様の考え方でよい。25~35kcal/kg(体重)/日 基礎代謝基準値×標準体重(BMI22の体重)×生活活動強度					
たんぱく質 標準体重 (kgあたり)	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.6~0.8	0.6~0.8	0.6~0.8
たんぱく質の量 (g/日)	※10~1.226kg	※10~1.226kg	※10~1.226kg			
塩分 (g/日)	1.0	1.0	1.0			
カリウム (g/日)	正常基準 男2,575 女2,375	正常基準 男2,575 女2,375	正常基準 男2,575 女2,375	3~6未満	3~6未満	3~6未満
カリウム (g/日)	男2,500・女2,000		2,000以下		1,500以下	

【参考資料 4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 阿蘇市												
		項目	保険者						同規模保険者		データ元	
			平成28年度		平成29年度		平成30年度		実数	割合		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者	被保険者数 (再掲)40才-74才	7,895	人	人	人	人	人	人	KDB厚生労働省様式3-2	
2	①	特定健診	健診対象者数	5,883	人	人	人	人	人	人	保健指導支援ツール	
	②		健診受診者数	2,452	人	人	人	人	人			
	③		健診受診率	41.7	%	%	%	%	%			
3	①	特定保健指導	保健指導対象者数	311	人	人	人	人	人	H28年度特定健康診査・特定保健指導実施状況		
	②	実施率		73.3	%	%	%	%	%			
4	①	健診データ	糖尿病型	420	人	17.1 %	人	%	人	%	特定健診結果 保健指導支援ツール	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	185	人	44 %	人	%	人	%		
	③		治療中(質問票 服薬有)	235	人	56 %	人	%	人	%		
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	141	人	60 %	人	%	人	%		
	⑤		血圧 130/80以上	83	人	58.9 %	人	%	人	%		
	⑥		肥満 BMI25.0以上	54	人	38.3 %	人	%	人	%		
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	90	人	40 %	人	%	人	%		
	⑧		糖尿病病期分類			86.9						
	⑨		尿蛋白	(-) 第1期	365	人	5.2 %	人	%	人		%
	⑩			(±) 第2期	22	人	7.1 %	人	%	人		%
	⑪			(+)以上 第3期	30	人	0.71 %	人	%	人		%
⑫	eGFR(30未満) 第4期	3		人	13 %	人	%	人	%			
5	①	レセプト	糖尿病治療中	1,023	人	17.1 %	人	%	人	%	あなみツール②・2集計ツール2017.7(DM腎症(レセ×健診))	
	②		(再掲)40才-74才	1,016	人	76.9 %	人	%	人	%		
	③		健診未受診者	781	人	6.5 %	人	%	人	%		
	④		糖尿病性腎症	67	人	6.6 %	人	%	人	%		
	⑤		(再掲)40才-74才	67	人	1.56 %	人	%	人	%		
	⑥		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	16	人	1 %	人	%	人	%		
	⑦		(再掲)40才-74才	16	人	0.04 %	人	%	人	%		
	⑧		後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	54	人	0 %						
	⑨		新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症	3	人	0.04 %	人	%	人	%		
6	①	医療費	総医療費	a	25.5	億円	億円	億円	億円	億円	KDB健診・医療・介護データからみられる地域の健康課題CSV	
	②		生活習慣病総医療費	b	6.8	億円	億円	億円	億円			
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	26.8	%	%	%	%			
	④		生活習慣病 対象者一人 当たり	健診受診者	7,428	円	円	円	円			
	⑤			健診未受診者	29,156	円	円	円	円			
	⑥		糖尿病医療費	c	1.6	億円	万円	万円	万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	11	%	%	%	%			
	⑧		入院外	人	%	人	%	人	%			
	⑨		入院	人	%	人	%	人	%			
	⑩		糖尿病入院外総医療費	1.4	億円	億円	億円	億円				
	⑪		1件当たり	35,399	円	円	円	円				
	⑫		糖尿病入院総医療費	0.2	億円	億円	億円	億円				
	⑬		1件当たり	484,687	円	円	円	円				
	⑭		在院日数	14	日	日	日	日				
	⑮		慢性腎不全医療費									
⑯	透析有り	2.1	億円	億円	億円	億円						
⑰	透析なし	万円	万円	万円	万円							
7	①	介護	介護給付費	28.15	億円	億円	億円	億円	億円	KDB市町村別データ		
	②		(再掲)2号認定者の有者割合									
	③		糖尿病	50.9	%	%	%	%				
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	212	人	人	人	人	人	KDB地域の全体像の把握CSV		
	②		糖尿病	2	人	0.9 %	人	%	人		%	

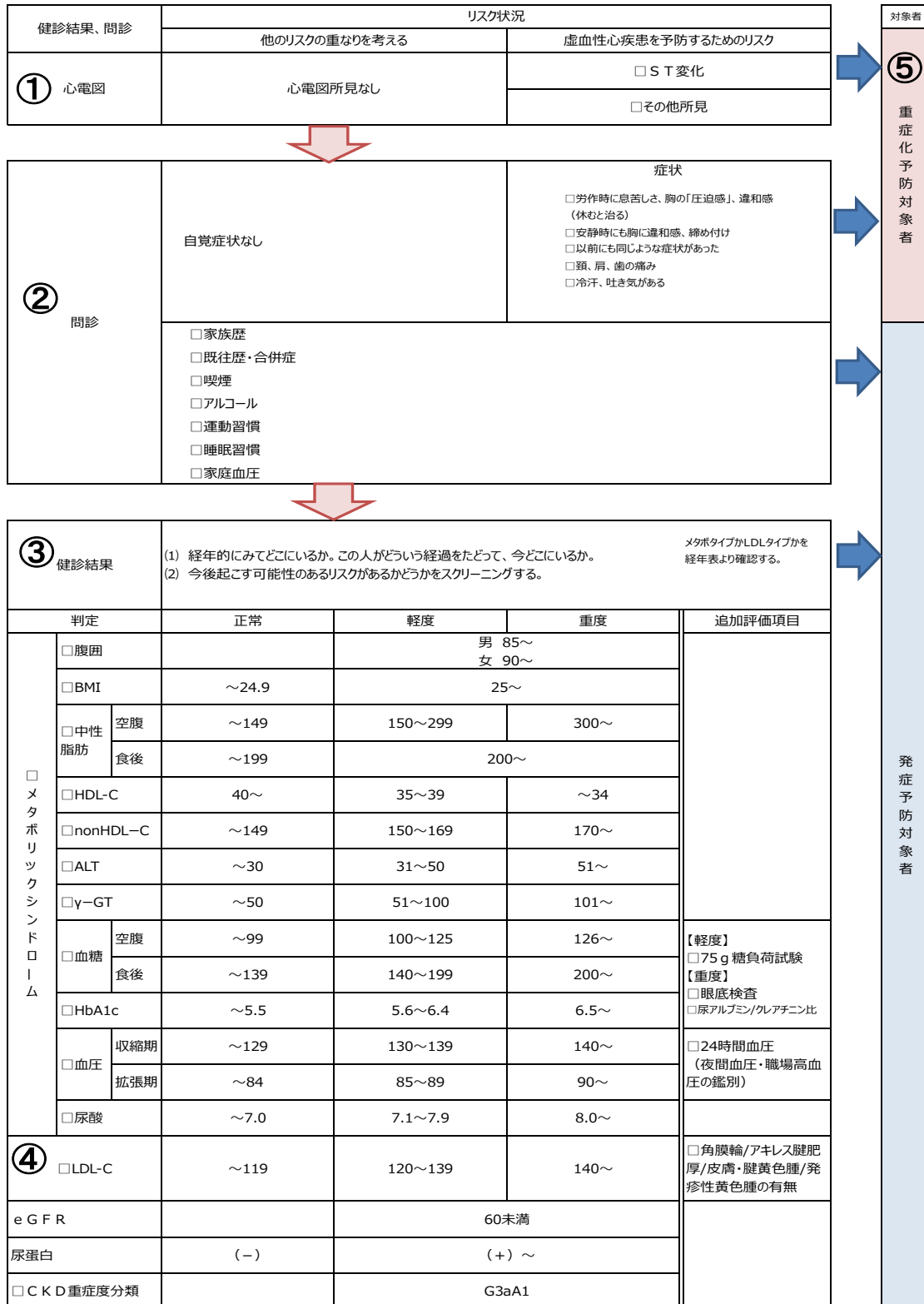
虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料5】

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づいた心臓病予防ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能をみる (東京医科歯大)

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

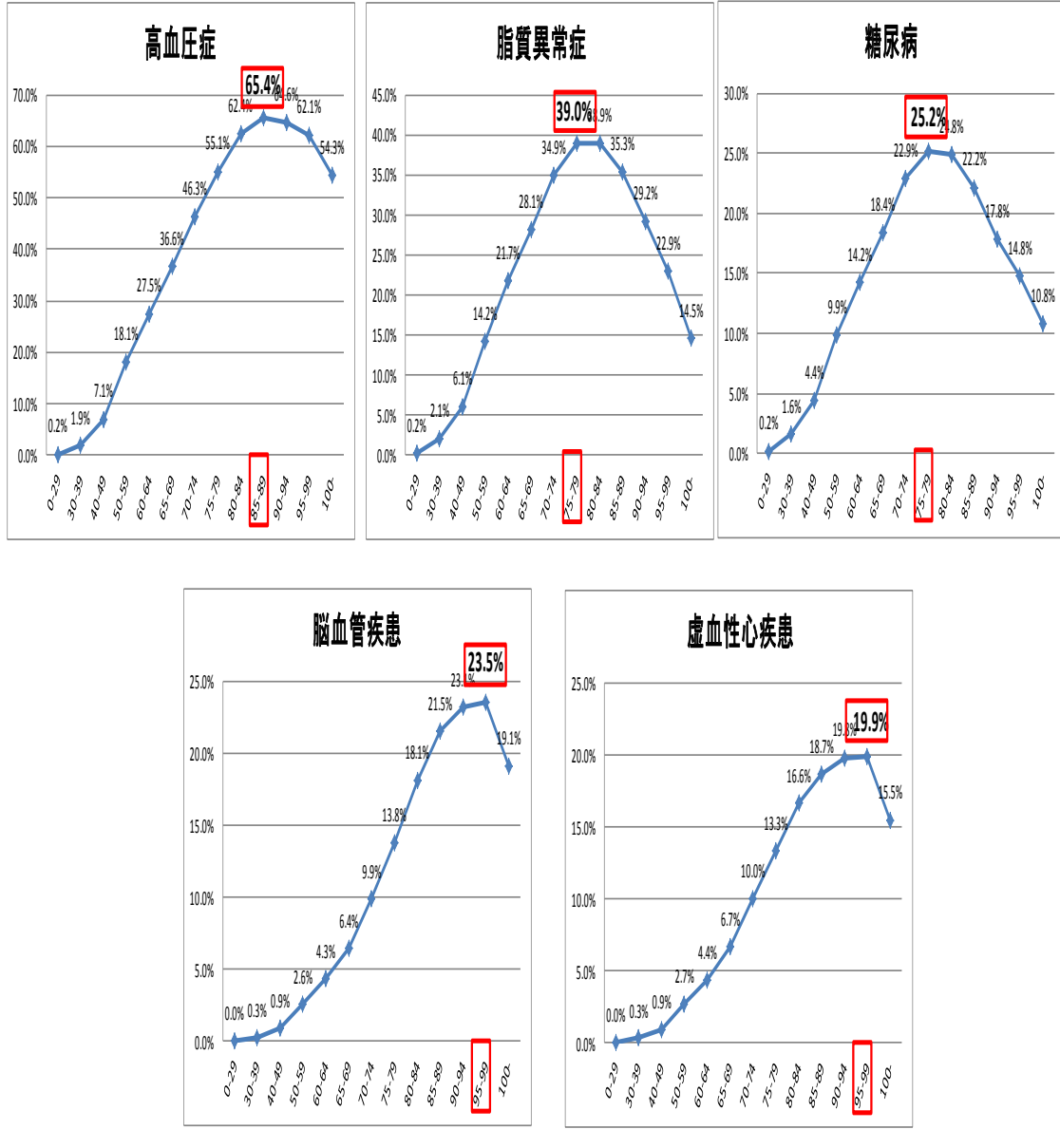


参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 9】

生活習慣病有病状況(熊本県)

平成29年5月診療分 (KDBシステム平成29年7月作成)



第1期示-タヘルズ計画 評価シート									
事業名 評価項目	目標	ストラクチャー (事業部、部門別の人数、体制、業務内容、等)	プロセス (業務内容、業務方法、③関係者の役割等)	アウトプット		アウトカム		結果	考察と課題
				評価指標・目標値	評価指標・目標値	評価指標・目標値	評価指標・目標値		
特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防
1	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防
2	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防
3	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防
4	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防
5	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防	特定課題 人工透析予 防