

| | |
|------------------------------------|----|
| 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期計画の評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化 | 7 |
| 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) | 23 |
| 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 特定健康診査等実施計画の公表・周知 | |
| 8 特定健康診査等実施計画の評価・見直し | |
| 第4章 保健事業の内容 | 42 |
| 1 保健事業の方向性 | |
| 2 重症化予防の取組 | |
| 2-1 糖尿病性腎症重症化予防 | |
| 2-2 虚血性心疾患重症化予防 | |
| 2-3 脳血管疾患重症化予防 | |
| 3 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 | 61 |
| 第6章 計画の評価・見直し | 62 |
| 1 評価の時期 | |
| 2 評価方法・体制 | |
| 3 データヘルス計画の目標管理一覧表 | |
| 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い | 64 |
| 1 計画の公表・周知 | |
| 2 個人情報の取扱い | |
| 参考資料 | 65 |

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備を進めています。

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

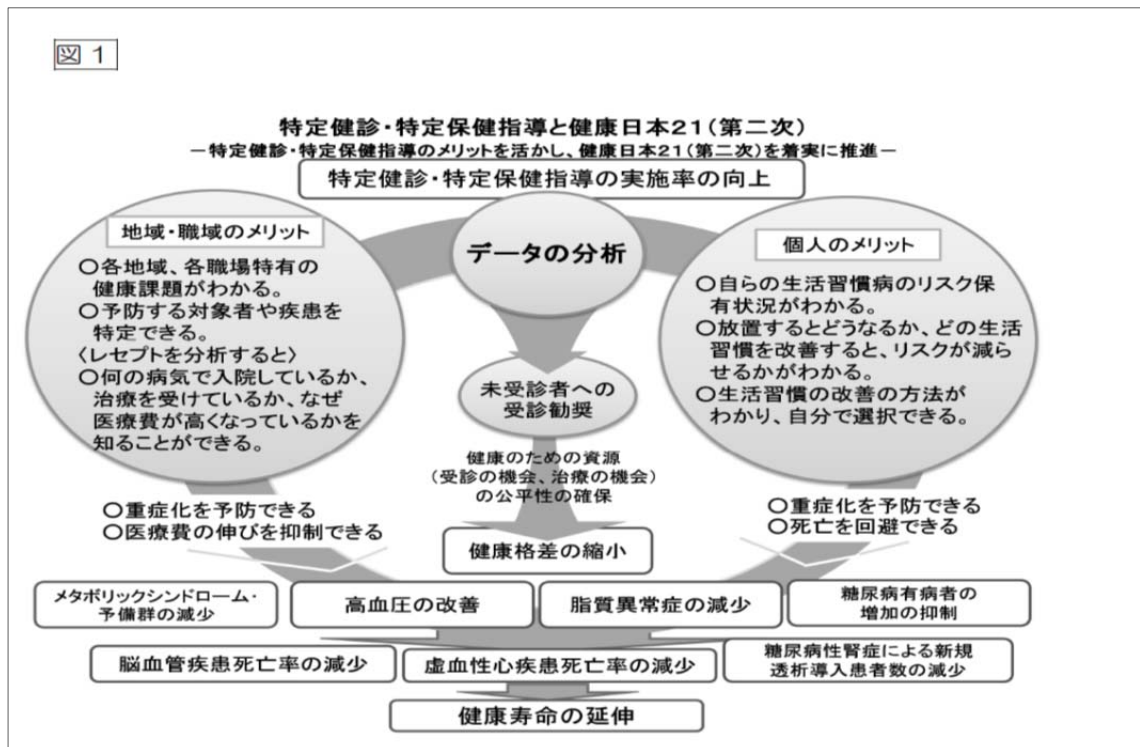
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体として中心的な役割を担い、市町村と共同で運営することとなりましたが、被保険者の身近な業務である、資格・給付業務のほか保健事業等の医療費適正化はこれまでどおり市町村が主体となり行います。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部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・改善等を行うこととされました。

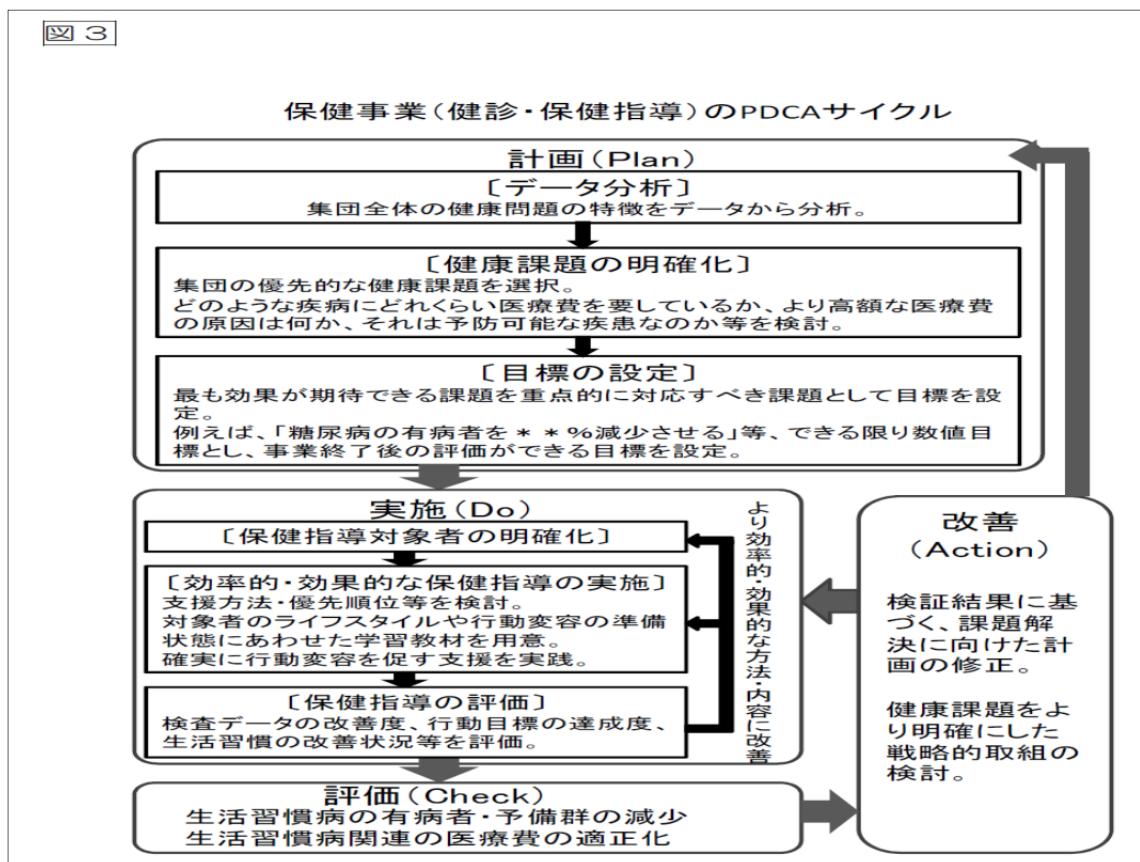
上田市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び財政基盤強化を図ることを目的とします。

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

4 関係者が果たすべき役割と連携（図表4）

（1）実施主体関係部局の役割

上田市においては、福祉部国保年金課を主体に、健康こども未来部健康推進課の保健師、管理栄養士等の専門職と一体となり、計画を策定します。また、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、高齢者介護課、障がい者支援課及び福祉課とも十分な連携を図ります。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・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す。

（2）外部有識者等の役割

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

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

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し保険者等への支援を積極的に行うことが期待されます。

加えて国保連には、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、事業実施後の評価分析において、KDBの活用によるデータ分析や技術支援に加え、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。

また、平成30年度から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なることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となります。

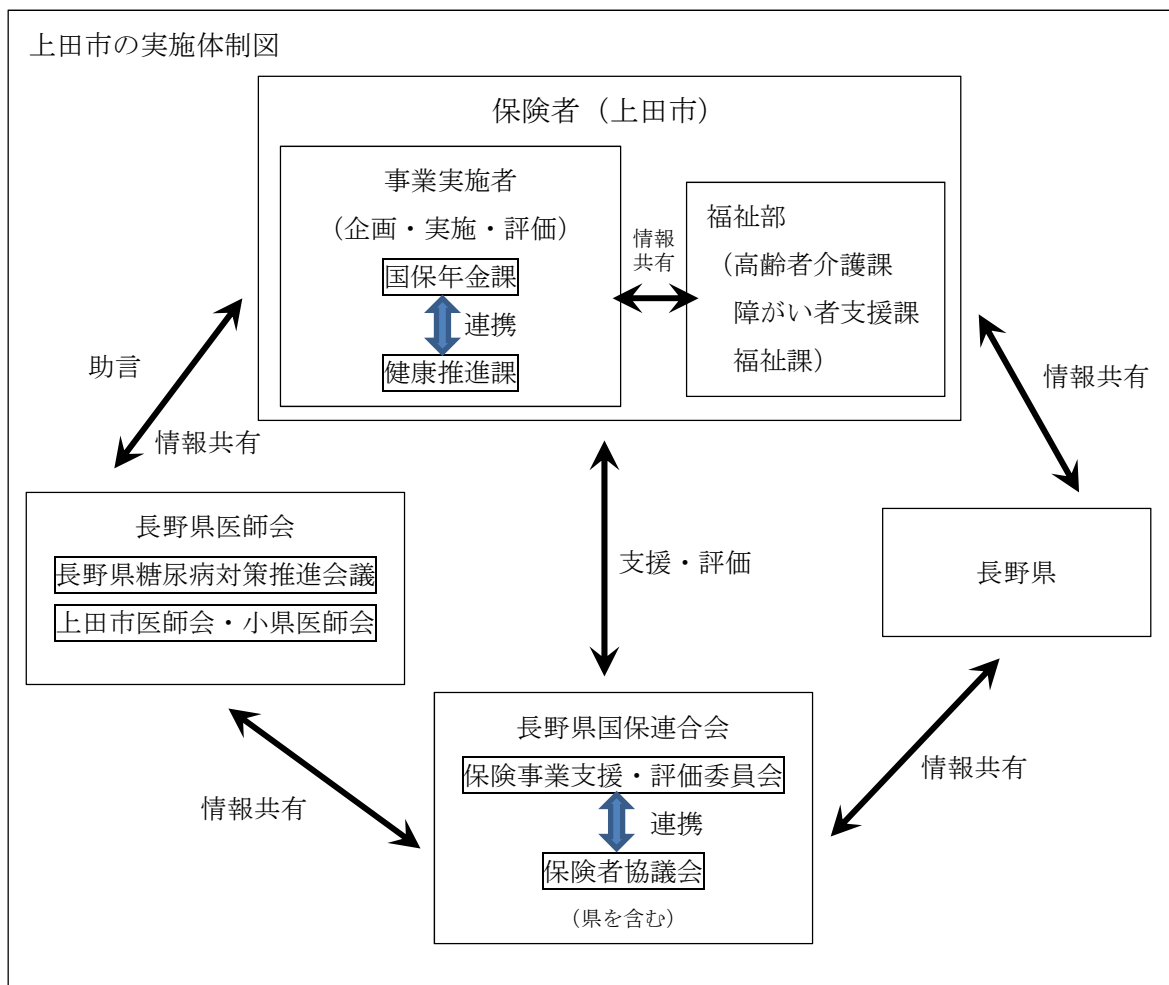
このため、上田市は計画素案について県関係課と意見交換を行い連携に努めます。保険者等と市医師会等、地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要です。国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者の積極的な連携が必要です。

なお、保険者間では、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す。そのためには、保険者協議会等を活用することも有用です。

(3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要です。

【図表 4】



5 保険者努力支援制度（図表 5）

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

| 評価指標 | 年度 | H28 | H29 | H30 | H30 参考 |
|-----------------|-------------------------|-------|------|------|-----------|
| | 総点数(満点) | | 345点 | 580点 | 850点 |
| 交付額(万円) | | 2,052 | | | |
| 総得点(体制構築加点含む) | | 237点 | | | |
| 全国順位(1,714市町村中) | | 323位 | | | |
| 共通 ① | 特定健診受診率 | 30 | | | 50 |
| | 特定保健指導実施率 | | | | 50 |
| | メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率 | | | | 50 |
| 共通 ② | がん検診受診率 | 10 | | | 30 |
| | 歯周疾患(病)検診実施状況 | | | | 25 |
| 共通 ③ | 糖尿病等重症化予防の取組 | 40 | | | 100 |
| 共通 ④ | 個人への分かりやすい情報提供 | 40 | | | 25 |
| | 個人のインセンティブ提供 | | | | 70 |
| 固有 ② | データヘルス計画の取組 | 10 | | | 40 |
| 共通 ⑤ | 重複服薬者に対する取組 | 10 | | | 35 |
| 共通 ⑥ | 後発医療薬品の促進の取組・使用割合 | 17 | | | 75 |
| 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 | 0 | | | 25 |
| 固有 ④ | 地域包括ケアの推進の取組の実施状況 | 0 | | | 25 |
| 固有 ⑤ | 第三者求償の取組の実施状況 | 10 | | | 40 |
| 固有 ⑥ | 適正かつ健全な事業運営の実施状況 | | | | 50 |
| 体制構築加点 | | 70 | 70 | 60 | 60 |

第2章 第1期計画の評価及び考察と第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

計画策定の手引きにおいて、KDB等を活用し、同規模保険者（人口15万人以上の56市）、県平均、国平均と比較し、現状を把握します。また、経年比較することについても記載されていることから、それに従い分析を行ないます。

(1) 第1期計画に係る評価

ア 全体の経年変化（図表6）

★の上田市の人口構成を見ると、平成28年度の高齢化率は26.6%と同規模平均、国に比べ高い状況です。また国保においても①の平成28年度の国保の被保険者のうち、65歳から74歳の占める割合は45.1%で、平成25年度の38.8%と比べ増加しており、県、国と比べても高い状況です。高齢化により身体的変化が生じ医療費が高くなることから、②の一人当たり医療費は平成25年度と比べ増加し、同規模平均、県、国と比べても高い状況です。その医療費を外来、入院別に同規模平均、県、国と比べてみると、外来は件数に比べ費用の割合が多く、入院は1件当たりの在院日数が多い状況です。背景として医療費がかかる疾患と、入院が長期になる疾患があると考えられます。

③の費用額で見ると、入院では中長期目標である脳血管疾患、心疾患、心不全とも平成25年度と比べ下がっています。一方、短期目標の糖尿病は費用額は下がっているものの県内順位が上がり、高血圧は費用額、県内順位ともに上がっています。また、外来では脳血管疾患、心疾患、腎不全がそれぞれ県内順位が上がり、基礎疾患となる糖尿病、高血圧は費用額、県内順位も上がっています。上田市にとって短期目標である糖尿病と高血圧は解決すべき課題となっています。

④の介護保険では、生活習慣病の重症化による認定を減らすことが目標となっています。40～64歳までの2号認定者の割合は平成25年度と比べ減少し、同規模平均と比べても低い状況ですが、1号認定者は同規模平均、県、国に比べて高い状況です。平成28年度の介護保険利用者全体の有病状況を見ると、介護保険の原因疾患としても多い脳血管疾患は、割合では28.9%と約3割となっています。また、基礎疾患となる糖尿病、高血圧も平成25年に比べ増加しています。⑤の特定健診実施率はわずかながら増加していますが、同規模順位は56市中48位、県内順位は77市町村中74位と低く、課題となっています。更に健診結果では、メタボリックシンドローム該当者は平成25年度に比べ増加し、同規模平均、県、国に比べ多く、中でも2項目以上の重なりでは血糖と重なりが多くなっていることから、重症化を予防するためにメタボリックシンドロームと血糖は上田市の解決すべき課題となっています。

【図表 6】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上田市の位置

| 項目 | | H25 | | H28 | | H28 | | H28 | | H28 | | データ元 (CSV) | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------|------------|-----------|-------------|------------|------------|---|---|
| | | 保険者 | | 保険者 | | 同規模平均 | | 県 | | 国 | | | |
| | | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | | |
| 1 | ① 人口構成 | 総人口 | 155,516 | | 155,516 | | 11,143,865 | 2,115,647 | 124,852,975 | | | KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 | |
| | | 65歳以上 (高齢化率) | 41,313 | 26.6 | 41,313 | 26.6 | 2,453,977 | 22.0 | 567,919 | 26.8 | 29,020,766 | | 23.2 |
| | | 75歳以上 | 21,885 | 14.1 | 21,885 | 14.1 | | | 303,854 | 14.4 | 13,989,864 | | 11.2 |
| | | 65～74歳 | 19,428 | 12.5 | 19,428 | 12.5 | | | 264,065 | 12.5 | 15,030,902 | | 12.0 |
| | | 40～64歳 | 51,294 | 33.0 | 51,294 | 33.0 | | | 701,088 | 33.1 | 42,411,922 | | 34.0 |
| | 39歳以下 | 62,909 | 40.5 | 62,909 | 40.5 | | | 846,640 | 40.0 | 53,420,287 | 42.8 | | |
| | ② 産業構成 | 第1次産業 | | 6.2 | | 6.2 | | 2.8 | | 9.8 | | 4.2 | KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 |
| | | 第2次産業 | | 33.9 | | 33.9 | | 26.1 | | 29.5 | | 25.2 | |
| | | 第3次産業 | | 59.9 | | 59.9 | | 71.1 | | 60.7 | | 70.6 | |
| | ③ 平均寿命 | 男性 | | 81.2 | | 81.2 | | 79.9 | | 80.9 | | 79.6 | KDB_NO.1 地域全体像の把握 |
| 女性 | | | 86.5 | | 86.5 | | 86.3 | | 87.2 | | 86.4 | | |
| ④ 健康寿命 | 男性 | | 66.3 | | 66.3 | | 65.4 | | 65.7 | | 65.2 | KDB_NO.1 地域全体像の把握 | |
| | 女性 | | 66.7 | | 66.7 | | 66.8 | | 67.2 | | 66.8 | | |
| 2 | ① 死亡の状況 | 標準化死亡率 (SMR) | | | | | | | | | | | KDB_NO.1 地域全体像の把握 |
| | | 男性 | | 92.3 | | 92.6 | | 96.5 | | 90.3 | | 100 | |
| | | 女性 | | 92.0 | | 97.3 | | 100.0 | | 94.5 | | 100 | |
| | | がん | 474 | 43.6 | 462 | 43.7 | 30,805 | 49.7 | 6,285 | 44.7 | 367,905 | 49.6 | |
| | | 心臓病 | 273 | 25.1 | 301 | 28.5 | 16,718 | 27.0 | 3,777 | 26.9 | 196,768 | 26.5 | |
| | | 脳疾患 | 252 | 23.2 | 216 | 20.4 | 9,163 | 14.8 | 2,908 | 20.7 | 114,122 | 15.4 | |
| | | 糖尿病 | 19 | 1.7 | 14 | 1.3 | 1,073 | 1.7 | 270 | 1.9 | 13,658 | 1.8 | |
| | ② 早世予防からみた死亡 (65歳未満) | 合計 | 172 | 9.8 | 172 | 9.8 | | | 2,289 | 8.3 | 151,274 | 11.0 | 厚労省HP 人口動態調査 |
| | | 男性 | 118 | 13.1 | 118 | 13.1 | | | 1,403 | 11.4 | 95,219 | 14.3 | |
| | | 女性 | 54 | 6.3 | 54 | 6.3 | | | 886 | 5.2 | 56,055 | 7.6 | |
| 3 | ① 介護保険 | 1号認定者数 (認定率) | 8,575 | 20.7 | 8,892 | 21.6 | 520,867 | 21.0 | 111,407 | 19.7 | 5,882,340 | 21.2 | KDB_NO.1 地域全体像の把握 |
| | | 新規認定者 | 127 | 0.3 | 132 | 0.3 | 9,587 | 0.3 | 1,767 | 0.3 | 105,654 | 0.3 | |
| | | 2号認定者 | 168 | 0.4 | 149 | 0.3 | 14,469 | 0.4 | 2,068 | 0.3 | 151,745 | 0.4 | |
| | ② 有病状況 | 糖尿病 | 1,926 | 21.7 | 2,149 | 23.4 | 126,197 | 23.1 | 23,893 | 20.7 | 1,343,240 | 21.9 | |
| | | 高血圧症 | 4,837 | 55.2 | 5,241 | 56.8 | 279,758 | 51.2 | 62,178 | 54.1 | 3,085,109 | 50.5 | |
| | | 脂質異常症 | 2,323 | 26.0 | 2,720 | 28.9 | 160,573 | 29.2 | 30,991 | 26.7 | 1,733,323 | 28.2 | |
| | | 心臓病 | 5,626 | 64.1 | 5,982 | 64.8 | 317,770 | 58.2 | 71,297 | 62.0 | 3,511,354 | 57.5 | |
| | | 脳疾患 | 2,703 | 31.0 | 2,647 | 28.9 | 139,754 | 25.8 | 32,970 | 28.8 | 1,530,506 | 25.3 | |
| | | がん | 911 | 10.3 | 1,031 | 11.0 | 58,739 | 10.7 | 12,090 | 10.4 | 629,053 | 10.1 | |
| | | 筋・骨格 | 4,875 | 55.2 | 5,304 | 57.5 | 275,277 | 50.4 | 61,653 | 53.6 | 3,051,816 | 49.9 | |
| 精神 | 3,234 | 35.8 | 3,567 | 38.4 | 192,433 | 35.0 | 42,035 | 36.4 | 2,141,880 | 34.9 | | | |
| ③ 介護給付費 | 1件当たり給付費 (全体) | 60,871 | | 59,712 | | 55,577 | | 58,537 | | 58,349 | | | |
| | 居宅サービス | 40,638 | | 39,899 | | 38,459 | | 38,583 | | 39,683 | | | |
| ④ 医療費等 | 施設サービス | 293,733 | | 284,390 | | 281,539 | | 272,582 | | 281,115 | | | |
| | 要介護認定別 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ① 国保の状況 | 被保険者数 | 40,512 | | 36,209 | | 2,691,989 | | 540,824 | | 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 | 15,732 | 38.8 | 16,317 | 45.1 | | | 229,559 | 42.4 | 12,462,053 | 38.2 | |
| | | 40～64歳 | 14,018 | 34.6 | 11,298 | 31.2 | | | 176,386 | 32.6 | 10,946,693 | 33.6 | |
| | | 39歳以下 | 10,762 | 26.6 | 8,594 | 23.7 | | | 134,879 | 24.9 | 9,178,477 | 28.2 | |
| | 加入率 | | 26.1 | | 23.3 | | 24.2 | | 25.6 | | 26.9 | | |
| | ② 医療の概況 (人口千対) | 病院数 | 13 | 0.3 | 13 | 0.4 | 694 | 0.3 | 131 | 0.2 | 8,255 | 0.3 | |
| | | 診療所数 | 104 | 2.6 | 100 | 2.8 | 8,145 | 3.0 | 1,561 | 2.9 | 96,727 | 3.0 | |
| | | 病床数 | 2,371 | 58.5 | 2,327 | 64.3 | 134,006 | 49.8 | 24,190 | 44.7 | 1,524,378 | 46.8 | |
| | | 医師数 | 264 | 6.5 | 273 | 7.5 | 25,810 | 9.6 | 4,786 | 8.8 | 299,792 | 9.2 | |
| | | 外末患者数 | 650.8 | | 674.5 | | 683.8 | | 668.8 | | 668.3 | | |
| ③ 医療費の状況 | 入院患者数 | 18.5 | | 18.6 | | 17.5 | | 17.7 | | 18.2 | | | |
| | 一人当たり医療費 | 23,109 | | 24,737 | | 24,344 | | 24,014 | | 24,253 | | | |
| | 受診率 | 669.304 | | 693.083 | | 701.306 | | 686.476 | | 686.501 | | | |
| | 外来 | | | | | | | | | | | | |
| | 費用の割合 | 60.0 | | 61.5 | | 61.3 | | 60.9 | | 60.1 | | | |
| | 件数の割合 | 97.2 | | 97.3 | | 97.5 | | 97.4 | | 97.4 | | | |
| | 入院 | | | | | | | | | | | | |
| 費用の割合 | 40.0 | | 38.5 | | 38.7 | | 39.1 | | 39.9 | | | | |
| 件数の割合 | 2.8 | | 2.7 | | 2.5 | | 2.6 | | 2.6 | | | | |
| 1件あたり在院日数 | 16.3日 | | 16.3日 | | 15.5日 | | 15.1日 | | 15.6日 | | | | |
| ④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合) | がん | 1,357,786,350 | 20.3 | 1,563,172,480 | 24.4 | 25.9 | | 24.8 | | 25.6 | | KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 | |
| | 慢性腎不全 (透析あり) | 557,586,530 | 8.3 | 528,832,880 | 8.3 | 9.7 | | 9.5 | | 9.7 | | | |
| | 糖尿病 | 650,427,850 | 9.7 | 690,290,510 | 10.8 | 9.7 | | 10.0 | | 9.7 | | | |
| | 高血圧症 | 731,847,990 | 10.9 | 517,943,610 | 8.1 | 8.4 | | 8.8 | | 8.6 | | | |
| | 精神 | 1,375,132,330 | 20.6 | 1,354,134,490 | 21.2 | 16.9 | | 17.7 | | 16.9 | | | |
| | 筋・骨格 | 1,054,777,740 | 15.8 | 987,638,240 | 15.4 | 15.0 | | 15.7 | | 15.2 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|----------------------|-------------------|------------------|----------------|---------|-----------------|---------|-----------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|
| 4 | ⑤ | 費用額 (1件あたり) | 入院 | 糖尿病 | 560,711 | 49位 | (16) | 544,036 | 46位 | (15) | | | | | | | | | | | KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 | | | | |
| | | | | 高血圧 | 561,863 | 55位 | (16) | 568,276 | 48位 | (16) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 県内順位 | 脂質異常症 | 547,256 | 36位 | (17) | 546,195 | 44位 | (17) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 脳血管疾患 | 685,844 | 33位 | (19) | 615,125 | 55位 | (17) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 順位総数79 | 心疾患 | 580,329 | 60位 | (14) | 579,927 | 58位 | (14) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 腎不全 | 750,991 | 31位 | (16) | 644,144 | 37位 | (14) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 外来 | 精神 | 443,499 | 35位 | (25) | 465,002 | 45位 | (24) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 悪性新生物 | 621,429 | 34位 | (13) | 616,703 | 40位 | (13) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 入院の()内 は在院日数 | 糖尿病 | 34,051 | 45位 | | 34,398 | 40位 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 高血圧 | 28,420 | 40位 | | 30,118 | 26位 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 脂質異常症 | 27,201 | 27位 | | 26,671 | 28位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 脳血管疾患 | 36,198 | 39位 | | 36,179 | 33位 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 心疾患 | 42,649 | 19位 | | 47,541 | 13位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 腎不全 | 162,472 | 52位 | | 160,253 | 41位 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神 | 29,842 | 28位 | | 30,311 | 24位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 悪性新生物 | 47,492 | 43位 | | 57,746 | 22位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | ⑥ | 健診有無別 一人当たり 点数 | 健診対象者 一人当たり | 健診受診者 | 1,602 | | | 1,515 | | | 2,122 | | 2,584 | | 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 | 11,990 | | | 13,041 | | | 12,546 | | 11,934 | | 12,683 | | | | | | | | | | |
| | | | 生活習慣病対象者 一人当たり | 健診受診者 | 4,498 | | | 4,334 | | | 6,050 | | 7,237 | | 5,940 | | | | | | | | | | |
| | | | | 健診未受診者 | 33,671 | | | 37,305 | | | 35,760 | | 33,421 | | 36,479 | | | | | | | | | | |
| 7 | ⑦ | 健診・レセ 突合 | 受診勧奨者 | 5,361 | 57.0 | 5,249 | 54.9 | 368,745 | 56.4 | 84,602 | 53.3 | 4,116,530 | 55.9 | | | | | | | | KDB_NO.1 地域全体像の把握 | | | | |
| | | | 医療機関受診率 | 5,022 | 53.4 | 4,898 | 51.2 | 345,939 | 52.9 | 77,778 | 49.0 | 3,799,744 | 51.6 | | | | | | | | | | | | |
| | | | 医療機関非受診率 | 339 | 3.6 | 351 | 3.7 | 22,806 | 3.5 | 6,824 | 4.3 | 316,786 | 4.3 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ①-⑱ | 特定健診の 状況 | 県内順位 順位総数79 | 健診受診者 | 9,409 | | | 9,562 | | | 653,915 | | 158,763 | | 7,362,845 | | | | | | KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握 | | | | |
| | | | | | 受診率 | 34.4 | 県内75位 同規模21位 | 37.8 | 県内74位 同規模48位 | 35.5 | 42.2 | 全国7位 | 34.0 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 特定保健指導終了者(実施率) | 502 | 44.0 | 716 | 64.7 | 1,339 | 1.9 | 572 | 3.3 | 35,557 | 4.1 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 非肥満高血糖 | 941 | 10.0 | 1,238 | 12.9 | 61,296 | 9.4 | 16,151 | 10.2 | 687,157 | 9.3 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | メタボ | 該当者 | 1,618 | 17.2 | 1,716 | 17.9 | 111,379 | 17.0 | 25,333 | 16.0 | 1,272,714 | 17.3 | | | | | | | | | |
| | | | | 男性 | | 1,122 | 28.2 | 1,212 | 30.1 | 74,909 | 27.8 | 17,887 | 25.1 | 875,805 | 27.5 | | | | | | | | | | |
| | | | | 女性 | 496 | 9.1 | 504 | 9.1 | 36,470 | 9.5 | 7,446 | 8.5 | 396,909 | 9.5 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 予備群 | 981 | 10.4 | 892 | 9.3 | 67,903 | 10.4 | 15,393 | 9.7 | 790,096 | 10.7 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 男性 | 679 | 17.1 | 652 | 16.2 | 46,274 | 17.2 | 11,071 | 15.5 | 548,609 | 17.2 | | | | | | | | | | |
| | | | | 女性 | 302 | 5.6 | 240 | 4.3 | 21,629 | 5.6 | 4,322 | 4.9 | 241,487 | 5.8 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 腹囲 | 総数 | 2,909 | 30.9 | 2,895 | 30.3 | 200,439 | 30.7 | 46,217 | 29.1 | 2,320,533 | 31.5 | | | | | | | | | | |
| | | | | | 男性 | 2,003 | 50.3 | 2,060 | 51.2 | 135,060 | 50.2 | 32,823 | 46.0 | 1,597,371 | 50.1 | | | | | | | | | | |
| | | | | 女性 | 906 | 16.7 | 835 | 15.1 | 65,379 | 17.0 | 13,394 | 15.3 | 723,162 | 17.3 | | | | | | | | | | | |
| | | | | BMI | 総数 | 423 | 4.5 | 442 | 4.6 | 30,374 | 4.6 | 7,337 | 4.6 | 346,181 | 4.7 | | | | | | | | | | |
| | | | | | 男性 | 59 | 1.5 | 59 | 1.5 | 4,438 | 1.6 | 1,273 | 1.8 | 55,460 | 1.7 | | | | | | | | | | |
| | | | | 女性 | 364 | 6.7 | 383 | 6.9 | 25,936 | 6.7 | 6,064 | 6.9 | 290,721 | 7.0 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 血糖のみ | 74 | 0.8 | 72 | 0.8 | 3,883 | 0.6 | 1,062 | 0.7 | 48,685 | 0.7 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 血圧のみ | 668 | 7.1 | 575 | 6.0 | 47,625 | 7.3 | 10,052 | 6.3 | 546,667 | 7.4 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 脂質のみ | 239 | 2.5 | 245 | 2.6 | 16,395 | 2.5 | 4,279 | 2.7 | 194,744 | 2.6 | | | | | | | | | | | |
| 血糖・血圧 | 227 | 2.4 | 272 | 2.8 | 16,367 | 2.5 | 3,834 | 2.4 | 196,978 | 2.7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血糖・脂質 | 105 | 1.1 | 126 | 1.3 | 5,817 | 0.9 | 1,652 | 1.0 | 69,975 | 1.0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧・脂質 | 850 | 9.0 | 743 | 7.8 | 55,206 | 8.4 | 12,020 | 7.6 | 619,684 | 8.4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血糖・血圧・脂質 | 436 | 4.6 | 575 | 6.0 | 33,989 | 5.2 | 7,827 | 4.9 | 386,077 | 5.2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | ①-⑭ | 生活習慣の 状況 | 服薬 | 高血圧 | 3,266 | 34.7 | 3,273 | 34.2 | 224,336 | 34.3 | 52,469 | 33.1 | 2,479,216 | 33.7 | | | | | | | | KDB_NO.1 地域全体像の把握 | | | |
| | | | | 糖尿病 | 659 | 7.0 | 737 | 7.7 | 48,044 | 7.3 | 11,955 | 7.5 | 551,051 | 7.5 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 脂質異常症 | 2,121 | 22.5 | 2,385 | 24.9 | 164,914 | 25.2 | 36,892 | 23.2 | 1,738,149 | 23.6 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 248 | 2.7 | 243 | 2.7 | 22,464 | 3.5 | 4,697 | 3.1 | 230,777 | 3.3 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 既往歴 | 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) | 422 | 4.5 | 405 | 4.5 | 36,251 | 5.6 | 10,003 | 6.6 | 391,296 | 5.5 | | | | | | | | | | |
| | | | | | 腎不全 | 29 | 0.3 | 34 | 0.4 | 2,602 | 0.4 | 882 | 0.6 | 37,041 | 0.5 | | | | | | | | | | |
| | | | | 貧血 | 843 | 9.1 | 837 | 9.3 | 68,264 | 10.7 | 11,296 | 7.5 | 710,850 | 10.1 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 喫煙 | 1,020 | 10.8 | 1,023 | 10.7 | 83,690 | 12.8 | 21,320 | 13.4 | 1,048,171 | 14.2 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 週3回以上朝食を抜く | 82 | 3.2 | 110 | 4.0 | 44,867 | 8.0 | 8,333 | 6.2 | 540,374 | 8.5 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 週3回以上食後間食 | 3,533 | 43.9 | 3,476 | 44.2 | 60,670 | 10.9 | 15,693 | 11.3 | 743,581 | 11.8 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 週3回以上就寝前夕食 | 355 | 13.7 | 337 | 12.3 | 79,795 | 14.2 | 20,055 | 15.0 | 983,474 | 15.4 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 食べる速度が遅い | 748 | 28.8 | 771 | 28.2 | 137,506 | 24.9 | 33,797 | 25.3 | 1,636,988 | 25.9 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 20歳時体重から10kg以上増加 | 2,844 | 30.7 | 2,704 | 29.8 | 180,403 | 31.8 | 40,560 | 29.0 | 2,047,756 | 32.1 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1回30分以上運動習慣なし | 4,887 | 54.4 | 4,732 | 54.4 | 309,955 | 54.6 | 89,671 | 63.9 | 3,761,302 | 58.7 | | | | | | | | | | | |
| 1日1時間以上運動なし | 2,475 | 26.7 | 2,446 | 27.1 | 255,290 | 45.0 | 63,966 | 45.6 | 2,991,854 | 46.9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 睡眠不足 | 1,470 | 16.6 | 1,829 | 20.2 | 128,229 | 23.1 | 30,611 | 21.9 | 1,584,002 | 25.0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毎日飲酒 | 2,116 | 22.8 | 2,056 | 22.6 | 148,270 | 23.6 | 36,779 | 24.4 | 1,760,104 | 25.6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 時々飲酒 | 2,132 | 22.9 | 2,141 | 23.6 | 138,824 | 22.1 | 34,747 | 23.0 | 1,514,321 | 22.0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一日飲酒量 | 1合未満 | 852 | 56.5 | 959 | 59.5 | 283,090 | 67.3 | 41,350 | 54.0 | 3,118,433 | 64.1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1~2合 | 488 | 32.4 | 475 | 29.5 | 92,831 | 22.1 | 24,618 | 32.1 | 1,158,318 | 23.8 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2~3合 | 144 | 9.5 | 151 | 9.4 | 35,592 | 8.5 | 8,209 | 10.7 | 452,785 | 9.3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3合以上 | 24 | 1.6 | 27 | 1.7 | 9,144 | 2.2 | 2,397 | 3.1 | 132,608 | 2.7 | | | | | | | | | | | | | | |

イ 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表 7）

平成 28 年度の介護給付費は平成 25 年度に比べ約 3 億円増加しましたが、1 件当たりの介護給付費(全体)は 59,712 円と減少し、内訳をみても、居宅サービス、施設サービスともに減少しています。しかし、いずれも 28 年度の同規模平均と比べると高い状況です。

介護給付費の変化

【図表 7】

| 年度 | 上田市 | | | | 同規模平均 | | |
|-------|----------------|------------------|--------|---------|------------------|--------|---------|
| | 介護給付費 | 1件当たり 給付費(全体) | 居宅サービス | 施設サービス | 1件当たり 給付費(全体) | 居宅サービス | 施設サービス |
| H25年度 | 13,294,392,788 | 60,871 | 40,638 | 293,733 | 58,814 | 40,100 | 287,649 |
| H28年度 | 13,595,602,157 | 59,712 | 39,899 | 284,390 | 55,577 | 38,459 | 281,539 |

② 医療費の状況（図表 8）

上田市の医療費の状況を見ると、総医療費の伸び率は-3.2と減少していますが、一人当たりの医療費は23,109円から24,737円と増加しています。図表 6 にあるとおり、国保加入者の減少が一つの要因と考えられます。入院外医療費の伸び率-0.8に比べ、入院医療費の伸び率は6.9下がっている状況から重症化する前の段階で医療受診につながり、結果入院費用が抑えられた可能性も推測されます。

医療費の変化

【図表 8】

| 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 | |
| | | | | 市 | 同規模 | | | 市 | 同規模 | | | 市 | 同規模 |
| 総医療費 (円) | H25年度 | 11,406,046,370 | | | 4,560,494,830 | | | | 6,845,551,540 | | | | |
| | H28年度 | 11,035,408,880 | -370,637,490 | -3.2 | -10.9 | 4,243,656,560 | -316,838,270 | -6.9 | -12.0 | 6,791,752,320 | -53,799,220 | -0.8 | -10.0 |
| 1人当たり 医療費(円) | H25年度 | 23,109 | | | 9,240 | | | | 13,869 | | | | |
| | H28年度 | 24,737 | 1,628 | 7.0 | 6.5 | 9,510 | 270 | 2.9 | 6.8 | 15,220 | 1,351 | 9.7 | 9.2 |

※KDB1人当たり医療費は、月平均額での表示となる

③ 最大医療資源の状況（図表 9）

平成25年度と比較して平成28年度は、中長期目標疾患である慢性腎不全（透析）、脳血管疾患、虚血性心疾患の目標疾患医療費計は減少しています。

しかし、短期目標疾患の割合では糖尿病が5.71%から6.26%と増加しており、国・県よりも高い状況になっています。糖尿病が治療に結びついたことで増加している可能性も考えられますが、糖尿病は重症化すると腎臓、脳、心臓の血管を傷め、結果として医療費の伸びにつながることから糖尿病重症化予防の取組みはますます重要となっています。

【図表 9】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成25年度と平成28年度との比較）

| 年度 | 市町村 | 総医療費 | 一人あたり医療費 | | | 中長期目標疾患 | | | | 短期目標疾患 | | | (中長期・短期) 目標疾患医療費計 | | 新生物 | 精神疾患 | 筋・骨疾患 | |
|----|-------|----------------|--------------------|--------|-----|-------------|-------------|---------|----------|--------|-------|-------|-------------------|-------------------|--------|--------|--------|-------|
| | | | 金額 | 順位 | | 腎 | | 脳 | 心 | 糖尿病 | 高血圧 | 脂質異常症 | | | | | | |
| | | | | 同規模 | 県内 | 慢性腎不全 (透析有) | 慢性腎不全 (透析無) | 脳梗塞 脳出血 | 狭心症 心筋梗塞 | | | | | | | | | |
| 国保 | H25年度 | 11,406,046,370 | 23,109 | 21位 | 36位 | 4.89% | 0.50% | 2.83% | 1.58% | 5.71% | 6.43% | 3.15% | 2,862,076,380 | 25.09% | 11.97% | 12.08% | 9.30% | |
| | H28年度 | 11,035,408,880 | 24,737 | 22位 | 35位 | 4.79% | 0.19% | 1.95% | 1.37% | 6.26% | 4.69% | 3.01% | 2,456,755,810 | 22.26% | 14.15% | 12.27% | 8.96% | |
| | H28年度 | 国 | 9,687,968,260,190 | 24,245 | -- | -- | 5.40% | 0.35% | 2.23% | 2.04% | 5.40% | 4.75% | 2.95% | 2,239,908,933,310 | 23.12% | 14.21% | 9.38% | 8.45% |
| | | 県 | 159,625,419,870 | 24,015 | -- | -- | 5.43% | 0.34% | 2.44% | 1.76% | 5.72% | 5.01% | 2.91% | 37,685,277,280 | 23.61% | 14.19% | 10.12% | 8.98% |
| 後期 | H25年度 | 17,599,300,150 | 62,193 | 39位 | 10位 | 11.6% | 0.8% | 10.1% | 5.1% | 7.2% | 12.0% | 1.7% | 4,524,992,840 | 25.70% | 13.7% | 9.1% | 25.3% | |
| | H28年度 | 19,323,921,280 | 65,566 | 19位 | 9位 | 12.3% | 0.6% | 8.8% | 1.7% | 8.4% | 9.3% | 1.6% | 4,451,976,270 | 23.00% | 16.3% | 8.9% | 26.1% | |
| | H28年度 | 県 | 247,913,950,030 | 61,055 | | | 11.7% | 0.9% | 10.6% | 4.0% | 7.8% | 10.4% | 1.7% | 59,083,788,700 | 23.80% | 19.0% | 6.5% | 25.7% |
| | | 国 | 13,833,006,834,360 | 69,722 | | | 11.1% | 1.2% | 9.3% | 4.7% | 7.7% | 9.4% | 2.0% | 3,281,310,315,840 | 23.70% | 18.2% | 7.9% | 25.2% |

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果
 ◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を表した傷病名

KDB システム

④ 中長期目標疾患の状況（図表 10）

被保険者に占める中長期疾患治療者の割合を平成25年度と平成28年度と比較すると、虚血性心疾患は減少し、脳血管疾患についてはほぼ横ばい、人工透析については人数、割合ともに増加しています。中長期目標疾患と短期目標疾患の重複を見ると、虚血性心疾患、脳血管疾患とも64歳以下の治療者で人工透析と重なり、治療者全体では短期目標疾患の高血圧・糖尿病・脂質異常とも増加しています。人工透析治療者では、どの疾患とも重なる割合が高く、特に虚血性心疾患の重なりは64歳以下では62.9%、短期目標疾患の重なりでは糖尿病は全体で56.7%と多い状況です。

糖尿病の重症化予防の取り組みは人工透析の予防のみならず、虚血性心疾患、脳血管疾患の予防につながることから重要です。

【図表 10】

| 厚労省様式 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 | | 脳血管疾患 | | 人工透析 | | 高血圧 | | 糖尿病 | | 脂質異常 | |
| | | | 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 年度 | 全体 | 30,053 | 1,491 | 5.0% | 235 | 15.8% | 52 | 3.5% | 1,197 | 80.3% | 686 | 46.0% | 954 | 64.0% |
| | 64歳以下 | 14,652 | 366 | 2.5% | 59 | 16.1% | 44 | 12.0% | 288 | 78.7% | 169 | 46.2% | 229 | 62.6% |
| | 65歳以上 | 15,401 | 1,125 | 7.3% | 175 | 15.6% | 8 | 0.7% | 908 | 80.7% | 518 | 46.0% | 724 | 64.4% |
| H28 年度 | 全体 | 28,298 | 1,360 | 4.8% | 228 | 16.8% | 57 | 4.2% | 1,102 | 81.0% | 656 | 48.2% | 941 | 69.2% |
| | 64歳以下 | 11,777 | 278 | 2.4% | 39 | 14.0% | 44 | 15.8% | 217 | 78.1% | 134 | 48.2% | 179 | 64.4% |
| | 65歳以上 | 16,521 | 1,082 | 6.5% | 189 | 17.5% | 13 | 1.2% | 885 | 81.8% | 522 | 48.2% | 762 | 70.4% |

| 厚労省様式 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 | | 虚血性心疾患 | | 人工透析 | | 高血圧 | | 糖尿病 | | 脂質異常 | |
| | | | 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 年度 | 全体 | 30,053 | 1,355 | 4.5% | 235 | 17.3% | 26 | 1.9% | 1,051 | 77.6% | 658 | 48.6% | 746 | 55.1% |
| | 64歳以下 | 14,652 | 350 | 2.4% | 59 | 16.9% | 19 | 5.4% | 264 | 75.4% | 166 | 47.4% | 171 | 48.9% |
| | 65歳以上 | 15,401 | 1,005 | 6.5% | 175 | 17.4% | 6 | 0.6% | 787 | 78.3% | 492 | 49.0% | 575 | 57.2% |
| H28 年度 | 全体 | 28,298 | 1,291 | 4.6% | 228 | 17.7% | 22 | 1.7% | 1,020 | 79.0% | 642 | 49.7% | 777 | 60.2% |
| | 64歳以下 | 11,777 | 235 | 2.0% | 39 | 16.6% | 15 | 6.4% | 183 | 77.9% | 111 | 47.2% | 126 | 53.6% |
| | 65歳以上 | 16,521 | 1,057 | 6.4% | 189 | 17.9% | 7 | 0.7% | 837 | 79.2% | 531 | 50.2% | 651 | 61.6% |

| 厚労省様式 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 | | 脳血管疾患 | | 虚血性心疾患 | | 高血圧 | | 糖尿病 | | 脂質異常 | |
| | | | 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 年度 | 全体 | 30,053 | 99 | 0.3% | 26 | 26.3% | 52 | 52.5% | 92 | 92.9% | 56 | 56.6% | 40 | 40.4% |
| | 64歳以下 | 14,652 | 80 | 0.5% | 19 | 23.8% | 44 | 55.0% | 76 | 95.0% | 45 | 56.3% | 33 | 41.3% |
| | 65歳以上 | 15,401 | 19 | 0.1% | 6 | 31.6% | 8 | 42.1% | 16 | 84.2% | 11 | 57.9% | 7 | 36.8% |
| H28 年度 | 全体 | 28,298 | 104 | 0.4% | 21 | 20.2% | 57 | 54.8% | 97 | 93.3% | 59 | 56.7% | 45 | 43.3% |
| | 64歳以下 | 11,777 | 70 | 0.6% | 15 | 21.4% | 44 | 62.9% | 65 | 92.9% | 39 | 55.7% | 36 | 51.4% |
| | 65歳以上 | 16,521 | 33 | 0.2% | 7 | 21.2% | 13 | 39.4% | 32 | 97.0% | 20 | 60.6% | 10 | 30.3% |

ウ 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表11)

中長期目標に共通するリスクである3疾患について、平成25年度と平成28年度を比較すると糖尿病治療者、脂質異常症の治療者は増加し、高血圧治療者はほぼ横ばいとなっています。患者数では高血圧、脂質異常症については減少していますが、糖尿病治療者は増加し、糖尿病性腎症、人工透析ともに増加しています。糖尿病性腎症からの人工透析の増加は糖尿病が重症化した結果であることから、今後も継続した医療受診や重症化予防のための生活習慣の改善が課題となります。

一方、糖尿病性腎症の増加については、医療機関で合併症が発見されたことで適切な治療につながっていることも考えられるため、医療機関との連携がますます必要となります。

【図表11】

| 厚労省様式 様式3-2 | | 短期的な目標 | | | | | | | | | | 中長期的な目標 | | | | | | | |
|----------------|-------|--------|-------|------|-----|---------|-------|------|-------|-------|-----|---------|-----|-------|----|------|-----|--------|----|
| | | 被保険者数 | | 糖尿病 | | インスリン療法 | | 高血圧 | | 脂質異常症 | | 虚血性心疾患 | | 脳血管疾患 | | 人工透析 | | 糖尿病性腎症 | |
| | | | | | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| H25 | 全体 | 30,053 | 4,135 | 13.8 | 370 | 8.9 | 2,869 | 69.4 | 2,586 | 62.5 | 686 | 16.6 | 658 | 15.9 | 56 | 1.4 | 386 | 9.3 | |
| | 64歳以下 | 14,652 | 1,320 | 9.0 | 156 | 11.8 | 832 | 63.0 | 785 | 59.5 | 169 | 12.8 | 166 | 12.6 | 45 | 3.4 | 126 | 9.5 | |
| | 65歳以上 | 15,401 | 2,814 | 18.3 | 213 | 7.6 | 2,037 | 72.4 | 1,801 | 64.0 | 518 | 18.4 | 492 | 17.5 | 11 | 0.4 | 260 | 9.2 | |
| H28 | 全体 | 28,298 | 4,211 | 14.9 | 346 | 8.2 | 2,930 | 69.6 | 2,778 | 66.0 | 656 | 15.6 | 642 | 15.2 | 59 | 1.4 | 629 | 14.9 | |
| | 64歳以下 | 11,777 | 1,050 | 8.9 | 109 | 10.4 | 652 | 62.1 | 652 | 62.1 | 134 | 12.8 | 111 | 10.6 | 39 | 3.7 | 157 | 15.0 | |
| | 65歳以上 | 16,521 | 3,161 | 19.1 | 236 | 7.5 | 2,278 | 72.1 | 2,126 | 67.3 | 522 | 16.5 | 531 | 16.8 | 20 | 0.6 | 472 | 14.9 | |

| 厚労省様式 様式3-3 | | 短期的な目標 | | | | | | | | | | 中長期的な目標 | | | | | |
|----------------|-------|--------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|--------|-------|---------|----|------|----|----|----|
| | | 被保険者数 | | 高血圧 | | 糖尿病 | | 脂質異常症 | | 虚血性心疾患 | | 脳血管疾患 | | 人工透析 | | | |
| | | | | | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| H25 | 全体 | 30,053 | 7,999 | 26.6 | 2,869 | 35.9 | 4,284 | 53.6 | 1,197 | 15.0 | 1,051 | 13.1 | 92 | 1.2 | | | |
| | 64歳以下 | 14,652 | 2,411 | 16.5 | 832 | 34.5 | 1,209 | 50.1 | 288 | 11.9 | 264 | 10.9 | 76 | 3.2 | | | |
| | 65歳以上 | 15,401 | 5,588 | 36.3 | 2,037 | 36.5 | 3,075 | 55.0 | 908 | 16.2 | 787 | 14.1 | 16 | 0.3 | | | |
| H28 | 全体 | 28,298 | 7,542 | 26.7 | 2,930 | 38.8 | 4,269 | 56.6 | 1,102 | 14.6 | 1,020 | 13.5 | 97 | 1.3 | | | |
| | 64歳以下 | 11,777 | 1,752 | 14.9 | 652 | 37.2 | 931 | 53.1 | 217 | 12.4 | 183 | 10.4 | 65 | 3.7 | | | |
| | 65歳以上 | 16,521 | 5,790 | 35.0 | 2,278 | 39.3 | 3,338 | 57.7 | 885 | 15.3 | 837 | 14.5 | 32 | 0.6 | | | |

| 厚労省様式 様式3-4 | | 短期的な目標 | | | | | | | | | | 中長期的な目標 | | | | | |
|----------------|-------|--------|-------|-------|-------|------|-------|------|-----|--------|-----|---------|----|------|----|----|----|
| | | 被保険者数 | | 脂質異常症 | | 糖尿病 | | 高血圧 | | 虚血性心疾患 | | 脳血管疾患 | | 人工透析 | | | |
| | | | | | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| H25 | 全体 | 30,053 | 6,226 | 20.7 | 2,586 | 41.5 | 4,284 | 68.8 | 954 | 15.3 | 746 | 12.0 | 40 | 0.6 | | | |
| | 64歳以下 | 14,652 | 1,962 | 13.4 | 785 | 40.0 | 1,209 | 61.6 | 229 | 11.7 | 171 | 8.7 | 33 | 1.7 | | | |
| | 65歳以上 | 15,401 | 4,264 | 27.7 | 1,801 | 42.2 | 3,075 | 72.1 | 724 | 17.0 | 575 | 13.5 | 7 | 0.2 | | | |
| H28 | 全体 | 28,298 | 6,216 | 22.0 | 2,778 | 44.7 | 4,269 | 68.7 | 941 | 15.1 | 777 | 12.5 | 45 | 0.7 | | | |
| | 64歳以下 | 11,777 | 1,567 | 13.3 | 652 | 41.6 | 931 | 59.4 | 179 | 11.4 | 126 | 8.0 | 36 | 2.3 | | | |
| | 65歳以上 | 16,521 | 4,649 | 28.1 | 2,126 | 45.7 | 3,338 | 71.8 | 762 | 16.4 | 651 | 14.0 | 10 | 0.2 | | | |

② リスクの健診結果経年変化（図表 12）

上田市の課題である肥満の状況を見ると、男性はBMI、腹囲とも増加し、女性はBMI、腹囲とも減少していますが、HbA1cについては男女とも約10%増加しています。メタボリックシンドローム該当者については、男性は増加、女性は減少し、予備群については男女ともに減少しています。

メタボ該当者のうち重症化しやすい3項目（血糖・血圧・脂質）全てが該当する人は、男性は7.5%から10.0%に、女性は2.8%から3.1%に増加しています。これらのことから上田市では、内臓脂肪型肥満を基盤としたインスリン抵抗性を伴う高血糖状態が多いことが推測されます。3項目に該当する人やHbA1cの有所見者割合が増加していることから、その背景を確認し、重点的に取り組む必要があります。

【図表 12】

健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する

厚生労働省様式(6-2~6-7)

| 性別 | 年度 | 合計 | 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 |
| 男性 | 平成25年度 | 合計 | 4,017 | 1,096 | 27.3% | 2,019 | 50.3% | 1,283 | 31.9% | 787 | 19.6% | 321 | 8.0% | 897 | 22.3% | 2,573 | 64.1% | 556 | 13.8% | 2,045 | 50.9% | 956 | 23.8% | 2,038 | 50.7% | 52 | 1.3% |
| | | 40-64 | 1,228 | 413 | 33.6% | 625 | 50.9% | 468 | 38.1% | 354 | 28.8% | 114 | 9.3% | 233 | 19.0% | 684 | 55.7% | 186 | 15.1% | 554 | 45.1% | 375 | 30.5% | 690 | 56.2% | 5 | 0.4% |
| | | 65-74 | 2,789 | 683 | 24.5% | 1,394 | 50.0% | 815 | 29.2% | 433 | 15.5% | 207 | 7.4% | 664 | 23.8% | 1,889 | 67.7% | 370 | 13.3% | 1,491 | 53.5% | 581 | 20.8% | 1,348 | 48.3% | 47 | 1.7% |
| 男性 | 平成28年度 | 合計 | 4,026 | 1,102 | 27.4% | 2,060 | 51.2% | 1,211 | 30.2% | 800 | 19.9% | 319 | 7.9% | 99 | 2.4% | 3,042 | 75.8% | 518 | 12.9% | 1,979 | 49.2% | 919 | 22.8% | 1,841 | 45.9% | 53 | 1.3% |
| | | 40-64 | 1,025 | 332 | 32.3% | 526 | 51.2% | 339 | 33.0% | 283 | 27.6% | 88 | 8.6% | 170 | 16.6% | 680 | 66.2% | 157 | 15.3% | 405 | 39.4% | 291 | 28.3% | 512 | 49.9% | 7 | 0.7% |
| | | 65-74 | 3,001 | 770 | 25.7% | 1,534 | 51.2% | 878 | 29.3% | 517 | 17.2% | 231 | 7.7% | 827 | 27.6% | 2,372 | 79.1% | 361 | 12.0% | 1,574 | 52.5% | 628 | 20.9% | 1,335 | 44.5% | 46 | 1.5% |

| 性別 | 年度 | 合計 | 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 | |
| 女性 | 平成25年度 | 合計 | 5,424 | 1,014 | 18.7% | 902 | 16.6% | 1,128 | 20.8% | 448 | 8.3% | 120 | 2.2% | 532 | 9.8% | 3,669 | 67.6% | 92 | 1.7% | 2,444 | 45.1% | 870 | 16.0% | 3,315 | 61.1% | 9 | 0.2% |
| | | 40-64 | 1,765 | 328 | 18.6% | 264 | 15.0% | 347 | 19.7% | 171 | 9.7% | 32 | 1.8% | 135 | 7.6% | 1,004 | 56.9% | 24 | 1.4% | 604 | 34.2% | 305 | 17.3% | 1,076 | 61.0% | 4 | 0.2% |
| | | 65-74 | 3,659 | 686 | 18.7% | 638 | 17.4% | 781 | 21.3% | 277 | 7.6% | 88 | 2.4% | 397 | 10.8% | 2,665 | 72.8% | 68 | 1.9% | 1,840 | 50.3% | 565 | 15.4% | 2,239 | 61.2% | 5 | 0.1% |
| 女性 | 平成28年度 | 合計 | 5,542 | 989 | 17.9% | 835 | 15.1% | 1,161 | 21.0% | 480 | 8.7% | 99 | 1.8% | 69 | 1.2% | 3,291 | 77.5% | 100 | 1.8% | 2,412 | 43.6% | 851 | 15.4% | 3,271 | 59.1% | 9 | 0.2% |
| | | 40-64 | 1,671 | 267 | 17.0% | 210 | 13.4% | 294 | 18.8% | 154 | 9.8% | 25 | 1.6% | 142 | 9.1% | 1,068 | 68.2% | 30 | 1.9% | 479 | 30.6% | 243 | 15.5% | 909 | 58.0% | 3 | 0.2% |
| | | 65-74 | 3,971 | 722 | 18.2% | 625 | 15.7% | 867 | 21.8% | 326 | 8.2% | 74 | 1.9% | 552 | 13.9% | 3,222 | 81.2% | 70 | 1.8% | 1,933 | 48.7% | 608 | 15.3% | 2,363 | 59.5% | 6 | 0.2% |

メタボリック該当者・予備群の経年比較

厚生労働省様式(6-8)

| 性別 | 年度 | 合計 | 健診受診者 | | 腹囲のみ | | 予備群 | | | | | | 該当者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------|-------|-------|-------|------|------|-----|-------|----|------|-----|-------|-----|------|-------|-------|-----|------|----|------|-----|-------|-----|-------|----|----|----|----|----|--|
| | | | 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 | 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 | 平成25年度 | 合計 | 4,017 | 30.5% | 203 | 5.1% | 685 | 17.1% | 59 | 1.5% | 457 | 11.4% | 169 | 4.2% | 1,131 | 28.2% | 170 | 4.2% | 79 | 2.0% | 580 | 14.4% | 301 | 7.5% | | | | | | |
| | | 40-64 | 1,228 | 20.1% | 75 | 6.1% | 222 | 18.1% | 16 | 1.3% | 128 | 10.4% | 78 | 6.4% | 328 | 26.7% | 28 | 2.3% | 35 | 2.9% | 179 | 14.6% | 86 | 7.0% | | | | | | |
| | | 65-74 | 2,789 | 39.3% | 128 | 4.6% | 463 | 16.6% | 43 | 1.5% | 329 | 11.8% | 91 | 3.3% | 803 | 28.8% | 142 | 5.1% | 44 | 1.6% | 401 | 14.4% | 216 | 7.7% | | | | | | |
| 男性 | 平成28年度 | 合計 | 4,026 | 33.1% | 196 | 4.9% | 654 | 16.2% | 53 | 1.3% | 420 | 10.4% | 181 | 4.5% | 1,211 | 30.1% | 205 | 5.1% | 90 | 2.2% | 513 | 12.7% | 401 | 10.0% | | | | | | |
| | | 40-64 | 1,025 | 20.9% | 78 | 7.6% | 188 | 18.3% | 7 | 0.7% | 104 | 10.1% | 77 | 7.5% | 258 | 25.3% | 33 | 3.2% | 33 | 3.3% | 120 | 11.8% | 72 | 7.0% | | | | | | |
| | | 65-74 | 3,001 | 41.4% | 118 | 3.9% | 466 | 15.5% | 46 | 1.5% | 316 | 10.5% | 104 | 3.5% | 954 | 31.8% | 172 | 5.7% | 57 | 1.9% | 393 | 13.1% | 332 | 11.1% | | | | | | |

| 性別 | 年度 | 合計 | 健診受診者 | | 腹囲のみ | | 予備群 | | | | | | 該当者 | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------|-------|-------|-------|------|------|-----|------|----|------|-----|------|-----|------|-----|-------|----|------|----|------|-----|------|-----|------|----|--|
| | | | 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 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | | |
| 女性 | 平成25年度 | 合計 | 5,307 | 38.0% | 106 | 2.0% | 277 | 5.2% | 24 | 0.5% | 179 | 3.4% | 74 | 1.4% | 519 | 9.8% | 68 | 1.3% | 28 | 0.5% | 272 | 5.1% | 151 | 2.8% | | |
| | | 40-64 | 1,847 | 28.9% | 47 | 2.5% | 97 | 5.3% | 8 | 0.4% | 57 | 3.1% | 32 | 1.7% | 146 | 7.9% | 11 | 0.6% | 9 | 0.5% | 80 | 4.3% | 46 | 2.5% | | |
| | | 65-74 | 3,460 | 45.7% | 59 | 1.7% | 180 | 5.2% | 16 | 0.5% | 122 | 3.5% | 42 | 1.2% | 373 | 10.8% | 57 | 1.6% | 19 | 0.5% | 192 | 5.5% | 105 | 3.0% | | |
| 女性 | 平成28年度 | 合計 | 5,542 | 42.2% | 91 | 1.6% | 240 | 4.3% | 19 | 0.3% | 157 | 2.8% | 64 | 1.2% | 503 | 9.1% | 67 | 1.2% | 35 | 0.6% | 231 | 4.2% | 171 | 3.1% | | |
| | | 40-64 | 1,671 | 32.2% | 34 | 2.2% | 75 | 4.8% | 10 | 0.6% | 42 | 2.7% | 23 | 1.5% | 101 | 6.4% | 17 | 1.1% | 11 | 0.7% | 44 | 2.8% | 29 | 1.9% | | |
| | | 65-74 | 3,971 | 47.9% | 57 | 1.4% | 165 | 4.2% | 9 | 0.2% | 115 | 2.9% | 41 | 1.0% | 404 | 10.2% | 50 | 1.3% | 24 | 0.6% | 187 | 4.7% | 143 | 3.6% | | |

③ 特定健診実施率・特定保健指導実施率（図表 13）

特定健診実施率・特定保健指導率とも増加していますが、特定健診実施率は県平均より低い状況です。重症化を予防していくためには、特定健診実施率の向上への取組がますます重要となってきます。また、健診受診後に医療受診が必要な人のうち、約半数が未治療となっており、医療につなげる保健指導が必要です。

【図表 13】

| 項目 | 特定健診 | | | | 特定保健指導 | | | 受診勧奨者 医療機関受診率(%) | |
|-------|--------|-------|--------|---------|--------|------|--------|---------------------|-------|
| | 対象者数 | 受診者数 | 受診率(%) | 同規模内の順位 | 対象者数 | 終了者数 | 実施率(%) | 市 | 同規模平均 |
| H25年度 | 27,119 | 9,440 | 34.8 | 21位 | 1,144 | 503 | 44.0 | 53.4 | 53.2 |
| H28年度 | 25,301 | 9,564 | 37.8 | 48位 | 1,099 | 899 | 81.8 | 51.2 | 52.9 |

(2) 第1期に係る考察

第1期計画において、特定健診の実施率向上に加え、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の減少を目標に重症化予防を進めてきました。

しかし、健診実施率については目標に届かず低迷した状態が続いています。一方、保健指導実施率は向上し、県平均を上回っています。今後は健診受診の必要性を健診受診者が理解し、継続受診につながるよう保健指導実施者の保健指導力をつけること、また、健診未受診者は治療者に多いことから医師会、医療機関等と連携し受診勧奨に取り組むことが必要です。

中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患は減少していますが、糖尿病性腎症の重症化による人工透析は増加しています。基礎疾患である糖尿病の早期発見、早期治療、継続した治療により重症化を予防すること、また、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診の実施率向上は取り組むべき重要な課題となっています。

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

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 14）

上田市の平成28年度における一人当たりの医療費は、月平均24,737円で、同規模平均、県、国とほぼ同じ状況になっています。

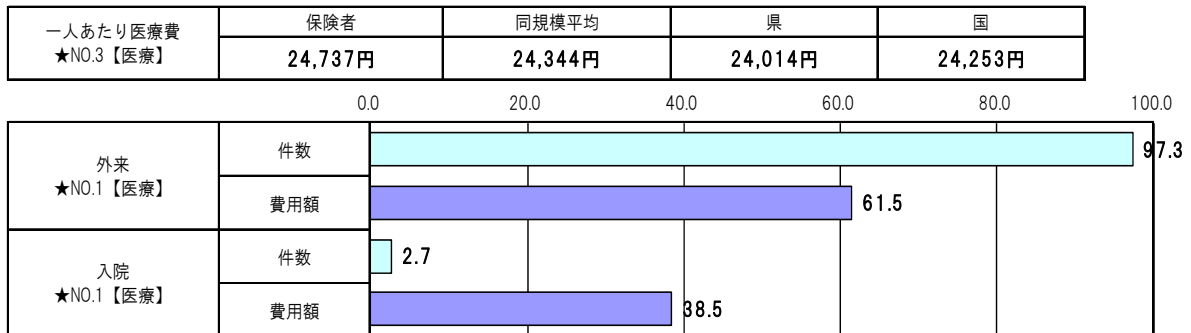
入院と入院外の件数と費用を比較すると、入院は2.7%の件数で費用額は全体の約40%を占めており、入院は費用が高額になることを示しています。

医療費適正化につなげるためには、重症化を予防し、入院につながらないよう取り組んでいく必要があります。

「集団の疾患特徴の把握」

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（H28年度）

【図表 14】



○入院を重症化した結果としてとらえる

KDBシステム

イ 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 15）

ひと月100万円以上の高額になる疾患をみると、脳血管疾患の件数は9.0%で費用は7.9%となっており、虚血性心疾患の件数は6.3%で費用は7.2%を占めています。このことから虚血性心疾患は1件あたりの費用が高いことが分かります。また、6か月以上の長期入院では、脳血管疾患の件数は8.4%で費用が10.3%を占めていることから、脳血管疾患は長期にわたり入院治療が必要な疾患であることが分かります。

長期にわたり治療が必要な人工透析患者を見ると、全体の54.6%と半数以上が糖尿病性腎症です。今後、新規透析導入者を減らしていくには、糖尿病の重症化予防が課題です。また、糖尿病性腎症のほか、虚血性心疾患53.6%、脳血管疾患20.3%と人工透析前にすでに虚血性心疾患、脳血管疾患を発症している人もいると考えられ、基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合が大きい状況であることから、メタボリックシンドローム該当者が多い上田市においては、3つの疾患の重なりのある対象者を減らしていくことが課題です。そのために対象者を明確にして、適切な保健指導を実施していくことが必要です。

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 15】

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 (28年度) | | 全体 | 脳血管疾患 | 虚血性心疾患 | 糖尿病性腎症 | |
|--------------------------|------------------------|-----|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| | 件数 | 費用額 | | 件数 | 費用額 | 件数 | 費用額 |
| 様式1-1 ★NO.10 (CSV) | 高額になる疾患 (100万円以上レセ) | 件数 | 1,083件 | 98件 9.0% | 68件 6.3% | -- | |
| | | 費用額 | 17億1765万円 | 1億3573万円 7.9% | 1億2444万円 7.2% | -- | |
| 様式2-1 ★NO.11 (CSV) | 長期入院 (6か月以上の入院) | 件数 | 1,904件 | 159件 8.4% | 119件 6.3% | -- | |
| | | 費用額 | 8億3371万円 | 8565万円 10.3% | 5187万円 6.2% | -- | |
| 様式2-2 ★NO.11 (CSV) | 人工透析患者 (長期化する疾患) | 件数 | 1,382件 | 281件 20.3% | 741件 53.6% | 755件 54.6% | |
| | | 費用額 | 6億0718万円 | 1億2723万円 21.0% | 3億2347万円 53.3% | 3億2602万円 53.7% | |
| 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 | | 13,849人 | 1,292人 9.3% | 1,399人 10.1% | 635人 4.6% | |
| | | | 基礎疾患 の重なり | 高血圧 | 994人 76.9% | 1,117人 79.8% | 477人 75.1% |
| | | | | 糖尿病 | 651人 50.4% | 669人 47.8% | 635人 100% |
| | | | | 脂質異常症 | 770人 59.6% | 954人 68.2% | 476人 75.0% |
| | | | 高血圧症 | 糖尿病 | 脂質異常症 | 高尿酸血症 | |
| | | | 7,527人 54.4% | 4,255人 30.7% | 6,262人 45.2% | 1,385人 10.0% | |

○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。

KDBシステム

ウ 何の疾患で介護認定を受けているのか（図表 16・17）

上田市の平成28年度の1号被保険者の要介護認定率は21.5%であり、高齢者の約5人に1人が介護認定を受けていることとなります。75歳以上では認定率が36.9%となっています。介護認定者の有病状況は年代を通して脳卒中（脳血管疾患）によるものが第1位で2号認定者及び65～74歳の1号認定者では全体の50%を超えています。また、2号保険者の方は腎不全を理由に申請する人が20%を超えており、1号被保険者よりも割合が高く、血管疾患によるものが大半を占めています。

なお、介護認定を受けている方の医療費は、介護認定を受けていない人の2倍以上となっています。このことから、若い世代からの生活習慣病の重症化予防の取り組みは、2号保険者の介護認定を減らし、医療費の軽減につながります。健診結果から体の状態を理解し、高血圧、糖尿病、脂質異常症の改善のための取り組みが必要です。

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 16】

| 要介護認定状況 ★NO.47 | 受給者区分 | | 2号 | | 1号 | | | | 合計 | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|------------------|---------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|---------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| | 年齢 | | 40～64歳 | | 65～74歳 | | 75歳以上 | | 計 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者数 | | 51,294人 | | 19,428人 | | 21,885人 | | 41,313人 | 92,607人 | | | | | | | | | |
| | 認定者数 | | 149人 | | 824人 | | 8,068人 | | 8,892人 | 9,041人 | | | | | | | | | |
| | 認定率 | | 0.29% | | 4.2% | | 36.9% | | 21.5% | 9.8% | | | | | | | | | |
| | 新規認定者数 | | 4人 | | 22人 | | 110人 | | 132人 | 136人 | | | | | | | | | |
| 介護度別人数 | 要支援1・2 | | 37 | 24.8% | 220 | 26.7% | 1,966 | 24.4% | 2,186 | 24.6% | 2,223 | 24.6% | | | | | | | |
| | 要介護1・2 | | 59 | 39.6% | 352 | 42.7% | 2,885 | 35.8% | 3,237 | 36.4% | 3,296 | 36.5% | | | | | | | |
| | 要介護3～5 | | 53 | 35.6% | 252 | 30.6% | 3,217 | 39.9% | 3,469 | 39.0% | 3,522 | 39.0% | | | | | | | |
| 要介護突合状況 ★NO.49 | (レセプトの診断名より重複して計上) | 有 病 状 況 | 疾患 | 順位 | 疾病 | 件数 | 割合 | 疾病 | 件数 | 割合 | 疾病 | 件数 | 割合 | 疾病 | 件数 | 割合 | | | |
| | | | 件数 | -- | 81 | | 680 | | 7899 | | 8579 | | 8660 | | | | | | |
| | | 血管疾患 | 循環器疾患 | 1 | 脳卒中 | 43 | 53.1% | 脳卒中 | 343 | 50.4% | 脳卒中 | 3724 | 47.1% | 脳卒中 | 4067 | 47.4% | 脳卒中 | 4110 | 47.5% |
| | | | | 2 | 腎不全 | 19 | 23.5% | 虚血性心疾患 | 147 | 21.6% | 虚血性心疾患 | 2888 | 36.6% | 虚血性心疾患 | 3035 | 35.4% | 虚血性心疾患 | 3050 | 35.2% |
| | | | | 3 | 虚血性心疾患 | 15 | 18.5% | 腎不全 | 65 | 9.6% | 腎不全 | 789 | 10.0% | 腎不全 | 854 | 10.0% | 腎不全 | 873 | 10.1% |
| | | 基礎疾患 | 糖尿病等 | | 71 | 87.7% | 糖尿病等 | 582 | 85.6% | 糖尿病等 | 7136 | 90.3% | 糖尿病等 | 7718 | 90.0% | 糖尿病等 | 7789 | 89.9% | |
| | | | | 合計 | 73 | 90.1% | 合計 | 603 | 88.7% | 合計 | 7408 | 93.8% | 合計 | 8011 | 93.4% | 合計 | 8084 | 93.3% | |
| | | 筋・骨格疾患 | 筋・骨格系 | 認知症 | 4 | 4.9% | 認知症 | 127 | 18.7% | 認知症 | 3244 | 41.1% | 認知症 | 3371 | 39.3% | 認知症 | 3375 | 39.0% | |
| | | | | 筋・骨格系 | 68 | 84.0% | 筋・骨格系 | 564 | 82.9% | 筋・骨格系 | 7320 | 92.7% | 筋・骨格系 | 7884 | 91.9% | 筋・骨格系 | 7952 | 91.8% | |

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】

【図表 17】

| | 0 | 2,000 | 4,000 | 6,000 | 8,000 | 10,000 |
|-----------------------|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| 要介護認定者医療費 (40歳以上) | | | | | | 8,132 |
| 要介護認定なし医療費 (40歳以上) | | | 3,703 | | | |

KDBシステム2次加工

エ 健診受診者の実態（図表 18）

HbA1cの有所見者の割合は国と比較すると、男性75.8%、女性77.5%とともに20%以上高く、65歳以上になるとさらに割合が高くなっています。背景として空腹時血糖100以上の割合は県、国と比較すると低いことから、食後高血糖が予測されます。

更にメタボリックシンドローム該当者についてみると、男性は約3割、女性は約1割で、男性は女性の3倍となっています。

血管を傷めるリスクが高い高血糖、メタボリックシンドロームの改善は重症化予防のための優先課題です。

【図表 18】

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

★NO.23（概票）

| 性別 | BMI | | 腹囲 | | 中性脂肪 | | GPT | | HDL-C | | 空腹時血糖 | | HbA1c | | 尿酸 | | 収縮期血圧 | | 拡張期血圧 | | LDL-C | | クレアチニン | | | |
|------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-----|-----|----|
| | 25以上 | | 85以上 | | 150以上 | | 31以上 | | 40未満 | | 100以上 | | 5.6以上 | | 7.0以上 | | 130以上 | | 85以上 | | 120以上 | | 1.3以上 | | | |
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 全国 | 30.5 | | 50.1 | | 28.2 | | 20.4 | | 8.7 | | 27.9 | | 55.6 | | 13.9 | | 49.2 | | 24.1 | | 47.3 | | 1.8 | | | |
| 県 | 19,812 | 27.8 | 32,823 | 46.0 | 20,223 | 28.3 | 14,275 | 20.0 | 6,196 | 8.7 | 20,727 | 29.0 | 46,222 | 64.8 | 12,481 | 17.5 | 31,126 | 43.6 | 17,668 | 24.8 | 33,415 | 46.8 | 1,129 | 1.6 | | |
| 保険者 | 合計 | 1,102 | 27.4 | 2,060 | 51.2 | 1,217 | 30.2 | 800 | 19.9 | 319 | 7.9 | 997 | 24.8 | 3,052 | 75.8 | 518 | 12.9 | 1,979 | 49.2 | 919 | 22.8 | 1,847 | 45.9 | 53 | 1.3 | |
| | 40-64 | 332 | 32.3 | 526 | 51.2 | 339 | 33.0 | 283 | 27.6 | 88 | 8.6 | 170 | 16.6 | 680 | 66.2 | 157 | 15.3 | 405 | 39.4 | 291 | 28.3 | 512 | 49.9 | 7 | 0.7 | |
| | 65-74 | 770 | 25.7 | 1,534 | 51.2 | 878 | 29.3 | 517 | 17.2 | 231 | 7.7 | 827 | 27.6 | 2,372 | 79.1 | 361 | 12.0 | 1,574 | 52.5 | 628 | 20.9 | 1,335 | 44.5 | 46 | 1.5 | |
| 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 | 人数 | 割合 | |
| 全国 | 20.6 | | 17.3 | | 16.3 | | 8.7 | | 1.8 | | 16.8 | | 55.2 | | 1.8 | | 42.7 | | 14.4 | | 57.1 | | 0.2 | | | |
| 県 | 16,628 | 19.0 | 13,394 | 15.3 | 14,927 | 17.1 | 7,281 | 8.3 | 1,827 | 2.1 | 15,116 | 17.3 | 57,348 | 65.6 | 1,905 | 2.2 | 33,419 | 38.2 | 13,102 | 15.0 | 49,030 | 56.1 | 148 | 0.2 | | |
| 保険者 | 合計 | 989 | 17.9 | 835 | 15.1 | 1,161 | 21.0 | 480 | 8.7 | 99 | 1.8 | 694 | 12.5 | 4,291 | 77.5 | 100 | 1.8 | 2,412 | 43.6 | 851 | 15.4 | 3,272 | 59.1 | 9 | 0.2 | |
| | 40-64 | 267 | 17.0 | 210 | 13.4 | 294 | 18.8 | 154 | 9.8 | 25 | 1.6 | 142 | 9.1 | 1,068 | 68.2 | 30 | 1.9 | 479 | 30.6 | 243 | 15.5 | 909 | 58.0 | 3 | 0.2 | |
| | 65-74 | 722 | 18.2 | 625 | 15.7 | 867 | 21.8 | 326 | 8.2 | 74 | 1.9 | 552 | 13.9 | 3,222 | 81.2 | 70 | 1.8 | 1,933 | 48.7 | 608 | 15.3 | 2,363 | 59.5 | 6 | 0.2 | |

*全国については、有所見割合のみ表示

(H28 年度)

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）(H28 年度)

★NO.24（概票）

| 性別 | 健診受診者 | | 腹囲のみ | | 予備群 | | 高血糖 | | 高血圧 | | 脂質異常症 | | 該当者 | | 血糖+血圧 | | 血糖+脂質 | | 血圧+脂質 | | 3項目全て | | | | |
|-----|-------|-------|------|-----|------|-----|-------|----|------|-----|-------|-----|------|-------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|-----|-------|----|--|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | |
| | 男性 | 4,026 | 33.1 | 196 | 4.9% | 652 | 16.2% | 53 | 1.3% | 418 | 10.4% | 181 | 4.5% | 1,211 | 30.1% | 204 | 5.1% | 91 | 2.3% | 512 | 12.7% | 405 | 10.1% | | |
| 保険者 | 合計 | 1,027 | 20.9 | 78 | 7.6% | 188 | 18.3% | 7 | 0.7% | 104 | 10.1% | 77 | 7.5% | 260 | 25.3% | 33 | 3.2% | 34 | 3.3% | 121 | 11.8% | 72 | 7.0% | | |
| | 40-64 | 2,999 | 41.4 | 118 | 3.9% | 464 | 15.5% | 46 | 1.5% | 314 | 10.5% | 104 | 3.5% | 952 | 31.7% | 171 | 5.7% | 57 | 1.9% | 391 | 13.0% | 333 | 11.1% | | |
| | 65-74 | 5,536 | 42.1 | 91 | 1.6% | 240 | 4.3% | 19 | 0.3% | 157 | 2.8% | 64 | 1.2% | 50 | 9.1% | 68 | 1.2% | 35 | 0.6% | 231 | 4.2% | 170 | 3.1% | | |
| 女性 | 合計 | 1,567 | 32.2 | 34 | 2.2% | 75 | 4.8% | 10 | 0.6% | 42 | 2.7% | 23 | 1.5% | 101 | 6.4% | 17 | 1.1% | 11 | 0.7% | 44 | 2.8% | 29 | 1.9% | | |
| | 40-64 | 3,969 | 47.9 | 57 | 1.4% | 165 | 4.2% | 9 | 0.2% | 115 | 2.9% | 41 | 1.0% | 403 | 10.2% | 51 | 1.3% | 24 | 0.6% | 187 | 4.7% | 141 | 3.6% | | |
| | 65-74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(2) 糖尿病、血圧、LDL-Cのコントロール状況 (図表 19)

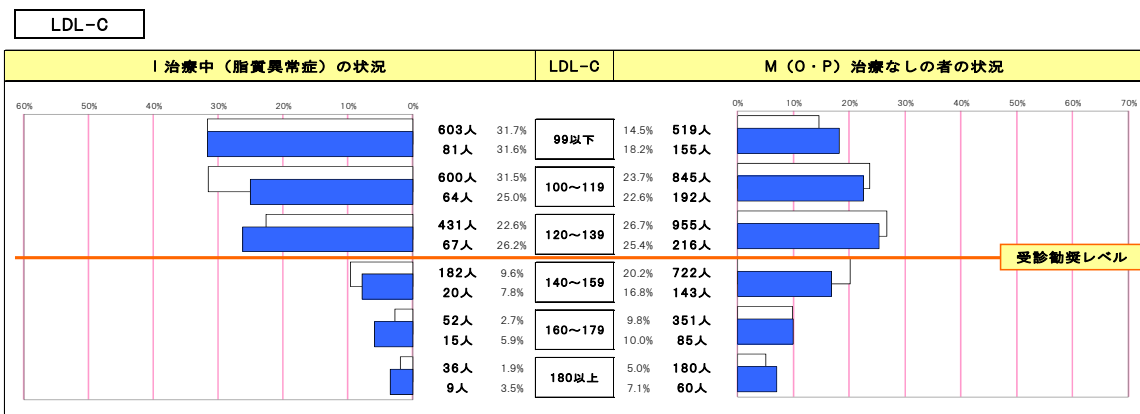
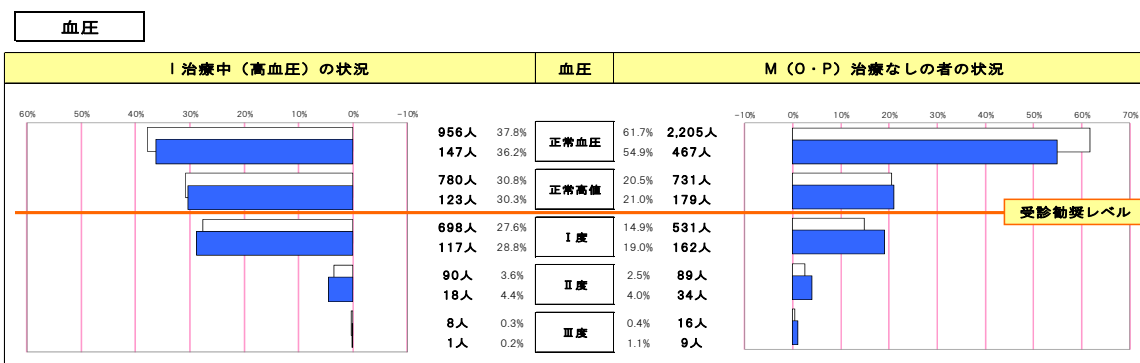
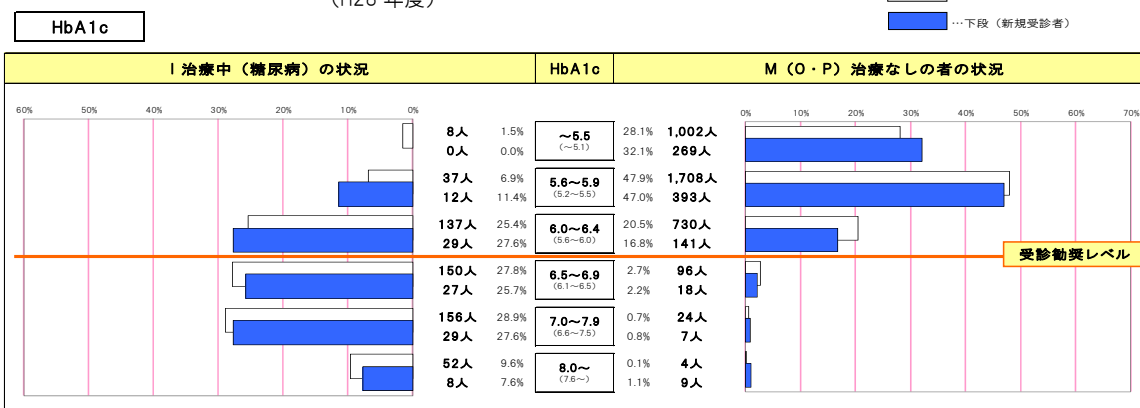
HbA1cにおいては、受診勧奨レベルの方は早期から治療につながっていますが、血圧やLDL-Cは受診勧奨レベルでも、受診につながっていない方が多いため、医療受診が必要な方への受診の働きかけ、治療継続することにより重症化予防に取り組むことが課題です。

血圧とLDL-Cは治療中の方のコントロールが良好で、正常値を維持できていますが、HbA1cは、治療中であってもコントロールが良くない方が多くいます。良好な血糖コントロールのために、医療機関での治療を継続しながら、食事療法や運動療法による生活習慣の改善に取り組んでいくことが課題と考えられます。

【図表 19】

継続受診者と新規受診者の比較 (H28年度)

…上段 (継続受診者)
…下段 (新規受診者)



(3) 未受診者の把握 (図表 20)

特定健診と保健指導は生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みですが、平成28年度の上田市における特定健診実施率は37.8%で県平均に比べ低く、保健指導実施率は81.8%で県平均に比べ高い状況です。

図表20で健診実施率を年齢別で見ると、65～74歳の受診率は44.9%となっているのに対し、40～64歳はわずか26.5%となっています。

未受診者の状況を見ると、特に健診も治療も受けていない人は40～64歳は3,593人(G)、65～74歳は2,177人(G)となっており、重症化しているかどうかの実態がわからない状況となっています。

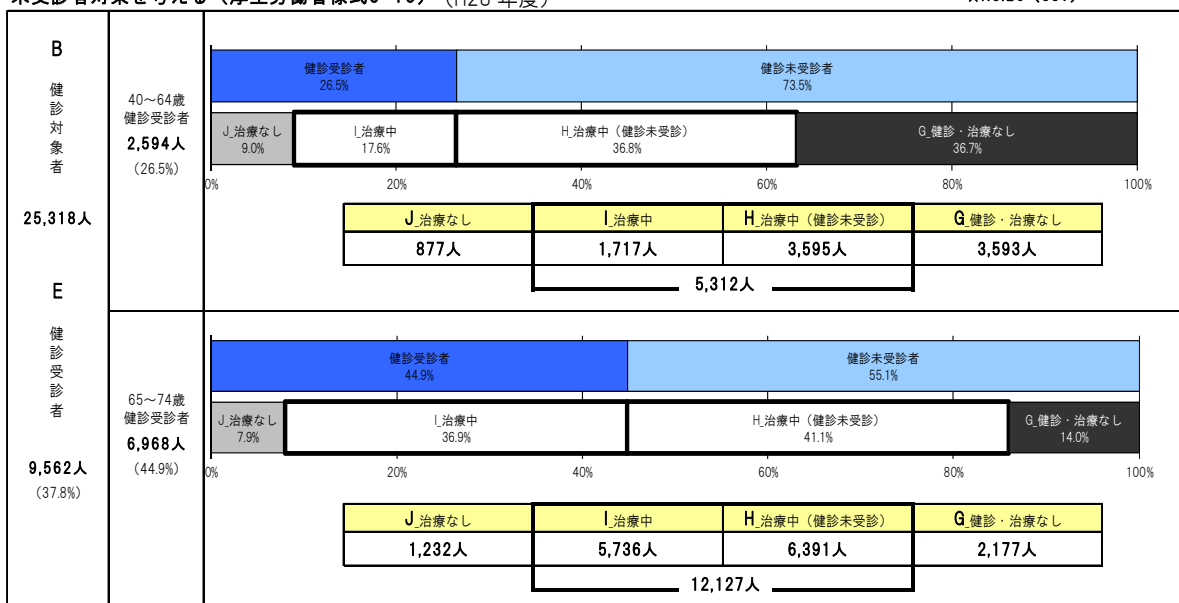
また未受診者うち治療中の方の割合は、40～64歳は36.8%、65～74歳は41.1%であり、実施率向上には未受診者に対してだけでなく、医療機関に対する働きかけも必要です。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診受診により健康状態を把握し、健診結果にもとづいた保健指導により、生活習慣の改善や医療受診につなげ生活習慣病の発症予防、重症化予防することが重要です。

【図表 20】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10) (H28年度)

★NO.26 (CSV)



OG_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

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システム2次加工

3 目標の設定

(1) 成果目標

ア 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とします。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標とします。

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、必要時計画及び評価の見直しをおこないます。

今後、高齢化の進展とともに被保険者の年齢が高くなり、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管が傷んでくることが考えられます。そのため、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とします。

イ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

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

そのためには、医療受診が必要な者への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が行なえるよう必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ります。

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がないことから、被保険者の利便性を考慮した健診の機会を提供し、個々の状態に応じた保健指導を行ない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となることから、その目標値については、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第三期特定健診等実施計画について

(1) 位置付け

高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法律」という。）第19条において、医療保険者は「特定健康診査等実施計画」を定めるものとされています。また同法第18条により、国は、医療保険者が特定健康診査等実施計画を作成するにあたっての指針を定めるものとされ、これに基づき国は「特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」という。）について」を公表しています。

本計画はこの基本指針に基づき、上田市の特定健康診査・特定保健指導についての具体的な実施計画を定めるものです。

基本指針には、医療保険者が作成する実施計画の記載内容や構成について、「特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項」として7項目を示しており、本計画もこれに沿って構成します。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定することとされています。

【参考1】

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞ 平成30年4月1日施行

(特定健康診査等基本指針)

第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。)及び特定保健指導(特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。)の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(以下「特定健康診査等基本指針」という。)を定めるものとする。

2 特定健康診査等基本指針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査及び特定保健指導(以下「特定健康診査等」という。)の実施方法に関する基本的な事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項
- 三 前二号に掲げるもののほか、次条第一項に規定する特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

3 特定健康診査等基本指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。

4 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更しようとする

きは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。

- 5 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

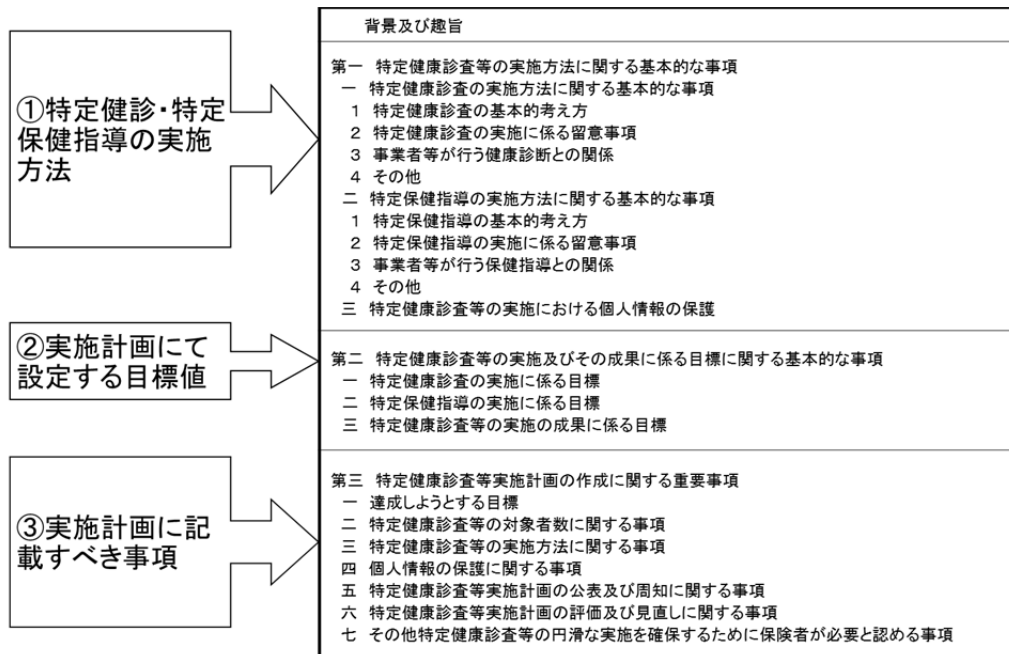
(特定健康診査等実施計画)

第十九条 保険者（国民健康保険法の定めるところにより都道府県が当該都道府県の市町村とともに行う国民健康保険（以下「国民健康保険」という。）にあっては、市町村。以下この節において同じ。）は、特定健康診査等基本指針に即して、六年ごとに、六年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

- 2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
 - 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
 - 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項
- 3 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、遅滞なく、これを公表しなければならない。

【参考 2】

＜特定健康診査等基本指針の構成＞



(資料) 厚生労働省

(2) 関係する法令・基準等の整理

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」という。）

（平成 19 年厚生労働省令第 157 号）

特定健診等基本指針（平成 20 年厚生労働省告示第 150 号）

特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き

（平成 30 年厚生労働省保健局）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年厚生労働省健康局）

2 目標値の設定

【法律】第 19 条第 2 項第二号 【基本指針】第三の一

(1) 特定健診実施率

平成 35 年度までに、国が示す目標値 60% に到達することを目標とします。

(2) 特定保健指導実施率

国が示す目標値 60% を達成していることから、平成 28 年度実績（81.8%）をもとに、実施率 82% を維持することを目標とします。

(3) 年度ごとの目標値（図表 22）

上記の目標を達成するため、年度ごとの目標を設定します。

3 対象者の見込み

【法律】第 19 条第 2 項第一号 【基本指針】第三の二

(1) 特定健康診査の対象となる者の定義

特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた者が対象者です。

(2) 特定保健指導の対象となる者の定義（図表 21）

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が基準値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者です。

なお、以下にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なります。

特定保健指導対象者の選定基準

【図表 21】

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

＜保健指導判定値＞

- ①血糖 a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.6%以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合のみカウント)

| 腹囲 | 追加リスク | | | ④喫煙歴 | 対象 | |
|------------------------|--------|-----|-----|----------|-----------|------------|
| | ①血糖 | ②脂質 | ③血圧 | | 40-64歳 | 65-74歳 |
| ≥85cm(男性) ≥90cm(女性) | 2つ以上該当 | | | あり なし | 積極的 支援 | 動機付け 支援 |
| | 1つ該当 | | | | | |
| 上記以外で BMI≥25 | 3つ該当 | | | あり なし | 積極的 支援 | 動機付け 支援 |
| | 2つ該当 | | | | | |
| | 1つ該当 | | | | | |

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(注)斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

(3) 対象者の見込み (図表 22)

上記を踏まえ、年度ごとの対象者を見込みます。

特定健診実施率・特定保健指導実施率 これまでの実績と目標

【図表 22】

| 特定健診 | | | | | 特定保健指導 | | | | |
|------|-----|-------------|--------|-------|--------|-------------|-------|-------|-------|
| | 年度 | 対象者 (※1) | 受診者 | 実施率 | 年度 | 該当率 (※2) | 対象者 | 実施者 | 実施率 |
| 実績 | H20 | 27,486 | 8,628 | 31.4% | H20 | 16.1% | 1,389 | 423 | 30.5% |
| | H21 | 27,279 | 8,457 | 31.0% | H21 | 15.0% | 1,270 | 456 | 35.9% |
| | H22 | 27,024 | 8,385 | 31.0% | H22 | 13.6% | 1,143 | 434 | 38.0% |
| | H23 | 27,210 | 9,055 | 33.3% | H23 | 13.9% | 1,259 | 471 | 37.4% |
| | H24 | 27,116 | 9,206 | 34.0% | H24 | 12.5% | 1,152 | 439 | 38.1% |
| | H25 | 27,084 | 9,439 | 34.9% | H25 | 12.1% | 1,143 | 472 | 41.3% |
| | H26 | 26,840 | 10,059 | 37.5% | H26 | 12.0% | 1,203 | 805 | 66.9% |
| | H27 | 26,199 | 9,841 | 37.6% | H27 | 11.5% | 1,134 | 835 | 73.6% |
| | H28 | 25,301 | 9,564 | 37.8% | H28 | 11.5% | 1,099 | 899 | 81.8% |
| | H29 | 25,800 | 10,320 | 40.0% | H29 | 11.5% | 1,187 | 973 | 82.0% |
| 目標 | H30 | 25,592 | 10,877 | 42.5% | H30 | 11.5% | 1,251 | 1,026 | 82.0% |
| | H31 | 25,385 | 11,423 | 45.0% | H31 | 11.5% | 1,314 | 1,077 | 82.0% |
| | H32 | 25,177 | 11,959 | 47.5% | H32 | 11.5% | 1,375 | 1,128 | 82.0% |
| | H33 | 24,969 | 12,485 | 50.0% | H33 | 11.5% | 1,436 | 1,177 | 82.0% |
| | H34 | 24,761 | 13,619 | 55.0% | H34 | 11.5% | 1,566 | 1,284 | 82.0% |
| | H35 | 24,554 | 14,732 | 60.0% | H35 | 11.5% | 1,694 | 1,389 | 82.0% |

(※1) 国保被保険者数の推移等をもとに推計

(※2) 健診受診者の中で保健指導となる方の割合

第3期実施計画期間における特定健診・保健指導の保険者全体の目標

- 保険者全体の第3期計画期間（30～35年度）の実施率の目標については、直近の実績では、第2期の目標値とかい離があるが、引き続き、実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があるため、第2期の目標値である特定健診70%以上、特定保健指導45%以上を維持することとする。
- メタボリックシンドロームの該当者と予備群（以下、メタボ該当者等）の減少率については、第2期は平成20年度比で減少率25%以上の目標を設定している。第2期以降の分析の結果、メタボ該当者等には約50%の服薬者が含まれており、非服薬者を対象とする特定保健指導の効果をメタボ該当者等の減少率で測ることは十分とはいえないと考えられる。このため、特定健診・保健指導の成果に関する目標は、第1期と同様に、特定保健指導対象者数の減少を目標とする。
- （※1）特定保健指導対象者数は、平成24年度において、平成20年度比で12%減少し、第1期目標を達成している。
（※2）保険者が数値目標として定める必要はないが、目標としての活用を推奨する。

| 項目 | | <第1期> H24年度目標 | <第2期> H29年度までの 保険者全体の目標 | H26年度実績 (保険者全体) | <第3期> H35年度までの 保険者全体の目標 |
|----------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 実施に関する目標 | ①特定健診実施率 | 70%以上 | 70%以上 | 48.6% | 70%以上 |
| | ②特定保健指導実施率 | 45%以上 | 45%以上 | 17.8% | 45%以上 |
| 成果に関する目標 | ③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 | — | 25%以上減少 (H20年度比) | 3.2%減少 (H20年度比) | — |
| | 特定保健指導対象者の減少率(※) | 10%以上減少 (H20年度比でH27年度に25%減少) | — | 16.1%減少 (H20年度比) | 25%以上減少 (H20年度比) |

※ 「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」は、第1期では特定保健指導対象者の減少率としていたが、第2期以降は、いわゆる内科系8学会の基準によるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率としている。

(資料：厚生労働省)

4 特定健診の実施方法

【法律】第19条第2項第一号【基本指針】第三の三

(1) 基本的な方針

- ・実施については、特定健診実施機関に委託します。
- ・健診方法は、個別健診と集団健診を併用します。
- ・委託機関と方法は以下のとおりです。なお必要に応じて、このほかの医療機関・実施機関と委託契約を結ぶ場合があります。

| 委託先 | 委託形態 |
|---|--|
| 上田市医師会 | 上田市医師会を代表機関とする集合契約 |
| 小県医師会 | 小県医師会を代表機関とする集合契約 (ただし上田市内の医療機関に限る) |
| 厚生連鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院 (通称：JA 厚生連鹿教湯病院) | 個別契約 |
| 厚生連長野松代総合病院 (通称：JA 厚生連松代総合病院) | 個別契約 |

(2) 外部委託に関する基準

法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。上田市では資料2「上田市特定健康診査の外部委託に関する基準」により、外部委託に関する基準を定めています。

(3) 実施機関等

健診種別により、以下の機関・場所で実施します。

| 種別 | | 対象者 | 実施機関・委託先 | 健診場所等 |
|------|------|--------------|----------------------|-------|
| 個別健診 | | 全地域 | 上田市医師会 小県医師会 | 各医療機関 |
| 集団健診 | 平日健診 | 丸子地域 武石地域 | 小県医師会 JA 厚生連鹿教湯病院 | 健診会場 |
| | 休日健診 | 全地域 | 上田市医師会 小県医師会 | 健診会場 |

上記のほか、特定健診を兼ねる「JA 健康スクリーニング」について、JA 厚生連鹿教湯病院、JA 厚生連松代総合病院が実施します。

(4) 受診手順

ア 個別健診

- ・対象者に受診券を発行し、問診票・実施機関一覧表とともに通知します。
- ・受診者は自分で実施機関に予約を入れ、保険証と受診券を窓口で提示し受診します。

イ 集団健診

- ・各種検（健）診申込書送付時又は受診券送付時等に、申込者を募ります。
- ・受診者は、保険証と受診券を健診会場で提示し、受診します。

(5) 実施項目

資料1「特定健康診査実施項目」のとおりです。

上田市においては、国の基準で詳細健診項目に含まれる「貧血検査」、「血清クレアチニン検査」を基本健診項目に含め、全員に実施します。

(6) 実施期間・スケジュール（図表23）

特定健診は、各年度、6月1日から翌年1月末日までとします。

特定保健指導は、各年度、4月1日から翌年3月末日まで（通年）とします。
年間スケジュールは図表23のとおりです。

実施する中で不都合があれば随時見直し、より効率的・効果的なスケジュールとしていきます。

【図表 23】



(7) 周知や案内の方法

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠です。このための周知や案内については、以下のとおり実施します。

| | |
|----------------|--|
| 各種検診申込書による健診受付 | 特定健診以外の検診(がん検診等)と合わせた申込書を郵送し、申込みを募ります。 地域の集団健診については、この時に申込みがあった者を対象者とします。 |
| 受診券の発送 | 申込みの有無に関わらず対象者全員に、受診券を発送します。 |
| 受診勧奨 | 未受診者に対しては、勧奨ハガキ・電話・訪問等により受診勧奨します。 |
| その他 | 前述のほか、広報、ポスター掲示、ティッシュ配布、各種団体会議等での説明等により案内・周知を行います。 |

(8) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を行います。

また本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用できるよう、かかりつけ医と協力及び連携します。

(9) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

受診者の同意に基づき、事業主、又は人間ドック等実施機関から効率的に健診データを取得するため、委託契約を締結します。

| 種類 | 内容 |
|------------|--|
| 人間ドック受診データ | 医療機関で人間ドックを受診した方の検査結果について、実施機関又は本人を通じて取得します。 |
| 事業主健診受診データ | 商工会議所・商工会等が実施する会員事業所向けの健康診断、被保険者が勤務先で受診した健康診断等について、実施機関又は本人を通じて検査結果を取得します。 |
| 診療等情報提供票 | 被保険者が医療機関に定期的に通院・検査しており、特定健診と同等の検査項目を全て実施済みの場合に、実施機関又は本人を通じて検査結果を取得します。 |

(10) 代行機関

特定健診・特定保健指導の費用を支払うため、国保連を支払代行機関とします。

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、医療機関委託及び衛生部門への執行委任の形態で行います。

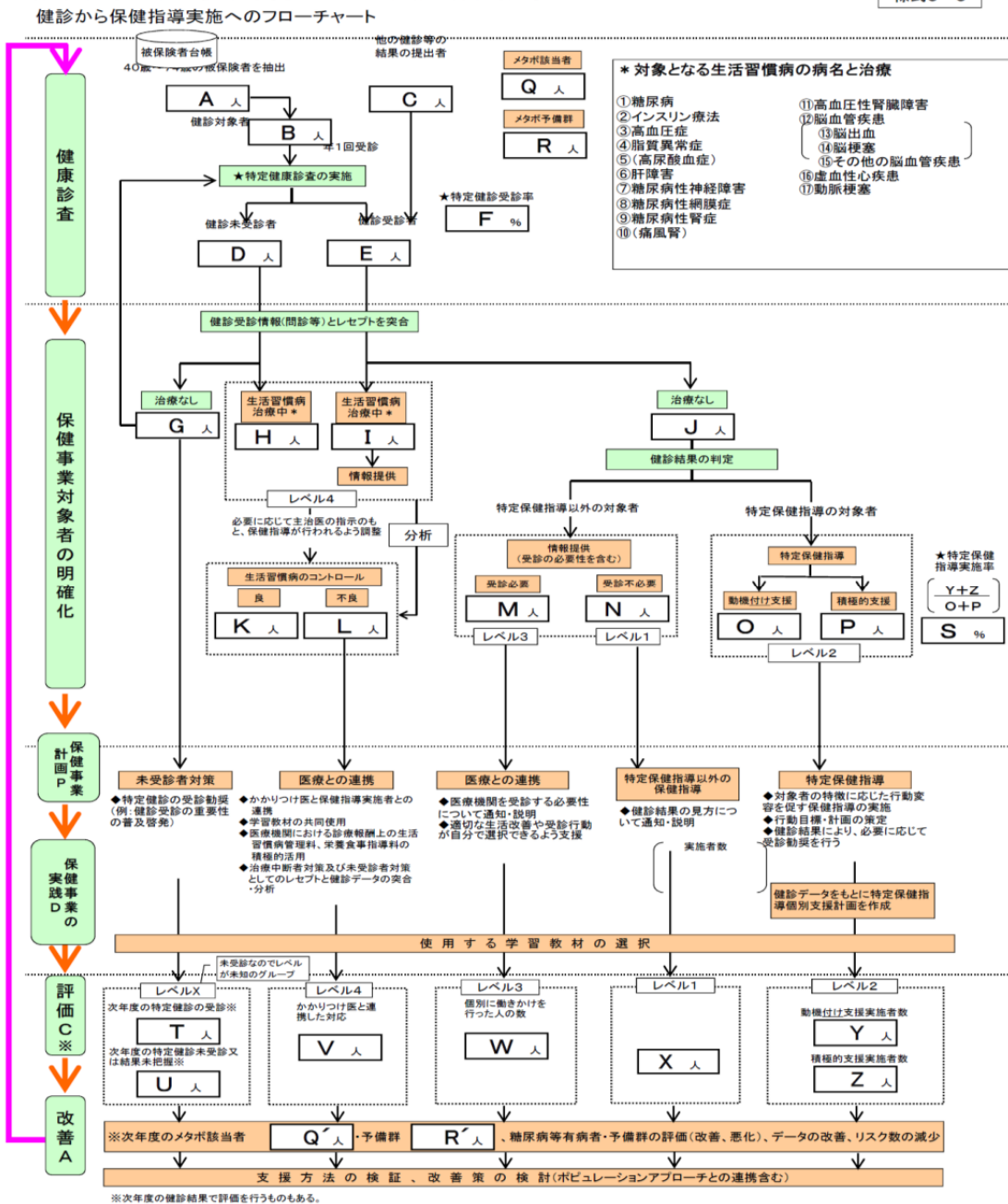
(1) 健診から保健指導実施の流れ (図表 24)

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

【図表 24】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式 5-5



(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 25)

限られた人員・財源のなかで、生活習慣病の有病者や予備軍を減少させていくには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要です。上田市では以下のとおり優先順位をつけて、最大限の効果が得られるよう、保健指導を実施していきます。

【図表 25】

| 優先順位 | 様式 6-10 | 保健指導レベル | 支援方法 | (H28 年度) 対象者数 |
|------|------------|-------------------------------|--|------------------|
| 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 | 1,099 人 |
| 2 | M | 情報提供（受診必要） | ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 | 1,870 人 |
| 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） | 15,737 人 |
| 4 | N | 情報提供 | ◆健診結果の見方について通知・説明 | 2,084 人 |
| 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 | 4,511 人 |

(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 (図表 26)

毎年、以下のような年間実施スケジュールを作成し、目標に向かって進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していきます。

スケジュール例

【図表 26】



(4) 外部委託に関する基準

上田市では資料 3「上田市特定保健指導の外部委託に関する基準」により、外部委託に関する基準を定めています。

6 個人情報の保護

【法律】第 19 条第 2 項第三号 【基本指針】第三の四

特定健診・特定保健指導の実施結果は、国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成 20 年 3 月 28 日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から市、国保連に送付されます。受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管します。

なお、特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

(1) 保存体制

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。保存期間については、実施基準第 10 条第 1 項の規定に基づき、記録の作成の日の属する年度の翌年度から 5 年を経過するまでの期間を原則とします。

(2) 管理ルールの制定

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、上田市個人情報保護条例及び保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意をいします。

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。

(3) 結果の報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成 20 年厚生労働省告示第 380 号）及び通知で定められています。このため、市からの実績報告については、国保連特定健診データ管理システムへ実績報告用データを報告します。

7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

【法律】第19条第3項 【基本指針】第三の五

特定健康診査等実施計画については、実施医療機関に送付します。特定健康診査等の実施にあたっては、対象となる方への個別通知をはじめ、市のホームページ等を利用しその周知に努めます。

8 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

【法律】第19条第2項第三号 【指針】第三の六

医師及び医師会事務局員等により構成され特定健康診査・特定保健指導検討委員会で進捗状況を報告し、評価をしていただきます。

特定健康診査実施項目

| 内容 | | 特定健診 必須項目 | 上田市 実施項目 |
|---------|------------|--------------|-------------|
| 問診 | 問診 | ○ | ○ |
| 身体計測 | 身長 | ○ | ○ |
| | 体重 | ○ | ○ |
| | BMI | ○ | ○ |
| | 腹囲 | ○ | ○ |
| 理学的検査 | 視診 | ○ | ○ |
| | 聴打診 | ○ | ○ |
| | 触診 | ○ | ○ |
| 血圧 | 血圧測定 | ○ | ○ |
| 尿検査 | 糖 | ○ | ○ |
| | 蛋白 | ○ | ○ |
| | 潜血 | | ○ |
| 血液生化学検査 | 中性脂肪 | ○ | ○ |
| | HDLコレステロール | ○ | ○ |
| | LDLコレステロール | ○ | ○ |
| | クレアチニン | ● | ○ |
| | 尿酸 | | ○ |
| | アルブミン | | ○ |
| | AST (GOT) | ○ | ○ |
| | ALT (GPT) | ○ | ○ |
| | γ-GTP | ○ | ○ |
| 血糖検査 | 血糖値 (空腹) | ◇※1 | ◇※2 |
| | 血糖値 (随時) | ◇※1 | ◇※2 |
| | HbA1c | ◇※1 | ○ |
| 貧血検査 | 白血球数 | | ○ |
| | 赤血球数 | ● | ○ |
| | ヘマトクリット | ● | ○ |
| | 血小板数 | | ○ |
| | ヘモグロビン量 | ● | ○ |
| 心電図検査 | | ● | ● |
| 眼底検査 | | ● | ● |

○全員実施 ●詳細健診対象者のみ実施

◇※1 血糖値 (空腹時) 又はHbA1c。ただしいずれも得られない場合は、血糖値 (随時) でも可 (食直後を除く)

◇※2 上田市では、HbA1cを全員に実施。血糖値は、食後時間により、空腹時又は随時血糖を検査。

【上田市特定健康診査の外部委託に関する基準】

1 人員に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な医師、看護師、准看護師等が質的及び量的に確保されていること。
- (2) 常勤の管理者（特定健康診査を実施する各施設において、特定健康診査に係る業務に付随する事務*2の管理を行う者）が置かれていること。ただし、管理上支障がない場合は、健康診査機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

*2 施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（兼務は可）。

2 施設又は設備等に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために、必要な施設及び設備を有していること。
- (2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- (3) 救急時における応急処置のための体制を整えていること。
- (4) 健康増進法第 25 条の受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること）。

3 精度管理に関する基準

- (1) 特定健康診査の検査項目について内部精度管理が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- (2) 外部精度管理調査を定期的を受け、検査値の精度が保証されていること。
- (3) 特定健康診査の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられること。
- (4) 検査の全部又は一部を外部に委託する場合には、委託を受けた事業者において、以上の措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

4 健診結果等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定健康診査に関する電磁的記録を作成し、保険者に対して当該電磁的記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 特定健康診査の受診者本人への通知に関しては、受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。
- (3) 受診者の特定健康診査結果等の保存及び管理が適切になされていること。
- (4) 高齢者の医療の確保に関する法律第 30 条に規定する秘密保持規定を遵守すること。
- (5) 個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (6) 保険者の委託を受けて特定健康診査の結果を保存する場合には「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- (7) 健診結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、本来必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当

たつては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 対象者の受診が容易になるよう、土日・祝日・夜間に特定健康診査を実施するなど、利用者の利便性に配慮した取組を行い、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が適切な特定健康診査の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- (3) 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (4) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (5) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。
- (6) 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び受診者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）を通じて、幅広く周知すること。また、規程の概要を周知するに当たっては、指定の様式により行うこと。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 従業者の職種、員数及び職務の内容

ウ 特定健康診査の実施日及び実施期間

エ 特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額

オ 事業の実施地域

カ 緊急時における対応

キ その他運営に関する重要事項

- (7) 特定健康診査の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健康診査の受診者等から求められたときは、これを提示すること。
- (8) 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、健康診断機関の設備及び備品等について、衛生的な管理を行うこと。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (10) 特定健康診査の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

【上田市特定保健指導の外部委託に関する基準】

1 人員に関する基準

(1) 特定保健指導の業務を統括する者*1（特定保健指導を実施する各施設において、動機付け支援及び積極的支援の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいう。以下「統括者」という）は、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。

*1 統括者とは、各拠点において、当該拠点に配置されている保健師等の保健指導実施者を束ね、各実施者が担当する保健指導対象者への支援の実施状況等を包括的に管理している者を想定。

(2) 常勤の管理者*2（特定保健指導を実施する各施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者）が置かれていること。ただし、管理上支障が無い場合は、保健指導機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

*2 施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（統括者との兼務は可）。

(3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、対象者の行動目標及び特定保健指導支援計画（以下「支援計画」という）の作成並びに特定保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士（平成 35 年度末までは、保健指導の実務経験を有する看護師を含む）であること。

(4) 対象者ごとに支援計画の実施（対象者の支援計画の作成、対象者の行動変容の状況の把握及び評価、評価に基づいた支援計画の変更等を行うことをいう）について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士が決められていること。

(5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、対象者の支援計画に基づく食生活に関する実践的指導は、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者（事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP 指針）に基づく産業栄養指導担当者、産業保健指導担当者等）により提供されること。また、食生活に関する保健指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用していることが望ましいこと。

(6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、対象者の支援計画に基づく運動に関する実践的指導は、運動に関する専門的知識及び技術を有する者（THP 指針に基づく運動指導担当者、産業保健指導担当者等）により提供されること。また、運動に関する保健指導を自ら提供する場合には、運動に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用していることが望ましいこと。

(7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。

(8) 特定保健指導実施者は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。

- (9) 特定保健指導対象者が治療中の場合には、対象者ごとに支援計画の実施について統括的な責任を持つ者（医師、保健師又は管理栄養士）が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。
- 2 施設又は設備等に関する基準
- (1) 特定保健指導を適切に実施するために、必要な施設及び設備を有していること。
- (2) 個別指導を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- (3) 運動の実践指導を行う場合には救急時における応急処置のための体制を整えていること。
- (4) 健康増進法第 25 条の受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること）。
- 3 特定保健指導の内容に関する基準
- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法に準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、対象者や地域、職域の特性を考慮したものであること。
- (2) 具体的な動機付け支援又は積極的支援のプログラム（支援のための材料、学習教材等を含む）は、保険者に提示され、保険者の了解が得られたものであること。
- (3) 最新の知見、情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。
- (4) 個別指導を行う場合は、対象者のプライバシーが十分に保護される場で行われること。
- (5) 契約期間中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、事業者は相談に応じること。
- (6) 特定保健指導対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者への対応については対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。
- 4 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準
- (1) 特定保健指導に関する電磁的記録を作成し、保険者に対して当該電磁的記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 保険者の委託を受けて、保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存・管理すること。
- (3) 高齢者の医療の確保に関する法律第 30 条に規定する秘密保持規定を遵守すること。
- (4) 個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (5) 保険者の委託を受けて特定保健指導の結果を保存する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- (6) インターネットを利用した支援を行う場合には、「医療情報システムの安全管理

に関するガイドライン」を遵守し、次に掲げる措置等を講じることにより、外部への情報漏洩、不正アクセス、コンピュータウィルスの侵入等の防止のための安全管理を徹底すること。

- (7) 秘匿性の確保のための適切な暗号化、通信の起点及び終点識別のための認証並びにリモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。
- (8) インターネット上で保健指導対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること(例えば、健診データを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、検診データを含むページにアクセスする場合には本人しか知りえない質問形式のパスワードとすること等)。
- (9) インターネット上で健診データを入手できるサービスを受けることについては、必ず本人の同意を得ること。
- (10) 本人の同意を得られない場合における健診データは、当該サービスを受ける者の健診データとは別の保存場所とし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。
- (11) 保健指導結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて、特定保健指導の結果に係る情報を外部に提供する場合には、本来必要とされる情報の範囲に限り提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 対象者の利用が容易になるよう、土日・祝日・夜間に特定保健指導を実施するなど、利用者の利便性に配慮した取組を行い、特定保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が適切な特定保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- (3) 特定保健指導を行う際に商品等の勧誘・販売等を行わないこと。また、特定保健指導を行う地位を利用した不当な推奨、販売(商品等を特定保健指導対象者の誤解を招く方法で勧めること等)等を行わないこと。
- (4) 特定保健指導の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めていること。
- (5) 特定保健指導を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (6) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。
- (7) 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、医療保険者及び利用者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)を通じて、幅広く周知すること。また、規程の概要を周知するに当たっては、指定の様式により行うこと。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 統括者の氏名及び職種

- ウ 従業者の職種、員数及び職務の内容
- エ 特定保健指導の実施日及び実施時間
- オ 特定保健指導の内容及び価格その他の費用の額
- カ 事業の実施地域
- キ 緊急時における対応
- ク その他運営に関する重要事項

- (8) 特定保健指導の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定保健指導の利用者等から求められたときは、これを提示すること。
- (9) 特定保健指導の実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、保健指導機関の設備及び備品等について、衛生的な管理を行うこと。
- (10) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (11) 特定保健指導の利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (12) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。
- (13) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には以下の事項を遵守すること。
 - ア 委託を受けた業務の全部又は主たる部分を一括して再委託してはならないこと。
 - イ 保険者との委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。
 - ウ 保険者への特定保健指導の結果報告等に当たっては、再委託した分も含めて一括して行うこと。
 - エ 再委託先及び再委託する業務の内容を運営についての重要事項に関する規程の概要に明記すること。
 - オ 再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うこと。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、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組を行ないます。具体的には医療受診が必要な者へは適切な受診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行います。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。そのため特定健診、特定保健指導実施率の向上にも努めることが必要です。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとします。

2 重症化予防の取組

2-1 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方（図表 27）

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「長野県プログラム」という。）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。なお、取組にあたっては図表 27 により実施します。

- 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対応

【図表 27】

【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

ア 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者のうち
 - a 糖尿病性腎症で通院している者
 - b 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

イ 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出（図表 28・参考資料 2）

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数を把握します。

腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。

【図表 28】

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

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

CKD診療ガイド2012には、糖尿病性腎症の早期発見には尿アルブミン値の測定が重要であると明記されています。微量アルブミンの段階で発見される腎障害は可逆的で治療効果が高いことが最新の知見で明らかとなっていることから、糖尿病性腎症予防のためには顕性尿蛋白に至る前の段階での発見が重要になります。

上田市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）

検査を必須項目として実施していますが、より早期に発見するために平成29年度から二次健診として尿アルブミン検査を実施しています。また、糖尿病患者における尿アルブミン検査は保険診療でも認められていることから、糖尿病治療中患者においては基本的にかかりつけ医における微量アルブミン尿の検査の実施が優先されます。医療機関との連携で微量アルブミン検査結果を把握していくことで対象者を明確にしていくことが可能になります。

② 基準に基づく該当者数の把握（図表 29）

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数を把握したところ、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は483人（39.5%・F）で医療機関未受診者が多い状況です。糖尿病未治療者については医療機関への受診勧奨が必要です。

また40～74歳における糖尿病治療者4,194人中のうち、特定健診受診者が740人（17.6%・G）で、健診未受診者が3,454人（82.4%・I）と多い状況です。

③ 介入方法と優先順位（図表 29）

上田市における介入方法を以下の通りとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- a 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）
- b 糖尿病治療中であつたが中断者（オ・キ）
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・受診勧奨のための保健指導、糖尿病連携手帳の活用

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（ク）
- ・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、糖尿病連携手帳の活用

優先順位 3

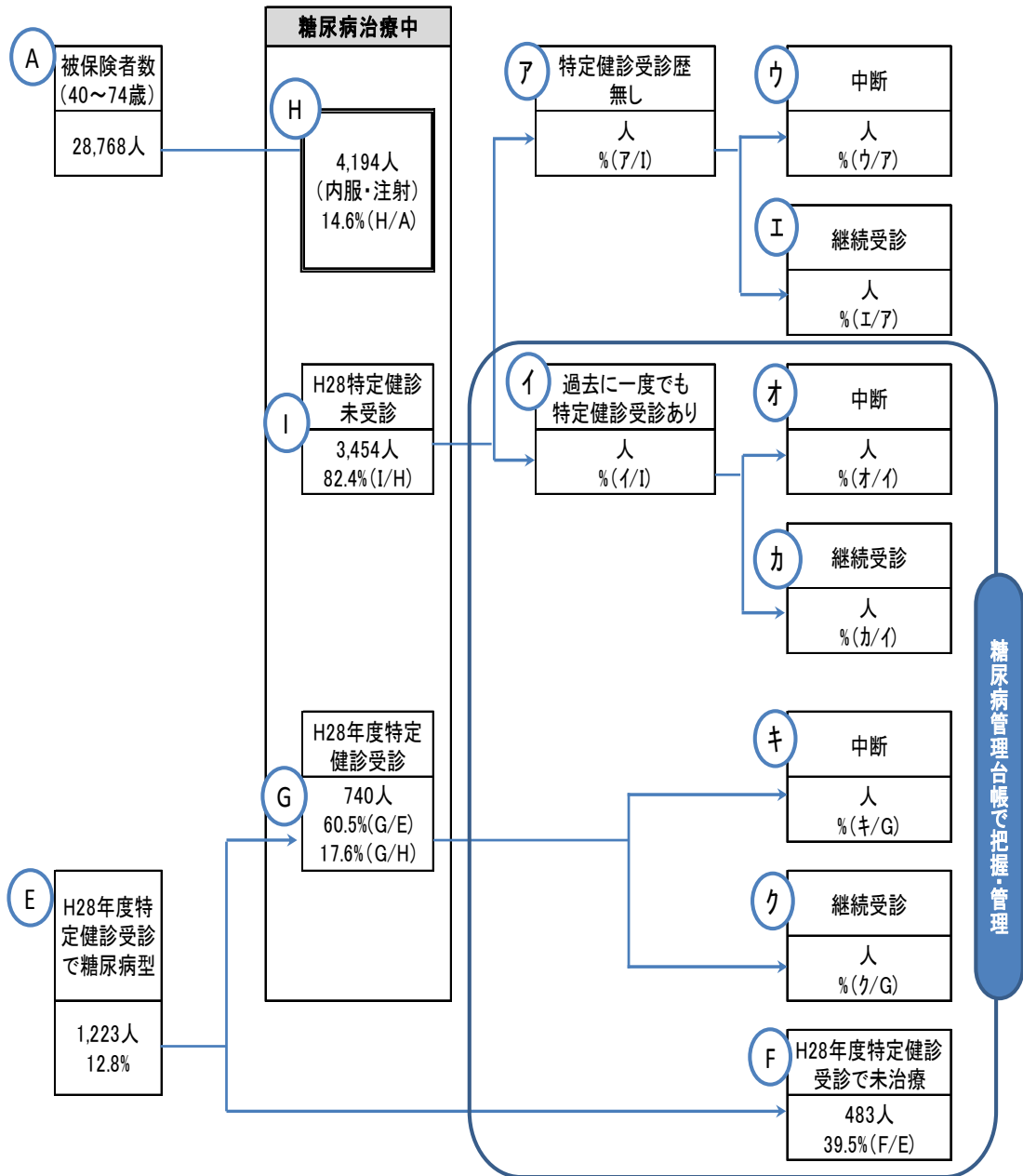
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）
- ・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、糖尿病連携手帳の活用

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

【図表 29】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



※アルファベットは参考資料2と連動

KDBシステム2次加工

(3) 対象者の進捗管理

ア 糖尿病管理台帳の作成（参考資料 3・4）

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳及び年次計画表で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病管理台帳作成手順】

① 管理台帳への記載

健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上の方は、以下の情報を管理台帳に記載します。

HbA1c、血圧、体重、BMI、eGFR、尿蛋白

*HbA1c 6.5%未満でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%未満でも空腹時血糖値 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

② 資格を確認

③ レセプトを確認し情報を記載

a 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
- ・ 計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

④ 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算

⑤ 担当地区の対象者数の把握

a 未治療者・中断者（受診勧奨者）

b 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

ア 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（図表 30）

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す。

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きます。上田市においては、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きます。（受診勧奨の保健指導と受診後の保健指導）

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て行います。

【図表 30】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

| 糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29) | 資料 |
|--|---|
| <p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p> | <p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス) |
| <p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <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？ 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み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. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアソリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは |

イ 二次健診等を活用した重症化予防対策

尿中アルブミン値が30～299mg/gCrの微量アルブミン尿は心血管疾患の危険因子でもあり、この段階で発見される腎障害は可逆的で治療効果が高いことが最新の知見で明らかになっています。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、二次健診として健診結果でHbA1c6.5以上で糖尿病未治療者で尿蛋白定性が(一)・(±)の者に尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき自ら腎障害の段階を理解することにより、治療につながる保健指導を行うことで糖尿病性腎症重症化予防を目指します。

(5) 医療との連携

ア 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、地区医師会等と協議し、紹介状等の使用を検討します。

イ 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。また、かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県プログラムに準じ行います。

(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行います。

(7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については計画の評価等と合わせ年1回行い、**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用していきます。また、中長期的評価においては様式6-1糖尿病性腎症取組評価表を用いて行います。（参考資料5）

ア 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 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

- a 保健指導実施率
- b 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - ・ HbA1c の変化
 - ・ eGFR の変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 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
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）、医療機関との連携（通年）

2-2 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方(参考資料2)

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

(2) 対象者の明確化(参考資料6)

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の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えます。

イ 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握(図表31・32)

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つです。「安静時心電図にS T-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S T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の判断が必要です。

上田市において心電図検査の該当となるのは前年の特定健康診査結果等において、腹囲又はBMIが基準値以上かつ血糖、脂質、血圧の全てが保健指導判定値以上で医師が必要と認める者となっています。そのため、健診受診者9,568人のうち心電図検査実施者は891人(9.3%)となっています。

心電図実施者のうち、S T又は、虚血性変化所見ありの人が24人で、受診状況をみると循環器疾患をはじめとする生活習慣病等関連疾患で受診している人は19人となっています。このため、医療機関未受診者に対しては受診勧奨を積極的に行うことが必要です。

また、S T又は、虚血性変化所見ありの人へは、心電図におけるS Tとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。

上田市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い状況です。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の対象者を拡大し、実施することが必要です。

心電図検査結果

【図表31】

| | 健診受診者(a) | | 心電図検査(b) | | ST又は虚血性変化所見あり(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 | 9,568 | 100 | 891 | 9.3 | 24 | 2.7 | 298 | 33.4 | 569 | 63.9 |

ST又は虚血性変化所見ありの医療機関受診状況

【図表32】

| ST又は虚血性変化所見あり(a) | | 医療機関受診あり(b) | | 受診なし(c) | |
|------------------|-----|-------------|----------|---------|----------|
| (人) | (%) | (人) | (b/a)(%) | (人) | (c/a)(%) |
| 24 | 100 | 19 | 79.2 | 5 | 20.8 |

② 心電図以外からの把握 (図表 33)

心電図検査は平成30年度から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」が基準となります。しかし、基準に該当せず心電図検査を実施しない場合は図表33に沿って対象者を抽出することが必要となります。

なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していくこと、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ことが必要です。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表33】

| 平成28年度実施 | 受診者 | 心電図検査実施 | | | 実施なし | |
|----------|---------|-----------|--------|-------|-------|-------|
| | | ST又は虚血性変化 | その他の変化 | 異常なし | | |
| | 9,568 | 24 | 298 | 569 | 8,677 | |
| | | 0.3% | 3.1% | 5.9% | 90.7% | |
| メタボ該当者 | 1,717 | 10 | 84 | 175 | 1,448 | |
| | 17.9% | 0.6% | 4.9% | 10.2% | 84.3% | |
| メタボ予備群 | 894 | 4 | 28 | 66 | 796 | |
| | 9.3% | 0.4% | 3.1% | 7.4% | 89.0% | |
| メタボなし | 6,957 | 10 | 186 | 328 | 6,433 | |
| | 72.7% | 0.1% | 2.7% | 4.7% | 92.5% | |
| LDL-C | 140-159 | 1,166 | 0 | 30 | 54 | 1,082 |
| | | 16.8% | 0.0% | 2.6% | 4.6% | 92.8% |
| | 160-179 | 552 | 1 | 13 | 20 | 518 |
| | 7.9% | 0.2% | 2.4% | 3.6% | 93.8% | |
| | 180- | 282 | 1 | 10 | 8 | 263 |
| | 4.1% | 0.4% | 3.5% | 2.8% | 93.3% | |
| CKD | G3aA1~ | 1,536 | 2 | 57 | 101 | 1,376 |
| | | 16.1% | 0.1% | 3.7% | 6.6% | 89.6% |

(3) 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導（図表 34）

虚血性心疾患の予防には、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げるため、図表 34 の問診が重要です。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージできるように支援することが必要です。また、医療機関未受診、治療を中断していることが把握された場合には受診勧奨を行うとともに、医療機関と連携した保健指導を行います。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 34】

| | | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同様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 等 | | | |
| 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週間同様な症状 | 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) |

イ 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。

血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS 2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI)などがある」、「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚)の測定がある」が、「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあります。

現在、二次健診として、尿アルブミン検査については糖尿病性腎症重症化予防の視点で実施していますが、虚血性心疾患予防として今後、対象者について検討が必要です。

ウ 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します。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっています。

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門との連携

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ます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考え、短期的評価については計画の評価等と合わせ年1回行い、**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用します。

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

ア 短期的評価

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

(7) 実施期間及びスケジュール

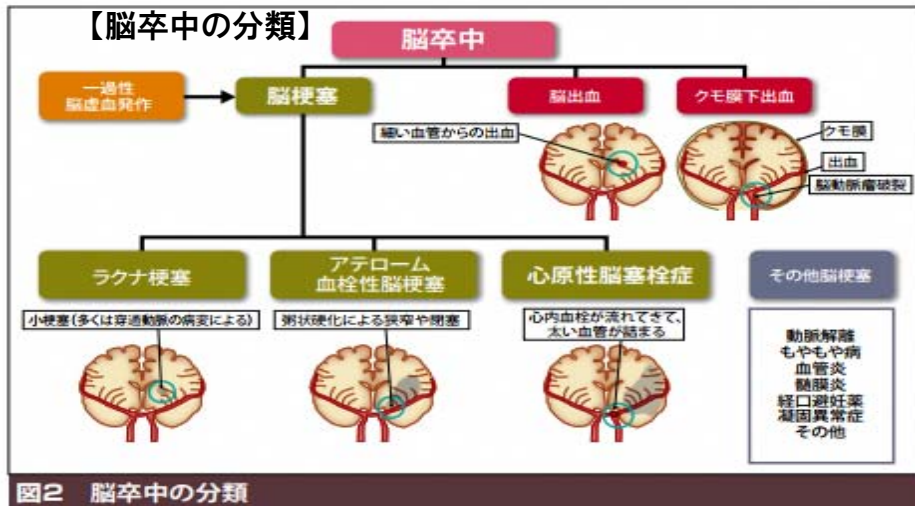
- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2-3 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方 (図表 35・36)

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。

【図表 35】



(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 36】

| 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 | ● | | | | | | | |

| 各ガイドラインとの関係 | |
|-----------------|--|
| 脳卒中治療ガイドライン2009 | 関連ガイドライン |
| 脳卒中一般危険因子の管理 | <ul style="list-style-type: none"> 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版(血管・脂質・生活習慣) 高血圧治療ガイドライン2014 糖尿病治療ガイド2016-2017 脳卒中予防への提言(第二版)(心房細動) メタボリックシンドロームの診断基準 CKDの診療ガイド2012 日本人の食事摂取基準2015年版 等を参照 |
| ハイリスク群の管理 | |
| 脳出血の危険因子 | |
| ①高血圧 | |
| ②糖尿病 | |
| ③脂質異常症(LDL) | |
| ④心房細動 | |
| ⑤喫煙 | |
| ⑥飲酒 | |
| ⑦睡眠時無呼吸症候群 | |
| ⑧メタボリックシンドローム | |
| ⑨慢性腎臓病(CKD) | |
| ①高血圧 | |
| ②緑黄色野菜・果物 | |
| ③高γ-GTP(飲酒) | |
| ④低LDL | |

(2) 対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出 (図表 37)

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

【図表 37】

| 脳梗塞 | ラクナ梗塞 | ● | | | | | | ○ | | | ○ | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|---------|------|--------------------------|-------|---------------|------|------|------|--------------|-------|------------|------|----------------------|------|
| | アテローム血栓性脳梗塞 | ● | ● | ● | | | | ○ | | | ○ | | | | |
| 心原性脳梗塞 | ● | | | | | ● | | ○ | | | ○ | | | | |
| 脳出血 | 脳出血 | ● | | | | | | | | | | | | | |
| | くも膜下出血 | ● | | | | | | | | | | | | | |
| リスク因子 (○はハイリスク群) | | 高血圧 | | 糖尿病 | | 脂質異常 (高LDL) | | 心房細動 | | メタボリックシンドローム | | 慢性腎臓病(CKD) | | | |
| 特定健診受診者における重症化予防対象者 受診者数 9,567人 | | Ⅱ度高血圧以上 | | HbA1c 6.5%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) | |
| | | 364人 | 3.8% | 735人 | 7.7% | 376人 | 3.9% | 18人 | 0.2% | 1,717人 | 17.9% | 83人 | 0.9% | 167人 | 1.7% |
| 治療なし | | 219人 | 3.5% | 448人 | 5.1% | 322人 | 4.5% | 3人 | 0.1% | 378人 | 7.5% | 21人 | 0.4% | 40人 | 1.0% |
| 治療あり | | 145人 | 4.4% | 287人 | 38.9% | 54人 | 2.3% | 15人 | 0.3% | 1,339人 | 29.7% | 62人 | 1.4% | 127人 | 3.6% |
| 臓器障害あり | | 18人 | 8.2% | 33人 | 7.4% | 21人 | 6.5% | 3人 | 100% | 22人 | 5.8% | 21人 | 100% | 40人 | 100% |
| 臓器障害ありのうち | CKD(専門医対象) | 9人 | | 14人 | | 9人 | | 0 | | 9人 | | 21人 | | 40人 | |
| | 尿蛋白(2+)以上 | 5人 | | 3人 | | 3人 | | 0 | | 5人 | | 21人 | | 3人 | |
| | 尿蛋白(+)and尿潜血(+) | 3人 | | 4人 | | 4人 | | 0 | | 1人 | | 0人 | | 0人 | |
| | eGFR50未満 (70歳以上は40未満) | 3人 | | 8人 | | 2人 | | 0 | | 6人 | | 3人 | | 40人 | |
| | 心電図所見あり | 9人 | | 20人 | | 12人 | | 3 | | 13人 | | 0人 | | 0人 | |

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が364人(3.8%)であり、219人は未治療者となっています。また、未治療者のうち18人(8.2%)はCKDや心電図に臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要です。

治療中でⅡ度高血圧である者が145人(4.4%)、HbA1c 7.0以上が287人(38.9%)、メタボ該当者が1,339人(29.7%)いることがわかりました。重症化予防のためには、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です。

イ リスク層別化による重症化予防対象者の把握（図表 38）

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ます。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていくことが必要です。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

【図表 38】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（H28 年度）

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

| リスク層 (血圧以外のリスク因子) | 血圧分類 (mmHg) | 至通血圧 | 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 | |
| | | 6,289 | 2,084 | 1,646 | 1,353 | 987 | 181 | 38 | | | |
| | | 33.1% | 26.2% | 21.5% | 15.7% | 2.9% | 0.6% | | | | |
| リスク第1層 | | 657 | 370 | 143 | 88 | 54 | 2 | 0 | 54 | 2 | 0 |
| | | 10.4% | 17.8% | 8.7% | 6.5% | 5.5% | 1.1% | 0.0% | 100% | 0.4% | 0.0% |
| リスク第2層 | | 3,592 | 1,199 | 962 | 791 | 518 | 107 | 15 | -- | 518 | 122 |
| | | 57.1% | 57.5% | 58.4% | 58.5% | 52.5% | 59.1% | 39.5% | -- | 99.6% | 19.3% |
| リスク第3層 | | 2,040 | 515 | 541 | 474 | 415 | 72 | 23 | -- | -- | 510 |
| | | 32.4% | 24.7% | 32.9% | 35.0% | 42.0% | 39.8% | 60.5% | -- | -- | 80.7% |
| 再掲 重複あり | 糖尿病 | 544 | 127 | 146 | 136 | 108 | 23 | 4 | | | |
| | | 26.7% | 24.7% | 27.0% | 28.7% | 26.0% | 31.9% | 17.4% | | | |
| | 慢性腎臓病 (CKD) | 843 | 259 | 225 | 170 | 153 | 22 | 14 | | | |
| | | 41.3% | 50.3% | 41.6% | 35.9% | 36.9% | 30.6% | 60.9% | | | |
| 3個以上の危険因子 | | 1,089 | 213 | 282 | 276 | 263 | 46 | 9 | | | |
| | | 53.4% | 41.4% | 52.1% | 58.2% | 63.4% | 63.9% | 39.1% | | | |

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

リスク層(3層に分けられる)

第1層:高血圧のみ

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。

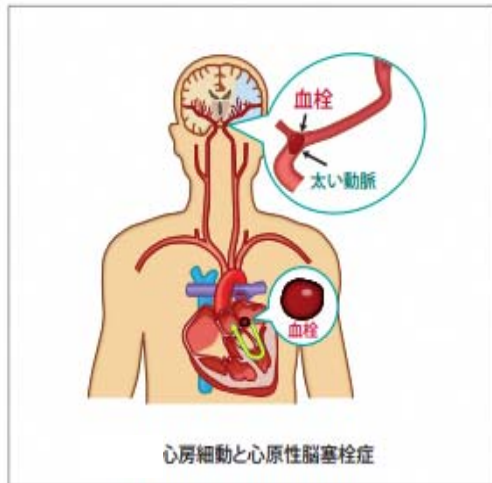
第3層:糖尿病、CKD、心血管病による臓器障害、3個以上の危険因子、4項目を満たすメタボリックシンドロームのいずれかがある。

メタボリックシンドローム:内臓脂肪+正常高血圧以上・空腹時血糖 110mg/dl以上・脂質異常症

リスク層と血圧分類によって、低リスク群、中リスク群、高リスク群に分類し、降圧薬治療導入時が決められています。

図表 38 は降圧薬治療者を除いているため、高リスク群に対しては早急な受診勧奨が必要になってきます。上田市の高リスク群は632人となっていますが、第1層が0、第2層が122人(19.3%)、第3層が510人(80.7%)と多くなっています。第3層の510人中、特にリスクが高い糖尿病135人、慢性腎臓病(CKD)189人に対しては、積極的な降圧治療が多くのガイドラインで推奨されています。

ウ 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 39 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 39】

| 年代 | 心電図検査受診者数 | | 心房細動有所見者 | | | | 日循環疫学調査* | |
|--------|-----------|-----|----------|------|----|----|----------|------|
| | 男性 | 女性 | 男性 | | 女性 | | 男性 | 女性 |
| | 人 | 人 | 人 | % | 人 | % | % | % |
| 合計 | 198 | 115 | 14 | 7.1% | 4 | 3% | — | — |
| 40歳代 | 11 | 2 | 0 | 0.0% | 0 | 0% | 0.2 | 0.04 |
| 50歳代 | 16 | 4 | 1 | 6.3% | 0 | 0% | 0.8 | 0.1 |
| 60歳代 | 88 | 63 | 5 | 5.7% | 2 | 3% | 1.9 | 0.4 |
| 70～74歳 | 83 | 44 | 8 | 9.6% | 2 | 5% | 3.4 | 1.1 |

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

| 心房細動有所見者 | | 治療の有無 | | | |
|----------|-----|-------|-------|-----|-------|
| | | 未治療者 | | 治療中 | |
| 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 18 | 100 | 3 | 16.7% | 15 | 83.3% |

【図表 40】

図表 40 のとおり、心電図検査において18人が心房細動の所見でした。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加し、50歳代以上において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りました。また、18人のうち15人は既に治療が開始されていましたが、未治療者の3人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨の必要な対象者となっていました。心房細動は心原性脳塞栓の最大のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。また、普段から自分で脈拍測定をする習慣をつけることも必要です。

(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対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。特に治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合や、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は受診勧奨を強く行い、治療に繋がります。また、治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

イ 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく事が必要です。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より、「心血管疾患の主原因である、動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになりました。

血管不全を評価する血管機能検査には「血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある」、「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」、「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあります。現在、尿アルブミン検査については糖尿病性腎症重症化予防の視点で実施していますが、脳血管疾患予防として対象者については今後検討が必要です。

ウ 対象者の管理(参考資料8)

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度以上の高血圧者を対象に、血圧評価表を用いて、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います。

② 心房細動の管理台帳(参考資料9)

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KDBを用いて把握します。

(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ます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集します。

(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ます。

(6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価については計画の評価等と合わせ年1回行い、**糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報**を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

ア 短期的評価

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

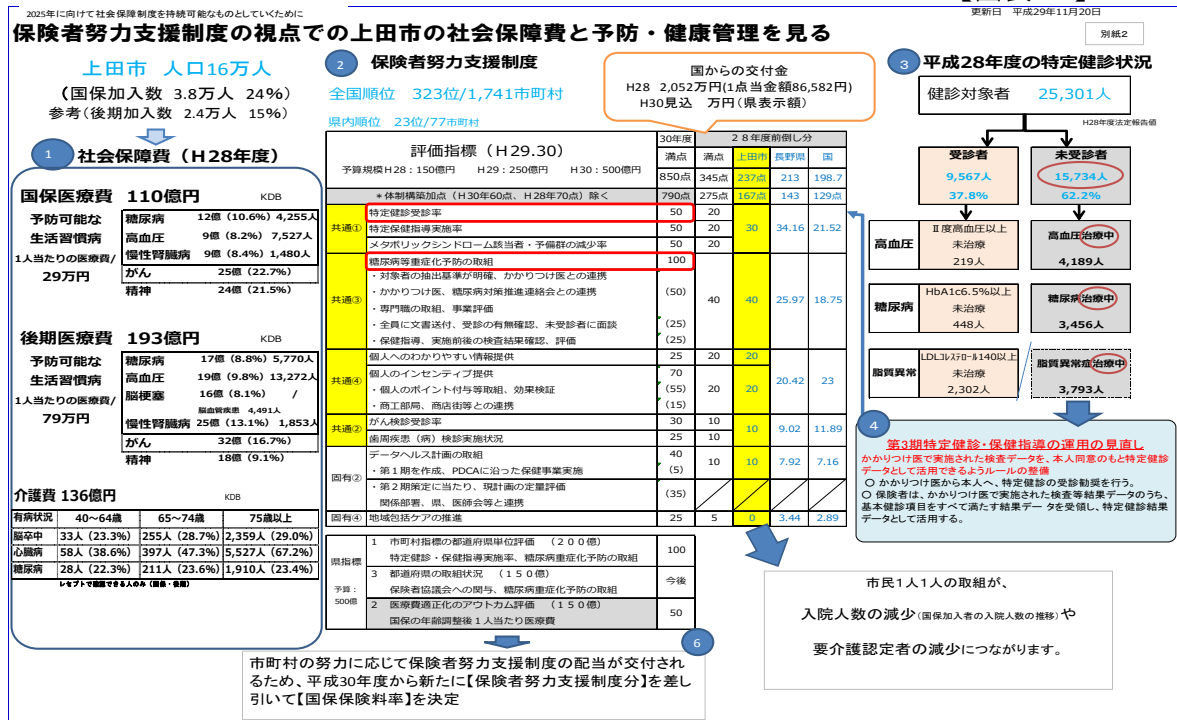
(7) 実施期間及びスケジュール

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

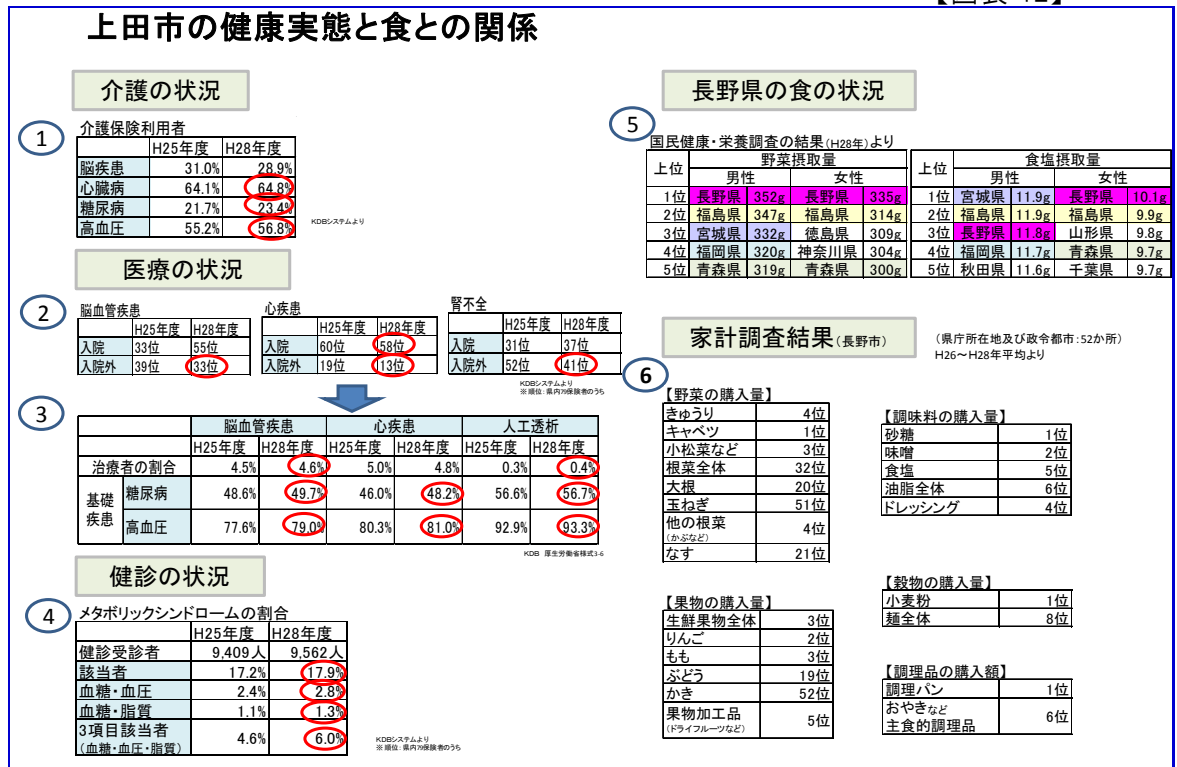
3 ポピュレーションアプローチ (図表 41・42)

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知します。

【図表 41】



【図表 42】



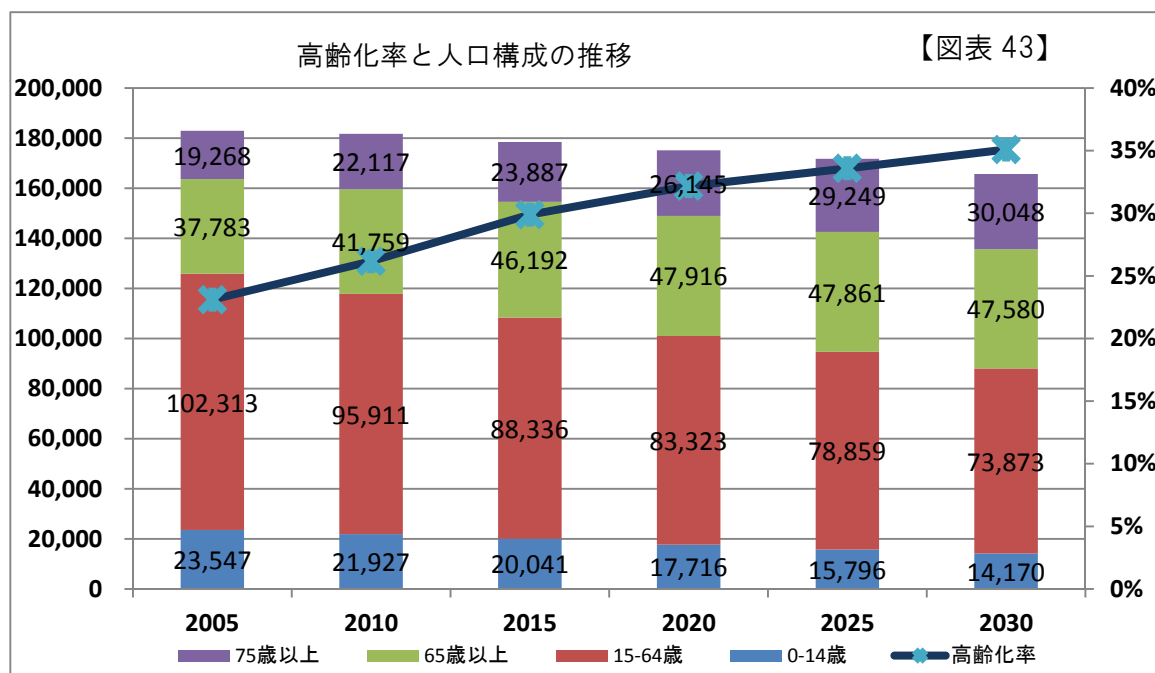
第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患の内、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、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します。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができます。

国保では被保険者のうち、65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療の必要性も高まることから、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市町村にとっても非常に重要です。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながります。



上田市統計資料 (シティプロモーション課)

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います。

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

2 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

| | |
|---------------------------------------|---|
| ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか) | <ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保 |
| プロセス (保健事業の実施過程) | <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。 |
| アウトプット (保健事業の実施量) | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率(実施率) ・特定保健指導実施率 ・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) | <ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など) |

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。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します。

3 データヘルス計画の目標管理一覧表

下記のとおり目標項目を定め、毎年評価します。

【図表 43】

目標管理一覧

| 関連計画 | 課題を解決する為の目標 | 初期値 | | 中間評価 | | | | | | 最終評価 | 現状値の把握方法 | |
|---|------------------|---|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----------|----------------------|
| | | H28 | H29 | H30 | H31 | H32 | H33 | H34 | H35 | | | |
| 指 診 特 計 導 定 画 実 保 施 健 | 特定健診受診率60%以上 | 37.8 | | | | | | | | | | 特定健診・保健指導実施結果(厚生労働省) |
| | 特定保健指導実施率80%以上 | 81.7 | | | | | | | | | | |
| | 特定保健指導対象者の減少率25% | 11.5 | | | | | | | | | | |
| デ ー タ ヘ ル ス 計 画 | 中 長 期 | 脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少 | 2.0 | | | | | | | | | KDBシステム |
| | | 虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少 | 1.4 | | | | | | | | | |
| | | 糖尿病性腎症による透析導入者の割合10%減少 | 56.7 | | | | | | | | | |
| | 短 期 | メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少 | 27.3 | | | | | | | | | |
| | | 健診受診者の糖尿病患者の割合の減少10%(HbA1c6.5以上、治療中7.0以上) | 7.7 | | | | | | | | | |
| | | 特定健診受診者の高血圧者の割合の減少10%(160/100以上) | 3.8 | | | | | | | | | |
| 保 険 者 努 力 支 援 制 度 | 短 期 | 健診受診者の脂質異常者の割合の減少10%(LDL180以上) | 3.9 | | | | | | | | | 上田市健康推進課 |
| | | 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 | 60% | | | | | | | | | |
| | | 糖尿病の保健指導実施割合 | 27.0 | | | | | | | | | |
| | | がん検診受診率 | 7.0 | | | | | | | | | |
| | | 胃がん健診 | 9.8 | | | | | | | | | |
| | | 肺がん健診 | 15.0 | | | | | | | | | |
| | | 大腸がん健診 | 20.6 | | | | | | | | | |
| | | 子宮頸がん健診 | 21.1 | | | | | | | | | |
| 乳がん健診 | 3.7% | | | | | | | | | | | |
| 健康ポイント実施者割合の増加 | 69.6 | | | | | | | | | | 健康推進課 | |
| 後発薬品の使用割合 | | | | | | | | | | | 厚生労働省公表結果 | |

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、市のホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を作成します。

2 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いについては、上田市個人情報保護条例（平成18年3月6日上田市条例第13号）によるものとします。

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上田市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ 1
- 参考資料 11 評価イメージ 2

様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上田市の位置

【参考資料 1】

| 項目 | | | データの根拠 | | データ元(CSV) | | |
|-------|-------------------|----------------|---|----------------------|--------------------------|---|---------------------|
| 1 | ① | 人口構成 | 総人口 | 実数 | 国勢調査 人口等基本集計 H22年データ | KDB_No.5 人口の状況 KDB_No.3 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題 | |
| | | | 65歳以上(高齢化率) | | | | |
| | | | 75歳以上 | | | | |
| | | | 65～74歳 | | | | |
| | | | 40～64歳 | | | | |
| | 39歳以下 | 割合 | 各年齢階級別人口÷総人口×100 | | | | |
| | ② | 産業構成 | 第1次産業 | 構成 割合 | 総務省 市町村別決算概況 H22年国勢調査ベース | KDB_No.3 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題 | |
| | | | 第2次産業 | | | | |
| 第3次産業 | | | | | | | |
| ③ | 平均寿命 | 男性 女性 | 厚生労働省 市区町村別生命表 H22年データ | KDB_No.1 地域全体像の把握 | | | |
| ④ | 健康寿命 | 男性 | 市区町村別生命表より、下記式にて算出 0歳平均寿命-65歳平均余命-(1-介護認定者数÷40歳以上人口)×定常人口÷65歳生存数 | | | | |
| | | 女性 | | | | | |
| 2 | ① | 死亡の状況 | 標準化死亡比 (SMR) | 男性 女性 | 厚生労働省 人口動態 保健所市区町村別総計の概況 | KDB_No.1 地域全体像の把握 | |
| | | | 死 因 | がん | 実数 | | 国勢調査 人口動態統計 H22年データ |
| | | | | 心臓病 | | | |
| | | | | 脳疾患 | | | |
| | | | | 糖尿病 | | | |
| | | | | 腎不全 | | | |
| | 自殺 | 割合 | 死因別死亡者数÷左記6つの死因による死亡者数合計×100 | | | | |
| ② | 早世予防からみた死亡(65歳未満) | 合計 男性 女性 | 厚生労働省HP 人口動態調査 | 厚生労働省HP 人口動態調査 | | | |

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳 【対象者抽出基準】
(HbA1c6.5以上、過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者)

※糖尿病服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

| 番号 | 追加年度 | 地区 | 氏名 | 性別 | H28年度末年齢 | 診療開始日 合併症の有無 | 項目 | | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 | 備考 | |
|----|------|-----|----|----|----------|-----------------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|----|------|
| | H24 | | | 男 | 67 | | 糖尿病 | 服薬 | ○ | | | | | | |
| | | | | | | | 高血圧 | HbA1c | 7.1 | | | | | | |
| | | | | | | | 虚血性心疾患 | 体重 | 53.2 | | | | | | |
| | | | | | | | 脳血管疾患 | BMI | 19.4 | | | | | | |
| | | | | | | | 糖尿病性腎症 | 血圧 | 123/73 | | | | | | |
| | | | | | | | | CKD | GFR | | | | | | |
| | | 尿蛋白 | — | | | | | | | | | | | | |
| | H24 | | | 女 | 67 | | 糖尿病 | 服薬 | | | | | | | |
| | | | | | | | 高血圧 | HbA1c | 6.8 | 6.7 | 7 | 6.8 | 7.4 | | |
| | | | | | | | 虚血性心疾患 | 体重 | 66.6 | 64.5 | 64.2 | 65.3 | 65 | | |
| | | | | | | | 脳血管疾患 | BMI | 26.4 | 25.4 | 25.2 | 25.8 | 25.9 | | |
| | | | | | | | 糖尿病性腎症 | 血圧 | 122/87 | 127/80 | 117/74 | 127/79 | 120/83 | | |
| | | | | | | | | CKD | GFR | 76.3 | 74.6 | 79 | 70.2 | | 66.5 |
| | | 尿蛋白 | — | — | — | — | — | | | | | | | | |
| | H24 | | | 男 | 69 | | 糖尿病 | 服薬 | ○ | | | | ○ | | |
| | | | | | | | 高血圧 | HbA1c | 10.3 | | 7.4 | 7.3 | | | |
| | | | | | | | 虚血性心疾患 | 体重 | 61 | | 62.9 | 63.3 | | | |
| | | | | | | | 脳血管疾患 | BMI | 21.9 | | 22.3 | 22.7 | | | |
| | | | | | | | 糖尿病性腎症 | 血圧 | 123/73 | | 135/84 | 133/84 | | | |
| | | | | | | | | CKD | GFR | 58.5 | | 51 | 46.5 | | |
| | | 尿蛋白 | — | | — | — | | | | | | | | | |

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

平成28年度

担当者名：

担当地区：

| | 対象者の把握 | 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 2,210 人 | 1. 資格喪失（死亡、転出）の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因 | 後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 | |
| | A 健診未受診者 1075 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 | | |
| | ①国保 536 人 | <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん | | |
| | ②後期高齢者 370 人 | | 3. 会いに行く ○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 |
| | ③他保険 84 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 |
| | ④死亡 46 人 | | | 栄養士中心 |
| ⑤転出・消除 12 人 | | | 腎専門医 | |
| 保健指導の優先づけ | ①-1 未治療者（中断者含む） 440 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 | | | |
| | あ | | | |
| | ① HbA1cが悪化している 363 人 | | | |
| | ② 尿蛋白 (-) 927 人 (±) 111 人 (+) ~ 顕性腎症 95 人 | | | |
| | ③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 9 人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 184 人 | | | |

【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

| 項目 | | 統合表 | 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57 | | | | |
| | | | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | | | |
| 1 | ① | 被保険者数 | 37,929人 | | | | | | | | KDB_厚生労働省様式 様式3-2 | | |
| | ② | (再掲)40-74歳 | 28,768人 | | | | | | | | | | |
| 2 | ① | 特定健診 対象者数 | 25,301人 | | | | | | | | 市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書 | | |
| | ② | 受診者数 | 9,568人 | | | | | | | | | | |
| | ③ | 受診率 | 37.8% | | | | | | | | | | |
| 3 | ① | 特定 保健指導 対象者数 | 1,099人 | | | | | | | | | | |
| | ② | 実施率 | 81.8% | | | | | | | | | | |
| 4 | ① | 糖尿病型 | E | 1,223人 | 12.8% | | | | | | 特定健診結果 | | |
| | ② | 未治療・中断者(質問票 服薬なし) | F | 483人 | 39.5% | | | | | | | | |
| | ③ | 治療中(質問票 服薬あり) | G | 740人 | 60.5% | | | | | | | | |
| | ④ | コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上 | J | 344人 46.5% | | | | | | | | | |
| | ⑤ | | | 血圧 130/80以上 | 198人 57.6% | | | | | | | | |
| | ⑥ | | | 肥満 BMI25以上 | 130人 37.8% | | | | | | | | |
| | ⑦ | コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満 | K | 396人 53.5% | | | | | | | | | |
| | ⑧ | 第1期 尿蛋白(ー) | M | 983人 80.4% | | | | | | | | | |
| | ⑨ | | | 第2期 尿蛋白(±) | 123人 10.1% | | | | | | | | |
| | ⑩ | | | 第3期 尿蛋白(+) | 113人 9.2% | | | | | | | | |
| | ⑪ | | | 第4期 eGFR30未満 | 4人 0.3% | | | | | | | | |
| 5 | ① | 糖尿病受療率(被保険者千対) | 112.2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) | 145.8人 | | | | | | | | | | |
| | ③ | レセプト件数 (40-74歳) (1円は被保険者千対) | 入院外(件数) | 22,215件 (804.5) | | | | 25,313件 (723.9) | | KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病) | | | |
| | ④ | | 入院(件数) | 113件 (4.1) | | | | 147件 (4.2) | | | | | |
| | ⑤ | 糖尿病治療中 | H | 4,255人 | 11.2% | | | | | | KDB_厚生労働省様式 様式3-2 | | |
| | ⑥ | (再掲)40-74歳 | 4,194人 14.6% | | | | | | | | | | |
| | ⑦ | 健診未受診者 | I | 3,454人 82.4% | | | | | | | | | |
| | ⑧ | インスリン治療 | O | 339人 8.0% | | | | | | | | | |
| | ⑨ | | | (再掲)40-74歳 | 337人 8.0% | | | | | | | | |
| | ⑩ | 糖尿病性腎症 | L | 635人 14.9% | | | | | | | | | |
| | ⑪ | | | (再掲)40-74歳 | 630人 15.0% | | | | | | | | |
| | ⑫ | 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合) | 56人 1.32% | | | | | | | | | KDB_厚生労働省様式2-2 疾病管理-1糖尿病 | |
| | ⑬ | | (再掲)40-74歳 | 56人 1.34% | | | | | | | | | |
| | ⑭ | | 新規透析患者数 | 19人 0.45% | | | | | | | | | |
| | ⑮ | (再掲)糖尿病性腎症 | 9人 0.21% | | | | | | | | KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー | | |
| | 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) | 125人 2.2% | | | | | | | | | | |
| 6 | ① | 総医療費 | 110億3541万円 | | | | | | 142億2898万円 | | 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 | 63億9934万円 | | | | | | 79億7348万円 | | | | |
| | ③ | (総医療費に占める割合) | 58.0% | | | | | | 56.0% | | | | |
| | ④ | 生活習慣病 対象者 一人あたり | 健診受診者 | 7,068円 | | | | | | 7,078円 | | | |
| | ⑤ | | 健診未受診者 | 33,128円 | | | | | | 34,421円 | | | |
| | ⑥ | 糖尿病医療費 | 6億9047万円 | | | | | | 7億7463万円 | | | | |
| | ⑦ | (生活習慣病総医療費に占める割合) | 10.8% | | | | | | 9.7% | | | | |
| | ⑧ | 糖尿病入院外総医療費 | 19億3615万円 | | | | | | | | | | |
| | ⑨ | | 1件あたり | 34,398円 | | | | | | | | | |
| | ⑩ | 糖尿病入院総医療費 | 8億2802万円 | | | | | | | | | | |
| | ⑪ | | 1件あたり | 544,036円 | | | | | | | | | |
| | ⑫ | 在院日数 | 15日 | | | | | | | | | | |
| | ⑬ | 慢性腎不全医療費 | 5億5033万円 | | | | | | 8億1377万円 | | | | |
| | ⑭ | 透析有り | 5億2883万円 | | | | | | 7億6957万円 | | | | |
| | ⑮ | 透析なし | 2149万円 | | | | | | 4420万円 | | | | |
| 7 | ① | 介護給付費 | 135億9560万円 | | | | | | 129億2778万円 | | | | |
| | ② | (2号認定者)糖尿病合併症 | 43件 53.1% | | | | | | | | | | |
| 8 | ① | 死亡 糖尿病(死因別死亡数) | 14人 0.8% | | | | | | 19人 1.1% | | KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題 | | |

平成29年度に向けての全体評価

| 課題・目標 | | 評価（良くなったところ） | | | | ⑤残っている課題 |
|---------|---|--|---|--|--|---|
| | | ①プロセス （やってきた実践の過程） | ②アウトプット （事業実施量） | ③アウトカム （結果） | ④ストラクチャー （構造） | |
| 全体 | <p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 平成29年度目標60% ○継続受診者、新規受診者の増加 ○特定保健指導実施率 平成29年度目標60% ○臓器障害の予防（脳・心・腎） ○生活習慣の改善による検査データの改善 | <ul style="list-style-type: none"> ・前年度の実績から、国保年金課、健康推進課の業務担当者それぞれの実践スケジュールを作成し、対象者、実施者、実施方法、実施後の評価を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・担当者会議の実施回数 | <ul style="list-style-type: none"> ・国保年金課と健康推進課の担当者間で連携し役割分担を画する ・業務担当から地区担当へ業務分担の依頼をする | <ul style="list-style-type: none"> ・保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ・地区担当制の活用。 ・国保年金課と健康推進課で共通な認識を持ち、連携して事業を実施する。 | |
| 未受診対策 | <ul style="list-style-type: none"> ・性別では男性の受診率が低く、年代は40～64歳の受診者が少ない ・治療中の人で未受診者が多い ・若年健診(35～39歳)受診者の結果でメタボや受診勧奨値のある者も多い | <ul style="list-style-type: none"> ・H28年度は過去に受診し、継続受診になっていない人や過去、全く未受診か1回のみの受診で未治療者へ電話かけを行う。 ・未受診の方へは健診受診勧奨の訪問を行った。 | <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への訪問や電話かけの実施状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨対象者名簿を国保担当者が作成 ・訪問による受診勧奨は健康推進課の保健師、栄養士が行う ・電話による受診勧奨は国保年金課と健康推進課で分担し行う | <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への協力依頼の実施 ・未受診者訪問や電話かけにおいて、より効果の良い対象者を検討 ・若年健診対象者の年齢を30～39歳に拡大し、保健指導実施対象者を検討 | |
| 重症化予防対策 | <ul style="list-style-type: none"> ・人工透析導入の原因疾患として、糖尿病性腎症が半数を占めている ・メタボリックシンドロームが土台となっている人が多い ・腎臓機能低下の自覚がなく適切な治療に結びつかない。 ・重症化予防の保健指導実施する体制の整備が必要 | <ul style="list-style-type: none"> ・上田市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定・市のプログラムを庁内関係者や医師会、医療関係者へ説明し共有する。 ・プログラムに基づいた事業の実施 | <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施数 | <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当の保健師と管理栄養士で連携して保健指導を行う。 ・地区担当の保健師と管理栄養士で連携して保健指導を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理台帳を活用し、地区担当が主体的に保健指導を実施していきける体制を整える。 ・早期から重症化予防の保健指導に取り組めるよう、高血糖(HbA1c6.5以上)で未治療の方へアルブミン尿検査を行う。 ・保健指導の標準化が不十分なので、保健指導実施者の力量形成のための継続した学習が必要。 | |
| 医療連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの実施にあたり医師会や各医療機関との連携を進める。 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・特定保健指導検討会を開催し、受診率の向上等の取組について検討する。 ・医療機関へ地区担当保健師が向き、特定健診の受診勧奨と診療情報提供の依頼を行う。 ・医師会と市で共催のシンポジウムの開催に合わせ、地区担当が各医療機関を訪問する | <ul style="list-style-type: none"> ・医師会や個々の医療機関へのアプローチ状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・未受診者訪問、電話かけ実施者のその後の受診状況 ・保健指導実施者の次年度の健診結果改善状況 ・保健指導後の医療機関受診状況 ・未治療の重症化予防対象者の増減 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師会との検討会は年1回実施。 ・個々の事例をとおして必要に応じ、随時相談する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・年1回は医療機関へ訪問することにより市の実態や課題を共有し、協力依頼をしていく。 →市の実態についての資料作成 ・治療中の人の保健指導を実施する際に連携を図る。 →連携手帳の活用。 ・糖尿病専門医や腎専門医等との連携 |

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の取組と課題整理(平成29年度進捗状況)

| 評価(良くなったところ) | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| 課題・目標 | ①アウトプット (事業実施量) | ③アウトカム (結果) | ④ストラクチャー (構造) | ⑤残っている課題 | |
| <p>①平成28年度の残っている課題を踏まえ、やってきた実践事項を振り返る</p> <p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 ○平成29年度目標60% ・継続受診者、新規受診者の増加 ○特定保健指導実施率 ・平成29年度目標60% ・臓器障害の予防(脳・心・腎) ・生活習慣の改善による検査データの改善 ○全体・保健活動に関して具体的な目標、効果を検討しPDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ・国保年金課と健康推進課で共通な認識を持ち、連携して事業を実施する ・地区担当の活用 ○未受診者対策 ・未受診者訪問や電話において、より効果の良い対象者を検討する。 ・若年健診対象者を30-39歳に拡大し、保健指導実施対象者を検討。 ○重症化予防対策 ・早期から重症化予防の保健指導に取り組み ・糖尿病管理台帳を活用し、対象者を明確にし、地区担当保健師を中心に取り組んでいくようにする。 ・保健指導の標準化が不十分なので、保健指導実施者の力量形成のための継続した学習が必要。 ○医療との連携 ・市の実態や課題を共有し、協力依頼をしていく。 ・治療中の方の保健指導をする際に、糖尿病連携手帳を活用して連携を図る。 | <p>①平成28年度の残っている課題を踏まえ、やってきた実践事項を振り返る</p> <p>(プロセス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者対策1対象者の抽出(5月)年度健診でHbA1cが6.5以上かつH28年度健診未受診者 ②①を除くH28年度健診未受診者のうち65歳以上の者2受診勧奨(6月～)①については健康推進課地区担当保健師を中心に訪問。 →把握後、糖尿病管理台帳に記録 ②については国保年金課による電話にて勧奨 ○重症化予防対策 ①糖尿病管理台帳の作成し、健診未受診、未治療等の人数を把握。 ②台帳をもとに、未治療者、治療中断者への保健指導を実施。 (訪問) 同時に健診の受診状況や結果を把握。→未受診者には再度受診勧奨。 ③高血糖(HbA1c6.5以上)で未治療者者にアルブミン尿検査を実施。 ④重症化予防資料をもとに保健師、管理栄養士のスキルアップ研修の実施。 ○医療との連携 ①医師会長に糖尿病性腎症重症化予防の取り組みについて説明 ②医療機関訪問(5月から7月)医療機関に個別訪問を実施し、上田市の現状をお伝えしながら未受診者対策、重症化対策への協力を依頼。 ③糖尿病管理台帳から把握した対象者を通じて、糖尿病連携手帳にて医療機関との連携を図る。 | <p>②アウトプット (事業実施量)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者対策 1 受診勧奨対象者 1,075人 ①訪問対象者 945人 2 方法別実施者数 ① 訪問件数860人 ② 電話件数804人 ※不在の場合は訪問目的、担当保健師の氏名を明記し、受診勧奨用をちらしで周知。また再度訪問または電話で受診勧奨を行った。 3 民生児童委員会説明 24ブロック ○重症化予防対策 1 HbA1c6.5以上の未治療者への保健指導(対象者/実施者) 上田地域 110人/69人 丸子地域 26人/12人 真田地域 8人/4人 武石地域 4人/2人 市全体 148人/7人 2 アルブミン尿検査の実施(平成29年12月末現在) 対象者 267人 実施者 98人 36.7% ○医療との連携医療機関訪問(対象件数/実施件数) 92件/54件 | <p>③アウトカム (結果)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者対策受診率(平成29年12月末現在) 1 訪問により受診260人(30.2%) 2 電話により受診199人(24.7%) 健診を過去に継続して受けているので受診勧奨がスムーズにでき、繰り返して受診勧奨を行うことで受診につながった。 3 診療情報提供 154件 (H28年度 223件) 4 個別及び集団健診受診率 24.6%(H28 22.6%) ○重症化予防対策 1 保健指導実施率 上田地域 62.7% 丸子地域 46% 真田地域 50% 武石地域 50% 市全体 58.8% 2 医療機関受診者及び受診率 上田地域 27人(39%) 丸子地域 9人(75%) 真田地域 3人(75%) 武石地域 1人(50%) 市全体 40人(46%) 3 アルブミン検査実施率(平成29年12月末現在) 実施者 98人(36.7%) 異常なし 79人(80.6%) 軽度アルブミン尿18人(19.6%) 重度アルブミン尿1人(1.0%) ○医療との連携 医療機関訪問実施54件(59%) | <p>④ストラクチャー (構造)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者対策及び重症化予防対策 1 特定健診・保健指導担当者会議(毎月1回開催) ①会議内容 ・未受診者対策を協議し、平成29年度の受診勧奨対象者を選定 ・月ごとの受診率を報告し、受診勧奨の方法、内容、役割等について協議 ②会議メンバー 国保年金課及び健康推進課職員(事務職、事業担当保健師、管理栄養士11名) 2 保健指導実施者 ・健康推進課 保健師41名 管理栄養士 7名 ・国保年金課 保健師2名 管理栄養士 2名 3 データ管理担当者 ・国保事務職員 2名 事務職員が充実し、保健師、管理栄養士全員で関わることができるようになった。 | <p>⑤残っている課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者対策 ①治療中の未受診者が多いことから、訪問時に診療情報提供を、同時に医師会、医療機関との連携を図り診療情報提供の増加に努める。電話及び訪問による受診勧奨は未実施も継続していく。 ・未受診者の年齢、治療状況、健診同行、地域性等を考慮して実施 ・複数の職員が動くため、同じ対象者に別々の職員が受診勧奨に出向くことがあった→対象者と関わる職員、方法を整理していく必要がある。 ②事業主健診の把握とデータ取得を図る ③継続受診者の増加を図るための保健指導実施者のレベルアップに努める。 ○重症化予防対策 ①今後も糖尿病管理台帳を経年管理し、対象者の健診結果、受診に活用していく。また地区での課題がみえてくるため、地区ごとでの保健活動を工夫していく必要がある。 ②糖尿病連携手帳を活用し医療との連携を図りながら状況評価できるようにする ③保健指導実施者のスキルアップを図る。 ④継続した医療機関訪問実施 |