

天草市国民健康保険

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期 特定健康診査等実施計画

(平成30年度～平成35年度)

平成30年3月

天草市

目 次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
5. 保険者努力支援制度	6
第2章 天草市の現状（経年変化）	7
1. 国保被保険者（加入者）の状況・年齢構成	7
2. 第1期計画期間の変化	8
第3章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	14
1. 第1期計画に係る評価及び考察	14
2. 第2期計画における健康課題の明確化	22
3. 目標の設定	29
第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	31
1. 第三期特定健診等実施計画について	31
2. 目標値の設定	31
3. 対象者数の見込み	31
4. 特定健診の実施	31
5. 特定保健指導の実施	34
6. 個人情報保護	38
7. 結果の報告	38
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	38
9. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	38
第5章 保健事業の内容	39
1. 糖尿病性腎症重症化予防	39
2. 脳血管疾患重症化予防	47
3. 虚血性心疾患重症化予防	52
4. 多受診（頻回受診、重複受診、重複服薬）保健指導	55
5. 広く市民に周知・啓発する取組み	55
第6章 地域包括ケアシステムに係る取組み	57
第7章 計画の評価・見直し	59
1. 評価の時期	59
2. 評価方法・体制	59

第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	60
1. 計画の公表・周知	60
2. 個人情報の取扱い	60

【参考資料】

参考資料1	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	62
参考資料2	糖尿病管理台帳	63
参考資料3	糖尿病管理台帳からの年次計画	63
参考資料4	様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価	64
参考資料5	虚血性心疾患をどのように考えていくか	65
参考資料6	虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方	66
参考資料7	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 のためのフローチャート（危険因子を用いた簡易版）	67
参考資料8	心房細動管理台帳	68
参考資料9	生活習慣病有病状況（平成29年5月診療分）	69

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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、平成30年度から都道府県が保険者に参画し、各市町村の国保事業納付金額の決定を行うなど財政運営の責任主体となるが、保健事業などの医療費適正化に向けた取組みはこれまでどおり市町村が行うことになる。

また、公費による財政支援拡充の一つとして、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、被保険者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費適正化を進めるための保健事業の取組みが重視されることになった。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号、以下「保健事業実施指針」という。）及び高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26年厚生労働省告示第141号）の一部改正等により、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、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされた。この保健事業実施指針においては、直ちに取組むべき課題（短期目標）、中長期的に取組むべき課題（中長期目標）等を明確にして、目標値の設定を含めた事業内容の企画を行うこととされている。

天草市においては、保健事業実施指針に基づき、生活習慣病のうち予防可能な疾患である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症及び重症化を予防することを目指し、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「本計画」という。）を定め、被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とする。

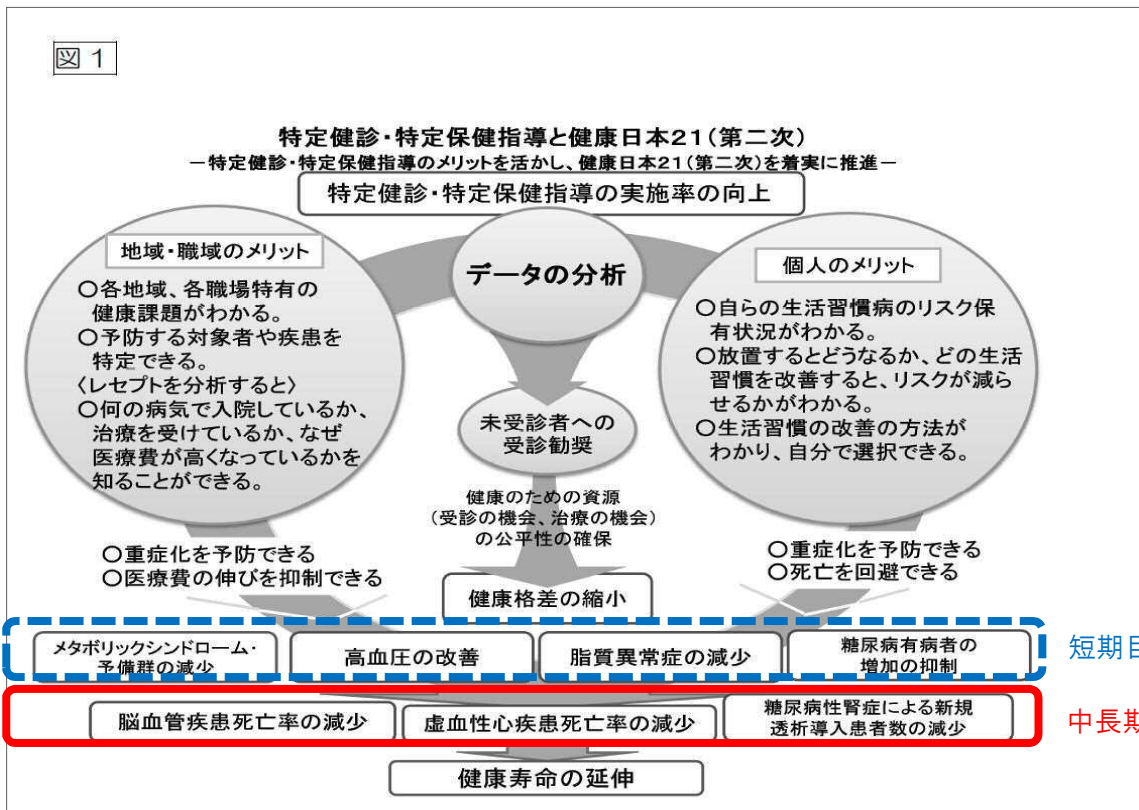
2. 計画の位置付け

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである（図表1・2）。

本計画は、国民健康保険保健事業について規定する国民健康保険法第82条に基づく保健事業実施計画であり、その推進に当たっては、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、天草市総合計画の分野別計画である「天草市健康増進計画」及び「健やか生きいきプラン（天草市高齢者保健福祉計画・天草市介護保険事業計画）」と整合・調和を図る（図表3）。その他「くまもと21ヘルスプラン（熊本県健康増進計画）」、「熊本県における医療費の見通しに関する計画」とも調和のとれたものとする。

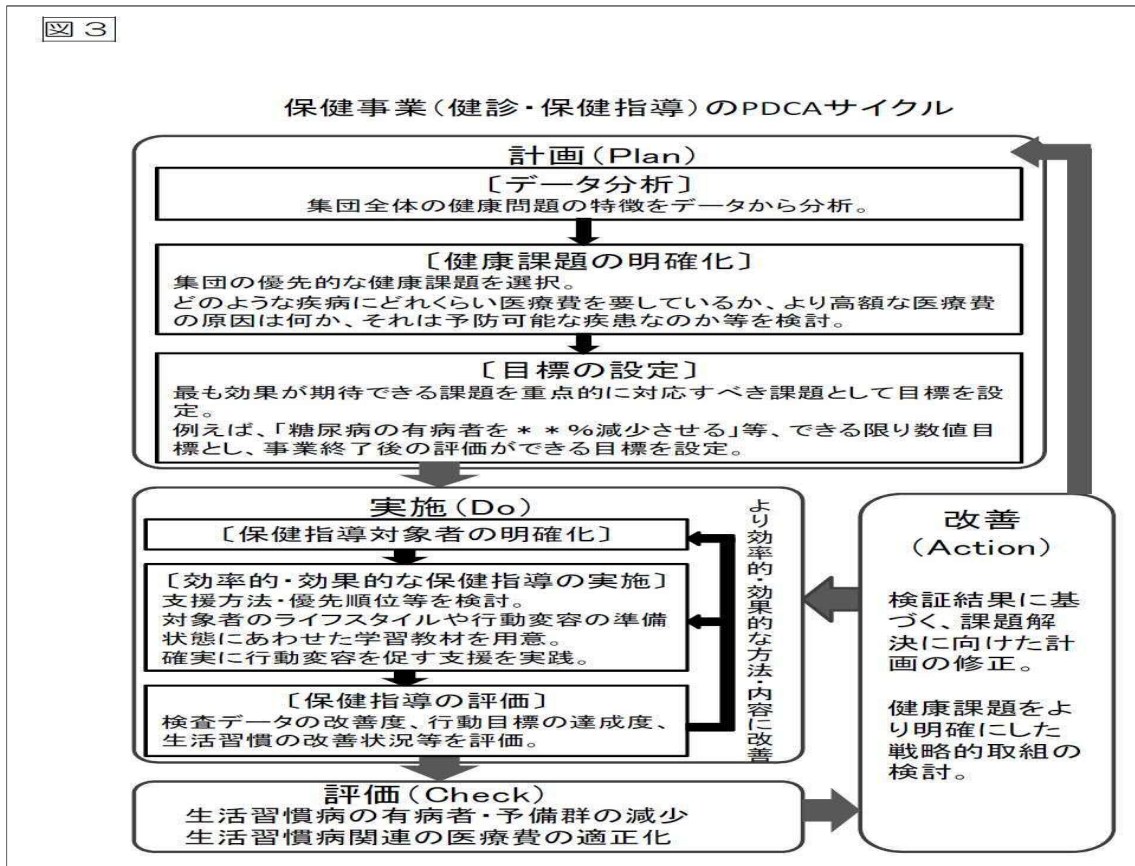
なお、「天草市国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、本計画と一体的に策定する。

【図表1】



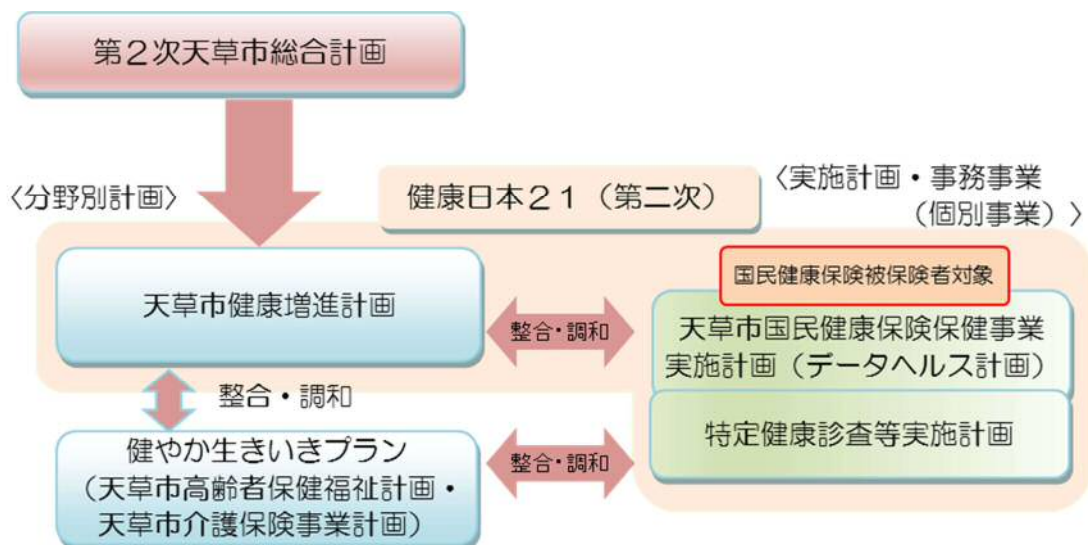
標準的な健診・保健指導プログラム（30年度版）より抜粋

【図表 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】



3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、保健事業の実施計画（データヘルス計画）作成の手引き（平成29年9月8日改正）においては「他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮する」としており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体及び関係部署の役割

天草市においては、国民健康保険担当課（国保年金課）が主体となり本計画を策定等するが、住民の健康の保持増進には幅広い部署が関わっている。特に保健衛生担当課（健康増進課）の保健師・管理栄養士等の専門職と連携して、一体となって計画策定等を進めていく。

具体的には、高齢者医療担当課（国保年金課）、保健衛生担当課（健康増進課）、高齢者福祉・介護保険担当課（高齢者支援課）とも十分連携していく必要がある。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・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の体制を整えていく必要がある。（図表4）。

2) 外部有識者等との連携

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

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

国保連に設置された支援・評価委員会の幅広い専門的知見における保険者等への助言や評価など積極的な支援を活用し、保健事業の充実につなげていく。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおける国保データベースシステム（以下「KDB」という。）を活用したデータ分析や技術支援を行っており、連携強化は不可欠である。連合会が主催する職員向け研修へ積極的に参加することで、職員の専門的知識の習得、資質向上につなげていく。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。本計画案について熊本県関係課と意見交換を行い、熊本県との

連携強化に努めていく。

熊本県には、保険者等と郡市医師会等地域の保険医療関係者との連携を円滑に行うために、熊本県医師会等との連携を推進するとともに、市町村等の保険者等を支援する立場にある国保連との連携強化に努めるよう求めていく。

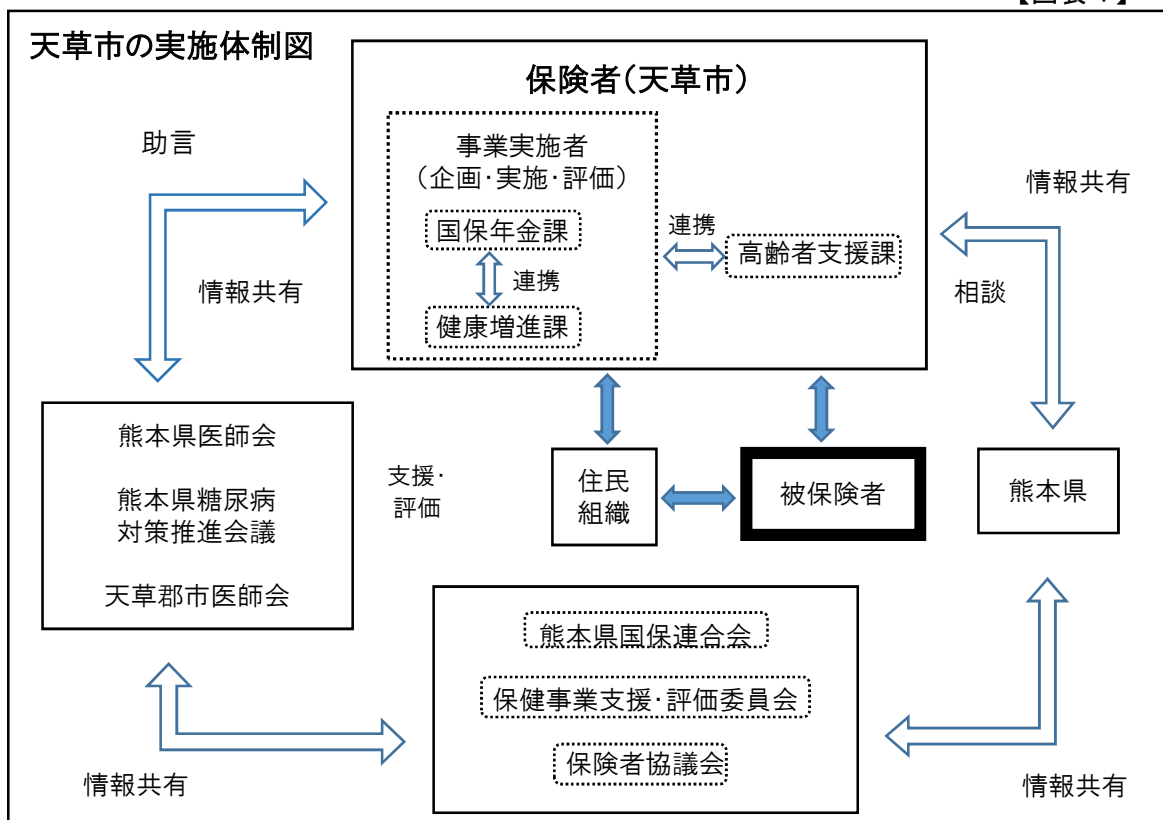
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力も必要になってくる。具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会の活動に参画し、情報収集及び他保険者と連携できる体制づくりに取り組んでいく。

このほか、健康づくり推進員、食生活改善推進員等の住民組織と連携し、本計画の内容を共有することにより、健康増進に取組みやすい環境を整えていく。

3) 被保険者の役割

本計画は被保険者の健康の保持増進が目的であるため、被保険者は、特定健診を受診し自らの状況を理解して、自らの健康管理に主体的に取り組む必要がある。

【図表 4】



5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取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た。特別調整交付金の一部を活用したもので、市町村に対しては、平成 28 年度から前倒しで実施している（平成 30 年度から本格実施）。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防の取組みや収納率向上に対する取組みの実施状況を高く評価している（図表 5）。

保険者努力支援制度

【図表 5】

		H28		H29		H30	
交付額（万円）		1,486		2,568			
全国順位（1,741 市町村中）		208					
評価指標		得点	配点		配点	得点	配点
総得点（満点）		248	345		580	539	850
共通①	特定健診受診率	0	20		35	0	50
	特定保健指導実施率	10	20		35	0	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20		35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	10		20	0	30
	歯周疾患（病）検診の実施	10	10		15	25	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	40		70	100	100
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	20		15	25	25
	個人へのインセンティブ提供	20	20		45	70	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組み	10	10		25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	0	15		25	35	35
	後発医薬品の使用割合	15	15		30	0	40
固有①	収納率向上に対する取組みの実施状況	15	40		70	50	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10		30	33	40
固有③	医療費通知の取組みの実施状況	10	10		15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組みの実施状況	5	5		15	13	25
固有⑤	第三者求償の取組みの実施状況	3	10		30	32	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	/		/		36	50
	体制構築加点	70	70		70	60	60

第2章 天草市の現状（経年変化）

1. 国保被保険者（加入者）の状況・年齢構成

1) 世帯数及び国保被保険者の推移（図表6）

人口の減少及び後期高齢者医療制度への移行等に伴い、国保加入者の世帯数・被保険者数ともに減少傾向にある。人口に占める被保険者数の割合も、年々減少しており、約3割である。

国保加入の世帯数減少割合よりも被保険者数の減少割合が大きく、1世帯当たり被保険者数が年々減少している。

人口及び国保被保険者（加入者）の推移

【図表6】

年 度	市全体			国保加入			加入率		1世帯当 たり被保 険者数 (人)
	世帯数	人口	伸率	世帯数	被保険者数	伸率	世帯	被保険者	
	(世帯)	(人)	(%)	(世帯)	(人)	(%)	(%)	(%)	
25	37,877	88,736	△ 1.5	16,366	29,160	△ 4.0	43.2	32.9	1.78
26	37,741	87,348	△ 1.6	15,961	28,002	△ 4.0	42.3	32.1	1.75
27	37,598	85,885	△ 1.7	15,581	26,934	△ 3.8	41.4	31.4	1.73
28	37,480	84,321	△ 1.8	15,157	25,709	△ 4.5	40.4	30.5	1.70

【住民基本台帳の月末平均、国民健康保険事業状況報告書（事業年報）A表】

2) 年齢別構成割合（図表7）

年齢区分が上がるにつれ、人口に占める被保険者の割合は高くなっている。特に、65歳から74歳までの前期高齢者は、人口の約8割が国保加入者であり、被保険者の4割を占めている。

また、特定健診の対象となる40歳から74歳までの被保険者は、人口の約半数、被保険者の約8割となっている。

被保険者の年齢別構成割合（平成29年3月31日）

【図表7】

年齢区分(歳) ④ * 5歳間隔	天草市人口		国保被保険者		人口に占める 被保険者の 割合(%)		
	人口(人)	構成割合 (%)	被保険者数(人)	構成割合 (%)			
0～9	6,014	7.24	1,030	4.13	17.13		
10～19	6,981	8.40	1,561	6.25	22.36		
20～29	5,123	6.17	1,008	4.04	19.68		
30～39	7,018	8.45	1,529	6.13	21.79		
特定 健診 対象 年齢	40～49	8,792	10.58	2,245	9.00	25.53	
	50～59	10,872	13.09	3,330	13.34	30.63	
	60～64 *	7,176	8.64	3,742	14.99	52.15	
	前期 高齢 者	65～69 *	7,941	9.56	6,052	24.25	76.21
	70～74 *	5,351	6.44	4,460	17.87	83.35	
75～	17,814	21.44	-	-	-		
合計	83,082	100.00	24,957	100.00	30.04		
0～39(再掲)	25,136	30.25	5,128	20.55	20.40		
特定健診	40～74(再掲)	40,132	48.30	19,829	79.45	49.41	
前期	65～74(再掲)	13,292	16.00	10,512	42.12	79.09	

【住民基本台帳、国保年金課調べ】

2. 第1期計画期間の変化

第1期計画の評価と健康課題を明確化するため、本市の平成25年度と平成28年度の経年比較、平成28年度の国、県、同規模平均と本市の状況を比較した。(図表8)

① 死亡の状況

死因別死亡割合(図表8_2-①)の平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、死因別では、がんは平成28年度50.3%と半数を超え平成25年度(46.9%)から3.4ポイント増加している一方、心臓病(H25:28.1%→H28:25.8%)・脳疾患(H25:17.0%→H28:15.9%)・腎不全(H25:3.7%→H28:3.1%)による死亡割合は減少した。早世予防からみた65歳未満の死亡割合(図表8_2-②)は、男女とも平成25年度より減少し、県や国よりも低い。

【図表8】

国・県・同規模平均と比べてみた天草市の位置

同規模平均と比較して悪い値に○、良い値に□、平成25年度との経年変化で上昇に↑、下降に↓をつけている。

項目	単位等	H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
		天草市		天草市		同規模平均		県			国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	人	88,677		88,677		18,346,852		1,794,477		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上	人/%	29,839	33.6	29,839	33.6	4,430,444	24.1	462,261	25.8	29,020,766		23.2
		75歳以上	人/%	17,624	19.9	17,624	19.9			253,517	14.1	13,989,864		11.2
		65～74歳	人/%	12,215	13.8	12,215	13.8			208,744	11.6	15,030,902		12.0
		40～64歳	人/%	30,734	34.7	30,734	34.7			602,031	33.5	42,411,922		34.0
	39歳以下	人/%	28,104	31.7	28,104	31.7			730,185	40.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	%	15.0		15.0		6.1		10.5		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	%	16.8		16.8		28.9		21.2		25.2		
		第3次産業	%	68.2		68.2		65.0		68.4		70.6		
	③ 平均寿命	男性	歳	79.5		79.5		79.6		80.3		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		歳	86.2		86.2		86.3		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	歳	64.8		64.8		65.3		65.3		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	歳	66.5		66.5		66.8		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	102.7		102.4		100.0		94.7		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	94.3		98.0		100.9		92.8		100		
		がん	人/%	356	46.9	379	50.3	54,818	48.1	5,499	48.4	367,905		49.6
		心臓病	人/%	213	28.1	194	25.8	30,930	27.1	3,135	27.6	196,768		26.5
		脳疾患	人/%	129	17.0	120	15.9	18,797	16.5	1,774	15.6	114,122		15.4
		糖尿病	人/%	16	2.1	16	2.1	2,153	1.9	183	1.6	13,658		1.8
	腎不全	人/%	28	3.7	23	3.1	3,750	3.3	449	3.9	24,763	3.3		
		自殺	人/%	17	2.2	21	2.8	3,547	3.1	332	2.9	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	人/%	9.24		116	7.74			1,948	9.11	136,944	10.47	厚生省HP 人口動態調査
		男性	人/%	14.29		83	11.45			1,294	12.57	91,123	13.51	
女性		人/%	4.63		33	4.26			654	5.90	45,821	7.24		
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	人/%	6,585	21.8	6,857	23.1	891,715	20.2	108,753	23.3	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	人/%	115	0.3	121	0.3	15,309	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
	2号認定者	人/%	116	0.4	105	0.3	21,986	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	人/%	1,329	19.3	1,419	20.3	203,607	21.9	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	人/%	4,039	59.1	4,348	62.3	478,594	51.8	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	人/%	1,749	25.5	1,951	28.0	255,994	27.6	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	人/%	4,640	68.1	4,937	70.8	545,522	59.1	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	人/%	1,919	28.3	1,907	27.6	239,267	26.2	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
		がん	人/%	805	11.2	897	12.9	92,924	10.0	12,180	10.7	629,053	10.1	
		筋・骨格	人/%	4,074	60.0	4,498	64.0	468,953	50.8	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
精神	人/%	2,384	34.5	2,668	37.8	330,813	35.6	42,763	38.0	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	円	72,906		68,197		61,236		61,022		58,349	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス	円	41,417		40,650		40,245		40,033		39,683			
	施設サービス	円	286,983		284,042		278,146		291,281		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	円	9,076		8,485		8,026		8,532		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし	円	4,292		4,170		3,809		3,919		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	人	28,728		25,226		4,516,485		471,487		32,587,223	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳	人/%	9,996	34.8	10,509	41.7			182,316	38.7	12,462,053		38.2
		40～64歳	人/%	11,827	41.2	9,441	37.4			162,771	34.5	10,946,693		33.6
		39歳以下	人/%	6,905	24.0	5,276	20.9			126,400	26.8	9,178,477		28.2
	加入率	%	32.4		28.4		24.7		26.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	施設	14	0.5	14	0.6	1257	0.3	214	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	施設	73	2.5	75	3.0	12,813	2.8	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数	床	2,315	80.6	2,296	91.0	227,288	50.3	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
		医師数	人	190	6.6	182	7.2	33,690	7.5	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数	人	699.7		766.0		688.2		727.4		668.3		
入院患者数		人	31.7		33.9		19.8		25.6		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	円	28,868		31,873		25,582		27,978		24,253	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		731		799,835		708,019		752,943		686,501			
	外来費用の割合	%	52.7		52.4		59.3		55.7		60.1			
	外来件数の割合	%	95.7		95.8		97.2		96.6		97.4			
	入院費用の割合	%	47.3		47.6		40.7		44.3		39.9			
	入院件数の割合	%	4.3		4.2		2.8		3.4		2.6			
	1件あたり在院日数	日	19.8日		19.7日		16.2日		18.0日		15.6日			
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療費源病名 (調割合含む))	がん	円/%	1,155,364,150	18.7	1,189,373,700	20.4	25.0		20.5		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)	円/%	890,876,930	14.4	801,972,510	13.7	9.5		12.4		9.7			
	糖尿病	円/%	545,810,670	8.8	529,222,940	9.1	10.1		9.6		9.7			
	高血圧症	円/%	707,080,360	11.4	535,527,920	9.2	8.9		8.4		8.6			
	精神	円/%	1,377,142,660	22.3	1,391,266,360	23.8	17.6		22.4		16.9			
	筋・骨格	円/%	809,216,010	13.1	818,852,510	14.0	14.9		15.1		15.2			

項目	H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)									
	天草市		天草市		同規模平均		県			国								
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合										
4	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	円	476,768	34位 (20)	↑477,438	38位 (19)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる 地域						
			高血圧	円	464,993	34位 (21)	↑493,343	31位 (20)										
			脂質異常症	円	434,671	35位 (22)	↑439,910	38位 (21)										
			脳血管疾患	円	513,292	38位 (22)	↑525,700	34位 (21)										
			心疾患	円	512,969	30位 (19)	↑529,277	32位 (18)										
			腎不全	円	621,371	26位 (19)	↑627,369	24位 (19)										
			精神	円	371,284	41位 (28)	↑399,194	37位 (27)										
			悪性新生物	円	575,702	21位 (15)	↓572,332	33位 (14)										
	県内順位 順位総数47	入院の() 内は在院日数	外来	糖尿病	円	34,692	25位	↓34,537	24位									
				高血圧	円	30,529	14位	↓30,775	13位									
				脂質異常症	円	27,295	14位	↓27,292	13位									
				脳血管疾患	円	44,781	2位	↓43,287	3位									
				心疾患	円	44,318	19位	↑45,790	15位									
				腎不全	円	245,197	4位	↓218,058	11位									
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者		2,960		↓2,611		2,411	2,197	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		11,722		↑13,349		12,679	12,505	12,683							
⑦	健診・レセ 突合	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者		7,257		↓6,393		6,634	5,853	5,940	KDB_NO.1 地域全体の把握						
			健診未受診者		28,737		↑32,678		34,890	33,311	36,479							
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数47	①	健診受診者	人	7,508		6,727		1,200,553	105,835	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 地域全体の把握					
					受診率	%	36.3		↑36.5		38.0	32.9		全国31位	34.0			
			③	特定保健指導終了者	人/%	268	28.5	313	↑39.6	7355	5.2	1,502		11.7	35,557	4.1		
			④	非肥満高血糖	人/%	650	8.7	579	↓8.6	119,080	9.9	9,475		9.0	687,157	9.3		
			⑤	メタボ	該当者	人/%	1,171	15.6	1,152	↓17.1	209,544	17.5		17,830	16.8	1,272,714	17.3	
						男性	781	22.8	791	↑25.8	142,004	27.4		12,471	26.8	875,805	27.5	
						女性	390	9.6	361	↑9.9	67,540	9.9		5,359	9.0	396,909	9.5	
			⑥	予備群	人/%	男性	909	12.1	807	↓12.0	128,835	10.7		11,959	11.3	790,096	10.7	
						女性	583	17.0	545	↓17.8	88,450	17.1		8,067	17.3	548,609	17.2	
			⑦	BMI	人/%	男性	326	8.0	262	↓7.2	40,385	5.9		3,892	6.6	241,487	5.8	
						女性	2,397	31.9	2,261	↑33.6	379,261	31.6		33,760	31.9	2,320,533	31.5	
			⑧	メタボ 該当・予 備群レ ベル	人/%	腹囲	男性	1,570	45.8	1,542	↑50.3	257,437		49.7	23,100	49.6	1,597,371	50.1
							女性	827	20.3	719	↑19.6	121,824		17.9	10,660	18.0	723,162	17.3
						BMI	男性	69	2.0	50	↓1.6	8,477		1.6	696	1.5	55,460	1.7
							女性	281	6.9	285	↑7.8	48,583		7.1	3,766	6.4	290,721	7.0
						血糖のみ	人/%	79	1.1	64	↓1.0	8,214		0.7	778	0.7	48,685	0.7
						血圧のみ	人/%	636	8.5	567	↓8.4	88,982		7.4	8,559	8.1	546,667	7.4
						脂質のみ	人/%	194	2.6	176	↓2.6	31,639		2.6	2,622	2.5	194,744	2.6
						血糖・血圧	人/%	276	3.7	243	↓3.6	32,969		2.7	3,408	3.2	196,978	2.7
血糖・脂質	人/%	73				1.0	69	↓1.0	11,910	1.0	931	0.9	69,975	1.0				
血圧・脂質	人/%	496				6.6	531	↑7.9	101,012	8.4	8,270	7.8	619,684	8.4				
血糖・血圧・脂質	人/%	326				4.3	309	↑4.6	63,653	5.3	5,221	4.9	386,077	5.2				
6	生活習慣の 状況	①				服薬	高血圧	人/%	2,561	34.1	2,384	↑35.4	412,372	34.4	35,687	33.7	2,479,216	33.7
			糖尿病	人/%	547		7.3	503	↑7.5	93,059	7.8	7,801	7.4	551,051	7.5			
			脂質異常症	人/%	1,309		17.4	1,412	↑21.0	286,600	23.9	22,403	21.2	1,738,149	23.6			
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	人/%	173	2.4	157	↑2.5	37,598	3.2	2,961	2.8	230,777	3.3			
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	人/%	417	5.8	315	↓4.9	68,046	5.9	5,431	5.2	391,296	5.5			
				腎不全	人/%	18	0.3	16	↓0.3	7,528	0.7	424	0.4	37,041	0.5			
			貧血	人/%	639	8.9	593	↑9.3	116,827	10.1	10,937	10.5	710,650	10.1				
			喫煙	人/%	998	13.3	883	↓13.1	158,016	13.2	14,059	13.3	1,048,171	14.2				
			週3回以上朝食を抜く	人/%	542	7.6	514	↑8.1	72,002	7.1	7,942	8.4	540,374	8.5				
			週3回以上食後間食	人/%	799	11.2	708	↓11.1	111,439	10.9	10,908	11.3	743,581	11.8				
			週3回以上就寝前夕食	人/%	1,209	16.9	988	↓15.5	149,833	14.5	14,230	14.8	983,474	15.4				
			食べる速度が速い	人/%	2,252	31.5	2,085	↑32.7	254,684	25.1	25,168	26.2	1,636,988	25.9				
			20歳時体重から10kg以上増加	人/%	2,323	32.5	2,064	↑32.3	326,322	31.6	32,732	33.2	2,047,756	32.1				
			1日1時間以上運動習慣なし	人/%	4,496	63.0	4,003	↓62.7	605,529	58.4	60,327	61.2	3,761,302	58.7				
1日1時間以上運動なし	人/%	2,866	40.1	2,690	↑42.1	460,802	44.4	48,491	50.4	2,991,854	46.9							
睡眠不足	人/%	1,552	21.8	1,540	↑24.1	250,124	24.3	24,197	25.2	1,584,002	25.0							
毎日飲酒	人/%	2,049	28.7	1,842	↑28.8	278,304	24.6	25,476	25.0	1,760,104	25.6							
時々飲酒	人/%	1,440	20.2	1,329	↑20.8	237,249	21.0	24,261	23.8	1,514,321	22.0							
⑭	一日飲酒量	1合未満	人/%	3,199	65.2	2,661	↓61.2	467,405	64.5	57,013	69.5	3,118,433	64.1					
		1~2合	人/%	1,248	25.4	1,213	↑27.9	172,836	23.9	15,909	19.4	1,158,318	23.8					
		2~3合	人/%	366	7.5	351	↑8.1	66,425	9.2	6,248	7.6	452,785	9.3					
		3合以上	人/%	92	1.9	121	↑2.8	17,859	2.5	2,851	3.5	132,608	2.7					

② 介護の状況

40～64歳の第2号被保険者認定率（図表8_3-①）は減少したが、第1号被保険者認定者数（認定率）は増加し、同規模平均より1.9ポイント高くなっている。

介護給付費の平成25年度と平成28年度を比較すると、高齢化の進展に伴う利用者増のため、介護給付費は（3.19%約3億円）増えている（図表9）。

しかし、平成27年度に介護報酬の減額改定（△2.27%）があったため、1件当たり介護給付費は減っており、平成25年度から平成28年度の3年間で6.5%減少している。同規模平均の減少率4%と比較すると減少率は高くなっている。

介護給付費の変化

【KDB No.4 市区町村別データ】

【図表9】

【KDB No.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題】

年度	天草市				同規模平均		
	介護給付費(円)	1件あたり 給付費(全体/円)	1件あたり 給付費(全体/円)		1件あたり 給付費(全体/円)	1件あたり 給付費(全体/円)	
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H25年度	9,401,108,100	72,906	41,417	286,983	63,801	40,998	284,022
H28年度	9,700,577,398	68,197	40,650	284,042	61,236	40,245	278,146

③ 医療の状況

医療費に占める入院・外来の件数割合（図表8_4-③）は、入院が微減し外来が微増しているものの、費用の割合は外来が減少し入院が上昇している。同規模平均と比較すると入院の件数及び費用の割合が高いことがわかる。

一人当たり医療費については、3年間の伸び率は10.39%で、平成28年度は31,873円/月平均となった。同規模平均より6,291円（24.59%）も高く、同規模市での順位が26位/259市から15位/266市へ上昇した。

なお、医療費の生活習慣病に占める割合（図表8_4-④）を疾患別にみると、糖尿病は微増し、慢性腎不全（透析あり）及び高血圧の割合は減少した。

【図表10】

医療費の変化

【KDB No.1 地域全体像の把握】

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(%)	
				天草市	同規模			天草市	同規模			天草市	同規模
総医療費(円)	H25年度	101億903万				47億8,003万				53億2,900万			
	H28年度	98億7,863万	△2億3,040万	△2.28	△3.31	47億267万	△7,736万	△1.62	△3.55	51億7,596万	△1億5,304万	△2.87	△3.14
1人あたり 医療費(円)	H25年度	28,868				13,650				15,220			
	H28年度	31,873	3,005	10.39	9.04	15,170	1,520	11.14	8.79	16,700	1,480	9.72	9.21

※KDBの1人あたり医療費は、月平均額での表示となる。

④特定健診受診率・特定保健指導実施率の状況

平成28年度の特定健診受診率は36.7%で、平成25年度より0.8%下降し、同規模市の中の順位も大きく下がった。一方で、特定保健指導実施率は、平成25年度より10.6%上昇している。

受診勧奨者の医療機関受診率は、平成25年度より6.1ポイント下降し、半分以下の48.8%であった。

生活習慣病の重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組みが重要になることに加え、受診勧奨者を確実に医療機関へつなぐことも重要である。

【図表11】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位 (受診率高い順)	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								天草市	同規模平均
平成25年度	20,014	7,507	37.5	126位	934	271	29.0	54.9	55.8
平成28年度	18,289	6,713	36.7	151位	790	313	39.6	48.8	51.5

【特定健診受診率・特定保健指導実施率は法定報告、医療機関受診率はKDBNo.1】

⑤多受診（頻回受診、重複受診、重複服薬）の状況

必要以上の通院を行う頻回受診、一つの疾病に対し複数の医療機関を受診する重複受診、複数の医療機関より重複した医薬品を処方される重複服薬など、医療費の増加を招く、これらの実人数を被保険者数の割合からみると、わずかであるが減少傾向がみられる（図表12）。

平成27年度から、多受診者に対する訪問指導を実施している。平成28年度の訪問指導被保険者10名の訪問指導前と訪問指導後の医療費の状況をみると、受診日数、費用額が減少しており、一定の効果が確認できた（図表13）。

多受診（頻回受診、重複受診、重複服薬）の状況

【図表 1 2】

データ化範囲 (分析対象)	入院、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は3月～翌年2月診療分(12カ月分)。	H26		H27		H28	
		一月あたり 平均	12カ月間の 実人数	一月あたり 平均	12カ月間の 実人数	一月あたり 平均	12カ月間の 実人数
頻回受診者数(人)	※1カ月間に12回以上受診している患者	106	444	97	373	95	375
重複受診者数(人)	※1カ月間に同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者	21	184	21	183	21	199
重複服薬者数(人)	※1カ月間に、同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者	97	565	82	497	71	449
実人数(人)	※()は、被保険者数に対する割合%	(6.85%)	1,094	(6.25%)	975	(6.20%)	941
指導候補者(人)	除外患者(がん・難病等)を除く	-	326	-	308	-	297
	効果が高く効率の良い候補者(人)	-	23	-	39	-	42

平成28年度 訪問指導被保険者(10名)の事業効果

【図表 1 3】

	10名分(一月)		一人当たり(一月)	
	受診日数(日)	費用額(円)	受診日数(日)	費用額(円)
訪問指導前(H28.4～H28.7診療分)平均	160	295,770	16	29,577
訪問指導後(H29.4～H29.7診療分)平均	103	181,240	10	18,124
差引(開始後-開始前)	▲ 57	▲ 114,530	▲ 6	▲ 11,453

【国保年金課調べ_国保レセプト】

第3章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画の目標に係る評価

第1期計画では、医療費が高額となる疾患、長期化することで高額になる疾患で、介護認定者の有病状況が多い「糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくこと」を、中長期的な目標として取り組んできた。

また、それらの血管変化における共通リスクである、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームなどを減らすことを短期的な目標とする中で、「血圧、血糖、脂質、慢性腎不全(CKD)の検査結果を改善していく」ことを目指してきた。

さらに、健診受診やその後の保健指導を生活習慣病の発症・重症化予防につなげることが重要であるため、「特定健診受診率、特定保健指導実施率を平成29年度に50%にする」ことを目標に位置付け、取り組んできた。

(1) 中長期目標の達成状況

① 医療費の状況(図表14)

中長期的な目標として、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の減少を目指してきた結果、総医療費に占める3疾患の医療費割合は平成25年度と比較して、いずれも下降している。

また、共通リスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の医療費割合も下降している。

しかし、慢性腎不全(透析有)及び高血圧の割合は、依然として国や県より高い状態であり、中長期・短期目標疾患の医療費計の割合も国や県より高い。

② 治療の状況(図表15)

3疾患の治療状況をレセプトで見ると、被保険者全体に対する脳血管疾患及び虚血性心疾患の治療者割合は、64歳以下、65歳以上ともに下降しているが、人工透析治療者の65歳以上の割合は微増している。

また、いずれの疾患においても高血圧を併せ持つ割合が8割～9割と高く、中長期目標疾患の大きなリスクとなっている。糖尿病を併せ持つ割合は全体的に減少傾向にあるが、64歳以下では増加している。

中長期目標疾患が医療費に占める割合

【図表14】

	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				
		金額	順位		腎		脳	心	
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	
H25	101億903万円	28,868円	26位	10位	8.81%	0.27%	2.63%	1.19%	
H28		31,873円	↑15位	10位	↓8.12%	↓0.23%	↓2.14%	↓0.93%	
H28	熊本県	1,616億4,395万円	27,978円	—	—	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%
H28	国	9兆6,770億円	24,253円	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%

	短期目標疾患	中長期・短期目標疾患 医療費計				
		糖尿病	高血圧	脂質異常症		
H25	天草市	5.42%	7.03%	2.42%	28億782万円	27.78%
H28		↓5.36%	↓5.42%	↓2.28%	24億1764万円	↓24.47%
H28	熊本県	5.26%	4.61%	2.58%	368億9410万円	22.82%
H28	国	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2,371億円	23.12%

中長期目標疾患の治療状況の変化

【図表15】

厚労省様式 様式3-7			人工透析		短期的な目標					
年度	区分	被保険者数	人数	割合	高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29,487	159	0.5	147	92.5	59	37.1	41	25.8
	64歳以下	19,797	104	0.5	97	93.3	37	35.6	29	27.9
	65歳以上	9,690	55	0.6	50	90.9	22	40.0	12	21.8
H28	全体	26,338	153	↑0.6	139	90.8	52	34.0	49	↑32.0
	64歳以下	15,894	82	0.5	76	92.7	35	↑42.7	29	↑35.4
	65歳以上	10,444	71	↑0.7	63	88.7	17	23.9	20	↑28.2

厚労省様式 様式3-6			脳血管疾患		短期的な目標					
年度	区分	被保険者数	人数	割合	高血圧		糖尿病		脂質異常症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29,487	1,157	3.9	941	81.3	480	41.5	560	48.4
	64歳以下	19,797	372	1.9	294	79.0	143	38.4	163	43.8
	65歳以上	9,690	785	8.1	647	82.4	337	42.9	397	50.6
H28	全体	26,338	1,053	4.0	868	82.4	434	↓41.2	550	↑52.2
	64歳以下	15,894	254	↓1.6	200	78.7	99	↑39.0	113	↑44.5
	65歳以上	10,444	799	↓7.7	668	83.6	335	↓41.9	437	↑54.7

厚労省様式 様式3-5			虚血性心疾患		短期的な目標					
年度	区分	被保険者数			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29,487	1,320	4.5	1,049	79.5	543	41.1	780	59.1
	64歳以下	19,797	447	2.3	339	75.8	189	42.3	259	57.9
	65歳以上	9,690	873	9.0	710	81.3	354	40.5	521	59.7
H28	全体	26,338	1,195	4.5	946	79.2	472	↓39.5	744	↑62.3
	64歳以下	15,894	331	↓2.1	239	72.2	135	40.8	197	↑59.5
	65歳以上	10,444	864	↓8.3	707	81.8	337	39.0	547	↑63.3

(2) 短期目標の達成状況

① 医療費の状況 (図表14)

短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合は、平成25年度と比較して、いずれも下降している。

② 短期目標疾患の治療状況 (図表16)

短期目標疾患の治療状況を見ると、糖尿病、高血圧、脂質異常症すべてにおいて治療者の割合は上昇している。中でも糖尿病治療者においては、中長期目標疾患の割合がおおむね減少していることから、早期の受診により重症化を防止することができたと推測される一方で、64歳以下のインスリン療法と人工透析は増加している。早期に血糖コントロール状態を良好に保つことが必要である。

高血圧と脂質異常症の治療者の中では人工透析の割合がわずかに増加しており、新規導入者の背景も多様化している。

【図表16】

		短期的な目標										中長期的な目標						
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29,487	3,270	11.1	299	9.1	2,384	72.9	1,743	53.3	543	16.6	480	14.7	59	1.8	376	11.5
	64歳以下	19,797	1,373	6.9	145	10.6	898	65.4	712	51.9	189	13.8	143	10.4	37	2.7	160	11.7
	65歳以上	9,690	1,897	19.6	154	8.1	1,486	78.3	1,031	54.3	354	18.7	337	17.8	22	1.2	216	11.4
H28	全体	26,338	3,148	↑12.0	292	9.3	2,296	72.9	1,776	56.4	472	↓15.0	434	↓13.8	52	↓1.7	345	↓11.0
	64歳以下	15,894	1,096	6.9	135	↑12.3	713	65.1	607.0	55.4	135.0	12.3	99	9.0	35	3.2	122	11.1
	65歳以上	10,444	2,052	19.6	157	7.7	1,583	77.1	1,169	57.0	337	16.4	335	16.3	17	0.8	223	10.9

		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29,487	7,253	24.6	2,384	32.9	3,429	47.3	1,049	14.5	941	13.0	147	2.0
	64歳以下	19,797	2,893	14.6	898	31.0	1,292	44.7	339	11.7	294	10.2	97	3.4
	65歳以上	9,690	4,360	45.0	1,486	34.1	2,137	49.0	710	16.3	647	14.8	50	1.1
H28	全体	26,338	6,773	↑25.7	2,296	33.9	3,352	49.5	946	↓14.0	868	↓12.8	139	↑2.1
	64歳以下	15,894	2,214	↓13.9	713	32.2	1,042	47.1	239	10.8	200	9.0	76	3.4
	65歳以上	10,444	4,559	↑43.7	1,583	34.7	2,310	50.7	707	15.5	668	14.7	63	1.4

		短期的な目標								中長期的な目標					
		脂質異常症			糖尿病		高血圧			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	29,487	4,729	16.0	1,743	36.9	3,429	72.5	780	16.5	560	11.8	41	0.9	
	64歳以下	19,797	1,951	9.9	712	36.5	1,292	66.2	259.0	13.3	163.0	8.4	29	1.5	
	65歳以上	9,690	2,778	28.7	1,031	37.1	2,137	76.9	521	18.8	397	14.3	12	0.4	
H28	全体	26,338	4,647	↑17.6	1,776	38.2	3,352	72.1	744	↓16.0	550	11.8	49	↑1.1	
	64歳以下	15,894	1,619	↑10.2	607	37.5	1,042	64.4	197.0	12.2	113.0	7.0	29	↑1.8	
	65歳以上	10,444	3,028	↑29.0	1,169	38.6	2,310	76.3	547	18.1	437	14.4	20	↑0.7	

③健診結果の経年変化（図表17・18）

血圧、血糖、脂質を健診結果の経年変化をみると、特に糖尿病の指標であるHbA1cの有所見者があらゆる性別、年代での増加が目立つ。高血圧症の指標である収縮期血圧は64歳以下の女性に上昇がみられるが、全体としては減少している。脂質異常症については、おおむね減少傾向である。

また、男性ではBMI、腹囲の有所見者割合も増えており、さらにGPTについては男女ともに有所見率が増加している。

メタボリックシンドローム該当者は微増傾向にあり、特に男性ではすべての年代、女性では64歳以下に多い。該当者のリスクの重なりとしては、血圧と脂質の組み合わせが男女を通じて増加していることが分かる。

★健診結果は何を見ているのか？★

特定健診項目のうち、特に生活習慣病と関係の深い上記の項目について紹介します。

BMI・・・体重÷身長(m)÷身長(m)で計算します。25以上で肥満と判定されます。

腹囲・・・内臓脂肪の蓄積、メタボリックシンドロームの危険度をみます。

空腹時血糖・・・血液中のブドウ糖の量で、膵臓から分泌されるインスリンの働きをみます。

HbA1c・・・過去1～2か月の平均的な血糖値を反映し、長期的な血糖の状態をみます。

収縮期血圧／拡張期血圧・・・高血圧により血管の壁が硬く、脆くなり、傷つきやすくなります。

LDLコレステロール・・・増加すると血管の壁に蓄積し、単独で動脈硬化のリスクになります。

中性脂肪・・・エネルギー源として貯蔵・利用されますが、増加すると動脈硬化が進行します。

HDLコレステロール・・・善玉コレステロールとも呼ばれ、動脈硬化を抑制します。

GPT・・・脂肪肝で上がりやすく、過食の目安にもなります。

尿酸・・・蛋白質の老廃物の一つで、血管を痛めるだけでなく結晶化することがあります。

クレアチニン・・・ほとんどが尿中に排泄されるため、腎臓の調整機能をみます。

健診の有所見者状況（平成25年度と平成28年度の比較）

総数		糖尿病の指標								高血圧症の指標				脂質異常症の指標						★NO.23（帳票）					
		BMI		腹囲		空腹時血糖		HbA1c		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		中性脂肪		HDL-C		GPT		尿酸		クレアチニン	
		25以上		85以上		100以上		5.6以上		130以上		85以上		120以上		150以上		40未満		31以上		7.0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
H25	合計	2,016	26.9	2,397	31.9	3,017	40.2	4,534	60.4	3,076	41.0	1,308	17.4	4,318	57.5	1,338	17.8	409	5.4	1,091	14.5	993	13.2	84	1.1
	40-64	953	28.0	1,084	31.9	1,270	37.3	1,844	54.2	1,154	33.9	662	19.5	2,022	59.4	664	19.5	177	5.2	629	18.5	475	14.0	19	0.6
	65-74	1,063	25.9	1,313	32.0	1,746	42.5	2,689	65.5	1,922	46.8	646	15.7	2,295	55.9	674	16.4	232	5.7	461	11.2	518	12.6	65	1.6
H28	合計	1,872	27.9	2,261	33.6	2,633	39.2	4,796	71.3	2,733	40.7	1,171	17.4	3,598	53.5	1,178	17.5	336	5.0	1,034	15.4	852	12.7	87	1.3
	40-64	803	31.5	881	34.5	934	36.6	1,638	64.2	858	33.6	536	21.0	1,409	55.2	494	19.3	121	4.7	506	19.8	392	15.4	22	0.9
	65-74	1,068	25.6	1,377	33.1	1,697	40.7	3,152	75.7	1,873	45.0	633	15.2	2,184	52.4	682	16.4	215	5.2	528	12.7	459	11.0	65	1.6

男性		糖尿病の指標								高血圧症の指標				脂質異常症の指標						★NO.23（帳票）					
		BMI		腹囲		空腹時血糖		HbA1c		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		中性脂肪		HDL-C		GPT		尿酸		クレアチニン	
		25以上		85以上		100以上		5.6以上		130以上		85以上		120以上		150以上		40未満		31以上		7.0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
H25	合計	1,049	30.6	1,570	45.8	1,703	49.7	1,979	57.7	1,498	43.7	793	23.1	1,786	52.1	768	22.4	307	9.0	691	20.1	871	25.4	69	2.0
	40-64	514	32.5	742	46.9	745	47.1	827	52.3	601	38.0	416	26.3	875	55.3	405	25.6	133	8.4	415	26.2	429	27.1	15	0.9
	65-74	535	28.9	828	44.8	958	51.8	1,152	62.3	897	48.5	377	20.4	911	49.3	363	19.6	174	9.4	276	14.9	442	23.9	54	2.9
H28	合計	978	31.9	1,542	50.3	1,474	48.1	2,076	67.7	1,283	41.9	718	23.4	1,467	47.9	681	22.2	253	8.3	671	21.9	746	24.3	72	2.3
	40-64	436	35.9	614	50.6	549	45.2	745	61.4	438	36.1	331	27.3	640	52.7	308	25.4	88	7.2	343	28.3	351	28.9	15	1.2
	65-74	542	29.3	928	50.1	925	50.0	1,331	71.9	845	45.7	387	20.9	827	44.7	373	20.2	165	8.9	328	17.7	395	21.3	57	3.1

女性		糖尿病の指標								高血圧症の指標				脂質異常症の指標						★NO.23（帳票）					
		BMI		腹囲		空腹時血糖		HbA1c		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		中性脂肪		HDL-C		GPT		尿酸		クレアチニン	
		25以上		90以上		100以上		5.6以上		130以上		85以上		120以上		150以上		40未満		31以上		7.0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
H25	合計	967	23.7	827	20.3	1,314	32.2	2,555	62.7	1,578	38.7	515	12.6	2,532	62.1	570	14.0	102	2.5	400	9.8	122	3.0	15	0.4
	40-64	439	24.1	342	18.8	526	28.9	1,018	55.8	553	30.3	246	13.5	1,148	63.0	259	14.2	44	2.4	215	11.8	46	2.5	4	0.2
	65-74	528	23.4	485	21.5	788	34.9	1,537	68.2	1,025	45.5	269	11.9	1,384	61.4	311	13.8	58	2.6	185	8.2	76	3.4	11	0.5
H28	合計	894	24.4	719	19.6	1,159	31.6	2,720	74.3	1,450	39.6	453	12.4	2,131	58.2	497	13.6	83	2.3	363	9.9	106	2.9	15	0.4
	40-64	367	27.3	267	19.9	386	28.7	896	66.7	420	31.3	205	15.3	772	57.4	187	13.9	33	2.5	163	12.1	41	3.1	7	0.5
	65-74	527	22.7	452	19.5	773	33.3	1,824	78.7	1,030	44.4	248	10.7	1,359	58.6	310	13.4	50	2.2	200	8.6	65	2.8	8	0.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

全体		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
H25	合計	7,508	37.5	317	4.2	909	12.1	79	1.1	636	8.5	194	2.6	1,171	15.6	276	3.7	73	1.0	496	6.6	326	4.3
	40-64	3,404	28.8	193	5.7	407	12.0	46	1.4	243	7.1	118	3.5	484	14.2	103	3.0	42	1.2	210	6.2	129	3.8
	65-74	4,104	41.0	124	3.0	502	12.2	33	0.8	393	9.6	76	1.9	687	16.7	173	4.2	31	0.8	286	7.0	197	4.8
H28	合計	6,727	36.7	302	4.5	807	12.0	64	1.0	567	8.4	176	2.6	1,152	17.1	243	3.6	69	1.0	531	7.9	309	4.6
	40-64	2,558	27.1	176	6.9	301	11.8	23	0.9	190	7.4	88	3.4	404	15.8	84	3.3	28	1.1	197	7.7	95	3.7
	65-74	4,169	39.7	126	3.0	506	12.1	41	1.0	377	9.0	88	2.1	748	17.9	159	3.8	41	1.0	334	8.0	214	5.1

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		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
H25	合計	3,430	32.6	206	6.0	583	17.0	57	1.7	389	11.3	137	4.0	781	22.8	207	6.0	59	1.7	307	9.0	208	6.1
	40-64	1,581	26.8	131	8.3	274	17.3	36	2.3	148	9.4	90	5.7	337	21.3	84	5.3	33	2.1	138	8.7	82	5.2
	65-74	1,849	40.1	75	4.1	309	16.7	21	1.1	241	13.0	47	2.5	444	24.0	123	6.7	26	1.4	169	9.1	126	6.8
H28	合計	3,065	32.7	206	6.7	545	17.8	59	1.9	366	11.9	120	3.9	791	25.8	186	6.1	53	1.7	342	11.2	210	6.9
	40-64	1,214	26.5	122	10.0	205	16.9	21	1.7	122	10.0	62	5.1	287	23.6	66	5.4	23	1.9	134	11.0	64	5.3
	65-74	1,851	38.6	84	4.5	340	18.4	38	2.1	244	13.2	58	3.1	504	27.2	120	6.5	30	1.6	208	11.2	146	7.9

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		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
H25	合計	4,078	40.2	111	2.7	326	8.0	22	0.5	247	6.1	57	1.4	390	9.6	69	1.7	14	0.3	189	4.6	118	2.9
	40-64	1,823	36.7	62	3.4	133	7.3	10	0.5	95	5.2	28	1.5	147	8.1	19	1.0	9	0.5	72	3.9	47	2.6
	65-74	2,255	43.5	49	2.2	193	8.6	12	0.5	152	6.7	29	1.3	243	10.8	50	2.2	5	0.2	117	5.2	71	3.1
H28	合計	3,662	40.4	96	2.6	262	7.2	5	0.1	201	5.5	56	1.5	361	9.9	57	1.6	16	0.4	189	5.2	99	2.7
	40-64	1,344	34.9	54	4.0	96	7.1	2	0.1	68	5.1	26	1.9	117	8.7	18	1.3	5	0.4	63	4.7	31	2.3
	65-74	2,318	44.5	42	1.8	166	7.2	3	0.1	133	5.7	30	1.3	244	10.5	39	1.7	11	0.5	126	5.4	68	2.9

19

【図表18】

(4) 第1期に係る考察

中長期的な目標疾患である慢性腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患、短期目標疾患である糖尿病、高血圧症、脂質異常症のいずれも、総医療費に占める割合は減少し、予防可能な疾患は医療費適正化に結び付いていると考えられる。しかし、慢性腎不全（透析有）及び高血圧は、県や全国と比較して、依然として高い水準となっており、中長期・短期目標疾患の医療費計の割合も、県や国より高い。

一方、被保険者に対する患者数の割合をみると、65歳以上の人工透析患者割合が微増している。脳血管疾患、虚血性心疾患の64歳以下、65歳以上の患者割合はいずれも減少しているが、被保険者全体に占める65歳以上の構成割合が増えているため、全体としては横ばいまたは微増している。

短期目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者割合は増加している。その患者のうち中長期目標疾患の発症割合はおおむね減少していることから、早期の受診により重症化を防止することができたかと推測できる。ただし、64歳以下の糖尿病患者の、人工透析の割合が増加している。

次に、第1期に掲げた評価指標の目標値と実績を確認する（図表19）。平成28年度の特定健診の受診率は36.7%にとどまり、あらゆる機会を通じて受診勧奨を行ってきたが、目標の47.5%には届かなかった。生活習慣病の治療のため定期的に医療機関を受診している人が多く、健診受診の必要性を感じていない人が多いことが要因の一つになっていると考えられる。

特定保健指導実施率は、平成25年度から平成27年度までは順調に伸びていたが、平成28年度は前年度より減少した。複数年連続して対象になった人への関わりが課題となるケースが多い。引き続き実施者の力量形成により、対象者が納得し、支援を継続しやすい指導を目指す必要がある。

メタボリックシンドロームは血管変化の大きなリスクであることから、確実に減少させていくことが必要である。法定報告におけるメタボリックシンドロームの該当者と予備群の減少率^{*}の目標値は達成している。しかし、平成25年度と平成28年度の経年変化（図表18）をみると40～64歳の該当者が男女とも増加している。その理由として、健診の有所見率から、過食による摂取エネルギーの過剰が考えられる。

受診勧奨者が医療機関を受診する割合は、平成28年度に目標値を下回った。生活習慣病重症化予防の観点からも、確実な医療受診につなげる必要がある。健診結果や自分の体の状態を正しく理解するために、保健指導実施者は保健指導技術の向上に努めることが重要である。

人工透析医療費の生活習慣病に占める平成28年度の割合は、平成25年度14.5%からわずかに減少したものの、目標値には届かなかった。国や県と比較して医療費が高く、中長期的な目標指標としていることから、わずかでも減少したことは評価できるが、今後も減少傾向が継続できるか検証が必要である。

被保険者数の減少により、総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は伸びている。その伸び率は、3年間で10%を超え、同規模平均の9.04%より大きい。第

1 期計画では、被保険者の高齢化と医療の高度化によりある程度の伸びは予想していたうえで、一人あたり医療費の伸びを前年度比 0.2% ずつ下げることがを目標としていたが、目標値と大きくかけ離れてしまった。

※メタボリックシンドロームの該当者と予備群の減少率＝（前年度の該当者のうち、今年度の予備群＋今年度の該当者や予備群でなくなった者）÷前年度の該当者 で計算する。したがって、単純に該当者・予備群の受診者に占める割合の数値とは相違する。

第 1 期計画における目標値と実績

【図表 19】

評価指標	H25	H26	H27		H28		H29	
	実績	実績	目標	実績	目標	実績	目標	実績
特定健診受診率（%） 【法定報告】	37.5	38.0	45.0	37.8	47.5	36.7	50.0	38.2 (速報値)
特定保健指導実施率（%） 【法定報告】	29.0	34.1	45.0	45.3	47.5	39.6	50.0	
メタボリックシンドロームの 該当者と予備群の減少率（%） 【法定報告】	21.0	19.6	15.0	18.1	17.5	19.0	20.0	
受診勧奨者医療機関受診率の向 上（%） 【KDB_CSV 二次加工ツール】	49.8	50.4	51.0	52.7	51.5	48.8	52.0	
人工透析医療費の生活習慣病に 占める割合の減少（%） 【KDB_CSV 二次加工ツール】	14.5	14.4	14.0	13.4	13.5	13.7	13.0	
一人あたり医療費の伸び率（%） 【KDB_帳票No.1】	3.3	3.1	2.1	4.3	1.9	2.7	1.7	

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と外来の件数・費用額の割合の比較 (図表20)

入院を重症化した結果ととらえ、入院と外来の件数及び費用額について分析すると、本市の入院件数の割合は4.2%で、同規模平均2.8%と比較して1.4ポイント高い。医療費全体に占める入院費用の占める割合は47.6%と半分近くになり、同規模平均40.7%より6.9ポイント高い。入院費用の割合が高いことが、一人当たり医療費を押し上げていると考えられる。

早期に治療し、重症化させない観点から、重症化を予防することで、入院割合を減らし、医療費抑制につなげていく必要がある。

入院と外来の件数・費用額の割合の比較

【図表20】

医療費の状況 ★No.3		H25	H28	H28		
		天草市	天草市	同規模平均	県	国
一人当たり医療費 (月平均・円)		28,868円	31,873円	25,582円	27,978円	24,253円
順位	県内	10位	10位	—	—	—
	同規模	26位	15位	—	—	—
費用額	外来の割合	52.7%	52.4%	59.3%	55.7%	60.1%
	入院の割合	47.3%	47.6%	40.7%	44.3%	39.9%
件数	外来の割合	95.7%	95.8%	97.2%	96.6%	97.4%
	入院の割合	4.3%	4.2%	2.8%	3.4%	2.6%

【KDB_CSV二次加工ツール】

(2) 高額化・長期化する疾患 (図表21)

1カ月あたり80万円以上の高額になる疾患のうち、予防可能な疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患は合わせて143件(11.5%)、費用額は費用全体の約12%、1億9,862万円を占めている。また、6カ月以上の長期入院によるレセプトをみると、両疾病を合わせて17.6%の3億194万円にのぼる。

長期化する疾患である人工透析患者をみると、脳血管疾患28.5%、虚血性心疾患が30.8%、糖尿病性腎症がさらに多く35.7%、費用額は3疾患合わせて8億2,138万円となる。高額な医療費や糖尿病由来の合併症によりQOL*も低下することから、新規人工透析患者導入者を減少させる必要がある。糖尿病の重症化を予防することは、新規人工透析導入者を減らすとともに、脳血管疾患や虚血性心疾患の予防にもつながっていく。

生活習慣病の治療者数の構成割合では、虚血性心疾患が10.6%、脳血管疾患が9.4%となっている。そのうち、基礎疾患をみると、高血圧症の割合が約8割、脂質異常症が5割を超えている。

また、基礎疾患の生活習慣病の治療者数構成割合をみても、60.3%が高血圧症、41.3%が脂質異常症となっており、脳血管疾患、虚血性心疾患などの重症化予防のためには、これらの基礎疾患のコントロールが必要になる。

※QOL (Quality of Life) :生活の質

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 2 1】

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 (平成28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	1,248件	93件 7.5%	50件 4.0%	--
		費用額	16億6907万円	1億0903万円 6.5%	8959万円 5.4%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	4,304件	446件 10.4%	250件 5.8%	--
		費用額	17億1419万円	1億9958万円 11.6%	1億0236万円 6.0%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	2,001件	571件 28.5%	617件 30.8%	714件 35.7%
		費用額	8億7847万円	2億6025万円 29.6%	2億5689万円 29.2%	3億0424万円 34.6%

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	全体	11,240人	1,053人 9.4%	1,195人 10.6%	345人 3.1%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	868人 82.4%	946人 79.2%	270人 78.3%
			糖尿病	434人 41.2%	472人 39.5%	345人 100%
			脂質 異常症	550人 52.2%	744人 62.3%	231人 67.0%
		高血圧症	6,773人 60.3%	3,148人 28.0%	4,647人 41.3%	1,273人 11.3%

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3) 要介護認定者の疾病状況 (図表 2 2)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが90.0%であり、筋・骨格疾患の89.3%を上回っていた。

介護認定を受けている人の医療費は、介護認定を受けていない人の2倍以上の医療費がかかることからみても、介護予防と医療費の適正化を進めるためには、特定健診を受診し、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことが重要である。

何の疾患で介護保険を受けているのか

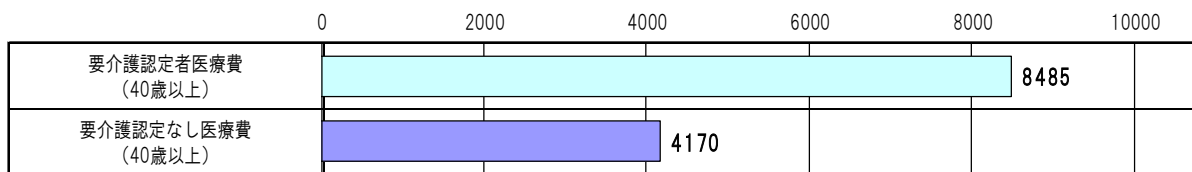
平成28年度

【図表22】

要介護認定状況 ★N0.47	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	30,734人		12,215人		17,624人		29,839人		60,573人					
認定者数	105人		503人		6,354人		6,857人		6,962人						
認定率	0.34%		4.1%		36.1%		23.0%		11.5%						
新規認定者数	7人		15人		106人		121人		128人						
介護度別人数	要支援1・2	34	32.4%	168	33.4%	1,700	26.8%	1,868	27.2%	1,902	27.3%				
	要介護1・2	36	34.3%	162	32.2%	2,150	33.8%	2,312	33.7%	2,348	33.7%				
	要介護3~5	35	33.3%	173	34.4%	2,504	39.4%	2,677	39.0%	2,712	39.0%				
要介護突合状況 ★N0.49	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		件数	--	105	503	6354	6857	6962							
		循環器疾患	1	脳卒中	45	42.9%	脳卒中	208	41.4%	脳卒中	2540	40.0%	脳卒中	2793	40.1%
			2	虚血性心疾患	17	16.2%	虚血性心疾患	106	21.1%	虚血性心疾患	2101	33.1%	虚血性心疾患	2207	32.2%
			3	腎不全	5	4.8%	腎不全	43	8.5%	腎不全	750	11.8%	腎不全	793	11.6%
		基礎疾患	糖尿病等	60	57.1%	糖尿病等	374	74.4%	糖尿病等	5641	88.8%	糖尿病等	6015	87.7%	
			血管疾患合計	合計	61	58.1%	合計	388	77.1%	合計	5816	91.5%	合計	6204	90.5%
		認知症	認知症	10	9.5%	認知症	92	18.3%	認知症	2492	39.2%	認知症	2584	37.7%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	55	52.4%	筋骨格系	362	72.0%	筋骨格系	5802	91.3%	筋骨格系	6164	89.9%	

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★N0.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表23・24)

天草市における特定健診有所見率は、総数でみるとBMI、腹囲、空腹時血糖、HbA1c、LDL コレステロール、HDL コレステロール、GPT、尿酸、クレアチニンの9項目において、全国や県よりも高くなっている。そのうち性別では男性の尿酸、女性の空腹時血糖の高さが目立つ。年代別では40~64歳ではGPT、65~74歳ではHbA1cが突出している。

メタボリックシンドロームについては、国、県と比較して予備群が多く、該当者は65歳以上の女性に多い。予備群ではほとんどが血圧、該当者では血圧と脂質の組み合わせが多かった。

平成28年度 健診の有所見者状況（全国・県との比較）

総数	糖尿病の指標			高血圧症の指標			脂質異常症の指標			★NO.23（概要）		
	BMI 25以上	空腹時血糖 100以上	HbA1c 5.6以上	収縮期血圧 130以上	拡張期血圧 85以上	LDL-C 120以上	中性脂肪 150以上	HDL-C 40未満	GPT 31以上	尿酸 7.0以上	クレアチニン 1.3以上	
												人数
合計	1,872	2,633	4,796	2,733	407	1,171	174	336	10,94	852	87	
40-64	803	934	1,638	858	336	536	210	121	506	392	22	
65-74	1,068	1,697	3,152	1,873	450	633	152	215	528	459	65	
全国	24.9	21.9	55.5	45.6	18.6	53.0	21.4	4.8	13.8	7.0	0.9	
県	26,186	37,311	72,135	47,988	45.4	21,396	20.1	4,473	14,481	10,315	1,135	

*全国については、有所見割合のみ表示

男性	糖尿病の指標			高血圧症の指標			脂質異常症の指標			クレアチニン		
	BMI 25以上	空腹時血糖 100以上	HbA1c 5.6以上	収縮期血圧 130以上	拡張期血圧 85以上	LDL-C 120以上	中性脂肪 150以上	HDL-C 40未満	GPT 31以上	尿酸 7.0以上	クレアチニン 1.3以上	
												人数
合計	978	1,474	2,076	1,283	419	718	234	253	671	746	72	
40-64	436	549	745	438	361	331	273	88	343	351	15	
65-74	542	925	1,331	845	45.7	387	209	165	328	395	57	
全国	30.5	27.9	55.6	49.2	24.1	47.3	28.2	8.7	20.4	13.9	1.8	
県	14,015	21,144	31,050	22,905	49.2	12,551	27.0	3,522	9,522	20.5	998	

女性	糖尿病の指標			高血圧症の指標			脂質異常症の指標			クレアチニン		
	BMI 25以上	空腹時血糖 100以上	HbA1c 5.6以上	収縮期血圧 130以上	拡張期血圧 85以上	LDL-C 120以上	中性脂肪 150以上	HDL-C 40未満	GPT 31以上	尿酸 7.0以上	クレアチニン 1.3以上	
												人数
合計	894	1,159	2,720	1,450	396	453	124	83	363	106	15	
40-64	367	386	896	420	31.3	205	153	33	163	41	7	
65-74	527	773	1,824	1,030	44.4	248	10.7	50	200	65	8	
全国	20.6	16.8	55.2	42.7	14.4	57.1	16.3	1.8	8.7	1.8	0.2	
県	12,171	16,167	27.3	25,083	42.3	8,845	14.9	951	4,959	8.4	137	

【図表23】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

全体		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
H28	合計	6,727	36.7	302	4.5	807	12.0	64	1.0	567	8.4	176	2.6	1,152	17.1	243	3.6	69	1.0	531	7.9	309	4.6
	40-64	2,558	27.1	176	6.9	301	11.8	23	0.9	190	7.4	88	3.4	404	15.8	84	3.3	28	1.1	197	7.7	95	3.7
	65-74	4,169	39.7	126	3.0	506	12.1	41	1.0	377	9.0	88	2.1	748	17.9	159	3.8	41	1.0	334	8.0	214	5.1
全国		7,837,529	34.0			790,096	10.7							1,272,714	17.3								
県		108,762	32.9			11,959	11.3							17,830	16.8								

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		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
H28	合計	3,065	32.7	206	6.7	545	17.8	59	1.9	366	11.9	120	3.9	791	25.8	186	6.1	53	1.7	342	11.2	210	6.9
	40-64	1,214	26.5	122	10.0	205	16.9	21	1.7	122	10.0	62	5.1	287	23.6	66	5.4	23	1.9	134	11.0	64	5.3
	65-74	1,851	38.6	84	4.5	340	18.4	38	2.1	244	13.2	58	3.1	504	27.2	120	6.5	30	1.6	208	11.2	146	7.9
全国		3,306,030	32.4			548,609	17.2							875,805	27.5								
県		47,699	31.5			8,067	17.3							12,471	26.8								

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		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
H28	合計	3,662	40.4	96	2.6	262	7.2	5	0.1	201	5.5	56	1.5	361	9.9	57	1.6	16	0.4	189	5.2	99	2.7
	40-64	1,344	34.9	54	4.0	96	7.1	2	0.1	68	5.1	26	1.9	117	8.7	18	1.3	5	0.4	63	4.7	31	2.3
	65-74	2,318	44.5	42	1.8	166	7.2	3	0.1	133	5.7	30	1.3	244	10.5	39	1.7	11	0.5	126	5.4	68	2.9
全国		4,531,499	39.8			241,487	5.8							396,909	9.5								
県		61,063	37.2			3,892	6.6							5,359	9.0								

3) 糖尿病 (HbA1c)、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 25)

受診勧奨レベルを超えた重症化予防対象者をみると、新規受診者が継続受診者より割合が高い傾向にあることから、特定健診未受診者の中に多く受診勧奨レベルの人が潜在していると推測できる。また、治療中にも関わらずコントロール不良者がいるため、主治医と連携した重症化予防の取組みが重要となる。

【図表 25】

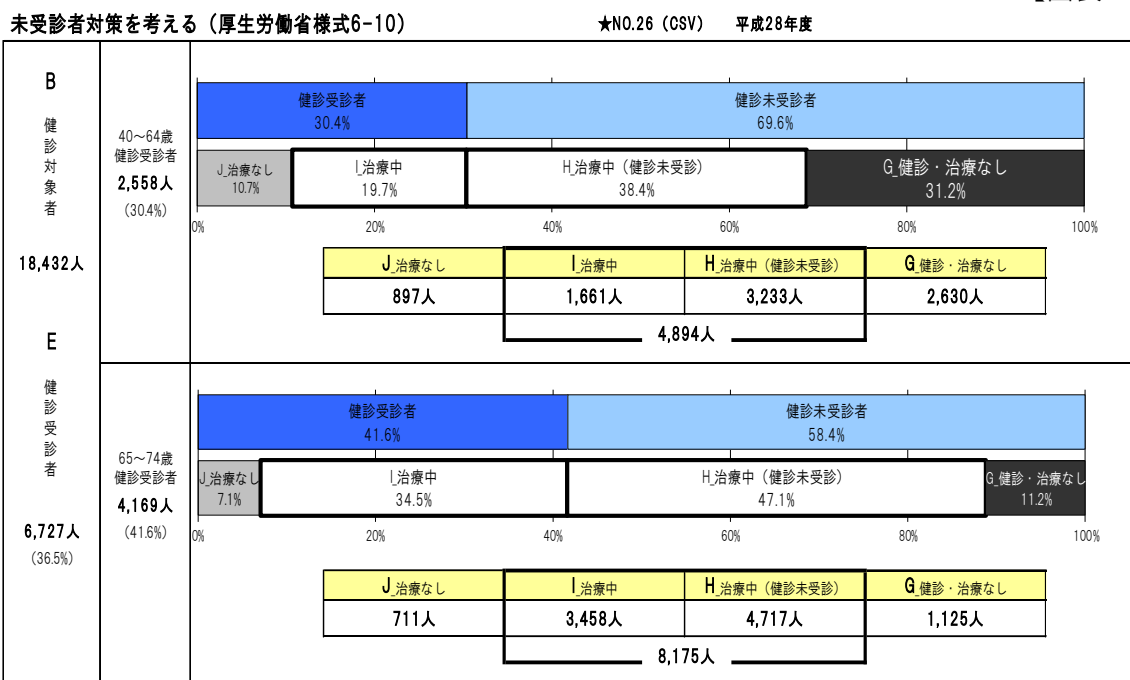


4) 未受診者の把握 (図表 2 6)

健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳での割合が 31.2%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者で生活習慣病治療にかかっている医療費を比較すると、健診未受診者の医療費は健診受診者の医療費の 5 倍以上になっている。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、体の状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋がり、ひいては医療費増加の抑制に繋がることから、未受診者へのアプローチは極めて重要である。

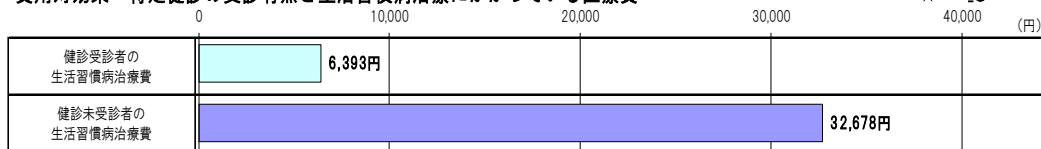
【図表 2 6】



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医療費

★NO.3.⑥



★課題の整理★

- ①入院件数の割合が高く、費用額も約半分を入院医療費が占めている。
- ②医療費が高額になる疾患、入院が長期化する疾患、要介護認定者が持つ疾患の中には、予防可能なものがある。
- ③上記①②の基礎疾患として、糖尿病、高血圧、脂質異常症があるため、これらを重症化させないための対策が必要。
- ④特定健診結果をみると、糖尿病に関する項目や尿酸等の有所見率が高い。食生活に起因するものであり、食生活上の課題も大きいと考えられる。
- ⑤多くの被保険者に自身の体の実態を把握してもらうため、特定健診の受診率を伸ばすことが必要。

3. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期目標の設定

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要介護認定者の有病状況の多い疾患である、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成28年度と比較して、3つの疾患の新規患者数をそれぞれ5%減少させることを目標とする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、腎臓・脳・心臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、標準化医療費（年齢調整後の一人あたり医療費）の前年度比伸びを年間3%以下に抑えることを目標とする。

さらに、天草市民の医療のかかり方の特徴として、普段は医療にかからず、重症化して入院する実態が明らかである。重症化を予防し、医療費の適正化に繋げるためには、外来受診を伸ばして入院を抑えることを目標とし、まずは入院の医療費割合（平成28年度:47.6%）を平成35年度までに、平成28年度の熊本県実績値(44.3%)以下とすることを目指す。

(2) 短期目標の設定

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診は自らの健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけることができる。しかし、天草市の場合、特定健診の受診率が低く、自分の健康状態を把握していない人が多い。短期目標の1つ目に、「特定健診受診率を平成35年度までに60%」を目標設定した。

また、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の血管変化における共通リスクで

データヘルス計画の目標管理一覧表

評価項目	評価指標	中間評価										最終評価			
		H28	H30		H31		H32		H33		H34		H35		
		現状	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	
成果目標	医療費の伸びの抑制	416,186					(年3%以下) 453,642							(年3%以下) 491,100	
中長期目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院の費用額割合(%)【KDB】	47.6					46.0						44.3	
	重症化した結果の 疾患の発生状況	新規 脳血管疾患患者数(人)【保険者データヘルス支援システム】	246					240						234	
		新規 虚血性心疾患患者数(人)【保険者データヘルス支援システム】	242					236						230	
		新規 人工透析患者数(人)【保険者データヘルス支援システム】	15					13						11	
		高額(80万円)以上のレセプト 脳血管疾患件数【KDB二次加工】	93					91						88	
		高額(80万円)以上のレセプト 虚血性心疾患件数【KDB二次加工】	50					49						48	
		長期化する疾患 人工透析患者数【厚労省様式3-7】	153					140						138	
短期目標	特定健診受診率 特定保健指導実施率	特定健診受診率(%)【KDB】	36.7	50.0		52.0		54.0		56.0		58.0		60.0	
		特定保健指導実施率(%)【KDB】	39.6	50.0		52.0		54.0		56.0		58.0		60.0	
		特定保健指導対象者の減少率(%) 【法定報告：当該年度/前年度】	12.1	12.5		13.0		13.5		14.0		14.5		15.0	
	基礎疾患の 重症化予防	健診受診者で糖尿病未治療HbA1c6.5以上の割合(%)【あなみツール】	5.0	4.8		4.6		4.4		4.2		4.0		3.8	
		健診受診者で糖尿病治療中HbA1c7.0以上の割合(%)【あなみツール】	3.7	3.5		3.3		3.1		2.9		2.7		2.5	
		健診受診者で血圧160/100以上の割合(%)【あなみツール】	4.0	4.0		3.8		3.6		3.4		3.2		3.0	
		健診受診者でLDL140以上の割合(%)【あなみツール】	26.7	26.5		26.0		25.5		25.0		24.5		24.0	
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合(%)【KDB】	29.1	29.0		29.0		29.0		28.0		28.0		28.0	

ある、糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドロームを減らしていくこと
を2つ目の短期的な目標とし、目標管理一覧表で管理していく。

第4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

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

第一期及び第二期計画は、法律に基づき、計画期間を5年一期としていたが、国の「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第3版）」において、「医療費適正化計画が6年一期に改正されたことを踏まえ、第三期（2018年度以降）からは実施計画も6年を一期として策定する」とされたことから、計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とする。

2. 目標値の設定

特定健診受診率、特定保健指導実施率の目標値は、国が定めた市町村国保の目標値である平成35年度60%とする。

【図表27】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

3. 対象者数の見込み

【図表28】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者(人)	17,300	17,100	16,900	17,000	16,700	16,000
	受診者(人)	8,650	8,892	9,126	9,520	9,686	9,600
特定保健指導	対象者(人)	1,038	1,067	1,095	1,142	1,162	1,152
	実施者(人)	519	555	591	640	674	691

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、被保険者の受診しやすい健診体制を構築し、次の4種類の健診を特定健診実施機関に委託して実施する。

①地域健診

検診車が各保健福祉センターや地区コミュニティセンター等を巡回して実施する

健診で、特定健診、各種がん検診を選択して複合で受診できる健診

②施設健診

病院において受診できる健診で、特定健診、各種がん検診を選択して複合で受診できる健診

③人間ドック

30歳から74歳までの奇数年齢に該当する人を対象とした健診で、特定健診と各種がん検診をセットで総合的に受けられる健診

④個別健診（委託医療機関）

特定健診だけをかかりつけの医院や病院で受診できる健診

2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び特定健診・保健指導の実施に関する実施基準（以下「実施基準」という。）第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については、厚生労働大臣の告示において定められている。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関は、熊本県国保連合会及び天草市のホームページに掲載するほか、対象世帯にはリストを含む受診案内を送付する。

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を継続して実施する。なお、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に代えることも可能とする（実施基準第1条第4項）。

【図表29】

基本的な健診項目	国が定めた項目	問診 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） 理学的所見（身体診察） 血圧測定 脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） 肝機能検査（AST、ALT、 γ -GT） 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c、随時血糖） 尿検査（尿糖、尿蛋白）
	天草市独自の追加項目	腎機能検査（血清尿酸） 尿検査（尿潜血）

<p>詳細な 健診項目</p>	<p>国が定めた項目</p>	<p>心電図 眼底検査 貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット） 腎機能検査（血清クレアチニン）</p>
---------------------	----------------	--

5) 実施時期

4月から翌年3月末までを実施可能な期間とする。特定健診を実施する会場や日時、健診のお知らせ、市政だより等を通じて広く市民へ周知する。

6) 医療機関との連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用できるよう、天草郡市医師会と連携し、かかりつけ医に協力を求めていく。

7) 代行機関

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

8) 特定健診後のフォロー体制

特定健診受診者に対しては、自らの生活習慣における課題に気付き、自らの意志による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう、必要な情報の提示と助言等の支援を行う。

より個別性の高いフォローを実施するため、健診結果説明会は基本的に個別面接にて実施する体制を整えているが、一部の委託健診機関では集団での説明会を実施している。

また、健診結果により生活習慣病の発症・重症化予防が必要な人を選定し、訪問、電話、病態別教室等で経年的なフォローを実施する。

9) 未受診者対策

天草市において、特定健診受診率の向上は重要な課題である。目標値達成のため、様々な取組みを行う。

- ①未受診者への訪問や電話による受診勧奨
- ②対象世帯に健診のお知らせを送付
- ③がん検診の同時実施

- ④土曜日、日曜日、祝日に地域健診を実施
- ⑤健康ポイント事業の活用

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導については、保険者直接実施（担当：健康増進課）及び健診機関への委託の形態とで行う。

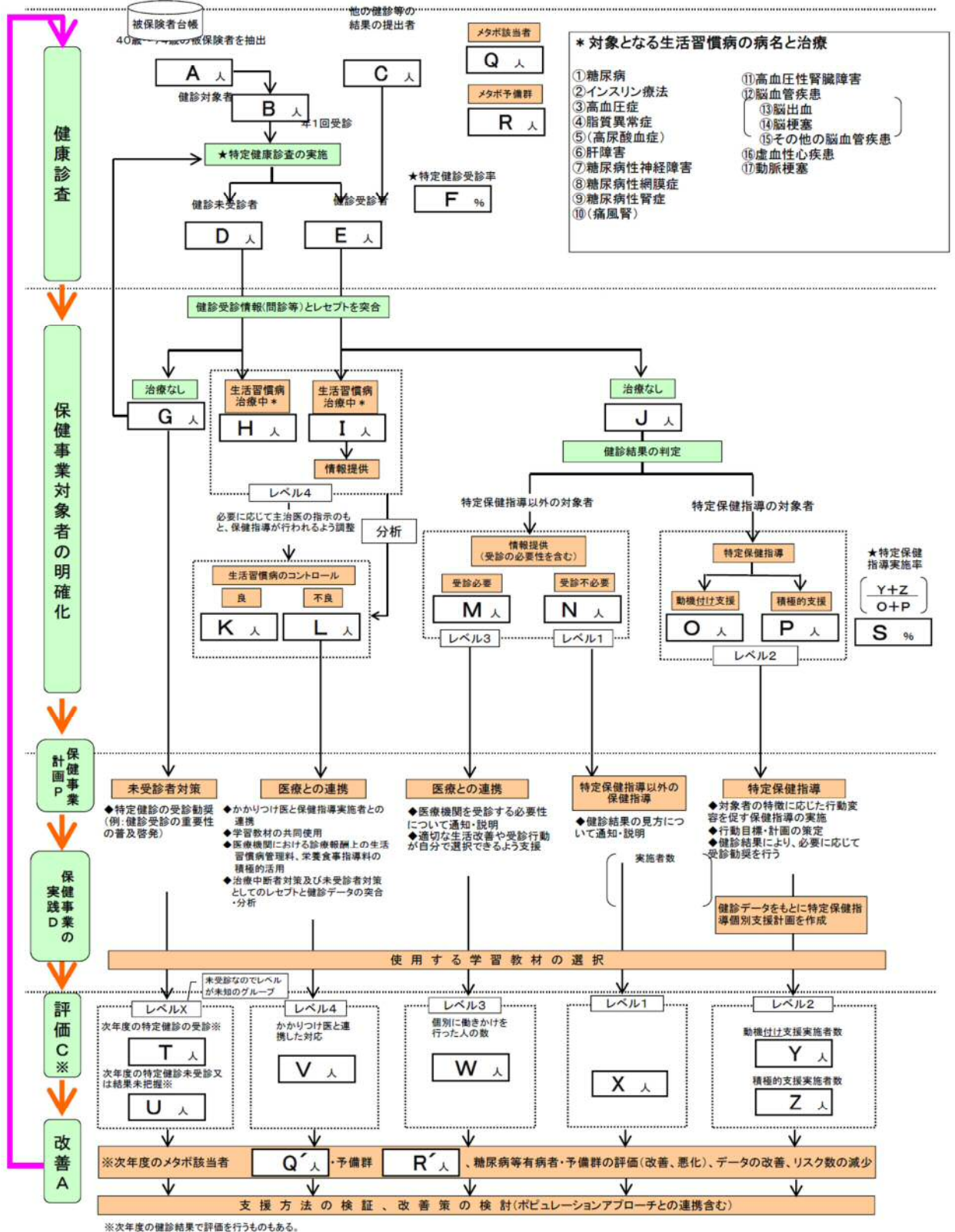
1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 30】

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

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31】

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (対受診者比率)	H35目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う ※特定保健指導につながらない人への対策を講じること。	1,038人 (12%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関受診の必要性について説明 ◆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	1,557人 (18%)	HbA1c 6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発)	8,650人 ※受診率目標 達成まであと 1,730人	60%
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方、継続した健診受診の必要性について説明	2,076人 (24%)	
5	I	情報提供 (治療中)	◆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 ◆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	3,892人 (45%)	

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

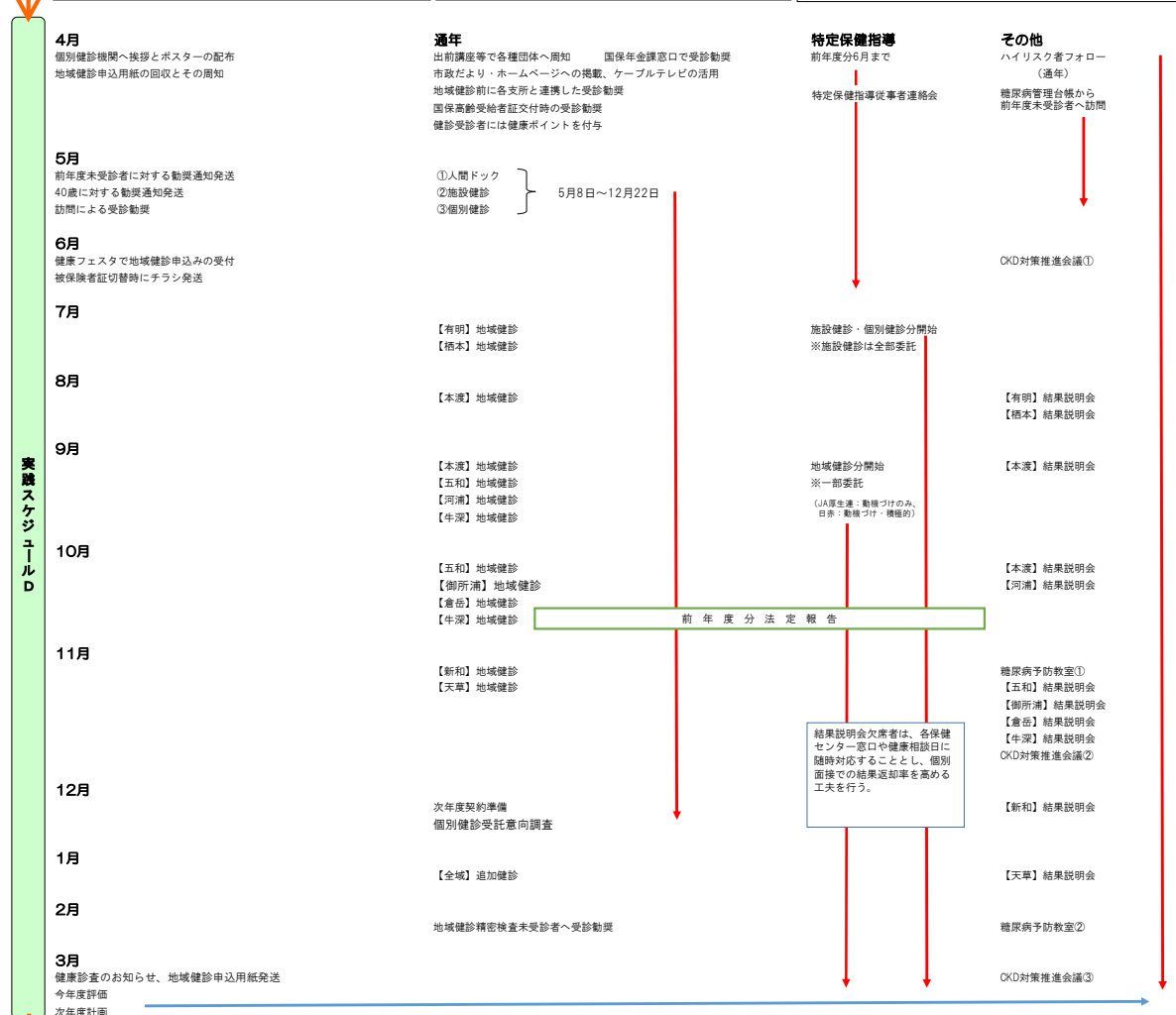
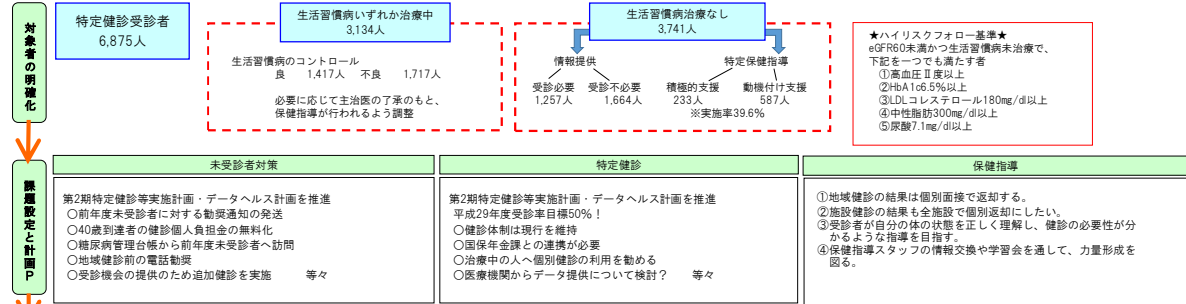
目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する(図表32)。

【図表 3 2】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

平成29年度
対象者数は平成28年度の数値（様式6-10）



	特定健診受診率 (%)					ハイリスク対象者				
	H25	H26	H27	H28	H29	H25	H26	H27	H28	H29
目標	40.0	42.5	45.0	47.5	45.0	156	390	245	163	
実績	37.5	38.0	37.8	36.7		108	288	199	151	
同規模平均	36.7	37.9	38.9	39.5		69.2	68.7	81.2	92.6	

	特定保健指導実施率 (%)				
	H25	H26	H27	H28	H29
目標	40.0	42.5	45.0	47.5	45.0
実績	29.0	34.1	45.3	39.6	
同規模平均	27.0	27.5	28.5	30.2	

単年度で評価していくものは、適切な時期に次年度への改善が図られるよう、評価データとしては法定報告を待たず、KDBを活用するなどして年度内に把握可能な手段・数値を設定する必要がある。

★★★生活習慣病をライフサイクルで見ていく。母子・健康づくり担当と業務分担も併用しているが、「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組むこと★★★

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

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

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システム等で行う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない。」と定められており、策定した計画は、天草市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

受診率を上げ、メタボリックシンドロームを減少させるためには、計画的かつ着実に特定健診及び特定保健指導を実施し、その成果を検証する必要がある。具体的には、本計画で設定した目標の達成状況や、特定健診、特定保健指導の結果を毎年度評価する。

また、実施計画をより実効性の高いものとするためには、計画内容を実態に即したより効果的なものに見直す必要があることから、天草市国民健康保険運営協議会に評価結果を毎年度報告し、必要に応じて実施方法や目標設定値の見直しを行う。

第5章 保健事業の内容

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する。そのためには重症化予防の取組みと市民への周知・啓発を組み合わせ実施していく必要がある。

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

周知・啓発の取組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

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

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて（平成29年7月10日重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）」「糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）」「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）」及び「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、以下の視点でPDCAサイクルに沿って実施する。

なお、取組みにあたっては図表33に沿って実施する。

- 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
- 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表33】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

※横軸の用語についてはP59参照

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ 重症化するリスクの高い者
 - ア 糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者
 - イ 腎症と診断された者及び腎症が疑われる者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、レセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする(図表34)。

【図表34】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1

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	

注1) 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は厚労省研究班の成績に基づき予後(腎、心疾患、総死亡)を勘案した分類である。

注2) GFR60ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注3) 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。

注4) 顕性アルブミン尿の症例では、GFR60ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため、注意が必要である。

注5) GFR30ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に関わらず、腎不全期に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

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

天草市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/gCr)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿では尿蛋白(+)以上としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる(参考資料1)。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数の把握を行った(図表35)。

天草市において特定健診結果が糖尿病型の者のうち、未治療者は359人(23.2%・F)であった。また40~74歳における糖尿病治療者4,130人のうち、特定健診受診者が1,186人(28.7%・G)であったが、385人(32.5%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者2,944人(71.3%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある164人中37人は治療を中断していることが分かった。また、127人については継続治療中であるが直近の健診データがないため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表35より天草市においての介入方法を以下のとおりとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)
- ② 糖尿病治療中断者(オ・キ)
 - ・介入方法として訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位2

【保健指導】

- ① 糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ① 過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者(力)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

【図表35】

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）

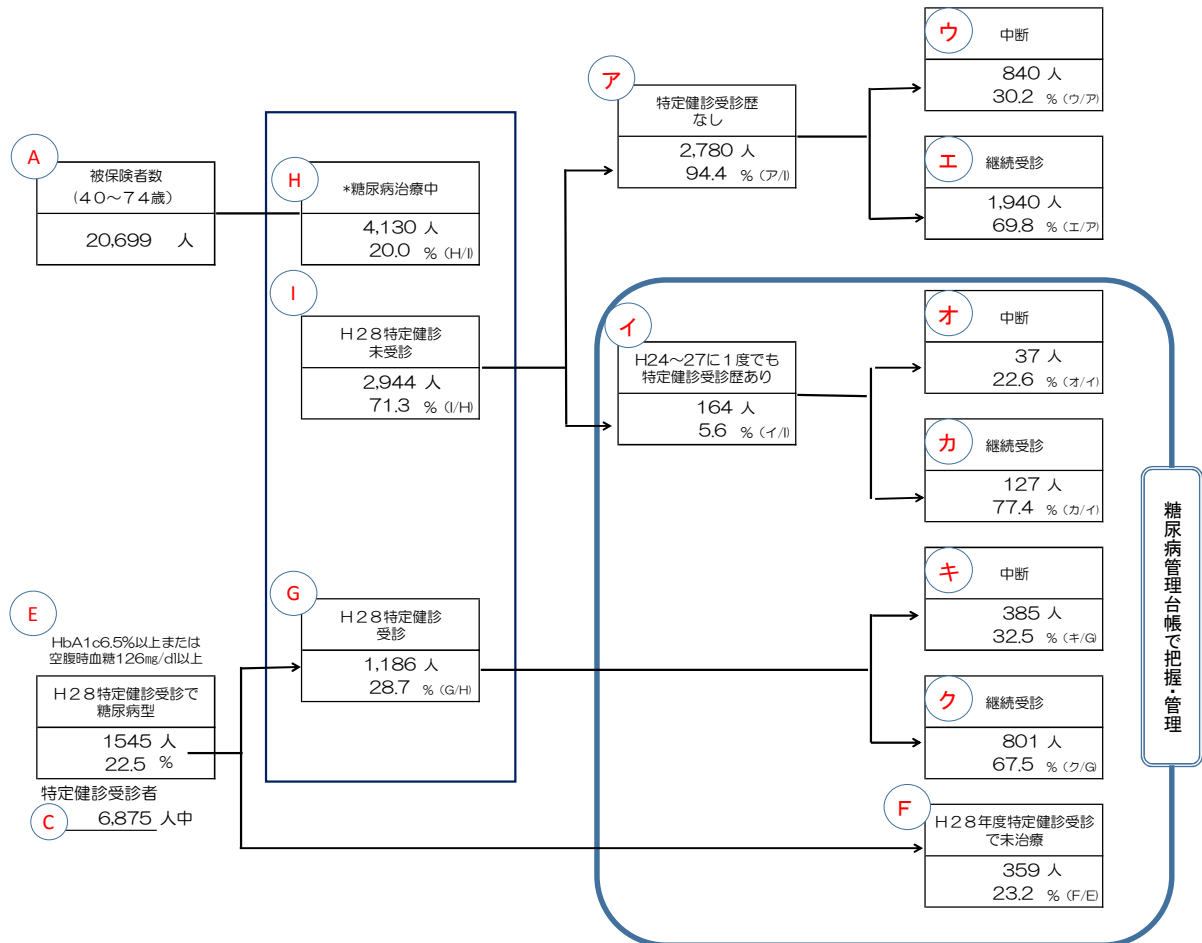
対象者選定基準

※「KDB疾病管理一覧」「5カ年突合シート（あなみツール）」より作成

※中断の考え方：H28年度にHbA1c検査を実施した者でH29年度にHbA1c検査の実施がない者

注）疾病管理一覧をダウンロードした時点（H30.1）での年度単位での中断者になります

※使用した基データが異なるため、「レセプトと健診の突合（参考資料2）」とは数値が異なります。考え方として参考にしてください。



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料2）及び年次計画表（参考資料3）で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

① 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず、HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

- 記入すべき情報・・・HbA1c、血圧、体重、eGFR、尿蛋白
- ・HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

- HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する。
- 当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1c 6.5%以上になった場合は記載する。
- 資格を確認する。

② レセプトを確認し情報を記載する。

○治療状況の把握

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

③ 管理台帳記載後、結果の確認

前年のデータと比較し、介入対象者を試算する。

④ 担当地区の対象者数の把握

- 未治療者・中断者（受診勧奨）
- 腎症重症化ハイリスク者（保健指導）

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。天草市においては、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と合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド2016-2017、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく（図表 36）。

【図表 3 6】

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="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 10px 0;">経年表</div> <p>②自覚症状が乏しいので通院が中断しがち</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 HbA1c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eGFRの変化 6 糖尿病性腎症の経過～私はどの段階？ <p>7 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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～ <p>8 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>①糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という) 「代謝改善」という表現</p> <p>②2～3か月実施して目標の血糖コントロールを 達成できない場合は薬物療法を開始</p> <p>○合併症を起こさない目標 HbA1c7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで 達成可能な場合 ○薬物療法で低血糖などの 副作用なく達成可能な場合</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>HbA1c 6.0%未満</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9 糖尿病とはどんな病気なのでしょうか？ 10 糖尿病のタイプ 11 インスリンの仕事 12 食べ物を食べると体は血糖を取り込むための準備をします 13 私はどのパターン？(抵抗性) <p>14 なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>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？</p> <p>17 私のステージでは心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18 腎臓は</p> <p>19 なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22 血圧を下げる薬と作用</p> <p>■ 食の資料・・・別資料 ←</p>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量から始め、血糖コントロール の状態をみながら増量</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 をみる</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・中止になることがある</p> <p>④その他年齢や肥満の程度、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と聞くけど？</p> <ol style="list-style-type: none"> 4 HbA1cと体重の変化 5 HbA1cとeGFRの変化 6 糖尿病性腎症の経過～私はどの段階？ <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降下薬の選択 25 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26 ビグアナイド薬とは 27 チアソリジン薬とは 28 SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみ実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、高血糖者のうち尿蛋白定性(-・±・+)へは二次健診として尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化を予防する。

微量アルブミン尿検査

- 対象者：特定健診結果で以下①～④を全て満たす者
- ①40～64 歳
- ②HbA1c6.5%以上
- ③尿蛋白定性（－）（±）（＋）
- ④糖尿病未治療
- 検査の結果は連絡票にてかかりつけ医へ報告
- かかりつけ医から指示をもらい、保健・栄養指導を行う

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に天草郡市医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医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う。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行う。

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、高齢者支援課、地域包括支援センター等と連携していく。

7) 評価

評価を行うにあたっては、単年度評価・経年的評価の視点で考えていく。単年度評価については本計画評価等と併せ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用する。

また、経年的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組み評価表（参考資料 4）を用いる。

(1) 単年度評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

○eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5ml/min/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

5 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. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。（図表 37・38）

【図表 37】

脳卒中の分類

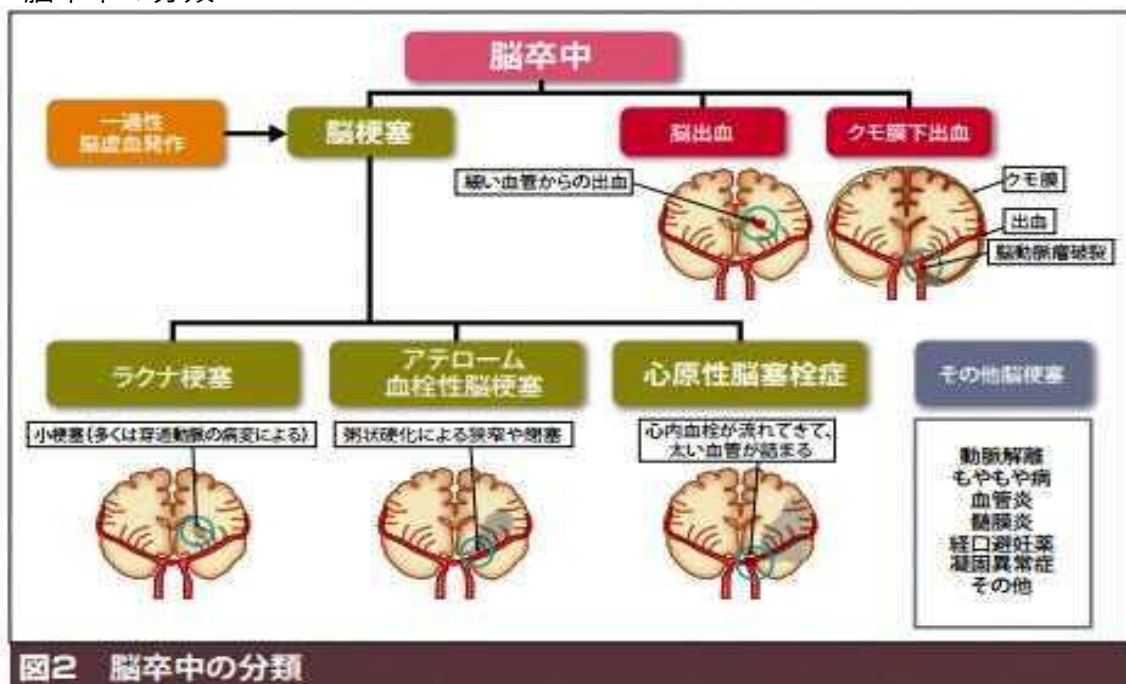


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表38】

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック 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	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては、図表39に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表39】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○		○	
		●		●		○		○			
脳 出 血	脳出血	●									
		●									
リスク因子		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)	
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		LDL-C 180mg/dl以上		メタボ該当者 (2項目以上)		蛋白尿 (2+) 以上 eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数 6,875		276 4.0%		442 6.4%		242 3.5%		1,169 17.0%		51 0.7%	
対象者数		276 4.0%		442 6.4%		242 3.5%		1,169 17.0%		51 0.7%	
治療なし		178 4.0%		273 4.3%		221 4.1%		214 5.7%		8 0.2%	
治療中		98 4.1%		169 32.9%		21 1.5%		955 30.5%		43 1.4%	
臓器障害 あり		177 99.4%		271 99.3%		217 98.2%		211 98.6%		8 100.0%	
CKD (専門医対象者)		5		19		8		9		8	
尿蛋白 (2+) 以上		1		3		1		1		8	
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上		1		3		0		2		0	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		3		13		8		6		1	
心電図所見あり		177		271		217		211		8	
臓器障害 なし		1 0.6%		2 0.7%		4 1.8%		3 1.4%		--	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみると、Ⅱ度高血圧以上が276人(4.0%)であり、178人は未治療者であった。そのほぼ全員に臓器障害がみられるため、早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も98人(4.1%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

図表40は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表40】

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類 (mmHg)		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	4,457	1,760	1,065	788	666	150	28	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
		39.5%	23.9%	17.7%	14.9%	3.4%	0.6%	45	379	420
リスク第1層	601	352	121	73	45 ^④	8	2 ^①	1.0%	8.5%	9.4%
		13.5%	20.0%	11.4%	9.3%	6.8%	5.3%	45	8	2
リスク第2層	2,303	872	586	396	371 ^③	67	11	100%	2.1%	0.5%
		51.7%	49.5%	55.0%	50.3%	55.7%	44.7%	--	97.9%	18.6%
リスク第3層	1,553	536	358	319	250 ^②	75	15	--	--	340
		34.8%	30.5%	33.6%	40.5%	37.5%	50.0%	--	--	81.0%
再掲 (重複あり)	糖尿病	376	117	91	76	60	25	7		
		24.2%	21.8%	25.4%	23.8%	24.0%	33.3%	46.7%		
	慢性腎臓病 (CKD)	833	309	197	169	115	38	5		
	53.6%	57.6%	55.0%	53.0%	46.0%	50.7%	33.3%			
3個以上の危険因子	656	198	134	143	134	39	8			
	42.2%	36.9%	37.4%	44.8%	53.6%	52.0%	53.3%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。

しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。

図表41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。

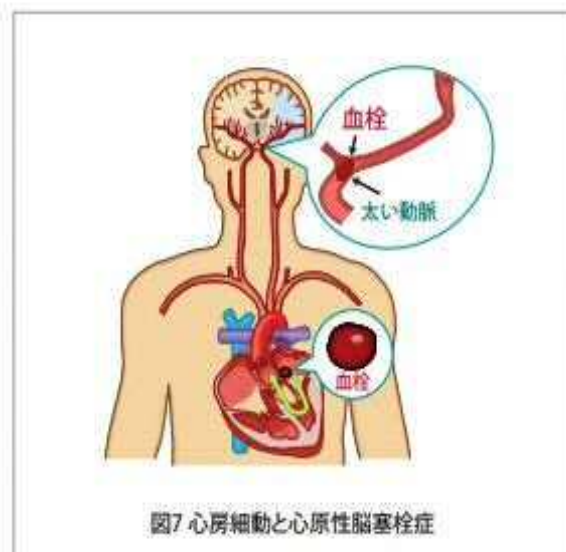


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見状況

【図表41】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,822	2,079	48	2.6	11	0.5	—	—
40歳代	149	133	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	223	212	2	0.8	3	1.4	0.8	0.1
60歳代	944	1,172	28	2.9	6	0.5	1.9	0.4
70~74歳	506	562	18	3.5	2	0.3	3.4	1.1

*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

*日本循環器学会疫学調査の70~74歳の値は70~79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表42】

心房細動有所見者		治療の有無					
		未治療者		治療中		不明	
人	%	人	%	人	%	人	%
59	100	36	61.0	22	37.3	1	1.7

心電図検査において59人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると、男性では年齢が高くなるにつれ増加していたが、女性では50歳代が一番高かった。特に50歳以降の男性においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また59人のうち22人は既に治療が開始されていたが、それを上回る36人が受診必要な対象者である。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の有所見者を見逃さないことが重要である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、単年度評価・経年的評価の視点で考えていく。単年度評価については本計画評価等と併せ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、経年的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と併せて行ってい

く。

○単年度評価・・・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、介入方法、実施方法の決定 |
| 5月～ | 特定健診結果が届き次第、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. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

天草市において、健診受診者 6,875 人のうち心電図検査実施者は 6,875 人（100%）であり、そのうち ST 所見があったのは 155 人であった（図表43）。ST 所見ありの 155 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと併せて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

【図表 4 3】

	健診受診者 (A)	心電図検査 (B)							
		ST所見あり (C)		その他の所見 (D)		異常なし (E)			
	人	人	% (B/A)	人	% (C/B)	人	% (D/B)	人	% (E/B)
平成28年度	6,875	6,875	100	155	2.3	3,391	49.3	3,329	48.4

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準とした「詳細な健診」の項目である。

天草市では独自の必須項目として全員に実施しているが、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、心電図以外の結果から把握することも可能である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 44 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

国立循環器病研究センターHP より

【図表44】

虚血性心疾患に関する症状

- ・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
- ・首や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や吐気を伴う

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

（２）対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のためのフローチャート（危険因子を用いた簡易版）」（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）がある場合は冠動脈疾患高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行うことが可能である。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として、虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については、今後検討していく必要がある。（参考資料 7）

4）医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。

医療の情報については、かかりつけ医や対象者への聞き取りのほか、KDB 等を活用してデータを収集していく。

5）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6）評価

評価を行うにあたっては、単年度評価・経年的評価の視点で考えていく必要がある。単年度評価については本計画評価等と併せ年 1 回行うものとし、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していくことで評価が可能になる。

また、経年的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と併せて行っていく。

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

7）実施期間及びスケジュール

- 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
- 5 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）

4. 多受診（頻回受診、重複受診、重複服薬）保健指導

レセプト情報による受診実績において、頻回受診、重複受診、重複服薬等の状況が確認された被保険者に対して訪問等により療養上、生活上の助言等を実施し、適正な受診行動に繋げ、QOLの向上と医療費適正化を図る。

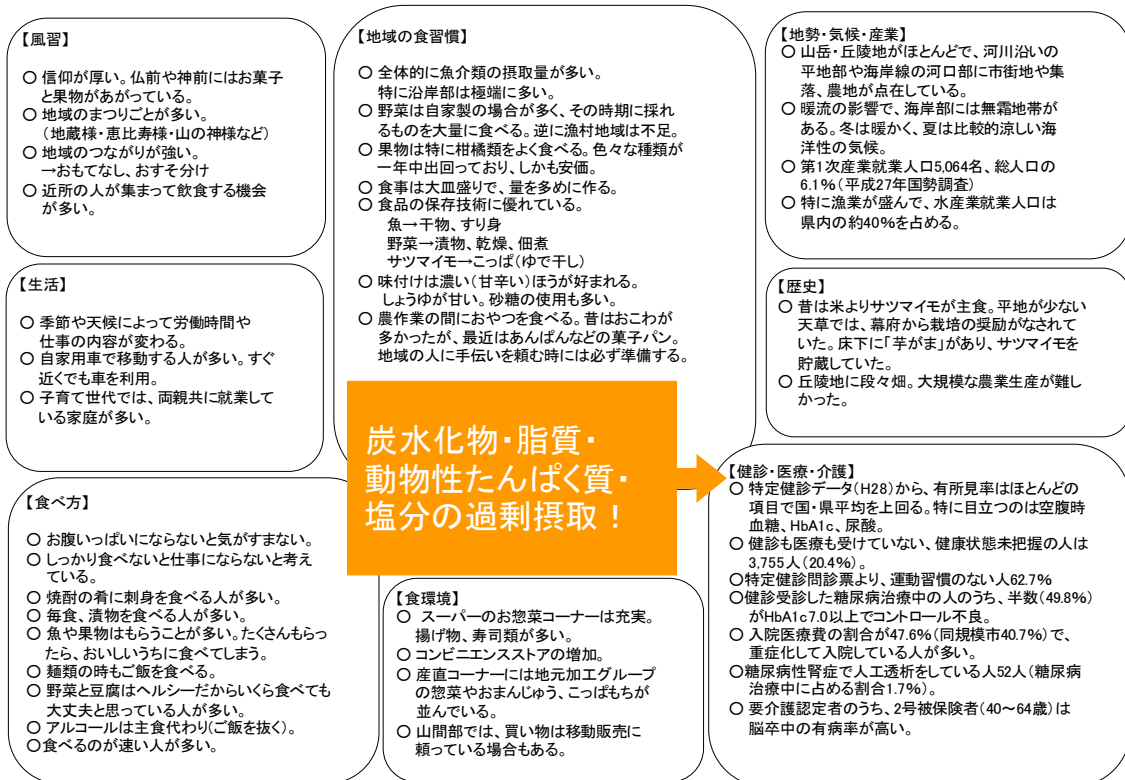
5. 広く市民に周知・啓発する取組み

市民一人ひとりが自分の住む地域の実態を知り、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、被保険者の健康の保持増進による医療費の適正化、健康寿命の延伸を目指し、保険者努力支援制度を活用した市民の健康づくりに取組む必要がある。その中でも、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ていく。（図表 43・44）

また、健康づくり推進員、食生活改善推進員等の住民組織と学習を深め、本市の課題を共有することで、住民組織の活動の方向性を確認・共有することが可能になる。

天草の地域特性～食の構造図～

【図表 4 3】



社会保障・保険者努力支援制度と天草市

人口 84,321人
 国保加入者 25,709人
 (国保加入率 30.5%)
国保連協資料

社会保障費(平成28年度)

国保医療費 110億
 1人当たり 43万円

予防可能な生活習慣病

- 糖尿病 5.3億
- 高血圧 5.4億
- 慢性腎臓病 8.0億KDB

介護費 99.3億

2号認定者(40~64歳)有病状況

- 心臓病 25%
- 脳疾患 50%
- 糖尿病 25%KDB

生活保護費 13.8億

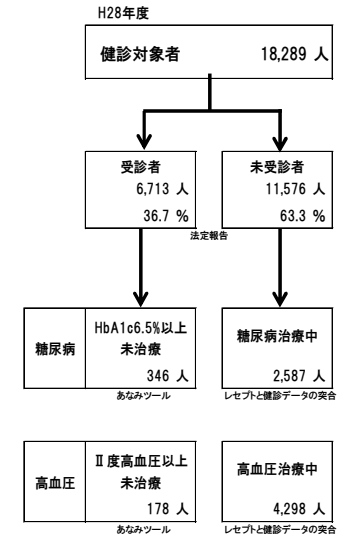
保護率 11.02%
 医療扶助 57.12%
平成29年度版健康福祉部の概要

平成28年度結果
 全国順位→ 208位/1741(市町村)
 県内順位→ 10位/45(市町村)

交付金 14,864,000 円
 1点当たり 59,935 円
 1人当たり 574 円

評価指標	H30年度	H28年度前倒し分			
		満点	天草市	県平均	
保険者努力支援制度 各年度配点比較					
	850	345	248	221.73	
共通①	特定健診受診率	50	20	0	29.11
	特定保健指導実施率	50	20	10	
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	50	20	0	
共通②	がん検診受診率	30	10	10	15.33
	歯周疾患(病)検診	25	10	10	
共通③	重症化予防の取組	100	40	40	32.89
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	50			
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携				
	・専門職の取組、事業評価				
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	25			
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	25			
共通④	個人のインセンティブ提供	70	20	20	22.00
	個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	
共通⑤	重複服薬者に対する取組	35	10	10	5.11
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	35	15	15	12.22
	後発医薬品の使用割合	40	15	0	
固有①	収納率向上	100	40	15	9.78
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10	8.00
固有③	医療費通知の取組	25	10	10	9.11
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	5	3.33
固有⑤	第三者求償の取組	40	10	3	4.84
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	60	70	70	70
全体	体制構築点含む(A)	850	345	248	221.73
都道府県の指標	1 市町村指標の都道府県単位評価【200億】 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	100			
	2 都道府県の取組状況【150億】 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	未定			
	3 医療費適正化のアウトカム評価【150億】 国保の年齢調整後1人当たり医療費	50			

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、
 【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定
 (平成30年度~)



第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
 かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

1 医療機関との適切な連携における優先順位
 ○かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
 ○保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

2 診療における検査データを活用する要件
 ○医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
 ○基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は3か月以内とする。

3 基本的な手順の流れ
 ○保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

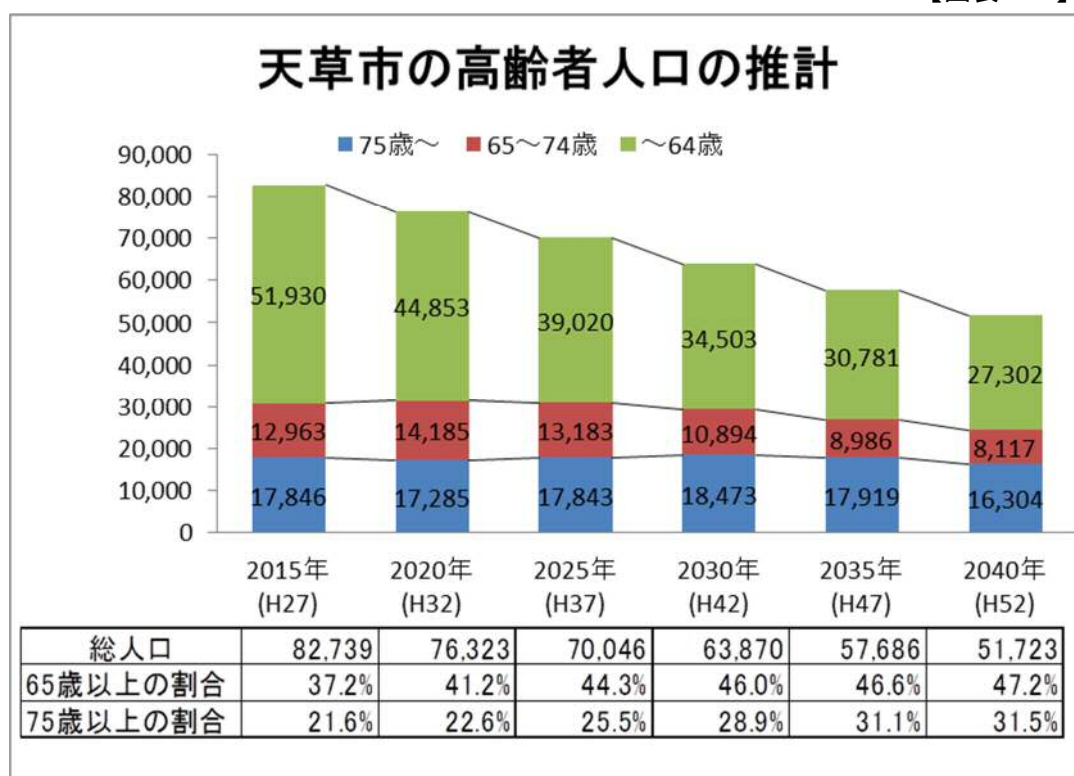
【図表44】

第6章 地域包括ケアシステムに係る取組み

国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37年）に向けて、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援を一体的に提供することにより、高齢者が、いつまでも住み慣れた地域で生活を送ることができる「地域包括ケアシステム」の深化・推進を目指している。

本市の課題として、「独居」や「高齢者のみの世帯」が多いことが挙げられる。人口減少が著しいなか75歳以上の高齢者の増加（図表45）による医療・介護需要の増大が見込まれることから、住民運営の「通いの場」支援を通して、健康づくりなどに関する意識の向上を図るとともに、社会参加や健康増進・介護予防の活動など、人との関わりを持ちながら、いつまでも生きがいを持って元気に活躍できるよう、地域包括ケアシステムの充実を図る必要がある。

【図表45】



平成22年～27年国勢調査の5年間の推移を基に天草市（政策企画課）においてコーホート変化率を用いて独自に算出したもの。

1 重症化予防、介護予防、自立支援の推進

介護予防の取組みの一つとして、要介護状態の原因となる脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析など生活習慣病の重症化予防を行うため、要介護状態に至った背景を分析し、それらを踏まえ KDB やレセプトデータから抽出したハイリスク者に保健指導を実施し、要介護認定率の減少や市民一人ひとりの健康寿命の延伸を図っていく。

また、「通いの場」拡大による介護予防の取組みを継続するとともに、認知症予防体操である「しゃきしゃき百歳体操」「かみかみ百歳体操」のメニューを推進し、自分自身の健康づくりと介護予防に加え、介護支援ボランティアなど社会参加・地域貢献活動による生きがいづくりを推進していく。

さらに、住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるために実施している、地域ケア会議などで、KDB やレセプトデータなどを活用した地域の健康状況、訪問指導などから得られた地域の状況について、必要に応じ情報提供を行う。

2 在宅医療・介護の連携強化

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するため、平成 28 年度から天草市・上天草市・苓北町の 2 市 1 町で天草都市医師会へ委託し、在宅医療・介護連携推進事業を実施している。

医師会においては、在宅医療・介護の連携を図るために情報ツール（ICT）活用の検討・導入や、医療・介護関係者研修会の開催など顔の見える関係等ネットワーク化を図っているが、まだ十分といえない。今後は、会議体や研修会を通してさらなるネットワークの構築を図っていく。

第7章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、中間年度である平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。
また、計画の最終年度の平成35年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・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、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)

具体的には、KDBに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率・受療率、医療の動向等を保健指導に関わる保健師・管理栄養士が、担当地区の被保険者分について定期的に収集し評価を行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータだけでなく、年度内に把握可能なKDB等を活用しながら経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。

特に、直ちに取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・助言を受けけるものとする。

中間評価が必要な中長期目標については、国保運営協議会において報告し、進捗管理を行うこととする。いずれも保健指導を実施する保健師・管理栄養士と国保事務担当者が相互連携して評価する体制を整える。

第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得ることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、天草都市医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、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概要版を作成する。

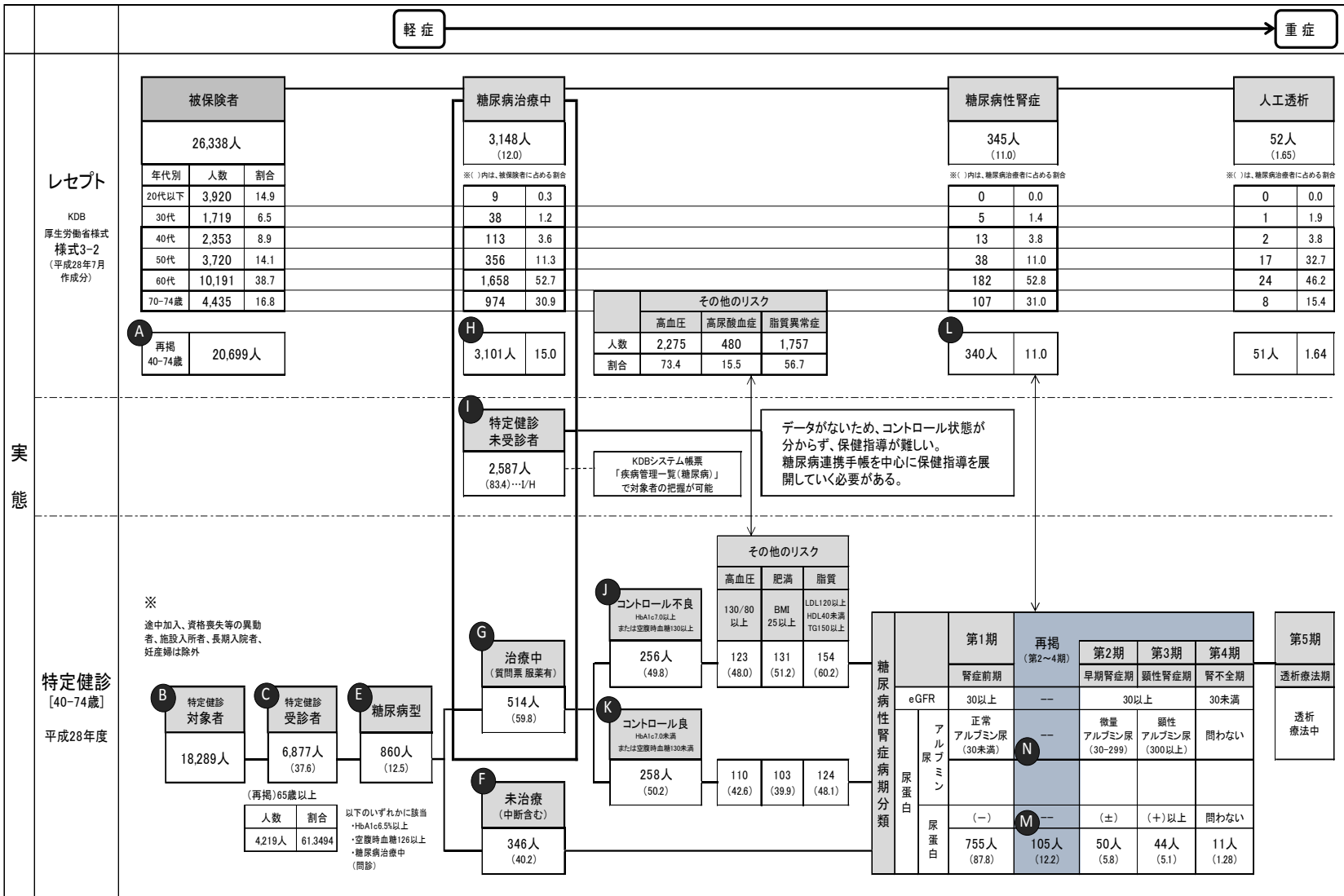
2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

- 参考資料 1 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 2 糖尿病管理台帳
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 4 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 7 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フローチャート（危険因子を用いた簡易版）
- 参考資料 8 心房細動管理台帳
- 参考資料 9 生活習慣病有病状況（平成 29 年 5 月診療分）

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1】

【参考資料2】

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

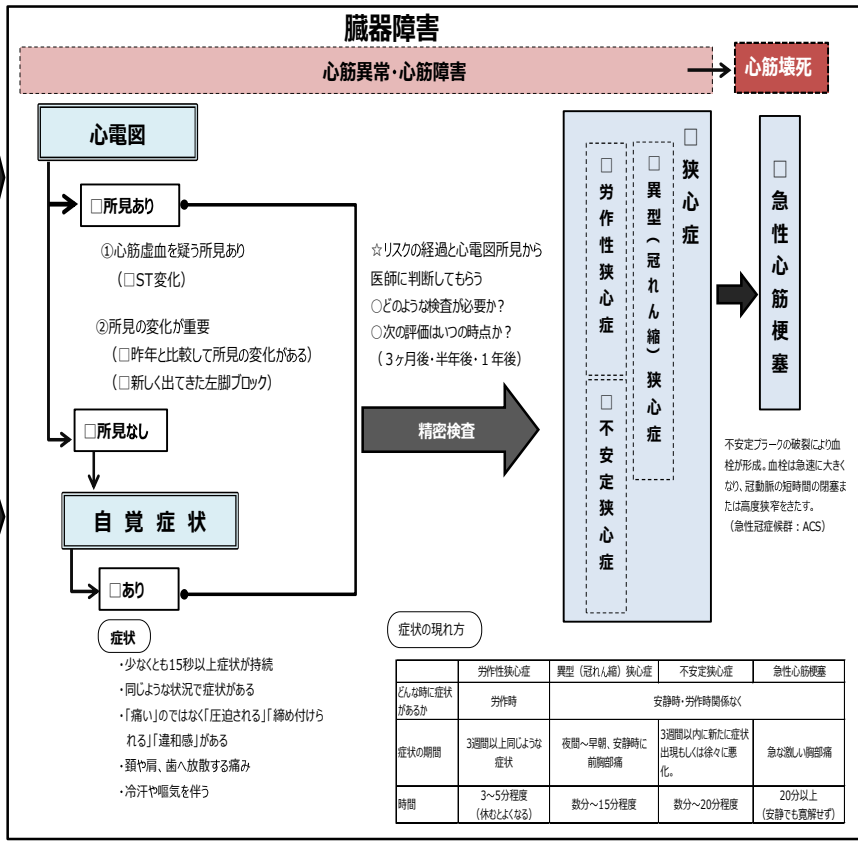
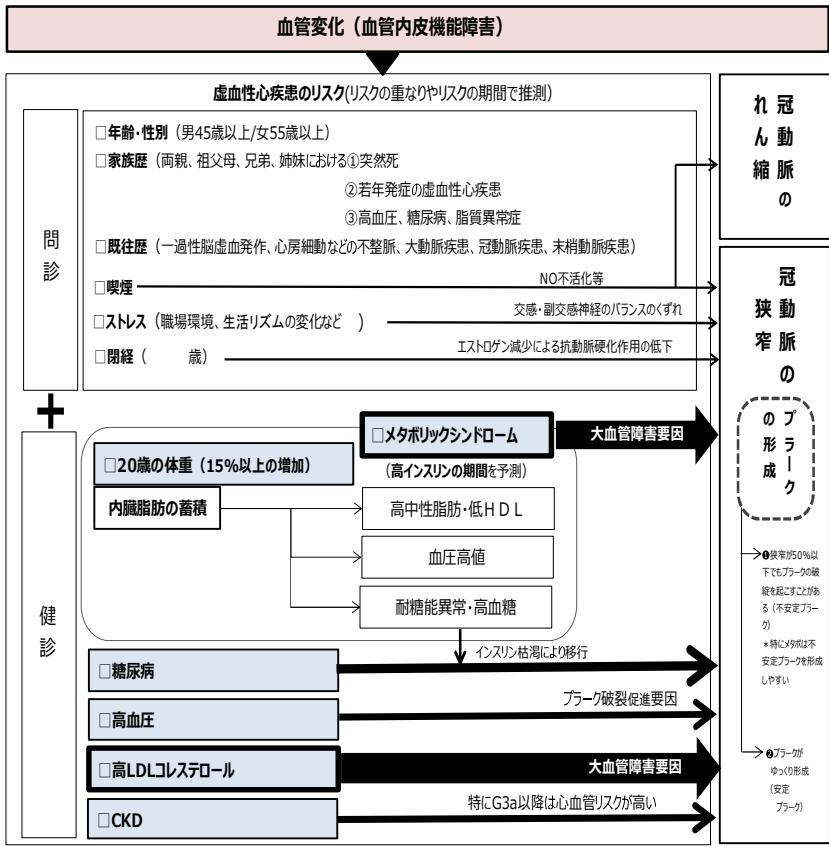
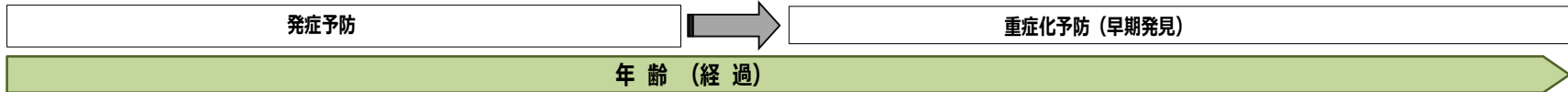
【参考資料3】

糖尿病管理台帳からの年次計画		平成	年度	担当者名：	担当地区：
	対象者把握	地区担当が実施すること			他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 (㉓+㉔) () 人				
	㉓ 健診未受診者 () 人	1. 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・連携医			
保健指導の優先付け	結果把握（内訳）				
	①国保（生保） 人				
	②後期高齢者 人				
	③他保険 人				
	④住基異動（死亡・転出） 人				
	⑤確認できず 人				
	①-1 未治療者（中断者含む） () 人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である。	2. 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 ----- 尿アルブミン検査の継続 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 栄養士中心			
	⑧結果把握				
	①HbA1cが悪化している 例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化 ※悪化の基準を医師会の先生方と決めておく必要がある。				
	②尿蛋白 (-) () 人 (±) () 人 (+) ~顕性腎症 () 人				
	③eGFRの変化 1年で25%以上低下 () 人 1年で5ml/分/1.72㎡以上低下 () 人	腎専門医			
	○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			
	○レセプトの確認 ・治療の確認 ・直近の治療の有無の確認	<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患—手術 ●人工透析 ●がん 			

【参考資料4】

様式0-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 天草市														
		項目	保険者						同規模保険者		データ元			
			平成28年度		平成29年度		平成30年度		平成28年度					
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者	被保険者数	26,338	人		人		人	4,516,485	人	KDB厚生労働省様式 様式3-2		
			(再掲)40才-74才	20,699	人		人		人		人			
2	①	特定健診	健診対象者数	18,733	人		人		人	3,159,350	人	保健指導支援ツール		
	②		健診受診者数	6,875	人		人		人	1,200,553	人			
	③		健診受診率	36.7	%		%		%	38.0	%			
3	①	特定保健指導	保健指導対象者数	790	人		人		人		人	H28年度特定健康診査・ 特定保健指導実施状況		
	②		実施率	39.6	%		%		%		%			
4	①	健診データ	糖尿病型	787	人	11.4	%		人	%	人	%	特定健診結果 保健 指導支援ツール	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	273	人	34.7	%		人	%	人	%		
	③		治療中(質問票 服薬有)	514	人	65.3	%		人	%	人	%		
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	169	人	32.9	%		人	%	人	%		
	⑤		血圧 130/80以上		人	%		人	%	人	%			
	⑥		肥満 BMI25.0以上		人	%		人	%	人	%			
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	345	人	%		人	%	人	%			
	⑧		糖尿病病期分類											
	⑨		尿蛋白	(-) 第1期	687	人	87.3	%		人	%	人		%
	⑩			(±) 第2期	48	人	6.1	%		人	%	人		%
	⑪			(+)以上 第3期	41	人	5.2	%		人	%	人		%
			eGFR(30未満) 第4期	11	人	1.4	%		人	%	人	%		
5	①	レセプト	糖尿病治療中	3,148	人	12	%		人	%	人	%	あなみツール②_2集 計ツール2017.7(DM 腎症(レセ×健診))	
	②		(再掲)40才-74才	3,101	人	15	%		人	%	人	%		
	③		健診未受診者		人	%		人	%	人	%			
	④		糖尿病性腎症	345	人	11	%		人	%	人	%		
	⑤		(再掲)40才-74才	340	人	11	%		人	%	人	%		
	⑥		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	52	人	1.7	%		人	%	人	%		
	⑦		(再掲)40才-74才	51	人	1.6	%		人	%	人	%		
	⑧		後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	80	人	2.1	%							
	⑨		新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症		人	%		人	%	人	%	人	%	
6	①	医療費	総医療費	a	98.79	億円		億円		億円	8093.99	億円	KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	②		生活習慣病総医療費	b	58.43	億円		億円		億円		億円		
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	59.1	%		%		%		%		
	④		生活習慣病 対象者一人 当たり	健診受診者	2,611	円		円		円	2,411	円		
	⑤			健診未受診者	32,678	円		円		円	34,890	円		
	⑥		糖尿病医療費	c	52,922	万円		万円		万円	8,139.82	万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	9.1	%		%		%	10.0	%		
	⑧				人	%		人	%	人	%	人		%
	⑨		入院外		人	%		人	%	人	%	人		%
	⑩		入院		人	%		人	%	人	%	人		%
	⑪		糖尿病入院外総医療費	14.46	億円		億円		億円		億円			
	⑫		1件当たり	41,861	円		円		円		円			
	⑬		糖尿病入院総医療費	9.96	億円		億円		億円		億円			
	⑭		1件当たり	477,438	円		円		円		円			
	⑮		在院日数	19	日		日		日		日			
⑯	慢性腎不全医療費													
⑰	透析有り	8.02	億円		億円		億円		771.33	億円				
⑱	透析なし	2,233	万円		万円		万円		49.52	億円				
7	①	介護	介護給付費	97.0	億円		億円		億円		億円	KDB市町村別データ		
	②		(再掲)2号認定者の有る割合											
	③		糖尿病		%		%		%		%			
			糖尿病合併症		%		%		%		%			
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	753	人		人		人	113,995	人	KDB地域の全体像の 把握CSV		
			糖尿病	16	人	2.1	%		人	%	2,153		人	1.9

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



血管変化をみる検査	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目
□ 血流依存性血管拡張反応 (FMD)	□ 頸動脈エコー検査	□ 頸動脈エコー検査	□ 負荷心電図	□ 心臓核医学検査 (心筋シンチグラフィ)
□ 反応性充血による指尖脈波 (RH-PAT : インドパット)	□ 微量アルブミン尿	□ ABI	□ ホルター心電図	□ 心臓カテーテル検査
□ 75 g 糖負荷試験、インスリン濃度検査	□ PWV (脈波伝播速度検査)		□ 心エコー	□ 冠動脈CT
				□ 心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る (東條美奈子著)

【参考資料5】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

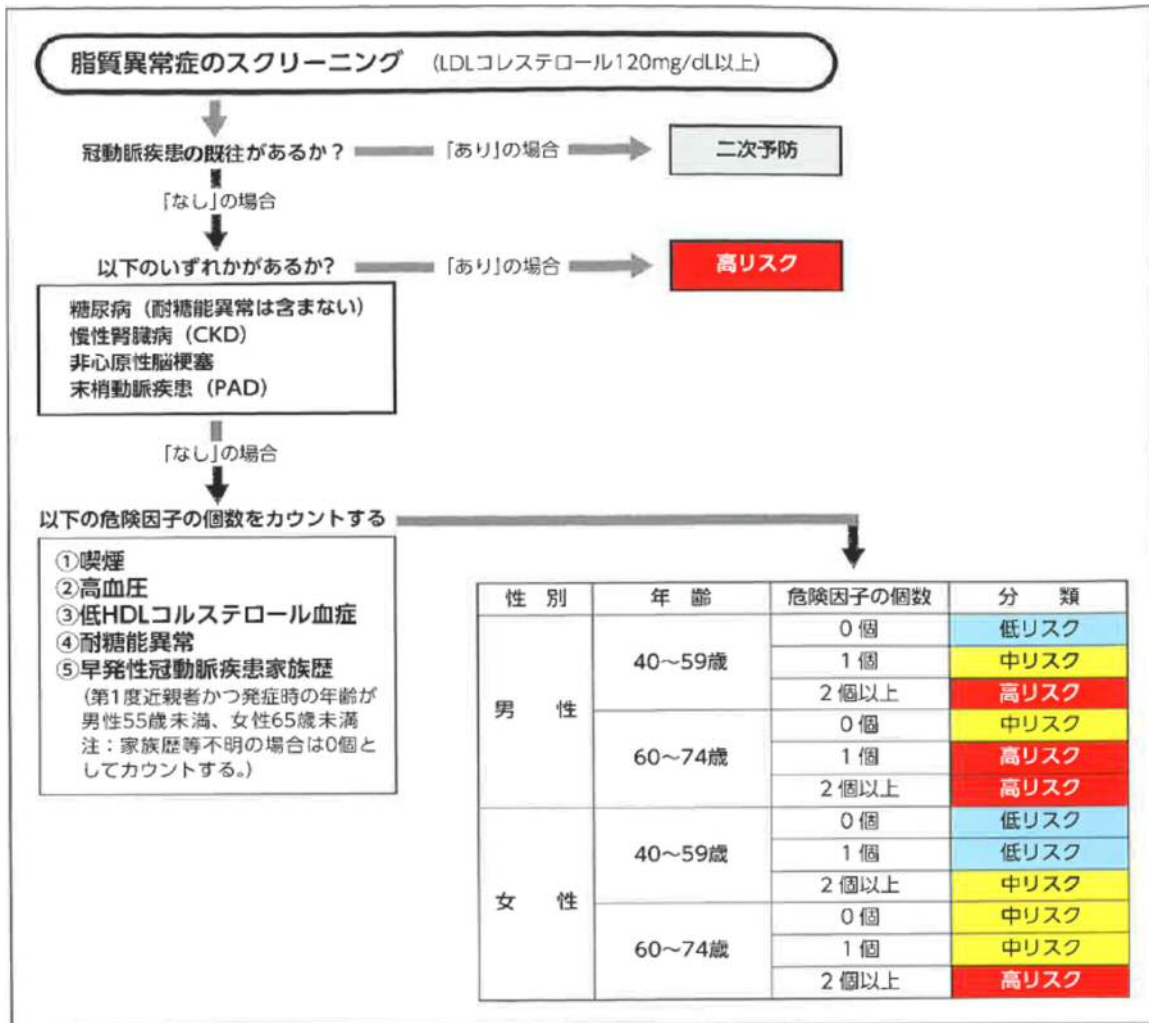


図 1-3 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のためのフローチャート (危険因子を用いた簡易版)

表 1-2 リスク区分別脂質管理目標値

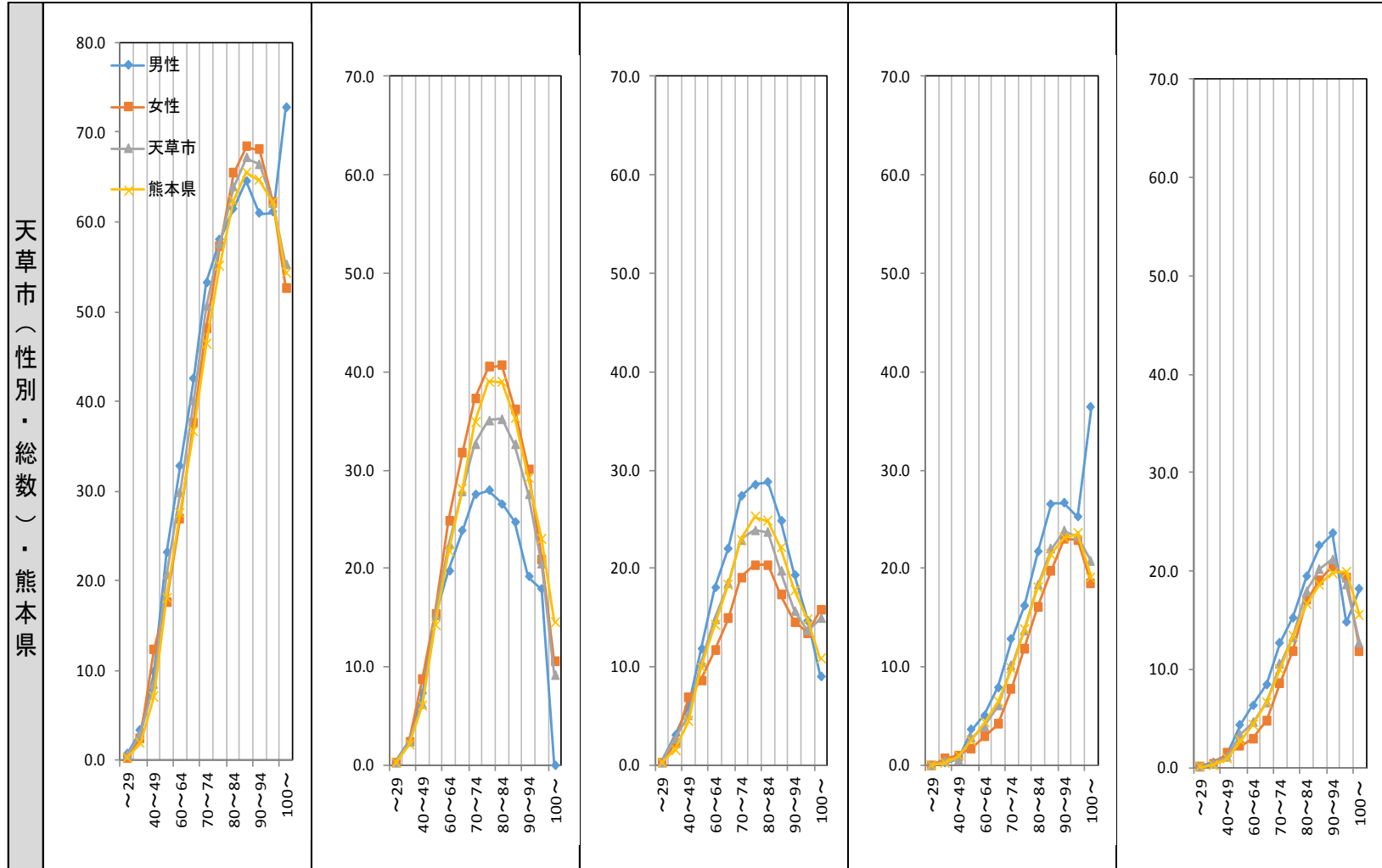
治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後 薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120	<150		
二次予防 生活習慣の是正とともに 薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往	<100 (<70)*	<130 (<100)*		

- * 家族性高コレステロール血症、急性冠症候群の時に考慮する。糖尿病でも他の高リスク病態 (表 1-3 b) を合併する時はこれに準ずる。
- 一次予防における管理目標達成の手段は非薬物療法が基本であるが、低リスクにおいてもLDL-Cが180mg/dL以上の場合は薬物治療を考慮するとともに、家族性高コレステロール血症の可能性を念頭においておくこと (第 5 章参照)。
- まずLDL-Cの管理目標値を達成し、その後non-HDL-Cの達成を目指す。
- これらの値はあくまでも到達努力目標値であり、一次予防 (低・中リスク) においてはLDL-C低下率20～30%、二次予防においてはLDL-C低下率50%以上も目標値となり得る。
- 高齢者 (75歳以上) については第 7 章を参照。

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成29年7月作成分)

高血圧症	脂質異常症	糖尿病	脳血管疾患	虚血性心疾患
------	-------	-----	-------	--------



【6 様算参考】

