

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

### 2. 特定健康診査及び特定保健指導の対象

特定健康診査は40～74歳の被保険者（石垣市国保）を対象に、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。

特定保健指導は内臓脂肪型肥満（腹囲基準値以上）に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を意識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することが出来るようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。

（「高齢者の医療の確保に関する法律」第18条第1項（特定健康診査等基本指針）の規定に基づく、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針より）

### 3. 目標値の設定

国は第3期特定健康診査等実施計画期間の全国目標について、第2期同様に特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%とする方針を固めるとともに、市町村国保の目標値をいずれも60%とした。これを受け、石垣市は第3期計画の最終年度である平成35年度の目標を特定健康診査受診率60%、特定保健指導実施率60%とし、段階的に各年度の目標を設定したうえでその目標の達成に向けた取り組みを強化していくこととする。

【図表 20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	55%	56%	57%	58%	59%	60%
特定保健指導実施率	53%	54%	55%	57%	59%	60%

#### 4. 対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	9,121人	9,039人	8,958人	8,877人	8,797人	8,718人
	受診者数	5,017人	5,062人	5,106人	5,149人	5,190人	5,231人
特定保健指導	対象者数	903人	911人	919人	927人	934人	942人
	実施者数	479人	501人	515人	528人	551人	565人

#### 5. 目標達成のための取り組み方針と具体策

##### (1) 特定健康診査

特定健康診査の対象である40歳から74歳のうち、最も受診率の低い40代50代の働き盛り世代を重点的に、関係機関と連携して取り組むことを方針とし、具体策は次のとおりとする。

##### ① 受診環境の提供・整備拡充

受診券一体型の保険証を継続して提供する。また集団健診において、がん検診と同時受診や土日の実施等、受診しやすい環境づくりに努める。

##### ② 受診率向上対策

不定期の受診については、リピーター率の向上を図るため過去の受診履歴内容などから分析を行い、効果的な受診勧奨を行う。

【図表 22】

#### 特定健診受診率の推移

	受診者数	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A(前年)	C	C/A	D	D/A
平成24年度	4,589	--	--	--	--	--	--
平成25年度	4,863	3,346	72.9%	1,517	31.2%	--	--
平成26年度	5,294	3,710	76.3%	1,176	22.2%	408	7.7%
平成27年度	5,184	3,863	73.0%	883	17.0%	438	8.4%
平成28年度	5,214	3,902	75.3%	731	14.0%	581	11.1%

\* 継続受診者は前年度と比較して算出

\* 新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

\* 不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

連続未受診については受けない理由を把握し、その解消に努める。

特に医療にもかかわらず会社での健診もないなど、重症化のリスクが高い被保険者に

は戸別訪問などにより継続した声かけを続ける。

また特定健診の対象となる40歳に新たに到達した被保険者には年度始めに健診受診案内を送付するなど、特定健診制度の周知を図る。

20代30代の若年層には健康診査実施など、特定健診の対象となる前の早い段階から自身の健康状態を把握し、生活習慣を見直すなど健康意識向上に取り組む。

③生活習慣病などで定期通院している被保険者からのデータ受領

県・国保連合会・特定健診実施医療機関と連携しながら事業実施を行う。同時に医療機関からの対象者への声かけも効果的であることから、継続して実施を依頼する。

④事業者健診データの受領

事業者健診対象者については、事業主または本人に健診結果票（写し）の提供に協力が得られるよう積極的に取り組む。

⑤人間ドック受診者への協力依頼

人間ドックを受診する方は特定健診と同一の検査項目について受診券が利用できることから、その周知に努める。また受診券を利用せずに人間ドックを受けた方には健診結果票（写し）の提供について協力依頼を積極的に行う。

⑥広報啓発活動

健診受診の必要性の周知や健康意識の向上を図るため、市ホームページや広報誌、地元FMラジオ等を活用して広く市民に情報提供を行う。

(2) 特定保健指導

①保健指導が利用しやすい環境づくり

ア 初回面接率の向上

集団健診を受診した方で保健指導対象者となった方へは後日、健診を受けた会場もしくは自宅等訪問で結果の手渡し・初回保健指導を実施する。

イ 対象者の都合に合わせた保健指導の実施

平日窓口、自宅等訪問、がん検診会場での待ち時間を利用した保健指導の実施。

②保健指導の充実に向けた資質向上および体制づくり

ア 健診結果を元に対象者に応じた保健指導を実施する。その際、代謝のメカニズムと健診結果、生活習慣（食事、運動、働き方等）が結びつけて理解できるよう支援する。出来るだけわかりやすい保健指導教材の選択と作成に努める。

イ 保健指導に対応する保健師や管理栄養士等、人員の確保に努めるとともに、対

応する職員の人材育成を図るため、各種研修会への参加や内部学習会、事例検討会の実施など質の高い保健指導の実施に努める。

## 6. 特定健診の実施

### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(石垣市健康福祉センター、地域の公民館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

### (2)特定健診委託基準

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

### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、石垣市のホームページに掲載する。

(参照) [http://www.city.ishigaki.okinawa.jp/home/shiminhokenbu/fukushicenter/pdf/tokutei/h29\\_iryokikan.pdf](http://www.city.ishigaki.okinawa.jp/home/shiminhokenbu/fukushicenter/pdf/tokutei/h29_iryokikan.pdf)

### (4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する（図表 23）。また、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換えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

【図表 23】

基本的な健診の項目	診察	質問（問診）		○
		計測	身長	○
			体重	○
			BMI	○
			腹囲	○
		理学的所見（身体診察）		○
	血圧		○	
	脂質	中性脂肪		○
		HDLコレステロール		○
		LDLコレステロール		■
		Non-HDLコレステロール		■
	肝機能	GOT		○
		GPT		○
		γ-GTP		○
	代謝系	空腹時血糖		■
		随時血糖		■
		尿糖		○
HbA1c		○		
腎機能	尿蛋白		○	
詳細な健診の項目	貧血検査	ヘマトクリット値		□
		血色素測定		□
		赤血球数		□
	心電図検査	12誘導心電図		□
	眼底検査	眼底検査		□
追加健診項目	尿潜血		○	
	尿酸		○	
	血清クレアチニン		○	
	eGFR		○	

※○…必須項目

※□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

※■…いずれかの項目の実施で可

#### (5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ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円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、毎年3月の国保被保険者証更新時に、特定健診受診券が一体となった被保険者証とともに、特定健診の案内(医療機関一覧表)を配布している。窓口や郵送で随時交付し、市ホームページや広報誌、地元FMラジオ等を活用するなど、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を実施する。

7. 特定保健指導の実施

特定保健指導については「高齢者の医療の確保に関する法律」第24条に基づいて、石垣市が直接実施する。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表24.25)

<特定保健指導対象者の選定基準>

【図表 24】

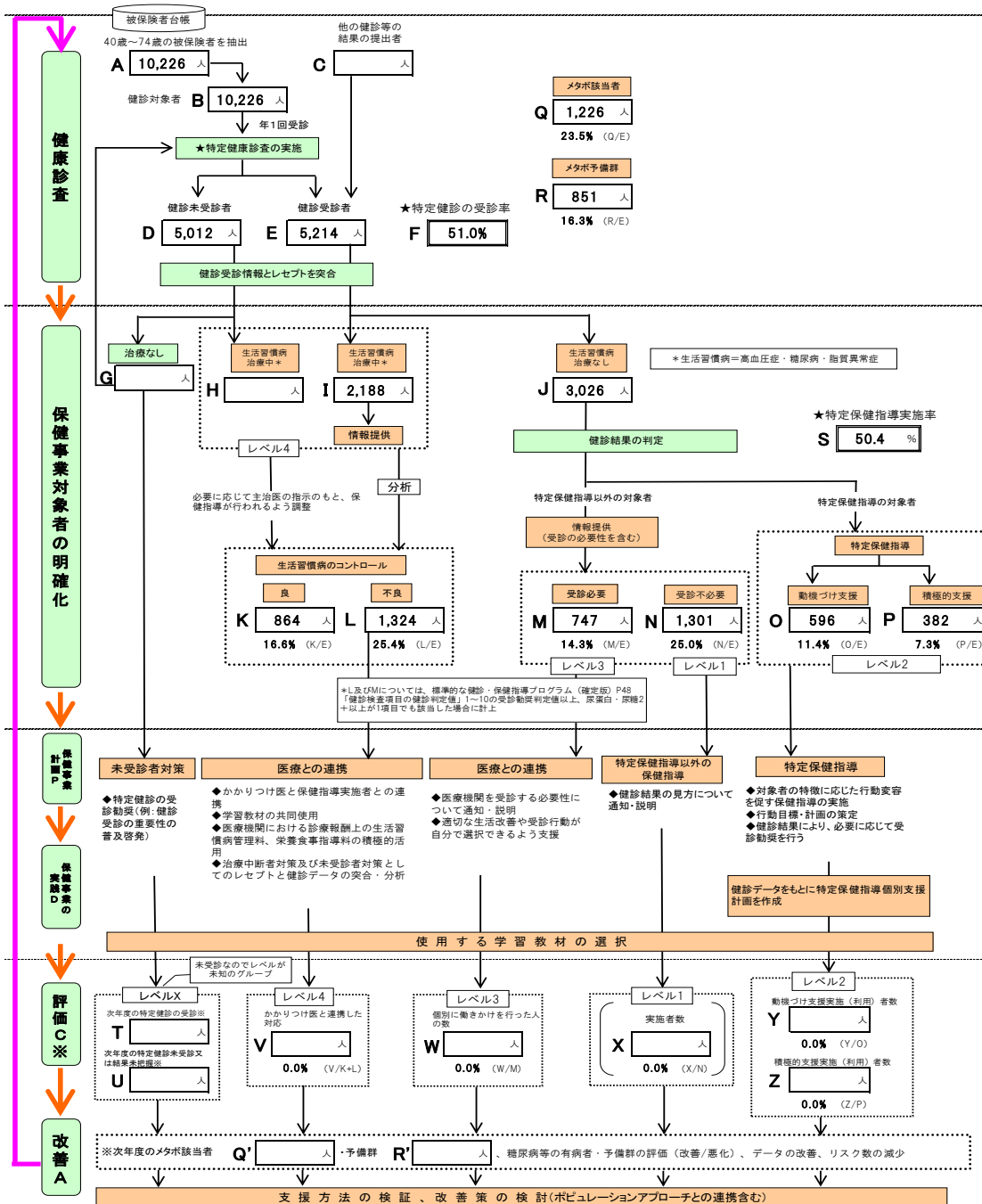
腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血圧②脂質③血糖		40～64歳	65～74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
			なし	
上記以外で BMI≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
			なし	
	1つ該当	/		

- ① 血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上
  - ② 脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上またはHDL コレステロール 40mg/dl 未満
  - ③ 血糖 空腹時血糖 100mg/dl 以上またはHbA1c (NGSP 値) 5.6%以上
  - ④ 質問表 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)
- ※糖尿病・脂質異常症・高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。

【図表 25】

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

様式6-10



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 26）

【図表 26】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	978 人 (18.7%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	747 人 (14.3%)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発)	5,012 人 ※受診率目標 達成までに あと 922 人	60%
4	L	情報提供 (生活習慣病の コントロール 不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	1,324 人 (25.4%)	%

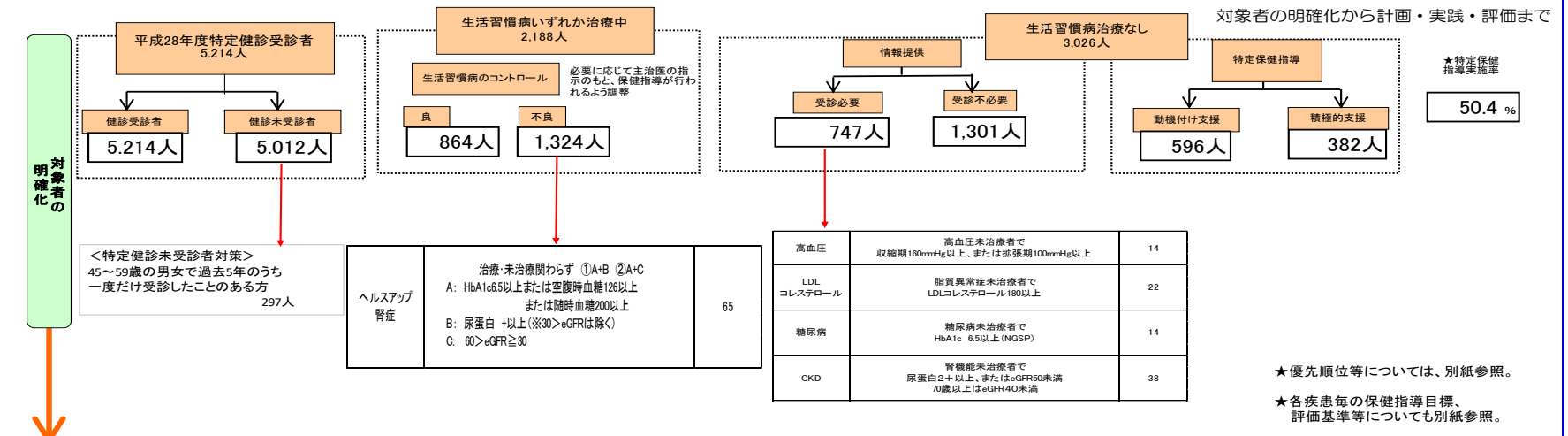
(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 27)

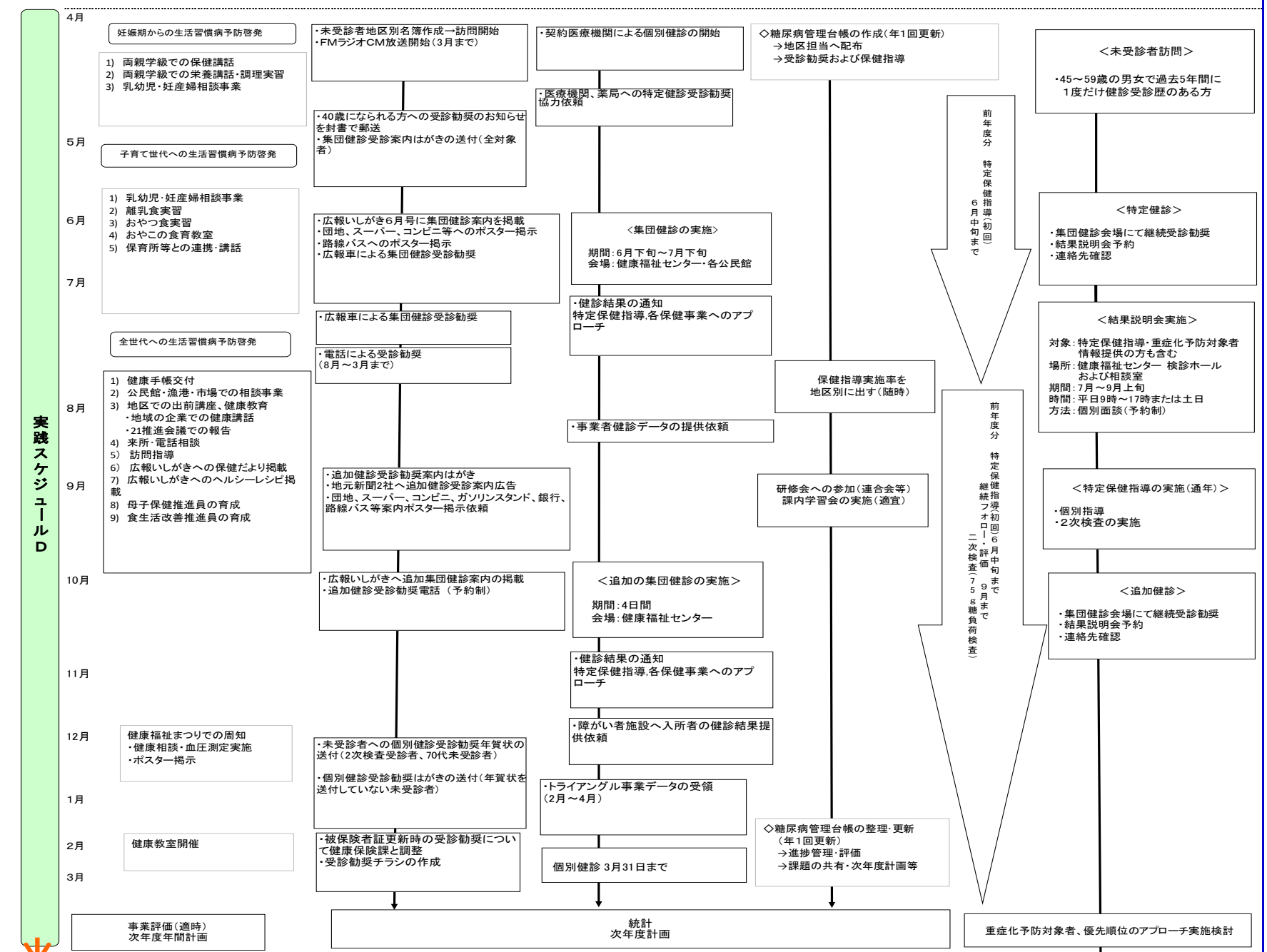


糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

【図表27】



対象者の明確化	①未受診者対策	②特定健診	③保健指導
<p>健康増進計画「健康いしがき21(第二次)」重点課題の啓発・推進</p> <p>平成29年度受診率 目標 60%</p> <p>国保担当課との共通理解を進める</p>	<p>生活習慣病のコントロール</p> <p>必要に応じて主治医の指示のもと、保健指導が行われるよう調整</p> <p>良 864人</p> <p>不良 1,324人</p>	<p>情報提供</p> <p>受診必要 747人</p> <p>受診不必要 1,301人</p>	<p>特定保健指導</p> <p>動機付け支援 596人</p> <p>積極的支援 382人</p> <p>★特定保健指導実施率 50.4%</p>



＜特定健診受診率＞							
	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
石垣市の目標	51.5%	58.3%	65.0%	47.6%	50.7%	53.8%	56.9%
石垣市の実績	38.8%	41.4%	45.5%	48.5%	52.1%	52.0%	53.2%
沖縄県市町村国保の実績	34.4%	35.8%	37.3%	37.1%	37.8%	38.7%	39.4%

＜特定保健指導実施率＞													
年度	受診者	全体				積極的支援				動機付け支援			
		該当者	該当率	実施者	実施率	該当者	該当率	実施者	実施率	該当者	該当率	実施者	実施率
平成24年度	4,377	874	20.0%	302	34.6%	388	8.9%	105	27.1%	486	11.1%	197	40.5%
平成25年度	4,665	897	19.2%	517	57.6%	386	8.3%	180	46.6%	511	11.0%	337	65.9%
平成26年度	5,028	995	19.8%	592	59.5%	439	8.7%	236	53.8%	556	11.1%	356	64.0%
平成27年度	4,950	915	18.5%	519	56.7%	387	7.8%	175	45.2%	528	10.7%	344	65.2%
平成28年度	4,978	933	18.7%	470	50.4%	361	7.3%	160	44.3%	572	11.5%	310	54.2%

## 8. 40歳未満の者に対する健康診査・保健指導

本市では特定健診として実施する対象者以外に、40歳未満の市民に対して、特定健診と同じ検査項目で「健康診査」および「保健指導」を実施する。

## 9. 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石垣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、特定健康診査等データ管理システムで行う。

## 10. 結果の報告

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

## 11. 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（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、石垣市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施に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とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・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。

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する。

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

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「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)及び沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、以下の視点でPDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表28に沿って実施する。

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

【図表 28】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては沖縄県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- 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
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数の把握を行う。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 29)

【図表 29】

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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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)で把握していく。石垣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/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

## 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把握を行った。(図表 30)

石垣市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 201 人(40%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 801 人(6.1%・H)中のうち、特定健診受診者が 301 人(37.6%・G)であったが、36 人(12%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 500 人(62.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 173 人中 33 人は治療中断であることが分かった。また、140 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

## ③ 介入方法と優先順位

図表 30 より石垣市における介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位①

#### 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・201 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・69 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位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)・・・265 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位③

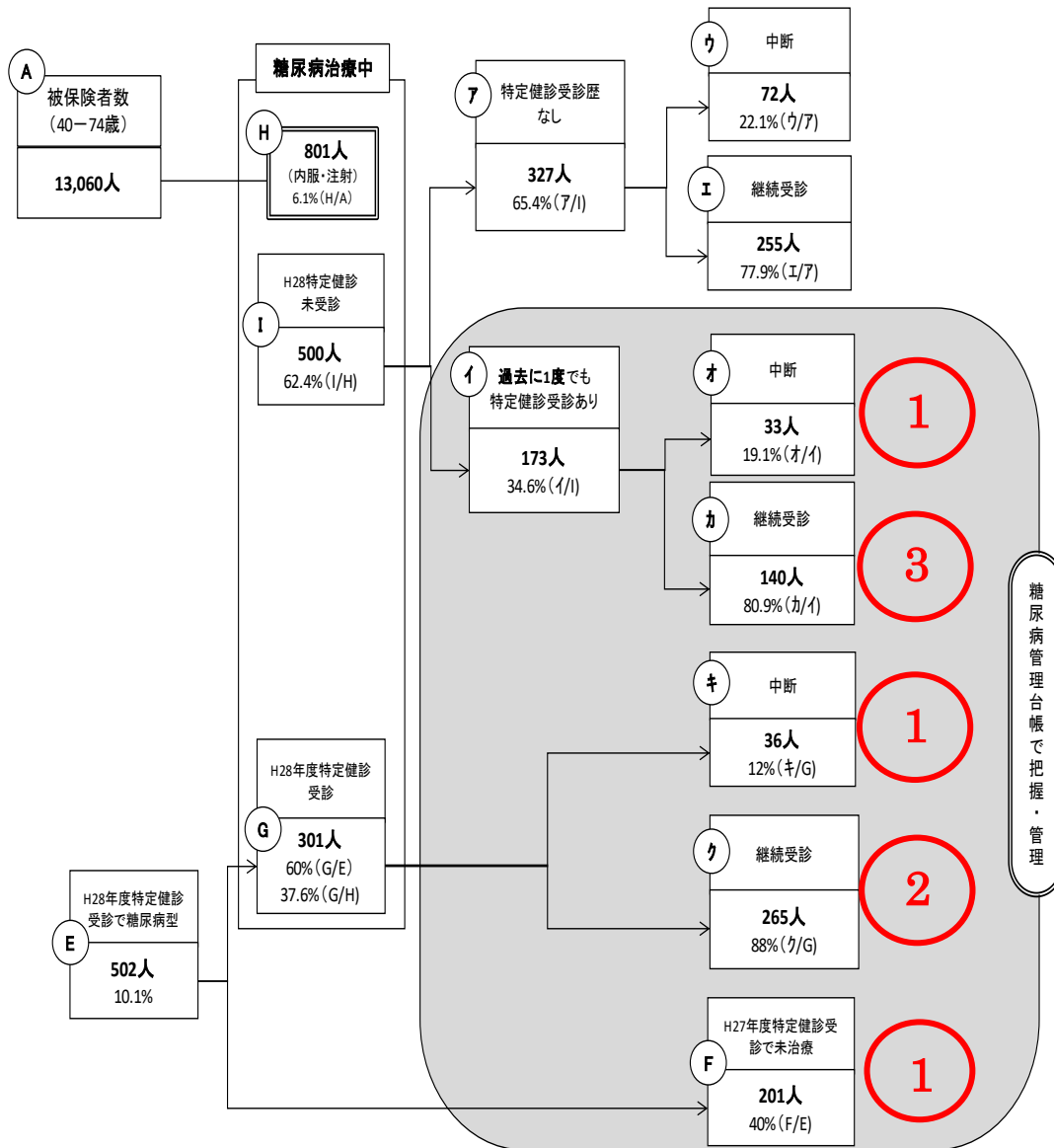
#### 【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・140 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 30】

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)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



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 4)及び年度計画表(参考資料 5)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。

\*HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\*HbA1c6.5%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 HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握(参考資料 5)

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……………36 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)
  - ・HbA1c7.0 以上で前年度より悪化している……………166 人
  - ・蛋白尿(±)以上……………189 人
  - ・eGFR 値の悪化
    - 1 年で 25%以上低下……………10 人
    - 1 年で 5ml/m<sup>2</sup>以上の低下……………117 人



## 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。石垣市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 31)

【図表 31】

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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">→</span> </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><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> </ol> <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"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>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～</li> </ol> <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> </ol> <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～ 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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアソリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

## (2) 2次検査を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次検査を活用し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予防を目指す。

## 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・治療中断者については医療機関への受診勧奨を行う。

### (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沖縄県版プログラムに準じていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 7) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>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する

台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)していく

3月 事業評価

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、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 7)

### 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虚血性心疾患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 8)

#### (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。石垣市において健診受診者 5,214 人のうち心電図検査実施者は 267 人(5.1%)であり、そのうち ST 所見があったのは 21 人であった(図表 32)。ST 所見あり 21 人中のうち 8 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 5 人は未受診であった(図表 33)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 13 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

石垣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及び予備群が多い。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、心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表32】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	5214	100	267	5.1	21	7.8	63	23.5	183	68.5

ST所見ありの医療機関受診状況 【図表33】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
21	100	8	38	3	37.5	5	62.5

## 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 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者、又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 34 に沿って対象者を抽出する。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。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握 【図表34】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	5214	21 0.40%	63 1.20%	183 3.50%	4947 94.87%
メタボ該当者	1226 23.5%	13 1.06%	34 2.77%	89 7.25%	1090 88.90%
メタボ予備群	851 16.3%	5 0.58%	9 1.05%	45 5.28%	792 93.06%
メタボなし	3137 60.2%	2 0.06%	21 0.66%	49 1.56%	3065 97.70%
LDL	140-159 8.7%	0 0.00%	1 0.22%	6 1.32%	445 98.45%
	160-179 3.3%	1 0.58%	2 1.17%	7 4.11%	160 94.11%
	180- 2.3%	1 0.81%	0 0.00%	1 0.81%	120 98.36%

【参考】

CKD	G3aA1~	1142	5	17	31	1089
		21.90%	0.43%	1.48%	2.71%	95.35%

## 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 35 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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 35】

### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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) 2次検査の実施

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る。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要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」「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」とあることから対象者へは2次検査において、これらを実施していく。

## (3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性

心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

#### 4) 医療との連携

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

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

#### 6) 評価

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

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

##### (1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ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

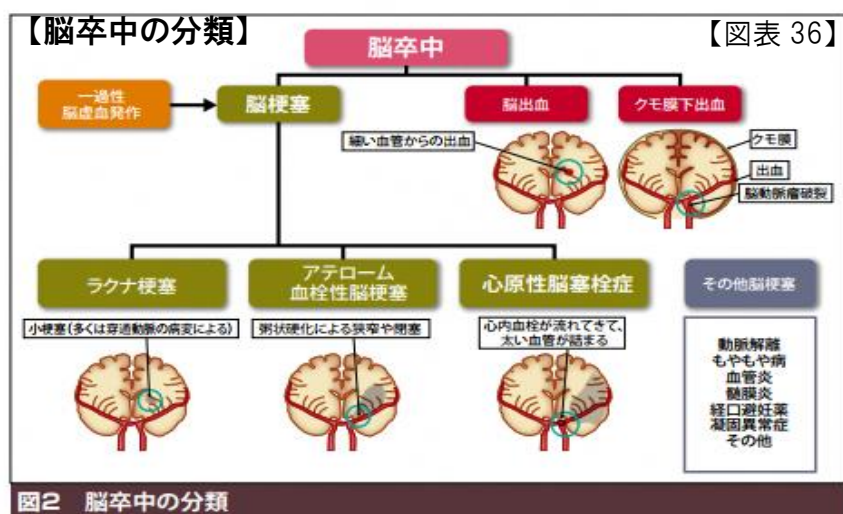
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載する  
台帳記載後は順次、対象者へ介入(通年)していく

### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、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 36、37)



(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 37】

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 38 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 38】

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BMDBM)		心房細動	メタリックシンドローム	慢性腎臓病(CDK)						
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)					
受診者数 5,214人		178人	3.4%	387人	7.4%	207人	4.0%	5人	0.1%	1226人	23.5%	178人	3.4%	268人	5.1%
治療なし		123人	3.6%	201人	4.4%	183人	4.2%	1人	0.0%	300人	9.9%	47人	1.6%	74人	2.5%
治療あり		55人	3.1%	186人	40.0%	24人	2.8%	4人	0.2%	926人	42.3%	131人	6.1%	194人	9.0%
臓器障害あり		17人	13.8%	34人	16.9%	24人	13.1%	1人	100.0%	43人	14.3%	47人	100.0%	74人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	14人		26人		20人		0人		30人		47人		74人	
	尿蛋白(2+)以上	6人		18人		9人		0人		17人		47人		6人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	3人		5人		5人		0人		4人		0人		2人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	7人		6人		6人		0人		12人		6人		74人	
	心電図所見あり	4人		8人		4人		1人		14人		1人		1人	

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178人(3.4%)であり、123人は未治療者であった。また未治療者のうち17人(13.8%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も55人(3.1%)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み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 39)

【図表 39】

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
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
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	3,419	1,499	868	534	395	104	19
		43.8%	25.4%	15.6%	11.6%	3.0%	0.6%
リスク第1層	589	397	105	47	36 <sup>④</sup>	4	0 <sup>①</sup>
	17.2%	26.5%	12.1%	8.8%	9.1%	3.8%	0.0%
リスク第2層	1,552	652	423	247	182 <sup>③</sup>	41	7
	45.4%	43.5%	48.7%	46.3%	46.1%	39.4%	36.8%
リスク第3層	1,278	450	340	240	177 <sup>②</sup>	59	12
	37.4%	30.0%	39.2%	44.9%	44.8%	56.7%	53.2%
再掲 重複あり	糖尿病	318	92	88	67	51	3
		24.9%	20.4%	25.9%	27.9%	28.8%	25.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	678	259	189	112	83	4
		53.1%	57.6%	55.6%	46.7%	46.9%	52.5%
	3個以上の危険因子	604	164	172	136	92	7
		47.3%	36.4%	50.6%	56.7%	52.0%	58.3%

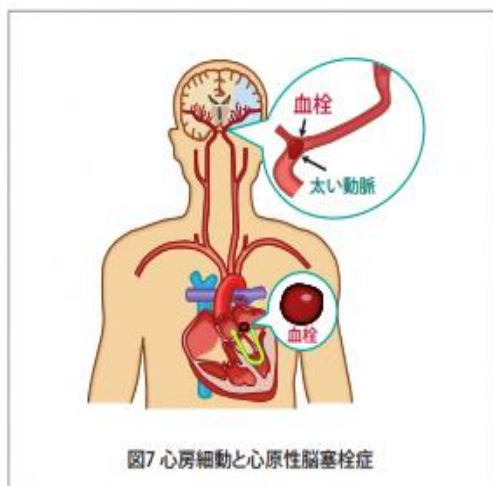
  

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
36	186	296
1.1%	5.4%	8.7%
36	4	0
100%	2.2%	0.0%
--	182	48
--	97.8%	16.2%
--	--	248
--	--	83.8%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 39 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。

### (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 40 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)

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表40】

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	171	96	5	2.9	2	2.0	—	—
40歳代	15	5	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	54	17	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	81	62	3	3.7	1	1.6	1.9	0.4
70～74歳	21	12	2	9.5	1	8.3	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

\* 日本循環器学会疫学調査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41】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
7	100	2	28.5	5	71.4

心電図検査において7人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代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7人のうち5人は既に治療が開始されていたが、2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が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

#### (2) 2次検査の実施

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、介入していく必要がある。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」「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」とあることから対象者へは2次検査において、これらを実施していく。

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 9)

#### ③ 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 10)

## 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医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ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

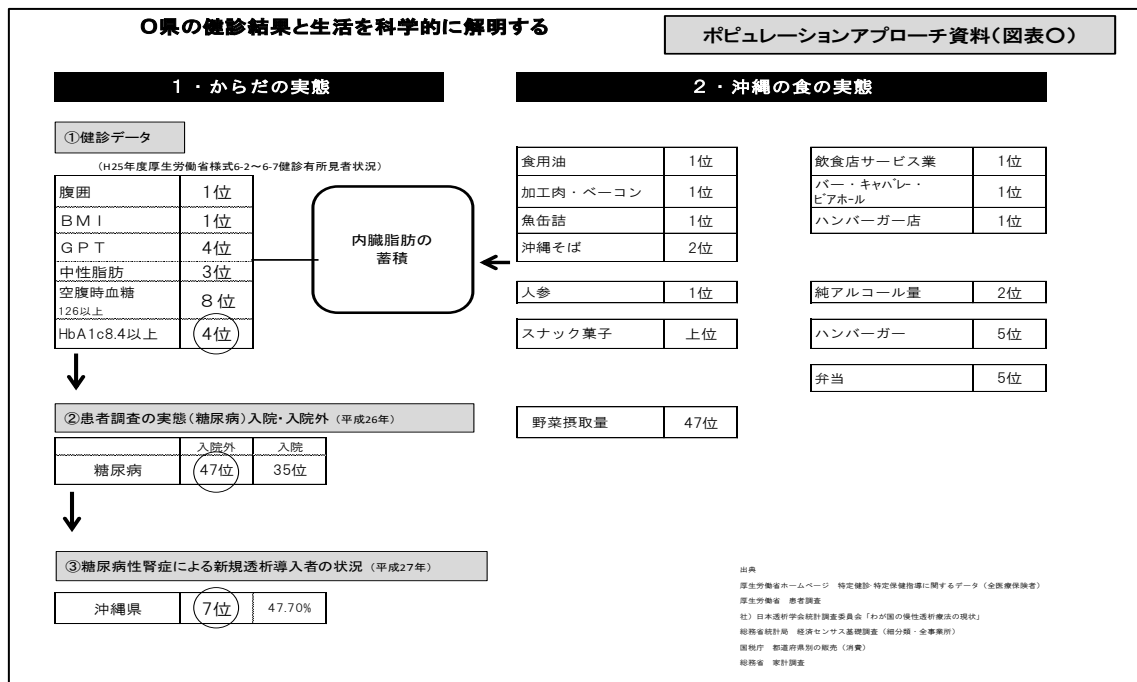
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、心房細動管理台帳および糖尿病管理台帳に記載する。台帳記載後は順次、対象者へ介入(通年)していく

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護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市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 42・43)

【図表 43】



# 保険者努力支援制度 石垣市

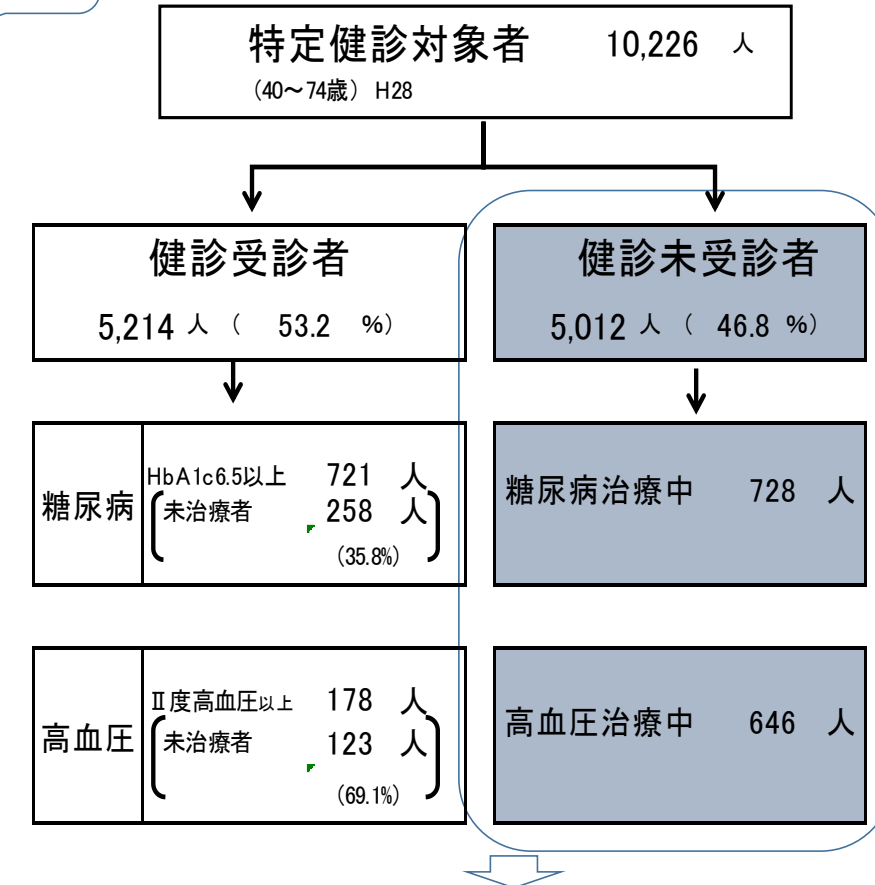
【図表42】

石垣市 人口 4.9万人  
(国保被保険者 1.7万人)

市 222点/345満点  
全国順位 530位/1741市町村  
県内順位 19位/41市町村

頂いたお金 880万円  
1点当たりのお金 4.9万円

評価指標	30年度	28年度前倒し分			
	満点	満点	石垣市	南城市	
H29、30年度					
共通①	特定健診受診率	50	20	15	10
	特定保健指導実施率	50	20	15	20
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0	0
共通③	糖尿病等重症化予防の取組	100			
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40	40	40
	・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	(25)			
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)			
	・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	20
	個人のインセンティブ提供	70			
	・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)	20	0	0
	・商工部局、商店街等との連携	(25)			
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10	10
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価	(35)			
	関係部署、県、医師会等と連携				
共通②	がん検診受診率	30	10	0	10
	歯周疾患(病)検診実施状況	25	10	0	0
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	0	0



**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

- 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。
- 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。
- 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。

## 社会保障費 (H28年度) 石垣市

国保医療費 40.8億円 KDB

予防可能な生活習慣病	金額	割合
糖尿病	2億円	9.20%
高血圧	1.4億円	6.80%
慢性腎臓病	3.7億円	17.50%
がん	4.9億円	22.90%
精神	2.4億円	11.40%

介護費 32.2億円 KDB

再掲	再掲	割合
2号認定者 (40~64歳)	心臓病	34.3%
有病状況	脳梗塞	28.5%
	糖尿病	17.3%

生活保護費 18.5億円

項目	割合	人数
保護率	23.8%	(1,172人)
医療扶助	94.0%	(13,474人)
再)人工透析者数		(17人)

死亡 沖縄県  
**65歳未満死亡率** (H27年度)  
 男性 1位 女性 1位  
 平均寿命 (H22年度)  
 30位 3位

H28 保険者努力支援フィードバック資料

都道府県の指標	内容	評価
①	市町村指標の都道府県単位評価 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	【200億円】 100
③	都道府県の取組状況 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	【150億円】 未定
②	医療費適正化のアウトカム評価 国保・年齢調整後1人当たり医療費	【150億円】 50

南城市 人口5万人

(H30年度~)  
**【保険者努力支援制度分】を減額し、【保険料率】を決定**  
 (国保加入者の保険料に影響)