

（６）慢性腎臓病（ＣＫＤ）の分析

【図表 3-21】ＣＫＤ重症度分類（一部抜粋）

eGFR			
CKDステージ1	G1	≥90	正常／高値
CKDステージ2	G2	60～89	正常または軽度低下
CKDステージ3a	G3a	45～59	軽度から中等度
CKDステージ3b	G3b	30～44	中等度から高度低下
CKDステージ4	G4	15～29	高度低下
CKDステージ5	G5	<15	末期腎不全

出典：『ＣＫＤ診療ガイド 2012』

慢性腎臓病（ＣＫＤ）は、尿蛋白と推定糸球体ろ過値で表される腎機能の障害が慢性的に３か月以上持続するものと定義されています。成人の８人に１人と有病率が高いことから、将来増加することが危惧されています。尿蛋白やクレアチニン検査によって早期発見が可能なので、ステージに応じて発症予防・重症化予防が可能です。

なお、クレアチニンは寝屋川市独自の項目です。市内取り扱い医療機関で受診した場合に検査しています。

平成28年度の健診受診者について、ＣＫＤの重症度分類と治療有無別に対象者数を確認しました。腎専門医の受診を勧める基準であるeGFR50未満（70歳以上は40未満）の該当者は全体で290人、うち「治療なし」は72人でした。未治療72人の内訳は、特定保健指導対象者20人と情報提供52人でした。情報提供対象者に対しても、重症化予防のための保健指導と医療受診勧奨が必要です。

【図表 3-22】eGFR有所見状況（平成28年度）

eGFR		3疾患 高血圧/糖尿病/脂質異常 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
		受診者		人数	割合	人数	割合	特定保健指導		情報提供	
		人数	割合					人数	割合	人数	割合
		15,165		7,624	50.3%	7,541	49.7%	1,722	22.8%	5,819	77.2%
再)110以上		388	2.6%	143	1.9%	245	3.2%	57	3.3%	188	3.2%
G1	90以上	2,522	16.6%	1,041	13.7%	1,481	19.6%	321	18.6%	1,160	19.9%
G2	60～90未満	10,447	68.9%	5,115	67.1%	5,332	70.7%	1,221	70.9%	4,111	70.6%
G3a	45～60未満	1,930	12.7%	1,245	16.3%	685	9.1%	166	9.6%	519	8.9%
G3b	30～45未満	229	1.5%	188	2.5%	41	0.5%	13	0.8%	28	0.5%
G4	15～30未満	26	0.2%	25	0.3%	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
G5	15未満	11	0.1%	10	0.1%	1	0.0%	1	0.1%	0	0.0%
再)50未満 70歳以上は40未満		290	1.9%	218	2.9%	72	1.0%	20	1.2%	52	0.9%

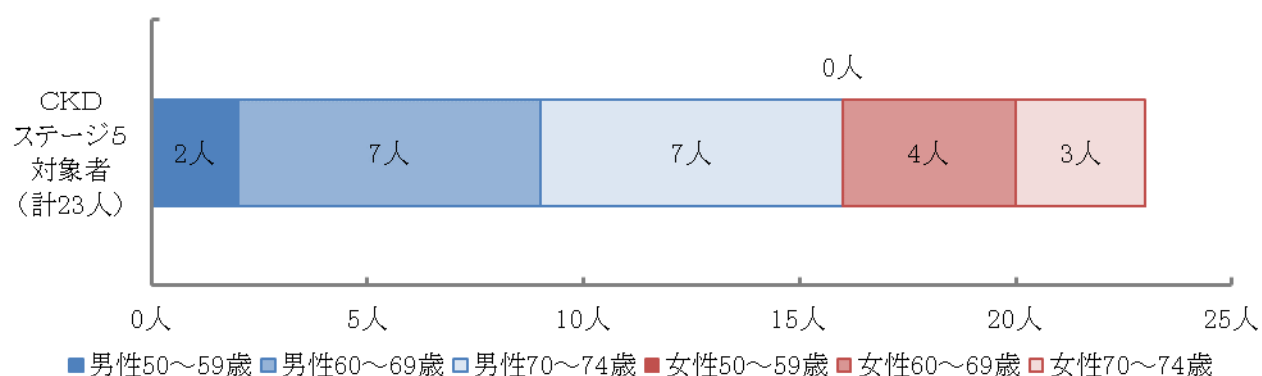
出典：寝屋川市特定健診データ（75歳除外数）

平成 26 年度から 28 年度の特定健診受診者のうち、CKD 重症度分類で最も低いステージ 5 該当者をみると、実人数で 23 人でした。男性のほうが多く、かつ該当者に 50 歳代が含まれます。

透析中の人は 16 人、透析導入に至っていない末期腎不全の人は 7 人でした。

透析に移行させないためには、個人に合った食事療法などの積極的な取組が重要です。

【図表 3-23】CKD ステージ 5 対象者（平成 26～28 年度）

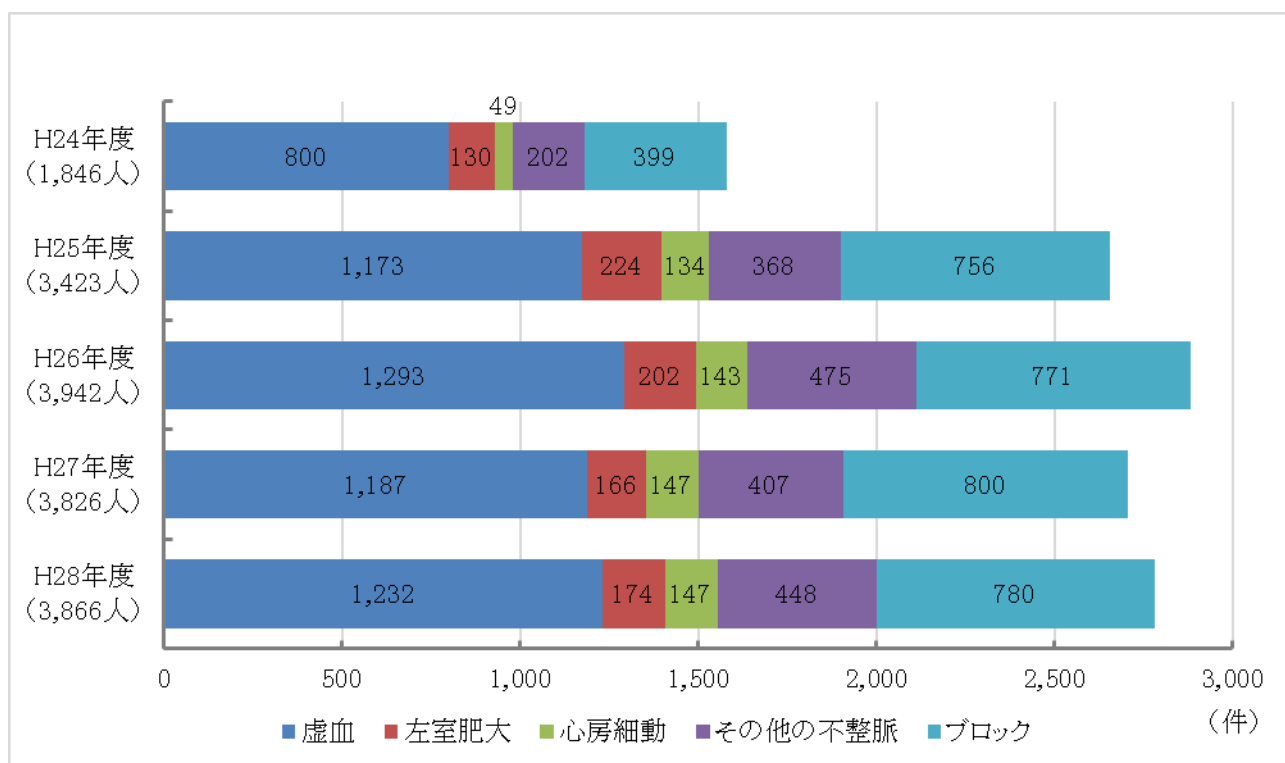


出典：寝屋川市特定健診データ

(7) 心電図の分析

心電図検査は、不整脈・虚血性変化を把握するため実施しており、重複した所見も踏まえて集計したものが、**図表 3-24** です。心筋虚血が疑われる所見が多く挙がっています。心原性脳塞栓症の原因と考えられる心房細動等もあり、健診で早期発見することが重症化予防につながります。

【図表 3-24】心電図有所見 内訳件数の推移（平成 24～28 年度）



対象者：前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び肥満のすべてについて次の基準に該当する者

(ア) 血糖 空腹時血糖値 100mg/dl 以上又はHbA1c 5.6%以上

(イ) 脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上又はHDLコレステロール 40mg/dl 未満

(ウ) 血圧 収縮期血圧 130mg/Hg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

なお、下記 (a) (b) (c) については除外。

- (a) 他の医療機関において行った最近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者
- (b) 高血圧、心臓病等の疾患により医療機関において管理されている者
- (c) 健康診査の結果から、直ちに受診する必要がある者

出典：寝屋川市特定健診データ

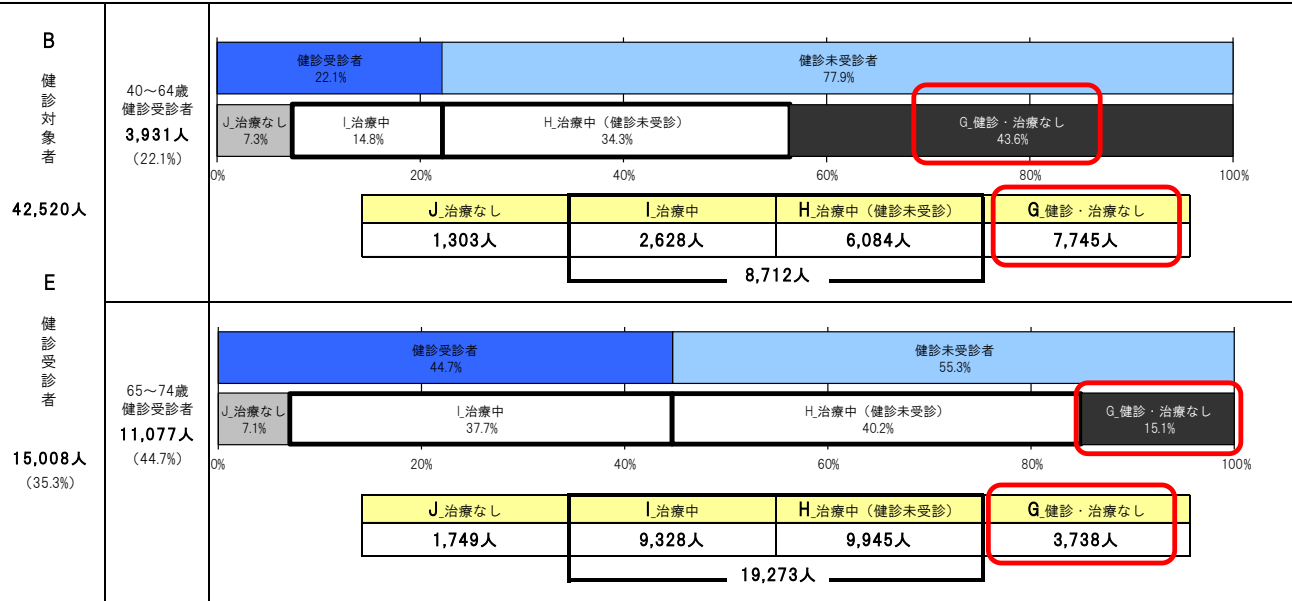
3 未受診者対策

健診と医療機関への受診状況をみると、11,483 人が健診にも医療機関へもかかっていませんでした。年齢階級別では、40～64 歳 7,745 人で 65～74 歳は 3,738 人でした（図表 3-25）。今後、若年層の未受診者に対して、積極的な受診勧奨を行う必要があります。

健診受診者と未受診者それぞれの生活習慣病治療費を、患者 1 人あたりで比較すると、健診受診者は 5,224 円、未受診者は 41,742 円と 36,518 円の差がありました（図表 3-26）。

健診を受けて健康状態を把握することが大切です。

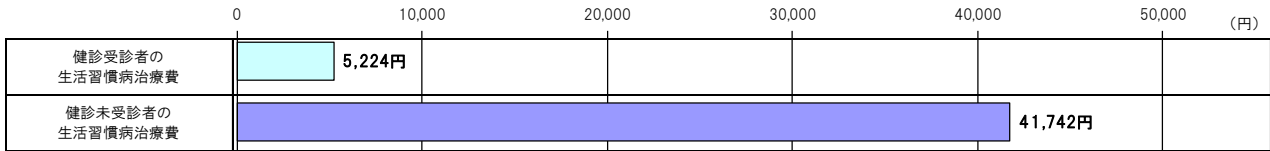
【図表 3-25】未受診者対策を考える（平成 28 年度）



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

出典：KDBシステム 様式 6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

【図表 3-26】特定健診の受診有無別 生活習慣病治療費（平成 28 年度）



出典：KDBシステム No.3 健診・医療・介護データからみる地域

4 第3期特定健診等実施計画における健康課題

- 1 内臓脂肪肥満が多く、血圧や血糖値の有所見率が高い
- 2 脳血管疾患や虚血性心疾患・糖尿病性腎症の重症化のハイリスク者数は、横ばいで推移している
- 3 健診受診率が低く、健診と医療機関に受診しておらず健康状態が把握できていない対象者が37.0%いる。特に若い世代は未受診者が多い
- 4 特定保健指導の実施率が低く、肥満を始めとする内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）が改善されていない
- 5 脳血管疾患や虚血性心疾患・糖尿病性腎症の重症化のハイリスク者には、特定保健指導に該当しない対象者がいる

健診データから、本市は血圧や血糖値の有所見率が高く、ハイリスク者およびメタボリックシンドローム該当者が多いことがわかりました。内臓脂肪型の肥満は、高血圧や脂質異常、高血糖等リスクが出現する前に改善を図ることが必要です。しかし、特定健診の受診率に伸び悩んでおり、特に40歳代の健診受診率が低く介入ができていない状態です。特定保健指導を受けた対象者のデータは改善していますが、保健指導の実施率も同様に伸び悩んでおり、全体として改善していません。

健診受診率および特定保健指導の実施率を上げることと、重症化予防の保健指導により一層取り組む必要があります。

5 特定保健指導実施計画（目標の設定）

【図表 3-27】被保険者見込み数（人）

	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
0～39歳	14,809	13,839	12,969	12,141	11,355	10,607	9,898
40～64歳	18,706	17,393	16,162	15,018	13,955	12,968	12,051
65～74歳	25,269	24,434	23,683	22,955	22,249	21,565	20,901
小計	43,975	41,827	39,845	37,973	36,204	34,533	32,952
合計	58,784	55,666	52,814	50,114	47,559	45,140	42,850

【図表 3-28】特定健診の目標実施率（％）と受診者見込み数（人）

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
対象者数	41,827	39,845	37,973	36,204	34,533	32,952
受診率	45%	48%	50%	53%	56%	60%
受診者数	18,822	19,126	18,987	19,188	19,338	19,771

【図表 3-29】特定保健指導の目標実施率（％）と利用者見込み数（人）

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
積極的支援	527	536	532	537	541	554
動機付け支援	1,713	1,740	1,728	1,746	1,760	1,799
対象者数	2,240	2,276	2,259	2,283	2,301	2,353
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
積極的支援	184	214	239	269	298	332
動機付け支援	599	696	777	873	968	1,080
受診者数	784	910	1,017	1,142	1,266	1,412

（１）特定健康診査の実施方法

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症・重症化を予防するための健診です。自覚症状がない市民に対し、一人でも多く受診してもらうことが大切です。

医師会では、健康管理のパートナーとして、「かかりつけ医」を持つことを推奨しており、普段から気軽に健康相談ができて身近な存在であるかかりつけ医での特定健診受診を推奨しています。また、平成 29 年度から開始した、がん検診と同時に受診できるセット検診（集団健診）は、生活習慣病だけではなくがんの早期発見にも寄与し、かつ効率的に実施できます。

○実施場所

個別健診：大阪府内の特定健診取扱い医療機関

集団健診：市立保健福祉センター

○実施項目

【図表 3-30】基本的な健診の項目

項 目	備 考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び 他覚症状の有無の 検査	理学的検査（身体診察）
身長・体重 及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI 20 未満の人、もしくはBMI 22 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した人）に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略可。腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可。
BMI の測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
血圧の測定	
肝機能検査	AST (GOT) ・ ALT (GPT) ・ γ -GT (γ -GPT)
血中脂質検査	中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール 中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖またはヘモグロビン A1c (HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖※ ※やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c (NGSP 値) を測定しない場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

【図表 3-31】 詳細な検査項目（医師の判断による追加項目：告示で規定）

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査 （ヘマトクリット値、 血色素量及び赤血球 数の測定）	貧血の既往歴を有する人または視診等で貧血が疑われる人				
心電図検査 （12誘導心電図）	当該年度の特健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上もしくは収縮期血圧90mmHgまたは問診等で不整脈が疑われる人				
眼底検査	当該年度の特健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した人 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、H b A 1 c (NGSP 値) 6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する人を含む。	血圧	収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、H b A 1 c (NGSP 値) 6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、H b A 1 c (NGSP 値) 6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査（e-GFR による腎機能の評価を含む）	当該年度の特健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した人 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、H b A 1 c (NGSP 値) 5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl 以上</td></tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、H b A 1 c (NGSP 値) 5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、H b A 1 c (NGSP 値) 5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl 以上				

【図表 3-32】 寝屋川市内の取扱い医療機関で受診した場合に実施

項 目	備 考
腎機能検査	血清クレアチニン・e-GFR・血清尿酸
心電図検査 （12誘導心電図）	

○実施時期

6月～3月

○委託先

個別健診：社団法人 大阪府医師会・寝屋川市医師会

契約に際しては寝屋川市独自の健診項目を除き大阪府医師会との集合契約となるため、大阪府内の取扱い医療機関での健診受診が可能である。

集団健診：結核予防会 大阪病院（平成29年現在）

がん検診の随意契約に伴い、がん検診との同時実施が可能である。

○委託基準

特定健康診査受診率向上を図るため、被保険者の利便性を考慮しつつ健診の質の確保を維持するために、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を遵守する。

○周知や案内の方法

周知：市ホームページで公表するほか、啓発ポスターの設置・広報誌等に掲載する。

案内方法：特定健康診査受診券、案内、がん検診申し込みはがき等を同封して、被保険者に個々に郵送する。

○事業者健診等の受領方法

事業者健診提出の申し出があった市民に対して提出用封筒と問診票を送付し、健診結果写しの提出を依頼する。

人間ドック受診者に対しては、保険事業室に受診費用の助成申請に来た際に、健診結果の提出同意が得られた場合のみ、目的外利用申請を行い、データを受領する。

○結果判定と通知

健診の結果は共通のデータ基準により判定し、寝屋川市健康推進室より本人に郵送する。また、受診者全員に健診結果の見方や疾患のリスク等わかりやすく説明した情報提供を行い、生活習慣の改善につなげる。

（２）特定保健指導の実施方法

特定健診の結果、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常などのメタボリックシンドローム予備群及び該当者に対して、生活習慣の改善を支援するための特定保健指導を保健師・管理栄養士等により行います。内臓脂肪からの体の変化について理解してもらえるよう、具体的にイメージできる媒体（スライド・資料）を使用します。特に、食事・運動等の生活習慣改善・継続につなげるため、特定保健指導参加者の個別性に応じた支援を行い、より効果的な保健指導を実施します。また、生活習慣病の発症や重症化予防につなげるため、保健指導の利用を促す取組も併せて行います。

○実施場所

市立保健福祉センター、各コミュニティセンター、東障害福祉センター

○実施時期

通年

○周知や案内の方法

面接日時を指定した案内（特定保健指導利用券）を結果通知に同封して郵送する。また、面接日時の約１週間前に電話勧奨を実施する。

○外部委託の方法

特定保健指導については、保険者が自ら実施するとともに、特定保健指導の対象者増加を勘案し、必要に応じて一部外部委託する。

○委託基準

保健指導の質の確保を維持するために、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（省令）を遵守する。

○特定保健指導の対象者

特定健診の結果、腹囲が男性 85cm 以上・女性 90cm 以上の人または、腹囲が男性 85cm 未満・女性 90cm 未満の人でBMI が 25 以上の人のうち、次の①～③のいずれかに該当する人（糖尿病・高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は除く）を対象とする。

- ① 血糖（空腹時血糖 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖が 100mg/dl 以上

空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を用いて、階層化を行う。やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食 10 時間以上、食直後とは食事開始時から 3.5 時間未満とする。

- 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 血圧（収縮期 130mmHg 以上または、拡張期 85mmHg 以上）

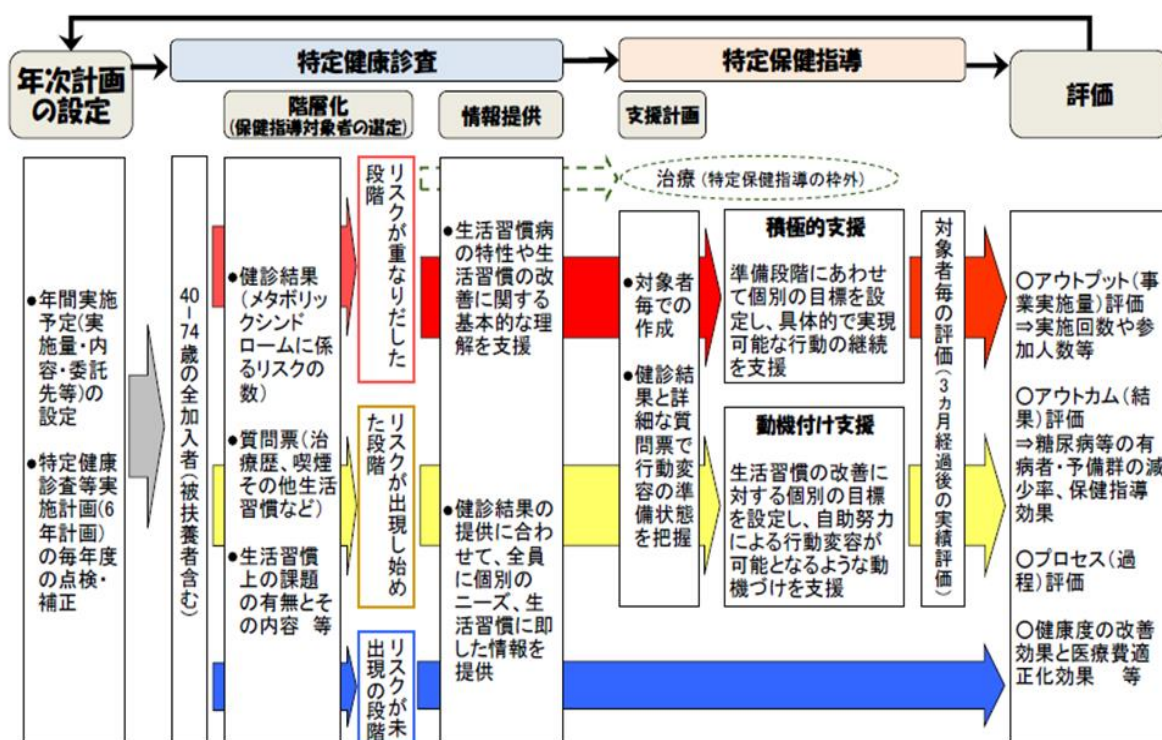
次の図表にあるように、追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なります。

【図表 3-33】 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64歳	65～74歳
$\geq$ 男性85cm $\geq$ 女性90cm	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 $\geq$ 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			

（注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

【図表 3-34】 医療保険者における特定健診・特定保健指導の実施の流れ



出典：厚生労働局保険局「特定健康診査等実施計画（案）」第3版 図表3

（３）特定保健指導の対象者の抽出（重点化）の方法

特定保健指導の効果的な実施のために、保健指導の優先基準項目を参酌した優先順位をつけて、特に必要性の高い対象者を抽出する。優先基準は以下のようになります。

【図表 3-35】保健指導の優先基準項目

＜標準的な健診・保健指導プログラム 第３編 第２章＞

２－３

（３）特定保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータを分析し、介入できる対象を選定して優先順位をつける。たとえば、特定保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、以下の方法が考えられる。

○年齢が比較的若い対象者

○健診結果に基づく保健指導レベルが動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者

○第２編第２章別紙●標準的な質問票（８～２０番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者

○これまでに、積極的支援及び動機付け支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

（４）実施に関する毎年度の年間スケジュール

【図表 3-36】年間計画

	特定健康診査 特定保健指導 重症化予防	予算 決算等	その他
4 月	○健診結果通知（月次処理） ○教室案内通知（月次処理） ○受診勧奨ポスター準備 ○受診券発送準備 ○セット検診（集団）受付開始		○医師会委託契約 ○委託料支払（月次処理） ○手数料支払（月次処理）
5 月	○ケース検討会開催 ○受診券発送	○国庫負担金申請	○重症化予防事業イベント 講師依頼
6 月	○特定健診（個別）開始 セット検診（集団）開始	○6 月議会 ○国庫・府費実績報告	
7 月	○受診券再発行（随時）		
8 月	○特定保健指導開始	○国民健康保険 運営協議会	○未受診者対策準備
9 月	○ケース検討会開催	○9 月議会	
10 月		○決算委員会 ○府費申請	
11 月	○受診勧奨事業開始 （電話・はがき）	○予算編成	
12 月	○イベントポスター準備	○12 月議会	
1 月	○重症化予防イベント準備	○国民健康保険 運営協議会	
2 月	○ケース検討会開催	○国民健康保険 運営協議会	
3 月	○健診終了 ○事業起案準備（委託等）	○3 月議会	○重症化予防事業イベント

【図表 3-37】 月次計画

初旬	10 日	市医師会より追加項目受理し、修正をかけ連合会と同じデータ作成
	10 日	国保連合会より特定健診費用決済情報を受理、データを突合
	12 日	健診（追加、二次検査含む）支払処理
中旬	20 日	受診券情報を国保連合会にアップロード
下旬	25 日	国保連合会より結果データ取り込みご発送
	25 日	結果通知後対象者を選定し、案内状（利用券を同封）を送付
	月末	セット検診支払処理
	月末	保健指導（講師依頼）支払処理

6 計画の評価方法

(1) 特定健診・特定保健指導の実施率

目標の達成状況のような定量的な評価については、標準的・統一的な手法にて性格に実施することが重要です。また、可能な限り評価に要する作業負荷が大きくなならないよう、簡素で正確な評価が行えることが望ましいです。

以上を踏まえ、国への実績報告を評価に活用することが、適当であると考えられます。

・特定健康診査の実施率

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$\frac{\text{特定健康診査受診者数}}{\text{特定健康診査対象者数}}$
条 件	○特定健康診査対象者数は、特定健康診査の対象者（特定健康診査の実施年度中に 40 歳以上 74 歳以下に達する、実施年度の 4 月 1 日時点での加入者）から次に掲げる者を除いた者 (1) 特定健康診査の実施年度途中における加入及び脱退等の異動者（ただし、年度末の 3 月 31 日付けで脱退した者は除外しないものとする） (2) 特定健康診査の除外対象となる者（平成 20 年厚生労働省告示第 3 号）に規定する各号のいずれかに該当する者（妊産婦、長期入院患者等）と保険者が確認できたもの ○特定健康診査受診者数は、上記特定健康診査対象者数のうち、当該年度中に実施した特定健康診査の受診者（他の健康診断を受診した者の当該健康診断に関する記録の写しを保険者において保管している場合も含む）

・特定保健指導の実施率

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$\frac{\text{当該年度の動機付け支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了}^{*1}\text{者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機付け支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}^{*2}}$
条 件	○階層化により積極的支援の対象とされた者が、動機付け支援レベルの特定保健指導を利用した場合、動機付け支援終了者数には含めない。 ○途中終了（脱落・資格喪失等）者は、分母には含め、分子からは除外。 ○年度末（あるいは翌年 4－5 月）に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時まで完了している者は分子に参入。実績報告時に実施中だが未完了の場合は、次年度実績とするため、分母からは除外せず、分子からは除外（除外した分子は、その後完了した場合は次年度の実績における分子に参入）。

* 1：省令・告示等で規定された要件を全て実施し終えた者のみならず、完了時の実績評価が、様々な手法（電話、手紙等）による度重なる呼びかけ等にもかかわらず、利用者からの返答がないために実施できず、呼びかけ等の回数のみを記録して打ち切った場合についても、完了したものとして終了者数に

含める。詳細は「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について（平成 20 年 7 月 10 日 保発第 0710003 号）」を参照のこと

- * 2 : 保健指導判定値以上の者は保健指導対象者であることから、保健指導判定値を上回る受診勧奨判定値以上の者も保健指導対象者に含まれる（「円滑な実施に向けた手引き」1-3-2①の脚注 2 を参照）ことに注意。

（２）メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

医療保険者全体の減少率については、平成 20 年度実施分の健診結果データによる国への実績報告ファイルと、平成 35 年度実施分の国への実績報告ファイルとを比較し、両ファイルにおける保健指導対象者の割合等を用いて 16 年間の減少率を算出します。

なお、各保険者における特定健康診査対象者の母集団が毎年度大きく変動する場合には、特定保健指導等の効果が集団全体の減少率に、的確に反映されないことに留意が必要です。

集団全体の減少率の評価方法

集団の減少率を評価する際に、基本となるのは以下のような方法となる。

式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 (特定保健指導対象者数)}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 (特定保健指導対象者数)}}$
条 件	○計画における目標値の評価に当たっては、基準年度は平成 20 年度となる。毎年度、減少率を算出するに当たっては、前年／前々年となる。 ○各年度の実数をそのまま用いると健診実施率の高低による影響を受けるため、該当者及び予備群の数（特定保健指導対象者数）は、健診受診者に占める該当者及び予備群の者（特定保健指導対象者）の割合を特定健康診査対象者数に乗じて算出したものとする。 ○乗じる特定健康診査対象者数に占める該当者及び予備群者の数（特定保健指導対象者数）の算出については、以下の方法が考えられる。 ①全国平均の性・年齢構成の集団*に、各医療保険者の性・年齢階層（5 歳階級）別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）が含まれる割合（率）を乗じる。 被保険者の年齢構成の変化（高齢化の効果）の影響を少なくするため、年齢補正を行う方法である。また、全国統一の指標を用いるため、保険者間での比較が可能となる。 ②当該年度の各医療保険者の性・年齢構成の集団に、基準年度及び当該年度の各保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導対象者）が含まれる割合（率）を乗じる。

＊：医療費適正化基本方針（平成 28 年厚生労働省告示第 128 号）第一の二の 1 の（三）では、各都道府県の医療費適正化計画におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の算出方法として、「各都道府県における、平成 20 年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成 20 年度の年齢階層別（5 歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 36 年 1 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。以下同じ。）から平成 35 年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数（平成 35 年度の年齢階層別（5 歳階級）及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 36 年 1 月 1 日現在での住民基本台帳人口（年齢階層別（5 歳階級）及び性別）で乗じた数をいう。）を減じた数を、平成 20 年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数で除して算出することが考えられる。」としている。

7 実施計画の公表・周知

計画の公表は、市ホームページで公表するほか、広報誌等に掲載して広く市民に周知し、計画の内容に変更が生じた場合は、これを公表します。

啓発ポスターの設置をするほか、被保険者に案内ガイドを郵送します。また、関係機関や関係団体にも協力を得て普及啓発を図ります。

8 事業運営上の留意事項

(1) 各種健（検）診等との連携

特定健診の実施にあたっては、健康増進法に基づき実施する健（検）診等と可能な限り連携して実施します。

(2) 関係機関等との連携

特定健診・特定保健指導は、被保険者のうち 40 歳から 74 歳までの方が対象です。しかし、生活習慣病を予防するためには、40 歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクを周知し、日々の生活を見直していくことが重要です。そのためには、関係部署が実施する保健事業とも連携しながら、生活習慣病の予防を推進していく必要があります。

9 個人情報保護に関する事項

(1) 記録の保存方法等

国の通知「電磁的方法により作成された特定健診及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成 20 年 3 月 28 日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健診等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健診等データ管理システムへのデータ登録を行うこととします。

(2) 管理ルールの制定

特定健診等の実施にあたり、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）並びに寝屋川市個人情報保護条例を周知徹底するとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行い、保存期間については、原則 5 年間とします。

(3) 支払基金への報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成 20 年厚生労働省告示第 380 号）及び通知で定められています。

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 日までに報告します。

第4章 本市の重症化予防事業

1 基本的な考え方

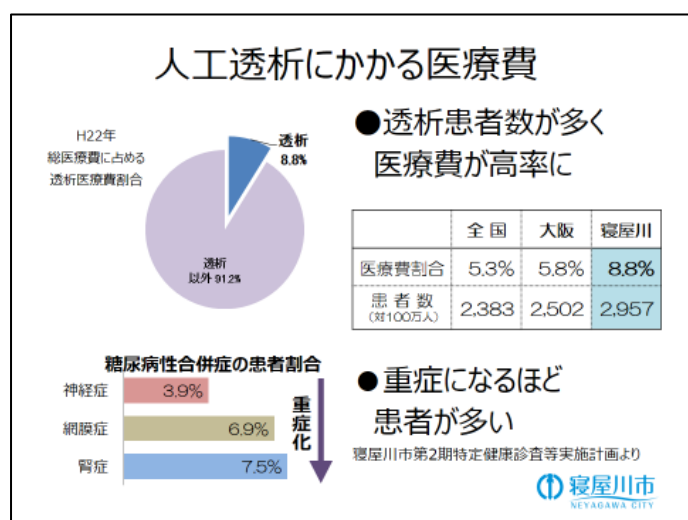
糖尿病・高血圧・脂質異常症などの生活習慣病は自覚症状がないため、気づかないうちに進行します。また、重症化すると脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病等の合併症を引き起こし、生活の質（QOL）を低下させます。これらの疾患を予防し、健康格差を縮小することは、健康寿命の延伸を図り、ひいては医療費の適正化につながることができると考えます。

被保険者の生活習慣病の発症予防・重症化予防を行うために、高血糖・高血圧・腎機能低下者に対して、健診結果に基づいた具体的な情報提供を行い、意欲的に生活習慣改善に取り組んでもらえる効果的な事業を推進していきます。

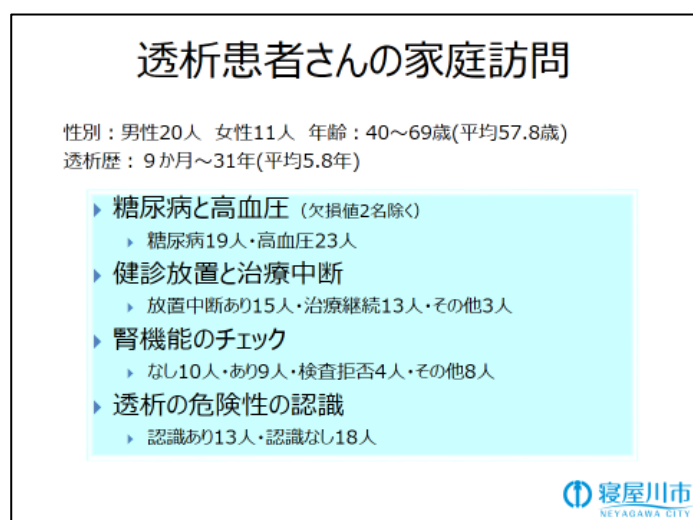
2 これまでの取組の評価

平成23年度の本市国保の総医療費に占める人工透析医療費の割合は8.8%で、大阪府・全国の平均よりも高く、糖尿病合併症についても重症化するほど多いという結果でした（図表4-1）。このような現状を踏まえ、人工透析治療を受けている患者を家庭訪問し（図表4-2）、透析治療に至るまでの状況を聴き取りしました。その結果、糖尿病と高血圧を原疾患として腎機能が低下した人、健診結果を放置または治療中断している人が多くを占めました。糖尿病・高血圧それぞれの初回指摘から、人工透析治療に至るまでの期間は、糖尿病が平均13.4年・高血圧が平均19.8年であり、糖尿病患者に対する医療機関への受診勧奨を最優先するべきであるということがわかりました（図表4-3）。

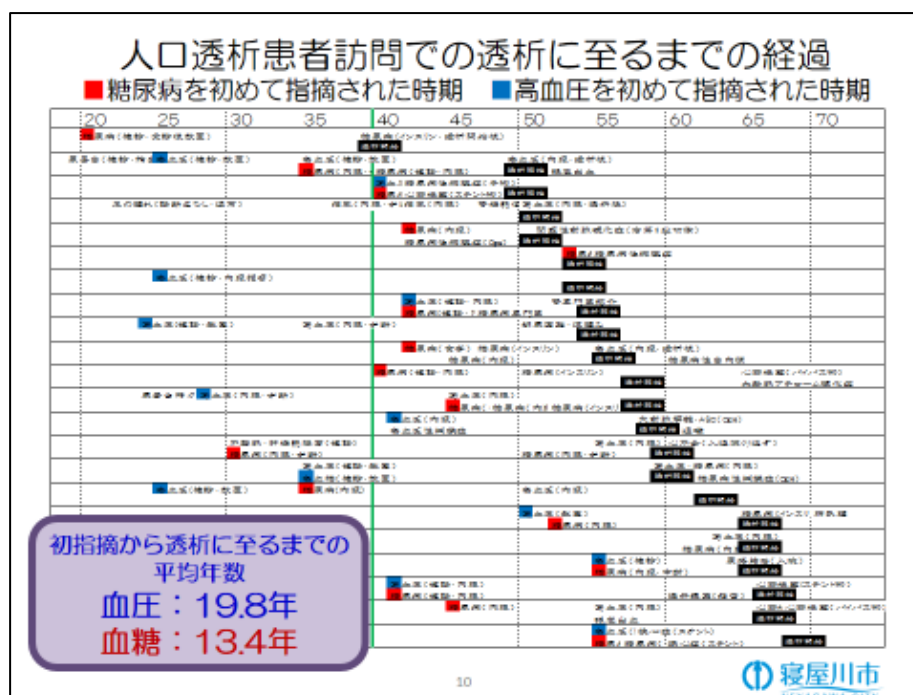
【図表4-1】



【図表4-2】



【図表 4-3】



このような実態から、平成 24 年に重症化予防事業を開始し、特定健診の結果で重症化リスクが高い対象者に保健指導と医療機関への受診勧奨を行っています。加えて、頸部血管エコーと尿アルブミン精密測定を対象者が受けることによって得られた結果から、さらに詳しく血管の変化を確認し早期腎症期を的確に判断できるようにしています（図表 4-4）。

○評価指標

(1)高血糖教室・高血圧教室・CKD教室対象者

特定健診・標準問診結果：経年の検査値推移、問診内容

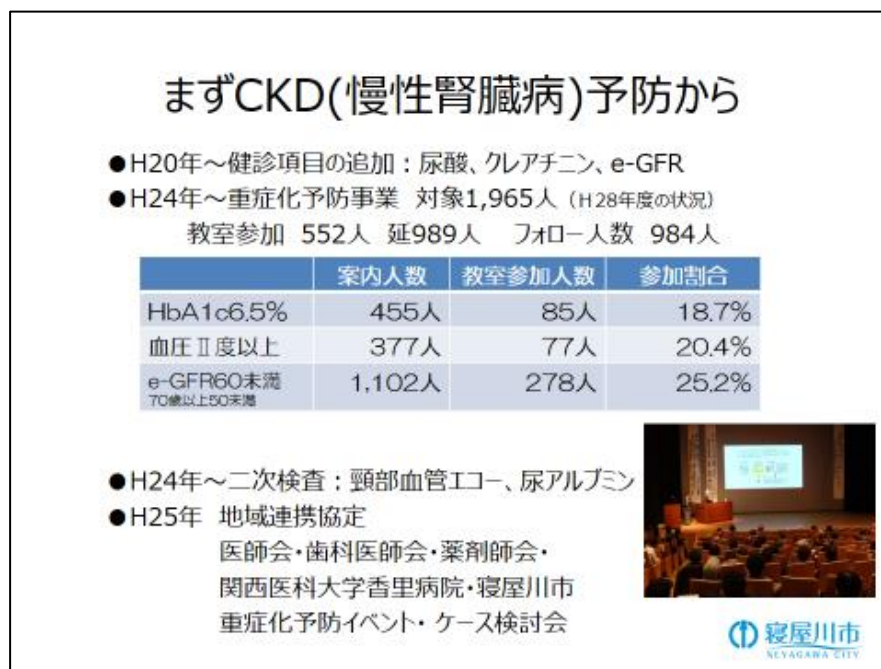
レセプト情報：疾患名、薬剤名、医療費（総医療費・外来医療費・生活習慣病医療費）、透析導入の有無、受診状況、医療機関名、継続した受療率、介護状況
教室・面談時：指導前後にアンケートを実施（受診状況、行動変容ステージ、生活習慣）、セルフモニタリング、二次検査結果（糖尿病性腎症の病期の確定・プラークスコア）

(2)糖尿病性腎症対象者

特定健診・標準問診結果：経年の検査値推移、問診内容

レセプト情報：疾患名（心疾患発症の有無・脳卒中発症の有無・その他糖尿病に関連した合併症の発症状況）薬剤名、医療費（総医療費・外来医療費・生活習慣病医療費）、透析導入の有無、受診状況、医療機関名、継続した受療率、介護状況
教室・面談時：指導前後にアンケートを実施（受診状況、行動変容ステージ、生活習慣）、セルフモニタリング、二次検査結果（糖尿病性腎症の病期の確定・プラークスコア）

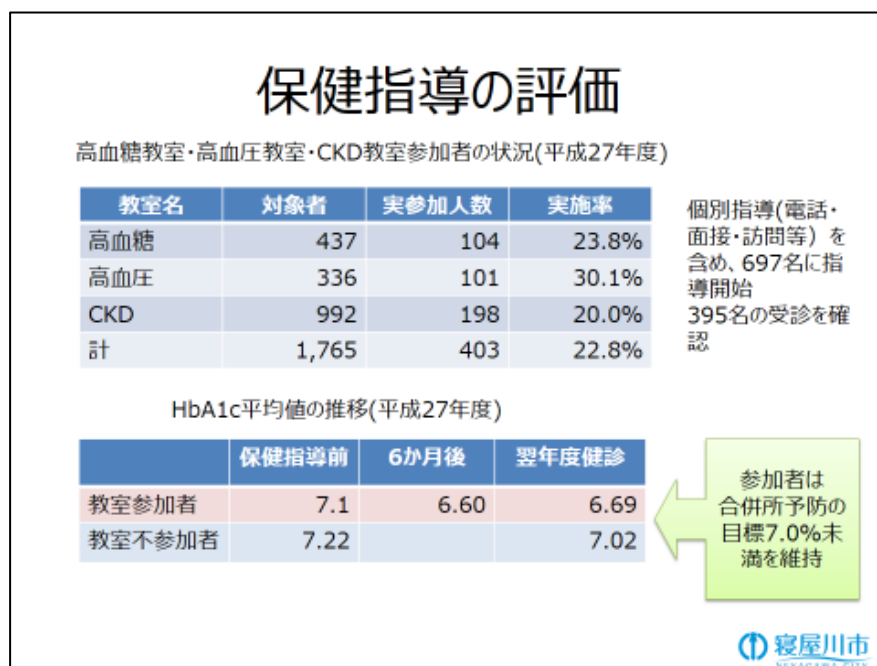
【図表 4-4】



図表 4-5 に高血糖者の教室参加者状況（平成 27 年度）を示します。教室参加者のHbA1cの平均値は、保健指導開始前と比較し6か月後には改善していました。また、翌年度健診でも合併症予防のHbA1c7.0%未満を維持できています。

図表 4-6 に糖尿病性腎症対象者 47 人（平成 28 年度）の、保健指導時と保健指導終了後のHbA1cと尿アルブミン精密測定の結果を示しています。保健指導時と比較し、HbA1cは67.6%（23/34）・尿アルブミン精密測定は65.5%（19/29）と半数以上が改善を認めています。また、併せて糖尿病性腎症の病期が改善しています。

【図表 4-5】



【図表 4-6】

平成28年度 糖尿病性腎症対象者事業評価（検査値の変動）

HbA1cの評価

ID	年齢	性別	介入時	介入終了時
1	63	女	7.8	6.3
2	73	女	6.8	7.4
3	74	男	6.8	6.3
4	74	男	7.3	
5	69	男	7.1	6.4
6	63	男	6.8	6.6
7	65	男	6.6	6.2
8	72	男	6.5	6.3
9	69	女	6.5	6.3
10	71	女	6.5	
11	74	女	6.5	6.5
12	70	男	14.0	6.9
13	67	男	8.1	
14	67	男	6.6	6.6
15	72	女	6.5	6.3
16	70	男	6.5	
17	71	女	6.8	
18	74	男	6.5	6.4
19	69	女	6.5	
20	74	女	6.9	
21	70	男	6.9	6.7
22	74	女	8.0	7.5
23	66	女	7.5	6.4

23人
改善

青→改善・維持
赤→悪化

ID	年齢	性別	介入時	介入終了時
24	73	女	7.2	6.8
25	50	男	6.7	
26	69	女	6.6	
27	73	女	6.5	
28	71	男	6.7	6.4
29	69	女	7.2	7.5
30	73	女	6.3	6.4
31	64	女	8	7.2
32	71	男	6.4	
33	67	女	6.7	6.8
34	62	男	7.4	6.3
35	70	男	6.1	5.5
36	74	女	6.2	6.4
37	69	男	8	
38	69	男	6.7	5.5
39	67	男	6.0	6.2
40	74	女	6.0	6.1
41	72	男	6.0	6.2
42	70	男	6.3	6.6
43	74	男	8.1	5.8
44	73	男	5.8	
45	73	男	6.7	7.4
46	68	男	6.6	6.4
47	71	男	5.8	6.7

尿アルブミンの評価

ID	年齢	性別	介入時	介入終了時
1	63	女	42.3	59.8
2	73	女	1253.2	1032.7
3	74	男	35.9	
4	74	男	40.6	
5	69	男	1976.6	2501.8
6	63	男	34.7	
7	65	男	52	81.5
8	72	男	108.9	101.1
9	69	女	38.8	24.9
10	71	女	31.4	
11	74	女	97.6	43.2
12	70	男	115.8	46.4
13	67	男	42.2	
14	67	男	156.4	28.7
15	72	女	55.6	24.2
16	70	男	135.5	
17	71	女	125.2	
18	74	男	178.2	46.1
19	69	女	57.2	30.1
20	74	女	39.1	25.7
21	70	女	51	1
22	74	女	35	43.4
23	66	女	33.4	23.8

19人
改善

青→改善・維持
赤→悪化

ID	年齢	性別	介入時	介入終了時
24	73	女	32.9	12.9
25	50	男	186.7	193.4
26	69	女	32.3	22.8
27	73	女	36.7	29.2
28	71	男	42.8	9.3
29	69	女	155.6	
30	73	女	43.5	33.3
31	64	女	167.6	206.8
32	71	男	300	
33	67	女	34.3	
34	62	男	124.2	192.8
35	70	男	6920	
36	74	女	61	
37	69	女	41.7	4.7
38	69	男	586.2	
39	67	男	972.5	
40	74	女	745.1	
41	72	男	42.3	
42	70	男	35.9	
43	74	男	2125.4	1381.4
44	73	男	501.9	843.6
45	73	男	85	
46	68	男	30.8	46.8
47	71	男	295.1	815.8

3 保健指導対象者の選定・介入方法（平成29年度まで）

(1)高血糖教室・高血圧教室・CKD教室対象者

平成29年度は、HbA1c 6.5%以上・高血圧Ⅱ度以上・腎機能（eGFR 50未満70歳以上40未満もしくは尿たんぱく++以上）の人を対象に、高血糖教室4回1コース・高血圧教室4回1コース・CKD教室（2回1コース）で保健指導をしています（図表4-7）。

(2)糖尿病性腎症対象者

高血糖教室・CKD教室から選定し、HbA1c 6.5%以上もしくは糖尿病治療歴がある人でかつ尿たんぱく±以上もしくは微量アルブミン尿30以上の人を対象にしています。高血糖教室・CKD教室の内容に加えて、個別支援（電話・面談・レター）を実施しています。

教室では、講義や二次検査結果を通して、自分の体の中で何が起きているか自身の課題を知り、また、グループワークを通して自身の生活習慣変容の必要性に気付くことを大切にしています。教室内での実習やグループワークを通して仲間づくりを促し、楽しく学ぶことで、やる気と行動力と継続力を習得してもらうための支援を行っています（図表4-8）。

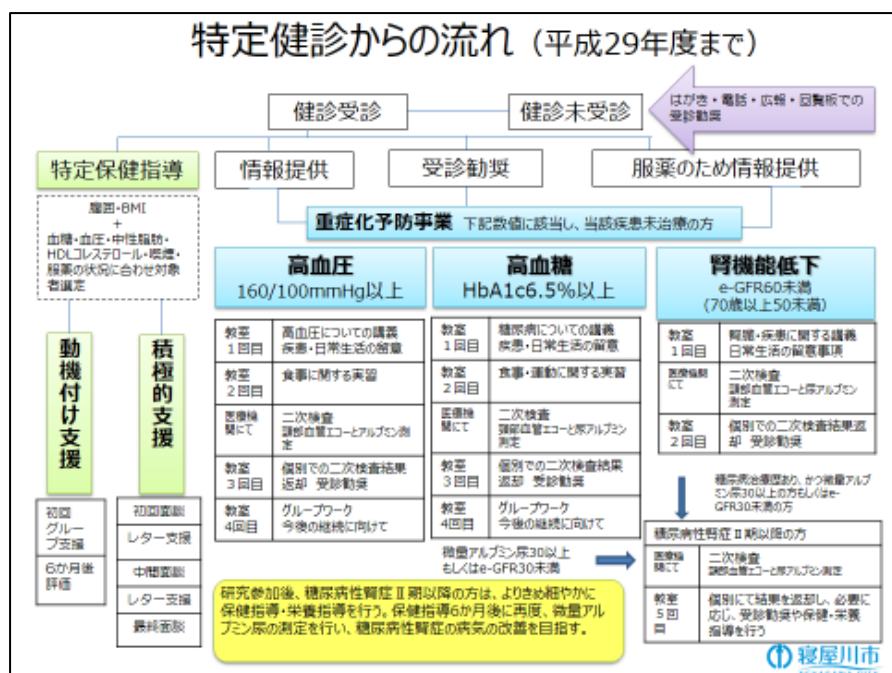
(3)データヘルス計画に明示した重症化予防事業にまつわる健康課題・目標数値

①生活習慣病の重症化による人工透析患者数が多い。

②虚血性心疾患・脳血管疾患の発症リスクが高い。

この課題への対策として、糖尿病・高血圧・糖尿病性腎症対策を進めるため、図表4-9に目標数値を定めます。

【図表 4-7】



【図表 4-8】



【図表 4-9】

	平成28年度	平成29年度	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
重症化予防事業教室参加率	28.5%	30%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
糖尿病性腎症対象者カバー率※1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
糖尿病性腎症保健指導実施率※2	38.10%	39%	40%	45%	50%	55%	60%	65%

※1 市の糖尿病性腎症対象者に対し、文書での教室・受診勧奨を送付した人数。その後の電話勧奨率は含めない。

※2 糖尿病性腎症対象者に対し、教室参加・個別面談・家庭訪問等で保健指導を実施した実施率とする。

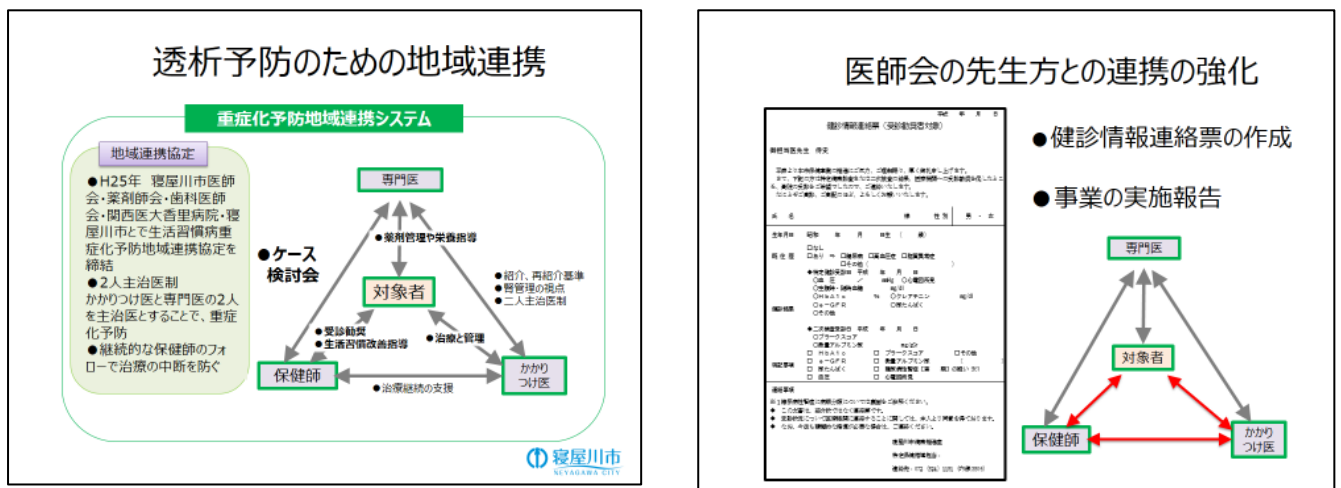
4 かかりつけ医や腎専門医との連携

平成 20 年度当初より、市医師会会長に事業・ケースの相談を定期的（月 1 回）に行い、平成 22 年度に腎専門医に対して事業に関する相談を開始しました。平成 25 年には、医師会・歯科医師会・薬剤師会・関西医科大学香里病院・寝屋川市の 5 者で生活習慣病重症化予防の地域連携協定を締結しました。それに伴い、本市ではかかりつけ医と腎専門医との 2 人主治医制をすすめています。

重症化予防事業を実施する中での対応困難ケースは、ケース検討会（年 4 回）を通じて、医師会理事や腎専門医に、今後必要な検査や治療等の具体的な方向性を導き出してもらい、さらに地域の課題を共有して透析導入時期の延伸に努めています。

平成 29 年度には、受診勧奨対象者に対して、「健診情報連絡票」を活用し、かかりつけ医と専門医への受診勧奨をすすめ医療機関との連携強化・対象者の受療行動の促進に努めています。

【図表 4-10】



5 今後の取り組む方策 ～更なる展開に向けて～

本市のデータ分析結果から、全国・大阪府と比較し、特定健診受診者のBMI（32.0%）や腹囲（53.3%）の有所見割合が高いことが明らかとなり、生活習慣が根底にある内臓脂肪症候群を重点的に強化し、地域特性を踏まえた生活習慣の改善に取り組む必要があると考えます。とくに、若年者のライフスタイルの変化に伴う、肥満の未然防止を主軸とする健康教育を実施し、健康づくりへの意識を高めてもらうことが重要です。そのためには、まず周知方法の工夫や受診しやすい環境整備など効果的な特定健診受診勧奨を重点的にを行い、同時に未治療者・治療中断者へのアプローチを強化する必要があります。また、特定保健指導対象者には、食事や運動などの生活習慣改善を確実に実践できるよう、知識と行動力の向上にむけた支援方法の工夫など効果的な保健指導を行う必要があります。

新規人工透析患者を減らすためには、糖尿病性腎症を進行させないように、病期の早期段階で生活習慣の改善や受診勧奨を行うことが必要です。既存の事業内容（高血糖教室・高血圧教室・CKD教室）の評価を行い、平成 30 年度以降は糖尿病性腎症教室等の開催を検討します。教室不参加者に対しては、訪問指導等の支援を実施します。またポピュレーションアプローチによる市民全体の生活習慣病の発症予防と、ハイリスクアプローチによる重症化予防に取り組めます。

生活習慣から起因する新規透析患者数の減少にむけて、保険者が重症化予防事業への高い意識をもち、成果のみえる指標づくりやスタッフ間での情報共有をする必要があると考えます。また、医療機関との連携強化をはじめ大阪糖尿病対策推進会議などとの連携体制の整備にも取り組んでいきます。

今後とも三師会をはじめとする医療関係機関と連携して、一人でも多くの市民の皆様が生活習慣を改善できるよう、心を通わせる保健指導を意識して実施し、QOLの維持・健康格差の縮小を目指します。

【図表 4-11】



参考資料

用語集

用語	説明
医療費の3要素	医療費の3要素 医療費分析の基本的な指標「受診率」「1件あたりの日数」「1日あたりの診療費」 ・受診率:一定期間内に医療機関にかかった人の割合を示す指標 ・1件あたりの日数:レセプトあたりの治療期間を示す指標 ただし、レセプトは月が変わると新たに作成されるため、レセプト1件あたりの日数は必ずしも初診日からの治療日数や入院期間を表すものにはならない。 ・1日あたりの診療費:医療費の単価 診療報酬は1点＝10円の定額制なので、診療費と点数は同じ概念として使われる。
虚血性心疾患	血液の循環不全で心筋の一部に虚血を生じ、そのために起る心疾患の総称で、動脈硬化性心疾患、冠動脈性心疾患とほぼ同義語である。臨床的な病型としては、狭心症と心筋梗塞が代表的である。原因としては、最も一般的なものは冠状動脈のアテローム性硬化症であるが、動脈炎や塞栓、大動脈弁膜症や先天異常が原因となることもある。
KDB(国保データベース)	国保連合会が保有する国民健康保険、後期高齢者医療、特定健診・特定保健指導、介護保険等給付情報を突合した情報を保険者に提供可能とするシステム。この活用により、データに基づいた地域の健康課題の明確化と保健事業の効果的な実施や評価が可能となる。
健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差をいう。ここでは、自治体間の格差を言い、実態を明らかにすることにより、その縮小に向けた取り組みを強化する際の指標として健康寿命が用いられる。
健康寿命	WHOが提唱した新しい指標で平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間のこと。
高齢化率	65歳以上の人口の割合
CKD(慢性腎臓病)	腎臓の障害(蛋白尿など)、もしくは、糸球体ろ過量(eGFR)60未満の腎機能低下が3か月以上持続するもの。
糖尿病性腎症	糖尿病による腎臓の障害で、腎臓の血管の変性、血流障害、血液成分の露出によって血管変化が起こる。進行すると、腎血管の破壊、機能障害がおこる。
特定健診・特定保健指導	平成20年4月から医療保険者が40歳から74歳の加入者を対象として毎年度計画的に実施する内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健診を特定健診といい、その結果から健康の保持に努める必要がある人(動機付け支援、積極的支援対象者)に対し、毎年度計画的に実施する保健指導を特定保健指導と呼ぶ。
脳血管疾患	脳の動脈の異常により起こる病気の総称。脳の血管が詰まる脳梗塞と、出血の2種類に分類される。「脳卒中」とも呼ばれる。
脳卒中	卒(にわか)に中(あたる)という語源よりきていて、脳の動脈の障害によって脳の機能障害がおこる状態。脳血管障害。脳の血管が詰まる脳梗塞と、出血の2種類に分類される
PDCAサイクル	PDCAは、plan-do-check-act の頭文字をとったもので、事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ。ここでは、事業活動として保健事業(健診・保健指導)にこの手法を適用している。
標準化死亡比	基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合には国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。(厚生労働省HPより)
フレイル(虚弱)	高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念

用語	説明
保健指導実施率	特定保健指導で保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）のうち、最終評価を終了した対象者の割合。
慢性閉塞性肺疾患（COPD）	タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患の名称。
メタボ該当者	メタボリックシンドロームが強く疑われる者。腹囲が男性85cm、女性90cm以上で3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち2つ以上の項目に該当する者
メタボ予備群	メタボリックシンドロームの予備群と考えられる者。腹囲が男性85cm、女性90cm以上で3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち1つの項目に該当する者
メタボリックシンドローム	内臓脂肪の蓄積に加え、脂質異常、高血圧、高血糖の危険因子をあわせ持つ状態をいう。これらの危険因子の一つひとつは軽度でも、複数併せ持つことで動脈硬化の危険性が飛躍的に高まる。内臓脂肪蓄積の判定は、正確には腹部CT検査で内臓脂肪の面積が100cm ² を超える場合だが、それにそうとうする簡便な判断方法が臍高部の腹囲測定で、男性85cm以上、女性90cm以上としている。
ロコモティブシンドローム	筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態をいい、進行すると介護が必要となるリスクが高まる。

寝屋川市 第2期国民健康保険保健事業
実施計画（データヘルス計画）

寝屋川市 第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月

発行：寝屋川市 健康部 健康推進室

所在地：〒572-8533

大阪府寝屋川市池田西町28番22号

TEL：(072) 824-1181 FAX：(072) 263-6116