



鹿 島 市

第 2 期保健事業実施(データヘルス)計画
第 3 期特定健康診査・特定保健指導実施計画

2018 年度～2023 年度

平成 30 年 3 月

佐賀県鹿島市

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に対す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	8
1.第 1 期計画に対する評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.第 2 期計画の目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	24
1.第 3 期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	32
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取り組み	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ（全体への働きかけ）	

第5章 地域包括ケアに係る取り組み	50
第6章 計画の評価・見直し	51
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52
参考資料	53

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り組みを行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A 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）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

本計画は、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

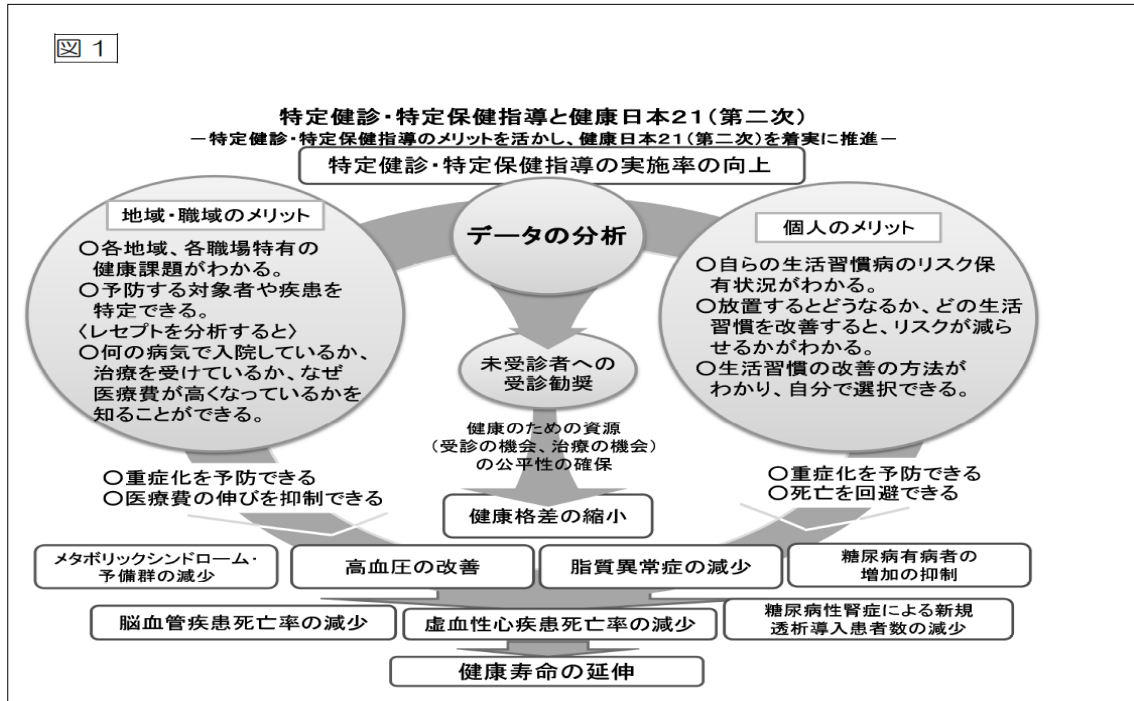
2. 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、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。

計画は、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を踏まえるとともに、佐賀県健康増進計画や佐賀県医療費適正化計画、さらには第6次鹿島市総合計画をはじめとする本市の他計画との整合性を図るものとする。（図表1・2・3）

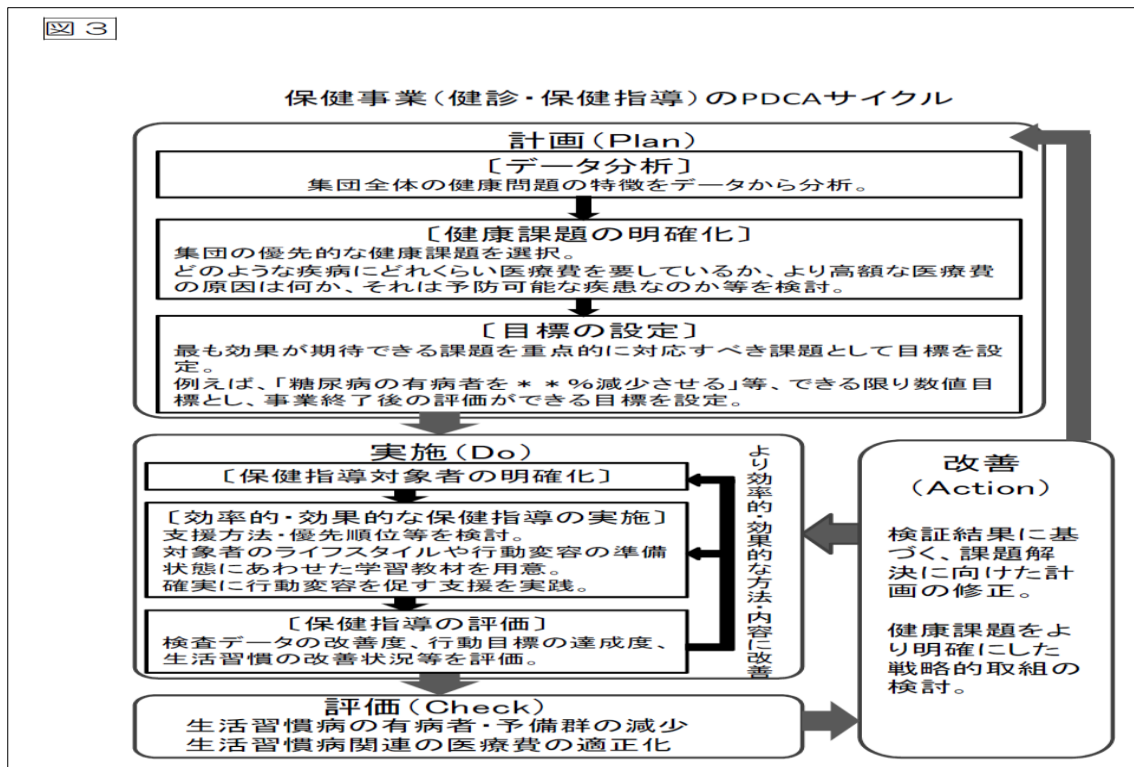
なお、「第3期鹿島市特定健康診査・保健指導実施計画」は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の実施方法等を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定する。

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

鹿島市においては、保険健康課予防係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。国保係をはじめ、健康増進・介護・福祉部門の保健師等の専門職と連携をして、計画策定を進めていく。

具体的には、保険健康課国保係、保険健康課長寿社会係・地域包括支援センター、福祉課とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB（国保データベース）システムの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

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。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道

5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		389万円		1,321万円	
被保険者1人あたりの交付額(円)		499円		1,783円	
総得点(体制構築加点含む)		216	308	517	
共通 ①	特定健診受診率	10	0	20	50
	特定保健指導実施率	10	0	40	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診実施状況	0	15	25	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40	70	100	100
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人のインセンティブ提供	0	0	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	15	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	0	0	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
固有③	医療費通知の取組の状況	5	15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の状況	5	13	21	25
固有④	第三者求償の取組の状況	10	30	40	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	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に対する評価及び考察

1) 第1期計画に対する評価

(1) 全体の経年変化

鹿島市は、平成28年度人口29,665人、高齢化率29.2%、国保加入率25.0%、被保険者数7,643人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数5,493人）

平成25年度と平成28年度の経年変化をみると、死因別に脳疾患・腎不全による死亡割合は増加しており、心臓病・糖尿病による死亡割合は減少している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率や40～64歳の2号認定率は減少していたが、それに伴う介護給付費は増加している。

医療費の状況は、一人当たり医療費は増加しており、医療費に占める外来費用の割合は減少し、入院費用割合が増加している。しかし、生活習慣病に占める医療費の割合では、慢性腎不全（透析あり）、糖尿病、高血圧ともに減少していることから、予防可能な生活習慣病に占める医療費は削減できている。

また、特定健診の状況から、特定健診受診率は40%前後でほぼ横ばいで、メタボリックシンドローム該当者や予備群が増加しており、特に男性のメタボ該当者の割合が増えている。より多くの人に特定健診を受診してもらい、結果に基づく保健指導を実施し、重症化を予防する取り組みが必要である。（参考資料1）

(2) 中長期目標に対する評価

① 介護給付費の状況（図表6）

介護給付費の変化について、28年度の介護給付費、1件当たり介護給付費が増加しており、そのうち居宅サービスが増加している。同規模平均の1件当たり給付費と比べても高くなっている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	鹿島市				同規模保険者平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体) (円)			1件当たり給付費(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	25億7,152万円	71,158	49,394	287,517	67,562	41,726	283,881
H28年度	↑26億6,666万円	↑71,494	↑52,246	286,117	66,717	41,744	278,164

② 医療費の状況（図表7）

H25年度とH28年度の医療費の変化について、総医療費、一人当たり医療費ともに増加しており、とくに一人当たり医療費の入院費の伸び率が高い。

また、同規模保険者の伸び率と比較しても、鹿島市は高くなっている。

医療費の変化

【図表7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				市	同規模 保険者			市	同規模 保険者			市	同規模 保険者
総医療費 (円)	H25年度	26億8,091万円				12億7,274万円				14億818万円			
	H28年度	28億876万円	1億2,785万円	4.77	0.19	13億7,781万円	1億507万円	8.3	4.6	14億3,096万円	2,278万円	1.62	-0.02
一人当たり 医療費(円)	H25年度	25,272円				12,000円				13,270円			
	H28年度	↑29,780円	4,508円	17.8	8.2	↑14,610円	2,610円	21.8	8.5	↑15,170円	1,900円	14.3	8.0

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となっている。

【出典】KDBシステム：「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題の把握」

③ 医療費に占める中長期目標疾患及び短期目標疾患の状況（図表8）

H25年度とH28年度を比較すると、総医療費、一人当たりの医療費は増加しているが、中長期・短期目標疾患の医療費は減少している。予防可能な生活習慣病に占める医療費は、抑えることができている。

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

【図表8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・骨格 疾患	C型肝炎	
		金額 (円)	順位		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	新生物	精神 疾患	筋・骨格 疾患					C型肝炎
			同規模 保険者	県内														
H25	鹿島市	26億8,091万円	25,272	138位	17位	5.29%	0.19%	2.97%	1.62%	4.28%	5.65%	1.72%	5億8,261万円	21.73%	9.71%	14.28%	10.07%	
H28	鹿島市	↑28億867万円	↑29,780	78位	16位	4.46%	0.26%	1.39%	1.63%	3.91%	4.17%	1.39%	↓4億8,356万円	17.22%	12.77%	12.50%	10.01%	3.75%
H28	佐賀県	746億1,405万円	29,593			6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	164億8,215万円	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%	1.91%
	国	9兆6,879億8,266万円	24,245			5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2,399億2,893万円	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%	

最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果

【出典】

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な目標疾患の状況（図表 9）

虚血性心疾患の割合（様式 3-5）は、H25 年と比べると減少しているが、脳血管疾患や高血圧、糖尿病、脂質異常症を合併している割合は増加している。特に、高血圧を合併している割合が 8 割である。

【図表9】

厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	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	8,959	377	4.2%	88	23.3%	13	3.4%	305	80.9%	154	40.8%	200	53.1%
	64歳以下	6,337	120	1.9%	24	20.0%	5	4.2%	87	72.5%	53	44.2%	58	48.3%
	65歳以上	2,622	257	9.8%	64	24.9%	8	3.1%	218	84.8%	101	39.3%	142	55.3%
H28	全体	7,643	314	↓4.1%	87	↑27.7%	10	3.2%	255	↑81.2%	144	↑45.9%	185	↑58.9%
	64歳以下	4,770	80	1.7%	17	21.3%	4	5.0%	64	80.0%	43	53.8%	49	61.3%
	65歳以上	2,873	234	8.1%	70	29.9%	6	2.6%	191	81.6%	101	43.2%	136	58.1%

脳血管疾患の割合（様式 3-6）は、H25 年と比べて増加しており、高血圧、脂質異常症を合併している割合は増加している。

厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
	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	8,959	420	4.7%	88	21.0%	6	1.4%	324	77.1%	165	39.3%	209	49.8%
	64歳以下	6,337	124	2.0%	24	19.4%	4	3.2%	87	70.2%	39	31.5%	52	41.9%
	65歳以上	2,622	296	11.3%	64	21.6%	2	0.7%	237	80.1%	126	42.6%	157	53.0%
H28	全体	7,643	445	↑5.8%	87	19.6%	10	2.2%	344	↑77.3%	164	36.9%	228	↑51.2%
	64歳以下	4,770	109	2.3%	17	15.6%	8	7.3%	77	70.6%	40	36.7%	57	52.3%
	65歳以上	2,873	336	11.7%	70	20.8%	2	0.6%	267	79.5%	124	36.9%	171	50.9%

人工透析の割合（様式 3-7）は、H25 年と比べて変化していない。脳血管疾患や糖尿病、脂質異常症を合併している割合が増加している。特に脳血管疾患を合併している割合の伸び率が高く、高血圧の割合は 96.0%から減少はしているものの、約 9 割が合併している。

厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標						
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症				
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		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
H25	全体	8,959	25	0.3%	6	24.0%	13	52.0%	24	96.0%	12	48.0%	4	16.0%		
	64歳以下	6,337	16	0.3%	4	25.0%	5	31.3%	15	93.8%	7	43.8%	1	6.3%		
	65歳以上	2,622	9	0.3%	2	22.2%	8	88.9%	9	100.0%	5	55.6%	3	33.3%		
H28	全体	7,643	22	0.3%	10	45.5%	10	45.5%	20	90.9%	11	50.0%	6	27.3%		
	64歳以下	4,770	13	0.3%	8	61.5%	4	30.8%	11	84.6%	7	53.8%	3	23.1%		
	65歳以上	2,873	9	0.3%	2	22.2%	6	66.7%	9	100.0%	4	44.4%	3	33.3%		

(3) 短期目標に対する評価

① 短期的な目標疾患：糖尿病・高血圧・脂質異常症の状況（図表10）

中長期的な目標疾患に共通するリスクである短期的な目標疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）について、糖尿病(様式3-2)は、H25年度と比べて増加しているが、インスリン療法、人工透析、糖尿病性腎症の割合は減少している。

高血圧(様式3-3)、脂質異常症(様式3-4)では、ともに増加しており、脳血管疾患を併せ持つ割合が増加している。

基礎疾患に高血圧を併せ持つ者の割合は高い。また、64歳以下と65歳以上の年代別で見ると、65歳以上で併せ持つ疾患の割合が高い。

高血圧などの基礎疾患を併せ持つと動脈硬化が進行し、合併症を起こしやすいことから、まずは短期的な目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合を減少させることで、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の中長期的な目標疾患の割合も減少させることができると思う。

【図表10】

厚生労働省 様式3-2		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		
				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
		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	8959	759	8.5%	77	10.1%	522	68.8%	430	56.7%	154	20.3%	165	21.7%	12	1.6%	52	6.9%
	64歳以下	6337	287	4.5%	42	14.6%	169	58.9%	153	53.3%	53	18.5%	39	13.6%	7	2.4%	18	6.3%
	65歳以上	2622	472	18.0%	35	7.4%	353	74.8%	277	58.7%	101	21.4%	126	26.7%	5	1.1%	34	7.2%
H28	全体	7643	807	10.6%	60	7.4%	571	70.8%	460	57.0%	144	17.8%	164	20.3%	11	1.4%	54	6.7%
	64歳以下	4770	240	5.0%	28	11.7%	158	65.8%	145	60.4%	43	17.9%	40	16.7%	7	2.9%	18	7.5%
	65歳以上	2873	567	19.7%	32	5.6%	413	72.8%	315	55.6%	101	17.8%	124	21.9%	4	0.7%	36	6.3%

厚生労働省 様式3-3		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			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	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	8959	1807	20.2%	522	28.9%	779	43.1%	305	16.9%	324	17.9%	24	1.3%	
	64歳以下	6337	643	10.1%	169	26.3%	261	40.6%	87	13.5%	87	13.5%	15	2.3%	
	65歳以上	2622	1164	44.4%	353	30.3%	518	44.5%	218	18.7%	237	20.4%	9	0.8%	
H28	全体	7643	1662	↑21.7%	571	34.4%	806	48.5%	255	15.3%	344	↑20.7%	20	1.2%	
	64歳以下	4770	483	10.1%	158	32.7%	230	47.6%	64	13.3%	77	15.9%	11	2.3%	
	65歳以上	2873	1179	41.0%	413	35.0%	576	48.9%	191	16.2%	267	22.6%	9	0.8%	

厚生労働省 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標					
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	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	8959	1149	12.8%	430	37.4%	779	67.8%	200	17.4%	209	18.2%	4	0.3%	
	64歳以下	6337	448	7.1%	153	34.2%	261	58.3%	58	12.9%	52	11.6%	1	0.2%	
	65歳以上	2622	701	26.7%	277	39.5%	518	73.9%	142	20.3%	157	22.4%	3	0.4%	
H28	全体	7643	1177	↑15.4%	460	39.1%	806	68.5%	185	15.7%	228	↑19.4%	6	0.5%	
	64歳以下	4770	371	7.8%	145	39.1%	230	62.0%	49	13.2%	57	15.4%	3	0.8%	
	65歳以上	2873	806	28.1%	315	39.1%	576	71.5%	136	16.9%	171	21.2%	3	0.4%	

② 健診結果の経年変化状況（図表 11）

健診結果の経年変化を見ると、H25年度より男女ともに空腹時血糖、HbA1c、高血圧の有所見者割合が増加していた。また、多くの項目で女性より男性の率が高く、年代別では、65～74歳の有所見割合の高い項目が多い。

【図表 11】

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

☆No.23 帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	273	29.2	423	45.3	203	21.7	161	17.2	94	10.1	255	27.3	583	62.4	212	22.7	404	43.3	142	15.2	467	50.0	14	1.5
	40-64	127	34.7	181	49.5	108	29.5	81	22.1	38	10.4	85	23.2	214	58.5	84	23.0	128	35.0	71	19.4	200	54.6	2	0.5
	65-74	146	25.7	242	42.6	95	16.7	80	14.1	56	9.9	170	29.9	369	65.0	128	22.5	276	48.6	71	12.5	267	47.0	12	2.1
H28	合計	270	31.0	442	50.8	217	24.9	161	18.5	80	9.2	273	↑31.4	637	↑73.2	185	21.3	395	↑45.4	159	↑18.3	386	44.4	14	1.6
	40-64	106	34.4	161	52.3	81	26.3	78	25.3	23	7.5	83	26.9	202	65.6	67	21.8	112	36.4	64	20.8	150	48.7	1	0.3
	65-74	164	29.2	281	50.0	136	24.2	83	14.8	57	10.1	190	33.8	435	77.4	118	21.0	283	50.4	95	16.9	236	42.0	13	2.3

女性		BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	合計	241	18.8	204	15.9	139	10.9	97	7.6	38	3.0	214	16.7	879	68.7	30	2.3	466	36.4	121	9.5	773	60.4	3	0.2
	40-64	102	19.5	75	14.3	56	10.7	48	9.2	16	3.1	65	12.4	330	63.0	10	1.9	143	27.3	58	11.1	314	59.9	0	0.0
	65-74	139	18.4	129	17.1	83	11.0	49	6.5	22	2.9	149	19.7	549	72.6	20	2.6	323	42.7	63	8.3	459	60.7	3	0.4
H28	合計	235	20.0	211	18.0	130	11.1	92	7.8	22	1.9	229↑	19.5	892↑	75.9	28	2.4	457↑	38.9	126↑	10.7	678	57.7	1	0.1
	40-64	82	20.0	57	13.9	47	11.5	40	9.8	7	1.7	60	14.6	284	69.3	7	1.7	118	28.8	42	10.2	235	57.3	0	0.0
	65-74	153	20.0	154	20.1	83	10.8	52	6.8	15	2.0	169	22.1	608	79.5	21	2.7	339	44.3	84	11.0	443	57.9	1	0.1

メタボリックシンドローム予備群・該当者では、男女ともに増加しており、特に男性の予備群では高血圧、該当者では血圧と脂質を併せ持つ割合が高い。

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 6-8）

☆No.24 帳票

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	934	32.8	82	8.8%	186	19.9%	11	1.2%	129	13.8%	46	4.9%	155	16.6%	24	2.6%	6	0.6%	96	10.3%	29	3.1%
	40-64	366	23.0	48	13.1%	72	19.7%	7	1.9%	37	10.1%	28	7.7%	61	16.7%	4	1.1%	4	1.1%	41	11.2%	12	3.3%
	65-74	568	45.3	34	6.0%	114	20.1%	4	0.7%	92	16.2%	18	3.2%	94	16.5%	20	3.5%	2	0.4%	55	9.7%	17	3.0%
H28	合計	870	34.9	60	6.9%	179↑	20.6%	12	1.4%	121	13.9%	46	5.3%	203↑	23.3%	35	4.0%	8	0.9%	117	13.4%	43	4.9%
	40-64	308	25.5	37	12.0%	60	19.5%	5	1.6%	33	10.7%	22	7.1%	64	20.8%	8	2.6%	4	1.3%	40	13.0%	12	3.9%
	65-74	562	43.8	23	4.1%	119	21.2%	7	1.2%	88	15.7%	24	4.3%	139	24.7%	27	4.8%	4	0.7%	77	13.7%	31	5.5%

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	1,280	44.0	37	2.9%	78	6.1%	3	0.2%	60	4.7%	15	1.2%	89	7.0%	12	0.9%	2	0.2%	56	4.4%	19	1.5%
	40-64	524	34.4	17	3.2%	29	5.5%	3	0.6%	22	4.2%	4	0.8%	29	5.5%	4	0.8%	2	0.4%	18	3.4%	5	1.0%
	65-74	756	54.5	20	2.6%	49	6.5%	0	0.0%	38	5.0%	11	1.5%	60	7.9%	8	1.1%	0	0.0%	38	5.0%	14	1.9%
H28	合計	1,175	45.0	33	2.8%	94↑	8.0%	6	0.5%	73	6.2%	15	1.3%	84↑	7.1%	14	1.2%	2	0.2%	55	4.7%	13	1.1%
	40-64	410	35.7	14	3.4%	29	7.1%	5	1.2%	18	4.4%	6	1.5%	14	3.4%	3	0.7%	0	0.0%	9	2.2%	2	0.5%
	65-74	765	52.4	19	2.5%	65	8.5%	1	0.1%	55	7.2%	9	1.2%	70	9.2%	11	1.4%	2	0.3%	46	6.0%	11	1.4%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定保健指導実施率は増加しているが、特定健診受診率がほぼ横ばいであることから、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り組みとともに、保健指導対象者への個々の状態に応じた保健指導を実施していくことが重要となる。

また、受診勧奨者の医療機関への受診率が減少しており、同規模平均よりも低い。医療機関受診率が向上し、受診が必要な人を確実に医療につなぐことで重症化を予防できると考えられる。

【図表12】

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	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								鹿島市	同規模保険者平均
H25年度	5,661人	2,209人	39.0%	96位	243人	82人	33.7%	50.0%	50.8%
H28年度	5,082人	2,043人	40.2%	129位	236人	114人	48.3%	46.6%	51.2%

2) 第1期計画に対する考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果は、総医療費、一人当たり医療費ともに増加し、とくに一人当たり医療費の中で入院費の伸び率が高くなっていたが、中長期・短期目標疾患医療費は減少しており、予防可能な生活習慣病に占める医療費は削減につながった。

しかし、一人当たり医療費の入院費の伸び率が高くなっていることから、重症化して入院になった可能性も考えられる。重症化を防ぐことは、健康を守ることに加えて入院など医療費削減の面でも重要であり、重症化予防の取組みを進めていく。

また、中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析治療者は、高血圧を合併している割合が高く、健診結果からメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合では男性が高く、血圧との合併が高いことから、男性と血圧に注目した取組みが必要である。

まずはできるだけ多くの方が特定健診を受診し、生活習慣病の発症予防、重症化予防につながるよう特定健診の受診率を向上させ、体の状態を把握した上で、結果に基づいた保健指導の実施が重要である。併せて健診受診後の適正な医療機関受診への取組みも必要である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 医療と介護（レセプト）の分析

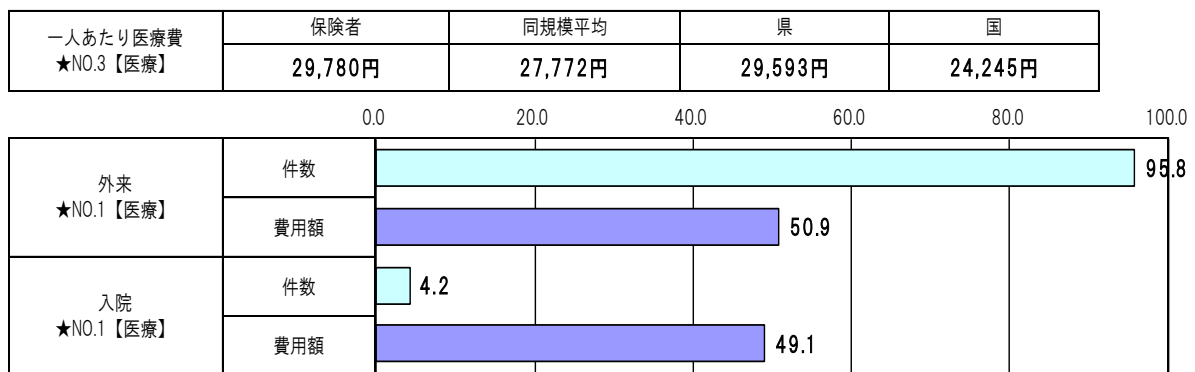
入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

鹿島市の入院件数の割合は 4.2%で、費用額全体では 49.1%を占めており、1 件あたりの入院にかかる医療費の大きさがわかる。重症化を予防して入院を減らしていくことは、医療費の削減という面からも重要である。

「集団の疾患特徴の把握」

1、入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 13】



(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を分析すると、予防可能な疾患で多いのは脳血管疾患で、全体の 4.1%で、次に虚血性心疾患で全体の 3.9%を占めている。

6 か月以上の長期入院レセプトを分析すると、予防可能な疾患で多いのは脳血管疾患 9.8%で、費用額の 10.8%を占めている。

脳血管疾患や虚血性心疾患を持つ人の基礎疾患の重なりを見ると、高血圧が最も多く、次に脂質異常症、糖尿病で、疾患を併せ持っている。

長期療養を要するもので高額な医療費が必要となる疾患に人工透析がある。人工透析導入を 1 年遅らすことで、年間 1 人あたり 500 万円の医療費を抑制できる。長期化する人工透析患者レセプトを分析すると、糖尿病性腎症によるものが 45.5%である。

また、透析患者の 45.5%に脳血管疾患、54.5%に虚血性心疾患を併せ持っている。そのため、糖尿病の重症化を予防することは、脳・心・腎を守り新規透析導入数を減らすだけでなく、脳血管疾患や虚血性心疾患予防にもつながる。

このことから、医療費が高額となる疾患は脳血管疾患、ついで虚血性心疾患で、これらの疾患は高血圧、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患を併せ持っており、重症化を防ぎ合併症を予防することが重要であり、その結果、医療費の削減にもつながる。

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 14】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	467件	19件		18件		128件		302件			
				4.1%		3.9%		27.4%		64.7%			
				年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	1.6%	12	4.0%
					40代	0	0.0%	5	27.8%	12	9.4%	8	2.6%
					50代	2	10.5%	2	11.1%	16	12.5%	39	12.9%
	60代	15	78.9%		9	50.0%	77	60.2%	164	54.3%			
70-74歳	2	10.5%	2	11.1%	21	16.4%	79	26.2%					
費用額	6億5573万円	2601万円	2417万円	1億8441万円	4億2114万円	4.0%	3.7%	28.1%	64.2%				

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	807件	510件	79件	31件
				63.2%	9.8%	3.8%
		費用額	3億4928万円	1億9020万円	3765万円	1280万円
				54.5%	10.8%	3.7%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	H29.5 診療分	人数	22人	10人	10人	12人
				45.5%	45.5%	54.5%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	H28年度 累計	件数	271件	139件	176件	131件
				51.3%	64.9%	48.3%
		費用額	1億2749万円	6610万円	8107万円	5786万円
				51.9%	63.6%	45.4%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト (H29年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.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 重 疾 な り 患	2,935人	445人	314人	54人
				15.2%	10.7%	1.8%
			高血圧	344人	255人	40人
				77.3%	81.2%	74.1%
			糖尿病	164人	144人	54人
				36.9%	45.9%	100.0%
脂質異常症	228人	185人	42人			
	51.2%	58.9%	77.8%			
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
1,662人	807人	1,177人	269人			
56.6%	27.5%	40.1%	9.2%			

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

(3)何の疾患で介護保険を受けているのか (図表 15)

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94.5%であり、筋・骨格疾患の93.4%を上回っていた。

2号認定者の90%、1号被保険者65~74歳の86.8%が血管疾患を有していた。

この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、血管疾患の共通リスクを回避し、介護予防にもつながる。

また、介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較では、受けている人が受けていない人より年間4,451円高くなっており、血管疾患の重症化予防に取り組むことは医療費の削減にもつながる。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計						
	被保険者数	10,385人	3,479人	4,406人	7,885人		18,270人				
	認定者数	36人	153人	1,579人	1,732人		1,768人				
	認定率	0.35%	4.4%	35.8%	22.0%		9.7%				
	新規認定者数(*1)	11人	34人	232人	266人		277人				
介護度別人数	要支援1・2	11	30.6%	46	30.1%	402	25.5%	448	25.9%	459	26.0%
	要介護1・2	16	44.4%	52	34.0%	620	39.3%	672	38.8%	688	38.9%
	要介護3~5	9	25.0%	55	35.9%	557	35.3%	612	35.3%	621	35.1%

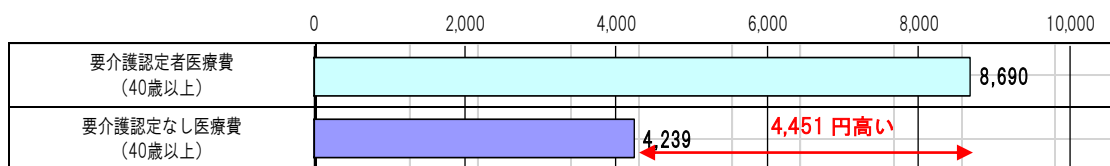
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計													
	介護件数(全体)	36	153	1,579	1,732		1,768											
	再)国保・後期	20	114	1,539	1,653		1,673											
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	1	脳卒中	13	65.0%	脳卒中	55	46.2%	脳卒中	711	46.2%	脳卒中	766	46.3%	脳卒中	779	46.6%
			2	虚血性心疾患	5	25.0%	虚血性心疾患	38	33.3%	虚血性心疾患	682	44.3%	虚血性心疾患	720	43.6%	虚血性心疾患	725	43.3%
	循環器疾患	3	腎不全	4	20.0%	腎不全	16	14.0%	腎不全	198	12.9%	腎不全	214	12.9%	腎不全	218	13.0%	
		4	糖尿病合併症	5	25.0%	糖尿病合併症	18	15.8%	糖尿病合併症	111	7.2%	糖尿病合併症	129	7.8%	糖尿病合併症	134	8.0%	
	合併症	基礎疾患	18		93		1,431		1,524		1,542		1,542					
		高血圧・糖尿病・脂質異常症	90.0%		81.6%		93.0%		92.2%		92.2%		92.2%					
	血管疾患	血管疾患合計	18	90.0%	99	86.8%	1,464	95.1%	1,563	94.6%	1,581	94.5%	1,581	94.5%				
		認知症	1	5.0%	25	21.9%	793	51.5%	818	49.5%	819	49.0%	819	49.0%				
	筋・骨格疾患	筋・骨格疾患	15	75.0%	95	83.3%	1,453	94.4%	1,548	93.6%	1,563	93.4%	1,563	93.4%				

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診（レセプト）の分析

(1) 健診受診者の実態（図表 16・17）

糖尿病など生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等のリスクが高まる。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況を見ると、男女ともに予備群・該当者の割合が高くなっており、特に男性の該当者の割合が高くなっている。男性該当者の所見の重なりをみると、血圧+脂質との重なりが多くなっている。また、予備群の所見の重なりは、男女ともに高血圧が多い。

健診データのうち有所見割合の高い項目は HbA1c で、全国、県よりも高くなっている。年代で見ると、男性では 40～64 歳のほうが有所見割合の高い項目が多いため、早期介入が重要であり、ターゲットは 40～50 歳代の若い層となるが、この年代の特定健診受診率は、男性で 20% 台、女性で 30% 台であるため、まずは健診を受けてもらう必要がある。

【図表 16】

健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省 6-2～6-7） ☆No.23 帳票

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	7,290	29.7	12,460	50.7	6,294	25.6	4,816	19.6	2,016	8.2	8,174	33.2	16,759	68.2	4,858	19.8	10,321	42.0	4,405	17.9	11,243	45.7	480	2.0	
鹿島市	合計	270	31.0	442	50.8	217	24.9	161	18.5	80	9.2	273	31.4	637	73.2	185	21.3	395	45.4	159	18.3	386	44.4	14	1.6
	40-64	106	34.4	161	52.3	81	26.3	78	25.3	23	7.5	83	26.9	202	65.6	67	21.8	112	36.4	64	20.8	150	48.7	1	0.3
	65-74	164	29.2	281	50.0	136	24.2	83	14.8	57	10.1	190	33.8	435	77.4	118	21.0	283	50.4	95	16.9	236	42.0	13	2.3

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	6,647	21.5	6,381	20.7	4,257	13.8	2,680	8.7	534	1.7	6,561	21.2	22,789	73.8	737	2.4	11,017	35.7	3,251	10.5	17,585	56.9	81	0.3	
鹿島市	合計	235	20.0	211	18.0	130	11.1	92	7.8	22	1.9	229	19.5	892	75.9	28	2.4	457	38.9	126	10.7	678	57.7	1	0.1
	40-64	82	20.0	57	13.9	47	11.5	40	9.8	7	1.7	60	14.6	284	69.3	7	1.7	118	28.8	42	10.2	235	57.3	0	0.0
	65-74	153	20.0	154	20.1	83	10.8	52	6.8	15	2.0	169	22.1	608	79.5	21	2.7	339	44.3	84	11.0	443	57.9	1	0.1

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握（厚生労働省 6-8）

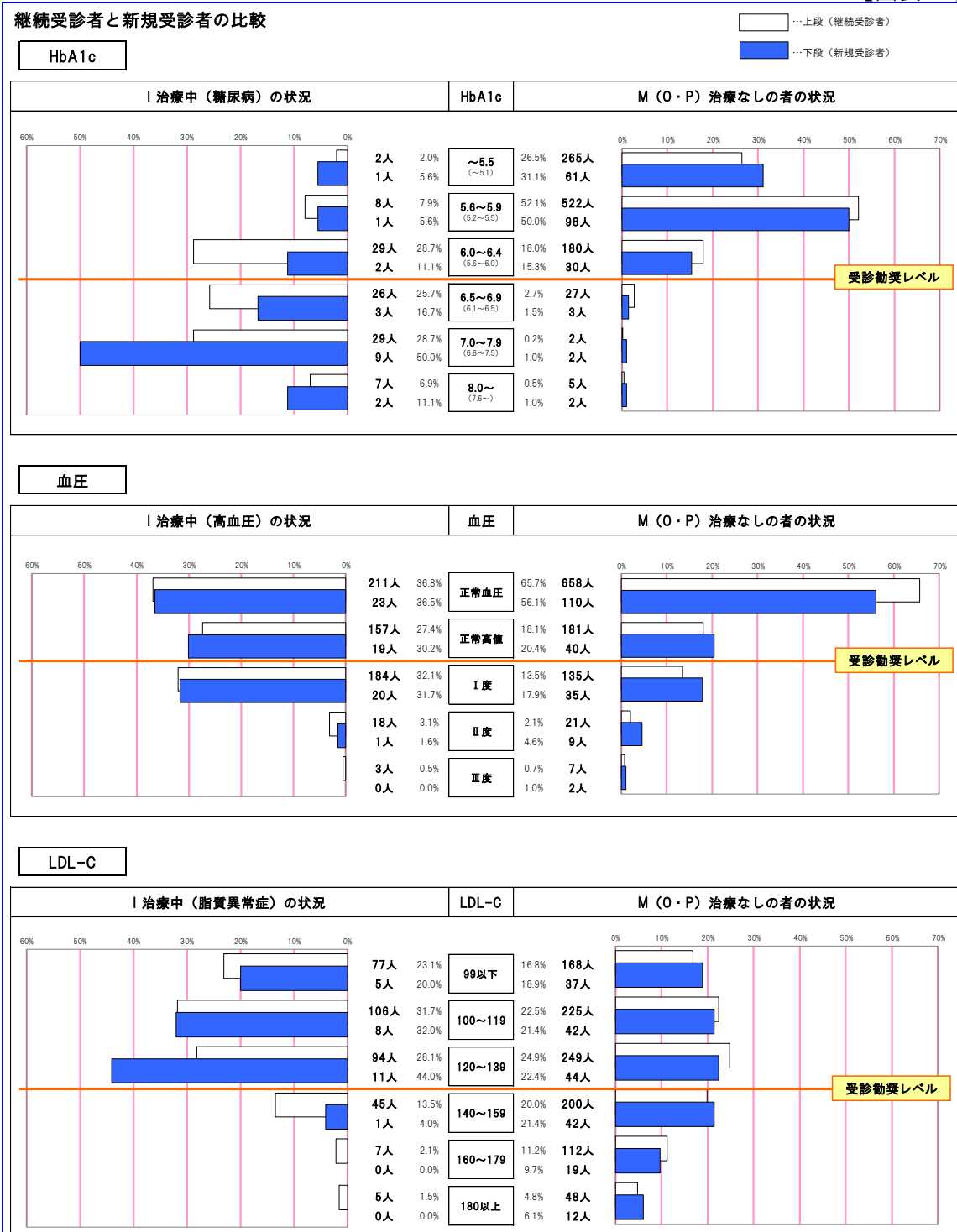
☆No.24 帳票

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		男性																					
H25	合計	934	32.8	82	8.8%	186	19.9%	11	1.2%	129	13.8%	46	4.9%	155	16.6%	24	2.6%	6	0.6%	96	10.3%	29	3.1%
	40-64	366	23.0	48	13.1%	72	19.7%	7	1.9%	37	10.1%	28	7.7%	61	16.7%	4	1.1%	4	1.1%	41	11.2%	12	3.3%
	65-74	568	45.3	34	6.0%	114	20.1%	4	0.7%	92	16.2%	18	3.2%	94	16.5%	20	3.5%	2	0.4%	55	9.7%	17	3.0%
H28	合計	870	34.9	60	6.9%	179	20.6%	12	1.4%	121	13.9%	46	5.3%	203	23.3%	35	4.0%	8	0.9%	117	13.4%	43	4.9%
	40-64	308	25.5	37	12.0%	60	19.5%	5	1.6%	33	10.7%	22	7.1%	64	20.8%	8	2.6%	4	1.3%	40	13.0%	12	3.9%
	65-74	562	43.8	23	4.1%	119	21.2%	7	1.2%	88	15.7%	24	4.3%	139	24.7%	27	4.8%	4	0.7%	77	13.7%	31	5.5%

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		女性																					
H25	合計	1,280	44.0	37	2.9%	78	6.1%	3	0.2%	60	4.7%	15	1.2%	89	7.0%	12	0.9%	2	0.2%	56	4.4%	19	1.5%
	40-64	524	34.4	17	3.2%	29	5.5%	3	0.6%	22	4.2%	4	0.8%	29	5.5%	4	0.8%	2	0.4%	18	3.4%	5	1.0%
	65-74	756	54.5	20	2.6%	49	6.5%	0	0.0%	38	5.0%	11	1.5%	60	7.9%	8	1.1%	0	0.0%	38	5.0%	14	1.9%
H28	合計	1,175	45.0	33	2.8%	94	8.0%	6	0.5%	73	6.2%	15	1.3%	84	7.1%	14	1.2%	2	0.2%	55	4.7%	13	1.1%
	40-64	410	35.7	14	3.4%	29	7.1%	5	1.2%	18	4.4%	6	1.5%	14	3.4%	3	0.7%	0	0.0%	9	2.2%	2	0.5%
	65-74	765	52.4	19	2.5%	65	8.5%	1	0.1%	55	7.2%	9	1.2%	70	9.2%	11	1.4%	2	0.3%	46	6.0%	11	1.4%

3) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 18)

糖尿病の指標となるHbA1cでは、治療なしの者で受診勧奨レベル以上の者が少ないため、健診後受診につながっており治療できている。一方、治療中の状況では、HbA1cのコントロール不良者が多い。血圧、LDLコレステロールでは、受診勧奨レベル以上でも治療なしの者がみられるが、治療をすればコントロール良好になる。 【図表 18】



4) 未受診者の把握 (図表 19)

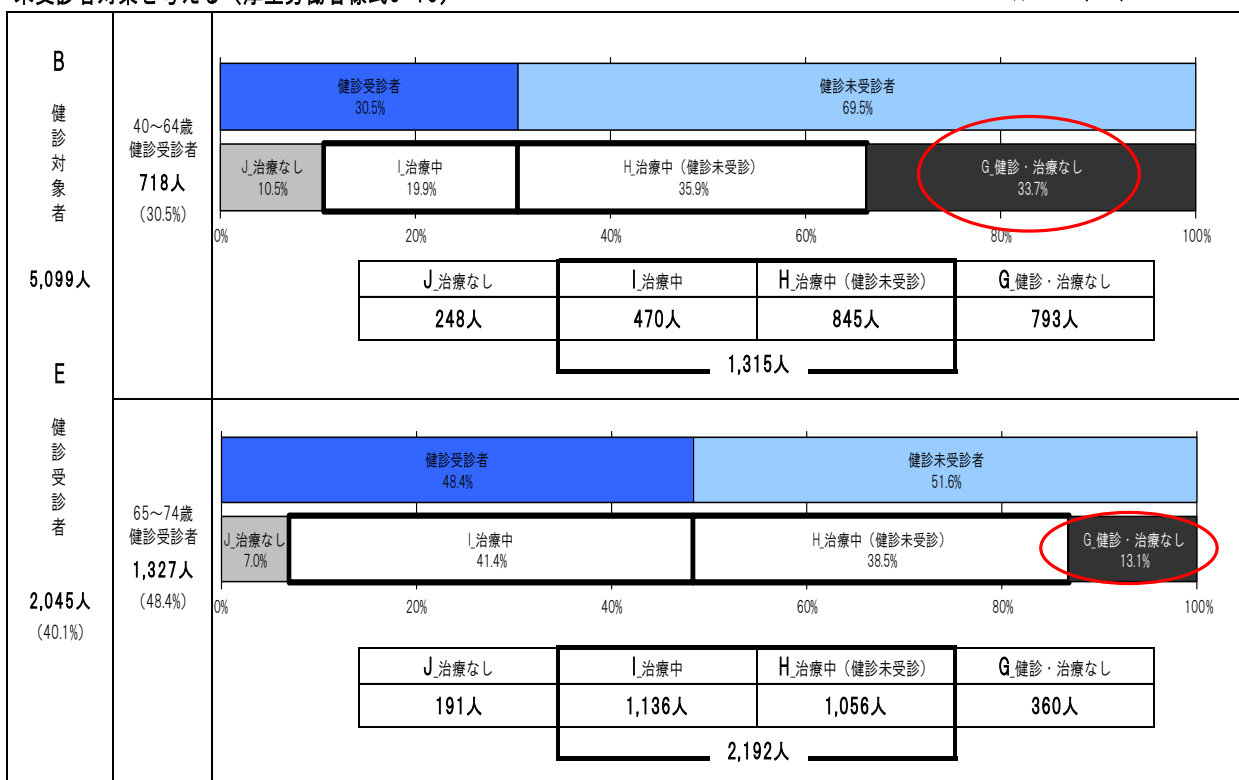
医療費適正化において、重症化予防の取組みは重要である。健診も治療も受けていない「G」をみると、年齢が若い40～64歳の割合が33.7%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、重症化しているのか実態が全く分からない状態である。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより生活習慣病の発症予防、重症化予防につながる。

また、健診受診者と未受診者の治療費を比較すると、健診未受診者の1人あたり治療費は、健診受診者より年間33,203円も高いため、健診を受診し重症化を予防することは医療費の削減においても有効であることがわかる。

【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

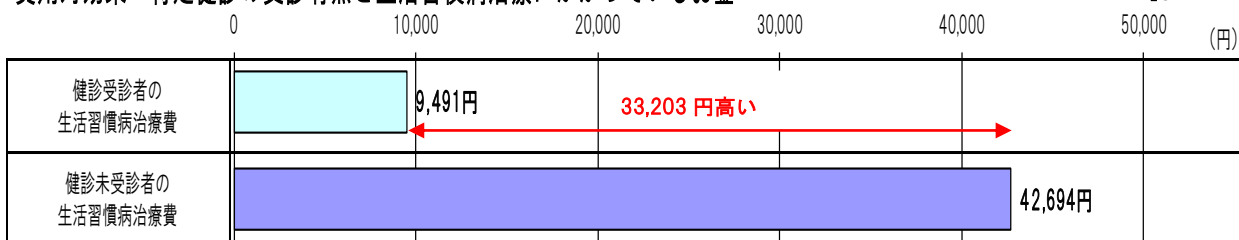
★NO.26 (CSV)



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3. 第2期計画の目標設定

(1) 中長期的な目標の設定

健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者で多い疾患の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症をそれぞれ減少させることを目標にする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいが、医療費の伸びを抑えることはできる。

鹿島市では健診を受けず医療にかからず、重症化して入院する実態があり、重症化予防により入院を抑えることが重要であり、医療費の削減につながる。そのため、医療費に占める入院費用割合を減少させることを目標にする。

(2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクである、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム予備群及び該当者を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年毎に血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切に働きかけることや、治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

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

これは、治療においては薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、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、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であることから、特定健診受診率と特定保健指導実施率の向上に努める必要がある。

【図表 20】

目標管理一覽表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標項目	初期値					最終評価値		現状値の把握方法
				2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
特定保健指導等計画	①特定保健指導受診率が伸び悩んでいる(40%前後でほぼ横ばい)特に40歳(20%台)50歳代(30%台)の受診率が低い状況	医療費削減のために、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定保健指導受診率60%(法定報告値)	40.2%	43%	45%	48%	52%	55%	60%	特定保健指導実施結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%(法定報告値)	44.8%	50%	52%	55%	58%	59%	60%	
			特定保健指導受診者のうち保健指導対象者の減少率25%(法定報告値)	20%	21%	22%	22%	23%	24%	25%	
中長期目標	②特定保健指導率は年々増加傾向にあるが、目標値の60%には達していない ③健診受診者のうちメタボ予備軍及び該当者が増加している。特に男性のメタボ該当者の割合が高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 (H25:2.97%→H28:1.39%)	1.39%			1.37%			1.35%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 (H25:1.62%→H28:1.63%)	1.63%			1.62%			1.6%	
			脳血管疾患の生活習慣病治療者に占める割合の減少 (H25:16.9%→H28:15.2%)	15.2%			14.2%			13.2%	
			虚血性心疾患の生活習慣病治療者に占める割合の減少 (H25:12.6%→H28:10.7%)	10.7%			9.7%			8.7%	
			糖尿病性腎症による人工透析患者割合の減少 (H25:54.0%→H28:45.5%)	45.5%			44.5%			43.5%	
			医療費のうち入院費用割合の減少 (H25:47.4%→H28:49.1%)	49.1%			47.1%			45.1%	
データヘルス計画	④健診も医療も受けていない人の実態がつかめていない(40~64歳:33.7% 65~74歳:13.1%) ⑤虚血性心疾患の総医療費に占める割合が高い ⑥生活習慣病治療者のうち脳血管疾患、高血圧の治療者が多い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの対象者を減らす	生活習慣病治療者のうち高血圧の割合減少 (H25:57.0%→H28:56.6%)	56.6%			53.6%			50.6%	KDBシステム 特定保健指導結果
			生活習慣病治療者のうち糖尿病の割合減少 (H25:27.3%→H28:27.5%)	27.5%			24.5%			21.5%	
			生活習慣病治療者のうち脂質異常症の割合減少 (H25:38.3%→H28:40.1%)	40.1%			38.6%			34.1%	
			特定保健指導者のうちメタボリックシンドローム予備群の割合減少 (H25:11.9%→H28:13.3%)	13.3%			11.8%			10.3%	
			特定保健指導者のうちメタボリックシンドローム該当者の割合減少 (H25:11.0%→H28:14.0%)	14%			12.5%			11%	
			健診受診者の糖尿病未治療・中断者の割合減少 (HbA1c6.5以上)	16.4%			10.7%			5%	

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. 目標値の設定

【図表21】

	2018年度 (平成30年度)	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	43%	45%	48%	52%	55%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	55%	58%	59%	60%

3. 対象者の見込み

【図表22】

		2018年度 (平成30年度)	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	5,300人	5,200人	5,100人	5,000人	4,900人	4,800人
	受診者数	2,279人	2,340人	2,448人	2,600人	2,695人	2,880人
特定保健 指導	対象者数	273人	280人	293人	312人	323人	345人
	実施者数	136人	145人	161人	180人	190人	207人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

個別健診については、特定健診実施医療機関に委託し実施する。県医師会が実施機関の取りまとめ、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である佐賀市国保が集合契約を行う。

集団健診については、健康づくり財団と委託契約し、市保健センターで実施する。

- ① 個別健診(委託医療機関)
- ② 集団健診(鹿島市保健センター)

(2)特定健診委託基準

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

(3)特定個別健診実施医療機関リスト

県内の実施医療機関で実施

鹿島市内実施医療機関

【図表 23】

健診・保健指導機関番号	健診機関名	住 所	電話番号
710698	医療法人 犬塚病院	鹿島市大字高津原 602 番地 3	0954-63-2538
710052	社会医療法人 祐愛会 織田病院	鹿島市大字高津原 4306 番地	0954-63-3332
710805	医療法人天心堂 志田病院	鹿島市大字中村 2134 番地 4	0954-68-0565
710813	鈴木内科 クリニック	鹿島市大字山浦甲 358 番地 1	0954-69-8161
710656	田中医院	鹿島市大字納富分 733 番地	0954-63-4080
710797	中村医院	鹿島市古枝甲 837 番地 2	0954-63-9234
710771	西岡内科 クリニック	鹿島市大字高津原 3777 番地 1	0954-63-4090
710763	医療法人誠晴會 納富病院	鹿島市大字高津原 4320 番地 1	0954-63-1117
710631	医療法人社団 別府整形外科	鹿島市大字高津原 3523 番地 1	0954-63-3063
710748	ホロス 光武クリニック	鹿島市大字納富分 2938 番地	0954-63-3466
710680	医療法人社団 森田医院	鹿島市大字納富分 4076 番地 3	0954-63-3956
710847	医療法人芳山堂 薬師寺医院	鹿島市浜町 1280 番地 1	0954-63-5281

(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。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変えられる。

（実施基準第1条4項）

【図表 24】

特定健康診査項目

区分	内容	
基本的な健診の項目	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）	
	自覚症状及び他覚症状の検査	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	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
	肝機能検査	GOT
		GPT
γ-GTP		
血糖検査 （いずれかの項目の実施で可）	空腹時血糖	
	HbA1c	
尿検査	糖	
	蛋白	
	潜血	
尿酸値検査	血清尿酸	

項目（判断基準に基づき医師が必要と認める場合に実施）

【図表 25】

内容		判断基準				
貧血検査	赤血球数	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
	血色素数					
	ヘマトクリット値					
心電図		当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査		<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定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、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖等の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上					
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上					
血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）		<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c (NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c (NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上					
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c (NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上					

(5)実施時期

個別健診：5月から11月末まで

集団健診：3～4回／年

(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、佐賀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、受診案内を個別に郵送し、図表 26 の実施スケジュールとする。

また、受診勧奨のための周知広報活動に努め、未受診者へ勧奨通知を送付する。

健診実施スケジュール

【図表 26】

	健診 実施期間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
個別健診	5/1～11/30	受診票等 個別通知	5月						11月30日				
集団健診	4回/年					集団健診			集団健診 2回		集団健診		

※状況に応じて変更

(9)ヘルスサポート事業

① 事業概要

定期通院者の検査情報のうち「特定健診として活用できる情報」を医療機関から提供してもらう事業

② 実施形態

ヘルスサポート実施医療機関へ委託

③ 対象者

ヘルスサポート実施医療機関に通院中の者

(10) 農業協同組合健診結果データ活用事業

- ① 事業概要
農業協同組合健診の健診データを特定健診として活用する事業
- ② 実施形態
鹿島市農業協同組合の健診実施機関に委託
- ③ 対象者
農業協同組合健診を受ける者のうちデータ提供の同意が得られた者

(11) 情報提供事業

- ① 事業概要
医療機関で特定健診と同等の検査を実施した場合、その検査データを特定健診として活用する事業
- ② 実施形態
鹿島市藤津地区医師会に委託
- ③ 対象者
当該年度の特定健診を受診していない者

(12) 二次健診

- ① 事業概要
特定保健指導の対象者に対して、生活習慣改善への動機付けを効果的に行い、特定保健指導の効果をあげるために実施する。
- ② 実施形態
鹿島藤津地区医師会委託
- ③ 対象者
特定保健指導対象者で、特定健診結果において空腹時血糖が 126mg/dl 以上、またはHbA1c 6.5% 以上の者を除く
- ④ 二次健診項目
 - ・ 75g糖負荷試験（血糖値）・血中インスリン測定
 - ・ 頸動脈超音波（エコー）検査
 - ・ 微量アルブミン尿検査

5. 特定保健指導の実施

(1) 実施形態

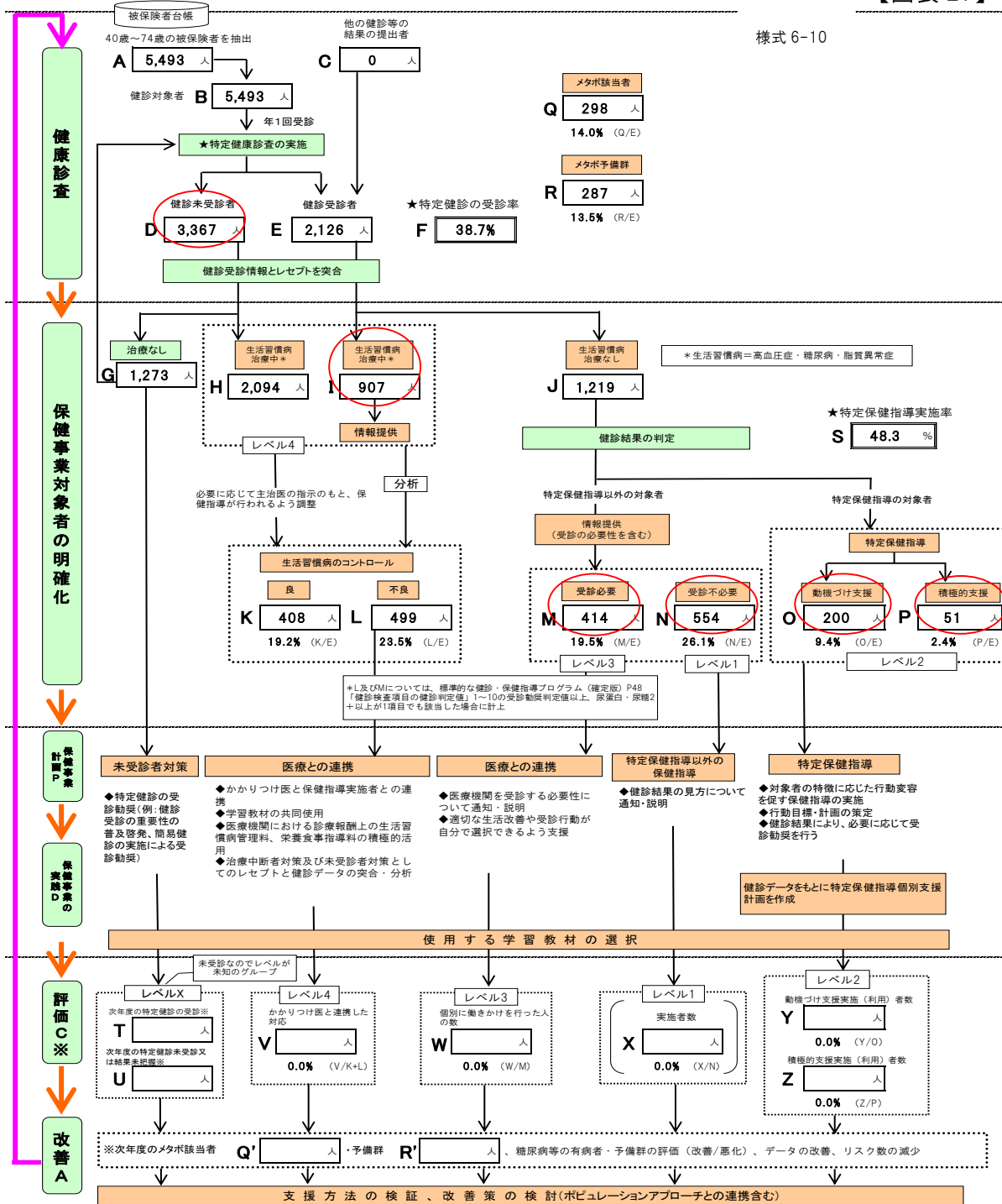
特定保健指導の実施については、市の直接実施及び医療機関委託の形態でおこなう。

(2) 特定保健指導の実施内容

「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、特定健診の結果から特定保健指導対象者の明確にした上で優先順位を設定し、それに沿って実施する。

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)

【図表27】



特定保健指導内容

【図表 28】

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	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	動機：200人 積極的：51人	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	414人 (19.5%)	HbA1c6.5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（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	3,367人 ※受診率目標達成までにあ と1,169人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	554人 (28.1%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	907人 (42.7%)	100%

(3) 特定保健指導の実施スケジュール

目標達成に向け、進捗状況を管理するとともに、PDCAサイクルにより評価・見直しを行いながら効果的に実践していくため、毎年、実施スケジュールにより実施する。

【図表 29】

指導実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
健診期間	受診票等 個別通知	5月						11月30日				
対象者抽出			対象者抽出（各月）		集団健診			集団健診 2回		集団健診		
指導実施		前年度分評価										

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鹿島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。

(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及び鹿島市文書取扱規程に基づき行う。

特定健診・特定保健指導の記録の保存義務期間は、実施基準第10条に基づき、記録の作成日から5年を経過するまでの期間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の年度の翌年度の末日までの期間のうちいずれか短い期間とする。

7. 結果の報告

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

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（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、鹿島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、脳血管疾患で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、特定健診において、血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取り組みと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。

重症化予防対策としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取り組みを行う。

具体的には、医療受診が必要な者には、適切な受診への働きかけを行う受診勧奨、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り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等が高くなっているという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となってくる。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 重症化予防の取り組み

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「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)及び佐賀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、取り組みにあたっては図表30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 30】

【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	D 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佐賀県プログラムに準じ、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 31)

【図表 31】

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

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

① 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 32)

特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 33 人(17.2%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 764 人の中のうち、特定健診受診者が 192 人(25.1%・G)であったが、4 人(2.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 572 人(74.9%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 109 人(イ)中 8 人(オ)は治療中断であることが分かった。また、101 人(カ)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。

糖尿病治療中でこれまで健診受診歴のない者の医療機関受診歴については、未把握であり、今後介入して行く際にはデータを確認する必要がある。

② 介入方法と優先順位

図表 32 より介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・33 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・12 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者(ク)・・・188 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

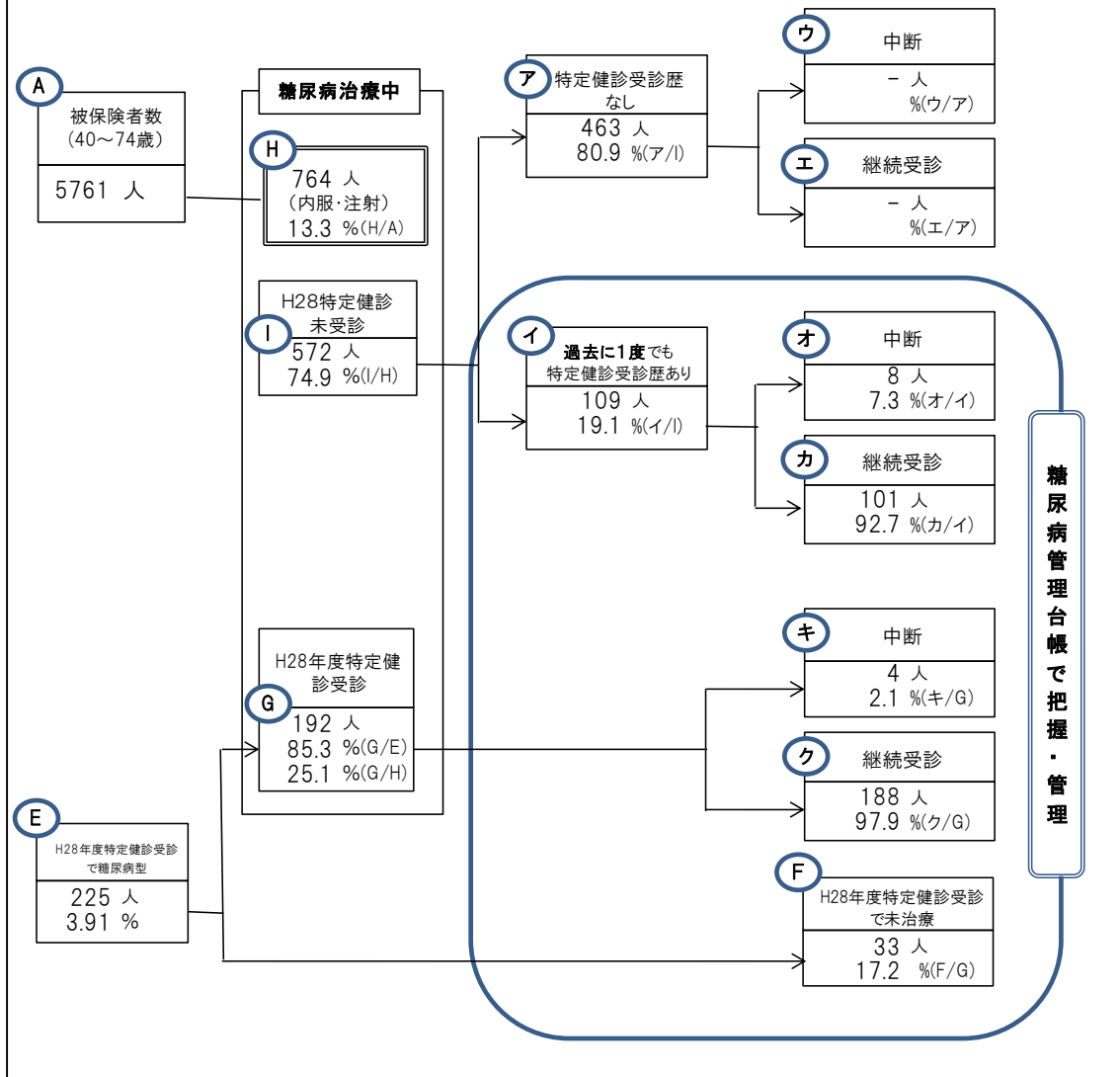
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・101 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

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

【図表 32】

※「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 3)及び年次計画表(参考資料 4)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。

* 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 ⑥BMI
- ⑦服薬の有無(特定健診の問診より)

(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

昨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

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに、大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。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 33)

【図表 33】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起ころうのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起ころう体の部位と症状のあらわれ方～ 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-left: 20px;"> <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"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞けど？</p> <div style="margin-left: 20px;"> <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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 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 ビグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し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

糖尿病性腎症重症化予防連絡票等を使用し、医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ。

(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佐賀県プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

評価を行うにあたっては、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 糖尿病性腎症重症化予防取り組み評価表(参考資料5)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 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. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては、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 6)

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 7)

(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。

特定健診を受診した年度またはその前年度の特定健診の結果において、血糖、脂質、血圧及び腹囲等全てについて基準値に該当した者のうち、医師が必要と認めた者に対し心電図を実施している。2018 年度以降の心電図の実施については、対象者の基準が見直される為、より多くの受診者へ実施されると予想される。

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 34 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。

【図表 34】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ・首や肩、葉へ放散する痛み ・冷汗や吐き気を伴う

疾患名	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 (安静時でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。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二次健診において、これらの検査を実施していく。

(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管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、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。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みに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 35、36)

【脳卒中の分類】

【図表 35】

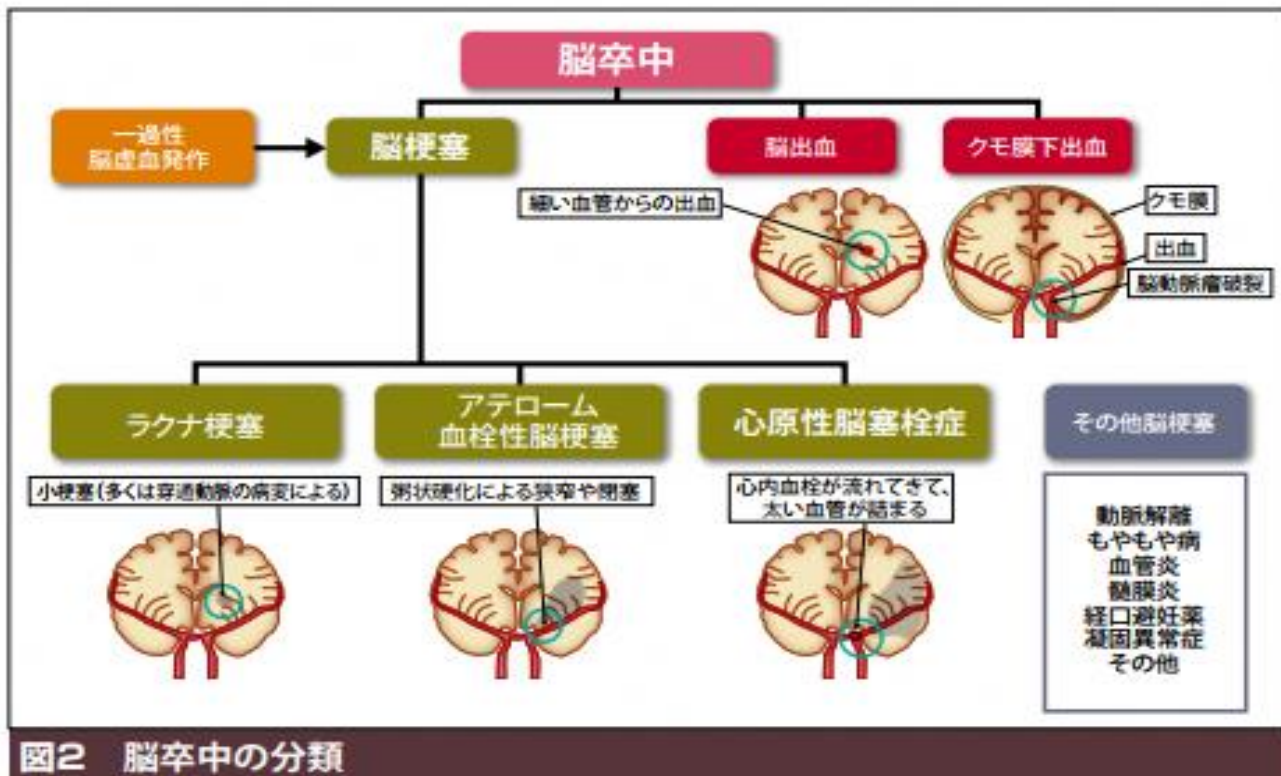


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 36】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

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 37 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 37】

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	●			○			○
	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 (○はハイリスク因子)		高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	
重症化予防対象		Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 2,123		81 3.8%		77 3.6%	177 8.3%	181 8.5%	22 1.0%	28 1.3%
対象者数								
治療なし		43 2.0%		70 3.6%	177 8.3%	128 6.0%	22 1.0%	28 1.3%
(再掲) 特定保健指導		29 35.8%		24 31.2%	177 100.0%	93 51.4%	10 45.5%	9 32.1%
治療中		38 --		7 --	0 --	53 --	0 --	0 --
臓器障害 あり		8 18.6%		3 4.3%	18 10.2%	11 8.6%	22 100.0%	28 100.0%
CKD (専門医対象者)		8		1	14	8	22	28
尿蛋白 (2+) 以上		3		0	6	5	22	2
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上		3		0	2	1	0	1
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		2		1	8	3	2	28
心電図所見あり		1		2	5	4	1	2
臓器障害 なし		35 81.4%	--	67 95.7%	159 89.8%	117 91.4%	--	--

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 81 人(3.8%)であり、43 人は未治療者であった。また未治療者のうち、8 人(18.6%)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 38 人(1.8%)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。また、高血圧以外の危険因子との組み合わせも脳心腎疾患など、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を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 38)

【図表 38】

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
	2,123	565	644	441	392	68	13
		26.6%	30.3%	20.8%	18.5%	3.2%	0.6%
リスク第1層	211	107	51	29	19	4	1
		9.9%	18.8%	7.9%	6.6%	4.8%	5.9%
リスク第2層	1,210	354	376	235	199	39	7
		57.0%	62.7%	58.4%	53.3%	50.8%	57.4%
リスク第3層	702	104	217	177	174	25	5
		33.1%	18.4%	33.7%	40.1%	44.4%	36.8%
再掲 重複あり	糖尿病	196	29	66	43	50	7
		27.9%	27.9%	30.4%	24.3%	26.7%	28.0%
	慢性腎臓病 (OKD)	237	45	68	48	60	14
		33.8%	43.3%	31.3%	27.1%	34.5%	36.0%
	3個以上の危険因子	443	52	133	123	117	14
		63.1%	50.0%	61.3%	69.5%	67.2%	56.0%

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
19	203	251
0.9%	9.6%	11.8%
19	4	1
100%	2.0%	0.4%
--	199	46
--	98.0%	18.3%
--	--	204
--	--	81.3%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 38 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

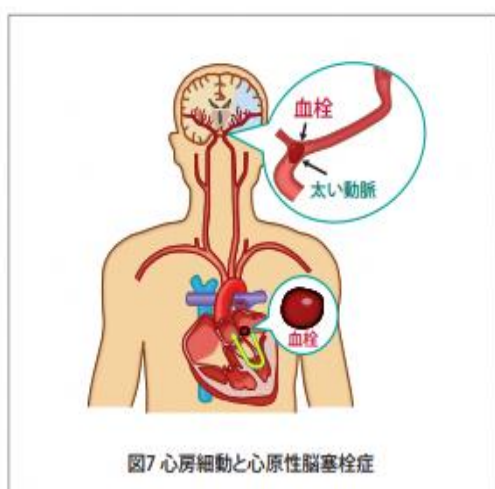


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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。

心房細動は脳梗塞のリスクである為、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より多くの心電図検査の実施と、リスクが高い者への介入を行っていく必要がある。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施に当たっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は、受診勧奨を行う。

また、過去に治療中であ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。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。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二次健診において、これらの検査を実施していく。

(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 8)

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において、心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、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

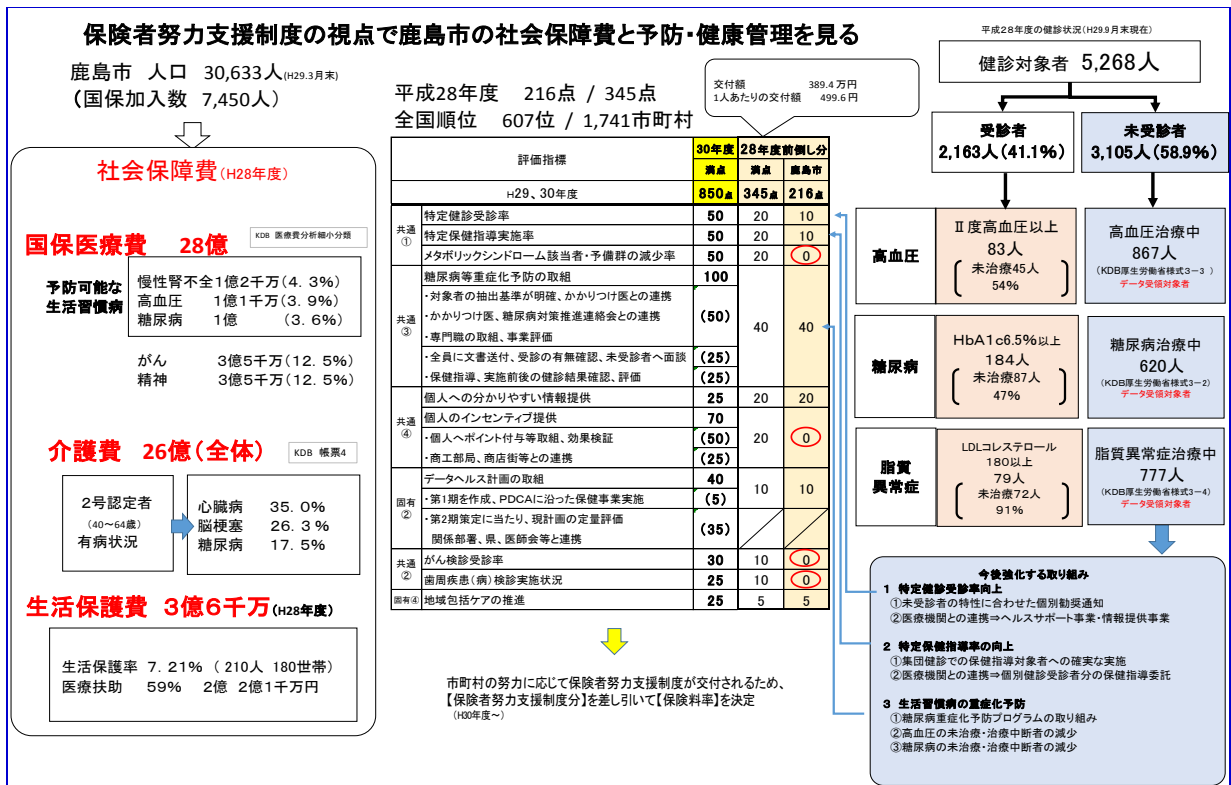
5 月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ(全体への働きかけ)

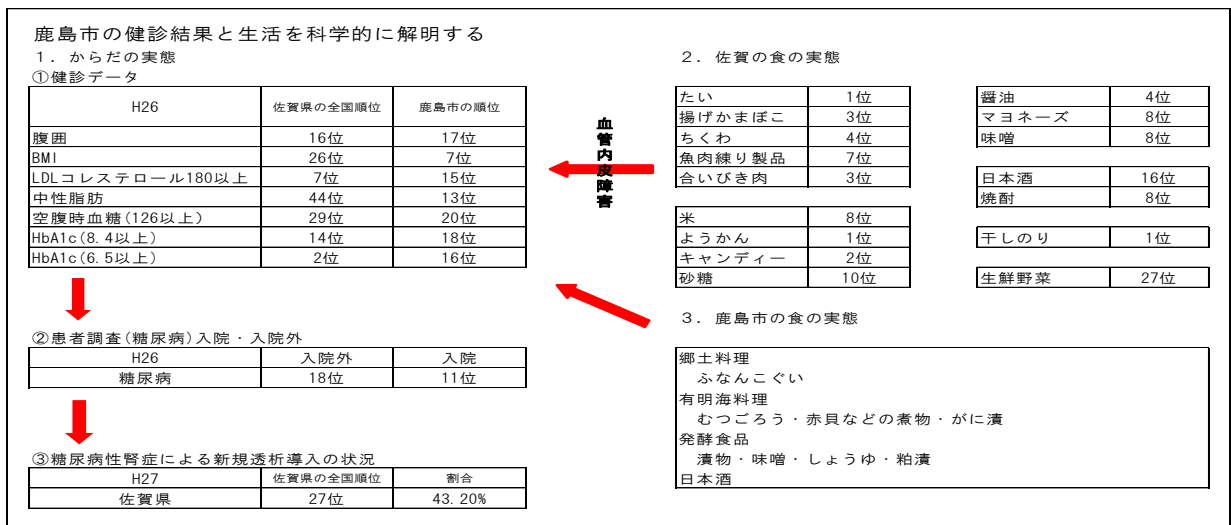
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について周知していく。

また、「健康チャレンジ事業」を実施し、住民の健康づくりへの取組みを推進していく。

【図表 39】



【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取り組み

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要であるため、地域包括支援センターや長寿社会係と連携して取り組んでいく。

【図表 41】

65歳以上の人口及び高齢化率

	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
鹿島市	人	7,899	8,384	8,748	8,771	8,561	8,237	7,825
	%	25.7	28.7	31.4	33.1	34.1	34.7	35.1
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく高齢者を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020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2023年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11）

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

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

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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、地域の医師会など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簡易版を策定する等の工夫が必要である。

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り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 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鹿島市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ
- 参考資料 12 第 2 期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表【計画】
- 参考資料 13 第 2 期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表【実績】

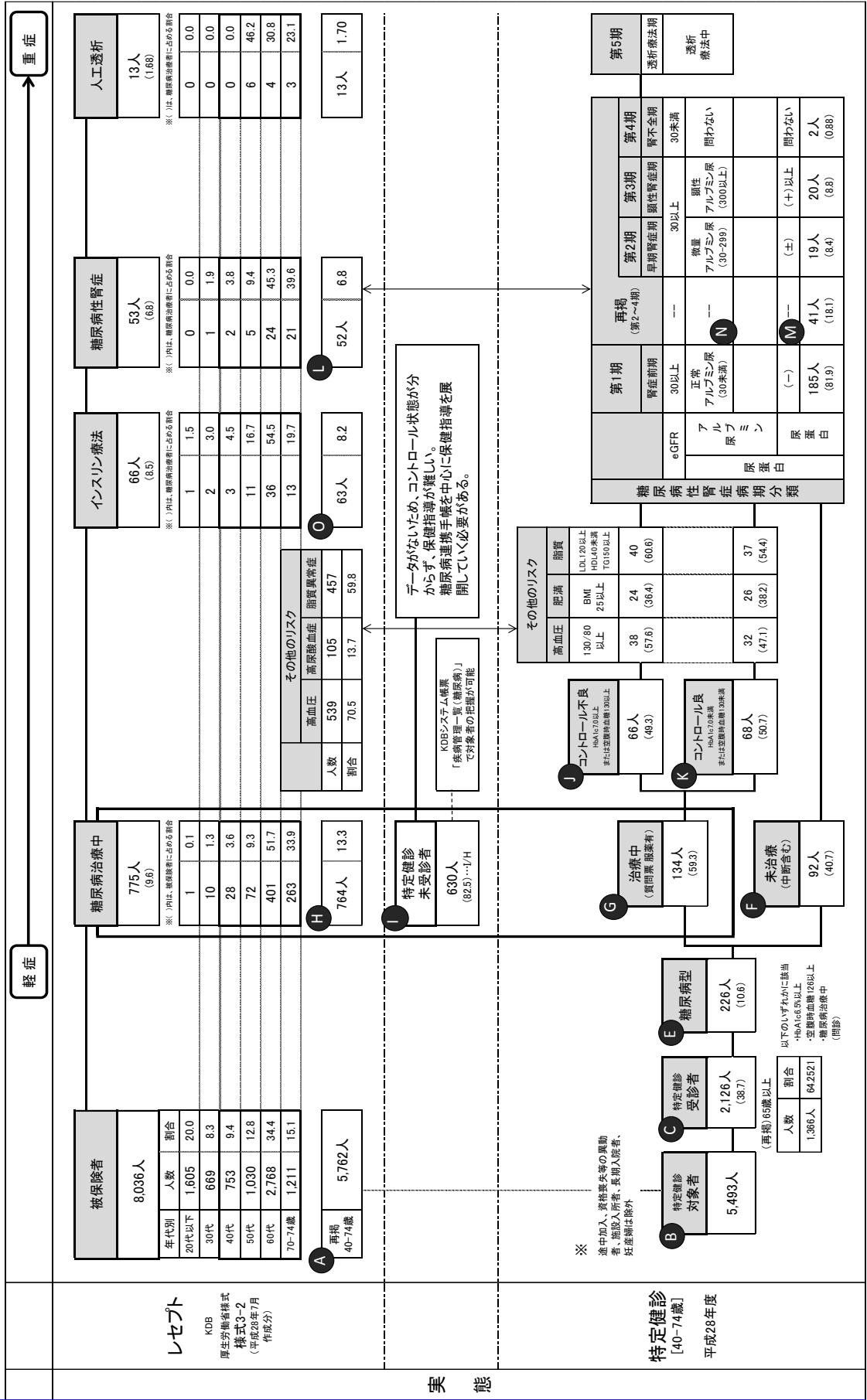
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鹿島市の位置

【参考資料 1】

項目		鹿島市 (H25)		鹿島市 (H28)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		30,633		29,665		9,030,767		828,476		125,640,987			
		65歳以上 (高齢化率)		7,885	25.7	8,662	29.2	2,626,654	29.1	229,335	27.7	33,465,441	26.6	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	
		75歳以上		4,406	14.4	4,662	15.7			120,241	14.5	16,125,763	12.8		
		65~74歳		3,479	11.4	4,000	13.5			109,094	13.2	17,339,678	13.8		
		40~64歳		10,385	33.9	9,556	32.2			270,796	32.7	42,295,574	33.7		
	39歳以下		12,363	40.4	11,447	38.6			328,345	39.6	49,879,972	39.7			
	② 産業構成	第1次産業		13.3		13.3		11.4		9.5		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		26.0		26.0		27.5		24.2		25.2			
		第3次産業		60.6		60.6		61.1		66.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性		79.2		79.2		79.2		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.8		86.8		86.4		86.6		86.4					
④ 健康寿命	男性		65.3		65.3		65.1		65.2		65.2				
	女性		67.2		67.2		66.8		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		105.3		97.9		104.8		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		死因	がん		113	52.8	110	53.1↑	32,164	46.4	2,798	51.0	367,905		49.6
			心臓病		62	29.0	47	22.7↓	19,517	28.2	1,387	25.3	196,768		26.5
			脳疾患		32	15.0	40	19.3↑	11,781	17.0	880	16.0	114,122		15.4
			糖尿病		2	0.9	1	0.5↓	1,340	1.9	105	1.9	13,658		1.8
			腎不全		3	1.4	4	1.9	2,559	3.7	174	3.2	24,763		3.3
			自殺		2	0.9	5	2.4	1,902	2.7	141	2.6	24,294		3.3
	合計														
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計												厚労省HP 人口動態調査	
		男性													
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		1,729	22.0	1,732	21.8↓	539,696	20.5	45,242	21.7	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		27	0.3	46	0.3	8,952	0.3	795	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者		50	0.5	36	0.3↓	11,164	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		337	19.3	400	21.9	125,636	22.3	10,148	21.7	1,350,152	22.1		
		高血圧症		1,112	63.5	1,122	63.6	306,174	54.6	27,849	59.7	3,101,200	50.9		
		脂質異常症		427	23.7	496	27.0	159,862	28.4	14,344	30.6	1,741,866	28.4		
		心臓病		1,216	70.6	1,247	70.2	349,548	62.5	31,911	68.5	3,529,682	58.0		
		脳疾患		617	34.2	621	35.2	154,945	27.9	14,853	32.0	1,538,683	25.5		
		がん		264	14.5	267	16.0	58,440	10.3	5,946	12.6	631,950	10.3		
		筋・骨格		1,105	63.7	1,141	65.1	303,462	54.1	28,340	60.6	3,067,196	50.3		
精神		711	40.9	880	48.0↑	213,558	37.8	20,766	44.3	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		71,244		71,494		66,717		65,198		58,284				
	居宅サービス		49,284		52,246		41,744		46,314		39,662				
	施設サービス		287,232		286,177		278,164		282,952		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		12,474		8,690		8,281		8,101		7,980				
	認定あり		3,726		4,239		4,037		4,033		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数		8,719		7,643		2,264,375		205,165		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳		2,704	31.0	2,873	37.6			80,173	39.1	12,461,613	38.2		
		40~64歳		3,379	38.8	2,620	34.3			69,731	34.0	10,946,712	33.6		
		39歳以下		2,636	30.2	2,150	28.1			55,261	26.9	9,179,541	28.2		
	加入率		28.5		25.0		25.1		24.4		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		5	0.6	5	0.7	833	0.4	108	0.5	8,255	0.3		
		診療所数		18	2.1	18	2.4	6,529	2.9	684	3.3	96,727	3.0		
		病床数		308	35.3	306	40.0	135,296	59.7	15,108	73.6	1,524,378	46.8		
		医師数		52	6.0	52	6.8	16,982	7.5	2,319	11.3	299,792	9.2		
		外来患者数		648.5		698.9		698.5		736.4		668.1			
入院患者数		27.6		30.6↑		23.6		26.3		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		24,699	県内17位 同規模121位	29,780	県内16位 同規模78位	27,772		29,593		24,245				
	受診率		676.124		729.519		722.103		762.714		686.286				
	外来	費用の割合		52.6		50.9	↓	56.9		55.6		60.1			
		件数の割合		95.9		95.8		96.7		96.6		97.4			
	入院	費用の割合		47.4		49.1	↑	43.1		44.4		39.9			
		件数の割合		4.1		4.2		3.3		3.4		2.6			
1件あたり在院日数		17.3日		16.8日		17.0日		18.0日		15.6日					
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん		17.3		358,754,720	24.2	23.9		21.4		25.6				
	慢性腎不全 (透析あり)		9.1		125,356,490	8.4↓	9.1		11.0		9.7				
	糖尿病		7.5		109,705,770	7.4↓	9.9		8.4		9.7				
	高血圧症		10.1		117,141,860	7.9↓	8.9		7.8		8.6				
	精神		25.8		350,997,870	23.7	19.6		23.2		16.9				
筋・骨格		17.7		281,246,460	19.0	15.2		15.7		15.2					

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数23	入院	糖尿病	453,892	23位 (17)	490,340	21位 (16)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				入院	高血圧	479,054	21位 (15)	524,345	18位 (15)						
				入院	脂質異常症	407,496	21位 (20)	433,445	22位 (20)						
				入院	脳血管疾患	550,766	17位 (19)	527,244	20位 (19)						
				入院	心疾患	471,793	21位 (17)	547,602	12位 (14)						
				入院	腎不全	553,721	20位 (14)	629,999	13位 (16)						
				入院	精神	404,298	21位 (26)	446,574	13位 (25)						
				入院	悪性新生物	524,722	22位 (13)	633,739	7位 (14)						
				外来	糖尿病	33,898	14位	34,552	13位						
				外来	高血圧	27,050	18位	27,702	18位						
	外来	脂質異常症	24,763	20位	24,874	18位									
	外来	脳血管疾患	35,556	14位	41,552	6位									
	外来	心疾患	41,486	13位	42,526	12位									
	外来	腎不全	196,441	14位	174,594	18位									
	外来	精神	31,171	16位	30,385	15位									
	外来	悪性新生物	42,540	21位	46,568	15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	1,515	3,356	2,895	3,158	2,346					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診未受診者	9,253	15,098	12,883	13,153	12,339						
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,169	528	1,040	509	359,875	55.6	29,505	53.2	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			医療機関受診率	1,108	50.0	953	46.6	331,214	51.2	27,181	49.0	4,069,618	51.5		
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数23	健診受診者	2,211	2,045	647,170	55,471	7,898,427					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	38.7	県内10位 同規模96位	40.1	県内16位 同規模129位	39.8	40.6	全国16位	36.4				
			特定保健指導終了者(実施率)	86	35.2	108	45.0	29,629	38.1	3,436	52.3	198,683		21.1	
			非肥満高血糖	114	5.2	112	5.5	68,180	10.5	4,488	8.1	737,886		9.3	
			メタボ	該当者	243	11.0	287	14.0	115,126	17.8	9,280	16.7		1,365,855	17.3
				男性	154	16.5	203	23.3	78,359	27.4	6,218	25.3		940,335	27.5
				女性	89	7.0	84	7.1	36,767	10.2	3,062	9.9		425,520	9.5
				予備群	264	11.9	273	13.3	69,101	10.7	6,844	12.3		847,733	10.7
			BMI	男性	186	20.0	179	20.6	47,257	16.5	4,523	18.4		588,308	17.2
				女性	78	6.1	94	8.0	21,844	6.0	2,321	7.5		259,425	5.8
				総数	625	28.3	653	31.9	205,718	31.8	18,841	34.0		2,490,581	31.5
				女性	421	45.2	442	50.8	139,882	48.9	12,460	50.7		1,714,251	50.2
			メタボ 該当・ 予備 群 レベル	男性	204	15.9	211	18.0	65,836	18.2	6,381	20.7		776,330	17.3
				女性	102	4.6	95	4.6	33,976	5.2	2,217	4.0		372,685	4.7
				男性	16	1.7	10	1.1	5,403	1.9	355	1.4		59,615	1.7
				女性	86	6.7	85	7.2	28,573	7.9	1,862	6.0		313,070	7.0
			予備 群 レベル	血糖のみ	14	0.6	18	0.9	4,666	0.7	589	1.1		52,296	0.7
				血圧のみ	189	8.5	194	9.5	48,120	7.4	4,444	8.0		587,214	7.4
				脂質のみ	61	2.8	61	3.0	16,315	2.5	1,811	3.3		208,214	2.6
				血糖・血圧	35	1.6	49	2.4	19,030	2.9	1,587	2.9		212,002	2.7
血糖・脂質	8	0.4		10	0.5	6,579	1.0	668	1.2	75,032	0.9				
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	706	31.9	679	33.2	229,611	35.5	18,238	32.9	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	141	6.4	126	6.2	53,445	8.3	4,910	8.9	589,711	7.5		
			脂質異常症	361	16.3	365	17.8	154,568	23.9	12,593	22.7	1,861,221	23.6		
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	15	0.7	14	0.7	20,399	3.3	627	1.6	246,252	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	37	1.7	36	1.8	35,833	5.8	862	2.2	417,378	5.5		
			腎不全	15	0.7	12	0.6	3,288	0.5	305	0.8	39,184	0.5		
			貧血	124	5.6	172	8.4	56,999	9.2	3,369	8.4	761,573	10.2		
			喫煙	361	16.3	273	13.3	87,621	13.5	7,948	14.3	1,122,649	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	15	0.7	142	7.0	38,837	6.9	4,718	8.7	585,344	8.7		
			週5回以上食後間食	37	1.7	174	8.5	68,351	12.0	6,241	11.6	803,966	11.9		
			週2回以上就寝前夕食	15	0.7	143	7.0	82,506	14.5	6,220	11.5	1,054,516	15.5		
			食べる速度が速い	124	5.6	535	26.2	151,438	26.6	15,290	28.3	1,755,597	26.0		
			20歳時体重から10kg以上増加	274	12.4	595	29.1	176,120	31.1	17,904	33.2	2,192,264	32.1		
			1回30分以上運動習慣なし	632	28.6	1,411	69.0	355,238	62.0	34,141	63.3	4,026,105	58.8		
1日1時間以上運動なし	1,509	68.3	1,296	63.4	258,590	45.1	25,251	49.1	3,209,187	47.0					
睡眠不足	1,183	53.5	482	23.6	139,179	24.3	12,262	25.5	1,698,104	25.1					
毎日飲酒	1,425	64.5	538	26.3	155,329	25.3	13,463	24.9	1,886,293	25.6					
時々飲酒	378	17.1	376	18.4	124,825	20.3	11,094	20.5	1,628,466	22.1					
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	533	24.1	628	58.3	257,268	63.8	14,219	53.7	3,333,836	64.0			
		1~2合	1,446	65.4	324	30.1	97,734	24.3	8,870	33.5	1,245,341	23.9			
		2~3合	231	10.5	105	9.7	37,372	9.3	2,720	10.3	486,491	9.3			
		3合以上	205	9.3	20	1.9	10,629	2.6	645	2.4	142,733	2.7			

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料 3】

【対象者抽出基準】 過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者										※糖尿病服薬は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え			
番号	氏名	性別	H28年度 未判	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出・ 死亡	備考	
				糖尿病	糖	服薬							
				高血圧	糖	HbA1c							
				虚血性心疾患	糖	体重							
				脳血管疾患	以外	BMI							
				糖尿病性腎症	以外	血圧							
					CKD	GFR							
					CKD	尿蛋白							
				糖尿病	糖	服薬							
				高血圧	糖	HbA1c							
				虚血性心疾患	糖	体重							
				脳血管疾患	以外	BMI							
				糖尿病性腎症	以外	血圧							
					CKD	GFR							
					CKD	尿蛋白							

【参考資料 4】

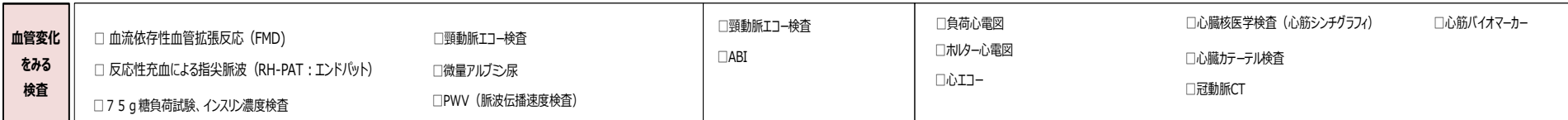
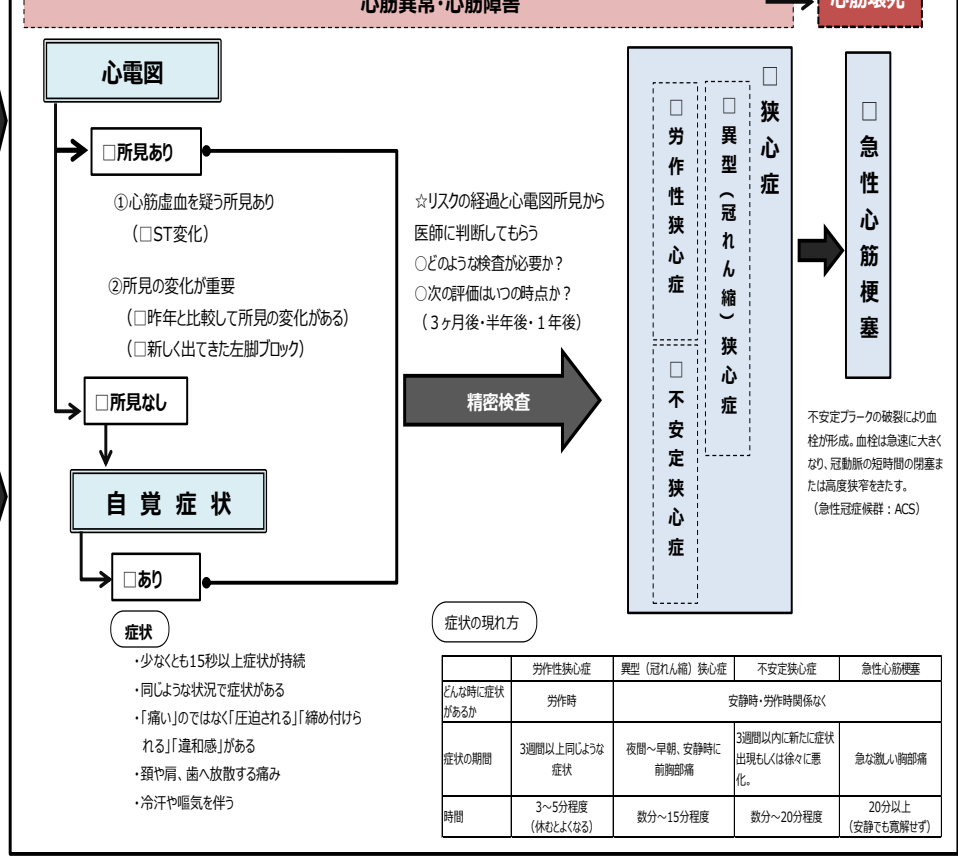
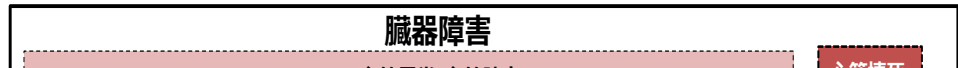
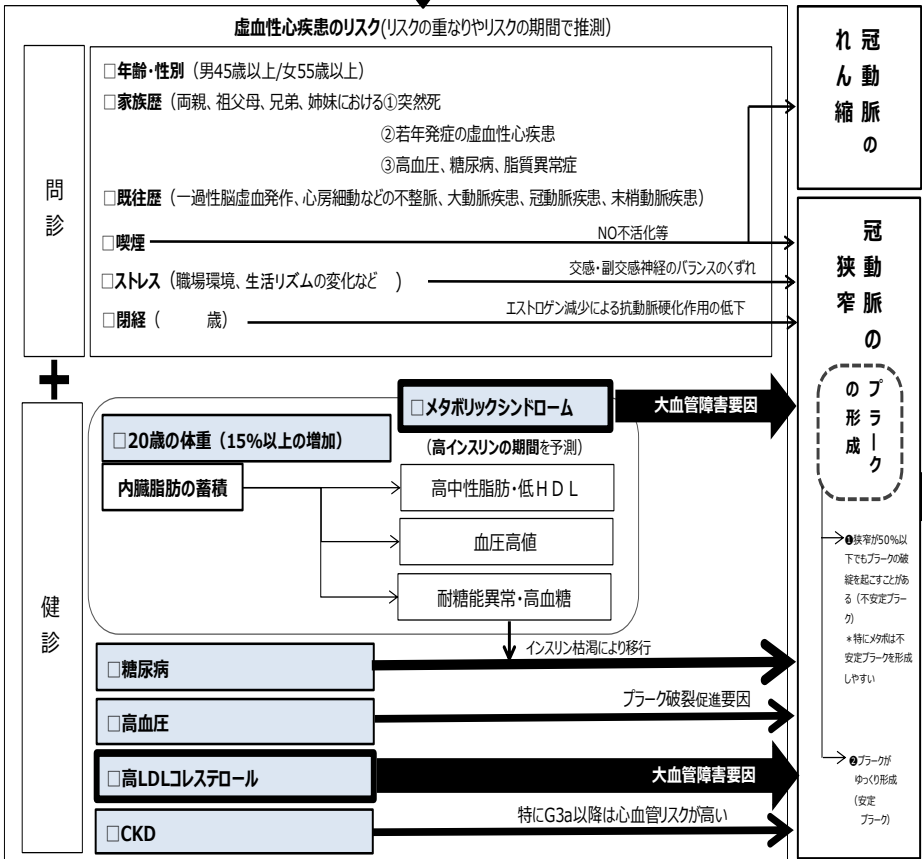
糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続 ○栄養士中心 ○腎専門医	
	④健診未受診者 ()人		
	結果把握(内訳)		
	①国保(生保) ()人		●合併症
	②後期高齢者 ()人		●脳・心疾患-手術
	③他保険 ()人		●人工透析
	④住基異動(死亡・転出) ()人		●がん
	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		
	⑤結果把握 ()人		
①HbA1cが悪化している ()人			
②HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			
②尿蛋白 (-) ()人			
(±) ()人			
(+) ~顕性腎症 ()人			
③eGFR値の変化			
1年で25%以上低下 ()人			
1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 ()人			

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
			28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数261			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	8,036人						KDB_厚生労働省様式様式3-2			
	② (再掲)40-74歳		5,762人									
2	① 対象者数	B	5,483人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書			
	② 受診者数	C	2,126人									
	③ 受診率		38.7%									
3	① 特定保健指導対象者数		236人									
	② 実施率		48.3%									
4	① 健診データ	① 糖尿病型	E	226人	10.6%					特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 結果なし)	F	92人	40.7%							
		③ 治療中(質問票 結果あり)	G	134人	59.3%							
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	66人		49.3%						
		⑤ ④のうち ⑤ ⑥ ⑦		38人		57.6%						
		⑥ ④のうち ⑧ ⑨		24人		36.4%						
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K	68人		50.7%						
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	185人		81.9%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		19人		8.4%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		20人		8.8%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満		2人		0.9%						
5	① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		96.4人						KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		132.6人								
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1000被保険者千対)		入院外(件数)	3,818件	(695.1)	2,304件	(424.2)	3,197件	(476.1)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院(件数)		34件	(6.2)	17件	(3.1)	23件	(3.4)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	775人	9.6%					KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳	I	764人		13.3%						
		⑦ 健診未受診者		630人		82.5%						
		⑧ インスリン治療	O	66人		8.5%						
		⑨ (再掲)40-74歳		63人		8.2%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	53人		6.8%						
		⑪ (再掲)40-74歳		52人		6.8%						
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		13人		1.68%						
		⑬ (再掲)40-74歳		13人		1.70%						
		⑭ 新規透析患者数		3	12.0%	5	16.7%					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1	4.0%	2	6.7%					
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		24人	2.2%	24人	2.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー		
6	① 医療費	① 総医療費		26億0876万円	15億2377万円			17億2230万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			
		② 生活習慣病総医療費		14億6396万円	8億0689万円			10億0145万円				
		③ (総医療費に占める割合)		52.8%	52.8%			58.1%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	9,491円	4,604円				3,666円		
		⑤ 健診未受診者		42,684円	43,530円			39,438円				
		⑥ 糖尿病医療費		1億0971万円	6497万円			1億0044万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.4%	8.1%			10.0%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億6625万円	2億0508万円							
		⑨ 1件あたり		34,552円	33,912円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億1477万円	1億4918万円							
		⑪ 1件あたり		490,340円	523,454円							
		⑫ 在院日数		16日	16日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億3262万円	6719万円			9412万円				
		⑭ 透析有り		1億2536万円	6371万円			8794万円				
		⑮ 透析なし		727万円	348万円			618万円				
7	① 介護	① 介護給付費		26億6666万円	16億0417万円			19億0634万円				
		② (2号認定者)糖尿病合併症		5件	25.0%							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.3%	2人	0.5%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

【参考資料 6】

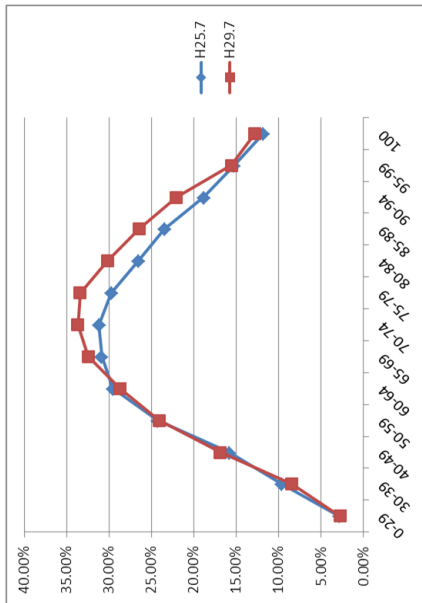


【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管字に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る (東條美奈子著)

生活習慣病有病状況(佐賀県)

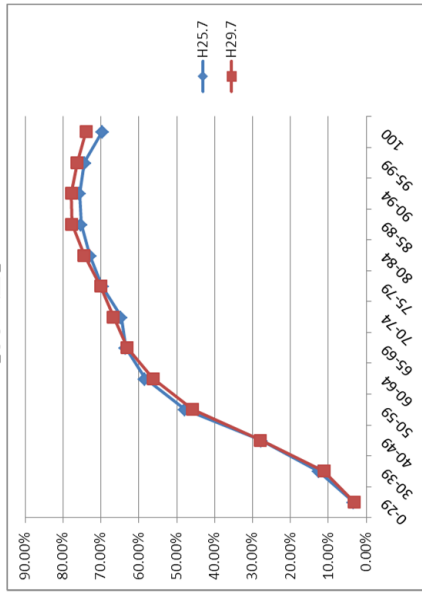
【出典】国データベース(KDB)システム_厚生労働省様式3-1

【糖尿病】



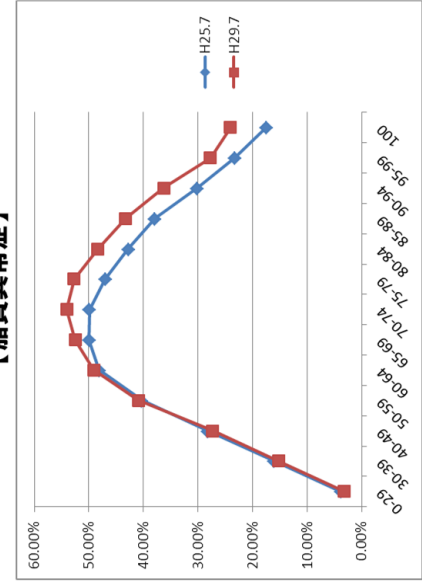
糖尿病	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.82%	15.99%	28.20%	40.28%	48.12%	49.88%	49.90%	46.90%	42.79%	37.86%	30.10%	23.30%	17.47%
H29.7	3.13%	15.26%	27.31%	40.93%	48.12%	52.51%	54.08%	52.69%	48.37%	43.28%	36.29%	27.35%	24.06%

【高血圧】



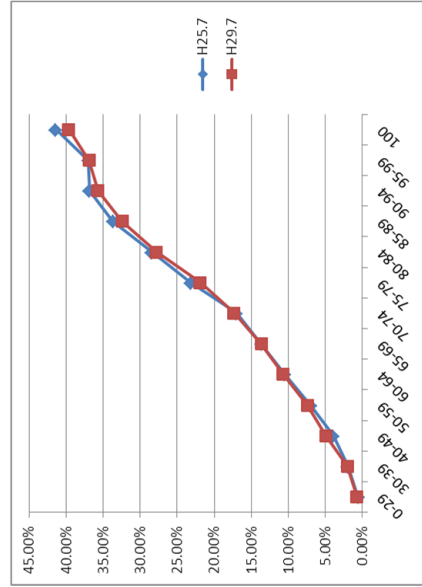
高血圧	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.82%	15.99%	28.20%	40.28%	48.12%	49.88%	49.90%	46.90%	42.79%	37.86%	30.10%	23.30%	17.47%
H29.7	3.13%	15.26%	27.31%	40.93%	48.12%	52.51%	54.08%	52.69%	48.37%	43.28%	36.29%	27.35%	24.06%

【脂質異常症】



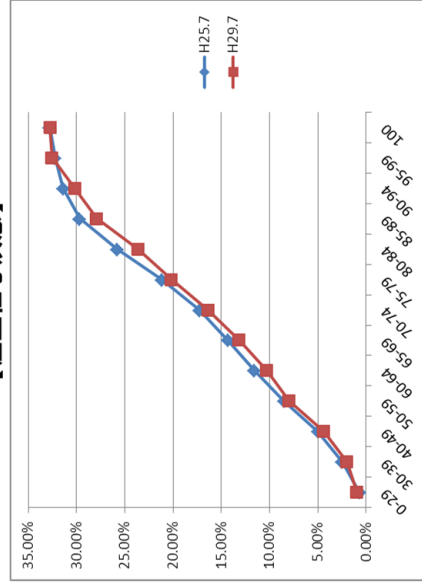
脂質異常症	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.82%	15.99%	28.20%	40.28%	48.12%	49.88%	49.90%	46.90%	42.79%	37.86%	30.10%	23.30%	17.47%
H29.7	3.13%	15.26%	27.31%	40.93%	48.12%	52.51%	54.08%	52.69%	48.37%	43.28%	36.29%	27.35%	24.06%

【脳血管疾患】



脳血管疾患	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.70%	2.50%	5.00%	8.52%	11.57%	14.31%	17.29%	21.21%	25.80%	28.66%	31.39%	32.23%	32.80%
H29.7	0.96%	2.01%	4.38%	7.99%	10.30%	13.18%	16.38%	20.21%	23.65%	27.93%	30.22%	32.56%	32.74%

【虚血性心疾患】



虚血性心疾患	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.70%	2.50%	5.00%	8.52%	11.57%	14.31%	17.29%	21.21%	25.80%	28.66%	31.39%	32.23%	32.80%
H29.7	0.96%	2.01%	4.38%	7.99%	10.30%	13.18%	16.38%	20.21%	23.65%	27.93%	30.22%	32.56%	32.74%

【参考資料10】

実践評価をふまえ、次年度の取組みと課題整理

課題		評価(良くなったところ)			
<p>課題</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 目標60% ○特定保健指導実施率 目標60% ○特定保健指導対象者減少率25% ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らす ○医療費のうち入院費用割合の減少 ○特定健診受診者の方々のメタボリスクシフトプログラム準備及び該当者の割合減少 ○生活習慣病治療者の方々の高血圧・糖尿病・脂質異常症の割合減少 ○健診受診者の糖尿病未治療・中断者の割合減少(HbA1c6.5以上) ○糖尿病管理台帳対象者の方々の糖尿病感化・腎機能低下者の割合減少 <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険活動がPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ・評価、計画等共通認識を図る <p>未受診対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率が低い。 ・受診動機の対象者、アプローチ方法等検討 ・医療機関の協力等による取組み <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の内容、優先順位の検討 ・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる ・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある ・糖尿病管理台帳の活用について ・CKD重症化分類のレベルに応じた栄養指導 	<p>①残っている課題をふまえる、やってきた実践事項の振り返り(プロセス)</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の評価の方向性を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ・共通認識を図り、再々確認しながら、フィードバックしていく。 <p>未受診対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未受診動機通知 年代の特性に合わせた通知内容 ・40歳代、50歳代の若い世代への動機(訪問、電話など) ・前年度受診者への受診動機 ・新規受診者を増やす 新40歳への積極的受診動機 ・継続受診者、リピーターを増やす ・医療機関への働きかけ ・治療中の方への受診動機の協力依頼を其他ヘルスサポート事業、情報提供事業による受診動機 ・A健診からの情報提供 ・広報活動 <p>未受診者動機を検討し、よ受診効果の高い対象を絞った動機をいへていへるが今後の課題</p>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別動機通知数、回数 ・集団健診前に通知 ・年代別に通知内容をかえて送付 ・電話訪問動機数 ・前年度受診者 ・新40歳 ・前年度保健指導対象者 ・医療機関に受診動機依頼 ・広報活動 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度の対象者選定基準決定 ・評価基準、保健指導の内容 ・糖尿病管理台帳を管理 ・対象者選定、アプローチ実施 ・未受診・未治療者への受診動機 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・目標60%達成状況 ・未受診者訪問後の受診者数等個々の受診状況 ・ヘルスサポート事業実施数 ・情報提供事業実施数 ・新40歳受診率 ・40歳代、50歳代受診率 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合減少 ・糖尿病未治療・中断者の該当者の割合減少 ・メタボリスクシフトプログラム準備 ・糖尿病患者未治療・中断者の割合減少(HbA1c6.5以上) ・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による人工透析患者の割合減少 ・保健指導実施者の翌年の健診結果状況 ・保健指導後の受診、(服薬、健診等)状況 ・健診結果の状況(高血圧割合減少状況) 	<p>④ストラクチャー(構造)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務分担制 ・保健師2人 ・1人専任 ・1人は他業務との兼任 ・管理栄養士(備託) ・看護師(臨時) ・地区担当制としていないが、十分に機能していない。 	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画 ・地区担当制の活用 ・情報共有し共通認識を図る <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診者増のための取組み ・対象者を絞った動機 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の検討 ・保健指導後の評価 ・健診、検査値の改善状況 ・継続受診状況 ・保健指導後の評価

鹿島市国民健康保険

第2期保健事業実施（データヘルス）計画

第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画

平成30年（2018年）3月

発行 市民部保険健康課予防係（鹿島市保健センター）

〒849-1312

佐賀県鹿島市大字納富分 2643 番地 1

TEL 0954-63-3373

FAX 0954-63-2135

ホームページ <http://www.city.saga-kashima.lg.jp/>

