

いちき串木野市国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)



平成 30 年 3 月 いちき串木野市

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	7
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.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	25
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
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	

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	43
第 6 章 計画の評価・見直し	45
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

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. 背景・目的

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

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

いちき串木野市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」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が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

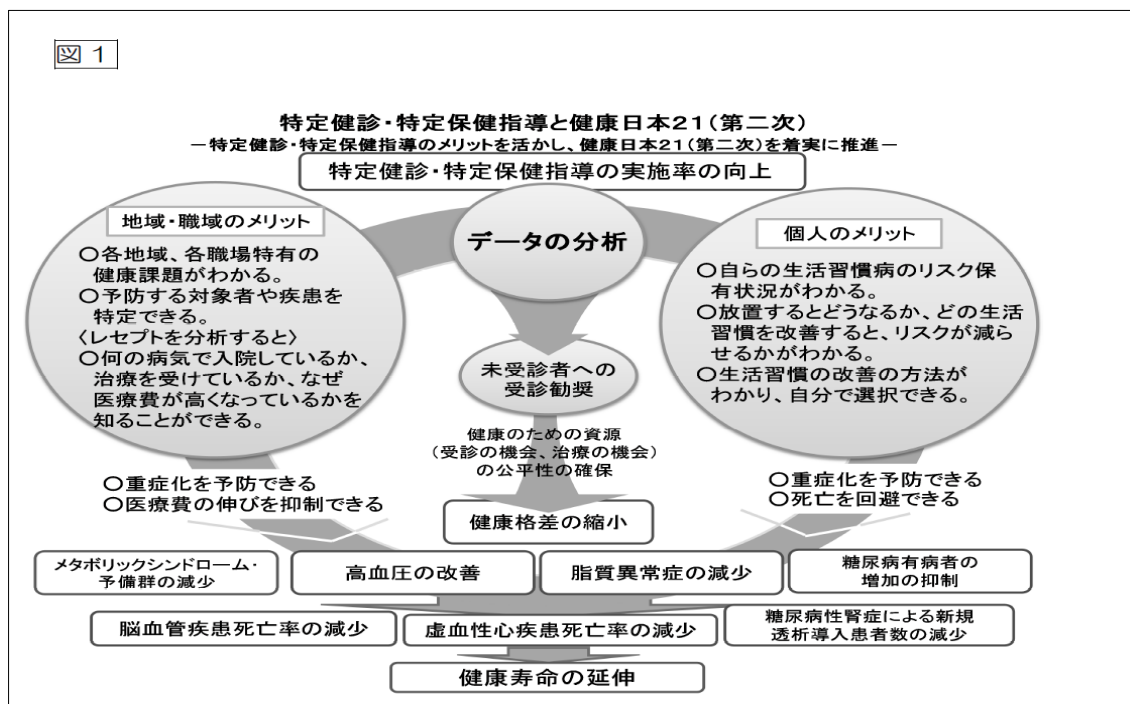
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

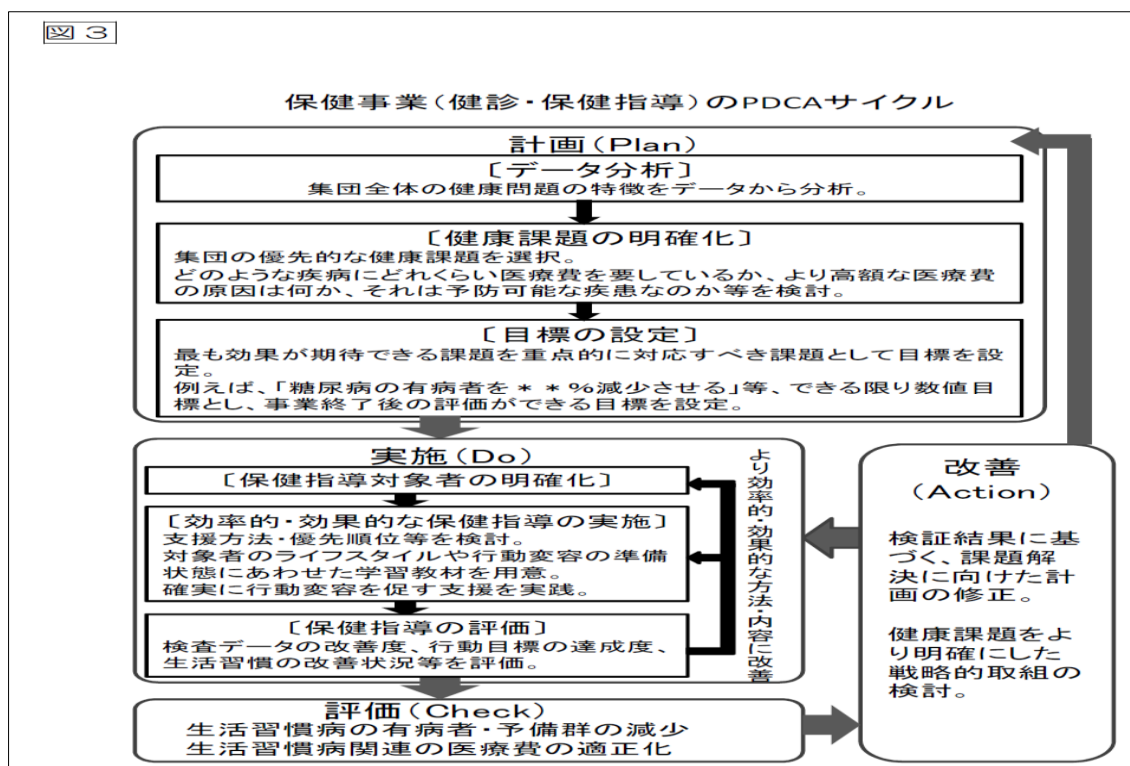
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ							2017.10.11
※ 健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法							
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民の健康の増進の総合的な 施策を推進するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な 実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成24年4月 「国民健康保険法」に基づく（保険事業の 実施等）に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成24年2月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成24年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針	
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）	
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を重点とし、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会生活能力が維持・向上するもの となるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の 生活習慣病の予防 を進め、慢性疾患を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発生を抑制 し、入退院を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図ることが可能となる。 特定健康診査は、 慢性疾患等の生活習慣病の予防や重症化を抑制 することを目的として、 メタボリックシンドローム を重点とし、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、積極的に推進するために行うものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 主体的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 医療者がその支援の中心 として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目標とする。 被保険者の健康意識の向上 により、 医療費の適正化 及び保険者の 財政基盤の強化 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、 重症化状態または要支援状態となること の予防又は、要介護状態等の防止もしくは 重症化の防止 を理念としている。	国民皆保険を堅持 、結核についていかなる国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増えないようにつとめ、 良質かつ適切な医療を効率的に提供 する体制の確保を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において役割の異なる医療の連携 を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。	
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、 若壮年期 、高齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて	
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	メタボリックシンドローム	糖尿病	
	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧 等	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症			
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 初老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓・脳血管性、腎臓管等症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、若年性慢性腎臓病 後縦靱帯骨化症		がん 精神疾患	
評価	第53項目中 特定健診に関する項目 15項目 ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ② がん（肺がんを除く）による年齢調整死亡率（人口10万人あたり） ③ 糖尿病性腎症による年齢調整死亡率（人口10万人あたり） ④ 脳血管疾患の発症率 ⑤ 脳血管疾患の発症率 ⑥ 脳血管疾患の発症率 ⑦ 脳血管疾患の発症率 ⑧ 脳血管疾患の発症率 ⑨ 脳血管疾患の発症率 ⑩ 脳血管疾患の発症率 ⑪ 脳血管疾患の発症率 ⑫ 脳血管疾患の発症率 ⑬ 脳血管疾患の発症率 ⑭ 脳血管疾患の発症率 ⑮ 脳血管疾患の発症率 ⑯ 脳血管疾患の発症率 ⑰ 脳血管疾患の発症率 ⑱ 脳血管疾患の発症率 ⑲ 脳血管疾患の発症率 ⑳ 脳血管疾患の発症率 ㉑ 脳血管疾患の発症率 ㉒ 脳血管疾患の発症率 ㉓ 脳血管疾患の発症率 ㉔ 脳血管疾患の発症率 ㉕ 脳血管疾患の発症率 ㉖ 脳血管疾患の発症率 ㉗ 脳血管疾患の発症率 ㉘ 脳血管疾患の発症率 ㉙ 脳血管疾患の発症率 ㉚ 脳血管疾患の発症率 ㉛ 脳血管疾患の発症率 ㉜ 脳血管疾患の発症率 ㉝ 脳血管疾患の発症率 ㉞ 脳血管疾患の発症率 ㉟ 脳血管疾患の発症率 ㊱ 脳血管疾患の発症率 ㊲ 脳血管疾患の発症率 ㊳ 脳血管疾患の発症率 ㊴ 脳血管疾患の発症率 ㊵ 脳血管疾患の発症率 ㊶ 脳血管疾患の発症率 ㊷ 脳血管疾患の発症率 ㊸ 脳血管疾患の発症率 ㊹ 脳血管疾患の発症率 ㊺ 脳血管疾患の発症率 ㊻ 脳血管疾患の発症率 ㊼ 脳血管疾患の発症率 ㊽ 脳血管疾患の発症率 ㊾ 脳血管疾患の発症率 ㊿ 脳血管疾患の発症率	① 特定健康診査受診率 ② 特定保健指導実施率 ③ 特定健康診査受診率 ④ 特定保健指導実施率 ⑤ 特定健康診査受診率 ⑥ 特定保健指導実施率 ⑦ 特定健康診査受診率 ⑧ 特定保健指導実施率 ⑨ 特定健康診査受診率 ⑩ 特定保健指導実施率 ⑪ 特定健康診査受診率 ⑫ 特定保健指導実施率 ⑬ 特定健康診査受診率 ⑭ 特定保健指導実施率 ⑮ 特定健康診査受診率 ⑯ 特定保健指導実施率 ⑰ 特定健康診査受診率 ⑱ 特定保健指導実施率 ⑲ 特定健康診査受診率 ⑳ 特定保健指導実施率 ㉑ 特定健康診査受診率 ㉒ 特定保健指導実施率 ㉓ 特定健康診査受診率 ㉔ 特定保健指導実施率 ㉕ 特定健康診査受診率 ㉖ 特定保健指導実施率 ㉗ 特定健康診査受診率 ㉘ 特定保健指導実施率 ㉙ 特定健康診査受診率 ㉚ 特定保健指導実施率 ㉛ 特定健康診査受診率 ㉜ 特定保健指導実施率 ㉝ 特定健康診査受診率 ㉞ 特定保健指導実施率 ㉟ 特定健康診査受診率 ㊱ 特定保健指導実施率 ㊲ 特定健康診査受診率 ㊳ 特定保健指導実施率 ㊴ 特定健康診査受診率 ㊵ 特定保健指導実施率 ㊶ 特定健康診査受診率 ㊷ 特定保健指導実施率 ㊸ 特定健康診査受診率 ㊹ 特定保健指導実施率 ㊺ 特定健康診査受診率 ㊻ 特定保健指導実施率 ㊼ 特定健康診査受診率 ㊽ 特定保健指導実施率 ㊾ 特定健康診査受診率 ㊿ 特定保健指導実施率	① 地域における自立した日常生活の支援 ② 要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③ 介護給付費の適正化 ④ 介護給付費の適正化 ⑤ 介護給付費の適正化 ⑥ 介護給付費の適正化 ⑦ 介護給付費の適正化 ⑧ 介護給付費の適正化 ⑨ 介護給付費の適正化 ⑩ 介護給付費の適正化 ⑪ 介護給付費の適正化 ⑫ 介護給付費の適正化 ⑬ 介護給付費の適正化 ⑭ 介護給付費の適正化 ⑮ 介護給付費の適正化 ⑯ 介護給付費の適正化 ⑰ 介護給付費の適正化 ⑱ 介護給付費の適正化 ⑲ 介護給付費の適正化 ⑳ 介護給付費の適正化 ㉑ 介護給付費の適正化 ㉒ 介護給付費の適正化 ㉓ 介護給付費の適正化 ㉔ 介護給付費の適正化 ㉕ 介護給付費の適正化 ㉖ 介護給付費の適正化 ㉗ 介護給付費の適正化 ㉘ 介護給付費の適正化 ㉙ 介護給付費の適正化 ㉚ 介護給付費の適正化 ㉛ 介護給付費の適正化 ㉜ 介護給付費の適正化 ㉝ 介護給付費の適正化 ㉞ 介護給付費の適正化 ㉟ 介護給付費の適正化 ㊱ 介護給付費の適正化 ㊲ 介護給付費の適正化 ㊳ 介護給付費の適正化 ㊴ 介護給付費の適正化 ㊵ 介護給付費の適正化 ㊶ 介護給付費の適正化 ㊷ 介護給付費の適正化 ㊸ 介護給付費の適正化 ㊹ 介護給付費の適正化 ㊺ 介護給付費の適正化 ㊻ 介護給付費の適正化 ㊼ 介護給付費の適正化 ㊽ 介護給付費の適正化 ㊾ 介護給付費の適正化 ㊿ 介護給付費の適正化	① 医療費適正化の取組 外費 ①-1 入院・外来医療費の適正化 ② 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③ メタボリックシンドロームの減少 ④ 糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	① 5疾病・5事業 ② 在宅医療連携体制 （地域の医師に対して設置）		
その他		保健事業支援（評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援		保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携			

【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、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

いちき串木野市においては、健康増進課保険給付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。特に健康増進課健康増進係の保健師等の専門職と連携をして、市一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、福祉課、政策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、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等といちき串木野市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑

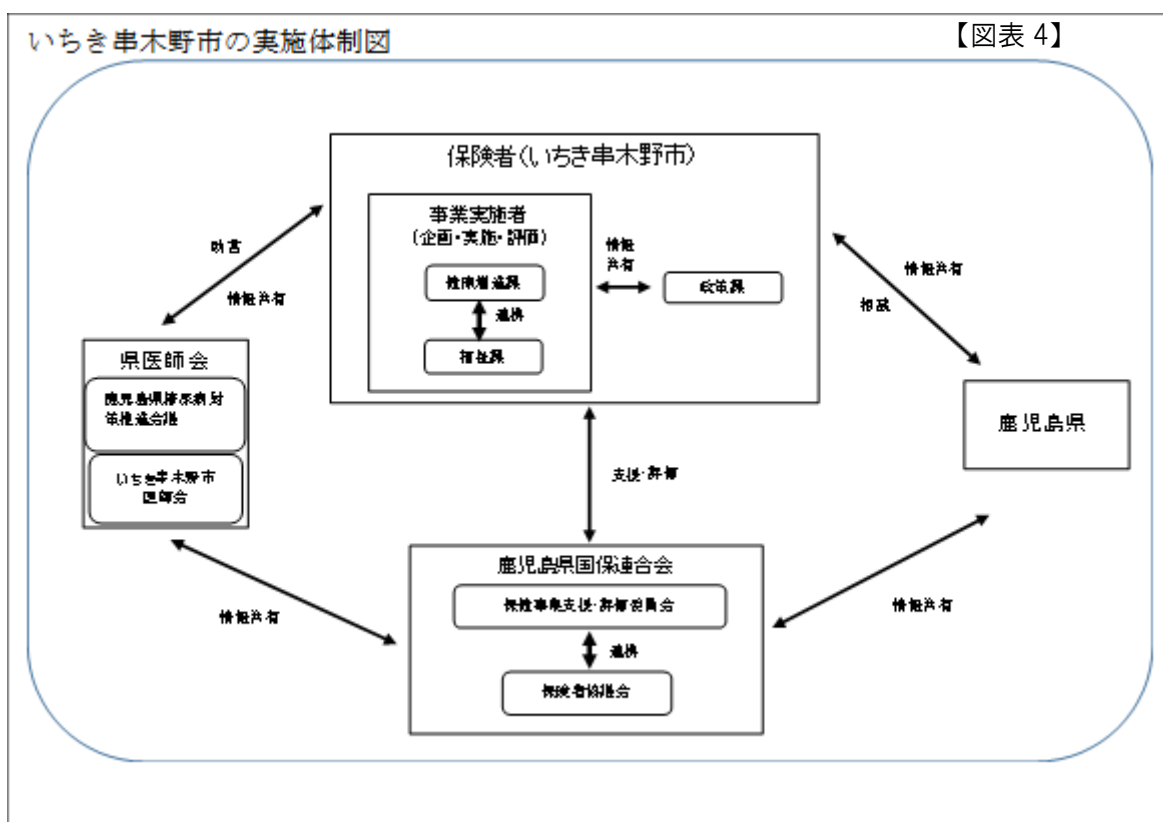
に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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



4) 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】

保険者努力支援制度

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)		411			
全国順位(1,741市町村中)		184			
共通 ①	特定健診受診率	15	15		50
	特定保健指導実施率	10	30		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	30		50
共通 ②	がん検診受診率	10	10		30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15		20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70		100
	データヘルス計画策定状況	10	30		40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15		25
	個人インセンティブ提供		35		70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0		35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	25	25		35
	後発医薬品の使用割合		25		40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	15	30		100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15		25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	6		25
	第三者求償の取組の実施状況	10	19		40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病による死亡は1.5倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護給付費の増加や慢性腎不全(人工透析)の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。特定健診受診率が大幅に増加し、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。また、生活習慣病1人当たり医療費が健診受診者が減少し、健診未受診者が増加していることを考えると、医療費適正化の観点からもさらなる特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の変化について、平成25年度と平成28年度を比較して見ると、いちき串木野市は、介護給付費・1人当たり給付費・1件当たり給付費の居宅サービスが増えている。また、同規模平均と比較すると1件当たり給付費の施設サービスも高い。さらに、介護保険の認定率は減少しているが、要介護3～5の割合が増加しており、重度の対象者が増加していることがわかる。(図表15)

また、参考資料1より、介護保険認定者で多い疾患は、心臓病、高血圧症、脳疾患の順となっている。国や県、同規模と比較しても高血圧症、心臓病等の疾患を持つ割合が高くなっていることから、要介護となる大きな要因の1つに、生活習慣病の重症化によるものが考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	いちき串木野市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	30億1272万円	332,677	43,974	297,640	301,072	41,726	283,881
平成28年度	31億895万円	343,303	50,986	291,457	313,428	41,744	278,164

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、平成 25 年度と平成 28 年度を比較して見ると、いちき串木野市は、総医療費は減少し、入院費用も外来費用も減少しており、1 人当たり医療費でみても入院の伸び率は同規模と比較して低くなっている。同規模と比較して今後も重症化予防対策に取り組んでいく必要がある。

【図表 7】

医療費の変化

項目		総医療費(円)											
		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	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	33億3549万円				15億8797万円				17億4752万円			
	H28年度	31億6338万円	1億7211万円	-5.2	0.2	14億9396万円	9401万円	-5.9	0.463	16億6942万円	7810万円	-4.5	-0.0
2 一人当たり 医療費(円)	H25年度	35,440				16,870				18,570			
	H28年度	37,230	1,790	5.1	8.2	17,580	710	4.2	8.5	19,650	1,080	5.8	8.0

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患を平成 25 年度と平成 28 年度を比較して見ると、総医療費は減少し、慢性腎不全(透析なし)、脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費は減少している。しかし、1 人当たり医療費が増加し、人工透析の医療費が増加している。

このことから、糖尿病性腎症からの人工透析の解決に取り組んでいく必要がある。

【図表 8】

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

	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・ 骨疾患
				金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
					同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血				狭心症 心筋梗塞					
同規模区分	H25	いちき串木野市	3,335,492,620	35,436	6位	2位	8.18%	0.36%	3.31%	2.04%	5.62%	5.70%	2.04%	909,050,250	27.25%	10.77%	12.89%	9.64%
	H28		3,163,379,420	37,247	8位	2位	9.46%	0.24%	2.20%	1.50%	5.45%	3.96%	1.70%	775,490,200	24.51%	12.01%	14.69%	9.93%
	H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	—	—	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%
		全国	8,296,865,346,700	22,779	—	—	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%
	H28	鹿児島県	158,822,137,330	30,552	—	—	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	12.07%	13.69%	8.85%
		全国	9,677,041,336,540	24,253	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④ 中長期的な疾患（図表 9）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、中長期目標疾患すべてに共通して、人工透析患者の割合が増加している。また、人工透析のリスクとなる疾患では、糖尿病と脂質異常症の増加が著しい。したがって、糖尿病重症化予防の取組みをより一層強化していく必要がある。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5				中長期的な目標						短期的な目標					
				虚血性心疾患											
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	7883	580	7.4	158	27.2	22	3.8	458	79.0	211	36.4	382	65.9	
	64歳以下	4470	137	3.1	25	18.2	9	6.6	102	74.5	47	34.3	89	65.0	
	65歳以上	3413	443	13.0	133	30.0	13	2.9	356	80.4	164	37.0	293	66.1	
H28	全体	7175	530	7.4	125	23.6	22	4.2	406	76.6	218	41.1	370	69.8	
	64歳以下	3694	111	3.0	10	9.0	8	7.2	73	65.8	43	38.7	78	70.3	
	65歳以上	3481	419	12.0	115	27.4	14	3.3	333	79.5	175	41.8	292	69.7	

厚労省様式 様式3-6				中長期的な目標						短期的な目標					
				脳血管疾患											
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	7883	694	8.8	158	22.8	8	1.2	548	79.0	206	29.7	368	53.0	
	64歳以下	4470	146	3.3	25	17.1	5	3.4	107	73.3	41	28.1	72	49.3	
	65歳以上	3413	548	16.1	133	24.3	3	0.5	441	80.5	165	30.1	296	54.0	
H28	全体	7175	532	7.4	125	23.5	10	1.9	433	81.4	203	38.2	325	61.1	
	64歳以下	3694	90	2.4	10	11.1	5	5.6	73	81.1	29	32.2	48	53.3	
	65歳以上	3481	442	12.7	115	26.0	5	1.1	360	81.4	174	39.4	277	62.7	

厚労省様式 様式3-7				中長期的な目標						短期的な目標					
				人工透析											
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	7883	48	0.6	8	16.7	22	45.8	44	91.7	21	43.8	12	25.0	
	64歳以下	4470	21	0.5	5	23.8	9	42.9	18	85.7	9	42.9	6	28.6	
	65歳以上	3413	27	0.8	3	11.1	13	48.1	26	96.3	12	44.4	6	22.2	
H28	全体	7175	50	0.7	10	20.0	22	44.0	46	92.0	27	54.0	22	44.0	
	64歳以下	3694	25	0.7	5	20.0	8	32.0	23	92.0	13	52.0	12	48.0	
	65歳以上	3481	25	0.7	5	20.0	14	56.0	23	92.0	14	56.0	10	40.0	

（3）短期目標の達成状況

① 共通リスク（様式 3-2 ～ 3-4）（図表 10）

平成 25 年度と平成 28 年度の中長期目標疾患に共通するリスクである短期的目標疾患の治療状況を見ると、糖尿病治療者（様式 3-2）においては、脳血管疾患、人工透析、糖尿病性腎症は増加していることから、糖尿病重症化予防の取組みをしていく必要がある。しかし、人工透析者は増加していることから、糖尿病性腎症者に、治療中断者がいないか確認し、治療中断があった場合、適切に医療につなぐ必要がある。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標									
		糖尿病																			
		被保険者数	人数		割合		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	割合	人数	割合	
H25	全体	7883	936	11.9	91	9.7	684	73.1	534	57.1	211	22.5	206	22.0	21	2.2	244	26.1			
	64歳以下	4470	282	6.3	35	12.4	189	67.0	168	59.6	47	16.7	41	14.5	9	3.2	67	23.8			
	65歳以上	3413	654	19.2	56	8.6	495	75.7	366	56.0	164	25.1	165	25.2	12	1.8	177	27.1			
H28	全体	7175	887	12.4	84	9.5	656	74.0	545	61.4	218	24.6	203	22.9	27	3.0	253	28.5			
	64歳以下	3694	216	5.8	23	10.6	136	63.0	137	63.4	43	19.9	29	13.4	13	6.0	48	22.2			
	65歳以上	3481	671	19.3	61	9.1	520	77.5	408	60.8	175	26.1	174	25.9	14	2.1	205	30.6			

厚労省様式 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			
			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	7883	2207	28.0	684	31.0	1076	48.8	458	20.8	548	24.8	44	2.0												
	64歳以下	4470	654	14.6	189	28.9	309	47.2	102	15.6	107	16.4	18	2.8												
	65歳以上	3413	1553	45.5	495	31.9	767	49.4	356	22.9	441	28.4	26	1.7												
H28	全体	7175	1929	26.9	656	34.0	1035	53.7	406	21.0	433	22.4	46	2.4												
	64歳以下	3694	472	12.8	136	28.8	242	51.3	73	15.5	73	15.5	23	4.9												
	65歳以上	3481	1457	41.9	520	35.7	793	54.4	333	22.9	360	24.7	23	1.6												

厚労省様式 様式3-4				短期的な目標								中長期的な目標							
				脂質異常症															
				被保険者数	人数		割合	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	人数	割合				
H25	全体	7883	1497	19.0	534	35.7	1076	71.9	382	25.5	368	24.6	12	0.8					
	64歳以下	4470	472	10.6	168	35.6	309	65.5	89	18.9	72	15.3	6	1.3					
	65歳以上	3413	1025	30.0	366	35.7	767	74.8	293	28.6	296	28.9	6	0.6					
H28	全体	7175	1422	19.8	545	38.3	1035	72.8	370	26.0	325	22.9	22	1.5					
	64歳以下	3694	375	10.2	137	36.5	242	64.5	78	20.8	48	12.8	12	3.2					
	65歳以上	3481	1047	30.1	408	39.0	793	75.7	292	27.9	277	26.5	10	1.0					

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにHbA1cの有所見者は減少しているが、空腹時血糖の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省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
H25	合計	363	31.7	545	47.6	249	21.7	219	19.1	147	12.8	410	35.8	666	58.2	213	18.6	556	48.6	193	16.9	482	42.1	36	3.1
	40-64	106	34.5	143	46.6	80	26.1	78	25.4	31	10.1	88	28.7	153	49.8	59	19.2	121	39.4	72	23.5	151	49.2	10	3.3
	65-74	257	30.7	402	48.0	169	20.2	141	16.8	116	13.8	322	38.4	513	61.2	154	18.4	435	51.9	121	14.4	331	39.5	26	3.1
H28	合計	433	32.7	679	51.3	244	18.4	283	21.4	146	11.0	558	42.2	616	46.6	302	22.8	636	48.1	219	16.6	539	40.7	56	4.2
	40-64	112	36.5	159	51.8	69	22.5	85	27.7	39	12.7	113	36.8	122	39.7	74	24.1	126	41.0	70	22.8	144	46.9	10	3.3
	65-74	321	31.6	520	51.2	175	17.2	198	19.5	107	10.5	445	43.8	494	48.6	228	22.4	510	50.2	149	14.7	395	38.9	46	4.5

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	382	24.7	339	21.9	212	13.7	157	10.2	65	4.2	322	20.8	939	60.7	45	2.9	708	45.8	180	11.6	886	57.3	12	0.8
	40-64	101	21.8	83	17.9	63	13.6	55	11.9	14	3.0	76	16.4	231	49.8	14	3.0	165	35.6	60	12.9	276	59.5	5	1.1
	65-74	281	26.0	256	23.7	149	13.8	102	9.4	51	4.7	246	22.7	708	65.4	31	2.9	543	50.2	120	11.1	610	56.4	7	0.6
H28	合計	431	24.9	365	21.1	234	13.5	180	10.4	59	3.4	449	26.0	763	44.1	61	3.5	748	43.3	190	11.0	952	55.1	18	1.0
	40-64	118	23.0	87	17.0	70	13.6	63	12.3	18	3.5	127	24.8	190	37.0	17	3.3	169	32.9	59	11.5	312	60.8	7	1.4
	65-74	313	25.7	278	22.9	164	13.5	117	9.6	41	3.4	322	26.5	573	47.1	44	3.6	579	47.6	131	10.8	640	52.6	11	0.9

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		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				
H25	合計	1,145	44.1	65	5.7%	200	17.5%	15	1.3%	139	12.1%	46	4.0%	280	24.5%	55	4.8%	8	0.7%	129	11.3%	88	7.7%
	40～64	307	28.2	24	7.8%	52	16.9%	6	2.0%	30	9.8%	16	5.2%	67	21.8%	9	2.9%	2	0.7%	35	11.4%	21	6.8%
	65～74	838	55.7	41	4.9%	148	17.7%	9	1.1%	109	13.0%	30	3.6%	213	25.4%	46	5.5%	6	0.7%	94	11.2%	67	8.0%
H28	合計	1,323	55.5	70	5.3%	232	17.5%	20	1.5%	176	13.3%	36	2.7%	377	28.5%	84	6.3%	15	1.1%	159	12.0%	119	9.0%
	40～64	307	35.8	30	9.8%	55	17.9%	6	2.0%	34	11.1%	15	4.9%	74	24.1%	14	4.6%	6	2.0%	31	10.1%	23	7.5%
	65～74	1,016	66.6	40	3.9%	177	17.4%	14	1.4%	142	14.0%	21	2.1%	303	29.8%	70	6.9%	9	0.9%	128	12.6%	96	9.4%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血圧						高血糖		脂質異常症		該当者									
								高血圧		高血糖		脂質異常症		高血圧		高血糖		脂質異常症		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,546	52.2	37	2.4%	115	7.4%	4	0.3%	92	6.0%	19	1.2%	187	12.1%	20	1.3%	4	0.3%	118	7.6%	45	2.9%				
	40～64	464	39.3	14	3.0%	35	7.5%	1	0.2%	28	6.0%	6	1.3%	34	7.3%	3	0.6%	1	0.2%	20	4.3%	10	2.2%				
	65～74	1,082	60.8	23	2.1%	80	7.4%	3	0.3%	64	5.9%	13	1.2%	153	14.1%	17	1.6%	3	0.3%	98	9.1%	35	3.2%				
H28	合計	1,729	64.3	44	2.5%	119	6.9%	7	0.4%	90	5.2%	22	1.3%	202	11.7%	41	2.4%	8	0.5%	92	5.3%	61	3.5%				
	40～64	513	53.2	19	3.7%	30	5.8%	2	0.4%	21	4.1%	7	1.4%	38	7.4%	6	1.2%	4	0.8%	13	2.5%	15	2.9%				
	65～74	1,216	70.5	25	2.1%	89	7.3%	5	0.4%	69	5.7%	15	1.2%	164	13.5%	35	2.9%	4	0.3%	79	6.5%	46	3.8%				

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率が増加しているが、受診者の増加に伴い保健指導対象者が増加したことも相まって、特定保健指導実施率は減少している。

重症化を予防していくために、特定保健指導実施率の向上への取組が重要となってくるが、受診勧奨判定者は減少しており、医療機関受診につながっているのではないかと考えられる。また、未治療者に対しての受診勧奨の取組が重要である。

【図表 12】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	5,555	2,691	48.4	37	251	115	45.8	52.3	50.8
H28年度	5,072	3,052	60.2	4	296	132	44.6	50.5	51.2

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

また、適正な医療に繋げるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、さらなる特定健診受診率の向上や現在減少傾向にある特定保健指導実施率の向上は、取り組むべき重要な課題である。

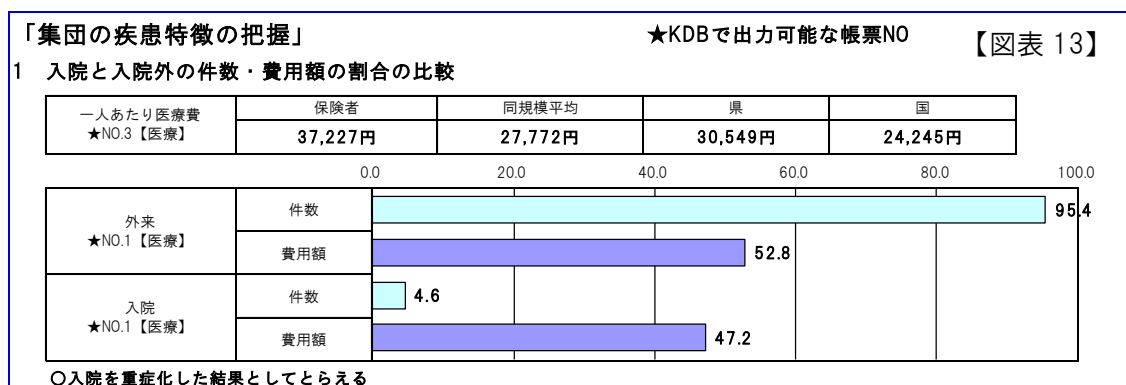
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

いちき串木野市の1人当たりの医療費は、37,227円で、同規模平均より約1万円、県平均より約6,600円ほど高くなっている。

本市の入院件数の割合は4.6%で、費用額の割合は全体の47.2%を占めている。入院を減らしていくことは、重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい、と考えられる。



(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）

医療費が高額で、死亡率が高い脳血管疾患・虚血性心疾患は入院になる割合が高く、また、長期入院となる傾向が高い。また、人工透析は、ほとんどが生活習慣病に起因するものであり、本市では、糖尿病性腎症が多い。要介護の原因疾患となっている脳血管疾患・虚血性心疾患も生活習慣病が重症化した疾患であることから、生活習慣病予防に取り組むことが重要となってくる。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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)	人数	234人	22人		11人		71人		147人	
				9.4%		4.7%		30.3%		62.8%	
		件数	437件	31件		13件		117件		276件	
				7.1%		3.0%		26.8%		63.2%	
				年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	2.5%
					40代	0	0.0%	1	1.7%	20	7.2%
					50代	5	16.1%	2	6.8%	49	17.8%
					60代	13	41.9%	7	59.8%	102	37.0%
					70-74歳	13	41.9%	3	31.6%	98	35.5%
		費用額	5億9653万円	3712万円		2116万円		1億5787万円		3億8037万円	
				6.2%		3.5%		26.5%		63.8%	

*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)	人数	117人	84人	30人	12人
				71.8%	25.6%	10.3%
		件数	1,185件	893件	294件	110件
				75.4%	24.8%	9.3%
		費用額	4億6995万円	3億1128万円	1億2163万円	4755万円
				66.2%	25.9%	10.1%

*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)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	50人	27人	10人
				54.0%	20.0%	44.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	639件	327件	105件
				51.2%	16.4%	40.1%
			費用額	3億1193万円	1億6269万円	4918万円
				52.2%	15.8%	44.2%

*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 (H28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 礎な 疾 患	3,163人	532人	530人	253人
				16.8%	16.8%	8.0%
		高血圧	433人	406人	202人	
				81.4%	76.6%	79.8%
			203人	218人	253人	
				38.2%	41.1%	100.0%
		脂質 異常症	325人	370人	175人	
				61.1%	69.8%	69.2%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		1,929人		887人	1,422人	297人
		61.0%		28.0%	45.0%	9.4%

○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うけているのか(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95.7%であり、筋・骨格疾患の92.7%を上回っていた。2号認定者及び65~74歳の1号認定者で年齢が低いものほど、脳卒中により介護認定を受けている実態であった。

また、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、介護予防にもつながる。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

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		10,485人		4,206人		4,850人		9,056人		19,541人			
	認定者数		40人		155人		1,732人		1,887人		1,927人			
	認定率		0.38%		3.7%		35.7%		20.8%		9.9%			
	新規認定者数（※1）		14人		32人		199人		231人		245人			
	介護度 別人数	要支援1・2		7	17.5%	37	23.9%	359	20.7%	396	21.0%	403	20.9%	
要介護1・2		19	47.5%	64	41.3%	662	38.2%	726	38.5%	745	38.7%			
要介護3～5		14	35.0%	54	34.8%	711	41.1%	765	40.5%	779	40.4%			

要介護 実合状況 ★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）		40		155		1,732		1,887		1,927			
	再）国保・後期		26		140		1,679		1,819		1,845			
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
					割合		割合		割合		割合		割合	割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	17 65.4%	脳卒中	80 57.1%	脳卒中	917 54.6%	脳卒中	997 54.8%	脳卒中	1014 55.0%	
			2	虚血性 心疾患	8 30.8%	虚血性 心疾患	45 32.1%	虚血性 心疾患	860 51.2%	虚血性 心疾患	905 49.8%	虚血性 心疾患	913 49.5%	
			3	腎不全	5 19.2%	腎不全	17 12.1%	腎不全	310 18.5%	腎不全	327 18.0%	腎不全	332 18.0%	
		基礎疾患 （※2）	糖尿病		8 30.8%	糖尿病	76 54.3%	糖尿病	713 42.5%	糖尿病	789 43.4%	糖尿病	797 43.2%	
			高血圧		18 69.2%	高血圧	108 77.1%	高血圧	1413 84.2%	高血圧	1521 83.6%	高血圧	1539 83.4%	
			脂質 異常症		8 30.8%	脂質 異常症	74 52.9%	脂質 異常症	993 59.1%	脂質 異常症	1067 58.7%	脂質 異常症	1075 58.3%	
		血管疾患 合計		22 84.6%	合計	133 95.0%	合計	1616 96.2%	合計	1749 96.2%	合計	1771 96.0%		
		認知症		5 19.2%	認知症	33 23.6%	認知症	797 47.5%	認知症	830 45.6%	認知症	835 45.3%		
		筋・骨格疾患		19 73.1%	筋骨格系	117 83.6%	筋骨格系	1575 93.8%	筋骨格系	1692 93.0%	筋骨格系	1711 92.7%		

※1）新規認定者についてはNO.49「要介護実合状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

※2）基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

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】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 （40歳以上）						8,827
要介護認定なし医療費 （40歳以上）	4,425					

2）健診受診者の実態（図表 16・17）

糖尿病等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は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の重症化につながる。

いちき串木野市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多い。健診結果の有所見状況でも GPT・空腹時血糖・尿酸など、有所見者が高いことから、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

また、全国・県との比較において、男女ともに、クレアチンの高いものが多く、糖尿病性腎症の多さが裏付けられる。40～64歳の若年者の有所見率が高いこと

から早期介入の対策が重要である。さらに、全国の空腹時血糖、HbA1c の値より、空腹時血糖が高く、HbA1c が低くなっていることを考えると、「将来糖尿病の発症リスクの高い人」が多いと考えられる。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）																	★NO.23（概要）								
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	306		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
保険者	県	17,687	32.4	28,019	51.4	13,109	24.0	11,162	20.5	5,501	10.1	23,746	43.5	26,618	48.8	7,207	13.2	27,790	50.9	10,793	19.8	22,792	41.8	1,460	2.7
	合計	433	32.7	679	51.3	244	18.4	283	21.4	146	11.0	558	42.2	616	46.6	302	22.8	636	48.1	219	16.6	539	40.7	56	4.2
	40-64	112	36.5	159	51.8	69	22.5	85	27.7	39	12.7	113	36.8	122	39.7	74	24.1	126	41.0	70	22.8	144	46.9	10	3.3
	65-74	321	31.6	520	51.2	175	17.2	198	19.5	107	10.5	445	43.8	494	48.6	228	22.4	510	50.2	149	14.7	395	38.9	46	4.5
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	206		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
保険者	県	17,166	24.4	14,284	20.3	9,494	13.5	6,666	9.5	1,950	2.8	19,033	27.1	33,416	47.5	1,304	1.9	30,939	44.0	9,051	12.9	37,843	53.8	327	0.5
	合計	431	24.9	365	21.1	234	13.5	180	10.4	59	3.4	449	26.0	763	44.1	61	3.5	748	43.3	190	11.0	952	55.1	18	1.0
	40-64	118	23.0	87	17.0	70	13.6	63	12.3	18	3.5	127	24.8	190	37.0	17	3.3	169	32.9	59	11.5	312	60.8	7	1.4
	65-74	313	25.7	278	22.9	164	13.5	117	9.6	41	3.4	322	26.5	573	47.1	44	3.6	579	47.6	131	10.8	640	52.6	11	0.9
* 全国については、有所見割合のみ表示																									

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）																		★NO.24（概要）					
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	
全国	3,416,820				588,308	17.2%							940,335	27.5%									
県	54,545	39.3	2,850	5.2%	9,606	17.6%	672	1.2%	7,066	13.0%	1,868	3.4%	15,563	28.5%	3,247	6.0%	789	1.4%	6,750	12.4%	4,777	8.8%	
保険者	合計	1,323	55.5	70	5.3%	232	17.5%	20	1.5%	176	13.3%	36	2.7%	377	28.5%	84	6.3%	15	1.1%	159	12.0%	119	9.0%
	40-64	307	35.8	30	9.8%	55	17.9%	6	2.0%	34	11.1%	15	4.9%	74	24.1%	14	4.6%	6	2.0%	31	10.1%	23	7.5%
	65-74	1,016	66.6	40	3.9%	177	17.4%	14	1.4%	142	14.0%	21	2.1%	303	29.8%	70	6.9%	9	0.9%	128	12.6%	96	9.4%
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	
全国	4,481,600				259,425	5.8%							425,520	9.5%									
県	70,317	46.6	1,702	2.4%	4,982	7.1%	265	0.4%	3,766	5.4%	951	1.4%	7,600	10.8%	1,141	1.6%	315	0.4%	3,909	5.6%	2,235	3.2%	
保険者	合計	1,729	64.3	44	2.5%	119	6.9%	7	0.4%	90	5.2%	22	1.3%	202	11.7%	41	2.4%	8	0.5%	92	5.3%	61	3.5%
	40-64	513	53.2	19	3.7%	30	5.8%	2	0.4%	21	4.1%	7	1.4%	38	7.4%	6	1.2%	4	0.8%	13	2.5%	15	2.9%
	65-74	1,216	70.5	25	2.1%	89	7.3%	5	0.4%	69	5.7%	15	1.2%	164	13.5%	35	2.9%	4	0.3%	79	6.5%	46	3.8%

3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

いずれも生活習慣病に起因する症状であるが、その中でも特に受診勧奨レベル以上で、治療なしの者をいかにして医療機関受診までもっていくかが課題である。

糖尿病性腎症から、人工透析になる人が多い。HbA1c の未治療者に対し、早期の保健指導と生活改善、医療機関受診の必要性の意識づけを行っていくことが重要である。治療中者についてもコントロール不良者が多いことから、食事指導をしていく必要がある。また、血圧・LDL の未治療者については、優先順位として、レベルの高い方から受診勧奨する必要がある。

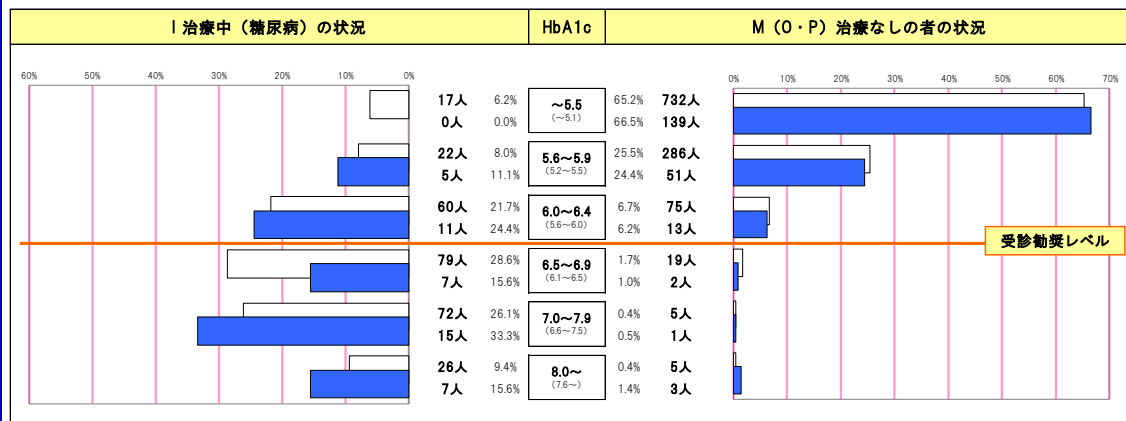
【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

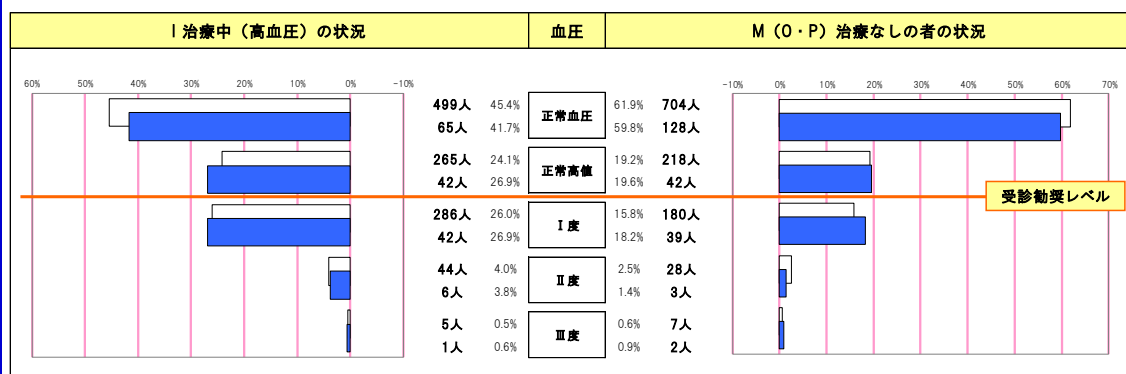
HbA1c

…上段（継続受診者）

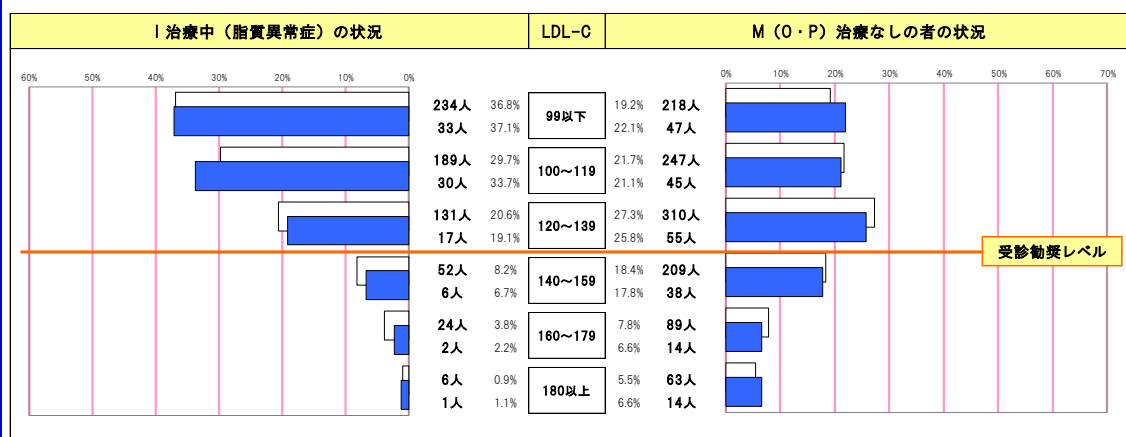
…下段（新規受診者）



血圧



LDL-C

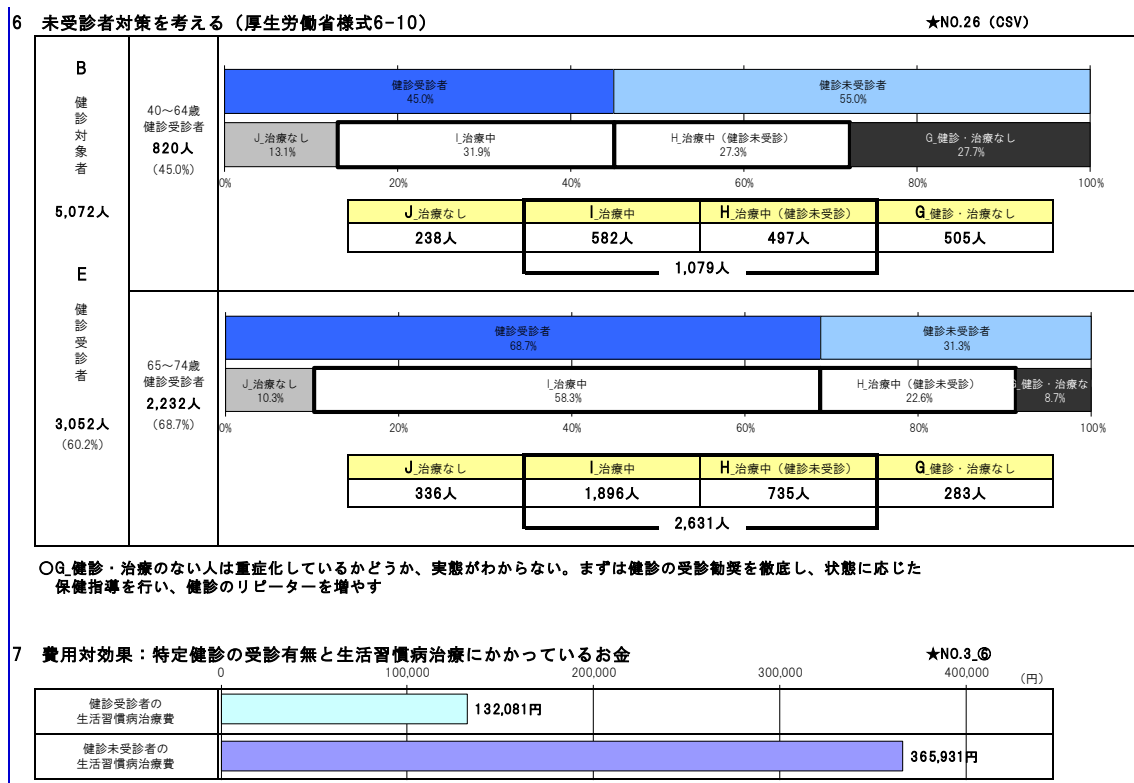


4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が27.7%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、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

治療なしの特定健診未受診者に対して、看護師や保健師による保健指導や、また、治療中の特定健診未受診者に対しては、主治医などの医療機関からも、受診勧奨を進めていく。

【図表 19】



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。

3 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、脳血管疾患1%、虚血性心疾患0.5%、糖尿病性腎症5%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。【図表41】

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ことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、いちき串木野市の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に県並みとすることを目指す。

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となる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。其々の目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。【図表41】

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、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。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あげられる。

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

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を実施、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、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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、第一期及び第二期は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、第三期（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
特定健診実施率	61.0%	61.0%	61.0%	62.0%	62.0%	62.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

3. 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	5,160 人	5,000 人	4,840 人	4,680 人	4,520 人	4,360 人
	受診者数	3,150 人	3,050 人	2,950 人	2,900 人	2,800 人	2,700 人
特定保健指導	対象者数	370 人	360 人	350 人	340 人	330 人	320 人
	受診者数	222 人	216 人	210 人	204 人	198 人	192 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、いちき串木野市医師会へ個別健診を委託する。指定された期間内に、受診券及び保険証を持参の上、いちき串木野市の指定医療機関で受診する。

- ① 個別健診（委託医療機関）
- ② 集団健診（委託実施機関）

(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

特定健診指定医療機関については、いちき串木野市広報紙に掲載する。

(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・尿中ナトリウム・尿中クレアチニン・アルブミン）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）

(5)実施時期

5 月～翌年 2 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、鹿児島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、いちき串木野市国民健康保険として加入者に対する基本的な周知広報活動を行う。

年間スケジュール

【図表 22】

健診の案内方法	
特定健診受診券を発行し送付する。広報誌、防災行政無線放送での広報。	
防災行政無線での受診勧奨。健康地域づくり推進員からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
健診実施スケジュール	
4 月	: 受診券発送
5 月～翌年 2 月	: 特定健診実施（集団、個別）
5 月～翌年 9 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7 月～翌年 3 月	: 未受診者対策（看護師の訪問・未受診者はがき送付）
1 0 月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
2 月～3 月	: 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

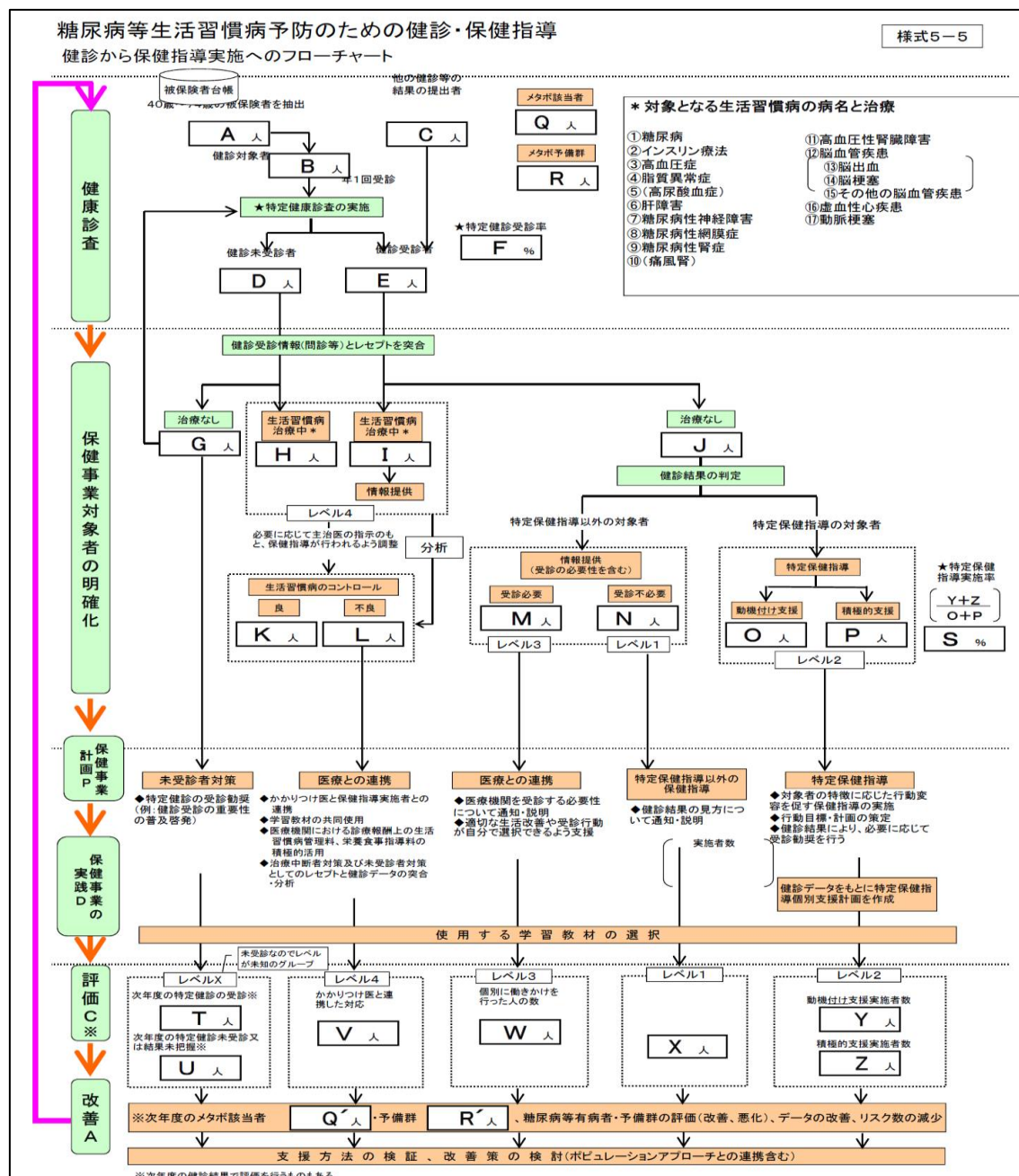
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、保険者直接、一部委託で実施する。

(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23)

【図表23】



(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24)

【図表24】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者の○%)	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	1 1 3 人 (2.2)	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	2 2 7 人 (4.4)	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(健診受診の 重要性の普及啓発、治療なし未受診 者 799 人の普及啓発)	2, 0 5 3 人 ※治療なし未 受診者 799 人	100%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 (疾病リスクとの関係で検査値の 意味について説明及び生活習慣に ついてのアドバイス)	2 4 8 人 (4.8)	郵送まで 含めて 100%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆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	2, 5 2 3 人 (48.9)	100%

※(様式 5-5 を基に) H28 年度対象者割合で、H30 年度対象者数見込

平成28年度 個別保健事業実施計画及び評価

保健事業名

いちき串木野市

事業名	P(計画)		D(実施)			C(評価)		A(改善)	
	目的	目標	対象者 (状態・人数)	実施方法	実施期間	実施体制	アウトプット (事業計画)	アウトカム (成果)	プロセス評価 (達成率)
1. 特定予防対策実施者 糖尿病	糖尿病合併症発症率の減少 ・大血管障害の発症予防 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)
2. 特定予防対策実施者 糖尿病	糖尿病合併症発症率の減少 ・大血管障害の発症予防 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)
3. 特定予防対策実施者 糖尿病	糖尿病合併症発症率の減少 ・大血管障害の発症予防 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)
4. コア・プログラム実施者 (合併症予防)	糖尿病合併症発症率の減少 ・大血管障害の発症予防 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)
5. 糖尿病合併症予防 (合併症予防)	糖尿病合併症発症率の減少 ・大血管障害の発症予防 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)
6. ハリス・プログラム (合併症予防)	糖尿病合併症発症率の減少 ・大血管障害の発症予防 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)	糖尿病合併症・糖尿病合併症の減少 (脳血管障害・虚血性心臓病)

(4) 5 年間の喫煙率の推移

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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 25)

【図表 25】

5年間の喫煙率の推移をみても 喫煙率は増加している。特に男性の喫煙の割合が高いことから、特定保健指導等のなかで禁煙指導を実施し、禁煙対策を整えていく必要がある。(図表 26)

【図表 26】

	喫煙 人数	喫煙率 (総数)	喫煙人数 (男性)	喫煙率 (男性)	喫煙人数 (女性)	喫煙率 (女性)
H24	254 人	9.2%	217 人	18.2%	37 人	2.4%
H25	261 人	9.7%	221 人	19.3%	40 人	2.6%
H26	336 人	10.4%	290 人	20.5%	46 人	2.6%
H27	319 人	10.1%	275 人	20.0%	44 人	2.5%
H28	306 人	10.0%	261 人	19.7%	45 人	2.6%

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いちき串木野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。

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。

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、いちき串木野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)及び鹿児島県糖尿病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27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 27】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(保険給付係・健康増進係)	○			☐
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 受 診 動 奨	介入開始(受診動奨)		○		☐
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 保 健 指 導	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 評 価 報 告	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	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鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 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 28)

【図表 28】

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

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。いちき串木野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 29)

いちき串木野市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 132 人(27.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 879 人の中のうち、特定健診受診者が 349 人(39.7%・G)であったが、90 人(25.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 530 人(60.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 142 人中 72 人は治療中断であることが分かった。また、70 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 29 より、いちき串木野市においての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)・・・132 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・162 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】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・259 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】

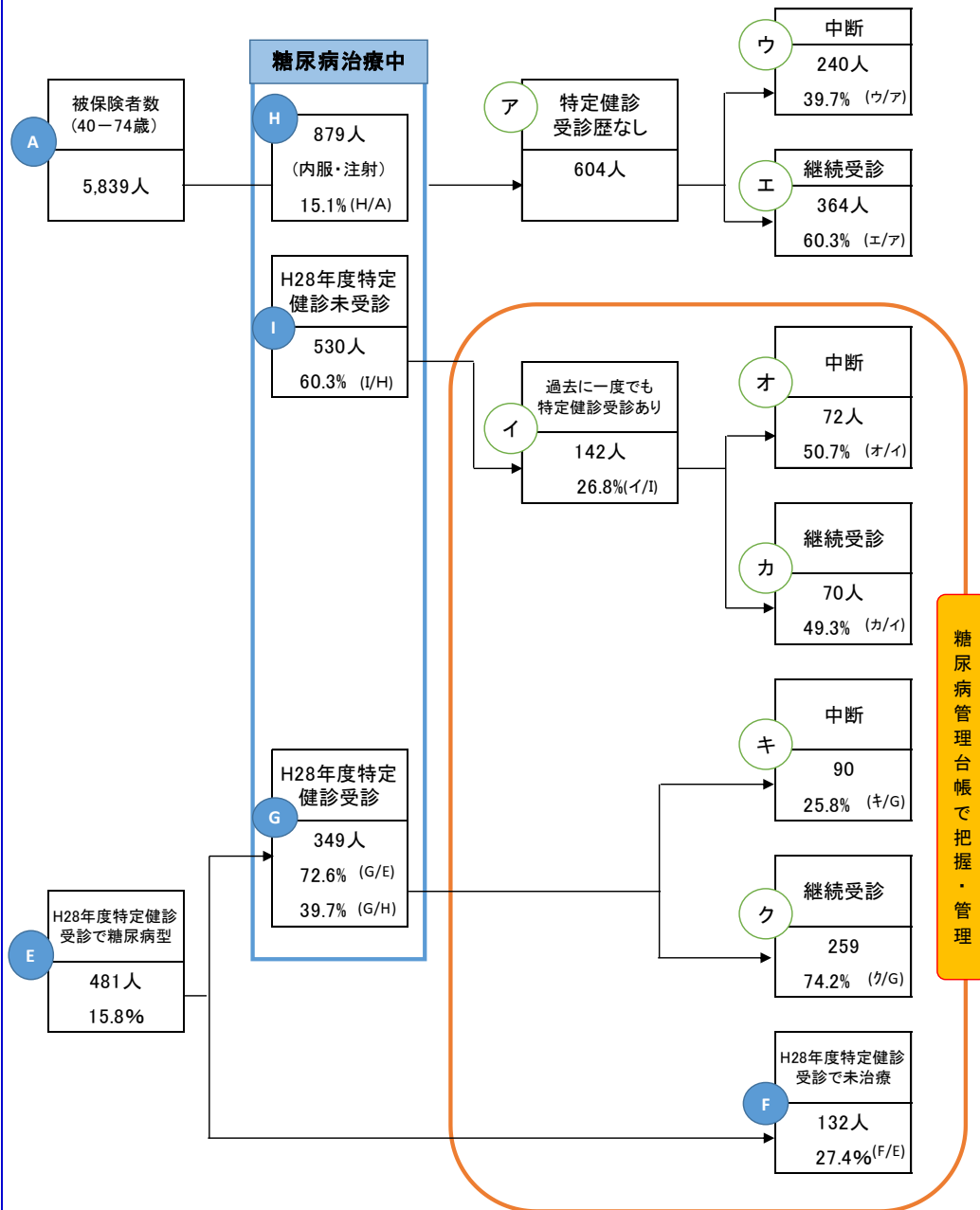
・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・70 人

・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) いちき串木野市【図表29】

※「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。

【糖尿病管理台帳作成手順】

(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

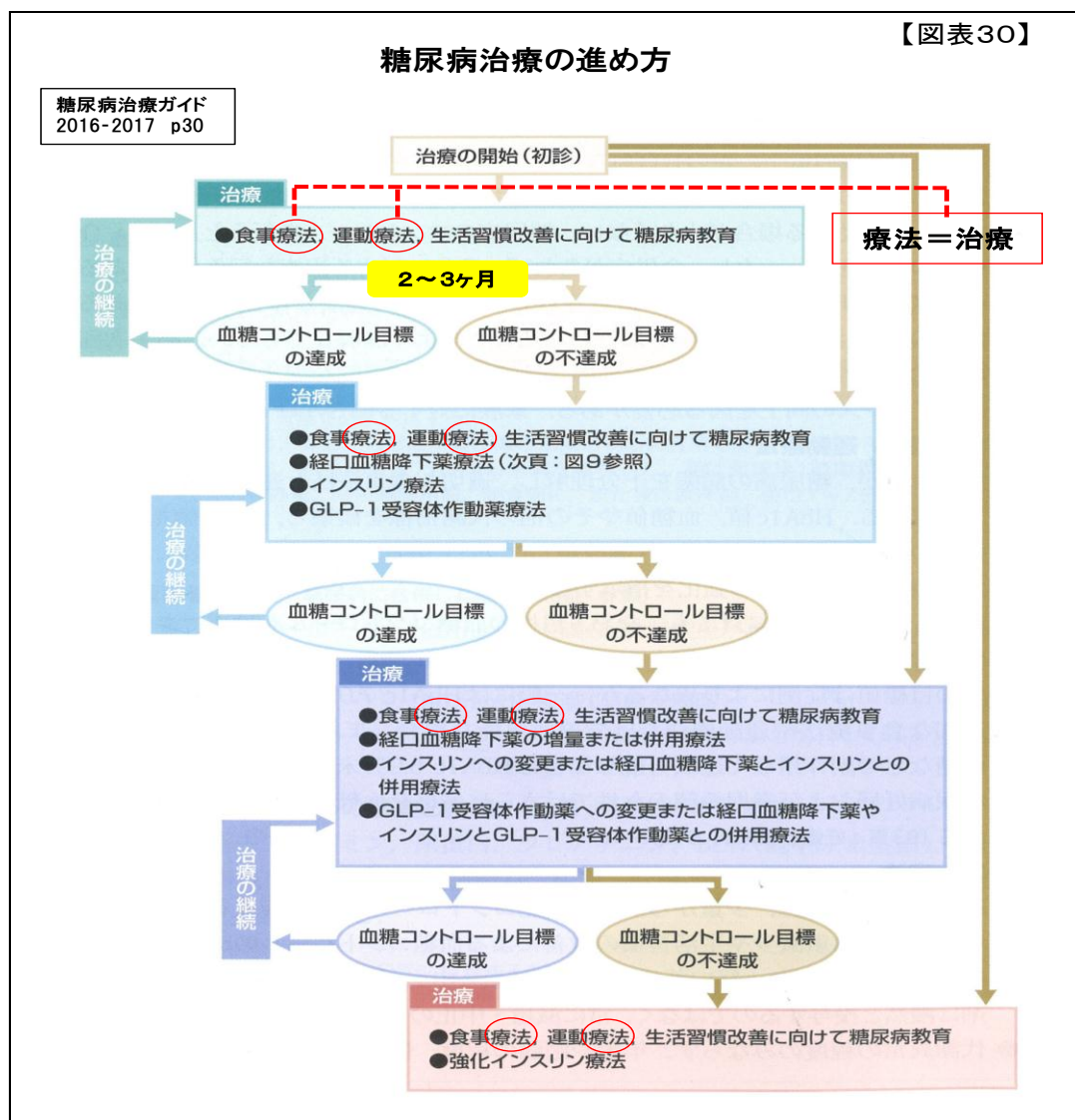
① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……294 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……130 人 (参考資料2)

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。いちき串木野市においては、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。糖尿病は自覚症状が乏しいため通院が中断しがちであるが、病態の把握は検査値を中心に行われることをよく理解してもらい、治療の継続と適切な食事療法と運動療法が重要であることを理解してもらう。(図表 30)



(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HbA1c6.5%以上で未治療者へは二次健診等を活用し、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糖尿病性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・治療中断者を医療機関につなぐ場合、二次健診の詳細(糖尿病)受診券等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては鹿児島県プログラムに準じていく。

6) 介護保険・介護予防係との連携

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 糖尿病性腎症取組評価表(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 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。いちき串木野市において健診受診者 3,049 人のうち心電図検査実施者は 194 人(6.4%)で、うち所見ありが、45 人である。

いちき串木野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。(図表 31)

心電図検査結果

【図表31】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		所見あり(c)		異常なし(d)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
平成28年度	3,049人	100	194	6.4	45	23.1	149	76.8

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「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18に沿って対象者を抽出する。その中でも、LDLコレステロールと血圧の受診勧奨レベルで、対象者を把握していく。

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32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 32】

虚血性心疾患に関する症状

・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、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う	
--	--

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、LDLコレステロール、高血圧、糖尿病の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、特に糖尿病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) 介護保険・介護予防係との連携

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

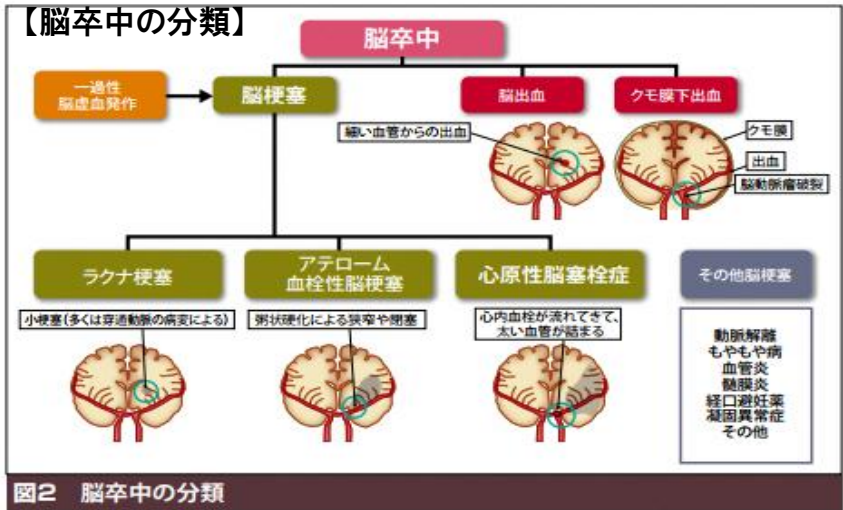
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 33、34)

【図表 33】



(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 34】

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 35 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 35】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳	●	●	●			○	○							
	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック ローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c 6.1以上 (治療中 7.0以上)		LDL 180mg/dL以上		心房細動		メタボ該当		尿蛋白(2+)以上		eGFR 50未満 (70歳以上 40未満)	
受診者数 3181人		121人	3.8%	226人	7.1%	107人	3.4%	0人	0.0%	609人	19.1%	62人	1.9%	140人	4.4%
治療なし		58人	3.2%	92人	3.4%	100人	4.2%	0人	0.0%	83人	5.6%	10人	0.7%	24人	1.6%
治療あり		63人	4.6%	134人	36.8%	7人	0.9%	0人	0.0%	526人	31.0%	52人	3.1%	116人	6.9%
臓器障害あり		5人	8.6%	7人	7.6%	4人	4.0%	0人	--	7人	8.4%	10人	100%	24人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	5人		7人		4人		0人		7人		10人		24人	
	尿蛋白(2+)以上	4人		2人		0人		0人		4人		10人		1人	
	尿蛋白(+) and 尿蛋白(-)	0人		2人		0人		0人		0人		0人		2人	
	eGFR 50未満 (70歳以上 40未満)	1人		3人		4人		0人		3人		1人		24人	
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が121人(3.8%)であり、58人は未治療者であった。また未治療者のうち5人(4.6%)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63人(4.6%)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 36)

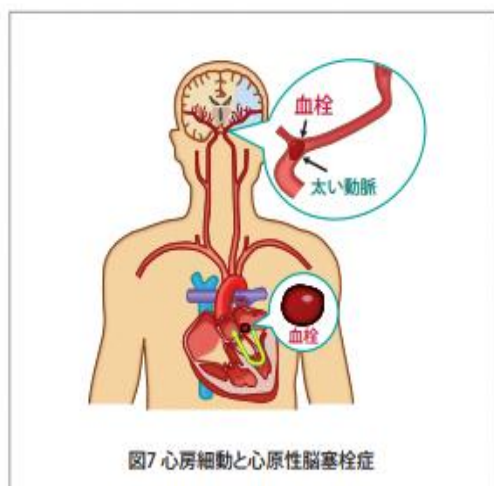
【図表 36】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
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
		1,808	601	488	371	290	46
		33.2%	27.0%	20.5%	16.0%	2.5%	0.7%
リスク第1層		207	112	49	25	16	4
		11.4%	18.6%	10.0%	6.7%	5.5%	8.7%
リスク第2層		977	322	283	193	153	22
		54.0%	53.6%	58.0%	52.0%	52.8%	47.8%
リスク第3層		624	167	156	153	121	20
		34.5%	27.8%	32.0%	41.2%	41.7%	43.5%
再掲） 重複あり	糖尿病	188	44	51	47	36	8
		30.1%	26.3%	32.7%	30.7%	29.8%	40.0%
	慢性腎臓病（CKD）	290	87	66	64	60	8
		46.5%	52.1%	42.3%	41.8%	49.6%	40.0%
	3個以上の危険因子	290	60	73	87	56	12
		46.5%	35.9%	46.8%	56.9%	46.3%	60.0%

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
16	157	175
0.9%	8.7%	9.7%
16	4	1
100%	2.5%	0.6%
--	153	26
--	97.5%	14.9%
--	--	148
--	--	84.6%

表 36 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。

（脳卒中予防の提言より引用）

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) 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。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、高血圧、脂質異常症、糖尿病の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、特に糖尿病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) 介護保険・介護予防係との連携

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。。

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

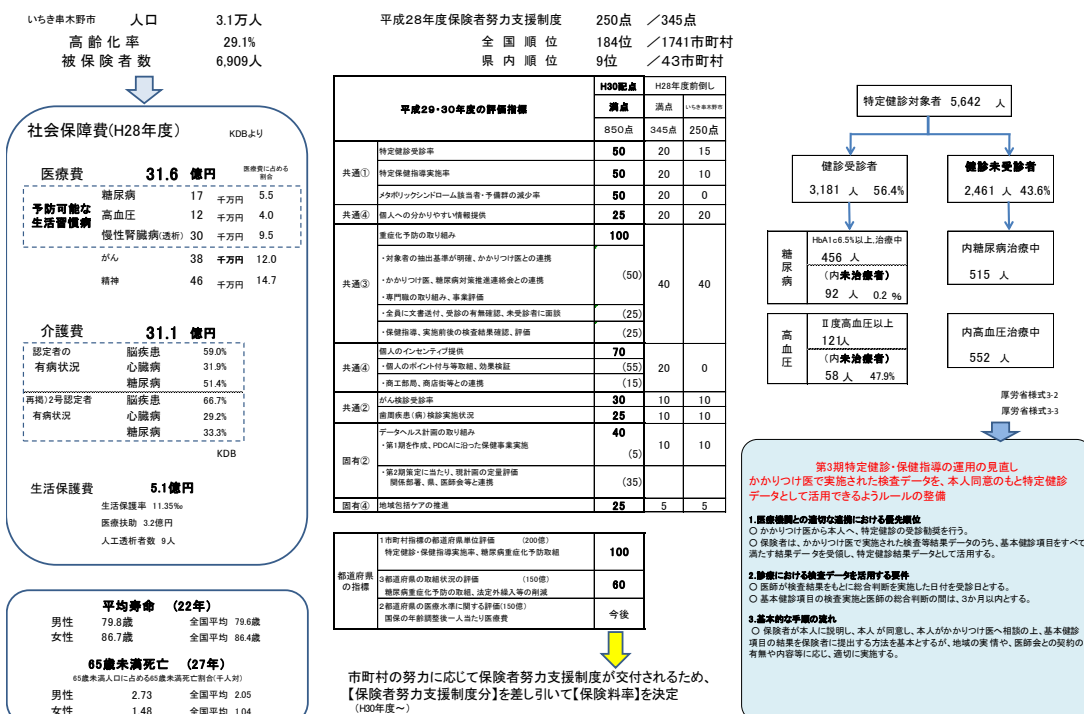
6月～特定健診結果が届き次第、対象者を抽出し、対象者へ介入

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個人の实態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 37・38)

【図表 37】

いちき串木野市 の 社会保障の安定化のために



【図表 38】

鹿児島県の健診結果と生活を科学的に解明する

1・からだの実態

①健診データ

(様式6-2～6-7健診有所見者状況平成26年度)

腹囲	6位
BMI	7位
中性脂肪	15位
収縮期血圧 160以上	3位
空腹時血糖 126以上	1位
HbA1c8.4以上	5位



②患者調査の実態入院・入院外(平成26年)

	入院外	入院
糖尿病	6位	2位
高血圧	1位	3位
腎不全	11位	7位



③新規透析導入者の状況(平成27年)

慢性透析患者	4位
新規透析導入患者	7位

2・食の実態

国民健康・栄養調査

脂質エネルギー比率

H14	16位	26.9%
-----	-----	-------

食塩摂取量(H28年度)

男性	7位	11.3g
女性	15位	9.3g

野菜摂取量(H28年度)

男性	29位	279g
女性	35位	254g

純アルコール量	11位 27.4g
---------	--------------

食品ランキング

さつま揚げ	1位
弁当	9位
食用油	10位

しょう油	12位
ドレッシング	6位

まんじゅう	2位
乳酸菌飲料	1位
さつまいも・かぼちゃ・じゃがいも・さといも	上位

生鮮野菜	26位170g
果物	48位

焼酎	2位
----	----

家計調査(食品ランキング2014～2016平均)

第5章 地域包括ケアに係る取組

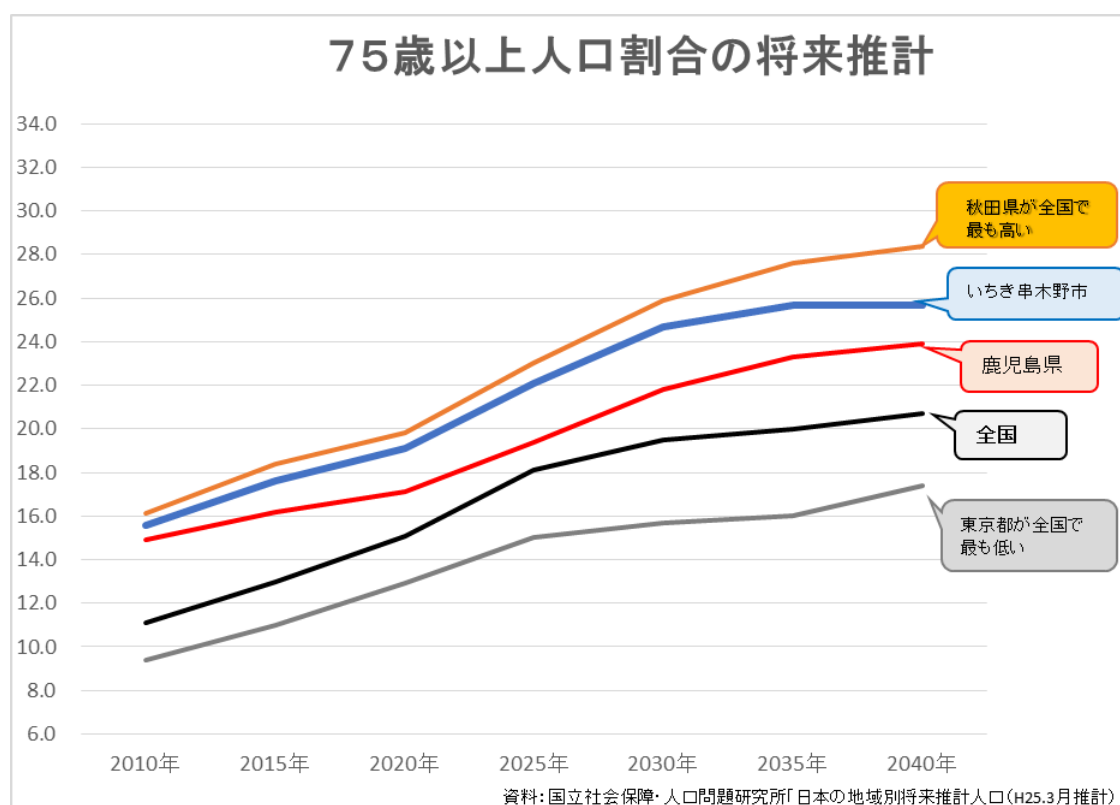
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、市民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。

本県は、75 歳以上割合が 2040 年 23.9%となり、4 人に 1 人が後期高齢者になる。75 歳以上人口の将来推計は、2010 年の人口を 100 としたときの指数で 2040 年が 124 と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。本市においては、県より高い水準で推移し、2040 年には 4 人に 1 人が後期高齢者となる。(図表 39)

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。このような状況にかんがみれば、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。(図表 40)

【図表 39】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 40】

H27年度		被保険者数 (人)		療養諸費 (円)		一人当たり 療養諸費(円)
国保	国保(～74歳)	438,810	100%	1,741億	100%	
	前期高齢者(65～74歳)	166,243	38%	987億	57%	593,971
後期高齢者(75歳～)		261,232	—	2,791億	—	1,068,398

H27年度国民健康保険事業状況報告年報 H27年度鹿児島県後期高齢者医療事業報告

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住民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

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（図表25）

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)	・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)	・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)	・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)	・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等が、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。

3. 目標管理一覧

計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業見直しを行う。

【図表 41】

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	初期値							最終評価値	現状値の把握方法		
特定健康計画	医療費削減のために、特定健診受診率、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 ・糖尿病患者の医療費に占める割合が5.45%で県と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の54%を占めており、増加している。 ・脳血管疾患の医療費に占める割合は2.2%で県と比較して低い ・虚血性心疾患の医療費に占める割合は1.5%で県と比較して低い ・がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	医療費削減のために、特定健診受診率、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 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、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	特定健診受診率62%以上	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）		
			特定保健指導実施率60%以上											62.0%
			特定保健指導対象者の減少率25%											60.0%
														25.0%
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	脳血管疾患の総医療費に占める割合1%減少									2.6%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.5%減少										1.9%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%										49.0%	
			健診受診者の高血圧の割合減少1.3%（160/100以上）（図表18）										1.8%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少2.5%（LDL160以上）（図表18）										4.5%	
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少1.1%（HbA1c6.5以上）（図表18）										6.8%	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%										25.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合10%（糖尿病管理台帳）										10.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合40%以上（糖尿病管理台帳）										40.0%	
			特定保健指導対象者の喫煙者への普及啓発100%										100.0%	
保険者努力支援制度	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率									50.0%		
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
			肺がん検診 50%以上										50.0%	
			大腸がん検診 50%以上										50.0%	
			子宮頸がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	特定健診受診率								50.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上										50.0%	
短期	がんの早期発見、早期治療 ・肺がんによる死亡率が女性が高38%、国と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%												

※H32にH3のデータで中間評価を行う。

データヘルス計画の目標管理一覧表

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

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、地域の医師会等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

いちき串木野市においては、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いちき串木野市の位置

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 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたいちち串木野市の位置										いちち串木野市					
項目			H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28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	31,094		31,094		9,030,767		1,691,041		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			65歳以上（高齢化率）	9,056	29.1	9,056	29.1	2,626,654	29.1	449,078	26.6	29,020,766	23.2		
			75歳以上	4,850	15.6	4,850	15.6			251,927	14.9	13,989,864	11.2		
			65～74歳	4,206	13.5	4,206	13.5			197,151	11.7	15,030,902	12.0		
			40～64歳	10,485	33.7	10,485	33.7			572,168	33.8	42,411,922	34.0		
		39歳以下	11,553	37.2	11,553	37.2			669,795	39.6	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	6.3		6.3		11.4		10.4		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	29.4		29.4		27.5		19.6		25.2			
			第3次産業	64.3		64.3		61.1		70.0		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.8		79.8		79.2		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.7		86.7		86.4		86.3		86.4				
④	健康寿命	男性	65.2		65.2		65.1		64.8		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	67.0		67.0		66.8		66.6		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	105.2		95.6		104.8		102.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				103.5		104.0		101.5		99.4		100			
			死 因	がん	113	44.7	100	42.4	32,164	46.4	5,546	46.2	367,905		49.6
				心臓病	66	26.1	73	30.9	19,517	28.2	3,146	26.2	196,768		26.5
				脳疾患	52	20.6	41	17.4	11,781	17.0	2,166	18.0	114,122		15.4
				糖尿病	4	1.6	6	2.5	1,340	1.9	233	1.9	13,658		1.8
				腎不全	12	4.7	11	4.7	2,559	3.7	560	4.7	24,763		3.3
				自殺	6	2.4	5	2.1	1,902	2.7	355	3.0	24,294		3.3
				合計	41	9.9	35	8.1			2,154	10.0	136,944		10.5
				男性	21	11.6	24	11.3			1,456	13.8	91,123		13.5
	女性	20	8.5	11	5.0			698	6.3	45,821	7.2				
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	41		35		2,154		10.0		136,944		厚生労働省 人口動態調査	
			男性	21		24		1,456		13.8		91,123			
	3	①	介護保険	1号認定者率（認定率）	1,948		21.5		8,539,696		20.5		99,733		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	34		0.3		19		0.3		9,962		
				2号認定者	49		0.5		40		0.4		11,164		
糖尿病				421		21.1		444		22.5		125,636			
②		有病状況	高血圧症	1,114		56.5		1,130		57.3		306,174		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			脂質異常症	560		28.0		640		32.0		159,862			
			心臓病	1,333		66.8		1,332		68.3		349,548			
			脳疾患	756		38.7		746		39.5		154,945			
			がん	163		8.9		202		10.3		58,440			
			筋・骨格	1,175		57.7		1,186		61.6		303,462			
			精神	735		35.8		846		43.1		213,558			
			再帰）認知症	465		21.8		567		28.4		136,992			
③		介護給付費	一人当たり給付費／総給付費	332,677		3,012,723,883		343,303		3,109,952,944		313,428		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			1件当たり給付費（全体）	83,406		89,361		66,717		65,532		58,284			
			居宅サービス	43,974		50,986		41,744		43,003		39,662			
			施設サービス	297,640		291,457		278,164		284,004		281,186			
④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	9,776		8,823		8,281		8,789		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		認定あり 認定なし	4,312		4,425		4,037		4,245		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数	7,728		6,906		2,264,375		423,755		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			65～74歳	3,456	44.7	3,453	50.0			170,126	40.1	12,462,053	38.2		
			40～64歳	2,688	34.8	2,189	31.7			147,782	34.9	10,946,693	33.6		
			39歳以下	1,584	20.5	1,264	18.3			105,847	25.0	9,178,477	28.2		
		加入率	24.9		22.2		25.1		25.1		26.9				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	6	0.8	6	0.9	833	0.4	256	0.6	8,255	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			診療所数	27	3.5	27	3.9	6,529	2.9	1,406	3.3	96,727	3.0		
			病床数	421	54.5	421	60.9	135,296	59.7	34,275	80.9	1,524,378	46.8		
			医師数	55	7.1	55	8.0	16,982	7.5	4,300	10.1	299,792	9.2		
	③	医療費の 状況	外来患者数	785.7		797.6		698.5		710.0		668.1		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	
入院患者数			37.0		38.2		23.6		29.9		18.2				
一人当たり医療費			35,436	県内2位 国規模8位	37,227	県内2位 国規模8位	27,772	30,549	24,245						
受診率			822,686		835,73		722,103		739,897		686,286				
④	医療費分析 生活習慣病に よる割合 最大医療費疾患 名（割合含む）	外 費用の割合	52.4		52.8		56.9		52.2		60.1		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		
		来 件数の割合	95.5		95.4		96.7		96.0		97.4				
		入 費用の割合	47.6		47.2		43.1		47.8		39.9				
		院 件数の割合	4.5		4.6		3.3		4.0		2.6				
		1件あたり在院日数	19.4日		19.2日		17.0日		18.7日		15.6日				
		がん	359,375,600		17.7	380,566,330		19.6	23.9		20.7			25.6	
		慢性腎不全（透析あり）	272,761,720		13.4	299,359,830		15.4	9.1		12.6			9.7	
		糖尿病	187,420,320		9.2	173,121,080		8.9	9.9		8.3			9.7	
④	医療費分析 生活習慣病に よる割合 最大医療費疾患 名（割合含む）	高血圧症	190,288,990		9.4	124,989,490		6.4	8.9		7.2		8.6		
		脂質異常症	68,043,240		3.3	54,005,690		2.8	5.0		3.6		5.3		
		脳梗塞・脳出血	110,527,350		5.5	69,547,830		3.6	4.0		4.7		4.0		
		狭心症・心筋梗塞	67,918,200		3.3	47,302,090		2.4	3.2		3.2		3.7		
		精神	430,047,870		21.1	464,686,040		23.9	19.6		23.4		16.9		
		筋・骨格	321,444,130		15.8	313,899,020		16.1	15.2		15.1		15.2		

項目				保険者		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
				費用額	件数	費用額	件数									
4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	右/レセプト 件数	糖尿病	510,394	774	517,432	700							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
				高血圧	515,870	1,212	505,770	1,091								
				脂質異常症	470,388	777	443,764	651								
				脳血管疾患	523,723	718	501,254	565								
				心疾患	517,758	432	598,443	334								
				腎不全	612,486	193	724,131	152								
				精神	388,538	1,475	413,827	1,430								
				悪性新生物	564,665	721	555,033	677								
				糖尿病	37,276	12,391	39,622	12,105								
				高血圧	31,608	26,446	32,870	24,310								
				脂質異常症	28,792	18,126	31,454	18,034								
				脳血管疾患	30,500	7,971	33,643	6,516								
				心疾患	38,786	6,938	39,249	6,479								
				腎不全	209,887	1,268	204,020	1,449								
精神	30,161	8,925	28,999	8,756												
悪性新生物	45,077	5,573	49,860	5,400												
⑥	健診有無別 一人当たり 医療費	生活習慣病一人当 たり医療費	健診受診者	135,119		132,081		89,952		100,364		79,159		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
			健診未受診者	269,280		365,931		264,578		274,511		238,237				
項目				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	データ元(CSV)		
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	1,513	56.2	1,651	54.1	359,875	55.6	68,465	54.8	4,427,360	56.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	1,407	52.3	1,541	50.5	331,214	51.2	64,096	51.3	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	106	3.9	110	3.6	28,661	4.4	4,369	3.5	357,742	4.5				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数45	健診受診者	2,690		3,052		647,170		124,862		7,896,427		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	47.1	県内18位 同規模38位	60.2	県内7位 同規模4位	39.8		43.1	全国8位	36.4				
			初回	668	24.8	356	11.7	82,337	12.7	16,672	13.4	1,237,550			15.7	
			特定保健指導終了者(実施率)	115	45.8	132	44.6	296,29	38.1	13,520	31.8	205,756.1			48.9	
			非肥満高血糖	188	7.0	259	8.5	68,180	10.5	11,552	9.3	737,886			9.3	
			メタボ	該当者	467	17.4	579	19.0	115,126	17.8	23,163	18.6	1,365,855		17.3	
				男性	280	24.5	377	28.5	78,359	27.4	15,563	28.5	940,335		27.5	
				女性	187	12.1	202	11.7	36,767	10.2	7,600	10.8	425,520		9.5	
				予備群	315	11.7	351	11.5	69,101	10.7	14,588	11.7	847,733		10.7	
			BMI	男性	200	17.5	232	17.5	47,257	16.5	9,606	17.6	588,308		17.2	
				女性	115	7.4	119	6.9	21,844	6.0	4,982	7.1	259,425		5.8	
				総数	884	32.9	1,044	34.2	205,718	31.8	42,303	33.9	2,490,581		31.5	
				腹囲	男性	545	47.6	679	51.3	139,882	48.9	28,019	51.4		1,714,251	
			メタボ 該当・予 備群 レベル	女性	339	21.9	365	21.1	65,836	18.2	14,284	20.3	776,330		17.3	
				総数	150	5.6	158	5.2	33,976	5.2	6,625	5.3	372,685		4.7	
				男性	29	2.5	27	2.0	5,403	1.9	1,020	1.9	59,615		1.7	
				女性	121	7.8	131	7.6	28,573	7.9	5,605	8.0	313,070		7.0	
			血糖のみ	19	0.7	27	0.9	4,666	0.7	937	0.8	52,296			0.7	
			血圧のみ	231	8.6	266	8.7	48,120	7.4	10,832	8.7	587,214			7.4	
			脂質のみ	65	2.4	58	1.9	16,315	2.5	2,819	2.3	208,214			2.6	
血糖・血圧	75	2.8	125	4.1	19,030	2.9	4,388	3.5	212,002		2.7					
血糖・脂質	12	0.4	23	0.8	6,579	1.0	1,104	0.9	75,032		0.9					
血圧・脂質	247	9.2	251	8.2	53,745	8.3	10,659	8.5	663,512		8.4					
血糖・血圧・脂質	133	4.9	180	5.9	35,772	5.5	7,012	5.6	415,310		5.3					
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	服薬 既往 歴 生活習慣 状況	高血圧	1,131	42.0	1,326	43.4	229,611	35.5	50,390	40.4	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	254	9.4	357	11.7	53,445	8.3	12,088	9.7	589,711			7.5	
			脂質異常症	653	24.3	754	24.7	154,568	23.9	28,308	22.7	1,861,221			23.6	
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	151	5.6	198	6.5	20,399	3.3	6,252	5.1	246,252			3.3	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	244	9.1	267	8.8	35,833	5.8	9,034	7.4	417,378			5.5	
			腎不全	27	1.0	34	1.1	3,288	0.5	959	0.8	39,184			0.5	
			貧血	231	8.6	262	8.6	56,999	9.2	10,539	8.6	761,573			10.2	
			喫煙	261	9.7	306	10.0	87,621	13.5	14,067	11.3	1,122,649			14.2	
			週3回以上朝食を抜く	161	6.1	204	6.8	38,837	6.9	9,919	8.1	585,344			8.7	
			週3回以上食後間食	183	7.0	223	7.4	68,351	12.0	13,431	11.0	803,966			11.9	
			週3回以上就寝前夕食	362	13.8	356	11.8	82,506	14.5	21,086	17.3	1,054,516			15.5	
			食べる速度が遅い	542	20.6	637	21.2	151,438	26.6	30,003	24.6	1,755,597			26.0	
			20歳時体重から10kg以上増加	870	33.1	989	32.9	176,120	31.1	41,664	34.1	2,192,264			32.1	
			1回30分以上運動習慣なし	1,356	51.6	1,636	54.4	355,238	62.0	67,654	55.3	4,026,105			58.8	
1日1時間以上運動なし	1,464	55.7	1,731	57.7	258,590	45.1	54,729	44.8	3,209,187		47.0					
睡眠不足	490	18.9	600	20.2	139,179	24.3	26,766	22.0	1,698,104		25.1					
毎日飲酒	583	22.2	693	23.0	155,329	25.3	31,047	25.3	1,886,293		25.6					
時々飲酒	525	20.0	573	19.0	124,825	20.3	26,092	21.3	1,628,466		22.1					
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	1,659	78.5	1,692	75.4	257,268	63.8	45,862	62.9	3,333,836		64.0			
		1～2合	354	16.8	438	19.5	97,734	24.3	20,515	28.1	1,245,341		23.9			
		2～3合	87	4.1	102	4.5	37,372	9.3	5,557	7.6	486,491		9.3			
		3合以上	13	0.6	11	0.5	10,629	2.6	1,012	1.4	142,733		2.7			

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳 (HbA1c6.5以上)						【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	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H26年度 末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出・ 死亡等	備考	
1										糖	服薬			○	○	○		
									HbA1c		9.5		8.7	6.7	7.4			
										糖 以外	体重	81.5	82.4	81.6	78.8			
									BMI		29.1			29	28.1			
										血圧	141/96		172/112	182/113	163/106			
										CKD	GFR	84.1		71.3	76.3	65.7		
									尿蛋白		—		—	—	—			
2										糖	服薬							
									HbA1c		6.9	8.6	9.1	9.5				
										糖 以外	体重	75.5	81	79.4	77.3			
									BMI		24.4	26.4	25.9	25.3				
										血圧	110/58	111/59	117/69	132/79				
										CKD	GFR	89	92.4	91.8	83.7			
									尿蛋白		—	±	—	±				
3										糖	服薬							
									HbA1c		8.2							
										糖 以外	体重	60.5						
									BMI		21.3							
										血圧	114/66							
										CKD	GFR	77.7						
									尿蛋白		—							
4										糖	服薬		○					
									HbA1c		10.6	6.7						
										糖 以外	体重	67	68					
									BMI		22.7	23.2						
										血圧	98/70	110/78						
										CKD	GFR	137.2	125.3					
									尿蛋白		—							
5										糖	服薬							
									HbA1c		7.2		5.4	5.5	5.3			
										糖 以外	体重	67.8	55.4	58.6	59.8			
									BMI		25.1	20.6	21.9	22.2				
										血圧	130/73		97/62	103/56	121/68			
										CKD	GFR	81.5	80.6	70.4	69.2			
									尿蛋白		—		—	—	—			

糖尿病管理台帳からの年度計画 H28年度

考え方	ポイント	地区担当が実施すること	専門職や他への紹介						
①糖尿病管理台帳作成 ↓ 年1回 健診データを入れ込む ↓ ポイントごとに整理してから ↓ 台帳に乗っている人全てに関わる ②台帳に年間を通じて情報を入れ込む ↓ 地区担当が必要になる (保健師活動指針) ↓ - 継続的に訪問するためには地区担当制が必要になる - 地区担当者が変わっても継続して関わる 糖尿病の問題性 (図1にあるように) - 心・脳ですでに起こっているケースもある - 腎でも起こる ↓ 治療してもコントロールが悪い ↓ ★糖尿病の治療とは何か	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">糖尿病台帳の全体数</td><td style="width: 20%;">(792) 名</td></tr> <tr> <td>資格喪失者数</td><td>(284) 名</td></tr> <tr> <td>糖尿病台帳の数</td><td>(508) 名</td></tr> </table> ①健診未受診者 (87) 名 ②未治療者 (23) 名 ③HbA1c悪化している (122) 名 ④尿蛋白 (一)(323) 名 (±)(44) 名 (+)(50) 名 ⑤eGFR 値の変化 1年で25%以上低下 (11) 名 1年で6ml/分/1.73㎡以上低下 (115) 名 ⑥①にも関係するが ー 備考欄に 記入すべき内容	糖尿病台帳の全体数	(792) 名	資格喪失者数	(284) 名	糖尿病台帳の数	(508) 名	うち105名後期 社保9名 生保3名 死亡19名 (うち後期3名) 転出 5名 確認すること ①レセプトで治療しているかどうか ②他の保険者に行っているかどうか レセプトを確認 訪問・面接か ー 保健指導 他のリスク(血圧・メタボなど) 原アルブミン検査 ー 腎症予防のための保健指導 の情報を入れ込む 慢性腎症	後期高齢者 ー 被保険者台帳 社保へ 経年表でみていく 栄養士中心 ↓ 各種専門職 ↑ 腎専門医 ①死亡、その原因 ②脳・心疾患 ー 手術 ③透析 ④癌 など
糖尿病台帳の全体数	(792) 名								
資格喪失者数	(284) 名								
糖尿病台帳の数	(508) 名								

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価					同規模 区分	4	都道 府県	鹿児島県	市町村名	いちき串木野市			
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			28年度同規模保険者数259	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合
1	①	被保険者数		A	7,175人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳			5,839人								
2	①	特定健診	対象者数	B	5,074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		3,049人								
	③		受診率		60.1%								
3	①	特定 保健指導	対象者数		296人								
	②		実施率		49.7%								
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	481人	15.8%					特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	132人	27.4%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	349人	72.6%							
	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	183人	52.4%							
	⑤				血圧 130/80以上	100人	54.6%						
	⑥				肥満 BMI25以上	84人	45.9%						
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	173人	49.6%							
	⑧		第1期	尿蛋白(－)	M	360人	74.8%						
	⑨		第2期	尿蛋白(±)		57人	11.9%						
	⑩		第3期	尿蛋白(＋)以上		59人	12.3%						
	⑪		第4期	eGFR30未満		14人	2.9%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)			123.6人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)			150.5人							
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は単年度対	入院外(件数)		5,646件	(1000.7)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④			入院(件数)		61件	(10.8)			40件	(5.8)		
	⑤		糖尿病治療中		H	887人	12.4%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳	879人		15.1%							
	⑦			健診未受診者	I	530人	60.3%						
	⑧		インスリン治療		O	84人	9.5%						
	⑨		(再掲)40-74歳	82人		9.3%							
	⑩			糖尿病性腎症		L	253人	28.5%					
	⑪		(再掲)40-74歳	251人	28.6%								
	⑫			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			27人	3.04%					
	⑬		(再掲)40-74歳	27人	3.07%								
	⑭			新規透析患者数									
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症										
6	①	医療費	【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)			13人	1.0%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	②		総医療費			31億6338万円				29億9383万円			
	③		生活習慣病総医療費			19億4384万円				17億2834万円			
	④		(総医療費に占める割合)			61.4%				57.7%			
	⑤		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		15,400円				7,709円			
	健診未受診者				28,239円				34,303円				
	⑥		糖尿病医療費			1億7312万円				1億7157万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			8.9%				9.9%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費			4億7963万円							
	⑨			1件あたり		39,622円							
	⑩		糖尿病入院総医療費			3億6220万円							
	⑪			1件あたり		517,432円							
	⑫			在院日数		18日							
	⑬		慢性腎不全医療費			3億0685万円				1億6920万円			
	⑭			透析有り		2億9936万円				1億5806万円			
⑮		透析なし		749万円				1114万円					
7	①	介護	介護給付費			31億0895万円				31億7863万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症			5件	19.2%						
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			6人	1.6%			5人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

[illegible]

【讀者文苑】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況			対象者		
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
①	心電図	心電図所見なし	☐ S T 変化 ☐ その他所見		⑤		
②	問診	☐ 自覚症状なし	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		重症化予防対象者		
		☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙					
③	健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			発症予防対象者		
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目			
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～			
	□AST	～30	31～50	51～			
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199		200～	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～				
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	☐ 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ～					
□C K D 重症度分類		G3aA1～					
⑥	その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015