

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

日置市

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	4
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	10
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)	23
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	29
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	51

第6章 計画の評価・見直し	53
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	55
参考資料	56

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。

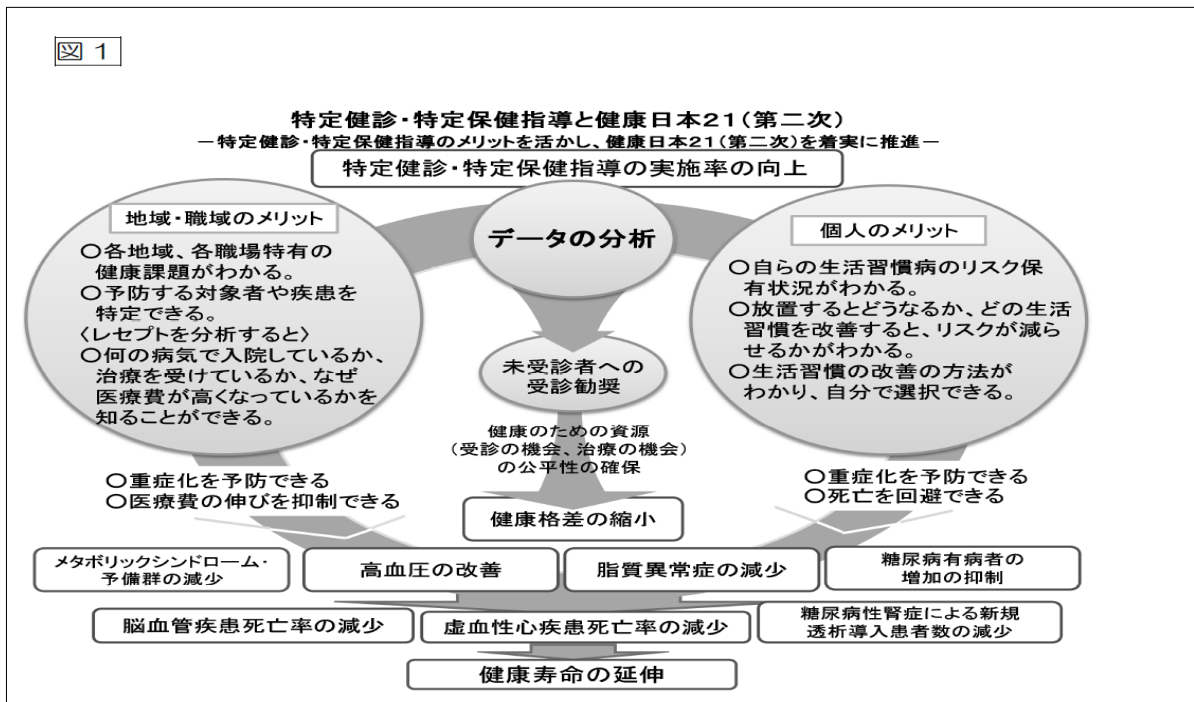
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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度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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため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。

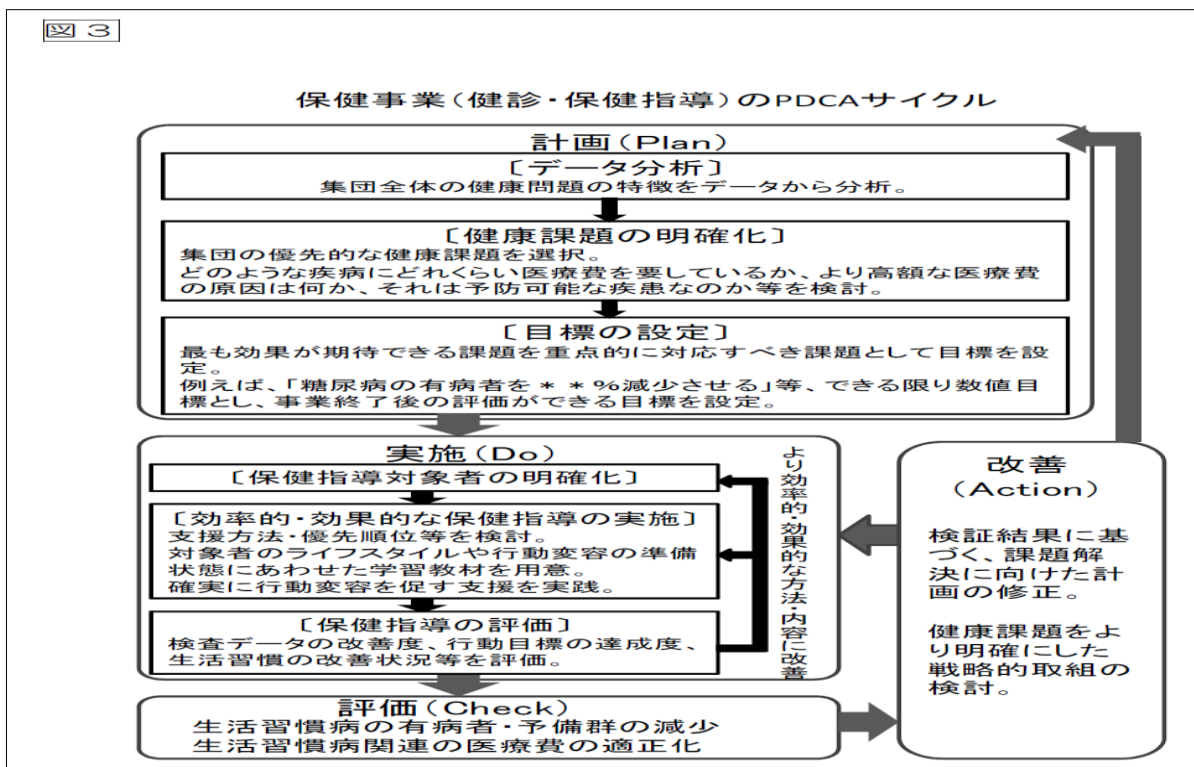
日置市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【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) 実施主体関係部の役割

日置市においては、健康保険課国民健康保険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。特に健康保険課健康づくり係の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（健康保険課後期高齢者係）、介護保険部局（介護保険課）企画部局（企画課）、生活保護部局（福祉課）とも十分連携することが望ましいと考える。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等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、保険者等と郡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。

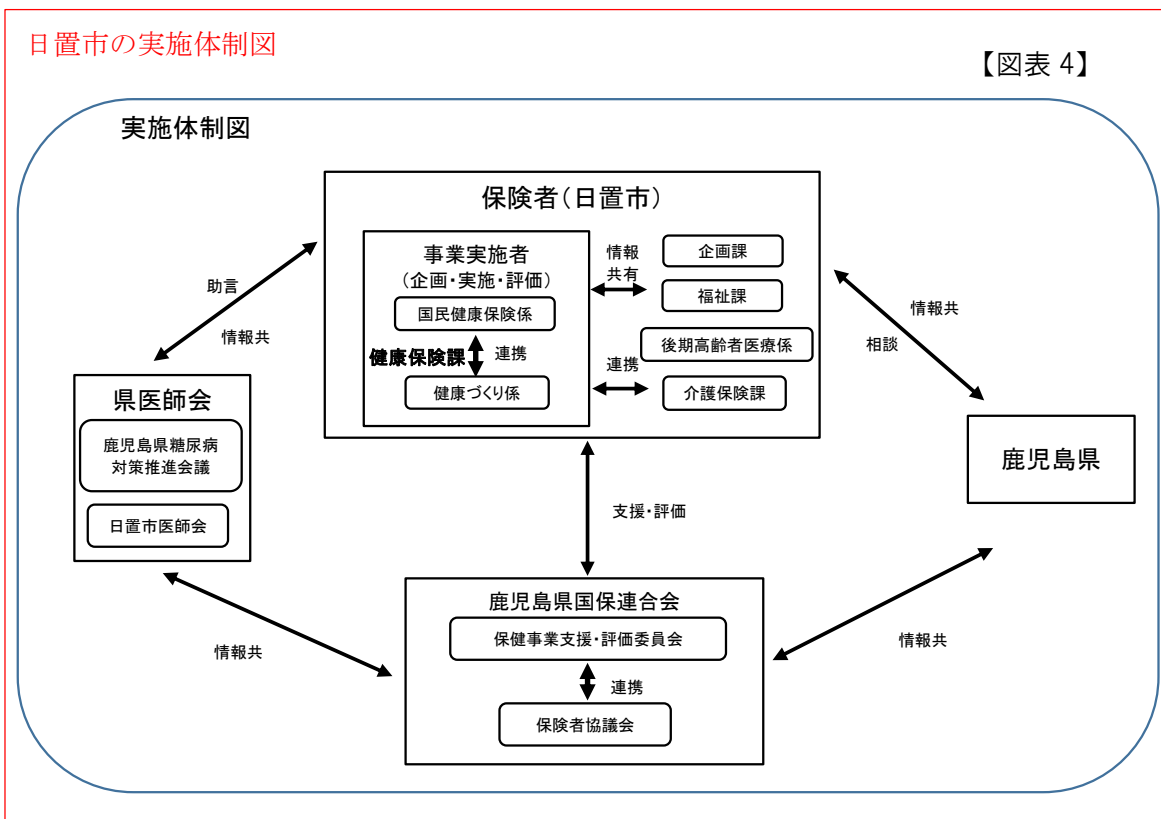
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

日置市の実施体制図

【図表 4】



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）

保険者努力支援制度

【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)		770			
全国順位(1,741市町村中)		21			
共通 ①	特定健診受診率	20			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
	データヘルス計画策定状況	0			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			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、死因別にかん・糖尿病・腎不全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2倍以上であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は減少していたが、一人当たりや1件あたりの介護給付費の増加がみられた。

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。医療機関受療率は微増、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率は減少しているが、健診受診者の生活習慣病一人当たり医療費は減少しており、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。しかし、特定健診受診率が減少してきているため医療費適正化の観点からも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）

介護給付の変化について、28年度の介護給付費が増え、同規模平均では、1件当たり介護給付費は居宅サービス、施設サービス共に減っているのに対し、日置市では施設サービスは同様に減ってはいるが、居宅サービスが増えていることがわかった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	日置市				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	48億9848万円	331,112	45,389	287,209	282,232	40,782	284,377
平成28年度	49億3105万円	333,314	46,491	283,355	301,390	40,247	278,147

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、総医療費が同規模に比べると伸びてはいるものの、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると日置市は入院・入院外ともに費用の伸び率を抑制できており、入院から入院外へ移行していることがわかった。

【図表 7】

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	48億6040万円				23億2779万円				25億3261万円				
	H28年度	48億7653万円	8386万円	0.3	-3.3	22億7697万円	5082万円	-2.2	-3.55	25億9957万円	3305万円	2.6	-3.1	
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	32,130				15,390				16,740				
	H28年度	34,140	2,010	6.3	9.0	15,940	550	3.6	8.8	18,200	1,460	8.7	9.2	

※KDBの1人当たり医療費は、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）

総医療費は微増しており、中長期目標疾患別にみると脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞に係る医療費の割合は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることがわかった。

短期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る割合については、糖尿病については増加しているものの、国に比較すると低くなっている。

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

【図表 8】

同規模区分	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								
H25	日置市	4,860,398,380	32,132	5位	9位	7.26%	0.56%	3.11%	1.80%	5.12%	6.02%	2.29%	1,271,511,490	26.16%	10.75%	13.68%	8.74%
		4,876,534,620	34,142	2位	8位	7.96%	0.31%	2.43%	1.64%	5.16%	4.18%	2.16%	1,162,118,450	23.83%	11.67%	13.56%	9.10%
H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.36%	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）

中長期的な目標を疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に係る人数を見ても、虚血性心疾患の人数の割合は減少していたものの、脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る割合が増加していることがわかった。

短期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る人数については、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)による人数は減少していたものの、脳血管疾患については糖尿病、脂質異常症が増加していることがわかった。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標疾患						短期的な目標疾患							
		被保険者数		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	割合
H25	全体	12,626	645	5.1%	124	19.2%	26	4.0%	518	80.3%	296	45.9%	442	68.5%	
	64歳以下	7,807	199	2.5%	34	17.1%	16	8.0%	155	77.9%	96	48.2%	131	65.8%	
	65歳以上	4,819	446	9.3%	90	20.2%	10	2.2%	363	81.4%	200	44.8%	311	69.7%	
H28	全体	12,074	619	5.1%	107	17.3%	25	4.0%	491	79.3%	277	44.7%	414	66.9%	
	64歳以下	6,659	153	2.3%	21	13.7%	15	9.8%	118	77.1%	56	36.6%	97	63.4%	
	65歳以上	5,415	466	8.6%	86	18.5%	10	2.1%	373	80.0%	221	47.4%	317	68.0%	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標疾患						短期的な目標疾患							
		被保険者数		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	割合
H25	全体	12,626	678	5.4%	124	18.3%	18	2.7%	544	80.2%	261	38.5%	391	57.7%	
	64歳以下	7,807	193	2.5%	34	17.6%	13	6.7%	146	75.6%	78	40.4%	103	53.4%	
	65歳以上	4,819	485	10.1%	90	18.6%	5	1.0%	398	82.1%	183	37.7%	288	59.4%	
H28	全体	12,074	672	5.6%	107	15.9%	19	2.8%	538	80.1%	283	42.1%	397	59.1%	
	64歳以下	6,659	166	2.5%	21	12.7%	13	7.8%	118	71.1%	66	39.8%	91	54.8%	
	65歳以上	5,415	506	9.3%	86	17.0%	6	1.2%	420	83.0%	217	42.9%	306	60.5%	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標疾患						短期的な目標疾患							
		被保険者数		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
H25	全体	12,626	63	0.5%	18	28.6%	26	41.3%	61	96.8%	27	42.9%	21	33.3%	
	64歳以下	7,807	44	0.6%	13	29.5%	16	36.4%	43	97.7%	20	45.5%	13	29.5%	
	65歳以上	4,819	19	0.4%	5	26.3%	10	52.6%	18	94.7%	7	36.8%	8	42.1%	
H28	全体	12,074	69	0.6%	19	27.5%	25	36.2%	65	94.2%	28	40.6%	21	30.4%	
	64歳以下	6,659	38	0.6%	13	34.2%	15	39.5%	37	97.4%	18	47.4%	12	31.6%	
	65歳以上	5,415	31	0.6%	6	19.4%	10	32.3%	28	90.3%	10	32.3%	9	29.0%	

(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)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者の割合は変わらないものの、インスリン療法、高血圧、脂質異常症、脳血管疾患、糖尿病性腎症の割合が増加していることから早期の受診により重症化防止に努める必要がある。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標疾患								中長期的な目標疾患									
		被保険者数		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	割合
H25	全体	12,828	1,800	12.7%	150	9.4%	1,126	70.4%	1,042	65.1%	298	18.5%	281	16.3%	27	1.7%	194	12.1%	
	64歳以下	7,807	602	7.7%	70	11.6%	381	63.3%	376	62.5%	96	15.9%	78	13.0%	20	3.3%	71	11.8%	
	65歳以上	4,819	998	20.7%	80	8.0%	745	74.6%	666	66.7%	200	20.0%	183	18.3%	7	0.7%	123	12.3%	
H28	全体	12,074	1,531	12.7%	145	9.5%	1,106	72.2%	1,049	68.5%	277	18.1%	283	18.5%	28	1.8%	223	14.6%	
	64歳以下	6,659	430	6.5%	52	12.1%	291	67.7%	278	64.7%	56	13.0%	66	15.3%	18	4.2%	53	12.3%	
	65歳以上	5,415	1,101	20.3%	93	8.4%	815	74.0%	771	70.0%	221	20.1%	217	19.7%	10	0.9%	170	15.4%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標疾患						中長期的な目標疾患							
		被保険者数		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
H25	全体	12,828	3,276	25.9%	1,126	34.4%	1,801	55.0%	518	15.8%	544	16.6%	61	1.9%	
	64歳以下	7,807	1,134	14.5%	381	33.6%	589	51.9%	155	13.7%	146	12.9%	43	3.8%	
	65歳以上	4,819	2,142	44.4%	745	34.8%	1,212	56.6%	363	16.9%	398	18.6%	18	0.8%	
H28	全体	12,074	3,238	26.8%	1,106	34.2%	1,847	57.1%	491	15.2%	538	16.8%	65	2.0%	
	64歳以下	6,659	921	13.8%	291	31.6%	488	53.0%	118	12.8%	118	12.8%	37	4.0%	
	65歳以上	5,415	2,315	42.8%	815	35.2%	1,359	58.7%	373	16.1%	420	18.1%	28	1.2%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標疾患						中長期的な目標疾患							
		被保険者数		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
H25	全体	12,828	2,538	20.1%	1,042	41.1%	1,801	71.0%	442	17.4%	391	15.4%	21	0.8%	
	64歳以下	7,807	909	11.6%	376	41.4%	589	64.8%	131	14.4%	103	11.3%	13	1.4%	
	65歳以上	4,819	1,629	33.8%	666	40.9%	1,212	74.4%	311	19.1%	288	17.7%	8	0.5%	
H28	全体	12,074	2,570	21.3%	1,049	40.8%	1,847	71.9%	414	16.1%	397	15.4%	21	0.8%	
	64歳以下	6,659	752	11.3%	278	37.0%	488	64.9%	97	12.9%	91	12.1%	12	1.6%	
	65歳以上	5,415	1,818	33.6%	771	42.4%	1,359	74.8%	317	17.4%	306	16.8%	9	0.5%	

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、女性ともに腹囲、空腹時血糖、尿酸の有所見者が増加していたが、HbA1cの有所見者が減少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・該当者は男性が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

性別	年代	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
男性	合計	778	29.0%	1,286	48.0%	640	23.9%	540	20.1%	350	13.1%	1,069	39.9%	1,566	58.5%	217	8.1%	1,362	50.8%	640	23.9%	1,148	42.8%	65	2.4%
	H25 40-64	316	31.3%	482	47.8%	283	28.0%	243	24.1%	135	13.4%	343	34.0%	512	50.7%	77	7.6%	434	43.0%	273	27.1%	490	48.6%	16	1.6%
	H25 65-74	462	27.6%	804	48.1%	357	21.4%	297	17.8%	215	12.9%	726	43.4%	1,057	63.3%	140	8.4%	928	55.5%	367	22.0%	658	39.4%	49	2.9%
女性	合計	744	29.8%	1,242	49.7%	548	21.9%	491	19.7%	277	11.1%	1,020	40.8%	1,184	47.4%	275	11.0%	1,276	51.1%	578	23.1%	975	39.0%	70	2.8%
	H28 40-64	282	37.0%	396	51.9%	208	27.3%	223	29.2%	102	13.4%	255	33.4%	313	41.0%	78	10.2%	319	41.8%	202	26.5%	331	43.4%	17	2.2%
	H28 65-74	462	26.6%	846	48.8%	340	19.6%	268	15.4%	175	10.1%	765	44.1%	871	50.2%	197	11.4%	957	55.2%	376	21.7%	644	37.1%	53	3.1%

性別	年代	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
女性	合計	771	23.0%	732	21.8%	482	14.4%	308	9.2%	126	3.8%	798	23.8%	2,034	60.6%	28	0.8%	1,536	45.8%	457	13.6%	1,949	58.1%	13	0.4%
	H25 40-64	289	22.9%	238	18.8%	169	13.4%	129	10.2%	44	3.5%	243	19.2%	666	52.7%	12	0.9%	476	37.7%	189	15.0%	775	61.3%	6	0.5%
	H25 65-74	482	23.0%	494	23.6%	313	15.0%	179	8.6%	82	3.9%	555	26.5%	1,368	65.4%	16	0.8%	1,060	50.7%	268	12.8%	1,174	56.1%	7	0.3%
男性	合計	744	23.5%	643	20.3%	388	12.3%	324	10.2%	81	2.6%	784	24.8%	1,374	43.4%	37	1.2%	1,385	43.7%	444	14.0%	1,663	52.5%	11	0.3%
	H28 40-64	244	23.6%	192	18.5%	128	12.4%	111	10.7%	24	2.3%	195	18.8%	364	35.1%	17	1.6%	350	33.8%	162	15.6%	569	54.9%	3	0.3%
	H28 65-74	500	23.5%	451	21.2%	260	12.2%	213	10.0%	57	2.7%	590	27.7%	1,010	47.4%	20	0.9%	1,035	48.6%	282	13.2%	1,094	51.4%	8	0.4%

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

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		3項目全て									
		人数		割合		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	人数	割合		
男性	合計	2,680	63.8%	128	4.8%	441	16.5%	35	1.3%	316	11.8%	90	3.4%	717	26.8%	147	5.5%	22	0.8%	310	11.6%	238	8.9%
	H25 40-64	1,009	50.6%	66	6.5%	179	17.7%	18	1.8%	108	10.7%	53	5.3%	237	23.5%	41	4.1%	17	1.7%	95	9.4%	84	8.3%
	H25 65-74	1,671	75.9%	62	3.7%	262	15.7%	17	1.0%	208	12.4%	37	2.2%	480	28.7%	106	6.3%	5	0.3%	215	12.9%	154	9.2%
女性	合計	2,498	61.4%	121	4.8%	417	16.7%	26	1.0%	328	13.1%	63	2.5%	704	28.2%	147	5.9%	35	1.4%	316	12.7%	206	8.2%
	H28 40-64	763	46.9%	63	8.3%	124	16.3%	12	1.6%	78	10.2%	34	4.5%	209	27.4%	31	4.1%	17	2.2%	104	13.6%	57	7.5%
	H28 65-74	1,735	71.1%	58	3.3%	293	16.9%	14	0.8%	250	14.4%	29	1.7%	495	28.5%	116	6.7%	18	1.0%	212	12.2%	149	8.6%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		3項目全て									
		人数		割合		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				
女性	合計	3,356	73.2%	92	2.7%	260	7.7%	12	0.4%	202	6.0%	46	1.4%	380	11.3%	47	1.4%	16	0.5%	214	6.4%	103	3.1%
	H25 40-64	1,264	62.2%	45	3.6%	78	6.2%	4	0.3%	58	4.6%	16	1.3%	115	9.1%	19	1.5%	10	0.8%	54	4.3%	32	2.5%
	H25 65-74	2,092	81.9%	47	2.2%	182	8.7%	8	0.4%	144	6.9%	30	1.4%	265	12.7%	28	1.3%	6	0.3%	160	7.6%	71	3.4%
男性	合計	3,166	71.5%	99	3.1%	189	6.0%	13	0.4%	142	4.5%	34	1.1%	355	11.2%	60	1.9%	8	0.3%	185	5.8%	102	3.2%
	H28 40-64	1,036	61.3%	47	4.5%	61	5.9%	5	0.5%	45	4.3%	11	1.1%	84	8.1%	19	1.8%	3	0.3%	43	4.2%	19	1.8%
	H28 65-74	2,130	77.9%	52	2.4%	128	6.0%	8	0.4%	97	4.6%	23	1.1%	271	12.7%	41	1.9%	5	0.2%	142	6.7%	83	3.9%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は65%を超えてはいるが2ポイント下がっており、受診率の維持を図っていく必要がある。特定保健指導率は大きく増加しているが、目標の60%に向けて更なる取組みを行う必要がある。

【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	
								日置市	同規模平均
H25年度	8,784	6,036	68.7%	1	667	225	33.7%	55	51.1%
H28年度	8,495	5,664	66.7%	1	585	329	56.2%	50.8	51.6%

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脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全をそれぞれ10%減少させることを目標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、外来における一人当たり医療費の増加や慢性腎不全における透析人数、透析費用の増加などの課題も見えてきた。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、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率を高い状態で維持することは重要な取り組むべき課題である。また、特定保健指導についても国が定める目標値の60%まで近づいており、達成に向けて更なる指導率の向上に向けて取り組む必要がある。

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)

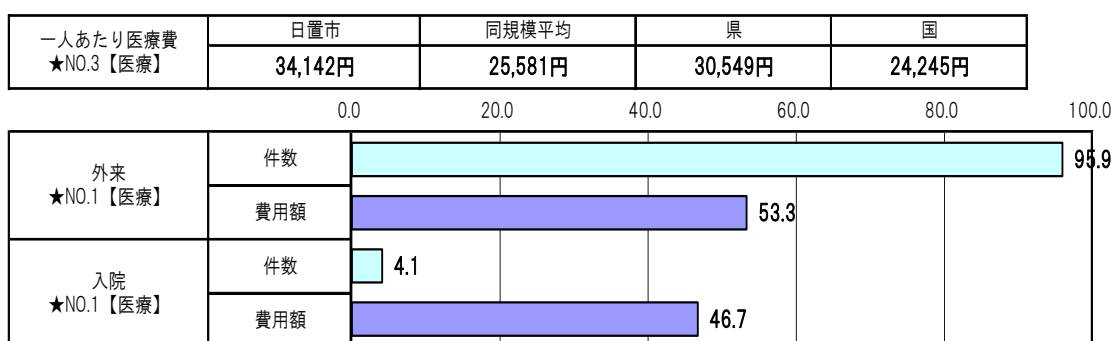
日置市の入院件数は4.1%で、費用額全体の46.7%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(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)

日置市の200万円以上の高額レセを見てみると 特に60代の件数が多いことがわかった。また、長期入院は精神による入院が約7割を占めており、退院することが難しいことがわかった。人工透析患者は人数の割に費用が高いことがわかった。

【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)	人数	64人	5人	6人	13人	41人			
			7.8%	9.4%	20.3%	64.1%			
	件数	82件	5件	6件	17件	54件			
			6.1%	7.3%	20.7%	65.9%			
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	20	37.0%
			40代	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
			50代	2	40.0%	1	16.7%	2	11.8%
60代	2		40.0%	1	16.7%	11	64.7%	20	37.0%
70-74歳	0	0.0%	4	66.7%	4	23.5%	11	20.4%	
費用額	2億4798万円	1467万円	2261万円	4186万円	1億6883万円				
		5.9%	9.1%	16.9%	68.1%				

*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	200人	139人 69.5%	33人 16.5%	18人 9.0%
		件数	1,848件	1,313件 71.0%	255件 13.8%	142件 7.7%
		費用額	7億2997万円	4億4411万円 60.8%	1億1307万円 15.5%	5690万円 7.8%

*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	69人	28人 40.6%	19人 27.5%	25人 36.2%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計		件数	871件	343件 39.4%	238件 27.3%
			費用額	4億0850万円	1億6659万円 40.8%	1億2063万円 29.5%	1億4549万円 35.6%

*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 (H●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 り患	5,315人	672人 12.6%	619人 11.6%	223人 4.2%	
			高血圧	538人 80.1%	491人 79.3%	171人 76.7%	
			糖尿病	283人 42.1%	277人 44.7%	223人 100.0%	
			脂質異常症	397人 59.1%	414人 66.9%	166人 74.4%	
			高血圧症	3,236人 60.9%	1,531人 28.8%	2,570人 48.4%	553人 10.4%
			糖尿病				
			脂質異常症				

○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97.3%であり、筋・骨格疾患の94.5%を上回っていた。特に2号認定者については100%、1号被保険者についても非常に高い割合で血管疾患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。

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	17,238人	6,115人	8,679人	14,794人			32,032人			
	認定者数	43人	229人	2,933人	3,162人			3,205人			
	認定率	0.25%	3.7%	33.8%	21.4%			10.0%			
	新規認定者数(*1)	10人	65人	348人	413人			423人			
介護度別人数	要支援1・2	7	16.3%	56	24.5%	593	20.2%	649	20.5%	656	20.5%
	要介護1・2	15	34.9%	81	35.4%	1,108	37.8%	1,189	37.6%	1,204	37.6%
	要介護3~5	21	48.8%	92	40.2%	1,232	42.0%	1,324	41.9%	1,345	42.0%

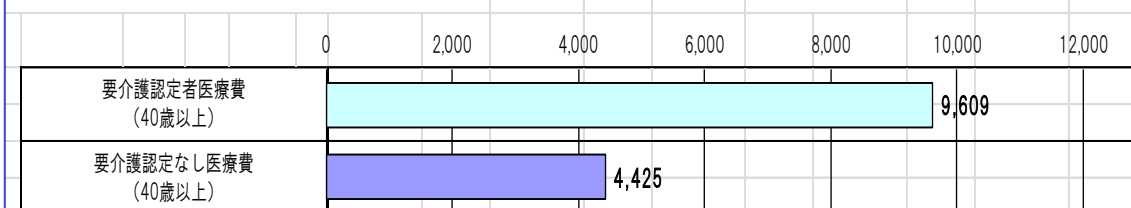
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計							
	介護件数(全体)	43	229	2,933	3,162			3,205				
	再) 国保・後期	27	183	2,342	2,525			2,552				
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	20 74.1%	脳卒中	95 51.9%	脳卒中	1,313 56.1%	脳卒中	1,408 55.8%	脳卒中	1,428 56.0%
		2	腎不全	9 33.3%	虚血性心疾患	42 23.0%	虚血性心疾患	1,005 42.9%	虚血性心疾患	1,047 41.5%	虚血性心疾患	1,052 41.2%
	血管疾患	3	虚血性心疾患	5 18.5%	腎不全	20 10.9%	腎不全	474 20.2%	腎不全	494 19.6%	腎不全	503 19.7%
		4	糖尿病合併症	7 25.9%	糖尿病合併症	37 20.2%	糖尿病合併症	250 10.7%	糖尿病合併症	287 11.4%	糖尿病合併症	294 11.5%
	基礎疾患	27		168		2,197		2,365		2,392		
	高血圧・糖尿病 脂質異常症	100.0%		91.8%		93.8%		93.7%		93.7%		
	血管疾患合計	27		172		2,283		2,455		2,482		
		100.0%		94.0%		97.5%		97.2%		97.3%		
	認知症	6		40		1,175		1,215		1,221		
		22.2%		21.9%		50.2%		48.1%		47.8%		
筋・骨格疾患	23		160		2,229		2,389		2,412			
	85.2%		87.4%		95.2%		94.6%		94.5%			

*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、糖尿病性腎症等の確立が増える傾向にある。日置市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見状況でもHDL-C・空腹時血糖・クレアチニンなど内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【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 (帳票)

		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	合計	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
県計	合計	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
	40-64	6,578	37.0	9,343	52.6	5,287	29.8	4,767	26.8	1,877	10.6	6,569	37.0	7,184	40.5	2,693	15.2	7,476	42.1	4,424	24.9	8,181	46.1	308	1.7
	65-74	11,109	30.2	18,676	50.8	7,822	21.3	6,395	17.4	3,624	9.9	17,177	46.7	19,434	52.8	4,514	12.3	20,314	55.2	6,369	17.3	14,611	39.7	1,152	3.1
保険者	合計	744	29.8	1,242	49.7	548	21.9	491	19.7	277	11.1	1,020	40.8	1,184	47.4	275	11.0	1,276	51.1	578	23.1	975	39.0	70	2.8
	40-64	282	37.0	396	51.9	208	27.3	223	29.2	102	13.4	255	33.4	313	41.0	78	10.2	319	41.8	202	26.5	331	43.4	17	2.2
	65-74	462	26.6	846	48.8	340	19.6	268	15.4	175	10.1	765	44.1	871	50.2	197	11.4	957	55.2	376	21.7	644	37.1	53	3.1

		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	合計	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
県計	合計	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
	40-64	5,573	23.6	4,202	17.8	3,070	13.0	2,547	10.8	546	2.3	5,154	21.9	9,194	39.0	400	1.7	7,919	33.6	3,368	14.3	12,961	55.0	87	0.4
	65-74	11,593	24.8	10,082	21.6	6,424	13.7	4,119	8.8	1,404	3.0	13,879	29.7	24,222	51.8	904	1.9	23,020	49.2	5,683	12.2	24,882	53.2	240	0.5
保険者	合計	744	23.5	643	20.3	388	12.3	324	10.2	81	2.6	785	24.8	1,374	43.4	37	1.2	1,385	43.7	444	14.0	1,663	52.5	11	0.3
	40-64	244	23.6	192	18.5	128	12.4	111	10.7	24	2.3	195	18.8	364	35.1	17	1.6	350	33.8	162	15.6	569	54.9	3	0.3
	65-74	500	23.5	451	21.2	260	12.2	213	10.0	57	2.7	590	27.7	1,010	47.4	20	0.9	1,035	48.6	282	13.2	1,094	51.4	8	0.4

*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 (帳票)

		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	合計	3,416,820				588,308	17.2%							940,335	27.5%						
県計	合計	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%
	40-64	17,759	27.9	1,430	8.1%	3,257	18.3%	247	1.4%	1,981	11.2%	1,029	5.8%	4,656	26.2%	786	4.4%	377	2.1%	2,188	12.3%	1,305	7.3%
	65-74	36,786	49.1	1,420	3.9%	6,349	17.3%	425	1.2%	5,085	13.8%	839	2.3%	10,907	29.6%	2,461	6.7%	412	1.1%	4,562	12.4%	3,472	9.4%
保険者	合計	2,498	61.4	121	4.8%	417	16.7%	26	1.0%	328	13.1%	63	2.5%	704	28.2%	147	5.9%	35	1.4%	316	12.7%	206	8.2%
	40-64	763	46.9	63	8.3%	124	16.3%	12	1.6%	78	10.2%	34	4.5%	209	27.4%	31	4.1%	17	2.2%	104	13.6%	57	7.5%
	65-74	1,735	71.1	58	3.3%	293	16.9%	14	0.8%	250	14.4%	29	1.7%	495	28.5%	116	6.7%	18	1.0%	212	12.2%	149	8.6%

		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	合計	4,481,600				259,425	5.8%							425,520	9.5%						
県計	合計	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%
	40-64	23,573	36.3	774	3.3%	1,501	6.4%	90	0.4%	1,067	4.5%	344	1.5%	1,927	8.2%	314	1.3%	131	0.6%	932	4.0%	550	2.3%
	65-74	46,744	54.3	928	2.0%	3,481	7.4%	175	0.4%	2,699	5.8%	607	1.3%	5,673	12.1%	827	1.8%	184	0.4%	2,977	6.4%	1,685	3.6%
保険者	合計	3,166	71.5	99	3.1%	189	6.0%	13	0.4%	142	4.5%	34	1.1%	355	11.2%	60	1.9%	8	0.3%	185	5.8%	102	3.2%
	40-64	1,036	61.3	47	4.5%	61	5.9%	5	0.5%	45	4.3%	11	1.1%	84	8.1%	19	1.8%	3	0.3%	43	4.2%	19	1.8%
	65-74	2,130	77.9	52	2.4%	128	6.0%	8	0.4%	97	4.6%	23	1.1%	271	12.7%	41	1.9%	5	0.2%	142	6.7%	83	3.9%

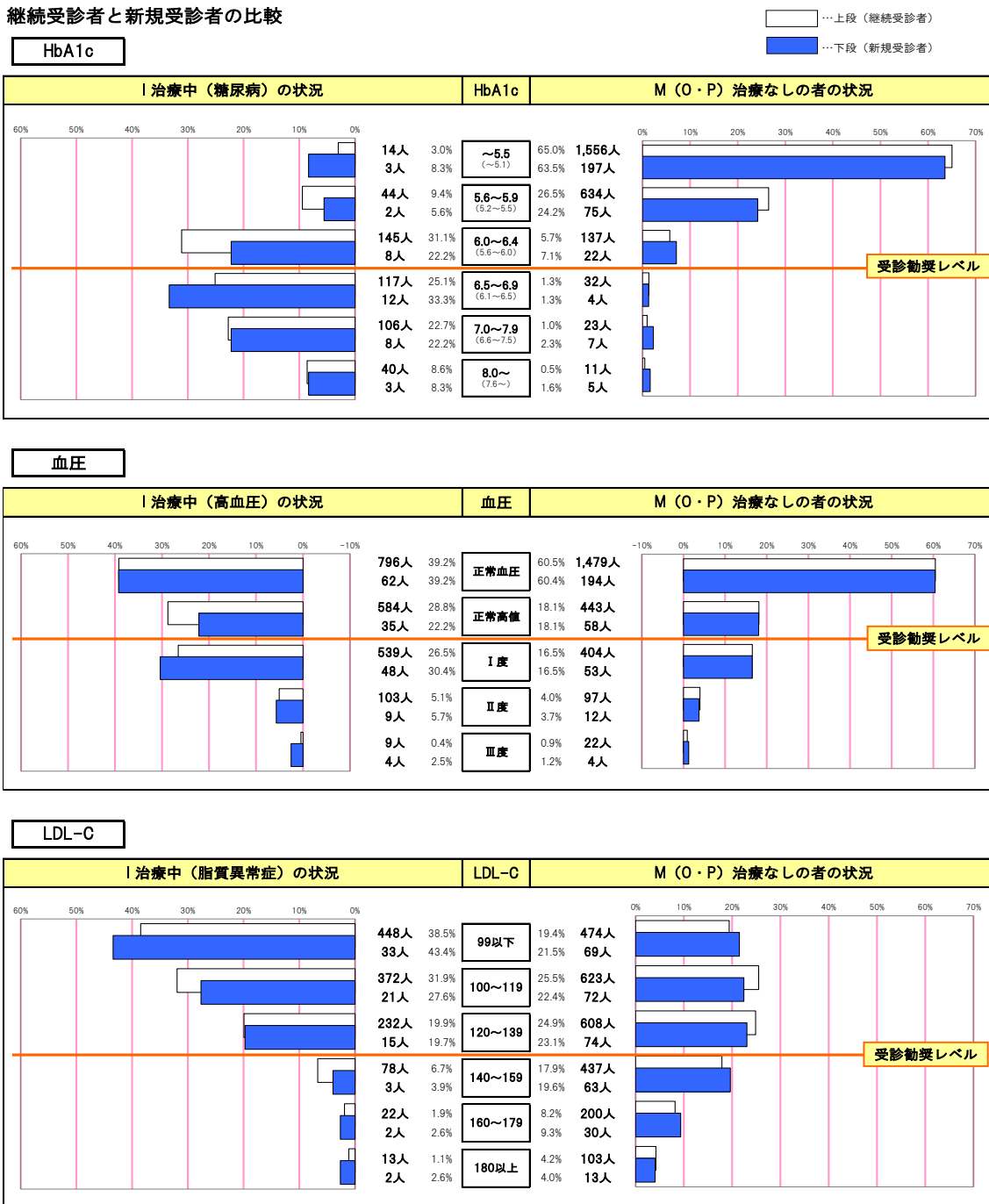
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

全体的にみると、新規受診者よりも継続受診者の方が治療なしの割合が高く、意識が高いことが見られる。

また、HbA1c は治療中ではあるが受診勧奨レベルを超えている人が多く、血圧、LDL-C については受診勧奨レベルを超えている未治療者の割合が多いことが見られる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



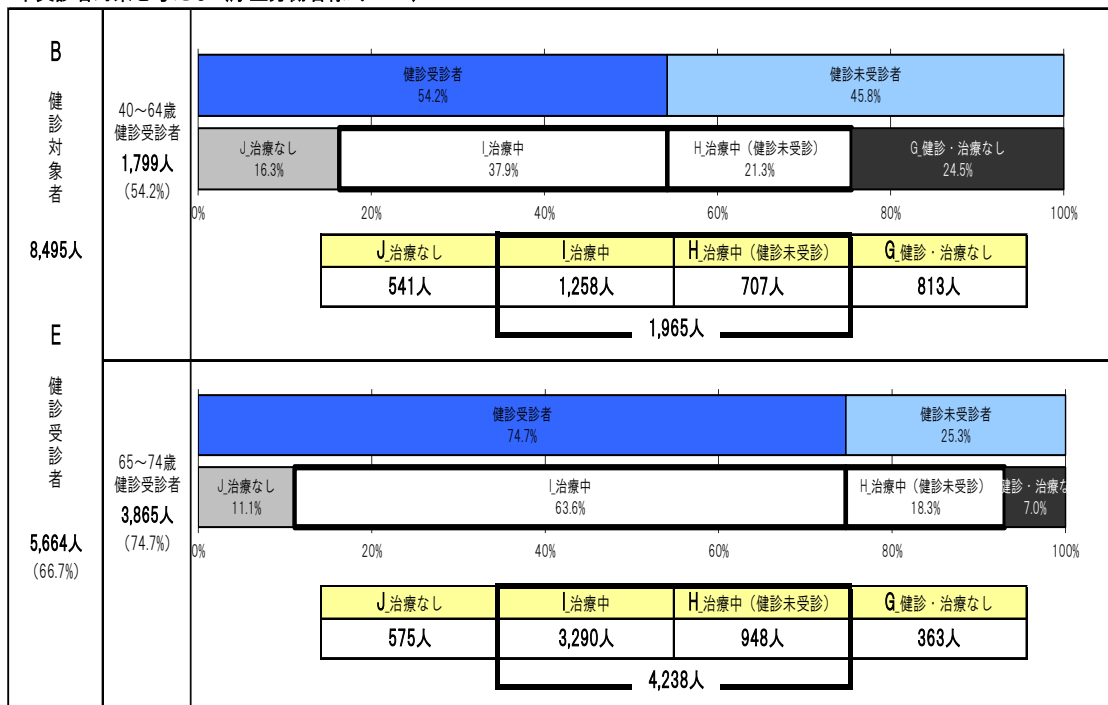
4) 未受診者の把握 (図表 19)

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24.5%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。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

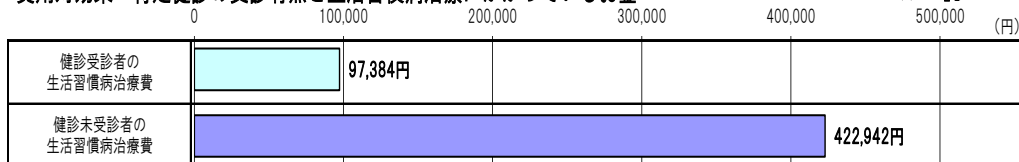
★NO.26 (CSV)



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

7 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.3⑥



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、3つの疾患をそれぞれ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。

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、日置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年度に国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 44】

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、一年一年、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	70%	70%	70%	70%	70%	70%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

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	8,400人	8,350人	8,300人	8,250人	8,200人	8,150人
	受診者数	5,880人	5,845人	5,810人	5,775人	5,740人	5,705人
特定保健指導	対象者数	590人	585人	580人	575人	570人	565人
	受診者数	354人	351人	348人	345人	342人	339人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

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

- ① 集団健診(日置市中央公民館・各支所保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、日置市のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.city.hioki.kagoshima.jp/>

(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）

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、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、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

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郵送する。国保だより、ホームページ及び広報誌での広報。集団健診前の一斉放送システムによる広報。 電話や看護師訪問による受診勧奨。保健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～10 月	: 受診券送付
6 月～12 月	: 特定健診実施（集団、個別）
7 月～翌年 9 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
9 月～翌年 3 月	: 未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
10 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

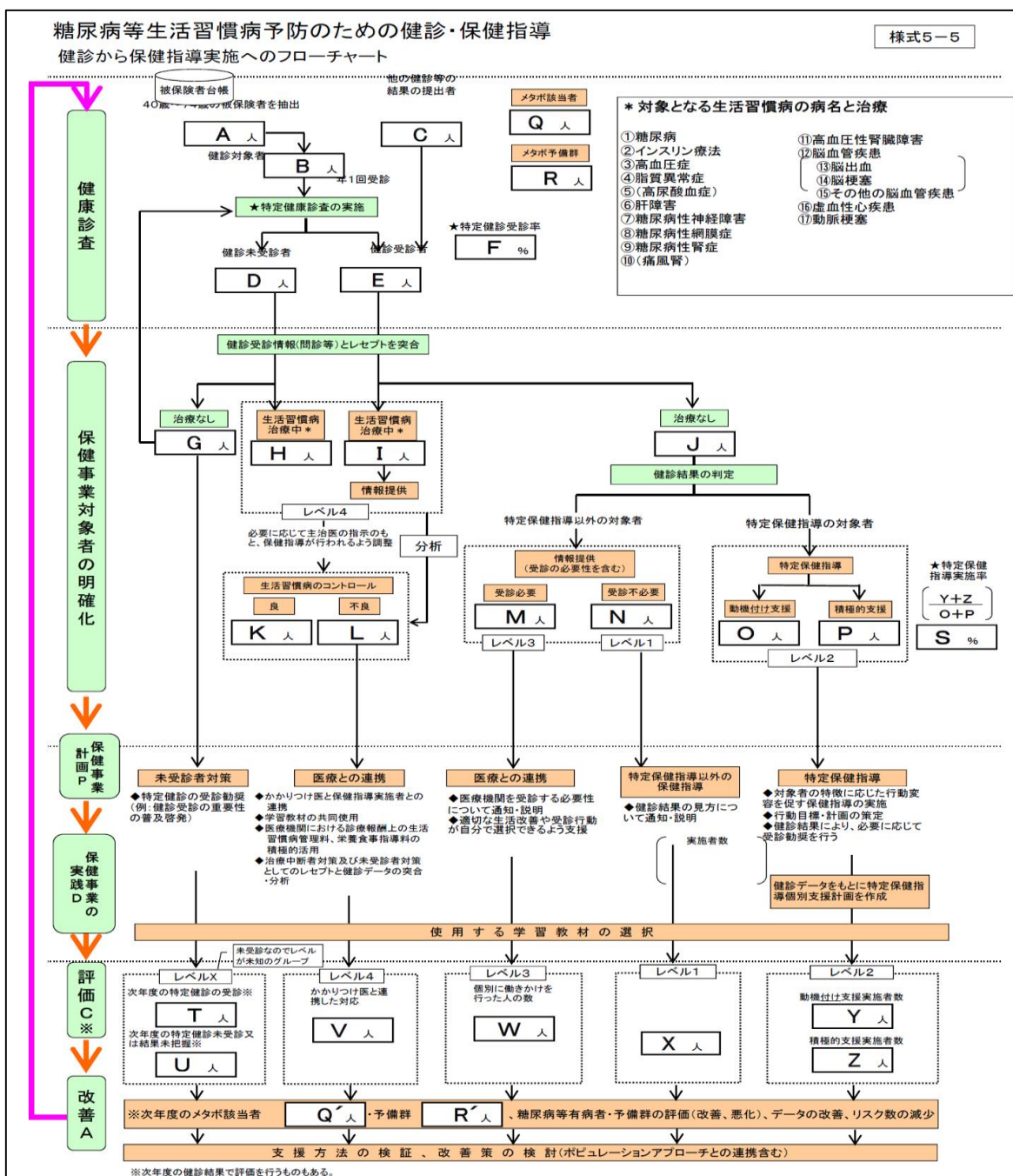
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、外部保健指導機関への委託契約の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(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 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	600 人 (12.0)	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	1,050 人 (1.2)	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)	2,700 人	50%
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)	100 人 (1.2)	50%
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	1,200 人 (44.6)	50%

※ (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

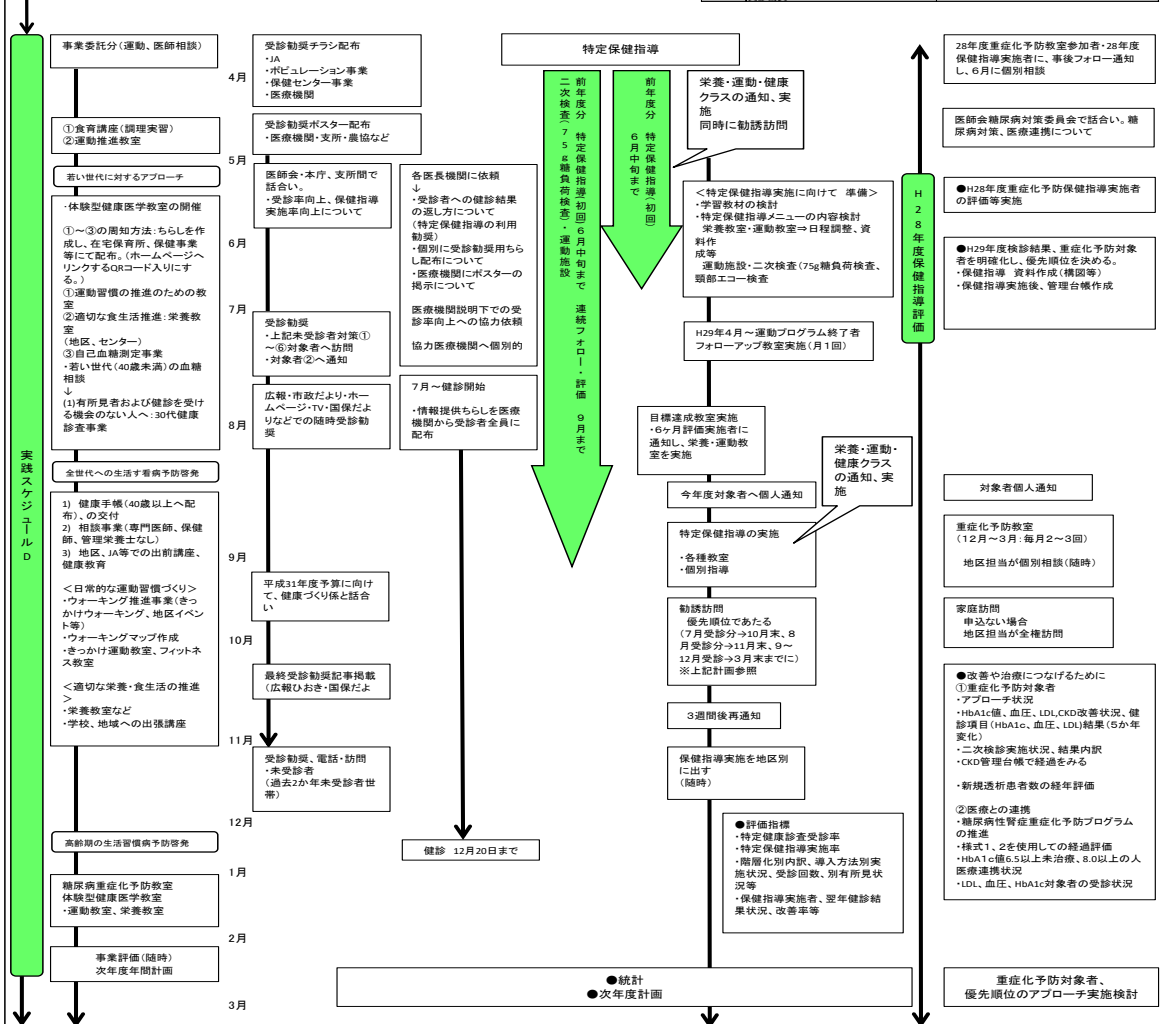
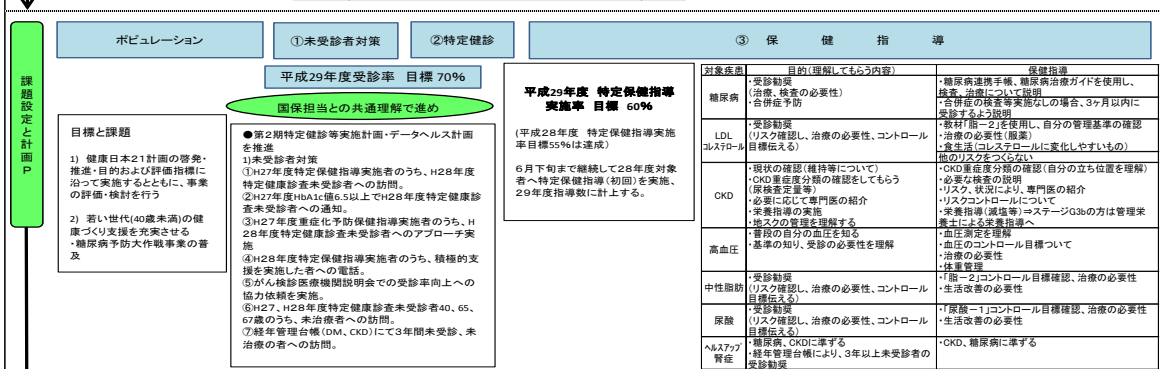
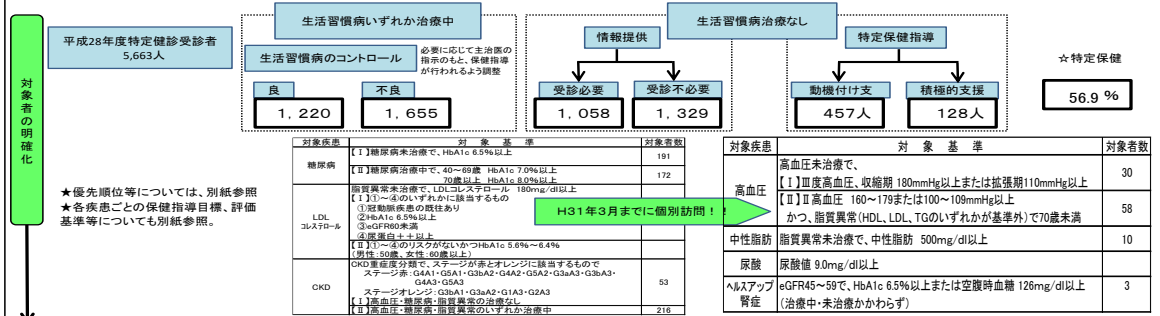
(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成30年度)

【図表 25】

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
日置市の目標	30%	40%	45%	65%	65%	65%	65%
日置市の実績	27.4%	29.4%	61.5%	68.6%	69.7%	68.1%	66.6%
全国市町村国保の実績	19.3%	21.7%	23.2%	23.7%	24.4%		

年度	受診者	全体		積極的支援			動機付け支援						
		該当者	実施率	該当者	該当率	実施者	実施率	該当者	該当率	実施者	実施率		
平成24年度	5,515	676	12.26%	217	32.10%	206	3.74%	37	17.96%	470	8.52%	180	38.30%
平成25年度	6,036	668	11.07%	222	33.23%	175	2.90%	24	13.71%	493	8.17%	198	40.16%
平成26年度	6,132	699	11.40%	249	35.62%	197	3.21%	38	19.29%	502	8.19%	211	42.03%
平成27年度	5,902	621	10.52%	298	47.99%	146	2.47%	43	29.45%	475	8.05%	255	53.68%
平成28年度	5,663	585	10.33%	333	56.92%	128	2.26%	50	39.06%	457	8.07%	283	61.93%

(実績は法定報告値。)

対象疾患	H26年度保健指導実施し、H27年度検診受診者				
	改善状況			治療状況	
	改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病					
CKD					
LDL					
高血圧					

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

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および日置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及び健康カルテシステムで行う。

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、日置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て実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。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26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 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては委託しているDPPヘルスパートナーズに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 健診及びレセプトデータを基に判定し、第2期～第4期の者。(がん、精神疾患、難病、認知症、糖尿病透析予防指導管理料算定あり、内シャント設置術ありを除く)

(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27)

【図表27】

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。日置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28)

日置市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は256人（32.2%・F）であった。また40～74歳における糖尿病治療者795人中のうち、特定健診受診者が539人（35.6%・G）であったが、86人（16.0%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者977人（64.4%・I）のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者295人中156人は治療中断であることが分かった。また、139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28より日置市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- 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)・・・256人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・242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)・・・453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

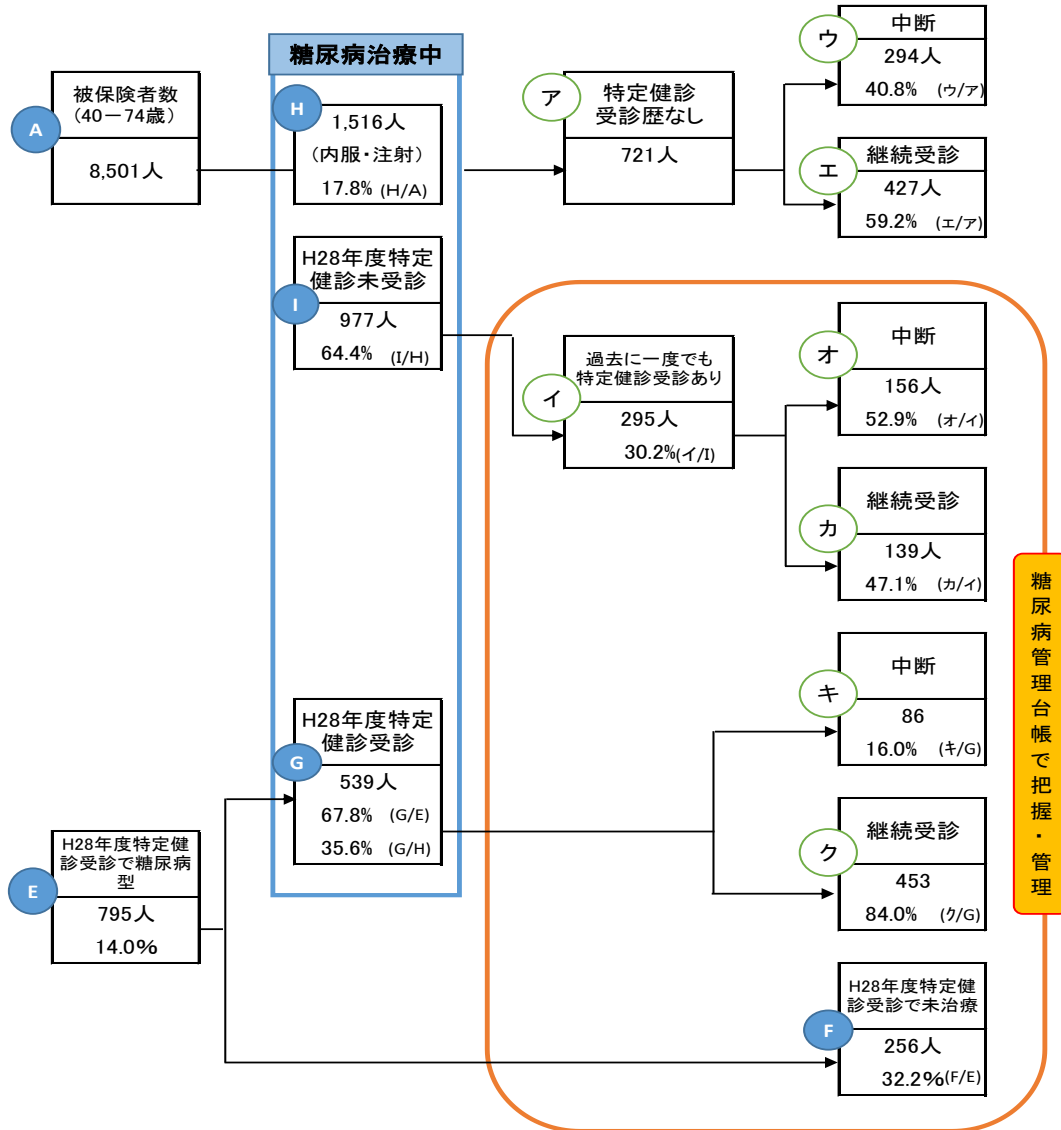
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・139人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）
 ※「中断」は3か月以上レセプトがない者

日置市



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HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

- * HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載
- * HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値126mg/dl以上、随時血糖値200mg/dl以上も記載する
- * 該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

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。

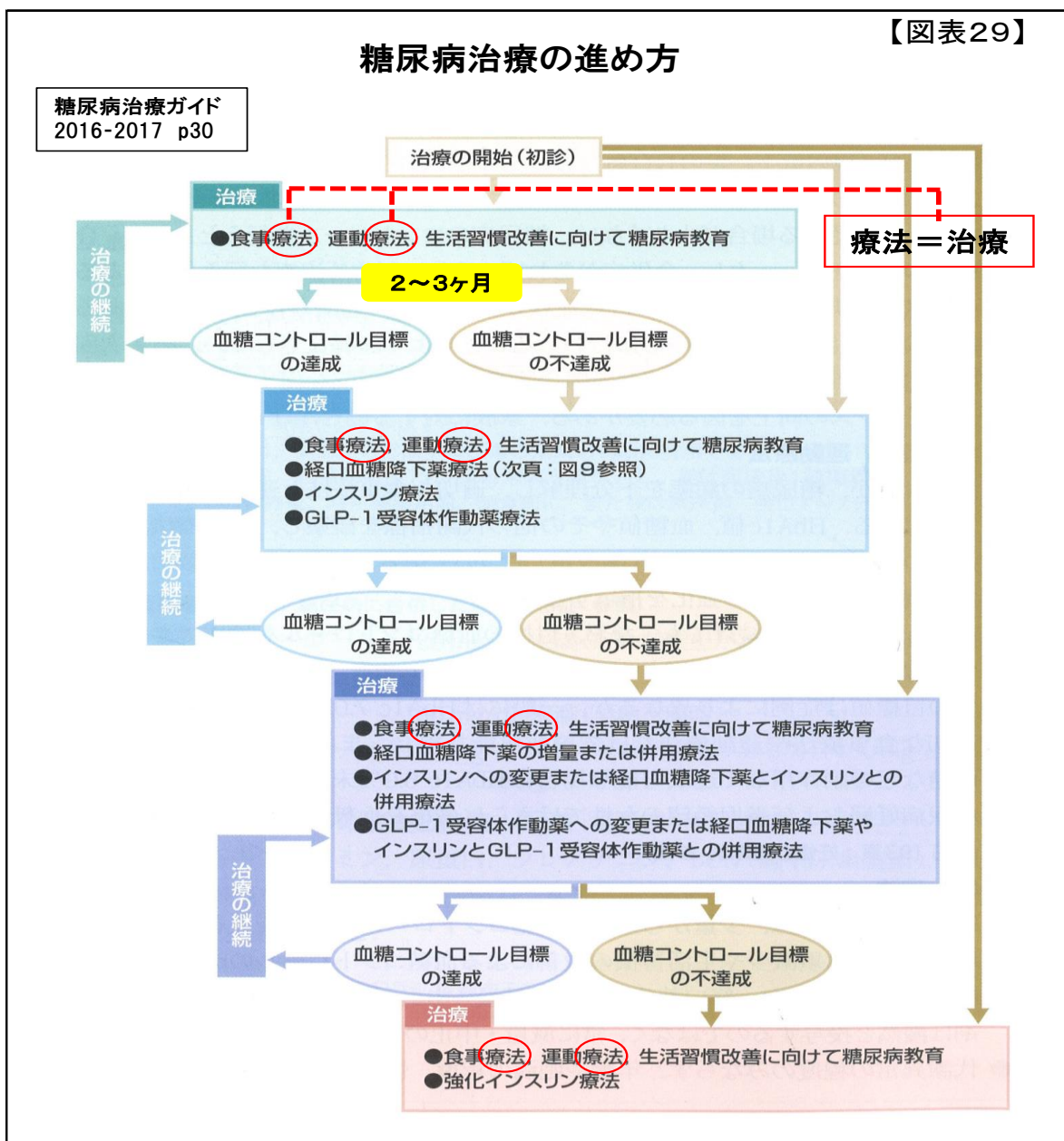
(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）
- 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。日置市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)



(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期を見逃す恐れがある。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、尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

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、健康カルテ等の情報を活用してく。

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/1.73m²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

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7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 2)

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 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測F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。日置市において健診受診者5,868人のうち心電図検査実施者は5,465人(93.1%)であり、そのうちST所見があったのは222人であった(図表30)。ST所見あり222人中のうち51人は要精査であり、その後の受診状況を見ると8人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの171人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

日置市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)		他所見あり(d)		異常なし(e)			
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	5,868	100.0	5,465	93.1	222	4.1	1,690	30.9	3,554	65.0

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
222	100	51	22.97%	43	84.31%	8	15.69%

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 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	5,868	222	1,690	3,554	402
		3.8	28.8	60.6	6.9
メタボ該当者	1,082	45	360	556	121
	18.4%	4.2%	33.3%	51.4%	11.2%
メタボ予備群	632	26	190	380	36
	10.8%	4.1%	30.1%	60.1%	5.7%
メタボなし	4,155	151	1,140	2,618	246
	70.8%	3.6%	27.4%	63.0%	5.9%
LDL	140-159	616	21	152	24
		10.5%	3.4%	24.7%	3.9%
	160-179	259	11	82	15
	4.4%	4.2%	31.7%	58.3%	5.8%
	180-	111	6	68	11
	1.9%	5.4%	23.4%	61.3%	9.9%

【参考】

CKD	G3aA1~	815	40	284	473	18
		13.9%	4.9%	34.8%	58.0%	2.2%

3) 受診勧奨の実施

(1) 受診勧奨

虚血性心疾患の予防には、図表 33 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。

基本的には受診勧奨を中心に行い、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。

【図表 33】

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、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 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、健康カルテ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

- 5月 対象者の選定基準の決定
- 7月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 8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 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】

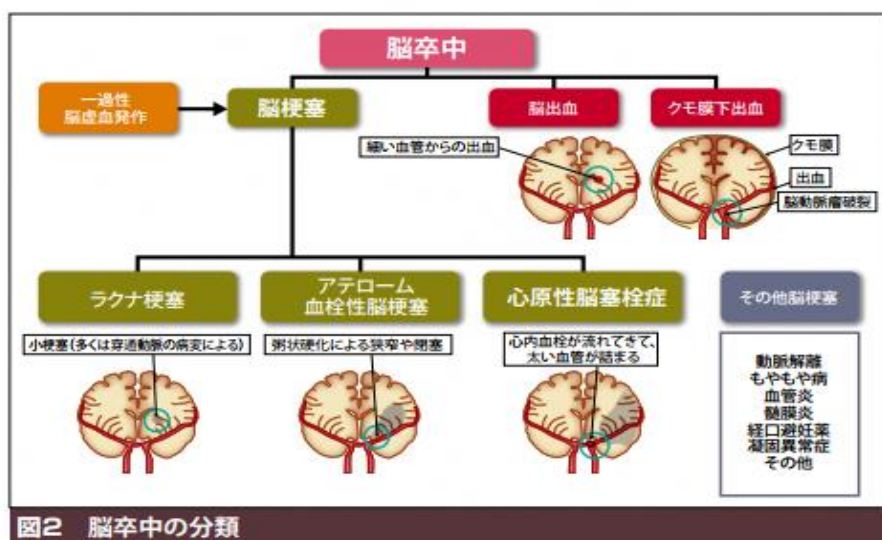


図2 脳卒中の分類

(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 35】

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 36 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 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○		○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○						
	心原性脳梗塞	●				●	○		○						
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDbM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		310人	5.3%	363人	6.2%	159人	2.7%	72人	1.2%	1082人	18.4%	119人	2.0%	164人	2.8%
治療なし		173人	4.9%	191人	3.7%	144人	3.2%	18人	0.6%	190人	6.3%	19人	0.6%	40人	1.4%
治療あり		137人	5.9%	172人	31.5%	15人	1.1%	54人	1.9%	892人	31.0%	100人	3.5%	124人	4.7%
臓器障害あり		76人	43.9%	77人	40.3%	51人	35.4%	18人	100.0%	74人	38.9%	19人	100.0%	40人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	7人		21人		3人		0人		8人		19人		40人	
	尿蛋白(2+)以上	4人		11人		1人		0人		6人		19人		2人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		3人		0人		0人		0人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	3人		8人		2人		0人		3人		2人		40人	
	心電図所見あり	73人		66人		50人		0人		71人		7人		14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310人(5.3%)であり、173人(4.9%)は未治療者であった。また未治療者のうち76人(43.9%)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137人(5.9%)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 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

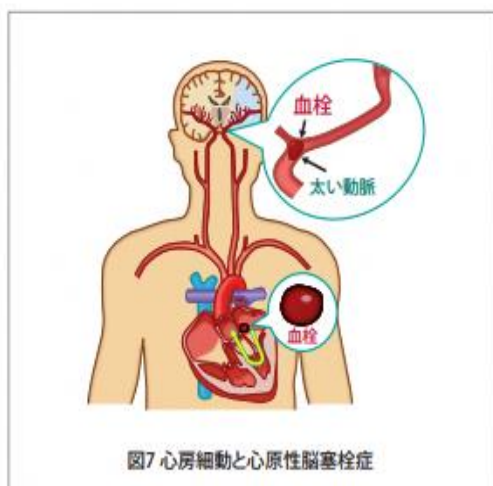
血圧分類	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
	~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	3,539	1,196	926	664	580	140	33		
	33.8%	26.2%	18.8%	16.4%	4.0%	0.9%			
リスク第1層	448	230	113	48	46 ^④	8	3 ^①		
	12.7%	19.2%	12.2%	7.2%	7.9%	5.7%	9.1%		
リスク第2層	1,988	661	545	376	319 ^③	74	13		
	56.2%	55.3%	58.9%	56.6%	55.0%	52.9%	39.4%		
リスク第3層	1,103	305	268	240	215 ^②	58	17		
	31.2%	25.5%	28.9%	36.1%	37.1%	41.4%	51.5%		
再掲 重複あり	糖尿病	337	99	81	74	63	16	4	
		30.6%	32.5%	30.2%	30.8%	29.3%	27.6%	23.5%	
	慢性腎臓病 (CKD)	476	144	121	91	89	22	9	
		43.2%	47.2%	45.1%	37.9%	41.4%	37.9%	52.9%	
	3個以上の危険因子	522	116	115	128	122	33	8	
		47.3%	38.0%	42.9%	53.3%	56.7%	56.9%	47.1%	

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
46	327	380
1.3%	9.2%	10.7%
46	8	3
100%	2.4%	0.8%
--	319	87
	97.6%	22.9%
--	--	290
		76.3%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表37は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表38は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	2,422	3,043	63	2.6	9	0.3	-	-
40歳代	143	153	1	0.7	0	0	0.2	0.04
50歳代	249	333	2	0.8	1	0.3003	0.8	0.1
60歳代	1,286	1,630	30	2.3	2	0.1	1.9	0.4
70～74歳	744	927	30	4.0	6	0.6	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
72	100	18	25.0	54	75.0

心電図検査において72人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代の男性においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また72人のうち54人は既に治療が開始されていたが、18人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 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、個別訪問による指導を実施する。また、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、健康カルテ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

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7月～ 特定健診結果が届き次第心房細動の管理台帳に記載。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

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広く市民へ周知していく。(図表 40・41)

(1) 広報誌での普及啓発

国保だより・広報誌・お知らせ版等による医療費分等のデータを活用し、日置市の医療費の状況や制度等の周知等について、情報発信を行う。

(2) 元気まつりでの普及啓発

健康づくりに取り組む人を増やすために、介護保険課と共同で開催する『元気まつり』を通じて情報発信を行う。

(3) 70歳・75歳健幸教室の充実

日置市の医療費の現状や日常生活における注意点、継続してできる運動等の情報発信を行う。また、併せて看護師等による個別面談を実施し、フォローが必要な人については介護保険課と情報連携を行う。

(4) 健康づくり推進員（保健・食生活改善・運動普及・母子保健）の地域活動の充実と支援

市民自らが健康づくりに関心を持つことができるように、各種推進員の養成・研修等を実施し、地域全体で健康づくり運動を実践できるようにする。

(5) 体験型医学健康教室の実施

平成29年度より市民を対象とした体験型医学健康教室を(株)TrueBalanceに委託し、健康管理や食生活、運動等についての講座を行い、生活習慣病の改善に向けた取り組みを開始している。今後、行動変容や医療費の動向等について検証を行っていくこととする。

(6) 出前講座の活用

国民健康保険制度や特定健診、スッキリ教室や脳卒中予防教室等を出前講座のメニュー化し、地区公民館を中心に生活習慣病予防に効果的な生活習慣が身に付き、行動できるよう支援を行う。

(7) 特定健診受診率向上と未受診者対策

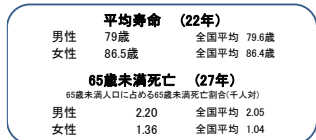
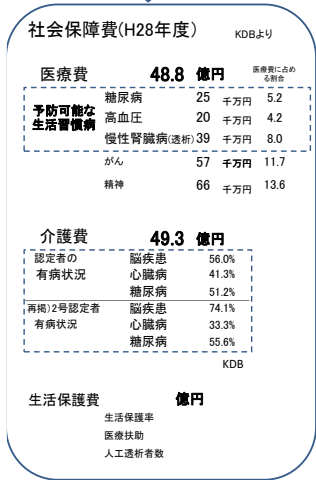
40歳到達者など若い時期からの受診勧奨や3年未受診者、隔年おきに受診している方等を中心に電話勧奨や看護師等による訪問、保健推進員による受診勧奨を実施し、受診率の維持向上に努める。

日置市の社会保障の安定化のために

日置市 人口 5万人
 高齢化率 29.17%
 被保険者数 11,634人

平成28年度保険者努力支援制度 280点 / 345点
 全国順位 21位 / 1741市町村
 県内順位 2位 / 43市町村

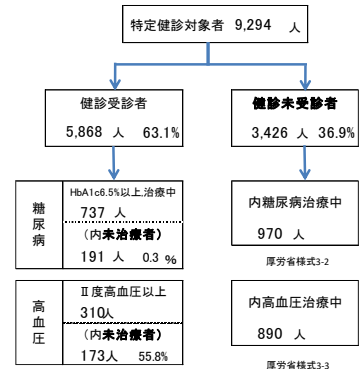
【図表 40】



平成28-30年度の評価指標	H30配点	H28年度前例し	
	満点	満点	日置市
特定健診受診率	50	20	20
共通① 特定保健指導実施率	50	20	10
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0
共通② 個人への分かりやすい情報提供	25	20	20
重症化予防の取り組み	100		
共通③	(50)	40	40
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携			
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携			
・専門職の取り組み、事業評価	(25)		
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)		
・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価			
共通④ 個人のインセンティブ提供	70		
共通④	(55)	20	20
・個人のポイント付与等取組、効果検証	(15)		
・商工部局、商店街等との連携			
共通⑤ がん検診受診率	30	10	10
共通⑤	25	10	10
がん検診実施状況			
固有② データヘルス計画の取り組み	40	10	10
固有②	(5)		
・第2期策定に当たり、現計画の定量的評価	(35)		
関係部署、農、医師会等との連携			
固有④ 地域包括ケアの推進	25	5	5

1市町村指標の都道府県単位の評価 (200点)	100
特定健診・保健指導実施率、糖尿病重症化予防取組	
2都道府県の取組状況の評価 (100点)	60
糖尿病重症化予防の取組、法外格入等の削減	
3都道府県の健康水準に関する評価(100点)	今後
関係部署、農、医師会等との連携	

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定 (H30年度～)



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

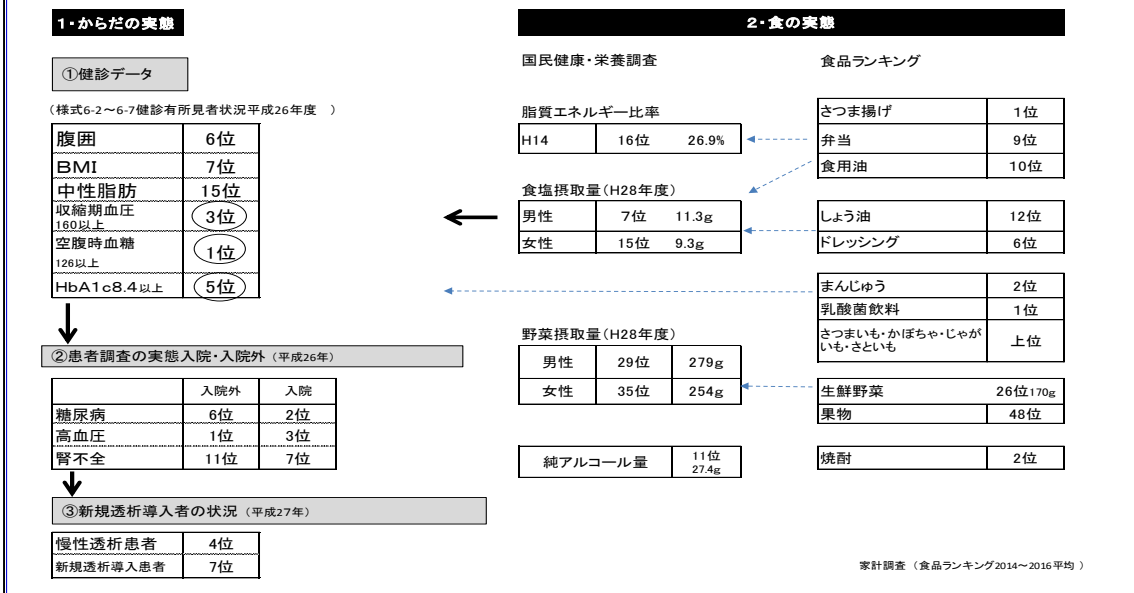
1.医療機関との適切な連携における優先順位
 ○かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
 ○保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データを、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

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

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

鹿児島県の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

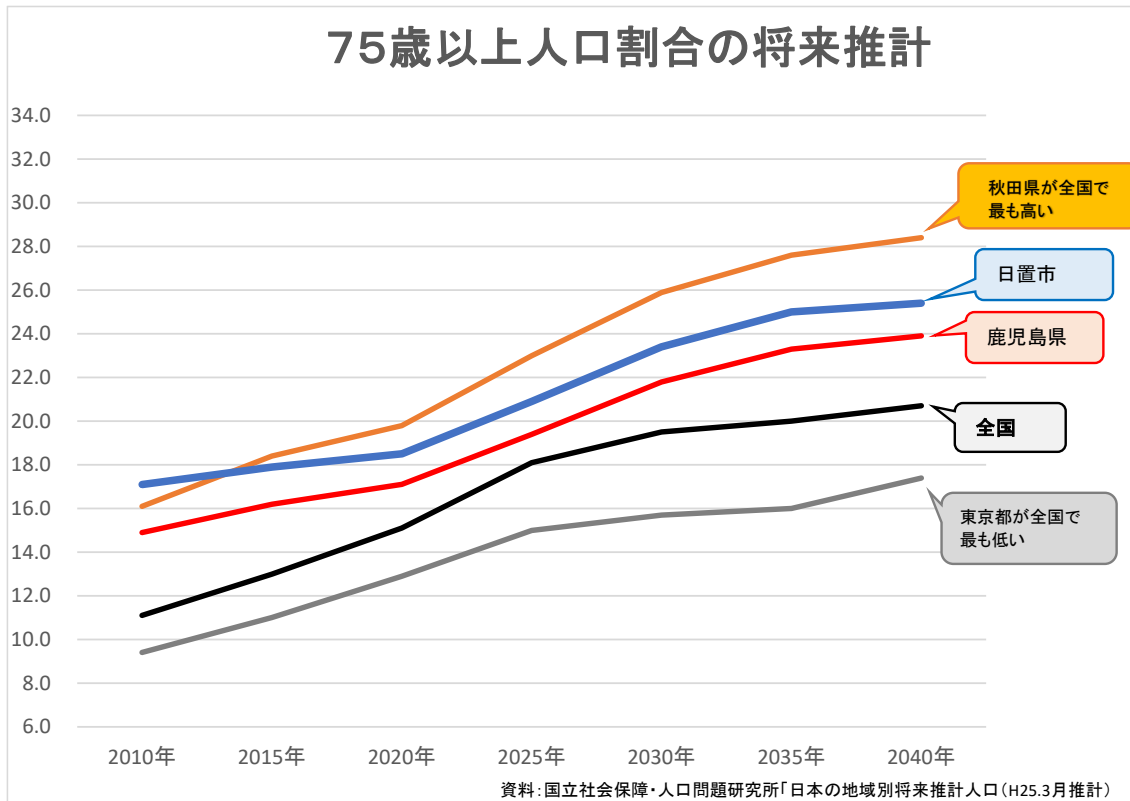
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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3人に1人が後期高齢者となる。(図表42)

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 42】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

H27年度		被保険者数 (人)		療養諸費 (円)		一人当たり 療養諸費(円)
		国保に占める割合		国保に占める割合		
国保	国保(~74歳)	438,810	100%	1,741億	100%	396,863
	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市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（参考資料10・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)	・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・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 44】

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					中間評価					最終評価			現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35						
特定健診等計画	(各市町の健康課題を記載) 脳卒中、虚血性心疾患、慢性腎不全への重症化予防及びがんの早期発見対策が優先課題で、特に医療費が高額となる疾患で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す取り組みが必要	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 適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	特定健診受診率70%以上	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	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	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%		
		特定保健指導対象者の減少率25%		25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%		
		入院医療費の伸び率を国並みの-3.5%とする		-2.2%			-2.8%								-3.5%		
		必要な医療制薬を行い入院外医療費を伸ばす3%		2.6%			2.7%								3.0%		
		脳血管疾患の総医療費に占める割合1%減少		2.4%			2.0%								1.4%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合1%減少		1.6%			1.2%								0.6%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少3%		8.0%			7.0%								5.0%		
		健診受診者の高血圧の割合減少3%(160/100以上)		10.9%			9.6%								7.9%		
		健診受診者の脂質異常者の割合減少1%(LDL160以上)		4.4%			4.0%								3.4%		
		健診受診者の糖尿病有病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)		35.5%			33.4%								30.5%	日置市健康増進計画	
		メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%		25.0%			25.0%							25.0%	25.0%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合30%		25.0%			27.2%							28.0%	29.4%		
		糖尿病の保健指導を実施した割合70%以上		60.0%			64.2%							67.0%	68.5%		

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

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

日置市においては、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日置市の位置

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 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

【参考資料1】

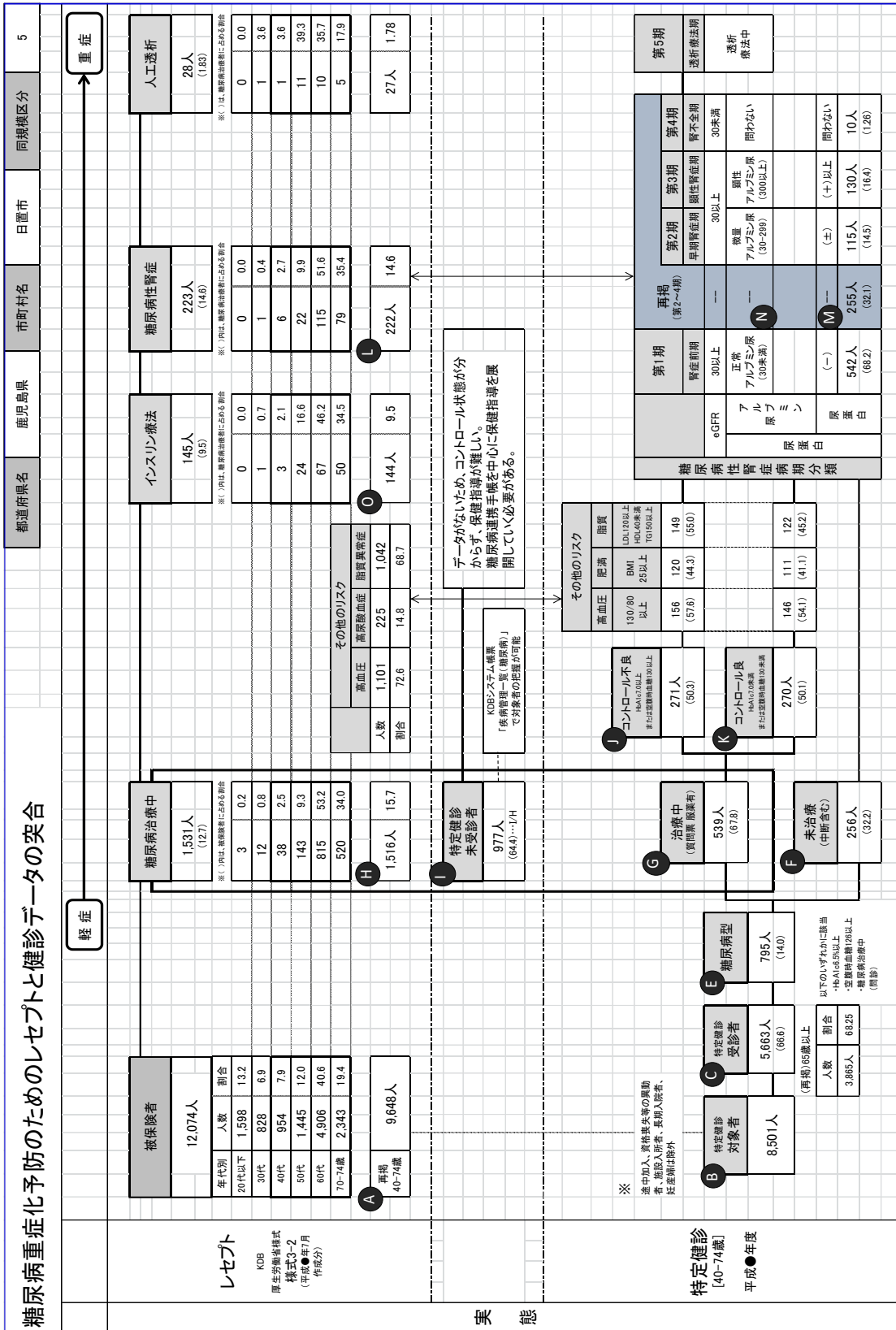
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた日置市の位置

日置市

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		50,714		50,714		18,346,852		1,691,041		124,852,975	
		65歳以上（高齢化率）		14,794	29.2	14,794	29.2	4,430,444	24.1	449,078	26.6	29,020,766	23.2
		75歳以上		8,679	17.1	8,679	17.1			251,927	14.9	13,989,864	11.2
		65～74歳		6,115	12.1	6,115	12.1			197,151	11.7	15,030,902	12.0
		40～64歳		17,238	34.0	17,238	34.0			572,168	33.8	42,411,922	34.0
	39歳以下		18,682	36.8	18,682	36.8			669,795	39.6	53,420,287	42.8	
	② 産業構成	第1次産業		7.5		7.5		6.1		10.4		4.2	
		第2次産業		25.2		25.2		28.9		19.6		25.2	
		第3次産業		67.3		67.3		65.0		70.0		70.6	
	③ 平均寿命	男性		79.0		79.0		79.6		79.2		79.6	
女性		86.5		86.5		86.3		86.3		86.4			
④ 健康寿命	男性		64.7		64.8		65.3		64.8		65.2		
	女性		66.3		66.4		66.8		66.6		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		104.8		96.6		100.0		102.1		100	
		がん		158	40.9	180	45.1	54,818	48.1	5,546	46.2	367,905	49.6
		心臓病		125	32.4	116	29.1	30,930	27.1	3,146	26.2	196,768	26.5
		脳疾患		74	19.2	60	15.0	18,797	16.5	2,166	18.0	114,122	15.4
		糖尿病		6	1.6	14	3.5	2,153	1.9	233	1.9	13,658	1.8
		腎不全		17	4.4	20	5.0	3,750	3.3	560	4.7	24,763	3.3
		自殺		6	1.6	9	2.3	3,547	3.1	355	3.0	24,294	3.3
	② 早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		62	8.8	55	8.5			2,154	10.0	136,944	10.5
		男性		40	12.9	38	12.3			1,456	13.8	91,123	13.5
	女性		22	5.6	17	5.0			698	6.3	45,821	7.2	
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		3,338	22.4	3,162	22.1	891,869	20.2	99,733	22.2	5,885,270	21.2
		新規認定者		58	0.3	38	0.3	15,306	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3
		2号認定者		69	0.4	43	0.3	21,986	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4
	② 有病状況	糖尿病		848	25.1	711	25.4	203,882	22.0	22,589	22.0	1,350,152	22.1
		高血圧症		2,054	60.9	1,666	61.0	479,210	51.8	60,158	58.7	3,101,200	50.9
		脂質異常症		973	28.9	848	30.4	256,268	27.6	29,779	28.9	1,741,866	28.4
		心臓病		2,429	72.1	1,957	72.0	546,239	59.2	69,010	67.5	3,529,682	58.0
		脳疾患		1,208	35.1	970	34.7	239,587	26.2	35,809	35.2	1,538,683	25.5
		がん		380	11.4	351	12.8	93,015	10.0	11,405	11.1	631,950	10.3
		筋・骨格		2,220	65.7	1,769	66.0	469,492	50.8	61,746	60.5	3,067,196	50.3
再発/認知症		1,371	39.7	1,258	44.8	331,335	35.6	41,682	40.5	2,154,214	35.2		
再発/認知症		905	25.5	916	32.0	210,303	22.4	28,189	27.1	1,350,588	21.9		
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		332,020	4,911,896,484	333,314	4,931,053,865	301,390	1,923,708,671	331,923	149,059,341,986	310,082	8,522,083,374,323	
	1件当たり給付費（全体）		72,698		73,394		61,245		65,532		58,284		
	居宅サービス		45,417		46,491		40,247		43,003		39,662		
	施設サービス		287,094		283,355		278,147		284,004		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別		12,141		9,609		8,027		8,789		7,980		
	医療費（40歳以上）		3,859		4,425		3,808		4,245		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数		12,538		11,634		4,516,800		423,755		32,587,223	
		65～74歳		5,027	40.1	5,444	46.8			170,126	40.1	12,462,053	38.2
		40～64歳		4,790	38.2	3,851	33.1			147,782	34.9	10,946,693	33.6
		39歳以下		2,721	21.7	2,339	20.1			105,847	25.0	9,178,477	28.2
	加入率		24.7		22.9		24.7		25.1		26.9		
	② 医療の状況（人口千対）	病院数		9	0.7	9	0.8	1257	0.3	256	0.6	8,255	0.3
		診療所数		38	3.0	40	3.4	12,813	2.8	1,406	3.3	96,727	3.0
		病床数		856	68.3	856	73.6	227,288	50.3	34,275	80.9	1,524,378	46.8
		医師数		91	7.3	96	8.3	33,690	7.5	4,300	10.1	299,792	9.2
		外来患者数		783.8		794.4		688.2		710.0		668.1	
入院患者数		33.8		33.7		19.8		29.9		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		32,132	県内9位 同規模5位	34,142	県内8位 同規模2位	25,581	30,549	24,245				
	受診率		817,529		828,158		707,975		739,897		686,286		
	外来	費用の割合		52.1		53.3		59.3		52.2		60.1	
		件数の割合		95.9		95.9		97.2		96.0		97.4	
	入院	費用の割合		47.9		46.7		40.7		47.8		39.9	
		件数の割合		4.1		4.1		2.8		4.0		2.6	
	1件あたり在院日数		19.4日		19.6日		16.2日		18.7日		15.6日		
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源疾患 名（調別含む）	がん		522,733,890	18.0	571,805,950	20.1	25.0	20.7	25.6				
	慢性腎不全（透析あり）		352,876,010	12.2	389,011,040	13.6	9.5	12.6	9.7				
	糖尿病		248,766,170	8.6	251,812,970	8.8	10.1	8.3	9.7				
	高血圧症		292,827,400	10.1	203,942,930	7.2	8.9	7.2	8.6				
	脂質異常症		111,397,410	3.8	105,455,720	3.7	5.3	3.6	5.3				
	脳梗塞・脳出血		151,205,840	5.2	118,492,940	4.2	4.1	4.7	4.0				
	狭心症・心筋梗塞		87,411,430	3.0	79,727,700	2.8	3.6	3.2	3.7				
	精神		664,927,710	22.9	661,533,180	23.2	17.6	23.4	16.9				
筋・骨格		424,637,060	14.6	442,868,170	15.5	14.9	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)	入院	糖尿病	495,049	1,105	536,233	1,046					KDB No.3 健診・医療・介護データからみる地域					
				高血圧	510,687	1,684	514,799	1,624										
				脂質異常症	428,290	973	482,752	953										
				脳血管疾患	543,446	684	573,650	715										
				心疾患	475,338	525	579,499	440										
				腎不全	602,526	339	608,530	293										
				精神	396,618	2,491	422,623	2,451										
				悪性新生物	590,593	956	607,882	953										
				外来	糖尿病	32,634	21,184	34,102	20,787									
					高血圧	29,047	40,755	30,803	39,954									
					脂質異常症	25,370	31,385	25,392	31,655									
					脳血管疾患	35,155	8,151	35,180	7,964									
					心疾患	39,644	7,982	44,595	7,548									
					腎不全	172,373	2,175	166,882	2,377									
					精神	27,302	13,822	28,792	13,892									
					悪性新生物	41,922	8,780	40,165	10,527									
					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	104,600		97,384			87,333		100,364		79,159
				健診未受診者			345,177		422,942		251,561			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・レセプト 突合	受診勧奨者	3,550	58.8	3,113	55.0	692,271	55.8	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	3,317	55.0	2,878	50.8	639,185	51.6	64,096	51.3	4,069,618	51.5						
		医療機関非受診率	233	3.9	235	4.1	53,086	4.3	4,369	3.5	357,742	4.5						
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数45	健診受診者	6,036		5,664		1,239,776		124,862		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	66.7	県内4位 同規模1位	66.7	県内4位 同規模1位	39.5	43.1	全国8位	36.4						
				初回	1,501	24.9	408	7.2	165,502	13.3	16,672	13.4	1,237,550	15.7				
				特定保健指導終了者(実施率)	225	33.7	329	56.2	44,581	30.2	13,520	31.7	392,650.2	49.7				
				非肥満高血糖	516	8.5	469	8.3	123,451	10.0	11,552	9.3	737,886	9.3				
				メタボ	該当者	1,097	18.2	1,059	18.7	217,023	17.5	23,163	18.6	1,365,855		17.3		
					男性	717	26.8	704	28.2	147,338	27.5	15,563	28.5	940,335		27.5		
					女性	380	11.3	355	11.2	69,685	9.9	7,600	10.8	425,520		9.5		
					予備群	701	11.6	606	10.7	133,280	10.8	14,588	11.7	847,733		10.7		
				メタボ該当・予備群レベル	BMI	男性	441	16.5	417	16.7	91,585	17.1	9,606	17.6		588,308	17.2	
						女性	260	7.7	189	6.0	41,695	5.9	4,982	7.1		259,425	5.8	
						総数	2,018	33.4	1,885	33.3	392,620	31.7	42,303	33.9		2,490,581	31.5	
						腹囲	男性	1,286	48.0	1,242	49.7	266,875	49.7	28,019		51.4	1,714,251	50.2
						女性	732	21.8	643	20.3	125,745	17.9	14,284	20.3		776,330	17.3	
						総数	266	4.4	266	4.7	59,011	4.8	6,625	5.3		372,685	4.7	
						男性	47	1.8	44	1.8	8,804	1.6	1,020	1.9		59,615	1.7	
						女性	219	6.5	222	7.0	50,207	7.1	5,605	8.0		313,070	7.0	
				②	血糖のみ	47	0.8	39	0.7	8,516	0.7	937	0.8	52,296		0.7		
						血糖のみ	518	8.6	470	8.3	92,153	7.4	10,832	8.7		587,214	7.4	
血糖のみ	136	2.3	97			1.7	32,611	2.6	2,819	2.3	208,214	2.6						
血糖・血圧	194	3.2	207			3.7	34,257	2.8	4,388	3.5	212,002	2.7						
血糖・脂質	38	0.6	43			0.8	12,318	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9						
血圧・脂質	524	8.7	501			8.8	104,384	8.4	10,659	8.5	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	341	5.6	308			5.4	66,064	5.3	7,012	5.6	415,310	5.3						
6	①	生活習慣の 状況	服薬			高血圧	2,381	39.4	2,275	40.2	425,898	34.4	50,390	40.4	2,650,283	33.6		
			糖尿病	598	9.9	551	9.7	96,501	7.8	12,088	9.7	589,711	7.5					
			脂質異常症	1,255	20.8	1,279	22.6	296,409	23.9	28,308	22.7	1,861,221	23.6					
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	315	5.2	291	5.2	38,719	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	465	7.7	412	7.3	69,715	5.9	9,034	7.4	417,378	5.5					
			腎不全	61	1.0	52	0.9	7,694	0.6	959	0.8	39,184	0.5					
			貧血	523	8.7	461	8.2	119,794	10.1	10,539	8.6	761,573	10.2					
			喫煙	719	11.9	652	11.5	163,058	13.2	14,067	11.3	1,122,649	14.2					
			週3回以上朝食を抜く	457	7.6	418	7.4	74,067	7.1	9,919	8.1	585,344	8.7					
			週3回以上食後間食	590	9.8	526	9.3	114,882	11.0	13,431	11.0	803,966	11.9					
			週3回以上就寝前夕食	1,155	19.2	909	16.1	153,932	14.5	21,086	17.3	1,054,516	15.5					
			食べる速度が速い	1,346	22.3	1,250	22.1	261,903	25.1	30,003	24.6	1,755,597	26.0					
			20歳時体重から10kg以上増加	1,999	33.2	1,827	32.3	335,672	31.7	41,664	34.1	2,192,264	32.1					
			1回30分以上運動習慣なし	3,293	54.7	3,035	53.6	622,490	58.4	67,654	55.3	4,026,105	58.8					
1日1時間以上運動なし	2,746	45.6	2,687	47.5	475,229	44.6	54,729	44.8	3,209,187	47.0								
睡眠不足	1,177	19.6	1,205	21.3	256,868	24.3	26,766	22.0	1,698,104	25.1								
毎日飲酒	1,475	24.5	1,354	23.9	286,446	24.6	31,047	25.3	1,886,293	25.6								
時々飲酒	1,167	19.4	1,117	19.7	244,207	21.0	26,092	21.3	1,628,466	22.1								
②	一日飲酒量	1合未満	3,193	73.6	3,142	74.0	480,326	64.5	45,862	62.9	3,333,836	64.0						
		1~2合	924	21.3	886	20.9	178,086	23.9	20,515	28.1	1,245,341	23.9						
		2~3合	192	4.4	191	4.5	68,324	9.2	5,557	7.6	486,491	9.3						
		3合以上	29	0.7	27	0.6	18,320	2.5	1,012	1.4	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2】

【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	H28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		H24	10094482	0	10765832		女	45	糖尿病	糖	服薬									
									高血圧		HbA1c	8.41								
									虚血性心疾患		体重	63								
									脳血管疾患		BMI	25								
									糖尿病性腎症		血圧	121/84								
											GFR	134.6								
											尿蛋白									
2		H24	9393	0	10003304		男	46	糖尿病	糖	服薬	○	○	○	○	○				
									高血圧		HbA1c	8.31	7.4	6	6.4	7				
									虚血性心疾患		体重	103	102	102	106	105.5				
									脳血管疾患		BMI	33.3	32.9	32.9	34.2	34.1				
									糖尿病性腎症		血圧	110/80	120/76	120/80	110/80	100/60				
											GFR	54.4	43.6	41.7	36.4	37.9				
											尿蛋白	-	-	++	++	++				
3		H24	916510	0	10271074		男	46	糖尿病	糖	服薬									
									高血圧		HbA1c	6.78				5.9				
									虚血性心疾患		体重	104				99.5				
									脳血管疾患		BMI	35.2				33.9				
									糖尿病性腎症		血圧	110/66				126/80				
											GFR	116				107.9				
											尿蛋白	++				±				
4		H24	1756800	0	10500561		女	46	糖尿病	糖	服薬	○								
									高血圧		HbA1c	11.16								
									虚血性心疾患		体重	79								
									脳血管疾患		BMI	30								
									糖尿病性腎症		血圧	122/82								
											GFR	133.6								
											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:
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	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
	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人		1.資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因		後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	㉔健診未受診者 ()人		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認		●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握(内訳)		3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認		
	①国保(生保) ()人		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		かかりつけ医、糖尿病専門医
	②後期高齢者 ()人				尿アルブミン検査の継続
	③他保険 ()人				
	④住基異動(死亡・転出) ()人				栄養士中心
	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				腎専門医
㉕結果把握 ()人					
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *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/1.73㎡以上低下 ()人					

【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

日置市

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		26年度同規模保険者数266		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	12,074人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		9,648人							
2	① 対象者数	B	8,501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 特定健診 受診者数		5,663人							
	③ 受診率	C	66.6%							
3	① 特定保健指導 対象者数		585人							
	② 実施率		56.9%							
4	健診データ	① 糖尿病型	E	795人	14.0%					特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	256人	32.2%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	539人	67.8%					
		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	271人	50.3%					
		⑤ 血圧 130/80以上		156人	57.6%					
		⑥ 肥満 BMI25以上		120人	44.3%					
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	270人	50.1%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	542人	68.2%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		115人	14.5%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		130人	16.4%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満		10人	1.3%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		126.8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)		157.1人						
		③ レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)	8,516件	(916.3)			9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)		82件	(8.8)			65件	(5.0)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,531人		12.7%				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳		1,516人		15.7%				
		⑦ 健診未受診者	I	977人		64.4%				
		⑧ インスリン治療	O	145人		9.5%				
		⑨ (再掲)40-74歳		144人		9.5%				
		⑩ 糖尿病性腎症	L	223人		14.6%				
		⑪ (再掲)40-74歳		222人		14.6%				
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		28人		1.83%				
		⑬ (再掲)40-74歳		27人		1.78%				
		⑭ 新規透析患者数								
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症								
		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)		43人	1.9%					KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	医療費	① 総医療費		48億7653万円				53億6462万円	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		28億5003万円				30億4443万円		
		③ (総医療費に占める割合)		58.4%				56.8%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	12,651円				7,618円		
		⑤ 健診未受診者		27,462円				33,667円		
		⑥ 糖尿病医療費		2億5181万円				3億0618万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.8%				10.1%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		7億0888万円						
		⑨ 1件あたり		34,102円						
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5億6090万円						
		⑪ 1件あたり		536,233円						
		⑫ 在院日数		19日						
		⑬ 慢性腎不全医療費		4億0450万円				3億0863万円		
		⑭ 透析有り		3億8901万円				2億8998万円		
		⑮ 透析なし		1549万円				1864万円		
7	介護	① 介護給付費		49億3105万円				49億7433万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		7件	25.9%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		14人	2.1%			8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> S T 変化	⑤		
			<input type="checkbox"/> その他所見			
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「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」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者		
			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。	
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
③ メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~			
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~
		食後	~199		200~	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169		170~	
	<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50		51~	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99		100~125	126~
		食後	~139		140~199	200~
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~	
	<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~	
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~		
	拡張期	~84	85~89	90~		
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比		
e G F R		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
<input type="checkbox"/> C K D 重症度分類		G3aA1~				
④ その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24			発症予防対象者		

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

【参考資料 8】

血圧評価表

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																			
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧													
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28					
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期		
0	1E+07		女	69	なし	5.6	99	54.3	++	0	○	164	80	○	130	60	○	132	66	○	144	66	○	144	74
0	1E+07		女	74	該当者	5.8	100	57.9	-	6.7	○	184	96	○	154	92	○	164	87	○	156	83	○	142	78
0	1E+07		女	69	該当者	5.8	159	69	-	0					182	100									
0	1E+07		女	74	なし	5.5	98	72.9	-	0		128	70		140	68		166	76		140	66		136	70
0	1E+07		男	67	なし	5.9	131	53.3	+++	5.6							179	92							
0	1E+07		男	73	なし	6.3	77	52.3	-	9.8	○	138	80	○	163	87	○	153	89	○	194	91			
0	1E+07		男	67	予備群	5.3	94	52.8	-	4					120	100		151	98		131	91		145	103
0	1E+07		男	63	なし	5.6	113	72.4	-	6		159	92		150	89		147	102		140	92	○	155	93
0	1E+07		男	63	なし	5.76	124	105.3	-	0		145	100												
0	1E+07		男	52	なし	5.4	94	81.9	-	0					154	110		142	84		140	72		128	79
0	1E+07		男	61	なし	5.5	171	62.2	-	5.6		173	93	○	158	98	○	158	104	○	142	87	○	128	60
0	1E+07		男	70	なし	5.7	109	107.3	-	0					170	82									
0	1E+07		女	73	なし	5.9	101	83.8	-	0		135	76	○	136	70	○	154	80	○	148	70	○	160	71
0	1E+07		男	68	なし	5.3	65	72.8	-	5.4				128	93		180	100		134	84		128	78	
0	1E+07		男	69	該当者	5	83	59.5	++	0	○	130	80	○	120	80		166	92	○	136	79	○	148	87
0	1E+07		女	59	なし	5.6	136	89.1	-	5.4					173	96	○	143	81	○	155	84	○	146	80
0	1E+07		女	64	なし	5.4	155	61.6	-	0				128	78	○	154	100	○	140	86				
0	1E+07		女	71	なし	5.4	122	84.5	-	5.3					132	80		130	78		138	78		184	87
0	1E+07		女	66	該当者	6.4	100	84.5	-	6									166		○	79	○	134	80

【参考資料 9】

心房細動管理台帳																							
年度 H28年度 H27年度 H26年度	基本情報				治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること													
	行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26年度				H27年度				H28年度				
											健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況

平成29年度事業（進捗状況）

P(計画)	D(実施)	C(評価 良くなったところ)	③アウトカム (結果)	A(改善)
<p>平成29年度課題</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 <ul style="list-style-type: none"> ・H29年度目標70% ○特定保健指導実施率 <ul style="list-style-type: none"> ・H29年度目標60% ○特定受診者に対する早期発見・早期治療でがん死亡率の減少を図る。 ○生活習慣病の発症予防・重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診による受診率向上を目指す ・保健指導員を活用した受診勧奨 ・特定受診者の早期発見・早期治療でがん死亡率の減少を図る。 ○特定受診者に対する早期発見・早期治療でがん死亡率の減少を図る。 ○生活習慣病の発症予防・重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診による受診率向上を目指す ・保健指導員を活用した受診勧奨 ・特定受診者の早期発見・早期治療でがん死亡率の減少を図る。 <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆新指定保健所における食生活、運動療法、禁煙指導の重要性を理解し、糖尿病の改善を図る人を探る ◆生活習慣病重症化予防・大血管障害の発症予防（脳血管疾患・虚血性心疾患） ◆高血圧予防教室の実施 	<p>対象者の明確化・具体的な実践方法</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診 <ul style="list-style-type: none"> ・保健師・看護師・薬剤師による個別訪問 ・面談、電話、手紙等による個別支援 ・広域や近隣まつり、各教区において健康づくりに関する普及啓発を行う。地区公民館等への健康づくり活動支援。 ○特定受診者に対する早期発見・早期治療でがん死亡率の減少を図る。 ○生活習慣病の発症予防・重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診による受診率向上を目指す ・保健指導員を活用した受診勧奨 ・特定受診者の早期発見・早期治療でがん死亡率の減少を図る。 	<p>①プロセス（平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる）</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者へ電話勧奨を行っているが、固定電話の減少に伴い電話での連絡が難しくなってきた状況があり、訪問による勧奨についても電話の時に間に合わないケース等が増えている。 ・受診勧奨対象者が固定化されつつあるが、根拠強く勧奨を行い、受診に繋げることが出来るケースもあつた。 ・医療機関への個別訪問を行ううえで重要なポイントであると思われる。本年間の受診率向上が、受診率を維持向上としていく上で重要になると考えられ、今年度もより健診の実施、また、初めて集団健診の脱退を実施し受診率の向上に努めた。 	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 電話及び看護師による受診勧奨結果 <ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨 <ul style="list-style-type: none"> 対象者733名、受診者114名(15.5%) ・訪問勧奨 <ul style="list-style-type: none"> 対象者385名、受診者25名(6.85%) 集団健診(脱退) 	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>⑤残っている課題</p>
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆新指定保健所における食生活、運動療法、禁煙指導の重要性を理解し、糖尿病の改善を図る人を探る ◆生活習慣病重症化予防・大血管障害の発症予防（脳血管疾患・虚血性心疾患） ◆高血圧予防教室の実施 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病重症化予防教室の実施 <ul style="list-style-type: none"> ①集団指導(3回) <ul style="list-style-type: none"> 講師：医師、栄養士、健康運動指導士 ②個別指導(1回) <ul style="list-style-type: none"> 支援者：栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士 ◆糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施 <ul style="list-style-type: none"> ・適切な治療、生活支援を行うことで糖尿病の重症化を防ぐ。また、新指定患者の減少を図る。 ◆体検型健康教室を鹿島市の4地域（ハラノス）に委託し、全8コマの教室を実施 ◆高血圧Ⅱ度以上及び未受診者を対象に、看護師による訪問個別指導を実施。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CKD対策については、DPPIに委託し、定員7名の方に個別指導を行っている。定員を超えた分については、自前で指導を行った。 ・DPPIの保健師を講師に招き、CKDに対する個別指導の方法や注意点について勉強会を開き、嘱託の管理栄養士による自前の保健指導を実施することができた。今後とも継続して取り組んで行くようにしたいと考えている。 ・糖尿病重症化予防について、アンケートより、教室終了後の受診状況や運動、食事等について指導に活用できるようなし、教室終了後の受診状況を4地域で実施している。事業終了後の行動変容や医療費の動向について調査を行い、教室による効果について検証していきたい。 ・今年度より高血圧Ⅱ度以上及び未受診者の方を対象に看護師による訪問個別指導を行った。また、対象者に対し味噌汁や原中の塩分量測定を実施し、意識付けを行った。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> CKD対策 <ul style="list-style-type: none"> 委託者7名 自前指導 4名 糖尿病重症化教室 <ul style="list-style-type: none"> 及びOB会の実施 体検型健康教室 <ul style="list-style-type: none"> 実施(参加者116名) 訪問対象者25名 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病重症化予防教室の実施 <ul style="list-style-type: none"> ○今年度よりハラノスとしまして体検型健康教室を開催したところである。今後、参加者の医療費の比較、行動変容等についてフォローを行い、事業の検証を行うべく必要がある。 ○高血圧Ⅱ度以上及び未受診者に対し訪問個別指導を行ったが、今後もフォローを行い、受診に繋げることができると検証していく必要がある。
	<p>医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆個別健診・情報提供の協力体制強化を今後とも進めていく。 	<p>医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日直市医師会の理事会で今年度の保険事業の進捗を説明し、理解をいたが、個別健診を受託した市内の医療機関に対して訪問を行い、協力をお願いした。また、保健師による訪問個別指導を実施し、協力を求めた。 ◆保健師による訪問個別指導を実施し、協力を求めた。 ◆日直市医師会の理事会で今年度の保険事業の概要を説明 	<p>医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別健診を受託した市内の医療機関に対し、訪問を実施し、日直市医師会の理事会で今年度の保険事業の概要を説明 	<p>医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病重症化予防教室の実施 <ul style="list-style-type: none"> ○今年度よりハラノスとしまして体検型健康教室を開催したところである。今後、参加者の医療費の比較、行動変容等についてフォローを行い、事業の検証を行うべく必要がある。 ○高血圧Ⅱ度以上及び未受診者に対し訪問個別指導を行ったが、今後もフォローを行い、受診に繋げることができると検証していく必要がある。

【参考資料11】

◆糖尿病重症化予防教室の実施
○今年度よりハラノスとしまして体検型健康教室を開催したところである。今後、参加者の医療費の比較、行動変容等についてフォローを行い、事業の検証を行うべく必要がある。

○高血圧Ⅱ度以上及び未受診者に対し訪問個別指導を行ったが、今後もフォローを行い、受診に繋げることができると検証していく必要がある。

◆糖尿病重症化予防教室の実施
○今年度よりハラノスとしまして体検型健康教室を開催したところである。今後、参加者の医療費の比較、行動変容等についてフォローを行い、事業の検証を行うべく必要がある。

○高血圧Ⅱ度以上及び未受診者に対し訪問個別指導を行ったが、今後もフォローを行い、受診に繋げることができると検証していく必要がある。

◆糖尿病重症化予防教室の実施
○今年度よりハラノスとしまして体検型健康教室を開催したところである。今後、参加者の医療費の比較、行動変容等についてフォローを行い、事業の検証を行うべく必要がある。

○高血圧Ⅱ度以上及び未受診者に対し訪問個別指導を行ったが、今後もフォローを行い、受診に繋げることができると検証していく必要がある。

◆糖尿病重症化予防教室の実施
○今年度よりハラノスとしまして体検型健康教室を開催したところである。今後、参加者の医療費の比較、行動変容等についてフォローを行い、事業の検証を行うべく必要がある。

○高血圧Ⅱ度以上及び未受診者に対し訪問個別指導を行ったが、今後もフォローを行い、受診に繋げることができると検証していく必要がある。