

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成30年度～平成35年度

平成30年 3月

鹿児島県指宿市



目次

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	1
2 計画の位置付け	1
3 計画期間	5
4 関係者が果たすべき役割と連携	5
5 保険者努力支援制度	6
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	8
1 第1期計画に係る評価及び考察	8
2 第2期計画における健康課題の明確化	21
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	30
1 第3期特定健診等実施計画について	30
2 目標値の設定	30
3 対象者の見込み	30
4 特定健診の実施	30
5 特定保健指導の実施	33
6 個人情報保護	36
7 結果の報告	36
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	36
第4章 保健事業の内容	37
I 保健事業の方向性	37
II 重症化予防の取り組み	39
1 糖尿病性腎症重症化予防	39
2 脳血管疾患重症化予防	46
3 虚血性心疾患重症化予防	51
III ポピュレーションアプローチ	54
IV 保健事業の実施	55
第5章 地域包括ケアに係る取り組み	57
第6章 計画の評価・見直し	59
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	61
参考資料	62

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分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

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

指宿市においては、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を図られることを目的とする。

2 計画の位置付け

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、県健康増進計画や市健康増進計画、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。

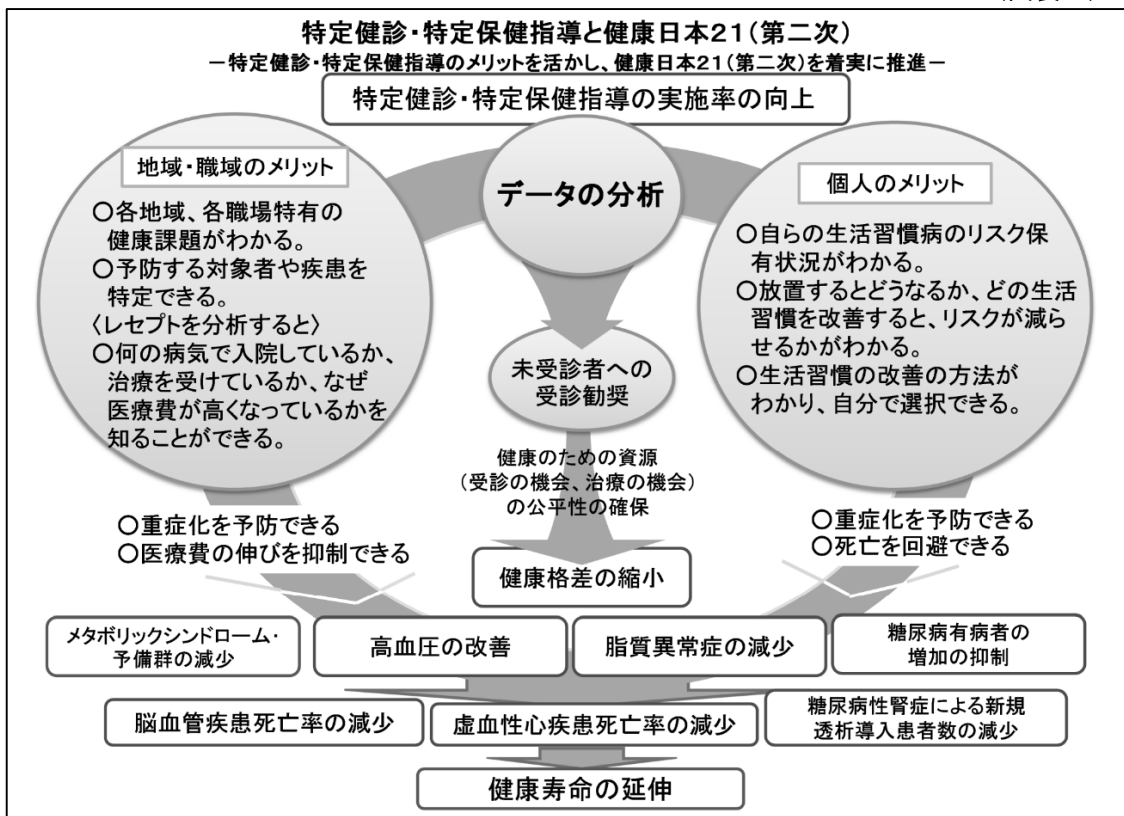
(図表1, 2, 3)

(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			
	※ 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」
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
基本的指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」
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)
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
基本的考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、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、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、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糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出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、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、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指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、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は保険者自身にとっても重要である。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、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最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 等</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>
評価	<p>※53項目中 特定健診に関係する項目15項目</p> <p>①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者</p> <p>⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症</p> <p>⑩適正体重を維持している者の増加(肥満/やせ減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者</p>	<p>①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率</p>	<p>健診・医療情報を活用、費用対効果の観点も考慮</p> <p>(1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙</p> <p>(2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群</p> <p>(3)医療費等 ①医療費 ②介護費</p>
その他	<p>保険者努力支援制度</p> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p> <p>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</p>		

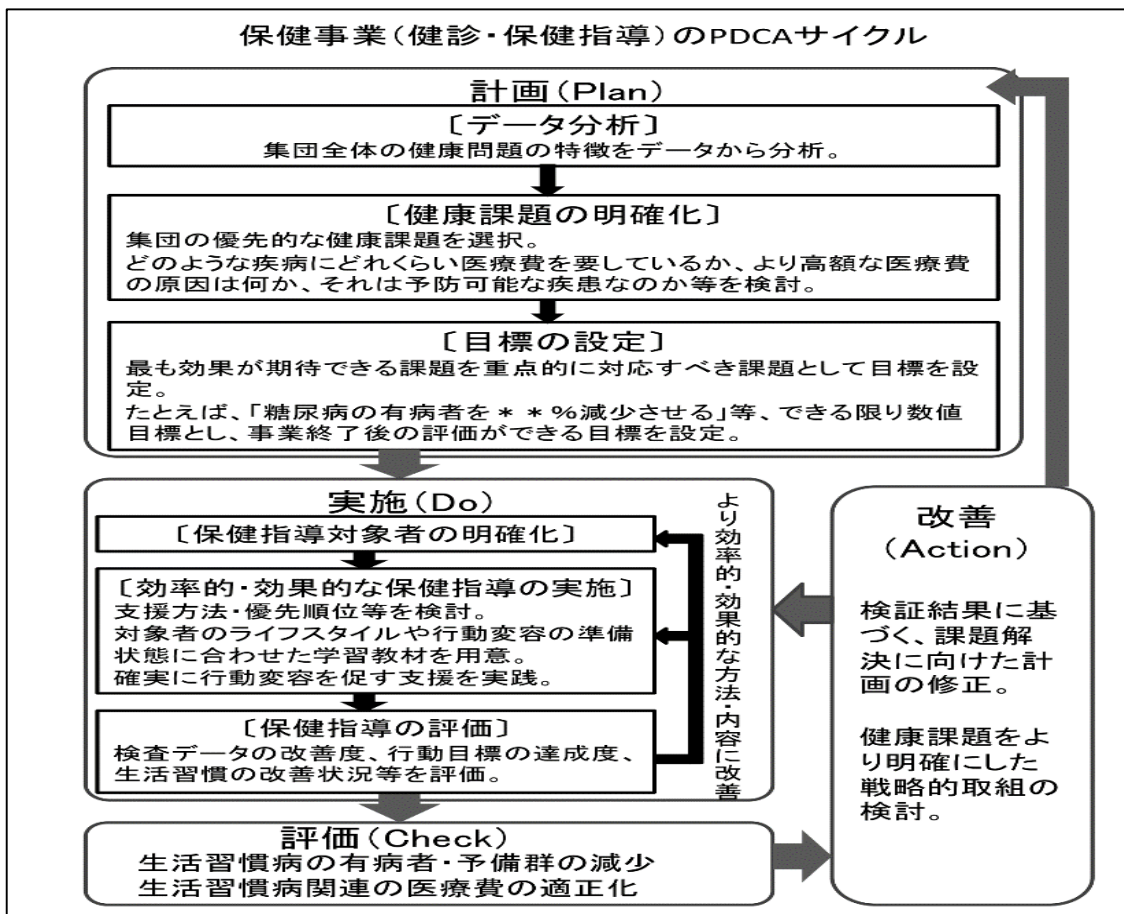
(前ページ続き)		
「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
介護保険法 第116条, 第117条, 第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
市町村:義務, 都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
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に支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、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。
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
<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</p> </div>	<p style="text-align: center;">メタボリックシンドローム</p> <p style="text-align: center;">糖尿病</p>	<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">糖尿病</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症</p> </div>	<p style="text-align: center;">生活習慣病</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中</p> </div>
<div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期</p> <p style="text-align: center;">初老期の認知症、老年症 骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症</p> </div>		<div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">がん</p> <p style="text-align: center;">精神疾患</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>○医療費適正化の取り組み 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進</p> <p>入院 病床機能分化・連携の推進</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)</p> </div>
<p>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</p>		

(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、厚労省の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いることを踏まえ、県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図り、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

指宿市においては、健康増進課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。特に保健師等の専門職と連携をして、市が一体となって計画策定を進めていく。具体的には、健幸・協働のまちづくり課、長寿介護課、地域福祉課とも十分連携する。

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。(図表4)

2) 外部有識者等の役割

本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、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・評価委員会等の外部有識者等との連携・協力が重要となる。

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、また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、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベースシステム(以下「KDB」という。)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、県の関与がさらに重要となる。

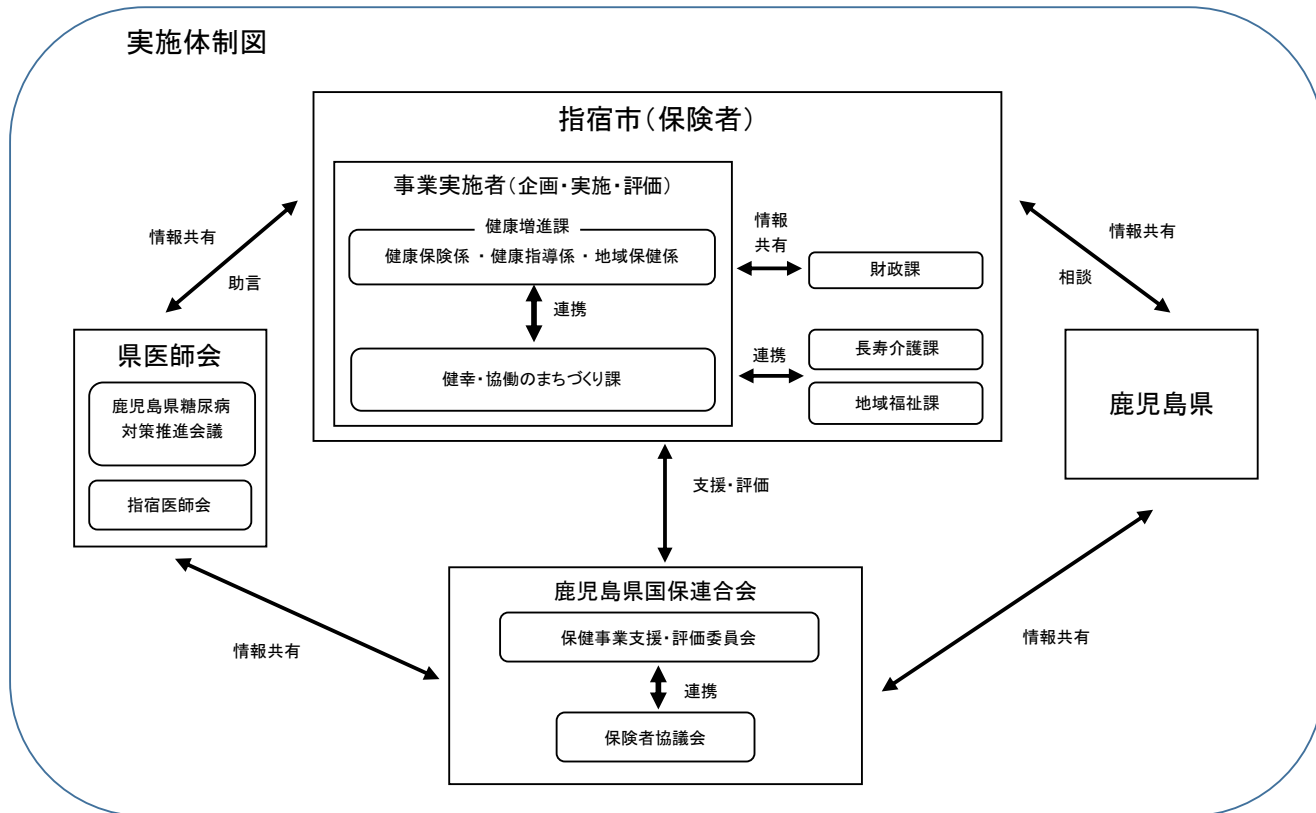
このため、指宿市国保は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。また、保険者等と指宿医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携の推進に努めることが必要である。

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、保険者協議会等を活用しながら、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。

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・積極的に取り組むことが重要である。

(図表4)



5 保険者努力支援制度

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

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

(図表5)

<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)		850	1,354	2,700	
全国順位(1,741市町村中)		83		12	
共通 ①	特定健診受診率	10	10	20	50
	特定保健指導実施率	10	10	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	10	10	15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	15	30	40	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0	0	0	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	10	17	25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	23	29	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			26	50
体制構築加点		70	70	60	60
指宿市合計		265	403	582	845

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・脳疾患・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約1.6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1号介護認定率の上昇、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、被保険者数は減少傾向であるが、高齢化が進んでおり、医療機関受診率や一人当たり医療費は上昇している。

しかし、特定健診において医療機関への受診勧奨が必要な者の割合は減少傾向にあるため、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繋がっていると推測できる。

したがって、医療費適正化の観点からも特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上は非常に重要となる。第2期においても特定健診特定保健指導を主軸に重症化予防に繋がる保健事業の展開が必要と考えられる。(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

介護給付の変化については、平成25年度から平成28年度にかけて介護給付費が増えている。同規模と比較すると、居宅サービスの1件当たりの給付費が増加しているのに対し、指宿市は減少している。(図表6)

<介護給付費の変化>

(図表6)

年度	指宿市				同規模平均		
	介護給付費	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	39億5,340万円	277,724円	44,383円	289,576円	301,072円	41,726円	283,881円
平成28年度	↑ 41億9,997万円	↑ 295,045円	↓ 42,758円	↓ 285,420円	↑ 313,428円	↑ 41,744円	↓ 278,164円

出典：KDB

② 医療費の状況

医療費の変化について、平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、入院と入院外の総医療費は、共に減少している。しかし、1人当たり医療費としては入院が4.5%、入院外が3.9%上昇し、全体としては4.2%の伸び率となっている。

また、同規模保険者と比較すると、指宿市の医療費の伸びは比較的抑えられている。(図表7)

平成28年度の医療費を疾病別に見ると、高血圧症や脳血管疾患、心疾患を含む「循環器系の疾患」が最も割合が高い。その他の生活習慣病関連疾患を含む分類である「内分泌、栄養及び代謝疾患」及び「腎尿路生殖器系の疾患」と合わせると、医療費全体の31.4%を占めている。

(図表8)

また、生活習慣病基礎疾患の「高血圧症・糖尿病・脂質異常症」について、40歳以上の罹患率は、49.4%となっており、おおよそ2人に1人は何かしらの生活習慣病に罹患している。(図表9)

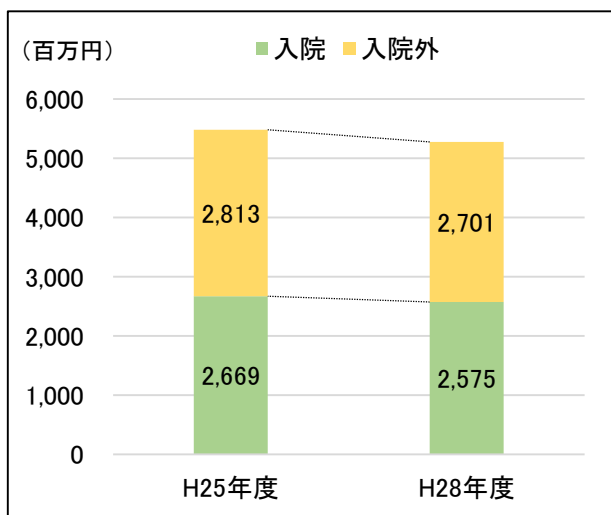
<医療費の変化>

(図表7)

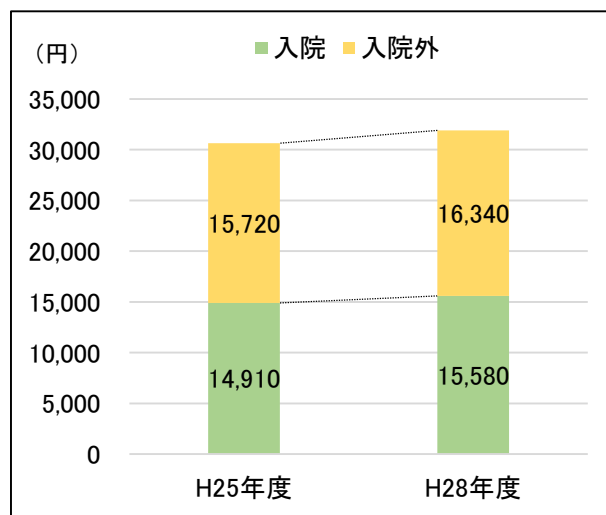
項目	総医療費												
	全体				入院				入院外				
	費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		
			保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模	
総医療費	H25年度	54億8,176万円				26億6,871万円				28億1,305万円			
	H28年度	52億7,571万円	2億604万円	▲3.8	0.2	25億7,506万円	9,365万円	▲3.5	0.5	27億65万円	1億1,240万円	▲4.0	▲0.0
一人当たり医療費	H25年度	30,630円				14,910円				15,720円			
	H28年度	31,920円	1,290円	4.2	8.2	15,580円	670円	4.5	8.5	16,340円	620円	3.9	8.0

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる

出典：KDB



<入院及び入院外の医療費推移>



<入院及び入院外の一入当たり月平均医療費推移>

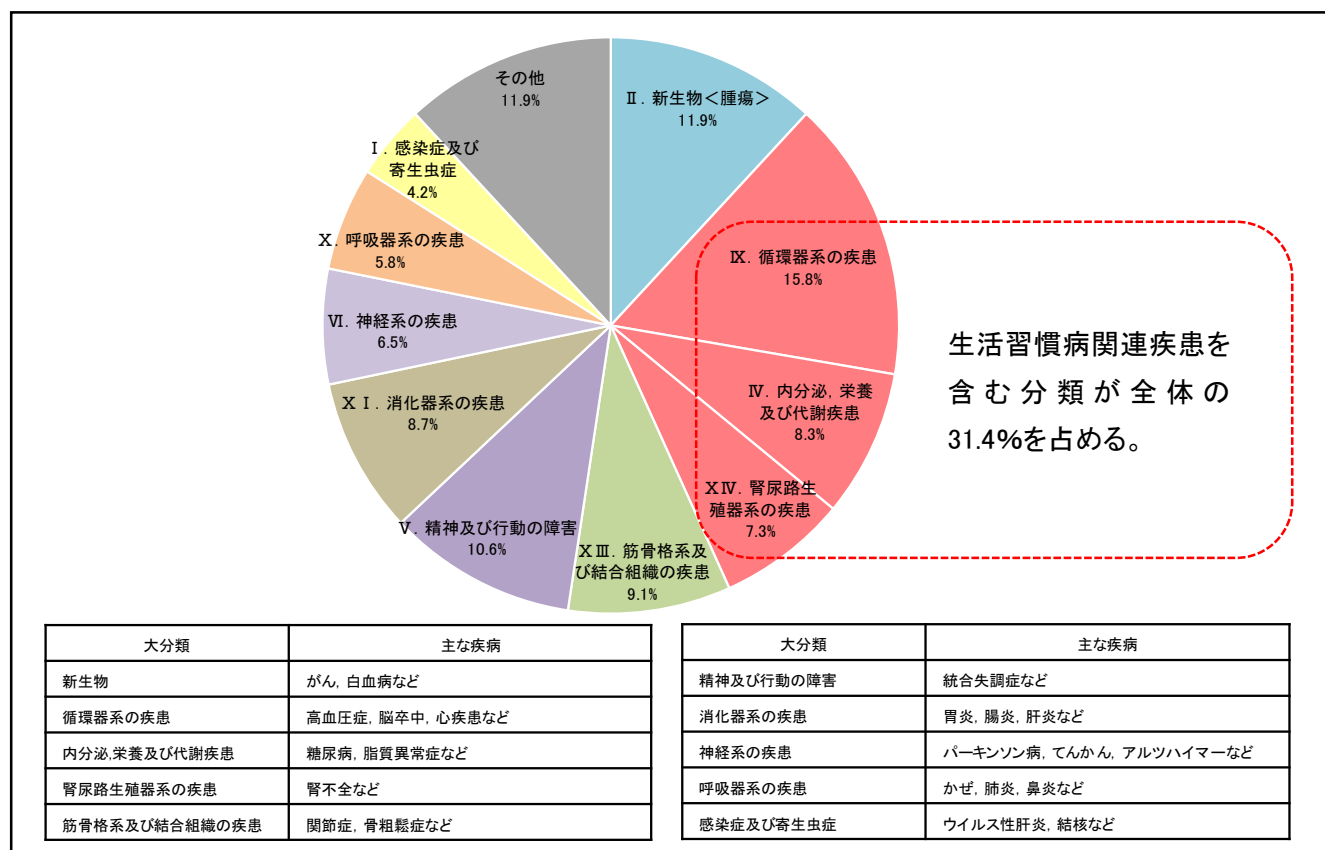
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と、第2期計画における健康課題の明確化

<大分類ごとの医療費上位10疾病の状況>

(図表8)

順位	大分類	医療費(円)	患者数(人)	患者一人当たり医療費(円)
1	IX. 循環器系の疾患	767,923,774	6,412	119,764
2	II. 新生物<腫瘍>	575,253,683	4,357	132,030
3	V. 精神及び行動の障害	513,831,693	1,524	337,160
4	XIII. 筋骨格系及び結合組織の疾患	442,184,370	5,496	80,456
5	XI. 消化器系の疾患	422,835,080	7,393	57,194
6	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	400,282,114	6,197	64,593
7	XIV. 腎尿路生殖器系の疾患	352,907,158	3,715	94,995
8	VI. 神経系の疾患	313,343,715	3,195	98,073
9	X. 呼吸器系の疾患	281,033,527	6,936	40,518
10	I. 感染症及び寄生虫症	201,843,195	4,383	46,051
11~22	その他	574,898,500		

出典：データホライズンによるレセプトデータ分析



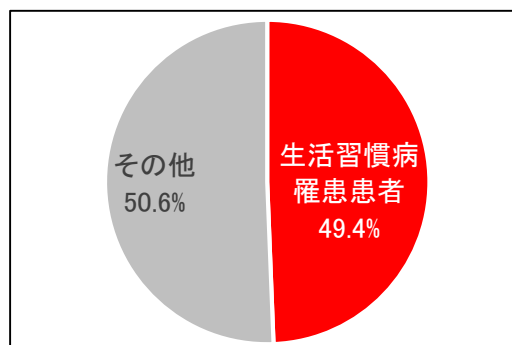
<大分類ごとの医療費上位10疾病の状況>

<40歳以上の生活習慣病罹患状況>

(図表9)

	40歳以上の被保険者(人)	患者数(人)	罹患割合	医療費合計(円)	患者一人当たり医療費(円)
糖尿病患者	10,134	1,109	10.9%	202,475,096	182,574
高血圧症患者		4,083	40.3%	385,637,261	94,449
脂質異常症患者		2,314	22.8%	244,163,756	105,516
全体		5,004	49.4%	473,847,939	94,694

出典：データホライズンによるレセプトデータ分析



③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

平成25年と平成28年の経年比較を見ると、中長期目標疾患である「腎臓・脳・心臓」の関連疾患における医療費割合は、いずれも低下傾向である。短期目標疾患については、「糖尿病・脂質異常症」の医療費割合が微増傾向であり、「高血圧」は低下している。上記の疾患以外では、「新生物・筋骨格疾患」が微増、「精神疾患」がやや低下となっている。

また、平成28年において、鹿児島県平均と比較すると、脳梗塞や脳出血、高血圧、精神疾患、筋骨格疾患の割合が高くなっている。全国平均との比較では、上記疾患に加え、慢性腎不全(透析有)が指宿市のほうが高くなっている。それ以外の狭心症や心筋梗塞、糖尿病、脂質異常症、新生物においては、比較的低い割合となっている。(図表10)

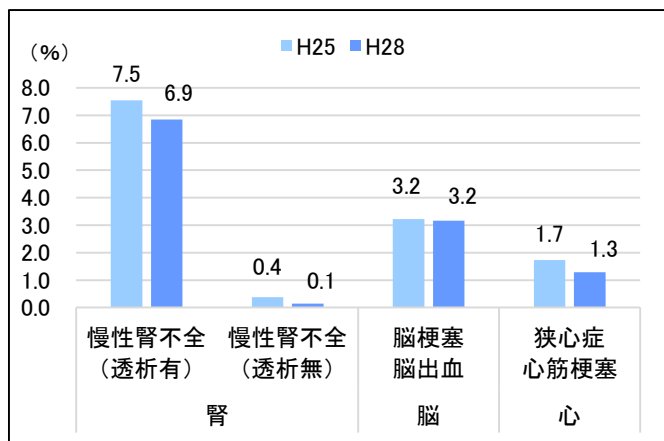
<データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合> (図表10)

市町村名	総医療費(円)	一人あたり医療費(円)		中長期目標疾患(%)					短期目標疾患(%)			目標		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	医療費(円)	割合(%)			
			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 指宿市	5,481,756,500	30,636	32位	13位	7.5	0.4	3.2	1.7	4.3	6.2	1.6	1,373,340,780	25.1	10.1	15.8	8.4
H28 指宿市	5,275,711,650	31,913	43位	17位	6.9	0.1	3.2	1.3	4.5	4.9	1.7	1,190,640,760	22.6	10.9	15.7	9.4
H25 鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.1	0.4	3.2	2.1	4.7	5.7	2.3	40,488,398,830	25.5	10.6	13.6	8.6
H25 全国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.3	0.4	2.6	2.4	5.4	6.3	3.2	2,123,990,143,420	25.6	12.5	9.5	8.5
H28 鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.4	0.4	2.7	1.9	4.8	4.2	2.1	37,328,412,710	23.5	12.1	13.7	8.9
H28 全国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.4	0.3	2.2	2.0	5.4	4.8	2.9	2,237,085,545,700	23.1	14.2	9.4	8.4

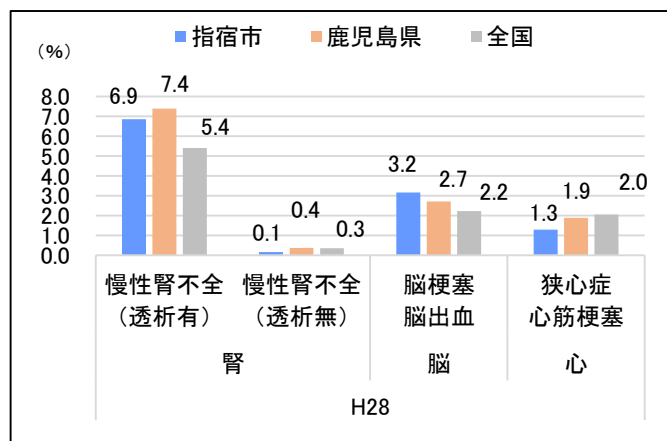
※最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

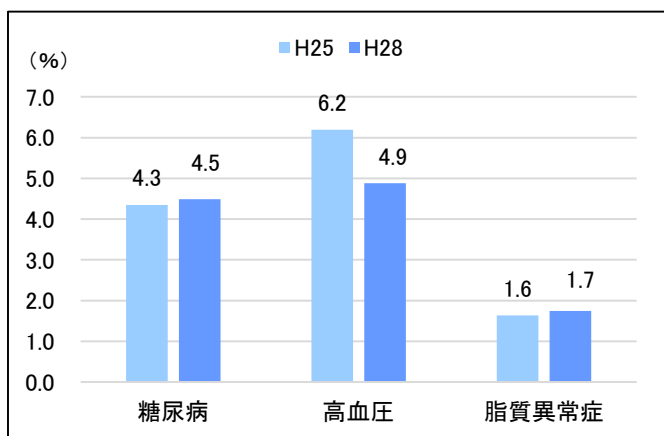
出典：KDB



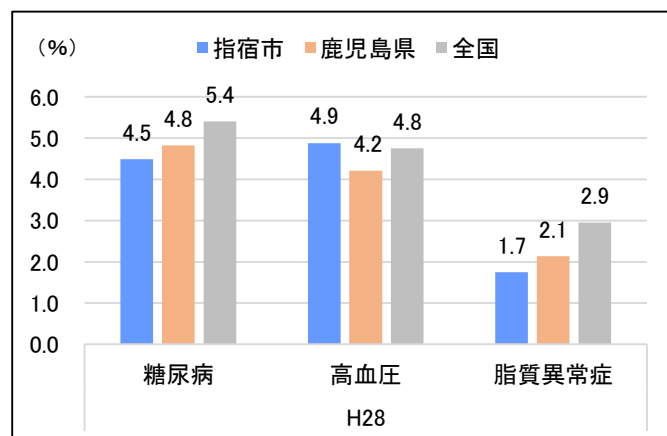
<指宿市における中長期目標疾患の医療費割合推移>



<全国及び県との中長期目標疾患医療費割合比較>

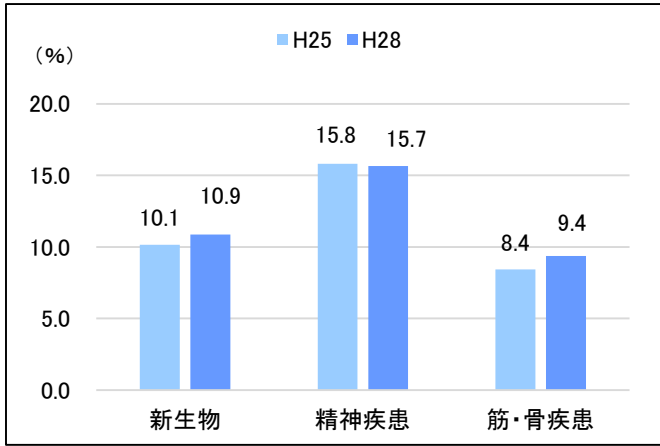


<指宿市における短期目標疾患の医療費割合推移>

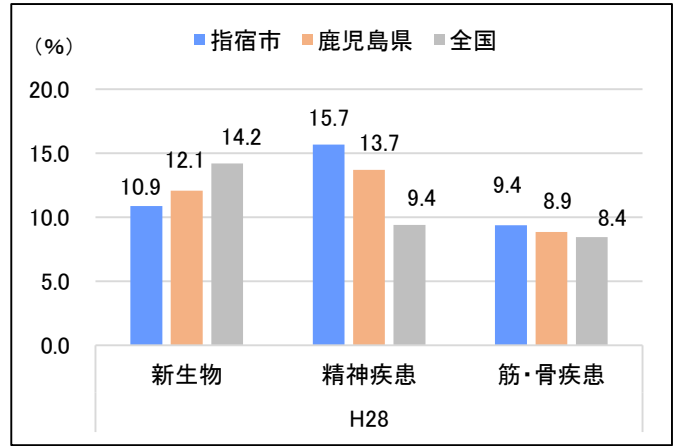


<全国及び県との短期目標疾患医療費割合比較>

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



＜指宿市におけるその他疾患の医療費割合推移＞



＜全国及び県とのその他疾患医療費割合比較＞

④ 中長期的な疾患

中長期的な目標疾患における平成25年と平成28年の経年比較を見ると、「虚血性心疾患」の患者割合は低下しているが、「脳血管疾患」は平成25年の991人(6.6%)から平成28年には1,076人(7.7%)となっており、被保険者数が減少しているにもかかわらず患者数は増加傾向である。人工透析患者は人数も減少し平成25年から平成28年にかけてそのまま0.5%で推移している。(図表11)

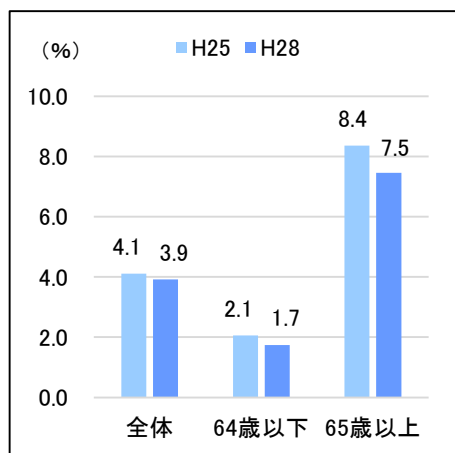
(図表11)

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数(人)		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
H25	全体	15,043	618	4.1	149	24.1	34	5.5	495	80.1	250	40.5	348	56.3
	64歳以下	10,151	209	2.1	46	22.0	23	11.0	158	75.6	74	35.4	117	56.0
	65歳以上	4,892	409	8.4	103	25.2	11	2.7	337	82.4	176	43.0	231	56.5
H28	全体	13,999	548	3.9	149	27.2	24	4.4	440	80.3	238	43.4	360	65.7
	64歳以下	8,678	151	1.7	33	21.9	13	8.6	112	74.2	53	35.1	92	60.9
	65歳以上	5,321	397	7.5	116	29.2	11	2.8	328	82.6	185	46.6	268	67.5

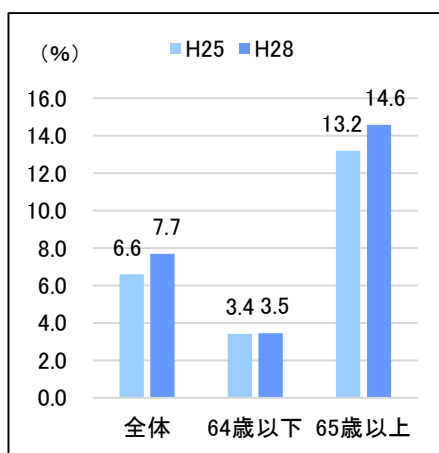
厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数(人)		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
H25	全体	15,043	991	6.6	149	15.0	15	1.5	786	79.3	355	35.8	525	53.0
	64歳以下	10,151	346	3.4	46	13.3	10	2.9	260	75.1	113	32.7	190	54.9
	65歳以上	4,892	645	13.2	103	16.0	5	0.8	526	81.6	242	37.5	335	51.9
H28	全体	13,999	1076	7.7	149	13.8	8	0.7	836	77.7	391	36.3	672	62.5
	64歳以下	8,678	300	3.5	33	11.0	7	2.3	210	70.0	108	36.0	184	61.3
	65歳以上	5,321	776	14.6	116	14.9	1	0.1	626	80.7	283	36.5	488	62.9

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数(人)		人工透析		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
H25	全体	15,043	82	0.5	15	18.3	34	41.5	76	92.7	32	39.0	17	20.7
	64歳以下	10,151	60	0.6	10	16.7	23	38.3	54	90.0	20	33.3	12	20.0
	65歳以上	4,892	22	0.4	5	22.7	11	50.0	22	100.0	12	54.5	5	22.7
H28	全体	13,999	71	0.5	8	11.3	24	33.8	66	93.0	26	36.6	19	26.8
	64歳以下	8,678	49	0.6	7	14.3	13	26.5	45	91.8	17	34.7	12	24.5
	65歳以上	5,321	22	0.4	1	4.5	11	50.0	21	95.5	9	40.9	7	31.8

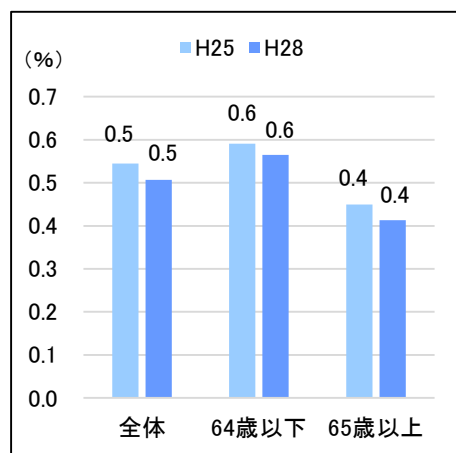
出典：KDB



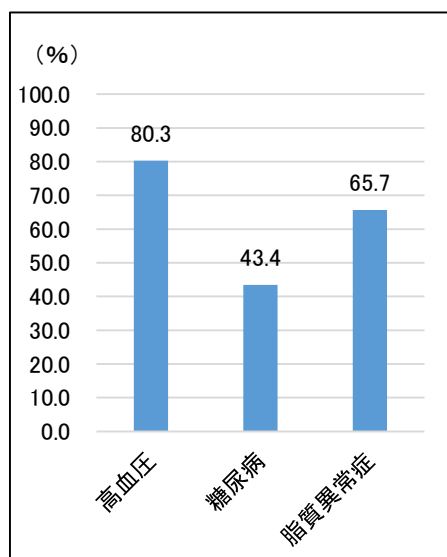
<虚血性心疾患の患者割合>



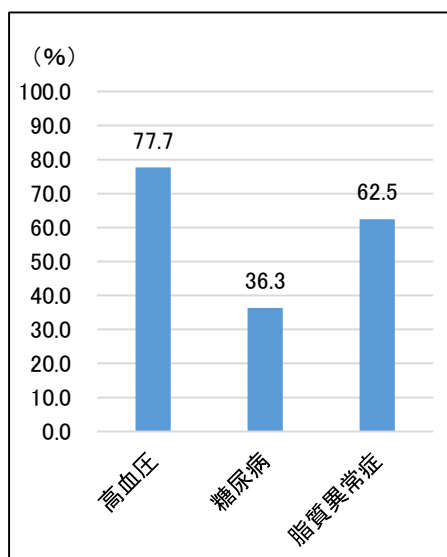
<脳血管疾患の患者割合>



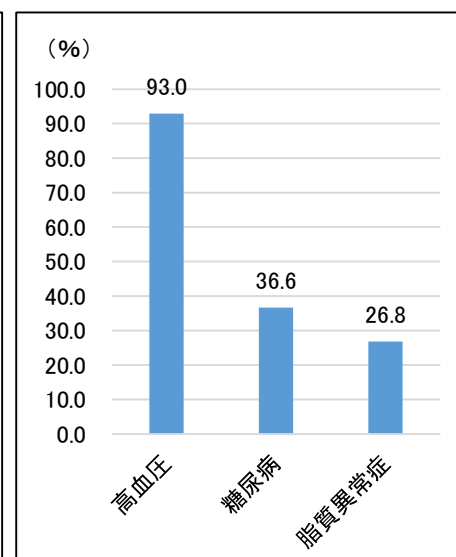
<人工透析の患者割合>



<虚血性心疾患患者の短期的目標疾患の罹患状況>



<脳血管疾患患者の短期的目標疾患の罹患状況>



<人工透析患者の短期的目標疾患の罹患状況>

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク

中長期目標疾患に共通するリスクの治療状況を経年比較すると、糖尿病治療者は、ほぼ変動なく、11.0～11.1%で推移している。糖尿病患者のうち高血圧も罹患している患者は減少、脂質異常症を罹患している患者が増加している。

「高血圧」の患者割合については、26.1～26.4%でほぼ変動なく推移している。なお高血圧患者のうち、糖尿病も罹患している患者は減少、脂質異常症を罹患している患者が増加している。

また、「脂質異常症」の患者割合については、平成25年の16.2%から平成28年には18.3%と上昇している。脂質異常症患者のうち、糖尿病及び高血圧を罹患している患者の割合は減少している。(図表12)

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

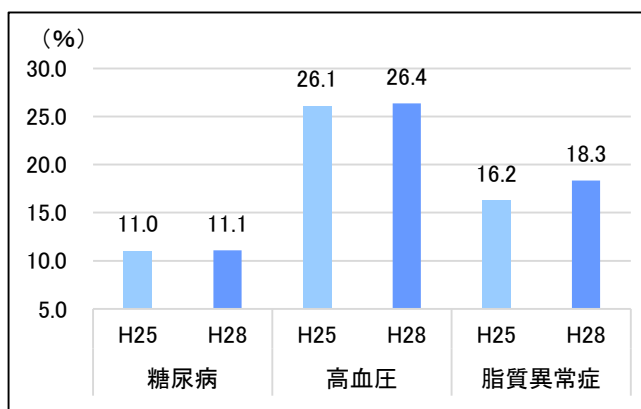
(図表 12)

厚労省様式 様式3-2	短期的な目標								中長期的な目標									
	被保険者数(人)	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(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
H25	全体	15,043	1,654	11.0	128	7.7	1,194	72.2	899	53.7	250	15.1	355	21.5	32	1.9	171	10.3
	64歳以下	10,151	666	6.6	63	9.5	429	64.4	349	52.4	74	11.1	113	17.0	20	3.0	72	10.8
	65歳以上	4,892	988	20.2	65	6.6	765	77.4	540	54.7	176	17.8	242	24.5	12	1.2	99	10.0
H28	全体	13,999	1,550	11.1	124	8.0	1,098	70.7	899	58.0	238	15.4	391	25.2	26	1.7	192	12.4
	64歳以下	8,678	514	5.9	48	9.3	307	59.7	283	55.1	53	10.3	108	21.0	17	3.3	73	14.2
	65歳以上	5,321	1,036	19.5	76	7.3	789	76.2	616	59.5	185	17.9	283	27.3	9	0.9	119	11.5

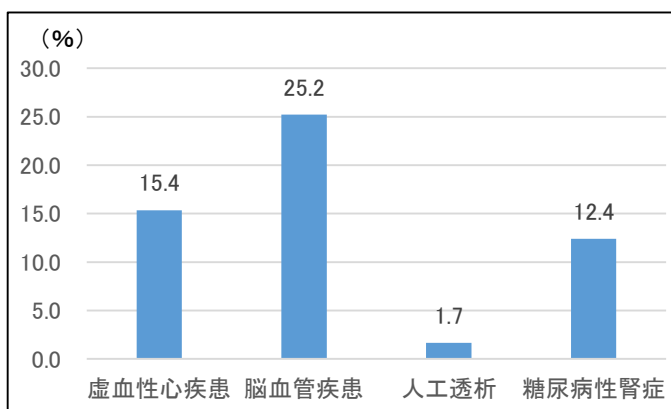
厚労省様式 様式3-3	短期的な目標				中長期的な目標									
	被保険者数(人)	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
H25	全体	15,043	3,924	26.1	1,194	30.4	1,774	45.2	495	12.6	788	20.0	78	1.9
	64歳以下	10,151	1,562	15.4	429	27.5	652	41.7	158	10.1	260	16.6	54	3.5
	65歳以上	4,892	2,362	48.3	765	32.4	1,122	47.5	337	14.3	526	22.3	22	0.9
H28	全体	13,999	3,692	26.4	1,098	29.7	1,845	50.0	440	11.9	836	22.6	66	1.8
	64歳以下	8,678	1,233	14.2	307	24.9	565	45.8	112	9.1	210	17.0	45	3.6
	65歳以上	5,321	2,459	46.2	789	32.1	1,280	52.1	328	13.3	626	25.5	21	0.9

厚労省様式 様式3-4	短期的な目標				中長期的な目標									
	被保険者数(人)	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(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
H25	全体	15,043	2,444	16.2	899	36.4	1,774	72.6	348	14.2	525	21.5	17	0.7
	64歳以下	10,151	1,001	9.9	349	34.9	652	65.1	117	11.7	190	19.0	12	1.2
	65歳以上	4,892	1,443	29.5	540	37.4	1,122	77.8	231	16.0	335	23.2	5	0.3
H28	全体	13,999	2,586	18.3	899	35.0	1,845	71.9	360	14.0	672	26.2	19	0.7
	64歳以下	8,678	887	10.2	283	31.9	565	63.7	92	10.4	184	20.7	12	1.4
	65歳以上	5,321	1,679	31.6	616	36.7	1,280	76.2	268	16.0	488	29.1	7	0.4

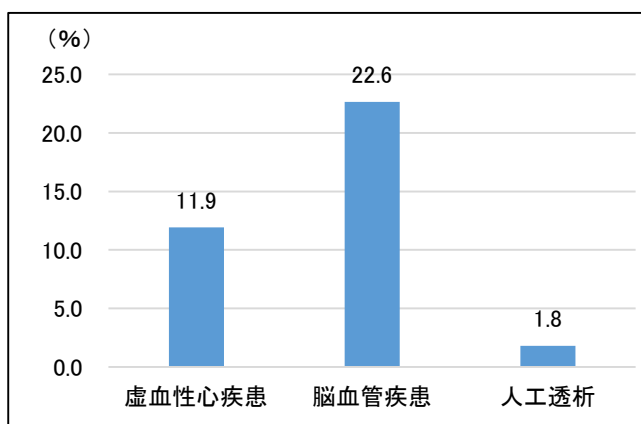
出典：KDB



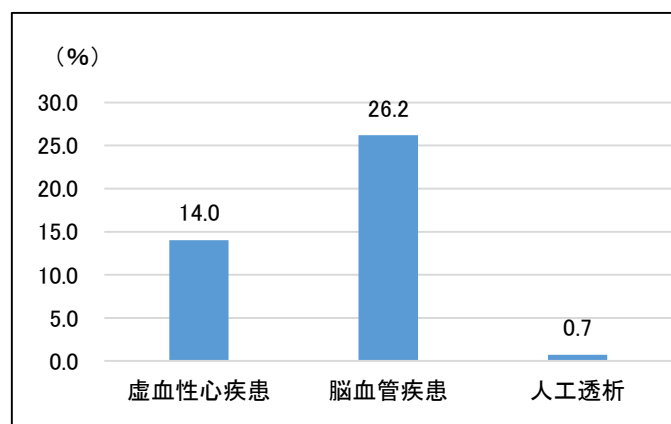
＜短期目標疾患患者の割合推移 (全体)＞



＜糖尿病患者の中長期的疾患の罹患状況＞



＜高血圧患者の中長期的疾患の罹患状況＞



＜脂質異常症患者の中長期的疾患の罹患状況＞

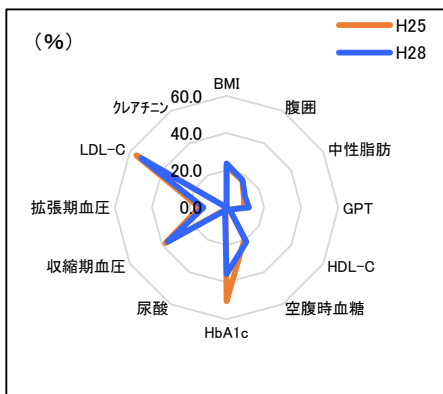
② リスクの健診結果経年変化

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖の有所見者は割合として上昇しているが、HbA1cの有所見者は大きく減少傾向である。また、男性のメタボリックシンドローム予備群・該当者割合は、やや上昇傾向である。女性の予備群の割合もやや上昇傾向であるが、該当者の割合はやや低下している。(図表 13-①, 13-②)

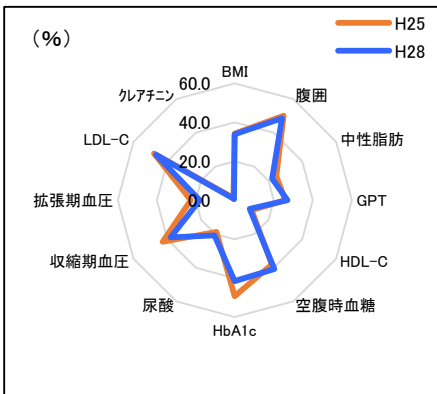
＜健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省 6-2～6-7）＞（図表 13-①）

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		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	受診者全体	567	32.3%	868	49.4%	360	20.5%	367	20.9%	181	10.3%	737	41.9%	977	55.6%	316	18.0%	921	52.4%	311	17.7%	744	42.3%	37	2.1%
	40-64	235	34.2%	345	50.1%	169	24.6%	178	25.9%	69	10.0%	262	38.1%	339	49.3%	129	18.8%	294	42.7%	155	22.5%	330	48.0%	10	1.5%
	65-74	332	31.1%	523	48.9%	191	17.9%	189	17.7%	112	10.5%	475	44.4%	638	59.7%	187	17.5%	627	58.7%	156	14.6%	414	38.7%	27	2.5%
女性	受診者全体	599	24.5%	497	20.4%	294	12.0%	260	10.6%	61	2.5%	591	24.2%	1,427	58.4%	50	2.0%	1,167	47.8%	321	13.1%	1,313	53.8%	8	0.3%
	40-64	219	22.1%	167	16.8%	106	10.7%	92	9.3%	20	2.0%	192	19.3%	499	50.3%	12	1.2%	377	38.0%	145	14.6%	557	56.1%	2	0.2%
	65-74	380	26.2%	330	22.8%	188	13.0%	168	11.6%	41	2.8%	399	27.5%	928	64.0%	38	2.6%	790	54.5%	176	12.1%	756	52.2%	6	0.4%
H28	受診者全体	534	31.6%	840	49.7%	315	18.6%	359	21.2%	149	8.8%	789	46.7%	837	49.5%	316	18.7%	810	47.9%	245	14.5%	686	40.6%	30	1.8%
	40-64	186	33.9%	266	48.5%	121	22.1%	148	27.0%	48	8.8%	223	40.7%	228	41.6%	114	20.8%	209	38.1%	99	18.1%	256	46.7%	4	0.7%
	65-74	348	30.5%	574	50.3%	194	17.0%	211	18.5%	101	8.8%	566	49.6%	609	53.3%	202	17.7%	601	52.6%	146	12.8%	430	37.7%	26	2.3%

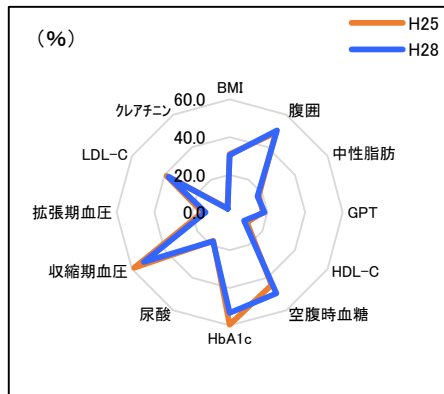
出典：KDB



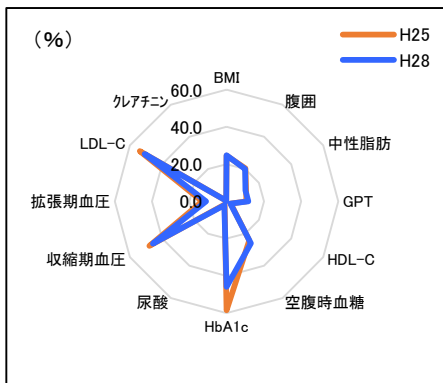
＜受診者全体の有所見者割合（男性）＞



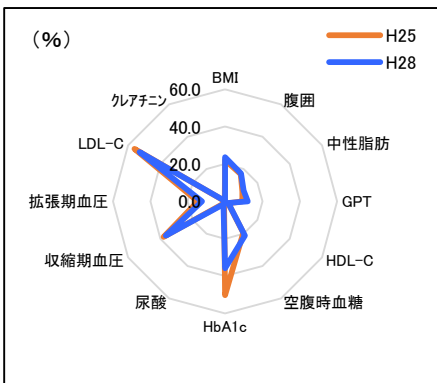
＜40-64歳の有所見者割合（男性）＞



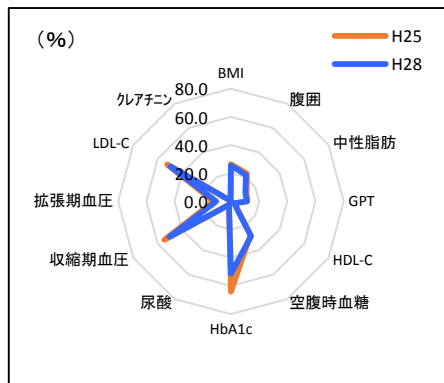
＜65-74歳の有所見者割合（男性）＞



＜受診者全体の有所見者割合（女性）＞



＜40-64歳の有所見者割合（女性）＞



＜65-74歳の有所見者割合（女性）＞

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

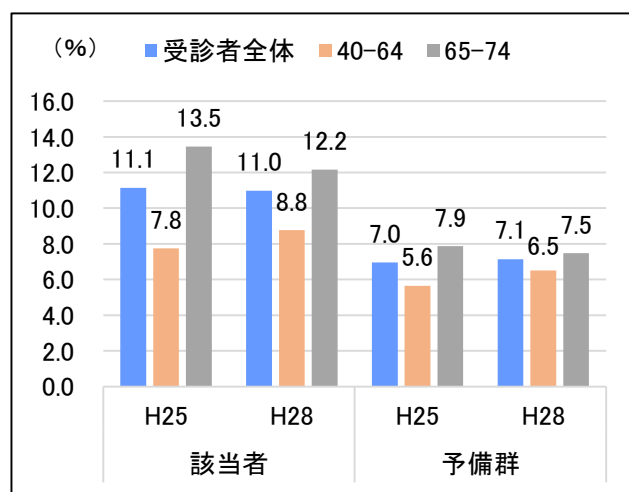
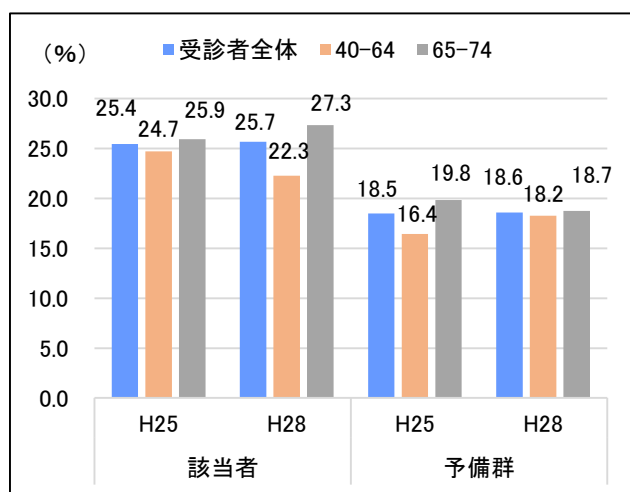
＜メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省6-8）＞

（図表13-②）

性別	年齢	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	人数	割合		
男性	受診者全体	1,757人	35.6%	96人	5.5%	325人	18.5%	10人	0.6%	262人	14.9%	53人	3.0%	447人	25.4%	98人	5.6%	17人	1.0%	218人	12.4%	114人	6.5%
	40-64	688人	25.2%	62人	9.0%	113人	16.4%	4人	0.6%	84人	12.2%	25人	3.6%	170人	24.7%	27人	3.9%	9人	1.3%	92人	13.4%	42人	6.1%
	65-74	1,069人	48.3%	34人	3.2%	212人	19.8%	6人	0.6%	178人	16.7%	28人	2.6%	277人	25.9%	71人	6.6%	8人	0.7%	126人	11.8%	72人	6.7%
女性	受診者全体	1,690人	36.9%	92人	5.4%	314人	18.6%	17人	1.0%	248人	14.7%	49人	2.9%	434人	25.7%	106人	6.3%	15人	0.9%	184人	10.9%	129人	7.6%
	40-64	548人	24.5%	44人	8.0%	100人	18.2%	9人	1.6%	67人	12.2%	24人	4.4%	122人	22.3%	21人	3.8%	4人	0.7%	56人	10.2%	41人	7.5%
	65-74	1,142人	48.7%	48人	4.2%	214人	18.7%	8人	0.7%	181人	15.8%	25人	2.2%	312人	27.3%	85人	7.4%	11人	1.0%	128人	11.2%	88人	7.7%

性別	年齢	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	人数	割合		
女性	受診者全体	2,442人	47.2%	55人	2.3%	170人	7.0%	8人	0.3%	136人	5.6%	26人	1.1%	272人	11.1%	51人	2.1%	4人	0.2%	160人	6.6%	57人	2.3%
	40-64	993人	38.4%	34人	3.4%	56人	5.6%	2人	0.2%	44人	4.4%	10人	1.0%	77人	7.8%	17人	1.7%	1人	0.1%	45人	4.5%	14人	1.4%
	65-74	1,449人	56.1%	21人	1.4%	114人	7.9%	6人	0.4%	92人	6.3%	16人	1.1%	195人	13.5%	34人	2.3%	3人	0.2%	115人	7.9%	43人	3.0%
H28	受診者全体	2,422人	49.7%	44人	1.8%	173人	7.1%	9人	0.4%	136人	5.6%	28人	1.2%	266人	11.0%	33人	1.4%	9人	0.4%	153人	6.3%	71人	2.9%
	40-64	844人	39.7%	16人	1.9%	55人	6.5%	3人	0.4%	42人	5.0%	10人	1.2%	74人	8.8%	10人	1.2%	2人	0.2%	46人	5.5%	16人	1.9%
	65-74	1,578人	57.5%	28人	1.8%	118人	7.5%	6人	0.4%	94人	6.0%	18人	1.1%	192人	12.2%	23人	1.5%	7人	0.4%	107人	6.8%	55人	3.5%

出典：KDB



＜メタボリックシンドローム該当者予備群の推移（男性）＞

＜メタボリックシンドローム該当者予備群の推移（女性）＞

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成25年度と平成28年度を経年比較すると、特定健診受診率は40.5%から43.5%と3.0ポイント上昇しているが、特定保健指導実施率は39.3%から29.6%と9.7ポイント低下している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取り組みが重要となってくる。

（図表14）

＜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＞

（図表14）

項目	特定健診			特定保健指導		
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)
H25年度	10,353	4,190	40.5	405	159	39.3
H28年度	9,458	4,115	43.5	331	98	29.6

出典：法定報告

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、特定健康診査・特定保健指導や中長期目標疾患である脳血管疾患に対して脳卒中对策事業、糖尿病性腎症重症化予防事業を重点的に進めてきた。その他にも重複受診や頻回受診に該当する被保険者への適正受診指導や後発医薬品の普及促進、運動教室などの取り組みも行っている。

その結果、特定健康診査受診率は平成25年度から上昇しているが、目標には達していない状況である。特定保健指導については、実施率が低下傾向となっている。そのため、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値達成に向けた対策が課題となっている。

脳卒中对策事業については、脳疾患・高血圧の医療費は、平成25年度～平成28年度にかけて減少傾向にあり、一定の効果が得られていると考えられる。

糖尿病性腎症重症化予防事業については、「鹿児島県糖尿病重症化予防プログラム」の策定を受け、平成29年度から本格的に取り組みを開始しており、平成30年度以降、継続的な実施を含め、経年的に指導効果を検証していくことが必要である。

また、その他の事業について、重複頻回該当者の適正受診指導事業や後発医薬品の普及促進事業等では、医療費適正化における一定の効果が得られ、運動教室等においても検査値結果の改善が現れており、継続して実施していくことが必要と考えられる。

<第1期における事業の振り返り>

事業名等	目的及び概要	事業実施内容				
特定健康診査	生活習慣病の発症や重症化を予防するため、40歳から74歳までの被保険者全員を対象として、メタボリックシンドロームに着目した健康診査を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 対象者全員に受診券を送付し、市広報紙やホームページ等で周知する。 受診しやすい環境づくりのため、集団健診・個別健診・人間ドックの選択方式、各種がん検診等との同時受診、土・日曜日の開催などを行う。 <p>【平成29年度評価】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>目標</th> <th>平成28年度実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60.0%</td> <td>43.5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>平成25年度受診率よりわずかに上昇しているが、目標からは大きく離れている。特に若年層と情報提供対象者に受診勧奨を強化する必要がある。</p> <p>【評価指標】 特定健康診査受診率</p> <p>【参考資料・データ】 法定報告より（図表14）</p>	目標	平成28年度実績	60.0%	43.5%
目標	平成28年度実績					
60.0%	43.5%					
特定保健指導	特定健診の結果、「積極的支援」「動機付け支援」に階層化された方に対して、生活習慣の改善を促し、生活習慣病の予防に努める。	<ul style="list-style-type: none"> 「積極的支援」「動機付け支援」対象者が参加しやすいよう初回の面接は、個別又はグループで行う。 特定保健指導の対象とならなかった対象者にも、個々のリスクに着目した保健指導を行う。 指宿医師会と協力して行う。 <p>【平成29年度評価】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>目標</th> <th>平成28年度実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60.0%</td> <td>29.6%</td> </tr> </tbody> </table> <p>平成25年度実施率より大きく低下しており、目標から大きく離れている。継続して保健指導対象となる者への働きかけを工夫する必要がある。</p> <p>【評価指標】 特定保健指導実施率</p> <p>【参考資料・データ】 法定報告より（図表14）</p>	目標	平成28年度実績	60.0%	29.6%
目標	平成28年度実績					
60.0%	29.6%					
脳卒中对策事業	特定健診の結果、高血圧・糖尿病で受診勧奨値にあるが未治療の者（高ハイリスク者）に対し、生活改善指導を行う教室を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果に基づいて抽出された対象者に教室案内を行い、教室参加者へ頸部エコー検査を行う。 ※教室内容：医師講話・塩分摂取量測定（尿検査）・管理栄養士による減塩指導 <p>【平成29年度評価】</p> <p>脳疾患・高血圧の医療費は、平成25～平成28年度にかけて減少傾向にあり、一定の効果が得られている。さらに効果を期待すべく、事業実施を継続する。</p> <p>【評価指標】 脳疾患及び高血圧にかかる医療費</p> <p>【参考資料・データ】 KDB データより（図表10）</p>				

事業名等	目的及び概要	実施内容
<p>糖尿病性腎症重症化予防事業 (※平成28年度までは治療中断者受診勧奨事業として実施)</p>	<p>糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行い、重症化を予防する。</p>	<p>・特定健診結果やレセプトの確認により抽出された対象者に対し通知・訪問による勧奨を行う。</p> <p>【平成29年度評価】 糖尿病による医療費は、医療費全体に対しての割合が上昇しているが、医療費総計としては、ほぼ横ばいの状況である。 【評価指標】糖尿病による医療費の数値 【参考資料・データ】KDBデータより(図表10)</p> <p>【平成29年度以降追加内容】 鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに沿って実施する。 未受診者：特定健診の結果、高血圧・糖尿病で受診勧奨値にあるが未治療の者に対し、訪問による医療機関受診勧奨を実施する。 治療中断者：レセプトデータ等から抽出された対象者に案内を送付し、後日訪問指導を実施する。 治療中の者：保険者が抽出した対象者について、かかりつけ医と連携しながら生活習慣改善等の保健指導を実施する。</p>
<p>重複・頻回訪問指導事業</p>	<p>医療費の適正化を図るため、重複受診者・多受診(頻回受診)者に対する適正受診の指導の充実強化を図る。</p>	<p>・訪問指導の看護師により個別訪問を行い、適正受診を指導する。</p> <p>【平成29年度評価】 平成28年度指導効果額 1,407,669円 平成28年度は一定の効果額があったため、継続実施とする。 【評価指標】平成28年度指導効果額 【参考資料・データ】参考資料10</p>
<p>医療費の通知</p>	<p>適正受診の必要性や国保制度の理解、受診状況の確認及び医療費全体の内容を周知する</p>	<p>・受診歴のある世帯の世帯主に対して通知する。</p> <p>【平成29年度評価】 市民の医療費への意識付けに効果があるため、継続実施とする。</p>
<p>後発医薬品の普及促進</p>	<p>患者負担の軽減と医療費の抑制を図るため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に努める。</p>	<p>・後発医薬品に切り替えた場合の差額(負担軽減額)をお知らせする「後発医薬品利用差額通知書」を、対象者に通知する。 ・「ジェネリック医薬品希望シール」を被保険者証の更新時に全被保険者に同封するとともに、市役所窓口において希望者に配布する。</p> <p>【平成29年度評価】 平成25年度 普及率12か月平均 61.2% 平成28年度 普及率12か月平均 76.3% ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)は年々増加傾向にあるため、一定の効果が確認できている。今後も継続実施とする。 【評価指標】ジェネリック医薬品普及率 【参考資料・データ】参考資料11</p>

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

事業名等	目的及び概要	実施内容
水中運動教室	<p>地域資源を活用して、肥満や高血圧解消のための運動を行うことで、メタボをストップし、毎日笑顔で健康な生活を送れることを目指す。</p>	<p>・年6回程度実施。 広報誌・チラシ等で周知し、募集する。 ※教室内容：アクアウォーキング，ストレッチ，筋力トレーニングを組み合わせた水中運動，血圧測定等健康チェック。 ・健診結果に基づいて抽出された対象者に参加案内をする。</p> <p>【平成29年度評価】 参加者の健康チェック項目について初回と最終回を比較すると，一部の検査値で改善の傾向が得られた。 今後も継続実施とする。</p> <p>【評価指標】参加人数・体組成測定値（初回と最終回の差）</p> <p>【参考資料・データ】参考資料12</p>
e-wellness 健幸運動教室	<p>生活習慣病や介護予防のために、運動習慣を定着させることを目的とした健幸運動教室を実施する。</p>	<p>特定健診結果に基づいて抽出された対象者に個別案内を行う。その他，広報誌・チラシ等で周知し募集する。 ・筑波大学の研究成果に基づく個別の運動プログラムで，専用歩数計等を活用し，歩数データ・筋トレ実施量・体組成データ管理を行う。</p> <p>【平成29年度評価】 継続実施とする。</p>

2 第2期計画における健康課題の明確化

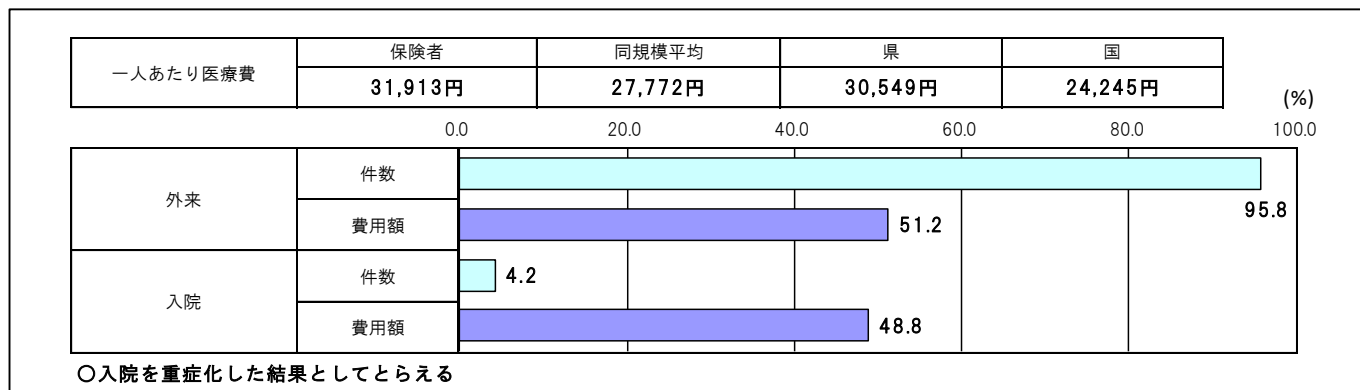
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

外来と入院のレセプト件数を比較すると、外来95.8%とほとんどが外来レセプトであるが、費用額で比較すると外来51.2%、入院48.8%であり、ほぼ同程度である。したがって、疾病の重症化等により入院が必要になると高額な医療費がかかっていることが分かる。(図表15)

<集団の疾患特徴の把握>

(図表15)



出典：KDB

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

高額になる疾患(200万円以上レセプト)をみると、その他を除き「がん」が件数も多く、費用としても21.1%を占めている。特に、60代のレセプト件数が最も多くなっている。

次に、長期入院(6か月以上の入院)となっているレセプト件数をみると、精神疾患が75.5%と大部分を占めており、費用としても71.5%が精神疾患である。

人工透析患者(長期化する疾患)におけるその他疾患の罹患状況をみると、最もレセプト件数が高く、費用が高いのは糖尿病性腎症となっているため、透析回避には糖尿病性腎症の重症化予防が有効と考えられる。(図表16)

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

<何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか>

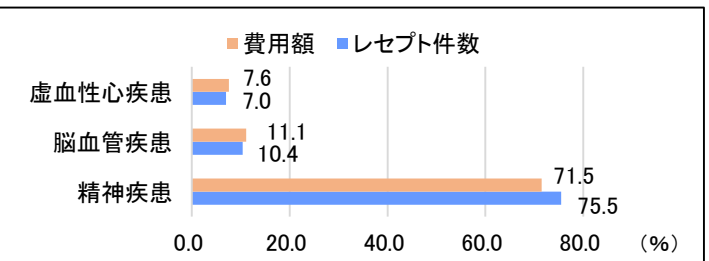
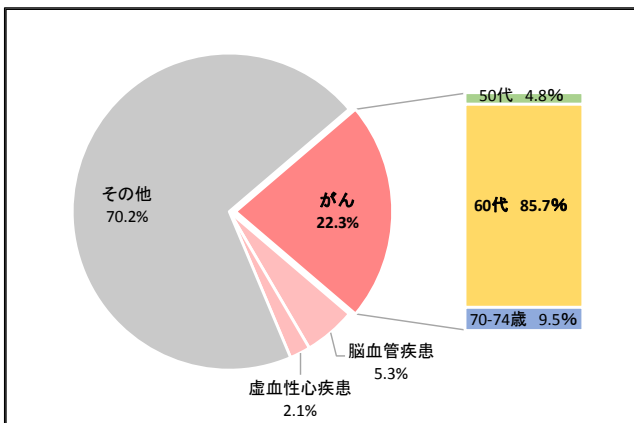
(図表 16)

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。

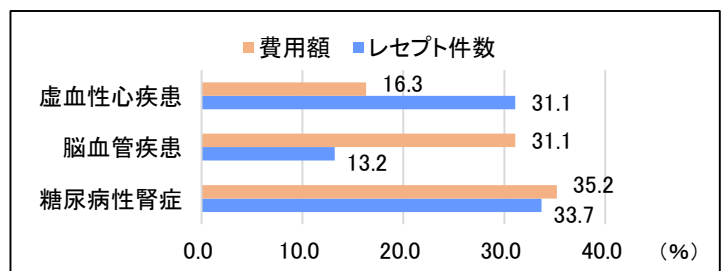
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	がん	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	94件	21件 22.3%	5件 5.3%	2件 2.1%	66件 70.2%	
			年 代 別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 6.1%
				40代	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 6.1%
				50代	1 4.8%	0 0.0%	1 50.0%	5 7.6%
				60代	18 85.7%	4 80.0%	1 50.0%	36 54.5%
		70-74歳		2 9.5%	1 20.0%	0 0.0%	17 25.8%	
費用額	2億6,591万円	5,613万円 21.1%	1,391万円 5.2%	900万円 3.4%	1億8,686万円 70.3%			
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患			
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,947件	1,470件 75.5%	203件 10.4%	137件 7.0%		
		費用額	7億3,233万円	5億2,345万円 71.5%	8,111万円 11.1%	5,578万円 7.6%		
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患			
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	876件	295件 33.7%	116件 13.2%	272件 31.1%		
		費用額	3億7,323万円	1億3,138万円 35.2%	1億1,602万円 31.1%	6,091万円 16.3%		
厚労省様式	対象レセプト (H29年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症			
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 な 疾 り 患	5,839人	1,076人 18.4%	548人 9.4%	192人 3.3%		
			高血圧	836人 77.7%	440人 80.3%	141人 73.4%		
			糖尿病	391人 36.3%	238人 43.4%	192人 100.0%		
		脂質異常症	672人 62.5%	360人 65.7%	121人 63.0%			
		高血圧症	3,692人 63.2%	2,566人 43.9%	1,550人 26.5%	661人 11.3%		

○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。

出典：KDB



<長期入院における疾病毎のレセプト件数及び費用額割合>



<人工透析患者におけるその他の疾病罹患状況>

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか

指宿市の要介護認定者は第1号(65歳以上)被保険者で2,998人(認定率21.1%)、第2号(40~64歳)被保険者で51人(認定率0.34%)となっている。

要介護者の有病状況をみると、要介護者のうち、97.3%が血管疾患を、93.0%が筋骨格系を罹患している。さらに、血管疾患の中でも循環器疾患である脳卒中の有病率は67.4%と高い割合を示す。この結果より、脳卒中や筋骨格系疾患が介護の要因の一つとなっている可能性が高いことが推察できる。

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、介護予防にも繋がる。40歳以上の要介護認定者と認定なしの医療費を比較すると、要介護認定者のほうが約2.3倍高くなっていることから医療費適正化においても介護予防は必要と考えられる。(図表17)

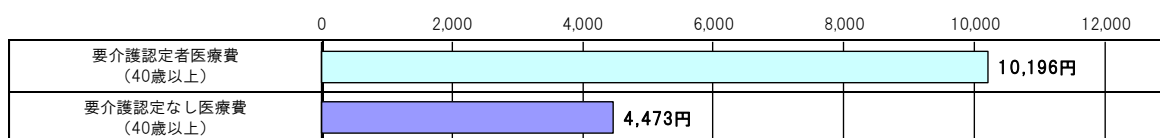
<何の疾患で介護保険を受けているのか>

(図表17)

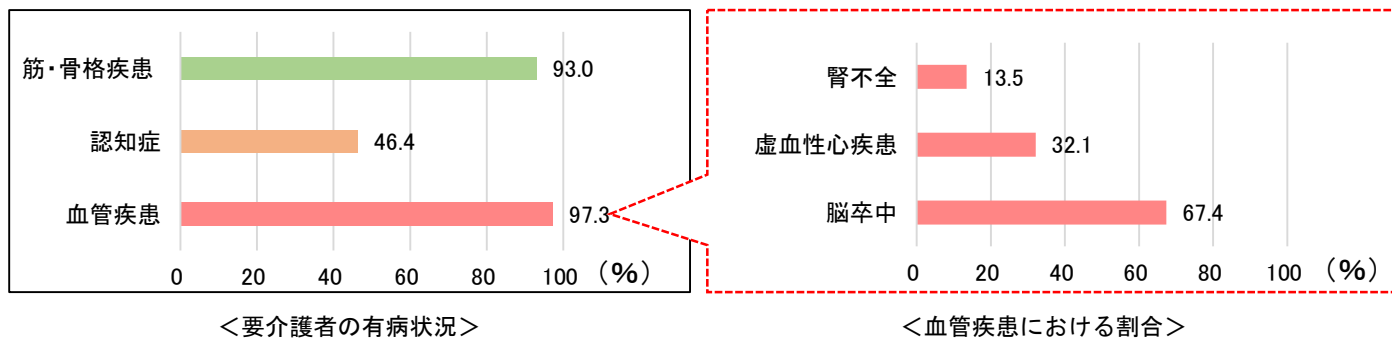
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計								
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上										
	被保険者数	15,029人	6,015人	8,220人	14,235人	2,998人	3,049人										
認定者数	51人	245人	2,753人	2,998人	3,049人												
	認定率	0.34%	4.1%	33.5%	21.1%	10.4%											
新規認定者数(*1)	12人	62人	388人	450人	462人												
介護度別人数	要支援1・2	14人	27.5%	83人	33.9%	729人	26.5%	812人	27.1%	826人	27.1%						
	要介護1・2	17人	33.3%	84人	34.3%	965人	35.1%	1,049人	35.0%	1,066人	35.0%						
	要介護3~5	20人	39.2%	78人	31.8%	1,059人	38.5%	1,137人	37.9%	1,157人	37.9%						
要介護認定状況 ★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										
	介護件数(全体)	51件	245件	2,753件	2,998件	3,049件											
再) 国保・後期	37件	206件	2,640件	2,846件	2,883件												
(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	27件	73.0%	脳卒中	134件	65.0%	脳卒中	1,783件	67.5%	脳卒中	1,917件	67.4%	脳卒中	1,944件	67.4%
		2	虚血性心疾患	7件	18.9%	虚血性心疾患	53件	25.7%	虚血性心疾患	865件	32.8%	虚血性心疾患	918件	32.3%	虚血性心疾患	925件	32.1%
		3	腎不全	1件	2.7%	腎不全	16件	7.8%	腎不全	372件	14.1%	腎不全	388件	13.6%	腎不全	389件	13.5%
	基礎疾患(*2)	糖尿病	15件	40.5%	糖尿病	93件	45.1%	糖尿病	1,043件	39.5%	糖尿病	1,136件	39.9%	糖尿病	1,151件	39.9%	
		高血圧	27件	73.0%	高血圧	162件	78.6%	高血圧	2,332件	88.3%	高血圧	2,494件	87.6%	高血圧	2,521件	87.4%	
		脂質異常症	26件	70.3%	脂質異常症	112件	54.4%	脂質異常症	1,367件	51.8%	脂質異常症	1,479件	52.0%	脂質異常症	1,505件	52.2%	
	血管疾患合計	合計	34件	91.9%	合計	195件	94.7%	合計	2,577件	97.6%	合計	2,772件	97.4%	合計	2,806件	97.3%	
	認知症	認知症	5件	13.5%	認知症	52件	25.2%	認知症	1,281件	48.5%	認知症	1,333件	46.8%	認知症	1,338件	46.4%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	33件	89.2%	筋骨格系	174件	84.5%	筋骨格系	2,473件	93.7%	筋骨格系	2,647件	93.0%	筋骨格系	2,680件	93.0%	

*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護認定状況の「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

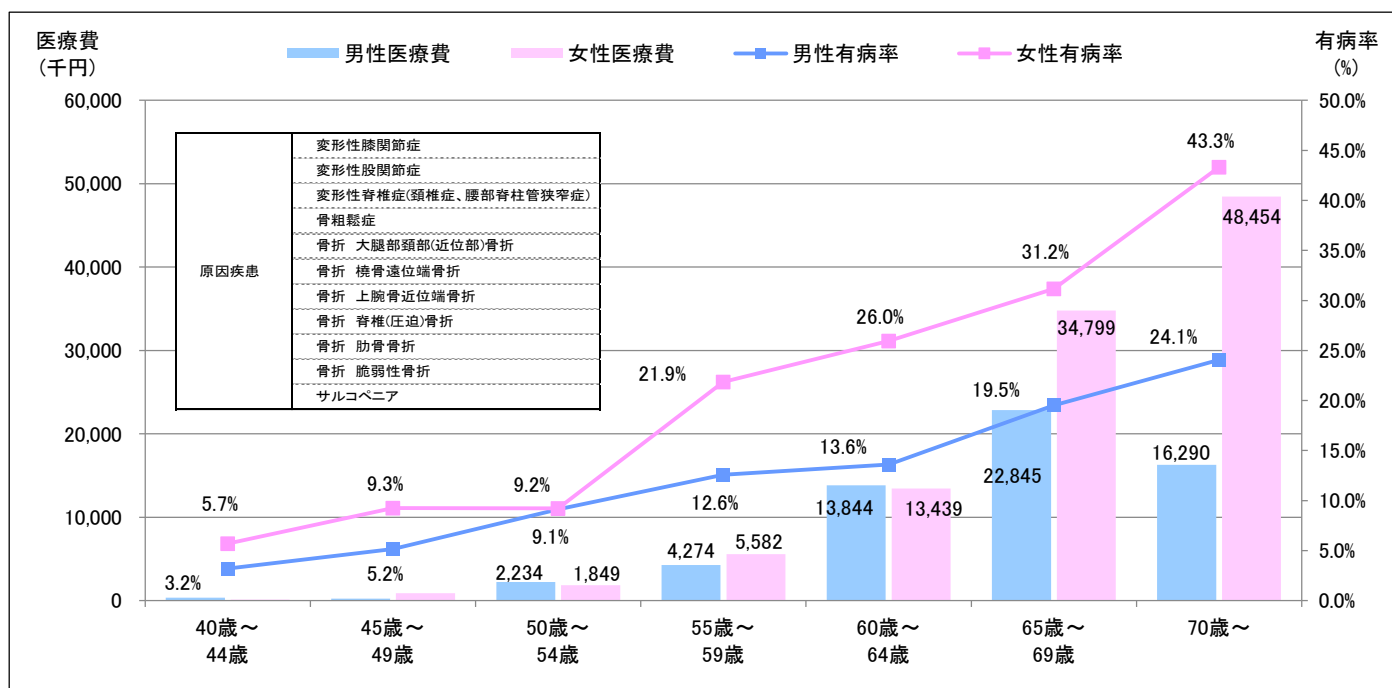
介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較



出典：KDB



(図表 18)



<年齢階層別・男女別 ロコモティブシンドローム原因疾患 有病率と医療費>

出典：データホライズンによるレセプトデータ分析

筋骨格系疾患には、関節症や骨粗鬆症などがあり、ロコモティブシンドロームの原因となる疾患であることから要介護に関連があると言われている。図表 18 はロコモティブシンドロームの原因疾患における年齢階層別男女別の有病率と医療費の分析であり、高齢になるほど有病率と医療費は高くなっているが、特に女性は、男性と比較して 50 代後半からの有病率が高くなっている。

2) 健診受診者の実態

健診結果より、指宿市の男性は、GPT(肝機能)・空腹時血糖・尿酸における有所見者の割合が全国平均及び県平均と比較して高い。女性は、BMI・GPT(肝機能)・尿酸・収縮期血圧において全国平均及び県平均より高くなっている。

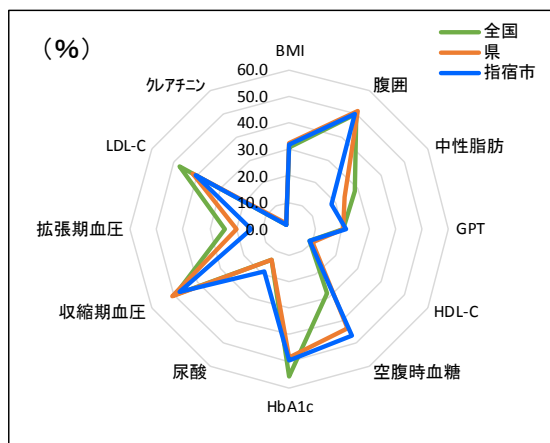
また、メタボリックシンドローム該当者については、男性 25.7%、女性 11.0%となっており、特に男性は、予備群も含めると健診受診者の半数近く(44.3%)が何かしらのリスクを持っていることになる。(図表 19, 20)

<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)> (図表 19)

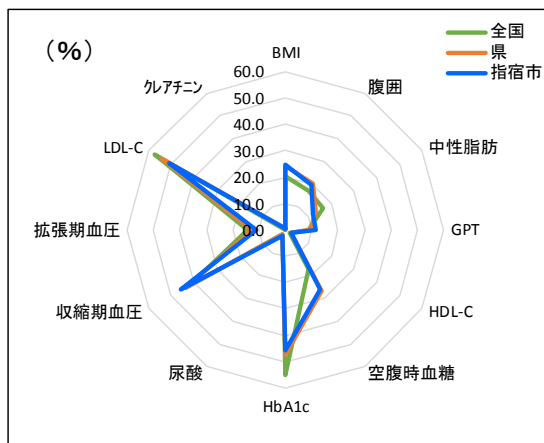
性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上													
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)
全国		30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	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	186	33.9	266	48.5	121	22.1	148	27.0	48	8.8	223	40.7	228	41.6	114	20.8	209	38.1	99	18.1	256	46.7	4	0.7	
	65-74	348	30.5	574	50.3	194	17.0	211	18.5	101	8.8	566	49.6	609	53.3	202	17.7	601	52.6	146	12.8	430	37.7	26	2.3	
	合計	601	24.8	483	19.9	285	11.8	282	11.6	58	2.4	631	26.1	1,112	45.9	60	2.5	1,104	45.6	268	11.1	1,229	50.7	8	0.3	
指宿市	合計	601	24.8	483	19.9	285	11.8	282	11.6	58	2.4	631	26.1	1,112	45.9	60	2.5	1,104	45.6	268	11.1	1,229	50.7	8	0.3	
	40-64	200	23.7	145	17.2	97	11.5	102	12.1	16	1.9	179	21.2	302	35.8	15	1.8	309	36.6	104	12.3	446	52.8	1	0.1	
	65-74	401	25.4	338	21.4	188	11.9	180	11.4	42	2.7	452	28.6	810	51.3	45	2.9	795	50.4	164	10.4	783	49.6	7	0.4	

* 全国については、有所見割合のみ表示

出典：KDB



<健診有所見者割合の比較(男性)>



<健診有所見者割合の比較(女性)>

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

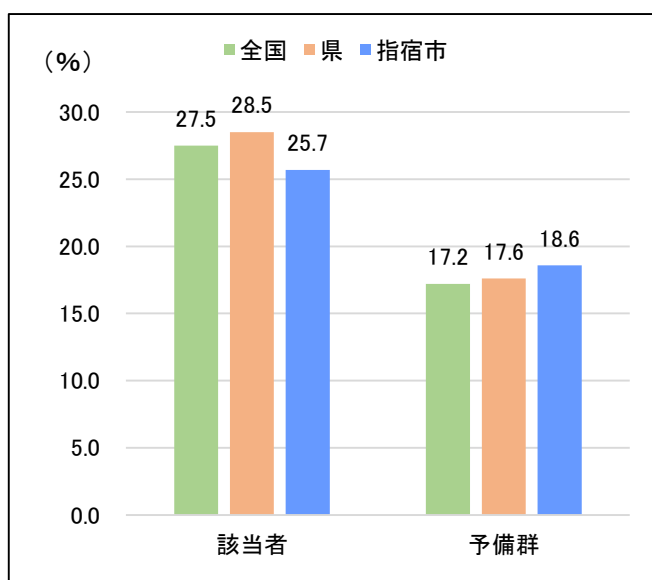
<メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）>

（図表20）

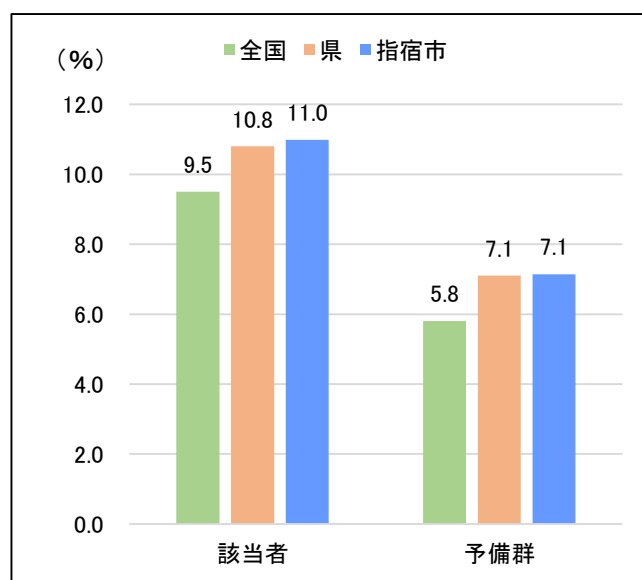
	性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
保険者	男性	合計	1,690	36.9	92	5.4	314	18.6	17	1.0	248	14.7	49	2.9	434	25.7	106	6.3	15	0.9	184	10.9	129	7.6
	40-64	548	24.5	44	8.0	100	18.2	9	1.6	67	12.2	24	4.4	122	22.3	21	3.8	4	0.7	56	10.2	41	7.5	
	65-74	1,142	48.7	48	4.2	214	18.7	8	0.7	181	15.8	25	2.2	312	27.3	85	7.4	11	1.0	128	11.2	88	7.7	
保険者	女性	合計	2,422	49.7	44	1.8	173	7.1	9	0.4	136	5.6	28	1.2	266	11.0	33	1.4	9	0.4	153	6.3	71	2.9
	40-64	844	39.7	16	1.9	55	6.5	3	0.4	42	5.0	10	1.2	74	8.8	10	1.2	2	0.2	46	5.5	16	1.9	
	65-74	1,578	57.5	28	1.8	118	7.5	6	0.4	94	6.0	18	1.1	192	12.2	23	1.5	7	0.4	107	6.8	55	3.5	

* 全国については、メタボ該当者・予備群割合のみ表示

出典：KDB



<メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合（男性）>

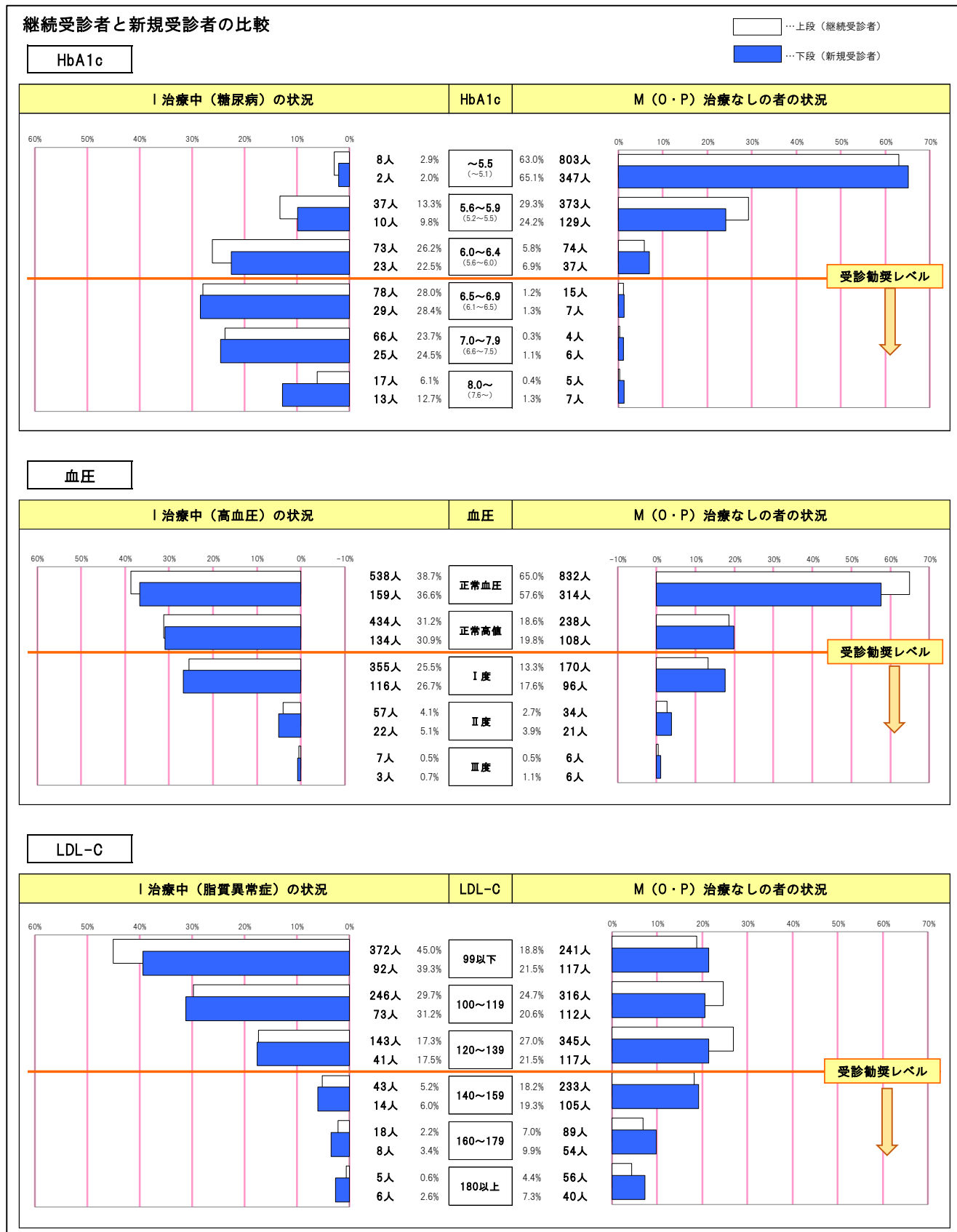


<メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合（女性）>

3) 糖尿病, 血圧, LDL のコントロール状況

継続受診者と新規受診者において、糖尿病, 血圧, LDL のコントロール状況を比較した。その結果、「治療中」「治療なし」に関わらず、新規受診者のほうが受診勧奨レベルに該当する人の割合が高くなっている。(図表 21)

(図表 21)



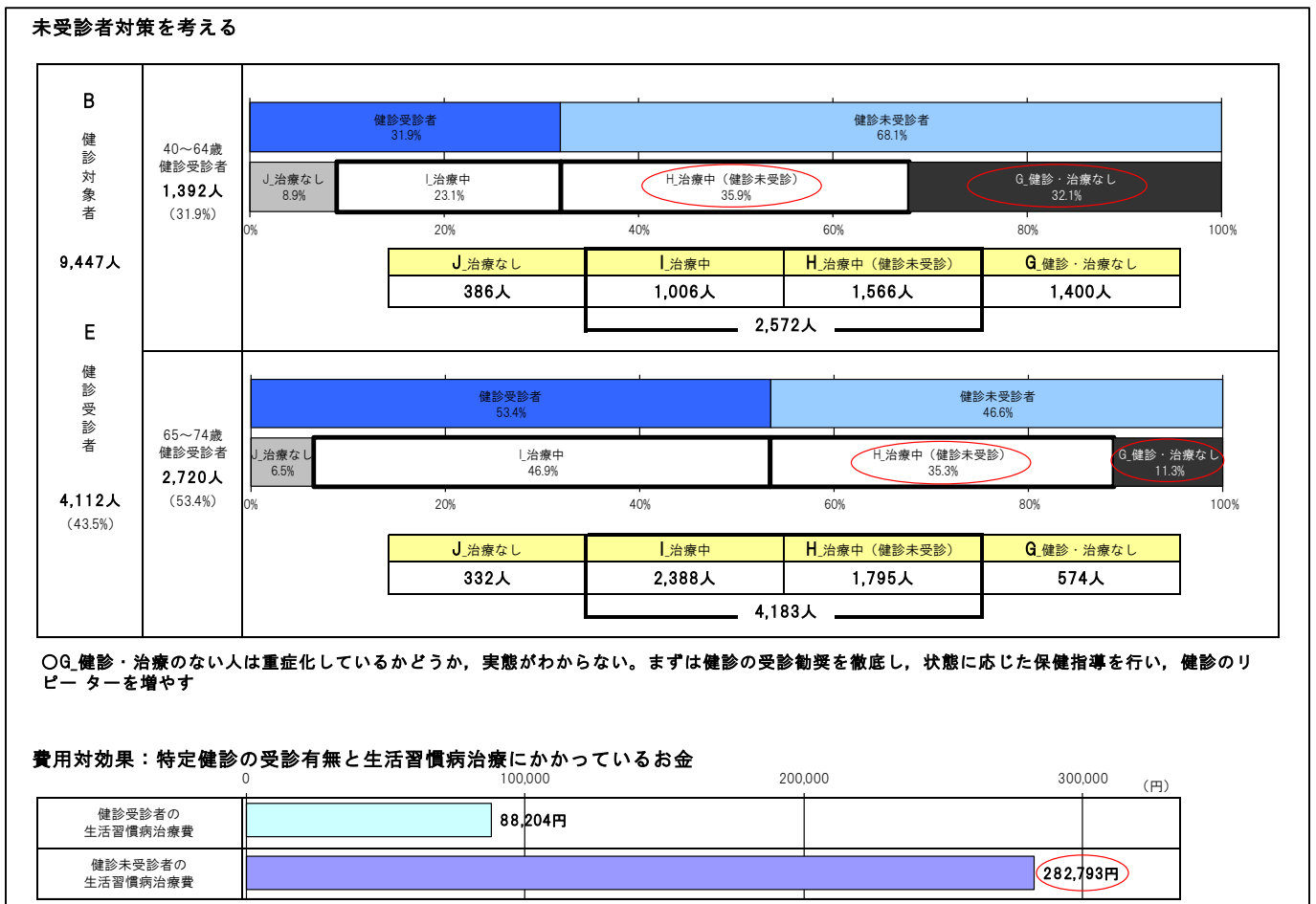
4) 未受診者の把握

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_健診・治療なし」を見ると、65歳以上の高齢者と比較して、年齢が若い40～64歳が32.1%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為、この32.1%の方に健診を受けてもらい、生活習慣病等の早期予防・早期治療に繋げることも健康増進及び医療費適正化にとって重要である。

また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用で見ても、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分かる。(図表 22)

<未受診者・健診受診者の治療状況>

(図表 22)



出典：KDB

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・重症化予防に繋がる。

5) 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から、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、総医療費に占める割合をそれぞれ減少させることを目標とする。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、必要に応じて、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。

指宿市の医療のかかり方は、レセプト件数から見ると、外来が95.8%、入院が4.2%となっている。しかし、医療費割合としては、件数割合4.2%の入院レセプトが48.8%の医療費を占めていることから、重症化して入院すると高額な医療費がかかることが明らかである。健康増進及び医療費適正化へ繋げるためにも、入院外の割合を伸ばし、入院を抑えることを目指す。その為にも、特に健診未受診かつ治療もない人に健診を受けてもらい受診率を上げることを目標とし、生活習慣病等の早期予防・早期治療に繋げる。

② 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、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。(図表46)

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、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を年々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とも、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・重症化予防に繋げることが重要で、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3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1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踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定する。

2 目標値の設定

（図表 23）

区分	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	46%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%

3 対象者の見込み

（図表 24）

区分		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（見込み）	9,967人	9,616人	9,311人	9,049人	8,672人	8,108人
	受診者数（目標）	4,585人	4,616人	4,749人	4,886人	4,943人	4,865人
特定保健指導	対象者数（見込み）	399人	402人	413人	425人	430人	423人
	受診者数（目標）	140人	161人	186人	213人	237人	254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。医療機関個別方式は医師会を代表者とする契約とし、集団方式は健診機関との個別契約とする。また、受診し易さを確保するため、対象者の利便性（土日の実施・交通のアクセス等）に配慮した実施機関の確保に努め、外部委託して実施する。

- ① 個別健診（委託医療機関）
- ② 集団健診（鹿児島厚生連病院健康管理センター・ヘルスサポートセンター鹿児島）

2) 特定健診委託基準

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

3) 特定健診実施機関リスト

個別健診	指宿地域	池田診療所	生駒外科医院	伊藤記念病院
		指宿医療センター	指宿おおしげ内科	指宿浩然会病院
		指宿さがら病院	指宿脳神経外科	いぶすき内科
		今林整形外科病院	木之下クリニック	幸南クリニック
		小吉胃腸科クリニック	肥後内科クリニック	福元医院
		外村クリニック	南記念クリニック	
	山川地域	大重内科	橋口医院	肥後胃腸科クリニック
開聞地域	赤崎病院	濱田洋一郎医院	宮菌病院	
集団健診	鹿児島厚生連病院健康管理センター			
	ヘルスサポートセンター鹿児島			

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，心電図，貧血）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て，特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう，かかりつけ医と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

<年間スケジュール>

健診の案内方法

特定健診受診券を発行し個別発送する。ホームページ及び広報誌での広報。年度途中で未受診者を抽出し、脱漏健診案内ハガキを個別発送。

地区健康推進員によるチラシ，地区放送での受診勧奨。看護師からの訪問受診勧奨，及び臨時職員による電話受診勧奨。

健診実施スケジュール

- | | | |
|---------|---|-----------------------------|
| 4月 | : | 「人間ドック」について広報誌へ掲載（6月末申込締切） |
| 6月1日 | : | 対象者へ厚生連セット健診申込書発送（6月下旬申込締切） |
| 6月1日 | : | 各日程等について広報誌へ掲載 |
| 6月 | : | 前年度の実績報告 |
| 7月～9月 | : | 各月発送対象地区へ，特定健診受診券を発送 |
| 7月～翌年2月 | : | 未受診者対策（個別健診結果・情報提供票提出依頼含む） |
| 7月～翌年9月 | : | 保健指導対象者の抽出，特定保健指導実施 |
| 12月1日 | : | 脱漏健診案内ハガキの発送 |
| 2月～3月 | : | 健診対象者整理と次年度健診の契約準備 |

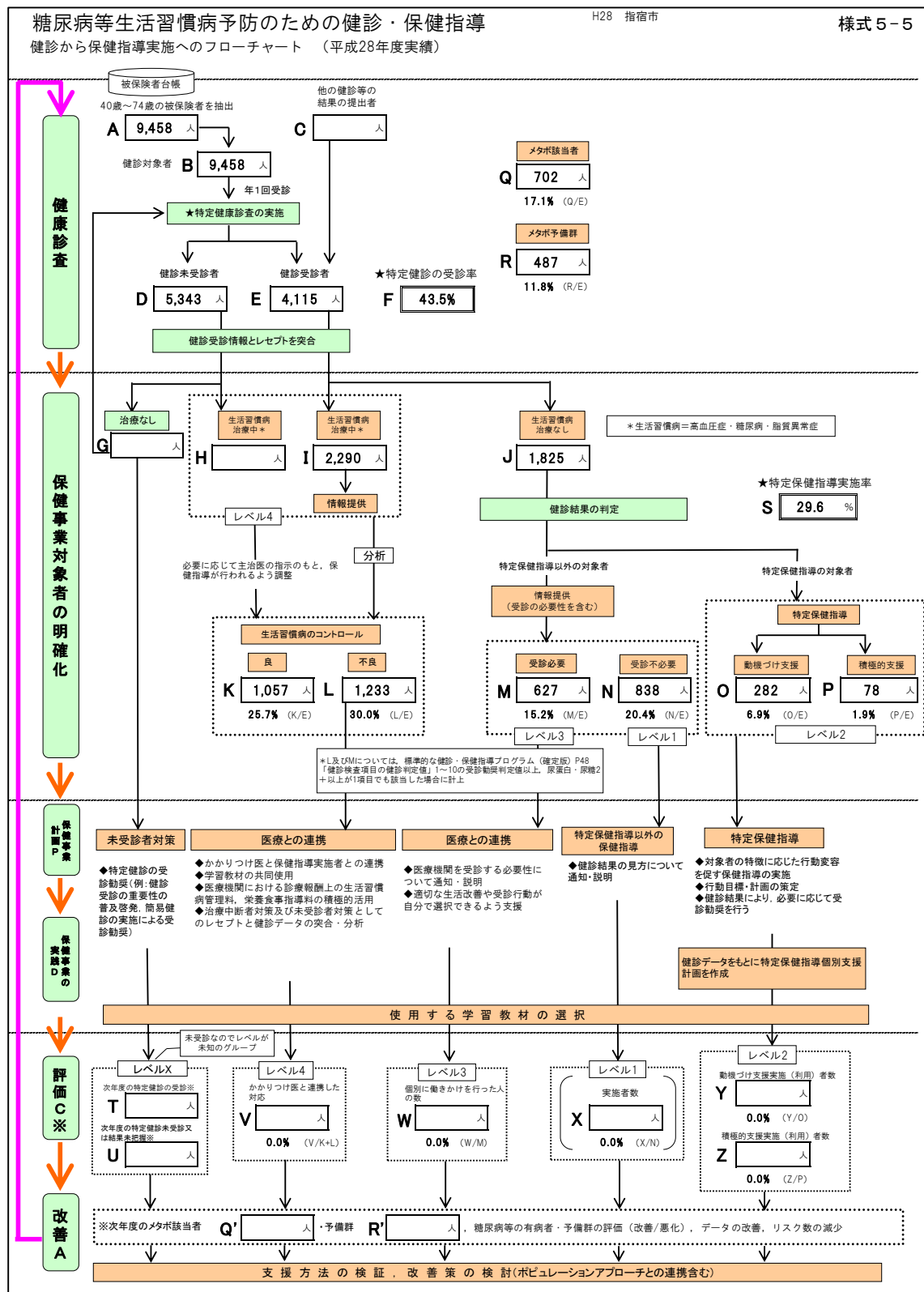
5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、「高齢者の医療の確保に関する法律」第24条に基づいて実施し、指宿市による直接実施と保健指導機関への委託形式で行う。

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を基に、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25)

(図表25)



2) 要保健指導対象者数の見込み, 選定と優先順位・支援方法（図表 26）

（図表 26）

優先順位	様式 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	M	情報提供(受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	700 人 (15.2)	HbA1c6.5 以上につ いては 100%
2	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	399 人 (8.7)	35%
3	I	情報提供(生活習慣病 治療中だがコントロール 不良)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	2,551 人 (55.7)	
4	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, 脱漏健診の実施)	5,343 人	
5	N	情報提供	◆個人への分かり易い情報提供(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)	935 人 (20.4)	

※（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PDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。（図表 27）

<健診・保健指導年間スケジュール>

（図表 27）

	未受診者対策	特定健康診査	特定保健指導	その他
	○健診を受け易い体制整備 ○継続受診者数の増加	○健診を受け易い体制整備 ○継続受診者数の増加	○特定保健指導実施率の向上 ○集団健診結果説明会の内容充実 ○医療機関における情報提供の内容充実	○重症化予防のための保健指導実施 （虚血性心疾患，脳血管疾患）
4月				
5月		◎個別健診		◎重症化予防 保健指導
6月	◎健康推進員説明会			
7月	◎訪問・電話による 受診勧奨の開始		◎特定保健指導の開始	
8月	↓			
9月		◎集団健診		
10月	◎情報提供票発送		◎集団結果報告会	◎健診異常値未治療者 受診勧奨
11月				↓
12月		↓		
1月	↓	◎脱漏健診		
2月				
3月			↓	↓

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及び指宿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、指宿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

本市では、第1期計画において、糖尿病性腎症及び脳血管疾患などの重症化予防事業をスタートさせ、一定の効果が確認できている。第2期計画においては、これらの重症化予防に対する取り組みをさらに強化する方向性である。

また、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心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り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせ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・脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防の取り組みを行う。具体的には医療機関への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り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大に繋がっている実態や、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。

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 重症化予防の取り組み

1 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成 29 年7月 10 日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び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、実施の際は、図表 28 に沿って行う。

- (1) 特定健康診査・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

＜糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取り組みの流れ＞ (図表 28)

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	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス, 安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録, 実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

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 29)

(図表 29)

糖尿病性腎症病期分類		
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/1.73㎡)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	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
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療養期)	透析療養中	

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。指宿市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては、把握が難しい。CKD診療ガイド 2012 では、尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて、対象者数把握を行った。(図表 30)

指宿市において、特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は170人(30.7%・F)であった。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,529人中のうち、特定健診受診者が383人(25.1%・

G)であったが、61人(15.9%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者1,142人(74.9%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者234人中97人は治療中断となっている。また、137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31より、指宿市における介入方法を以下のとおりとする。

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)
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)
 - ・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】

- ① 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)
 - ・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

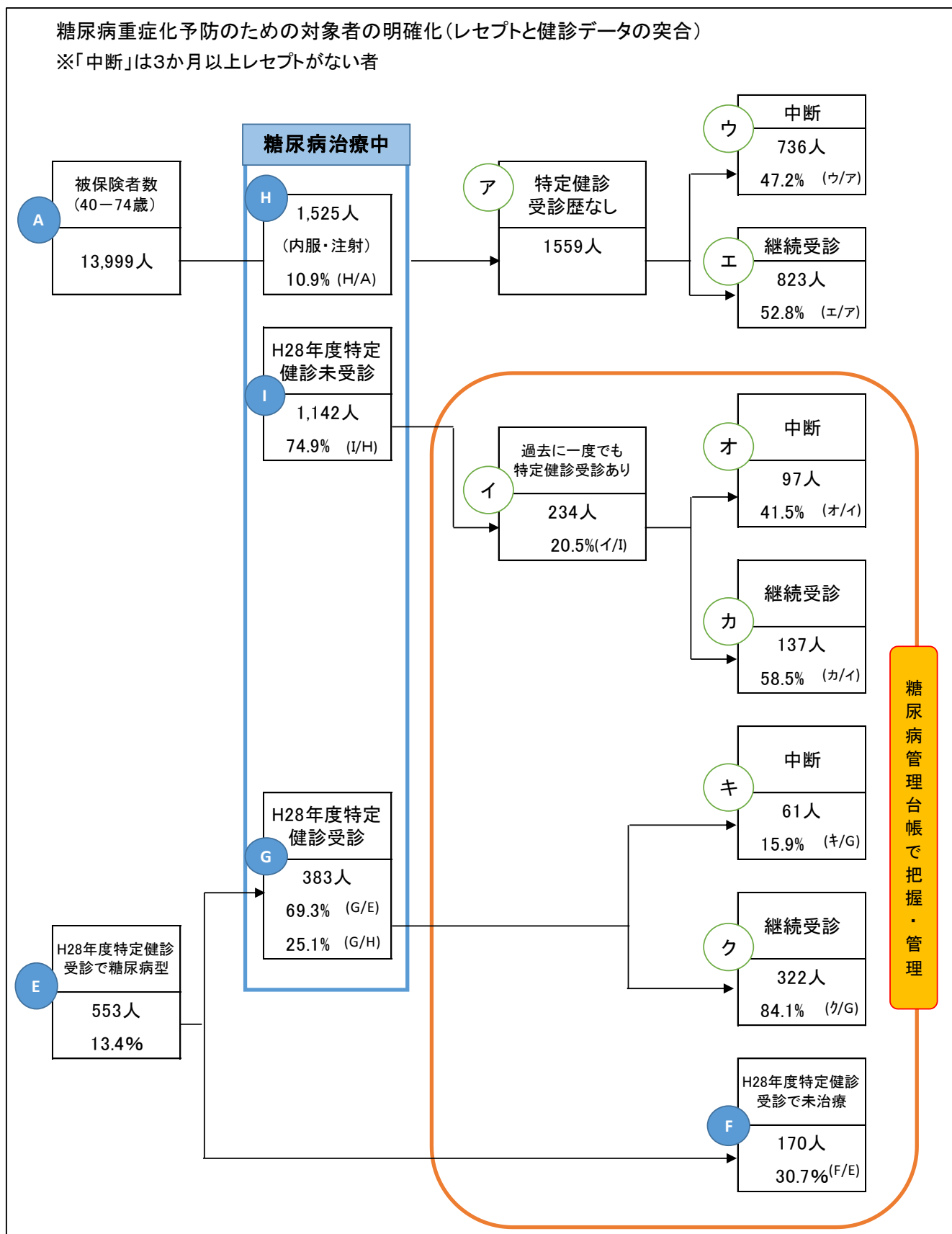
【保健指導】

- ① 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

(図表 30)

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料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関わらず、HbA1c6.5%以上は、以下の情報を管理台帳に記載する。

- ① HbA1c ② 血圧 ③ 体重 ④ eGFR ⑤ 尿蛋白

*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 以上は記載する

*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

(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

- ・特定健診の間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、結果の確認をする。

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 対象者数を把握する。

- 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。

指宿市においては、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おう。(図表 31)

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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

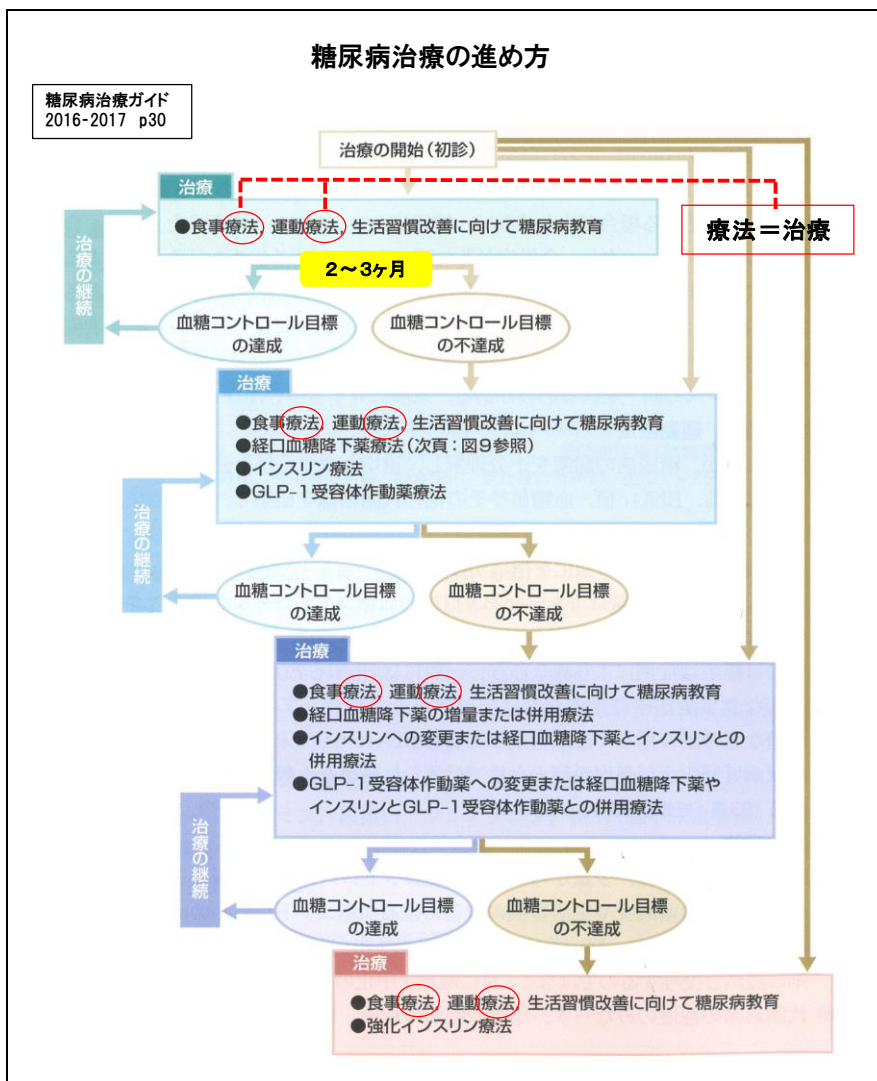
(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者であることを把握した場合には、文書または訪問にて受診勧奨を行う。

(2) 治療中の者への対応

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

(図表 31)



6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては、「糖尿病性腎症取り組み評価表」(参考資料5)を用いて行っていく。

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

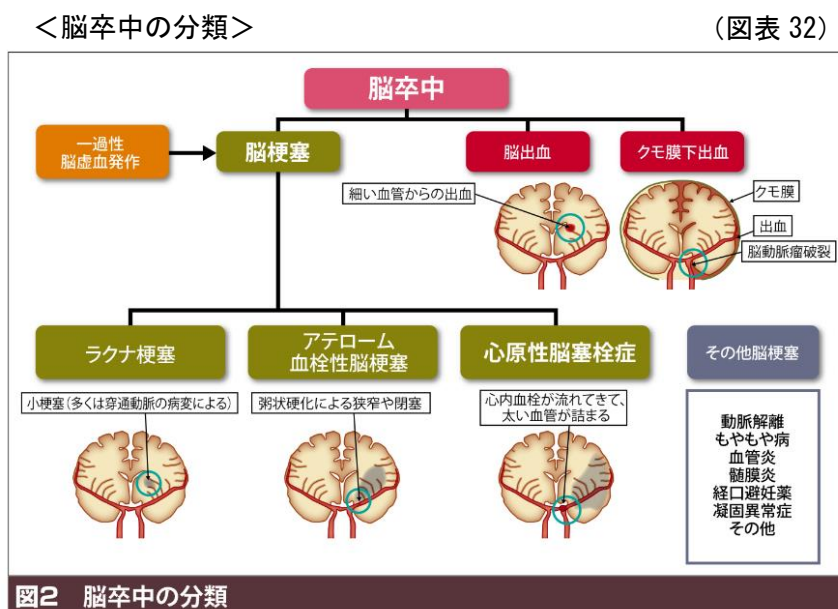
8) 実施期間及びスケジュール

- 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
- 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 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 32, 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 33)

リスク因子 ●:危険因子の管理 ○:ハイリスク群の管理 ※「脳卒中治療ガイドライン」に基づく		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	脳出血						
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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 34 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 34)

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LDL)		心房細動	メタリックシンドローム		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	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 4,115人		168人	4.1%	240人	5.8%	138人	3.4%	10人	0.2%	702人	17.1%	69人	1.7%	103人	2.5%
治療なし		79人	3.4%	119人	3.2%	127人	4.2%	2人	0.1%	89人	4.9%	11人	0.6%	18人	1.0%
治療あり		89人	4.9%	121人	31.8%	11人	1.0%	8人	0.3%	613人	26.8%	58人	2.5%	85人	3.7%
臓器障害あり		22人	27.8%	33人	27.7%	32人	25.2%	2人	100.0%	30人	33.7%	11人	100%	18人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	5人		6人		7人		0人		5人		11人		18人	
	尿蛋白(2+)以上	2人		4人		3人		0人		2人		11人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	4人		2人		5人		0人		3人		0人		18人	
	心電図所見あり	20人		31人		28人		0人		27人		3人		7人	

● : 危険因子の管理

出典 : KDB

○ : ハイリスク群の管理 ※「脳卒中治療ガイドライン」に基づく

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 168 人(4.1%)であり、79 人は未治療者であった。未治療者のうち 22 人(27.8%)は臓器障害の所見が見られたため、早急な受診勧奨が必要である。また、治療中であってもⅡ度高血圧以上が 89 人(4.9%)と多く見られ、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。

＜血圧に基づいた脳心血管リスク層別化＞

(図表 35)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上			
2,290		844	592	454	321	67	12	3ヶ月以内の 指導で140/90 以上なら降圧 薬治療	1ヶ月以内の 指導で140/90 以上なら降圧 薬治療	ただちに 降圧薬治療
		36.9%	25.9%	19.8%	14.0%	2.9%	0.5%	34	172	194
		14.1%	20.1%	12.0%	9.3%	10.6%	0.0%	1.5%	7.5%	8.5%
リスク第1層	324	170	71	42	34	7	0	34	7	0
リスク第2層	1,269	463	339	261	165	35	6	--	165	41
リスク第3層	697	211	182	151	122	25	6	--	--	153
再掲 重複あり	糖尿病	218	65	59	53	30	10	1	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	312	99	80	64	49	15	5	95.9%	21.1%
	3個以上の危険因子	319	81	76	75	71	13	3	--	78.9%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

出典：KDB

図表 35 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたる①・②については、早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

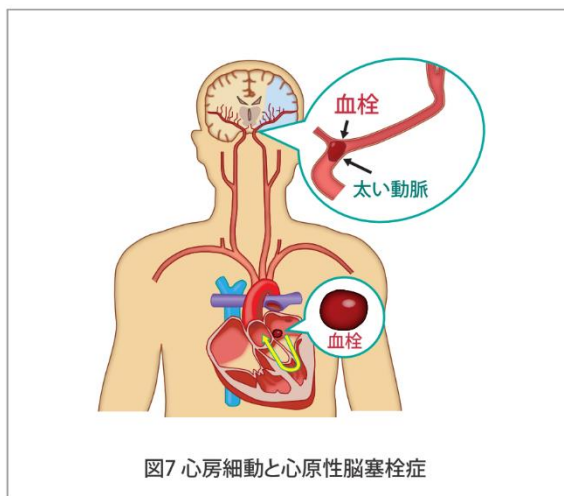


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。

しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 36 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。

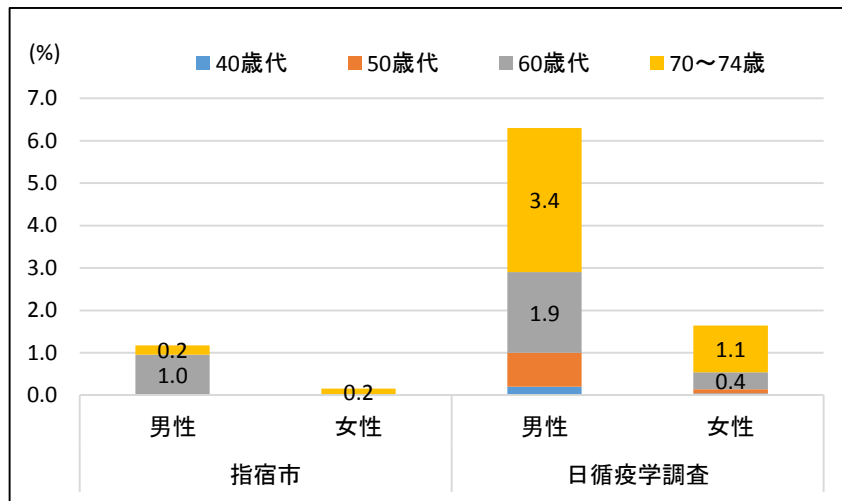
＜特定健診における心房細動有所見者状況＞ (図表 36)

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	1,564	2,177	9	0.6	1	0.0	-	-
40代	89	115	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50代	174	243	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60代	837	1,161	8	1.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	464	658	1	0.2	1	0.2	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

出典：KDB

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

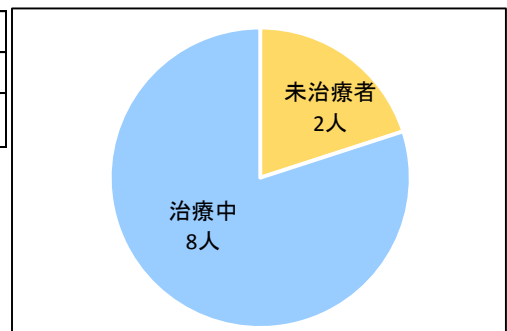


＜年代毎における心房細動有所見者割合＞

＜心房細動有所見者の治療の有無＞ (図表 37)

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
10人	100%	2人	20.0%	8人	80.0%

出典：KDB



＜心房細動有所見者における治療の有無＞

心電図検査において、10人が心房細動の所見であった。そのうち、男性が9人となっており、特に60代が多くなっている。

また、10人のうち8人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受けること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易いように心がける。治療が必要にも関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関わらず、中断していることが把握された場合も、同様に受診勧奨を行う。治療中であるが、リスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 2次健診の実施

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中にも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とあることから、対象者へは、2次健診においてこれらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め、受診勧奨を行っていく。(参考資料8)

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

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、血圧評価表、心房細動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。

短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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)

3 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015」、「虚血性心疾患の1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。

指宿市において、健診受診者4,115人のうち心電図検査実施者は3,741人(90.9%)であり、そのうち、ST所見があったのは96人であった。ST所見あり96人中のうち、14人は要精査であり、その後の受診状況を見ると2人は未受診であった。

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82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。

る。(図表 38, 39)

<心電図検査結果> (図表 38)

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成28年度	4,115人	100%	3,741人	90.9%	96人	2.6%	1,569人	41.9%	2,077人	55.5%

出典：特定健診結果

<ST 所見ありの医療機関受診状況> (図表 39)

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
96人	2.3%	14人	14.6%	12人	85.7%	2人	14.3%

出典：特定健診結果

② 心電図以外からの把握

心電図検査は、「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上もしくは、拡張期血圧 90mmHg 以上の者、又は、問診等において不整脈が疑われる者」を基準とした「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 40 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 40)

平成28年度	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST所見あり	その他の所見	異常なし		
	4,115人	96人 2.3%	1,569人 38.1%	2,077人 50.5%	373人 9.1%	
メタボ該当者	702人 17.1%	29人 4.1%	296人 42.2%	300人 42.7%	77人 11.0%	
メタボ予備群	487人 11.8%	8人 1.6%	191人 39.2%	253人 52.0%	35人 7.2%	
メタボなし	2,927人 71.1%	59人 2.0%	1,082人 37.0%	1,524人 52.1%	262人 9.0%	
LDL	140-159	419人 10.2%	11人 2.6%	158人 37.7%	217人 51.8%	33人 7.9%
	160-179	167人 4.1%	0人 0.0%	63人 37.7%	90人 53.9%	14人 8.4%
	180-	99人 2.4%	3人 3.0%	32人 32.3%	55人 55.6%	9人 9.1%

【参考】

出典：KDB

CKD	G3aA1~	566人	19人	205人	284人	58人
		13.8%	3.4%	36.2%	50.2%	10.2%

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。治療が必要にも関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関わらず、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

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の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て年1回行うものとする。その際は、糖尿病管理台帳及び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にて評価。

(2) 中長期的評価

データヘルス計画の進捗状況確認時に、「虚血性心疾患」の患者数の減少にて評価。

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

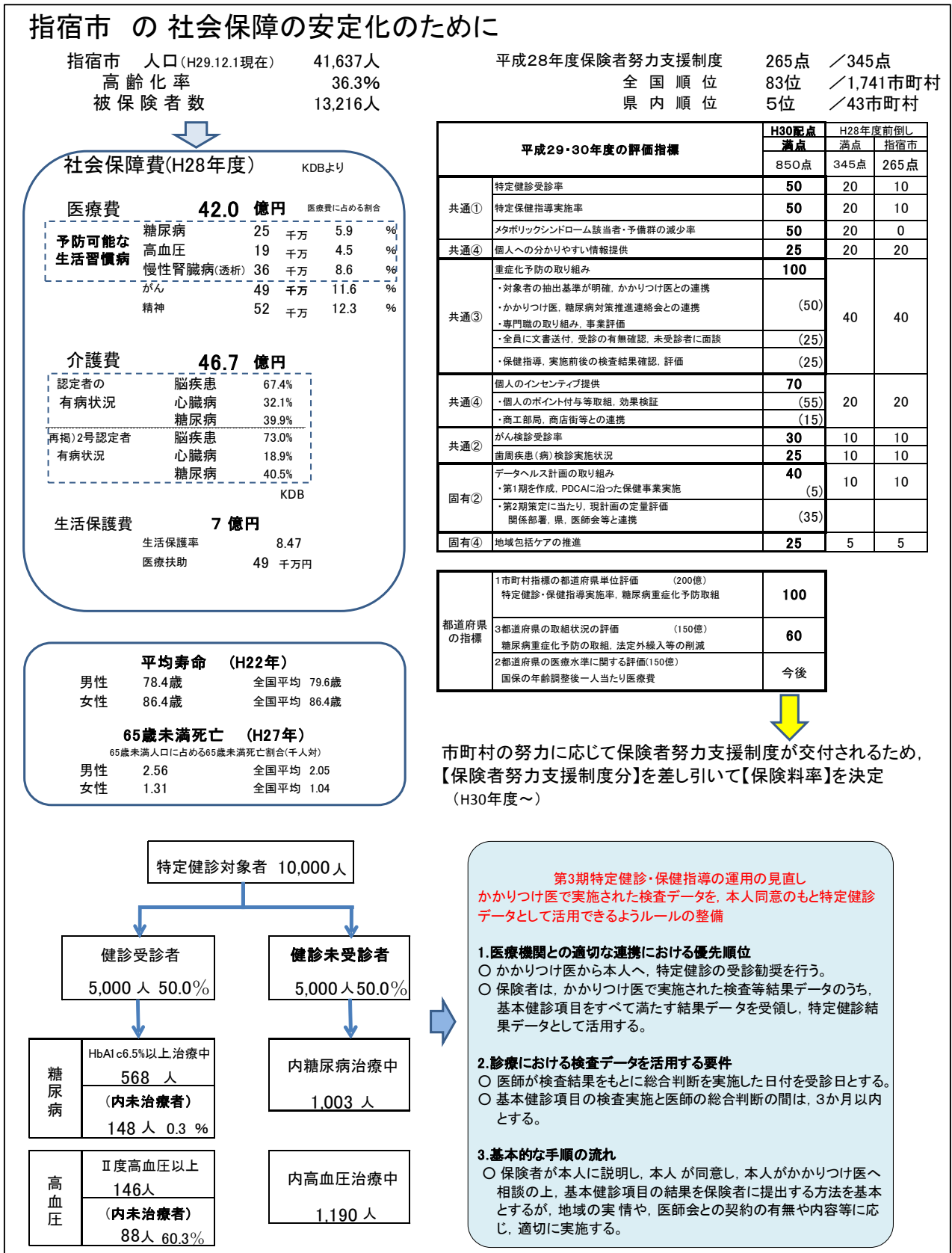
7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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繋がっている実態及び、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 41, 42)

<指宿市の社会保障の安定化のために>

(図表 41)



<食の実態>

(図表 42)

第二次指宿市健康増進計画

朝食を毎日食べる人の割合	中学生・高校生	94.5%
	18～39歳	73.6%
毎日決められた時間に3食食べている子どもの割合	1歳6ヶ月児	94.5%
	3歳児	97.0%
朝・昼・夕の3食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合	小学生	77.6%
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の人の割合	18歳以上	27.5%
自分の食生活に問題があると思う人のうち食生活の改善意欲がある人の割合	18歳以上男性	46.9%
	18歳以上女性	64.1%
食塩摂取量に気をつけて食事をしている(塩分を控えるために食事ルールを1項目以上つくる)人の割合	18歳以上	44.6%
野菜摂取量を意識して食事をしている(毎食2品以上に野菜がしっかり入っている)人の割合	18歳以上	76.1%
1日1種類以上果物を食べる人の割合	18歳以上	57.5%

(平成28年度健康増進計画に係るアンケート調査)

国民健康・栄養調査 ～鹿児島県～

食塩摂取量	男性	7位	11.3g
	女性	15位	9.3g
野菜摂取量	男性	29位	279g
	女性	35位	254g
準アルコール摂取量	11位		27.4g

(厚生労働省 平成28年度国民健康栄養調査)

食品ランキング

～鹿児島市(県庁所在地及び政令都市53市・区中)～

さつま揚げ	1位
弁当	9位
食用油	10位
しょう油	7位
砂糖	5位
酢	1位
ドレッシング	6位
ふりかけ	6位
ぎょうざ	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
果物	48位
焼酎	2位
豆類(乾燥した豆)	1位

(総務省 家計調査2014～2016年平均)

IV 保健事業の実施

具体的な保健事業の実施にあたっては、図表43の保健事業一覧のとおり実施する。

(図表43)

実施保健事業一覧

目標	分野	事業名	事業目的	取り組み内容	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
健康寿命の延伸・医療費適正化	生活習慣病の発症予防	特定健康診査	メタボリックシンドロームに着目した健康診査を行い、生活習慣病の早期発見・早期対応、重症化予防を図る。	対象者全員に受診券を送付し、市広報紙やホームページ等で周知する。受診しやすい環境づくりのため、集団健診・個別健診・人間ドックの選択方式、各種がん検診等との同時受診、土・日曜日の開催等を行う。 未受診者へ電話・訪問で受診勧奨を行う。また、年度途中に脱漏健診案内はがきを個別発送。	対象者への通知率 100%	特定健診受診率 60%
		特定保健指導	特定保健指導対象者に対し、生活習慣病の改善を促し、生活習慣病を予防する。	市による直接実施と保健指導機関への委託形式で、動機付け・積極的支援を実施。	対象者への勧奨率 100%	積極的支援及び動機付け支援対象者10%減少
	重症化予防	高ハイリスク者対策事業	高血圧症や糖尿病等から重症化したと思われる脳血管疾患や心血管疾患、腎不全の予防を図る。	特定健診の二次検査等として、対象者に頸動脈エコー検査や塩分摂取量測定、減塩指導等を行う。	対象者検査実施率 20%	経年特定健診受診状況・結果要精検者・要医療者の医療機関受診率
		糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を予防する。	健診結果でHbA1cが6.5以上で未治療者に対し、通知書を送付することで受診勧奨を行い、レセプトにて受診状況が確認できない場合は、訪問指導を行う。 糖尿病が重症化するリスクの高い治療中断者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行い、レセプトにて受診状況が確認できない場合は、訪問指導を行う。	指導対象者の指導実施率 20%	<短期指標> 指導完了者の検査値改善率 70% ・HbA1c ・BMI ・eGFR <中長期指標> ・透析移行 0人 ・人工透析患者数減
		健診異常値未治療者受診勧奨事業	メタボリックシンドロームの有無に関わらず、要治療域の者を中心に医療機関の受診勧奨及び健康相談、並びに受診状況の確認を実施する。	糖尿病で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき、保健指導を行う。	指導実施者の生活改善率 70%	健診異常値放置者 20%減少

目 標	分野	事業名	事業目的	取り組み内容	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
健康寿命の延伸・医療費適正化	医療費適正化	重症・頻回訪問指導事業	医療費の適正化を図るため、重複受診・多受診(頻回受診)者に対する適正受診の指導の充実強化に努める。	医療費の適正化を図るため、同じ疾病について自己判断で複数の医療機関へ同一月内に受診する重複受診者や、月に何度も同じ医療機関への受診を繰り返す頻回受診者に、適正な受診及び健康に対する意識啓発を図るため、訪問指導を行う。	対象者への指導実施率 100%	指導後の医科レセプト金額減少率 60%
		後発医薬品の普及促進	患者負担の軽減と医療費の抑制を図るため後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に努める。	ジェネリック医薬品の利用を促進し、医療費の削減を図るため、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減減額を通知する。	8回/年、2,000人/年への通知	普及率(数量ベース)90%
		水中運動教室	地域資源を活用し、肥満や高血圧解消のための運動を行うことで、メタボをストップし、毎日笑顔で健康な生活を送れることを目指す。	健診結果に基づいて抽出された対象者に参加案内をする。その他、広報紙・チラシ等で周知し募集する。アクアウォーキング、ストレッチ、筋力トレーニングを組み合わせた水中運動と血圧測定等、健康チェックを行う教室を、市内3施設において年間各6回程度実施する。	市内3施設、20人/施設 6回/施設	教室参加者の検査値改善率 50%
	e-wellness 健幸運動教室	生活習慣病や介護予防のために、運動習慣を定着させることを目的とした健幸運動教室を実施する。	特定健診結果に基づいて抽出された対象者に参加案内をする。その他、広報紙・チラシ等で周知し募集する。	市内1施設で実施 週1回、6教室、20人/教室	教室参加者の体力年齢の改善率 80%	

第5章 地域包括ケアに係る取り組み

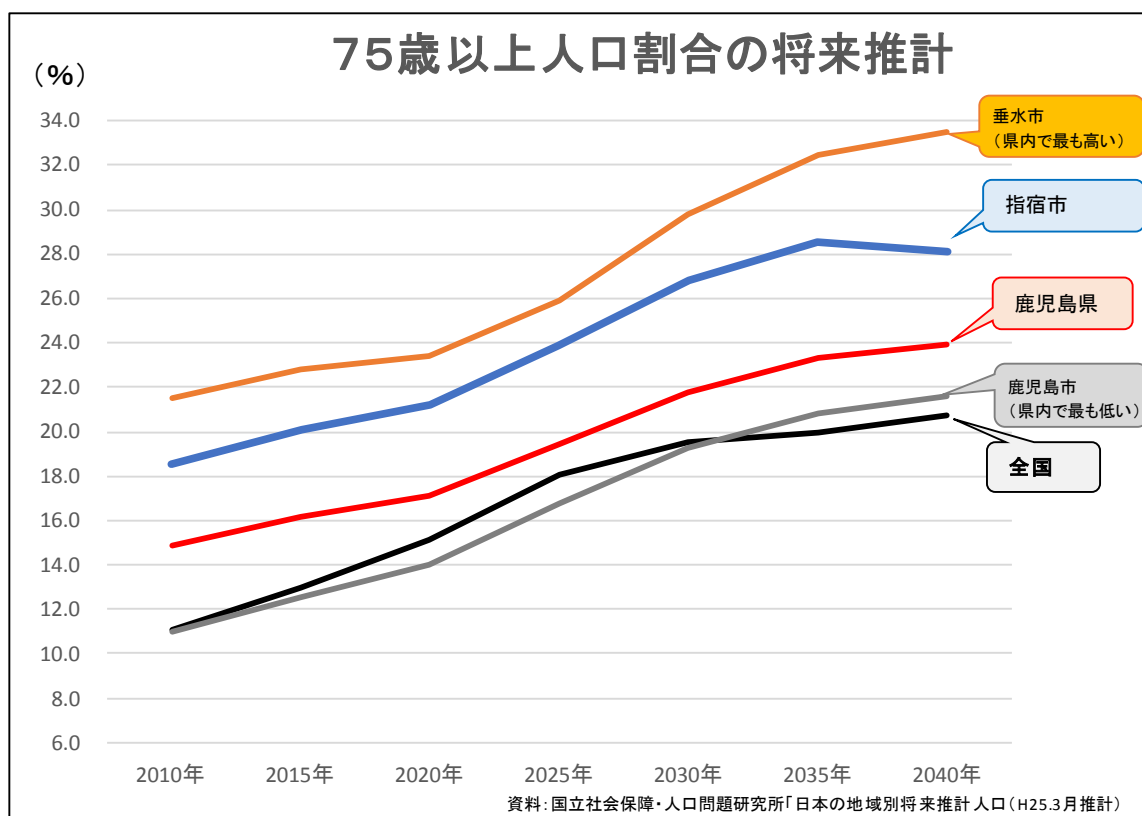
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、『予防』を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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うち脳血管疾患、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繋がる。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り組み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44)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は、国保にとっても本市にとっても非常に重要である。

(図表 44)



<前期高齢者の市町村国保に占める割合>

(図表 45)

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

出典：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。医師や薬剤師、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繋がる。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

進捗確認のため、3年後の平成32年度に中間評価を行う。

また、計画最終年度の平成35年度においては、次期計画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>

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

具体的な評価方法は、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・栄養士等が定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年取りまとめ、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 目標管理一覽

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 46)

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		中間評価値				最終評価値				現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35			
特定健診等計画	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。	特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率が目標値より下回っている。	特定健診受診率60%以上	43.5%	44.0%	46.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	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	29.6%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%			
中長期	・糖尿病や脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全などの生活習慣病関連疾患を含む分類は、医療費全体の30%以上を占めている。	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。	特定保健指導対象者の減少率50%	39.0%	40.5%	42.0%	43.5%	45.0%	46.5%	48.0%	50.0%	KDBシステム		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.2%										
データヘルス計画	・糖尿病や脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全などの生活習慣病関連疾患を含む分類は、医療費全体の30%以上を占めている。	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。	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.3%			H29より減少				H29より減少			
			新規透析導入者の割合の減少	0.1%										
短期	・全死亡に占めるがんによる死亡者数の割合が25.8%(H27)と高い。	がんの早期発見、早期治療。	健診受診者の高血圧の割合減少(160/100以上)	4.1%			4.0%				3.8%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	9.1%			8.8%				8.6%			
保険者努力支援制度	・健康づくり無関心層が70%を占めている。	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	8.8%			8.6%				8.3%			
			糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合の増加	未把握			H29より増加				H29より増加			
短期	・数量シェアH28年88.8%	後発医薬品の使用により、医療費の削減。	糖尿病の保健指導を実施した割合の増加											
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	4.2%	8.0%	12.0%	16.0%	20.0%	24.0%	28.0%	32.0%			
短期	・健康づくり無関心層が70%を占めている。	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	肺がん検診 50%以上	22.5%	25.0%	27.7%	29.8%	32.2%	34.6%	37.0%	39.4%	地域保健事業報告		
			大腸がん検診 50%以上	8.3%	12.0%	15.6%	19.2%	22.8%	26.4%	30.0%	33.6%			
短期	・健康づくり無関心層が70%を占めている。	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	子宮頸がん検診 50%以上	11.6%	14.8%	18.0%	21.2%	24.5%	27.5%	31.0%	34.0%	指都市健康・協働のまちづくり課 後発医薬品・薬類通知 効果測定支援システム(団体連合会)		
			乳がん検診 50%以上	20.1%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	32.5%	35.0%	37.5%			
短期	・健康づくり無関心層が70%を占めている。	自己の健康に関心を持つ住民が増える。	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合9%以上	1.9%	2.9%	4.0%	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%	9.0%			
			後発医薬品の使用割合90%以上	68.8%	72.0%	75.0%	78.0%	81.0%	84.0%	87.0%	90.0%			

＜データヘルス計画の目標管理一覽表＞

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

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得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他、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・配布にあたっては、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 個人情報の取り扱い

指宿市においては、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) 国・県・同規模平均と比べてみた指宿市の位置
- (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(永年)
- (参考資料4) 糖尿病管理台帳からの年次計画
- (参考資料5) 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- (参考資料6) 虚血性心疾患予防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) 医療機関受診状況の把握
- (参考資料11) ジェネリック医薬品普及率
- (参考資料12) 水中運動教室
- (参考資料13) 平成28年度校區別患者1人当たり医療費
- (参考資料14) 用語解説

＜国・県・同規模平均と比べてみた指宿市の位置＞

(参考資料1)

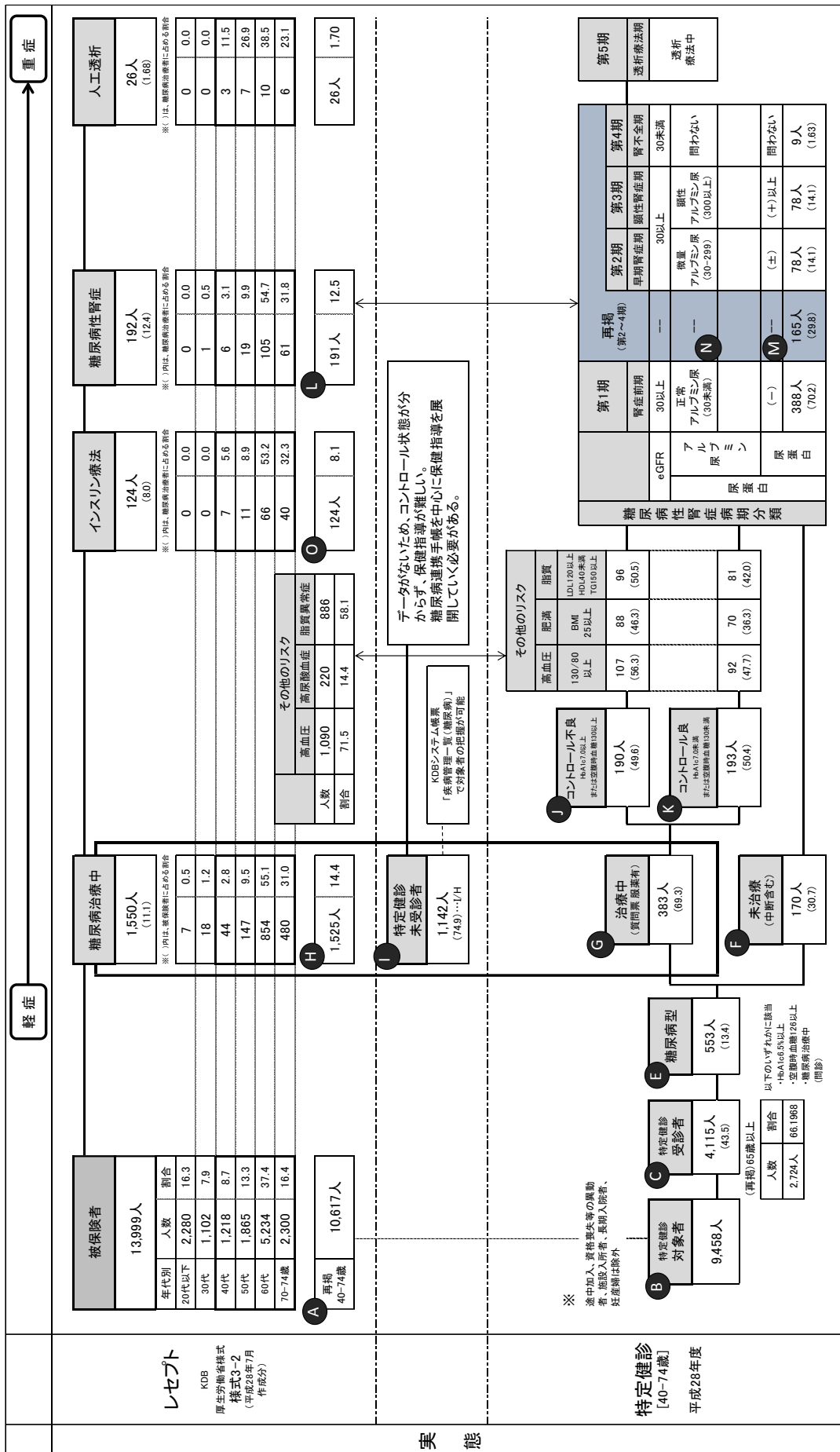
項目		H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1※	① 人口構成	総人口	44,142		44,142		9,030,767		1,691,041		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		65歳以上(高齢化率)	14,235	32.2	14,235	32.2	2,626,654	29.1	449,078	26.6	29,020,766	23.2	
		75歳以上	8,220	18.6	8,220	18.6			251,927	14.9	13,989,864	11.2	
		65~74歳	6,015	13.6	6,015	13.6			197,151	11.7	15,030,902	12.0	
		40~64歳	15,029	34.0	15,029	34.0			572,168	33.8	42,411,922	34.0	
	39歳以下	14,878	33.7	14,878	33.7			669,795	39.6	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	22.5		22.5		11.4		10.4		4.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		第2次産業	14.7		14.7		27.5		19.6		25.2		
		第3次産業	62.8		62.8		61.1		70.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.3		78.3		79.2		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		85.2		85.2		86.4		86.3		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.1		64.1		65.1		64.8		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	65.6		65.6		66.8		66.6		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	101.6		103.4		104.8		102.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	101.6		103.4		104.8		102.1		100		
		女性	102.0		101.3		101.5		99.4		100		
		がん	198	50.0	183	46.4	32,164	46.4	5,546	46.2	367,905	49.6	
		心臓病	87	22.0	97	24.6	19,517	28.2	3,146	26.2	196,768	26.5	
		脳疾患	81	20.5	84	21.3	11,781	17.0	2,166	18.0	114,122	15.4	
		糖尿病	6	1.5	10	2.5	1,340	1.9	233	1.9	13,658	1.8	
	腎不全	15	3.8	14	3.6	2,559	3.7	560	4.7	24,763	3.3		
	自殺	9	2.3	6	1.5	1,902	2.7	355	3.0	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	80		11.5		61		9.0		2,154		10.0
男性		56		16.8		44		14.5		1,456		13.8	
女性		24		6.7		17		4.5		698		6.3	
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	2,850	19.8	2,998	21.0	539,696	20.5	99,733	22.2	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	59	0.3	49	0.3	8,952	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	78	0.5	51	0.4	11,164	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	561	19.0	601	20.0	125,636	22.3	22,589	22.0	1,350,152	22.1	
		高血圧症	1,788	60.4	1,876	61.6	306,174	54.6	60,158	58.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	751	25.2	814	26.9	159,862	28.4	29,779	28.9	1,741,866	28.4	
		心臓病	2,031	69.0	2,148	70.4	349,548	62.5	69,010	67.5	3,529,682	58.0	
		脳疾患	1,214	40.9	1,294	41.5	154,945	27.9	35,809	35.2	1,538,683	25.5	
		がん	278	9.8	334	10.9	58,440	10.3	11,405	11.1	631,950	10.3	
		筋・骨格	1,778	59.7	1,788	59.0	303,462	54.1	61,746	60.5	3,067,196	50.3	
精神		1,069	36.2	1,257	40.3	213,558	37.8	41,682	40.5	2,154,214	35.2		
再掲/認知症	659	22.6	864	26.4	136,992	24.0	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	280,468	3,992,460,219	295,045	4,199,965,585	313,428	63,266,183	331,923	46,659,166	310,082	—		
	1件当たり給付費(全体)	71,299		70,724		66,717		65,532		58,284			
	居宅サービス	44,226		42,758		41,744		43,003		39,662			
	施設サービス	291,129		285,420		278,164		284,004		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	11,121	10,196	8,281	8,789	7,980						
	認定なし	4,012	4,473	4,037	4,245	3,816							
4	① 国保の状況	被保険者数	14,770		13,484		2,264,375		423,755		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65~74歳	5,011	33.9	5,344	39.6			170,126	40.1	12,462,053	38.2	
		40~64歳	5,941	40.2	4,895	36.3			147,782	34.9	10,946,693	33.6	
		39歳以下	3,818	25.8	3,245	24.1			105,847	25.0	9,178,477	28.2	
	加入率	33.5		30.5		25.1		25.1		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	12	0.8	12	0.9	833	0.4	256	0.6	8,255	0.3	
		診療所数	35	2.4	33	2.4	6,529	2.9	1,406	3.3	96,727	3.0	
		病床数	1,490	100.9	1,490	110.5	135,296	59.7	34,275	80.9	1,524,378	46.8	
		医師数	105	7.1	116	8.6	16,982	7.5	4,300	10.1	299,792	9.2	
		外来患者数	744.3		768.3		698.5		710.0		668.1		
入院患者数	33.4		33.9		23.6		29.9		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	30,636	県内13位 同規模32位	31,913	県内17位 同規模43位	27,772		30,549		24,245			
	受診率	777.731		802.173		722.103		739.897		686.286			
	外来	費用の割合	51.3	51.2	56.9	52.2	60.1						
	件数の割合	95.7	95.8	96.7	96.0	97.4							
	入院	費用の割合	48.7	48.8	43.1	47.8	39.9						
	件数の割合	4.3	4.2	3.3	4.0	2.6							
1件あたり在院日数	19.6日		18.9日		17.0日		18.7日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調期含む)	がん	556,253,610	16.9	581,209,320	18.6	23.9	20.7	25.6					
	慢性腎不全(透析あり)	413,451,530	12.5	361,401,840	11.6	9.1	12.6	9.7					
	糖尿病	238,254,210	7.2	236,678,720	7.6	9.9	8.3	9.7					
	高血圧症	339,724,040	10.3	257,364,620	8.2	8.9	7.2	8.6					
	脂質異常症	89,616,480	2.7	92,331,270	3.0	5.0	3.6	5.3					
	脳梗塞・脳出血	176,853,240	5.4	166,907,230	5.3	4.0	4.7	4.0					
	狭心症・心筋梗塞	94,605,320	2.8	68,320,180	2.2	3.2	3.2	3.7					
	精神	867,054,450	26.3	827,322,610	26.5	19.6	23.4	16.9					
筋・骨格	462,324,870	14.0	494,749,500	15.9	15.2	15.1	15.2						

※ 1 は全て平成 22 年国勢調査に基づく数値であるため、「H25」「H28」は同数値となる。

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	484,365	1,188	527,346	1,188					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題			
				高血圧	494,431	2,032	516,569	1,922								
				脂質異常症	485,967	960	489,099	1,149								
				脳血管疾患	533,074	954	552,987	897								
				心疾患	507,960	500	569,386	502								
				腎不全	514,475	246	589,302	233								
				精神	393,613	2,734	400,645	2,625								
				悪性新生物	577,635	1,071	593,556	959								
				外来	糖尿病	31,036	21,493	31,096	20,158							
					高血圧	28,525	47,342	28,080	45,585							
					脂質異常症	24,792	29,805	24,627	31,270							
					脳血管疾患	27,861	12,237	25,968	12,962							
					心疾患	45,891	7,244	43,851	6,565							
					腎不全	191,089	2,218	187,169	2,013							
精神	34,290	12,569	34,422		12,058											
悪性新生物	41,053	8,630	42,341	9,290												
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	83,577		88,204		89,952		100,364		79,159	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題			
		健診未受診者		240,245		282,793		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 突合	受診勧奨者	2,397	57.1	2,147	52.2	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	2,277	54.2	2,051	49.9	331,214	51.2	64,096	51.3	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	120	2.9	96	2.3	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	4,198		4,112		647,170		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	40.4	県内31位 同規模87位	43.5	県内28位 同規模84位	39.8	43.1	全国8位	36.4					
			初回	1,087	25.9	479	11.6	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)	176	42.5	82	22.8	29629	38.1	13,520	31.8	205756.1	48.9			
			非肥満高血糖	336	8.0	349	8.5	68,180	10.5	11,552	9.3	737,886	9.3			
			メタボ	該当者	719	17.1	700	17.0	115,126	17.8	23,163	18.6	1,365,855		17.3	
				男性	447	25.5	434	25.7	78,359	27.4	15,563	28.5	940,335		27.5	
				女性	272	11.1	266	11.0	36,767	10.2	7,600	10.8	425,520		9.5	
			BMI	予備群	494	11.8	487	11.8	69,101	10.7	14,588	11.7	847,733		10.7	
				男性	324	18.5	314	18.6	47,257	16.5	9,606	17.6	588,308		17.2	
				女性	170	7.0	173	7.1	21,844	6.0	4,982	7.1	259,425		5.8	
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	1,364	32.5	1,323	32.2	205,718	31.8	42,303	33.9		2,490,581	31.5
					男性	867	49.4	840	49.7	139,882	48.9	28,019	51.4		1,714,251	50.2
				女性	497	20.4	483	19.9	65,836	18.2	14,284	20.3	776,330		17.3	
				BMI	総数	255	6.1	258	6.3	33,976	5.2	6,625	5.3		372,685	4.7
					男性	37	2.1	42	2.5	5,403	1.9	1,020	1.9		59,615	1.7
				女性	218	8.9	216	8.9	28,573	7.9	5,605	8.0	313,070		7.0	
				血糖のみ	18	0.4	26	0.6	4,666	0.7	937	0.8	52,296		0.7	
				血圧のみ	397	9.5	384	9.3	48,120	7.4	10,832	8.7	587,214		7.4	
脂質のみ	79	1.9		77	1.9	16,315	2.5	2,819	2.3	208,214	2.6					
血糖・血圧	149	3.5		139	3.4	19,030	2.9	4,388	3.5	212,002	2.7					
血糖・脂質	21	0.5	24	0.6	6,579	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9						
血圧・脂質	378	9.0	337	8.2	53,745	8.3	10,659	8.5	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	171	4.1	200	4.9	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	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	1,825	43.5	1,822	44.3	259,611	35.5	50,390	40.4	2,650,283	33.6		
				糖尿病	377	9.0	380	9.2	53,445	8.3	12,088	9.7	589,711	7.5		
				脂質異常症	891	21.2	1,062	25.8	154,568	23.9	28,308	22.7	1,861,221	23.6		
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	263	7.2	236	6.2	20,399	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	257	7.0	257	6.8	35,833	5.8	9,034	7.4	417,378	5.5		
				腎不全	23	0.6	21	0.6	3,288	0.5	959	0.8	39,184	0.5		
				貧血	345	9.4	347	9.6	56,999	9.2	10,539	8.6	761,573	10.2		
			喫煙	385	9.2	404	9.8	87,621	13.5	14,067	11.3	1,122,649	14.2			
			週3回以上朝食を抜く	242	6.7	218	6.2	38,837	6.9	9,919	8.1	585,344	8.7			
			週3回以上食後間食	325	9.0	353	10.1	68,351	12.0	13,431	11.0	803,966	11.9			
			週3回以上就寝前夕食	736	20.2	646	18.2	82,506	14.5	21,086	17.3	1,054,516	15.5			
			食べる速度が速い	889	24.5	862	24.5	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	1,205	33.3	1,159	33.0	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	2,287	57.2	2,142	57.1	355,238	62.0	67,654	55.3	4,026,105	58.8			
1日1時間以上運動なし	1,584	43.6	1,539	43.7	258,590	45.1	54,729	44.8	3,209,187	47.0						
睡眠不足	751	20.8	748	21.4	139,179	24.3	26,766	22.0	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	1,059	26.0	1,026	25.6	155,329	25.3	31,047	25.3	1,886,293	25.6						
時々飲酒	770	18.9	737	18.4	124,825	20.3	26,092	21.3	1,628,466	22.1						
一日飲酒量	1合未満	1,417	62.9	1,322	61.2	257,268	63.8	45,862	62.9	3,333,836	64.0					
	1~2合	612	27.2	616	28.5	97,734	24.3	20,515	28.1	1,245,341	23.9					
	2~3合	194	8.6	193	8.9	37,372	9.3	5,557	7.6	486,491	9.3					
	3合以上	29	1.3	30	1.4	10,629	2.6	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)



<糖尿病管理台帳（永年）>

（参考資料3）

番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病	高血圧										
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症		CKD	血圧								
									GFR								
								尿蛋白									

<糖尿病管理台帳からの年次計画>

（参考資料4）

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
	対象者把握			
結果把握 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数 (A+B)	()人		
	A 健診未受診者	()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
	結果把握(内訳)		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
	①国保(生保)	()人	3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	②後期高齢者	()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	尿アルブミン検査の継続
	③他保険	()人		栄養士中心
	④住基異動(死亡・転出)	()人		
	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			
B 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	()人			
*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-)	()人			
(±)	()人			
(+) ~顕性腎症	()人			
③eGFR値の変化				
1年で25%以上低下	()人			
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下	()人			

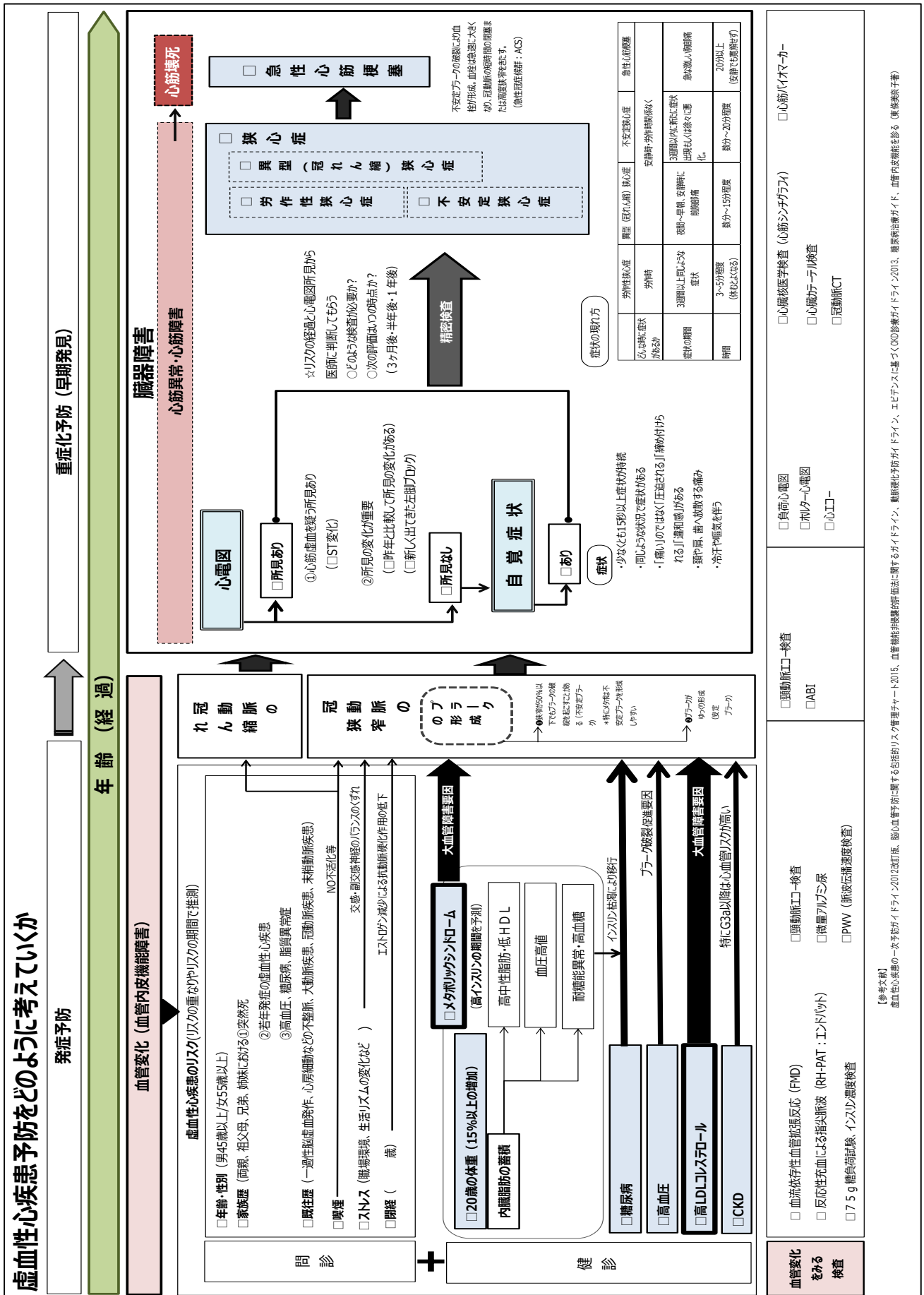
＜糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価＞

(参考資料5)

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66		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	13,999人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲) 40-74歳	10,617人							
2	①	対象者数	9,458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	4,115人							
	③	受診率	43.5%							
3	①	特定 保健指導 対象者数	331人							
	②	実施率	29.6%							
4	①	糖尿病型	E	553人	13.4%					特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	170人	30.7%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	383人	69.3%					
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	190人	49.6%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	107人	56.3%					
	⑥	肥満 BM 125以上	J	88人	46.3%					
	⑦	コントロール長 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	193人	50.4%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	388人	70.2%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		78人	14.1%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		78人	14.1%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		9人	1.6%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		110.7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)		143.6人						
	③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千 対	入院外(件数)	8,744件	(854.0)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)	111件	(10.8)			40件	(5.8)	
	⑤	糖尿病治療中	H	1,550人	11.1%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲) 40-74歳	H	1,525人	14.4%					
	⑦	健診未受診者	I	1,142人	74.9%					
	⑧	インスリン治療	O	124人	8.0%					
	⑨	(再掲) 40-74歳		124人	8.1%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	192人	12.4%					
	⑪	(再掲) 40-74歳		191人	12.5%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		26人	1.68%					
	⑬	(再掲) 40-74歳		26人	1.70%					
	⑭	新規透析患者数		9人	0.01%					
	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)		26人	1.9%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	総医療費		52億7571万円				29億9383万円		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		31億1973万円				17億2834万円		
	③	(総医療費に占める割合)		59.1%				57.7%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,560円				7,709円		
	⑤		健診未受診者	31,448円				34,303円		
	⑥	糖尿病医療費		2億3668万円				1億7157万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.6%				9.9%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		6億2684万円						
	⑨	1件あたり		31,096円						
	⑩	糖尿病入院総医療費		6億2649万円						
	⑪	1件あたり		527,346円						
	⑫	在院日数		19日						
	⑬	慢性腎不全医療費		3億6924万円				1億6920万円		
	⑭	透析有り		3億6140万円				1億5806万円		
	⑮	透析なし		784万円				1114万円		
7	①	介護給付費		41億9997万円				31億7863万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		6件	16.2%					
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		10人	1.5%			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

＜虚血性心疾患予防をどのように考えていくか＞

(参考資料6)



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非薬理的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づく00診療ガイドライン2013、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能検査(医療従事者)

＜虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方＞

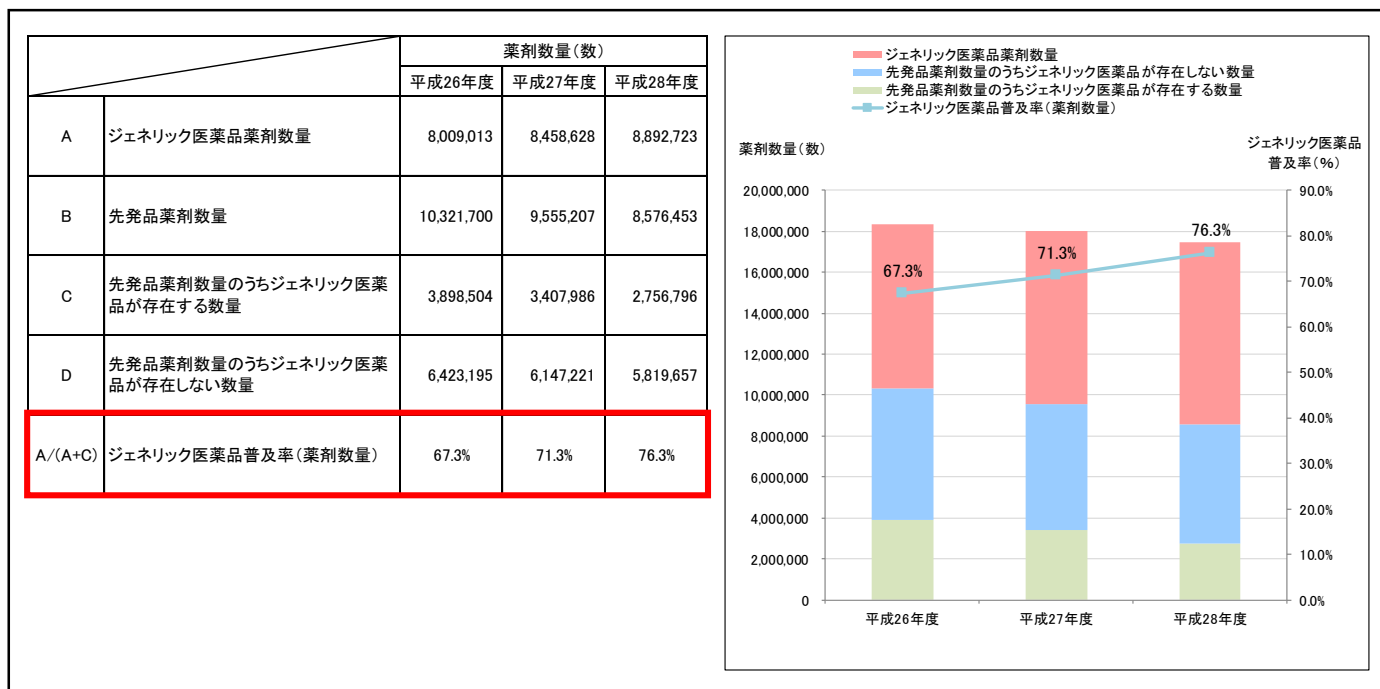
(参考資料7)

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"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者	
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			
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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	
④ 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
		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
		食後	～139		140～199
	<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		
	拡張期	～84	85～89		
<input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別) <input type="checkbox"/> 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	
eGFR		60未満			
尿蛋白	(-)	(+)～			
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3a1～			
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

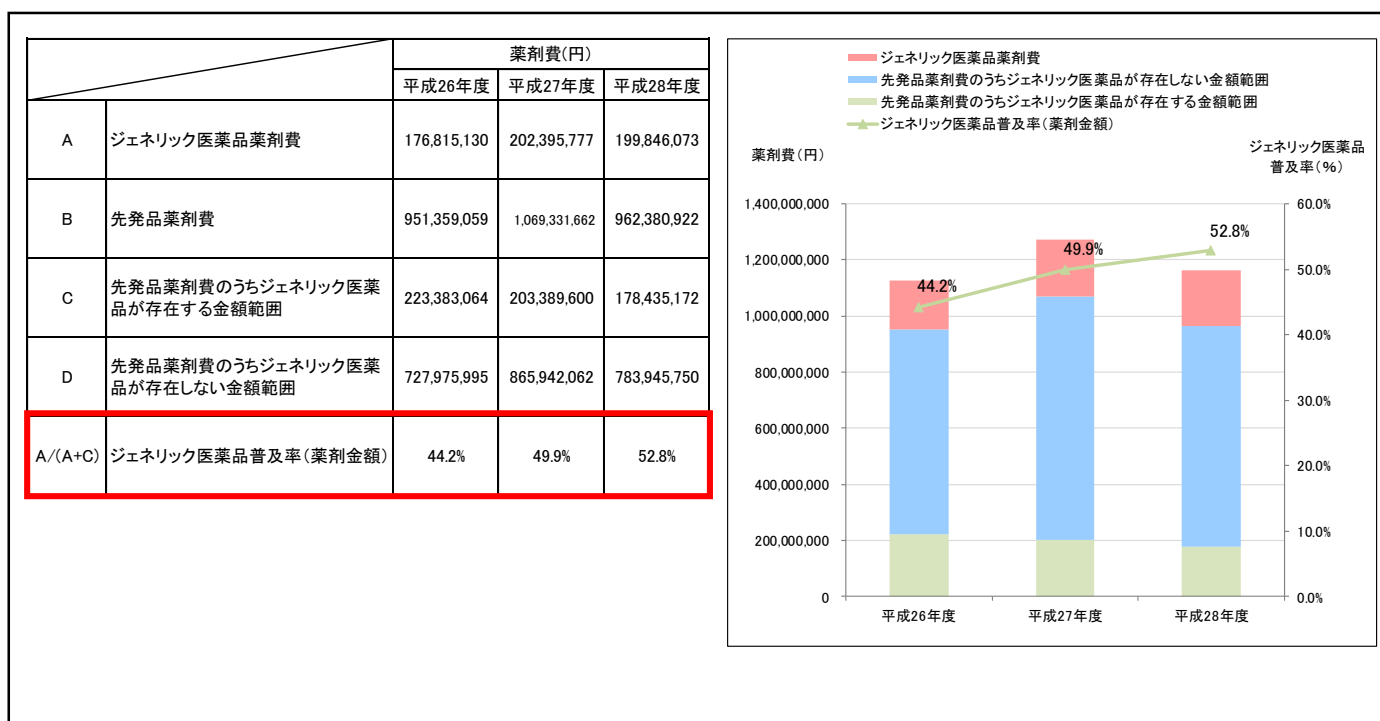
(参考資料 11)

<ジェネリック医薬品普及率（厚生労働省指定薬剤数量ベース）>



(株)データホライゾン報告資料より

<ジェネリック医薬品普及率（厚生労働省指定薬剤金額ベース）>



(株)データホライゾン報告資料より

<水中運動教室>

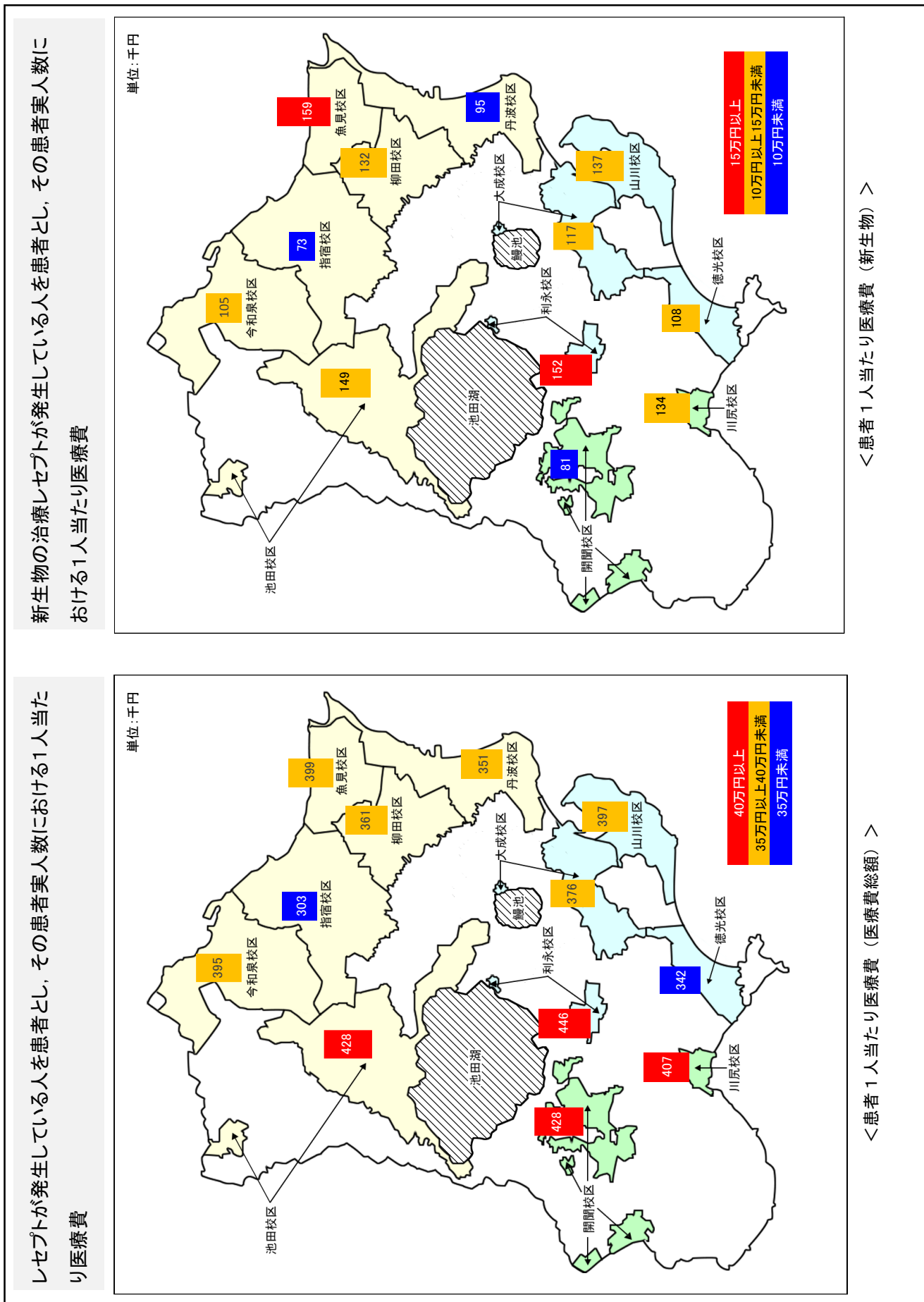
(参考資料 12)

	血圧④(mmHg)	血圧⑤(mmHg)	脈拍数(/分)	身長(cm)	体重(kg)	体脂肪率(%)	BMI	基礎代謝(kcal)	筋肉率(%)	内脂肪レベル	体年齢(才)
初回	131.4	78.6	78.1	—	62.0	32.1	25.0	1322.2	24.6	10.1	65.2
最終回	130.4	76.4	77.1	—	62.9	32.3	25.4	1338.7	24.5	11.0	66.0
差	-1.0	-2.2	-1.0	0.0	0.9	0.2	0.4	16.5	-0.2	0.9	0.8

	施設名	参加人数(人)	参加率(%)
指宿地域	ケイユウスポーツクラブ	20	89
山川地域	ヘルシーランド	9	100
開聞地域	レジャーセンターかいもん	11	76

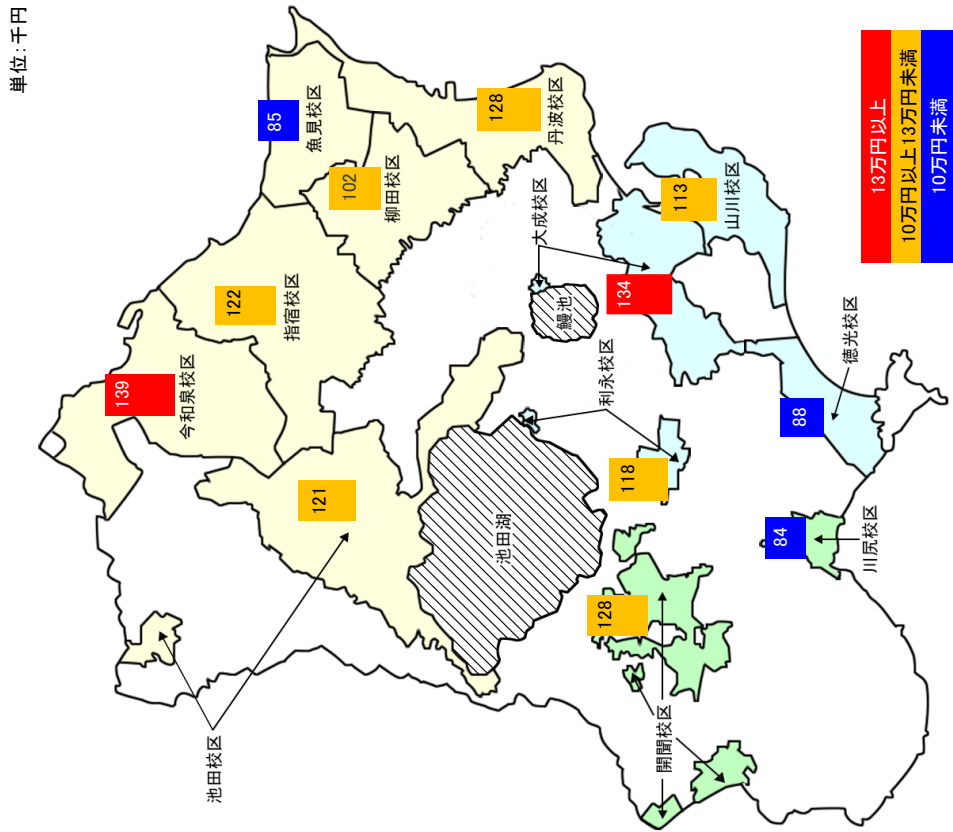
<平成 28 年度校区別患者 1 人当たり医療費>

(参考資料 13)



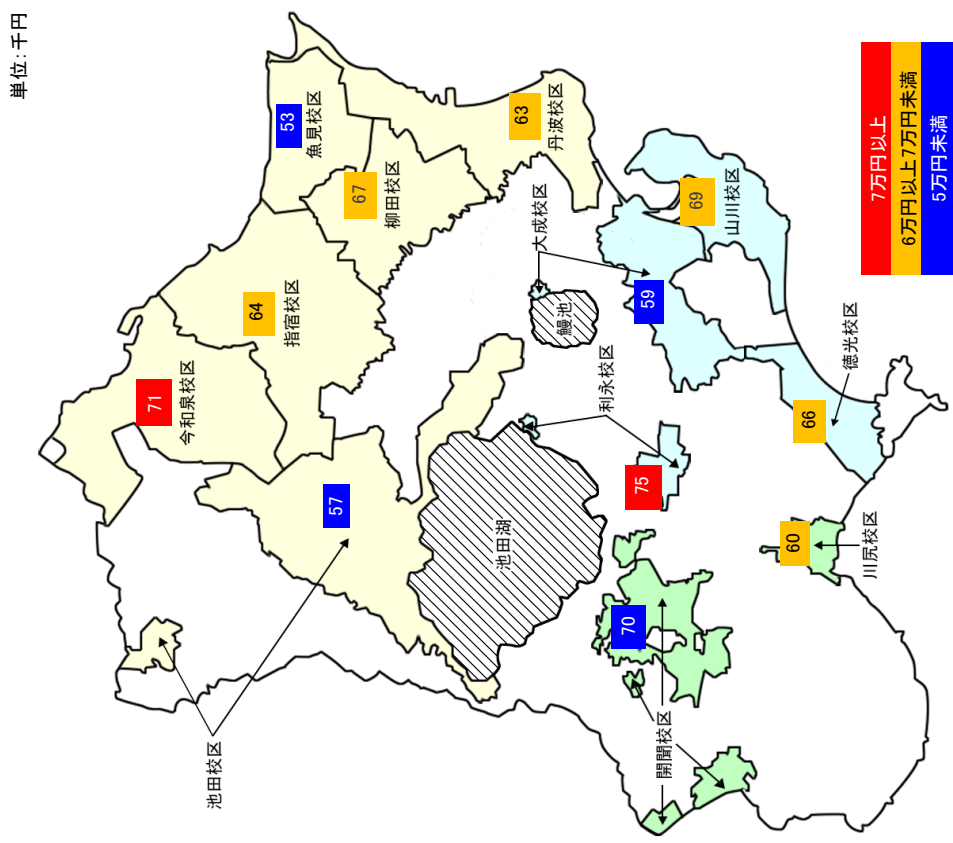
出典：データホライゾンによるレセプトデータ分析

循環器系疾患の治療レセプトが発生している人を患者とし、その患者実人数における1人当たり医療費



<患者1人当たり医療費（循環器系）>

内分泌系疾患の治療レセプトが発生している人を患者とし、その患者実人数における1人当たり医療費



<患者1人当たり医療費（内分泌）>

出典：データホライゾンによるレセプトデータ分析

<用語解説>

(参考資料 14)

用語		説明
ア行	足関節上腕血圧比 (ABI)	足関節収縮期血圧を左右の上腕収縮期血圧の高いほうの圧で除した値である。閉塞性動脈硬化症(ASO)等の末梢動脈疾患(peripheral arterial disease; PAD)の診断および重症度評価の指標とされる。
	アテローム血栓性脳梗塞	頭蓋内外の主幹動脈の閉塞や狭窄に起因する皮質梗塞または皮質下の 15mm 以上の梗塞。
	インセンティブ制度	目標を達成するための評価制度(本計画においては、保険者努力支援制度のことを意味する)。
カ行	虚血性心疾患	動脈が動脈硬化などの原因で狭くなったり、閉塞したりして心筋に血液が行かなくなる(心筋虚血)で起こる疾患。心筋虚血により心筋の収縮力が弱まると心不全状態になる(虚血性心不全)。また、心筋虚血により心室細動など致命的な不整脈を引き起こすことがあり、これらの病態を総称して虚血性心疾患あるいは冠動脈性心疾患と呼ばれる。
	筋骨格疾患	疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD10)による疾病分類のうちの一つ。関節障害や脊柱障害、骨障害及び軟骨障害などが含まれる。
	空腹時血糖	空腹時に血液中にあるブドウ糖の量を示している。検査値が高いと糖尿病の疑いがある。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。筋肉量が多いほどその量も多くなるため、基準範囲に男女差がある。数値が高いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	頸動脈超音波	血管の弾性の低下、プラーク形成、狭窄、閉塞などの進行程度が評価でき、動脈硬化の進行の可能性がある場合も検査の適応となる。特に中等度リスクを有する一次予防症例のリスク層別化に有用である。
	頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)	血管壁最外側の高エコー層を除く壁構造物の厚みのこと。動脈硬化が進行すると内部エコー性状が不均一な無層構造や多層構造を形成するため、動脈硬化症の診断に用いられる。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血管機能検査	動脈硬化症の診断に用いられる。心臓足首血管指数(CAVI)、脈波伝播速度(PWV)、足関節上腕血圧比(ABI)がある。
	血管機能非侵襲的評価法	血管機能を皮膚の切開等の手術を伴わない手法で評価する方法。簡単に計測でき、低コストである。
	血管機能不全	血管機能障害、とりわけ、血管内皮、血管平滑筋ならびに血管代謝の機能低下のこと。
	血管内皮機能検査	血管の健康状態を維持するのに非常に重要な血管の最内層にある血管内皮細胞の検査。プレチスモグラフィ、FMD、RH-PATなどがある。
	後期高齢者医療広域連合	高齢者の医療の確保に関する法律の第 48 条に基づき、加入者(市町村)が共同で後期高齢者医療制度を円滑に進めるために設立された保険者。広域連合として各都道府県に 1 団体、計 47 団体設立されている。
高血圧	収縮期血圧が 140mmHg 以上または拡張期血圧が 90mmHg 以上になる病気。	
後発医薬品(ジェネリック医薬品)	先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。	

力行	高齢化率	65 歳以上の高齢者が総人口に占める割合。
	国保組合	国民健康保険法に基づき設立された医療保険者。医師・弁護士・理美容師・土木建築業など同種の事業・業務の従事者を組合員として組織される。
	国民健康保険団体連合会	国民健康保険法の第 83 条に基づき、会員である保険者（市町村及び国保組合）が共同して、国保事業の目的を達成するために必要な事業を行うことを目的として設立された公法人。各都道府県に 1 団体、計 47 団体設立されている。
	市町村国保	都道府県（当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ）が事業主となり、加入者から徴収した国民健康保険料（又は国民健康保険税）と国庫負担金等の収入によって、保険加入者が疾病、負傷、出産又は死亡したときに、保険給付を行うこと。
サ行	サルコペニア	高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく現象。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013 年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	食事摂取基準	健康な個人または集団を対象として、国民の健康の保持・増進、生活習慣病の予防のために参照するエネルギー及び栄養素の摂取量の基準を示すもの。
	心原生脳梗塞	心臓で作られた血栓が脳へ塞栓として運ばれ、脳梗塞を引き起こすこと。 突然発症して麻痺や意識障害が起き、死に至る場合もある危険な脳梗塞。
	人工透析	腎臓の機能を人工的に代替すること。血液透析と腹膜透析などがあり、日本では血液透析が主流である。
	新生物	疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD10）による疾病分類のうちの一つ。悪性新生物や両性新生物が含まれる。
	心臓足首血管指数（CAVI）	血圧に依存しない動脈の硬さを簡易にかつ正確に測定できる非観血的動脈硬化指標。
	腎不全	腎臓の機能が低下し、老廃物を十分排泄できなくなり、体内に不要なものや体にとって有害なものがたまっている状態。
	心房細動	心房の拍動数が不規則に速くなることで動悸、息切れ、疲れやすいなどの症状が現れる不整脈の一つ。心房細動自体は命にかかわる病気ではないが、心房細動により心房に血栓が作られやすくなり、その血栓が脳に飛ぶことで脳梗塞を引き起こす可能性がある。
	診療報酬明細書	患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療報酬の明細書のこと。
積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3 カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。	
タ行	多受診（頻回受診）	同様の症状または病気で医療機関に 1 か月間に何度も受診することを続けること。
	中性脂肪	体を動かすエネルギー源となる物質であるが、蓄積することにより、肥満の原因になる。

タ行	重複受診	同様の症状または病気で複数の医療機関を受診すること。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
ナ行	日本再興戦略	日本産業再興プラン・戦略市場創造プラン・国際展開戦略の3つのアクションプランを軸とする。データヘルス計画に関する内容は、戦略市場創造プランの【テーマ1:国民の「健康寿命」の延伸】の中に「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」の一つとして示されている。
	尿アルブミン	尿蛋白の主な成分。糖尿病や高血圧による腎障害などの初期に、微量のアルブミンが尿中に排泄され、それを検出する鋭敏な検査として臓器障害の検出に用いられる。通常の尿蛋白検査では検出されない。
	尿酸	尿酸は、たんぱく質の一種であるプリン体という物質が代謝された後に残る物質。
	尿蛋白	腎および尿路系疾患の診断に極めて重要な所見であるが、健康人でもわずかながら認められる。また、一過性に蛋白尿がみられることもあり、持続性に認められる場合に病的意義がある
	脳血管疾患	脳の血管が詰まる脳梗塞と脳の血管が破れる脳出血・くも膜下出血がある。高血圧が長く続くと動脈硬化が進行し、やがて脳の血管が詰まって脳梗塞になったり、脳の血管が破れて脳出血になったり、脳の血管の一部分に動脈瘤ができて破裂すると、くも膜下出血になる。
ハ行	バイオマーカー	特定の疾病の存在や進行度をその濃度に反映し、血液中に測定されるタンパク質等の物質のこと。
	プラーク	動脈硬化部分の厚くなった血管壁の内部にたまった成分。高血圧や高LDLコレステロール血症などが原因となり起こる。
	保険者	保険契約に基づいて、保険料を徴収し、保険事故の発生の際に保険金を支払う義務を負う者。ここでは市町村国保や国保組合、健康保険組合を指す。
	保険者努力支援制度	インセンティブのある仕組みを導入することにより、保険者機能強化を図り国保の財政基盤を強化することを目的とした、保険者(市町村、都道府県)における医療費適正化や健事業等対す取組を評価し、基準達成した保険者に対して国庫補助金を交付する制度。
	ポピュレーションアプローチ	高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること。
マ行	脈波伝播速度(PWV)	脈波を体表面より測定可能な部位2カ所で記録し、2点間の距離と脈動の時間差から算出される値である。その計算式としては、 $PWV = (\text{血管弾性率} \times \text{血管壁厚}) / (2 \times \text{血管径} \times \text{血液密度})$ で表される。よって、血管が硬いほど(血管弾性率)、血管壁が厚いほど(血管壁厚)、血管内腔が狭いほど(血管径)、脈波伝播速度は速くなる。

マ行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
ヤ行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
	要介護認定	介護保険制度における、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態(要介護状態)になった認定のこと。
ラ行	ラクナ梗塞	穿通枝の閉塞により皮質下に生じる15mm未満の小梗塞。
	レセプト	診療報酬請求明細書の通称。
	ロコモティブシンドローム	日本整形外科学会が提唱した、運動器の障害による移動機能の低下した状態のこと。運動器症候群。

用語		説明
A-Z	BMI	肥満度を表す指標として国際的に用いられている体格指数のこと。 $[\text{体重(kg)}] \div [\text{身長(m)}]^2$ で算出される。
	CKD	慢性腎臓病のことで、腎機能の低下や尿タンパクが継続して出る状態。
	eGFR	クレアチニンより精度の高い腎臓機能の指標。クレアチニン値を性別、身長で補正して算出する。 数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	GPT	肝臓に多く存在する酵素。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1~2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDL コレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	KDB	国保データベースシステム。統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築された。
	LDL コレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	PDCAサイクル	事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan(計画)→ Do(実行)→ Check(評価)→ Act(改善)の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。
	ST-T異常	心電図波形のうちでST部分が基線より上昇したり、下降したりすること。虚心性心疾患、高血圧症、弁膜症などによって、心筋に障害が起こり、負荷がかかっている可能性があるが、健康な人でも見られることがある。

