

第2期阿久根市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成30年3月

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付け	
3 計画期間	
4 関係者が果たすべき役割と連携	
5 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の 明確化	8
1 第1期計画に係る評価及び考察	
2 阿久根市の医療・介護・健診情報の分析	
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)	22
1 第3期特定健診等実施計画について	
2 目標値の設定	
3 対象者の見込み	
4 特定健診の実施	
5 特定保健指導の実施	
6 個人情報保護	
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	28
1 保健事業の方向性	
2 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	
3 ポピュレーションアプローチ	

第5章 地域包括ケアの取組	48
第6章 計画の評価・見直し	50
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52
参考資料	53

第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こととされた。

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)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととされた。

阿久根市においては、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。以下「計画」という。)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険

者の健康増進により，医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2 計画の位置付け

計画は，被保険者の健康の保持増進に資することを目的とし，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，P D C Aサイクルに沿って運用するものである。

また計画は，健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに，都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画，都道府県医療費適正化計画，介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があるとされていることから，本市の各種計画と整合性を図るものとする。

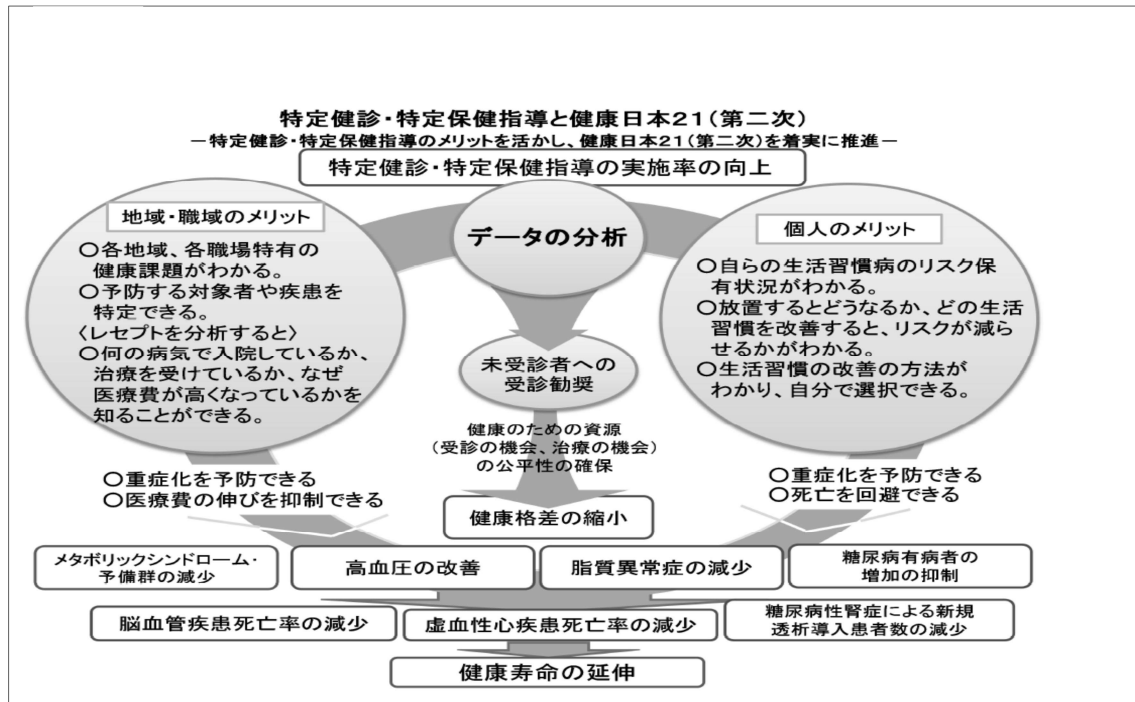
また，「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」によって作成される「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」は，「特定健診等実施計画作成の手引き」（以下「手引書」という。）により，計画期間が一致すれば本計画との一体化が可能とされている。さらに，本計画の指針である「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」は特定健診等実施計画について，「保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法等を定めるものであることから，保険者が保健事業を総合的に企画し，より効果的かつ効率的に実施することができるよう，可能な限り実施計画と特定健診等実施計画を一体的に策定することが望ましい」としている。これらのことから，本計画第3章を「特定健康診査等実施計画」とする。（図表1・2・3）

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	介護保険事業(支援)計画	医療費適正化計画	「医療計画」
法律	健康増進法 第6条、第8条、第9条	高齢者の医療の 確保に関する法律第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法第116条、 第117条、第118条	高齢者の医療の 確保に関する法律第9条	医療法第30条
基本 的指 針	健康局 平成24年6月	保険局 平成29年8月	保険局 平成28年6月	老健局 平成29年	保険局 平成28年3月	医政局 平成29年3月
根 拠	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	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	国民健康保険法に基づく保 険事業の実施等に関する指 針の一部改正	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	医療費適正化に関する施策 についての基本指針(全部 改正)	医療提供体制の確保に関す る基本指針
期 間	平成25年～令和4年 (第2次)	平成30年～令和5年 (第3期)	平成30年～令和5年 (第2期)	平成30年～令和2年 (第7次)	平成30年～令和5年 (第3期)	平成30年～令和5年 (第7次)
策 定 者	都道府県、市町村	医療保険者	医療保険者	都道府県、市町村	都道府県	都道府県
考 え 方 な 対 象	・健康寿命の延伸及び健康 格差の縮小 ・生活習慣病の発症予防・重 症化予防 ・維持可能な社会保険制度	・糖尿病等の生活習慣病の 発症・重症化予防 ・医療費の伸びの抑制	・効果的かつ効率的な保健 事業 ・医療費適正化 ・保険者の財政基盤強化	・要介護・要支援状態になる ことへの予防 ・要介護状態等の軽減もしく は悪化防止	・国民皆健康 ・良質かつ適切な医療を提 供する体制の確保	・切れ目のない医療の提供 ・良質かつ適切な医療を提 供する体制の確保
対 象 疾 病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	1号・2号被保険者、特定疾病 糖尿病性腎症 糖尿病性神経症 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 糖尿病 糖尿病性腎症 糖尿病性神経症 糖尿病性網膜症	すべて 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患 がん	慢性閉塞性肺疾患 がん	慢性閉塞性肺疾患 がん	慢性閉塞性肺疾患 がん末期		がん 精神疾患
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス					

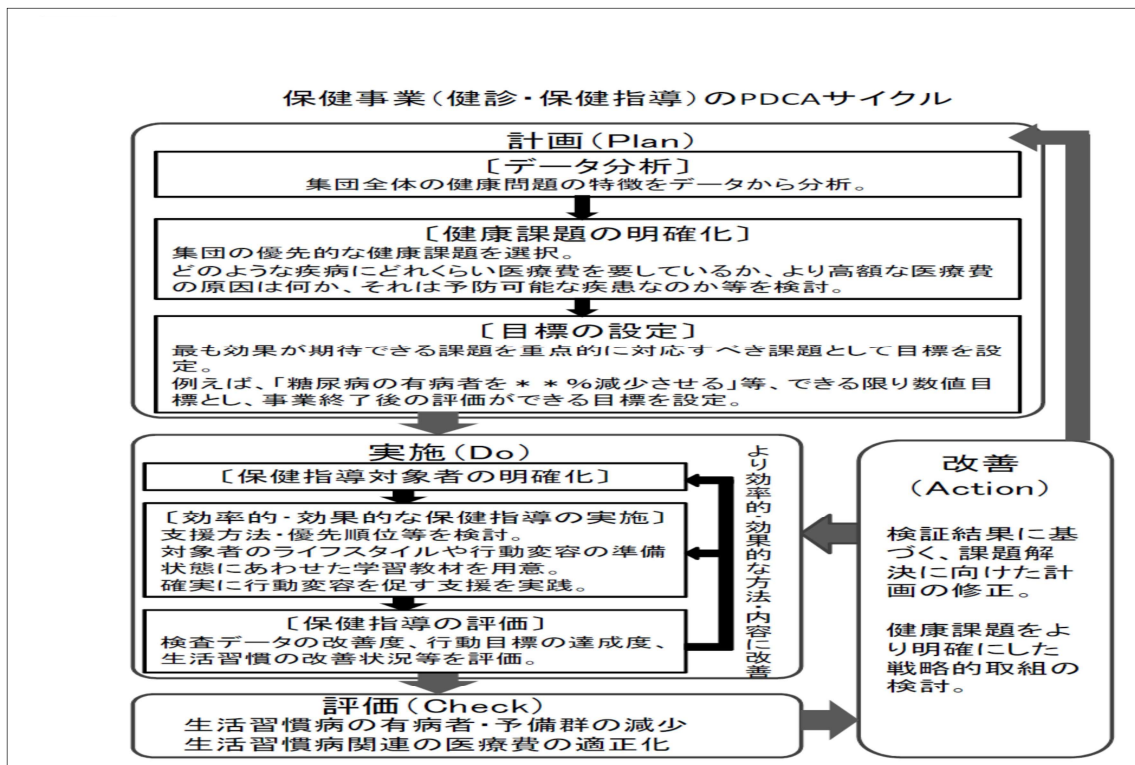
【図表1】

【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、国指針第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」とされていること、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されており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から令和5年度までを次期計画期間としているため、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から令和5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

阿久根市においては、健康増進課が主体となり計画を策定するが、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、市町村一体となって計画策定を進めていく。具体的には、介護長寿課、福祉課とも十分連携することが望ましい。

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

(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連が設置する支援・評価委員会、阿久根市が設置する阿久根市国保運営協議会等のことをいう。国保連が設置する支援・評価委員会や阿久根市が設置する阿久根市国保運営協議会は、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、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、県の関与が更に重要となる。このため、市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。

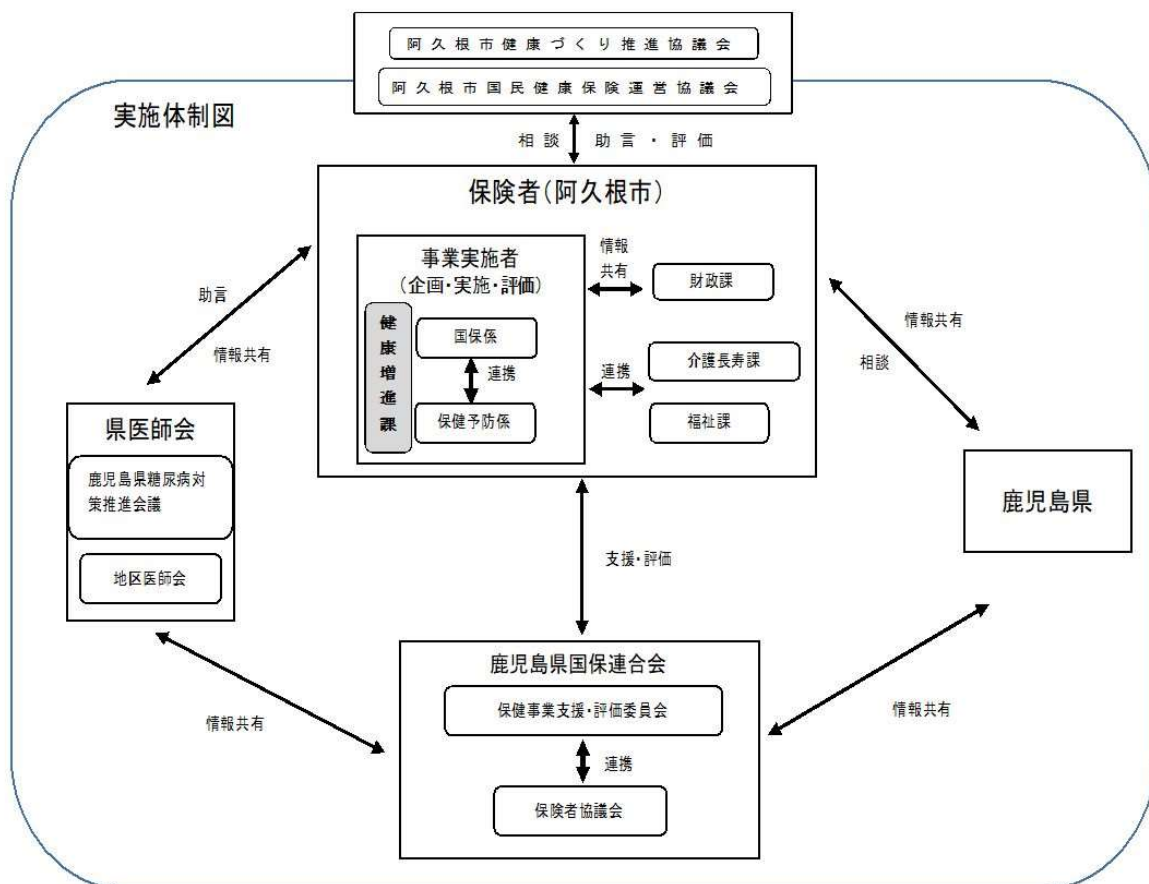
国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進であり、計画の実効性を高める上では、被保険者自身が健康状態を理解し、主体的かつ積極的に健康増進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、「経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日）」により保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から前倒しで実施されている（平成30年度から本格実施）。この制度は、後述の評価指標の点数が高い自治体ほど高額の交付金が配当されるものである。

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)		271			
全国順位(1,741市町村中)		919			
共通①	特定健診受診率	0	0	0	50
	特定保健指導実施率	15	0	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	40	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	10	25	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	40	100	100
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20	20	25	25
	個人インセンティブ提供	0	0	0	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通⑥	後発医薬品の促進	7	7	20	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	15	40
固有①	収納率向上に関する取組実施状況	0	0	25	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10	40	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	0	13	25
	第三者求償の取組の実施状況	4	4	24	40
固有⑤	適正かつ健全な事業運営の実施状況			30	50
体制構築加算		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

ア 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、早世予防から見た65歳未満の死亡の割合は減少していた。死因別では、脳疾患の死亡割合は減少していたが、糖尿病、腎不全による死亡割合は2倍近くに増えていた。

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1号、2号共に横ばいだが、高齢人口の増加に伴い、認定者数は増加しており、それにより、介護給付費の増加がみられた。また、医療費の変化を見ると、被保険者の減少に伴い総医療費は減少しているが、一人あたりの医療費は増加している。内訳を見ると、総医療費に占める入院費用割合が増加し、外来費用割合は減少している。生活習慣病の重症化による入院費用の増大が依然として続いていると予測されるので、医療費の適正化を図るために、普段からの適正な受診や治療に結びつけるための対策が必要である。(参考資料1)

イ 中長期目標の達成状況

⑦ 介護給付費の状況(図表6)

平成28年度の65歳以上の高齢者の人口は8,246人で、高齢化率は38.8%である。国においては、いわゆる団塊の世代が75歳を迎える令和7年に向けて高齢者数が増加しているところだが、本市の場合は既にピークに達しており、今後ゆるやかに減少していくものと推測される。

平成28年度の介護給付費は平成25年度と比較して1億円程度増加しているが、前述のこともあり、介護給付制度が始まって以来、初めて前年度を下回った。

【図表6】

(単位：円)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
居宅介護サービス費	980,495,244	970,439,631	945,724,450	884,968,987
地域密着型介護サービス費	426,063,456	543,216,987	630,431,011	672,987,870
施設介護サービス費	1,002,640,596	962,877,569	924,585,670	919,763,760
高額介護サービス費	61,329,335	62,277,696	64,761,204	65,862,540
高額医療合算介護サービス費	5,599,668	5,181,328	7,158,665	6,410,439
特定入所者介護サービス費	109,811,410	125,127,930	141,389,520	139,314,550
診査支払手数料	3,027,530	2,317,084	2,644,073	2,237,926
合計	2,588,967,239	2,671,438,225	2,716,694,593	2,691,546,072

① 医療費の変化（図表7）

総医療費を平成25年度と平成28年度とで比較すると、8,000万円以上減少している。これは、被保険者数減少によるものと考えられる。被保険者数減少に伴う外来等の費用減少が総医療費の減少につながる一方で、入院医療費の伸び率は3.9%、5,000万円以上の増加がみられた。また、一人あたりの医療費も入院・入院外ともに増加している。これらのことから、診療一件あたりの症状が重症化していると推測できる。

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(万円)	H25年度	27億1,089万円			12億3,296万円				14億7,794万円			
	H28年度	26億2,807万円	△8,282万円	-3.1	0.2	12億8,151万円	5,145万円	3.9	0.463	13億4,656万円	△1億3,137万円	-8.9 -0.0
一人当たり医療費(円)	H25年度	33,530			15,250				18,280			
	H28年度	36,870	3,340	10.0	8.2	17,980	2,730	17.9	8.5	18,890	610	3.3 8.0

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

② 予防可能な生活習慣病が医療費に占める割合（図表8）

予防可能な生活習慣病（目標疾患）の割合は平成25年度から平成28年度で約3ポイント減少している。内訳を見ると、中長期的な疾患においては慢性腎不全（透析有）の割合が0.94ポイント、短期的な疾患においては高血圧の割合が1.72ポイントそれぞれ減少している。

しかしながら一人あたりの医療費は増加しており、同規模市町内、県内ともに順位も大きく上がっている。

【図表8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		
		金額	順位		慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症			
			同規模	県内										
H25	阿久根市	2,710,893,450	33,529	15位	5位	7.15%	0.25%	2.41%	3.13%	5.22%	6.77%	2.13%	733,587,250	27.06%
H28		2,628,073,050	36,870	9位	3位	6.21%	0.23%	2.58%	2.49%	4.97%	5.05%	2.47%	630,694,420	24.00%
H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%
	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%
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%
	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%

㊦ 中長期的な疾患（図表9）

中長期的な疾患について平成25年度と平成28年度とで比較すると、発症人数自体は減少しているものの、虚血性心疾患及び脳血管疾患も被保険者数に対する割合は増加している。人工透析の被保険者数に対する割合は、全体では横ばいだが、内訳では高齢化が進んでいることがわかる。また併発の割合を見ると、65歳以上において、それぞれの疾患で大きく増加している。特に、原因となる基礎疾患である脂質異常症の割合は、虚血系心疾患、脳血管疾患、人工透析ともに大幅に増加している。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		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	6,818	413	6.1	64	15.5	16	3.9	342	82.8	158	38.3	246	59.6
	64歳以下	4,243	109	2.6	13	11.9	9	8.3	86	78.9	43	39.4	64	58.7
	65歳以上	2,575	304	11.8	51	16.8	7	2.3	256	84.2	115	37.8	182	59.9
H28	全体	6,072	398	6.6	79	19.8	18	4.5	335	84.2	180	45.2	283	71.1
	64歳以下	3,439	84	2.4	12	14.3	7	8.3	70	83.3	31	36.9	57	67.9
	65歳以上	2,633	314	11.9	67	21.3	11	3.5	265	84.4	149	47.5	226	72.0

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	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	6,818	342	5.0	64	18.7	7	2.0	287	83.9	109	31.9	165	48.2
	64歳以下	4,243	99	2.3	13	13.1	4	4.0	85	85.9	38	38.4	54	54.5
	65歳以上	2,575	243	9.4	51	21.0	3	1.2	202	83.1	71	29.2	111	45.7
H28	全体	6,072	332	5.5	79	23.8	9	2.7	269	81.0	129	38.9	195	58.7
	64歳以下	3,439	89	2.6	12	13.5	4	4.5	70	78.7	29	32.6	46	51.7
	65歳以上	2,633	243	9.2	67	27.6	5	2.1	199	81.9	100	41.2	149	61.3

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	6,818	34	0.5	7	20.6	16	47.1	34	100.0	17	50.0	10	29.4
	64歳以下	4,243	25	0.6	4	16.0	9	36.0	25	100.0	11	44.0	7	28.0
	65歳以上	2,575	9	0.3	3	33.3	7	77.8	9	100.0	6	66.7	3	33.3
H28	全体	6,072	32	0.5	9	28.1	18	56.3	32	100.0	16	50.0	12	37.5
	64歳以下	3,439	18	0.5	4	22.2	7	38.9	18	100.0	8	44.4	5	27.8
	65歳以上	2,633	14	0.5	5	35.7	11	78.6	14	100.0	8	57.1	7	50.0

ウ 短期目標の達成状況

㊦ 共通リスク（図表10）

短期的疾患について平成25年度と平成28年度とを比較すると、糖尿病、高血圧で治療している人は微増であったが脂質異常症で治療している人は、3.7ポイント増加していた。

糖尿病発症者で、糖尿病性腎症を併発している人は全体で0.7ポイント増加しており、特に64歳以下の割合が2.4ポイント増加している。また、糖尿病、高血圧、脂質異常症の発症者がほかの短期的目標疾患、また中長期的目標疾患を併発している割合は、増加しているものが多い。

3つの短期的目標疾患が相互に作用し、ほかの疾患を引き起こし、中長期的な目標疾患の発症に至っているケースが多いことが推測される。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病								虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				インスリン療法		高血圧		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,818	750	11.0	69	9.2	530	70.7	412	54.9	158	21.1	109	14.5	17	2.3	59	7.9	
	64歳以下	4,243	295	7.0	38	12.9	183	62.0	159	53.9	43	14.6	38	12.9	11	3.7	20	6.8	
	65歳以上	2,575	455	17.7	31	6.8	347	76.3	253	55.6	115	25.3	71	15.6	6	1.3	39	8.6	
H28	全体	6,072	758	12.5	58	7.7	565	74.5	497	65.6	180	23.7	129	17.0	16	2.1	65	8.6	
	64歳以下	3,439	239	6.9	27	11.3	167	69.9	158	66.1	31	13.0	29	12.1	8	3.3	22	9.2	
	65歳以上	2,633	519	19.7	31	6.0	398	76.7	339	65.3	149	28.7	100	19.3	8	1.5	43	8.3	

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		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	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	6,818	1,961	28.8	530	27.0	945	48.2	342	17.4	287	14.6	34	1.7	
	64歳以下	4,243	684	16.1	183	26.8	319	46.6	86	12.6	85	12.4	25	3.7	
	65歳以上	2,575	1,277	49.6	347	27.2	626	49.0	256	20.0	202	15.8	9	0.7	
H28	全体	6,072	1,800	29.6	565	31.4	1,013	56.3	335	18.6	269	14.9	32	1.8	
	64歳以下	3,439	554	16.1	167	30.1	287	51.8	70	12.6	70	12.6	18	3.2	
	65歳以上	2,633	1,246	47.3	398	31.9	726	58.3	265	21.3	199	16.0	14	1.1	

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		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	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	6,818	1,294	19.0	412	31.8	945	73.0	246	19.0	165	12.8	10	0.8	
	64歳以下	4,243	481	11.3	159	33.1	319	66.3	64	13.3	54	11.2	7	1.5	
	65歳以上	2,575	813	31.6	253	31.1	626	77.0	182	22.4	111	13.7	3	0.4	
H28	全体	6,072	1,377	22.7	497	36.1	1,013	73.6	283	20.6	195	14.2	12	0.9	
	64歳以下	3,439	437	12.7	158	36.2	287	65.7	57	13.0	46	10.5	5	1.1	
	65歳以上	2,633	940	35.7	339	36.1	726	77.2	226	24.0	149	15.9	7	0.7	

① リスクの健診結果経年変化（図表11）

各検査項目のハイリスク者の割合を年代や性別で見ると、平成25年度と平成28年度とでは大きく変化のある項目がいくつか見られる。

ハイリスク者が減少している項目は、ともに65歳以上の収縮期血圧及びLDLコレステロールだった。まず収縮期血圧は、男性で約10ポイント、女性で約5ポイント減少している。次にLDLコレステロールについては、男性で約3ポイント、女性では約11ポイント減少している。

反面、ハイリスク者が増加している項目もある。まずBMIだが、女性は横ばいなのに対して、男性の40歳から64歳では3.7ポイント増加している。次に腹囲は、年代性別問わず約5～8ポイント、中性脂肪は40歳から64歳の男性で8.8ポイント増加している。また血糖値でも、空腹時血糖において男性40歳から64歳及び女性全体で8ポイント前後、ヘモグロビンA1cにおいては男性で10ポイント近く、女性では12ポイント増加している。最後に尿酸値は、女性で約2ポイントの増加、男性では40歳から64歳で約2.1ポイント、65歳以上で約1.4ポイント増加している。

次にメタボリックシンドロームの該当者及び予備群について見ると、男性では予備群、女性では該当者がそれぞれ5ポイント前後増えている。その増加の要因は血糖と脂質異常症であるとうかがえる。予備軍が増えている男性の65歳以上は高血糖の割合、40歳から64歳では脂質異常症の割合がそれぞれ2倍になっており、該当者が増えている女性は、全体的に「血糖＋血圧」及び「血圧＋脂質」の割合が2倍になっている。

【図表 1 1】

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)

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	217	30.3	288	40.2	135	18.8	157	21.9	76	10.6	306	42.7	260	36.3	17	2.4	439	61.2	185	25.8	315	43.9	9	1.3
	40-64	86	30.8	108	38.7	65	23.3	70	25.1	22	7.9	96	34.4	90	32.3	8	2.9	136	48.7	80	28.7	131	47.0	2	0.7
	65-74	131	29.9	180	41.1	70	16.0	87	19.9	54	12.3	210	47.9	170	38.8	9	2.1	303	69.2	105	24.0	184	42.0	7	1.6
H25	合計	240	31.0	366	47.3	177	22.9	171	22.1	86	11.1	369	47.7	352	45.5	144	18.6	430	55.6	203	26.3	322	41.7	8	1.0
	40-64	87	34.5	111	44.0	81	32.1	60	23.8	26	10.3	107	42.5	101	40.1	61	24.2	119	47.2	72	28.6	117	46.4	1	0.4
	65-74	153	29.4	255	48.9	96	18.4	111	21.3	60	11.5	262	50.3	251	48.2	83	15.9	311	59.7	131	25.1	205	39.3	7	1.3

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		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
女性	合計	220	24.7	106	11.9	121	13.6	90	10.1	28	3.1	216	24.2	311	34.9	2	0.2	471	52.9	132	14.8	504	56.6	2	0.2
	40-64	85	26.3	40	12.4	48	14.9	38	11.8	11	3.4	77	23.8	102	31.6	0	0.0	130	40.2	53	16.4	183	56.7	0	0.0
	65-74	135	23.8	66	11.6	73	12.9	52	9.2	17	3.0	139	24.5	209	36.8	2	0.4	341	60.0	79	13.9	321	56.5	2	0.4
H25	合計	232	25.8	177	19.7	117	13.0	106	11.8	32	3.6	288	32.0	422	46.9	20	2.2	453	50.4	154	17.1	443	49.3	3	0.3
	40-64	78	27.4	54	18.9	36	12.6	38	13.3	9	3.2	85	29.8	123	43.2	5	1.8	114	40.0	55	19.3	164	57.5	0	0.0
	65-74	154	25.1	123	20.0	81	13.2	68	11.1	23	3.7	203	33.1	299	48.7	15	2.4	339	55.2	99	16.1	279	45.4	3	0.5

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)

性別		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	合計	717	29.9	19	2.6%	100	13.9%	4	0.6%	85	11.9%	11	1.5%	169	23.6%	46	6.4%	7	1.0%	69	9.6%	47	6.6%
	40-64	279	22.9	14	5.0%	37	13.3%	2	0.7%	27	9.7%	8	2.9%	57	20.4%	13	4.7%	5	1.8%	22	7.9%	17	6.1%
	65-74	438	37.1	5	1.1%	63	14.4%	2	0.5%	58	13.2%	3	0.7%	112	25.6%	33	7.5%	2	0.5%	47	10.7%	30	6.8%
H25	合計	773	35.6	22	2.8%	139	18.0%	8	1.0%	107	13.8%	24	3.1%	205	26.5%	39	5.0%	7	0.9%	80	10.3%	79	10.2%
	40-64	252	25.0	9	3.6%	45	17.9%	2	0.8%	26	10.3%	17	6.7%	57	22.6%	7	2.8%	5	2.0%	27	10.7%	18	7.1%
	65-74	521	44.7	13	2.5%	94	18.0%	6	1.2%	81	15.5%	7	1.3%	148	28.4%	32	6.1%	2	0.4%	53	10.2%	61	11.7%

性別		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				
女性	合計	891	37.1	7	0.8%	32	3.6%	1	0.1%	29	3.3%	2	0.2%	67	7.5%	10	1.1%	3	0.3%	30	3.4%	24	2.7%
	40-64	323	30.6	5	1.5%	14	4.3%	1	0.3%	13	4.0%	0	0.0%	21	6.5%	3	0.9%	1	0.3%	9	2.8%	8	2.5%
	65-74	568	42.2	2	0.4%	18	3.2%	0	0.0%	16	2.8%	2	0.4%	46	8.1%	7	1.2%	2	0.4%	21	3.7%	16	2.8%
H25	合計	899	41.9	15	1.7%	53	5.9%	3	0.3%	43	4.8%	7	0.8%	109	12.1%	22	2.4%	2	0.2%	56	6.2%	29	3.2%
	40-64	285	33.3	9	3.2%	19	6.7%	3	1.1%	13	4.6%	3	1.1%	26	9.1%	5	1.8%	1	0.4%	10	3.5%	10	3.5%
	65-74	614	47.5	6	1.0%	34	5.5%	0	0.0%	30	4.9%	4	0.7%	83	13.5%	17	2.8%	1	0.2%	46	7.5%	19	3.1%

㊦ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表12）

特定健診及び特定保健指導の実施率の変化について見ると、特定健診においては被保険者数の減少に伴い対象者数が減少したものの、受診者数が増加し、受診率が向上した。平成28年度は情報提供の勧奨を電話や訪問により強化した結果が出たと考えられる。特定保健指導においては、対象者数が増加したことにより、実施率は低下した。

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（法定報告値） 【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	4,682	1,606	34.3	165	131	72	55.0	56.8	50.8
H28年度	4,301	1,672	38.9	137	146	72	49.3	54.0	51.2

(2) 第1期計画に係るまとめ・考察

平成25年度と平成28年度とを様々な図表を用いて比較した結果、中長期的な疾患の有病者数割合に大きな変化は見られなかった。医療費の面でも、目標疾患に係る医療費が総医療費に占める割合の変化は微減である。

一方で共通して増加しているのが脂質異常症である。被保険者数に対する脂質異常症発症者数の割合、医療費の内訳で脂質異常症が占める割合、ほかの疾患と脂質異常症を合併している割合、メタボリックシンドロームの予備群の増加の要因としての脂質異常症の発症割合、これらすべてが増加している。

また、血糖値の高い人の割合も大きく増えている。被保険者数に対する糖尿病発症者数の割合、ほかの疾患と糖尿病を併発している人の割合、空腹時血糖やヘモグロビンA1cの値が高い人の割合、メタボリックシンドロームの予備群及び該当者の増加の要因としての高血糖者の割合、これらもすべて増加している。

脂質異常や高血糖は、糖尿病及び糖尿病性腎症の原因ともなるため、ハイリスク者の増加は将来的に人工透析患者が増加する恐れもある。現在は人工透析患者の割合は横ばいだが、増加すると医療費も増加してしまうため、今後、重症化予防の取組がますます重要となる。

脂質異常や高血糖等の生活習慣病は、自覚症状がほとんどないまま進行するため、まずは健診結果での状態把握が重症化予防への第一歩となる。そのため、特定健診の受診率は重症化予防の評価に大きく影響すると言える。阿久根市の平成25年度と平成28年度との受診率を比較すると、向上はしているが、国

が目標とする60%には依然として遠い。重症化予防の一環として、受診率向上への取組も強化していく必要がある。

2 阿久根市の医療・介護・健診情報の分析

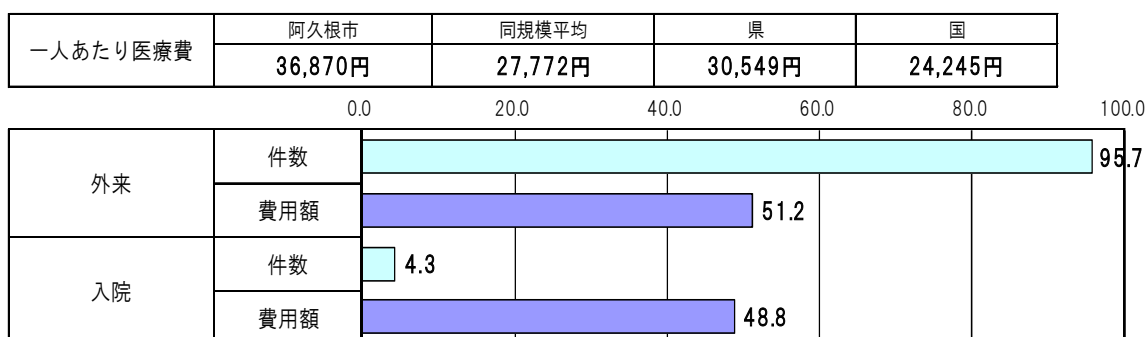
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

件数の割合については外来と入院の差が大きく開き外来が多いにも関わらず、費用の割合は半々である。外来1件の費用に対して入院1件の費用が大きいことがうかがえる。

【図表13】

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

イ 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表14）

医療費が高額になる疾患として挙げられている脳血管疾患及び虚血性心疾患は、2つ合わせて長期入院件数の22.6%を占めている。また、人工透析患者のうち、23.1%が脳血管疾患を、58.2%が虚血性心疾患を発症している（重複計上）。更に、基礎疾患として高血圧、糖尿病、脂質異常症を併せ持っている人が多い。

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 1 4】

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	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	43件	4件 9.3%	4件 9.3%	6件 14.0%	29件 67.4%
		費用額	1億6,191万円	1,038万円 6.4%	998万円 6.2%	1,429万円 8.8%	1億2,725万円 78.6%
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	精神疾患	
様式2-1	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	974件	155件 15.9%	65件 6.7%	685件 70.3%	
		費用額	4億1,587万円	8,376万円 20.1%	5,552万円 13.4%	2億4,661万円 59.3%	
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	糖尿病性腎症	
様式2-2	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	359件	83件 23.1%	209件 58.2%	168件 46.8%	
		費用額	1億7,477万円	4,330万円 24.8%	1億74万円 57.6%	7,650万円 43.8%	

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 な 疾 り 患	2,812人	332人 11.8%	398人 14.2%	65人 2.3%	
			高血圧	269人 81.0%	335人 84.2%	50人 76.9%	
			糖尿病	129人 38.9%	180人 45.2%	65人 100.0%	
			脂質異常症	195人 58.7%	283人 71.1%	52人 80.0%	
			高血圧症	1,800人 64.0%	糖尿病 758人 27.0%	脂質異常症 1,377人 49.0%	高尿酸血症 349人 12.4%

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

ウ 介護（レセプト）の分析（図表 1 5）

平成 2 8 年度の本市介護保険の 2 号認定者は 3 2 人、6 5 歳から 7 4 歳の 1 号認定者は 1 0 7 人である。介護度別人数は、いずれの年齢においても重度になるほど多い。

有病状況を見ると、脳卒中を発症している者は、2 号認定者で 5 0 . 0 %、1 号認定者のうち 6 5 歳から 7 4 歳では 5 8 . 2 % と、いずれも半数以上に上っている。有病状況のなかで基礎疾患のある割合も高く、予防可能である血管疾患を防ぐことが課題である。

また、要介護認定者の医療費は、認定なしの者の医療費より 3、2 3 4 円高い。医療費適正化に向け、特定健診結果を活用しての生活習慣病予防、更に重症化予防のための高血圧、高血糖、脂質異常症予防への取組が重要である。

【図表15】

何の疾患で介護保険を受けているのか（平成28年度）

要介護認定状況	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		7,648人	3,430人	4,695人	8,125人			15,773人			
	認定者数		32人	107人	1,518人	1,625人			1,657人			
	認定率		0.42%	3.1%	32.3%	20.0%			10.5%			
	新規認定者数（*1）		4人	15人	209人	224人			228人			
介護度別人数	要支援1・2		8	25.0%	19	17.8%	333	21.9%	352	21.7%	360	21.7%
	要介護1・2		9	28.1%	36	33.6%	573	37.7%	609	37.5%	618	37.3%
	要介護3～5		15	46.9%	52	48.6%	612	40.3%	664	40.9%	679	41.0%
要介護突合状況	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）		18	91	1,476	1,567			1,585			
	再）国保・後期		18	91	1,476	1,567			1,585			
（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	9 50.0%	脳卒中	53 58.2%	脳卒中	779 52.8%	脳卒中	832 53.1%	脳卒中	841 53.1%
		2	虚血性心疾患	4 22.2%	虚血性心疾患	40 44.0%	虚血性心疾患	689 46.7%	虚血性心疾患	729 46.5%	虚血性心疾患	733 46.2%
	基礎疾患（*2）	3	腎不全	1 5.6%	腎不全	13 14.3%	腎不全	237 16.1%	腎不全	250 16.0%	腎不全	251 15.8%
			糖尿病	8 44.4%	糖尿病	51 56.0%	糖尿病	784 53.1%	糖尿病	835 53.3%	糖尿病	843 53.2%
			高血圧	12 66.7%	高血圧	77 84.6%	高血圧	1263 85.6%	高血圧	1340 85.5%	高血圧	1352 85.3%
	血管疾患合計		脂質異常症	12 66.7%	脂質異常症	55 60.4%	脂質異常症	836 56.6%	脂質異常症	891 56.9%	脂質異常症	903 57.0%
			合計	17 94.4%	合計	88 96.7%	合計	1414 95.8%	合計	1502 95.9%	合計	1519 95.8%
	認知症	認知症	3 16.7%	認知症	24 26.4%	認知症	620 42.0%	認知症	644 41.1%	認知症	647 40.8%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	15 83.3%	筋骨格系	79 86.8%	筋骨格系	1395 94.5%	筋骨格系	1474 94.1%	筋骨格系	1489 93.9%	

*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) 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（一人当たり／月）

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費（40歳以上）					7,856	
要介護認定なし医療費（40歳以上）			4,622			

(2) 健診受診者の実態 (図表16・17)

平成28年度特定健診受診者のうち、ハイリスク者の割合が全国より多い項目が、男性の尿酸、女性のBMI及びGPT、男女ともに空腹時血糖、収縮期血圧、拡張期血圧である。特に空腹時血糖のハイリスク者の割合は、全国と2倍近い差がある。また、尿酸や血圧は、県は全国並みや全国より少ない数字であり、阿久根市の特徴と言える。

次に、健診受診者の中でメタボリックシンドロームの該当者やその予備群について性別で比較すると、予備群も該当者も男性の割合の方が多く、予備群で女性の約3倍、該当者で2倍以上の割合だった。また、予備群、該当者ともに、高血圧や脂質異常のある人が多く、該当者の男性では血糖まで含めた3項目すべてある人が1割以上にのぼった。

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16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8				
県	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			
阿久根市	合計	240	31.0	366	47.3	178	23.0	171	22.1	86	11.1	369	47.7	353	45.7	144	18.6	430	55.6	203	26.3	323	41.8	8	1.0		
	40-64	87	34.5	111	44.0	81	32.1	60	23.8	26	10.3	107	42.5	101	40.1	61	24.2	119	47.2	72	28.6	117	46.4	1	0.4		
	65-74	153	29.4	255	48.9	97	18.6	111	21.3	60	11.5	262	50.3	252	48.4	83	15.9	311	59.7	131	25.1	206	39.5	7	1.3		

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		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	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2				
県	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			
阿久根市	合計	231	25.8	176	19.6	116	12.9	104	11.6	31	3.5	286	31.9	419	46.8	20	2.2	451	50.3	153	17.1	441	49.2	3	0.3		
	40-64	77	27.3	53	18.8	35	12.4	36	12.8	8	2.8	83	29.4	120	42.6	5	1.8	112	39.7	54	19.1	162	57.4	0	0.0		
	65-74	154	25.1	123	20.0	81	13.2	68	11.1	23	3.7	203	33.1	299	48.7	15	2.4	339	55.2	99	16.1	279	45.4	3	0.5		

*全国については、有所見割合のみ表示

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17】

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
阿久根市	合計	773	35.8	21	2.7%	139	18.0%	8	1.0%	107	13.8%	24	3.1%	206	26.6%	39	5.0%	8	1.0%	80	10.3%	79	10.2%				
	40-64	252	25.3	9	3.6%	45	17.9%	2	0.8%	26	10.3%	17	6.7%	57	22.6%	7	2.8%	5	2.0%	27	10.7%	18	7.1%				
	65-74	521	44.9	12	2.3%	94	18.0%	6	1.2%	81	15.5%	7	1.3%	149	28.6%	32	6.1%	3	0.6%	53	10.2%	61	11.7%				

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
阿久根市	合計	896	42.0	15	1.7%	53	5.9%	3	0.3%	43	4.8%	7	0.8%	108	12.1%	22	2.5%	2	0.2%	56	6.3%	28	3.1%				
	40-64	282	33.4	9	3.2%	19	6.7%	3	1.1%	13	4.6%	3	1.1%	25	8.9%	5	1.8%	1	0.4%	10	3.5%	9	3.2%				
	65-74	614	47.6	6	1.0%	34	5.5%	0	0.0%	30	4.9%	4	0.7%	83	13.5%	17	2.8%	1	0.2%	46	7.5%	19	3.1%				

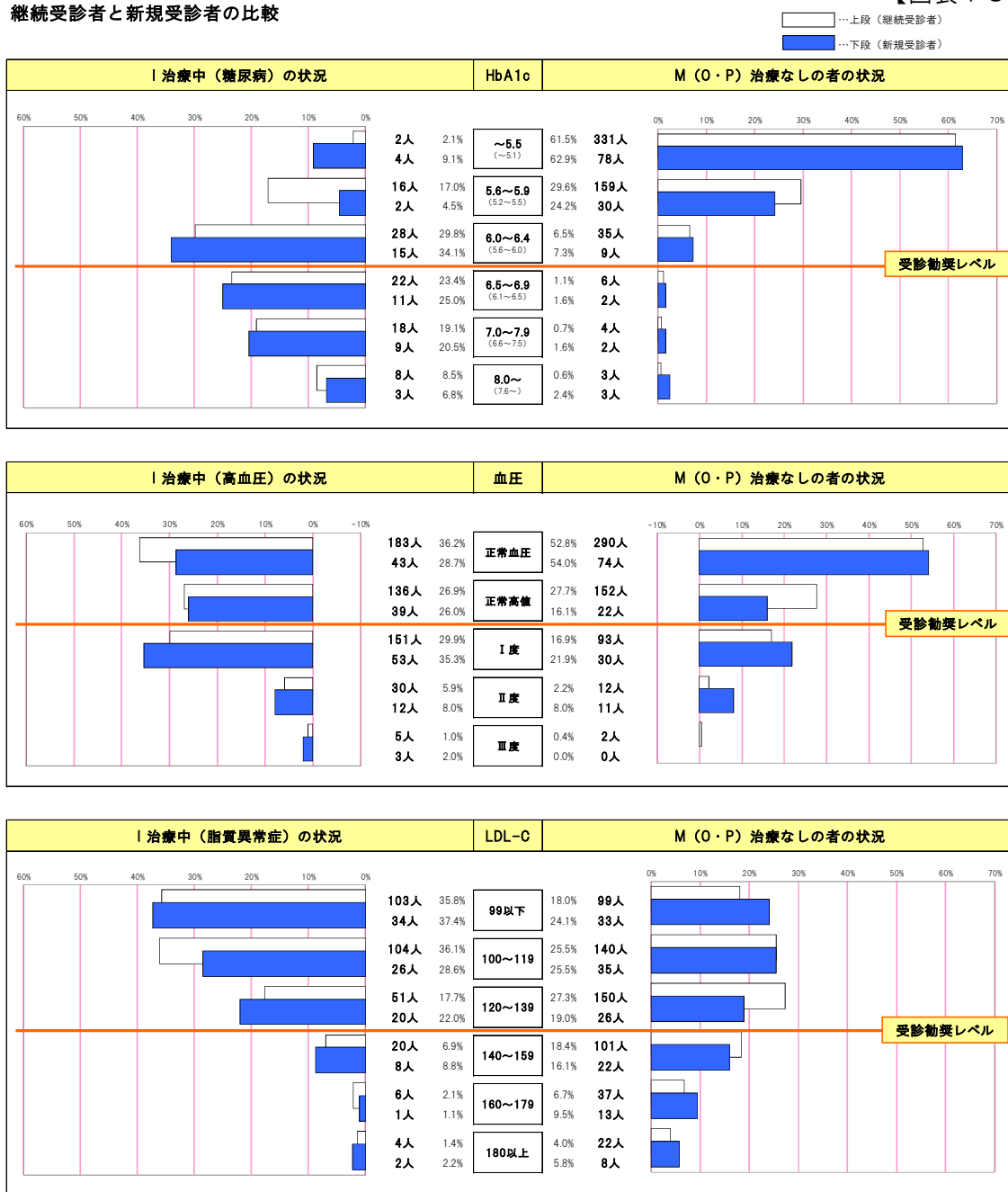
(3) 新規受診者と継続受診者との比較

健診受診者のうち、過去5年間の受診がなく平成28年度に受診があった被保険者を新規受診者として、その健診結果を継続受診者の結果と比較すると、新規受診者の方が重症化している割合が高い。(図表18)

これは、長期間検査を受けずにいると生活習慣病の原因となる基礎疾患の悪化に気が付かないことの現れといえる。健診結果から抽出した保健指導対象者を比較的軽度なうちに外来医療につなげることが、入院医療費の伸びの抑制にも結び付く。そのため、まずは「継続的な特定健診受診」の勧奨が必要である。

【図表18】

継続受診者と新規受診者の比較



(4) 未受診者対策の把握 (図表 19)

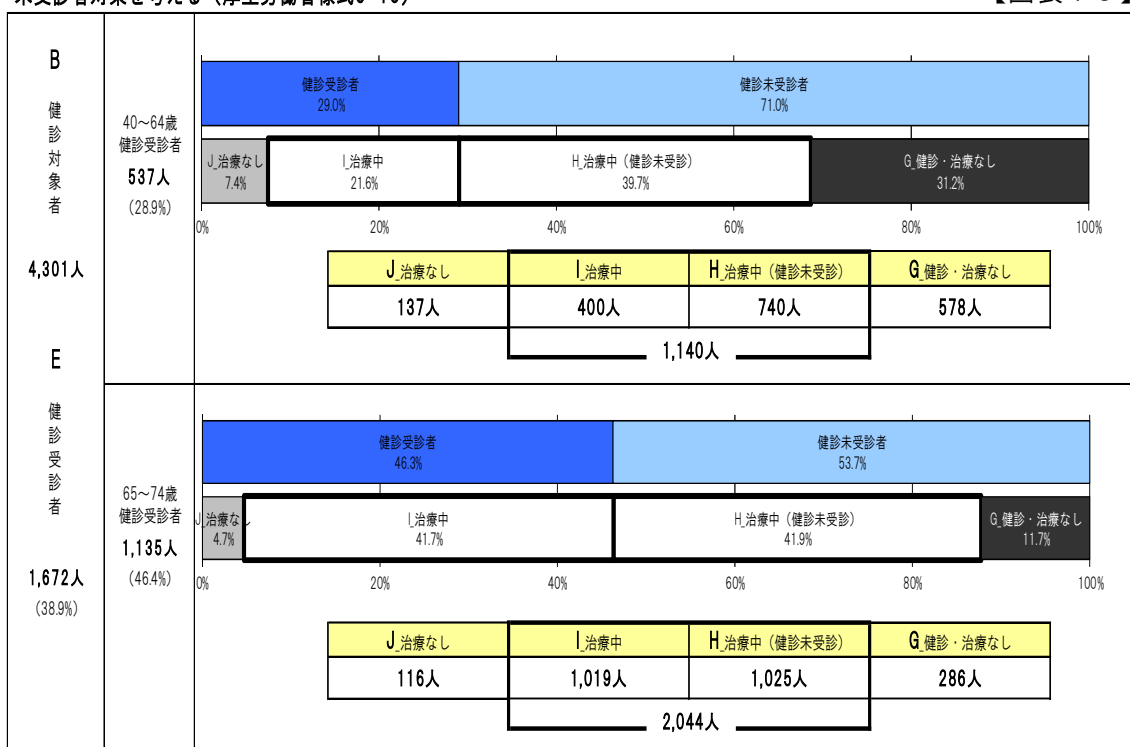
生活習慣病の発症予防, 重症化予防は最も重要な取組の一つであるが, 阿久根市における平成28年度の特定健診の受診率は38.9%と, 国・県を下回っている。

特定健診受診率を年齢別で見ると, 65歳以上が46.4%であるのに対し, 40歳から64歳までは28.9%である。特に健診も治療も受けていない(G) 40歳から64歳までの31.2%, 65歳以上の11.7%の人は, 重症化しているかどうかの実態がわからない状況である。

また, 健診の受診有無で生活習慣病治療にかかっている費用を比較すると, 健診未受診者の一人あたりの医療費は, 健診受診者のものより228,798円高い。このことから, 健診や治療の受診がないと重症化しているかどうか健康状態の把握ができず, いざ治療を開始した時には重症化していることがうかがえ, 特定健診受診率向上, 保健指導の重要性が見えてくる。

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

【図表 19】



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

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

	0	100,000	200,000	300,000	400,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費		83,113円			
健診未受診者の生活習慣病治療費				311,911円	

3 目標の設定

(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が重要である。令和5年度には平成30年度と比較し、上記3疾患が総医療費に占める割合をそれぞれ1%減少させることを目標にする。また3年後の令和2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、高齢者は脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管に負担がかかりやすいこと考えると、医療費そのものの抑制は厳しいため、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかしこれまでの分析結果から、本市の医療のかかり方は、普段は医療や健診を受けず、重症化してから入院するケースが多い。重症化予防、医療費適正化へつなげるため定期的な受診により入院を抑えることを目標とし、まずは一人当たり入院の医療費の伸び率（平成25～28年度実績で17.9%）を令和5年度に同規模市町村並みの8.5%に抑制することを目指す。

(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少させることを短期的な目標とする。具体的には、日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の検査結果を一年ごとに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への受診及び治療継続の働きかけをするとともに、医療受診を中断しているもの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。これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行う。

さらに生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、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、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。健診及び保健指導実施率の目標値は、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。

なお、(1)(2)ともに、具体的な数値は第6章3「目標管理一覧表」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、特定健康診査等実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期計画及び第2期計画は5年間で計画期間としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期計画（平成30年度以降）からは6年間で計画期間として策定する。

2 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度 (令和元年度)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診実施率	42%	46%	50%	54%	58%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

目標値は過去の実施率から算出し、平成35年度までに特定健診は60%を、保健指導は国の目標である60%を目指すこととする。

3 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度 (令和元年度)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診	対象者数	4,120人	4,000人	3,895人	3,750人	3,650人	3,500人
	受診者数	1,730人	1,840人	1,947人	2,025人	2,117人	2,100人
特定保健指導	対象者数	144人	144人	140人	138人	142人	140人
	受診者数	72人	75人	76人	77人	82人	84人

対象者の見込みは、前述の目標値から算出した。

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

集団健診は特定健診実施機関に委託し、市内集会施設等で実施する。個別健診については出水郡医師会と阿久根市とで契約を行い、出水郡医師会が実施機関を取りまとめる。

(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条及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第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、契約後に市のホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（ヘモグロビンA1c・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，かかりつけ医へ協力を依頼し連携をとる。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は，国保連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

【図表22】

年間スケジュール

健診の案内方法	
集団健診：保健推進員を通じて受診票を配布する。	
個別診査・情報提供：集団健診未受診者に対し，受診券または情報提供票を送付する。	
広報誌掲載、集団健診前の防災行政無線による広報。	
医療機関等へポスターの掲示を依頼する。	

健診実施スケジュール	
5月～ 6月	： 保健推進員より受診票配布（集団）
8月～ 9月	： 特定健診実施（集団）
9月～	： 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
10月～11月	： 未受診者に受診券または情報提供票の送付
11月～ 3月	： 特定健診実施（個別），情報提供票受付
11月	： 予算案作成
2月～ 3月	： 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

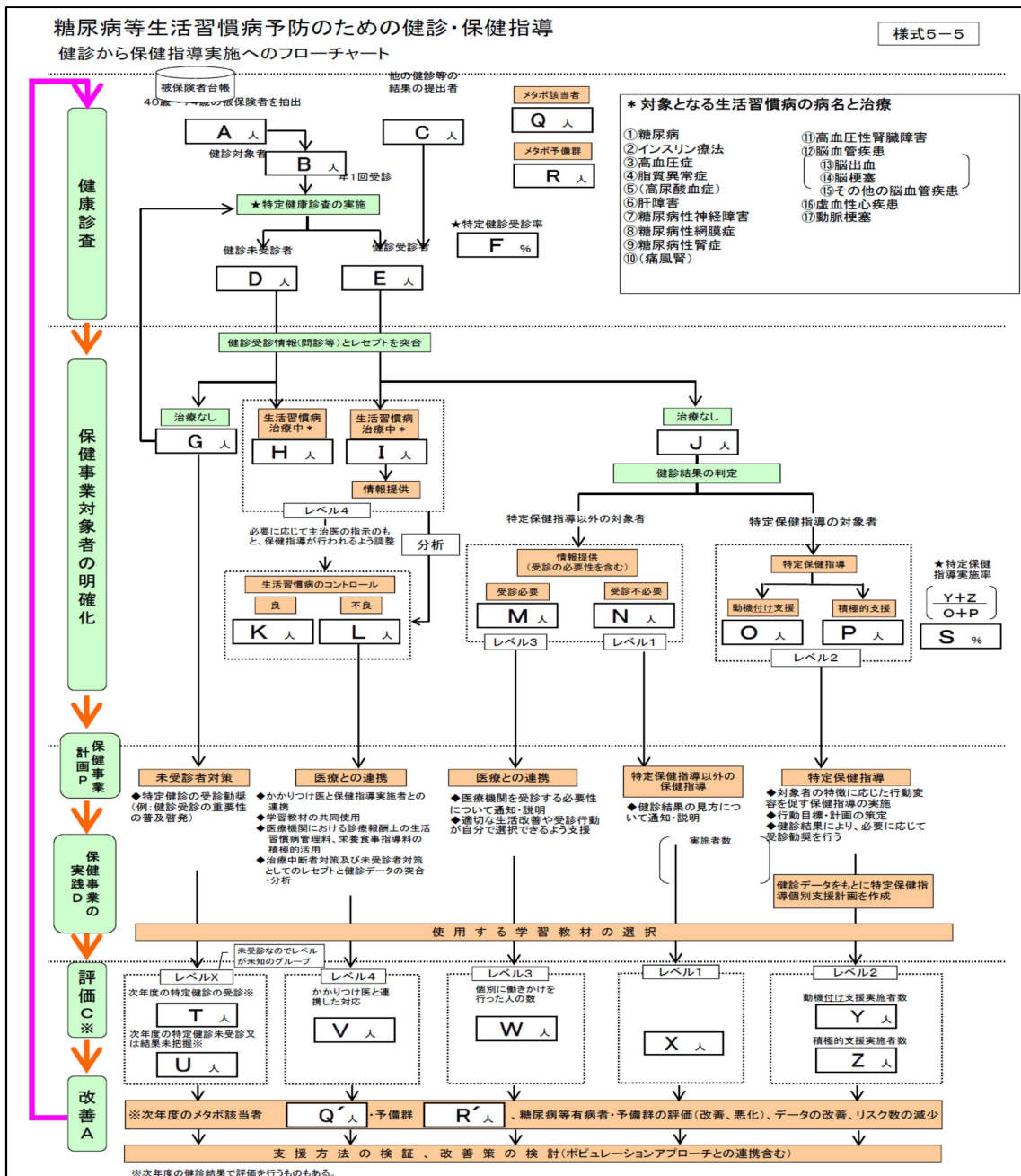
5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、阿久根市直接実施または健診機関への委託の形態で行う。

(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】



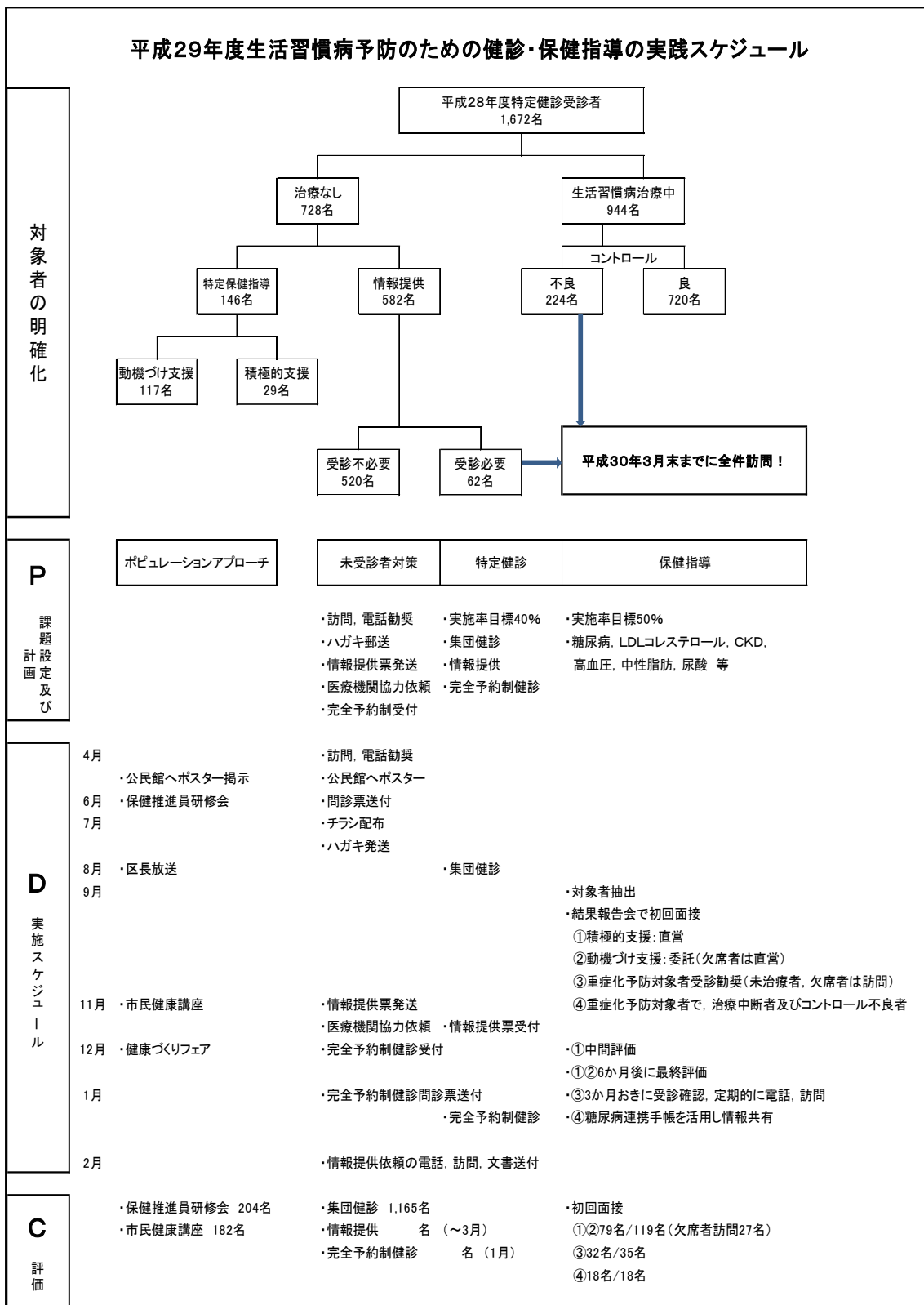
(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表24】

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	144人 (8.7)	50%
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	412人 (25.0)	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(個別診査の受診票・情報提供票の送付)	2,870人 ※受診率目標達成までにあ と398人	
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)	412人 (25.0)	
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	680人 (41.3)	

※(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25】



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扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び阿久根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、阿久根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

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、予防可能であり、医療費が高額となる疾患かつ長期入院となる疾患である、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の3疾患に焦点をあてることとする。これらの共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

疾病予防としては、若い世代に健診を行い、生活習慣の改善が必要と認められる者に保健指導を行うことで疾病リスクの減少を図る。

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に取り組む。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る医療費や介護費等の高額化等の実態を広く市民へ周知する。

また生活習慣病は、ほとんどの場合、自覚症状がないまま進行するため、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。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 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。

- ㊦ 健診結果・レセプト等で抽出したハイリスク者への受診勧奨、保健指導
- ㊧ 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ㊨ 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組の流れ】

【図表26】

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

イ 対象者の明確化

㊦ 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次のとおりとする。

- a 医療機関未受診者
- b 医療機関受診中断者
- c 糖尿病治療中者
 - (a) 糖尿病性腎症で通院している者
 - (b) 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

㊧ 選定基準に基づく該当数の把握

a 対象者の抽出

取組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。

阿久根市においては、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)

b 基準に基づく該当者数の把握

平成28年度の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)

阿久根市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は89人(34.1%・F)であった。また、40~74歳における糖尿病治療者750人のうち特定健診受診者は172人(65.9%・G)だった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者578人(77.1%・I)は、治療中ではあっても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。

c 介入方法と優先順位

【図表28】より阿久根市においての介入方法を次のとおりとする。

優先順位1【受診勧奨】

糖尿病重症化のリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・89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】

糖尿病通院患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・96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

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

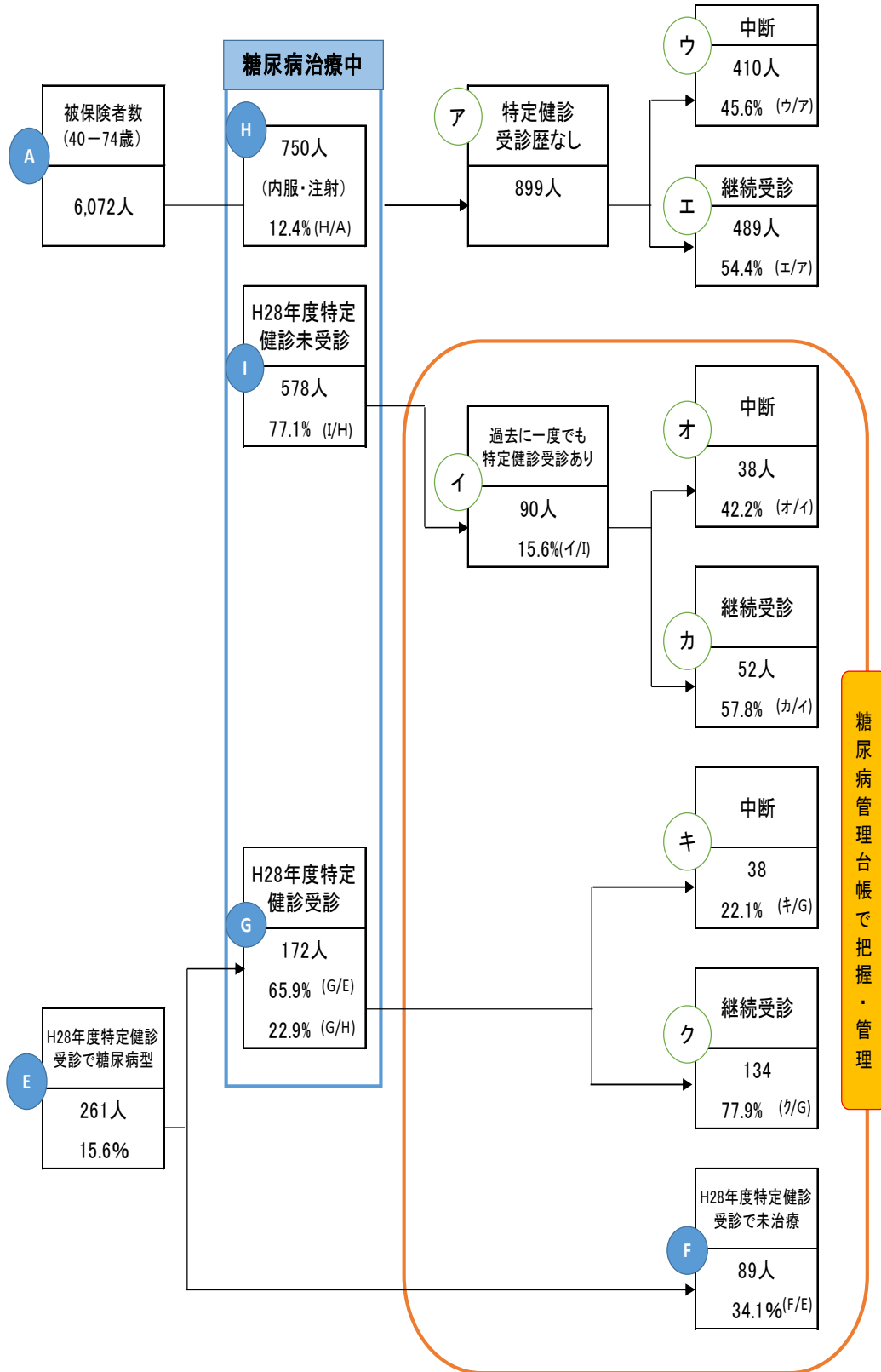
・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

阿久根市

【図表 28】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



ウ 対象者の進捗管理

糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料3）及び年次計画表（参考資料4）で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病管理台帳作成手順】

1 健診データが届いたら、治療の有無にかかわらずヘモグロビンA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

ただし、以下の場合も記載

- ・HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合
- ・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
- ・当該年度の健診データではHbA1c6.5%以下でも、過去5年間の健診データでHbA1c6.5%以上がある場合

2 資格を確認する。

3 レセプトを確認し情報を記載する。（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。

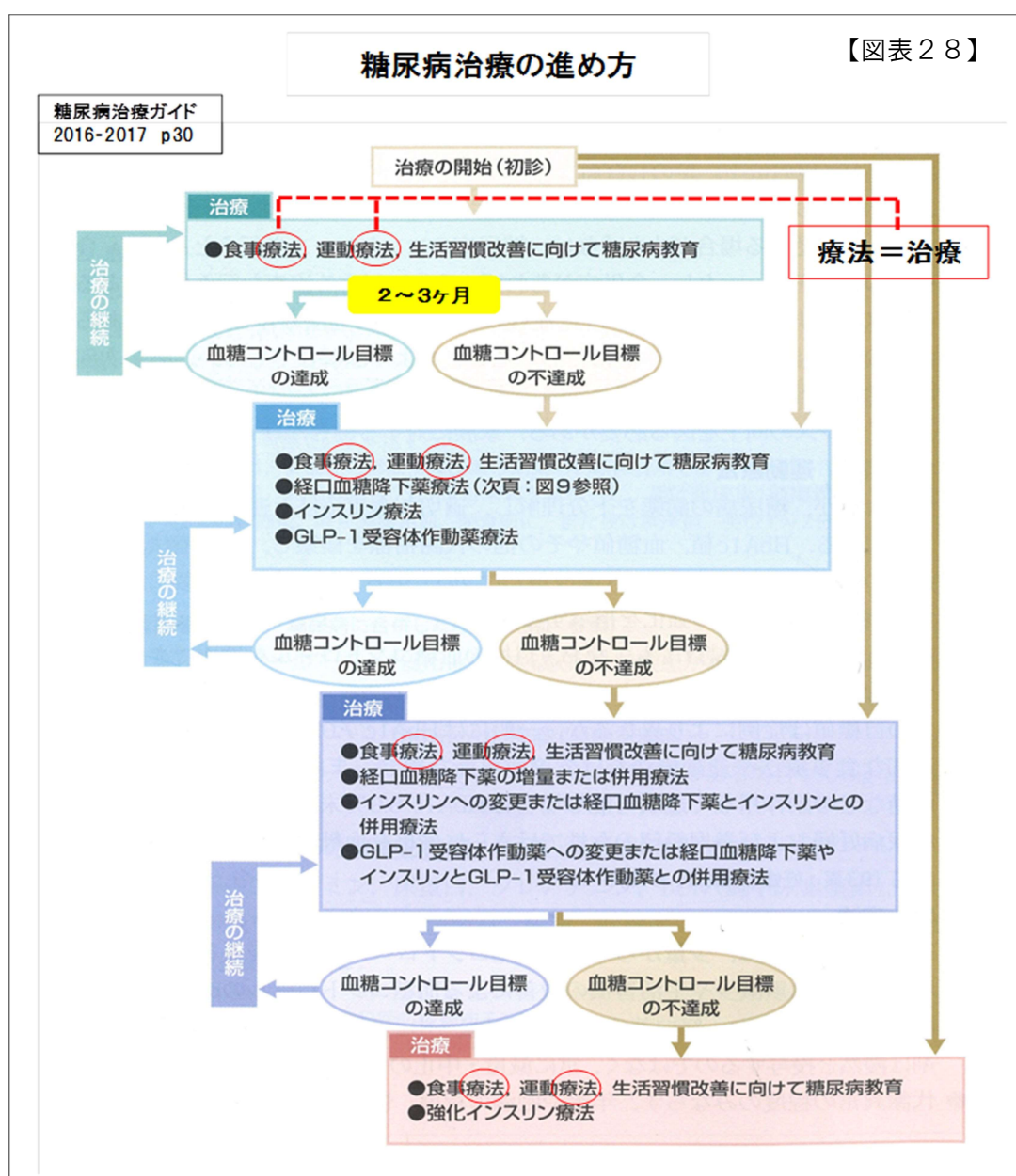
5 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・53人
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・27人

エ 保健指導の実施

⑦ 糖尿病性腎症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。阿久根市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病気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ていく。(図表29)



「糖尿病治療ガイド2016・2017」より抜粋

① 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、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。

オ 医療との連携

⑦ 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。

① 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳やCKDネットワークを活用し、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。

カ 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。

キ 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、中長期的評価については様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防取組評価表（参考資料5）を用いて行っていく。

短期的評価

⑦ 受診勧奨者に対する評価

- a 受診勧奨対象者への介入率
- b 医療機関受診率
- c 医療機関未受診者への再勧奨数

① 保健指導対象者に対する評価

- a 保健指導実施率
- b 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

○ e G F R 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

中長期的評価 (ほかの虚血性心疾患・脳血管疾患等と合わせて行う)

総医療費に占める割合, 発症者数割合等

ク 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出(概数の試算), 介入方法, 実施方法の決定

9月以降 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

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組は、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015（日本内科学会）、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版（日本循環器学会）、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）

イ 対象者の明確化

㊦ 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）

㊧ 重症化予防対象者の抽出

a 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。

阿久根市において平成28年度特定健診受診者1,672人のうち心電図検査実施者は1,220人（73.0%）であり、うちST所見があったのは67人であった（図表30）。ST所見あり67人中のうち8人は要精査であり、その後の受診状況をみると2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59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。

阿久根市は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が増加傾向である。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、集団健診での心電図検査の全数実施を今後も継続していく。

心電図検査結果（平成28年度特定健診）

【図表30】

	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	%	人	%	人	%	人	%	人	%
	平成28年度	1,672	100	1,220	73.0	67	5.5	407	33.4	747

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)(%)
67	100	8	11.9	6	75.0	2	25.0

b 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、または問診等において不整脈が疑われる者」を基準にした「詳細な健診」の項目である(①)。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(②-1及び②-2)。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたは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		
	1,719	67	407	747	498	
		3.9	23.7	43.5	29.0	
メタボ該当者	330 19.2%	12 3.6%	59 17.9%	97 29.4%	162 49.1%	
メタボ予備群	200 11.6%	8 4.0%	44 22.0%	92 46.0%	56 28.0%	
メタボなし	1,190 69.2%	47 3.9%	304 25.5%	558 46.9%	281 23.6%	
LDL	140-159	175 10.2%	5 2.9%	51 29.1%	91 52.0%	28 16.0%
	160-179	61 3.5%	2 3.3%	9 14.8%	42 68.9%	8 13.1%
	180-	33 1.9%	1 3.0%	7 21.2%	19 57.6%	6 18.2%

【参考】

CKD	G3aA1~	215	9	65	135	6
		12.5%	4.2%	30.2%	62.8%	2.8%

ウ 保健指導の実施

㊦ 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、【図表 3 3】の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

虚血性心疾患に関する症状

【図表 3 3】

<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)

㊧ 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。

エ 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。

オ 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。

カ 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

短期的評価（データヘルス計画評価等と合わせ年1回行う）

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

中長期的評価（ほかの糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行う）

総医療費に占める割合，発症者数割合等

キ 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出（概数の試算），介入方法，実施方法の決定

9月以降 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

ア 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(日本脳卒中学会), 脳卒中予防への提言(「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会), 高血圧治療ガイドライン(日本高血圧学会)等に基づいて進めていく。(図表34, 35)

【脳卒中の分類】

【図表34】

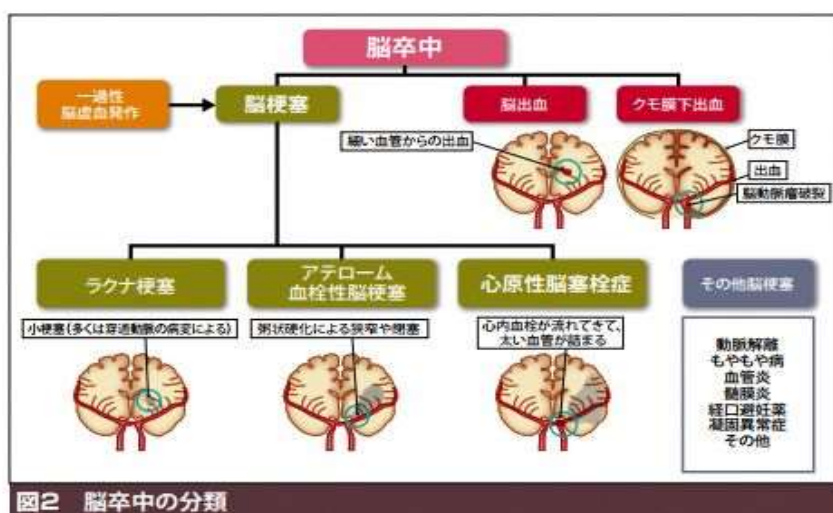


図2 脳卒中の分類

(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	●							

イ 対象者の明確化

㊦ 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。

平成28年度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	●	●	●			○	○
脳出血	心原性脳梗塞	●			●		○	○
	脳出血	●						
脳出血	くも膜下出血	●						
	リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	メタボリックシンドローム	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 1719人		88人 5.1%	121人 7.0%	54人 3.1%	8人 0.5%	330人 19.2%	33人 1.9%	24人 1.4%
治療なし		31人 3.3%	69人 5.1%	46人 3.6%	3人 0.4%	46人 6.2%	1人 0.1%	7人 1.0%
治療あり		57人 7.4%	52人 30.4%	8人 1.8%	5人 0.5%	284人 29.0%	32人 3.3%	17人 2.9%
臓器障害あり		14人 45.2%	21人 30.4%	20人 43.5%	3人 100%	15人 32.6%	1人 100%	7人 100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人	6人	1人	0人	1人	1人	7人
	尿蛋白(2+)以上	1人	6人	1人	0人	1人	1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)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	7人
	心電図所見あり	13人	16人	19人	0人	14人	0人	2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。平成28年度の重症化予防対象者をみると、Ⅱ度高血圧以上が88人(5.1%)であり、31人は未治療者であった。また未治療者のうち、14人(7.4%)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11人(12.5%)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。

㊧ 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

平成28年度特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	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			
944		258	253	239	163	28	3	10	80	104
		27.3%	26.8%	25.3%	17.3%	3.0%	0.3%	1.1%	8.5%	11.0%
リスク第1層		54	25	26	10	1	1	10	1	1
		12.4%	20.9%	9.9%	10.9%	6.1%	3.6%	33.3%	100%	1.3%
リスク第2層		149	146	128	79	17	0	--	79	17
		55.0%	57.8%	57.7%	53.6%	48.5%	60.7%	0.0%	98.8%	16.3%
リスク第3層		55	82	85	74	10	2	--	--	86
		32.6%	21.3%	32.4%	35.6%	45.4%	35.7%	66.7%	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	96	21	23	22	24	5	1		
		31.2%	38.2%	28.0%	25.9%	32.4%	50.0%	50.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	138	25	37	42	28	5	1		
	44.8%	45.5%	45.1%	49.4%	37.8%	50.0%	50.0%			
3個以上の危険因子	130	17	32	40	34	6	1			
	42.2%	30.9%	39.0%	47.1%	45.9%	60.0%	50.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である（平成28年度特定健診結果より）。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。

⑦ 心電図検査における心房細動の実態

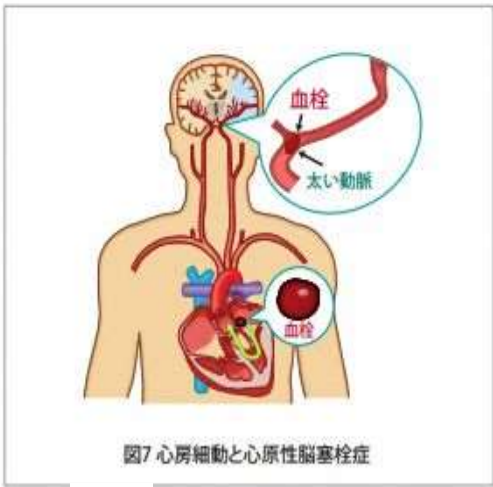


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(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 38 は平成28年度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。

平成28年度特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

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	562	658	6	1.1	2	0.3	-	-
40歳代	35	27	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	75	78	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	302	344	3	1.0	1	0.3	1.9	0.4
70～74歳	150	209	3	2.0	1	0.5	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

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
8	100	3	37.5	5	62.5

心電図検査において8人が心房細動の有所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。また、8人のうち5人は既に治療が開始されていたが、3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る。(図表39)

ウ 保健指導の実施

㊦ 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。

① 対象者の管理

a 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、e G F R、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。

b 心房細動の管理

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経過を把握していく。

エ 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。

オ 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。

カ 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（データヘルス計画評価等と合わせ年1回行う）

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

*KDB等の情報を活用する。

中長期的評価（ほかの糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行う）

総医療費に占める割合、発症者数割合等

キ 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

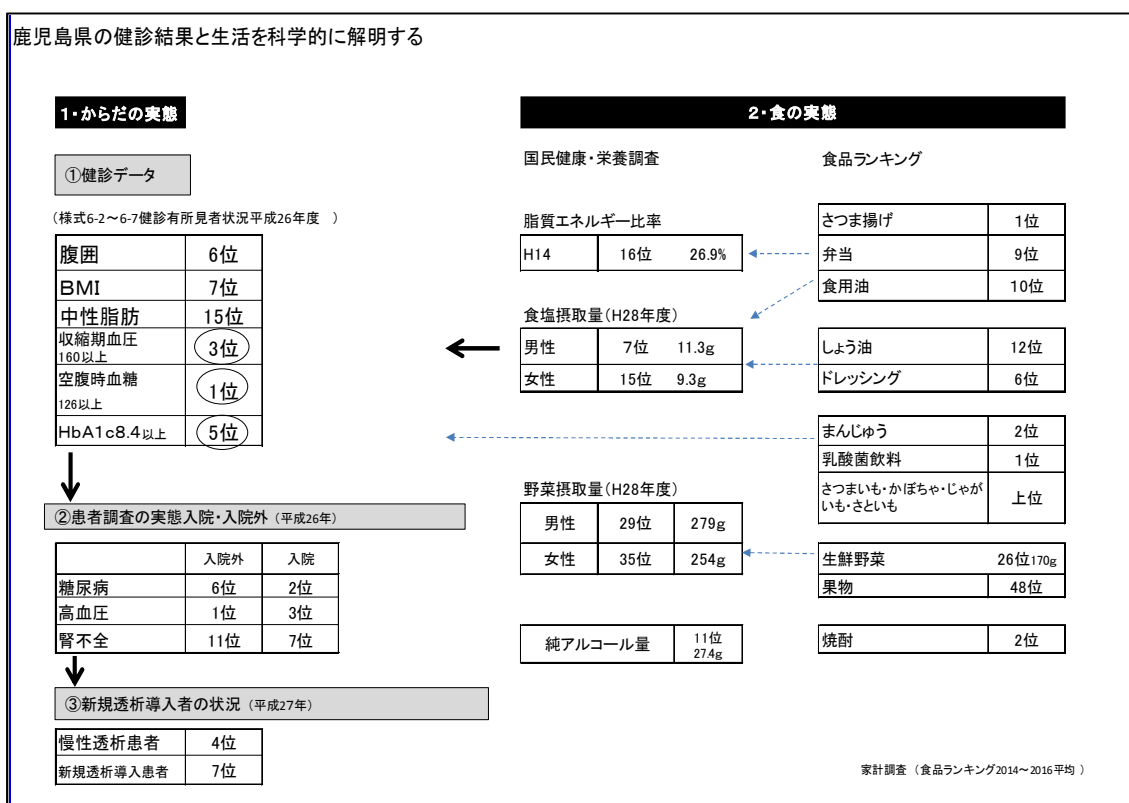
8月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

9月以降 特定健診結果が届き次第心臓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 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）

【図表40】



阿久根市の社会保障の安定化のために

阿久根市 人口 2万人
 高齢化率 38.77%
 被保険者数 5,731人

平成28年度保険者努力支援制度 196点 / 345点
 全国順位 919位 / 1,741市町村
 県内順位 33位 / 43市町村

社会保障費(H28年度)

医療費	26.3 億円	KDBより	医療費に占める割合
糖尿病	13 千万円	5.0 %	5.0 %
高血圧	13 千万円	5.1 %	5.1 %
慢性腎臓病(透析)	16 千万円	6.2 %	6.2 %
虚血性心疾患	7 千万円	4.3 %	4.3 %
がん	28 千万円	10.6 %	10.6 %
精神	40 千万円	15.1 %	15.1 %

介護費

認定者の有病状況	26.2 億円	KDB
脳疾患	53.0%	
心臓病	46.1%	
糖尿病	52.4%	
脳疾患	47.4%	
心臓病	21.1%	
糖尿病	42.1%	

生活保護費

医療扶助 2億7千万円
 人工透析療費 36人

平均寿命 (22年)

男性 80歳
 女性 86.3歳
 全国平均 79.6歳
 全国平均 86.4歳

65歳未満死亡 (27年)

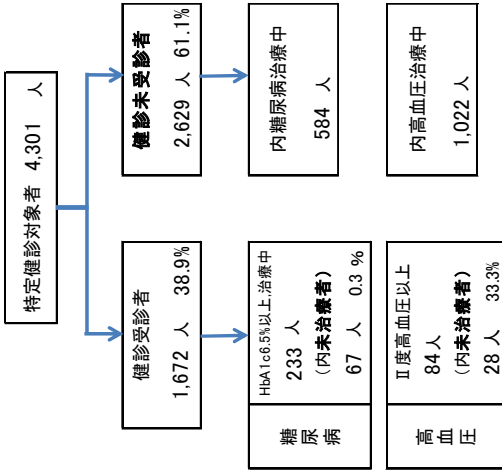
男性 2.54
 女性 1.16
65歳未満人口に占める65歳未満死亡に相当(千人対)
 全国平均 2.05
 全国平均 1.04

平成29・30年度の評価指標

共通①	H30配点	
	満点	H28年度前倒し
特定健診受診率	850点	阿久根市 190点
特定保健指導実施率	50	20
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20
個人への分かりやすい情報提供	25	20
個人への取組	100	20
対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40
かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)	40
専門職の取組、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	(25)	
個人のインセンティブ付与	70	
個人のポイント付与等取組、効果検証	(55)	20
商店街等との連携	(15)	
がん検診受診率	30	10
歯周疾患(病)検査実施状況	25	10
データヘルズ計画の取組	40	10
第一期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)	10
第二期策に当たり、現計画の定量評価	(35)	
関係部署、県、医師会等と連携		
固有④ 地域包括ケアの推進	25	5

1 市町村指標の超過府県単位数 特定健診・保健指導実施率、糖尿病重症化予防取組	100
3 超過府県の取組状況の評価 糖尿病重症化予防の取組、法定外繰入等の削減	60
2 超過府県の医療水準に関する評価 国民の年齢調整後一人当たり医療費	今後

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にルールの整備

- 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うち、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。
- 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要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。
- 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、基本健診項目の検査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。

第5章 地域包括ケアの取組

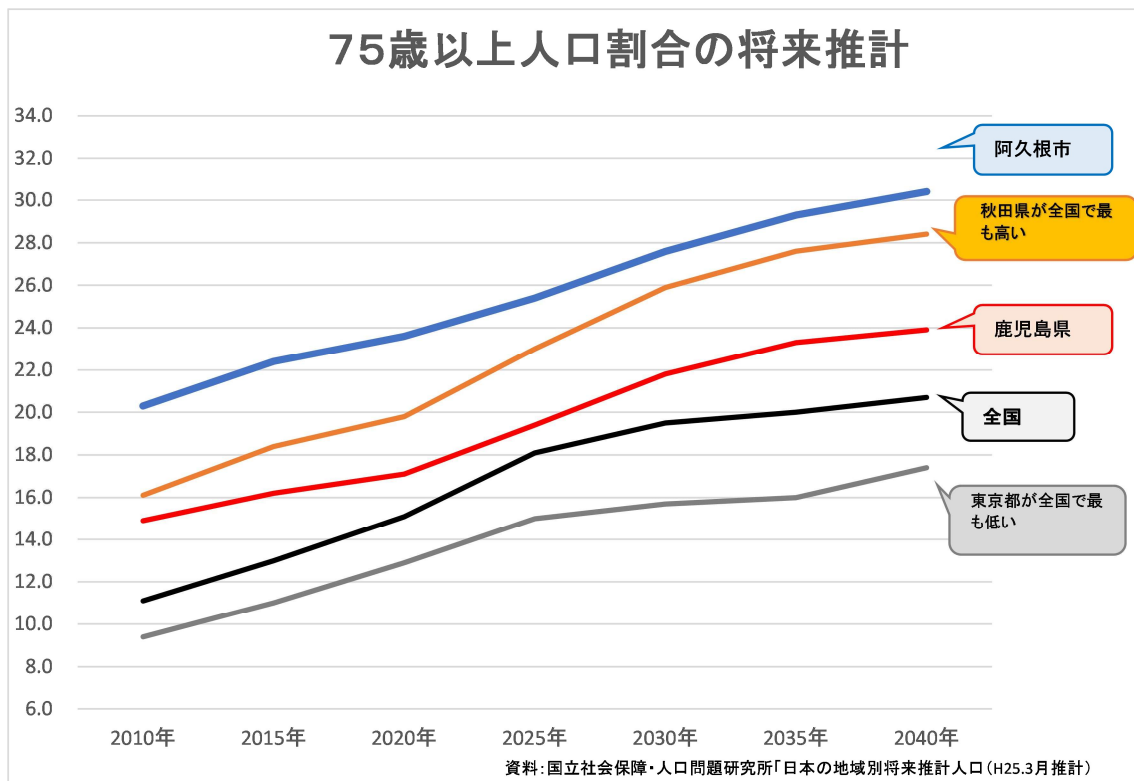
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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ことが重要である。第4章の重症化予防の取組そのものを介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上の割合が2040年には23.9%となり、4人に1人が後期高齢者となる。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歳以上の前期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5割を超えている。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、医療サービスを適正に利用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43)

【図表 4 2】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 4 3】

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

令和2年度に進捗確認のための中間評価を行い、計画の見直しを行う。

また、計画の最終年度の令和5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8・9）

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】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	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(R1)	R2	R3	
特定健診等計画	特定健診受診率が低く、重症化予防対象者を十分に抽出できていない。 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が増加傾向。 糖尿病性腎症の割合が増加し、新規透析患者が増加している。	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。 1人当たり医療費の伸びを抑える。 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。	特定健診受診率60%以上(H28:60%, H30:42%, R1:46%, R2:50%, R3:54%, R4:58%, R5:60%) 特定保健指導実施率60%以上(H29:80%, H30:50%, R1:52%, R2:54%, R3:56%, R4:58%, R5:60%)	38.9%	38.8%	41.5%	47.5%			特定健診・特定保健指導結果厚生労働省
			特定保健指導対象者の減少率25%(前年度比)	22.1%	20.3%	14.7%	17.4%			
データヘルス計画	糖尿病性腎症の割合が増加し、新規透析患者が増加している。	1人当たり医療費の伸びを抑える。 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。	一人当たりの入院医療費の伸び率を同規模市町村並みの8.5%以内とする	17.9%			6.1%			
			必要な医療動向を行い入院外医療費を伸ばさず5%	3.3%			7.2%			
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の受診勧奨値以上の有見者を減らす。	脳血管疾患の総医療費に占める割合1%減少	2.8%			2.3%			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	2.5%			1.8%			
データヘルス計画	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受診勧奨値以上の有見者を減らす。	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受診勧奨値以上の有見者を減らす。	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%	33.3%	33.3%	80.0%	80.0%			
			健診受診者の高血圧の割合減少5%(160/100以上)	5.2%	5.9%	6.1%	4.9%			
データヘルス計画	がんによる標準化死亡率が、女性では子宮がん、男性では大腸がん、県や国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL160以上)	8.1%	9.0%	10.4%	8.7%			
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	9.2%	10.4%	12.4%	11.2%			
データヘルス計画	がんによる標準化死亡率が、女性では子宮がん、男性では大腸がん、県や国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%(前年度比)	16.5%	9.8%	11.7%	12.8%			阿久根市健康増進課
			健診受診者のHbA1c8.0以上で未治療者の割合の減少	0.54%	0.61%	0.50%	0.68%			
データヘルス計画	がんによる標準化死亡率が、女性では子宮がん、男性では大腸がん、県や国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合100%	21.3%	94.2%	78.4%	87.2%			
			糖尿病の健診指導を実施した割合80%以上	26.9%	80.0%	92.9%	100.0%			
データヘルス計画	がんによる標準化死亡率が、女性では子宮がん、男性では大腸がん、県や国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	糖尿病性腎症の保健指導対象者をアウトカム評価した割合		50.0%	46.2%	84.2%			
			がん検診受診率	6.9%	6.9%	6.4%	6.1%			
データヘルス計画	がんによる標準化死亡率が、女性では子宮がん、男性では大腸がん、県や国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診 50%以上	22.1%	21.6%	20.2%	19.8%			
			肺がん検診 50%以上	13.7%	16.3%	13.8%	14.0%			
データヘルス計画	がんによる標準化死亡率が、女性では子宮がん、男性では大腸がん、県や国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 50%以上	19.2%	18.5%	20.8%	17.8%			
			子宮頸がん検診 50%以上	29.7%	32.1%	30.3%	18.6%			
データヘルス計画	がんによる標準化死亡率が、女性では子宮がん、男性では大腸がん、県や国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 50%以上	10.5%	11.5%	11.8%	15.6%			阿久根市健康増進計画
			歯周病検診の受診率の増加	68.8%	74.0%	79.8%	78.7%			
データヘルス計画	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上							
			数量シェア							

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

阿久根市においては、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阿久根市の位置
- 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 評価イメージ 1
- 参考資料 9 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた阿久根市の位置

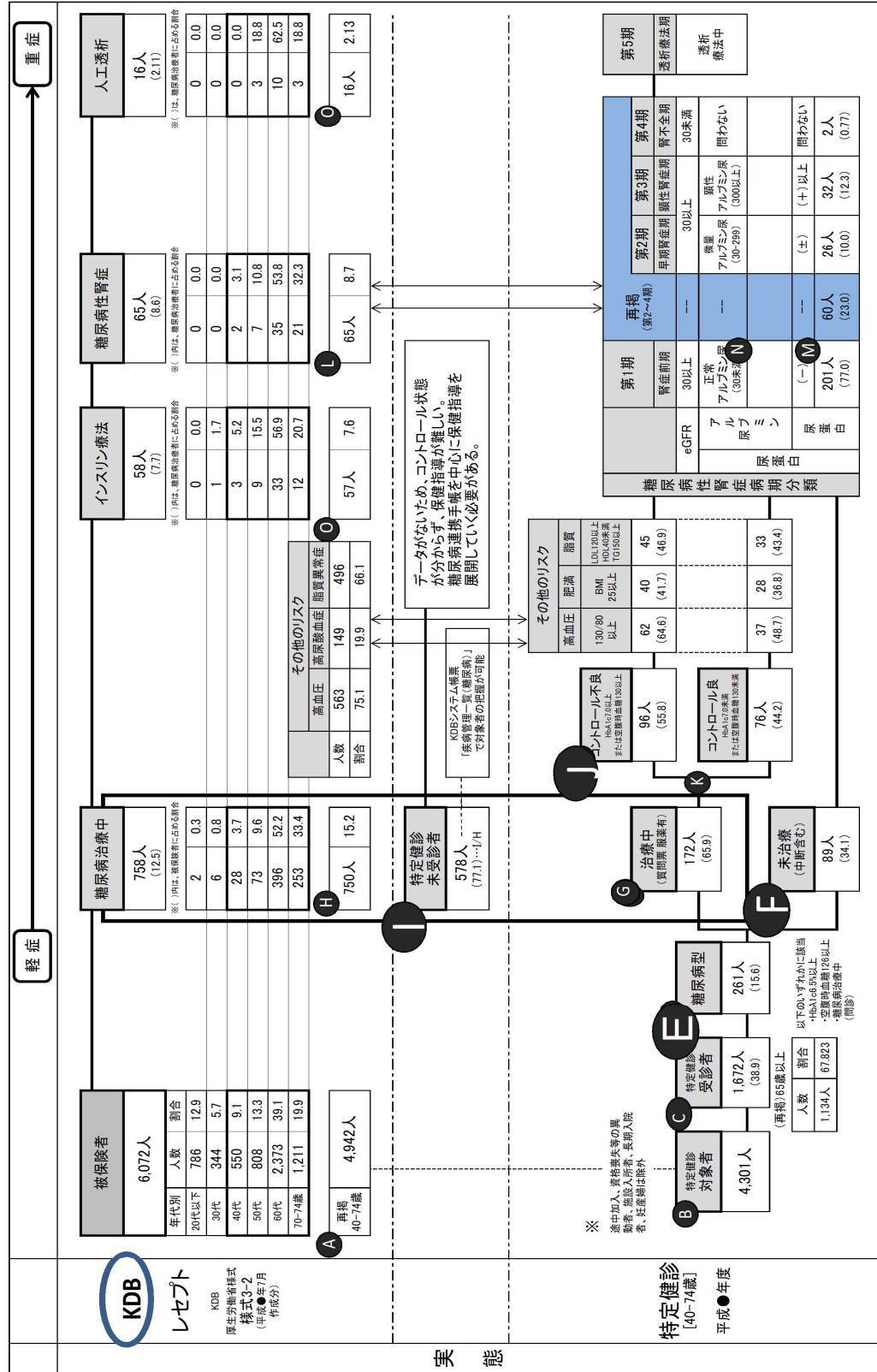
R01年度 阿久根市

項目		阿久根市		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	21,171		9,235,889		1,630,243		125,640,987		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		65歳以上(高齢化率)	8,167	38.6	3,036,277	32.9	479,734	29.4	33,465,441	26.6	
		75歳以上	4,866	23.0			262,405	16.1	16,125,763	12.8	
		65~74歳	3,301	15.6			217,329	13.3	17,339,678	13.8	
		40~64歳	6,845	32.3			539,630	33.1	42,295,574	33.7	
	39歳以下	6,159	29.1			610,879	37.5	49,879,972	39.7		
	② 産業構成	第1次産業	14.4		10.9		9.5		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		第2次産業	26.1		27.1		19.4		25.0		
		第3次産業	59.5		62.0		71.1		71.0		
	③ 平均寿命	男性	79.9		80.4		80.0		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.2		86.9		86.8		87.0			
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.0		79.2		79.1		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	83.5		84.0		84.0		84.0			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	101.2		104.7		102.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	108.2		101.4		99.4		100		
		女性									
		がん	81	40.9	33,789	46.6	5,270	44.7	373,187	49.9	
		心臓病	43	21.7	21,109	29.1	3,439	29.2	204,720	27.4	
		脳疾患	54	27.3	11,869	16.4	2,055	17.4	109,818	14.7	
		糖尿病	5	2.5	1,336	1.8	214	1.8	13,964	1.9	
	腎不全	10	5.1	2,755	3.8	530	4.5	25,127	3.4		
	自殺	5	2.5	1,673	2.3	270	2.3	20,385	2.7		
	② 早世予防から みた死亡 (55歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査
男性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,735	20.8	595,070	19.5	101,506	21.2	6,467,463	19.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	36	0.3	10,714	0.3	1,403	0.3	113,806	0.3	
		2号認定者	34	0.5	10,975	0.4	1,973	0.4	152,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	357	19.9	139,887	23.1	23,433	22.3	1,537,914	23.0	
		高血圧症	1,083	61.5	333,418	54.9	60,067	57.2	3,472,146	51.7	
		脂質異常症	562	31.8	181,020	29.7	31,374	29.7	2,036,238	30.1	
		心臓病	1,239	70.6	378,090	62.4	68,453	65.4	3,939,115	58.7	
		脳疾患	545	30.7	155,845	26.0	33,392	32.3	1,587,755	24.0	
		がん	208	12.2	67,192	11.0	11,988	11.5	739,425	11.0	
		筋・骨格	1,088	62.6	330,145	54.6	61,521	59.0	3,448,596	51.6	
		精神	731	41.4	238,440	39.3	43,283	41.1	2,437,051	36.4	
	再掲)認知症	500	28.1	160,084	26.3	30,691	29.0	1,584,594	23.6		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	336,167	2,745,477,188	305,564	927,776,691,002	326,885	156,817,886,369	291,457	9,839,128,000,771	
		1件当たり給付費(全体)	80,477		71,699		69,848		61,336		
		居宅サービス	46,949		44,529		45,867		41,769		
施設サービス		296,093		289,602		295,992		293,933			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,795	8,790	9,556	8,360					
	認定なし	4,855	4,176	4,471	3,929						
4	① 国保の状況	被保険者数	5,126		2,153,815		384,797		29,893,491		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65~74歳	2,471	48.2			174,725	45.4	12,122,844	40.6	
		40~64歳	1,756	34.3			122,547	31.8	9,745,338	32.6	
		39歳以下	899	17.5			87,525	22.7	8,025,309	26.8	
	加入率	24.2		23.3		23.6		23.8			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.6	873	0.4	246	0.6	8,411	0.3	
		診療所数	17	3.3	6,956	3.2	1,400	3.6	101,457	3.4	
		病床数	506	98.7	140,524	65.2	33,706	87.6	1,554,824	52.0	
		医師数	48	9.4	18,294	8.5	4,461	11.6	319,466	10.7	
		外来患者数	795.8		719.0		737.7		682.3		
入院患者数	36.4		24.8		31.2		18.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	39,284	県内6位 同規模10位	30,201	33,704	26,100					
	受診率	832.28		743.736		768.882		701.027			
	外 費用の割合	51.4		55.8		51.3		59.4			
	来 件数の割合	95.6		96.7		95.9		97.3			
	入 費用の割合	48.6		44.2		48.7		40.6			
	院 件数の割合	4.4		3.3		4.1		2.7			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源 名(調剤含む)	がん	325,878,180	25.2	28.7	25.9	30.1					
	慢性腎不全(透析あり)	81,419,940	6.3	7.5	9.8	8.3					
	糖尿病	130,851,450	10.1	10.6	9.0	10.2					
	高血圧症	94,423,230	7.3	7.0	5.9	6.6					
	脂質異常症	63,827,660	4.9	4.6	3.6	4.9					
	脳梗塞・脳出血	55,473,230	4.3	4.1	4.9	3.9					
	狭心症・心筋梗塞	44,575,730	3.4	2.8	3.0	3.2					
	精神	293,142,030	22.7	17.1	19.2	15.0					
筋・骨格	188,411,630	14.6	16.6	17.3	16.6						

項目		阿久根市		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)					
		費用額	件数												
4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	601,465	495					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
				高血圧	568,000	845									
				脂質異常症	538,060	495									
				脳血管疾患	608,356	270									
				心疾患	699,160	193									
				腎不全	672,740	96									
				精神	413,276	1,075									
				悪性新生物	708,104	346									
				右/レセプト 件数	糖尿病	40,308	9,649								
					高血圧	30,648	19,771								
					脂質異常症	29,371	15,621								
					脳血管疾患	32,791	3,726								
					心疾患	46,003	4,067								
					腎不全	87,162	2,269								
精神	32,413	6,049													
悪性新生物	52,551	4,181													
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	84,132		83,583		103,319		73,930	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
			健診未受診者	351,935		279,213		299,006		249,619					
⑦	健診・レセ 実合	項目		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	データ元(CSV)			
		受診勧奨者		1,069	58.4	364,558	57.5	66,717	56.2	4,037,445	57.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率		993	54.3	333,617	52.6	62,301	52.5	3,716,865	52.6				
医療機関非受診率		76	4.2	30,941	4.9	4,416	3.7	320,580	4.5						
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数45 同規模順位 順位総数272	メタボ	健診受診者	1,829		634,341		118,643		7,060,436		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				受診率	47.4	県内22位 同規模59位	40.0		43.7	全国9位	34.9				
				初回	294	16.1	67,137	10.6	13,964	11.8	860,205	12.2			
				特定保健指導終了者(実施率)	78	42.2	12,659	16.8	2,872	23.2	70,419	8.3			
				非肥満高血糖	174	9.5	66,887	10.5	11,061	9.3	655,673	9.3			
				⑤	メタボ	該当者	427	23.3	124,235	19.6	24,225	20.4		1,337,314	18.9
						男性	285	32.2	85,184	30.1	16,274	31.0		924,632	29.9
						女性	142	15.0	39,051	11.1	7,951	12.0		412,682	10.4
						予備群	243	13.3	69,875	11.0	14,658	12.4		787,979	11.2
				⑥	メタボ	男性	162	18.3	48,153	17.0	9,618	18.3		547,786	17.7
						女性	81	8.6	21,722	6.2	5,040	7.6		240,193	6.0
				⑦	腹囲	総数	762	41.7	215,341	33.9	43,575	36.7		2,383,391	33.8
						男性	503	56.9	147,470	52.1	28,782	54.8		1,646,548	53.3
				⑧	BMI	女性	259	27.4	67,871	19.3	14,793	22.4		736,843	18.5
						総数	89	4.9	35,549	5.6	6,350	5.4		350,154	5.0
				⑩	BMI	男性	14	1.6	5,583	2.0	975	1.9		55,854	1.8
						女性	75	7.9	29,966	8.5	5,375	8.1		294,300	7.4
				⑬	血糖のみ	血糖のみ	12	0.7	4,562	0.7	1,029	0.9		49,091	0.7
						血圧のみ	185	10.1	49,352	7.8	10,668	9.0		545,339	7.7
脂質のみ	46	2.5	15,961			2.5	2,961	2.5	193,549	2.7					
血糖・血圧	76	4.2	20,838			3.3	4,346	3.7	206,417	2.9					
血糖・脂質	17	0.9	6,754			1.1	1,255	1.1	73,771	1.0					
血圧・脂質	177	9.7	56,429			8.9	10,821	9.1	633,768	9.0					
血糖・血圧・脂質	157	8.6	40,214			6.3	7,803	6.6	423,358	6.0					
⑭	高血圧	879	48.1			235,144	37.1	50,200	42.3	2,444,025	34.6				
⑮	糖尿病	231	12.6			58,648	9.2	13,424	11.3	586,066	8.3				
⑯	脂質異常症	571	31.2			166,079	26.2	30,543	25.8	1,812,845	25.7				
6	生活習慣の 状況	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	93	5.1	20,574	3.3	5,927	5.1	222,588	3.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	183	10.0	36,889	6.0	8,630	7.4	385,905	5.7				
			腎不全	31	1.7	5,174	0.8	2,198	1.9	50,709	0.7				
			貧血	145	8.0	60,504	9.8	9,993	8.6	721,476	10.7				
			⑳	喫煙	224	12.3	82,871	13.1	13,374	11.3	973,873		13.8		
			㉑	週3回以上朝食を抜く	139	7.6	40,539	7.1	9,622	8.3	565,678		9.0		
			㉒	週3回以上食後間食	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0		0.0		
			㉓	週3回以上就寝前夕食	382	20.9	88,775	15.4	21,663	18.6	1,032,163		16.3		
			㉔	食べる速度が速い	455	24.9	159,712	27.7	30,204	26.0	1,726,227		27.5		
			㉕	20歳時体重から10kg以上増加	668	36.6	185,719	33.7	41,681	35.8	2,137,841		34.1		
			㉖	1回30分以上運動習慣なし	1,057	57.9	364,416	62.8	65,940	56.5	3,786,625		59.8		
			㉗	1日1時間以上運動なし	772	42.3	273,133	47.1	50,989	43.9	3,020,538		47.8		
			㉘	睡眠不足	411	22.6	146,166	25.3	26,836	23.1	1,614,342		25.7		
			㉙	毎日飲酒	508	27.8	154,768	25.3	29,331	25.1	1,698,682		25.5		
㉚	時々飲酒	1合未満	584	58.1	261,962	63.9	44,500	63.0	3,133,323	64.6					
		1~2合	319	31.7	99,219	24.2	19,693	27.9	1,137,485	23.5					
		2~3合	82	8.2	38,110	9.3	5,437	7.7	445,782	9.2					
		3合以上	21	2.1	10,402	2.5	972	1.4	130,734	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（永年）															
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	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	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							

【参考資料4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度			担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑧)	()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 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 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	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	
	④健診未受診者	()人		<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん 	
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保)	()人			
	②後期高齢者	()人			
	③他保険	()人			
	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				
⑧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		栄養士中心		
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		腎専門医		

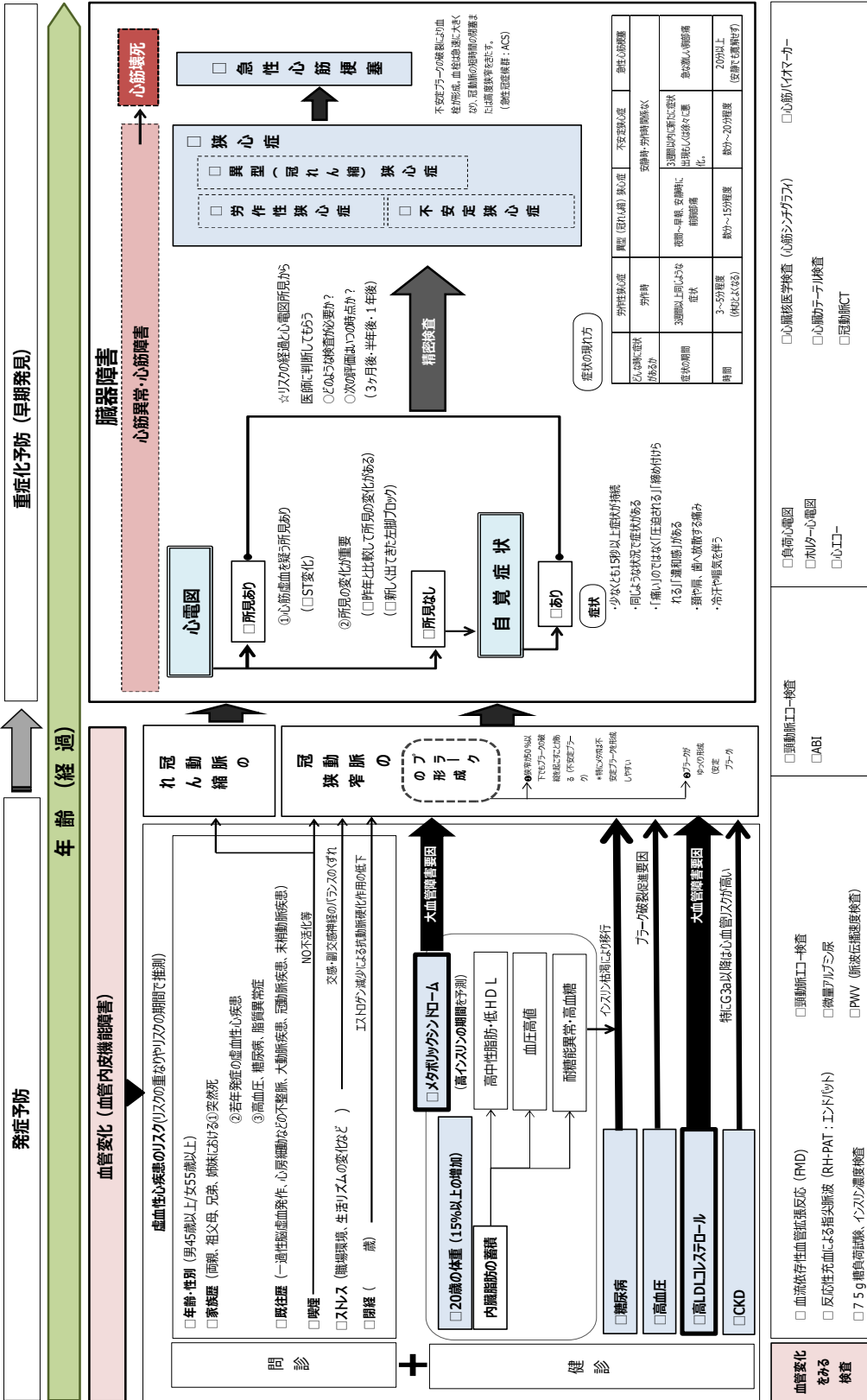
【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 都道府県 都道府県 市町村名 阿久根市

項目	実合表	保険者								同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		R1年度		R1年度同規模保険者数272				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	6,072人		5,770人		5,495人		5,325人				FDB_厚生労働省様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	4,942人		4,724人		4,523人		4,394人						
2	① 対象者数	4,301人		4,193人		4,001人		0人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書		
	② 受診者数	1,672人		1,627人		1,661人		1,871人						
	③ 受診率	38.9%		38.8%		41.5%		--						
3	① 特定保健指導対象者数	146人		146人		166人								
	② 実施率	49.3%		50.7%		47.6%								
4	健診データ	① 糖尿病受診率(被保険者対)	261人 15.6%		269人 16.5%		288人 17.3%		353人 18.9%				特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	89人 34.1%		90人 33.5%		91人 31.6%		113人 32.0%					
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	172人 65.9%		179人 66.5%		197人 68.4%		240人 68.0%					
		④ コントロール不食 HbA1c(7.0以上)かつ空腹時血糖(130以上)	96人 55.8%		100人 55.9%		103人 52.3%		123人 51.3%					
		⑤ 血圧 130/80以上	62人 64.6%		61人 61.0%		51人 49.5%		76人 61.8%					
		⑥ 肥満 BMI25以上	40人 41.7%		43人 43.0%		47人 45.6%		53人 43.1%					
		⑦ コントロール良 HbA1c(6.5未満)かつ空腹時血糖(130未満)	76人 44.2%		79人 44.1%		92人 46.7%		107人 44.6%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	201人 77.0%		190人 70.6%		198人 68.8%		240人 68.0%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)	26人 10.0%		44人 16.4%		43人 14.9%		58人 16.4%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)	32人 12.3%		30人 11.2%		42人 14.6%		46人 13.0%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満	2人 0.8%		5人 1.9%		2人 0.7%		4人 1.1%					
5	レセプト	① 糖尿病受診率(被保険者対)	124.8人		126.5人		134.3人		134.8人				FDB_厚生労働省様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)	151.8人		152.6人		160.7人		162.3人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1012被保険者対)	4,255件 (903.0)		4,367件 (961.7)		4,597件 (1050.7)		4,350件 (1029.1)		5,579件 (881.1)		FDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院(件数)	33件 (7.0)		40件 (8.8)		31件 (7.1)		35件 (8.3)		35件 (5.5)			
		⑤ 糖尿病治療中	758人 12.5%		730人 12.7%		738人 13.4%		718人 13.5%				FDB_厚生労働省様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	750人 15.2%		721人 15.3%		727人 16.1%		713人 16.2%					
		⑦ 健診未受診者	578人 77.1%		542人 75.2%		530人 72.9%		473人 66.3%					
		⑧ インスリン治療	58人 7.7%		65人 8.9%		69人 9.3%		68人 9.5%					
		⑨ (再掲)40-74歳	57人 7.6%		65人 9.0%		68人 9.4%		67人 9.4%					
		⑩ 糖尿病性腎症	65人 8.6%		74人 10.1%		92人 12.5%		104人 14.5%					
		⑪ (再掲)40-74歳	65人 8.7%		74人 10.3%		92人 12.7%		103人 14.4%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (療養施設別に占める割合)	16人 2.11%		12人 1.64%		13人 1.76%		16人 2.23%					
		⑬ (再掲)40-74歳	16人 2.13%		12人 1.66%		13人 1.79%		16人 2.24%					
		⑭ 新規透析患者数	3		3		5		5					
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症	1		33.3%		4		80.0%					
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (療養施設中に占める割合)	16人 1.5%		17人 1.7%		18人 1.7%		18人 1.8%					FDB_厚生労働省様式3-2 ※後期ユーザー
6	医療費	① 総医療費	26億2807万円		25億4049万円		23億9667万円		24億4855万円		29億1569万円			FDB 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	15億2659万円		14億1330万円		12億7327万円		12億9074万円		16億0315万円			
		③ (総医療費に占める割合)	58.1%		55.6%		53.1%		52.7%		55.0%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	6,047円		7,776円		6,849円		7,699円		7,400円			
		⑤ 健診未受診者	2,599円		3,316円		2,925円		3,245円		2,722円			
		⑥ 糖尿病医療費	1億3075万円		1億3453万円		1億3389万円		1億3085万円		1億6933万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.6%		9.5%		10.5%		10.1%		10.6%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	4億0127万円		3億6933万円		3億6417万円		3億8894万円					
		⑨ 1件あたり	39,659円		37,171円		37,046円		40,308円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	2億6158万円		2億6561万円		2億7719万円		2億9773万円					
		⑪ 1件あたり	551,853円		536,588円		536,146円		601,465円					
		⑫ 在院日数	19日		18日		19日		20日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	1億6924万円		1億2292万円		8664万円		8721万円		1億3141万円			
		⑭ 透析有り	1億6310万円		1億1807万円		8138万円		8142万円		1億2051万円			
		⑮ 透析なし	614万円		485万円		526万円		579万円		1091万円			
7	介護	① 介護給付費	26億2040万円		26億0939万円		26億3813万円		27億4548万円		34億1094万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	1件 5.3%		4件 21.1%		5件 25.0%		4件 20.0%					
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	8人 2.4%		3人 0.8%		4人 1.0%		5人 1.3%		5人 1.0%		FDB_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、虚血性心疾患の二次予防ガイドライン、エビデンスに基づく二次予防ガイドライン、エビデンスに基づく二次予防ガイドライン、エビデンスに基づく二次予防ガイドライン、エビデンスに基づく二次予防ガイドライン (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"/> 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			⑤ 重症化予防対象者	
	<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			⑤ 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。				⑤ 重症化予防対象者	
	判定	正常	軽度	重度		追加評価項目
④ <input type="checkbox"/> 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~	【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
		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~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	~84	85~89	90~		
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<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		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		

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

令和2年度 個別保健事業実施計画及び評価

保険者名 阿久根市

事業名	P(計画)		D(実施)		C(評価)		A(改善)
	目的	目標	実施方法	実施期間	実施体制	アウトカム(結果)	
1. 特定保健指導未実施者(国保ヘルスアップ事業)	疾病予防、重症化予防対策を先駆し、糖尿病、脂質異常症、高血圧、生活習慣病の発症予防に努める。特定保健指導率向上を図る。	特定保健指導率を向上させる。(令和2年度目標50%)	看護師による個別健康指導を実施。受診者の低い地域を中心とし、対象者の状況に応じ、受診勧奨やフレンドリーなアプローチを行い、個別健康指導の機会を増やす。不在の日は情報提供や電話による受診勧奨を行う。不在は、不在連絡表やチラシを配布する。	6月実施作成7月実施訪問	国保係	特定保健指導率 R1 47.5% R2 41.5% H29 39.8% H28 38.9%	令和元年年度の市の受診率目標は達成できた。これは看護師の受診勧奨活動が功を奏したと考えられる。地域ごとに見ると、地域差が大きい。特に、保健指導員がいない地域、受診率の低い地域、対面での受診勧奨が難しい、AIを活用した対象者の特性に合わせた通知の工夫を行う。
2. 特定保健指導未実施者(国保ヘルスアップ事業)	特定保健指導率を向上させる。特定保健指導率を向上させる。令和2年度目標54%	特定保健指導率を向上させる。令和2年度目標54%	① 対象者への個別健康指導の依頼を行う。市内医療機関を訪問し、個別健康指導対象者を特定する。② 対象者への個別健康指導の依頼を行う。市内医療機関を訪問し、個別健康指導対象者を特定する。③ 対象者への個別健康指導の依頼を行う。市内医療機関を訪問し、個別健康指導対象者を特定する。④ 対象者への個別健康指導の依頼を行う。市内医療機関を訪問し、個別健康指導対象者を特定する。⑤ 対象者への個別健康指導の依頼を行う。市内医療機関を訪問し、個別健康指導対象者を特定する。⑥ 対象者への個別健康指導の依頼を行う。市内医療機関を訪問し、個別健康指導対象者を特定する。	対象者通知11月、予約期間12月7日まで、問診票送付1月初旬	国保係、保健予防係(問診票等送付、当日交付等)	特定保健指導率 R1 55.1% R2 47.6% H29 50.7% H28 49.3%	令和元年年度の市の受診率目標は達成できた。これは看護師の受診勧奨活動が功を奏したと考えられる。地域ごとに見ると、地域差が大きい。特に、保健指導員がいない地域、受診率の低い地域、対面での受診勧奨が難しい、AIを活用した対象者の特性に合わせた通知の工夫を行う。
3. 早期介入・保健指導未実施者(国保ヘルスアップ事業)	特定保健指導率を向上させる。特定保健指導率を向上させる。令和2年度目標54%	特定保健指導率を向上させる。令和2年度目標54%	看護師による個別健康指導を実施。受診者の低い地域を中心とし、対象者の状況に応じ、受診勧奨やフレンドリーなアプローチを行い、個別健康指導の機会を増やす。不在の日は情報提供や電話による受診勧奨を行う。不在は、不在連絡表やチラシを配布する。	6月実施作成7月実施訪問	国保係	特定保健指導率 R1 17.4% R2 14.6% H29 20.3% H28 22.1%	令和元年年度の市の受診率目標は達成できた。これは看護師の受診勧奨活動が功を奏したと考えられる。地域ごとに見ると、地域差が大きい。特に、保健指導員がいない地域、受診率の低い地域、対面での受診勧奨が難しい、AIを活用した対象者の特性に合わせた通知の工夫を行う。

【参考資料8】

発症予防

