

鹿嶋市国民健康保険
第二期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第三期特定健康診査等実施計画

(平成30年度～平成35年度)

平成30年3月

鹿嶋市

第二期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第三期特定健康診査等実施計画

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.実施体制及び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 第一期データヘルス計画及び第二期特定健康診査等実施計画に係る評価及び考察	9
1.第一期データヘルス計画・第二期特定健康診査等実施計画達成状況	
2.第一期データヘルス計画・第二期特定健康診査等実施計画に係る評価及び考察	
第 3 章 第二期データヘルス計画・第三期特定健康診査等実施計画に向けての現状と課題及び目標の設定	15
1.保険者等の現状	
2.健康課題の抽出	
3.目標の設定	
第 4 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	30
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 5 章 保健事業の内容	39
I 保健事業の方向性	

Ⅱ 重症化予防の取組

- 1.糖尿病性腎症重症化予防
- 2.虚血性心疾患重症化予防
- 3.脳血管疾患重症化予防

Ⅲ その他の保健事業

- 1.ポピュレーションアプローチ
- 2.医療費適正化及び疾病予防事業
- 3.健康づくり事業（「第二期健康かしま 21」との連携）

第 6 章 地域包括ケアに係る取組	60
第 7 章 計画の評価・見直し	62
第 8 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	63
参考資料	64

【本文中の元号標記について】

2019年5月1日以降、「平成」に代わって新たな元号になりますが、本文中においては、読む人にとって理解しやすさを重視し、経年の連続性が理解しやすいことから元号変更後も「平成」の元号を便宜的に使用することとします。

第二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。)の結果や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)の電子データ化、国保データベース(KDB)システム(以下「KDB」という。)の導入等により、市町村国民健康保険(以下「保険者等」という。)が、被保険者の健康や医療に関する情報を活用して、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整ってきています。

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。」とされており、保険者等はレセプト等を活用し保健事業を推進することが求められています。

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、国民健康保険制度が改革されることになり、都道府県は平成30年4月から市町村とともに国保運営を行い、安定的な財政運営や効率的な事業の実施について中心的な役割を担うこととなりましたが、資格審査や保険税の賦課・徴収、保険税の給付、そして保健事業などの医療費適正化の主な実施主体は、これまでどおり住民に身近な住民に身近な市町村が行います。

更に医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、医療費の適正化を図るため、公費による財政支援の拡充を行う方策の一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度として保険者努力支援制度が創設されることとなりました。

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。)の一部が改正され、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実施計画(データヘルス計画)(以下「データヘルス計画」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なりました。

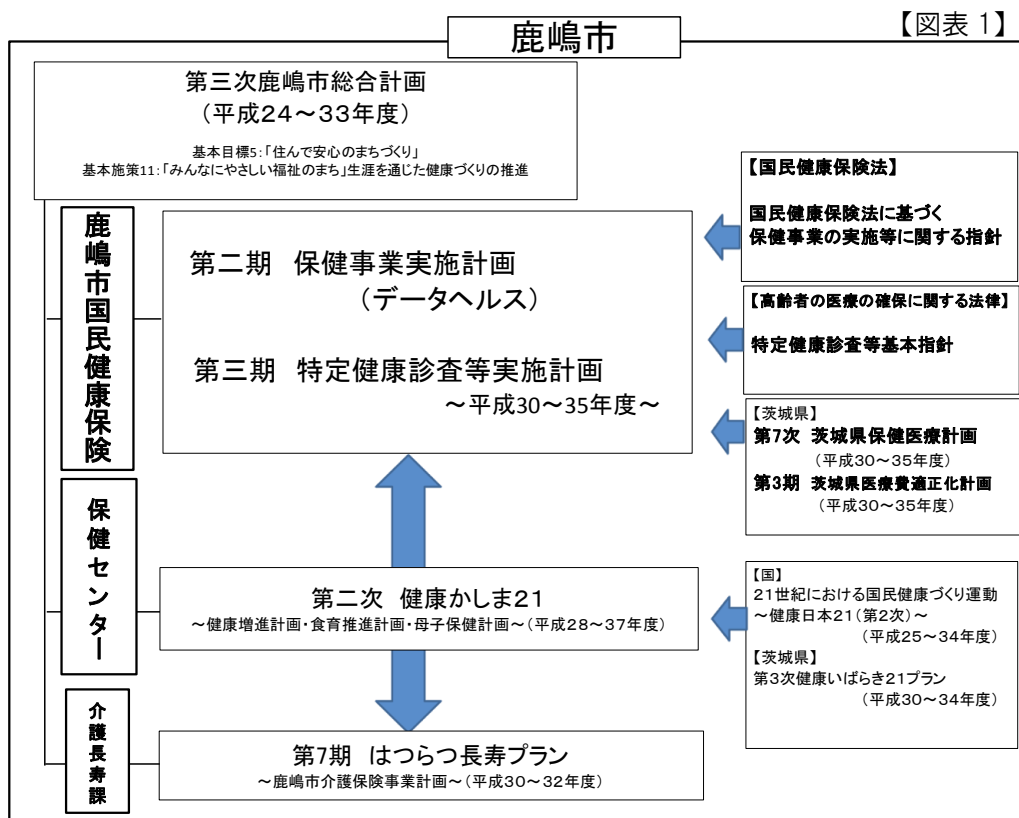
鹿嶋市においては、国指針に基づき、第二期データヘルス計画を定め、糖尿病や高血圧等の発症予防や重症化予防等生活習慣病対策の実施及び評価を行い、被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とします。

2. 計画の位置付け

鹿嶋市の最上位計画である第三期鹿嶋市総合計画における『基本目標 5:「住んで安心のまちづくり」』の中の、『基本施策 11:「みんなにやさしい福祉のまち」生涯を通じた健康づくりの推進』に基づき、保険者が、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療・福祉情報を活用して、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として位置づけられます。

これまで鹿嶋市国民健康保険者（以下「鹿嶋市国保」という。）は、平成 27 年度に作成した「第一期データヘルス計画」及び平成 24 年度に作成した「第二期特定健康診査等実施計画」に基づき保健事業を実施してきましたが、ともに平成 29 年度で計画期間が終了し、なおかつ、計画策定者・対象者・対象疾患等多くの共通点があるため、「第二期データヘルス計画」と「第三期特定健診等実施計画」を一体的に策定することとします。

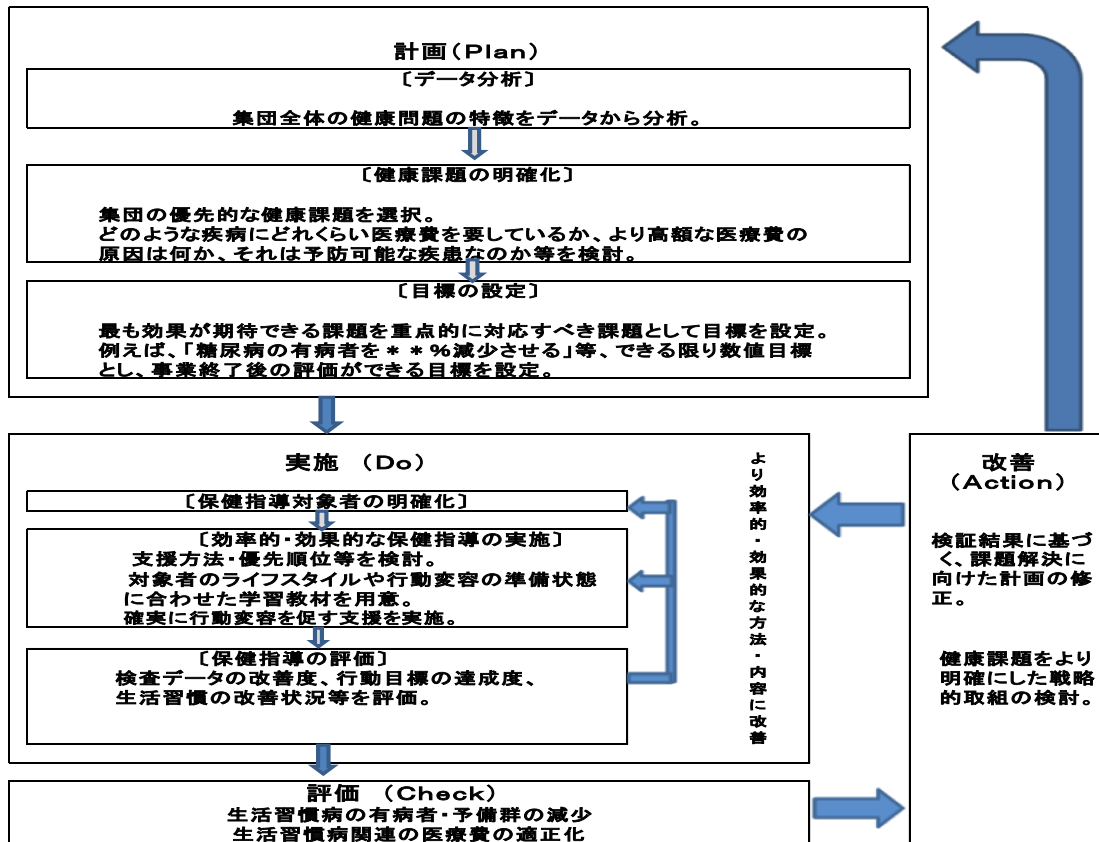
また、計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、茨城県健康増進計画「健康いばらき 21」や鹿嶋市健康増進計画「健康かしま 21」、鹿嶋市介護保険事業計画「はつらつ長寿プラン」、茨城県医療費適正化計画、鹿嶋市介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表 1・2・3）



【図表2】

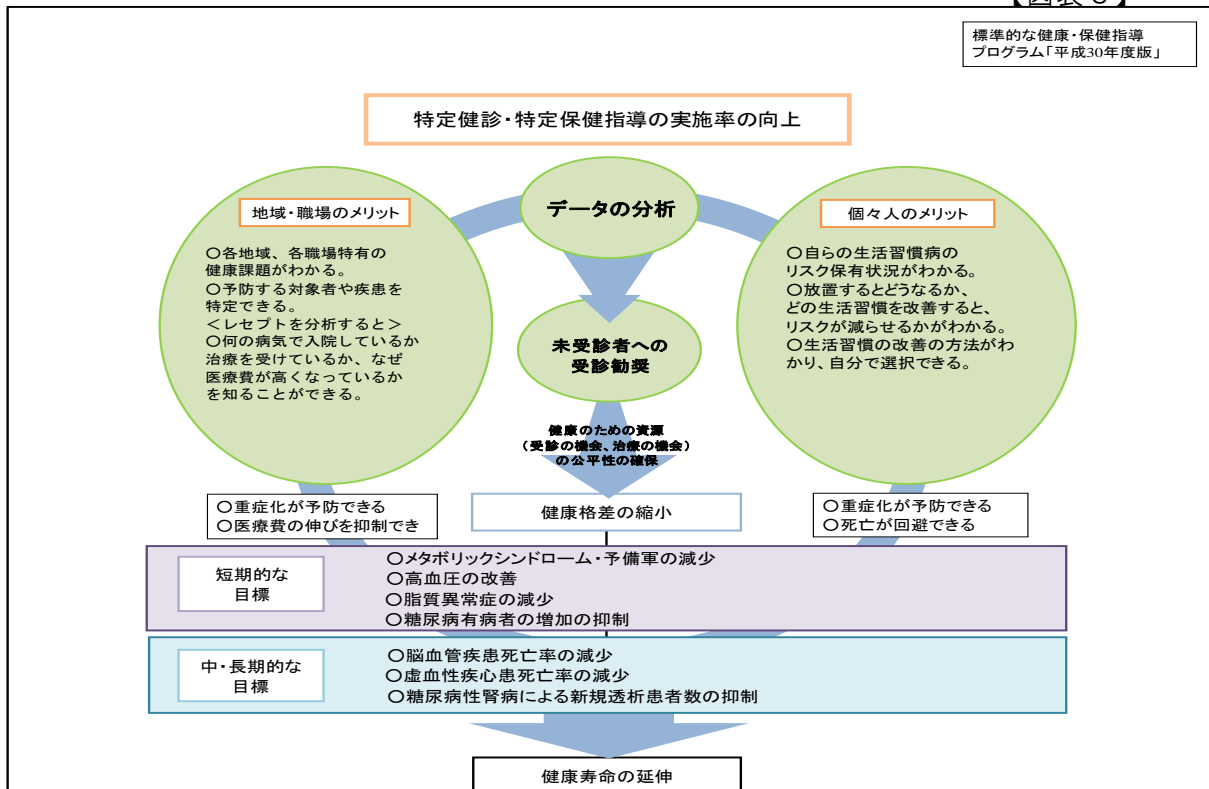
保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル

標準的な健康・保健指導プログラム「平成30年度版」



【図表3】

標準的な健康・保健指導プログラム「平成30年度版」



平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

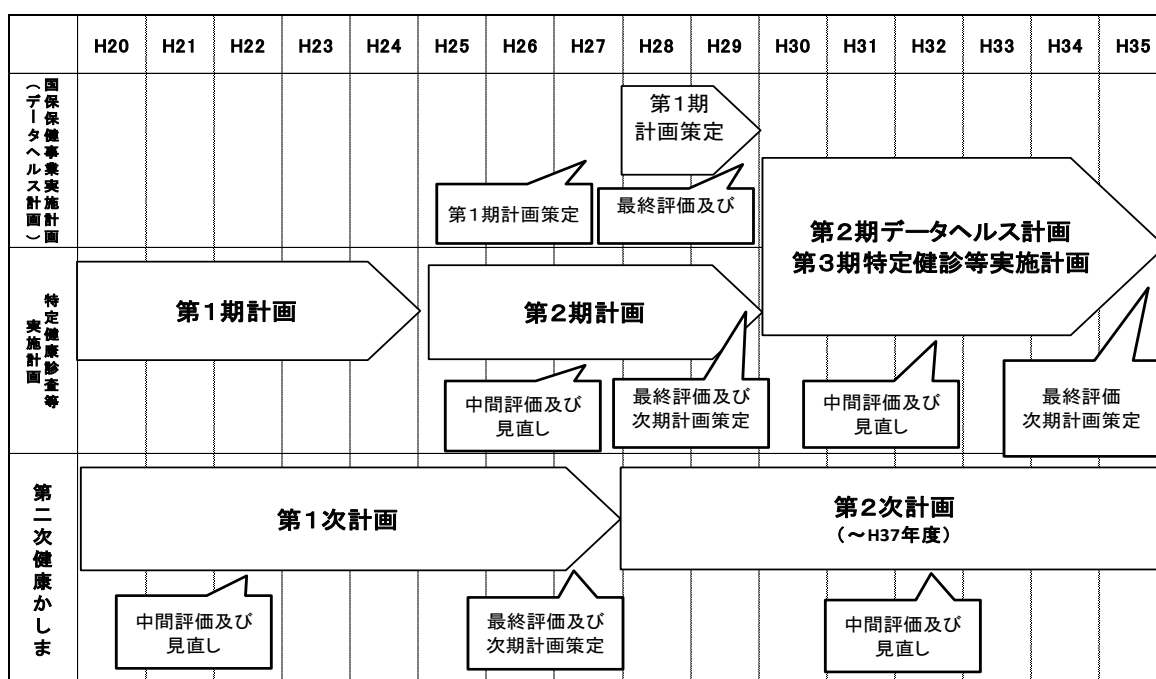
【図表 4】

		※細則推進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、介護保険法、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	保健事業計画(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10条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 (平成24年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指針」)	厚生労働省 健康局 (平成25年5月「特定健康診査計画策定の手引き」)	厚生労働省 健康局 (平成26年4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」)	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の基本指針【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
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
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)	40～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に、高齢期を迎える現在の 青年期・壮年期世代、小児期 からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾患	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	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、脂質異常症 虚血性心疾患	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 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管性疾患・閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、がん 初老期認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、神経管狭窄症、閉鎖性脚マチ、変形性関節症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患

健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	保健事業計画(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
<p>※53項目中 特定健診に関係する項目</p> <p>15項目抜粋</p> <p>①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率</p> <p>②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)</p> <p>③治療継続者の割合</p> <p>④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合</p> <p>⑤糖尿病有病者の割合</p> <p>⑥特定健診特定保健指導の実施率</p> <p>⑦メタボ予備群・メタボ該当者数</p> <p>⑧高血圧の改善</p> <p>⑨脂質異常症の減少</p> <p>⑩適正体重を維持している者</p> <p>⑪適切な量と質の食事を摂る</p> <p>⑫日常生活における歩数</p> <p>⑬運動習慣者の割合</p> <p>⑭成人の喫煙率</p> <p>⑮生活習慣病リスクを高める量を飲酒している者の割合</p>	<p>(1) 特定健診受診率</p> <p>(2) 特定保健指導実施率</p>	<p>健診医療情報を活用して、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する)</p> <p>(2) 日常生活における歩数</p> <p>(3) アルコール摂取</p> <p>(4) 喫煙</p> <p>(5) 健康診査等の受診率</p> <p>(6) 特定健診受診率</p> <p>(7) 特定保健指導の実施率</p> <p>(8) 健診結果の改善</p> <p>(9) 有病者・予備群の減少</p> <p>(10) 医療費等</p> <p>(11) 医療費</p> <p>(12) 介護費</p>	<p>①地域における自立した日常生活の支援</p> <p>②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止</p> <p>③介護給付費の適正化</p>	<p>○医療費適正化の取り組み</p> <p>①一人当たり外来医療費の増減</p> <p>②特定健診・特定保健指導の実施率の向上</p> <p>③メタボ該当者・予備群の減少</p> <p>④糖尿病重症化予防の推進</p> <p>入院</p> <p>臨床機能分化・連携の推進</p>	<p>①5疾患・5事業</p> <p>②在宅医療連携体制</p> <p>(地域の実情に応じて設定)</p>
<p>評価</p>	<p>【保険者努力支援制度】を減額し、保険料率決定</p>	<p>保険者努力支援制度</p>		<p>保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者と連携</p>	
<p>その他</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>				

3. 計画期間

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



4. 実施体制及び関係者の果たすべき役割と連携

1) 実施体制

事業の実施については、国保年金課及び保健センターを中心に、相互の事業の効率的、効果的な推進による健康づくり体制の強化を図ります。また、同じ健康福祉部内の介護長寿課や生活福祉課、教育委員会部門のスポーツ推進課、総合的に市の政策を担うまちづくり政策課など庁内関係部署との連携を図り、地域包括ケアの推進並びに相互事業の効果的な展開を目指します。

2) 外部有識者等の役割

① 茨城県

平成30年度から鹿嶋市国保と共同保険者となることから、保険者機能の強化についての関与が更に重要となります。茨城県の関係課と意見交換を常日頃から行い、互いに連携に努める必要があります。

② 医師会等保健医療関係者

医師会等地域の保健医療関係者との連携は、各種保健事業を円滑に行う上で大

変重要であります。本市においては、鹿嶋市国民健康保険運営協議会（以下、「国保運営協議会」という。）の委員として、鹿嶋医師会・鹿嶋市歯科医師会等保健医療関係者の参画を得て、情報共有を図る等積極的な連携に努めます。

③ 茨城県国民健康保険団体連合

茨城県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）及びそこに設置される支援・評価委員会は、広い専門的知見を有しており、国保運営協議会と連携し茨城県や茨城県医師会と情報共有をし、事業推進にあたり市を支援する位置づけとなっています。

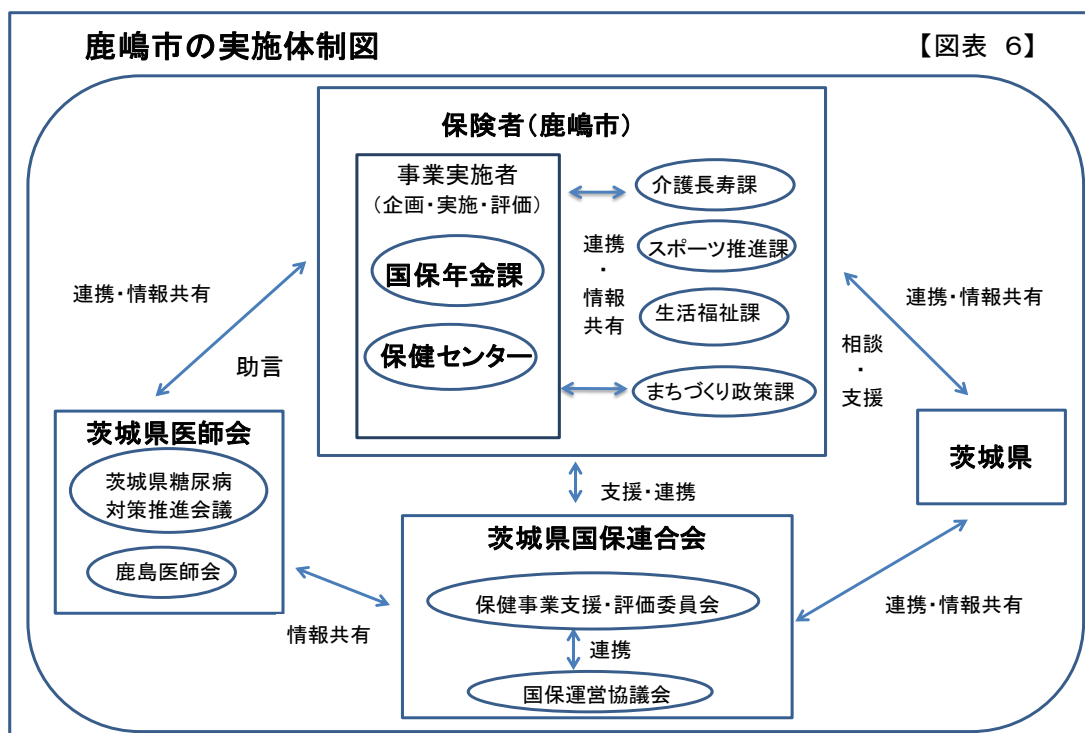
また、本計画策定の際に、健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などを行うにあたり、KDBによるデータの提供、技術的支援、及び市職員の研修等の支援を受けています。今後も連携を図りながら本計画の推進を図っていきます。

④ 他の保険者等

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・協力が重要になります。今後、茨城県や国保連等と協力し対策を講じる必要があります。

⑤ 被保険者の役割

本計画は、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、被保険者自身が健康の保持増進の重要性を理解して、主体的かつ積極的に取り組むことが重要です。そのため、国保運営協議会の委員として、被保険者の代表の参画を得て、情報共有を図っています。



5. 保険者努力支援制度

国は、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、市町村国保において新たに保険者努力支援制度が創設し、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ます。（平成 30 年度から本格実施）

図表 7 は平成 28 年度の鹿嶋市国保の結果です。平成 28 年度は、特定健診受診率の達成は難しかったが、特定保健指導実施率・糖尿病等重症化予防への取り組み等の評価が高く、1,139 万円の交付額となっています。

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、平成 30 年度には、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する内容となっています。

【図表 7】

保険者努力支援制度

評価指標		H28		H29 配点	H30 (参考)
		配点	鹿嶋市		
総得点(満点)		345	345	580	850
交付額(万円)			1139.9		
総得点(体制構築加点含む)			231		
全国順位(1,741市町村中)			396		
共通①	特定健診受診率	20	0		50
	特定保健指導実施率	20	10		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	15		50
共通②	がん検診受診率	10	0		30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	10		20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	40		100
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	0		25
	個人インセンティブ提供	20	20		70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0		35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	11		35
	後発医薬品の使用割合	15	5		40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	15		100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10		40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	10		25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5		25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10		40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	70	60

第2章 第一期データヘルス計画及び第二期特定健康診査等実施計画に係る評価及び考察

1. 第一期データヘルス計画・第二期特定健康診査等実施計画達成状況

第一期データヘルス計画・第二期特定健康診査等実施計画では、以下の目標を掲げました。

(1) 特定健康診査・特定保健指導実施率

①特定健康診査受診率60%

②特定保健指導率を60%

(2) 中・長期的な目標

①虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症による新規透析患者を減らす。

②一人当たりの入院医療費の伸びを抑える。

(3) 短期的な目標（レセプトデータ・特定健康診査結果より）

① 糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームを減らす。

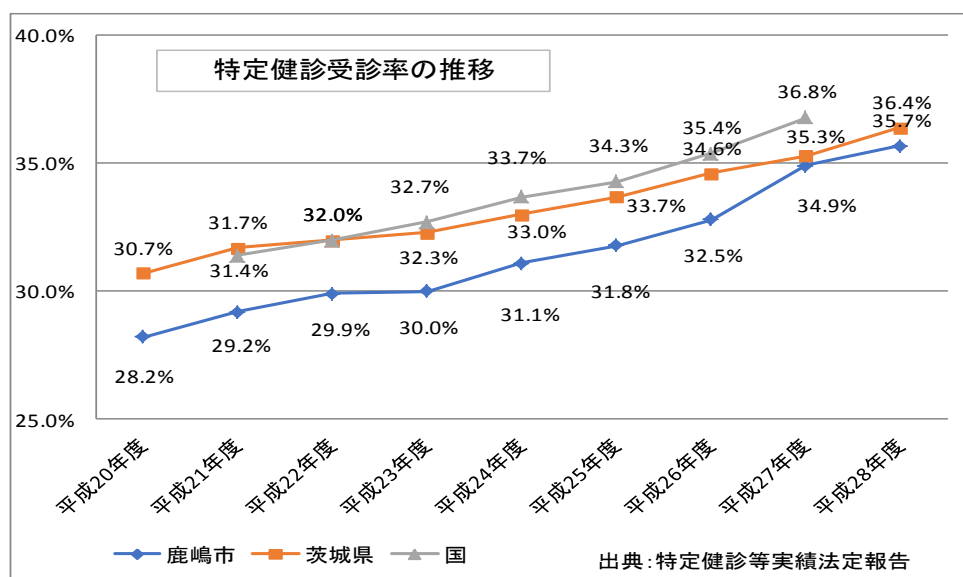
② HbA1c（ヘモグロビンエイワンシー）6.5%以上の割合を6%以下にする。

③ 高血圧Ⅱ度以上（収縮期血圧160mmHg以上又は、拡張期血圧100mmHg以上）の割合を3%以下にする。

(1) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

① 特定健診実施状況

【図表8】

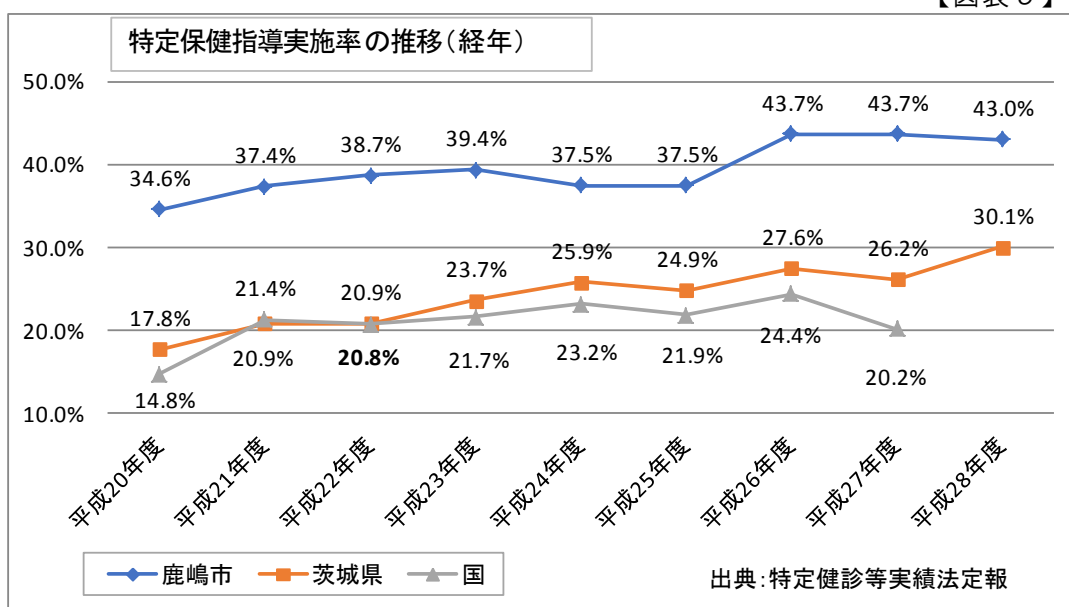


特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診率に関しては、目標値に達成することは厳しいながらも、国・県同様に少しずつ上昇している状況になります。

年2回の未受診者通知や、乳幼児健診時・イベント等での特定健診PRの実施や、集団健診実施日を増やしたり、医療機関健診の導入等を行い受診の機会を拡大したことによる効果と考えます。

② 特定保健指導実施状況

【図表9】



特定保健指導に関しては目標値の60%を達成することは出来ませんでした。増減を繰り返しながらも、国・県と比較においては高い実施率になっています。対象者に対して、健診結果が示す現在の体の状況について、視覚的資料等を活用して説明し生活習慣改善へのきっかけづくりになるよう支援しました。また、同時に地区担当保健師や管理栄養士による家庭訪問を行い、継続的な支援を行いました。

(2) 中・長期的な目標

① 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症による新規透析状況

虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析(糖尿病性腎症)の患者数及び患者割合の推移 【図表10】

平成28年5月分レセプト		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
虚血性心疾患	患者数	1,126人	1,170人	1,091人	1,027人
	被保険者に占める患者割合(%)	4.56%	4.80%	4.62%	4.71%
脳血管疾患	患者数	954人	954人	938人	854人
	被保険者に占める患者割合(%)	3.86%	3.91%	3.97%	3.92%
人工透析(糖尿病性腎症)	患者数	28人	25人	25人	26人
	被保険者に占める患者割合(%)	0.11%	0.10%	0.11%	0.12%

出典: 厚労省様式3-5~7

虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症による透析患者数は減少しながらも、患者割合は被保険者数の減少もあり増加しています。これら疾患は、その原因であ

る、糖尿病や高血圧、脂質異常症等の疾病管理や、発症予防対策が講じられなければ、今後改善は難しいものと考えられます。なお、糖尿病性腎症による新規透析患者数に関しては、現在はデータ把握が難しく正確なデータを出せない状況であるため、今後のデータ管理の検討が必要です。

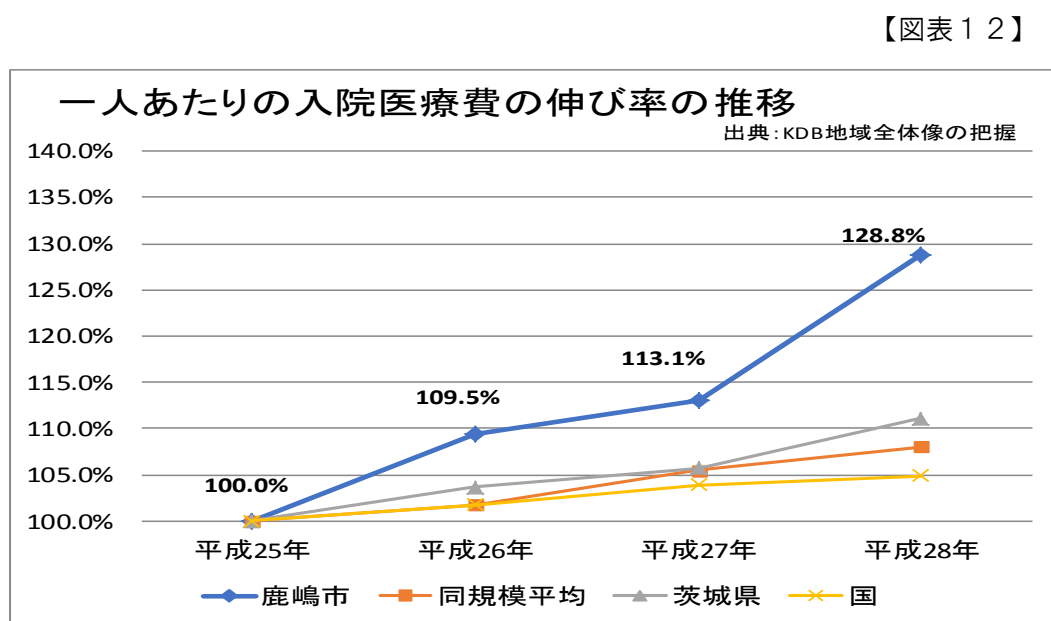
② 一人当たりの入院医療費の伸び状況

【図表11】

一人あたりの入院医療費

	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
鹿嶋市	7,806円	8,546円	8,826円	10,053円
同規模平均	9,634円	9,801円	10,165円	10,412円
茨城県	7,641円	7,922円	8,081円	8,493円
国	9,225円	9,387円	9,585円	9,677円

出典：KDB地域全体像の把握



一人あたりの入院医療費の伸びは、同規模・国・県と比較しても、大きな伸びになっています。虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析等は、高額医療や長期入院等、医療費の負担が大きい疾患になります。これら疾患の患者数は減少しているにもかかわらず、医療費の伸びが大きいことは、一人ひとりの患者の病態が重症化している可能性が考えられます。重症化予防対策はもちろんのこと、その前の段階である、高血圧・糖尿病・脂質異常症等にならないよう生活習慣改善の喫緊な対応が必要になります。

(3) 短期的な目標

① 糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームの状況

糖尿病・高血圧・脂質異常症の患者数及び患者割合の推移 【図表13】

平成28年5月分レセプト		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
糖尿病	患者数	1,965人	2,159人	1,998人	1,916人
	被保険者に占める患者割合(%)	7.95%	8.86%	8.47%	8.78%
高血圧	患者数	4,160人	4,519人	4,266人	4,108人
	被保険者に占める患者割合(%)	16.8%	18.5%	18.1%	18.8%
脂質異常症	患者数	2,926人	3,245人	3,094人	3,063人
	被保険者に占める患者割合(%)	11.8%	13.3%	13.1%	14.0%

出典：KDB 厚労省様式3-2

特定健診 結果データの推移 【図表14】

項目		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	
男性	HbA1C5.6%以上	該当者数	1,397人	1,367人	1,274人	1,270人
		該当率	63.7%	62.8%	57.3%	61.6%
	収縮期血圧130mmHg以上	該当者数	1,008人	968人	1,010人	981人
		該当率	46.0%	44.5%	45.4%	47.6%
	拡張期血圧85mmHg以上	該当者数	478人	462人	448人	507人
		該当率	21.8%	21.2%	20.1%	24.6%
	中性脂肪150mg/dl以上	該当者数	627人	649人	674人	621人
		該当率	28.6%	29.8%	30.3%	30.1%
	HDL-C40mg/dl未満	該当者数	184人	164人	183人	162人
		該当率	8.4%	7.5%	8.2%	7.9%
	LDL-C120mg/dl以上	該当者数	1,081人	1,093人	1,167人	1,000人
		該当率	49.3%	50.2%	52.4%	48.5%
女性	HbA1C5.6%以上	該当者数	1,934人	1,915人	1,752人	1,795人
		該当率	68.0%	66.6%	58.4%	62.8%
	収縮期血圧130mmHg以上	該当者数	962人	987人	1,080人	1,140人
		該当率	33.8%	34.3%	36.0%	39.9%
	拡張期血圧85mmHg以上	該当者数	346人	379人	392人	387人
		該当率	12.2%	13.2%	13.1%	13.5%
	中性脂肪150mg/dl以上	該当者数	566人	517人	564人	532人
		該当率	19.9%	18.0%	18.8%	18.6%
	HDL-C40mg/dl未満	該当者数	43人	47人	45人	42人
		該当率	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%
	LDL-C120mg/dl以上	該当者数	1,741人	1,780人	1,937人	1,741人
		該当率	61.2%	61.9%	64.6%	60.9%

出典：KDB 厚労省様式6-2~7

【図表15】

メタボリックシンドローム予備群・該当者の男女別推移

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	
男性	予備群	人数	361人	372人	390人	331人
		割合	16.5%	17.0%	17.5%	16.1%
	該当	人数	569人	547人	550人	555人
		割合	26.0%	24.9%	24.7%	26.9%
	合計	人数	930人	919人	940人	886人
		割合	42.5%	41.9%	42.2%	43.0%
女性	予備群	人数	163人	192人	188人	172人
		割合	5.7%	6.6%	6.3%	6.0%
	該当	人数	266人	282人	288人	301人
		割合	9.4%	9.8%	9.6%	10.5%
	合計	人数	429人	474人	476人	473人
		割合	15.1%	16.4%	15.9%	16.5%

出典：KDB 厚労省様式6-8

糖尿病・高血圧の患者数は減少していますが、いずれの疾患も患者割合は増加しています。脂質異常症は患者数・率ともに増加。また、特定健診結果からは、高血糖状態の者は該当者数・割合とも下がっていますが、男女とも6割を超える高い割合になっています。血圧高値に関しては、収縮期は男女とも4割程度が該当し、該当者割合は男女とも増加しています。さらに脂質異常症については、LDL-Cは男性5割、女性は6割が該当し、大きな改善はみられず、ほぼ横ばい状況で推移しています。さらに、メタボリックシンドローム予備群・該当者割合に関しても、男女ともに増加している状況でした。

それぞれの推移より、糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームの減少は厳しい状況となりました。特に、血圧に関しては、患者数は減少しながらも患者割合は増加し、また健診結果から今後さらなる増加が予想されます。脂質異常症は健診・患者状況からなかなか改善が難しい状況が見られます。血糖高値の該当者数・割合の減少は重症化予防対策の効果と考えられます。

いずれの項目も、虚血性心疾患や脳血管疾患・糖尿病性腎症等の大きな発症リスクになります。発症予防・重症化予防のための生活習慣改善に向けたさらなる対策強化が求められます。

② HbA1c データの改善

HbA1c 6.5%以上の推移

【図表16】

	目標値	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
HbA1c 6.5%以上		402人	369人	356人	341人
	6%以下	7.8%	7.1%	6.6%	6.9%

出典：特定健診結果から集計

特定健診の結果、HbA1c6.5%以上の該当者率を6%以下にすることは出来ませんでした。しかし、平成25年度比較で0.9ポイント減少させることは出来ました。重症化予防として行った保健指導等対策の効果と考えています。

③ 高血圧の改善

高血圧Ⅱ度以上の推移

【図表17】

	目標値	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
高血圧Ⅱ度以上		197人	212人	187人	231人
	3%以下	3.8%	4.1%	3.5%	4.7%

出典：特定健診結果から集計

目標としていた、高血圧Ⅱ度以上の該当者率は平成26年度、平成27年度と減少しながらも、平成28年度は該当者数及び率ともに増加しました。特定保健指導及び重症化予防としての対策を講じながらも、該当者の増加の伸びが大きかったと考えられます。

1. 第一期データヘルス計画・第二期特定健康診査等実施計画に係る評価及び考察

全体的な評価として目標達成が難しい状況でした。特定健診受診率及び特定保健指導実施率は目標値に届かないながらも上昇傾向がみられ、また、健診データにおいても、HbA1c6.5%以上の者の率も目標値に減らすことは出来ませんでした。率を減少させることが出来ず、受診率向上対策及び特定保健指導・重症化予防対策の一定の成果はあったものと考えられますが、全体的なデータ改善には及んでいない現状が浮き彫りになりました。

中・長期的目標である虚血性心疾患・脳血管疾患や、短期的目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームについて、改善はみられませんでした。そのため、医療費の伸びは著しく、その中でも、一人あたりの入院医療費の伸びは大きくなっています。医療費を上げる要因として、医療の高度化や高齢化の進展なども考えられます。しかし、高額医療に繋がりがやすい疾患の一部としてあがる、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析（糖尿病性腎症）は、患者数が減少しているにもかかわらず、一人あたりの入院医療費が大きく伸びていることを考えると、被保険者一人ひとりの病状が重症化し、それに伴い医療費が伸びている可能性も高いことが伺えます。これら基礎疾患である糖尿病や高血圧の患者率や健診結果の状況を考えると、今後、虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病性腎症等は増加していく事も容易に考えられます。

そして、これら疾患は医療費や介護費等の社会保障費を圧迫してだけでなく、個人の日常生活をも根底から大きく揺るがすものになります。その人らしい生活を維持するためにも、引き続きより多くの被保険者に特定健診を受診してもらい、自分の身体の状態をデータから客観的に見てもらい、生活習慣を改善して頂けるよう支援の強化を図っていく必要性は非常に高くなっています。また、同時に喫緊の課題として、治療中あるいは未治療の者に対する重症化予防対策強化も重要になってきます。

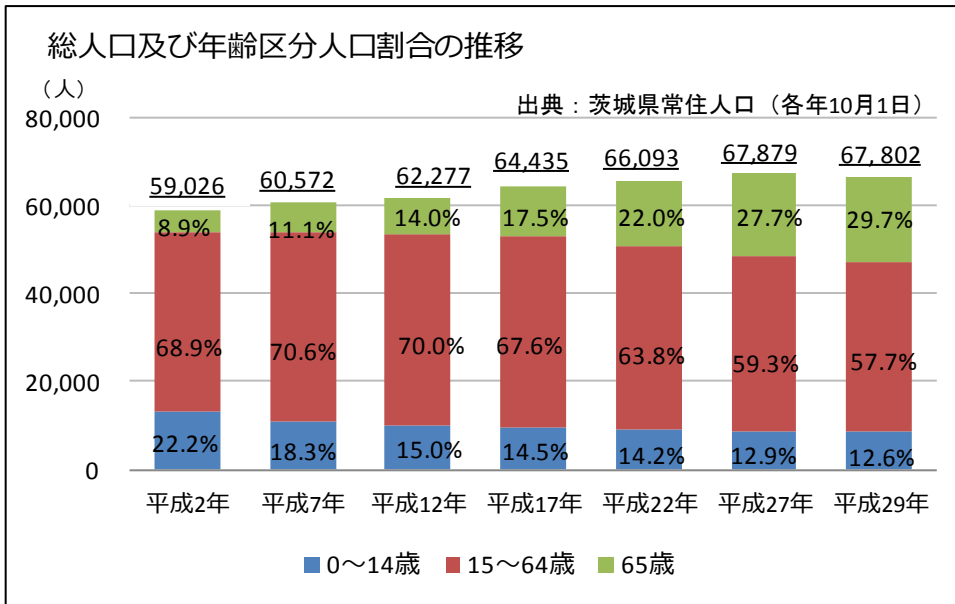
第3章 第二期データヘルス計画・第三期特定健診等実施計画に向けての現状と課題及び目標設定

1. 保険者等の現状

(1) 市の現状

① 人口構造

【図表18】



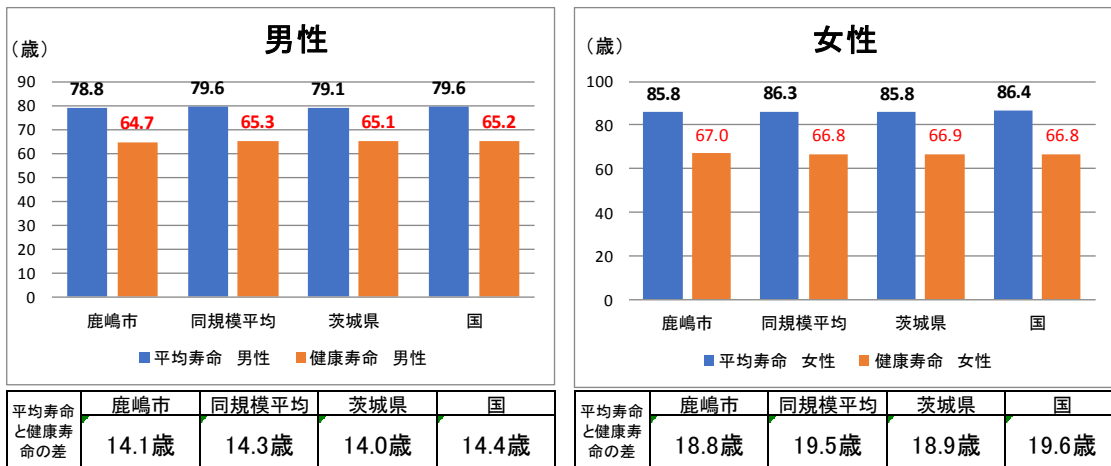
平成29年度（10月1日現在）の総人口は67,802人と平成27年度に比べ減少しました。しかし、高齢化率は29.7%と増加し、年少人口比及び生産人口比は減少傾向が続いています。今後ますます、総人口減少のもと、少子高齢化の進展が予想されます。

② 平均寿命と健康寿命

【図表19】

平均寿命と健康寿命の比較

出典：KDB（地域全体の把握）



(※1) 健康寿命：ここに記載した健康寿命は、全市区町村において抽出可能とするため、KDB（市区町村別生命表）を用いて算出した参考値となっている。算出方法については下記参照。

<KDB データでの計算式>

0 歳平均寿命－65 歳平均余命－(1－介護認定者数÷40 歳以上の人口)×定常人口÷65 歳生存数

(※2) 同規模保険者平均：KDB における保険者を人口規模等で 12 区分に設定し、区分ごとに出された平均値（以下、「同規模」という）。同規模保険者を政令指定都市 1 区分、中核市 1 区分、特例市 1 区分、一般市 4 区分、町村 5 区分、国保組合 1 区分に分けられている。本市は一般市の区分 5（人口 5 万人以上 10 万人未満）に該当。

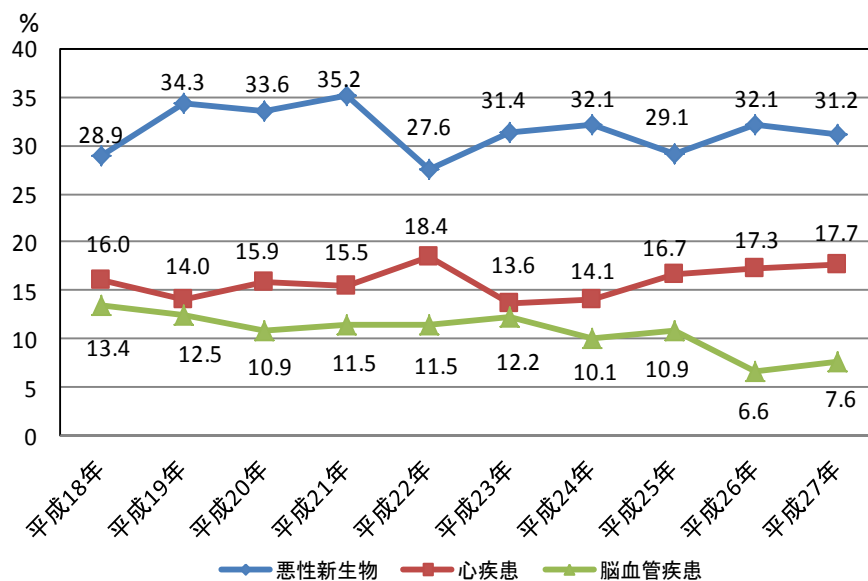
本市の平均寿命は、男女とも同規模平均、国・県よりも短く、また、健康寿命は男性が短い状況です。さらに、平均寿命と健康寿命の差は、男性で 14.1 歳、女性で 18.8 歳とともに、同規模・国よりも短い状況になっています。

③ 死亡の状況

【図表 20】

主要死因別死亡割合の推移

出典：茨城県保健福祉年報

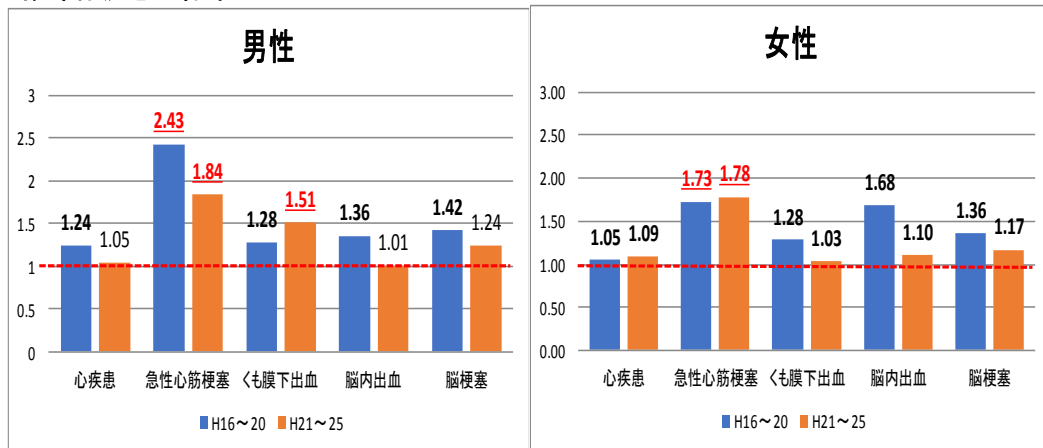


本市の主要な死因別死亡割合をみると、生活習慣病といわれている悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が半数以上を占めており、本計画の中長期目標である、心疾患及び脳血管疾患を合わせて、25.3%になっています。

循環器疾患の標準化死亡比

【図表 2 1】

出典：茨城県市町村健康指標



また、本市の循環器疾患（※1）の標準化死亡比（※2）をみると、全体的に低下傾向ですが、全ての疾患で、国よりも高い状況になっています。特に急性心筋梗塞においては、男女とも著しく高くなっています。

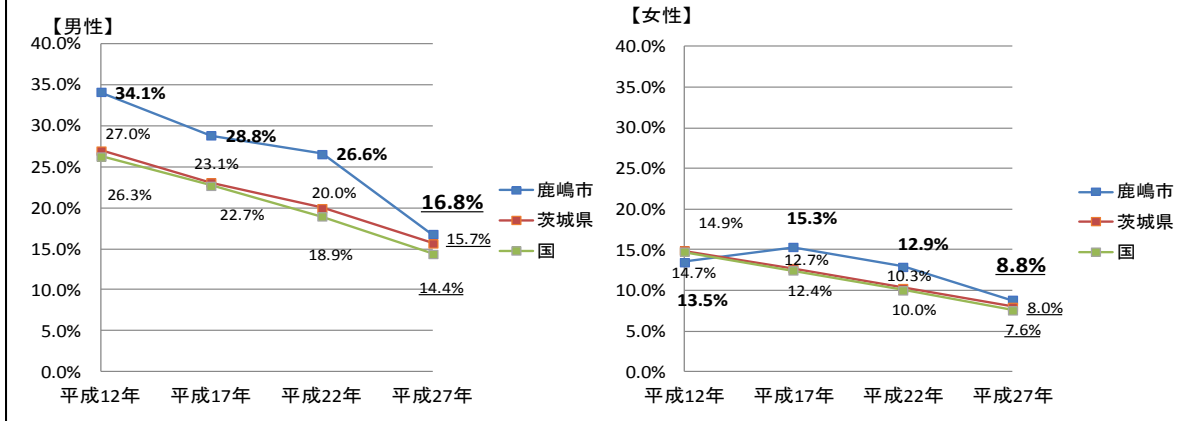
（※1）循環器疾患：虚血性心疾患（急性心筋梗塞）・脳血管疾患（くも膜下出血，脳出血，脳梗塞）

（※2）標準化死亡比：全国を「1」として、その地域の死亡がどのくらい多いか示したものの。

【図表 2 2】

早世（65歳未満の死亡）割合

出典：茨城県保健福祉統計年報



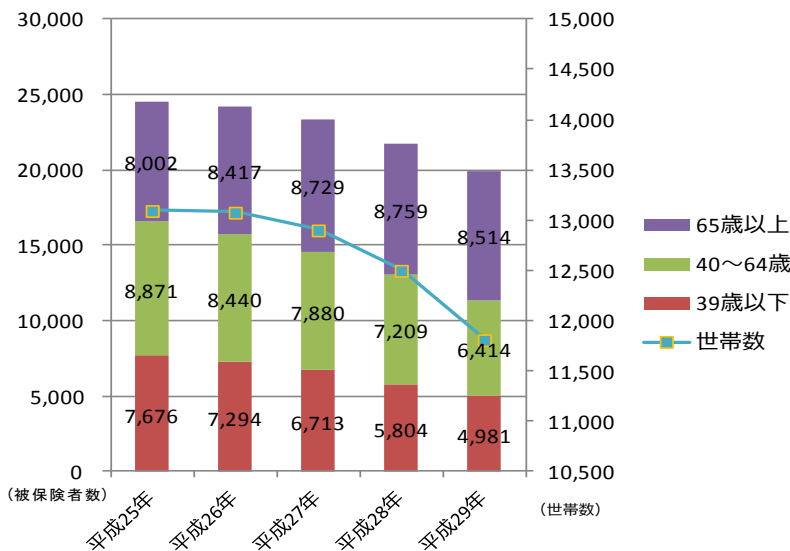
さらに、早世（65歳未満死亡）の割合をみると、男女ともに減少傾向にあり、国・県との比較においても、差が小さくなっている状況です。団塊世代が高齢期へと移行したことが理由の一つと考えられます。

④ 被保険者数と年齢構成

鹿嶋市国民健康被保険者数の推移

【図表 2 3】

出典：国保年金課



【図表 2 4】

国保加入率の比較

出典：KDB地域全体像の把握

		鹿嶋市	茨城県	国
国保加入率		31.1%	27.4%	26.9%
年齢割合	39歳以下	25.0%	27.5%	28.2%
	40～64歳	32.2%	34.0%	33.6%
	65歳以上	42.8%	38.5%	38.2%

鹿嶋市の国保加入者及び加入世帯の数は年々減少傾向にあります。加入率は国・県よりも高い状況です。また、年齢別の加入状況をみると、全ての年齢層で加入者数は減少している状況でありながらも、65～74歳は高い加入率になっています。

(2) 介護状況

【図表 2 5】

介護保険認定者数

出典：KDB地域全体像の把握

	H25年	H26年	H27年	H28年
1号被保険者認定者数	2,094人	2,198人	2,303人	2,374人
認定率	13.9%	14.5%	15.5%	16.0%
内新規認定者数	56人	61人	51人	48人
2号被保険者認定者	94人	74人	79人	77人
認定率	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%

※ 1号被保険者：65歳以上 2号被保険者：40～64歳

介護認定者数は、1号認定者数及び認定率の増加がみられます。団塊世代を含む年齢65歳以上の高齢期の人口増加が大きく影響しているものと考えられます。

介護給付費の変化

【図表 2 6】

出典:KDB 地域全体像の把握

年度	鹿嶋市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費(全 体)	(円)		1件当たり 給付費(全 体)	(円)	
			居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
H25年度	26億8,349	64,438	37,886	276,475	63,801	40,998	284,022
H28年度	30億1,881	63,718	37,308	272,331	61,236	40,245	278,146

1件当たりの給付費の減少はありながらも、認定者数の増加に伴い、介護給付費も大きく上昇しています。

介護認定及び認定者の有病状況

【図表 2 7】

出典:KDB 要介護(支援)者実合状況H28年度

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計									
	被保険者数		22,684人		8,851人		5,868人		14,719人	37,403人								
	認定者数		77人		373人		2,001人		2,374人	2,451人								
	認定率		0.34%		4.2%		34.1%		16.1%	6.6%								
	新規認定者数		6人(7.8%)		10人(2.7%)		38人(1.9%)		48人(2.0%)	54人(2.2%)								
介護度別人数	要支援1・2	16	20.8%	122	32.7%	587	29.3%	709	29.9%	725	29.6%							
	要介護1・2	30	39.0%	120	32.2%	662	33.1%	782	32.9%	812	33.1%							
	要介護3~5	31	40.3%	131	35.1%	752	37.6%	883	37.2%	914	37.3%							
要介護実合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		件数	--	77		373		2001		2374		2451						
		循環器疾患	1	脳卒中	33	42.9%	脳卒中	164	44.0%	脳卒中	794	39.7%	脳卒中	958	40.4%	脳卒中	991	40.4%
			2	虚血性心疾患	12	15.6%	虚血性心疾患	98	26.3%	虚血性心疾患	759	37.9%	虚血性心疾患	857	36.1%	虚血性心疾患	869	35.5%
			3	腎不全	8	10.4%	腎不全	46	12.3%	腎不全	226	11.3%	腎不全	272	11.5%	腎不全	280	11.4%
		基礎疾患	糖尿病等	49	63.6%	糖尿病等	282	75.6%	糖尿病等	1713	85.6%	糖尿病等	1995	84.0%	糖尿病等	2044	83.4%	
		血管疾患合計	合計	49	63.6%	合計	299	80.2%	合計	1758	87.9%	合計	2057	86.6%	合計	2106	85.9%	
		認知症	認知症	5	6.5%	認知症	62	16.6%	認知症	697	34.8%	認知症	759	32.0%	認知症	764	31.2%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	43	55.8%	筋骨格系	268	71.8%	筋骨格系	1693	84.6%	筋骨格系	1961	82.6%	筋骨格系	2004	81.8%	
		介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較																
★NO.1 【介護】																		
0 2,000 4,000 6,000 8,000 10,000																		
要介護認定者医療費(40歳以上)		8,228円																
要介護認定なし医療費(40歳以上)		4,248円																
← 3,980円の差 →																		

介護認定者数は年齢が上がるにしたがって急激に増加していますが、40～64歳の2号被保険者の介護度は65歳以上の認定者よりも重いものの割合が高く、糖尿病や高血圧等を基礎疾患として脳卒中が42.9%で一番多く、次いで筋骨格系になっています。年齢が上がると血管系疾患・認知症・筋骨格系が高くなっていきます。

また、介護認定ありと介護認定なしの者の医療費の差は歴然で、認定ありはなしの2倍近くになり約4,000円程度の差になります。

重症化した疾患に対する医療費に加え、介護保険利用料も加算され、多くの負担を強いられる状況が伺えます。

(3) 医療の状況

【図表28】

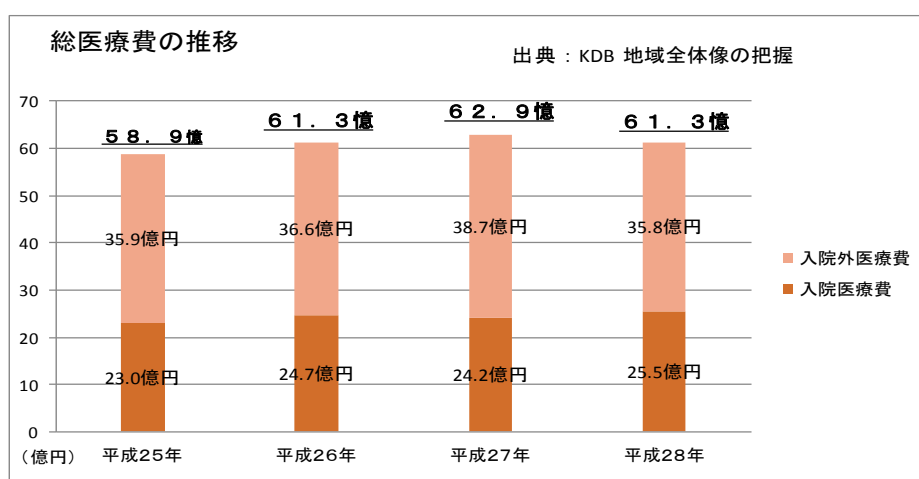
医療関連の概況（人口千人対）

出典：KDB帳票「地域の全体像の把握」（平成28年度累計）

	鹿嶋市		同規模平均		茨城県		国	
	平成25年度	平成28年度	平成25年度	平成28年度	平成25年度	平成28年度	平成25年度	平成28年度
病院数	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3
診療所数	1.5	1.7	2.6	2.8	2.0	2.2	2.7	3.0
病床数	29.2	34.1	47.1	50.3	36.9	40.2	44.0	46.8
医師数	3.5	4.7	6.8	7.5	5.9	6.5	7.9	9.2

本市の医療環境状況としては、診療所数・病床数・医師数において増加していますが、いずれも人口千人対では同規模・国・県との比較において著しく低い状況であり、厳しい医療環境になっています。

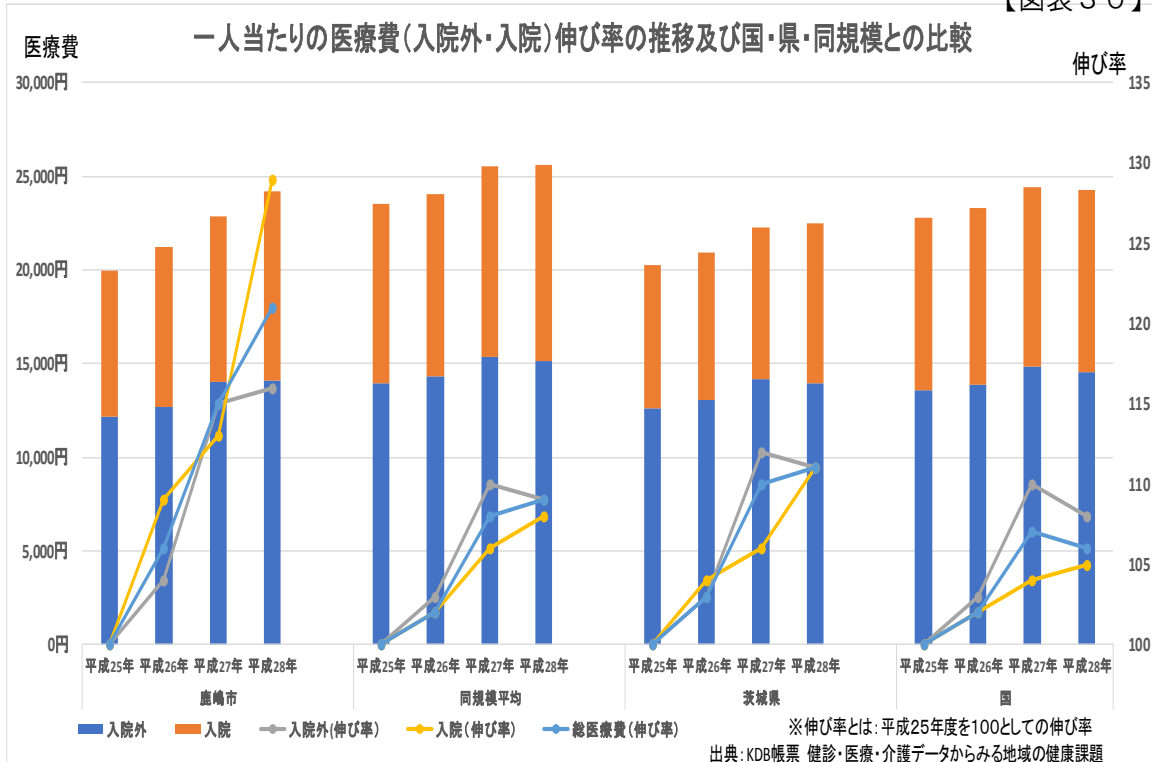
【図表29】



総医療費は年々増加傾向でありましたが、平成27年度から平成28年度においては減少に転じました。しかし、入院医療費に関しては、増加傾向が続いています。医療費

を抑えることの難しさが伺えます。

【図表 30】

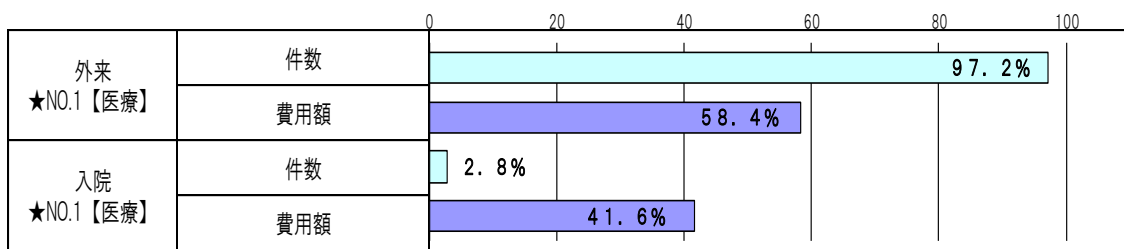


一人あたりの医療費に関しては、平成25年度は同規模平均・国・県と比較して、低い状況でしたが、年々増加し、平成28年度は県を大きく上回っています。また、伸び率に関しては、入院・入院外とも、同規模平均・国・県を大きく上回っています。

【図表 31】

入院と入院外の件数・費用額の割合比率

出典：KDB 地域全体像の把握(平成28年度累計)



入院件数は、全件数のわずか2.8%程度にとどまっているにもかかわらず、費用額(医療費)は41.6%と大きくなっています。1件当たりの入院医療費が入院外医療費よりも高い状況が伺えます。いかに、入院になるような重症化を防ぐことが出来るかが大きな課題と考えられます。

【図表 3 2】

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

	総医療費	一人当たりの総医療費			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		悪性 新生物	精神 疾患	筋・骨 疾患	その他
		金額	同規模 内順位	県内 順位	慢性腎不 全	脳血管性 疾患	虚血性 心疾患	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	金額	割合				
平成25年	58億9千万円	19,964円	242位	31位	4.57%	2.25%	3.14%	6.55%	6.86%	2.88%	15億5千万	26.25%	12.65%	8.42%	7.93%	18.50%
鹿嶋市	61億3千万	24,167円	177位	13位	3.80%	2.06%	2.72%	6.26%	4.77%	2.67%	13億7千万	22.28%	15.31%	8.14%	7.59%	24.40%
平成28年	茨城県	2,222億	22,467円		4.69%	2.17%	2.11%	6.24%	5.45%	3.04%	523億	23.70%	14.50%	8.76%	8.25%	21.09%
	国	9兆6,880億円	24,253円		5.75%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2,237億	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	21.73%

出典：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課

総医療費に占める、ターゲットとなる疾患の医療費の割合は、循環器系疾患は減少しながらも、国・県との比較においては、虚血性心疾患・糖尿病は高い状況になっています。また、悪性新生物の割合は増加し、国・県との比較でも高くなっています。

長中期目標3疾患の医療状況と基礎疾患の重なり

【図表 3 3】

全体(平成28年5月診療分)	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
7,085人	4,108人 58.0%	1,916人 27.0%	3,063人 43.2%	687人 9.7%

全体(平成28年5月診療分)	脳血管性疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
7,085人	854人 12.1%	1,027人 14.5%	217人 3.1%
基礎疾患 の重なり	高血圧	669人	853人
		78.3%	83.1%
	糖尿病	296人	390人
		34.7%	38.0%
脂質異常症	560人	749人	144人
		65.6%	72.9%

出典：KDB厚労省様式3-13~19

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症においても、その基礎疾患として、8割程度が高血圧、7割程度が脂質異常症、そして糖尿病は糖尿病性腎症においては全て、他の二疾患に関しては4割程度が糖尿病を基礎疾患として有しています。

平成28年5月分診療において、全受診者の約半数が高血圧を、4割が脂質異常症を、そして3割が糖尿病を治療している状況を考えると、今後、適切な生活習慣改善を含めた治療の重要性が伺えます。

医療費の負担が大きい疾患の状況

【図表34】

平成28年度分		全体	脳血管性疾患	虚血性心疾患	合計
高額になる疾患 (1ヶ月80万円以上)	件数	1,135件	92件	151件	243件
		100.0%	8.1%	13.3%	21.4%
	費用額	16億1,827万円	1億1,855万円	2億6,026万円	3億7,881万円
		100.0%	7.3%	16.1%	23.4%
長期入院(6か月以上の入院)	件数	940件	106件	17件	123件
		100.0%	11.3%	1.8%	13.1%
	費用額	4億1,094万円	5,988万円	756万円	6,744万円
		100.0%	14.6%	1.8%	16.4%

平成28年度分		全体	糖尿病性腎症	脳血管性疾患	虚血性心疾患
人工透析患者(長期化する疾患)	件数	521件	304件	150件	233件
		100.0%	58.3%	28.8%	44.7%
	費用額	2億4,879万円	1億4,179万円	6,698万円	1億1,153万円
		100.0%	57.0%	26.9%	44.8%

出典:KDB 厚労省様式1-1, 2-1, 2-2

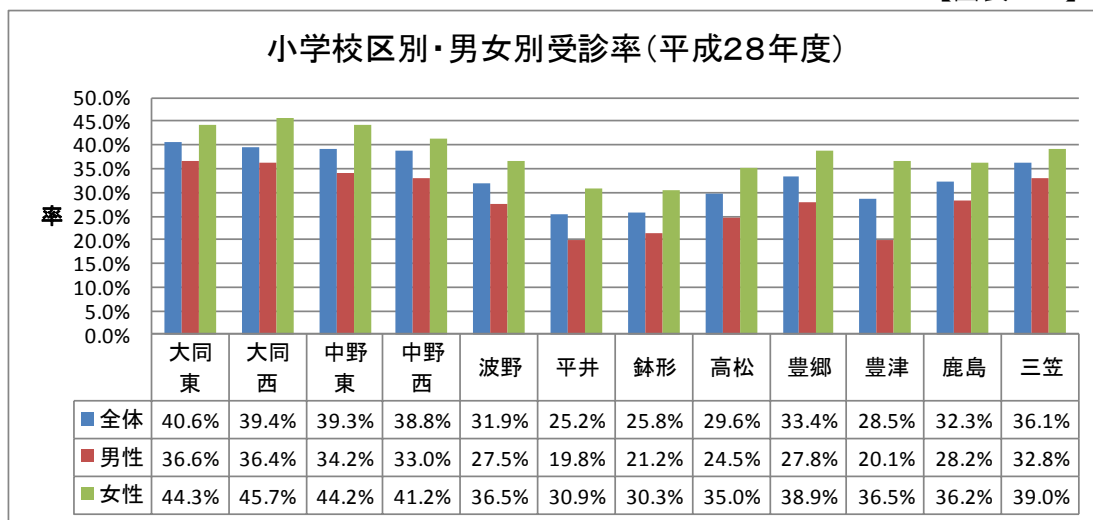
医療費の負担が大きくなる要因として、「高額になる疾患」・「長期入院（6 カ月以上の入院）」・「人工透析（長期化する疾患）」があげられます。

まず、「高額になる疾患」としては、虚血性心疾患・脳血管性疾患と緊急を要する手術等を行う疾患が上がっています。また、「長期入院（6 カ月以上の入院）」は脳血管性疾患があります。発症後、要介護状態になる場合も多く、治療後の介護の問題も関係する場合も多いと考えられます。最後に、人工透析になりますが、人工透析患者はわずか、48 名であるが、その治療は長期に及ぶため医療費の負担は高くなります。人工透析患者の約半数以上は糖尿病性腎症で治療しており、生活習慣病の重症化予防対策の必要性は高いと考えられます。

(4) 特定健診等の実施状況

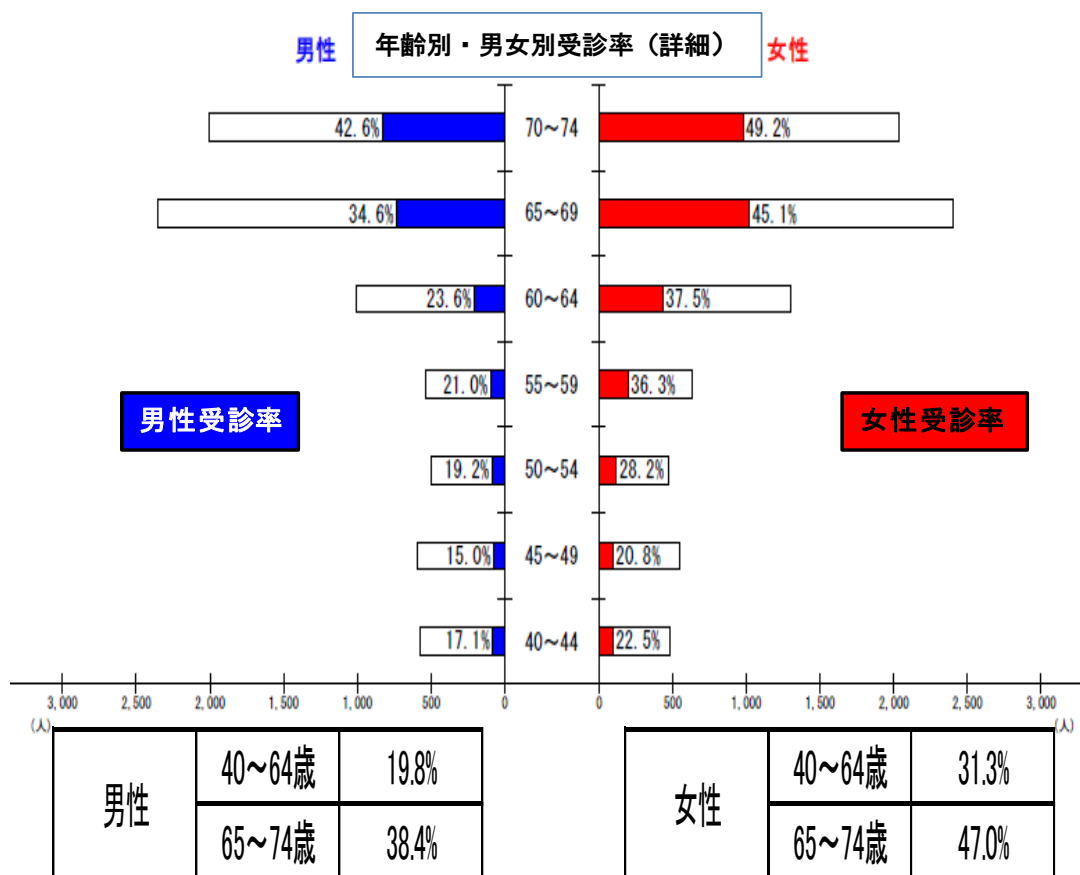
① 地区別・年齢別 特定健診受診状況

【図表35】



出典：特定健診等集計

【図表36】



出典：特定健康診査集計

平成 28 年度は、目標値 60%には及ばず、35.7%の受診率でした。地区別受診状況をみますと、受診率が高い地区は、大同東・大同西，中野東・中野西の 4 地区になります。逆に低い地区は、平井・鉢形・豊津・高松地区になります。

さらに、年齢別で見ますと、65 歳以上が多くを占め、男性においては 50 歳以下は 20%以下の受診率になっています。

男女別では、地区別・年齢別でも男性の受診率が低くなっています。その差は、地区別では豊津地区，年齢別では、55～64 歳が大きく差が出ています。

② 受診勧奨状況

【図表 37】

特定健診受診率・保健指導率・受診勧奨者受診率

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨	
	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	
								鹿嶋市	同規模平均
H25年度	15,827人	5,036人	31.8%	180位	763人	286人	37.5%	50.0%	51.0%
H28年度	13,834人	4,942人	35.7%	165位	705人	304人	43.0%	50.9%	51.5%

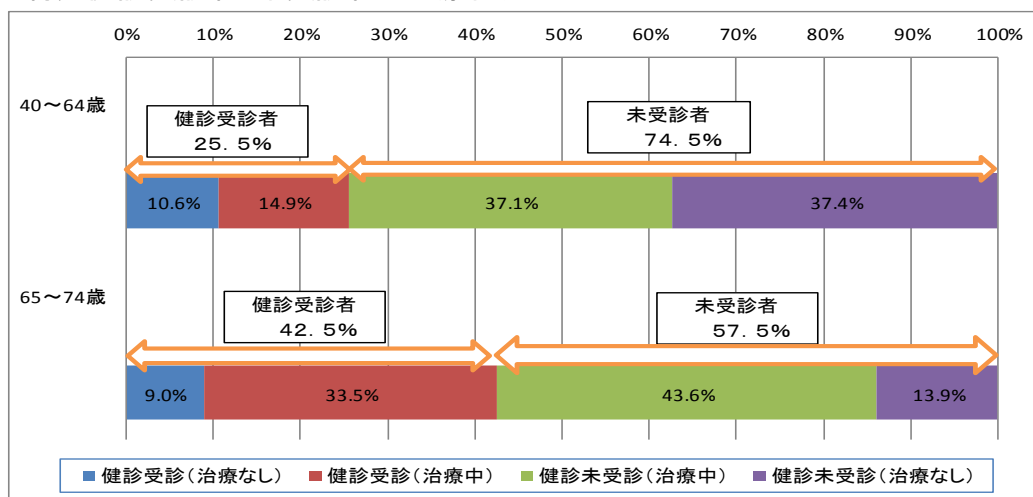
出典：KDB 地域全体像の把握

特定健診受診率・特定保健指導率に関しては、目標値 60%には届きませんが、特定健診の結果から保健師や管理栄養士の支援を受け、要医療の者の約 50%の医療機関受診を行っています。早期発見・早期治療を行い、重症化予防のために今後も大変重要なものになります。

③ 未受診者の状況

【図表 38】

特定健診受診者・未受診者の治療状況

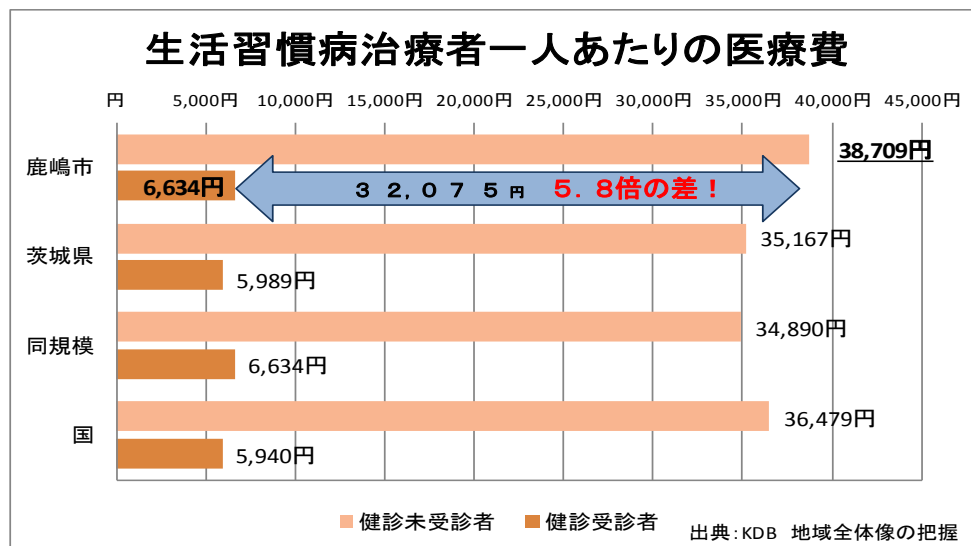


出典：KDB 厚労省様式6-10

40～64 歳までの未受診率は 74.5%、65～74 歳の未受診率 57.5%で、そのうちの医療も健診も受けていない者の割合はそれぞれ、37.4%、13.9%になり、本人が

健康状況を把握出来ていない状況にあります。突然、脳血管性疾患や虚血性心疾患を発症しないためにも、まずは、自分の身体の状態を知ってもらうことが重要であり、そのためにも特定健診の受診は大変有効なものになります。

【図表 3 9】



特定健診を受診している方は健康への意識が高いため、一人当たりにかかる医療費はとて低くなっています。たとえ、治療が必要な状態になったとしても、その意識は維持され、被保険者自身の経済的な負担も小さく出来、さらに、重症化予防にもつながり、高いQOLを維持できることが期待できると考えます。

④ 健診結果

【図表 4 0】

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

出典: 厚労省様式 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(%)	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	26,545	31.5	40,995	48.7	25,652	30.5	16,503	19.6	7,069	8.4	12,159	14.4	50,957	60.5	5,275	6.3	39,190	46.6	19,572	23.3	39,852	47.3	1,361	1.6	
鹿嶋市	合計	628	30.5	996	48.3	621	30.1	358	17.4	162	7.9	131	6.4	1,270	61.6	12	0.6	981	47.6	507	24.6	1,000	48.5	38	1.8
	40-64	186	34.1	267	49.0	184	33.8	126	23.1	47	8.6	32	5.9	266	48.8	5	0.9	208	38.2	159	29.2	286	52.5	3	0.6
	65-74	442	29.2	729	48.1	437	28.8	232	15.3	115	7.6	99	6.5	1,004	66.2	7	0.5	773	51.0	348	23.0	714	47.1	35	2.3
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	24,239	22.1	17,753	16.2	21,227	19.3	9,415	8.6	1,918	1.7	9,325	8.5	69,156	63.0	790	0.7	42,584	38.8	14,757	13.4	62,718	57.1	214	0.2	
鹿嶋市	合計	678	23.7	540	18.9	532	18.6	274	9.6	42	1.5	126	4.4	1,795	62.8	4	0.1	1,140	39.9	387	13.5	1,741	60.9	7	0.2
	40-64	212	23.1	166	18.1	172	18.7	100	10.9	17	1.9	56	6.1	475	51.7	0	0.0	265	28.9	131	14.3	553	60.2	0	0.0
	65-74	466	24.0	374	19.3	360	18.6	174	9.0	25	1.3	70	3.6	1,320	68.1	4	0.2	875	45.1	256	13.2	1,188	61.3	7	0.4

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表41】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

出典：KDB 厚生労働省様式6-8（平成28年度）

性別	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(%)				
合計	110	5.3	331	16.1	27	1.3	215	10.4	89	4.3	555	26.9	101	4.9	32	1.6	236	11.5	186	9.0
40-64	40	7.3	97	17.8	3	0.6	46	8.4	48	8.8	130	23.9	19	3.5	8	1.5	70	12.8	33	6.1
65-74	70	4.6	234	15.4	24	1.6	169	11.1	41	2.7	425	28.0	82	5.4	24	1.6	166	10.9	153	10.1

性別	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(%)				
合計	67	2.3	172	6.0	20	0.7	113	4.0	39	1.4	301	10.5	51	1.8	26	0.9	125	4.4	99	3.5
40-64	36	3.9	53	5.8	10	1.1	31	3.4	12	1.3	77	8.4	15	1.6	5	0.5	31	3.4	26	2.8
65-74	31	1.6	119	6.1	10	0.5	82	4.2	27	1.4	224	11.6	36	1.9	21	1.1	94	4.8	73	3.8

メタボリックシンドローム該当・予備群割合の比較

※同規模と比較して高いものを○で囲んだ		市	同規模	県	国	
メタボリックシンドローム	該当者	17.4%	17.5%	16.8%	17.3%	
	男性	26.9%	27.4%	27.0%	27.5%	
	女性	10.5%	9.9%	9.0%	9.5%	
	予備軍	10.2%	10.7%	10.1%	10.7%	
	男性	16.1%	17.1%	16.5%	17.2%	
	女性	6.0%	5.9%	5.1%	5.8%	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	31.2%	31.6%	30.3%	31.5%
		男性	48.3%	49.7%	48.7%	50.1%
		女性	18.9%	17.9%	16.2%	17.3%
	BMI	総数	4.8%	4.8%	5.4%	4.7%
		男性	1.1%	1.6%	1.8%	1.7%
		女性	7.5%	7.1%	8.1%	7.0%
	血糖のみ	1.0%	0.7%	0.8%	0.7%	
	血圧のみ	6.7%	7.4%	6.6%	7.4%	
	脂質のみ	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	
	血糖・血圧	3.1%	2.7%	3.0%	2.7%	
	血糖・脂質	1.2%	1.0%	1.2%	1.0%	
	血圧・脂質	7.3%	8.4%	7.2%	8.4%	
	血糖・血圧・脂質	5.8%	5.3%	5.5%	5.2%	

出典：KDB 地域全体像の把握

健診結果としては、男女ともに、国・県との比較において、肥満傾向がみられます。また、HbA1c値及び中性脂肪・LDLコレステロールの脂質異常が目立ちます。また、約半数近くが血圧高値になり、血圧対策の必要性も高くなっています。

メタボリックシンドロームの状況としては、国・県・同規模平均との比較では、女性の該当・予備群が高く、重なりとしては血糖高値が高くなっています。

さらに、重なりの比較でみると、男女ともに血圧高値の者の割合が高くなっています。

このような結果から、鹿嶋市では、糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドロームへの対策は今後も重点的に行っていく必要性が非常に高いと考えられます。

2. 健康課題の抽出

保険者等の状況より、以下の課題の抽出をしました。

	健康課題
医療費 ・ レセプト	<ul style="list-style-type: none"> ・総医療費は、平成 25 から平成 28 年度の4年間で増加(2 億4千万円・伸び率 4.1%)。一人あたりの入院医療費の伸び率も 28.8%と高く、国・県・同規模平均に比べ著しく高い。 ・長期入院のうち 1 割は脳血管疾患。 ・高額になる疾患の 2 割強は脳血管疾患と虚血性心疾患であり、医療費は約 4 億円。 ・脳血管疾患・虚血性心疾患の基礎疾患として、高血圧 8 割、脂質異常が 7 割弱、糖尿病が 3~4割強占める。 ・人工透析の原因は 6 割弱の人が糖尿病性腎症。また、脳血管疾患・虚血性心疾患の合併も多い。基礎疾患として、高血圧症が 9 割、糖尿病が 6 割、脂質異常が 4 割程度。
介護	<ul style="list-style-type: none"> ・1件当たりの介護給付費は減少しながらも、総介護給付費は増加。1 号被保険者の認定者数の増加により、介護保険サービス利用者の増加が理由。 ・要介護 3~5 の重症者の割合が高く 4 割弱。有病状況では、脳血管疾患が 4 割、生活習慣病関連疾患と合わせると 9 割弱と大部分を占める。 ・介護認定者の医療費は認定なしの者の約 2 倍の 8, 228 円。
健診	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率及び特定保健指導率は増加傾向を示しながらも目標の 60%には届かない。 ・健診データの有所見状況(国・県比較)は、BMI・中性脂肪・GPT・HbA1c、LDL-コレステロールが高い。また、血圧高値は男女とも約半数にあり。若い世代から有所見がみられる項目も多い。 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群を合わせると、男性は 43.0%、女性は 16.5%が該当。平成 25 年度より改善はみられない。女性に関しては該当者等が増加している。 ・特定健診受診者と未受診者では生活習慣病治療費に 5.8 倍もの差がある。 ・特定健診対象者のうち未受診者の内訳をみると、40~64 歳で 7 割強が未受診。その内、半数は治療も健診も受けていない。 ・受診率が高い地区は、大同東・大同西・中野東・中野西、低い地区は平井・鉢形・豊津・高松。 ・男性は女性よりも受診率が低い。その差は、55~64 歳が大きい。
その他の データ	<ul style="list-style-type: none"> ・早世割合が国・県と比較して高いが、差は小さくなっている。 ・がん・急性心筋梗塞・脳梗塞(男性)による死亡が高い。

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り、「**脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を、平成35年度には平成30年度と比較して、それぞれ3%減少させる。**」ことを目標とします。

今後、さらに医療が高度化し、高齢化も進展することから、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します。

しかし、鹿嶋市の医療のかかり方は、厳しい医療環境や健康、市民の医療に対する意識等から、より早期の段階では受療行動に結びつかず、重症化して入院する実態が伺えます。重症化予防を図り、医療費適正化へつなげることを考え、早期治療を推進し入院外治療費を伸ばし、重症化予防を推進して入院医療費を抑えることを目指し、第二期においては「**入院医療費の伸び率を平成35年度に国並みとする**」ことを目標とします。

(2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、「**高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていく**」ことを目標とします。また、同時に「**HbA1c6.5%以上の割合を6%以下にする**」及び「**高血圧Ⅱ度以上の割合を3.5%以下にする**」は第一期に引き続き継続目標としていきます。

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

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

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ます。

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きます。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、年齢・性別・地域性も考え対策を講じる必要があります。その目標値は、第4章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表4-2】

	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
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導率	45%	48%	51%	54%	57%	60%

3. 対象者の見込み

【図表4-3】

		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	13,206人	12,546人	11,919人	11,323人	10,757人	10,219人
	受診者数	5,282人	5,520人	5,721人	5,888人	6,024人	6,131人
特定保健指導	対象者数	740人	773人	801人	824人	843人	858人
	実施者数	333人	371人	409人	445人	480人	515人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関である茨城県総合健診協会に委託します。その他県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

健診実施機関リスト

【図表4-4】

	実 施 機 関	委託方法
集団健診	公益財団法人茨城県総合健診協会 住所：茨城県水戸市笠原町489番地5 電話：029-241-0011（代）	随意契約による。
個別健診	茨城県医師会との集合契約に参加している医療機関 (国の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を満たしていることが条件)	茨城県医師会による集合契約であり、茨城県国民健康保険団体連合会を取り纏め機関とする。

- ① 集団健診(鹿嶋市保健センター他)
- ② 個別健診(県医師会集合契約医療機関)
- ③ 国保人間ドック

(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ます。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、茨城県医師会ホームページに掲載されます。

(参照)URL：<http://www.ibakaki.med.or.jp/>

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、血清クレアチニン検査を詳細な健診項目に追加されます。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ます。(実施基準第1条4項)

○基本的な健診の項目

【図表45】

・既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む H30年度から「噛んで食べる時の状態」を追加
・自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
・身長、体重及び腹囲の測定	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMIが20未満の者、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可
・BMIの測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$ の2乗
・血圧の測定	収縮期血圧 拡張期血圧
・肝機能検査	AST (GOT) ALT (GPT) γ -GTP non-HDL コレステロール（注：中性脂肪が400mg/dl以上や食後採血のため、LDL コレステロールの代わりに評価した場合に血中脂質検査を実施したとみなす）
・血中脂質検査	中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
・血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c (HbA1c) 又は、随時血糖（注：空腹時以外においてHbA1cを測定しない場合に、食直後（食後3.5時間未満）を除き、随時血糖による血漿検査が可能となる）
・尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

○詳細な健診の項目（対象者のうち医師の判断により実施する項目）

【図表46】

項目	実施できる条件（判断基準）				
・貧血検査 （ヘマトクリット値、色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
・心電図検査 （12誘導心電図）	当年度の特定健康診査の結果等において、血圧が受診勧奨判定値以上の者、または問診等で不整脈がうたがわれるもの <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上		
血圧	収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上				
・眼底検査	当年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が受診勧奨判定値以上の者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖が 126mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値)6.5%以上、または随時血糖 126mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖が 126mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値)6.5%以上、または随時血糖 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上、または拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖が 126mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値)6.5%以上、または随時血糖 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査 ・クレアチニン値 ・eGFR（推算糸球体濾過量）	当年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が受診勧奨判定値以上の者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖が 100mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値)5.6%以上、または随時血糖 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖が 100mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値)5.6%以上、または随時血糖 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖が 100mg/dl 以上、または HbA1c(NGSP 値)5.6%以上、または随時血糖 100mg/dl 以上				

※集団健診における追加項目の実施→

本市の健康課題や受診者のニーズにより、詳細な健診の項目である心電図検査・眼底検査・貧血検査・血清クレアチニン検査について、鹿嶋市国民健康保険独自の保健事業として、集団健診受診者全員に対し実施します。

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(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します。

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、茨城県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載します。

【図表47】

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券	受診券有効期間	かかりつけ医の診療情報提供事業があるため、有効期間は4月1日からとなります。											
	受診券発行		5月中旬に発行後、転入者・異動者は随時発行										
広報・周知	行政配布												
	広報紙・ホームページ												
健診	医療機関健診												
	集団健診										未受診者		
未受診者対策	未受診者通知												

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、特定健診の実施と合わせて、保健センターへの執行委任の形態で行います。

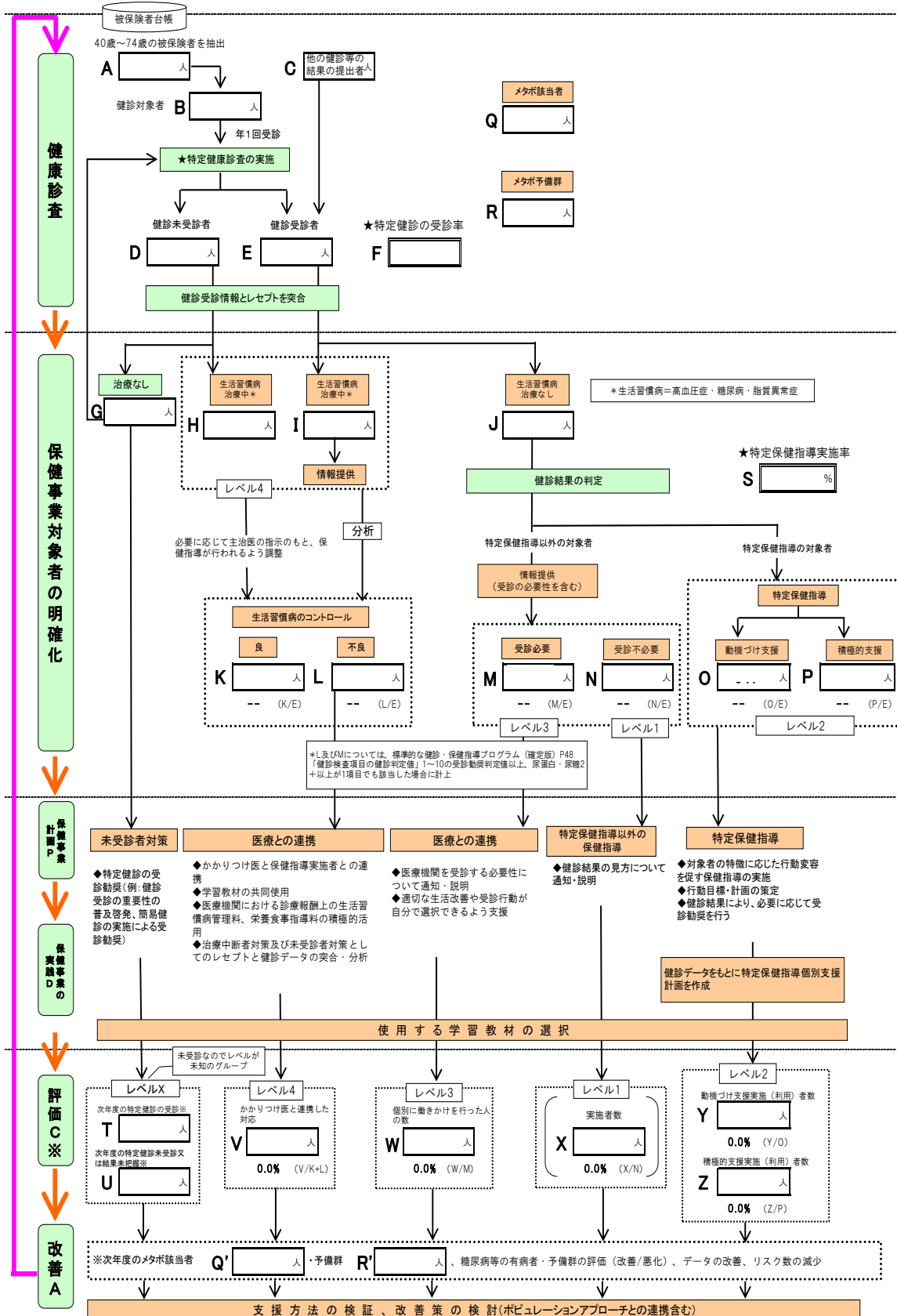
(1)健診から保健指導実施の流れ

「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(図表48)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・実践評価を行います。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

【図表48】



(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49】

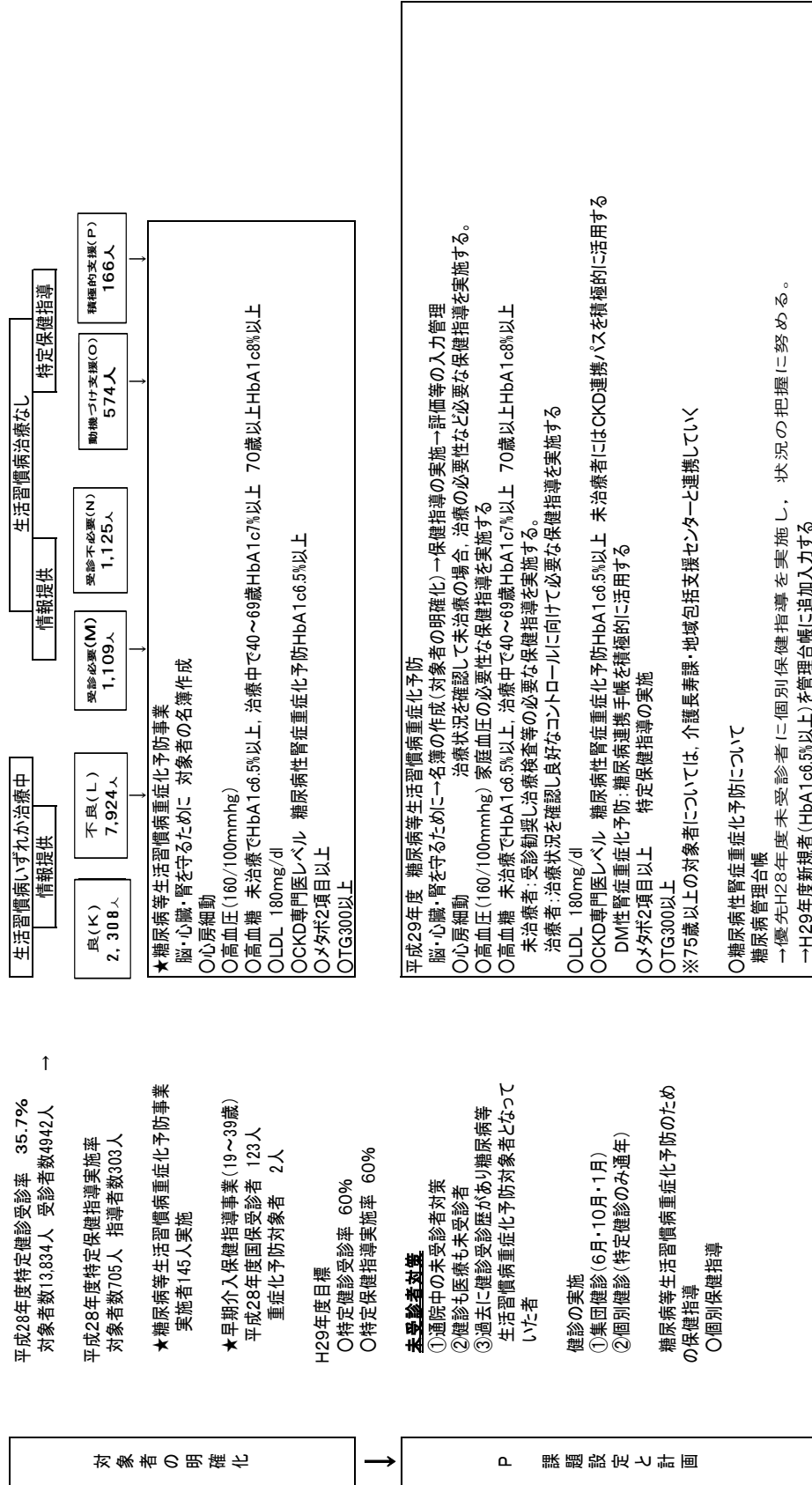
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H29年度 対象者数見込 (受診者の〇%)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す 保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨 を行う	740人 (14.0%)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通 知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選 択できるよう支援	1,109人 (21.0%)
3	L	健診未受診者 (コントロール不良)	◆特定健診の受診勧奨 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連 携 ◆学習教材の共同使用	7,924人
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	1,125人 (21.3%)
5	K	情報提供 (コントロール良)	◆健診結果の見方について通知・説明	2,308人 (43.7%)

(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50)

【図表50】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)



特定健診 ※生活習慣病予防健診(39歳以下) 高齢者循環器健診は集団のみ		健診当日 保健指導	健診結果 説明会	糖尿病等生活習慣病重症化予防対象者の明確	
集団検診	個別健診	個別保健指導 【対象者】 H度以上高血圧 尿検査(+)以上 BMI25以上	集団健診後	特定保健指導 前年度実施 評価・入力 個別保健指導	生活習慣病重症化予防 あなみツール (市全体・担当地区) ①集計ツール ②名簿ツール 対象者の明確化 名簿の作成 個別保健指導
19日間 (H30~20日間)	①医療機関健診 通年実施 ②人間ドック 9月から2月	実施	周知 (健診結果に同封) 実施	前年度 最終入力 今年度対象者 名簿作成	指導後の受診状況の確認 (重症化しなかった対象者を前年度未受診者へ個別指導) (重症化しなかった対象者を前年度未受診者へ個別指導)
14日間	指導状況の確認	周知 (健診結果に同封) 実施	法定報告確認 今年度対象 者名簿作成		
2日間	指導状況の確認	実施	周知 (健診結果に同封) 実施	今年度対象者 名簿作成	
受信状況の確認	受信状況の確認	実施状況の確認	実施状況の確認		

幼小期からの生活習慣病予防の啓発
○食育事業
若い世代へのアプローチ
↓
19歳~39歳生活習慣病予防健診乳幼児健診時に両親に啓発

全世代への生活習慣病予防啓発
①生活習慣病予防講演会
②高齢者の健康診断
③介護予防教室
④健康相談事業(随時：保健師・管理栄養士)

ポピュレーションアプローチ (通年)	
4月	事業カレンダーやHIPによる周知 公共施設等へポスター等の配布 婦人がん検診時にチラシの配布 受診券個別通知
5月	区长回覧・市広報誌掲載 HIP・FMかしまでの周知
6月	特定健診実施
7月	胃がん検診時に特定健診のPR
8月	医師会への協力依頼
9月	未受診者への受診勧奨通知 市広報誌での周知
10月	特定健診実施
11月	胃がん検診時に特定健診のPR
12月	未受診者への受診勧奨通知 市広報誌での周知
1月	特定健診追加実施
2月	市広報誌での周知
3月	次年度計画の確認

D 実施スケジュール

	H24	H25	H26	H27	H28
特定健診受診率	31.1	31.8	32.5	34.9	35.4
対象者数	15,715	15,817	15,553	14,993	13,834
受診者数	4,894	5,036	5,054	5,240	4,942
特定保健指導実施率	37.5	37.5	43.7	43.7	43.0
対象者数	762	763	754	744	705
実施人数	286	286	359	325	303

糖尿病等重症化予防事業	
【個別訪問指導】	
・心房細動	8名
・高血圧	22名
・高LDL	52名
・糖尿病	49名
・高TG	14名

出典：特定健康診査等実施法定報告

C 評価 → A 改善

★生活習慣病予防をライフサイクルで見たい。母子・健康づくり担当と業務分担をしているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の観点で共有・連携して課題解決に取り組む

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および鹿嶋市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

(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・特定保健指導のデータの管理は、特定健康診査等データ管理システム及び健康カルテ（健康管理システム）で行います。紙ベースの記録については、75歳到達まで個人ファイルを作成し管理。75歳到達以降10年保存とします（文書庫移管）。

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日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、鹿嶋市ホームページ等への掲載により公表していきます。

第5章 保健事業の内容

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。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り、実施していただく必要があります。

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

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用等の実態を広く市民へ周知していきます。

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きます。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り、その実施にあたっては第4章の特定健診等実施計画に準ずるものとし、実施していきます。

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。なお、取組にあたっては図表51に沿って実施します。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表51】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては茨城県糖尿病性腎症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 糖尿病治療中の者
 - 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ります。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います。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)を基盤とします。

【図表52】

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)で把握していきます。鹿嶋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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。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ります。(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いました。(図表 53)

鹿嶋市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 193 人(37.5%・F)でした。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,916 人中のうち、特定健診受診者が 322 人(62.5%・G)でしたが、56 人(17.3%・キ)は治療中断でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,568 人(83.0%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者の人数や、そのなかで何人が治療中断であるのか把握し、介入していくことが課題です。また、継続受診中の者については、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きます。

③ 介入方法 図表 53 より鹿嶋市における介入方法を以下の通りとします。

【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

【保健指導】

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

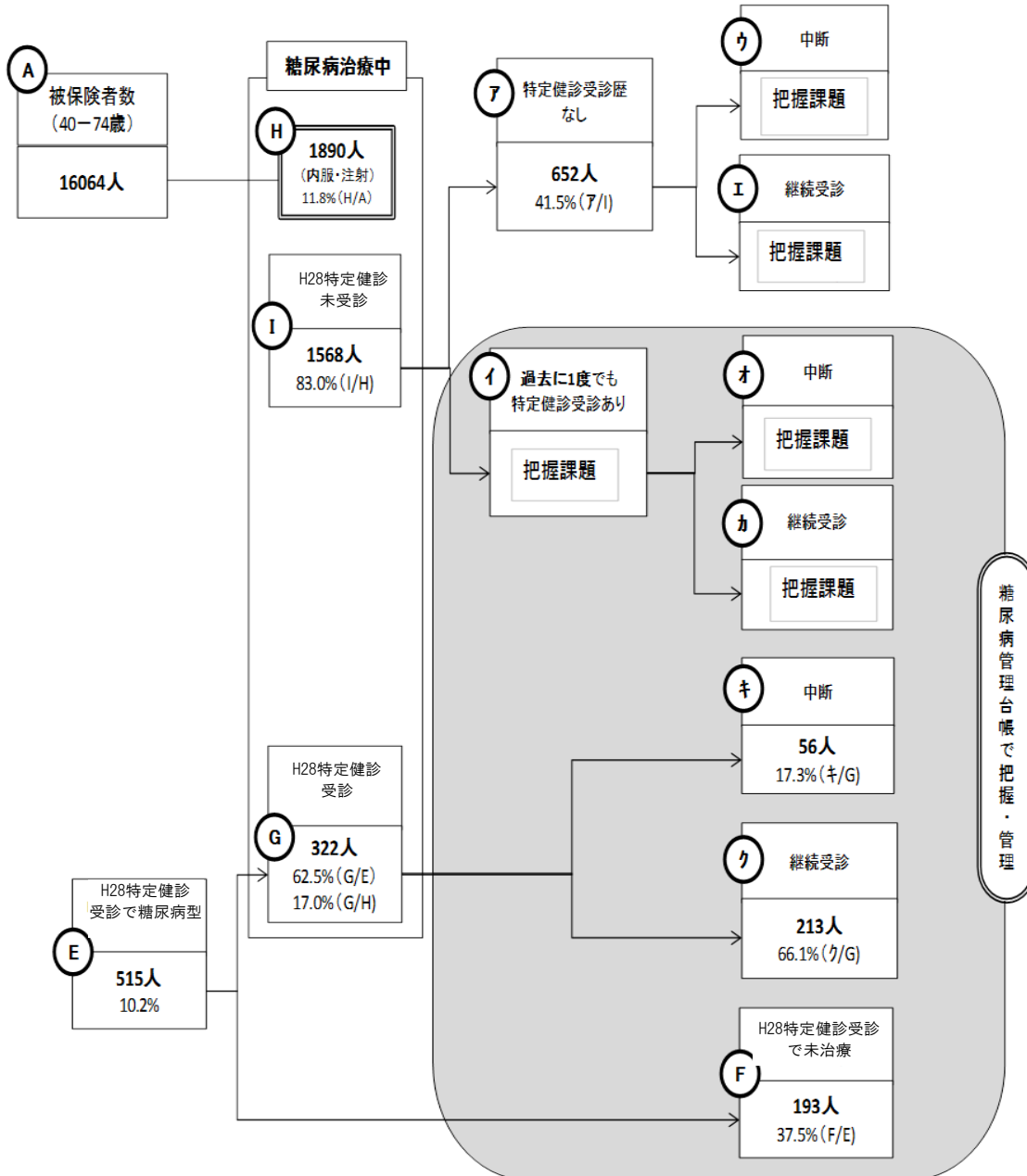
【保健指導】

- ・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53】

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、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上, 随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認

(3) レセプトを確認し情報を記載

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

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

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

4) 保健指導の実施

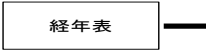
(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。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きます。鹿嶋市においては, 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します。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(慢性腎臓病)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きます。

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のももとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアノイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に鹿島医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(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います。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては茨城県プログラムに準じて行っています。

6) 高齢者福祉部門（介護長寿課）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きます。

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きます。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回行うものとし、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きます。

また、中・長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)を用いて行っていきます。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下, 1年で5ml/1.73㎡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

7月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算), 介入方法, 実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次, 対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015, 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版, 血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。(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きます。(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つです。「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ります。鹿嶋市において健診受診者 4,918 人のうち心電図検査実施者は 4,742 人(96.5%)であり, そのうち ST 所見があったのは 92 人でした(図表 55)。ST 所見あり92人の中のうち 32 人は要精密であり, その後の受診状況をみると12人は未受診でした(図表 56)。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ります。また要精密には該当しないが ST 所見ありの60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ります。

心電図検査結果

【図表55】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%	人	(e/b)%
H28年度	4,918	100	4,742	96.4	92	1.9	1,224	25.9	3,426	72.1

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表56】

ST所見あり(a)		要精密(b)		医療機関受診有(c)		受診なし(d)	
人	%	人	(b/a)%	人	(c/b)%	人	(d/b)%
92	100	32	32.0%	20	62.5%	12	37.5%

出典：特定健康等集計

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目です。心電図検査を実施しない場合、図表57に沿って対象者を抽出します。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きます。また、CKD(慢性腎臓病)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きます。

【図表57】

メタボリックシンドローム及びLDL-Cからの対象者の把握

H28年度実施		受診者	心電図検査実施		
			ST変化	その他の変化	異常なし
		4,742人	92人 1.9%	1,224人 25.8%	3,426人 72.3%
メタボ該当者		783人 16.5%	23人 2.9%	218人 27.9%	542人 69.2%
メタボ予備群		476人 10.0%	8人 1.7%	142人 29.8%	326人 68.5%
メタボなし		3,483人 73.5%	61人 1.8%	864人 24.8%	2,558人 73.4%
LDL-C	140-159	644人 13.6%	7人 1.1%	153人 23.8%	484人 75.1%
	160-179	491人 10.4%	8人 1.6%	270人 55.0%	213人 43.4%
	180-	355人 7.5%	1人 0.3%	200人 56.3%	154人 43.4%

出典:特定健診等集計

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表58の問診が重要となります。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ります。

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います。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ます。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います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。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実施します。

虚血性心疾患に関する症状

【図表58】

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

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

(2) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。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ます。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きます。

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きます。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きます。

5) 高齢者福祉部門(介護長寿課)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きます。

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きます。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回行うものとします。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きます。

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きます。

(1) 短期的評価

高血圧, 糖尿病, 脂質異常症, メタボリックシンドローム, LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少。

7) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算), 介入方法, 実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次, 対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表59・60)

【脳卒中の分類】

【図表59】

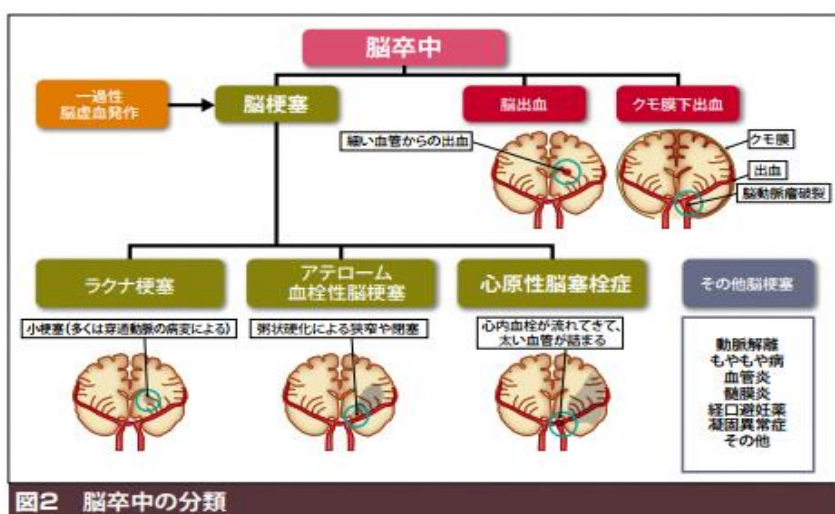


図2 脳卒中の分類

(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60】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表61に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。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ります。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表61】

リスク因子(Oはハイリスク因子)	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)			
	Ⅱ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)		
特定健診受診者における重症化予防対象者	受診者数 4918人中													
	231	4.7%	341	6.9%	226	4.6%	44	0.9%	856	17.4%	37	0.8%	120	2.4%
治療なし	226	97.8%	321	94.1%	225	99.6%	24	45.5%	728	85.1%	31	83.8%	107	89.2%
治療あり	5	2.2%	20	5.9%	1	0.4%	20	54.5%	128	14.9%	6	16.2%	13	10.8%
臓器障害あり	71	31.4%	131	40.8%	48	21.3%	24	100.0%	159	21.8%	25	80.6%	107	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	10		24		4		3		29		25		107
	尿蛋白(2+)以上	3		9		1		1		8		25		6
	尿蛋白(+)+尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		0
	eGFR50未満(70歳以上は40未満)	8		17		3		2		23		6		107
	心電図所見有	65		118		45		24		142		11		35

出典：特定健診等集計

※Ⅱ度高血圧：収縮期血圧 160mmHg以上，または拡張期血圧 100mmHg以上

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 231 人(4.7%)であり，226 人は未治療者でした。また未治療者のうち 71 人(31.4%)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す。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も5人(2.2%)いることがわかりました。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きます。

(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すが，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ます。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ります。

表62は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。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きます。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

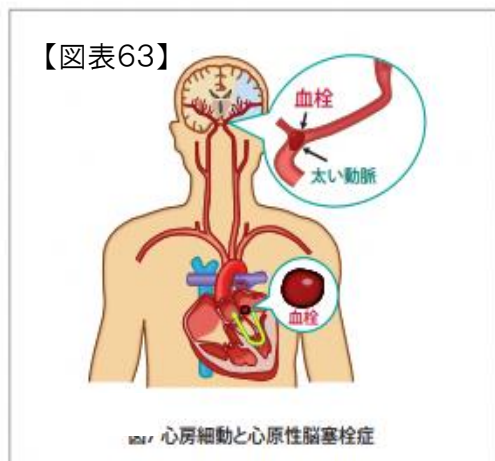
【図表62】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	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			
	4,513	1,304	1,173	998	826	185	27			
		28.9%	26.0%	22.1%	18.3%	4.1%	0.6%			
リスク第1層	407	135	103	91	53 ④	20	5 ①	53	445	540
		9.0%	10.4%	8.8%	6.4%	10.8%	18.5%	1.2%	9.9%	12.0%
リスク第2層	2,438	729	673	516	425 ③	86	9	53	20	5
		54.0%	55.9%	57.4%	51.5%	46.5%	33.3%	100%	4.5%	0.9%
リスク第3層	1,668	440	397	391	348 ②	79	13	--	425	95
		37.0%	33.7%	33.8%	42.1%	42.7%	48.1%	--	95.5%	17.6%
再掲 重複あり	糖尿病	445	127	103	97	95	21	2		
		26.7%	28.9%	25.9%	24.8%	27.3%	26.6%	15.4%		
	慢性腎臓病 (CKD)	883	248	216	203	169	41	6		
		52.9%	56.4%	54.4%	51.9%	48.6%	51.9%	46.2%		
	3個以上の危険因子	899	199	194	227	220	51	8		
		53.9%	45.2%	48.9%	58.1%	63.2%	64.6%	61.5%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い疾患です。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す。図表64・65は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

心房細動有所見者の治療の有無

【図表64】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	2009	2733	32	1.6	12	0.4	-	-
40歳代	159	188	1	0.6	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	170	279	2	1.2	1	0.4	0.8	0.1
60歳代	830	1303	15	1.8	4	0.3	0.9	0.4
70~74歳代	851	967	14	1.6	7	0.7	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
※日本循環器学会疫学調査の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65】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
44	100	20	45.5	24	54.5

心電図検査において44人が心房細動の所見でした。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加しており、特に60代の有病率が高い状態です。また44人のうち24人は既に治療が開始されていますが、20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す。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ます。

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います。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ます。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います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。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います。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

5) 高齢者福祉部門(介護長寿課)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きます。

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きます。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 回行うものとします。その際は**糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報**を活用していきます。

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きます。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定

7月 対象者の抽出(概数の試算), 介入方法, 実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次, 対象者へ介入(通年)

1・からだの実態

2・茨城の食の実態

①健診データ

(H28年度厚生労働省様式6-2~6-7健診有所見者状況)

腹囲	8位
BMI	10位
GPT	11位
中性脂肪	11位
空腹時血糖 126以上	6位
HbA1c8.4以上	3位

内臓脂肪の蓄積

メロン	1位
ハンバーグ	2位
さつまいも	2位
ヨーグルト	3位
おにぎり	7位

ビスケット	2位
せんべい	2位
ケーキ	9位
カステラ	10位

他の根菜	15位
葉茎菜	38位
生鮮野菜(全体)	39位

他の麺類外食	2位
中華料理店	8位



②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外

	入院外	入院
糖尿病	19位	35位



③糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況

茨城県	1位	50.90%
-----	----	--------

出典
 厚生労働省ホームページ 特定健診・特定保健指導に関するデータ(全医療保険者)
 厚生労働省 患者調査
 (社)日本透析学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現状」
 総務省統計局 平成26年経済センサス基礎調査結果
 国総研 都道府県別の販売(消費)
 総務省統計局 家計調査

【図表66】

2. 医療費適正化及び疾病予防事業

1) ジェネリック医薬品の普及啓発事業

被保険者証の更新時や窓口等で、パンフレットにジェネリック医薬品希望カードを添付します。
また、ジェネリック医薬品差額通知を郵送し使用促進を図ります。

2) 適正受診の啓発

重複・頻回受診をしている被保険者に対し、保健師が受診状況や服薬状況の確認及び、適正な受診方法や生活指導を行います。

3) 人間ドック・脳ドック費用助成事業

生活習慣病の早期発見・早期治療を目的として、人間ドック又は脳ドックを受診した費用の一部を助成します。

3. 健康づくり事業(「第二次健康かしま21」との連携)

1) 健康教育・健康相談

専門医による講演会, 保健師・管理栄養士等による病態別食生活講座や出前講座を実施します。また, 保健センターを拠点とした定期的な健康相談や, 地区組織との連携を図り地域における健康教育を行っていきます。

2) 生活習慣病予防に関する普及啓発

広報かしま, 市ホームページ, 健診会場等イベント会場や行政区回覧等を利用した生活習慣病予防普及啓発を実施します。また, 食生活改善推進員による胃がん検診会場に置ける減塩食の試食を提供します。

3) 子どもの生活習慣病予防対策

乳幼児健診や育児相談等の機会を活用し, 保護者に対し生活習慣病を学習する機会を提供します。生活習慣病は, 子どもの頃から培われたものが大きく関与しています。そのため, 乳幼児期からの生活習慣病予防を視点に入れた習慣を身につけさせることが重要です。

○食生活:子どもの成長過程に合わせ, 食品を選択し, 形状を変えるなど, 消化吸収のリズムをつくっていき, また, 味覚が完成するまでに様々な味に慣れることで, 野菜を好むようになります。

○生活リズム:生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに, 早寝早起きのリズムを確立します。

○運動:全身の基礎が完成するまでに身体を動かす体験を重ねることにより, 身体を動かすことを好むようになります。

4) がん対策

がんは, より早期に発見し, 早期に治療を開始することが重要になります。鹿嶋市で現在実施している肺がん・胃がん・大腸がん・子宮がん・乳がん・前立腺がん検診の周知を図り, 受診後の要精密者の100%受診をめざし受診勧奨を行っていきます。

また, がんの一部には発症の誘因として, 塩分の摂りすぎや喫煙, 食べ過ぎ, 運動不足など生活習慣に関係する内容もあります。生活習慣病予防対策時に合わせ, 広く周知を図ります。

5) COPD(慢性閉塞性肺疾患)の予防

喫煙による疾患と言われています。そのため, 喫煙リスクに関する教育・予防のための普及啓発を特定健診結果説明や広報等で情報提供を行っていきます。

COPD:タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入することで生じた肺の炎症性疾患であり, 喫煙習慣を背景に発症する生活習慣病です。

第6章 地域包括ケアシステムに係る取組

地域包括ケアシステムは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることができるよう医療・介護・予防・住まい・生活の支援が包括的に確保される体制（地域ケアシステム）の構築を目指します。その構築に向けて「予防」が2040年に向けた取り組みの中心的なキーワードでもあります。

「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ました。心身の状態の維持は本人の意見に基づく自分らしい生活を実現するための手段として大きな役割を果たし、心身の状態が良好であれば自分の希望を叶えられる機会や、選択肢はより広がります。

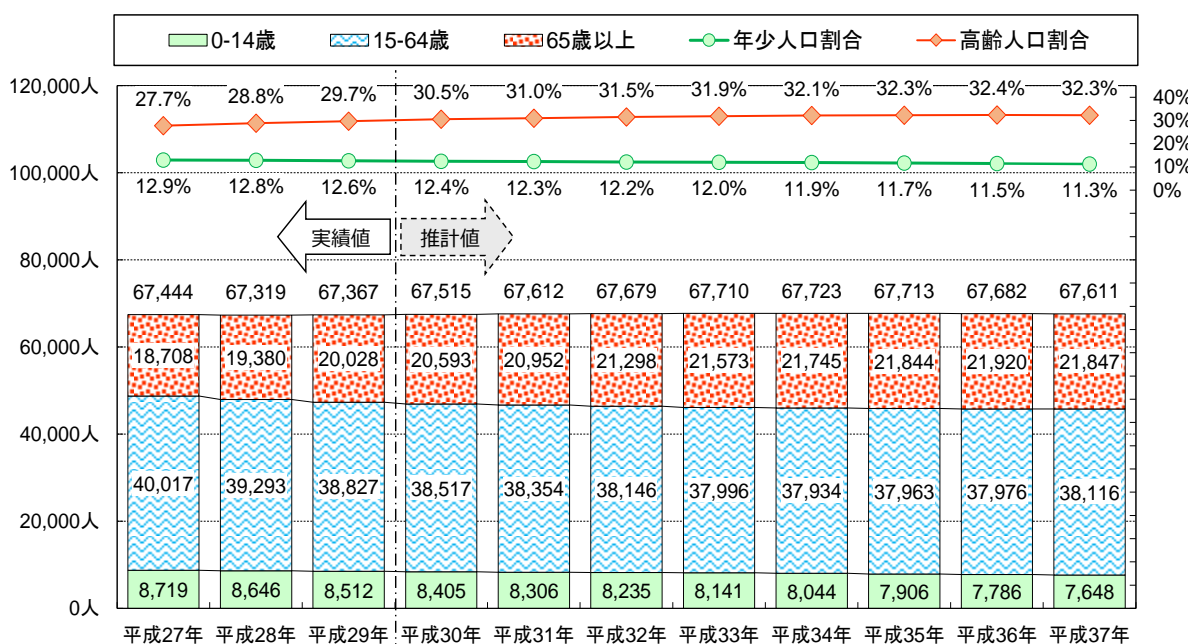
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。第5章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができます。

本市における人口変化率の実績値を用いて将来人口の推計を行った結果、本市の人口はほぼ横ばいの傾向にあり、高齢者人口は増加傾向で推移することが見込まれます。

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ます。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は非常に重要です。

【図表67】

●人口と高齢化率の推計



資料：平成 27～29 年は常住人口の実績値。

平成 30 年以降はコーホート変化率法[※]による推計値

各年 10 月 1 日現在

実績値の合計人口数は年齢不明者も含む。

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ります。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ります。（参考資料 10）

第7章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

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ます。

【図表68】

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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います。

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します。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します。

第 8 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ます。

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、鹿島医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

2. 個人情報の取扱い

鹿嶋市においては、鹿嶋市個人情報保護条例に基づき、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ます。

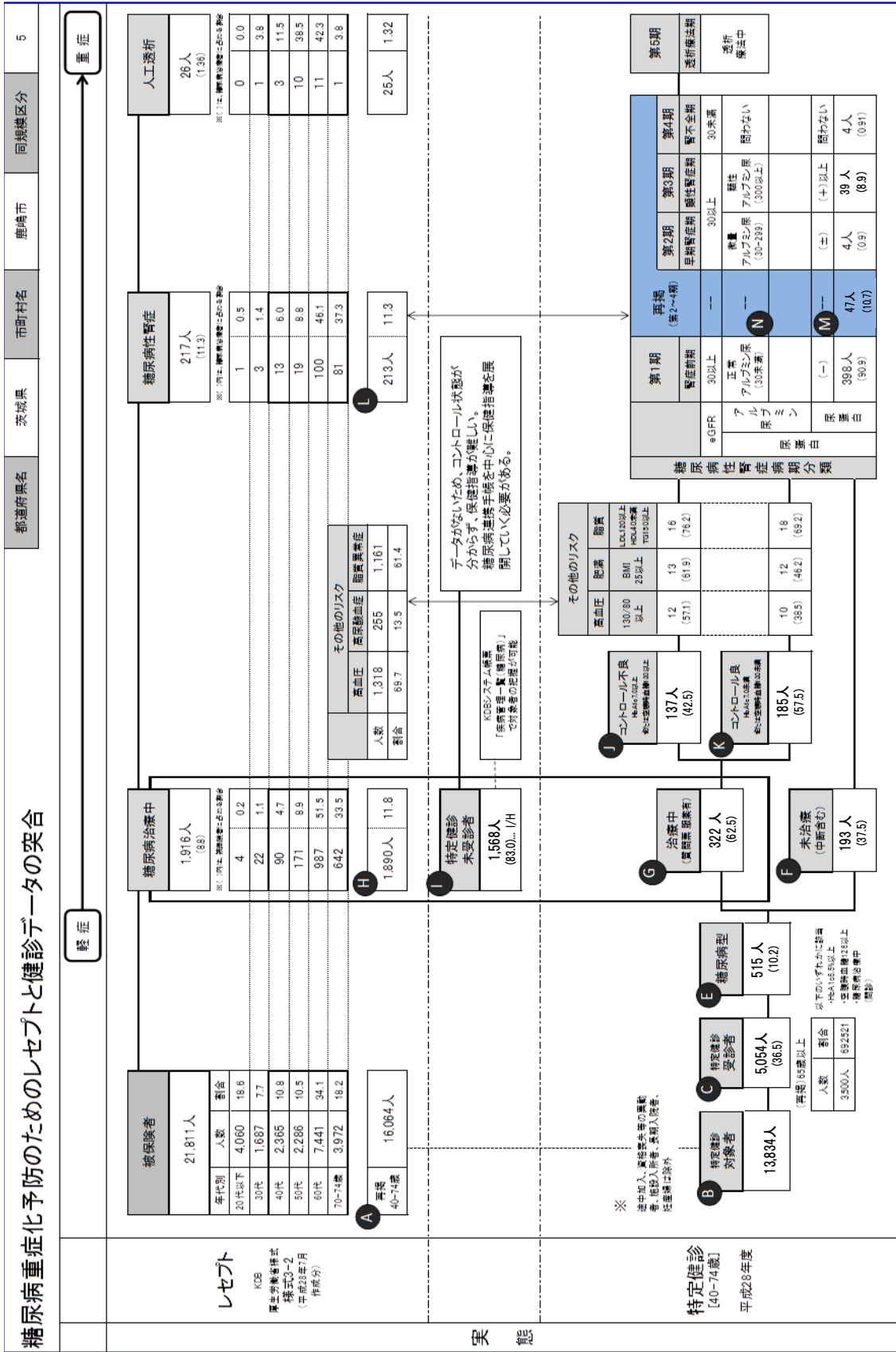
参考資料

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

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた鹿嶋市の位置

項目			H25		H28		H28						データ元 (CSV)			
			保険者		保険者		県		同規模平均		国					
			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		66,700	67,754	2,907,262		18,346,852		127,094,745					
			65歳以上(高齢化率)		16,877	25.5	19,380	28.6	792,473	27.3	4,430,444	24.1	33,465,441	26.3	KDB, NO.5 人口の状況	
			75歳以上		6,884	10.3	8,110	12.0	372,715	12.8			16,125,763	12.7	KDB, NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			65～74歳		10,093	15.1	11,270	16.6	419,758	14.4			17,339,678	13.6		
			40～64歳		22,291	33.4	21,818	32.2	977,092	33.6			42,295,574	33.3		
	39歳以下		27,073	40.6	26,121	38.6	1,104,062	38.0			49,879,972	39.2				
	②	産業構成	第1次産業		3.1	3.2	6.2		6.1		4.2		KDB, NO.3			
			第2次産業		34.4	34.5	29.8		28.9		25.2		健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題			
			第3次産業		62.5	62.3	64.1		65.0		70.6					
	③	平均寿命	男性		78.8	78.8	79.1		79.6		79.6					
女性			85.8	85.8	85.8		86.3		86.4		KDB, NO.1 地域全体像の把握					
④	健康寿命	男性		64.7	64.7	65.1		65.3		65.2						
		女性		67.0	66.9	66.8		66.8		66.8						
2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		男性		113.2		112.1		104.2		100.0			
					女性		116.9		107.2		105.5		100.9		100	
			死因	がん	209	51.9	219	52.8	8,639	48.1	54,818	48.1	367,905	49.6	KDB, NO.1 地域全体像の把握	
				心臓病	92	22.8	118	28.4	4,762	26.5	30,930	27.1	196,768	26.5		
				脳疾患	66	16.4	45	10.8	3,048	17.0	18,797	16.5	114,122	15.4		
				糖尿病	16	4.0	9	2.2	381	2.1	2,153	1.9	13,658	1.8		
				腎不全	6	1.5	7	1.7	574	3.2	3,750	3.3	24,763	3.3		
	自殺	14		3.5	17	4.1	568	3.2	3,547	3.1	24,294	3.3				
	②	早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査			
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		2,094	13.9	2,374	16.0	121,496	18.1	891,715	20.2	5,882,340	21.2	
新規認定者				56	0.3	48	0.3	2,393	0.3	15,309	0.3	105,654	0.3			
②		有病状況	糖尿病		442	20.2	475	18.7	28,273	22.2	203,607	21.9	1,343,240	21.9		
			高血圧症		1,173	52.6	1,215	49.9	67,726	53.6	478,594	51.8	3,085,109	50.5		
			脂質異常症		523	23.3	558	23.3	33,503	26.2	255,994	27.6	1,733,323	28.2		
			心臓病		1,301	58.7	1,350	55.6	75,828	60.1	545,522	59.1	3,511,354	57.5		
			脳疾患		640	29.8	647	27.2	34,575	27.6	239,267	26.2	1,530,506	25.3	KDB, NO.1 地域全体像の把握	
			がん		194	8.8	235	9.4	12,754	10.0	92,924	10.0	629,053	10.1		
			筋・骨格 精神		1,106	48.8	1,105	45.1	64,130	50.6	468,953	50.8	3,051,816	49.9		
精神		721	31.6	757	30.9	43,367	33.9	330,813	35.6	2,141,880	34.9					
③	介護給付費	1件当たり給付費(全体)		64,438	63,718	66,869		61,236		58,349						
		居宅サービス		37,886	37,308	41,817		40,245		39,683						
④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		8,640	8,228	8,188		8,026		7,980						
		認定あり 認定なし		3,791	4,248	3,834		3,809		3,822						
4	①	国保の状況	被保険者数		24,471	20,253	799,210		4,516,485		32,587,223					
			65～74歳		8,444	34.5	8,560	42.3	307,578	38.5			12,462,053	38.2	KDB, NO.1 地域全体像の把握	
			40～64歳		8,533	34.9	6,513	32.2	271,701	34.0			10,946,693	33.6	KDB, NO.5 被保険者の状況	
			39歳以下		7,494	30.6	5,180	25.6	219,931	27.5			9,178,477	28.2		
	加入率		37.5	31.1	27.4		24.7		26.9							
	②	医療の概況(人口千対)	病院数		4	0.2	4	0.2	181	0.2	1,257	0.3	8,255	0.3		
			診療所数		35	1.4	35	1.7	1,722	2.2	12,813	2.8	96,727	3.0		
			病床数		691	28.2	691	34.1	32,151	40.2	227,288	50.3	1,524,378	46.8		
			医師数		84	3.4	95	4.7	5,188	6.5	33,690	7.5	299,792	9.2		
			外来患者数		563.6	602.1	629.2		688.2		668.3					
③	医療費の状況	一人当たり医療費		19,964	業内31位 同規模242位	24,167	業内19位 同規模177位	22,467		25,582		24,253				
		受診率		579.7	619,648	645,468		708,019		686,501				KDB, NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
		外 来	費用の割合		60.9	58.4	62.2		59.3		60.1					
			件数の割合		97.2	97.2	97.5		97.2		97.4					
		入 院	費用の割合		39.1	41.6	37.8		40.7		39.9					
			件数の割合		2.8	2.8	2.5		2.8		2.6					
		1件あたり在院日数		15.1日	14.8日	15.1日		16.2日		15.6日						
④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療費診療科 名(調剤含む)	新生物		22.7	28.6	26.1		25.0		25.6						
		慢性腎不全(透析あり)		7.4	6.7	7.9		9.5		9.7		KDB, NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域				
		糖尿病		11.8	11.7	11.2		10.1		9.7						
		高血圧症		12.3	8.9	9.8		8.9		8.6						
		精神		15.1	15.2	15.8		17.6		16.9						
筋・骨疾患		14.2	14.1	14.9		14.9		15.2								



【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		血圧							
							CKD	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		血圧							
							CKD	GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 4】

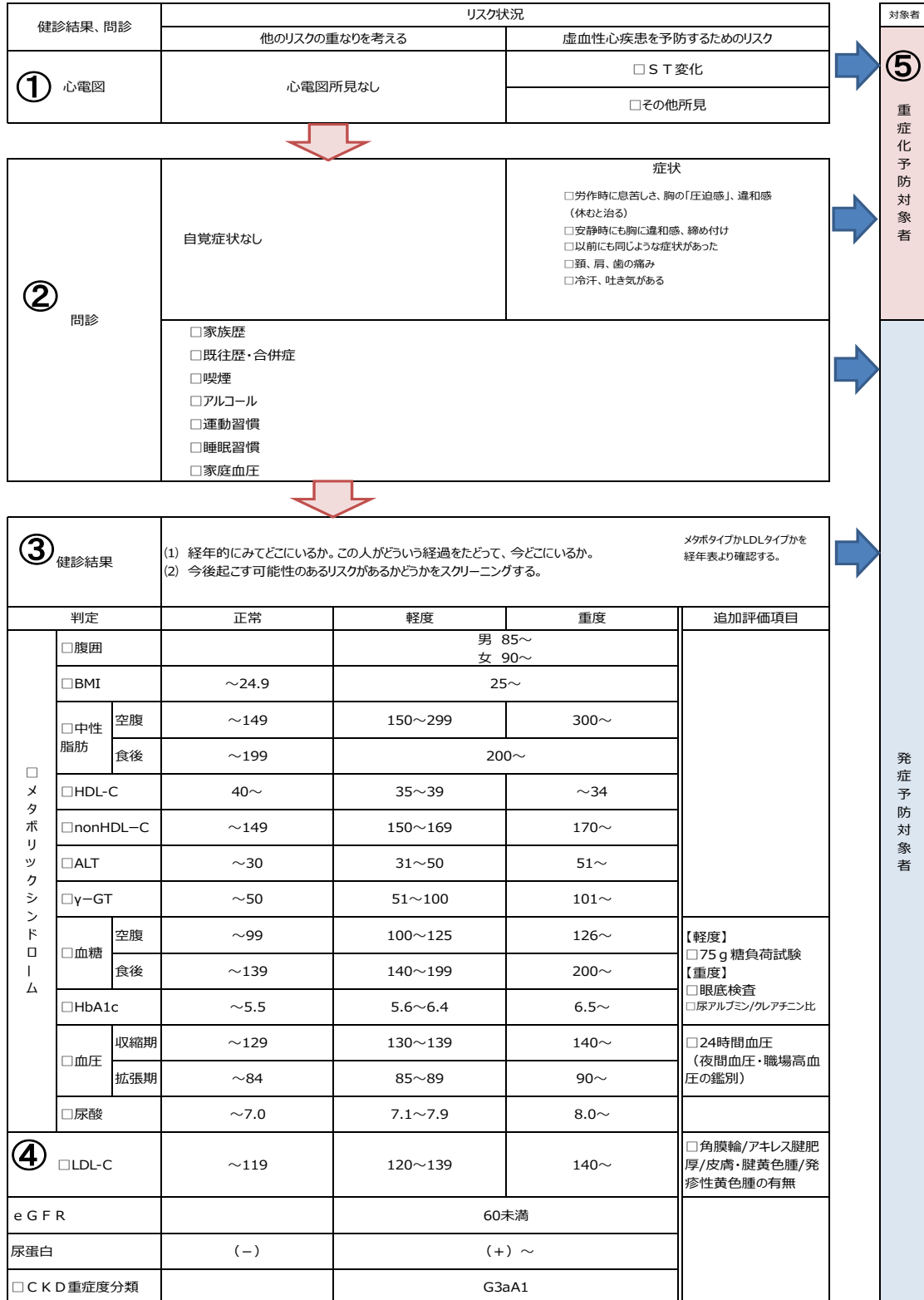
糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:		
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携		
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医		
	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					
	⑤結果把握 ()人					
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある						
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人						
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人						

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料5】

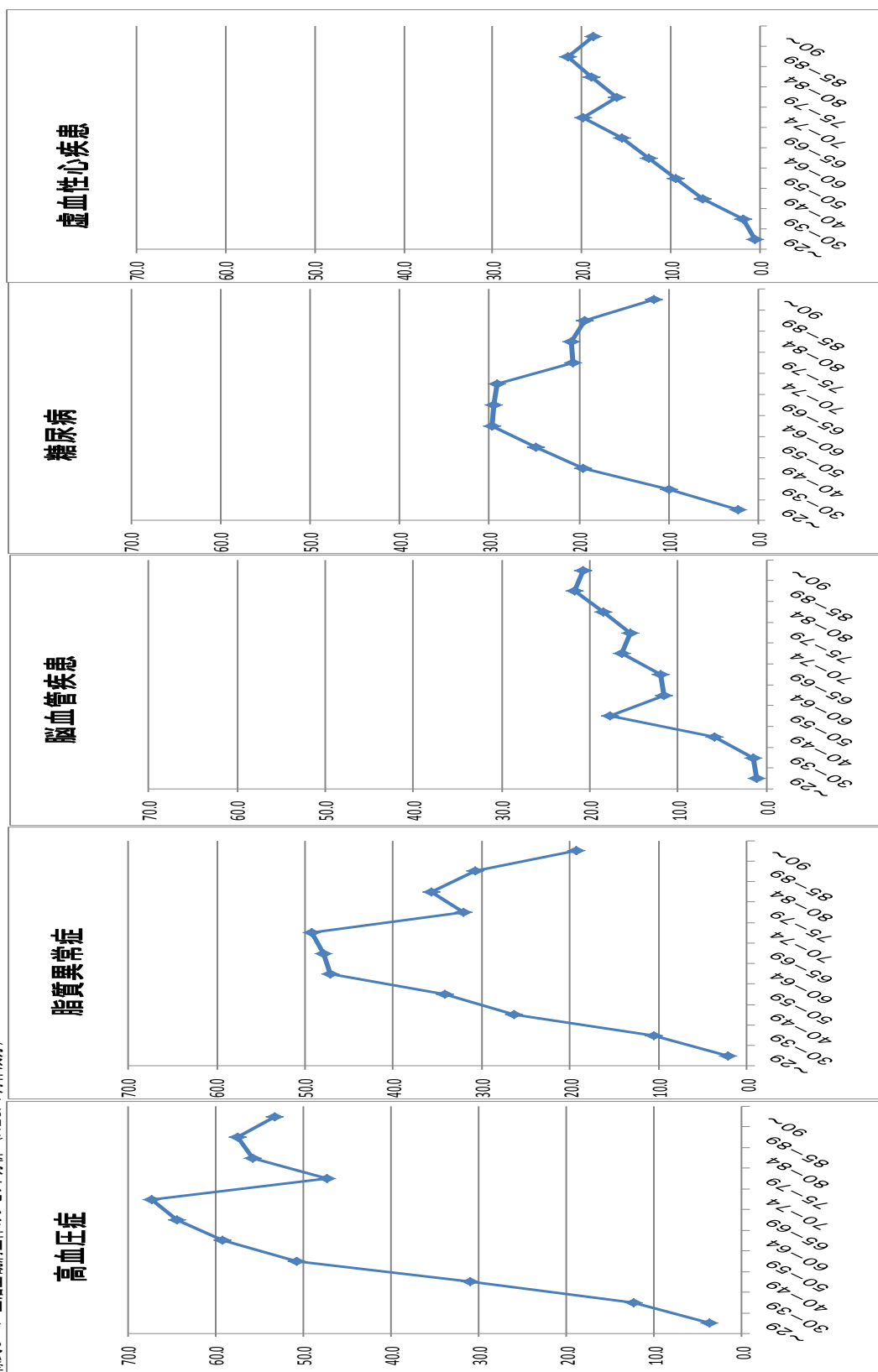
項目	統合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数66		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	21,811人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	16,064人							
2	①	対象者数	0人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	受診者数	5,054人							
	③	受診率	—							
3	①	特定保健指導 対象者数	13,834人							
	②	実施率	35.7%							
4	①	糖尿病型	E	515人	10.2%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	193人	37.5%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	322人	62.5%					
	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	137人	42.5%					
	⑤		血圧 130/80以上	J	51人	37.2%				
	⑥		肥満 BMI25以上	J	68人	49.6%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	185人	57.5%				
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	468人	90.9%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		4人	0.8%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		39人	7.6%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		4人	0.8%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	87.8人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	117.7人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	28,167件	(507.9)				KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	()内は被保険者対	入院(件数)	274件	(4.9)					
	⑤	糖尿病治療中	H	1,916人	8.8%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	H	1,890人	11.8%					
	⑦	健診未受診者	I	1,568人	83.0%					
	⑧	インスリン治療	O	208人	10.9%					
	⑨	(再掲)40-74歳	O	200人	10.6%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	217人	11.3%					
	⑪	(再掲)40-74歳	L	213人	11.3%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		26人	1.36%					
	⑬	(再掲)40-74歳		25人	1.32%					
	⑭	新規透析患者数		9人	34.6%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		9人	34.6%					
	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)		7,405人	2.3%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	257億4980万円						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	144億7712万円							
	③	(総医療費に占める割合)	56.2%							
	④	生活習慣病 対象者	健診受診者	6,634円						
	⑤	一人あたり	健診未受診者	38,709円						
	⑥	糖尿病医療費	8億9654万円							
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	6.2%							
	⑧	糖尿病入院外総医療費	34億6172万円							
	⑨	1件あたり	40,335円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	25億1743万円							
	⑪	1件あたり	623,468円							
	⑫	在院日数	16日							
	⑬	慢性腎不全医療費	24億5749万円							
	⑭	透析有り	23億5952万円							
	⑮	透析なし	9797万円							
7	①	介護給付費	217億4305万円							
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	1件 500.0%							
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	9人 1.6%						KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

様式3-1 生活主観病全体のレセプト分析 (H28.7月作成分)



平成29年度に向けての全体評価

課題・目標		評価			様式 1			
<p>課題・目標</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD) ○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減少することを目標とする。 ○H35年度までに5疾患それぞれ3%減少 ○医療費の伸びを抑える 	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 H28年度は12月受診動員(2回目)の受診率が低い40歳～60歳を中心に個別通知。かかりつけ医からの情報提供事業の実施に伴い、特定健診実施医療機関まわりを行う。</p> <p>・上記対象者に約500通ほど通知をするも、反応は2、4%と低い状況。受診率向上に向けてかかりつけ医からの情報提供事業を座間市でも開始するも0件という状況である。未受診者対策方法についての検討、また糖尿病性腎症管理台帳抽出者かを優先的に新たな未受診者紹介が必要である。</p> <p>・若年者においても、特定保健指導対象者同様の率、重症化予防が現在の現状である。早期から生活習慣病改善への取組等ポピュレーションアプローチは重要。今後特定健診へつながる年代に対しての土台作りとしても重要である。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○医療機関への説明 (特定健診集合契約参加依頼・かかりつけ医の情報提供事業参加依頼) ※アプローチ状況</p> <p>○未受診者個別通知</p> <p>○未受診者個別訪問</p> <p>○ポピュレーション実施状況</p> <p>○早期介入保健指導実施状況</p>	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況</p> <p>○未受診者個別通知・未受診者訪問隊の受診状況</p> <p>○行ったポピュレーションの結果 (たとえば地区ごとの受診率等)</p> <p>○早期介入保健指導事業の受診者の結果</p> <p>・若年者の受診率。</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>○業務分担制 成人G保健師3名 管理栄養士1名</p> <p>○特定健診・かかりつけ医担当で分かれている。</p> <p>○今後重症化予防等の強化を図るために、特定保健指導・重症化予防、未受診者対策についての担当を置き密に連携しながら、地区担当で区担当・業務担当により、共通認識のずれが無いよう定期的に話し合い、保健指導の底上げも行っていく。</p> <p>○重症化予防に取り組んでいくうえで栄養士の役割は重要である。今後の栄養指導状況・対象者によっては母子栄養士への協力依頼が必要。</p> <p>○業務時間内でのアプローチが難しい人(不在等で対応している)をのまよになっている人が重症化のさらなる進行などとなっている。業務時間外の検討。</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>全 体</p> <p>○保健活動に關して具体的な目標・効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>○地区台帳を基に、経年管理を行う。</p> <p>○特定健診・未受診対策・重症化予防のそれぞれの担当を履く。共通認識を常に図っていく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関への協力依頼の検討</p> <p>計：県医師会集合契約への参加依頼。かかりつけ医からの情報提供事業の依頼。</p> <p>○未受診者対策→訪問等マンパワ-の問題。(全)の未受診者・健診中断者・継続受診動員</p> <p>○ポピュレーションの取組の検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の検討。単年度の健診結果での抽出に加え、標準地区台帳からの対象者抽出</p> <p>○保健指導後の評価・指標の検討 (健診検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>○保健事業の目標・評価指標の検討(健診・検査値の改善状況・受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>医療とのつながり</p> <p>医師会との連携</p> <p>※未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを作っていく。</p>
<p>重症化予防対策</p> <p>◆受診率が低い。</p> <p>◆受診動員の方法の検討</p> <p>◆医療機関の協力による取組</p> <p>◆かかりつけ医による情報提供事業</p> <p>◆早期介入保健指導事業</p> <p>◆評価方法等</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防の実施状況</p> <p>○保健指導(未所・訪問)実施状況</p> <p>○会場保健指導実施状況</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防の実施状況</p> <p>○保健指導(未所・訪問)実施状況</p> <p>○会場保健指導実施状況</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防の実施状況</p> <p>○保健指導(未所・訪問)実施状況</p> <p>○会場保健指導実施状況</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防の実施状況</p> <p>○保健指導(未所・訪問)実施状況</p> <p>○会場保健指導実施状況</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防の実施状況</p> <p>○保健指導(未所・訪問)実施状況</p> <p>○会場保健指導実施状況</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の検討。単年度の健診結果での抽出に加え、標準地区台帳からの対象者抽出</p> <p>○保健指導後の評価・指標の検討 (健診検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>○保健事業の目標・評価指標の検討(健診・検査値の改善状況・受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>医療とのつながり</p> <p>医師会との連携</p> <p>◆医師会との連携</p> <p>◆各医療機関との連携</p> <p>※未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを作っていく。</p>		

【参考資料 11】

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		表 2																																					
<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返り(プロセス)</p> <p>全 体</p> <p>○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性の確認。それととも計画の立案目標、事業の位置づけを確認する。</p> <p>○成人G担当にて共通認識に努めた。保健指導への標準化は不十分と感じ、定期的なコンファレンス等でケース検討会での認識の共有が必要</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み ・未受診者通知9月40歳～74歳全対象者に、12月にも全対象者に拡大し通知。35歳～39歳にも併せて通知。</p> <p>個別通知での反応には限界があり、糖尿病管理台帳を中心に抽出した未受診者訪問を実施していく必要があるが、マンパワーの問題もあり個別訪問の実施は数件程度。</p> <p>・特定受診実施 医療機関が増加していくよう医療機関まわりが重要。</p> <p>・若年層へ健診の必要性を普及していく取組が必要。</p>	<p>②アウトプット(事業実施量)</p> <p>特定健診の実施 集団:33日間(H30年度～34日間) 医療機関:通年</p> <table border="1"> <tr> <td>H24</td> <td>H25</td> <td>H26</td> <td>H27</td> <td>H28</td> </tr> <tr> <td>311</td> <td>318</td> <td>325</td> <td>349</td> <td>354</td> </tr> <tr> <td>15,715</td> <td>15,817</td> <td>15,553</td> <td>14,993</td> <td>13,824</td> </tr> <tr> <td>4,949</td> <td>5,036</td> <td>5,034</td> <td>5,240</td> <td>4,902</td> </tr> <tr> <td>7.2</td> <td>7.3</td> <td>7.4</td> <td>7.4</td> <td>7.0</td> </tr> <tr> <td>762</td> <td>763</td> <td>754</td> <td>744</td> <td>705</td> </tr> <tr> <td>238</td> <td>228</td> <td>339</td> <td>325</td> <td>303</td> </tr> </table> <p>未受診者対策</p> <p>○医師会への協力依頼 ○市内の個々医療機関への協力依頼</p> <p>○未受診者個別通知 9月、6月期集団健診及び医療機関健診未受診者へ通知。全対象12月、当初40歳～60歳の受診率の低い層へ個別通知(ハブキ)</p> <p>○糖尿病管理台帳の拡大して、前対象者へ個別通知(ハブキ)</p> <p>○糖尿病管理台帳の拡大して、前対象者へ個別通知(ハブキ)</p> <p>○早期介入保健指導事業 5月、30歳35歳39歳へ受診勧奨の通知 12月未受診者30歳～39歳へ受診勧奨通知 若年層の受診率、個別保健指導率</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を定め、評価基準、保健指導の内容等の確認をする。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を地区ごとに整理し、対象者を選定。アプロ一子の実施。</p> <p>◆受診勧奨者の医療機関受診率。</p> <p>◆重症化予防対象者の割合の減少(翌年度の健診結果改善状況)</p>	H24	H25	H26	H27	H28	311	318	325	349	354	15,715	15,817	15,553	14,993	13,824	4,949	5,036	5,034	5,240	4,902	7.2	7.3	7.4	7.4	7.0	762	763	754	744	705	238	228	339	325	303	<p>③アウトカム(結果)</p> <p>特定健診受診率 特定保健指導実施率</p> <p>未受診者対策</p> <p>・特定健診集合契約参加医療機関数 ・特定健診受診率 ・糖尿病管理台帳より抽出した未受診者の受診率</p> <p>重症化予防</p> <p>・受診勧奨者の医療機関受診率。 ・重症化予防対象者の割合の減少(翌年度の健診結果改善状況)</p> <p>医療とのつながり</p> <p>◆特定健診の受診率(個別健診・情報提供での健診受診者の増加) かかりつけ医や専門医と連携し個別保健指導を実施できた人数</p>	<p>④ストラクチャー(構造)</p> <p>◎保健指導体制 保健師3名、管理栄養士1名にてそれぞれ地区担当制により実施。</p> <p>◎個別保健指導 保健活動をPDCAサイクルに基づいた保健事業を計画 食事指導の強化 指導内容の標準化と強化 管理栄養士中心に指導内容の検討</p> <p>未受診者対策</p> <p>・早期介入保健指導 健診当日に保健指導を実施できる体制づくり。 ・未受診者が受診行動を起こせるアプロ一子 ・治療中の健診未受診者対策→医療機関との連携</p> <p>重症化予防 保健指導の質の向上</p> <p>医療機関との連携</p> <p>医師会との連携 医療機関と連携することで、治療中の方の健診受診率の向上(情報提供事業をふくむ)協力をえることが課題。 医師会・医療機関に理解を得られることも大きな課題</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>国保・介護・保健センター等関連機関と健康実態の共有をし課題解決に向けた連携強化</p> <p>保健活動をPDCAサイクルに基づいた保健事業を計画 食事指導の強化 指導内容の標準化と強化 管理栄養士中心に指導内容の検討</p> <p>未受診者対策</p> <p>・早期介入保健指導 健診当日に保健指導を実施できる体制づくり。 ・未受診者が受診行動を起こせるアプロ一子 ・治療中の健診未受診者対策→医療機関との連携</p> <p>重症化予防 保健指導の質の向上</p> <p>医療機関との連携</p>
H24	H25	H26	H27	H28																																			
311	318	325	349	354																																			
15,715	15,817	15,553	14,993	13,824																																			
4,949	5,036	5,034	5,240	4,902																																			
7.2	7.3	7.4	7.4	7.0																																			
762	763	754	744	705																																			
238	228	339	325	303																																			
<p>平成29年度課題</p> <p>目標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○高齢受診者の割合改善の促進 (血圧・血糖・脂質・CKD) ○心血管性疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減少すべく目標とする。 H30年度までに3割減をそれぞれ34%減少 ○医療費の伸びを抑える</p> <p>全 体</p> <p>◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ◆成人担当で評価計画等共通認識を図る。</p> <p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の方法の検討 ◆医療機関の協力による取組 かかりつけ医による情報提供事業 ◆早期介入保健指導事業 ◆対象者の選定、評価方法検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◎保健指導の内容、患者層別の検討 ・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。 ・保健指導に際して、標準化できるような教材・指導内容を検討し、共通認識を図るようしていく必要がある。 ・糖尿病管理台帳の活用について ・CKD重症度分類のレベルによっては、栄養指導が必要であるが、なかなか栄養指導までつながらない。 ◎評価方法の検討 ・保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価)</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を定め、評価基準、保健指導の内容等の確認をする。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を地区ごとに整理し、対象者を選定。アプロ一子の実施。</p> <p>◆受診勧奨者の医療機関受診率。</p> <p>◆重症化予防対象者の割合の減少(翌年度の健診結果改善状況)</p> <p>医療とのつながり</p> <p>◆特定健診の受診率(個別健診・情報提供での健診受診者の増加) かかりつけ医や専門医と連携し個別保健指導を実施できた人数</p>	<p>市課題の提示 糖尿病連携手帳やCKDパスの活用</p> <p>医療とのつながり</p> <p>医師会との協力依頼のもと、個々の医療機関に訪問し、未受診者対策、重症化予防対策(糖尿病等)を依頼、連携、糖尿病連携手帳の活用状況を評価していく。</p>																																					

