

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
中間評価

鹿嶋市

目 次

第1章	保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価に当たって	
1	保健指導実態計画（データヘルス計画）の概要	1
2	中間評価の目的	1
3	計画の位置づけ	1
4	実施体制及び関係者の果たすべき役割と連携	3
第2章	鹿嶋市の現状	5
第3章	第二期データヘルス計画の中間評価	
1	中長期目標，短期目標の進捗状況	9
2	主な個別事業の評価と課題	16
第4章	特定健診及び特定保健指導の中間評価と課題	
1	目標に対する進捗状況	23
2	特定健診の実施	24
3	特定保健指導の実施	25
第5章	課題を踏まえた目標値と今後の取組	
1	成果目標の設定	26
2	今後の保健事業の取組	27
3	特定健診・特定保健指導の実施	30

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価に当たって

1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要

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、保健事業の評価を行うための基盤の整備が進んでいます。

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

本市においては、国の指針に基づき、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鹿嶋市国保の財政基盤強化を図ることを目的として、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を平成 30 年 3 月に策定しました。計画期間は平成 30 年度から令和 5 年度までの6年間の計画で、令和 2 年度は中間評価を実施することとしています。

2 中間評価の目的

中間評価の目的は、計画の進捗状況を確認し、保健事業をより効果的かつ効率的に展開するために必要な改善点等を検討し、目標達成に向けて方向性を確認することにあります。さらに、本市の計画全体の目標や事業の評価、見直しを実施し、最終的な目的・目標達成に向けた体制を再構築します。

3 計画の位置付け

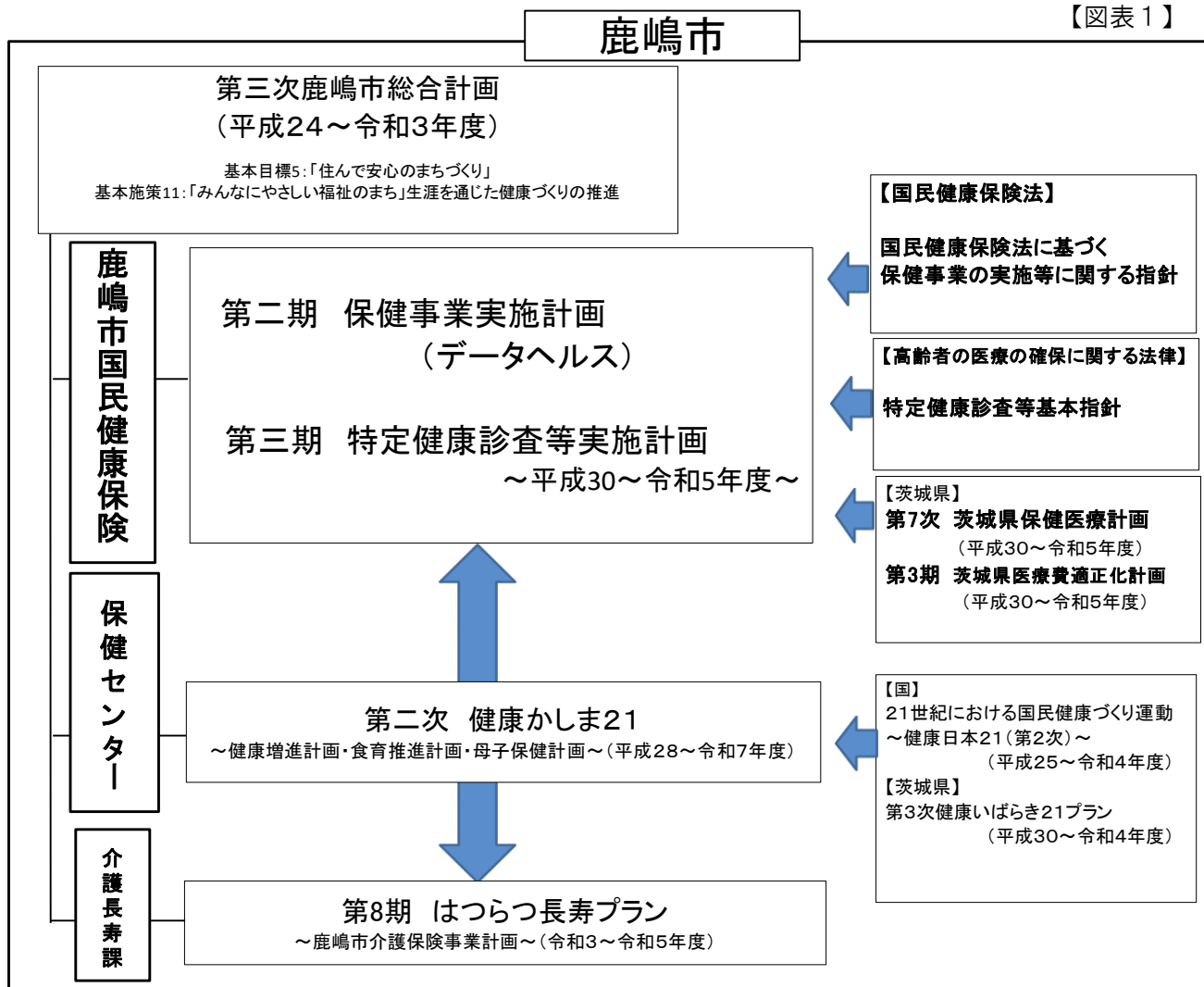
鹿嶋市の最上位計画である第三期鹿嶋市総合計画における『基本目標 5：「住んで安心のまちづくり」』の中の、『基本施策 11：「みんなにやさしい福祉のまち」生涯を通じた健康づくりの推進』に基づき、保険者が、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療・福祉情報を活用して、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画として位置づけられます。

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 プラン」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】



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政策秘書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 年度からは鹿嶋市国保と共同保険者となりました。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。ひき続き、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、鹿島医師会・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、事業推進に当たり市を支援する位置付けとなっています。

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当たり、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。

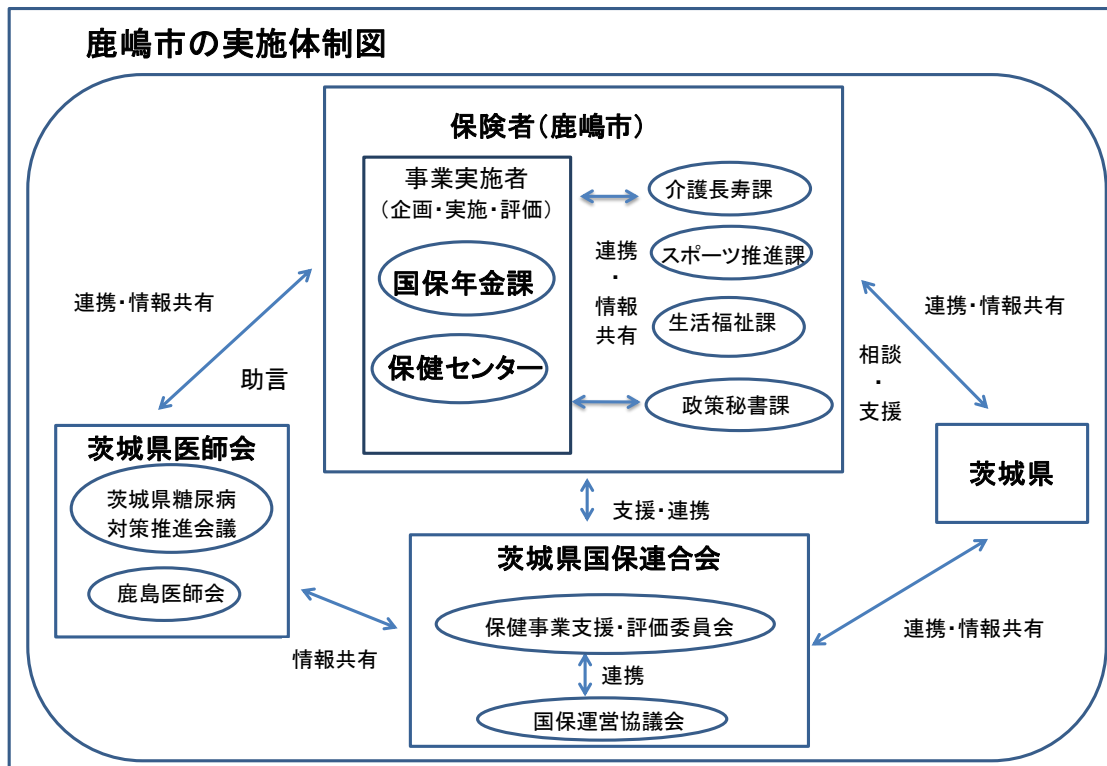
④ 他の保険者等

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。

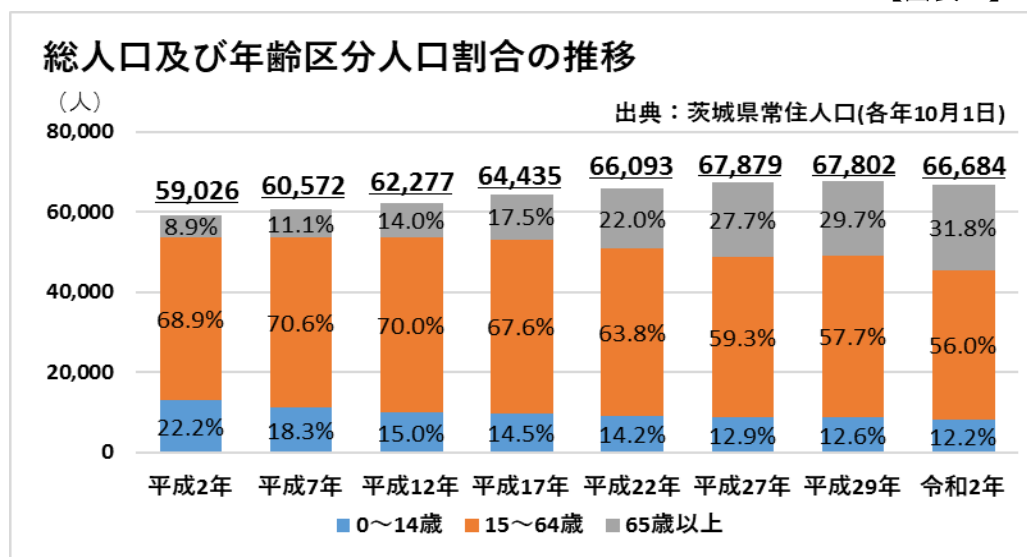
【図表2】



第2章 鹿嶋市の現状

1 人口構造

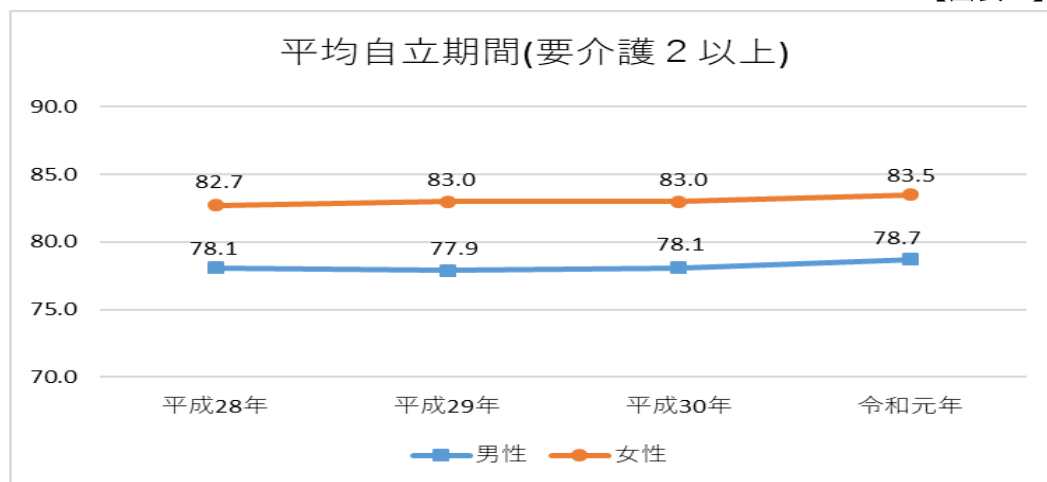
【図表3】



平成29年度以降、総人口は減少しております。高齢化率は、31.8%と年々増加し、年少人口及び生産人口は減少傾向が続いております。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 平均自立期間

【図表4】



出典：KDB 地域全体の把握

鹿嶋市の平均自立期間^(※1)(要介護2以上)は男女ともに年々伸びており、計画策定時(平成28年度)から令和元年度の期間において、それぞれ男性0.6歳、女性0.8歳の増となりました。

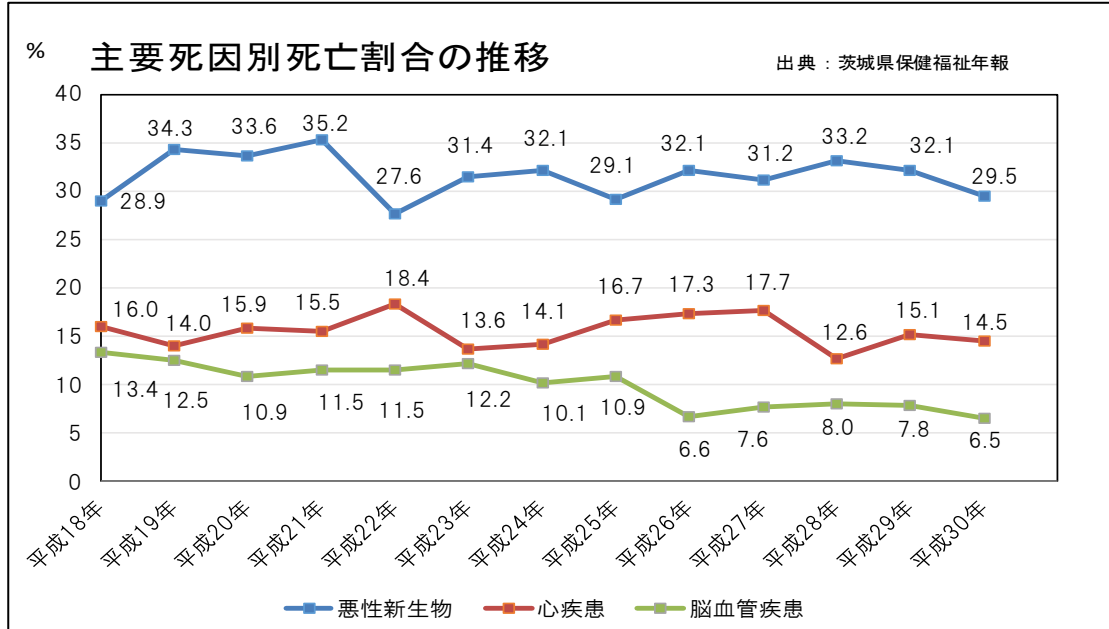
※ データヘルス計画策定時では、健康寿命を用いましたが、中間評価においては、KDBで算出可能である平均自立期間(要介護2以上)を比較対象としました。

(※1)平均自立期間：KDBシステムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。

介護受給者台帳における「要介護2以上」を『不健康』と定義して、算出する。
 (平均寿命－不健康期間＝平均自立期間)

3 死亡の状況

【図表5】

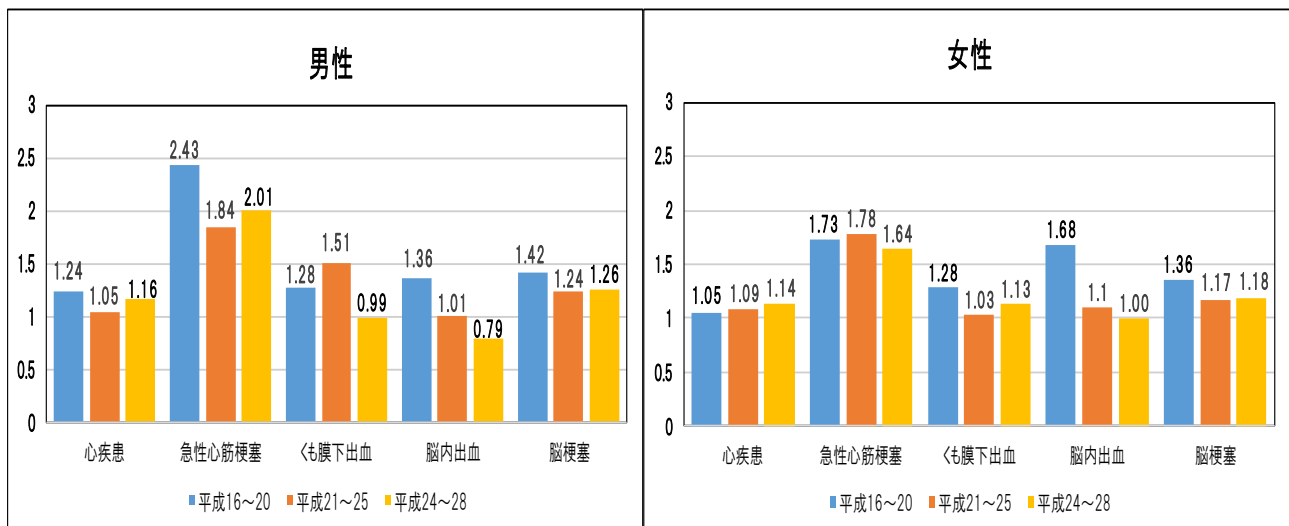


本市の主要な死因別死亡割合をみると、生活習慣病といわれている悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が半数を占めており、本計画の中長期目標である、心疾患及び脳血管疾患を併せて、21.0%になっています。

循環器疾患の標準化死亡比

【図表6】

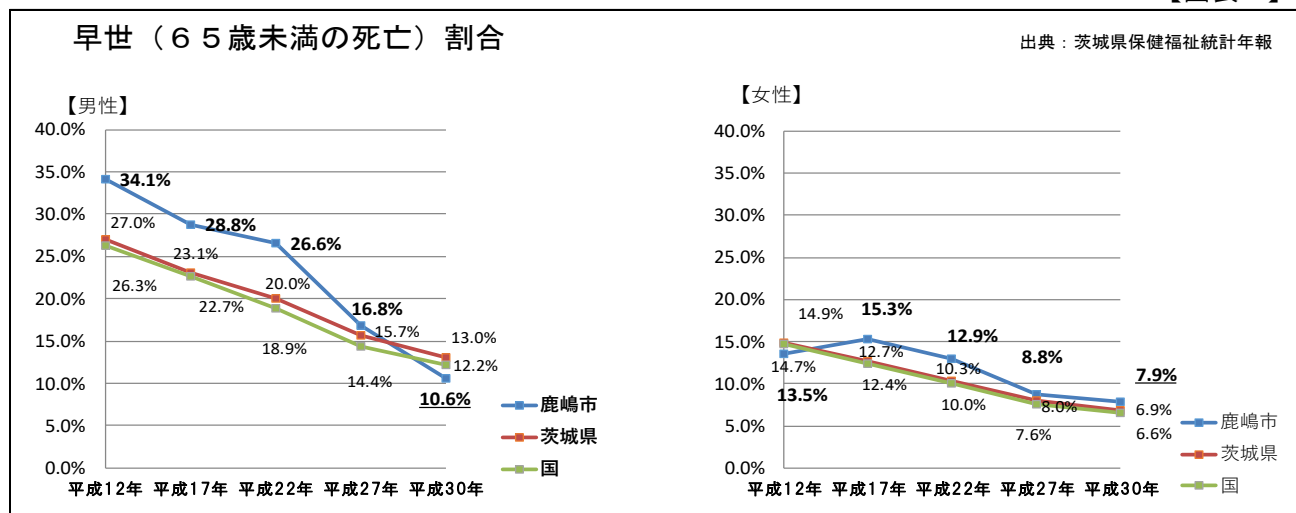
出典：茨城県市町村健康指標



本市の循環器疾患^(※1)の標準化死亡比^(※2)は、男性のくも膜下出血、男性女性の脳内出血は低下しましたが、その他の疾患において、全国と比較して高い状況にあるため、今後も、より一層の循環器疾患予防の対策を推進していく必要があります。

- (※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「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 7】



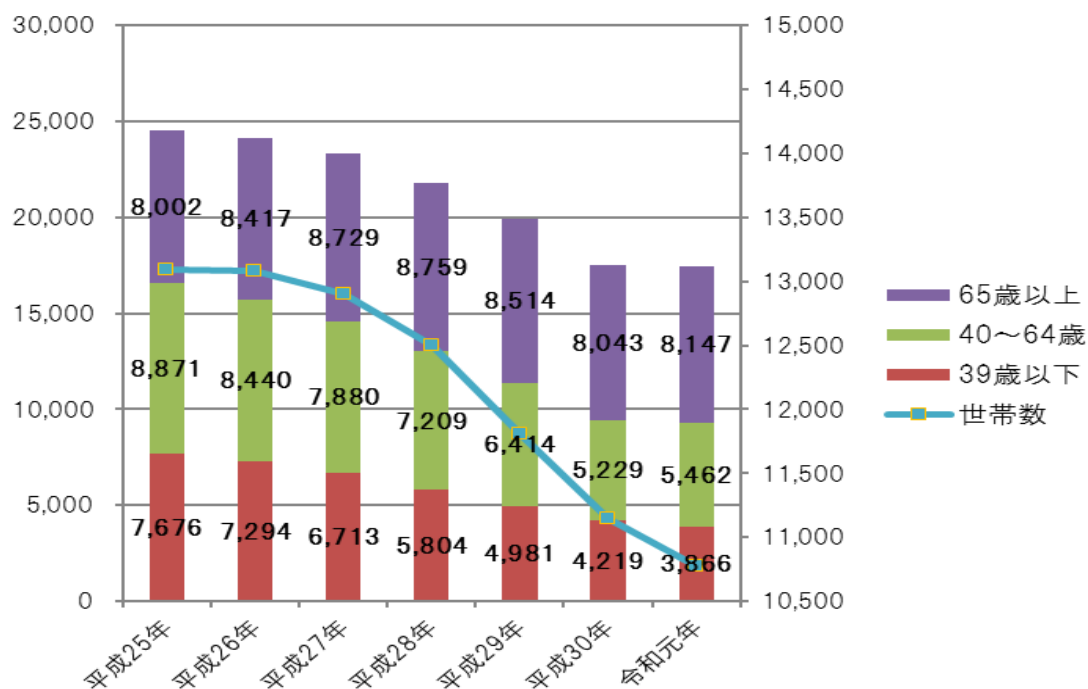
早世（65歳未満死亡）の割合をみると，男女ともに減少傾向にあり，男性の早世は，国・県を下回りました。団塊世代が高齢期に移行したことが理由の一つと考えられます。

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 8】

出典：国保年金課



国民健康保険医療制度加入率の比較

【図表 9】

		鹿嶋市	茨城県	国
加入率		25.3%	24.1%	23.8%
加入者の 年齢割合	39歳以下	22.0%	25.0%	26.8%
	40～64歳	30.9%	32.0%	32.6%
	65歳以上	47.1%	43.0%	40.6%

出典：KDB地域全体像の把握

鹿嶋市の国民健康保険医療制度加入率及び加入世帯の数は年々減少傾向にありますが，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，すべての年齢層で加入率は減少している状況にありながら，65～74 歳は高い加入率になっています。

第3章 第二期データヘルス計画の中間評価

1 中長期目標、短期目標の進捗状況

	課題を解決するための 成果目標	経過				評価 ※	目標値
		平成 28 年 (策定時)	平成 29 年	平成 30 年	令和元年		令和 5 年
中長期目標	脳血管疾患患者数を H30 年度と比較し 3%減少させる	854 人	876 人	835 人	734 人	a	H30 年度と比較し、3%減少
	虚血性心疾患患者数を H30 年度と比較し 3%減少させる	1,027 人	967 人	912 人	828 人	a	
	糖尿病性腎症患者数を H30 年度と比較し 3%減少させる	26 人	23 人	18 人	15 人	a	
	入院医療費の抑制 (伸び率を国並みにする)	25.5 億円	25.5 億円 (100.2%)	22.2 億円 (87.1%)	21.5 億円 (84.2%)	a	抑制
短期目標	特定健診受診率の向上	35.7%	37.1%	39.8%	39.9%	a	60%
	特定保健指導の実施率の向上	43.0%	38.0%	35.8%	44.9%	a	60%
	高血圧患者割合の減少	18.8%	19.9%	20.3%	20.5%	c	減少
	脂質異常症患者割合の減少	14.0%	14.3%	14.7%	15.6%	c	減少
	糖尿病患者割合の減少	8.8%	9.4%	9.8%	9.7%	c	減少
	メタボリックシンドローム予備軍・ 該当者割合の減少						
	男性	43.0%	44.6%	46.7%	46.5%	c	減少
	女性	16.5%	17.1%	17.0%	17.5%	c	減少
	健診受診者のうちの HbA1c6.5%以上の割合を 6% 以下	6.9%	8.6%	10.8%	11.1%	c	6.0% 以下
	健診受診者のうちの高血圧Ⅱ 度以上の割合を 3.5%以下	4.7%	4.6%	4.3%	4.6%	b	3.5% 以下

※ 評価：a（改善している）、b（変わらない）、c（悪化している）、d（評価困難）

中長期目標疾患である脳血管疾患患者数、虚血性疾患患者数、糖尿病性腎症患者数、入院医療費は減少しています。

短期目標では、特定健診受診率、特定保健指導の実施率は向上している一方、その他の項目においては、悪化しており、引き続き、メタボリックシンドロームを含めた生活習慣病の発症予防・重症化予防対策が課題です。

(1) 中・長期的な目標

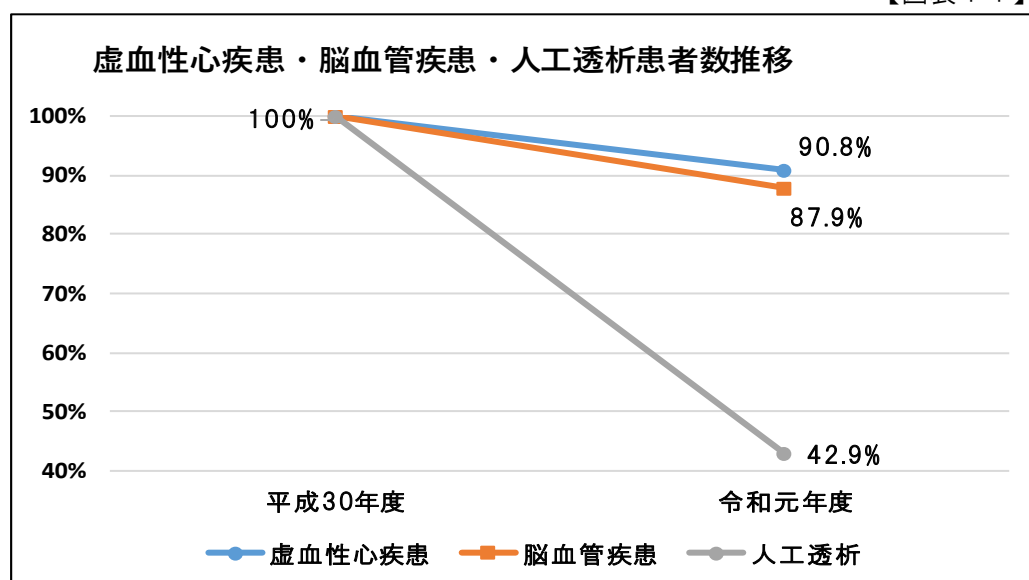
① 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症における人工透析状況

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25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
虚血性心疾患	患者数	1,126人	1,170人	1,091人	1,027人	967人	912人	828人
	被保険者に占める患者割合(%)	4.56%	4.80%	4.62%	4.71%	4.77%	4.15%	4.65%
脳血管疾患	患者数	954人	954人	938人	854人	876人	835人	734人
	被保険者に占める患者割合(%)	3.86%	3.91%	3.97%	3.92%	4.32%	3.81%	4.12%
人工透析 (糖尿病性腎症)	患者数	28人	25人	25人	26人	8人	7人	3人
	被保険者に占める患者割合(%)	0.11%	0.10%	0.11%	0.12%	0.03%	0.03%	0.02%

出典：厚生労働省様式 3-5～7

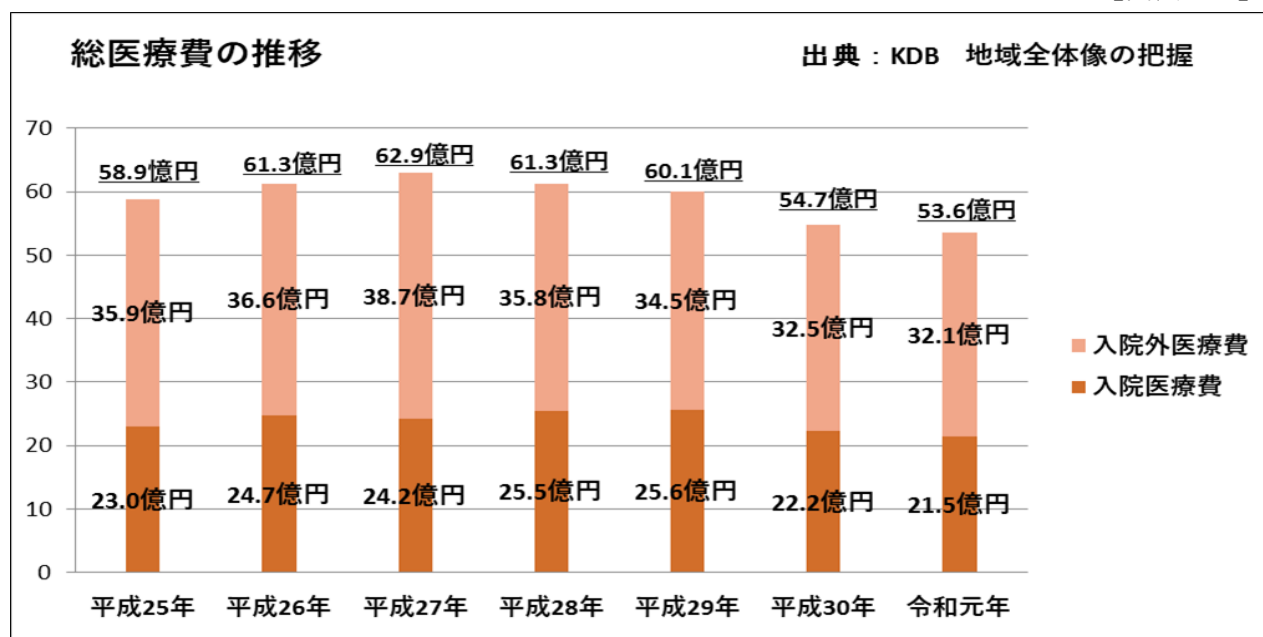
【図表11】



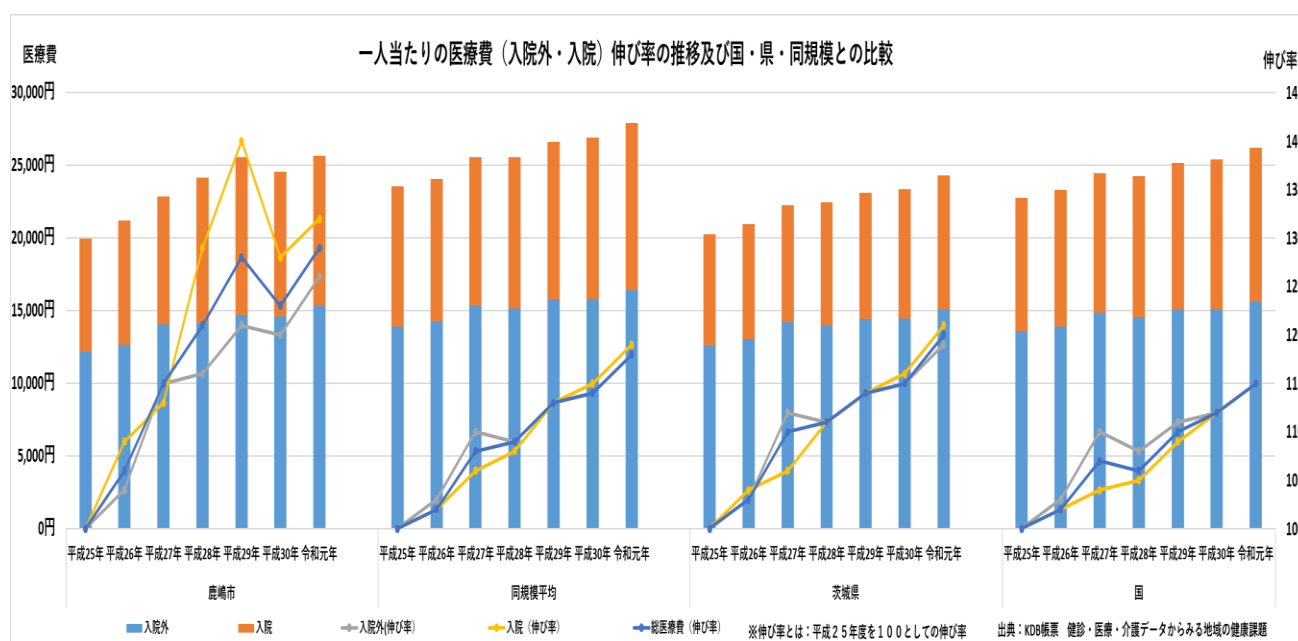
虚血性疾患・脳血管疾患・人工透析（糖尿病性腎症）の患者数は年々減少していますが、被保険者に占める患者割合をみると、虚血性心疾患・脳血管疾患は平成30年度から令和元年度にかけて、増加しています。これらの疾患の発症を予防するためには、糖尿病や高血圧、脂質異常症の疾病管理をしていく必要があります。

② 医療費の状況

【図表 1 2】



【図表 1 3】



【図表 1 4】

一人当たりの入院医療費

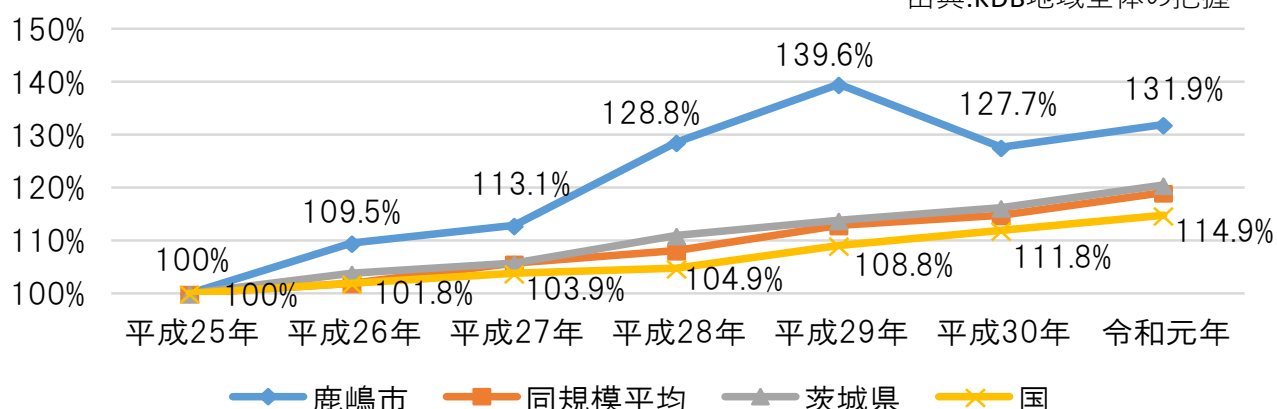
	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
鹿嶋市	7,806円	8,546円	8,826円	10,053円	10,899円	9,967円	10,293円
同規模平均	9,634円	9,801円	10,165円	10,412円	10,857円	11,081円	11,468円
茨城県	7,641円	7,922円	8,081円	8,493円	8,713円	8,875円	9,223円
国	9,225円	9,387円	9,585円	9,677円	10,041円	10,311円	10,604円

出典：KDB地域全体像の把握

【図表 1 5】

一人当たりの入院医療費の伸び率の推移

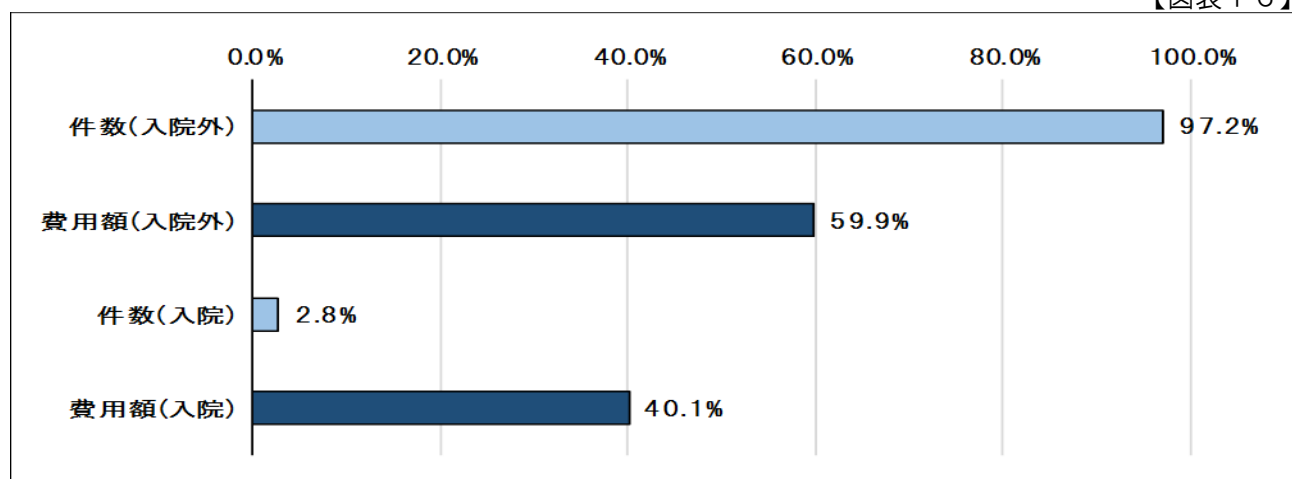
出典:KDB地域全体の把握



総医療費は年々増加傾向にありましたが、平成28年以降減少に転じております。しかし、一人当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。総医療費が減少したのにも関わらず、一人当たりの医療費が増加しているということから、一人ひとりの患者の病態が重症化し、高額医療や入院の長期化等で、医療費の負担が増えていることが考えられます。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に生活習慣改善の対策が必要になります。

入院外・入院の件数・費用額の割合比率

【図表 1 6】



出典：KDB 地域全体像の把握(令和元年度累計)

入院件数は、全数のわずか2.8%程度にとどまっているのにも関わらず、費用額(医療費)は40.1%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できるかが大きな課題と考えられます。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表 1 7】

		総医療費	一人当たりの総医療費			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		中長期目標疾患			
			金額	順位		金額	割合	腎		脳	心
				同規模	県内			慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞
平成25年	鹿嶋市	58億9千円	19,964円	242円	31位	15億5千円	26.25%	4.57%		2.25%	3.14%
平成28年		61億3千円	24,167円	177位	13位	13億7千円	22.28%	3.80%		2.06%	2.72%
		53億5千円	25,660円	190位	12位	10億円	18.83%	2.06%	0.18%	1.96%	1.96%
令和元年	茨城県	2,046億円	24,475円			423億	20.68%	3.38%	0.27%	2.04%	1.74%
	国	9兆795億円	27,475円			1兆8,390億円	20.26%	4.55%	0.31%	2.15%	1.70%

		短期目標疾患			新生物	精神疾患	筋・ 骨疾患
		糖尿病	高血圧	脂質 異常症			
平成25年	鹿嶋市	6.55%	6.86%	2.88%	12.65%	8.42%	7.93%
平成28年		6.26%	4.77%	2.67%	15.31%	8.14%	7.59%
		6.56%	3.56%	2.55%	20.30%	7.52%	8.22%
令和元年	茨城県	6.39%	4.14%	2.72%	16.65%	7.36%	8.85%
	国	5.44%	3.52%	2.59%	16.03%	8.22%	1.29%

出典：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

一人当たりの総医療費は、国と比較すると低い状況ですが、年々増加しており、県と比較しても高く、県内順位をみても、他の市町村と比べ高くなっています。また、総医療費に占める糖尿病の割合は、平成28年度は減少しましたが、令和元年度は増加しており、国・県と比較しても高い状態です。そして、悪性新生物の割合は増加し、国・県と比較しても高くなっています。

(2) 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 1 8】

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
糖尿病	患者数	1,965人	2,159人	1,998人	1,916人	1,895人	1,836名	1,713名
	被保険者に占める患者割合(%)	8.0%	8.9%	8.5%	8.8%	9.4%	9.8%	9.7%
高血圧	患者数	4,160人	4,519人	4,266人	4,108人	3,933人	3,792人	3,626人
	被保険者に占める患者割合(%)	16.8%	18.5%	18.1%	18.8%	19.9%	20.3%	20.5%
脂質異常症	患者数	2,926人	3,245人	3,094人	3,063人	2,819人	2,742人	2,766人
	被保険者に占める患者割合(%)	11.8%	13.3%	13.1%	14.0%	14.3%	14.7%	15.6%

出典：KDB 厚労省様式 3-2～4

【図表 1 9】

項 目			平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
男性	腹囲85cm以上	該当者数	1,093人	1,107人	1,145人	1,003人	1,049人	1,132人	1,099人
		該当率	48.1%	47.7%	47.6%	48.5%	50.1%	52.0%	51.5%
	BMI25以上	該当者数	699人	685人	735人	663人	663人	708人	695人
		該当率	30.8%	29.5%	30.6%	30.5%	31.7%	32.6%	32.6%
	HbA1c5.6%以上	該当者数	1,397人	1,367人	1,274人	1,270人	1,286人	1,514人	1,440人
		該当率	63.7%	62.8%	57.3%	61.6%	61.4%	69.6%	67.6%
	収縮期血圧130mmHg以上	該当者数	1,008人	968人	1,010人	981人	994人	1,031人	1,019人
		該当率	46.0%	44.5%	45.4%	47.6%	47.5%	47.4%	47.7%
	拡張期血圧85mmHg以上	該当者数	478人	462人	448人	507人	525人	513人	506人
		該当率	21.8%	21.2%	20.1%	24.6%	25.2%	23.6%	23.7%
女性	中性脂肪150mg/dl以上	該当者数	627人	649人	674人	621人	661人	647人	667人
		該当率	28.6%	29.8%	30.3%	30.1%	31.6%	29.7%	31.2%
	HDL-C40mg/dl未満	該当者数	184人	164人	183人	162人	161人	179人	168人
		該当率	8.4%	7.5%	8.2%	7.9%	7.7%	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	1,021人	1,081人	1,073人
		該当率	49.3%	50.2%	52.4%	48.5%	48.8%	49.7%	50.3%
	腹囲90cm以上	該当者数	518人	558人	567人	540人	540人	541人	535人
		該当率	17.5%	18.5%	14.9%	18.8%	19.4%	19.1%	19.7%
	BMI25以上	該当者数	668人	688人	712人	680人	685人	696人	535人
		該当率	22.6%	22.9%	18.7%	23.7%	24.6%	24.6%	23.7%
女性	HbA1c5.6%以上	該当者数	1,934人	1,915人	1,752人	1,795人	1,755人	2,050人	1,942人
		該当率	68.0%	66.6%	58.4%	62.8%	63.1%	72.4%	71.6%
	収縮期血圧130mmHg以上	該当者数	962人	987人	1,080人	1,140人	1,129人	1,179人	1,105人
		該当率	33.8%	34.3%	36.0%	39.9%	40.6%	41.6%	40.7%
	拡張期血圧85mmHg以上	該当者数	346人	379人	392人	387人	411人	402人	394人
		該当率	12.2%	13.2%	13.1%	13.5%	14.8%	14.2%	14.5%
	中性脂肪150mg/dl以上	該当者数	566人	517人	564人	532人	537人	549人	515人
		該当率	19.9%	18.0%	18.8%	18.6%	19.3%	19.4%	19.0%
	HDL-C40mg/dl未満	該当者数	43人	47人	45人	42人	41人	39人	38人
		該当率	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%	1.4%	1.4%
	LDL-C120mg/dl以上	該当者数	1,741人	1,780人	1,937人	1,741人	1,691人	1,732人	1,707人
		該当率	61.2%	61.9%	64.6%	60.9%	60.8%	61.2%	62.9%

出典：KDB 厚生労働省様式 5-2

メタボリックシンドローム予備群・該当者の男女別推移

【図表 2 0】

			平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
男性	予備群	人数	361人	372人	390人	331人	379人	383人	342人
		割合	16.5%	17.0%	17.5%	16.1%	18.1%	17.6%	16.5%
	該当	人数	569人	547人	550人	555人	554人	633人	639人
		割合	26.0%	24.9%	24.7%	26.9%	26.5%	29.1%	30.0%
	合計	人数	930人	919人	940人	886人	933人	1,016人	981人
		割合	42.5%	41.9%	42.2%	43.0%	44.6%	46.7%	46.5%
女性	予備群	人数	163人	192人	188人	172人	170人	165人	152人
		割合	5.7%	6.6%	6.3%	6.0%	6.1%	5.8%	5.6%
	該当	人数	266人	282人	288人	301人	305人	316人	324人
		割合	9.4%	9.8%	9.6%	10.5%	11.0%	11.2%	11.9%
	合計	人数	429人	474人	476人	473人	475人	481人	476人
		割合	15.1%	16.4%	15.9%	16.5%	17.1%	17.0%	17.5%

出典：KDB 厚生労働省様式 5-3

糖尿病・高血圧・脂質異常症の患者数は減少傾向ですが、被保険者に占める患者割合は、年々増加しています。また、特定健診結果から、HbA1c5.6%以上の該当率は、年々増加しており、男性は7割近く、女性では7割を超えています。収縮期血圧130mmHg以上の該当率は、男女ともに4割を超えており、平成28年度から、ほぼ横ばいで推移しています。LDLコレステロール120mg/dl以上の該当率は平成28年度に男女とも減少しましたが、その後、年々増加し、男性で5割・女性で6割を超えています。メタボリックシンドローム予備群は、男女とも減少しましたが、該当者・合計とも増加していることから、予備群が該当者へ移行していることも考えられます。

いずれの項目も、虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病性腎症等のハイリスク要因であるため、発症予防・重症化予防のための対策が必要です。

②HbA1c データ・高血圧の改善

HbA1c6.5%以上の推移

【図表 2 1】

	目標値	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
HbA1c6.5%以上		402人	369人	356人	341人	432人	579人	567人
	6%以下	7.8%	7.1%	6.6%	6.9%	8.3%	10.8%	11.1%

出典：特定健診結果から集計

高血圧Ⅱ度以上の推移

【図表 2 2】

	目標値	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
高血圧Ⅱ度以上		197人	212人	187人	231人	221人	206人	164人
	3%以下	3.8%	4.1%	3.5%	4.7%	4.6%	4.3%	4.6%

出典：特定健診結果から集計

HbA1c6.5%以上の割合は、年々増加し、高血圧Ⅱ度以上の割合は、横ばいが続いています。特に、HbA1c6.5%以上の割合は平成 28 年に比べ約 4 ポイント増加しています。医療機関への受診勧奨や生活習慣改善のための保健指導をするとともに、治療が中断しないよう内服継続の必要性を理解してもらえよう取組みが必要です。

2 主な個別事業の評価と課題

保健事業について、プロセス、アウトプット、アウトカム、ストラクチャーに視点に基づき評価を行いました。

事業・目標	プロセス	アウトプット	アウトカム	ストラクチャー	今後の課題
重症化予防事業	対象者は各学会のガイドライン等に基づき、毎年見直しを実施	保健指導実施者数	健診結果の評価 受診勧奨判定値の割合（うち未治療者の割合）	保健師・管理栄養士で地区を分担 訪問員(保健師)1名を配置	保健指導後、医療機関へつながらない。
糖尿病性腎症重症化予防事業	HbA1c 高値者で未治療者を優先的に実施	保健指導実施者数	受診勧奨判定値の割合（うち未治療者の割合） 新規透析導入者の状況	保健師・管理栄養士で地区を分担	受診勧奨判定値の割合増加 保健指導後、医療機関へつながらない。
特定健診・特定保健指導	がん検診との同時実施、地域との調整により集団健診会場の設定	特定健診受診率 特定保健指導率	特定保健指導対象者の減少率	集団健診、個別健診で通年実施	特定健診受診率、特定保健指導率の向上
特定健診未受診者対策	対象者の受診歴によって、勧奨内容を検討	勧奨数	勧奨後の効果率	国保年金課、地域活動と連携	治療中で健診未受診者の対策 40代・50代の受診率が低い。

（１）重症化予防対策事業

①重症化予防対象者への保健指導の状況

重症化予防対象者への保健指導実施数 【図表 2 4】

年度	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
人数	145名	117名	82名	184名

特定健診受診者のうち、特定保健指導対象外の方についても、重症化予防対象者として、優先順位をつけながら、受診勧奨・保健指導を実施しています。令和元年度に、保健指導を実施した方のうち、医療機関へ受診した方は 54 名（29.3%）であり、保健指導実施後も医療機関へ受診しないままの方が多くことが課題となっています。今後も、保健指導教材を活用し、対象者が分かりやすいような保健指導を心掛け、受診勧奨を継続して実施していきます。

②Ⅱ度高血圧以上の状況

Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上)の者の割合

【図表 2 5】

基準	Ⅱ度高血圧以上		Ⅲ度高血圧以上	
収縮期(mmHg)	160～179		180以上	
拡張期(mmHg)	100～109		110以上	
治療の有無	未治療	治療	未治療	治療
H28	3.5%	5.7%	0.4%	1.1%
H29	3.2%	5.1%	0.8%	0.8%
H30	3.2%	4.3%	0.8%	0.6%
R1	3.4%	5.1%	0.5%	0.7%

出典：特定健診結果から集計

Ⅱ度高血圧以上の状況をみると、治療中の方の割合は、平成 28 年から減少はしているものの、平成 30 年から令和元年にかけては増加しており、未治療の方の割合は、ほぼ横ばいとなっております。

高血圧は、脳血管疾患において最大の危険因子です。脳血管疾患は、要介護度の原因のひとつでもあり、高血圧以外の危険因子との組合せにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。Ⅱ度高血圧以上・Ⅲ度高血圧以上で未治療者を最優先に、治療の必要性を伝えながら、受診勧奨をするとともに、保健指導を実施していきます。

治療しているのにも関わらず、Ⅱ度高血圧以上・Ⅲ度高血圧以上となっている方（コントロール不良者）の割合は、令和元年度 3.9%であり、平成 28 年度から横ばいが続いています。コントロール不良者に対しては、服薬状況の確認に加え、保健指導を実施するとともに、治療継続の必要性を伝えるとともに、医療機関との連携を図ります。

また、未治療者・治療者ともに、家庭での血圧測定を勧め、血圧手帳の活用を促していきます。

③LDL コレステロール 180mg/dl 以上の状況

LDL コレステロール 180mg/dl 以上の者の割合

【図表 2 6】

基準値	180以上	
治療の有無	未治療	治療中
H28	5.3%	0.9%
H29	5.5%	1.7%
H30	6.0%	1.6%
R1	7.0%	1.7%

出典：特定健診結果から集計

LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合は、治療中の方は、ほぼ横ばいですが、未治療者は年々増加しています。脂質異常症も脳心血管疾患のリスクがあるため、未治療者に対して、治療の必要性を説明しながら、受診勧奨を継続していきます。また、治療には、一人一人の生活習慣が影響を及ぼすため、未治療者・治療中の方に対して、食生活や運動に関する保健指導を実施し、治療が継続できるよう支援をしていく必要があります。

（２）糖尿病性腎症重症化予防事業

①糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導の状況

糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導実施数（再掲）

【図表 2 7】

年度	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
人数	26名	34名	46名	104名

特定健診を受診した方のうち、HbA1c6.5 以上の方に対して、訪問等で保健指導と受診勧奨を実施しています。令和元年度に保健指導を実施した方のうち、医療機関へ受診した方は 40 名（38.5%）であり、（１）重症化予防事業と同様、受診勧奨判定値を超えているのにも関わらず、未受診の方が多いことが課題となっています。

糖尿病の治療には、「食事療法」も「運動療法」も大切な治療です。今後も継続して、医療機関への受診の必要性を伝えるとともに、保健指導や栄養指導を実施していきます。

②HbA1c6.5%以上の状況・

HbA1c6.5%以上の者の割合

【図表 2 8】

	受診勧奨判定値						再掲	
	合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる			
基準値	6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		8.4以上	
治療の有無	未治療	治療中	未治療	治療中	未治療	治療中	未治療	治療中
H28	3.0%	29.5%	0.9%	26.6%	0.5%	15.0%	12.5%	0.8%
H29	2.8%	23.7%	1.1%	30.3%	0.5%	15.0%	7.0%	0.4%
H30	3.6%	21.4%	1.6%	40.6%	0.7%	14.5%	8.7%	0.6%
R1	3.6%	24.6%	1.5%	35.7%	0.7%	17.5%	10.0%	0.6%

出典：特定健診結果から集計

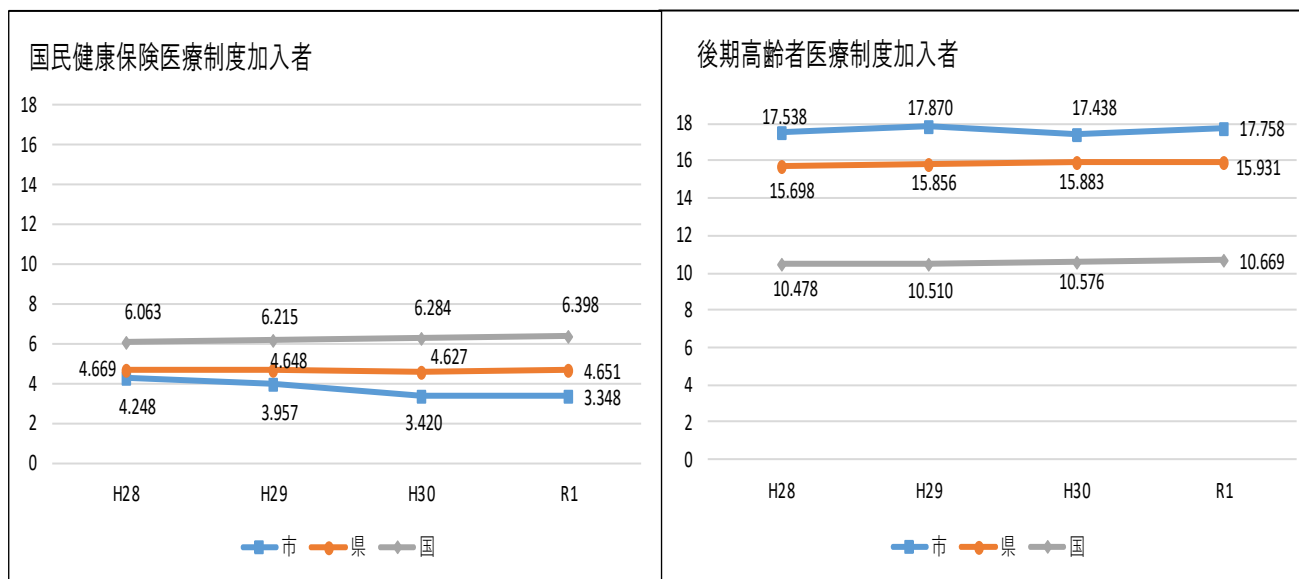
HbA1c6.5%以上の者の状況をみると、HbA1c7.0～7.9%・HbA1c8.0%以上の治療中の方は増加傾向にあります。未治療の方は微増となっています。受診勧奨判定値以上の方が、医療機関へつながったとも考えられますが、コントロール不良者が増えているということも考えられます。また、HbA1c8.4%以上の未治療者は、平成 29 年度に減少しましたが、その後は増加しています。

糖尿病は心血管疾患のリスクを高めるだけでなく、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、その後の生活に大きな影響を及ぼすため、優先的に HbA1c が高値で未治療者の方を対象として、受診勧奨と保健指導を継続して実施していきます。また、治療中の方は、「糖尿病連携手帳」を活用しながら、保健指導を行うとともに、医療機関と連携しながら、治療を中断することがないように、治療継続の重要性について理解してもらうことが必要です。

③人工透析導入者の状況

人工透析患者数（患者千人あたり）

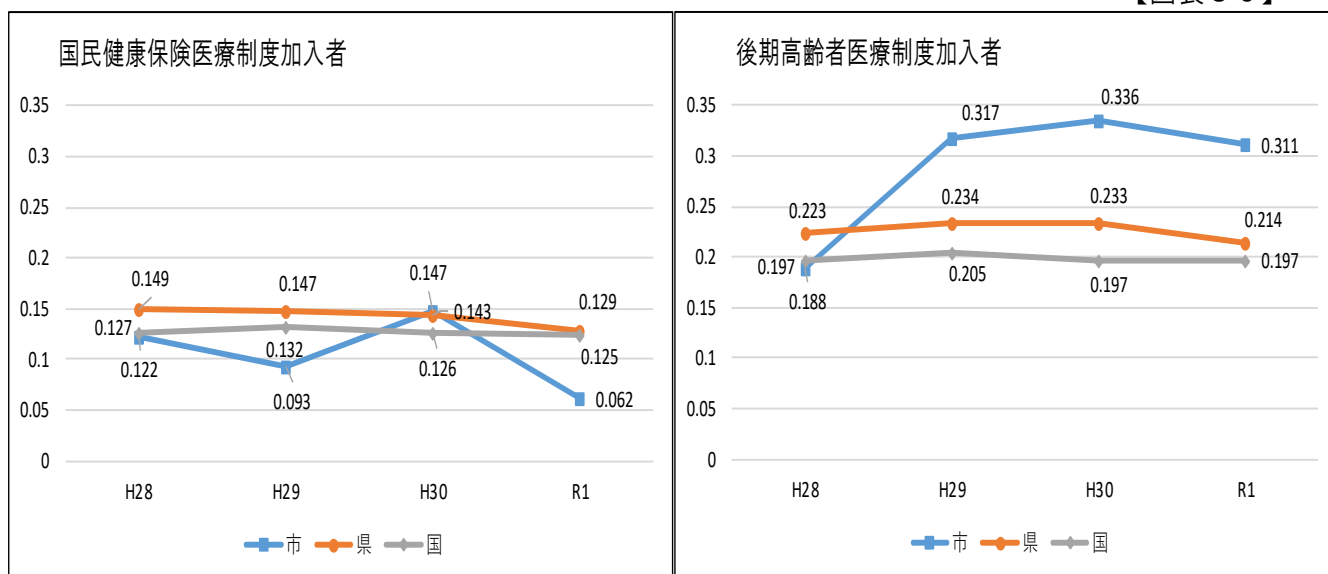
【図表 2 9】



出典：KDB 厚生労働様式 3-7

人工透析新規透析患者数（患者千人あたり）

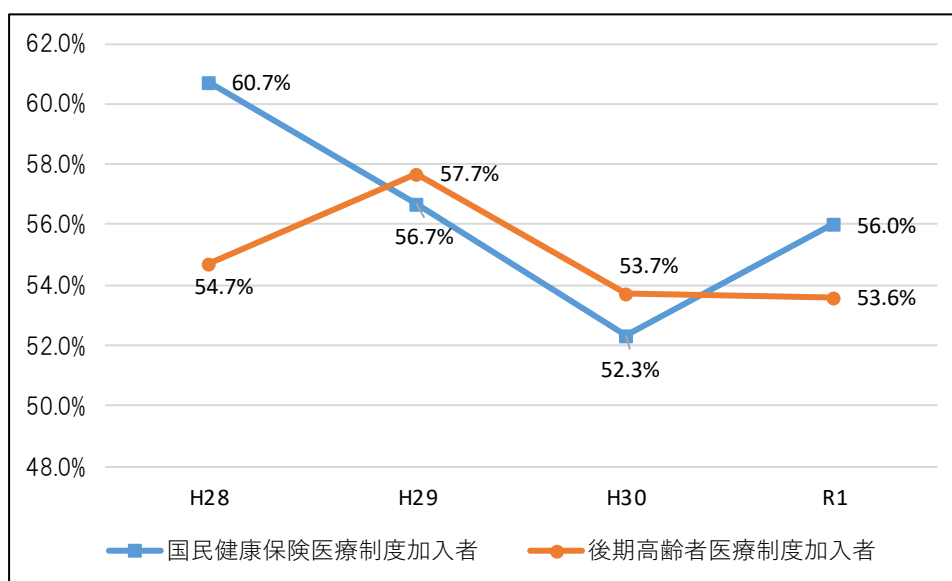
【図表 3 0】



出典：KDB 厚生労働省様式 3-7

人工透析患者のうちの糖尿病患者の割合

【図表 3 1】



出典：KDB 厚生労働省様式 3-7

国民健康保険医療制度加入者と後期高齢者医療制度加入者において、患者千人あたりの人工透析患者と新規導入者数をみると、国民健康保険医療制度加入者は減少している一方、後期高齢者医療制度加入者は、増加しています。また、人工透析患者のうちの糖尿病患者の割合をみると、国民健康保険医療制度加入者・後期高齢者医療制度加入者ともに、5～6割が糖尿病患者です。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症を合併し、透析導入に至るまでの期間は、約 20 年間と言われています。国民健康保険医療制度加入者と後期高齢者医療制度加入者の人工透析患者数と人工透析新規導入患者数をみると、後期高齢者医療制度該当の年齢となってから、透析導入となる場合が多いことが考えられます。

糖尿病の重症化を防ぐためには、糖尿病発症後も、食事療法と運動療法を行うとともに、継続的に治療を受けることが重要であることから、効果的な保健指導や通院を継続できるよう支援をしていく必要があります。

(3) 医療費適正化及び疾病予防事業

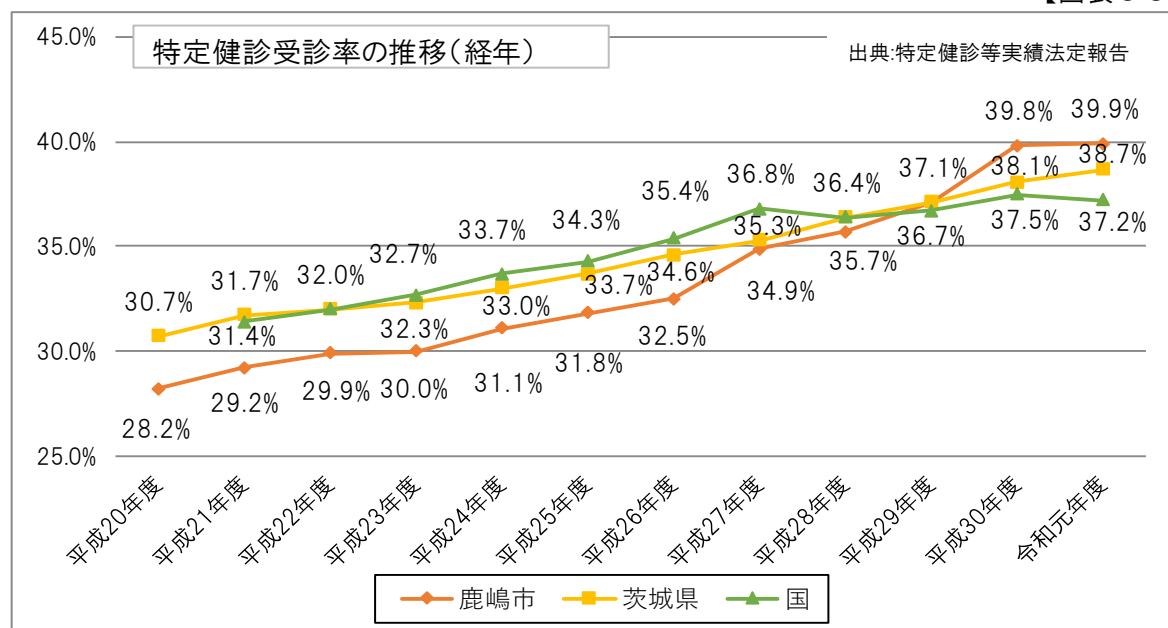
【図表32】

項目		平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
ジェネリック医薬品の使用促進	通数	335通	525通	590通	453通
	使用割合	60.1%	64.3%	68.7%	71.3%
適正受診の啓発		6名	6名	—	3名
人間ドック・脳ドック費用助成事業		163名	180名	167名	160名

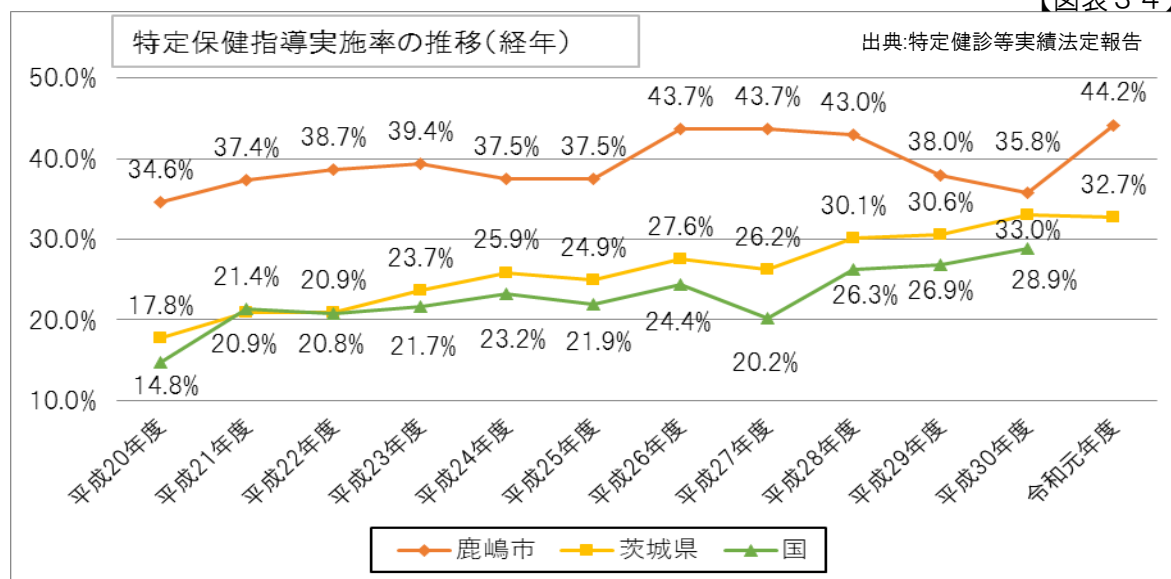
第4章 特定健診及び特定保健指導の中間評価と課題（第三期特定健診等実施計画について）

1 目標に対する進捗状況

【図表33】



【図表34】



特定健診受診率は、年々上昇しており、令和元年度は39.9%、特定保健指導率は平成29年度から低下していましたが、令和元年度は44.2%と上昇しました。県の特定健診受診率（38.5%）や特定保健指導率（32.7%）と比べると、本市は特定健診受診率・特定保健指導率ともに上回っていますが、目標値には達していない状況です。

2 未受診者対策

未受診者対策の内容

- ・ 広報かしまやホームページ，各種講演会での健診案内と受診勧奨の実施
- ・ 未受診者への受診勧奨通知（年2回）
- ・ 年度途中の国保加入者への健診案内と受診勧奨
- ・ 土日に健診実施，健診日数追加
- ・ 健診期間終了後，追加健診実施

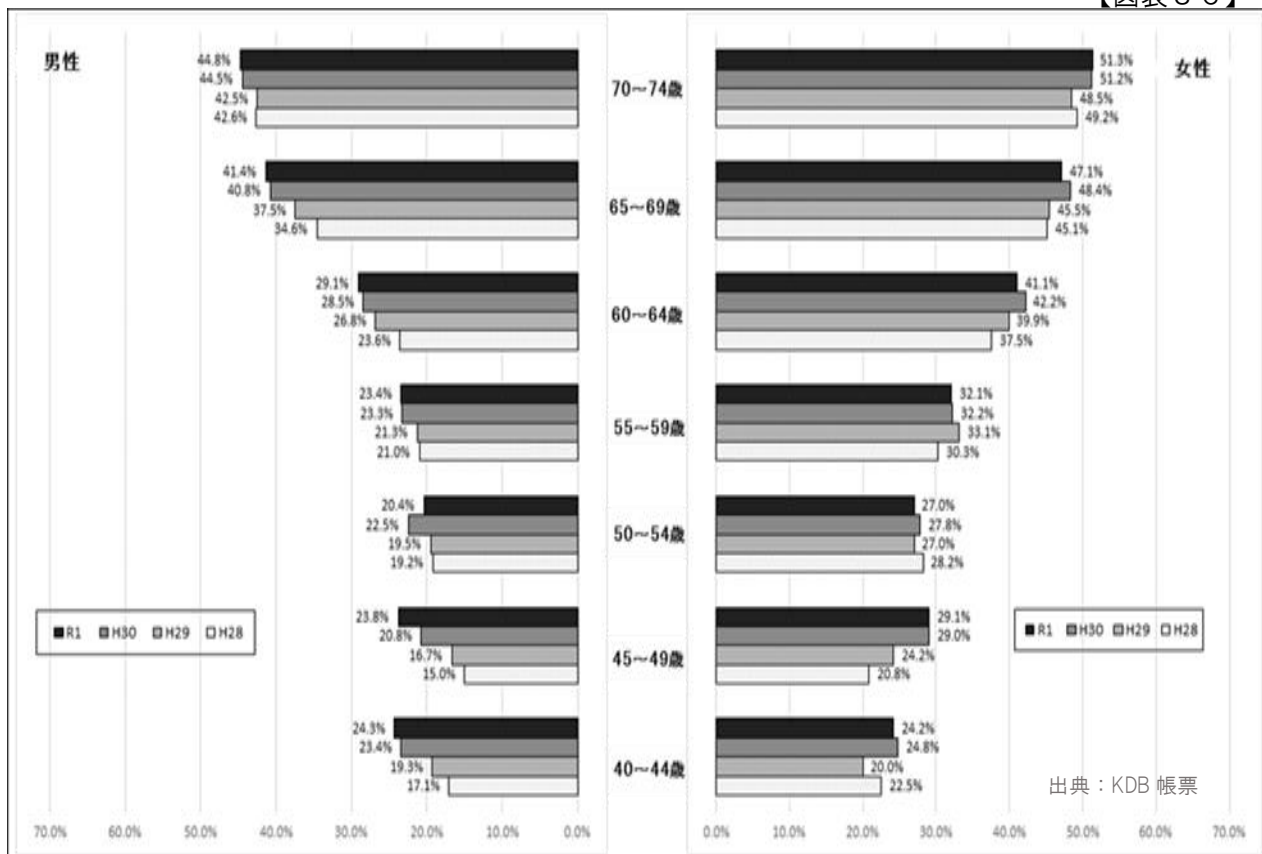
特定健診受診勧奨数と勧奨後の効果率

【図表35】

勧奨時期		平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
9月	受診勧奨数	12,054通	11,096通	10,739通	10,365通
	勧奨後受診者数	2,315人	2,287人	2,243人	2,203人
	効果率	19.2%	20.6%	20.8%	21.3%
1月	受診勧奨数	3,424通	3,370通	4,494通	3,600通
	勧奨後受診者数	223人	349人	648人	608人
	効果率	6.5%	10.4%	14.4%	16.9%
特定健診受診率		36.4%	37.1%	39.8%	39.9%

性別・年代別特定健康診査受診状況の推移

【図表36】



特定健診未受診者として、平成 28 年度から、年度当初に予定していた集団健診期間終了後に健診日を設け追加健診を実施しています。平成 29 年度からは、商業施設での追加健診を実施したことや、平成 30 年度からは、1 月の勧奨通知の内容を大幅に変更したことで、1 月以降の健診受診者が増加したと考えられます。特定健診受診率を見ても、年々増加していることから、未受診者対策が効果的であったと考えられます。

しかし、年齢別でみると、40 歳代 50 歳代の受診率は増加してきているものの、60 歳以上と比較すると依然として低い状態が続いており、課題となっています。

3 特定保健指導の実施

実施内容

- ・ 集団健診会場で、特定保健指導該当者に保健指導実施し、その後、健診結果を元に訪問や電話等で保健指導を実施
- ・ 集団健診会場で、保健指導を実施できなかった方へは、訪問等にて保健指導を実施
- ・ 3～6 か月後に、電話、手紙、面談等で生活習慣の支援や取組みを評価

特定保健指導率は、令和元年度に上昇したことから、実施内容が効果的であったと考えられます。平日仕事をされている方は、日中不在のことが多いため、保健指導の時間を作ることが困難でしたが、初回分割を活用し、集団健診会場での保健指導後に、電話等で継続した支援を実施可能となったことも、指導率が上昇した要因となったと考えられます。

第5章 課題を踏まえた目標値と今後の取組み

1 成果目標の設定

中間評価の結果を踏まえ、短期目標の項目となっているHbA1c6.5%以上の割合は年々悪化していることや、高血圧Ⅱ度以上の割合が横ばいとなっている状況から目標達成は困難であると考えられます。このため「HbA1c6.5%以上の割合を6%以下とする」を「HbA1c6.5%以上の割合を9%以下とする」・「高血圧Ⅱ度以上の割合を3.5%以下とする」を「高血圧Ⅱ度以上の割合を4%以下とする」に修正しました。また、国保加入者数減少に伴い、患者数は減少しているのにも関わらず、被保険者に占める患者割合は増加していることから、中長期的な目標である「脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を、令和5年度には平成30年度と比較してそれぞれ3%減少させる」を「脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の被保険者に占める患者割合を、それぞれ減少させる」に修正します。その他の項目については、今後も継続して、目標達成を目指します。

	課題を解決するための 成果目標		策定時	中間評価時	最終評価値	目標値
			平成28年	令和元年	令和4年	令和5年
中長期目標	脳血管疾患の被保険者に占める患者割合を平成30年度と比較して減少させる		4.71%	4.65%		平成30年度 比較し,減少
	虚血性心疾患の被保険者に占める患者割合を平成30年度と比較し減少させる		3.92%	4.12%		
	糖尿病性腎症患者の被保険者に占める患者割合をH30年度と比較し減少させる		0.12%	0.08%		
	入院医療費の抑制 (伸び率を国並みにする)		25.5億円	21.5億円 (84.2%)		抑制
短期目標	特定健診受診率の向上		35.7%	39.9%	55%	60%
	特定保健指導の実施率の向上		43.0%	44.9%	56%	60%
	高血圧患者割合の減少		18.8%	20.5%		減少
	脂質異常症患者割合の減少		14.0%	15.6%		減少
	糖尿病患者割合の減少		8.8%	9.7%		減少
	メタボリックシンドローム予備軍・該当者割合の減少	男性	43.0%	46.5%		減少
		女性	16.5%	17.5%		減少
	健診受診者のうちのHbA1c 6.5%以上の割合を9%以下		6.9%	11.1%	9.5%	9%以下
	健診受診者のうちの高血圧Ⅱ度以上の割合を4%以下		4.7%	4.6%	4.2%	4%以下

2 今後の保健事業の取組

(1) 重症化予防事業

特定健康診査で受診勧奨判定値の結果が出たもののうち、特定保健指導対象外の者（重症化予防対象者）について、引き続き、各関係ガイドラインに基づき、優先順位を検討しながら、受診勧奨及び保健指導を実施します。

対象者	特定保健指導対象外で下記の所見のある者 ①HbA1c6.5%以上 ②Ⅱ度高血圧以上（収縮期血圧 160mmHg または拡張期血圧 100mmHg 以上） ③LDL コレステロール 180mg/dl 以上 ④中性脂肪 300mg/dl 以上 ⑤心房細動 ⑥腎機能低下（尿蛋白＋以上，eGFR60 未満） ※特に①②を重点項目とし，数値の高い者から優先的に介入する。
実施方法	訪問，電話等で受診勧奨，保健指導を実施 保健師または管理栄養士が担当地区を受け持ち実施 ・雇い上げ保健師が保健指導を行い，担当地区の保健師・管理栄養士に結果を報告する。 ・3～6 か月後を目安に担当地区の保健師・管理栄養士が，受診状況や生活習慣について確認をする。
実施時期	通年
評価指標	保健指導実施者数，保健指導後の医療機関受診者の割合，健診受診者の高血圧症・脂質異常症・血糖コントロール不良者の割合（うち未治療者の割合）

(2) 糖尿病性腎症重症化予防事業

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて，重症化予防のための保健指導及び受診勧奨を行い，糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指します。本市においては，HbA1c6.5 以上の方が増加しているだけでなく，未治療者やコントロール不良者も増加していることから，医療機関と連携し，対象者を支援していくことが必要であると考えられます。対象者のうち治療中の方へは「糖尿病連携手帳」を活用し，多職種連携を目指します。

対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずる。
実施方法	糖尿病管理台帳を活用し，優先順位をつけながら，訪問を実施する。 ＜優先順位＞ 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 ※ HbA1c の高い者から，介入する。 訪問後，3～6 ヶ月後を目安に，受診状況や生活習慣について確認をする。
評価指標	訪問実施者数，保健指導後の医療機関受診者の割合，血糖コントロール不良者（う

	ち未治療の割合), 新規透析導入者数
--	--------------------

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(新規)

医療保険制度の適切かつ効果的な運営を図るための健康保険証等の一部を改正する法律が成立し、国民健康保険法にて「市町村は国民健康保険の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防の地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとする」とされました。

本市においては、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を令和2年度から実施し、令和3年度からも継続していきます。

【具体的な方法】

- ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDBシステム等を活用し健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、関係機関との連携調整を行います。
- ② 地域を担当する保健師を配置し、高血糖で未治療等の対象者を抽出し高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

【KDBシステム等を活用したデータからの市の実態】

75歳以上の高齢者の基礎疾患をみると、医療機関を受診している者のうち、78.0%は生活習慣病があり、その中の86.7%は高血圧、38.5%は糖尿病と診断されています。また、高血圧と糖尿病を合併している方は31.5%で、これらの疾患をもっている方の5割以上は、既に脳血管疾患や心疾患等の合併症を起こしている状況です。介護認定の状況をみると、要介護3以上の重度の割合は、35.6%であり、要支援1・2、要介護1・2の割合と比較しても多い状況です。要介護認定を受けている方が治療している疾患では、脳血管疾患と心疾患の方が4割を超えている状況で、特に心不全が全国的にみても多い状況でした。

これらのデータから、高齢者の医療費や介護費用の伸びを抑制するためには、生活習慣病の重症化を防ぐことが必要であると考えられます。そのため、後期高齢者に対する保健事業では、認知症予防教室等のポピュレーションアプローチを行うとともに、国民健康保険の保健事業で取り組む糖尿病性腎症重症化予防事業を重点的に実施し、市民の健康寿命の延伸を推進していきます。

対象者	市の健診を受けた者のうち、HbA1c7.0%以上の者
実施方法	【ポピュレーションアプローチ】 ・ 介護予防教室や、地域サロン等でフレイル予防に関する健康教育・健康相談を保健師及び管理栄養士が実施。上記の通いの場で健康講話を実施した際に、高齢者への質問票の実施や、健診や病院の受診状況を把握し、適宜受診勧奨や重症化予防を実施する。 - また、必要に応じて、個別の保健指導や受診勧奨、介護サービス等へつなげる。

	【ハイリスクアプローチ】 保健指導については、各事業に準ずる。 ※未治療者を優先的に訪問する。 必要に応じて、介護予防事業の案内、福祉推進委員と連携し、訪問を行う。
実施	通年
評価方法	通いの場の実施回数，保健指導実施者数，受診勧奨後の医療機関受診の割合，HbA1c7.0以上の割合（うち未治療者の割合），糖尿病性腎症患者の被保険者に占める患者割合

【R元年度の状況】

HbA1c7.0%以上の割合

【図表 3 5】

	未治療者	治療者
R元年度	1.6%	5.6%

出典：循環器健診結果から集計

糖尿病性腎症の患者割合

【図表 3 6】

	被保険者数のうち糖尿病性腎症の割合
R元年度	0.19%

出典：出典：KDB 厚生労働省様式 3-7

3 特定健診・特定保健指導の実施（第三特定健康診査等実施計画）

（１）特定健康診査

被保険者の生活習慣病を防ぎ、健康管理を図るため、医師会と連携しながら特定健診を実施します。

対象者	国民健康保険加入者のうち、40～74歳の者
実施方法	①集団健診（鹿嶋市保健センター等） ②個別健診（茨城県医師会集合契約医療機関） ③国保人間ドック
実施時期	集団健診：6月7月・10月 ※1月には追加健診を検討 個別健診：5月～3月 国保人間ドック：補助決定日以降～2月
評価指標	特定健診受診率

（２）特定保健指導

特定健康診査の結果から、動機づけ支援及び積極的支援対象者に、生活習慣を改善するための特定保健指導を実施します。

対象者	特定健診の結果から、動機づけ支援または積極的支援の対象となった方
実施方法	・集団健診会場で、特定保健指導該当者に保健指導を実施し、その後、健診結果を元に訪問や電話等で保健指導を実施 ・集団健診会場で保健指導を実施しなかった者・医療機関健診や国保人間ドックを受診した者へは訪問等にて保健指導を実施
実施時期	通年
評価方法	特定保健指導率

（３）特定健診未受診者対策

対象者	特定健診対象者
実施方法及び 実施時期	・ホームページや広報，行政委員配布等を通じた受診勧奨 年2～3回 ・健診未受診者に対し，受診勧奨ハガキの送付 年2回 ・イベントや講演会，出前講座での健診PR 随時
評価方法	特定健診実施率，受診勧奨数，受診勧奨の効果率

