

第二期鹿児島市保健事業実施計画（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の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「保険者」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、平成 30 年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、被保険者の疾病予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部改正等により、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「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した。

鹿児島市においては、国指針に基づき、「第二期鹿児島市保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者等の財政基盤強化を図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

第二期鹿児島市保健事業実施計画（データヘルス計画）は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

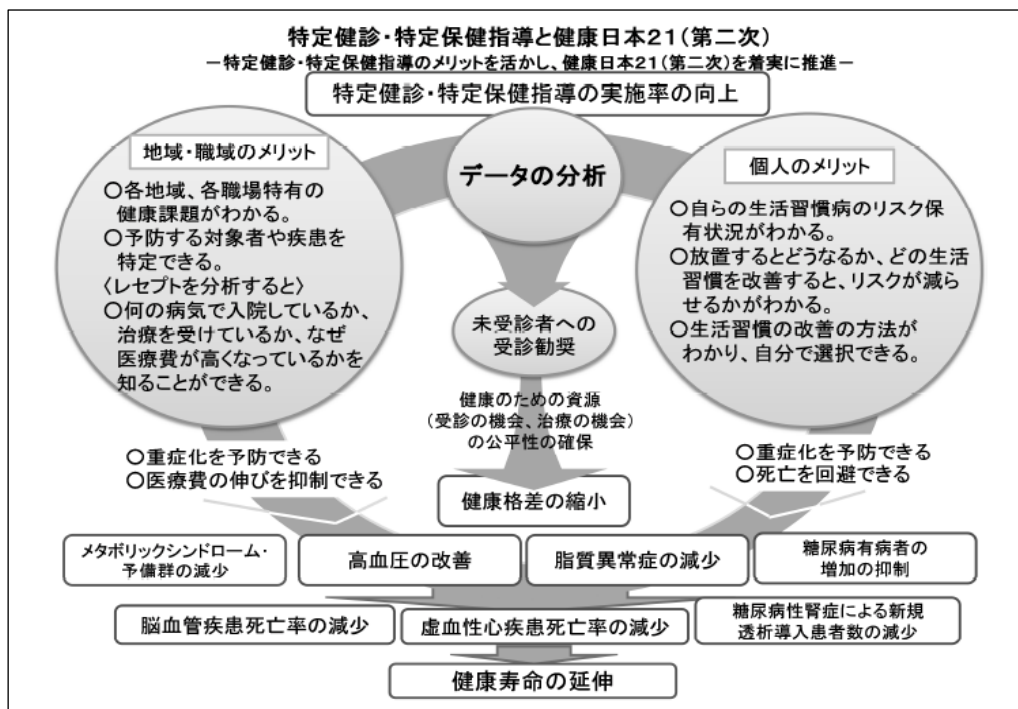
本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、第五次鹿児島

市総合計画、鹿児島市国民健康保険財政健全化計画、かごしま市民すこやかプラン（第二次鹿児島市健康増進計画）、第7期鹿児島市高齢者保健福祉・介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

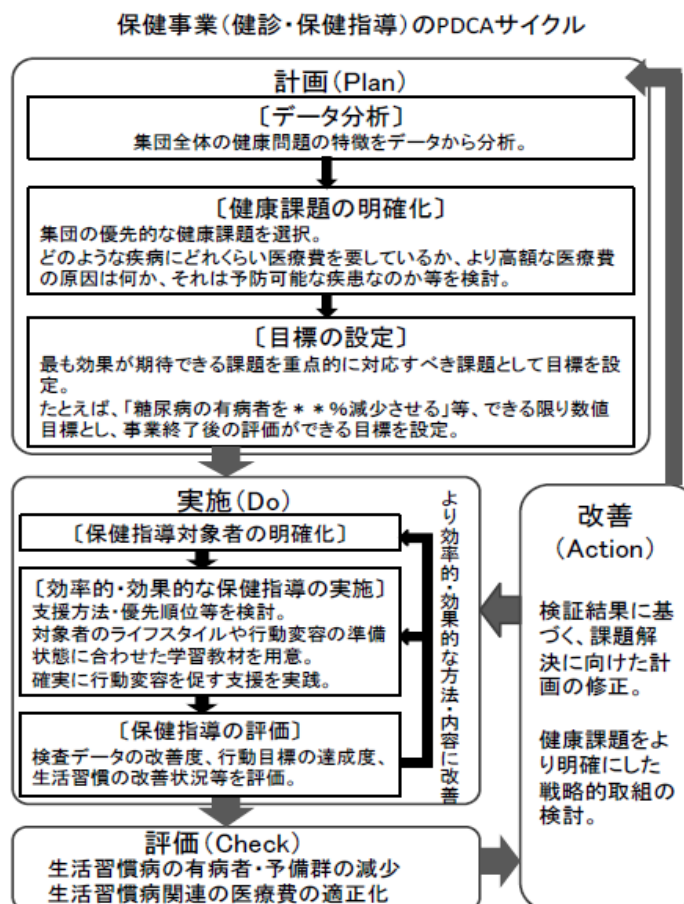
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進事業法とは、健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 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方針	厚生労働省 保険局 平成25年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成25年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 健康局 平成25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方針	厚生労働省 保険局 平成25年6月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成25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1次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第1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
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の縮小の両面に向けて、生活習慣の改善や予防・重症化予防を重視するとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会環境創成が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化を抑制し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発生を抑制し、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら重症化の抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病患者の生活習慣病の重症化や重症化を予防することを目的として、メタリックシンδροームに重点を置き、生活習慣を改善するための特定健康増進を必要とするものとして、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、医療費がその支援の中心となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の経過もしくは重症化の防止を理念としている。	国民健康保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増加しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供するための体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療の連携を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供するための体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ（ <u>幼児期</u> 、 <u>青年期</u> 、 <u>高齢期</u> ）に対応	40歳～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者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 特定疾病	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 脳血管疾患 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 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 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 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 若年期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 認知小脳変性症、慢性管理不全症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、高血圧性脳動脈硬化症 後縦骨硬化症	メタボリックシンドローム 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
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症）による年齢調整入院患者数 ③慢性閉塞性肺疾患による年齢調整入院患者数 ④血圧コントロールにおけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予診率・メタボ診査率 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ※55項目を補完している者の増加（肥満、やせの減少） ※適切な栄養の食事となる ⑩日常生活における歩数 ⑪生活習慣病の割合 ⑫本人の喫煙者 ⑬飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用し、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況（特定健診の受診率等） ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③給付給費の適正化	○医療費適正化の取組 外支 ①一人あたり外支医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ予診率・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾患・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定）
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定		保険者協議会（事務局、国保連合会）を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



※標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



※標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮していること、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成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ために、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

鹿児島市においては、国民健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。具体的には、保健衛生部局（保健予防課・保健政策課）、高齢者医療部局（長寿支援課）、介護保険部局（長寿あんしん課・介護保険課）、母子保健部局（母子保健課）とも十分連携する。特に、保健センター・保健福祉課の保健師等の専門職と連携し、市が一体となって計画を進めていく。

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

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会より、委員の幅広い専門的知見を活用した保険者への支援等積極的に受け、計画策定や評価に活かす。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベースシステム（以下、KDBシステム）を活用し、データ分析や技術支援を行っている。また、保険者の職員向け研修の充実に努めているため、国保連と随時連携を図りながら、事業実施等を円滑に進めていく。

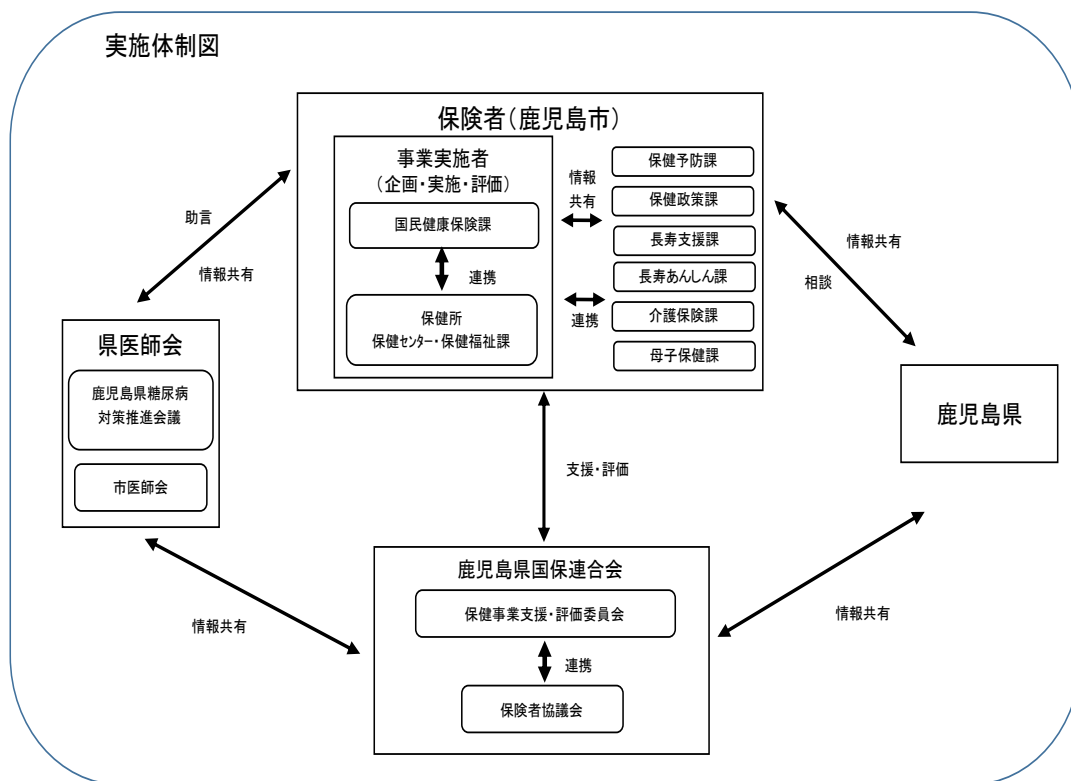
また、平成30年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、計画について鹿児島県国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的かつ積極的に取り組むことが重要である。

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表 5)

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		平成28 年度配点	平成29 年度配点	平成30 年度配点
総得点(満点)		345	580	850
共通 ①	特定健康診査受診率	20	35	50
	特定保健指導実施率	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	35	50
共通 ②	がん検診受診率	10	20	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70	100
共通 ④	個人へのインセンティブへの提供	20	45	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	30	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	40	70	100
固有 ②	データヘルス計画の取組	10	30	40
固有 ③	医療費通知の取組	10	15	25
固有 ④	地域包括ケアの推進	5	15	25
固有 ⑤	第三者求償の取組	10	30	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			50
体制構築加算		70	70	60

第2章 第一期計画に係る評価及び考察と第二期計画における健康課題の明確化

1. 第一期計画に係る評価及び考察

1) 第一期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化（参考資料 1）

鹿児島市は、鹿児島県の中でも中心部にある。人口は約 60 万人であり、人口構成は、県・国と比較して 39 歳以下が 41.5%と高くなっている。死因をみると、県・国・同規模※平均と比較し、糖尿病、腎不全の割合が高くなっている。経年で比較すると、心臓病・脳血管の死因の割合は減少しており、がん・腎不全は増加している。標準化死亡比（SMR）は男女とも県・国と大きな差異がないにも関わらず、65 歳未満の死亡は県・国より高い割合であり、若い世代の死亡が多いことが分かる。

本市国保においては、被保険者数は年々減少傾向である。被保険者の年齢構成割合は、国・県と同様の傾向であるが、65 歳以上の被保険者が占める割合が高くなっており、加入者の高齢化が進んでいる。医療費の状況について、入院では費用・件数・一件あたりの在院日数は国や同規模平均よりも高く、病院への受診率及び一人当たりの医療費は増加傾向であり、今後も医療費の増大が見込まれる。国保財政の健全化のためにも、これらの医療費適正化の取組が喫緊の課題である。

介護の状況を見ると、要介護認定者数は増加しており、それに伴う総給付費及び一人あたりの給付費は増加傾向である。また、要介護認定を受けた者は認定がない者の 2 倍以上医療費がかかっていることも分かる。

医療費適正化のためには、予防できる疾患への早期発見・重症化予防が必要だが、特定健康診査受診率は国・県・同規模平均と比較しても低い現状である。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 6）

介護給付費の変化について、平成 28 年度の介護給付費は平成 26 年度と比較すると約 16.1 億増加しており、介護給付費、一人当たり給付費ともに同規模平均よりも高い。一件当たりの居宅・施設サービスに係る給付費はともに減少傾向であるが、同規模平均と比較すると高いことが分かった。要介護認定者は増えており、今後も介護給付費の増大が見込まれる。新規の要介護認定者数を抑制することは、介護給付費抑制のために非常に重要であり、介護を要する原因となりうる脳血管疾患などは予防できる疾患であるため、生活習慣病予防の早期介入・重症化予防による介護予防も重要な役割を果たす。

※同規模とは、中核市及び特別区を含む市区を指す。

【図表 6】

介護給付費の変化

(単位:円)

年度	鹿児島市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成26年度	415億8072万円	327,304	43,175	296,033	311,014	39,970	293,805
平成28年度	431億8723万円	339,950	41,450	286,655	311,926	39,459	285,181

②医療費の状況 (図表 7)

医療費の変化について、入院外の医療費は減少しているが、一人当たり医療費は入院・入院外いずれも増加しており、同規模平均より伸び率が高い現状である。入院・入院外の医療費の比率は約 50%ずつであるが、総医療費の抑制のためには、高額な医療費が発生する入院に係る医療給付の抑制が重要である。

【図表 7】

医療費の変化

項目		総医療費											
		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)	
鹿児島市	同規模			鹿児島市	同規模			鹿児島市	同規模				
総医療費 (円)	平成 26年度	493億6,397万円				234億6,790万円				258億9,606万円			
	平成 28年度	492億7,804万円	8,592万円	-0.2	4.6	234億9,311万円	7,479万円	0.1	4.2	257億8,493万円	1億1,113万円	-0.4	4.9
一人当たり 医療費 (円)	平成 26年度	28,790				13,690				15,100			
	平成 28年度	30,500	1,710	5.9	5.3	14,540	850	6.2	4.8	15,960	860	5.7	5.6

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

一人あたり医療費は県平均よりは低いが全国平均よりは高く、同規模平均と比較すると上位に位置する。中長期目標疾患のうち、慢性腎不全・脳血管疾患が医療費に占める割合は県・国平均よりも高く、医療費を増大させる要因の一つである。一方で、基礎疾患にあたる糖尿病、高血圧、脂質異常症の医療費に占める割合は県・国平均よりも下回っており、基礎疾患を重症化させ、腎臓や脳血管疾患等の臓器障害を引き起こしたのちにかかる医療費給付が多くなっていると推察できる。

悪性新生物が占める医療費の割合も増加している。悪性新生物は、がん検診等で早期発見・早期治療ができるものもあり、がん検診の受診促進が大切である。また、筋・骨格疾患の割合も増えており、国保被保険者の高齢化率も進んでいるため、筋・骨格疾患の医療費の増大が今後想定される。

総医療費の抑制のためには、予防可能な疾患を確実に予防していくことが極めて重要である。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

	総医療費 (円)	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計 (円, %)	新生物 (%)	精神 疾患 (%)	筋骨 疾患 (%)		
		金額 (円)	順位		腎		脳	心	糖尿病 (%)	高血圧 (%)	脂質 異常症 (%)						
			同規模	県内	慢性 腎不全 (透析有) (%)	慢性 腎不全 (透析無) (%)	脳梗塞 脳出血 (%)	狭心症 心筋梗塞 (%)									
平成 26年度	鹿児島市	49,363,966,080	28,789	4位	23位	7.20	0.48	3.55	2.01	4.39	4.37	1.92	11,810,073,910	23.92	11.61	13.21	8.04
平成 28年度		49,278,044,340	30,495	3位	23位	7.75	0.47	3.03	1.96	4.46	3.65	1.88	11,434,285,280	23.20	12.49	12.80	8.64
平成 26年度	鹿児島県	159,794,068,990	28,765	--	--	7.15	0.37	3.21	2.04	4.71	5.15	2.19	39,654,157,180	24.82	11.13	13.76	8.63
	全国	9,787,337,843,160	22,922	--	--	5.40	0.37	2.59	2.29	5.38	5.65	3.04	2,418,360,444,880	24.71	12.90	9.45	8.36
平成 28年度	鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38	0.36	2.71	1.89	4.82	4.21	2.13	37,328,412,710	23.50	12.07	13.69	8.85
	全国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40	0.35	2.22	2.04	5.40	4.75	2.95	2,237,085,545,700	23.12	14.20	9.39	8.45

④一人当たり医療費の伸び率（図表 9）

一人当たりの医療費は、平成 26 年度と平成 28 年度を比較したときに入院・入院外ともに増加している現状であり、県・国・同規模平均と比較しても高い。一人当たり医療費の前年度からの伸び率を見たときに、平成 26 年度よりも平成 28 年度の方が伸び率は抑制されている。特に、入院外の伸び率の抑制は県・同規模平均と同等であるが、入院の医療費伸び率は国・県・同規模平均と比較しても高い状況であるため、重症化させない取組は本市国保にとって課題であるといえる。

【図表 9】

医療費分析の経年比較

	項目	1人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
平成 26 年度	鹿児島市	28,790	13,690	15,100	3.8	3.1	4.4
	同規模	23,480	9,290	14,190	3.1	3.7	2.8
	鹿児島県	28,770	13,670	15,100	2.6	2.4	2.7
	全国	22,920	9,160	13,760	2.4	2.1	2.5
平成 28 年度	鹿児島市	30,500	14,540	15,960	0.1	2.2	-1.7
	同規模	24,720	9,740	14,980	-0.6	1.0	-1.6
	鹿児島県	30,550	14,610	15,940	-0.1	1.7	-1.7
	全国	24,250	9,670	14,580	-0.2	1.8	-1.4

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

⑤中長期的な目標疾患に係る疾病の発生状況（図表 10）

虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の新規患者数をみると、いずれの疾患においても、同規模平均より新規患者数が多い現状である。新規患者数を疾患別に経年でみると、虚血性心疾患は減少傾向、脳血管疾患及び糖尿病性腎症は増加傾向である。新規患者数を減少させることは罹患患者数を抑制することにつながり、全体的な医療費の抑制につながることから、これらの疾患に新たに罹患させない取組が重要である。

【図表 10】

疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

	虚血性心疾患								
	毎年5月診療分								
	患者数 (人)	増減数 (人)	増減率	患者数		新規患者数		新規患者数(人/千人当り)	
				狭心症 (人)	心筋梗塞 (人)	狭心症 (人)	心筋梗塞 (人)	虚血性心疾患	
							鹿児島市	同規模	
平成26年	6,456	6	0.1%	5,708	287	431	30	6.688	3.987
平成28年	6,369	58	0.9%	5,621	314	368	19	5.743	3.987

	脳血管疾患								
	毎年5月診療分								
	患者数 (人)	増減数 (人)	増減率	患者数		新規患者数		新規患者数(人/千人当り)	
				脳出血 (人)	脳梗塞 (人)	脳出血 (人)	脳梗塞 (人)	脳血管疾患	
							鹿児島市	同規模	
平成26年	7,401	18	0.2%	759	5,010	51	288	4.918	3.519
平成28年	7,393	182	2.5%	812	4,906	51	306	5.298	3.492

	糖尿病性腎症						
	毎年5月診療分						
	患者数 (人)	増減数 (人)	増減率	新規患者数		新規患者数(人/千人当り)	
				糖尿病性腎症 (人)	人工透析 (人)	鹿児島市	同規模
平成26年	1,491	174	13.2%	103	12	1.494	0.871
平成28年	1,800	257	16.7%	109	10	1.618	0.855

⑤中長期的な疾患(図表 11)

図表 11 は中長期的な疾患(虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析(慢性腎不全))のレセプトより、それぞれの疾患の罹患割合及び基礎疾患の合併状況を示したものであるが、中長期的な目標である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析ともに被保険者に占める割合が増えている。いずれの疾患においても高血圧は7割~9割、糖尿病は4割~5割、脂質異常症は3割~6割と、多くの罹患患者が基礎疾患を併せ持っている現状である。65歳以上になると脳血管疾患及び虚血性心疾患の罹患割合が急激に高くなっている。老化に伴う動脈硬化の進展は避けられないが、リスク因子が多いほど動脈硬化の急速な進展へとつながり、更なる臓器障害を引き起こすリスクが高くなり、QOLや生命予後に影響をあたえる。

【図表 11】

虚血性心疾患のレセプト分析

(単位:人、%)

厚労省様式 様式3-5 (5月診療分)		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
平成26年	全体	144,529	6,456	4.5	1,375	21.3	268	4.2	5,041	78.1	3,110	48.2	4,169	64.6
	64歳以下	94,375	1,703	1.8	298	17.5	141	8.3	1,280	75.2	791	46.4	1,060	62.2
	65歳以上	50,154	4,753	9.5	1,077	22.7	127	2.7	3,761	79.1	2,319	48.8	3,109	65.4
平成28年	全体	136,726	6,369	4.7	1,407	22.1	307	4.8	5,046	79.2	3,156	49.6	4,266	67.0
	64歳以下	83,719	1,495	1.8	270	18.1	145	9.7	1,121	75.0	691	46.2	948	63.4
	65歳以上	53,007	4,874	9.2	1,137	23.3	162	3.3	3,925	80.5	2,465	50.6	3,318	68.1

脳血管疾患のレセプト分析

(単位:人、%)

厚労省様式 様式3-6 (5月診療分)		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
平成26年	全体	144,529	7,401	5.1	1,375	18.6	145	2.0	5,561	75.1	2,807	37.9	4,227	57.1
	64歳以下	94,375	1,940	2.1	298	15.4	60	3.1	1,379	71.1	693	35.7	1,034	53.3
	65歳以上	50,154	5,461	10.9	1,077	19.7	85	1.6	4,182	76.6	2,114	38.7	3,193	58.5
平成28年	全体	136,726	7,393	5.4	1,407	19.0	180	2.4	5,596	75.7	2,940	39.8	4,277	57.9
	64歳以下	83,719	1,720	2.1	270	15.7	79	4.6	1,224	71.2	592	34.4	906	52.7
	65歳以上	53,007	5,673	10.7	1,137	20.0	101	1.8	4,372	77.1	2,348	41.4	3,371	59.4

人工透析のレセプト分析

(単位:人、%)

厚労省様式 様式3-7 (5月診療分)		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		人工透析			虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
平成26年	全体	144,529	613	0.4	145	23.7	268	43.7	559	91.2	303	49.4	209	34.1
	64歳以下	94,375	351	0.4	60	17.1	141	40.2	318	90.6	150	42.7	112	31.9
	65歳以上	50,154	262	0.5	85	32.4	127	48.5	241	92.0	153	58.4	97	37.0
平成28年	全体	136,726	665	0.5	180	27.1	307	46.2	617	92.8	324	48.7	226	34.0
	64歳以下	83,719	337	0.4	79	23.4	145	43.0	318	94.4	149	44.2	116	34.4
	65歳以上	53,007	328	0.6	101	30.8	162	49.4	299	91.2	175	53.4	110	33.5

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2~3-4) (図表12)

図表12は中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を示したものであり、糖尿病においては、治療患者数及び被保険者に占める割合が増加している。糖尿病患者は65歳以上が占める割合が高くなっている。糖尿病患者の他疾患の合併状況を見ると、約7割の方が高血圧・脂質異常症を合併しており、臓器障害を引き起こすリスク因子を合わせ持つ対象者が多いことがわかる。

また、64歳以下の糖尿病患者で糖尿病性腎症及び人工透析を合併している割合は65歳以上の割合より高くなっており、若い世代で糖尿病を重症化させる割合が高い

ことがうかがえる。以上のことから、40歳から64歳の層への発症予防、重症化予防が重要であることが分かるが、生活習慣が大きく起因する糖尿病等は更に若い世代からの予防が重要であるため、30歳代への支援も重要と言える。また、高血圧及び脂質異常症についても、同様に、治療患者数及び被保険者に占める割合も増加傾向であるため、糖尿病と同様、上記のような対策が必要である。

慢性腎不全（人工透析）や脳血管疾患等臓器障害を起こす前の生活習慣病重症化予防の取組は非常に重要であり、特に糖尿病性腎症重症化予防の取組は本市国保の喫緊の課題である。

【図表 12】

糖尿病のレセプト分析

(単位:人、%)

厚労省様式 様式3-2 (5月診療分)		短期的な目標									中長期的な目標							
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	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
平成26年	全体	144,529	14,009	9.7	1,016	7.3	9,576	68.4	8,674	61.9	3,110	22.2	2,807	20.0	303	2.2	1,491	10.6
	64歳以下	94,375	4,593	4.9	390	8.5	2,872	62.5	2,805	61.1	791	17.2	693	15.1	150	3.3	488	10.6
	65歳以上	50,154	9,416	18.8	626	6.6	6,704	71.2	5,869	62.3	2,319	24.6	2,114	22.5	153	1.6	1,003	10.7
平成28年	全体	136,726	14,337	10.5	1,066	7.4	10,049	70.1	9,065	63.2	3,156	22.0	2,940	20.5	324	2.3	1,800	12.6
	64歳以下	83,719	4,096	4.9	390	9.5	2,556	62.4	2,513	61.4	691	16.9	592	14.5	149	3.6	521	12.7
	65歳以上	53,007	10,241	19.3	676	6.6	7,493	73.2	6,552	64.0	2,465	24.1	2,348	22.9	175	1.7	1,279	12.5

高血圧のレセプト分析

(単位:人、%)

厚労省様式 様式3-3 (5月診療分)		短期的な目標							中長期的な目標						
		高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成26年	全体	144,529	27,934	19.3	9,576	34.3	14,557	52.1	5,041	18.0	5,561	19.9	559	2.0	
	64歳以下	94,375	8,812	9.3	2,872	32.6	4,292	48.7	1,280	14.5	1,379	15.6	318	3.6	
	65歳以上	50,154	19,122	38.1	6,704	35.1	10,265	53.7	3,761	19.7	4,182	21.9	241	1.3	
平成28年	全体	136,726	27,797	20.3	10,049	36.2	14,888	53.6	5,046	18.2	5,596	20.1	617	2.2	
	64歳以下	83,719	7,715	9.2	2,556	33.1	3,791	49.1	1,121	14.5	1,224	15.9	318	4.1	
	65歳以上	53,007	20,082	37.9	7,493	37.3	11,097	55.3	3,925	19.5	4,372	21.8	299	1.5	

脂質異常症のレセプト分析

(単位:人、%)

厚労省様式 様式3-4 (5月診療分)		短期的な目標							中長期的な目標					
		脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成26年	全体	144,529	21,415	14.8	8,674	40.5	14,557	68.0	4,169	19.5	4,227	19.7	209	1.0
	64歳以下	94,375	7,116	7.5	2,805	39.4	4,292	60.3	1,060	14.9	1,034	14.5	112	1.6
	65歳以上	50,154	14,299	28.5	5,869	41.0	10,265	71.8	3,109	21.7	3,193	22.3	97	0.7
平成28年	全体	136,726	21,402	15.7	9,065	42.4	14,888	69.6	4,266	19.9	4,277	20.0	226	1.1
	64歳以下	83,719	6,182	7.4	2,513	40.7	3,791	61.3	948	15.3	906	14.7	116	1.9
	65歳以上	53,007	15,220	28.7	6,552	43.0	11,097	72.9	3,318	21.8	3,371	22.1	110	0.7

②リスクの健診結果経年変化(図表13)

健診結果の有所見割合の経年変化を男女別に比較すると、全体的に男性の方が有所見割合の高い項目が多く、割合自体も高い。特に、男性の空腹時血糖、HbA1cの有所見者の割合が高いことがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者数の経年変化は男女ともに増加傾向であり、特に男性の健診受診者に占める割合の増加が明らかである。メタボリックシンドローム該当者でリスクを併せ持つ割合も男女とも増加していることが分かる。これらの対象者は内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測され、メタボリックシンドローム改善を中心とした保健指導の展開が重要である。

【図表13】

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

(単位:人数、%)

男性		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
平成26年度	合計	3,308	29.9	5,519	49.9	2,693	24.3	2,097	19.0	968	8.7	5,102	46.1	6,055	54.7	2,278	20.6	6,180	55.9	2,530	22.9	5,032	45.5	359	3.2
	40-64歳	1,128	35.0	1,664	51.6	1,017	31.5	820	25.4	304	9.4	1,269	39.4	1,510	46.8	737	22.9	1,470	45.6	905	28.1	1,569	48.7	56	1.7
	65-74歳	2,180	27.8	3,855	49.2	1,676	21.4	1,277	16.3	664	8.5	3,833	48.9	4,545	58.0	1,541	19.7	4,710	60.1	1,625	20.7	3,463	44.2	303	3.9
平成28年度	合計	3,215	30.3	5,407	51.0	2,555	24.1	2,135	20.1	889	8.4	5,061	47.7	5,799	54.7	2,101	19.8	5,414	51.0	1,894	17.9	4,604	43.4	325	3.1
	40-64歳	1,008	36.6	1,463	53.1	861	31.2	760	27.6	263	9.5	1,103	40.0	1,285	46.6	619	22.5	1,075	39.0	657	23.8	1,344	48.7	60	2.2
	65-74歳	2,207	28.1	3,944	50.2	1,694	21.6	1,375	17.5	626	8.0	3,958	50.4	4,514	57.5	1,482	18.9	4,339	55.3	1,237	15.8	3,260	41.5	265	3.4

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成26年度	合計	3,479	20.6	3,187	18.8	2,348	13.9	1,404	8.3	387	2.3	4,850	28.6	9,404	55.5	468	2.8	7,778	45.9	2,434	14.4	9,859	58.2	86	0.5
	40-64歳	1,033	18.9	850	15.6	686	12.6	518	9.5	106	1.9	1,251	22.9	2,548	46.6	126	2.3	1,939	35.5	860	15.7	3,221	58.9	34	0.6
	65-74歳	2,446	21.3	2,337	20.4	1,662	14.5	886	7.7	281	2.5	3,599	31.4	6,856	59.8	342	3.0	5,839	50.9	1,574	13.7	6,638	57.9	52	0.5
平成28年度	合計	3,240	20.2	2,918	18.2	2,189	13.7	1,388	8.7	308	1.9	4,817	30.1	8,668	54.1	442	2.8	6,810	42.5	1,849	11.5	9,064	56.6	90	0.6
	40-64歳	909	19.7	725	15.7	577	12.5	461	10.0	69	1.5	1,100	23.8	2,095	45.4	115	2.5	1,429	30.9	594	12.9	2,613	56.6	33	0.7
	65-74歳	2,331	20.4	2,193	19.2	1,612	14.1	927	8.1	239	2.1	3,717	32.6	6,573	57.7	327	2.9	5,381	47.2	1,255	11.0	6,451	56.6	57	0.5

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
平成26年度	合計	11,064	27.8	531	4.8%	1,969	17.8%	126	1.1%	1,500	13.6%	343	3.1%	3,019	27.3%	700	6.3%	140	1.3%	1,238	11.2%	941	8.5%
	40-64歳	3,224	17.2	228	7.1%	584	18.1%	39	1.2%	356	11.0%	189	5.9%	852	26.4%	151	4.7%	52	1.6%	388	12.0%	261	8.1%
	65-74歳	7,840	37.1	303	3.9%	1,385	17.7%	87	1.1%	1,144	14.6%	154	2.0%	2,167	27.6%	549	7.0%	88	1.1%	850	10.8%	680	8.7%
平成28年度	合計	10,607	27.8	502	4.7%	1,851	17.5%	168	1.6%	1,334	12.6%	349	3.3%	3,054	28.8%	727	6.9%	200	1.9%	1,182	11.1%	945	8.9%
	40-64歳	2,757	16.6	203	7.4%	507	18.4%	48	1.7%	288	10.4%	171	6.2%	753	27.3%	149	5.4%	79	2.9%	303	11.0%	222	8.1%
	65-74歳	7,850	36.3	299	3.8%	1,344	17.1%	120	1.5%	1,046	13.3%	178	2.3%	2,301	29.3%	578	7.4%	121	1.5%	879	11.2%	723	9.2%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
平成26年度	合計	16,929	33.9	400	2.4%	1,222	7.2%	55	0.3%	941	5.6%	226	1.3%	15,655	9.2%	271	1.6%	54	0.3%	830	4.9%	410	2.4%
	40-64歳	5,465	24.0	154	2.8%	330	6.0%	33	0.6%	243	4.4%	54	1.0%	3,666	6.7%	69	1.3%	15	0.3%	183	3.3%	99	1.8%
	65-74歳	11,464	42.2	246	2.1%	892	7.8%	22	0.2%	698	6.1%	172	1.5%	11,989	10.5%	202	1.8%	39	0.3%	647	5.6%	311	2.7%
平成28年度	合計	16,018	33.5	348	2.2%	1,093	6.8%	78	0.5%	815	5.1%	200	1.2%	14,777	9.2%	247	1.5%	66	0.4%	697	4.4%	467	2.9%
	40-64歳	4,619	23.1	133	2.9%	267	5.8%	20	0.4%	188	4.1%	59	1.3%	3,255	7.0%	60	1.3%	25	0.5%	126	2.7%	114	2.5%
	65-74歳	11,399	41.0	215	1.9%	826	7.2%	58	0.5%	627	5.5%	141	1.2%	11,522	10.1%	187	1.6%	41	0.4%	571	5.0%	353	3.1%

③特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(図表14)

特定健康診査受診率は伸び悩んでいるが、特定保健指導実施率は年々上昇傾向である。脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の患者数及びそれらに係る医療費抑制のためには、早期の重症化予防が大切であり、予防する対象者の掘り起こしのためにも特定健康診査受診率向上への更なる取組が重要である。

【図表14】

特定健康診査受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

項目	特定健康診査				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	同規模内 の順位 (位)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)	医療機関受診率(%)	
								鹿児島市	同規模平均
平成26年度	89,725	27,774	31.0	47	3,069	889	29.0	53.7	53.3
平成28年度	86,035	26,531	30.8	52	2,790	1,056	37.8	52.1	52.3

2) 第一期に係る考察

第一期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を予防するために、特定健康診査・特定保健指導事業や高血圧・糖尿病・脂質異常症・慢性腎臓病(CKD)の重症化予防の取組等を中心に、被保険者の健康増進に係る保健事業を進めてきた。

特定健康診査は、被保険者自らが体の状態を確認できるものであり、生活習慣病の早期発見・重症化予防のために非常に有用であるが、受診率は国が目標としている60%

よりも低い数値であり、特定健康診査受診率向上は今後より一層取り組むべき課題である。

また、慢性腎不全（人工透析）や脳血管疾患の罹患割合の増加や要介護認定者の増加に伴う医療費や介護費の増大等、新たな課題が見えてきた。医療費適正化の観点より、予防できる疾患を発症させない・重症化させないということは非常に重要であり、本市国保において、最重要課題であるといえる。具体的には、適切な病院受診勧奨や継続した病院受診への支援、生活習慣改善是正の支援などであるが、医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき課題であり、医療機関等との連携も重要である。そして、重症化予防に係る保健師等の技術向上は、保健指導の質に直結し、対象者の受療行動や生活習慣改善のための行動変容に影響を与えるため、支援者のスキルアップも今後の課題と言える。

2. 第二期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

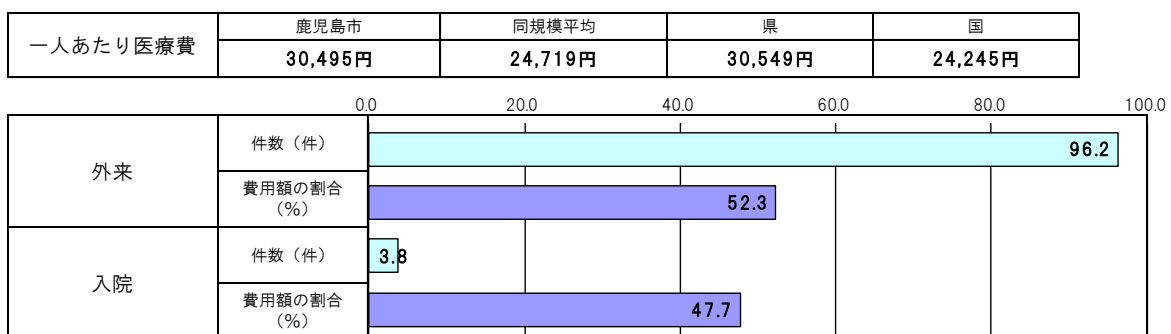
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 15）

外来に係る医療費は、費用額全体の 52.3%を占めている。入院に係る医療費は、費用額全体の 47.7%であるが、件数割合から考えると費用額が占める割合が高い。長期入院や入院一回あたりの費用が増大していることが考えられ、重症化したのちの受診が医療費を増大させていることが推察できる。

また、一人あたり医療費について県との差異は少ないが、国・同規模平均との比較をすると約 5 千円高い現状である。

【図表 15】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 16）

医療費が高額になる疾患としてはがんの割合が高く、60 歳代、70 歳代が多くを占める。脳血管疾患や虚血性心疾患で高額医療となった者のうち、2 割弱は 40 歳代、50 歳代である。6 か月以上の長期入院においては精神疾患が多くを占め、費用も高い現状である。また、長期化する疾患として慢性腎不全（人工透析）があるが、人工透析に係る費用として年間 1 人あたり約 640 万円かかっており、新規人工透析患者数を抑えることが、医療費の抑制に直結する。人工透析の中でも糖尿病性腎症からの透析導

入は約半数を占めており、糖尿病合併症を引き起こす前からの予防が新規透析患者数を抑えることにつながる。

また、生活習慣病の治療者の中で、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の疾患を持ち、基礎疾患に高血圧の重なりがある者はいずれの疾患も7割を超え、高血圧予防への取組を徹底していくことも、重症化予防へつながっていくことが分かる。生活習慣病は予防可能な疾患であるため、長期入院や高額医療の対象となる前、つまり重症化する前の疾病コントロールが必要となる。

【図表 16】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他			
高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	3,070人	228人		229人		964人		1,865人			
			7.4%		7.5%		31.4%		60.7%			
	件数	5,207件	446件		258件		1,384件		3,119件			
			8.6%		5.0%		26.6%		59.9%			
			年代別	40歳未満	10	2.2%	1	0.4%	46	3.3%	369	11.8%
				40代	21	4.7%	16	6.2%	65	4.7%	194	6.2%
50代				63	14.1%	27	10.5%	98	7.1%	301	9.7%	
60代	205	46.0%		121	46.9%	733	53.0%	1305	41.8%			
70-74歳	147	33.0%	93	36.0%	442	31.9%	950	30.5%				
費用額	82億	6億4,386万円		5億1,318万円		20億6,790万円		49億7,510万円				
			7.9%		6.3%		25.2%		60.7%			

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	1,638人	1,038人	284人	176人
			63.4%	17.3%	10.7%
	件数	14,665件	9,596件	2,076件	1,438件
			65.4%	14.2%	9.8%
費用額	65億5,055万円	35億7,984万円	10億8,562万円	6億5,620万円	
			54.6%	16.6%	10.0%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	665人	324人	180人	307人
				48.7%	27.1%	46.2%
	H28年度 累計	件数	8,882件	4,215件	2,333件	3,908件
				47.5%	26.3%	44.0%
	費用額	42億5,233万円	20億2,557万円	12億1,189万円	18億6,236万円	
			47.6%	28.5%	43.8%	

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

対象レセプト（H28年5月診療分）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
生活習慣病の治療者数 構成割合	49,803人	7,393人 14.8%	6,369人 12.8%	1,800人 3.6%	
	の基礎 重なり 疾患	高血圧	5,596人 75.7%	5,046人 79.2%	1,341人 74.5%
		糖尿病	2,940人 39.8%	3,156人 49.6%	1,800人 100.0%
		脂質異常症	4,277人 57.9%	4,266人 67.0%	1,280人 71.1%
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
	27,797人	14,337人	21,402人	4,870人	
	55.8%	28.8%	43.0%	9.8%	

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 17）

要介護認定者のレセプトより、要介護認定者の有病率は血管疾患（脳血管疾患や虚血性疾患、腎不全等）が95.6%であり、筋・骨格疾患の有病率93.8%を上回っていた。要介護認定者は脳卒中に罹患している割合が半数以上を占め、また高血圧や糖尿病等の基礎疾患の罹患割合も高いことから、血管疾患を要因の一つとして、介護認定を受けていることが推察される。血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、ひいては介護予防にもつながる。

また、要介護認定を受けている者と認定を受けていない者の医療費の差は大きく、受けていない者は、受けている者の約半分であるため、介護予防は介護給付費の抑制のみならず、医療費の抑制にもつながる。

【図表 17】

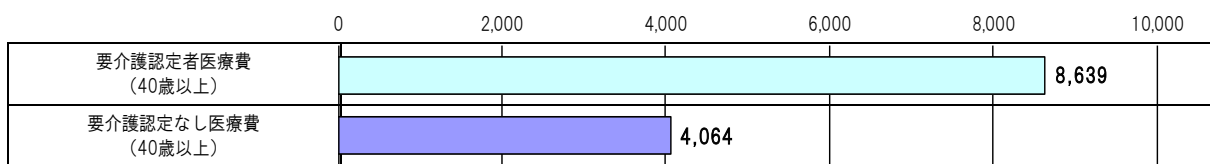
何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計												
	被保険者数		202,647人	61,787人	65,253人	127,040人		329,687人										
	認定者数		815人	3,500人	28,082人	31,582人		32,397人										
	認定率		0.40%	5.7%	43.0%	24.9%		9.8%										
	新規認定者数（*1）		197人	849人	3,541人	4,390人		4,587人										
介護度別人数	要支援1・2		213人	26.1%	1,163人	33.2%	8,578人	30.5%	9,741人	30.8%	9,954人	30.7%						
	要介護1・2		351人	43.1%	1,271人	36.3%	9,878人	35.2%	11,149人	35.3%	11,500人	35.5%						
	要介護3～5		251人	30.8%	1,066人	30.5%	9,626人	34.3%	10,692人	33.9%	10,943人	33.8%						
要介護実態状況	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計												
	介護件数（全体）		815人	3,501人	28,089人	31,590人		32,405人										
	再）国保・後期		445人	2,615人	26,326人	28,941人		29,386人										
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	296人	66.5%	脳卒中	1,438人	55.0%	脳卒中	13,973人	53.1%	脳卒中	15,411人	53.2%	脳卒中	15,707人	53.5%
			2	虚血性心疾患	104人	23.4%	虚血性心疾患	760人	29.1%	虚血性心疾患	11,309人	43.0%	虚血性心疾患	12,069人	41.7%	虚血性心疾患	12,173人	41.4%
			3	腎不全	66人	14.8%	腎不全	303人	11.6%	腎不全	3,816人	14.5%	腎不全	4,119人	14.2%	腎不全	4,185人	14.2%
		基礎疾患（*2）	糖尿病	224人	50.3%	糖尿病	1,365人	52.2%	糖尿病	13,248人	50.3%	糖尿病	14,613人	50.5%	糖尿病	14,837人	50.5%	
			高血圧	344人	77.3%	高血圧	1,956人	74.8%	高血圧	22,115人	84.0%	高血圧	24,071人	83.2%	高血圧	24,415人	83.1%	
			脂質異常症	240人	53.9%	脂質異常症	1,507人	57.6%	脂質異常症	15,386人	58.4%	脂質異常症	16,893人	58.4%	脂質異常症	17,133人	58.3%	
		血管疾患合計	合計	413人	92.8%	合計	2,416人	92.4%	合計	25,273人	96.0%	合計	27,689人	95.7%	合計	28,102人	95.6%	
		認知症	認知症	46人	10.3%	認知症	549人	21.0%	認知症	11,560人	43.9%	認知症	12,109人	41.8%	認知症	12,155人	41.4%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	383人	86.1%	筋骨格系	2,295人	87.8%	筋骨格系	24,890人	94.5%	筋骨格系	27,185人	93.9%	筋骨格系	27,568人	93.8%	

*1) 新規認定者についてはNO.49「要介護実態状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

（単位：円）



2) 健診受診者の実態（図表 18・19）

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

特定健康診査のデータより、全国・県と比較して、男女とも空腹時血糖値、HbA1c値、尿酸値、血清クレアチニン値の有所見者割合が高い。脳血管疾患及び糖尿病性腎症の新規患者数が増加している現状も合わせて考えると、高血糖や腎機能低下者への

介入・保健指導が必要であることが分かる。また、男女比較において男性がメタボリックシンドローム予備群・該当者が多い。

【図表 18】

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

（単位：人，％）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
鹿児島県	17,687	32.4	28,019	51.4	13,109	24.0	11,162	20.5	5,501	10.1	23,746	43.5	26,618	48.8	7,207	13.2	27,790	50.9	10,793	19.8	22,792	41.8	1,460	2.7	
鹿児島市	合計	3,215	30.3	5,407	51.0	2,555	24.1	2,135	20.1	889	8.4	5,061	47.7	5,799	54.7	2,101	19.8	5,414	51.0	1,894	17.9	4,604	43.4	325	3.1
	40-64	1,008	36.6	1,463	53.1	861	31.2	760	27.6	263	9.5	1,103	40.0	1,285	46.6	619	22.5	1,075	39.0	657	23.8	1,344	48.7	60	2.2
	65-74	2,207	28.1	3,944	50.2	1,694	21.6	1,375	17.5	626	8.0	3,958	50.4	4,514	57.5	1,482	18.9	4,339	55.3	1,237	15.8	3,260	41.5	265	3.4

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		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
鹿児島県	17,166	24.4	14,284	20.3	9,494	13.5	6,666	9.5	1,950	2.8	19,033	27.1	33,416	47.5	1,304	1.9	30,939	44.0	9,051	12.9	37,843	53.8	327	0.5	
鹿児島市	合計	3,240	20.2	2,918	18.2	2,189	13.7	1,388	8.7	308	1.9	4,817	30.1	8,668	54.1	442	2.8	6,810	42.5	1,849	11.5	9,064	56.6	90	0.6
	40-64	909	19.7	725	15.7	577	12.5	461	10.0	69	1.5	1,100	23.8	2,095	45.4	115	2.5	1,429	30.9	594	12.9	2,613	56.6	33	0.7
	65-74	2,331	20.4	2,193	19.2	1,612	14.1	927	8.1	239	2.1	3,717	32.6	6,573	57.7	327	2.9	5,381	47.2	1,255	11.0	6,451	56.6	57	0.5

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 19】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

（単位：人，％）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	鹿児島県	合計	10,607	27.8	502	4.7%	1,851	17.5%	168	1.6%	1,334	12.6%	349	3.3%	3,054	28.8%	727	6.9%	200	1.9%	1,182	11.1%	945
	40-64	2,757	16.6	203	7.4%	507	18.4%	48	1.7%	288	10.4%	171	6.2%	753	27.3%	149	5.4%	79	2.9%	303	11.0%	222	8.1%
	65-74	7,850	36.3	299	3.8%	1,344	17.1%	120	1.5%	1,046	13.3%	178	2.3%	2,301	29.3%	578	7.4%	121	1.5%	879	11.2%	723	9.2%

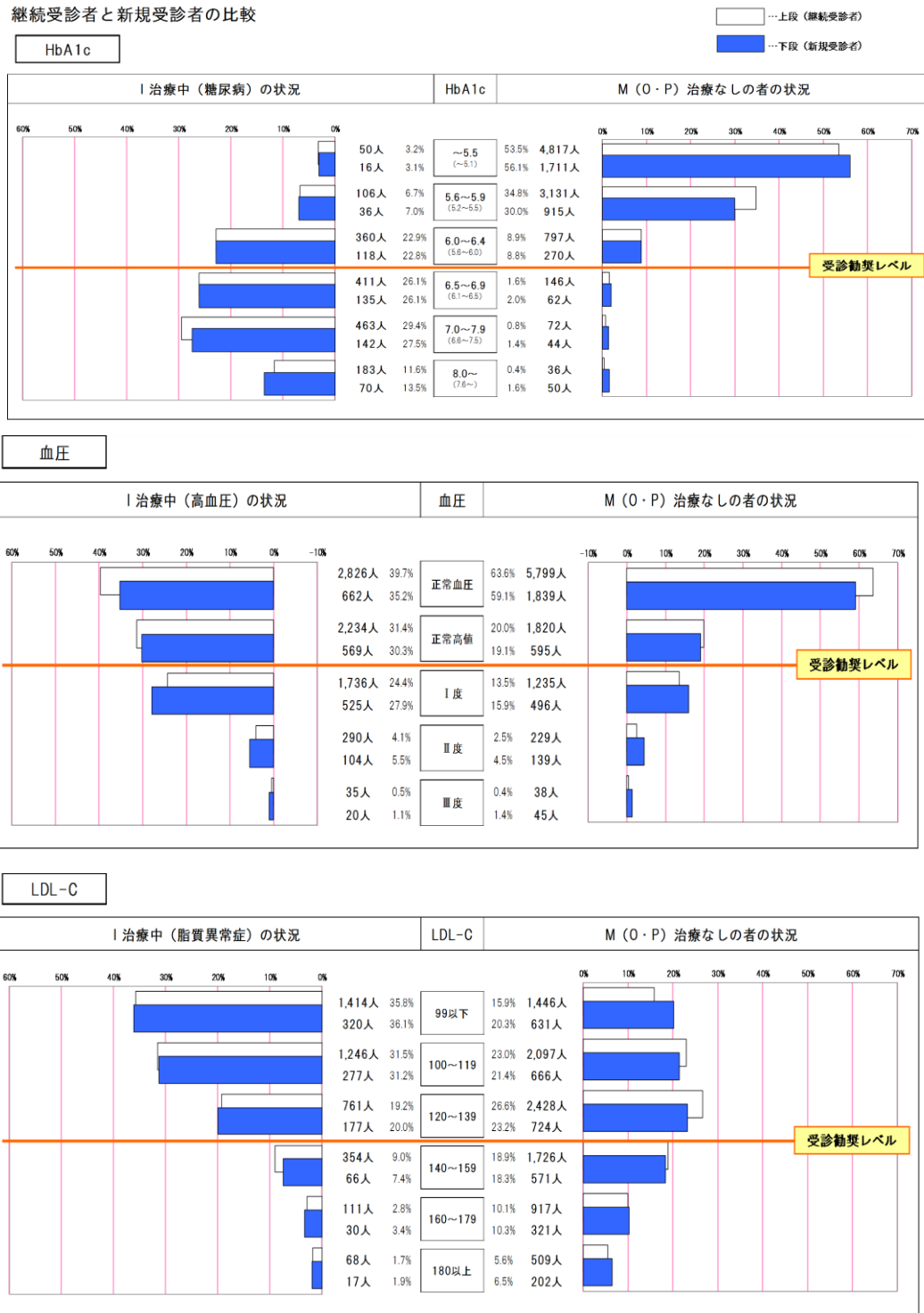
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	保険者	合計	16,018	33.5	348	2.2%	1,093	6.8%	78	0.5%	815	5.1%	200	1.2%	1,477	9.2%	247	1.5%	66	0.4%	697	4.4%	467
	40-64	4,619	23.1	133	2.9%	267	5.8%	20	0.4%	188	4.1%	59	1.3%	325	7.0%	60	1.3%	25	0.5%	126	2.7%	114	2.5%
	65-74	11,399	41.0	215	1.9%	826	7.2%	58	0.5%	627	5.5%	141	1.2%	1,152	10.1%	187	1.6%	41	0.4%	571	5.0%	353	3.1%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 20）

特定健康診査の継続受診者と新規受診者を比較すると、未治療者のうち新規受診者のほうがHbA1c値、血圧、LDL コレステロール値ともに検査データが悪い傾向があることが分かった。特に、HbA1c値で見ると、治療中で7.0以上のコントロール不良者が多いことから医療機関と連携した保健指導の取組が今後の課題と考えられる。

【図表 20】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 21)

医療費適正化において、早期からの重症化予防の取組は重要であるが、特定健康診査も治療も受けていない「G」の割合を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が40.4%と65歳以上の割合と比較しても高い。特定健康診査も治療も受けていないということは、自分の健康状態が全く分からない状態である。生活習慣病は自覚症状がなく進行

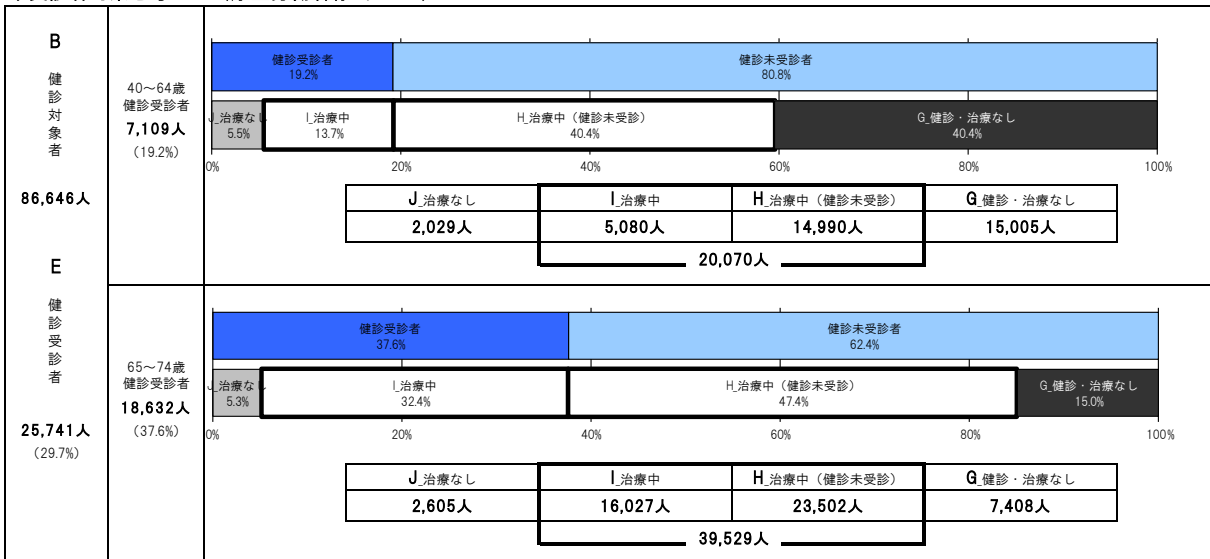
していくため、まずは特定健康診査の受診の機会を提供し、受診者の状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることができる。

また、特定健康診査未受診であるが医療機関にて治療中である「H」の対象者は、定期的に検査等を実施していることも考えられる。治療中検査データの提供を依頼することで特定健康診査の受診率向上につなげられるため、今後も受診対象者への広報及び医療機関への周知徹底に努めていく。

また、特定健康診査受診者と未受診者の医療費を比較すると、未受診者にかかる医療費は受診者の約 2.9 倍であり、健診を受診することで生活習慣病への早期発見・早期介入ができることから医療費の抑制につながり、医療費適正化の面において大変有用であることがわかる。

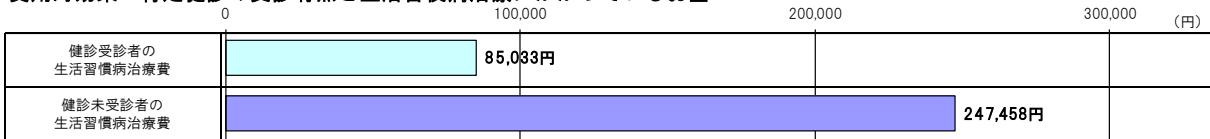
【図表 21】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



5) 目標の設定

(1) 成果目標（図表 41）

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要介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数を減らしていくことを目標とする。平成 35 年度には平成 30 年度と比較して、3 つの疾患の総医

療費に占める割合をそれぞれ減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、一人当たりの医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、本市国保における医療給付の現状は、外来で医療にかかる割合も高いが、重症化して入院し入院の医療給付費が高い実態も明らかである。重症化予防を行い、医療費適正化へつなげることから、長期入院を抑えることを目標とし、まずは入院医療費の伸び率を平成35年度に同規模平均並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの有所見者の割合を減らしていくことを短期的な目標とする。それぞれの目標については、年度ごとの目標を設定する。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは特定健康診査の受診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であり、その目標値は、第3章の「特定健康診査・特定保健指導の実施（第三期特定健康診査等実施計画）」に記載する。

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（第三期特定健康診査等実施計画）

1. 第三期実施計画策定の趣旨

平成20年度から国民健康保険の保険者をはじめとして全医療保険者に、40歳から74歳の被保険者、被扶養者を対象とするメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病に関する健康診査（以下、「特定健康診査」という。）及び保健指導（以下、「特定保健指導」という。）の実施が義務づけられた。

これを受けて鹿児島市では、平成20年度を初年度として5年を一期とする特定健康診査等実施計画（以下、「第一期実施計画」という。）に基づき特定健康診査・特定保健指導（以下、「特定健康診査等」という。）の実施に取り組み、その実施結果を踏まえ、平成25年度から平成29年度までの5年間を計画期間とする第二期特定健康診査等実施計画（以下、「第二期実施計画」という。）を策定した。

第二期実施計画が平成29年度で終了することから、平成30年度から第三期特定健康診査等実施計画（以下、「第三期実施計画」という。）を策定する。なお、第一期実施計画及び第二期実施計画は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第三期実施計画からは6年一期として策定する。

2. 第一期・第二期実施計画の結果及び取組

平成29年度までの特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、参考資料2のとおりである。

特定健康診査の受診率は、性別では男性より女性の方が高く、年齢別では40歳～64歳より65歳～74歳の方が高くなり、平成20年度以降、微増傾向にあるが、全体として目標値に達していない状況である。

特定保健指導の実施率は、積極的支援よりも動機付け支援の方が高く、平成20年度以降、年々増加傾向にあるが、健診と同様、全体として目標値に達していない。

特定健康診査受診率向上の方策として、平成20年度から毎年未受診勧奨通知を送付し、平成22年度には対象者への全戸訪問による受診勧奨を実施、平成23年度からは、治療中データの情報を本人同意のもと医療機関より直接提供していただく仕組みの確立を図ってきた。また、平成26年度には保険証と特定健康診査受診券の一体化、平成29年度から、登録された事業所等でサービスを受けられるクーポンを健診受診者に配付する特定健診トク得キャンペーン事業を開始した。

また、特定保健指導の実施率向上の方策としては、保健指導未予約者へ再案内通知及び電話勧奨の実施、平成24年度から特定保健指導利用者へフィットネスクラブ無料体験券の配付、平成28年度には個別訪問による特定保健指導の充実を図った。

3. 第三期実施計画の目標値の設定及び対象者の見込み

第三期実施計画の達成目標は、平成35年度において特定健康診査受診率を60%、特定保健指導実施率を60%とし、6年間の各年度の目標値については、次のとおり定める。

【図表 1】

	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 (国の目標値)
特定健康診査 の受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60% (60%)
特定保健指導 の実施率	40%	42.5%	45%	50%	55%	60% (60%)
特定保健指導 対象者の減少率 (H20 年度比)	—	—	—	—	—	25%減少 (25%以上減少)

4. 第二期実施計画目標値との違い

メタボリックシンドロームの該当者と予備群（以下、メタボ該当者等）の減少率については、第二期は平成 20 年度比で減少率 25%以上の目標を設定していた。

メタボ該当者等には約 50%の服薬者が含まれており、非服薬者を対象とする特定保健指導の効果をメタボ該当者等の減少率で測ることは十分とはいえないため、特定健康診査・特定保健指導の成果に関する目標は、第一期と同様に特定保健指導対象者の減少率を目標とする。

5. 特定健康診査等の実施方法

1) 特定健康診査

(1) 対象者

特定健康診査の対象者は、本市国民健康保険の加入者で、実施年度に 40 歳以上となる方とする。なお、対象者数の推計は参考資料 3 のとおりである。

(2) 実施方法

特定健康診査は、次のとおりとし、健診実施機関に委託する。なお、特定健康診査実施機関については、市ホームページに掲載する。

ア 集団健診：医療機関（健診センター等）、市保健センター、公民館等の施設や検診車で行う形態で、診療目的に開設されているものではなく、専用の設備を設けて（日時を指定して健診のみを実施する場合を含む）健診を行うもの

イ 個別健診：医療機関等の施設において、一般の外来患者に対する設備を共用して健診を行うもの（受診者が診療を目的として来院している患者に混じって特定健康診査を受診する形態）

(3) 実施期間

特定健康診査の実施期間は、通年実施（4月1日から翌年3月31日）する。なお、特定健康診査の実施スケジュールは参考資料4のとおりである。

(4) 案内や周知の方法

特定健康診査受診券は、保険証と一体化したものを前年度末に対象者へ送付する。周知は特定健康診査受診券と一緒にチラシを同封するほか、市広報紙、市のホームページ等を活用する。また、当年度健診未受診者には、文書による受診勧奨も実施する。

(5) 健診項目

ア 必須項目（受診者全員に実施）

既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）

自覚症状及び他覚症状の有無の検査

身長、体重及び腹囲の検査

BMI（BMI＝体重（kg）÷ 身長（m）²）の測定

血圧測定

肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）

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）

尿検査（尿糖、尿蛋白）

イ 詳細項目（一定の基準のもと、医師が必要と判断した方に実施）

心電図検査

眼底検査

貧血検査

ウ 追加項目（鹿児島市独自）

血清クレアチニン、ヘモグロビン A1c、血清尿酸、尿潜血

(6) 自己負担額

特定健康診査に係る自己負担額は、無料とする。

(7) 医療機関等との連携

治療中であっても特定健康診査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っていただくよう、医療機関へ十分な説明を行う。また、本人同意のもとで、保険者が診察における検査データの提供を受け、特定健康診査結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医への協力依頼及び連携を行う。

また、事業主及び本人の同意のもと、事業主健診の実施機関に健診データの提供を依頼する。人間ドック等の実施機関においても本人の同意のもと、健診データの提供を依頼する。

(8) 健診結果の通知

特定健康診査の結果は、健診実施機関から直接受診者本人へ通知される。その際には、基準範囲外の値を示している項目、基準範囲外の値の程度、検査項目が示す意義等について、分かりやすく受診者に伝える。

(9) 他の健診との同時実施について

保健所が実施するがん検診等と特定健康診査を可能な限り同日、同会場において受診できるようにする。

2) 特定保健指導

(1) 実施方法

特定保健指導は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号以下「実施に関する基準」という。）を満たす、鹿児島市保健所・保健センター及び委託機関で実施する。

(2) 健診から保健指導実施の流れ

特定健康診査受診後、特定保健指導対象者には、保健指導実施機関より特定保健指導の案内文書等を郵送する。実施の流れ及びスケジュールは参考資料 4 のとおりである。

また、腹囲・体重・血圧・喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる対象者には、健診当日に初回面接を行うことができる。その場合は、全ての結果がそろった後に、電話等を用いて対象者と目標や行動計画を完成させる。

(3) 特定保健指導の内容

ア 動機づけ支援

- ・対象者：生活習慣の改善が必要で、そのための支援を要する方とする。
- ・支援期間：原則 1 回の支援を行い、3 か月以上経過後に評価を行う。
- ・支援内容：対象者自らが身体に起こっている変化を理解し、生活習慣の改善点や継続すべき行動等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができるよう支援する。

イ 積極的支援

- ・対象者：生活習慣の改善が必要で、継続的にきめこまかな支援を要する方とする。
- ・支援期間：3 か月以上の継続的な支援を行い、継続的な支援後に評価を行う。
- ・支援内容：動機付け支援に加えて、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、実践可能な具体的な行動目標について対象者自らで選択し、行動が継続できるよう支援を行う。

なお、特定保健指導含む要保健指導対象者数の見込み及び優先順位等は、参考資料 5・6 のとおりである。

(4) 自己負担額

特定保健指導に係る自己負担額は、無料とする。

6. 代行機関の利用

本市国保は、医療保険者の負荷を軽減するため医療保険者に代わって、費用の決済、保健指導対象者の階層化等のデータを取りまとめる業務を代行機関である鹿児島県国民

健康保険団体連合会を利用して、特定健康診査等を円滑かつ効果的に実施する。

7. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査、特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び鹿児島市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

2) 記録の管理・保存等

(1) 記録の管理

特定健康診査等の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

(2) 保存期間

特定健康診査等の記録は、実施年度の翌年度から起算して5年間保存する。ただし、他の医療保険者に異動するなど本市国民健康保険の被保険者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末までの保存とする。

8. 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、本市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9. 計画の評価及び見直し

1) 評価

特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率について、目標値の達成状況を毎年度評価する。

2) 見直し

平成32年度に、特定健康診査等の実施方法、内容、実施率等について中間評価を行い、必要に応じ、実施方法、目標設定等の見直しを行う。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健康診査における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等が増大する実態を広く市民へ周知するとともに、特定健康診査や生活習慣病等の理解を被保険者自身が深められるイベント等を開催する。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健康診査受診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのためには特定健康診査受診率、及び特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の第三期特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表23に沿って実施する。

- (1) 健診結果や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) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
- (3) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

【図表 23】

『重症化予防の基本的な取組の流れ』

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

※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発展 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鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に、抽出すべき対象者を以下とする。

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、本市国保が保有するレセプトデータ及び特定健康診査データを活用し該当者数把握を行う。糖尿病性腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 24）

【図表 24】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では、尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

本市国保においては、特定健康診査にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を全員に実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿 (+) としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 7）

②基準に基づく該当者数の把握

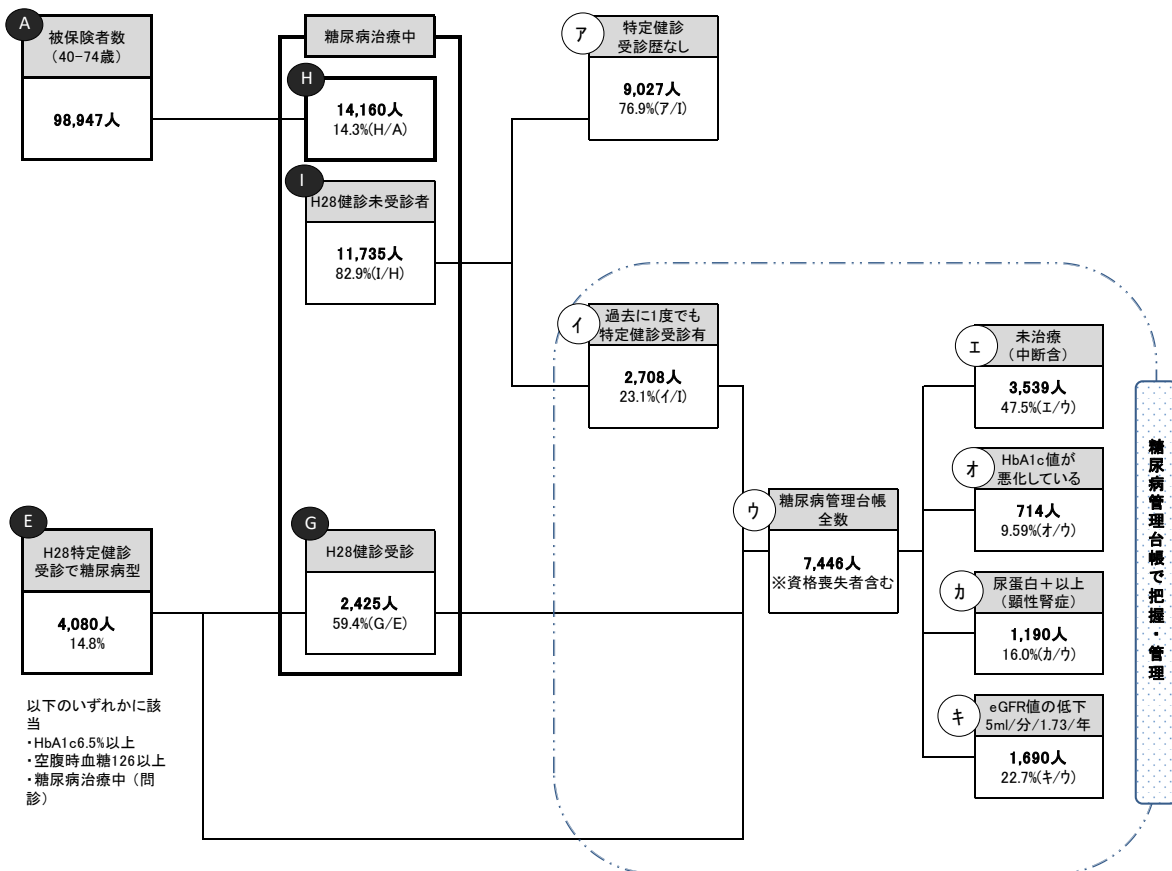
平成 28 年度のレセプトデータと健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。（図表 25）

本市国保において、特定健康診査受診者のうち、健診結果で糖尿病型である者は 4,080 人、うち 2,425 人 (59.4%) の対象者は糖尿病治療中であった。健診未受診者で糖尿病治療中の者は、11,735 人であり、この中で、過去 5 年間で一度でも特定健康診査を受診したことがある者は 2,708 人であった。

過去 5 年間の特定健康診査結果より、糖尿病型の者は 7,446 人（糖尿病管理台帳総数）であり、この中で未治療者（中断者含む）は 3,539 人 (47.5%)、HbA1c 値が悪化している者は 714 人 (9.59%)、尿蛋白+以上の者は 1,190 人 (16.0%)、eGFR 値の低下が 5ml/分/1.73 m²/年以上の者は 1,690 人 (22.7%) であった。

また、糖尿病治療中であるが、過去 5 年間で特定健康診査の受診歴が一度もない者は 9,027 人おり、データが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

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)



※健診とレセプトの突合ツール及び平成29年度作成糖尿病管理台帳より
 ※図表中、エ・オ・カ・キについては重複あり。

③介入方法と優先順位

本市国保においての介入方法を以下の通りとする。

ア. 優先順位1【受診勧奨】

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・中断者(エ)
 介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、文書等で支援を行う。

イ. 優先順位2【保健指導】

糖尿病が重症化するリスクがより高い者(オ・カ・キ)
 介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、文書等で支援を行う。
 また、医療機関と連携し保健指導を展開する。

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成(参考資料8・9)

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳及び年次計画表で行い、担当地区ごとに作成し、管理していく。

【糖尿病管理台帳作成手順】

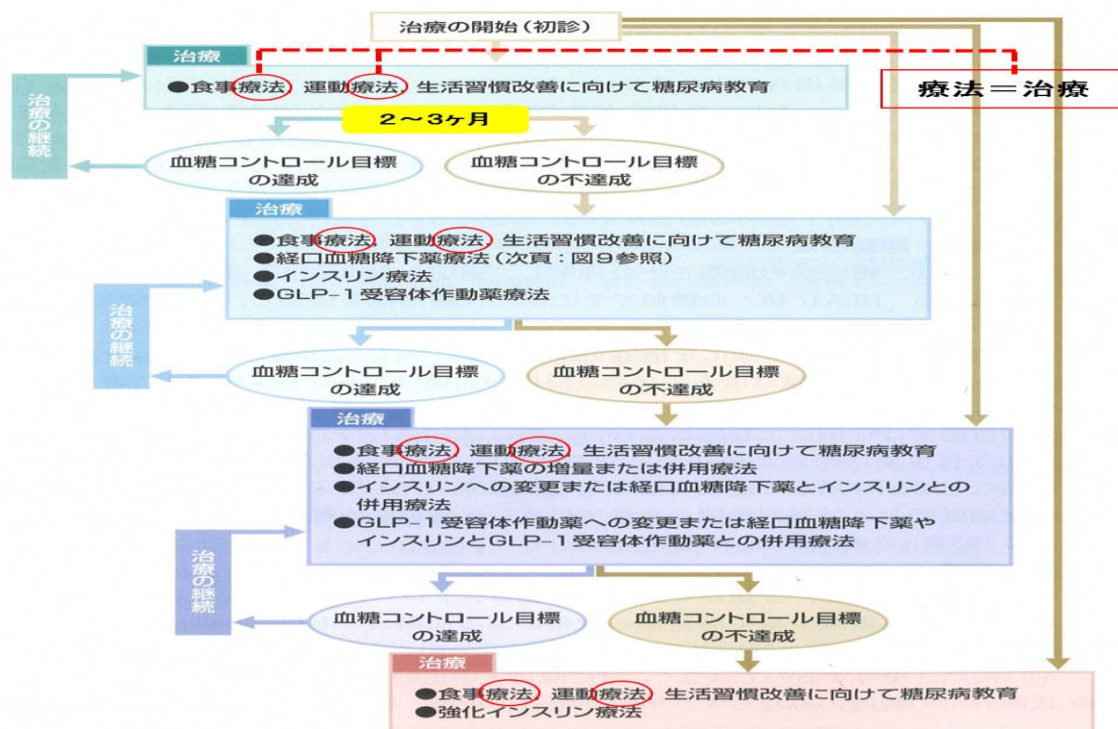
- ①健診データが届いたら、治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を糖尿病管理台帳に記載する。当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健康診査受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する。
ア. HbA1c イ. 血圧 ウ. 体重 エ. eGFR オ. 尿蛋白
- ②被保険者の資格を確認する。
- ③レセプトを確認し、治療状況を把握する。
 - ・ 特定健康診査の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認する。
 - ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認する。
 - ・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、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載する。
 - ・ がん治療、認知症、手術の有無等得られた情報を記載する。
- ④糖尿病管理台帳記載後、結果を確認する。
過去の健診データと比較し、介入対象者を試算する。
- ⑤担当地区の対象者数を把握する。
 - ア. 未治療者・中断者（受診勧奨対象者）
 - イ. 糖尿病性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非常に重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。本市国保においては、特定健康診査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の状況を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に、対象者に応じた保健指導用教材を活用し、行っていく。糖尿病は自覚症状が乏しいため通院が中断しがちであるが、病態の把握は検査値を中心に行われること、治療の継続と適切な食事療法と運動療法が重要であることを理解してもらう。(図表 26)

【図表 26】



5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

事前に鹿児島市医師会に保健事業内容等の説明を行い、医療機関未受診者・治療中断者に受診勧奨していくことを伝える。受診勧奨・保健指導の際には糖尿病連携手帳を配布し、受診後の医療機関等との連携に活用していく。

(2) 治療中の者への対応

治療中の者へは糖尿病連携手帳及び、保健指導同意書および指示書、報告書等にて医療機関と連携を図る。かかりつけ医や専門医との連携にあたっては、鹿児島県糖尿病性病性腎症重症化予防プログラムを参考にしながら、密な連携を図っていく。

(3) 鹿児島市 CKD (慢性腎臓病) 予防ネットワークとの連携

受診勧奨域の対象者の中で、腎機能が低下した者については、鹿児島市 CKD 予防ネットワーク (事務局: 鹿児島市保健所保健政策課) と連携し、病診連携の運用により適切な医療へつなぐ。CKD 登録医への受診勧奨値は、鹿児島市 CKD 予防ネットワーク紹介基準に準ずる。

6) 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は長寿あんしん相談センター (地域包括支援センター) 等と連携を図る

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料10）を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

(1) 前年度：対象者の選定基準の決定

対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

(2) 当年度：特定健康診査結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。（参考資料11）

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。（参考資料12）

(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一つである。「安静時

心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)との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、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。本市国保において平成 28 年度の特定健康診査受診者 26,531 人のうち心電図検査実施者は 3,021 人(11.4%)であり、そのうち ST 所見があったのは 146 人であった(図表 27)。ST 所見あり 146 人中のうち 22 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 9 人は未受診であった(図表 28)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また、要精査には該当しないが ST 所見ありの 124 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

【図表 27】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
					ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	26,531	100	3,021	11.4	146	4.8	1,301	43.1	1,576	52.2

【図表 28】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
146	100	22	15.1	13	59.1	9	40.9

②心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に、特定健康診査の「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 28 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 28】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	26531	146 0.6	1301 4.9	1576 5.9	13508 88.6
メタボ該当者	4525 17.1%	27 0.6%	265 5.9%	260 5.7%	3973 87.8%
メタボ予備群	2944 11.1%	16 0.5%	173 5.9%	157 5.3%	2598 88.2%
メタボなし	19063 71.9%	103 0.5%	863 4.5%	1159 6.1%	16938 88.9%
LDL	140-159 11.6%	14 0.5%	1224 4.0%	180 5.8%	2761 89.7%
	160-179 5.7%	12 0.8%	63 4.2%	76 5.1%	1351 89.9%
	180- 2.9%	3 0.4%	24 3.1%	41 5.4%	698 91.1%

【参考】

CKD	G3aA1~	4381	31	249	259	3842
		16.5%	0.7%	5.7%	5.9%	87.7%

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 30 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 30】

虚血性心疾患に関する症状

- ・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対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。

5) 高齢者福祉部門 (介護保険部局) との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は長寿あんしん相談センター (地域包括支援センター) 等と連携していく。

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

(1) 前年度：対象者の選定基準の決定

対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

(2) 当年度：特定健康診査結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入 (通年)

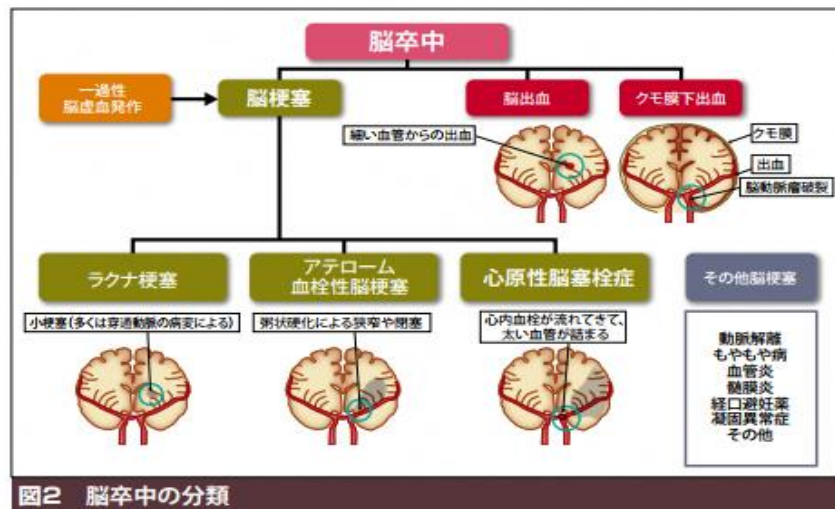
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 31、32)

【図表 31】

脳卒中の分類



※脳卒中予防の提言より抜粋

【図表 32】

脳血管疾患とリスク因子

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 33 に基づき、特定健康診査受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで、受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 33】

特定健康診査受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)	心房細動	メタリックシンド ローム	慢性腎臓病(CDK)								
特定健康診査受診者における重症 化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)							
受診者数		1100人	4.1%	2110人	8.0%	1063人	4.0%	54人	0.2%	4525人	17.1%	547人	2.1%	754人	2.8%
治療なし		578人	3.5%	1135人	4.8%	969人	4.6%	11人	0.1%	845人	6.2%	109人	0.8%	170人	1.3%
治療あり		238人	21.6%	240人	11.4%	236人	22.2%	4人	7.4%	845人	18.7%	48人	8.8%	49人	6.5%
臓器障害あり		88人	5.1%	152人	41.4%	89人	1.7%	11人	0.3%	126人	28.4%	109人	3.4%	170人	4.6%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	44人		95人		51人		0人		45人		109人		170人	
	尿蛋白(2+)以上	18人		57人		26人		0人		21人		109人		10人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	11人		20人		8人		0人		9人		0人		6人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	16人		32人		21人		0人		17人		10人		170人	
	心電図所見あり	46人		61人		44人		0人		86人		7人		9人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が1152人(4.2%)であり、606人は未治療者であった。また未治療者のうち91人(5.2%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も250人(21.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため特定健康診査受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 34)

【図表 34】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健康診査受診結果より（降圧薬治療者を除く）

（単位：人、％）

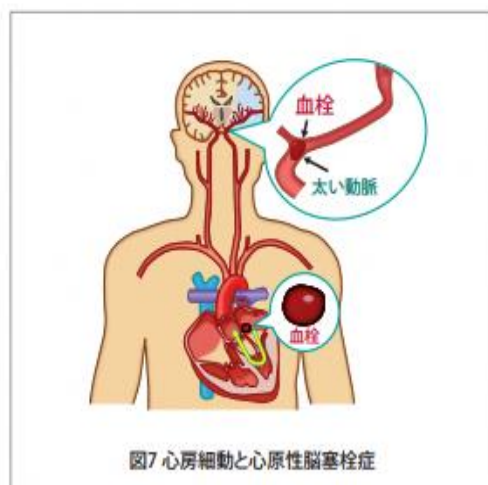
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類							低リスク群	中リスク群	高リスク群	
	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧					
	~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上					
	17,064	6,177	4,345	3,456	2,480	499	107				
		36.2%	25.5%	20.3%	14.5%	2.9%	0.6%				
リスク第1層	2,032	1,202	451	219	138	14	8	138	1,375	1,573	
		11.9%	19.5%	10.4%	6.3%	5.6%	2.8%	7.5%	0.8%	8.1%	9.2%
リスク第2層	9,419	3,416	2,416	1,930	1,361	252	44	138	14	8	
		55.2%	55.3%	55.6%	55.8%	54.9%	50.5%	41.1%	100%	1.0%	0.5%
リスク第3層	5,613	1,559	1,478	1,307	981	233	55	--	1,361	296	
		32.9%	25.2%	34.0%	37.8%	39.6%	46.7%	51.4%	--	99.0%	18.8%
再掲 重複あり	糖尿病	1,736	446	478	424	304	66	18	--	--	1,269
		30.9%	28.6%	32.3%	32.4%	31.0%	28.3%	32.7%	--	--	80.7%
慢性腎臓病 (CKD)	2,627	826	671	542	436	114	38				
	46.8%	53.0%	45.4%	41.5%	44.4%	48.9%	68.1%				
3個以上の危険因子	2,586	558	637	696	530	131	34				
	46.1%	35.8%	43.1%	53.3%	54.0%	56.2%	61.8%				

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 34 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いており、高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 35、36 は特定健康診査受診者における心房細動の有所見の状況である。



※脳卒中予防の提言より抜粋

【図表 35】

特定健康診査における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1,421	1,695	41	2.9	15	0.9	-	-
40歳代	59	44	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	98	142	3	3.1	0	0	0.8	0.1
60歳代	724	914	12	1.7	7	0.8	1.9	0.4
70～74歳	540	595	26	4.8	8	1.3	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 36】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
54	100	11	20.4	43	79.6

心電図検査において54人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に、60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また54人のうち43人は既に治療が開始されていたが、11人は特定健康診査受診で心電図検査を受けることで発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨を確実にを行い、早期介入していく必要がある。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 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、必要な受診勧奨を行っていく。また、特定健康診査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保健指導を行う。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。また、受診勧奨域の対象者の中で、腎機能が低下した者については、鹿児島市CKD予防ネットワークと連携し、病診連携の運用により適切な医療につなぐ。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）等と連携していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は、健診データやKDBシステム等を活用する。また、中長期的評価においては、他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

(1) 前年度：対象者の選定基準の決定

対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

(2) 当年度：特定健康診査結果が届き次第順次、対象者へ介入（通年）

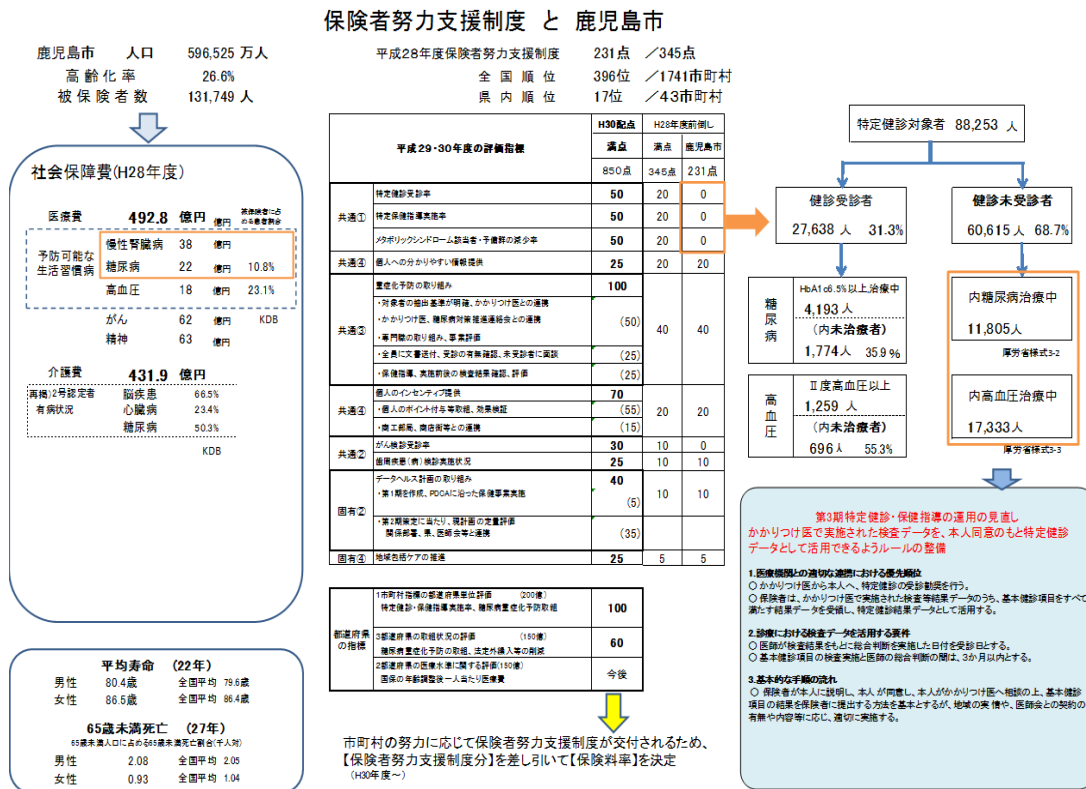
Ⅲ ポピュレーションアプローチの取組

ポピュレーションアプローチの取組として、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。（図表 37・38）

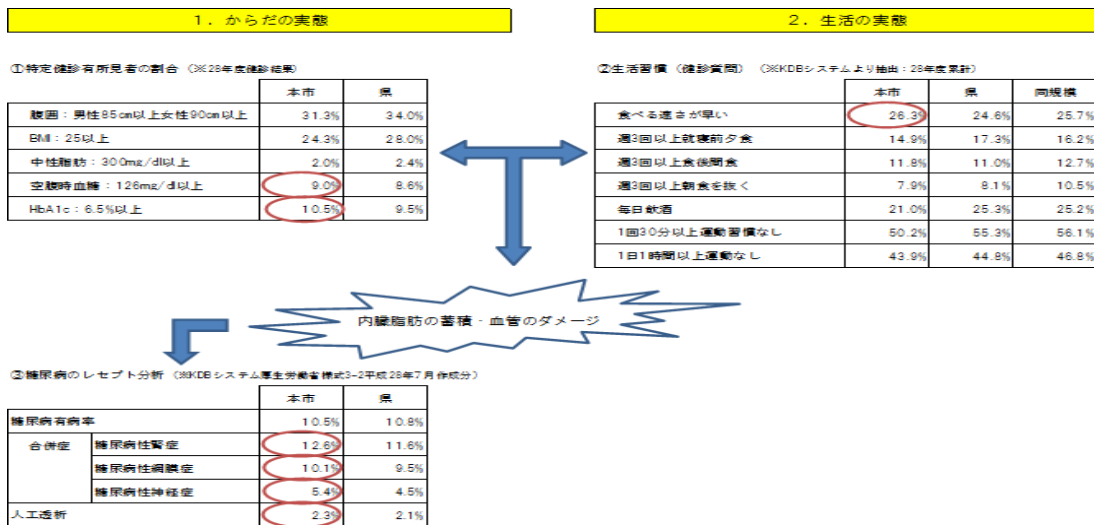
また、特定特定健康診査の受診の必要性や生活習慣病に関する理解等を市民が深められるようなイベント・セミナーを開催し、市民の健康意識の向上を図る。

本市国保の被保険者に対して広く行う予防・健康づくりの取組として、個人へのインセンティブの提供を行う。他保険者や企業等と一体となって取り組むことで、個人単位の健康づくりのみならず、社会全体での健康づくりの推進を行うことができる。

【図表 37】



【図表 38】



第5章 地域包括ケアに係る取組

団塊の世代が75歳を迎える平成37年（2025年）以降、鹿児島市も後期高齢者の占める割合は年々増加していく。「団塊の世代がより高齢になる平成52年（2040年）に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因の一つに、生活習慣病の重症化によるものがある。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、本市国保被保険者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDBシステム・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する必要がある。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉えることができる。

鹿児島県は、75歳以上割合が平成52年（2040年）には23.9%となり、4人に1人が後期高齢者になる。75歳以上人口の将来推計は、平成22年（2010年）の人口を100としたときの指数で平成52年（2040年）が168と全国・県と比較すると高い指数となっており、平成52年（2040年）には約22%が後期高齢者となる見込みである。（図表39）

市町村国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況をかんがみれば、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市町村国保にとって非常に重要である。

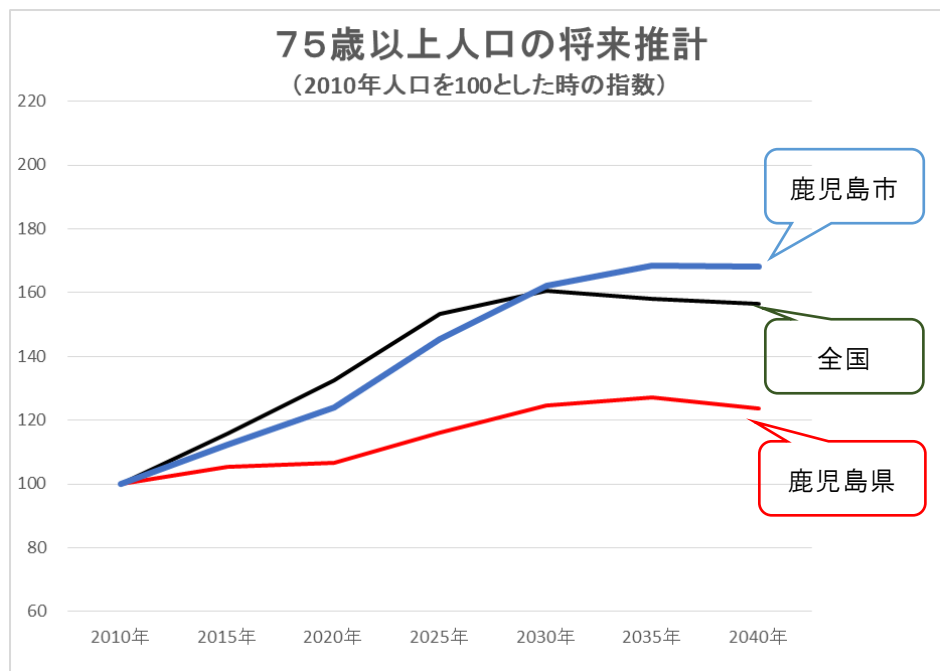
また、予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症は遺伝的な要因等もあるが、食生活や生活リズム、運動習慣などの生活習慣の乱れが背景にあり、規則正しい生活習慣を幼少期から身につけることも、発症予防に大きく関係してくる。

幼少期からの食生活や生活リズム、運動習慣への保健指導を積極的に取り組んでいくことで、将来の生活習慣病予防につながっていくため、関係機関との連携を図った取組は重要であると考えられる。近年、女性のやせ願望や20代女性のやせの高い割合があり、出生体重の減少が問題になっている。鹿児島市でも、平成17年以降出生体重の平均が3,000gを切り、その状況が続いている。妊娠中の栄養不足（出生体重の低下）や、妊娠中の栄養過多はその後の肥満や糖尿病、慢性腎臓病など、生活習慣病の発症のリスクが高くなるという報告もある。

このことから、妊娠中（胎児期）、幼少期も含めたあらゆる世代の生活習慣病予防のため、関係各課と連携し、健康増進に係る保健事業等の取組を充実させ、地域包括ケア

をすすめていくことで、地域で元気に暮らしていける鹿児島市民を増やしていくことができる。

【図表 39】



【図表 40】

前期高齢者の市町村国保に占める割合

H27年度		被保険者数 (人)		療養諸費 (円)		一人当たり 療養諸費(円)
			国保に占める割合		国保に占める割合	
国保	国保(~74歳)	438,810	100%	1,741億	100%	396,863
	前期高齢者(65~74歳)	166,243	38%	987億	57%	593,971
後期高齢者(75歳~)		261,232	-	2,791億	-	1,068,398

H27年度国民健康保険事業状況報告年報 H27年度鹿児島県後期高齢者医療事業報告

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮し、評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料13）

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

具体的な評価方法は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率や受療率、医療の動向等については定期的に行う。また、特定健康診査の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

3. 目標管理一覧

計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業見直しを行う。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値 (速報値)					中間目標					最終目標		現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35							
第三期特定保健指導計画健康診査	医療費削減のために、特定健康診査受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	達成すべき目的	特定健康診査受診率60%以上	30.8%		35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%					特定健康診査・特定保健指導結果(厚生労働省)		
				特定保健指導実施率60%以上	37.8%		40.0%	42.5%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%						
				特定保健指導対象者の減少率25%	18.0%								25.0%					
				一人当たりの医療費の伸びの抑制(前年度比)	0.1%													
	データヘルス計画	・総医療費に占める慢性腎不全(人工透析)の割合が国・県平均より高い。 ・健康データのうち、高血糖及び腎機能の有所見割合が国・県平均より高い。 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、人工透析の新規患者数を減らす	達成すべき目的	適正受診を推進し、重症化する患者を減らし、医療費の伸びを抑制する 一人当たりの入院医療費の伸び率の抑制(前年度比) ※1 一人当たりの入院医療費に占める割合の減少 ※2 脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少 ※2 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 ※2 慢性腎不全(人工透析)の総医療費に占める割合の減少 ※2 脳血管疾患新規患者数の減少(千人対) ※1 虚血性疾患新規患者数の減少(千人対) ※1 糖尿病性腎症新規患者数の減少(千人対) ※1 年間新規透析患者数の減少	2.2%		1.7%	2.88%	1.93%	7.60%	4.40%	4.87%	1.26%	176人	163人	151人	147人	KDB(国県データベース)システム 特定健康診査データ管理システム 新規じん臓機能障害1級手術所待患者数
					2.2%		1.7%	2.88%	1.93%	7.60%	4.40%	4.87%	1.26%	176人	163人	151人	147人	
					2.2%		1.7%	2.88%	1.93%	7.60%	4.40%	4.87%	1.26%	176人	163人	151人	147人	
					2.2%		1.7%	2.88%	1.93%	7.60%	4.40%	4.87%	1.26%	176人	163人	151人	147人	
					2.2%		1.7%	2.88%	1.93%	7.60%	4.40%	4.87%	1.26%	176人	163人	151人	147人	
					2.2%		1.7%	2.88%	1.93%	7.60%	4.40%	4.87%	1.26%	176人	163人	151人	147人	
第二次鹿児島市健康増進計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	達成すべき目的	健診受診者の高血圧有病率(140/90mmHg以上)の割合の減少 ※3 健診受診者の脂質異常症(LDLコレステロール160mg/dl以上)の割合の減少 ※3 健診受診者の血糖コントロール不良者(HbA1c8.4%以上)の割合の減少 ※3 メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少 ※3	24.9%	24.3%	23.6%	23.0%	22.3%	21.7%	21.0%	20.4%					KDB(国県データベース)システム 特定健康診査データ管理システム		
				12.0%	11.7%	11.5%	11.2%	11.0%	10.7%	10.4%	10.1%							
				1.20%	1.17%	1.14%	1.11%	1.08%	1.05%	1.00%	0.99%							
				28.2%	27.7%	27.1%	26.6%	26.1%	25.5%	25.0%	24.5%							

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※1: 同規模平均並みの数値を目標値とする。

※2: 県平均並みの数値を目標値とする。

※3: 第二次鹿児島市健康増進計画の最終年度が34年であるため、34年度にも評価を行う。

【図表 41】

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において公表するものとされている。

具体的な方策としては、市ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する法律や鹿児島市個人情報保護条例に基づき、庁内等での利用や外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。