

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 西之表市

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1. 背景・目的.....	1
2. 計画の位置付け.....	2
3. 計画期間.....	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携.....	4
1) 実施主体関係部の役割.....	4
2) 外部有識者等の役割.....	4
3) 被保険者の役割.....	5
5. 保険者努力支援制度.....	6
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察.....	7
1) 第1期計画に係る評価.....	7
2) 第1期に係る考察.....	12
2. 第2期計画における健康課題の明確化.....	12
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況.....	12
2) 健診受診者の実態（図表16・17）.....	15
3) 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況（図表18）.....	16
4) 未受診者の把握（図表19）.....	17
3. 目標の設定.....	17
1) 成果目標.....	17
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1. 第三期特定健診等実施計画について.....	19
2. 目標値の設定.....	19
3. 対象者の見込み.....	19
4. 特定健診の実施.....	19
(1)実施方法.....	19
(2)特定健診委託基準.....	19
(3)健診実施機関リスト.....	19
(4)特定健診実施項目.....	20
(5)実施時期.....	20
(6)医療機関との適切な連携.....	20
(7)代行機関.....	20
(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール.....	20
5. 特定保健指導の実施.....	20
(1)健診から保健指導実施の流れ.....	21
(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表24）.....	22
(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.....	23
6. 個人情報保護.....	24

(1)基本的な考え方	24
(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	24
7. 結果の報告.....	24
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	24
第4章 保健事業の内容	25
I 保健事業の方向性.....	25
II 重症化予防の取組.....	25
1. 糖尿病性腎症重症化予防	25
2. 脳血管疾患重症化予防.....	33
3. 虚血性心疾患重症化予防	39
III ポピュレーションアプローチ	43
第5章 地域包括ケアに係る取組	44
第6章 計画の評価・見直し	46
1. 評価の時期.....	46
2. 評価方法・体制	46
3. 目標管理一覧.....	47
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
1. 計画の公表・周知.....	48
2. 個人情報の取扱い.....	48
参考資料	49

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

西之表市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

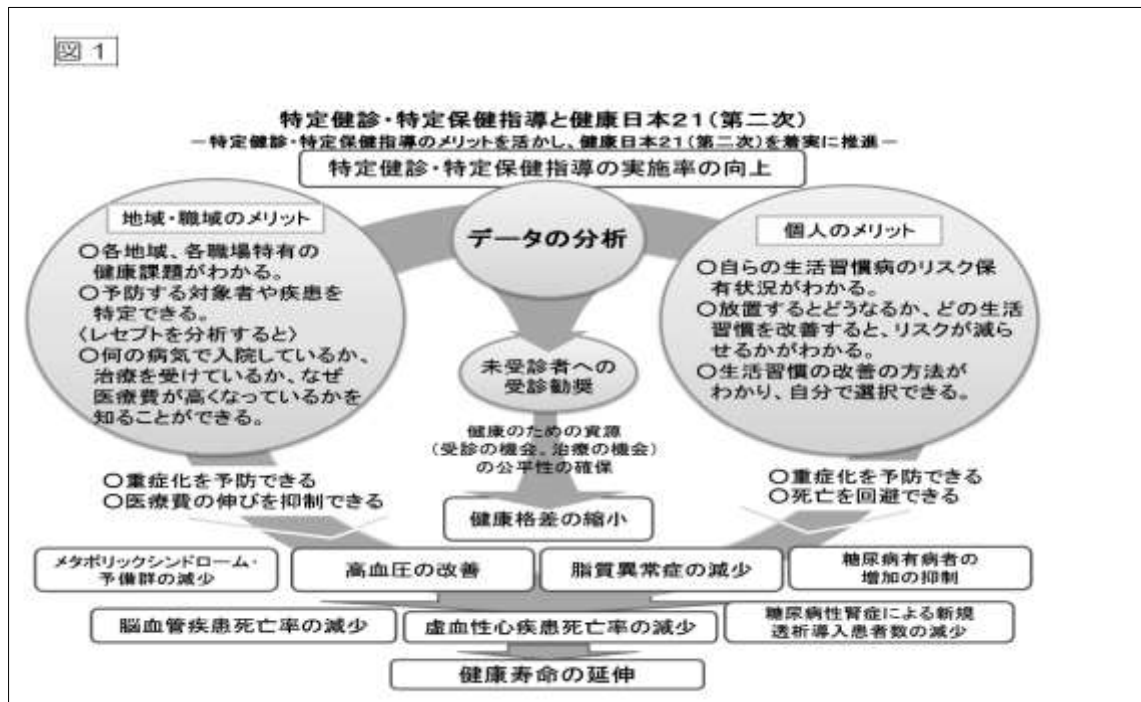
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

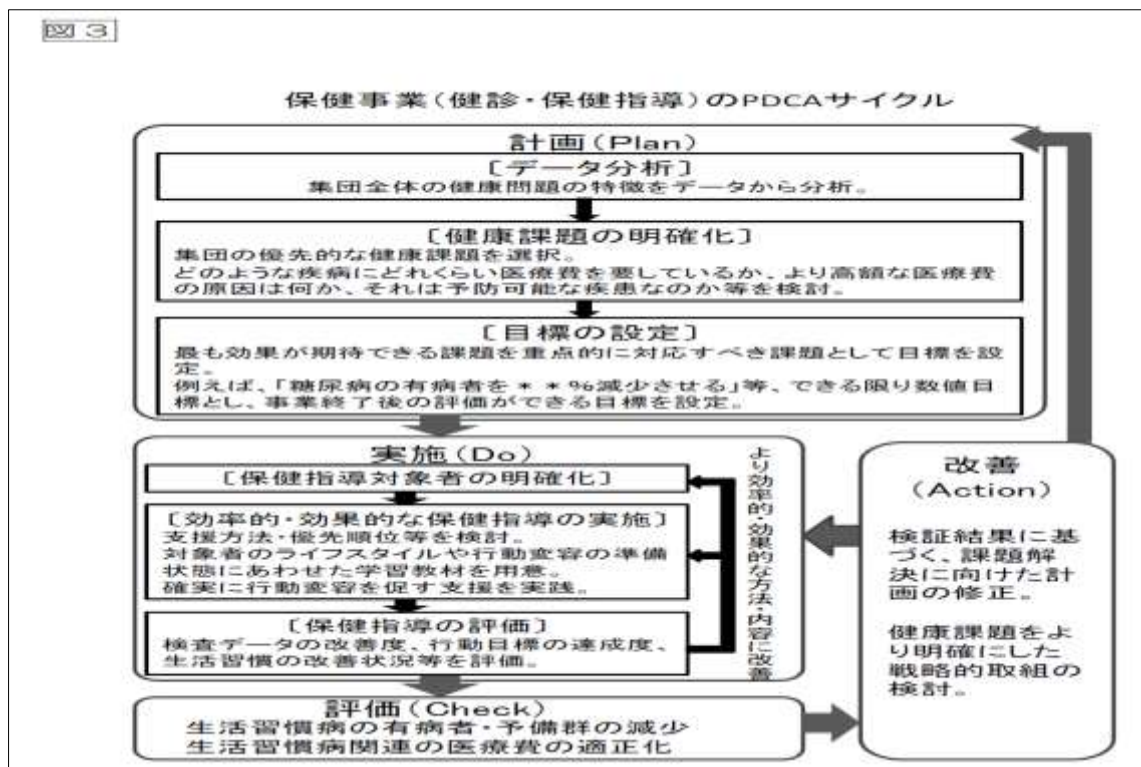
		健康増進法(第2条)とは「健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、児童福祉法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法				
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 国民の健康の増進の総合的な施策を定めるための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施に関する指針(一部改正)	厚生労働省 老健局 平成28年 介護保険事業におけ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28年2月 医療費適正化に関する指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2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
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防の観点とともに、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、 社会生活機能の維持・向上 を図る。生活習慣の改善及び社会生活機能の向上を図ることを目指す。	生活習慣の改善による糖尿病等の発症予防や重症化を、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病等を予防することができ、さらに 重症化や合併症の発生を抑制 し、入浴意欲を減らすことができ、この結果、日常生活の質の維持及び向上を図ることが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の発症予防や重症化を抑制 することを目的として、 メタボリックシンドローム を目的とし、生活習慣を改善するための特定保健指導を実施するものとする。この観点に基づき、 重症化の予防 を図る。	生活習慣病の予防 をはじめとして、被保険者の 主体的な健康増進及び病状予防の取り組み について、 保険者がその支援の中心 として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目的とする。 被保険者の健康意識の向上 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 健康意識 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自立した日常生活を営むことができるように支援することや、 重症化状態または要支援状態となることへの予防 又は、 要介護状態等の防止 により、 重症化の防止 を目的としている。	国民生活機能の維持・向上 を目的として、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費が適度に増大しないよう に努めるとともに、 良質なかつ適切な医療を効果的に提供するための施策 を推進する。	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を実現し 、良質なかつ適切な医療を効果的に提供するための施策を推進する。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年(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	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	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	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	糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 糖尿病性網膜症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん がん末期 老老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管系、腎臓病等 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、若年性慢性腎臓病 後縦脊椎症	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
評価	※5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別罹患率 ②生活習慣病(糖尿病・脂質異常症)による年齢別罹患率(人口10万人) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦生活習慣病の予防 ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の予防 ⑩生活習慣病の予防 ⑪生活習慣病の予防 ⑫生活習慣病の予防 ⑬生活習慣病の予防 ⑭生活習慣病の予防 ⑮生活習慣病の予防	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、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)を目的とする ①受診率 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特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健診結果の改善 ④生活習慣病の有病者・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介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 ②一人あたり医療費の適正化の確保 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドローム・糖尿病の減少 ⑤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疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度別)】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するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35（2023）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（2023）年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

西之表市においては、健康保険課国民健康保険係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康増進係の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、健康保険課高齢者支援室（介護保険係、包括支援係、地域包括支援センター）、福祉事務所援護係とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

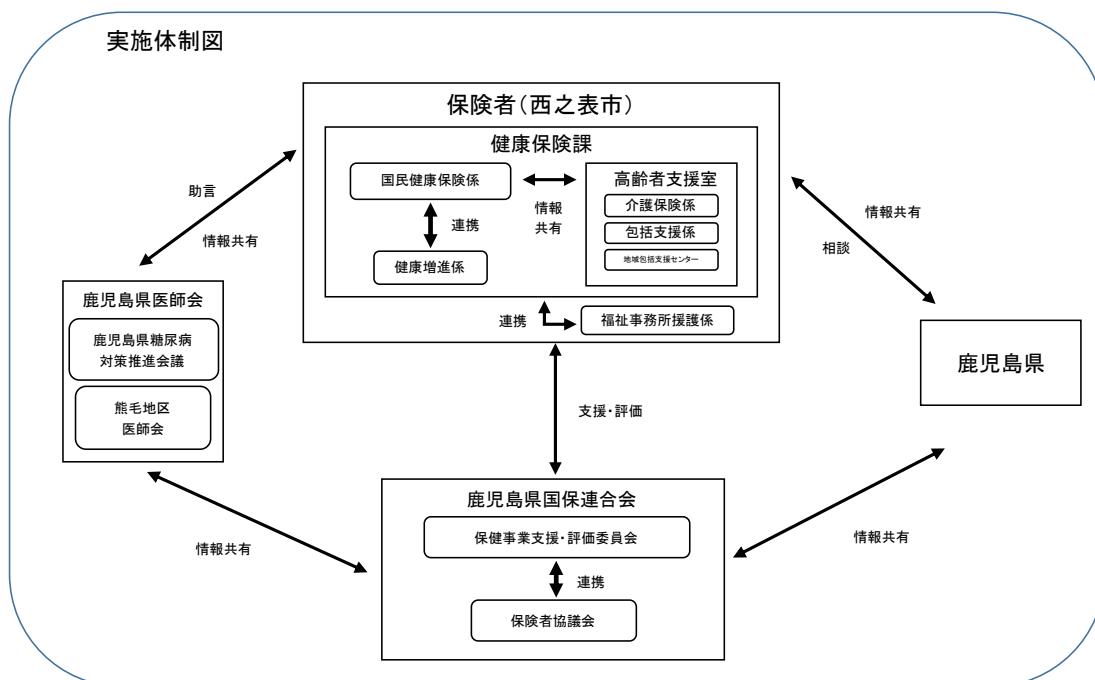
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

計画は、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に積極的に取り組むことが重要である。

西之表市の実施体制図

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		2,240		9,716	
総得点(体制構築加点含む)		183	378	617	
全国順位(1,741市町村中)		1,074	—	—	
共通 ①	特定健診受診率	0	0	20	50
	特定保健指導実施率	10	10	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5	0	20	50
共通 ②	がん検診受診率	0	10	15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	55	75	100
	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	35	55	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	14	20	35
	後発医薬品の使用割合	10	25	35	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10	25	70	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	11	21	25
	第三者求償の取組の実施状況	7	23	29	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			27	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康

課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

高齢化率は県・同規模と比べて高く、被保険者数が減っており、高齢者数が増えている。平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、高齢者数早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は0.16%減少と横ばいであるが、被保険者数が減少しているため数的には増えており、県と比較しても高い。死因別には、がん・脳疾患による死亡割合は増加しており、全国や同規模と比較すると、がん・心臓病・脳疾患による死亡率が高い傾向にある。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は2.1%減少しているが、介護給付費は約5,474万円増加しており、特に居宅サービスにおける一人当たり給付費に9,265円増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は2.1%増加し、外来費用の割合が2.1%減少していることがわかった。入院の費用額をみると、糖尿病・脂質異常症の医療費の増加が見られる。特定健診受診率の低下と、一人当たり医療費の増加や外来の件数・費用額の低下、入院の件数・費用額の増加傾向から、病状が進行してからの受診が増加していると考えられる。健診受診により早期に発見、適正な医療受診行動へとつなげるため、特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1【様式6-1】）

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

介護給付費は、平成25年度には17億4,486万円であったが、平成28年度には17億9,960万円まで増加している。また、一人当たり給付費も増加しており、同規模と比較しても高い。医療費の状況は同規模と比べて外来患者の割合が少なく、入院患者の割合が多い傾向にあり、要介護認定状況は要介護3～5の重度者が半数を超えている状況にある。サービス別にみると、居宅サービスの金額が増加し、施設サービスの金額が減少している。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	西之表市				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25年度	17億4486万円	332,101	40,316	275,321	301,072	41,726	283,881
平成28年度	17億9960万円	342,521	49,581	268,096	313,428	41,744	278,164

② 医療費の状況（図表 7）

西之表市の平成 25 年度の総医療費は 17 億 51 万円だったが、平成 28 年度には 4,190 万円増加し、17 億 5,861 万円となっている。平成 28 年度の一人当たり医療費は 27,840 円であり、同規模市町村と比較して約 2 倍の伸び率となっている。特に入院の伸び率が上昇し入院外が低下している。

医療費の変化

【 図表 7 】

項目	総医療費(円)											
	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	17億51万円			9億2735万円				7億7316万円			
	H28年度	17億5861万円	4190万円	3.4	0.2	9億9496万円	3239万円	7.3	0.463	7億6365万円	951万円	-1.2
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	23,720			12,940				10,780			
	H28年度	27,840	4,120	17.4	8.2	15,750	2,810	21.7	8.5	12,090	1,310	12.2

※KDBの1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）

疾病分類別にみた平成 28 年度の医療費は、平成 25 年度と比較して、総医療費が約 5,800 万円増加、一人当たり医療費が約 4,000 円増加している。短期目標疾患では糖尿病の割合が 0.04%上昇し、中長期目標疾患では慢性腎不全（透析無）が 0.1%上昇しているが、目標疾患医療費の総額としては 4.17%減少している。その他の疾患では、新生物、筋・骨疾患の占める割合が上昇している。短期目標疾患は全国と比較して医療費が少なく、外来医療費が少ないことや特定健診受診率が低いことが要因として考えられる。中長期目標疾患は脳疾患が減少しており、脳卒中プロジェクトとして第 1 期計画から高血圧対策に力を入れてきた。腎疾患では慢性腎不全が全国と比較して多く、入院医療費が多いことや特定健診の受診率が低いこと、糖尿病が増えていることが要因として考えられるため、これから取り組んでいきたい。

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 8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内													
同規模区分 西之表市	H25	1,700,513,070	23,721	176位	33位	6.42%	0.13%	3.80%	2.87%	3.96%	5.26%	2.05%	416,668,280	24.50%	13.17%	12.01%	9.60%
	H28	1,758,611,670	27,834	134位	30位	6.20%	0.23%	2.87%	1.53%	4.00%	3.82%	1.69%	357,533,440	20.33%	15.34%	11.47%	10.67%
H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%
	全国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%
H28	鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	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 中長期的な疾患（図表 9）

中長期目標疾患の虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のレセプトから、高血圧、糖尿病、脂質異常症の生活習慣病の有病状況を分析すると、いずれの疾患も高血圧の有病割合が7割以上を占めている。脳血管疾患では脳卒中プロジェクトの取り組みにより64歳以下が特に減っている。人工透析については、被保険者数は減っているが割合に変化はなく、糖尿病が6割に増えているため対策の必要がある。年齢で見ると65歳以上の有病率が高くなっており、若年からの早期対策が必要である。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6037	244	4.0	49	20.1	18	7.4	191	78.3	77	31.6	123	50.4	
	64歳以下	4184	76	1.8	14	18.4	12	15.8	57	75.0	20	26.3	28	36.8	
	65歳以上	1853	168	9.1	35	20.8	6	3.6	134	79.8	57	33.9	95	56.5	
H28	全体	5402	217	4.0	45	20.7	16	7.4	172	79.3	59	27.2	120	55.3	
	64歳以下	3471	73	2.1	10	13.7	9	12.3	51	69.9	16	21.9	35	47.9	
	65歳以上	1931	144	7.5	35	24.3	7	4.9	121	84.0	43	29.9	85	59.0	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6037	270	4.5	49	18.1	7	2.6	212	78.5	73	27.0	117	43.3	
	64歳以下	4184	87	2.1	14	16.1	5	5.7	63	72.4	27	31.0	34	39.1	
	65歳以上	1853	183	9.9	35	19.1	2	1.1	149	81.4	46	25.1	83	45.4	
H28	全体	5402	234	4.3	45	19.2	4	1.7	201	85.9	61	26.1	122	52.1	
	64歳以下	3471	56	1.6	10	17.9	2	3.6	46	82.1	19	33.9	32	57.1	
	65歳以上	1931	178	9.2	35	19.7	2	1.1	155	87.1	42	23.6	90	50.6	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6037	24	0.4	7	29.2	18	75.0	23	95.8	14	58.3	2	8.3	
	64歳以下	4184	17	0.4	5	29.4	12	70.6	16	94.1	8	47.1	2	11.8	
	65歳以上	1853	7	0.4	2	28.6	6	85.7	7	100.0	6	85.7	0	0.0	
H28	全体	5402	23	0.4	4	17.4	16	69.6	22	95.7	14	60.9	6	26.1	
	64歳以下	3471	13	0.4	2	15.4	9	69.2	13	100.0	7	53.8	3	23.1	
	65歳以上	1931	10	0.5	2	20.0	7	70.0	9	90.0	7	70.0	3	30.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

短期目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症のレセプトから、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析、糖尿病性腎症の生活習慣病の有病状況を分析すると、中長期的な目標疾患では、いずれも脳血管疾患の有病率が多くを占めている。短期的な目標疾患に着目すると、糖尿病の割合は増えてきており、透析の割合が増え、糖尿病性腎症の割合も増えている。高血圧の割合は高血圧対策により医療機関への受診が増えたことで虚血性心疾患、脳血管疾患が減少している。平成25年度との比較では平成28年度の被保険者数は減少しているが、有病率は上昇している。年齢別では、65歳以上の有病率が高くなっており、若年からの早期対策が必要である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標								
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6037	372	6.2	31	8.3	266	71.5	187	50.3	77	20.7	73	19.6	14	3.8	18	4.8	
	64歳以下	4184	157	3.8	12	7.6	100	63.7	78	49.7	20	12.7	27	17.2	8	5.1	7	4.5	
	65歳以上	1853	215	11.6	19	8.8	166	77.2	109	50.7	57	26.5	46	21.4	6	2.8	11	5.1	
H28	全体	5402	350	6.5	38	10.9	267	76.3	207	59.1	59	16.9	61	17.4	14	4.0	25	7.1	
	64歳以下	3471	126	3.6	18	14.3	85	67.5	77	61.1	16	12.7	19	15.1	7	5.6	7	5.6	
	65歳以上	1931	224	11.6	20	8.9	182	81.3	130	58.0	43	19.2	42	18.8	7	3.1	18	8.0	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6037	1136	18.8	266	23.4	536	47.2	191	16.8	212	18.7	23	2.0	
	64歳以下	4184	431	10.3	100	23.2	182	42.2	57	13.2	63	14.6	16	3.7	
	65歳以上	1853	705	38.0	166	23.5	354	50.2	134	19.0	149	21.1	7	1.0	
H28	全体	5402	1123	20.8	267	23.8	573	51.0	172	15.3	201	17.9	22	2.0	
	64歳以下	3471	368	10.6	85	23.1	173	47.0	51	13.9	46	12.5	13	3.5	
	65歳以上	1931	755	39.1	182	24.1	400	53.0	121	16.0	155	20.5	9	1.2	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6037	737	12.2	187	25.4	536	72.7	123	16.7	117	15.9	2	0.3	
	64歳以下	4184	276	6.6	78	28.3	182	65.9	28	10.1	34	12.3	2	0.7	
	65歳以上	1853	461	24.9	109	23.6	354	76.8	95	20.6	83	18.0	0	0.0	
H28	全体	5402	738	13.7	207	28.0	573	77.6	120	16.3	122	16.5	6	0.8	
	64歳以下	3471	243	7.0	77	31.7	173	71.2	35	14.4	32	13.2	3	1.2	
	65歳以上	1931	495	25.6	130	26.3	400	80.8	85	17.2	90	18.2	3	0.6	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

西之表市の特定健診受診者の有所見者割合について見ると、BMI と腹囲については、男女ともに微減となっているが、健診受診者が平成 27 年度と平成 28 年度の 2 年間で減少していることも考慮する必要があり、全国や県と比較してもまだ高い傾向にある。メタボ予備群と該当者の割合についても、減少傾向にあるが、空腹時血糖が男女ともに高く、生活習慣の改善が必要である。また、有所見者の医療機関受診率は低く、治療に繋がっていない状況がある。

【図表 11】

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)

☆No.23帳票

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
H25	合計	238	37.3	341	53.2	149	23.2	136	21.2	68	10.6	293	45.7	285	44.5	97	15.1	354	55.2	164	25.6	283	44.1	13	2.0
	40-64	108	38.6	146	52.1	80	28.6	74	26.4	28	10.0	110	39.3	105	37.5	52	18.6	127	45.4	78	27.9	145	51.8	2	0.7
	65-74	131	36.3	195	54.0	69	19.1	62	17.2	40	11.1	183	50.7	180	49.9	45	12.5	227	62.9	86	23.8	138	38.2	11	3.0
H28	合計	228	36.3	332	52.9	121	19.3	133	21.2	50	8.0	304	48.4	255	40.6	76	12.1	335	53.3	156	24.8	258	41.1	17	2.7
	40-64	97	37.9	131	51.2	65	25.4	64	25.0	19	7.4	122	47.7	92	35.9	39	15.2	118	46.1	73	28.5	124	48.4	5	2.0
	65-74	131	35.2	201	54.0	56	15.1	69	18.5	31	8.3	182	48.9	163	43.8	37	9.9	217	58.3	83	22.3	134	36.0	12	3.2

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
H25	合計	258	32.1	234	29.1	92	11.5	63	7.8	38	4.7	195	24.3	333	41.5	16	2.0	395	49.2	134	16.7	434	54.0	2	0.2
	40-64	83	27.2	76	24.9	37	12.1	29	9.5	16	5.2	60	19.7	106	34.8	1	0.3	118	38.7	55	18.0	175	57.4	1	0.3
	65-74	175	35.1	158	31.7	55	11.0	34	6.8	22	4.4	135	27.1	227	45.6	15	3.0	277	55.6	79	15.9	259	52.0	1	0.2
H28	合計	217	28.9	177	23.6	87	11.6	63	8.4	18	2.4	193	25.7	268	35.7	15	2.0	348	46.3	114	15.2	395	52.6	1	0.1
	40-64	82	28.8	62	21.8	34	11.9	29	10.2	8	2.8	70	24.6	86	30.2	0	0.0	109	38.2	52	18.2	156	54.7	0	0.0
	65-74	135	29.0	115	24.7	53	11.4	34	7.3	10	2.1	123	26.4	182	39.1	15	3.2	239	51.3	62	13.3	239	51.3	1	0.2

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)

☆No.24帳票

男性		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	人数	割合
H25	合計	641	32.6	36	5.6%	121	18.9%	5	0.8%	98	15.3%	18	2.8%	184	28.7%	51	8.0%	11	1.7%	74	11.5%	48	7.5%
	40-64	280	24.1	21	7.5%	53	18.9%	2	0.7%	39	13.9%	12	4.3%	72	25.7%	15	5.4%	7	2.5%	32	11.4%	18	6.4%
	65-74	361	44.8	15	4.2%	68	18.8%	3	0.8%	59	16.3%	6	1.7%	112	31.0%	36	10.0%	4	1.1%	42	11.6%	30	8.3%
H28	合計	628	33.6	48	7.6%	113	18.0%	6	1.0%	88	14.0%	19	3.0%	171	27.2%	43	6.8%	5	0.8%	66	10.5%	57	9.1%
	40-64	256	25.8	24	9.4%	50	19.5%	3	1.2%	32	12.5%	15	5.9%	57	22.3%	10	3.9%	5	2.0%	24	9.4%	18	7.0%
	65-74	372	42.3	24	6.5%	63	16.9%	3	0.8%	56	15.1%	4	1.1%	114	30.6%	33	8.9%	0	0.0%	42	11.3%	39	10.5%

女性		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		
H25	合計	803	39.5	39	4.9%	92	11.5%	4	0.5%	68	8.5%	20	2.5%	103	12.8%	15	1.9%	6	0.7%	58	7.2%	24	3.0%
	40-64	305	29.7	20	6.6%	29	9.5%	1	0.3%	19	6.2%	9	3.0%	27	8.9%	7	2.3%	2	0.7%	13	4.3%	5	1.6%
	65-74	498	49.5	19	3.8%	63	12.7%	3	0.6%	49	9.8%	11	2.2%	76	15.3%	8	1.6%	4	0.8%	45	9.0%	19	3.8%
H28	合計	751	41.7	20	2.7%	72	9.6%	4	0.5%	62	8.3%	6	0.8%	85	11.3%	14	1.9%	4	0.5%	48	6.4%	19	2.5%
	40-64	285	33.7	10	3.5%	23	8.1%	1	0.4%	19	6.7%	3	1.1%	29	10.2%	7	2.5%	1	0.4%	15	5.3%	6	2.1%
	65-74	466	48.8	10	2.1%	49	10.5%	3	0.6%	43	9.2%	3	0.6%	56	12.0%	7	1.5%	3	0.6%	33	7.1%	13	2.8%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診の受診率については、平成 25 年度と比較すると平成 28 年度は 1.5%の増となっているが、同規模市町村の中では低い位置にとどまっている。特定保健指導については、実施時間帯を増やすことに加え、勧奨を行う事で実施率は 17.9%の増となっている。受診勧奨者を見ると、医療機関受診率が低下しており、医療機関受診勧奨者のうち医療機関を受診していない人の割合が全国・県・同規模と比較しても高い状況である。

【図表 12】
KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	1,444	4,004	36.1	143	228	67	29.4	52.7	50.8
H28年度	1,379	3,672	37.6	154↓	201	95	47.3↑	50.0↓	51.2

2) 第 1 期に係る考察

西之表市では、入院費用が増加し、外来費用が減少していることや特定健診の受診率が低いことから、症状が重症化してから医療機関を受診しているとみられ、早世（65 歳以下）死亡の割合が高く、透析患者数も減っていない。

目標疾患の総医療費が、医療費全体に占める割合は減少傾向にあるが、中長期目標疾患（人工透析、脳血管疾患、虚血性心疾患）のレセプト分析に見られるように、高血圧が引き金になっている。短期目標疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症）については、それぞれが他疾患を誘発していることが分かる。

また、健診結果にみられる有所見項目について、空腹時血糖が高い傾向があるため、生活習慣を改善し、短期目標疾患から中長期目標疾患へ悪化しないよう保健事業、保健指導等を行っていく必要がある。

第 1 期の取り組みとして脳卒中プロジェクトでは高血圧に対して受診勧奨や減塩教育等の取り組みを行うことにより医療機関受診や減塩意識の向上に繋がり、脳血管疾患の有病率が低下した。

年齢別では 65 歳以上の有病率が高くなっており、若年期の生活習慣や健康管理が影響しているとみられる。健診による病気の早期発見、医療機関の早期受診へつなげ、医療費適正化、介護給付費の抑制となるよう努めなければならない。

2. 第 2 期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

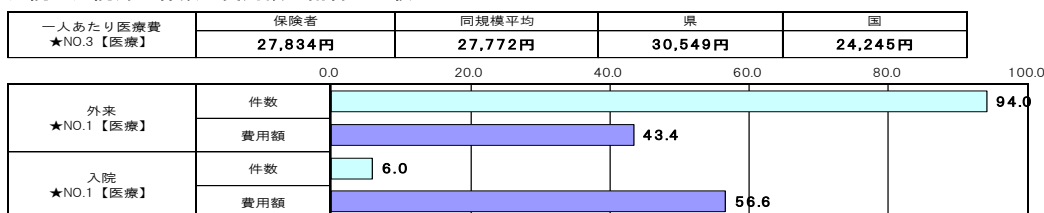
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

入院・外来別の件数を見ると、外来の件数が94%と多いが、費用を比較すると入院が56.6%となっており、1件当たりの入院費用が高く、医療費が増加している要因となっている。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO 【図表13】

1 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14)

高額になる疾患を見ると、がんが3割を占め、続いて脳血管疾患が続いている。長期入院については脳血管疾患、虚血性心疾患が25%を占めており、高額になる疾患については虚血性心疾患と脳血管疾患の人数は多くないが、費用額は高い傾向にある。また、人工透析患者は糖尿病性腎症、虚血性心疾患ともに6割と多く、費用額も高い。これらのことから中長期目標である糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を重点的に改善していくことが医療費の抑制となる。

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14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	198人	16人 8.1%	6人 3.0%	63人 31.8%	127人 64.1%		
		件数	364件	40件 11.0%	6件 1.6%	108件 29.7%	210件 57.7%		
		年 代 別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	27	12.9%
			40代	0	0.0%	0	0.0%	6	2.9%
			50代	0	0.0%	2	33.3%	18	16.7%
			60代	18	45.0%	3	50.0%	67	62.0%
70-74歳	22	55.0%	1	16.7%	17	15.7%			
費用額	4億7596万円	4132万円 8.7%	1000万円 2.1%	1億3875万円 29.2%	2億8589万円 60.1%				

*最大医療資源債権名(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。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	48人	34人 70.8%	5人 10.4%	7人 14.6%
		件数	479件	351件 73.3%	40件 8.4%	65件 13.6%
		費用額	2億0843万円	1億2582万円 60.4%	2077万円 10.0%	2892万円 13.9%

*精神疾患については最大医療資源債権名(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)

厚労省様式	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	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	23人	14人 60.9%	4人 17.4%	16人 69.6%
		H28年度 累計	337件	213件 63.2%	59件 17.5%	198件 58.8%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	1億4372万円	8960万円 62.3%	2535万円 17.6%	8524万円 59.3%

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	1,803人	234人 13.0%	217人 12.0%	25人 1.4%	
		の 基 礎 疾 病 な り 患 者	高血圧	201人 85.6%	172人 79.3%	20人 80.0%	
			糖尿病	61人 26.1%	59人 27.2%	25人 100.0%	
			脂質異常症	122人 52.1%	120人 55.3%	16人 64.0%	
		高血圧症	糖尿病	1,123人 62.3%	350人 19.4%	738人 40.9%	193人 10.7%

○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15)

介護保険サービス利用者の疾病状況を見ると、全ての年代で脳卒中をはじめとする血管疾患が8割を占めている。血管疾患の中では、高血圧が多く、また、筋骨格系の疾患も多いことを見ると、早期の生活習慣改善、運動指導が重要となってくる。また40歳～74歳は特定健診対象年齢と重なるため、受診率の向上を目指し、これらの疾患の対策を行うことにより介護予防につなげることができる。

2号認定率は県と比較して高く、新規認定者も7人おり、要介護3～5の重度の人が6割以上である。有病状況を見ると、脳卒中が半数を超えており、解決策として高血圧対策を引き続き取り組み、介護予防に繋げていきたい。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表15】

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	5,954人		2,323人		2,931人		5,254人		11,208人								
認定者数	29人		98人		972人		1,070人		1,099人									
	認定率		0.49%		4.2%		33.2%		20.4%		9.8%							
新規認定者数(*1)		7人		19人		96人		115人		122人								
介護度別人数	要支援1・2		4	13.8%	15	15.3%	162	16.7%	177	16.5%	181	16.5%						
	要介護1・2		5	17.2%	39	39.8%	316	32.5%	355	33.2%	360	32.8%						
	要介護3～5		20	69.0%	44	44.9%	494	50.8%	538	50.3%	558	50.8%						
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	介護件数(全体)		29		98		972		1,070		1,099							
再) 国保・後期		18		85		920		1,005		1,023								
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	10	55.6%	脳卒中	30	35.3%	脳卒中	446	48.5%	脳卒中	476	47.4%	脳卒中	486	47.5%
			2	虚血性心疾患	5	27.8%	虚血性心疾患	21	24.7%	虚血性心疾患	358	38.9%	虚血性心疾患	379	37.7%	虚血性心疾患	384	37.5%
			3	腎不全	2	11.1%	腎不全	10	11.8%	腎不全	93	10.1%	腎不全	103	10.2%	腎不全	105	10.3%
		基礎疾患(*2)	糖尿病	5	27.8%	糖尿病	30	35.3%	糖尿病	231	25.1%	糖尿病	261	26.0%	糖尿病	266	26.0%	
			高血圧	9	50.0%	高血圧	51	60.0%	高血圧	767	83.4%	高血圧	818	81.4%	高血圧	827	80.8%	
			脂質異常症	4	22.2%	脂質異常症	34	40.0%	脂質異常症	369	40.1%	脂質異常症	403	40.1%	脂質異常症	407	39.8%	
	血管疾患合計		合計	14	77.8%	合計	70	82.4%	合計	850	92.4%	合計	920	91.5%	合計	934	91.3%	
	認知症		認知症	4	22.2%	認知症	17	20.0%	認知症	374	40.7%	認知症	391	38.9%	認知症	395	38.6%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	11	61.1%	筋骨格系	70	82.4%	筋骨格系	873	94.9%	筋骨格系	943	93.8%	筋骨格系	954	93.3%	

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	10,678						
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	5,207						

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診データから有所見者割合を見ると、男女ともに腹囲、空腹時血糖、血圧が高い傾向にある。年代別では65歳未満の中性脂肪やLDLコレステロールが高い傾向にある。メタボの予備群、該当者を見ると65歳以上の割合が高いので、若年期の生活習慣が影響を及ぼしているとも考えられる。65歳未満は健診受診率が低いので、早期発見のためにも若年層の健診受診が重要となってくる。

【図表 16】

4 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)

★NO.23 (概要)

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	306		502		282		205		86		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	17,687	32.4	28,019	51.4	13,109	24.0	11,162	20.5	5,501	10.1	23,746	43.5	26,618	48.8	7,207	13.2	27,790	50.9	10,793	19.8	22,792	41.8	1,460	2.7	
保険者	合計	228	36.3	332	52.9	121	19.3	133	21.2	50	8.0	304	48.4	255	40.6	76	12.1	335	53.3	156	24.8	258	41.1	17	2.7
	40-64	97	37.9	131	51.2	65	25.4	64	25.0	19	7.4	122	47.7	92	35.9	39	15.2	118	46.1	73	28.5	124	48.4	5	2.0
	65-74	131	35.2	201	54.0	56	15.1	69	18.5	31	8.3	182	48.9	163	43.8	37	9.9	217	58.3	83	22.3	134	36.0	12	3.2

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		
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	
保険者	合計	217	28.9	177	23.6	87	11.6	63	8.4	18	2.4	193	25.7	268	35.7	15	2.0	348	46.3	114	15.2	395	52.6	1	0.1
	40-64	82	28.8	62	21.8	34	11.9	29	10.2	8	2.8	70	24.6	86	30.2	0	0.0	109	38.2	52	18.2	156	54.7	0	0.0
	65-74	135	29.0	115	24.7	53	11.4	34	7.3	10	2.1	123	26.4	182	39.1	15	3.2	239	51.3	62	13.3	239	51.3	1	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概要)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
全国	3,416,820				588,308	17.2%							940,335	27.5%									
県	54,545	39.3	2,850	5.2%	9,606	17.6%	672	1.2%	7,066	13.0%	1,868	3.4%	15,563	28.5%	3,247	6.0%	789	1.4%	6,750	12.4%	4,777	8.8%	
保険者	合計	628	33.6	48	7.6%	113	18.0%	6	1.0%	88	14.0%	19	3.0%	171	27.2%	43	6.8%	5	0.8%	66	10.5%	57	9.1%
	40-64	256	25.8	24	9.4%	50	19.5%	3	1.2%	32	12.5%	15	5.9%	57	22.3%	10	3.9%	5	2.0%	24	9.4%	18	7.0%
	65-74	372	42.3	24	6.5%	63	16.9%	3	0.8%	56	15.1%	4	1.1%	114	30.6%	33	8.9%	0	0.0%	42	11.3%	39	10.5%

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
全国	4,481,600				259,425	5.8%							425,520	9.5%									
県	70,317	46.6	1,702	2.4%	4,982	7.1%	265	0.4%	3,766	5.4%	951	1.4%	7,600	10.8%	1,141	1.6%	315	0.4%	3,909	5.6%	2,235	3.2%	
保険者	合計	751	41.7	20	2.7%	72	9.6%	4	0.5%	62	8.3%	6	0.8%	85	11.3%	14	1.9%	4	0.5%	48	6.4%	19	2.5%
	40-64	285	33.7	10	3.5%	23	8.1%	1	0.4%	19	6.7%	3	1.1%	29	10.2%	7	2.5%	1	0.4%	15	5.3%	6	2.1%
	65-74	466	48.8	10	2.1%	49	10.5%	3	0.6%	43	9.2%	3	0.6%	56	12.0%	7	1.5%	3	0.6%	33	7.1%	13	2.8%

3) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 18)

健診継続受診者のうち、医療機関で治療を受けていて、受診勧奨レベルにある人は、高血糖 (HbA1c) が 51.5%、高血圧 39.7%、脂質異常 (LDL コレステロール) 13.6% となっている。医療機関で治療を受けていないものと比較した場合、高血糖については治療中にも関わらず数値がコントロールできていないことが伺える。また健診の結果、受診勧奨レベルにあるのに医療機関を受診していない人が高血圧、脂質異常ともに新規健診受診者の 3 割を超えるので、確実な医療機関の受診につなげる必要がある。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



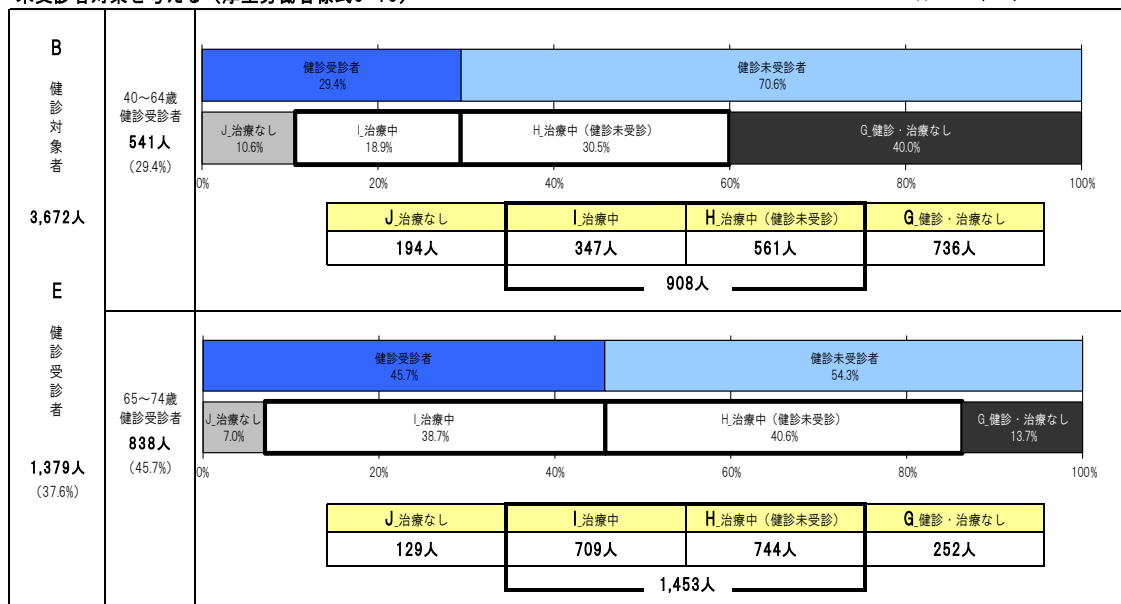
4) 未受診者の把握 (図表 19)

健診の受診状況を見ると、40～64歳の健診未受診者が7割と高く、その中で医療機関での治療なしの人が4割と多い。一方、65～74歳をみると健診未受診者は5割となり、その中で医療機関での治療なしの人が1割となっている。健診未受診で病気の発見が遅れ、病状が進行してから治療を行っている傾向があるため、介護保険2号認定率や早世死亡の割合が高くなることに繋がっている。また、健診の未受診者の生活習慣病の治療費は、健診受診者の約2倍となっており、健診の受診率を高めることで、医療費の適正化につなげる必要がある。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

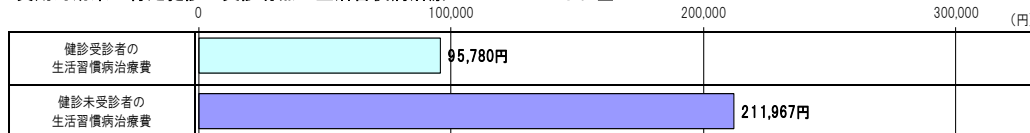
★NO.26 (CSV)



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

7 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

★NO.3.⑥



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

3. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か

月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とする。2023年度には2018（平成30）年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。また、3年後の2020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、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、西之表市の医療の傾向として、健診未受診、医療機関未受診の状態で自覚症状のないまま重症化し、入院費用が伸びていることが明らかである。医療費適正化の観点からも、特定健診受診率を上げて、早期発見から早期治療につなげることで、定期的な受診を促し、入院の医療費の伸びを抑えることを目標とし、2023年度には同規模自治体の平均43.1%並みとすることを目指す。

（2）短期的な目標の設定

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を25%減らしていくことを短期的な目標とする。其々の目標については、健康課題に対して年度ごとの目標を設定する。【図表44】

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年ごとに血圧、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する。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、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う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第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る。

なお、第一期及び第二期は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年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度 (2019年)	平成32年度 (2020年)	平成33年度 (2021年)	平成34年度 (2022年)	平成35年度 (2023年)
特定健診実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度 (2019年)	平成32年度 (2020年)	平成33年度 (2021年)	平成34年度 (2022年)	平成35年度 (2023年)
特定健診	対象者数	3,637人	3,494人	3,357人	3,225人	3,099人	2,978人
	受診者数	1,455人	1,538人	1,612人	1,678人	1,736人	1,786人
特定保健指導	対象者数	185人	175人	165人	155人	145人	135人
	受診者数	92人	91人	89人	86人	84人	81人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。集団健診については、実施機関と西之表市の間で委託契約を行い、個別健診については熊毛地区医師会が市内実施機関の取りまとめを行い、熊毛地区医師会と西之表市の間で委託契約を行う。

- ① 集団健診(委託機関：鹿児島県厚生農業協同組合連合会、
鹿児島県民総合保健センター
実施場所：西之表市保健センター「すこやか」)
- ② 個別健診(種子島医療センター、松崎医院、井元医院、中目医院、百合砂診療所)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、西之表市のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.city.nishinoomote.lg.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、追加の検査（腎機能検査[クレアチニン・尿酸]）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5)実施時期

4 月から翌年 1 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

【図表 22】

健診の案内方法	
特定健診受診券を発行し郵送する。市内各店舗（16カ所）ポスター掲示、チラシ・お知らせ発行、ホームページ及び広報誌掲載。集団健診前は、防災無線による市内全域に放送、横断幕（2カ所）、のぼり旗の設置による広報活動。また、高齢者支援協議会などの大勢の人が集まる場所での周知や市内市街地で放送しているCMでの周知。市内の医療機関での情報提供や職場健診の情報提供を求めるなど取り組みを行う。	
健診実施スケジュール	
4 月～5 月	特定健診等のポスター掲示、チラシの配布等
4 月末～5 月上旬	受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）
5 月中旬	受診券送付
5 月下旬	横断幕、のぼり設置（集団健診の数日前に設置）
6 月～1 月末	個別健診が市内医療機関で開始（5ヶ所）
6 月上旬	集団健診実施（鹿児島県厚生農業協同組合連合会）
7 月下旬	集団健診実施（鹿児島県民総合保健センター）
7 月～翌年 3 月	未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
1 0 月	前年度の実績報告
1 0 月上旬	特定健診未受診者受診勧奨のハガキを送付
	未受診者を対象に勧奨の電話、自宅訪問を実施
1 1 月中旬	脱漏健診実施（鹿児島県厚生農業協同組合連合会）
1 2 月	当初予算案作成
3 月	市民フェアにて健診優秀地区の表彰
3 月～4 月	受診結果の把握、広報、チラシ等の準備

5. 特定保健指導の実施

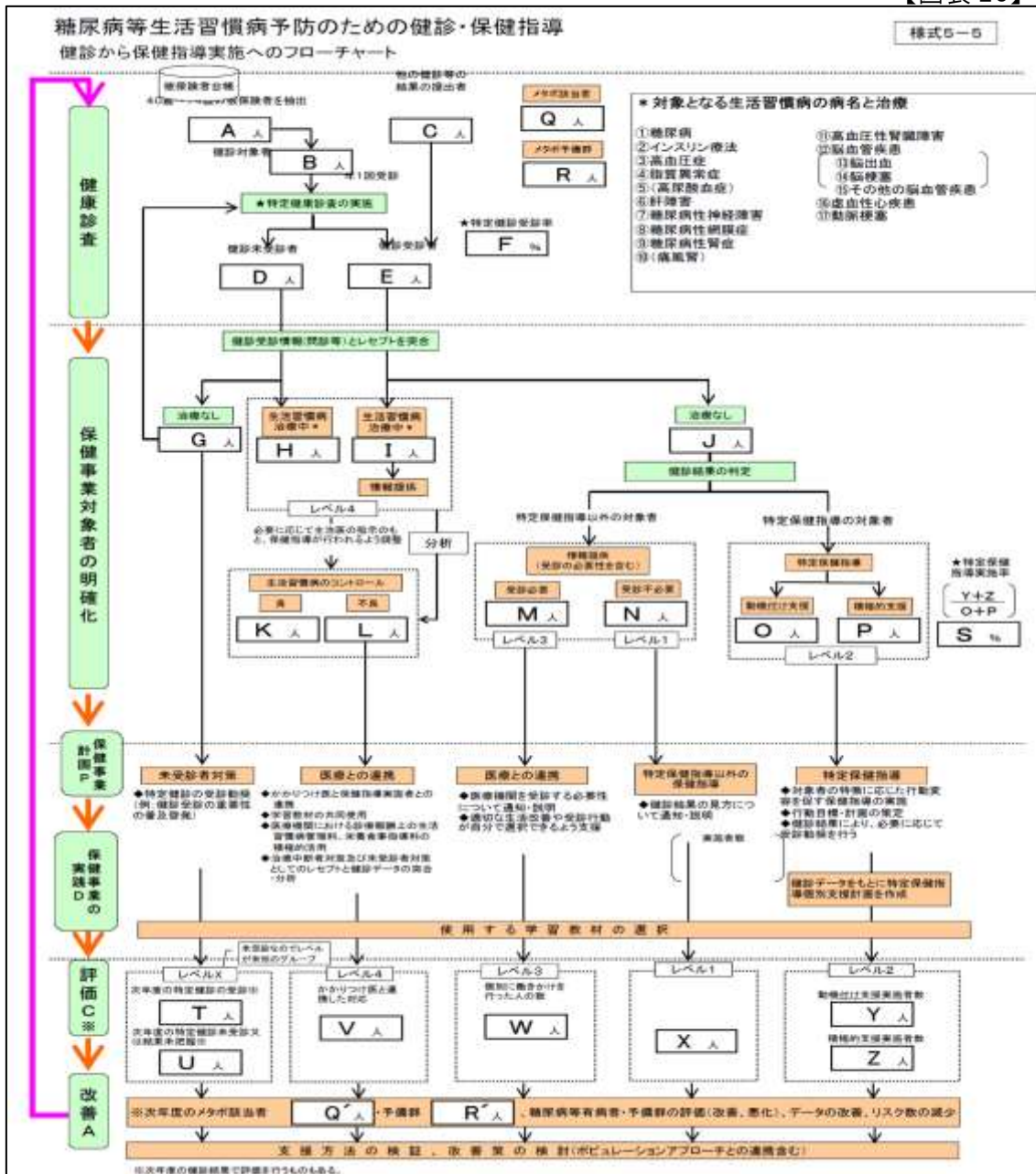
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一部特定保健指導実施機関（鹿児島県厚生農業協同組合連合会、鹿児島県民総合保健センター）に委託し、健康

増進係と連携して行う。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

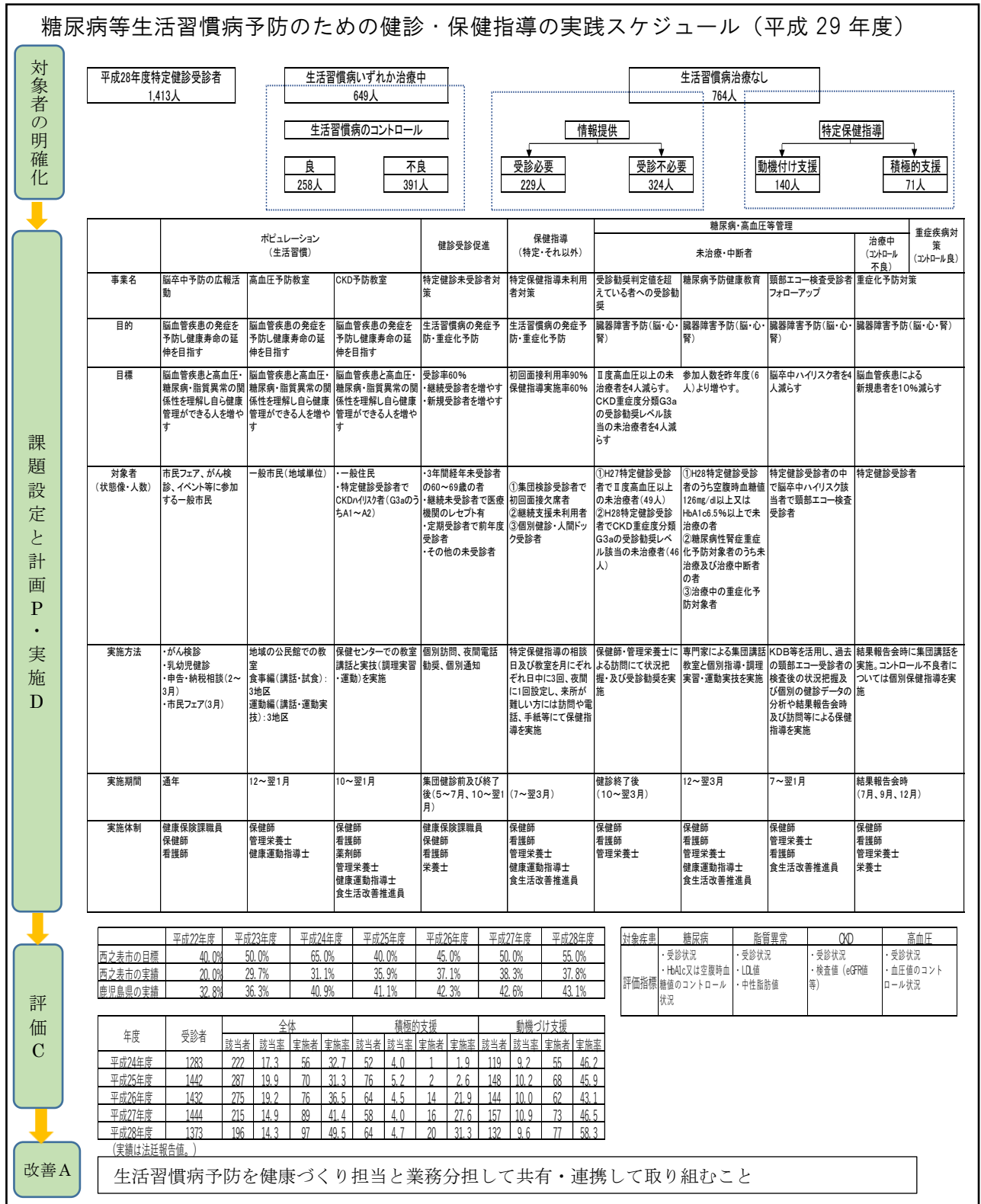
優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	196 人 (14.2)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	254 人 (14.6)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診受診の重要性の普及啓発、受診勧奨訪問・文書通知・電話勧奨による受診勧奨)	2,220 人 ※受診率目標 達成までにあ と 807 人	36.4%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供(疾病リスクとの関係で検査値の意味について説明及び生活習慣についてのアドバイス)	324 人 (23.5)	80%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	649 人 (47.3)	80%

※（様式 5-5 を基に）H28 年度対象者割合で、H30 年度対象者数見込

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】



6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防の取組を行う。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の実態を広く市民へ周知する。

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

II 重症化予防の取組

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26に沿って実施する。

- (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への対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症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)	○				□
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鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{※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 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※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。西之表市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

西之表市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 58 人(35.1%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 350 人中のうち、特定健診受診者が 107 人(30.5%・G)であったが、1 人(0.9%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 239 人(68.2%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 89 人中 19 人は治療中断であることが分かった。また、70 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③介入方法と優先順位

図表 28 より西之表市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・58 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・20 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・106 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

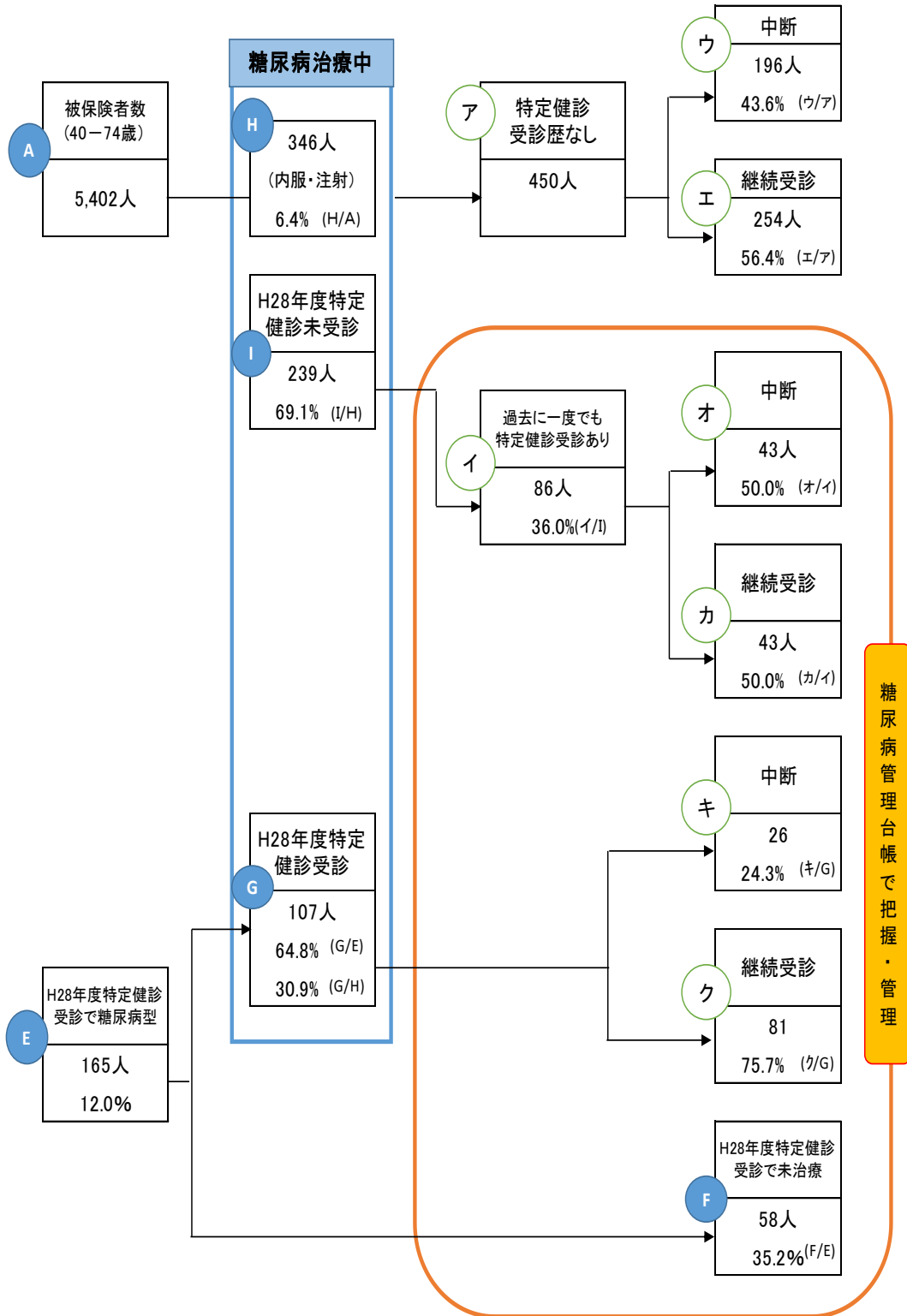
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・70 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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)

西之表市 【図表28】

※「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 HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* 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

① HbA1c ② 血圧 ③ 体重 ④ eGFR ⑤ 尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

・ 特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

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)……47 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)…… 46 人

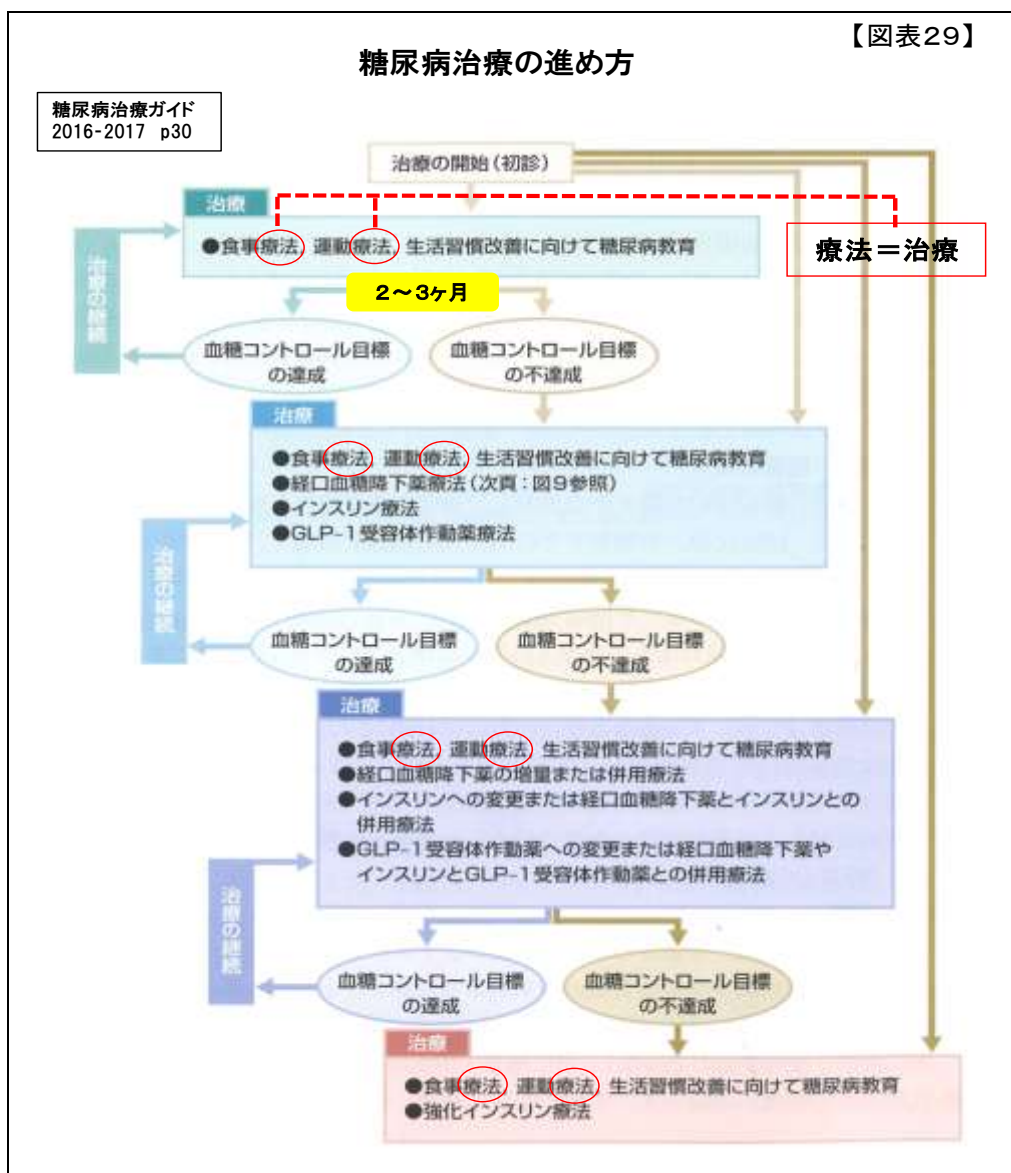
4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。西之表市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。糖尿病は自覚症状が乏しいため通院が中断しがちであるが、病態の把握は検査値を中心に行われることをよく理解してもらい、治療の継続と適切な食事療法と運動療法が重要であることを理解してもらう。(図表 29)

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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



は二次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施することを今後検討し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指していく。

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、事前に地区医師会等と協議した情報提供書等を使用する。

(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、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式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 m²以上低下)
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取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 30、31)

【脳卒中の分類】

【図表 30】

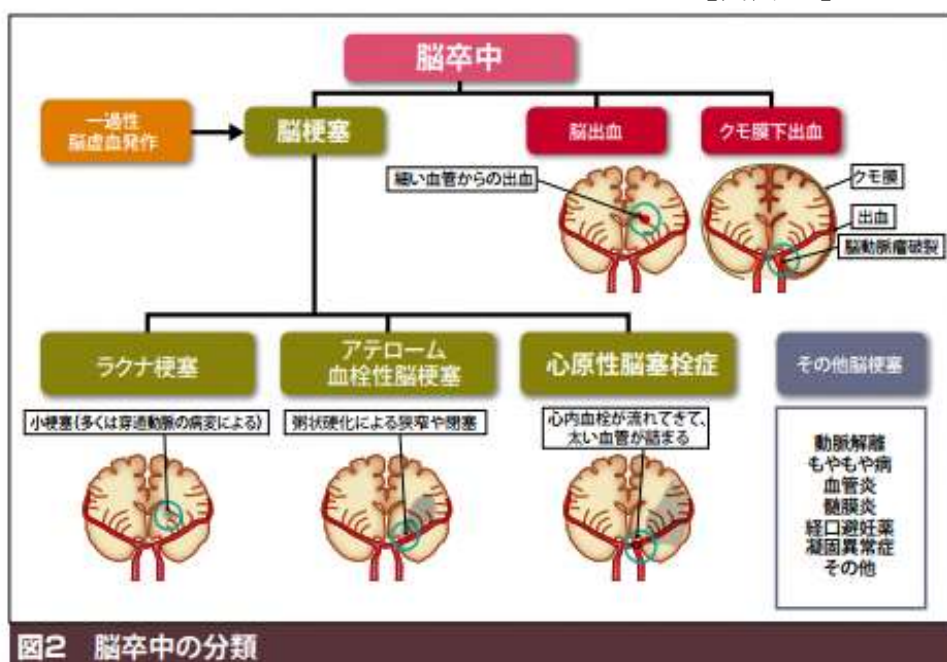


図2 脳卒中の分類

(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 31】

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 32 に基づき特定健診受診者の健診データから実態を把握する。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 32】

特定健診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BMDM)	心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)	
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)
受診者数		118人 8.4%	65人 4.6%	46人 3.3%	15人 1.1%	266人 18.9%	34人 2.4%	54人 3.8%
治療なし		53人 6.1%	34人 3.1%	42人 3.7%	7人 0.9%	63人 8.2%	5人 0.7%	11人 1.4%
治療あり		65人 12.1%	31人 32.3%	4人 1.4%	8人 1.2%	203人 31.3%	29人 4.5%	43人 6.6%
臓器障害あり		26人 49.1%	14人 41.2%	12人 28.6%	7人 100%	23人 36.5%	5人 100%	11人 100%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	5人	4人	4人	1人	4人	5人	11人
	尿蛋白(2+)以上	3人	2人	1人	0人	1人	5人	2人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人	1人	2人	0人	0人	0人	0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人	2人	2人	1人	4人	2人	11人
	心電図所見あり	23人	11人	9人	7人	20人	2人	5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118人(8.4%)であり、53人は未治療者であった。また未治療者のうち26人(49.1%)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65人(12.1%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

(図表 33)

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

【図表 33】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

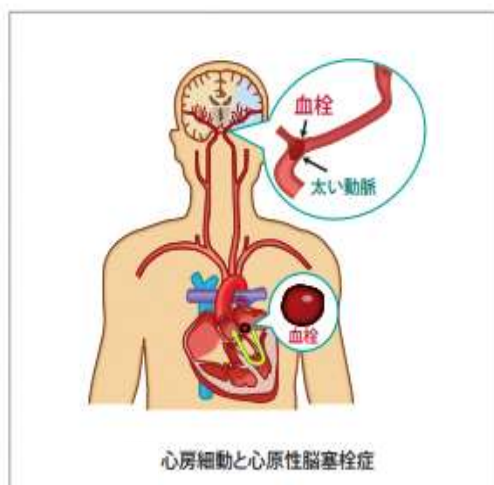
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上			
873		281	221	163	155	39	14	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
		32.2%	25.3%	18.7%	17.8%	4.5%	1.6%	17	82	109
								1.9%	9.4%	12.5%
リスク第1層		138	68	30	19	4	0	17	4	0
		15.8%	24.2%	13.6%	11.7%	11.0%	10.3%	100%	4.9%	0.0%
リスク第2層		482	161	133	86	78	19	5	78	24
		55.2%	57.3%	60.2%	52.8%	50.3%	48.7%	35.7%	95.1%	22.0%
リスク第3層		253	52	58	60	16	9	85	--	85
		29.0%	18.5%	26.2%	38.7%	41.0%	64.3%	78.0%	--	--
再掲) 重複あり	糖尿病	69	12	19	18	2	2	--	--	--
		27.3%	23.1%	32.8%	31.0%	26.7%	12.5%	22.2%	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	120	28	27	30	6	4	--	--	--
	47.4%	53.8%	46.6%	51.7%	41.7%	37.5%	44.4%	--	--	
	3個以上の危険因子	126	19	30	27	12	5	--	--	--
	49.8%	36.5%	51.7%	46.6%	55.0%	75.0%	55.6%	--	--	

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 33 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言から引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 34 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表 34】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	561	646	11	2.0	4	0.6	-	-
40歳代	50	34	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	70	86	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	300	346	4	1.3	4	1.2	1.9	0.4
70～74歳	141	180	7	5.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 35】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
15	100	7	46.7	8	53.3

心電図検査において 15 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70代男性及び60代女性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 15 人のうち 8 人は既に治療が開始されていたが、8 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスク因子であるため、継続受診の必要性と医療機関

の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージし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。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査の実施を検討していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(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

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～ 特定健診結果が届き次第心房細動の管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取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6)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。西之表市において健診受診者1,413人のうち心電図検査実施者は1,207人(85.4%)であり、そのうちST所見があったのは68人であった(図表36)。ST所見あり68人のうち15人は要精査であり、その後の受診状況をみると5人は未受診であった(図表37)。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58人へは、心電図におけるSTの変化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。

西之表市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 36】

	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	1413	100	1207	85.4	68	5.6	527	43.7	612

【図表 37】

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)(%)
68	100	15	22.1%	10	66.7%	5	33.3%

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」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表38に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 38】

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		
	1413	68	527	612	206	
		4.8	37.3	43.3	14.6	
メタボ該当者	266 18.8%	10 3.8%	111 41.7%	94 35.3%	51 19.2%	
メタボ予備群	190 13.4%	8 4.2%	80 42.1%	83 43.7%	19 10.0%	
メタボなし	957 67.7%	50 5.2%	336 35.1%	435 45.5%	136 14.2%	
LDL	140-159	139 9.8%	4 2.9%	47 33.8%	66 47.5%	22 15.8%
	160-179	56 4.0%	2 3.6%	19 33.9%	22 39.3%	13 23.2%
	180-	34 2.4%	1 2.9%	9 26.5%	15 44.1%	9 26.5%

【参考】

CKD	G3aA1~	223	16	113	64	30
		15.8%	7.2%	50.7%	28.7%	13.5%

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

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

【図表 39】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 1 5 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) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査の実施を検討していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(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

4 月 対象者の選定基準の決定

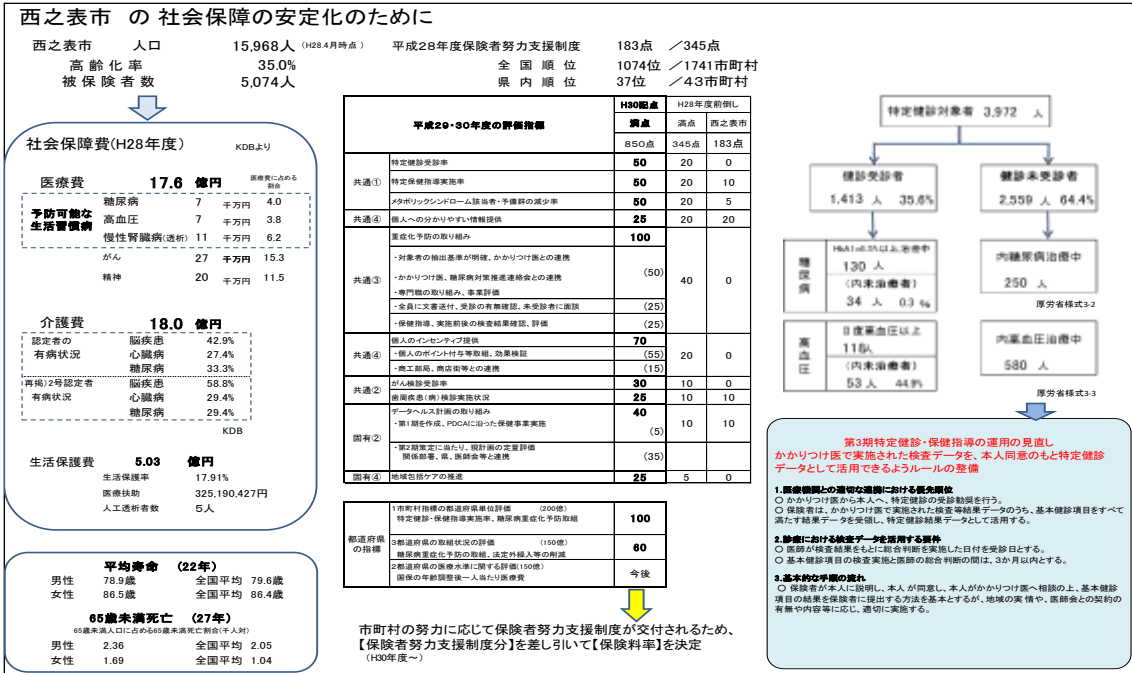
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

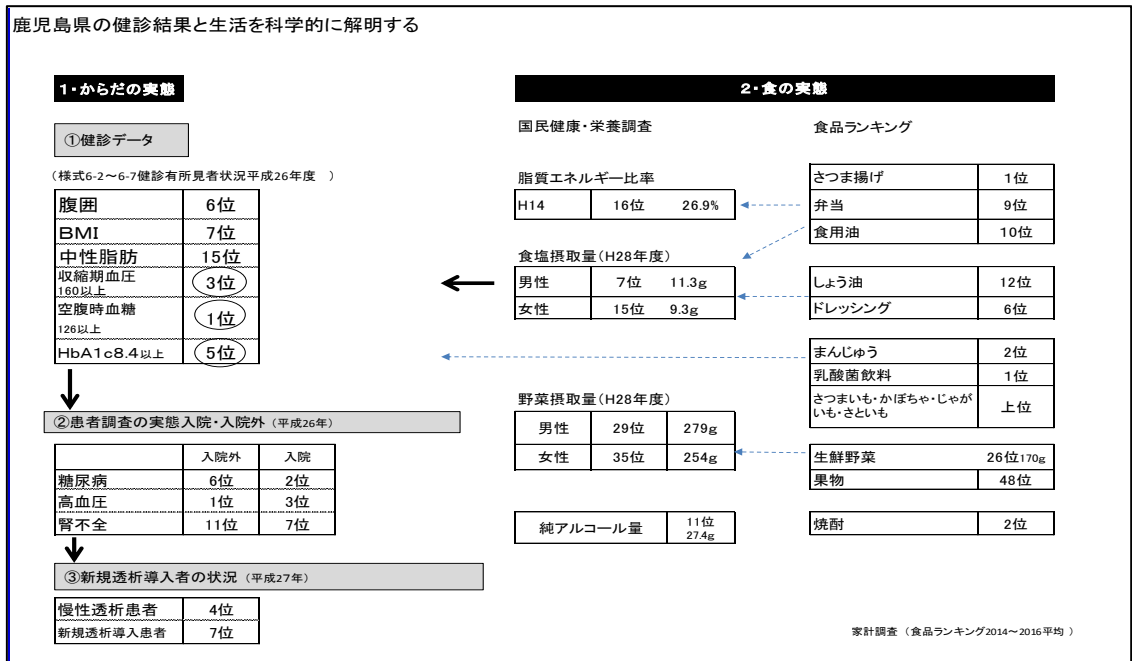
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

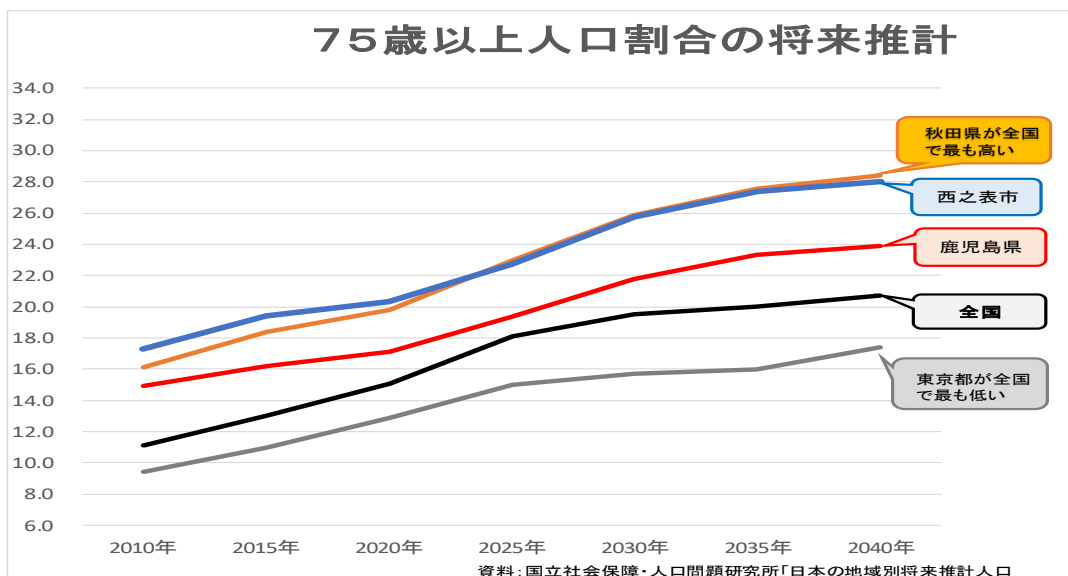
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75 歳以上割合が 2040 年 23.9%となり、4 人に 1 人が後期高齢者になる。75 歳以上人口の将来推計は、2010 年の人口を 100 としたときの指数で 2040 年が 124 と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。本市においては、県より高い水準で推移し、2040 年には 3 人に 1 人が後期高齢者となる。(図表 42)

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

【図表 42】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

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

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

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020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2023年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率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10・11）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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. 目標管理一覽

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

【図表 44】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値		最終評価値		現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33		H34	H35
特定健康計画等計	(各市町の健康課題を記載) ・特定健康診受診率が県と比べ低く、治療無し受診者の割合も多い。 ・長期入院では虚血性心疾患・脳血管疾患で25%を占めており、人工透析の割合から見ても87%を占めている。 ・重症化予防対象者ではコントロール不良者も多く、治療中にもかかわらず、高血圧が多い傾向である。 ・糖尿病患者の60.9%を占めている。 ・総医療費に係る狭心症の割合が県・全国平均とくらべて多く、短期目標の医療費では、高血圧が多い。	医療費削減のために、特定健康診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす 適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定健康診受診率60%以上	37.8%	39.0%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	特定健康診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	49.5%	50.0%	51.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	
データヘルス計画	透析者が透析者の60.9%を占めている。	入院医療費の伸び率を並みの43.2%とする	特定保健指導対象者の減少率25%	14.1%	15.0%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%	25.0%	KDBシステム
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	60.9%			57.5%					
保険者努力支援制度	・がんによる死亡率が8.6%で県・同規模と比較して高い。 ・がん検診受診率が国・県と比較して低い	がんの早期発見、早期治療	健康診受診者の高血圧の割合減少25%(160/100以上)	8.4%	8.2%	7.8%	7.4%	7.1%	6.8%	6.5%	6.3%	西之表市健康増進計画
			健康診受診者の脂質異常者の割合減少25%(LDL160以上)	3.3%	3.2%	3.0%	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	
短期	・がん検診受診率が国・県と比較して低い	がん検診受診率	がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	5.8%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	西之表市健康増進計画 地域保健事業報告
			がん検診受診率 肺がん検診 40%以上	9.9%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	
長期	・がん検診受診率が国・県と比較して低い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 大腸がん検診 40%以上	8.7%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	西之表市健康増進計画 地域保健事業報告
			がん検診受診率 子宮頸がん検診 40%以上	12.2%	13.0%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	
中期	自己の健康に関心を持つ住民が増える	がん検診受診率	がん検診受診率 乳がん検診 40%以上	14.8%	15.0%	17.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	西之表市健康増進計画 厚生労働省公表結果
			がん検診受診率 健康ポイント等の取組みを行う実施者の割合50%以上	33.4%	35.5%	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%	
後継	・数量・シェアH28年度74.2%の削減	後継医薬品の使用により、医療費の削減	後継医薬品の使用割合75%以上	74.2%	74.5%	75.0%	75.5%	76.0%	76.5%	77.0%	77.5%	西之表市健康増進計画 厚生労働省公表結果
			後継医薬品の使用割合75%以上	74.2%	74.5%	75.0%	75.5%	76.0%	76.5%	77.0%	77.5%	

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

西之表市国民健康保険においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた西之表市の位置
- 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 評価イメージ 1
- 参考資料 11 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西之表市の位置

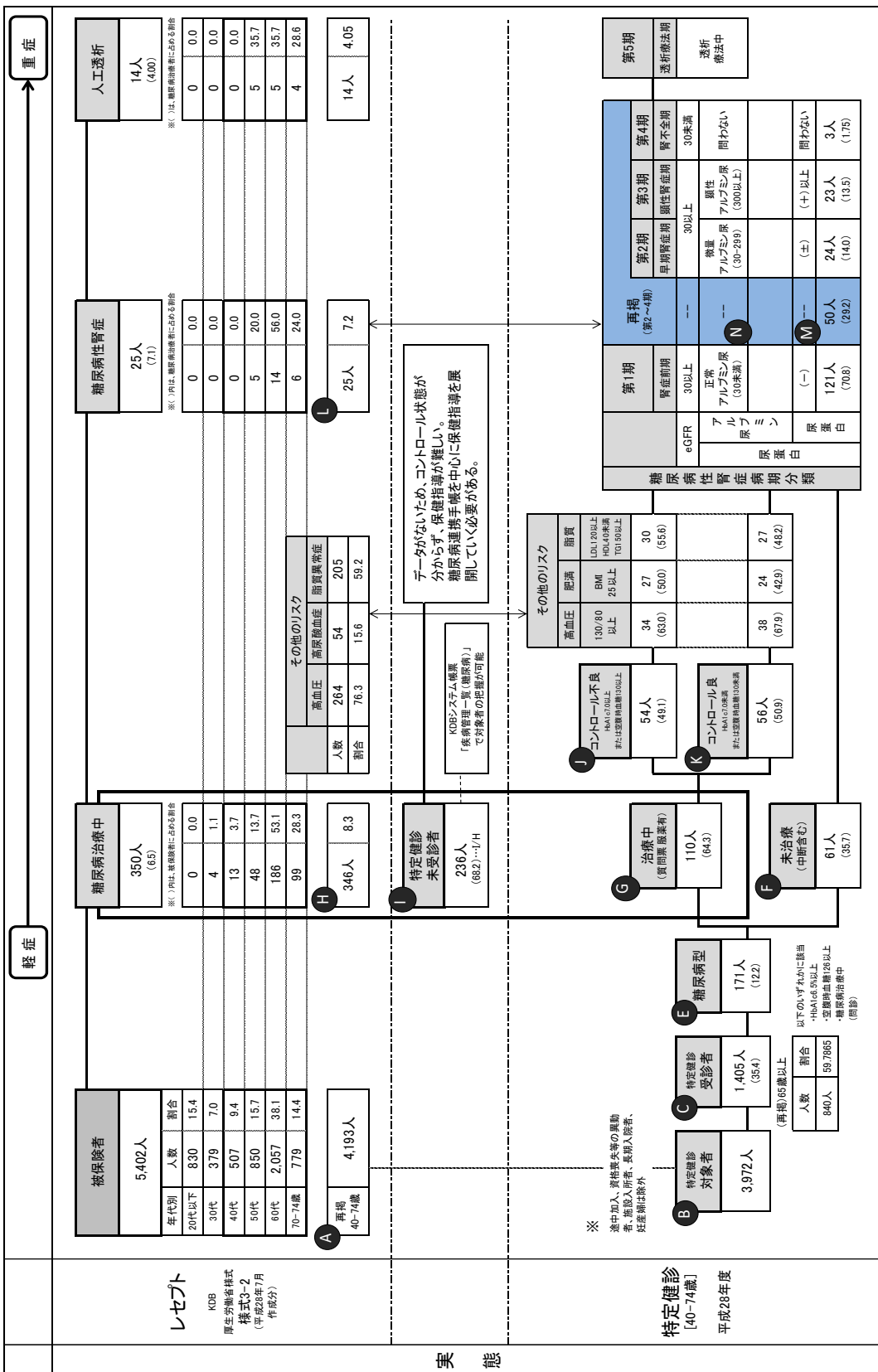
西之表市

項目	H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28国		データ元 (CSV)				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 人口構成	総人口		16,902		16,902		9,030,767		1,691,041		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題			
		65歳以上（高齢化率）		5,254	31.1	5,254	31.1	2,626,654	29.1	449,078	26.6		29,020,766	23.2	
		75歳以上		2,931	17.3	2,931	17.3			251,927	14.9		13,989,864	11.2	
		65～74歳		2,323	13.7	2,323	13.7			197,151	11.7		15,030,902	12.0	
		40～64歳		5,954	35.2	5,954	35.2			572,168	33.8		42,411,922	34.0	
	39歳以下		5,694	33.7	5,694	33.7			669,795	39.6	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業		28.4		28.4		11.4		10.4		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題			
		第2次産業		12.2		12.2		27.5		19.6					
		第3次産業		59.5		59.5		61.1		70.0					
	③ 平均寿命	男性		78.9		78.9		79.2		79.2		KDB_NO.1 地域全体の把握			
女性		86.5		86.5		86.4		86.3							
④ 健康寿命	男性		64.5		64.5		65.1		64.8		KDB_NO.1 地域全体の把握				
	女性		66.8		66.9		66.8		66.6						
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		109.0		108.2		104.8		102.1		KDB_NO.1 地域全体の把握			
		男性		101.2		101.7		101.5		99.4					
		女性													
		死因	がん		61	42.7	68	48.6	32,164	46.4	5,546		46.2	367,905	49.6
			心臓病		51	35.7	41	29.3	19,517	28.2	3,146		26.2	196,768	26.5
			脳疾患		15	10.5	27	19.3	11,781	17.0	2,166		18.0	114,122	15.4
			糖尿病		2	1.4	0	0.0	1,340	1.9	233		1.9	13,658	1.8
	腎不全		8	5.6	3	2.1	2,559	3.7	560	4.7	24,763	3.3			
	自殺		6	4.2	1	0.7	1,902	2.7	355	3.0	24,294	3.3			
	合計		23	106.5	28	104.9			2,154	9.97	136,944	10.47			
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性		17	17.35	19	13.01			1,456	13.8	91,123	13.51			
	女性		6	5.08	9	7.44			698	6.31	45,821	7.24			
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		1,208	22.5	1,070	20.4	539,696	20.5	99,733	22.2	5,885,270	21.2		
		新規認定者		31	0.3	13	0.2	8,952	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者		38	0.6	29	0.5	11,164	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		168	13.4	163	14.9	125,636	22.3	22,589	22.0	1,350,152	22.1		
		高血圧症		694	54.7	582	54.2	306,174	54.6	60,158	58.7	3,101,200	50.9		
		脂質異常症		275	21.5	214	19.3	159,862	28.4	29,779	28.9	1,741,866	28.4		
		心臓病		768	60.7	653	60.9	349,548	62.5	69,010	67.5	3,529,682	58.0		
		脳疾患		401	32.1	304	29.2	154,945	27.9	35,809	35.2	1,538,683	25.5		
		がん		125	9.6	112	10.7	58,440	10.3	11,405	11.1	631,950	10.3		
		筋・骨格		687	54.9	607	55.8	303,462	54.1	61,746	60.5	3,067,196	50.3		
精神		375	30.4	398	36.3	213,558	37.8	41,682	40.5	2,154,214	35.2				
再掲)認知症		215	17.3	244	23.2	136,992	24.0	28,189	27.1	1,350,588	21.9				
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		332,101	1,744,856,543	342,521	1,799,603,092	313,428	823,266,148,302	331,923	149,059,341,988	310,082	832,281,374,323			
	1件当たり給付費 (全体)		64,006		72,314		66,717		65,532		58,284				
	居宅サービス		40,316		49,581		41,744		43,003		39,662				
	施設サービス		275,321		268,096		278,164		284,004		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		9,500		10,678		8,281		8,789		7,980				
	認定あり		4,844		5,207		4,037		4,245		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数		5,860		5,112		2,264,375		423,755		32,587,223			
		65～74歳		1,891	32.3	1,911	37.4			170,126	40.1	12,462,053	38.2		
		40～64歳		2,512	42.9	2,076	40.6			147,782	34.9	10,946,693	33.6		
		39歳以下		1,457	24.9	1,125	22.0			105,847	25.0	9,178,477	28.2		
	加入率		34.7		30.2		25.1		25.1		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3		3		0.6		833		0.4			
		診療所数		6		6		1.2		6,529		2.9			
		病床数		400		364		71.2		135,296		59.7			
		医師数		25		29		5.7		16,982		7.5			
		外来患者数		477.4		490.3		698.5		710.0		668.1			
入院患者数		27.7		31.1		23.6		29.9		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		23,721	県内33位 同規模176位	27,834	県内30位 同規模134位	27,772		30,549		24,245				
	受診率		505.043		521.462		722.103		739.897		686.286				
	外来	費用の割合		45.5		43.4		56.9		52.2		60.1			
		件数の割合		94.5		94.0		96.7		96.0		97.4			
	入院	費用の割合		54.5		56.6		43.1		47.8		39.9			
		件数の割合		5.5		6.0		3.3		4.0		2.6			
1件あたり在院日数		17.3日		16.5日		17.0日		18.7日		15.6日					
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源病名 (調剤含む)	がん		225,561,160	22.1	269,865,890	26.4	23.9		20.7		25.6				
	慢性腎不全 (透析あり)		109,239,500	10.7	109,616,390	10.7	9.1		12.6		9.7				
	糖尿病		67,376,030	6.6	70,332,600	6.9	9.9		8.3		9.7				
	高血圧症		89,737,040	8.8	67,294,380	6.6	8.9		7.2		8.6				
	脂質異常症		35,188,030	3.5	29,581,460	2.9	5.0		3.6		5.3				
	脳梗塞・脳出血		64,592,980	6.4	50,570,170	5.0	4.0		4.7		4.0				
	狭心症・心筋梗塞		48,846,980	4.7	26,928,740	2.7	3.2		3.2		3.7				
	精神		204,570,060	20.1	201,614,770	19.8	19.6		23.4		16.9				
筋・骨格		163,075,540	16.0	187,027,750	18.3	15.2		15.1		15.2					

4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	右/レセプト 件数	糖尿病	557,504	325	594,343	346													KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	579,251	496	557,138	649																
				脂質異常症	487,984	240	509,316	318																
				脳血管疾患	674,690	192	655,920	171																
				心疾患	495,944	260	575,600	235																
				腎不全	630,191	82	663,781	106																
				精神	415,264	681	433,623	670																
				悪性新生物	641,410	363	657,396	440																
				糖尿病	40,046	4,714	46,100	4,481																
				高血圧	28,673	14,422	31,275	13,396																
				脂質異常症	23,721	9,403	27,758	8,883																
				脳血管疾患	35,430	3,255	35,425	2,588																
				心疾患	50,057	2,942	58,009	2,604																
				腎不全	257,599	468	190,833	691																
精神	36,917	4,371	32,066	4,049																				
悪性新生物	42,439	3,089	43,885	3,141																				
⑥	健診有無別 一人当たり 医療費	生活習慣病一人当 たり医療費	健診受診者	88,034	95,780	89,952	100,364	79,159												KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
		健診未受診者	168,663	211,967	264,578	274,511	238,237																	
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	834	578	769	558	359,875	556	68,465	54.8	4,427,360	56.1								KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	761	52.7	689	50.0	331,214	51.2	64,096	51.3	4,069,618	51.5												
		医療機関非受診率	73	5.1	80	5.8	28,661	4.4	4,369	3.5	357,742	4.5												
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数45	メタボ該当・ 予備群 レベル	健診受診者	1,444	1,379	647,170	124,862	7,898,427													KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			受診率	36.1	県内37位 同規模143位	37.6	県内38位 同規模154位	39.8	43.1	全国8位	36.4													
			初回	512	35.5	222	16.1	82,337	12.7	16,672	13.4	1,237,550	15.7											
			特定保健指導終了者(実施率)	67	29.4	95	47.3	296,29	38.1	13,520	31.8	205,756.1	48.9											
			非肥満高血糖	113	7.8	124	9.0	68,180	10.5	11,552	9.3	737,886	9.3											
			メタボ	該当者	287	19.9	256	18.6	115,126	17.8	23,163	18.6	1,365,855	17.3										
				男性	184	28.7	171	27.2	78,359	27.4	15,563	28.5	940,335	27.5										
				女性	103	12.8	85	11.3	36,767	10.2	7,600	10.8	425,520	9.5										
				予備群	213	14.8	185	13.4	69,101	10.7	14,588	11.7	847,733	10.7										
			BMI	男性	121	18.9	113	18.0	47,257	16.5	9,606	17.6	588,308	17.2										
				女性	92	11.5	72	9.6	21,844	6.0	4,982	7.1	259,425	5.8										
				総数	575	39.8	509	36.9	205,718	31.8	42,303	33.9	2,490,581	31.5										
				腹囲	男性	341	53.2	332	52.9	139,882	48.9	28,019	51.4	1,714,251	50.2									
			メタボ該当・ 予備群 レベル	女性	234	29.1	177	23.6	65,836	18.2	14,284	20.3	776,330	17.3										
				総数	82	5.7	80	5.8	33,976	5.2	6,625	5.3	372,685	4.7										
				男性	11	1.7	15	2.4	5,403	1.9	1,020	1.9	59,615	1.7										
				女性	71	8.8	65	8.7	28,573	7.9	5,605	8.0	313,070	7.0										
				血糖のみ	9	0.6	10	0.7	4,666	0.7	937	0.8	52,296	0.7										
				血糖のみ	166	11.5	150	10.9	48,120	7.4	10,832	8.7	587,214	7.4										
脂質のみ	38	2.6		25	1.8	16,315	2.5	2,819	2.3	208,214	2.6													
血糖・脂質	66	4.6		57	4.1	19,030	2.9	4,388	3.5	212,002	2.7													
血糖・脂質	17	1.2		9	0.7	6,579	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9													
血糖・脂質	132	9.1		114	8.3	53,745	8.3	10,659	8.5	663,512	8.4													
血糖・脂質	72	5.0	76	5.5	35,772	5.5	7,012	5.6	415,310	5.3														
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	539	37.4	528	38.4	229,611	35.5	50,390	40.4	2,650,283	33.6							KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		糖尿病	86	6.0	109	7.9	53,445	8.3	12,088	9.7	589,711	7.5												
		脂質異常症	294	20.4	287	20.9	154,568	23.9	28,308	22.7	1,861,221	23.6												
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	76	5.6	55	4.3	20,399	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3											
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	127	9.4	102	7.9	35,833	5.8	9,034	7.4	417,378	5.5												
		腎不全	9	0.7	5	0.4	3,288	0.5	959	0.8	39,184	0.5												
		貧血	121	9.0	102	7.9	56,999	9.2	10,539	8.6	761,573	10.2												
		喫煙	160	11.1	154	11.2	87,621	13.5	14,067	11.3	1,122,649	14.2												
		週3回以上朝食を抜く	147	10.9	132	10.2	38,837	6.9	9,919	8.1	585,344	8.7												
		週3回以上食後間食	173	12.9	157	12.2	68,351	12.0	13,431	11.0	803,966	11.9												
		週3回以上就寝前夕食	320	23.8	293	22.7	82,506	14.5	21,086	17.3	1,054,516	15.5												
		食べる速度が速い	361	26.9	359	27.8	151,438	26.6	30,003	24.6	1,755,597	26.0												
		20歳時体重から10kg以上増加	481	35.8	480	37.1	176,120	31.1	41,664	34.1	2,192,264	32.1												
		1回30分以上運動習慣なし	841	62.6	790	61.1	355,238	62.0	67,654	55.3	4,026,105	58.8												
1日1時間以上運動なし	468	34.9	373	28.9	258,590	45.1	54,729	44.8	3,209,187	47.0														
睡眠不足	344	25.7	347	26.8	139,179	24.3	26,766	22.0	1,698,104	25.1														
毎日飲酒	342	25.4	330	25.5	155,329	25.3	31,047	25.3	1,886,293	25.6														
時々飲酒	315	23.4	344	26.6	124,825	20.3	26,092	21.3	1,628,466	22.1														
一 日 飲 酒 量	1合未満	519	64.6	458	57.5	257,268	63.8	45,862	62.9	3,333,836	64.0													
	1~2合	216	26.9	245	30.8	97,734	24.3	20,515	28.1	1,245,341	23.9													
	2~3合	56	7.0	74	9.3	37,372	9.3	5,557	7.6	486,491	9.3													
	3合以上	12	1.5	19	2.4	10,629	2.6	1,012	1.4	142,733	2.7													

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名 鹿児島県 市町村名 西之表市 同規模区分 4



【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】

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 29 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	他の専門職への紹介など	実施計画(月)												
	<p>糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (272) 人</p> <p>A 健診未受診者 (143) 人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>67人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>54人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>14人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>8人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>0人</td> </tr> </table> <p>①-1未治療者(中断者含む) (19) 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</p> <p>B 結果把握 (129) 人</p> <p>① HbA1cが悪化している (20) 人 別 HbA1c 7.0以上で昨年度より悪化している () 人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>② 尿蛋白 (-) (89) 人 (±) (21) 人 (+) ~ 顕性腎症 (19) 人</p> <p>③ eGFR値の変化 1年で 25% 以上低下 (1) 人 1年で 5ml/分/1.73m² 以上低下 (19) 人</p>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	67人	②後期高齢者	54人	③他保険	14人	④住基異動(死亡・転出)	8人	⑤確認できず	0人	<p>1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 -----</p> <p>○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2. レセプトの確認</p> <p>○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん</p> </div> <p>3. 会いに行く</p> <p>○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認 -----</p> <p>4. 結果から動く</p> <p>○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 ○治療状況に応じた保健指導</p>	<p>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</p> <p>後期高齢者、社会保険</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>	
結果把握(内訳)																
①国保(生保)	67人															
②後期高齢者	54人															
③他保険	14人															
④住基異動(死亡・転出)	8人															
⑤確認できず	0人															

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模
区分 4

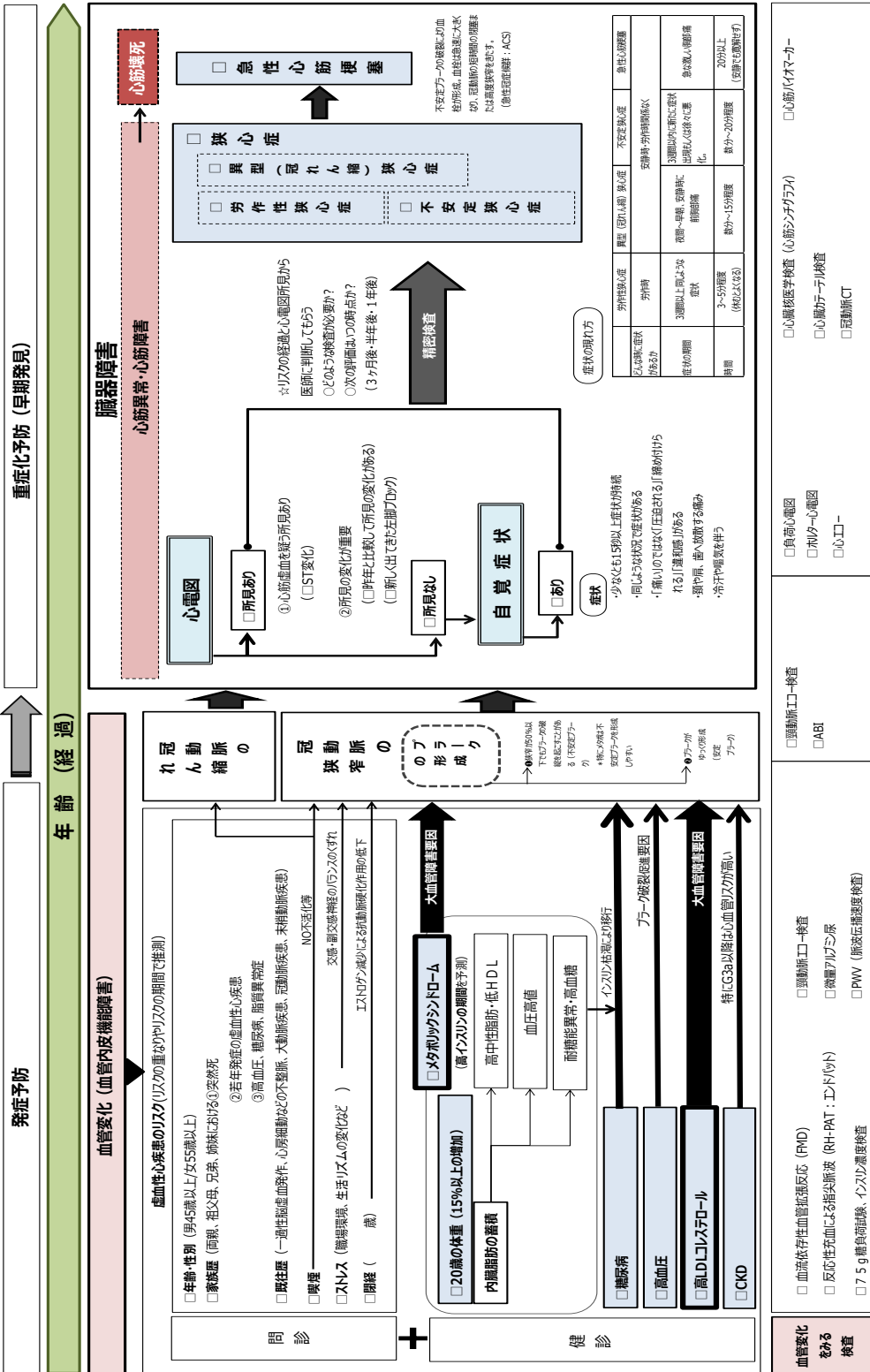
都道府県
鹿児島県

市町村名

西之表市

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数66			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ① 被保険者数		5,402人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
② (再掲)40-74歳	A	4,193人									
2 ① 対象者数	B	3,633人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
② 特定健診 受診者数	C	1,373人									
③ 受診率		37.8%									
3 ① 特定保健指導 対象者数		196人									
② 実施率		49.5%									
4 ① 健診データ	糖尿病型	E	165人	12.0%						特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	58人	35.2%							
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	107人	64.8%							
	④ コントロール不良	J	52人	48.6%							
	⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		32人	61.5%							
	⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		25人	48.1%							
	④ コントロール良	K	55人	51.4%							
	⑤ 第1期 尿蛋白(-)	M	117人	70.9%							
	⑥ 第2期 尿蛋白(±)		24人	14.5%							
	⑦ 第3期 尿蛋白(+)以上		21人	12.7%							
	⑧ 第4期 eGFR30未満		3人	1.8%							
① 糖尿病受療率(被保険者千対)		64.8人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		82.5人									
③ レセプト件数(40-74歳)	入院外(件数)	1,916件	(480.6)				5,486件	(804.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	入院(件数)	22件	(5.5)				40件	(5.8)			
① 糖尿病治療中	H	350人	6.5%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
② (再掲)40-74歳		346人	8.3%								
③ 健診未受診者	I	239人	69.1%								
④ インスリン治療	O	38人	10.9%								
⑤ (再掲)40-74歳		36人	10.4%								
⑥ 糖尿病性腎症	L	25人	7.1%								
⑦ (再掲)40-74歳		25人	7.2%								
⑧ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人	4.00%								
⑨ (再掲)40-74歳		14人	4.05%								
⑩ 新規透析患者数		2人									
⑪ (再掲)糖尿病性腎症		2人									
⑫ 【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)		21人	4.5%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6 ① 医療費	総医療費	17億5861万円						29億9383万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	② 生活習慣病総医療費	10億2043万円						17億2834万円			
	③ (総医療費に占める割合)	58.0%						57.7%			
	④ 生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者	10,529円						7,709円		
	⑤ 健診未受診者	38,744円						34,303円			
	⑥ 糖尿病医療費	7033万円						1億7157万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	6.9%						9.9%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費	2億0657万円									
	⑨ 1件あたり	46,100円									
	⑩ 糖尿病入院総医療費	2億0564万円									
	⑪ 1件あたり	594,343円									
	⑫ 在院日数	17日									
	⑬ 慢性腎不全医療費	1億1369万円						1億6920万円			
	⑭ 透析有り	1億0962万円						1億5806万円			
	⑮ 透析なし	407万円						1114万円			
7 ① 介護	介護給付費	17億9960万円						31億7863万円			
② (2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%										
8 ① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%						5人 1.1%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



重症化予防（早期発見）

症状の観測	
労作性狭心症 労作時 3週以上同じような症状 発症 3〜5分程度（体位による）	不安定狭心症 労作時以外に発生 2週間以上同じような症状 発症 数分〜20分程度 20分以上（安静でも発生）

<input type="checkbox"/> 運動胸コラー検査 <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> PWV（脈波伝播速度検査）	<input type="checkbox"/> 負荷心電図 <input type="checkbox"/> 24時間心電図 <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル検査 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査（心筋シンナグラフィ） <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル検査 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT <input type="checkbox"/> 心筋バイオマーカー
---	--	---

【参考文献6】

【参考文献6】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2021改訂版、虚血性心疾患の二次予防に関する包括的リスク管理ガイドライン、エビデンスに基づいた虚血性心疾患の予防に関するガイドライン、虚血性心疾患の二次予防に関するガイドライン、虚血性心疾患の二次予防に関するガイドライン、虚血性心疾患の二次予防に関するガイドライン

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況			対象者		
		他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
①	心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> S T 変化	⑤ 重症化予防対象者		
				<input type="checkbox"/> その他所見			
②	問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者		
		<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙					
③	健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			重症化予防対象者		
		メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。					
		判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
④	メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~		<input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比	
		<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~			
		<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149	150~299		300~
			食後	~199	200~		
		<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169	170~		
		<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50	51~		
		<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99	100~125		126~
			食後	~139	140~199		200~
		<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~		
		<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~		
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	~84	85~89	90~			
<input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R			60未満				
尿蛋白		(-)	(+) ~				
<input type="checkbox"/> C K D 重症度分類			G3a1~				
その他		<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

平成28年度事業評価(平成29年度に向けての全体評価)

西之表市 様式3

P(計画)		D(実施)		C(評価 良くなったところ)		A(改善)	
課題・目標		対象者の明確化・具体的な実践方法		①プロセス (やってきた実践の過程)		④ストラクチャー (構造)	
<p>目標</p> <p>○特定健診受診率 H28年度目標45%</p> <p>○特定保健指導実施率 H28年度目標45%</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病・高血圧症を減少させること</p> <p>○平成28年度に比べ、平成29年度と比較して3疾患それぞれ10%減少させる。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い。</p> <p>◆受診動向の対象者(継続及び新規受診者を増やす)、アローチ方法等検討(KOBチータ活用等)。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>【対象者】</p> <p>継続未受診者</p> <p>○平成28年3月時点での平成25～27年度の継続未受診者</p> <p>○平成28年の60～69歳の若年未受診者のうち、平成28年10月時点での未受診者のうち、平成25～27年度継続未受診者で医療機関のレセプト有</p> <p>○平成25～27年不定期受診者で27年度受診者で25～28以外の未受診者</p> <p>【実施方法】</p> <p>①集団健診前に看護師等で訪問動線を実施</p> <p>②尿潜血検査や夜間電話動線、他には文書通知実施</p> <p>③尿潜血検査に40～50代には文書通知後に夜間電話動線、60代以上には保健師等で訪問動線を実施</p> <p>④尿潜血検査前に文書通知を実施</p>	<p>未受診者対策</p> <p>・KOBシステムを活用し、未受診者の過去3年の受診状況及びレセプト状況により、対象を分け、対象毎に文書・電話・訪問の3つのいずれかの方法に振り分け、受診動線を行った。</p> <p>・順の見える関係づくりができるように医療機関への個別訪問を実施した。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率</p> <p>① 訪問：322人</p> <p>② 通知・電話・訪問：1187人</p> <p>③ 通知・電話・訪問：339人</p> <p>④ 通知：1441人</p> <p>○医療機関への個別訪問依頼</p> <p>協力医療機関6か所</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率</p> <p>① H27年度Ⅱ度高血圧医療機関受診率28.5%</p> <p>② H27と28年度の比較Ⅱ度高血圧以上の未治療者数4人増</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>① H27年度Ⅱ度高血圧医療機関受診率28.5%</p> <p>② H27と28年度の比較Ⅱ度高血圧以上の未治療者数4人増</p> <p>③ は未実施</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>
<p>重症化予防対策</p> <p>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。</p> <p>◆対象者、方法等の検討。</p> <p>◆訪問、事業の目標、評価等検討。</p> <p>◆評価指標の検討。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・重症化予防対象者として、高血圧を中心に未治療者を徹底的にアローチ実施してきた。</p> <p>【対象者】</p> <p>① H27年度特定健診受診者でⅡ度高血圧以上の未治療者(48人)</p> <p>② H28年度特定健診受診者でCKD重症化分類G3aの受診動線しべル該当の未治療者(46人)</p> <p>【実施方法】</p> <p>保健師・管理栄養士による訪問にて状況把握・受診動線。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>KOBシステムを活用し、対象者を抽出し、G3a以上を保健師が、G3b以下を管理栄養士と看護師が訪問を実施した。訪問が初めてのスタッフもおも、活用した資料も初めてであったため、訪問に時間がかかった。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>訪問者数</p> <p>① 24人</p> <p>保健指導実施率</p> <p>① 48.9%</p> <p>医療機関受診者数</p> <p>① 14人</p> <p>② は未実施</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>		
<p>重症化予防対策</p> <p>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。</p> <p>◆対象者、方法等の検討。</p> <p>◆訪問、事業の目標、評価等検討。</p> <p>◆評価指標の検討。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医療機関との連携</p> <p>○順の見える関係づくりができて、訪問に時間がかかった。</p>		

【参考資料10】

【参考資料】用語説明

あ行	
インセンティブ	人の意欲を引き出すために外部から与える刺激。行動を促す動機づけを意味する。
か行	
拡張期血圧	心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が心臓へ戻った状態で、血圧が最も低くなることから最低血圧とも呼ばれる。
虚血性心疾患	心臓の筋肉(心筋)の血流が低下または遮断されて起こる病気。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞。冠動脈(心臓をとりまき心筋に酸素や栄養を供給する血管)に動脈硬化が起こり、血管内が狭くなったり、詰まったりすることが原因とされる。
空腹時血糖	空腹時に測定した血液中のブドウ糖の量を示す値。
クレアチニン	筋肉運動のエネルギー源となるアミノ酸の一種クレアチニンが代謝されてできた物質。腎臓の糸球体で濾過され、尿として排泄される。クレアチニンの数値が高いと、腎機能の低下を示唆する。
高血圧症	血圧が常に収縮期血圧(最高血圧)140mmHg以上、拡張期(最低)血圧90mmHg以上である状態で、単に高血圧ともいう。高血圧を放っておくと、脳卒中や心筋梗塞などの動脈硬化による様々な病気の原因となる。
国保データベースシステム(KDB)	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療(後期高齢者医療含む)」、「介護保険」等に係る情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
さ行	
脂質異常症	血液中の脂質(コレステロールや中性脂肪)が多過ぎる生活習慣病。悪化すると、動脈硬化を引き起こし、心筋梗塞や脳梗塞などの重大な病気につながる。
収縮期血圧	心臓が収縮したときの血圧。血液が心臓から全身に送り出された状態で、血圧が最も高くなることから最高血圧とも呼ばれる。
ジェネリック医薬品	後発医薬品とも呼ばれる。先発医薬品(新薬)の特許が切れた後、先発医薬品と同じ有効成分で製造・供給される医薬品のことで、先発医薬品よりも安価で供給される。
心疾患	心臓に起こる病気の総称で心臓病とも呼ばれる。主な心疾患としては、心不全や狭心症、心筋梗塞等がある。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣を起因とし、発症・進行する疾患の総称。代表的なもので高血圧症、糖尿病、脂質異常症などがある。

た行	
中性脂肪	人間の体を動かすエネルギー源となる物質で、別名「トリグリセリド」と呼ばれる。健康診査ではTGと表される。中性脂肪値(TG値)が高いと、血液中に中性脂肪が多いことを示し、動脈硬化を進める恐れがある。
統合失調症	精神障害の一つで、幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患。以前は「精神分裂病」が正式の病名だったが、「統合失調症」へと名称変更された。基礎症状としては、認知障害や自閉症等の陰性症状(通常ある機能が失われる症状)があり、副次的症状としては、幻覚や妄想等の陽性症状(通常ない状態のものが出てくる症状)がある。
糖尿病	血糖値を下げるホルモン(インスリン)の作用が低下することで、体内に取り入れた栄養素がうまく活用されず、血液中のブドウ糖(血糖)が多くなっている状態。ひどくなると尿が多くなる、のどが渇く、お腹が空く、体重が減る、疲れやすい等の症状が出て、時には意識障害(糖尿病昏睡)となることもある。 【Ⅱ型糖尿病】 インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝因子に、過食(特に高脂肪食)、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子および加齢が加わり発症する。
糖尿病性腎症	糖尿病の3大合併症の一つ。糖尿病により腎機能が悪化し、人工透析に移行する原因疾患第一位を占める。自覚症状がほとんどない。
特定健康診査	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目して、生活習慣病といわれる高血圧症や糖尿病、脂質異常症のリスクの有無を検査することを目的とした健康診断であり、40～74歳を対象としている。通称「特定健診」「メタボ健診」とも呼ばれている。
特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、医師や保健師や管理栄養士等が各対象者の身体状況に合わせた生活習慣を見直すための保健指導を行うこと。積極的支援と動機付け支援に分けられる。 【積極的支援】 メタボリックシンドロームのリスクが高い人に初回面接、3か月以上の継続的な支援及び6か月後評価を行い、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践に取り組みながら支援プログラム終了後にはその生活が継続できるよう支援する。 【動機付け支援】 メタボリックシンドロームのリスクがある人に原則1回の初回面接及び6か月後評価を行い、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、その生活が継続できるよう支援する。
な行	
尿蛋白	尿の中に含まれる蛋白の総称。腎臓に異常をきたすと、タンパク質はそのまま尿中に排泄されるため、尿蛋白の検査は腎臓の障害の程度を判断する検査項目の一つである。
脳血管疾患	脳動脈に異常が起きることが原因でおこる病気(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等)の総称。脳卒中や脳血管障害ともいう。
は行	
ポピュレーションアプローチ	対象を限定せず、集団全体の疾患リスクを全体的に下げることを行う支援のこと。

ま行	
慢性腎臓病 (CKD)	腎臓の機能が慢性的に低下して正常に働かなくなった状態。進行して末期腎臓病に陥ると、腎臓の機能が極度に低下し、人工透析か腎臓移植が必要になる。
その他	
BMI	Body Mass Index(体格指数)の略で、肥満度を表す国際的な指標。「体重(kg) ÷ (身長(m) × 身長(m))」で算出される。
eGFR	血清クレアチニン値から算出した腎機能(腎臓の糸球体が糖廃物をろ過する機能)の指標の一つ。値が低いほど、腎機能の低下を表す。
HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)	血液の中にあるヘモグロビン(赤血球の中にあるたんぱく質)のうち、糖と結合しているものの割合を示す。高血糖であるほどHbA1c値も高くなる。
LDLコレステロール (LDL-C)	細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に残存させ、動脈硬化を促進させる。数値が高いと血管にコレステロールがたまりやすくなる。「悪玉コレステロール」とも呼ばれる。
non-HDLコレステロール	すべての動脈硬化惹起性(動脈硬化を引き起こす)リポ蛋白中のコレステロールを意味する。動脈硬化のリスクを総合的に管理できる指標。「総コレステロール-HDLコレステロール」で算出される。中性脂肪(TG)が400mg/dl以上の高TG検体や食後採血検体の指標として使われる。