

松江市国民健康保険
第2期データヘルス計画書
第3期特定健康診査等実施計画書

(2018年度～2023年度)



2018年3月

松江市

目次

1. 計画策定の背景と趣旨	1
1) 計画策定の背景	1
2) 計画策定の趣旨	1
3) 計画の位置づけ	2
4) 計画の実施期間	3
5) 計画の推進体制・関係機関との連携	3
2. 地域の特性	5
1) 人口統計	5
2) 65 歳平均余命と平均自立期間	6
3) 死亡状況	7
4) 松江市国保の状況	8
5) 松江市介護保険の状況	11
3. 計画の振り返り	12
1) 第 1 期データヘルス計画の取り組み	12
2) 第 2 期特定健康診査等実施計画の取り組みから	19
4. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	31
1) 生活習慣病の医療費状況	31
2) 生活習慣病の状況	32
3) 特定健診及びレセプトに関する分析	42
4) 要治療者の状況	43
5) 後発医薬品普及率の状況	46
6) がん検診の状況	47
7) 健康課題の抽出	49
5. 第 2 期データヘルス計画	52
1) 目標	52
2) 保健事業の内容	54
3) 地域包括ケアに係る取り組み	59
6. 第 3 期特定健康診査等実施計画	60
1) 達成しようとする目標と対象者数	60
2) 特定健康診査の実施方法	62
3) 特定保健指導の実施方法	64
4) 実施におけるスケジュール	66
5) その他	66
7. 計画に基づく事業の評価・見直し等について	67
1) 保健事業の評価方法と時期	67
2) 計画の公表・周知	67
3) 個人情報の取扱い及び守秘義務規定の遵守	67
8. 用語集	69
9. 卷末資料	71

1. 計画策定の背景と趣旨

1) 計画策定の背景

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の結果や、医療機関の診療報酬明細書等（以下「レセプト」という。）の電子化が進み、保険者は被保険者の健康状況や受診状況などを把握し、データに基づいた健康状況の分析や保健事業を検討することができるようになりました。

そして、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」においては、「すべての健保組合に対し、レセプト等のデータ分析に基づくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」との方針が打ち出されました。

こうした背景を踏まえて、厚生労働省は平成 26 年 3 月に保健事業の実施指針の一部を改正し、保険者は健康・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）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うものとされました。

2) 計画策定の趣旨

松江市では、平成 20 年 4 月から「松江市国民健康保険特定健康診査等実施計画」の第 1 期計画を策定、平成 25 年度から第 2 期計画を策定・実施し、特定健診の受診率向上や特定保健指導の実施率向上と生活習慣病の発症及び重症化予防対策に取り組んできました。

また、平成 27 年度に「松江市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、健康増進計画である「第 2 次健康まつえ 21 基本計画」や「松江市高齢者福祉計画・介護保険計画」等の関連計画と連携した、壮年期における生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進や重症化予防等の保健事業を実施してきました。

本計画は、松江市国民健康保険（以下、「松江市国保」という。）の「第 2 期特定健康診査等実施計画」と「第 1 期データヘルス計画」の二つの計画の実施結果を踏まえ二つの計画を一体的に策定し、健康寿命の延伸及び医療費の適正化につなげ、「健康都市まつえ」の実現を目指すものです。

3) 計画の位置づけ

本計画に基づく事業の実施等については、本市の健康増進計画「第2次健康まつえ21基本計画（健康増進計画・食育推進計画）（以下、「健康まつえ21計画」という。）」と整合性を図り、連携した事業の実施を進めます。

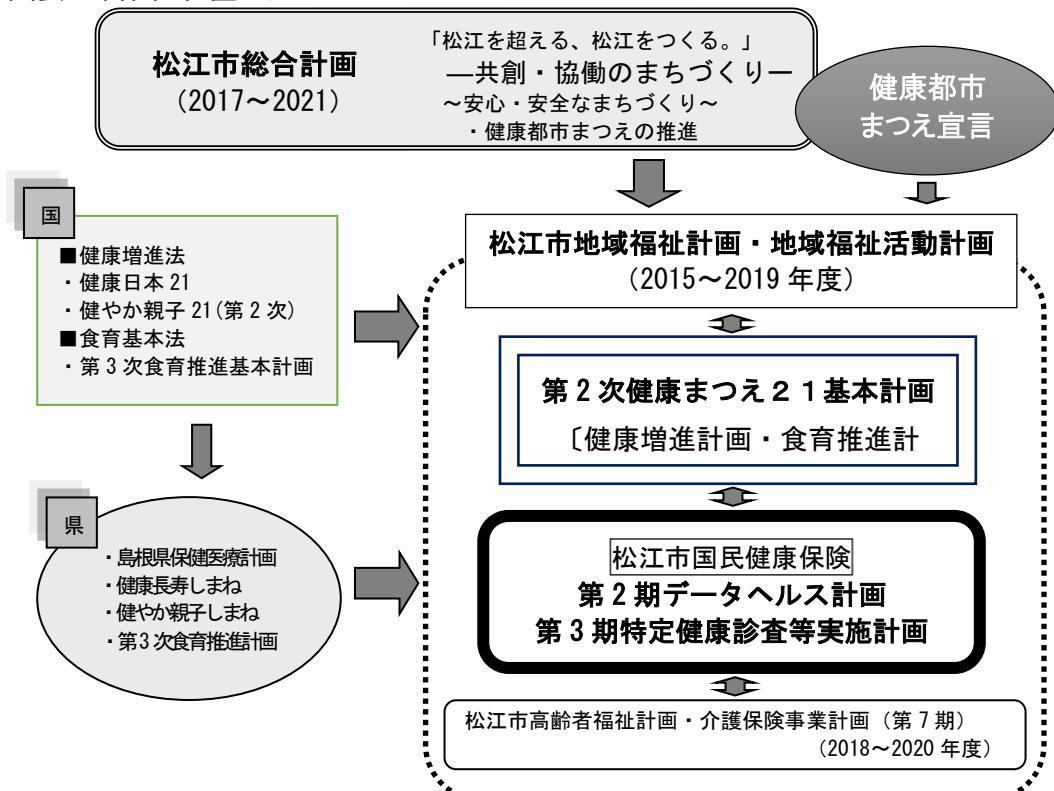
図表 1 各計画の概要図表

	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	健康まつえ 21 計画
根拠法	国民健康保険法 第 82 条	高齢者の医療の確保に関する法律 第 19 条	健康増進法 第 8 条 第 9 条
計画策定者	医療保険者	医療保険者	市町村
計画期間	2018～2023 年度 (第 2 期)	2018～2023 年度 (第 3 期)	2013～2022 年度 (第 2 次)
対象者	被保険者	被保険者(40～74 歳)	市民
共通の考え方	健康寿命の延伸及び健康格差縮小に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図りつつ、医療費適正化を通して社会保障制度の維持を目指す。		
主な特徴	特定健診や電子レセプト等の医療情報の積極的な活用を求めている。	医療保険者別に特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の目標値を設定している。	健診寿命延伸と健康格差縮小を目的とする 53 の目標から成り、15 項目が特定健診に関連する。

出典：松江市

松江市の各種計画と本計画の位置づけは以下のようになります。

図表2 計画の位置づけ



出典：松江市

4) 計画の実施期間

本計画の期間は、2018 年度から 2023 年度までの 6 年間の計画とします。また、期間内に国の施策等から計画の見直しが必要になった場合は、見直しを図ります。

図表 3 関連計画の実施期間



5) 計画の推進体制・関係機関との連携

(1) 計画の推進体制

保健事業の推進・評価にあたっては、国民健康保険を所管する部署と保健事業を所管する部署が中心となって隨時検討し、関係部署と連携して事業を推進します。PDCA サイクルに基づいた保健事業の展開を進めていきます。

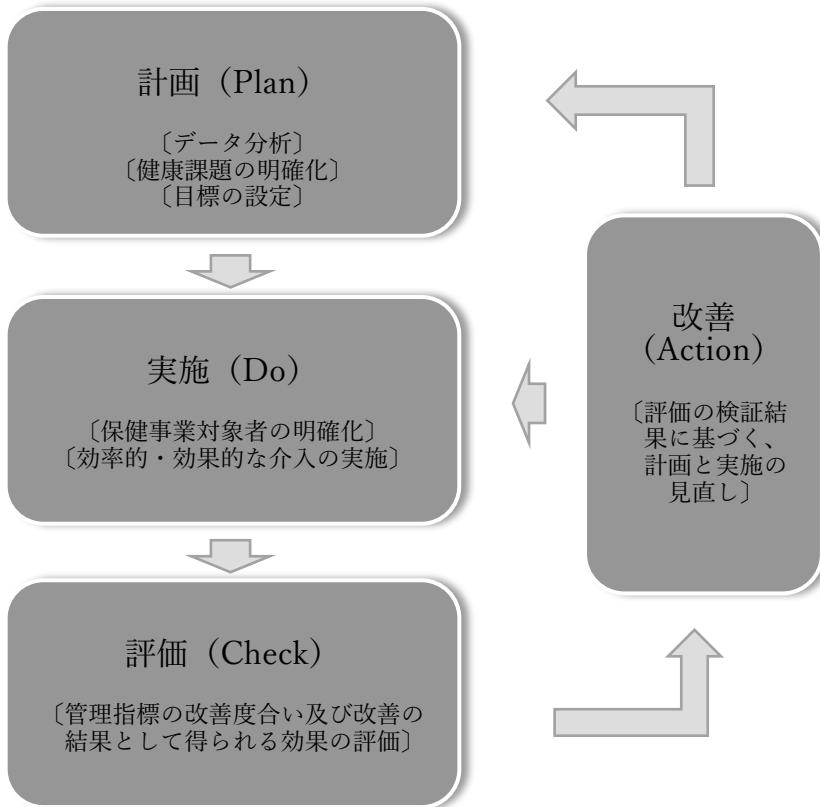
また、計画の進捗状況の確認や事業評価にあたっては、島根県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）に設置されている「国保保健事業支援・評価委員会」の助言や、必要に応じて関係機関及び有識者等の意見を求めます。

* PDCA サイクルとは

事業活動による成果・実績管理と改善を円滑に進める技法のひとつです。状況の分析を通して、地域の課題や設定した目標値を達成するためのプロセス（管理指標の設定を含む）をまとめた「計画」（Plan）、計画に沿った事業の「実施」（Do）、設定した管理指標に基づいた「評価」（Check）、検証結果に基づく更なる事業の「改善」（Action）という 4 つの段階に事業活動を分解し、事業を実施していきます。

Plan(計画)	健康課題を解決するための目標値や管理指標を設定した事業計画を立てる ・ 松江市国保被保険者全体の健康課題をデータから分析 ・ 個人データを経年で分析 ・ 疾病ごとの医療費や患者数、治療歴等を比較し、優先的な健康課題を明確化
Do(実施)	対象者の特性に合わせた効率的・効果的な事業の実施
Check(評価)	データ分析に基づく、効果の測定・評価
Action(改善)	より大きな成果を出すための、事業実施方法(Do)の見直し評価した結果、目標の実現が困難な場合は適宜、計画(Plan)の見直し

図表4 保健事業のP D C Aサイクル



出典：厚生労働省資料からの抜粋

(2) 医療関係者等関係機関との連携体制

松江市は、松江市医師会、松江市歯科医師会、松江市薬剤師会、島根県、国保連合会等関係機関と連携し、事業の推進体制を構築します。

(3) 市民との協働体制

各地区に結成され健康増進活動等に取り組んでいる「健康まつえ 21 推進隊」^{*1}、「健康まつえ応援団」^{*2}等の関係団体に当計画を周知し、健康まつえ 21 基本計画の推進と合わせ健康増進にかかる取り組みを進めます。

*1 健康まつえ 21 推進隊：各地区で、地域特性を生かした日常的な健康づくりに取り組む組織。

*2 健康まつえ応援団：市と連携協同し、従業員及び市民の健康づくりを推進する事業所。

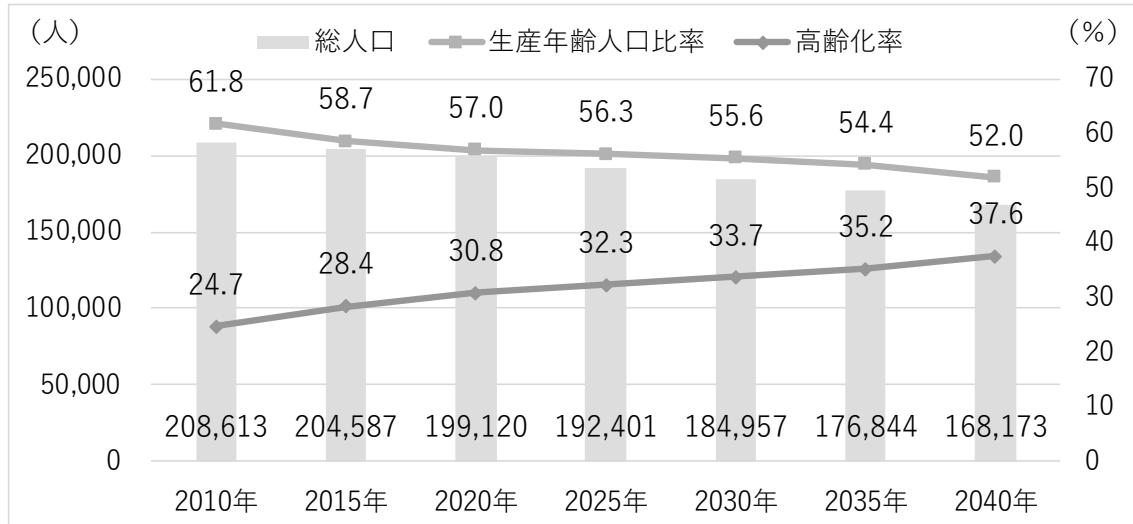
2. 地域の特性

1) 人口統計

2011年8月1日に東出雲町と合併し一時的に人口は増加しましたが、それ以降緩やかに減少を続けており、2040年には約16万8千人まで減少すると推計されています。しかし、高齢化率は上昇傾向にあり、2015年は約28%でしたが2040年には約38%と推計されています。

医療費は、年齢が上がるにつれて増加する傾向があるため、このような人口構成の変化が後期高齢者医療も含めた医療費増加や、介護費用増加の大きな要因につながると考えられます。

図表5 人口の推計

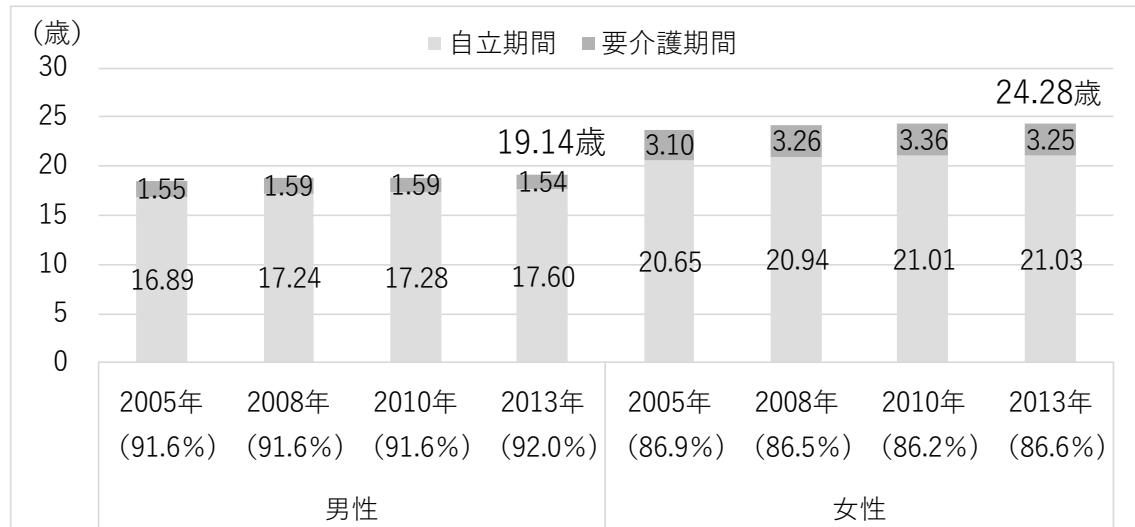


出典：国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（2013年3月推計）

2) 65歳平均余命と平均自立期間

松江市の65歳平均余命は男性に比べて女性が長く、男性19.14歳、女性24.28歳と伸びています。平均自立期間がわずかながら伸びてきており、健康寿命延伸のため、健康づくりがより求められます。

図表6 松江市の65歳の平均余命と平均自立期間の推移

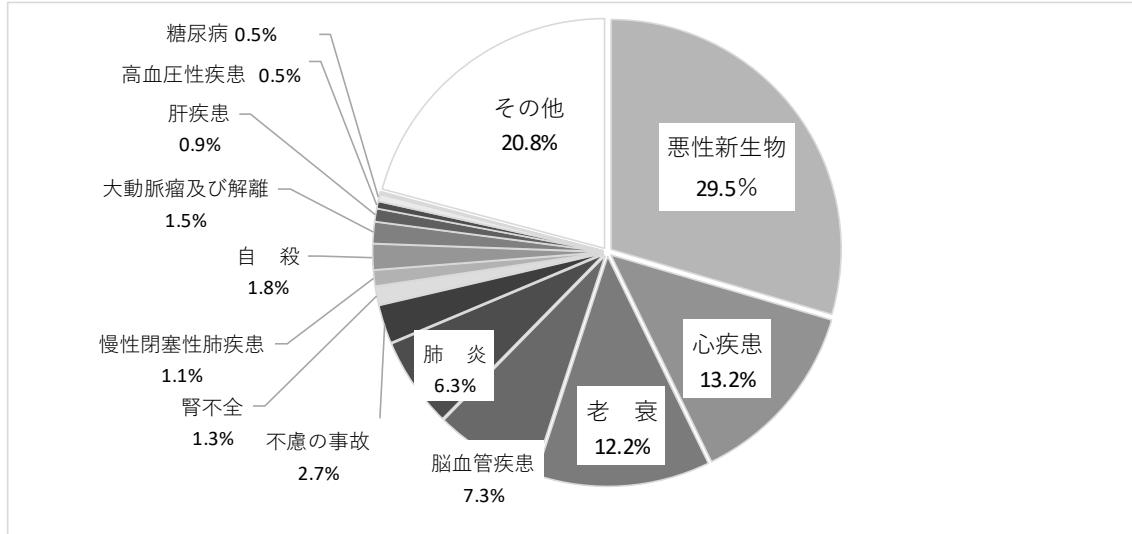


出典：人口動態統計 ※（）内の割合は、平均余命に占める自立期間の割合

3) 死亡状況

松江市の 2016 年死亡原因は、1 位が「悪性新生物」で死亡原因の約 3 割を占めています。2 位「心疾患」、3 位「老衰」、4 位「脳血管疾患」、5 位「肺炎」となっています。

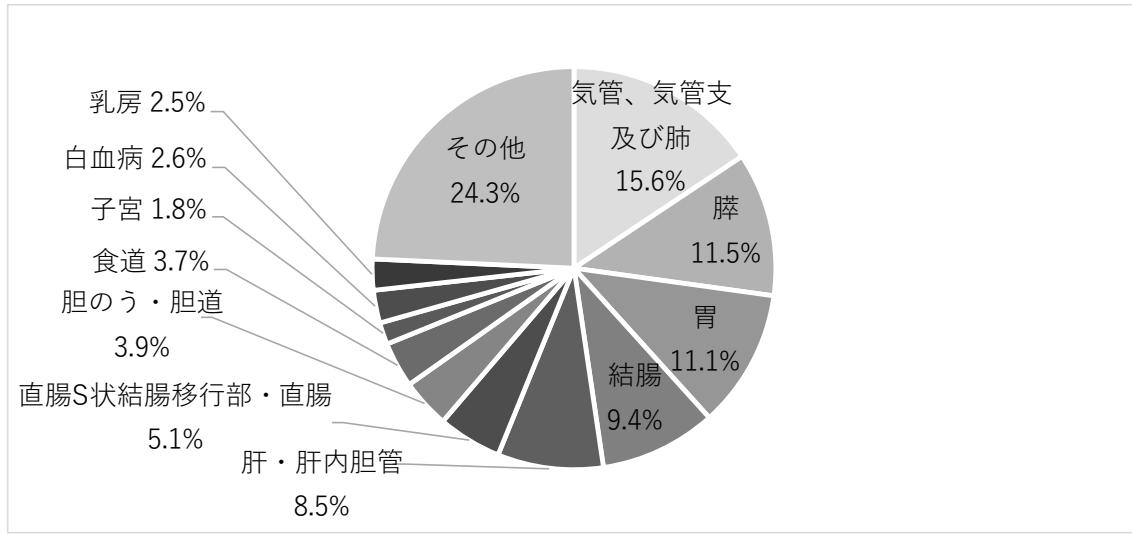
図表 7 死亡原因割合



出典：松江市（2016 年）

悪性新生物の死亡者数は、684 人で、死亡率（人口 10 万対）は 336.5 でした。部位別では、消化器系臓器のがんが 5 割強を占めており、1 位「気管、気管支及び肺」、2 位「膵」、3 位「胃」、4 位「結腸」、5 位「肝・肝内胆管」となっています。

図表 8 悪性新生物の内訳



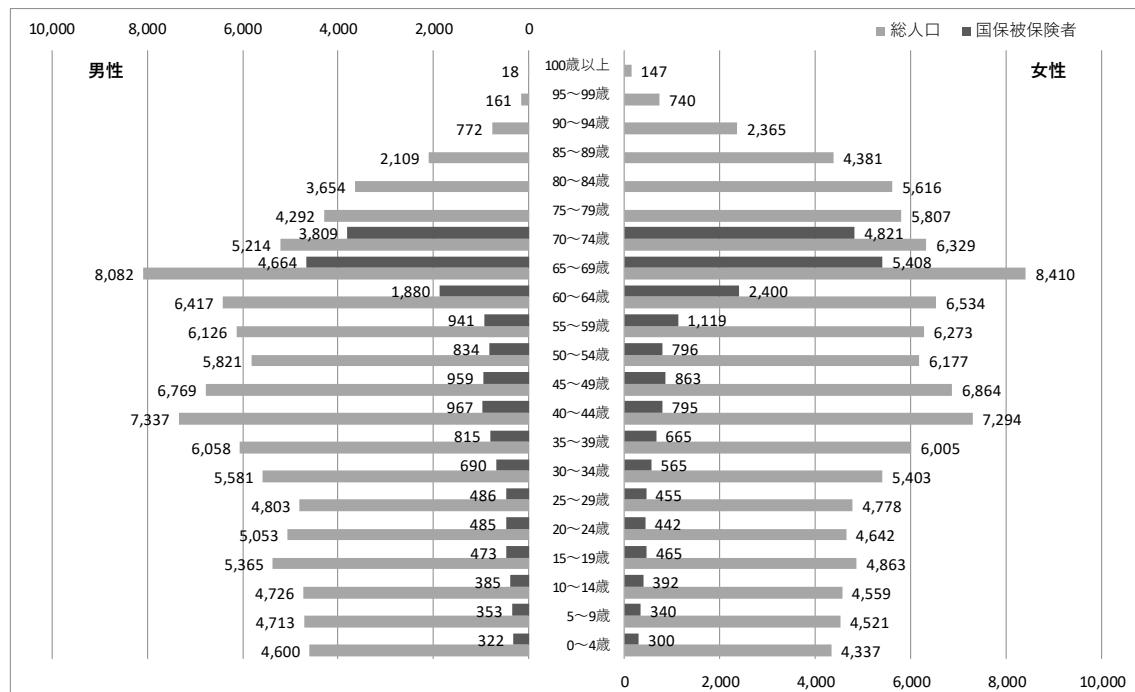
出典：松江市（2016 年）

4) 松江市国保の状況

(1) 被保険者の状況

被保険者は、人口の 18.6%を占め、生活習慣病の発症や重症化しやすい年代である 60 歳代後半から 70 歳代の被保険者割合が高い状況です。

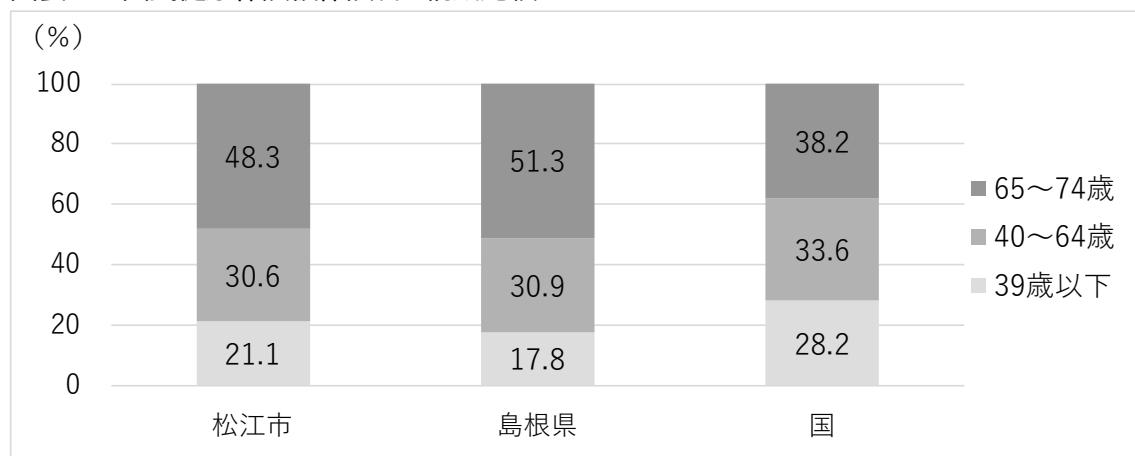
图表 9 年齢階層別人口及び松江市国保被保険者数



出典：住民基本台帳（2017年4月1日現在）

被保険者の年代別構成をみると、高齢者が 48.3%を占めており、県よりは低いものの、国よりは大幅に高くなっています。

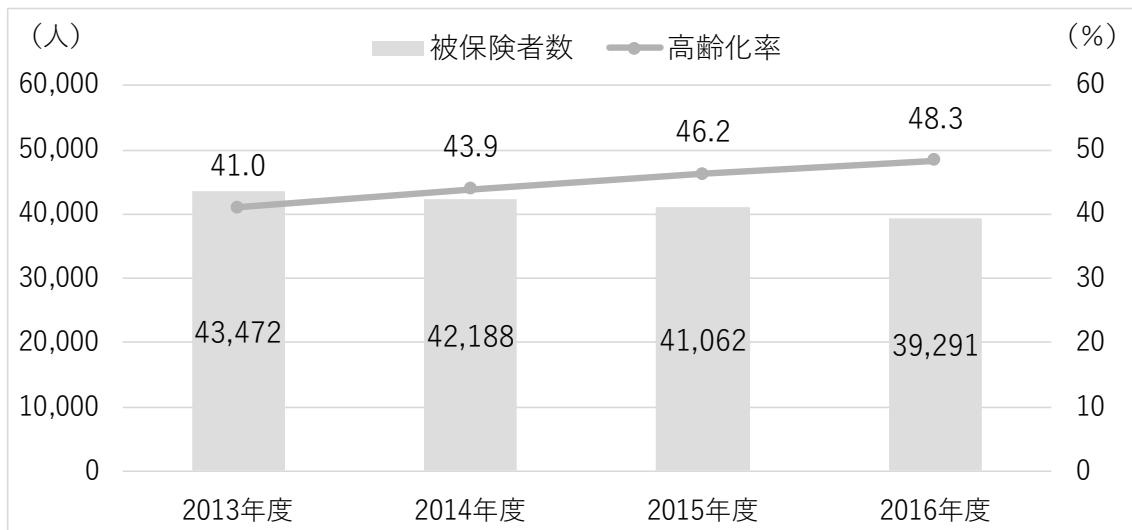
图表 10 国民健康保険被保険者の構成比較



出典：【松江市】松江市国保事業年報（2016年度）【島根県、国】KDB 地域の全体像の把握（2016年度）

被保険者数は減少傾向にあり、高齢化率は上昇傾向にあります。

図表 11 松江市国保被保険者数と高齢化率の推移

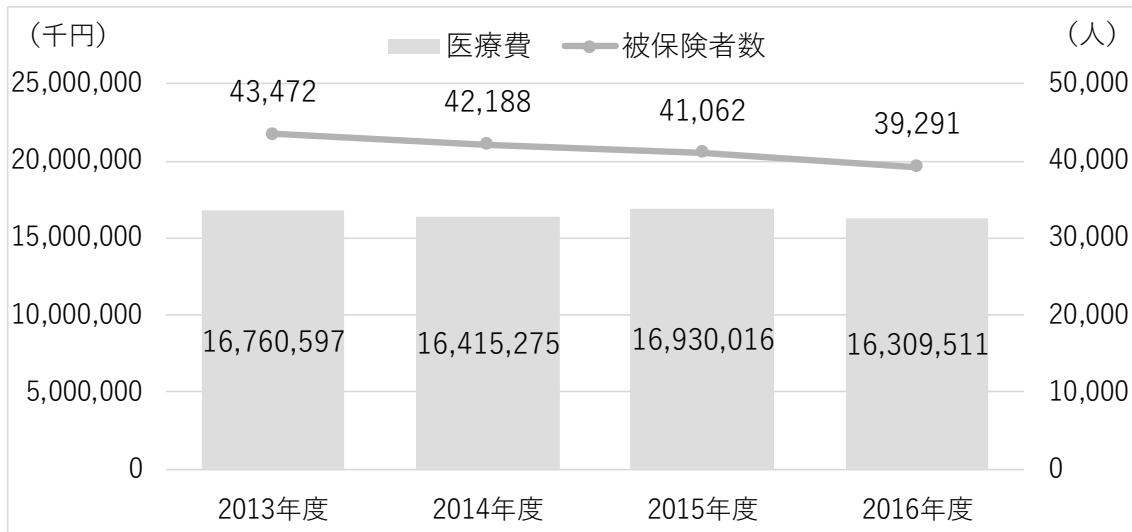


出典：松江市国保事業年報（2014～2017 年度）

(2) 医療費の状況

総医療費は、2015 年度はウイルス性肝炎治療薬の保険適応等により増加しましたが、全体でみると被保険者数の減少に伴い減少傾向にあります。2016 年度は 163 億 951 万円となっています。

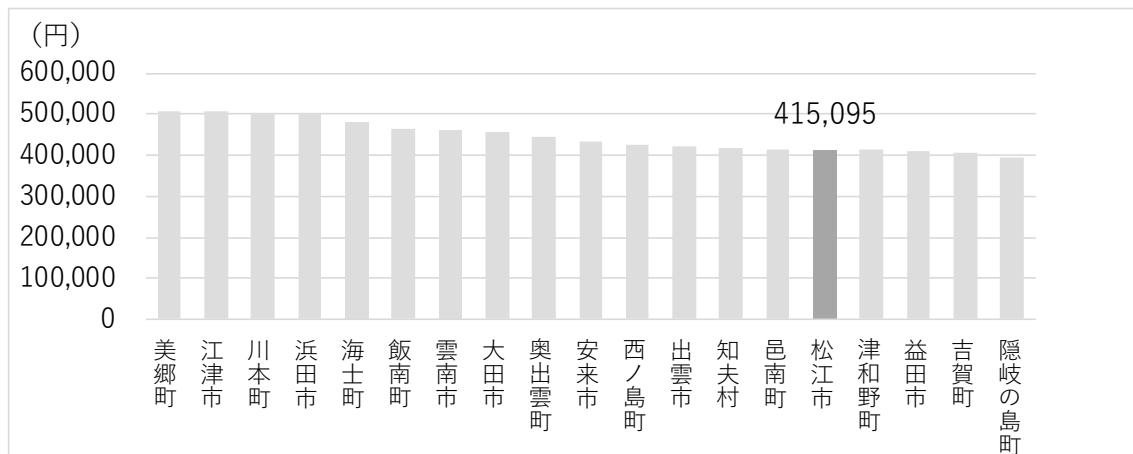
図表 12 松江市国保医療費の推移



出典：松江市国保事業年報（2014～2017 年度）

年間の1人当たり医療費は415,095円で、県内では5番目に低い状況です。

図表13 年間の1人当たり医療費の県内比較



1人当たり医療費 = 総医療費 ÷ 国保被保険者数

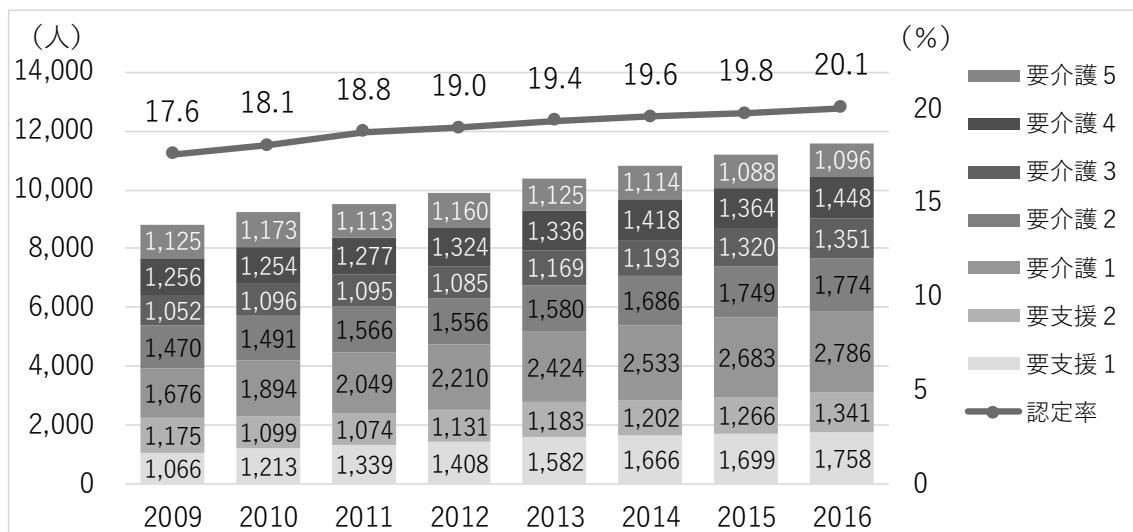
出典：平成29年度版 統計でみる島根の国保

5) 松江市介護保険の状況

要支援・要介護の認定率及び認定者数は年々上昇しており、認定率は2009年度から2016年度にかけて2.5ポイント上昇し、20.1%となっています。

今後、後期高齢者の増加に伴い要介護認定者数も増加していくことが予測されます。

図表14 要支援・要介護認定者・認定率の推移



出典：松江市

介護認定となる原因疾病では、男女とも「脳梗塞」、「脳内出血」、「高血圧性疾患」等生活習慣病が見られます。

図表15 介護認定となる原因疾病

	男性	女性
第1位	脳梗塞	アルツハイマー病
第2位	他に分類されないもの	血管性及び詳細不明の認知症
第3位	血管性及び詳細不明の認知症	骨折
第4位	アルツハイマー病	他に分類されないもの
第5位	骨折	脳梗塞
第6位	脳内出血	関節症
第7位	高血圧性疾患	高血圧性疾患
第8位	脊椎障害（脊椎症を含む）	脊椎障害（脊椎症を含む）
第9位	その他の悪性新生物	脳内出血
第10位	糖尿病	その他の心疾患

※2016年に認定された男性3,526件、女性7,593件を年齢ごとに分類したもの

※疾病分類は島根県国民健康保険疾病統計表の119項目分類による

出典：松江市

3. 計画の振り返り

1) 第1期データヘルス計画の取り組み

(1) 保健事業計画の概要

	対 策	事業名	事業目的	事業概要
1	生活習慣病予防の周知・啓発	①広報事業	高血圧や高脂血症について広く周知・啓発を行い、松江市国保被保険者全体の健康リスクを下げる	周知・啓発活動
2	特定健診受診率向上	②個別受診勧奨	個別通知による健診受診勧奨を行い、健診受診につなげる	健康意識分類、受診率予測、レセプトの有無・受療傾向による受診勧奨
		③休日・追加健診	休日や健診期間終了後に実施し、健診機会の拡大を図る	休日や健診期間終了後の集団健診の実施
		④健診結果情報提供事業	他法令等で実施した松江市国保特定健診対象者の健診結果を収集し、受診率向上につなげる	健診機関や医療機関から健診結果を収集
		⑤人間（脳）ドック利用助成	人間（脳）ドックの利用を促進することで、受診率向上につなげる	人間（脳）ドック受診者への費用助成
3	特定保健指導実施率向上	⑥新規対象者への利用勧奨	新規対象者を重点として、実施率向上を図る	特定保健指導の実施
		⑦未利用者勧奨	未利用者へ再度利用勧奨を行い、利用につなげる	未利用者への利用勧奨
4	腎症重症化予防	⑧CKD 診療フォロー	健診医と腎臓・糖尿病専門医が病診連携し、重症化予防につなげる	健診医から腎臓・糖尿病専門医に紹介する
		⑨保健（栄養）指導	糖尿病性腎症の対象者へ、かかりつけ医と連携して保健（栄養）指導を実施し、重症化予防につなげる	保健（栄養）指導の実施
5	虚血性心疾患ハイリスク者の受療勧奨	⑩重点対策リスク因子保有者への受療勧奨	重点対策リスク因子保有者を受療につなげ、重症化疾患発症リスクを下げる	重点対策リスク因子保有者への受療勧奨
		⑪高血圧未治療者の保健指導	Ⅲ度高血圧のハイリスク者へ受療勧奨を行い、必要な医療につなげることで重症化を予防する	Ⅲ度高血圧ハイリスク者への受療勧奨
6	医療費適正化	⑫後発医薬品の普及啓発	後発医薬品を普及促進することで、医療費適正化を図る	後発医薬品への切り替えの促進
		⑬薬剤効果の重複する薬剤処方者への指導の検討	複数の医療機関から重複処方を受けている受診者への指導の検討	重複服薬リスクの指導方法の検討

※CKDとは慢性腎臓病のこと。腎臓の働き（eGFR）が健康な人の 60ml/分/1.73 m²未満に低下するか、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態。

(2) 各保健事業の実施状況

① 生活習慣病予防の周知・啓発【広報事業】

目的	高血圧や高脂血症等について広く周知・啓発を行い、市民の健康リスクを下げる
概要	周知・啓発活動
対象者	被保険者を含む市民
実施方法	市報・市ホームページ・国保だより等による周知・啓発 地域での健康教育等
OP目標※	①広報実施回数 3回 ②健康教育実施回数 30回
2016年度実績	<ul style="list-style-type: none"> ・国保だより等送付時の啓発強化 ・市報・市ホームページ等で生活習慣病予防、健診等の啓発 ・継続した減塩対策（塩分測定・塩分アンケート等）の実施 ・40～64歳を対象とした生活習慣病一般健康教育：95回(2,145人) ・健康まつえ21推進隊による広報車やポスター等による健診日程の周知や食・運動等の健康づくり活動の実施。健診啓発 236回、運動 244回 5,692人、食 67回 2,295人、健康講座 80回 2,382人
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・計画的な健診啓発や生活習慣病予防の広報活動の達成。 ・国保だよりに健診受診啓発事項の掲載。 ・各地区等で減塩活動の継続した展開。 ・26年度に比べて40～64歳の生活習慣病一般健康教育の回数・人数とも増加した。 ・健康まつえ21推進隊を中心とした地域特性に応じた日常的な健康づくりが定着。 ・市民に向けた予防のための周知・啓発活動を継続し、壮年期が参加しやすい健康教育の検討等、より効果的な活動を目指す必要がある。

※OP目標：計画策定時のアウトプット目標の略。評価指標の事業実施量を指す。

② 特定健診受診率向上【個別受診勧奨】

目的	個別通知及び地区担当保健師による健診受診勧奨を行い、健診受診につなげる
概要	レセプトの有無・受療傾向による受診勧奨
対象者	特定健診対象者
実施方法	個別通知及び地区担当保健師による受診勧奨
OP目標	通知人数 7,000通×2回
2016年度実績	<ul style="list-style-type: none"> ⑦40～50歳代対象者 7,342人に受診勧奨通知・休日健診案内（8月） ①40～60歳代未受診者 14,115人に通知（12月） ⑦地区担当保健師による未受診者及び新規加入者の訪問等による受診勧奨
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の特性に応じた未受診者通知をすることで、休日・追加健診の受診につなぐことができた。 ・地区担当保健師による受診勧奨では、実施後に分析し、対象等の見直しを行い実施した。 ・⑦の通知内容や方法等について検討し、より受診につながる通知方法を検討する必要あり。また、未受診理由として多い定期通院者の健診受診啓発について、関係機関と検討する必要がある。

③ 特定健診受診率向上【休日・追加健診】

目的	休日や健診期間終了後に実施し、健診機会の拡大を図る
概要	休日や健診期間終了後の集団健診の実施
対象者	健診未受診者
実施方法	休日健診の案内送付及び健診実施 追加健診の案内送付及び健診実施
OP目標	休日健診受診者 100 人、追加健診受診者 840 人
2016年度実績	休日健診：40～50歳代対象者 7,342 人に通知、受診者 68 人（1 日） 追加健診：未受診者 14,115 人に通知、 申込 878 人（6.2%） 受診者 766 人（5.4%）（6 日）
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・休日健診は平日の医療機関受診が難しい人の受診機会につながっている。 ・追加健診は受診者の 8 割が初めて追加健診を受診しており、受診者には翌年の期間内受診を促している（2015 年度分の分析）。 ・受診者の 5 割以上が健診の結果「要精密検査」であり、要治療者の早期発見・受療勧奨の機会となっている。 ・特定保健指導対象者が個別健診受診者の特保発生率の 2 倍以上であり、医療受診に至っていない「要指導者」を発見できる機会となっている。 ・日頃医療機関へ受診していない健診未受診者に対し、健診の場の提供と、受診の結果、生活習慣改善指導や早期治療につなぐ機会となっている。

④ 特定健診受診率向上【健診結果情報提供事業】

目的	他法令等で実施した松江市国保特定健診対象者の健診結果を収集し、受診率向上につなげる
概要	健診機関や医療機関から健診結果を収集
対象者	特定健診未受診者
実施方法	健診機関からの健診結果提供
OP目標	1,000 件
2016年度実績	78 件
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・2014 年度 36 件に比べて増加傾向だが、十分ではない。 ・健診機関や医療機関から健診結果を収集する体制の構築が課題である。 ・職場健診受診者等の情報提供拡大について、健康まつえ応援団に協力依頼する等、継続して検討する必要がある。

⑤ 特定健診受診率向上【人間（脳）ドック利用助成】

目的	人間（脳）ドックの利用を促進することで、受診率向上につなげる
概要	人間（脳）ドック受診者への費用助成
対象者	人間（脳）ドック受診希望者
実施方法	人間（脳）ドック費用助成
OP目標	2,000人
2016年度実績	1,960人
評価	・検査項目の多い人間ドックは、被保険者の健診受診の機会拡大につながっている。

⑥ 特定保健指導実施率向上【新規対象者への利用勧奨】

目的	新規対象者を重点として、実施率向上を図る
概要	特定保健指導の実施
対象者	新規対象者
実施方法	直営・委託による実施
OP目標	新規対象者数 519人（実施）
2016年度実績	対象者 482人・実施者 187人（実施率 38.8%）
評価	・新規対象者は地区担当保健師が全数訪問、利用勧奨を実施しているが、実施の伸びにつながっていない。 ・今後勧奨方法等を検討する必要がある。

⑦ 特定保健指導実施率向上【未利用者勧奨】

目的	未利用者へ再度利用勧奨を行い利用につなげる
概要	未利用者への利用勧奨
対象者	特定保健指導未利用者
実施方法	⑦利用勧奨通知の送付、電話による利用勧奨 ①集団特定保健指導の実施
OP目標	利用勧奨通知送付数 500通
2016年度実績	⑦2月現在未利用者 606人に勧奨通知・実施者 60人（実施率 9.9%） ①集団特定保健指導に骨密度測定等健康チェックを同時実施
評価	・勧奨通知者の約1割が実施に至った。 ・集団特定保健指導に健康チェック等を組み合わせることで、対象者の利用効果が高まった。 ・効果的な勧奨方法について検討する必要がある。

⑧ 腎症重症化予防【CKD 診療フォロー】

目的	健診医と腎臓・糖尿病専門医が病診連携し、重症化予防につなげる
概要	健診医から腎臓・糖尿病専門医に紹介する
対象者	該当基準：eGFR 値 50 ml/分/1.73 m ² 未満または、尿蛋白 2+以上の人 糖尿病性の該当基準：該当基準に加え、下記の基準該当者 2015 年度…HbA1c 6.5%以上の人 2016 年度…上記または空腹時血糖 126 mg/dl 以上の人 2017 年度…上記または糖尿病治療中の人
実施方法	健診医から専門医（糖尿病もしくは腎臓内科）への紹介
OP目標	紹介人数 20 人
2016 年度実績	24 人（糖尿病性 16 人、非糖尿病性 8 人）
評価	・対象基準が拡大しているため紹介率の評価は困難だが、紹介人数は目標達成した。 ・関係機関と事業検証しながら継続実施し、医療機関への周知を図る必要がある。

⑨ 腎症重症化予防【保健（栄養）指導】

目的	糖尿病性腎症の対象者へ、かかりつけ医と連携して保健（栄養）指導を実施し、重症化予防につなげる
概要	保健（栄養）指導の実施
対象者	HbA1c 値 6.5% 以上かつ、尿蛋白 2+ 以上または eGFR 値 50 ml/分/1.73 m ² 未満の人
実施方法	委託による実施
OP目標	保健指導実施人数 10 人
2016 年度実績	1 人（終了率 100%）
評価	・2016 年度に関係機関と実施に向けて協議し、実施体制を構築できた。 ・10 月から開始のため実績は少ないが、終了まで指導を継続できた。 ・新規事業のため継続実施し、医療機関への周知を図り、フォローを要する対象者が利用につながるよう検討する必要がある。

⑩ 虚血性心疾患ハイリスク者の受療勧奨【重点対策リスク因子保有者の受療勧奨】

目的	重点対策リスク因子保有者を受療につなげ、重症化疾患発症リスクを下げる
概要	重点対策リスク因子保有者の受療勧奨
対象者	高血圧かつ脂質異常の人
実施方法	個別通知
OP目標	通知人数 1,000 人
2016 年度実績	通知 577 人・受療実績 78 人（受療率 13.5%）
評価	・通知から受療につながった。 ・継続実施し、効果的な通知に向けて検討する必要がある。

⑪ 虚血性心疾患ハイリスク者の受療勧奨【高血圧未治療者の保健指導】

目的	重点対策リスク因子保有者を受療につなげ、重症化疾患発症リスクを下げる
概要	Ⅲ度高血圧のハイリスク者へ受療勧奨を行い、必要な医療につなげる
対象者	前年度の健診結果で、収縮期血圧が 180mmHg 以上または、拡張期血圧が 110mmHg 以上で未治療者
実施方法	保健師による受療勧奨
OP目標	保健指導人数 90 人
2016 年度実績	※2017 年度から事業開始
評価	・2016 年度は事業実施に至らず、2017 年度に開始した。 ・継続実施し、効果的な受療勧奨や指導について検討する必要がある。

⑫ 医療費適正化【後発医薬品の普及啓発】

目的	後発医薬品を普及促進することで、医療費適正化を図る
概要	後発医薬品への切り替えの促進
対象者	切り替え効果が見込まれる人
実施方法	個別通知
OP目標	通知数 1,000 件 × 年 4 回
2016 年度実績	3,401 通
評価	・通知による啓発の反復効果から切り替えが進んでいる。

⑬ 医療費適正化【薬剤効果の重複する薬剤処方者への指導の検討】

目的	複数の医療機関から重複処方を受けている受診者への指導の検討
概要	重複受診・重複服薬者への適正受診・服薬について勧奨
対象者	重複薬剤効果のある薬剤処方者
実施方法	指導方法の検討
OP目標	指導方法の検討
2016 年度実績	事業実施に向けた検討
評価	・重複受診者、多受診者について、レセプトの内容から人工透析・精神デイケア通院者、がん、難病等による受診理由のある対象者を除き、保健指導の方法の検討を行った。

(3) 各保健事業の評価

評価指標	現状値 (2014)		2015	2016	2017
特定健診受診率 (出典:法定報告値)	44.5%	目標	47.0%	49.5%	52.0%
		実績	45.6%	44.3%	---
特定健診連続受診率 (出典:Focus)	82.7%	目標	84.1%	85.5%	86.8%
		実績	80.9%	79.1%	---
特定健診受診者増加人数 (出典:松江市)	受診者数 14,205 人	目標	+747 人	+1,493 人	+2,240 人
		実績	-37 人	-727 人	---
特定保健指導実施率 (初回) (出典:松江市)	33.1%	目標	34.8%	36.4%	38.1%
		実績	36.8%	36.5%	---
特定保健指導新規対象者利用率 (出典:松江市)	37.4%	目標	41.6%	45.8%	50.0%
		実績	39.6%	38.8%	---
特定保健指導実施者増加人数 (出典:松江市)	実施者数 409 人	目標	+22 人	+43 人	+67 人
		実績	+57 人	-27 人	---
CKD 対象者 ※目標設定なし (出典:松江市)	46 人	実績	263 人	438 人	---
CKD 診療フォロー者数 (出典:松江市)	15 人	目標	---	---	20 人
		実績	25 人	24 人	---
糖尿病性腎症保健指導実施人数 (出典:松江市)	---	目標	---	---	10 人
		実績	事業検討	1 人	---
要治療者の受療率 (出典:Focus)	71.3%	目標	71.3%	77.6%	83.8%
		実績	70.9%	73.8%	---
要治療者の受療率向上による 受療者数(出典:松江市)	---	目標	---	521 人	1,060 人
		実績	---	212 人	---
後発医薬品の普及率 (数量ベース) (出典:松江市)	60.7%	目標	---	---	70%
		実績	62.7%	69.7%	---

【第1期計画アウトカム指標の評価】

評価指標	現状値 (2014)		2015	2016	2017
重症化疾患群新規患者削減数 (全体)	2,721 人	目標	---	---	-404 人
		実績	-142 人	-527 人	---
【再掲】虚血性心疾患群新規患者削減数 2014 年度との差(出典:Focus)	1,542 人	目標	---	---	-268 人
		実績	-18 人	-261 人	---

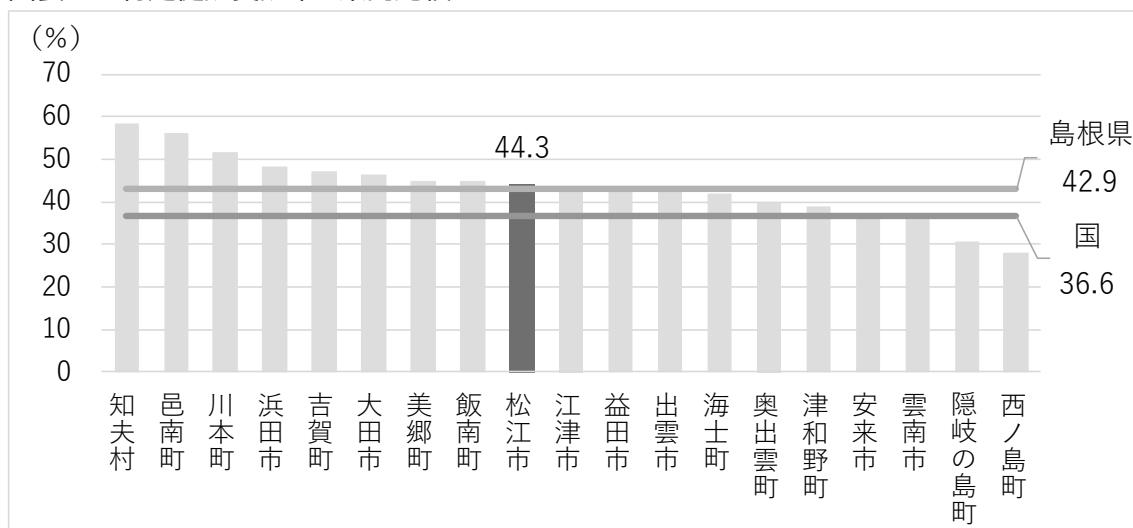
※アウトカム指標：成果指標

2) 第2期特定健康診査等実施計画の取り組みから

(1) 特定健診受診率の県内比較及び推移

県内他市町村と比較すると、県内自治体の9番目に位置しています。

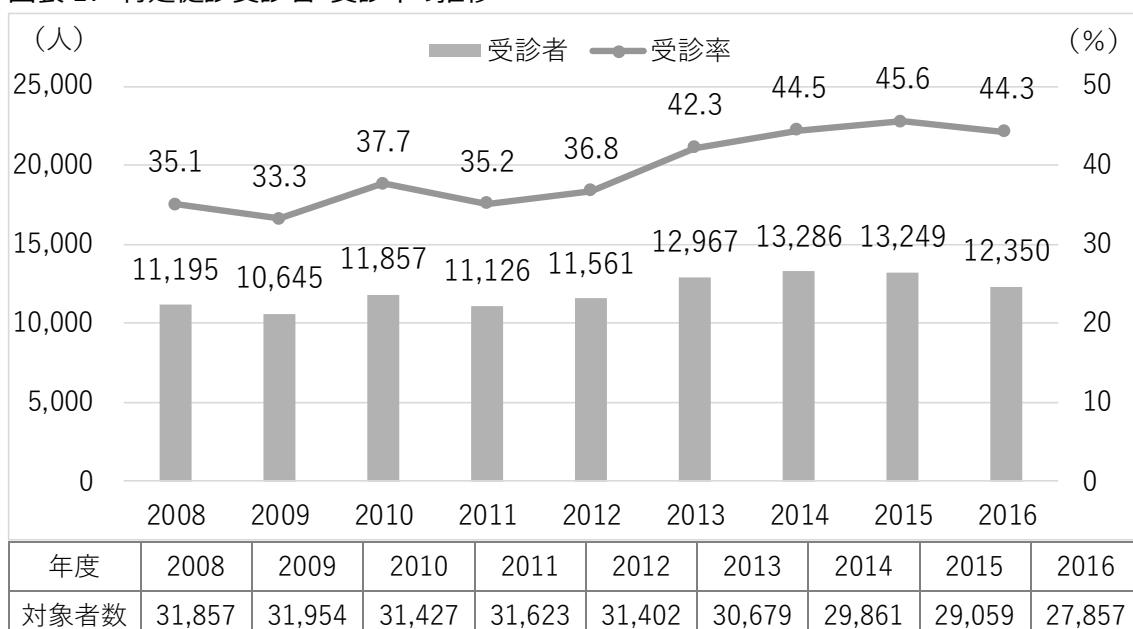
図表 16 特定健診受診率の県内比較



出典：法定報告値 速報値（2016年度）

2011年度の35.2%から上昇傾向にありましたが、2016年度はやや下降し44.3%となっています。

図表 17 特定健診受診者・受診率の推移



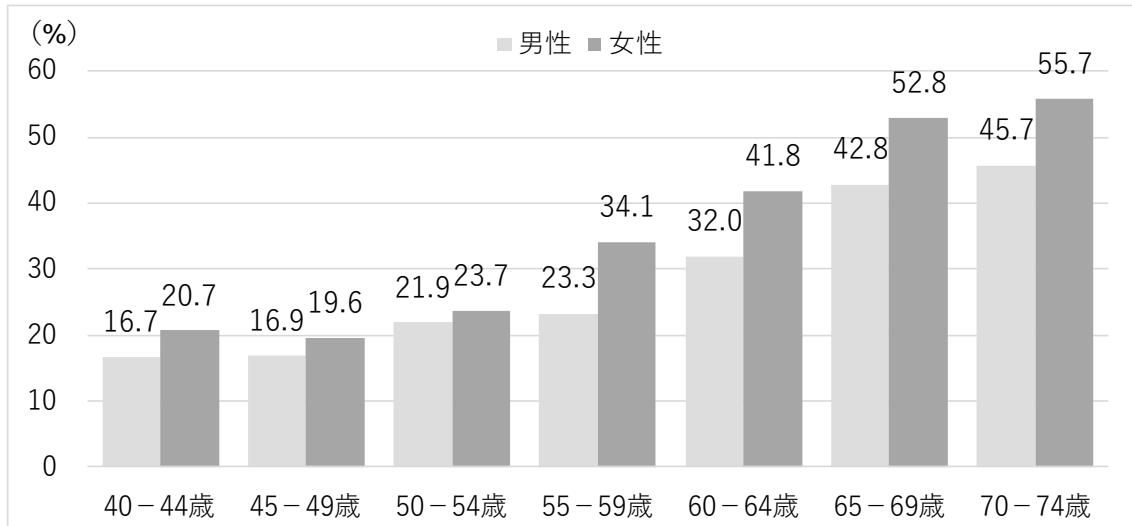
※2008～2010は、旧松江市+旧東出雲町の合算

出典：法定報告値 ※2016年度は速報値

(2) 年齢階層別の受診率と推移

年齢・性別の受診率をみると、高齢になるに従い受診率が高くなっています。また、性別ではすべての年齢階層別において女性の受診率が高くなっています。

図表 18 年齢階層別性別受診率

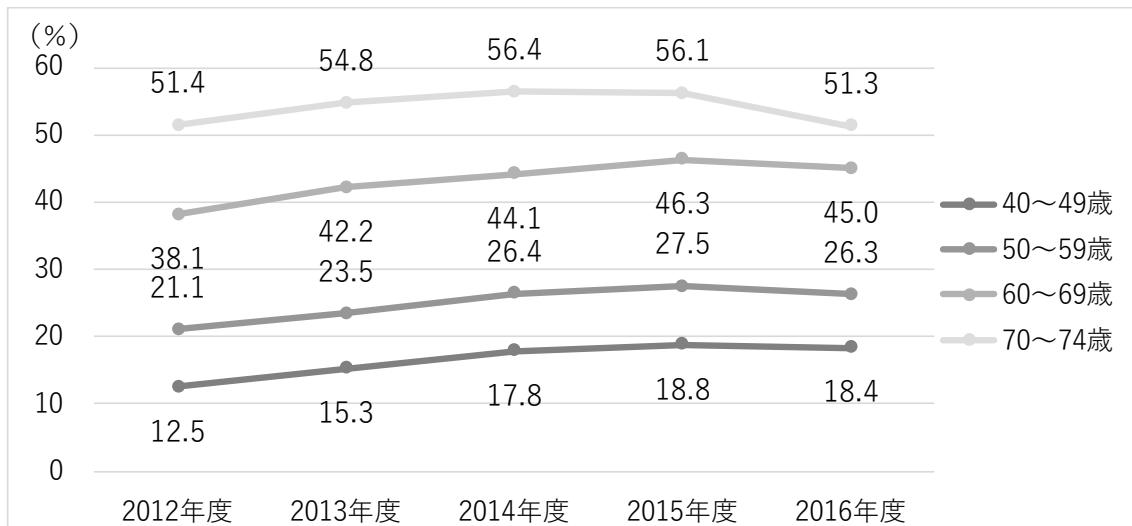


出典：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度）※年度末年齢で表記

※医療費分析ツール「Focus」で扱う特定健診受診者数は実績値

すべての年齢階層において、2015 年度までは上昇傾向にありましたが、2016 年度はすべての年齢階層において下降しています。中でも 70 歳代は下降の幅が大きく、4.8 ポイント下降しています。

図表 19 年齢階層別の受診率の推移

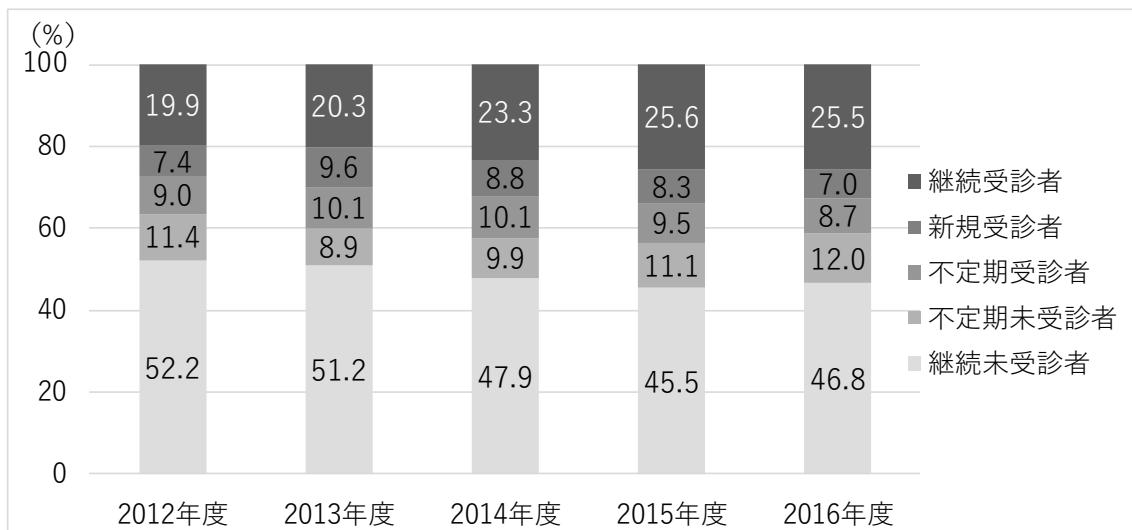


出典：医療費分析ツール「Focus」※年度末年齢で表記

(3) 受診傾向区分別の特定健診対象者の割合

受診傾向区分別にみると、2012 年度と 2016 年度の比較では継続未受診者の割合が減少 (-5.4 ポイント) しており、継続受診者の割合が増加 (+5.6 ポイント) しています。これまでの未受診者対策の成果と考えています。

図表 20 受診傾向区分別の割合



* 受診傾向区分の定義（2016 年度の例） ※受診歴のみで判定

継続受診者： 2014～2016 年度の 3 年連続受診者

新規受診者： 2016 年度の受診者（2014～2015 年度に受診歴なし）

不定期受診者： 2016 年度の受診者（2014～2015 年度に受診歴あり）

不定期未受診者： 2016 年度の未受診者（2014～2015 年度に受診歴あり）

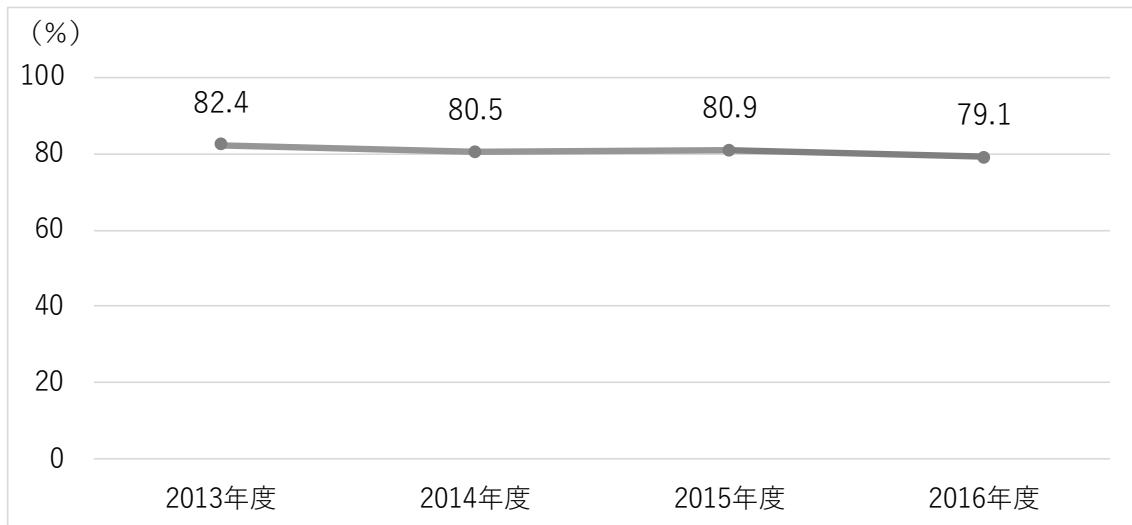
継続未受診者： 2014～2016 年度の受診歴なし

出典：医療費分析ツール「Focus」

(4) 特定健診の 2 年連続受診者の割合

特定健診を受診した人のうち、翌年度連続して受診している人は、約 8 割に留まっている状況があります。

図表 21 特定健診の 2 年連続受診者の割合



出典：医療費分析ツール「Focus」

2015 年度に受診して、2016 年度に受診していない人の状況を確認すると以下の結果でした。

図表 22 2015 年度と 2016 年度を 2 年連続受診しなかった人の状況 (2,757 人)

内訳	人数	割合
2016 年度末までに 75 歳到達	231 人	8.4%
年度途中に喪失	186 人	6.7%
生活習慣病の入院レセプト有	232 人	8.4%
その他	2,108 人	76.5%

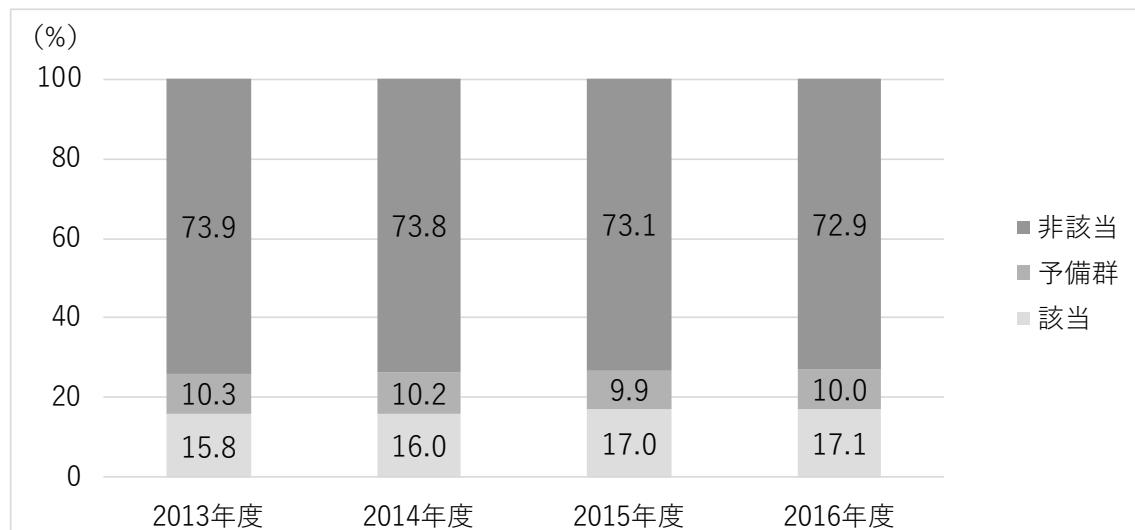
出典：医療費分析ツール「Focus」

2 年連続受診者の増加には、図表 22 の「その他」76.5%にあたる人の状況を詳しく分析していく必要があります。

(5) 特定健診受診者のメタボリックシンドロームの状況

特定健診受診者のメタボリックシンドロームの状況をみると、メタボリックシンドローム該当者は 2013 年度から増加傾向にあり、2016 年度で 17.1% となっています。メタボリックシンドローム予備群は、約 1 割で推移しています。

図表 23 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



出典：KDB 地域の全体像の把握

(6) 生活習慣病有病者の割合

特定健診受診者の結果をみると、高血圧と脂質異常は約 5 割、糖尿病は 13% 前後の人人が有病の状況にあります。

図表 24 生活習慣病主要疾患（高血圧、脂質異常、糖尿病）の有病状況

		高血圧			脂質異常			糖尿病			
		2014 年度	2015 年度	2016 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	
男性	40～49 歳	74	75	58	127	148	149	38	26	25	
		23.2	21.7	16.3	39.8	42.9	42.0	11.9	7.5	7.0	
	50～59 歳	172	185	170	212	209	196	49	45	50	
		37.4	40.2	39.2	46.1	45.4	45.2	10.7	9.8	11.5	
	60～69 歳	1,413	1,608	1,521	1,137	1,235	1,183	534	515	502	
		56.3	59.4	58.2	45.3	45.6	45.2	21.3	19.0	19.2	
	70 歳 以上	1,433	1,431	1,374	1,023	967	906	51.9	46.7	46.4	
		60.3	63.4	64.4	43.0	42.9	42.5	21.8	20.7	21.7	
女性	40～49 歳	30	38	30	84	76	76	20	9	6	
		7.9	9.9	7.5	22.0	19.9	19.1	5.2	2.4	1.5	
	50～59 歳	164	187	171	377	331	306	72	32	28	
		24.2	28.7	27.9	55.6	50.8	49.8	10.6	4.9	4.6	
	60～69 歳	1,733	1,874	1,705	2,463	2,583	2,345	503	318	321	
		43.7	45.1	44.1	62.2	62.1	60.7	12.7	7.6	8.3	
	70 歳 以上	1,948	2,000	1,827	2,225	2,166	2,014	469	366	374	
		55.4	59.4	57.4	63.3	64.4	63.2	13.3	10.9	11.7	
総数		6,967	7,398	6,856	7,648	7,715	7,175	2,204	1,778	1,770	
		49.0	51.6	50.4	53.8	53.8	52.8	15.5	12.4	13.0	

* 有病者判定基準（島根県基準）は以下のとおり：

高血圧……「服薬あり」または「服薬なしで収縮期 140 mm Hg 以上または拡張期 90 mm Hg 以上」

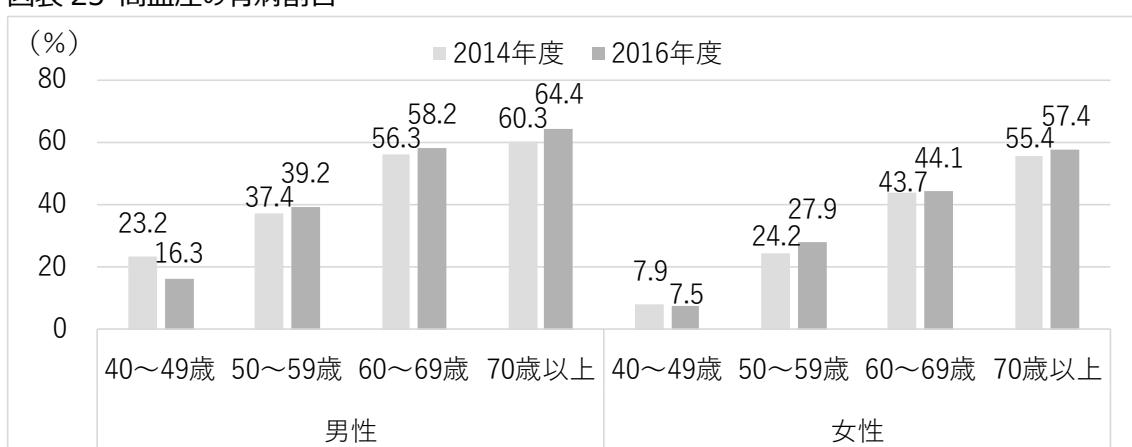
脂質異常…「服薬あり」または「服薬なしで中性脂肪 300 mg/dl 以上または HDL34 mg/dl 未満または LDL140 mg/dl 以上」

糖尿病……「服薬あり」または「服薬なしで空腹時血糖 126 mg/dl 以上または HbA1c(NGSP 値)6.5% 以上」

出典：松江市 単位：上段（人）・下段（%） ※母数は、特定健診受診実績者数

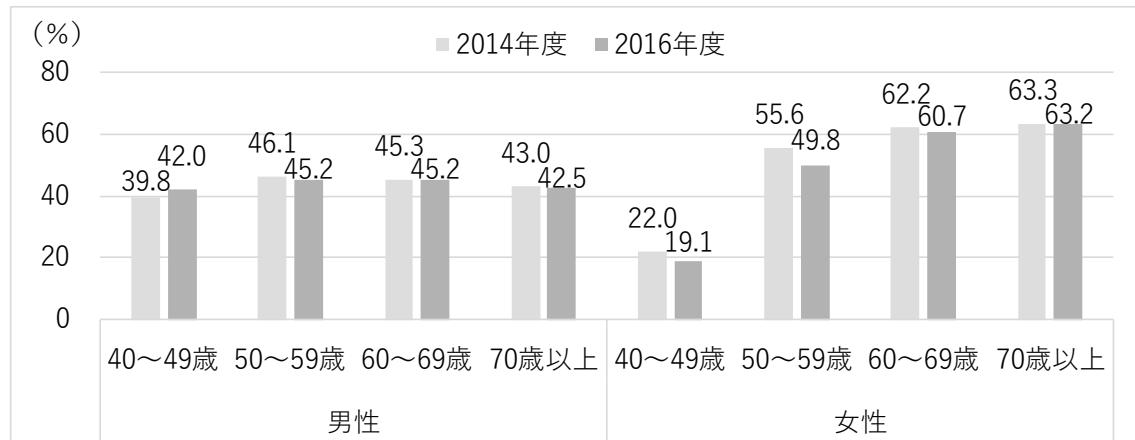
性別・年代別に有病状況をみると、高血圧と糖尿病は年代が上がるに連れて有病率が高く、また男性の方が高い傾向です。脂質異常は、男性は年代による差がほとんどなく、女性は 50 歳代から急に高くなり男性より高い状況です。

図表 25 高血圧の有病割合



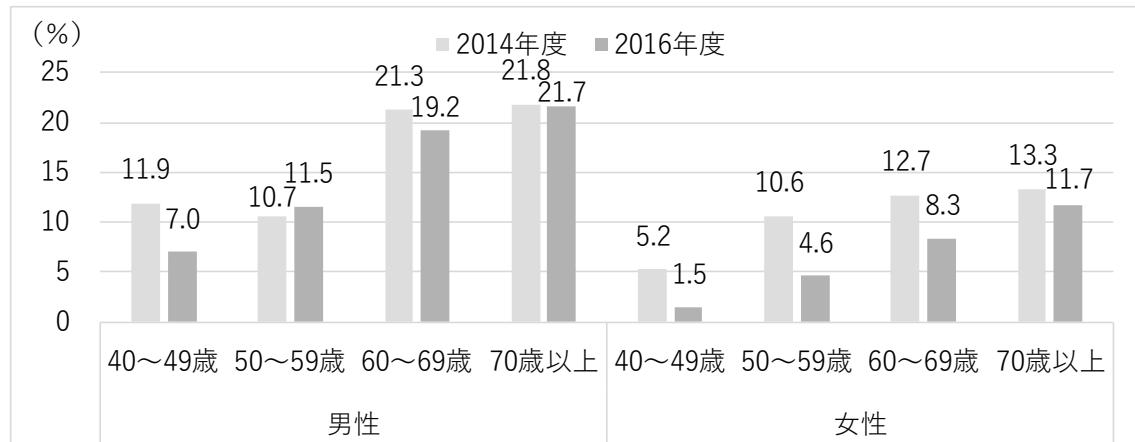
出典：松江市

図表 26 脂質異常の有病割合



出典：松江市

図表 27 糖尿病の有病割合

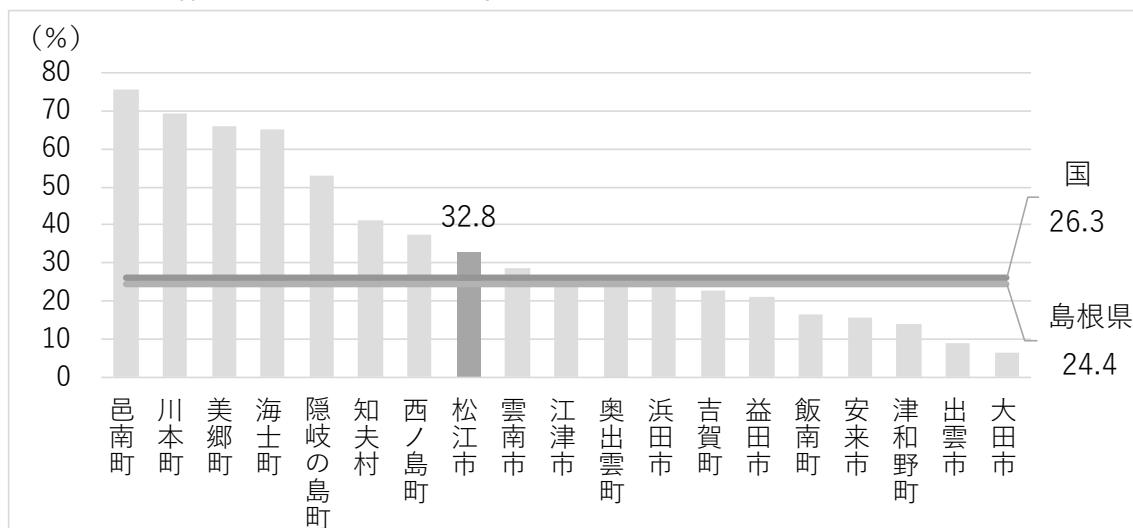


出典：松江市

(7) 特定保健指導実施率の県内比較及び推移

特定保健指導実施率（終了率）は、県内では8番目に位置しています。

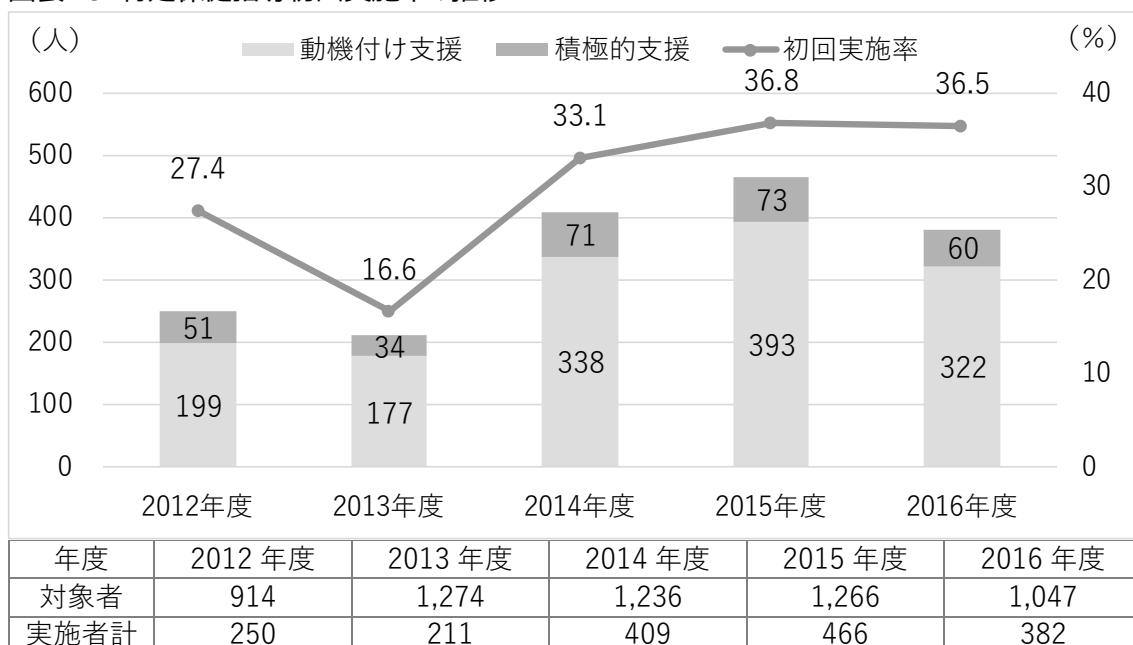
図表 28 特定保健指導実施率（終了率）の県内比較



出典：法定報告値 速報値（2016年度）

特定保健指導の初回実施率は、2012年度の27.4%から上昇し2016年度は36.5%となっています。

図表 29 特定保健指導初回実施率の推移



出典：松江市

(8) 健診受診方法別の特定保健指導対象者の発生率及び実施状況

集団健診は、特定保健指導対象者の発生率が高いですが、結果報告と併せて特定保健指導を実施する体制をとっているため、実施率も高くなっています。

特定保健指導実施率の向上には、特定保健指導対象者の多い個別健診受診者の実施率を上げていくことが重要です。特定健診実施医療機関と連携した実施率向上対策を検討していく必要があります。

図表 30 健診受診方法別の特定保健指導発生率及び実施状況

年度	受診方法	健診受診者	特保対象者	特保発生率	特保実施者	実施率
2015 年度	個別健診	10,577	782	7.4%	229	29.3%
	集団健診	1,890	272	14.4%	176	64.7%
	ドック	1,799	206	11.5%	61	29.6%
2016 年度	個別健診	10,000	704	7.0%	177	25.1%
	集団健診	1,562	200	12.8%	152	76.0%
	ドック	1,960	143	7.3%	53	37.1%

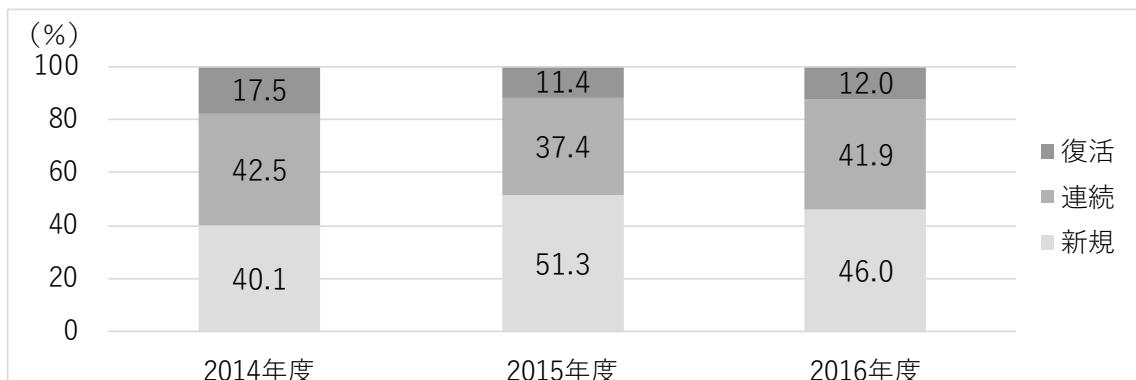
出典：松江市

※健診受診者数は、実績数から情報結果提供数を除いたもの

(9) 特定保健指導対象者のこれまでの対象区分と実施状況

対象者全体に占める割合が大きく、早期に生活習慣病改善を図ることができる新規対象者を、引き続き重点勧奨対象者とし、利用勧奨を実施していく必要があります。

図表 31 健診受診方法別の特定保健指導対象者発生率及び実施状況



* 特定保健指導対象区分：前年度に特定健診対象外である者は除く

新規：特定保健指導の過去 2 年間は対象ではない者

連続：1 年前が対象である（2 年前の状況は関係ない）者

復活：過去 2 年のうち 1 年前は対象ではないが、2 年前は対象であった者

出典：松江市

図表 32 対象者のこれまでの特定保健指導対象者状況及び実施状況

		新規	連続	復活	総計
2015 年度	対象者	649	473	144	1,266
	特保実施者	257	165	44	466
	初回実施率	39.6%	34.9%	30.6%	36.8%
2016 年度	対象者	482	439	126	1,047
	特保実施者	187	150	45	382
	初回実施率	38.8%	34.2%	35.7%	36.5%

出典：松江市

(10) 特定保健指導の実施効果

2015 年度の特定保健指導対象者 1,266 人（積極的支援対象者 235 人（男性 193 人、女性 42 人）、動機付け支援対象者 1,031 人（男性 648 人、女性 383 人））のうち、2016 年度も継続して特定健診を受診した 856 人（男性 570 人、女性 286 人）について、特定保健指導の効果について評価しました（図表 33、図表 34）。

性別及び支援区分に分け、それぞれの対象者について、「保健指導利用あり群」（以下「あり群」とする）と「保健指導利用なし群」（以下「なし群」とする）に分け、体重・BMI・腹囲や血圧・HbA1c 等 10 項目について 2 か年の差を比較しました。

男性は「あり群」について積極的支援対象者、動機付け支援対象者とも平均値が全項目改善していました。一方「なしの群」においても半数の項目において平均値の改善がみられていますが、数値の改善は「あり群」より少ない状況でした。

女性は、男性と比較すると保健指導利用の有無で平均値の改善における差はみられませんでしたが、「あり群」「なし群」とともに改善した項目が多くありました。平均値の差が大きい項目は、「あり群」に多くみられました。

このことから、面接での特定保健指導利用は対象者に生活習慣の改善を促し、翌年の健診結果の改善につながっていると考えられます。しかし、保健指導を利用しなくても特定保健指導の案内（利用券の送付）が生活習慣改善の動機付けにつながっていることも考えられます。また、その傾向は女性でより強くみられました。

ただし、この比較については、男女とも支援対象者の人数に大きな差があるため、以上のように結論づけるには注意が必要です。

図表 33 特定保健指導利用による効果（男性）：570 人

2015 年 と 2016 年 比較項目	積極的支援 (119 人)				動機付け支援 (451 人)			
	保健指導利用あり		保健指導利用なし		保健指導利用あり		保健指導利用なし	
	対象者 (人)	平均値 の差	対象者 (人)	平均値 の差	対象者 (人)	平均値 の差	対象者 (人)	平均値 の差
体重	37	▲ 1.23	82	0.02	176	▲ 0.65	275	▲ 0.12
BMI	37	▲ 0.46	82	0.04	176	▲ 0.20	275	▲ 0.01
腹囲	37	▲ 1.44	82	▲ 0.08	176	▲ 0.56	275	0.11
収縮期血圧	37	▲ 4.46	82	▲ 2.24	176	▲ 1.55	275	▲ 1.84
拡張期血圧	37	▲ 4.11	82	▲ 0.83	176	▲ 1.78	275	▲ 0.35
中性脂肪	37	▲ 66.89	82	▲ 47.04	176	▲ 7.59	275	▲ 10.97
HDL	37	1.65	82	0.65	176	1.19	275	▲ 0.01
LDL	37	▲ 2.49	82	2.62	176	▲ 2.11	275	▲ 2.95
空腹時血糖	21	▲ 3.86	59	▲ 2.90	140	▲ 0.81	214	▲ 2.18
HbA1c	37	▲ 0.15	81	▲ 0.00	175	▲ 0.02	273	▲ 0.01

出典：松江市

図表 34 特定保健指導利用による効果（女性）：286 人

2015 年 と 2016 年 比較項目	積極的支援 (26 人)				動機付け支援 (260 人)			
	保健指導利用あり		保健指導利用なし		保健指導利用あり		保健指導利用なし	
	対象者 (人)	平均値 の差	対象者 (人)	平均値 の差	対象者 (人)	平均値 の差	対象者 (人)	平均値 の差
体重	11	▲ 1.15	15	▲ 0.34	115	▲ 0.63	145	▲ 0.66
BMI	11	▲ 0.47	15	▲ 0.11	115	▲ 0.22	145	▲ 0.34
腹囲	11	▲ 2.58	15	▲ 1.17	115	▲ 2.23	145	▲ 0.41
収縮期血圧	11	2.00	15	▲ 8.20	115	▲ 2.99	145	▲ 2.48
拡張期血圧	11	▲ 1.36	15	▲ 2.47	115	▲ 1.94	145	▲ 2.34
中性脂肪	11	▲ 27.91	15	▲ 13.00	115	▲ 6.28	145	1.08
HDL	11	▲ 2.09	15	1.07	115	0.33	145	▲ 0.18
LDL	11	▲ 19.00	15	▲ 1.87	115	▲ 5.16	145	▲ 4.18
空腹時血糖	7	0.14	12	3.25	87	▲ 2.23	109	▲ 2.49
HbA1c	11	0.12	15	▲ 0.02	115	▲ 0.00	144	▲ 0.01

出典：松江市

(11) 第2期特定健康診査等実施計画の評価

第2期計画で掲げていた目標値の達成状況は下記のとおりです。目標値より1年早い時点での評価ですが、目標値には至りませんでした。特定健診受診率と特定保健指導初回実施率は伸びていますが、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を目指すには、効果的な特定保健指導の実施について検討する必要があります。

評価指標	基準値 (2012)	目標値 (2017)	評価値 2016	評価
特定健診受診率 ^{※1}	36.8%	60%	44.3%	伸び率+7.5%
特定保健指導初回実施率 ^{※2}	27.4%	60%	36.5%	伸び率+9.1%

出典：松江市

《算定方法》

$$\text{※1 : 特定健診の実施率} = \frac{\text{当該年度の受診者数 (データ提供分含む)}}{\text{当該年度末の被保険者数 (40~74歳)}} \times 100$$

* 年度途中の資格取得または資格喪失者分は分子分母とも除外。

$$\text{※2 : 特定保健指導の実施率} = \frac{\text{(当該年度動機付け + 当該年度積極的支援) の利用者数}}{\text{(当該年度動機付け + 当該年度積極的支援) の対象者数}} \times 100$$

* 支援が年度内で未完了でも初回利用時の年度で利用者数をカウントする。

* 積極的支援対象者が、動機付け支援を利用しても利用者数には含めない。

* 特定保健指導実施期間中に服薬が開始され医療管理下へ移行した場合は、特定保健指導は中断される。

その場合、分母はそのままだが分子には含まれない。ただし、服薬開始となつても、対象者の意向をふまえ医療保険者が

特定保健指導を継続すべきと判断し実施を完了すれば分子に含まれる。

評価指標	基準年度 (2008)	目標値 (2017)	評価値 2016	評価
メタボリックシンドローム該当者減少率*	1,734人	25%	2,496人	+43.9%
メタボリックシンドローム予備群減少率	1,379人	25%	1,251人	-10.2%

(出典：松江市)

《算定方法》

※ : メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

$$\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数} = 1 - \frac{\text{(特定保健指導対象者数)}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$$

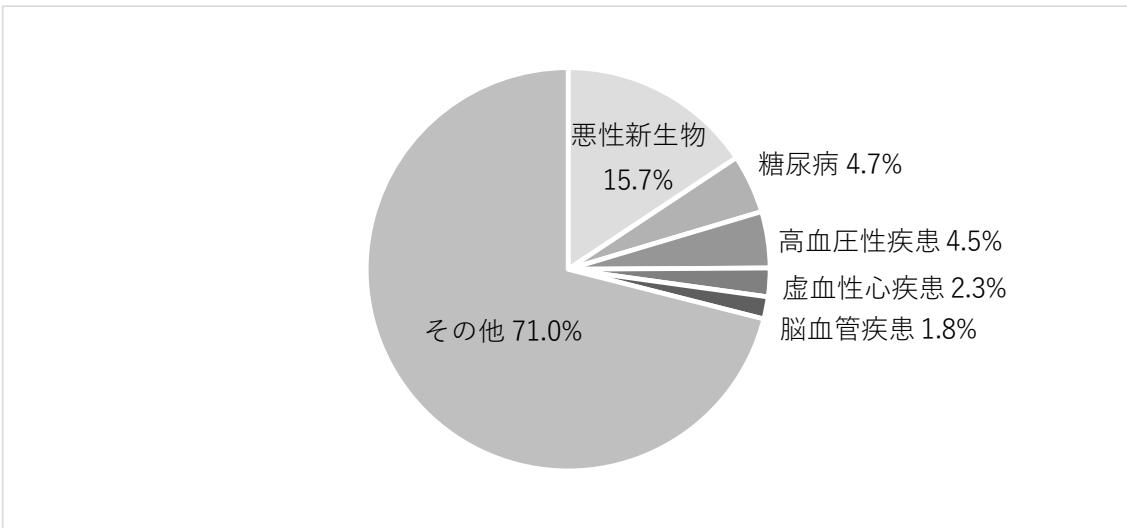
(特定保健指導対象者数)

4. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1) 生活習慣病の医療費状況

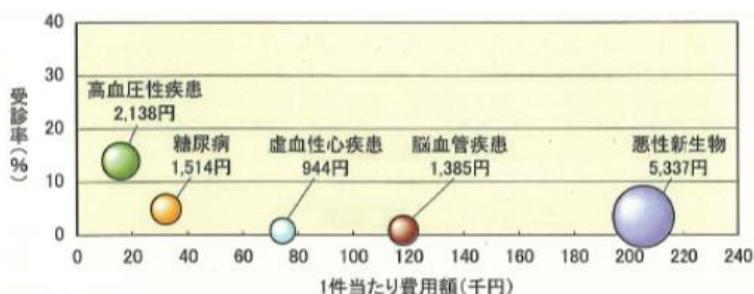
松江市国保医療費の疾病別医療費をみると、生活習慣病に起因する「悪性新生物」「高血圧性疾患」「糖尿病」「脳血管疾患」「虚血性心疾患」で29.0%を占めています。

図表 35 総医療費に占める生活習慣病の割合



出典：KDB 疾病別医療費分析（2016 年度）

図表 36 生活習慣病 1 人当たり費用額



出典：島根県国民健康保険団体連合会（2017 年 5 月診療分）

1人当たり費用額は「悪性新生物」が一番高く、「高血圧性疾患」「糖尿病」と続いています。経年変化でも「悪性新生物」が年々高額になっています。

図表 37 生活習慣病 1 人当たり費用額の経年変化



出典：島根県国民健康保険団体連合会（2017 年 5 月診療分）

2) 生活習慣病の状況

ここから、生活習慣病についてみていきます。ここでいう生活習慣病とは、次の分類です。

分 類	疾 患 名
基礎疾患	高血圧症、脂質異常症、糖尿病
重症化疾患群	虚血性心疾患群 (狭心症、心筋梗塞、虚血性心疾患（その他）、心筋症、心肥大、心不全) 脳血管疾患群 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳血管疾患（その他）、血管性認知症) 糖尿病性合併症群 (糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病神経障害、糖尿病潰瘍・壊疽、糖尿病性合併症（その他）、高血圧性網膜症、腎不全)

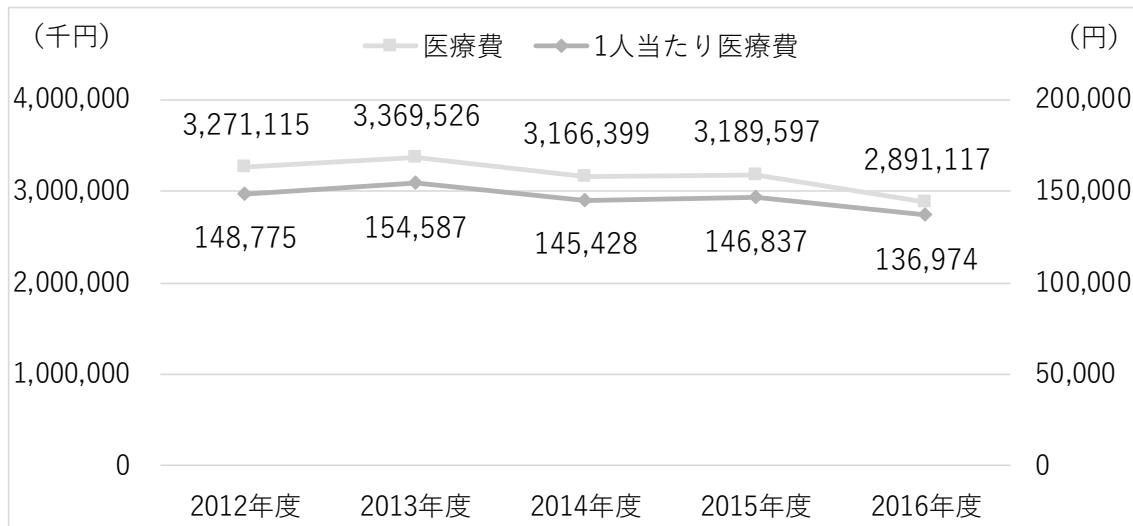
※腎不全は、レセプトに糖尿病が記載されている場合に限る（医療費分析ツール「Focus」の分類）

(1) 生活習慣病の概況

生活習慣病にかかる医療費は、2013 年度の 33 億 6,952 万円をピークに、減少傾向にあり、2016 年度は約 28 億 9,111 万円となっています。

また、生活習慣病にかかる 1 人当たり医療費も 2013 年度の 154,587 円をピークに、減少傾向にあり、2016 年度は 136,974 円となっています。

図表 38 生活習慣病にかかる医療費及び 1 人当たり医療費

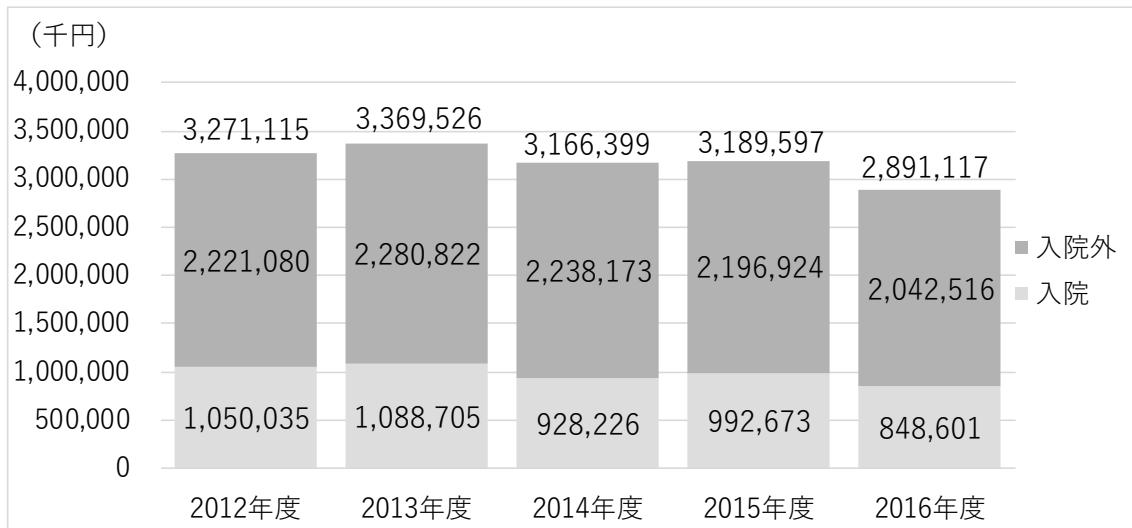


出典：医療費分析ツール「Focus」 ※1 人当たり医療費の母数は生活習慣病の患者数

生活習慣病の医療費を入院・入院外でみると、入院外にかかる医療費が毎年約20～23億円となっており、生活習慣病にかかる医療費の大部分を占めています。

また、入院・入院外ともに減少傾向にあります。

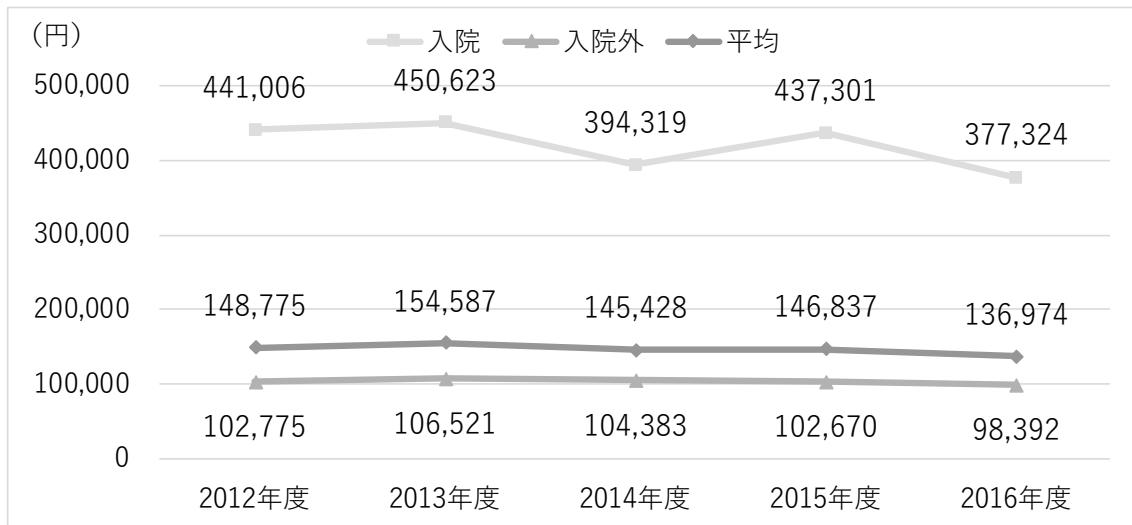
図表39 生活習慣病にかかる医療費（入院・入院外）



出典：医療費分析ツール「Focus」

生活習慣病の1人当たり医療費を入院・入院外でみると、2016年度では入院において約38万円となっており、入院外の約10万円を大きく上回っています。

図表40 生活習慣病にかかる1人当たり医療費（入院・入院外）

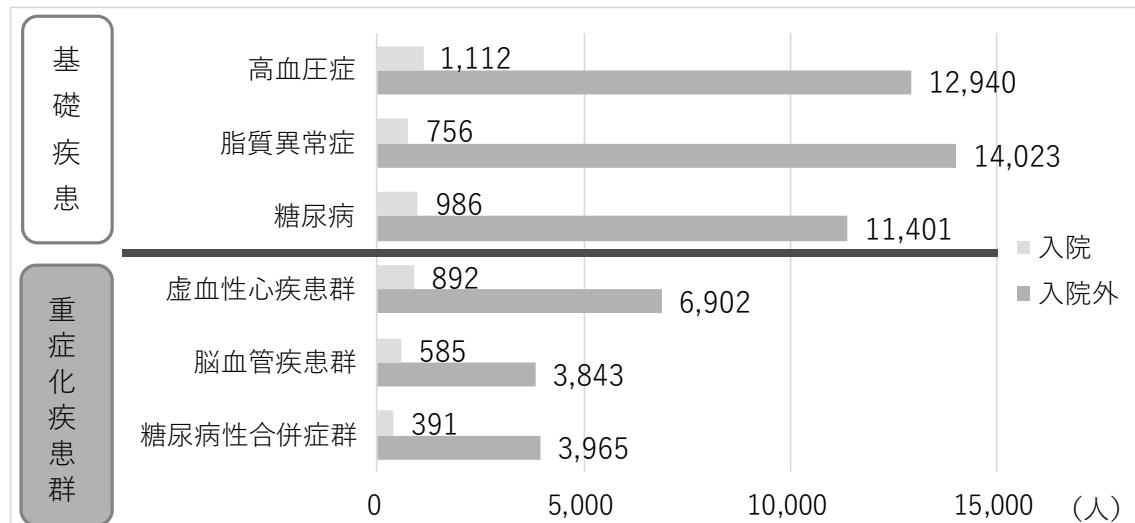


出典：医療費分析ツール「Focus」※1人当たり医療費の母数は生活習慣病の各患者数

(2) 基礎疾患・重症化疾患群の人数

基礎疾患・重症化疾患群別の人数では、基礎疾患の入院外が多くなっています。また、基礎疾患では脂質異常症が、重症化疾患群では虚血性心疾患群が多くなっています。

図表 41 基礎疾患・重症化疾患群の患者数

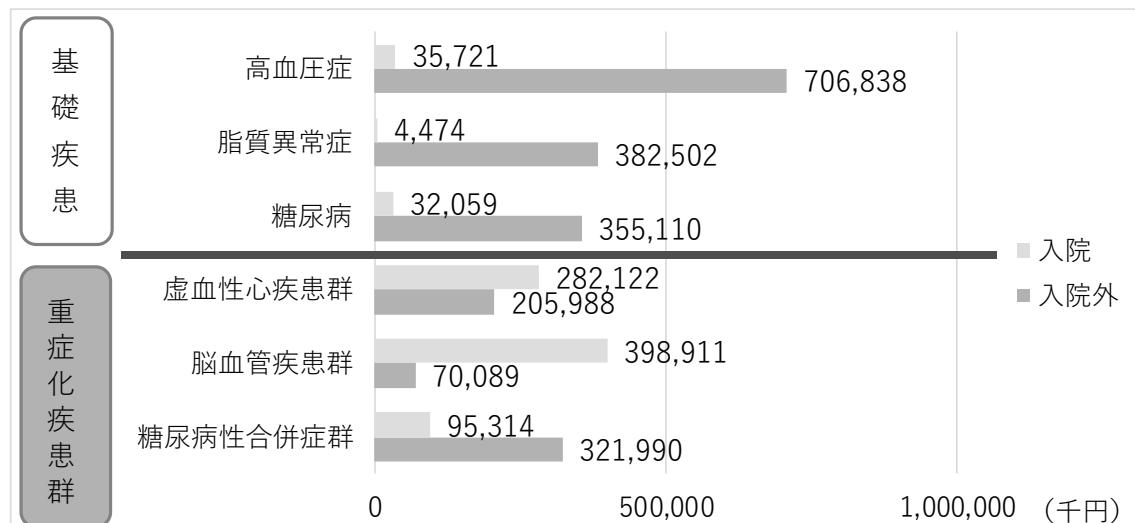


出典：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度）

(3) 基礎疾患・重症化疾患群にかかる医療費

基礎疾患・重症化疾患群別の医療費は、入院外の高血圧症がもっとも高額となっています。

図表 42 基礎疾患・重症化疾患群にかかる医療費

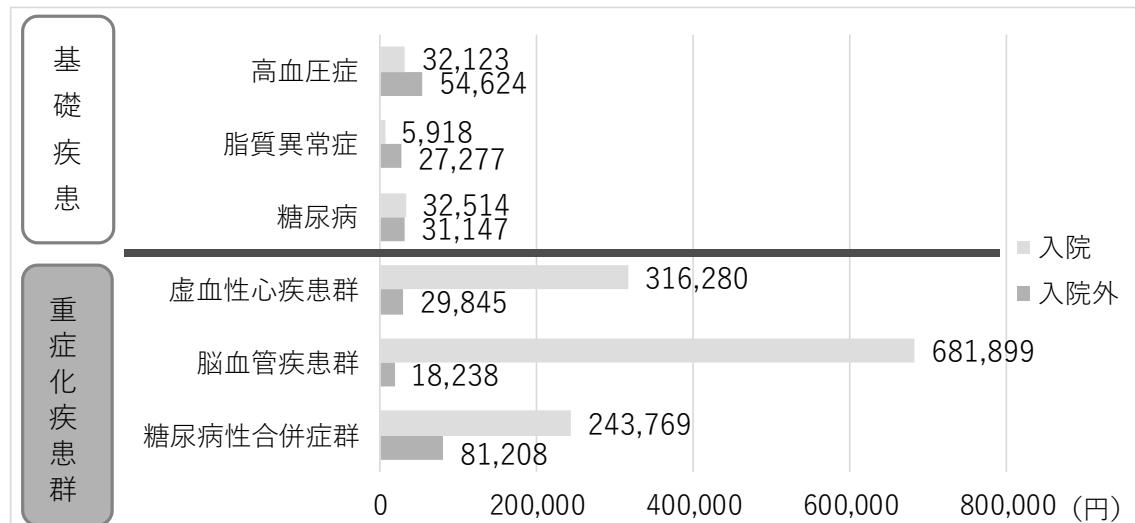


出典：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度）

(4) 基礎疾患・重症化疾患群にかかる 1 人当たり医療費

基礎疾患の 1 人当たり医療費は、入院外の高血圧が一番高く、重症化疾患群では入院の脳血管疾患群がもっとも高額となっています。

図表 43 基礎疾患・重症化疾患群の 1 人当たり医療費



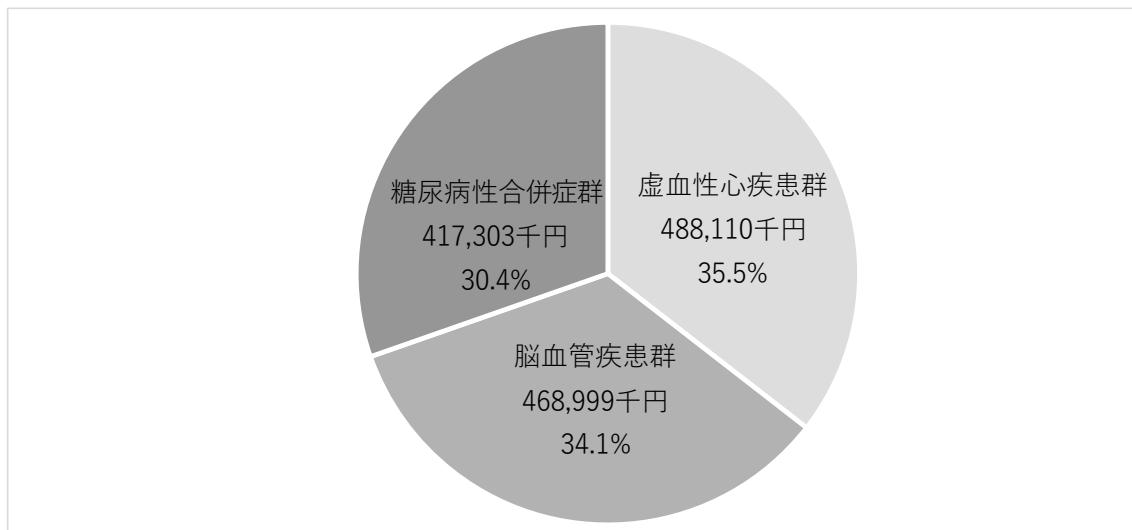
出典：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度）※1 人当たり医療費の母数は生活習慣病の各患者数

(5) 重症化疾患群の医療費

① 重症化疾患群の医療費の内訳

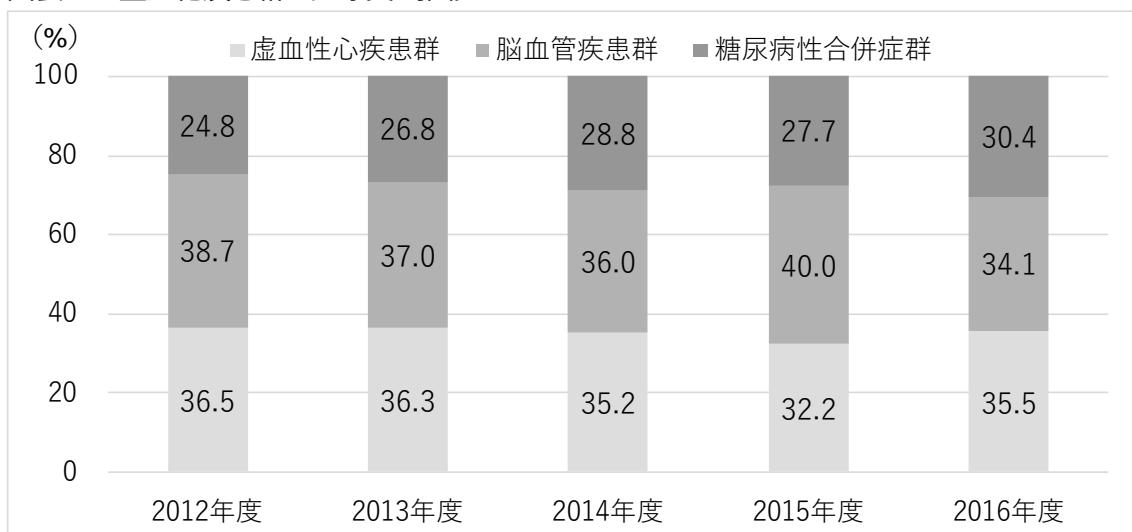
重症化疾患群の医療費の内訳は、虚血性心疾患群が35.5%ともっとも多く、次に脳血管疾患群34.1%、糖尿病性合併症群30.4%となっています。

図表 44 重症化疾患群の医療費の内訳



出典：医療費分析ツール「Focus」（2016年度）

図表 45 重症化疾患群の医療費の推移

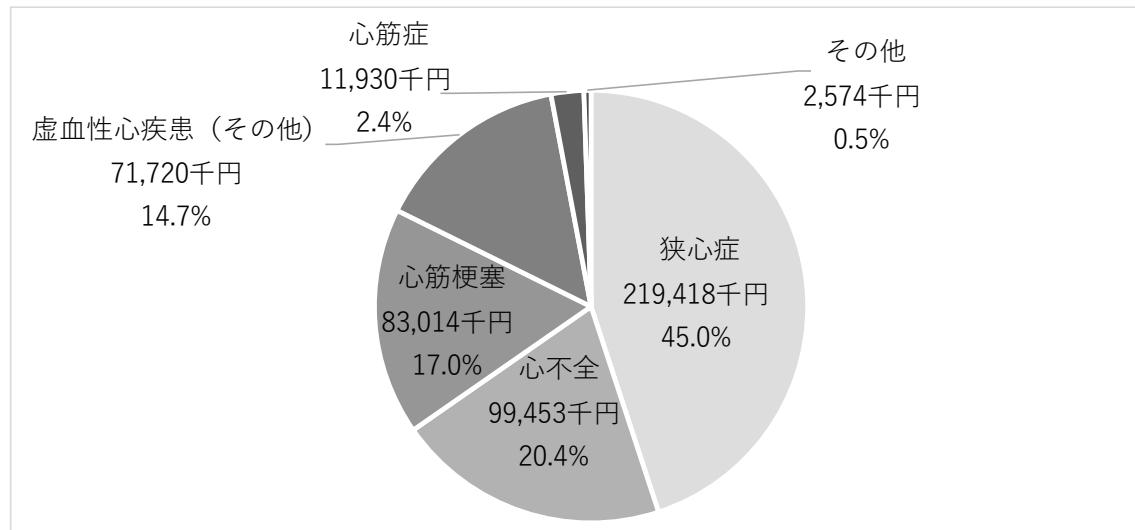


出典：医療費分析ツール「Focus」

② 虚血性心疾患群の医療費の内訳

虚血性心疾患群の医療費の内訳は、狭心症が45.0%ともっと多く、次に心不全20.4%、心筋梗塞17.0%となっています。

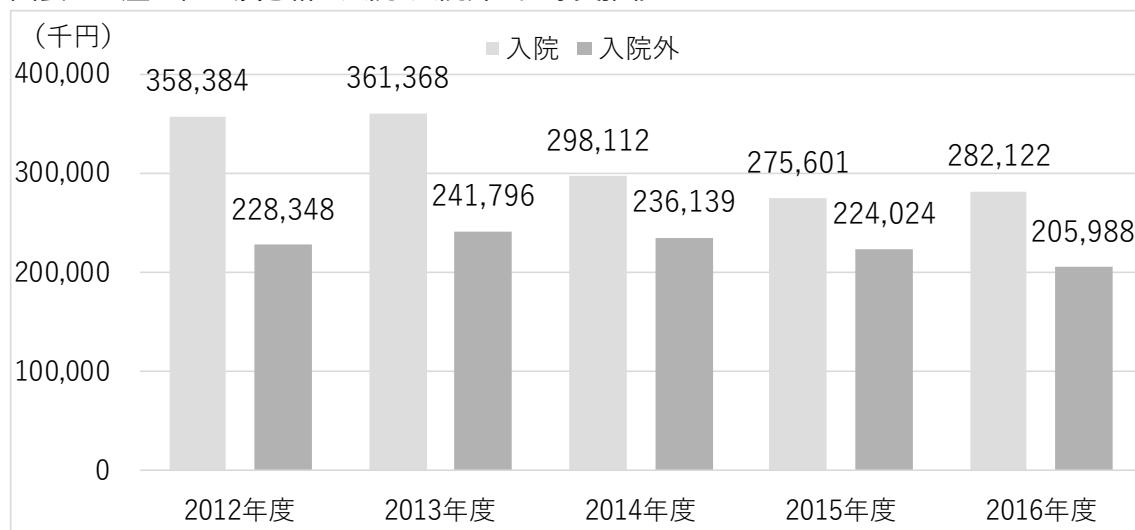
図表46 虚血性心疾患群の医療費の内訳



出典：医療費分析ツール「Focus」（2016年度）

虚血性心疾患群の医療費は、入院にかかる医療費が高額となっています。

図表47 虚血性心疾患群の入院・入院外の医療費推移

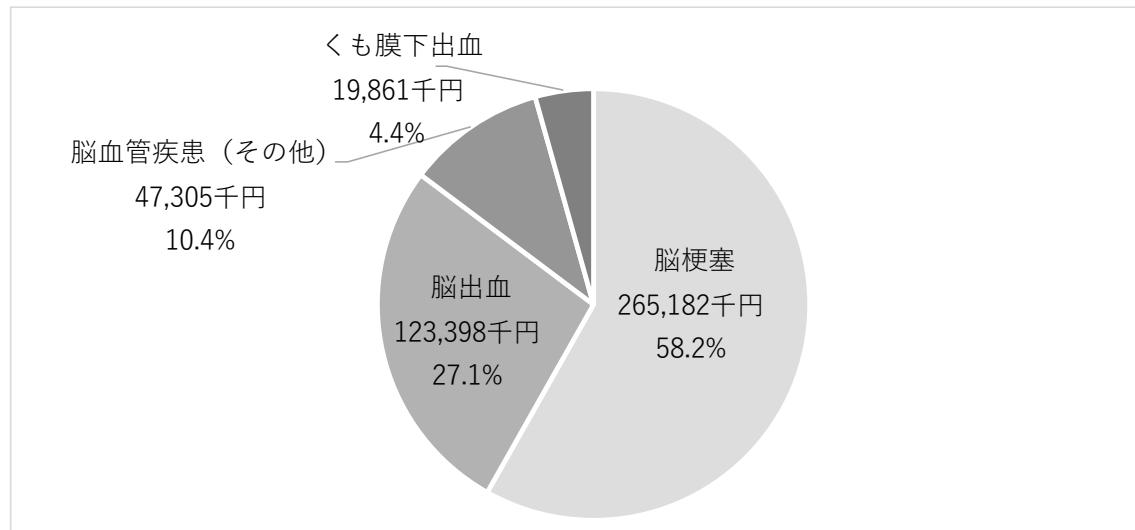


出典：医療費分析ツール「Focus」

③ 脳血管疾患群の医療費の内訳

脳血管疾患群の医療費の内訳は、脳梗塞 58.2%ともっと多くなっており、次に、脳出血 27.1%、脳血管疾患（その他）10.4%となっています。

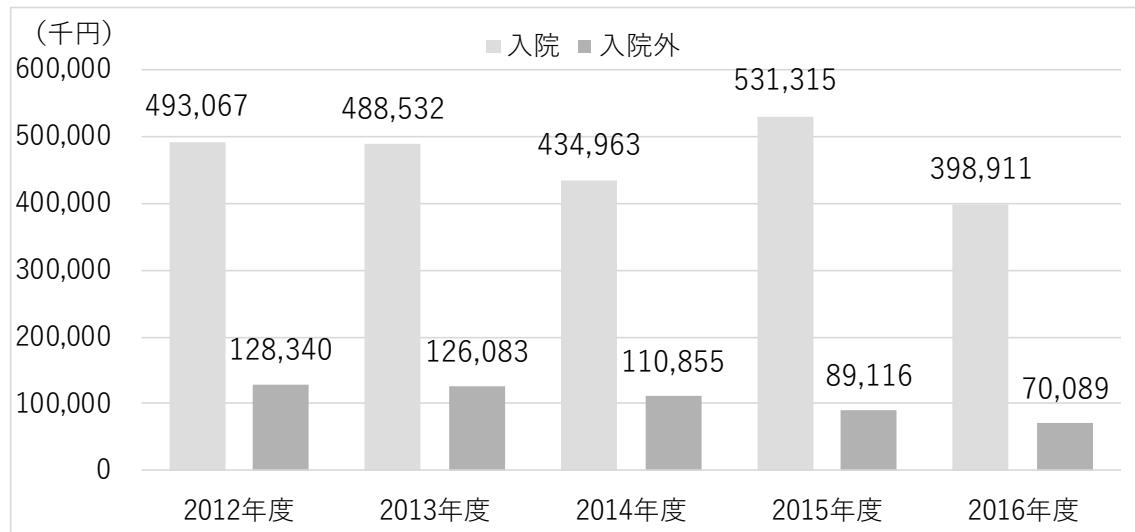
図表 48 脳血管疾患群の医療費の内訳



出典：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度）

脳血管疾患群の医療費は、入院にかかる医療費が高額となっています。また、入院外の医療費は減少傾向にあります。

図表 49 脳血管疾患群の入院・入院外の医療費推移

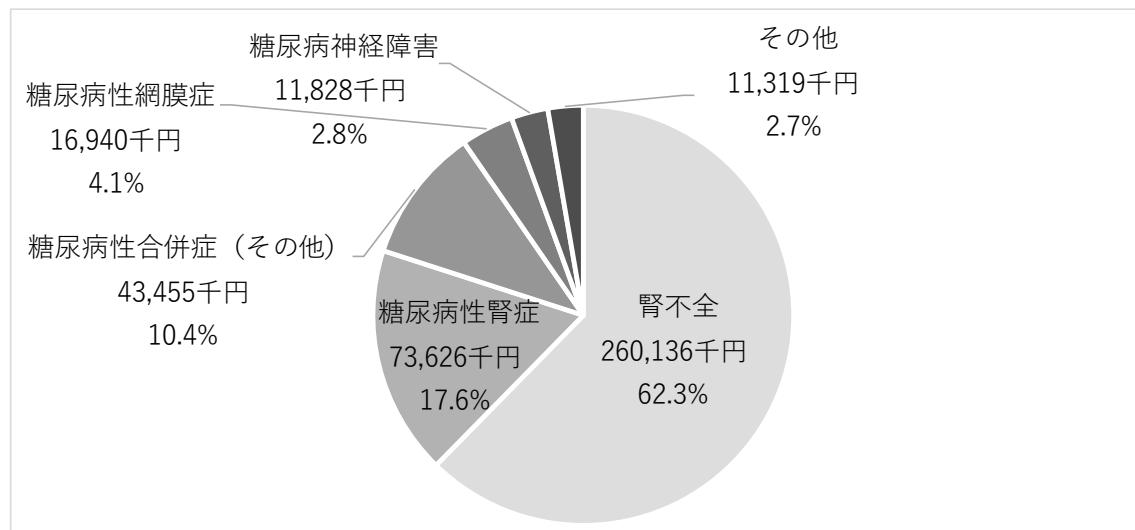


出典：医療費分析ツール「Focus」

④ 糖尿病性合併症群の医療費の内訳

糖尿病性合併症群の医療費の内訳は、腎不全が 62.3%ともっとも多く、次に、糖尿病性腎症 17.6%、糖尿病性合併症（その他）10.4%となっています。

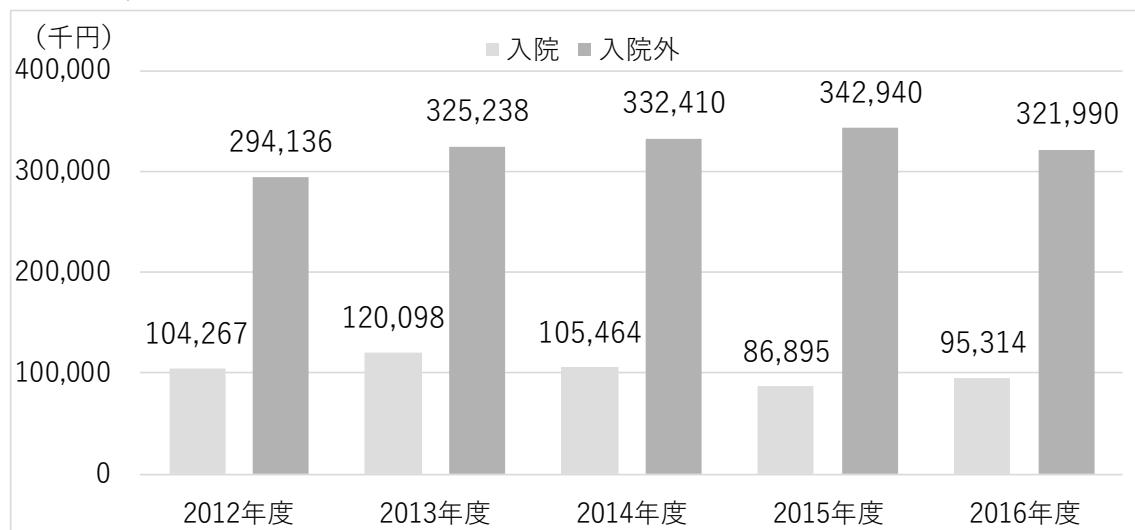
図表 50 糖尿病性合併症群の医療費の内訳



出典：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度）

糖尿病性合併症群の医療費は、入院外にかかる医療費が大部分を占めており、2012 年度から 2015 年度にかけては増加傾向でしたが、2016 年度では減少しています。

図表 51 糖尿病性合併症群の入院・入院外の医療費推移



出典：医療費分析ツール「Focus」

(6) 人工透析患者の状況

2016 年度の人工透析患者数は 155 人、医療費は 7 億 7,453 万 5,320 円であり、1 人当たり医療費は約 4,997,002 円となっています。これは、2016 年度松江市国保医療費の約 5% を占めています。

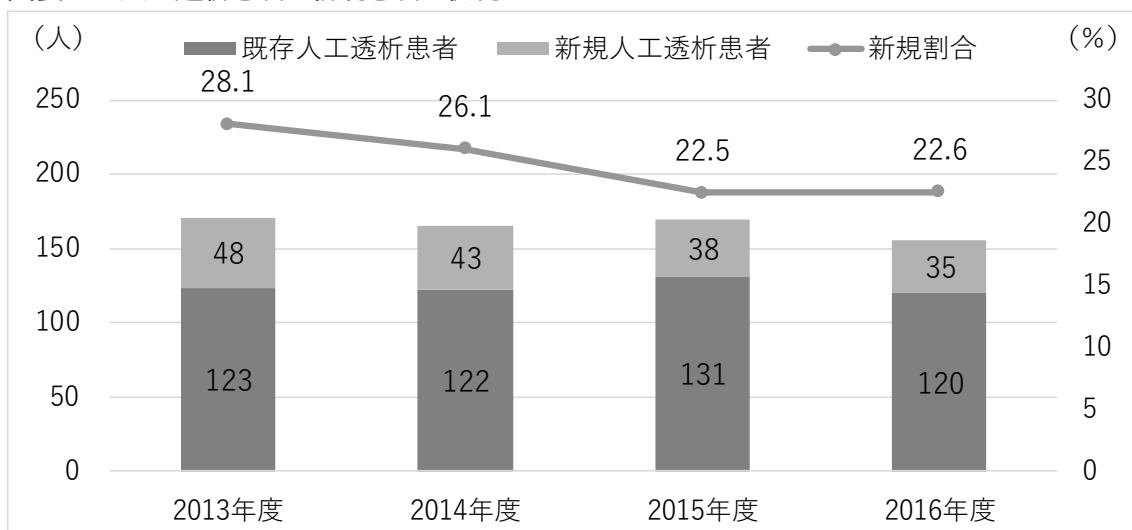
図表 52 人工透析患者の状況

年度	患者数 (人)	医療費 (円)	1 人当たり医療費 (円)
2012	156	742,068,230	4,756,848
2013	171	822,355,380	4,809,096
2014	165	843,702,610	5,113,349
2015	169	799,595,020	4,731,331
2016	155	774,535,320	4,997,002

出典：医療費分析ツール「Focus」※各年度 4 月～翌年 3 月までの審査年月での集計値

新規人工透析患者の割合は 2013 年度から減少傾向にあり、2016 年度では 2013 年度に比べ 5.5 ポイント減少し 22.6% となっています。

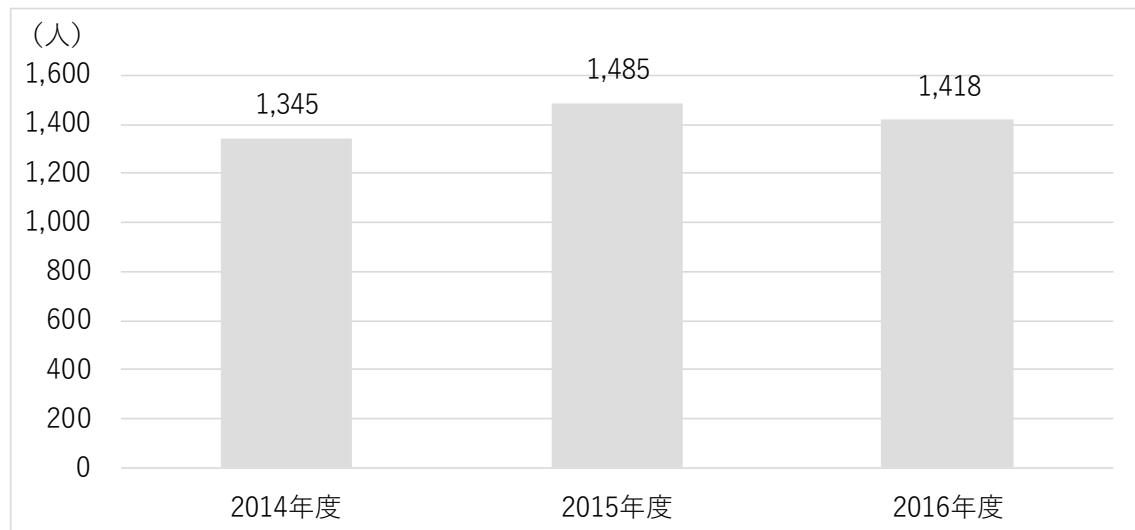
図表 53 人工透析患者の新規患者の状況



出典：医療費分析ツール「Focus」※各年度 4 月～翌年 3 月までの審査年月での集計値

糖尿病性合併症群のうち、糖尿病性腎症の患者数は1,400人前後で推移しています。

図表54 糖尿病性腎症の患者数の推移



出典：医療費分析ツール「Focus」

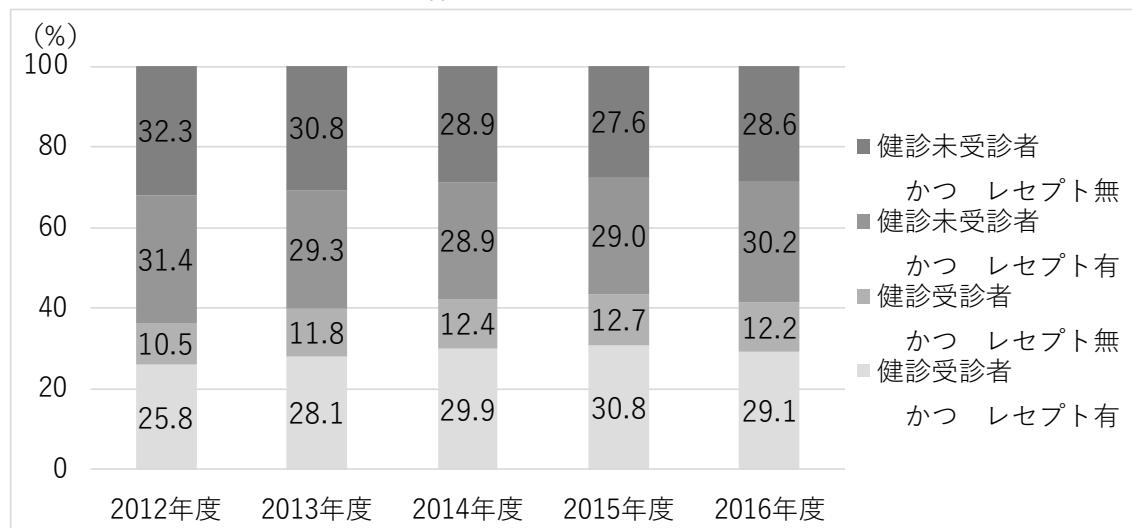
3) 特定健診及びレセプトに関する分析

(1) 特定健診対象者のレセプト保有状況

2012年度から2016年度にかけて大きな変化はありませんが、特定健診を受診し、生活習慣病の入院及び入院外のレセプトがある人の割合が、特定健診の受診率と同様に増加傾向となっています。

約3割を占める「健診未受診かつレセプト有」の中の定期通院者が、かかりつけ医で健診受診をした場合、受診者の増加が見込めると考えられます。

図表 55 特定健診対象者のレセプト保有状況



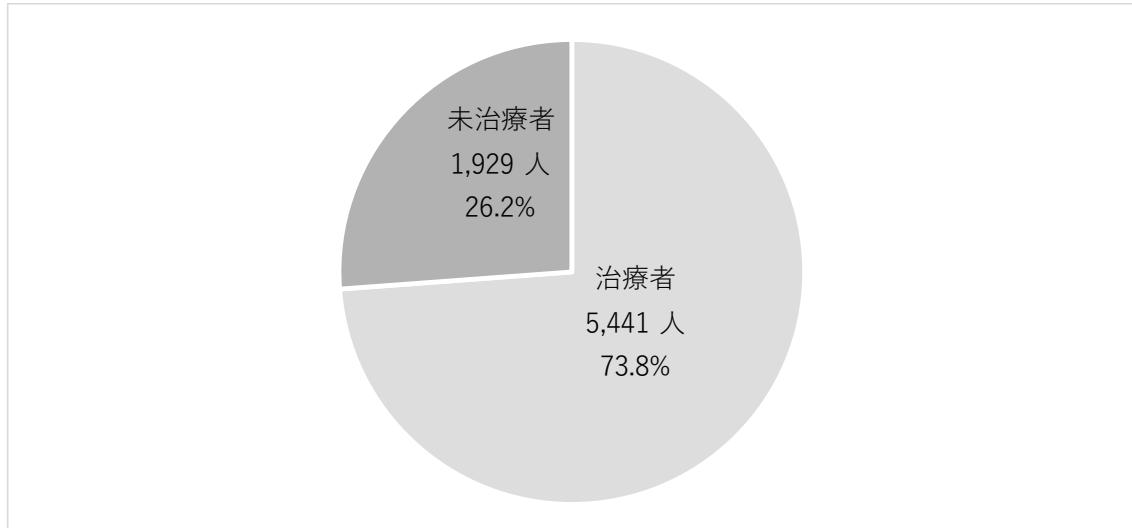
出典：医療費分析ツール「Focus」

4) 要治療者の状況

(1) 要治療者の治療状況

2016 年度の特定健診検査項目にて 1 項目でも受診勧奨値を超えた方（要治療者）の内、2016 年 4 月から 2017 年 3 月までの診療年月に、生活習慣病の入院及び入院外のレセプトがない方（未治療者）が 26.2% います。

図表 56 要治療者の治療状況



出典：医療費分析ツール「Focus」（2016 年度）

特定健診検査項目	基準
収縮期血圧	140mmHg 以上
拡張期血圧	90mmHg 以上
中性脂肪	300mg/dl 以上
HDL コレスステロール	34mg/dl 以下
LDL コレスステロール	140mg/dl 以上
空腹時血糖	126mg/dl 以上
HbA1c (NGSP)	6.5% 以上
AST (GOT)	51 IU/l 以上
ALT (GPT)	51 IU/l 以上
γ -GT (γ -GTP)	101 IU/l 以上
血色素量	男性：12.0g/dl 以下、女性：11.0g/dl 以下

(2) 要治療者かつ未治療者のリスク因子別内訳

要治療者のうち未治療の割合をリスク因子別にみると、「脂質異常」43.0%、「高血圧+脂質異常」27.1%、「高血圧」21.5%の順に多くなっています。

図表 57 要治療者かつ未治療者のリスク因子別内訳

リスク因子	リスク保有者		うち、未治療者	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
重点対策リスク因子	高血圧	968	13.1	208
	脂質異常	1,762	23.9	758
	高血圧+脂質異常	2,415	32.8	655
	高血糖+高血圧+脂質異常	867	11.8	112
	小計	6,012	81.6	1,733
その他のリスク因子	高血糖+高血圧	456	6.2	31
	高血糖+脂質異常	429	5.8	83
	高血糖	240	3.3	9
	小計	1,125	15.3	123
	その他	233	3.2	73
総計		7,370	100.0	1,929
				26.2

出典：医療費分析ツール「Focus」（2016年度）

		検査項目	基準	備考
高 血 圧		収縮期血圧	130mmHg 以上	
	または	拡張期血圧	85mmHg 以上	
脂 質 異 常		LDL コレステロール	120mg/dl 以上	
	または	HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
	または	中性脂肪	150mg/dl 以上	
高 血 糖		空腹時血糖	110mg/dl 以上	空腹時血糖が優先されます。
	または	HbA1c(NGSP)	6.0%以上	

高血圧：高血圧治療ガイドライン 2014

脂質異常：動脈硬化疾患予防ガイドライン 2012 版

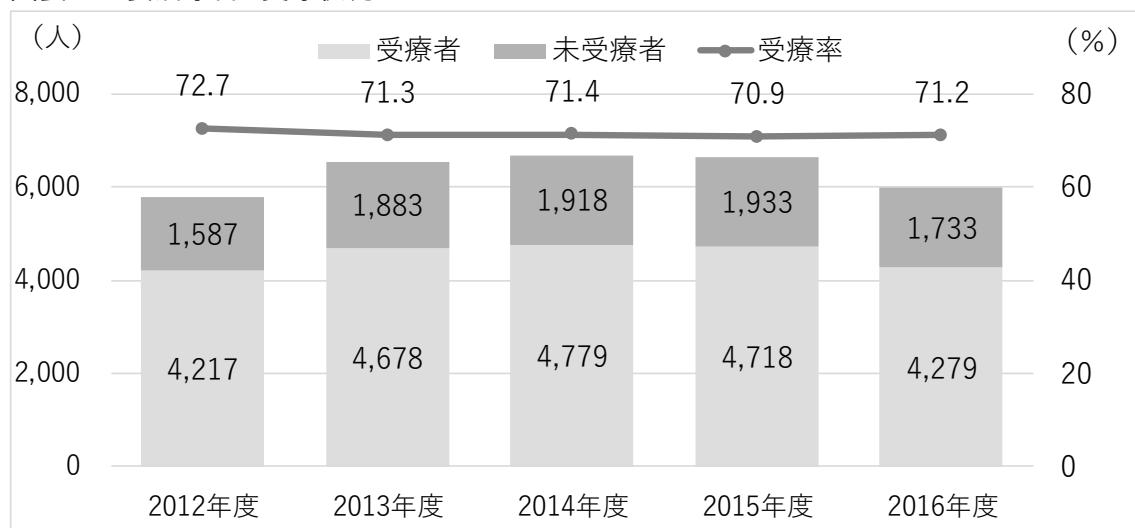
高血糖：糖尿病治療ガイド 2014-2015

(3) 重点リスクを抱えている方の治療状況

特定健診の検査項目で1項目でも受診勧奨値を超えた方（要治療者）の内、重点リスク※を抱えている方が生活習慣病の治療で医療機関を受診している割合は、おおむね 70%で推移しています。

※重点リスク：高血圧、脂質異常、高血圧+脂質異常、高血圧+脂質異常+高血糖

図表 58 要治療者の受療状況



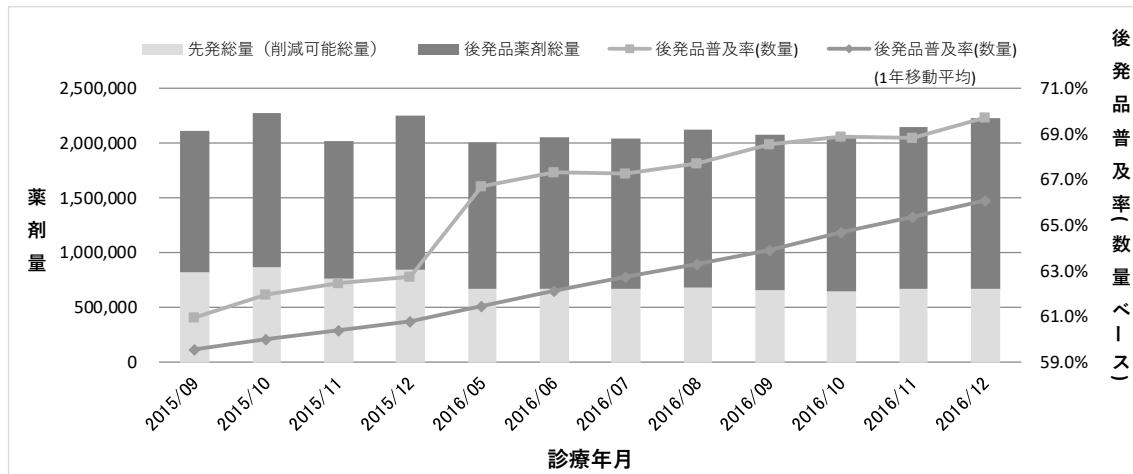
出典：医療費分析ツール「Focus」

5) 後発医薬品普及率の状況

(1) 後発医薬品普及率

数量ベースで普及率をみると、順調に伸びています。後発医薬品への切り替えに関する勧奨を定期的に行った成果と考えられます。

図表 59 後発医薬品普及率（数量ベース）



出典：松江市

6) がん検診の状況

(1) 松江市のがん検診受診状況

松江市のがん検診の受診は横ばいで推移しています。図表 60、図表 61、松江市国保の被保険者以外も含みます。

図表 60 性別受診者数(全年齢)

単位：人

	2015 年度			2016 年度		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
胃がん検診	1,782	3,386	5,168	1,747	3,334	5,081
大腸がん検診	5,365	9,203	14,568	4,891	8,642	13,533
肺がん検診	3,365	6,838	10,203	3,392	6,665	10,057
子宮がん検診	—	6,783	6,783	—	6,901	6,901
乳がん検診	—	4,265	4,259	—	4,343	4,343
前立腺がん検診	5,040	—	5,040	4,549	—	4,343

※松江市保健衛生統計書から出典。 ※胃がん検診は胃内視鏡検診受診者も含む。

出典：松江市

図表 61 性別・検診種類別の受診者数と受診率

	2015 年度				2016 年度			
	男性		女性		男性		女性	
	受診者数 (人)	受診率 (%)	受診者数 (人)	受診率 (%)	受診者数 (人)	受診率 (%)	受診者数 (人)	受診率 (%)
胃がん検診	403	1.0%	1,060	2.6%	1,053	3.2%	2,357	7.2%
大腸がん検診	2,426	6.0%	4,969	12.0%	2,222	5.5%	4,605	11.0%
肺がん検診	1,271	6.0%	3,372	8.1%	1,413	3.5%	3,390	8.1%
子宮がん検診	—	—	6,313	19.1%	—	—	6,283	18.8%
乳がん検診	—	—	3,539	15.6%	—	—	3,501	16.6%
前立腺がん検診	1,271	—	—	—	1,968	—	—	—

	2015 年度	2016 年度
平均受診率	14.1%	14.8%

※国の算定対象年齢は 40～69 歳(子宮がん検診は 20～69 歳)。算定方法は国に準じて算出。

※胃がん検診は 2016 年度から内視鏡検査も含む。

※2015 年度乳がん検診は視触診とマンモグラフィ検査の併用のみで算定

※平均受診率は、胃・大腸・肺・子宮・乳がん検診の 40～69 歳(子宮がん検診は 20～69 歳)の受診率で算出

出典：松江市

(2) 特定健診とがん検診

特定健診受診者のうち、いずれかのがん検診を受診した人は約6割で、特に同時に受診できる大腸がん検診と前立腺がん検診の受診割合は高い状況となっています。同時に受診しにくい胃がん検診、肺がん検診、子宮がん検診、乳がん検診の受診割合は低い状況です。

図表 62 特定健診受診者のがん検診受診状況

	がん検診の受診あり		受診なし		合計
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
男性	3,221	58.2%	2,317	41.8%	5,538
女性	4,869	60.4%	3,193	39.6%	8,062
合計	8,090		5,510		13,600

※「がん検診受診あり」は、松江市の胃・大腸・肺・子宮・乳がん・前立腺がん検診のいずれかの受診者を計上。

出典：松江市（2016年度）

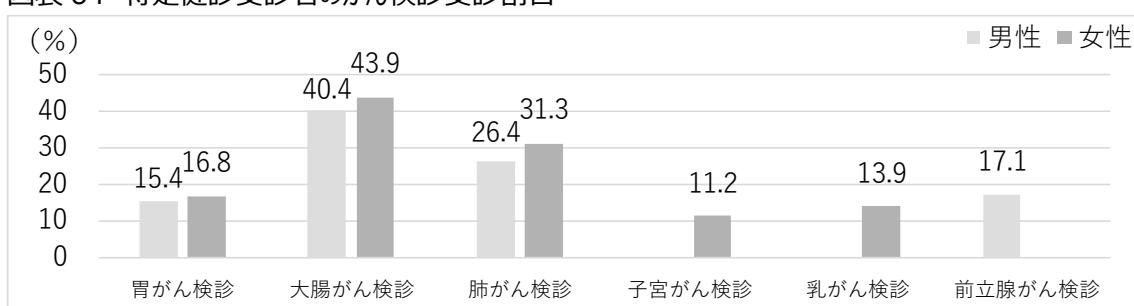
図表 63 特定健診受診者の各がん検診受診者数

単位：人

		特定健診 受診者数	胃がん 検診	大腸がん 検診	肺がん 検診	子宮がん 検診	乳がん 検診	前立腺 がん検診
男性	40～49歳	355	26	140	111			
	50～59歳	434	63	183	116			206
	60～69歳	2,615	421	1,077	696			1,172
	70～74歳	2,134	341	836	539			949
	小計	5,538	851	2,236	1,462			2,327
女性	40～49歳	398	40	172	111	71	77	
	50～59歳	614	100	272	182	97	106	
	60～69歳	3,865	700	1,710	1,261	471	573	
	70～74歳	3,185	517	1,388	969	260	364	
	小計	8,062	1,357	3,542	2,523	899	1,120	2,327
合計		13,600	2,208	5,778	3,985	899	1,120	2,327

出典：松江市（2016年度）

図表 64 特定健診受診者のがん検診受診割合



出典：松江市（2016年度）

7) 健康課題の抽出

これまでの状況及び評価から、松江市国保の健康課題について整理します。

(1) 課題について

No.	評価等から見える主な課題	掲載頁
1	健診受診者の 5 割が高血圧及び脂質異常について、また 1 割強が糖尿病について、服薬ありもしくは受診勧奨値以上の状況にあります。 メタボリックシンドローム該当者割合は 2016 年度 17% と年々割合が増加し、予備群も 1 割前後で推移しています。	24 23
2	松江市国保医療費約 163 億円のうち、 生活習慣病 の基礎疾患の高血圧症、脂質異常症、糖尿病、及び重症化疾患群である虚血性心疾患群、脳血管疾患群、糖尿病性合併症群にかかる医療費が約 29 億円と約 18% を占めています。医療費では入院外の 高血圧症 が、患者 1 人当たり医療費では入院の 脳血管疾患群 がもっとも高額な状況です。 介護認定原因疾病でも男女とも 10 位内に脳血管疾患、高血圧性疾患が入っており、壮年期からの生活習慣病対策が重要です。	9 32~35 11
3	特定健康診査の受診率 は向上しつつありますが、第 1 期データヘルス計画及び第 2 期特定健康診査等実施計画で定めた目標値には達していません。 未受診率が高いのは 40~50 歳代、男性はどの年代も女性より低く 50% 到達年代はありません。 健診未受診者でレセプト有り人が約 3 割ありますが、この中の定期通院者が、かかりつけ医での健診受診につながると、受診者の増加が見込めます。	18~19 30 20 42
4	特定保健指導の実施率 は、第 2 期特定健診等計画目標値には達しませんが、第 1 期データヘルス計画の目標値は達成できました。しかし、国の目標値である終了率 60% には達していません。 健診受診者数のほとんどを占める個別健診受診者の特保実施率が低い状況のため、対策が必要です。また重点的に取り組んでいる新規対象者の実施率が、4 割に達していません。	26 18 30 27~28
5	糖尿病性合併症群 の医療費の内訳で腎不全と糖尿病性腎症で約 8 割を占めています。 人工透析患者の新規患者数及び新規割合とも減少傾向にありますが、医療費は約 7 億 7 千万円と松江市国保医療費の約 5% を占めています。	39 40
6	健診の結果、 受診勧奨値であっても未治療のまま の人が 26.2% みられます。	43

No.	評価等から見える主な課題	掲載頁
7	後発医薬品の普及率 は増加していますが、国の目標値80%以上に至るよう継続した取り組みが必要です。	46
8	重複服薬者や重複受診者 への適正受診・服薬に関する勧奨が、実施に至っていません。	---
9	がん（悪性新生物） は、市民の死亡原因の約3割を占めています。医療費でも全体医療費の約15%を占め、1人当たり医療費も年々上昇していますが、早期に発見できるがん検診受診率は低い状況です。特に男性は、がん検診受診率が女性の半分と低い状況です。	7 31 47

(2) 本計画での対策の方向性について

No.	対策の方向性	保健事業
1	<p>健診の結果、検査値が基準値以上の状況を放置すると、生活習慣病及び疾病重症化の危険性が高くなります。健診結果を自身の生活習慣改善につなげるような啓発に健康まつえ21計画と併せて取り組みます。</p> <p>またメタボリックシンドローム該当者及び予備群が減少するよう、生活習慣病予防とともに特定保健指導対象者への指導の質の向上を目指し、指導対象者を減らしていく取り組みが必要です。</p>	生活習慣病予防対策
2	<p>生活習慣病は、被保険者の生活習慣の見直し及び改善で、発症を予防し、重症化も予防することができる疾病です。</p> <p>生活習慣改善を推進する健康まつえ21計画の取り組みと併せて、被保険者の生活習慣改善に向けた啓発等を実施し、生活習慣病の発症ならびに重症化予防に取り組み、かかる医療費の減少と介護認定を要する人の減少を目指します。</p>	生活習慣病予防対策
3	<p>特定健康診査は自分の健康状態を確認する機会となるため、年1回の健診受診から被保険者自身が自分の健康について関心を持つ効果が期待できます。また、健診結果から要指導者・要治療者への介入が可能となるため、該当者の早期治療や重症化予防につながり、医療費削減効果が期待できます。</p> <p>今後も健診実施機関等関係機関と協議し効果的な対策を検討して、健診受診率向上に取り組みます。</p>	特定健康診査受診率の向上

No.	対策の方向性	保健事業
4	<p>特定保健指導に該当した場合、指導を利用して生活習慣改善を図ることで、生活習慣病の発症リスクを下げる効果が期待できます。</p> <p>個別健診受診で特保対象となった人の実施率向上を目指し、健診実施機関等関係機関と協議し、効果的な対策に取り組み、実施率向上に取り組みます。</p>	特定保健指導実施率の向上
5	<p>糖尿病性合併症は、糖尿病の自己管理を適切にすることで予防できる病状です。健診の結果、糖尿病が重症化するリスクの高い方に對し腎症重症化を予防する対策を継続します。</p>	腎症重症化予防対策
6	<p>健診の結果、受診勧奨値の状況を放置しないよう、受療勧奨を行い、医療機関受診につないで疾病の重症化を予防する取り組みを継続します。</p>	虚血性心疾患ハイリスク者受療勧奨
7	<p>医療費適正化を目指し、後発医薬品の普及率向上に向けた取り組みを継続します。</p>	医療費適正化
8	<p>重複投薬や重複受診等がみられる方の状況を確認し、適切な受診等ができるよう働きかけ、医療費適正化を進めます。</p>	医療費適正化
9	<p>がんは、早期に発見すれば治癒できる疾病です。自覚症状のない早期に発見するには、がん検診受診が必要です。</p> <p>被保険者のがん検診受診率向上を目指し、特定健診受診勧奨と合わせた受診勧奨対策等取り組みを追加します。</p>	がん検診受診率向上

5. 第2期データヘルス計画

松江市国保被保険者の状況から整理した健康課題とその対策について、特定健診をはじめとした保健事業を計画し、被保険者の健康増進と健康寿命の延伸を図り、国保の医療費適正化を目指します。

保健事業の評価指標として次の項目を設定します。

1) 目標

(1) 特定健診の受診率向上

特定健診受診率を、2023年度に60.0%まで引き上げることを目標とします。

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
特定健診受診率 (出典:法定報告値)	44.3%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定健診連続受診率 (出典:Focus)	79.1%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%

(2) 特定保健指導実施率の向上

特定保健指導実施率を、2023年度には60.0%まで引き上げることを目標とします。なお、第2期計画から特定保健指導実施率は、終了率を表します。

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
特定保健指導実施率 (出典:法定報告値)	32.8%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導新規対象者初回実施率 (出典:松江市)	38.8%	40.0%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

(3) 腎症重症化予防

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
人工透析患者の新規患者数 (出典:Focus)	35人	33人	30人	28人	25人	23人	20人
糖尿病性腎症患者数 (出典:Focus)	1,418人	1,400人	1,380人	1,360人	1,340人	1,320人	1,300人

(4) 虚血性心疾患ハイリスク者の受療勧奨

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
要治療者の受療率 (出典:Focus)	73.8%	74.0%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%
要治療者の受療勧奨による受療率 (出典:Focus)	13.5%	14.6%	15.7%	16.8%	17.9%	19.0%	20%

(5) 医療費適正化

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
後発医薬品の普及率(数量ベース)(出典:松江市)	69.7%	70.0%	75.0%	80.0%	---	---	---

※国の目標値が2020年度までのため、2021年度以降は國の方針が出てから設定



【アウトカム指標】新規重症化患者の削減

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
重症化疾患群新規患者削減数(全体)(出典:Focus)	患者数 2,194人	70人 (2,124人)	140人 (2,054人)	210人 (1,984人)	280人 (1,914人)	350人 (1,844人)	420人 (1,774人)
【再掲】虚血性心疾患新規患者削減数(出典:Focus)	患者数 1,281人	40人 (1,241人)	80人 (1,201人)	110人 (1,171人)	140人 (1,141人)	170人 (1,111人)	200人 (1,081人)

※アウトカム指標：成果指標 ※各年の人数は累積削減数、() 内は患者数

(6) がん検診の受診率向上

2017年度、「第2次健康まつえ21基本計画」の中間評価を行い、がん検診については松江市民全体で下記のとおり数値目標を定めました。なお、同計画の最終年度は2022年度のため、2023年度は第3次計画策定で検討します。

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
胃がん検診受診者数(40~69歳)	3,410人				→	4,400人	---
肺がん検診受診者数(40~69歳)	4,803人				→	6,200人	---
大腸がん検診受診者数(40~69歳)	6,827人				→	8,900人	---
乳がん検診受診者数(40~69歳・女性)	3,501人				→	4,600人	---
子宮がん検診受診者数(20~69歳・女性)	6,283人				→	8,200人	---

*出典：健康増進事業報告（毎年）

2) 保健事業の内容

(1) 生活習慣病予防の周知・啓発

① 啓発活動

目的	高血圧や高脂血症等について広く周知・啓発を行い、市民の健康リスクを下げる
概要	生活習慣病予防や健診受診について周知・啓発活動
対象者	被保険者を含む市民
実施方法	②国保関連通知に併せて啓発、市報等による生活習慣病予防・健診受診啓発 ①市民への生活習慣病予防・健診受診啓発、健康教育・相談の実施 ③健康まつえ応援団登録事業所数増加の働きかけ ※健康まつえ 21 計画による事業計画あり

② 各地区健康まつえ 21 推進隊による健康増進・受診啓発等の活動

目的	地域で健診等受診啓発や健康増進の活動を行い地域の健康づくりを図る
概要	各地区健康まつえ 21 推進隊による受診啓発活動や健康づくりの取り組み等 各地区の活動計画によるもの
対象者	地域内市民
実施方法	各地区の健康まつえ 21 推進隊活動計画による各種取り組み 地区担当保健師…地区ごとの受診率等活動計画に必要な情報提供の実施 等 ※各地区公民館・地区社協等地域活動と連携した取り組み

(2) 特定健診受診率向上

① 個別受診勧奨

目的	個別通知等による健診受診勧奨を行い、健診受診につなげる
概要	受診傾向や年代等による受診勧奨、新規加入者にわかりやすい健診案内
対象者	特定健診対象者、健診未受診者、国保新規加入者
実施方法	②受診券送付（健診実施前） ①受診勧奨通知 + 40～50 歳代に休日健診案内（健診期間中） ②未受診者へ追加健診案内（健診終了時） ③加入手続き時の窓口案内の強化（文書等含む） 効果的な実施方法について検討

② 健診対象者等訪問等事業

目的	健診対象者に訪問等を行い、健診受診を促す
概要	訪問等による受診勧奨活動
対象者	特定健診対象者
実施方法	地区担当保健師による訪問等での受診勧奨 効果的な実施方法について検討

③ 医療機関連携受診啓発事業

目的	定期医療受診者に対し、医療機関から健診受診を促進し定期受診者の健診受診が増加する
概要	定期受診者にわかりやすい医療機関での啓発の実施
対象者	委託医療機関で定期受診している健診未受診者
実施方法	健診委託医療機関等と啓発媒体・掲示方法等の検討 健診期間中、委託医療機関で掲示（2017年度委託数：110医療機関） 効果的な実施方法について関係機関と検討

④ 休日健診

目的	休日に実施し、健診機会の拡大を図る
概要	休日の集団健診の実施
対象者	健診実施期間中の健診未受診の40～50歳代
実施方法	実施時期：健診実施期間中の日曜日（集団・1日） 想定受診者：約100人

⑤ 追加健診

目的	健診期間終了後に実施し、健診機会の拡大を図る
概要	健診期間終了後の集団健診の実施
対象者	健診未受診の40～60歳代
実施方法	実施時期：健診期間終了後（集団・6日） 想定受診者：約800人

⑥ 健診結果情報提供事業

目的	他法令等で実施した松江市国保特定健診対象者の健診結果を収集し、受診率向上につなげる
概要	健診機関等から健診結果を収集
対象者	特定健診未受診者で他法令の健診受診者
実施方法	産業保健関係者や健診実施機関等と協議し、対象者の健診結果を取得する体制の構築について検討

⑦ 人間（脳）ドック利用助成

目的	人間（脳）ドックの利用を促進することで、受診率向上につなげる
概要	人間（脳）ドック受診者への費用助成
対象者	人間ドック受診希望者
実施方法	受診費用の一部を現物給付

(3) 特定保健指導実施率向上

① 新規対象者への利用勧奨

目的	新規対象者を重点として、実施率向上を図る
概要	特定保健指導の利用勧奨
対象者	新規対象者
実施方法	特定保健指導該当者へ通知 新規対象者は地区担当保健師訪問 集団健診の特保対象者は、結果報告会と併せた実施に向けて電話勧奨 等 効果的な実施方法について関係機関と検討

② 未利用者勧奨

目的	未利用者へ再度利用勧奨を行い利用につなげる
概要	未利用者への利用勧奨
対象者	特定保健指導未利用者
実施方法	年度後半に未利用者に対し通知・電話等による利用勧奨実施 等

(4) 腎症重症化予防

① CKD 診療フォロー

目的	健診医と腎臓・糖尿病専門医が病診連携し、重症化予防につなげる
概要	健診医から腎臓・糖尿病専門医に精密検査依頼の実施
対象者	eGFR 値 50 ml/分/1.73 m ² 未満または、尿蛋白 2+以上の人 ※糖尿病性の該当基準は、関係機関と検討し決定
実施方法	健診医が、健診結果が基準該当で専門医への紹介が必要と判断した受診者に 糖尿病もしくは腎臓内科専門医へ精密検査依頼を行う 実施方法について関係機関と検討

② 保健（栄養）指導

目的	糖尿病性腎症の対象者へ、かかりつけ医と連携して保健（栄養）指導を実施し、重症化予防につなげる
概要	保健（栄養）指導の実施
対象者	尿蛋白 2+以上または eGFR 値 50 ml/分/1.73 m ² 未満に加え、HbA1c 値 6.5% 以上等糖尿病性の該当基準を満たし、利用に同意した人
実施方法	該当者の判断及び指示書記載（健診医） 保健（栄養）指導の実施（委託先の実施機関） 研修会実施、関係機関と実施方法等の検討 等

(5) 虚血性心疾患ハイリスク者等受療勧奨

① 重点対策リスク因子保有者の受療勧奨

目的	重点対策リスク因子保有者を受療につなげ、重症化疾患発症リスクを下げる
概要	重点対策リスク因子保有者の受療勧奨
対象者	年度内健診受診者で該当リスクの未受診者
実施方法	該当リスクの検討 対象者リストアップ 受療勧奨通知にて受療勧奨 効果的な実施方法について検討

② 高血圧未治療者の保健指導

目的	重点対策リスク因子保有者を受療につなげ、重症化疾患発症リスクを下げる
概要	Ⅲ度高血圧のハイリスク者の受療勧奨
対象者	健診の結果、収縮期血圧が 180mmHg 以上または拡張期血圧が 110mmHg 以上の未治療者
実施方法	対象者リストアップ 対象者へ訪問等で受療勧奨 効果的な実施方法について検討

(6) 医療費適正化

① 後発医薬品の普及啓発

目的	後発医薬品を普及促進することで、医療費適正化を図る
概要	後発医薬品への切り替えの促進
対象者	切り替え効果が一定以上見込まれる人
実施方法	対象者を抽出 自己負担軽減例通知（差額通知）を実施 効果的な実施方法について関係機関と検討

② 重複投薬者・重複受診者等への指導

目的	複数の医療機関から重複処方を受けている受診者や、重複受診等のみられる受診者へ適切な指導を行うことで医療費の適正化を図る
概要	該当者の抽出及び指導方法の検討と実施
対象者	重複投薬者・重複受診者等
実施方法	対象者を抽出 状況確認、健康相談等の利用勧奨通知等の実施 効果的な実施方法について関係機関と検討

(7) がん検診受診率向上

① 個別受診勧奨（特定健診受診券送付時）

目的	がん検診受診率向上により疾病の早期発見を図る
概要	特定健診の通知に併せたがん検診受診勧奨
対象者	特定健診対象者
実施方法	特定健診の受診券送付や個別受診勧奨に併せてがん検診受診勧奨 効果的な実施方法について検討 ※健康まつえ 21 計画による事業計画あり

3) 地域包括ケアに係る取り組み

(1) 地域包括ケアシステムの必要性

我が国では、少子高齢化が急速に進んでおり、高齢者人口は「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となる2025年には3,677万人に到達すると見込まれています。

のことから、国においては、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築を目指し、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年を見据え、地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

(2) 松江市地域包括ケアシステムの基本的な考え方

本市の目指す地域包括ケアシステムでは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活ができるように、介護・介護予防・医療・生活支援・住まいの5つのサービスを切れ目なく一体的に提供していくために、地域特性を考慮した地域包括ケアシステムの構築を「松江市高齢者福祉・介護保険事業計画（第7期）」に基づき推進していきます。

(3) 地域包括ケア推進の取組

これまで公民館区において培ってきた地域住民による地域福祉活動など、住民組織による活動を継続して支援します。あわせて、健診やレセプトなどのデータを活用して要支援・介護となりやすいハイリスク者や予備群等に受診勧奨、保健指導を実施し、健康寿命の延伸を目指した地域の健康づくりを支援します。

また、地域包括ケアシステム構築に向け、後期高齢者医療や介護保険など関係する事業や制度について府内外の関係機関と課題や情報の共有を行い、連携した保健事業の実施について検討します。

6. 第3期特定健康診査等実施計画

1) 達成しようとする目標と対象者数

特定健康診査（以下「特定健診」）は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために実施します。

第2期データヘルス計画と合わせて取り組む第3期特定健康診査等実施計画では、関係機関等とともに効果的な特定健診受診率向上及び特定保健指導実施率向上対策に取り組み、特定健診受診率60%・特定保健指導実施率60%を目指します。

*特定保健指導実施率は終了率を表します

*特定保健指導実施期間の変更：第3期から「3か月」とします

(1) 特定健診

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
対象者(人)(法定報告値)	27,857	27,000	26,200	25,400	24,600	23,800	23,000
受診者(人)(法定報告値)	12,350	12,150	12,576	12,954	13,284	13,566	13,800
受診者増加人数(人)	---	---	426	378	330	282	234
特定健康診査の受診率 (法定報告値の目標)	44.3%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

《算定方法》

$$\text{特定健康診査の受診率} = \frac{\text{特定健康診査受診者数}}{\text{特定健康診査対象者数}}$$

○特定健康診査対象者数は、特定健康診査の対象者（特定健康診査の実施年度中に40歳以上74歳以下に達する、実施年度の4月1日時点での被保険者）から次に掲げる者を除いた者

(1)特定健康診査の実施年度途中における加入及び脱退等の異動者（ただし、年度末の3月31日付けで脱退した者は除外しないものとする）

(2)特定健康診査の除外対象となる者（平成20年厚生労働省告示第3号）に規定する各号のいずれかに該当する者（妊娠婦、長期入院患者等）と保険者が確認できたもの

○特定健康診査受診者数は、上記特定健康診査対象者数のうち、当該年度中に実施した特定健康診査の受診者（他の健康診断を受診した者の当該健康診断に関する記録の写しを保険者において保管している場合も含む）

(2) 特定保健指導

評価指標	現状値 (2016)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
対象者(人)(法定報告値)	1,104	1,094	1,132	1,166	1,196	1,221	1,242
終了者(人)(法定報告値)	362	383	453	525	598	672	746
終了者增加人数(人)	---	---	70	72	73	74	74
特定保健指導の実施率 (法定報告値の目標)	32.8%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

※現状値(2016)の実施率は速報値

《算定方法》

$$\text{特定保健指導の実施率} = \frac{\text{当該年度の動機付け支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化から動機付け支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}}$$

- 階層化から積極的支援の対象とされた者が、動機付け支援レベルの特定保健指導を利用した場合、動機付け支援終了者数には含めない。
- 途中終了(脱落・資格喪失等)者は、分母には含め、分子からは除外。
- 年度末(あるいは翌年4-5月)に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時までに完了している者は分子に算入。実績報告時に実施中だが未完了の場合は、次年度実績とするため、分母からは除外せず、分子からは除外(除外した分子は、その後完了した場合は次年度の実績における分子に算入)。

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

第3期(2018年度以降)は、特定保健指導対象者の減少率を指標とします。

基準年度	評価指標
2008年度：特定保健指導対象者(人)	2023年度：特定保健指導対象者(人)
1,122人	減少率 25%

《算定方法》

$$\text{減少率} = 1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数(特定保健指導対象者数)}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数(特定保健指導対象者数)}}$$

- 計画における目標値の評価に当たっては、基準年度は2008年度となる。毎年度、減少率を算出するに当たっては、前年/前々年となる。
- 各年度の実数をそのまま用いると健診実施率の高低による影響を受けるため、該当者及び予備群の数(特定保健指導対象者数)は、健診受診者に占める該当者及び予備群の者(特定保健指導対象者)の割合を特定健康診査対象者数に乗じて算出したものとする。
- 乗じる特定健康診査対象者数に占める該当者及び予備群の数(特定保健指導対象者数)の算出については、以下の方法が考えられる。
 - ①全国平均の性・年齢構成の集団*に、各医療保険者の性・年齢階層(5歳階級)別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導対象者)が含まれる割合(率)を乗じる。
被保険者の年齢構成の変化(高齢化の効果)の影響を少なくするため、年齢補正を行う方法である。また、全国統一の指標を用いるため、保険者間での比較が可能となる。
 - ②当該年度の各医療保険者の性・年齢構成の集団に、基準年度及び当該年度の各保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群(特定保健指導対象者)が含まれる割合(率)を乗じる。

2) 特定健康診査の実施方法

(1) 対象者・健診の方法・実施期間

松江市国保に加入する40～74歳の人を対象とする。ただし、妊娠婦等除外規定（刑務所入所、長期入院等）に該当する人を除きます。

健診方法は個別健康診査、及び集団健康診査とします。

方法	場所	実施者	対象者、実施期間等
個別 健康診査	医療機関	健康診査の 受託医療機関	松江市国保に加入する40～74歳 松江市の指定する期間（休診日を除く）
集団 健康診査	各支所管内 巡回等	健康診査の 受託医療機関	松江市国保に加入する40～74歳 松江市の指定する期日

(2) 受診券

特定健診受診券は、松江市国保に加入する、年度中に40～75歳になる人に対し、松江市から送付します。年度中に新たに加入した方は、受診する際に交付の手続きを行うものとします。

この特定健診受診券は、健診を受診する際に受診医療機関に提出します。

(3) 実施項目

① 【基本項目】

項目	内容
問診	既往歴、自覚症状、他覚症状、現病歴等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
血圧測定	収縮期、拡張期
尿検査	尿糖、尿蛋白
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
肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GT (γ-GTP)
血糖検査	空腹時血糖 または HbA1c または 隨時血糖
理学的検査	理学的所見、視診、打聴診、触診等、医師による診察

上記の他、松江市一般施策として、血清尿酸検査を実施します。

② 【詳細項目】

項目	内容
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数
心電図検査	
眼底検査	※眼科で受診
血清クレアチニン検査	クレアチニン

松江市は、受診者全員に詳細項目を実施します。

③ 同時に実施できる、がん検診等

がん検診等	対象者　他
肝炎ウイルス検診	40歳以上の検査未受診者
大腸がん検診	40歳以上（検便2日法）
前立腺がん検診	50歳以上の男性（血液検査によるPSA測定法）

(4) 実施形態（委託先）

健診の委託先については、厚生労働省大臣告示「特定健康診査及び特定保健指導の実施」に関する基準を満たしている医療機関、健診機関から選択します。

(5) 周知・案内方法

松江市から特定健診対象者へ特定健診受診券及び未受診者へ受診勧奨通知等を送付します。その他、医療機関、市報、「けんしんのお知らせ」、松江市ホームページ、告知放送、地域の組織団体等で受診啓発を実施します。

(6) その他

① 実施方法

特定健診の実施に関する詳細な事項については、別途実施要領で定めます。

② 代行機関

保険者間または保険者及び健診機関・保健指導実施機関における特定健診等に要する費用の請求及び支払いを円滑に行うこととする目的とする国保連合会を代行機関とします。

③ 国保人間ドック等への代替

国保人間（脳）ドック受診者は、特定健診を実施したものに代えることとし、受診後の対応については特定健診受診者と同様とします。

3) 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者

特定健診受診者のうち、内臓脂肪の蓄積程度、リスク要因の数から、対象者の選定・階層化を行います。階層化分類の積極的支援及び動機付け支援に該当した人を対象とします。

腹囲	追加リスク ①血圧 ②脂質 ③血糖	④喫煙歴	対象	
			40～64 歳	65～74 歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2 つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当			
	3 つ該当		積極的支援	
上記以外で BMI ≥ 25	2 つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当			

※高血圧、糖尿病、脂質異常で服薬中の人には、特定保健指導の対象としない。

※65 歳以上 75 歳未満の人は、積極的支援の対象となった場合も動機付け支援とする。

※追加リスクの詳細な検査値

- ①血圧：収縮期血圧 130 mm Hg 以上 または 拡張期血圧 85 mm Hg 以上
- ②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上 または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上 または HbA1c(NGSP 値) 5.6% 以上

(2) 利用券

健診受診後に国保連合会の特定健康診査等データ管理システム（以下「データ管理システム」という）から、対象者へ利用券を発行します。利用券は特定保健指導を実施する際に提出します。

(3) 実施時期

健診受診後に開始します。特定健診実施後から隨時対象者選定をして実施します。

(4) 実施場所

松江市が実施を認めた場所とします。

(5) 実施項目

対象分類ごとの実施項目は、以下のとおりとします。

① 動機付け支援

食事や運動等、生活習慣を対象者自らが改善することを目指す目標を設定し、これが実行できるよう支援し、取り組み開始から3カ月後に評価を実施します。

② 積極的支援

動機付け支援と同様に食事や運動等、生活習慣を対象者自らが改善することを目指す目標を設定し、個別面接、グループ支援、電話、メール等を組み合わせて3カ月以上の継続支援し、最終評価を実施します。

(6) 実施形態

国の外部委託基準及び松江市の委託基準を満たす事業者への委託及び直営で実施します。

(7) 周知、利用勧奨方法

- ①松江市から対象者に利用券及び案内文を送付もしくは訪問等で勧奨します。
 - ②集団健診受診の対象者には、市保健師等から結果報告時に勧奨します。
 - ③送付後、利用意向のない対象者に通知や電話等で利用勧奨します。
 - ④今後、個別健診受診の対象者に向けた勧奨方法について、関係機関と検討します。
-

(8) 実施スタッフの質の向上

より効果的な保健指導を実施するため、国保連合会等で実施している各種研修の活用等指導者の資質向上を図ります。

(9) 実施方法

特定保健指導の実施に関する詳細な事項については、別途実施要領で定めます。

4) 実施におけるスケジュール

		特定健診	特定保健指導
年間スケジュール	年度当初	健診委託機関との契約 受診券の発行や案内発送等	特定保健指導の委託機関との契約 当該年度の実施体制
	年度前半	前年度の実施結果の検証と評価 事業実績報告 健診開始	前年度特定保健指導実施者の最終評価
	年度中間	健診終了	対象者階層化、利用券の発送 特定保健指導開始
	年度後半	当該年度の中間事業検証 次年度に向けた検討	未利用者への利用勧奨開始 当該年度の中間事業検証
	月間スケジュール	<健診開始後> 請求支払い 受診券の交付・再交付処理等	<特定保健指導開始後> 請求支払い 対象者の階層化及び利用券発送 実施内容のシステム入力作業等

5) その他

(1) 費用決済及びデータ管理

特定健診・特定保健指導等を効果・効率的に実施するため、データ管理システムを活用し、特定健診受診券・特定保健指導利用券の作成、特定健康診査等実施機関への費用決済、受診結果や保健指導記録データの管理、その他特定健診等に必要なデータ管理を行います。

7. 計画に基づく事業の評価・見直し等について

1) 保健事業の評価方法と時期

データヘルス計画では、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が求められています。

これまでの保健事業の振り返りや、健康・医療情報であるレセプトデータを分析することで現状の課題を明らかにし、課題に応じた事業を計画（Plan）し、計画に沿った事業を実施（Do）します。事業の評価（Check）にあたっては、評価指標に沿って実施した事業の効果を把握します。また、評価した結果に基づいて事業の改善・見直し（Action）を図っていきます。

特定健康診査等実施計画についても同様に、PDCA サイクルに沿って事業評価・改善を図ります。

各計画の目標で示した評価指標に沿って事業の進捗状況を管理するとともに、計画期間の中間時点及び最終年度には、計画の推進体制にある関係機関等に意見を求め、目標達成状況等を評価します。

計画期間中に、目標達成状況や事業実施状況について変化等があり計画の見直しが必要な場合は、推進体制等の関係機関に意見を伺い適宜修正を行うこととします。

2) 計画の公表・周知

本計画は、市報、市ホームページ等で公表します。また、関係機関等を通じて、特定健康診査をはじめとする保健事業の目的等の周知を図るものとします。

3) 個人情報の取扱い及び守秘義務規定の遵守

レセプト及び特定健康診査等で得られる個人の健康・医療情報は、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」に定める要配慮個人情報に該当するため、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び「松江市個人情報保護条例」等に基づき、適正に管理します。

また、特定健康診査、特定保健指導、その他保健事業を受託した事業者等についても、同様の取扱いとともに、業務によって知り得た情報については、守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

さらに、個人情報の管理（書類の紛失・盗難等）にも十分留意するものとし、これらを取り扱う者に対して、その内容の周知を図ります。

(1) 特定健診等のデータの管理・保存方法

特定健診の結果や特定保健指導の記録等のデータは、厚生労働省が定める標準的な仕様による電子データとし、国保連合会のデータ管理システム等を使用して適切に管理・保存します。

(2) 特定健診等のデータの利用

保健活動等のために特定健診の結果や特定保健指導の記録等のデータを分析する場合は、個人情報を匿名化したうえで、集計・分析に必要な情報のみを使用することとし、目的外使用は禁止します。

(3) 特定健診等のデータの保存年限

データの保存年限は5年間とし、保存年限を過ぎたデータについては、データ管理システムを管理する国保連合会と協議のうえ、個人情報の保護に配慮し廃棄等の処理を行います。

8. 用語集

用語	説明
特定健康診査	生活習慣病を引き起こすメタボリックシンドロームを早期に発見するため、2008年度に始まった健康診査。腹囲や身長、体重、血圧、血液等を検査し、基準以上の場合(腹囲なら男性85センチ、女性90センチ以上)、食生活や運動習慣について指導を受ける対象になります。
特定保健指導	対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようすることを目的に、栄養士や保健師が専門的なアドバイスをする機会を指す。特定健康診査の結果で、「動機付け支援」「積極的支援」の階層に該当した人に対してのみ実施されます。
メタボリックシンドローム	肥満・高血糖・高中性脂肪血症・高コレステロール血症・高血圧の危険因子が重なった状態です。基礎疾患が複合することによって糖尿病・心筋梗塞・脳卒中等の発症リスクが高まります。
メタボリックシンドローム 予備群	メタボリックシンドロームの診断基準には達しないが、減量でリスクが改善する肥満を「メタボリックシンドローム予備群」と位置づけられます。具体的には、a.腹囲は基準値以上だが、糖代謝、脂質代謝、血圧の異常が1項目までのもの。b.腹囲は基準値以下だが、BMI25kg/m ² 以上で、上記リスクを1項目以上有するもの(境界型)を指します。
リスク因子	危険因子とも呼ばれる。ここでは生活習慣病のリスク因子として高血圧、脂質異常、高血糖を指します。
BMI	身長と体重の割合で、肥満とやせを測定します。
血圧	血圧が高いと動脈硬化が進行し、脳卒中の危険性が高まります。加齢と共に血圧は高くなりやすいです。
中性脂肪	中性脂肪が増えると脂肪肝の原因になります。HDLコレステロールが減少し、動脈硬化の原因にもなります。
HDLコレステロール	善玉コレステロールのことで、余分なコレステロールを肝臓に運びます。生活習慣病、喫煙等で低くなります。
LDLコレステロール	悪玉コレステロールのことで、コレステロールを血管内に放置します。動脈硬化を引き起こす原因です。
AST(GOT) ALT(GPT)	これらはトランスマミラーゼといわれる酵素で、肝臓や心臓の異常発見に大きな威力を発揮し、肝疾患、肥満で上昇します。
γ-GTP (ガンマ-GTP)	主に肝臓や腎臓、脾臓等に含まれる酵素で、肝臓や胆道に障害があると増加し、飲酒量が多いと上昇します。
血糖検査(グルコース)	血糖とは血液中のブドウ糖のことで、糖尿病発見の手がかりになります。
ヘモグロビンA1c検査	長期間の血糖コントロールの目安となり、糖尿病検査として重要です。
クレアチニン	老廃物の一種で、腎臓の機能が低下すると排泄できなくなり、血液中に増加します。
尿酸	尿酸値が高くなりすぎると、痛風や動脈硬化をひきおこします。
尿糖	糖尿病発見の手がかりになります。糖尿病で血糖値が高くなると、尿にたくさん糖ができるようになります。
尿蛋白	腎臓の病気を見つける手がかりになります。
赤血球数	血色素量(ヘモグロビン)、ヘマトクリットと共に貧血を見つける手がかりのひとつです。
血色素量(ヘモグロビン)	赤血球中に含まれる蛋白の一種で、減少すると貧血が疑われます。
ヘマトクリット	一定量の血液中に含まれる血球の容積の割合を調べます。減少すると貧血が疑われ、多くなり過ぎると多血症が疑われます。

用語	説明
医療費の適正化	高齢化社会の進展にあたって、医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図る等の取り組みやその取り組みの目標を指します。
KDB	国保データベース（KDB）システムは保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務、保険者事務共同電算業務にて管理する「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」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、効率的かつ効果的な保健事業の実施を支援する目的で構築されたシステムです。
医療費分析ツール「Focus」	医療費分析ツール「Focus」はレセプトデータの正規化を図るため、独自エンジンで医科・調剤の電子レセプト明細データを解析し、摘要レコードや医薬品レコードに対して、どの傷病に対するものなのかを判定する目的で ICD-10 を付加しております。そのため主病での分析ではなく、より実態に近い分析ができるツールです。
特定健康診査等実施計画 (第3期)	保険者が特定健康診査及び特定保健指導の実施方法に関する基本的事項、特定健康診査及び特定保健指導の実施並び、その成果に係る目標に関する基本的事項について定める計画書を指します。
後発医薬品	新薬の特許期間が満了後、厚生労働省の承認を得て製造・販売される薬。新薬に比べて開発費が大幅に削減できるため、新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら、お薬の価格を低く抑えることが可能です。
虚血性心疾患ハイリスク者	特定健診の要治療者の内、高血圧症と脂質異常症の両方のリスクがある人です。
Ⅲ度高血圧症	高血圧はその程度によってⅠ度からⅢ度に分類されます。それぞれ、Ⅰ度は収縮期血圧が 140mmHg 以上 160mmHg 未満 または 拡張期血圧が 90mmHg 以上 100mmHg 未満の場合をいいます。Ⅱ度高血圧症は、収縮期血圧が 160mmHg 以上 180mmHg 未満 または 拡張期血圧が 100mmHg 以上 110mmHg 未満を言います。Ⅲ度高血圧症は、収縮期血圧が 180mmHg 以上 または 拡張期血圧が 110mmHg 以上の場合を言います。
虚血性心疾患	虚血性心疾患とは、冠動脈の閉塞や狭窄等により心筋への血流が阻害され、心臓に障害が起こる疾患の総称です。狭心症や心筋梗塞がこの分類に含まれ、これら冠動脈疾患と同義であるが、冠動脈自体に病変が無い疾患、例えば脳血管疾患による急激なストレスから来るたこつぼ心筋症や中枢性肺水腫等は特に本症に含まれます。

9. 卷末資料

1. 第2期データヘルス計画：保健事業一覧（事業評価指標）
2. 松江市国保特定健康診査等の経過
3. 本計画の策定経過
4. 医療費分析ツール Focus における生活習慣病の定義

1. 第2期データヘルス計画：保健事業一覧（事業評価指標）

対策	保健事業				
	事業名	目的	概要	対象者	方法
1. 生活習慣病予防の周知・啓発					
① 啓発活動	高血圧や高脂血症等について広く周知・啓発を行い、被保険者を含む市民の健康リスクを下げる	生活習慣病予防や健診受診について周知・啓発 *生活習慣病予防は「第2次健康まつえ21基本計画」事業と重複	被保険者を含む市民	②国保関連通知、市報等での啓発 ①健康教室・相談等 ②健康まつえ応援団登録事業所数増加の働きかけ	
② 各地区健康まつえ21推進隊による健康増進・受診啓発等の活動	地域で健診等受診啓発や健康増進活動を行い、地域の健康づくりを図る	地区の活動計画により、健診受診啓発や健康増進活動を行い、地域の健康づくりを推進 *各地区公民館及び地区社協等地域活動と連携した取り組み	地域内住民	各地区的受診啓発活動や健康づくりの取り組み（各地区的活動計画による）	
2. 特定健診受診率向上			評価指標	①特定健診受診率 ②特定健診連続受診率	
① 個別受診勧奨	個別通知等による健診受診勧奨を行い、健診受診につなげる	⑦対象者にわかりやすい特定健診案内・受診券送付 ①健診期間中の未受診者で、就労が見込まれる年代への受診勧奨 ⑦健診未受診者の受診傾向や年代等による追加健診受診勧奨 ⑤国保新規加入者で特定健診対象者にわかりやすい健診の案内（窓口等）	⑦特定健診対象者 ①特定健診未受診者 ⑦特定健診未受診者 ⑤国保新規加入で特定健診対象者	⑦受診券送付（健診前） ①受診勧奨通知（健診中） ⑦未受診者へ追加健診案内（健診終了時） ⑤加入手続き時の窓口案内の強化（文書等含む）	
② 健診対象者訪問等事業	健診対象者に訪問等を行い、健診受診を促す	地区担当保健師が、健診対象者に訪問等を行い健診受診を促す	特定健診対象者	地区担当保健師による訪問等での受診勧奨	
③ 医療機関連携受診啓発事業	定期医療受診者に対し、医療機関から健診受診を促進し定期受診者の健診受診が増加する	定期受診者にわかりやすい医療機関での啓発の実施	医療機関で定期受診している健診未受診者	関係機関と効果的な啓発媒体の検討 健診期間中、医療機関にわかりやすい啓発媒体を掲示	
④ 休日健診	休日に実施し、健診機会の拡大を図る	休日に集団健診を実施	健診実施期間中の未受診の40～50歳代の者	健診実施期間中の日曜日に集団健診を実施（1日間・約100人） *通知は事業①方法2)	
⑤ 追加健診	健診期間終了後に実施し、健診機会の拡大を図る	健診期間終了後に未受診者に通知して集団健診を実施	健診未受診の40～60歳代の者	健診期間終了後に集団健診を実施（6日間・約800人） *通知は事業①方法3)	
⑥ 健診結果情報提供	他法令等で実施した松江市国保特定健診対象者の健診結果を収集し、受診率向上につなげる	健診機関等から健診結果を収集	健診未受診で他法令の健診受診者	産業保健関係者や健診実施機関等と協議し、対象者の健診結果を取得する体制の構築について検討	
⑦ 人間（脳）ドック利用助成	人間（脳）ドックの利用を促進することで、受診率向上につなげる	人間（脳）ドック受診者への費用助成	人間（脳）ドック受診者	受診費用の一部を現物給付 (対象者は前年度募集)	

2016（平成28）年度	2020年度中間目標	2023年度目標	
現状	中間アウトプット (事業実施量・事業結果評価)	アウトプット (事業実施量・事業結果評価)	アウトカム (成果指標)
⑦国保通知に啓発ちらし同封、広報等啓発回数 3回以上 ①40～64歳対象の健康教育 95回・延人数 2,145人 ⑦登録事業所数 47	⑦計画的な広報の実施 ①現状値より増加 ⑦現状値より増加	⑦広報活動の継続実地 ①中間時点より増加 ⑦2022年度 100	
各地区の活動計画に基づいた健康づくり活動 (全 29 地区で活動実施)	各地区推進隊による健康づくり活動の継続 (全 29 地区)	各地区推進隊による健康づくり活動の継続 (全 29 地区)	
44.3%	51.0%	60.0%	
79.1%	82.0%	85.0%	
⑦当初送付数 29,324通 ①40～50歳代未受診者 7,342人に 8月受診勧奨通知・休日健診案内【8月末受診率 15.4%】 ⑦40～60歳代未受診者 14,116人に 10月追加健診通知【特定健診受診率 44.3%】 ②新規加入者に対し「国保だより」で健診案内【全員】	⑦②① *評価指標① ① 8月末の受診率向上(20%)	* 評価指標①② ⑦8月末受診率 30%	新規重症化患者の削減 重症化疾患群新規患者削減数 (全体) 420人 （患者数 1,774人）
⑦60歳代新規加入者訪問数：585件 ①60歳代未受診者訪問数：191件	* 評価指標①	* 評価指標①	【再掲】 虚血性心疾患新規患者削減数 200人 (患者数 1,081人)
—	・効果的な啓発媒体の作成 ・委託医療機関すべてにおいて作成媒体の掲示	* 評価指標①	
受診者 68人（1日）	健診実施：1日 受診者：100人	* 評価指標①	
申込 878人 受診者 766人（6日）	健診実施：6日 受診者：800人	* 評価指標①	
情報提供数：78件 ★他法令で健診を受診した対象者の結果を情報収集する体制がない	・他法令等で実施した対象者の健診結果を収集する体制構築ができる ・100件	500件	
1,960人	2,000人	* 評価指標①②	

対策	保健事業				
	事業名	目的	概要	対象者	方法
3. 特定保健指導実施率向上		評価指標		①特定保健指導実施率 ②特定保健指導新規対象者初回実施率	
① 新規対象者への利用勧奨	新規対象者を重点として、実施率向上を図る	特定保健指導の利用勧奨	新規対象者	⑦個別健診の新規対象者は地区担当保健師訪問 ⑧集団健診の対象者は報告会での実施に向け電話勧奨	
	② 未利用者勧奨	未利用者へ再度利用勧奨を行い、利用につなげる	未利用者への利用勧奨	特定保健指導未利用者	年度後半に未利用者に対し個別通知・連絡による利用勧奨実施
4. 腎症重症化予防		評価指標		①人工透析患者の新規患者数 ②糖尿病性腎症患者数	
① C K D 診療フォロー	健診医と腎臓・糖尿病専門医が病診連携し、重症化予防につなげる	健診医から腎臓・糖尿病専門医に精密検査依頼の実施	eGFR50 未満または、尿蛋白2+以上の人 ※糖尿病性の該当基準は別途決定	健診医が、健診結果が基準該当で専門医への紹介が必要と判断した受診者に専門医へ精密検査依頼	
	② 保健（栄養）指導	糖尿病性腎症の対象者へ、かかりつけ医と連携して保健（栄養）指導を実施し、重症化予防につなげる	保健（栄養）指導の実施	上記基準に加え、HbA1c6.5 以上等糖尿病性の該当基準を満たし利用に同意した人	⑦該当者の判断及び指示書の記載（健診医） ⑧保健（栄養）指導の実施（委託実施機関）
5. 虚血性心疾患ハイリスク者の受療勧奨		評価指標		①要治療者の受療率 ②要治療者の受療勧奨による受療率	
① 重点対策リスク因子保有者への受療勧奨	重点対策リスク因子保有者を受療につなげ、重症化疾患リスクを下げる	重点対策リスク因子保有者の受療勧奨	年度内健診受診者で該当リスクの未受診者	該当リスクの検討 対象者リストアップ 受療勧奨通知による受療勧奨	
		Ⅲ度高血圧のハイリスク者への受療勧奨 ※Ⅲ度高血圧：収縮期血圧 180 mm Hg 以上または拡張期血圧 110 mm Hg 以上	健診結果でⅢ度高血圧の未治療者	対象者リストアップ 対象者へ訪問等で受療勧奨	
6. 医療費適正化		評価指標		後発医薬品の普及率(数量ベース)	
① 後発医薬品の普及啓発	後発医薬品を普及促進することで、医療費適正化を図る	後発医薬品への切り替えの促進	切替効果が一定見込まれる人	対象者を抽出 自己負担軽減例通知（差額通知）を実施	
	② 重複投薬者・重複受診者への指導	複数の医療機関から重複処方を受けている受診者や、重複受診等のみられる受診者へ適切な指導を行うことで医療費の適正化を図る	該当者の抽出及び指導方法の検討と実施	重複投薬者・重複受診者等	対象者を抽出 状況確認、健康相談等の利用勧奨通知等の実施
7. がん検診受診率向上【新規】		評価指標		がん検診の受診者数の増加	
① 個別受診勧奨（特定健診個別受診勧奨時）	がん検診受診率向上により疾病の早期発見を図る	特定健診の個別通知等に併せたがん検診受診勧奨 ＊がんの予防・啓発及びがん検診受診率の向上については「第2次健康まつえ21基本計画」による事業あり	特定健診対象の被保険者	特定健診の個別受診勧奨等に併せたがん検診受診勧奨	

2016（平成 28）年度	2020 年度中間目標	2023 年度目標		
現 状	中間アウトプット (事業実施量・事業結果評価)	アウトプット (事業実施量・事業結果評価)	アウトカム (成果指標)	
36.5%	45.0%	60.0%		
38.8%	45.0%	60.0%		
対象者 482 人 実施者 187 人	* 評価指標②	* 評価指標②		
2月現在未利用者 606 人に勧奨通知 実施者 60 人	* 評価指標①	* 評価指標①		
35 人	28 人	20 人		
1,418 人	1,360 人	1,300 人		
24 件	50 件	* 評価指標①②	※前ページと同じ	
1 件（終了率 100%）	20 件（終了率 100%）			
73.8%	76.0%	79.0%		
13.5%	16.5%	20.0%		
⑦高血圧+脂質異常、 ①⑦+高血糖で、紹介基準にかかる未受診の人：通知 577 人 受診実績 78 人（13.5%）	* 評価指標②	* 評価指標①②	※前ページと同じ	
—	* 評価指標②			
69.7%	80.0%	※2020 年度再設定		
通知 3,401 通 普及率：69.7%	* 評価指標	※2020 年度再設定		
実施に向けた協議	該当者の抽出と、状況確認、健康相談等利用勧奨通知等の実施	抽出した該当者への通知実施率 100%		
胃がん(40~69 歳)3,410 人		2022 年：4,400 人		
肺がん(40~69 歳)4,803 人		6,200 人		
大腸がん(40~69 歳)6,827 人		8,900 人		
乳がん(40~69 歳・女)3,501 人		4,600 人		
子宮がん(20~69 歳・女)6,283 人		8,200 人		

2. 松江市国保特定健康診査等の経過

年度	特定健診	特定保健指導	保健活動・国保保健事業等
平成20年度	<ul style="list-style-type: none"> ○クレアチニン・尿酸検査の全員実施 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 実施期間：7月～11月 方法：個別、 集団（支所のみ） 料金：個別 1000円、 集団 500円、 70歳以上無料 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○直営及び委託医療機関で実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●国保人間ドック利用助成（平成4年度～）
平成21年度			
平成22年度		<ul style="list-style-type: none"> ○保健師訪問による特保利用勧奨開始 ○島根県栄養士会へ委託開始 ○運動についてスポーツクラブで実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品普及促進事業開始
平成23年度	<ul style="list-style-type: none"> ○眼底検査：松江市独自基準で実施 ○追加健診（集団）実施 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 実施期間：8月～10月 方法：個別、 集団（支所、追加2日） 料金：個別 1000円、 集団 500円、 70歳以上無料 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○NPO法人糖尿病療養支援機構へ委託開始 ○実施会場に橋北：島根県栄養士会を追加 ○スポーツクラブを2会場実施 	
平成24年度	<ul style="list-style-type: none"> ○眼底検査・貧血・心電図検査を全員追加実施 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 実施期間：6月～10月 方法：個別、 集団（支所のみ） 料金：個別 1000円、 集団 500円、 70歳以上無料 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○スポーツクラブを5会場実施（平成25年度終了） 	
平成25年度	<ul style="list-style-type: none"> ○追加健診（集団）開始（未受診者へ受診勧奨通知） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 実施期間：7月～10月 方法：個別、 集団（支所、追加6日） 料金：個別、 集団 500円、 70歳以上無料 </div>		<ul style="list-style-type: none"> ●地区担当保健師・各地区推進隊による地区内医療機関訪問開始 ●5年未受診者受診勧奨（訪問・電話・アンケート郵送） ●追加健診に向けて未受診者へ受診勧奨通知開始 ●重複多受診訪問実施

年度	特定健診	特定保健指導	保健活動・国保保健事業等
平成26年度	<ul style="list-style-type: none"> ○休日健診(集団)開始 (40~50歳代に受診勧奨通知) ○他制度による健診受診者とのデータ連携開始 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 実施期間：6月～10月 方法：個別、 集団（支所、休日1日、追加6日） 料金：500円、 70歳以上無料 </div>		<ul style="list-style-type: none"> ●2年未受診者(60歳代)全数訪問(平成27年度未終了) ●CKD診療フォロー事業開始
平成27年度	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 実施期間：7月～10月 方法：個別、 集団（支所、休日1日、追加8日） 料金：年齢区分なく500円 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○未利用者への利用勧奨通知、集団指導開始 ○未利用者への訪問・電話等による利用勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ●CKD診療フォロー事業：紹介基準改定（糖尿病性・非糖尿病性の2種） ●特保新規対象者訪問勧奨開始（全数）
平成28年度	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 実施期間：7月～10月 方法：個別、 集団（支所、休日1日、追加6日） 料金：年齢区分なく500円 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○特保新規対象者訪問勧奨開始（全数） 	<ul style="list-style-type: none"> ●2年未受診+前年度新規加入者(60歳代)訪問 ●CKD診療フォロー事業：糖尿病性の事業対象基準改定 ●糖尿病性腎症保健指導事業開始 ●虚血性心疾患ハイリスク者受療勧奨開始
平成29年度	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 実施期間：7月～10月 方法：個別、 集団（支所、休日1日、追加6日） 料金：年齢区分なく500円 </div>		<ul style="list-style-type: none"> ●前年度新規加入者訪問 ●CKD診療フォロー事業：糖尿病性の事業対象基準改定 ●糖尿病性腎症対象者へフォローアップ通知実施 ●高血圧未治療者への保健指導開始

※特定健診料金：市民税非課税世帯等の無料規定あり

3. 本計画の策定経過

【定期開催の会】

- 松江市国民健康保険運営協議会（事務局：保険年金課）
- 松江市成人・高齢者健診事業等検討会議（事務局：健康推進課）
- 松江市成人・高齢者健診事業等検討会議 専門部会（事務局：健康推進課）

※専門部会は、検討会議が必要に応じて設置する不定期開催の会

【策定にあたり設置した会】

- 松江市国保データヘルス計画等府内検討会議（事務局：保険年金課・健康推進課）
*第2回・3回はアドバイザーとして島根大学医学部環境保健医学講座教授：神田先生出席

【策定にあたり専門的助言を求めた会】

- 国保保健事業支援・評価委員会（事務局：島根県国民健康保険連合会）

【策定の経過】

開催日	会議名	検討内容
2017年 9月11日	第1回府内検討会議	計画等の評価分析、現状での制度変更点等の共有
9月26日	第1回専門部会	特定健診結果の分析、第3期特定健診・保健指導の変更点について、CKD対策について、計画等の評価分析について
10月16日	第2回府内検討会議	本計画策定に向けた医療費分析について、本計画素案検討
10月20日	支援・評価委員会	計画策定の振り返り、本計画素案について助言
11月8日	第3回府内検討会議	計画等の評価案について、本計画素案及び保健事業について検討
11月24日	第1回検討会議	計画等評価案報告、本計画策定に向けた医療費分析等報告、本計画保健事業及び第3期特定健診等の検討
12月11日	第4回府内検討会議	本計画素案の検討
12月18日	第5回府内検討会議	本計画素案の検討
12月28日	*国保運営協議会委員へ 本計画素案郵送	結果：意見3件
2018年 1月5日～18日	*パブリックコメント募 集	結果：意見0件
1月29日	第6回府内検討会議	本計画最終案の検討
2月9日	支援・評価委員会	本計画最終案について助言
2月15日	第2回専門部会	本計画最終案について検討
2月28日	第2回検討会議	本計画最終案について検討
3月29日	国保運営協議会	本計画最終案の報告

4. 医療費分析ツール Focus における生活習慣病の定義

生活習慣病の重症化疾患群				ICD-10	名称	備考
脳血管疾患群	虚血性心疾患群	糖尿病性合併症群	糖尿病性合併症群(慢性腎臓病)			
○			脳梗塞	I63 I693	I63 脳梗塞 I69.3 脳梗塞の続発・後遺症	
○			脳出血	I61 I691	I61 脳内出血 I69.1 脳内出血の続発・後遺症	
○			（も）膜下出血	I60 I690	I60 （も）膜下出血 I69.0 （も）膜下出血の続発・後遺症	
○			脳血管疾患（その他）	I62 I64 I65 I66 I67 I69	I62 その他の非外傷性頭蓋内出血 I64 脳卒中、脳出血又は脳梗塞と明示されないもの I65 腦実質外動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I66 脳動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I67 その他の脳血管疾患 I69 脳血管疾患の続発・後遺症	I690,I691,I693を除く
○			血管性認知症	F01	F01 血管性認知症	
○			狭心症	I20	I20 狹心症	
○			心筋梗塞	I21 I22	I21 急性心筋梗塞 I22 再発性心筋梗塞	
○		虚血性心疾患（その他）		I23 I24 I25 I119	I23 急性心筋梗塞の続発合併症 I24 その他の急性虚血性心疾患 I25 慢性虚血性心疾患 I119 心不全（う（血性））を伴わない高血圧性心疾患	
○			心筋症	I42	I42 心筋症	
○			心肥大	I517	I51.7 心（異）拡大	
○			心不全	I110 I50	I110 心不全（う（血性））を伴う高血圧性心疾患 I50 心不全	
○		糖尿病性腎症		E112 E122 E132 E142	E11.2 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, 脊合併症を伴うもの E12.2 実養障害に関連する糖尿病, 脊合併症を伴うもの E13.2 その他の明示された糖尿病, 脊合併症を伴うもの E14.2 詳細不明の糖尿病, 脊合併症を伴うもの	
○		糖尿病性網膜症		E113 E123 E133 E143 H221 H280 H360 H588	E11.3 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, 眼合併症を伴うもの E12.3 実養障害に関連する糖尿病, 眼合併症を伴うもの E13.3 その他の明示された糖尿病, 眼合併症を伴うもの E14.3 詳細不明の糖尿病, 眼合併症を伴うもの H22.1 他に分類される他の疾患における虹彩毛様体炎 H28.0 糖尿病（性）白内障 H36.0 糖尿病（性）網膜症 H58.8 他に分類される疾患における眼及び付属器のその他の明示された障害	目づ、同月・他医療機関含む病名（ICD-10）にE11～E14がある
○		糖尿病神経障害		E114 E124 E134 E144 G590 G632 G730 G736 G990 N312	E11.4 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, 神經（学的）合併症を伴うもの E12.4 実養障害に関連する糖尿病, 神經（学的）合併症を伴うもの E13.4 その他の明示された糖尿病, 神經（学的）合併症を伴うもの E14.4 詳細不明の糖尿病, 神經（学的）合併症を伴うもの G59.0 糖尿病性單一ユーロバチシュー G63.2 糖尿病性多発性二一ロードバチシュー G73.0 内分泌疾患における筋無力症症候群 G73.6 代謝疾患におけるオルガバチシュー G99.0 内分泌疾患及lt;br>代謝疾患における自律神経ユーロバチシュー N31.2 しき「泡」緩性神経伝達障害（機能障害）, 他に分類されないもの	目づ、同月・他医療機関含む病名（ICD-10）にE11～E14がある
○		糖尿病潰瘍・壞疽		E115 E125 E135 E145 I792 I798 L984	E11.5 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, 末梢循環合併症を伴うもの E12.5 実養障害に関連する糖尿病, 昏睡を伴うもの E13.5 その他の明示された糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの E14.5 詳細不明の糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの I79.2 他に分類される疾患における末梢血管症・アソビオバシーー I79.8 他に分類される疾患における自律神経ユーロバチシュー L98.4 皮膚の慢性潰瘍, 他に分類されないもの	目づ、同月・他医療機関含む病名（ICD-10）にE11～E14がある
○		糖尿病性合併症（その他）		E110 E120 E130 E140 E111 E121 E131 E141 E116 E126 E136 E146 E117 E127 E137 E147 I15	E11.0 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, 昏睡を伴うもの E12.0 実養障害に関連する糖尿病, 昏睡を伴うもの E13.0 その他の明示された糖尿病, 昏睡を伴うもの E14.0 詳細不明の糖尿病, 昏睡を伴うもの E11.1 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, ケトアドーシスを伴うもの E12.1 実養障害に関連する糖尿病, ケトアドーシスを伴うもの E13.1 その他の明示された糖尿病, ケトアドーシスを伴うもの E14.1 詳細不明の糖尿病, タブアドーシスを伴うもの E11.6 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, その他の明示された合併症を伴うもの E12.6 実養障害に関連する糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの E13.6 その他の明示された糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの E14.6 詳細不明の糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの E11.7 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM>, 多発合併症を伴うもの E12.7 実養障害に関連する糖尿病, 多発合併症を伴うもの E13.7 その他の明示された糖尿病, 多発合併症を伴うもの E14.7 詳細不明の糖尿病, 多発合併症を伴うもの I15 二型（ 発性）高血圧（症）	目づ、同月・他医療機関含む病名（ICD-10）にE11～E14がある
○		高血圧性網膜症		3621010 8883424 H350	3621010 高血圧性網膜症 8883424 高血圧性視神経網膜症 H350 H35.0 背景網膜症及び網膜血管変化	電算コード 電算コード 目づ、同月・他医療機関含む病名（ICD-10）にI10がある
○		腎不全		I120 N17 N18 N19	I12.0 腎不全を伴う高血圧性腎疾患 N17 急性腎不全 N18 慢性腎不全 N19 詳細不明の腎不全	目づ、同月・他医療機関含む病名（ICD-10）にE11～E14がある
基礎疾患	糖尿病			E11 E12 E13 E14	E11 インスリン非依存性糖尿病<N1DDM> E12 実養障害に関連する糖尿病 E13 その他の明示された糖尿病 E14 詳細不明の糖尿病	E110,E111,E112,E113,E114,E115,E116,E117を除く
				E780 E781 E782 E783 E784 E785	E78.0 純型高コレステロール血症 E78.1 純型高トリセリド血症 E78.2 混合型高脂質血症 E78.3 高カリミクロ血症 E78.4 その他の高脂質血症 E78.5 高脂（脂血症）、詳細不明	E120,E121,E122,E123,E124,E125,E126,E127を除く
				E786 E787 E788 E789 E790 E791 E792 E793 E794 E795	E78.6 高コレステロール血症 E78.7 高トリセリド血症 E78.8 高甘油三酸脂血症 E78.9 高トリグリセリド血症 E79.0 高コレステロール血症 E79.1 高トリセリド血症 E79.2 高甘油三酸脂血症 E79.3 高トリグリセリド血症 E79.4 高コレステロール血症 E79.5 高脂（脂血症）、詳細不明	E130,E131,E132,E133,E134,E135,E136,E137を除く
				E796 E797 E798 E799 E800	E79.6 高コレステロール血症 E79.7 高トリセリド血症 E79.8 高甘油三酸脂血症 E79.9 高トリグリセリド血症 E80.0 高コレステロール血症	E140,E141,E142,E143,E144,E145,E146,E147を除く
	脂質異常症			I10 E78.0 E78.1 E78.2 E78.3 E78.4 E78.5	I10 本態性（原発性）<次性>高血圧（症） E78.0 純型高コレステロール血症 E78.1 純型高トリセリド血症 E78.2 混合型高脂質（質）血症 E78.3 高カリミクロ血症 E78.4 その他の高脂質（質）血症 E78.5 高脂（脂血症）、詳細不明	
				E78.6 E78.7 E78.8 E78.9 E79.0 E79.1 E79.2 E79.3 E79.4 E79.5	E78.6 高コレステロール血症 E78.7 高トリセリド血症 E78.8 高甘油三酸脂血症 E78.9 高トリグリセリド血症 E79.0 高コレステロール血症 E79.1 高トリセリド血症 E79.2 高甘油三酸脂血症 E79.3 高トリグリセリド血症 E79.4 高コレステロール血症 E79.5 高脂（脂血症）、詳細不明	
				E79.6 E79.7 E79.8 E79.9 E80.0	E79.6 高コレステロール血症 E79.7 高トリセリド血症 E79.8 高甘油三酸脂血症 E79.9 高トリグリセリド血症 E80.0 高コレステロール血症	
				E80.1 E80.2 E80.3 E80.4 E80.5	E80.1 高コレステロール血症 E80.2 高トリセリド血症 E80.3 高甘油三酸脂血症 E80.4 高トリグリセリド血症 E80.5 高脂（脂血症）、詳細不明	
				E80.6 E80.7 E80.8 E80.9 E81.0	E80.6 高コレステロール血症 E80.7 高トリセリド血症 E80.8 高甘油三酸脂血症 E80.9 高トリグリセリド血症 E81.0 高コレステロール血症	

出典：医療費分析ツール「Focus」

□発行 2018年3月

□発行者 松江市 市民部 保険年金課
健康子育て部 健康推進課
〒690-0045 島根県松江市乃白町32-2
TEL (0852) 60-8174

