

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 3 0 年 4 月 1 日 天城町

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

- 1.背景・目的
- 2.計画の位置付け
- 3.計画期間
- 4.関係者が果たすべき役割と連携
- 5.保険者努力支援制度

第 2 章 第 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
- 2.第 2 期計画における健康課題の明確化
- 3.目標の設定

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
- 2.目標値の設定
- 3.対象者の見込み
- 4.特定健診の実施
- 5.特定保健指導の実施
- 6.個人情報の保護
- 7.結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章 保健事業の内容 25

I 保健事業の方向性

II 重症化予防の取組

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

III ポピュレーションアプローチ

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	46
第 6 章 計画の評価・見直し	48
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	50
参考資料	51

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。

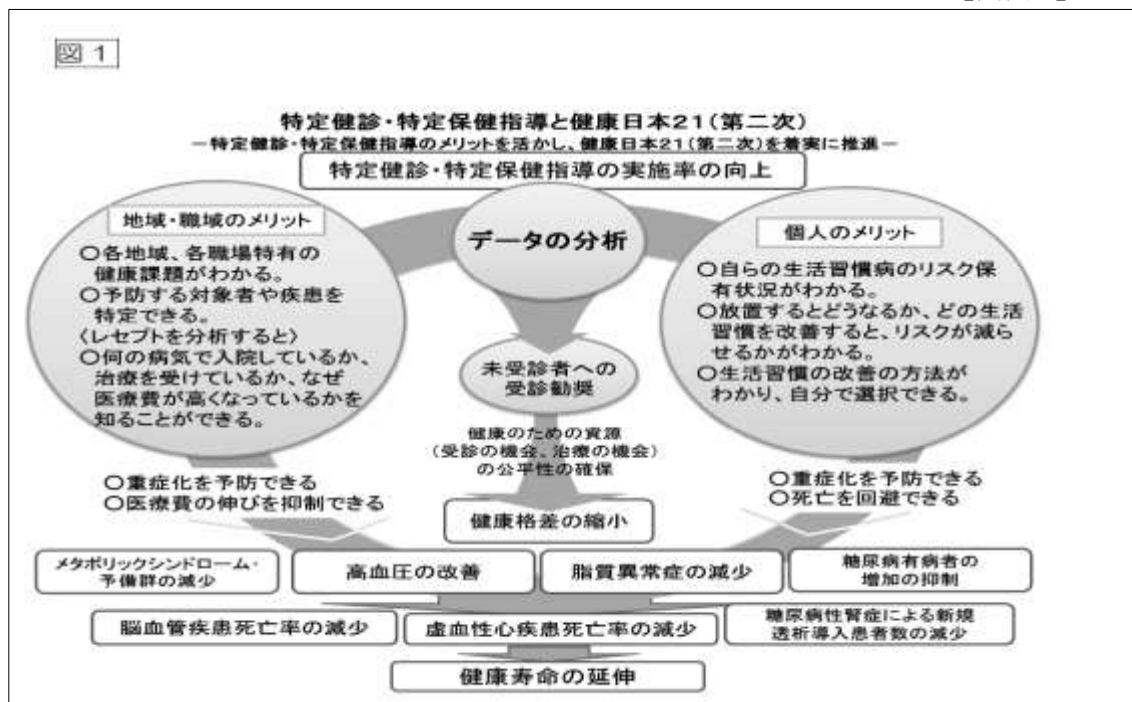
天城町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

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。

【図表 1】

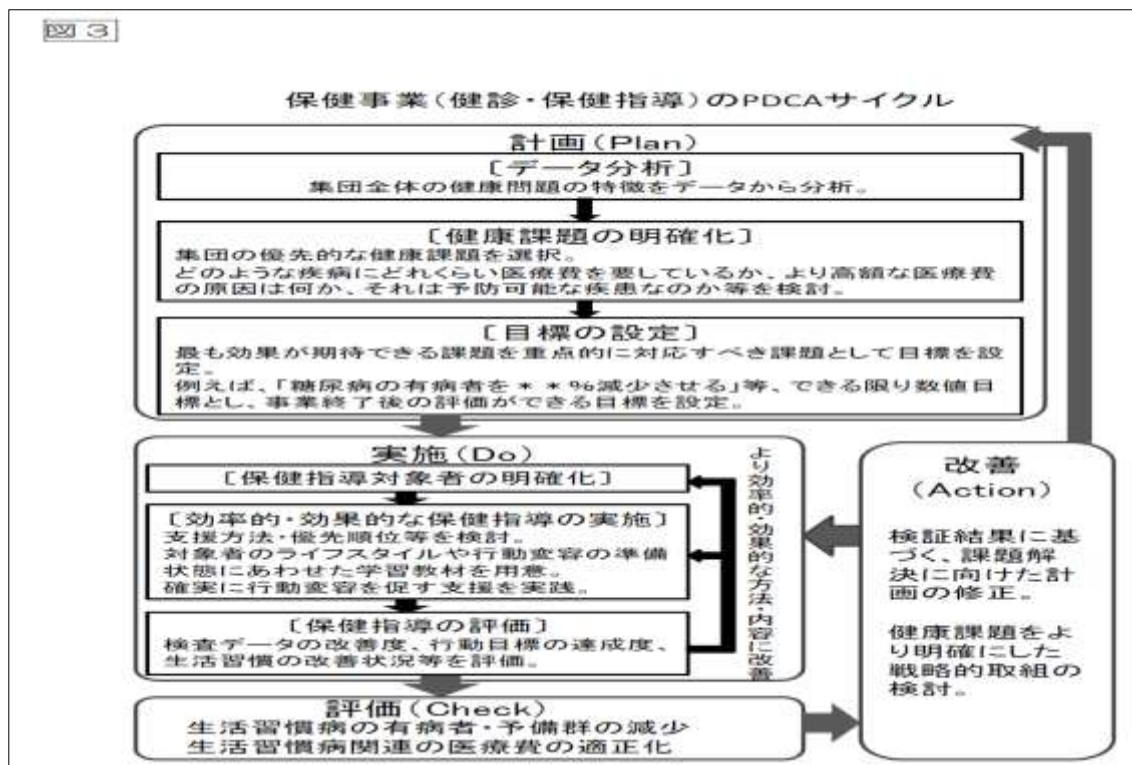
2

【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とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

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

天城町においては、保健福祉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。特に保健予防係（保健センター）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、介護係、地域包括支援センター、後期高齢係、社会福祉（生活保護）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。

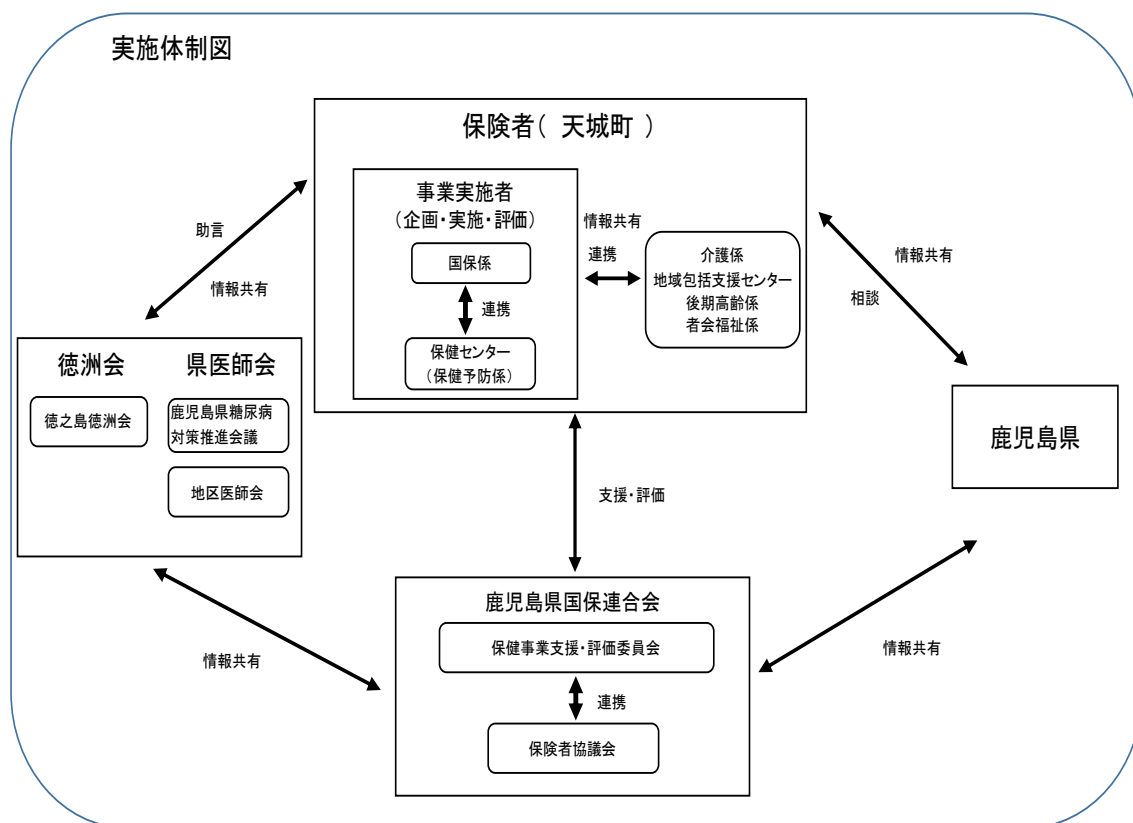
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

天城町の実施体制図

【図表 4】



4. 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)		595	446		
総得点(体制構築加点含む)		257	575		
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15	0		50
	特定保健指導実施率	20	45		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5	40		50
共通 ②	がん検診受診率	10	15		30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	25		20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	75		100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	40		40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	25		25
	個人インセンティブ提供	0	55		70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	35		35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	35		35
	後発医薬品の使用割合	15	0		40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	15	50		100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	25		25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	8		25
	第三者求償の取組の実施状況	10	24		40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70		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

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に脳疾患・腎不全による死亡割合は減少しているが、脳疾患は同規模・県と同じ割合となっている。心臓病による死亡割合は増加しており、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合も増加していた。

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下降しているものの、介護給付費は増加しており、特に居宅サービスにおける給付費は同規模・県と比較しても高額となっている。

また、医療費に占める糖尿病・高血圧・脳梗塞の割合は減少し、同規模・県と比較しても低くなっているが、慢性腎不全(透析あり)の割合は増加し、同規模と比較すると2倍以上となっている。外来・入院共に患者数は増加しており、外来の費用・件数が減少し、入院の費用・件数が増加していることから、重症化してからの医療機関受診や生活習慣病の重症化が考えられる。特定健診受診率、特に初回受診者の割合が減少しているため疾病の早期発見・早期治療による医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組及び生活習慣病治療者の重症化予防は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、28年度の介護給付費は増え、同規模平均では、1件当たり介護給付費は減っているのに対し、天城町は増えており、居宅サービスで増加していることがわかった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	天城町				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	7億5103万円	358,658	46,015	286,830	311,498	41,181	279,469
平成28年度	↑ 8億2179万円	↑ 392,451	↑ 51,763	282,549	313,982	40,981	275,251

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、天城町は総医療費、一人当たり医療費ともに増加しており、伸び率を同規模と比較しても増加している。

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	6億9732万円				3億9150万円				3億582万円					
	H28年度	↑7億2069万円	7663万円	↑	3.4	-0.5	4億175万円	8975万円	↑	2.6	-0.22	3億1894万円	8688万円	↑	4.3
2 一人当たり 医療費(円)	H25年度	20,960				11,770				9,190					
	H28年度	↑25,780	4,820	↑	23.0	8.0	14,370	2,600	↑	22.1	8.3	11,410	2,220	↑	24.2

※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）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では減少しているが、疾患別にみると脳血管疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用は増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、糖尿病と高血圧に関しては低くなっており、更に国に比較しても低くなっている。

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】

同規模区分	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		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質異常症
					同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	天城町	697,315,690	20,957	207位	39位	7.93%	0.54%	2.04%	0.73%	5.81%	4.59%	1.96%	164,574,560	23.60%	12.40%	12.87%	5.49%	
H28		720,688,200	25,776	143位	34位	10.34%	0.11%	1.18%	0.75%	4.23%	2.85%	2.35%	157,227,850	21.82%	10.91%	14.17%	7.81%	
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）

【図表 9】

中長期的な目標である疾患について、虚血性心疾患では脳血管疾患の割合が、脳血管疾患では短期的な目標である高血圧、糖尿病、脂質異常症全ての割合の増加がみられた。慢性腎不全(透析)では、透析患者割合は減少しているものの虚血性心疾患や糖尿病の増加がみられた。また、どの疾患においても 65 歳以上で大きく増加していることがわかる。このことからこれらの疾患が継続した状態が血管の損傷や変化に大きく影響していることが推測される。

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標							短期的な目標							
			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	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	2914	105	3.6	21	20.0	4	3.8	89	84.8	42	40.0	53	50.5			
	64歳以下	2278	38	1.7	9	23.7	2	5.3	31	81.6	17	44.7	24	63.2			
	65歳以上	636	67	10.5	12	17.9	2	3.0	58	86.6	25	37.3	29	43.3			
H28	全体	2831	93	3.3	25	26.9	5	5.4	75	80.6	32	34.4	51	54.8			
	64歳以下	2217	34	1.5	8	23.5	4	11.8	24	70.6	11	32.4	18	52.9			
	65歳以上	614	59	9.6	17	28.8	1	1.7	51	86.4	21	35.6	33	55.9			

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標							短期的な目標					
			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
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2914	102	3.5	21	20.6	3	2.9	81	79.4	29	28.4	38	37.3	
	64歳以下	2278	52	2.3	9	17.3	2	3.8	40	76.9	14	26.9	23	44.2	
	65歳以上	636	50	7.9	12	24.0	1	2.0	41	82.0	15	30.0	15	30.0	
H28	全体	2831	101	3.6	25	24.8	1	1.0	85	↑ 84.2	39	↑ 38.6	46	↑ 45.5	
	64歳以下	2217	43	1.9	8	18.6	1	2.3	36	↑ 83.7	10	↑ 23.3	18	↑ 41.9	
	65歳以上	614	58	9.4	17	29.3	0	0.0	49	↑ 84.5	29	↑ 50.0	28	↑ 48.3	

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標							短期的な目標								
			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
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
H25	全体	2914	12	0.4	3	25.0	4	33.3	12	100.0	4	33.3	2	16.7				
	64歳以下	2278	8	0.4	2	25.0	2	25.0	8	100.0	2	25.0	2	25.0				
	65歳以上	636	4	0.6	1	25.0	2	50.0	4	100.0	2	50.0	0	0.0				
H28	全体	2831	7	↓ 0.2	1	14.3	5	↑ 71.4	6	85.7	5	↑ 71.4	2	28.6				
	64歳以下	2217	6	0.3	1	16.7	4	66.7	5	83.3	4	66.7	1	16.7				
	65歳以上	614	1	0.2	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0				

(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)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診につながっていると考えられる。
全体的には64歳以下の脳血管疾患及び透析が増加している。

【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							
			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		
H25	全体	2831	228	8.1	32	14.0	146	64.0	108	47.4	32	14.0	39	17.1	5	2.2	18	7.9		
	64歳以下	2217	117	5.3	20	17.1	71	60.7	51	43.6	11	9.4	10	8.5	4	3.4	8	6.8		
	65歳以上	614	111	18.1	12	10.8	75	67.6	57	51.4	21	18.9	29	26.1	1	0.9	10	9.0		
H28	全体	2396	173	7.2	17	9.8	118	68.2	100	57.8	32	18.5	46	26.6	4	2.3	11	6.4		
	64歳以下	1744	65	3.7	6	9.2	36	55.4	34	52.3	10	15.4	15	23.1	3	4.6	4	6.2		
	65歳以上	652	108	16.6	11	10.2	82	75.9	66	61.1	22	20.4	31	28.7	1	0.9	7	6.5		

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標							中長期的な目標						
			高血圧													
			被保険者数		人数		割合		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患	
H25	全体	2831	503	17.8	146	29.0	250	49.7	75	14.9	85	16.9	6	1.2		
	64歳以下	2217	243	11.0	71	29.2	108	44.4	24	9.9	36	14.8	5	2.1		
	65歳以上	614	260	42.3	75	28.8	142	54.6	51	19.6	49	18.8	1	0.4		
H28	全体	2396	433	18.1	118	27.3	225	52.0	67	15.5	96	22.2	10	2.3		
	64歳以下	1744	171	9.8	36	21.1	75	43.9	21	12.3	38	22.2	7	4.1		
	65歳以上	652	262	40.2	82	31.3	150	57.3	46	17.6	58	22.1	3	1.1		

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標								中長期的な目標					
			脂質異常症													
			被保険者数		人数	割合	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		
H25	全体	2831	339	12.0	108	31.9	250	73.7	51	15.0	46	13.6	2	0.6		
	64歳以下	2217	163	7.4	51	31.3	108	66.3	18	11.0	18	11.0	1	0.6		
	65歳以上	614	176	28.7	57	32.4	142	80.7	33	18.8	28	15.9	1	0.6		
H28	全体	2396	309	12.9	100	32.4	225	72.8	53	17.2	73	23.6	4	1.3		
	64歳以下	1744	117	6.7	34	29.1	75	64.1	12	10.3	24	20.5	2	1.7		
	65歳以上	652	192	29.4	66	34.4	150	78.1	41	21.4	49	25.5	2	1.0		

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに拡張期血圧上昇の増加がみられた。性別でみると、男性ではメタボ率減少も空腹時血糖、HbA1c、尿酸の有所見者が増加しており、女性では、中性脂肪、LDL コレステロールの増加及び HDL コレステロールの減少の有所見者が増加していることがわかった。

【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	133	39.5	219	65.0	104	30.9	78	23.1	22	6.5	120	35.6	106	31.5	2	0.6	154	45.7	52	15.4	128	38.0	15	4.5
	40-64	80	40.2	127	63.8	69	34.7	55	27.6	16	8.0	66	33.2	56	28.1	2	1.0	78	39.2	33	16.6	82	41.2	9	4.5
	65-74	53	38.4	92	66.7	35	25.4	23	16.7	6	4.3	54	39.1	50	36.2	0	0.0	76	55.1	19	13.8	46	33.3	6	4.3
H28	合計	93	34.8	138	51.7	69	25.8	63	23.6	15	5.6	112	41.9	101	37.8	6	2.2	118	44.2	58	21.7	105	39.3	9	3.4
	40-64	58	37.4	84	54.2	46	29.7	48	31.0	6	3.9	67	43.2	51	32.9	5	3.2	61	39.4	36	23.2	63	40.6	2	1.3
	65-74	35	31.3	54	48.2	23	20.5	15	13.4	9	8.0	45	40.2	50	44.6	1	0.9	57	50.9	22	19.6	42	37.5	7	6.3

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	128	34.0	120	31.8	45	11.9	47	12.5	13	3.4	98	26.0	135	35.8	1	0.3	173	45.9	63	16.7	194	51.5	1	0.3
	40-64	59	32.2	57	31.1	26	14.2	24	13.1	4	2.2	42	23.0	56	30.6	1	0.5	69	37.7	35	19.1	92	50.3	1	0.5
	65-74	69	35.6	63	32.5	19	9.8	23	11.9	9	4.6	56	28.9	79	40.7	0	0.0	104	53.6	28	14.4	102	52.6	0	0.0
H28	合計	105	36.6	87	30.3	45	15.7	36	12.5	6	2.1	76	26.5	111	38.7	0	0.0	124	43.2	58	20.2	166	57.8	0	0.0
	40-64	49	39.5	35	28.2	18	14.5	16	12.9	1	0.8	28	22.6	39	31.5	0	0.0	42	33.9	23	18.5	69	55.6	0	0.0
	65-74	56	34.4	52	31.9	27	16.6	20	12.3	5	3.1	48	29.4	72	44.2	0	0.0	82	50.3	35	21.5	97	59.5	0	0.0

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		
H25	合計	337	34.4	41	12.2%	80	23.7%	6	1.8%	50	14.8%	24	7.1%	98	29.1%	15	4.5%	7	2.1%	51	15.1%	25	7.4%
	40-64	199	29.0	31	15.6%	44	22.1%	3	1.5%	21	10.6%	20	10.1%	52	26.1%	10	5.0%	5	2.5%	26	13.1%	11	5.5%
	65-74	138	47.3	10	7.2%	36	26.1%	3	2.2%	29	21.0%	4	2.9%	46	33.3%	5	3.6%	2	1.4%	25	18.1%	14	10.1%
H28	合計	267	30.1	21	7.9%	55	20.6%	3	1.1%	36	13.5%	16	6.0%	62	23.2%	14	5.2%	6	2.2%	24	9.0%	18	6.7%
	40-64	155	27.8	17	11.0%	33	21.3%	3	1.9%	19	12.3%	11	7.1%	34	21.9%	6	3.9%	3	1.9%	14	9.0%	11	7.1%
	65-74	112	34.1	4	3.6%	22	19.6%	0	0.0%	17	15.2%	5	4.5%	28	25.0%	8	7.1%	3	2.7%	10	8.9%	7	6.3%

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	人数	割合
H25	合計	377	50.9	25	6.6%	44	11.7%	2	0.5%	32	8.5%	10	2.7%	51	13.5%	11	2.9%	2	0.5%	24	6.4%	14	3.7%
	40-64	183	42.4	19	10.4%	20	10.9%	2	1.1%	12	6.6%	6	3.3%	18	9.8%	3	1.6%	0	0.0%	12	6.6%	3	1.6%
	65-74	194	63.0	6	3.1%	24	12.4%	0	0.0%	20	10.3%	4	2.1%	33	17.0%	8	4.1%	2	1.0%	12	6.2%	11	5.7%
H28	合計	287	44.2	16	5.6%	31	10.8%	0	0.0%	23	8.0%	8	2.8%	40	13.9%	9	3.1%	5	1.7%	19	6.6%	7	2.4%
	40-64	124	37.1	9	7.3%	12	9.7%	0	0.0%	9	7.3%	3	2.4%	14	11.3%	3	2.4%	2	1.6%	8	6.5%	1	0.8%
	65-74	163	51.7	7	4.3%	19	11.7%	0	0.0%	14	8.6%	5	3.1%	26	16.0%	6	3.7%	3	1.8%	11	6.7%	6	3.7%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定保健指導率が増加しているが、特定健診受診率は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

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	714	1,769	40.4	121	114	50	43.9	50.3	50.8
H28年度	↓ 554	1,535	↓ 36.1	188	83	45	↑ 54.2	49.8	51.9

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画においては、短期目標である高血圧・糖尿病および慢性腎臓病（CKD）を重点に重症化予防を進めてきた。

しかし、医療費に占める高血圧・糖尿病及び脳血管疾患の割合が減少したのに対し、慢性腎不全（透析）の割合が増加していることがわかった。生活習慣病治療中の重症化予防対象については、高血圧・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の全てにおいて対象者の割合の増加が見られ、重症化予防につながっていないことが明らかとなった。

その背景として、治療中断や治療中ではあるがコントロール不良であることなどが考えられ、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者として取り組むべき重要な課題である。被保険者への支援としては医療機関との連携も重要なポイントとなる。

また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

さらに、健診受診者の生活状況では喫煙・朝食欠食・運動習慣なし・飲酒頻度・飲酒量において、同規模・県・国より高い割合となっている。特に朝食欠食について改善しているが、同規模・県・国の約 1.5 倍の割合である。この習慣はメタボリックシンドロームにつながる事が明らかであり、町民全体の健康増進を図る点からも改善への対策が必要を言える。

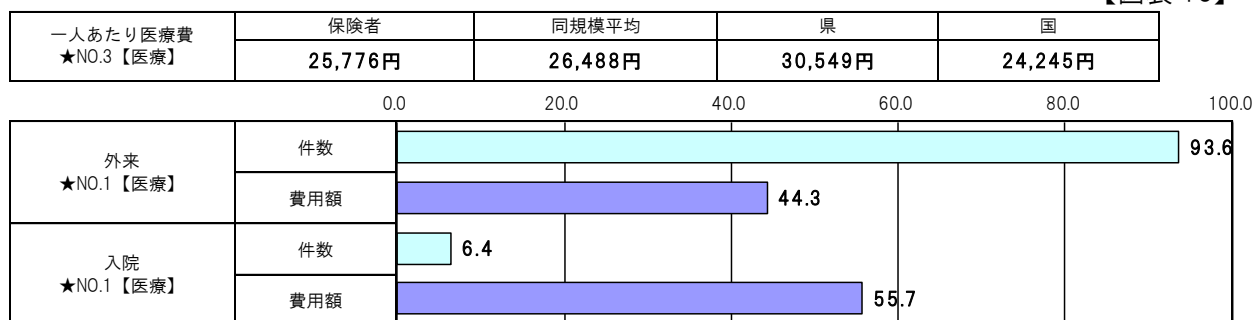
2. 第2期計画における健康課題の明確化

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

1人当たり医療費は同規模・県と比較して低くなっているが、入院件数6.4%で費用額全体の55.7%を占めており、重症化の傾向が続いている。

【図表13】



○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

高額になる疾患・長期入院・人工透析患者、全てにおいて脳血管疾患が含まれている。人工透析患者では6割が虚血性心疾患、3割が糖尿病性腎症を併せ持っている。

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症全てにおいて高血圧の占める割合が高くなっており、人工透析につながる糖尿病性腎症では基礎疾患の重なりが多くなっている。

【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	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （203万円以上レセ）	件数	17件 5.9%	0件 0.0%	--
		費用額	6194万円 3.9%	--	--
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	件数	342件 20.2%	38件 11.1%	--
		費用額	1億2057万円 19.1%	1736万円 14.4%	--
様式2-2 ★NO.11（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	件数	171件 1.2%	103件 60.2%	51件 29.8%
		費用額	8782万円 1.0%	5842万円 66.5%	2521万円 28.7%

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	725人	123人 17.0%	85人 11.7%	11人 1.5%
		高血圧	96人 78.0%	67人 78.8%	10人 90.9%
		糖尿病	46人 37.4%	32人 37.6%	11人 100.0%
		脂質異常症	73人 59.3%	53人 62.4%	9人 81.8%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		433人 59.7%	173人 23.9%	309人 42.6%	102人 14.1%

○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）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 90.8%であり、筋・骨格疾患の 89.1%を上回っていた。認定者は 75 歳以上の割合が高いが、全ての年代で脳卒中から要介護となっている割合が高く、要介護 3～5 が多い。特に 1 号認定者のうち 65～74 歳では脳卒中が 68.4%を占め、血管疾患を有する者が 100%となっている。また、2 号認定者でも 66.7%が要介護 3～5 の認定を受けており、血管疾患を有する者が 77.8%であった。

この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

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		2,260人		788人		1,306人		2,094人	
	認定者数		12人		30人		343人		373人	
	認定率		0.53%		3.8%		26.3%		17.8%	
	新規認定者数（※1）		4人		4人		34人		38人	
	介護度 別人数	要支援1・2		1	8.3%	2	6.7%	18	5.2%	20
要介護1・2		3	25.0%	14	46.7%	120	35.0%	134	35.9%	
要介護3～5		8	66.7%	14	46.7%	205	59.8%	219	58.7%	

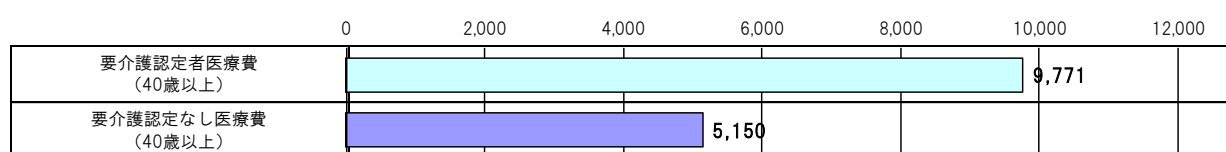
要介護 実合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	介護件数（全体）		13		30		343		373			
	再）国保・後期		9		19		310		329			
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			虚血性 心疾患	2 22.2%	腎不全	6 31.6%	虚血性 心疾患	96 31.0%	虚血性 心疾患	99 30.1%		
											腎不全	0 0.0%
			合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	4 21.1%	糖尿病 合併症	11 3.5%		
											基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	6 66.7%
			血管疾患 合計	7 77.8%	19 100.0%	281 90.6%	300 91.2%	307 90.8%				
									認知症		0 0.0%	7 36.8%
			筋・骨格疾患		5 55.6%	15 78.9%	281 90.6%	296 90.0%				

＊1）新規認定者についてはNO.49「要介護実合状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

＊2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

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】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

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

天城町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・血圧など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。男性では40～64歳、女性では65～74歳で健診結果の有所見及びメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合が高くなっている。しかし、男性40～64歳の受診率は低い状況にある。

【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)

★N0.23 (帳票)

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
男性	全国	306		502		282		205		86		283		55.7		138		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
	合計	93	34.8	138	51.7	69	25.8	63	23.6	15	5.6	112	41.9	101	37.8	6	2.2	118	44.2	58	21.7	105	39.3	9	3.4
	40-64	58	37.4	84	54.2	46	29.7	48	31.0	6	3.9	67	43.2	51	32.9	5	3.2	61	39.4	36	23.2	63	40.6	2	1.3
	65-74	35	31.3	54	48.2	23	20.5	15	13.4	9	8.0	45	40.2	50	44.6	1	0.9	57	50.9	22	19.6	42	37.5	7	6.3
女性	全国	206		173		162		87		1.8		170		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
	合計	105	36.6	87	30.3	45	15.7	36	12.5	6	2.1	76	26.5	111	38.7	0	0.0	124	43.2	58	20.2	166	57.8	0	0.0
	40-64	49	39.5	35	28.2	18	14.5	16	12.9	1	0.8	28	22.6	39	31.5	0	0.0	42	33.9	23	18.5	69	55.6	0	0.0
	65-74	56	34.4	52	31.9	27	16.6	20	12.3	5	3.1	48	29.4	72	44.2	0	0.0	82	50.3	35	21.5	97	59.5	0	0.0

【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)

★N0.24 (帳票)

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		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
男性	合計	267	30.1	21	7.9%	55	20.6%	3	1.1%	36	13.5%	16	6.0%	62	23.2%	14	5.2%	6	2.2%	24	9.0%	18	6.7%
	40-64	155	27.8	17	11.0%	33	21.3%	3	1.9%	19	12.3%	11	7.1%	34	21.9%	6	3.9%	3	1.9%	14	9.0%	11	7.1%
	65-74	112	34.1	4	3.6%	22	19.6%	0	0.0%	17	15.2%	5	4.5%	28	25.0%	8	7.1%	3	2.7%	10	8.9%	7	6.3%
女性	合計	287	44.2	16	5.6%	31	10.8%	0	0.0%	23	8.0%	8	2.8%	40	13.9%	9	3.1%	5	1.7%	19	6.6%	7	2.4%
	40-64	124	37.1	9	7.3%	12	9.7%	0	0.0%	9	7.3%	3	2.4%	14	11.3%	3	2.4%	2	1.6%	8	6.5%	1	0.8%
	65-74	163	51.7	7	4.3%	19	11.7%	0	0.0%	14	8.6%	5	3.1%	26	16.0%	6	3.7%	3	1.8%	11	6.7%	6	3.7%

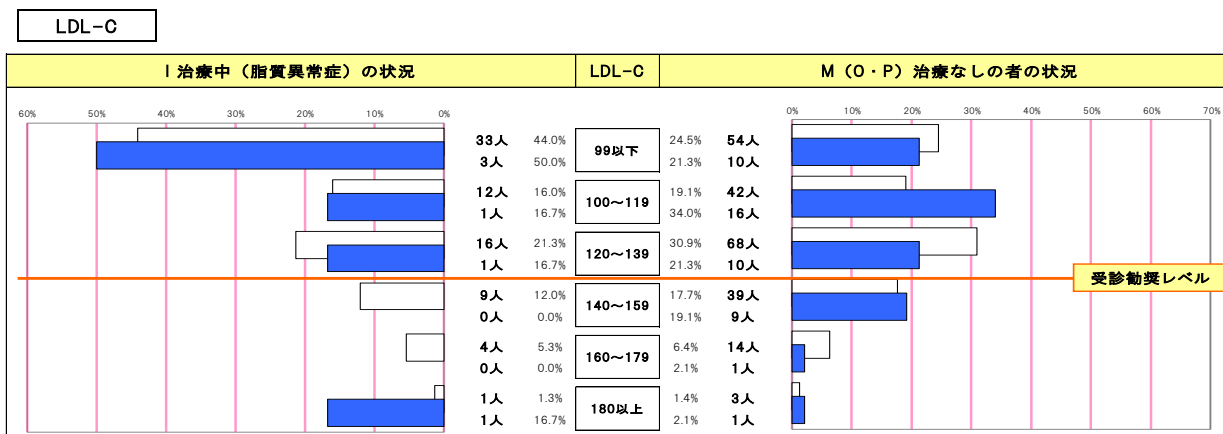
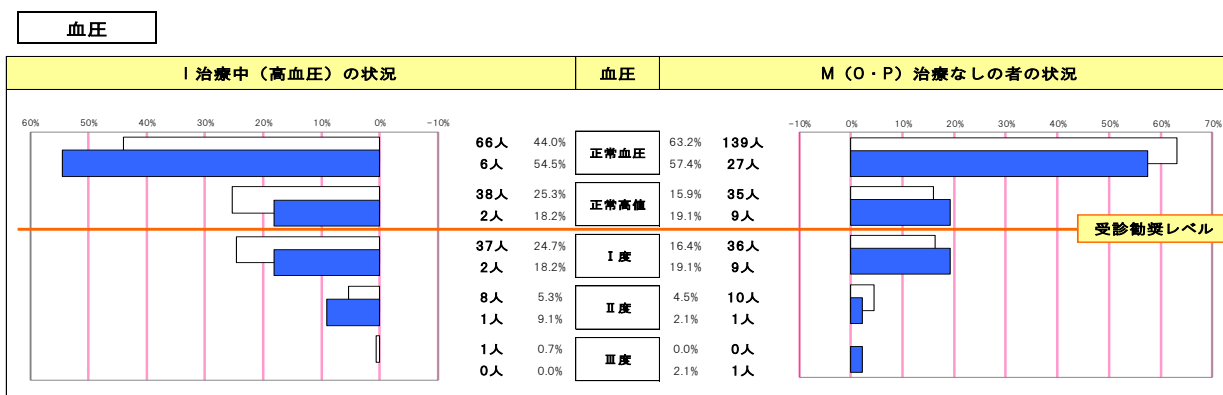
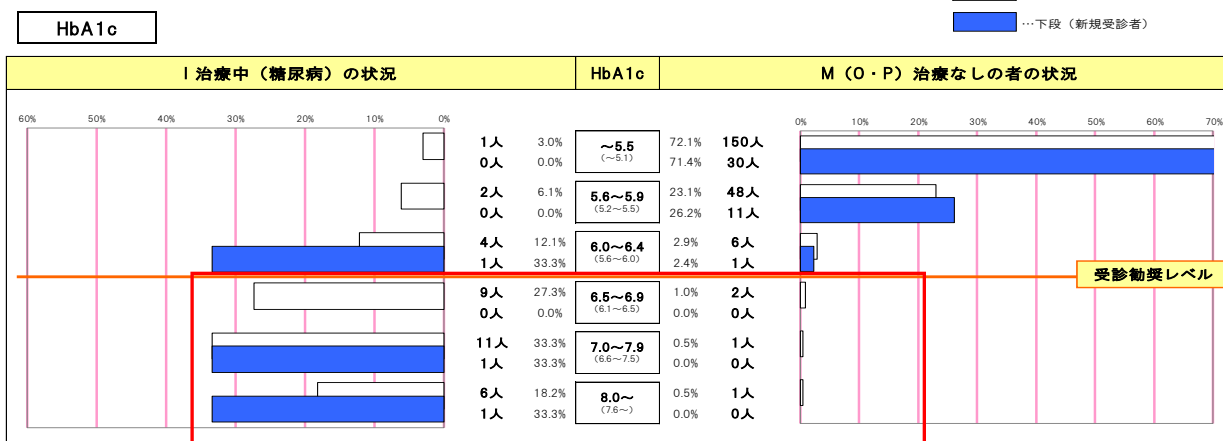
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病・血圧・脂質は健診の所見に応じて、治療の有無にかかわらず、生活改善を行いコントロールする必要がある。

天城町においては、治療中でありながらコントロール不良の者が存在する。特に糖尿病は治療中かつ健診継続受診者にコントロール不良者が多く、また健診継続受診者に受診勧奨レベルの者がいるため、確実に医療機関受診につなげるとともに、医療機関と連携を図り、保健指導を実施する必要がある。

【図表 18】

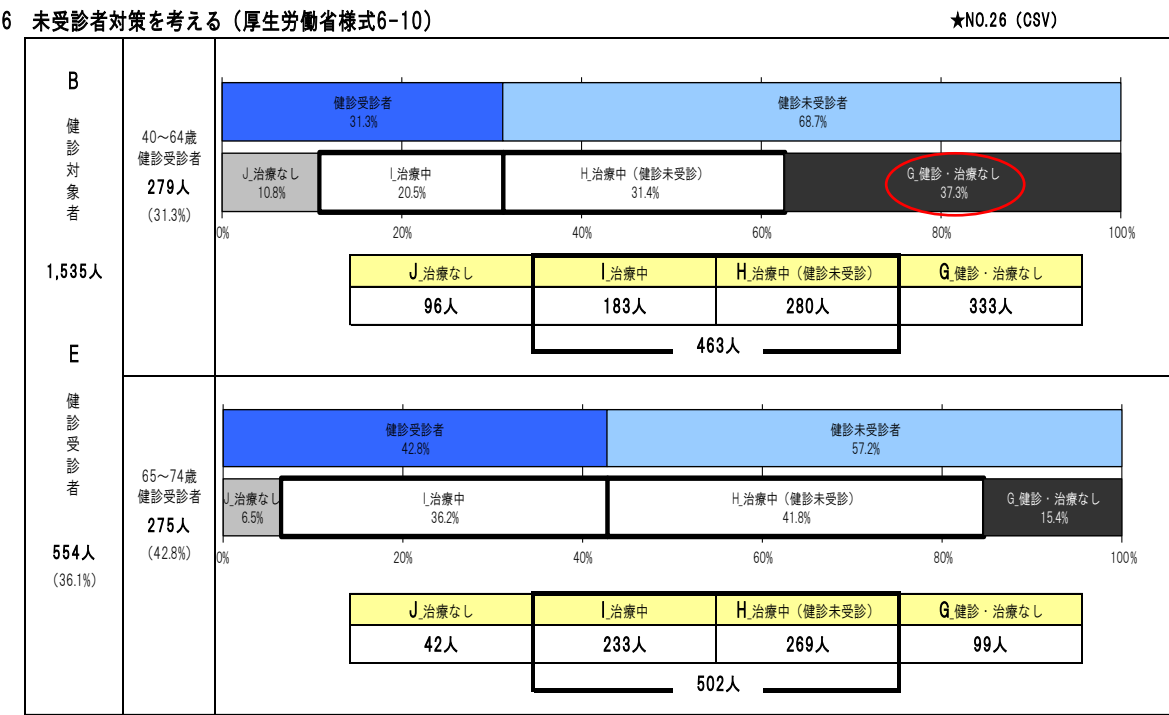
継続受診者と新規受診者の比較



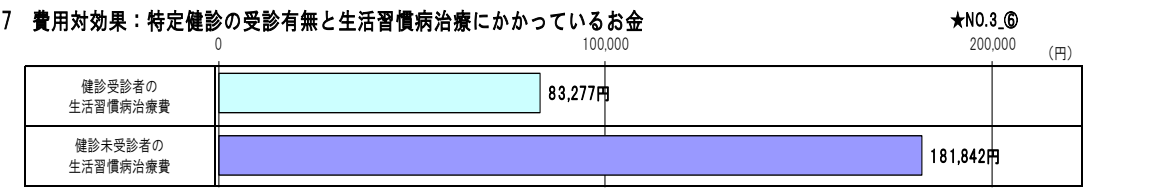
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 37.8%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】



○G 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



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、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には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。【図表9】また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、天城町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に同規模並みとすることを目指す。【図表7】

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。其々の目標については、健康課題に対応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、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	40%	42%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

※参考	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度 (暫定値)
特定健診実施率	41.5%	38.5%	34.2%	36.2%	%
特定保健指導実施率	41.2%	52.1%	58.1%	57.8%	%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1,650人	1,629人	1,577人	1,533人	1,499人	1,438人
	受診者数	660人	685人	710人	767人	825人	863人
特定保健指導	対象者数	99人	103人	135人	146人	165人	189人
	受診者数	59人	62人	81人	88人	99人	114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。

- ① 集団健診(鹿児島県厚生農業協同組合連合会 厚生連健康管理センター)
- ② 個別健診(徳之島島内委託医療機関)

(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、市町村のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.yui-amagi.com>

(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（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）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 3 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

年間スケジュール

【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。集団健診前の一斉放送システムによる広報。
- ・ ホームページ及び広報誌、AYT文字・音声告知、ポスター掲示による広報。
- ・ 各種団体の総会での受診勧奨。
- ・ 健康づくり推進員・地域女性団体連合会・地域老人団体連合会からの受診勧奨。
- ・ 医療機関による受診勧奨。

* 健診実施スケジュール *

- | | | |
|------------|---|-------------------------------|
| 4 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） |
| 5 月 | ： | 区長会を通じて健診の広報配布及び区長による受診勧奨依頼 |
| 6 月 | ： | 特定健診受診券送付 |
| | ： | 受診勧奨訪問実施 |
| 7 月～翌年 3 月 | ： | 特定健診実施（集団、個別） |
| 8 月～翌年 9 月 | ： | 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施 |
| 10 月 | ： | 前年度の実績報告 |
| | ： | 予算案作成 |
| 2 月～3 月 | ： | 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出等） |

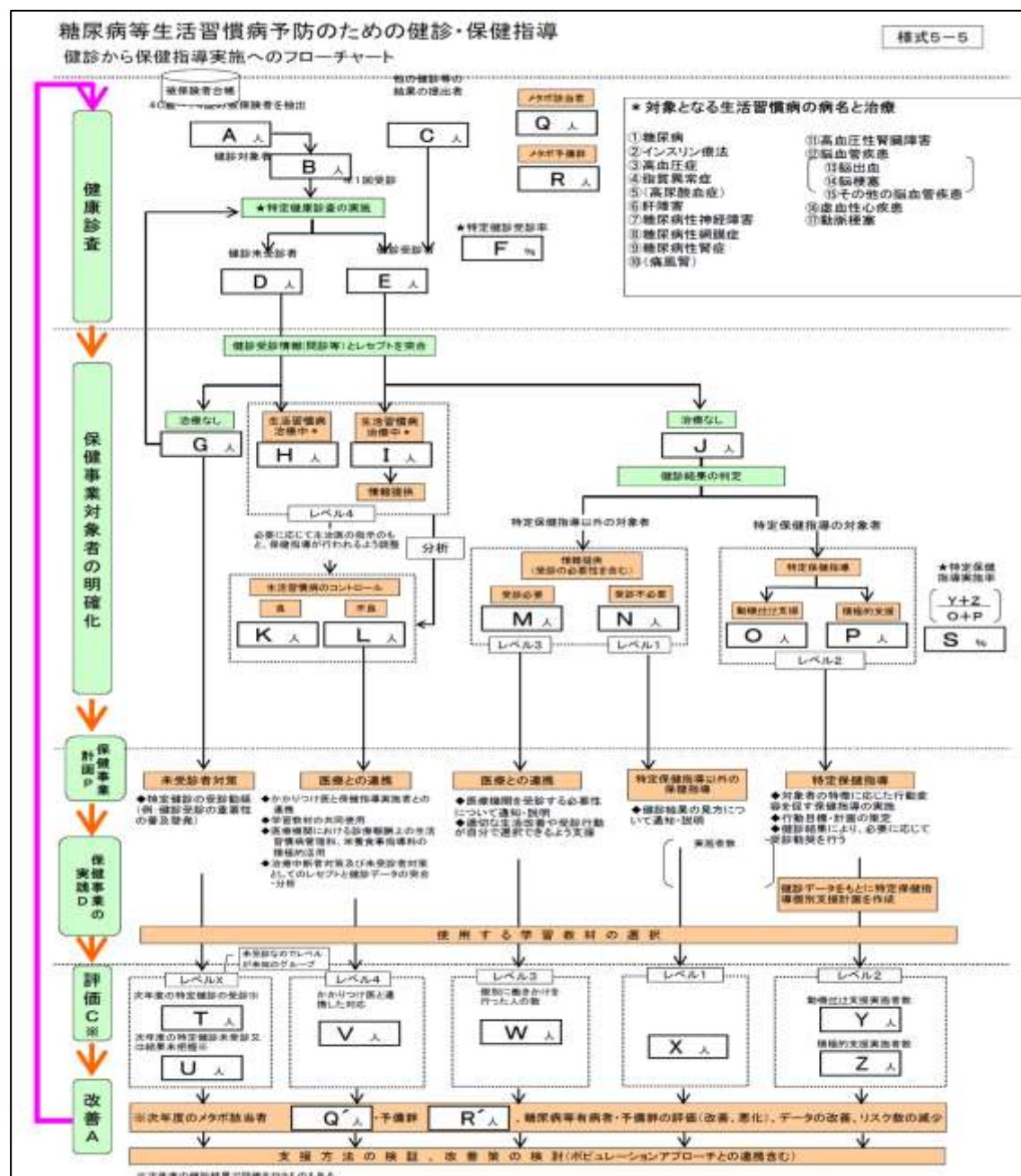
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健予防係（保健センター）への執行委任の形態でおこなう。

(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○%)	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	99人 (15.0%)	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	55人 (8.3%)	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	990人 ※受診率目標達成までにあと 330人	40%
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）	69人 (10.4%)	70%
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	495人 (75%)	70%

※（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

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)

[illegible]

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天城町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、天城町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、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。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・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

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に対する対応

【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】

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

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

天城町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 20 人(27.8%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 172 人のうち、特定健診受診者が 52 人(30.2%・G)であったが、12 人(23.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 120 人(69.8%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 56 人中 23 人は治療中断であることが分かった。また、33 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 より天城町においての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)・・・20 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・35 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)・・・40 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

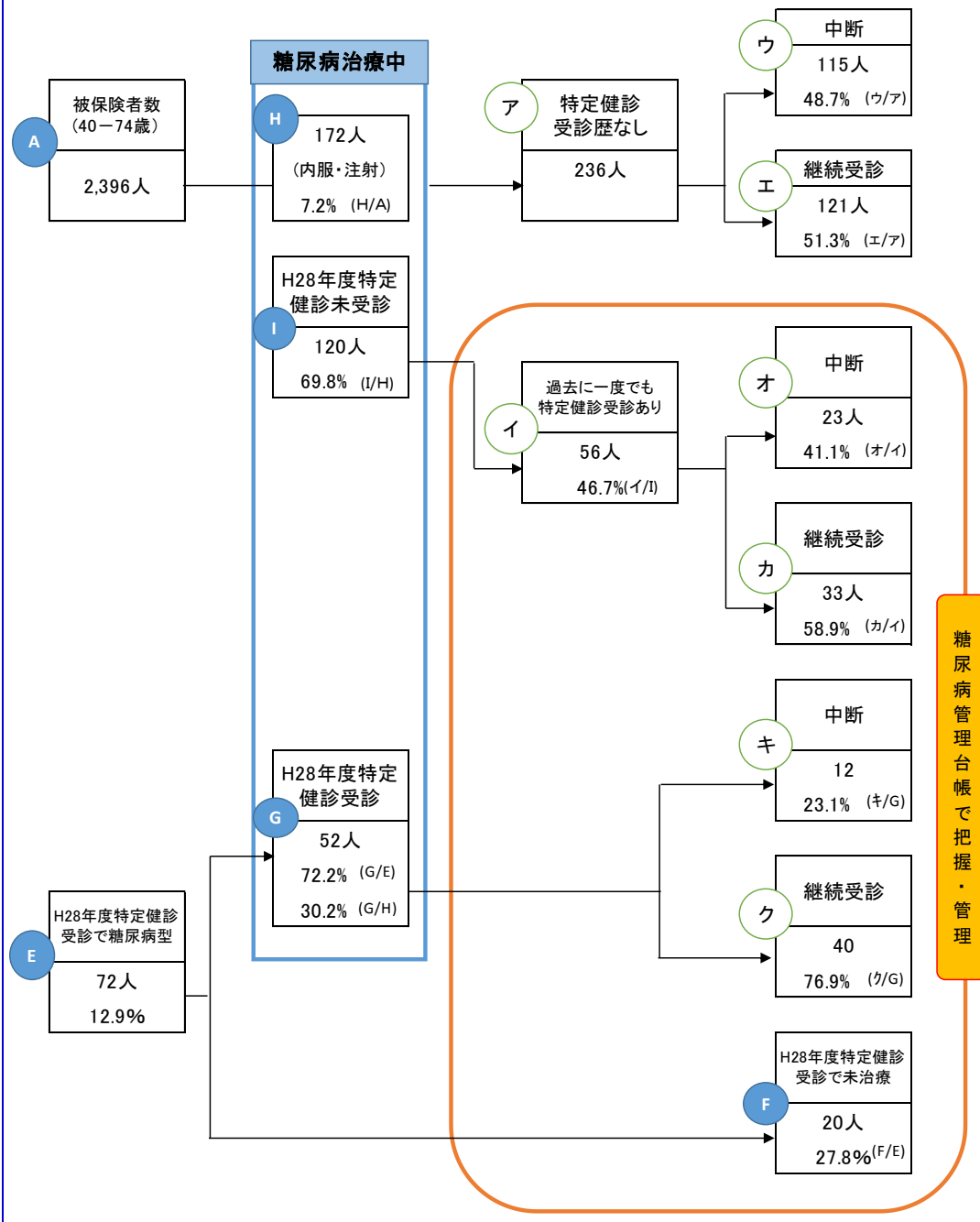
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・33 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

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行う。

【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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR 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

- ・特定健診の問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) 対象者数の把握

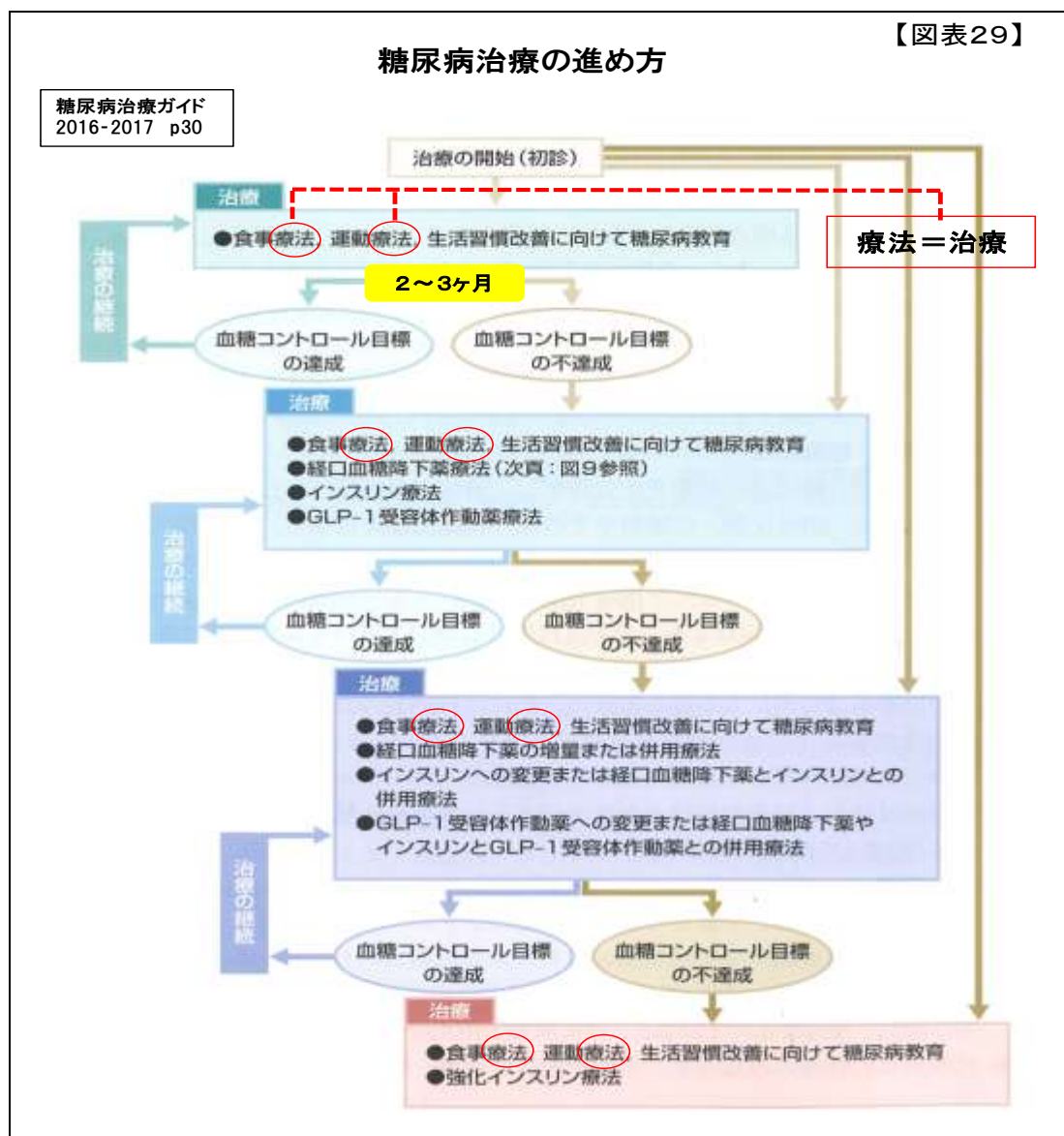
① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……55 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……73 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。天城町においては、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す。

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紹介状等を使用する。

(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、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては鹿児島県プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門との連携

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

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(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。天城町において健診受診者 574 人のうち心電図検査実施者は 524 人(91.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 21 人(4.0%)であった(図表 30)。ST 所見あり 21 人のうち 6 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 4 人は未受診であった(図表 31)。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 16 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

天城町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30】

	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	574	100	524	91.3	21	4.0	178	34.0	325	62.0

【図表31】

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)(%)
21	100	6	29%	2	33%	4	67%

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 32 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32】

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	
		574	21	178	325	50
			3.7	31.0	56.6	8.7
メタボ該当者		103	3	33	52	15
		17.9%	2.9%	32.0%	50.5%	14.6%
メタボ予備群		87	2	32	46	7
		15.2%	2.3%	36.8%	52.9%	8.0%
メタボなし		384	16	113	227	28
		66.9%	4.2%	29.4%	59.1%	7.3%
LDL	140-159	60	3	21	33	3
		10.5%	5.0%	35.0%	55.0%	5.0%
	160-179	21	2	4	13	2
		3.7%	9.5%	19.0%	61.9%	9.5%
180-		11	0	0	9	2
		1.9%	0.0%	0.0%	81.8%	18.2%

【参考】

CKD	G3aA1～	80	4	32	40	4
		13.9%	5.0%	40.0%	50.0%	5.0%

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 33 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 33】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 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、これらの検査を実施していく。

(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

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

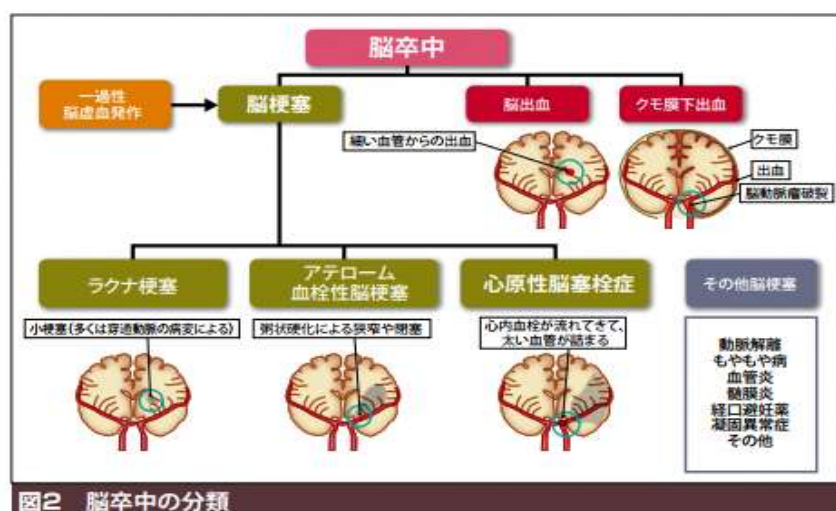
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(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 35】

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

【図表36】

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BMDBM)		心房細動		メタリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健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 574		32人	5.6%	39人	6.8%	14人	2.4%	5人	0.9%	103人	17.9%	27人	4.7%	18人	3.1%
治療なし		16人	4.4%	15人	3.0%	12人	2.5%	2人	0.6%	24人	7.7%	6人	1.9%	6人	2.0%
治療あり		16人	7.7%	24人	50.0%	2人	2.0%	3人	1.1%	79人	30.2%	21人	8.0%	12人	4.7%
臓器障害あり		11人	68.8%	10人	66.7%	4人	33.3%	2人	100%	14人	58.3%	6人	100%	6人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人		5人		2人		0人		5人		6人		6人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		3人		2人		0人		2人		6人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		1人		0人		0人		1人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		1人		0人		0人		2人		0人		6人	
	心電図所見あり	10人		7人		2人		0人		10人		4人		1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32人(5.6%)であり、16人は未治療者であった。また未治療者のうち11人(68.8%)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16人(7.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

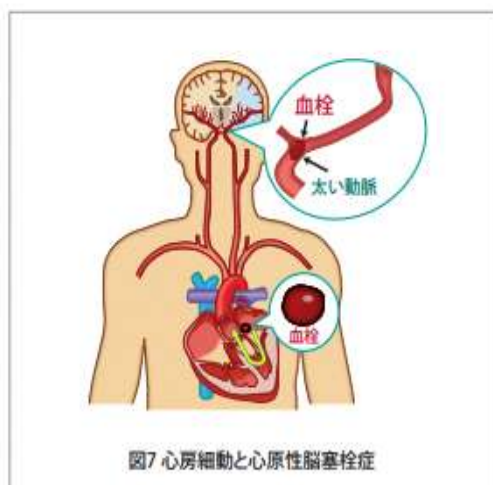
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていける必要がある。(図表 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化								【図表 37】		
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）										
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	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
	367	127 34.6%	102 27.8%	61 16.6%	61 16.6%	15 4.1%	1 0.3%	5 1.4%	30 8.2%	42 11.4%
リスク第1層	43 11.7%	26 20.5%	6 5.9%	6 9.8%	5 8.2%	0 0.0%	0 0.0%	5 100%	0 0.0%	0 0.0%
リスク第2層	191 52.0%	65 51.2%	58 56.9%	28 45.9%	30 49.2%	9 60.0%	1 100.0%	--	30 100.0%	10 23.8%
リスク第3層	133 36.2%	36 28.3%	38 37.3%	27 44.3%	26 42.6%	6 40.0%	0 0.0%	--	--	32 76.2%
再掲 重複あり	糖尿病	32 24.1%	9 25.0%	7 18.4%	9 33.3%	5 19.2%	2 33.3%	--	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	72 54.1%	20 55.6%	19 50.0%	16 59.3%	15 57.7%	2 33.3%	--	--	--
	3個以上の危険因子	63 47.4%	14 38.9%	22 57.9%	12 44.4%	13 50.0%	2 33.3%	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 37 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



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 38 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。

（脳卒中予防の提言より引用）

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	255	269	4	1.6	1	0.4	—	—
40歳代	20	18	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	60	51	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	136	136	3	↑ 2.2	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	39	64	1	2.6	1	↑ 1.6	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39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
5	100	2	40.0	3	60.0

心電図検査において5人が心房細動の所見であった。有所見者は60代以降のみであり、60代男性と70代女性で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5人のうち3人は既に治療が開始されていたが、2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であるため、

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

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「心血管疾患の主要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、これらの検査を実施していく。

(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

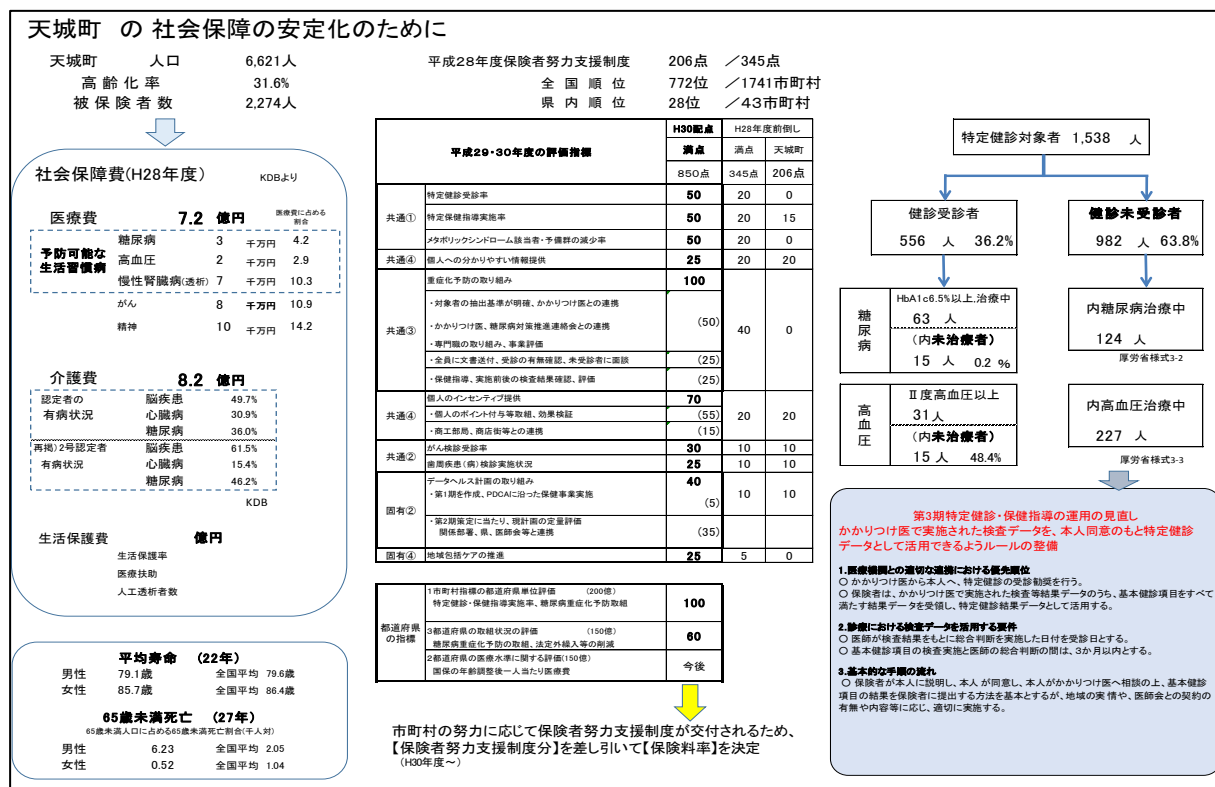
4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

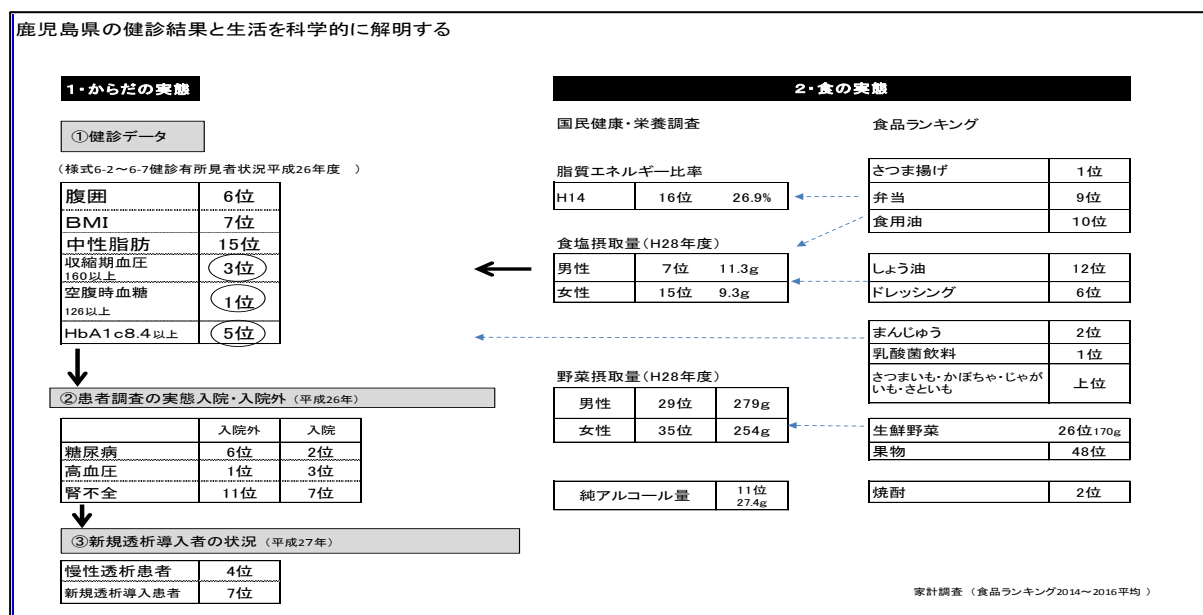
8 月～特定健診結果が届き次第心房細動の管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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町民へ周知していく。(図表 40・41) 【図表 40】



【図表 41】



第 5 章 地域包括ケアに係る取組

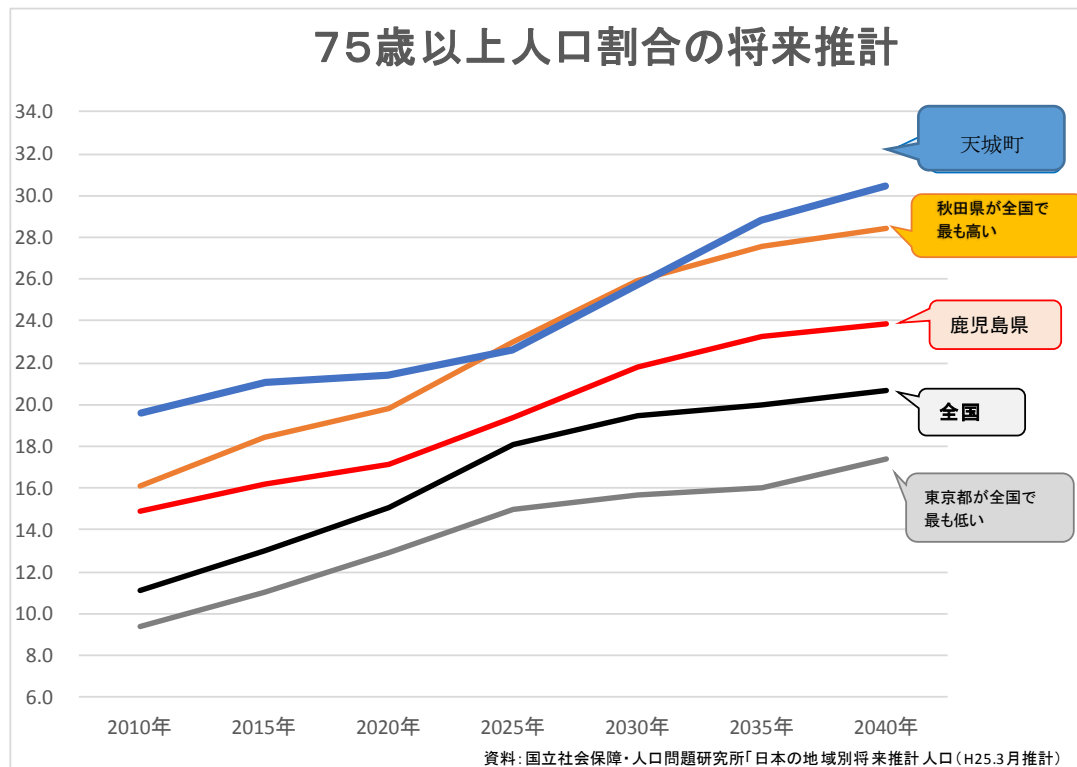
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「**予防**」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町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。

鹿児島県は、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。天城町においては、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町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町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年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮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. 目標管理一覧

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

【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				
特定保健指導計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				特定保健指導結果(厚生労働省)
				36.2%											
				57.8%											
データヘルス計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	25.4%											KDBシステム
				2.6%											
				4.3%											
				1.2%											
				0.8%											
				28.5%											
				5.6%											
				2.4%											
				6.8%											
				23.7%											
保険者努力支援制度	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	-											天城町健康増進計画(健康あまぎ21)
				-											
				4.5%											
				19.3%											
				12.5%											
				25.7%											
				28.9%											
				-											
				86.0%											

※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

天城町においては、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天城町の位置

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

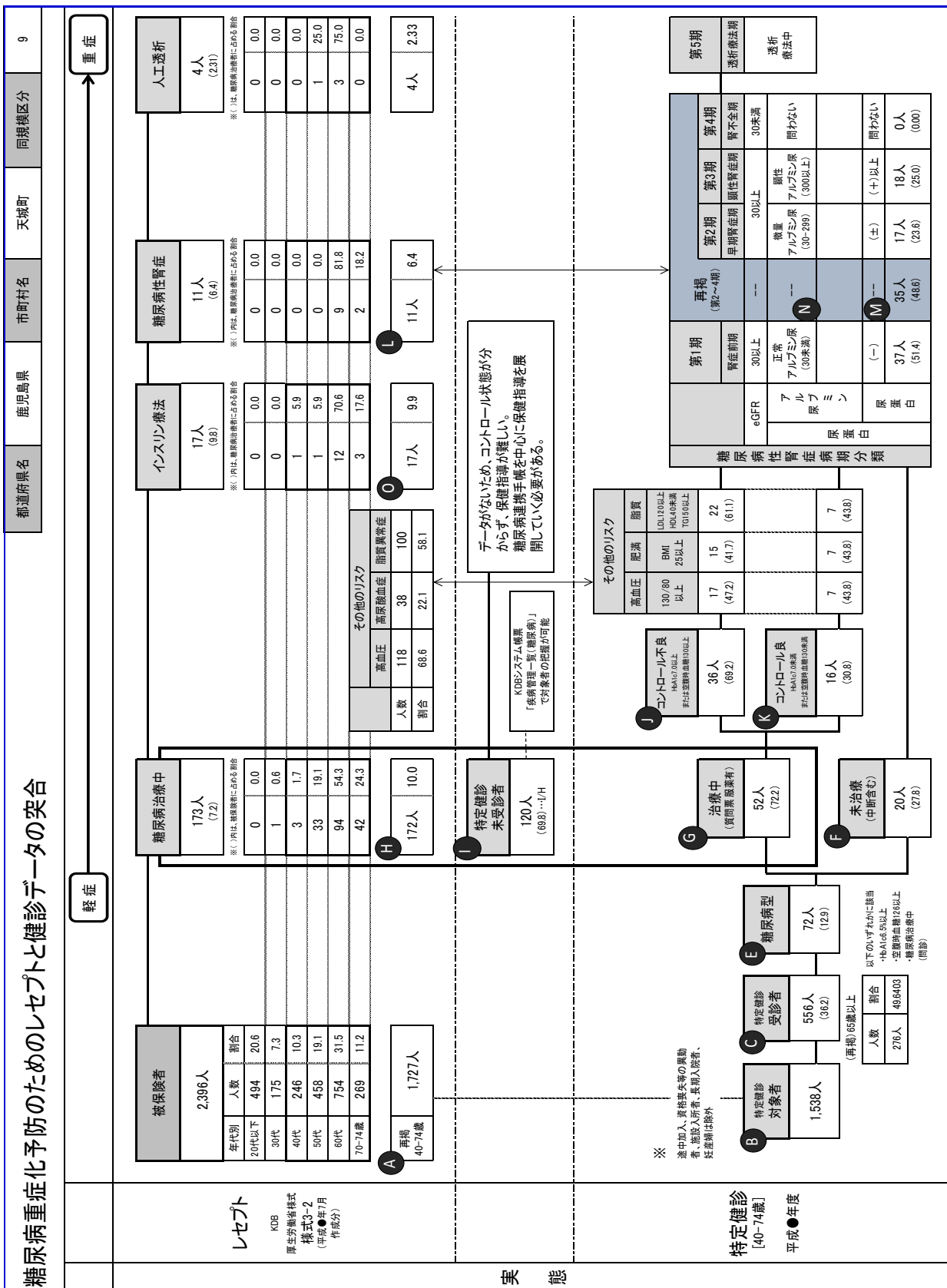
参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた天城町の位置												【参考資料1】		天城町		
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		6,621		6,621		1,815,204		1,691,041		124,852,975		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）		2,094 31.6		2,094 31.6		575,561 31.7		449,078 26.6		29,020,766 23.2			
			75歳以上		1,306 19.7		1,306 19.7				251,927 14.9		13,989,864 11.2			
			65～74歳		788 11.9		788 11.9				197,151 11.7		15,030,902 12.0			
			40～64歳		2,260 34.1		2,260 34.1				572,168 33.8		42,411,922 34.0			
			39歳以下		2,267 34.2		2,267 34.2				669,795 39.6		53,420,287 42.8			
	②	産業構成	第1次産業		32.5		32.5		18.4		10.4		4.2		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		16.2		16.2		25.5		19.6		25.2			
			第3次産業		51.3		51.3		56.1		70.0		70.6			
	③	平均寿命	男性		79.1		79.1		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性		85.7		85.7		86.4		86.3		86.4			
	④	健康寿命	男性		64.9		64.8		65.2		64.8		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			65.7		65.8		66.7		66.6		66.8					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性		108.8		111.6		104.8		102.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		94.8		87.5		100.8		99.4		100		
			死因	がん		25 55.6		27 50.9		6,817 45.1		5,546 46.2		367,905 49.6		
				心臓病		8 17.8		15 28.3		4,392 29.1		3,146 26.2		196,768 26.5		
				脳疾患		10 22.2		9 17.0		2,661 17.6		2,166 18.0		114,122 15.4		
				糖尿病		0 0.0		0 0.0		274 1.8		233 1.9		13,658 1.8		
				腎不全		1 2.2		1 1.9		548 3.6		560 4.7		24,763 3.3		
				自殺		1 2.2		1 1.9		409 2.7		355 3.0		24,294 3.3		
				合計		12.3		13								
				男性		19.6		19.1								
	女性		5.5		6.7											
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計		12.3		13								厚労省HP 人口動態調査	
男性			19.6		19.1											
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		424 20.6		373 18.4		114,751 20.1		99,733 22.2		5,885,270 21.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			新規認定者		7 0.2		5 0.2		1,910 0.3		1,613 0.3		105,636 0.3			
			2号認定者		14 0.7		12 0.4		2,325 0.4		2,237 0.4		151,813 0.4			
	②	有病状況	糖尿病		54 12.7		43 11.7		25,230 21.2		22,589 22.0		1,350,152 22.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			高血圧症		224 49.7		182 48.8		64,783 54.6		60,158 58.7		3,101,200 50.9			
			脂質異常症		81 17.3		70 18.2		31,854 26.7		29,779 28.9		1,741,866 28.4			
			心臓病		240 53.6		203 53.4		73,398 61.9		69,010 67.5		3,529,682 58.0			
			脳疾患		104 23.3		90 22.9		33,188 28.2		35,809 35.2		1,538,683 25.5			
			がん		27 6.1		30 7.2		11,653 9.7		11,405 11.1		631,950 10.3			
			筋・骨格		192 43.6		157 41.2		63,731 53.7		61,746 60.5		3,067,196 50.3			
			精神		90 22.1		122 28.1		44,036 37.1		41,682 40.5		2,154,214 35.2			
			再掲）認知症		55 13.6		95 20.4		27,878 23.1		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		358,658 751,028,863		392,451 821,792,893		313,982 179,202,877,362		331,923 149,059,341,986		310,082 852,083,374,323		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			1件当たり給付費（全体）		85,334 94,048		70,589 65,532		58,284							
			居宅サービス		46,015 51,763		40,981 43,003		39,662							
	④	医療費等	施設サービス		286,830 282,549		275,251 284,004		281,186							
			要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり		11,105 9,771		8,457 8,789		7,980						
				認定なし		4,790 5,150		4,122 4,245		3,816						
4	①	国保の状況	被保険者数		2,730		2,274		492,460		423,755		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳		620 22.7		664 29.2				170,126 40.1		12,462,053 38.2			
			40～64歳		1,217 44.6		1,008 44.3				147,782 34.9		10,946,693 33.6			
			39歳以下		893 32.7		602 26.5				105,847 25.0		9,178,477 28.2			
			加入率		41.2		34.3		27.7		25.1		26.9			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0 0.0		0 0.0		144 0.3		256 0.6		8,255 0.3		KDB_NO.3 健康・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	
			診療所数		2 0.7		2 0.9		1,108 2.2		1,406 3.3		96,727 3.0			
			病床数		0 0.0		0 0.0		15,468 31.4		34,275 80.9		1,524,378 46.8			
			医師数		2 0.7		2 0.9		1,575 3.2		4,300 10.1		299,792 9.2			
			外来患者数		435.3		478.8		660.2		710.0		668.1			
			入院患者数		28.8		32.9		22.7		29.9		18.2			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		20,957 県内39位 同規模207位		25,776 県内34位 同規模143位		26,488		30,549		24,245		KDB_NO.3 健康・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		464.1		511.66		682,952		739,897		686,286			
			外 費用の割合		43.9		44.3		56.6		52.2		60.1			
			来 件数の割合		93.8		93.6		96.7		96.0		97.4			
			入 費用の割合		56.1		55.7		43.4		47.8		39.9			
			院 件数の割合		6.2		6.4		3.3		4.0		2.6			
			1件あたり在院日数		18.4日		19.0日		16.3日		18.7日		15.6日			
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源傷病 名（顕割合む）	がん		86,449,050 22.6		78,639,490 19.8		24.1		20.7		25.6		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		慢性腎不全（透析あり）		55,299,930 14.5		74,528,190 18.7		9.1		12.6		9.7				
		糖尿病		40,521,320 10.6		30,518,840 7.7		10.2		8.3		9.7				
		高血圧症		32,027,930 8.4		20,545,460 5.2		9.2		7.2		8.6				
		脂質異常症		13,700,690 3.6		16,941,440 4.3		5.0		3.6		5.3				
		脳梗塞・脳出血		14,207,830 3.8		8,498,540 2.1		4.1		4.7		4.0				
		狭心症・心筋梗塞		5,064,200 1.3		5,403,680 1.4		3.5		3.2		3.7				
		精神		89,758,040 23.5		102,124,200 25.7		17.5		23.4		16.9				
		筋・骨格		38,282,190 10.0		56,395,390 14.2		16.1		15.1		15.2				

項目				保険者		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
				費用額	件数	費用額	件数								
4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	491,251	188	433,009	149						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				高血圧	411,080	311	446,367	338							
				脂質異常症	385,344	138	397,208	165							
				脳血管疾患	440,130	117	433,057	122							
				心疾患	534,102	88	581,401	84							
				腎不全	655,861	45	791,948	37							
				精神	351,078	414	342,605	481							
				悪性新生物	577,212	178	526,625	126							
		外来	糖尿病	40,500	2,655	40,066	2,321								
			高血圧	26,896	5,867	33,243	5,351								
			脂質異常症	20,629	4,004	25,336	3,791								
			脳血管疾患	34,349	1,139	23,364	1,402								
			心疾患	55,064	1,042	70,951	949								
			腎不全	207,822	245	239,592	333								
			精神	22,437	1,546	29,635	1,481								
			悪性新生物	52,869	932	55,043	921								
	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	84,894		83,277		88,243		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	141,455		181,842		262,304		274,511		238,237		
項目				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	データ元(CSV)	
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	405	56.7	309	55.8	87,076	57.0	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	359	50.3	276	49.8	79,315	51.9	64,096	51.3	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率	46	6.4	33	6.0	7,761	5.1	4,369	3.5	357,742	4.5			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数45	健診受診者	714		554		152,769		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	40.4	県内32位 同規模121位	36.1	県内41位 同規模188位	43.7		43.1	全国8位	36.4		
					初回	155	21.7	55	9.9	18,058	11.8	16,672	13.4		1,237,550
			特定保健指導終了者(実施率)	50	43.9	45	54.2	8036	41.1	13,520	33.4	511,151	50.0		
			非肥満高血糖	52	7.3	42	7.6	15,303	10.0	11,552	9.3	737,886	9.3		
			メタボ	該当者	149	20.9	102	18.4	27,745	18.2	23,163	18.6	1,365,855		17.3
				男性	98	29.1	62	23.2	19,338	27.2	15,563	28.5	940,335		27.5
				女性	51	13.5	40	13.9	8,407	10.3	7,600	10.8	425,520		9.5
				予備群	124	17.4	86	15.5	17,604	11.5	14,588	11.7	847,733		10.7
			メタボ 該当・予 備群レ ベル	男性	80	23.7	55	20.6	12,301	17.3	9,606	17.6	588,308		17.2
				女性	44	11.7	31	10.8	5,303	6.5	4,982	7.1	259,425		5.8
				総数	339	47.5	225	40.6	51,074	33.4	42,303	33.9	2,490,581		31.5
				男性	219	65.0	138	51.7	35,501	50.0	28,019	51.4	1,714,251		50.2
			BMI	女性	120	31.8	87	30.3	15,573	19.1	14,284	20.3	776,330		17.3
				総数	36	5.0	31	5.6	9,243	6.1	6,625	5.3	372,685		4.7
				男性	5	1.5	4	1.5	1,548	2.2	1,020	1.9	59,615		1.7
			女性	31	8.2	27	9.4	7,695	9.4	5,605	8.0	313,070	7.0		
			血糖のみ	8	1.1	3	0.5	1,199	0.8	937	0.8	52,296	0.7		
			血圧のみ	82	11.5	59	10.6	12,440	8.1	10,832	8.7	587,214	7.4		
	脂質のみ	34	4.8	24	4.3	3,965	2.6	2,819	2.3	208,214	2.6				
血糖・血圧	26	3.6	23	4.2	4,996	3.3	4,388	3.5	212,002	2.7					
血糖・脂質	9	1.3	11	2.0	1,510	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9					
血圧・脂質	75	10.5	43	7.8	12,772	8.4	10,659	8.5	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	39	5.5	25	4.5	8,467	5.5	7,012	5.6	415,310	5.3					
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	262	36.7	203	36.6	54,561	35.7	50,390	40.4	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	77	10.8	52	9.4	12,934	8.5	12,088	9.7	589,711	7.5	
				脂質異常症	154	21.6	98	17.7	34,459	22.6	28,308	22.7	1,861,221	23.6	
			既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	30	4.2	20	3.6	4,709	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	43	6.0	39	7.0	8,283	5.7	9,034	7.4	417,378	5.5	
				腎不全	2	0.3	5	0.9	1,808	1.2	959	0.8	39,184	0.5	
				貧血	46	6.4	30	5.4	12,100	8.4	10,539	8.6	761,573	10.2	
			喫煙	130	18.2	101	18.2	23,837	15.6	14,067	11.3	1,122,649	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	110	15.4	72	13.0	10,687	7.7	9,919	8.1	585,344	8.7		
			週3回以上食後間食	107	15.0	84	15.2	18,294	13.1	13,431	11.0	803,966	11.9		
			週3回以上就寝前夕食	151	21.1	146	26.4	22,957	16.4	21,086	17.3	1,054,516	15.5		
			食べる速度が速い	184	25.8	137	24.7	37,935	27.2	30,003	24.6	1,755,597	26.0		
			20歳時体重から10kg以上増加	309	43.3	222	40.1	46,884	33.5	41,664	34.1	2,192,264	32.1		
	1回30分以上運動習慣なし	428	59.9	340	61.4	92,124	65.7	67,654	55.3	4,026,105	58.8				
1日1時間以上運動なし	311	43.6	240	43.3	67,794	48.5	54,729	44.8	3,209,187	47.0					
睡眠不足	170	23.8	140	25.3	32,751	23.6	26,766	22.0	1,698,104	25.1					
毎日飲酒	202	28.3	170	30.7	37,751	26.0	31,047	25.3	1,886,293	25.6					
時々飲酒	191	26.8	145	26.2	31,060	21.4	26,092	21.3	1,628,466	22.1					
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	167	42.2	145	45.7	57,553	59.5	45,862	62.9	3,333,836	64.0			
		1～2合	138	34.8	102	32.2	25,692	26.5	20,515	28.1	1,245,341	23.9			
		2～3合	64	16.2	51	16.1	10,133	10.5	5,557	7.6	486,491	9.3			
		3合以上	27	6.8	19	6.0	3,402	3.5	1,012	1.4	142,733	2.7			



【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	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖	体重							
						脳血管疾患	以外	BMI							
						糖尿病性腎症	以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖	体重							
						脳血管疾患	以外	BMI							
						糖尿病性腎症	以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 年度

担当者名：

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)
結果把握	糖尿病管理台帳の全数（ A+B ）	() 人		
	A 健診未受診者	() 人		
	結果把握(内訳)			
	①国保（生保）	人		
	②後期高齢者	人		
	③他保険	人		
	④住基異動(死亡・転出)	人		
	⑤確認できず	人		
	①-1未治療者（中断者含む）	() 人		
	※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
B 結果把握	() 人			
① HbA1cが悪化している	() 人			
例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				
② 尿蛋白	(-)	() 人	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	後期高齢者、社会保険
	(±)	() 人		
	(+) ～ 顕性腎症	() 人		
③eGFR値の変化				
	1年で 25 % 以上低下	() 人		
	1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下	() 人		
			1.資格喪失（死亡、転出）の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	
			2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	
			3. 会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	
			4. 結果から動く ○経年表で他のリスク（メタボ、血圧等）の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	
				後期高齢者、社会保険
				栄養士中心
				腎専門医

【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	9	都道 府県	鹿児島県	市町村名	天城町						
項目				突 合 表	保険者						同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数238	データ基				
					28年度		29年度		30年度							
					実数	割合	実数	割合	実数	割合			実数	割合		
1	①	被保険者数		A	2,396人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳			1,727人											
2	①	特定健診	対象者数	B	1,538人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書			
	②		受診者数		556人											
	③		受診率		36.2%											
3	①	特定 保健指導	対象者数		83人											
	②		実施率		57.8%											
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	72人	12.9%							特定健診結果			
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	20人	27.8%									
	③					治療中(質問票 服薬あり)	G	52人	72.2%							
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J	36人		69.2%								
	⑤					血圧 130/80以上	17人	47.2%								
	⑥						肥満 BMI25以上	15人	41.7%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	16人	30.8%									
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)			M	37人	51.4%								
	⑨						第2期 尿蛋白(±)	17人	23.6%							
	⑩						第3期 尿蛋白(+)以上	18人	25.0%							
	⑪				第4期 eGFR30未満		0人	0.0%								
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		72.2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)		99.6人											
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		入院外(件数)	1,062件	(635.2)				1,227件	(771.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④					入院(件数)	16件	(9.6)				9件		(5.4)		
	⑤		糖尿病治療中		H	173人	7.2%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	⑥		(再掲)40-74歳			172人	10.0%									
	⑦		健診未受診者		I	120人	69.8%									
	⑧		インスリン治療			O	17人	9.8%								
	⑨		(再掲)40-74歳		17人		9.9%									
	⑩		糖尿病性腎症		L	11人	6.4%									
	⑪		(再掲)40-74歳			11人	6.4%									
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			4人	2.31%									
	⑬		(再掲)40-74歳			4人	2.33%									
	⑭		新規透析患者数													
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症													
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			6人	3.2%						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		7億2069万円						6億7140万円		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		3億9786万円						3億8078万円					
	③		(総医療費に占める割合)		55.2%						56.7%					
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	7,983円						8,685円				
	⑤					健診未受診者	30,868円							33,204円		
	⑥		糖尿病医療費			3052万円						3885万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			7.7%						10.2%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費			9299万円										
	⑨		1件あたり			40,066円										
	⑩		糖尿病入院総医療費			6452万円										
	⑪		1件あたり			433,009円										
	⑫		在院日数			17日										
	⑬		慢性腎不全医療費			7532万円						3708万円				
	⑭		透析有り			7453万円						3468万円				
	⑮		透析なし			79万円						240万円				
7	①	介護	介護給付費		8億2179万円						7億5295万円					
	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%				1人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				

[illegible]

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	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	☐ 自覚症状なし	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 ☐ 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 ☐ 喫煙	(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					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□ メタボリックシンドローム	□ 腹囲		男 85～ 女 90～				
	□ BMI	～24.9	25～				
	□ 中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	□ nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□ AST	～30	31～50		51～		
	□ 血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □ 75g 糖負荷試験 【重度】 □ 眼底検査 □ 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	□ HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	□ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
□ 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□ 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ □ LDL-C	～119	120～139	140～	□ 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	(-)	(+) ～					
□ C K D 重症度分類		G3a1～					
その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 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

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証 番号		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
	メタボ 判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28				
										治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期		

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
												H26年度					H27年度					H28年度				
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療開始日	健康診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健康診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健康診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

[illegible]

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

P(計画)		D(実施)		C(評価 良くなったところ)			A(改善)	
平成29年度課題	対象者の明確化・具体的な実践方法	①プロセス(平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる)	②アウトプット(事業実施量)	③アウトカム(結果)	④ストラクチャー(構造)	⑤残っている課題		
	目 標	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策				
	◆特定健診受診率 平成29年度目標60%	◆受診率が低い。 ◆受診勧奨対象者、アプローチ方法 ◆医療機関の協力などによる取組 ◆広報活動	○取り組み 40・41歳、過去の特定保健指導対象者、治療中断者への受診勧奨を実施。 各種がん検診実施時に未受診者をマール、受診勧奨を実施。生活習慣病治療中の方には情報提供の依頼を実施した。 各種団体の総会で天城町の現状の説明と受診勧奨の協力依頼を実施。	40・41歳の対象者は訪問し、直接健診の内容や必要性を説明して受診につなぐがりにくい。説明内容やアプローチ方法の検討が必要。 若年層は職場健診を受けている可能性があるため、事業書への協力依頼を試みる。 各種団体では団体の集まる機会に受診勧奨の実施や集団健診実施期間に広報カードで集落を巡回し、広報をするなどの実施協力が得られている。 各種がん検診の機会を利用し、直接説明を実施することで情報提供に協力が得られている。	訪問 : 36人 再通知 : 1427人 電話 : 人 団体総会 : 2回 各種検診時勧奨	◆未受診者対策◆◆ ○各種がん検診時に受診勧奨を行い、治療中の対象へ情報提供の協力依頼を行う体制を整えることができ、情報提供への協力者数が増加した。 ○特定健診受診率向上と重症化予防を合わせ、治療中断者へのアプローチを行い、健診受診、治療再開につなげることができた。今後は糖尿病管理台帳にある健診未受診者への訪問など、対象者の検討を行う。 ○訪問により直接顔を合わせることにより健診未受診の理由の把握ができるため、今後は全く未受診の対象者への訪問も検討する。 ○若年層は職場健診を受診している可能性があるため、事業所への協力依頼を実施する。		
	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策				
	◆対象者、方法の検討 ◆実施体制づくり ◆評価指標の検討	◆特定健診受診者の中から、高血圧・糖尿病・高脂血症の治療中でありながら受診勧奨判定値を超えている対象者を抽出。 健診結果説明時に、治療状況の確認と保健指導を実施。 要精密検査者のうち受診の確認できなかつた対象へ受診勧奨を実施。	年度当初に対象者の選定や実施方法について検討を行い、実施体制を整えた。 指導を実施し、コントロール不良者の「薬を飲んでいるから(生活改善しなくても)大丈夫。」「体調に合わせて薬を飲む量を調整している。(高血圧治療中の対象者)」など、意識や内服自己コントロールの状況を把握することができた。 指導内容の標準化を図るためのツールや対象者への指導内容の事例検討などを行う必要がある。	○保健指導対象者選定 143人 保健指導実施 94人 ○受診勧奨 電話 : 手紙 :	◆◆重症化予防対策◆◆ ○今年度は特定健診受診者の中から治療中のコントロール不良者を対象として選定し、保健指導を実施した。保健指導により、コントロール不良の要因の把握にもなり、今後、医療機関との連携の圈に共有していきたい。 ○糖尿病重症化予防対象者へ家族を含め説明を行い、1名治療につながった。 ○毎年評価実施するため、管理台帳の作成が必要となる。 ○事業は実施したが、事業実施量のカウンタができていなかったため、事業や効果の評価のため積み上げを行う必要がある。 ○健診受診率があがれば保健指導対象者の増加が見込まれるため、体制づくりが必要である。			
課 題	医療機関との連携	医療機関との連携	医療機関との連携	医療機関との連携				
	○保健活動について PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○管理台帳をもとに経年管理していく。	○検討会を通して課題共有 ○糖尿病重症化予防プログラムの説明	○検討会を通じて、徳と島3町に共通する健康課題の共有とその対策について協議する機会となった。糖尿病の重症化予防のために治療中の対象者への関わりと治療中断者のアプローチについて対策を検討することができ、今後連携した取り組みを実施する機会となった。 今後は連携した取り組みとして保健指導の内容などについて共有を図る。	○受診勧奨 電話 : 手紙 : 医療機関との連携 検討会3回	◆◆医療機関との連携◆◆ ○医療費適正化検討会を通じて、課題共有や連携体制づくりが進んでいる。 ○重症化予防の連携には医師の存在が欠かせないため、医師にとっても魅力のある内容で研修会の開催を企画する。			