

2018 年度～2023 年度

第 2 期知名町保健事業実施計画(データヘルス計画)兼

第 3 期知名町特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月 鹿児島県知名町

目 次

序 章 知名町の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1. 知名町の人口・高齢化率	
2. 知名町国民健康保険の状況	
3. まとめ	
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	4
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期知名町保健事業実施計画に係る評価及び考察と第2期知名町保健事業実施計画における健康課題の明確化	10
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)	21
1. 特定健康診査等実施計画策定の主旨	
2. 特定健康診査の基本的考え方	
3. 特定保健指導の基本的考え方	
4. 第3期特定健診等実施計画について	
5. 目標値の設定	
6. 対象者の見込み	
7. 特定健診の実施	
8. 特定保健指導の実施	
9. 個人情報保護	
10. 結果の報告	
11. 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	29
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 48

第6章 計画の評価・見直し 50

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 52

参考資料 53

第2期知名町保健事業実施計画（データヘルス計画）兼

第3期知名町特定健康診査等実施計画

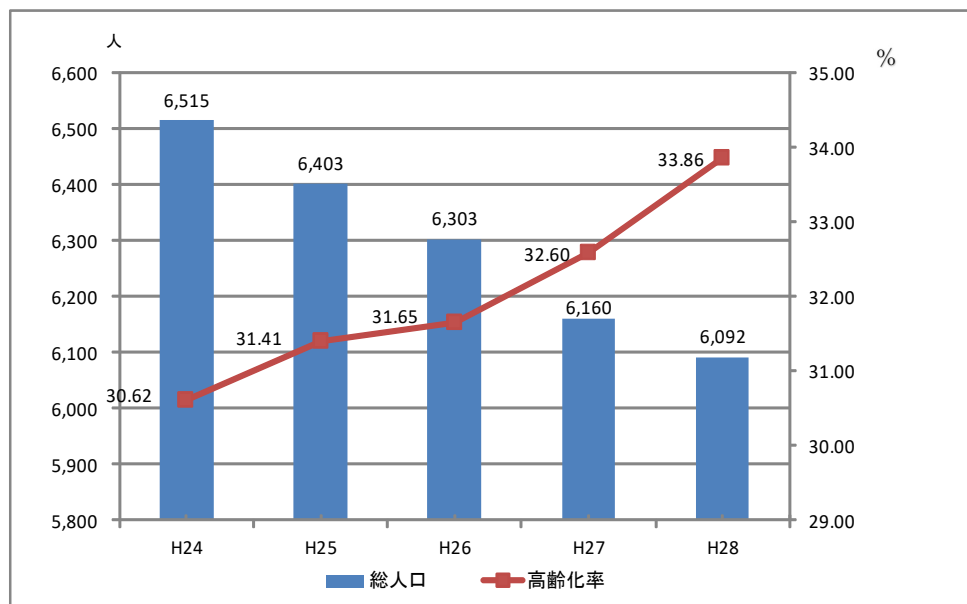
序 章 知名町の現状

1. 知名町の人口・高齢化率

知名町における人口及び高齢化率の推移は、平成28年度末現在の知名町の人口は6,092人で年々減少している一方、高齢化率は33.86%と県内（29.43%：平成27年国勢調査）に比べ高くなっており、今後も高齢化が進むと考えられる。（図表1）

知名町の人口・高齢化率（各年度3月末現在）

【図表1】



2. 知名町国民健康保険の状況

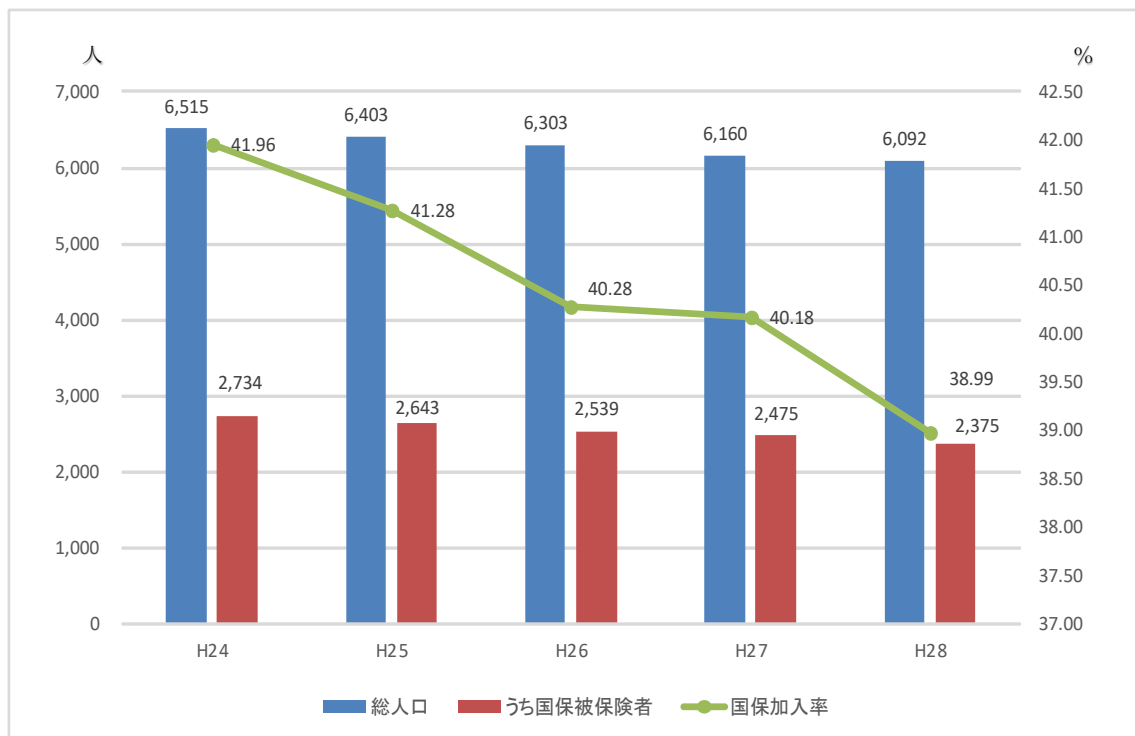
1) 被保険者数の推移

知名町国民健康保険被保険者数は図表2のように推移しており、平成28年度末の被保険者数は2,375人で、町の人口に占める割合は38.99%となっている。

また被保険者数のうち前期高齢者被保険者数（65歳以上74歳以下）は図表3のとおり年々増加しており、平成28年度末では699人で全体の約30%を占めています。

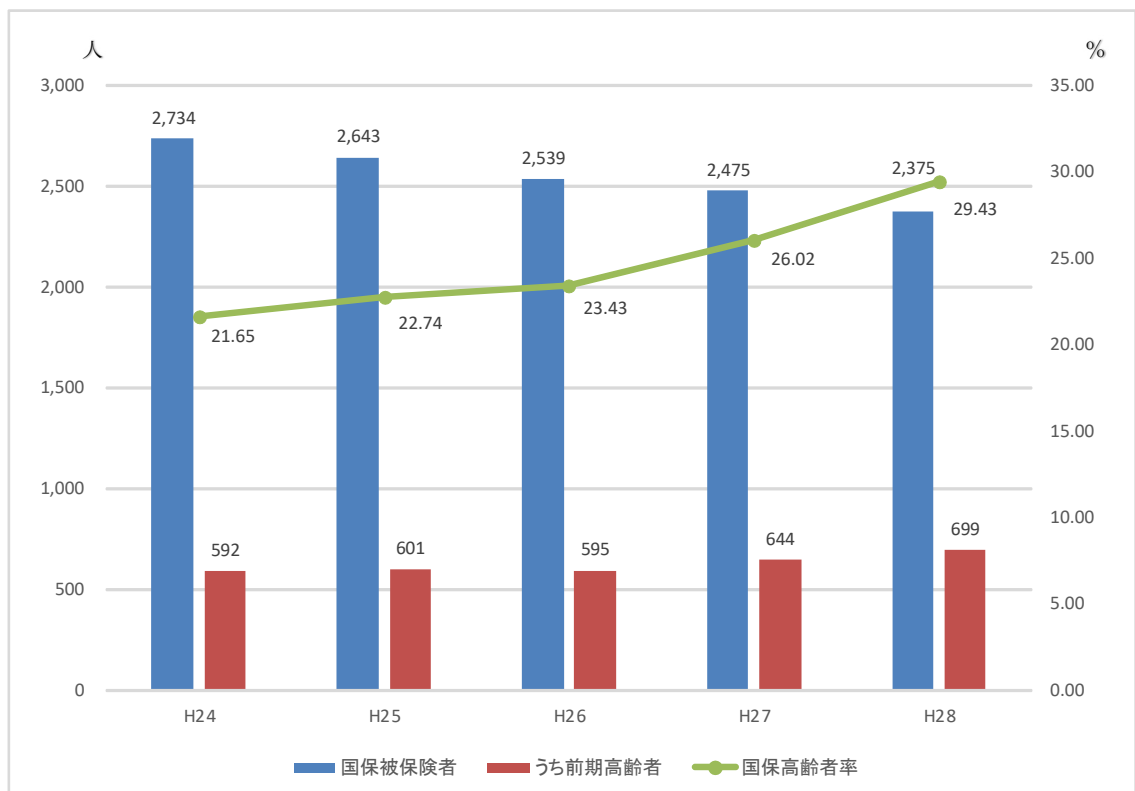
知名町国民健康保険被保険者数の推移（各年度3月末現在）

【図表2】



前期高齢者被保険者数の推移（各年度3月末現在）

【図表3】



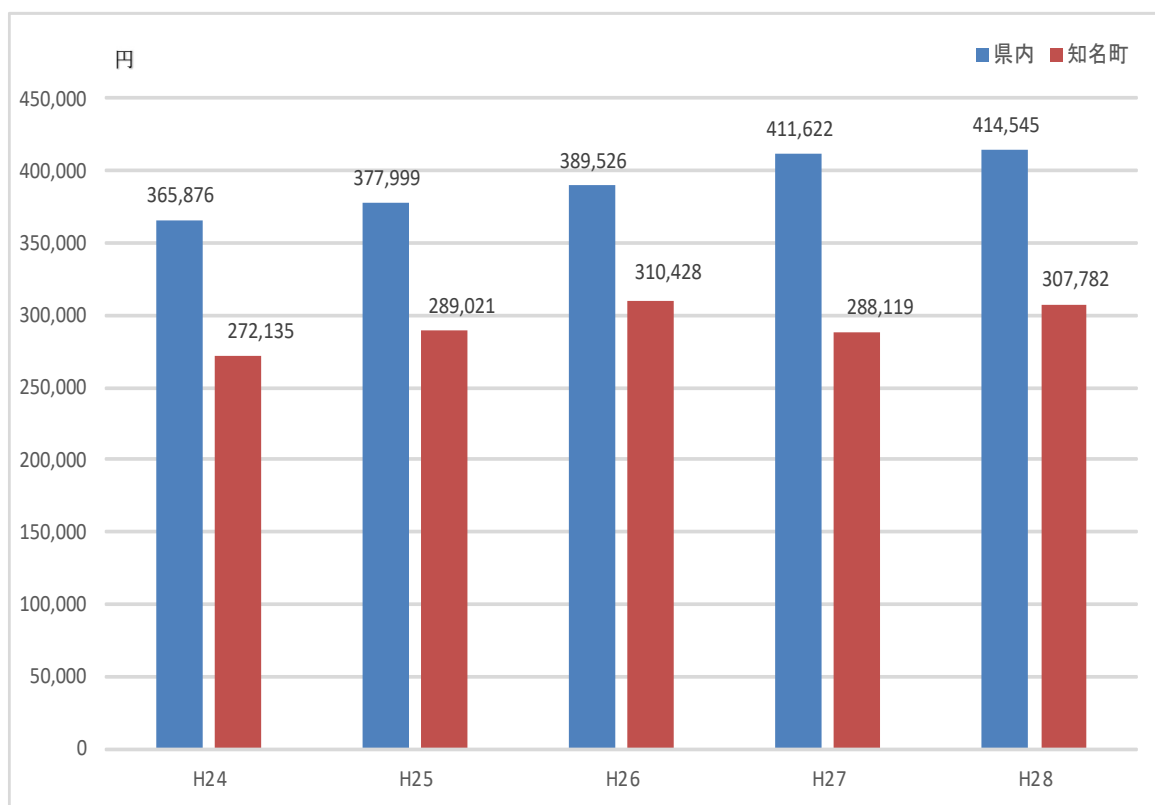
2) 医療費の推移

(1) 一人当たりの医療費の推移

一人当たりの医療費の推移は、年々増加傾向にある。平成 28 年度の一人当たりの医療費は約 30 万 8 千円と県内平均より低いことがわかる。

1 人あたりの医療費の推移 ※一般国保のみ

【図表 4】



3. まとめ

本町全体の人口は年々減少している一方、高齢化率は年々増加しており、今後も同様の傾向が続くものと予想される。

また、国民健康保険被保険者数についても同様の傾向にあり、特に前期高齢者の割合は全体の半数近くを占める状況がまもなく訪れることが予想され、一人当たりの医療費の高い高齢者が増えていくことにより、医療費の増大は避けることのできない課題となっている。これまでも、医療費の適正化に向けた健康保持増進、疾病予防対策を講じてきたが、高齢者だけでなく若い世代からの生活習慣改善の重要性がみてとれるため、これらの疾病に狙いを定めた取組を一層推進していくことが重要と考えられる。

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、2018年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

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

知名町においては、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。

2. 計画の位置付け

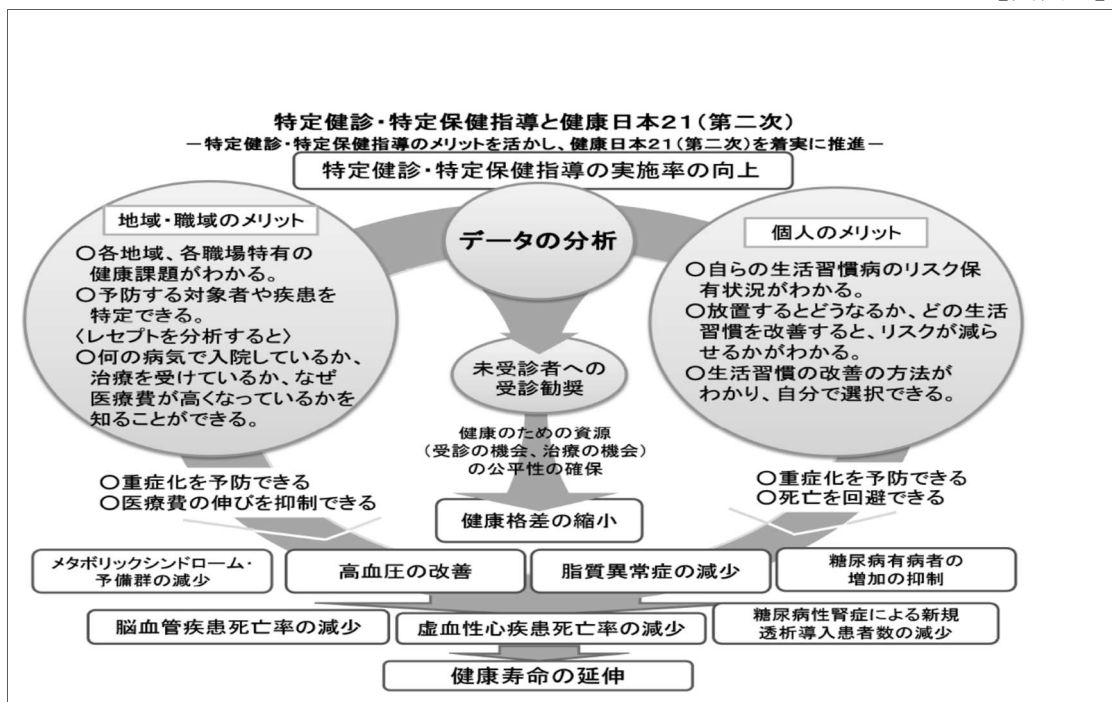
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C Aサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表5・6・7）

【図表5】

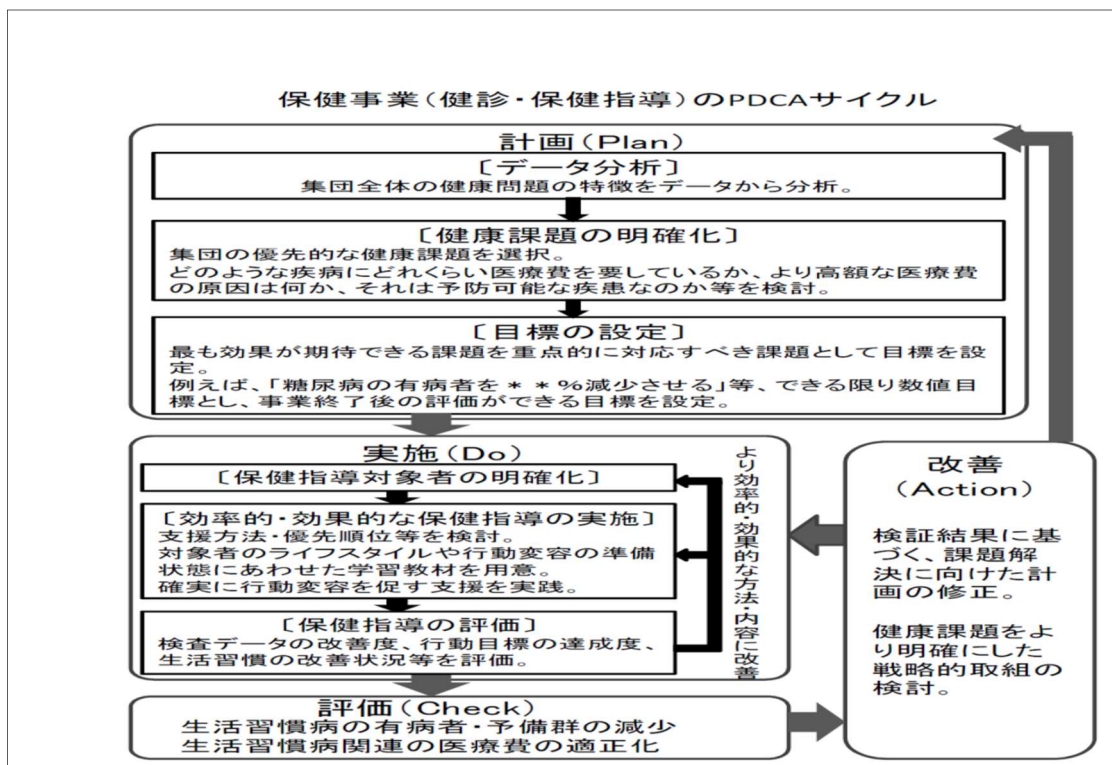
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施法）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第28条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省・健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省・保険局 平成24年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切なかつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省・保険局 平成24年8月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施に関する指針の一部改正	厚生労働省・老健局 平成24年8月 介護保険事業における保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省・保険局 平成24年8月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省・医政局 平成24年8月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活の質が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会生活の質の向上を図ることを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化を、糖尿病等を予防することができれば、合併症を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を遅延、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の負担の軽減と実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の予防や重症化を遅延させることを目的として、メタボリックシンドロームに基づき、生活習慣を改善するための特定健康指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣の改善をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び予防の取り組みについて、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。被保険者の健康の維持・増進により、医療費の適正化及び被保険者の医療費適正化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の軽減し、かつ重症化を防ぐこととする。	国民健康保険法に基づき、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増加しないようしていくとともに、良質な医療サービスを提供することを通じて、国民の健康の増進を図る。	医療機関の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質な医療サービスを提供することを通じて、国民の健康の増進を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青少年期、高齢期）に依り	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層・壮年世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん、末期 認知症の認知症、老年症 骨格・骨格機能 パーキンソン病関連疾患 骨格・脳神経系、骨格・神経系等 関節リウマチ、変形性関節症 多発性骨髄腫、多発性骨髄腫関連疾患 後天性免疫不全症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関連する項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②がん罹患率（特定健康診査によるがん検出率とがん罹患率） ③糖尿病罹患率の割合 ④認知症（認知症）の割合 ⑤認知症（認知症）の割合 ⑥認知症（認知症）の割合 ⑦認知症（認知症）の割合 ⑧認知症（認知症）の割合 ⑨認知症（認知症）の割合 ⑩認知症（認知症）の割合 ⑪認知症（認知症）の割合 ⑫認知症（認知症）の割合 ⑬認知症（認知症）の割合 ⑭認知症（認知症）の割合 ⑮認知症（認知症）の割合 ⑯認知症（認知症）の割合 ⑰認知症（認知症）の割合 ⑱認知症（認知症）の割合 ⑲認知症（認知症）の割合 ⑳認知症（認知症）の割合 ㉑認知症（認知症）の割合 ㉒認知症（認知症）の割合 ㉓認知症（認知症）の割合 ㉔認知症（認知症）の割合 ㉕認知症（認知症）の割合 ㉖認知症（認知症）の割合 ㉗認知症（認知症）の割合 ㉘認知症（認知症）の割合 ㉙認知症（認知症）の割合 ㉚認知症（認知症）の割合 ㉛認知症（認知症）の割合 ㉜認知症（認知症）の割合 ㉝認知症（認知症）の割合 ㉞認知症（認知症）の割合 ㉟認知症（認知症）の割合 ㊱認知症（認知症）の割合 ㊲認知症（認知症）の割合 ㊳認知症（認知症）の割合 ㊴認知症（認知症）の割合 ㊵認知症（認知症）の割合 ㊶認知症（認知症）の割合 ㊷認知症（認知症）の割合 ㊸認知症（認知症）の割合 ㊹認知症（認知症）の割合 ㊺認知症（認知症）の割合 ㊻認知症（認知症）の割合 ㊼認知症（認知症）の割合 ㊽認知症（認知症）の割合 ㊾認知症（認知症）の割合 ㊿認知症（認知症）の割合	①特定健康診査率 ②特定健康指導実施率	健診・医療情報を利用して、費用対効果の観点も考慮 (1) 生活習慣の状況（特定健康診査の結果を参照する） ①生活習慣 ②日常生活における多動 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定健康指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣改善の有無等・予備 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付の適正化	①医療費適正化の取組 外資 ①一人あたり医療費の適正化の取組 ②特定健康診査・特定健康指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドローム等の予防の推進 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①医療費・事業 ②在宅医療連携体制 （地域の医療に依りて決定）
その他		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援	被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度】を減額し、保険料率決定		被保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、被保険者との連携	

【図表 6】



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 7】



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2018年度から2023年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を2018年度から2023年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

知名町においては、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。特に保健センターの保健師等の専門職や介護保険係との連携、障害福祉係、地域包括支援センター、子育て支援課、建設課等との情報共有をし、市町村一体となって計画策定を進めていくことが望ましい。

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8)

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、2018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。

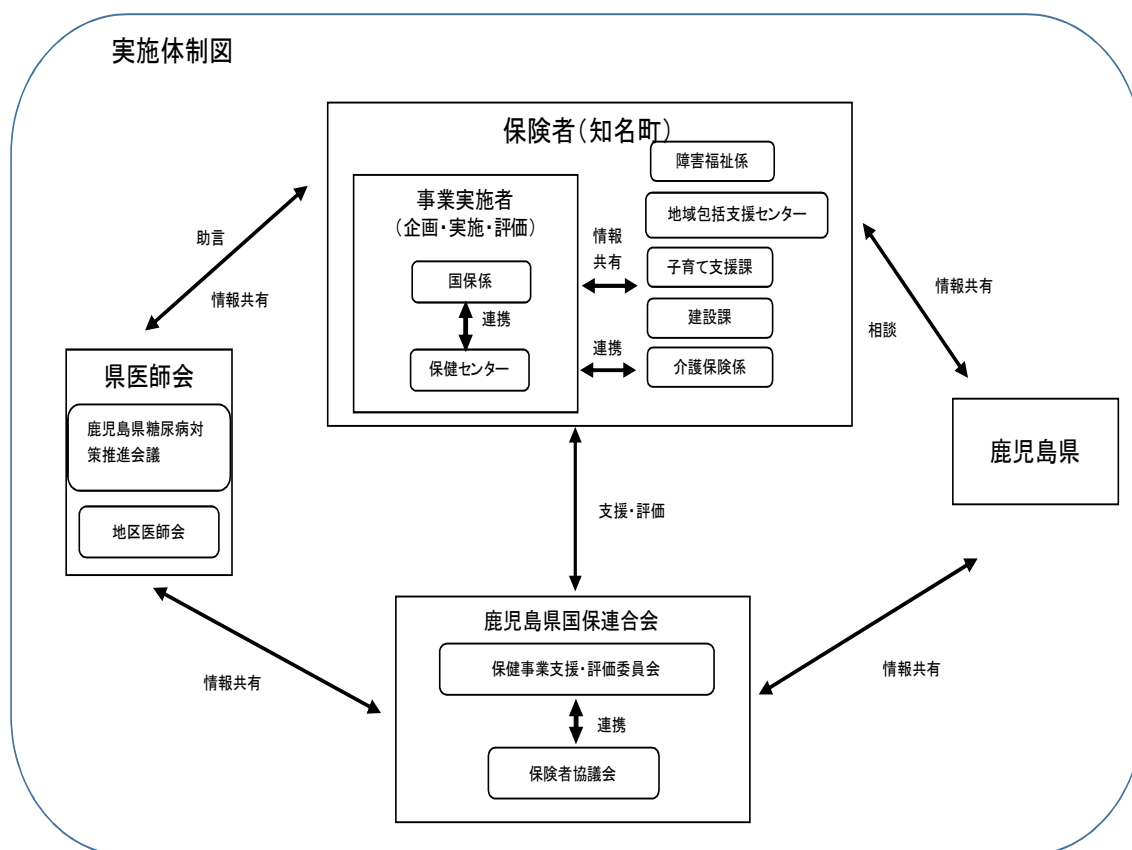
国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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。

【図表8】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（平成 30 年度から本格実施）国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。（図表 9）

【図表 9】

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(千円)		1,223			
全国順位(1,741市町村中)		607			
共通 ①	特定健診受診率	10			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	4			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		70	70	60	60

第2章 第1期知名町保健事業実施計画に係る評価及び考察と第

2期知名町保健事業実施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、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は変わらないが、死因別にがん・糖尿病・腎不全・自殺による死亡割合は増加しており、特に、腎不全による死亡は2倍であった。

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の上昇、40～64歳の2号認定率はわずかに増加したが、介護給付費は減少している。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防の取組について強化していく必要があると考えられる。しかし、以前より町民の有病傾向として挙げられていた高血圧症については、改善が見られたため引き続き取組を行っていく。特定健診受診率は増加しているがここ数年、横ばいを推移しているため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10）

介護給付の変化について、平成28年度の介護給付費が減り、同規模平均でも1件当たり介護給付費が減っていることがわかった。介護予防の効果や介護報酬改定の影響が考えられる。

介護給付費の変化

【図表10】

年度	知名町				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	6億8703万円	339,442	58,947	288,239	306,253	41,044	279,592
平成28年度	↓ 6億8038万円	336,159	↓ 52,696	↓ 275,517	313,982	↓ 40,981	↓ 275,251

② 医療費の状況（図表 11）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると知名町は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。【図表 11】

医療費の変化

知名町

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	6億9541万円				3億7430万円				3億2110万円			
	H28年度	6億7150万円	△2,390万円	↓-3.4	-3.3	3億5800万円	△1,631万円	↓-4.4	-2.91	3億1351万円	△760万円	↓-2.4	-3.5
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	21,330				11,480				9,850			
	H28年度	23,050	1,720	↑8.1	7.6	12,290	810	7.1	8.0	10,760	910	↑9.2	7.2

※KDBの1人当り医療費は、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 12）

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(透析有)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、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析無)に係る費用が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、国に比較すると低くなっている。

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 12】

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									
同規模区分	H25	知名町	695,406,380	21,325	199位	38位	8.64%	0.34%	2.00%	2.21%	4.88%	6.64%	2.12%	186,565,970	26.83%	10.24%	11.29%	7.30%
	H28		↓ 671,502,040↑	23,055	198位	40位	↓ 5.34%↑	↑ 0.67%	↓ 1.79%	↓ 1.81%	↑ 5.12%	↓ 4.67%	↓ 1.65%	141,320,310	21.05%	↑ 13.02%	11.17%	8.57%
	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 13）

中長期的な疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析のうち虚血性心疾患と脳血管疾患の罹患者は増加傾向である。特に、前期高齢者（65 歳から 74 歳までの方）の割合は高く、本町では国保加入者のうち約 3 人に 1 人が前期高齢者である。

【図表 13】

知名町

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	2769	87	3.1	10	11.5	5	5.7	70	80.5	29	33.3	43	49.4	
	64歳以下	2166	41	1.9	2	4.9	3	7.3	34	82.9	12	29.3	22	53.7	
	65歳以上	603	46	7.6	8	17.4	2	4.3	36	78.3	17	37.0	21	45.7	
H28	全体	2458	88	↑ 3.6	17	↑ 19.3	4	↓ 4.5	79	↑ 89.8	23	↓ 26.1	49	↑ 55.7	
	64歳以下	1808	45	2.5	5	11.1	4	8.9	40	88.9	11	24.4	22	48.9	
	65歳以上	650	43	6.6	12	27.9	0	0.0	39	90.7	12	27.9	27	62.8	

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															
			被保険者数	人数	割合	虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症				
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	2769	85	3.1	10	11.8	1	1.2	71	83.5	23	27.1	35	41.2				
	64歳以下	2166	31	1.4	2	6.5	1	3.2	25	80.6	6	19.4	14	45.2				
	65歳以上	603	54	9.0	8	14.8	0	0.0	46	85.2	17	31.5	21	38.9				
H28	全体	2458	89	↑ 3.6	17	↑ 19.1	4	↑ 4.5	79	↑ 88.8	28	↑ 31.5	43	↑ 48.3				
	64歳以下	1808	31	1.7	5	16.1	4	12.9	26	83.9	7	22.6	11	35.5				
	65歳以上	650	58	8.9	12	20.7	0	0.0	53	91.4	21	36.2	32	55.2				

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															
			被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症						
人数	割合	人数		割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
H25	全体	2769	9	0.3	1	11.1	5	55.6	9	100.0	3	33.3	2	22.2				
	64歳以下	2166	5	0.2	1	20.0	3	60.0	5	100.0	2	40.0	2	40.0				
	65歳以上	603	4	0.7	0	0.0	2	50.0	4	100.0	1	25.0	0	0.0				
H28	全体	2458	6	↓ 0.2	4	↑ 66.7	4	↑ 66.7	6	100.0	↓ 1	16.7	1	↓ 16.7				
	64歳以下	1808	6	0.3	4	66.7	4	66.7	6	100.0	1	16.7	1	16.7				
	65歳以上	650	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2 ～ 3-4) (図表 14)

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おり、インスリン療法や高血圧症、脂質異常症、脳血管疾患、糖尿病腎症の割合も増加していることから「糖」のコントロールがうまくいっていないことがうかがえるため、服薬に加えて食事療法や運動といった生活習慣の改善に取り組むよう意識改革を行っていく必要がある。

【図表 14】

知名町

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																	
		被保険者数		人数		割合		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	
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	2769	220	7.9	17	7.7	156	70.9	101	45.9	29	13.2	23	10.5	3	1.4	5	2.2	
	64歳以下	2166	112	5.2	9	8.0	72	64.3	52	46.4	12	10.7	6	5.4	2	1.8	3	2.7	
	65歳以上	603	108	17.9	8	7.4	84	77.8	49	45.4	17	15.7	17	15.7	1	0.9	2	1.7	
H28	全体	2458	199	↑ 8.1	18	↑ 9.0	144	↑ 72.4	93	↑ 46.7	23	↓ 11.6	28	↑ 14.1	1	↓ 0.5	10	↑ 5.0	
	64歳以下	1808	91	5.0	13	14.3	58	63.7	41	45.1	11	12.1	7	7.7	1	1.1	7	7.7	
	65歳以上	650	108	16.6	5	4.6	86	79.6	52	48.1	12	11.1	21	19.4	0	0.0	3	4.6	

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															
					糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析					
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
H25	全体	2769	607	21.9	156	25.7	210	34.6	70	11.5	71	11.7	9	1.4				
	64歳以下	2166	303	14.0	72	23.8	107	35.3	34	11.2	25	8.3	5	1.4				
	65歳以上	603	304	50.4	84	27.6	103	33.9	36	11.8	46	15.1	4	1.3				
H28	全体	2458	558	↑ 22.7	144	25.8	221	↑ 39.6	79	↑ 14.2	79	↑ 14.2	6	↓ 1.0				
	64歳以下	1808	247	13.7	58	23.5	92	37.2	40	16.2	26	10.5	6	2.2				
	65歳以上	650	311	47.8	86	27.7	129	41.5	39	12.5	53	17.0	0	0.0				

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				糖尿病				高血圧				虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析			
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
H25	全体	2769	307	11.1	101	32.9	210	68.4	43	14.0	35	11.4	2	0.7												
	64歳以下	2166	164	7.6	52	31.7	107	65.2	22	13.4	14	8.5	2	1.0												
	65歳以上	603	143	23.7	49	34.3	103	72.0	21	14.7	21	14.7	0	0.0												
H28	全体	2458	300	↑ 12.2	93	↓ 31.0	221	↑ 73.7	49	↑ 16.3	43	↑ 14.3	1	↓ 0.3												
	64歳以下	1808	136	7.5	41	30.1	92	67.6	22	16.2	11	8.1	1	0.6												
	65歳以上	650	164	25.2	52	31.7	129	78.7	27	16.5	32	19.5	0	0.0												

②リスクの健診結果経年変化（図表 15）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに中性脂肪の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は減少傾向にあることがわかった。

【図表 15】

知名町

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	167	48.4	225	65.2	116	33.6	82	23.8	33	9.6	157	45.5	139	40.3	2	0.6	241	69.9	119	34.5	148	42.9	4	1.2
	40-64	90	48.9	125	67.9	63	34.2	53	28.8	20	10.9	73	39.7	63	34.2	2	1.1	115	62.5	70	38.0	85	46.2	1	0.5
	65-74	77	47.8	100	62.1	53	32.9	29	18.0	13	8.1	84	52.2	76	47.2	0	0.0	126	78.3	49	30.4	63	39.1	3	1.9
H28	合計	178	↓ 47.3	200	↓ 53.2	147	↑ 39.1	74	↓ 19.7	34	↓ 9.0	162	↓ 43.1	150	↓ 39.9	6	↑ 1.6	227	↓ 60.4	86	↓ 22.9	86	↓ 35.9	8	↑ 2.1
	40-64	79	44.9	87	49.4	70	39.8	42	23.9	15	8.5	65	36.9	64	36.4	4	2.3	96	54.5	47	26.7	67	38.1	2	1.1
	65-74	99	49.5	113	56.5	77	38.5	32	16.0	19	9.5	97	48.5	86	43.0	2	1.0	131	65.5	39	19.5	68	34.0	6	3.0

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		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	135	39.1	98	28.4	73	21.2	41	11.9	13	3.8	82	23.8	141	40.9	3	0.9	185	53.6	60	17.4	192	55.7	2	0.6
	40-64	67	37.4	46	25.7	42	23.5	28	15.6	6	3.4	38	21.2	63	35.2	3	1.7	83	46.4	34	19.0	97	54.2	2	1.1
	65-74	68	41.0	52	31.3	31	18.7	13	7.8	7	4.2	44	26.5	78	47.0	0	0.0	102	61.4	26	15.7	95	57.2	0	0.0
H28	合計	151	↑ 41.9	84	↓ 23.3	81	↑ 22.5	38	↓ 10.6	9	↓ 2.5	111	↑ 30.8	147	40.8	1	↓ 0.3	204	↑ 56.7	66	↑ 18.3	191	↓ 53.1	0	↓ 0.0
	40-64	75	44.4	38	22.5	38	22.5	28	16.6	4	2.4	43	25.4	59	34.9	0	0.0	83	49.1	34	20.1	92	54.4	0	0.0
	65-74	76	39.8	46	24.1	43	22.5	10	5.2	5	2.6	68	35.6	88	46.1	1	0.5	121	63.4	32	16.8	99	51.8	0	0.0

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	345	36.4	14	4.1%	70	20.3%	4	1.2%	58	16.8%	8	2.3%	141	40.9%	24	7.0%	4	1.2%	71	20.6%	42	12.2%
	H25	184	28.8	9	4.9%	43	23.4%	4	2.2%	32	17.4%	7	3.8%	73	39.7%	8	4.3%	4	2.2%	37	20.1%	24	13.0%
	40-64	161	51.9	5	3.1%	27	16.8%	0	0.0%	26	16.1%	1	0.6%	68	42.2%	16	9.9%	0	0.0%	34	21.1%	18	11.2%
	65-74	376	43.0	13	3.5%	69	18.4%	3	0.8%	53	14.1%	13	3.5%	118	31.4%	16	4.3%	7	1.9%	53	14.1%	42	11.2%
女性	合計	345	36.4	14	4.1%	70	20.3%	4	1.2%	58	16.8%	8	2.3%	141	40.9%	24	7.0%	4	1.2%	71	20.6%	42	12.2%
	H25	184	28.8	9	4.9%	43	23.4%	4	2.2%	32	17.4%	7	3.8%	73	39.7%	8	4.3%	4	2.2%	37	20.1%	24	13.0%
	40-64	161	51.9	5	3.1%	27	16.8%	0	0.0%	26	16.1%	1	0.6%	68	42.2%	16	9.9%	0	0.0%	34	21.1%	18	11.2%
	65-74	376	43.0	13	3.5%	69	18.4%	3	0.8%	53	14.1%	13	3.5%	118	31.4%	16	4.3%	7	1.9%	53	14.1%	42	11.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 16）

特定健診も特定保健指導も増加しているが、特定健診については毎年増加を繰り返してほぼ横ばいの推移となっているため、増加し続けていくような取組を行う必要がある。特定保健指導の増減については、保健指導に携わる専門職（保健師・看護師・管理栄養士）の増員や民間医療機関への委託に伴い実施率が増加したと考えられる。

項目	特定健診			特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	終了者数	受診率
H25年度	1,677	691	41.2	97	32	33.0
H26年度	1,622	726	44.8	94	51	54.3
H27年度	1,595	807	50.6	91	43	47.3

【図表 16】

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来医療費は減少しているが、入院費や歯科・調剤費は増加し、一人当たりの医療費が毎年増加傾向にあるため、医療費適正化に向けた取組を強化することが課題として見えてきた。さらに、介護保険の認定状況をみても認定率が高く、有病状況では介護認定者のうち脳血管疾患等の血管疾患が全体の約8割を占めていることがデータから読み取れた。

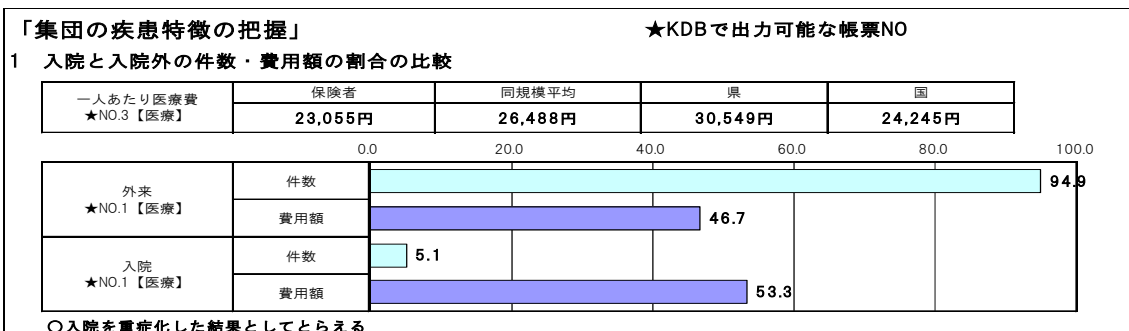
今後、重症化予防の視点として適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 17)

本町の入院件数は5.1%で、費用額全体の53.3%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。【図表 17】



(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 18)

月に200万円以上の医療費がかかっている疾患について、その他が挙げられる。また生活習慣病が起因しておこる疾病（脳血管疾患・虚血性心疾患）の治療者数も多い。これらの疾患については、予防可能な疾患であるため病気の早期発見にもつながる特定健診の受診率を上げ、特定保健指導で生活習慣の改善を図ることが重要である。

【図表 18】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他						
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	5人	0人	0人	1人	5人					
			0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	100.0%					
		件数	年代別	6件	0件	0件	1件	5件				
					0.0%	0.0%	16.7%	83.3%				
				40歳未満	0	--	0	--	0	0.0%	1	20.0%
				40代	0	--	0	--	0	0.0%	0	0.0%
				50代	0	--	0	--	0	0.0%	1	20.0%
		60代	0	--	0	--	0	0.0%	1	20.0%		
		70-74歳	0	--	0	--	1	100.0%	2	40.0%		
		費用額	1484万円	--	--	270万円	1213万円					
				18.2%	81.8%							

※最大医療費負担病名(主病)で計上
※疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	26人	15人	5人	0人
			57.7%	19.2%	0.0%	
		件数	232件	140件	29件	0件
			60.3%	12.5%	0.0%	
		費用額	8534万円	4433万円	1135万円	--
		51.9%	13.3%			

※精神疾患については最大医療費負担病名(主病)で計上
※脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5診療分	人数	6人	1人	4人	4人
					16.7%	66.7%	66.7%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	H28年度累計	件数	100件	28件	52件	63件	
				28.0%	52.0%	63.0%	
		費用額	4314万円	1104万円	2271万円	2712万円	
				25.6%	52.6%	62.9%	

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎疾患	859人	89人	88人	10人	
				10.4%	10.2%	1.2%	
			高血圧	79人	79人	10人	
				88.8%	89.8%	100.0%	
			糖尿病	28人	23人	10人	
				31.5%	26.1%	100.0%	
			脂質異常症	43人	49人	8人	
				48.3%	55.7%	80.0%	
			高血圧症	558人	199人	300人	80人
				65.0%	23.2%	34.9%	9.3%

○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 19)

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 94.5%であり、筋・骨格疾患の 92.9%を上回っていた。若年層の血管疾患による介護認定者の割合が高い傾向にあることから、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と考えられる。

【図表 19】

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		2,335人		771人		1,253人		2,024人												
	認定者数		14人		38人		406人		444人												
	認定率		0.60%		4.9%		32.4%		21.9%												
	新規認定者数（※1）		1人		8人		52人		60人												
	介護度別人数		要支援1・2		要介護1・2		要介護3～5														
		3		21.4%		12		31.6%		93		22.9%		105		23.6%		108		23.6%	
		5		35.7%		17		44.7%		139		34.2%		156		35.1%		161		35.2%	
		6		42.9%		9		23.7%		174		42.9%		183		41.2%		189		41.3%	

要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計						
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計						
	介護件数（全体）		14		38		406		444						
	再）国保・後期		9		33		393		426						
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数		疾病	件数	
					割合			割合			割合			割合	
		循環器疾患	1	脳卒中	7		脳卒中	18		脳卒中	242		脳卒中	260	
					77.8%		54.5%		61.6%		61.0%				
				2	腎不全	3		虚血性心疾患	10		虚血性心疾患	138		虚血性心疾患	148
			33.3%				30.3%		35.1%		34.7%				
			3	虚血性心疾患	2		腎不全	2		腎不全	34		腎不全	36	
					22.2%		6.1%		8.7%		8.5%				
		合併症	4	糖尿病合併症	2		糖尿病合併症	3		糖尿病合併症	25		糖尿病合併症	28	
					22.2%		9.1%		6.4%		6.6%				
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	7			27			348			375			382
77.8%				81.8%			88.5%			88.0%			87.8%		
血管疾患合計		7			29			375			404			411	
		77.8%			87.9%			95.4%			94.8%			94.5%	
認知症	0			4			110			114			114		
	0.0%			12.1%			28.0%			26.8%			26.2%		
筋・骨格疾患	7			29			368			397			404		
	77.8%			87.9%			93.6%			93.2%			92.9%		

※1

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

※2

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】

0

2,000

4,000

6,000

8,000

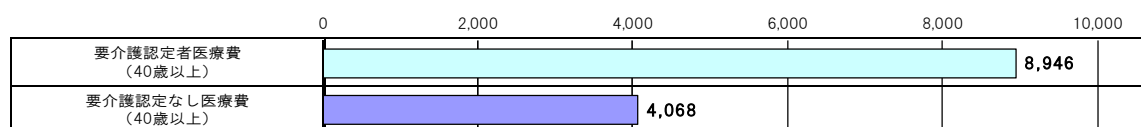
10,000

要介護認定者医療費 （40歳以上）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						</
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

※1) 新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
※2) 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 20・21)

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、糖尿病性腎症等の重症化が見込まれる。本町においては、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

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。

【図表 20】

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（概要）	
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	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	17,687	32.4	28,019	51.4	13,109	24.0	11,162	20.5	5,501	10.1	23,746	43.5	26,618	48.8	7,207	13.2	27,790	50.9	10,793	19.8	22,792	41.8	1,460	2.7	
保険者	合計	178	47.3	200	53.2	147	39.1	74	19.7	34	9.0	162	43.1	150	39.9	6	1.6	227	60.4	86	22.9	135	35.9	8	2.1
	40-64	79	44.9	87	49.4	70	39.8	42	23.9	15	8.5	65	36.9	64	36.4	4	2.3	96	54.5	47	26.7	67	38.1	2	1.1
	65-74	99	49.5	113	56.5	77	38.5	32	16.0	19	9.5	97	48.5	86	43.0	2	1.0	131	65.5	39	19.5	68	34.0	6	3.0
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	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	17,166	24.4	14,284	20.3	9,494	13.5	6,666	9.5	1,950	2.8	19,033	27.1	33,416	47.5	1,304	1.9	30,939	44.0	9,051	12.9	37,843	53.8	327	0.5	
保険者	合計	151	41.9	84	23.3	81	22.5	38	10.6	9	2.5	111	30.8	147	40.8	1	0.3	204	56.7	66	18.3	191	53.1	0	0.0
	40-64	75	44.4	38	22.5	38	22.5	28	16.6	4	2.4	43	25.4	59	34.9	0	0.0	83	49.1	34	20.1	92	54.4	0	0.0
	65-74	76	39.8	46	24.1	43	22.5	10	5.2	5	2.6	68	35.6	88	46.1	1	0.5	121	63.4	32	16.8	99	51.8	0	0.0
* 全国については、有所見割合のみ表示																									

【図表 21】

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（概要）					
男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保 険 者	合計	376	43.0	13	3.5%	69	18.4%	3	0.8%	53	14.1%	13	3.5%	118	31.4%	16	4.3%	7	1.9%	53	14.1%	42	11.2%
	40-64	176	34.4	6	3.4%	36	20.5%	2	1.1%	24	13.6%	10	5.7%	45	25.6%	5	2.8%	2	1.1%	20	11.4%	18	10.2%
	65-74	200	55.1	7	3.5%	33	16.5%	1	0.5%	29	14.5%	3	1.5%	73	36.5%	11	5.5%	5	2.5%	33	16.5%	24	12.0%
女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保 険 者	合計	360	53.7	6	1.7%	32	8.9%	1	0.3%	24	6.7%	7	1.9%	46	12.8%	7	1.9%	0	0.0%	24	6.7%	15	4.2%
	40-64	169	46.2	5	3.0%	16	9.5%	1	0.6%	10	5.9%	5	3.0%	17	10.1%	3	1.8%	0	0.0%	10	5.9%	4	2.4%
	65-74	191	62.6	1	0.5%	16	8.4%	0	0.0%	14	7.3%	2	1.0%	29	15.2%	4	2.1%	0	0.0%	14	7.3%	11	5.8%

3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 22）

継続受診者と新規受診者の糖尿病（HbA1c）・血圧・LDL コレステロール（悪玉コレステロール）値を治療別に比較してみると、糖尿病と高血圧症状のある治療中の方に新規受診者が多いことがわかる。また、治療中だがコントロールがあまり良好でないことも読み取れる。脂質異常症状のある方については、治療中でも治療無しでも差がないことから、意識改革を高めることから取り組んでいきたい。

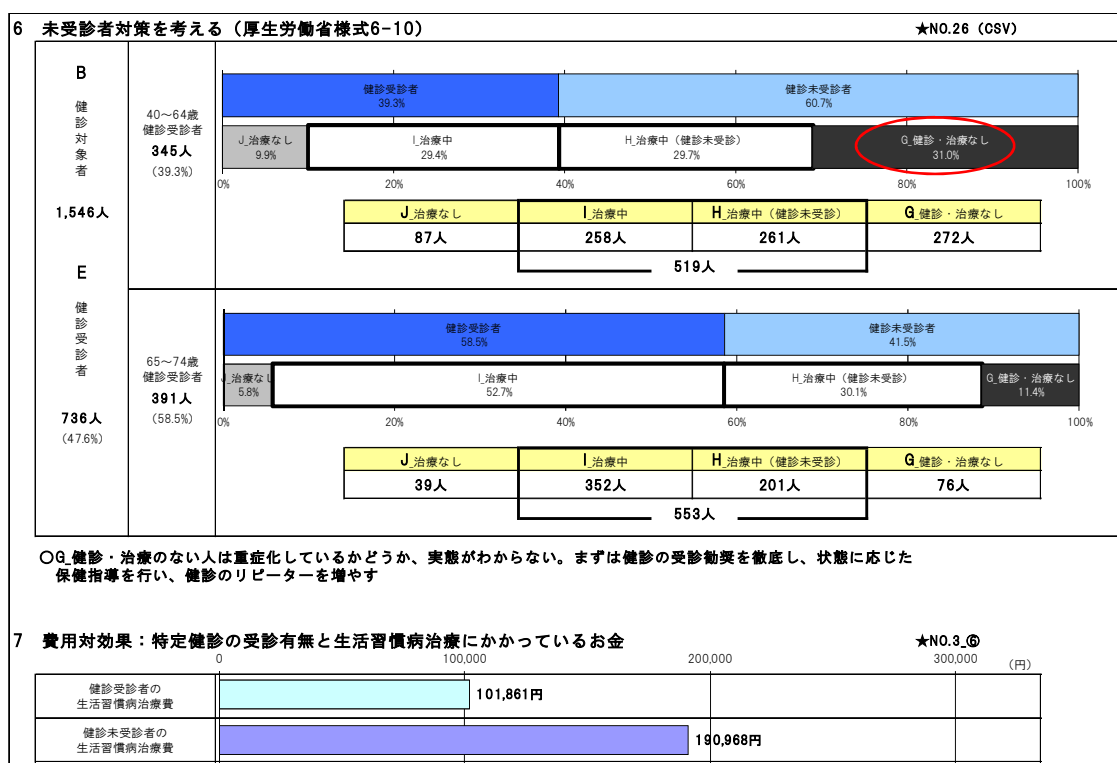
【図表 22】



4）未受診者の把握（図表 23）

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31.0%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医療費を比較すると、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 23】



生活習慣病は自覚症状が乏しいため、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。2023 年度には 2018 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ 1.7%、4.0%、0.5%減少させることを目標にする。また、3 年後の 2020 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しを行う。

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と考えると、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、本町の医療機関へのかかり方は、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 2023 年度に国並みと

することを指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム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 48】

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、医療受診が必要な方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方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. 計画策定の主旨

平成 20 年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下「法」という。)に基づき、生活習慣病の発症や重症化を予防するため、医療保険者にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務づけられました。

実施にあたっては、法第 19 条により特定健康診査等実施計画を策定し実施するものとされ、国において定める特定健康診査等基本指針に即し、平成 20 年 3 月に第 1 期計画(平成 20 年度～24 年度)、平成 25 年 4 月に第 2 期計画(平成 25 年度～29 年度)を策定してこれまで事業を実施してきました。

第 2 期計画期間が平成 29 年度で終了することに伴い、第 2 期計画の実施結果から見た課題等を整理し、特定健康診査・特定保健指導の実施内容や新たな目標の設定について、第 3 期(2018 年度～2023 年度)の計画として、法改正を踏まえて策定するものです。

2. 特定健康診査の基本的考え方

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に 75 歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて肥満症、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

このため、生活習慣を改善し、糖尿病等の生活習慣病を予防することにより通院患者を減らし、更には、重症化や合併症の発症を抑えることで、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

一方、糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。

特定健康診査は、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行うものです。

3. 特定保健指導の基本的考え方

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

4. 第3期知名町特定健康診査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1期及び第2期は5年を1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3期（2018年度以降）からは6年1期として策定し、本章を以って第3期知名町特定健康診査等実施計画とする。

5. 目標値の設定

【図表 24】

年 度	2018	2019	2020	2021	2022	2023
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

6. 対象者の見込み

【図表 25】

年 度		2018	2019	2020	2021	2022	2023
特定健診	対象者数	1,550人	1,550人	1,530人	1,530人	1,500人	1,500人
	受診者数	775人	806人	826人	857人	870人	900人
特定保健指導	対象者数	90人	90人	88人	88人	86人	86人
	受診者数	45人	47人	48人	49人	50人	52人

7. 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。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(鹿児島県厚生農業協同組合連合会)
- ② 個別健診(島内6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、知名町ホームページに掲載する。

(参照) URL : <http://www.town.china.lg.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（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換えられる。(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

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 26)

【 図表26 】

年間スケジュール

健診の案内方法	
特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌、防災無線放送での広報。 集団健診前日の巡回車による広報。 健康づくり推進員からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
健診実施スケジュール	
4 月	: 受診券送付
4 月～翌年 2 月	: 特定健診実施（個別）
5 月～翌年 9 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7 月	: 特定健診実施（集団）
8 月～翌年 3 月	: 未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
1 0 月	: 前年度の実績報告
1 1 月	: 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、印刷）

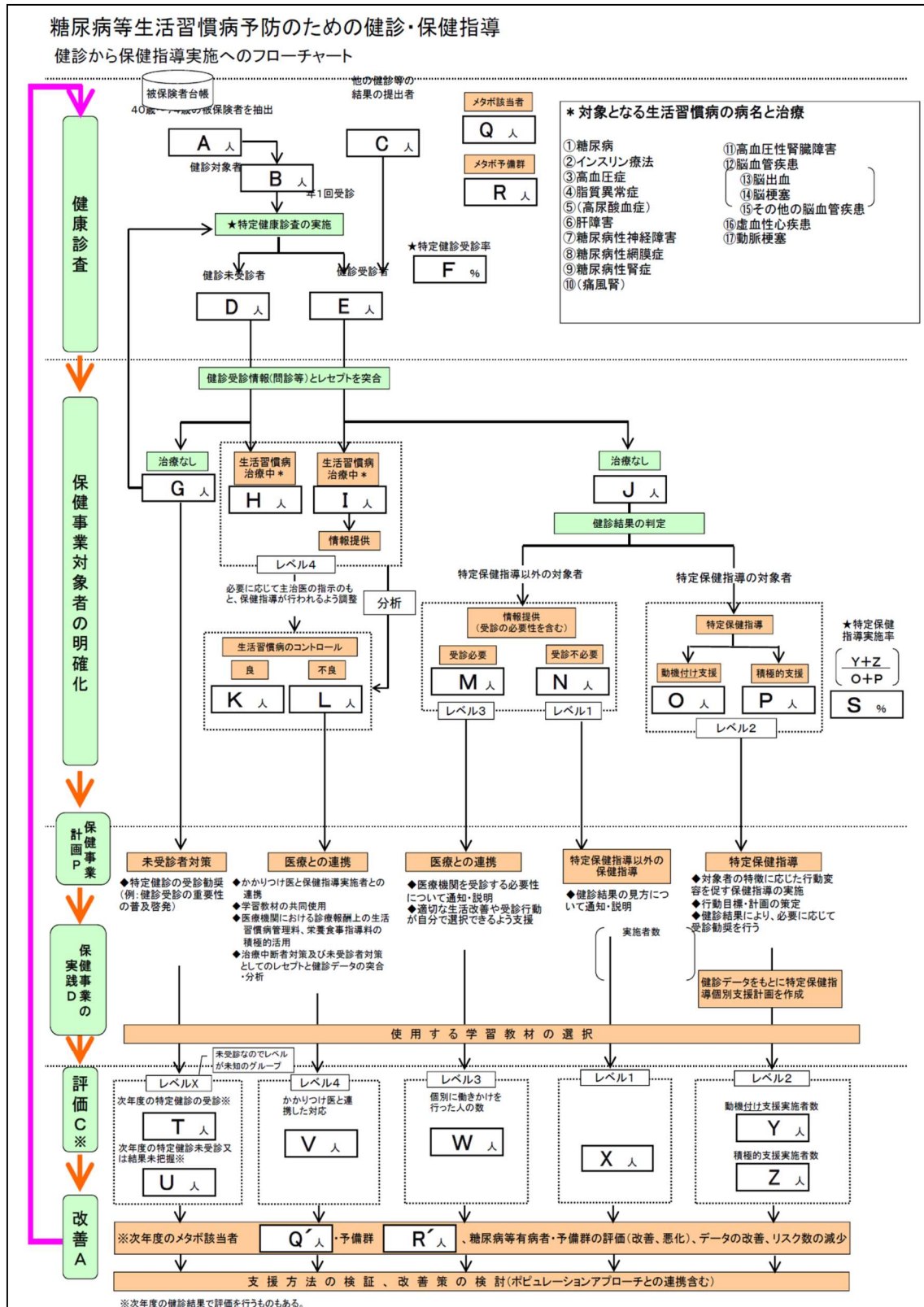
8. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施（動機付け支援・積極的支援）、民間医療機関への執行委託（動機付け支援・積極的支援）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 27)

【図表 27】



(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 28】

優先 順位	図表 27	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	90 人 (11.6)	50%
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	30 人 (3.9)	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(例：健診受 診の重要性の普及啓発、簡易健診の 実施による受診勧奨)	775 人 ※受診率目標 達成までにあ と 50 人	50%
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)	70 人 (9.0)	100%
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	310 人 (40.0)	100%

※(図表 27 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 29) ※表中は案になります。

[illegible]

9. 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知名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。

10. 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。

11. 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、知名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実施していく必要がある。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等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 30】

【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	P 計 画 ・ 準 備	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 受 診 勧 奨	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 保 健 指 導	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 評 価 報 告	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	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

ウ 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 31）

【図表 31】

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。

本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 32)

知名町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 49 人(41.2%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 196 人中のうち、特定健診受診者が 70 人(35.7%・G)であったが、17 人(24.3%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 126 人(64.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 46 人中 21 人は治療中断であることが分かった。また、25 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 32 より本町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・49 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・38 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】

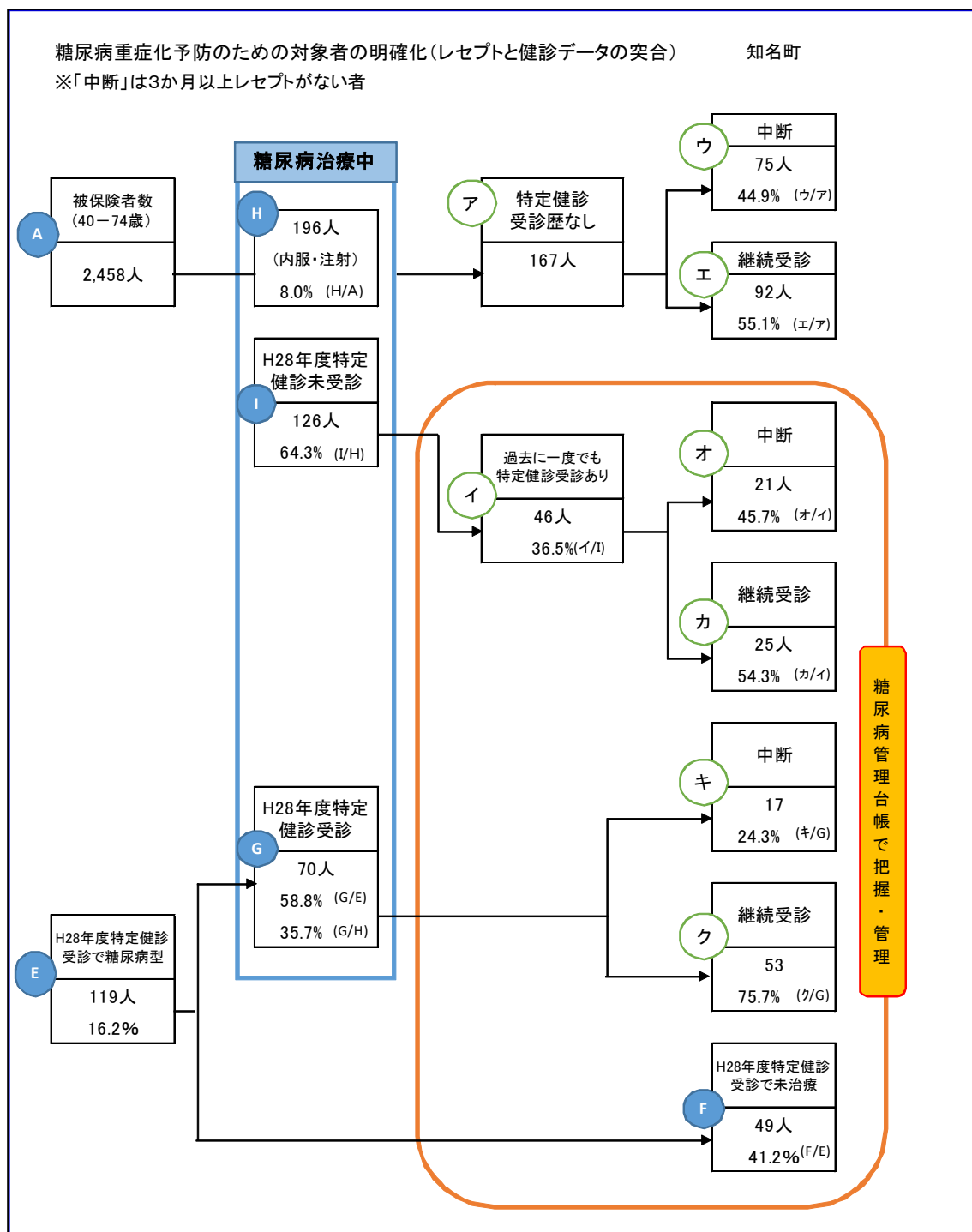
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・53 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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(カ)・・・25 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 32】



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表（参考資料 4）で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病管理台帳作成手順】

- ① 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

ア. HbA1c イ. 血圧 ウ. 体重 エ. eGFR オ. 尿蛋白

- ② 資格を確認する

- ③ レセプトを確認し情報を記載する

ア. 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

昨年とのデータと比較し、介入対象者数を試算する

- ⑤ 担当地区の対象者数の把握

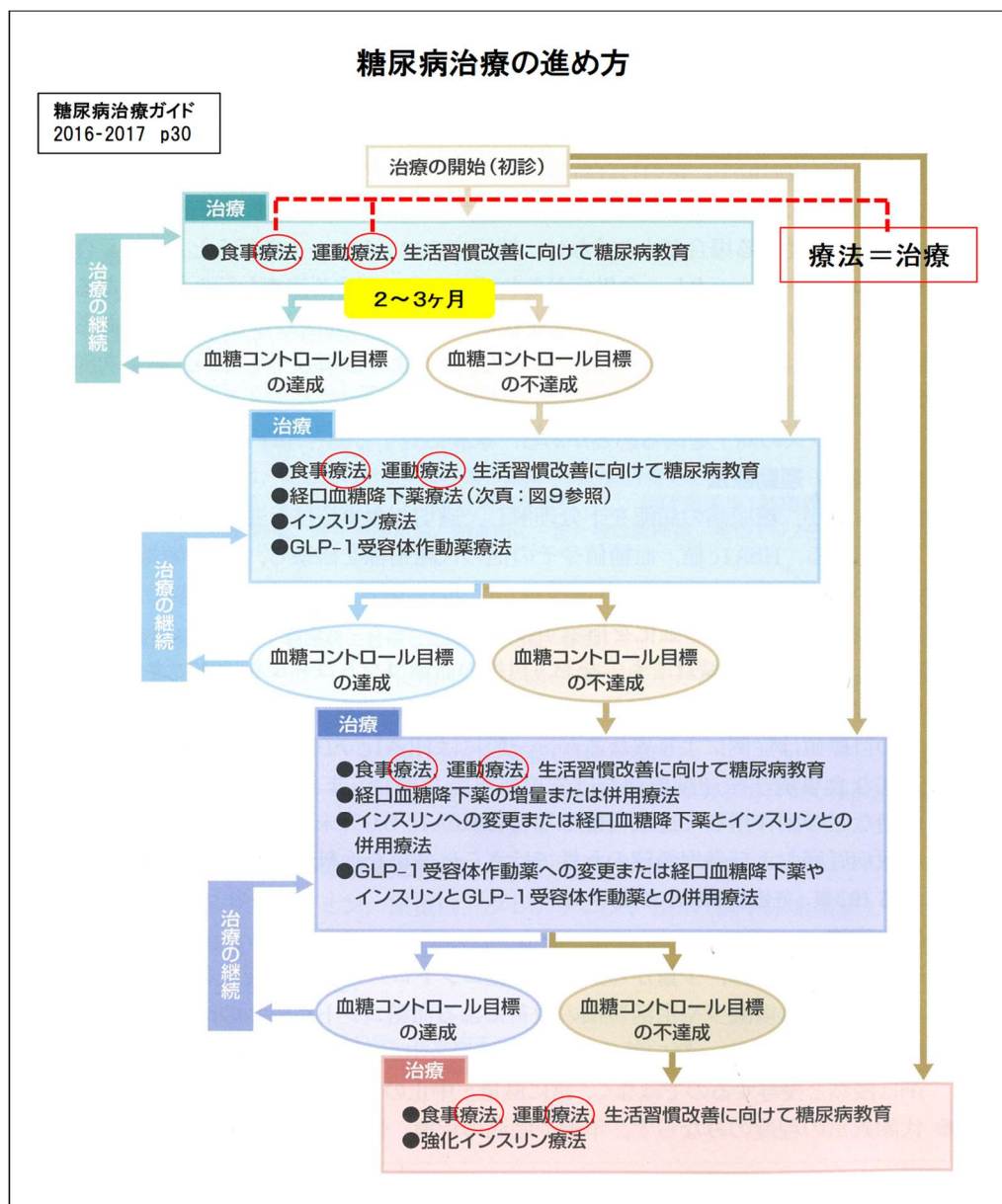
未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・ 87 人

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。知名町においては、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 33）

【図表 33】



(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) 医療機関未受診者及び治療中の方への対応について

糖尿病連携手帳や健康手帳を活用し、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（介護保険部局）との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 5）を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5 ml/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
- 9 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 10 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、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。知名町において健診受診者 736 人のうち心電図検査実施者は 598 人(81.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 26 人であった(図表 34)。ST 所見あり 26 人中のうち 15 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 8 人は未受診であった(図表 35)。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 26 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。知名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34】

	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	736	100	598	81.3	26	4.3	194	32.4	378	63.2

【図表35】

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)(%)
26	100	15	57.7	7	46.7	8	53.3

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 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36】

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	
		736	26	194	378	138
			3.5	26.4	51.4	18.8
メタボ該当者		164 22.3%	8 4.9%	47 28.7%	65 39.6%	4.4 26.8%
メタボ予備群		100 13.6%	2 2.0%	22 22.0%	53 53.0%	23 23.0%
メタボなし		472 64.1%	16 3.4%	125 26.5%	260 55.1%	71 15.0%
LDL	140—159	63 8.6%	8 12.7%	15 23.8%	32 50.8%	8 12.7%
	160—179	24 3.3%	0 0.0%	7 29.2%	16 66.7%	1 4.2%
	180—	14 1.9%	0 0.0%	2 14.3%	7 50.0%	5 35.7%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1～	97 13.2%	6 6.2%	31 32.0%	50 51.5%	10 10.3%
-----	--------	-------------	-----------	-------------	-------------	-------------

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 37 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 37】

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（介護保険部局）との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

9 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

10 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）

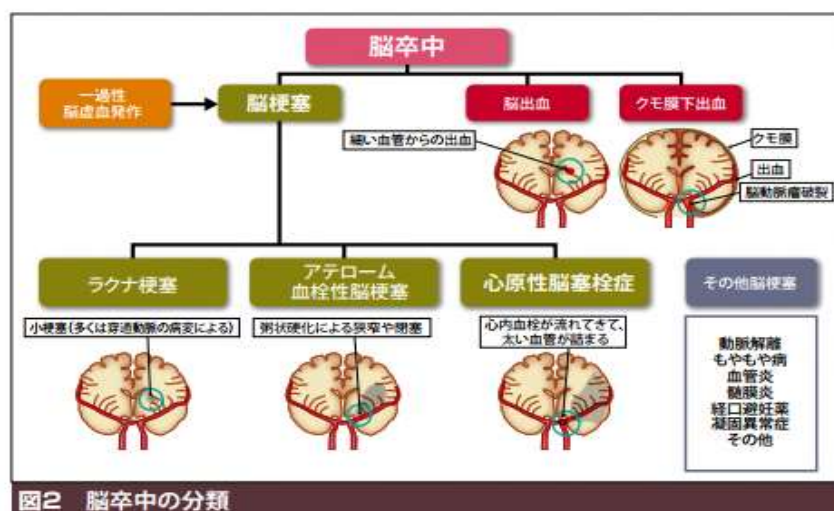
3. 脳血管疾患重症化予防

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 38、39)

【脳卒中の分類】

【図表 38】



(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 39】

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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 40】

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 ト 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		47人 6.4%	65人 8.8%	29人 3.9%	0人 0.0%	164人 22.3%	27人 3.7%	18人 2.4%
治療なし		20人 4.8%	36人 5.7%	24人 4.0%	0人 0.0%	30人 9.0%	5人 1.5%	4人 1.3%
治療あり		9人 19.1%	9人 13.8%	7人 24.1%	0人 --	30人 18.3%	3人 11.1%	3人 16.7%
臓器障害あり		7人 8.4%	20人 42.0%	11人 3.6%	0人 0.0%	16人 33.3%	5人 5.5%	4人 4.3%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	1人	7人	3人	0人	4人	0人	0人
	尿蛋白(2+)以上	1人	5人	1人	0人	3人	0人	0人
	尿蛋白(+) and尿潜血(+)	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人	2人	1人	0人	1人	0人	0人
	心電図所見あり	7人	15人	8人	0人	14人	0人	0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47人(6.4%)であり、20人は未治療者であった。また未治療者のうち7人(8.4%)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9人(19.1%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 41)

【図表 41】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

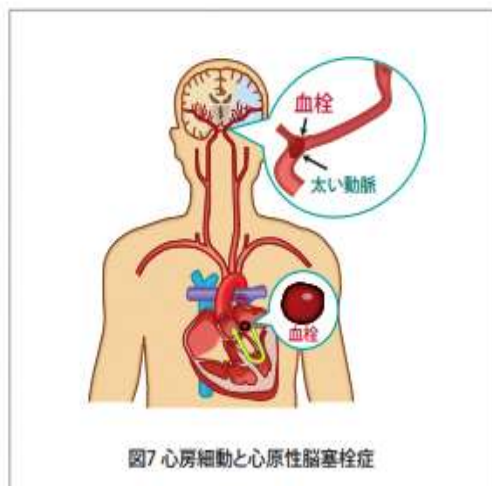
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	415	110	110	99	76	19	1	2	44	50
		26.5%	26.5%	23.9%	18.3%	4.6%	0.2%	0.5%	10.6%	12.0%
リスク第1層	48	20	17	8	2	1	0	2	1	0
		11.6%	18.2%	15.5%	2.6%	5.3%	0.0%	100%	2.3%	0.0%
リスク第2層	209	58	56	42	43	10	0	--	43	10
		50.4%	52.7%	50.9%	56.6%	52.6%	0.0%	--	97.7%	20.0%
リスク第3層	158	32	37	49	31	8	1	--	--	40
		38.1%	29.1%	33.6%	40.8%	42.1%	100.0%	--	--	80.0%
再掲 重複あり	糖尿病	54	4	15	6	3	0			
		34.2%	12.5%	40.5%	19.4%	37.5%	0.0%			
	慢性腎臓病 (CKD)	77	20	18	16	4	0			
		48.7%	62.5%	48.6%	51.6%	50.0%	0.0%			
3個以上の危険因子	78	13	19	24	14	7	1			
		49.4%	40.6%	51.4%	45.2%	87.5%	100.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 41 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、比較的大い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 42 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表42】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査 *	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	310	288	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	24	25	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	59	47	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	166	154	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	61	62	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表43】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	0	0	0.0	0	0.0

心電図検査において心房細動の所見がある人はいなかった。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（内臓中膜複合体厚）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（介護保険部局）との連携

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

６）評価

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

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

（１）短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

9 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

10 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实態と社会環境等について広く町民へ周知していく。（図表 44・45）

【図表 44】

知名町の 社会保障の安定化のために

知名町	人口	6,743人
高齢化率		30.0%
被保険者数		2,400人

平成28年度保険者努力支援制度	216点	／345点
全国順位	607位	／1741市町村
県内順位	24位	／43市町村

社会保障費(H28年度)

KDBより

医療費 6.7 億円

糖尿病	3	千円	5.1
高血圧	3	千円	4.7
慢性腎臓病(透析)	4	千円	5.3
がん	9	千円	13.0
精神	7	千円	11.2

介護費 6.8 億円

認定者の有病状況	脳疾患	61.4%
	心臓病	34.5%
	糖尿病	35.4%
再掲)2号認定者の有病状況	脳疾患	77.8%
	心臓病	33.3%
	糖尿病	66.7%

生活保護費 1.8 億円

生活保護率	22.5%
医療扶助	1.0億円
人工透析者数	0人

平均寿命 (22年)

男性	78.8歳	全国平均	79.6歳
女性	86.2歳	全国平均	86.4歳

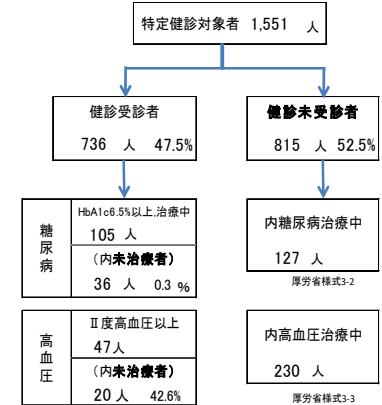
65歳未満死亡 (27年)

65歳未満人口に占める65歳未満死亡割合(千人対)			
男性	4.68	全国平均	2.05
女性	1.97	全国平均	1.04

平成29・30年度の評価指標		H30配点	H28年度前倒し	
		満点	満点	知名町
		850点	345点	216点
共通①	特定健診受診率	50	20	10
	特定保健指導実施率	50	20	15
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	5
共通②	個人への分かりやすい情報提供	25	20	20
	重症化予防の取り組み	100		
共通③	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携			
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)	40	40
	・専門職の取り組み、事業計画			
	・全員に文書交付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)		
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	(25)		
共通④	個人のインセンティブ提供	70		
	・個人のポイント付与等取組、効果検証	(55)	20	0
	・商工部局、商店街等との連携	(15)		
共通⑤	がん検診受診率	30	10	10
	歯周疾患(病)検診実施状況	25	10	10
固有②	データヘルス計画の取り組み	40	10	10
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)		
	・第2期策定に当たり、現状の定量評価			
	関係部署、県、医師会等と連携	(35)		
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	5

1市町村指標の都道府県単位評価 (200点)	
特定健診・保健指導実施率、糖尿病重症化予防取組	100
都道府県の指標	
3都道府県の取組状況の評価 (150点)	
糖尿病重症化予防の取組、法定外介入等の削減	60
2都道府県の医療水準に関する評価(150点)	
医療の年齢調整後一人当たり医療費	今後

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、
【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定
(H30年度～)



第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

- 医療機関との適切な連携における優先順位
 - かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
 - 保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。
- 診療における検査データを活用する要件
 - 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
 - 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。
- 基本的な手順の流れ
 - 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

【図表 45】

鹿児島県の健診結果と生活を科学的に解明する

1・からだの実態

①健診データ

(様式6-2～6-7健診有所見者状況平成26年度)

腹囲	6位
BMI	7位
中性脂肪	15位
収縮期血圧	3位
空腹時血糖	1位
126以上	1位
HbA1c8.4以上	5位

②患者調査の実態入院・入院外 (平成26年)

	入院外	入院
糖尿病	6位	2位
高血圧	1位	3位
腎不全	11位	7位

③新規透析導入者の状況 (平成27年)

慢性透析患者	4位
新規透析導入患者	7位

2・食の実態

国民健康・栄養調査

脂質エネルギー比率

H14	16位	26.9%
-----	-----	-------

食塩摂取量(H28年度)

男性	7位	11.3g
女性	15位	9.3g

野菜摂取量(H28年度)

男性	29位	279g
女性	35位	254g

純アルコール量

	11位	27.4g
--	-----	-------

食品ランキング

さつま揚げ	1位
弁当	9位
食用油	10位

しょう油	12位
ドレッシング	6位

まんじゅう	2位
乳酸菌飲料	1位
さつまいも・かぼちゃ・じゃがいも・さといも	上位

生鮮野菜	26位170g
果物	48位

焼酎	2位
----	----

家計調査 (食品ランキング2014～2016平均)

第5章 地域包括ケアに係る取組

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

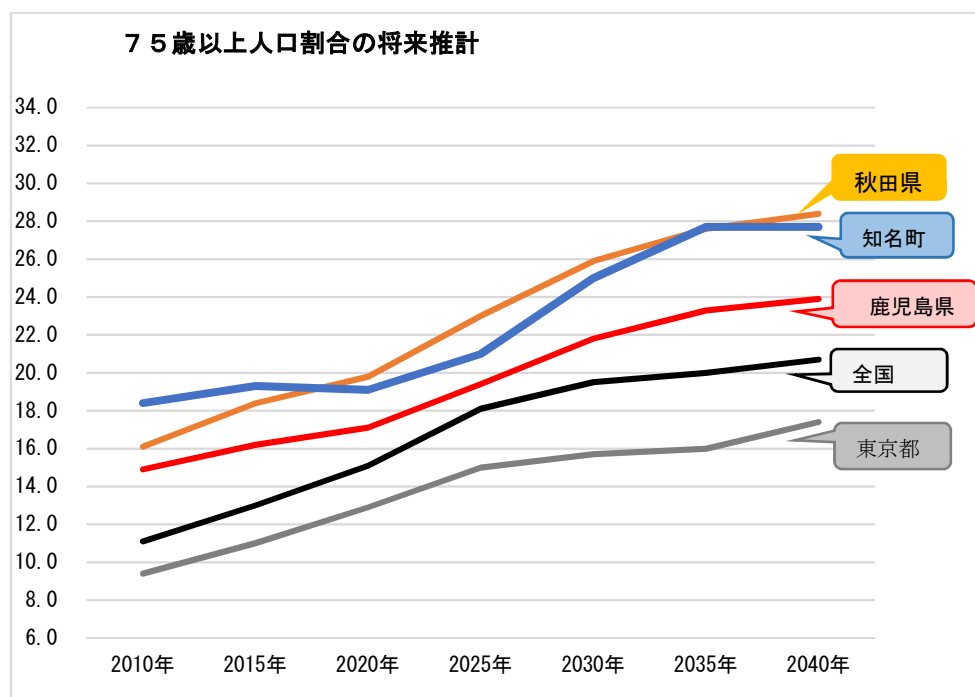
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。

要介護状態により地域で暮らせなくなる方を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75 歳以上割合が 2040 年 23.9%となり、4 人に 1 人が後期高齢者になる。75 歳以上人口の将来推計は、2010 年の人口を 100 としたときの指数で 2040 年が 124 と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。本町においては、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。(4,946 名のうち 1,370 名)(図表 46)

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 46】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 47】

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2020年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の2023年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※ 評価における4つの指標（参考資料10・11）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

3. 目標管理一覧

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

データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表 48】

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
等計画	特定健診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	47.5%	49.0%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
			特定保健指導実施率60%以上	51.1%	51.5%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%			
			特定保健指導対象者の減少率25%	16.4%	18.0%	19.5%	21.0%	22.5%	24.0%	24.5%	25.0%			
データヘルス計画	中長期	高血圧症者の割合が約40%で県内、同規模と比較して高い。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が増加している。	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	入院医療費の伸び率を国並みの〇%とする	-			2.0%			2.0%	KDBシステム		
			必要な医療勘奨を行い入院外医療費を伸ばす〇%	-			3.0%				3.0%			
			脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合〇%減少	1.9%			1.8%					1.7%	
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合〇%減少	4.2%			4.1%					4.0%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の%減少	0.6%			0.6%					0.5%	
			脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の高血圧の割合減少〇%(160/100以上)	0.1%	0.7%	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%		0.1%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少〇%(LDL160以上)	8.4%	9.0%	8.8%	8.6%	8.4%	8.2%	8.0%		8.0%	
				健診受診者の糖尿病有病者の割合減少〇%(HbA1c6.5以上)	9.8%	16.0%	15.0%	14.0%	13.0%	12.0%	11.0%		10.0%	
				メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	13.7%	13.5%	13.3%	13.1%	12.9%	12.7%	12.5%		12.3%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合〇%	-	9.0%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%		15.0%	
保険者努力支援制度	短期	がんによる死亡率が約40%で県内、同規模と比較して高い。	がん検診受診率 胃がん検診 〇%以上	20.8%	21.0%	21.2%	21.4%	21.6%	21.8%	22.0%	22.2%	地域保健事業報告		
			肺がん検診 〇%以上	29.6%	29.8%	30.0%	30.2%	30.4%	30.6%	30.8%	31.0%			
			大腸がん検診 〇%以上	17.7%	17.9%	18.1%	18.3%	18.5%	18.7%	18.9%	19.1%			
			子宮頸がん検診 〇%以上	41.0%	41.2%	41.4%	41.6%	41.8%	42.0%	42.2%	42.4%			
			乳がん検診 〇%以上	44.5%	44.7%	44.9%	45.1%	45.3%	45.5%	45.7%	45.9%			
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合〇%以上	0.0%	0.0%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%	60.0%	知名町保健福祉課		
			数量シェアH28年度〇%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合〇%以上	85.0%	87.0%	89.0%	91.0%	93.0%	95.0%	95.0%	95.0%	厚生労働省公表結果

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

※H28にH31のデータで中間評価を行う。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

知名町における個人情報の取り扱いにおいては、知名町個人情報保護条例（平成17年4月1日知名町条例第10号）をはじめとし、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知名町の位置
- 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

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた知名町の位置

知名町

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		6,806		6,213		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）	2,025	29.8	1,971	31.7	575,561	31.7	449,078	26.6	29,020,766	23.2			
			75歳以上	1,254	18.4	1,177	18.9			251,927	14.9	13,989,864	11.2			
			65～74歳	771	11.3	794	12.8			197,151	11.7	15,030,902	12.0			
			40～64歳	2,360	34.7	2,123	34.2			572,168	33.8	42,411,922	34.0			
	39歳以下	2,421	35.6	2,119	34.1			669,795	39.6	53,420,287	42.8					
	②	産業構成	第1次産業		30.0		27.0		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		13.8		13.5		25.5		19.6		25.2			
			第3次産業		56.3		59.5		56.1		70.0		70.6			
	③	平均寿命	男性		78.8		(78.8)		79.4		79.2		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握 国勢調査(H22・H27)		
女性				86.2		(86.2)		86.4		86.3		86.4				
④	健康寿命	男性		64.8		(64.8)		65.2		64.8		65.2				
		女性		66.5		(66.5)		66.7		66.6		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	男性	105.3		109.2	↑	104.8		102.1		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性	105.3	↓	96.9		100.8		99.4		100			
			死因	がん	19	40.4	22	41.5	↑	6,817	45.1	5,546	46.2		367,905	49.6
			心臓病	9	19.1	9	17.0	↓	4,392	29.1	3,146	26.2	196,768		26.5	
			脳疾患	13	27.7	10	18.9	↓	2,661	17.6	2,166	18.0	114,122		15.4	
			糖尿病	1	2.1	2	3.8	↑	274	1.8	233	1.9	13,658		1.8	
			腎不全	3	6.4	7	13.2	↑	548	3.6	560	4.7	24,763		3.3	
			自殺	2	4.3	3	5.7	↑	409	2.7	355	3.0	24,294		3.3	
			合計	17	15.0	15	15.0									
			②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性	6	10.3	11	21.6							
	女性	11	20.0	4	8.2											
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	433	21.1	444	22.1	↑	114,751	20.1	99,733	22.2	5,885,270	21.2		
			新規認定者	14	0.3	7	0.4	↑	1,910	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3		
			2号認定者	13	0.6	14	0.7	↑	2,325	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4		
	②	有病状況	糖尿病	67	14.2	90	19.1	↑	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	278	60.9	283	60.7	↓	64,783	54.6	60,158	58.7	3,101,200	50.9		
			脂質異常症	86	18.9	98	19.7	↑	31,854	26.7	29,779	28.9	1,741,866	28.4		
			心臓病	303	66.9	323	68.3	↑	73,398	61.9	69,010	67.5	3,529,682	58.0		
			脳疾患	159	38.1	185	40.2	↑	33,188	28.2	35,809	35.2	1,538,683	25.5		
			がん	36	6.6	40	8.6	↑	11,653	9.7	11,405	11.1	631,950	10.3		
			筋・骨格	224	52.9	293	63.2	↑	63,731	53.7	61,746	60.5	3,067,196	50.3		
精神			133	32.4	163	35.1	↑	44,036	37.1	41,682	40.5	2,154,214	35.2			
再掲/認知症	57	14.1	72	15.9	↑	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	340,010	688,180,317	336,159	680,384,846	↓	313,982	179,202,877,382	331,923	149,059,341,886	310,082	852,080,374,323			
		1件当たり給付費（全体）		82,973		72,497		70,589		65,532		58,284				
		居宅サービス		58,888		52,696		40,981		43,003		39,662				
		施設サービス		288,239		275,517		275,251		284,004		281,186				
④	医療費等	要介護認定別	認定あり	12,799		8,946		8,457		8,789		7,980				
		医療費（40歳以上）	認定なし	3,947		4,068	↑	4,122		4,245		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数		2,678		2,400		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	608	22.7	703	29.3	↑			170,126	40.1	12,462,053		38.2	
			40～64歳	1,178	44.0	952	39.7				147,782	34.9	10,946,693		33.6	
			39歳以下	892	33.3	745	31.0				105,847	25.0	9,178,477		28.2	
			加入率		39.7		35.6		27.7		25.1		26.9			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.4	1	0.4	144	0.3	256	0.6	8,255	0.3			
			診療所数	4	1.5	4	1.7	1,108	2.2	1,406	3.3	96,727	3.0			
			病床数	132	49.3	132	55.0	15,468	31.4	34,275	80.9	1,524,378	46.8			
			医師数	7	2.6	6	2.5	1,575	3.2	4,300	10.1	299,792	9.2			
			外来患者数		519.2		549.5		660.2		710.0		668.1			
③	医療費の 状況	入院患者数		28.0		29.5	↑	22.7		29.9		18.2	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			
		一人当たり医療費	21,325	県内38位 同規模199位	23,055	県内40位 同規模199位	26,488		30,549		24,245					
		受診率		547,225		579,036		682,952		739,897		686,286				
		外 費用の割合		46.2		46.7	↑	56.6		52.2		60.1				
		来 件数の割合		94.9		94.9		96.7		96.0		97.4				
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 （調剤含む）	入院 費用の割合		53.8		53.3		43.4		47.8		39.9	KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題			
		院 件数の割合		5.1		5.1		3.3		4.0		2.6				
		1件あたり在院日数		17.0日		16.6日		16.3日		18.7日		15.6日				
		がん		71,213,660	18.3	87,421,390	24.7	24.1		20.7		25.6				
		慢性腎不全（透析あり）		60,098,360	15.4	35,844,800	9.9	9.1		12.6		9.7				
⑤	最大医療費資源病 名（調剤含む）	糖尿病		33,923,490	8.7	34,420,890	9.5	10.2		8.3		9.7	KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題			
		高血圧症		46,154,450	11.8	31,303,710	8.6	9.2		7.2		8.6				
		脂質異常症		14,729,080	3.8	11,079,360	3.1	5.0		3.6		5.3				
		脳梗塞・脳出血		13,926,740	3.6	12,051,540	3.4	4.1		4.7		4.0				
		狭心症・心筋梗塞		15,402,220	3.9	12,127,410	3.3	3.5		3.2		3.7				
		精神		78,531,410	20.2	74,986,710	20.7	17.5		23.4		16.9				
		筋・骨格		50,737,870	13.0	57,594,540	15.9	16.1		15.1		15.2				

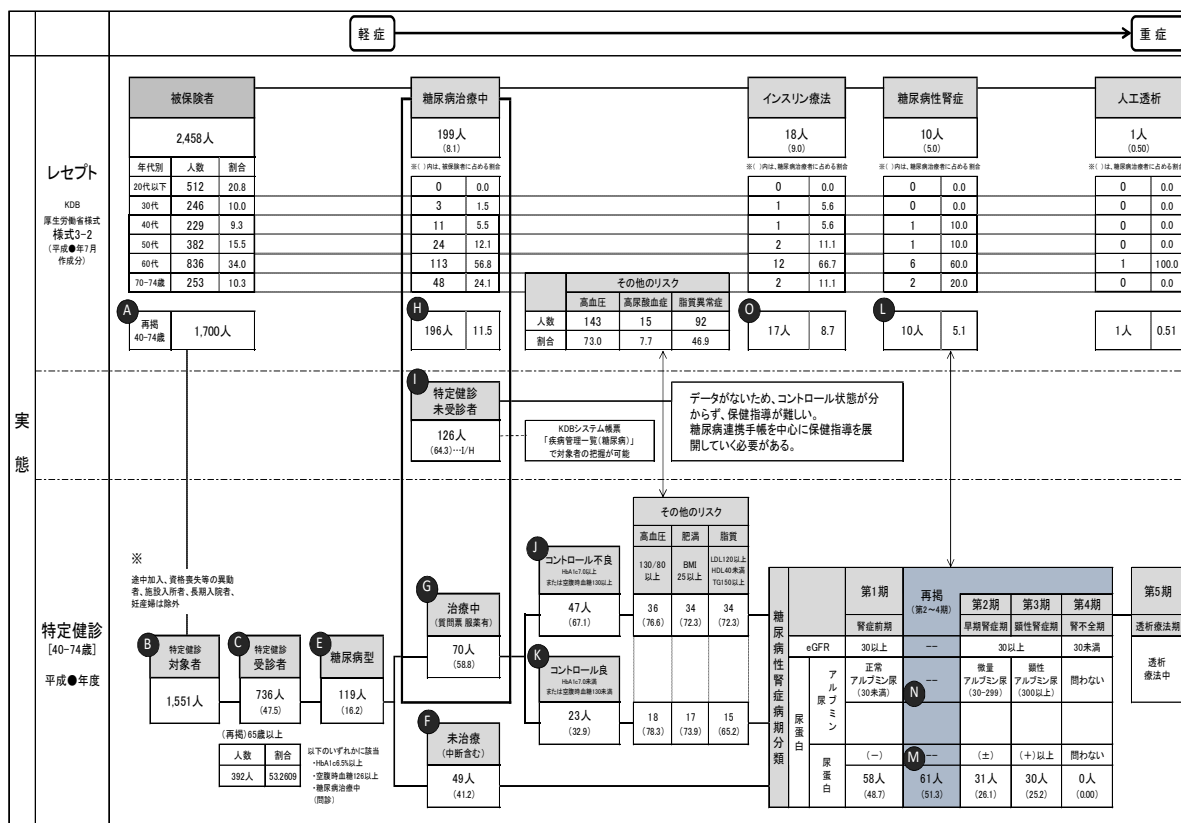
*（ ）については、国勢調査 2015 の結果が公表されていないため、国勢調査 2010 の数値となる

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 右/レセプト 件数	糖尿病	503,811	138	520,576	↑	137					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	452,733	275	440,053		307									
				脂質異常症	414,291	138	441,483	↑	152	↑								
				脳血管疾患	459,441	87	435,415		119	↑								
				心疾患	551,396	56	336,218		58	↑								
				腎不全	647,887	66	504,361		53									
				精神	324,867	360	345,724	↑	336									
				悪性新生物	665,022	161	593,810		137									
				糖尿病	26,694	2,613	25,856		2,682	↑								
				高血圧	23,365	7,329	23,534	↑	6,967									
				脂質異常症	22,724	3,538	21,630		3,830	↑								
				脳血管疾患	27,442	919	36,228	↑	975	↑								
				心疾患	38,453	1,079	41,393	↑	1,094	↑								
				腎不全	178,468	257	154,283		272	↑								
				精神	19,661	2,189	25,890	↑	1,971									
				悪性新生物	46,886	777	66,801	↑	914									
	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	45,396		101,861		↑	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	166,477		190,968		↑	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		455	65.8	440	59.8	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		421	60.9	414	56.3	79,315	51.9	64,096	51.3	4,069,618	51.5					
		医療機関非受診率		34	4.9	26	3.5	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	該当・予 備群レ ベル	健診受診者	691		736		↑	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	40.3	県内33位 同規模122位	47.6	↑	県内20位 同規模78位	43.7		43.1	全国8位	36.4				
				初回	143	20.7	58	7.9	18,058	11.8	16,672	13.4	1,237,550	15.7				
				特定保健指導終了者(実施率)	30	29.7	45	50.0	↑	8036	41.1	13,520	33.4	511,511	50.0			
				非肥満高血糖	43	6.2	68	9.2	↑	15,303	10.0	11,552	9.3	737,886	9.3			
				メタボ	該当者	190	27.5	164	22.3	27,745	18.2	23,163	18.6	1,365,855	17.3			
					男性	141	40.9	118	↓	31.4	19,338	27.2	15,563	28.5	940,335		27.5	
					女性	49	14.2	46	↓	12.8	8,407	10.3	7,600	10.8	425,520		9.5	
					予備群	111	16.1	101	↓	13.7	17,604	11.5	14,588	11.7	847,733		10.7	
				メタボ	男性	70	20.3	69	↓	18.4	12,301	17.3	9,606	17.6	588,308		17.2	
					女性	41	11.8	32	↓	8.9	5,303	6.5	4,982	7.1	259,425		5.8	
					BMI	総数	324	46.9	284	↓	38.6	51,074	33.4	42,303	33.9		2,490,581	31.5
						男性	225	65.2	200	↓	53.2	35,501	50.0	28,019	51.4		1,714,251	50.2
				女性		99	28.6	84	↓	23.3	15,573	19.1	14,284	20.3	776,330		17.3	
				総数		49	7.1	83	↑	11.3	9,243	6.1	6,625	5.3	372,685		4.7	
				BMI	男性	4	1.2	16	↑	4.3	1,548	2.2	1,020	1.9	59,615		1.7	
					女性	45	13.0	67	↑	18.6	7,695	9.4	5,605	8.0	313,070		7.0	
					血糖のみ	5	0.7	4	↓	0.5	1,199	0.8	937	0.8	52,296		0.7	
					血圧のみ	89	12.9	77	↓	10.5	12,440	8.1	10,832	8.7	587,214		7.4	
				脂質のみ	17	2.5	20	↑	2.7	3,965	2.6	2,819	2.3	208,214	2.6			
血糖・血圧	32	4.6	23	↓	3.1	4,996	3.3	4,388	3.5	212,002	2.7							
血糖・脂質	8	1.2	7	↓	1.0	1,510	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9							
血圧・脂質	97	14.0	77	↓	10.5	12,772	8.4	10,659	8.5	663,512	8.4							
血糖・血圧・脂質	53	7.7	57	↑	7.7	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 ⑭	生活習慣の 状況	服薬 既往 歴	高血圧	310	44.9	↑ 322	↓ 43.8	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	58	8.4	↑ 73	9.9	↑ 12,934	8.5	12,088	9.7	589,711	7.5				
				脂質異常症	134	19.4	↑ 140	↓ 19.0	34,459	22.6	28,308	22.7	1,861,221	23.6				
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	19	2.7	22	↑ 3.0	↑ 4,709	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3				
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	33	4.8	43	↑ 5.9	↑ 8,283	5.7	9,034	7.4	417,378	5.5				
				腎不全	5	0.7	6	↑ 0.8	↑ 1,808	1.2	959	0.8	39,184	0.5				
				貧血	38	5.5	41	↑ 5.6	↑ 12,100	8.4	10,539	8.6	761,573	10.2				
				喫煙	104	15.1	128	↑ 17.4	↑ 23,837	15.6	14,067	11.3	1,122,649	14.2				
				週3回以上朝食を抜く	81	11.7	92	↑ 12.5	↑ 10,687	7.7	9,919	8.1	585,344	8.7				
				週3回以上食後間食	80	11.6	116	↑ 15.8	↑ 18,294	13.1	13,431	11.0	803,966	11.9				
				週3回以上就寝前夕食	199	28.8	230	↑ 31.3	↑ 22,957	16.4	21,086	17.3	1,054,516	15.5				
				食べる速度が速い	177	25.6	194	↑ 26.4	↑ 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	310	44.9	332	↑ 45.2	↑ 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	427	61.8	419	↓ 56.9	92,124	65.7	67,654	55.3	4,026,105	58.8				
				1日1時間以上運動なし	377	54.6	402	↑ 54.6	67,794	48.5	54,729	44.8	3,209,187	47.0				
				睡眠不足	157	22.7	187	↑ 25.6	↑ 32,751	23.6	26,766	22.0	1,698,104	25.1				
				毎日飲酒	225	32.6	262	↑ 35.6	↑ 37,751	26.0	31,047	25.3	1,886,293	25.6				
				時々飲酒	184	26.6	191	↑ 26.0	31,060	21.4	26,092	21.3	1,628,466	22.1				
⑭	一日飲酒量	1合未満	221	48.7	194	↓ 40.4	57,553	59.5	45,862	62.9	3,333,836	64.0						
		1～2合	150	33.0	173	↑ 36.0	↑ 25,692	26.5	20,515	28.1	1,245,341	23.9						
		2～3合	58	12.8	88	↑ 18.3	↑ 10,133	10.5	5,557	7.6	486,491	9.3						
		3合以上	25	5.5	25	↑ 5.2	3,402	3.5	1,012	1.4	142,733	2.7						

【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

都道府県名	鹿児島県	市町村名	知名町	同規模区分	9
-------	------	------	-----	-------	---



【参考資料3】

糖尿病管理台帳（永年）

[illegible]

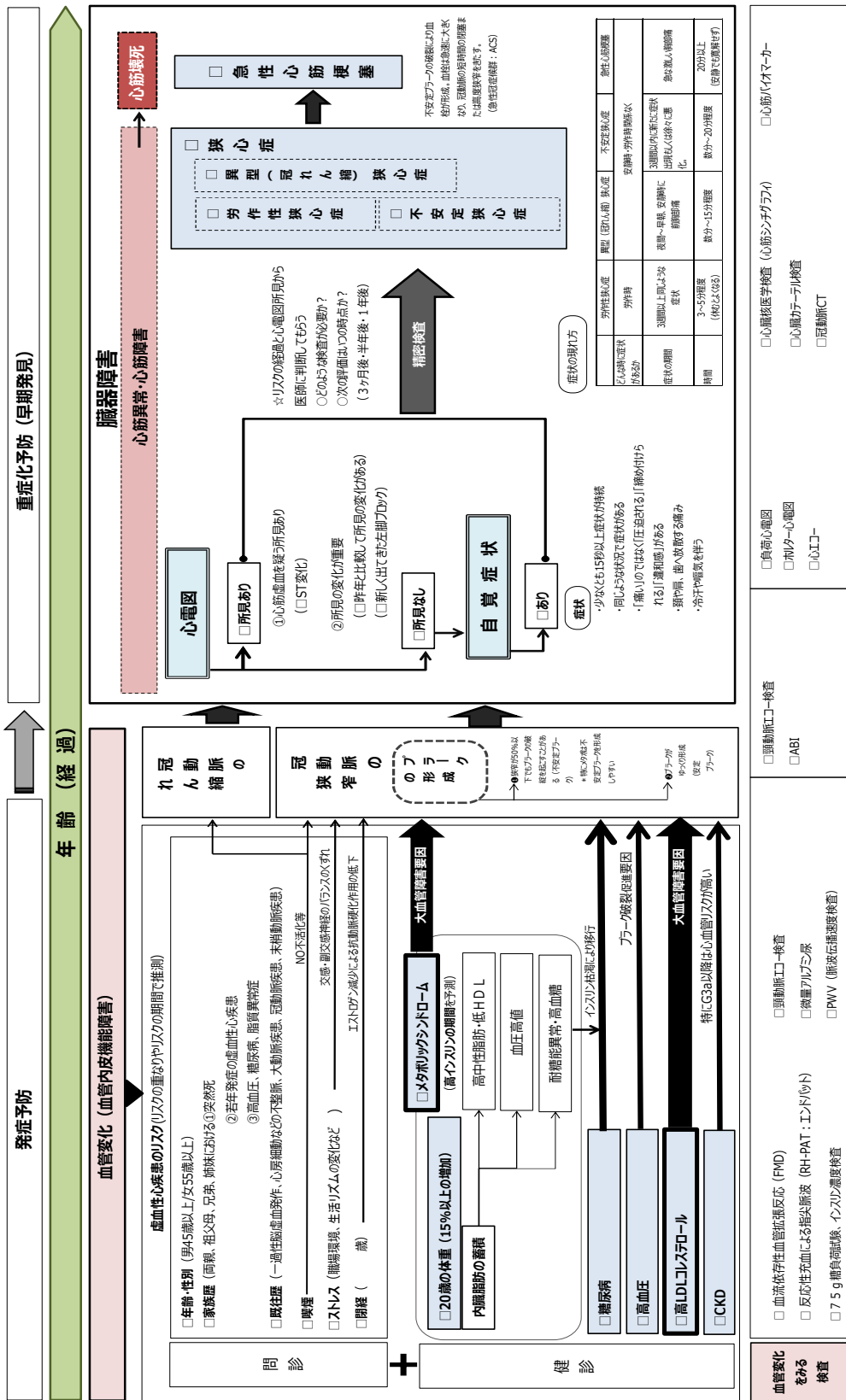
【参考資料4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:									
結果把握	対象者把握		地区担当が実施すること										
	糖尿病管理台帳の全数(㊸+㊹) ()人 ㊸健診未受診者 ()人 結果把握(内訳) <table border="1"> <tr><td>①国保(生保)</td><td>()人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>()人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>()人</td></tr> <tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>()人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず</td><td>()人</td></tr> </table> ㊹-1 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		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.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 ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- 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 -----
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												
保健指導の優先づけ	㊸結果把握 ()人 ①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1c7.0以上で前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 (一) ()人 (±) ()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		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 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 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	知名町	
項目			実数	保険者				開規模保険者(平均)		データ基	
				28年度		29年度		30年度			28年度開規模保険者数238
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数		2,458人							KDB、厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳	A	1,700人							
2	①	特定健診 対象者数	B	1,551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	C	736人							
	③	受診率		47.5%							
	④	対象者数		90人							
3	②	保健指導 実施率		51.1%							特定健診結果
	①	糖尿病型	E	119人	16.2%						
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	49人	41.2%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	70人	58.8%						
4	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	47人	67.1%						
	⑤	血圧 130/80以上		36人	76.6%						
	⑥	肥満 BMI25以上		34人	72.3%						
	⑦	コントロール良好 HbA1c6.5未満かつ空腹時血糖120未満	K	23人	32.9%						
	⑧	第1期 尿蛋白(一)		58人	48.7%						
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	M	31人	26.1%						
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		30人	25.2%						
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%						
5	①	糖尿病受診率(被保険者千対)		81.0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)		115.3人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)		1,446件 (873.7)					1,227件 (771.8)		KDB、疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	入院外(件数)		8件 (4.8)					9件 (5.4)		
	⑤	糖尿病治療中		199人 8.1%							KDB、厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳	H	196人 11.5%							
	⑦	健診未受診者	I	126人 64.3%							
	⑧	インスリン治療		18人 9.0%							
	⑨	(再掲)40-74歳	O	17人 8.7%							
	⑩	糖尿病性腎症		10人 5.0%							
	⑪	(再掲)40-74歳	L	10人 5.1%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		1人 0.50%							
	⑬	(再掲)40-74歳		1人 0.51%							KDB、厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
	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 (糖尿病性腎症に占める割合)		2人 1.0%								
6	①	総医療費		6億7150万円					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		3億6243万円					3億8078万円		
	③	(総医療費に占める割合)		54.0%					56.7%		
	④	生活習慣病 健診受診者		11,010人					8,685人		
	⑤	生活習慣病 健診未受診者		22,718人					33,204人		
	⑥	糖尿病医療費		3442万円					3885万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%					10.2%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		6934万円							
	⑨	1件あたり		25,856円							
	⑩	糖尿病入院総医療費		7132万円							
	⑪	1件あたり		520,576円							
	⑫	在院日数		13日							
	⑬	慢性腎不全医療費		4032万円					3708万円		
	⑭	透析有り		3584万円					3468万円		
	⑮	透析なし		448万円					240万円		
7	①	介護		6億8038万円					7億5295万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		2件 22.2%							
8	①	死亡		2人 1.9%					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
	②	糖尿病(死因別死亡数)									

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳血管障害の一次予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能障害の診断と治療に関するガイドライン、動脈硬化予防に関するガイドライン、エビデンスに基づくCOPD診療ガイドライン2013、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能検査 (編集委員会)

【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

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		
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		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。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			発症予防対象者		
メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。						
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
□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～	【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	
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		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～		☐ 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～		
	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		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ～				
□CKD重症度分類		G3aA1～				
⑥ 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		氏名	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				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 医師	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	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考

[illegible]

