

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 屋久島町

## 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)	20
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	26
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。

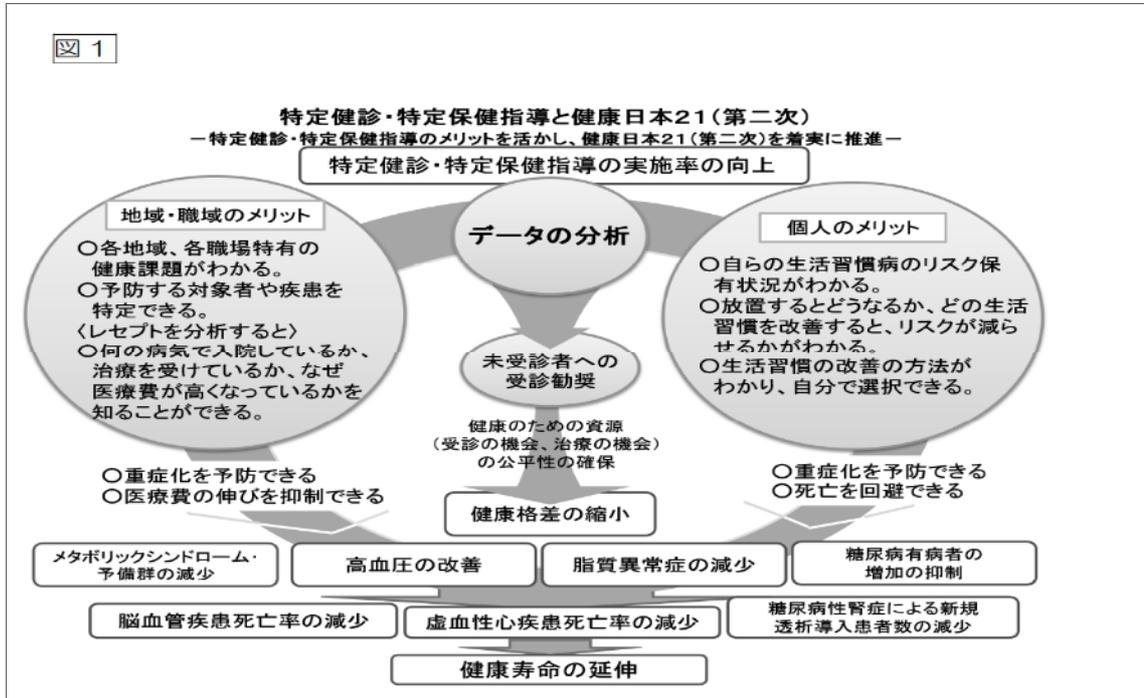
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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。

屋久島町においては、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。

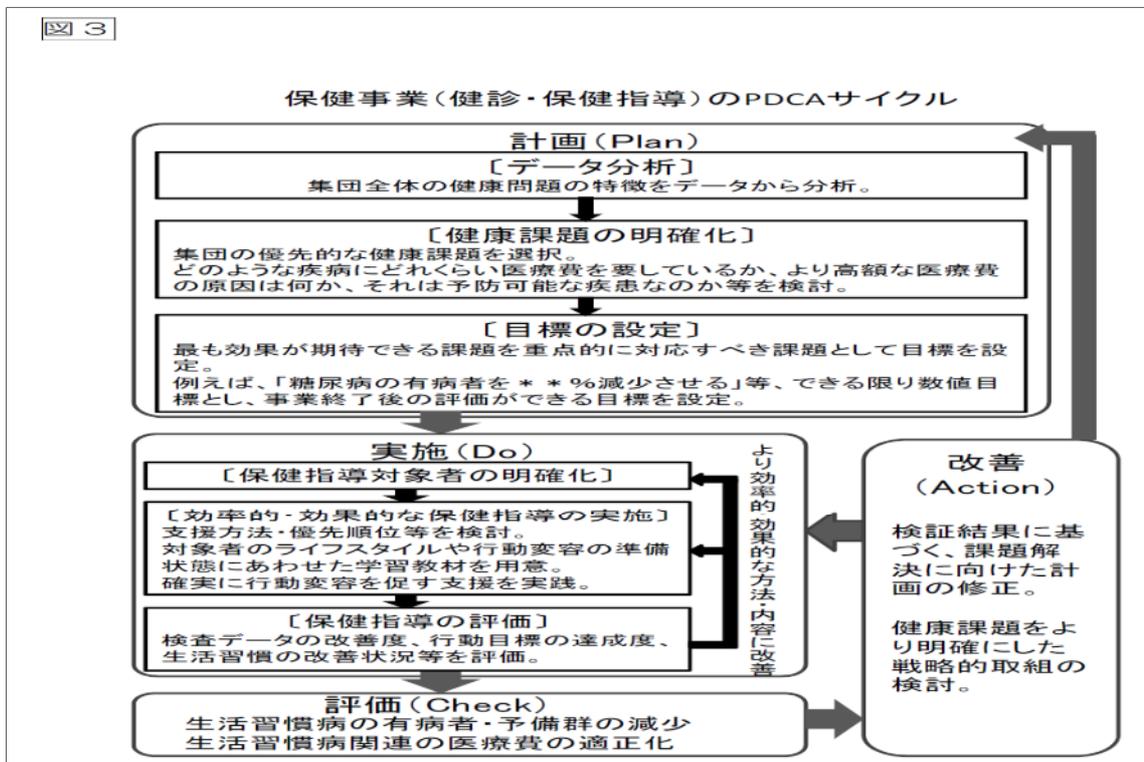


【図表 2】



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（図表4）

屋久島町においては、健康増進課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健師、栄養士と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、介護衛生課（包括支援センター含む）、福祉事務所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

#### 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。

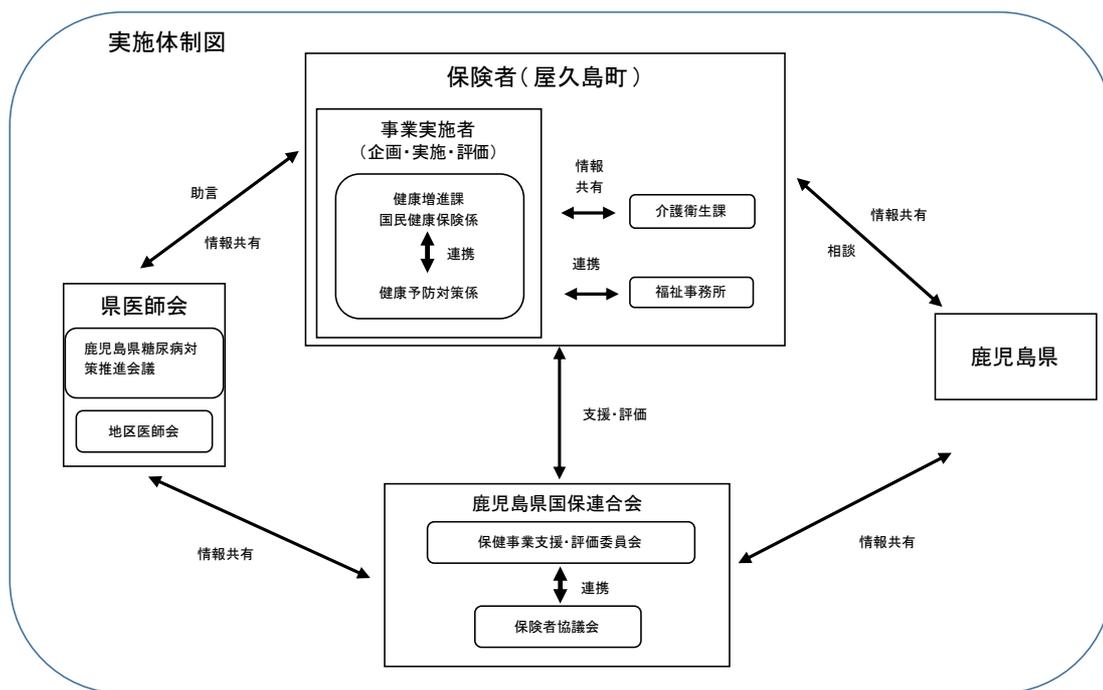
国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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。

【図表 4】



### 4. 保険者努力支援制度 (図表 5)

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。

## 保険者努力支援制度

【図表 5】

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)		186.7			
全国順位(1,741市町村中)		1,221			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率				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				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				70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組				35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合				40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況				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				25
	第三者求償の取組の実施状況	7			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	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（参考資料1）

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)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患による死亡割合は増加しており、特に、脳疾患による死亡は1.8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、それに伴う一人当たり介護給付費の増加がみられた。2号認定率は横ばいで、国・県・同規模と同じ割合になっていた。

また、医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。国・県・同規模と比較すると外来に比べ入院が件数・費用どちらも多い。本町の医療の受け方は、普段適切な医療を受けず、重症化している実態は変わっていないと考えられる。しかし、医療費の生活習慣病に占める割合では脳疾患・心疾患ともに減少し、おおよそ国・県・同規模並みになっている。減少しているものの、割合が高い慢性腎不全（透析あり）について、その原因疾患である糖尿病・高血圧について引き続き重症化予防が重要である。

特定健診有無別一人当たり医療費の比較で、受診者は医療費が減少し未受診者は医療費が増加しており、その差が開いた。特定健診受診率は低下してきているため、未受診者への受診勧奨が重要である。

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、介護認定者が増えたのに伴い28年度の介護給付費が増えている。また、同規模平均と同様に1人当たり給付費は増加し、1件当たりの給付費は減少していることが分かった。

#### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	屋久島町				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	11億1060万円	292,186	42,117	258,683	309,957	42,430	283,377
平成28年度	11億7568万円	309,308	41,996	257,205	320,002	42,403	278,098

## ②医療費の状況（図表 7）

全体の総医療費では、入院外は減少し、入院は横ばいであった。しかし、一人当たりの総医療費では、入院・入院外ともに増加し、入院の伸び率は入院外の2倍以上に上回っており、被保険者数の減少と65～74歳の被保険者割合が増加していることが影響していると考えられる。

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	14億3841万円				7億9618万円				6億4223万円			
	H28年度	14億1143万円	2,698万円	▲1.9	4.4	7億9620万円	2万円	0.0	3.7	6億1523万円	2,699万円	▲4.2	▲1.9
2 一人あたり医療費(円)	H25年度	23,810円				13,180円				10,630円			
	H28年度	25,350円	1,540円	6.5	8.8	14,300円	1,120円	8.5	8.2	11,050円	420円	4.0	9.4

※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 8)

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の医療費に占める割合の経年比較では、心疾患・脳疾患については国・県と同様に減少が見られた。慢性腎不全（透析有）は、国・県が微増しているなか、やや減少している。しかしその割合そのものが国・県比較して、明らかに高いことについては、変わっていない。慢性腎不全の原因となる高血圧・糖尿病は平成25年度は国・県よりも高い割合であったが、平成28年度は県並みになっている。引き続きこれらの疾患を重症化させない取組みが必要である。

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】

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	2018年度	2021年度					
				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 屋久島町	H25	1,438,407,960	23,804	83位	32位	8.85%	0.26%	4.13%	2.98%	5.96%	6.17%	1.45%	428,748,600	29.81%	10.57%	8.01%	7.08%
	H28	1,411,428,740	25,354	98位	35位	8.24%	0.24%	2.59%	2.13%	4.79%	4.10%	1.71%	335,982,930	23.80%	12.49%	10.10%	10.01%
H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%
	全国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%
H28	鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	12.07%	13.69%	8.85%
	全国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

## ④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的疾患の人数割合の推移をみると、3疾患とも減少は見られなかった。疾患の重なりに着目すると、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析ともに相互の重なりを持つ方が多くなってきている。65歳以下の若い方は、虚血性心疾患を持つ方が多く、また

人工透析を受けている方は 100%が高血圧を 80%が糖尿病を基礎疾患として持っており、さらに脳血管疾患を併せ持っている方が多くなっている。65 歳以上の方は全体と同様に中長期的な疾患の重なりを持つ方が多い。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5086	211	4.1	44	20.9	15	7.1	165	78.2	91	43.1	106	50.2
	64歳以下	3674	77	2.1	13	16.9	10	13.0	58	75.3	29	37.7	36	46.8
	65歳以上	1412	134	9.5	31	23.1	5	3.7	107	79.9	62	46.3	70	52.2
H28	全体	4719	219	4.6	59	26.9	15	6.8	178	81.3	103	47.0	134	61.2
	64歳以下	3134	58	1.9	12	20.7	5	8.6	45	77.6	31	53.4	33	56.9
	65歳以上	1585	161	10.2	47	29.2	10	6.2	133	82.6	72	44.7	101	62.7

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5086	178	3.5	44	24.7	8	4.5	141	79.2	75	42.1	92	51.7
	64歳以下	3674	63	1.7	13	20.6	6	9.5	47	74.6	25	39.7	36	57.1
	65歳以上	1412	115	8.1	31	27.0	2	1.7	94	81.7	50	43.5	56	48.7
H28	全体	4719	188	4.0	59	31.4	10	5.3	152	80.9	82	43.6	113	60.1
	64歳以下	3134	57	1.8	12	21.1	5	8.8	47	82.5	25	43.9	27	47.4
	65歳以上	1585	131	8.3	47	35.9	5	3.8	105	80.2	57	43.5	86	65.6

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5086	27	0.5	8	29.6	15	55.6	26	96.3	21	77.8	8	29.6
	64歳以下	3674	18	0.5	6	33.3	10	55.6	17	94.4	13	72.2	5	27.8
	65歳以上	1412	9	0.6	2	22.2	5	55.6	9	100.0	8	88.9	3	33.3
H28	全体	4719	25	0.5	10	40.0	15	60.0	25	100.0	21	84.0	11	44.0
	64歳以下	3134	10	0.3	5	50.0	5	50.0	10	100.0	8	80.0	4	40.0
	65歳以上	1585	15	0.9	5	33.3	10	66.7	15	100.0	13	86.7	7	46.7

### (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)

中長期疾患の共通リスクである高血圧、脂質異常症、糖尿病の割合について、若い世代の脂質異常症の割合と、そのうち脳血管疾患を持つ方の割合はやや減少している。その他は、横ばいもしくは微増している。また、それぞれの疾患について相互の疾患を併せ持つ割合が増えている。各基礎疾患が糖尿病を除いてほぼ横ばいであるにも関わらず、中長期的な疾患の割合は増加している。

【図表 10】

厚労省様式 様式0-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病										虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
H25	全体	5086	399	7.8	43	10.8	295	73.9	216	54.1	91	22.8	75	18.8	21	5.3	27	6.8	
	64歳以下	3674	162	4.4	22	13.6	106	65.4	86	53.1	29	17.9	25	15.4	13	8.0	13	8.0	
	65歳以上	1412	237	16.8	21	8.9	189	79.7	130	54.9	62	26.2	50	21.1	8	3.4	14	5.9	
H28	全体	4719	390	8.3	32	8.2	293	75.1	229	58.7	103	26.4	82	21.0	21	5.4	34	8.7	
	64歳以下	3134	141	4.5	15	10.6	94	66.7	72	51.1	31	22.0	25	17.7	8	5.7	13	9.2	
	65歳以上	1585	249	15.7	17	6.8	199	79.9	157	63.1	72	28.9	57	22.9	13	5.2	21	8.4	

厚労省様式 様式0-3		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	
H25	全体	5086	926	18.2	295	31.9	421	45.5	165	17.8	141	15.2	26	2.8			
	64歳以下	3674	368	10.0	106	28.8	167	45.4	58	15.8	47	12.8	17	4.6			
	65歳以上	1412	558	39.5	189	33.9	254	45.5	107	19.2	94	16.8	9	1.6			
H28	全体	4719	869	18.4	293	33.7	442	50.9	178	20.5	152	17.5	25	2.9			
	64歳以下	3134	292	9.3	94	32.2	137	46.9	45	15.4	47	16.1	10	3.4			
	65歳以上	1585	577	36.4	199	34.5	305	52.9	133	23.1	105	18.2	15	2.6			

厚労省様式 様式0-4		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	
H25	全体	5086	576	11.3	216	37.5	421	73.1	106	18.4	92	16.0	8	1.4			
	64歳以下	3674	243	6.6	86	35.4	167	68.7	36	14.8	36	14.8	5	2.1			
	65歳以上	1412	333	23.6	130	39.0	254	76.3	70	21.0	56	16.8	3	0.9			
H28	全体	4719	588	12.5	229	38.9	442	75.2	134	22.8	113	19.2	11	1.9			
	64歳以下	3134	190	6.1	72	37.9	137	72.1	33	17.4	27	14.2	4	2.1			
	65歳以上	1585	398	25.1	157	39.4	305	76.6	101	25.4	86	21.6	7	1.8			

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

第 1 期計画時の多くの項目において全国より高く、女性より男性の率が高いという特徴が明らかになっていました。経年比較をすると、女性では血圧を除いてほぼ全ての項目で横ばいもしくは減少が見られた。年代別にみてもそれぞれに減少が見られた。しかし、男性については多くの項目で、有所見割合が高くなっている。特に 65 歳以上の年代で有所見割合が高くなっている。

メタボリックシンドローム該当者・予備群を見てみると、本町は第 1 期計画時、国・県・同規模と比較してほとんどの項目で低い BMI については高かった。

今回の経年比較では予備群については減少しているが該当者の割合は増えており、BMI の割合も減少していない。さらに 3 項目すべて該当者が増加している。項目の重な

りが血管疾患発症のリスクを高めることから考えると、重要な課題である。第1期では、若い男性をターゲットとしてきたが、今回のデータから年代別の経年比較をみると65歳以上の男性に不健康リスクが高まっていることが明らかになった。しかし、若い世代は65歳以上の世代よりも受診率が低いため、未受診者の中に該当者が含まれている可能性もある。

【図表11】

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

☆No.23帳票

性別	項目	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	合計	207	26.6	294	37.7	181	23.2	167	21.4	84	10.8	331	42.5	299	38.4	14	1.8	402	51.6	193	24.8	348	44.7	10	1.3
	H25 40-64	121	30.1	158	39.3	105	26.1	101	25.1	41	10.2	156	38.8	130	32.3	5	1.2	170	42.3	115	28.6	191	47.5	1	0.2
	H25 65-74	86	22.8	136	36.1	76	20.2	66	17.5	43	11.4	175	46.4	169	44.8	9	2.4	232	61.5	78	20.7	157	41.6	9	2.4
男性	合計	209	30.4	249	36.2	159	23.1	152	22.1	65	9.9	298	43.3	272	39.5	24	3.5	363	52.8	189	27.5	314	45.6	12	1.7
	H28 40-64	98	31.3	109	34.8	86	27.5	76	24.3	26	8.3	119	38.0	91	29.1	10	3.2	127	40.6	86	27.1	145	46.9	1	0.3
	H28 65-74	111	29.6	140	37.3	73	19.5	76	20.3	38	10.4	179	47.7	181	48.3	14	3.7	236	62.9	103	27.5	169	45.1	11	2.9

性別	項目	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
女性	合計	222	25.5	136	15.7	112	12.9	74	8.5	20	2.3	257	29.6	331	38.1	4	0.5	377	43.4	138	15.9	505	58.1	5	0.6
	H25 40-64	96	22.3	57	13.3	58	13.5	43	10.0	11	2.6	100	23.3	133	30.9	2	0.5	123	28.6	64	14.9	249	57.9	3	0.7
	H25 65-74	126	28.7	79	18.0	54	12.3	31	7.1	9	2.1	157	35.8	198	45.1	2	0.5	254	57.9	74	16.9	256	58.3	2	0.5
女性	合計	193	25.8	85	11.4	87	11.6	59	7.9	15	2.0	201	26.9	288	38.5	3	0.4	334	44.7	143	19.1	426	57.0	4	0.5
	H28 40-64	76	24.4	27	8.7	32	10.3	29	9.7	9	2.9	62	19.9	87	27.9	2	0.6	97	31.1	55	17.6	160	51.9	1	0.3
	H28 65-74	117	26.9	58	13.3	55	12.6	30	6.9	6	1.4	139	31.9	201	46.1	1	0.3	237	54.4	88	20.2	266	61.0	3	0.7

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

性別	項目	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
男性	合計	779	44.5	34	4.4%	114	14.6%	9	1.2%	85	10.9%	20	2.6%	146	18.7%	29	3.7%	10	1.3%	65	8.3%	42	5.4%
	H25 40-64	402	39.4	21	5.2%	68	16.9%	7	1.7%	46	11.4%	15	3.7%	69	17.2%	11	2.7%	6	1.5%	35	8.7%	17	4.2%
	H25 65-74	377	51.7	13	3.4%	46	12.2%	2	0.5%	39	10.3%	5	1.3%	77	20.4%	18	4.8%	4	1.1%	30	8.0%	25	6.6%
男性	合計	688	42.0	27	3.9%	81	11.8%	2	0.3%	65	9.4%	14	2.0%	141	20.5%	31	4.5%	5	0.7%	57	8.3%	48	7.0%
	H28 40-64	313	36.1	17	5.4%	38	12.1%	1	0.3%	29	9.3%	8	2.6%	54	17.3%	9	2.9%	3	1.0%	26	8.3%	16	5.1%
	H28 65-74	375	48.6	10	2.7%	43	11.5%	1	0.3%	36	9.6%	6	1.6%	87	23.2%	22	5.9%	2	0.5%	31	8.3%	32	8.5%

性別	項目	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		
女性	合計	869	55.8	17	2.0%	46	5.3%	2	0.2%	38	4.4%	6	0.7%	73	8.4%	19	2.2%	2	0.2%	25	2.9%	27	3.1%
	H25 40-64	430	49.8	11	2.6%	19	4.4%	2	0.5%	13	3.0%	4	0.9%	27	6.3%	2	0.5%	1	0.2%	9	2.1%	15	3.5%
	H25 65-74	439	63.3	6	1.4%	27	6.2%	0	0.0%	25	5.7%	2	0.5%	46	10.5%	17	3.9%	1	0.2%	16	3.6%	12	2.7%
女性	合計	748	51.4	5	0.7%	28	3.7%	2	0.3%	24	3.2%	2	0.3%	52	7.0%	8	1.1%	2	0.3%	27	3.6%	15	2.0%
	H28 40-64	312	43.6	3	1.0%	11	3.5%	1	0.3%	10	3.2%	0	0.0%	13	4.2%	1	0.3%	1	0.3%	8	2.6%	3	1.0%
	H28 65-74	436	59.0	2	0.5%	17	3.9%	1	0.2%	14	3.2%	2	0.5%	39	8.9%	7	1.6%	1	0.2%	19	4.4%	12	2.8%

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

受診勧奨者の医療機関受診率は改善している。しかし、特定健診の受診率は低下しており、県内順位も大幅に下がっている。特定保健指導実施率も低下している。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・重症化予防につなげることが重要である。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

【図表 12】

KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	3,306	1,648	49.8	24	206	99	48.1	52.3	50.8
H28年度	3,093	1,436	46.4	51	186	56	30.1	55.8	51.7

## 2) 第1期に係る考察

総医療費について増加はなかったが、一人当たりの総医療費は入院・入院外ともに増加しており、特に入院費の伸びが大きく、入院外との差が出た。

医療費が高額となる疾患、6か月以上の入院における疾患、長期化することで高額になる疾患で予防可能とされる、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の医療費に占める割合はすべて減少し、改善が見られた。しかし、慢性腎不全（透析有）については減少しているが、その値そのものが国・県と比較して明らかに高い状況は改善していない。

また、上記の中長期疾患について、相互の重なりを持つ方が多くなっており、一人の人が複数の疾患を併せ持つことで、介護状態に陥りやすく、より多くの医療費や介護給付費を負担している可能性が考えられる。

さらに、中長期疾患の共通リスクである高血圧、脂質異常症、糖尿病について、横ばいもしくは微増であった。これらについても相互の疾患を併せ持つ割合が増えている。また、基礎疾患を持つ方のうち、中長期的な疾患の割合は増加している。これについて基礎疾患のコントロールが上手くいってない、基礎疾患の重なりが血管変化を加速させている、もしくは血管変化が起きてから受療している可能性が考えられる。

健診有所見者の割合については、女性ではどの年代においても、多くの項目で改善が見られた。男性では若い世代の改善が見られたが、65歳以上ではほとんどの項目で有所見者割合が増加している。性別・年代別ともに血圧有所見割合が高く、改善もみられていない。

メタボリックシンドローム該当者は予備群に減少がみられるが該当者は増加している。また3項目該当者が増えており、血管変化のリスクが高い方が増えていると言える。

若い世代に有所見者割合の減少が見られてはいるが、年代別に受診率をみると、若い世代の受診率が低下しているため、未受診者の中に該当者がいる可能性がある。

## 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 13)

屋久島町の入院件数は5.7%で、費用額全体の56.4%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、費用対効果の面においても効率がよい。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

#### (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

- ①ひと月80万以上の高額になる疾患を分析すると、がんが最も多く、費用の25.1%を占める。手術や化学療法、放射線療法等が高額になると考えられる。
- ②6ヵ月以上の長期入院の疾患とその費用の分析では、脳血管疾患が最も多くを占める。脳血管疾患と虚血性心疾患を併せると件数割合は75.1%、費用の68.1%を占める。
- ③長期療養する疾患である人工透析の患者は、脳血管疾患を併せ持つ方が8割近くいる。脳血管疾患患者の基礎疾患の重なりをみると、高血圧と脂質異常症を併せ持つ方が多い。生活習慣病の治療者数で最も多いのが高血圧症で、3疾患では8割以上が基礎疾患として高血圧症を有病している。特に、透析の原因疾患の7割以上を占める糖尿病性腎症では、すべての方が高血圧症を有病しており、糖尿病と高血圧症の重なりとその重症化は新規透析導入率増加の可能性があるので注意しなくてはならない。

## 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	281件	12件 4.3%	11件 3.9%	70件 24.9%
		費用額	3億5390万円	1348万円 3.8%	1745万円 4.9%	8879万円 25.1%
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	369件	203件 55.0%	74件 20.1%	47件 12.7%
		費用額	1億7466万円	7271万円 41.6%	4629万円 26.5%	2969万円 17.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	348件	274件 78.7%	131件 37.6%	174件 50.0%
		費用額	1億5681万円	1億2708万円 81.0%	7561万円 48.2%	7891万円 50.3%

厚労省様式	対象レセプト (H28年7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		1,385人	188人 13.6%	219人 15.8%	34人 2.5%	
		の 基 礎 な 疾 患	高血圧	152人 80.9%	178人 81.3%	34人 100.0%	
			糖尿病	82人 43.6%	103人 47.0%	34人 100.0%	
			脂質異常症	113人 60.1%	134人 61.2%	22人 64.7%	
			高血圧症	869人 62.7%	390人 28.2%	588人 42.5%	137人 9.9%
			糖尿病				
			脂質異常症				

○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)

本町の1号認定者は19.7%で、65歳以上の住民の約5人に1人が要介護認定を受けている。75歳以上では33.2%とさらに認定率は高くなる。原因疾患では脳血管疾患等の血管疾患が全体の93%を占める。次いで、92.4%が筋・骨格系疾患、38.5%が認知症を有病している。

2号認定者を見ても、40歳～64歳の方の0.43%が要介護認定を受けている。原因疾患では血管疾患が多く、中でも脳卒中の割合が高い。また高血圧・糖尿病・脂質異常などの基礎疾患は93.8%の方が有している。

2号認定者を含めた75歳以下の要介護認定者は、筋・骨格疾患よりも血管疾患で要介護認定を受けている割合が高い。この年齢は特定健診対象者の年齢と重なるため、血管疾患共通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。

医療費の比較では、介護を受けている人は、受けていない人の2倍以上医療費がかかっていることが分かった。経済的な視点から、個人としても保険者としても介護予防は重要である。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	計								
	被保険者数	4,877人		1,718人	2,083人	3,801人		8,678人						
認定者数	21人		58人	692人	750人		771人							
	認定率	0.43%		3.4%	33.2%	19.7%	8.9%							
新規認定者数(*1)	3人		12人	124人	136人		139人							
介護度別人数	要支援1・2	6	28.6%	19	32.8%	169	24.4%	188	25.1%	194	25.2%			
	要介護1・2	9	42.9%	18	31.0%	224	32.4%	242	32.3%	251	32.6%			
	要介護3~5	6	28.6%	21	36.2%	299	43.2%	320	42.7%	326	42.3%			
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)	21		58	692	750		771						
	再) 国保・後期		16		47	664	711		727					
①セプトの診断名より重複して計上)	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
			循環器疾患	1	脳卒中	12	75.0%	脳卒中	25	53.2%	脳卒中	309	46.5%	脳卒中
		2	虚血性心疾患	7	43.8%	虚血性心疾患	17	36.2%	虚血性心疾患	300	45.2%	虚血性心疾患	317	44.6%
		3	腎不全	2	12.5%	腎不全	7	14.9%	腎不全	73	11.0%	腎不全	80	11.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	2	12.5%	糖尿病合併症	6	12.8%	糖尿病合併症	48	7.2%	糖尿病合併症	54	7.6%
	基礎疾患	15		36		596		632		647				
	高血圧・糖尿病 脂質異常症	93.8%		76.6%		89.8%		88.9%		89.0%				
	血管疾患合計	15		39		622		661		676				
		93.8%		83.0%		93.7%		93.0%		93.0%				
	認知症	0		9		265		274		274				
		0.0%		19.1%		39.9%		38.5%		37.7%				
筋・骨格疾患	12		34		623		657		669					
	75.0%		72.3%		93.8%		92.4%		92.0%					

\*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 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くなる。

本町においては、男女とも全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が少ないが、経年比較では65歳以上の男性で該当者が増加している。また【図表11】を合わせて見てみると、血圧+糖、3項目全ての割合が増加しており、血管疾患発症のリスクが高くなっていると言える。

健診有所見者割合をみると、どの年代・性別においても拡張期血圧の有所見率が国・県と比較して高い。上記のとおり65歳以上男性のメタボリックシンドロームについての結果が悪化しているが、有所見者割合においても、血圧と空腹時血糖の項目が全国・県と比較して高い傾向が見られる。

【図表16】

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

★NO.23（概票） 屋久島町

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
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	209	30.4	249	36.2	159	23.1	152	22.1	65	9.4	298	43.3	272	39.5	24	3.5	363	52.8	189	27.5	314	45.6	12	1.7
	40-64	98	31.3	109	34.8	86	27.5	76	24.3	26	8.3	119	38.0	91	29.1	10	3.2	127	40.6	86	27.5	145	46.3	1	0.3
	65-74	111	29.6	140	37.3	73	19.5	76	20.3	39	10.4	179	47.7	181	48.3	14	3.7	236	62.0	103	27.9	169	45.1	11	2.9

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
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	193	25.8	85	11.4	87	11.6	59	7.9	15	2.0	201	26.9	288	38.5	3	0.4	334	44.7	143	19.7	426	57.0	4	0.5
	40-64	76	24.4	27	8.7	32	10.3	29	9.3	9	2.9	62	19.9	87	27.9	2	0.6	97	31.1	55	17.6	160	51.3	1	0.3
	65-74	117	26.8	58	13.3	55	12.6	30	6.9	6	1.4	139	31.9	201	46.1	1	0.2	237	54.4	88	20.2	266	61.0	3	0.7

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票）

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
	保険者	合計	688	42.0	27	3.9%	81	11.8%	2	0.3%	65	9.4%	14	2.0%	141	20.5%	31	4.5%	5	0.7%	57	8.3%	48	7.0%
40-64		313	36.1	17	5.4%	38	12.1%	1	0.3%	29	9.3%	8	2.6%	54	17.3%	9	2.9%	3	1.0%	26	8.3%	16	5.1%	
65-74		375	48.6	10	2.7%	43	11.5%	1	0.3%	36	9.6%	6	1.6%	87	23.2%	22	5.9%	2	0.5%	31	8.3%	32	8.5%	

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
	保険者	合計	748	51.4	5	0.7%	28	3.7%	2	0.3%	24	3.2%	2	0.3%	52	7.0%	8	1.1%	2	0.3%	27	3.6%	15	2.0%
40-64		312	43.6	3	1.0%	11	3.5%	1	0.3%	10	3.2%	0	0.0%	13	4.2%	1	0.3%	1	0.3%	8	2.6%	3	1.0%	
65-74		436	59.0	2	0.5%	17	3.9%	1	0.2%	14	3.2%	2	0.5%	39	8.9%	7	1.6%	1	0.2%	19	4.4%	12	2.8%	

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

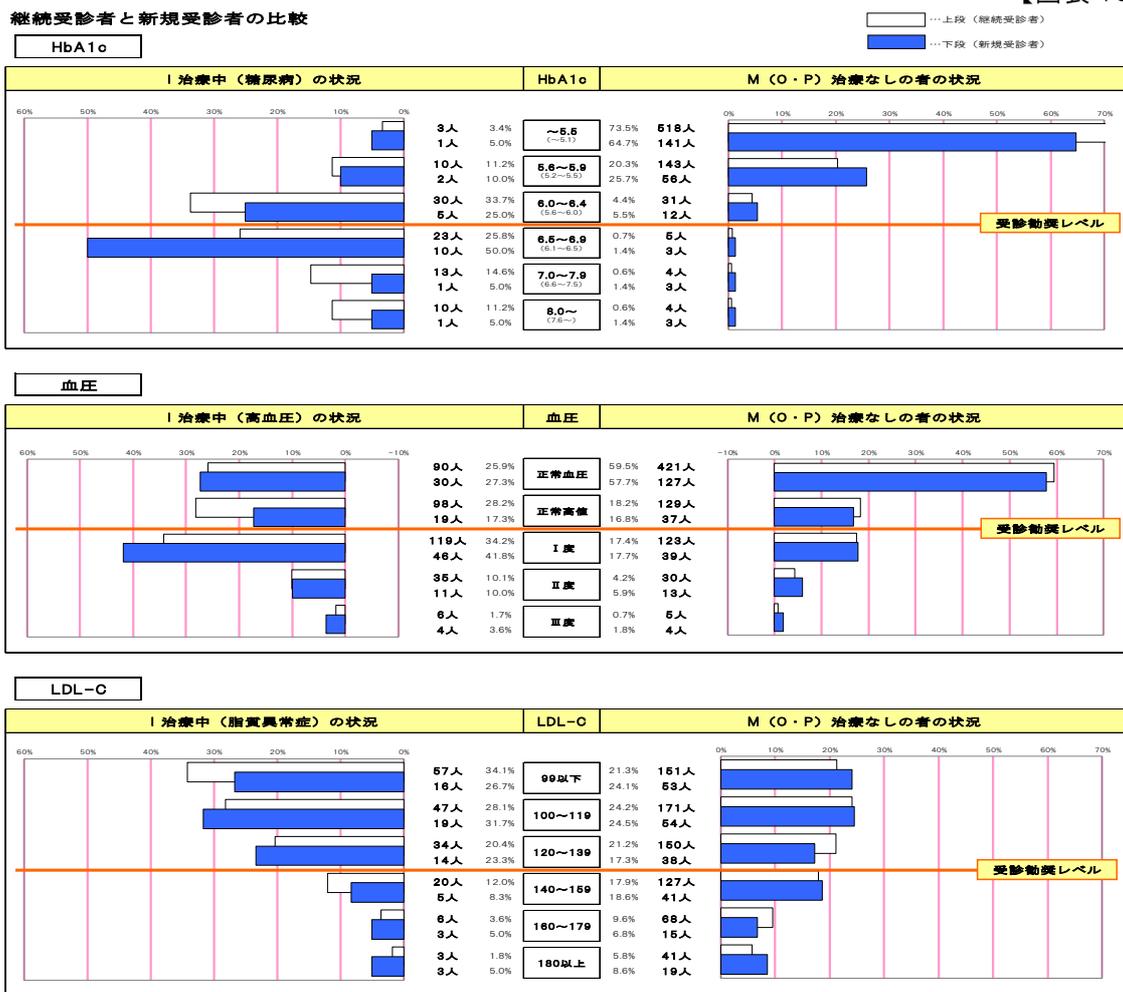
糖尿病について、治療なしの者は多くがHbA1c5.5未満だが、新規受診者では約2%、継続受診者では約4%が受診勧奨レベルである。特に継続受診者については、これまで受診勧奨をしても医療機関受診につながっていないケースがあり、自覚症状がないままに血管変化が進んでいる可能性がある。また、治療中のうち新規受診者で25.8%、継続受診者で10%がHbA1c7.0以上で、食事・運動療法などを含めたコントロールが上手くいっていない、または薬の飲み忘れなど服薬コンプライアンス不良の可能性がある。

血圧については、治療なしの群で新規受診者は22.3%、継続受診者は25.4%が受診勧奨レベルである。医療機関受診につながっていないケースや、受診後、生活習慣の改善の指示となったが、それらが上手くいっていない可能性がある。

脂質異常症についても継続受診者のうち受診勧奨レベルにある方が一定数いる。

このことから、特定健診は受診しているが生活習慣改善の意欲がない、継続しない等により検査値が改善せず血管変化が進み、要医療へつながることが懸念される。新規受診者も継続受診者も重症化予防のため、行動変容ステージに合わせ保健指導を実施していく必要がある。

【図表 18】



#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

生活習慣病の発症予防、重症化予防のもっとも重要な取り組みであるが、本町の平成28年度における特定健康診査・特定保健指導は、受診率 46.4% 特定保健指導率 30.1% で年々低下しており県に比較して低くなっている。

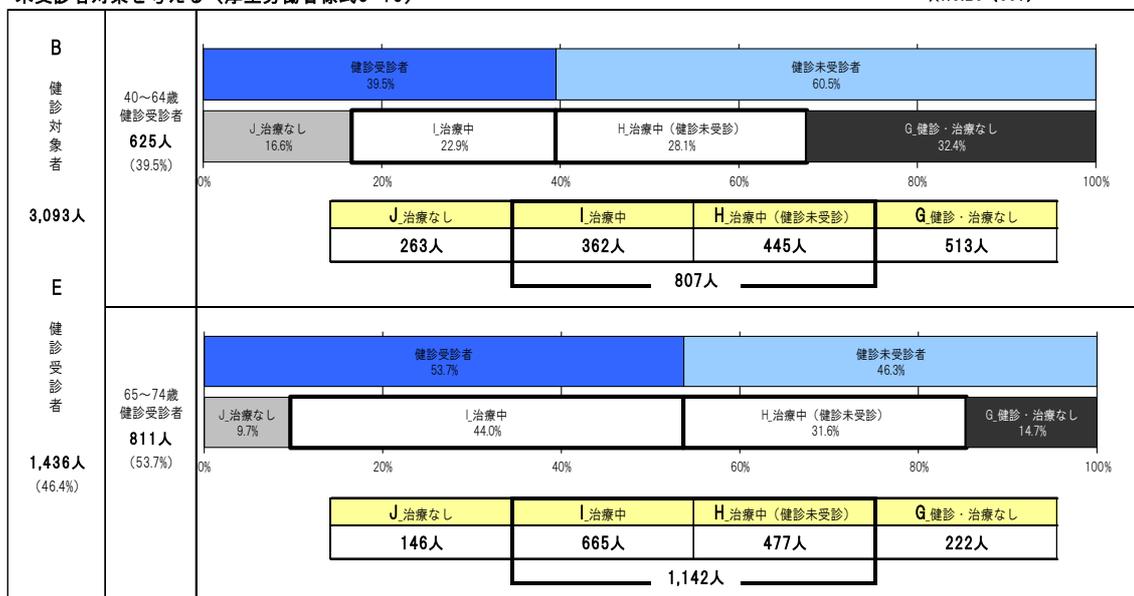
年代別にみると、65～74歳の受診率が 53.7% であるのに対し、40～64歳の若い世代で 39.5% と受診率が低い。特に健診も治療も受けていない方は、重症化しているかどうか実態が分からない。また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人当たり医療費は、健診受診者より 136,923 円高く、約 2.3 倍の差がある。

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。

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

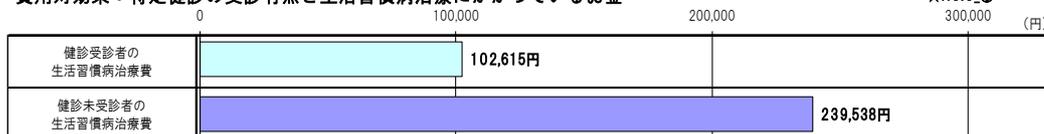
★NO.26 (CSV)



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

#### 7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ㊸



### 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 つの疾患の医療費に占める割合が慢性腎不全（透析有）は 7.0%台、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞は国並みにさせることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、本町の医療のかかり方は、普段適切に医療にかからず、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 年度に国並みとすることを旨とする。

## 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高血圧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	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%

### 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	3,080人	3,070人	3,060人	3,050人	3,040人	3,030人
	受診者数	1,540人	1,600人	1,660人	1,710人	1,770人	1,820人
特定保健指導	対象者数	190人	190人	190人	200人	200人	200人
	受診者数	67人	76人	86人	100人	110人	120人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。集団健診に加えて、屋久島島内すべての医療機関で個別健診が受診できるよう契約し、受診しやすい環境を整える。

- ① 集団健診(委託機関)
- ② 個別健診(屋久島島内医療機関)

#### (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、町報等に掲載し周知する。

#### (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（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（図表 22）

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 22】

##### 年間スケジュール

<b>健診の案内方法</b> 特定健診受診券を発行し郵送する。広報誌への掲載や防災無線による広報。ハガキ等の案内による受診勧奨。保健づくり推進協議会からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
<b>健診実施スケジュール</b>	
4 月	: 受診券送付
4 月～翌年 3 月	: 特定健診実施（集団：5 月・11 月、個別：通年）
6 月～翌年 9 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
6 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）
10 月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
2 月～4 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）

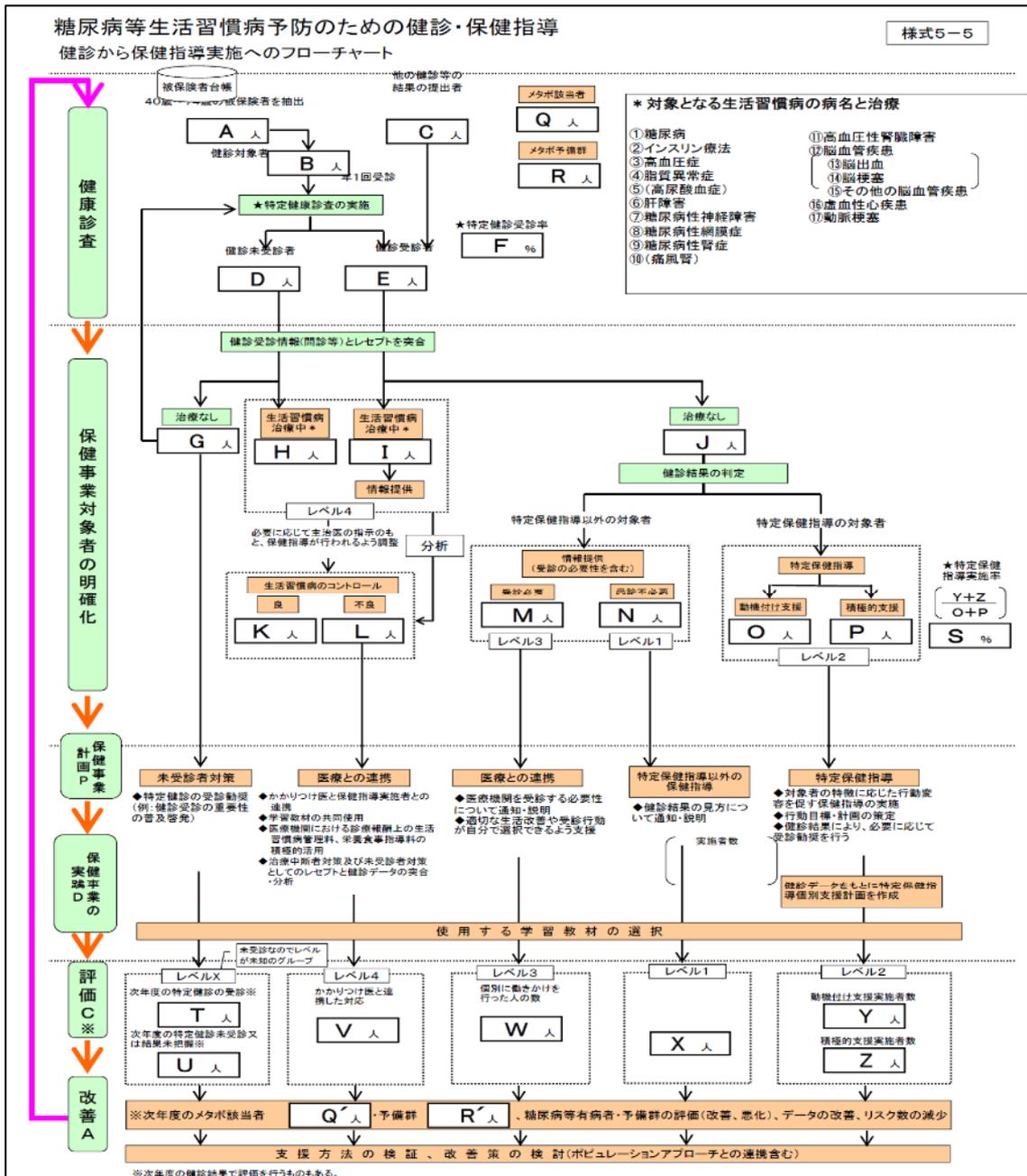
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一部健診実施機関に委託実施する。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ (図表 23)

「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】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表24)【図表24】

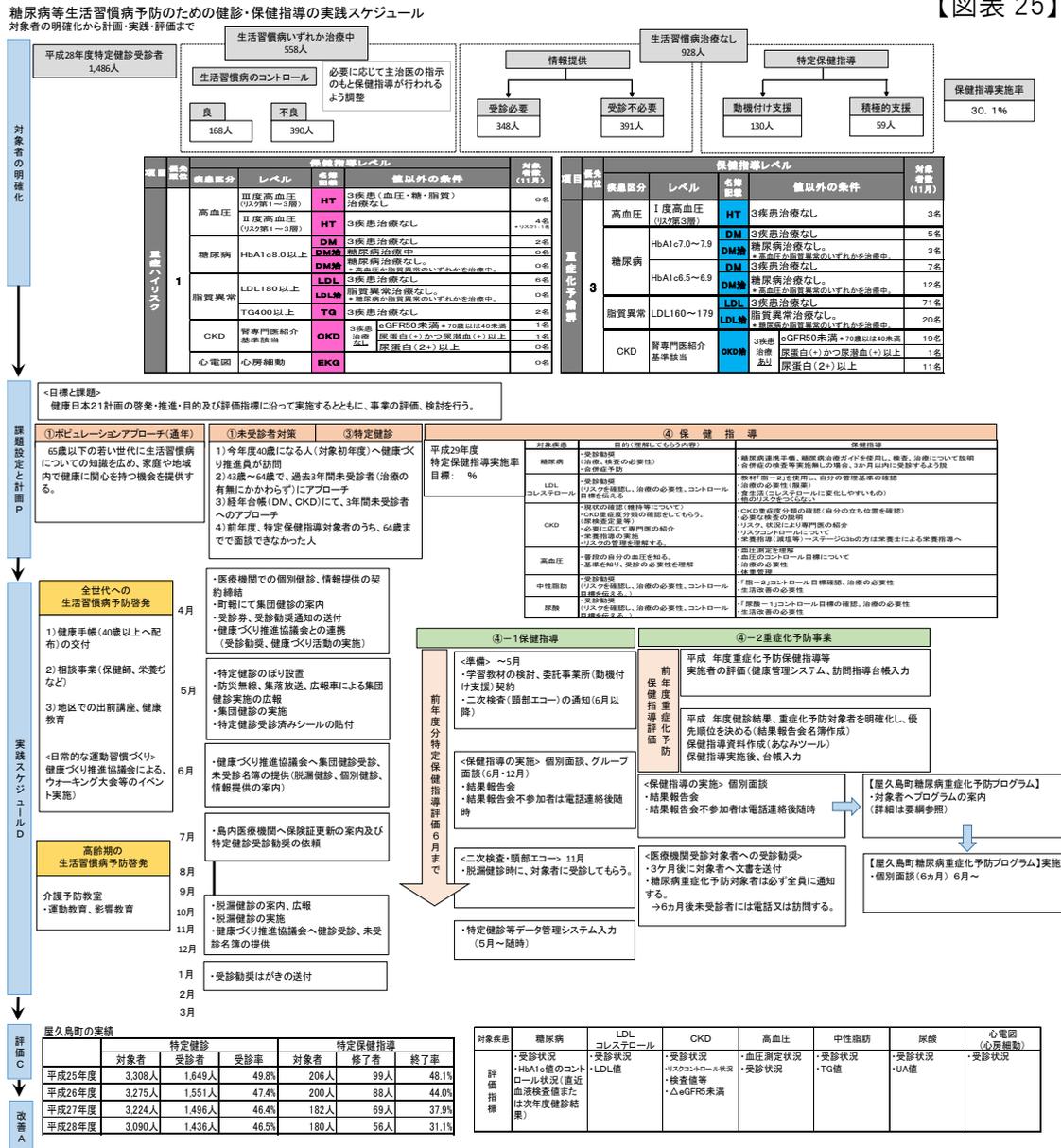
優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30年度 対象者数見込 (受診者の 〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	190人 (12.7)	35%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	346人 (23.4)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,600人 ※受診率目標達成までにあ と152人	53%
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)	389人 (26.3)	50%
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	555人 (37.6)	50%

※(様式5-5を基に)H28年度対象者割合で、H30年度対象者数見込

### (3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール (図表 25)

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】



## 6. 個人情報保護

### (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屋久島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、屋久島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	P 計画・準備	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(複数的手段で)	○			□
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屋久島町糖尿病重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

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

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
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(+)とすることから尿蛋白(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)

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 79 人(43.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 384 人中のうち、特定健診受診者が 103 人(26.8%・G)であったが、23 人(22.3%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 281 人(73.2%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 98 人中 51 人は治療中断であることが分かった。また、47 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 より本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)・・・79 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・74 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)・・・80 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)・・・47 人

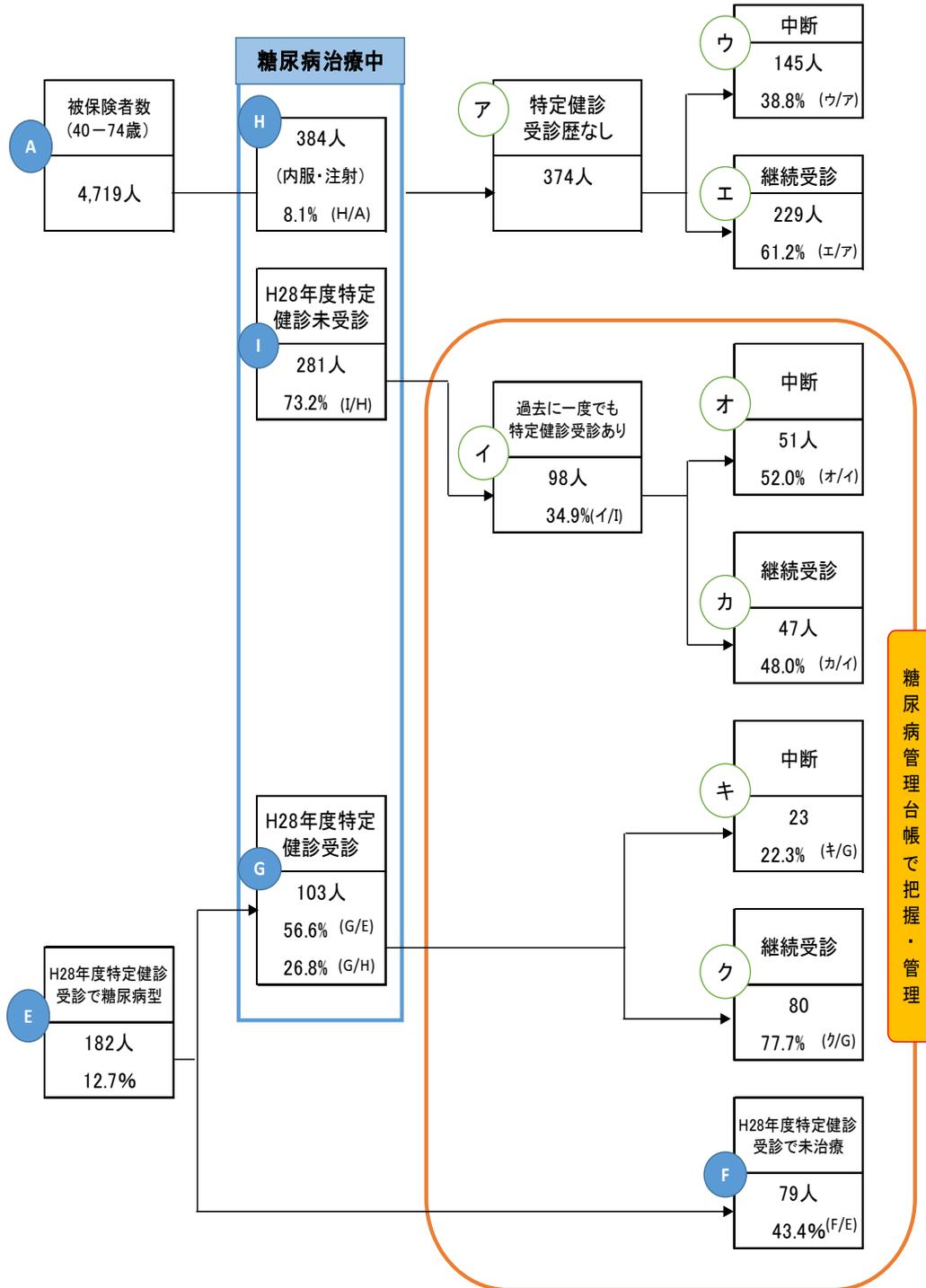
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

屋久島町 【図表 28】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

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

#### 【糖尿病管理台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

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) 担当地区の対象者数の把握

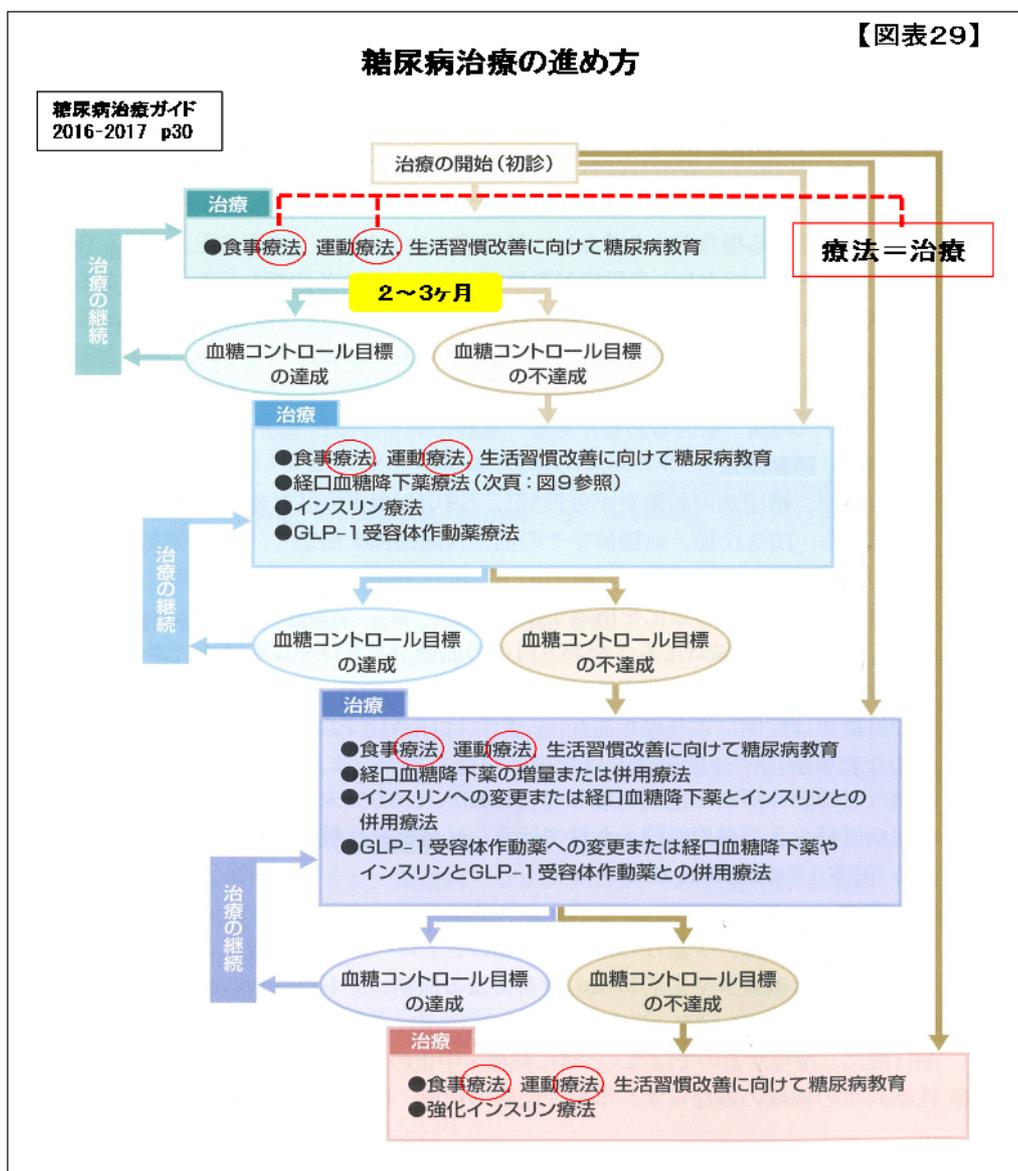
① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……153人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……127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(図表 29)

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。本町においては、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。



## (2) 2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2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。

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 m<sup>2</sup>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

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6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2)

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方 (参考資料6)

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。

#### (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。本町において健診受診者 1,486 人のうち心電図検査実施者は 1,300 人(87.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 61 人であった(図表 30)。ST 所見あり 61 人中のうち 44 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 11 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 17 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。

本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少ないが、該当者は増加傾向である。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)							
	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
			人	%	人	%	人	%		
平成28年度	1486	100	1300	87.5	61	4.7	369	28.4	870	66.9

#### ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

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)(%)
61	100%	44	72%	33	75%	11	25%

#### 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		
	1486	61 4.1	369 24.8	870 58.5	186 12.5	
メタボ該当者	200 13.5%	12 6.0%	50 25.0%	92 46.0%	46 23.0%	
メタボ予備群	112 7.5%	2 1.8%	31 27.7%	62 55.4%	17 15.2%	
メタボなし	1174 79.0%	47 4.0%	288 24.5%	716 61.0%	123 10.5%	
LDL	140-159	206 13.9%	5 2.4%	54 26.2%	121 58.7%	26 12.6%
	160-179	88 5.9%	0 0.0%	20 22.7%	58 65.9%	10 11.4%
	180-	55 3.7%	3 5.5%	10 18.2%	29 52.7%	13 23.6%

## 【参考】

CKD	G3aA1~	224	16	59	113	36
		15.1%	7.1%	26.3%	50.4%	16.1%

## 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。

**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。対象者へは二次健診において、頸動脈超音波による検査の実施を検討する。

**(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(介護衛生課)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

6 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 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)

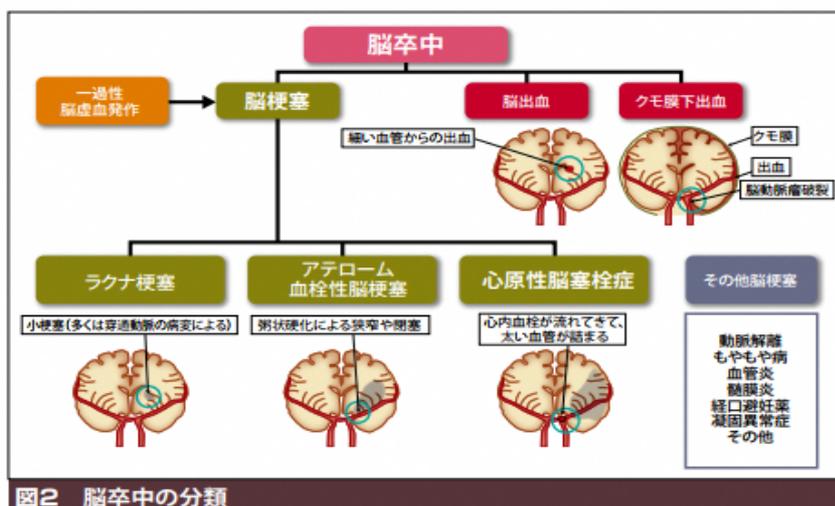
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

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LDL)	心房細動	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CKD)		
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 1480人		111人 7.5%	71人 4.8%	75人 5.1%	15人 1.0%	200人 13.5%	18人 1.2%	34人 2.3%	
治療なし		55人 5.4%	46人 3.4%	69人 5.5%	5人 0.5%	57人 6.2%	4人 0.4%	8人 0.9%	
治療あり		56人 12.3%	25人 22.9%	6人 2.6%	10人 1.8%	143人 25.7%	14人 2.5%	26人 4.7%	
臓器障害あり		31人 56.4%	25人 54.3%	24人 34.8%	5人 100.0%	28人 49.1%	4人 100%	8人 100%	
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	2人	2人	4人	0人	0人	4人	8人	
	尿蛋白(2+)以上	1人	1人	4人	0人	0人	4人	0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人	1人	1人	0人	0人	0人	8人	
	心電図所見あり	30人	23人	22人	0人	28人	2人	6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 111 人(7.5%)であり、55 人は未治療者であった。また未治療者のうち 31 人(12.3%)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 56 人(12.3%)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 37)

### 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）

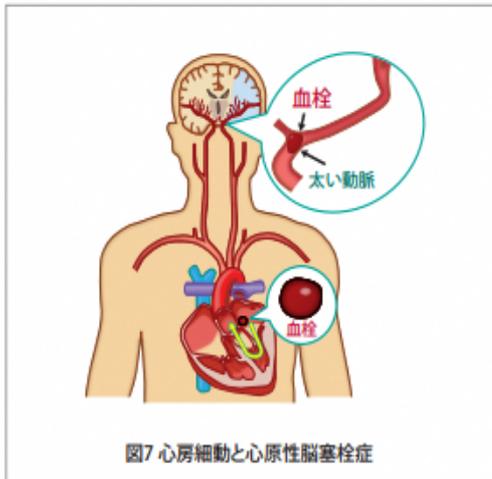
【図表 37】

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	
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,028	378	231	182	182	46	9	
		36.8%	22.5%	17.7%	17.7%	4.5%	0.9%	
リスク第1層	203	130	34	17	17	4	1	
		19.7%	34.4%	14.7%	9.3%	8.7%	11.1%	
リスク第2層	527	174	130	102	96	21	4	
		51.3%	46.0%	56.3%	52.7%	45.7%	44.4%	
リスク第3層	298	74	67	63	69	21	4	
		29.0%	19.6%	29.0%	37.9%	45.7%	44.4%	
再掲) 重複あり	糖尿病	94	23	16	25	23	6	1
		31.5%	31.1%	23.9%	39.7%	33.3%	28.6%	25.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	134	36	36	27	24	9	2
	45.0%	48.6%	53.7%	42.9%	34.8%	42.9%	50.0%	
3個以上の危険因子	129	24	29	23	40	12	1	
	43.3%	32.4%	43.3%	36.5%	58.0%	57.1%	25.0%	

(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



(脳卒中予防の提言より引用)

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

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				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	633	667	12	1.9	3	0.4	-	-
40歳代	96	73	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	79	83	1	1.3	0	0	0.8	0.1
60歳代	327	365	6	1.8	1	0.3	1.9	0.4
70～74歳	131	146	5	3.8	2	1.4	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	%
15	100	5	33.3	10	66.7

心電図検査において15人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に50代男性、70代男女においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また15人のうち10人は既に治療が開始されていたが、5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、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

## (2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある。対象者へは二次健診において、頸動脈超音波による検査の実施を検討する。

## (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

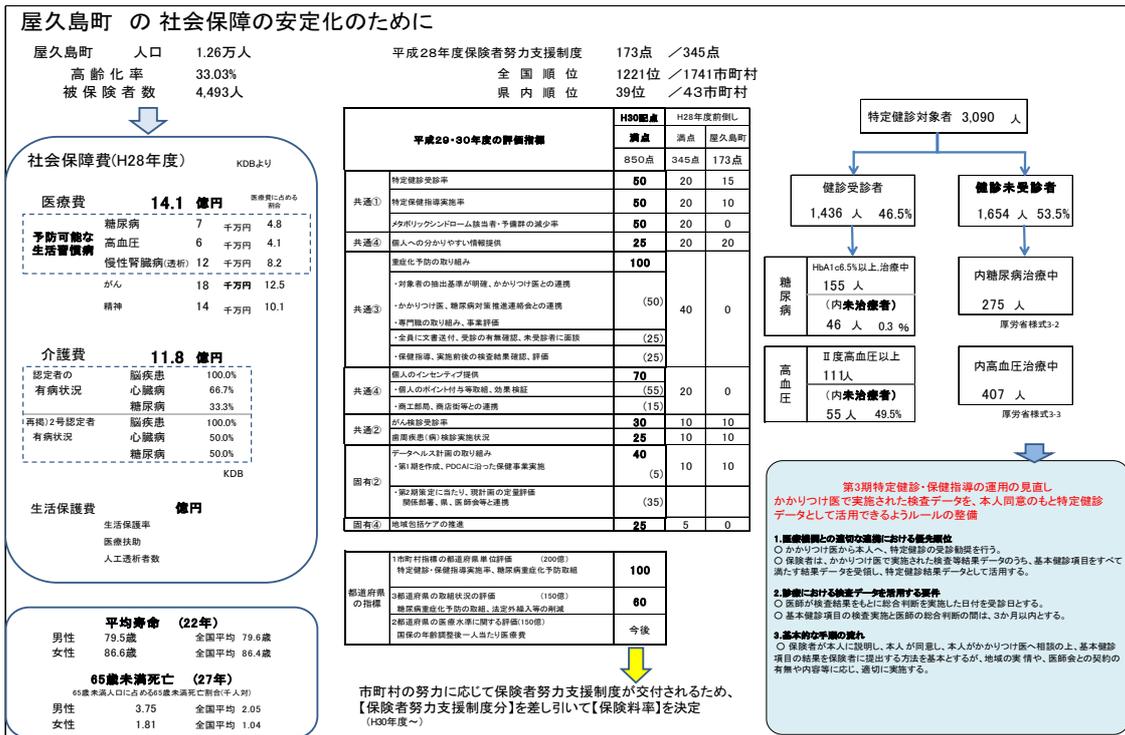
6 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 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)

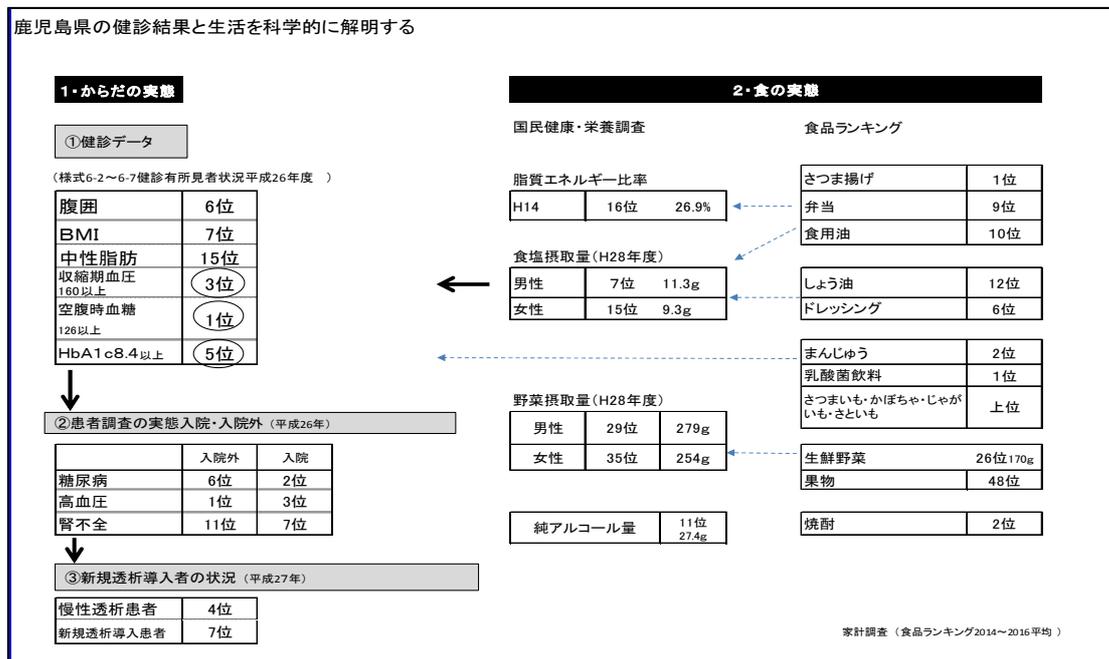
## Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

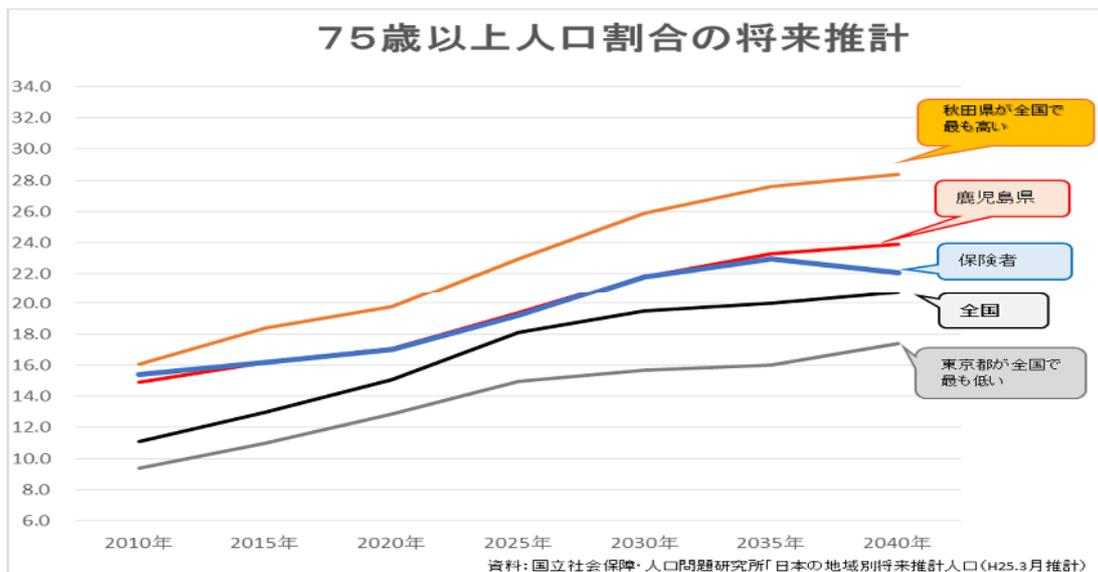
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

本県は、75歳以上割合が2040年23.9%となり、約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年には約4人に1人が後期高齢者となる。(図表42)

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

【図表42】



【図表 43】

## 前期高齢者の市町村国保に占める割合

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

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

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】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値								現状値の把握方法			
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
特定健診 計画	慢性腎不全(透析有)の医療費に占める割合が、国・県・同規模と比較が高い。	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53%以上	46.4%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	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36%以上	30.1%	30.5%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%				
			特定保健指導対象者の減少率10%	1.1%	2.0%	3.0%	4.0%	6.0%	7.0%	8.0%	10.0%				
データヘルス計画 中長期	透析患者のすべてが高血圧、8割が糖尿病を基礎疾患と併発している。	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	総医療費に占める入院医療費割合を50%とする	56.4%	56.0%	56.0%	55.0%	54.0%	53.0%	52.0%	50.0%	KDBシステム			
			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を国並みまで減少	2.6%	2.6%	2.6%	2.5%	2.5%	2.4%	2.3%		2.2%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合を国並みまで減少	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%				
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の7.0%まで減少	8.2%	8.1%	8.0%	7.9%	7.7%	7.5%	7.3%	7.0%				
			健診受診者の高血圧の割合減少3%(160/100以上)	18.4%	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%	15.5%	15.0%				
			健診受診者の脂質異常者の割合減少3%(LDL160以上)	12.5%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%	9.5%				
データヘルス計画 短期	健診データを見ると、血圧、脂質の項目で受診勧奨レベルの者が未受診であるものが多い。また、メタボリックシンドロームでは、3項目すべてに該当する65歳以上の男性が増加している。若い世代では、健診受診率が低い。	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	健診受診者の糖尿病有病者の割合3%減少(未治療者0%)(HbA1c6.5以上)	8.3%	8.3%	7.8%	7.3%	6.8%	6.3%	5.8%	5.3%	屋久島町健康増進計画			
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	7.5%	7.3%	7.0%	6.7%	6.4%	6.0%	5.7%	5.3%				
			糖尿病有病者の医療機関受診率80%以上	33.8%	37.0%	40.0%	48.0%	56.0%	64.0%	74.0%	80.0%				
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	42.9%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	72.0%	80.0%				
			がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	16.2%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%		45.0%	50.0%	地域保健事業報告
					肺がん検診 50%以上	28.8%	30.0%	33.0%	36.0%	39.0%	42.0%		46.0%	50.0%	
大腸がん検診 50%以上	25.1%	30.0%			33.0%	36.0%	39.0%	42.0%	46.0%	50.0%					
子宮頸がん検診 50%以上	19.4%	25.0%			29.0%	33.0%	37.0%	41.0%	45.0%	50.0%					
保険者努力支援制度	がんによる死亡率が51%で国・県・同規模と比較して高い。	後発医薬品の使用により、医療費の削減	乳がん検診 50%以上	23.3%	27.0%	30.0%	34.0%	37.0%	43.0%	48.0%	50.0%	厚生労働省公表結果			
			数量シェアH29年度65.8%	68.0%	68.0%	69.0%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	75.0%				

## 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

保険者等においては、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、庁内糖での利用、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屋久島町の位置
- 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屋久島町の位置

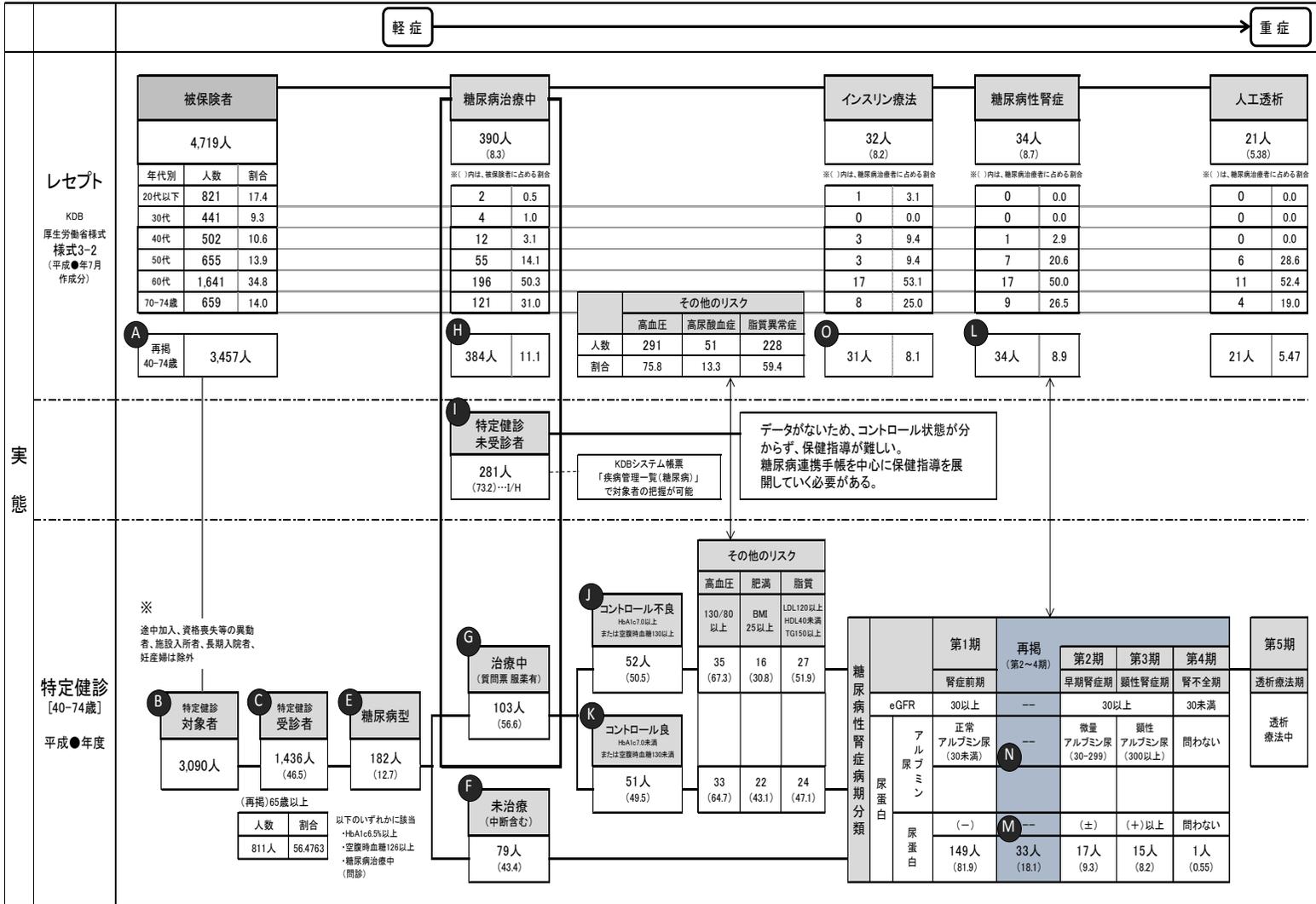
屋久島町

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	13,515		13,515		1,944,956		1,691,041		124,852,975			
		65歳以上(高齢化率)	3,801	28.1	3,801	28.1	575,439	29.6	449,078	26.6	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況	
		75歳以上	2,083	15.4	2,083	15.4			251,927	14.9	13,989,864	11.2	KDB_NO.3	
		65~74歳	1,718	12.7	1,718	12.7			197,151	11.7	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		40~64歳	4,877	36.1	4,877	36.1			572,168	33.8	42,411,922	34.0		
	39歳以下	4,837	35.8	4,837	35.8			669,795	39.6	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	13.2		13.2		14.7		10.4		4.2		KDB_NO.3	
		第2次産業	15.0		15.0		26.9		19.6		25.2		健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第3次産業	71.8		71.8		58.3		70.0		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.5		79.5		79.3		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.6		86.6		86.4		86.3		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.3		65.3		65.1		64.8		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	67.2		67.1		66.8		66.6		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	112.2		110.5		105.0		102.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	112.2		110.5		105.0		102.1		100			
		女性	99.1		105.1		102.7		99.4		100			
		がん	60	60.6	50	51.0	6,768	45.4	5,546	46.2	367,905	49.6		
		心臓病	22	22.2	24	24.5	4,236	28.4	3,146	26.2	196,768	26.5		
	死因	脳疾患	10	10.1	18	18.4	2,609	17.5	2,166	18.0	114,122	15.4		
		糖尿病	2	2.0	1	1.0	263	1.8	233	1.9	13,658	1.8		
		腎不全	0	0.0	2	2.0	584	3.9	560	4.7	24,763	3.3		
		自殺	5	5.1	3	3.1	444	3.0	355	3.0	24,294	3.3		
		合計	27	13.0	24	11.4	18	8.7	2,154	10.0	136,944	10.5		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	18	15.4	15	14.4	13	12.7	1,456	13.8	91,123	13.5	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	9	9.9	9	8.5	5	4.7	698	6.3	45,821	7.2		
		女性	9	9.9	6	5.9	8	7.6	758	7.0	45,302	7.2		
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	708	18.4	750	19.8	114,846	20.2	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	16	0.3	7	0.3	1,946	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3	
2号認定者			21	0.5	21	0.4	2,492	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4		
② 有病状況		糖尿病	152	22.8	175	22.0	25,612	21.3	22,589	22.0	1,350,152	22.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症	426	60.2	463	59.3	63,835	53.4	60,158	58.7	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	170	23.4	212	26.0	31,966	26.7	29,779	28.9	1,741,866	28.4		
		心臓病	475	66.6	518	66.6	72,264	60.6	69,010	67.5	3,529,682	58.0		
		脳疾患	269	37.1	287	36.5	32,398	27.3	35,809	35.2	1,538,683	25.5		
		がん	89	12.4	92	11.5	11,697	9.6	11,405	11.1	631,950	10.3		
		筋・骨格	397	55.4	432	55.6	62,083	51.8	61,746	60.5	3,067,196	50.3		
		精神	269	38.4	304	40.9	44,206	36.6	41,682	40.5	2,154,214	35.2		
再掲)認知症		149	20.6	185	24.4	28,253	23.2	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	294,267	1,118,507,903	309,308	1,175,680,888	320,002	192,129,198,894	331,923	149,059,341,986	310,082	852,283,374,323	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1件当たり給付費(全体)	64,208		62,058		68,807		65,532		58,284			
		居宅サービス	42,213		41,996		42,403		43,003		39,662			
	施設サービス	258,683		257,205		278,098		284,004		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	15,403		12,076		8,199		8,789		7,980				
	認定あり	4,911		5,226		3,955		4,245		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数	4,961		4,536		509,741		423,755		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳	1,452	29.3	1,562	34.4			170,126	40.1	12,462,053	38.2		
		40~64歳	2,091	42.1	1,754	38.7			147,782	34.9	10,946,693	33.6		
		39歳以下	1,418	28.6	1,220	26.9			105,847	25.0	9,178,477	28.2		
	加入率	36.7		33.6		26.6		25.1		26.9				
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	121	0.2	256	0.6	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	10	2.0	10	2.2	1,138	2.2	1,406	3.3	96,727	3.0		
		病床数	139	28.0	140	30.9	17,242	33.8	34,275	80.9	1,524,378	46.8		
		医師数	17	3.4	14	3.1	1,935	3.8	4,300	10.1	299,792	9.2		
		外来患者数	469.5		469.5		682.6		710.0		668.1			
		入院患者数	26.0		28.5		22.4		29.9		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	23,804	県内32位 同規模83位	25,354	県内35位 同規模99位	26,568		30,549		24,245		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	495,499		497,97		705,038		739,897		686,286			
		外来	費用の割合	44.6		43.6		57.2		52.2		60.1		
		件数の割合	94.8		94.3		96.8		96.0		97.4			
入院		費用の割合	55.4		56.4		42.8		47.8		39.9			
件数の割合		5.2		5.7		3.2		4.0		2.6				
1件あたり在院日数		16.7日		16.7日		16.7日		18.7日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源疾病 名(順別含む)	がん	152,020,440	19.0	176,295,900	22.1	23.8		20.7		25.6	KDB_NO.3 健診・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)	127,367,370	15.9	116,289,090	14.6	9.5		12.6		9.7				
	糖尿病	85,666,370	10.7	67,788,370	8.5	10.3		8.3		9.7				
	高血圧症	88,794,200	11.1	57,898,880	7.2	9.2		7.2		8.6				
	脂質異常症	20,827,840	2.6	24,050,290	3.0	5.0		3.6		5.3				
	脳梗塞・脳出血	59,470,080	7.4	36,652,510	4.6	3.8		4.7		4.0				
	狭心症・心筋梗塞	42,909,100	5.4	29,962,990	3.8	3.4		3.2		3.7				
精神	115,237,530	14.4	142,576,430	17.8	18.8		23.4		16.9					
筋・骨格	101,908,220	12.7	141,352,380	17.7	15.1		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)	糖尿病	572,338	431	621,487	354						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
			高血圧	614,423	502	572,596	569								
			脂質異常症	531,136	255	584,959	329								
			脳血管疾患	653,566	228	632,840	247								
			心疾患	628,296	218	641,307	236								
			腎不全	900,456	124	722,565	140								
			精神	468,397	483	503,019	518								
		悪性新生物	614,475	291	651,608	295									
		右/レセプト 件数	糖尿病	44,031	5,199	45,620	4,756								
			高血圧	30,996	11,252	30,193	10,312								
			脂質異常症	27,525	7,236	29,632	7,000								
			脳血管疾患	38,591	2,064	38,436	1,997								
			心疾患	57,921	2,506	55,308	2,418								
			腎不全	211,941	563	180,247	552								
精神	27,334		3,387	31,195	3,176										
悪性新生物	41,181	2,185	45,294	2,068											
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	105,291		102,615		87,457	100,364	79,159			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
		健診受診者	205,613		239,538		260,263	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 実合	受診勧奨者	963	58.4	875	60.9	89,238	56.7	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	862	52.3	802	55.8	81,322	51.7	64,096	51.3	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率	101	6.1	73	5.1	7,916	5.0	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	1,648		1,436		157,335		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	49.6	県内13位 同規模25位	46.4	県内22位 同規模51位	43.2	43.1	全国8位	36.4				
			初回	427	25.9	154	10.7	18,559	11.8	16,672	13.4	1,237,550	15.7		
			特定保健指導終了者 (実施率)	99	48.1	56	30.1	8,184	41.7	13,520	32.1	50,560.7	48.2		
			非肥満高血糖	178	10.8	150	10.4	17,078	10.9	11,552	9.3	737,886	9.3		
			メタボ	該当者	219	13.3	193	13.4	28,039	17.8	23,163	18.6	1,365,855		17.3
				男性	146	18.7	141	20.5	19,376	27.0	15,563	28.5	940,335		27.5
				女性	73	8.4	52	7.0	8,663	10.1	7,600	10.8	425,520		9.5
				予備群	160	9.7	109	7.6	17,199	10.9	14,588	11.7	847,733		10.7
			BMI	男性	114	14.6	81	11.8	11,819	16.4	9,606	17.6	588,308		17.2
				女性	46	5.3	28	3.7	5,380	6.3	4,982	7.1	259,425		5.8
				総数	430	26.1	334	23.3	50,519	32.1	42,303	33.9	2,490,581		31.5
				腹囲	294	37.7	249	36.2	34,664	48.2	28,019	51.4	1,714,251		50.2
			メタボ 該当・予 備群レ ベル	男性	136	15.7	85	11.4	15,855	18.6	14,284	20.3	776,330		17.3
				女性	130	7.9	143	10.0	8,872	5.6	6,625	5.3	372,685		4.7
				男性	28	3.6	31	4.5	1,430	2.0	1,020	1.9	59,615		1.7
				女性	102	11.7	112	15.0	7,442	8.7	5,605	8.0	313,070		7.0
				血糖のみ	11	0.7	4	0.3	1,171	0.7	937	0.8	52,296		0.7
				血圧のみ	123	7.5	89	6.2	12,209	7.8	10,832	8.7	587,214		7.4
脂質のみ	26	1.6		16	1.1	3,819	2.4	2,819	2.3	208,214	2.6				
血糖・血圧	48	2.9	39	2.7	5,194	3.3	4,388	3.5	212,002	2.7					
血糖・脂質	12	0.7	7	0.5	1,482	0.9	1,104	0.9	75,032	0.9					
血圧・脂質	90	5.5	84	5.8	12,677	8.1	10,659	8.5	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	69	4.2	63	4.4	8,686	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	513	31.1	440	30.6	55,608	35.4	50,390	40.4	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	131	7.9	103	7.2	13,020	8.3	12,088	9.7	589,711	7.5		
			脂質異常症	232	14.1	218	15.2	34,949	22.2	28,308	22.7	1,861,221	23.6		
			脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	77	5.2	66	5.1	4,523	3.0	6,252	5.1	246,252	3.3		
			既往歴	89	6.0	66	5.1	7,878	5.3	9,034	7.4	417,378	5.5		
			腎不全	7	0.5	7	0.5	780	0.5	959	0.8	39,184	0.5		
			貧血	121	8.1	88	6.8	12,720	8.7	10,539	8.6	761,573	10.2		
			喫煙	260	15.8	205	14.3	22,916	14.6	14,067	11.3	1,122,649	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	192	12.9	154	11.8	10,085	7.0	9,919	8.1	585,344	8.7		
			週3回以上食後間食	194	13.1	172	13.2	17,363	12.0	13,431	11.0	803,966	11.9		
			週3回以上就寝前夕食	238	16.0	197	15.1	22,799	15.8	21,086	17.3	1,054,516	15.5		
			食べる速度が遅い	371	25.0	314	24.1	38,905	26.9	30,003	24.6	1,755,597	26.0		
			20歳時体重から10kg以上増加	504	33.9	433	33.3	46,745	32.4	41,664	34.1	2,192,264	32.1		
			1回30分以上運動習慣なし	777	52.3	725	55.7	92,627	64.1	67,654	58.3	4,026,105	58.8		
1日1時間以上運動なし	686	46.2	655	50.3	68,134	47.2	54,729	44.8	3,209,187	47.0					
睡眠不足	313	21.1	309	23.8	35,522	24.6	26,766	22.0	1,698,104	25.1					
毎日飲酒	434	29.2	381	29.3	38,267	26.0	31,047	25.3	1,886,293	25.6					
時々飲酒	405	27.3	352	27.1	29,879	20.3	26,092	21.3	1,628,466	22.1					
⑭	一日飲 酒量	435	51.5	375	50.8	61,172	61.1	45,862	62.9	3,333,836	64.0				
	1~2合	283	33.5	254	34.4	25,170	25.1	20,515	28.1	1,245,341	23.9				
	2~3合	103	12.2	82	11.1	10,318	10.3	5,557	7.6	486,491	9.3				
	3合以上	24	2.8	27	3.7	3,436	3.4	1,012	1.4	142,733	2.7				

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名	鹿児島県	市町村名	屋久島町	同規模区分	10
-------	------	------	------	-------	----



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 4】

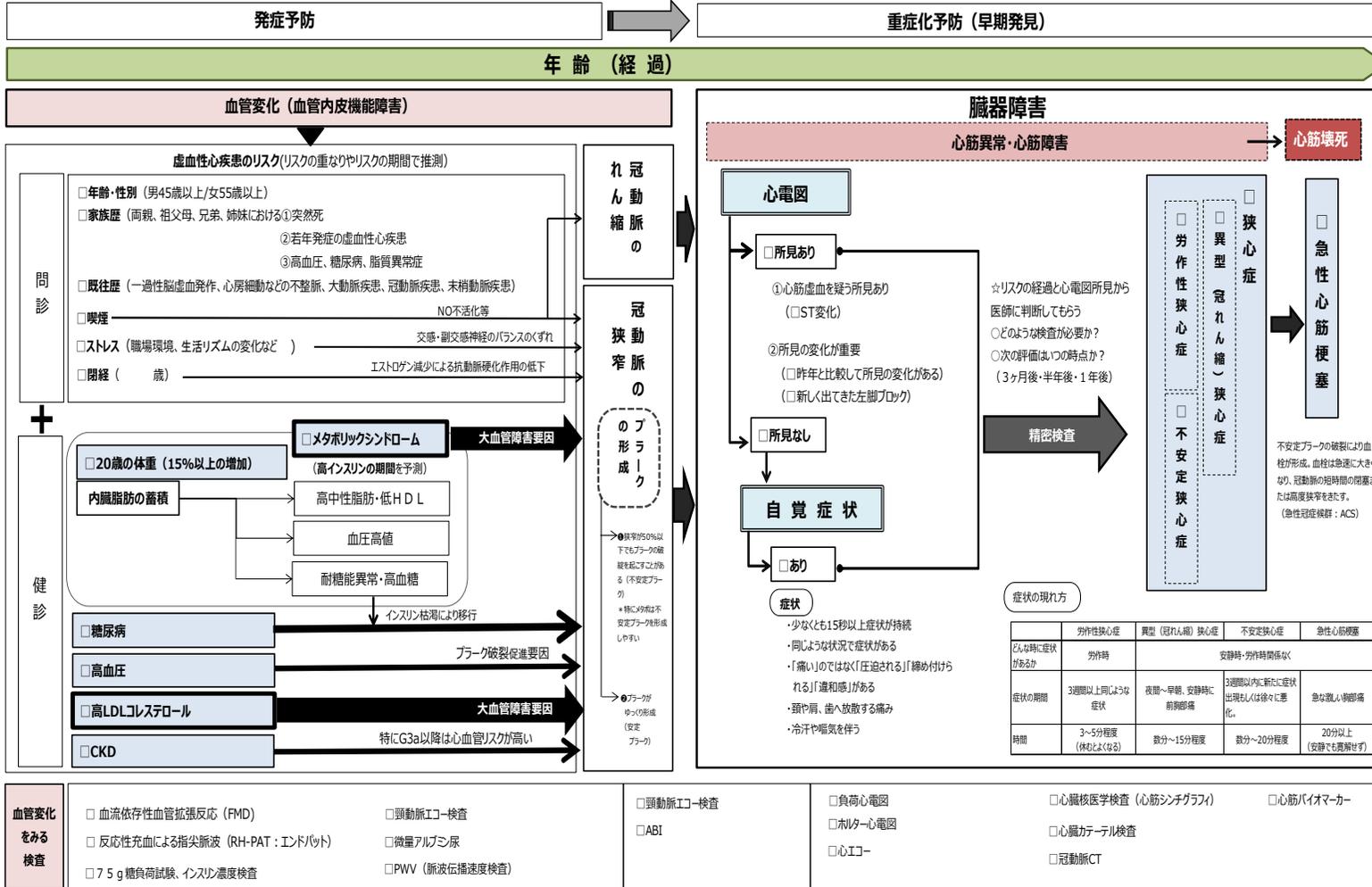
糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因  2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認  4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力   かかりつけ医、糖尿病専門医   栄養士中心  腎専門医	
	④健診未受診者 ( )人			<ul style="list-style-type: none"> <li>●合併症</li> <li>●脳・心疾患-手術</li> <li>●人工透析</li> <li>●がん</li> </ul>
	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				
保健指導の優先づけ	⑥結果把握 ( )人			
	①HbA1cが悪化している ( )人			
	例)HbA1c7.0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			
(±) ( )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				

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料5】

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数152		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	4,719人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A	3,457人							
2	① 対象者数	B	3,090人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況報告書
	② 特定健診									
③ 受診者数	C	1,436人								
④ 受診率	C	46.5%								
3	① 特定保健指導									
	② 対象者数		180人							
	② 実施率		31.1%							
4	① 健診データ	E	182人	12.7%						特定健診結果
	② 糖尿病型	F	79人	43.4%						
	③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G	103人	56.6%						
	④ 治療中(質問票 服薬あり)									
	⑤ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	52人	50.5%						
	⑥ 血圧 130/80以上	J	35人	67.3%						
	⑦ 肥満 BMI25以上	J	16人	30.8%						
	⑧ コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K	51人	49.5%						
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	149人	81.9%						
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)	M	17人	9.3%						
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	15人	8.2%						
⑫ 第4期 eGFR30未満	M	1人	0.5%							
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		82.6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)		111.1人							
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1円は請求数千対)		2,071件	(624.5)			2,076件	(799.2)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院外(件数)		26件	(7.8)			16件	(6.0)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	390人	8.3%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳	H	384人	11.1%						
	⑦ 健診未受診者	I	281人	73.2%						
	⑧ インスリン治療	O	32人	8.2%						
	⑨ (再掲)40-74歳	O	31人	8.1%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	34人	8.7%						
	⑪ (再掲)40-74歳	L	34人	8.9%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症に占める割合)		21人	5.38%						
	⑬ (再掲)40-74歳		21人	5.47%						
	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)		9人	2.0%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 総医療費		14億1143万円				10億9540万円		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		7億9883万円				6億2716万円			
	③ (総医療費に占める割合)		56.6%				57.3%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		13,792円				8,266円			
	⑤ 健診受診者		37,150円				32,361円			
	⑥ 健診未受診者		6779万円				6466万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.5%				10.3%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		2億1697万円							
	⑨ 1件あたり		45,620円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2億2001万円							
	⑪ 1件あたり		621,487円							
	⑫ 在院日数		16日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億1971万円				6350万円			
	⑭ 透析有り		1億1629万円				5982万円			
	⑮ 透析なし		342万円				368万円			
7	① 介護給付費		11億7568万円				11億9822万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		2件 12.5%							
8	① 死亡		1人 0.6%				2人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題	

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> S T変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
	<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症				⑥ 発症予防対象者	
<input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙						
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい経過をたどって、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。		
	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~		<input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比	
	□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~
		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~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	~84	85~89	90~		
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
e G F R		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□C K D重症度分類		G3aA1~				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム			0 _____ 12 _____ 24		

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



平成29年度に向けての全体評価(平成28年度評価)

様式1

課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス(やってきた実践の過程)	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)	
<p><b>目標</b></p> <p>○特定健診受診率 H28年度目標50%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標50%</p> <p>○医療機関受療率70%</p> <p>○高血圧に関する啓発活動</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>◆受診率が低下してきている ◆協議会のある集落以外の集落の受診勧奨の内容検討 ◆若い世代の受診率が低い ◆医療機関の協力による取組み</p> <p><b>重症化予防対策</b></p> <p>◆対象者の明確化優先順位づけ ◆保健指導対象者に会えない、報告会に出席してもらう工夫 ◆実務者が共通認識を持てる学習会を検討する</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○宮之浦地区健康づくり推進協議会に委託し、推進員は4月と10月に集中的に受診勧奨を行う。また健康づくりに関する啓発イベントを開催する。</p> <p>○PR用ののぼり旗(特定健診期間中)</p> <p>○防災無線、広報誌で周知</p> <p>○11月脱漏健診通知時に未受診理由等の把握目的でアンケート調査票を同封する。</p> <p>○1月に未受診者に受診勧奨はがきの送付。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>①個別訪問による受診勧奨・スポーツイベント</p> <p>②のぼり旗全集落設置</p> <p>③検診前に防災無線町報4月号に日程掲載</p> <p>④11月に未受診者にアンケート実施対象者1,433名、回収16枚</p> <p>⑤1月に受診勧奨ハガキを送付対象者1,954名</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>特定健診受診率 46.50%</p> <p>対象者3,090名 受診者1,436名</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>①宮之浦健康づくり推進協議会に委託し町から補助金を支出協議会やイベントに職員も参加</p> <p>③防災無線の放送を各集落に依頼</p> <p>④11月の健診時に2年連続未受診者に未受診理由を把握するためにアンケート実施</p> <p>⑤1月未受診者に受診勧奨はがきを送付</p>	<p><b>全体</b></p> <p>○保健活動に関して具体的な目標・効果を検討しPDCAサイクルに基づいて事業を計画する</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>○他の集落の未受診者への受診勧奨の内容を充実する必要がある。</p> <p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○指導マニュアルを事前で作成したが、学習会を実施できなかった。 ○マンパワー不足のため報告会欠席の対象者に保健指導を実施できないことが多かった。  ○指導後の受療状況は把握できるが、検査データや生活習慣改善度を把握・評価することが難しい。</p>
	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○各学会ガイドラインおよび屋久島町データヘルス計画に基づいて階層化した結果、重症化ハイリスク・重症化予備群・特定保健指導対象に判定された者に対して、個別(動機づけではグループ)指導を実施する。(結果報告会6月・12月口永良部は7月報告会後は随時電話連絡し面談)</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>&lt;ハイリスク&gt; 対象者:154名 指導実施者:68名 受診確認:48名</p> <p>&lt;予備群&gt; 対象者:220名 指導実施者:68名</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>医療機関受診率 55.80%</p> <p>・高血圧は医療機関を受診しても異常なし服薬なしが多かった</p> <p>・検査データや生活習慣改善土などは把握できていない。</p> <p>・CKD、専門医につながるケースが多い</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>【従事者】 町保健師3~4名 厚生連1名 在宅管栄1名</p> <p>【実施体制】 担当者が名簿を作成報告会出席者は個別面談し欠席者は電話連絡し保健指導実施</p>	

【参考資料10】

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)

様式 2

課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題														
	①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(プロセス)	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)															
<p><b>目 標</b></p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標50%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標50%</p> <p>○糖尿病治療なし (HbA1c6.5以上)33.9%</p> <p>→28%</p> <p>医療機関受療率70%</p> <p>糖尿病治療中 (HbA1c7.0以上)28.6%</p> <p>→25%</p> <p>○腎機能低下者の減少 25名→20名</p> <p>○医療機関受診率70%</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>・これまで人口は多いが受診者の少なかった地区(2地区)に健康づくり推進協議会の立ち上げを支援し連携を図り地域の方から受診勧奨。</p> <p>・健診期間中に広報車で地区を回り受診を呼びかけた。</p> <p>・防災無線・広報誌のぼり旗で健診をPRする。</p> <p>・がん検診等(胸部ヘリカルCT検診・肝炎ウイルス検診は節目の年に補助券も送付)など同日実施。</p> <p>・保険証の更新時に健診受診済シールを貼付し、医療機関の協力による受診勧奨を行う。</p> <p>・1月に未受診者に受診勧奨はがきの送付。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>・推進委員からの受診勧奨</p> <p>宮之浦(3回)</p> <p>安房(2回)</p> <p>春牧(2回)</p> <p>・健康づくりイベント</p> <p>グラウンドゴルフ大会</p> <p>ウォーキング大会</p> <p>地区イベントで健康ブース設置 など</p> <p>・集団健診(16回)</p> <p>受診者数 1,302 人</p> <p>H30.3.27現在</p> <p>・広報車各集団健診会場、防災無線、のぼり旗</p> <p>・保険証シール実施</p> <p>・個別健診・情報提供</p> <p>194人</p> <p>・1月ハガキ送付対象者 1,736 人</p>	<p><b>*未受診者対策*</b></p> <p>集団健診受診者 集団以外 H28:1,260名 → 1,201名 H28 176名 → 194名</p> <p>宮之浦健康づくり推進協議会では受診率60%をめざし、個別訪問等実施し、未受診者への文書発送等をした。</p> <p>安房健康づくり推進協議会は昨年度を越える受診率をめざし、個別訪問及び未受診者に対しチラシを投函をした。</p> <p>春牧健康づくり推進協議会は受診率55%をめざし、個別訪問をした。</p> <p>(区別受診率) H30.3.16現在 宮之浦 57.1% 安房 39.6% 春牧 50.0%</p>																
<p><b>未受診者対策</b></p> <p>◆受診率が低下してきている</p> <p>◆協議会のある集落以外の集落の受診勧奨の内容検討</p> <p>◆若い世代の受診率が低い</p> <p>◆医療機関の協力による取組み</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>・事前に台帳を作成し、委託先の厚生連管理センター保健師と連携を図り結果報告会にて個別、またはグループでの保健指導を行う。</p> <p>・嘱託保健師への保健指導実施の事前学習、結果報告会で保健指導を行う。</p> <p>・結果報告会に来れなかった方には、個別訪問や電話にて対応する。</p> <p>・担当を決めて実施する。</p> <p>&lt;HbA1c6.5以上の対象者に保健指導&gt;</p> <p>・健診結果よりガイドラインを基に対象者を抽出し、結果報告会もしくは個別で面談し保健指導を行う。</p> <p>&lt;HbA1c6.5以上の対象者に保健指導&gt;HbA1c6.5or空腹時血糖126以上かつeGFR60未満or尿蛋白1+以上の対象者</p> <p>→かかりつけ医と連携して糖尿病重症化予防プログラムを行う。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>・プログラム対象者 3名</p> <p>9月～2月に実施</p> <p>3名終了</p>	<p><b>*重症化予防対策*</b></p> <p>・嘱託保健師に保健指導を実践できるように事前学習会を開催した。昨年より多い人数の保健指導を実施できた。</p> <p>・特定保健指導は、拒否される方(リポーター等)、連絡が取れず面談できない方があり、結果報告会に来てもらえると実施率向上につながると考えられる。</p> <p>・重症化と特保の重なりの方は、重症化の面談(受診勧奨等)を優先していたが、特保の保健指導実施率を上げるためには、面談の中で日常生活の振り返りから目標設定までできると効果的と考える。</p> <p>・努力支援制度の評価項目において、糖尿病性腎症終末期予防の取組の対象者は、全ての対象に受診勧奨、受診の有無の確認、未受診にはさらに面談等を実施することが定められていることから、それらが実施できるような取</p>																
<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>◆対象者の明確化</p> <p>優先順位づけ</p> <p>◆保健指導対象者に会えない、報告会に出席してもらう工夫</p> <p>◆実務者が共通認識を持てる学習会を検討する</p> <p>医療とのつながり</p> <p>◆本町の実情にあった糖尿病重症化予防プログラムを検討する策定し実施する</p> <p>◆連携手帳を活用しかかりつけ医と連携する</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>&lt;腎専門医受診勧奨基準該当者&gt;</p> <p>・健診結果より基準該当者を抽出し、結果報告会もしくは個別に保健指導を行い、必要時受診勧奨を行う。</p> <p>&lt;高血圧・糖尿病・脂質異常症の医療機関受診対象者&gt;</p> <p>・検診から3か月後に医療機関未受診の対象者に、文書(調査票)を送付し、必要時、医療機関受診勧奨を行う。</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>6月～(実施者/対象者)</td> <td>12月～(実施者/対象者)</td> </tr> <tr> <td>ハリスク</td> <td>84/141</td> <td>6/21</td> </tr> <tr> <td>特定保健指導</td> <td>積極的</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>動機づけ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>重症化予防群</td> <td>64/137</td> <td>7/20</td> </tr> </table>		6月～(実施者/対象者)	12月～(実施者/対象者)	ハリスク	84/141	6/21	特定保健指導	積極的			動機づけ		重症化予防群	64/137	7/20	<p><b>*医療とのつながり*</b></p> <p>・H30からは、糖尿病重症化予防プログラムを島内全ての医療機関で実施するべく、医療機関への協力依頼を進めていく。</p> <p>・また今後、医療機関との連携により治療中断者には、まず健診や診察と受けていただき保健指導を行えるようにしくみの構築が必要である。</p>	
	6月～(実施者/対象者)	12月～(実施者/対象者)																	
ハリスク	84/141	6/21																	
特定保健指導	積極的																		
	動機づけ																		
重症化予防群	64/137	7/20																	

【参考資料11】