

玉東町国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 3 0 年 3 月 玉東町

玉東町国民健康保険

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

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	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	5
4. 関係者が果たすべき役割と連携	5
5. 保険者努力支援制度	7
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	8
1. 第1期計画に係る評価及び考察	8
2. 第2期計画における健康課題の明確化	20
3. 目標の設定	26
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	29
1. 第3期特定健診等実施計画について	29
2. 目標値の設定	29
3. 対象者の見込み	29
4. 特定健診の実施	30
5. 特定保健指導の実施	34
6. 未受診者対策	37
7. 個人情報の保護	37
8. 結果の報告	38
9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	38
10. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	38
第4章 保健事業の内容	39
I 保健事業の方向性	39
II 重症化予防の取組	40
1. 糖尿病性腎症重症化予防	40
2. 脳血管疾患重症化予防	49
3. 虚血性心疾患重症化予防	55
III 広く町民に周知・啓発する取組	59

第5章 地域包括ケアに係る取組	61
1. 介護予防・重症化予防の取組	62
2. 在宅医療・介護連携の推進	62
第6章 計画の評価・見直し	63
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	65
参考資料	66

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. 計画の背景・目的

近年、特定健康診査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、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国民健康保険、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。）の三者（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、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、「日本再興戦略」（平成25年6月14日に閣議決定）においても、「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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、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明記された。

また、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（以下「国保」という。）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を決定し、市町村と共に保険者となって財政運営を担うとともに、市町村はこれまでどおり、保健事業など医療費適正化の取組を主に行うという、いわゆる「国民健康保険制度の広域化」が図られることとなった。さらに、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する一環として医療保険加入者の重症化予防と健康づくりを進め、医療費の適正化を図るための新たなインセンティブ制度となる保険者努力支援制度が平成30年度に創設されることとなり、平成28年度から前倒しで実施されている。

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。）の一部を改正し、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）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善を行うものとしている。

玉東町においても、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）」を策定し、脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患等を減らしていくことを中期目標、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を減らしていくことを短期目標と定め、被保険者の健康増進に取り組むこととし、結果として医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

玉東町では、国民健康保険の保険者として国民皆保険制度を将来にわたり持続可能な制度とするため、平成 20 年 3 月に「玉東町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、数値目標を設定して、国民健康保険加入者に対する特定健診・特定保健指導に取り組んできている。

また、町民の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、平成 28 年 3 月に「玉東町保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、実証データに基づき、予防可能な生活習慣病予防を中心とした保健事業を実施している。

このように、玉東町においては、特定健康診査等実施計画と保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「本計画」という。）の二つの計画を両輪として保健事業を実施してきたが、この度のデータヘルス計画の改定に当たり、両計画の連携を強化し、保健事業の実施及び評価、事業内容の見直しを行い、保健事業の実効性を高めていくために、一体的な計画として第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定した。

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

したがって、策定にあたっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、くまもと 21 ヘルスプラン（熊本県健康増進計画）や玉東町健康増進計画、熊本県保健医療計画、玉東町介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。

（図表 1・2・3）

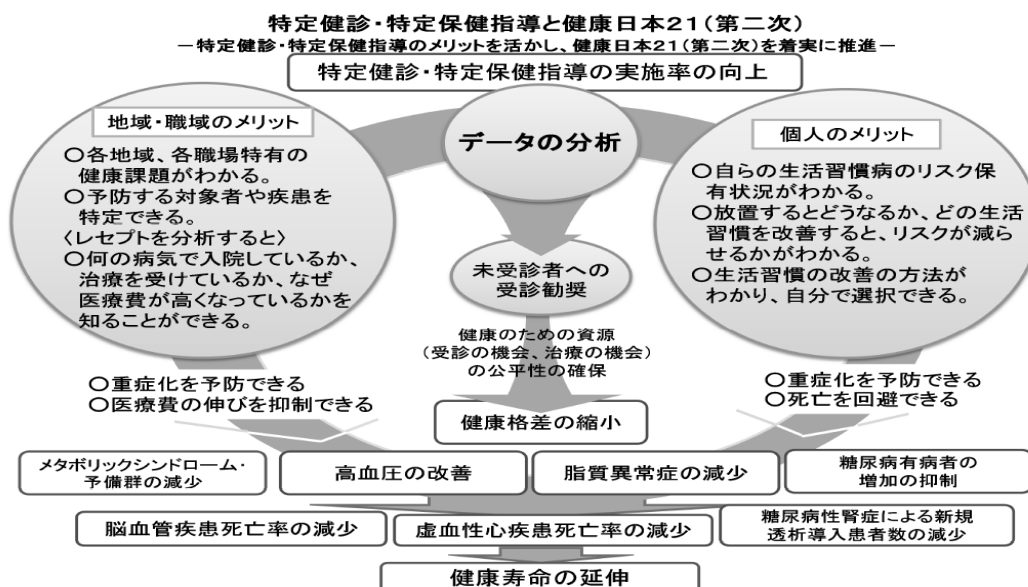
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

※ 健康推進事業推進法、国民健康保険法、介護保険法、介護保険法、市町村（母子保健法、介護保険法）、市町村（母子保健法、介護保険法）、市町村（母子保健法、介護保険法）											
3	「健康日本21」計画	6	「特定健康診査等実施計画」	10	「データヘルス計画」	14	「介護保険事業（支援）計画」	14	「医療費適正化計画」	14	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	厚生労働省 保険局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針 指針 平成30～35年（第3期）	国民健康保険法 第82条	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針の一部改正」 指針 平成30～35年（第2期）	介護保険法 第116条、第117条、第118条	厚生労働省 保険局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を図るための基本的な指針 法定 平成30～35年（第7次）	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	厚生労働省 保険局 平成29年3月 医療費適正化に関する基本指針 【全面改正】 法定 平成30～35年（第7次）	医療法 第30条	
基本的な指針	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	国民の健康の増進と生活習慣の改善を図るための基本的な方針 法定 平成25～34年（第2次）	
根拠・期間	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康推進事業推進法</u> ）	
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	都道府県：義務、市町村：努力義務	
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、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向け、生活習慣の改善、予防や重症化を防ぐとともに、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、社会保健制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青少年期、高齢期）に応じて	40歳～74歳	40歳～74歳	40歳～74歳	40歳～74歳	40歳～74歳	40歳～74歳	40歳～74歳	40歳～74歳	40歳～74歳	
対象疾病	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	
評価	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	①特定健康診査・特定保健指導の実施率 ②メタボ予備群、メタボ該当者 ③高血圧・脂質異常症 ④糖尿病 ⑤がん ⑥認知症 ⑦メンタルヘルス ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の改善 ⑩生活習慣病の予防・改善の推進（健康、ウェルビーイング） ⑪日常生活における健康 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率	
その他											

【図表1】

【図表 2】

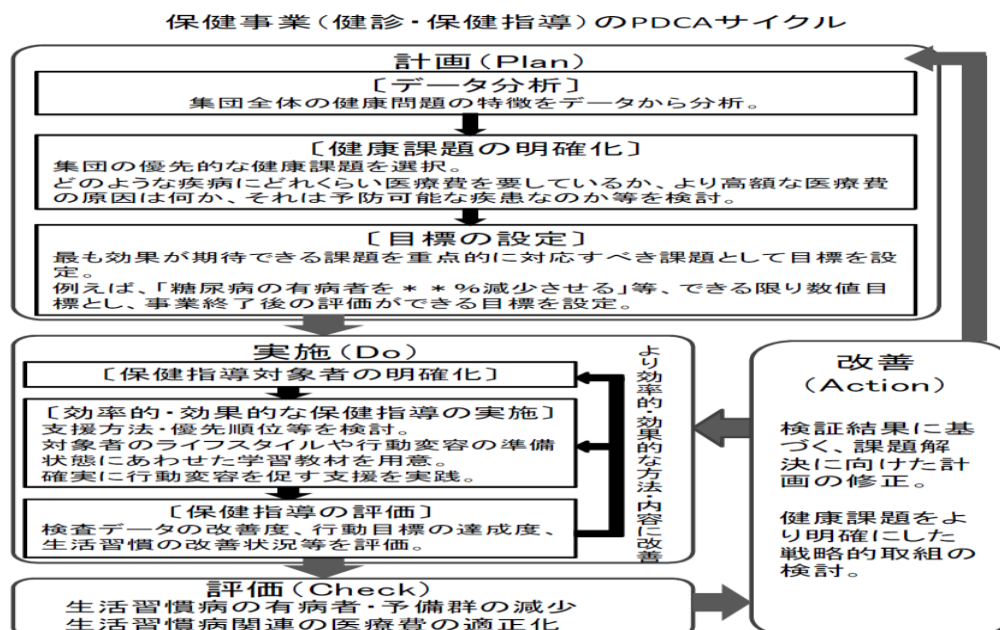
図 1



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】

図 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、国指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35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年度までの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

玉東町においては、町民福祉課が主体となり、町民の健康の保持増進に関わりのある保健介護課とも連携し策定した。

具体的には、保健衛生担当、高齢者医療担当、介護保険担当、生活保護担当と連携し町の実態の共有を行ってきた。

また、財政課とは予算策定時に医療費等の社会保障費の状況等について情報交換を行った。

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、体制を整えていく。（図表4）

2) 外部有識者等の役割

本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、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保健事業支援・評価委員会等の外部有識者等との連携・協力が重要となる。

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年度から都道府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、県の関与は更に重要となり、熊本県国保・高齢者医療課、熊本県健康づくり推進課など県の関係機関と意見交換を行い、連携を図っていききたい。

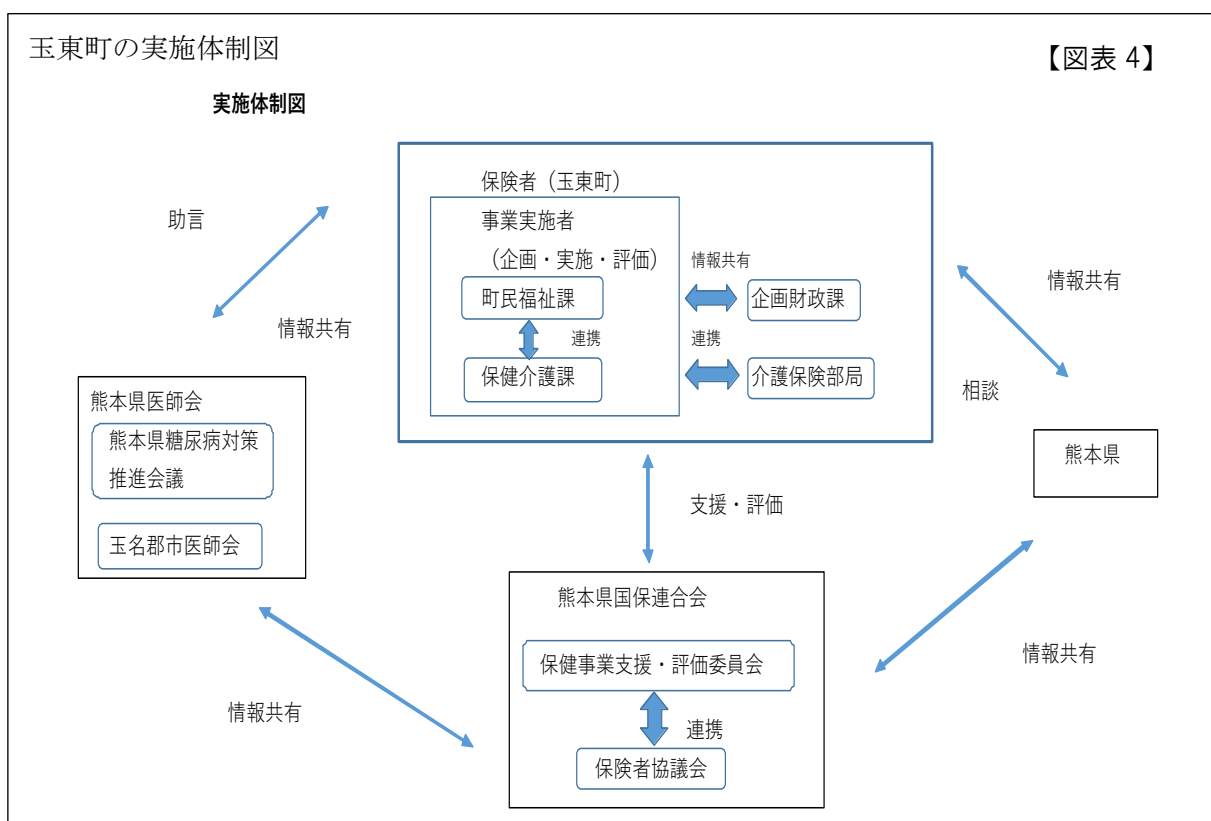
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

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ことが重要である。

保険者等の間では、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健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携に努めることが重要である。このためには、圏域で行われる地域保健・職域保健連携推進会議等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目標は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上では、被保険者自身が健康の保持増進が大切だと理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要である。



5. 保険者努力支援制度

国は、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新たに保険者努力支援制度を創設し、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）

保険者努力支援制度による評価は初めての仕組みで、平成 30 年度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おり、毎年の実績や実施状況を見ながら進化・発展させる仕組みである。（図表 5）

【図表 5】

保険者努力支援制度		H28	H29	H30	H30
評価指標		配点	配点	配点	(参考)
総得点（満点）		345	580	850	850
交付額（万円）		101			
総得点（体制構築加点含む）		272			
全国順位（1,741市町村中）		49			
共通①	特定健診受診率	15			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・予備軍の減少率	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	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人への分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	10			35
共通⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	25			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通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	6			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施譲許				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

①人口構成等と高齢化状況（図表6・7）

玉東町の人口は平成28年度5,363人であり、このうち国民健康保険被保険者数は1,572人で国保加入率は28.5%である。同規模平均の27.8%、県26.3%、国26.9%と比べて国保の加入率は高い。40～65歳、65歳～74歳の区分で国、県より高い。

また町の高齢化率は33.9%と同規模、県、国と比較し高い現状である。

産業構成については第1次産業が24.1%と同規模、県、国平均より高く、国保加入者で農業従事者が多いことが分かる。

②医療（レセプト）の分析

玉東町では、脳血管疾患、心臓病による死亡の状況を見ると、脳血管疾患については平成25年度の11.7%から平成28年度12.9%と1.2ポイント増加しているものの、同規模町、県、国と比較すると低い傾向である。心臓病については、平成25年度の35%から平成28年度38.7%と3.7ポイント増加しており、また同規模町・県・国と比較すると割合は高い傾向である。

医療費に占める入院費用・件数の割合は減少し、同規模町、県の平均よりも低い。が、外来費用・件数の割合が増加していることがわかった。1件あたり費用額の県内順位では、外来の医療費の中でも腎不全、脂質異常症、心疾患、糖尿病が増えている。医療機関を受診する人の割合が増え、治療をしている人の割合が増えると、脳血管疾患、心臓病など重症化して高額な治療にならずに済むため、今後も未治療者を減らす必要がある。

③介護の分析

要介護認定率の第1号は減少傾向、第2号は横ばいで推移しており、第1号、第2号認定率は同規模町、県と比べると低い状況である。また、平成25年度と平成28年度の介護給付費を比較すると減少傾向である。

要介護認定者の有病状況や特定健診の状況から、糖尿病・高血圧・脂質異常症の人が多く状況にあり、メタボリックシンドローム（以下「メタボ」という。）とその他の基礎疾患を併せ持っている人の割合が平成25年度より上昇していることから、

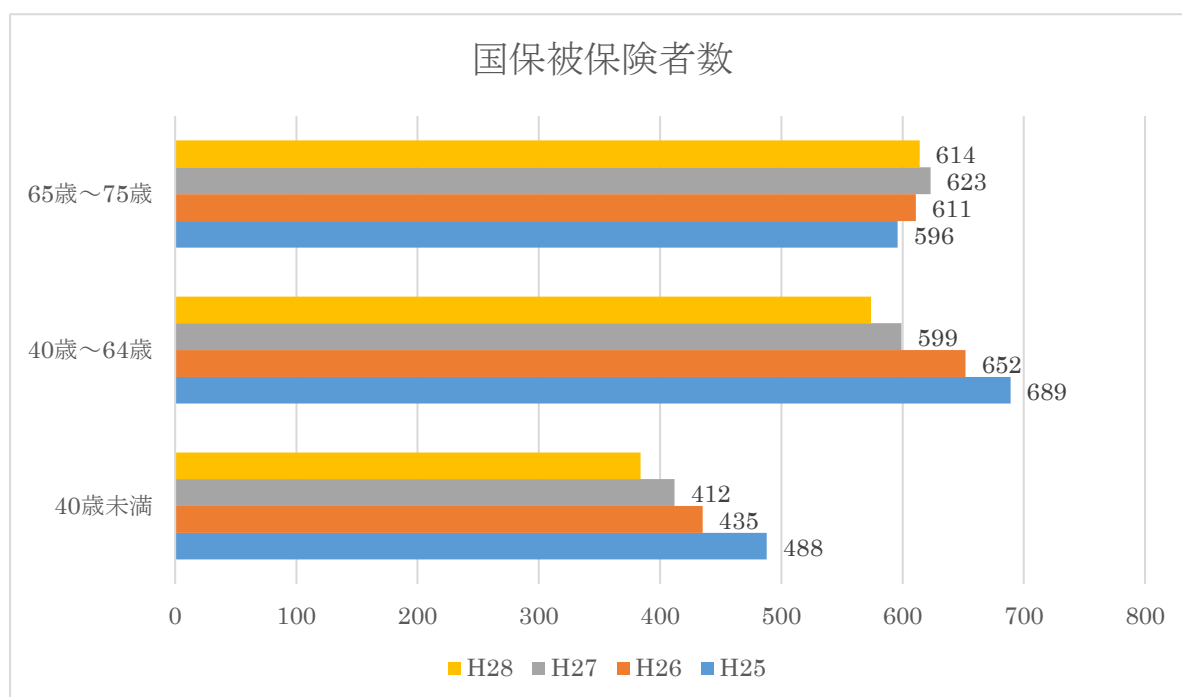
今後の重症化予防対策は糖尿病・高血圧・脂質異常症とメタボ対策を中心に実施していく必要がある。

【図表 6】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玉東町の位置														
項目				H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		
				玉東町		玉東町		同規模平均		県		国		
				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	5,568		5,363		7,349		1,794,477		124,852,975		
			65歳以上（高齢化率）	1,743	31.3	1,819	33.9	2,330	31.7	462,261	25.8	29,020,766	23.2	
			75歳以上	978	17.6	1,008	18.8	1,323	18	253,517	14.1	13,989,864	11.2	
			65～74歳	765	13.7	811	15.1	1,007	13.7	208,744	11.6	15,030,902	12.0	
			40～64歳	1,790	32.1	1,681	31.3	2,528	34.4	602,031	33.5	42,411,922	34.0	
		39歳以下	2,035	36.5	1,863	34.7	2,491	33.9	730,185	40.7	53,420,287	42.8		
	②	産業構成	第1次産業	24.1		24.1		18.4		10.5		4.2		
			第2次産業	23.2		23.2		25.5		21.2		25.2		
			第3次産業	52.7		52.7		56.1		68.4		70.6		
	③	平均寿命	男性	80.1		80.1		79.4		80.3		79.6		
			女性	85.7		85.7		86.4		87.0		86.4		
	④	健康寿命	男性	65.6		65.6		65.2		65.3		65.2		
			女性	66.0		66.0		66.7		66.7		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	98.8		99.9		104.8		94.7		100	
				女性	102.7		96.2		100.8		92.8		100	
			死因	がん	29	48.3	13	41.9	6,817	45.1	5,499	48.4	367,905	49.6
				心臓病	21	35.0	12	38.7	4,392	29.1	3,135	27.6	196,768	26.5
				脳疾患	7	11.7	4	12.9	2,661	17.6	1,774	15.6	114,122	15.4
				糖尿病	0	0.0	0	0.0	274	1.8	183	1.6	13,658	1.8
				腎不全	2	3.3	0	0.0	548	3.6	449	3.9	24,763	3.3
				自殺	1	1.7	2	6.5	409	2.7	332	2.9	24,294	3.3
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計			3 4				1948 9.11		136944 10.47		
			男性			1 2.5				1294 12.57		91123 13.51		
			女性			2 5.71				654 5.9		45821 7.24		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	308	19.0	302	18.6	114,707	20.1	108,753	23.3	5,882,340	21.2
				新規認定者	5	0.1	2	0.3	1,910	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3
2号認定者				10	0.5	9	0.5	2,325	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4	
②		有病状況	糖尿病	59	19.1	101	29.1	25,164	21.2	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
			高血圧症	164	50.1	182	55.1	64,630	54.6	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
			脂質異常症	55	16.9	75	23.2	31,788	26.7	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
			心臓病	193	59.0	210	65.2	73,217	61.9	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
			脳疾患	68	21.0	83	26.6	33,089	28.2	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
			がん	32	8.7	43	11.2	11,629	9.7	12,180	10.7	629,053	10.1	
			筋・骨格	169	52.7	192	59.1	63,583	53.7	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
			精神	110	34.9	114	37.7	43,915	37.0	42,763	38.0	2,141,880	34.9	
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	74,092		67,234		70,593		61,022		58,349		
			居宅サービス	40,005		38,610		40,986		40,033		39,683		
		施設サービス	317,142		303,140		275,281		291,281		281,115			
④	医療費等	要介護認定別	7,761		8,890		8,458		8,532		7,980			
		医療費（40歳以上）	3,248		3,414		4,123		3,919		3,822			
4	①	国保の状況	被保険者数	1,773		1,572		493,770		471,487		32,587,223		
			65～74歳	596	33.6	614	39.1			182,316	38.7	12,462,053	38.2	
			40～64歳	689	38.9	574	36.5			162,771	34.5	10,946,693	33.6	
			39歳以下	488	27.5	384	24.4			126,400	26.8	9,178,477	28.2	
			加入率	32.1		28.5		27.8		26.3		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	0	0.0	0	0.0	144	0.3	214	0.5	8,255	0.3	
			診療所数	2	1.1	2	1.3	1,108	2.2	1,471	3.1	96,727	3.0	
			病床数	0	0.0	0	0.0	15,468	31.3	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
			医師数	1	0.6	2	1.3	1,575	3.2	5,156	10.9	299,792	9.2	
			外来患者数	744.7		757.0		658.5		727.4		668.3		
			入院患者数	24.2		21.3		22.6		25.6		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	24,701	県内29位 同規模109位	23,487	県内43位 同規模189位	26,418		27,978		24,253		
			受診率	768.98		778.357		681.134		752.943		686.501		
外来			費用の割合	55.6		61.5		56.6		55.7		60.1		
件数の割合			96.8		97.3		96.7		96.6		97.4			
入院			費用の割合	44.4		38.5		43.4		44.3		39.9		
件数の割合			3.2		2.7		3.3		3.4		2.6			
		1件あたり在院日数	18.6日		16.0日		16.3日		18.0日		15.6日			
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合	がん	45,411,260	15.2	53,265,980	21.3	24.1		20.5		25.6			
		慢性腎不全（透析あり）	21,396,410	7.2	25,405,370	10.1	9.1		12.4		9.7			
		糖尿病	29,239,330	9.8	29,922,290	12.0	10.2		9.6		9.7			
		高血圧症	31,635,780	10.6	23,980,000	9.6	9.2		8.4		8.6			
		精神	92,659,400	31.0	70,187,190	28.0	17.5		22.4		16.9			
		筋・骨格	49,568,460	16.6	24,633,360	9.8	16.1		15.1		15.2			

項目				H25		H28		H28		H28		H28		H28		
				玉東町		玉東町		同規模平均		県		国				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	532,101	14位 (13)	487,296	36位 (13)								
				高血圧	581,960	4位 (21)	437,763	42位 (18)								
				脂質異常症	597,599	3位 (19)	404,535	44位 (16)								
				脳血管疾患	526,972	34位 (19)	530,704	33位 (20)								
				心疾患	495,047	36位 (19)	421,469	42位 (21)								
				腎不全	1,320,302	1位 (18)	515,775	38位 (19)								
				精神	378,789	40位 (26)	387,686	40位 (25)								
				悪性新生物	561,044	27位 (14)	496,944	43位 (15)								
		県内順位 順位総数47	外来	糖尿病	30,821	40位	33,226	29位								
				高血圧	24,368	43位	25,343	40位								
				脂質異常症	25,029	30位	26,806	16位								
				脳血管疾患	25,685	44位	28,923	39位								
				心疾患	32,369	38位	44,206	20位								
				腎不全	187,697	31位	228,785	7位								
				精神	33,030	4位	30,167	20位								
				悪性新生物	43,393	30位	41,416	40位								
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,881		3,219		2,768		2,197		2,065			
				健診未受診者	8,961		8,500		12,339		12,505		12,683			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,979		8,775		7,719		5,853		5,940			
				健診未受診者	23,042		23,176		34,410		33,311		36,479			
	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	411	63.1	402	63.7	81,971	56.9	58,300	55.1	4,116,530	55.9			
			医療機関受診率	383	58.8	380	60.2	74,352	51.6	54,091	51.1	3,799,744	51.6			
医療機関非受診率			28	4.3	22	3.5	7,619	5.3	4,209	4.0	316,786	4.3				
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数47	メタボ	健診受診者	651		631		143,970		105,835		7,362,845		
					②	受診率	53.5	県内10位 同規模30位	57.2	県内9位 同規模19位	41.0	32.9	全国31位	34.0		
					③	特定保健指導終了者(実施率)	46	48.9	18	17.0	1499	8.1	1,502	11.7	35,557	4.1
					④	非肥満高血糖	78	12.0	77	12.2	14,201	9.9	9,475	9.0	687,157	9.3
	⑤	特定健診の 状況	県内順位 順位総数47	メタボ	該当者	89	13.7	133	21.1	25,927	18.0	17,830	16.8	1,272,714	17.3	
					男性	50	16.8	82	28.7	18,053	27.1	12,471	26.8	875,805	27.5	
					女性	39	11.0	51	14.8	7,874	10.2	5,359	9.0	396,909	9.5	
					予備群	70	10.8	81	12.8	16,553	11.5	11,959	11.3	790,096	10.7	
					男性	50	16.8	50	17.5	11,535	17.3	8,067	17.3	548,609	17.2	
					女性	20	5.7	31	9.0	5,018	6.5	3,892	6.6	241,487	5.8	
					BMI	総数	182	28.0	237	37.6	47,928	33.3	33,760	31.9	2,320,533	31.5
						男性	117	39.3	150	52.4	33,271	49.9	23,100	49.6	1,597,371	50.1
						女性	65	18.4	87	25.2	14,657	19.0	10,660	18.0	723,162	17.3
						血糖のみ	3	0.5	11	1.7	1,116	0.8	778	0.7	48,685	0.7
					血圧のみ	50	7.7	57	9.0	11,683	8.1	8,559	8.1	546,667	7.4	
					脂質のみ	17	2.6	13	2.1	3,754	2.6	2,622	2.5	194,744	2.6	
					血糖・血圧	23	3.5	34	5.4	4,665	3.2	3,408	3.2	196,978	2.7	
					血糖・脂質	7	1.1	5	0.8	1,419	1.0	931	0.9	69,975	1.0	
					血圧・脂質	29	4.5	58	9.2	12,004	8.3	8,270	7.8	619,684	8.4	
					血糖・血圧・脂質	30	4.6	36	5.7	7,839	5.4	5,221	4.9	386,077	5.2	
6	生活習慣の 状況			服薬	高血圧	188	28.9	213	33.8	51,055	35.5	35,687	33.7	2,479,216	33.7	
				糖尿病	45	6.9	55	8.7	12,000	8.3	7,801	7.4	551,051	7.5		
				脂質異常症	117	18.0	119	18.9	32,128	22.3	22,403	21.2	1,738,149	23.6		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	23	3.5	23	3.9	4,464	3.2	2,961	2.8	230,777	3.3		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	33	5.1	22	3.7	7,897	5.7	5,431	5.2	391,296	5.5		
				腎不全	1	0.2	6	1.0	1,763	1.3	424	0.4	37,041	0.5		
				貧血	108	16.6	88	15.4	11,617	8.5	10,937	10.5	710,650	10.1		
				喫煙	100	15.4	99	16.7	22,417	15.6	14,059	13.3	1,048,171	14.2		
				週3回以上朝食を抜く	26	7.9	21	6.9	10,140	7.6	7,942	8.4	540,374	8.5		
				週3回以上食後間食	31	9.4	23	7.6	17,461	13.1	10,908	11.3	743,581	11.8		
				週3回以上就寝前夕食	48	14.5	36	11.9	21,902	16.5	14,230	14.8	983,474	15.4		
				食べる速度が速い	66	20.0	60	19.8	36,107	27.2	25,168	26.2	1,636,988	25.9		
				20歳時体重から10kg以上増加	174	29.1	164	31.0	44,552	33.4	32,732	33.2	2,047,756	32.1		
				1回30分以上運動習慣なし	410	68.7	348	65.8	87,774	65.8	60,327	61.2	3,761,302	58.7		
1日1時間以上運動なし	170	51.4	138	45.5	64,466	48.5	48,491	50.4	2,991,854	46.9						
睡眠不足	84	25.5	74	24.5	31,141	23.6	24,197	25.2	1,584,002	25.0						
毎日飲酒	97	25.0	101	29.2	35,843	26.0	25,476	25.0	1,760,104	25.6						
時々飲酒	64	16.5	75	21.7	29,415	21.3	24,261	23.8	1,514,321	22.0						
⑭	一日飲酒量	1合未満	63	40.4	75	46.0	55,592	59.9	57,013	69.5	3,118,433	64.1				
		1～2合	71	45.5	63	38.7	24,370	26.3	15,909	19.4	1,158,318	23.8				
		2～3合	14	9.0	18	11.0	9,606	10.4	6,248	7.6	452,785	9.3				
		3合以上	8	5.1	7	4.3	3,225	3.5	2,851	3.5	132,608	2.7				

【図表 7】



(2) 中長期目標の達成状況

① 介護の状況（図表 8・9）

要介護認定率については、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると第 1 号認定率は 0.4 ポイント減少している。

介護給付費については、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると介護給付費並びに 1 件あたり給付費ともに減少傾向である。

地区サロンなどにより、介護予防事業に重点をおいた保健事業の実施により認定者・費用額の伸び率は抑えられている。

【図表 8】

介護認定率の変化

	玉東町				同規模町			
	2号（40～64歳）		1号（65歳以上）		2号（40～65歳）		1号（66歳以上）	
	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数	認定率	認定者数
H25年度	0.5	10	19	308	0.4	2521	19.6	108,586
H28年度	0.5	9	18.6	302	0.4	2325	20.1	114,707
差	0	△1人	△0.4ポイント	△6人	0	△196	0.5ポイント	6,121

出典：KDB

【図表 9】

介護給付費(標準給付費)の変化

単位：円

年度	玉東町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	1件当たり給付費		1件当たり給付費 (全体)	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
H25年度	6億328万5,414円	74,092	40,005	317,142	71,886	41,181	279,469
H28年度	5億5299万8,988円	67,234	38,610	303,140	70,593	40,986	275,281

② 医療費の状況（図表 10）

国保の医療費の変化について平成 25 年度と平成 28 年度とを比較すると総医療費は減少している。

また 1 人あたりの医療費は、平成 28 年度は 23,487 円であり、平成 25 年度と比較し 1,214 円減少している。医療費に占める入院費用の割合が減少し、外来の医療費が増えているため、重症化する前に早期に受診につながっていると考えられる。

しかし、平成 29 年度の総医療費並びに 1 人あたり医療費は増加する見込みである。その理由としては、心筋梗塞等の医療費が高額になる疾患（1 ヶ月あたりの医療費が 80 万円を超える疾患）が昨年度より多いため増加が見込まれるものである。

今後、被保険者に占める高齢者の割合が高くなり、医療費が増加していくことが考えられる。国保加入者に対して、病気の早期発見につながる特定健診受診の大切さを伝え受診勧奨を行う。また健診結果に基づく保健指導の実施を行い、医療機関での治療が必要な方が適切な治療につながるように医療機関への受診を促す取り組みを実施する。

生活習慣の改善や適切な医療につながることで健康寿命の延伸や生活習慣病の発症予防にもつながるため、今後も継続して保健指導を行い、医療費の伸びを抑制していく必要がある。

【図表 10】

項目		費用額	全体			費用額	入院			費用額	入院外		
			増減	伸び率			増減	伸び率			増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1 総医療費 (円)	H25	537,174,390				238,526,170				298,648,220			
	H28	455,132,850	△8,204万円	-15.3	-0.46	175,127,150	△6,339万円	-26.6	-0.22	280,005,700	△1,864万円	-6.24	-0.66
2 一人当 たり医療費 (円)	H25	24,701				10,970				13,730			
	H28	23,487	△1,214	-4.9	7.54	9,040	△1,930	-17.6	7.97	14,450	720	5.24	7.23

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 11) (図表 12)

平成 28 年度の総医療費に占める中長期目標で示している 3 疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病(透析))の医療費割合は、国保では虚血性心疾患では減少しているが、脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る費用の割合が増加していることが分かった。

短期目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症の医療費の割合は、本町では糖尿病・高血圧の医療費割合が国、県と比較し高くなっている。

近年糖尿病が原因で透析になる人の割合が増加しており、若い年代で糖尿病が悪化すると長期の透析が必要になり、生活の質の低下や医療費増大の原因となるため、糖尿病重症化予防に向けての取り組みが重要になってくる。

また、脳血管疾患は高血圧が最も重要な危険因子であり、本町はⅡ度高血圧の割合が 4 年連続、熊本県の中で 1 位であり(図表 12)、併せて高血圧予防に向けた取り組みをしていく必要がある。

【図表 11】

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(平成 25 年度と平成 28 年度の比較)

同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
				金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質異常症
					同規模	県内	慢性腎不全 (透析)	慢性腎不全 (透析)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
	H25	玉東町	537,174,390	24,701	109位	29位	3.98%	0.12%	1.40%	1.17%	5.44%	5.89%	2.38%	109,514,990	20.39%	8.45%	17.25%	9.23%
H28		455,132,850	23,487	189位	43位	5.58%	0.26%	1.70%	0.50%	6.57%	5.27%	2.03%	99,731,940	21.91%	11.70%	15.42%	5.41%	
H28	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%	
	県	161,643,949,660	27,978	--	--	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%	

【図表 12】

Ⅱ度高血圧以上者（治療なし）有所見者割合の経年変化

【有所見者割合の経年変化：県内比較】										
※治療の有無は問診情報										
Ⅱ度高血圧以上者（治療なし）＊健診受診者総数に占める割合										
	H23		H24		H25		H26		H27（人数及び割合）	
1	美里町	8.5%	玉東町	7.7%	玉東町	6.2%	玉東町	5.9%	玉東町	37 6.1%
2	玉東町	7.0%	美里町	7.6%	球磨村	6.1%	宇城市	5.6%	宇城市	246 5.1%
3	宇城市	5.7%	山江村	6.4%	宇土市	6.1%	美里町	5.3%	美里町	58 4.6%
4	甲佐町	5.7%	菊陽町	5.4%	美里町	5.3%	水上村	5.3%	菊陽町	96 4.5%
5	水上村	5.6%	和水町	5.1%	水俣市	5.1%	菊陽町	4.7%	荒尾市	160 4.3%
6	山江村	5.6%	球磨村	5.0%	宇城市	4.8%	津奈木町	4.6%	球磨村	20 4.3%
7	水俣市	5.3%	宇城市	4.4%	津奈木町	4.4%	長洲町	4.5%	南関町	39 4.2%
8	球磨村	5.0%	水俣市	4.3%	水上村	3.9%	水俣市	4.2%	高森町	35 4.1%
9	和水町	4.9%	五木村	4.2%	菊陽町	3.9%	和水町	4.1%	宇土市	104 4.1%
10	菊陽町	4.7%	長洲町	4.1%	八代市	3.8%	小国町	4.1%	湯前町	20 4.1%
11	錦町	4.7%	小国町	4.1%	上天草市	3.7%	山江村	3.8%	玉名市	199 3.9%
12	御船町	4.3%	山都町	4.0%	玉名市	3.6%	南関町	3.7%	八代市	354 3.8%
13	八代市	4.2%	南関町	4.0%	南小国町	3.6%	錦町	3.7%	小国町	34 3.8%
14	長洲町	4.1%	南小国町	3.9%	菊池市	3.6%	宇土市	3.6%	水俣市	65 3.8%
15	津奈木町	4.1%	八代市	3.9%	南関町	3.5%	人吉市	3.6%	長洲町	49 3.8%
16	南関町	4.1%	津奈木町	3.8%	山江村	3.4%	荒尾市	3.6%	上天草市	69 3.7%
17	小国町	4.0%	水上村	3.8%	湯前町	3.3%	八代市	3.5%	錦町	49 3.7%
18	南阿蘇村	3.9%	大津町	3.8%	御船町	3.3%	菊池市	3.5%	多良木町	49 3.6%
19	玉名市	3.8%	玉名市	3.8%	錦町	3.2%	大津町	3.3%	和水町	52 3.3%
20	宇土市	3.8%	宇土市	3.8%	市町村国保計	3.1%	市町村国保計	3.2%	大津町	63 3.3%
21	嘉島町	3.7%	錦町	3.4%	大津町	3.1%	玉名市	3.2%	永川町	50 3.3%
22	山都町	3.6%	御船町	3.4%	和水町	3.0%	合志市	3.2%	南阿蘇村	41 3.3%
23	市町村国保計	3.5%	甲佐町	3.4%	嘉島町	3.0%	御船町	3.2%	苓北町	27 3.2%
24	大津町	3.4%	市町村国保計	3.3%	南阿蘇村	3.0%	山鹿市	3.1%	市町村国保計	3,841 3.2%
25	熊本市	3.4%	菊池市	3.2%	合志市	2.9%	水川町	3.1%	合志市	86 3.1%
26	産山村	3.4%	多良木町	3.2%	山都町	2.8%	西原村	3.0%	津奈木町	13 2.9%
27	上天草市	3.2%	産山村	3.1%	小国町	2.8%	熊本市	3.0%	熊本市	970 2.9%
28	湯前町	3.2%	南阿蘇村	3.1%	熊本市	2.8%	益城町	3.0%	益城町	69 2.8%
29	南小国町	2.9%	水川町	3.1%	甲佐町	2.8%	多良木町	3.0%	芦北町	40 2.8%
30	荒尾市	2.9%	高森町	3.1%	高森町	2.8%	産山村	2.9%	山江村	14 2.8%
31	多良木町	2.8%	熊本市	2.9%	あさぎり町	2.7%	南小国町	2.8%	菊池市	85 2.8%
32	水川町	2.8%	阿蘇市	2.8%	水川町	2.7%	球磨村	2.8%	人吉市	73 2.7%
33	高森町	2.7%	芦北町	2.8%	芦北町	2.6%	山都町	2.7%	天草市	196 2.6%
34	人吉市	2.6%	山鹿市	2.8%	多良木町	2.6%	南阿蘇村	2.6%	御船町	44 2.5%
35	阿蘇市	2.6%	合志市	2.7%	産山村	2.5%	高森町	2.4%	西原村	18 2.5%
36	五木村	2.5%	天草市	2.5%	長洲町	2.4%	芦北町	2.3%	甲佐町	28 2.5%
37	合志市	2.5%	荒尾市	2.4%	益城町	2.4%	天草市	2.3%	嘉島町	19 2.4%
38	菊池市	2.4%	益城町	2.3%	山鹿市	2.4%	あさぎり町	2.2%	山都町	62 2.4%
39	天草市	2.4%	上天草市	2.2%	人吉市	2.3%	甲佐町	2.2%	山鹿市	110 2.3%
40	山鹿市	2.2%	あさぎり町	2.1%	天草市	2.3%	嘉島町	2.1%	南小国町	11 2.0%
41	あさぎり町	2.2%	嘉島町	2.1%	荒尾市	2.1%	上天草市	2.0%	あさぎり町	34 1.7%
42	芦北町	2.2%	苓北町	2.0%	阿蘇市	2.1%	苓北町	2.0%	阿蘇市	43 1.7%
43	苓北町	2.1%	湯前町	2.0%	五木村	2.0%	湯前町	1.9%	産山村	3 1.3%
44	益城町	1.6%	相良村	2.0%	西原村	1.9%	阿蘇市	1.8%	水上村	4 1.3%
45	西原村	1.5%	人吉市	2.0%	苓北町	1.8%	相良村	1.5%	相良村	3 0.5%
46	相良村	1.4%	西原村	1.1%	相良村	1.7%	五木村	0.5%	五木村	0 0.0%
特定健診等データ管理システムからの抽出データを基に作成										
75歳到達者を含む										

④ 中長期的な疾患（図表 13）

脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の治療状況をレセプト件数の変化の中で見ると、虚血性心疾患における 65 歳以上の治療者の割合は減少、脳血管疾患における治療者の割合は増加している。

64 歳以下の被保険者数の割合は平成 25 年度の 67%（1221 人）から、平成 28 年度 62%（1013 人）となり、5%減少している。しかし、脳血管疾患、透析の治療者の割合が平成 28 年度増加しており、若い年齢で重症化し発症していることが分かる。

また、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析に共通するリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者割合は増加し、基礎疾患として 8 割以上の人が高血圧を併せもっているため、生活習慣病予防の取組を継続して実施し、若い世代から重症化しないよう取組むことが必要である。

虚血性心疾患治療状況（レセプト件数）変化

【図表 13-1】

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	1,819	79	4.3	20	25.3	1	1.3	64	81	33	41.8	42	53.2
	64歳以下	1,221	29	2.4	5	17.2	1	3.4	19	65.5	11	37.9	13	44.8
	65歳以上	598	50	8.4	15	30	0	0	45	90	22	44	29	58
H28	全体	1637	64	3.9	20	31.3	2	3.1	53	82.8	32	50	42	65.6
	64歳以下	1013	16	1.6	2	12.5	2	12.5	12	75	9	56.3	11	68.8
	65歳以上	624	48	7.7	18	37.5	0	0	41	85.4	23	47.9	31	64.6

脳血管疾患治療状況（レセプト件数）の変化

【図表 13-2】

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			虚血性心疾患		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	1,819	70	3.8	20	28.6	0	0	50	71.4	33	47.1	41	58.6
	64歳以下	1,221	17	1.4	5	29.4	0	0	11	64.7	12	70.6	9	52.9
	65歳以上	598	53	8.9	15	28.3	0	0	39	73.6	21	39.6	32	60.4
H28	全体	1637	77	4.7	20	26	0	0	64	83.1	35	45.5	41	53.2
	64歳以下	1013	18	1.8	2	11.1	0	0	15	83.3	8	44.4	9	50
	65歳以上	624	59	9.5	18	30.5	0	0	49	83.1	27	45.8	32	54.2

人工透析治療状況（レセプト件数）の変化

【図表 13-3】

厚労省様式 様式 3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,819	3	0.2	0	0	1	33.3	3	100	2	66.7	1	33.3
	64歳以下	1,221	2	0.2	0		1	50	2	100	1	50	1	50
	65歳以上	598	1	0.2	0	0	0	0	1	100	1	100	0	0
H28	全体	1637	5	0.3	0	0	2	40	5	100	3	60	4	80
	64歳以下	1013	5	0.5	0	0	2	40	5	100	3	60	4	80
	65歳以上	624	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(3) 短期目標の達成状況

① 糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況の変化

短期目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療状況（図表 14-1～14-3）を見ると、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法の割合が減少し、糖尿病性腎症の割合が増加している。このことから治療中でコントロールが出来ていない人がおり、また治療を自己判断で中断して糖尿病が悪化し重症化している可能性がある。治療中断者がいなかったかを確認し、医療機関と連携して保健指導を行っていく必要がある。

糖尿病の治療状況の変化を見ると、平成 28 年度 64 歳以下の糖尿病性腎症の割合が 11.5%（平成 25 年度から 5 ポイント）に増加している。若い年齢で糖尿病を発症し透析に至っているため早期に糖尿病の管理をし、透析に移行しないようにしていく必要がある。

また高血圧の治療状況の変化をみると、中長期的な目標の中で平成 28 年度 64 歳以下の脳血管疾患の割合が平成 25 年度と比較し 5.3 ポイント増加し、平成 28 年度の人工透析の割合が平成 25 年度と比較し 3.1 ポイント増加している。若い年齢で高血圧になり、長年治療はしているが脳血管疾患、人工透析に至る人が増加しているため、今後も継続して血圧コントロールを行い病気が重症化しないような取り組みをしていく必要がある。

糖尿病の治療状況（レセプトの件数）の変化

【図表 14-1】

厚労省様式 様式 3 - 2		短期的な目標									中長期的な目標							
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合														
H25	全体	1819	195	10.7%	19	9.7%	139	71.3%	111	56.9%	33	16.9%	33	16.9%	2	1.0%	16	8.2%
	64歳以下	1221	77	6.3%	8	10.4%	50	64.9%	42	54.5%	11	14.3%	12	15.6%	1	1.3%	5	6.5%
	65歳以上	598	118	19.7%	11	9.3%	89	75.4%	69	58.5%	22	18.6%	21	17.8%	1	0.8%	11	9.3%
H28	全体	1637	213	13.0%	16	7.5%	144	67.6%	117	54.9%	32	15.0%	35	16.4%	3	1.4%	19	8.9%
	64歳以下	1013	78	7.7%	7	9.0%	47	60.3%	42	53.8%	9	11.5%	8	10.3%	3	3.8%	9	11.5%
	65歳以上	624	135	21.6%	9	6.7%	97	71.9%	75	55.6%	23	17.0%	27	20.0%	0	0.0%	10	7.4%

高血圧の治療状況（レセプト件数）の変化

【図表 14-2】

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											
H25	全体	1819	369	20.3%	139	37.7%	162	43.9%	64	17.3%	50	13.6%	3	0.8%	
	64歳以下	1221	121	9.9%	50	41.3%	50	41.3%	19	15.7%	11	9.1%	2	1.7%	
	65歳以上	598	248	41.5%	89	35.9%	112	45.2%	45	18.1%	39	15.7%	1	0.4%	
H28	全体	1637	352	21.5%	144	40.9%	162	46.0%	53	15.1%	64	18.2%	5	1.4%	
	64歳以下	1013	104	10.3%	47	45.2%	47	45.2%	12	11.5%	15	14.4%	5	4.8%	
	65歳以上	624	248	39.7%	97	39.1%	115	46.4%	41	16.5%	49	19.8%	0	0.0%	

脂質異常症の治療状況（レセプト件数）の変化

【図表 14-3】

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			
H25	全体	1819	252	13.9%	111	44.0%	162	64.3%	42	16.7%	41	16.3%	1	0.4%		
	64歳以下	1221	90	7.4%	42	46.7%	50	55.6%	13	14.4%	9	10.0%	1	1.1%		
	65歳以上	598	162	27.1%	69	42.6%	112	69.1%	29	17.9%	32	19.8%	0	0.0%		
H28	全体	1637	249	15.2%	117	47.0%	162	65.1%	42	16.9%	41	16.5%	4	1.6%		
	64歳以下	1013	87	8.6%	42	48.3%	47	54.0%	11	12.6%	9	10.3%	4	4.6%		
	65歳以上	624	162	26.0%	75	46.3%	115	71.0%	31	19.1%	32	19.8%	0	0.0%		

② 健診結果の有所見者割合の経年変化（図表 15）

健診結果の有所見者割合の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c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・該当者も男女ともに増加傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

平成 28 年度から町で治療中の方からの検査結果の情報提供の件数（みなし健診）が増えたことも有所見者の割合が増えた原因の 1 つだと考える。

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、高血糖、高血圧等が重複した場合には、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ため、若い世代からの生活習慣改善のアプローチが必要である。

【図表 15】

有所見者割合の経年変化

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100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
H25	合計	70	23.6	117	39.4	72	24.2	58	19.5	13	4.4	138	46.5
	40-64	41	28.5	60	41.7	41	28.5	38	26.4	8	5.6	60	41.7
	65-74	29	19.0	57	37.3	31	20.3	20	13.1	5	3.3	78	51.0
H28	合計	95	33.2	150	52.4	69	24.1	53	18.5	21	7.3	164	57.3
	40-64	51	40.5	66	52.4	30	23.8	33	26.2	6	4.8	72	57.1
	65-74	44	27.5	84	52.5	39	24.4	20	12.5	15	9.4	92	57.5

男性		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
H25	合計	170	57.2	49	16.5	156	52.5	98	33.0	166	55.9	3	1.0
	40-64	80	55.6	24	16.7	68	47.2	50	34.7	86	59.7	0	0.0
	65-74	90	58.8	25	16.3	88	57.5	48	31.4	80	52.3	3	2.0
H28	合計	211	73.8	54	18.9	155	54.2	104	36.4	144	50.3	4	1.4
	40-64	92	73.0	22	17.5	61	48.4	50	39.7	72	57.1	0	0.0
	65-74	119	74.4	32	20.0	94	58.8	54	33.8	72	45.0	4	2.5

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100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
H 2 5	合計	85	24.1	65	18.4	53	15.0	19	5.4	5	1.4	125	35.4
	40-64	33	21.0	28	17.8	22	14.0	7	4.5	2	1.3	58	36.9
	65-74	52	26.5	37	18.9	31	15.8	12	6.1	3	1.5	67	34.2
H 2 8	合計	81	23.5	87	25.2	58	16.8	25	7.2	7	2.0	141	40.9
	40-64	34	26.2	32	24.6	22	16.9	9	6.9	4	3.1	57	43.8
	65-74	47	21.9	55	25.6	36	16.7	16	7.4	3	1.4	84	39.1

女性		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
H 2 5	合計	237	67.1	7	2.0	197	55.8	108	30.6	229	64.9	0	0.0
	40-64	95	60.5	3	1.9	76	48.4	46	29.3	100	63.7	0	0.0
	65-74	142	72.4	4	2.0	121	61.7	62	31.6	129	65.8	0	0.0
H 2 8	合計	254	73.6	7	2.0	200	58.0	92	26.7	197	57.1	0	0.0
	40-64	89	68.5	4	3.1	61	46.9	40	30.8	74	56.9	0	0.0
	65-74	165	76.7	3	1.4	139	64.7	52	24.2	123	57.2	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の変化

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	
		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
H 2 5	合計	297	49.6%	17	5.7%	50	16.8%	3	1.0%	33	11.1%	14	4.7%
	40-64	144	42.4%	12	8.3%	22	15.3%	2	1.4%	13	9.0%	7	4.9%
	65-74	153	59.1%	5	3.3%	28	18.3%	1	0.7%	20	13.1%	7	4.6%
H 2 8	合計	286	51.9	18	6.3%	50	17.5%	11	3.8%	30	10.5%	9	3.1%
	40-64	126	45.3	13	10.3%	22	17.5%	4	3.2%	13	10.3%	5	4.0%
	65-74	160	58.6	5	3.1%	28	17.5%	7	4.4%	17	10.6%	4	2.5%

男性		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
H 2 5	合計	50	16.8%	14	4.7%	4	1.3%	16	5.4%	16	5.4%
	40-64	26	18.1%	4	2.8%	3	2.1%	12	8.3%	7	4.9%
	65-74	24	15.7%	10	6.5%	1	0.7%	4	2.6%	9	5.9%
H 2 8	合計	82	28.7%	23	8.0%	4	1.4%	35	12.2%	20	7.0%
	40-64	31	24.6%	8	6.3%	3	2.4%	15	11.9%	5	4.0%
	65-74	51	31.9%	15	9.4%	1	0.6%	20	12.5%	15	9.4%

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	
		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
H 2 5	合計	353	57.4%	6	1.7%	20	5.7%	0	0.0%	17	4.8%	3	0.8%
	40-64	157	53.6%	5	3.2%	9	5.7%	0	0.0%	9	5.7%	0	0.0%
	65-74	196	60.9%	1	0.5%	11	5.6%	0	0.0%	8	4.1%	3	1.5%
H 2 8	合計	345	62.4	5	1.4%	31	9.0%	0	0.0%	27	7.8%	4	1.2%
	40-64	130	54.2	4	3.1%	11	8.5%	0	0.0%	10	7.7%	1	0.8%
	65-74	215	68.7	1	0.5%	20	9.3%	0	0.0%	17	7.9%	3	1.4%

女性		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
H 2 5	合計	39	11.0%	9	2.5%	3	0.8%	13	3.7%	14	4.0%
	40-64	14	8.9%	5	3.2%	2	1.3%	3	1.9%	4	2.5%
	65-74	25	12.8%	4	2.0%	1	0.5%	10	5.1%	10	5.1%
H 2 8	合計	51	14.8%	11	3.2%	1	0.3%	23	6.7%	16	4.6%
	40-64	17	13.1%	5	3.8%	1	0.8%	7	5.4%	4	3.1%
	65-74	34	15.8%	6	2.8%	0	0.0%	16	7.4%	12	5.6%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 16）

平成 25 年度と比較して平成 28 年度は特定健診受診率が増加しているが、特定保健指導率は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定保健指導実施率向上への取組が重要となってくる。

【図表 16】

	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	
								玉東町	同規模平均
H 25 年度	1198	651	54.3%	33位	90	46	51.1%	58.8%	51.2%
H 28 年度	1100	633	57.5%	24位	107	44	41.1%	60.3%	51.9%

（法定報告）

（K D B 帳票 No1）

2) 第 1 期計画に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果平成 28 年度医療費の伸びは抑えられてきているが、依然として 3 疾患の基礎疾患である糖尿病、高血圧者・脂質異常症の方が多く、男女ともにメタボ該当者が増加傾向であることから、今後脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症などの重症者が増加すると予想される。平成 29 年度の医療費は増加する見込みであるため、引き続き個別訪問や高血圧予防教室等を行い、重症化予防に取り組む必要がある。

平成 28 年度の状況をみると人工透析の医療費の割合が増加しており、その理由として糖尿病や高血圧の悪化から 64 歳以下の透析者が増加している。

また平成 29 年度 12 月末の介護保険の第 2 号認定者のうち、脳血管疾患が原因で認定された人は全体の 4 割であり、また平成 29 年度新規認定者（1 人）の原因疾患は脳血管疾患であった。

予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防のためには、生活改善だけでは限界もあるため、医療機関と連携し今後も取組を行っていくことが重要である。

今後は高齢化がさらに進展し、医療費の増加が見込まれる中、住民自らが体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と併せて重症化予防に取り組む必要がある。

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 17）

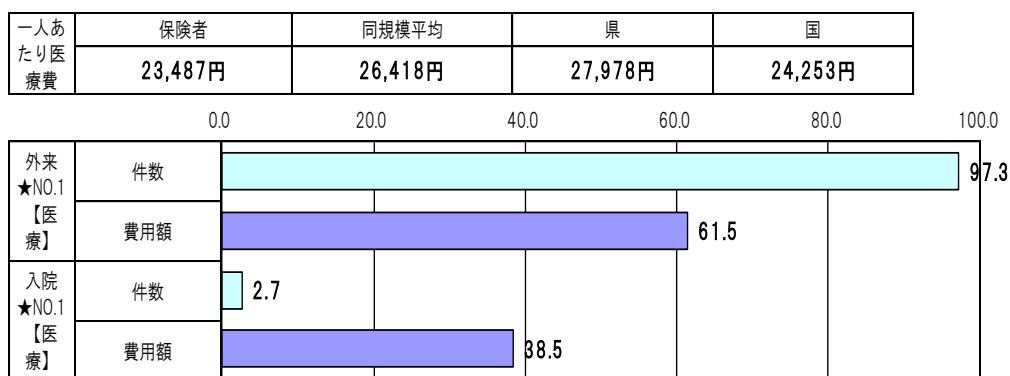
玉東町の入院件数の割合は2.7%で、費用額全体の38.5%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり結果として医療費の適正化にもつながっていくと考える。

【図表 17】

「集団の疾患特徴の把握」

430678 玉東町

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



(2) 疾患別医療費・件数の状況（図表 18）

1 か月あたり 80 万円以上の高額になる疾患では 33 人中、脳血管疾患 1 人（3%）、がん 26 人（78.8%）併せて費用は 2,000 万円程度であった。

6 か月以上の長期入院レセプトを見ると、費用の面では脳血管疾患 2 人（16.7%）、虚血性心疾患 2 人（16.7%）の 1,200 万円であり、脳血管疾患、虚血性心疾患は長期入院の約 4 割を占めている。また、精神疾患の長期入院の方が多く、件数では 91 件中 86 件（94.5%）と全体の 9 割を占めている。

長期化する疾患である人工透析は、糖尿病性腎症が 5 人中 3 人（60%）で一番多く、人工透析費用は 1,522 万円となっており、1 人あたり年間約 600 万円程度の医療費がかかっている。糖尿病の重症化を予防することが腎臓を守り、新規人工透析導入者を減らすことにもつながる。また脳血管疾患や心疾患の予防にも効果がある。

これらの疾患の基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の人へ受診勧奨を行い、治療を中断しないように支援するとともに、併せて早期に生活習慣改善の保健指導を行い重症化を予防する必要がある。

【図表 18】

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	
高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	33人		1人		0人		6人		26人	
				3.0%		0.0%		18.2%		78.8%	
	件数	50件		3件		0件		14件		33件	
				6.0%		0.0%		28.0%		66.0%	
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%	3	9.1%
			40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	2	6.1%
			50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	5	15.2%
			60代	0	0.0%	0	--	4	28.6%	10	30.3%
			70-74歳	3	100.0%	0	--	10	71.4%	13	39.4%
	費用額	6260万円		282万円				1842万円		4136万円	
				4.5%		--		29.4%		66.1%	

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	
長期入院 （6か月以上の入院）	人数	12人		12人		2人		2人	
				100.0%		16.7%		16.7%	
	件数	91件		86件		17件		17件	
				94.5%		18.7%		18.7%	
	費用額	3083万円		2955万円		610万円		580万円	
				95.9%		19.8%		18.8%	

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
人工透析患者 （長期化する疾患）	H28.5 診療分	人数	5人	3人	0人	2人
				60.0%	0.0%	40.0%
	H28年度 累計	件数	64件	37件	0件	24件
				57.8%	0.0%	37.5%
		費用額	2752万円	1522万円		921万円
55.3%	--			33.5%		

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
生活習慣病の治療者数 構成割合	605人		77人	64人	19人	
			12.7%	10.6%	3.1%	
	の基礎疾患	高血圧	64人	53人	15人	
			83.1%	82.8%	78.9%	
		糖尿病	35人	32人	19人	
			45.5%	50.0%	100.0%	
		脂質異常症	41人	42人	13人	
			53.2%	65.6%	68.4%	
	高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
	352人		213人	249人	37人	
58.2%		35.2%	41.2%	6.1%		

(3) 要介護認定者の状況（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 96.3%であり、筋・骨格疾患の 91.7%を上回っていた。2 号認定者で、血管疾患が原因で要介護認定を受ける割合が高くなっている。

要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人の医療費が要介護認定を受けていない人の医療費よりも 1 件あたり約 5,000 円高いことが分かる。特定健診を受診し、血管疾患のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症の重症化を防ぐことが、介護予防と医療費適正化につながる。

【図表 19】

要介護 認定状況	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		1,830人		804人		882人		1,686人		3,516人			
	認定者数		9人		23人		279人		302人		311人			
		認定率	0.49%		2.9%		31.6%		17.9%		8.8%			
	新規認定者数（＊1）		1人		4人		33人		37人		38人			
	介護度 別人数	要支援1・2		3	33.3%	9	39.1%	72	25.8%	81	26.8%	84	27.0%	
要介護1・2		3	33.3%	8	34.8%	103	36.9%	111	36.8%	114	36.7%			
要介護3～5		3	33.3%	6	26.1%	104	37.3%	110	36.4%	113	36.3%			
要介護 突合状況	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）		9		23		279		302		311			
		再）国保・後期	8		21		271		292		300			
	（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 割合	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	4	脳卒中	10	脳卒中	130	脳卒中	140	脳卒中	144	
					50.0%		47.6%		48.0%		47.9%		48.0%	
			2	虚血性 心疾患	3	虚血性 心疾患	5	虚血性 心疾患	108	虚血性 心疾患	113	虚血性 心疾患	116	
					37.5%		23.8%		39.9%		38.7%		38.7%	
			3	腎不全	3	腎不全	3	腎不全	28	腎不全	31	腎不全	34	
					37.5%		14.3%		10.3%		10.6%		11.3%	
		基礎疾患 （＊2）	糖尿病	4	糖尿病	15	糖尿病	142	糖尿病	157	糖尿病	161		
				50.0%		71.4%		52.4%		53.8%		53.7%		
			高血圧	4	高血圧	18	高血圧	219	高血圧	237	高血圧	241		
				50.0%		85.7%		80.8%		81.2%		80.3%		
			脂質 異常症	4	脂質 異常症	10	脂質 異常症	128	脂質 異常症	138	脂質 異常症	142		
				50.0%		47.6%		47.2%		47.3%		47.3%		
		血管疾患 合計	合計	8	合計	20	合計	261	合計	281	合計	289		
100.0%	95.2%			96.3%		96.2%		96.3%						
認知症		認知症	2	認知症	3	認知症	116	認知症	119	認知症	121			
			25.0%		14.3%		42.8%		40.8%		40.3%			
筋・骨格疾患		筋骨格系	6	筋骨格系	19	筋骨格系	250	筋骨格系	269	筋骨格系	275			
			75.0%		90.5%		92.3%		92.1%		91.7%			

※1）基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

(4) 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、糖尿病性腎症等の発症リスクが高まる。

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該当者・予備群が多く、健診結果の有所見状況でも空腹時血糖・HbA1c・血圧等が高い割合であり、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

特定健診の有所見状況

【図表 20】

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		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
県		14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1
保 険 者	合計	94	33.0	149	52.3	69	24.2	53	18.6	21	7.4	163	57.2	210	73.7	54	18.9	154	54.0	103	36.1	144	50.5	4	1.4
	40-64	51	40.5	66	52.4	30	23.8	33	26.2	6	4.8	72	57.1	92	73.0	22	17.5	61	48.4	50	39.7	72	57.1	0	0.0
	65-74	43	27.0	83	52.2	39	24.5	20	12.6	15	9.4	91	57.2	118	74.2	32	20.1	93	58.5	53	33.3	72	45.3	4	2.5

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		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県		12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2
保 険 者	合計	80	23.2	86	24.9	58	16.8	25	7.2	7	2.0	142	41.2	255	73.9	7	2.0	199	57.7	92	26.7	197	57.1	0	0.0
	40-64	34	26.0	32	24.4	22	16.8	9	6.9	4	3.1	58	44.3	90	68.7	4	3.1	61	46.6	40	30.5	75	57.3	0	0.0
	65-74	46	21.5	54	25.2	36	16.8	16	7.5	3	1.4	84	39.3	165	77.1	3	1.4	138	64.5	52	24.3	122	57.0	0	0.0

特定健診のメタボリックシンドローム該当者・予備軍の状況

【図表 21】

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	285	51.7	18	6.3%	49	17.2%	11	3.9%	29	10.2%	9	3.2%	82	28.8%	23	8.1%	4	1.4%	35	12.3%	20	7.0%
	40-64	126	45.3	13	10.3%	22	17.5%	4	3.2%	13	10.3%	5	4.0%	31	24.6%	8	6.3%	3	2.4%	15	11.9%	5	4.0%
	65-74	159	58.2	5	3.1%	27	17.0%	7	4.4%	16	10.1%	4	2.5%	51	32.1%	15	9.4%	1	0.6%	20	12.6%	15	9.4%

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	345	62.3	5	1.4%	30	8.7%	0	0.0%	26	7.5%	4	1.2%	51	14.8%	11	3.2%	1	0.3%	23	6.7%	16	4.6%
	40-64	131	54.4	4	3.1%	11	8.4%	0	0.0%	10	7.6%	1	0.8%	17	13.0%	5	3.8%	1	0.8%	7	5.3%	4	3.1%
	65-74	214	68.4	1	0.5%	19	8.9%	0	0.0%	16	7.5%	3	1.4%	34	15.9%	6	2.8%	0	0.0%	16	7.5%	12	5.6%

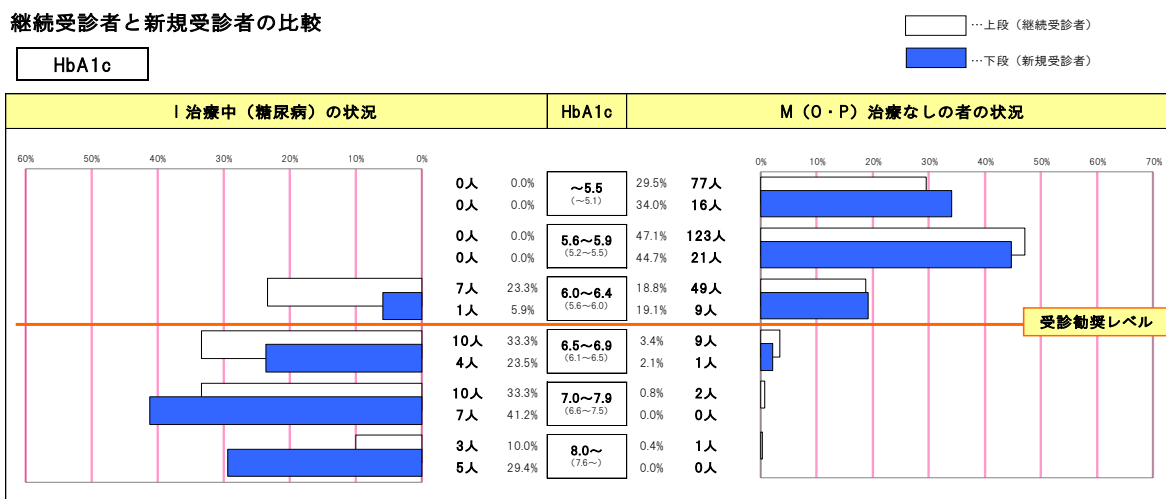
(5) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 22)

健診の継続受診者と新規受診者を比べてみると、新規受診者に HbA1c、血圧、LDL コレステロールの値で受診勧奨レベル以上の人が多い現状がある。

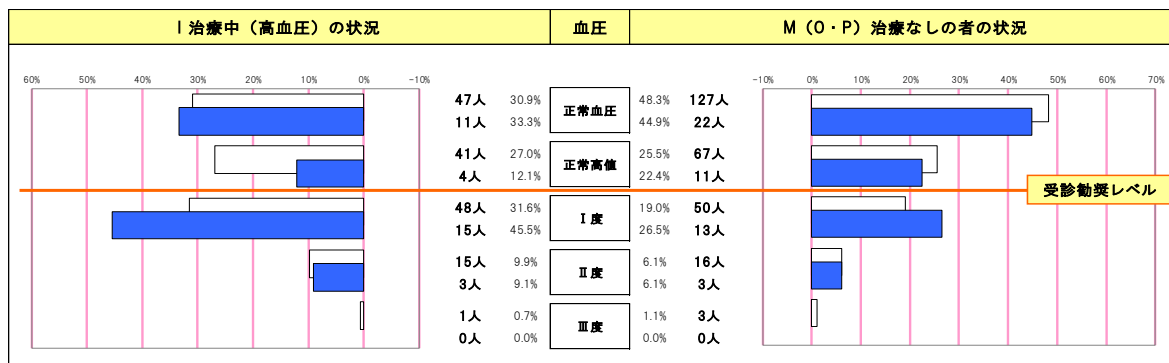
LDL コレステロールでは治療なしで受診勧奨レベルの人が多くことが把握できる。
治療につながるよう保健指導していく必要がある。

【図表 22】

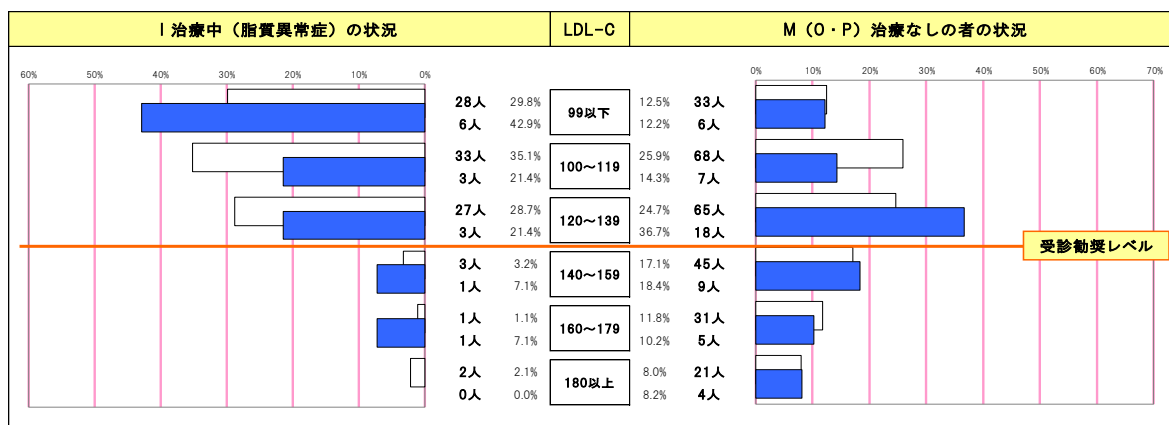
継続受診者と新規受診者の比較



血压



LDL-C

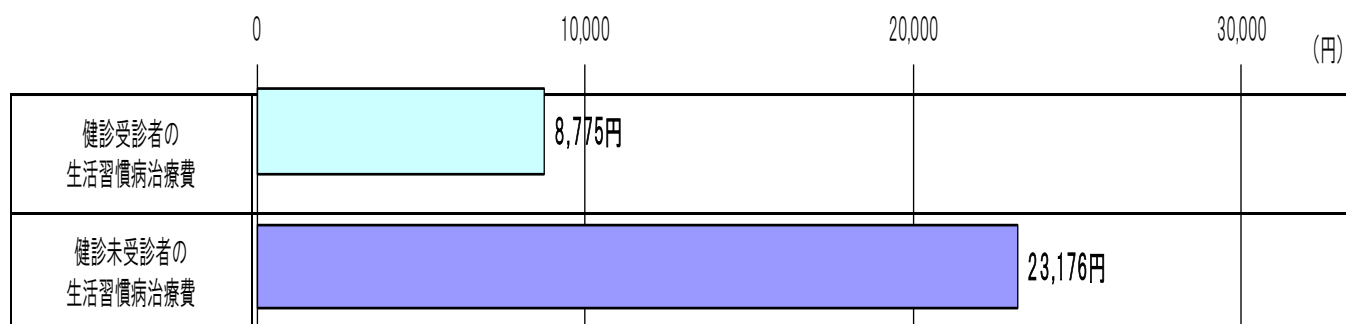
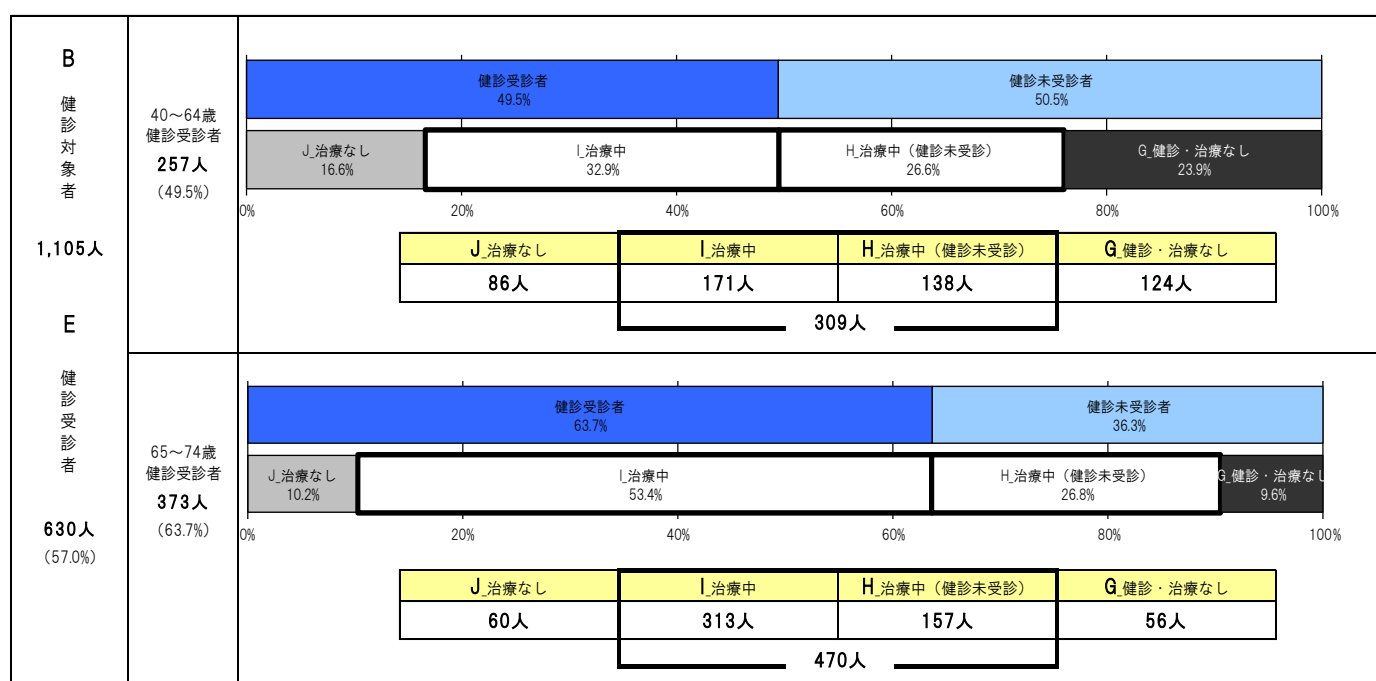


(6) 健診未受診者の状況 (図表 23)

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23.9%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生活習慣病治療費の比較をすると、健診を受診することで費用が低く抑えられている傾向が見られる。

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 23】



出典：KDB

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、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は6か月以上入院することが多く、長期化することで医療費が高額となること、また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ことが明らかになってきた。

そのため、本計画では平成35年度までの中期的な目標として、平成30年度と比較して、

- (ア) 虚血性心疾患治療者の割合を3%台に減らす
- (イ) 脳血管疾患治療者の割合を4%台に減らす
- (ウ) 糖尿病性腎症による人工透析新規者を出さない

ことを目標とする。

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。

目標設定の要点

平成25年度から平成28年度の4年間ににおいて、脳血管疾患、人工透析者の割合が増加し、1人当たりの医療費の増加につながっているため、3疾患の治療の割合を減少させることで医療費の伸びを抑えることにつながる。

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、重症化による入院医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また、長期的な目標を「同規模町と比較し、1人あたりの入院医療費の伸びを抑えること」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、メタボ等を減らしていくこと」を短期的な目標とする。

具体的には、「高血圧Ⅱ度以上者（160/100以上）の割合を減少させ、8%台にする」ことを目標とする。

玉東町では血圧が高い人の割合が増えている。平成28年度健診受診者でⅡ度高血圧者の割合（9.2%）であり、引き続き血圧有所見者を減少させていく必要がある。

また、「HbA1c6.5以上の者の割合を減少させ、8%台にする」

介護に至った有病状況や特定健診の結果より、糖尿病になる人の割合は増えている。平成28年度健診受診者でHbA1c6.5以上の割合（9.8%）であるため、医療機関への受診勧奨を行い継続して有所見者を減少させていく必要がある。

目標達成のため、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、治療中におけるデータを見ると、医療機関へ受診していてもなかなか改善しない疾患に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。

具体的には、各種ガイドラインや日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病（CKD）の改善に向けた支援を行っていく。

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あることから、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。（図表24）

個々の目標値は、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。

データヘルス計画の目標管理一覽表

[illegible]

※各市場独自の設定目標があればそれぞれ追加する

【図表 24】

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3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1期及び第2期は5年を1期としていたが、熊本県地域保健医療計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定する。

2. 目標値の設定（図表25）

特定健診受診率の目標値は、2023年度には60%を目指す。特定保健指導実施率の目標は2023年度に64%を目指す。

【図表25】

	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	58%	59%	59%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	62%	62%	64%	64%

3. 対象者の見込み（図表26）

【図表26】

		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	1100人	1100人	1100人	1100人	1100人	1100人
	受診者数	638人	649人	649人	660人	660人	660人
特定保健指導	対象者数	94人	97人	97人	103人	103人	109人
	実施者数	54人	58人	60人	63人	65人	69人

特定健診実施率の推移（法定報告値）（図表27）

【図表27】

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者	1,334	1,311	1,285	1,277	1,244	1,198	1,165	1,150	1,100
受診者	607	675	631	673	631	651	598	573	633
受診率	45.5%	51.5%	49.1%	52.7%	50.7%	54.3%	51.3%	49.8%	57.5%

特定保健指導実施率の推移（図表 28）

【図表 28】

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者	109	99	86	88	90	90	84	97	107
受診者	58	38	48	54	56	46	45	48	44
受診率	53.2%	38.4%	55.8%	61.4%	62.2%	51.1%	53.6%	49.5%	41.1%

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。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村とで契約を行う。

- ① 集団健診（玉東町保健センター）
- ② 個別健診（委託医療機関）

(2) 特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

健診機関名	住 所	電話番号
安成医院	玉東町木葉755-6	85-2047
公立玉名中央病院附属健診センター	玉名市中1947	73-6135
浦田医院	玉名市岩崎1023-3	74-2412
岡本外科医院	玉名市亀甲248-1	74-2277
おおかど胃腸科クリニック	玉名市六田38-6	72-5611
大林循環器科内科医院	玉名市築地25-2	72-3866
大野内科クリニック	玉名市宮原706	72-3405
河野医院	玉名市高瀬349	73-3734
河野クリニック	玉名市繁根木131-1 司ビル2F	72-2345
隈部医院	玉名市中33	72-2456
酒井医院	玉名市松木13-2	71-0777
鹿井内科	玉名市高瀬233-1	72-2275
玉名地域保健医療センター	玉名市玉名2172	72-5111
ひがし成人・循環器内科クリニック	玉名市岩崎665-1-1	71-0600
平山耳鼻咽喉科医院	玉名市立願寺136-3	73-3933
泌尿器科内科むらかみクリニック	玉名市繁根木40-2	57-8615
前田小児科医院	玉名市立願寺138	74-1333
まつおクリニック	玉名市山田2016-1	73-2800
本里内科医院	玉名市大倉1574-4	72-2352
山瀬内科小児科歯科医院	玉名市高瀬674	72-3056
悠紀会病院	玉名市上小田1063	74-1311
吉田医院	玉名市繁根木228	73-5100
玉名脳神経外科医院	玉名市岩崎11-1	75-1511
黒田クリニック内科・代謝内科	玉名市寺田431番地 1	73-6688
大塚医院	玉名市天水町小天6986-1	82-2005
中野医院	玉名市天水町部田見812-2	82-3970
宮崎クリニック	玉名市天水町小天6928-2	82-2408
しまかわ胃腸科外科医院	玉名市横島町横島4301-1	84-3722
栗崎医院	玉名市横島町横島7329	84-3933
安田内科医院	玉名市横島町横島3387	84-3131
吉村循環器科内科医院	玉名市横島町横島3894-1	84-2765
坂田内科医院	玉名市岱明町高道1196-1	66-8600
棚瀬医院	玉名市岱明町高道677	57-0103
古庄胃腸科・内科医院	玉名市岱明町大野下1512-1	57-0013
福本内科医院	玉名市岱明町鍋834	57-2811
さかき診療所	玉名郡南関町上長田638-1	53-1125
田尻医院	玉名郡南関町関町1218-1	53-0016
田辺クリニック	玉名郡南関町上坂下3480	53-8211
和水クリニック	玉名郡和水町原口729-1	86-6001
森の里クリニック	玉名郡和水町大田黒699	34-2800
有明成仁病院	玉名郡長洲町宮野2775	78-1133
淡河・黒田医院	玉名郡長洲町梅田696-1	78-6517
田宮二郎内科	玉名郡長洲町長洲2932-3	78-2150
ながすクリニック	玉名郡長洲町大字長洲1354	78-0527
西山クリニック	玉名郡長洲町清源寺2794-1	78-7811
いまおかクリニック	玉名郡長洲町宮野1468-1	78-3410

健診機関名	住 所	電話番号
植木シルバークリニック	熊本市北区植木町岩野24	096-273-1333
大塚病院	熊本市北区植木町豊田603	096-272-0159
師井医院	熊本市北区植木町植木186	096-272-0030
藤田外科医院	熊本市北区植木町滴水440-1	096-272-1527
森田整形外科医院	熊本市北区植木町一木596	096-273-1011
中垣胃腸科医院	熊本市北区植木町植木3-80	096-273-1555
清田産婦人科医院	熊本市北区植木町一木178-4	096-273-4111
田原坂クリニック	熊本市北区植木町平原212	096-272-5487
新生整形外科医院	熊本市北区植木町正清58-3	096-274-6253
植木いまふじクリニック	熊本市北区植木町一木597	096-272-5100
桑原内科小児科医院	熊本市北区植木町岩野457-5	096-273-3330
榎本内科医院	熊本市北区植木町平野77-1	096-273-0220
山鹿回生病院	山鹿市古閑1500-1	0968-44-2211
保利病院	山鹿市古閑984	0968-43-1212
井上産婦人科医院	山鹿市大橋通503-1	0968-44-6615
星田内科医院	山鹿市熊入町123-3	0968-43-7100
吉里医院	山鹿市鹿校通3-2-45	0968-43-2188
徳永循環器科内科医院	山鹿市山鹿1478-2	0968-44-3111
うちだ内科医院	山鹿市山鹿343	0968-44-5800
山鹿温泉リハビリテーション病院	山鹿市新町1204	0968-43-4151
上塚外科胃腸科医院	山鹿市山鹿1072-1	0968-43-6655
坂本医院	山鹿市平山5434-1	0968-44-2763
さがわ医院	山鹿市山鹿1408-4	0968-44-2540
大坪内科呼吸器科医院	山鹿市昭和町408	0968-44-7722
横手医院	山鹿市津留2086	0968-44-2773
小林医院	山鹿市鹿北町四丁1705	0968-32-3893
福間医院	山鹿市菊鹿上内田557-3	0968-48-9143
きくか松岡クリニック	山鹿市菊鹿町宮原86-4	0968-48-2055
平井藤岡医院	山鹿市鹿本町来民495-1	0968-46-2146
桑木内科	山鹿市鹿本町御宇田650	0968-46-2063
かもと整形外科医院	山鹿市鹿本町来民560-2	0968-46-5811
中川医院	山鹿市鹿本町御宇田446	0968-46-3106
武内医院	山鹿市鹿本町来民693	0968-46-2620
幸村医院	山鹿市鹿央町合里411	0968-36-2000
藤原クリニック	山鹿市南島387	0968-42-8887
大橋通クリニック	山鹿市大橋通703	0968-44-5161
東内科小児科医院	山鹿市方保田3145番地 6	0968-44-3444
山鹿中央病院	山鹿市山鹿1000	0968-43-6611
三森循環器科呼吸器科病院	山鹿市大橋通1204	0968-42-1234

(4) 特定健診実施項目（図表 29）

生活習慣病予防のために特定保健指導を必要とする人を抽出する項目（内臓脂肪型肥満に着目して国が定めた実施基準）を実施するほか、町の国保加入者の健康実態を踏まえ、町独自で検査項目を追加して健診を実施する。

【図表 29】

基本的な 健診項目	国が定めた 項目	・問診 ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ・血圧測定 ・血中脂質検査（総コレステロール、中性脂肪、 HDLコレステロール、LDLコレステロール） ・肝機能検査 AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP) ・血糖検査（空腹時血糖、随時血糖、HbA1c 検査） ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
	玉東町独自の 追加項目	・尿検査（尿潜血） ・腎機能検査（血清尿酸）
詳細な 健診項目	国が定めた 項目	・心電図検査 ・眼底検査 ・腎機能検査（血清クレアチニン）

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、熊本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り、様々な機会を通じて受診や健診日程を案内する。(図表 30)

- ① 広報及びホームページによる周知
- ② 郵便による特定健診受診案内の送付
- ③ 電話や訪問で受診勧奨を実施

【図表 30】

	特定健康診査	特定保健指導
4月	○集団健診 ○健診対象者の抽出及び受診券の送付	
5月	○国保人間ドック	○対象者の抽出 ○保健指導開始
6月	○個別健診	
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		

5. 特定保健指導の実施

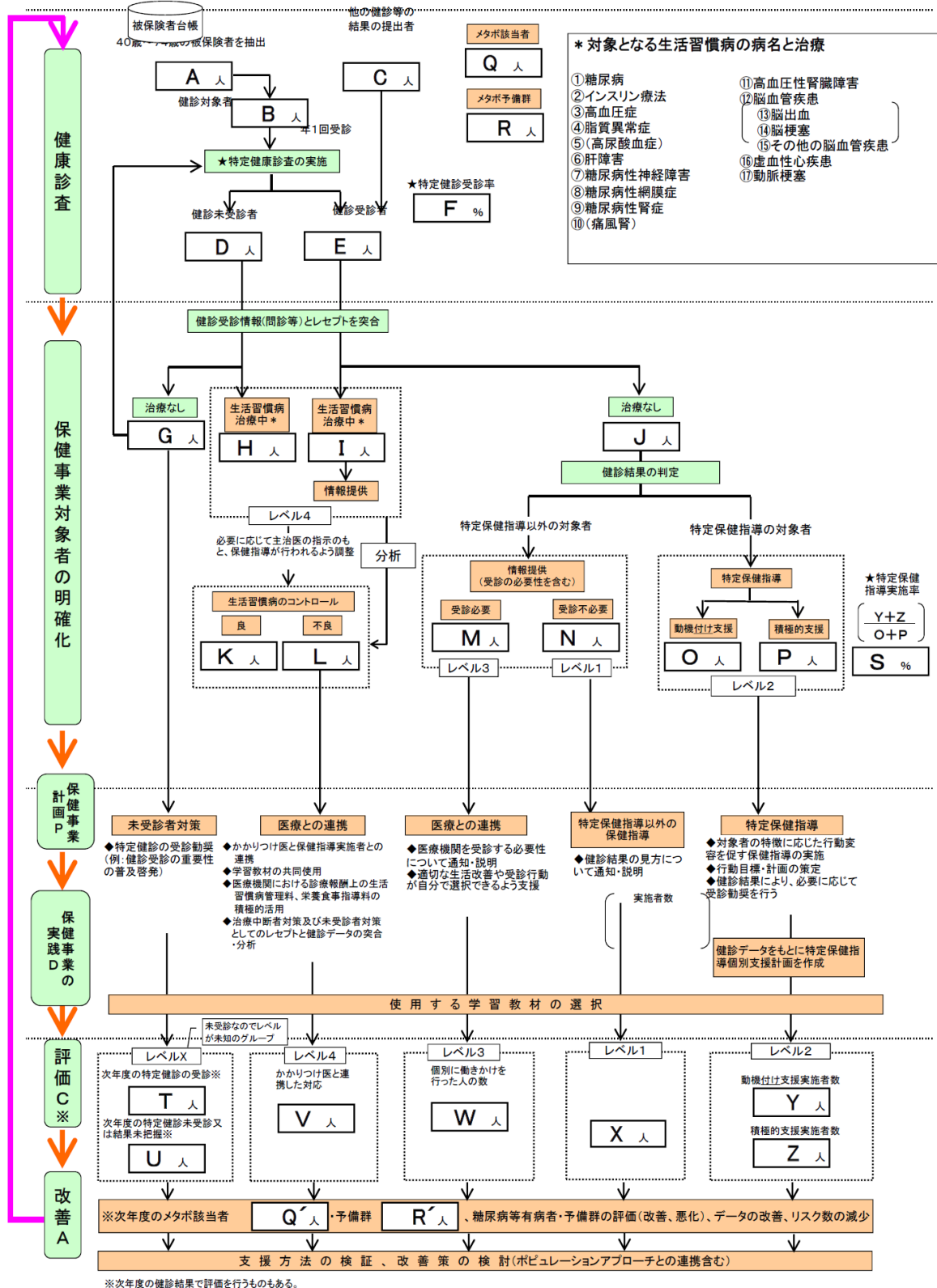
特定保健指導の実施については、保険者の直接実施、外部健診期間への事業委託の形で行う。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 31)

様式5-5

健診から保健指導実施へのフローチャート



(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 32）

【図表 32】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	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	110 人 (17.1%)	62%
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	126 人 (19.6%)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(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)	456 人 ※受診率目標達成までにあと 27 人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	125 人 (19.4%)	%
5	I	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	283 人 (25.7%)	%

6. 未受診者対策

受診率向上に向けて様々な取り組みを行う。

目的	特定健診受診率向上のための取り組み
若年者の受診率を向上	・ 20 歳から健診が受けられる体制整備（H 3 0 年度～若人健診開始） ・ 人間ドックの費用助成機関の拡大 ・ 若いうちからの健康への意識づけのために、30 歳代の人間ドックの受診勧奨を行う。
治療中の人の受診率を上げる	・ かかりつけ医で定期的な検査を実施している人から、情報提供のお願いをする。 ・ かかりつけ医で受診できる個別健診の勧奨
未受診者への受診勧奨	・ 41 歳・46 歳・51 歳・56 歳の節目の人を対象に人間ドック無料クーポンを配布し、受診を促す。 ・ 集団健診、個別健診、人間ドック受診希望者で未受診者に対し、個別通知、電話や訪問で再勧奨を行う。

7. 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玉東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。

生活習慣病は、検査数値の異常が現れてから 10 年以上を経過して発症することもありことから、国保加入者である期間は継続してデータを保管する。

8. 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。

9. 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、玉東町ホームページ等への掲載により公表・周知する。

10. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

メタボ該当者などを減少させるためには、計画的かつ着実に特定健診及び特定保健指導を実施し、その成果を検証する必要がある。

具体的には、データヘルス計画で設定した目標の達成状況や特定健診、特定保健指導の結果を毎年度評価する。

① 評価時期

毎年度 3 月末

② 評価体制

国保担当者と保健衛生担当者が評価を行う。

③ 評価項目

特定健診受診率、未受診者対策実施状況、特定保健指導実施率、重症化予防事業における訪問件数。

把握手段：KDB、健診期間の人間ドック結果（1 月、2 月分）より把握

また、実施計画をより実効性が高く効果的なものにするために、必要に応じて実施方法や目標設定値の見直しを行う。

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、脂質の有所見率を改善していくこととする。そのためには生活習慣病の重症化予防の取組と広く町民に周知・啓発することを組み合わせて実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展の抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防の取組を行う。平成28年度のレセプト結果より、虚血性心疾患の割合は減少し、脳血管疾患、人工透析の割合が増加している現状や、人工透析は若年で発症すると長期化しかつ医療費が高額になる疾患であり、玉東町の平成28年度の糖尿病性腎症の割合が増加していることから、第1に糖尿病性腎症重症化予防を掲げ、次に優先して取り組む事業として脳血管疾患重症化予防事業、最後に虚血性心疾患重症化予防と優先順位をつけて取り組みを行う。

具体的には医療機関の受診が必要な人には適切な受診勧奨を、治療中の人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。

また、生活習慣病が重症化することにより医療費や介護費用等の社会保障費の増大につながる実態について広く町民へ周知することも必要である。

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り、第3章の特定健診等実施計画に基づいて計画的に実施するものとする。

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、厚生労働省公表の「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開にむけて（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキング）」に基づき、PDCA に沿って実施する。また「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）」に基づき実施する。なお、取組にあたっては図表 33 に沿って実施する。

【図表 33】

【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	A 改 善	糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36		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熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおりとする。

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ 重症化するリスクの高い者
 - ・健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成出来ていない者
 - ・尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断されたもの及び腎症が疑われる者

(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 34）

【図表 34】

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。玉東町においては特定健診で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1)

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 34)

玉東町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 48 人(48%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 261 人の中のうち、特定健診受診者が 131 人(50.2%・G)であったが、42 人(32.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 130 人(49.8%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者は 23 人(17.7%・イ)であることが分かった。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 35 より玉東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)・・・48 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・42 人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

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)・・・89 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

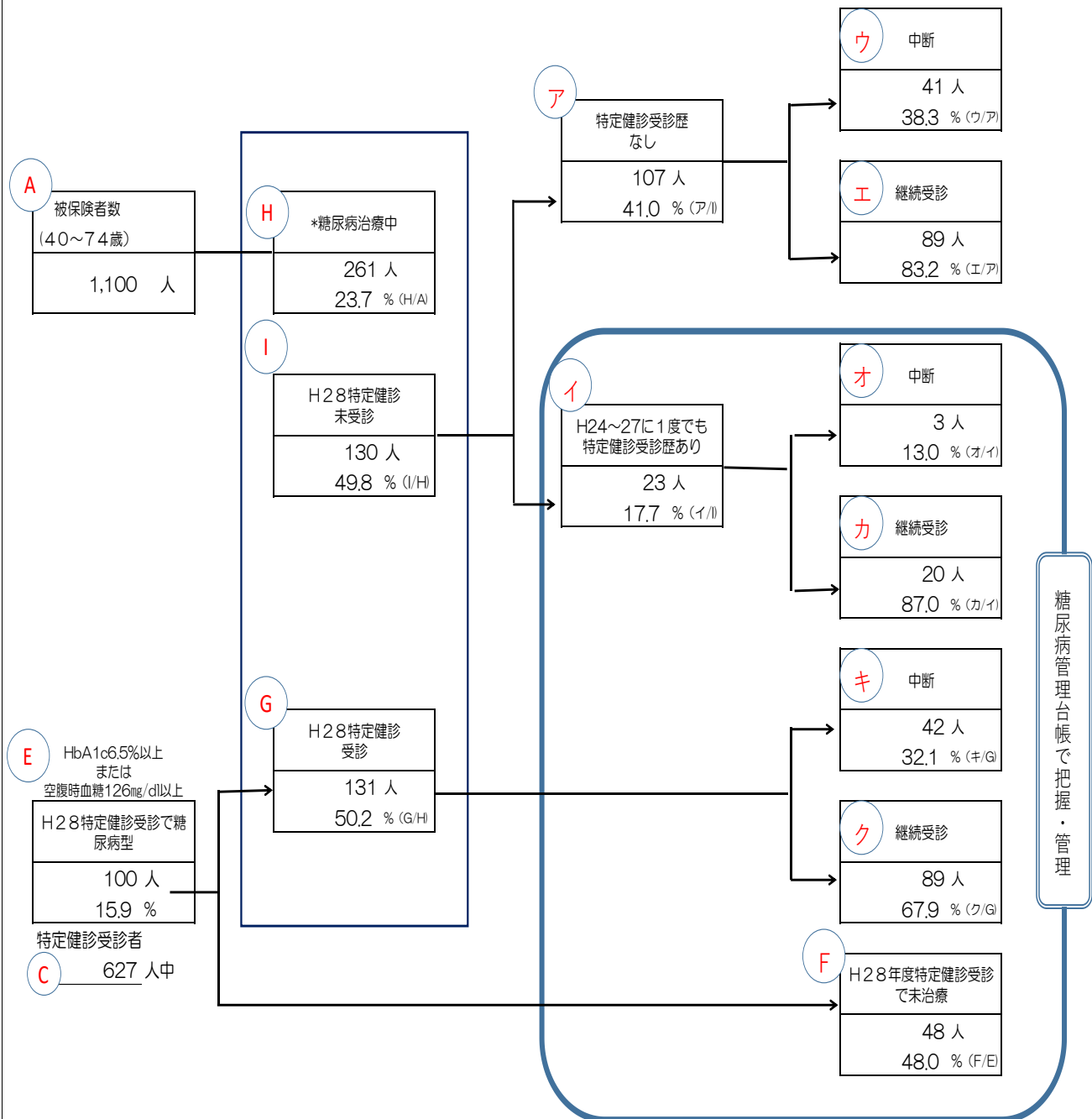
- ・糖尿病治療中であり、過去に特定健診歴のある人 (イ)・・・23 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

【図表 35】

対象者選定基準検討

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 2）及び年次計画表（参考資料 3）で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

○記載内容

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
- ・HbA1c ・血圧 ・体重 ・eGFR ・尿蛋白

○記載等の手順

- 1 資格を確認する
- 2 レセプトを確認し情報を記載する
 - ・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
- 3 管理台帳記載後、結果の確認
昨年データと比較し介入対象者を試算する。
- 4 担当地区の対象者数の把握
 - ・未治療者・中断者（受診勧奨者） ・ ・ ・ ・ ・ 34 人
 - ・腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者） ・ ・ ・ ・ ・ 13 人

糖尿病管理台帳からの年次計画

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。玉東町においては、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。(図表 36)

【図表 36】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では集団健診時のみ尿蛋白定量検査を実施しており、健診受診者全員に対して尿蛋白定量検査を実施していないため、糖尿病性腎症第2期を見逃す恐れがある。

玉東町では特定健診受診者の中で、メタボ該当者又は空腹時血糖値 110～125mg/dl 又はHbA1c の値が 6.5 未満の人等に対して、早期の動脈硬化症を発見するために2次健診を実施している。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、該当者には2次健診等を活用し、尿中アルブミン検査等を実施し、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。

2次健診の結果で保健指導が必要な場合、地区担当で検査結果の見方や今後の生活習慣について指導を行い、精密検査が出ている場合は医療機関で再度検査を実施してもらうよう本人に伝え、重症化しないような支援を行う。

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、事前に玉名郡市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

血糖コントロールが必要な人（HbA1c6.5%以上の人）に、自己管理できるように糖尿病連携手帳を配布する。また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熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険担当）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玉東町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

(2) 評価時期

毎年 3 月末に実施

(3) 評価体制

国保担当者と保健衛生担当で評価項目について評価する。

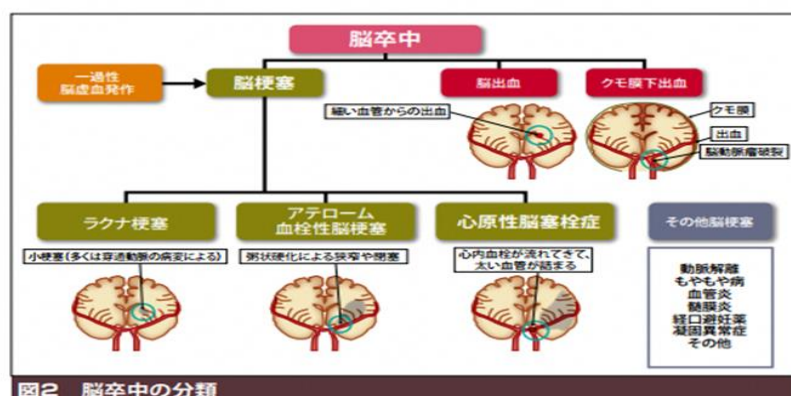
8) 実施期間及びスケジュール

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

2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 37、38)



【図表 37】

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

脳血管疾患とリスク因子

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 39 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。

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 59 人 (9.2%) であり、34 人は未治療者であった。また未治療者のうち 20 人 (58.8%) は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。ま

た治療中であってもⅡ度高血圧である者も 25 人（11.7％）いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

【図表 39】

脳・心・腎を守るために－重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする－

健康日本21 （第2次）目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少						
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 （脳卒中合同ガイドライン委員会）	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2006年改訂版） （虚血性心疾患の予防と治療に関するガイドライン （2003年更新版）（第2版））	糖尿病治療ガイド 2014-2018 （日本糖尿病学会）	CKD診療ガイド2012 （日本腎臓学会）					
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(75%) 心原性脳塞栓症(27%) ラクナ梗塞(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心原性脳梗塞		心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健康結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 （日本高血圧学会）	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 （日本動脈硬化学会）	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	糖尿病治療ガイド 2012-2013 （日本糖尿病学会）	CKD診療ガイド2012 （日本腎臓学会）			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)	
受診者数 644	59 9.2%	3 0.5%	39 6.1%	13 2.0%	134 20.8%	63 9.8%	5 0.8%	13 2.0%	248 38.5%
対象者数	34 7.9%	2 0.6%	37 7.1%	12 2.3%	34 9.4%	35 6.2%	1 0.3%	2 0.6%	98 27.1%
治療なし	34 7.9%	2 0.6%	37 7.1%	12 2.3%	34 9.4%	35 6.2%	1 0.3%	2 0.6%	98 27.1%
（再発） 特定保健指導	16 27.1%	1 33.3%	12 30.8%	4 30.8%	34 25.4%	11 17.5%	0 0.0%	0 0.0%	57 23.0%
治療中	25 11.7%	1 0.4%	2 1.7%	1 0.8%	100 35.3%	28 51.9%	4 1.4%	11 4.6%	150 53.0%
臓器障害あり	20 58.8%	2 100.0%	13 35.1%	3 25.0%	13 38.2%	10 28.6%	1 100.0%	2 100.0%	39 39.8%
CKD（専門医対象者）	1	0	0	1	0	1	1	2	4
尿蛋白（2+）以上	0	0	0	1	0	0	1	0	1
尿蛋白（+）and 尿潜血（+）以上	1	0	0	0	0	0	0	0	1
eGFR50未満 （70歳未満は40未満）	0	0	0	1	0	1	0	2	2
心電図所見あり	20	2	13	3	13	9	0	2	38
臓器障害なし	14 41.2%	--	24 64.9%	9 75.0%	21 61.8%	25 71.4%	--	--	--

（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 39）

図表 40 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となってくる。

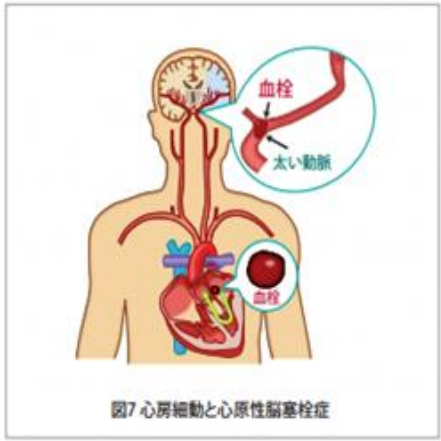
【図表 40】

血圧分		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)	430	118	93	105	80	30	4
		27.4%	21.6%	24.4%	18.6%	7.0%	0.9%
リスク第1層	53	23	12	11	4	3	0
		12.3%	19.5%	12.9%	5.0%	10.0%	0.0%
リスク第2層	224	64	47	55	46	11	1
		52.1%	54.2%	50.5%	57.5%	36.7%	25.0%
リスク第3層	153	31	34	39	30	16	3
		35.6%	26.3%	36.6%	37.5%	53.3%	75.0%
	糖尿病	50	10	13	11	4	0
		32.7%	32.3%	38.2%	36.7%	25.0%	0.0%
再掲 重複あり	腎臓病 (CKD)	58	13	10	10	9	2
		37.9%	41.9%	29.4%	33.3%	56.3%	66.7%
	以上の危険因子あり	73	11	18	11	10	1
		47.7%	35.5%	52.9%	36.7%	62.5%	33.3%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
4	49	61
0.9%	11.4%	14.2%
4	3	0
100%	6.1%	0.0%
--	46	12
	93.9%	19.7%
--	--	49
		80.3%

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 41 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 41】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	172	179	2	1.2	1	0.6	—	—
40歳代	27	15	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	38	34	1	2.6	0	0	0.8	0.1
60歳代	75	85	0	0	0	0	1.9	0.4
70～74歳	32	45	1	3.1	1	2.2	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査 (2006年) による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 42】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
3	100	0	0	3	100

心電図検査において 3 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢は 50 歳代が 1 人、70 歳代が 2 人であった。また 3 人全員が既に治療が開始されていた。(図表 42)

心原性脳塞栓症は心房細動により心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなる。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ため、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。また、心房細動は心原性脳塞栓症のリスクであるため、医療機関の受診勧奨と継続受診の確認を行う必要がある。

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、血圧の高い人には血圧のことがイメージできるように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

脳血管疾患の重症化予防対象者には、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。「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」とあるため、玉東町においては、頸動脈エコー検査と尿中アルブミン検査を二次健診として実施していく。

(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「血圧評価表」を作成し、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7)

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8)

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、治療中の人には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（介護保険担当）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、玉東町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。

(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で評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

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

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 1)

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、特定健診受診者の健診データから実態を把握。その際、治療の有無についても加えて分析することで、受診勧奨の対象者を把握することが出来る。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 5)

(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。

玉東町において健診受診者 644 人のうち心電図検査実施者は 388 人 (60.2%) であり、そのうち ST 所見があったのは 19 人であった (図表 43)。

ST 所見あり 19 人中のうち 4 人は要精密であり、その後の受診状況をみると 3 人は未受診であった (図表 44)。

また要精密には該当しないが ST 所見ありの 19 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健診データと合わせて、対象者に保健指導を実施していく必要がある。

玉東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 43】

	健診受診者 (a)		心電図検査 (b)							
					ST所見あり (C)		その他の所見 (d)		異常なし (e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a) (%)	(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b) (%)	(人)	(e/b) (%)
平成28年度	644	100	388	60.2%	19	4.9%	225	58.0%	162	41.8%

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 44】

ST所見あり (a)		要精密 (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) (%)
19	100	4	21.1%	1	25.0%	3	75.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 45 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 45】

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 6 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。

(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する。

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、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 (介護保険担当) 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、玉東町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や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、メタボ等有所見者割合の減少で評価する。

(2) 中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合で評価する。

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～ 特定健診結果が届き次第、血圧評価表や心房細動管理台帳に記載。
台帳記載後順次対象者へ介入（通年）

Ⅲ 広く町民に周知・啓発する取組

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業などの社会的要因に規定されることも大きい。」とされている。

生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、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知り、自分なら何ができるかを自分で考え、納得した上で、健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践が出来るように支援する。（図表 46）

玉東町 保険者努力支援制度

玉東町 人口 5,517人
(国保加入数 1,572人)

平成28年度 272点/ 345点

全国順位 49位/1,741市町村

1点当たりの金額 3,738円
頂いたお金 101万円

社会保障費 (H28年度)
国保医療費 4億5,513万円

予防可能な
生活習慣病

糖尿病 2,992万円
高血圧 2,398万円
慢性腎不全 2,550万円
がん 5,326万円

精神 7,018万円

介護費 5億5,299万円 (全体)

2号認定者
(40～64歳)

有病状況

心臓病 44.8%
脳梗塞 27.6%
糖尿病 29.5%

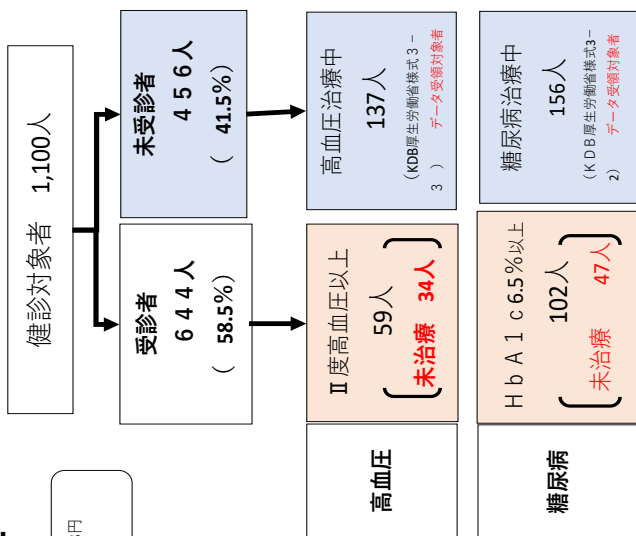
生活保護費 719万円

生活保護 17人 (平均)
人工透析者数 1人 (7.7%)

評価指標	30年度 満点	28年度前倒し分 満点	玉東町 満点
H29、30年度	850点	345点	272点
特定健診受診率	50	20	15
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
糖尿病等重症化予防の取組	100		
対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40	40
専門職の取組、事業評価	(25)		
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)		
・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)		
個人への分かりやすい情報提供	25	20	20
個人のインセンティブ提供	70	20	0
・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)		
・商店部局、商店街等との連携	(25)		
データヘルス計画の取組	40	10	10
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)		
・第2期審査に当たり、現計画の定量的評価	(35)		
関係部署、県、医師会等と連携			
がん検診受診率	30	10	10
歯周疾患(歯)検診実施状況	25	10	10
地域包括ケアの推進	25	5	5

市町村指標の都道府県単位評価	【200億円】
① 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	100
都道府県の取組状況	【150億円】
③ 都道府県 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	未定
医療費適正化のアウトカム評価	【50億円】
② 医療費適正化のアウトカム評価 国保・年齢調整後1人当たり医療費	50

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

1.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。

2.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。

3.基本的な手順の流れ

- 保険者が本人に説明し、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 46】

第5章 地域包括ケアに係る取組

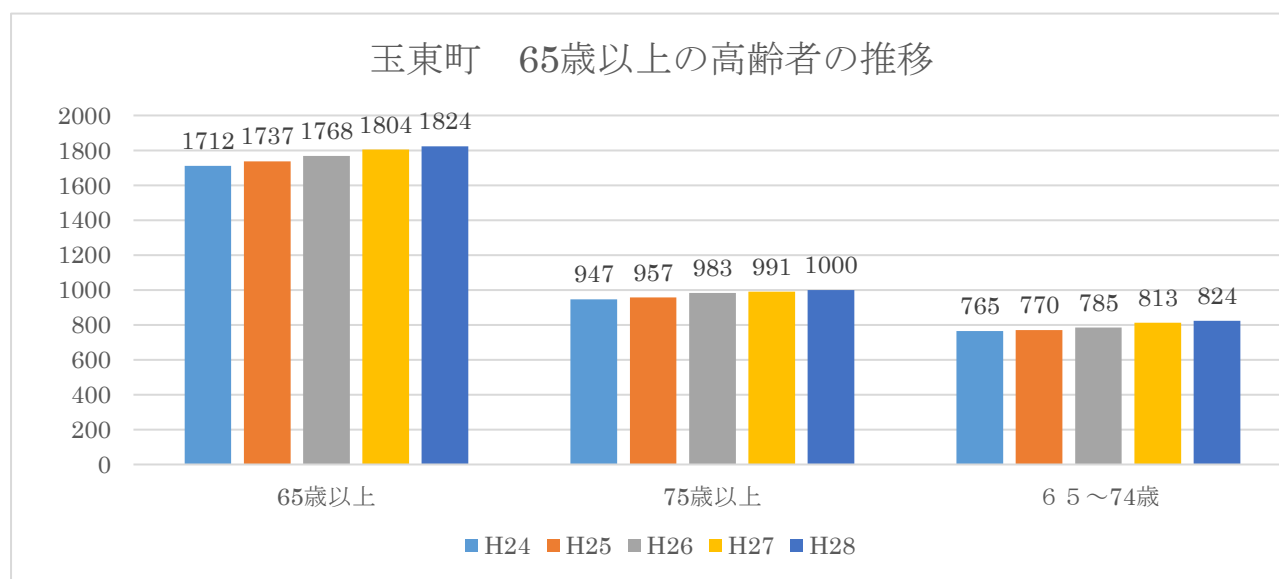
高齢化・人口減少が進展していく中、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくり（地域包括ケアシステムの構築）は、介護予防・生活支援・医療・介護・住まいを柱とする体制づくりが急務となっている。その中でも介護予防の取り組みは、健康寿命を延伸させ、その人の生活の質を向上させる重要な柱である。

地域包括ケア研究会の報告書においても「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。」と報告されている。

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（脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等）が多くを占めている。これらの疾患は予防可能であり、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。人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしく生活できる人を増やしていくために、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は介護予防の重要な取り組みとして捉える事ができる。

今後、一人暮らし高齢者が増加するとともに、後期高齢者の増加（図表47）による医療・介護需要の増大が見込まれることから、社会参加や健康増進・介護予防の活動など、人との関りをもちながら、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域包括ケアシステムの充実を図る。

【図表 47】



1 介護予防・重症化予防の取組

介護が必要になった原因として、血管疾患が 96.3%で一番多く、次に筋・骨格疾患が 91.7%であった。血管疾患の原因は、高血圧や糖尿病などの生活習慣病の重症化があげられる。介護が必要となった人の基礎疾患を分析したところ、40 歳から 64 歳では 50%の人が高血圧・糖尿病を持っており、65 歳以上の人では 81.2%の人が高血圧、53.8%の人が糖尿病を持っていた。

骨折や関節疾患が原因で介護が必要になる人は、75 歳を過ぎると急激に増えているため、健診結果説明時、前期高齢者に対しては生活習慣病予防だけでなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等から起こるロコモティブシンドローム等の予防を視野に入れた保健指導をしていく必要がある。

高齢者の特性を踏まえながらも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・福祉などの各種サービスだけではなく、地域住民の支えあいや民間サービスの活用も必要になる。また、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・福祉の多職種のネットワークや情報共有の仕組みが、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。

また、定期的に特定健診の結果を玉東町地域包括支援センター職員と情報共有し、現状をお互いに把握し連携しながら実施していく。

2 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、生活の場である住まいを拠点とし、住み慣れた地域でいつまでも自分らしい生活を送ることが出来るよう、在宅医療・介護連携推進事業に取り組み、多職種連携によるチームケアの推進を図ってきた。また、主に町内の医療介護従事者で運営する「チーム玉東」が主催する「デスカンファレンス」をはじめとする多職種による学習会や、地域住民に対する「ふらっとゼミナール」を開催支援し、関係機関と協働による在宅医療介護の普及啓発を推進している

第 7 期玉東町老人福祉計画・介護保険事業計画の中で、認知症施策の充実と支援体制の構築を図り、認知症ケアに携わる多職種連携によるチームケアのさらなる推進に取り組むことで、地域包括ケアシステムの早期実現を図ることを目指している。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

毎年 KDB 等を活用し評価を行い、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

データヘルス計画の目標管理一覧表（図表 24）に沿って、実施状況の評価を行う。保険者は、健診・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

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)	・人員配置は適切だったか ・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)	・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 ・特定健診受診率、特定保健指導率がどの程度向上したか ・治療の必要な人がどれだけ医療機関を受診したか

国保データベース（KDB）システムの健診医療・介護のデータを基に地区担当の保健師・管理栄養士が健診の受診状況や治療の状況について、毎月のカンファレンスの中で評価を行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重

症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

また、国保担当課の事務職と保健衛生担当課で平成 32 年度に進捗確認の会議を実施し、平成 35 年度に実施状況の確認など最終評価の会議を実施する。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

これらの公表・配布にあたっては、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 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 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 4 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 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

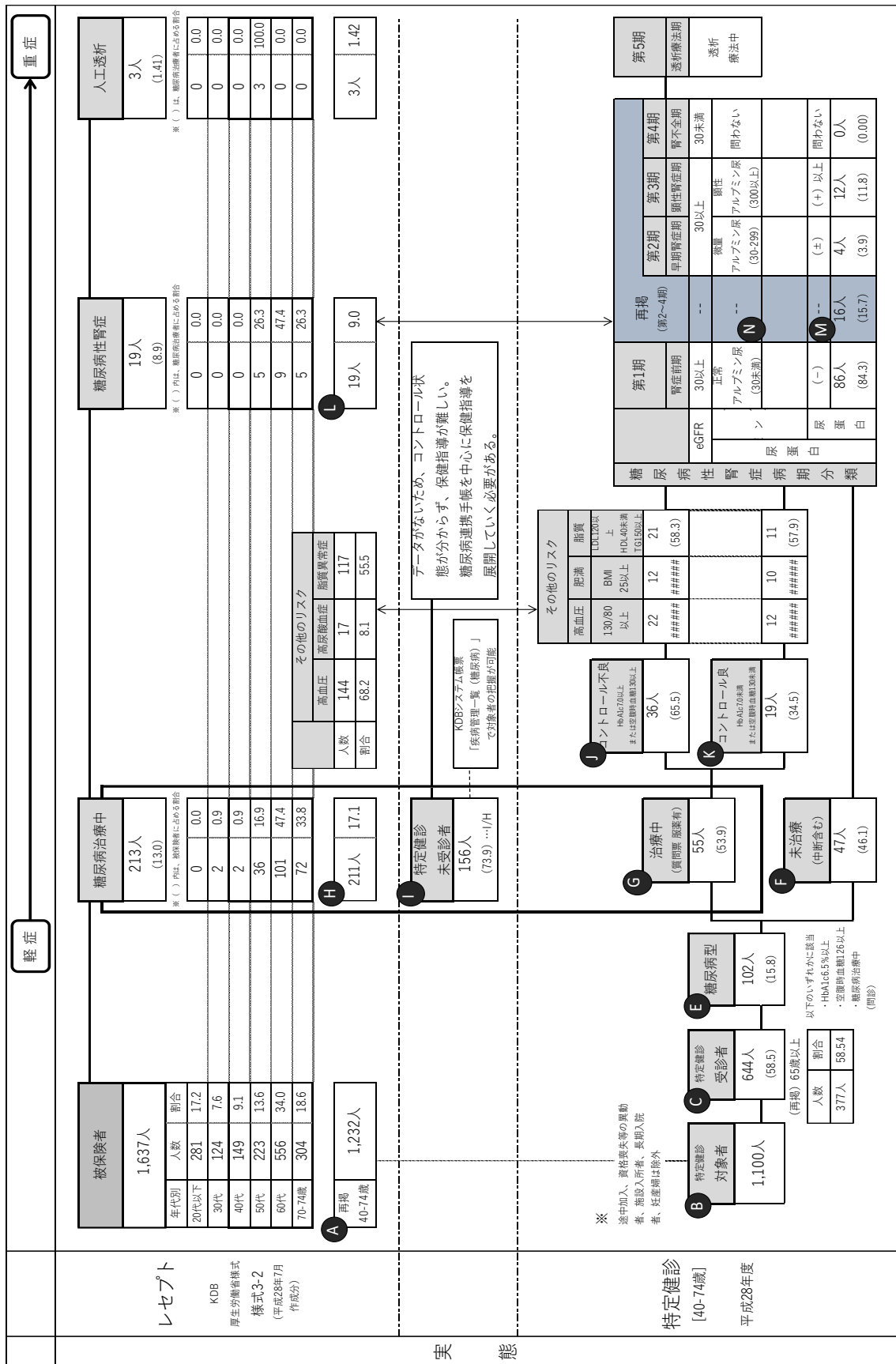
参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7 血圧評価表

参考資料 8 心房細動管理台帳

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	熊本県	市町村名	玉東町	同規模区分	9
-------	-----	------	-----	-------	---



【参考資料1】

【参考資料2】

糖尿病管理台帳（永年）

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

【参考資料3】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 年度

担当者名：

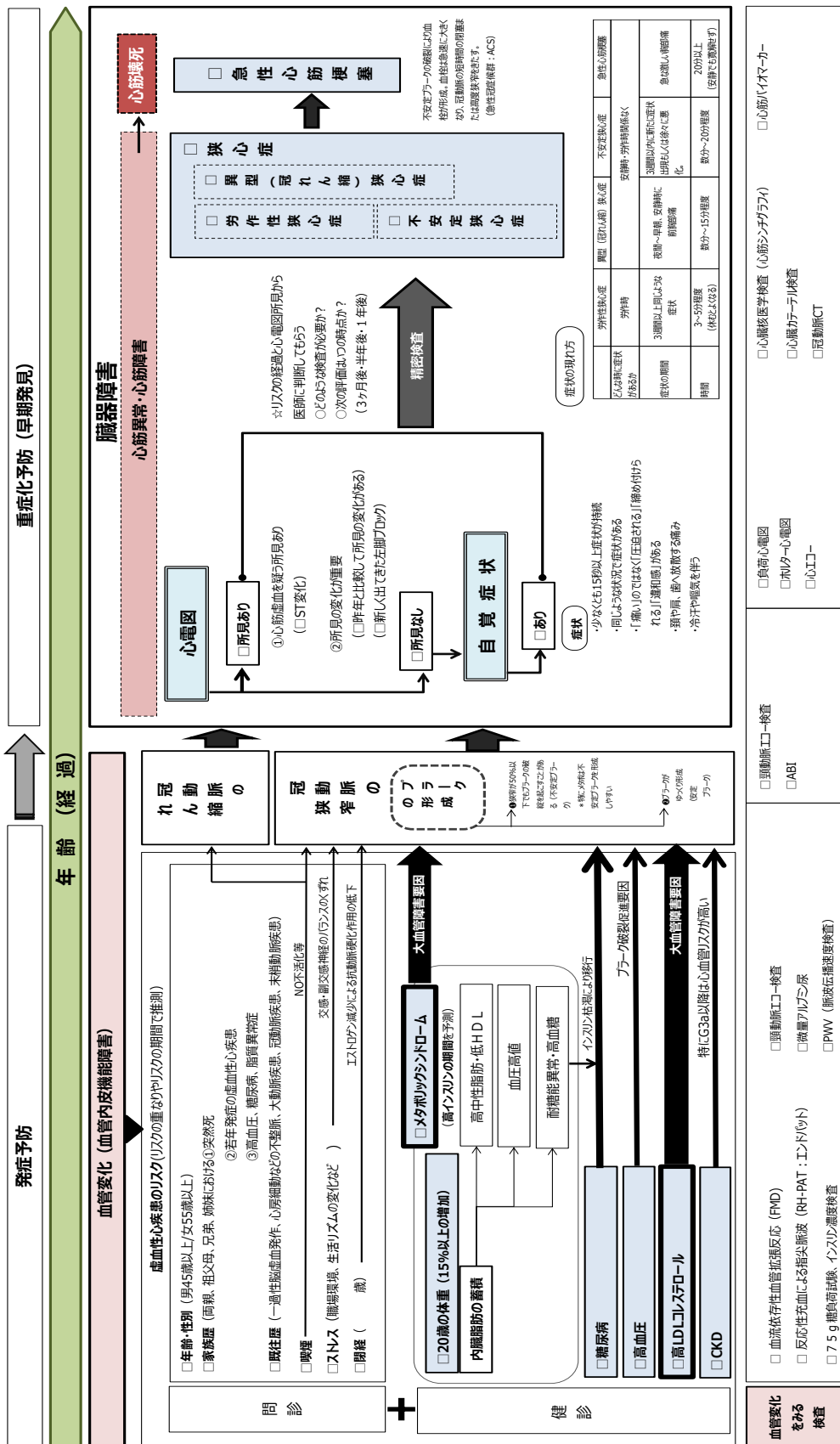
担当地区：

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(㉔+㉕) ()人														
	㉔健診未受診者 ()人	1.資格喪失(死亡・転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	○健診データを本人から ○レセプトの確認協力												
	<table><tr><th colspan="2">結果把握(内訳)</th></tr><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>	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	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患—手術 ●人工透析 ●がん
	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	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 -----	かかりつけ医、糖尿病専門医													
保健指導の優先づけ	*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														
	㉕結果把握 ()人	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 -----	尿アルブミン検査の継続												
	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 (一) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人		栄養士中心													
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			腎専門医												

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

		項目	突出表	保険者						同規模保険者		データ元		
				H28年度		H29年度		H30年度		実数	割合			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	被保険者数	A	92,018人								KDB厚生労働省様式 様式3-2		
		(再掲)40才～74歳		57,492人										
2	①	特定健診	B									あなみツール ②.1 集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))		
		健診対象者数		57,492人										
	②	健診受診者数	C	19,424人										
	③	健診受診率		33.8%										
3	①	特定保健指導										市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書		
		保健指導対象者数		2,816人										
	②	実施率		47.9%										
4		健診データ										特定健診結果		
	①	糖尿病型	E	2,434人	12.50%	人	%	人	%	人	%			
	②		F	925人	38.0%	人	%	人	%	人	%			
	③		G	1,509人	62.0%	人	%	人	%	人	%			
	④		J	879人	58.3%	人	%	人	%	人	%			
	⑤	血圧 130/80以上		503人	57.2%	人	%	人	%	人	%			
	⑥	肥満 BMI25.0以上		517人	58.8%	人	%	人	%	人	%			
	⑦	コントロール良好 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	632人	41.9%	人	%	人	%	人	%			
	⑧	糖尿病病期分類	M											
	⑨			尿蛋白(-)	第1期	1,660人	68.2%	人	%	人	%		人	%
	⑩			(±)	第2期	373人	15.3%	人	%	人	%		人	%
	⑪			(+)以上	第3期	375人	15.4%	人	%	人	%		人	%
⑫	eGFR(30未満)	第4期	28人	1.2%	人	%	人	%	人	%				
5	①	レセプト										KDB厚生労働省様式 様式3-2		
		糖尿病受療率(人口10万人対)		人		%	人	%	人	%	人		%	
	②			入院外	人		%	人	%	人	%		人	%
	③			入院	人		%	人	%	人	%		人	%
	④	糖尿病治療中		H	6,209人	6.7%	人	%	人	%	人		%	
	⑤				(再掲)40才～74才	6,071人	10.6%	人	%	人	%		人	%
	⑥	健診未受診者		I	4,562人	75.1%	人	%	人	%	人		%	
	⑦	糖尿病性腎症		L	560人	9.0%	人	%	人	%	人		%	
	⑧				(再掲)40才～74才	553人	9.1%	人	%	人	%		人	%
	⑨	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		215人	3.5%	人	%	人	%	人	%			
	⑩	(再掲)40才～74才		213人	3.5%	人	%	人	%	人	%			
	⑪	新規透析患者数		人	%	人	%	人	%	人	%			
	⑫	(再掲)糖尿病性腎症												
⑬	後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)	170人	2.3%											
6	①	医療費	総医療費	a	257.4億円		億円		億円		億円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題 同規模保険者比較		
	②	生活習慣病総医療費	b	144.7億円		円		円		円				
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	56.2%										
	④	生活習慣病対象 者 1人当たり	健診受診者	5,925円										
	⑤			健診未受診者	38,754円		円		円		円			
	⑥	糖尿病医療費	c	8.9億円		円		円		円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	6.2%		%		%		%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費		34.6億円		円		円		円				
	⑨	1件当たり		41,908円		円		円		円				
	⑩	糖尿病入院総医療費		25.1億円		円		円		円				
	⑪	1件当たり		632,202円		円		円		円				
	⑫	在院日数		18日		日		日		日				
	⑬	慢性腎不全医療費												
	⑭	透析有り		23.6億円		円		円		円				
	⑮	透析なし		0.98億円		円		円		円				
7	①	介護	介護給付費		217億円		円		円		円	KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状 況		
	②	(再掲)2号認定者の有所見												
		糖尿病合併症		12.7%		%		%		%				
8	①	死亡	死因別死亡者数								人	KDB 地域の全体像の把握		
		糖尿病		28人 2.1%		人		人		人				

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし ☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある					
③ 健診結果	(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。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
☐ メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男 85～ 女 90～				
	☐ BMI	～24.9	25～				
	☐ 中性脂肪	空腹	～149		150～299		300～
		食後	～199		200～		
	☐ HDL-C	40～	35～39		～34		
	☐ nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	☐ ALT	～30	31～50		51～		
	☐ γ-GT	～50	51～100		101～		
	☐ 血糖	空腹	～99		100～125		126～
		食後	～139		140～199		200～
	☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～	☐ 【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	
	☐ 血圧	収縮期	～129		130～139	140～	☐ 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84		85～89	90～	
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
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					

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

血圧評価表

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

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														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26年度					H27年度					H28年度				
												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