

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 南大隅町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	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	44

第6章 計画の評価・見直し	46
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
参考資料	49

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。

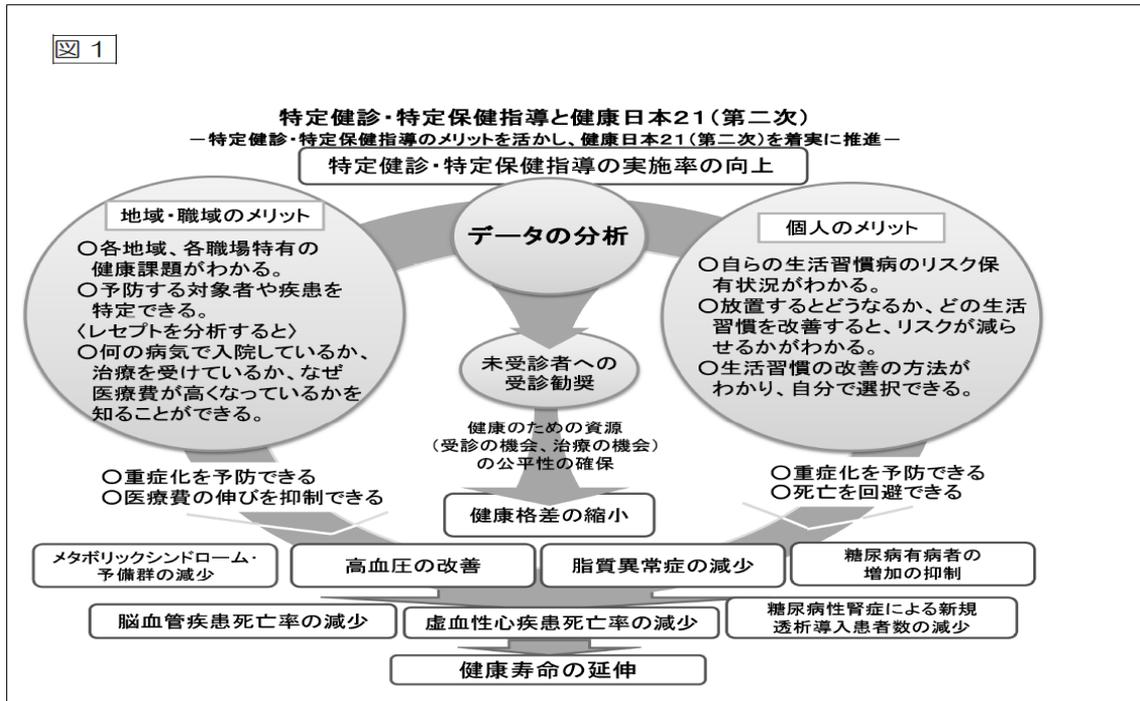
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して 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。

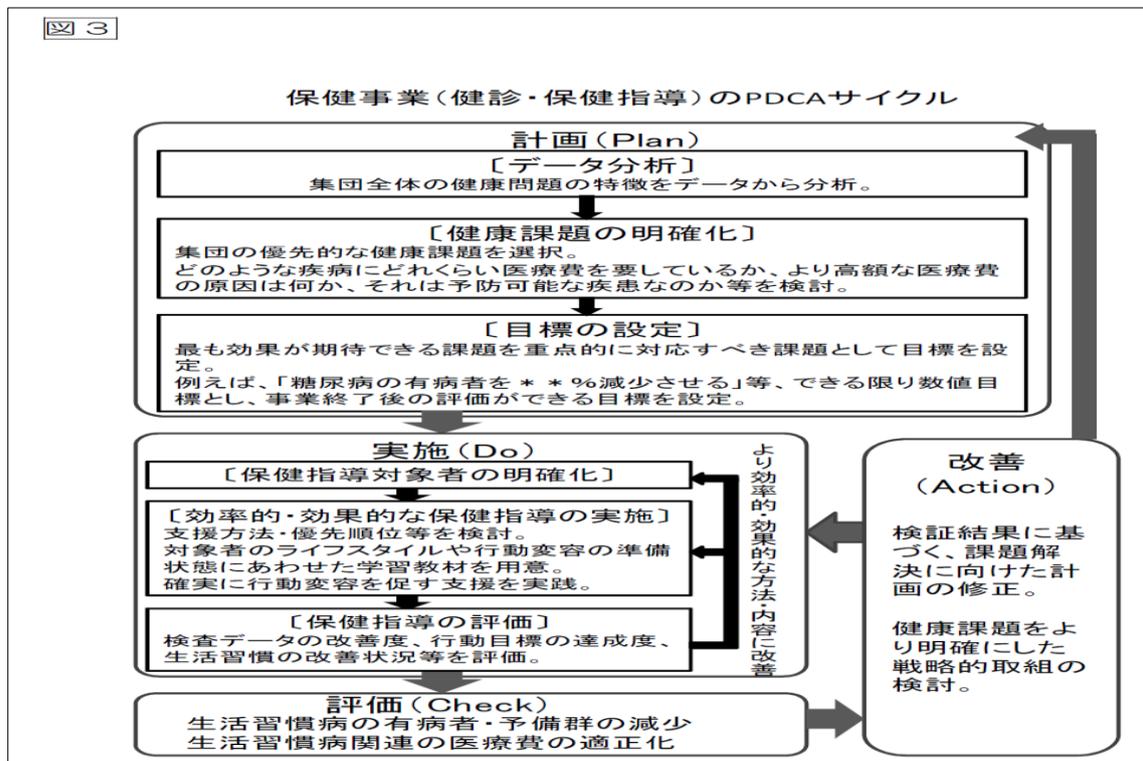
南大隅町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

【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) 実施主体関係部の役割

南大隅町においては、町民保健課国保係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康づくり系の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（町民保健課）、保健衛生部局（町民保健課）、介護保険部局（介護福祉課）、企画部局（企画課）、生活保護部局（介護福祉課）とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。

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

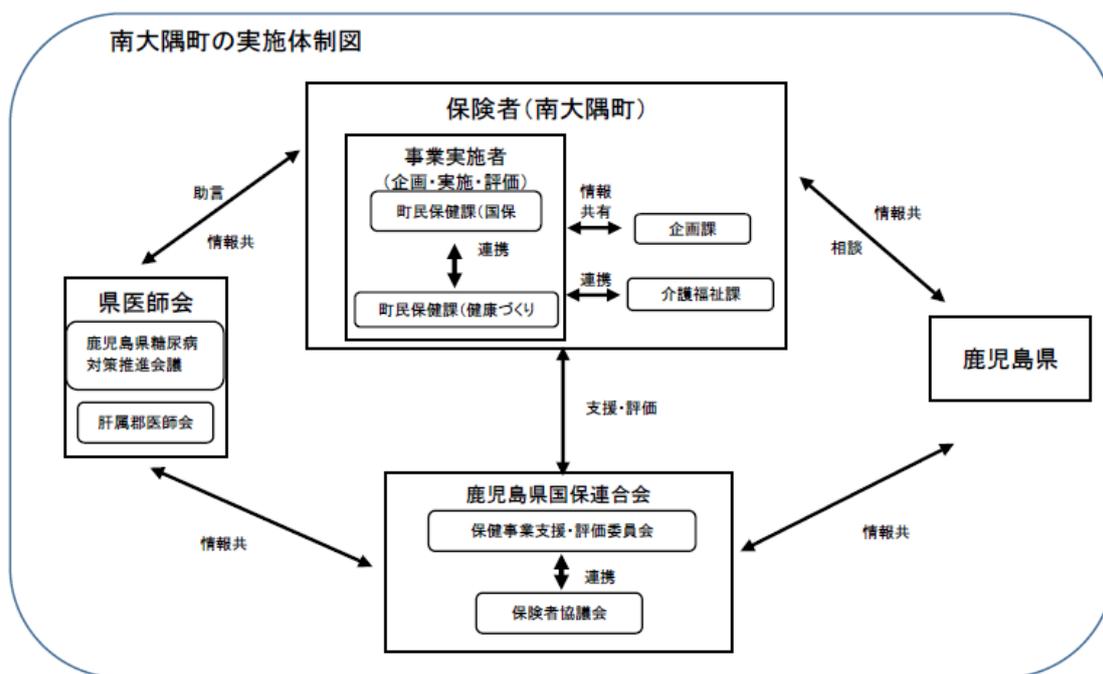
国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

【図表4】



4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成30年度から本格実施)

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表5)

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		1337		4705	
全国順位(1,741市町村中)		323			
共通 ①	特定健診受診率	15		25	50
	特定保健指導実施率	10		20	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	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10		25	20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40		100	100
	データヘルス計画策定状況	10		33	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20		25	25
	個人インセンティブ提供	20		70	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組			35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15		35	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	10		45	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況			25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況			9	25
	第三者求償の取組の実施状況	7		16	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			22	50
体制構築加算		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

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）の割合は若干減少しているが、男女別では男性が減少しており女性は上昇している。

死因別では、心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加している。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減少、40～64歳の2号認定率の減少、それに伴う介護給付費の減少がみられた。医療費をみると、国保加入者が減少していることから、全体の医療費は減少している。特定健診の受診率は上昇しているものの、保健指導修了者は大幅に減少しているため、保健指導の終了率向上に努めていくことが重要である。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

認定率の減少により介護給付費は1人当たりの給付費と共に減少している。同規模平均と比較しても、居宅サービスがわずかではあるが上昇していることから、サービスの提供場所が居宅に変化していることがうかがえる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	南大隅町				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	11億9130万円	311,860	44,435	277,668	306,253	41,044	279,592
平成28年度	11億5967万円	303,579	44,826	269,913	313,982	40,981	275,251

②医療費の状況（図表7）

総医療費は全体・入院・入院外とも減少しているが、1人当たりの医療費は同規模平均と比較すると伸び率は小さいが、上昇している。

【図表 7】

医療費の変化

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	10億4433万円				5億2692万円				5億1741万円				
	H28年度	9億1268万円	1億3165万円	-12.6	-3.3	4億4309万円	8382万円	-15.9	-2.91	4億6958万円	4783万円	-9.2 -3.5		
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	30,720				15,500				15,220				
	H28年度	31,350	630	2.1	7.6	15,220	-280	-1.8	8.0	16,130	910	6.0 7.2		

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

1人当たりの医療費をみると、県に比べ高い状況にある。中でも中長期的目標疾患の慢性腎不全(透析有)・狭心症・心筋梗塞の割合が上昇しており、県と比較しても高くなっている。

また、短期目標疾患の糖尿病・脂質異常症の医療費が上昇し、高血圧については減少しているが、県と比較すると高血圧・脂質異常症については高くなっている。

このことから、透析への移行を防ぐことにより医療費の減少につながると考える。

また、糖尿病・脂質異常の割合も上昇しているのので、保健指導による生活習慣病の改善に努めることが重要になる。

【図表 8】

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

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		
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞			
H25	南大隅町	1,044,330,400	30,719	20位	12位	7.55%	0.13%	4.79%	2.49%	4.27%	6.64%	2.63%
		H28	912,679,510	31,358	28位	20位	8.31%	0.13%	1.89%	2.84%	4.39%	4.63%
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%
	全国	8,296,865,346,700	22,779	---	---	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%
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%
	全国	9,677,041,336,540	24,253	---	---	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%

同規模区分	市町村名	(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	割合				
		H25	南大隅町	297,718,310	28.51%	1,044,330,400	8.01%
H28	南大隅町	231,374,300	25.35%	912,679,510	11.87%	13.55%	7.91%
H25	鹿児島県	40,488,398,830	25.48%	16,863,144,660	10.61%	13.58%	8.58%
	全国	2,123,990,143,420	25.60%	1,038,615,465,620	12.52%	9.52%	8.46%
H28	鹿児島県	37,328,412,710	23.50%	19,166,062,180	12.07%	13.69%	8.85%
	全国	2,237,085,545,700	23.12%	1,373,725,232,670	14.20%	9.39%	8.45%

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患・脳血管疾患では、糖尿病・脂質異常が増加しており、人工透析をあわせもっている人の割合も増加している。

人工透析についてはほぼ横ばいであるが、高血圧をあわせもっている割合は 100% であり、高血圧からの人工透析を予防していく必要がある。

【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					
			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
H25	全体	2867	119	4.2	28	23.5	4	3.4	99	83.2	40	33.6	67	56.3
	64歳以下	1842	41	2.2	6	14.6	4	9.8	33	80.5	10	24.4	26	63.4
	65歳以上	1025	78	7.6	22	28.2	0	0.0	66	84.6	30	38.5	41	52.6
H28	全体	2477	110	4.4	27	24.5	6	5.5	88	80.0	49	44.5	66	60.0
	64歳以下	1488	36	2.4	7	19.4	4	11.1	29	80.6	15	41.7	24	66.7
	65歳以上	989	74	7.5	20	27.0	2	2.7	59	79.7	34	45.9	42	56.8

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		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
H25	全体	2867	125	4.4	28	22.4	3	2.4	104	83.2	51	40.8	59	47.2
	64歳以下	1842	44	2.4	6	13.6	3	6.8	31	70.5	20	45.5	19	43.2
	65歳以上	1025	81	7.9	22	27.2	0	0.0	73	90.1	31	38.3	40	49.4
H28	全体	2477	119	4.8	27	22.7	4	3.4	92	77.3	52	43.7	67	56.3
	64歳以下	1488	40	2.7	7	17.5	3	7.5	27	67.5	18	45.0	20	50.0
	65歳以上	989	79	8.0	20	25.3	1	1.3	65	82.3	34	43.0	47	59.5

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	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2867	14	0.5	3	21.4	4	28.6	12	85.7	2	14.3	5	35.7
	64歳以下	1842	12	0.7	3	25.0	4	33.3	10	83.3	1	8.3	4	33.3
	65歳以上	1025	2	0.2	0	0.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0
H28	全体	2477	15	0.6	4	26.7	6	40.0	15	100.0	2	13.3	4	26.7
	64歳以下	1488	9	0.6	3	33.3	4	44.4	9	100.0	0	0.0	2	22.2
	65歳以上	989	6	0.6	1	16.7	2	33.3	6	100.0	2	33.3	2	33.3

(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)

糖尿病で治療している人の割合は横ばいとなっているが、糖尿病性腎症の割合が高くなっている。

人工透析についてはほぼ横ばいであるが、今後糖尿病性腎症からの透析が高くなると予想されるので、糖尿病性腎症の予防が重要となる。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標									
			被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2867	306	10.7	25	8.2	224	73.2	183	59.8	40	13.1	51	16.7	2	0.7	22	7.2		
	64歳以下	1842	136	7.4	16	11.8	95	69.9	79	58.1	10	7.4	20	14.7	1	0.7	9	6.6		
	65歳以上	1025	170	16.6	9	5.3	129	75.9	104	61.2	30	17.6	31	18.2	1	0.6	13	7.6		
H28	全体	2477	266	10.7	21	7.9	203	76.3	178	66.9	49	18.4	52	19.5	2	0.8	24	9.0		
	64歳以下	1488	112	7.5	14	12.5	82	73.2	72	64.3	15	13.4	18	16.1	0	0.0	12	10.7		
	65歳以上	989	154	15.6	7	4.5	121	78.6	106	68.8	34	22.1	34	22.1	2	1.3	12	7.8		

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標							
			被保険者数		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	
					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	2867	751	26.2	224	29.8	371	49.4	99	13.2	104	13.8	12	1.6		
	64歳以下	1842	307	16.7	96	30.9	145	47.2	33	10.7	31	10.1	10	3.3		
	65歳以上	1025	444	43.3	129	29.1	226	50.9	66	14.9	73	16.4	2	0.5		
H28	全体	2477	642	25.9	203	31.6	358	55.8	88	13.7	92	14.3	15	2.3		
	64歳以下	1488	218	14.7	82	37.6	128	58.7	29	13.3	27	12.4	9	4.1		
	65歳以上	989	424	42.9	121	26.5	230	54.2	59	13.9	65	15.3	6	1.4		

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標							
			被保険者数		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	
					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	2867	490	17.1	183	37.3	371	75.7	67	13.7	59	12.0	5	1.0		
	64歳以下	1842	212	11.5	79	37.3	145	68.4	26	12.3	19	9.0	4	1.9		
	65歳以上	1025	278	27.1	104	37.4	226	81.3	41	14.7	40	14.4	1	0.4		
H28	全体	2477	457	18.4	178	38.9	358	78.3	66	14.4	67	14.7	4	0.9		
	64歳以下	1488	177	11.9	72	40.7	128	72.3	24	13.6	20	11.3	2	1.1		
	65歳以上	989	280	28.3	106	37.9	230	82.1	42	15.0	47	16.8	2	0.7		

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診データのうち、BMIについては男女とも増加しているが、腹囲については女性に若干の増加があるもののほぼ横ばいとなっている。

男女を比べてみると、腹囲・中性脂肪・HDL-C・空腹時血糖・尿酸・クレアチニンの有所見者割合については男性の割合が高くなっている。

また、メタボリックシンドローム予備群については、男性の割合が高くなっており、今後該当者へ移行する可能性がある。

【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	151	29.4	241	46.9	134	26.1	102	19.8	61	11.9	217	42.2	277	53.9	122	23.7	312	60.7	125	24.3	195	37.9	20	3.9
	40-64	75	29.6	113	44.7	78	30.8	63	24.9	33	13.0	92	36.4	124	49.0	65	25.7	139	54.9	75	29.6	103	40.7	5	2.0
	65-74	76	29.1	128	49.0	56	21.5	39	14.9	28	10.7	125	47.9	153	58.6	57	21.8	173	66.3	50	19.2	92	35.2	15	5.7
H25	合計	176	32.2	254	46.5	109	20.0	99	18.1	60	11.0	223	40.8	235	43.0	144	26.4	306	56.0	126	23.1	194	35.5	28	5.1
	40-64	79	34.2	111	48.1	58	25.1	52	22.5	33	14.3	90	39.0	93	40.3	66	28.6	120	51.9	69	29.9	92	39.8	11	4.8
	65-74	97	30.8	143	45.4	51	16.2	47	14.9	27	8.6	133	42.2	142	45.1	78	24.8	186	59.0	57	18.1	102	32.4	17	5.4
女性	合計	173	29.7	132	22.7	86	14.8	82	14.1	34	5.8	162	27.8	360	61.9	25	4.3	336	57.7	99	17.0	307	52.7	8	1.4
	40-64	83	34.2	62	25.5	31	12.8	40	16.5	16	6.6	60	24.7	142	58.4	10	4.1	103	42.4	46	18.9	133	54.7	4	1.6
	65-74	90	26.5	70	20.6	55	16.2	42	12.4	18	5.3	102	30.1	218	64.3	15	4.4	233	68.7	53	15.6	174	51.3	4	1.2
H28	合計	181	32.4	131	23.5	72	12.9	65	11.6	32	5.7	159	28.5	223	40.0	27	4.8	312	55.9	94	16.8	245	43.9	7	1.3
	40-64	65	32.7	45	22.6	32	16.1	26	13.1	12	6.0	49	24.6	71	35.7	9	4.5	104	52.3	42	21.1	92	46.2	0	0.0
	65-74	116	32.3	86	24.0	40	11.1	39	10.9	20	5.6	110	30.6	152	42.3	18	5.0	208	57.9	52	14.5	153	42.6	7	1.9

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	514	48.4	19	3.7%	81	15.8%	4	0.8%	56	10.9%	21	4.1%	141	27.4%	30	5.8%	2	0.4%	56	10.9%	53	10.3%
	40-64	253	40.7	10	4.0%	42	16.6%	2	0.8%	25	9.9%	15	5.9%	61	24.1%	11	4.3%	0	0.0%	27	10.7%	23	9.1%
	65-74	261	59.3	9	3.4%	39	14.9%	2	0.8%	31	11.9%	6	2.3%	80	30.7%	19	7.3%	2	0.8%	29	11.1%	30	11.5%
H25	合計	546	56.2	24	4.4%	97	17.8%	3	0.5%	80	14.7%	14	2.6%	133	24.4%	23	4.2%	6	1.1%	50	9.2%	54	9.9%
	40-64	231	45.6	15	6.5%	42	18.2%	1	0.4%	33	14.3%	8	3.5%	54	23.4%	8	3.5%	4	1.7%	21	9.1%	21	9.1%
	65-74	315	67.7	9	2.9%	55	17.5%	2	0.6%	47	14.9%	6	1.9%	79	25.1%	15	4.8%	2	0.6%	29	9.2%	33	10.5%
女性	合計	582	60.1	10	1.7%	43	7.4%	0	0.0%	37	6.4%	6	1.0%	79	13.6%	14	2.4%	5	0.9%	31	5.3%	29	5.0%
	40-64	243	53.3	7	2.9%	21	8.6%	0	0.0%	16	6.6%	5	2.1%	34	14.0%	9	3.7%	2	0.8%	11	4.5%	12	4.9%
	65-74	339	66.1	3	0.9%	22	6.5%	0	0.0%	21	6.2%	1	0.3%	45	13.3%	5	1.5%	3	0.9%	20	5.9%	17	5.0%
H28	合計	558	67.0	9	1.6%	41	7.3%	1	0.2%	38	6.8%	2	0.4%	81	14.5%	12	2.2%	3	0.5%	32	5.7%	34	6.1%
	40-64	199	54.4	7	3.5%	13	6.5%	0	0.0%	12	6.0%	1	0.5%	25	12.6%	6	3.0%	1	0.5%	8	4.0%	10	5.0%
	65-74	359	76.9	2	0.6%	28	7.8%	1	0.3%	26	7.2%	1	0.3%	56	15.6%	6	1.7%	2	0.6%	24	6.7%	24	6.7%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定健診の受診率は上昇しているが、特定保健指導の実施率が大幅に減少している。重症化予防には特定保健指導実施率を上げていくことが重要である。

【図表 12】

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								南大隅町	同規模平均
H25年度	2031	1096	54	34	105	57	54.3	58.7	51.2
H28年度	1805	1104	61.2	15	92	34	37	57	51.9

2) 第1期に係る考察

第1期では、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の重症化予防に努めた。

それぞれの疾患でみてみると慢性腎不全・狭心症が高くなり、脳血管疾患は減少しているが、第1期の目標であった入院外を伸ばし入院を抑えるということについては、1人当たりの医療費でみてみると若干ではあるが入院の伸び率が減少しているのでは達成できたのではないと思われる。

中長期・短期目標疾患の医療費割合も減少していた。

しかし、1人当たりの医療費は県より高い状況にあり、高血圧・糖尿病・脂質異常症の改善に努めることも重要である。

メタボ該当者については、減少しているものの県より高く、予備群については上昇し県より高くなっているため、メタボ予防についても引き続き取り組んでいく必要がある。特定保健指導の実施率が低くなっており、効果的に指導ができていなかったため実施率向上に努めていかなければならない。

新生物の医療費が大幅に上昇しており、がんの受診率向上も合わせて取り組んでいく必要がある。

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 13)

1人あたりの医療費をみてみると、県・国より高くなっている。外来の件数が95%を占めているが、医療費をみてみると、ほぼ同額である。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

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）

100 万以上のレセプトをみると、50 代以降の方が治療を受けている。

半数以上はその他の疾患が占めているため、原因を調べておく必要がある。

人工透析患者の基礎疾患には、糖尿病・脳血管疾患・虚血性心疾患がありこれらを予防することで新規透析患者を防ぐことができ、医療費の削減につなげることができる。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他					
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	53人	2人	7人	12人	35人				
		件数	83件	3.8%		13.2%		22.6%			
				2.4%		9.6%		26.5%			
				年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
					40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
					50代	0	0.0%	2	25.0%	9	40.9%
60代	2	100.0%	6		75.0%	12	54.5%				
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%					
費用額	1億2651万円	476万円	1749万円	3119万円	7306万円						
		3.8%		13.8%		24.7%					

*最大医療費源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患		
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	36人	27人	5人	2人	
		件数	346件	75.0%		13.9%	
				12.1%		5.2%	
費用額	1億4356万円	8489万円	2080万円	670万円			
		59.1%		14.5%		4.7%	

*精神疾患については最大医療費源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	2人	4人	6人
		H28年度 累計	件数	13.3%		26.7%
18.2%				26.6%		
費用額	8484万円			1648万円	2279万円	3446万円
			19.4%		26.9%	

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症				
様式3 ★NO.13~18 (併票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 な疾 り患	全体	992人	119人	110人	24人		
			高血圧	12.0%		11.1%		2.4%	
				92人	77.3%	88人	80.0%	18人	75.0%
				52人	43.7%	49人	44.5%	24人	100.0%
				脂質異常症	67人	56.3%	66人	60.0%	13人
			高血圧症	642人	64.7%	266人	46.1%	457人	9.2%
			糖尿病	266人	26.8%	脂質異常症	66人	6.7%	
高尿酸血症	91人	9.2%							

○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）

認定を受けている者は、2号被保険者・1号被保険者とも脳卒中によるものが半数を占めている。2号被保険者では筋・骨格疾患が血管疾患を上回っており、1号被保険者については筋・骨格疾患を血管疾患が上回っていた。

1号被保険者では基礎疾患を9割の者が持っており、糖尿病合併症も出てきているため、基礎疾患を予防することが重要である。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

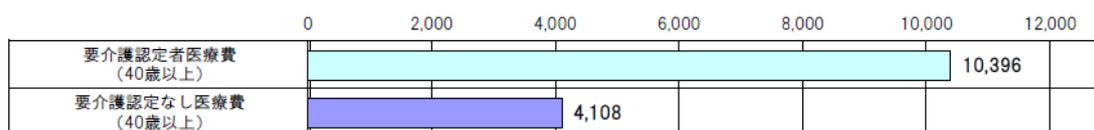
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計					
	被保険者数		2,859人	1,363人	2,457人	3,820人			6,679人		
	認定者数		11人	41人	689人	730人			741人		
	認定率		0.38%	3.0%	28.0%	19.1%			11.1%		
	新規認定者数（※1）		3人	10人	80人	90人			93人		
介護度別人数	要支援1・2	6	54.5%	18	43.9%	195	28.3%	213	29.2%	219	29.6%
	要介護1・2	2	18.2%	16	39.0%	205	29.8%	221	30.3%	223	30.1%
	要介護3～5	3	27.3%	7	17.1%	289	41.9%	296	40.5%	299	40.4%

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）		11	41	689	730			741									
	再）国保・後期		8	37	618	655			663									
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	5	62.5%	脳卒中	20	54.1%	脳卒中	326	52.8%	脳卒中	346	52.8%	脳卒中	351	52.9%
			2	虚血性心疾患	2	25.0%	虚血性心疾患	7	18.9%	虚血性心疾患	235	38.0%	虚血性心疾患	242	36.9%	虚血性心疾患	244	36.8%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	8.1%	腎不全	66	10.7%	腎不全	69	10.5%	腎不全	69	10.4%	
			合併症	4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	5	13.5%	糖尿病合併症	46	7.4%	糖尿病合併症	51	7.8%	糖尿病合併症	51
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	5	62.5%	35	94.6%	551	89.2%	586	89.5%	591	89.1%						
		血管疾患 合計	5	62.5%	36	97.3%	579	93.7%	615	93.9%	620	93.5%						
		認知症	1	12.5%	10	27.0%	270	43.7%	280	42.7%	281	42.4%						
		筋・骨格疾患	6	75.0%	35	94.6%	571	92.4%	606	92.5%	612	92.3%						

※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)

健診データの有所見割合をみると、男女とも尿酸・拡張期血圧・クレアチニンが県より高い。また、女性についてはBMI・腹囲・HDL-C・収縮期血圧が高い状況にある。また、女性においては、メタボ該当者が県より高く3項目全てに該当している人が高くなっている。

【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 (概要)

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		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	合計	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
	40-64	6,578	37.0	9,343	52.6	5,287	29.8	4,767	26.8	1,877	10.6	6,569	37.0	7,184	40.5	2,693	15.2	7,476	42.1	4,424	24.9	8,181	46.1	308	1.7
	65-74	11,109	30.2	18,676	50.8	7,822	21.3	6,395	17.4	3,624	9.9	17,177	46.7	19,434	52.8	4,514	12.3	20,314	55.2	6,369	17.3	14,611	39.7	1,152	3.1
保険者	合計	176	32.2	254	46.5	109	20.0	99	18.1	60	11.0	223	40.8	235	43.0	144	26.4	306	56.0	126	23.1	194	35.5	28	5.1
	40-64	79	34.2	111	48.1	58	25.1	52	22.5	33	14.3	90	39.0	93	40.3	66	28.6	120	51.9	69	29.9	92	39.8	11	4.8
	65-74	97	30.8	143	45.4	51	16.2	47	14.9	27	8.6	133	42.2	142	45.1	78	24.8	186	59.0	57	18.1	102	32.4	17	5.4

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		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	合計	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
	40-64	5,573	23.6	4,202	17.8	3,070	13.0	2,547	10.8	546	2.3	5,154	21.9	9,194	39.0	400	1.7	7,919	33.6	3,368	14.3	12,961	55.0	87	0.4
	65-74	11,593	24.8	10,082	21.6	6,424	13.7	4,119	8.8	1,404	3.0	13,879	29.7	24,222	51.8	904	1.9	23,020	49.2	5,683	12.2	24,882	53.2	240	0.5
保険者	合計	181	32.4	131	23.5	72	12.9	65	11.6	32	5.7	159	28.5	223	40.0	27	4.8	312	55.9	94	16.8	245	43.9	7	1.3
	40-64	65	32.7	45	22.6	32	16.1	26	13.1	12	6.0	49	24.6	71	35.7	9	4.5	104	52.3	42	21.1	92	46.2	0	0.0
	65-74	116	32.3	86	24.0	40	11.1	39	10.9	20	5.6	110	30.6	152	42.3	18	5.0	208	57.9	52	14.5	153	42.6	7	1.9

*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 (概要)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者																
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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				
全国	3,416,820				588,308	17.2%							940,335		27.5%								
県	合計	54,545	39.3	2,850	5.2%	9,606	17.6%	672	1.2%	7,066	13.0%	1,868	3.4%	15,563	28.5%	3,247	6.0%	789	1.4%	6,750	12.4%	4,777	8.8%
	40-64	17,759	27.9	1,430	8.1%	3,257	18.3%	247	1.4%	1,981	11.2%	1,029	5.8%	4,656	26.2%	786	4.4%	377	2.1%	2,188	12.3%	1,305	7.3%
	65-74	36,786	49.1	1,420	3.9%	6,349	17.3%	425	1.2%	5,085	13.8%	839	2.3%	10,907	29.6%	2,461	6.7%	412	1.1%	4,562	12.4%	3,472	9.4%
保険者	合計	546	56.2	24	4.4%	97	17.8%	3	0.5%	80	14.7%	14	2.6%	133	24.4%	23	4.2%	6	1.1%	50	9.2%	54	9.9%
	40-64	231	45.6	15	6.5%	42	18.2%	1	0.4%	33	14.3%	8	3.5%	54	23.4%	8	3.5%	4	1.7%	21	9.1%	21	9.1%
	65-74	315	67.7	9	2.9%	55	17.5%	2	0.6%	47	14.9%	6	1.9%	79	25.1%	15	4.8%	2	0.6%	29	9.2%	33	10.5%

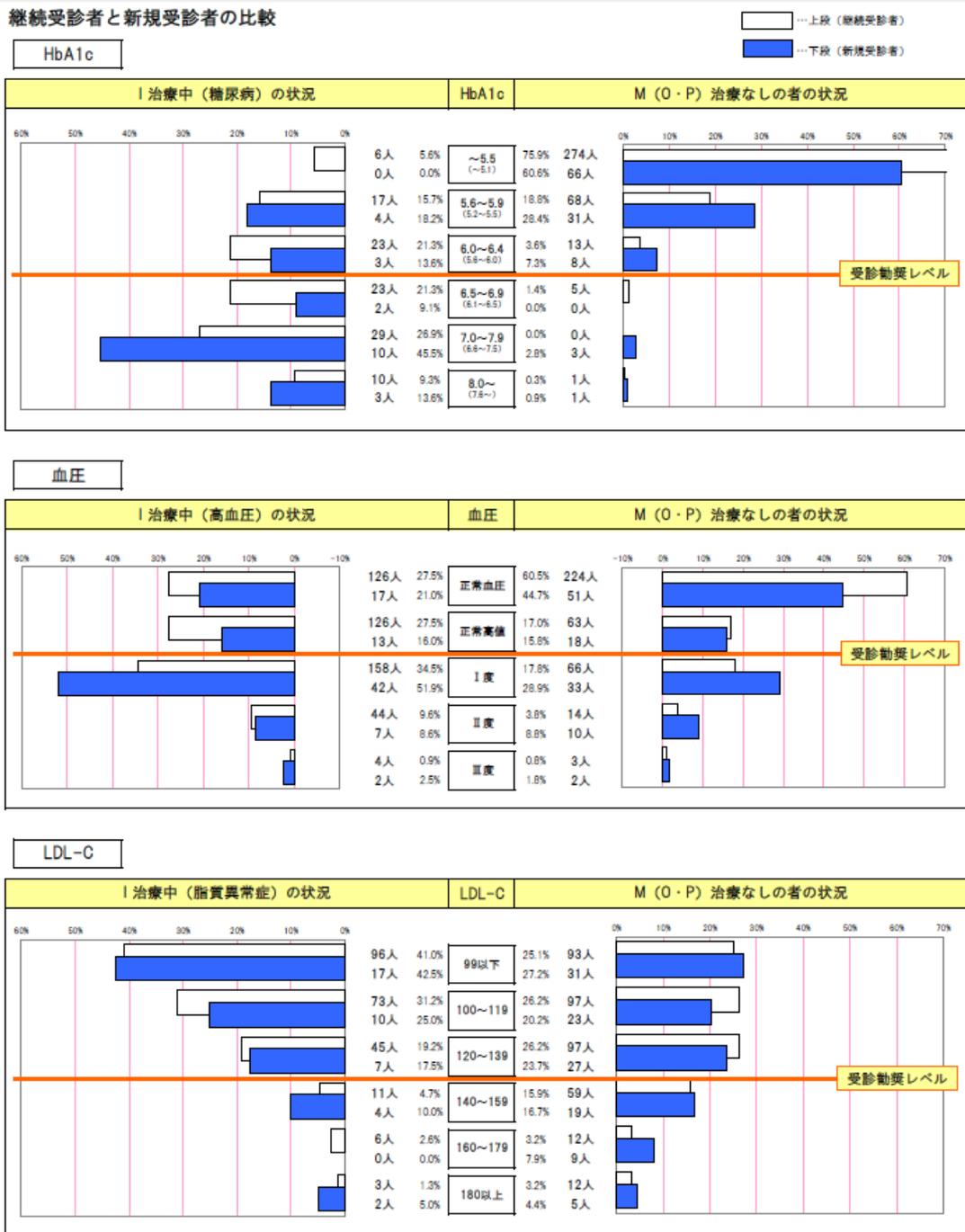
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者																
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
全国	4,481,600				259,425	5.8%							425,520		9.5%								
県	合計	70,317	46.6	1,702	2.4%	4,982	7.1%	265	0.4%	3,766	5.4%	951	1.4%	7,600	10.8%	1,141	1.6%	315	0.4%	3,909	5.6%	2,235	3.2%
	40-64	23,573	36.3	774	3.3%	1,501	6.4%	90	0.4%	1,067	4.5%	344	1.5%	1,927	8.2%	314	1.3%	131	0.6%	932	4.0%	550	2.3%
	65-74	46,744	54.3	928	2.0%	3,481	7.4%	175	0.4%	2,699	5.8%	607	1.3%	5,673	12.1%	827	1.8%	184	0.4%	2,977	6.4%	1,685	3.6%
保険者	合計	558	67.0	9	1.6%	41	7.3%	1	0.2%	38	6.8%	2	0.4%	81	14.5%	12	2.2%	3	0.5%	32	5.7%	34	6.1%
	40-64	199	54.4	7	3.5%	13	6.5%	0	0.0%	12	6.0%	1	0.5%	25	12.6%	6	3.0%	1	0.5%	8	4.0%	10	5.0%
	65-74	359	76.9	2	0.6%	28	7.8%	1	0.3%	26	7.2%	1	0.3%	56	15.6%	6	1.7%	2	0.6%	24	6.7%	24	6.7%

*全国については、メタボ該当者・予備群割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

新規受診者の方は、糖尿病・血圧・LDL-C の治療中で受診勧奨レベルの方が多くなっている。また、糖尿病・LDL-C については治療なしの方も受診勧奨レベルの方が多い。

【図表 18】



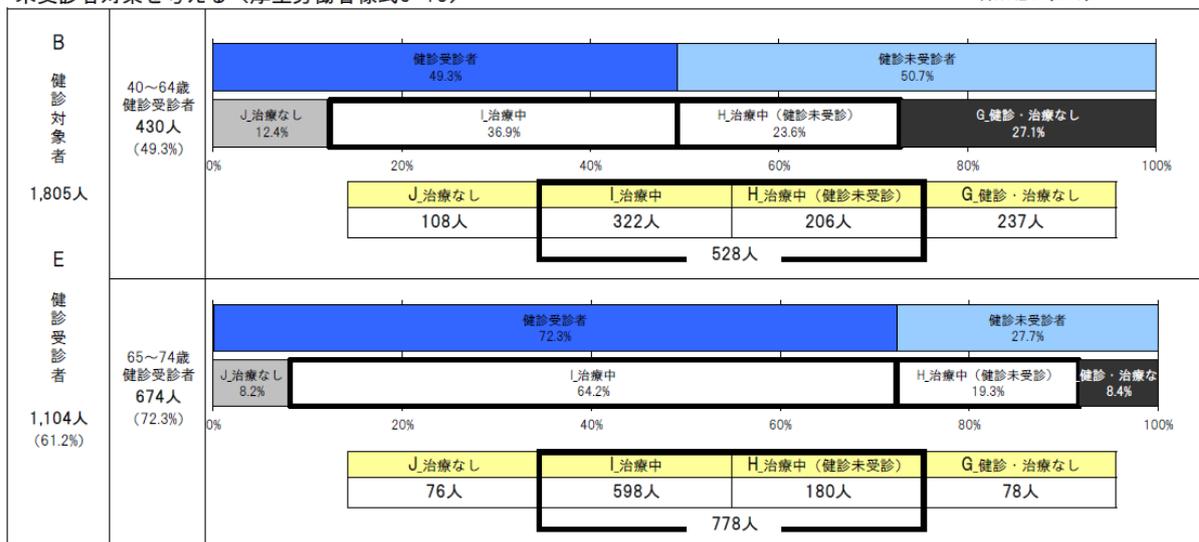
4) 未受診者の把握 (図表 19)

40~64歳では健診・治療なしの方が約27%、65~74歳では8.4%となっており、実態把握ができていない状態である。年齢の若い方々の実態が分からない方が多く、また健診受診者の生活習慣病治療費が低いことから、受診率の向上に引き続き取り組んでいく必要がある。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

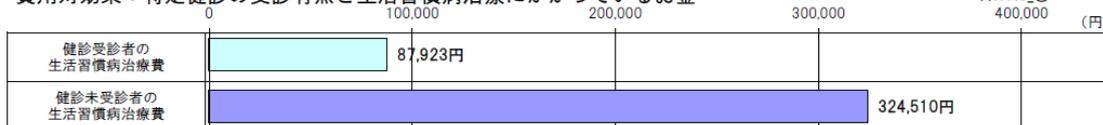
★NO.26 (CSV)



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 ⑥



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ1%減少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。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。其々の目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。【図表 44】

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

2. 目標の設定

【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	65%	65%	65%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	50%	50%	50%	60%	60%	60%

3. 対象者の見込み

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	1814人	1733人	1659人	1606人	1544人	1455人
	受診者数	1179人	1126人	1078人	1044人	1004人	946人
特定保健指導	対象者数	100人	95人	91人	88人	85人	80人
	受診者数	50人	47人	45人	52人	51人	56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。公益社団法人肝属医師会と契約を行う。

- ① 集団健診(南大隅町保健センター他)
- 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

特定健診実施機関については、別途通知する。

(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（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

国保加入者へ特定健診の受診勧奨のため、ハガキを郵送する。また、主に自治会長を通じ、案内を行うことで対象者全員への周知を図る。

【 図表22 】

年間スケジュール

健診の案内方法	
特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌、FM放送での広報。集団健診前の一斉放送システムによる広報。	
コールセンターを活用した受診勧奨。保健推進員からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
健診実施スケジュール	
4 月	: 受診券送付
4 月～翌年 2 月	: 特定健診実施（集団、個別）
5 月～翌年 9 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7 月～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～3 月	: 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

(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	100 人 (8.5)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	180 人 (15.3)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、)	635 人 ※受診率目標達成までにあ と 77 人	35%
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)	224 人 (19)	19%
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	676 人 (57.4)	57.4%

※(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

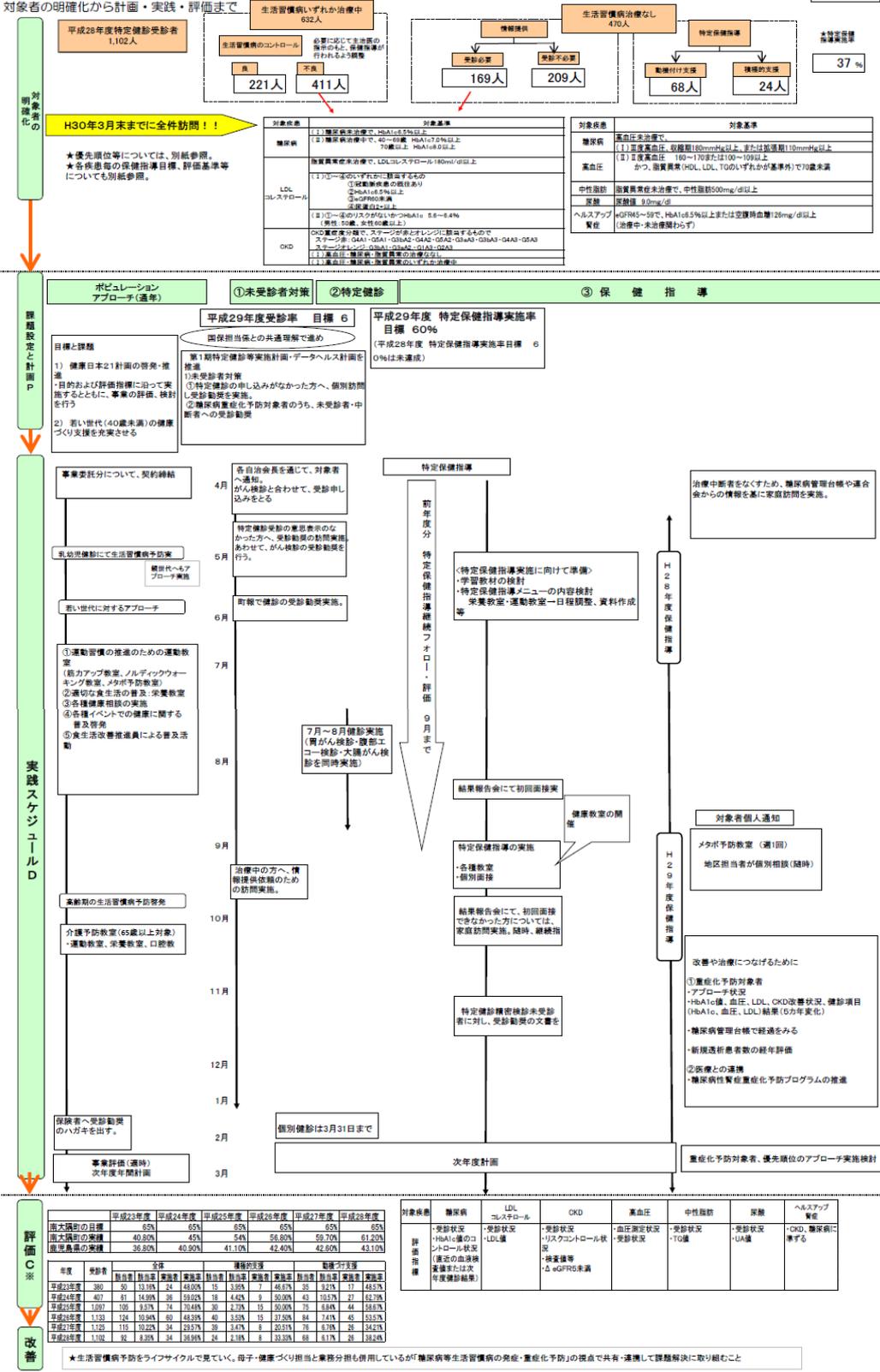
(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C A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)

【図表25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

図 1



6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および南大隅町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、南大隅町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

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

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 27】

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腎機能(eGFR)で把握していく。

南大隅町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。

(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

南大隅町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 62 人(32.8%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 265 人中のうち、特定健診受診者が 127 人(47.9%・G)であったが、28 人(22.0%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 138 人(52.1%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 37 人中 22 人は治療中断であることが分かった。また、15 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 より南大隅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)・・・62 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・50 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)・・・101 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

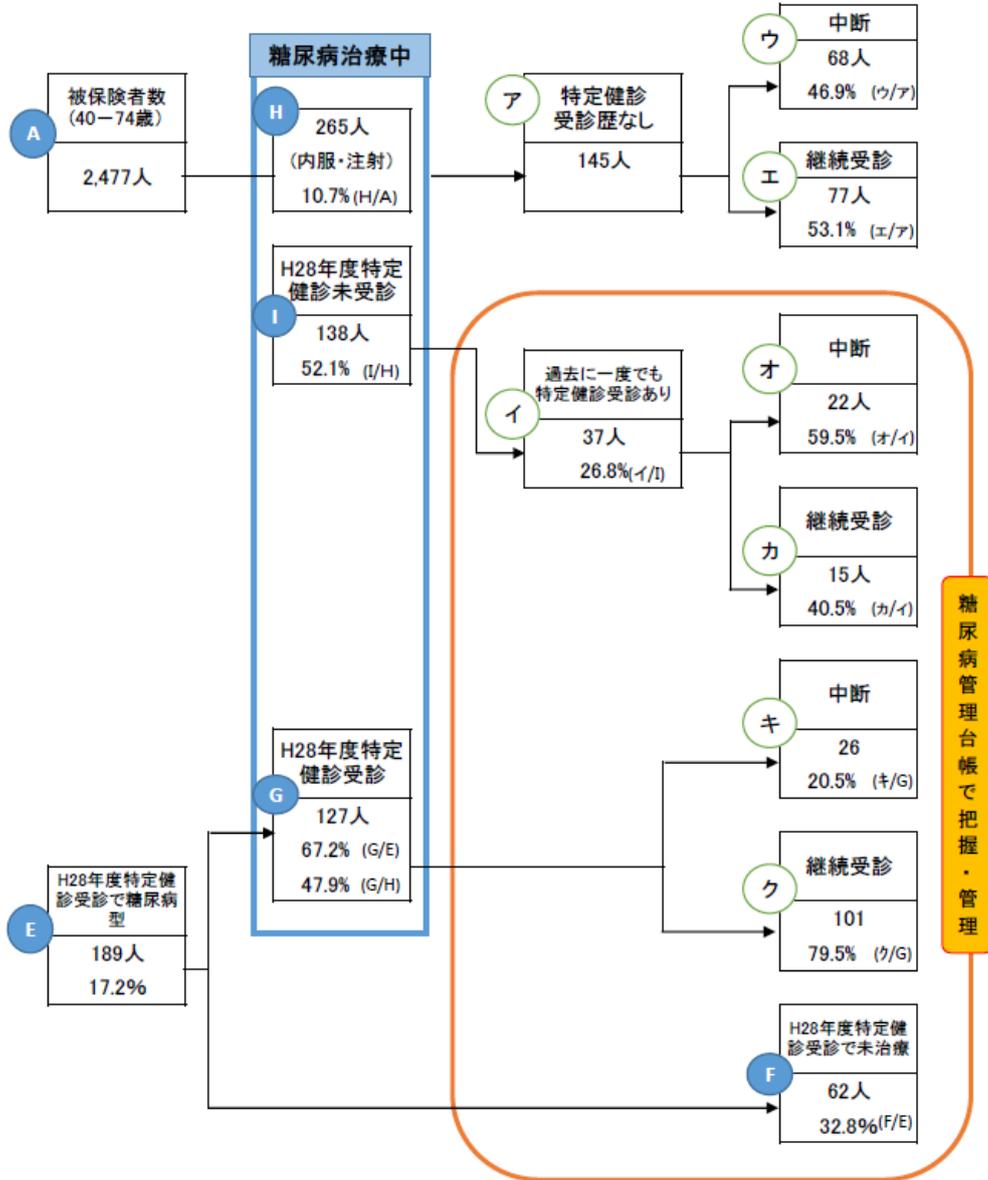
【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・15 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)
 ※「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

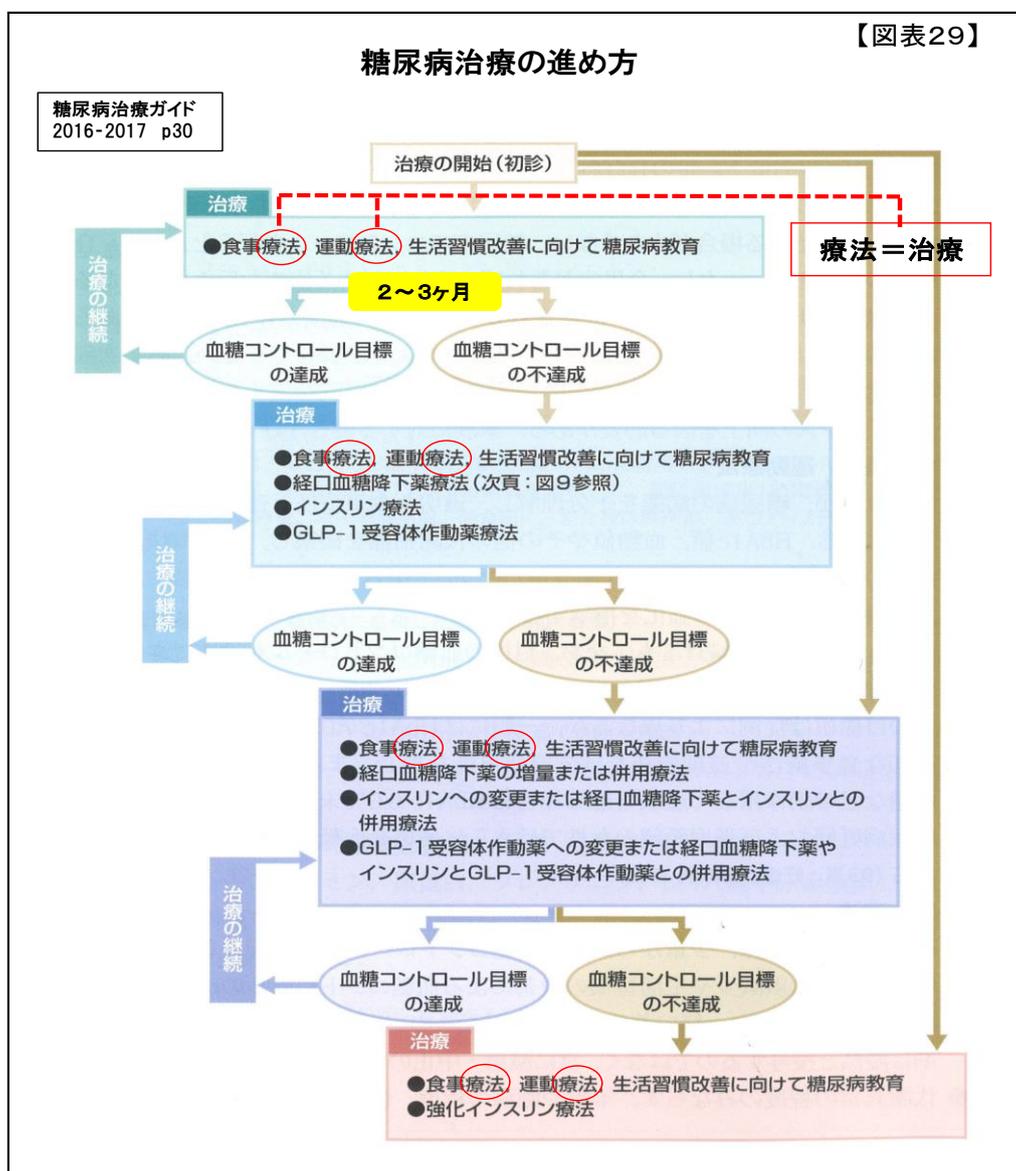
① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……112 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……103 人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。南大隅町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。糖尿病は自覚症状が乏しいため通院が中断しがちであるが、病態の把握は検査値を中心に行われることをよく理解してもらい、治療の継続と適切な食事療法と運動療法が重要であることを理解してもらう。(図表 29)



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行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡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

8～9月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8～9月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料6)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル:日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。南大隅町において健診受診者1,102人のうち心電図検査実施者は654人(59.3%)であり、そのうちST所見があったのは1人であった(図表30)。ST所見ありの方は要精査であり、その後の受診状況を見ると未受診であった(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。また今回はいなかったが、要精査には該当しないST所見ありの人へは、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。

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	1102	100	654	59.3	1	0.2	94	14.4	559	85.5

【図表31】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
1	0.1	1	100	0	0	1	100

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	
	1102	1 0.1	94 8.5	559 50.7	448 40.7
メタボ該当者	213 19.3%	0 0.0%	18 8.5%	70 32.9%	125 58.7%
メタボ予備群	138 12.5%	0 0.0%	11 8.0%	58 42.0%	69 50.0%
メタボなし	751 68.1%	1 0.1%	65 8.7%	431 57.4%	254 33.8%
LDL	140-159	83 7.5%	0 0.0%	5 6.0%	57 68.7%
	160-179	23 2.1%	0 0.0%	2 8.7%	14 60.9%
	180-	16 1.5%	0 0.0%	1 6.3%	7 43.8%

【参考】

CKD	G3aA1~	170	0	15	70	85
		15.4%	0.0%	8.8%	41.2%	50.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・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) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

8～9 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】

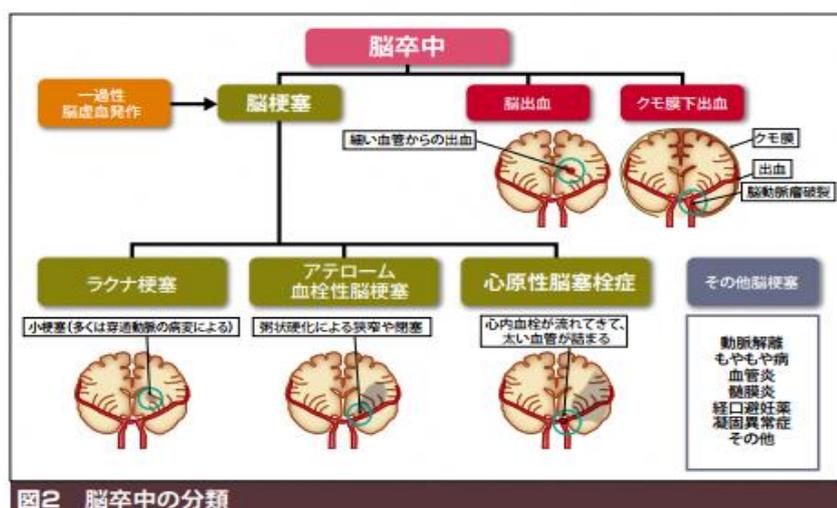


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○
	心原性脳梗塞	●			●		○	○
脳出血	脳出血	●						
	くも膜下出血	●						
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	メタ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 1131人		90人 8.0%	83人 7.3%	25人 2.2%	8人 0.7%	219人 19.4%	15人 1.3%	55人 4.9%
治療なし		33人 5.6%	31人 3.3%	20人 2.3%	4人 0.8%	23人 4.8%	1人 0.2%	7人 1.5%
治療あり		57人 10.6%	52人 40.0%	5人 1.8%	4人 0.6%	196人 30.3%	14人 2.2%	48人 7.8%
臓器障害あり		8人 24.2%	4人 12.9%	1人 5.0%	4人 100.0%	4人 17.4%	1人 100%	7人 100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人	2人	0人	0人	0人	1人	7人
	尿蛋白(2+)以上	1人	0人	0人	0人	0人	1人	1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	2人	0人	0人	0人	1人	7人
	心電図所見あり	7人	2人	1人	0人	4人	0人	1人

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が90人(8.1%)であり、33人は未治療者であった。また未治療者のうち8人(10.6%)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13人(14.4%)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)

【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）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	ただちに 降圧薬治療	
	592	161	171	106	121	28	5	12	71	71	
		27.2%	28.9%	17.9%	20.4%	4.7%	0.8%	2.0%	12.0%	12.0%	
リスク第1層	84	34	23	12	12	3	0	12	3	0	
		14.2%	21.1%	13.5%	9.9%	10.7%	0.0%	100%	4.2%	0.0%	
リスク第2層	325	82	102	58	68	13	2	--	68	15	
		54.9%	50.9%	54.7%	56.2%	46.4%	40.0%	--	95.8%	21.1%	
リスク第3層	183	45	46	36	41	12	3	--	--	56	
		30.9%	28.0%	34.0%	33.9%	42.9%	60.0%	--	--	78.9%	
再掲 重複 あり	糖尿病	69	12	16	18	5	0				
			37.7%	26.7%	34.8%	50.0%	43.9%	41.7%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	70	18	14	14	19	3	2			
		38.3%	40.0%	30.4%	38.9%	46.3%	25.0%	66.7%			
3個以上の危険因子	86	22	24	15	14	9	2				
		47.0%	48.9%	52.2%	41.7%	34.1%	75.0%	66.7%			

(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

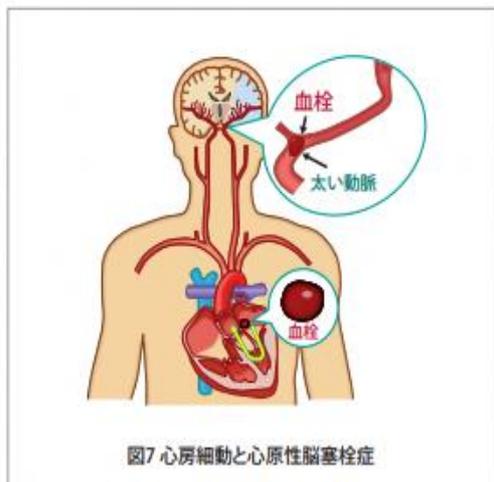


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(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	323	349	6	1.9	2	0.6	-	-
40歳代	26	18	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	51	45	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	171	184	4	2.3	1	0.5	1.9	0.4
70～74歳	75	102	2	2.7	1	1.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

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	%
8	100	4	50.0	4	50.0

心電図検査において 8 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60代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 8 人のうち 4 人は既に治療が開始されていたが、4 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) 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

8～9 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8～9 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

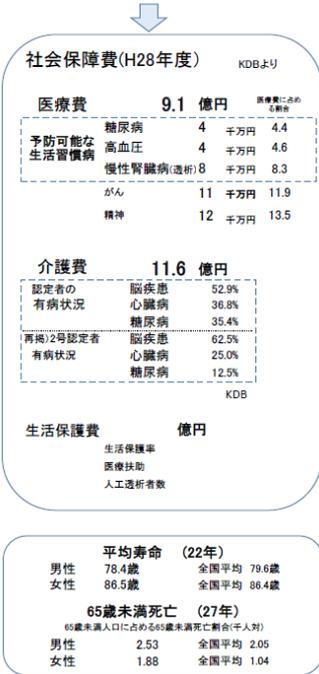
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】

南大隅町 の 社会保障の安定化のために

南大隅町 人口 8,781人
 高齢化率 43.5%
 被保険者数 2,394人

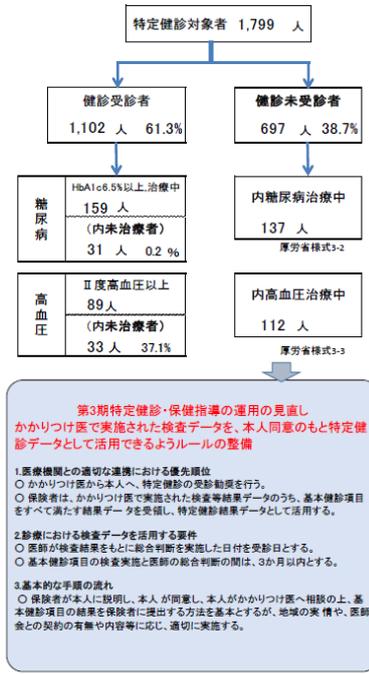
平成28年度保険者努力支援制度 237点 / 345点
 全国順位 323位 / 1741市町村
 県内順位 14位 / 43市町村



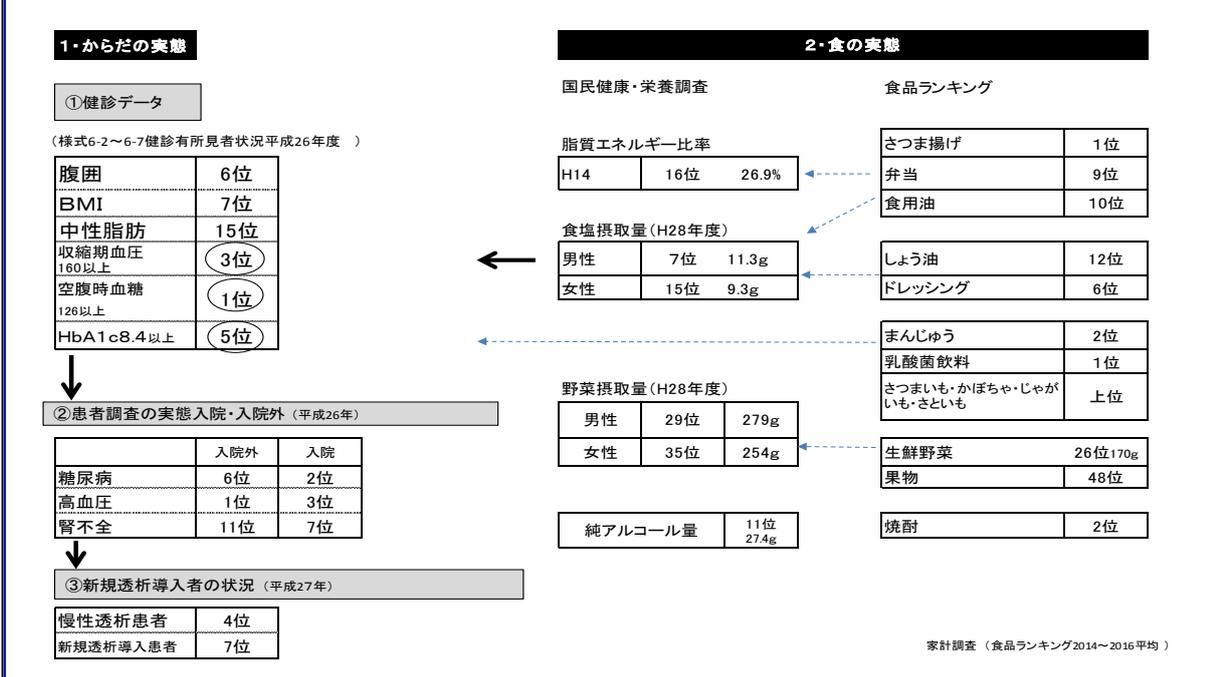
平成29・30年度の評価指標	H30配点	H28年度前例	
	満点	満点	南大隅町
特定健診受診率	50	20	15
共通① 特定保健指導実施率	50	20	10
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0
共通② 個人への分かりやすい情報提供	25	20	20
重症化予防の取り組み	100		
共通③ 対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)	40	40
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携			
・専門職の取り組み、事業評価	(25)		
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	(25)		
・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価			
共通④ 個人のインセンティブ提供	70	20	20
・個人のポイント付与等取組、効果検証	(55)		
・農工部局、商店街等との連携	(15)		
共通⑤ がん検診受診率	30	10	10
癌関連(病)検診実施状況	25	10	10
共通⑥ データヘルス計画の取り組み	40	10	10
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)		
・第2期策定に当たり、現行の定量的評価	(35)		
・関係部署、農、民間等と連携			
図表④ 地域包括ケアの推進	25	5	0

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

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～)



【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。

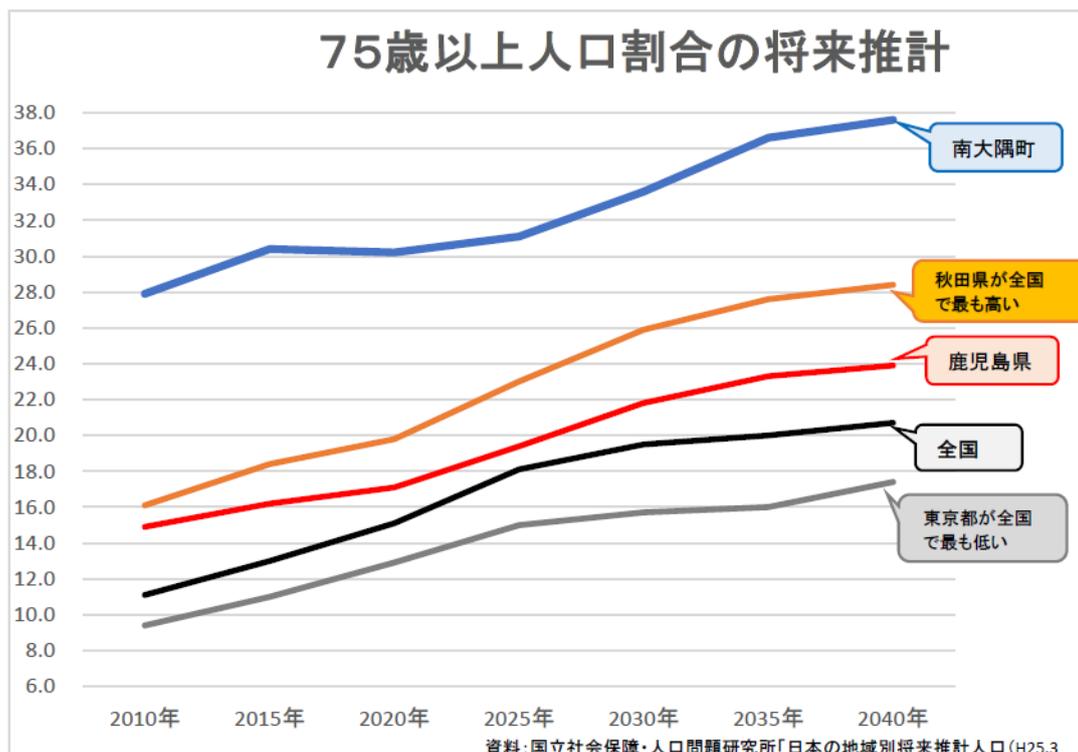
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上割合が2040年23.9%となり、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ており、2020年には約3割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】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

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

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

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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. 目標管理一覽

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

【図表 44】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値					最終評価値						
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定 等 計 画 診 断	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、脂質異常症が県と比べて高い。 ・慢性腎不全(透析有)の割合が増え、県と比較しても高い。 ・健診データ有所見者のうち尿酸、クレアチニン、取縮期血圧、拡張期血圧の割合が、男女とも県より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 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	61.3														65 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	37.0																60
		特定保健指導対象者の減少率	43.7																25	
中長期		<ul style="list-style-type: none"> 適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす 	入院医療費の伸び率(国 H28 -0.7)	-15.9															-20	
			必要な医療費削減を行い、入院外医療費をのばす	-9.2																
データヘルス計画		<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患、虚血性疾患、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 0.5%減少	1.89															1.4 KOBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 0.5%減少	2.84																
短期		<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患、虚血性疾患、糖尿病性腎症、脂質異常症、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 	糖尿病腎症による透析導入者の割合を増やさない	0.75															0.75	
			健診受診者の高血圧の割合減少 1%(160/100以上)	8.1																
保険者努力支援制度		<ul style="list-style-type: none"> 新生物の医療費の割合は、県に比べると低くなっているが、上昇してきている。 ・標準化死亡比をみてみると、女性の胃がん・肺がん、大腸がん、子宮がんが県より高い状況にある。 	健診受診者の脂質異常者の割合減少 1%(LDL160以上)	5.6															4.6	
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 1%(HbA1c6.5以上)	7.4																
			メタボリックシンドローム該当者の割合減少	19.4																18
			メタボリックシンドローム予備軍の割合減少	12.5																10
			糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合(未治療者率)	32.8																10
			がん検診受診率 胃がん検診 40~69歳対象	12.85																20
			がん検診受診率 肺がん検診 40~69歳対象	21.07																25
			がん検診受診率 大腸がん検診 40~69歳対象	23.05																30 地域保健 事業報告
			がん検診受診率 子宮頸がん検診 20~69歳対象	30.08																35
			がん検診受診率 乳がん検診 40~69歳対象	34.81																40
			健康づくりマテリアルポイントの取り組みを行う実施者の割合	14.7																用大隅町 町民保健 課
			後発医薬品の使用割合80%以上	73.5																厚生労働省 公表結果

* H32からH31のデータで中間評価を行う。

* 各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会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南大隅町の位置
- 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南大隅町の位置

南大隅町

項目	H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28国		データ元 (CSV)		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
1	① 人口構成	総人口	8,781		8,781		1,815,204	1,691,041	124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 年齢・性別・介護 データからみる地 域の健康課題		
		65歳以上(高齢化率)	3,820	43.5	3,820	43.5	575,561	31.7	449,078	26.6		29,020,766	23.2
		75歳以上	2,457	28.0	2,457	28.0			251,927	14.9		13,899,864	11.2
		65～74歳	1,363	15.5	1,363	15.5			197,151	11.7		15,030,902	12.0
		40～64歳	2,859	32.6	2,859	32.6			572,168	33.8		42,411,922	34.0
	39歳以下	2,102	23.9	2,102	23.9			669,795	39.6	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	33.0		33.0		18.4		10.4		4.2	KDB_NO.3 年齢・性別・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業	14.8		14.8		25.5		19.6		25.2		
		第3次産業	52.2		52.2		56.1		70.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.4		78.4		79.4		79.2		79.6	KDB_NO.1 地域全体の状況	
女性		86.5		86.5		86.4		86.3		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.2		64.3		65.2		64.8		65.2	KDB_NO.1 地域全体の状況		
	女性	66.6		66.6		66.7		66.6		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	104.7	110.8	104.8	102.1	100		100		KDB_NO.1 地域全体の状況		
		がん	42	42.0	37	38.9	6,817	45.1	5,546	46.2		367,905	49.6
		心臓病	37	37.0	36	37.9	4,392	29.1	3,146	26.2		196,768	26.5
		脳疾患	16	16.0	16	16.8	2,661	17.6	2,166	18.0		114,122	15.4
		糖尿病	1	1.0	2	2.1	274	1.8	233	1.9		13,658	1.8
	腎不全	2	2.0	3	3.2	548	3.6	560	4.7	24,763	3.3		
	自殺	2	2.0	1	1.1	409	2.7	355	3.0	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	12	7.4	12	6.0			2,486	11.7	159,863	12.6	
		男性	10	15.2	8	8.0			1,889	16.4	107,414	16.3	
	女性	2	2.1	4	4.0			797	7.3	52,449	8.6		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	799	20.5	730	19.4	114,751	20.1	99,733	22.2	5,885,270	21.2	
		新規認定者	16	0.3	15	0.3	1,910	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	17	0.5	11	0.4	2,325	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	151	17.3	129	18.2	25,230	21.2	22,589	22.0	1,350,152	22.1	
		高血圧症	452	54.7	387	52.5	64,783	54.6	60,158	58.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	163	20.1	163	20.9	31,854	26.7	29,779	28.9	1,741,866	28.4	
		心臓病	518	63.1	457	61.3	73,398	61.9	69,010	67.5	3,529,682	58.0	
		脳疾患	287	35.6	239	31.8	33,188	28.2	35,809	35.2	1,538,683	25.5	
		がん	57	6.6	56	8.1	11,653	9.7	11,405	11.1	631,950	10.3	
		筋・骨格	436	54.6	396	54.7	63,731	53.7	61,746	60.5	3,067,196	50.3	
精神	271	31.2	258	34.4	44,036	37.1	41,682	40.5	2,154,214	35.2			
再発認知症	167	18.8	171	22.0	27,878	23.1	28,189	27.1	1,350,588	21.9			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	397,411	1,518,110,557	303,579	1,159,671,664	313,982	179,324,773	331,923	148,028,139	310,082	8,028,262,022		
	1件当たり給付費(全体)	86,799		77,679		70,589		65,532		58,284			
	居宅サービス	45,536		44,826		40,981		43,003		39,662			
	施設サービス	275,007		269,913		275,251		284,004		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	11,922		10,396		8,457		8,789		7,980			
	認定あり	4,101		4,108		4,122		4,245		3,816			
認定なし													
4	① 国民の状況	被保険者数	2,791		2,394		492,460		423,755		32,587,223		
		65～74歳	1,003	35.9	984	41.1			170,126	40.1	12,462,069	38.2	
		40～64歳	1,224	43.9	981	41.0			147,782	34.9	10,946,893	33.6	
		39歳以下	564	20.2	429	17.9			105,847	25.0	9,178,477	28.2	
	加入率	31.8		27.3		27.7		25.1		26.9			
	② 医療の状況(人口対)	病院数	0	0.0	0	0.0	144	0.3	256	0.6	8,255	0.3	
		診療所数	9	3.2	9	3.8	1,108	2.2	1,406	3.3	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	15,468	31.4	34,275	80.9	1,524,378	46.8	
		医師数	3	1.1	3	1.3	1,575	3.2	4,300	10.1	299,792	9.2	
	外来患者数	701.3		709.2		660.2		710.0		668.1			
入院患者数	33.7		32.3		22.7		29.9		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	30,719	県内12位 同規模20位	31,358	県内20位 同規模28位	26,488		30,549		24,245			
	受診率	735,086		741,453		682,952		739,897		686,286			
	外費用の割合	49.5		51.5		56.6		52.2		60.1			
	未件数の割合	95.4		95.6		96.7		96.0		97.4			
	入費用の割合	50.5		48.5		43.4		47.8		39.9			
	院件数の割合	4.6		4.4		3.3		4.0		2.6			
1件あたり在院日数	19.8日		19.4日		16.3日		18.7日		15.6日				
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)	がん	83,679,400	13.4	108,486,500	20.2	24.1		20.7		25.6			
	慢性腎不全(透析あり)	78,892,880	12.6	75,810,450	14.1	9.1		12.6		9.7			
	糖尿病	44,636,320	7.1	40,050,700	7.4	10.2		8.3		9.7			
	高血圧症	69,392,170	11.1	42,426,170	7.9	9.2		7.2		8.6			
	脂質異常症	27,454,730	4.4	28,755,860	5.3	5.0		3.6		5.3			
	脳梗塞・脳出血	49,978,870	8.0	17,222,870	3.2	4.1		4.7		4.0			
	狭心症・心筋梗塞	26,025,030	4.2	25,978,130	4.9	3.5		3.2		3.7			
	精神	145,915,370	23.3	123,467,850	23.0	17.5		23.4		16.9			
筋・骨格	94,808,170	15.2	72,277,470	13.4	16.1		15.1		15.2				

項目		保険者		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		受診数	件数	受診数	件数									
4	左/費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	487,548	205	448,833	172						KDB,NO.3 健診・医療・介護 データからみる 地域	
			高血圧	587,521	413	577,871	301							
			脂質異常症	526,660	187	435,843	167							
			脳血管疾患	624,052	129	518,814	124							
			心疾患	578,351	132	530,386	101							
			腎不全	572,065	49	455,952	35							
			精神	384,755	529	405,786	433							
			悪性新生物	633,720	163	657,626	152							
			糖尿病	30,106	4,232	30,033	3,609							
			高血圧	29,389	9,085	31,472	7,986							
			脂質異常症	26,809	6,110	26,134	5,788							
			脳血管疾患	38,348	1,568	42,725	1,442							
			心疾患	43,480	1,529	50,900	1,369							
			腎不全	210,862	407	233,589	381							
精神	23,442	2,430	25,153	2,337										
悪性新生物	47,759	1,529	54,298	1,547										
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	73,137		87,923		88,243		100,364		79,159		KDB,NO.3 健診・医療・介護 データからみる 地域	
		健診未受診者	268,118		324,510		262,304		274,511		238,237			
データ元 (CSV)														
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨率	677	61.8	652	59.1	87,076	57.0	68,465	54.8	4,427,360	56.1	KDB,NO.1 地域全体像の把握	
		医療機関受診率	643	58.7	629	57.0	79,315	51.9	64,096	51.3	4,069,618	51.5		
		医療機関非受診率	34	3.1	23	2.1	7,761	5.1	4,369	3.5	357,742	4.5		
5	特定健診の 状況	健診受診者	1,096		1,104		152,769		124,862		7,898,427		KDB,NO.3 健診・医療・介護 データからみる 地域 KDB,NO.1 地域全体像の把握	
		受診率	52.2	県内10位 岡城県39位	61.2	県内6位 岡城県15位	43.7	43.1	全国8位	36.4				
			初回	383	34.9	100	9.1	18,058	11.8	16,672	13.4	1,237,650		15.7
		特定保健指導終了者 (実施率)	57	54.3	34	37.0	8036	41.1	13,520	33.4	511,151	50.0		
		非肥満者	105	9.6	98	8.9	15,303	10.0	11,552	9.3	737,886	9.3		
		メタボ	該当者	220	20.1	214	19.4	27,745	18.2	23,163	18.6	1,365,855		17.3
			男性	141	27.4	133	24.4	19,338	27.2	15,563	28.5	940,335		27.5
			女性	79	13.6	81	14.5	8,407	10.3	7,600	10.8	425,520		9.5
			予備群	124	11.3	138	12.5	17,604	11.5	14,588	11.7	847,733		10.7
			男性	81	15.8	97	17.8	12,301	17.3	9,606	17.6	588,308		17.2
			女性	43	7.4	41	7.3	5,303	6.5	4,982	7.1	259,425		5.8
		BMI	総数	373	34.0	385	34.9	51,074	33.4	42,303	33.9	2,490,581		31.5
			男性	241	46.9	254	46.5	35,501	50.0	28,019	51.4	1,714,251		50.2
			女性	132	22.7	131	23.5	15,573	19.1	14,284	20.3	776,330		17.3
総数	62		5.7	76	6.9	9,243	6.1	6,625	5.3	372,685	4.7			
男性	6		1.2	13	2.4	1,548	2.2	1,020	1.9	59,615	1.7			
女性	56		9.6	63	11.3	7,695	9.4	5,605	8.0	313,070	7.0			
メタボ 該当者 予備群 レベル	血糖のみ	4	0.4	4	0.4	1,199	0.8	937	0.8	52,296	0.7			
	血圧のみ	93	8.5	118	10.7	12,440	8.1	10,832	8.7	587,214	7.4			
	脂質のみ	27	2.5	16	1.4	3,965	2.6	2,819	2.3	208,214	2.6			
	血糖・血圧	44	4.0	35	3.2	4,996	3.3	4,388	3.5	212,002	2.7			
	血糖・脂質	7	0.6	9	0.8	1,510	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9			
	血圧・脂質	87	7.9	82	7.4	12,772	8.4	10,659	8.5	663,512	8.4			
	血糖・血圧・脂質	82	7.5	88	8.0	8,467	5.5	7,012	5.6	415,310	5.3			
	高血圧	528	48.2	527	47.7	54,561	35.7	50,390	40.4	2,650,283	33.6			
	糖尿病	116	10.6	129	11.7	12,934	8.5	12,088	9.7	589,711	7.5			
	脂質異常症	265	24.2	270	24.5	34,459	22.6	28,308	22.7	1,861,221	23.6			
6	生活習慣の 状況	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	52	4.7	60	5.4	4,709	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3	KDB,NO.1 地域全体像の把握	
		心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	91	8.3	100	9.1	8,283	5.7	9,034	7.4	417,376	5.5		
		腎不全	16	1.5	23	2.1	1,808	1.2	959	0.8	39,184	0.5		
		貧血	127	11.6	131	11.9	12,100	8.4	10,539	8.6	761,573	10.2		
		喫煙	165	15.1	159	14.4	23,837	15.6	14,067	11.3	1,122,649	14.2		
		週3回以上朝食を抜く	81	7.4	74	6.7	10,687	7.7	9,919	8.1	585,344	8.7		
		週3回以上食後間食	119	10.9	110	10.0	18,294	13.1	13,431	11.0	803,966	11.9		
		週3回以上就寝前夕食	207	18.9	189	17.2	22,957	16.4	21,086	17.3	1,054,516	15.5		
		食べる速度が遅い	260	23.7	267	24.2	37,935	27.2	30,003	24.6	1,755,597	26.0		
		20歳時体重から10kg以上増加	322	29.4	334	30.3	46,884	33.5	41,664	34.1	2,192,264	32.1		
		1回30分以上運動習慣なし	729	66.6	752	68.2	92,124	65.7	67,654	55.3	4,026,105	58.8		
		1日1時間以上運動なし	422	38.6	231	20.9	67,794	48.5	54,729	44.8	3,209,187	47.0		
		睡眠不足	243	22.2	263	23.8	32,751	23.6	26,766	22.0	1,698,104	25.1		
		毎日飲酒	338	30.8	327	29.6	37,751	26.0	31,047	25.3	1,886,293	25.6		
時々飲酒	201	18.3	191	17.3	31,060	21.4	26,092	21.3	1,628,468	22.1				
⑭	一日 飲酒 量	1会未満	315	55.8	292	54.4	57,553	59.5	45,862	62.9	3,333,836	64.0		
		1~2会	188	33.3	191	35.6	25,692	26.5	20,515	28.1	1,245,341	23.9		
		2~3会	52	9.2	51	9.5	10,133	10.5	5,557	7.6	486,491	9.3		
		3会以上	10	1.8	3	0.6	3,402	3.5	1,012	1.4	142,733	2.7		

【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H28年度

担当者名：

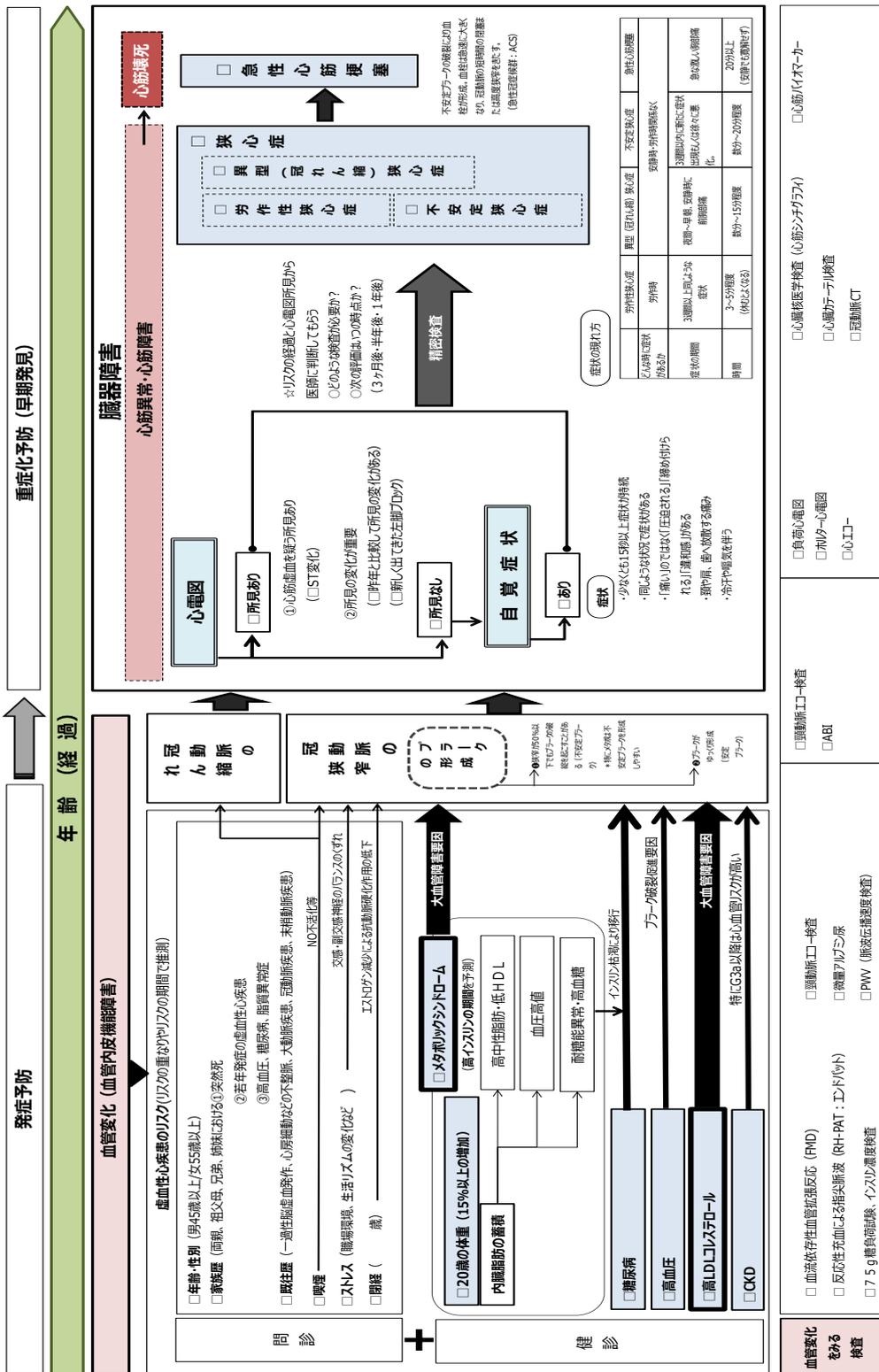
担当地区：南大隅町全体

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など	実施計画(月)												
結果把握	糖尿病管理台帳の全数（ A+B ） (244) 人 A 健診未受診者 (70) 人 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保（生保）</td> <td style="text-align: right;">23人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td style="text-align: right;">27人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td style="text-align: right;">3人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td style="text-align: right;">17人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td style="text-align: right;">0人</td> </tr> </table>	結果把握(内訳)		①国保（生保）	23人	②後期高齢者	27人	③他保険	3人	④住基異動(死亡・転出)	17人	⑤確認できず	0人	1. 資格喪失（死亡、転出）の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認 ----- 4. 結果から動く ○経年表で他のリスク（メタボ、血圧等）の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 後期高齢者、社会保険 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医	
	結果把握(内訳)															
①国保（生保）	23人															
②後期高齢者	27人															
③他保険	3人															
④住基異動(死亡・転出)	17人															
⑤確認できず	0人															
①-1未治療者（中断者含む） (2) 人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である B 結果把握 (174) 人 ① HbA1cが悪化している (19) 人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (24) 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 (124) 人 (-) (26) 人 (±) (22) 人 (+) ~ 顕性腎症 ③ eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 (5) 人 1年で 5ml/分/1.73m ² 以上低下 (41) 人																
保健指導の優先づけ																

【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238			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	2,477人								KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		2,029人									
2	① 対象者数	B	1,799人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書	
	② 特定健診											
③	受診率	C	61.3%									
3	① 特定保健指導		92人									
	② 実施率		37.0%									
4	健診データ	① 糖尿病型	E	189人	17.2%							特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	62人	32.8%							
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	127人	67.2%							
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	84人	66.1%							
		⑤ 血圧 130/80以上		61人	72.6%							
		⑥ 肥満 BMI25以上		49人	58.3%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	45人	35.4%							
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	138人	73.0%							
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		25人	13.2%							
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		22人	11.6%							
		⑪ 第4期 eGFR30未満		6人	3.2%							
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		107.4人								KDB_厚生労働省様式様式3-2
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		130.6人								
		③ レセプト件数(40-74歳) (1件は糖尿病対)		1,343件	(683.5)					1,227件	(771.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		④ 入院(件数)		10件	(5.1)					9件	(5.4)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	266人	10.7%							KDB_厚生労働省様式様式3-2
		⑥ (再掲)40-74歳		265人	13.1%							
		⑦ 健診未受診者	I	138人	52.1%							
		⑧ インスリン治療	O	21人	7.9%							
		⑨ (再掲)40-74歳		21人	7.9%							
		⑩ 糖尿病性腎症	L	24人	9.0%							
		⑪ (再掲)40-74歳		24人	9.1%							
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	0.75%							
		⑬ (再掲)40-74歳		2人	0.75%							
		⑭ 新規透析患者数		3人	1.12%							
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人	0.38%							
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	0.9%							KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	医療費	① 総医療費		9億1268万円						6億7140万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
		② 生活習慣病総医療費		5億3770万円						3億8078万円		
		③ (総医療費に占める割合)		58.9%						56.7%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		11,816円						8,685円		
		⑤ 健診受診者		27,691円						33,204円		
		⑥ 健診未受診者		4,005万円						3,885万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.4%						10.2%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億0839万円								
		⑨ 1件あたり		30,033円								
		⑩ 糖尿病入院総医療費		7716万円								
		⑪ 1件あたり		448,633円								
		⑫ 在院日数		21日								
		⑬ 慢性腎不全医療費		7696万円						3708万円		
		⑭ 透析有り		7581万円						3468万円		
		⑮ 透析なし		115万円						240万円		
7	介護	① 介護給付費		11億5967万円						7億5295万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%								
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人 1.2%						1人 1.0%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献 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		<input type="checkbox"/> ST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。		
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~			
	□BMI	~24.9	25~			
	□中性脂肪	空腹	~149	150~299		300~
		食後	~199	200~		
	□nonHDL-C	~149	150~169	170~		
	□AST	~30	31~50	51~		
	□血糖	空腹	~99	100~125		126~
		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~		
	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		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□CKD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

		評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
課題・目標	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>課題・目標</p> <p>○ 特定健診受診率 H29年度目標65%</p> <p>○ 特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○ 医療費の伸びを抑える</p> <p>未受診者対策</p> <p>◇ 受診率の向上</p> <p>◇ 受診勧奨の実施。情報提供の協力依頼。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◇ 対象者の選定</p> <p>◇ 訪問・事業の目標・評価等の検討</p> <p>◇ 地区担当制の確立</p> <p>医療とのつながり</p> <p>◇ 未受診者対策・重症化予防事業等の関わりの中で医療機関とのつながりを探る。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○ 特定健診 ・特定健診等の申し込みをとした後、受診の有無の記載のない方に対して、各家庭訪問を行い受診勧奨を行った。また、本人の同意のもと医療機関に協力をいただきながら、情報提供の協力を依頼した。</p> <p>↓</p> <p>・看護師等による戸別訪問は、健診受診や情報提供による受診率向上に効果的である。今後は、健診受診のない方に対する対策も重要である。また、20～39歳の方を対象に若い方も健診を実施しているため、特定健診につなげるために受診者を増やしていくことも重要。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病重症化予防対策としてかかりつけ医の協力のもと、実施するためにまずは郡医師会へ事業説明を行った。しかし、かかりつけ医までの説明はできなかった。今後個別に必要である。</p> <p>・健診後の精密検査受診率が低い状況にある。文書で受診勧奨は実施しているが受診率は向上していない。</p> <p>↓</p> <p>・糖尿病管理台帳の作成をしているので、十分に活用し地区担当制の推進を今後継続して取り組む必要がある。また、40歳未満の対象者についても同様に取り組んでいくことが重要である。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>・医師への協力について、医師会を通してのみの働きかけであった。今後はかかりつけ医への直接の説明を実施していく必要がある。また、情報の共有も図る必要がある。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○ 未受診者訪問実施状況</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○ 重症化予防対策事業の実施状況</p> <p>○ 40歳未満に対する保健指導状況</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○ 医療機関との連携状況</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○ 特定健診受診率</p> <p>○ アプローチ後の受診数</p> <p>○ 情報提供者数</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○ 保健指導実施者の翌年の健診結果</p> <p>○ 保健指導者の受診状況</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○ 医療機関との連携状況</p>	<p>業務分担当制。今後地区担当制を推進。</p>	<p>全体</p> <p>○ 事業に対しての評価ができていない。目標・効果をしっかり検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を実施する。</p> <p>○ 地区担当制がうまく機能するよう共通認識を持つこと</p> <p>未受診者対策</p> <p>○ 全くの未受診者、健診中断中の継続受診勧奨</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○ 台帳に記載されている対象者へのアプローチ</p> <p>○ 治療中断者へのアプローチ</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○ 情報の共有を図り、協力体制を強化する。</p>	

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度取組みと課題整理(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
<p>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)</p>	<p>②アウトプット(事業実施量)</p>	③アウトカム(結果)	④ストラクチャー(構造)		
<p>課題</p> <p>◇特定健診受診率 H29年度目標85%</p> <p>◇特定保健指導実施率 H29年度目標80%</p> <p>◇医療費の伸びを抑える</p>	<p>全体</p> <p>○平成29年度から地区担当制を実施しているが、うまく機能していないので再検討が必要がある。また、嘱託保健師、管理栄養士の役割について他スタッフで共通認識が必要がある。</p> <p>未受診者対策</p> <p>・特定健診等の申し込みをどつた後、受診の有無の記載のない方に対して、各家庭訪問を行い受診勧奨を行った。</p> <p>↓</p> <p>・健診等全く受診歴のない方に対しての受診勧奨方法について検討する必要がある。糖尿病管理台帳を活用しての未受診者への受診勧奨も地区担当で実施。</p> <p>・若けんも健診受診者の健診データで、異常値を示す人が多くなっている。そのつえ、精密検査に行く人が減少している。受診者を増やすことも必要であるが、精密検査を受けるように特定健診受診勧奨と合わせてアプローチしていくことも重要である。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>・申し込みの際、受診の有無の記載のなかった方への訪問⇒490人。そのつら、受診を承諾した者⇒57人</p>	<p>未受診者対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>⑤残っている課題</p>	
<p>未受診者対策</p> <p>◇受診率の向上</p> <p>◇受診勧奨の実施、情報提供の協力依頼</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◇対象者の選定</p> <p>◇訪問・事業の目標・評価等の検討</p> <p>◇地区担当制の確立</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>⑤残っている課題</p>	
<p>医療とのつながり</p> <p>◇未受診者対策・重症化予防事業等の関わりの中で医療機関とのつながり</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>⑤残っている課題</p>	
<p>医療とのつながり</p> <p>◇未受診者対策・重症化予防事業等の関わりの中で医療機関とのつながり</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を、まだうまく活用出来ておらず、対象者に対して訪問がほとんどできていない状況。地区担当制の機能をもっと活用して今後実施していく必要がある。</p> <p>・連携手帳の活用を今後進めていく。</p>	<p>⑤残っている課題</p>	