

南小国町国民健康保険  
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30年 4月

南小国町国民健康保険  
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	
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	
(1) 実施主体が果たすべき役割と関係者の連携	
(2) 外部有識者との連携	
(3) 被保険者の参画	
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. 地域の特性	
2. 健康・医療情報の分析	
3. 第1期に係る考察と評価	
第3章 第2期計画における健康課題と目標設定	21
1. 第2期計画における健康課題も明確化	
2. 健康課題の解消に向けた基本方針及び目標の設定	
第4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	23
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5章 保健事業の内容	31
I 保健事業の方向性	
II 保健事業の実施体制	
III 健康課題に対応した保健事業	
・糖尿病性腎症重症化予防	
・生活習慣病重症化予防（血圧・血糖・脂質）	
IV ポピュレーションアプローチ	
第6章 地域包括ケアに係る取組	43
第7章 計画の評価・見直し	44
第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	45
参考資料	46

# 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第 1 章 保健事業実施計画 (データヘルス計画) の基本的事項

### 1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付け

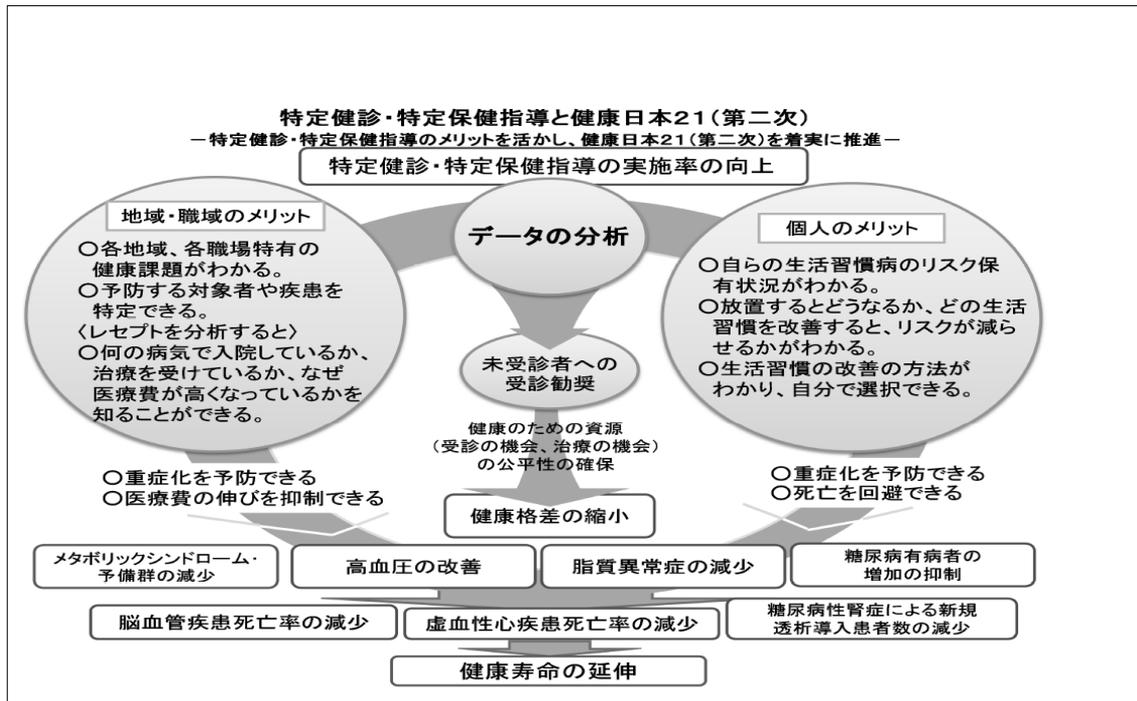
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、熊本県健康増進計画、熊本県における医療費の見通しに関する計画、介護保険事業計画と連携を図る。（図表1・2・3）

【図表1】

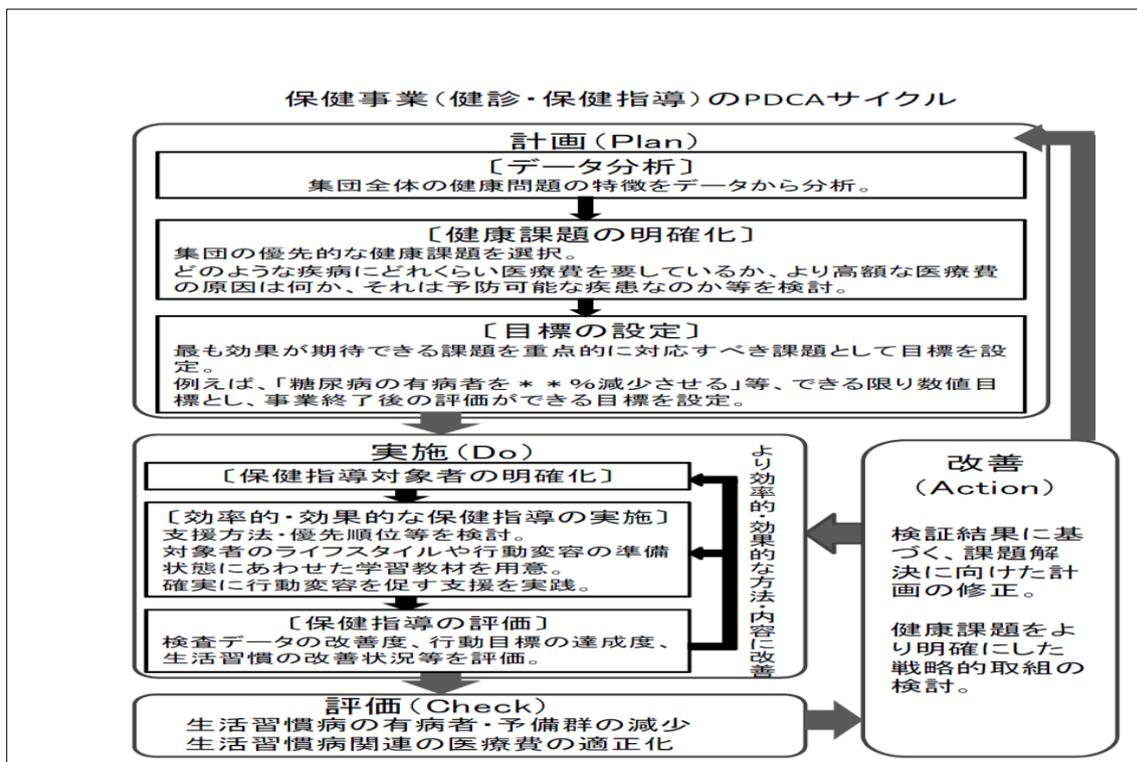
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
健康増進法(第2条)とは 健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	熊本県における医療の話し合い	熊本県保健医療計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第62条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 特定健康診査及び特定保健指導の選択 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する方針(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針 【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本方針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県、義務、市町村、努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村、義務、都道府県、義務	都道府県、義務	都道府県、義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康長生の総合的な実現 に向けて、生活習慣の改善や健康増進や健康文化の 推進を図るとともに、社会生活を営むために必要な環 境の維持及び向上を目指し、その結果、 <b>社会健康 制度が維持可能なものとなる</b> 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指すす る。	生活習慣の改善による慢性疾患等の生活習慣病の予防 と併せて、慢性疾患等を予防することができれば、慢性 疾患等を減らすことができ、さらに <b>健康を脅かす慢性疾患 の発生、入院患者を減らすこと</b> ができて、国民の生活 の質の維持および向上を図る。また、 <b>健康の増進</b> を 図ることが可能となる。 特定健康診査は、 <b>健康増進等の生活習慣病の予防や健康化 を目的</b> として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に重 点し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものとする。計画的に実施するためのものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の <b>自主 的な健康増進及び健康増進の取り組み</b> について、 <b>医 療者がその支援の中心</b> として、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すのである。 <b>被保険者の健康増進</b> により、 <b>医療費の適正化 及び被保険者の健康増進</b> が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、 <b>社会福祉 制度または支援施設となること</b> の <b>必要性</b> 又は、要介護 状態等の <b>防止</b> もしくは <b>悪化の防止</b> を理念としている	国民健康増進を継続、続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増加しないようにつとめるとともに、 <b>良質 かつ適切な医療を地域的に確保する仕組みの確 立</b> を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、 <b>地域において役割の異なる医療の 連携</b> を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供し、良質かつ適切な医療を確保 する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、育性期、高 齢期)に依りて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が増える時期に高齢期を迎 える現在の若年層(壮年期)世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心臓病等 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※SD項目中 特定健診に関係する項目15項目 ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の発症率(特定健診受診率) ② 慢性閉塞性肺疾患による早期発見(特定健診受診率) ③ 慢性閉塞性肺疾患の発症率 ④ 脳血管疾患・虚血性心疾患の発症率(特定健診受診率) ⑤ 慢性閉塞性肺疾患の発症率(特定健診受診率) ⑥ 認知症(特定健診受診率) ⑦ 認知症(特定健診受診率) ⑧ 認知症(特定健診受診率) ⑨ 認知症(特定健診受診率) ⑩ 認知症(特定健診受診率) ⑪ 認知症(特定健診受診率) ⑫ 認知症(特定健診受診率) ⑬ 認知症(特定健診受診率) ⑭ 認知症(特定健診受診率) ⑮ 認知症(特定健診受診率)	① 特定健康診査受診率 ② 特定保健指導実施率	健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1) 生活習慣の状況(特定健診の受診率) ① 生活習慣 ② 日常生活における多岐 ③ アルコー ル摂取 ④ 喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ① 特定健康診査 ② 特定保健指導受診率 ③ 健康診査の実施率 ④ 生活習慣病の有病者・予備群 (3) 医療費等 ① 医療費 ② 介護費	① 地域における自立した日常生活の支援 ② 要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③ 介護給付費の適正化	① 医療費適正化の取組 外資 ② 一人当たり付加価値税の増進 ③ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④ 高齢者・予備群の減少 ⑤ 慢性閉塞性肺疾患予防の推進 入院 病床稼働率の向上・連携の推進	① 5疾患・5事業 ② 在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保健事業支援(評議委員会(事務局、国保連合会))による計画作成支援	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度】を減額し、保険料率決定		保険者協議会(事務局、国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【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、熊本県における医療費の見通しに関する計画や熊本県保健医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4.関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

南小国町においては、町民課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に町民課の国民健康保険部局と保健師が中心となり、他課と十分に連携し、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、国民健康保険税部局（税務課）、高齢者医療部局（町民課）、保健衛生部局（町民課）、介護保険部局（福祉課）、企画部局（総務課）、生活保護部局（福祉課）と実態の共有を行うなどの連携をとっていく。

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

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支援・評価委員会などの外部有識者等との連携・協力が重要である。

保険者である市町村の共同連合体として国保連からは、データヘルス計画策定の際に、委員の幅広い専門的知見に基づく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、職員向け研修を受けており、今後も内容の充実について期待する。

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、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。

支援・評価委員会には、熊本県健康づくり推進課及び国保・高齢者医療課が参加しており、データヘルス計画の際に支援を受けており、県と連携を図っている。

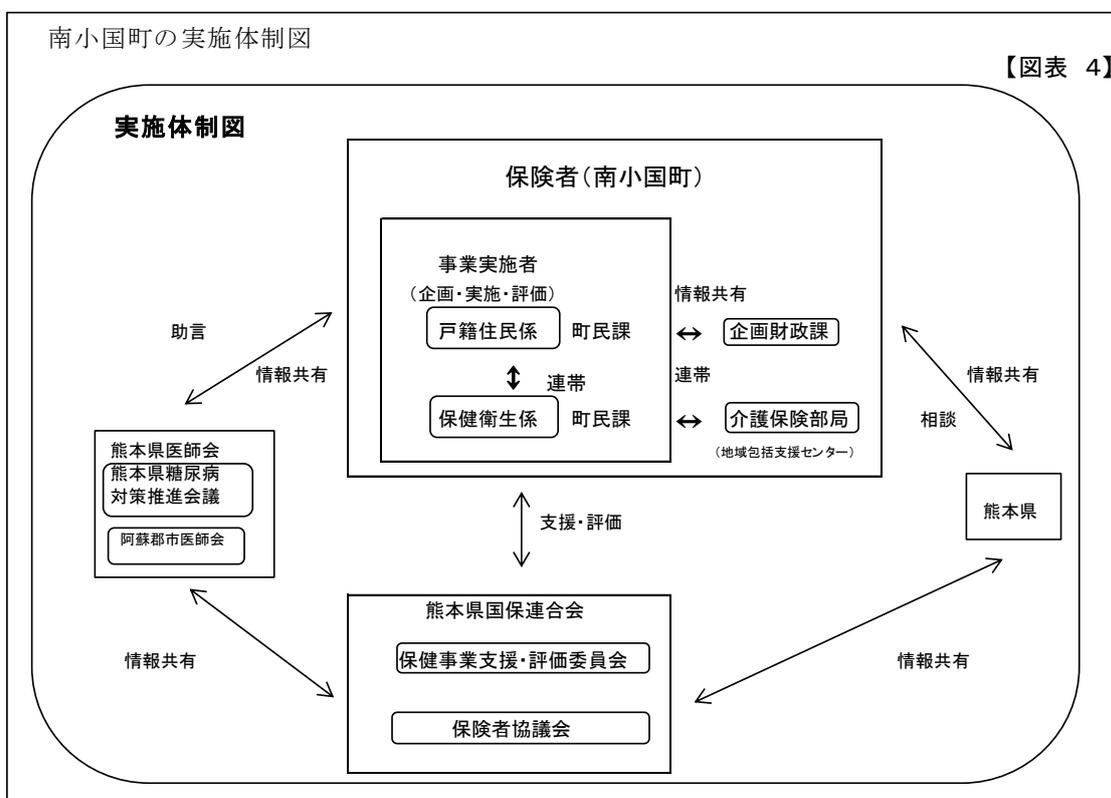
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、熊本県が熊本県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と熊本県は、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と考える。

### 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。



### 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。

本町は、平成 28 年度では全国 1,741 市町村中 424 位で、交付額は 80 万 7 千円であっ

た。健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される。(図表 5)

【図表 5】

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
<b>評価指標</b>					
<b>総得点(満点)</b>		345	580	850	850
交付額 (万円)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	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	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			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	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

### 健康課題の明確化

#### 1. 地域の特性

##### (1) 全体の経年変化 (図表6)

人口構成をみると平成28年の総人口は237人減少しているに対し、年齢構成をみると高齢化率(65歳以上人口の割合)は37.9%と高くなり、65~74歳も増えている一方、39歳以下は、県や国と比較して低い状況にある。

生活習慣の状況をみると、平成25年度と比べて運動習慣なし、睡眠不足、飲酒の割合が高くなっており、2合以上の飲酒量の割合においては同規模平均と比べても高いことが分かる。

【図表6】

同規模平均と比べて赤字は悪い値 青字は良い値 南小国町の経年変化を 上昇↑ 下降↓で示す

項目	南小国町				同規模平均		県		国			
	平成25年度		平成28年度		実数	割合	実数	割合	実数	割合		
	実数	割合	実数	割合								
人口構成	総人口	4,396		4,159		712,964		1,794,477		124,852,975		
	65歳以上(高齢化率)	1,461	33.2	1,575	37.9 ↑	250,396	35.1	462,261.0	26	290,207,660	23.2	
	75歳以上	881	20.0	920	22.1 ↑			25,3517.0	14	1,398,986.0	11.2	
	65~74歳	580	13.2	655	15.7 ↑			20,874.0	12	150,309,020	12.0	
	40~64歳	1,568	35.7	1,234	29.7 ↓			60,203.0	34	424,119,220	34.0	
39歳以下	1,367	31.1	1,350	32.5 ↑			730,185.0	41	534,202,870	42.8		
産業構成	第1次産業	230		230		22.7		10.5		4.2		
	第2次産業	14.6		14.6		21.7		21.2		25.2		
	第3次産業	62.4		62.4		55.6		68.4		70.6		
平均寿命	男性	80.5		80.5		79.4		80.3		79.6		
	女性	86.8		86.8		86.5		87.0		86.4		
生活習慣の状況	服薬	高血圧	148	28.7	144	30.6 ↑	20,411	36.4	35,687	33.7	2,479,216	33.7
		糖尿病	37	7.2	39	8.3 ↑	5,000	8.9	7,801	7.4	551,051	7.5
		脂質異常症	92	17.9	86	18.3 ↑	12,656	22.6	22,403	21.2	1,739,149	23.6
	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	14	2.7	10	2.1 ↓	1,721	3.1	2,961	2.8	230,777	3.3
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	20	3.9	21	4.5 ↑	2,998	5.5	5,431	5.2	391,296	5.5
		腎不全	2	0.4	1	0.2 ↓	335	0.6	424	0.4	37,041	0.5
		貧血	74	14.4	64	13.6 ↓	4,296	8.1	10,937	10.5	710,650	10.1
	喫煙	80	15.5	65	13.8 ↓	9,314	16.6	14,059	13.3	1,048,171	14.2	
	週3回以上朝食を抜く	33	6.4	24	5.1 ↓	3,727	7.5	7,942	8.4	540,374	8.5	
	週3回以上食後間食	90	17.5	77	16.3 ↓	6,739	13.5	10,908	11.3	743,581	11.8	
	週3回以上就寝前夕食	47	9.1	56	11.9 ↑	8,014	16.0	14,230	14.8	983,474	15.4	
	食べる速度が速い	138	26.8	113	24 ↓	13,924	27.9	25,168	26.2	1,636,988	25.9	
	20歳時体重から10kg以上増加	168	32.6	169	35.9 ↑	17,050	33.9	32,732	33.2	2,047,756	32.1	
	1回30分以上運動習慣なし	331	64.3	304	64.5 ↑	34,200	67.6	60,327	61.2	3,761,302	58.7	
	1日1時間以上運動なし	196	38.1	215	45.6 ↑	24,869	49.6	48,491	50.4	2,991,854	46.9	
	睡眠不足	131	25.4	120	25.5 ↑	12,204	24.3	24,197	25.2	1,584,002	25.0	
	毎日飲酒	90	17.5	90	19.1 ↑	14,071	27.0	25,476	25.0	1,760,104	25.6	
	時々飲酒	137	26.6	136	28.9 ↑	11,710	22.5	24,261	23.8	1,514,321	22.0	
	一日飲酒量	1合未満	345	70.7	307	67.5 ↓	19,633	56.3	57,013	69.5	3,118,433	64.1
		1~2合	52	10.7	54	11.9 ↑	9,756	28.0	15,909	19.4	1,158,318	23.8
2~3合		57	11.7	56	12.3 ↑	3,922	11.3	6,248	7.6	452,785	9.3	
3合以上		34	7.0	38	8.4 ↑	1,539	4.4	2,851	3.5	132,608	2.7	

※人口データについては、KDBシステムによる集計値がH25年と変わらないため、南小国町役場 町民課による人口・世帯数住民異動一覧(H29年3月31日時点)を参照した。

(2) 死因の状況 (図表 7)

標準化死亡比 (SMR) とは、人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標で、国の平均を 100 としているため、100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いとされ、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。本町は、男性が 98.9 で低い一方、女性は 118 と高い。

また、第 1 期計画では脳血管疾患、虚血性心疾患による死亡割合の減少を優先課題として取組を進めてきたが、死因の割合を見ると脳疾患は平成 25 年の 28.8% から平成 28 年は 27.5% と 1.3 ポイント減少している一方、心臓病は 11.5% から 35% と 23.5 ポイントも高くなっている。

【図表 7】

項目			南小国町				同規模平均		県		国	
			平成25年度		平成28年度		平成28年度		平成28年度		平成28年度	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	99.4		98.9	↓	102.6		94.7		100	
		女性	94.0		118	↑	98.2		92.8		100	
	死因	がん	22	42.3	11	27.5	↓					
		心臓病	6	11.5	14	35	↑					
		脳疾患	15	28.8	11	27.5	↓					
		糖尿病	2	3.8	2	5	↑					
		腎不全	3	5.8	0	0	↓					
		自殺	4	7.7	2	5	↓					

(3) 国保の状況 (図表 8、9)

本町に占める国保加入者の割合は、33.6% で、国・県と比較すると高く、平成 25 年度の加入者の割合 38.3% からは 4.7 ポイント減少となっている。しかし、被保険者に占める 65 歳以上の高齢者の割合は平成 25 年度 28.4% から平成 28 年度は 36.8% と増加している。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることが分かった。

1 件当たり費用額の県内順位は平成 25 年度入院で心疾患が 1 位、高血圧が 3 位と上位に入っているが、平成 28 年度には心疾患が 30 位、高血圧が 19 位と下がっており費用額が抑制されている。外来においては、糖尿病・腎不全・脂質異常症が上位 10 位に入っている。

入院と外来の医療費 (レセプト) の割合をみると、件数では外来 95.7% 入院 4.3% と外来レセプトの件数割合が 9 割以上であるのに対し、費用の割合をみると、外来 53% 入院 47% であり、入院は少ない件数で多くの医療費がかかっていることが分かる。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 8】

項目		南小国町				同規模平均		県		国			
		平成25年度		平成28年度		平成28年度		平成28年度		平成28年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
①	国保の状況	被保険者数	1,684		1,486 ↓		198,796		472,293		32,446,129		
		65～74歳	479	28.4	547	36.8 ↑			182,280	38.6	12,421,239	38.3	
		40～64歳	678	40.3	535	36 ↓			163,984	34.7	10,944,546	33.7	
		39歳以下	527	31.3	404	27.2 ↓			126,029	26.7	9,080,344	28.0	
		加入率	38.3		33.6 ↓		28.1		26.3		26.9		
②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	214	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	3	1.8	3	2.0	621	3.1	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	2.0	35,190	74.5	1,524,378	46.8	
		医師数	1	0.6	2	1.4	541	2.7	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数	590.0		571.4		652.4		727.4		668.3		
		入院患者数	22.9		25.5		23.7		25.6		18.2		
③	医療費の 状況	一人当たり医療費	23,430	県内39位 同規模156位	23,224	県内44位 ↑ 同規模190位	26,819		27,978		24,253		
		受診率	612,838		596,935 ↓		676,093		752,943		686,501		
		外 来	費用の割合	50.7		53 ↑		55.3		55.7		60.1	
			件数の割合	96.3		95.7 ↓		96.5		96.6		97.4	
		入 院	費用の割合	49.3		47 ↓		44.7		44.3		39.9	
			件数の割合	3.7		4.3 ↑		3.5		3.4		2.6	
		1件あたり在院日数	18.6日		17 ↓		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  最大医療費源傷病 名(割合含む)	がん	28,504,330	11.6	23,066,280	10 ↓	24.1		20.5		25.6		
		慢性腎不全(透析あり)	30,484,930	12.5	29,949,040	13.6 ↑	7.9		12.4		9.7		
		糖尿病	29,031,800	11.9	21,264,900	9.6 ↓	10.1		9.6		9.7		
		高血圧症	29,825,830	12.2	18,030,480	8.2 ↓	9.4		8.4		8.6		
		精神	45,718,590	18.7	47,835,680	21.7 ↑	18.6		22.4		16.9		
		筋・骨格	39,317,340	16.1	55,596,100	25.2 ↑	16.4		15.1		15.2		
⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	517,212	18位 (15)	420,864	45位 ↓ (12)						
			高血圧	618,188	3位 (17)	521,913	19位 ↓ (13)						
			脂質異常症	514,676	11位 (13)	443,487	37位 ↓ (8)						
			脳血管疾患	553,702	28位 (23)	397,022	45位 ↓ (14)						
			心疾患	1,037,609	1位 (12)	536,668	30位 ↓ (16)						
			腎不全	576,926	35位 (22)	545,405	34位 ↑ (15)						
			精神	397,974	28位 (25)	379,362	42位 ↓ (24)						
	悪性新生物	590,752	14位 (16)	473,739	46位 ↓ (10)								
	入院の( )内 は在院日数	外 来	糖尿病	36,027	13位	41,643	5位 ↓						
			高血圧	27,804	28位	29,875	20位 ↓						
			脂質異常症	28,050	10位	28,132	9位 ↑						
			脳血管疾患	35,065	22位	34,560	22位						
			心疾患	46,526	14位	44,137	21位 ↓						
			腎不全	157,986	39位	227,964	8位 ↑						
精神			23,742	42位	26,960	35位 ↑							
悪性新生物	43,206	33位	38,224	44位 ↓									

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 9】

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

(4) 医療と医療費水準（図表 10、11）

総医療費をみると平成 25 年と比べ 10.8%減少している。

また、1人当たり医療費の伸び率は、同規模町村と比べて低く、特に入院費用額の伸び率が抑えられている。ただし、KDBシステムでは地域の年齢高齢等が考慮されていない集計である。高齢化率が高いという本町の特性から、年齢構成等を考慮した指数である標準化医療費をみても、入院・入院外ともに低くなっており、入院に至るような重症化は減らすことができているが、今後も国保加入者に対する健診受診勧奨と健診結果に基づく保健指導の実施を強化していく。

医療費の変化

【図表 10】

項目		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	
				南小国町	同規模			南小国町	同規模			南小国町	同規模
総医療費 (千円)	H25年度	474,154	-	-	-	233,758	-	-	-	240,396	-	-	-
	H28年度	422,742	-51,412	-10.8	3.6	198,689	-35,069	-15.0	3.3	224,053	-16,343	-6.8	3.8
1人当たり 医療費(円)	H25年度	23,430	-	-	-	11,540	-	-	-	11,890	-	-	-
	H28年度	23,224	-206	-0.9	5.8	10,920	-620	-5.4	9.1	12,300	410	3.4	11.4

【図表 11】

標準化医療費

	計	入院	入院+入院外
H25年度	0.992	1.244	0.853
H27年度	0.877 ↓	0.992 ↓	0.821 ↓

(5) 介護保険の状況（図表 12、13）

要介護認定率は減少しているが、第 1 号認定者は同規模平均と比べると依然として高い状況にある。

また、介護給付の変化について、28 年度の介護給付費は増えている。

1件当たり給付費は減少しているものの、居宅サービスが高くなっている。サービス利用者の中で、有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅に居住し在宅サービスを利用する方がおり、今後増えていくことも考えられるため、引き続き、特定健診受診率を向上し、早期発見、早期対応し、重症化の予防に努めて行くことが重要である。

【図表 12】

項目		南小国町				同規模平均		県		国			
		平成25年度		平成28年度		平成28年度							
①	介護保険	1号認定者数（認定率）		356	24.1	334	23.6 ↓	49,932	20.0	108,753	23.3	5,882,340	21.2
		新規認定者		8	0.3	7	0.3	781	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3
		2号認定者		2	0.1	2	0.1	856	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4
②	有病状況	糖尿病		81	22.9	71	20.1 ↓	10,568	20.4	24,059	21.2	1,343,240	21.9
		高血圧症		210	62.3	209	62.1 ↓	28,302	55.0	64,201	57.3	3,085,109	50.5
		脂質異常症		73	20.6	86	23.2 ↑	14,020	27.1	32,849	29.1	1,733,323	28.2
		心臓病		231	67.2	219	66.3 ↓	31,852	62.1	72,675	64.9	3,511,354	57.5
		脳疾患		78	23.9	67	20.8 ↓	13,312	26.3	27,774	25.2	1,530,506	25.3
		がん		39	11.7	42	12.1 ↑	4,845	9.3	12,180	10.7	629,053	10.1
		筋・骨格		210	58.6	207	60.9 ↑	28,251	55.0	65,671	58.5	3,051,816	49.9
		精神		136	39.9	125	37.7 ↓	19,059	36.9	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）		59,884	59,463		73,702		61,022		58,349		
		居宅サービス		37,957	38,429	↑	39,646		40,033		39,683		
		施設サービス		270,162	257,700	↓	273,946		291,281		281,115		
④	医療費等	要介護認定別	認定あり	12,471	8,380	↓	8,522		8,532		7,980		
		医療費（40歳以上）	認定なし	3,771	4,147	↑	4,226		3,919		3,822		

## 介護給付費の変化

【図表 13】

年度	南小国町				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件あたり			1件あたり		
		給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H25年度	4億6,422万円	59,884	37,957	270,162	76,039	40,364	279,607
H28年度	4億7,730万円	59,463	38,429	257,700	73,702	39,646	273,946

## 2. 健康・医療情報の分析

### (1) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費総計は平成25年度と比べて減少している。疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費割合は減少しているものの、慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることが分かった。中短期目標である糖尿病・高血圧の医療費割合について、当町は県や国より低くなっている。(図表 14)

このことは、49、50 ページの参考資料からも、糖尿病における未治療・中断者割合が県内12位、治療中の方の割合は45位、高血圧Ⅰ度以上における未治療・中断者割合が県内5位、治療中の方の割合は45位という実態から、治療が必要な方が適切な治療に繋がっていない、または中断しているということに繋がっている。今後、治療を必要とする方が適切な治療に繋がるように、医療機関への受診勧奨を促す重症化予防の取組を強化していく。(参考資料 2、3)

【図表 14】

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 (H25とH28の比較)

同規模区分	市町村名	総医療費	1人当たり医療費		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		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	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内													
H25	南小国町	474,154,770	23,430	156	39	6.43%	0.16%	3.65%	2.42%	6.12%	6.30%	2.48%	130,623,700	27.55%	6.01%	9.64%	8.30%
		422,742,720	23,224	190	44	7.08%	0.14%	0.67%	1.95%	5.03%	4.27%	2.92%	93,269,270	22.06%	5.46%	11.32%	13.15%
H28	熊本県	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%
		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%

最大医療資源疾患(調剤含む)による分析結果

◆最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

KDBシステム「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」

CSV加工データ(平成28年度累計値)

### (2) 中長期的な疾患 (図表 15)

脳血管疾患における治療者は減少しているが、虚血性心疾患及び人工透析の治療者は増加している。また、中長期的な疾患を持つ人のほとんどが、高血圧を併せ持っており、引き続き高血圧対策を含めた生活習慣病予防の取組を継続する。

人工透析中の人においては、糖尿病の割合が1.6倍増加しており、特に目立って増えていた。糖尿病性腎症の重症化予防と併せて、保健指導と医療機関との連携体制を構築していく。

【図表 15】

厚生省様式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	人口透析	高血圧	糖尿病	脂質異常症
		被保険者数	人数	割合	割合	割合	割合	割合
H25	1,712	52	3.0	7.7	3.8	86.5	53.8	42.3
H28	1,554	50	3.2	8.0	4.0	82.0	42.0	58.0

厚生省様式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	人口透析	高血圧	糖尿病	脂質異常症
		被保険者数	人数	割合	割合	割合	割合	割合
H25	1,712	49	2.9	8.2	2.0	71.4	46.9	32.7
H28	1,554	43	2.8	9.3	2.3	72.1	30.2	39.5

厚生省様式3-7		中長期的な目標				短期的な目標		
		人口透析		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	割合	割合	割合	割合
H25	1,712	4	0.2	25.0	50.0	100.0	25.0	25.0
H28	1,554	5	0.3	20.0	40.0	100.0	40.0	20.0

### (3) 短期目標の達成状況（図表 16）

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたかと推測される。しかし透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

また、糖尿病と脂質異常症の7割以上の方が高血圧を併せ持っていることから、高血圧対策を継続していく。

【図表 16】

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
	<b>全体</b>	<b>11,040</b>	<b>742</b>	<b>6.7%</b>	<b>49</b>	<b>6.6%</b>	<b>548</b>	<b>73.9%</b>	<b>503</b>	<b>67.8%</b>	<b>147</b>	<b>19.8%</b>	<b>144</b>	<b>19.4%</b>	<b>17</b>	<b>2.3%</b>	<b>56</b>	<b>7.5%</b>	
H25	64歳以下	8,982	359	4.0%	28	7.8%	252	70.2%	228	63.5%	87	24.2%	57	15.9%	12	3.3%	30	8.4%	
	65歳以上	2,058	383	18.6%	21	5.5%	296	77.3%	275	71.8%	60	15.7%	87	22.7%	5	1.3%	26	6.8%	
	<b>全体</b>	<b>10,205</b>	<b>730</b>	<b>7.2%</b>	<b>46</b>	<b>6.3%</b>	<b>531</b>	<b>72.7%</b>	<b>529</b>	<b>72.5%</b>	<b>124</b>	<b>17.0%</b>	<b>143</b>	<b>19.6%</b>	<b>19</b>	<b>2.6%</b>	<b>36</b>	<b>4.9%</b>	
H28	64歳以下	7,876	325	4.1%	20	6.2%	223	68.6%	207	63.7%	44	13.5%	59	18.2%	11	3.4%	20	6.2%	
	65歳以上	2,329	405	17.4%	26	6.4%	308	76.0%	322	79.5%	80	19.8%	84	20.7%	8	2.0%	16	4.0%	

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
	<b>全体</b>	<b>11,040</b>	<b>1,548</b>	<b>14.0%</b>	<b>548</b>	<b>35.4%</b>	<b>827</b>	<b>53.4%</b>	<b>242</b>	<b>15.6%</b>	<b>288</b>	<b>18.6%</b>	<b>37</b>	<b>2.4%</b>	
H25	64歳以下	8,982	753	8.4%	252	33.5%	367	48.7%	97	12.9%	112	14.9%	25	3.3%	
	65歳以上	2,058	795	38.6%	296	37.2%	460	57.9%	145	18.2%	176	22.1%	12	1.5%	
	<b>全体</b>	<b>10,205</b>	<b>1,433</b>	<b>14.0%</b>	<b>531</b>	<b>37.1%</b>	<b>869</b>	<b>60.6%</b>	<b>228</b>	<b>15.9%</b>	<b>289</b>	<b>20.2%</b>	<b>39</b>	<b>2.7%</b>	
H28	64歳以下	7,876	605	7.7%	223	36.9%	320	52.9%	71	11.7%	104	17.2%	24	4.0%	
	65歳以上	2,329	828	35.6%	308	37.2%	549	66.3%	157	19.0%	185	22.3%	15	1.8%	

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
	<b>全体</b>	<b>11,040</b>	<b>1,140</b>	<b>10.3%</b>	<b>503</b>	<b>44.1%</b>	<b>827</b>	<b>72.5%</b>	<b>194</b>	<b>17.0%</b>	<b>222</b>	<b>19.5%</b>	<b>15</b>	<b>1.3%</b>	
H25	64歳以下	8,982	545	6.1%	228	41.8%	367	67.3%	59	10.8%	68	12.5%	7	1.3%	
	65歳以上	2,058	595	28.9%	275	46.2%	460	77.3%	135	22.7%	154	25.9%	8	1.3%	
	<b>全体</b>	<b>10,205</b>	<b>1,212</b>	<b>11.9%</b>	<b>529</b>	<b>43.6%</b>	<b>869</b>	<b>71.7%</b>	<b>199</b>	<b>16.4%</b>	<b>256</b>	<b>21.1%</b>	<b>19</b>	<b>1.6%</b>	
H28	64歳以下	7,876	502	6.4%	207	41.2%	320	63.7%	60	12.0%	86	17.1%	8	1.6%	
	65歳以上	2,329	710	30.5%	322	45.4%	549	77.3%	139	19.6%	170	23.9%	11	1.5%	

(4) 健診結果の分析 (図表 17、18)

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、糖尿病性腎症等のリスクが高くなる。

南小国町においては、平成 28 年の健診データを見ると、BMI25 以上及び腹囲が基準値以上の割合は国や県と比較してどちらも低い状況にあるが、平成 25 年に比べると増加している。空腹時血糖・HbA1c・尿酸は男女ともに全国や県を上回っていることから、非肥満の糖尿病のリスクをもつ者が多いという特徴が考えられる。

また、年代別にみると、40 歳から 64 歳の男性においては中性脂肪・GPT・拡張期血圧・クレア

チニンが全国を上回っていることが分かった。若い世代の受診率を向上させ、早期に血管疾患を予防することに加え、メタボリックシンドロームの該当者を減少させるための保健指導及び重症化予防においては非肥満者も含めた保健指導への取組が課題である。

第1期計画から重点課題として取り組んできた高血圧については、女性の拡張期血圧の有所見者は増加しているものの、男性においては拡張期血圧・収縮期血圧がともに減少している。

有所割合の経年変化

【図表 17】

健診データのうち有所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 横県

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	人数	割合
男性	合計	55	23.1	107	45.0	60	25.2	45	18.9	16	6.7	92	38.7	120	50.4	50	21.0	108	45.4	71	29.8	113	47.5	4	1.7		
	H25 40-64	29	22.0	55	41.7	37	28.0	35	26.5	8	6.1	45	34.1	60	45.5	35	26.5	60	45.5	49	37.1	64	48.5	2	1.5		
	65-74	26	24.5	52	49.1	23	21.7	10	9.4	8	7.5	47	44.3	60	56.6	15	14.2	48	45.3	22	20.8	49	46.2	2	1.9		
女性	合計	58	26.4	100	45.5	58	26.4	42	19.1	16	7.3	117	53.2	147	66.8	49	22.3	86	39.1	60	27.3	97	44.1	7	3.2		
	H28 40-64	30	29.7	45	44.6	30	29.7	28	27.7	5	5.0	51	50.5	64	63.4	24	23.8	36	35.6	30	29.7	47	46.5	3	3.0		
	65-74	28	23.5	55	46.2	28	23.5	14	11.8	11	9.2	66	55.5	83	69.7	25	21.0	50	42.0	30	25.2	50	42.0	4	3.4		
全国		30.3		50.0		28.2		20.3		8.8		27.5		55.6		13.9		49.0		23.9		47.0		1.8			
県	13,533	30.0	22,302	49.5	11,436	25.4	9,215	20.5	3,449	7.7	20,564	45.7	29,874	66.3	8,859	19.7	22,119	49.1	12,220	27.1	21,113	46.9	967	2.1			

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	55	19.9	48	17.3	35	12.6	25	9.0	5	1.8	49	17.7	147	53.1	7	2.5	91	32.9	36	13.0	148	53.4	2	0.7		
	H25 40-64	23	16.3	20	14.2	18	12.8	12	8.5	2	1.4	15	10.6	64	45.4	3	2.1	36	25.5	16	11.3	78	55.3	0	0.0		
	65-74	32	23.5	28	20.6	17	12.5	13	9.6	3	2.2	34	25.0	83	61.0	4	2.9	55	40.4	20	14.7	70	51.5	2	1.5		
H28	合計	40	15.9	29	11.6	33	13.1	19	7.6	4	1.6	76	30.3	161.0	64.1	7.0	2.8	87.0	34.7	13.5	5.4	49.8	19.8	0	0.0		
	40-64	16	15.7	8	7.8	13	12.7	7	6.9	1	1.0	23	22.5	55.0	53.9	3.0	2.9	32.0	31.4	17.6	17.3	41.2	40.4	0	0.0		
	65-74	24	16.1	21	14.1	20	13.4	12	8.1	3	2.0	53	35.6	106.0	71.1	4.0	2.7	55.0	36.9	10.7	7.2	55.7	37.4	0	0.0		
全国		20.4		17.3		16.4		8.7		1.9		16.5		55.2		1.8		42.6		14.3		56.9		0.2			
県	11,689	20.6	10,201	17.9	7,846	13.8	4,752	8.4	929	1.6	15,649	27.5	39,073	68.7	1,188	2.1	23,985	42.2	8,511	15.0	31,955	56.2	131	0.2			

【図表 18】

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚労省様式6-8)

☆No. 24 横県

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備軍		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			
		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	
		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	238	44.0	13	5.5	41	17.2	4	1.7	26	10.9	11	4.6	合計	53	22.3	19	8.0	2	0.8	19	8.0	13	5.5
	H25 40-64	132	55.5	7	5.3	23	17.4	1	0.8	15	11.4	7	5.3	40-64	25	18.9	8	6.1	0	0.0	12	9.1	5	3.8
	65-74	106	44.5	6	5.7	18	17.0	3	2.8	11	10.4	4	3.8	65-74	28	26.4	11	10.4	2	1.9	7	6.6	8	7.5
H28	合計	220	42.7	7	3.2	32	14.5	4	1.8	17	7.7	11	5.0	合計	61	27.7	16	7.3	7	3.2	17	7.7	21	9.5
	40-64	101	19.6	3	3.0	16	15.8	1	1.0	9	8.9	7	6.9	40-64	25	24.8	8	7.9	4	4.0	7	6.9	6	5.9
	65-74	119	23.1	4	3.4	16	13.4	3	2.5	8	6.7	4	3.4	65-74	36	30.3	8	6.7	3	2.5	10	8.4	15	12.6

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備軍		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			
		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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	277	50.1	10	3.6	20	7.2	1	0.4	14	5.1	5	1.8	合計	18	6.5	0	0.0	0	0.0	13	4.7	5	1.8
	H25 40-64	141	50.9	9	6.4	9	6.4	1	0.7	6	4.3	2	1.4	40-64	2	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.4
	65-74	136	49.1	1	0.7	11	8.1	0	0.0	8	5.9	3	2.2	65-74	16	11.8	0	0.0	0	0.0	13	9.6	3	2.2
H28	合計	251	50.6	4	1.6	8	3.2	1	0.4	6	2.4	1	0.4	合計	17	6.8	2	0.8	0	0.0	11	4.4	4	1.6
	40-64	102	20.6	1	1.0	2	2.0	0	0.0	2	2.0	0	0.0	40-64	5	4.9	0	0.0	0	0.0	3	2.9	2	2.0
	65-74	149	30.0	3	2.0	6	4.0	1	0.7	4	2.7	1	0.7	65-74	12	8.1	2	1.3	0	0.0	8	5.4	2	1.3

(5) 糖尿病性腎症の状況（図表 19）

人工透析患者の分析においては、糖尿病性腎症の割合 40%を占める。また、生活習慣病の治療者数構成割合における糖尿病性腎症の基礎疾患の重なりを見たときに、高い確率で重なりがあることが分かる。糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、適切な治療につなぐことを重点に、かかりつけ医との連携を図っていく。

【図表 19】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

厚生省様式	対象レセプト	全体	糖尿病	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3-7 ★No.19(GSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分 人数		40.0%	20.0%	40.0%
様式2-2 ★No.12(GSV)		H28年度 累計 件数	76件	34.2%	15.8%	32.9%
		費用額	2995万円	39.2%	16.0%	34.4%

\* 糖尿病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

厚生省様式	対象レセプト(H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★No.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	495人	8.7%	10.1%	1.8%	
		基 礎 な 疾 患 の	高血圧	72.1%	82.0%	88.9%
		糖尿病	30.2%	42.0%	100.0%	
		脂質異常症	39.5%	58.0%	66.7%	
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
56.20%	24.8%	38.0%	10.1%			

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保険事業の対象とする。

(6) 介護の分析（図表 20）

本町の1号被保険者の22.9%が要介護認定を受けており、そのうち75歳以上では36.2%の認定率である。

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95.6%であり、筋・骨格疾患の94.0%を上回っていた。2号認定者及び65~74歳の1号認定者も、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、特定健診・特定保健指導の受診率を向上し、重症化の予防を行うことは血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 20】

## 3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28

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		1,568人		580人		881人		1,461人		3,029人		
介護度別人数	認定率		0.13%		2.6%		36.2%		22.9%		11.1%		
	要支援1・2		0.0%		13.3%		21.0%		20.7%		20.5%		
	要介護1・2		100.0%		53.3%		47.6%		47.9%		48.2%		
要介護3～5		0.0%		33.3%		31.3%		31.4%		31.3%			
要介護 突合状況 ★NO.49	(レセプトの 診断名より 重複して計上)	循環器 疾患	疾患	順位	疾病	割合	疾病	割合	疾病	割合	疾病	割合	
			1	脳卒中	0.0%	脳卒中	42.9%	虚血性心疾患	36.2%	虚血性心疾患	35.2%	虚血性心疾患	35.1%
			2	虚血性心疾患	0.0%	虚血性心疾患	14.3%	脳卒中	26.9%	脳卒中	27.6%	脳卒中	27.5%
		3	腎不全	0.0%	腎不全	7.1%	腎不全	12.3%	腎不全	12.1%	腎不全	12.0%	
		基礎疾患	糖尿病	100.0%	糖尿病	50.0%	糖尿病	59.8%	糖尿病	59.4%	糖尿病	59.5%	
			高血圧	100.0%	高血圧	85.7%	高血圧	89.0%	高血圧	88.9%	高血圧	88.9%	
			脂質異常症	100.0%	脂質異常症	35.7%	脂質異常症	41.5%	脂質異常症	41.3%	脂質異常症	41.5%	
		血管疾患合計		合計	100.0%	合計	85.7%	合計	96.0%	合計	95.6%	合計	95.6%
		認知症		認知症	0.0%	認知症	21.4%	認知症	41.2%	認知症	40.3%	認知症	40.2%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	100.0%	筋骨格系	85.7%	筋骨格系	94.4%	筋骨格系	94.0%	筋骨格系	94.0%

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

## (7) 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 21）

特定保健指導実施率は上昇しているが、特定健診受診率は横ばいである。重症化を予防していくためには、今後特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

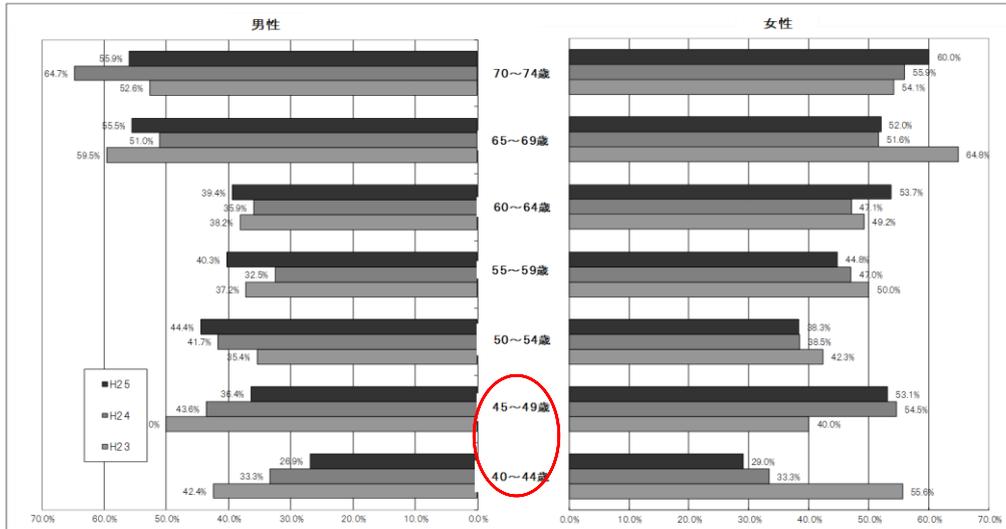
【図表 21】

法定報告値

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者※1	
	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	
								南小国町	同規模平均
H25年度	1,084	515	47.5	114位	58	23	39.7	48.2	50.4
H28年度	1,004	473	46.8	109位	56	26	46.4	48.9	51.3

特定健診受診率の推移

【図表 22】



(8) 未受診者の把握 (図表 23)

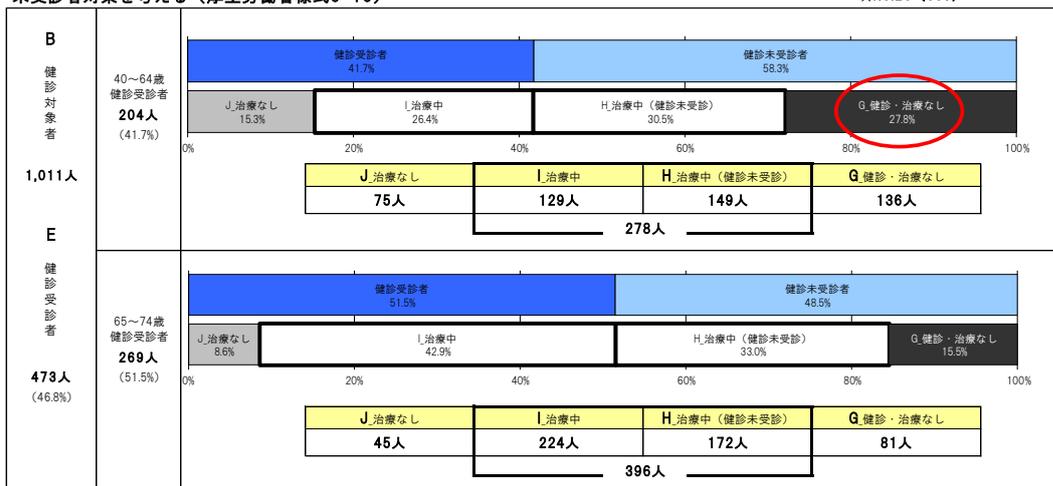
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 27.8%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。まずは、健診の受診勧奨を徹底することが重要である。

また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている金額をみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 23】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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. 第1期に係る考察と評価

#### (1) 第1期計画における短期的目標の達成状況

##### 重症化予防対象者（治療なし）の減少

重症化予防対象者の有所見者割合を比べると、平成25年度より平成28年度は、血圧Ⅱ度以上、中性脂肪、eGFR50未満は改善している。

一方、LDLコレステロール、メタボ該当者、HbA1cは高くなっている。（図表24）

【図表24】

	全体	受診者数	血圧Ⅱ度以上		LDL コレステロール 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者 基準該当		HbA1c (NGSP) 6.5%以上		尿蛋白 (2+)以上		GFR 50未満 (70歳以上40未満)	
			有所見者	割合	有所見者	割合	有所見者	割合	有所見者	割合	有所見者	割合	有所見者	割合	有所見者	割合
			南小国町	H25	521	28	5.4%	12	2.3%	19	3.6%	71	13.6%	21	4.0%	1
	H28	477	24	5.0%	15	3.1%	12	2.5%	78	16.4%	35	7.3%	1	0.2%	11	2.3%
県	H28	18,039	5,499	5.1%	3,732	3.5%	2,508	2.3%	18,039	16.9%	10,129	9.5%	995	0.9%	2,801	2.6%

出典：特定健診結果

##### 特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上

適正な医療につなげるためには、住民自ら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は重要な取り組むべき課題と言える。特定保健指導率も伸びてはいるが、まだ目標達成には至っていない。今後、受診率の低い年齢層への受診勧奨方法を検討していく。

#### (2) 第1期計画における中長期的目標の達成状況

##### 脳血管疾患・心疾患・糖尿病性腎症による入院医療費をそれぞれ5%減少させる

第1期計画において、訪問し保健指導を重ねていくという方法で重症化予防を進めてきた。最終目標として、平成26年度と比較して、3つの入院医療費をそれぞれ5%減少させることを目標にしている。

入院医療費の伸び率を見ると、脳血管疾患・糖尿病性腎症は5%減少させるという目標は達成できた。しかし、心疾患の入院医療費は増加していた。80万以上の高額レセプトを見てみると、虚血性心疾患が4.3%の件数割合で費用額の9.4%を占め、長期入院においても8.1%の件数割合で費用額の11%を占めるなど、高額な医療費や時間を要していることが分かる。（図表25、26）

### 3疾患入院医療費の変化

【図表 25】

	被保険者数	3疾患入院			
		医療費(千円)	脳血管疾患	心疾患	糖尿病性腎症
H26年度	1,654	50,473	31,846	10,288	8,339
H28年度	1,486	41,252	15,483	21,466	4,303
伸び率		△18.2	△51.4	108.7	△48.4

出典:KDBシステム

【図表 26】

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。

厚生省様式	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 (GSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	47件	2.1%	4.3%	14.9%	78.7%
		費用額	6541万円	98万円	618万円	792万円	5033万円
			1.5%	9.4%	12.1%	76.9%	

\*最大医療費資源傷病名(主病)で計上

厚生省様式	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 (GSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	149件	51.0%	1.3%	8.1%
		費用額	6456万円	2803万円	64万円	709万円
			43.4%	1.0%	11.0%	

\*精神疾患については最大医療資源傷病名(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)

### (3) 第2期に向けた考察

当町は、同規模と比べ第一次産業及び第三次産業の割合が高く、第一次産業においては、季節によって生活や食事リズムが変動することで、体重や血糖値も変化しやすいという実態が地区活動を通して分かってきた。また、第三次産業においては、旅館業で不規則な生活リズムによる睡眠不足や就寝前に夕食を摂るといった生活背景も考えられる。個人の生活背景や食生活を知ることで、健康課題への解決口を見つけることができよう、実態を知ること(訪問)を継続して行っていかなければいけない。

南小国町では、非肥満の糖尿病の可能性が高い方が多い一方、未治療(中断)が県内でも高い順位という実態から、健診を受けても適切な治療に繋がっていないことが考えられる。そのため、重症化予防の取組については、医療との連携が不可欠であり、受診勧奨のための保健指導後に医療機関の受診に繋がったのか、治療確認後も治療が中断されていないか等、KDBシステムやレセプト情報等による定期的な状態把握を行い、管理台帳の活用による疾患管理が必要である。

特定健診においては、受診率の低い40歳代の若い世代の人達が受診しやすい健診体制を整え、受診率向上を図っていく。

## 第3章 第2期計画における健康課題と目標設定

### 1. 第2期計画における健康課題の明確化

第2章における現状分析及び第1期計画の評価と考察から、第2期の計画期間において、保健事業で取り組むべき健康課題を下記のとおりとした。

**健康課題①** 短期的目標である糖尿病や高血圧症等において適切な治療へつながっていない方が多く存在する。

糖尿病や高血圧症等の可能性が高い方が多い一方、未治療（中断）が県内でも高い順位という実態から、健診を受けても適切な治療に繋がっていないことが考えられる。自分の身体の状態に気付くことで、生活習慣の改善及び受診という行動変容につながり、重症化を予防でき医療費の抑制にもつながる。

**健康課題②** 特定健診受診率が低く、自身の健康状態への気付きの機会を逃している人が多い。

特定健診受診率が40%代から伸び悩んでおり、自身の健康状態を知る機会を逃したままにいる人が多く、未受診者の中には生活習慣病重症化の恐れがある人も多くいることが懸念される。

また、未受診者の中には通院しているから特定健診は受けないといったケースも多く、医療機関へ特定健診を受診するメリットを理解していただき、特定健診への受診勧奨に協力していただけるよう連携を図っていく。

**健康課題③** 非肥満者における糖尿病の可能性が高い方が多く存在する。

特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群は、国や熊本県の状況と比較して低い一方、空腹時血糖やHbA1cは国や熊本県より高い。特定保健指導の対象にならないため、非肥満者における糖尿病の発症リスクが高い方が放置されることで、重症化して医療費や介護給付費を押し上げる要因の一つとなる。

## 2. 健康課題の解消に向けた基本方針及び目標の設定

### (1) 基本方針

被保険者一人ひとりが自分自身の健康状態を把握し、必要な生活習慣の改善や適正に医療を受けることにより、生活習慣病の発症及び重症化を予防する。その結果、健康寿命の延伸・医療費の伸びを抑制する。

### (2) 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し、3つの疾患について前年度比で新規患者を減少させることを各年度の目標とする。

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、重症化による入院医療費の伸びを抑えることとし、長期的な目標を同規模と比較し、前年度比で1人当たり医療費の伸びを抑えることとします。

##### ②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

また、本町はレセプトと健診データの突合資料からも糖尿病及び高血圧の未治療・中断が高い状況にあることが分かっており、高血圧Ⅰ度以上の者及び糖尿病型の者における未治療・中断割合を前年度より減少させることを目標とする。

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し、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4章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

【図表 27】

	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	48%	50%	53%	55%	58%	60%
特定保健指導実施率	50%	53%	55%	58%	60%	60%

### 3. 対象者の見込み

【図表 28】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1,001	965	942	923	888	838
	受診者数	481	483	500	536	515	503
特定保健指導	対象者数	61	59	57	56	54	51
	受診者数	31	32	32	33	33	31

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ① 集団健診(熊本県総合保健センター)
- ② 人間ドック(小国公立病院・日赤熊本健康管理センター)

#### (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、集団健診（熊本県総合保健センター）人間ドック（小国公立病院・日赤熊本健康管理センター）とする。しかし、今後計画期間中に実施機関の追加もありえる。

#### (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

集団健診については、夏期（7 月）と秋期（11 月）に分けて実施し、人間ドックは 6 月から翌年 2 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

毎年 4 月初めに全世帯対象とした集団健診と人間ドックの申込書とパンフレットを発送。その後、申込のあった方に受診券を発行。

- ① 郵便による直送または窓口での手渡し
- ② 広報や C A T V などによる周知
- ③ 未受診者に対する受診勧奨（電話、訪問）

### 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、対象者へ通知し、対象者の希望により委託先（熊本県総合保健センター、日赤熊本健康管理センター）と市町村保健師の直接実施とで分けて実施する。

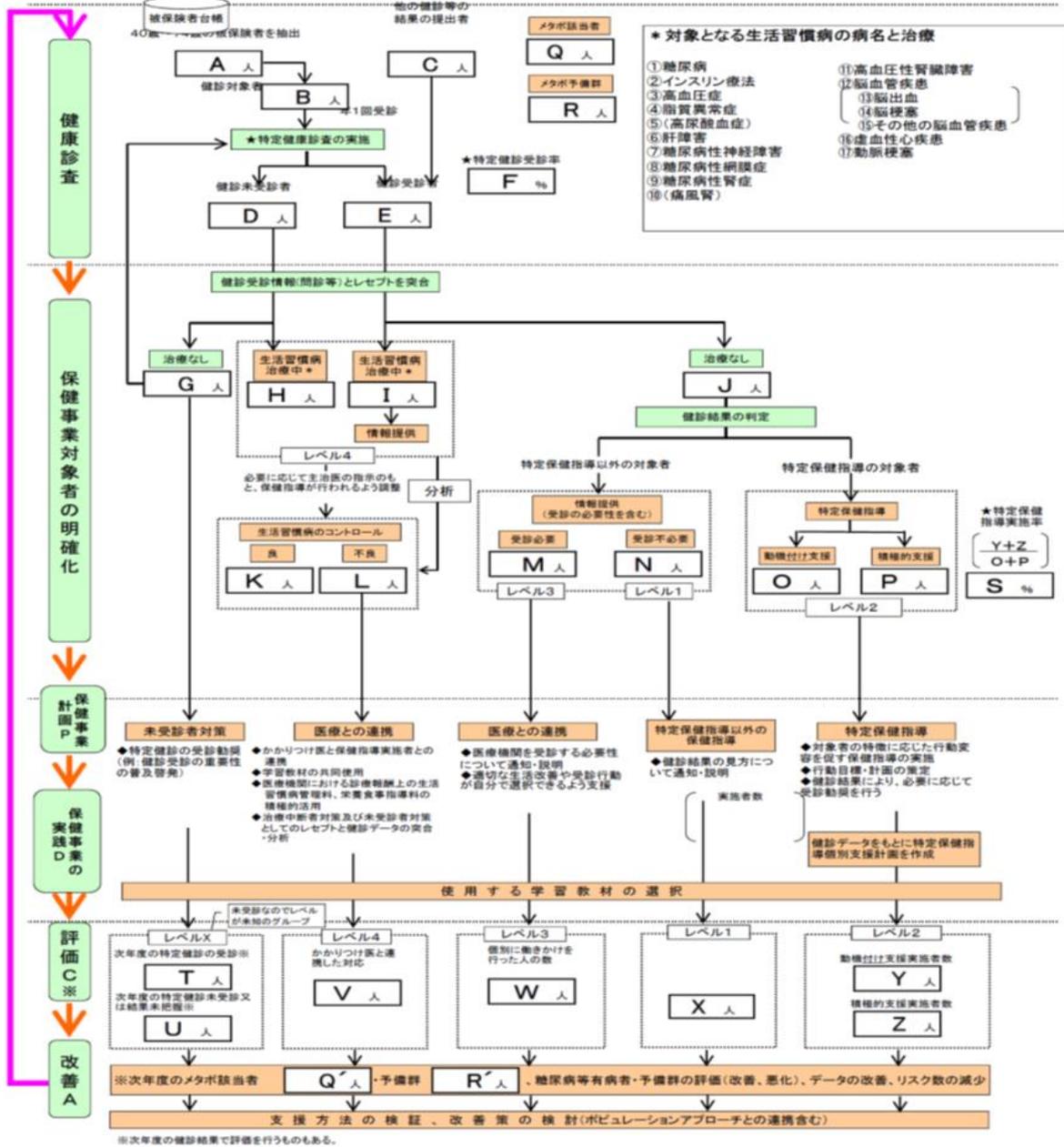
#### (1)健診から保健指導実施の流れ

「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 29）

【図表 29】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



(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 30）

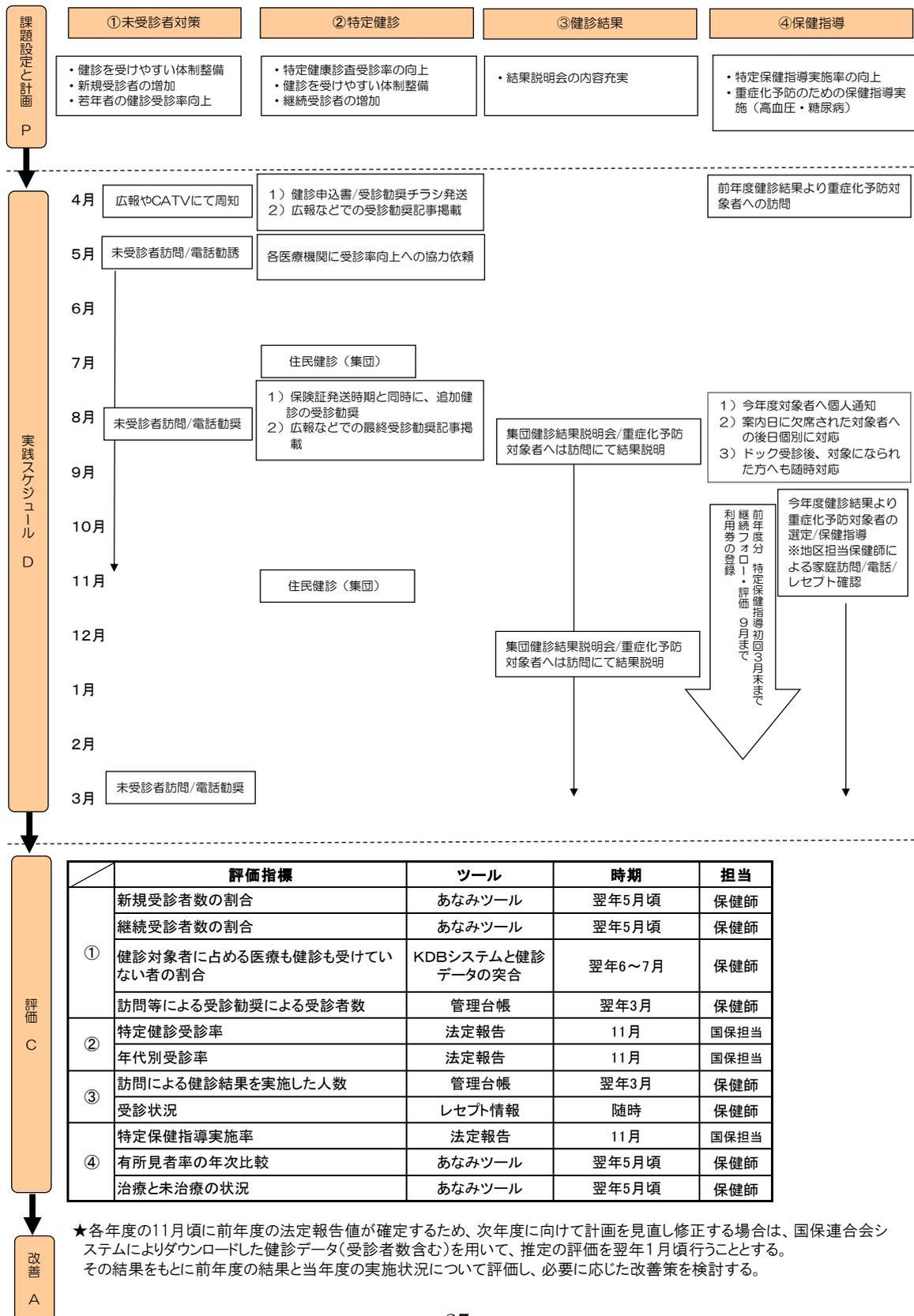
【図表 30】

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	61人 (12.6%)	50% (H30)
					55% (H32)
					60% (H35)
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	102人 (21.2%)	HbA1c6.1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)	520人 ※受診率目標達 成までにあと 81人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	125人 (26%)	50%
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	199人 (41.3%)	50%

(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PDC 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 30)

【図表 31】

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(計画・実践・評価)



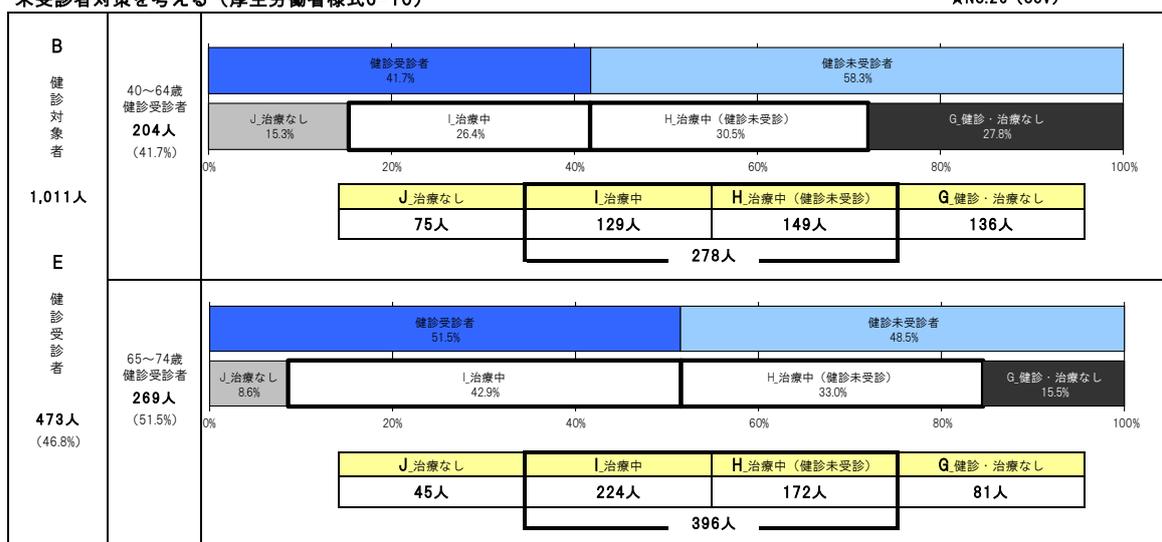
## 6. 未受診者対策

「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が27.8%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。

まずは、健診の受診勧奨を徹底することが重要であるため、訪問/電話/文書/広報・CATVなどの方法により特定健診の受診勧奨を実施する。

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

★NO.26 (CSV)



### (1) 対象者

- 優先順位 1 健診も医療も受けていない「G」に該当する40～64歳
- 優先順位 2 健診も医療も受けていない「G」に該当する65～74歳
- 優先順位 3 過去3年間健診未受診者

### (2) 実施体制

- 優先順位 1 保健師等の専門職が自宅等を訪問する訪問勧奨又は、専門職が電話により受診の案内等を行う電話勧奨
- 優先順位 2 保健師等の専門職が自宅等を訪問する訪問勧奨又は、専門職・事務職が電話により受診の案内等を行う電話勧奨
- 優先順位 3 健診受診のお知らせ等文書を発送することによる文書勧奨

継続受診率向上や優先順位に該当しない未受診者対策として、広報誌やCATV、ホームページ等を利用した広報活動を通して啓発を行い、特定健診受診の必要性を周知する。

また、健診未受診者の中には生活習慣病治療中の人が多いため、かかりつけ医と連携し、医療機関からの受診勧奨や特定健診の必須項目を充足した検査データの提供により、受診率の向上を図る。

## 7. 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、次の期の計画策定を円滑に行うための総合評価を実施する。

### (2) 評価方法・体制

評価にあたっては、KDBシステムやレセプトデータ・健診データを活用し、実施主体（町民課）の専門職と事務職が相互連携して行う。

また、実施事業については、年度毎に評価を行うものとし、各年度終了後に行う実施主体における評価のほか、国保運営協議会や関係部署とで構成する連携会議にて、評価内容に関する報告及び意見交換を行うものとする。

	評価指標	ツール	時期	担当
①	新規受診者数の割合	あなみツール	翌年5月頃	保健師
	継続受診者数の割合	あなみツール	翌年5月頃	保健師
	健診対象者に占める医療も健診も受けていない者の割合	KDBシステムと健診データの突合	翌年6～7月	保健師
	訪問等による受診勧奨による受診者数	管理台帳	翌年3月	保健師
②	特定健診受診率	法定報告	11月	国保担当
	年代別受診率	法定報告	11月	国保担当
③	訪問による健診結果を実施した人数	管理台帳	翌年3月	保健師
	受診状況	レセプト情報	随時	保健師
④	特定保健指導実施率	法定報告	11月	国保担当
	有所見者率の年次比較	あなみツール	翌年5月頃	保健師
	治療と未治療の状況	あなみツール	翌年5月頃	保健師

## 8. 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小国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。

## 9. 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。

## 10. 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、南小国町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第5章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

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 保健事業の実施体制

データヘルス計画に掲げる保健事業の実施は、国保・後期高齢者医療部門、保健部門を所轄する町民課を実施主体とし、関係部署と連携して実施するものとする。

保健事業を確実かつ効果的に実施するため、予算等を含め事業の運営状況を定期的に管理するため、実施主体の町民課を中心に、関係部署との連携会議を年に6回開催する。

### III 健康課題に対応した保健事業

本町における健康課題

- 健康課題① 短期的目標である糖尿病や高血圧症等において適切な治療へつながっていない方が多く存在する。
- 健康課題② 特定健診受診率が低く、自身の健康状態への気付きの機会を逃している人が多い。
- 健康課題③ 非肥満者における糖尿病の可能性が高い方が多く存在する。

以上の特性を踏まえ、(1)生活習慣病の重症化予防に関する取り組み、(2)特定健診・特定保健指導に関する取り組みに大別する。

また、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。

### (1) 生活習慣病の重症化予防に関する取り組み

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、生活習慣病の重症化予防の取り組みを行う。

本町は、人工透析に係る医療費も増加しており、糖尿病の未治療割合が高いことから糖尿病性腎症を優先的に取り組むこととし、特に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、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。また、虚血性心疾患や脳血管疾患においても高額な医療費と時間を有するため、同様に重症化予防に取り組む。

## 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）及び熊本県糖尿病性腎症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 31 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 31】

## 【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(複数的手段で)		○		□
25		対象者決定		○		□
26		介入開始(初回面接)		○		□
27		継続的支援		○		□
28		カンファレンス、安全管理		○		□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○		□
30	記録、実施件数把握			○	□	
31	C 評 価 報 告	3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36	A 改 善	改善点の検討		○		□
37		マニュアル修正		○		□
38		次年度計画策定		○		□

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては熊本県プログラムに準じ、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

(最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者)

③糖尿病治療中者

(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できない者や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR等により腎症と診断された者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32)

【図表 32】

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

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

南小国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できる。(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 33)

南小国町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 69 人(14.5%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 148 人中のうち、特定健診受診者が 51 人(34.5%・G)であったが、2 人(4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 97 人(65.9%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 33 人中 6 人は治療中断であることが分かった。また、27 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である。

## ③ 介入方法と優先順位

図表 33 より南小国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)・・・18 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・8 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)・・・49 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

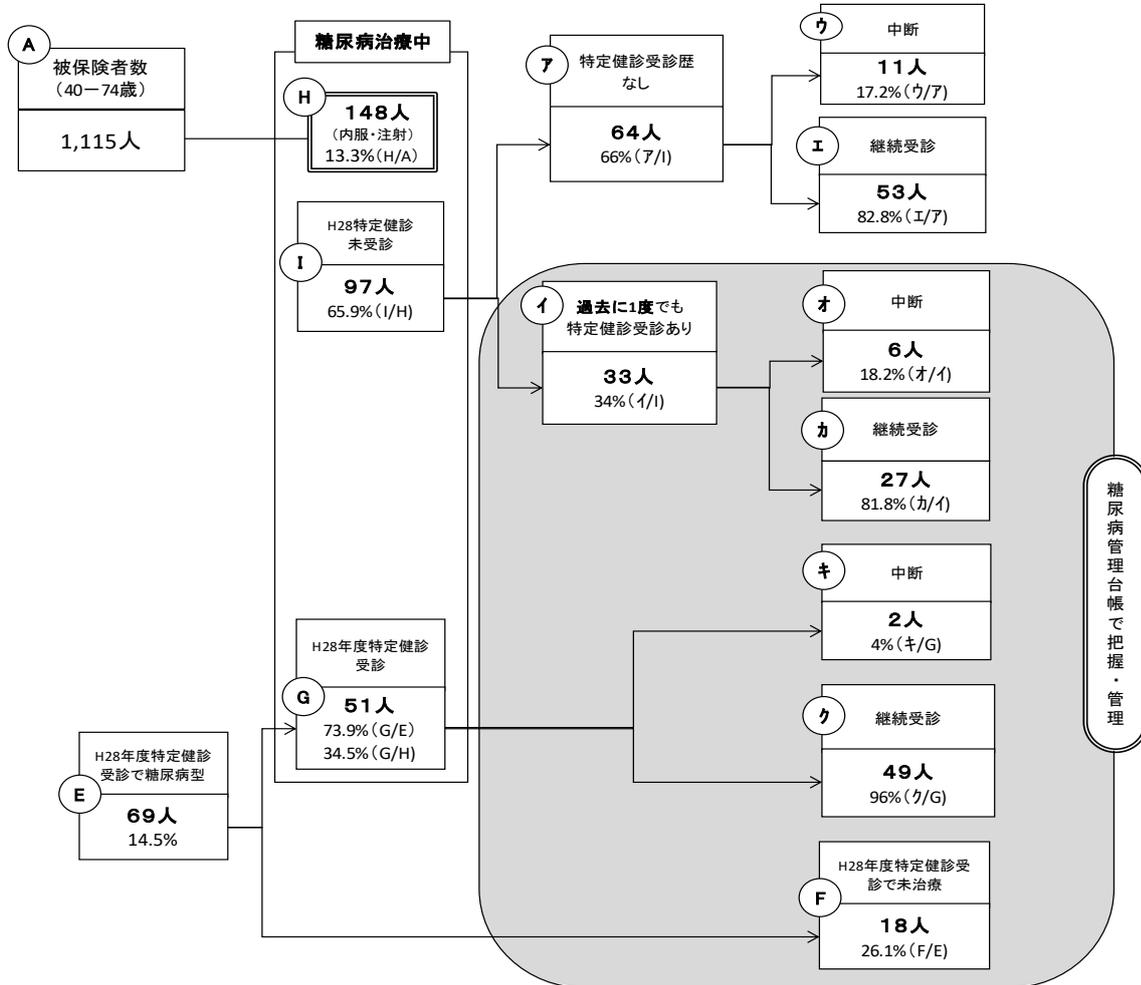
#### 【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・27 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 33】

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、特定健診担当者が作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

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

\*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\*HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\*当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

- 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

- ・ 特定健診の間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）・・・・・・・・●人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・・・●人

※参考 H28 年度健診結果より

	①	②
赤馬場地区	3	1
満願寺地区	9	0
中原地区	7	0

## 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。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 34）

【図表 34】

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
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>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</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ヘモグロビンA1cとは</li> <li>糖尿病の治療の進め方</li> <li>健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>HbA1cと体重の変化</li> <li>HbA1cとGFRの変化</li> <li>糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすずみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>○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 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>③血糖コントロール状況を見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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞けど？</p> <p>{ 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？ }</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地域の医療機関と協議し、糖尿病連携手帳等を活用する。

## (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熊本県プログラムに準じ行っていく。

## 6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、福祉課（介護保険部局）や地域包括支援センター等と連携していく。

## 7) 評価

評価にあたっては、KDB システムやレセプトデータ・健診データを活用する。

また、実施事業については、年度毎に評価を行うものとし、実施主体（町民課）において評価内容に関する報告及び意見交換を行い、次年度の計画の見直し・修正を行っていく。

また、中長期的な費用体効果の観点からの評価を行う必要があるため、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。

	評価指数	ツール	時期	担当
アウトプット	対象者数、そのうち個別で働きかけた人数	糖尿病管理台帳	翌年4月	保健師
	かかりつけ医等と連携した数	糖尿病管理台帳	翌年4月	保健師
アウトカム	糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数	あなみツール	翌年5月頃	保健師
	新規人口透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移	KDBシステム	翌年6～7月頃	保健師
	人口透析に係る医療費の推移	KDBシステム	翌年6～7月頃	保健師
	医療機関未受診者の割合	糖尿病管理台帳 レセプトデータ	翌年5月頃	事務職
	治療中断者(糖尿病及び糖尿病性腎症)の割合	糖尿病管理台帳 レセプトデータ	翌年5月頃	事務職

## 8) 実施期間及びスケジュール

5月 前年度の評価資料の作成（アウトプット）

8月～ 特定健診結果が届き次第、対象者の抽出（概数の試算）糖尿病管理台帳への記載。台帳記載後順次、上記に示した介入方法と優先順位に沿って保健指導を実施。

9月 前年度の評価資料の作成（アウトカム）  
前年度の評価について、連携会議開催。

## 生活習慣病重症化予防（血圧・血糖・脂質）

### 1) 対象者の明確化

対象者の選定にあたっては、特定健診のデータに基づき抽出すべき対象者を、40～74歳の国民健康保険被保険者で特定健診の結果が以下の基準値のいずれかを満たす者とする。

【図表】

区 分	項 目	基 準 値
優先度 1	HbA1c	9.4%以上で未治療
	空腹時血糖	300mg/dl 以上
	中性脂肪	800mg/dl 以上
	LDL コレステロール	250mg/dl 以上
	心電図所見	あり（心房細動 治療なし）
優先度 2	Ⅱ度以上高血圧	160/100mmHg 以上
	HbA1c	6.5%以上（治療中は 7.0%以上）
	LDL コレステロール	180mg/dl 以上
	中性脂肪	300mg/dl 以上
	eGFR	50 未満（70 歳以上は 40 未満）
	尿蛋白	2+以上
	心電図所見	あり（心房細動 治療あり）

### 介入方法と優先順位

図表 より南小国町においての介入方法を以下の通りとする。

【受診勧奨】 介入方法として戸別訪問、個別面談で対応

・ 緊急度高グループ・・・優先度 1

【保健指導】 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・ 重症化するリスクの高いグループ・・・優先度 2

・ 医療機関と連携した保健指導

### 2) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は、重症化予防管理台帳（参考資料 ）及び年次計画（参考資料 ）で行い、特定健診担当者が作成し管理していく。また、地区担当の保健師が個人ファイルを作成し、担当地区が変わっても引き継ぎなどがスムーズにできるよう、1表を中心に情

報を整理・管理する。

### 3) 保健指導の実施

#### ア 保健指導

保健指導にあたっては、対象者の生活実態を把握しながら、自ら気付き行動へ移せることを目的としにそれぞれの対象者に応じた指導を行うとともに、保健指導教材を活用するなど工夫します。

#### イ 医療との連携

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、地域の医療機関の受診の対象者については、かかりつけ医へ「表などを通しての情報提供や直接相談に行くなどの連携体制を整える。

### 4) 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、福祉課（介護保険部局）や地域包括支援センター等と連携していく。

### 5) 評価

評価にあたっては、KDB システムやレセプトデータ・健診データを活用する。

また、実施事業については、年度毎に評価を行うものとし、実施主体（町民課）において評価内容に関する報告及び意見交換を行い、次年度の計画の見直し・修正を行っていく。

中長期的な費用体効果の観点からも評価を行う必要があるため、データヘルス計画の中長期目標の評価指標・評価時期に沿って評価を行っていく。

	評価指数	ツール	時期	担当
アウトプット	対象者数、そのうち個別で働きかけた人数	重症化予防管理台帳	翌年4月	保健師
	かかりつけ医等と連携した数	重症化予防管理台帳	翌年4月	保健師
アウトカム	<実施事業の評価> 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数	あなみツール	翌年6～7月頃	保健師
	<中長期的評価> ・レセプトに占める入院のわり合い ・脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合 ・新規脳血管疾患患者数 ・虚血性心疾患患者数 ・高額80万以上のレセプト 脳血管疾患患者数 ・ " 虚血性心疾患患者数	KDBシステム あなみツール	翌年6～7月頃	保健師

## 6) 実施期間及びスケジュール

- 5月 前年度の評価資料の作成（アウトプット）
- 8月～ 特定健診結果が届き次第、対象者の抽出及び重症化予防管理台帳への記載。  
台帳記載後順次、上記に示した介入方法と優先順位に沿って、保健指導を実施。
- 9月 前年度の評価資料の作成（アウトカム）  
前年度の評価について、連携会議開催。

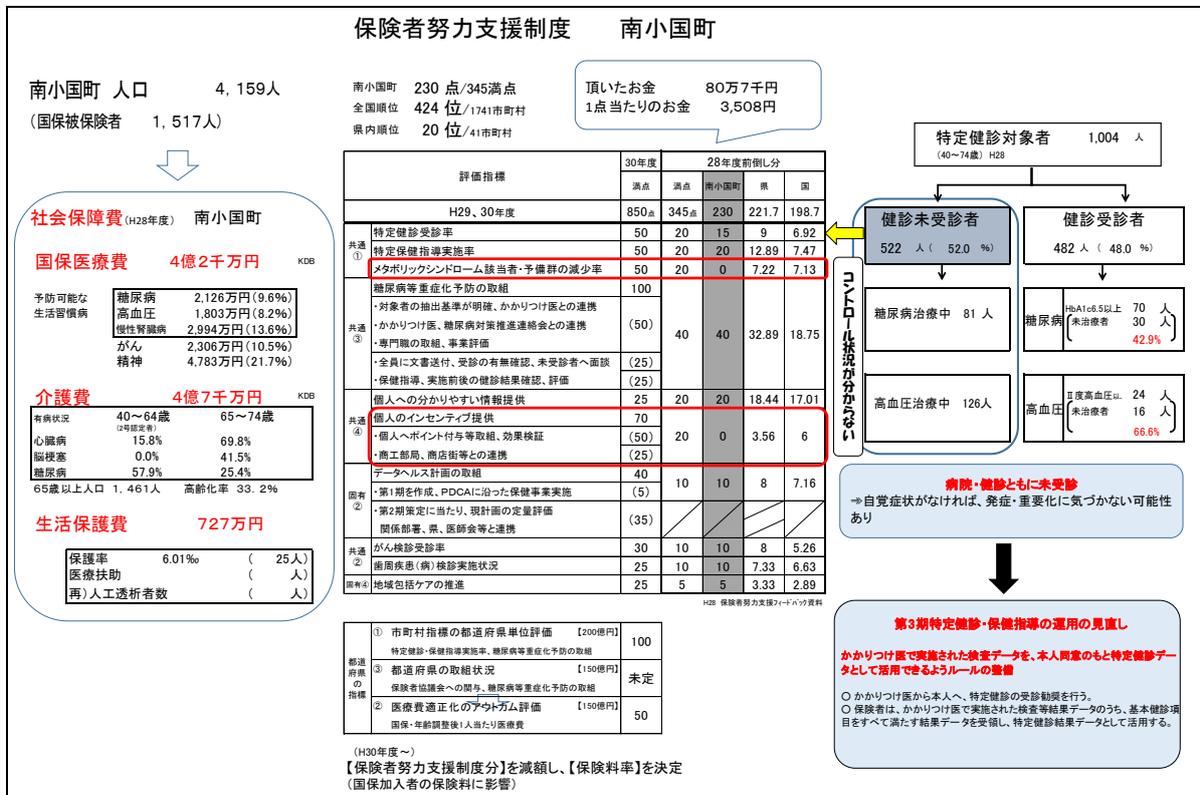
## (2) 特定健診・特定保健指導に関する取り組み

詳細な内容については「第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法務義務）」において、第3期特定健診・特定保健指導実施計画として具体的取組内容を示しており、内容については第4章に準ずるものとする。

## Ⅳ 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、健診結果説明会での配布や、すこやか国保発送に同封するなどして町民へ周知していく。（図表 45）

【図表 45】

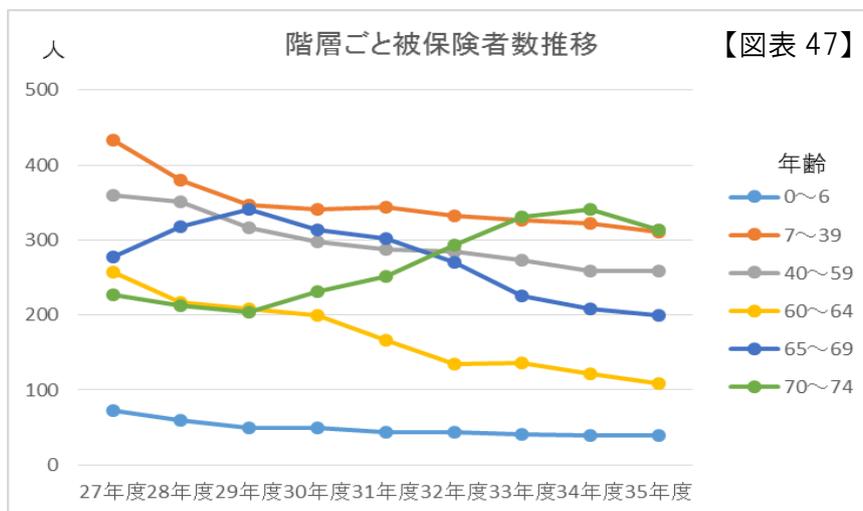


## 6章 地域包括ケアに係る取組

「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 5 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。

国保では被保険者のうち、平成 35 年度にかけて 70～74 歳以上の高齢者の割合が高くなる見込みであり、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 47)



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。

南小国町として、小国郷医療福祉あんしんネットワークのメンバーとして参加しており、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作りや情報共有、また、地域ケア会議に参加し国保の実態の情報提供を行うことで、地域包括ケアの構築を推進し、地域で元気に暮らしていく町民を増やしていく。(参考資料 10)

## 第7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。

評価に当たっては、KDBシステムやレセプトデータを活用し、実施主体（町民課）の専門職と事務職が相互連携して行う。

また、実施事業については、年度毎に評価を行うものとし、各年度終了後に行う実施主体における評価のほか、9月に町民課（国保・衛生・後期）・福祉課・税務課などの関係部署とで構成する連携会議（9月開催）や国保運営協議会において、評価内容に関する報告及び意見交換を行うものとする。

加えて、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会を活用し、評価委員からの助言・指導を受けるものとする。

#### ※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> <li>・ 保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・ KDB活用環境の確保</li> </ul>
プロセス （保健事業の実施過程）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健指導等の手順・教材はそろっているか</li> <li>・ 必要なデータは入手できているか。</li> <li>・ スケジュールどおり行われているか。</li> </ul>
アウトプット （保健事業の実施量）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・ 計画した保健事業を実施したか。</li> <li>・ 保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム （成果）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> </ul>

## 第8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小国町の位置
- 参考資料 2 [市町村一覧] 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 [市町村一覧] 高血圧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 4 南小国町の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 5 糖尿病管理台帳
- 参考資料 6 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 7 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 8
- 参考資料 9
- 参考資料 10 データヘルス計画の目標管理一覧表
- 参考資料 11 生活習慣病有病状況（熊本）
- 参考資料 11 第 1 期データヘルス計画評価シート

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたA市の位置

項目	南小国町				同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
	平成25年度		平成28年度		実数	割合	平成28年度		実数	割合			
	実数	割合	実数	割合			実数	割合					
1 構成	① 人口構成	総人口	4,396				712,964	1,794,477	124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 データからみる地域の健康課題		
		65歳以上(高齢化率)	1,461	33.2			250,396	35.1	46,226.0	26		29,020,766.0	23.2
		75歳以上	881	20.0					25,351.0	14		1,398,986.0	11.2
		65~74歳	580	13.2					20,874.0	12		1,503,902.0	12.0
② 産業構成	第1次産業	23.0				22.7	10.5	4.2			KDB_NO.3		
	第2次産業	14.6				21.7	21.2	25.2			健康・医療・介護		
	第3次産業	62.4				55.6	68.4	70.6			データからみる地域の健康課題		
③ 平均寿命	男性	80.5				79.4	80.3	79.6			KDB_NO.1 地域全体の把握		
	女性	86.8				86.5	87.0	86.4					
④ 健康寿命	男性	66.0				65.1	65.3	65.2			KDB_NO.1 地域全体の把握		
	女性	66.9				66.7	66.7	66.8					
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)	99.4	98.9			102.6	94.7	100		KDB_NO.1 地域全体の把握		
		男性	94.0	118.0			98.2	92.8	100				
		女性											
		がん	22	42.3	11	27.5							
		心臓病	6	11.5	14	35.0							
		脳疾患	15	28.8	11	27.5							
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	12	14.6	6	7.32					厚労省HP 人口動態調査		
		男性	6	15	4	13.33							
		女性	6	14.2	2	3.85							
		新規認定者	8	0.3	7	0.3							
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	356	24.1	334	23.6	49,932	20.0	108,753	23.3	5,882,340	21.2	
		新規認定者	8	0.3	7	0.3	781	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
	② 有病状況	糖尿病	81	22.9	71	20.1	10,568	20.4	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	210	62.3	209	62.1	28,302	55.0	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	73	20.6	86	23.2	14,020	27.1	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	231	67.2	219	66.3	31,852	62.1	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	78	23.9	67	20.8	13,312	26.3	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
		がん	39	11.7	42	12.1	4,845	9.3	12,180	10.7	629,053	10.1	
		筋・骨格	210	58.6	207	60.9	28,251	55.0	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
	精神	136	39.9	125	37.7	19,059	36.9	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)	59,884		59,463		73,702		61,022		58,349			
	居宅サービス	37,957		38,429		39,646		40,033		39,683			
	施設サービス	270,162		257,700		273,946		291,281		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	12,471		8,380		8,522		8,532		7,980			
	認定あり/認定なし	3,771		4,147		4,226		3,919		3,822			
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	1,684		1,486		198,796		472,293		32,446,129		
		65~74歳	479	28.4	547	36.8			182,280	38.6	12,421,239	38.3	
		40~64歳	678	40.3	535	36.0			163,984	34.7	10,944,546	33.7	
		39歳以下	527	31.3	404	27.2			126,029	26.7	9,080,344	28.0	
	加入率	38.3		33.6		28.1		26.3		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	214	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	3	1.8	3	2.0	621	3.1	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	2.0	35,190	74.5	1,524,378	46.8	
		医師数	1	0.6	2	1.4	541	2.7	5,156	10.9	299,792	9.2	
	③ 医療費の状況	外来患者数	590.0		571.4		652.4		727.4		668.3		
入院患者数		22.9		25.5		23.7		25.6		18.2			
一人当たり医療費		23,430		23,224		26,819		27,978		24,253			
受診率		612,838		596,935		676,093		752,943		686,501			
外費用の割合		50.7		53.0		55.3		55.7		60.1			
来件数の割合		96.3		95.7		96.5		96.6		97.4			
入院費用の割合		49.3		47.0		44.7		44.3		39.9			
入院件数の割合		3.7		4.3		3.5		3.4		2.6			
1件あたり在院日数		18.6日		17.0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	28,504,330	11.6	23,066,280	10.0	24.1		20.5		25.6		
	慢性腎不全(透析あり)	30,484,930	12.5	29,949,040	13.6	7.9		12.4		9.7			
	糖尿病	29,031,800	11.9	21,264,900	9.6	10.1		9.6		9.7			
	高血圧症	29,825,830	12.2	18,030,480	8.2	9.4		8.4		8.6			
	精神	45,718,590	18.7	47,835,680	21.7	18.6		22.4		16.9			
	筋・骨格	39,317,340	16.1	55,596,100	25.2	16.4		15.1		15.2			
4 医療	⑤ 費用額(1件あたり)	糖尿病	517,212	18位(15)	420,864	45位(12)						KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		高血圧	618,188	3位(17)	521,913	19位(13)							
		脂質異常症	514,676	11位(13)	443,487	37位(8)							
		脳血管疾患	553,702	28位(23)	397,022	45位(14)							
	⑥ 県内順位(上位総数47)	心疾患	1,037,609	1位(12)	536,668	30位(16)						KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		腎不全	576,926	35位(22)	545,405	34位(15)							
		精神	397,974	28位(25)	379,362	42位(24)							
		悪性新生物	590,752	14位(16)	473,739	46位(10)							
		糖尿病	36,027	13位	41,643	5位							
		高血圧	27,804	28位	29,875	20位							
⑦ 健診の有無別一人当たり点数	脂質異常症	28,050	10位	28,132	9位						KDB_NO.1 地域全体の把握		
	脳血管疾患	35,065	22位	34,560	22位								
	心疾患	46,526	14位	44,137	21位								
	腎不全	157,986	39位	227,964	8位								
	精神	23,742	42位	26,960	35位								
	悪性新生物	43,206	33位	38,224	44位								
⑧ 健診・レセ突合	健診対象者一人当たり	3,445		4,733		2,810		2,197		2,065			
	健診未受診者一人当たり	8,002		8,610		12,706		12,505		12,683			
	生活習慣病対象者一人当たり	10,215		8,688		7,804		5,853		5,940			
	健診未受診者一人当たり	23,729		27,367		35,289		33,311		36,479			
⑨ 受診勧奨者	医療機関受診率	248	48.2	231	49.0	28,823	51.3	54,091	51.1	3,799,744	51.6		
	医療機関非受診率	27	5.2	15	3.2	2,956	5.3	4,209	4.0	316,786	4.3		

4	医療	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	がん	28,504,330	11.6	23,066,280	10 ↓	24.1	20.5	25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
			慢性腎不全（透析あり）	30,484,930	12.5	29,949,040	13.6 ↑	7.9	12.4	9.7							
			糖尿病	29,031,800	11.9	21,264,900	9.6 ↓	10.1	9.6	9.7							
			高血圧症	29,825,830	12.2	18,030,480	8.2 ↓	9.4	8.4	8.6							
			精神	45,718,590	18.7	47,835,680	21.7 ↑	18.6	22.4	16.9							
最大医療費請求 名（調対含む）	筋・骨格	39,317,340	16.1	55,596,100	25.2 ↑	16.4	15.1	15.2									
5	医療	⑤	費用額 （1件あたり）	入院 県内順位 順位総数47	糖尿病	517,212	18位	(15)	420,864	45位 ↓	(12)	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
					高血圧	618,188	3位	(17)	521,913	19位 ↓	(13)						
					脂質異常症	514,676	11位	(13)	443,487	37位 ↓	(8)						
					脳血管疾患	553,702	28位	(23)	397,022	45位 ↓	(14)						
					心疾患	1,037,609	1位	(12)	536,668	30位 ↓	(16)						
					腎不全	576,926	35位	(22)	545,405	34位 ↓	(15)						
					精神	397,974	28位	(25)	379,362	42位 ↓	(24)						
					悪性新生物	590,752	14位	(16)	473,739	46位 ↓	(10)						
					外来 入院の（ ）内 は在院日数	糖尿病	36,027	13位	41,643	5位 ↓							
					高血圧	27,804	28位	29,875	20位 ↓								
脂質異常症	28,050	10位	28,132	9位 ↓													
脳血管疾患	35,065	22位	34,560	22位 ↓													
心疾患	46,526	14位	44,137	21位 ↓													
腎不全	157,986	39位	227,964	8位 ↓													
精神	23,742	42位	26,960	35位 ↓													
悪性新生物	43,206	33位	38,224	44位 ↓													
6	医療	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	3,445	2,733	↓	2,810	2,197	2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				健診未受診者	8,002	8,610	↑	12,706	12,505	12,683							
				生活習慣病対象者 一人当たり	10,215	8,688	↓	7,804	5,853	5,940							
7	医療	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	275	53.4	246	52.2 ↓	31,779	56.5	58,300	55.1	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				医療機関受診率	248	48.2	231	49 ↓	28,823	51.3	54,091	51.1	3,799,744	51.6			
				医療機関非受診率	27	5.2	15	3.2 ↓	2,956	5.3	4,209	4.0	316,786	4.3			
5	健診	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数47	健診受診者	515	471 ↓	56,224	105,835	7,362,845	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データの健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握						
					受診率	47.1	県内15位 同規模114位	46.8	県内20位 同規模109位	39.7		32.9	全県31位	34.0			
					特定保健指導終了者（実施率）	23	39.7	26	46.4 ↑	498		6.6	1,502	11.7	35,557	4.1	
					非肥満高血糖	29	5.6	43	9.1 ↑	5,467		9.7	9,475	9.0	687,157	9.3	
					メタボ	該当者	71	13.8	78	16.6 ↑		10,599	18.9	17,830	16.8	1,272,714	17.3
						男性	53	22.3	61	27.7 ↑		7,361	27.9	12,471	26.8	875,805	27.5
						女性	18	6.5	17	6.8 ↑		3,238	10.8	5,659	9.0	396,909	9.5
					予備群	男性	61	11.8	40	8.5 ↓		6,633	11.8	11,959	11.3	790,096	10.7
						女性	41	17.2	32	14.5 ↓		4,566	17.3	8,067	17.3	548,609	17.2
					メタボ 該当・ 予備 群レベ ル	男性	20	7.2	8	3.2 ↓		2,067	6.9	3,892	6.6	241,487	5.8
						女性	155	30.1	129	27.4 ↓		19,372	34.5	33,760	31.9	2,320,533	31.5
					BMI	男性	107	45.0	100	45.5 ↓		13,388	50.8	23,100	49.6	1,597,371	50.1
						女性	48	17.3	29	11.6 ↓		5,984	20.0	10,660	18.0	723,162	17.3
					血糖のみ	男性	15	2.9	19	4 ↑		3,615	6.4	4,462	4.2	346,181	4.7
						女性	1	0.4	4	1.8 ↑		629	2.4	686	1.5	55,460	1.7
					血糖のみ	男性	14	5.1	15	6 ↑		2,986	10.0	3,766	6.4	290,721	7.0
						女性	5	1.0	5	1.1 ↑		464	0.8	778	0.7	48,685	0.7
					血圧のみ	男性	40	7.8	23	4.9 ↓		4,606	8.2	7,559	8.1	546,667	7.4
						女性	16	3.1	12	2.5 ↓		1,563	2.8	2,622	2.5	194,744	2.6
脂質のみ	男性	19	3.7	18	3.8 ↓	1,913	3.4	3,408	3.2	196,978	2.7						
	女性	2	0.4	7	1.5 ↑	596	1.1	931	0.9	69,975	1.0						
血糖・血圧	男性	32	6.2	28	5.9 ↓	4,826	8.6	8,270	7.8	619,684	8.4						
	女性	18	3.5	25	5.3 ↑	3,264	5.8	5,221	4.9	386,077	5.2						
血糖・脂質	男性	148	28.7	144	30.6 ↑	20,411	36.4	35,687	33.7	2,479,216	33.7						
	女性	37	7.2	39	8.3 ↑	5,000	8.9	7,801	7.4	551,051	7.5						
脂質異常症	男性	92	17.9	86	18.3 ↑	12,656	22.6	22,403	21.2	1,739,148	23.6						
	女性	14	2.7	10	2.1 ↓	1,721	3.1	2,961	2.8	230,777	3.3						
脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	男性	20	3.9	21	4.5 ↑	2,998	5.5	5,431	5.2	391,296	5.5						
	女性	2	0.4	1	0.2 ↓	335	0.6	424	0.4	37,041	0.5						
心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	男性	74	14.4	64	13.6 ↓	4,296	8.1	10,937	10.5	710,650	10.1						
	女性	80	15.5	65	13.8 ↓	9,314	16.6	14,059	13.3	1,048,171	14.2						
喫煙	男性	33	6.4	24	5.1 ↓	3,727	7.5	7,942	8.4	540,374	8.5						
	女性	90	17.5	77	16.3 ↓	6,739	13.5	10,908	11.3	743,581	11.8						
週3回以上朝食を抜く	男性	47	9.1	56	11.9 ↑	8,014	16.0	14,230	14.8	983,474	15.4						
	女性	138	26.8	113	24 ↓	13,924	27.9	25,168	26.2	1,636,988	25.9						
週3回以上食後間食	男性	168	32.6	169	35.9 ↑	17,050	33.9	32,732	33.2	2,047,756	32.1						
	女性	331	64.3	304	64.5 ↑	34,200	67.6	60,327	61.2	3,761,302	58.7						
週3回以上就寝前夕食	男性	196	38.1	215	45.6 ↑	24,869	49.6	48,491	50.4	2,991,854	46.9						
	女性	131	25.4	120	25.5 ↑	12,204	24.3	24,197	25.2	1,584,002	25.0						
食べる速度が遅い	男性	90	17.5	90	19.1 ↑	14,071	27.0	25,476	25.0	1,760,104	25.6						
	女性	137	26.6	136	28.9 ↑	11,710	22.5	24,261	23.8	1,514,321	22.0						
20歳時体重から10kg以上増加	男性	345	70.7	307	67.5 ↓	19,633	56.3	57,013	69.5	3,118,433	64.1						
	女性	52	10.7	54	11.9 ↑	9,756	28.0	15,909	19.4	1,158,318	23.8						
1日1時間以上運動なし	男性	57	11.7	56	12.3 ↑	3,922	11.3	6,248	7.6	452,785	9.3						
	女性	34	7.0	38	8.4 ↑	1,539	4.4	2,851	3.5	132,608	2.7						
1日1時間以上運動なし	男性	345	70.7	307	67.5 ↓	19,633	56.3	57,013	69.5	3,118,433	64.1						
	女性	52	10.7	54	11.9 ↑	9,756	28.0	15,909	19.4	1,158,318	23.8						
睡眠不足	男性	57	11.7	56	12.3 ↑	3,922	11.3	6,248	7.6	452,785	9.3						
	女性	34	7.0	38	8.4 ↑	1,539	4.4	2,851	3.5	132,608	2.7						
毎日飲酒	男性	137	26.6	136	28.9 ↑	11,710	22.5	24,261	23.8	1,514,321	22.0						
	女性	345	70.7	307	67.5 ↓	19,633	56.3	57,013	69.5	3,118,433	64.1						
時々飲酒	男性	52	10.7	54	11.9 ↑	9,756	28.0	15,909	19.4	1,158,318	23.8						
	女性	57	11.7	56	12.3 ↑	3,922	11.3	6,248	7.6	452,785	9.3						
1日1時間以上運動なし	男性	34	7.0	38	8.4 ↑	1,539	4.4	2,851	3.5	132,608	2.7						
	女性	345	70.7	307	67.5 ↓	19,633	56.3	57,013	69.5	3,118,433	64.1						



【参考資料3】

保健 指導 者 名	A		B		C		E		F		H		I		G		その他のJ/K				O		P		Q					
	検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果		検査 結果			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
南米根	352,827	31.2059	109,943	35.233%	28,138	25.59%	15,685	55.74%	103,878	29.44%	66,925	64.43%	3,411	3.28%	12,993	12.51%	55,550	53.48%	14,435	13.90%	15,313	14.74%	1,850	1.78%						
柳町	5,784	5.150	2,070	40.2%	590	28.5%	366	62.0%	1,606	27.8%	1,070	66.6%	536	33.4%	506	31.5%	57	3.5%	193	12.0%	862	53.7%	220	13.7%	251	15.6%	19	1.2%		
小野町	2,046	1,849	862	46.6%	238	27.6%	147	61.8%	512	25.0%	247	48.2%	265	51.8%	160	31.3%	9	1.8%	69	13.5%	234	45.7%	53	10.4%	88	17.2%	8	1.6%		
西郷村	1,425	1,205	610	50.6%	92	60.1%	92	60.1%	439	30.8%	235	53.5%	204	46.5%	164	38.3%	6	1.4%	57	13.0%	229	52.2%	43	9.8%	43	9.8%	4	0.9%		
幸田町	1,819	1,576	750	47.6%	222	29.6%	132	59.5%	580	31.9%	298	51.4%	282	46.5%	164	28.3%	16	2.8%	70	12.1%	284	49.0%	56	9.7%	49	8.4%	14	2.4%		
南小野町	1,115	1,004	482	48.0%	113	23.4%	67	59.3%	275	24.7%	126	45.8%	149	54.2%	84	30.5%	8	2.9%	42	15.3%	134	48.7%	31	11.5%	39	14.2%	5	1.8%		
南町	2,150	1,821	876	48.1%	295	31.7%	172	58.3%	717	33.3%	401	55.9%	316	44.1%	244	34.0%	11	1.5%	62	11.4%	416	58.0%	109	15.2%	105	14.6%	12	1.7%		
西郷市	11,204	9,811	3,318	33.8%	876	26.4%	510	58.2%	3,516	31.4%	2,425	69.0%	1,091	31.0%	1,164	33.1%	110	3.1%	367	10.4%	1,945	55.3%	467	13.3%	561	16.0%	40	1.1%		
宇土市	7,361	6,580	2,266	34.4%	476	21.0%	276	58.0%	2,074	28.2%	1,340	64.6%	734	35.0%	81	3.9%	242	11.7%	1,171	56.5%	267	12.9%	291	14.0%	45	2.2%				
知池市	10,419	9,123	2,923	32.0%	748	25.6%	431	57.6%	2,912	27.9%	2,091	71.8%	821	28.2%	1,085	37.3%	117	4.0%	331	11.4%	1,463	50.2%	461	15.8%	487	16.7%	67	2.3%		
大野町	4,809	4,230	1,639	38.7%	453	27.6%	261	57.6%	1,411	29.3%	886	62.8%	525	37.2%	460	32.6%	49	3.5%	203	14.4%	779	55.2%	394	11.4%	247	17.5%	17	1.2%		
山形市	11,964	10,615	4,523	42.6%	1,147	25.4%	657	57.3%	3,463	28.9%	1,938	56.0%	1,525	44.0%	1,211	35.0%	85	2.5%	387	11.2%	1,829	52.8%	394	11.4%	490	14.1%	58	1.7%		
陸奥市	126,527	111,790	30,458	27.2%	7,069	23.2%	4,044	57.2%	33,337	26.3%	23,920	71.8%	9,417	28.2%	12,018	36.1%	1,041	3.1%	3,909	11.7%	17,856	53.0%	4,833	14.5%	5,433	16.3%	726	2.2%		
天童市	20,699	18,289	6,877	37.6%	1,486	21.6%	845	56.9%	6,716	32.4%	4,298	64.0%	2,418	36.0%	2,275	33.9%	265	3.9%	1,015	15.1%	3,333	49.0%	864	12.9%	944	14.1%	136	2.0%		
奥州町	2,505	2,212	1,226	55.4%	416	33.9%	235	56.5%	788	31.5%	342	43.4%	446	56.6%	275	34.9%	27	3.4%	101	12.8%	443	56.2%	95	12.1%	97	12.3%	9	1.1%		
上天童市	6,967	6,186	1,805	29.2%	545	30.2%	307	56.3%	2,136	30.7%	1,576	73.8%	560	26.2%	763	35.7%	77	3.6%	318	14.9%	1,181	55.3%	320	15.0%	319	14.9%	39	1.8%		
玉名市	14,267	12,713	4,599	36.2%	1,259	27.4%	706	56.1%	4,502	31.6%	2,927	65.0%	1,575	35.0%	1,558	34.6%	168	3.7%	517	11.5%	2,419	53.7%	766	17.0%	667	14.8%	70	1.6%		
志保町	9,487	8,336	2,571	30.8%	607	23.6%	340	56.0%	2,529	26.7%	1,761	69.6%	768	30.4%	903	35.7%	82	3.2%	250	9.9%	1,316	52.0%	434	17.2%	429	17.0%	55	2.2%		
甲子町	2,520	2,206	1,021	46.3%	218	21.4%	122	56.0%	772	30.6%	395	51.2%	377	48.8%	301	39.0%	23	3.0%	111	14.4%	455	58.9%	116	15.0%	102	13.2%	7	0.9%		
八代市	3,069	2,678	1,114	41.6%	512	46.0%	283	55.3%	923	30.1%	510	55.3%	413	44.7%	260	28.2%	32	3.5%	108	11.7%	489	53.0%	189	20.5%	122	13.2%	15	1.6%		
南阿蘇村	6,893	6,056	2,442	40.3%	550	22.5%	304	55.2%	2,275	33.0%	1,371	60.3%	904	39.7%	842	37.0%	42	1.8%	358	15.7%	1,253	55.1%	273	12.0%	234	10.3%	26	1.1%		
入吉市	2,388	2,120	1,375	64.9%	440	32.0%	243	55.2%	708	29.6%	214	30.2%	494	69.8%	250	35.3%	23	3.2%	74	10.5%	357	50.4%	134	18.9%	90	12.7%	8	1.1%		
宇津市	13,157	11,801	4,274	36.2%	1,436	33.6%	789	54.9%	3,911	29.7%	2,461	62.9%	1,450	37.1%	1,406	35.9%	164	4.2%	546	14.0%	2,155	55.1%	448	11.5%	535	13.7%	66	1.7%		
菟野町	6,415	5,676	1,845	32.5%	528	28.6%	289	54.7%	1,770	27.6%	1,142	64.5%	628	35.5%	536	30.3%	45	2.5%	221	12.5%	1,126	63.6%	194	11.0%	201	11.4%	17	1.0%		
高森町	1,754	1,555	806	51.8%	204	25.3%	111	54.4%	570	32.5%	279	48.9%	291	51.1%	151	26.5%	24	4.2%	61	10.7%	265	46.9%	97	17.0%	99	17.4%	5	0.9%		
水原町	5,786	4,996	1,591	31.8%	466	29.3%	251	53.9%	1,604	27.5%	1,044	72.5%	609	27.5%	810	36.6%	81	3.7%	301	13.6%	1,348	60.9%	519	23.5%	598	27.0%	39	1.8%		
朝陽町	3,900	3,405	1,615	47.4%	454	28.1%	243	53.5%	1,409	25.9%	399	39.5%	610	60.5%	367	36.4%	49	4.9%	110	10.9%	487	48.3%	131	13.0%	131	13.0%	19	1.9%		
多良木町	2,420	2,174	1,294	59.5%	331	25.6%	177	53.5%	802	33.1%	295	36.8%	507	63.2%	256	31.9%	16	2.0%	101	12.6%	355	44.3%	122	15.2%	79	9.9%	10	1.2%		
五里町	1,232	1,100	644	58.5%	214	33.2%	114	53.3%	351	28.5%	137	39.0%	214	61.0%	144	41.0%	15	4.3%	27	7.7%	161	45.9%	63	17.9%	53	15.1%	5	1.4%		
阿蘇市	5,331	5,257	2,453	46.7%	524	21.4%	275	52.5%	1,918	32.3%	1,070	55.8%	848	44.2%	767	40.0%	56	2.9%	296	15.4%	1,127	58.8%	313	16.3%	237	12.4%	33	1.7%		
五木村	249	216	173	80.1%	25	14.5%	13	52.0%	105	42.2%	28	26.7%	77	73.3%	30	28.6%	7	6.7%	14	13.3%	51	48.6%	16	15.2%	17	16.2%	1	1.0%		
あま町	3,544	3,204	1,881	58.7%	356	18.9%	185	52.0%	1,268	35.8%	544	42.9%	724	57.1%	447	35.3%	20	1.6%	187	14.7%	654	51.6%	166	13.1%	107	8.4%	19	1.5%		
酒井町	978	850	434	51.1%	99	22.8%	51	51.5%	341	34.9%	164	48.1%	177	51.9%	100	29.3%	7	2.1%	46	13.5%	176	51.6%	48	14.1%	30	8.8%	2	0.6%		
芦北町	4,334	3,765	1,388	36.9%	360	25.9%	185	51.4%	1,717	39.6%	1,244	72.5%	473	27.5%	610	35.5%	48	2.8%	230	13.4%	922	53.7%	229	13.3%	266	15.5%	25	1.5%		
山形町	4,451	3,965	2,378	60.0%	591	24.9%	300	50.8%	1,425	32.0%	891	62.5%	442	31.0%	24	1.7%	167	11.7%	650	45.6%	130	9.1%	148	10.4%	15	1.1%				
長瀬町	3,411	3,043	1,244	40.9%	368	29.6%	185	50.3%	1,146	33.6%	693	60.5%	453	39.5%	229	25.5%	151	13.2%	654	57.1%	195	17.0%	191	16.7%	15	1.3%				
野町	2,210	1,963	1,251	63.7%	331	26.5%	165	49.8%	782	35.4%	288	36.8%	494	63.2%	264	33.8%	23	2.9%	85	10.9%	378	48.3%	94	12.0%	67	8.6%	15	1.9%		
湯野町	1,140	1,020	413	40.5%	158	36.3%	78	49.4%	481	42.2%	311	64.7%	170	35.3%	153	31.8%	15	3.1%	80	16.6%	283	58.8%	98	20.4%	129	26.8%	6	1.2%		
米田町	3,354	3,033	1,526	50.3%	341	22.3%	167	49.0%	1,198	34.5%	589	50.9%	569	49.1%	375	32.4%	71	6.1%	145	12.5%	641	56.0%	98	8.5%	32	10.4%	14	1.4%		
山形村	744	650	469	72.2%	125	26.7%	59	47.2%	293	39.4%	79	27.0%	214	73.0%	96	32.8%	3	1.0%	39	13.3%	164	56.0%	38	10.9%	27	9.2%	6	2.0%		
磯崎村	878	770	459	59.6%	137	29.8%	63	46.0%	367	41.8%	143	39.0%	224	61.0%	127	34.6%	6	1.6%	36	9.8%	194	52.9%	41	11.2%	51	13.9%	7	1.9%		
高島町	1,545	1,34																												



【参考資料 5】

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

【参考資料 6】

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												
<p>糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人</p> <p>④健診未受診者 ( )人</p> <p>結果把握(内訳)</p> <table border="1"> <tr><td>①国保(生保)</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず</td><td>( )人</td></tr> </table> <p>①-1. 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>		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	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険</p> <p>○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>○健診データを本人から ○レセプトの確認協力</p> <p>2.レセプトの確認</p> <p>○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <p>●合併症 ●脳・心疾患—手術 ●人工透析 ●がん</p> <p>3.会いに行く</p> <p>○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</p> <p>4. 結果から動く</p> <p>○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</p>		
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													
結果把握	<p>⑥結果把握 ( )人</p> <p>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 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②尿蛋白 ( )人</p> <p>(-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人 ----- 栄養士中心</p> <p>③eGFR値の変化</p> <p>1年で25%以上低下 ( )人 ----- 腎専門医 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人</p>													
保健指導の優先づけ														

【参考資料 7】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 8

都道府県 熊本県

市町村名

南小国町

項目	突合表	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245					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 被保険者数	A	1,554人						KDB_厚生労働省様式様式3-2				
	② (再掲)40-74歳	A	1,115人										
2	① 対象者数	B	1,004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 受診者数	C	477人										
	③ 受診率	C	--										
3	① 特定保健指導 対象者数		56人										
	② 実施率		46.4%										
4	健診データ	① 糖尿病型	E	69人	14.5%					特定健診結果			
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	29人	42.0%								
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	40人	58.0%								
		④	コントロール不良 HbA1c10以上または空腹時血糖130以上	J	21人	52.5%							
				⑤	血圧 130/80以上	J	7人	33.3%					
						⑥	肥満 BMI25以上	J	6人		28.6%		
		⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	19人	47.5%							
		⑧	第1期	尿蛋白(-)	M	54人	78.3%						
		⑨				第2期	尿蛋白(±)	8人	11.6%				
		⑩				第3期	尿蛋白(+)以上	4人	5.8%				
		⑪				第4期	eGFR30未満	3人	4.3%				
5	レセプト	① 糖尿病受診率(被保険者対)		79.2人						KDB_厚生労働省様式様式3-2			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		108.5人									
		③	レセプト件数 (40-74歳) (内は被保険者対)	入院外(件数)	754件 (700.1)				472件 (757.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
					入院(件数)	3件 (2.8)					4件 (5.9)		
		④	糖尿病治療中	H	123人	7.9%				KDB_厚生労働省様式様式3-2			
		⑤	(再掲)40-74歳	健診未受診者	I	81人	66.9%						
		⑥				インスリン治療	O	18人	14.6%				
		⑦	(再掲)40-74歳	O	18人	14.9%							
		⑧	糖尿病性腎症	(再掲)40-74歳	L	9人	7.3%						
		⑨				9人	7.4%						
		⑩	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	(再掲)40-74歳		2人	1.63%						
		⑪				2人	1.65%						
		⑫	新規透析患者数	(再掲)40-74歳		1							
		⑬				1							
		⑭	【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)	(再掲)40-74歳		4人	2.3%						
		⑮				4人	2.3%						
6	医療費	① 総医療費		4億2274万円				2億6643万円	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	2億2045万円				1億5157万円					
		③	(総医療費に占める割合)	52.1%				56.9%					
		④	生活習慣病 対象者 1人あたり	健診受診者	8,688円					7,804円			
				健診未受診者	27,367円					35,289円			
		⑤	糖尿病医療費	2126万円				1525万円					
		⑥	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.6%				10.1%					
		⑦	糖尿病入院外総医療費	1件あたり	6838万円								
					41,643円								
					2736万円								
		⑧	糖尿病入院総医療費	1件あたり	420,864円								
					12日								
		⑨	慢性腎不全医療費	透析有り	3056万円					1315万円			
		⑩			2995万円					1198万円			
		⑪			61万円					116万円			
⑫	慢性腎不全医療費	透析なし	61万円				116万円						
			61万円				116万円						
7	介護	① 介護給付費	4億7731万円				3億1478万円						
		② (2号認定者)糖尿病合併症	1件	100.0%									
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	2人	2.6%			0人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				

【参考資料 8】

重症化予防管理台帳 【対象者抽出基準】 ★HbA1c6.5%以上(治療中は7%以上) ★eGFR50未満(70歳以上は40未満) ★尿蛋白2+以上 ★Ⅱ度以上高血圧(160/100mmHg以上) ★LDL 180mg/dl以上 ★中性脂肪 300mg/dl以上 ★心電図所見(心房細動所見あり)

番号	地区	個人番号	氏名	性別	H	年度末年齢	診療開始日 / 合併症の有無	項目	H26	H27	H28	H29	訪問記録	受診状況	担当	備考	
1							糖尿病	糖	尿蛋白								
							高血圧	糖	HbA1c								
								糖	eGFR								
								血圧	尿蛋白								
								血圧	HbA1c								
								血圧	eGFR								
							虚血性心疾患	血圧	尿蛋白								
							脳血管疾患	血圧	HbA1c								
								血圧	eGFR								
								脂質	中性脂肪								
	脂質	LDL															
	心電図	治療															
	心電図	心房細動															
2							糖尿病	糖	尿蛋白								
							高血圧	糖	HbA1c								
								糖	eGFR								
								血圧	尿蛋白								
								血圧	HbA1c								
								血圧	eGFR								
							虚血性心疾患	血圧	尿蛋白								
							脳血管疾患	血圧	HbA1c								
								血圧	eGFR								
								脂質	中性脂肪								
	脂質	LDL															
	心電図	治療															
	心電図	心房細動															

【参考資料 9】

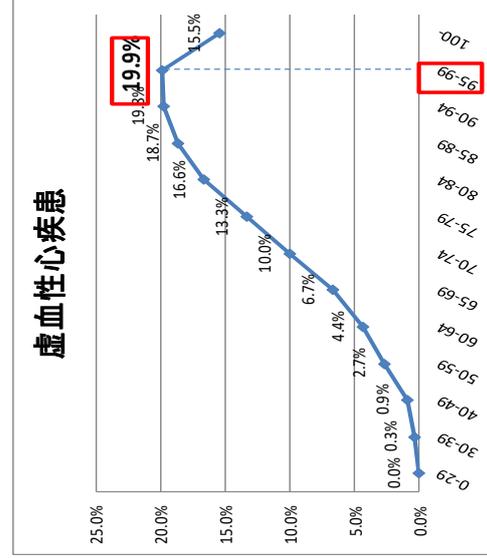
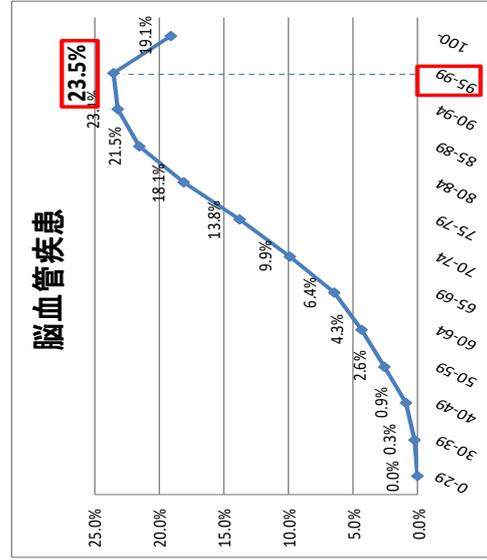
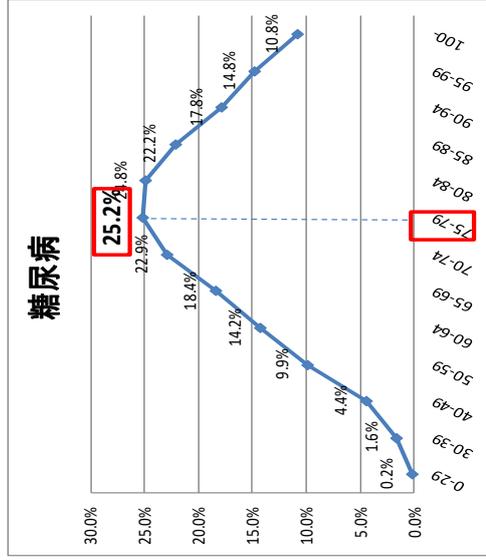
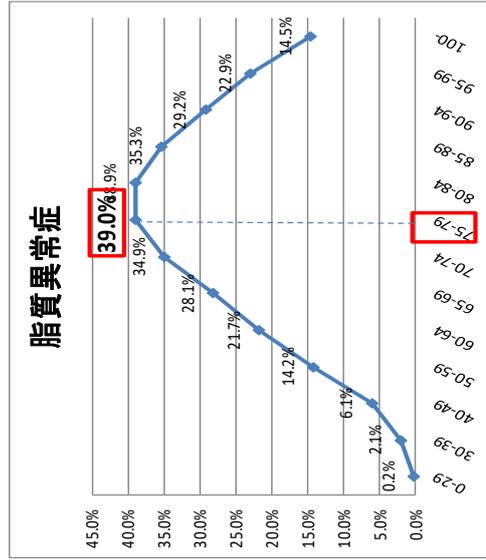
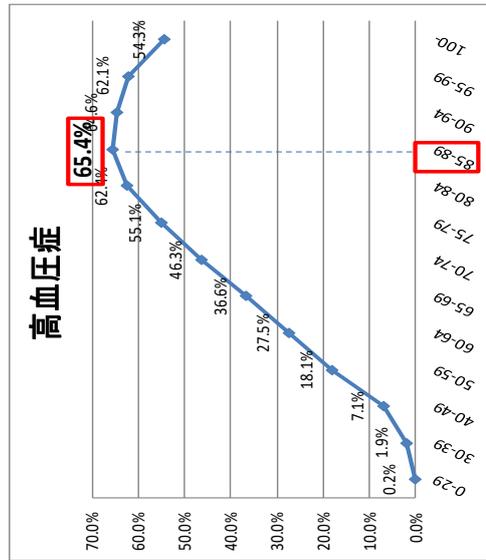
重症化予防保健活動の年次計画 H 年度 担当者： 担当地区：

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		
重症化予防対象者の全数 人		1. 資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因		社会保険からの異動 ○健診データを本人から見せてもらう ○レセプトの確認協力		
結果把握	血糖	HbA1c 8.0%以上 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 ★脳や心疾患の手術の発生がないか同時に確認	I表を中心として随時、かかりつけ 医との情報交換、相談		
		6.5%以上 人				
		空腹時血糖 300mg/dl 以上 人				
	血圧	Ⅱ度以上(160/100mmHg)			人	
		脂質			中性脂肪 800mg/dl 以上 人	
						300mg/dl 以上 人
						LDL 250mg/dl 以上 人
					180mg/dl 以上 人	
	腎機能	eGFR50 未満(70歳以上は40未満) 人			3. 会いに行く ○未治療・受診動機レベルの場合 →受診勧奨 ○治療中の場合 →服薬・治療状況(採血/尿)の確認	栄養士との連携
		尿蛋白 2+以上 人				
心電図	心房細動所見あり(治療なし) 人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスクの確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導				
	(治療あり) 人					
保健指導の優先付け	項目	基準値				
	優先度 1	HbA1c	8.0%以上で未治療			
		空腹時血糖	300mg/dl 以上			
		中性脂肪	800mg/dl 以上			
		LDL	250mg/dl 以上			
		心電図所見	あり(心房細動 治療なし)			
	優先度 2	Ⅱ度以上高血圧	160/100mmHg 以上			
		HbA1c	6.5%以上(治療中は7.0%以上)			
		LDL	180mg/dl 以上			
		中性脂肪	300mg/dl 以上			
eGFR		50 未満(70歳以上は40未満)				
尿蛋白		2+以上				
	心電図所見	あり(心房細動 治療あり)				



# 生活習慣病有病状況(熊本県)

平成29年5月診療分 (KDBシステム平成29年7月作成)



【参考資料 11】

