

第2期 愛南町保健事業実施計画 (データヘルス計画)



平成30年3月

愛南町 国民健康保険

目 次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
5. 保険者努力支援制度	6
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	7
2. 第2期計画における健康課題の明確化	13
3. 目標の設定	18
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	19
1. 第3期特定健診等実施計画について	19
2. 目標値の設定	19
3. 対象者の見込み	19
4. 特定健診の実施	19
5. 特定保健指導の実施	21
6. 個人情報の保護	24
7. 結果の報告	24
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	24
第4章 保健事業の内容	25
I 保健事業の方向性	25
II 重症化予防の取組	25

1. 糖尿病性腎症重症化予防	25
2. 虚血性心疾患重症化予防	34
3. 脳血管疾患重症化予防	38
Ⅲ ポピュレーションアプローチ	44

第5章 地域包括ケアに係る取組	45
-----------------	----

第6章 計画の評価・見直し	47
---------------	----

1. 評価の時期	47
2. 評価方法・体制	47

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
------------------------	----

1. 計画の公表・周知	48
2. 個人情報の取扱い	48

参考資料	49
------	----

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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

愛南町においては、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が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

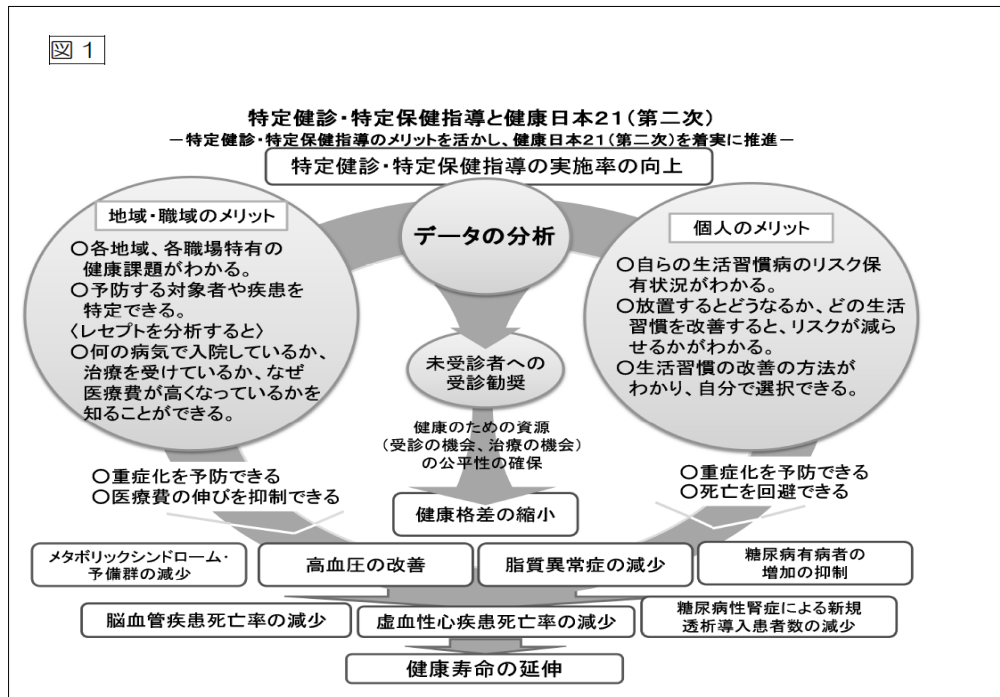
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

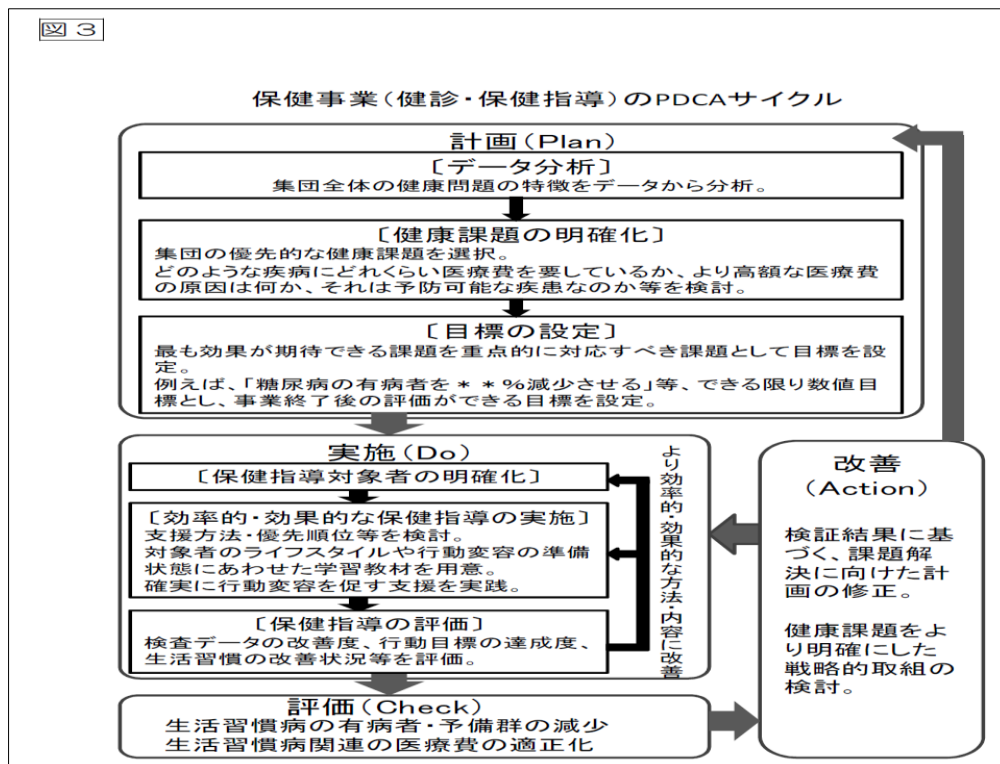
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28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指針(一部改正)	厚生労働省 老健局 平成28年3月 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 健康局 平成28年2月 医療費適正化に関する指針(全般改正)について(基本指針)【全般改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とし、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活機能の維持・向上を図る。生活習慣の改善及び社会環境の整備に積極的に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患の発症予防や重症化を防止することができ、さらに重症化や合併症の発症を防止し、入浴意欲を減らすことができない結果、日常生活の質の維持および向上を図る。重症化の予防を促進することが可能となる。特定健康診査は、慢性疾患等の発症予防や重症化を防止することによって、データヘルス計画の一環として、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするのを、法的に推進するために行うのである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目標とする。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは被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た日常生活を営むことができるように支援することや、重症化防止または支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の防止もしくは重症化の防止を意味している。	国民生活機能と結びつけていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療と結果的に確保する医療の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割のない医療の提供を抑制し、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若年期 、 高齢期)に対応して	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える若年(若年)世代、小児期からの生活習慣づき	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん がん末期 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 特定期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓・小脳変性症、脊髄神経症等 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、非多系統臓器症 後縦靭帯断裂症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※5.2.5項目中、特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症)による年齢別発生率(人口年齢別) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑧特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑩特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑪特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑫特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑬特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑭特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑮特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑯特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑰特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑱特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑲特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑳特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉑特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉒特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉓特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉔特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉕特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉖特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉗特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉘特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉙特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉚特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉛特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉜特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉝特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉞特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉟特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊱特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊲特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊳特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊴特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊵特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊶特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊷特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊸特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊹特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊺特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊻特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊼特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊽特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊾特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊿特定健康診査・特定保健指導の実施率	①特定健康診査受診率 ②特定健康診査指導実施率	健診・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(特定健診の結果も参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導受診率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有無者・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 外支 ②一人あたり外支医療費の地域差の縮減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④特定健康診査・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5.5疾病・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		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度別)】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度別)】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度別)】を減額し、保険料率決定	保険者協議会(市町村・国保連合会)を通じて、保険者との連携	保険者協議会(市町村・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、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点からも、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

愛南町においては、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。特に保健福祉課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（高齢者支援課）、保健衛生部局（保健福祉課）、企画部局（企画財政課）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。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道

府県との連携に努める。

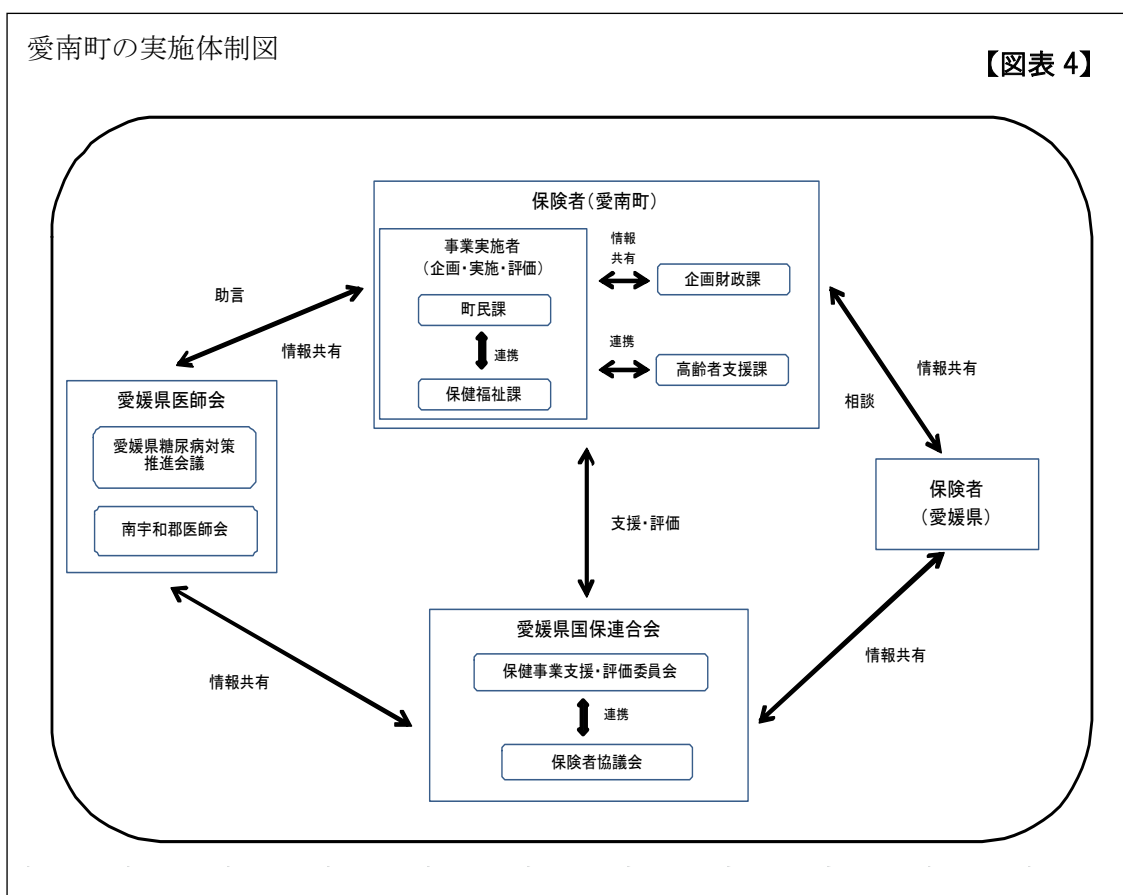
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、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。



5. 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表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)		365			
総得点(体制構築加点点含む)		198			
全国順位(1,741市町村中)		879			
共通①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通③	糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有②	データヘルス計画の策定	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人への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	11			35
	後発医薬品の使用割合	10			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	20			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有④	地域包括ケア推進の取組の実施状況	5			25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	7			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康

課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、65歳以上の高齢化率が38.9%と高く、同規模平均・国・県より高い割合となっている。国民健康保険加入率でも65～74歳の前期高齢者の割合が増加している。早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合も増加しており、死因別に見るとがん・心臓病の死亡割合が増加している。糖尿病による死亡割合は減少しているが、同規模平均・国・県と比較すると高い状況である。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率は若干減少しているものの県全体では高い割合となっている。また、認定率の減少に伴い介護給付費も減少している。

医療費の状況では、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用の割合が増加していることから、重症化して入院する状態になる前に受診に繋がっている可能性も推測される。

特定健診の状況では、男性のメタボリックシンドロームが増加し、同規模平均・国・県と比較しても高い状況がみられる。また、メタボ該当・予備群対象者で血糖・血圧・脂質の3項目全てに所見のある割合も増えており、重症化の危険性も高いと言える。

今後も予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努める必要がある。（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）

介護給付費の変化については、平成28年度の介護給付費、1件当たり給付費は減少し、居宅サービス、施設サービスともに減少している。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	愛南町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	28億4,736万円	66,306	40,733	284,069	65,293	41,599	283,210
H28年度	27億6,973万円	62,938	39,438	276,361	62,877	40,725	277,662

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化については、平成 28 年度の総医療費全体は被保険者数の減少もあり、減ってはいるものの一人当たり医療費全体は増加している。一人当たりの医療費のうち、入院外医療費は伸び率で見ても増加しているが、入院医療費は同規模と比較すると抑制できている。

医療費の変化

【図表 7】

愛南町

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	
			愛南町	同規模			愛南町	同規模			愛南町	同規模
1. 総医療費 【円】	平成25年度	2,677,431,040			1,164,874,160				1,512,556,880			
	平成28年度	2,462,464,010	-214,967,030	-8.03	-6.59	1,002,217,850	-162,656,310	-13.96	-6.73	1,460,246,160	-52,310,720	-3.46
2. 一人当たり医療費 【円】	平成25年度	25,136			10,940				14,200			
	平成28年度	25,914	778	3.10	8.52	10,550	-390	-3.56	7.96	15,370	1,170	8.24

※KDBの一人当たり医療費は、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）

中長期・短期目標疾患医療費は平成 25 年度と比較して減少していた。疾患別にみると虚血性心疾患、脂質異常症に係る医療費の割合は減少しているものの、慢性腎不全(透析有)、糖尿病、新生物に係る割合は増加している。

国・愛媛県と比較してみても、愛南町は慢性腎不全（透析有）、糖尿病、新生物の割合が高くなっていた。

【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(平成25年度と平成28年度との比較)

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
					同規模	県内										慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)
H25	愛南町	2,677,431,040	25,136	50位	18位	6.39%	0.27%	2.50%	2.85%	6.10%	6.61%	3.31%	750,288,000	28.02%	12.57%	12.22%	8.79%
		2,462,464,010	25,914	75位	18位	7.66%	0.25%	1.94%	2.27%	6.24%	4.65%	2.78%	635,056,740	25.79%	15.87%	9.87%	9.19%
H28	愛媛県	124,305,820,820	26,749	--	--	5.70%	0.40%	3.13%	2.63%	5.34%	5.89%	2.99%	32,417,933,850	26.08%	12.44%	11.10%	9.47%
		国	9,715,899,908,610	22,383	--	--	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,480,578,622,250	25.53%	12.54%	9.39%

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源(調剤含む)」とは、レポートに記載された病名のうち最も費用を要した病名

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみられる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な目標における疾患では、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析全てにおいて、該当者の割合が増えている。64 歳以下では特に虚血性心疾患の割合が高くなっており、若い年代からの発症予防が必要である。

また、短期的な目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の疾患においても割合が増えている現状であり、重症化予防が必要であるとともに早期アプローチによる改善策が課題である。

【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					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8940	428	4.79	77	18.0	17	4.0	311	72.7	170	39.7	276	64.5
	64歳以下	5902	144	2.44	20	13.9	8	5.6	100	69.4	68	47.2	97	67.4
	65歳以上	3038	284	9.35	57	20.1	9	3.2	211	74.3	102	35.9	179	63.0
H28	全体	8048	434	5.39	68	15.7	15	3.5	317	73.0	168	38.7	295	68.0
	64歳以下	4578	120	2.62	12	10.0	9	7.5	81	67.5	44	36.7	78	65.0
	65歳以上	3470	314	9.05	56	17.8	6	1.9	236	75.2	124	39.5	217	69.1

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8940	313	3.50	77	24.6	10	3.2	236	75.4	106	33.9	162	51.8
	64歳以下	5902	99	1.68	20	20.2	5	5.1	69	69.7	40	40.4	50	50.5
	65歳以上	3038	214	7.04	57	26.6	5	2.3	167	78.0	66	30.8	112	52.3
H28	全体	8048	326	4.05	68	20.9	9	2.8	252	77.3	122	37.4	182	55.8
	64歳以下	4578	68	1.49	12	17.6	6	8.8	50	73.5	34	50.0	44	64.7
	65歳以上	3470	258	7.44	56	21.7	3	1.2	202	78.3	88	34.1	138	53.5

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8940	31	0.35	10	32.3	17	54.8	30	96.8	19	61.3	16	51.6
	64歳以下	5902	19	0.32	5	26.3	8	42.1	18	94.7	7	36.8	9	47.4
	65歳以上	3038	12	0.39	5	41.7	9	75.0	12	100.0	12	100.0	7	58.3
H28	全体	8048	30	0.37	9	30.0	15	50.0	29	96.7	19	63.3	18	60.0
	64歳以下	4578	17	0.37	6	35.3	9	52.9	17	100.0	10	58.8	11	64.7
	65歳以上	3470	13	0.37	3	23.1	6	46.2	12	92.3	9	69.2	7	53.8

(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)

短期的な目標における疾患のうち、糖尿病においてはインスリン療法の割合は減少しているが、糖尿病性腎症の割合は増加している。また、人工透析の割合は減少しているものの、64歳以下の割合は増加しているため、早期に腎症を発見し重症化を予防していく必要がある。

糖尿病、高血圧、脂質異常症全てにおいて、該当者の割合は増加しており、早期の受診に繋げ治療が継続できるような支援が必要である。

【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						
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		被保険者数	人数	割合	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	8940	803	8.98	81	10.1	520	64.8	516	64.3	170	21.2	106	13.2	19	2.4	68	8.5
	64歳以下	5902	362	6.13	45	12.4	216	59.7	241	66.6	68	18.8	40	11.0	7	1.9	32	8.8
	65歳以上	3038	441	14.52	36	8.2	304	68.9	275	62.4	102	23.1	66	15.0	12	2.7	36	8.2
H28	全体	8048	824	10.24	72	8.7	570	69.2	558	67.7	168	20.4	122	14.8	19	2.3	74	9.0
	64歳以下	4578	270	5.90	32	11.9	172	63.7	175	64.8	44	16.3	34	12.6	10	3.7	28	10.4
	65歳以上	3470	554	15.97	40	7.2	398	71.8	383	69.1	124	22.4	88	15.9	9	1.6	46	8.3

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8940	1664	18.61	520	31.3	885	53.2	311	18.7	236	14.2	30	1.8
	64歳以下	5902	630	10.67	216	34.3	349	55.4	100	15.9	69	11.0	18	2.9
	65歳以上	3038	1034	34.04	304	29.4	536	51.8	211	20.4	167	16.2	12	1.2
H28	全体	8048	1667	20.71	570	34.2	940	56.4	317	19.0	252	15.1	29	1.7
	64歳以下	4578	508	11.10	172	33.9	284	55.9	81	15.9	50	9.8	17	3.3
	65歳以上	3470	1159	33.40	398	34.3	656	56.6	236	20.4	202	17.4	12	1.0

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	8940	1351	15.11	516	38.2	885	65.5	276	20.4	162	12.0	16	1.2
	64歳以下	5902	583	9.88	241	41.3	349	59.9	97	16.6	50	8.6	9	1.5
	65歳以上	3038	768	25.28	275	35.8	536	69.8	179	23.3	112	14.6	7	0.9
H28	全体	8048	1398	17.37	558	39.9	940	67.2	295	21.1	182	13.0	18	1.3
	64歳以下	4578	478	10.44	175	36.6	284	59.4	78	16.3	44	9.2	11	2.3
	65歳以上	3470	920	26.51	383	41.6	656	71.3	217	23.6	138	15.0	7	0.8

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

有所見者の割合を見ると、男性、女性ともにHbA1c、収縮期血圧の有所見者が増加している。腹囲、尿酸では、特に男性の有所見者が高いと言える。

メタボリックシンドローム該当者・予備群は、男性では該当者、女性では予備群が増加傾向にあり、該当者のうち、血糖・血圧・脂質の3項目全てにおいて所見のある者も男性、女性ともに増えていた。



【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（厚生労働省様式6-2～6-7）

性別	年代	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
H 2 5	合計	342	32.9	545	52.4	338	32.5	194	18.6	159	15.3	0	0.0	504	48.4	292	28.0	512	49.2	306	29.4	487	46.8	34	3.3
	40-64	139	31.6	228	51.8	168	38.2	102	23.2	65	14.8	0	0.0	190	43.2	125	28.4	191	43.4	139	31.6	229	52.0	7	1.6
	65-74	203	33.8	317	52.7	170	28.3	92	15.3	94	15.6	0	0.0	314	52.2	167	27.8	321	53.4	167	27.8	258	42.9	27	4.5
H 2 8	合計	314	32.7	524	54.6	314	32.7	211	22.0	116	12.1	1	0.1	530	55.2	232	24.2	523	54.5	292	30.4	442	46.0	28	2.9
	40-64	128	37.5	180	52.8	135	39.6	93	27.3	37	10.9	1	0.3	162	47.5	88	25.8	152	44.6	114	33.4	175	51.3	4	1.2
	65-74	186	30.0	344	55.6	179	28.9	118	19.1	79	12.8	0	0.0	368	59.5	144	23.3	371	59.9	178	28.8	267	43.1	24	3.9
女性	合計	366	24.9	297	20.2	371	25.3	118	8.0	69	4.7	0	0.0	665	45.3	52	3.5	612	41.7	266	18.1	842	57.4	5	0.3
	40-64	150	23.7	110	17.4	153	24.2	49	7.7	24	3.8	0	0.0	254	40.1	18	2.8	208	32.9	130	20.5	378	59.7	2	0.3
	65-74	216	25.9	187	22.4	218	26.1	69	8.3	45	5.4	0	0.0	411	49.2	34	4.1	404	48.4	136	16.3	464	55.6	3	0.4
H 2 8	合計	341	24.7	261	18.9	308	22.3	101	7.3	49	3.5	1	0.1	772	55.9	54	3.9	658	47.6	243	17.6	773	56.0	6	0.4
	40-64	119	24.1	87	17.6	90	18.3	42	8.5	14	2.8	0	0.0	250	50.7	16	3.2	175	35.5	90	18.3	286	58.0	3	0.6
	65-74	222	25.0	174	19.6	218	24.5	59	6.6	35	3.9	1	0.1	522	58.8	38	4.3	483	54.4	153	17.2	487	54.8	3	0.3

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）

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		H 2 5	合計	1,041	32.2	44	4.2%	203	19.5%	16	1.5%	126	12.1%	61	5.9%	298	28.6%	33	3.2%	17	1.6%	156	15.0%	92	8.8%
40-64	440		25.6	23	5.2%	88	20.0%	11	2.5%	44	10.0%	33	7.5%	117	26.6%	10	2.3%	5	1.1%	62	14.1%	40	9.1%		
65-74	601		39.6	21	3.5%	115	19.1%	5	0.8%	82	13.6%	28	4.7%	181	30.1%	23	3.8%	12	2.0%	94	15.6%	52	8.7%		
H 2 8	合計	960	33.6	58	6.0%	166	17.3%	11	1.1%	118	12.3%	37	3.9%	300	31.3%	45	4.7%	10	1.0%	155	16.1%	90	9.4%		
	40-64	341	26.6	29	8.5%	53	15.5%	3	0.9%	26	7.6%	24	7.0%	98	28.7%	10	2.9%	5	1.5%	63	18.5%	20	5.9%		
	65-74	619	39.3	29	4.7%	113	18.3%	8	1.3%	92	14.9%	13	2.1%	202	32.6%	35	5.7%	5	0.8%	92	14.9%	70	11.3%		
女性	合計	1,468	42.1	37	2.5%	84	5.7%	3	0.2%	57	3.9%	24	1.6%	176	12.0%	19	1.3%	13	0.9%	102	6.9%	42	2.9%		
	40-64	633	35.2	22	3.5%	34	5.4%	2	0.3%	20	3.2%	12	1.9%	54	8.5%	4	0.6%	4	0.6%	35	5.5%	11	1.7%		
	65-74	835	49.3	15	1.8%	50	6.0%	1	0.1%	37	4.4%	12	1.4%	122	14.6%	15	1.8%	9	1.1%	67	8.0%	31	3.7%		
H 2 8	合計	1,381	44.2	23	1.7%	81	5.9%	5	0.4%	60	4.3%	16	1.2%	157	11.4%	22	1.6%	7	0.5%	74	5.4%	54	3.9%		
	40-64	493	36.8	10	2.0%	36	7.3%	3	0.6%	25	5.1%	8	1.6%	41	8.3%	9	1.8%	0	0.0%	19	3.9%	13	2.6%		
	65-74	888	49.8	13	1.5%	45	5.1%	2	0.2%	35	3.9%	8	0.9%	116	13.1%	13	1.5%	7	0.8%	55	6.2%	41	4.6%		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は増加しているが、特定保健指導率は減少している。健診結果報告会や訪問等により、特定保健指導率を向上させる取組が必要である。

【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	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								愛南町	同規模平均
平成25年	6,649	2,508	↑ 37.7%	79	381	209	↓ 54.9%	50.7%	51.5%
平成28年	5,985	2,338	↑ 39.1%	82	376	130	↓ 34.6%	50.7%	51.9%

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の予防を重点に、特定健診結果をもとに保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防や、早期治療に繋げ重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率は増加したものの、入院医療費の抑制など医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、一人当たり医療費が増加し、精神疾患、悪性新生物の医療費の増加、慢性腎不全による透析費用の増加など、今後も継続して医療費を抑制していくべき課題も見えてきた。

適正な医療に繋げるためには、住民自らが健康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組むべき課題である。

また、治療に繋がった後の継続した治療の確認や、治療中であっても、疾患のコントロールがされているか等、重症化予防の視点として、今後は医療機関と連携した支援も保険者が取組むべき重要な課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

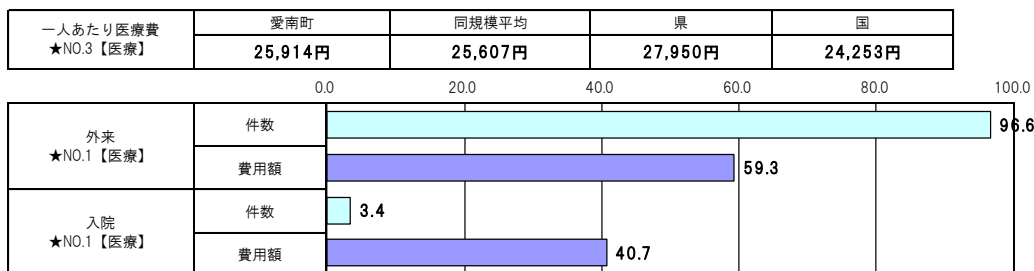
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

愛南町の入院件数は 3.4%で、外来件数と比べると割合は低いですが費用額全体の 40.7%を占めている。重症化を予防し、入院が減ることで医療費の適正化が図られる。

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 13】



○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)

高額になる疾患をみると、6か月以上の長期入院では精神疾患の割合が高く全体の7割を占めている。人工透析患者では6割が糖尿病性腎症患者であるため、今後も継続した糖尿病の重症化予防が必要である。また、高額になる疾患1件を予防することにより約128万円の医療費を削減することが可能となる。

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】

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)	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 (80万円以上レセ) 費用額/件数=1件当たり医療費	人数	216人	12人 5.6%	10人 4.6%	87人 40.3%	121人 56.0%	
		件数	384件	18件 4.7%	11件 2.9%	160件 41.7%	195件 50.8%	
			年 代 別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	8 5.0%	7 3.6%
				40代	1 5.6%	0 0.0%	9 5.6%	11 5.6%
				50代	2 11.1%	1 9.1%	13 8.1%	21 10.8%
				60代	13 72.2%	8 72.7%	104 65.0%	120 61.5%
70-74歳	2 11.1%	2 18.2%	26 16.3%	36 18.5%				
費用額	4億9318万円	2044万円 4.1%	2027万円 4.1%	2億1449万円 43.5%	2億3797万円 48.3%			

*最大医療資源傷病名(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)	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	55人	40人 72.7%	8人 14.5%	3人 5.5%
		件数	372件	234件 62.9%	49件 13.2%	26件 7.0%
		費用額	1億6305万円	8283万円 50.8%	2762万円 16.9%	1580万円 9.7%

*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)

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)	H29.5 診療分	人数	30人	19人 63.3%	9人 30.0%	15人 50.0%
		H28 累計	件数	431件	260件 60.3%	130件 30.2%
費用額	1億9692万円		1億2563万円 63.8%	7049万円 35.8%	9866万円 50.1%	

*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 (H29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	3,076人	326人 10.6%	434人 14.1%	74人 2.4%	
		の 基 礎 疾 患 の 重 な り	高血圧	252人 77.3%	317人 73.0%	62人 83.8%
			糖尿病	122人 37.4%	168人 38.7%	74人 100.0%
			脂質異常症	182人 55.8%	295人 68.0%	60人 81.1%
		高血圧症	1,667人 54.2%	824人 26.8%	1,398人 45.4%	309人 10.0%

○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受けているのか (図表 15)

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92.9%であり、筋・骨格疾患の91.4%を上回っていた。年齢が低い2号認定者では、血管疾患により介護認定を受けている割合が高く、脳卒中や糖尿病合併の割合が高い実態があった。

また、介護保険対象者の年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、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が、介護予防にもつながる。

【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		8,986人		3,574人		4,489人		8,063人		17,049人				
	認定者数		43人		185人		1,667人		1,852人		1,895人				
認定率		0.48%		5.2%		37.1%		23.0%		11.1%					
新規認定者数 (*1)		9人		34人		207人		241人		250人					
介護度別人数	要支援1・2		9	20.9%	65	35.1%	393	23.6%	458	24.7%	467	24.6%			
	要介護1・2		15	34.9%	48	25.9%	589	35.3%	637	34.4%	652	34.4%			
	要介護3～5		19	44.2%	72	38.9%	685	41.1%	757	40.9%	776	40.9%			
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)		43		185		1,667		1,852		1,895				
	再) 国保・後期		27		145		1,601		1,746		1,773				
	レセプトの 診断名より 重複して計上	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	19	70.4%	71	49.0%	888	55.5%	959	54.9%	978	55.2%
				2	虚血性心疾患	8	29.6%	43	29.7%	738	46.1%	781	44.7%	789	44.5%
			3	腎不全	4	14.8%	14	9.7%	181	11.3%	195	11.2%	199	11.2%	
			4	糖尿病合併症	6	22.2%	26	17.9%	144	9.0%	170	9.7%	176	9.9%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	25		131		1,423		1,554		1,579				
			92.6%		90.3%		88.9%		89.0%		89.1%				
		血管疾患 合計		26		134		1,487		1,621		1,647			
		96.3%		92.4%		92.9%		92.8%		92.9%					
		認知症		4		23		691		714		718			
14.8%		15.9%		43.2%		40.9%		40.5%							
筋・骨格疾患		22		122		1,476		1,598		1,620					
81.5%		84.1%		92.2%		91.5%		91.4%							

*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	7,569				
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,996				

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高まる。

愛南町では、全国と比較して男性・女性ともにメタボリックシンドローム該当者の割合が高く、健診結果の有所見状況においても、BMI・腹囲・中性脂肪・HDL-C等の割合が高く、内臓脂肪の蓄積によるものが要因であると推測される。

【図表 16】

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

	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	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8				
県	9,604	30.8	15,230	48.9	8,461	27.1	6,188	19.8	2,693	8.6	1,544	5.0	17,645	56.6	6,342	20.3	16,428	52.7	8,585	27.5	14,220	45.6	655	2.1			
愛南町	合計	314	32.7	524	54.6	314	32.7	211	22.0	116	12.1	1	0.1	530	55.2	232	24.2	523	54.5	292	30.4	442	46.0	28	2.9		
	40-64	128	37.5	180	52.8	135	39.6	93	27.3	37	10.9	1	0.3	162	47.5	88	25.8	152	44.6	114	33.4	175	51.3	4	1.2		
	65-74	186	30.0	344	55.6	179	28.9	118	19.1	79	12.8	0	0.0	368	59.5	144	23.3	371	59.9	178	28.8	267	43.1	24	3.9		

	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	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2				
県	8,726	20.6	7,075	16.7	6,643	15.6	3,303	7.8	770	1.8	1,149	2.7	24,759	58.3	1,004	2.4	19,973	47.1	6,719	15.8	24,228	57.1	92	0.2			
愛南町	合計	341	24.7	261	18.9	308	22.3	101	7.3	49	3.5	1	0.1	772	55.9	54	3.9	658	47.6	243	17.6	773	56.0	6	0.4		
	40-64	119	24.1	87	17.6	90	18.3	42	8.5	14	2.8	0	0.0	250	50.7	16	3.2	175	35.5	90	18.3	286	58.0	3	0.6		
	65-74	222	25.0	174	19.6	218	24.5	59	6.6	35	3.9	1	0.1	522	58.8	38	4.3	483	54.4	153	17.2	487	54.8	3	0.3		

*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)

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
全国	3,416,820				548,609	17.2%							875,805	27.5%													
県	32,159	25.2	1,620	5.0%	5,565	17.3%	378	1.2%	3,921	12.2%	1,266	3.9%	8,583	26.7%	1,370	4.3%	501	1.6%	4,197	13.1%	2,515	7.8%					
愛南町	合計	960	33.6	58	6.0%	166	17.3%	11	1.1%	118	12.3%	37	3.9%	300	31.3%	45	4.7%	10	1.0%	155	16.1%	90	9.4%				
	40-64	341	26.6	29	8.5%	53	15.5%	3	0.9%	26	7.6%	24	7.0%	98	28.7%	10	2.9%	5	1.5%	63	18.5%	20	5.9%				
	65-74	619	39.3	29	4.7%	113	18.3%	8	1.3%	92	14.9%	13	2.1%	202	32.6%	35	5.7%	5	0.8%	92	14.9%	70	11.3%				

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
全国	4,481,600				241,487	5.8%							396,909	9.5%													
県	44,074	29.9	824	1.9%	2,633	6.0%	160	0.4%	1,942	4.4%	531	1.2%	4,010	9.1%	633	1.4%	199	0.5%	1,936	4.4%	1,242	2.8%					
愛南町	合計	1,381	44.2	23	1.7%	81	5.9%	5	0.4%	60	4.3%	16	1.2%	157	11.4%	22	1.6%	7	0.5%	74	5.4%	54	3.9%				
	40-64	493	36.8	10	2.0%	36	7.3%	3	0.6%	25	5.1%	8	1.6%	41	8.3%	9	1.8%	0	0.0%	19	3.9%	13	2.6%				
	65-74	888	49.8	13	1.5%	45	5.1%	2	0.2%	35	3.9%	8	0.9%	116	13.1%	13	1.5%	7	0.8%	55	6.2%	41	4.6%				

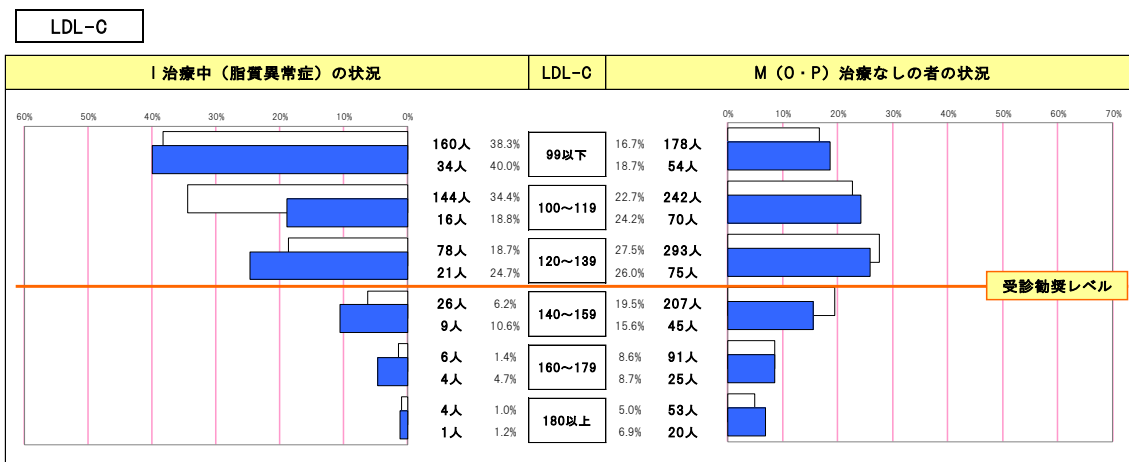
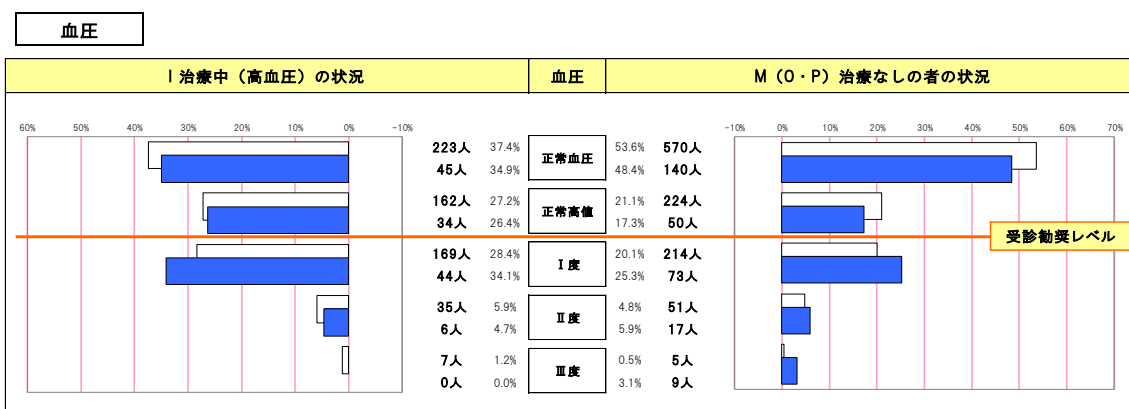
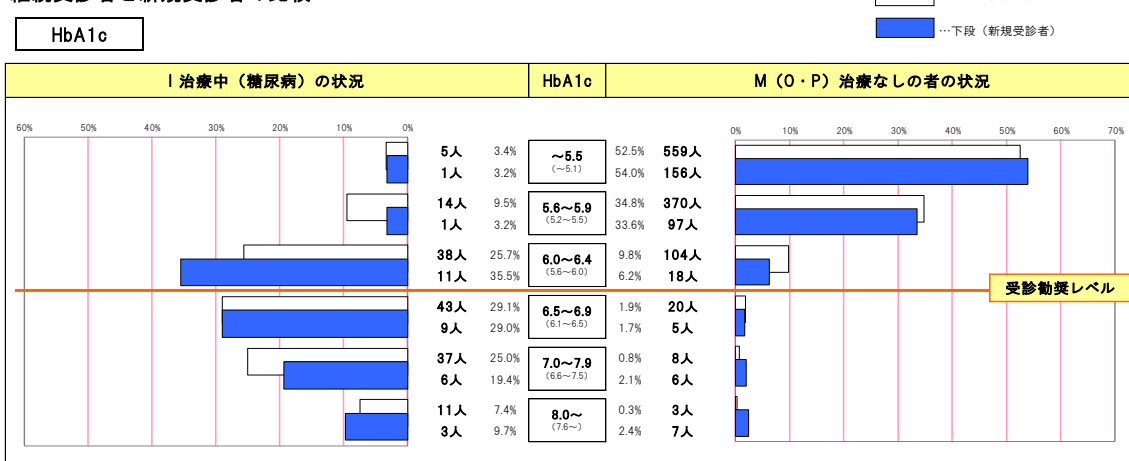
*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病、血圧、脂質異常症のコントロールの状況を見ると、治療なしの者では受診勧奨レベルの者に対しては適切な治療に繋げる必要がある。また、糖尿病に関しては、治療中であっても HbA1c が 8.0%以上のコントロール不良者が 14 人もおり、医療機関と連携して継続した保健指導が必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



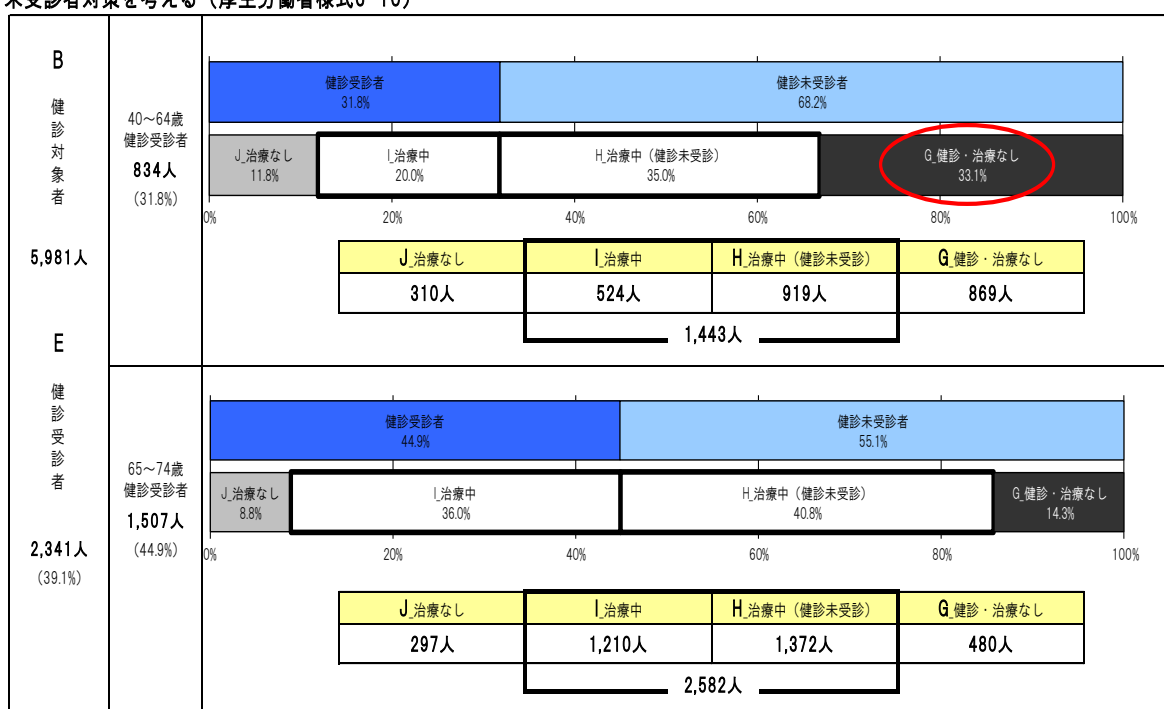
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、特定健診を受診し、疾患の発症予防や要医療者を医療に繋げ、医療機関と連携した保健指導の取組は重要である。健診も治療も受けていない「G」の該当者を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が33.1%と高く、実態が全く分からない状態である。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病医療費を比較してみると、未受診者は4倍の医療費がかかっていることになる。健診を受診することは医療費適正化の面においても有用であることがわかる。

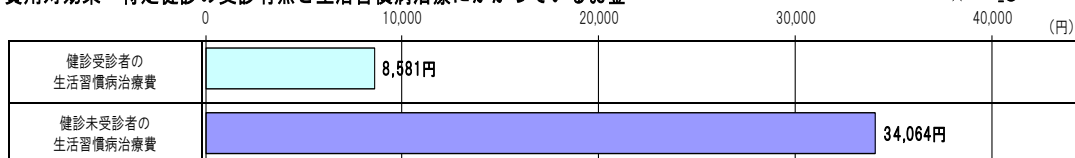
【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)



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

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



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは未受診者に健診の機会を提供し、結果に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが必要である。

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15%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。

しかし、愛南町の医療の受診状況は、特に若い世代で普段は医療にかからず、重症化して入院する実態が予測される。今後は重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院にかかる医療費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。

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3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年間で1期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年間で1期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	55%	60%
特定保健指導実施率	40%	48%	51%	54%	57%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	5,735人	5,572人	5,406人	5,245人	5,085人	4,923人
	受診者数	2,294人	2,507人	2,703人	2,885人	2,797人	2,954人
特定保健指導	対象者数	367人	401人	432人	462人	448人	473人
	実施者数	147人	192人	220人	249人	255人	284人

4. 特定健診の実施

（1）実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町国保代表保険者が集合契約を行う。

（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）健診実施場所

- ①集団健診（保健センター、各地区集会所、公民館等）
- ②個別健診（契約した町内の医療機関及び県内医療機関）

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（血糖値・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。

(5) 実施時期

5月下旬から翌年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、愛媛県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を行う。(図表 22)

【図表 22】

保険者名	受診券発行予定枚数 (平成28年度実績)	受診券発行日										受診券有効期限期間		
		平成29年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成30年 1月	2月	3月	
1 松山市	89,958	4月1日												3月31日
2 今治市	36,020		5月下旬							11月30日				
3 宇和島市	20,430			6月1日									2月28日	
4 八幡浜市	9,228	4月6日												3月31日
5 新居浜市	21,970		5月1日											3月31日
6 西条市	22,309		5月8日										2月28日	
7 大洲市	9,638		5月21日											3月31日
8 伊予市	7,456		5月29日									1月29日		
9 四国中央市	15,248		5月上旬											3月31日
10 西予市	9,670		5月上旬										2月28日	
11 東温市				6月20日										3月31日
12 上島町	1,970		5月22日											3月31日
13 久万高原町	2,187		5月1日											3月31日
14 松前町	2,175			6月1日										3月31日
15 砥部町	4,537	4月1日												3月31日
16 内子町	4,152	4月1日												3月31日
17 伊方町	2,798		5月上旬									1月31日		
18 鬼北町	2,804		5月1日											3月31日
19 松野町	1,062			6月1日										3月31日
20 愛南町	6,221		5月23日											3月31日

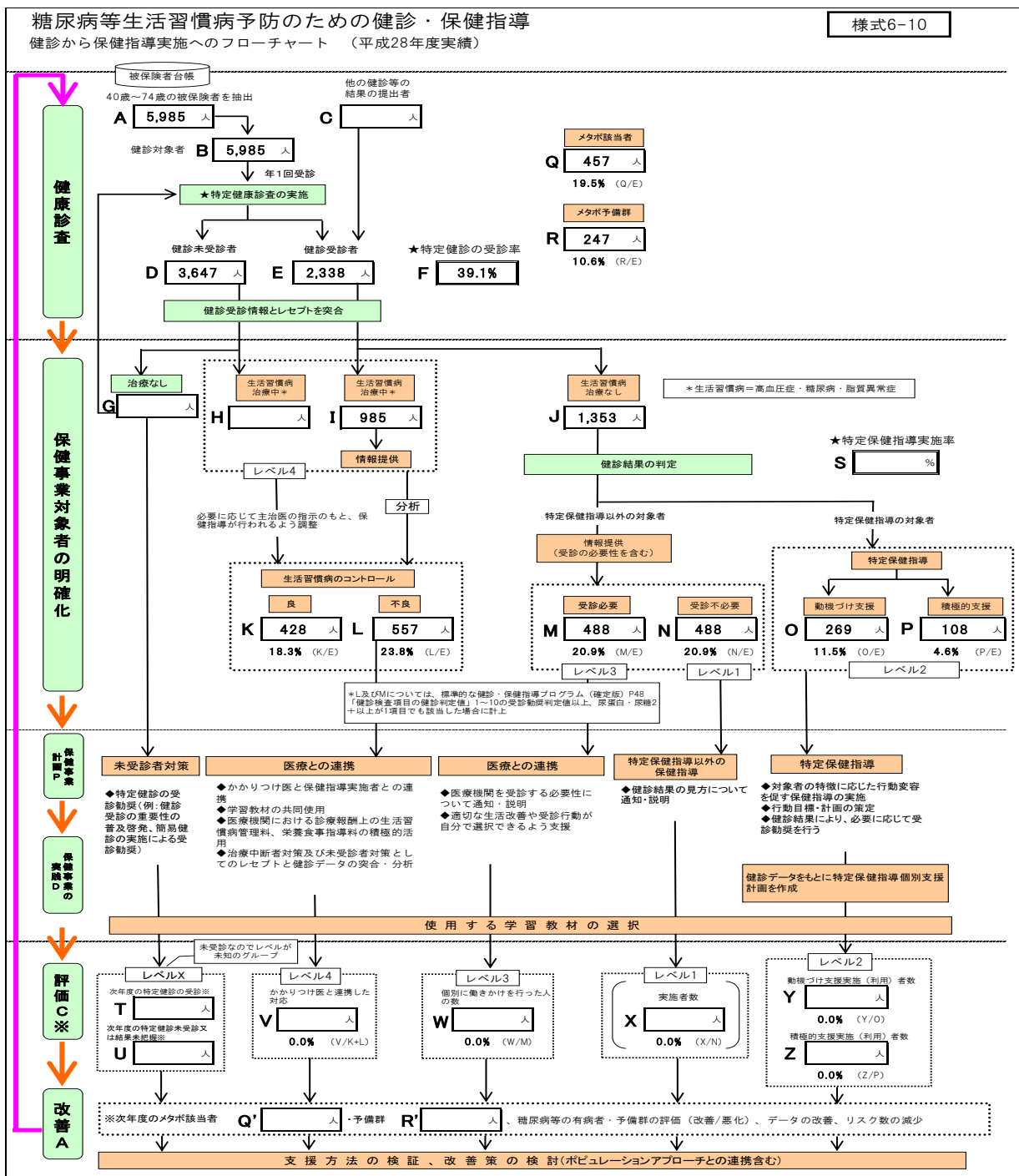
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



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

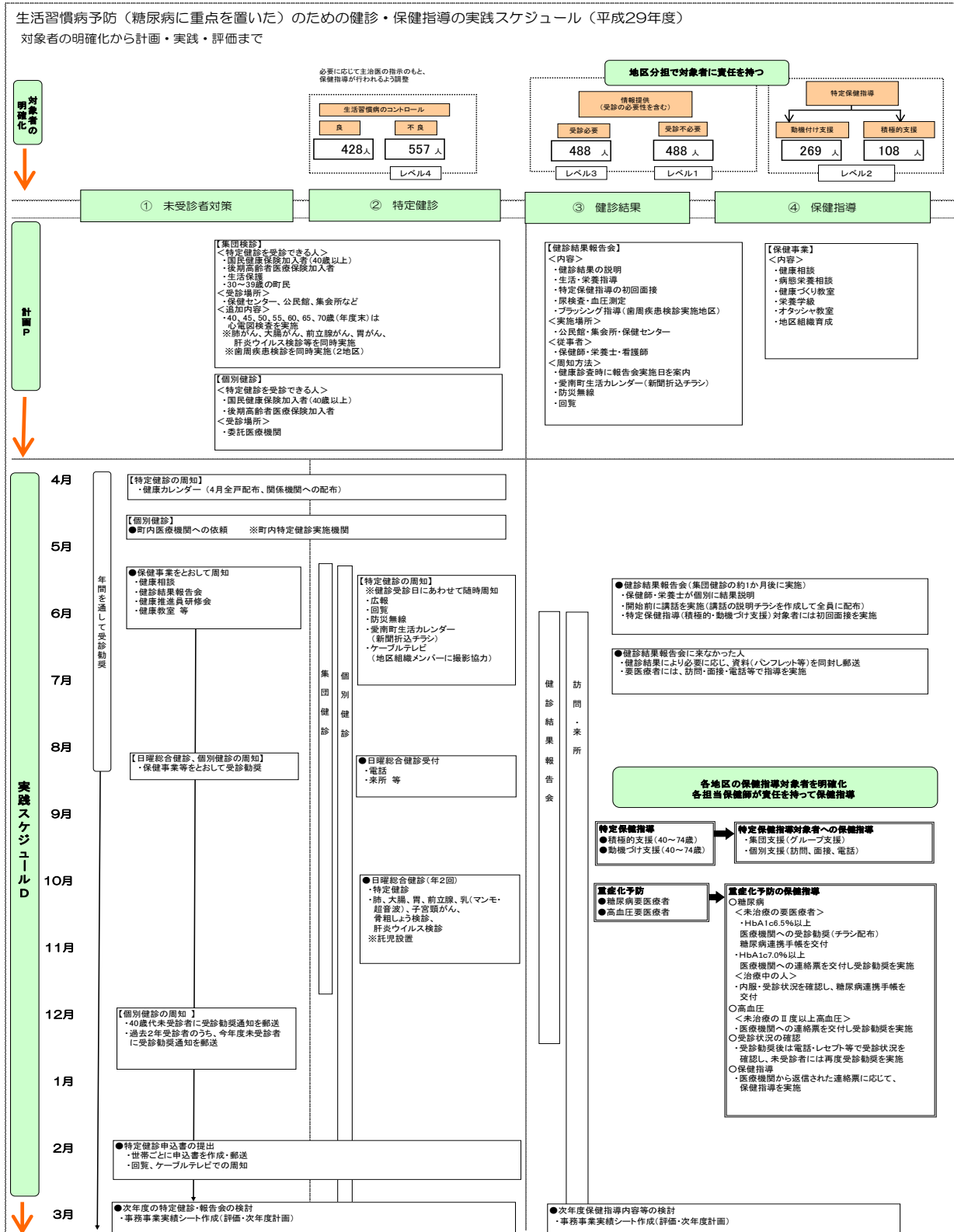
【図表 24】

優先順位	様式 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	377 人 (16.1%)	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	488 人 (20.9%)	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)	3,647 人 ※受診率目標達成までにあ と 1,253 人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	488 人 (20.9%)	70%
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	985 人 (42.1%)	75%

(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PDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】



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愛南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、愛南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）及び愛媛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さらなる展開 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愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- 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尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。愛南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)

愛南町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 79 人(30.6%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 816 人中のうち、特定健診受診者が 179 人(69.4%・G)であったが、32 人(18.2%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 637 人(78.1%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 73 人中 15 人は治療中断であることが分かった。また、58 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 より愛南町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・79 人

②糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・47 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

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)・・・148 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)・・・58 人

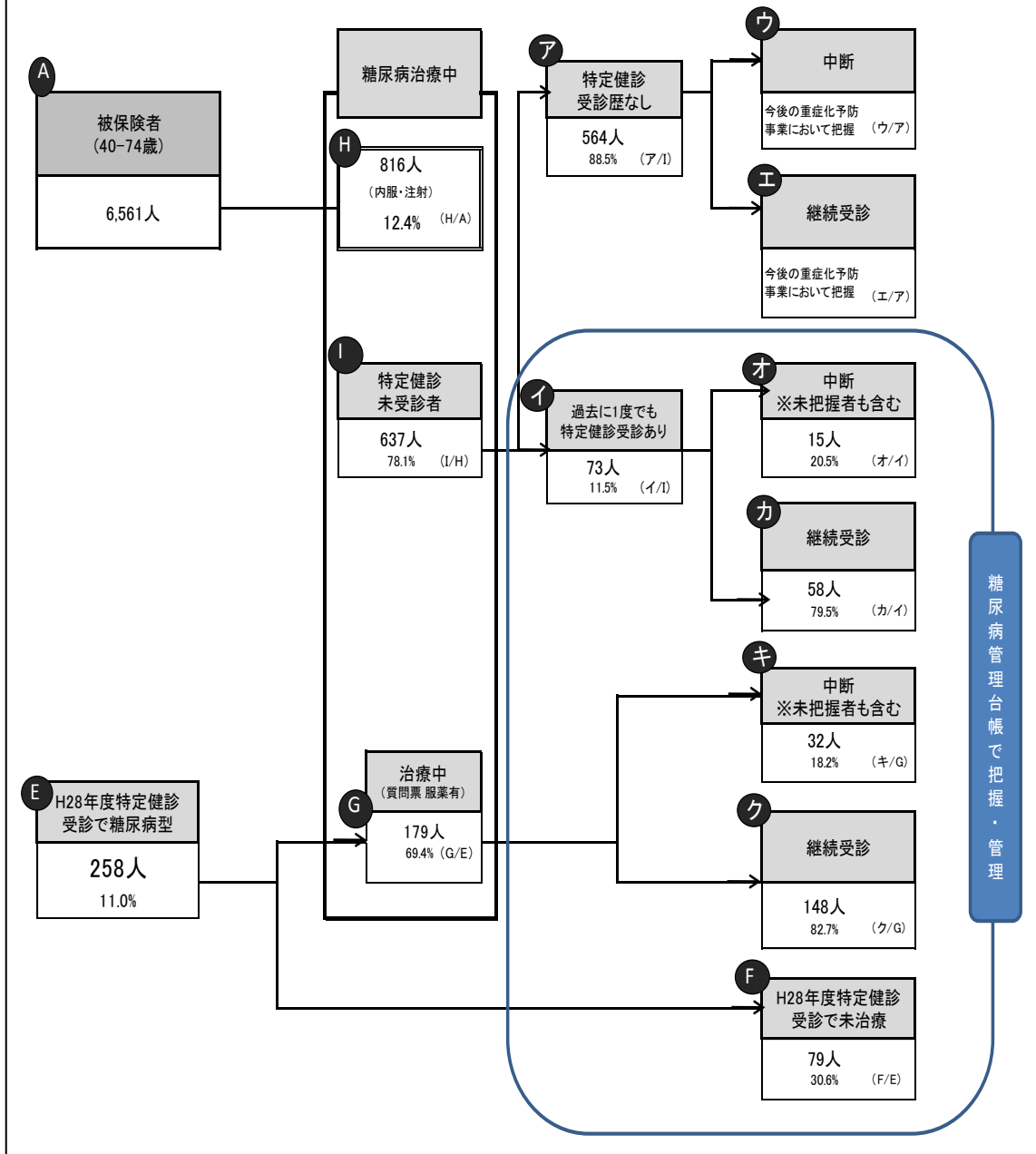
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

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1年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）

②腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

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。愛南町においては、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 29)

【図表 29】

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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</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くけど？</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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では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(±)には2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）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/1.73m²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

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載、台帳記載後順次対象者へ介入（通年）

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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 6)

(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。

愛南町においては健診受診者 2,338 人のうち心電図検査実施者は 108 人 (4.6%) であり、そのうち ST 所見があったのは 12 人であった。(図表 30) ST 所見あり 12 人のうち 2 人は要精査であったが、医療機関を受診していた。(図表 31)

また要精査には該当しないが ST 所見ありの 10 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。

愛南町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 30】

H28年度	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)			
愛南町	2,338	100%	108	4.6%	12	11.1%	17	15.7%	79	73.1%

※平成28年度特定健診法定報告より

【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)(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
12	100	2	16.7	2	100	0	0

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。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	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		
	2,338	13 0.6%	16 0.7%	79 3.4%	2,230 95.4%	
メタボ該当者	457 19.5%	13 2.8%	14 3.1%	56 12.3%	374 81.8%	
メタボ予備群	247 10.6%	0 0.0%	0 0.0%	8 3.2%	239 96.8%	
メタボなし	1,634 69.9%	0 0.0%	2 0.1%	15 0.9%	1,617 99.0%	
LDL-C	140-159	264 16.2%	0 0.0%	0 0.0%	5 1.9%	259 98.1%
	160-179	109 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%	108 99.1%
	180-	67 4.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	67 100.0%

【参考】

Non-HDL	190-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	170-189	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
CKD	G3aA1~	521 22.3%	4 0.8%	5 1.0%	23 4.4%	489 93.9%

平成28年度特定健診法定報告値より集計

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

・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) 2次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは2次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の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
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載、台帳記載後順次対象者へ介入(通年)

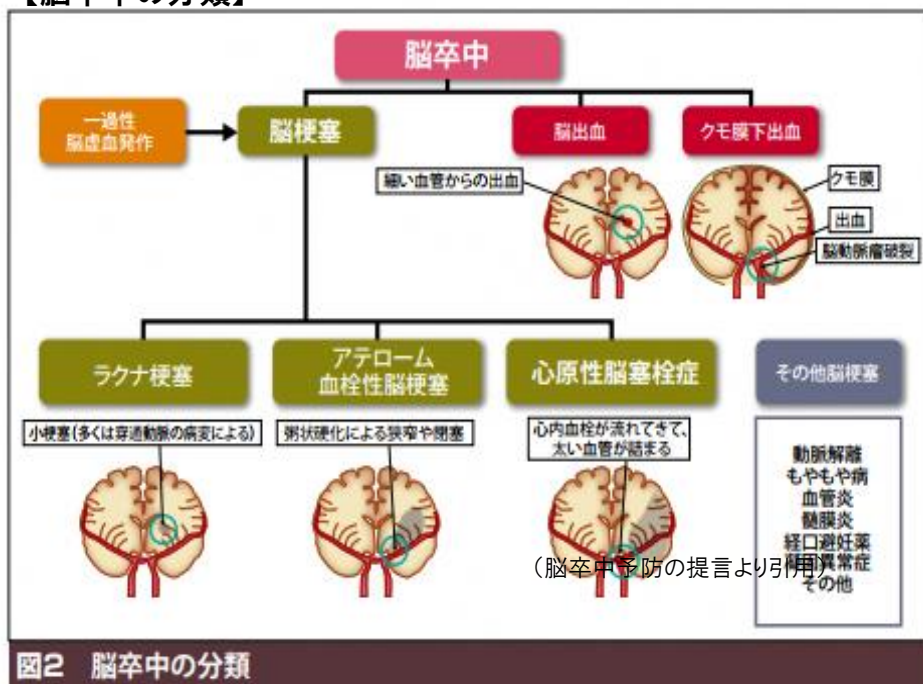
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】



脳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	メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者		尿蛋白(2+) 以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)				
受診者数 2,338人		140	6.0%	136	5.8%	90	3.8%	3	0.1%	457	19.5%	16	0.7%	84	3.6%
治療なし ※1		92	5.7%	79	3.7%	85	4.6%	0	0.0%	131	9.7%	6	0.4%	27	2.0%
治療あり ※1		48	6.6%	57	31.8%	5	1.0%	3	0.3%	326	33.1%	10	1.0%	57	5.8%
臓器障害あり ※2		6	6.5%	12	15.2%	5	5.9%	0	--	12	9.2%	6	100%	27	100%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	2		8		2		0		6		6		27	
	尿蛋白(2+)以上	0		3		1		0		0		6		2	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		2		0		0		1		0		1	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2		3		2		0		5		2		27	
	心電図所見あり	4		4		3		0		6		0		0	

※1 割合の算出について、高血圧・糖尿病・脂質異常については各疾患毎の「治療なし」または「治療あり」の人数が分母。

心房細動・メタボ・CKDは3疾患(血圧・血糖・脂質)のいずれかの「治療なし」または「治療あり」の人数が分母。

※2 割合の算出について、各疾患の「治療なし」が分母。

H28年度法定報告値参照

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140人(6.0%)であり、92人は未治療者であった。また未治療者のうち6人(6.5%)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48人(6.6%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

(図表 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

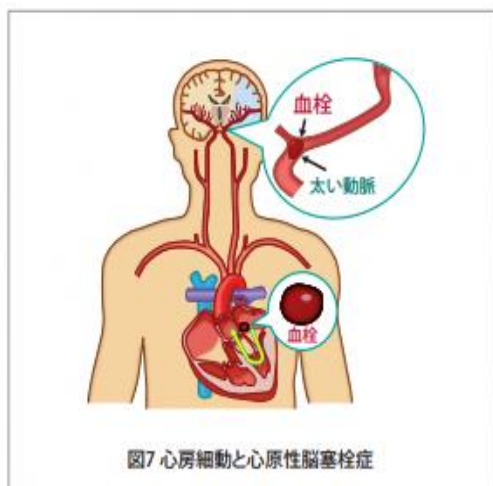
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療	
	1,613	501	350	328	342	77	15	20	178	236	
		31.1%	21.7%	20.3%	21.2%	4.8%	0.9%	1.2%	11.0%	14.6%	
リスク第1層	186	95	45	24	20	2	0	20	2	0	
		11.5%	19.0%	12.9%	7.3%	5.8%	2.6%	100%	1.1%	0.0%	
リスク第2層	831	265	176	162	176	43	9	--	176	52	
		51.5%	52.9%	50.3%	49.4%	51.5%	55.8%	--	98.9%	22.0%	
リスク第3層	596	141	129	142	146	32	6	--	--	184	
		36.9%	28.1%	36.9%	43.3%	42.7%	41.6%	--	--	78.0%	
再掲 重複あり	糖尿病	130	28	21	37	35	8	1			
			21.8%	19.9%	16.3%	26.1%	24.0%	25.0%	16.7%		
	慢性腎臓病 (CKD)	315	91	73	63	68	16	4			
		52.9%	64.5%	56.6%	44.4%	46.6%	50.0%	66.7%			
3個以上の危険因子	281	48	57	79	75	21	1				
		47.1%	34.0%	44.2%	55.6%	51.4%	65.6%	16.7%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にの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。

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	65	43	2	3.1%	1	2.3%	—	—
40歳代	3	3	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	9	2	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	32	23	1	3.1%	0	0.0%	1.9	0.4
70歳～74歳	21	15	1	4.8%	1	6.7%	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※日本循環器学会疫学調査の70歳～74歳の値は70歳～79歳

※平成28年度特定健診法定報告値にて集計

【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	%
3	100	0	0	3	100

心電図検査において3人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に70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。所見のあった3人全てが既に治療を開始していた。

しかし、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、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 2次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは2次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は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

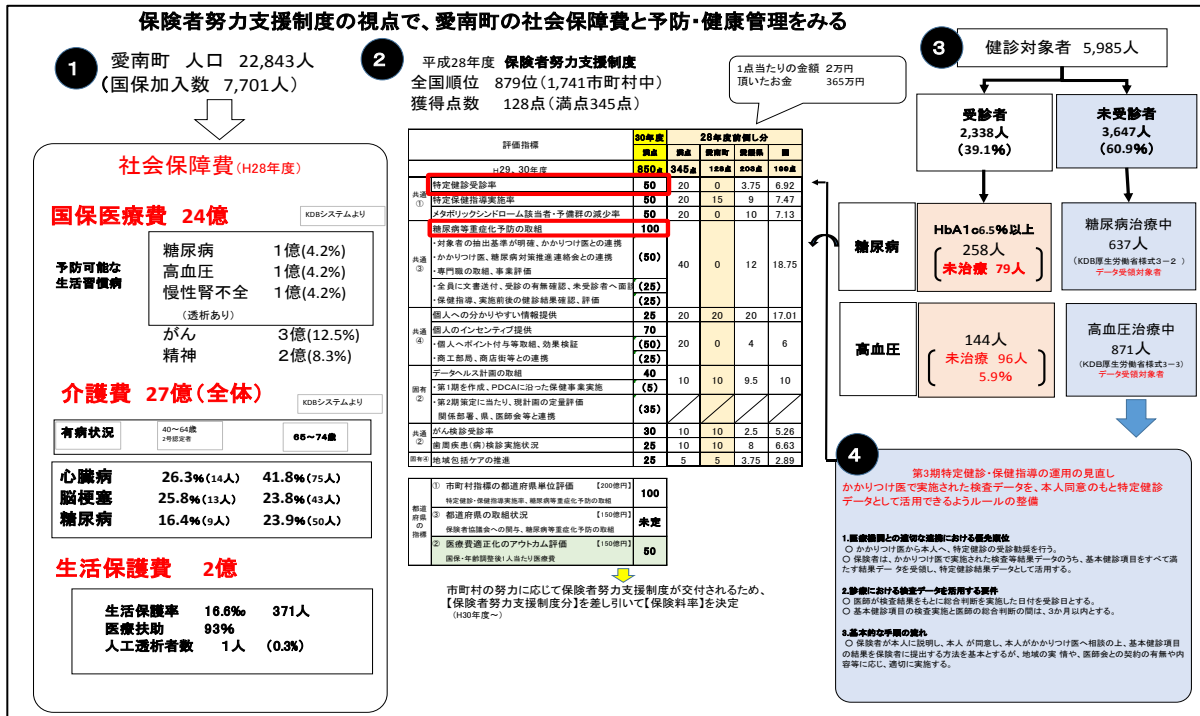
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次対象者へ介入（通年）

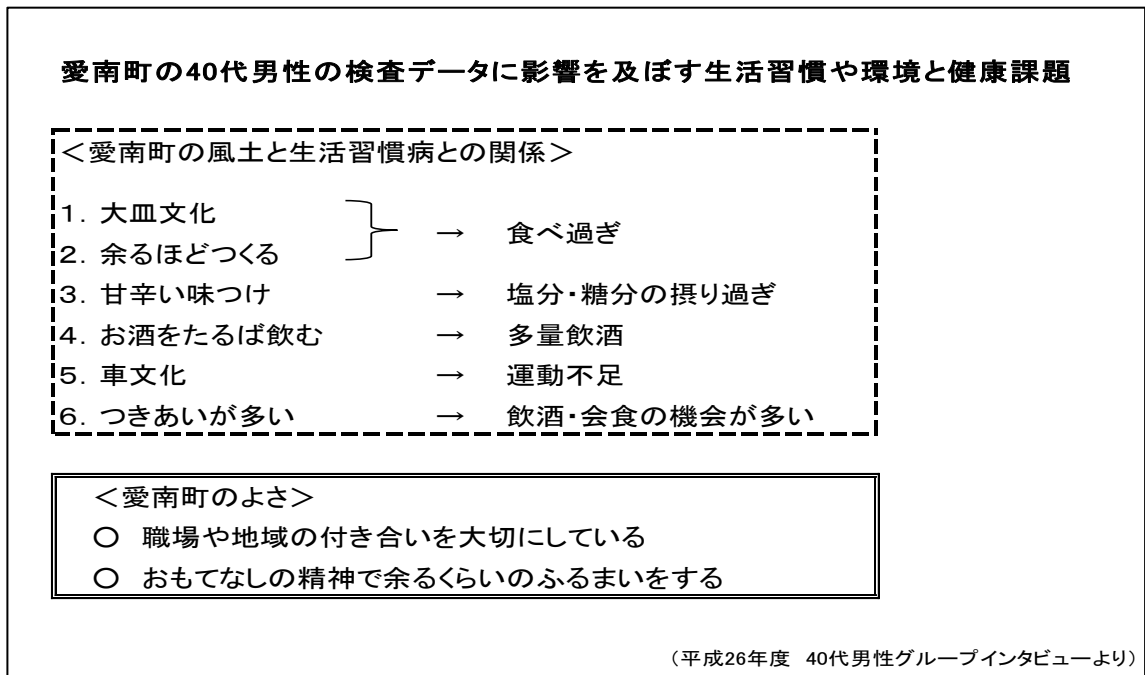
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

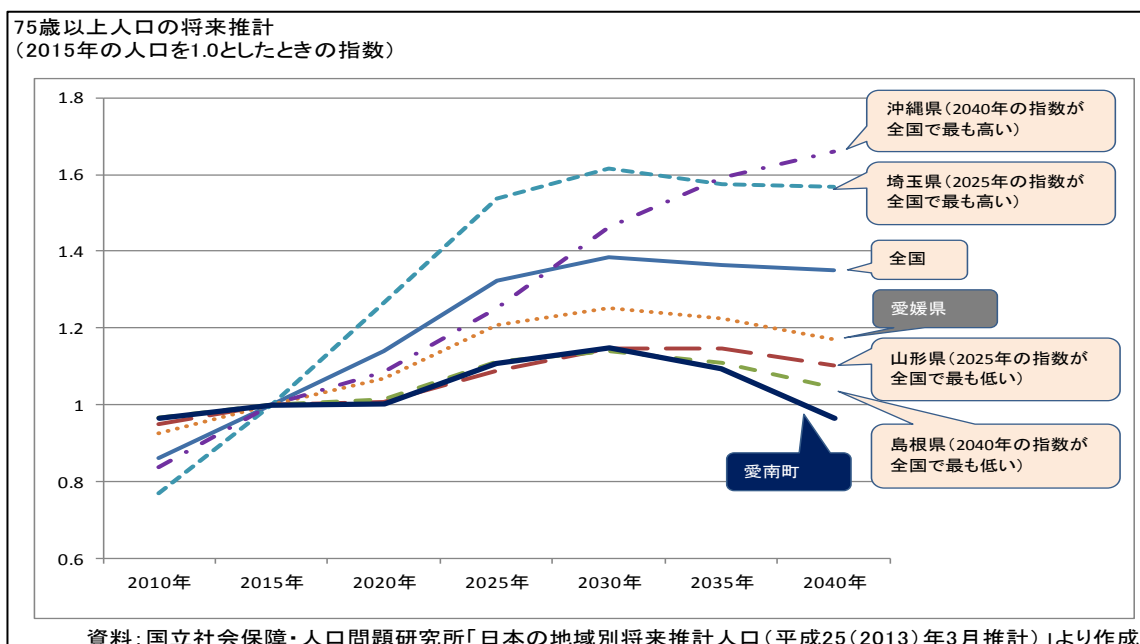
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

愛媛県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2030年が1.25でピークに達すると推計されている。愛南町でも同じく2030年にピークに達する予定である。(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。このような状況に鑑みれば、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】



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繋がる。(参考資料 10)

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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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。

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、国の指針において、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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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	国・県・同規模平均と比べてみた愛南町の位置	50
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	52
参考資料 3	糖尿病管理台帳	53
参考資料 4	糖尿病管理台帳からの年次計画	53
参考資料 5	糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価	54
参考資料 6	虚血性心疾患をどのように考えていくか	55
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	56
参考資料 8	血圧評価表	57
参考資料 9	心房細動管理台帳	57
参考資料 10	生活習慣病有病状況	58
参考資料 11	評価イメージ 1	59

【参考資料 1】

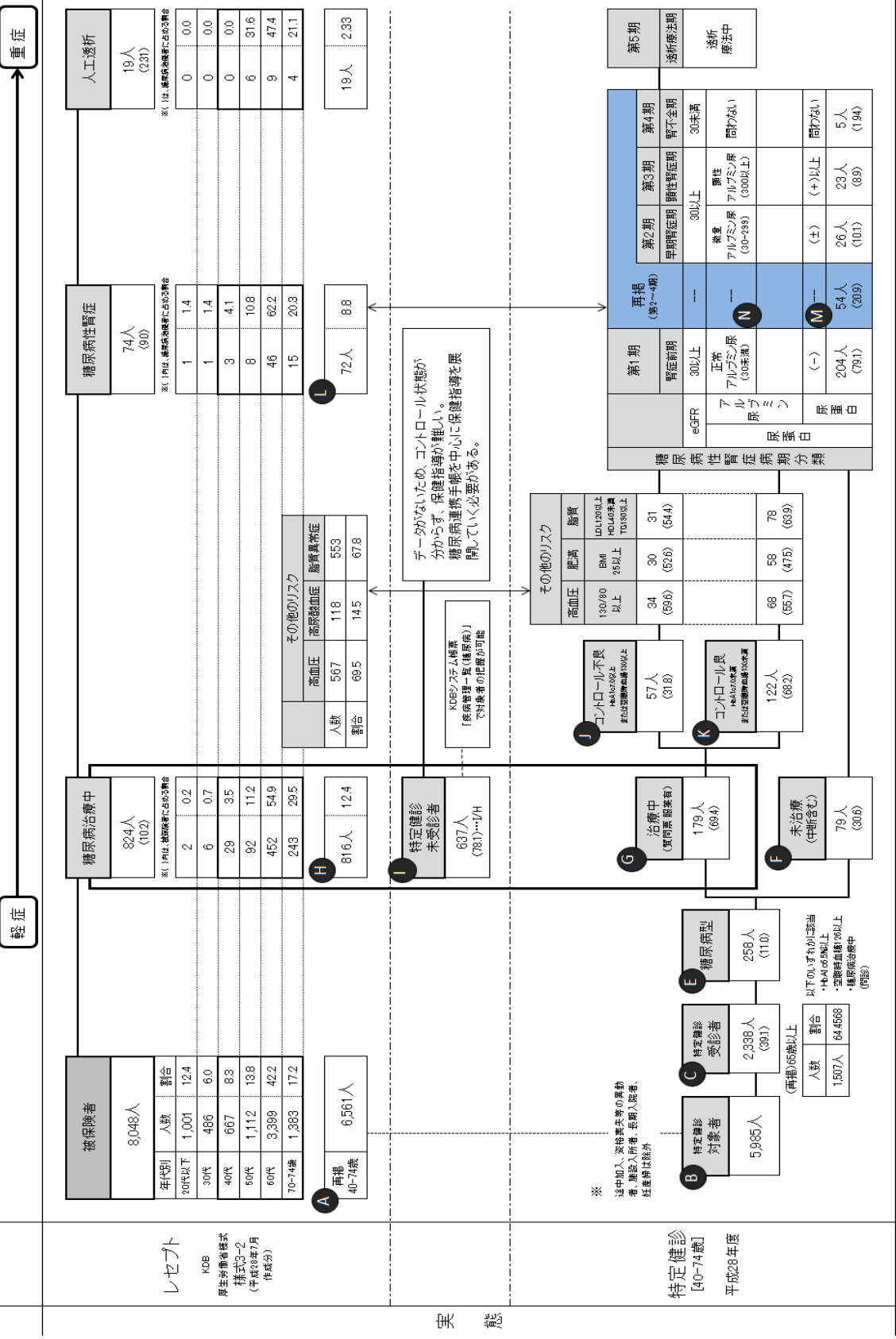
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた愛南町の位置

同規模区分 12

項目	H25		H28		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	愛南町		愛南町		同規模平均		県		国					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	人口構成	総人口	24,291		22,843		4,840,962		1,412,057		124,852,975			
		65歳以上 (高齢化率)	8,443	34.8	8,894	38.9	1,107,232	22.9	377,802	26.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		75歳以上	4,661	19.2	4,667	20.4			200,272	14.2	13,989,864	11.2		
		65~74歳	3,782	15.6	4,227	18.5			177,530	12.6	15,030,902	12.0		
		40~64歳	8,723	35.9	7,727	33.8			481,791	34.1	42,411,922	34.0		
39歳以下	7,125	29.3	6,222	27.3			552,464	39.1	53,420,287	42.8				
2	産業構成	第1次産業	21.2		21.1		6.2		8.3		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		第2次産業	14.0		14.4		28.8		24.5		25.2			
		第3次産業	64.8		64.5		65.0		67.2		70.6			
3	平均寿命	男性	78.9		78.9		79.7		79.1		79.6		KDB_NO.1 地域全体の把握	
		女性	86.3		86.3		86.5		86.5		86.4			
4	健康寿命	男性	65.1		65.0		65.4		64.8		65.2		KDB_NO.1 地域全体の把握	
		女性	66.7		66.8		66.9		66.8		66.8			
2	死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	男性	110.2		107.4		98.8		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体の把握
			女性	102.2		102.2		98.9		98.3		100		
		死因	がん	79	38.0	103	45.0	13,676	49.0	4,526	44.5	367,905	49.6	
			心臓病	63	30.3	75	32.8	7,410	26.6	3,331	32.7	196,768	26.5	
			脳疾患	40	19.2	35	15.3	4,436	15.9	1,494	14.7	114,122	15.4	
			糖尿病	9	4.3	7	3.1	538	1.9	177	1.7	13,658	1.8	
			腎不全	14	6.7	8	3.5	920	3.3	363	3.6	24,763	3.3	
			自殺	3	1.4	1	0.4	924	3.3	284	2.8	24,294	3.3	
			合計	46	0.29	41	0.31			1,677	0.18	139,644	0.15	
		② 早世予防からみた死亡 (65歳未満) 65歳未満人口に対する割合	男性	33	0.42	32	0.49			1,116	0.24	91,123	0.20	
女性	13		0.16	9	0.14			561	0.12	45,821	0.10			
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,900	23.3	1,852	23.1	214,190	19.5	90,837	23.9	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体の把握	
		新規認定者	36	0.4	27	0.3	3,882	0.3	1,353	0.3	105,654	0.3		
		2号認定者	48	0.5	43	0.5	5,773	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	369	17.4	406	20.2	50,596	22.6	22,683	24.0	1,343,240	21.9		
		高血圧症	980	47.9	964	49.7	116,354	52.3	51,089	54.3	3,085,109	50.5		
		脂質異常症	492	24.0	517	27.6	62,322	27.8	33,827	35.9	1,733,323	28.2		
		心臓病	1,132	56.9	1,124	58.0	132,584	59.7	58,804	62.6	3,511,354	57.5		
		脳疾患	643	32.3	600	31.4	59,279	26.8	28,016	30.1	1,530,506	25.3		
		がん	162	7.5	164	7.7	22,271	9.9	10,077	10.5	629,053	10.1		
		筋・骨格	994	49.9	1,015	52.5	114,209	51.3	54,397	57.9	3,051,816	49.9		
	精神	579	29.6	653	32.7	79,819	35.7	35,864	38.0	2,141,880	34.9			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	66,306		62,938		62,877		58,101		58,349			
		居宅サービス	40,733		39,438		40,725		41,454		39,683			
施設サービス		284,069		276,361		277,662		281,013		281,115				
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	7,341		7,569		8,363		7,610		7,980				
	認定あり 認定なし	3,952		3,996		3,835		3,843		3,822				
4	① 国保の状況	被保険者数	8,787		7,701		1,197,997		345,255		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体の把握	
		65~74歳	3,231	36.8	3,458	44.9			153,125	44.4	12,462,053	38.2		
		40~64歳	3,765	42.8	2,833	36.8			113,367	32.8	10,946,693	33.6		
		39歳以下	1,791	20.4	1,410	18.3			78,763	22.8	9,178,477	28.2		
	加入率		36.6		32.1		25.1		24.5		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.5	4	0.5	296	0.2	143	0.4	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	21	2.4	22	2.9	2,970	2.5	1,247	3.6	96,727	3.0		
		病床数	396	45.1	396	51.4	53,431	44.6	22,579	65.4	1,524,378	46.8		
		医師数	33	3.8	35	4.5	8,940	7.5	3,679	10.7	299,792	9.2		
		外来患者数	6220		6243		6926		7247		6683			
入院患者数	225		223		196		239		182					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		25,136	県内18位 同規模49位	25,914	県内18位 同規模75位	25,607	27,950	24,253					
	受診率	644,599		646,517		712,277		748,511		686,501				
	外来	費用の割合	56.5		59.3		59.2		57.0		60.1			
		件数の割合	96.5		96.6		97.2		96.8		97.4			
	入院	費用の割合	43.5		40.7		40.8		43.0		39.9			
		件数の割合	3.5		3.4		2.8		3.2		2.6			
	1件あたり在院日数	17.5日		15.2日		15.8日		16.8日		15.6日				
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	がん	333,501,570	20.4	390,780,740	26.0	25.1	24.1	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)	166,749,860	10.2	188,534,460	12.5	9.3	9.6	9.7						
	糖尿病	160,075,760	9.8	153,715,420	10.2	10.1	9.3	9.7						
	高血圧症	174,785,970	10.7	114,471,220	7.6	8.8	7.9	8.6						
	精神	325,364,540	19.9	243,126,620	16.2	16.6	19.0	16.9						
筋・骨格	233,372,770	14.3	226,420,580	15.1	15.5	16.1	15.2							

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合

都道府県名 愛媛県 市町村名 桑南町 同規模区分 12



【参考資料2】

【参考資料 3】

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

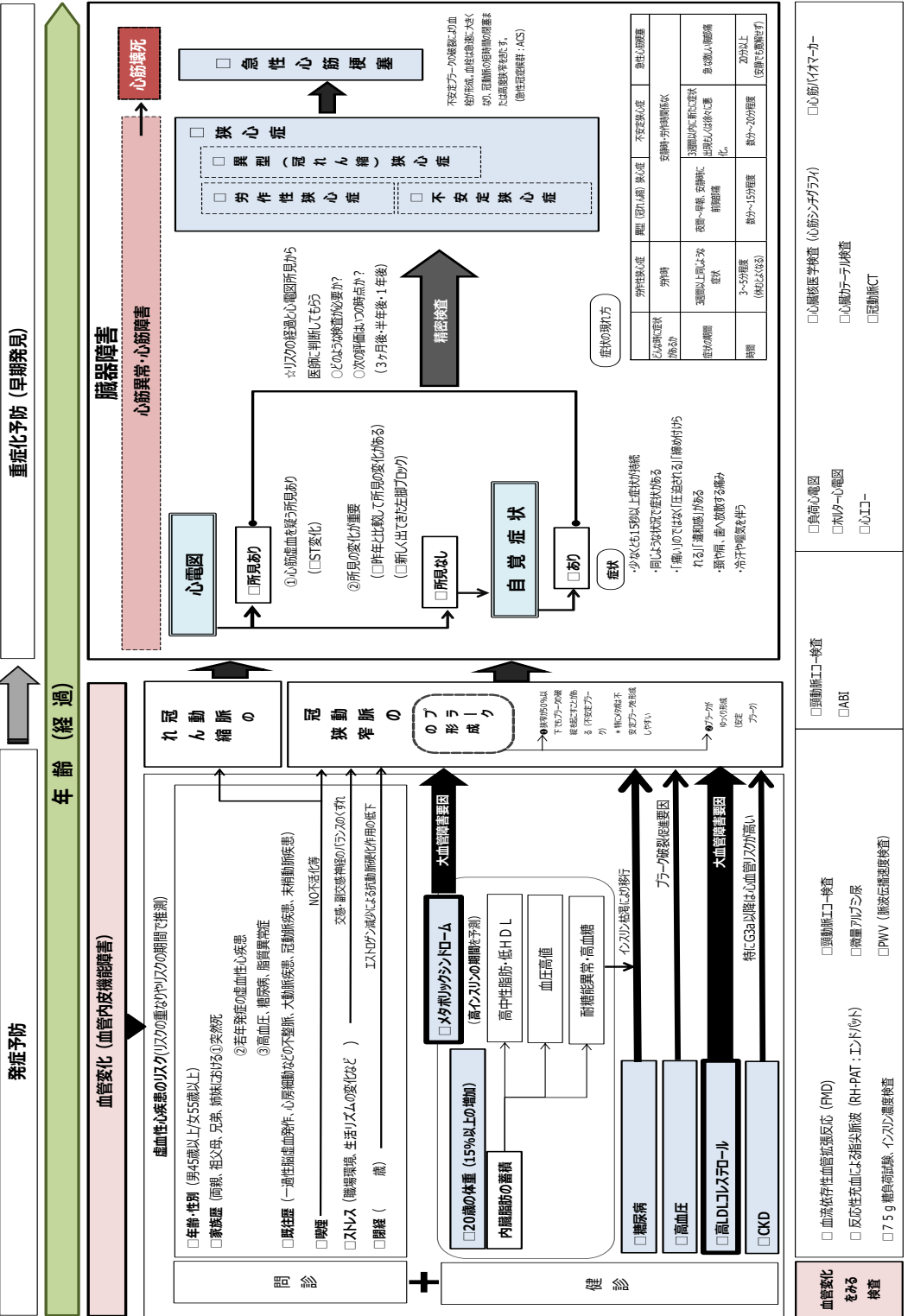
【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因		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
	④健診未受診者 ()人		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認		●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握(内訳)		3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認		
	①国保(生保) ()人		4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導		かかりつけ医、糖尿病専門医
	②後期高齢者 ()人				尿アルブミン検査の継続
	③他保険 ()人				
	④住基異動(死亡・転出) ()人				栄養士中心
	⑤確認できず ()人				
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				腎専門医
	⑤結果把握 ()人				
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価		同規模区分	12	都道府県	愛媛県	市町村名	愛南町			
項目	統合表	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164		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	8,048人							KDB_厚生労働省様式様式3-2
	② (再掲)40-74歳		6,561人							
2	① 対象者数	B	5,985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	2,338人							
	③ 受診率		39.1%							
3	① 特定 保健指導 対象者数		376人							特定健診結果
	② 実施率		34.6%							
4	① 健診 データ	E	258人	11.0%						特定健診結果
	② 糖尿病型	F	79人	30.6%						
	③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G	179人	69.4%						
	④ 治療中(質問票 服薬あり)	J	57人	31.8%						
	⑤ コントロール不良 HbA1c 0.5以上または空腹時血糖130以上	K	34人	59.6%						
	⑥ 血圧 130/80以上		30人	52.6%						
	⑦ 肥満 BMI25以上		122人	68.2%						
	⑧ コントロール良 HbA1c 0.5未満かつ空腹時血糖130未満	M	204人	79.1%						
	⑨ 第1期 尿蛋白(-)		26人	10.1%						
	⑩ 第2期 尿蛋白(±)		23人	8.9%						
	⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上		5人	1.9%						
5	① レセプト		102.4人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	② 糖尿病受療率(被保険者千対)		124.4人							
	③ (再掲)40-74歳(被保険者千対)		4,683件 (744.4)				4,309件 (785.4)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		42件 (6.7)				28件 (5.1)			
	⑤ 糖尿病治療中	H	824人	10.2%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳	I	816人	12.4%						
	⑦ 健診未受診者	O	637人	78.1%						
	⑧ インスリン治療	L	72人	8.7%						
	⑨ (再掲)40-74歳		70人	8.6%						
	⑩ 糖尿病性腎症		74人	9.0%						
	⑪ (再掲)40-74歳		72人	8.8%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		19人	2.31%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
	⑬ (再掲)40-74歳		19人	2.33%						
	⑭ 新規透析患者数									
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症									
	⑯ 【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	1.1%						
6	① 総医療費		24億6246万円				23億0569万円		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		15億0372万円				13億0173万円			
	③ (総医療費に占める割合)		61.1%				56.5%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		8,581円				7,298円			
	⑤ 健診受診者		34,064円				34,143円			
	⑥ 健診未受診者		1億5372万円				1億3163万円			
	⑦ 糖尿病医療費 (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.2%				10.1%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		4億4909万円							
	⑨ 1件あたり		40,852円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2億1871万円							
	⑪ 1件あたり		498,200円							
	⑫ 在院日数		15日							
	⑬ 慢性腎不全医療費		1億9458万円				1億2887万円			
	⑭ 透析有り		1億8853万円				1億2093万円			
	⑮ 透析なし		605万円				794万円			
7	① 介護 介護給付費		27億6973万円				19億6966万円		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		6件	22.2%						
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		7人	1.8%			3人	1.2%		

虚血性心疾患予防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

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 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 <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	<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」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					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～		<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	<input type="checkbox"/> AST	～30	31～50			51～	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99			100～125	126～
		食後	～139			140～199	200～
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチン比	
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～			
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
<input type="checkbox"/> C K D重症度分類		G3aA1～					
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24						

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

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

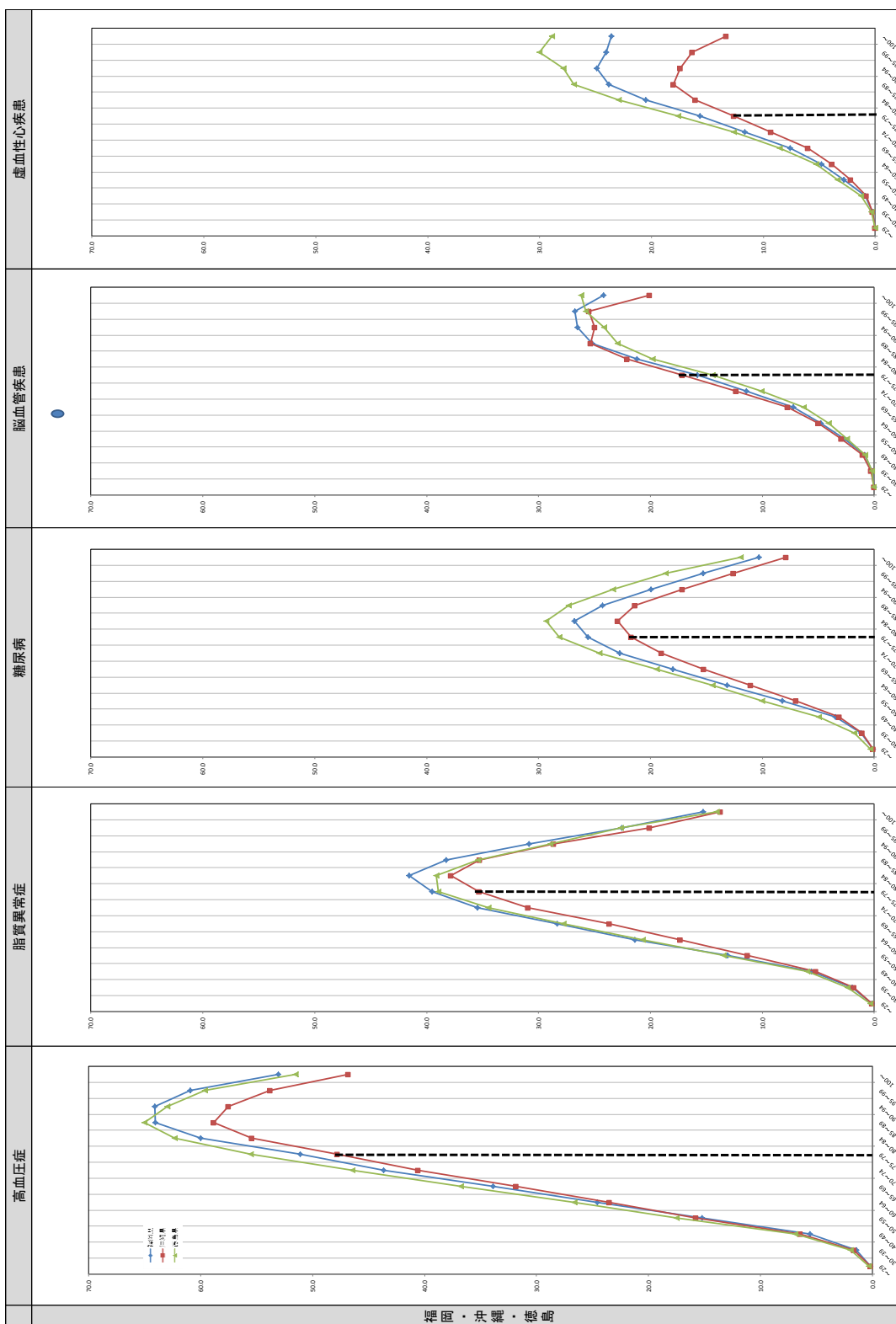
【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	健康番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること												
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の発症開始日	心房細動の発症部位	脳梗塞病名	脳梗塞発症日	H26年度				H27年度				H28年度				
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬 備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬 備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬 備考	

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム,平成29年7月作成分)



重症化予防の取組みと課題整理(平成29年度実践・評価)				
平成29年度 課題	評価(良くなったところ)			
	① やって来た実践事項を振り返ってみる (プロセス)	② アウトプット (事業実施量)	③ アウトカム (結果)	④ ストラクチャー (構造)
<p>重症化予防の取組みと課題整理(平成29年度実践・評価)</p> <p>⑤ 残っている課題</p>	<p>保健指導体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病の要医療者に対して医療機関への連絡票を発行するため、医療機関への協力依頼と連携体制を整える。(H29年度開始) 高血圧連絡票の様式の見直し(H28年度開始) <p>対象者の抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対象者への指導を強化するため、KDBシステムを活用する。 	<p>※年度末に記入</p> <p>① 医療機関への受診勧奨率</p> <p>糖尿病 % 高血圧 %</p> <p>② 未治療者の医療機関受診率</p> <p>糖尿病 % 高血圧 %</p> <p>③ 連絡票の返信率</p> <p>糖尿病 % 高血圧 %</p> <p>④ 保健指導実施率 (医療機関と連携した割合)</p> <p>⑤ 糖尿病連携手帳交付数</p>	<p>① 糖尿病有病者の割合 (治療中又はHbA1c6.5%以上) 10.4%(H27)</p> <p>② 糖尿病コントロール指標におけるコントロール不良者の割合 (治療中又はHbA1c8.4%以上) 0.84%(H28)</p> <p>③ 新規透析導入人数 (糖尿病有病者数) 14人(4人)</p> <p>④ 高血圧有所見者の割合 (収縮期血圧130mmHg以上) 男性45.0%(H27) 女性38.1%(H27)</p> <p>⑤ メタボリックシンドローム該当者の割合 男性29.1%(H27) 女性11.1%(H27)</p> <p>⑥ 特定健診実施率 39.1%(H28)</p> <p>⑦ 特定保健指導実施率 34.6%(H28)</p> <p>出典: ①④⑤⑦(特定健診結果分析報告書)</p>	<p>保健指導体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国保版)に基づき、町の保健指導の流れの見直が必要。 保健指導方法の流れを明確化し、医療機関から指導依頼のあった者に対して継続した指導が実施できるような体制を整備。 糖尿病管理台帳の統一した活用方法について検討が必要。 保健師・栄養士の指導技術の向上 <p>医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関に町の取組を説明し理解してもらうことで、医療機関と連携した指導を実施。 糖尿病連携手帳の活用方法について検討が必要。