

砥部町 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 期特定健診等実施計画

平成 30 年 3 月

砥部町

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

I 背景・目的	1
II 計画の位置付け	2
III 計画期間	4
IV 関係者が果たすべき役割と連携	4
1. 実施主体関係部局の役割	4
2. 外部有識者等の役割	5
3. 被保険者の役割	5
4. 保険者努力支援制度	5

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び第 2 期計画における健康課題

I 地域の特性	7
1. 人口動態	7
2. 国保加入率	8
II 第 1 期計画に係る評価及び考察	8
1. 全体の経年変化	8
2. 健康格差（疾病・障害等）に関連する達成状況	9
1) 介護給付費の状況	9
2) 医療費の状況	9
3) 最大医療資源（中長期目標疾患及び短期目標疾患）	10
3. 成果目標における達成状況	11
1) 中長期的な目標	11
2) 短期的な目標	12
III 第 2 期計画における健康課題の明確化	15
1. 健康格差（疾病・障害等）に関連する状況	15
1) 介護保険の状況	15
2) 医療費の状況	17
3) 健診受診者の状況	19
4) 健診受診者の把握	21
2. 目標の設定	22
1) 中長期的な目標	22
2) 短期的な目標	22

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

I 第3期特定健診等実施計画実施計画について	23
1. 目標値の設定	23
2. 対象者の見込み	24
3. 特定健診の実施	24
1) 実施体制	24
2) 委託基準	24
3) 実施機関リスト	24
4) 実施項目	24
5) 実施時期	24
6) 医療機関との適切な連携	25
7) 代行機関	25
8) 周知方法・健診実施スケジュール	25
4. 特定保健指導の実施	25
1) 実施体制	25
2) 健診から保健指導実施の流れ	26
3) 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	27
5. 要保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法	28
6. 個人情報の保護	29
7. 結果の報告（法定報告）	29
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	29

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性	30
II 重症化予防の取組み	30
1. 糖尿病性腎症重症化予防	30
1) 基本的な考え方	30
2) 重症化予防対策の全体的なスケジュール	32
3) 対象者の明確化	32
4) 対象者の進捗管理	34
5) 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	35
6) 医療との連携	36
7) 介護部門との連携	36
8) 評価方法	37
2. 虚血性心疾患重症化予防	37
1) 基本的な考え方	37

2) 対象者の明確化	37
3) 虚血性心疾患の重症化予防における受診勧奨及び保健指導	39
3. 脳血管疾患重症化予防	40
1) 基本的な考え方	40
2) 対象者の明確化	41
3) 脳血管疾患の重症化予防における受診勧奨及び保健指導	43
Ⅲ ポピュレーションアプローチ	43
 第5章 地域包括ケアに係る取組み	 44
 第6章 第2期計画の評価・見直し	
Ⅰ 評価の時期	46
Ⅱ 評価方法・体制	46
Ⅲ 目標管理一覧	47
 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	
Ⅰ 計画の公表・周知	48
Ⅱ 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

I 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、被保険者の疾病予防・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、2018（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。

町においては、国指針に基づき、第2期計画を定め、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国民健康保険財政の基盤強化を図ることを目的とする。

Ⅱ 計画の位置付け

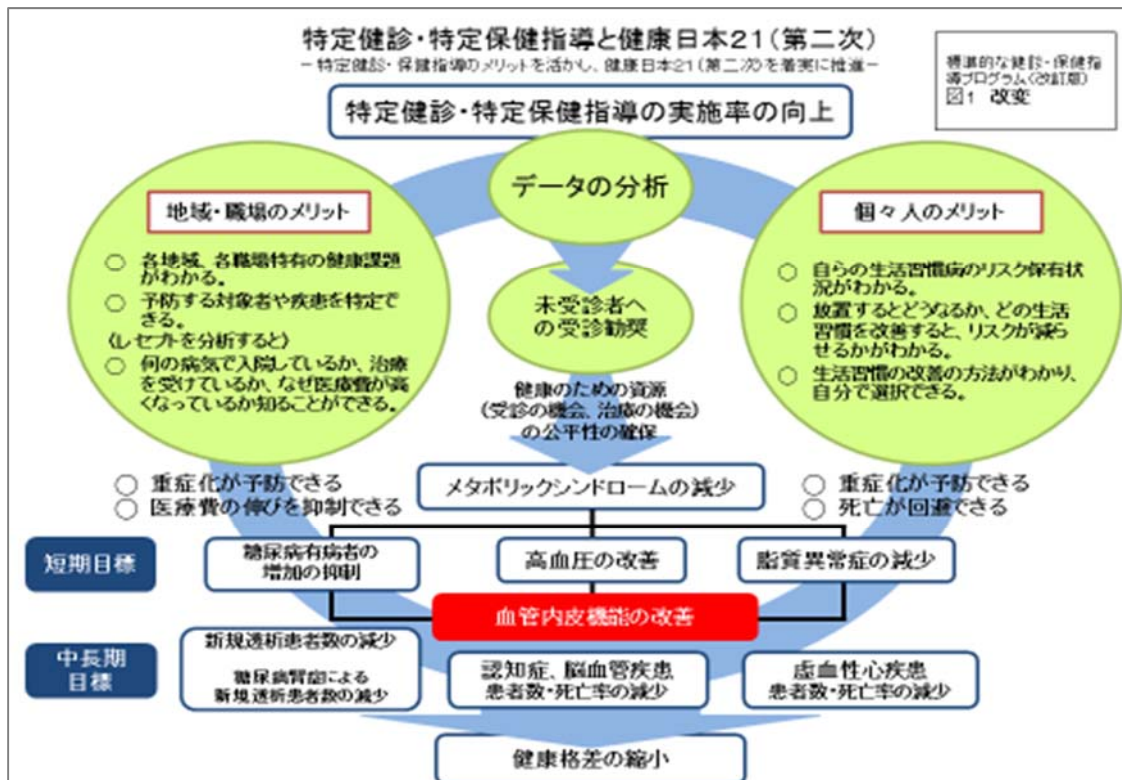
第2期計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、県民健康づくり計画「えひめ健康づくり 21」や町健康づくり計画・食育推進計画、愛媛県医療費適正化計画、町高齢者福祉計画及び第 7 期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】

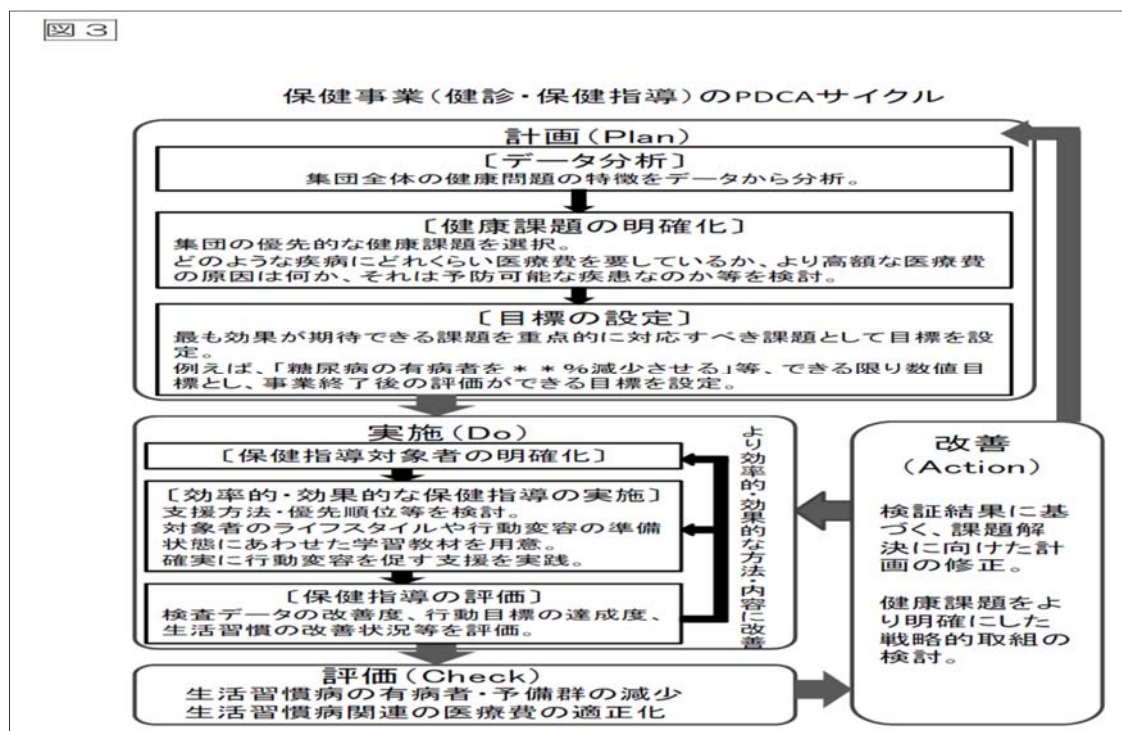
[illegible]

【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

Ⅲ 計画期間

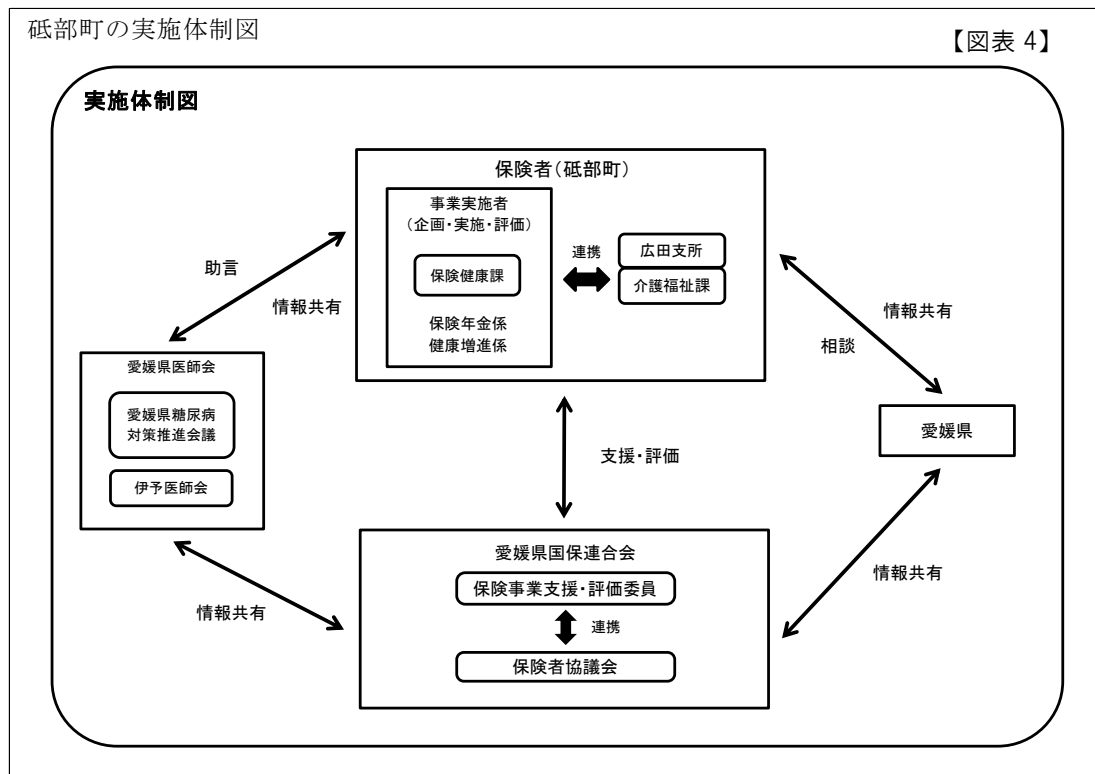
計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、第3期愛媛県医療費適正化計画や第7次愛媛県地域保健医療計画が2018（平成30）年度から次期計画期間としており、これらとの整合性を図る観点から計画期間を2018（平成30）年度から2023年度の6年間とする。

Ⅳ 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

町においては、保険健康課が主体となり計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局（介護福祉課、支所）が関わっており、連携を密に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（以下「支援・評価委員会」という。）であり、国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、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が期待される。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。

また、2018（平成 30）年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となる。このため、市町国保は、計画素案について県関係課と意見交換を行い連携に努める。

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り、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。

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。〔2018（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対策や保険料収納率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)		257			
総得点 (体制構築加点含む)		194			
全国順位 (1,741市町村中)		951			
共通 ①	特定検診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0			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	収入率向上の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
固有 ④	地域包括ケアの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		70			60

第2章 第1期計画に係る評価及び第2期計画における健康課題

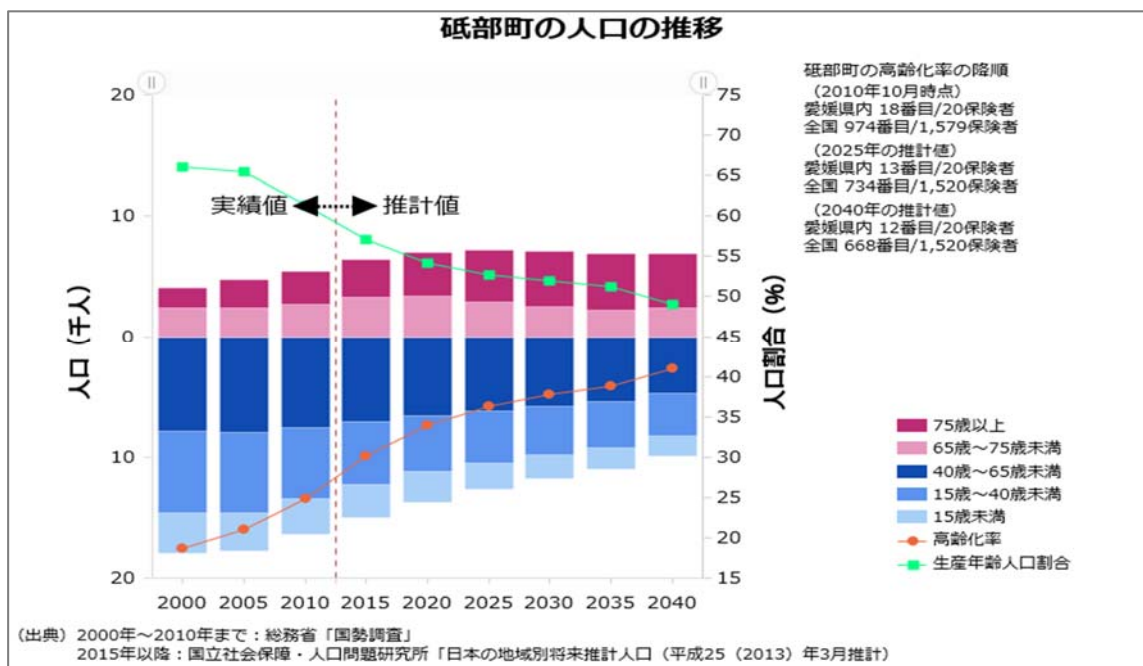
I 地域の特性

1. 人口動態

平成29年4月時点での町の人口は21,471人、高齢化率は30.5%である。第1期計画策定時より、人口は302人減少し、高齢化率は5.5%上昇している。国立社会保障・人口問題研究所が発表した人口推計によると、町では2030年に総人口は18,940人へ減少し、高齢化率は37.7%になることが試算されている。(図表6)

※データの読み取りにおいて、参照資料の指定がない場合、参考資料1(P50、51)を参照とする。

【図表6】

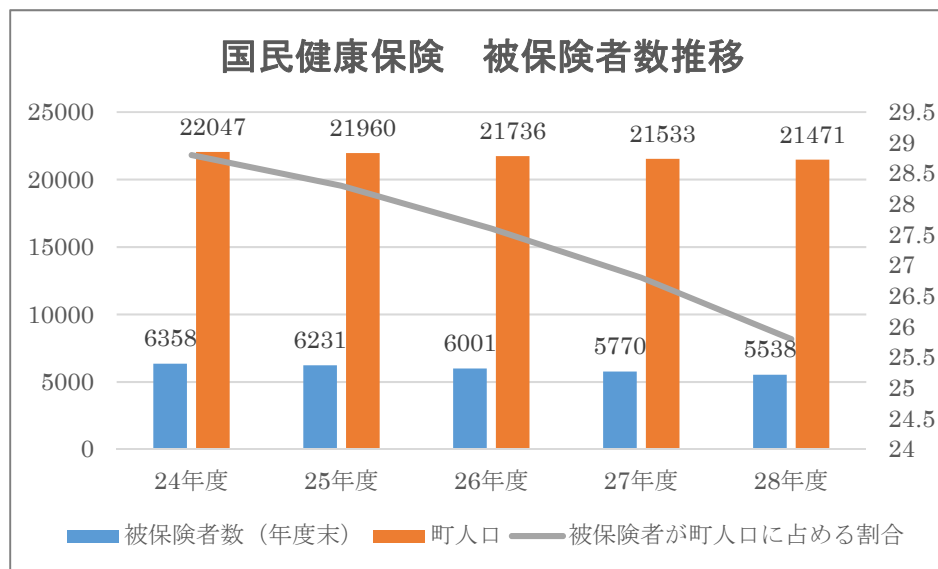


このように、今後も急速に高齢化していくことが考えられ、少子高齢化が進むことによる医療費の増大を考慮し、健康の保持・増進のための生活習慣病対策を推進していくことが重要である。

2. 国保加入率

平成 28 年度の町国保加入率は 25.8%（図表 7）と県平均より高く、65～74 歳の国保加入率は 45.8%を占め、国・県と比べても高い状況にある。

【図表 7】



平成 28 年度砥部町主要施策の成果説明書

Ⅱ 第 1 期計画に係る評価及び考察

1. 全体の経年変化

参考資料 1 より、平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、早世（65 歳未満の死亡）の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・糖尿病による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64 歳の 2 号認定率の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療の状況を見ると、医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。特定健診結果で受診勧奨値（要精検）該当者のうち、医療機関非受診率（医療機関未受診者率）の増加を考えると、健診受診後に適正な医療受診行動がとれておらず、重症化予防につながりにくいことが推測できる。加えて、特定健診受診率は伸び悩んでいるため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組みは重要となる。

2. 健康格差（疾病・障害等）に関する達成状況

1) 介護給付費の状況（図表 8）

高齢化率の上昇に伴い、介護認定率も上がり、介護給付費全体は増加しているものの 1 件当たり給付費全体は減少し同規模平均よりも低い。 【図表 8】

介護給付費の変化

年度	砥部町				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	17億4,493万円	66,014	44,606	290,316	65,293	41,599	283,210
H28年度	18億1,148万円	59,385	40,539	281,078	62,877	40,725	277,662

※介護給付費：KDB帳票No.4「市町村別データ」

※1件当たり給付費、居宅/施設サービス：KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

2) 医療費の状況（図表 9）

総医療費費用額は、第 1 期計画よりマイナス 118,209,090 円で入院・入院外ともに、伸び率はマイナスとなっている。第 1 期計画では、入院にかかる医療費を抑えることを目標としており、達成できたと考える。

また、一人当たり医療費は 615 円増加しているが、県、国は 1,200 円以上増加していることと比べると、一人当たり医療費も抑えられている。

入院は医療費件数のわずか 2.5%の割合でも、総医療費額の 39.9%を占めている。入院を減らすことは医療費削減の効果も期待できるため、重症化予防に取り組むことは費用対効果の面から見ても効率がよい。

医療費の変化

【図表 9】

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	
				砥部町	同規模			砥部町	同規模			砥部町	同規模
1 総医療費 (円)	H25年度	1,831,125,180				723,166,480				1,107,958,700			
	H28年度	1,712,916,090	-118,209,090	-6.46	-6.59	684,252,770	-38,913,710	-5.38	-6.73	1,028,663,320	-79,295,380	-7.16	-6.49
2 一人当たり医療費 (円)	H25年度	24,461				9,660				14,800			
	H28年度	25,076	615	2.51	8.52	10,020	360	3.73	7.96	15,060	260	1.76	8.98

※各年度累計

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、No.4「市町村別データ」

※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(中長期目標疾患及び短期目標疾患)(図表 10)

医療費分析では、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症については、平成 25 年と比べいずれも医療費が占める割合が減少しており、国、県よりも少ない。また、短期目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症についても平成 25 年と比べて医療費が占める割合が減少している。しかし、脂質異常症については、県よりも割合が高く、高血圧と脂質異常症の対策を引き続き実施していく必要がある。

一方、悪性新生物については増加しており、総医療費の占める割合も大きいため、がん検診受診率向上への取組みも不可欠である。

【図表 10】

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)

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)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	砥部町	1,831,125,180	24,461	66位	19位	5.75%	0.20%	2.89%	3.69%	5.34%	7.08%	3.15%	514,496,080	28.10%	12.45%	6.50%	9.60%
H28		1,712,916,090	25,076	92位	19位	4.94%	0.16%	1.47%	1.78%	5.28%	5.19%	3.00%	373,660,050	21.81%	16.04%	7.89%	10.35%
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%	8.41%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「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

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

3. 成果目標における達成状況

1) 中長期的な目標

(1) 中長期目標疾患別の医療件数割合（図表 11・12）

第1期計画では、医療費削減の観点から高額になる疾患・長期入院となる疾患・長期化する疾患（人工透析患者）について分析を行い『脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の件数割合をそれぞれ5%減少させる』ことを目標としていた。

総医療費の伸びを抑える目標や、人工透析の件数割合は達成したが、虚血性心疾患、脳血管疾患については達成できなかった。しかし、若い世代（64歳以下）に限っては虚血性心疾患、脳血管疾患の件数割合は減少している。

引き続き、医療費が高額になる疾患、6カ月以上の入院における疾患、長期化することで高額になる疾患で、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていく取組みを実施していく。

【図表 11】

対象レセプト			全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
高額になる疾患 (100万円以上レセプト) ※2	H25	件数	160件	27件	22件	--
				16.9%	13.8%	
	H25	費用額	2億6111万円	3587万円	4268万円	--
				13.7%	16.3%	
	H28	件数	194件	7件	4件	--
				3.6% ↓	2.1% ↓	
長期入院 (6か月以上の入院) ※3	H25	費用額	3億0293万円	1418万円	634万円	--
				4.7%	2.1%	
	H28	件数	235件	46件	14件	--
				19.6%	6.0%	
	H28	費用額	1億1086万円	2557万円	865万円	--
				23.1%	7.8%	
人工透析患者 (長期化する疾患) ※3	H25	件数	237件	43件	17件	--
				18.1% ↓	7.2% ↑	
	H25	費用額	1億0601万円	2065万円	618万円	--
				19.5%	5.8%	
	H28	件数	229件	23件	122件	111件
				10.0%	53.3%	48.5%
人工透析患者 (長期化する疾患) ※3	H28	費用額	1億0573万円	1046万円	5898万円	5250万円
				9.9%	55.8%	49.7%
	H28	件数	199件	23件	65件	76件
				11.6%	32.7%	38.2% ↓
	H28	費用額	8947万円	1080万円	3029万円	3214万円
				12.1%	33.9%	35.9%

【図表 12】

厚労省様式 様式3-5		長期的な目標							短期的な目標					
		虚血性心疾患												
		被保険者数	人数		割合		人数		割合		人数		割合	
H25	全体	6,265	327	5.2%	76	23.2%	9	2.8%	250	76.5%	182	55.7%	257	78.6%
	64歳以下	4,061	106	2.6%	18	17.0%	5	4.7%	70	66.0%	64	60.4%	82	77.4%
	65歳以上	2,204	221	10.0%	58	26.2%	4	1.8%	180	81.4%	118	53.4%	175	79.2%
H28	全体	5,795	297	5.1%	75	25.3%	7	2.4%	242	81.5%	169	56.9%	250	84.2%
	64歳以下	3,233	75	2.3%	12	16.0%	3	4.0%	48	64.0%	42	56.0%	63	84.0%
	65歳以上	2,562	222	8.7%	63	28.4%	4	1.8%	194	87.4%	127	57.2%	187	84.2%

厚労省様式 様式3-6		長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患												
		被保険者数	人数		割合		人数		割合		人数		割合	
H25	全体	6,265	301	4.8%	76	25.2%	2	0.7%	232	77.1%	134	44.5%	206	68.4%
	64歳以下	4,061	70	1.7%	18	25.7%	1	1.4%	51	72.9%	33	47.1%	51	72.9%
	65歳以上	2,204	231	10.5%	58	25.1%	1	0.4%	181	78.4%	101	43.7%	155	67.1%
H28	全体	5,795	296	5.1%	75	25.3%	2	0.7%	230	77.7%	126	42.6%	206	69.6%
	64歳以下	3,233	44	1.4%	12	27.3%	1	2.3%	36	81.8%	18	40.9%	29	65.9%
	65歳以上	2,562	252	9.8%	63	25.0%	1	0.4%	194	77.0%	108	42.9%	177	70.2%

厚労省様式 様式3-7		長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析												
		被保険者数	人数		割合		人数		割合		人数		割合	
H25	全体	6,265	17	0.3%	2	11.8%	9	52.9%	15	88.2%	9	52.9%	4	23.5%
	64歳以下	4,061	10	0.2%	1	10.0%	5	50.0%	10	100.0%	4	40.0%	3	30.0%
	65歳以上	2,204	7	0.3%	1	14.3%	4	57.1%	5	71.4%	5	71.4%	1	14.3%
H28	全体	5,795	15	0.3%	2	13.3%	7	46.7%	13	86.7%	5	33.3%	5	33.3%
	64歳以下	3,233	7	0.2%	1	14.3%	3	42.9%	6	85.7%	3	42.9%	3	42.9%
	65歳以上	2,562	8	0.3%	1	12.5%	4	50.0%	7	87.5%	2	25.0%	2	25.0%

2) 短期的な目標

(1) 短期目標疾患別の医療件数割合（図表 13）

第1期計画では、短期的な目標として、中長期目標疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の共通リスクとなる『高血圧症、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』ことを目標としていた。

どの指標も平成25年と比較して増加しており達成することができなかったが、増加した要因として、受診勧奨による定期的な外来通院につながったとも考えることができる。

また、この目標を達成するには医療機関との十分な連携を図る必要もあり、町内のかかりつけ医との協力体制とともに意見交換等も重要である。

【図表 13】

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	6,265	838	13.4%	58	6.9%	620	74.0%	679	81.0%	182	21.7%	134	16.0%	9	1.1%	42	5.0%				
	64歳以下	4,061	318	7.8%	20	6.3%	214	67.3%	261	82.1%	64	20.1%	33	10.4%	4	1.3%	9	2.8%				
	65歳以上	2,204	520	23.6%	38	7.3%	406	78.1%	418	80.4%	118	22.7%	101	19.4%	5	1.0%	33	6.3%				
H28	全体	5,795	833	14.4%	54	6.5%	590	70.8%	667	80.1%	169	20.3%	126	15.1%	5	0.6%	58	7.0%				
	64歳以下	3,233	228	7.1%	23	10.1%	140	61.4%	183	80.3%	42	18.4%	18	7.9%	3	1.3%	18	7.9%				
	65歳以上	2,562	605	23.6%	31	5.1%	450	74.4%	484	80.0%	127	21.0%	108	17.9%	2	0.3%	40	6.6%				

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	6,265	1447	23.1%	620	42.8%	976	67.4%	250	17.3%	232	16.0%	15	1.0%	
	64歳以下	4,061	482	11.9%	214	44.4%	318	66.0%	70	14.5%	51	10.6%	10	2.1%	
	65歳以上	2,204	965	43.8%	406	42.1%	658	68.2%	180	18.7%	181	18.8%	5	0.5%	
H28	全体	5,795	1397	24.1%	590	42.2%	943	67.5%	242	17.3%	230	16.5%	13	0.9%	
	64歳以下	3,233	333	10.3%	140	42.0%	214	64.3%	48	14.4%	36	10.8%	6	1.8%	
	65歳以上	2,562	1064	41.5%	450	42.3%	729	68.5%	194	18.2%	194	18.2%	7	0.7%	

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	6,265	1367	21.8%	679	49.7%	976	71.4%	257	18.8%	206	15.1%	4	0.3%	
	64歳以下	4,061	509	12.5%	261	51.3%	318	62.5%	82	16.1%	51	10.0%	3	0.6%	
	65歳以上	2,204	858	38.9%	418	48.7%	658	76.7%	175	20.4%	155	18.1%	1	0.1%	
H28	全体	5,795	1332	23.0%	667	50.1%	943	70.8%	250	18.8%	206	15.5%	5	0.4%	
	64歳以下	3,233	381	11.8%	183	48.0%	214	56.2%	63	16.5%	29	7.6%	3	0.8%	
	65歳以上	2,562	951	37.1%	484	50.9%	729	76.7%	187	19.7%	177	18.6%	2	0.2%	

(2) 共通リスクの健診結果経年変化

健診データのうち、有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると LDL-C では平成 25 年のとき半数以上が高値だったが、男性は 44.0%に減少している。また、前回同様に男女ともに収縮期血圧は 65～74 歳にかけて割合が多くなっている。HbA1c は、男性は 13.6%増の 54.3%、女性は 18.1%増の 61.4%と急増している。腹囲・BMI とともに高い割合になっていることが関連していると考えられる。(図表 14)

【図表 14】

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）

KDB帳票No.23「厚生労働省様式6-2～7」

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	160	25.6	284	45.5	185	29.6	113	18.1	65	10.4	15	2.4	254	40.7	118	18.9	323	51.8	206	33.0	318	51.0	5	0.8
	40-64	64	28.6	99	44.2	74	33.0	58	25.9	22	9.8	6	2.7	72	32.1	42	18.8	100	44.6	85	37.9	115	51.3	1	0.4
	65-74	96	24.0	185	46.3	111	27.8	55	13.8	43	10.8	9	2.3	182	45.5	76	19.0	223	55.8	121	30.3	203	50.8	4	1.0
H 2 8	合計	165	28.4	281	48.3	161	27.7	112	19.2	49	8.4	15	2.6	316	54.3	105	18.0	308	52.9	186	32.0	256	44.0	5	0.9
	40-64	63	35.0	92	51.1	63	35.0	49	27.2	15	8.3	6	3.3	73	40.6	44	24.4	74	41.1	63	35.0	81	45.0	0	0.0
	65-74	102	25.4	189	47.0	98	24.4	63	15.7	34	8.5	9	2.2	243	60.4	61	15.2	234	58.2	123	30.6	175	43.5	5	1.2

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		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	158	20.3	121	15.6	156	20.1	64	8.2	12	1.5	7	0.9	337	43.3	15	1.9	370	47.6	143	18.4	458	58.9	0	0.0
	40-64	61	20.4	42	14.0	64	21.4	26	8.7	3	1.0	4	1.3	103	34.4	3	1.0	120	40.1	60	20.1	172	57.5	0	0.0
	65-74	97	20.3	79	16.5	92	19.2	38	7.9	9	1.9	3	0.6	234	48.9	12	2.5	250	52.2	83	17.3	286	59.7	0	0.0
H 2 8	合計	161	21.3	154	20.3	136	18.0	54	7.1	8	1.1	4	0.5	465	61.4	15	2.0	390	51.5	147	19.4	446	58.9	0	0.0
	40-64	42	18.8	43	19.3	40	17.9	23	10.3	4	1.8	1	0.4	107	48.0	6	2.7	86	38.6	46	20.6	125	56.1	0	0.0
	65-74	119	22.3	111	20.8	96	18.0	31	5.8	4	0.7	3	0.6	358	67.0	9	1.7	304	56.9	101	18.9	321	60.1	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者は、男性は平成 25 年より 0.6%減少の 24.2%になっている。年代別でみると、減少しているのは 65～74 歳で、40～64 歳の割合については増加している。一方、女性は 8.6%から 12.0%に増加しており、特に 40～64 歳で上昇がみられる。（図表 15）

糖尿病と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、高血糖、高血圧症等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなるため、メタボリックシンドロームに着目した特定保健指導によって数値の改善を目指す。

【図表 15】

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）

KDB帳票No.24「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	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	624	30.6	36	5.8%	93	14.9%	2	0.3%	74	11.9%	17	2.7%	155	24.8%	14	2.2%	9	1.4%	92	14.7%	40	6.4%
	40-64	224	22.1	18	8.0%	34	15.2%	0	0.0%	26	11.6%	8	3.6%	47	21.0%	1	0.4%	1	0.4%	32	14.3%	13	5.8%
	65-74	400	38.9	18	4.5%	59	14.8%	2	0.5%	48	12.0%	9	2.3%	108	27.0%	13	3.3%	8	2.0%	60	15.0%	27	6.8%
H 2 8	合計	582	31.2	26	4.5%	114	19.6%	5	0.9%	82	14.1%	27	4.6%	141	24.2%	19	3.3%	11	1.9%	67	11.5%	44	7.6%
	40-64	180	23.3	16	8.9%	36	20.0%	2	1.1%	21	11.7%	13	7.2%	40	22.2%	2	1.1%	3	1.7%	23	12.8%	12	6.7%
	65-74	402	36.8	10	2.5%	78	19.4%	3	0.7%	61	15.2%	14	3.5%	101	25.1%	17	4.2%	8	2.0%	44	10.9%	32	8.0%

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	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	778	33.2	20	2.6%	34	4.4%	1	0.1%	27	3.5%	6	0.8%	67	8.6%	7	0.9%	3	0.4%	37	4.8%	20	2.6%
	40-64	299	27.5	11	3.7%	12	4.0%	0	0.0%	10	3.3%	2	0.7%	19	6.4%	2	0.7%	0	0.0%	9	3.0%	8	2.7%
	65-74	479	38.2	9	1.9%	22	4.6%	1	0.2%	17	3.5%	4	0.8%	48	10.0%	5	1.0%	3	0.6%	28	5.8%	12	2.5%
H 2 8	合計	757	34.9	16	2.1%	47	6.2%	6	0.8%	32	4.2%	9	1.2%	91	12.0%	11	1.5%	4	0.5%	48	6.3%	28	3.7%
	40-64	223	26.8	8	3.6%	10	4.5%	1	0.4%	3	1.3%	6	2.7%	25	11.2%	2	0.9%	1	0.4%	13	5.8%	9	4.0%
	65-74	534	39.9	8	1.5%	37	6.9%	5	0.9%	29	5.4%	3	0.6%	66	12.4%	9	1.7%	3	0.6%	35	6.6%	19	3.6%

(3) 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 16）

特定健診は、生活習慣病の発症予防、重症化予防を目的とした最も重要な取り組みである。平成 28 年度から予約制を導入し、がん検診も受けられる総合健診に体制を変え、健診機関で受けられるとべっち健康ドックを実施しているところである。町の受診率は 33.7%と微増となったが、今後この体制が定着することでさらなる受診率の向上を目指している。

特定保健指導は実施率 60.0%を目標としていたが、55.4%だった。しかし、第 1 期計画以降、保健指導実施率は年々上昇しており、個別健診の対象者にもアプローチをすることで、さらなる実施率の向上を目指し栄養指導・保健指導を行っていく。

【図表 16】

KDB帳票No.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」、特定健診法定報告値

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	
								砥部町	同規模平均
平成25年	4,340	1,401	32.3%	123	152	67	44.1%	53.8%	51.5%
平成28年	4,035	1,359	33.7%	129	204	113	55.4%	55.1%	51.9%

Ⅲ 第 2 期計画における健康課題の明確化

1. 健康格差（疾病・障害等）に関連する状況

1) 介護保険の状況（図表 17）

平成 28 年 5 月時点で、町の 1 号被保険者のうち 22.3%が要介護認定を受けており、特に 75 歳以上では 38.7%と認定率は高くなっている。介護認定者のうち、要介護 3 から 5 の重症者が全体の 34.6%と多く、原疾患では全体の 96.6%が脳血管疾患等の血管疾患を患っているため、介護予防の視点からも予防可能である血管疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）の管理を行うことが、町の課題と考える。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より 4,009 円高い。生活習慣病予防、特に重症化予防に取り組むことは、地域包括ケアシステムの中で保険健康課が担う重要課題と言える。

【図表 17】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

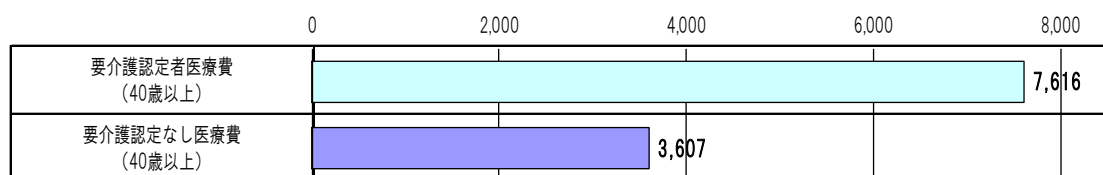
要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	被保険者数		7,548人		2,655人		2,786人		5,441人		12,989人			
	認定者数		25人		137人		1,078人		1,215人		1,241人			
	認定率		0.33%		5.2%		38.7%		22.3%		9.6%			
	新規認定者数（＊1）		8人		27人		126人		153人		161人			
	介護度 別人数	要支援1・2		8	32.0%	45	32.8%	332	30.8%	377	31.0%	385	31.0%	
要介護1・2		7	28.0%	51	37.2%	367	34.0%	418	34.4%	426	34.3%			
要介護3～5		10	40.0%	41	29.9%	379	35.2%	420	34.6%	430	34.6%			
要介護 実合状況 ★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）		25		137		1,078		1,215		1,240			
	再）国保・後期		12		111		991		1,102		1,114			
	（レセプトの 診断名より重 複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
					割合		割合		割合		割合		割合	割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	6	脳卒中	68	脳卒中	574	脳卒中	642	脳卒中	648	
					50.0%		61.3%		57.9%		58.3%		58.2%	
				2	虚血性 心疾患	2	虚血性 心疾患	36	虚血性 心疾患	442	虚血性 心疾患	478	虚血性 心疾患	480
			16.7%			32.4%		44.6%		43.4%		43.1%		
			3	腎不全	1	腎不全	8	腎不全	107	腎不全	115	腎不全	116	
					8.3%		7.2%		10.8%		10.4%		10.4%	
		基礎疾患 （＊2）	糖尿病	5	糖尿病	66	糖尿病	673	糖尿病	739	糖尿病	744		
				41.7%		59.5%		67.9%		67.1%		66.8%		
7	高血圧			89		高血圧		843		高血圧		932	高血圧	939
58.3%				80.2%				85.1%				84.6%		84.3%
脂質 異常症	5	脂質 異常症	80	脂質 異常症	711	脂質 異常症	791	脂質 異常症	796					
	41.7%		72.1%		71.7%		71.8%		71.5%					
血管疾患 合計	合計	10	合計	103	合計	962	合計	1065	合計	1075				
		83.3%		92.8%		97.1%		96.6%		96.5%				
認知症	認知症	3	認知症	24	認知症	426	認知症	450	認知症	453				
		25.0%		21.6%		43.0%		40.8%		40.7%				
筋・骨格疾患	筋骨格系	9	筋骨格系	99	筋骨格系	930	筋骨格系	1029	筋骨格系	1038				
		75.0%		89.2%		93.8%		93.4%		93.2%				

※1) 新規認定者についてはNO.49「要介護実合状況」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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



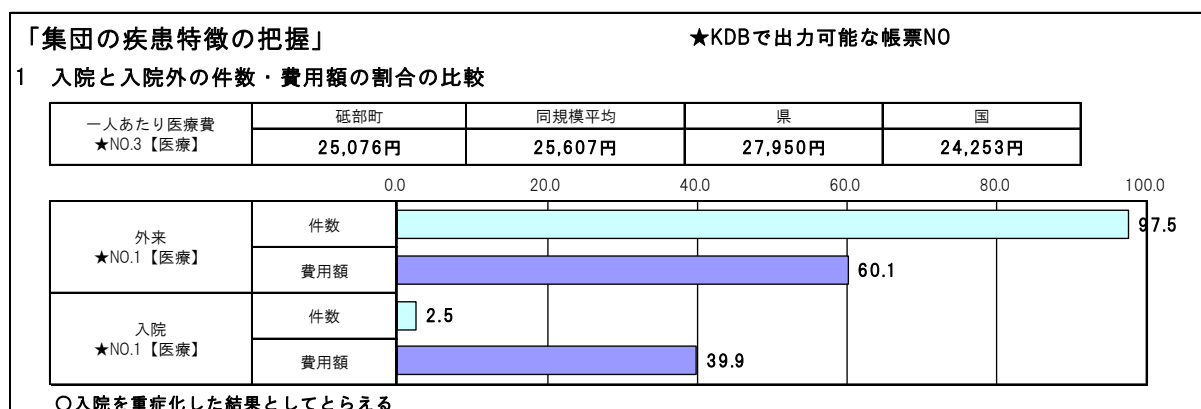
2) 医療費の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額割合の比較 (図表 18)

平成 28 年度における町の一人あたり医療費は 25,076 円で、県よりも低い、同規模平均、国よりは高い。

入院については医療費件数のわずか 2.5%の割合でも、総医療費額の 39.9%を占めている。生活習慣病等が重症化して入院する状況になる前に、適切な受診をすることが課題だと考える。

【図表 18】



(2) 入院費用額割合における疾患別割合 (図表 19)

1 カ月 80 万円以上のレセプト分析では、高額になる疾患として、がんの費用額割合が 35.2%と最多となり、がん検診の受診率向上も必要である。

6 カ月以上の長期入院レセプト分析では、精神疾患が 47.3%で最多であるが、生活習慣病と関連の強い脳血管疾患も 19.5%を占めている。

長期化する疾患として人工透析のレセプト分析では、虚血性心疾患が 46.7%で最多となり、透析の合併症として心疾患を併せもっていることが想定される。また、透析の原因疾患となりやすい糖尿病性腎症も 33.3%と高く、糖尿病の重症化予防により、新規透析導入者を減らすことができるため、予防活動が重要である。

脳血管疾患、虚血性心疾患を発症した人のうち生活習慣病の治療者割合を分析すると、その背景には基礎疾患の重なりがみられ、高血圧症、脂質異常症を治療している人はいずれも 7 割を超えている状況である。

【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

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	174人		5人		10人		69人		101人	
					2.9%		5.7%		39.7%		58.0%	
		件数	284件		8件		12件		95件		169件	
					2.8%		4.2%		33.5%		59.5%	
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%	22	13.0%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	7	7.4%	5	3.0%
				50代	2	25.0%	0	0.0%	4	4.2%	28	16.6%
				60代	2	25.0%	11	91.7%	46	48.4%	67	39.6%
				70-74歳	4	50.0%	1	8.3%	37	38.9%	47	27.8%
		費用額	3億8339万円		1501万円		1336万円		1億3480万円		2億2022万円	
3.9%					3.5%		35.2%		57.4%			

*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年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	30人	15人	7人	4人
				50.0%	23.3%	13.3%
		件数	237件	141件	43件	17件
				59.5%	18.1%	7.2%
		費用額	1億0601万円	5013万円	2065万円	618万円
				47.3%	19.5%	5.8%

*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)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H29.5 診療分	人数	15人	5人 33.3%	2人 13.3%	7人 46.7%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	199件	76件 38.2%	23件 11.6%	65件 32.7%
			費用額	8947万円	3214万円 35.9%	1080万円 12.1%	3029万円 33.9%

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

厚労省様式	対象レセプト (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		2,376人	296人	297人	58人
				12.5%	12.5%	2.4%
		の基 重 礎 な 疾 り 患	高血圧	230人	242人	35人
				77.7%	81.5%	60.3%
			糖尿病	126人	169人	58人
				42.6%	56.9%	100.0%
			脂質 異常症	206人	250人	48人
				69.6%	84.2%	82.8%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			1,397人	833人	1,332人	226人
			58.8%	35.1%	56.1%	9.5%

○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) 健診受診者の状況（図表 20）

健診データのうち有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると収縮期血圧、拡張期血圧について男女とも全国、県より高く、HbA1c については、男性は 54.3%、女性は 61.4% と平成 25 年より急増しており、女性は県・全国と比べても高い。女性は、BMI、腹囲、中性脂肪、LDL-C も高い割合になっていることが関連していると考えられる。

メタボリックシンドローム予備軍については男性・女性ともに全国、県よりも高い。メタボリックシンドローム該当者については、女性は全国、県よりも高く、血圧＋脂質の有所見者についても 6.3%となっている。

【図表 20】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7)																								★NO.23(概要)			
男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
全国		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8			
県		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		
砥部町	合計	165	28.4	281	48.3	161	27.7	112	19.2	49	8.4	15	2.6	316	54.3	105	18.0	308	52.9	186	32.0	256	44.0	5	0.9		
	40-64	63	35.0	92	51.1	63	35.0	49	27.2	15	8.3	6	3.3	73	40.6	44	24.4	74	41.1	63	35.0	81	45.0	0	0.0		
	65-74	102	25.4	189	47.0	98	24.4	63	15.7	34	8.5	9	2.2	243	60.4	61	15.2	234	58.2	123	30.6	175	43.5	5	1.2		

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県		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
砥部町	合計	161	21.3	154	20.3	136	18.0	54	7.1	8	1.1	4	0.5	465	61.4	15	2.0	390	51.5	147	19.4	446	58.9	0	0.0
	40-64	42	18.8	43	19.3	40	17.9	23	10.3	4	1.8	1	0.4	107	48.0	6	2.7	86	38.6	46	20.6	125	56.1	0	0.0
	65-74	119	22.3	111	20.8	96	18.0	31	5.8	4	0.7	3	0.6	358	67.0	9	1.7	304	56.9	101	18.9	321	60.1	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

5　メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）													★NO.24（概要）										
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
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%
砥部町	合計	582	31.2	26	4.5%	114	19.6%	5	0.9%	82	14.1%	27	4.6%	141	24.2%	19	3.3%	11	1.9%	67	11.5%	44	7.6%
	40-64	180	23.3	16	8.9%	36	20.0%	2	1.1%	21	11.7%	13	7.2%	40	22.2%	2	1.1%	3	1.7%	23	12.8%	12	6.7%
	65-74	402	36.8	10	2.5%	78	19.4%	3	0.7%	61	15.2%	14	3.5%	101	25.1%	17	4.2%	8	2.0%	44	10.9%	32	8.0%
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
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%
砥部町	合計	757	34.9	16	2.1%	47	6.2%	6	0.8%	32	4.2%	9	1.2%	91	12.0%	11	1.5%	4	0.5%	48	6.3%	28	3.7%
	40-64	223	26.8	8	3.6%	10	4.5%	1	0.4%	3	1.3%	6	2.7%	25	11.2%	2	0.9%	1	0.4%	13	5.8%	9	4.0%
	65-74	534	39.9	8	1.5%	37	6.9%	5	0.9%	29	5.4%	3	0.6%	66	12.4%	9	1.7%	3	0.6%	35	6.6%	19	3.6%
*全国については、有所見割合のみ表示																							

(1) 糖尿病 (HbA1c)、血圧、LDL-C のコントロール状況 (図表 21)

HbA1c については、合併症予防のための 7.0%未満までの改善目標値があるが、医療機関へ受診していても 40.0%以上が HbA1c7.0%以上となっており、血圧や LDL-C に比べ、コントロールが困難な状況である。糖尿病のコントロールには、食事療法を基本とした、運動療法や薬物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医療機関と連携し実施していく。

【図表 21】



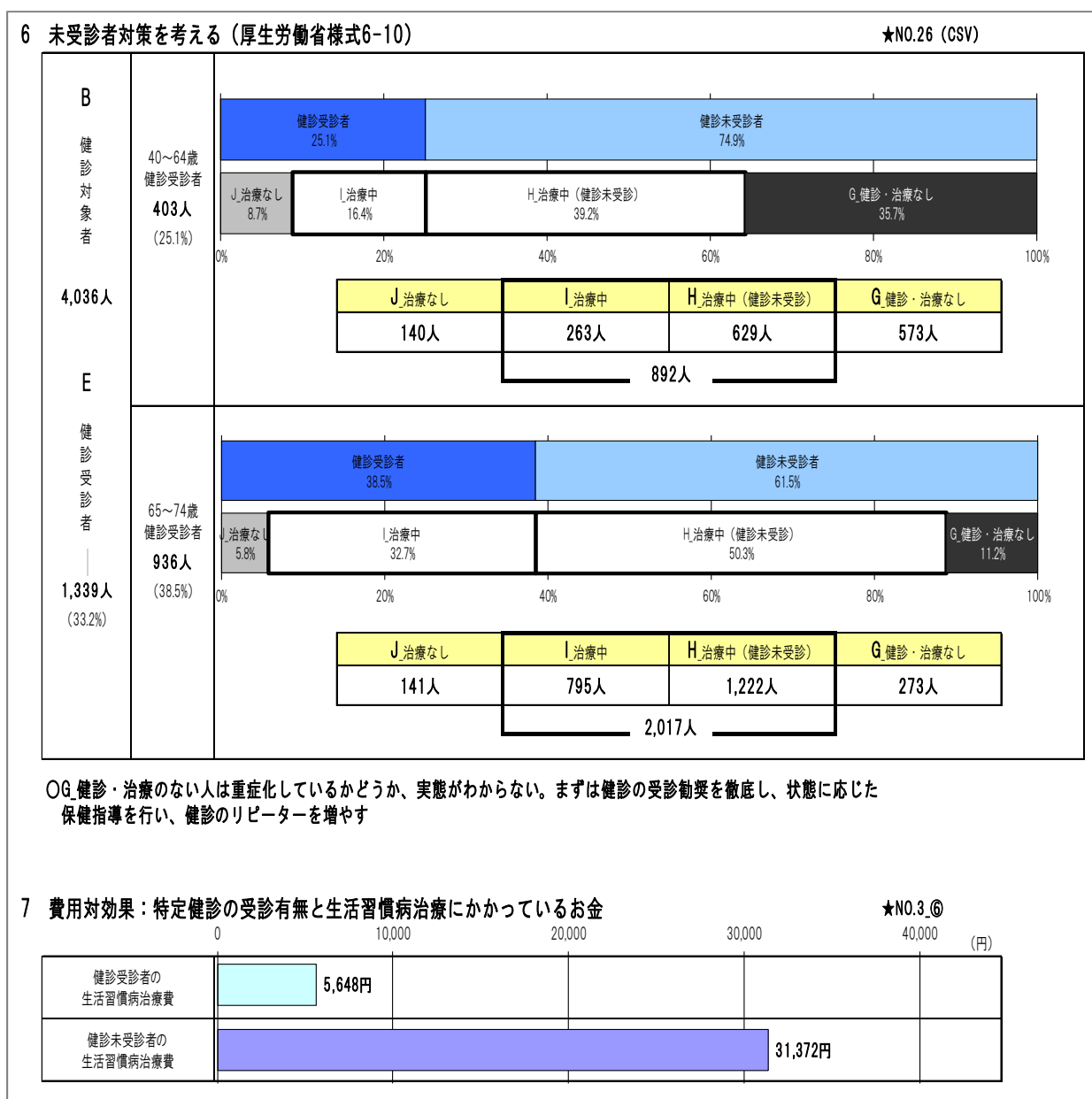
4) 健診受診者の把握（図表 22）

40～64 歳の健診対象者についてみると、健診も治療も受けていない人（図表 22 内の G）は 35.7%であり、重症化しているかどうかの実態が全く分からない。

また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人当たり医療費は、健診受診者より 25,724 円も高くなっており、健診受診者の約 5.5 倍である。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受診することで、自分の健康に関心が持てるよう、まずは健診の機会を提供し、健康状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる。それが医療費適正化においても効果的であると考える。

【図表 22】



2. 目標の設定

1) 中長期的な目標

今後、高齢化が進展するなかで、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、一人当たり医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、町民の医療のかかり方は、健診結果で受診勧奨値であっても、医療にかからず、重症化して入院する実態があるため、重症化予防及び医療費適正化へつなげることを目的とし、入院を抑えることを目標とする。具体的には、入院の医療費割合を2023年度には国並みとすることを目指す。

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カ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。

第1期計画の評価指標とした2017(平成28)年度と比較して、2023年度には『虚血性心疾患、糖尿病性腎症を5%減少、脳血管疾患を3%減少させる』ことを目標にする。また『糖尿病性腎症による新規透析患者数が減少する』ことを具体的な目標と設定し、3年後の2020年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び目標の見直しをする。

2) 短期的な目標

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、毎年血圧、脂質、血糖、慢性腎臓病(以下「CKD」という。)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コントロールが困難な疾患等として、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いため、まずは健診の機会を提供し、健康状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。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）

I 第3期特定健診等実施計画について

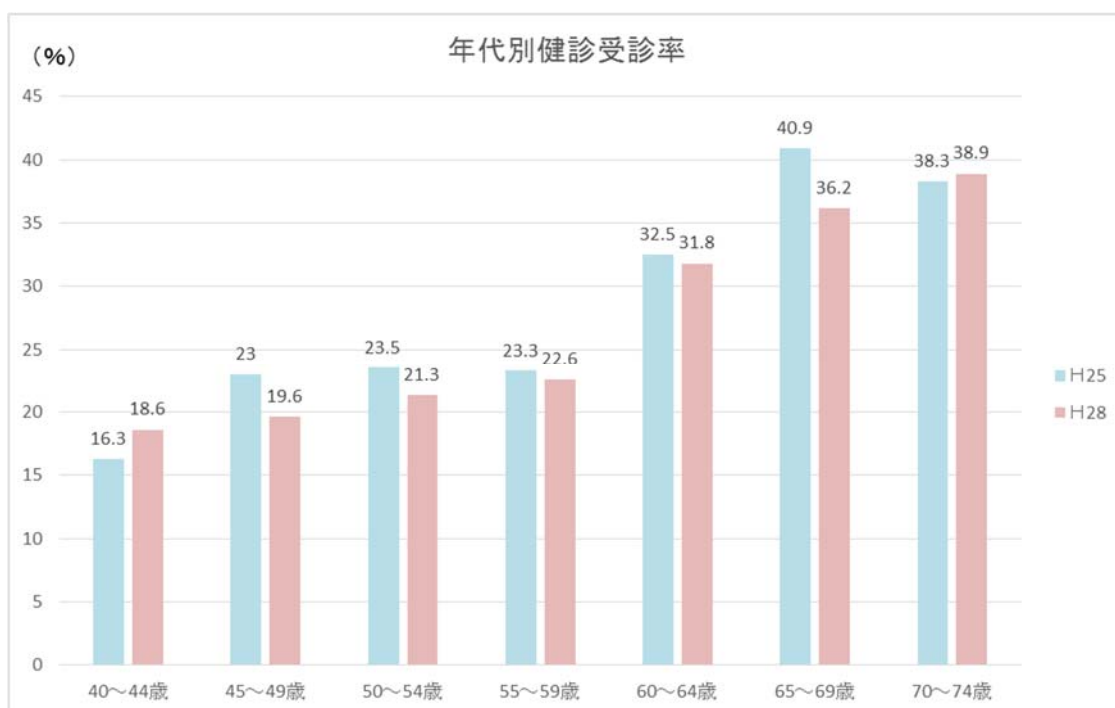
医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期〔2018（平成30）年度〕からは6年一期として計画を策定する。

1. 目標値の設定

【図表 23】

	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	41.3%	45.1%	48.9%	52.7%	56.5%	60.0%
特定保健指導実施率	56.8%	57.5%	58.2%	58.9%	59.6%	60.0%



特定健診新規受診者

H24	H25	H26	H27	H28
361人	329人	250人	230人	213人

2. 対象者の見込み

【図表 24】

		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	4234人	4129人	4020人	3917人	3813人	3706人
	受診者数	1749人	1862人	1966人	2064人	2154人	2224人
特定保健指導	対象者数	210人	223人	236人	248人	258人	267人
	実施者数	119人	128人	137人	146人	154人	160人

3. 特定健診の実施

1) 実施体制

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町国保側のとりまとめ機関である国保連が集合契約を行う。

健診体制は集団健診と個別健診の2パターンである。

- ①集団健診(町保健センター、小学校体育館等)
- ②個別健診(委託医療機関・とべっち健康ドック)

2) 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) 実施機関リスト

特定健診実施機関は、受診券発行時に本人に実施機関一覧表を提示する。

4) 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-C 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-C の測定に変えられる。（実施基準第1条4項）

5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

8) 周知方法・健診実施スケジュール

2017（平成 29）年度より健診日を増やし、利便性を高めるため、特定健診とがん検診が同時に受診できる環境を整え、文書や電話（コールセンター）で予約できる完全予約制を導入している。

通知時期・受診勧奨内容は、特定健診実施スケジュール【図表 25】を参照。

【図表 25】 特定健診実施スケジュール

2月	健診対象者に対して開催日時・会場・健診内容等が書かれたチラシと希望調査票を発送する。
3月	コールセンターでの健診受付開始。
	特定健診未予約者等に電話等勧奨を行う。（3月中旬～春の検診終了まで）
4～6月	春の検診実施。
	特定健診実施約2週間前に、対象者へ問診票等を発送する。
8～11月	秋の検診実施。
	特定健診実施約2週間前に、対象者へ問診票等を発送する。
12月	受診券一括送付。
12～1月	未受診者に対し、電話等勧奨を行う。
	※年度により未受診者対策は内容が変更する場合があります。

※とべっち健康ドックは4月～2月末まで実施。

※個別健診は通年実施。

4. 特定保健指導の実施

1) 実施体制

特定保健指導の実施については、保険者による直接実施と、特定保健指導実施機関への一部委託により、個別での保健指導を実施する。

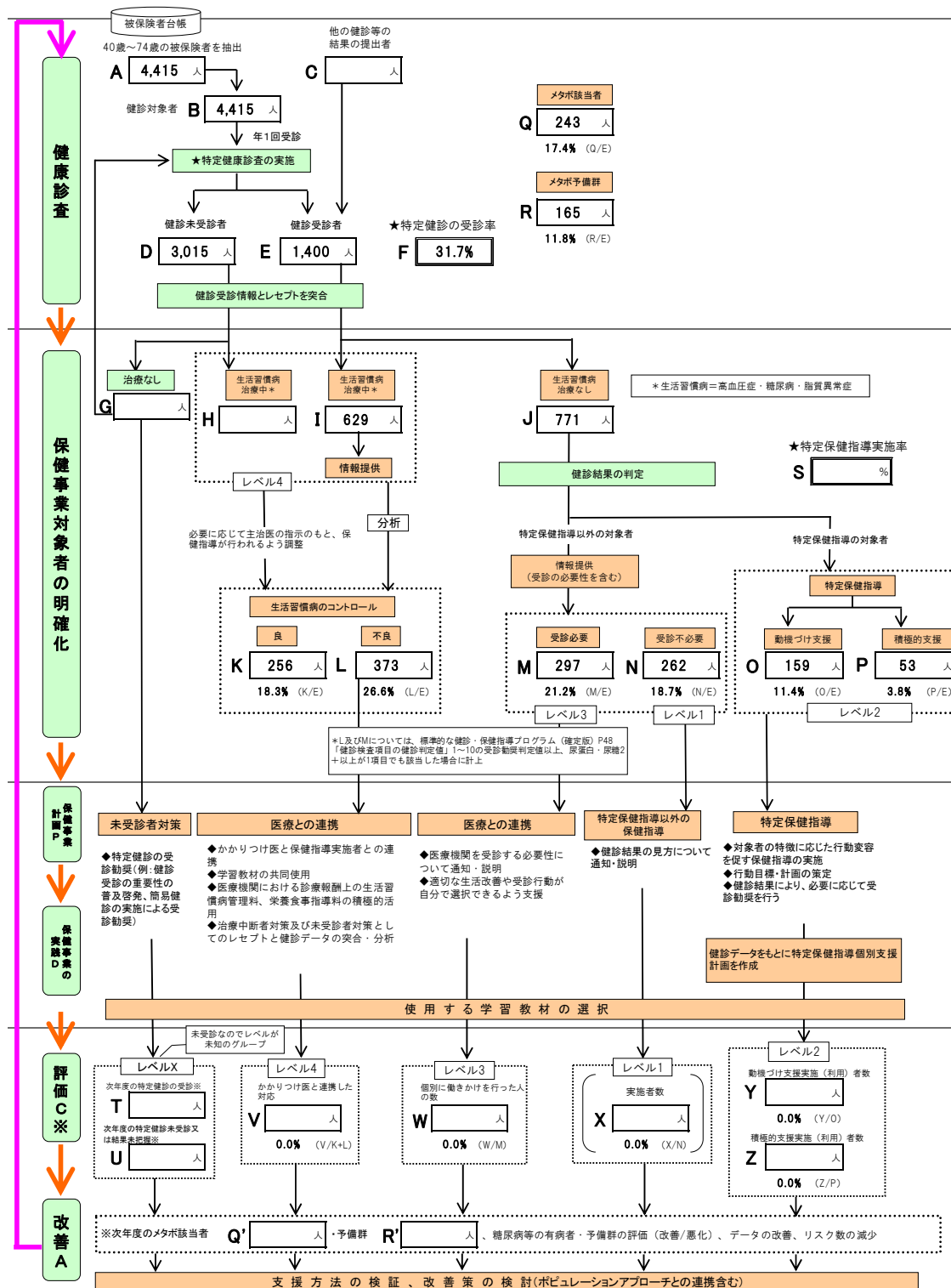
2) 健診から保健指導実施の流れ

「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。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

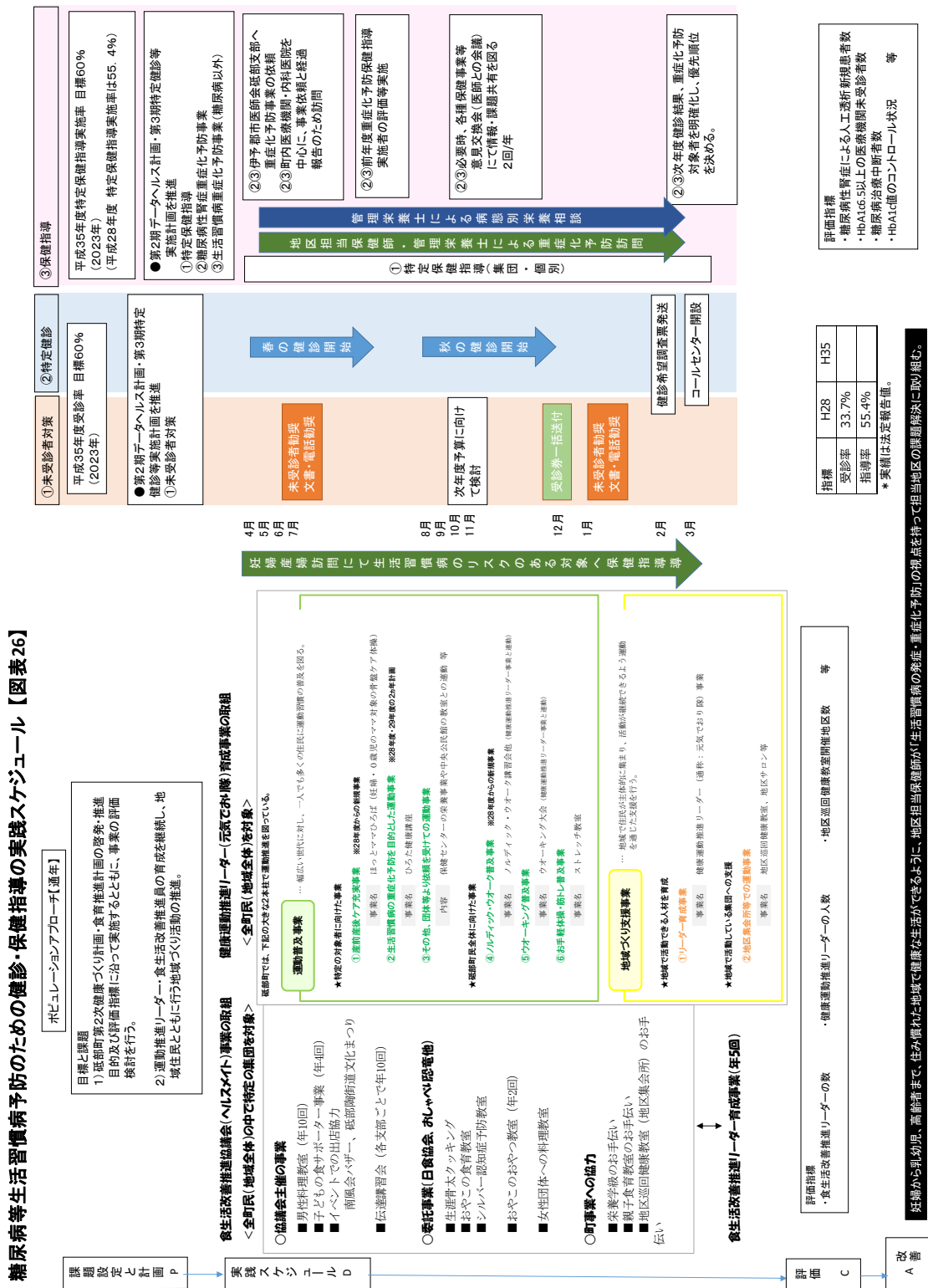
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）

様式5-5



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 26)



5. 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	212 人 (15.1%)	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	297 人 (21.2%)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(普及啓発、未受診者勧奨の電話・文書)	3,015 人 ※受診率目標達成までにあ と 1,249 人	28%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明(広田地区結果報告会と砥部地区希望者)	262 人 (18.7%)	15.3%
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	629 人 (44.9%)	10%

平成 28 年度実績より

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) 特定健康診査・特定保健指導の記録管理・保存期間

特定健康診査・特定保健指導の記録管理は、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（法定報告）

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 項に基づく計画は、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みとポピュレーションアプローチ（※1）を組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、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みを行う。具体的な取組みとして医療受診が必要な者には受診勧奨を行い、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としては、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上を目的とした取組みが重要になってくる。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。また、町にあるソーシャルキャピタル（※2）の醸成を進めるために、健康運動推進リーダー・食生活改善推進員の育成を継続し、住民とともに健康な地域づくり活動を広く町民へ周知する。（図表 26）

（※1）…高いリスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり、病気を予防したりできるようにすること。

（※2）…信頼、規範、ネットワークといった人と人との絆や社会のつながりがもたらす力のこと。

II 重症化予防の取組み

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みにあたっては「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）及び平成 28 年度に策定された愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国保版）（以下「愛媛県プログラム」という。）に基づき、以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組みにあたっては図表 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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 27】

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	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	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	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	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を改定

2) 重症化予防対策の全体的なスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 4 月中旬～ 特定健診の開始
- 5 月以降 対象者を抽出し、対象者に対して町保健師（地区担当）・町管理栄養士が介入〔通年〕

3) 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

(2) 対象者の抽出するための「糖尿病性腎症病期分類」について

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、国保連合会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、該当者数の把握を行う。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 28）

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。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）

【図表 28】

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

(3)対象者の抽出

図表 29 のとおり、町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 61 人 (45.5%・図表内 F) であった。

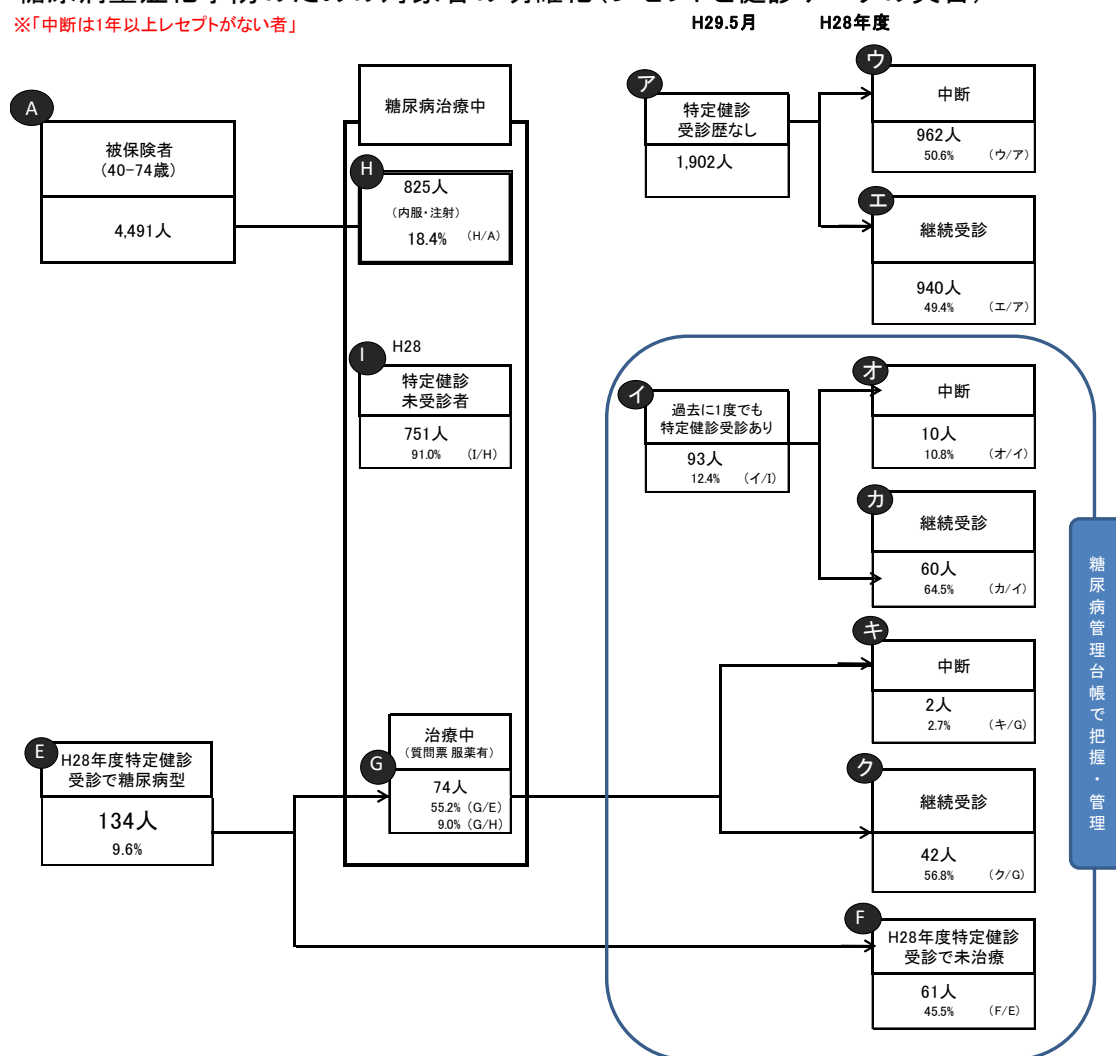
また 40～74 歳における糖尿病治療者 825 人 (図表内 H) 中のうち、特定健診受診者が 74 人 (55.2%・図表内 G) であったが、2 人 (2.7%・図表内キ) は中断であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者 751 人 (91.0%・図表内 I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 93 人 (図表内イ) 中 10 人 (図表内オ) は治療中断であることが分かった。

また、940 人 (図表内エ) 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。

【図表 29】

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」



(4) 対象の優先順位別介入方法

町においての重症化予防対象者と介入方法は以下の通りとし、優先順位をつけて取り組む。

■優先順位 1

①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（図表 29 内-F）・・・61 人

②糖尿病治療中であつたが、中断者（図表 29 内-オ・キ）・・・12 人

➡【受診勧奨】を実施する。

介入方法としては家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応する。

■優先順位 2

・糖尿病治療中のうち、重症化するリスクの高い者（図表 29 内-ク）・・・42 人

➡【保健指導】を実施する。

介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応する。

また、医療機関と連携した保健指導を実施する。

■優先順位 3

・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者（図表 29 内-カ）・・・60 人

➡【保健指導】を実施する。

介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応する。

また、医療機関と連携した保健指導を実施する。

4) 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、地区担当保健師と業務担当が協力して管理する。

(1) -1 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以下の情報については、管理台帳に記載する。

・HbA1c6.5%以下でも、糖尿病治療中

・HbA1c6.5%以下でも、空腹時血糖 126 mg/dl 以上、随時血糖 200 mg/dl 以上

・当該年度の健診データのみだけでなく、過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は〔HbA1c・血圧・体重・eGFR・尿蛋白〕

②国保資格を確認する。

③レセプトを確認し、下記の治療状況を記載する。

- ・服薬状況（特定健診の問診票だけでは漏れがあるため）
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日
- ・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、該当する場合は診療開始日
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報

④管理台帳記載後、健診データ結果を確認し、去年のデータと比較のうえ介入対象者を試算する。

⑤対象者数の把握

- ・医療機関未受診者及び治療中断者（受診勧奨の対象：介入の優先順位 1）
- ・腎症重症化ハイリスク者（保健指導の対象：介入の優先順位 2）

5) 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予防には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進行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、喫煙などの危険因子の管理も重要となってくる。町においては、HbA1c6.5 以上で治療なしの人の割合が、20 市町中県内ワースト 1 位となっている。愛媛県プログラムによる保健指導対象者の優先順位で一番高いのが、医療機関未受診者である。生活習慣病の有所見者で、医療機関を受診していない人へは受診勧奨を行い、治療中の人へは医療機関と連携し、糖尿病性腎症病期分類に合わせて、重症化予防のための保健指導と栄養指導を実施する。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 30）

【図表 30】

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

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少									
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器科の診療と診療に携わるガイドライン (2005年厚生労働省医政課))				糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)							
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(75%) ↓ 心臓性脳塞栓症(27%) ラクナ梗塞(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心臓性脳梗塞				心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症													
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病(CKD)							
科学的根拠に基づき 健康結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		LDL-C 180mg/dl以上 中性脂肪 300mg/dl以上		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)							
重症化予防対象 受診者数 1,400 対象者数	Ⅱ度高血圧以上		心房細動				メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NSSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)		蛋白尿 (2+) 以上 eGFR50未満 70歳以上40未満							
治療なし	68	7.2%	0	0.0%	63	4.5%	39	2.8%	243	17.4%	92	6.6%	13	0.9%	25	1.8%	438	31.3%
(再掲) 特定保健指導	30	30.0%	0	--	15	23.8%	13	33.3%	77	31.7%	18	19.6%	1	7.7%	6	24.0%	106	24.2%
治療中	32	7.0%	0	0.0%	8	2.5%	11	3.4%	166	26.4%	33	43.4%	10	1.6%	16	2.6%	254	40.4%
臓器障害 あり	4	5.9%	0	--	7	12.7%	1	3.6%	11	14.3%	9	15.3%	3	100.0%	9	100.0%	23	12.5%
CKD (専門医対象者)	3		0		7		1		8		7		3		9		20	
尿蛋白 (2+) 以上	0		0		1		0		1		2		3		0		3	
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	2		0		3		0		4		2		0		1		9	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	2		0		3		1		3		3		0		9		9	
心電図所見あり	2		0		0		0		3		2		0		1		4	
臓器障害 なし	64	94.1%	--	--	48	87.3%	27	96.4%	66	85.7%	50	84.7%	--	--	--	--	--	--

6) 医療との連携

(1) かかりつけ医と連携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、対象者のうち糖尿病疑いもしくは糖尿病がある者については、かかりつけ医療機関への受診を勧め、できる限り尿アルブミン検査を実施する。その結果に基づき早期介入し、糖尿病性腎症の重症化予防を目指す。

連携にあたっては愛媛県プログラムに準じ、糖尿病連携手帳や保健指導指示書を使用することで、対象者の検査データの収集及び保健指導への助言等をもらう。

(2) 医療機関未受診者への対策

医療機関未受診者及び治療中断者を医療機関につなぐ場合は、郡市医師会と協議した愛媛県プログラムに基づく様式を使用する。

7) 介護部門との連携

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町地域包括支援センター（介護福祉課）等と連携していく。

8) 評価方法

短期的評価・中長期的評価の視点に沿って評価を実施する。

(1) 短期的評価について

計画の評価と併せて、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。

■受診勧奨対象者に対する評価（介入の優先順位 1）

①介入率、介入手段別（訪問・電話・手紙等）割合

②医療機関受診率

③医療機関未受診者への再勧奨率

■保健指導対象者に対する評価

①保健指導実施率

②保健指導後の変化 …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

(2) 中長期的評価について

様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料5）を用いて評価を行っていく。

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015に基づいて考えていく。（参考資料7）

(2) 対象者の抽出

■心電図検査からの対象者把握

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。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）によると、「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」と記されており、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。

町において健診受診者 1,359 人のうち心電図検査実施者は 39 人（2.9%）であり、そのうち ST 所見があったのは 4 人であった。（図表 31）

町は虚血性心疾患のリスク因子でもあるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が同規模市町村と比較して多いため、心電図検査結果にも留意して保健指導を行い、精密検査結果報告書にて受診状況を確認し、実態把握を行う。

【図表 31】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	1,359	100	39	2.9	4	10.3	14	35.9	21	53.8

※平成28年度特定健診法定報告より

※ST所見あり: からだノート 心-3「心臓細胞の虚血」の所見を参考に抽出しています。

■心電図検査以外からの対象者把握

特定健診の詳細項目に該当する心電図検査は、「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」を基準に実施される。そのため、基準に該当せず心電図検査を実施しない場合においても、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-C 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			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	
			受診者				
			1,359	3 0.2%	15 1.1%	21 1.5%	1,320 97.1%
メタボ該当者			235 17.3%	2 0.9%	9 3.8%	13 5.5%	211 89.8%
メタボ予備群			161 11.8%	1 0.6%	2 1.2%	2 1.2%	156 96.9%
メタボなし			963 70.9%	0 0.0%	4 0.4%	6 0.6%	953 99.0%
LDL-C	140-159		163	0	0	2	161
			16.9%	0.0%	0.0%	1.2%	98.8%
		160-179	73	0	0	0	73
			7.6%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		180-	45 4.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	45 100.0%

② -1

② -2

【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～	255	2	4	4	245
		18.8%	0.8%	1.6%	1.6%	96.1%

平成28年度特定健診法定報告値より集計

(心電図結果については、特定健診データ管理システムより抽出可能であった結果のみを集計)

ST変化…心電図の具体的な所見欄において、心臓細胞の虚血(狭心症・心筋症・心筋障害・心筋梗塞)をあらわす波形表記のあったものを抽出。
 その他変化…心電図の具体的な所見欄において上記以外の表記のあったものを抽出。

3) 虚血性心疾患の重症化予防における受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の重症化予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状から早期に医療受診をすることにより重症化の予防につながる。また、リスク因子でもあるメタボリックシンドロームと血圧の改善が重要なため、特定保健指導の徹底に努める。

受診勧奨の対象者としては、心電図所見及び自覚症状において出された「要治療」判定の者で医療機関の未受診者及び過去に治療中であつたにもかかわらず、治療中断していることが把握された場合に受診勧奨を行う。

保健指導の実施にあたっては、指導教材等を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけながら個別に応じた保健指導を行う。また、治療中であるがリスクがある場合には、かかりつけ医と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

- ・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)

3. 脳血管疾患重症化予防

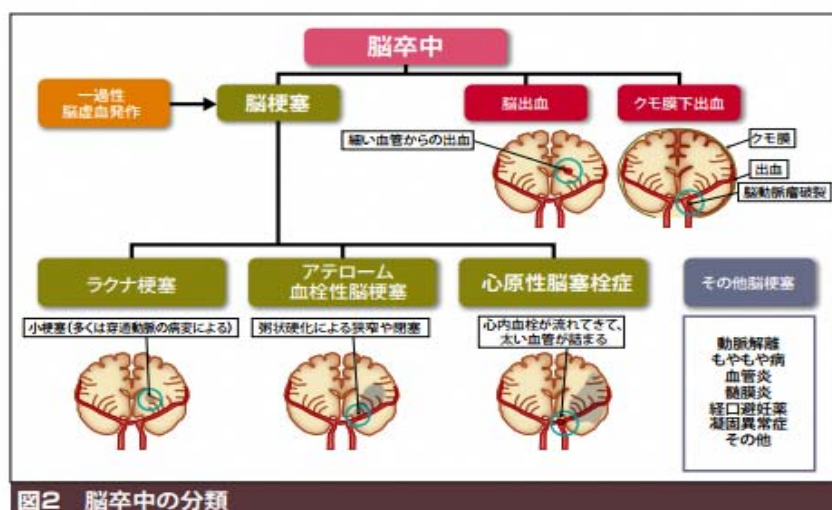
1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては、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。

脳血管疾患の分類及びそのリスク因子は図表 34、35 のとおりである。

<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	●							

「脳卒中予防の提言」より引用

2) 対象者の明確化

(1) 対象者の抽出

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 1,359人		95 7.0%	90 6.6%	60 4.4%	0 0.0%	235 17.3%	11 0.8%	23 1.7%
治療なし ※1		64 7.0%	57 4.4%	52 5.0%	0 0.0%	73 9.8%	3 0.4%	8 1.1%
治療あり ※1		31 7.0%	33 43.4%	8 2.5%	0 0.0%	162 26.4%	8 1.3%	15 2.5%
臓器障害あり ※2		4 6.3%	8 14.0%	6 11.5%	0 --	10 13.7%	3 100%	8 100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	3	6	6	0	7	3	8
	尿蛋白(2+)以上	0	2	1	0	1	3	0
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2	2	3	0	4	0	1
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2	2	2	0	2	0	8
	心電図所見あり	2	2	0	0	3	0	1

※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。

H28年度法定報告値参照

※2 割合の算出について、各疾患の「治療なし」が分母。

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95人(7.0%)であり、64人は未治療者であった。この未治療者のうち4人(6.3%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要であ

る。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も31人(7.0%)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その他危険因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

図表 36 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化であり、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる図表内①、②については、早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表 37】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	915	271 29.6%	209 22.8%	184 20.1%	187 20.4%	48 5.2%	16 1.7%
リスク第1層	97 10.6%	43 15.9%	21 10.0%	15 8.2%	16 8.6%	1 2.1%	1 6.3%
リスク第2層	487 53.2%	159 58.7%	116 55.5%	87 47.3%	94 50.3%	22 45.8%	9 56.3%
リスク第3層	331 36.2%	69 25.5%	72 34.4%	82 44.6%	77 41.2%	25 52.1%	6 37.5%
再掲 重複あり	糖尿病	70 21.1%	11 15.9%	18 25.0%	23 16.9%	5 20.0%	0 0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	179 54.1%	38 55.1%	36 50.0%	42 51.2%	9 36.0%	5 83.3%
	3個以上の危険因子	169 51.1%	27 39.1%	34 47.2%	46 56.1%	18 72.0%	4 66.7%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流に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。

(脳卒中予防の提言より引用) →

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。

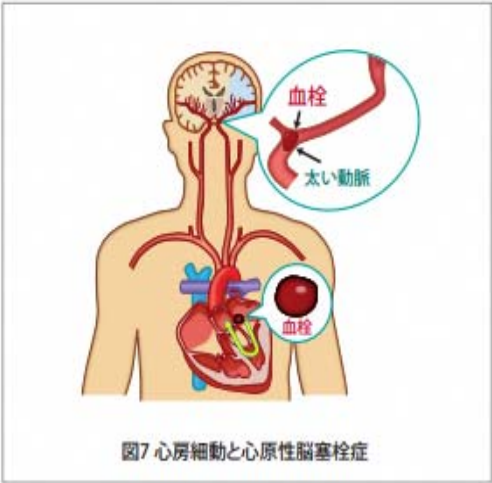


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

特定健診における心房細動有所見状況								【図表38】
年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	22	17	0	0	0	0	—	—
40歳代	2	0	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	0	4	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	13	8	0	0	0	0	1.9	0.4
70歳～74歳	7	5	0	0	0	0	3.4	1.1

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
 ※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にて集計

平成28年度の特定健診の心電図検査において、心房細動有所見者はいなかったが、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要がある。

3) 脳血管疾患の重症化予防における受診勧奨及び保健指導

脳血管疾患の重症化予防には、高血圧、糖尿病、脂質異常、メタボリックシンドロームの改善が重要である。

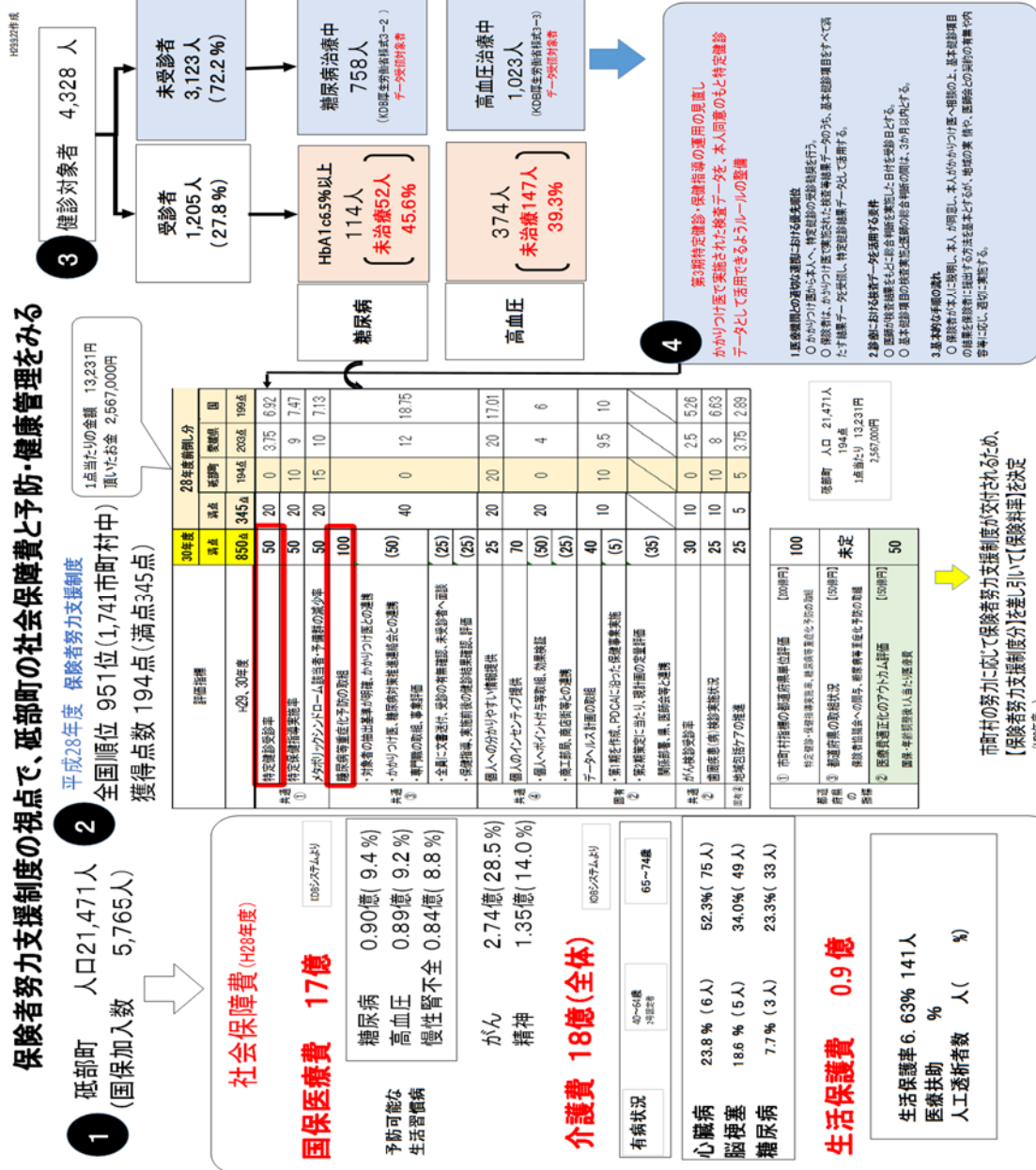
受診勧奨の対象者としては、血圧及びその他危険因子に関わる所見において出された「要治療」判定の者で医療機関の未受診者及び過去に治療中であつたにもかかわらず、治療中断していることが把握された場合に受診勧奨を行う。

保健指導の実施にあたっては、指導教材等を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけながら個別に応じた保健指導を行う。また、治療中であるがリスクがある場合には、かかりつけ医と連携した保健指導を行う。

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(図表39)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。その情報発信及び、健康づくり活動を拓げる手段として、町の健康運動推進リーダー・食生活改善推進員の育成事業を継続しながら、住民とともに健康な地域づくり活動を行う。

また地区担当保健師は「妊婦から乳幼児、高齢者まで、住み慣れた地域で健康な生活ができるための生活習慣病の発症・重症化予防」の視点を持ち、地域の課題解決に取り組んでいく。



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。

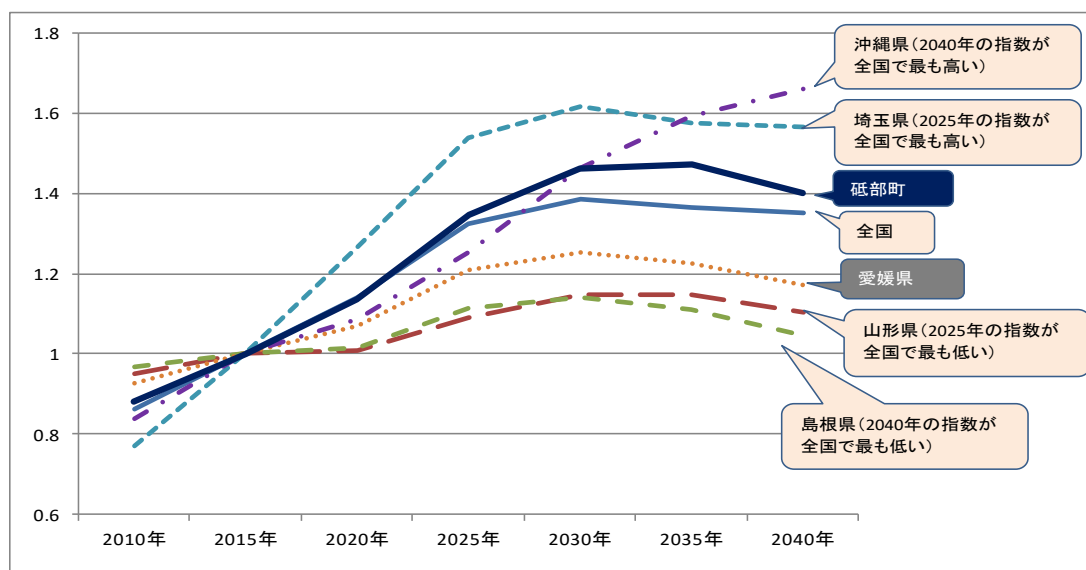
要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組みそのものが介護予防として捉える事ができる。

また、生活習慣病予防対策における、ポピュレーションアプローチとして、健康運動推進リーダー・食生活改善推進員の育成を継続することに合わせ、地区巡回健康教育において、運動指導、栄養指導、地区の課題に応じた健康教育を実施する。健康教育の際には、KDB システムを活用し、健康課題を可視化して提示をする。

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おり（図表 40）、町は愛媛県より 5 年遅い 2035 年が 1.47 でピークに達すると推計されている。

【図表 40】

75歳以上人口の将来推計
(2015年の人口を1.0としたときの指数)



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

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システムの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

第6章 第2期計画の評価・見直し

I 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020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2023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。

II 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。

(参考資料10・11)

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取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、毎年支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値						最終評価目標値		現状値の把握方法	
				2016	2023	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
特定 等 計 画 診	・特定健診受診率が低く、新規受診者も伸び悩んでいる。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	33.7%									60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	55.4%									60.0%		
			特定保健指導対象者の減少率25%	14.0%									10.5%		
			脳血管疾患の件数割合3%減少	18.1%									15.1%		
データヘルス計画	・男女とも血圧が高く、女性にはメタボ該当者、HbA1c、LDL-C、中性脂肪が県平均より多い。	虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	虚血性心疾患の件数割合5%減少	7.2%									2.2%	KDBシステム	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%	38.2%									33.2%		
			メタボリックシンドローム・予備群の減少割合25%	29.3%									22.0%		
			健診受診者の高血圧者の割合減少10%(160/100以上)	7.1%									6.4%		
保険者努力支援制度	・がんの早期発見、早期治療	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合減少13%(LDL180以上)	4.5%									3.9%	保健指導支援ツール	
			健診受診者の糖尿病者の割合減少28%(HbA1c6.5以上)	6.6%									4.7%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	50.0%									98.0%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合100%(HbA1c6.5%以上の医療機関未受診者)	96.6%									98.0%		
	・砥部町は食道がん、乳がん、胆のうがんは全国と比較して死亡率が高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率上昇 胃がん検診	12.0%									増加	地域保健事業報告	
			肺がん検診(CR、CT)	21.5%								増加			
			大腸がん検診	21.8%								増加			
			子宮頸がん検診	18.5%								増加			
			乳がん検診	22.9%								増加			
			後発医薬品の使用割合	81.7%								増加			

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

I 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、ホームページ等を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、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概要版を策定する。

II 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 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた砥部町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 平成 29 年度に向けての全体評価
- 参考資料 11 平成 28 年度の実践評価を踏まえ、平成 29 年度の取組みと課題整理（平成 29 年度進捗状況）

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた砥部町の位置

【参考資料 1】

項目				H25		H28		H28						データ元 (CSV)	
				砥部町		砥部町		同規模平均		県		国			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	21,773		21,471		26,184,847		1,412,057		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況	
			65歳以上（高齢化率）	5,441	25.0	6,559	30.5	5,717,875	21.8	377,802	26.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.3	
			75歳以上	2,786	12.8	3,139	14.6			200,272	14.2	13,989,864	11.2	健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題 ※平成29年4月現在の 町人口動態	
			65～74歳	2,655	12.2	3,420	15.9			177,530	12.6	15,030,902	12.0		
			40～64歳	7,548	34.7	7,113	33.1			481,791	34.1	42,411,922	34.0		
	39歳以下	8,784	40.3	7,799	36.3			552,464	39.1	53,420,287	42.8				
	②	産業構成	第1次産業	9.3		9.3		1.6		8.3		4.2		KDB_NO.3	
			第2次産業	23.1		23.1		20.8		24.5		25.2		健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
			第3次産業	67.6		67.6		77.6		67.2		70.6			
	③	平均寿命	男性	80.0		80.0		79.7		79.1		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	87.0		87.0		86.3		86.5		86.4			
	④	健康寿命	男性	65.3		65.3		65.3		64.8		65.2			
			女性	66.9		66.9		66.8		66.8		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	95.5		86.2		99.4		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	95.0		88.4		100.2		98.3		100		
			死因	がん	60	49.2	53	39.6	73,988	50.6	4,526	44.5	367,905	49.6	
				心臓病	37	30.3	56	41.8	38,562	26.4	3,331	32.7	196,768	26.5	
				脳疾患	13	10.7	15	11.2	21,380	14.6	1,494	14.7	114,122	15.4	
				糖尿病	0	0.0	3	2.2	2,640	1.8	177	1.7	13,658	1.8	
				腎不全	6	4.9	1	0.7	4,696	3.2	363	3.6	24,763	3.3	
				自殺	6	4.9	6	4.5	4,988	3.4	284	2.8	24,294	3.3	
	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	合計	23	0.14	20	0.13			1,677	0.18	139,644	0.15	(死亡数) H28厚生労働HP 人口動態調査/H25愛媛 県保健統計年報 (人口) 国勢調査H22、 25	
			男性	14	0.18	13	0.18			1,116	0.24	91,123	0.20		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	1,133	20.5	1,215	22.3	1,241,034	22.5	90,837	23.9	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	21	0.3	19	0.3	25,745	0.4	1,353	0.3	105,654	0.3	
				2号認定者	22	0.3	26	0.4	33,215	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4	
②		有病状況	糖尿病	272	22.7	350	27.1	295,859	23.5	22,683	24.0	1,343,240	21.9		
			高血圧症	647	54.4	678	56.0	653,020	51.8	51,089	54.3	3,085,109	50.5		
			脂質異常症	400	32.6	449	36.5	383,951	30.3	33,827	35.9	1,733,323	28.2		
			心臓病	754	63.3	786	64.2	744,081	59.1	58,804	62.6	3,511,354	57.5		
			脳疾患	412	34.8	418	34.3	320,243	25.7	28,016	30.1	1,530,506	25.3		
			がん	88	7.8	98	7.4	140,168	11.0	10,077	10.5	629,053	10.1		
			筋・骨格	660	56.4	716	57.7	657,374	52.2	54,397	57.9	3,051,816	49.9		
			精神	438	35.3	473	38.2	458,122	36.2	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）	66,014		59,385		54,112		58,101		58,349			
			居宅サービス	44,606		40,539		39,533		41,454		39,683			
	施設サービス		290,316		281,078		284,985		281,013		281,115				
④	医療費等	要介護認定別	7,935		7,616		7,956		7,610		7,980				
		医療費（40歳以上） 認定あり 認定なし	3,592		3,607		3,758		3,843		3,822				
4	①	国保の状況	被保険者数	6,223		5,566		6,351,353		345,255		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			65～74歳	2,322	37.3	2,549	45.8			153,125	44.4	12,462,053	38.2		
			40～64歳	2,272	36.5	1,780	32.0			113,367	32.8	10,946,693	33.6		
			39歳以下	1,629	26.2	1,237	22.2			78,763	22.8	9,178,477	28.2		
			加入率	28.6		25.6		24.7		24.5		26.9			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	1777	0.3	143	0.4	8,255	0.3		
			診療所数	18	2.9	18	3.2	24,041	3.8	1,247	3.6	96,727	3.0		
			病床数	213	34.2	213	38.3	334,708	52.7	22,579	65.4	1,524,378	46.8		
			医師数	29	4.7	30	5.4	83,749	13.2	3,679	10.7	299,792	9.2		
			外来患者数	731.2		752.1		678.2		724.7		668.3			
			入院患者数	18.4		19.0		18.0		23.9		18.2			
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	24,461	県内19位 同規模64位	25,076	県内19位 同規模92位	24,748		27,950		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			受診率	749.646		771.158		696.185		748.511		686.501			
外 費用の割合			60.5		60.1		60.6		57.0		60.1				
来 件数の割合			97.5		97.5		97.4		96.8		97.4				
入 費用の割合			39.5		39.9		39.4		43.0		39.9				
院 件数の割合			2.5		2.5		2.6		3.2		2.6				
1件あたり在院日数			15.8日		15.7日		15.6日		16.8日		15.6日				
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源疾病 名（調剤含む）	がん	222,207,270	21.6	274,692,880	28.5	25.5		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）	103,091,230	10.0	84,640,700	8.8	10.6		9.6		9.7				
		糖尿病	96,212,230	9.3	90,395,790	9.4	9.4		9.3		9.7				
		高血圧症	127,229,650	12.3	88,899,610	9.2	8.0		7.9		8.6				
		精神	118,694,900	11.5	135,176,560	14.0	17.1		19.0		16.9				
		筋・骨格	174,288,260	16.9	177,258,020	18.4	15.1		16.1		15.2				

4

⑤

費用額
(1件あたり)

県内順位
順位総数22

入院の（ ）内
は在院日数

糖尿病
高血圧
脂質異常症
脳血管疾患
心疾患
腎不全
精神
悪性新生物

593,877
616,206
497,731
650,587
770,266
753,179
477,900
625,312

4位
3位
15位
2位
2位
1位
3位
11位

(16)
(17)
(18)
(20)
(15)
(18)
(24)
(13)

553,570
556,767
566,390
588,346
641,040
523,844
449,926
680,083

8位
13位
5位
13位
10位
20位
15位
5位

(16)
(16)
(16)
(18)
(16)
(14)
(24)
(12)

⑥

健診有無別
一人当たり
点数

健診対象者
一人当たり

健診受診者
一人当たり

健診未受診者
一人当たり

2,626
10,820
6,601
27,197

2,293
12,738
5,648
31,372

2,016
13,026
5,832
37,681

1,788
14,254
4,747
37,850

2,065
12,683
5,940
36,479

KDB No.3
健診・医療・介護データ
からみる地域

⑦

健診・レセ
実合

受診勧奨率

医療機関受診率

医療機関非受診率

806
754
52

57.5
53.8
3.7

792
738
54

59.1
55.1
4.0

805,458
750,763
54,695

56.0
52.2
3.8

42,009
38,886
3,123

57.1
52.8
4.2

4,116,530
3,799,744
316,786

55.9
51.6
4.3

KDB No.1
地域全体像の把握

5

①

健診受診者

1,402

1,339

1,438,680

73,624

7,362,845

特定健診の
状況
県内順位
順位総数22

②

受診率

32.3

県内10位
同規模123位

33.2

県内10位
同規模129位

34.6

29.4

全国40位

34.0

③

特定保健指導終了者（実施率）

67

44.1

1

0.5

13,919

34.0

2,869

28.8

35,557

4.1

④

非肥満高血糖

117

8.3

156

11.7

123,796

8.6

8,298

11.3

687,157

9.3

⑤

メタボ

該当者

222

15.8

232

17.3

252,024

17.5

12,083

16.4

1,272,714

17.3

男性

155

24.8

141

24.2

171,126

29.2

8,258

26.5

875,805

27.5

女性

67

8.6

91

12.0

80,898

9.5

3,825

9.0

396,909

9.5

予備群

127

9.1

161

12.0

151,847

10.6

7,886

10.7

790,096

10.7

男性

93

14.9

114

19.6

102,838

17.5

5,401

17.3

548,609

17.2

女性

34

4.4

47

6.2

49,009

5.7

2,485

5.9

241,487

5.8

⑥

メタボ
該当・予備
群レベル

腹囲

総数

405

28.9

435

32.5

452,443

31.4

22,305

30.3

2,320,533

31.5

男性

284

45.5

281

48.3

305,611

52.1

15,230

48.9

1,597,371

50.1

女性

121

15.6

154

20.3

146,832

17.2

7,075

16.7

723,162

17.3

BMI

総数

73

5.2

59

4.4

64,594

4.5

3,661

5.0

346,181

4.7

男性

9

1.4

14

2.4

9,262

1.6

576

1.8

55,460

1.7

女性

64

8.2

45

5.9

55,332

6.5

3,085

7.3

290,721

7.0

⑬

血糖のみ

3

0.2

11

0.8

8,451

0.6

514

0.7

48,685

0.7

⑭

血圧のみ

101

7.2

114

8.5

105,265

7.3

5,670

7.7

546,667

7.4

⑮

脂質のみ

23

1.6

36

2.7

38,131

2.7

1,702

2.3

194,744

2.6

⑯

血糖・血圧

21

1.5

30

2.2

36,323

2.5

1,924

2.6

196,978

2.7

⑰

血糖・脂質

12

0.9

15

1.1

13,230

0.9

674

0.9

69,975

1.0

⑱

血圧・脂質

129

9.2

115

8.6

125,302

8.7

5,890

8.0

619,684

8.4

⑲

血糖・血圧・脂質

60

4.3

72

5.4

77,169

5.4

3,595

4.9

386,077

5.2

①

服薬

高血圧

糖尿病

脂質異常症

449
75
313

32.0
5.3
22.3

437
73
309

32.6
5.5
23.1

492,410
109,557
354,120

34.3
7.6
24.6

23,291
4,528
16,954

31.6
6.2
23.0

2,479,216
551,051
1,738,149

33.7
7.5
23.6

②

既往歴

脳卒中（脳出血・脳梗塞等）

心臓病（狭心症・心筋梗塞等）

腎不全

貧血

50
137
4
258

3.6
9.8
0.3
18.4

35
80
28
134

2.6
6.0
2.1
10.0

48,375
79,193
6,406
150,838

3.5
5.7
0.5
11.0

2,366
4,588
993
11,689

3.2
6.3
1.4
16.0

230,777
391,296
37,041
710,650

3.3
5.5
0.5
10.1

③

喫煙

159

11.3

164

12.2

203,662

14.2

8,453

11.5

1,048,171

14.2

④

週3回以上朝食を抜く

97

7.8

100

8.2

127,945

10.5

3,685

7.3

540,374

8.5

⑤

週3回以上食後間食

167

13.4

187

15.3

151,285

12.6

7,958

15.7

743,581

11.8

⑥

週3回以上就寝前夕食

146

11.7

169

13.8

193,341

16.1

7,253

14.3

983,474

15.4

⑦

食べる速度が速い

348

27.9

385

31.4

308,436

25.7

14,293

28.2

1,636,988

25.9

⑧

20歳時体重から10kg以上増加

354

28.4

417

34.0

395,018

32.4

16,412

32.4

2,047,756

32.1

⑨

1回30分以上運動習慣なし

607

48.7

642

52.4

683,242

55.9

28,174

55.7

3,761,302

58.7

⑩

1日1時間以上運動なし

356

28.6

366

29.9

562,065

46.9

17,540

34.7

2,991,854

46.9

⑪

睡眠不足

274

22.0

311

25.4

304,799

25.0

14,108

27.9

1,584,002

25.0

⑫

毎日飲酒

280

22.5

260

21.2

326,837

25.1

11,636

23.0

1,760,104

25.6

⑬

時々飲酒

241

19.3

261

21.3

305,126

23.5

10,400

20.5

1,514,321

22.0

⑭

一日飲酒量

1合未満

818

67.0

810

68.4

650,879

64.9

34,245

71.0

3,118,433

64.1

1～2合

296

24.2

302

25.5

231,678

23.1

10,124

21.0

1,158,318

23.8

2～3合

95

7.8

58

4.9

91,671

9.1

3,039

6.3

452,785

9.3

3合以上

12

1.0

14

1.2

28,607

2.9

799

1.7

132,608

2.7

6

生活習慣の
状況

①
②
③
④
⑤
⑥
⑦
⑧
⑨
⑩
⑪
⑫
⑬

⑭

一日飲酒量

1合未満
1～2合
2～3合
3合以上

818
296
95
12

67.0
24.2
7.8
1.0

810
302
58
14

68.4
25.5
4.9
1.2

650,879
231,678
91,671
28,607

64.9
23.1
9.1
2.9

34,245
10,124
3,039
799

71.0
21.0
6.3
1.7

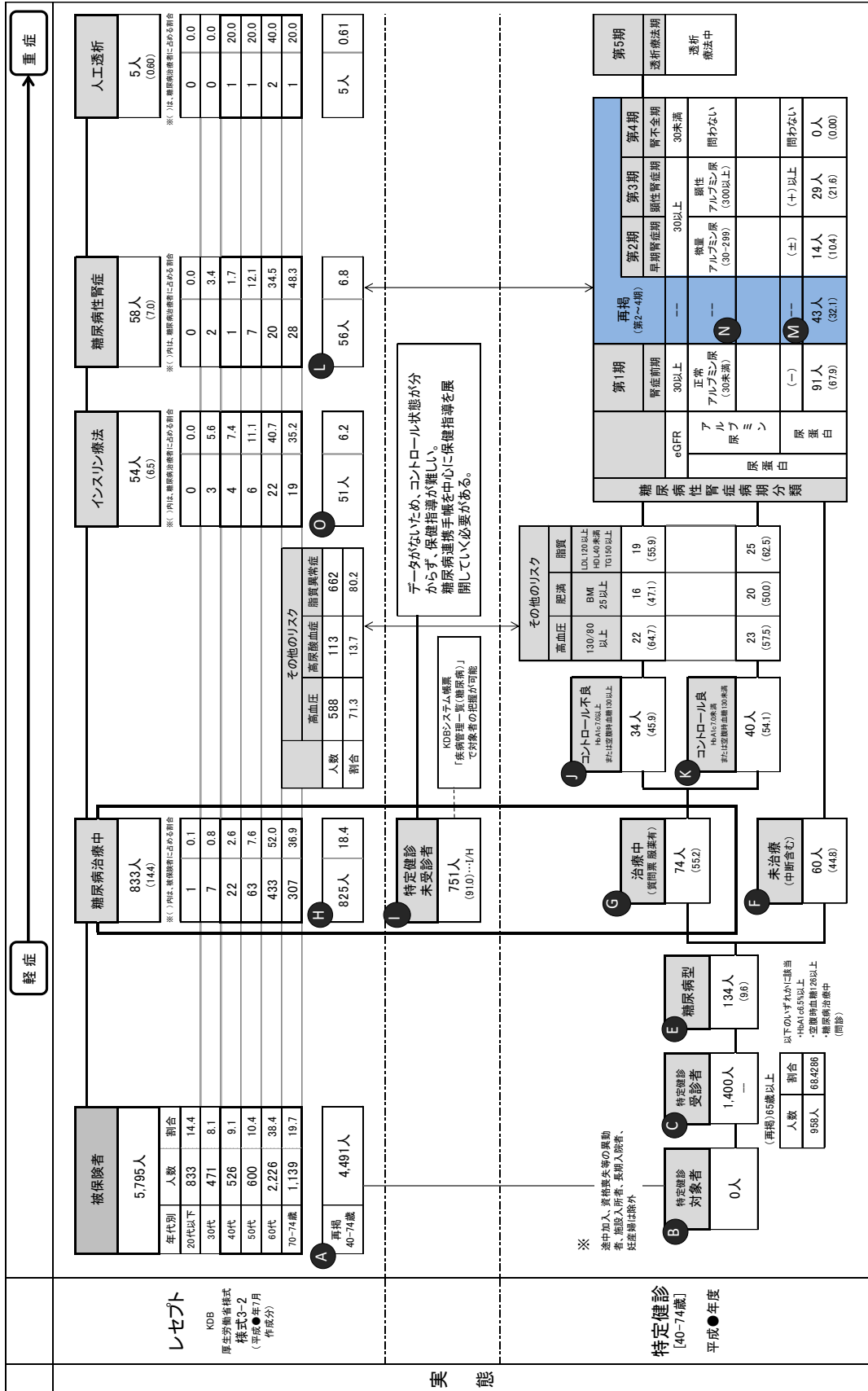
3,118,433
1,158,318
452,785
132,608

64.1
23.8
9.3
2.7

KDB No.1
地域全体像の把握

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名	愛媛県	市町村名	砥部町	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		血圧										
								CKD	GFR									
									尿蛋白									
						糖尿病		糖	服薬									
						高血圧			HbA1c									
						虚血性心疾患		糖 以外	体重									
						脳血管疾患			BMI									
						糖尿病性腎症		血圧										
								CKD	GFR									
									尿蛋白									

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画			H	年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握					地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人				1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析 ●がん 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 <

【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 38

市町村名

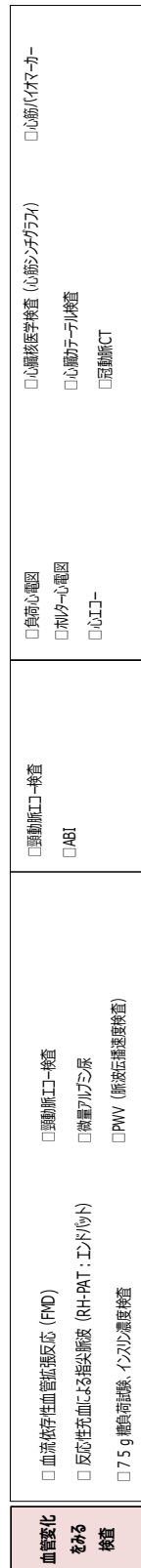
砥部町

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	5,795人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳			4,491人									
2	①	対象者数		B	4,035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	1,359人									
	③		受診率		33.7%									
3	①	特定	対象者数		204人									
	②	保健指導	実施率		55.4%									
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	132人	9.7%							特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	58人	43.9%								
	③			治療中(質問票 服薬あり)	G	74人	56.1%							
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	34人		45.9%							
	⑤				血圧 130/80以上	22人		64.7%						
	⑥		肥満 BMI25以上	16人		47.1%								
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	40人	54.1%								
	⑧		第1期	尿蛋白(ー)	M	91人		68.9%						
	⑨		第2期	尿蛋白(±)		13人		9.8%						
	⑩		第3期	尿蛋白(+)以上		28人		21.2%						
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人		0.0%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		143.7人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		183.7人									
	③		レセプト件数	入院外(件数)		3,117件 (720.0)						4,309件 (785.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		(40-74歳) (1件は被保険者千対)	入院(件数)		33件 (7.6)						28件 (5.1)		
	⑤		糖尿病治療中		H	833人	14.4%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		I	825人	18.4%							
	⑦		健診未受診者		I	751人	91.0%							
	⑧		インスリン治療		O	54人	6.5%							
	⑨		(再掲)40-74歳		O	51人	6.2%							
	⑩		糖尿病性腎症		L	58人	7.0%							
	⑪		(再掲)40-74歳		L	56人	6.8%							
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			5人	0.60%							
	⑬		(再掲)40-74歳			5人	0.61%							
	⑭		新規透析患者数			6人	0.73%							
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症			2人	0.24%							
	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)			16人	1.8%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	医療費	総医療費		17億1292万円						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		9億6435万円						13億0173万円			
	③		(総医療費に占める割合)		56.3%						56.5%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		5,648円						7,298円		
	⑤			健診未受診者		31,372円						34,143円		
	⑥		糖尿病医療費		9040万円						1億3163万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%						10.1%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億2663万円									
	⑨		1件あたり		29,769円									
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億5389万円									
	⑪		1件あたり		553,570円									
	⑫		在院日数		16日									
	⑬		慢性腎不全医療費		8731万円						1億2887万円			
	⑭		透析有り		8464万円						1億2093万円			
	⑮		透析なし		267万円						794万円			
7	①	介護	介護給付費		18億1148万円						19億6966万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		2件	16.7%								
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人	1.5%					3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

発症予防	重症化予防（早期発見）
------	-------------

（四）**（五）** 編冊

補腎益精血



【参考資料 6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ S T 変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	☐ 自覚症状なし	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 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 ☐ 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 ☐ 喫煙						
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□AST	～30	31～50		51～		
	□血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験
		食後	～139		140～199	200～	【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
□血糖	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+)～					
□C K D 重症度分類		G3aA1～					
⑥ その他	☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 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

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

心房細動管理台帳																										
H28年度 番号	H27年度 番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の 病名	心房細動の 診断日	脳梗塞の 病名	脳梗塞の 診断日	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

平成29年度に向けての全体評価

平成28年度 課題	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①やってきた実践事項を振り返ってみる （プロセス）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	
・特定健診受診率が低い。 ・新規受診者数も伸び悩んでいる。 ・特定保健指導率も目標に達していない。 ・メタボ該当者は同規模保険者平均からすれば少ないが県平均よりは多い。 ・男女とも血圧＋脂質に所見を認める場合が多く、女性には中性脂肪が高い。 ・重症化や疾患関係を見ても高血圧と脂質異常を改善していく必要がある。 ・HbA1cのコントロール不良者が多い。 ・平成30年度から始まる保険者努力支援制度開始に向けた、保健センター内の体制づくり	保健指導対象者の選定 ■対象者の明確化 ・新規人工透析を防ぐため、健診受診者のうちHbA1c 7.4%以上の者を「糖尿病重症化予防保健指導対象」とする。初回訪問後、約3カ月以内にフォロー訪問を実施する。 ・血圧Ⅱ度以上かつLDLコレステロール180以上の者も対象。 特定健診結果において、重症化予防訪問の必要性がある」と判断したのもとして、CKDの重症度分類を参考に抽出。G3aの人から優先順位をつけ実施。 保健指導に向けて取り組んだこと ■台帳の整備 ・保健指導後、医薬につながったか、保健に変更がないかなど、継続的に関わりを持つため、過去5年間の健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の該当者を抽出し台帳を整備した。 ・保健指導対象者については、保健指導当日までに事前に把握しておき、スタッフ間で課題共有を行った。 ・個別保健指導の実施前には、保健師、栄養士間で勉強会を実施し、知識を深めた。 ・個別保健指導の実践を重ねた。 健診受診率の向上 ■春（4～6月）未受診者を抽出 ・上記の対象者に受診勧奨案内を郵送 ・上記の中で冬の追加健診（12～1月）でがん検診申込者から電話勧奨	【重症化予防対策】 ・保健指導実施人数 55人（対象者60人のうち）	①HbA1c7.4%以上で医療機関未受診者数の減少 5人⇒2人 ②HbA1c7.4%以上で治療中断者数の減少（管理台帳より） 8人減少 ③メタボ予備群の割合 - H25 9.1% - H28 12.0% ④メタボ該当者割合 - H25 15.8% - H28 17.3% ⑤国保人工透析医療費の推移 - H25 103,091,230円 - H28 84,640,700円 ⑥国保糖尿病性腎症による新規人工透析患者数の推移 - H25 1人 - H28 2人	・保健指導対象整理を行った。 ・保健指導側スタッフの勉強会、使用する指導教材の内容について知識を深めた。 - 特定保健指導、重症化予防対象者の役割分担の明確化 ○対象者抽出・台帳作成：保健指導担当保健師・管理栄養士 ○保健指導・レセプト確認・台帳整理：国保係レセプト担当者、地区担当保健師、管理栄養士、雇上げ保健師	・特定健診受診率が低い。 ・新規受診者数も伸び悩んでいる。 ・特定保健指導率も目標に達していない。 ・メタボ該当者は同規模保険者平均からすれば少ないが県平均よりは多い。 ・男女とも血圧＋脂質に所見を認める場合が多く、女性には中性脂肪が高い。 ・重症化や疾患関係を見ても高血圧と脂質異常を改善していく必要がある。 ・伊予医師会、町内医療機関等との連携・協力体制が未構築である。

【参考資料 10】

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の取組みと課題整理（平成29年度進捗状況）

平成29年度 課題	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
①やってきた実践事項を振り返り （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）		
保健指導対象者の選定 ■対象者の明確化 ・新規人工透析を防ぐため、健診受診者のうちHbA1c6.5%以上で、未治療及び中断者を「糖尿病重症化予防保健指導対象」とする。 ・血圧Ⅱ度以上かつLDLコレステロール180以上の者も対象とした。 ・保健指導支援ツールを活用し、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国保版）に基づき対象者抽出を行った。 保健指導に向けて取り組んだこと ■台帳の整備 ・保健指導後、医療につながったか、保健に変更がないかなど、継続的に関わりを持つため、過去5年間の健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の該当者を抽出し台帳を整備した。 ・保健指導対象者については、保健指導当日までに事前に把握しておき、スタッフ間で課題共有を行った。 ・個別保健指導の実施前には、保健師、栄養士間で勉強会を実施し、知識を深めた。 ・個別保健指導の実践を重ねた。 医療機関との連携 ■砥部町の健康課題について説明 ■糖尿病重症化予防保健指導対象について、受診勧奨・糖尿病連携手帳の活用について町内医療機関に訪問し、協力依頼と意見交換を行った。また、医師会へも協力依頼を行った。 健診受診率向上 ■過去の健診受診者への受診勧奨 ・健診を予約制を導入し、がん検診を同日に受けられる総合検診化。 ・健診機関でのとべっち健康ドックの導入。 ・台帳から、健診受診者のうち、①当該年度にがん検診のみの予約者、②昨年度受診歴があり、当該年度に予約のない者、③過去に一度でも受診歴のある者に対し、健診受診勧奨の電話を行った。 ・12月上旬に未受診者に対して特定健診受診券を郵送し、受診勧奨。 ・地区巡回健康教室や食生活改善推進員や運動推進リーダーへの周知・啓蒙を行った。	【保健指導】 ・未治療及び中断者28人に家庭訪問にて保健指導 ・うち14人が医療機関受診 ・その他、血圧・脂質異常 CKD重症度分類でG3aの16人等への保健指導 16人 【体制づくり】 ・糖尿病管理台帳・中断者リスト作成 ・スタッフ間での勉強会実施前に3回	・医療機関につながった人数14人 ・保健指導によりデータが改善した人数 ・次年度健診結果で評価 ・メタボ予備群の割合 ・年度末に評価 ・メタボ該当者割合 ・年度末に評価 ・国保人工透析医療費推移 ・年度末に評価 ・国保糖尿病性腎症による新規人工透析患者数の推移 ・年度末に評価 ・糖尿病管理台帳 239人 ・中断者リスト 12人 ・地区担当保健師の訪問件数の増加	・保健指導対象者の優先順位、整理 ・愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国保版）の研修会等に参加。 ・伊予医師会管内市町で統一するため1市2町で取り組みへの事前打ち合わせを実施。 特定保健指導・重症化予防対象者の役割分担の明確化しスタッフの勉強会、使用する指導教材の内容について知識を深めた。 ○対象者抽出・台帳作成：保健指導担当保健師・管理栄養士 ○保健指導・レセプト確認・台帳整理：地区担当保健師、管理栄養士、雇上げ保健師	・特定健診受診率が低い。 ・新規受診者数も伸び悩んでいる。 ・特定保健指導率も目標に達していない。 ・虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の件数割合をそれぞれ5%減少ができていない。 ・医療費の伸びを抑える。 ・メタボ該当者は同規模保険者平均からすれば少ないが県平均よりは多い。 ・男女とも血圧＋脂質に所見を認める場合が多く、女性性は中性脂肪が高い。 ・重症化や疾患関係を見ても高血圧と脂質異常を改善していく必要がある。 ・伊予医師会、町内医療機関等との連携・協力体制が未構築である。	
	【医療機関との連携】 ・町内内科等医療機関13か所へ訪問 ・伊予医師会へ協力依頼 ・松山市医師会へ訪問し協力依頼 ・糖尿病連携手帳配布 ・町内医師との会議で共有 【健診受診率向上】 ・実施人数1184人 40代 男性 47人 40代 女性 47人 50代 男性 54人 50代 女性 70人 60代 男性 216人 60代 女性 352人 70～74歳男性 136人 70～74歳女性 217人	【医療機関との連携】 ・糖尿病連携手帳を使った連携14件 ・保健指導指示書を使った連携1件 ・健康局方面、精検状返信を使った連携 年度末に評価予定 【健診受診率向上】 ・特定健診受診率(%) H25 H28 32.3% 33.7% ・特定保健指導実施率(%) H25 H28 44.1% 55.4%			