

# 大洲市国民健康保険 第2期保健事業実施計画

(データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画)

平成30～35年度

平成30年4月作成

大洲市

## 第2期保健事業実施計画データヘルス計画（第3期特定健康診査等実施計画）

### 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

- 1.背景・目的 . . . . . 1
- 2.計画の位置づけ . . . . . 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

- 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 . . . . . 14

### 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

- 1.第三期特定健診等実施計画について . . . . . 20
- 2.目標値の設定 . . . . . 20
- 3.対象者の見込み . . . . . 20
- 4.特定健診の実施 . . . . . 20
- 5.特定保健指導の実施 . . . . . 22
- 6.個人情報の保護 . . . . . 25

### 第4章 保健事業の内容

- I 保健事業の方向性 . . . . . 26
- II 重症化予防の取組 . . . . . 26
  - 1.糖尿病性腎症重症化予防 . . . . . 26
  - 2.虚血性心疾患重症化予防 . . . . . 35
  - 3.脳血管疾患重症化予防 . . . . . 39
- III ポピュレーションアプローチ . . . . . 45

### 第5章 地域包括ケアに係る取組 . . . . . 46

### 第6章 計画の評価・見直し . . . . . 48

### 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い . . . . . 50

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1.背景・目的

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

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

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

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

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

大洲市においては、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

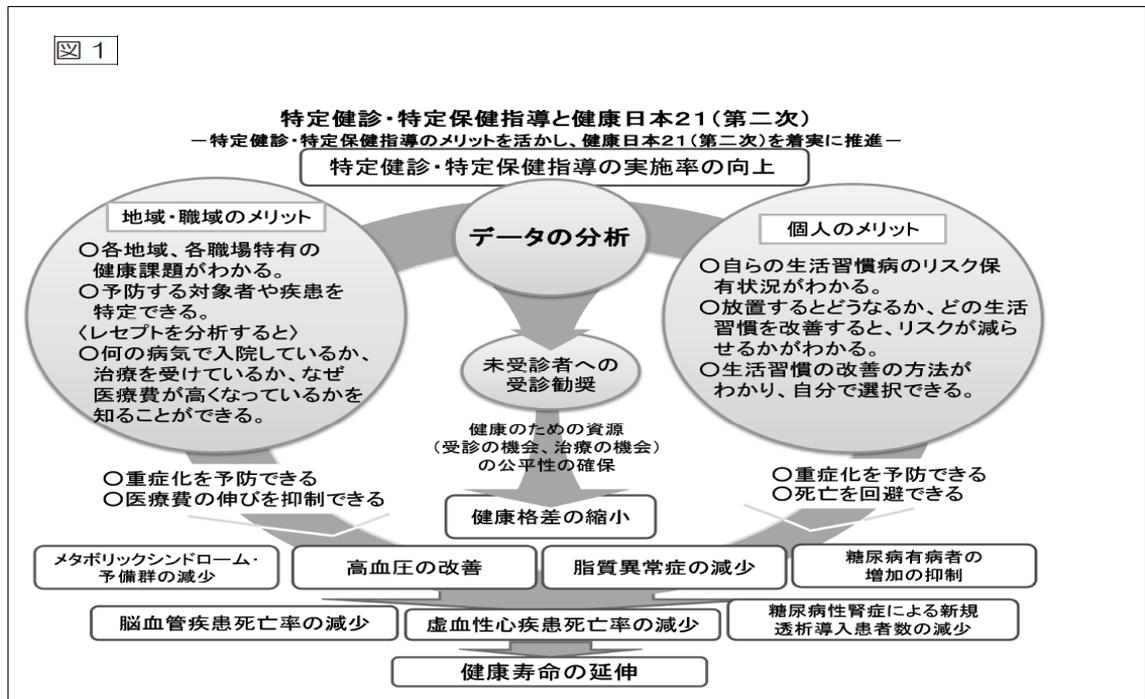
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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】

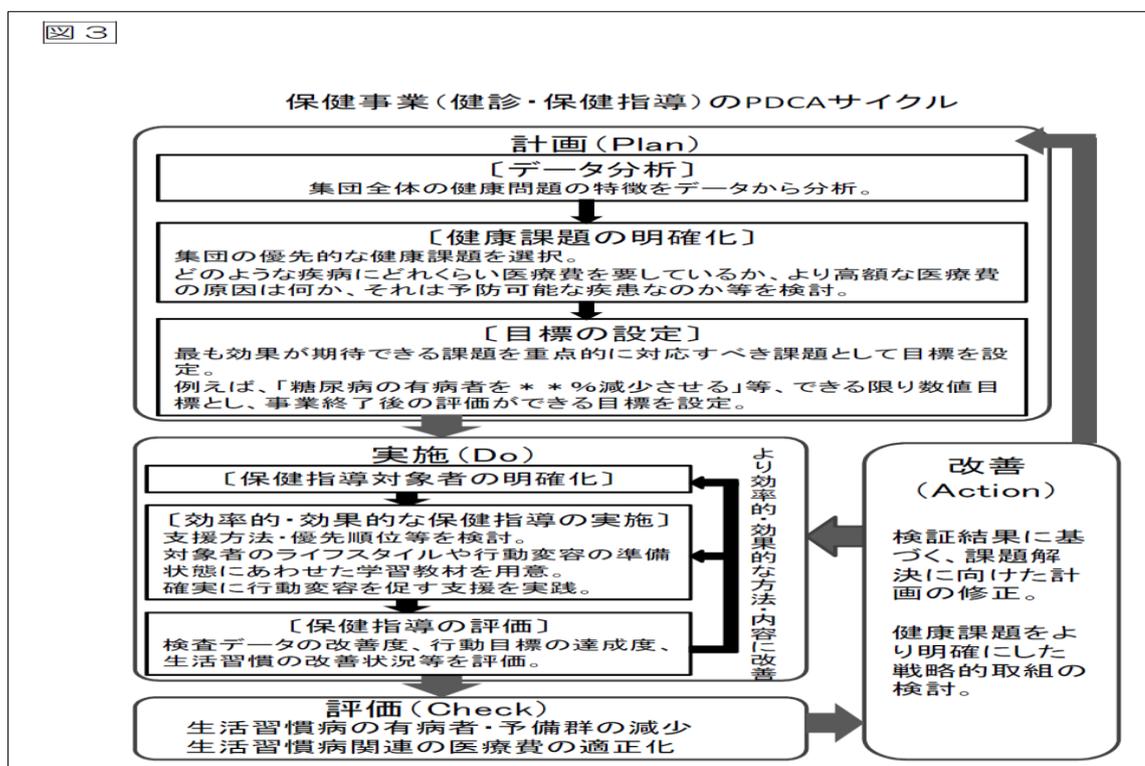
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施等に関する指針(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施策について基本指針【全部改正】	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、社会生活機能の向上を図るものとする。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、入浴を減らすことができれば、高齢者の生活の質の維持及び向上を図ることができ、医療費の削減を図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ものを、積極的に推進するものとする。	生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び疾病予防の取組能力について、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被保険者の医療費適正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は、重症化の防止を意味している。	国民生活機能の維持、結核の予防、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取り組むとともに、良質かつ適切な医療と結果的に医療費の削減を図ることを目指す。	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異なる医療機関を連携させ、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>若年期</b> 、 <b>高齢期</b> )に対応	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(壮年)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 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	脳梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※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(患者数) 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特定健康診査実施率	①生活習慣の状況(特定健診の結果) ②日常生活における多歩数 ③アルターム ④喫煙 ⑤飲酒 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健康診査 ⑧特定保健指導率 ⑨健康診査の実化 ⑩生活習慣病の有患者・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費・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 医療機能分化・連携の推進	①5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制度分】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制度分】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とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4.関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

大洲市においては、国民健康保険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。特に大洲市保健センターの保健師等の専門職と連携をして、市一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、大洲市保健センター、高齢者医療係（保険年金課）、高齢福祉課、財政契約課、社会福祉課とも十分連携することが望ましい。

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

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成30年度から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。

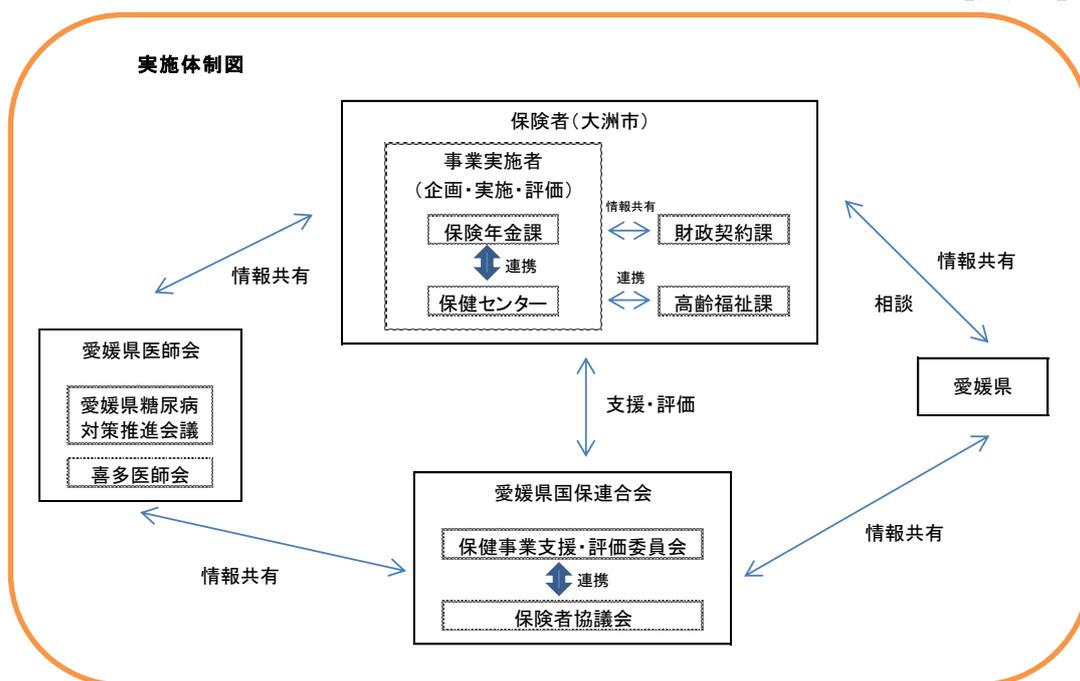
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 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。

大洲市の実施体制図

【図表 4】



## 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(千円)		6,158			
総得点(体制構築加点点含む)		221			
全国順位(1,741市町村中)					
共通①	特定健診受診率				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	15			50
共通②	がん検診率				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	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供				70
共通⑤	重複服薬者に対する取組				35
共通⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	5			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況				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	10			40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点点		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、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別ではがん・腎不全による死亡割合は増加しており、特に糖尿病・腎不全による死亡は1.5倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、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。

医療費に占める入院費用、外来費用割合はほぼ横ばいとなっているが、介護認定者医療費が非認定者医療費と比べ約2倍の医療費となっている。今後効果的な医療費削減対策を進めていくために健診データを活用した有効的な脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症対策も重要となる。

特定健診受診率・特定保健指導実施率において依然として低い状況にあり、今後受診率向上への有効的な取組みが重要となる。(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)

H25年度とH28年度の介護給付費を比較してみると、全体として増加していた。しかし、1件当たり給付費は約2,500円下がっていた。これは介護保険利用者が増加したためと考えられる。施設サービスは居宅サービスの約4倍の経費がかかっている。同規模平均と比較すると、1件当たり給付費は低い状況になっている。今後も継続して若い世代からの介護予防が必要と思われる。

#### 介護給付費の変化

【図表6】

※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」

年度	保険者				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	42億1,449万円	64,574	41,295	285,520	67,859	41,800	283,857
H28年度	45億2,650万円	61,857	41,777	273,941	66,708	41,740	278,164

## ②医療費の状況（図表 7）

国民健康保険費用額全体としては、平成 25 年度と 28 年度を比べてみると、入院・入院外ともに減少しているが、1 人当たりの医療費は県内で 12/20 位の位置におり、やや増加傾向にある。

【図表 7】

大洲市

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	
				大洲市	同規模			大洲市	同規模			大洲市	同規模
1. 総医療費【円】	平成 25 年度	4,561,414,110				2,021,160,260				2,540,253,850			
	平成 28 年度	4,019,488,690	-541,925,420	-11.88	0.19	1,812,796,690	-208,363,570	-10.31	0.46	2,206,692,000	-333,561,850	-13.13	-0.02
2. 一人当たり医療費【円】	平成 25 年度	27,915				12,370				15,550			
	平成 28 年度	28,058	143	0.51	7.80	12,650	280	2.26	7.64	15,400	-150	-0.96	7.93

※各年度累計

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、No.4「市町村別データ」

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

H25 年度と H28 年度の総医療費は約 5 億円減少しており、同規模・県比較でも順位が低下しているものの、一人あたり医療費はやや増加している。

中長期目標疾患の内訳をみると、H28 年度において腎疾患割合が国や愛媛県のデータと比較して高い状況にある。また短期目標疾患での糖尿病の割合も国県よりも高く、大洲市 H25 と比べ高くなっている。

H25 と H28 の大洲市での疾患別状況をみると、中長期目標疾患である、脳血管疾患・心臓疾患及び短期目標疾患の高血圧・脂質異常症の疾患割合が減少しており、中長期・短期の目標疾患医療費では、2.5 億円ほど下がっていた。

今後、予防可能な疾患の状況をみながら、一層の重症化予防対策に取り組んでいく必要がある。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(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				糖尿病	高血圧	脂質異常症	1209423110	26.51%				
					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
H25	大洲市	4,561,414,110	27,915	80位	10位	5.72%	1.20%	2.90%	2.36%	5.87%	5.88%	2.59%	1,209,423,110	26.51%	10.02%	13.38%	8.53%
		4,019,488,690	28,058	124位	12位	5.67%	0.80%	2.03%	1.98%	6.08%	4.63%	2.55%	954,091,600	23.74%	10.78%	15.32%	9.00%
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	9,715,899,906,610	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、レセプ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る地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患及び脳血管疾患の64歳以下と65歳以上の占める割合をみると、65歳以上は、3倍近い人数が罹患していることがわかる。それにより若いうちからの生活習慣病予防対策が必要である。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		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	13779	579	4.20	132	22.8	23	4.0	425	73.4	287	49.6	404	69.8
	64歳以下	9092	171	1.88	26	15.2	13	7.6	127	74.3	89	52.0	114	66.7
	65歳以上	4687	408	8.70	106	26.0	10	2.5	298	73.0	198	48.5	290	71.1
H28	全体	12235	534	4.36	127	23.8	17	3.2	387	72.5	267	50.0	389	72.8
	64歳以下	7043	120	1.70	24	20.0	6	5.0	80	66.7	62	51.7	79	65.8
	65歳以上	5192	414	7.97	103	24.9	11	2.7	307	74.2	205	49.5	310	74.9

厚労省様式 様式3-6		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	13779	593	4.30	132	22.3	14	2.4	484	81.6	255	43.0	366	61.7
	64歳以下	9092	160	1.76	26	16.3	8	5.0	130	81.3	66	41.3	97	60.6
	65歳以上	4687	433	9.24	106	24.5	6	1.4	354	81.8	189	43.6	269	62.1
H28	全体	12235	554	4.53	127	22.9	11	2.0	443	80.0	240	43.3	346	62.5
	64歳以下	7043	131	1.86	24	18.3	7	5.3	108	82.4	52	39.7	74	56.5
	65歳以上	5192	423	8.15	103	24.3	4	0.9	335	79.2	188	44.4	272	64.3

厚労省様式 様式3-7		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	13779	47	0.34	14	29.8	23	48.9	43	91.5	22	46.8	29	61.7
	64歳以下	9092	29	0.32	8	27.6	13	44.8	27	93.1	12	41.4	16	55.2
	65歳以上	4687	18	0.38	6	33.3	10	55.6	16	88.9	10	55.6	13	72.2
H28	全体	12235	42	0.34	11	26.2	17	40.5	40	95.2	20	47.6	26	61.9
	64歳以下	7043	20	0.28	7	35.0	6	30.0	20	100.0	9	45.0	12	60.0
	65歳以上	5192	22	0.42	4	18.2	11	50.0	20	90.9	11	50.0	14	63.6

(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)

短期的な目標の糖尿病・高血圧・脂質異常全てにおいて、H25とH28を比較すると医療機関受診者は約1%増加している。高血圧は全体では5人に1人が受診しているが、65歳以上になると、3人に1人が受診している。また、糖尿病は脳血管疾患や糖尿病性腎症に、高血圧は虚血性心疾患や脳血管疾患に、脂質異常症は虚血性心疾患に移行する確率が高いことから、糖尿病・高血圧・脂質異常症の早期からの予防が必要であることがわかる。

治療につながった人たちが重症化しないよう、健診や継続治療を勧めていく必要がある。

【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									
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13779	1494	10.84	149	10.0	980	65.6	969	64.9	287	19.2	255	17.1	22	1.5	91	6.1	
	64歳以下	9092	608	6.69	60	9.9	363	59.7	381	62.7	89	14.6	66	10.9	12	2.0	38	6.3	
	65歳以上	4687	886	18.90	89	10.0	617	69.6	588	66.4	198	22.3	189	21.3	10	1.1	53	6.0	
H28	全体	12235	1479	12.09	131	8.9	959	64.8	957	64.7	267	18.1	240	16.2	20	1.4	98	6.6	
	64歳以下	7043	438	6.22	45	10.3	238	54.3	266	60.7	62	14.2	52	11.9	9	2.1	33	7.5	
	65歳以上	5192	1041	20.05	86	8.3	721	69.3	691	66.4	205	19.7	188	18.1	11	1.1	65	6.2	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13779	2850	20.68	980	34.4	1583	55.5	425	14.9	484	17.0	43	1.5	
	64歳以下	9092	1029	11.32	363	35.3	555	53.9	127	12.3	130	12.6	27	2.6	
	65歳以上	4687	1821	38.85	617	33.9	1028	56.5	298	16.4	354	19.4	16	0.9	
H28	全体	12235	2655	21.70	959	36.1	1521	57.3	387	14.6	443	16.7	40	1.5	
	64歳以下	7043	742	10.54	238	32.1	399	53.8	80	10.8	108	14.6	20	2.7	
	65歳以上	5192	1913	36.85	721	37.7	1122	58.7	307	16.0	335	17.5	20	1.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13779	2429	17.63	969	39.9	1583	65.2	404	16.6	366	15.1	29	1.2	
	64歳以下	9092	939	10.33	381	40.6	555	59.1	114	12.1	97	10.3	16	1.7	
	65歳以上	4687	1490	31.79	588	39.5	1028	69.0	290	19.5	269	18.1	13	0.9	
H28	全体	12235	2318	18.95	957	41.3	1521	65.6	389	16.8	346	14.9	26	1.1	
	64歳以下	7043	700	9.94	266	38.0	399	57.0	79	11.3	74	10.6	12	1.7	
	65歳以上	5192	1618	31.16	691	42.7	1122	69.3	310	19.2	272	16.8	14	0.9	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

平成 28 年度健診結果から、大洲市では HbA1c、LDL コレステロール以外、男性の方が女性より高い傾向にある。平成 25 年度と 28 年度を比べると、男性女性ともに HbA1c が約 10%増加している。平成 28 年度のメタボリックシンドローム該当者の重なりから見ると、男女とも、血圧+脂質が最も多くなっている。

大洲市では HbA1c の該当者は多いが、メタボリックシンドロームの該当の重なりをみると、血糖値との関係は低いと思われる。

特定健診受診者は徐々に増加しているが、まだ女性より男性が低い。まず、健診を受けてもらうことが最優先課題である。

【図表 11】

健診データのうち有所見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」

性別	年齢	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
H25	合計	227	28.4	345	43.1	193	24.1	164	20.5	66	8.3	3	0.4	429	53.6	160	20.0	402	50.3	215	26.9	389	48.6	9	1.1
	40-64	111	32.8	152	45.0	92	27.2	97	28.7	27	8.0	2	0.6	154	45.6	70	20.7	164	48.5	118	34.9	172	50.9	2	0.6
	65-74	116	25.1	193	41.8	101	21.9	67	14.5	39	8.4	1	0.2	275	59.5	90	19.5	238	51.5	97	21.0	217	47.0	7	1.5
H28	合計	265	29.5	373	41.5	199	22.2	178	19.8	55	6.1	16	1.8	580	64.6	158	17.6	476	53.0	248	27.6	400	44.5	10	1.1
	40-64	104	33.4	140	45.0	86	27.7	87	28.0	22	7.1	4	1.3	174	55.9	63	20.3	145	46.6	104	33.4	153	49.2	1	0.3
	65-74	161	27.4	233	39.7	113	19.3	91	15.5	33	5.6	12	2.0	406	69.2	95	16.2	331	56.4	144	24.5	247	42.1	9	1.5

性別	年齢	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
H25	合計	215	19.4	142	12.8	149	13.4	69	6.2	19	1.7	1	0.1	636	57.3	19	1.7	464	41.8	152	13.7	665	59.9	0	0.0
	40-64	88	19.4	48	10.6	56	12.4	30	6.6	6	1.3	1	0.2	212	46.8	4	0.9	156	34.4	70	15.5	261	57.6	0	0.0
	65-74	127	19.3	94	14.3	93	14.2	39	5.9	13	2.0	0	0.0	424	64.5	15	2.3	308	46.9	82	12.5	404	61.5	0	0.0
H28	合計	214	19.1	131	11.7	166	14.8	72	6.4	19	1.7	9	0.8	756	67.4	20	1.8	514	45.8	158	14.1	610	54.4	0	0.0
	40-64	74	18.8	37	9.4	44	11.2	28	7.1	3	0.8	4	1.0	230	58.5	3	0.8	139	35.4	58	14.8	207	52.7	0	0.0
	65-74	140	19.2	94	12.9	122	16.7	44	6.0	16	2.2	5	0.7	526	72.2	17	2.3	375	51.4	100	13.7	403	55.3	0	0.0

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」

性別	年齢	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
		H25	合計	800	16.7	32	4.0%	151	18.9%	11	1.4%	112	14.0%	28	3.5%	162	20.3%	32	4.0%	7	0.9%	74	9.3%	49	6.1%
40-64	338		13.7	17	5.0%	68	20.1%	4	1.2%	44	13.0%	20	5.9%	67	19.8%	10	3.0%	4	1.2%	33	9.8%	20	5.9%		
65-74	462		20.0	15	3.2%	83	18.0%	7	1.5%	68	14.7%	8	1.7%	95	20.6%	22	4.8%	3	0.6%	41	8.9%	29	6.3%		
H28	合計	898	21.4	23	2.6%	148	16.5%	15	1.7%	116	12.9%	17	1.9%	202	22.5%	32	3.6%	9	1.0%	85	9.5%	76	8.5%		
	40-64	311	17.1	17	5.5%	56	18.0%	4	1.3%	42	13.5%	10	3.2%	67	21.5%	9	2.9%	3	1.0%	31	10.0%	24	7.7%		
	65-74	587	24.8	6	1.0%	92	15.7%	11	1.9%	74	12.6%	7	1.2%	135	23.0%	23	3.9%	6	1.0%	54	9.2%	52	8.9%		

性別	年齢	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
		H25	合計	1,110	22.5	17	1.5%	50	4.5%	6	0.5%	38	3.4%	6	0.5%	75	6.8%	10	0.9%	4	0.4%	37	3.3%	24	2.2%
40-64	453		19.0	7	1.5%	16	3.5%	1	0.2%	11	2.4%	4	0.9%	25	5.5%	3	0.7%	1	0.2%	10	2.2%	11	2.4%		
65-74	657		25.6	10	1.5%	34	5.2%	5	0.8%	27	4.1%	2	0.3%	50	7.6%	7	1.1%	3	0.5%	27	4.1%	13	2.0%		
H28	合計	1,122	25.8	12	1.1%	43	3.8%	2	0.2%	34	3.0%	7	0.6%	76	6.8%	15	1.3%	4	0.4%	31	2.8%	26	2.3%		
	40-64	393	22.0	6	1.5%	9	2.3%	1	0.3%	5	1.3%	3	0.8%	22	5.6%	6	1.5%	1	0.3%	7	1.8%	8	2.0%		
	65-74	729	28.5	6	0.8%	34	4.7%	1	0.1%	29	4.0%	4	0.5%	54	7.4%	9	1.2%	3	0.4%	24	3.3%	18	2.5%		

### 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・特定保健指導実施率は、H25 年度比 H28 年度はやや増加しているが、特定健診受診率での同規模内の順位は H28 年度下がっており、目標と比べても依然低い状況にあり、今後特定健診の受診率アップに向けての取り組みが大きな課題となる。

【図表 12】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、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	
								大洲市	同規模平均
平成25年	9,460	1,910	20.2%	234	233	107	45.9%	47.2%	50.8%
平成28年	8,518	2,025	23.8%	240	250	129	51.6%	49.1%	51.1%

## 2) 第1期に係る考察

### (1) 生活習慣の状況について特定健診の質問票から分析

H25 と H28 で項目ごとに比較してみると、「週3回以上就寝前夕食」の割合がやや改善がみられたのみであった。(15.8%→14.6%)

他の項目では横ばいもしくはやや悪化の状況にあった。生活習慣の見直しはメタボ改善や疾患の重症化予防にもつながることから、特定健診やその後の特定保健指導及び情報提供の機会に、対象者に応じたより効果的な生活習慣改善策について助言指導を行っていくことが必要である。

### (2) 特定健診や特定保健指導状況から分析

H25 と H28 健診結果状況をみみると、メタボの予備軍の割合は男女ともやや低下した。メタボ該当の割合では男性において増加した。該当となった要因の内訳でみると血糖のみ等の単独要因では改善もしくは横ばいであったが、脳血管疾患や心疾患等のリスク度が高まる血糖・血圧・脂質の重複要因の項目割合が高くなった。(3.8%→5.0%)

また、非肥満高血糖割合が大幅に増えた。(9.9%→16%)

質問票の分析でも、生活習慣の改善があまりみられていないことも関連づけ、今後メタボ対象者以外の高血糖者への対応策が不可欠となる。

特定健診受診率・特定保健指導実施率において低い状況にあり、受診率等アップに向けての有効的な取り組みが大きな課題となる。

### (3) 医療費・介護費等状況から分析

医療費全体では H25 と H28 との比較で減少しているが、一人あたりの医療費ではやや増加傾向にある。

中長期目標疾患や短期目標疾患の内訳をみると、腎疾患割合が国や愛媛県のデータと比較して高い状況にあること、また糖尿病の割合も国県よりも高く、大洲市での H25 データと比べ高くなっていること、検査データ状況からも、男女とも HbA1c が約 10% 増加している状況にあり、今後人工透析に移行しないための早期からの糖尿病性腎症重症化予防対策が最優先課題となる。

また介護認定者医療費が非認定者医療費と比べ約 2 倍の医療費となっている。今後、効果的な医療費削減対策を進めていくために、健診受診者を増やし健診データを活用した有効的な脳血管疾患や心疾患予防対策も重要となる。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

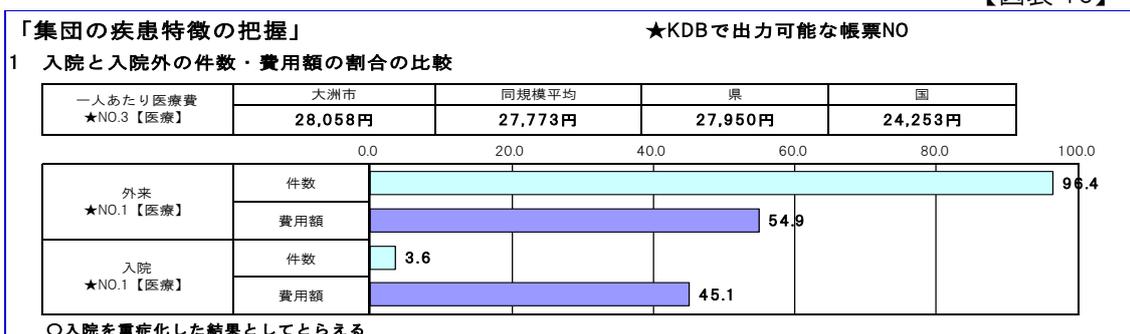
### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

大洲市の一人一月当たりの医療費は 28,058 円で、同規模保険者、県とほぼ同額であるが、国と比較すると 4,000 円弱高い。

入院は、わずか 3.6%の件数で外来よりも少ないが、費用額全体の約半数 (45.1%) を占めている。重症化を予防し、入院を減らすことが医療費の削減につながる。

【図表 13】



#### (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)

脳血管疾患や虚血性心疾患は長期入院が必要な疾患。人工透析患者の約半数が糖尿病性腎症からの合併になっている。脳・心臓・腎臓すべての原因になっているのが高血圧で約 8 割、脂質異常症で 6 割から 8 割、糖尿病性腎症の原因の 100%が糖尿病の原因となっている。高血圧・糖尿病・脂質異常症など予防可能な疾患の取り組みが必要だと考える。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	549件	45件	28件
		費用額	7億3010万円	5782万円	3830万円
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,344件	61件	18件
		費用額	5億4787万円	3300万円	917万円
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	524件	112件	211件
		費用額	2億4692万円	5625万円	9488万円
			21.4%	40.3%	47.5%
			22.8%	38.4%	49.6%

\*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	4,946人	554人	534人	98人	
		の基礎 疾患	11.2%	10.8%	2.0%	
			高血圧	443人	387人	80人
			80.0%	72.5%	81.6%	
		糖尿病	240人	267人	98人	
		43.3%	50.0%	100.0%		
脂質異常症	346人	389人	77人			
62.5%	72.8%	78.6%				
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
2,655人	1,479人	2,318人	450人			
53.7%	29.9%	46.9%	9.1%			

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護保険を受けている人の医療費は、受けていない人の約 2 倍になっている。要介護に至る原因疾患は循環器疾患が主で、中でも脳卒中が多い。

基礎疾患をみると、高血圧が最も多く、糖尿病、脂質異常症も多い。

循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、の 4 つである。

循環器疾患の予防を効果的にすすめていくためにこれらの危険因子について、改善を図っていく必要がある。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上			計	
		被保険者数	15,840人	5,934人	8,246人	14,180人	30,020人				
	認定者数	58人	251人	2,749人	3,000人	3,058人					
	認定率	0.37%	4.2%	33.3%	21.2%	10.2%					
	新規認定者数 (*1)	13人	51人	408人	459人	472人					
介護度別人数	要支援1・2	25	43.1%	82	32.7%	827	30.1%	909	30.3%	934	30.5%
	要介護1・2	18	31.0%	86	34.3%	980	35.6%	1,066	35.5%	1,084	35.4%
	要介護3~5	15	25.9%	83	33.1%	942	34.3%	1,025	34.2%	1,040	34.0%

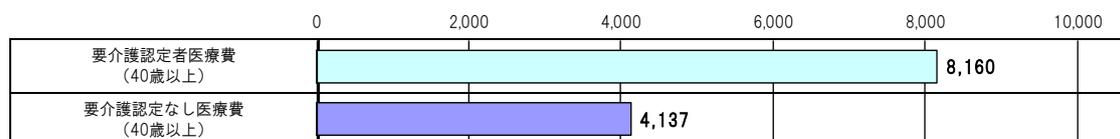
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上			計			
		介護件数 (全体)	58	251	2,749	3,000	3,058						
	再) 国保・後期	38	198	2,610	2,808	2,846							
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	27	71.1%	93	47.0%	1,506	57.7%	1,599	56.9%	1,626	57.1%
			虚血性心疾患	8	21.1%	53	26.8%	1,087	41.6%	1,140	40.6%	1,148	40.3%
	3	腎不全	4	10.5%	22	11.1%	435	16.7%	457	16.3%	461	16.2%	
		糖尿病合併症	5	13.2%	36	18.2%	423	16.2%	459	16.3%	464	16.3%	
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		32	84.2%	169	85.4%	2,433	93.2%	2,602	92.7%	2,634	92.6%	
		血管疾患 合計	33	86.8%	174	87.9%	2,505	96.0%	2,679	95.4%	2,712	95.3%	
	認知症		6	15.8%	49	24.7%	1,219	46.7%	1,268	45.2%	1,274	44.8%	
		筋・骨格疾患	28	73.7%	162	81.8%	2,433	93.2%	2,595	92.4%	2,623	92.2%	

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

\*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診データのうち有所見割合の高い項目について県平均と比較してみると、男女とも、HbA1c(5.6以上)の項目において県より高い有所見割合である。他の項目をみると男性の、収縮期血圧・拡張期血圧の項目が県より高い割合にある以外は県よりどの項目も低い状況である。

特定保健指導対象にもつながる、メタボリックシンドローム該当者・予備軍のデータをみると、男女とも国・県と比べ予備軍・該当者の割合は低い。

内訳をみると、男性予備軍対象者の中で高血糖、高血圧の割合が県と比べやや高い状況である。また男性の該当者の中で血糖・血圧・脂質の3項目全ての割合が県より高い割合である。女性のメタボリックシンドローム予備軍・該当者の内訳をみると県と比較し全て低い割合となっている

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	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			
大洲市	合計	265	29.5	373	41.5	199	22.2	178	19.8	55	6.1	16	1.8	580	64.6	158	17.6	476	53.0	248	27.6	400	44.5	10	1.1		
	40-64	104	33.4	140	45.0	86	27.7	87	28.0	22	7.1	4	1.3	174	55.9	63	20.3	145	46.6	104	33.4	153	49.2	1	0.3		
	65-74	161	27.4	233	39.7	113	19.3	91	15.5	33	5.6	12	2.0	406	69.2	95	16.2	331	56.4	144	24.5	247	42.1	9	1.5		

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

### 5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概要)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		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%			
大洲市	合計	898	21.4	23	2.6%	148	16.5%	15	1.7%	116	12.9%	17	1.9%	202	22.5%	32	3.6%	9	1.0%	85	9.5%	76	8.5%		
	40-64	311	17.1	17	5.5%	56	18.0%	4	1.3%	42	13.5%	10	3.2%	67	21.5%	9	2.9%	3	1.0%	31	10.0%	24	7.7%		
	65-74	587	24.8	6	1.0%	92	15.7%	11	1.9%	74	12.6%	7	1.2%	135	23.0%	23	3.9%	6	1.0%	54	9.2%	52	8.9%		

\*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)

平成 28 年度の特定健診の結果における糖尿病のコントロール状況をみると、受診者 1278 人中 HbA1c7.0 以上の者は 39 人でそのうち治療中の者 27 人、未治療者 12 人となっており、医療機関と連携した糖尿病対策が必要であることがわかる。

受診者 1805 人中で高血圧Ⅱ度以上の者は 66 人。受診者 1581 人中で LDL180 以上の者は 48 人で両者とも新規受診者に割合が高くなっている。このことから継続受診をすすめることが大切だと考える。

【図表 18】

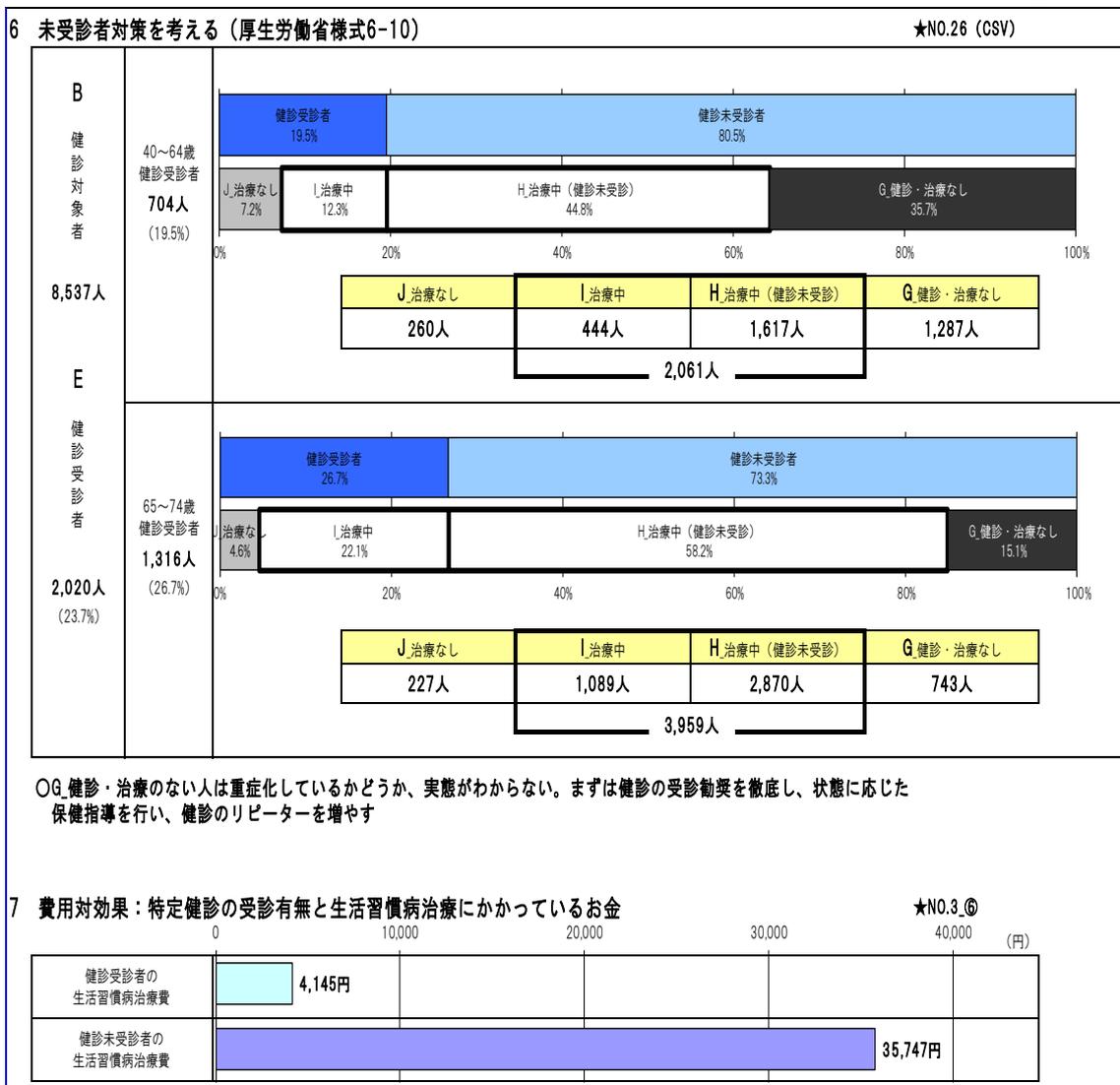


4) 未受診者の把握 (図表 19)

40歳～64歳では1287人。65歳～74歳は743人の人が、健診も受けておらず重症化しているかどうか実態が分からない。まずは、健診受診勧奨を徹底していくことが必要だと考える。

健診受診者の生活習慣病治療費は、4,000円程度に対し、健診未受診者の生活習慣病治療費は、約35,000円と約9倍の差がある。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、発症予防・重症化予防に努めていく必要がある。

【図表 19】



## 5) 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増加させないことを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

#### ②短期的な目標の設定

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

具体的には、個々にあった保健指導を行い、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指すこととする。

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。

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

【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	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	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	8,300人	8,100人	7,900人	7,700人	7,500人	7,300人
	受診者数	4,980人	4,860人	4,740人	4,620人	4,500人	4,380人
特定保健指導	対象者数	400人	400人	400人	400人	400人	400人
	実施者数	240人	240人	240人	240人	240人	240人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめは愛媛県内国保保険者の代表保険者が集合契約を行う。

- ① 集団健診(大洲市保健センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、一覧表を特定健診案内に同封している。

(4)特定健診実施項目

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

(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、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について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール			受診券有効期限期間											
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成28年度実績)	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	A市	89,958	4月1日										3月31日	
2	B市	36,020		5月下旬					11月30日					
3	C市	20,430			6月1日							2月28日		
4	D市	9,228	4月6日										3月31日	
5	E市	21,970		5月1日									3月31日	
6	F市	22,309		5月8日								2月28日		
7	G市	9,638		5月21日									3月31日	
8	H市	7,456		5月29日							1月29日			
9	I市	15,248		5月上旬									3月31日	
10	J市	9,670		5月上旬								2月28日		
11	K市				6月20日								3月31日	
12	L町	1,970		5月22日									3月31日	
13	M町	2,187		5月1日									3月31日	
14	N町	2,175			6月1日								3月31日	
15	O町	4,537	4月1日										3月31日	
16	P町	4,152	4月1日										3月31日	
17	Q町	2,798		5月上旬							1月31日			
18	R町	2,804		5月1日									3月31日	
19	S町	1,062			6月1日								3月31日	
20	T町	6,221		5月23日									3月31日	

## 5. 特定保健指導の実施

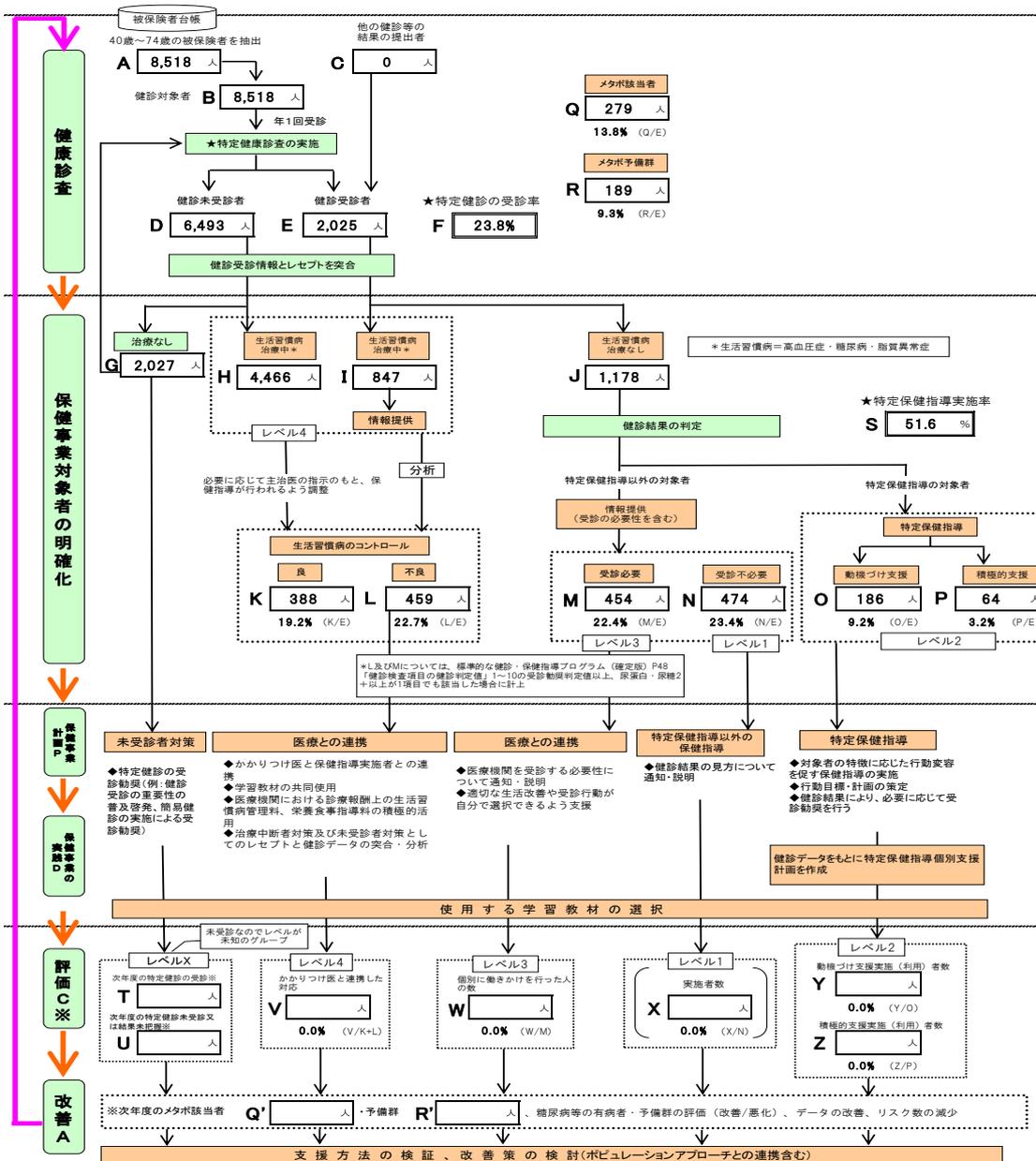
特定保健指導の実施については、保険者直接実施への執行委任の形態でおこなう。

### (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】

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）



(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）

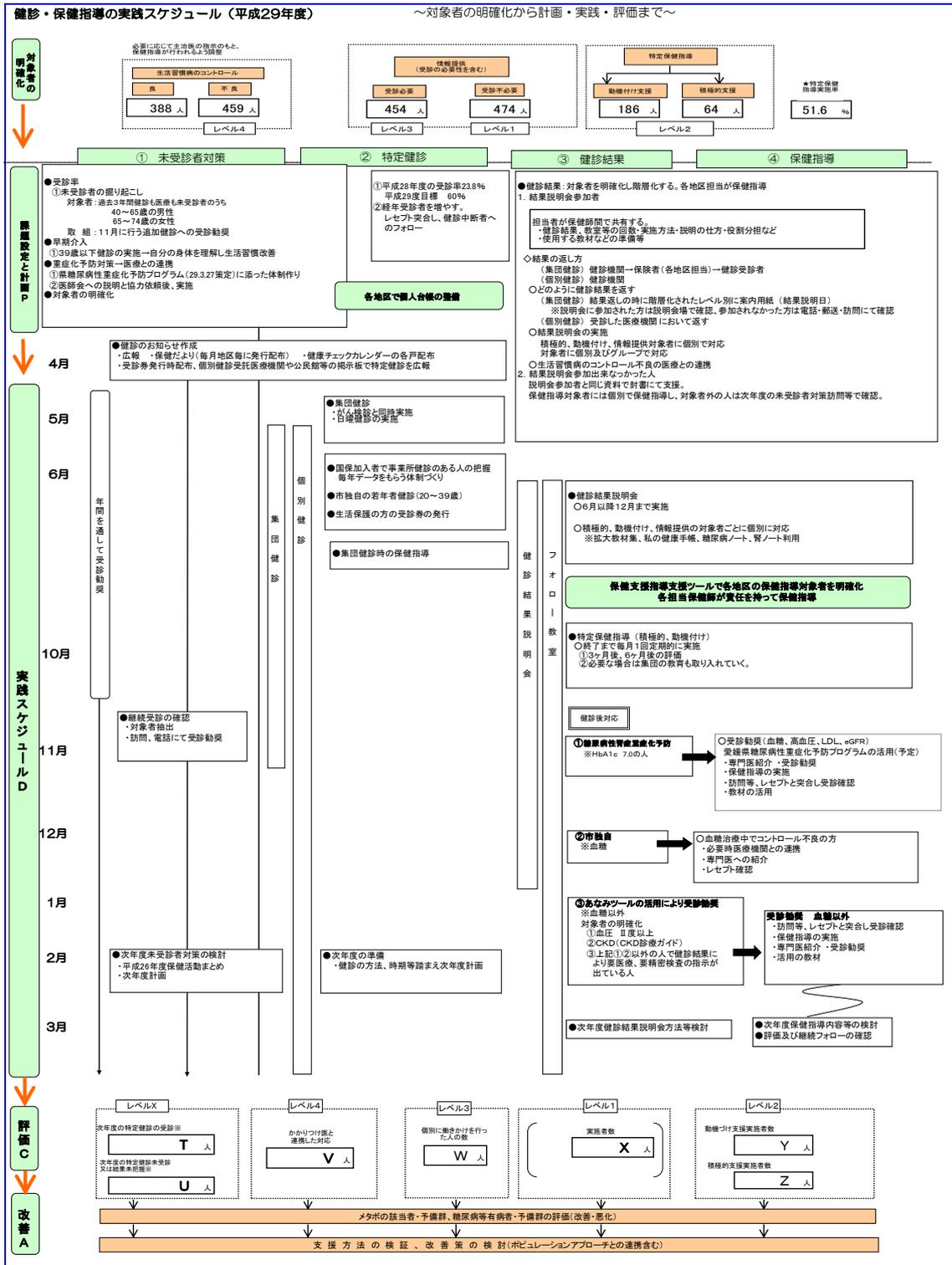
【図表 24】

優先順位	図表 23	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	250 人 (12.3)	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	454 人 (22.4)	HbA1c7.0 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）	6,493 人 ※受診率目標達成までにあと 3,085 人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	474 人 (23.4)	%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	847 人 (41.8)	%

### (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大洲市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、大洲市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を中心とした取組を行う。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市民へ周知する。

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	個人情報取り扱い	○				□
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

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

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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。

大洲市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)

大洲市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 72 人(41.9%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,458 人中のうち、特定健診受診者が 100 人(58.1%・G)であったが、7 人(7.0%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,358 人(93.1%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 187 人、治療中断は無いことが分かった。特定健診受診歴がある者 187 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 より大洲市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)・・・72 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・7 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)・・・93 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)・・・187 人

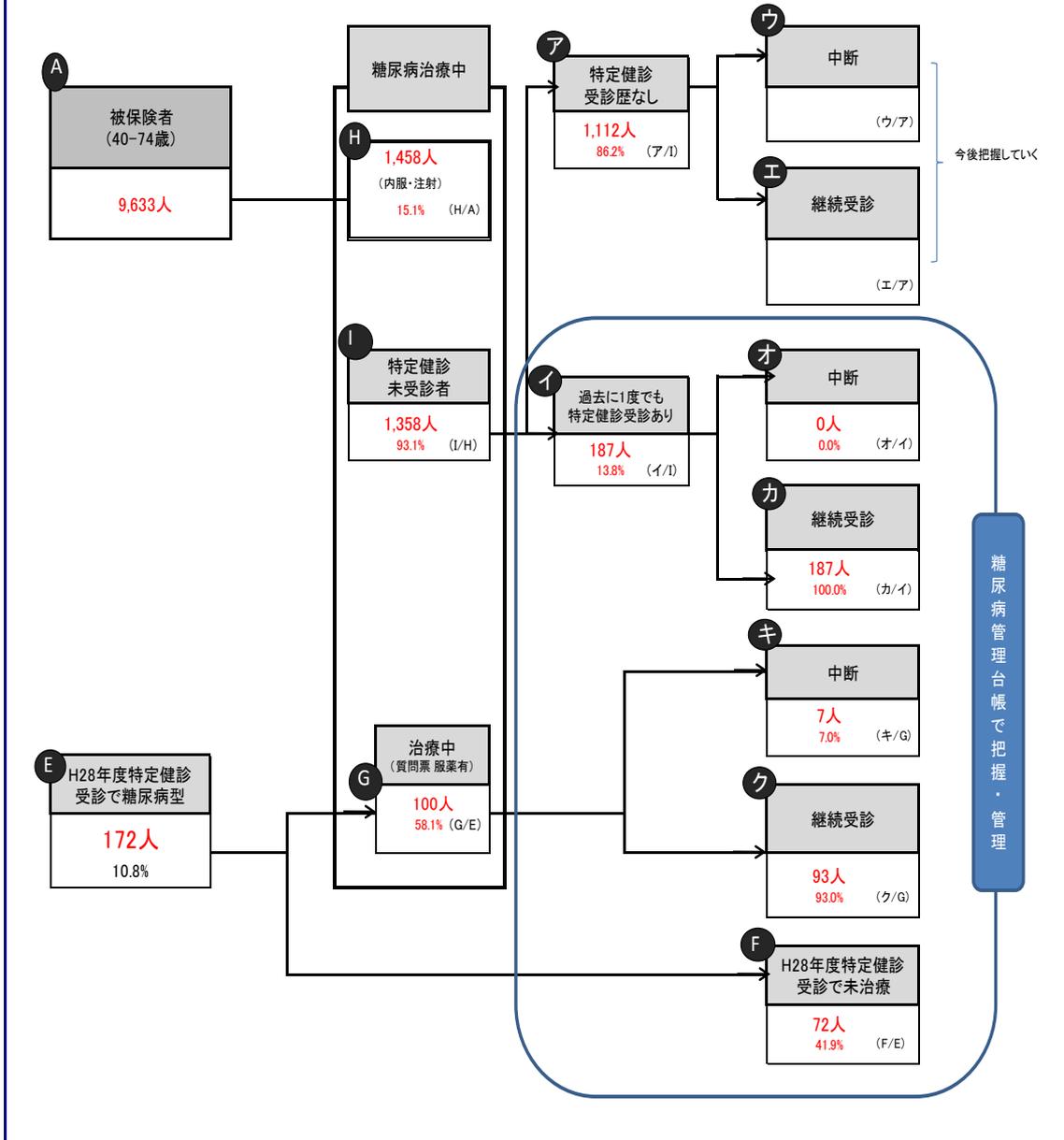
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・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等(参考資料 3・4)で行い、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 HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 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。大洲市においては、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> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>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"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>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～</li> </ul> </li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</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><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

## 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、事前に喜多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/1.73㎡以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

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。大洲市において健診受診者 2,025 人のうち心電図検査実施者は 592 人(29.2%)であり、そのうち ST 所見があったのは 15 人であった(図表 30)。ST 所見あり 15 人中のうち 14 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 2 人は未受診、7 人は治療に至っていないが主治医がおり、定期的に何らかの疾患で通院していた(図表 31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	2,025	100%	592	29.2%	15	2.5%	175	29.6%	395	66.7%

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)		心疾患以外治療あり(c)	
(人)	(%)	(人)	(b)(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
15	2.5	14	93.3	5	35.7	2	14.3	7	50.0

## 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		
	2,025	4 0.2%	6 0.3%	20 1.0%	1,995 98.5%	
メタボ該当者	279 13.8%	2 0.7%	3 1.1%	9 3.2%	265 95.0%	
メタボ予備群	189 9.3%	0 0.0%	3 1.6%	4 2.1%	182 96.3%	
メタボなし	1,557 76.9%	2 0.1%	0 0.0%	7 0.4%	1,548 99.4%	
LDL-C	140-159	244 15.7%	1 0.4%	0 0.0%	1 0.4%	242 99.2%
	160-179	112 7.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	112 100.0%
	180-	44 2.8%	1 2.3%	0 0.0%	2 4.5%	41 93.2%

【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~	296 14.6%	1 0.3%	2 0.7%	5 1.7%	288 97.3%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
---

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

#### (2) 対象者の管理

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

#### 4) 医療との連携

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

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

#### 6) 評価

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

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

##### (1) 短期的評価

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

#### 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

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)

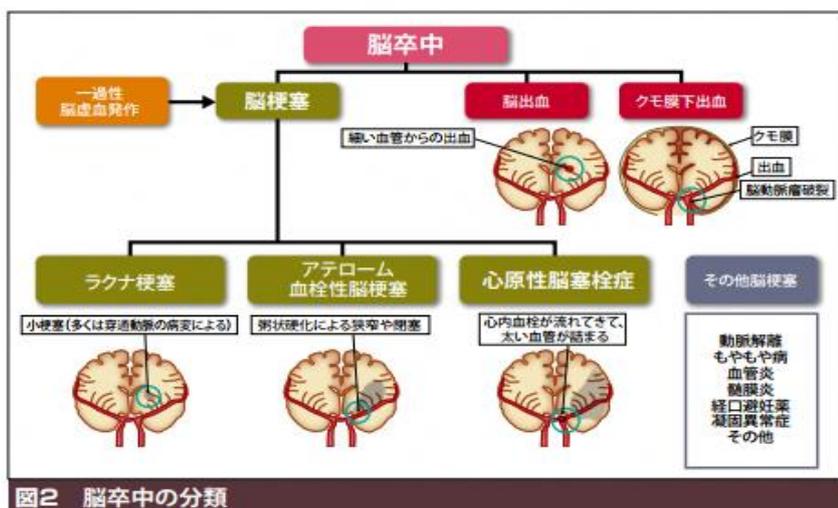
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 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】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者 【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
脳出血	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
	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 2,025人		69	3.4%	98	4.8%	58	2.9%	0	0.0%	279	13.8%	14	0.7%	41	2.0%
治療なし ※1		46	3.3%	71	3.7%	55	3.4%	0	0.0%	73	6.2%	5	0.4%	15	1.3%
治療あり ※1		23	3.7%	27	27.0%	3	0.7%	0	0.0%	206	24.3%	9	1.1%	26	3.1%
臓器障害あり ※2		1	2.2%	1	1.4%	3	5.5%	0	--	1	1.4%	5	100%	15	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1		1		2		0		0		5		15	
	尿蛋白(2+)以上	0		0		0		0		0		5		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0		1		2		0		0		0		15	
	心電図所見あり	0		0		1		0		1		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。

※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69人(3.4%)であり、46人は未治療者であった。また未治療者のうち1人(2.2%)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23人(3.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

### (2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

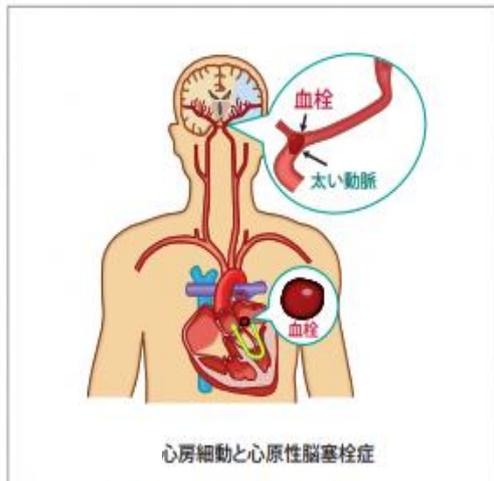
【図表 37】

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	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	
	1,398	478	285	294	295	40	6	24	168	149	
		34.2%	20.4%	21.0%	21.1%	2.9%	0.4%	1.7%	12.0%	10.7%	
リスク第1層	202	113	31	31	24	3	0	24	3	0	
		14.4%	23.6%	10.9%	10.5%	8.1%	7.5%	100%	1.8%	0.0%	
リスク第2層	799	269	177	165	165	21	2	--	165	23	
		57.2%	56.3%	62.1%	56.1%	55.9%	52.5%	--	98.2%	15.4%	
リスク第3層	397	96	77	98	106	16	4	--	--	126	
		28.4%	20.1%	27.0%	33.3%	35.9%	40.0%	--	--	84.6%	
再掲 重複あり	糖尿病	91	20	18	26	23	3	1			
			22.9%	20.8%	23.4%	26.5%	21.7%	18.8%	25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	211	55	41	52	54	6	3			
		53.1%	57.3%	53.2%	53.1%	50.9%	37.5%	75.0%			
3個以上の危険因子	164	35	30	42	49	8	0				
		41.3%	36.5%	39.0%	42.9%	46.2%	50.0%	0.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

### (3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【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	264	328	5	1.9%	2	0.6%	—	—
40歳代	15	14	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	21	29	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	158	176	3	1.9%	2	1.1%	1.9	0.4
70歳～74歳	70	109	2	2.9%	0	0.0%	3.4	1.1

【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	%
7	1.2	0	0	7	100

心電図検査において7人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また7人のうち4人は既に治療が開始されていたが、3人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、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) 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

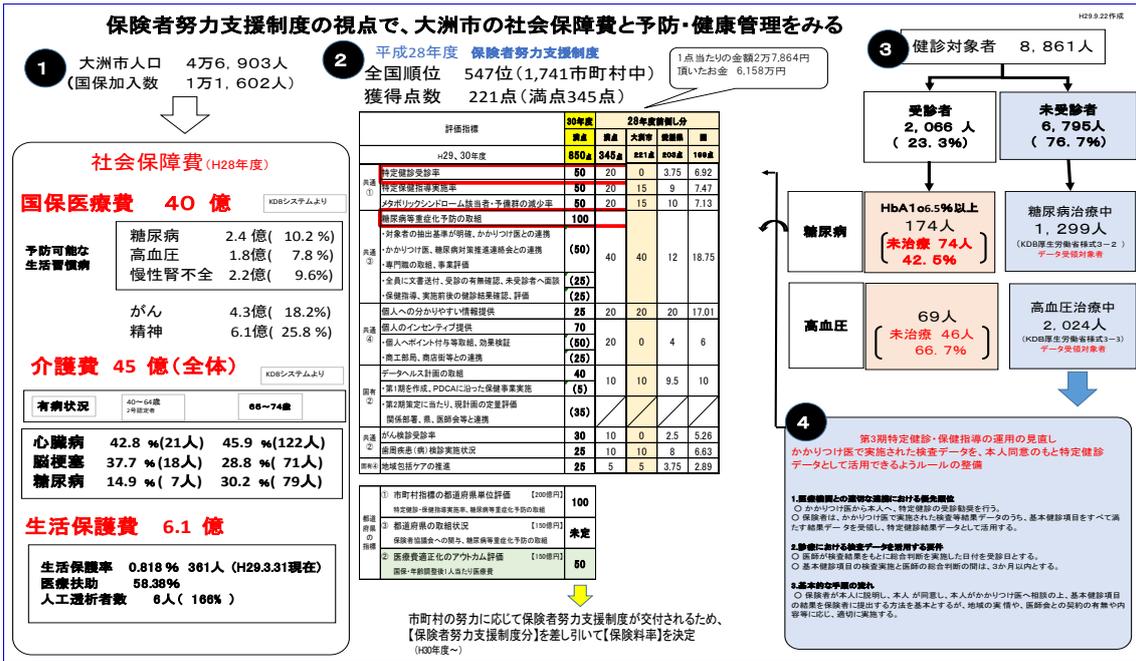
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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)

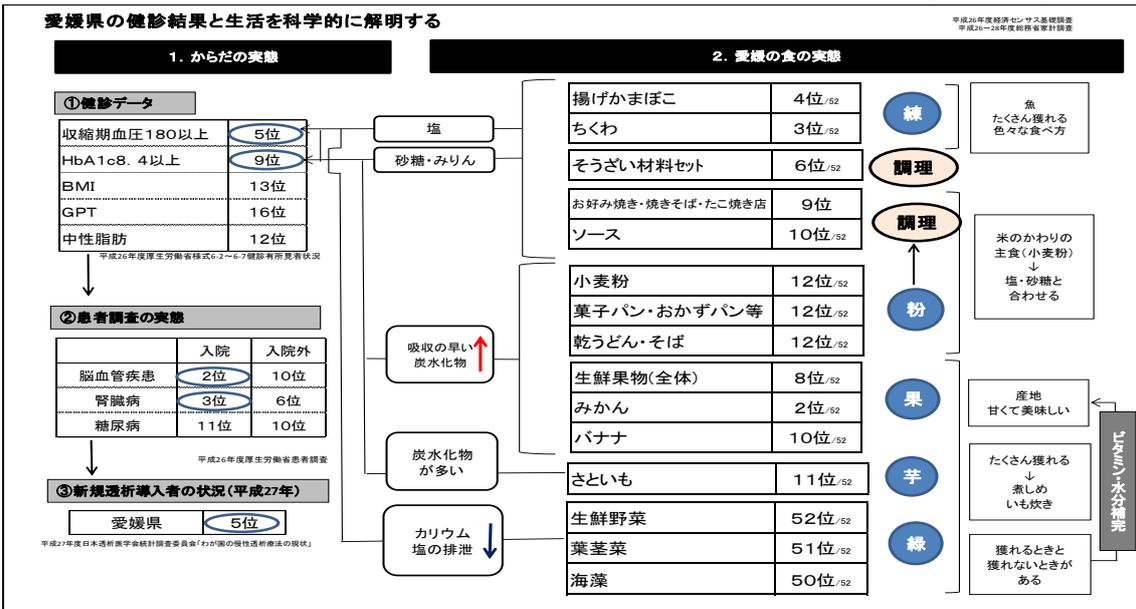
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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市民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

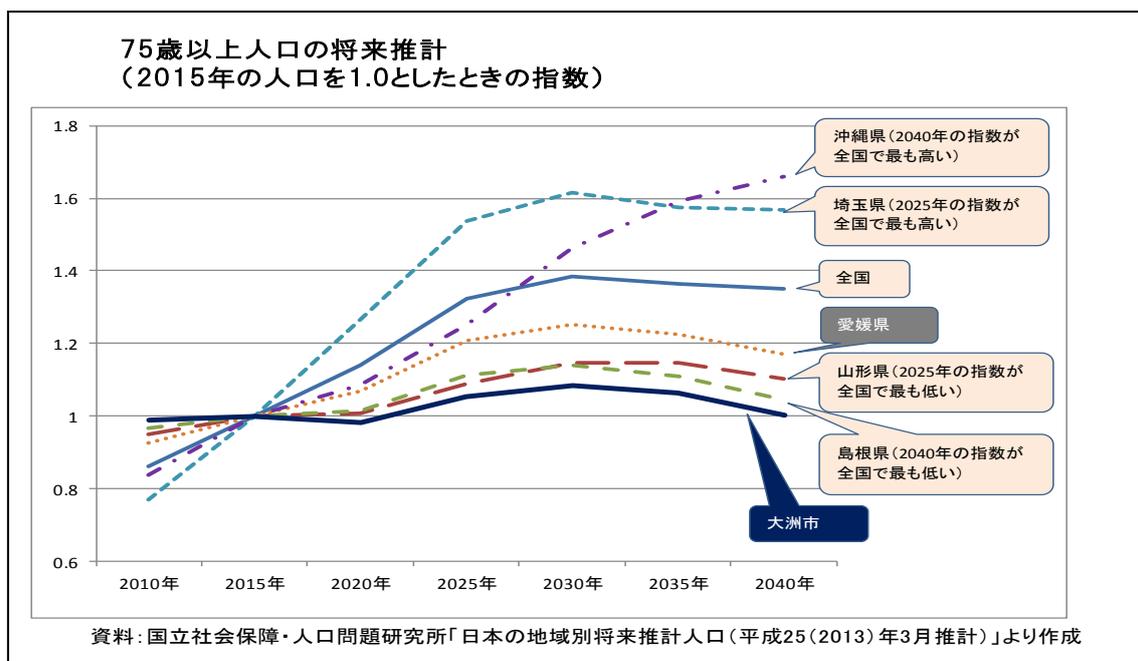
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、市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。(図表 42)

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市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市民を増やしていくことにつながる。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10）

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・栄養士等が被保険者分について定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

3. 目標管理一覽表

データヘルス計画の目標管理一覽表

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	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	現状の把握方法
特定健診 等計画	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 ・腎疾患・糖尿病の割合が国や県と比較して高い。 ・死因別糖尿病・腎不全による死亡が1.5倍と高い。 ・非肥満高血糖者の割合が大幅に増加(9.9%→16%)	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 脳血管疾患、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	特定健診受診率60%以上	23.8%								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	51.6%								
データヘルス計画	・腎疾患・糖尿病の割合が国や県と比較して高い。 ・死因別糖尿病・腎不全による死亡が1.5倍と高い。 ・非肥満高血糖者の割合が大幅に増加(9.9%→16%)	脳血管疾患、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 脳血管疾患の総医療費に占める割合	特定保健指導対象者の減少率25%	13.2%								
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.0%								
データヘルス計画	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、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	糖尿病性腎症による透析導入者の割合 メタボリックシンドローム・予備群の割合	糖尿病性腎症による透析導入者の割合	1.4%								
			メタボリックシンドローム・予備群の割合	23.1%								
短期 保険者努力支援制度	・がんによる死亡割合が増加している。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	3.4%								
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL140以上)	25.2%								
短期 保険者努力支援制度	・がんによる死亡割合が増加している。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の糖尿病者の割合(HbA1c6.5以上)	6.5%								
			糖尿病の未治療者を医療機関に結び付ける	72.7%								
短期 保険者努力支援制度	・がんによる死亡割合が増加している。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	6.2%								
			肺がん検診 50%以上	12.1%								
短期 保険者努力支援制度	・がんによる死亡割合が増加している。	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 50%以上	14.7%								
			子宮頸がん検診 50%以上	19.9%								
短期 保険者努力支援制度	・がんによる死亡割合が増加している。	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 50%以上	28.0%								
			後発医薬品の使用割合80%以上	63.1%								

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用時に、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。

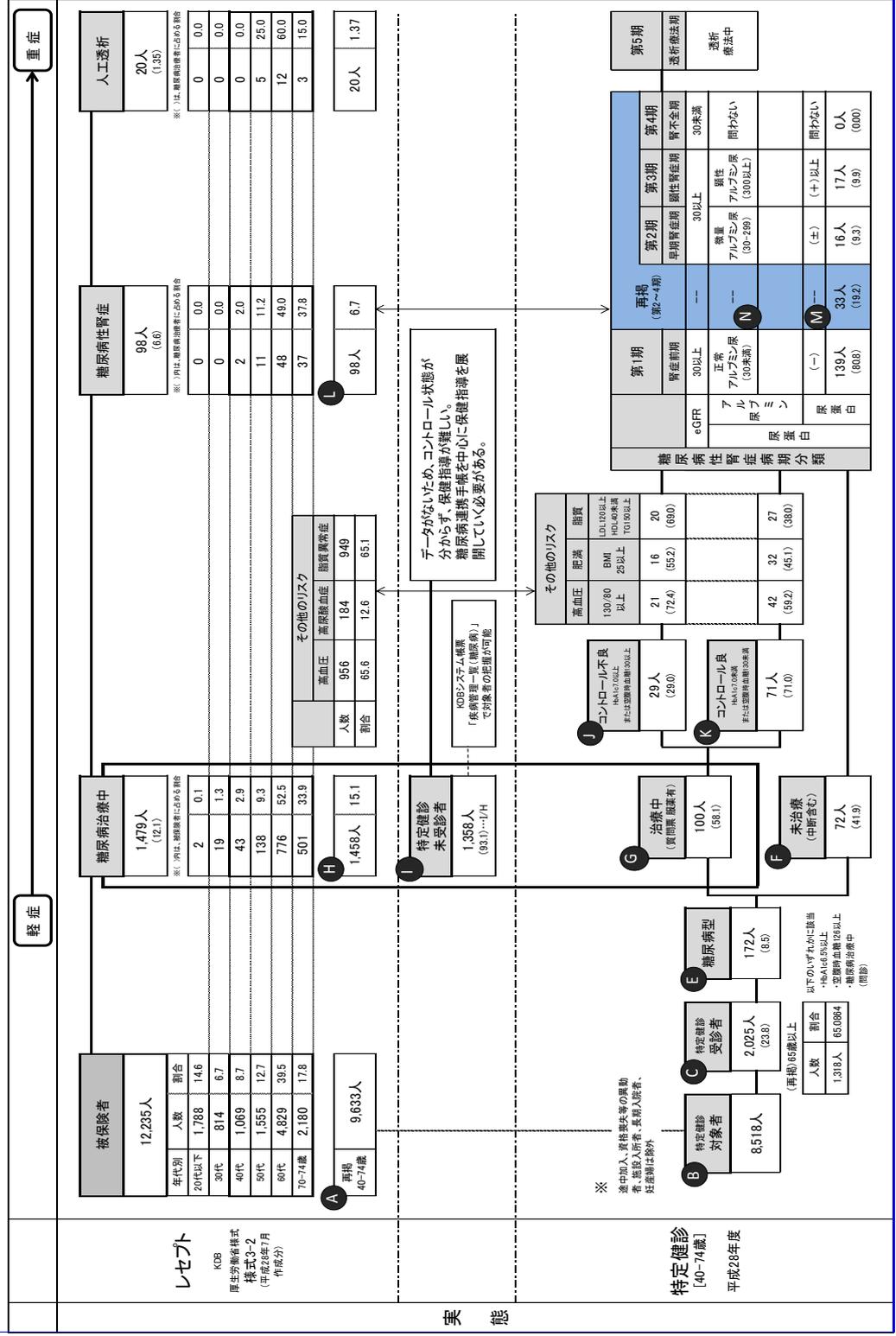
## 参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大洲市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大洲市の位置		同規模区分 4														
項目		H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
		大洲市		大洲市		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		46,903		46,903		9,030,767		1,412,057		124,852,975	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			
		65歳以上（高齢化率）		14,180	30.2	14,180	30.2	2,626,654	29.1	377,802	26.8	29,020,766		23.2		
		75歳以上		8,246	17.6	8,246	17.6			200,272	14.2	13,989,864		11.2		
		65～74歳		5,934	12.7	5,934	12.7			177,530	12.6	15,030,902		12.0		
		40～64歳		15,840	33.8	15,840	33.8			481,791	34.1	42,411,922		34.0		
	39歳以下		16,883	36.0	16,883	36.0			552,464	39.1	53,420,287	42.8				
	② 産業構成	第1次産業		12.6		12.6		11.4		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		22.5		22.5		27.5		24.5		25.2				
		第3次産業		65.0		65.0		61.1		67.2		70.6				
	③ 平均寿命	男性		79.8		79.8		79.2		79.1		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
女性		86.5		86.5		86.4		86.5		86.4						
④ 健康寿命	男性		65.1		65.1		65.1		64.8		65.2					
	女性		67.0		66.9		66.8		66.8		66.8					
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性		98.3		92.7		104.8		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		101.6		97.8		101.5		98.3		100		
		死因	がん		148	39.6	167	42.5	32,164	46.4	4,526	44.5	367,905	49.6		
			心臓病		127	34.0	115	29.3	19,517	28.2	3,331	32.7	196,768	26.5		
			脳疾患		70	18.7	71	18.1	11,781	17.0	1,494	14.7	114,122	15.4		
			糖尿病		9	2.4	9	2.3	1,340	1.9	177	1.7	13,658	1.8		
			腎不全		10	2.7	16	4.1	2,559	3.7	363	3.6	24,763	3.3		
	自殺		10	2.7	15	3.8	1,902	2.7	284	2.8	24,294	3.3				
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満) に対する割合	合計		75	0.23	57	0.20			1,677	0.18	139,644	0.15	(死亡数) H28厚生省HP 人口動態調査/H25健康 保険統計年報 (人口) 国勢調査H22、 25		
		男性		51	0.31	37	0.25			1,116	0.24	91,123	0.20			
女性		24	0.15	20	0.14			561	0.12	45,821	0.10					
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		2,734	19.0	3,000	21.0	539,524	20.5	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		66	0.3	51	0.3	8,953	0.3	1,353	0.3	105,654	0.3			
		2号認定者		49	0.3	58	0.4	11,164	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4			
	② 有病状況	糖尿病		609	22.1	774	24.1	125,517	22.3	22,683	24.0	1,343,240	21.9			
		高血圧症		1,465	52.0	1,745	56.3	305,818	54.6	51,089	54.3	3,085,109	50.5			
		脂質異常症		770	26.5	980	30.8	159,712	28.3	33,827	35.9	1,733,323	28.2			
		心臓病		1,760	62.3	2,023	65.3	349,121	62.4	58,804	62.6	3,511,354	57.5			
		脳疾患		1,026	36.3	1,041	34.4	154,757	27.9	28,016	30.1	1,530,506	25.3			
		がん		239	8.3	290	9.2	58,389	10.3	10,077	10.5	629,053	10.1			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		64,574		61,857		66,708		58,101		58,349	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
居宅サービス		41,295		41,777		41,740		41,454		39,683						
施設サービス		285,520		273,941		278,164		281,013		281,115						
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		8,413		8,160		8,280		7,610		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	認定あり 認定なし		3,950		4,137		4,039		3,843		3,822					
4	① 国保の状況	被保険者数		13,445		11,602		2,264,275		345,255		32,587,223	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		65～74歳		4,926	36.6	5,126	44.2			153,125	44.4	12,462,053		38.2		
		40～64歳		5,256	39.1	4,070	35.1			113,367	32.8	10,946,693		33.6		
		39歳以下		3,263	24.3	2,406	20.7			78,763	22.8	9,178,477		28.2		
	加入率		28.7		24.7		25.1		24.5		26.9					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		6	0.4	6	0.5	833	0.4	143	0.4	8,255	0.3	KDB_NO.5 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		
		診療所数		64	4.8	61	5.3	6,529	2.9	1,247	3.6	96,727	3.0			
		病床数		1,049	78.0	1,026	88.4	135,296	59.8	22,579	65.4	1,524,378	46.8			
		医師数		107	8.0	103	8.9	16,982	7.5	3,679	10.7	299,792	9.2			
		外来患者数		720.5		710.9		698.5		724.7		668.3				
入院患者数		26.7		26.5		23.6		23.9		18.2						
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		27,915	県内10位 同規模80位	28,058	県内12位 同規模124位	27,773		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		747.182		737.37		722.134		748.511		686.501					
	外来	費用の割合		55.7		54.9		56.9		57.0			60.1			
		件数の割合		96.4		96.4		96.7		96.8			97.4			
	入院	費用の割合		44.3		45.1		43.1		43.0			39.9			
		件数の割合		3.6		3.6		3.3		3.2			2.6			
	1件あたり在院日数		18.7日		18.8日		17.0日		16.8日		15.6日					
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合) 最大医療費源病名 (調剤含む)	がん		455,936,170	17.0	433,440,190	18.2	23.9		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)		260,370,750	9.7	227,883,370	9.6	9.2		9.6		9.7					
	糖尿病		263,292,470	9.8	244,208,000	10.2	9.9		9.3		9.7					
	高血圧症		265,218,870	9.9	185,932,730	7.8	8.9		7.9		8.6					
	精神		608,465,970	22.7	615,770,120	25.8	19.6		19.0		16.9					
	筋・骨格		383,687,680	14.3	361,703,520	15.2	15.2		16.1		15.2					

項目		H25			H28			H28					データ元 (CSV)		
		大洲市			大洲市			同規模平均		県		国			
		実数	割合	(順位)	実数	割合	(順位)	実数	割合	実数	割合	実数		割合	
4	費用額 (1件あたり)	入院 県内順位 順位総数22	糖尿病	555,532	10位	(19)	527,277	17位	(18)						KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域
			高血圧	559,988	11位	(19)	572,848	10位	(18)						
			脂質異常症	503,438	13位	(20)	535,802	10位	(20)						
			脳血管疾患	643,674	4位	(19)	617,373	8位	(18)						
			心疾患	630,708	10位	(18)	580,660	17位	(12)						
			腎不全	750,577	2位	(18)	619,520	16位	(16)						
			精神	397,293	18位	(27)	425,112	17位	(27)						
			悪性新生物	604,958	15位	(15)	620,313	15位	(14)						
			糖尿病	36,547	7位		35,227	11位							
			高血圧	31,295	5位		30,331	9位							
			脂質異常症	29,429	5位		29,498	5位							
			脳血管疾患	34,737	9位		35,631	8位							
			心疾患	43,506	7位		41,234	12位							
			腎不全	182,918	9位		194,611	3位							
精神	28,376	10位		26,270	17位										
悪性新生物	47,125	12位		47,264	16位										
6	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,326		1,542		2,626		1,788		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域		
			健診未受診者	12,668		13,294		13,206		14,254		12,683			
			生活習慣病対象者 一人当たり	3,564		4,145		7,001		4,747		5,940			
			健診未受診者	34,049		35,747		35,214		37,850		36,479			
7	健診・レセ 突合	受診勧奨者	医療機関受診率	901	47.2	992	49.1	317,329	51.1	38,886	52.8	37,994	51.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			医療機関非受診率	114	6.0	105	5.2	27,637	4.4	3,123	4.2	316,786	4.3		
			健診受診率	1,015	53.1	1,097	54.3	344,966	55.5	42,009	57.1	41,163	55.9		
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数22	メタボ該当・予備群 レベル	健診受診者	1,910		2,020		621,137		73,624		73,624	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	20.2	県内19位 同規模234位	23.7	県内21位 同規模240位	38.0	29.4	全国40位	34.0				
			特定保健指導終了者(実施率)	106	45.7	116	46.6	29,629	38.1	2,869	28.8	35,557		4.1	
			非肥満高血糖	189	9.9	324	16.0	65,298	10.5	8,298	11.3	687,157		9.3	
			メタボ	該当者	237	12.4	278	13.8	109,931	17.7	12,083	16.4		1,272,714	17.3
				男性	162	20.3	202	22.5	74,832	27.3	8,258	26.5		875,805	27.5
				女性	75	6.8	76	6.8	35,099	10.1	3,825	9.0		396,909	9.5
			予備群	男性	201	10.5	191	9.5	66,382	10.7	7,886	10.7		790,096	10.7
				女性	151	18.9	148	16.5	45,367	16.6	5,401	17.3		548,609	17.2
			BMI	男性	50	4.5	43	3.8	21,015	6.1	2,485	5.9		241,487	5.8
				女性	497	25.5	504	25.0	197,014	31.7	22,305	30.3		2,320,533	31.5
			男性	345	43.1	373	41.5	133,907	48.9	15,230	48.9	1,597,371		50.1	
			女性	142	12.8	131	11.7	63,107	18.2	7,075	16.7	723,162		17.3	
			総数	97	5.1	114	5.6	32,585	5.2	3,661	5.0	346,181		4.7	
			男性	13	1.6	19	2.1	5,175	1.9	576	1.8	55,460		1.7	
			女性	84	7.6	95	8.5	27,410	7.9	3,085	7.3	290,721		7.0	
			血糖のみ	17	0.9	17	0.8	4,454	0.7	514	0.7	48,685		0.7	
			血圧のみ	150	7.9	150	7.4	46,253	7.4	5,670	7.7	546,667		7.4	
			脂質のみ	34	1.8	24	1.2	15,675	2.5	1,702	2.3	194,744		2.6	
血糖・血圧	42	2.2	47	2.3	18,184	2.9	1,924	2.6	196,978	2.7					
血糖・脂質	11	0.6	13	0.6	6,261	1.0	674	0.9	69,975	1.0					
血圧・脂質	111	5.8	116	5.7	51,428	8.3	5,890	8.0	619,684	8.4					
血糖・血圧・脂質	73	3.8	102	5.0	34,058	5.5	3,595	4.9	386,077	5.2					
6	生活習慣の 状況	服薬 既往歴 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量	高血圧	553	29.0	624	30.9	219,823	35.4	23,291	31.6	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	73	3.8	100	5.0	50,754	8.2	4,528	6.2	551,051	7.5		
			脂質異常症	366	19.2	402	19.9	147,133	23.7	16,954	23.0	1,738,149	23.6		
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	58	3.0	64	3.2	19,677	3.3	2,366	3.2	230,777	3.3		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	108	5.7	94	4.7	34,519	5.7	4,588	6.3	391,296	5.5		
			腎不全	2	0.1	3	0.1	3,166	0.5	993	1.4	37,041	0.5		
			貧血	415	21.8	404	20.0	54,423	9.1	11,689	16.0	710,650	10.1		
			喫煙	200	10.5	212	10.5	84,044	13.5	8,453	11.5	1,048,171	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	118	6.6	126	6.8	37,458	6.8	3,685	7.3	540,374	8.5		
			週3回以上食後間食	225	12.7	280	15.2	65,982	12.0	7,958	15.7	743,581	11.8		
			週3回以上就寝前夕食	281	15.8	268	14.6	79,834	14.5	7,253	14.3	983,474	15.4		
			食べる速度が速い	428	24.1	465	25.3	145,031	26.4	14,293	28.2	1,636,988	25.9		
			20歳時体重から10kg以上増加	491	27.6	508	27.6	170,562	31.2	16,412	32.4	2,047,756	32.1		
			1回30分以上運動習慣なし	1,014	57.1	1,042	56.6	343,108	62.1	28,174	55.7	3,761,302	58.7		
1日1時間以上運動なし	747	42.1	780	42.4	248,397	44.8	17,540	34.7	2,991,854	46.9					
睡眠不足	401	22.6	440	23.9	133,710	24.2	14,108	27.9	1,584,002	25.0					
毎日飲酒	424	23.9	468	25.4	149,888	25.3	11,636	23.0	1,760,104	25.6					
時々飲酒	414	23.3	415	22.5	120,440	20.3	10,400	20.5	1,514,321	22.0					
一日飲酒量	1,365	77.2	1,389	76.4	246,382	63.7	34,245	71.0	3,118,433	64.1					
1~2合	291	16.4	315	17.3	94,409	24.4	10,124	21.0	1,158,318	23.8					
2~3合	88	5.0	87	4.8	35,983	9.3	3,039	6.3	452,785	9.3					
3合以上	25	1.4	27	1.5	10,264	2.7	799	1.7	132,608	2.7					



【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		担当人名:	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 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○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	
	④健診未受診者 ( )人		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                         ●合併症                          ●脳・心疾患-手術                          ●人工透析                          ●がん                     </div>	
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保) ( )人			
	②後期高齢者 ( )人			
	③他保険 ( )人			
	④住基異動(死亡・転出) ( )人			
	⑤確認できず ( )人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *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			
	⑥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		かかりつけ医、糖尿病専門医		
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		栄養士中心 腎専門医		

【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	4	都道府県	38	市町村名	大洲市					
項目				実合表	保険者						同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数259	データ基		
					28年度		29年度		30年度				28年度同規模保険者数259	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合			実数	割合
1	①	被保険者数		A	12,235人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳		A	9,633人									
2	①	対象者数		B	8,518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	2,025人									
	③	受診率		C	23.8%									
3	①	特定 保健指導 対象者数			250人									
	②	実施率			51.6%									
4	①	糖尿病型		E	172人	8.5%					特定健診結果			
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	72人	41.9%								
	③	治療中(質問票 服薬あり)		G	100人	58.1%								
	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	29人 29.0%									
	⑤				血圧 130/80以上		21人 72.4%							
	⑥				肥満 BMI25以上		16人 55.2%							
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	71人	71.0%								
	⑧	第1期	尿蛋白(-)	M	139人	80.8%								
	⑨	第2期	尿蛋白(±)		16人	9.3%								
	⑩	第3期	尿蛋白(+)		17人	9.9%								
	⑪	第4期	eGFR30未満		0人	0.0%								
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)			120.9人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2			
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)			151.4人									
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)		7,742件	(841.9)			5,486件	(804.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④	( )内は被保険者対	入院(件数)		66件	(7.2)			40件	(5.8)				
	⑤	糖尿病治療中		H	1,479人	12.1%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2			
	⑥	(再掲)40-74歳		H	1,458人	15.1%								
	⑦	健診未受診者		I	1,358人	93.1%								
	⑧	インスリン治療		O	131人	8.9%								
	⑨	(再掲)40-74歳		O	128人	8.8%								
	⑩	糖尿病性腎症		L	98人	6.6%								
	⑪	(再掲)40-74歳		L	98人	6.7%								
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			20人	1.35%								
	⑬	(再掲)40-74歳			20人	1.37%								
	⑭	新規透析患者数			3人	0.20%								
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			2人	0.14%								
	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)			25人	1.2%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー			
6	①	総医療費			40億1949万円				29億9383万円		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			23億8399万円				17億2766万円					
	③	(総医療費に占める割合)			59.3%				57.7%					
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		4,145円				7,001円					
	⑤		健診未受診者		35,747円				35,214円					
	⑥	糖尿病医療費			2億4421万円				1億7148万円					
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)			10.2%				9.9%					
	⑧	糖尿病入院外総医療費			6億8454万円									
	⑨	1件あたり			35,227円									
	⑩	糖尿病入院総医療費			4億6031万円									
	⑪	1件あたり			527,277円									
	⑫	在院日数			18日									
	⑬	慢性腎不全医療費			2億5989万円				1億6922万円					
	⑭	透析有り			2億2788万円				1億5809万円					
	⑮	透析なし			3201万円				1113万円					
7	①	介護給付費			45億2650万円				31億7728万円					
②	(2号認定者)糖尿病合併症			5件	13.2%									
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)			9人	1.4%			5人	1.1%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



平成 28 年度 課題	①やってきた実践事項 を振り返ってみる (プロセス)	<p><b>保健指導対象者の選定</b></p> <p>○対象者の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規人工透析を防ぐため、健診受診者のうちHbA1c7.0以上の対象者を「糖尿病重症化予防保健指導対象」とする。</li> <li>・保健指導支援ツールを活用し、糖尿病治療ガイド2016-2017に基づき対象者抽出を行った</li> </ul> <p><b>保健指導に向けて取り組んだこと</b></p> <p>○台帳の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導後、医療につながったか、保険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。</li> <li>・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していく。</li> <li>・個別保健指導の実施</li> </ul> <p><b>医療機関との連携</b></p> <p>○大洲市の健康課題について説明</p> <p>○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協力依頼</p> <p><b>健診受診率向上</b></p> <p>○過去の健診受診者への受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステムより、過去の健診受診者のうち当該年度健診未受診であった対象者に対し、健診受診勧奨の通知を行った。</li> </ul>																	
	②アウトプット (事業実施量)	<p><b>特定健診・特定保健指導実施率</b></p> <p>①特定健診受診率 (%)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H23・・・22.9</td> <td style="text-align: center;">H24・・・21.3</td> <td style="text-align: center;">H25・・・20.2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H26・・・22.9</td> <td style="text-align: center;">H27・・・23.6</td> <td></td> </tr> </table> <p>②特定保健指導実施率 (%)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H23・・・60.2</td> <td style="text-align: center;">H24・・・59.5</td> <td style="text-align: center;">H25・・・45.9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H26・・・49.6</td> <td style="text-align: center;">H27・・・52.6</td> <td></td> </tr> </table> <p>③個別健診受診者数 (人)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H23・・・25</td> <td style="text-align: center;">H24・・・127</td> <td style="text-align: center;">H25・・・178</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H26・・・191</td> <td style="text-align: center;">H27・・・264</td> <td></td> </tr> </table>	H23・・・22.9	H24・・・21.3	H25・・・20.2	H26・・・22.9	H27・・・23.6		H23・・・60.2	H24・・・59.5	H25・・・45.9	H26・・・49.6	H27・・・52.6		H23・・・25	H24・・・127	H25・・・178	H26・・・191	H27・・・264
H23・・・22.9	H24・・・21.3	H25・・・20.2																	
H26・・・22.9	H27・・・23.6																		
H23・・・60.2	H24・・・59.5	H25・・・45.9																	
H26・・・49.6	H27・・・52.6																		
H23・・・25	H24・・・127	H25・・・178																	
H26・・・191	H27・・・264																		

平成28年度課題	③アウトカム (結果)	<b>健診結果</b> ①HbA1cの改善 (H27-28) 8.0以上→8.0未満 2人 (15.4%) 7.0以上→7.0未満 13人 (32.5%) 6.5～6.9→6.5未満 16人 (17.8%)  ②未治療者数の推移 HbA1c6.5以上未治療者数 (人) H25・・・61      H26・・・83      H27・・・77  ③メタボ該当者減少率 H24-25・・・18.9      H25-26・・・18.8      H26-27・・・15.7  ④メタボ予備軍減少率 H24-25・・・19.2      H25-26・・・21.9      H26-27・・・10.8  ⑤国保人工透析医療費の推移 H25年：1億8252万円 H26年：2億2334万円 H27年：2億2728万円  ⑥国保人工透析患者数の推移 H25年：50人      H26年：48人      H27年：46人
	④ストラクチャー (構造)	血管を痛めるリスクを考慮し、受診勧奨者、保健指導対象者の整理を行った。
⑤残っている課題	医療機関受診につながらないケースの検討	