

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第3期特定健康診査等実施計画

平成30年3月作成

西予市国民健康保険

目 次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付け	1
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	5

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	6
1. 第1期計画に係る評価及び考察	6
2. 第2期計画における健康課題の明確化	12

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	18
1. 第三期特定健診等実施計画について	18
2. 目標値の設定	18
3. 対象者の見込み	18
4. 特定健診の実施	18
5. 特定保健指導の実施	20
6. 個人情報の保護	23
7. 結果の報告	23
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	23

第4章 保健事業の内容	24
I 保健事業の方向性	24
II 重症化予防の取組	24
1. 糖尿病性腎症重症化予防	24
2. 虚血性心疾患重症化予防	32
3. 脳血管疾患重症化予防	35
4. その他の重症化予防	39
III ポピュレーションアプローチ	43
IV その他の保健事業	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
1. 計画の時期	48
2. 評価方法・体制	48
3. 目標管理一覧.....	49

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

参考資料	51
------------	----

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、特定健康診査結果や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化が進展するとともに、国民健康保険データベース（KDB）システム（以下KDBという。）の整備が行われ、健康診査・医療・介護等のデータを用いて、国民健康保険（以下「国保」という。）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。

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

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

2. データヘルス計画の位置付け

西予市では、国の指針に基づき、平成27年3月に第1期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・医療費の適正化を目的とした保健事業を行ってきた。今回第1期データヘルス計画実施期限を迎え、計画の見直しを行うにあたり、特定健康診査等実施計画と整合性のとれたものとするとともに、保健事業の実効性を高めるために、両計画を一体的に策定することとした。

また、データヘルス計画は、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】

西予市では、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、愛媛県健康増進計画「えひめ健康づくり21」や西予市健康増進計画「元気だせいよ2025」、第2期愛媛県医療費適正化計画、愛媛県国保運営方針と調和のとれたものとする。（図表1・2・3）

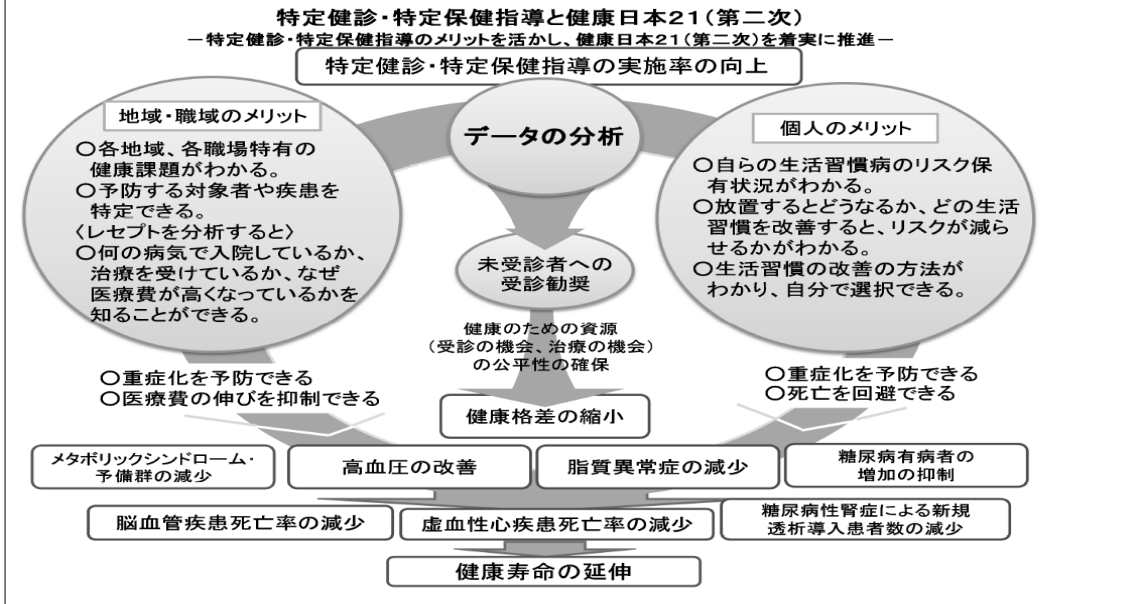
【図表1】

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

		<small>※ 健康増進基本法とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法</small>					
		「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82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50条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年度 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年度 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年度 「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の一部改正」	厚生労働省 健康局 平成28年度 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指針	厚生労働省 健康局 平成28年度 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 厚労局 平成28年度 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格差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するとともに、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、社会環境が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防策を講ずることができれば、遠隔患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発生を抑制し、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びの抑制を推進することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病患者の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、積極的に推進するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについては、医療費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旨とする。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要介護状態となることへの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持、続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしっかりと、負いかつ適切な医療効果効果に提供される体制の構築を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療機関が連携し、負いかつ適切な医療を効率的に提供し、医療費の適正化を図る。	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、壮年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層(壮年期世代、小児期からの生活習慣づけ)	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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 骨髄・脳実性腫瘍、骨髄生検等症 関節リウマチ、変形性関節症 多発性骨髄腫、骨髄腫性副癌化症 後癌副癌化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	
評価	※53項目中 特定健診に關する項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の発症率(中絶)等 ②合併症(糖尿病性腎症による年間透析導入患者数) ③合併症患者の割合 ④血圧コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧予備群・高血圧者 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩認知症発症率の改善率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬個人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)】を減額し、保険料率決定	健診・医療情報を活用し、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率等) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外未 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	⑤疾病・事業 ⑥在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)	
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局：国民連合会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局：国民連合会)を通じて、保険者との連携			

図 1

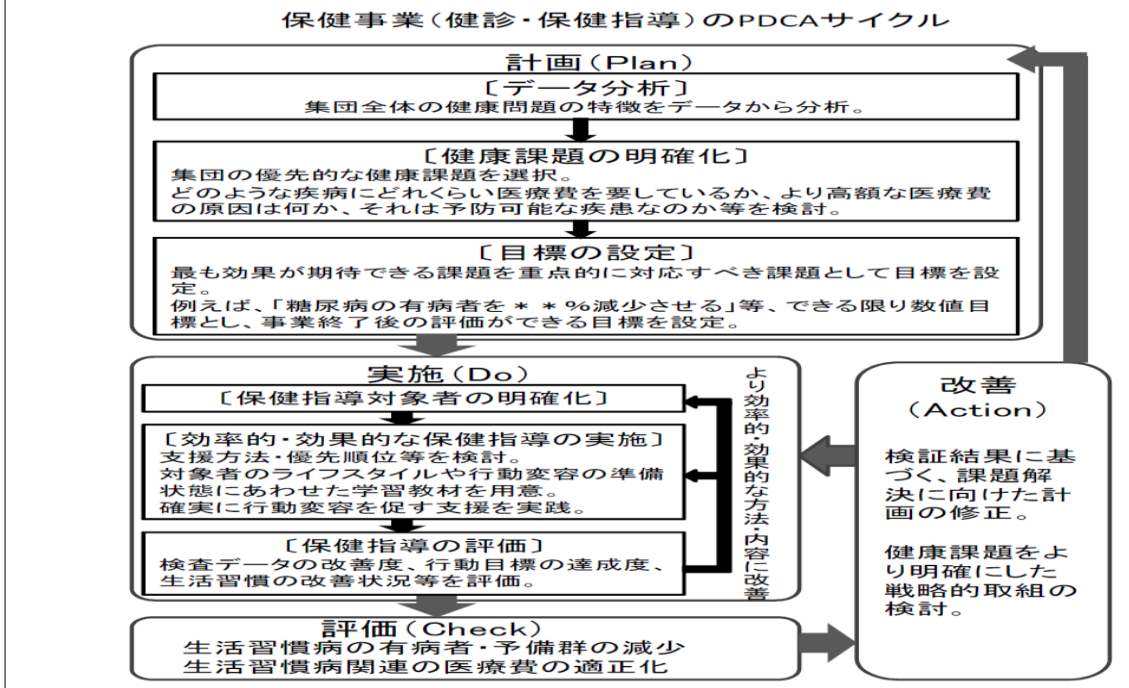
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

図 3

【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」とあり、手引書においても他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとなっている。以上のことを踏まえ、都道府県における医療費適正化計画や医療計画との整合性を図る観点から、計画期間を平成35年度までの6年間とする。

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

第2期データヘルス計画策定は、市民課及び健康づくり推進課、更に住民の健康の保持増進に関わる機関とが連携して行った。

また、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体制を整える。(P5 図表4)

2) 外部有識者等の役割

データヘルス計画の実効性を高めるためには、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・評価委員会等の支援が必要である。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。

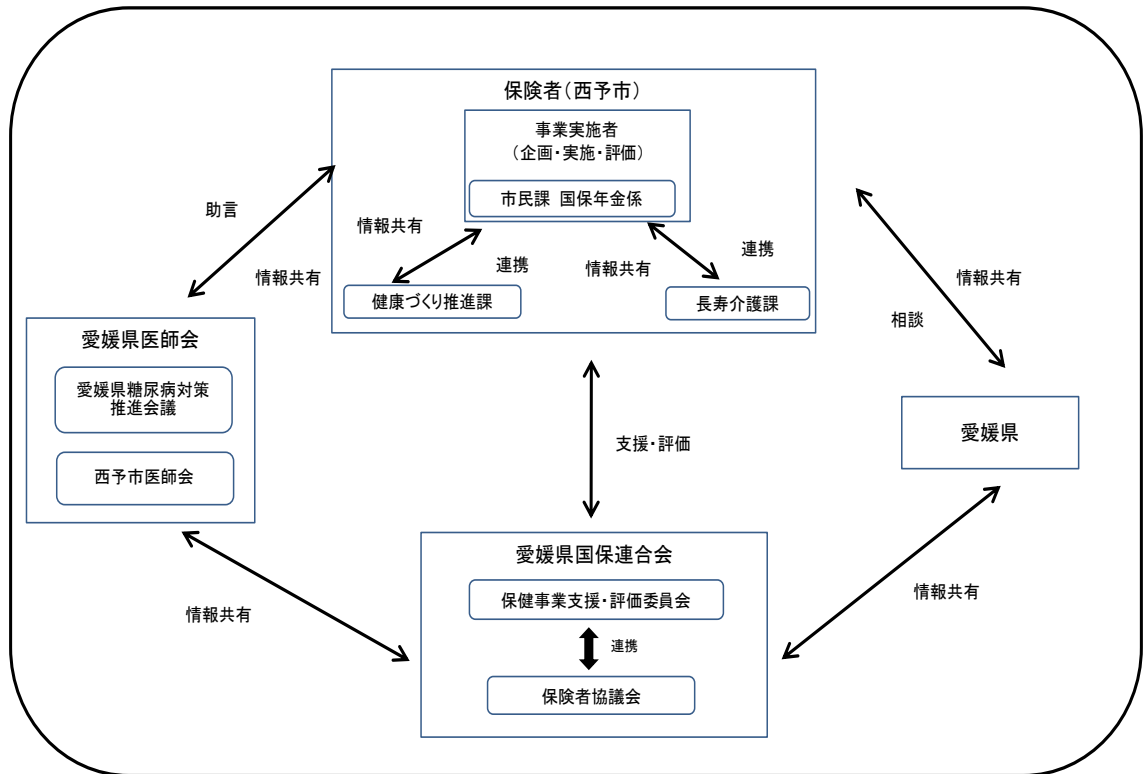
健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、保健事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援、保険者等の職員向け研修の充実、支援・評価委員会での委員の幅広い専門的知見の提供等働きかけを行っていく。

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。保険者等が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ため、平素から両者が積極的に連携に努めることを期待する。

国保においては、転職や加齢等による被保険者の保険者間での異動が多いことから、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と考えられる。

3) 被保険者の役割

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



5. 保険者努力支援制度

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

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

西予市としては、特定健康診査・特定保健指導・糖尿病腎症重症化予防等の生活習慣病予防対策に重点を置き、事業を実施していく。

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、標準化死亡比（SMR）の低下、糖尿病・腎不全による死亡の低下はが見られるが、心臓病・脳疾患による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況をみると、2号認定率の減少しているものの、介護認定率の1号認定率上昇、認定者の高血圧症・脂質異常症・心臓病・糖尿病の有病率が上昇していることから、西予市の健康課題が解決しているとは言えない。

また、医療費に占める入院の割合は同規模保険者・国と比べて高く、外来の割合は反対に低くなっている。1人当たりの医療費が1,500円程度増加し、県内12位から9位に順位を上げていることから、重症化してから発見されているのではないかと推測される。中でも慢性腎不全の医療費が増加していることから、原因となっている糖尿病や高血圧の重症化が課題となっている。

医療費の適正化の観点から、特に重症化した段階での入院費用の割合を減少させ、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につなげていく必要がある。しかし、特定健診受診率が横ばい状況のため、重症化予防と併せて特定健診受診率向上への取組を行うことが重要となる。また保健指導率は27年度から目標に到達したものの、改善率は低いなど課題が残されている。（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5）

平成25年と比較して28年度は介護給付費、1件当たりの給付費ともに増加しており、その内訳としては、1件当たりの給付費施設サービスは減少する一方で、居宅サービスが増加している。

同規模と比較しても、介護給付費は高い状況で、介護予防や給付適正化の取り組みが必要である。

介護給付費の変化

【図表5】

年度	西予市				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	50億2,005万円	67,908	42,540	283,705	67,859	41,800	283,857
H28年度	50億2,801万円	69,576	44,412	277,404	66,708	41,740	278,164

②医療費の状況（図表 6）

総医療費は同規模と比較しても費用額・伸び率共に減少しているものの、一人当たりの医療費は費用・伸び率共に増加している。

【図表 6】

西予市

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		
			西予市	同規模			西予市	同規模			西予市	同規模	
1. 総医療費【円】	平成25年度	4,276,683,870				1,763,758,700				2,512,925,170			
	平成28年度	4,050,020,000	-226,663,870	↓ -5.30	0.19	1,718,962,610	-44,796,090	↓ -2.54	0.46	2,331,057,390	-181,867,780	↓ -7.24	-0.02
2. 一人当たり医療費【円】	平成25年度	27,518				11,350				16,170			
	平成28年度	↑ 29,008	1,490	↑ 5.41	7.80	12,350	1,000	↑ 8.81	7.64	16,740	570	↑ 3.53	7.93

※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(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 7）

平成25年度と比べて28年度では脳血管疾患、心疾患は減少しているが、慢性腎不全（透析有）に係る医療費の割合は国・県よりも高く、割合も上昇している。このことは、1人あたりの医療費の増加にも影響していると考えられる。

一方で、中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全等）の基礎疾患となる高血圧・糖尿病・脂質異常症に係る費用は低くなっており、中でも高血圧は国・県の割合を大きく下回るほど減少している。疾病が重症化して医療に係る傾向があることも予測され、基礎疾患の早期発見への継続した取り組みが重要である。

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)

【図表 7】

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)								脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞
H25	西予市	4,276,683,870	27,518	87位	12位	5.48%	0.28%	4.03%	2.42%	5.94%	6.40%	3.27%	1,189,531,110	27.81%	9.91%	11.74%	9.42%
		4,050,020,000	↑ 29,008	97位	9位	↑ 5.88%	0.33%	↓ 2.60%	2.30%	↓ 5.80%	↓ 4.92%	↓ 3.07%	1,009,337,600	24.92%	12.30%	11.69%	8.94%
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(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

④中長期的な疾患（図表 8）

中長期的疾患については、長期の療養が必要かつ医療費が高額となるという特徴があり、また生活習慣病の重症化による発症とも考えられる。疾患別にみると、虚血性心疾患の割合は減少しているが、脳血管疾患・人工透析は増加している。

各疾患とも、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）、特に高血圧を併せ持つ者の割合が高く、短期的な目標として、基礎疾患の早期発見・重症化予防が必要である。

④中長期的な疾患

【図表 8】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13042	612	4.69	136	22.2	22	3.6	473	77.3	260	42.5	391	63.9
	64歳以下	7962	210	2.64	36	17.1	16	7.6	166	79.0	83	39.5	120	57.1
	65歳以上	5080	402	7.91	100	24.9	6	1.5	307	76.4	177	44.0	271	67.4
H28	全体	11832	530	4.48	101	19.1	21	4.0	405	76.4	227	42.8	329	62.1
	64歳以下	6223	127	2.04	18	14.2	14	11.0	95	74.8	58	45.7	76	59.8
	65歳以上	5609	403	7.18	83	20.6	7	1.7	310	76.9	169	41.9	253	62.8

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13042	757	5.80	136	18.0	12	1.6	596	78.7	258	34.1	418	55.2
	64歳以下	7962	187	2.35	36	19.3	7	3.7	141	75.4	68	36.4	101	54.0
	65歳以上	5080	570	11.22	100	17.5	5	0.9	455	79.8	190	33.3	317	55.6
H28	全体	11832	698	5.90	101	14.5	12	1.7	547	78.4	229	32.8	362	51.9
	64歳以下	6223	130	2.09	18	13.8	5	3.8	96	73.8	41	31.5	68	52.3
	65歳以上	5609	568	10.13	83	14.6	7	1.2	451	79.4	188	33.1	294	51.8

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13042	41	0.31	12	29.3	22	53.7	40	97.6	24	58.5	15	36.6
	64歳以下	7962	28	0.35	7	25.0	16	57.1	27	96.4	20	71.4	11	39.3
	65歳以上	5080	13	0.26	5	38.5	6	46.2	13	100.0	4	30.8	4	30.8
H28	全体	11832	44	0.37	12	27.3	21	47.7	44	100.0	28	63.6	15	34.1
	64歳以下	6223	25	0.40	5	20.0	14	56.0	25	100.0	19	76.0	8	32.0
	65歳以上	5609	19	0.34	7	36.8	7	36.8	19	100.0	9	47.4	7	36.8

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク（図表 9）

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者では人工透析を実施している割合・糖尿病性腎症の割合が増加している。

各疾患での脳血管疾患の割合は減少しているものの、高血圧・脂質異常者症の治療者のうち、重症化した結果である人工透析は増加傾向にあり、引き続き重症化予防の取り組みが必要と考える。

【図表 9】

①共通リスク(様式3-2~3-7)

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	13042	1517	11.63	157	10.3	1013	66.8	912	60.1	260	17.1	258	17.0	24	1.6	84	5.5
	64歳以下	7962	552	6.93	79	14.3	332	60.1	306	55.4	83	15.0	68	12.3	20	3.6	25	4.5
	65歳以上	5080	965	19.00	78	8.1	681	70.6	606	62.8	177	18.3	190	19.7	4	0.4	59	6.1
H28	全体	11832	1501	↑12.69	146	9.7	1002	66.8	909	60.6	227	↓15.1	229	↓15.3	28	↑1.9	128	↑8.5
	64歳以下	6223	409	6.57	56	13.7	243	59.4	240	58.7	58	14.2	41	10.0	19	4.6	38	9.3
	65歳以上	5609	1092	19.47	90	8.2	759	69.5	669	61.3	169	15.5	188	17.2	9	0.8	90	8.2

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	13042	3208	24.60	1013	31.6	1603	50.0	473	14.7	596	18.6	40	1.2
	64歳以下	7962	1104	13.87	332	30.1	490	44.4	166	15.0	141	12.8	27	2.4
	65歳以上	5080	2104	41.42	681	32.4	1113	52.9	307	14.6	455	21.6	13	0.6
H28	全体	11832	3105	↑26.24	1002	32.3	1586	51.1	405	↓13.0	547	↓17.6	44	↑1.4
	64歳以下	6223	785	12.61	243	31.0	366	46.6	95	12.1	96	12.2	25	3.2
	65歳以上	5609	2320	41.36	759	32.7	1220	52.6	310	13.4	451	19.4	19	0.8

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	13042	2377	18.23	912	38.4	1603	67.4	391	16.4	418	17.6	15	0.6
	64歳以下	7962	839	10.54	306	36.5	490	58.4	120	14.3	101	12.0	11	1.3
	65歳以上	5080	1538	30.28	606	39.4	1113	72.4	271	17.6	317	20.6	4	0.3
H28	全体	11832	2339	↑19.77	909	38.9	1586	67.8	329	↓14.1	362	↓15.5	15	0.6
	64歳以下	6223	639	10.27	240	37.6	366	57.3	76	11.9	68	10.6	8	1.3
	65歳以上	5609	1700	30.31	669	39.4	1220	71.8	253	14.9	294	17.3	7	0.4

②リスクの健診結果経年変化（図表 10）

健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにHbA1c、収縮期血圧・拡張期血圧の有所見者が増加している。メタボリックシンドロームの割合は該当者は男女ともに増加しているが、予備群は男性では減少している。

【図表 10】

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」

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	407	26.4	678	44.0	324	21.0	282	18.3	119	7.7	10	0.6	745	48.4	327	21.2	810	52.6	498	32.3	678	44.0	22	1.4
	40-64	169	27.9	269	44.5	152	25.1	153	25.3	41	6.8	4	0.7	243	40.2	149	24.6	259	42.8	211	34.9	293	48.4	3	0.5
	65-74	238	25.5	409	43.7	172	18.4	129	13.8	78	8.3	6	0.6	502	53.7	178	19.0	551	58.9	287	30.7	385	41.2	19	2.0
H 2 8	合計	383	27.8	610	44.3	335	24.3	238	17.3	97	7.0	20	1.5	809	58.8	287	20.9	768	55.8	489	35.5	571	41.5	21	1.5
	40-64	159	32.3	224	45.5	134	27.2	110	22.4	28	5.7	7	1.4	235	47.8	128	26.0	224	45.5	184	37.4	232	47.2	4	0.8
	65-74	224	25.3	386	43.7	201	22.7	128	14.5	69	7.8	13	1.5	574	64.9	159	18.0	544	61.5	305	34.5	339	38.3	17	1.9

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	365	18.7	278	14.3	241	12.4	119	6.1	46	2.4	7	0.4	1,029	52.9	45	2.3	918	47.1	364	18.7	1,117	57.4	8	0.4
	40-64	148	20.6	102	14.2	91	12.7	54	7.5	15	2.1	3	0.4	328	45.7	12	1.7	274	38.2	134	18.7	427	59.5	4	0.6
	65-74	217	17.7	176	14.3	150	12.2	65	5.3	31	2.5	4	0.3	701	57.0	33	2.7	644	52.4	230	18.7	690	56.1	4	0.3
H 2 8	合計	358	20.7	261	15.1	217	12.5	130	7.5	33	1.9	10	0.6	1,113	64.3	46	2.7	878	50.8	329	19.0	933	53.9	5	0.3
	40-64	128	22.6	89	15.7	67	11.8	50	8.8	7	1.2	7	1.2	314	55.5	15	2.7	207	36.6	113	20.0	328	58.0	2	0.4
	65-74	230	19.8	172	14.8	150	12.9	80	6.9	26	2.2	3	0.3	799	68.6	31	2.7	671	57.6	216	18.6	605	52.0	3	0.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

KDB帳票No. 24「厚生労働省様式6-8」

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	1,540	31.9	76	4.9%	288	18.7%	26	1.7%	212	13.8%	50	3.2%	314	20.4%	63	4.1%	17	1.1%	149	9.7%	85	5.5%		
	40-64	605	25.6	40	6.6%	118	19.5%	10	1.7%	76	12.6%	32	5.3%	111	18.3%	22	3.6%	6	1.0%	60	9.9%	23	3.8%		
	65-74	935	38.0	36	3.9%	170	18.2%	16	1.7%	136	14.5%	18	1.9%	203	21.7%	41	4.4%	11	1.2%	89	9.5%	62	6.6%		
H 2 8	合計	1,376	32.1	60	4.4%	231	16.8%	17	1.2%	173	12.6%	41	3.0%	319	23.2%	60	4.4%	20	1.5%	153	11.1%	86	6.3%		
	40-64	492	28.3	31	6.3%	102	20.7%	5	1.0%	67	13.6%	30	6.1%	91	18.5%	9	1.8%	10	2.0%	50	10.2%	22	4.5%		
	65-74	884	34.8	29	3.3%	129	14.6%	12	1.4%	106	12.0%	11	1.2%	228	25.8%	51	5.8%	10	1.1%	103	11.7%	64	7.2%		

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H 2 5	合計	1,947	39.5	41	2.1%	100	5.1%	6	0.3%	71	3.6%	23	1.2%	137	7.0%	27	1.4%	6	0.3%	72	3.7%	32	1.6%		
	40-64	718	34.5	22	3.1%	42	5.8%	1	0.1%	31	4.3%	10	1.4%	38	5.3%	6	0.8%	3	0.4%	19	2.6%	10	1.4%		
	65-74	1,229	43.2	19	1.5%	58	4.7%	5	0.4%	40	3.3%	13	1.1%	99	8.1%	21	1.7%	3	0.2%	53	4.3%	22	1.8%		
H 2 8	合計	1,730	40.1	38	2.2%	88	5.1%	5	0.3%	66	3.8%	17	1.0%	135	7.8%	28	1.6%	5	0.3%	57	3.3%	45	2.6%		
	40-64	566	37.6	24	4.2%	29	5.1%	1	0.2%	20	3.5%	8	1.4%	36	6.4%	5	0.9%	2	0.4%	18	3.2%	11	1.9%		
	65-74	1,164	41.5	14	1.2%	59	5.1%	4	0.3%	46	4.0%	9	0.8%	99	8.5%	23	2.0%	3	0.3%	39	3.4%	34	2.9%		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 11）

特定健康診査実施率は横ばい状態だが、同規模保険者内での順位は低下している。

特定保健指導実施率は国の目標数値は到達したが、今後も改善率の向上とあわせての取り組みが重要である。

特定健康診査結果による医療機関への受診勧奨者の受診率は、同規模保険者平均よりも高いが、受診勧奨の優先順位をつけ確実に受診につながるよう取り組んでいく。

【図表 11】

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	
								西予市	同規模平均
平成25年	9,668	3,487	36.1%	137	420	193	46.0%	50.5%	50.8%
平成28年	8,562	3,102	36.2%	161	406	277	↑68.2%	52.4%	51.1%

2) 第1期に係る考察

第1期データヘルス計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、医療費の伸び率・外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと考えられる部分もある一方で、介護認定率の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など解決できていない課題もある。

今後、健診を受けたが受診に繋がっていない人、受診に繋がったが、継続した受診ができていない人など、重症化予防への対応が必要である。

また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は取り組むべき重要な課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

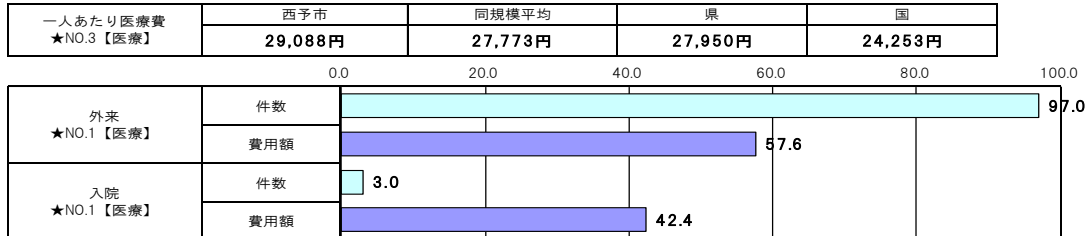
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 12)

西予市の入院件数は3.0%ながらも、費用額全体の42.4%を占めている。入院する段階になる前に介入し、入院数を減らしていくことが重症化予防や医療費適正化につながるようになる。

「集団の疾患特徴の把握」

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 12】



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 13)

脳血管疾患、虚血性心疾患では、医療費が高額になることに加え、入院が長期になる場合が多い。また、高額な医療費が必要となる人工透析患者のうち、糖尿病性腎症のある患者は63.6%と高く、糖尿病の重症化予防が課題であることがわかる。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 13】

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	334人	12人 3.6%	20人 6.0%	108人 32.3%	213人 63.8%	
		件数	508件	23件 4.5%	23件 4.5%	146件 28.7%	316件 62.2%	
			年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	4 2.7%	35 11.1%
				40代	0 0.0%	0 0.0%	5 3.4%	13 4.1%
				50代	1 4.3%	1 4.3%	10 6.8%	26 8.2%
				60代	12 52.2%	14 60.9%	69 47.3%	141 44.6%
70-74歳	10 43.5%	8 34.8%	58 39.7%	101 32.0%				
費用額	6億8328万円	2626万円 3.8%	4859万円 7.1%	1億9696万円 28.8%	4億1147万円 60.2%			

*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	96人	62人 64.6%	10人 10.4%	4人 4.2%
		件数	827件	540件 65.3%	85件 10.3%	29件 3.5%
		費用額	3億7681万円	2億0700万円 54.9%	4473万円 11.9%	1069万円 2.8%

*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	28人 63.6%	12人 27.3%	21人 47.7%
		H28年度 累計	件数	586件 63.5%	146件 24.9%	264件 45.1%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	2億5585万円 63.7%	1億6302万円 25.9%	1億1562万円 45.2%	

*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	の基 礎 疾 患	5,318人	698人 13.1%	530人 10.0%	128人 2.4%	
			高血圧	547人 78.4%	405人 76.4%	98人 76.6%	
			糖尿病	229人 32.8%	227人 42.8%	128人 100.0%	
			脂質 異常症	362人 51.9%	329人 62.1%	91人 71.1%	
			高血圧症	3,105人 58.4%	1,501人 28.2%	2,339人 44.0%	553人 10.4%
			糖尿病	1,501人 28.2%	2,339人 44.0%	553人 10.4%	

○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 14)

介護認定者におけるレセプト分析では、2号認定者のうち血管疾患によるものが92.9%であり、筋・骨格疾患の85.7%を上回っていた。

働き世代である2号被保険者の認定状況をみると、脳卒中・腎不全の有病率が1号認定者よりも高く、介護度の重い要介護3～5の割合も4割となっており、若い世代からの取り組みが必要である。

また、年齢が高くなると高血圧・糖尿病・脂質異常症の基礎疾患の割合も89.3%と筋・骨格疾患を上回っていた。65～74歳の1号認定者で年齢が低いものも同様の状況である。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の発症予防・重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。効果的な介護予防のための保健事業の実施のため、長寿介護課との連携が必要である。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 14】

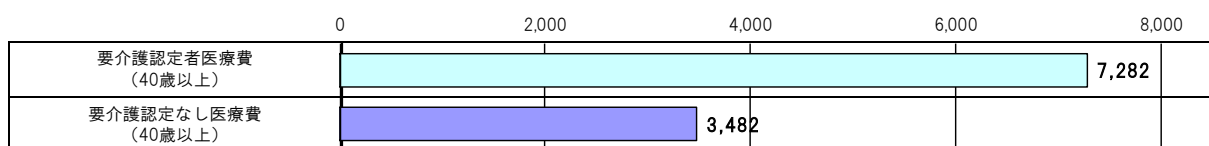
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		13,857人		6,347人		9,181人		15,528人		29,385人	
	認定者数		45人		275人		2,989人		3,264人		3,309人	
	認定率		0.32%		4.3%		32.6%		21.0%		11.3%	
	新規認定者数(*1)		5人		68人		382人		450人		455人	
介護度別人数	要支援1・2		14	31.1%	77	28.0%	659	22.0%	736	22.5%	750	22.7%
	要介護1・2		13	28.9%	87	31.6%	1,091	36.5%	1,178	36.1%	1,191	36.0%
	要介護3～5		18	40.0%	111	40.4%	1,239	41.5%	1,350	41.4%	1,368	41.3%

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)		45		275		2,989		3,264		3,309		
	再) 国保・後期		28		230		2,881		3,111		3,139		
	有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病	
				件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
循環器疾患		1	脳卒中	18	64.3%	134	58.3%	1,828	63.5%	1,962	63.1%	1,980	63.1%
		2	虚血性心疾患	8	28.6%	51	22.2%	1,151	40.0%	1,202	38.6%	1,210	38.5%
		3	腎不全	5	17.9%	28	12.2%	323	11.2%	351	11.3%	356	11.3%
		4	糖尿病合併症	5	17.9%	37	16.1%	279	9.7%	316	10.2%	321	10.2%
合併症		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		25	89.3%	205	89.1%	2,623	91.0%	2,828	90.9%	2,853	90.9%
		血管疾患合計		26	92.9%	213	92.6%	2,740	95.1%	2,953	94.9%	2,979	94.9%
認知症				6	21.4%	52	22.6%	1,334	46.3%	1,386	44.6%	1,392	44.3%
		筋・骨格疾患		24	85.7%	188	81.7%	2,714	94.2%	2,902	93.3%	2,926	93.2%

*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 15・16)

平成 28 年度の健診受診者の実態をみると、全国平均に比べ、男性では HbA1c、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL コレステロールの有所見率が高い。女性では HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL コレステロールの有所見率が高い。

また、メタボリックシンドロームの状況では、該当者は男女とも県・全国平均よりも低いが、40～64 歳の男性の予備群が県・全国平均で高くなっている。

該当項目では、男女ともメタボ予備群では高血圧、該当者では血圧+脂質が多い状況である。3 項目全て該当している人も全体の男性 6.3%、女性 2.6%であり、該当者の 3 割近くとなっている。こうした所見の重なりが、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症等の発症リスクを高めるため、改善する取り組みが必要である。

【図表 15】

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

★NO.23 (概要)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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
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	
西予市	合計	383	27.8	610	44.3	335	24.3	238	17.3	97	7.0	20	1.5	809	58.8	287	20.9	768	55.8	489	35.5	571	41.5	21	1.5
	40-64	159	32.3	224	45.5	134	27.2	110	22.4	28	5.7	7	1.4	235	47.8	128	26.0	224	45.5	184	37.4	232	47.2	4	0.8
	65-74	224	25.3	386	43.7	201	22.7	128	14.5	69	7.8	13	1.5	574	64.9	159	18.0	544	61.5	305	34.5	339	38.3	17	1.9

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		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	
西予市	合計	358	20.7	261	15.1	217	12.5	130	7.5	33	1.9	10	0.6	1,113	64.3	46	2.7	878	50.8	329	19.0	933	53.9	5	0.3
	40-64	128	22.6	89	15.7	67	11.8	50	8.8	7	1.2	7	1.2	314	55.5	15	2.7	207	36.6	113	20.0	328	58.0	2	0.4
	65-74	230	19.8	172	14.8	150	12.9	80	6.9	26	2.2	3	0.3	799	68.6	31	2.7	671	57.6	216	18.6	605	52.0	3	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 16】

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	
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%	
西予市	合計	1,376	32.1	60	4.4%	231	16.8%	17	1.2%	173	12.6%	41	3.0%	319	23.2%	60	4.4%	20	1.5%	153	11.1%	86	6.3%
	40-64	492	28.3	31	6.3%	102	20.7%	5	1.0%	67	13.6%	30	6.1%	91	18.5%	9	1.8%	10	2.0%	50	10.2%	22	4.5%
	65-74	884	34.8	29	3.3%	129	14.6%	12	1.4%	106	12.0%	11	1.2%	228	25.8%	51	5.8%	10	1.1%	103	11.7%	64	7.2%

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	
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%	
西予市	合計	1,730	40.1	38	2.2%	88	5.1%	5	0.3%	66	3.8%	17	1.0%	135	7.8%	28	1.6%	5	0.3%	57	3.3%	45	2.6%
	40-64	566	37.6	24	4.2%	29	5.1%	1	0.2%	20	3.5%	8	1.4%	36	6.4%	5	0.9%	2	0.4%	18	3.2%	11	1.9%
	65-74	1,164	41.5	14	1.2%	59	5.1%	4	0.3%	46	4.0%	9	0.8%	99	8.5%	23	2.0%	3	0.3%	39	3.4%	34	2.9%

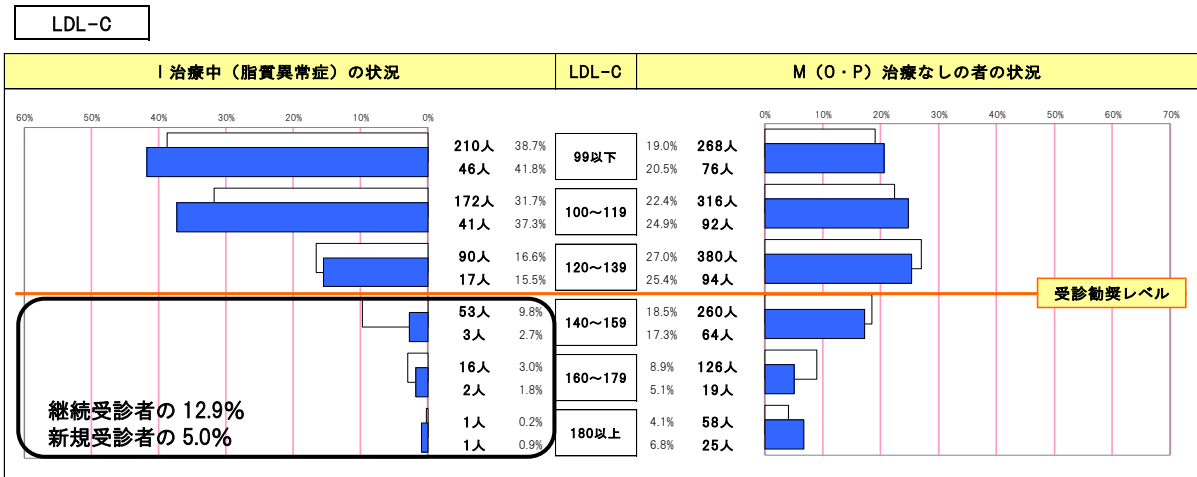
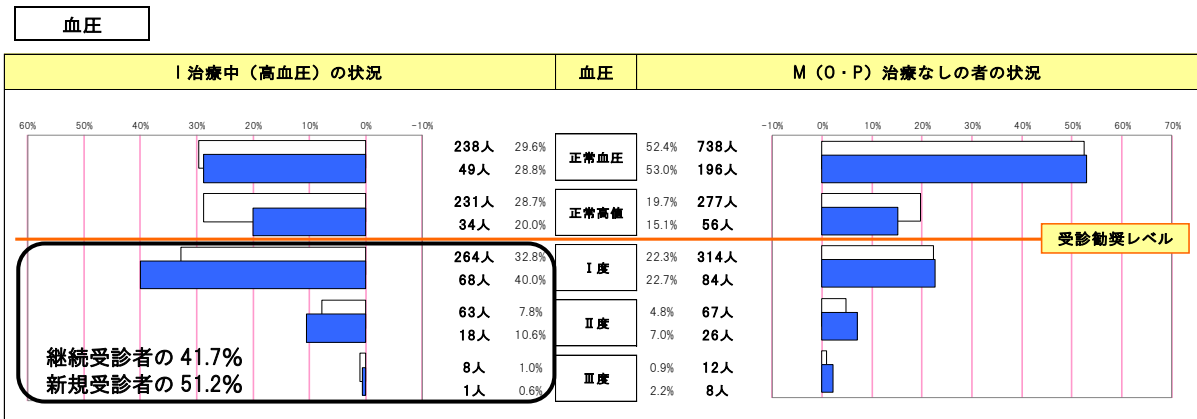
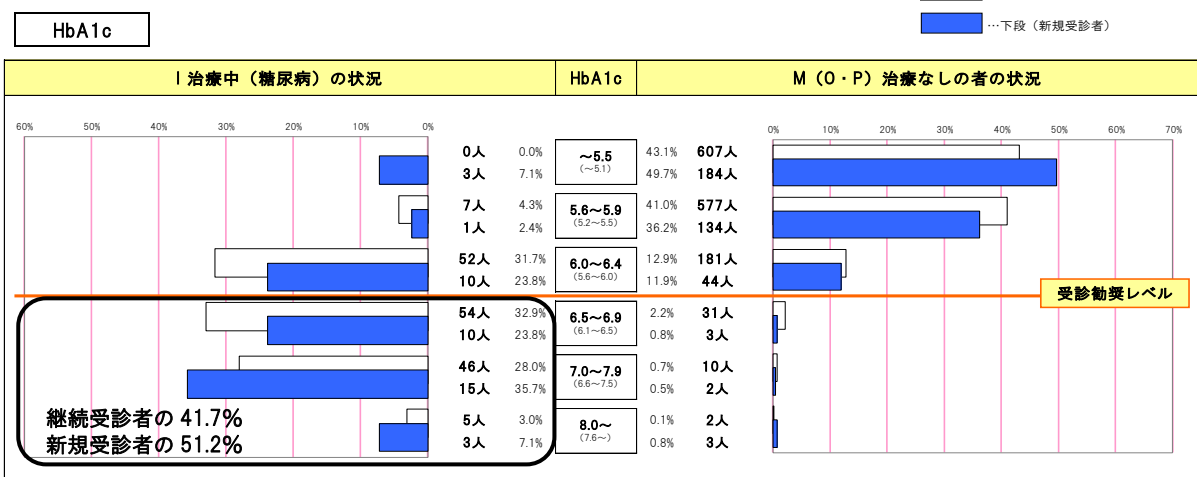
*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 17)

継続・新規受診者ともに、治療中であるにも関わらず受診勧奨レベル以上の人は、脂質異常症では1割弱程度ではあるものの、高血圧では4~5割台、糖尿病治療中では6割以上と高くなっている。糖尿病については、薬物治療と併せて食事・運動療法も必要であり、治療中の者への保健指導を実施する必要がある。そのためにも、かかりつけ医との連携強化が課題である。

【図表 17】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 18)

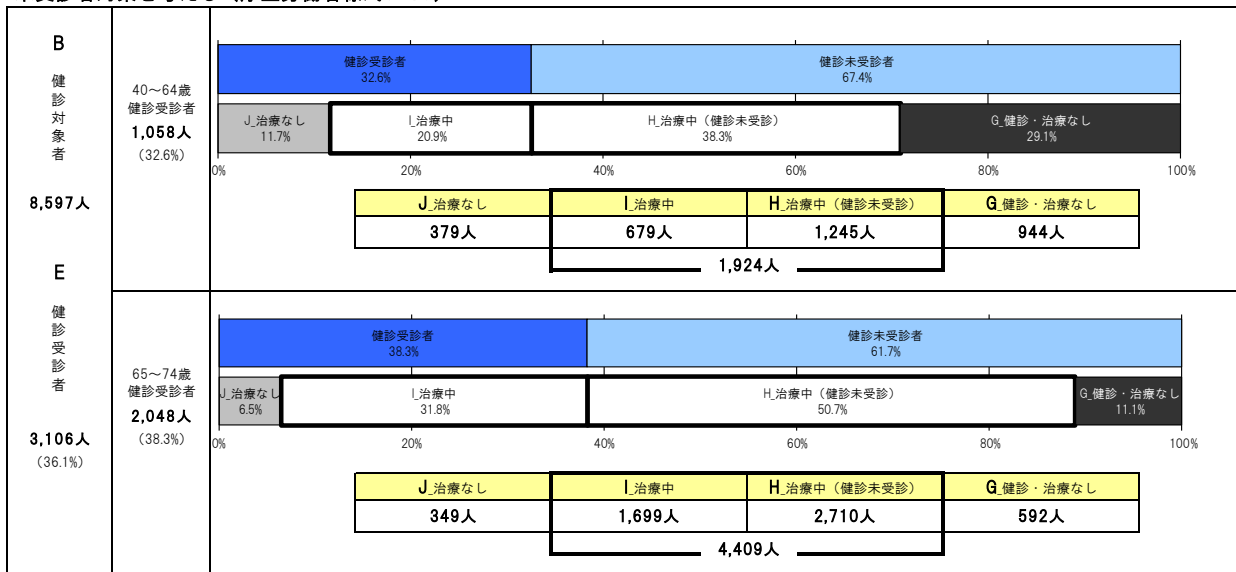
健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 29.1%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態であり、今後重症化する可能性が高い。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療にかかっている治療費を比較すると健診受診者に対して未受診者は約 5 倍の費用がかかっていることから、健診受診が医療費適正化につながる事がわかる。

【図表 18】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

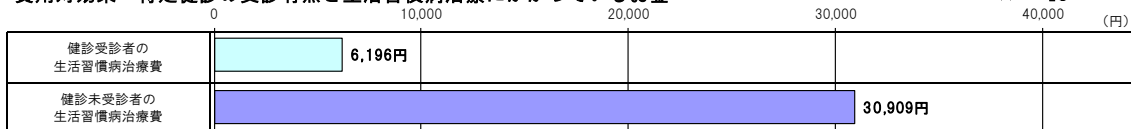
★NO.26 (CSV)



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ㊦



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

そのために、平成 30 年以降は H・G の健診未受診者に対しての受診勧奨を重点的に実施することとする。

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 年度には脳血管疾患、虚血

性心疾患は、総医療費に占める医療費の割合を 28 年度と比較して増加させない。併せて、新規透析導入者に占める糖尿病性腎症の有病者の割合を平成 28 年度の国の平均値まで減少させる。

一方で、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管が傷み、上記 3 疾患となる可能性が高まること及び高齢化が進展することを考えると、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。

西予市は、入院も入院外も伸びが抑えられているが、引き続き重症化予防、医療費適正化へつなげる目的で、外来医療費を伸ばし、入院医療費を抑える取り組みが必要である。

②短期的な目標の設定

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

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

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

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

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第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19】

特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	60%	60%
特定保健指導実施率	70%	75%	80%	85%	90%	90%

3. 対象者の見込み

【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	対象者数	8,760人	8,520人	8,280人	8,040人	7,800人	7,560人
	受診者数	3,504人	3,834人	4,140人	4,422人	4,680人	4,536人
特定保健指導	対象者数	892人	955人	1,018人	1,081人	1,144人	1,207人
	実施者数	624人	716人	814人	919人	1,030人	1,086人

※特定健診対象者数は過去5年間（平成24年～平成29年）の被保険者数から推計

※特定保健指導対象者数は過去5年間（平成24年～平成29年）の対象者数から推計

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機関である代表保険者が集合契約を行う。

- ① 集団健診(西予市教育保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、愛媛県国保連(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.kokuhoren-ehime.jp/>

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、尿酸、尿潜血）を実施する。なお、愛媛県においては、血清クレアチンを全員に実施することとしている。

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

5) 実施時期

4 月から翌年 2 月末まで実施する。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、愛媛県国保連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

西予市においては、5 月に特定健診受診券、集団健診会場一覧、委託医療機関一覧等を対象者に一斉送付する。

また、年度途中で国保に加入した対象者には、手続の際に窓口にて健診の案内及び一覧表の配布を行い、希望者には随時受診券を発行する。

加えて、広報誌等でも啓発を行い、市民に広く周知する。（図表 21）

【図表 21】

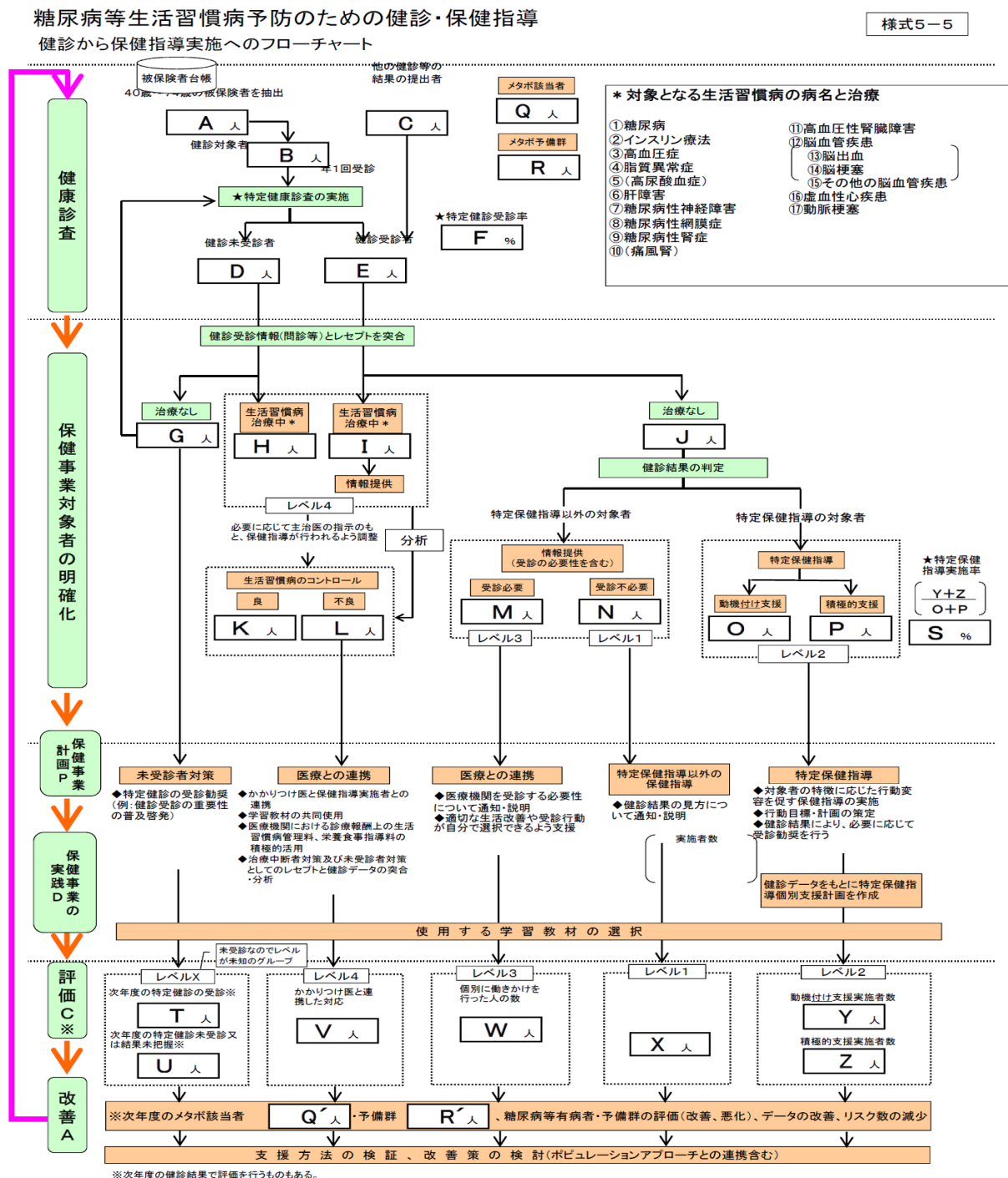
保険者年間実施スケジュール			受診券発行日 4月1日	受診券有効期限期間											
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成28年度実績)	平成29年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成30年 1月	2月	3月		
1	A市	89,958	4月1日										3月31日		
2	B市	36,020		5月下旬						11月30日					
3	C市	20,430			6月1日							2月28日			
4	D市	9,228	4月6日										3月31日		
5	E市	21,970		5月1日									3月31日		
6	F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

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22)

【図表22】



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 23)

【図表 23】

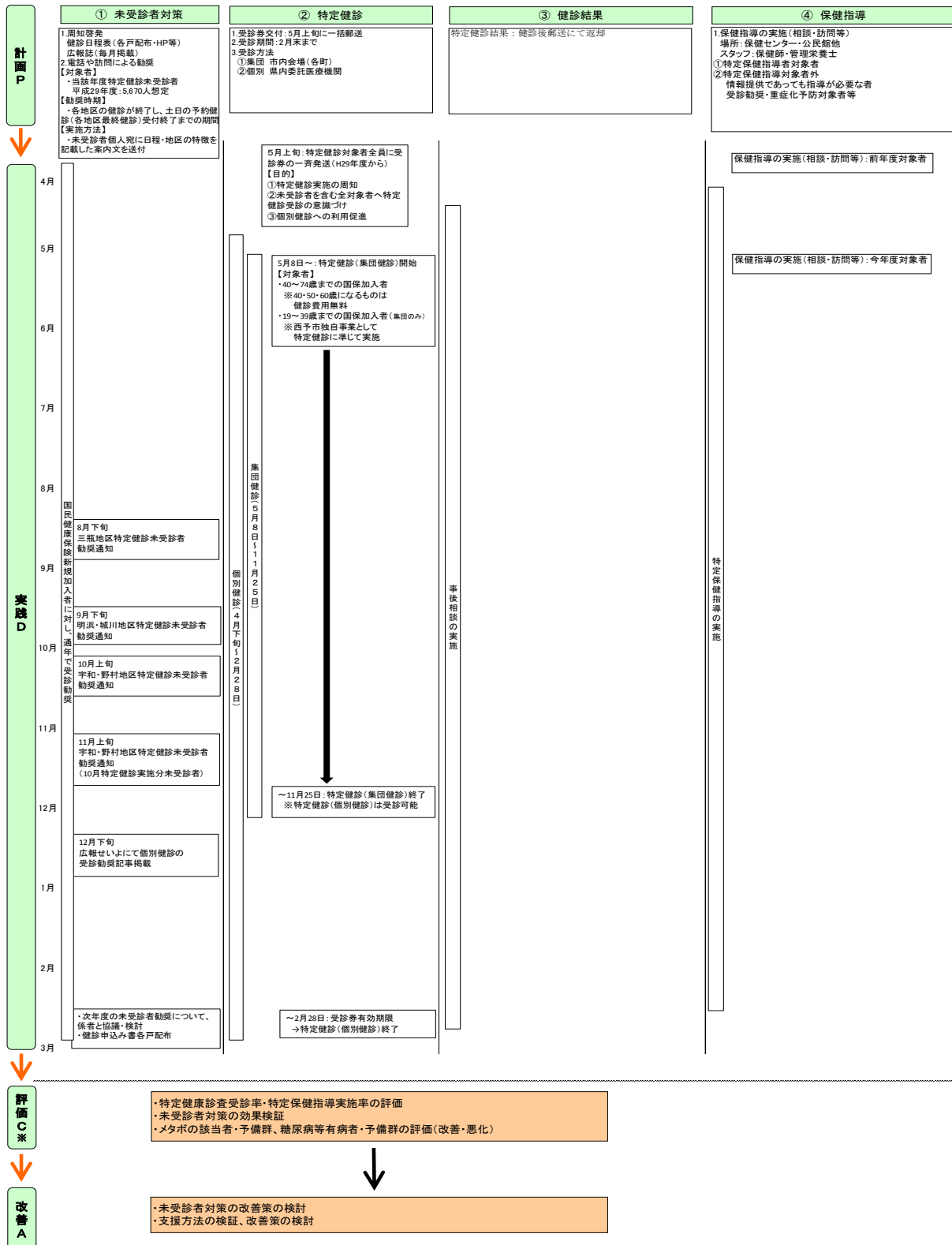
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	H28 年度対象者数 (受診者に占める割合)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	419 人 (13.2)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	700 人 (22.0)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	6,441 人 ※受診率目標達成までにあと 2,592 人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	703 人 (22.1)
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	1,360 人 (42.7)

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と P D C A サイクルで実践していくため、次の年間実施スケジュールに沿って実施予定である。(図表 24)

【図表 24】

特定健診・特定保健指導計画・実践・評価まで



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西予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、西予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て実施していく必要がある。

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

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

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 25】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	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
 特定健康診査結果でHbA1c6.5%以上の人
 空腹時血糖が126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上の人
- 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発症リスクを有する者

(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 26)

【図表 26】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。A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(+)とすることから尿蛋白(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 27)

西予市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 96 人(3.0 %・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病型 309 人中のうち、HbA1c が 8.0 以上の重症化するリスクが高い者は 9 名であった。

糖尿病治療者で平成 28 年度特定健診未受診者 1,275 人のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 892 人中のうち、244 人は治療中断であることが分かった。また、629 人については継続受診中であるが不定期受診であり、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 27 より西予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)・・・96 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(イ)・・・244 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】

・糖尿病型の者のうち重症化するリスクの高い者(HbA1c8.0 以上)・・・9 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】

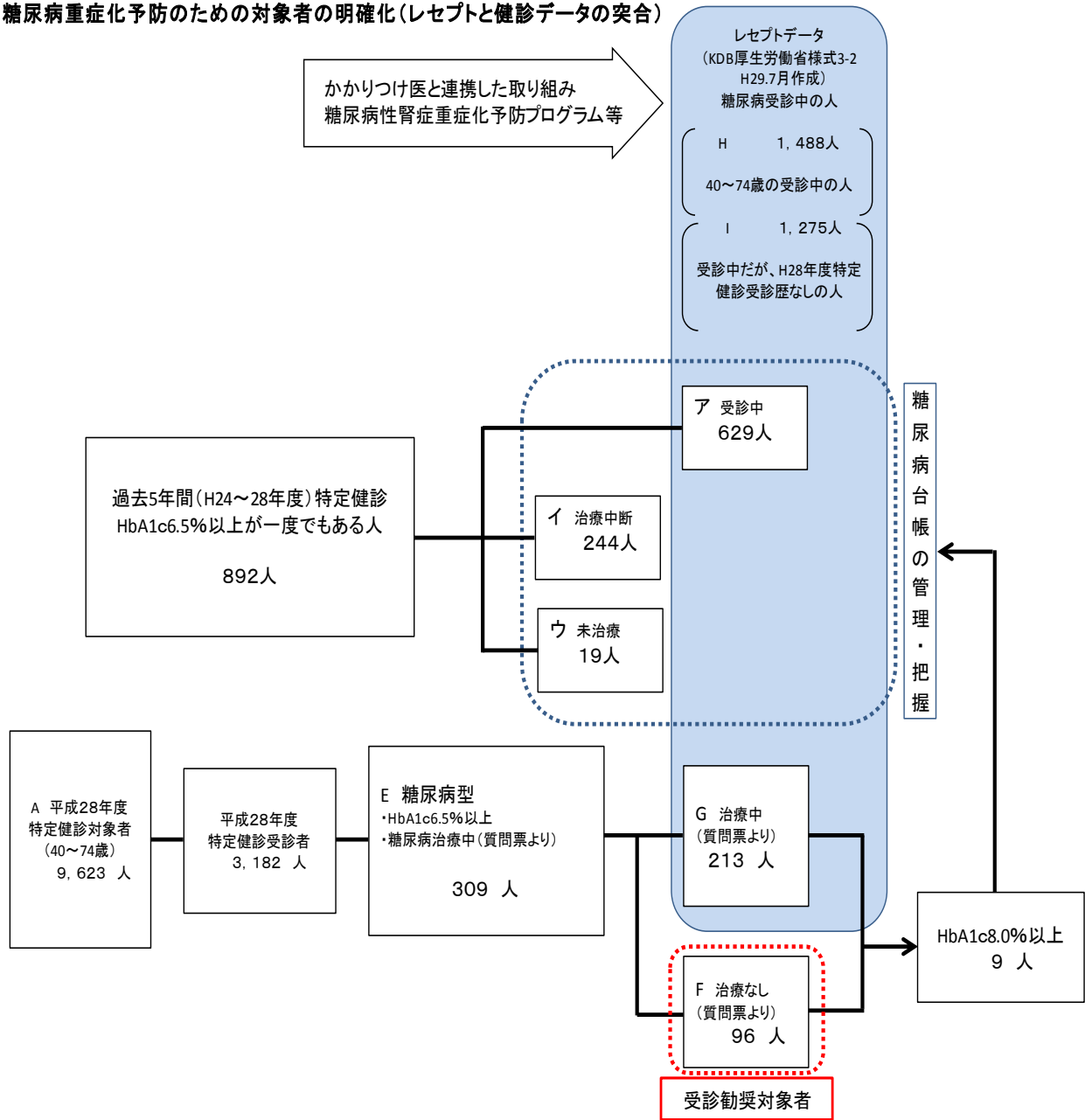
・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(ア)・・・629 人

・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 27】

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)



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず 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) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。西予市においては、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 28)

【図表 28】

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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアグリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

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

8) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。西予市において健診受診者 3,102 人のうち心電図検査実施者は 91 人(2.9%)であり、そのうち ST 所見があったのは 25 人であった(図表 29)。ST 所見あり 25 人中のうち 1 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると治療中であり、受診につながっていた(図表 30)。また、要精査には該当しないが ST 所見ありの 25 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。

西予市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群は少ないものの、平成 25 年度から平成 28 年度にかけて増加傾向にある。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるためメタボリックシンドローム対策の継続も必要である。

心電図検査結果

【図表 29】

	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)(%)
平成28年度	3,102	100%	91	2.9%	25	27.5%	21	23.1%	45	49.5%

※平成28年度特定健診法定報告より

心房細動有所見者の治療状況

【図表 30】

心房細動有所見者		治療の有無			
		治療中		治療なし	
(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
1	100	1	100	0	0

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 31 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 31】

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	3,102	25 0.8%	21 0.7%	45 1.5%	3,011 97.1%	
メタボ該当者	453 14.6%	21 4.6%	17 3.8%	27 6.0%	388 85.7%	
メタボ予備群	319 10.3%	1 0.3%	1 0.3%	7 2.2%	310 97.2%	
メタボなし	2,330 75.1%	3 0.1%	3 0.1%	11 0.5%	2,313 99.3%	
LDL-C	140-159	361 15.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.6%	359 99.4%
	160-179	157 6.7%	0 0.0%	2 1.3%	1 0.6%	154 98.1%
	180-	63 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	63 100.0%

【参考】

Non-HDL	190-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	170-189	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
CKD	G3aA1~	553 17.8%	4 0.7%	4 0.7%	7 1.3%	538 97.3%

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「ST」「T」の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「ST」「T」以外の表記のあったものを抽出。

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 32 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 32】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(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

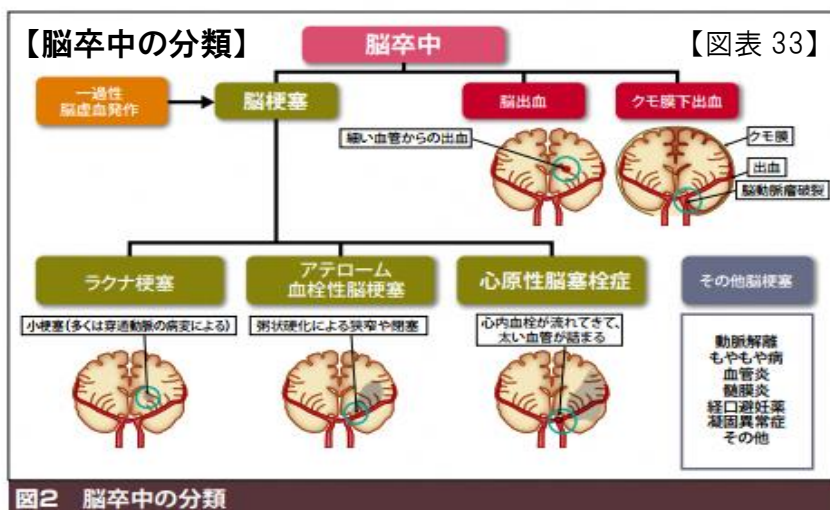
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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 33、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 34】

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 35 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 35】

脳 梗 塞		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)	
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 3,102人		213 6.9%	162 5.2%	92 3.0%	1 0.0%	453 14.6%	25 0.8%	82 2.6%
治療なし ※1		123 5.8%	93 3.2%	90 3.7%	0 0.0%	124 7.0%	7 0.4%	24 1.3%
治療あり ※1		90 9.2%	69 33.5%	2 0.3%	1 0.1%	329 24.8%	18 1.4%	58 4.4%
臓器障害あり ※2		4 3.3%	11 11.8%	6 6.7%	0 --	12 9.7%	7 100%	24 100%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	3	6	5	0	5	7	24
	尿蛋白(2+)以上	1	2	0	0	2	7	0
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1	1	2	0	0	0	2
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1	3	3	0	3	0	24
	心電図所見あり	1	6	1	0	8	1	0

※1 割合の算出について、高血圧・糖尿病・脂質異常については各疾患毎の「治療なし」または「治療あり」の人数が分母。
心房細動・メタボ・CKDは3疾患(血圧・血糖・脂質)のいずれかの「治療なし」または「治療あり」の人数が分母。

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213人(6.9%)であり、123人は未治療者であった。また未治療者のうち4人(3.3%)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90人(9.2%)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 36)

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)

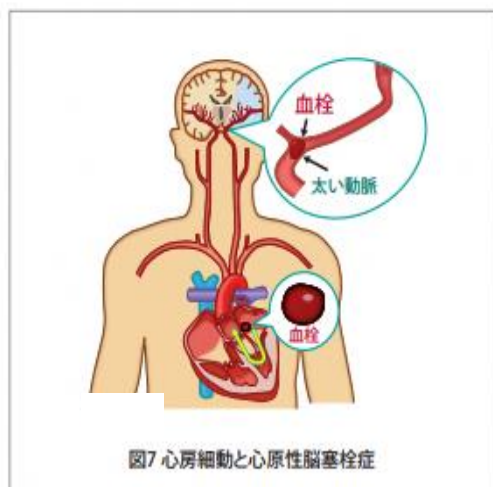
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
	2,128	657	448	419	481	103	20	
		30.9%	21.1%	19.7%	22.6%	4.8%	0.9%	
リスク第1層	267	143	53	30	35 ④	5	1 ①	
	12.5%	21.8%	11.8%	7.2%	7.3%	4.9%	5.0%	
リスク第2層	1,183	346	262	238	274 ③	51	12	
	55.6%	52.7%	58.5%	56.8%	57.0%	49.5%	60.0%	
リスク第3層	678	168	133	151	172 ②	47	7	
	31.9%	25.6%	29.7%	36.0%	35.8%	45.6%	35.0%	
再掲 重複あり	糖尿病	146	36	32	32	35	11	0
		21.5%	21.4%	24.1%	21.2%	20.3%	23.4%	0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	383	106	79	78	92	24	4
		56.5%	63.1%	59.4%	51.7%	53.5%	51.1%	57.1%
	3個以上の危険因子	275	54	52	70	74	22	3
		40.6%	32.1%	39.1%	46.4%	43.0%	46.8%	42.9%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
35	279	290
1.6%	13.1%	13.6%
35	5	1
100%	1.8%	0.3%
--	274	63
--	98.2%	21.7%
--	--	226
--	--	77.9%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 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 37 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 37】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	65	26	1	1.5	0	0	—	—
40歳代	2	1	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	9	2	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	27	16	1	3.7	0	0	1.9	0.4
70歳～74歳	27	7	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70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無 【図表 38】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
1	100	0	0	1	100

心電図検査において1人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると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。ただし、有所見者1人については既に治療が開始されていた。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)等との連携

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、必要に応じて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・脳血管疾患等とあわせて行っていく。

(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

(2) 中長期的評価

虚血系心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の総医療費に占める医療費の割合の減少

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

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

前年度特定健診結果をもとに糖尿病管理台帳を整理。順次、対象者へ介入(通年)

4. その他の重症化予防

1) 基本的な考え方

第 4 章において、これまで重症化を予防すべき取り組みとして、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患について記載したが、これら疾患の重症化の結果及び管理すべきリスク因子として、慢性腎臓病(CKD)がある。慢性腎臓病(CKD)の重症度は、特定健康診査の結果から判定することができるため、高

血圧、糖尿病性腎症等腎機能が低下する疾患の指導とあわせて、腎機能の低下をみながら受診勧奨をしていくことは、人工透析を防ぐために必要である。

2)対象者の明確化

①対象者とは

特定健康診査受診者を、慢性腎臓病(CKD)の重症度別に分類したところ、中等度～高度低下で生活習慣病の有所見者が多いことから、生活習慣病予防重症化予防の対象者とする。(図表 39)

【図表 39】

2. 生活習慣病のリスクがある人はどのステージに多いか

各ステージの割合： A/B

CKDの重症度 A		GFR 90		60		45			30		15				
		正常または高値		正常または軽度低下		軽度～中等度低下			中等度～高度低下		高度低下		末期腎不全		
		ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3a再掲 (GFR45～60未満) ※割合G3aを分母に算出			G3b再掲 (GFR30～45未満) ※割合G3bを分母に算出		G4A1	G5A1				
		(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA1	A1	A2	A3	G3bA1	A1	A2以上	G4A2	G5A2		
重症化予防対象者 B	健診受診者 GFR・尿蛋白ともに実施	3,156	2,482	17	90	510	478	27	5	53	40	13	3	1	
			78.6	0.5	2.9	16.2	93.7	5.3	1.0	1.7	75.5	24.5	0.10	0.03	
生活習慣病なし (実人数)		2,146	1,753	10	47	311	297	13	1	24	22	2	0	1	
			68.0	81.7	0.5	2.2	14.5	95.5	4.2	0.3	1.1	91.7	8.3	0.0	0.0
生活習慣病あり (実人数) (下記に1項目以上該当)		1,010	729	7	43	199	181	14	4	29	18	11	3	0	
			32.0	72.2	0.7	4.3	19.7	91.0	7.0	2.0	2.9	62.1	37.9	0.3	0.0
生活習慣病リスク (延べ人数)	耐糖能異常 糖尿病	65以上	232	168	4	19	34	30	3	1	6	1	5	1	0
				7.4	72.4	1.7	8.2	14.7	88.2	8.8	2.9	2.6	16.7	83.3	0.4
	高血圧症	Ⅱ度以上	215	160	2	8	38	33	2	3	7	6	1	0	0
				6.8	74.4	0.9	3.7	17.7	86.8	5.3	7.9	3.3	85.7	14.3	0.0
	メタボリック シンドローム	該当者	466	338	4	21	89	82	5	2	14	8	6	0	0
				14.8	72.5	0.9	4.5	19.1	92.1	5.6	2.2	3.0	57.1	42.9	0.0
	脂質 異常症	LDL-C	180以上	96	72	0	6	17	15	2	0	1	0	1	0
				3.0	75.0	0.0	6.3	17.7	88.2	11.8	0.0	1.0	0.0	100.0	0.0
	中性 脂肪	300以上	69	52	1	6	9	8	0	1	1	0	1	0	0
				2.2	75.4	1.4	8.7	13.0	88.9	0.0	11.1	1.4	0.0	100.0	0.0
高尿酸血症	7.1以上	293	179	2	10	78	69	8	1	21	13	8	3	0	
			9.3	61.1	0.7	3.4	26.6	88.5	10.3	1.3	7.2	61.9	38.1	1.0	0.0

②対象者の抽出

特定健康診査で内服なしと回答している人結果、eGFR45 未満で治療なしの人が 17 人いる。

この中から再度レセプトを確認し、eGFR45 未満(70 歳以上は 40 未満)で医療機関未受診者を受診勧奨対象者とする。(図表 40)

治療なしの人のCKD分類

【図表 40】

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)			尿蛋白区分	A1	A2		A3
				尿検査・GFR 共に実施 1,807	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上
				1,749 人 96.8%	51 人 2.8%	14 人 27.5%	7 人 0.4%
G1	正常 または高値	90以上	207 人	199 人	6 人	1 人	2 人
			11.5%	11.0%	0.3%	16.7%	0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,340 人	1,302 人	34 人	10 人	4 人
			74.2%	72.1%	1.9%	29.4%	0.2%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	243 人	234 人	8 人	1 人	1 人
			13.4%	12.9%	0.4%	12.5%	0.1%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	16 人	14 人	2 人	1 人	0 人
			0.9%	0.8%	0.1%	50.0%	0.0%
G4	高度低下	15-30 未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1 人	0 人	1 人	1 人	0 人
			0.1%	0.0%	0.1%	100.0%	0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨

特定健康診査の結果から、eGFR が受診勧奨値となった人に対して、個別通知による受診勧奨を実施する。

(2) 対象者の管理

特定健康診査の結果抽出後に、レセプトデータ等と突合し、受診勧奨対象者一覧を作成のうえ、上記受診勧奨等に活用するとともに、管理していく。

4) 医療との連携

受診勧奨実施時に、医療機関との連携が必要となった場合は、かかりつけ医等との連携を行う。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)等との連携

受診勧奨を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合、状況に応じて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。

(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
介入方法、実施方法の決定 |
| 5月以降 | 健診結果により受診勧奨対象者を抽出、管理
順次勧奨通知を実施(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 41・42)

【図表 41】

保険者努力支援制度の視点で、西予市の社会保障費と予防・健康管理をみる

1 西予市 人口 4万人
(国保加入数 1万1千人)
※H29.3.31末時点

2 平成28年度 保険者努力支援制度
全国順位 585位(1,741市町村中)
獲得点数 218点(満点345点)

1点当たりの金額 2.7万円
頂いたお金 589万円

3 健診対象者 9,623人

社会保障費 (H28年度)

国保医療費 40.5 億 KDBシステムより

予防可能な生活習慣病

- 糖尿病 2.4 億 (10.0%)
- 高血圧 2.0 億 (8.5%)
- 慢性腎不全 2.4 億 (10.1%)
- がん 5.0 億 (21.1%)
- 精神 4.7 億 (20.1%)

介護費 50.2 億 (全体) KDBシステムより

要介護(支援)者における有病状況

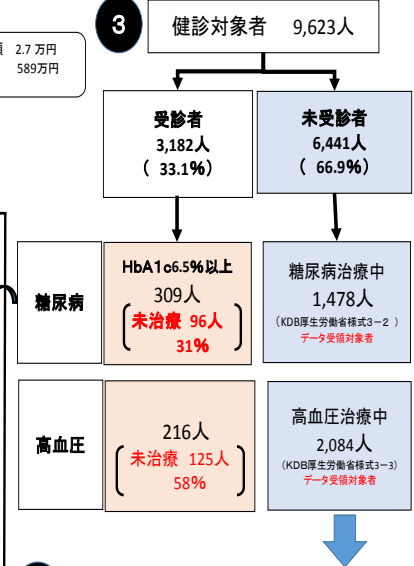
	40～64歳(2号認定者)	65～74歳
心臓病	31.2% (18人)	41.6% (148人)
脳梗塞	27.0% (15人)	32.8% (91人)
糖尿病	14.2% (5人)	23.1% (65人)

➔ 予防可能な疾患が原因となっている

生活保護費 4.4 億 (全体)

- 生活保護率 7.6% 293人
- 医療扶助 85.9%
- 人工透析者数 人(%)

評価指標	30年度	28年度前例し分			
	満点	満点	西予市	愛媛県	国
H29、30年度	850点	345点	218点	208点	199点
共通①					
特定健診受診率	50	20	0	3.75	6.92
特定保健指導実施率	50	20	10	9	7.47
メタボリックシンドローム該当者・予備者の減少率	50	20	15	10	7.13
糖尿病等重症化予防の取組	100				
対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)				
共通③					
専門職の取組、事業評価 ・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談 ・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)	40	40	12	18.75
個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	20	17.01
共通④					
個人のインセンティブ提供 ・個人へポイント付与等取組、効果検証	70				
商工部局、商店街等との連携	(50)	20	0	4	6
データヘルス計画の取組	40				
第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)	10	10	9.5	10
第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携	(35)				
共通②					
がん検診受診率	30	10	0	2.5	5.26
② 歯周疾患(病)検診実施状況	25	10	0	8	6.63
特別③ 地域包括ケアの推進	25	5	5	3.75	2.89
都道府県の指標					
① 市町村指標の都道府県単位の評価 [200億円]	100				
特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組					
③ 都道府県の取組状況 [150億円]	未定				
保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組					
② 医療費適正化のアウトカム評価 [150億円]	50				
国保・年齢調整後1人当たり医療費					



4 第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

1. 医療機関との適切な連携における優先順位
○ かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
○ 保険者は、かかりつけ医で実施された検査結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

2. 診療における検査データを活用する条件
○ 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日を受診日とする。
○ 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。

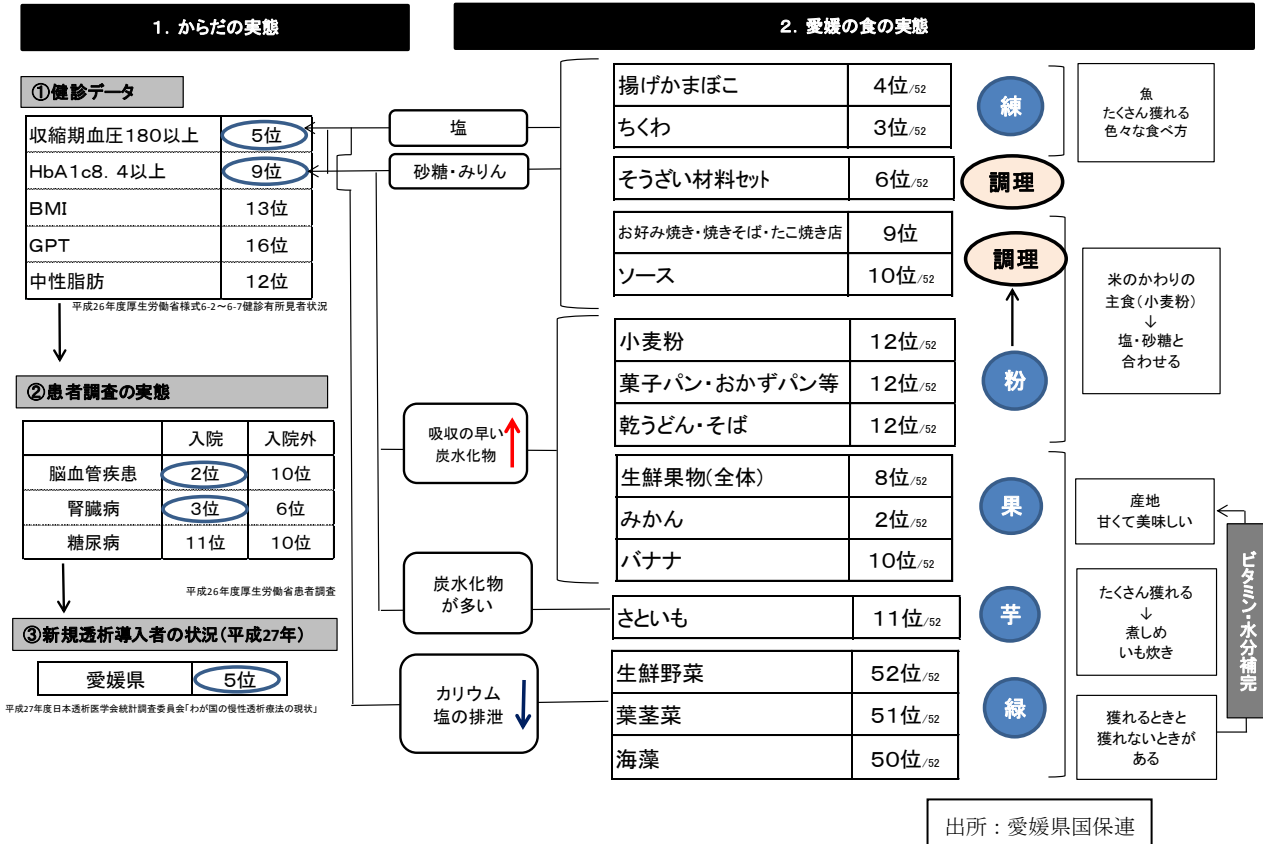
3. 基本的な手順の流れ
○ 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、
【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定
(H30年度～)

【図表 42】

平成26年度経済センサス基礎調査
平成26～28年度総務省家計調査

愛媛県の健診結果と生活を科学的に説明する



IV その他保健事業

1) 重複・頻回受診者保健指導事業

(1) 基本的考え方

第4章では、主に生活習慣病の重症化予防のための対策を記載してきたが、それ以外にも同一疾患で複数の医療機関を受診したり、頻回に受診することで、検査や処方が重複し、健康への悪影響が懸念されたり、必要以上に医療費がかかたりする人が存在する。

このような被保険者も保健指導の対象者であり、保健指導を実施することで、適正受診や処方適正化が図られるとともに、医療費適正化にも効果的である。

(2) 対象者の明確化

西予市では、以下の重複受診者及び頻回受診者を対象者とする。

重複受診者：1ヶ月に3医療機関を3か月連続で受診している人のうち、検査又は処置、処方等が重複している等のことから、保健師が保健指導が必要と判断した人

頻回受診者：1ヶ月に20日以上、3か月連続で同一医療機関を受診している人のうち、保健師が保健指導が必要と判断した人。

(3) 保健指導の実施

通知による指導：対象者全員に対して、適正受診に関する通知文書を郵送。

訪問指導等：通知による指導の受診状況をレセプトで確認し、通知前から受診状況に変化のない、再度保健指導が必要と思われる人に対して、訪問や面談等で保健指導を実施する。

(4) 医療機関との連携

対象者への保健指導において、医療機関との連携が必要となった場合は、かかりつけ医との連携を行う。

2) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）普及啓発事業

(1) 基本的な考え方

後発医薬品の使用促進に関する取組は、前記の重複服薬者に対する取組とともに、保険者努力支援制度の評価指標となっていることから、積極的に推進すべき事業であり、被保険者の自己負担額の軽減とともに、医療費適正化にも効果的である。

(2) 事業の実施

後発医薬品の普及啓発は、差額通知書の送付、窓口での希望カードの配布、ホームページ等への掲載により実施する。

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。

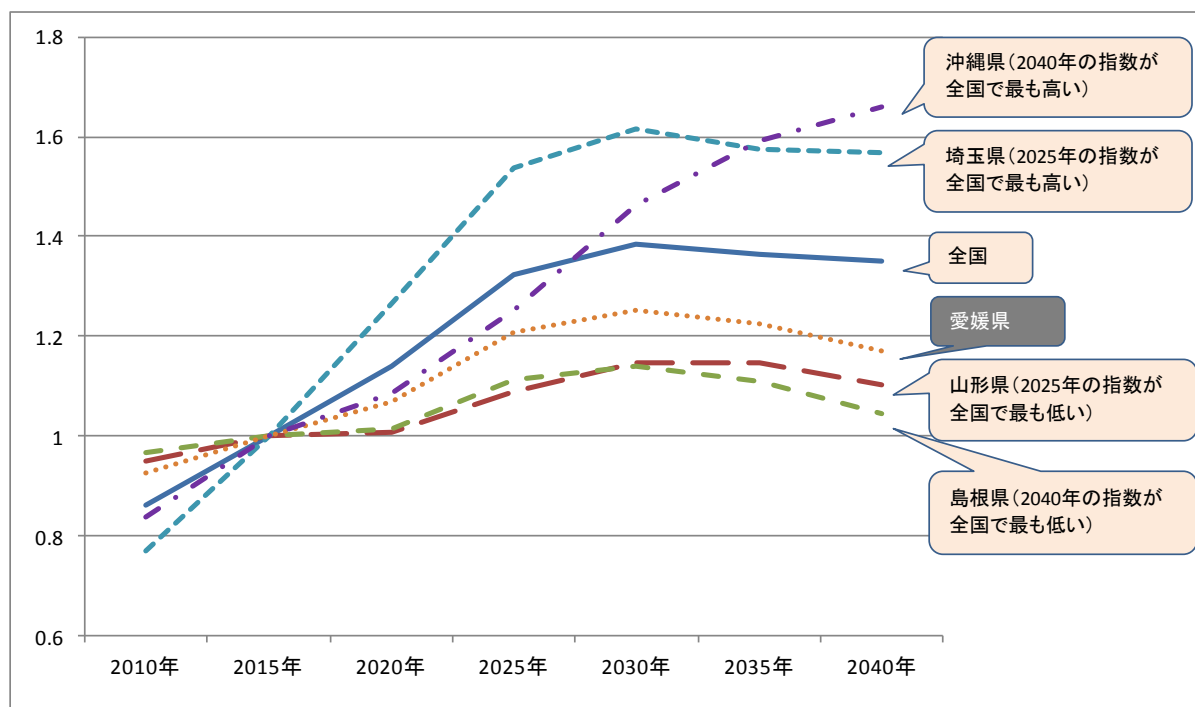
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の脳内血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らすしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.17と全国よりは低いものの、高齢化が進むと推計されている。(図表41)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

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)

【図表 43】



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。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料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等が定期的に行う。

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。

3. 四 補 助 措 施

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										現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	最終評価値		
特定健診計画	<ul style="list-style-type: none"> 医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率が横ばい状態で、国平均より低い。 特定保健指導率は国の目標値に達成しているが減少率は低い。 	特定健診受診率60%以上	36.2%	36.5%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%	H35	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	68.3%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	95.0%	95.0%	95.0%		95.0%
ターゲット・ヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率が横ばい状態で、国平均より低い。 特定保健指導率は国の目標値に達成しているが減少率は低い。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	特定保健指導対象者の減少率25%	12.5%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	40.0%	50.0%	KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合0.4%減少(H28国平均2.61%)	2.60%	2.55%	2.50%	2.45%	2.40%	2.35%	2.30%	2.20%	2.20%		2.20%
保険者努力支援制度	<ul style="list-style-type: none"> 一人当たりの医療費が国・県・同規模と比べて高い 糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症、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の維持	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	KDB帳票年分の集計	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	18.2%	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	25.0%		25.0%
短期	<ul style="list-style-type: none"> 総医療に占める新生物の医療費の割合が愛媛県・国より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> がんの早期発見、早期治療 	健診受診者の高血圧者の割合減少0.3%(160/100以上)	4.80%	4.75%	4.70%	4.65%	4.60%	4.55%	4.50%	4.50%	保健指導支援ツールによる集計値		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少0.7%(LDL140以上)	31.1%	31.0%	30.9%	30.8%	30.7%	30.6%	30.5%	30.4%		30.4%	
短期	<ul style="list-style-type: none"> 総医療に占める新生物の医療費の割合が愛媛県・国より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> がんの早期発見、早期治療 	健診受診者の糖尿病者の割合減少20.0%(HbA1c6.5以上)	5.3%	5.0%	4.7%	4.4%	4.1%	3.8%	3.5%	3.3%	保健指導支援ツールによる集計値		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	94.4%	95.0%	95.0%	97.0%	97.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	
短期	<ul style="list-style-type: none"> 総医療に占める新生物の医療費の割合が愛媛県・国より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> がんの早期発見、早期治療 	主治医からの指示書により糖尿病の保健指導を実施した人数	3人	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加	地域保健事業報告	
			がん検診受診率 胃がん検診25%以上	12.2%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	25.0%	25.0%	25.0%		25.0%
短期	<ul style="list-style-type: none"> 総医療に占める新生物の医療費の割合が愛媛県・国より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> がんの早期発見、早期治療 	肺がん検診25%以上	20.9%	22.0%	25.0%	27.5%	30.0%	32.5%	35.0%	35.0%	35.0%	地域保健事業報告	
			大腸がん検診25%以上	24.4%	25.0%	27.5%	30.0%	32.5%	35.0%	37.5%	37.5%	37.5%		37.5%
短期	<ul style="list-style-type: none"> 総医療に占める新生物の医療費の割合が愛媛県・国より高い。 	<ul style="list-style-type: none"> がんの早期発見、早期治療 	子宮頸がん検診25%以上	18.1%	20.0%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	32.5%	35.0%	35.0%	地域保健事業報告	
			乳がん検診25%以上	14.2%	15.0%	17.5%	20.0%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	32.5%		35.0%
短期	<ul style="list-style-type: none"> 数量シェアは微増しているものの、国全体の使用割合より低い。 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用により、医療費の削減 	後発医薬品の使用割合80%以上	62.2%	65.6%	68.0%	70.0%	72.5%	75.0%	77.5%	80.0%	80.0%	委託事業調査報告	

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概要版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

- 参考資料 1 国・県・同規模平均と比べてみた西予市の位置
- 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 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 29 年度の取組状況と今後の課題

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた西予市の位置

同規模区分 4

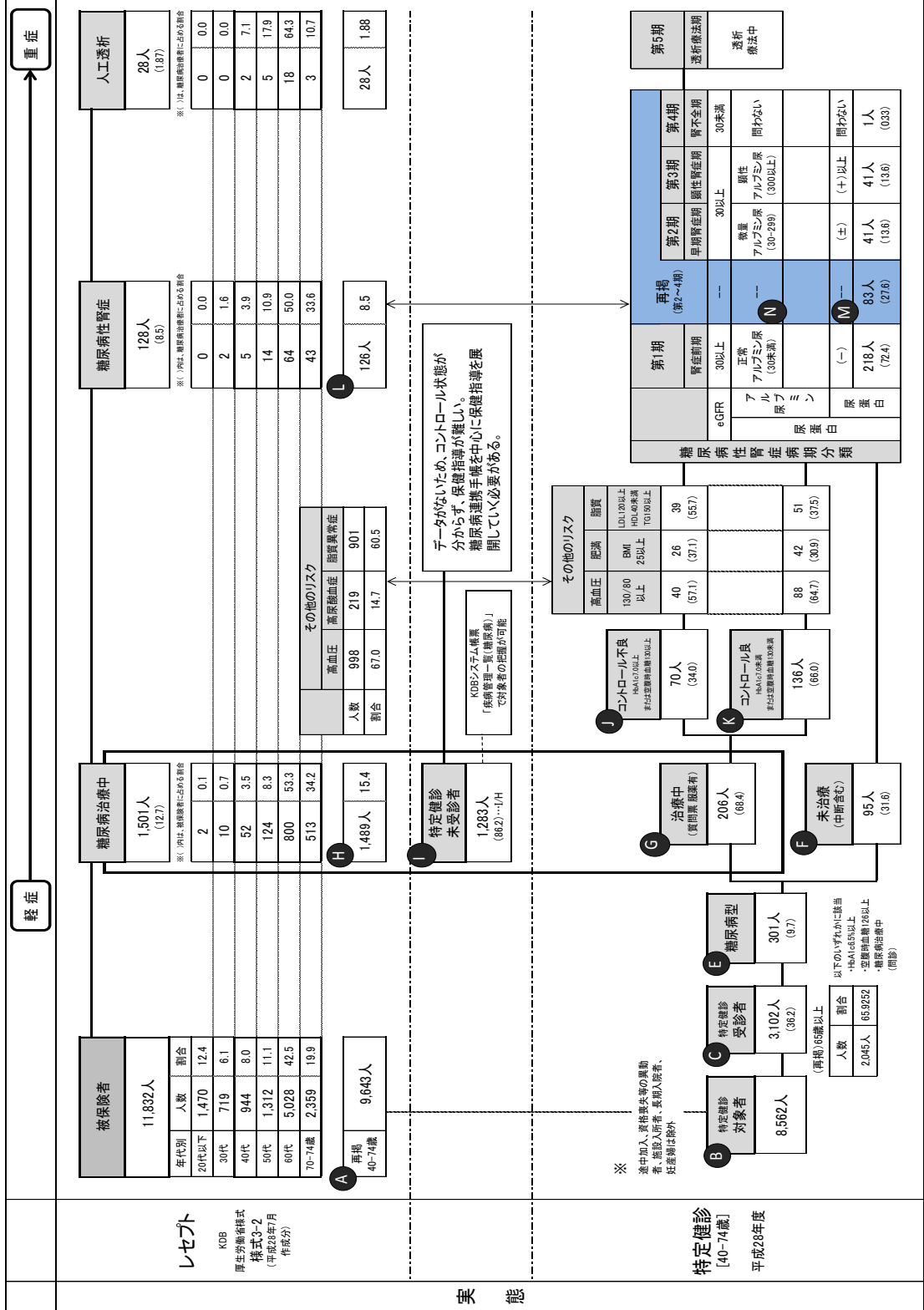
【参考資料1】

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)		
	西予市		西予市		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 概況	① 人口構成	総人口	41,807		39,479		26,184,847		1,412,057		124,852,975		
		65歳以上 (高齢化率)	15,528	37.1	16,210	41.1	5,717,875	21.8	377,802	26.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	9,181	22.0	9,335	23.7			200,272	14.2	13,989,864	11.2	
		65~74歳	6,347	15.2	6,875	17.4			177,530	12.6	15,030,902	12.0	
		40~64歳	13,857	33.1	11,779	29.8			481,791	34.1	42,411,922	34.0	
39歳以下	12,422	29.7	11,490	29.1			552,464	39.1	53,420,287	42.8			
② 産業構成	第1次産業		22.0		22.0		1.6		8.3		4.2		
	第2次産業		18.4		18.4		20.8		24.5		25.2		
	第3次産業		59.7		59.7		77.6		67.2		70.6		
③ 平均寿命	男性		78.4		78.4		79.7		79.1		79.6		
	女性		86.8		86.8		86.3		86.5		86.4		
④ 健康寿命	男性		64.1		64.2		65.3		64.8		65.2		
	女性		66.5		66.5		66.8		66.8		66.8		
2 死因	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性	102.4		99.7		99.4		101.4		100
				女性	95.3		94.6		100.2		98.3		100
		死因	がん	166	40.6	151	38.3	73,988	50.6	4,526	44.5	367,905	49.6
		心臓病	127	31.1	131	33.2	38,562	26.4	3,331	32.7	196,768	26.5	
		脳疾患	81	19.8	83	21.1	21,380	14.6	1,494	14.7	114,122	15.4	
		糖尿病	7	1.7	5	1.3	2,640	1.8	177	1.7	13,658	1.8	
		腎不全	18	4.4	11	2.8	4,696	3.2	363	3.6	24,763	3.3	
	自殺	10	2.4	13	3.3	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	50	0.19	48	0.21			1,677	0.18	139,644	0.15	
		男性	39	0.29	32	0.28			1,116	0.24	91,123	0.20	
女性		11	0.08	16	0.14			561	0.12	45,821	0.10		
3 介護	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	3,296	20.7	3,264	21.4	1,241,034	22.5	90,837	23.9	5,882,340	21.2	
		新規認定者	93	0.3	48	0.3	25,745	0.4	1,353	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	69	0.5	45	0.4	33,215	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	700	21.0	694	21.2	295,859	23.5	22,683	24.0	1,343,240	21.9	
		高血圧症	1,944	56.8	1,927	57.8	653,020	51.8	51,089	54.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	901	26.1	946	28.4	383,951	30.3	33,827	35.9	1,733,323	28.2	
		心臓病	2,255	65.9	2,231	66.9	744,081	59.1	58,804	62.6	3,511,354	57.5	
		脳疾患	1,324	39.2	1,283	39.1	320,243	25.7	28,016	30.1	1,530,506	25.3	
		がん	286	7.6	301	8.9	140,168	11.0	10,077	10.5	629,053	10.1	
		筋・骨格	2,086	60.6	2,089	63.3	657,374	52.2	54,397	57.9	3,051,816	49.9	
	精神	1,286	37.9	1,441	42.9	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)	67,908		69,576		54,112		58,101		58,349		
		居宅サービス	42,540		44,412		39,533		41,454		39,683		
施設サービス		283,705		277,404		284,985		281,013		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別	7,411		7,282		7,956		7,610		7,980			
	医療費 (40歳以上)	3,369		3,482		3,758		3,843		3,822			
4 医療	① 国保の状況	被保険者数	12,833		11,340		6,351,353		345,255		32,587,223		
		65~74歳	5,393	42.0	5,548	48.9			153,125	44.4	12,462,053	38.2	
		40~64歳	4,797	37.4	3,666	32.3			113,367	32.8	10,946,693	33.6	
		39歳以下	2,643	20.6	2,126	18.7			78,763	22.8	9,178,477	28.2	
	加入率	30.7		27.1		24.7		24.5		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.2	3	0.3	1777	0.3	143	0.4	8,255	0.3	
		診療所数	46	3.6	41	3.6	24,041	3.8	1,247	3.6	96,727	3.0	
		病床数	311	24.2	315	27.8	334,708	52.7	22,579	65.4	1,524,378	46.8	
		医師数	55	4.3	56	4.9	83,749	13.2	3,679	10.7	299,792	9.2	
		外来患者数	788.0		801.5		678.2		724.7		668.3		
	入院患者数	24.3		25.2		18.0		23.9		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,518		29,088		24,748		27,950		24,253		
		受診率	812,268		826,701		696,185		748,511		686,501		
		外来	費用の割合	58.8		57.6		60.6		57.0		60.1	
件数の割合		97.0		97.0		97.4		96.8		97.4			
入院		費用の割合	41.2		42.4		39.4		43.0		39.9		
件数の割合		3.0		3.0		2.6		3.2		2.6			
1件あたり在院日数	17.0日		16.8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 最大医療費疾患名 (該当含む)	がん	418,404,310	16.6	498,066,860	21.1	25.5		24.1		25.6			
	慢性腎不全 (透析あり)	229,846,030	9.1	238,309,450	10.1	10.6		9.6		9.7			
	糖尿病	251,854,380	10.0	235,001,010	10.0	9.4		9.3		9.7			
	高血圧症	269,355,370	10.7	199,366,390	8.5	8.0		7.9		8.6			
	精神	498,285,500	19.8	473,356,350	20.1	17.1		19.0		16.9			
筋・骨格	399,508,320	15.9	362,112,080	15.4	15.1		16.1		15.2				

4	医療	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数22 入院の()内 は入院日数	入院	糖尿病	534,156	15位	(17)	537,531	14位	(16)													
				高血圧	541,577	16位	(17)	542,524	16位	(16)													
				脂質異常症	481,006	18位	(17)	491,155	17位	(16)													
脳血管疾患	555,960			15位	(18)	532,862	18位	(18)															
心疾患	672,176			4位	(16)	668,827	7位	(13)															
腎不全	610,001			16位	(18)	683,081	6位	(16)															
精神	415,631	12位	(26)	458,925	12位	(24)																	
悪性新生物	580,639	18位	(14)	597,178	18位	(13)																	
				糖尿病	34,015	15位		34,378	14位														
				高血圧	28,054	14位		27,773	14位														
				脂質異常症	26,757	14位		26,003	16位														
				脳血管疾患	32,215	16位		32,256	13位														
				心疾患	45,882	2位		44,066	6位														
				腎不全	205,147	4位		182,635	9位														
				精神	27,655	12位		29,511	8位														
				悪性新生物	45,017	16位		49,422	12位														
				健診対象者 一人当たり	2,933			2,612			2,016		1,788		2,065								
				健診未受診者	12,037			13,031			13,026		14,254		12,683								
				生活習慣病対象者 一人当たり	7,030			6,196			5,832		4,747		5,940								
				健診未受診者	28,848			30,909			37,681		37,850		36,479								
				受診勧奨者	1,955	56.1	1,769	57.0	805,458	56.0	42,009	57.1	4,116,530	55.9									
				医療機関受診率	1,762	50.5	1,628	52.4	750,763	52.2	38,886	52.8	3,799,744	51.6									
				医療機関非受診率	193	5.5	141	4.5	54,695	3.8	3,123	4.2	316,786	4.3									
				健診受診者	3,487			3,106	1,438,680				73,624		7,362,845								
				受診率	36.1	県内7位 同規模137位	36.1	県内7位 同規模161位	34.6	29.4	全国40位	34.0											
				特定保健指導終了者(実施率)	192	45.7	198	48.5	29,629	38.1	2,869	28.8	35,557	4.1									
				非肥満高血糖	380	10.9	458	14.7	123,796	8.6	8,298	11.3	687,157	9.3									
				該当者	451	12.9	454	14.6	252,024	17.5	12,083	16.4	1,272,714	17.3									
				男性	314	20.4	319	23.2	171,126	29.2	8,258	26.5	875,805	27.5									
				女性	137	7.0	135	7.8	80,898	9.5	3,825	9.0	396,909	9.5									
				予備群	388	11.1	319	10.3	151,847	10.6	7,886	10.7	790,096	10.7									
				男性	288	18.7	231	16.8	102,838	17.5	5,401	17.3	548,609	17.2									
				女性	100	5.1	88	5.1	49,009	5.7	2,485	5.9	241,487	5.8									
				総数	956	27.4	871	28.0	452,443	31.4	22,305	30.3	2,320,533	31.5									
				男性	678	44.0	610	44.3	305,611	52.1	15,230	48.9	1,597,371	50.1									
				女性	278	14.3	261	15.1	146,832	17.2	7,075	16.7	723,162	17.3									
				総数	149	4.3	164	5.3	64,594	4.5	3,661	5.0	346,181	4.7									
				男性	18	1.2	32	2.3	9,262	1.6	576	1.8	55,460	1.7									
				女性	131	6.7	132	7.6	55,332	6.5	3,085	7.3	290,721	7.0									
				血糖のみ	32	0.9	22	0.7	8,451	0.6	514	0.7	48,685	0.7									
				血圧のみ	283	8.1	239	7.7	105,265	7.3	5,670	7.7	546,667	7.4									
				脂質のみ	73	2.1	58	1.9	38,131	2.7	1,702	2.3	194,744	2.6									
				血糖・血圧	90	2.6	88	2.8	36,323	2.5	1,924	2.6	196,978	2.7									
				血糖・脂質	23	0.7	25	0.8	13,230	0.9	674	0.9	69,975	1.0									
				血圧・脂質	221	6.3	210	6.8	125,302	8.7	5,890	8.0	619,684	8.4									
				血糖・血圧・脂質	117	3.4	131	4.2	77,169	5.4	3,595	4.9	386,077	5.2									
				高血圧	1,132	32.5	975	31.4	492,410	34.3	23,291	31.6	2,479,216	33.7									
				糖尿病	237	6.8	206	6.6	109,557	7.6	4,528	6.2	551,051	7.5									
				脂質異常症	659	18.9	654	21.1	354,120	24.6	16,954	23.0	1,738,149	23.6									
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	185	5.3	110	3.5	48,375	3.5	2,366	3.2	230,777	3.3									
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	272	7.8	189	6.1	79,193	5.7	4,588	6.3	391,296	5.5									
				腎不全	6	0.2	38	1.2	6,406	0.5	993	1.4	37,041	0.5									
				貧血	916	26.3	818	26.3	150,838	11.0	11,689	16.0	710,650	10.1									
				喫煙	430	12.3	361	11.6	203,662	14.2	8,453	11.5	1,048,171	14.2									
				週3回以上朝食を抜く	145	4.3	170	5.8	127,945	10.5	3,685	7.3	540,374	8.5									
				週3回以上食後間食	484	14.5	472	16.2	151,285	12.6	7,958	15.7	743,581	11.8									
				週3回以上就寝前夕食	472	14.2	401	13.7	193,341	16.1	7,253	14.3	983,474	15.4									
				食べる速度が遅い	916	27.5	813	27.8	308,436	25.7	14,293	28.2	1,636,988	25.9									
				20歳時体重から10kg以上増加	956	28.7	852	29.2	395,018	32.4	16,412	32.4	2,047,756	32.1									
				1回30分以上運動習慣なし	2,012	60.3	1,726	59.1	683,242	55.9	28,174	55.7	3,761,302	58.7									
				1日1時間以上運動なし	773	23.2	855	29.3	562,065	46.9	17,540	34.7	2,991,854	46.9									
				睡眠不足	758	22.7	728	24.9	304,799	25.0	14,108	27.9	1,584,002	25.0									
				毎日飲酒	897	26.9	781	26.7	326,837	25.1	11,636	23.0	760,104	25.6									
				時々飲酒	719	21.6	629	21.5	305,126	23.5	10,400	20.5	1,514,321	22.0									
				1合未満	2,346	70.4	2,045	70.6	650,879	64.9	34,245	71.0	3,118,433	64.1									
				1~2合	729	21.9	645	22.3	231,678	23.1	10,124	21.0	1,158,318	23.8									
				2~3合	208	6.2	168	5.8	91,671	9.1	3,039	6.3	452,785	9.3									
				3合以上	49	1.5	40	1.4	28,607	2.9	799	1.7	132,608	2.7									

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 西予市 同規模区分 4



糖尿病管理台帳（永年）

【参考資料 3】

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	その他										
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧		糖	HbA1c								
						虚血性心疾患		糖以外	体重								
						脳血管疾患		糖以外	BMI								
						糖尿病性腎症		糖以外	血圧								
								CKD	GFR								
								CKD	尿蛋白								

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H	年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉑+㉒) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 -----		後期高齢者、社会保険
	㉑健診未受診者 ()人		○医療保険移動の確認		○健診データを本人から
	結果把握(内訳)		○死亡はその原因		○レセプトの確認協力
	①国保(生保)	()人	2.レセプトの確認		<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	②後期高齢者	()人	○治療の確認		
	③他保険	()人	○直近の治療の有無の確認		
	④住基異動(死亡・転出)	()人	3.会いに行く		
	⑤確認できず	()人	○医療受診勧奨の保健指導		
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人		○糖尿病手帳の確認 -----		かかりつけ医、糖尿病専門医
	*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		4.結果から動く		
㉒結果把握 ()人		○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認			
①HbA1cが悪化している ()人		○経年データ、治療状況に応じた保健指導			
例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人		○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----		尿アルブミン検査の継続	
*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				栄養士中心	
(±) ()人					
(+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化				腎専門医	
1年で25%以上低下 ()人					
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 4

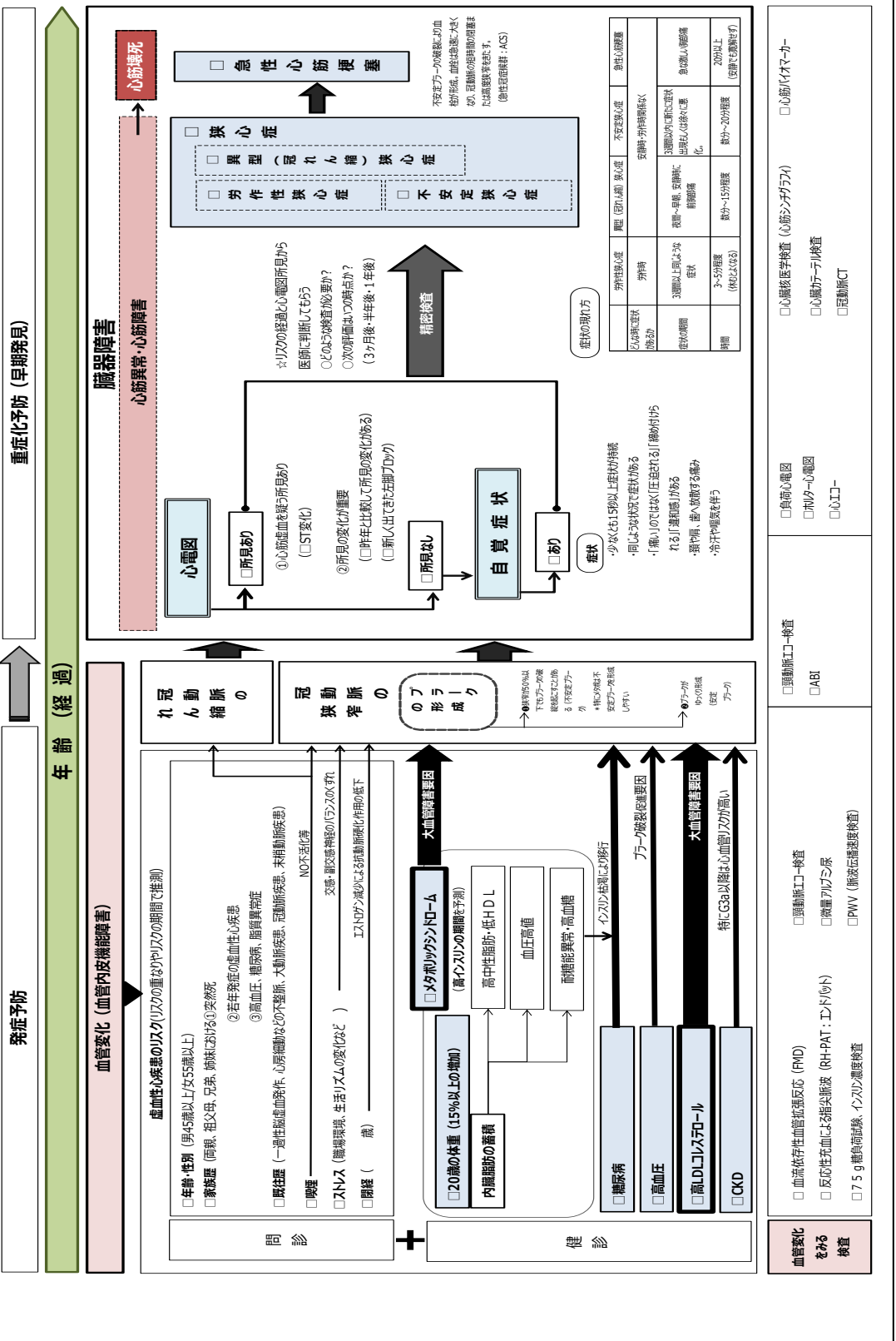
都道府県 38

市町村名

西予市

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データベース
		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		11,832人							KDB_厚生労働省様式様式3-2	
② (再掲)40-74歳	A	9,643人								
2 ① 特定健診 対象者数	B	8,562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 受診者数	C	3,102人								
③ 受診率		36.2%								
3 ① 特定保健指導 対象者数		406人								
② 実施率		68.2%								
4 ① 健診データ 糖尿病型	E	301人	9.7%					特定健診結果		
② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	95人	31.6%							
③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	206人	68.4%							
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	70人	34.0%							
⑤ ④ 中 血圧 130/80以上		40人	57.1%							
⑥ ④ 中 肥満 BMI25以上		26人	37.1%							
⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	136人	66.0%							
⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	218人	72.4%							
⑨ 第2期 尿蛋白(±)		41人	13.6%							
⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		41人	13.6%							
⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.3%							
5 ① 糖尿病受療率(被保険者千対)		126.9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)		154.4人								
③ レセプト件数(40-74歳) (1)内は被保険者千対	入院外(件数)	8,713件	(945.6)			5,486件	(804.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
④	入院(件数)	42件	(4.6)			40件	(5.8)			
⑤ 糖尿病治療中	H	1,501人	12.7%					KDB_厚生労働省様式様式3-2		
⑥ (再掲)40-74歳		1,489人	15.4%							
⑦ 健診未受診者	I	1,283人	86.2%							
⑧ インスリン治療	O	146人	9.7%							
⑨ (再掲)40-74歳		145人	9.7%							
⑩ 糖尿病性腎症	L	128人	8.5%							
⑪ (再掲)40-74歳		126人	8.5%							
⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		28人	1.87%							
⑬ (再掲)40-74歳		28人	1.88%							
⑭ 新規透析患者数		5人	0.3%							
⑮ (再掲)糖尿病性腎症		4人	0.3%							
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	1.1%					KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー		
6 ① 総医療費		40億5002万円				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		23億5833万円				17億2766万円				
③ (総医療費に占める割合)		58.2%				57.7%				
④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	6,196円				7,001円				
⑤	健診未受診者	30,909円				35,214円				
⑥ 糖尿病医療費		2億3500万円				1億7148万円				
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.0%				9.9%				
⑧ 糖尿病入院外総医療費		7億0265万円								
⑨ 1件あたり		34,378円								
⑩ 糖尿病入院総医療費		3億9240万円								
⑪ 1件あたり		537,531円								
⑫ 在院日数		16日								
⑬ 慢性腎不全医療費		2億5187万円				1億6922万円				
⑭ 透析有り		2億3831万円				1億5809万円				
⑮ 透析なし		1356万円				1113万円				
7 ① 介護 介護給付費		50億2801万円				31億7728万円				
② (2号認定者)糖尿病合併症		5件	17.9%							
8 ① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		5人	0.7%			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		

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



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

【参考資料 8】

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

【参考資料 9】

順号	登録年度 番号	基本情報					治療の状況			随検室の有無		毎年度確認すること																																					
		行政区	出生 年月	氏名	年齢	性別	随 検 室 名	心房細動 の病名	随 検 室 日	随 検 室 名	随 検 室 日	H26年度					H27年度					H28年度																											
												随 診 日	心 電 図 判 定	治 療 状 況	内 服 薬	調 剤	随 診 日	心 電 図 判 定	治 療 状 況	内 服 薬	調 剤	随 診 日	心 電 図 判 定	治 療 状 況	内 服 薬	調 剤																							
																											随 診 日	心 電 図 判 定	治 療 状 況	内 服 薬	調 剤																		

平成29年度に向けての全体評価

西予市	<p>⑤残っている課題</p> <p>受診率の低下</p> <ul style="list-style-type: none"> ■未受診者へのアプローチ方法の検討 ■特定健診事業の周知の強化 <p>改善や治療につながらなかった</p> <ul style="list-style-type: none"> ■医療機関受診につながらないケースの検討 ■保健指導従事者数のマンパワー及び保健指導の力量形成。 <p>かかりつけ医との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関を受診しているため、特定健診を受けない方への受診勧奨の協力依頼 			
評価（良くなったところ）				
<p>平成28年度課題</p> <p>健診受診率</p> <p>■受診率の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成27年度は平成25・26年度に比べて受診率が向上、被保険者が減少する中でより高い受診率を目標とすること。【H26:36.7%→H27:37.3%】 <p>■実施率の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成27年度は平成25・26年度に比べて大幅に実施率が向上。より高い実施率を目標とすること併せて、改善率にも反映させていくことが課題。【H26:46.6%→H27:62.6%】 	<p>①やってきた実践事項を振り返ってみる（プロセス）</p> <p>健診受診率向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ■健診未受診者への勧奨 ・地区の健診終了後に、当該年度未受診者を確認し、郵送通知・受診券を発送し、積極的な受診を呼びかけた。 <p>保健指導実施率</p> <ul style="list-style-type: none"> ■実施率の向上 ・主治医連絡票やあなみツールを活用し、受診勧奨者や対象者の明確化を図った。 ・集団健診時に行う保健指導、個別に実施する保健指導は例年通り実施した。 	<p>②アウトカム（結果）</p> <p>【健診結果】</p> <p>①HbA1cの改善(H27→H28)</p> <p>8.0以上→8.0未満 4人 24.5%</p> <p>7.0以上→7.0未満 18人 20.2%</p> <p>6.5～6.9→6.5未満 34人 21.1%</p> <p>②未治療者数の推移</p> <p>HbA1c6.5以上未治療者数</p> <p>H24 H25 H26</p> <p>108人 98人 102人</p> <p>H27 H28</p> <p>94人 93人</p> <p>→HbA1c8.0以上の割合の推移</p> <p>H24 H25 H26 H27 H28</p> <p>0.5% 0.4% 0.4% 0.3% 0.2%</p> <p>③メタボ予備群の人数</p> <p>H24 H25 H26</p> <p>402人 388人 362人</p> <p>H27 H28</p> <p>362人 319人</p> <p>④メタボ該当者減少率</p> <p>H24 H25 H26</p> <p>594人 451人 479人</p> <p>H27 H28</p> <p>476人 453人</p>	<p>②アウトプット（事業実施量）</p> <p>【特定健診・保健指導実施率】</p> <p>①特定健診受診率(%)</p> <p>H24 H25 H26</p> <p>38.4% 36.1% 36.7%</p> <p>H27 H28</p> <p>37.3% 36.2%</p> <p>→うち、新規受診者数及び割合</p> <p>H25:671人(19.2%)</p> <p>H26:490人(14.4%)</p> <p>H27:446人(13.4%)</p> <p>H28:364人(11.7%)</p> <p>②特定保健指導実施率(%)</p> <p>H24 H25 H26</p> <p>47.1% 45.7% 46.6%</p> <p>H27 H28</p> <p>62.6% 68.2%</p>	<p>③アウトカム（結果）</p> <p>④ストラクチャー（構造）</p> <p>担当者研修等の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会保健師を招いてのあなみツールの勉強会を実施し、より現実的な実施体制の構築を目指した。 ・保健指導側スタッフでの保健指導の事例の検討の実施。 <p>○特定保健指導、重症化予防対象者の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度に糖尿病管理台帳を整備し、重症化予防により重点をおくこととした。
<p>平成29年度課題</p> <p>特定健診・保健指導実施体制</p> <p>■実施体制の変更</p> <ul style="list-style-type: none"> ・より保健指導実施率を向上させることを目的に、平成28年度より国保担当課所属の保健師が、健康づくり担当課所属に変更となることに伴う、連携体制の構築の検討。 	<p>特定健診・保健指導実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ■連携体制の整備 ・保健指導対象については、各地区の担当保健師が分担して担当。より細やかな保健指導を実施。 	<p>特定健診・保健指導実施率</p> <ul style="list-style-type: none"> ■実施率の向上 ・平成27年度は平成25・26年度に比べて大幅に実施率が向上。より高い実施率を目標とすること併せて、改善率にも反映させていくことが課題。【H26:46.6%→H27:62.6%】 	<p>特定健診・保健指導実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ■実施率の向上 ・主治医連絡票やあなみツールを活用し、受診勧奨者や対象者の明確化を図った。 ・集団健診時に行う保健指導、個別に実施する保健指導は例年通り実施した。 	<p>特定健診・保健指導実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ■実施率の向上 ・主治医連絡票やあなみツールを活用し、受診勧奨者や対象者の明確化を図った。 ・集団健診時に行う保健指導、個別に実施する保健指導は例年通り実施した。

平成29年度の取組状況と今後の課題

評価				
① やって来た実践事項を振り返ってみる (プロセス)	② アウトプット (事業実施量)	③ アウトカム (結果)	④ ストラクチャー (構造)	⑤ 残っている課題
<p>平成29年度課題</p> <p>特定健診受診率</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率の目標未達成 ◆受診率が横ばいの状況 H26:36.7% H27:37.3% H28:36.2% H29:36.9% <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆未受診者へのアプローチ方法の検討が必要 ◆市民への健診事業の周知 <p>特定保健指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定保健指導実施率の目標は達成しているが、改善や治療につながっていない。 ◆保健指導従事者数のマンパワー及び保健指導の力量形成が必要。 <p>特定健診・特定保健指導実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆平成28年度より国保担当医師所属の保健師が、健康づくり担当医師所属に変更となったことに伴う、連携体制構築の検討。 	<p>特定健診</p> <p>対象者数: 8,446人 受診者数: 3,055人 (平成29年4月～平成30年3月請求分)</p> <p>未受診者対策</p> <p>送付者数: 5,142人 (9～11月送付分合計)</p> <p>特定保健指導</p> <p>対象者数: 367人 実施者数: 194人 (平成30年1月時点における29年度終了分)</p>	<p>特定健診受診率の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度から対象者へ特定健診受診券を一斉送付 ①特定健診実施の周知 ②未受診者を含む全対象者へ特定健診受診の意識づけ ③個別健診への利用促進 ・地区の健診終了後に当年度受診していない対象者への受診勧奨通知の発送 ・広報せいでよへの受診勧奨記事掲載 ・土日健診・ドライブ検診(乳児付き)の実施 ・加齢検診実施 ・未受診者への電話・訪問での受診勧奨 ・保健推進等各地区組織の活用 <p>特定保健指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未利用者へ電話や訪問による実施率の向上 ・研修参加等による保健指導質の向上 ・糖尿病管理台帳を整備することで、重症化予防により重点を置いた事業を展開。 <p>特定健診・特定保健指導実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保担当医師と健康づくり担当職員で積極的研修に参加し、実施に係るスキルの向上を図った。 	<p>特定健診</p> <p>対象者数: 8,446人 受診者数: 3,055人 (平成29年4月～平成30年3月請求分)</p> <p>未受診者対策</p> <p>勧奨通知送付対象者のうち、当年度受診した数: 231人 一づち集団健診: 99人 個別健診: 132人</p> <p>特定保健指導</p> <p>対象者数: 367人 実施者数: 194人 (平成30年1月時点における29年度終了分)</p>	<p>特定健診受診率</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率の目標未達成 ◆前年度に引き続き受診率が横ばい～微減している。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆わずかながら勧奨通知の効果は表れたものの、より効果的な受診勧奨の方法を検討する必要がある。 <p>実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆業務の効率化 ◆業務委託の検討
<p>糖尿病腎症重症化予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆予防事業の拡充 ◆保健指導者の増加及び充実 ◆終了後の支援の充実 	<p>糖尿病腎症重症化予防事業</p> <p>対象者数: 62名 勧奨実施数: 62名 100%</p>	<p>糖尿病腎症重症化予防事業</p> <p>受診勧奨者数: 62名 医療機関受診者数: 43名 受診率: 69.4%</p>	<p>糖尿病腎症重症化予防事業</p> <p>対象者に対して、地区担当の保健師が受診勧奨を行い、保健指導については、市の保健師・管理栄養士が行った。</p>	<p>糖尿病腎症重症化予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆事業について ◆医師へのプログラムの浸透が充分でない。事業への理解を得るための説明会等の取り組みが必要。 ◆受診勧奨 ◆6.5～7.0程度では受診につながりにくく、内服がないうと受診中断するケースがある。
<p>生活習慣病重症化予防対策事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率向上 	<p>生活習慣病重症化予防対策事業</p> <p>対象者数: 174名 勧奨実施数: 170名 97.7%</p>	<p>生活習慣病重症化予防対策事業</p> <p>受診勧奨者数: 174名 医療機関受診者数: 89名 受診率: 51.4%</p>	<p>生活習慣病重症化予防対策事業</p> <p>対象者に対して、地区担当の保健師が受診勧奨を行い、保健指導については、市の保健師・管理栄養士が行った。</p>	<p>生活習慣病重症化予防対策事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆事業について ◆事業への継続について医師会へ協力を要する。 ◆受診勧奨 ◆受診率 ◆血圧では家庭血圧が低いと受診率が低い。

【問い合わせ先】

〒797-8501 愛媛県西予市宇和町卯之町三丁目 434 番地 1

西予市役所 生活福祉部 市民課

TEL : 0894-62-6405 FAX : 0894-62-0343