

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）



平成30年3月
愛媛県松野町

【目 次】

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的	3
2 計画の位置づけ	3
3 計画期間	6
4 関係者が果たすべき役割と連携	6
5 保険者努力支援制度	8

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	9
2 第2期計画における健康課題の明確化	15
3 目標の設定	21

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	22
2 目標値の設定	22
3 対象者の見込み	22
4 特定健診の実施	22
5 特定保健指導の実施	24
6 個人情報の保護	28
7 結果の報告	28
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	28

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性	29
II 重症化予防の取組	
1 糖尿病性腎症重症化予防	29
2 虚血性心疾患重症化予防	37
3 脳血管疾患重症化予防	41
III ポピュレーションアプローチ	46

第5章 地域包括ケアに係る取組

第6章 計画の評価・見直し

- 1 評価の時期 50
- 2 評価方法・体制 50
- 3 目標管理一覧 51

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 52
- 2 個人情報の取扱い 52

参考資料

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ます。

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ました。

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りましたが、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っていきます。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりをすすめ、ひいては医療費の適正をすすめるため、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りました。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）（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実施計画（データヘルス計画）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なりました。

松野町においても、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）」（以下「計画」という。）を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とします。

2 計画の位置付け

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

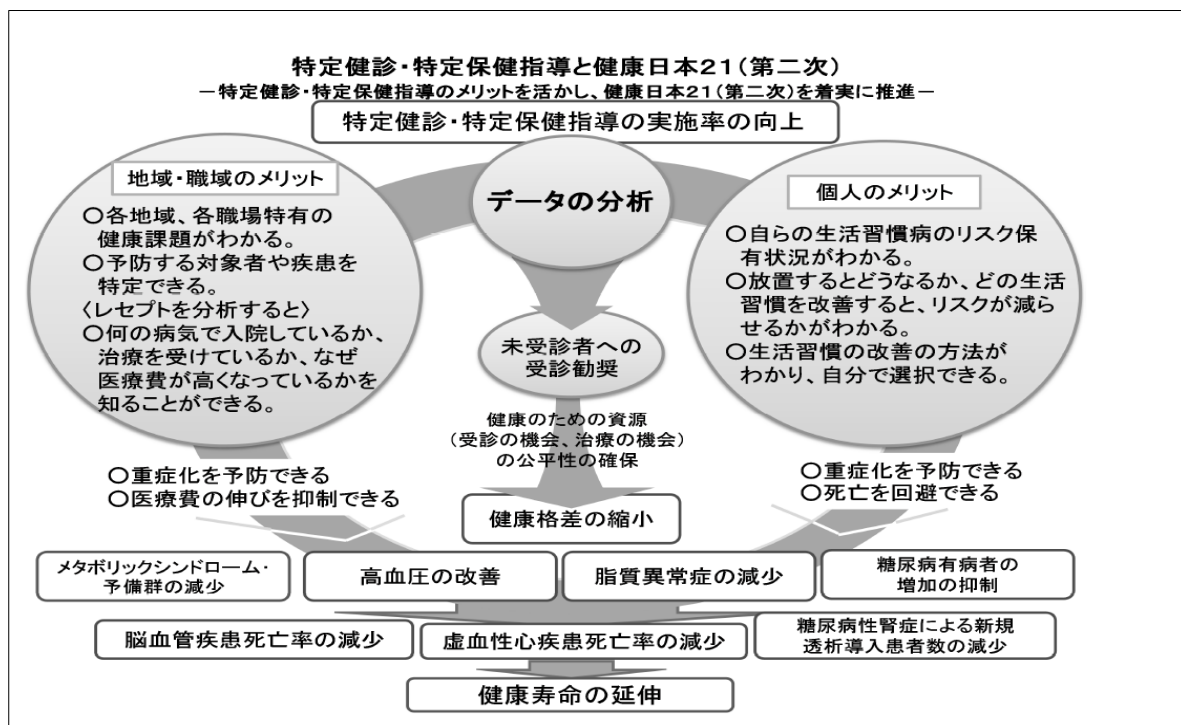
この計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、県の計画である「えひめ健康づくり21」や「第3期愛媛県医療費適正化計画」、町の計画である「森の国まつの健康づくり計画（第2期）」、「松野町第7期介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要があります。（図表1・2・3）

【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

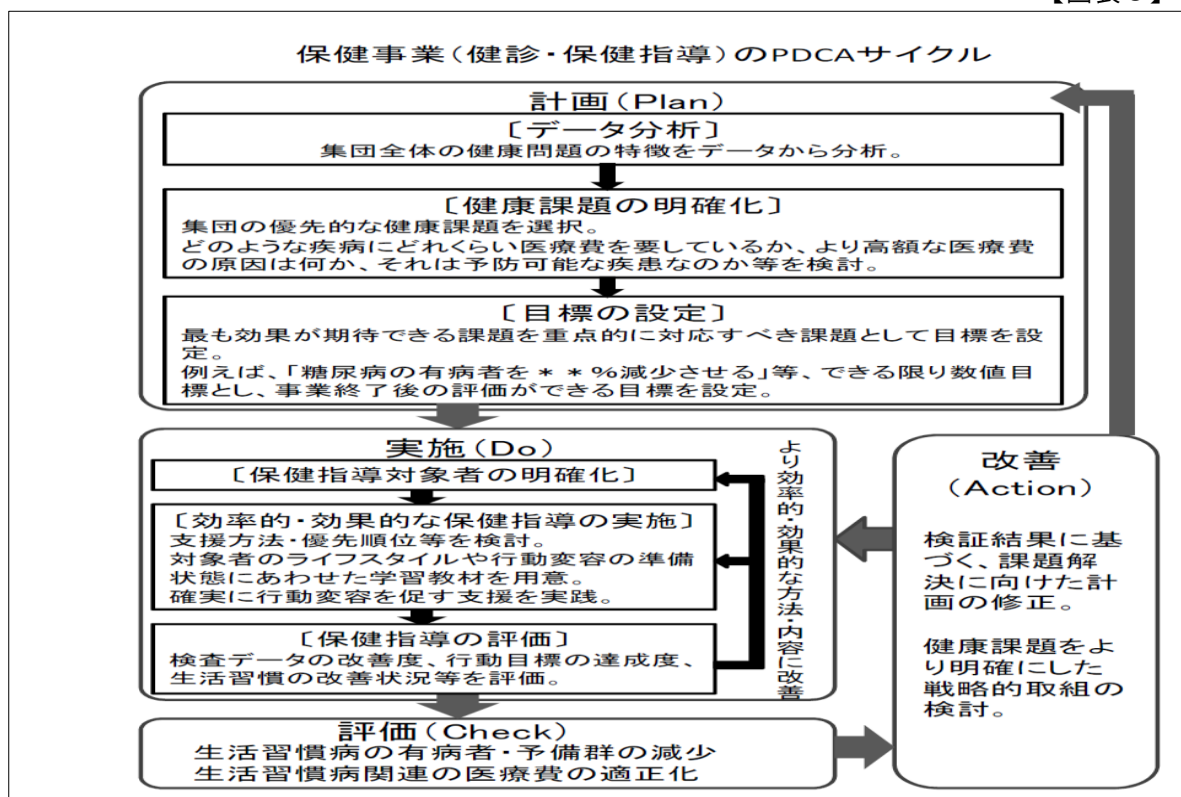
※健康増進事業実施者には、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						「医療費適正化計画」		「医療計画」					
		「特定健康診査等実施計画」		「データヘルス計画」		「介護保険事業(支援)計画」							
法 律		健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※		高齢者の医療の確保に関する法律 第19条		国民健康保険法 第82条		介護保険法 第116条、第117条、第118条		高齢者の医療の確保に関する法律 第9条		医療法 第30条	
基本的な 指針		厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を 図るための基本的な方針		厚生労働省 保険局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な 有効な実施を図るための基本的な指針		厚生労働省 保険局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づき保健事業の 実施等に関する指針の一部改定」		厚生労働省、老健局 平成24年6月 「介護保険事業法に基づき保健給付の 円滑な実施を確保するための基本的な指針」		厚生労働省 保険局 平成24年6月 医療費適正化に関する取組について基本方針 【全部改正】		厚生労働省 医政局 平成24年6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24年～平成34年(第2次)		法定 平成30年～平成35年(第3期)		法定 平成30年～平成35年(第3期)		法定 平成30年～平成32年(第1次)		法定 平成30年～平成35年(第3期)		法定 平成30年～平成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促進の実現に向けて、生活習慣の改善や食生活の改善、 体力増進 とともにより、社会生活を営むために に必要な機能の維持及び向上を目指し、その 結果、 社会参加の促進 が期待可能なものとなる 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健康寿命に 生活習慣 費の予防的削減 を進め、糖尿病等を予防する ことができれば、医療費を減らすことができ、 さらには 健康な高齢者の増加 、入院 患者を減らすことができ、この結果、国民の生 活の質の維持および向上を図りながら 医療の 伸びの抑制 を実現することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の 発症の抑制 を目的として、 メタボリックシンドローム により、生活習慣が 改善するための特定保健指導を必要とするもの を、 的確に抽出するため に行われるのである。		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健康予防の取組み について、 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 率的な健康施策を展開することを旨とする のである。 健康費の削減の持続的推進 により、 医療費の 適正化及び医療費の削減 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 常生活を送ることができるよう支援すること や、要介護状態または要支援状態になるこ の予防などは、要介護状態等の軽減または 悪化の防止を理念としている。		国民健康保険を堅持していたため、国民の生活 の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が 適度に増加しないようについて、ともに、良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の 確保を図っている。		医療機能の分化・連携を推進することを通じ て、地域において切れ目のない医療の提供を 実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供 する体制の確保を図る。	
対象年齢		ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、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最も多い時期に高齢 期を迎える現在(育壮年期・壮年期世代)小児 期からの生活習慣づくり		1号被保険者：65歳以上 2号被保険者：40～64歳 特定疾病		すべて		すべて	
対象疾病		メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 COPD(慢性閉塞性肺疾患)・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 COPD(慢性閉塞性肺疾患)・がん		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 COPD(慢性閉塞性肺疾患) がん末期		糖尿病腎症 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 COPD(慢性閉塞性肺疾患) がん末期 認知症、糖尿病、高血圧、骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、腎臓小腸関連性、骨 格異常等症、関節リウマチ、変形関節症、多系 臓器機能、脳動脈硬化症、後頭部硬化症		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 精神疾患	
評価		※53項目中 特定健診の関与する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整 死亡率の減少 ②合併症(糖尿病性腎症)による年間新規 透析導入患者数の減少 ③治療継続者の割合の増加 ④血糖コントロール目標におけるコン ロール不良者の割合の減少 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者の減少 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症の減少 ⑩適正体重を維持している者の増加 (肥満、やせの減少) ⑪適切な科に質の向上を促すもの増加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙者の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量を救済し ている者の割合の減少		(1)特定健診率 (2)特定保健指導率 健康・医療情報を活用して、費用対効果の 観点も考慮 (1)生活習慣の状況 ①食事生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の実施率 ①特定健診率 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 ④医療費適正化の取組 外※ ①一人あたり外来医療費の地域差の削減 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 疾病機能分化・連携の推進		⑤疾病・5事業 ⑥在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)					
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画策定支援		保険者努力支援制度 ↓ 【保険者努力支援制度】を減額し、保険料率を決定		保険者努力支援制度 ↓ 【保険者努力支援制度】を減額し、保険料率を決定		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携					

【図表2】



【資料】標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」

【図表3】



【資料】標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」

3 計画期間

計画期間については、保健事業の実施に関する指針第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、策定の手引書において、「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、愛媛県における医療費適正化計画・医療計画が、平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までを次期計画期間としていること。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（2018年度）から平成35年度（2023年度）までの6年間とします。

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

松野町では、町民課（国保担当課）から保健事業の執行委任を受けている保健福祉課が主体となり計画を策定しますが、運用については、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、連携を図りながら計画を進めていきます。

さらに、PDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を整えることも重要であると考えます。

（2）外部有識者等の役割

計画策定から評価までの一連の過程において、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、「愛媛県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」等のことをいいます。

「国保連」は、保険者である市町等の共同連合体として、計画策定においては、健診データやレセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいては、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）の活用によるデータ分析や技術支援を行っており、保険者への研修の充実に努めることも期待されています。

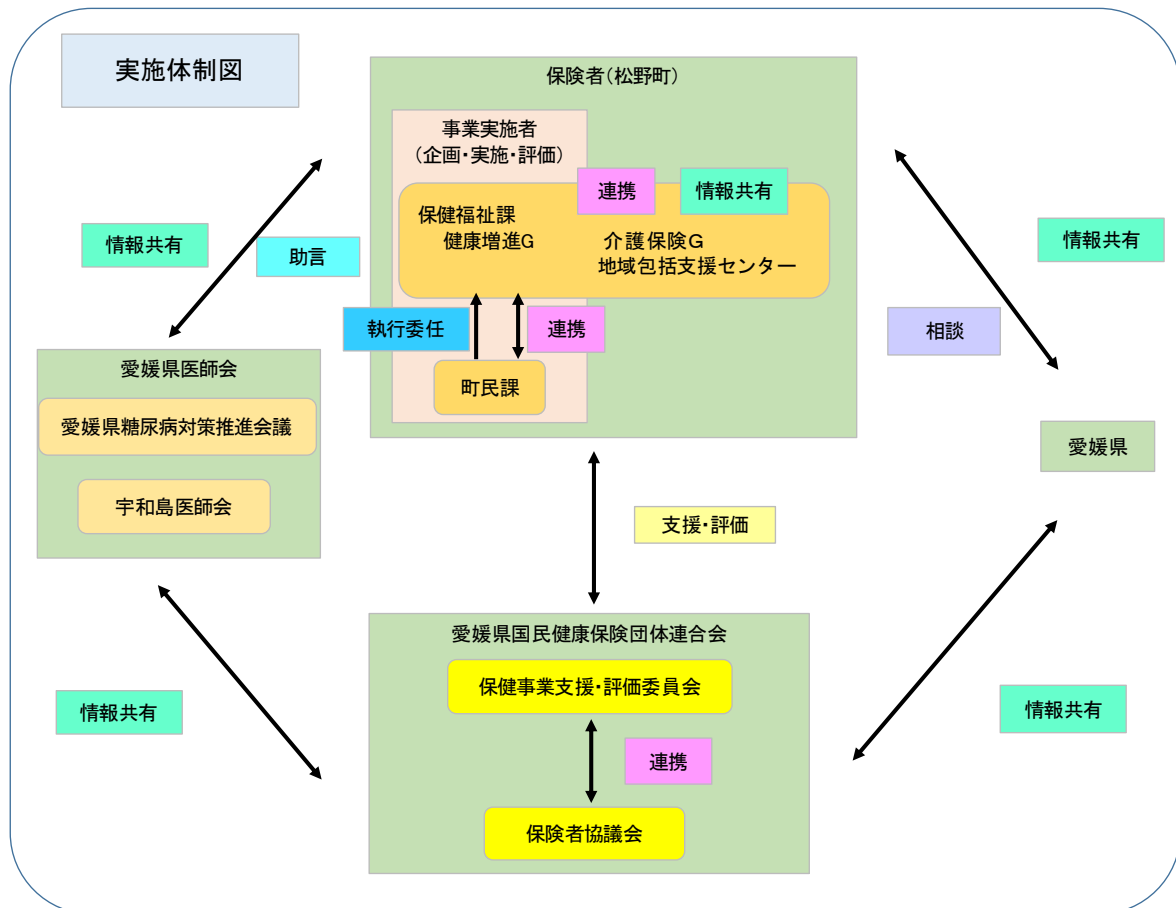
「支援・評価委員会」は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されています。

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、市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与がさらに重要となります。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、連携に努めていくことが求められます。

さらに、保険者と郡市医師会等、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も重要であり、国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、松野町としても、愛媛県及び国保連との連携を積極的に努めていきます。

保険者は、転職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・協力が必要で、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、国保連が運営する「保険者協議会」等を活用することも有用であると考えます。（図表4）

【図表4】



(3) 被保険者の役割

この計画は、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ためには、被保険者自身が自身の健康状態等を理解し、主体的に積極的に健康づくりに取り組むことが重要です。

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、前倒しで実施しています。（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」を高く評価しています。（図表5）

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		平成28年度 配点	平成29年度 配点	平成30年度 配点	平成30年度 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		555			
総得点(体制構築加点含む)		196			
全国順位(1,741市町村中)		919			
共通①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	25			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		70			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、男性は減少、女性は増加していました。死因別に、心臓病・がんによる死亡割合は増加しており、糖尿病・腎不全による死亡は「0」でした。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、1号介護認定者数・認定率の上昇、40～64歳の2号介護認定率の上昇（認定者数は同数）、介護給付費の増加がみられました。

また、医療費に占める入院費用割合は上昇し、外来費用割合が減少していることがわかりました。重症化予防につながるよう、健診受診後の結果を踏まえながらの適正な医療受診勧奨は、今後も取組んでいく必要があります。

また、国保被保険者人口も減少し、「1人」の被保険者が、健診を受けないことによる受診率への影響も大きくなってきました。そのため、医療費適正化・保険者努力支援制度の観点からも、特定健診受診率向上への取組は、継続していく必要があります。（参考資料1）

② 中長期目標の達成状況

A 介護給付費の状況

介護給付の変化について、平成25年度に比べて平成28年度では介護給付費が増えています。同規模平均では、居宅・施設サービスの1件当たり介護給付費はいずれも減っているのに対し、松野町では施設サービス給付費は減り、居宅サービス給付費が増えていることがわかります。（図表6）

介護給付費の変化

【図表6】

年度	松 野 町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費			1件当たり給付費		
		(全体)	居宅サービス	施設サービス	(全体)	居宅サービス	施設サービス
平成25年度	5億9,598万円	60,121	46,271	270,606	76,039	40,364	279,607
平成28年度	6億2,670万円	63,386	48,497	264,983	73,702	39,646	273,946

【資料】KDBシステム 帳票No. 1、No. 4

イ 医療費の状況（図表7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、松野町は入院・入院外、いずれも費用が伸びていることがわかります。しかし、総医療費は減少しており、これは保険者数の減少によるものと考えます。

【図表7】

医療費の変化

（単位：円）

項目		医療費全体				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	
				松野町	同規模			松野町	同規模			松野町	同規模
1 総医療費	平成25年度	436,789,060				178,736,840				258,052,220			
	平成28年度	429,878,720	▲ 6,910,340	▲ 1.58	3.00	183,952,760	5,215,920	2.92	2.61	245,925,960	▲ 12,126,260	▲ 4.70	3.32
2 一人当たり医療費	平成25年度	27,347				11,190				16,160			
	平成28年度	29,232	1,885	6.89	5.78	12,510	1,320	11.80	5.55	16,720	560	3.47	6.00

※各年度累計

【資料】KDBシステム 帳票No. 1、No. 4

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

ウ 最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）

「目標医療疾患集計」では、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、短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る医療費計では減少していますが、疾患別にみると、脳血管疾患・慢性腎不全に係る医療費割合が増加していることがわかります。

これらの疾患は、中長期目標疾患に共通する、糖尿病・高血圧・脂質異常症をコントロールすれば予防できると考えられるため、中長期目標疾患の医療費割合を下げることは可能であると考えられます。（図表8）

【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）

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								
平成25年度	松野町	436,789,060	27,347	83位	14位	3.60%	0.15%	2.95%	4.83%	5.28%	7.65%	2.68%	118,578,450	27.15%	13.12%	14.40%	5.84%
平成28年度		429,878,720	29,232	90位	8位	7.10%	0.80%	3.93%	1.50%	4.63%	5.08%	2.08%	107,971,490	25.12%	13.56%	13.67%	7.09%
平成28年度	愛媛県	124,305,820,820	26,749	--	--	5.70%	0.40%	3.13%	2.63%	5.34%	5.89%	2.99%	32,417,933,850	26.08%	12.44%	11.10%	9.47%
	国	9,715,899,908,610	22,383	--	--	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,480,578,622,250	25.53%	12.54%	9.39%	8.41%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

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

【資料】

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

エ 中長期的な疾患

中長期的な目標にある虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析の予防のためには、短期的な目標にある高血圧・糖尿病・脂質異常症の適切な治療が必要となります。つまり、短期的な目標の３疾患の有病者数や割合の増加においては、「治療が必要な者が治療に繋がった」可能性もあり、この増加はよいことと考えることもできます。このことから、短期的な目標の３疾患のコントロールができ、中長期的な目標の３疾患の有病割合が減少することが望まれます。

松野町では、短期的な目標の３疾患の有病割合は微増しています。しかし、中長期的な目標の３疾患の有病割合も増加しています。（図表９）すなわち、高血圧等を治療している患者の中でコントロールが不良だったために、中長期的な目標の３疾患の発症に至ってしまった人がいると考えられます。

このことから、重症化を予防するためにも、短期的な目標の３疾患の適切な管理を含めた、リスクの軽減に繋がる支援が必要と考えます。

【図表９】

中長期的な疾患

厚労省様式 様式３－５			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		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
平成25年度	全体	1350	64	4.74	10	15.6	1	1.6	54	84.4	29	45.3	46	71.9
	64歳以下	836	15	1.79	3	20.0	0	0.0	12	80.0	8	53.3	10	66.7
	65歳以上	514	49	9.53	7	14.3	1	2.0	42	85.7	21	42.9	36	73.5
平成28年度	全体	1233	60	4.87	9	15.0	2	3.3	51	85.0	31	51.7	44	73.3
	64歳以下	633	14	2.21	2	14.3	1	7.1	10	71.4	11	78.6	10	71.4
	65歳以上	600	46	7.67	7	15.2	1	2.2	41	89.1	20	43.5	34	73.9

厚労省様式 様式３－６			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		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
平成25年度	全体	1350	63	4.67	10	15.9	1	1.6	48	76.2	25	39.7	32	50.8
	64歳以下	836	23	2.75	3	13.0	0	0.0	16	69.6	8	34.8	12	52.2
	65歳以上	514	40	7.78	7	17.5	1	2.5	32	80.0	17	42.5	20	50.0
平成28年度	全体	1233	62	5.03	9	14.5	0	0.0	50	80.6	24	38.7	44	71.0
	64歳以下	633	18	2.84	2	11.1	0	0.0	12	66.7	5	27.8	11	61.1
	65歳以上	600	44	7.33	7	15.9	0	0.0	38	86.4	19	43.2	33	75.0

厚労省様式 様式３－７			中長期的な目標						短期的な目標					
			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
平成25年度	全体	1350	3	0.22	1	33.3	1	33.3	3	100.0	1	33.3	2	66.7
	64歳以下	836	1	0.12	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	514	2	0.39	1	50.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0
平成28年度	全体	1233	4	0.32	0	0.0	2	50.0	4	100.0	2	50.0	1	25.0
	64歳以下	633	3	0.47	0	0.0	1	33.3	3	100.0	2	66.7	1	33.3
	65歳以上	600	1	0.17	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0

【資料】KDBシステム帳票 No. 17～19

③ 短期目標の達成状況

ア 共通リスク（様式3-2～4）

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症の有病状況を見ると、糖尿病治療者（様式3-2）において、インスリン療法の割合は増加しています。これは糖尿病が悪化してしまった結果であると考えられます。

糖尿病性腎症の減少については、要因として保険異動などが考えられますが、追跡する必要があることから断定はできません。

また、高血圧は有病割合が最も高く、糖尿病や脂質異常症を抱える人のなかでも6割以上が合併しており、これはその他の疾患より高くなっています。つまり、血圧の管理は疾病管理や重症化予防の基本となることが分かります。

悪化がみられた糖尿病と、重症化予防の基本である高血圧（様式3-3）について、治療中断の有無も含めた治療状況を確認し、支援していく必要があると考えます。（図表10）

【図表 10】

短期目標の達成状況

厚労省様式 様式3ー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			
平成25年度	全体	1350	138	10.22	9	6.5	100	72.5	85	61.6	29	21.0	25	18.1	1	0.7	8	5.8		
	64歳以下	836	59	7.06	3	5.1	37	62.7	36	61.0	8	13.6	8	13.6	0	0.0	5	8.5		
	65歳以上	514	79	15.37	6	7.6	63	79.7	49	62.0	21	26.6	17	21.5	1	1.3	3	3.8		
平成28年度	全体	1233	132	10.71	13	9.8	90	68.2	89	67.4	31	23.5	24	18.2	2	1.5	1	0.8		
	64歳以下	633	42	6.64	3	7.1	24	57.1	28	66.7	11	26.2	5	11.9	2	4.8	0	0.0		
	65歳以上	600	90	15.00	10	11.1	66	73.3	61	67.8	20	22.2	19	21.1	0	0.0	1	1.1		

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			
平成25年度	全体	1350	316	23.41	100	31.6	175	55.4	54	17.1	48	15.2	3	0.9				
	64歳以下	836	122	14.59	37	30.3	65	53.3	12	9.8	16	13.1	1	0.8				
	65歳以上	514	194	37.74	63	32.5	110	56.7	42	21.6	32	16.5	2	1.0				
平成28年度	全体	1233	291	23.60	90	30.9	175	60.1	51	17.5	50	17.2	4	1.4				
	64歳以下	633	78	12.32	24	30.8	37	47.4	10	12.8	12	15.4	3	3.8				
	65歳以上	600	213	35.50	66	31.0	138	64.8	41	19.2	38	17.8	1	0.5				

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	
平成25年度	全体	1350	230	17.04	85	37.0	175	76.1	46	20.0	32	13.9	2	0.9
	64歳以下	836	92	11.00	36	39.1	65	70.7	10	10.9	12	13.0	0	0.0
	65歳以上	514	138	26.85	49	35.5	110	79.7	36	26.1	20	14.5	2	1.4
平成28年度	全体	1233	229	18.57	89	38.9	175	76.4	44	19.2	44	19.2	1	0.4
	64歳以下	633	62	9.79	28	45.2	37	59.7	10	16.1	11	17.7	1	1.6
	65歳以上	600	167	27.83	61	36.5	138	82.6	34	20.4	33	19.8	0	0.0

【資料】KDBシステム帳票 No. 14～16

イ リスクの健診結果経年変化

男性の健診結果の経年変化を見ると、摂取エネルギーの過剰を示す項目において、悪化がみられています。特に、腹囲は健診受診者の半数以上が有所見となっており、メタボリックシンドローム基準該当者の割合も増加していることから、生活習慣の改善が必要だと判断できます。

女性では、BMIや腹囲の有所見者割合は減少していますが、GPT・HbA1c・収縮期血圧では増加しています。これは、かくれ肥満が増加していると予測でき、これ以上血管が傷つかず、生活習慣病が進行する前に解決することが求められます。（図表11）

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する

		摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										動脈硬化		臓器障害	
		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
男性	合計	64	27.0	110	46.4	58	24.5	55	23.2	13	5.5	1	0.4	126	53.2	71	30.0	129	54.4	69	29.1	100	42.2	9	3.8
	40-64歳	32	32.0	53	53.0	32	32.0	31	31.0	6	6.0	0	0.0	50	50.0	29	29.0	54	54.0	36	36.0	54	54.0	0	0.0
	65-74歳	32	23.4	57	41.6	26	19.0	24	17.5	7	5.1	1	0.7	76	55.5	42	30.7	75	54.7	33	24.1	46	33.6	9	6.6
平成28年度	合計	57	28.1	106	52.2	63	31.0	48	23.6	12	5.9	2	1.0	135	66.5	41	20.2	123	60.6	57	28.1	68	33.5	4	2.0
	40-64歳	21	33.3	33	52.4	25	39.7	17	27.0	6	9.5	0	0.0	40	63.5	13	20.6	31	49.2	24	38.1	25	39.7	0	0.0
	65-74歳	36	25.7	73	52.1	38	27.1	31	22.1	6	4.3	2	1.4	95	67.9	28	20.0	92	65.7	33	23.6	43	30.7	4	2.9

		摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										動脈硬化		臓器障害	
女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		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
平成25年度	合計	66	24.8	55	20.7	45	16.9	22	8.3	9	3.4	0	0.0	145	54.5	4	1.5	124	46.6	51	19.2	151	56.8	2	0.8
	40-64歳	20	23.8	14	16.7	11	13.1	7	8.3	1	1.2	0	0.0	39	46.4	2	2.4	25	29.8	14	16.7	54	64.3	0	0.0
	65-74歳	46	25.3	41	22.5	34	18.7	15	8.2	8	4.4	0	0.0	106	58.2	2	1.1	99	54.4	37	20.3	97	53.3	2	1.1
平成28年度	合計	49	21.0	36	15.5	34	14.6	22	9.4	8	3.4	0	0.0	155	66.5	3	1.3	135	57.9	40	17.2	113	48.5	1	0.4
	40-64歳	7	12.5	5	8.9	6	10.7	5	8.9	2	3.6	0	0.0	36	64.3	1	1.8	26	46.4	10	17.9	27	48.2	0	0.0
	65-74歳	42	23.7	31	17.5	28	15.8	17	9.6	6	3.4	0	0.0	119	67.2	2	1.1	109	61.6	30	16.9	86	48.6	1	0.6

【資料】KDBシステム 帳票No. 23

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成25年度	合計	237	43.5	5	2.1%	46	19.4%	4	1.7%	36	15.2%	6	2.5%	59	24.9%	10	4.2%	4	1.7%	30	12.7%	15	6.3%
	40～64歳	100	34.0	3	3.0%	25	25.0%	3	3.0%	18	18.0%	4	4.0%	25	25.0%	3	3.0%	2	2.0%	14	14.0%	6	6.0%
	65～74歳	137	54.6	2	1.5%	21	15.3%	1	0.7%	18	13.1%	2	1.5%	34	24.8%	7	5.1%	2	1.5%	16	11.7%	9	6.6%
平成28年度	合計	203	44.1	10	4.9%	35	17.2%	4	2.0%	24	11.8%	7	3.4%	61	30.0%	18	8.9%	1	0.5%	24	11.8%	18	8.9%
	40～64歳	63	33.0	3	4.8%	13	20.6%	2	3.2%	6	9.5%	5	7.9%	17	27.0%	4	6.3%	0	0.0%	8	12.7%	5	7.9%
	65～74歳	140	52.0	7	5.0%	22	15.7%	2	1.4%	18	12.9%	2	1.4%	44	31.4%	14	10.0%	1	0.7%	16	11.4%	13	9.3%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成25年度	合計	266	54.3	4	1.5%	13	4.9%	1	0.4%	10	3.8%	2	0.8%	38	14.3%	5	1.9%	2	0.8%	19	7.1%	12	4.5%
	40～64歳	84	38.7	2	2.4%	4	4.8%	1	1.2%	1	1.2%	2	2.4%	8	9.5%	0	0.0%	1	1.2%	5	6.0%	2	2.4%
	65～74歳	182	66.7	2	1.1%	9	4.9%	0	0.0%	9	4.9%	0	0.0%	30	16.5%	5	2.7%	1	0.5%	14	7.7%	10	5.5%
平成28年度	合計	233	52.2	3	1.3%	12	5.2%	1	0.4%	11	4.7%	0	0.0%	21	9.0%	2	0.9%	2	0.9%	7	3.0%	10	4.3%
	40～64歳	56	38.9	1	1.8%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	3	5.4%	0	0.0%	1	1.8%	1	1.8%	1	1.8%
	65～74歳	177	58.6	2	1.1%	11	6.2%	1	0.6%	10	5.6%	0	0.0%	18	10.2%	2	1.1%	1	0.6%	6	3.4%	9	5.1%

【資料】KDBシステム 帳票 No. 24

ウ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診の対象者が1000人を切り、1人の持つ受診率割合が高くなっています。このため受診率への影響も大きく、特定健診の受診勧奨も重要課題の1つでもあります。

特定保健指導率については、約50%前後で推移しています。

健診結果での保健指導に際し、医療機関受診中でありながら検査結果が受診勧奨値であったり、受診勧奨値であっても医療機関未受診のため特定保健指導対象となる方もいるため、受診勧奨も含めた保健指導に今後も取り組んでいきます。

(図表12)

【図表 12】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年変化

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	実施者数	実施率	医療機関受診率	
								松野町	同規模平均
平成24年度	1,039	526	50.6%	97	66	33	50.0%	57.5%	50.6%
平成25年度	998	504	50.5%	103	61	30	49.2%	52.5%	50.4%
平成26年度	972	479	49.3%	120	61	25	41.0%	56.6%	51.1%
平成27年度	940	480	51.1%	103	64	31	48.4%	57.9%	51.2%
平成28年度	899	439	48.8%	103	56	28	50.0%	61.0%	51.3%

【資料】KDBシステム 帳票No. 1
法定報告値

④ 第1期に係る考察

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・慢性腎不全を念頭におきながら重症化予防に取り組んできました。しかし、全体医療費は抑制されたものの1人あたりの医療費は増加しており、また、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費割合が増加していることから、被保険者数が減少したことによる医療費抑制の可能性も否めません。

血管の状態を確認し、保健指導につなげるための特定健診は重要であり、またその結果から、重症化を予防するために早期に適切な医療につなげ、住民自ら気づき、行動に移せるよう支援していくために、保健師・管理栄養士等専門職の保健指導スキルアップのための研修参加、体制整備、関係部門や外部機関との連携なども、今後は取り組むべき課題と考えます。

2 第2期計画における健康課題の明確化

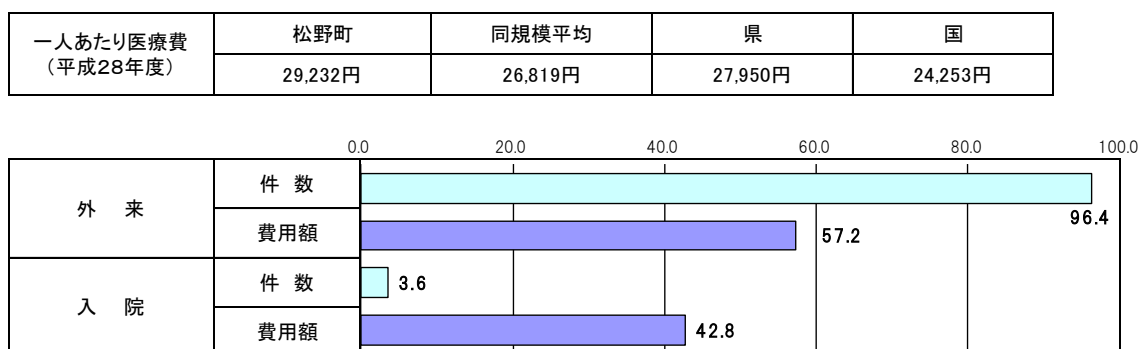
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

① 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

松野町のレセプト件数による入院件数割合は3.6%で、費用額全体の42.8%を占めています。これは、外来による受診件数割合が多く、治療によって高血圧・糖尿病・脂質異常症がコントロールできていれば、生活習慣病由来の疾患の重症化による入院も減少することが可能と考えられます。(図表13)

【図表 13】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



【資料】KDBシステム 帳票No. 1、No. 3

② 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

長期入院については、精神疾患での入院が多い結果となっています。

しかし長期入院において1件あたりの費用額は、脳血管疾患・虚血性心疾患が上回っています。そして、長期化する疾患として人工透析の原因疾患をみると、糖尿病性腎症と虚血性心疾患が同数となり、平成28年度の費用額のほとんどを占めています。脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症は予防できる疾患であり、重症化予防が医療費抑制につながることは明らかなです。

生活習慣病の治療者構成割合について、糖尿病性腎症は人数が少なく分析に限界がありますが、脳血管疾患・虚血性心疾患において、高血圧は約8割、脂質異常症は約7割の人が抱えていることが分かり、基礎疾患の重なりも多いと予測できます。各々が持つすべての基礎疾患が適切に管理され、重症化が予防できることが医療費抑制への糸口です。(図表14)

【図表 14】

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(平成28年度)		全 体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
様式1-1	高額になる疾患 (80万円以上レセプト)	人 数	42人	4人		2人		12人		28人	
				9.5%		4.8%		28.6%		66.7%	
		件 数	62件	5件		2件		14件		41件	
				8.1%		3.2%		22.6%		66.1%	
				年 代 別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	2.4%
					40代	0	0.0%	0	0.0%	3	7.3%
					50代	1	20.0%	1	7.1%	6	14.6%
					60代	1	20.0%	0	0.0%	22	53.7%
					70-74歳	3	60.0%	1	35.7%	9	22.0%
		費用額	7747万円	462万円		273万円		1823万円		5188万円	
				6.0%		3.5%		23.5%		67.0%	

* 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(平成28年度)		全 体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1	長期入院 (6か月以上の入院)	人 数	10人	6人	2人	1人
				60.0%	20.0%	10.0%
		件 数	104件	70件	19件	7件
				67.3%	18.3%	6.7%
		費用額	4614万円	2573万円	981万円	503万円
				55.8%	21.3%	10.9%

* 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	人工透析患者 (長期化する疾患)	平成29年 5月 診療分	人数	4人	2人	0人
				50.0%	0.0%	2人
				50.0%	0.0%	50.0%
様式2-2		平成28年度 累計	件数	73件	40件	9件
				54.8%	12.3%	32件
				43.8%		
			費用額	3639万円	1733万円	374万円
				47.6%	10.3%	1626万円
				44.7%		

* 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(平成29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3-2 様式3-3 様式3-4	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 疾 患	494人	62人	60人	1人
				12.6%	12.1%	0.2%
			高血圧	50人	51人	1人
				80.6%	85.0%	100.0%
			糖尿病	24人	31人	1人
				38.7%	51.7%	100.0%
			脂質異常症	44人	44人	1人
				71.0%	73.3%	100.0%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			291人	132人	229人	46人
			58.9%	26.7%	46.4%	9.3%

* 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。

【資料】KDBシステム 帳票No. 10~19

③ 何の疾患で介護保険をうけているのか

介護認定者におけるレセプト分析では、40～64歳の2号認定者および65～74歳の1号認定者では、脳卒中による介護認定がほとんどであり、基礎疾患として高血圧や脂質異常症がありました。

また、75歳以上の1号認定者においても、基礎疾患の罹患率は9割を越えているため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながると考えます。(図表15)

【図表 15】

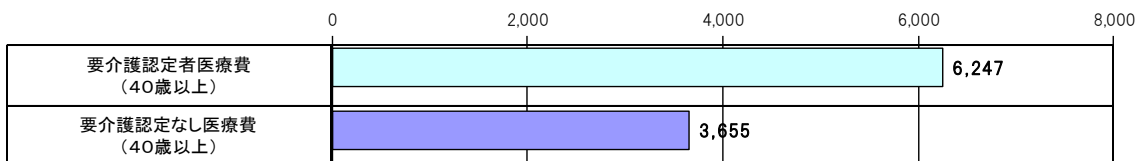
何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況	受給者区分			2号		1号					合計			
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数			1,512人		669人		963人		1,632人		3,144人		
	認定者数			9人		42人		397人		439人		448人		
				認定率			0.60%		6.3%		41.2%		26.9%	
	新規認定者数(＊1)			2人		9人		55人		64人		66人		
	介護度 別人数	要支援1・2			1	11.1%	13	31.0%	117	29.5%	130	29.6%	131	29.2%
		要介護1・2			5	55.6%	20	47.6%	144	36.3%	164	37.4%	169	37.7%
要介護3～5			3	33.3%	9	21.4%	136	34.3%	145	33.0%	148	33.0%		

要介護 突合状況	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)			9		42		397		439		448	
	再)国保・後期			6		29		341		370		376	
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管 疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	5 83.3%	脳卒中	16 55.2%	虚血性 心疾患	138 40.5%	脳卒中	151 40.8%	脳卒中	156 41.5%
			2	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	7 24.1%	脳卒中	135 39.6%	虚血性 心疾患	145 39.2%	虚血性 心疾患	145 38.6%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	5 17.2%	腎不全	35 10.3%	腎不全	40 10.8%	腎不全	40 10.6%
		合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	5 17.2%	糖尿病 合併症	20 5.9%	糖尿病 合併症	25 6.8%	糖尿病 合併症	25 6.6%
			基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		6		24		319		343		349
				100.0%		82.8%		93.5%		92.7%		92.8%	
	血管疾患 合計		6		26		323		349		355		
			100.0%		89.7%		94.7%		94.3%		94.4%		
	認知症			1		4		120		124		125	
				16.7%		13.8%		35.2%		33.5%		33.2%	
	筋・骨格疾患			5		24		326		350		355	
				83.3%		82.8%		95.6%		94.6%		94.4%	

* 1) 新規認定者については帳票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



【資料】KDBシステム 帳票No. 1、47、49

(2) 健診受診者の実態

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

松野町は、男性の健診データの有所見者割合の高い項目が多く、HbA1cと血圧は、男女ともに、受診者の6割が高い結果となっています。

また、男性のメタボリックシンドローム該当者も、血糖・血圧・脂質が重なる方が多く、このままでは重症化するリスクが高い状況だといえます。(図表16・17)

【図表 16】

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(平成28年度)

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	9,604	30.8	15,230	48.9	8,461	27.1	6,188	19.8	2,693	8.6	1,544	5.0	17,645	56.6	6,342	20.3	16,428	52.7	8,585	27.5	14,220	45.6	655	2.1	
松野町	合計	57	28.1	106	52.2	63	31.0	48	23.6	12	5.9	2	1.0	135	66.5	41	20.2	123	60.6	57	28.1	68	33.5	4	2.0
	40~64歳	21	33.3	33	52.4	25	39.7	17	27.0	6	9.5	0	0.0	40	63.5	13	20.6	31	49.2	24	38.1	25	39.7	0	0.0
	65~74歳	36	25.7	73	52.1	38	27.1	31	22.1	6	4.3	2	1.4	95	67.9	28	20.0	92	65.7	33	23.6	43	30.7	4	2.9

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	8,726	20.6	7,075	16.7	6,643	15.6	3,303	7.8	770	1.8	1,149	2.7	24,759	58.3	1,004	2.4	19,973	47.1	6,719	15.8	24,228	57.1	92	0.2	
松野町	合計	49	21.0	36	15.5	34	14.6	22	9.4	8	3.4	0	0.0	155	66.5	3	1.3	135	57.9	40	17.2	113	48.5	1	0.4
	40~64歳	7	12.5	5	8.9	6	10.7	5	8.9	2	3.6	0	0.0	36	64.3	1	1.8	26	46.4	10	17.9	27	48.2	0	0.0
	65~74歳	42	23.7	31	17.5	28	15.8	17	9.6	6	3.4	0	0.0	119	67.2	2	1.1	109	61.6	30	16.9	86	48.6	1	0.6

* 全国については、有所見割合のみ表示

【資料】KDBシステム帳票 No. 23

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(平成28年度)

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	3,416,820				548,609	17.2%							875,805	27.5%									
県	32,159	25.2	1,620	5.0%	5,565	17.3%	378	1.2%	3,921	12.2%	1,266	3.9%	8,583	26.7%	1,370	4.3%	501	1.6%	4,197	13.1%	2,515	7.8%	
松野町	合計	203	44.1	10	4.9%	35	17.2%	4	2.0%	24	11.8%	7	3.4%	61	30.0%	18	8.9%	1	0.5%	24	11.8%	18	8.9%
	40～64歳	63	33.0	3	4.8%	13	20.6%	2	3.2%	6	9.5%	5	7.9%	17	27.0%	4	6.3%	0	0.0%	8	12.7%	5	7.9%
	65～74歳	140	52.0	7	5.0%	22	15.7%	2	1.4%	18	12.9%	2	1.4%	44	31.4%	14	10.0%	1	0.7%	16	11.4%	13	9.3%

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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%	
松野町	合計	233	52.2	3	1.3%	12	5.2%	1	0.4%	11	4.7%	0	0.0%	21	9.0%	2	0.9%	2	0.9%	7	3.0%	10	4.3%
	40～64歳	56	38.9	1	1.8%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	3	5.4%	0	0.0%	1	1.8%	1	1.8%	1	1.8%
	65～74歳	177	58.6	2	1.1%	11	6.2%	1	0.6%	10	5.6%	0	0.0%	18	10.2%	2	1.1%	1	0.6%	6	3.4%	9	5.1%

* 全国については、有所見割合のみ表示

【資料】KDBシステム帳票 No. 24

(3) 糖尿病（HbA1c）、血圧、LDL-Cのコントロール状況

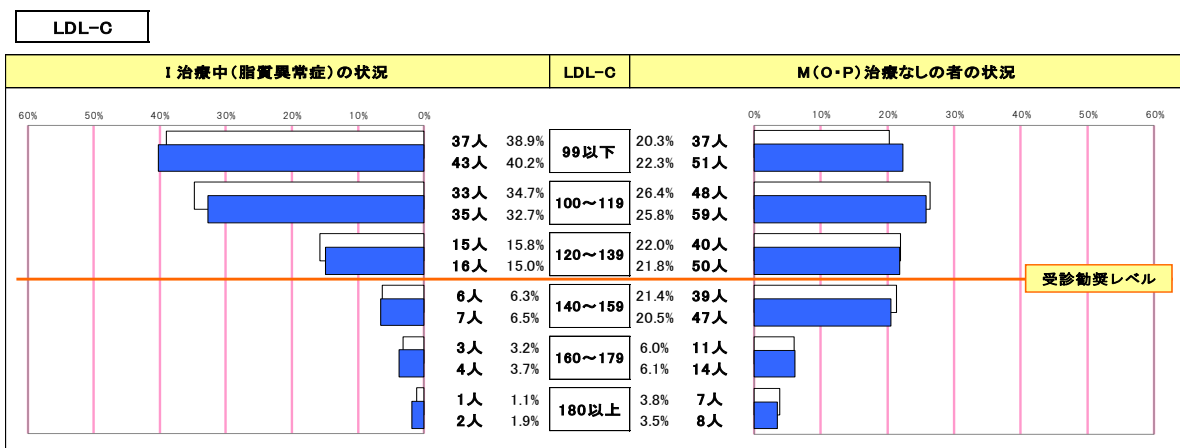
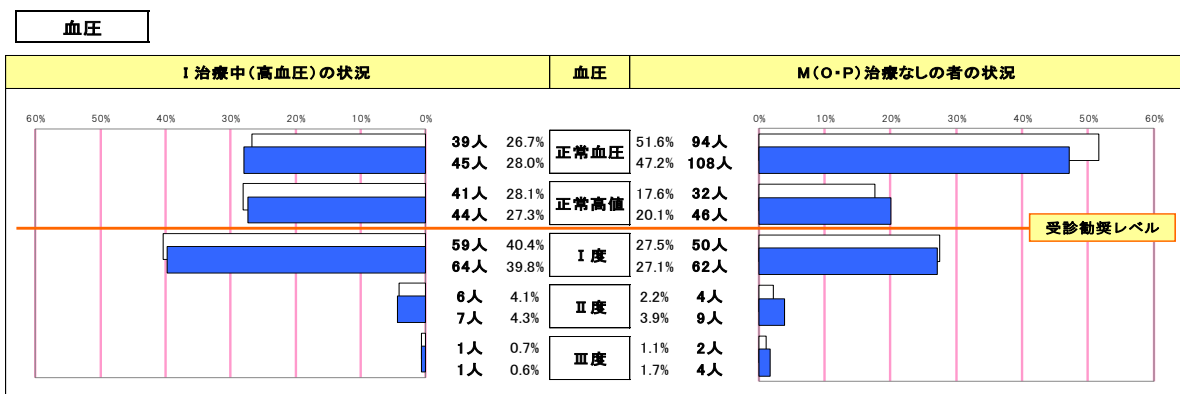
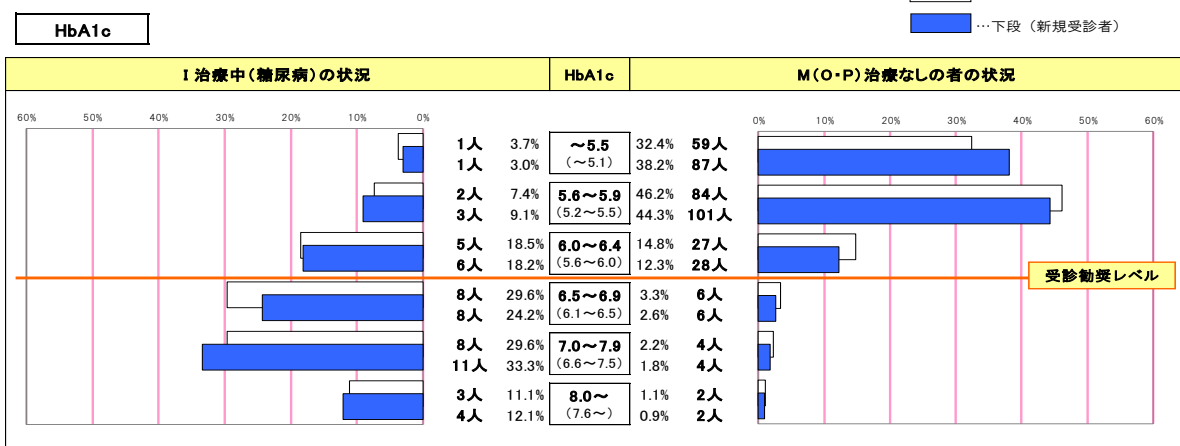
HbA1cは、治療中であるのに受診勧奨レベルの6.5%以上の方が多くいます。

血圧は、健診結果報告会や健康相談等で家庭血圧の記録を確認すると正常域の方も多いのですが、治療中のⅠ度の方が多い結果となっています。

LDL-C（LDLコレステロール）は、治療中の方は概ね服薬によるコントロールができていますが、受診勧奨レベルの未治療者が多くいます。（図表18）

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



【資料】 平成27、28年度法定報告

(4) 未受診者の把握

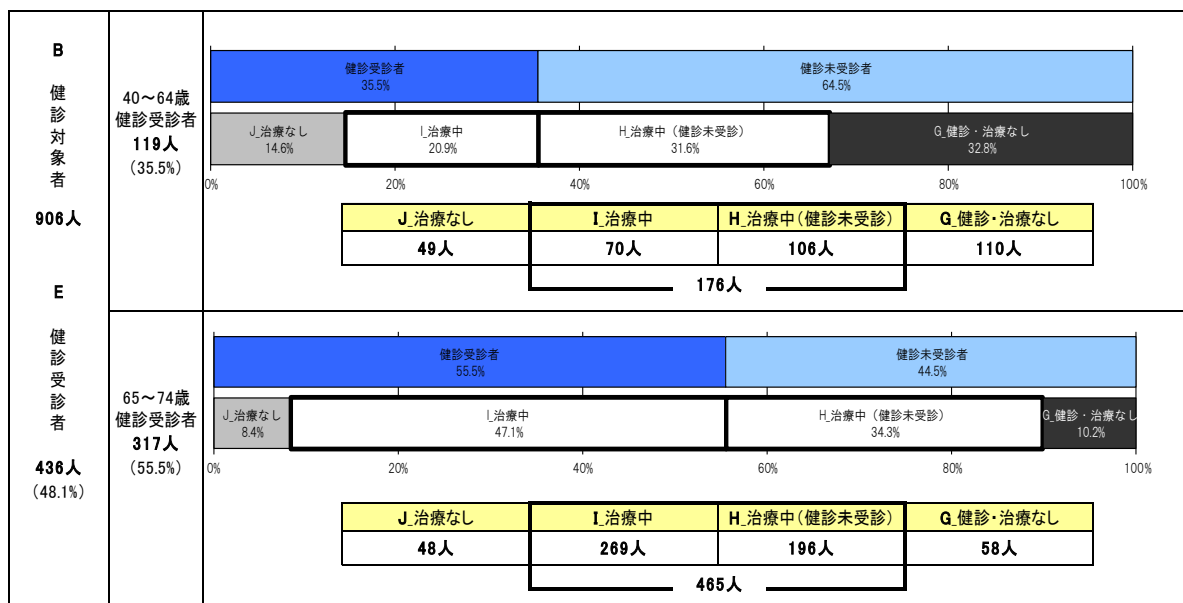
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要ですが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が32.8%と高くなっています。健診も治療も受けていないということは、身体の状態が全く分からない可能性も高いと考えます。また、健診受診者と未受診者の治療にかかる費用でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります、

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは未受診者に対して特定健診の機会を、情報として提供していき、その結果に基づいて状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。(図表19)

【図表 19】

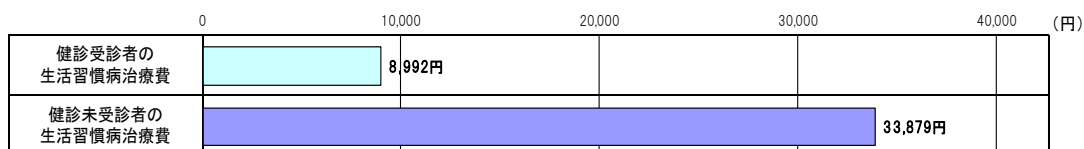
未受診者対策を考える

(平成28年度)



【資料】KDBシステム帳票 No. 26

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



【資料】KDBシステム帳票 No. 3

3 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を減らしていくことを、第2期の計画期間での目標とし、平成35（2023）年度には平成30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にします。

また、3年後の平成32（2020）年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しを実施します。

さらに、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と考えると、一人あたりの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します。

自覚症状がないからと医療にかからず、重症化して入院する実態もあることから、重症化予防、医療費の適正化へつなげるために、入院外での受診を伸ばし、入院にかかる費用の伸び率を前年度と比較して減少していくことを目指します。

② 短期的な目標の設定

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧・糖尿病・脂質異常症・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します。

そのためには、医療受診が必要な場合には受診勧奨、治療継続への働きかけを適切に行うとともに、医療受診を中断している場合についても、必要に応じて医療機関と十分な連携を図りながら、適切な保健指導を実施していきます。

また、これまでのデータから有所見者割合の高い、高血圧・糖尿病・メタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法や運動療法と併用した治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等も含めた生活習慣の改善に重点をおいた保健指導を行っていきます。

さらに、これらの生活習慣病は自覚症状がなく、自ら不調を感じて医療受診する頃には進行していることも考えられるため、まずは健診の機会を周知・提供し、状態に応じた保健指導をすることで、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていくことが重要です。

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）」に記載します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年一期として策定します。

2 目標値の設定

【図表 20】

	平成30年度 (2018年)	平成31年度 (2019年)	平成32年度 (2020年)	平成33年度 (2021年)	平成34年度 (2022年)	平成35年度 (2023年)
特定健診実施率	50%	52%	55%	57%	57%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	55%	57%	57%	60%

3 対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度 (2018年)	平成31年度 (2019年)	平成32年度 (2020年)	平成33年度 (2021年)	平成34年度 (2022年)	平成35年度 (2023年)
特定健診	対象者数	977人	955人	931人	909人	886人	863人
	受診者数	489人	497人	512人	518人	505人	518人
特定保健指導	対象者数	73人	70人	70人	68人	65人	65人
	実施者数	37人	36人	39人	39人	37人	39人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

町で実施する集団健診については特定健診実施機関に、個別健診については、愛媛県医師会が実施医療機関の取りまとめを行い、県内市町国保等の代表保険者が、特定健診実施機関・愛媛県医師会とそれぞれ集合契約を行い委託して実施します。

- ① 集団健診（松野町保健センター、各地区集会所・公民館等）
- ② 個別健診（実施医療機関）

(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おり、それに基づいています。

（３）健診実施機関

- ① 公益財団法人 愛媛県総合保健協会
- ② 愛媛県厚生農業協同組合連合会
- ③ 個別健診実施医療機関（個別健診を希望される方に通知します。）

（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、追加の検査項目（空腹時（随時）血糖・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を実施します。

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代えられます。（実施基準第1条4項）

（５）実施時期

- ① 集団健診 毎年5月下旬頃～11月3日まで、町内10ヶ所で実施します。
- ② 個別健診 毎年4月1日から翌年3月末まで、県医師会に届出のあった医療機関で実施します。

（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します。

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います。

（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します。

（８）健診の案内方法・健診実施スケジュール

松野町では、毎年2～3月に「健康診査・がん検診受診希望調査」を実施しています。また、4月以降の転入者や加入保険を異動された方にも受診の機会を知っていただくよう、「広報まつの」や町ホームページで日程の掲載、地区健診実施前に回覧、町内無線放送等を行います。

調査で希望された方には、地域の役員さんを通して、声かけもしていただきながら通知を配布していただいています。回覧や放送で受診希望された方にも、随時郵送等で案内しており、希望する町内実施場所での受診を可能としています。

個別健診については、年間を通して受診できるよう県医師会とも委託契約しており、個別健診受診希望者へは、随時対応しています。また、集団健診終了後に、未受診者の方へ訪問や郵送等で個別健診の案内をしています。

集団健診の開始に合わせ、下記の図表で実施していきます。(図表22)

県内保険者年間実施スケジュール 【図表 22】

			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	松野町	1,062			6月1日									→	3月31日
20	T町	6,221		5月23日										→	3月31日

【資料】国保連合会調査

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、保健福祉課健康増進グループへの執行委任の形で行います。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

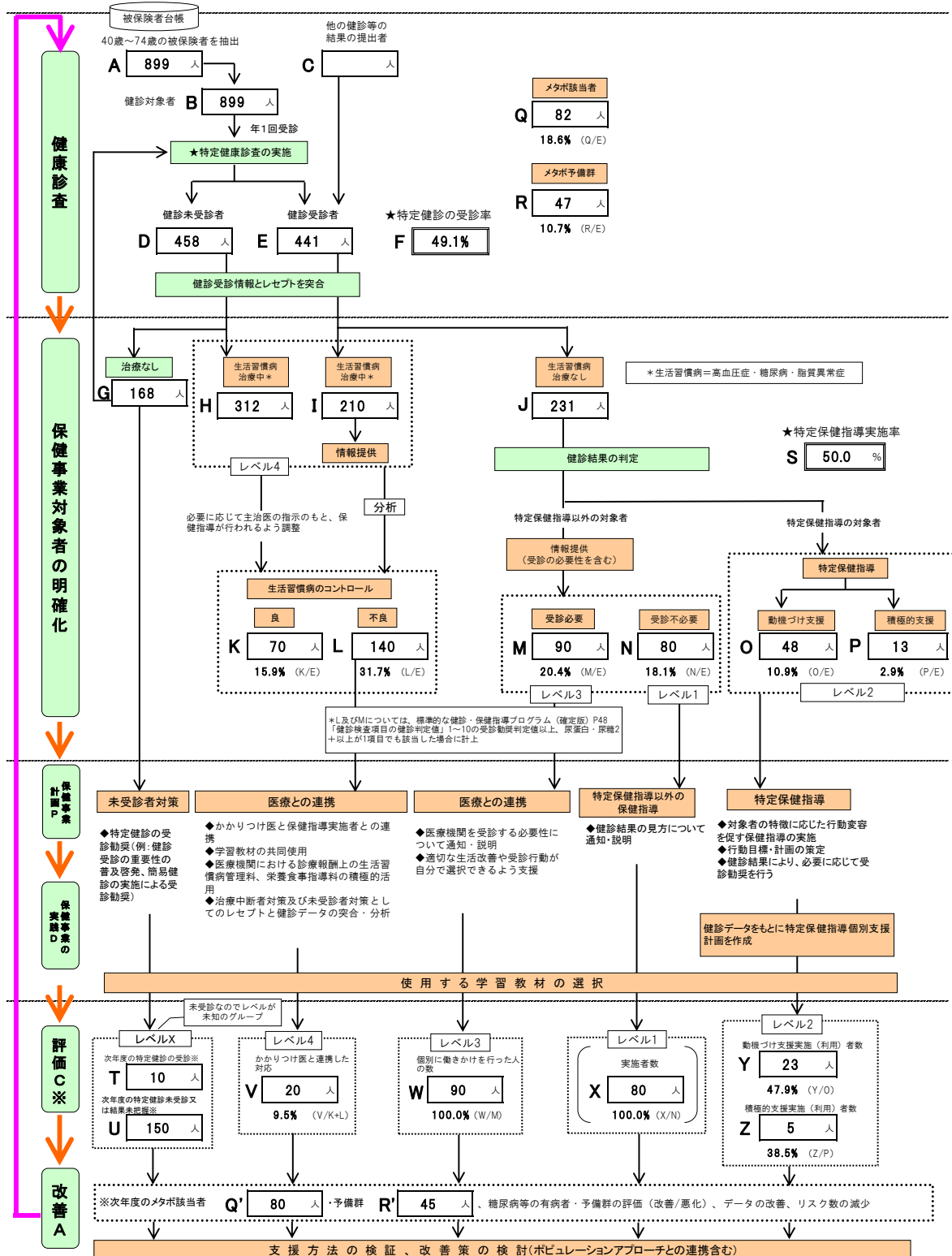
「標準的な健診・保健指導のプログラム（平成30年版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

(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）

様式6-10



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表24)

【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者割合)	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	70人 (14.3)	50%
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	90人 (18.4)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 40歳:各がん・肝炎通知 に合わせて 未受診者訪問等	488人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方等について 説明または結果通知	90人 (18.4)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医との連携 ◆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	239人 (48.9)	60%

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

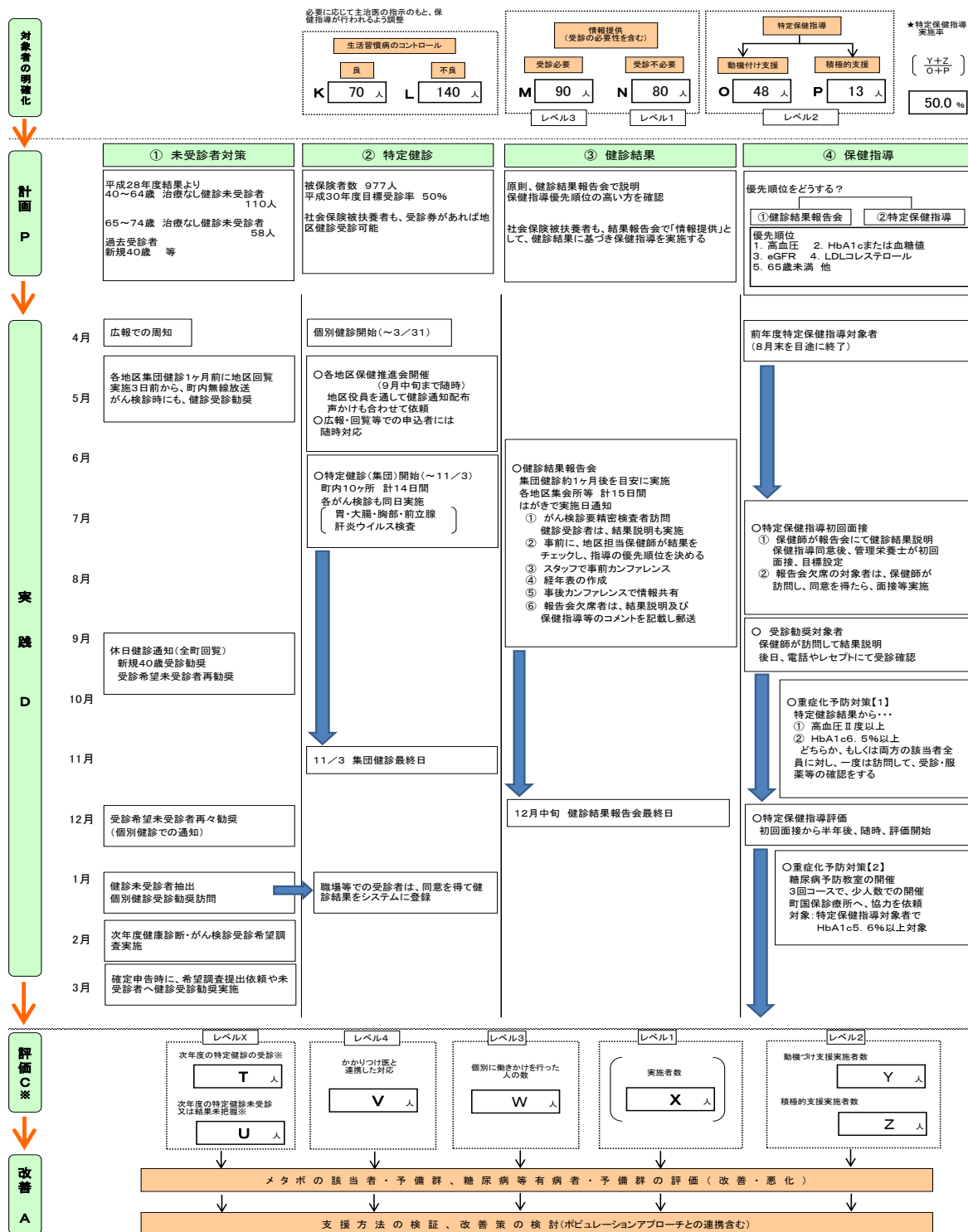
(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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します。(図表25)

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

対象者の明確化から計画・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松野町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託するため、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します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

特定健康診査・特定保健指導の記録管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。また、健診結果については町の健康管理システム、指導の内容については健康管理台帳でも合わせて行います。

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日までに報告します。

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、松野町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

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します。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ことで実施していく必要があります。

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います。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きます。

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予防の視点で、医療費等の実態を広く市民へ周知します。

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きます。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ります、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します。

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に沿って実施します。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施します。

- （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	個人情報の取り決め	○				□
18	苦情、トラブル対応	○				□
19	介入開始(受診勧奨)		○			□
20	記録、実施件数把握			○		□
21	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
22	レセプトにて受診状況把握				○	□
23	募集(複数の手段で)		○			□
24	対象者決定		○			□
25	介入開始(初回面接)		○			□
26	継続的支援		○			□
27	カンファレンス、安全管理		○			□
28	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
29	記録、実施件数把握			○		□
30	3ヶ月後実施状況評価				○	□
31	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
32	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
33	医師会等への事業報告	○				□
34	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
35	改善点の検討		○			□
36	マニュアル修正		○			□
37	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します。

- 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ります。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います。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）を基盤とします。（図表27）

【図表 27】

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

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）で把握していきます。松野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）の把握は可能ですが、尿アルブミンについては検査を実施しておらず、把握が難しくなっています。

「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であると考えます。（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いました。（図表28）

松野町において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は27人（F）でしたが、服薬はしてなくても定期的に受診をして、血液検査で経過をみている方がほとんどでした。また、40～74歳における糖尿病治療者131人中のうち、特定健診受診者が33人（G）でしたが、治療中断者は1人（オ）でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者98人（I）のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある方は26人で、こちらは中断者がいませんでした。受診歴のない方（ア）は、重症化予防に向けて医療機関との連携が必要になると考えます。

③ 介入方法と優先順位

図表28より、松野町における介入方法を以下のとおりとします。

ア 優先順位1

【受診勧奨】

（ア）糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・27人

（イ）糖尿病治療中であつたが中断者（オ）・・・1人

介入方法・・・訪問、結果報告会、電話等で対応

イ 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（カ）・・・32人

介入方法・・・訪問、結果報告会、電話等で対応

医療機関と連携した保健指導

ウ 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（イ）・・・26人

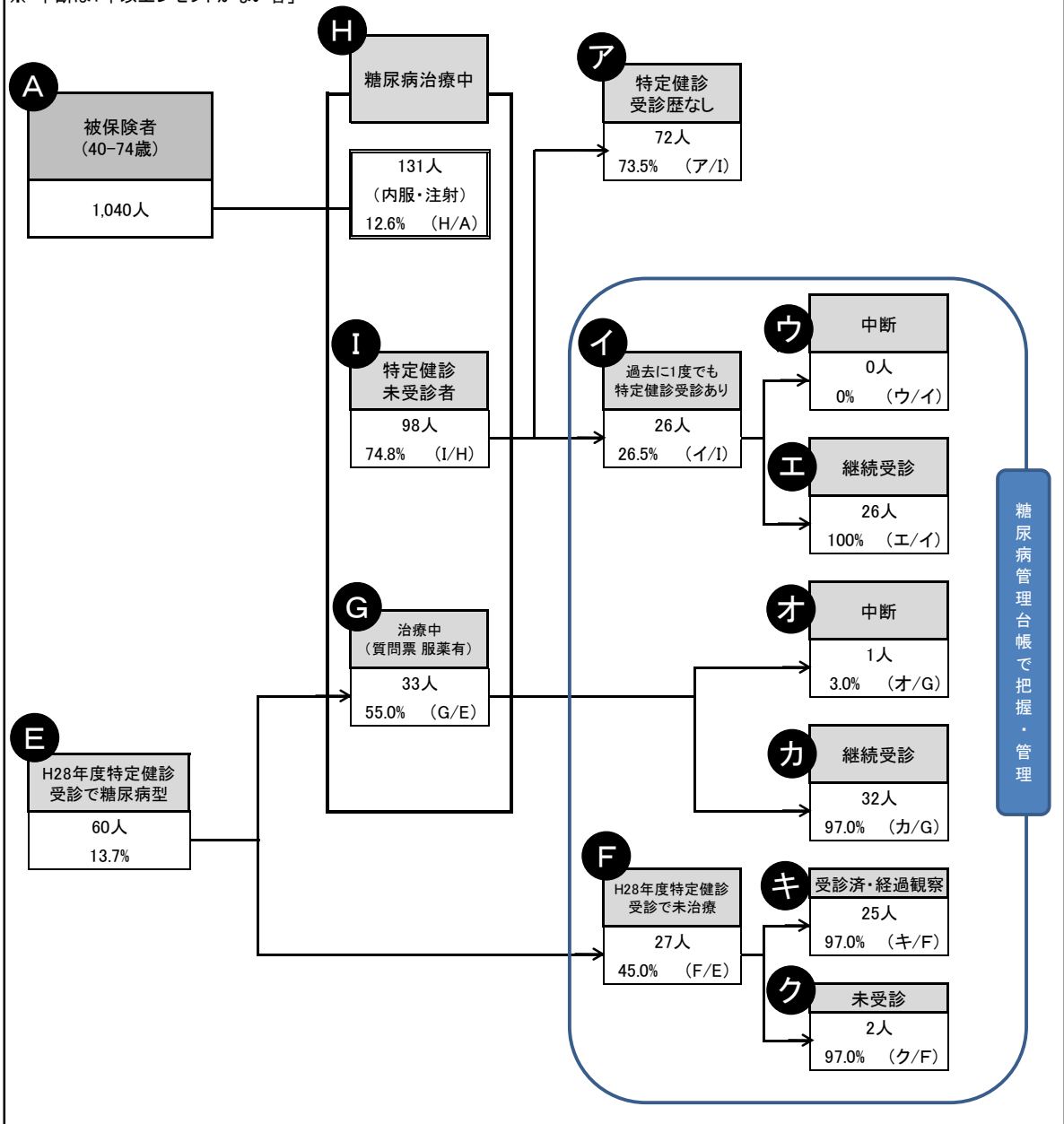
介入方法・・・訪問、電話等で対応

医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断は1年以上レセプトがない者」



3 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料3）及び年次計画表（参考資料4）で行い、台帳は町全体で管理していきます。

【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関わらず、HbA1c6.5%以上の対象者は、以下の情報を管理台帳に記載する。
 - ア HbA1c6.5%以下であっても、糖尿病治療中の場合。
 - イ HbA1c6.5%以下であっても、空腹時血糖値126mg/dl以上、または随時血糖値200mg/dl以上の場合。
 - ウ 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%以上になった対象者。
- エ 記載内容
 - HbA1c
 - 血圧
 - 体重
 - eGFR
 - 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。
 - ア 治療状況の把握
 - （ア）特定健診の問診では、服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認。
 - （イ）糖尿病、高血圧治療中の場合は、診療開始日を確認。
 - （ウ）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。
 - （エ）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。
 - ア 未治療者・中断者（受診勧奨者）
 - イ 糖尿病性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す。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きます。松野町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととします。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て行っていきます。(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
インスリン非依存状態: 2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起ころのでしょうか？ 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～起ころ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)
食事療法・運動療法の必要性 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 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 ○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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	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
薬物療法 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 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 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 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ } 薬が必要になった人の保健指導 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. チアソリジン薬とは 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、事前に医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(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いただきます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、愛媛県糖尿病重症化予防プログラムに準じ行っています。

6 高齢者福祉部門（介護保険部門）との連携

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

7 評価

評価を行う際には、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。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回行うものとし、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きます。

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）を用いて行っています。

(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
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況

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、介入方法、実施方法の決定

5月～ 健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。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きます。（参考資料6）

2 対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、脳心血管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きます。（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つです。「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ります。

松野町において、平成28年度健診受診者439人のうち、詳細検査対象となった心電図検査実施者は31人（7.1%）であり、そのうちST所見があったのは1人でした。（図表30）。なお、町独自で希望者に心電図検査を実施していますが、ST所見のある方は21名で、要精査の方は全員医療機関を受診していました。

第3期から心電図の詳細対象基準が変更になり、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ります。

松野町は、同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多く、

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の希望者実施を今後も継続していきます。

心電図検査結果

【図表 30】

(1) 詳細検査対象者

平成28年度	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
松野町	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
	439	100%	31	7.1%	1	3.2%	7	22.6%	23	74.2%

【資料】平成28年度特定健診法定報告

(2) 町独自検査受診者

平成28年度	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
松野町	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
	469	100	451	96.2	21	4.7	25	5.5	405	89.8

【資料】平成28年度松野町特定健診結果集計

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

(1) 詳細検査対象者

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
				(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
1	100	1	100	1	100	—	—

【資料】平成28年度松野町特定健診結果集計

(2) 町独自検査受診者

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
				(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
21	100	1	4.8	1	100	—	—

【資料】平成28年度松野町特定健診結果集計

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」を基準とした「詳細な健診」の項目です。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します。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きます。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きます。

【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	心電図検査実施			実施なし
				ST変化	その他の変化	異常なし	
			439	1	7	23	408
				0.2%	1.6%	5.2%	92.9%
メタボ該当者			81	1	5	9	66
			18.5%	1.2%	6.2%	11.1%	81.5%
メタボ予備群			50	0	1	2	47
			11.4%	0.0%	2.0%	4.0%	94.0%
メタボなし			308	0	1	12	295
			70.2%	0.0%	0.3%	3.9%	95.8%
LDL-C	140-159		40	0	0	2	38
			13.0%	0.0%	0.0%	5.0%	95.0%
	160-179		17	0	0	1	16
			5.5%	0.0%	0.0%	5.9%	94.1%
	180-		6	0	0	0	6
			1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

【参考】

Non-HDL	190-	1	0	1	0	0
		0.2%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
	170-189	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
CKD	G3aA1～	78	0	1	6	71
		17.8%	0.0%	1.3%	7.7%	91.0%

【資料】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33の問診が重要です。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ります。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必要があります。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ていきます。

また、治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合や、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、受診勧奨を行います。治療中であるけれどリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同様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週間同様な症状	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)が冠動脈疾患の高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、糖尿病管理台帳で行うこととします。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ます。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きます。

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きます。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きます。

5 高齢者福祉部門(介護保険部門)との連携

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

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きます。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回行うものとし、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きます。

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きます。

(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、介入方法、実施方法の決定

5月～ 健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。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きます。（図表34、35）

【図表 34】

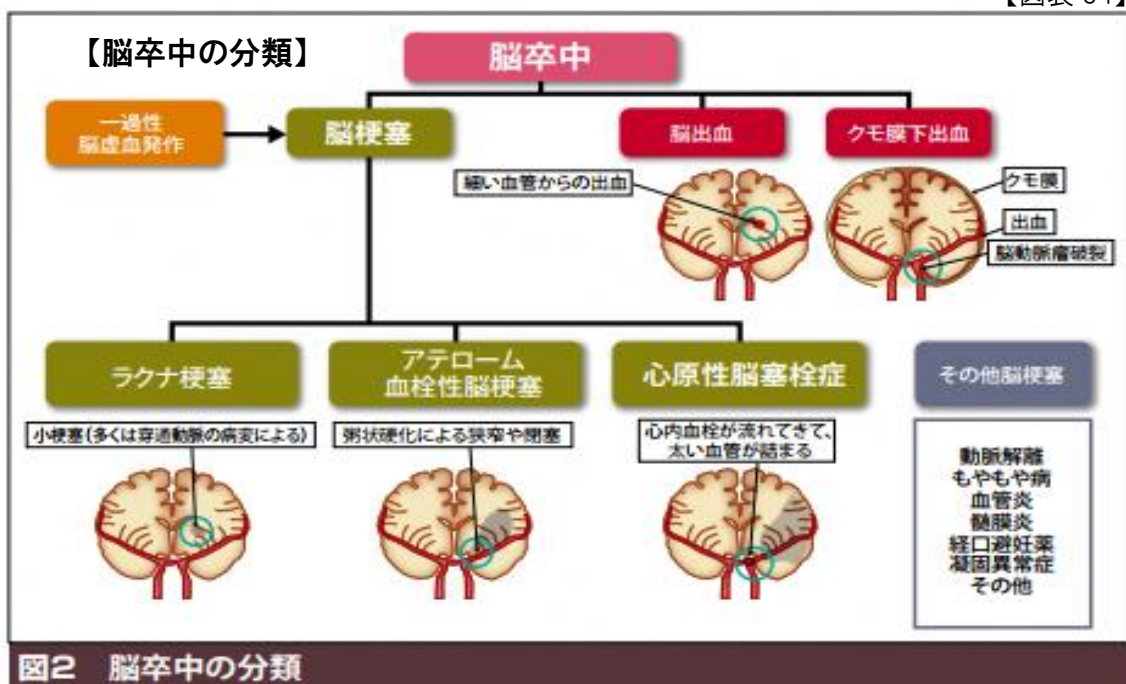


図2 脳卒中の分類

【資料】「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	●							

【資料】「脳卒中予防の提言」より引用

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します。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と思われます。

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	●	●	●			○	○							
	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 439人		22	5.0%	42	9.6%	12	2.7%	0	0.0%	81	18.5%	5	1.1%	10	2.3%
治療なし ※1		14	5.0%	27	6.7%	10	3.0%	0	0.0%	19	8.3%	0	0.0%	4	1.8%
治療あり ※1		8	5.0%	15	45.5%	2	1.9%	0	0.0%	62	29.5%	5	2.4%	6	2.9%
臓器障害あり ※2		0	0.0%	1	3.7%	1	10.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	—	4	100%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	0		1		0		0		0		0		0	
	尿蛋白(2+)以上	0		0		0		0		0		0		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0		1		0		0		0		0		0	
	心電図所見あり	0		0		1		0		1		0		0	

【資料】平成28年度法定報告値より集計

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

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

※2 割合の算出について、各疾患の「治療なし」が分母。

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみると、Ⅱ度高血圧以上が22人（5.0％）であり、14人は未治療者でした。しかし臓器障害の所見が見られなくても、未治療者には早急な受診勧奨が必要であると考えます。また治療中であっても、Ⅱ度高血圧である者も8人（5.0％）いることがわかります。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きます。

（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すが、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ます。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ります。（図表37）

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	278	67	63	56	78	9	5	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
		24.1%	22.7%	20.1%	28.1%	3.2%	1.8%			
リスク第1層	28	8	7	3	9	1	0	9	1	0
	10.1%	11.9%	11.1%	5.4%	11.5%	11.1%	0.0%	100%	2.8%	0.0%
リスク第2層	147	43	34	28	35	5	2	--	35	7
	52.9%	64.2%	54.0%	50.0%	44.9%	55.6%	40.0%	--	97.2%	14.9%
リスク第3層	103	16	22	25	34	3	3	--	--	40
	37.1%	23.9%	34.9%	44.6%	43.6%	33.3%	60.0%	--	--	85.1%
糖尿病	31	3	10	6	10	0	2			
	30.1%	18.8%	45.5%	24.0%	29.4%	0.0%	66.7%			
慢性腎臓病(CKD)	47	9	7	12	15	2	2			
	45.6%	56.3%	31.8%	48.0%	44.1%	66.7%	66.7%			
3個以上の危険因子	53	8	11	12	19	2	1			
	51.5%	50.0%	50.0%	48.0%	55.9%	66.7%	33.3%			

(再掲)重複あり

※降圧薬治療者除く

【資料】平成28年度特定健診受診結果集計

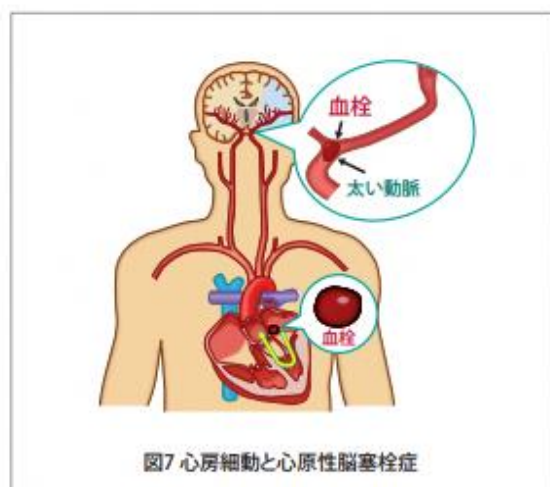
(参考)高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表37は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。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きます。

（３）心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流に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ることで発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」

になる確率が高くなります。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す。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す。



【資料】「脳卒中予防の提言」より引用

特定健診における心房細動有所見状況

(1) 詳細検査対象者

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	16	15	0	0.0%	0	0.0%	—	—
40歳代	2	1	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	1	1	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	10	10	0	0.0%	0	0.0%	1.9	0.4
70歳～74歳	3	3	0	0.0%	0	0.0%	3.4	1.1

【資料】平成28年度特定健診法定報告

(2) 町独自検査受診者

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	202	251	5	2.5%	1	1.2%	—	—
40歳代	15	10	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	19	17	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	102	138	3	2.9%	0	0.0%	1.9	0.4
70歳～74歳	66	86	2	3.0%	1	1.2%	3.4	1.1

【資料】平成28年度松野町特定健診結果集計

※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

※日本循環器学会疫学調査の70歳～74歳の値は70歳～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
6	100	—	—	6	100

【資料】平成28年度松野町特定健診結果集計

詳細検査で実施する心電図検査において、心房細動の所見はありませんでした。しかし、希望者には町独自で心電図検査を実施しているため、心房細動の所見は6人いました。有所見率を見ると、年齢が高くなるにつれ増加あり、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りました。また有所見者は全員治療中であり、引き続き主治医の指導のもと健康管理に努めていただけるよう連携していきます。

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、今後も心電図検査の希望者実施を継続していきます。

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います。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ます。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、受診勧奨を行います。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います。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います。

(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います。(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きます。(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きます。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きます。

5 高齢者福祉部門（介護保険部門）との連携

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

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きます。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回行うものとしします。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きます。

また、中長期的評価においては、他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行っています。

（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、介入方法、実施方法の決定

5月～ 健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。順次、対象者へ介入（通年）

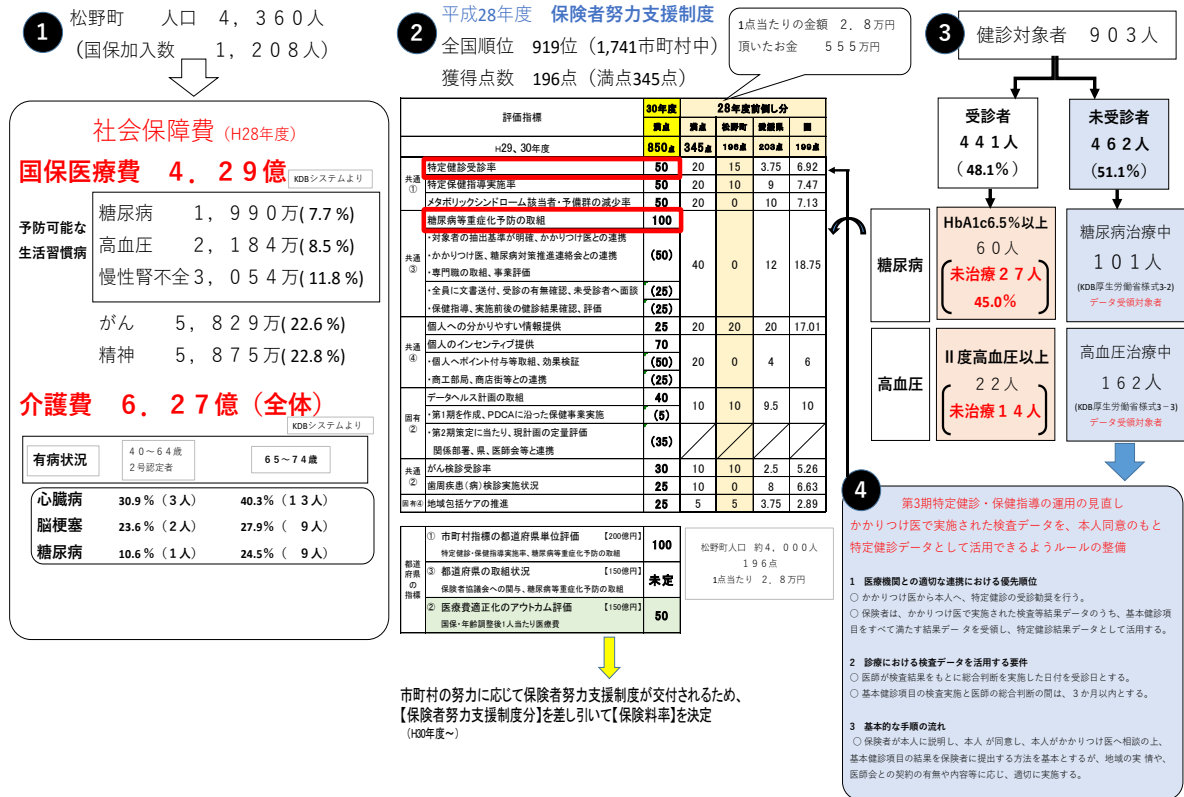
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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町民へ周知していきます。

（図表40・41）

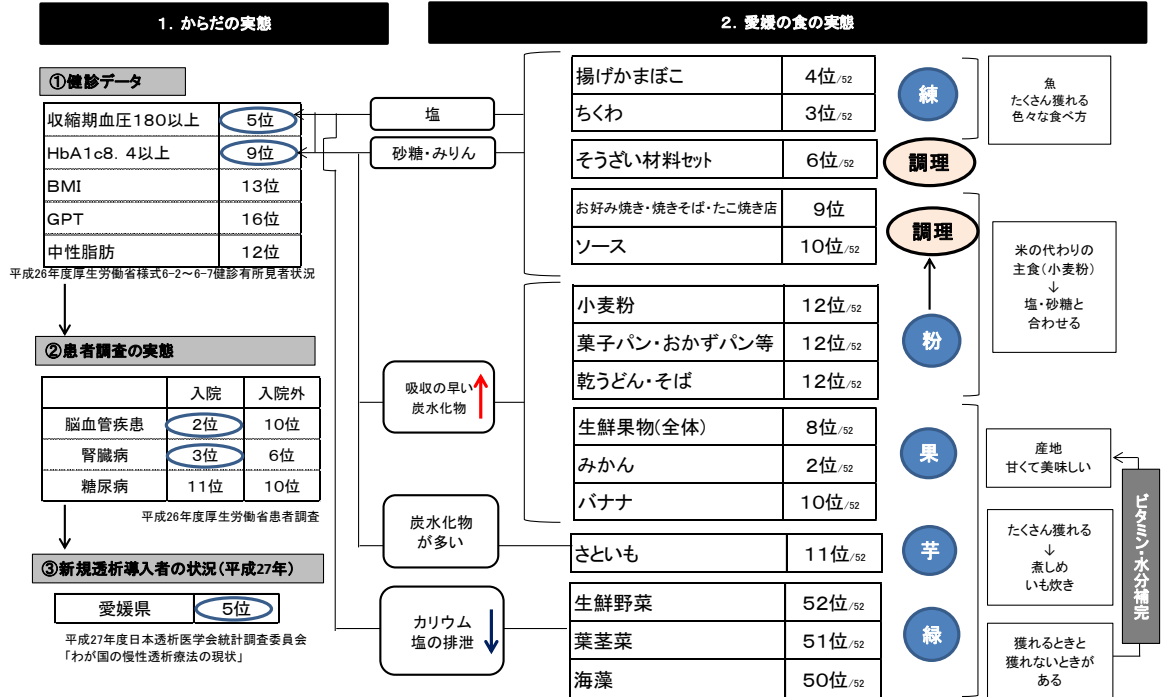
【図表 40】

保険者努力支援制度の視点で、松野町の社会保障費と予防・健康管理をみる



【図表 41】

愛媛県の健診結果と生活を科学的に解明する



【資料】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

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ました。

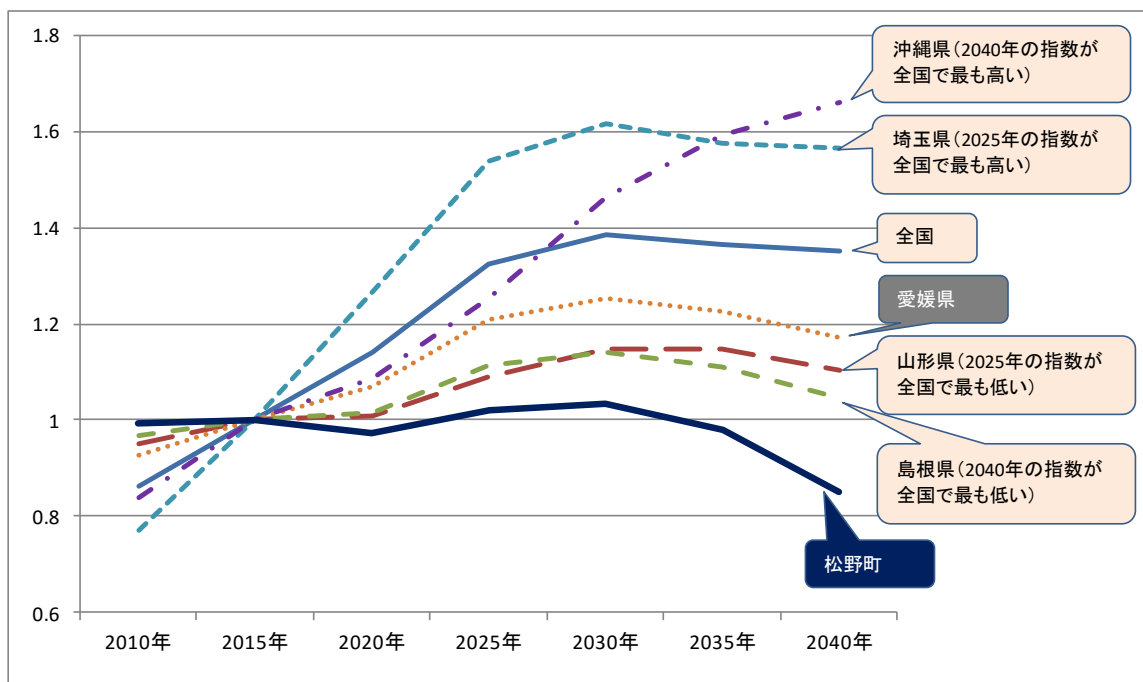
要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、重症化予防を推進することが、要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。住み慣れた地域でいつまでも暮らすためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえてKDB・レセプトデータを活用した、ハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する必要があります。これは、第4章の重症化予防の取組そのものが、介護予防につながると考える事ができます。

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ます。（図表42）

75歳以上人口の将来推計

【図表 42】

（2015年の人口を1.0としたときの指数）



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

松野町国民健康保険では、被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が半数であり、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も、過半数を超えています。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、国保にとっても町にとっても非常に重要であると考えます。

高齢期は、健康状態などの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ります。かかりつけ医や薬剤師、介護支援専門員（ケアマネージャー）、ホームヘルパー等、地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや、情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながると考えます。

（参考資料１０）



「平成29年度作製 松野町ウォーキングマップ」

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（2020）年度に、進捗確認のための中間評価を行います。また、計画の最終年度の平成35（2023）年度においては、次期の計画策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

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ます。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・ システムを整えているか）	・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、国保データベースシステム（KDB）に、健診・医療・介護の情報が収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等の確認は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が、定期的に行います。

また、国への実績報告後の、特定健診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します。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します。

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		中間評価値		最終評価値		現状値の把握方法		
				平成28年度 (2016年)	平成29年度 (2017年)	平成30年度 (2018年)	平成31年度 (2019年)	平成32年度 (2020年)	平成33年度 (2021年)		平成34年度 (2022年)	平成35年度 (2023年)
特定保健計画	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	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	48.8%	50.0%	50.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	50.0%	50.0%	50.0%	52.0%	55.0%	57.0%	57.0%		60.0%
データヘルス計画	中長期	・メタボリックシンドローム、予備群は男性が多い ・非肥満高血糖者が、県・同規模・全国に比べて多い	特定保健指導対象者の減少率25%	16.5%			20.0%			25.0%	KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	3.9%			3.8%			3.7%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	1.5%			1.4%			1.4%		
			糖尿病性腎症による透析導入者を出さない	0人			0人			0人		
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	16.5%			15.0%			25.0%		
	短期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の高血圧者の割合減少5%（160/100以上）	5.0%			4.9%			4.7%	KDBシステム
				健診受診者の脂質異常者の割合減少5%（LDL140以上）	20.9%			20.0%			19.5%	
				健診受診者の糖尿病者の割合減少5%（HbA1c6.5以上）	11.3%			11.0%			10.7%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%				25.0%			50.0%	
				糖尿病の保健指導を実施した割合10%以上				5.0%			10.0%	
保険者努力支援制度		自分の健康づくりに関心を持ち、運動する住民が増える がんの早期発見、早期治療へつながるよう、がん検診受診率の増加	ウォーキングマップの利用者		0.0%		5.0%			10.0%	森の国まつの健康づくり計画	
			がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	14.9%			30.0%	40.0%		40.0%		
			肺がん検診 40%以上	39.4%			40.0%	40.0%		40.0%		
			大腸がん検診 40%以上	31.0%			40.0%	40.0%		40.0%		
			子宮頸がん検診 50%以上	31.8%			45.0%	50.0%		50.0%		
			乳がん検診 50%以上	48.7%			50.0%	50.0%		50.0%		
			後発医薬品の使用割合80%以上	74.8%			75.0%			80.0%		厚生労働省公表結果

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得るべきものとすることが重要であり、このため、国の指針において公表するものとされています。

具体的な方策としては、松野町ホームページ等で周知していきます。

これらの公表等に当たっては、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を検討していきます。

2 個人情報の取扱い

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、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ます。

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松野町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 平成 29 年度に向けての全体評価

参考資料 11 平成 29 年度の取組と課題整理

【参考資料1】

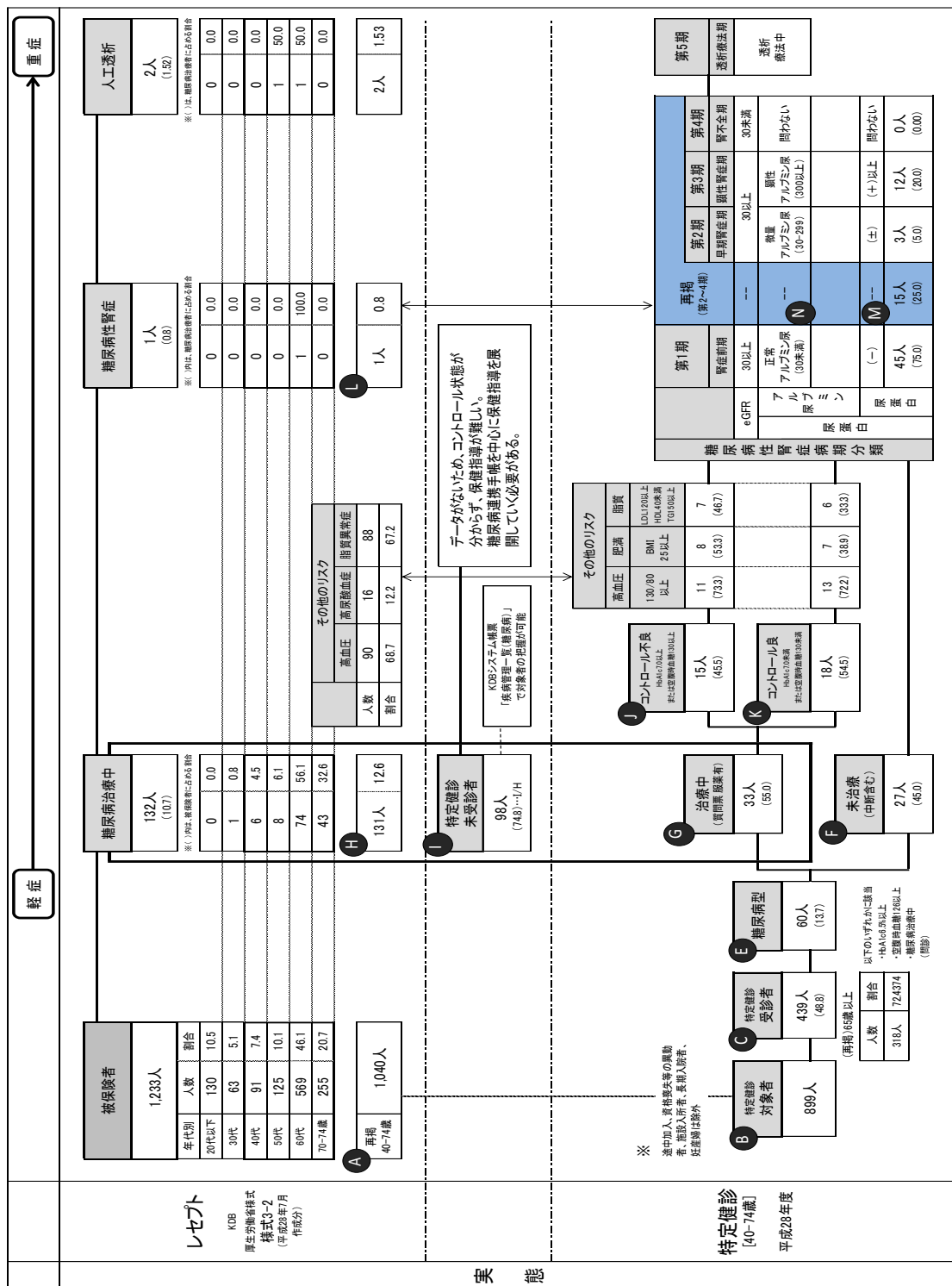
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた松野町の位置

同規模区分

8

項目				平成25年		平成28年		平成28年						データ元 (CSV)	
				松野町		松野町		同規模平均		県		国			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	4,360		4,360		712,964		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）	1,632	37.4	1,632	37.4	250,396	35.1	377,802	26.8	29,020,766	23.2		
			75歳以上	963	22.1	963	22.1			200,272	14.2	13,989,864	11.2		
			65～74歳	669	15.3	669	15.3			177,530	12.6	15,030,902	12.0		
			40～64歳	1,512	34.7	1,512	34.7			481,791	34.1	42,411,922	34.0		
		39歳以下	1,216	27.9	1,216	27.9			552,464	39.1	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	22.5		22.5		22.7		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	18.2		18.2		21.7		24.5		25.2			
			第3次産業	59.3		59.3		55.6		67.2		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.2		79.2		79.4		79.1		79.6		KDB_No.1 地域全体像の把握	
			女性	86.6		86.6		86.5		86.5		86.4			
	④	健康寿命	男性	64.8		64.8		65.1		64.8		65.2		KDB_No.1 地域全体像の把握	
			女性	66.6		66.5		66.7		66.8		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	103.0		102.5		102.6		101.4		100		KDB_No.1 地域全体像の把握	
				101.0		99.2		98.2		98.3		100			
			死因	がん	22	47.8	20	51.3	2,874	44.3	4,526	44.5	367,905		49.6
				心臓病	10	21.7	10	25.6	1,917	29.6	3,331	32.7	196,768		26.5
				脳疾患	10	21.7	6	15.4	1,158	17.9	1,494	14.7	114,122		15.4
				糖尿病	0	0.0	0	0.0	115	1.8	177	1.7	13,658		1.8
				腎不全	2	4.3	0	0.0	231	3.6	363	3.6	24,763		3.3
	自殺	2	4.3	3	7.7	187	2.9	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	8	0.29	7	0.30			1,677	0.18	139,644	0.15	（死亡数）H28厚労省HP 人口動態調査/H25年度 県保健統計年報 （人口）国勢調査H22、 25	
			男性	5	0.36	4	0.34			1,116	0.24	91,123	0.20		
			女性	3	0.22	3	0.26			561	0.12	45,821	0.10		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	410	24.5	439	26.4	49,932	20.0	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	11	0.4	8	0.4	781	0.3	1,353	0.3	105,654	0.3	
2号認定者				9	0.6	9	0.7	856	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4		
②		有病状況	糖尿病	63	15.8	68	16.0	10,568	20.4	22,683	24.0	1,343,240	21.9		
			高血圧症	220	53.0	227	49.3	28,302	55.0	51,089	54.3	3,085,109	50.5		
			脂質異常症	112	25.6	128	28.5	14,020	27.1	33,827	35.9	1,733,323	28.2		
			心臓病	252	59.9	258	56.8	31,852	62.1	58,804	62.6	3,511,354	57.5		
			脳疾患	112	27.6	106	23.5	13,312	26.3	28,016	30.1	1,530,506	25.3		
			がん	27	5.9	30	6.2	4,845	9.3	10,077	10.5	629,053	10.1		
			筋・骨格	247	58.1	256	57.5	28,251	55.0	54,397	57.9	3,051,816	49.9		
			精神	153	37.7	160	35.6	19,059	36.9	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）	60,121		63,386		73,702		58,101		58,349			
			居宅サービス	46,271		48,497		39,646		41,454		39,683			
	施設サービス		270,606		264,983		273,946		281,013		281,115				
④	医療費等	要介護認定別	6,741		6,247		8,522		7,610		7,980				
		医療費（40歳以上）	3,529		3,655		4,226		3,843		3,822				
4	①	国保の状況	被保険者数	1,318		1,208		198,796		345,255		32,587,223		KDB_No.1 地域全体像の把握 KDB_No.5 被保険者の状況	
			65～74歳	538	40.8	604	50.0			153,125	44.4	12,462,053	38.2		
			40～64歳	550	41.7	400	33.1			113,367	32.8	10,946,693	33.6		
			39歳以下	230	17.5	204	16.9			78,763	22.8	9,178,477	28.2		
			加入率	30.2		27.7		28.1		24.5		26.9			
	②	医療の概況 （人口千対）	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	143	0.4	8,255	0.3		
			診療所数	6	4.6	6	5.0	621	3.1	1,247	3.6	96,727	3.0		
			病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	22,579	65.4	1,524,378	46.8		
			医師数	2	1.5	2	1.7	541	2.7	3,679	10.7	299,792	9.2		
			外来患者数	720.5		693.1		652.4		724.7		668.3			
			入院患者数	24.2		26.2		23.7		23.9		18.2			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	27,347	県内14位 同規模82位	29,232	県内9位 同規模90位	26,819		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	744,741		719,23		676,093		748,511		686,501			
外 費用の割合			59.1		57.2		55.3		57.0		60.1				
来 件数の割合			96.7		96.4		96.5		96.8		97.4				
入 費用の割合			40.9		42.8		44.7		43.0		39.9				
院 件数の割合			3.3		3.6		3.5		3.2		2.6				
1件あたり在院日数			17.2日		18.2日		16.3日		16.8日		15.6日				
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源疾患名（調別含む）	がん	55,622,380	21.2	58,292,360	22.6	24.1		24.1		25.6		KDB_No.3 健診・医療・介護データ からみる地域		
		慢性腎不全（透析あり）	15,728,890	6.0	30,536,220	11.8	7.9		9.6		9.7				
		糖尿病	22,604,260	8.6	19,906,470	7.7	10.1		9.3		9.7				
		高血圧症	32,712,260	12.5	21,844,890	8.5	9.4		7.9		8.6				
		精神	62,891,600	23.9	58,746,410	22.8	18.6		19.0		16.9				
		筋・骨格	25,275,820	9.6	30,478,350	11.8	16.4		16.1		15.2				

【資料】KDBシステム



【参考資料3】

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

【参考資料4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H	年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること			他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人				
	④健診未受診者 ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因		
	結果把握(内訳)		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認		
	①国保(生保) ()人		●合併症 ●脳・心疾患→手術 ●人工透析 ●がん		
	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		3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- 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				
⑤結果把握 ()人		4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続			
①HbA1cが悪化している ()人					
②例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人					
*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 (一) ()人					
(±) ()人					
(+) ~顕性腎症 ()人		----- 栄養士中心			
③eGFR値の変化					
1年で25%以上低下 ()人		----- 腎専門医			
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

【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

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価					同規模 区分	8	都道 府県	愛媛県	市町村名		松野町		
項目				突 合 表	保険者						データ基		
					平成28年度		平成29年度		平成30年度			同規模保険者(平均)	
					実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合
1	①	被保険者数		A	1,233人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳			1,040人								
2	①	対象者数		B	899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	439人								
	③	受診率			48.8%								
3	①	対象者数			56人								
	②	実施率			50.0%								
4	①	健診 データ		糖尿病型	E	60人	13.7%					特定健診結果	
	②			未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	27人	45.0%						
	③			治療中(質問票 服薬あり)	G	33人	55.0%						
	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	15人	45.5%						
	⑤					血圧 130/80以上	11人	73.3%					
	⑥					肥満 BMI25以上	8人	53.3%					
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	54.5%						
	⑧			第1期	尿蛋白(ー)	M	45人	75.0%					
	⑨			第2期	尿蛋白(±)		3人	5.0%					
	⑩			第3期	尿蛋白(+)以上		12人	20.0%					
	⑪	第4期	eGFR30未満	0人	0.0%								
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)			107.1人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)			126.0人								
	③	レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者対	入院外(件数)		610件	(607.6)				472件	(757.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院(件数)		7件	(7.0)				4件	(5.9)		
	⑤	糖尿病治療中			H	132人	10.7%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳				131人	12.6%						
	⑦	健診未受診者			I	98人	74.8%						
	⑧	インスリン治療			O	13人	9.8%						
	⑨	(再掲)40-74歳				13人	9.9%						
	⑩	糖尿病性腎症			L	1人	0.8%						
	⑪	(再掲)40-74歳				1人	0.8%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)				2人	1.52%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑬	(再掲)40-74歳			2人	1.53%							
	⑭	新規透析患者数			1人	0.80%							
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			1人	0.80%							
	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)			7人	3.6%							
6	①	総医療費			4億2988万円				2億6643万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
	②	生活習慣病総医療費			2億5773万円				1億5157万円				
	③	(総医療費に占める割合)			60.0%				56.9%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	8,992円				7,804円					
	健診未受診者		33,879円				35,289円						
	⑤	糖尿病医療費			1991万円				1525万円				
	⑥	(生活習慣病総医療費に占める割合)			7.7%				10.1%				
	⑦	糖尿病入院外総医療費			6586万円								
	⑧	1件あたり			37,423円								
	⑨	糖尿病入院総医療費			3588万円								
	⑩	1件あたり			460,052円								
	⑪	在院日数			16日								
	⑫	慢性腎不全医療費			3396万円				1315万円				
	⑬	透析有り			3054万円				1198万円				
	⑭	透析なし			343万円				116万円				
7	①	介護給付費			6億2670万円				3億1478万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症			0件	0.0%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%			0人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

【資料】 KDBシステム

[illegible]

「命案十餘」

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
①	心電図	心電図所見なし	☐ S T 変化 ☐ その他所見	⑤ 重症化予防対象者			
②	問診	☐ 自覚症状なし ☐ 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 ☐ 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 ☐ 喫煙	☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 顎や肩、歯へ放散する痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者			
③	健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者		
		判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
④	メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男 85～ 女 90～			
		☐ BMI	～24.9	25～			
		☐ 中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
			食後	～199	200～		
		☐ nonHDL-C	～149	150～169	170～		
		☐ AST	～30	31～50	51～		
		☐ 血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比
			食後	～139	140～199	200～	
		☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
		☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～		
☐ 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	☐ 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④	☐ LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
e G F R			60未満				
尿蛋白		(-)	(+) ～				
☐ C K D重症度分類			G3aA1～				
その他		☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24				⑤ 重症化予防対象者	

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

健康 番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	記号	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	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
												治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度 番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	H26年度					H27年度					H28年度				
												健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考

平成29年度に向けての全体評価

平成28年度課題	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①やってきた実践事項を振り返ってみる(プロセス)	②アウトプット(事業実施量)	③アウトカム(結果)	④ストラクチャー(構造)	
【目標】 特定健診受診率 平成28年度 58% 特定保健指導実施率 平成28年度 55% 【未受診者対策】 ・健診対象者が減少していく中で、1人の持つ割合が大きくなってきている。 ・40代へのアプローチ	【未受診者対策】 ・問診票送付を、「対象者全員」→「過去3年受診者」へ変更してきた。段階を経ながら、申込み制へと方向転換している。 ・新規40歳への個別通知(肝炎ウイルス・各がん検診も合わせて) ・職場健診受診者の把握 ・未受診者への個別健診通知(訪問)	【未受診者対策】 ・新規40歳に通知(8名) ・職場健診等アンケート受領数(5名) ・未受診者へ受診勧奨可能な範囲で訪問(個別健診通知82名)	【未受診者対策】 ・特定健診受診率 48.8% ・個別健診受診状況 診療所での受診ができるようになったため、個別健診受診者数は増加(約1.2%増加)	【地区業務分担制】 保健部門の保健師が2名となり、管理栄養士が健診を担当し、母子を含めて最低限の保健事業を進めていくだけで、精一杯の体制であった。 【事務の複雑化】 保健事業に伴う事務も各々持っている。 【時間内訪問の限界】 業務時間内での訪問に会えない人も多く、夜間の連絡になることも多い。 【業務全体の見直し】 今後の活動に向けて、それぞれの業務を見直し、改善できる箇所はないか積極的に意見を出す。	【全体】 ・今後の退職者を見据えながら、計画的に保健師・管理栄養士を採用、育成の必要性。 【業務全体の見直し】 ・健診受付時間短縮の検討、協議。システム化で、以前より健診時間が短縮されてきた) 【未受診者対策】 ・みなし健診の検討 ・医療機関への協力要請 【医療とのつながり】 ・町国保険診療所との定期的な連絡会の開催 【重症化予防対策】 ・特保のHbA1cの高値者への保健指導のあり方検討 ・事業実施にむけた、保健師・管理栄養士の体制と事業の整理
【医療とのつながり】 ・身近な診療所とでさえ、保健事業についての話し合い等が行われていない。 ・町国保険診療所での個別健診実施にむけての検討。	【医療とのつながり】 ・個別健診実施にむけての検討会や、スタッフ勉強会の開催 ・町国保険診療所で受診可能になることで、受診率向上への可能性	【医療とのつながり】 ・検討会や個別健診勉強会(2回)の開催。 ・保健部門がどんな業務をしているのか、また町の健康課題について、診療所と共通認識を持つ必要性を感じた。	【重症化予防対策】 ・次年度健診結果での改善 ・保健指導・受診勧奨後の受診状況 ・特定保健指導 実施率 50.0%		
【重症化予防対策】 保健師・管理栄養士が、同じ認識で保健指導をしていく。	【重症化予防対策】 ・健診結果が届いたら、地区担当保健師がチェックし、指導内容や優先順位をつける。 ・事前カンファレンスで共有し、事後カンファレンスで、情報共有をはかる。 ・他保険からの国保加入を考え、同じ住民という考えで、被扶養者への健診結果での保健指導は今後も継続。	【重症化予防対策】 ・健診結果報告会実施状況(14日間) 国保 297名 後期 257名 社保等 49名 来なければ訪問(135名)、またはコメント記入して郵送(108名)。 ・特定保健指導 管理栄養士を雇上げ、分担しながら、地区担当保健師とペアで実施。			

※各定義について
 (参考)国民健康保険中央会「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業(平成28年1月)」
 個別保健事業 事業評価シート(事業実施後)記入における留意点 より抜粋

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

平成29年度 課題	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①やってきた実践事項を振り返ってみる （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）	
【目標】 特定健診受診率 平成29年度 60% 特定保健指導実施率 平成29年度 60% 【未受診者対策】 健診対象者が1000人を切り、1人の持つ割合が大きくなっている。 ・新規40歳へのアプローチ 【全体】 受付時間短縮に向けて地域との協議	【未受診者対策】 問診票送付を、「対象者全員」→「過去3年受診者」→「受診希望者」へと段階を経ながら、申込み制へと方向転換している。 ↓ 受診者減少につながった。 ↓ 2月に実施する「受診希望調査」の周知徹底。回答での受診希望者にも、引き続き対応。 『継続事項』 ・新規40歳への個別通知 （肝炎ウイルス・各がん検診も合わせて） ・職場健診受診者の把握 ・未受診者への個別健診通知（訪問） 【重症化予防対策】 ・健診結果が届いたら、地区担当保健師がチェックし、指導内容や優先順位をつける。 ・事前カンファレンスで共有し、受診勧奨値を超えた方は経年表作成。 ・事後カンファレンスで、情報共有をはかる。 ・管理栄養士も後期を中心に健診結果を説明し、保健師が優先順位の高い人に時間をかけられるよう協力していく。 ・特定保健指導対象者HbA1c5.6%以上を対象にした、少人数での糖尿病予防教室の開催。	【未受診者対策】 新規40歳に2回通知 （8名中2名受診） 職場健診等データ把握 数7名 未受診者訪問・通知 （個別健診通知77名） 【全体】 地区の保健推進会で、受付時間短縮について説明・協議、承諾 【重症化予防対策】 ・健診結果報告会実施 状況（15日間） 国保 274名 後期 195名 社保等 46名 来なければ訪問（142名）、またはコメント記入して郵送（103名） ・特定保健指導 管理栄養士を雇上げ、 分担しながら実施 ・糖尿病予防教室 （3回1コース） 延べ参加人数14名 町診療所へ協力依頼	【未受診者対策】 特定健診受診率 個別健診受診状況 健診リポート率 【事務の複雑化】 保健事業に伴う事務も各々持っている。 【時間内訪問の限界】 ・業務時間内に会えない人も多く、夜間の連絡になることも多い。 ・休日での訪問は、理事者の承諾が必要で、むしろ過労状態を作ってしまうことにつながる。 【事業評価】 事業に対して、どの時期に何をどう評価するか、検討することを決めている。 【重症化予防対策】 ・事後管理の標準化 （受診確認・服薬・治療方針の確認など） ・糖尿病管理台帳の活用 ・コントロール不良者への対応 ・健診事後訪問の標準化 ・高血圧Ⅱ度以上 ・HbA1c7.0%以上 ・糖尿病予防教室 ・実施時期の検討 ・対象者の検討 ・健診結果改善の確認 ・医療機関との連携	【全体】 ・マンパワー不足 ・新任期保健師を育成しながらの活動が、今後も続くと思われる。 ・事業に対する評価手法の検討や評価時間の確保。 ・がん検診実施日程の整理を検討。 【未受診者対策】 ・みなし健診実施の検討（県内一斉） ・医療機関への協力要請 【重症化予防対策】 ・事後管理の標準化 （受診確認・服薬・治療方針の確認など） ・糖尿病管理台帳の活用 ・コントロール不良者への対応 ・健診事後訪問の標準化 ・高血圧Ⅱ度以上 ・HbA1c7.0%以上 ・糖尿病予防教室 ・実施時期の検討 ・対象者の検討 ・健診結果改善の確認 ・医療機関との連携	
【医療とのつながり】 町国保診療所との定期的な連絡会の開催	【医療とのつながり】 ・診療所と定期的に連絡会を持つことで、保健活動の様子や相談、協力要請等を行う。 ・医師会や近隣市町医療機関への訪問				【医療とのつながり】 ・定期的な連絡会の開催 ・糖尿病連携手帳の活用 ・町の健康課題の情報提供

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

発行年月 平成30年3月

発 行 松野町

編 集 松野町保健福祉課

〒798-2102

愛媛県北宇和郡松野町大字延野々1406番地4

TEL 0895-42-0708

FAX 0895-42-1550

E-mail m-hoken@town.matsuno.ehime.jp