



2. 現状分析と健康課題

健康実態・生活状況や医療費・健診等の分析を行い、邑南町の健康課題を抽出しました。

	現 状	記載 ページ	健康課題
生活 早期 予 防 習 慣	・運動習慣がある人の割合は県より多い。	12	○発症予防のため、 早期の生活改善 が必要
	・食習慣に問題がある人の割合が多い。 (週3回以上就寝前の夕食、週3回以上の夜食、毎日 飲酒など)	13	
	・40～50歳代の壮年期で健診受診率が低い。	35	
予 備 群	・肥満者の割合が県より多い。特に女性で急増。	10	○早期発見・予防のため、 健診受診者を増やす が必要
	・糖尿病予備群域の割合が全体の1/4、県より多い。 年々増加。	20	
	・メタボ該当者・予備群が増加。重複リスク者が7割ある。 重複が多いリスクは、脂質異常と高血圧。	40	
生活 習 慣 病	・1人あたり医療費は、近年県平均よりも低い。	14	○発症予防から重症化 予防までの 高血圧症・ 糖尿病対策 が必要
	・生活習慣病の医療費が総医療費全体の1/4。 (循環器系疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患)	15	
	・糖尿病が強く疑われる人(HbA1c6.5%以上)が年々増加。	20	
	・壮年期女性で糖尿病の割合が県より多い。	11	
	・基礎疾患の入院医療費は糖尿病が一番高く、増加。	18	
	・生活習慣病の医療費では高血圧が一番高い。 入院外医療費が高い。	17	
	・壮年期男性で高血圧の割合が多く、増加。	10	
	・Ⅱ-Ⅲ度高血圧者で未治療が2割弱ある。	21	
重 症 化 ・ 合 併 症	・脂質異常は患者数が多いが、医療費は糖尿病・高血 圧より低い。	16 17	 脳血管疾患・ 虚血性心疾患・ 人工透析の予防
	・健診受診者で、要治療だが未治療の人が3割弱ある。	41	
	・入院・1人あたり入院医療費は脳血管疾患群が一番高 い。	17	
	・血糖コントロール不良者(HbA1c7.0%以上)が増加。 ・糖尿病性合併症は1人あたり入院外医療費が高い。	20 17	
死 亡 要 介 護	・健診未受診者は、受診者より重症化疾患で1人あたり 医療費が2～8倍高い。	41	 健康寿命の延伸・ 医療費の抑制へ
	・脳血管疾患による死亡率は高くないが、 65歳までの要介護の原因疾患1位は脳卒中。 ・脳卒中の基礎疾患で最も多いのは、高血圧症。	8 62	

	・壮年期男性の虚血性心疾患死亡率が、県より高い。	9	
--	--------------------------	---	--

3. これまでの取り組み(第1期計画)の評価

○第1期データヘルス計画における施策と事業計画（Ⅲ～Ⅵより）

施策	取り組み
1.特定健診受診者を増やす取り組み	1.特定健診受診者を増やす取り組み
2.生活習慣病予防対策 3.ハイリスク者対策 4.医療機関と連携した生活習慣病予防	1.糖尿病対策 2.重複リスク者対策 3.高血圧対策 4.特定保健指導 5.脳血管疾患(脳梗塞再発予防対策) 6.COPD 対策
5.医療費削減の取り組み	1.受診行動適正化通知 2.健診異常値放置者受診勧奨 3.生活習慣病治療中断者受診勧奨 4.ジェネリック医薬品差額通知 5.薬物併用禁忌防止対策

第1期データヘルス計画では、1.特定健診受診者を増やす取り組み、2.生活習慣病予防対策、3.ハイリスク者対策、4.医療機関と連携した生活習慣病予防、5.医療費削減対策の5つの施策を掲げ、1次～3次予防まで切れ目のない取り組みとなるよう保健事業をすすめてきました。

特に重点的に取り組んできた特定健診受診者を増やす取り組み、糖尿病対策、ハイリスク者対策と、医療費削減の取り組みについて下記のとおり評価を行いました。

(1) 特定健診受診者を増やす取り組み

※第4章2(1)に記載しています。

(2) 生活習慣病予防対策

① 特定保健指導

※第4章2(2)に記載しています。

② 糖尿病対策

健康課題であった糖尿病対策に重点をおき、HbA1c 値区分をもとに対象者を絞って発症予防から重症化予防まで取り組んできました。

糖尿病の発症予防を目的として糖尿病教室を実施し、さらに糖尿病等の生活習慣病をリスク因子にもつ慢性腎臓病(CKD)を予防するための腎臓病予防教室にも取り組みました。

しかし、特定健診結果や医療費等分析の結果では、肥満者や糖尿病予備群域の割合の増加、さらに重症化による糖尿病性合併症群の医療費も増加している現状があり、引き続き早期からの糖尿病発症予防に、より一層力を入れて取り組む必要があると考えます。

また、脳血管疾患による入院医療費が最も高いことから、原因疾患となる高血圧症の発症予防から力を入れていく必要があると考えます。

○糖尿病教室・腎臓病教室

目的	糖尿病、慢性腎臓病(CKD)の発症を予防する。 血糖や血圧を管理し、重症化を予防する。			
目標	正しい知識を普及し、生活改善に取り組む意識づけをする。 生活目標を設定し、生活改善・継続につなげる。			
内容	<p>【糖尿病教室】</p> <p>○H27年度 <対象者> 健診結果でHbA1c6-6.4%(予備群域)であった方 1クールめ:H26年度人間ドック・個別健診結果より 2クールめ:H27年度集団健診結果より、フォロー教室:H25-27参加者 <回数> 4回×2クール、フォロー教室を4回 <方法> 生活改善に結びつくよう、専門職(保健師・管理栄養士・健康運動指導士・歯科衛生士)による健康教育、目標設定を実施 <参加者数> のべ人数149人、実人数66人</p> <p>○H28年度 <対象者> H28健診結果でHbA1c6-6.4%(予備群域)、HbA1c6.5%以上(治療域)の方 ただし、5、7月教室はH27年度健診結果より抽出 <回数> 教室6回(2か月に1回、うち3回は講演をセット) <方法> HbA1c6.5%以上を対象に加え、予防目的の講演会、重症化予防目的の教室を開催(専門医講演、管理栄養士講演、専門職の指導、調理実習) <参加者数> のべ人数134人、実人数92人</p> <p>○H29年度 <対象者> H29健診結果でHbA1c6-6.4%(予備群域)、HbA1c6.5%以上(治療域)の方 <回数> 教室4回、講演会2回(健診結果報告会後の9月からスタート) <方法> H28年度と同じ</p> <p>【腎臓病教室】</p> <p>○H27年度 集団健診項目にeGFR検査を追加し腎機能低下者の状況把握を実施 ○H28、29年度 腎臓病予防を広く啓発するため、腎臓病教室を実施 <対象者> 特定健診結果で、尿蛋白(+)以上またはeGFR60未満の腎機能低下者 <方法> 1回目 腎臓病専門医講演、2回目 管理栄養士講演 減塩啓発のためナトカリ計や減塩モニターで塩分摂取推定量を測定 血圧測定の実践のため血圧チャレンジ月間を実施 <参加者数> 実人数 H28年度47人、H29年度43人</p>			
アウト プット 評価	目標(平成29年度)	平成27年度	平成28年度	平成29年度
	糖尿病教室参加率 20%	14.4%	16.2%	10.5%
	糖尿病参加者 満足度 80%	—	参考になった 77.7% やや参考になった 14.6%	満足 72.6% やや満足 19.0%
	糖尿病参加者 HbA1c改善率 50%	—	31.3% (H27参加者)	—
	腎臓病参加者 満足度 80%	—	参考になった 90.5%	参考になった 97.4% やや参考になった 2.6%
	腎臓病参加者 理解度目標 80%	—	よく分かった 61.9% 少し分かった 26.2%	理解できた 68.4% 少し理解できた 31.6%

評価	<p>○糖尿病教室</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H28、29 年度は重症化予防を目的に HbA1c6.5%以上の方も対象に加えたが、教室のねらいや内容が絞りきれなかった。早期からの取り組みが健康課題であることから、発症予防の教室に見直す必要がある。 ・外部講師や調理実習を取り入れるなど工夫したが、参加率は目標に達しなかった。教室の満足度は目標に達したが、HbA1c 改善率は 31.3%と低く、今後より生活改善につなげる工夫が必要である。 <p>○腎臓病教室</p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加者は腎臓病や自分の腎の状態についてあまり理解されてなかったが、専門医の講演により理解され、専門医受診につながった方もあった。引き続き専門的な情報提供や啓発により、減塩などの生活改善や専門医受診につなげる必要がある。 ・減塩の動機づけとして塩分摂取量簡易測定器(減塩モニタ)を活用した減塩の取り組みを案内し、参加者の約 6 割の方に利用いただき減塩に取り組んでもらうことができた。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・発症予防の教室にシフトする ・生活改善につながる工夫

(3)ハイリスク者対策

ハイリスク者対策として、特にハイリスク者の個別支援と、医療機関との連携強化、重症化予防の体制づくりに取り組んできました。

個別支援では、糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎臓病(CKD)のハイリスク者に対して地区担当保健師が訪問等で受診勧奨や生活指導を行いました。主治医と連携して支援できるようケースカンファレンスを実施し、医療との連携強化を図っています。

また、生活習慣病予防・重症化予防の体制づくりでは、町内医療機関と生活習慣病対策実務者会・生活習慣病対策研修会・検討会を実施しました。

糖尿病性腎症による透析移行者は H28 年度に 1 人(他保険から国保に加入した人)、H29 年度に 0 人でしたが、透析者のうち糖尿病性腎症の割合が 33.3%で目標の 25%に達しませんでした。また、合併症のリスクが高まる HbA1c7%以上の方が増加傾向であることや、ハイリスク者の生活改善が難しいといった課題があり、引き続きハイリスク者対策に取り組む必要があります。

また、糖尿病性合併症・CKD 重症化予防や脳血管疾患発症を予防するためには、高血圧症の管理にも力を入れていく必要があると考えます。

目的	<p>ハイリスク者の重症化・人工透析への移行を予防する。</p> <p>医療機関と連携し、重症化予防の体制づくりを行う。</p>
目標	<p>ハイリスク者を受診、治療継続につなげる。</p> <p>保健指導を行い、ハイリスク者の生活改善・継続につなげる。</p> <p>ケースカンファレンスを行い、かかりつけ医と連携して個別支援する。</p> <p>保健医療連携、病診連携による生活習慣病予防・重症化予防の体制づくりを検討する。</p>
内容	<p>【個別支援】</p> <p>○糖尿病・糖尿病性腎症ハイリスク者</p> <p><対象者>特定健診結果で 69 歳以下の HbA1c7%以上の人 糖尿病性腎症第 2-4 期(疑含む)</p> <p><方法></p> <ol style="list-style-type: none"> ①ハイリスク者台帳の作成 ②地区担当保健師による訪問、状況把握・受診勧奨・生活指導の実施

	<p>糖尿病連携手帳の配布(血糖管理、眼科歯科専門医受診につなげる)</p> <p>③主治医からの診療情報提供書による栄養指導の実施(食生活改善必要者)</p> <p>④主治医とのケースカンファレンス</p> <p>○慢性腎臓病(CKD)ハイリスク者</p> <p><対象者>CKD 重症度分類で赤ステージのリスク者 (特定健診結果で eGFR<50、尿蛋白\geq(+)の方)</p> <p><方法></p> <p>①特定健診の結果から、CKD 重症度分類により対象者を抽出 H27、28 年度は集団健診結果の eGFR 値、島根大学健診結果の尿中アルブミン値、 H29 年度は特定健診結果の eGFR 値、尿蛋白で抽出</p> <p>②ハイリスク者台帳を作成し、状況把握と受診勧奨を実施</p> <p>③必要に応じてかかりつけ医と連携して専門医(腎臓内科)へつなぐ</p> <p>【医療との連携・体制づくり】</p> <p>○医療機関訪問</p> <p><保健事業の情報提供・協力依頼></p> <p>個別健診の受診勧奨、糖尿病連携手帳や診療情報提供書の活用について</p> <p><ハイリスク者のケースカンファレンス> H28 年度～</p> <p><意見交換> ハイリスク者の専門医紹介についてなど</p> <p>○生活習慣病対策実務者会</p> <p><公立邑智病院と取り組みの情報共有、協議、意見交換></p> <p>ハイリスク者の病診連携について(糖・腎の専門医的役割について)</p> <p>○生活習慣病対策検討会</p> <p><健康実態、保健事業の情報共有></p> <p><研修会(専門医等による講演)、意見交換></p> <p>生活習慣病予防・重症化予防の体制づくりにむけた内容で実施</p> <p>医療と保健の連携、歯科・眼科・専門医との病診連携</p> <p>糖尿病連携手帳・診療情報提供書の活用</p> <p>研修会は県央保健所との共催で実施</p>			
アウト プット 評価	目標(平成 29 年度)	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
	糖尿病個別支援の 実施率 100%	92.7%	92.2%	
	対象者の 糖尿病連携手帳所持率	—	26.6%	59.5%
	対象者の HbA1c 改善者率 50%	27.9% H28 健診結果より		
	診療情報提供書件数	1 件	5 件	8 件
	CKD ハイリスク者の 医療受診率 100%	—	88.2%	
アウトカム 評価	血糖コントロール不良者の割合 HbA1c7.4%以上 男性 2.7%、女性 0.7% HbA1c8.4%以上 男性 0.5%、女性 0%		男性 4.9%、女性 2.6% 男性 1.3%、女性 0.8%	
	糖尿病性腎症による透析移行者 0 人		1 人(H28 年 5 月)	0 人(H29 年 5 月)
	透析者のうち糖尿病性腎症者の割 25%以下		40%(H28 年 5 月)	33.3%(H29 年 5 月)

<p>評価</p>	<p>【個別支援】</p> <p>○糖尿病ハイリスク者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療期間が 10 年以上と長い人が約半数と多いため、全体的に改善意欲が低い人が多かった。HbA1c 値の改善者率をみても 27.9%と低く、ハイリスク者の生活改善の難しさがあり、より生活改善につながる指導が必要である。 ・糖尿病連携手帳の所持率は、H28 年度は低かったが、医療機関への依頼や保健事業で配布した結果、H29 年度 59.5%に増加した。引き続き、医療機関とともに手帳を配布活用し、眼科・歯科・専門医受診につながるよう促す必要がある。 ・診療情報提供書で主治医からの紹介による栄養指導は、H27 年度は 1 件であったが、医療機関への依頼や訪問時に患者本人へお勧めし、H29 年度は 8 件に増加した。必要者が栄養指導を受け生活改善につながるよう、引き続き診療情報提供書の活用をすすめる必要がある。 <p>○慢性腎臓病(CKD)ハイリスク者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CKD ハイリスク者のうち未治療者があり、専門医への受診勧奨が必要である。H28 年度ハイリスク者で受診が確認できたのは 88.2%にとどまったので、受診を徹底させる必要がある。 ・40・50 歳代の若い人もいるため、早期からの予防として減塩など生活改善、糖尿病・高血圧症のコントロールが必要である。 <p>【医療との連携・体制づくり】</p> <p>○医療機関訪問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・直接、かかりつけ医に保健事業への協力依頼や個別ケースの相談をすることで、保健事業への理解や協力があり、少しずつ医療機関との関係づくりができています。 ・H28 年度からケースカンファレンスを行い、患者の治療方針など情報共有できた。今後もかかりつけ医と連携して生活改善のための指導や支援を行うためには、ケースカンファレンスを継続する必要がある。 <p>○医療機関との会議(生活習慣病対策検討会等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健医療の連携、島根県糖尿病予防・管理指針に基づく診療、かかりつけ医・専門医の病診連携といった重症化予防の体制づくりにむけて検討してきたが、町内に専門医がないことなどから連携体制が整いにくい。公立邑智病院の中核的役割も含めて引き続き協議し検討していく必要がある。
<p>課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活改善につながる効果的な指導 ・糖尿病連携手帳や診療情報提供書による栄養指導の活用 ・CKD ハイリスク者の専門医受診と生活改善 ・重症化予防の体制づくり <p>島根県糖尿病予防・管理指針に基づく診療と医療連携(眼科、歯科、専門医、かかりつけ医)、公立邑智病院を核とする体制づくり</p>

(4) 医療費削減対策

目的	適切な受診と服薬を促し、医療費適正化を図り、医療費を抑制する。	
目標	1.受診回数が多い患者の状況把握を行い、今後の取り組みを検討する。 2.ジェネリック医薬品の利用を促進する。	
内容	1.受診行動適正化 重複多受診者に対して、適切な受診行動を促すための状況把握を行った。 2.ジェネリック医薬品利用促進 ジェネリック医薬品の利用について広報啓発を行い、処方された医薬品をジェネリック医薬品に変更した場合の差額について個別通知した。	
アウト プット 評価	目標値(平成 29 年度)	平成 27～29 年度
	重複受診者への通知率 100%	状況把握のみ実施
	ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)通知開始時(H25 年 5-12 月 53.0%)平均より5%向上 〈厚生労働省の示す目標〉 H32 年 9 月までに 80%以上	76.89%(H29 年 9 月診療確認分)
総合評価	<ul style="list-style-type: none"> 重複多受診者の対象者の状況把握に留まった。 ジェネリック医薬品普及率は目標達成しているので、引き続き厚生労働省が示す目標にむけて取り組む。 	

4. 目標の設定

第1期データヘルス計画を策定後、毎年年度末に保健事業の実施内容・達成状況についてまとめ、島根県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会による助言・支援をうけて評価見直しを行ってきました。これまでの取り組みの評価や健康課題を踏まえ、次のとおり短期目標・中長期目標を設定します。

対策	目的	短期目標(年度ごと)	中長期目標(平成35年度) ^{※1}
健診受診率向上対策 (詳細は第4章3に記載)	健診受診者を増やし、生活習慣病を予兆のうちに発見して発症を防ぐ。	<ul style="list-style-type: none"> ・40～50歳代の受診率を増やす ・継続受診者の割合を増やす 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率の増加 60%
生活習慣病予防対策 ・予備群対策	早期の生活改善によって発症を予防し、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性合併症への重症化を防ぐ。	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者・予備群者を減らす ・肥満者の割合を減らす ・高血圧者の割合を減らす ・糖尿病者の割合を減らす ・腎機能低下者の割合を減らす 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率の増加 76% ・特定保健指導対象者の減少率(H20年度基準として) 25% ・生活習慣病の有病率の減少(年齢調整、40～64歳) 肥満者 男 26.1% 女 23.0% 高血圧症 男 34.3% 女 22.8% 糖尿病 男 7.3% 女 5.1% 脂質異常症 男 33.5% 女 32.5%
ハイリスク者対策	生活習慣病の重症化を防ぎ、脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析など重症化疾患の発症を防ぐ。医療機関と連携して、ハイリスク者の重症化を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> ・要治療者の未治療者を減らす ・血糖コントロール不良者を減らす ・高血圧ハイリスク者を減らす ・慢性腎臓病(CKD)ハイリスク者の受診率を増やす ・糖尿病性合併症者を増やさない 	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロール不良者の減少^{※2} HbA1c7%以上 4.3% ・脳血管疾患の死亡率の減少(年齢調整、人口10万人対) (全年齢) 男 36.2、女 16.4 (壮年期) 男 4.9、女 2.0 ・虚血性心疾患の死亡率の減少(年齢調整、人口10万人対) (全年齢) 男 21.9、女 7.1 (壮年期) 男 19.1、女 0.0 ・人工透析新規導入者 0人 ・透析者のうち、糖尿病性腎症の減少 25%
医療費適正化対策	ジェネリック医薬品の普及啓発を図るとともに、重複服薬者に適切な受診を促し、医療費を適正化する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品の差額通知を送付する ・重複服薬者の状況を把握する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品の普及率(数量シェア) 80% ・重複服薬者の減少

※1 中長期目標(平成35年度)： 邑南町健康増進計画(後期計画)における数値を設定しています。

※2 血糖コントロール不良者の割合： 合併症予防のための目標値である7%を評価指標としています。目標値は県健康増進計画の目標に準じて、現状値(H28年度)6.2%の3割減で設定しています。