四国中央市国民健康保険

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

平成 30 年 3 月

目次

P

第1章　保険事業実施計画(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 2

3. 計画期間 5

4. 関係者が果たすべき役割と連携 5

5. 保険者努力支援制度 7

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 8

1. 第1期計画に係る評価及び考察 8

2. 第2期計画における健康課題の明確化 14

第3章　第3期特定健康診査等実施計画 21

1. 第3期特定健康診査等実施計画について 21

2. 目標値の設定 21

3. 対象者の見込み 21

4. 特定健診の実施 21

5. 特定保健指導の実施 23

6. 個人情報の保護 26

7. 結果の報告 26

8. 特定健康診査等実施計画の公表･周知 26

第4章　保健事業の内容 27

Ⅰ　保健事業の方向性 27

Ⅱ　重症化予防の取組 27

Ⅲ　ポピュレーションアプローチ 43

P

第5章　地域包括ケアに係る取組 44

第6章　計画の評価･見直し 46
1. 評価の時期 46
2. 評価方法･体制 46
3. 目標管理一覧 47

第7章　計画の公表･周知及び個人情報の取り扱い 48
1. 計画の公表･周知 48
2. 個人情報の取扱い 48

参考資料 49
参考資料1　様式6-1　国･県･同規模平均と比べてみた四国中央市の位置 50
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 52
参考資料3　糖尿病管理台帳 53
参考資料4　糖尿病管理台帳からの年次計画 53
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 54
参考資料6　虚血性心疾患予防をどのように考えていくか 55
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 56
参考資料8　データヘルス計画第1期の評価と平成29年度進捗状況 57
参考資料9　平成30年度に向けての全体評価 58

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

１．背景・目的

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

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

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、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。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

四国中央市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

２．計画の位置付け

四国中央市では、国指針に基づき、平成 28 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の実施期限を迎え、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。

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）

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

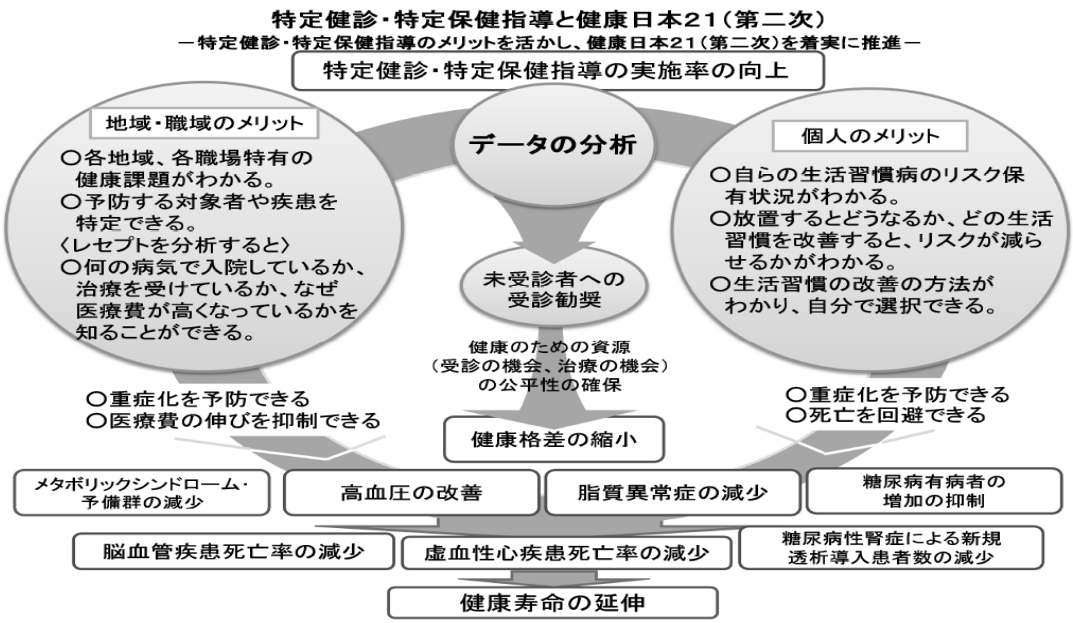
※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

		「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29年8月 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　保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省、老健局 平成29年6月 「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」	厚生労働省　保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本方針【全部改正】	厚生労働省　医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定　平成25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7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図る**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、**社会保障制度が維持可能**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に**生活習慣病の予防対策**を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには**重症化や合併症の発症を抑え**、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、的確に抽出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、**保険者**がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 **被保険者の健康の保持増進**により、**医療費の適正化**及び保険者の**財政基盤**強化が図られること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支援状態になることの予防なたは、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**していくため、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にしていくとともに、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、青壮年期）に応じて、高齢期	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・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 COPD（慢性閉塞性肺疾患） 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 COPD（慢性閉塞性肺疾患） 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、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、間接リウマチ、変形性関節症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 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　特定健診の関係する項目15項 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血糖コントロール指標におけるコント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適切な料と質の食事をとるものの増加 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成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量を飲酒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 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度分】を減額し、保険料率を決定	健診・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	○医療費適正化の取組 外来 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 疾病機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実情に応じて設定）
その他		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画策定支援			保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携	

【図表１】

【図表 2】

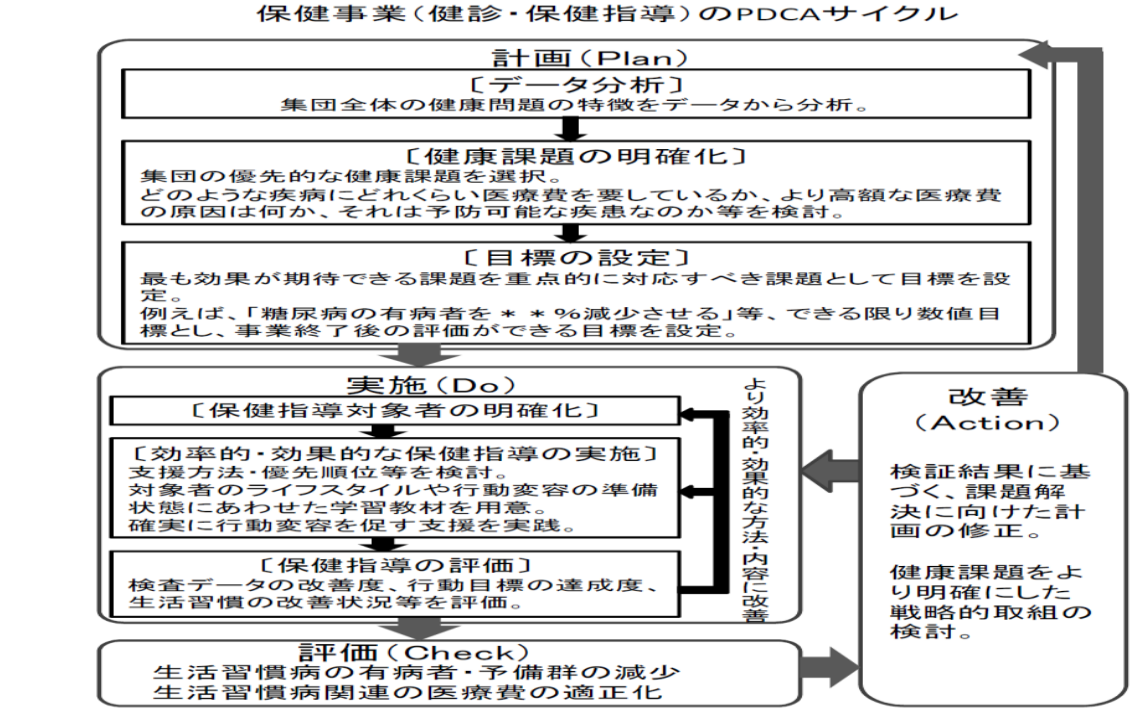
図１



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】

図３



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

３．計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第４の５において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とする。

４.関係者が果たすべき役割と連携

１）実施主体関係部局の役割

四国中央市においては、国民健康保険担当課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健衛生担当部局の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

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

２）外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、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と考えられ、健診データやレセプトデータ等による課題抽出や保事業実施後の評価分析などの技術支援、保険者等の職員向け研修の充実、そして支援・評価委員の幅広い専門的知見の支援・提供など期待される。

一方、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が、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要であると考えられ、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、日頃から両者が積極的に連携に努めることを期待する。

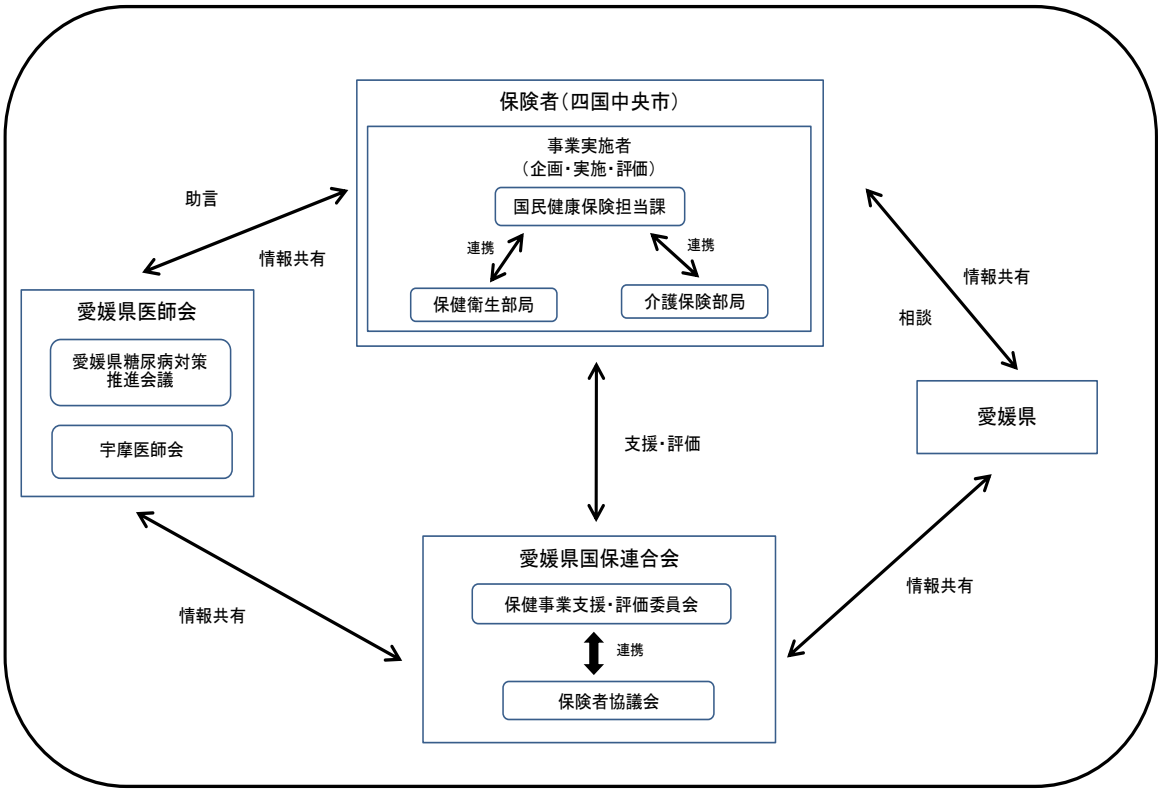
さらに、保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用であると考えられる。

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。

【図表4】

四国中央市の実施体制図



５． 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表 5)

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		275	580	850	850
交付額(万円)		870			
総得点(体制構築加点含む)		196			
全国順位(1,741市市町村中)		919			
共通①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	5			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通③	糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有②	データヘルス計画の策定	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人へのｲﾝｾﾝﾃｨﾌﾞ提供	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	10			100
固有③	医療費通知の取組の取組の実施状況	10			25
固有④	地域包括ケア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	70	60	60

第２章　第１期計画に係る評価及び考察と第２期計画における健康課題の明確化

１．第１期計画に係る評価及び考察

１）第１期計画に係る評価

（１）全体の経年変化

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65 歳未満）の割合はやや減少している。死因別に見ると、がん・糖尿病による死亡割合は増加しており、心臓病・脳疾患・腎不全・自殺は減少している。特に、腎不全・自殺による死亡は半分以下となっている。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率は上昇しているが、40～64 歳の 2 号認定率は横ばい、1 件当たりの介護給付費は維持している。しかし、生活習慣病の基礎疾患をはじめとする有病状況割合は増加傾向にある。

また、医療費に占める入院・外来の費用や件数の割合についてはあまり変化が見られず、受診率や 1 件当たりの在院日数は減少しているにも関わらず、一人当たりの医療費は増加していることがわかった。

国保の被保険者数は減少しているものの、高齢化率の増加、高額薬品の影響、1 件当たりの入院費用額が上がっているため、重症化していると推測される。

特定健診については受診率は増加しているが、県内では下位に位置するため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料 1）

（２）中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表 6）

> 介護給付の変化について、平成 28 年度の 1 人当たり介護給付費は維持できているが、介護給付費は増加している。これは、高齢化率および認定率の上昇に伴う自然増と考えられる。

介護給付費の変化　　【図表 6】

年度	保険者				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H25年度	79億6,854万円	57,878	39,035	289,392	63,212	40,782	284,377
H28年度	89億4,561万円	57,513	40,126	278,502	61,245	40,247	278,147

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、№4「市町村別データ」

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、総医療費の減少は被保険者の減少にも影響があると推測されるが、一人当たり医療費は入院・外来共に増加しているため、疾患が重症化していると思われる。

医療費の変化 【図表 7】

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	
				四国中央市	同規模			四国中央市	同規模			四国中央市	同規模
1.総医療費【円】	平成25年度	7,762,462,790				3,614,151,540				4,148,311,250			
	平成28年度	7,371,880,400	-390,582,390	-5.03	-3.31	3,440,963,350	-173,188,190	-4.79	-3.55	3,930,917,050	-217,394,200	-5.24	-3.14
2.一人当たり医療費【円】	平成25年度	30,939				14,410				16,530			
	平成28年度	32,314	1,375	4.44	8.60	15,080	670	4.65	7.88	17,230	700	4.23	9.05

※各年度累計

※ＫＤＢの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、No.4「市町村別データ」

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計は減少している。疾患別にみると、慢性腎不全（透析有)、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの、慢性腎不全(透析無)、 脳血管疾患に係る費用が増加していることがわかった。また、中長期目標疾患に共通する高血圧・脂質異常症に係る費用については、国・県と比較すると低くなっている。

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 8】

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	四国中央市	7,762,462,790	30,939	8位	3位	6.16%	0.24%	2.55%	2.31%	5.81%	5.74%	2.53%	1,967,113,300	25.34%	12.56%	11.90%	10.46%
	H28		7,371,880,400	32,314	11位	2位	5.61%	0.38%	2.64%	2.25%	5.80%	4.38%	2.42%	1,731,726,950	23.49%	14.09%	11.42%	10.14%
	H28	愛媛県	124,305,820,820	26,749	--	--	5.70%	0.40%	3.13%	2.63%	5.34%	5.89%	2.99%	32,417,933,850	26.08%	12.44%	11.10%	9.47%
		国	9,715,899,908,610	22,383	--	--	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,480,578,622,250	25.53%	12.54%	9.39%	8.41%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム:健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の治療状況をみると、３疾患共に割合の増減は小さいが、いずれの疾患においても糖尿病有病率が高くなっている。また、虚血性心疾患・脳血管疾患は高血圧・糖尿病・脂質異常症を重ね持っている割合が高く、人工透析は高血圧と糖尿病の割合が高い。

このことから、これら３疾患を減少させるためには、メタボリックシンドローム、糖尿病の有病率を減少させることが重要である。

【図表 9】

厚労省様式 様式3－5			長期的な目標						短期的な目標					
			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	
		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	20,999	1,203	5.7%	234	19.5%	45	3.7%	931	77.4%	479	39.8%	817	67.9%
	64歳以下	12,461	296	2.4%	51	17.2%	24	8.1%	206	69.6%	114	38.5%	188	63.5%
	65歳以上	8,538	907	10.6%	183	20.2%	21	2.3%	725	79.9%	365	40.2%	629	69.3%
H28	全体	19,515	1,097	5.6%	191	17.4%	50	4.6%	847	77.2%	473	43.1%	754	68.7%
	64歳以下	9,908	242	2.4%	34	14.0%	24	9.9%	178	73.6%	106	43.8%	160	66.1%
	65歳以上	9,607	855	8.9%	157	18.4%	26	3.0%	669	78.2%	367	42.9%	594	69.5%

厚労省様式 様式3－6			長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		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
H25	全体	20,999	807	3.8%	234	29.0%	15	1.9%	626	77.6%	310	38.4%	528	65.4%
	64歳以下	12,461	218	1.7%	51	23.4%	8	3.7%	162	74.3%	70	32.1%	124	56.9%
	65歳以上	8,538	589	6.9%	183	31.1%	7	1.2%	464	78.8%	240	40.7%	404	68.6%
H28	全体	19,515	766	3.9%	191	24.9%	13	1.7%	588	76.8%	343	44.8%	498	65.0%
	64歳以下	9,908	146	1.5%	34	23.3%	4	2.7%	109	74.7%	62	42.5%	90	61.6%
	65歳以上	9,607	620	6.5%	157	25.3%	9	1.5%	479	77.3%	281	45.3%	408	65.8%

厚労省様式 様式3－7			長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		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
H25	全体	20,999	89	0.4%	15	16.9%	45	50.6%	82	92.1%	47	52.8%	26	29.2%
	64歳以下	12,461	50	0.4%	8	16.0%	24	48.0%	48	96.0%	27	54.0%	16	32.0%
	65歳以上	8,538	39	0.5%	7	17.9%	21	53.8%	34	87.2%	20	51.3%	10	25.6%
H28	全体	19,515	82	0.4%	13	15.9%	50	61.0%	73	89.0%	45	54.9%	30	36.6%
	64歳以下	9,908	41	0.4%	4	9.8%	24	58.5%	38	92.7%	23	56.1%	15	36.6%
	65歳以上	9,607	41	0.4%	9	22.0%	26	63.4%	35	85.4%	22	53.7%	15	36.6%

（３）短期目標の達成状況

①共通リスク(様式３－２～３－４)（図表 10）

中長期目標疾患に共通するリスクである疾患の治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)においては、治療者は増加しているが、インスリン療法、人工透析者の割合はやや減少していることから、早期の受診により重症化が防止できたと推測される。

脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析を減少させるためにも、引き続き医療連携を図りながら受診勧奨、及び治療中断者やコントロール不良者の確認をしていく必要がある。

【図表 10】

厚労省様式			短期的な目標								中長期的な目標							
様式3－2			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	20,999	2,366	11.3%	254	10.7%	1,629	68.9%	1,626	68.7%	479	20.2%	310	13.1%	47	2.0%	118	5.0%
	64歳以下	12,461	777	6.2%	101	13.0%	480	61.8%	524	67.4%	114	14.7%	70	9.0%	27	3.5%	32	4.1%
	65歳以上	8,538	1,589	18.6%	153	9.6%	1,149	72.3%	1,102	69.4%	365	23.0%	240	15.1%	20	1.3%	86	5.4%
H28	全体	19,515	2,398	12.3%	230	9.6%	1,676	69.9%	1,641	68.4%	473	19.7%	343	14.3%	45	1.9%	82	3.4%
	64歳以下	9,908	588	5.9%	75	12.8%	375	63.8%	388	66.0%	106	18.0%	62	10.5%	23	3.9%	22	3.7%
	65歳以上	9,607	1,810	18.8%	155	8.6%	1,301	71.9%	1,253	69.2%	367	20.3%	281	15.5%	22	1.2%	60	3.3%

厚労省様式			短期的な目標						中長期的な目標					
様式3－3			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	20,999	4,925	23.5%	1,629	33.1%	2,892	58.7%	931	18.9%	626	12.7%	82	1.7%
	64歳以下	12,461	1,525	12.2%	480	31.5%	850	55.7%	206	13.5%	162	10.6%	48	3.1%
	65歳以上	8,538	3,400	39.8%	1,149	33.8%	2,042	60.1%	725	21.3%	464	13.6%	34	1.0%
H28	全体	19,515	4,674	24.0%	1,676	35.9%	2,751	58.9%	847	18.1%	588	12.6%	73	1.6%
	64歳以下	9,908	1,092	11.0%	375	34.3%	600	54.9%	178	16.3%	109	10.0%	38	3.5%
	65歳以上	9,607	3,582	37.3%	1,301	36.3	2,151	60.1%	669	18.7%	479	13.4%	35	1.0%

厚労省様式			短期的な目標						中長期的な目標					
様式3－4			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	20,999	4,184	19.9%	1,626	38.9%	2,892	69.1%	817	19.5%	528	12.6%	26	0.6%
	64歳以下	12,461	1,381	11.1%	524	37.9%	850	61.5%	188	13.6%	124	9.0%	16	1.2%
	65歳以上	8,538	2,803	32.8%	1,102	39.3%	2,042	72.9%	629	22.4%	404	14.4%	10	0.4%
H28	全体	19,515	3,931	20.1%	1,641	41.7%	2,751	70.0%	754	19.2%	498	12.7%	30	0.8%
	64歳以下	9,908	986	10.0%	388	39.4%	600	60.9%	160	16.2%	90	9.1%	15	1.5%
	65歳以上	9,607	2,945	30.7%	1,253	42.5%	2,151	73.0%	594	20.2%	408	13.9%	15	0.5%

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

経年変化を見ると、男女ともにHbA1c の有所見者が増加し、特に男性は多くの項目で増加している。特定健診受診率が向上しており、有所見者を見つけることができているとも考えられる。

そして、メタボリックシンドローム予備軍では男性が、該当者は男女共に増加している。リスクの重なりとしては、血圧が関与した割合が増加傾向にあり、血圧、血糖、脂質の 3 つのリスクの重なりがある者の割合も増加している。

【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（厚生労働省様式6-2～6-7）　KDB帳票No. 23「厚生労働省様式6-2～7」

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	443	30.8	699	48.7	436	30.4	295	20.5	127	8.8	130	9.1	661	46.0	327	22.8	797	55.5	384	26.7	766	53.3	24	1.7
	40-64	168	33.1	239	47.0	164	32.3	118	23.2	45	8.9	49	9.6	206	40.6	109	21.5	239	47.0	147	28.9	283	55.7	3	0.6
	65-74	275	29.6	460	49.6	272	29.3	177	19.1	82	8.8	81	8.7	455	49.0	218	23.5	558	60.1	237	25.5	483	52.0	21	2.3
H28	合計	616	33.2	975	52.6	536	28.9	344	18.6	205	11.1	96	5.2	1,001	54.0	364	19.6	1,044	56.3	529	28.5	921	49.7	33	1.8
	40-64	182	39.5	244	52.9	134	29.1	115	24.9	49	10.6	20	4.3	205	44.5	104	22.6	217	47.1	151	32.8	240	52.1	3	0.7
	65-74	434	31.2	731	52.5	402	28.9	229	16.4	156	11.2	76	5.5	796	57.1	260	18.7	827	59.4	378	27.1	681	48.9	30	2.2

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	468	23.6	349	17.6	378	19.0	172	8.7	47	2.4	89	4.5	954	48.0	56	2.8	981	49.4	324	16.3	1,255	63.2	3	0.2
	40-64	163	22.0	103	13.9	135	18.2	70	9.5	11	1.5	21	2.8	315	42.6	21	2.8	302	40.8	136	18.4	472	63.8	2	0.3
	65-74	305	24.5	246	19.7	243	19.5	102	8.2	36	2.9	68	5.5	639	51.3	35	2.8	679	54.5	188	15.1	783	62.8	1	0.1
H28	合計	565	23.8	468	19.7	449	18.9	193	8.1	55	2.3	64	2.7	1,298	54.8	53	2.2	1,243	52.4	398	16.8	1,440	60.8	5	0.2
	40-64	148	22.1	112	16.7	105	15.7	49	7.3	10	1.5	19	2.8	313	46.8	11	1.6	255	38.1	107	16.0	415	62.0	0	0.0
	65-74	417	24.5	356	20.9	344	20.2	144	8.5	45	2.6	45	2.6	985	57.9	42	2.5	988	58.1	291	17.1	1,025	60.3	5	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」

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
H25	合計	1,436	18.9	84	5.8%	241	16.8%	7	0.5%	172	12.0%	62	4.3%	374	26.0%	52	3.6%	20	1.4%	189	13.2%	113	7.9%
	40-64	508	15.1	37	7.3%	76	15.0%	0	0.0%	45	8.9%	31	6.1%	126	24.8%	14	2.8%	9	1.8%	68	13.4%	35	6.9%
	65-74	928	22.0	47	5.1%	165	17.8%	7	0.8%	127	13.7%	31	3.3%	248	26.7%	38	4.1%	11	1.2%	121	13.0%	78	8.4%
H28	合計	1,854	27.1	96	5.2%	337	18.2%	15	0.8%	260	14.0%	62	3.3%	542	29.2%	84	4.5%	26	1.4%	262	14.1%	170	9.2%
	40-64	461	18.0	39	8.5%	85	18.4%	4	0.9%	61	13.2%	20	4.3%	120	26.0%	16	3.5%	5	1.1%	48	10.4%	51	11.1%
	65-74	1,393	32.5	57	4.1%	252	18.1%	11	0.8%	199	14.3%	42	3.0%	422	30.3%	68	4.9%	21	1.5%	214	15.4%	119	8.5%

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
H25	合計	1,986	24.8	23	1.2%	147	7.4%	6	0.3%	110	5.5%	31	1.6%	179	9.0%	30	1.5%	6	0.3%	82	4.1%	61	3.1%
	40-64	740	22.1	11	1.5%	45	6.1%	3	0.4%	31	4.2%	11	1.5%	47	6.4%	13	1.8%	0	0.0%	18	2.4%	16	2.2%
	65-74	1,246	26.7	12	1.0%	102	8.2%	3	0.2%	79	6.3%	20	1.6%	132	10.6%	17	1.4%	6	0.5%	64	5.1%	45	3.6%
H28	合計	2,370	32.4	37	1.6%	147	6.2%	7	0.3%	122	5.1%	18	0.8%	284	12.0%	43	1.8%	8	0.3%	132	5.6%	101	4.3%
	40-64	669	26.5	14	2.1%	36	5.4%	3	0.4%	29	4.3%	4	0.6%	62	9.3%	11	1.6%	4	0.6%	23	3.4%	24	3.6%
	65-74	1,701	35.6	23	1.4%	111	6.5%	4	0.2%	93	5.5%	14	0.8%	222	13.1%	32	1.9%	4	0.2%	109	6.4%	77	4.5%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率、特定保健指導率は共に増加してきているが、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上へのさらなる取組が重要となってくる。

【図表 12】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、特定健診法定報告値

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								四国中央市	同規模平均
平成25年	15,283	3,416	22.4%	246	499	48	9.6%	56.4%	51.0%
平成28年	13,913	4,256	30.6%	226	597	111	18.6%	56.3%	51.5%

２）第１期に係る考察

第１期計画において、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、慢性腎不全の医療費のうち透析無が増加し、透析有が抑制されているため、適正に医療に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、１人当たりの医療費の増加がみられ、疾患が重症化していると予測される。また、総医療費に占める脳血管疾患の割合の増加、中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病による死亡割合や患者の増加、メタボ該当者の増加など課題もみえてきた。

その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき今後の重要な課題である。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重要な取り組むべき課題である。

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

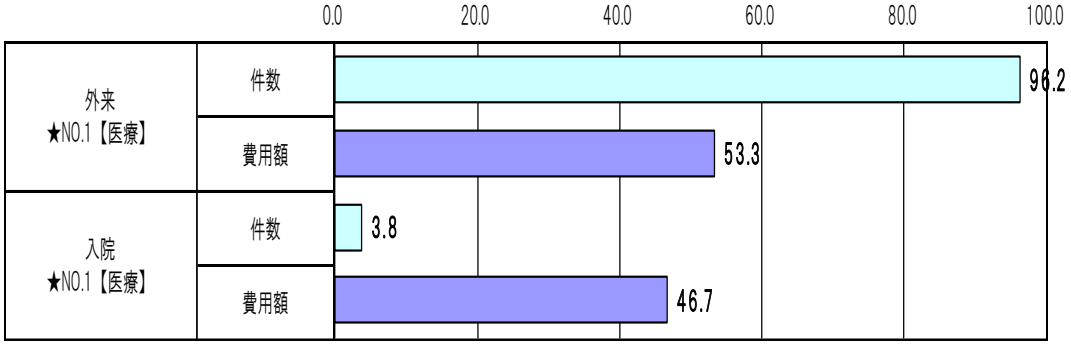
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

四国中央市の入院件数割合は 3.8%で、費用額全体の 46.7%を占めている。1 件当たりの費用が高額となる入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」　★KDBで出力可能な帳票NO　【図表 13】

1　入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	四国中央市	同規模平均	県	国
	32,314円	25,582円	27,950円	24,253円



○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 14）

医療費の負担額が大きい疾患として、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全が一定の割合を占めている。特に糖尿病性腎症は高血圧、糖尿病、脂質異常症といった基礎疾患の重なりが顕著である。この 3 つの疾患の重なりの対象者に対する発症・重症化予防が重要である。

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 14】

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	**696人**		**39人**		**55人**		**214人**		**441人**	
					5.6%		7.9%		30.7%		63.4%	
		件数	**1,301件**		**105件**		**69件**		**353件**		**774件**	
					8.1%		5.3%		27.1%		59.5%	
			年代別	40歳未満	1	1.0%	0	0.0%	7	2.0%	70	9.0%
				40代	5	4.8%	0	0.0%	9	2.5%	21	2.7%
				50代	1	1.0%	7	10.1%	23	6.5%	94	12.1%
				60代	66	62.9%	30	43.5%	206	58.4%	325	42.0%
				70-74歳	32	30.5%	32	46.4%	108	30.6%	264	34.1%
		費用額	**17億5556万円**		**1億4712万円**		**9732万円**		**4億7057万円**		**10億4056万円**	
					8.4%		5.5%		26.8%		59.3%	

＊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	**198人**	**140人**	**18人**	**21人**
				70.7%	9.1%	10.6%
		件数	**1,899件**	**1,341件**	**151件**	**194件**
				70.6%	8.0%	10.2%
		費用額	**7億8315万円**	**4億7812万円**	**6636万円**	**7765万円**
				61.1%	8.5%	9.9%

＊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 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	H29.5 診療分	人数	**82人**	**45人**	**13人**	**50人**
					54.9%	15.9%	61.0%
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	**1,019件**	**539件**	**147件**	**556件**
					52.9%	14.4%	54.6%
			費用額	**4億8818万円**	**2億5571万円**	**8003万円**	**2億6573万円**
					52.4%	16.4%	54.4%

＊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		**8,264人**	**766人**	**1,097人**	**82人**
				9.3%	13.3%	1.0%
		基礎疾患の重なり	高血圧	**588人**	**847人**	**72人**
				76.8%	77.2%	87.8%
			糖尿病	**343人**	**473人**	**82人**
				44.8%	43.1%	100.0%
			脂質異常症	**498人**	**754人**	**62人**
				65.0%	68.7%	75.6%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		4,674人		**2,398人**	**3,931人**	**930人**
		56.6%		29.0%	47.6%	11.3%

○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。

(3)何の疾患で介護保険を受けているのか（図表 15）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 93.6%であり、筋・骨格疾患の 92.6%を上回っていた。認定者においては、脳卒中により介護認定を受けている割合が高く、また、要介護 3～5 の重度の認定者の割合も高い。

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られる。

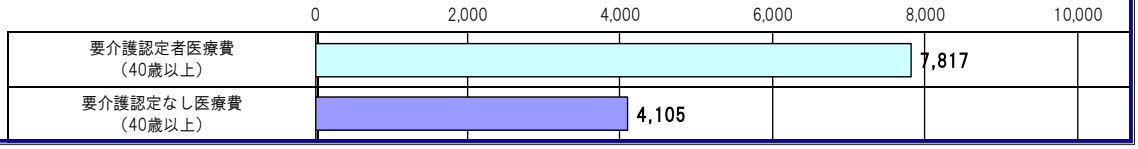
【図表 15】

3　何の疾患で介護保険を受けているのか　　H28

				2号		1号						合計	
	受給者区分												
	年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定状況 ★NO.47	被保険者数			30,878人		10,961人		12,375人		23,336人		54,214人	
	認定者数			147人		639人		5,528人		6,167人		6,314人	
		認定率		0.48%		5.8%		44.7%		26.4%		11.6%	
	新規認定者数（*1）			40人		150人		650人		800人		840人	
	介護度別人数	要支援1・2		26	17.7%	129	20.2%	1,214	22.0%	1,343	21.8%	1,369	21.7%
		要介護1・2		47	32.0%	251	39.3%	1,990	36.0%	2,241	36.3%	2,288	36.2%
		要介護3～5		74	50.3%	259	40.5%	2,324	42.0%	2,583	41.9%	2,657	42.1%
	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）			147		639		5,528		6,167		6,314	
		再）国保・後期		90		517		5,447		5,964		6,054	
要介護突合状況 ★NO.49	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	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	35 38.9%	脳卒中	214 41.4%	脳卒中	2,407 44.2%	脳卒中	2,621 43.9%	脳卒中	2,656 43.9%
			2	虚血性心疾患	20 22.2%	虚血性心疾患	129 25.0%	虚血性心疾患	2,185 40.1%	虚血性心疾患	2,314 38.8%	虚血性心疾患	2,334 38.6%
			3	腎不全	11 12.2%	腎不全	43 8.3%	腎不全	563 10.3%	腎不全	606 10.2%	腎不全	617 10.2%
		合併症	4	糖尿病合併症	16 17.8%	糖尿病合併症	65 12.6%	糖尿病合併症	483 8.9%	糖尿病合併症	548 9.2%	糖尿病合併症	564 9.3%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		71 78.9%		427 82.6%		4,972 91.3%		5,399 90.5%		5,470 90.4%	
		血管疾患合計		73 81.1%		449 86.8%		5,142 94.4%		5,591 93.7%		5,664 93.6%	
		認知症		22 24.4%		133 25.7%		2,390 43.9%		2,523 42.3%		2,545 42.0%	
		筋・骨格疾患		69 76.7%		443 85.7%		5,091 93.5%		5,534 92.8%		5,603 92.6%	

＊1）新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
＊2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較　　★NO.1【介護】



２）健診受診者の実態（図表 16・17）

糖尿病等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が高くなる。

四国中央市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも、血圧、血糖、脂質の 3 つのリスクの重なりがある者が高い割合を示している。有所見項目では、男性は 40～64 歳が、女性は 65～74 歳が高い項目が多いため、各年代や性別に応じた保健指導が重要である。

【図表 16】

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（帳票）

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%
四国中央市	合計	623	33.4%	982	52.7%	537	28.8%	537	28.8%	205	11.0%	96	5.2%	1,006	54.0%	365	19.6%	1,053	56.5%	531	28.5%	924	49.6%	33	1.8%
	40-64	183	39.7%	244	52.9%	134	29.1%	134	29.1%	49	10.6%	20	4.3%	205	44.5%	102	22.1%	217	47.1%	152	33.0%	239	51.8%	3	0.7%
	65-74	440	31.4%	738	52.6%	403	28.7%	403	28.7%	156	11.1%	76	5.4%	801	57.1%	263	18.7%	836	59.6%	379	27.0%	685	48.8%	30	2.1%

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%
四国中央市	合計	573	24.0%	472	19.7%	452	18.9%	195	8.2%	56	2.3%	64	2.7%	1,304	54.5%	53	2.2%	1,252	52.3%	403	16.8%	1,457	60.9%	6	0.3%
	40-64	155	22.8%	114	16.8%	105	15.4%	50	7.4%	10	1.5%	19	2.8%	316	46.5%	11	1.6%	259	38.1%	110	16.2%	422	62.1%	0	0.0%
	65-74	418	24.4%	358	20.9%	347	20.3%	145	8.5%	46	2.7%	45	2.6%	988	57.7%	42	2.5%	993	58.0%	293	17.1%	1,035	60.5%	6	0.4%

＊全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5　メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）　　★NO.24（帳票）

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%
四国中央市	合計	1,864	27.8%	98	5.3%	340	18.2%	15	0.8%	263	14.1%	62	3.3%	544	29.2%	84	4.5%	26	1.4%	264	14.2%	170	9.1%
	40-64	461	18.6%	40	8.7%	84	18.2%	4	0.9%	60	13.0%	20	4.3%	120	26.0%	16	3.5%	5	1.1%	48	10.4%	51	11.1%
	65-74	1,403	33.2%	58	4.1%	256	18.2%	11	0.8%	203	14.5%	42	3.0%	424	30.2%	68	4.8%	21	1.5%	216	15.4%	119	8.5%

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%
四国中央市	合計	2,392	33.3%	37	1.5%	148	6.2%	7	0.3%	122	5.1%	19	0.8%	287	12.0%	44	1.8%	8	0.3%	134	5.6%	101	4.2%
	40-64	680	27.7%	14	2.1%	36	5.3%	3	0.4%	29	4.3%	4	0.6%	64	9.4%	12	1.8%	4	0.6%	24	3.5%	24	3.5%
	65-74	1,712	36.2%	23	1.3%	112	6.5%	4	0.2%	93	5.4%	15	0.9%	223	13.0%	32	1.9%	4	0.2%	110	6.4%	77	4.5%

＊全国については、有所見割合のみ表示

3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病は治療をしていてもコントロール不良の者が多く存在する。薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法等と併用して治療を行うことが必要な疾患である。

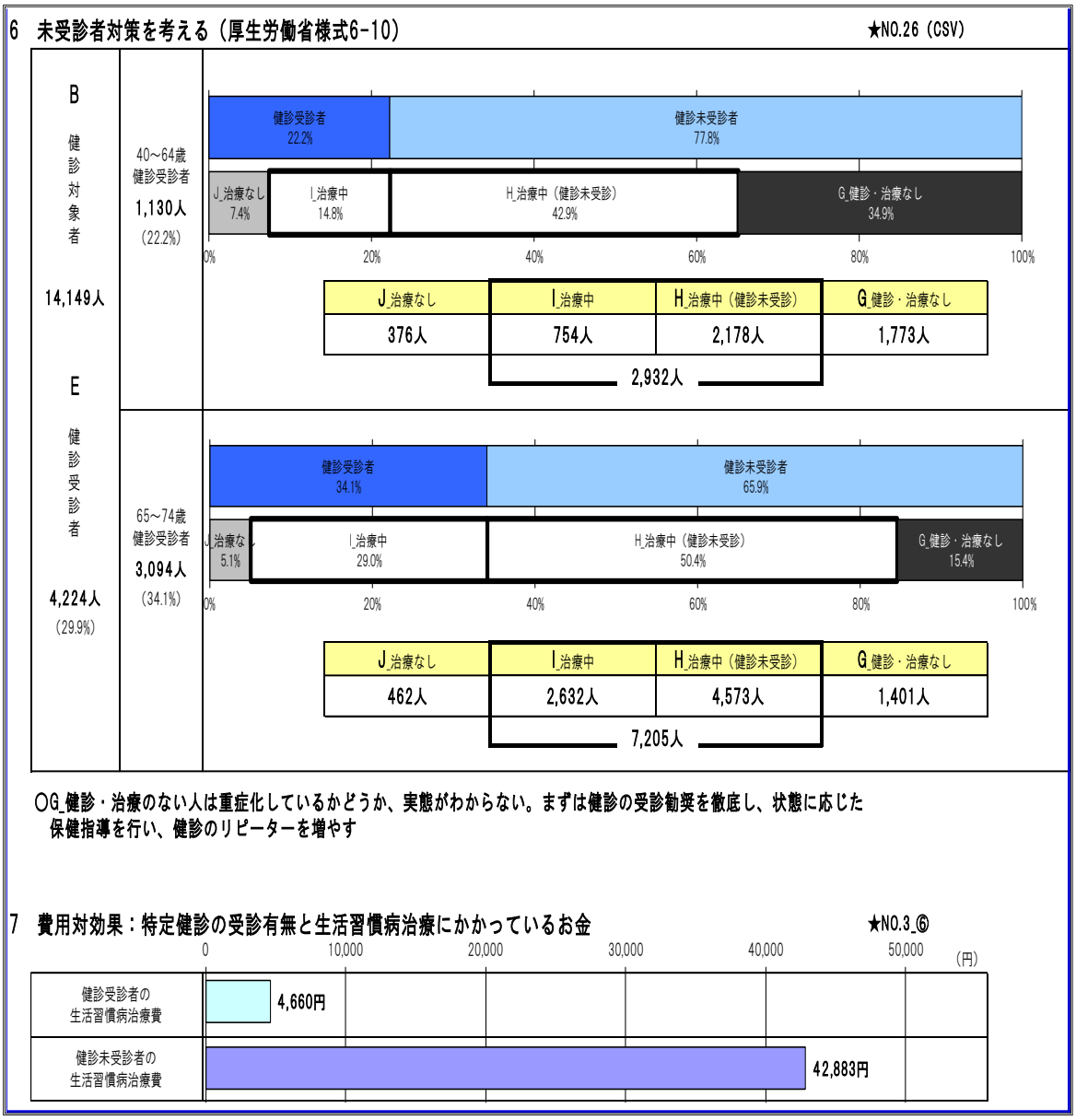
また、高血圧、脂質異常症に関しても、受診レベルにも関わらず未治療の者も多いため、適切な保健指導を行う必要がある。

【図表 18】

４）未受診者の把握（図表 19）

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、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 34.9%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る。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用でみても、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る。

【図表 19】



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。

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およ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、および糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35 年度には 30 年度と比較して、脳血管疾患、虚血性心疾患をそれぞれ総医療費に占める割合を 0.7 ポイント減少、糖尿病性腎症に関しては、新規透析導入者を前年度より減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、四国中央市の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する傾向があることから、重症化予防に取り組み、ひいては医療費の適正化へつなげ、早期受診・治療をして、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを目指す。

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、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が、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　特定健康診査等実施計画 （法定義務）

１．第３期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第１期及び第２期は５年を１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３期（平成 30 年度以降）からは６年１期として策定する。

２．目標値の設定

【図表 20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	25%	32%	39%	46%	53%	60%

３．対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	14,821人	14,948人	15,147人	15,288人	14,929人	14,457人
	受診者数	5,187人	5,979人	6,816人	7,644人	8,210人	8,674人
特定保健指導	対象者数	752人	867人	989人	1,109人	1,191人	1,259人
	実施者数	188人	277人	385人	510人	631人	755人

４．特定健診の実施

(1)実施方法

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

① 集団健診(四国中央市保健センター他)

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、対象者に一覧にして周知する。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL 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 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、愛媛県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール

	保険者名	受診券発行予定枚数（平成28年度実績）	受診券発行日 4月1日※ 平成29年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	受診券有効期限期間 12月	平成30年 1月	2月	3月
1	松山市	89,958	4月1日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
2	今治市	36,020		5月下旬	→	→	→	→	→	11月30日				
3	宇和島市	20,430			6月1日	→	→	→	→	→	→	→	2月28日	
4	八幡浜市	9,228	4月6日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
5	新居浜市	21,970		5月1日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
6	西条市	22,309		5月8日	→	→	→	→	→	→	→	→	2月28日	
7	大洲市	9,638		5月21日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
8	伊予市	7,456		5月29日	→	→	→	→	→	→	→	1月29日		
9	四国中央市	15,248		5月上旬	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
10	西予市	9,670		5月上旬	→	→	→	→	→	→	→	→	2月28日	
11	東温市				6月20日	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
12	上島町	1,970		5月22日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
13	久万高原町	2,187		5月1日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
14	松前町	2,175			6月1日	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
15	砥部町	4,537	4月1日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
16	内子町	4,152	4月1日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日
17	伊方町	2,798		5月上旬	→	→	→	→	→	→	→	1月31日		
18	鬼北町	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	愛南町	6,221		5月23日	→	→	→	→	→	→	→	→	→	3月31日

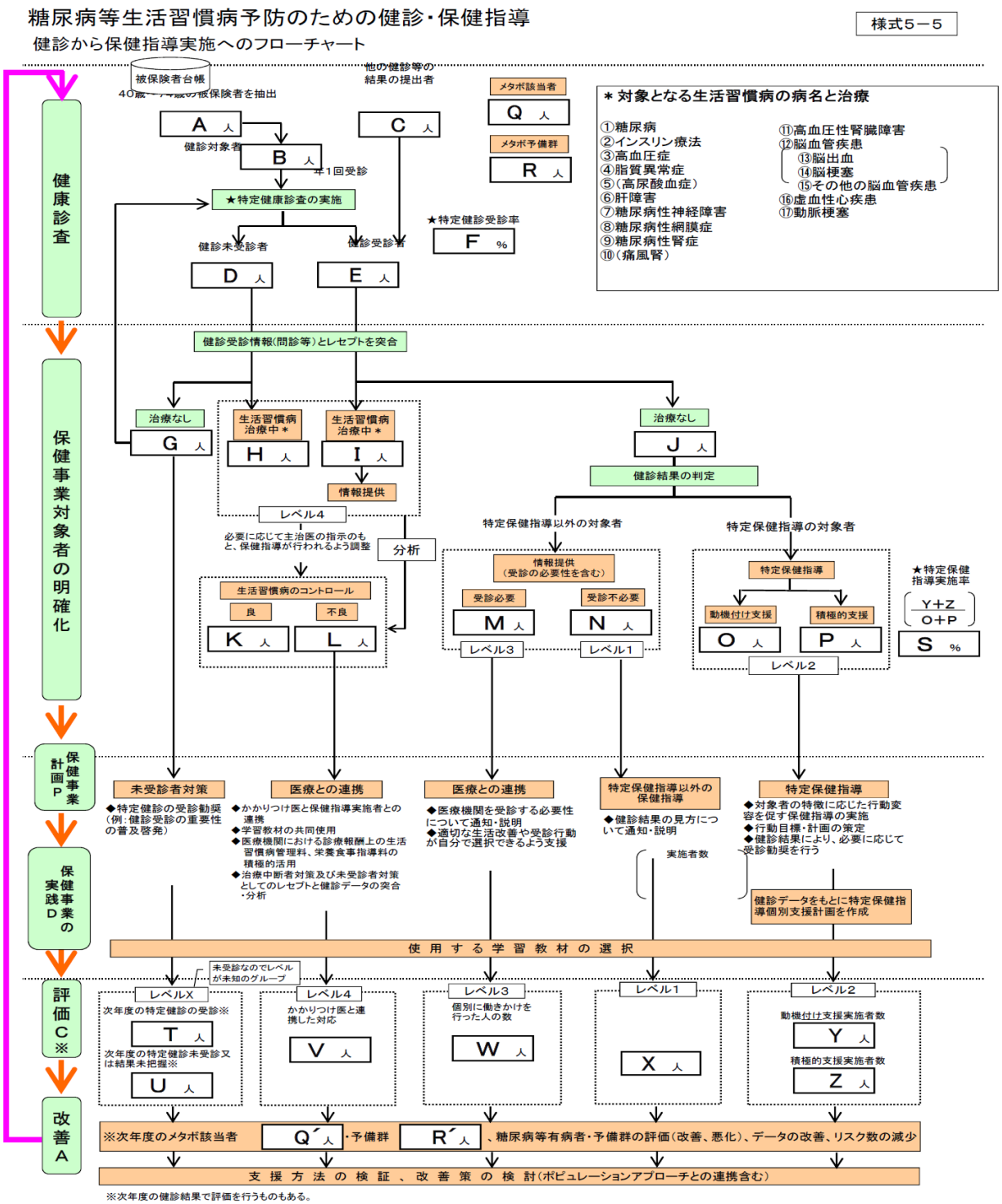
５．特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行う。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（図表 23）

【図表 23】



(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

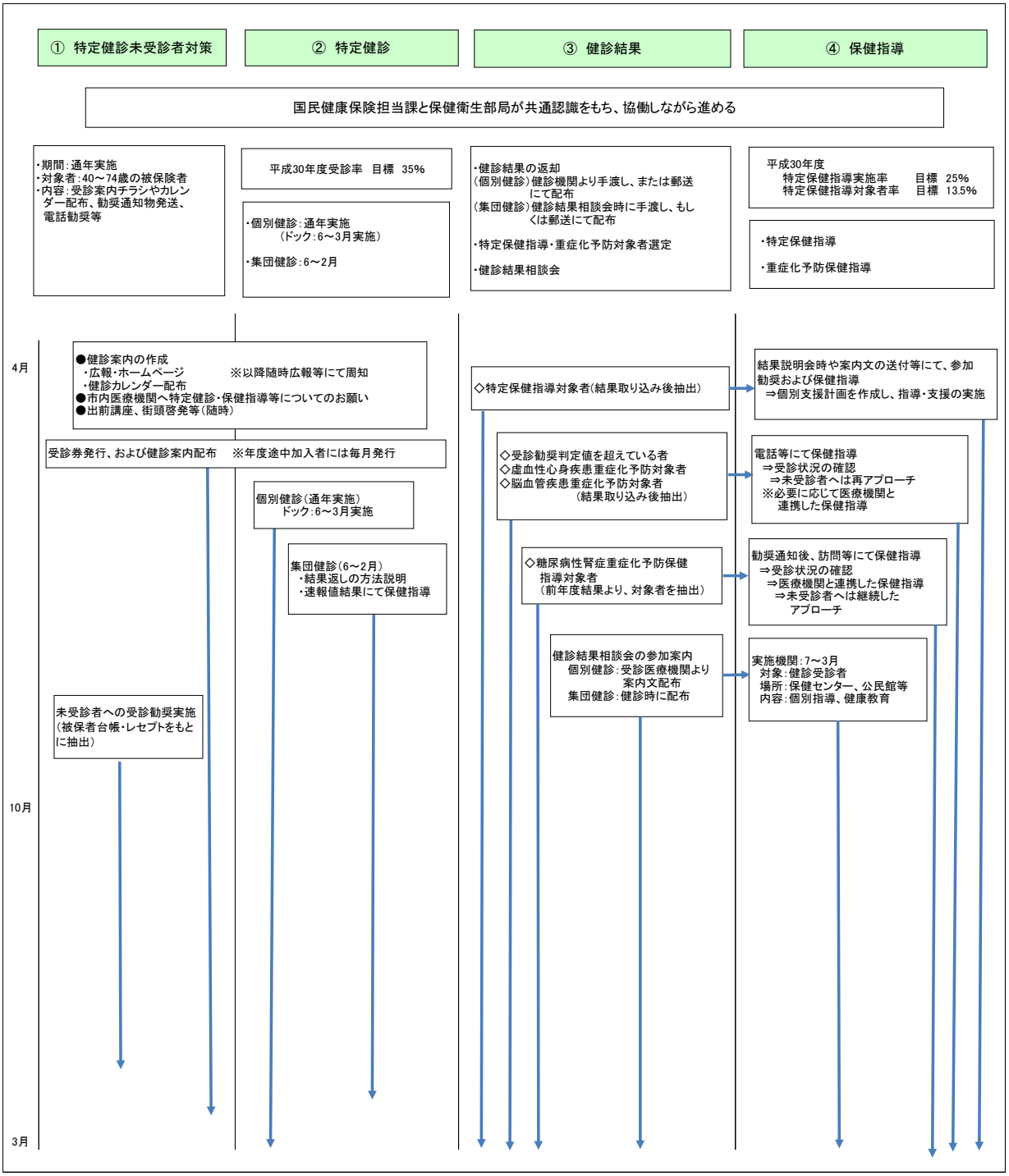
【図表 24】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H28 年度 対象者数 (受診者数 4,448 人)
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	634 人 (14.3%)
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	876 人 (19.7%)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	10,523 人 ※受診率目標達成までにあと 792 人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	839 人 (18.9%)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	2,099 人 (47.2%)

(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

特定健診、特定保健指導に関することは、【図表 25】のとおり実施予定である。

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　【図表 25】



６．個人情報の保護

⑴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四国中央市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査および保健指導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。

⑵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の管理は、特定健康診査等データ管理システムおよび自庁システムで行う。

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、四国中央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 サイクルに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。

（1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項　目		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計画・準備	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	D 受診勧奨	介入開始(受診勧奨)		○			□
21		記録、実施件数把握			○		□
22		かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23		レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 保健指導	募集(複数の手段で)		○			□
25		対象者決定		○			□
26		介入開始(初回面接)		○			□
27		継続的支援		○			□
28		カンファレンス、安全管理		○			□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30		記録、実施件数把握			○		□
31	C 評価報告	3ヶ月後実施状況評価				○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34		医師会等への事業報告	○				□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善	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プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア．糖尿病性腎症で通院している者

イ．糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

（２）選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 27】

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/1.73m²）
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。

四国中央市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 2）

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。（図表 28）

四国中央市において平成 28 年度特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者は 35 人（7.5%・F）であった。また特定健診受診者で糖尿病型 464 人中のうち、糖尿病服薬有の者が 331 人（71.3%・G）であったが、13 人（9.6%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,999 人（85.8%・Ⅰ）のうち、過去5年間に１度でも特定健診受診歴がある者は、694 人（34.7%・イ）であった。特定健診未受診者は、検査データが不明なため、今後は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。 また、今後の事業展開において、特定健診未受診者が、継続受診できているか等把握していく。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より四国中央市においての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）**

② 糖尿病治療中であったが**中断者（キ）**

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち**重症化するリスクの高い者（ク）**

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

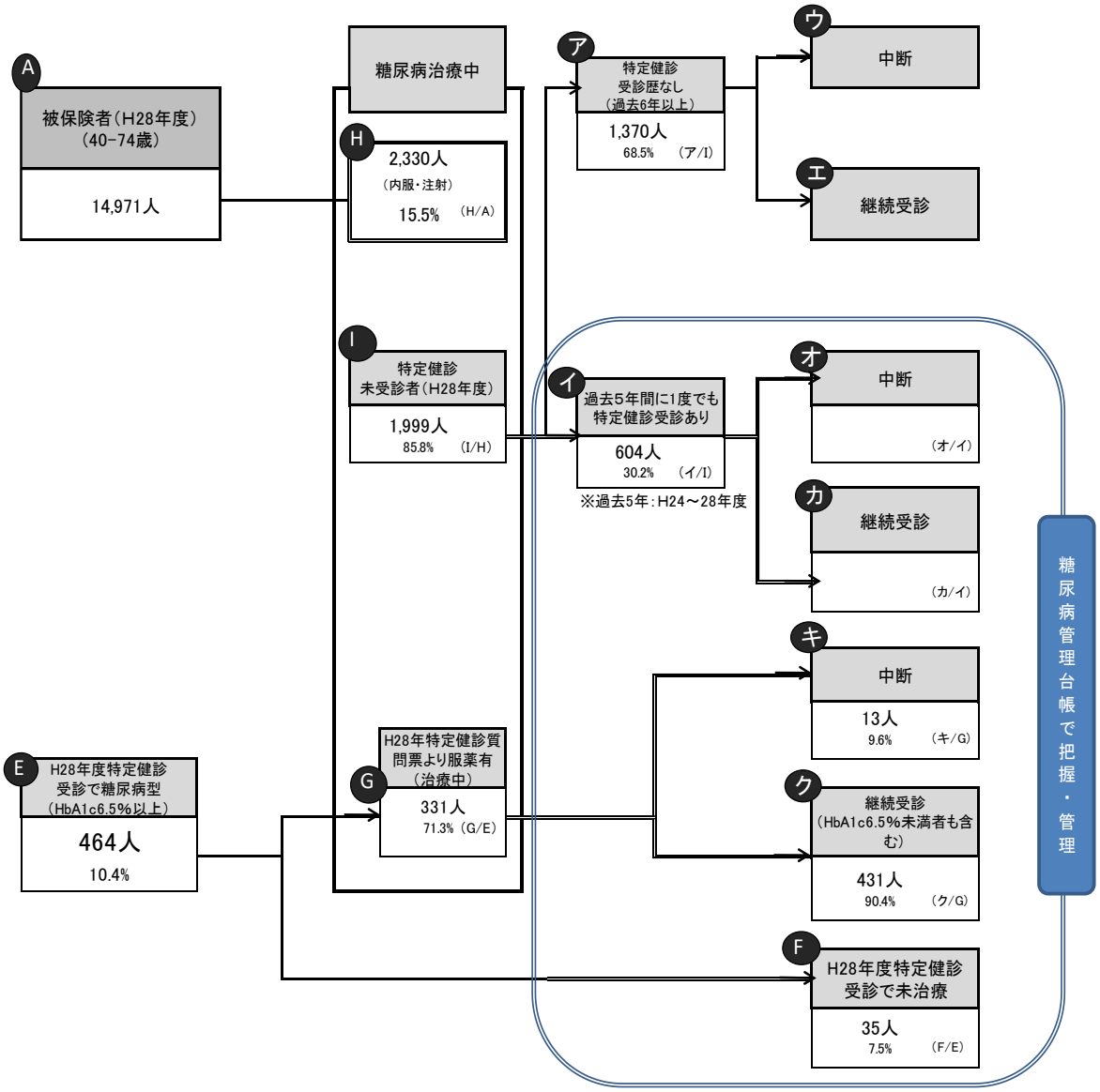
・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）、及び中断者（オ）

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・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
※オ・カの人数については、今後の重症化予防事業にて把握

出所：国保医療課

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

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

〇治療状況の把握

・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

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

④ 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

⑤ 対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

４）保健指導の実施

（１）糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症･進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満･脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。四国中央市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 29）

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方（P29）	**資　　料**
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るのでしょうか？ 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すみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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 〇合併症をおこさない目標　HbA1c 7．0%未満 〇食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 〇薬物療法で、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か？ 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．チアゾリジン薬とは 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は、愛媛県プログラムに準じて受診勧奨を行っていく。

（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など、愛媛県プログラムに準じて行う。

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

〇HbA1cの変化

〇eGFR の変化（1 年で 25％以上の低下、1 年で5ml/1.73 ㎡以上低下）

〇尿蛋白の変化

〇服薬状況の変化

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

7 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8 月～順次、対象者へ介入（通年）

（特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に順次記載。）

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 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く。（参考資料 7）

（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。四国中央市において、健診受診者 4,256 人のうち心電図検査実施者は 102 人（2.4%）であり、そのうち ST 所見があったのは 15 人であった（図表 30）。ST 所見あり 15 人中のうち、1 人は要精査であり、その後の受診状況をみると未受診はいなかった（図表 31）。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 14 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。

四国中央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が多い。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、心電図検査の全数実施に向けて検討していく必要がある。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
H28年度	4,256	100%	102	2.4%	15	14.7%	27	26.5%	60	58.8%

出所:国保医療課

ST所見ありの医療機関受診状況 【図表31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
15	14.7%	1	6.7%	1	100%	0	0%

出所:国保医療課

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することから、タイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度実施			受診者	① 心電図検査実施 ST変化	その他の変化	異常なし	実施なし	
			4,256	15	27	60	4,154	
				0.4%	0.6%	1.4%	97.6%	
メタボ該当者			829	12	15	45	757	② -1
			19.5%	1.4%	1.8%	5.4%	91.3%	
メタボ予備群			491	1	8	9	473	
			11.5%	0.2%	1.6%	1.8%	96.3%	
メタボなし			2,936	2	4	6	2,924	
			69.0%	0.1%	0.1%	0.2%	99.6%	
	LDL-C	140-159	512	0	1	3	508	
			17.4%	0.0%	0.2%	0.6%	99.2%	
		160-179	227	0	0	0	227	
			7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		180-	155	0	0	0	155	② -2
			5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	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～	733	6	7	19	701	
		17.2%	0.8%	1.0%	2.6%	95.6%	

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)

３）保健指導の実施

（１）受診勧奨及び保健指導

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

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも１５秒以上症状が持続
・同じような状況で症状がある
・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
・首や肩、歯へ放散する痛み
・冷汗や吐気を伴う

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

（２）対象者の管理

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

4） 医療との連携

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

５）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

６） 評価

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

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。

〇短期的評価

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

7 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8 月～対象者へ介入（通年）

（特定健診結果が届き次第、順次、糖尿病管理台帳に記載。）

３．脳血管疾患重症化予防

１）基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。（図表 34、35）

【脳卒中の分類】

【図表 34】

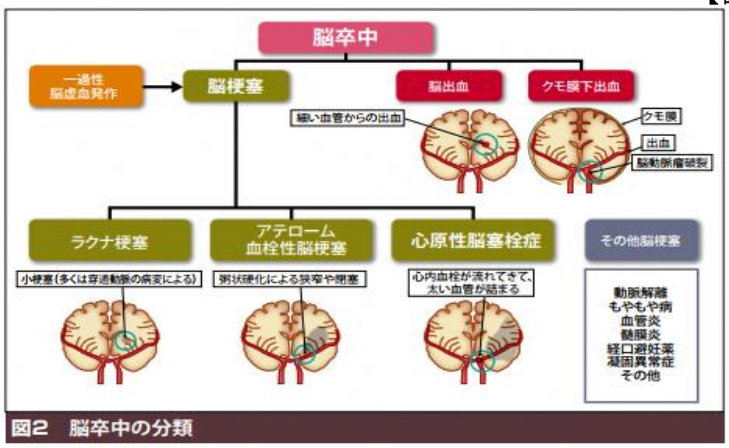


図2　脳卒中の分類

（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（〇はハイリスク群）		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	●						〇	〇
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	〇	〇
	心原性脳梗塞	●			●			〇	〇
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

２）　対象者の明確化

（１）重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者　　【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●										〇				〇			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●				●				〇				〇			
	心原性脳梗塞	●							●			〇				〇			
脳出血	脳出血	●																	
	くも膜下出血	●																	
リスク因子（〇はハイリスク群）		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 4,256人		309	7.3%	216	5.1%	208	4.9%	0	0.0%	829	19.5%	49	1.2%	97	2.3%				
治療なし ※1		170	6.2%	127	3.2%	183	5.6%	0	0.0%	182	8.2%	15	0.7%	29	1.3%				
治療あり ※1		139	9.1%	89	28.0%	25	2.5%	0	0.0%	647	31.9%	34	1.7%	68	3.4%				
臓器障害あり ※2		8	4.7%	6	4.7%	14	7.7%	0	--	14	7.7%	15	100%	29	100%				
臓器障害ありのうち	CKD（専門医対象）	7		4		14		0		7		15		29					
	尿蛋白(2+)以上	2		1		7		0		1		15		1					
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	4		2		2		0		4		0		1					
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	1		1		7		0		2		1		29					
	心電図所見あり	1		3		0		0		8		0		1					

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

H28年度法定報告値参照

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 309 人(7.3%)であり、170 人は未治療者であった。また未治療者のうち 8 人(4.7%)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 139 人(9.1%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層（血圧以外のリスク因子） ＼ 血圧分類（mmHg）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	2,725	856	537	550	612	133	37
		31.4%	19.7%	20.2%	22.5%	4.9%	1.4%
リスク第1層	263	156	43	34	26 ④	4	0 ①
	9.7%	18.2%	8.0%	6.2%	4.2%	3.0%	0.0%
リスク第2層	1,489	500	316	289	311 ③	54	19
	54.6%	58.4%	58.8%	52.5%	50.8%	40.6%	51.4%
リスク第3層	973	200	178	227	275 ②	75	18
	35.7%	23.4%	33.1%	41.3%	44.9%	56.4%	48.6%
(再掲) 重複あり 糖尿病	208	41	41	46	63	14	3
	21.4%	20.5%	23.0%	20.3%	22.9%	18.7%	16.7%
(再掲) 重複あり 慢性腎臓病（CKD）	470	108	96	103	118	37	8
	48.3%	54.0%	53.9%	45.4%	42.9%	49.3%	44.4%
(再掲) 重複あり 3個以上の危険因子	507	89	75	128	164	42	9
	52.1%	44.5%	42.1%	56.4%	59.6%	56.0%	50.0%

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
26	315	441
1.0%	11.6%	16.2%
26	4	0
100%	1.3%	0.0%
--	311	73
	98.7%	16.6%
--	--	368
		83.4%

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

出所：愛媛県国保連

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

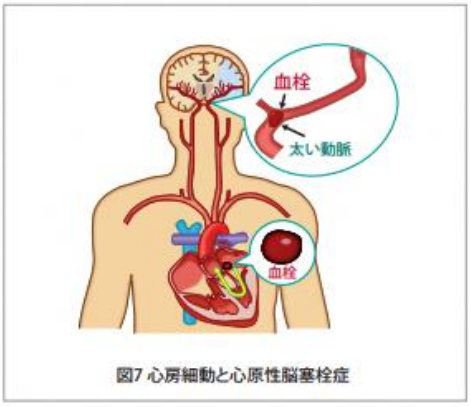


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

(3) 心電図検査における心房細動の実態

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

【図表 38】

	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	%	%	%
四国中央市	合計	68	34	0	0.0%	0	0.0%	ー	ー
	40歳代	6	0	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
	50歳代	2	1	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
	60歳代	36	18	0	0.0%	0	0.0%	1.9	0.4
	70歳～74歳	24	15	0	0.0%	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　出所：愛媛県国保連

※日本循環器学会疫学調査の70歳～74歳の値は70歳～79歳

※平成28年度特定健診法定報告値にて集計

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	%
0	0	0	0	0	0

出所：国保医療課

心電図検査において、心房細動の所見は0人であった。ちなみに、日本循環器学会疫学調査の有所見率を見ると、年齢が高くなるにつれ増加していることがわかる。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と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に向けて、検討していく必要がある。

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。

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。

４）医療との連携

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

５）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

６）評価

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

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。

〇短期的評価

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

7月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

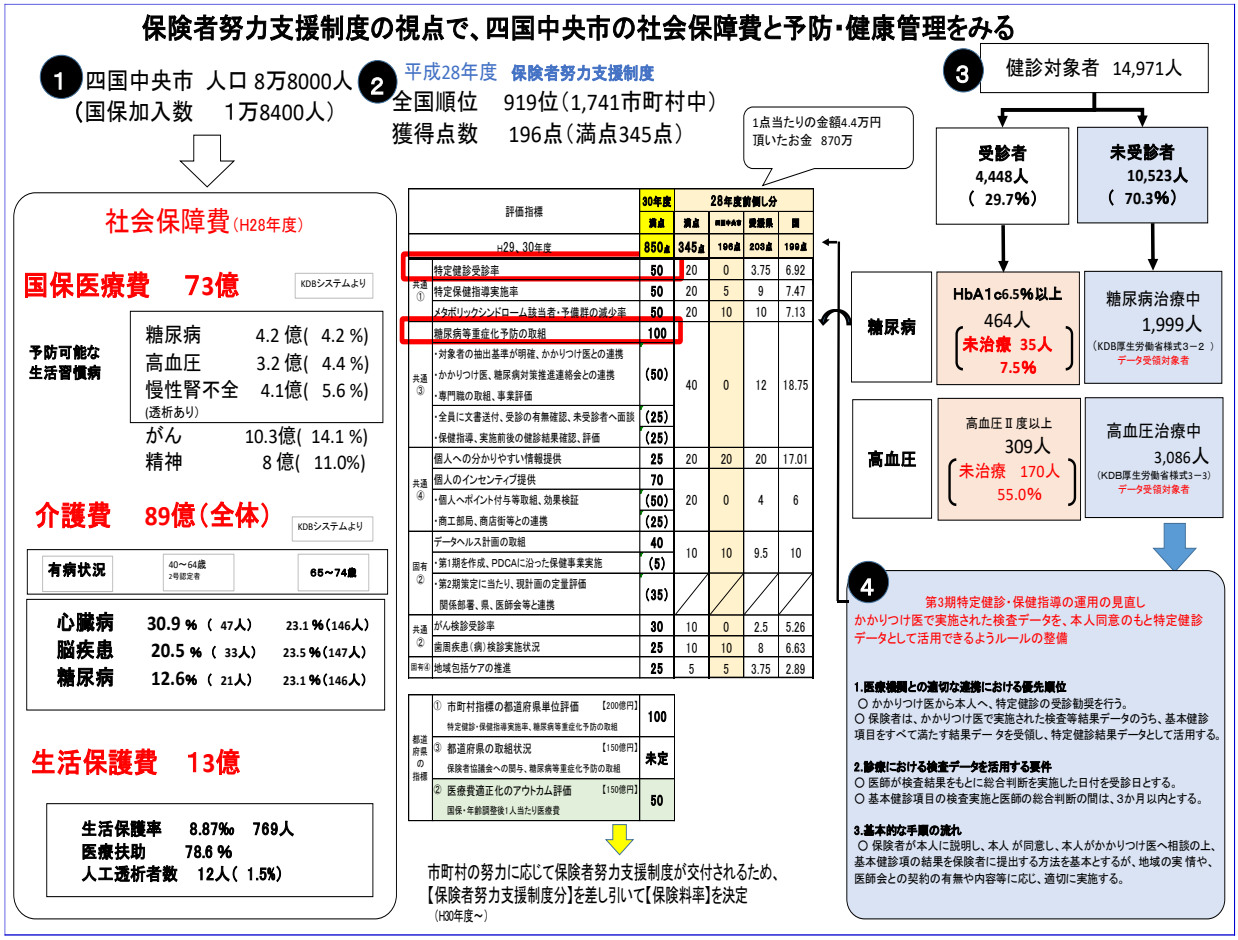
8 月～対象者へ介入（通年）

（特定健診結果が届き次第、順次、糖尿病管理台帳に記載。）

Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。（図表 40）

【図表 40】



第 5 章　地域包括ケアに係る取組

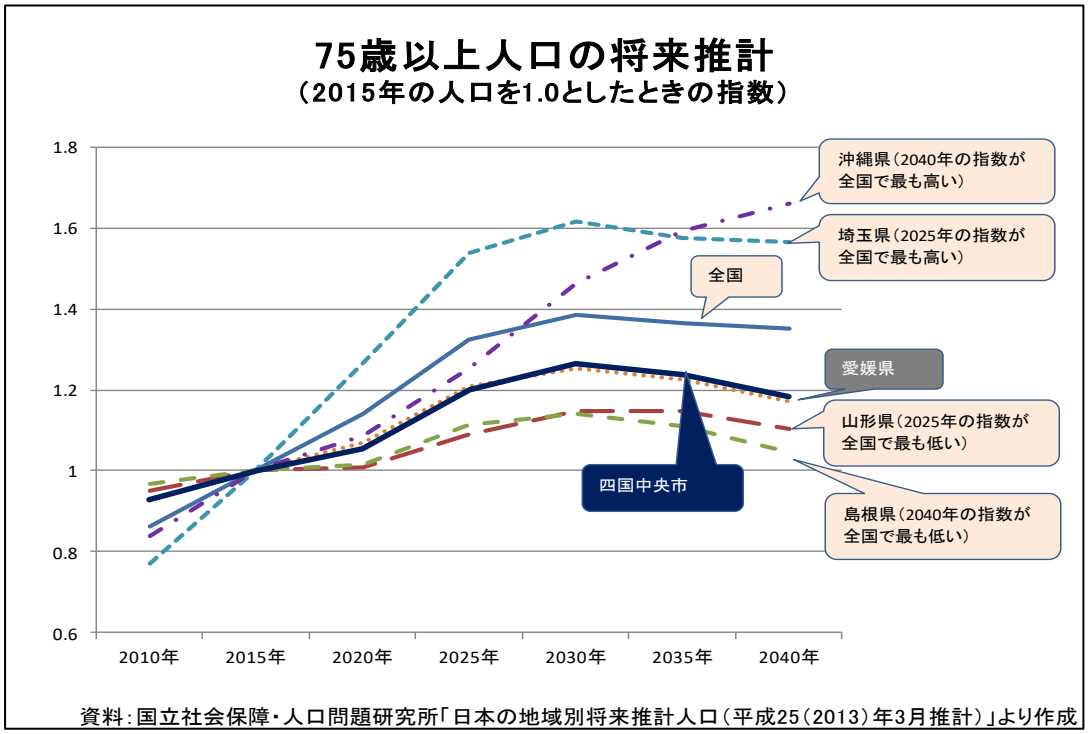
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

愛媛県は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 とした時の指数で 2030 年が 1.25 でピークに達し、四国中央市もまた同様に 2030 年が 1.26 でピークに達し、その後も愛媛県と同様の数値で推移すると推計されている。（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いため、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四国中央市にとっても非常に重要である。

【図表 41】



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

出所：愛媛県国保連

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

第６章　計画の評価・見直し

１．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の平成 32 年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

２．評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標（参考資料 8・9）

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

具体的な評価方法は、国保データベース（ＫＤＢ）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に把握、確認を行う。

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

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健診等計画		・特定健診受診率および特定保健指導実施率が低い ・一人当たり医療費が同規模、県内と比較して高い ・脳血管疾患の医療費に占める割合の増加 ・脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析患者のうち、糖尿病有病率が増加 ・メタボリックシンドロームの該当率が同規模、県内と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の52.9%を占める	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	30.6%	32.8%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	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	18.6%	21.8%	25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%	60.0%	
				特定保健指導対象者の減少率25%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	
データヘルス計画	中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少0.7ポイント	2.6%			2.5%				1.9%	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少0.7ポイント	2.3%			2.2%				1.6%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少100%	3.7%			1.9%				0.0%	
	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	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少25%	31.0%	29.9%	28.8%	27.7%	26.6%	25.5%	24.4%	23.3%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
				健診受診者の血圧160/100以上の割合の減少25%	7.3%	7.1%	6.8%	6.5%	6.3%	6.1%	5.8%	5.5%	自庁システム
				健診受診者のLDL180以上の割合の減少25%	4.9%	4.7%	4.5%	4.3%	4.2%	4.0%	3.8%	3.7%	
				健診受診者のHbA1c6.5以上の割合の減少25%	7.2%	6.9%	6.7%	6.4%	6.1%	5.9%	5.7%	5.4%	
				糖尿病の未治療者（HbA1c6.5以上）を治療に結び付ける割合100%	10.8%	9.3%	7.8%	6.3%	4.8%	3.3%	1.8%	0.0%	
				HbA1c6.5以上で糖尿病の保健指導を実施した割合50%以上	8.4%	14.4%	20.4%	26.4%	32.4%	38.4%	44.4%	50.0%	
保険者努力支援制度		・がん検診の受診率が低い ・国、県と比較して、医療費に占めるがんの割合が高い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率　胃がん検診　40%以上	5.3%	11.7%	18.0%	24.5%	31.0%	37.0%	43.7%	40.0%	地域保健事業報告
				肺がん検診　40%以上	7.0%	13.1%	19.2%	25.3%	31.4%	37.6%	43.8%	40.0%	
				大腸がん検診　40%以上	9.3%	15.1%	20.9%	26.7%	32.5%	38.3%	44.1%	40.0%	
				子宮頸がん検診　50%以上	14.7%	19.7%	24.7%	29.7%	34.7%	39.8%	44.9%	50.0%	
				乳がん検診　50%以上	16.5%	21.2%	26.0%	30.8%	35.6%	40.4%	45.2%	50.0%	
		・後発医薬品の数量シェアが国の目標（H32に80%）より低い	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82%以上	69.38%	72.0%	75.0%	78.0%	80.0%	81.0%	81.5%	82.0%	差額通知書効果検証資料

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、国指針において公表するものとされていることから、ホームページなどを通じて周知するとともに、宇摩医師会を通じ、医療機関等に公表を行うこととする。

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　様式 6-1　国・県・同規模平均と比べてみた四国中央市の位置

参考資料２　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料３　糖尿病管理台帳

参考資料４　糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料５　様式 6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料６　虚血性心疾患予防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　評価イメージ１

参考資料９　評価イメージ２

【参考資料 1】

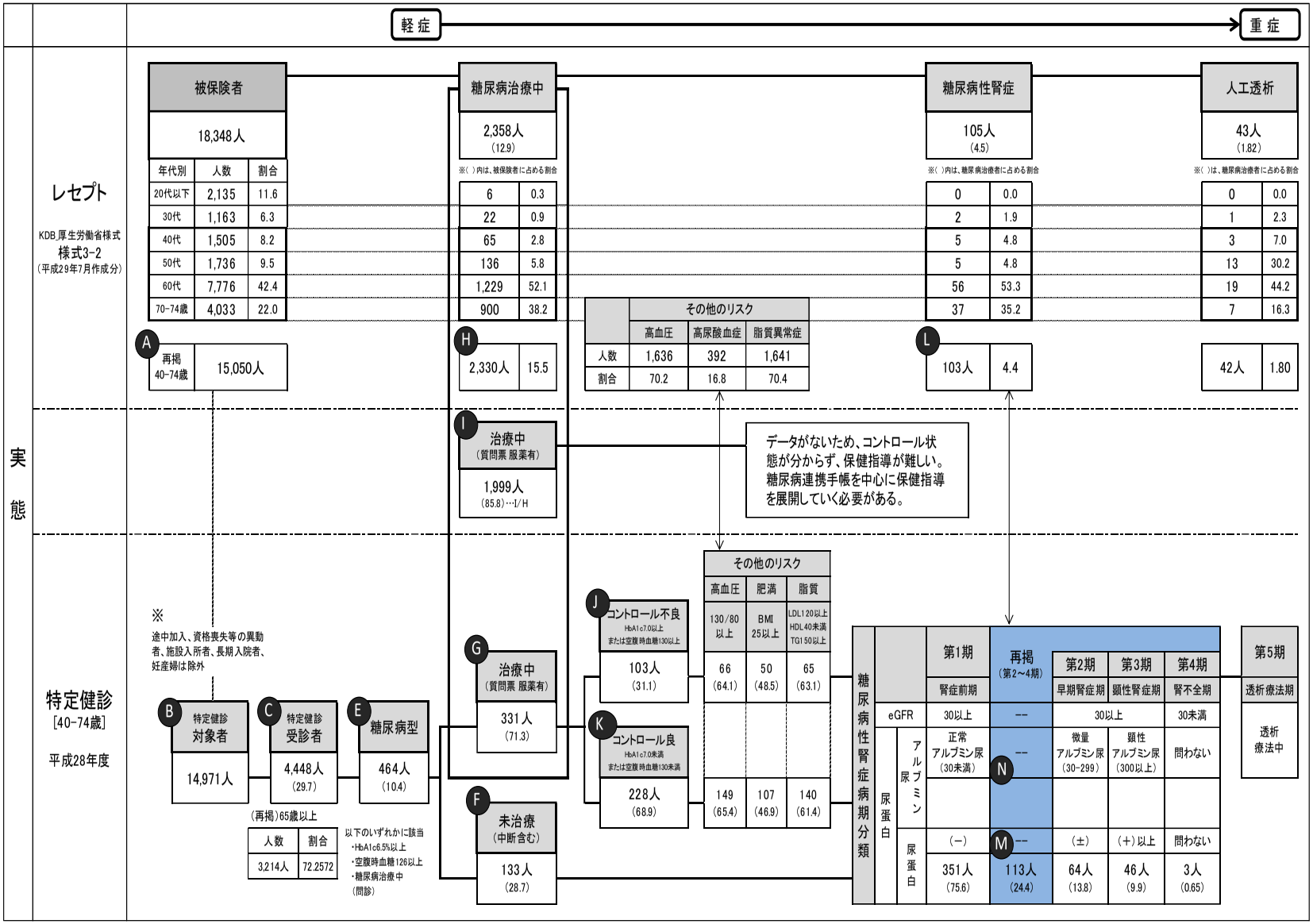
様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた四国中央市の位置

同規模区分　5

		項目			H25 四国中央市		H28 四国中央市		H28 同規模平均		H28 県		H28 国		データ元（CSV）
					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		88,865		86,563		18,346,852		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）	23,336	26.3	26,123	30.2	4,430,444	24.1	377,802	26.8	29,020,766	23.2	
				75歳以上	12,375	13.9	13,426	15.5			200,272	14.2	13,989,864	11.2	
				65～74歳	10,961	12.3	12,697	14.7			177,530	12.6	15,030,902	12.0	
				40～64歳	30,878	34.7	28,977	33.5			481,791	34.1	42,411,922	34.0	
				39歳以下	34,651	39.0	31,483	36.4			552,464	39.1	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業		4.8		4.1		6.1		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		39.8		39.5		28.9		24.5		25.2		
			第3次産業		55.4		56.3		65.0		67.2		70.6		
	③	平均寿命	男性		79.4		79.4		79.6		79.1		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		86.5		86.5		86.3		86.5		86.4		
	④	健康寿命	男性		65.0		65.0		65.3		64.8		65.2		
			女性		66.5		66.5		66.8		66.8		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	106.2		98.5		100.0		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	100.0		94.6		100.9		98.3		100		
			死因	がん	244	43.0	308	48.3	54,818	48.1	4,526	44.5	367,905	49.6	
				心臓病	199	35.0	222	34.8	30,930	27.1	3,331	32.7	196,768	26.5	
				脳疾患	72	12.7	74	11.6	18,797	16.5	1,494	14.7	114,122	15.4	
				糖尿病	8	1.4	14	2.2	2,153	1.9	177	1.7	13,658	1.8	
				腎不全	27	4.8	10	1.6	3,750	3.3	363	3.6	24,763	3.3	
				自殺	18	3.2	10	1.6	3,547	3.1	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		118	0.18	94	0.16			1,677	0.18	139,644	0.15	（死亡数）H28厚労省HP人口動態調査/H25愛媛県保健統計年報（人口）国勢調査H22、25
				男性	82	0.24	52	0.17			1,116	0.24	91,123	0.20	
				女性	36	0.11	42	0.14			561	0.12	45,821	0.10	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		5,893	24.8	6,167	26.1	891,715	20.2	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	78	0.3	100	0.3	15,309	0.3	1,353	0.3	105,654	0.3	
			2号認定者		160	0.5	147	0.5	21,986	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		1,156	18.6	1,354	20.8	203,607	21.9	22,683	24.0	1,343,240	21.9	
			高血圧症		3,240	53.0	3,502	54.4	478,594	51.8	51,089	54.3	3,085,109	50.5	
			脂質異常症		1,701	28.2	1,980	30.6	255,994	27.6	33,827	35.9	1,733,323	28.2	
			心臓病		3,773	61.6	3,997	62.2	545,522	59.1	58,804	62.6	3,511,354	57.5	
			脳疾患		1,585	26.2	1,580	25.3	239,267	26.2	28,016	30.1	1,530,506	25.3	
			がん		534	8.3	636	9.3	92,924	10.0	10,077	10.5	629,053	10.1	
			筋・骨格		3,220	52.9	3,651	56.8	468,953	50.8	54,397	57.9	3,051,816	49.9	
			精神		2,053	33.3	2,365	36.7	330,813	35.6	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）		57,852		57,513		61,236		58,101		58,349		
				居宅サービス	39,360		40,126		40,245		41,454		39,683		
				施設サービス	289,372		278,502		278,146		281,013		281,115		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	7,720		7,817		8,026		7,610		7,980		
				認定なし	3,960		4,105		3,809		3,843		3,822		
4	①	国保の状況	被保険者数		20,850		18,476		4,516,485		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	9,069	43.5	9,393	50.8			153,125	44.4	12,462,053	38.2	
				40～64歳	7,395	35.5	5,666	30.7			113,367	32.8	10,946,693	33.6	
				39歳以下	4,386	21.0	3,417	18.5			78,763	22.8	9,178,477	28.2	
			加入率		23.5		20.8		24.7		24.5		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		9	0.4	9	0.5	1257	0.3	143	0.4	8,255	0.3	
			診療所数		59	2.8	56	3.0	12,813	2.8	1,247	3.6	96,727	3.0	
			病床数		1,347	64.6	1,365	73.9	227,288	50.3	22,579	65.4	1,524,378	46.8	
			医師数		136	6.5	163	8.8	33,690	7.5	3,679	10.7	299,792	9.2	
			外来患者数		742.4		736.0		688.2		724.7		668.3		
			入院患者数		29.2		29.1		19.8		23.9		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		30,939	県内3位 同規模8位	32,314	県内2位 同規模11位	25,582		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		771.626		765.093		708.019		748.511		686.501		
			外来	費用の割合	53.4		53.3		59.3		57.0		60.1		
				件数の割合	96.2		96.2		97.2		96.8		97.4		
			入院	費用の割合	46.6		46.7		40.7		43.0		39.9		
				件数の割合	3.8		3.8		2.8		3.2		2.6		
			1件あたり在院日数		18.5日		17.8日		16.2日		16.8日		15.6日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん		964,801,560	20.8	1,038,819,600	23.7	25.0		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）		474,195,760	10.2	413,518,900	9.4	9.5		9.6		9.7		
			糖尿病		443,746,420	9.5	427,767,960	9.8	10.1		9.3		9.7		
			高血圧症		439,791,710	9.5	323,182,480	7.4	8.9		7.9		8.6		
			精神		919,735,510	19.8	841,922,410	19.2	17.6		19.0		16.9		
			筋・骨格		791,905,290	17.0	747,202,610	17.0	14.9		16.1		15.2		

4	⑤	費用額（1件あたり）	入院	糖尿病		538,312	14位	(18)	604,899	3位	(18)							KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧		556,357	12位	(19)	600,623	4位	(19)								
				脂質異常症		494,487	16位	(22)	517,894	13位	(20)								
				脳血管疾患		579,700	10位	(21)	696,950	2位	(21)								
				心疾患		534,190	19位	(18)	616,569	13位	(17)								
				腎不全		679,737	7位	(18)	662,520	12位	(16)								
		県内順位		精神		412,635	14位	(27)	405,266	21位	(27)								
		順位総数22		悪性新生物		678,232	3位	(15)	650,643	8位	(14)								
			外来	糖尿病		38,129	4位		38,535	3位									
		入院の（ ）内は在院日数		高血圧		29,561	12位		30,207	10位									
				脂質異常症		27,406	12位		28,327	7位									
				脳血管疾患		36,256	6位		38,342	4位									
				心疾患		44,549	5位		46,581	3位									
				腎不全		215,302	2位		187,419	5位									
				精神		32,201	3位		33,233	5位									
				悪性新生物		56,295	3位		65,752	2位									
	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者		1,318			1,829			2,411		1,788		2,065		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
				健診未受診者		14,599			16,834			12,679		14,254		12,683			
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者		3,369			4,660			6,634		4,747		5,940			
				健診未受診者		37,331			42,883			34,890		37,850		36,479			
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者			2,086	61.0		2,530	59.9		669,151	55.7	42,009	57.1	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				医療機関受診率		1,930	56.4		2,376	56.3		617,720	51.5	38,886	52.8	3,799,744	51.6		
				医療機関非受診率		156	4.6		154	3.6		51,431	4.3	3,123	4.2	316,786	4.3		
5	①	特定健診の状況	健診受診者			3,422			4,224			1,200,553		73,624		7,362,845		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	
	②			受診率		22.4	県内17位 同規模246位		29.9	県内13位 同規模226位		38.0		29.4	全国40位	34.0			
	③		特定保健指導終了者（実施率）			43	8.6		43	7.2		44,581	30.2	2,869	28.8	35,557	4.1		
	④		非肥満高血糖			321	9.4		422	10.0		119,080	9.9	8,298	11.3	687,157	9.3		
	⑤		メタボ	該当者		553	16.2		826	19.6		209,544	17.5	12,083	16.4	1,272,714	17.3		
					男性	374	26.0		542	29.2		142,004	27.4	8,258	26.5	875,805	27.5		
					女性	179	9.0		284	12.0		67,540	9.9	3,825	9.0	396,909	9.5		
	⑥			予備群		388	11.3		484	11.5		128,835	10.7	7,886	10.7	790,096	10.7		
					男性	241	16.8		337	18.2		88,450	17.1	5,401	17.3	548,609	17.2		
		県内順位			女性	147	7.4		147	6.2		40,385	5.9	2,485	5.9	241,487	5.8		
	⑦	順位総数22	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	1,048	30.6		1,443	34.2		379,261	31.6	22,305	30.3	2,320,533	31.5		
	⑧				男性	699	48.7		975	52.6		257,437	49.7	15,230	48.9	1,597,371	50.1		
	⑨				女性	349	17.6		468	19.7		121,824	17.9	7,075	16.7	723,162	17.3		
	⑩			BMI	総数	220	6.4		231	5.5		57,060	4.8	3,661	5.0	346,181	4.7		
	⑪				男性	31	2.2		41	2.2		8,477	1.6	576	1.8	55,460	1.7		
	⑫				女性	189	9.5		190	8.0		48,583	7.1	3,085	7.3	290,721	7.0		
	⑬			血糖のみ		13	0.4		22	0.5		8,214	0.7	514	0.7	48,685	0.7		
	⑭			血圧のみ		282	8.2		382	9.0		88,982	7.4	5,670	7.7	546,667	7.4		
	⑮			脂質のみ		93	2.7		80	1.9		31,639	2.6	1,702	2.3	194,744	2.6		
	⑯			血糖・血圧		82	2.4		127	3.0		32,969	2.7	1,924	2.6	196,978	2.7		
	⑰			血糖・脂質		26	0.8		34	0.8		11,910	1.0	674	0.9	69,975	1.0		
	⑱			血圧・脂質		271	7.9		394	9.3		101,012	8.4	5,890	8.0	619,684	8.4		
	⑲			血糖・血圧・脂質		174	5.1		271	6.4		63,653	5.3	3,595	4.9	386,077	5.2		
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧		1,094	32.0		1,518	35.9		412,372	34.4	23,291	31.6	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病		229	6.7		317	7.5		93,059	7.8	4,528	6.2	551,051	7.5		
				脂質異常症		686	20.0		975	23.1		286,600	23.9	16,954	23.0	1,738,149	23.6		
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		115	3.4		149	3.5		37,598	3.2	2,366	3.2	230,777	3.3		
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		260	7.6		265	6.3		68,046	5.9	4,588	6.3	391,296	5.5		
				腎不全		10	0.3		50	1.2		7,528	0.7	993	1.4	37,041	0.5		
				貧血		571	16.7		526	12.5		116,827	10.1	11,689	16.0	710,650	10.1		
	③		喫煙			365	10.7		461	10.9		158,016	13.2	8,453	11.5	1,048,171	14.2		
	④		週3回以上朝食を抜く			146	6.3		176	6.6		72,002	7.1	3,685	7.3	540,374	8.5		
	⑤		週3回以上食後間食			403	17.3		482	18.2		111,439	10.9	7,958	15.7	743,581	11.8		
	⑥		週3回以上就寝前夕食			280	12.0		356	13.4		149,833	14.5	7,253	14.3	983,474	15.4		
	⑦		食べる速度が速い			665	28.5		769	29.0		254,684	25.1	14,293	28.2	1,636,988	25.9		
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			766	32.9		936	35.3		326,322	31.6	16,412	32.4	2,047,756	32.1		
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			1,308	56.2		1,484	56.0		605,529	58.4	28,174	55.7	3,761,302	58.7		
	⑩		1日1時間以上運動なし			929	39.9		1,084	40.9		460,802	44.4	17,540	34.7	2,991,854	46.9		
	⑪		睡眠不足			617	26.6		782	29.6		250,124	24.3	14,108	27.9	1,584,002	25.0		
	⑫		毎日飲酒			505	21.7		594	22.4		278,304	24.6	11,636	23.0	1,760,104	25.6		
	⑬		時々飲酒			456	19.6		493	18.6		237,249	21.0	10,400	20.5	1,514,321	22.0		
	⑭		一日飲酒量	1合未満		1,691	74.1		1,903	73.7		467,405	64.5	34,245	71.0	3,118,433	64.1		
				1～2合		403	17.7		482	18.7		172,836	23.9	10,124	21.0	1,158,318	23.8		
				2～3合		151	6.6		155	6.0		66,425	9.2	3,039	6.3	452,785	9.3		
				3合以上		38	1.7		43	1.7		17,859	2.5	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



【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

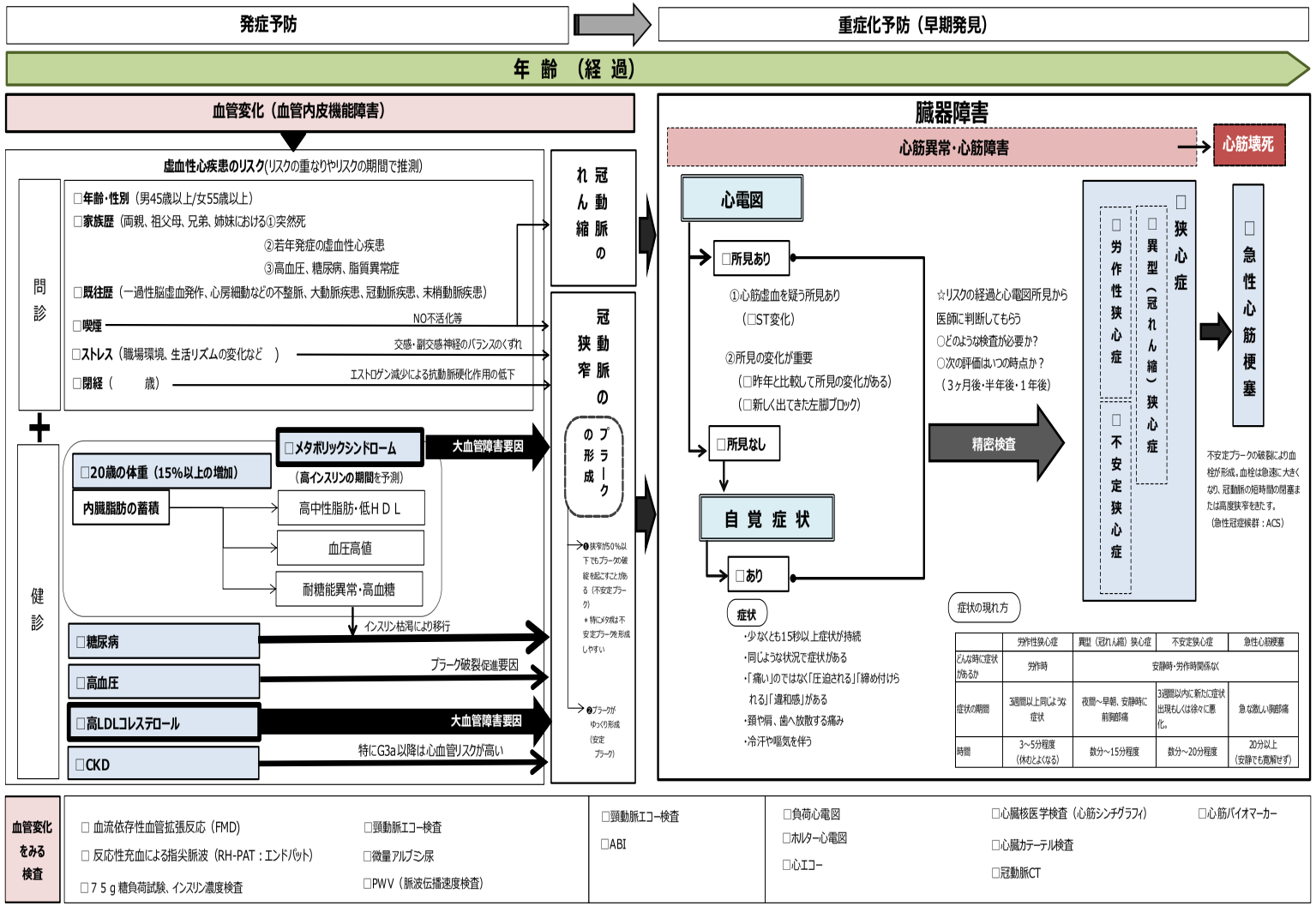
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	**糖尿病管理台帳の全数（Ⓐ+Ⓑ）**　（　　）人		
	Ⓐ健診未受診者　（　　）人	1.資格喪失（死亡、転出）の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	結果把握（内訳） ①国保（生保）（　　）人 ②後期高齢者（　　）人 ③他保険（　　）人 ④住基異動（死亡・転出）（　　）人 ⑤確認できず（　　）人	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患－手術 ●人工透析 ●がん	
	①-1　未治療者（中断者含む）　（　　）人 ＊対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	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
保健指導の優先づけ	Ⓑ結果把握　（　　）人 ①HbA1cが悪化している　（　　）人 例）HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している　（　　）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	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
	②尿蛋白（－）　（　　）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 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下　（　　）人		腎専門医

【参考資料 5】

様式6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目					突合表	保険者						同規模保険者（平均）		データ基
						28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数266		
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数			A	19,515人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		（再掲）40-74歳			15,843人								
2	①	特定健診	対象者数		B	13,913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	4,256人								
	③		受診率			30.6%								
3	①	特定保健指導	対象者数			597人								
	②		実施率			18.6%								
4	①	健診データ	糖尿病型		E	449人	10.5%							特定健診結果
	②			未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	131人	29.2%							
	③			治療中（質問票 服薬あり）	G	318人	70.8%							
	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	98人	30.8%							
	⑤			血圧　130/80以上		63人	64.3%							
	⑥			肥満　BMI25以上		49人	50.0%							
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	220人	69.2%							
	⑧			第1期　尿蛋白（－）	M	340人	75.7%							
	⑨			第2期　尿蛋白（±）		61人	13.6%							
	⑩			第3期　尿蛋白（＋）以上		45人	10.0%							
	⑪			第4期　eGFR30未満		3人	0.7%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）			122.9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）			150.2人								
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保険者千対	入院外（件数）		12,657件	(840.5)					9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④			入院（件数）		130件	(8.6)					65件	(5.0)	
	⑤		糖尿病治療中		H	2,398人	12.3%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳			2,380人	15.0%							
	⑦			健診未受診者	I	2,062人	86.6%							
	⑧		インスリン治療		O	230人	9.6%							
	⑨		（再掲）40-74歳			227人	9.5%							
	⑩		糖尿病性腎症		L	82人	3.4%							
	⑪		（再掲）40-74歳			81人	3.4%							
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			45人	1.88%							
	⑬		（再掲）40-74歳			44人	1.85%							
	⑭		新規透析患者数			3人	0.13%							
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			2人	0.08%							
	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）			70人	2.3%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	医療費	総医療費			73億7188万円						53億6461万円		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		43億8557万円						30億4285万円		
	③		（総医療費に占める割合）			59.5%						56.7%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		4,660円						6,634円		
	⑤			健診未受診者		42,883円						34,890円		
	⑥		糖尿病医療費			4億2777万円						3億0601万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			9.8%						10.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			12億1472万円								
	⑨			1件あたり		38,535円								
	⑩		糖尿病入院総医療費			8億7529万円								
	⑪			1件あたり		604,899円								
	⑫			在院日数		0日								
	⑬		慢性腎不全医療費			4億4124万円						3億0859万円		
	⑭			透析有り		4億1352万円						2億8997万円		
	⑮			透析なし		2773万円						1862万円		
7	①	介護	介護給付費			89億4561万円						49億7299万円		
	②			（2号認定者）糖尿病合併症		16件	17.8%							KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			14人	1.4%					8人	1.2%	

虚血性心疾患予防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

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	□ＳＴ変化	⑤ 重症化予防対象者
		□その他所見	
② 問診	□自覚症状なし	□症状あり □少なくとも15秒以上の症状が持続 □同じような状況で症状がある □「痛い」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 □頚や肩、歯へ放散する痛み □冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者
	□家族歴　父母、祖父母、兄弟姉妹　(1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 □既往歴・合併症　一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 □喫煙		発症予防対象者
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。**	発症予防対象者

判定			正常	軽度	重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム	□腹囲			男　85～ 女　90～		
	□BMI		～24.9	25～		
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299	300～	
		食後	～199	200～		
	□nonHDL−C		～149	150～169	170～	
	□AST		～30	31～50	51～	
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75ｇ糖負荷試験 【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
ｅＧＦＲ				60未満		
尿蛋白			（−）	（＋）～		
□ＣＫＤ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

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

データヘルス計画第1期の評価（平成25年度～28年度）と平成29年度進捗状況

四国中央市

課題・目標	評価（良くなったところ）				
	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）	⑤残っている課題
◆特定健診受診率・特定保健指導実施率が低い ◆生活習慣病のリスクが重なっている者が多い ◆生活習慣病の重症化 ⇒医療費が高い	**全　体** 年度当初に保健衛生部局と今年度の方向性の検討を行い、それをもとに計画、事業の位置付け等の共通認識を行った **特定健診未受診者対策** ○未受診者に対して、通知物や電話にて勧奨 ・医療機関にて治療中の者へは、本人通知および医師への依頼文書を送付 ・治療中の者、職域健診受診者等の結果授受勧奨 ○健診勧奨チラシ配布や出前講座、既存事業等を活用した勧奨の実施 **重症化予防対策** ＜生活習慣病等の重症化予防対策＞平成28年度より実施 ○血管を傷めるリスクを考慮し、特定保健指導対象者、受療勧奨対象者の選定・支援方法・指導内容について検討・確認し、整理を行った ・受療勧奨対象者には、受療勧奨後、保健指導後の効果を確認（受診状況等）し、未受診者には必要に応じて再アプローチを行う ○健診結果相談会や健康教育の実施 ＜糖尿病性腎症重症化予防対策＞平成29年度より開始 ・対象者の選定 ・糖尿病管理台帳の整備 ・保健衛生部局との連携（事業の打ち合わせ：随時）保健指導時の教材内容や対象者を事前に把握し、課題共有 ▪ 医療機関との連携 事業参加意向の確認を書面にて実施。事業内容の周知を行い、受診勧奨や糖尿病連携手帳の活用についての協力依頼 **医療機関とのつながり** ・医師会や個々の医療機関へ、特定健診・特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防等についての協力依頼	・特定健診受診率 H25年　H26年　H27年　H28年 22.4%　23.0%　31.1%　30.6% ・特定保健指導実施率 H25年　H26年　H27年　H28年 9.6%　18.5%　14.6%　18.6% ・受診勧奨者の医療機関受診率 H25年　H26年　H27年　H28年 56.4%　55.7%　55.9%　56.3% ＜糖尿病性腎症重症化予防対策（H29進捗状況）＞ 医療機関への受診勧奨数（訪問）：9 （再掲）医療機関受診有：4 （再掲）医療機関受診無：5 （再掲）再勧奨：2 （再掲）未把握：3 保健指導実施者数：3 かかりつけ医への協力依頼訪問：3 **医療機関とのつながり** 医師会、および医療機関に文書の送付や個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼を行った	＜特定健診結果＞ ・メタボ該当者減少率 H25-H26　H26-H27　H27-H28 -7.4%　-0.6%　-11.5% ・メタボ予備軍減少率 H25-H26　H26-H27　H27-H28 1.8%　-1.8%　-0.9% ・血糖・血圧・脂質のリスクの重なりのある者の割合 H25年　H26年　H27年　H28年 5.1%　4.6%　5.5%　6.4% ・HbA1c6.5以上の者の割合 H25 - H28年　6.5% - 7.2% ・総医療費に占める脳血管疾患割合の減少率　H25 - H28年 -3.6% ・総医療費に占める慢性腎不全（透析有）割合の減少率 H25 - H28年 9.0% ・糖尿病治療中に占める新規透析患者数の推移 H25年　H26年　H27年　H28年 3人　1人　5人　3人 ・糖尿病有病割合の減少率 H25 - H28年 -8.9% ＜糖尿病性腎症重症化予防対策＞ ・HbA1c6.5以上の未治療者数の推移 ・糖尿病治療者でHbA1c7.0以上の人の割合 ・対象者の健診結果にて、HbA1cの改善 **医療機関とのつながり** ○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況（受診者数の変化等）	○保健衛生部局との連携 ・保健事業の優先順位を検討した職員体制づくり ・保健指導スタッフの勉強会 ・事業予算の確保 ○医療機関等との連携体制づくり	◆特定健診受診率が低い ◆特定保健指導実施率が低い ◆メタボリックシンドローム・予備軍の割合が高い ◆生活習慣病のリスクの重なりのある者の割合が多い ◆生活習慣病の重症化 ⇩ ・対象者へのアプローチ、支援、評価方法等検討 ・医療機関等の協力・連携による取り組み ・ポピュレーションアプローチの検討 ＜糖尿病性腎症重症化予防＞ ◆協力機関について、市内24箇所のため、増やしていく必要あり ◆保健指導従事者のマンパワー ◆医療機関につながらないケースの検討 ◆コントロール不良者に対するアプローチ **医療機関とのつながり** 継続した関わりや、個々の事例を通じての連携をすすめていける体制づくり

【参考資料 8】

平成30年度に向けての全体評価

四国中央市

課題・目標	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①やってきた実践事項を振り返ってみる（プロセス）	②アウトプット（事業実施量）	③アウトカム（結果）	④ストラクチャー（構造）	
◆特定健診受診率が低い ◆特定保健指導実施率が低い ◆メタボリックシンドローム・予備軍の割合が高い ◆生活習慣病のリスクの重なりのある者の割合が多い ◆生活習慣病の重症化 ⇩ ・対象者へのアプローチ、支援、評価方法等検討 ・医療機関等の協力・連携による取り組み ・ポピュレーションアプローチの検討	全　体 年度当初に保健衛生部局と今年度の方向性の検討を行い、それをもとに計画、事業の位置付け等の共通認識を行う 特定健診未受診者対策 ○未受診者に対して、通知物や電話にて勧奨 ・医療機関にて治療中の者へは、本人通知および医師への依頼文書を送付 ・治療中の者、職域健診受診者等の結果授受勧奨 ○健診勧奨チラシ配布や出前講座、既存事業等を活用した勧奨の実施 重症化予防対策 ＜生活習慣病等の重症化予防対策＞ ○血管を傷めるリスクを考慮し、特定保健指導対象者、受療勧奨対象者の選定・支援方法・指導内容について検討・確認し、整理を行った ・受療勧奨対象者には、受療勧奨後、保健指導後の効果を確認（受診状況等）し、未受診者には必要に応じて再アプローチを行う ○健診結果相談会や健康教育の実施	・特定健診受診率の推移 ・特定保健指導実施率 ・受診勧奨者の医療機関受診率	＜特定健診結果＞ ・メタボ該当者減少率 ・メタボ予備軍減少率 ・血糖・血圧・脂質のリスクの重なりのある者の割合 ・HbA1c6.5以上の者の割合 ・総医療費に占める脳血管疾患割合の減少率 ・総医療費に占める慢性腎不全（透析有）割合の減少率	○保健衛生部局との連携 ・保健事業の優先順位を検討した職員体制づくり ・保健指導スタッフの勉強会 ・事業予算の確保 ○医療機関等との連携体制づくり	
＜糖尿病性腎症重症化予防対策＞ ◆協力機関について、市内24箇所のため、増やしていく必要あり ◆保健指導従事者のマンパワー ◆医療機関につながらないケースの検討 ◆コントロール不良者に対するアプローチ	＜糖尿病性腎症重症化予防対策＞ ・対象者の選定 ・糖尿病管理台帳の整備 ・保健衛生部局との連携（事業の打ち合わせ：随時）保健指導時の教材内容や対象者を事前に把握し、課題共有 ・医療機関との連携 事業参加意向の確認を書面にて実施。事業内容の周知を行い、受診勧奨や糖尿病連携手帳の活用についての協力依頼	＜糖尿病性腎症重症化予防対策＞ ・対象者への医療機関受診のための勧奨実施率 ・対象者における医療機関受診率 ・対象者における保健指導実施数 ・保健指導修了者数 ・かかりつけ医との連携数	＜糖尿病性腎症重症化予防対策＞ ・HbA1c6.5以上の未治療者数の推移 ・糖尿病治療者でHbA1c7.0以上の人の割合 ・対象者の健診結果にて、HbA1cの改善 ・糖尿病治療中に占める新規透析患者数の推移 ・糖尿病有病率の割合の減少率		
医療機関とのつながり 継続した関わりや、個々の事例を通じての連携をすすめていける体制づくり	医療機関とのつながり ・医師会や個々の医療機関へ、特定健診・特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防等についての協力依頼	医療機関とのつながり 医師会、および医療機関に文書の送付や個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼を行う	医療機関とのつながり ○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況（受診者数の変化等）		