

伊方町国民健康保険  
第2期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

平成30年3月時点



平成30年3月作成

伊方町国民健康保険

## 第2期 伊方町保健事業実施計画(データヘルス計画)

### 目次

<b>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</b>	<b>1</b>
1 背景・目的	1
2 計画の位置付け	2
3 計画期間	4
4 関係者が果たすべき役割と連携	4
5 保険者努力支援制度	6
<b>第2章 第1期計画の評価及び第2期計画における健康課題の明確化</b>	<b>7</b>
1 第1期計画の評価及び考察	7
2 第2期計画における健康課題の明確化	12
3 目標の設定	18
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b>	<b>19</b>
1 第3期特定健康診査等実施計画について	19
2 目標値の設定	19
3 対象者の見込み	19
4 特定健診の実施	19
5 特定保健指導の実施	21
6 個人情報の保護	24
7 結果の報告	24
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	24
<b>第4章 保健事業の内容</b>	<b>25</b>
第1 保健事業の方向性	25
第2 重症化予防の取組	25
1 糖尿病性腎症重症化予防	25
2 虚血性心疾患重症化予防	33
3 脳血管疾患重症化予防	37
第3 ポピュレーションアプローチ	42
<b>第5章 地域包括ケアに係る取組</b>	<b>43</b>
<b>第6章 計画の評価・見直し</b>	<b>45</b>
1 評価の時期	45
2 評価方法・体制	45
3 目標管理一覧	46
<b>第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b>	<b>47</b>
1 計画の公表・周知	47
2 個人情報の取扱い	47
<b>参考資料</b>	<b>48 ~ 59</b>

## 第 2 期 伊方町保健事業実施計画（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（以下「特定健診」という。）及び後期高齢者に対する健康診査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、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（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担う。

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。）の一部改正等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされた。

伊方町においては、平成 27 年度に保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定していたが、平成 29 年度をもって第 1 期計画期間が終了することから、国指針に基づいて「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進のための事業を計画的に実施する。

## 2 計画の位置付け

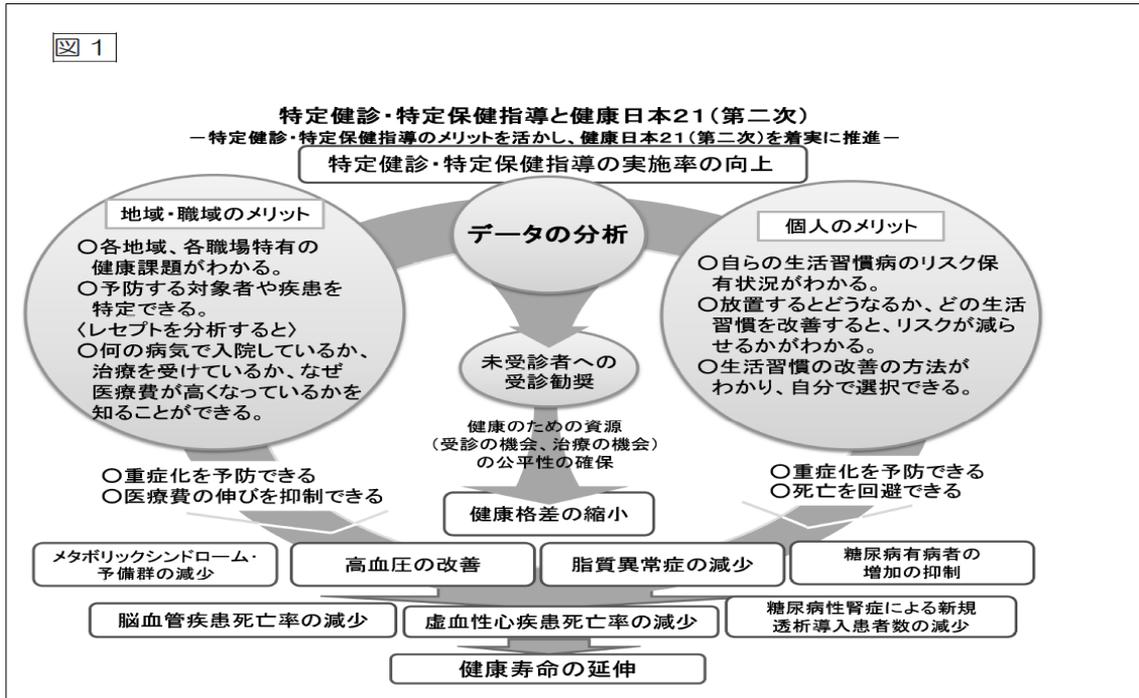
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

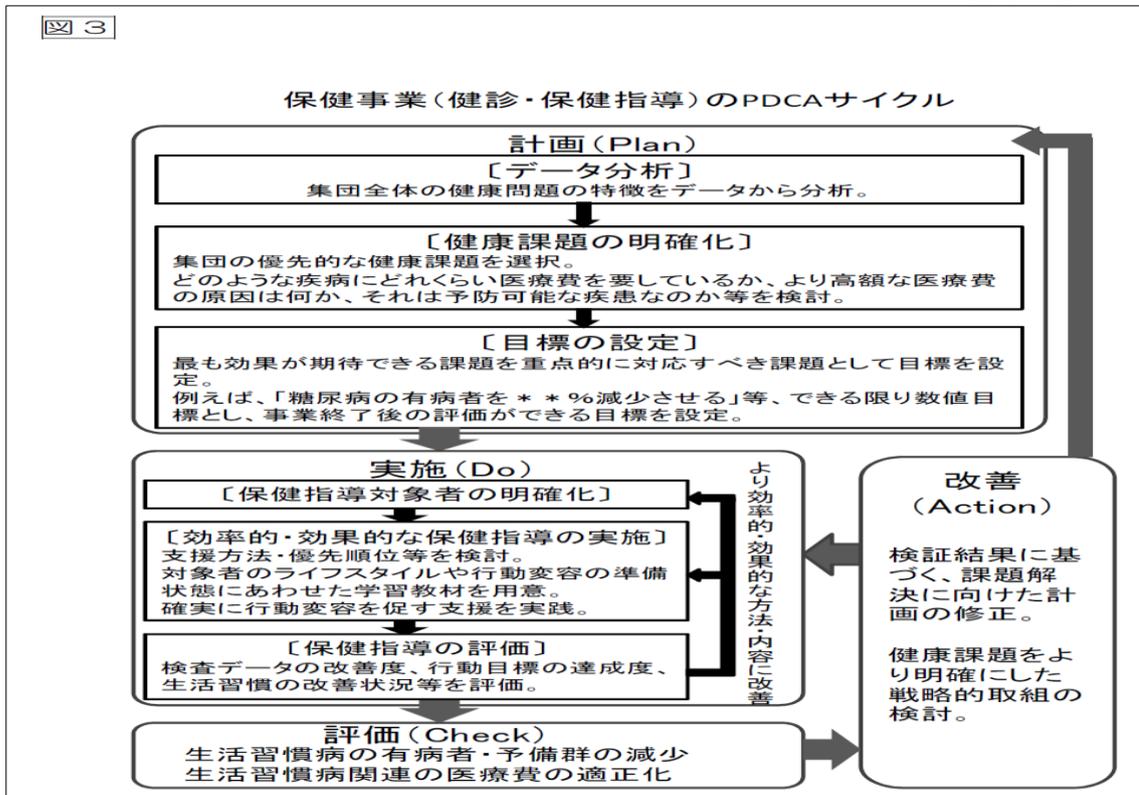
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施指針)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(一部改正)」	厚生労働省 健康局 平成24年6月 介護保険事業に係る関係給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 医療費適正化に関する施策について(基本指針)【全部改正】	厚生労働省 健康局 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25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の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、 <b>社会連帯機能が維持・向上するものとする</b> 。生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化を防止することができれば、過剰な医療費を削減することができ、さらには <b>重症化や合併症の発生を抑制</b> し、入院患者を減少することができる。この結果、国民の生活の質の向上及び向上を促すことによる <b>医療の伸びの抑制</b> を達成することが可能となる。 <b>糖尿病等の生活習慣病の重症化や重症化を予防</b> することを目的として、 <b>メタリックシンドローム</b> 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など、的確に抽出するために取り組むことである。	生活習慣病対策とは別に、被保険者の <b>自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み</b> について、 <b>医療費がその支援の中心</b> として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 <b>糖尿病等の生活習慣病の重症化</b> 及び被保険者の <b>認知症高齢化</b> 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即した日常生活を送ることができるよう支援することや、 <b>要介護状態</b> または <b>要支援状態</b> となることへの <b>予防</b> 又は、 <b>要介護状態等の重症化</b> は <b>重症化の防止</b> を理念としている。	<b>国民皆保険を堅持</b> し、続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 <b>医療費が過度に増大しないよう</b> に、 <b>品質かつ適切な医療を効率的に提供</b> する体制の確保を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 <b>地域において役割のない医療の提供</b> を実現し、 <b>品質かつ適切な医療を効率的に提供</b> する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(幼児期、 <b>若壮年期</b> 、高齢期)にむけて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える現在の若年層(若年期世代、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	メタリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に關する項目 15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の発症率 ②合併症(糖尿病・脂質異常症・高血圧)による併発率(糖尿病患者) ③糖尿病の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病発症率 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦特定健診・特定保健指導の受診率 ⑧特定健診・特定保健指導の受診率 ⑨特定健診・特定保健指導の受診率 ⑩特定健診・特定保健指導の受診率 ⑪特定健診・特定保健指導の受診率 ⑫特定健診・特定保健指導の受診率 ⑬特定健診・特定保健指導の受診率 ⑭特定健診・特定保健指導の受診率 ⑮特定健診・特定保健指導の受診率 ⑯特定健診・特定保健指導の受診率 ⑰特定健診・特定保健指導の受診率 ⑱特定健診・特定保健指導の受診率 ⑲特定健診・特定保健指導の受診率 ⑳特定健診・特定保健指導の受診率 ㉑特定健診・特定保健指導の受診率 ㉒特定健診・特定保健指導の受診率 ㉓特定健診・特定保健指導の受診率 ㉔特定健診・特定保健指導の受診率 ㉕特定健診・特定保健指導の受診率 ㉖特定健診・特定保健指導の受診率 ㉗特定健診・特定保健指導の受診率 ㉘特定健診・特定保健指導の受診率 ㉙特定健診・特定保健指導の受診率 ㉚特定健診・特定保健指導の受診率 ㉛特定健診・特定保健指導の受診率 ㉜特定健診・特定保健指導の受診率 ㉝特定健診・特定保健指導の受診率 ㉞特定健診・特定保健指導の受診率 ㉟特定健診・特定保健指導の受診率 ㊱特定健診・特定保健指導の受診率 ㊲特定健診・特定保健指導の受診率 ㊳特定健診・特定保健指導の受診率 ㊴特定健診・特定保健指導の受診率 ㊵特定健診・特定保健指導の受診率 ㊶特定健診・特定保健指導の受診率 ㊷特定健診・特定保健指導の受診率 ㊸特定健診・特定保健指導の受診率 ㊹特定健診・特定保健指導の受診率 ㊺特定健診・特定保健指導の受診率 ㊻特定健診・特定保健指導の受診率 ㊼特定健診・特定保健指導の受診率 ㊽特定健診・特定保健指導の受診率 ㊾特定健診・特定保健指導の受診率 ㊿特定健診・特定保健指導の受診率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用し、費用対効果の観点も考慮 ①(1)生活習慣の状況(特定健診の受診率等) ②(2)健康診査等の受診率 ③(3)医療費等 ④(4)特定健診率 ⑤(5)特定保健指導率 ⑥(6)健診結果の改善 ⑦(7)生活習慣病の有病率・予備群 ⑧(8)医療費 ⑨(9)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 外未 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③予防健診等・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5歳未満事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度)】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度)】を減額し、保険料率決定			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】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3 計画期間

計画期間については、国指針第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

伊方町においては、国民健康保険主管課である町民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。特に保健福祉課（中央保健センター）の保健師等の専門職や、介護保険部局（保健福祉課長寿介護室）とも十分連携をして、町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・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。（図表4）

#### (2) 外部有識者等の役割

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

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

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、健診データやレセプトデータ等を活用した健康課題の抽出、KDBを活用した事業実施後の評価におけるデータ分析や技術支援及び保険者等の職員向け研修の充実に努めること等が期待される。

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

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画の策定及び評価について、都道府県関係課との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

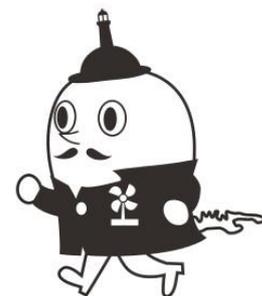
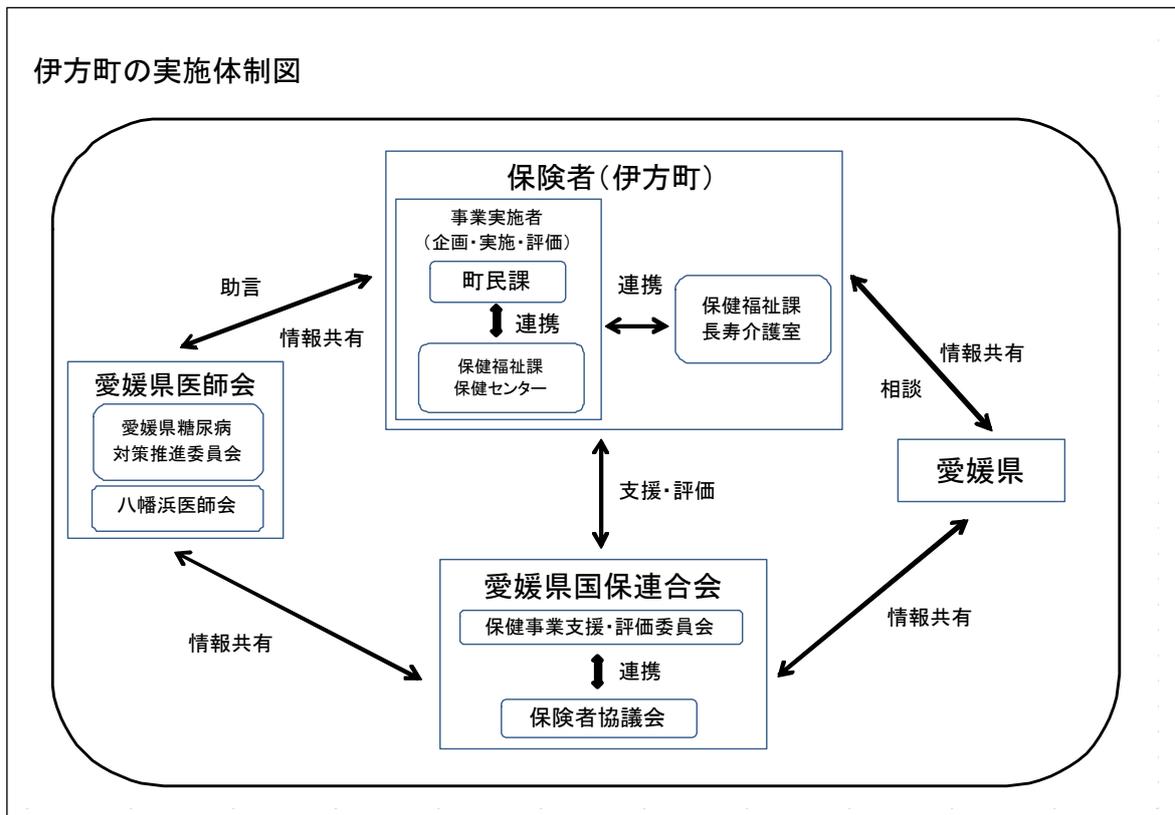
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者と

の連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

(3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



## 5 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

### 保険者努力支援制度 評価点数

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		133	219	434	
総得点(体制構築加点含む)		171	271	390	
全国順位(1,741市町村中)		1256			
共通①	特定健診受診率	15	10	20	50
	特定保健指導実施率	0	25	40	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通②	がん検診受診率	10	10	15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	20
共通③	糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況	0	55	75	100
固有②	データヘルス計画の策定	10	20	26	40
共通④	個人へのインセンティブ提供	0	0	0	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11	14	20	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	0	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	0	0	0	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有④	地域包括ケア推進の取組の実施状況	5	0	0	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	22	29	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			30	50
体制構築加点		70	70	60	60

※平成 29 年度及び平成 30 年度分の交付額は計画策定時点での見込み額

## 第2章 第1期計画の評価及び第2期計画における健康課題の明確化

### 1 第1期計画の評価及び考察

#### (1) 第1期計画の評価

##### ア 全体の経年変化（参考資料1）

##### ① 死亡の状況

平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、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。死因別では、がんの割合が平成25年度は高かったが、平成28年度にはさらに高くなっている。心臓病及び脳血管疾患は減少しており、特に脳血管疾患は平成25年度の半分程度となっている。糖尿病や腎不全はやや増加している。

##### ② 介護の状況

平成25年度と比較すると、平成28年度には介護認定率はやや増加している。介護給付費の合計額は減少しているが、1件当たり給付費は増加している。1件当たり給付費は、同規模平均よりも低いですが、同規模平均は減少しているのに対し、伊方町はやや増加している。サービス区分別でみると、居宅サービスが増え、施設サービスが減少している。（図表6）

【図表6】

年度	伊方町				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
H25年度	11億2,022万円	64,775	34,602	274,298	70,235	42,529	283,116
H28年度	10億9,378万円	67,459	36,924	267,953	68,805	42,403	278,100

※介護給付費：KDB帳票No.4「市町村別データ」

※1件当たり給付費、居宅/施設サービス：KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

##### ③ 医療の状況（図表7）

医療全体の受診率は、平成25年度と比較すると平成28年度には減少している。医療費についても、同規模平均では伸びているのに対し、伊方町は、総医療費、1人当たり医療費ともに減少している。特に入院の医療費の伸び率が下がっている。

【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	
				伊方町	同規模			伊方町	同規模			伊方町	同規模
1. 総医療費【円】	平成25年度	1,357,948,390				656,532,980				701,415,410			
	平成28年度	1,178,987,150	-178,961,240	-13.18	4.38	552,706,770	-103,826,210	-15.81	3.72	626,280,380	-75,135,030	-10.71	4.88
2. 一人当たり医療費【円】	平成25年度	30,226				14,610				15,610			
	平成28年度	29,392	-834	-2.76	8.74	13,780	-830	-5.68	8.08	15,610	0	0.00	9.27

※各年度累計

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、No.4「市町村別データ」

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる

④ 目標疾患の受療者の割合の状況（図表 9）

平成 28 年度における被保険者数全体に占める虚血性心疾患受療者の割合は、3.41%である。また、脳血管疾患受療者の割合は 18.1%で、それぞれ、平成 25 年度と比べるとやや減少している。

人工透析の受療者は平成 25 年度と比べて 4 人減少しており、増減の内訳は、新規導入による増 1 人、腎移植による減 2 人、死亡による減 3 人であった。

疾病の重なりについては、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析のいずれも、50%以上が基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症を有している。中でも高血圧は全て 75%以上であり、割合が特に高い。

【図表 9】

(単位:人、%)

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	
	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	3,757	133	3.54	44	33.1	5	3.8	110	82.7	52	39.1	92	69.2
	64歳以下	2,470	40	1.62	13	32.5	3	7.5	31	77.5	19	47.5	31	77.5
	65歳以上	1,287	93	7.23	31	33.3	2	2.2	79	84.9	33	35.5	61	65.6
H28	全体	3,403	116	3.41	34	29.3	3	2.6	95	81.9	61	52.6	77	66.4
	64歳以下	1,989	27	1.36	7	25.9	2	7.4	22	81.5	11	40.7	13	48.1
	65歳以上	1,414	89	6.29	27	30.3	1	1.1	73	82.0	50	56.2	64	71.9

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	
	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	3,757	215	5.72	44	20.5	3	1.4	168	78.1	88	40.9	118	54.9
	64歳以下	2,470	63	2.55	13	20.6	2	3.2	48	76.2	25	39.7	34	54.0
	65歳以上	1,287	152	11.81	31	20.4	1	0.7	120	78.9	63	41.4	84	55.3
H28	全体	3,403	188	5.52	34	18.1	4	2.1	145	77.1	87	46.3	112	59.6
	64歳以下	1,989	51	2.56	7	13.7	3	5.9	33	64.7	16	31.4	31	60.8
	65歳以上	1,414	137	9.69	27	19.7	1	0.7	112	81.8	71	51.8	81	59.1

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	
	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	3,757	12	0.32	3	25.0	5	41.7	11	91.7	6	50.0	6	50.0
	64歳以下	2,470	9	0.36	2	22.2	3	33.3	8	88.9	5	55.6	4	44.4
	65歳以上	1,287	3	0.23	1	33.3	2	66.7	3	100.0	1	33.3	2	66.7
H28	全体	3,403	8	0.24	4	50.0	3	37.5	7	87.5	4	50.0	5	62.5
	64歳以下	1,989	5	0.25	3	60.0	2	40.0	5	100.0	2	40.0	3	60.0
	65歳以上	1,414	3	0.21	1	33.3	1	33.3	2	66.7	2	66.7	2	66.7

イ 中長期目標の達成状況（図表 8）

第 1 期データヘルス計画においては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の医療費を、それぞれ 5% 減少させることを長期的な目標として設定していた。

レセプトの最大医療資源で中長期・短期目標疾患の医療費をみると、平成 25 年度と比べて平成 28 年度には減少し、医療費全体に占める割合も低くなっているが、5% までは減少していない。

疾患別に医療費の割合をみると、中長期目標疾患では透析なしの慢性腎不全と心疾患、短期目標疾患では糖尿病に係る医療費の割合が増加している。透析なしの慢性腎不全と糖尿病に係る医療費の割合については、国・県と比較してもやや高い。その他、新生物や筋・骨疾患の医療費の割合は減少しているが、精神疾患の医療費は増えており、県・国と比べても高くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成25年度と平成28年度との比較）

	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	伊方町	1,357,948,390	30,226	11位	4位	4.94%	0.45%	3.14%	1.23%	5.21%	5.90%	2.27%	314,177,790	23.14%	14.18%	16.94%	11.56%
H28		1,178,987,150	29,392	37位	7位	3.23%	0.53%	2.51%	1.28%	5.90%	5.47%	2.10%	247,900,750	21.03%	12.13%	18.06%	9.15%
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

【図表 9】

KDB帳票No.14・No.17・No.18「厚労省様式3-2・5・6」、No.40「医療費分析(1)細小分類」

	虚血性心疾患				脳血管疾患				糖尿病性腎症	
	入院医療費(円)				入院医療費(円)				入院医療費(円)	
	狭心症	伸び率	心筋梗塞	伸び率	脳出血	伸び率	脳梗塞	伸び率	糖尿病	伸び率
平成26年	3,870,600	-	7,666,060	-	530,060	-	2,294,350	-	861,070	-
平成27年	232,120	-94.0%	0	-100%	327,060	-38.3%	737,400	-67.9%	451,640	-47.5%
平成28年	757,780	226.5%	0	-	0	-100.0%	3,373,540	357.5%	1,026,180	127.2%
平成29年	0	-100.0%	0	-	0	-	1,858,180	-44.9%	1,055,960	2.9%

毎月5月診療分 (KDB7月作成)

ウ 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2~3-4) (図表 10)

第 1 期データヘルス計画においては、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して設定し、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病の検査結果の改善を目指すこととしていた。

糖尿病、高血圧、脂質異常症について、平成 25 年度と比較してみると、人数では糖尿病は微増、高血圧と脂質異常症は減少しているが、被保険者数全体に占める割合では全て増加している。

平成 28 年度の糖尿病受療者の内、インスリン療法を受けている方は 11.8%と平成

25 年度より増えており、高血圧との重複の割合も増加している。

高血圧については、3種の疾患の中では割合が26.15%と最も多い。32.8%が糖尿病を、49.4%が脂質異常症を重複しているものの、中長期的目標疾患である虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析等との重なりは少しずつ減少している。

【図表 10】

(単位:人、%)

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標								
		被保険者数	糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,757	438	11.66	36	8.2	270	61.6	284	64.8	52	11.9	88	20.1	6	1.4	40	9.1
	64歳以下	2,470	190	7.69	18	9.5	105	55.3	123	64.7	19	10.0	25	13.2	5	2.6	18	9.5
	65歳以上	1,287	248	19.27	18	7.3	165	66.5	161	64.9	33	13.3	63	25.4	1	0.4	22	8.9
H28	全体	3,403	441	12.96	52	11.8	292	66.2	283	64.2	61	13.8	87	19.7	4	0.9	43	9.8
	64歳以下	1,989	156	7.84	16	10.3	93	59.6	89	57.1	11	7.1	16	10.3	2	1.3	12	7.7
	65歳以上	1,414	285	20.16	36	12.6	199	69.8	194	68.1	50	17.5	71	24.9	2	0.7	31	10.9

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標					
		被保険者数	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	3,757	919	24.46	270	29.4	467	50.8	110	12.0	168	18.3	11	1.2	
	64歳以下	2,470	351	14.21	105	29.9	165	47.0	31	8.8	48	13.7	8	2.3	
	65歳以上	1,287	568	44.13	165	29.0	302	53.2	79	13.9	120	21.1	3	0.5	
H28	全体	3,403	890	26.15	292	32.8	440	49.4	95	10.7	145	16.3	7	0.8	
	64歳以下	1,989	294	14.78	93	31.6	132	44.9	22	7.5	33	11.2	5	1.7	
	65歳以上	1,414	596	42.15	199	33.4	308	51.7	73	12.2	112	18.8	2	0.3	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標					
		被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	3,757	720	19.16	284	39.4	467	64.9	92	12.8	118	16.4	6	0.8	
	64歳以下	2,470	289	11.70	123	42.6	165	57.1	31	10.7	34	11.8	4	1.4	
	65歳以上	1,287	431	33.49	161	37.4	302	70.1	61	14.2	84	19.5	2	0.5	
H28	全体	3,403	660	19.39	283	42.9	440	66.7	77	11.7	112	17.0	5	0.8	
	64歳以下	1,989	230	11.56	89	38.7	132	57.4	13	5.7	31	13.5	3	1.3	
	65歳以上	1,414	430	30.41	194	45.1	308	71.6	64	14.9	81	18.8	2	0.5	

② 健診結果からみるリスクの経年変化 (図表 11)

特定健診の結果をみると、男女とも平成 25 年度と比べて中性脂肪及び LDL は減少しているものの、HbA1c や収縮期・拡張期血圧等の所見は増加傾向にある。

男性は、女性に比べて若い世代から有所見の割合が高い傾向にあり、年齢を問わず約 25% がメタボ該当者で、平成 25 年度と比べて平成 28 年度もほぼ横ばいである。

女性は、男性に比べてメタボ該当者の割合は少なく、平成 25 年度と比べると平成 28 年度にはやや減少しており、年齢が高い方がメタボ該当者の割合が高い。高血糖と高血圧は、従来と比べると減少してきているが、今後も重点的に取り組む必要がある。

【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」（単位：人、％）

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	160	30.7	262	50.2	154	29.5	105	20.1	47	9.0	1	0.2	291	55.7	144	27.6	250	47.9	145	27.8	218	41.8	11	2.1
	H25 40-64	82	31.3	129	49.2	85	32.4	65	24.8	23	8.8	0	0.0	128	48.9	72	27.5	110	42.0	89	34.0	120	45.8	4	1.5
	65-74	78	30.0	133	51.2	69	26.5	40	15.4	24	9.2	1	0.4	163	62.7	72	27.7	140	53.8	56	21.5	98	37.7	7	2.7
女性	合計	164	32.7	252	50.3	127	25.3	91	18.2	49	9.8	7	1.4	289	57.7	148	29.5	259	51.7	176	35.1	196	39.1	17	3.4
	H28 40-64	80	37.7	105	49.5	67	31.6	48	22.6	20	9.4	4	1.9	109	51.4	73	34.4	97	45.8	90	42.5	94	44.3	5	2.4
	65-74	84	29.1	147	50.9	60	20.8	43	14.9	29	10.0	3	1.0	180	62.3	75	26.0	162	56.1	86	29.8	102	35.3	12	4.2

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	170	26.7	151	23.7	132	20.8	55	8.6	21	3.3	0	0.0	355	55.8	21	3.3	271	42.6	108	17.0	386	60.7	0	0.0
	H25 40-64	63	23.5	48	17.9	48	17.9	26	9.7	8	3.0	0	0.0	119	44.4	4	1.5	80	29.9	46	17.2	163	60.8	0	0.0
	65-74	107	29.1	103	28.0	84	22.8	29	7.9	13	3.5	0	0.0	236	64.1	17	4.6	191	51.9	62	16.8	223	60.6	0	0.0
女性	合計	152	28.1	118	21.9	89	16.5	50	9.3	16	3.0	0	0.0	350	64.8	19	3.5	248	45.9	104	19.3	287	53.1	3	0.6
	H28 40-64	54	27.7	39	20.0	26	13.3	25	12.8	4	2.1	0	0.0	102	52.3	5	2.6	70	35.9	42	21.5	106	54.4	2	1.0
	65-74	98	28.4	79	22.9	63	18.3	25	7.2	12	3.5	0	0.0	248	71.9	14	4.1	178	51.6	62	18.0	181	52.5	1	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」（単位：人、％）

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	522	34.9	25	4.8	106	20.3	5	1.0	70	13.4	31	5.9	131	25.1	29	5.6	8	1.5	52	10.0	42	8.0						
	H25 40-64	262	30.3	16	6.1	50	19.1	3	1.1	25	9.5	22	8.4	63	24.0	10	3.8	3	1.1	30	11.5	20	7.6						
	65-74	260	41.1	9	3.5	56	21.5	2	0.8	45	17.3	9	3.5	68	26.2	19	7.3	5	1.9	22	8.5	22	8.5						
女性	合計	501	37.4	22	4.4	103	20.6	8	1.6	76	15.2	19	3.8	127	25.3	23	4.6	11	2.2	52	10.4	41	8.2						
	H28 40-64	212	31.5	10	4.7	42	19.8	2	0.9	25	11.8	15	7.1	53	25.0	7	3.3	8	3.8	24	11.3	14	6.6						
	65-74	289	43.5	12	4.2	61	21.1	6	2.1	51	17.6	4	1.4	74	25.6	16	5.5	3	1.0	28	9.7	27	9.3						

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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
女性	合計	636	46.0	9	1.4	51	8.0	5	0.8	35	5.5	11	1.7	91	14.3	8	1.3	7	1.1	40	6.3	36	5.7						
	H25 40-64	268	40.5	5	1.9	20	7.5	3	1.1	11	4.1	6	2.2	23	8.6	2	0.7	2	0.7	13	4.9	6	2.2						
	65-74	368	50.9	4	1.1	31	8.4	2	0.5	24	6.5	5	1.4	68	18.5	6	1.6	5	1.4	27	7.3	30	8.2						
女性	合計	540	46.6	12	2.2	45	8.3	3	0.6	29	5.4	13	2.4	61	11.3	11	2.0	4	0.7	24	4.4	22	4.1						
	H28 40-64	195	40.8	6	3.1	20	10.3	2	1.0	12	6.2	6	3.1	13	6.7	3	1.5	0	0.0	7	3.6	3	1.5						
	65-74	345	50.7	6	1.7	25	7.2	1	0.3	17	4.9	7	2.0	48	13.9	8	2.3	4	1.2	17	4.9	19	5.5						

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率はほぼ横ばい状態であるが、特定保健指導実施率は平成 25 年度と比べて上昇している。受診勧奨者の医療機関受診率は同規模平均と同程度、50%前後であり、未受診者が半数を占めている。

【図表 12】

KDB帳票No.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」、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	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								伊方町	同規模平均
H25年度	2,822	1,157	41.0%	71	171	28	16.4%	49.7%	50.8%
H28年度	2,501	1,041	41.6%	74	160	55	34.4%	50.3%	51.6%

※特定健診・特定保健指導の対象者、受診者、受診率は法定報告値。特定健診同規模順位、受診勧奨者はKDBより抽出。

## (2) 第1期計画に係る考察

第1期計画において、健康寿命を伸ばすために、医療費が高額となる疾患、長期化することで高額になる疾患、介護認定者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すことを目指して取り組んできた。

その結果、腎、脳疾患の医療費に占める割合は減少しており、目標疾患医療費総額も5%には至らないが少しずつ減少してきている。

しかし、健診受診者のデータから、従来から当町の課題である高血圧、糖尿病の有所見者率は増加傾向にあることから、今後も高血圧、糖尿病の重症化予防について継続して取り組む必要がある。

## 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

#### ア 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

伊方町の一人あたり医療費は29,392円で同規模、国、県平均より高い。入院は件数ではわずか3.5%であるが、費用額では全体の約46.9%を占めている。

【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】	伊方町		同規模平均		県		国	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
外来 ★NO.1【医療】	件数							
	費用額				53.1			96.5
入院 ★NO.1【医療】	件数	3.5						
	費用額				46.9			

○入院を重症化した結果としてとらえる

#### イ 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)

高額医療になる疾患では、がんや脳血管疾患の費用額の割合が高い。長期化する疾患である人工透析では、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の受療者の割合が

高い。生活習慣病の治療者においては、高血圧症、脂質異常症の受療者の割合が多い。  
 なお、長期入院においては、精神疾患に係る入院の費用額が87.3%を占めている。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		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	94人	7人		2人		35人		58人			
				7.4%		2.1%		37.2%		61.7%			
		件数	年 代 別	153件		12件		3件		42件		96件	
						7.8%		2.0%		27.5%		62.7%	
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.1%	
				40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
50代	0	0.0%	2	66.7%	3	7.1%	14	14.6%					
60代	7	58.3%	1	33.3%	19	45.2%	50	52.1%					
70-74歳	5	41.7%	0	0.0%	20	47.6%	29	30.2%					
費用額		2億1449万円	1326万円		634万円		6407万円		1億3082万円				
			6.2%		3.0%		29.9%		61.0%				

\*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 (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	44人	36人		5人		4人	
				81.8%		11.4%		9.1%	
		件数	394件	357件		38件		27件	
				90.6%		9.6%		6.9%	
費用額		1億6219万円	1億4165万円		2008万円		1719万円		
			87.3%		12.4%		10.6%		

\*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	8人	4人		4人		3人	
					50.0%		50.0%		37.5%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年 度 累計	120件	54件		54件		40件	
					45.0%		45.0%		33.3%
費用額		4993万円	2280万円		2797万円		2119万円		
				45.7%		56.0%		42.4%	

\*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	の基 礎 疾 患	1,517人	188人		116人		43人	
				12.4%		7.6%		2.8%	
			高血圧	145人		95人		33人	
				77.1%		81.9%		76.7%	
			糖尿病	87人		61人		43人	
				46.3%		52.6%		100.0%	
			脂質異常症	112人		77人		36人	
	59.6%		66.4%		83.7%				
高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症					
890人		441人		660人		152人			
58.7%		29.1%		43.5%		10.0%			

○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。

ウ 何の疾患で介護保険を受けているのか（図表 15）

要介護認定者の原因疾患では、脳卒中が 53.2%と半数を占めている。虚血性心疾患及び腎不全については、年齢が高くなるほど割合が高くなっている。基礎疾患をみると、糖尿病及び脂質異常症は、全ての年齢層で約 50%の重なりがあるが、高血圧については、年齢が高くなるほど割合が高くなっている。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計						
	被保険者数	3,765人	1,695人	2,550人	4,245人		8,010人				
	認定者数	11人	73人	872人	945人		956人				
	認定率	0.29%	4.3%	34.2%	22.3%		11.9%				
	新規認定者数（*1）	3人	19人	136人	155人		158人				
介護度別 人数	要支援1・2	1	9.1%	38	52.1%	287	32.9%	325	34.4%	326	34.1%
	要介護1・2	6	54.5%	18	24.7%	311	35.7%	329	34.8%	335	35.0%
	要介護3～5	4	36.4%	17	23.3%	274	31.4%	291	30.8%	295	30.9%

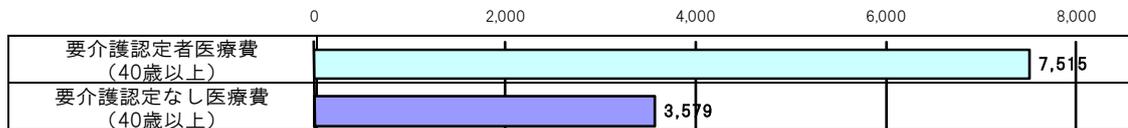
  

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計								
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計												
	介護件数（全体）	11	73	872	945		956										
	再）国保・後期	3	59	816	875		878										
（レセプトの 診断名より 重複して計上）	循環器 疾患	1	脳卒中	2	66.7%	脳卒中	24	40.7%	脳卒中	441	54.0%	脳卒中	465	53.1%	脳卒中	467	53.2%
		2	虚血性 心疾患	0	0.0%	虚血性 心疾患	14	23.7%	虚血性 心疾患	260	31.9%	虚血性 心疾患	274	31.3%	虚血性 心疾患	274	31.2%
	3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	5.1%	腎不全	89	10.9%	腎不全	92	10.5%	腎不全	92	10.5%	
	基礎疾患 （*2）	糖尿病	2	66.7%	糖尿病	28	47.5%	糖尿病	414	50.7%	糖尿病	442	50.5%	糖尿病	444	50.6%	
		高血圧	1	33.3%	高血圧	39	66.1%	高血圧	681	83.5%	高血圧	720	82.3%	高血圧	721	82.1%	
		脂質 異常症	2	66.7%	脂質 異常症	33	55.9%	脂質 異常症	528	64.7%	脂質 異常症	561	64.1%	脂質 異常症	563	64.1%	
	血管疾患 合計	2	66.7%	合計	55	93.2%	合計	779	95.5%	合計	834	95.3%	合計	836	95.2%		
	認知症	0	0.0%	認知症	10	16.9%	認知症	354	43.4%	認知症	364	41.6%	認知症	364	41.5%		
	筋・骨格 疾患	3	100.0%	筋骨格 系	52	88.1%	筋骨格 系	774	94.9%	筋骨格 系	826	94.4%	筋骨格 系	829	94.4%		

\*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) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

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）

平成 28 年度の健診結果を見ると、男性は、国、県と比較して中性脂肪、GPT は低い、HbA1C、血圧、クレアチニンの有所見割合が高い。

女性は収縮期高血圧、LDL 以外の所見については、県平均より高い傾向にある。

メタボ該当者については、男性は国、県平均よりやや低く、年齢による格差はないが、女性は国、県と比べ該当者が多く、年齢が進むにつれ、該当者も増えている。高血圧、

糖尿病、メタボ対策は今後も重要な課題である。

【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）（単位：人、％）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	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		56.6		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	
伊方町	合計	164	32.7	252	50.3	127	25.3	91	18.2	49	9.8	7	1.4	289	57.7	148	29.5	259	51.7	176	35.1	196	39.1	17	3.4
	40-64	80	37.7	105	49.5	67	31.6	48	22.6	20	9.4	4	1.9	109	51.4	73	34.4	97	45.8	90	42.5	94	44.3	5	2.4
	65-74	84	29.1	147	50.9	60	20.8	43	14.9	29	10.0	3	1.0	180	62.3	75	26.0	162	56.1	86	29.8	102	35.3	12	4.2
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		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		
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	
伊方町	合計	152	28.1	118	21.9	89	16.5	50	9.3	16	3.0	0	0.0	350	64.8	19	3.5	248	45.9	104	19.3	287	53.1	3	0.6
	40-64	54	27.7	39	20.0	26	13.3	25	12.8	4	2.1	0	0.0	102	52.3	5	2.6	70	35.9	42	21.5	106	54.4	2	1.0
	65-74	98	28.4	79	22.9	63	18.3	25	7.2	12	3.5	0	0.0	248	71.9	14	4.1	178	51.6	62	18.0	181	52.5	1	0.3

\*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）（単位：人、％）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	3,416,820				548,609	17.2							875,805	27.5									
県	32,159	25.2	1,620	5.0	5,565	17.3	378	1.2	3,921	12.2	1,266	3.94	8,583	26.7	1,370	4.3	501	1.6	4,197	13.1	2,515	7.8	
伊方町	合計	501	37.4	22	4.4	103	20.6	8	1.6	76	15.2	19	3.79	127	25.3	23	4.6	11	2.2	52	10.4	41	8.2
	40-64	212	31.5	10	4.7	42	19.8	2	0.9	25	11.8	15	7.08	53	25.0	7	3.3	8	3.8	24	11.3	14	6.6
	65-74	289	43.5	12	4.2	61	21.1	6	2.1	51	17.6	4	1.38	74	25.6	16	5.5	3	1.0	28	9.7	27	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		
	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	
伊方町	合計	540	46.6	12	2.2	45	8.3	3	0.6	29	5.4	13	2.4	61	11.3	11	2.0	4	0.7	24	4.4	22	4.1
	40-64	195	40.8	6	3.1	20	10.3	2	1.0	12	6.2	6	3.1	13	6.7	3	1.5	0	0.0	7	3.6	3	1.5
	65-74	345	50.7	6	1.7	25	7.2	1	0.3	17	4.9	7	2.0	48	13.9	8	2.3	4	1.2	17	4.9	19	5.5

\*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）

新規と継続受診者を比較すると、新規受診者から重症者が見つかることが多く、継続受診者の方が比較的コントロールが良い状況であった。

糖尿病について、治療中であってもコントロール不良者は多いものの、従来と比べると 7.0 以上の重度のコントロール不良者は減っている。高血圧についても同様で、Ⅱ度以上の重度の高血圧者は減ってきている。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



(4) 未受診者の把握 (図表 19)

健診受診者と未受診者の1人当たり医療費を比較すると、未受診者の医療費は受診者より22,047円も高くなっている。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは被保険者に健診の機会を提供し、結果に応じた保健指導を実施して、生活習慣病の発症及び重症化予防につなげることが重要である。

また、医療機関を受診せず、健診も受けていない被保険者（図表 19 中の G）については、重症化しているかどうかの実態の把握もできていない状態である。G に該当する被保険者の割合が、65 歳以上が 10.9%であるのに対し、40～64 歳では 28.9%を占めることから、今後は特に、65 未満の方を中心に未受診者対策に取り組む必要がある。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

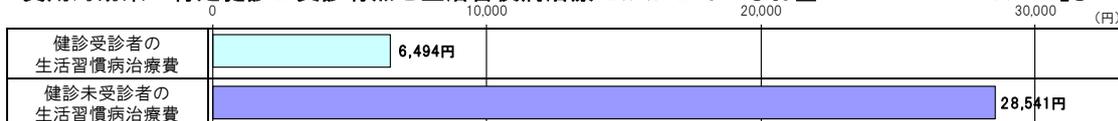
★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3\_⑥



### 3 目標の設定

#### (1) 中長期的な目標

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費の適正化のためには、医療費が高額となる疾患、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が重要であることがわかった。

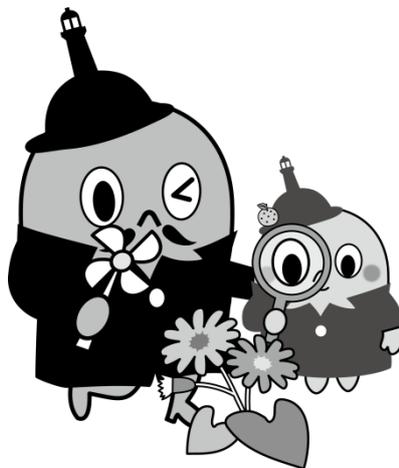
第1期計画期間においては、上記3つの疾患の受療者は減少し、これらの疾患の医療費が全体に占める割合についても、平成25年度から平成28年度で約2%減少していた。第2期計画期間においても、引き続き3つの疾患に係る医療費の伸びを抑えることを目標とする。具体的には、平成35年度における総医療費に占める3つの疾患の割合を、28年度と比較して4%減少させることを目標にする。

#### (2) 短期的な目標

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、糖尿病及びメタボリックシンドローム等について、第1期計画期間の平成25年度から平成28年度で、人数の割合が0.2%から1.9%程度の増加傾向にあったため、平成35年度における人数の割合を、28年度と比較して1%減少させることを目標にする。

#### (3) 特定健診及び特定保健指導の実施に関する目標

生活習慣病は自覚症状がないため、健診未受診者に対してまずは健診の機会を提供して身体状況を把握させ、1人1人に応じた保健指導を実施して、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ある。特定健診及び特定保健指導に関する目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。



## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1 第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、特定健診及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施に関する計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年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
特定健診受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	39%	43%	48%	52%	56%	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	2,511人	2,438人	2,373人	2,296人	2,228人	2,167人
	受診者数	1,130人	1,170人	1,210人	1,240人	1,270人	1,300人
特定保健指導	対象者数	175人	181人	187人	193人	197人	200人
	実施者数	69人	79人	90人	100人	111人	120人

### 4 特定健診の実施

#### (1) 実施方法

特定健診については、次の方法により、特定健診実施機関に委託して実施する。委託契約については、市町村国保側のとりまとめを行う代表保険者が、実施機関と集合契約を締結する。

- ① 集団健診（伊方町中央保健センター他、町内地区集会所等にて実施）
- ② 個別健診（愛媛県医師会が取りまとめた委託医療機関にて受診）

#### (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、委託医療機関の状況が変わる可能性があるため、対象者から受診の希望があった場合に個別に対応する。

(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換えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5) 実施時期

4 月から翌年 1 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・支払については、愛媛県国保連に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

対象者への健診についての案内は、次の通り実施する。

- ①年度当初に、集団健診の会場及び日時を記載した案内チラシを全戸に配布する。
- ②町ホームページに掲載して周知する。
- ③特に個別健診の希望がない対象者については、居住地区の集団健診実施日の概ね 1 週間前には受診券を配布する。
- ④上記の他、対象者の受診実績に応じた受診勧奨通知を発送する。

実施スケジュールについては、集団健診は 5 月から概ね 10 月までの期間で年度ごとに計画を立て、各地区集会所等に健診会場を設置して実施する。個別健診については、受診券の有効期間内に被保険者が健診機関を受診する。（図表 22）

【図表 22】

		受診券発効 4月1日※										受診券有効期限		
受診券発行予定枚数 (平成28年度実績)		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
2,798	集団健診										1月31日			
	個別健診										1月31日			

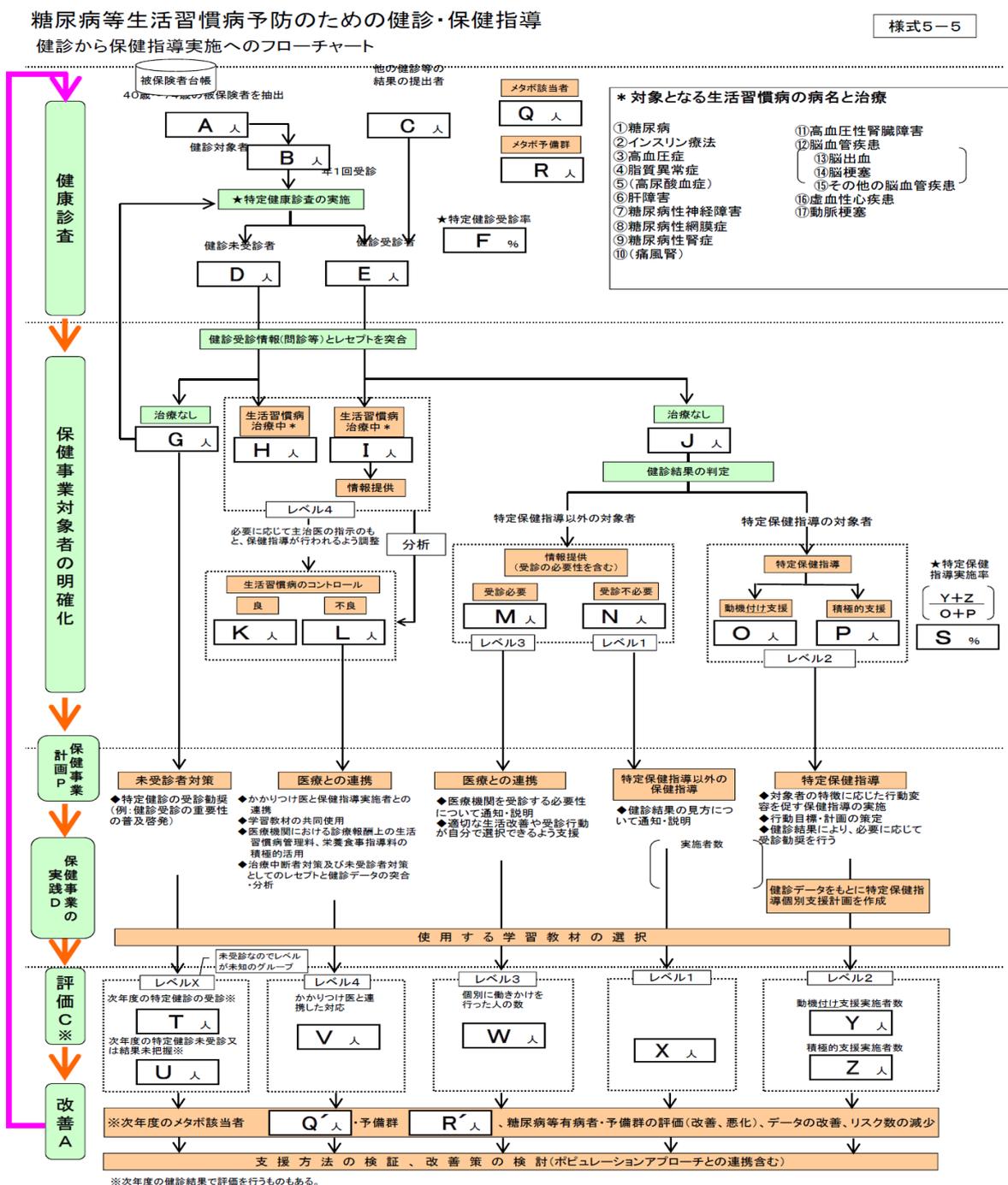
## 5 特定保健指導の実施

特定保健指導については、保険者が直接実施し、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)

【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 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	173 人 (15.3)	60.0%
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	203 人 (18.0)	HbA1c6.1 以上については 80.0%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,626 人	100.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	258 人 (22.9)	100.0%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	494 人 (43.8)	50.0%

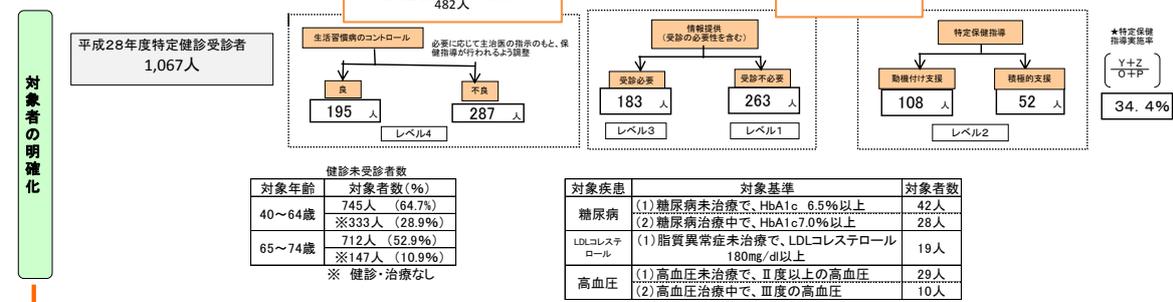
(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

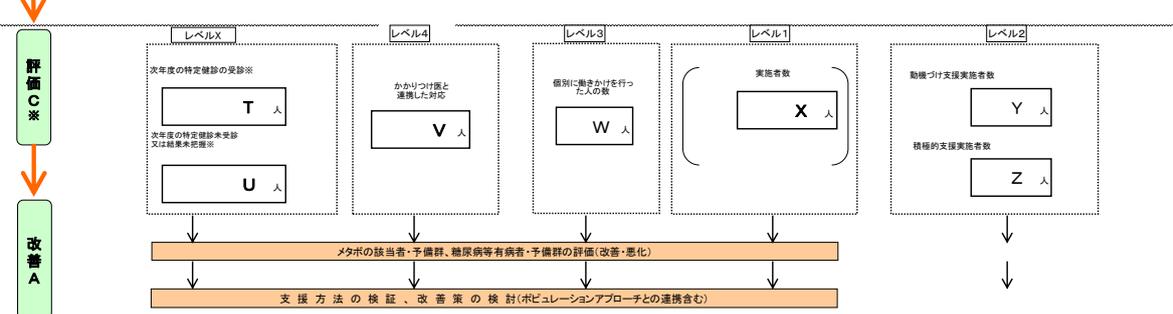
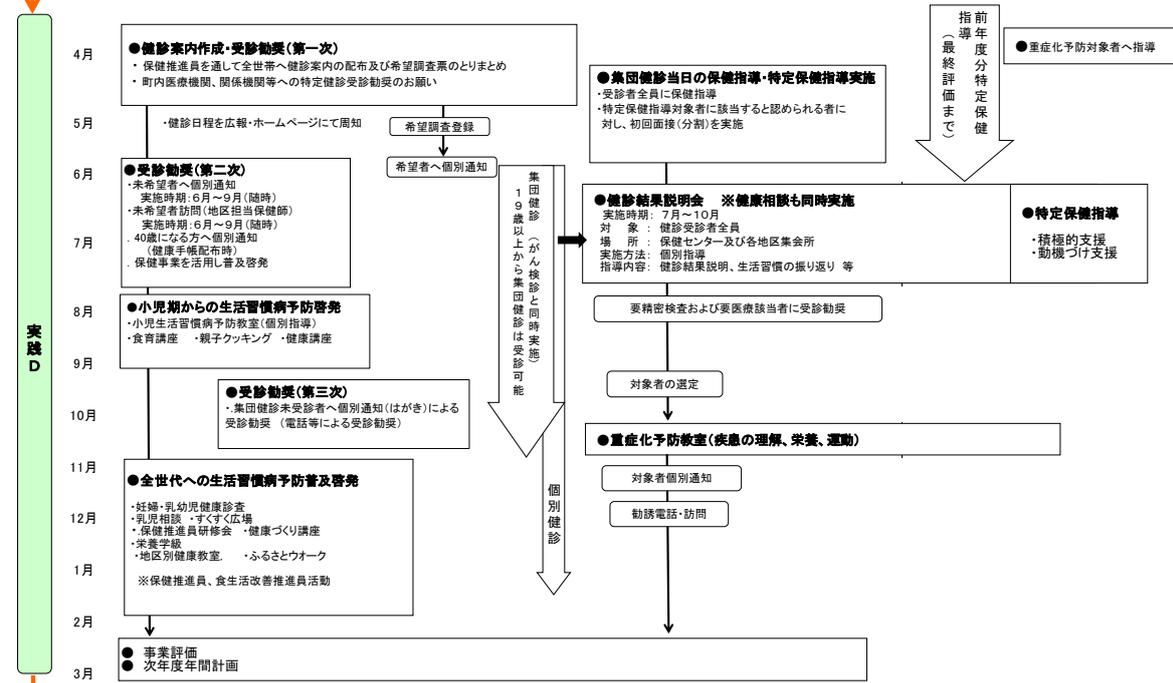
【図表 25】

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



数値はあなみツールによる集計結果を掲載



## 6 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査等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及び伊方町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査等を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

### (2) 特定健康診査等の記録の管理・保存期間について

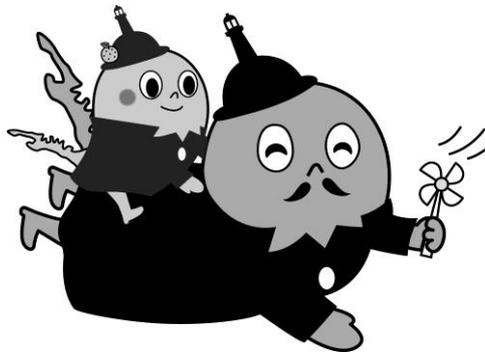
特定健康診査等の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

## 7 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等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

特定健康診査等の実施に関する計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、伊方町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

### 第1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防の取組としては、生活習慣病の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、治療中の者には医療機関と連携して重症化予防のための保健指導を実施していく。また、メタボリックシンドロームと糖尿病については、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。

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る医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

### 第2 重症化予防の取組

#### 1 糖尿病性腎症重症化予防

##### (1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○		○	□
23	レセプトにて受診状況把握					□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

\*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防のさらなる展開 図表15を改変

(2) 対象者の明確化

ア 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

- ・糖尿病性腎症で通院している者
- ・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

イ 選定基準に基づく該当者数の把握

(ア) 対象者の抽出

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

【図表 27】

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

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

伊方町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)と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)

(イ) 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)

伊方町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 42 人(36.8%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 435 人中のうち、特定健診受診者が 72 人(16.6%・G)であったが、4 人(5.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 363 人(83.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 119 人中 88 人は治療中断であることが分かった。また、22 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

(ウ) 介入方法と優先順位

図表 28 より伊方町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)・・・ 42 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断している者 (オ・キ)・・・ 92 人
  - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・ 60 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

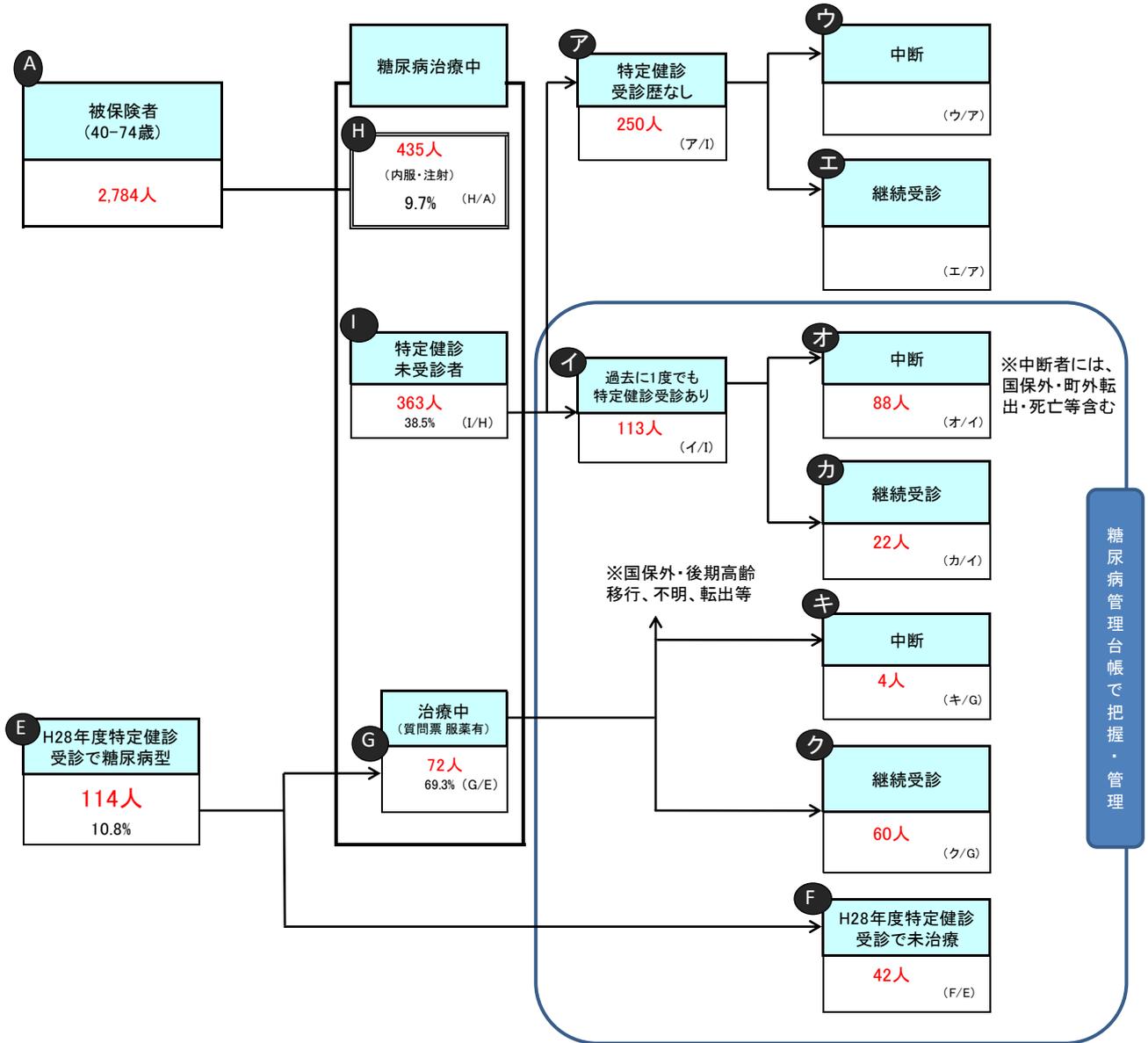
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・ 22 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断は1年以上レセプトがない者」



### (3) 対象者の進捗管理

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

#### 【糖尿病台帳作成手順】

①健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%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、治療状況を記載する。

・ 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、結果を確認する。

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を把握する。

・ 未治療者・中断者（受診勧奨者）

・ 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

ア 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。伊方町においては、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する。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 29）

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

イ 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

## (5) 医療との連携

### ア 医療機関未受診者について

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

### イ 治療中の者への対応

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

## (6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

## (7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。

### ア 短期的評価

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等の情報を活用する。

#### (ア) 受診勧奨者に対する評価項目

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

#### (イ) 保健指導対象者に対する評価項目

- ・保健指導実施率
- ・糖尿病管理台帳の次の検査値について介入前後の変化を比較
  - ・HbA1c
  - ・eGFR（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - ・尿蛋白
  - ・服薬状況

### イ 中長期的評価

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）を用いて実施する。

## (8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～ 特定健診結果を糖尿病管理台帳に記載し、順次対象者へ介入（通年）

## 2 虚血性心疾患重症化予防

### (1) 基本的な考え方

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

### (2) 対象者の明確化

#### ア 対象者選定基準の考え方

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

#### イ 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、その所見があった場合は血圧、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。伊方町において健診受診者 2,527 人のうち心電図検査実施者は 1,714 人 (69.4%) であり、そのうち ST 所見があったのは 256 人であった(図表 30)。ST 所見あり 256 人中のうち 36 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 3 人は未受診であった(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 220 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。

伊方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が望まれる。

【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	1,041	100	950	91.3	27	2.8	117	12.3	790	83.2

※平成28年度特定健診法定報告より

※心電図の具体的な所見欄において、心臓細胞の虚血(狭心症・心筋症・心筋障害・心筋梗塞)をあらわす波形表記のあったものを抽出。

【図表 31】

## ST所見ありの医療機関受診状況

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)(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
27	2.8	5	18.5	2	40	3	60

## ② 心電図以外からの把握

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

【図表 32】

## 心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		① ST変化	その他の変化	異常なし		
	1,041	6 0.6%	14 1.3%	34 3.3%	987 94.8%	
メタボ該当者	188 18.1%	5 2.7%	8 4.3%	21 11.2%	154 81.9%	
メタボ予備群	148 14.2%	0 0.0%	4 2.7%	5 3.4%	139 93.9%	
メタボなし	705 67.7%	1 0.1%	2 0.3%	8 1.1%	694 98.4%	
LDL-C	140-159	105 14.9%	0 0.0%	4 3.8%	1 1.0%	100 95.2%
	160-179	43 6.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.3%	42 97.7%
		12 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%

## 【参考】

Non-HDL		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~	240 23.1%	2 0.8%	5 2.1%	11 4.6%	222 92.5%

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

#### ア 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することで、医療機関を受診する際の早期の対応が可能となり、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

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

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

#### イ 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。

血管機能の非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 において、「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから、対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

## ウ 対象者の管理

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 における「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」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、かかりつけ医との連携や対象者からの聞き取りの他、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 等の情報を活用する。

#### ○ 短期的評価に用いる項目

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

中長期的評価については、糖尿病性腎症・脳血管疾患等の評価と合わせて実施する。

### （７）実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5 月～ 特定健診結果を糖尿病管理台帳に記載し、順次対象者へ介入（通年）

### 3 脳血管疾患重症化予防

#### (1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】

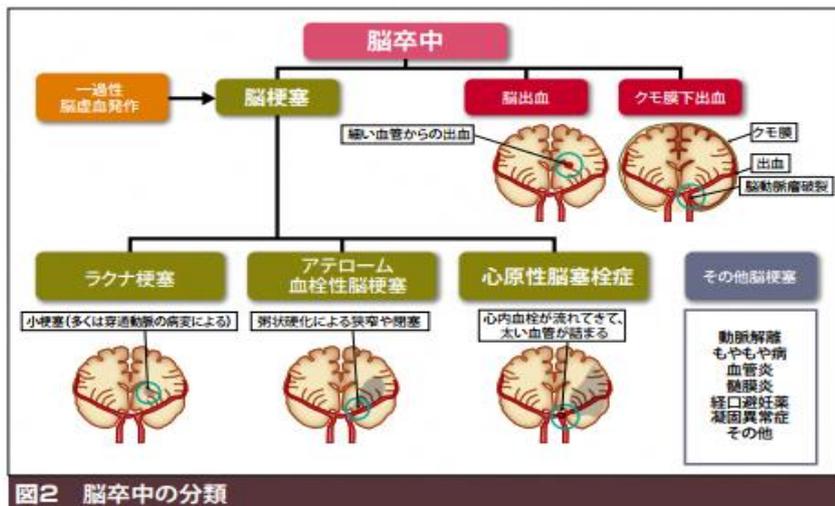


図2 脳卒中の分類

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

(2) 対象者の明確化

ア 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。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

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 1,041人		64	6.1%	68	6.5%	19	1.8%	0	0.0%	188	18.1%	17	1.6%	34	3.3%
治療なし ※1		28	4.2%	42	4.3%	18	2.1%	0	0.0%	44	7.8%	4	0.7%	13	2.3%
治療あり ※1		36	9.8%	26	35.6%	1	0.5%	0	0.0%	144	30.3%	13	2.7%	21	4.4%
臓器障害あり ※2		4	14.3%	5	11.9%	1	5.6%	0	--	3	6.8%	4	100%	13	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1		1		0		0		0		4		13	
	尿蛋白(2+)以上	1		1		0		0		0		4		2	
	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)	1		0		0		0		0		2		13	
	心電図所見あり	3		4		1		0		3		0		0	

※1 割合の算出について、高血圧・糖尿病・脂質異常については各疾患毎の「治療なし」または「治療あり」の人数が分母。 H28年度法定報告値参照  
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ある。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が64人(6.1%)であり、28人は未治療者であった。また未治療者のうち4人(14.3%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も36人(9.8%)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。

イ 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】

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)							低リスク群	中リスク群	高リスク群
	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	3ヶ月以内 の指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療			
	673	242	139	140	124	23	5	13	64	75
		36.0%	20.7%	20.8%	18.4%	3.4%	0.7%	1.9%	9.5%	11.1%
リスク第1層	76	42	12	8	13	1	0	13	1	0
		11.3%	17.4%	8.6%	5.7%	10.5%	4.3%	0.0%	100%	1.6%
リスク第2層	352	122	77	77	63	11	2	--	63	13
		52.3%	50.4%	55.4%	55.0%	50.8%	47.8%	40.0%	98.4%	17.3%
リスク第3層	245	78	50	55	48	11	3	--	--	62
		36.4%	32.2%	36.0%	39.3%	38.7%	47.8%	60.0%	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	50	21	5	12	10	1	1		
		20.4%	26.9%	10.0%	21.8%	20.8%	9.1%	33.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	139	50	25	30	23	9	2		
		56.7%	64.1%	50.0%	54.5%	47.9%	81.8%	66.7%		
	3個以上の危険因子	118	26	29	33	26	2	2		
		48.2%	33.3%	58.0%	60.0%	54.2%	18.2%	66.7%		

(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。

ウ 心電図検査における心房細動の実態

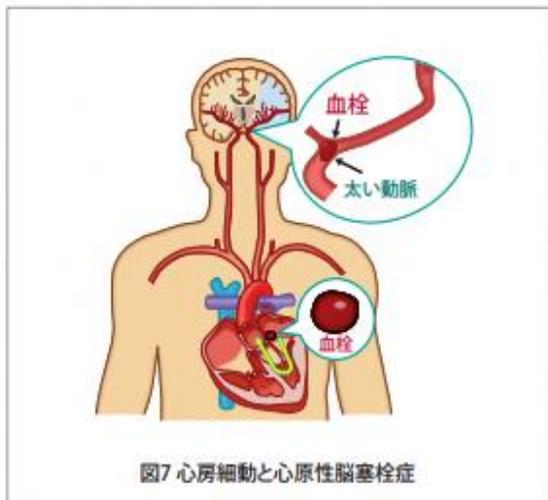


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 38】

## 特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	462	493	0	0.0%	0	0.0%	—	—
40歳代	38	25	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	70	57	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	241	264	0	0.0%	0	0.0%	1.9	0.4
70歳～74歳	110	144	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

※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

【図表 39】

## 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	0	0	0	0	0

## (3) 保健指導の実施

## ア 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。

## イ 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの

検査を実施していく。

#### ウ 対象者の管理

##### ① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

##### ② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、経過を把握していく。(参考資料 9)

#### (4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施する。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する。

#### (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 等の情報を活用する。

##### ○ 短期的評価に用いる項目

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

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実施する。

#### (7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

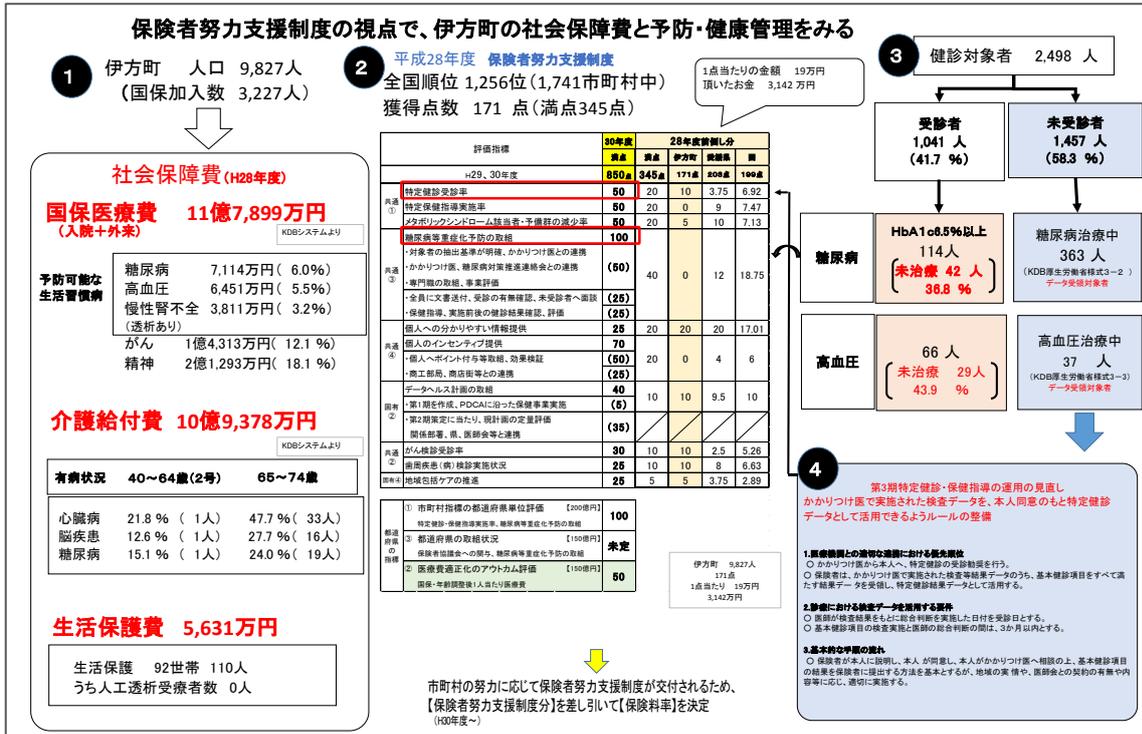
5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5 月～ 特定健診結果を糖尿病管理台帳に記載し、順次対象者へ介入（通年）

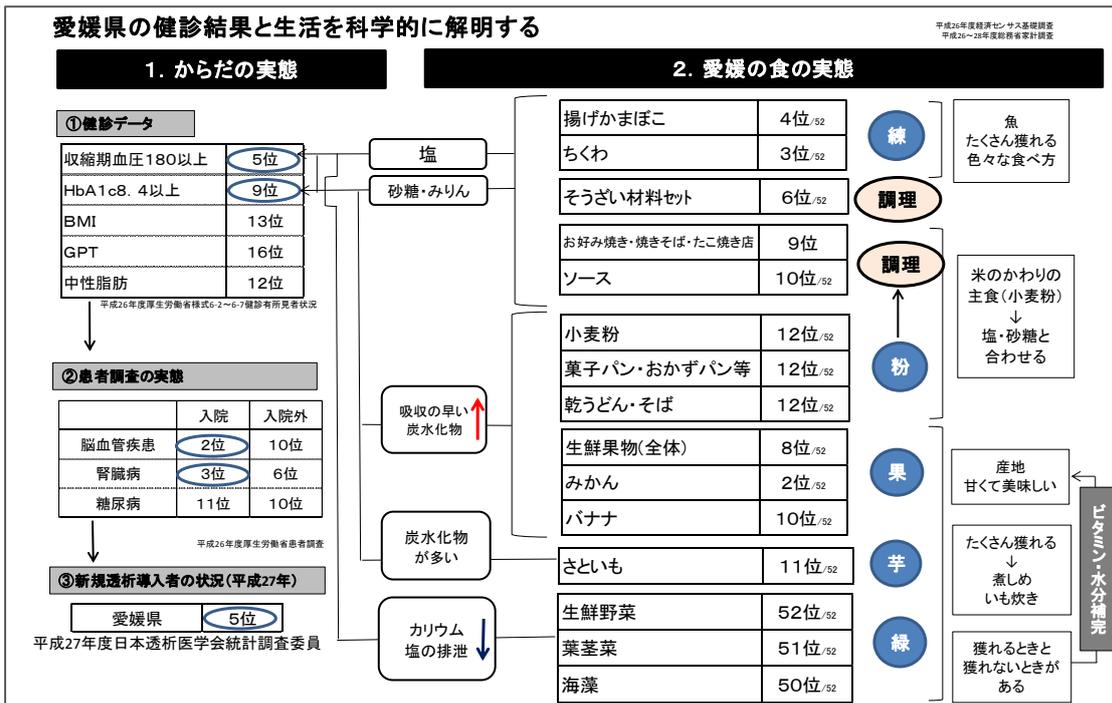
### 第3 ポピュレーションアプローチ

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町民へ周知していく。(図表40・41)

【図表40】



【図表41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

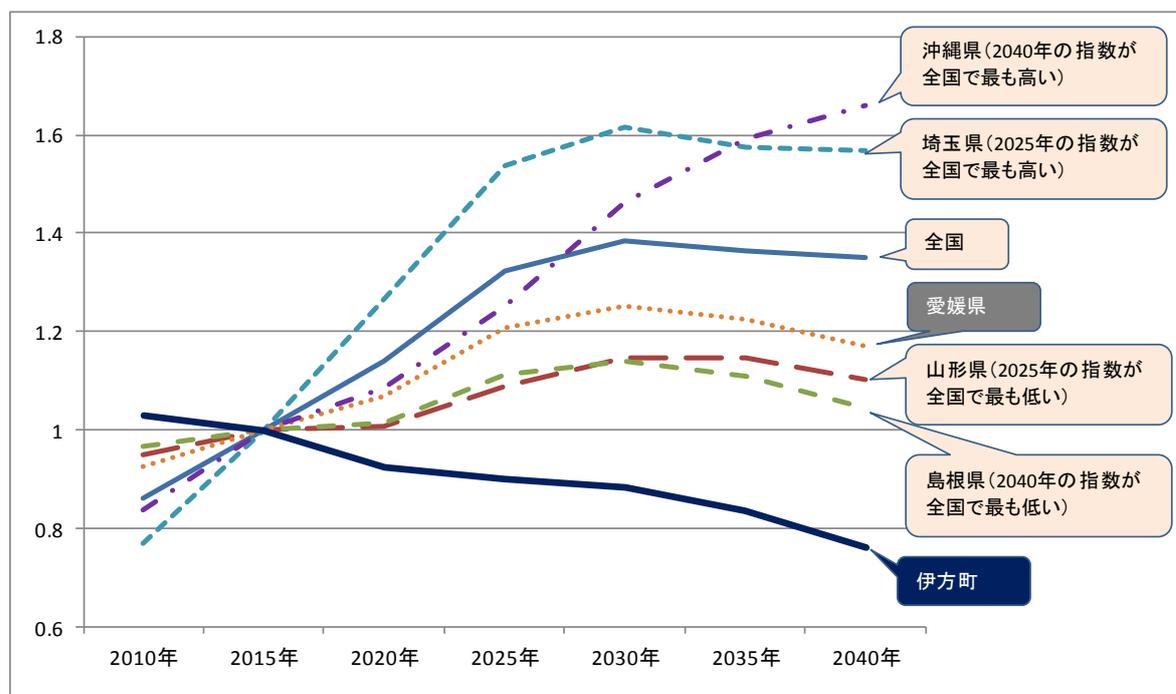
厚生労働省の事業の一環として設立された地域包括ケア研究会から「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」との報告書が公表された。

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が、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、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、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態になることによって地域で暮らせなくなる人を少しでも減らすためには、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ことが重要である。すなわち、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。

愛媛県の75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0とした場合、2030年の1.25でピークに達すると推計されている。伊方町は2015年から減少を続け、2040年には0.76となり、愛媛県内では2番目に減少率が大きいと推測されている。(図表42)

【図表42】

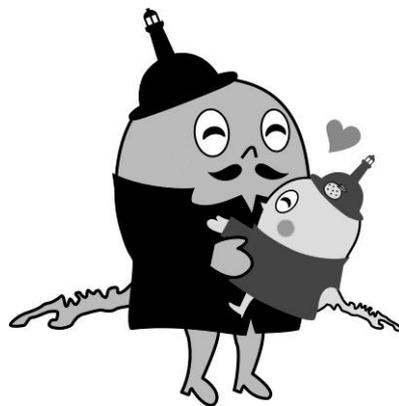
75歳以上人口の将来推計(2015年の人口を1.0としたときの指数)



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

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

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町民を増やしていくことに繋がる。(参考資料 10)



## 第6章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してP D C A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、月ごとの健診・医療・介護のデータがK D Bに収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等を把握する。

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。

### 3 目標管理一覽

【図表 43】

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							最終評価値	現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34		
特定健診等計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率 60%以上	41.6%								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	34.4%								
			特定保健指導対象者減少率 25%	17.6%								
データヘルス計画	中長期 ・糖尿病有所見者の割合が県平均と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の45%を占めている。	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 4%減少	2.5%							KDB	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 4%減少	1.3%								
			糖尿病の総医療費に占める割合 4%減少	5.9%								
		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 1%減少	14.2%								
			健診受診者の高血圧者の割合 1%減少(160/100以上)	6.2%								
			健診受診者の脂質異常者の割合 1%減少(LDL140以上)	22.9%								
健診受診者の糖尿病患者の割合 1%減少(HbA1c6.5以上)	8.5%											
保険者努力支援制度	短期 ・がんによる死亡率が国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率 50%以上	16.4%							厚生労働省公表結果 (H30以降)	
			肺がん検診受診率 50%以上	27.2%								
			大腸がん検診受診率 50%以上	29.8%								
			子宮頸がん検診受診率 50%以上	26.6%								
			乳がん検診受診率 50%以上	29.0%								
	・数量シェア 60.78% (H29年1月)	後発医薬品の使用啓発による医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	34.1%							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

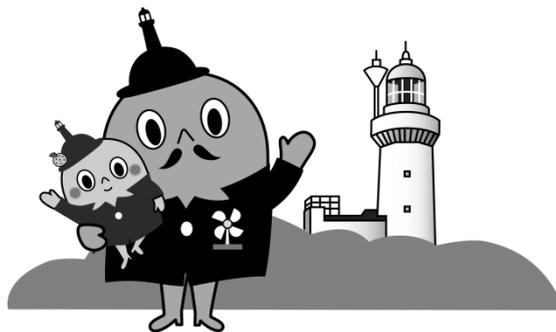
### 1 計画の公表・周知

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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

計画は、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

### 2 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び伊方町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。



## 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伊方町の位置

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 糖尿病管理台帳様式

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イメージ

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

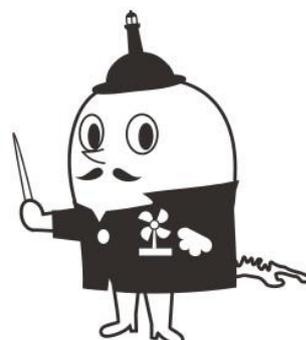
参考資料 8 血圧評価表様式

参考資料 9 心房細動管理台帳様式

参考資料 10 生活習慣病有病状況

参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2



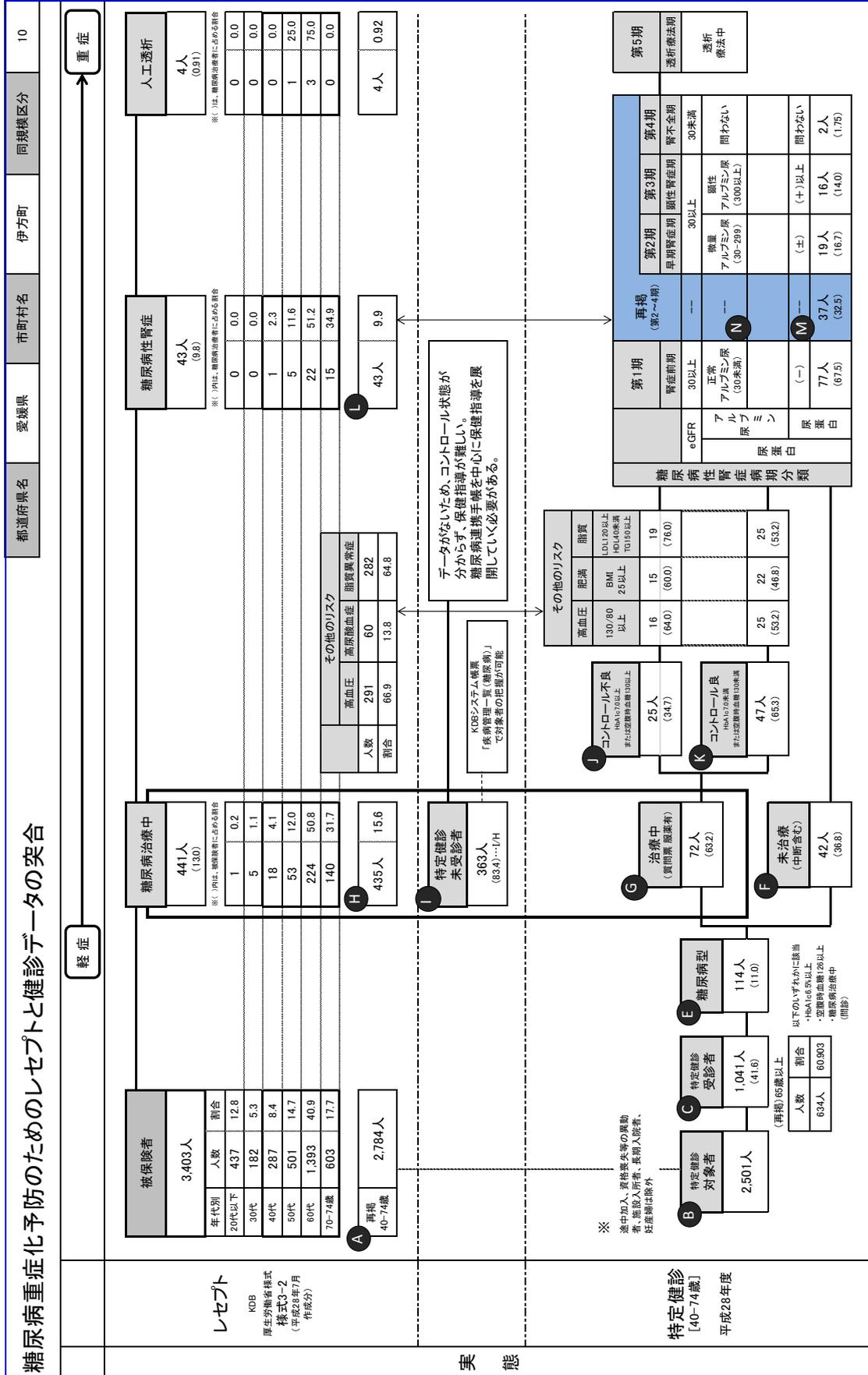
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた伊方町の位置

同規模区分 10

項目		H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)	
		伊方町		伊方町		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		10,817		9,827		1,944,956		1,412,057		124,852,975	
		65歳以上（高齢化率）		4,245 39.2		4,366 44.4		575,439 29.6		377,802 26.8		29,020,766 23.2	
		75歳以上		2,550 23.6		2,631 26.8				200,272 14.2		13,989,864 11.2	
		65～74歳		1,695 15.7		1,735 17.7				177,530 12.6		15,030,902 12.0	
		40～64歳		3,765 34.8		3,053 31.1				481,791 34.1		42,411,922 34.0	
	39歳以下		2,807 25.9		2,408 24.5				552,464 39.1		53,420,287 42.8		
	② 産業構成	第1次産業		33.3		33.3		14.7		8.3		4.2	
		第2次産業		17.4		17.4		26.9		24.5		25.2	
		第3次産業		49.2		49.2		58.3		67.2		70.6	
	③ 平均寿命	男性		78.5		78.5		79.3		79.1		79.6	
女性		86.5		86.5		86.4		86.5		86.4			
④ 健康寿命	男性		64.6		64.6		65.1		64.8		65.2		
	女性		66.7		66.7		66.8		66.8		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		114.0		118.7		105.0		101.4		100	
		がん		61 49.2		67 57.8		6,768 45.4		4,526 44.5		367,905 49.6	
		心臓病		30 24.2		28 24.1		4,236 28.4		3,331 32.7		196,768 26.5	
		脳疾患		23 18.5		10 8.6		2,609 17.5		1,494 14.7		114,122 15.4	
		糖尿病		3 2.4		3 2.6		263 1.8		177 1.7		13,658 1.8	
		腎不全		4 3.2		5 4.3		584 3.9		363 3.6		24,763 3.3	
		自殺		3 2.4		3 2.6		444 3.0		284 2.8		24,294 3.3	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		13 0.20		10 0.18				1,677 0.18		139,644 0.15	
		男性		8 0.23		8 0.28				1,116 0.24		91,123 0.20	
		女性		5 0.16		2 0.08				561 0.12		45,821 0.10	
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		902 21.0		945 22.0		114,823 20.2		90,837 23.9		5,882,340 21.2	
		新規認定者		22 0.3		17 0.4		1,946 0.3		1,353 0.3		105,654 0.3	
		2号認定者		11 0.4		11 0.3		2,492 0.4		2,198 0.5		151,745 0.4	
	② 有病状況	糖尿病		179 19.6		196 21.4		25,557 21.3		22,683 24.0		1,343,240 21.9	
		高血圧症		560 57.8		565 59.8		63,736 53.4		51,089 54.3		3,085,109 50.5	
		脂質異常症		274 28.1		300 31.1		31,917 26.6		33,827 35.9		1,733,323 28.2	
		心臓病		625 65.7		634 67.4		72,144 60.5		58,804 62.6		3,511,354 57.5	
		脳疾患		331 36.3		305 31.2		32,336 27.3		28,016 30.1		1,530,506 25.3	
		がん		80 8.5		68 7.5		11,669 9.6		10,077 10.5		629,053 10.1	
		筋・骨格		574 61.9		587 61.7		61,988 51.8		54,397 57.9		3,051,816 49.9	
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）		64,775		67,459		68,805		58,101		58,349		
	居宅サービス		34,602		36,924		42,403		41,454		39,683		
	施設サービス		274,298		267,953		278,100		281,013		281,115		
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		7,569		7,515		8,196		7,610		7,980		
	認定なし		3,652		3,579		3,956		3,843		3,822		
4	① 国保の状況	被保険者数		3,707		3,250		509,754		345,255		32,587,223	
		65～74歳		1,368 36.9		1,399 43.0				153,125 44.4		12,462,053 38.2	
		40～64歳		1,617 43.6		1,257 38.7				113,367 32.8		10,946,693 33.6	
		39歳以下		722 19.5		594 18.3				78,763 22.8		9,178,477 28.2	
	加入率		34.3		30.0		26.6		24.5		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0 0.0		0 0.0		121 0.2		143 0.4		8,255 0.3	
		診療所数		13 3.5		14 4.3		1,138 2.2		1,247 3.6		96,727 3.0	
		病床数		0 0.0		0 0.0		17,242 33.8		22,579 65.4		1,524,378 46.8	
		医師数		8 2.2		8 2.5		1,935 3.8		3,679 10.7		299,792 9.2	
		外来患者数		811.8		790.0		682.6		724.7		668.3	
入院患者数		30.5		28.8		22.4		23.9		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		30,226		29,392		26,567		27,950		24,253		
	受診率		842,229		818,832		705,016		748,511		686,501		
	外 費用の割合		51.7		53.1		57.2		57.0		60.1		
	来 件数の割合		96.4		96.5		96.8		96.8		97.4		
	入 費用の割合		48.3		46.9		42.8		43.0		39.9		
	院 件数の割合		3.6		3.5		3.2		3.2		2.6		
1件あたり在院日数		19.7日		18.2日		16.7日		16.8日		15.6日			
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	がん		190,962,620 21.5		143,017,130 20.0		23.7		24.1		25.6		
	慢性腎不全（透析あり）		67,019,770 7.5		38,114,880 5.3		9.5		9.6		9.7		
	糖尿病		69,140,040 7.8		69,524,100 9.7		10.3		9.3		9.7		
	高血圧症		78,494,780 8.8		64,458,600 9.0		9.2		7.9		8.6		
	精神		229,382,700 25.8		212,978,460 29.8		18.8		19.0		16.9		
筋・骨格		155,833,140 17.5		107,834,590 15.1		15.1		16.1		15.2			

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)						
	伊方町		伊方町		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							
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	512,397	20位 (21)	561,044	6位 (17)					KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみ地域				
				高血圧	532,206	17位 (21)	527,204	20位 (19)									
				脂質異常症	523,574	8位 (19)	536,988	9位 (18)									
				脳血管疾患	551,684	17位 (22)	593,738	11位 (20)									
				心疾患	711,551	3位 (18)	681,117	3位 (17)									
				腎不全	739,500	4位 (22)	649,275	14位 (18)									
				精神	420,237	11位 (28)	430,233	16位 (27)									
				悪性新生物	652,795	6位 (16)	690,374	2位 (14)									
				外来	糖尿病	29,350	21位	33,005	17位								
					高血圧	23,663	20位	24,203	18位								
	脂質異常症	25,179	19位		27,567	9位											
	脳血管疾患	27,114	21位		30,782	16位											
	心疾患	31,884	20位		38,437	17位											
	腎不全	178,220	13位		140,581	18位											
	精神	29,381	8位		29,396	9位											
	悪性新生物	51,305	6位		43,954	19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	3,276		2,790		2,779		1,788			2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみ地域	
					健診未受診者	12,653		12,263		12,249		14,254			12,683		
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,773		6,494		7,539		4,747			5,940			
				健診未受診者	30,024		28,541		33,226		37,850			36,479			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	635	54.8	576	55.3	85,600	56.7	42,009	57.1	41,163	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	576	49.7	524	50.3	77,924	51.6	38,886	52.8	3,799,744	51.6					
		医療機関非受診率	59	5.1	52	5.0	7,676	5.1	3,123	4.2	316,786	4.3					
5	①-⑬	特定健診の 状況	県内順位 順位総数22	健診受診者	1,158		1,041		150,884		73,624		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみ地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				受診率	41.0	県内5位 同規模71位	41.7	県内5位 同規模74位	41.2	29.4	全国40位	34.0					
				特定保健指導終了者(実施率)	27	15.7	46	28.8	8,184	41.7	2,869	28.8	35,557	4.1			
				④	非肥満高血糖	116	10.0	105	10.1	16,132	10.7	8,298	11.3	687,157		9.3	
				⑤	メタボ	該当者	222	19.2	188	18.1	26,708	17.7	12,083	16.4		1,272,714	17.3
						男性	131	25.1	127	25.3	18,450	26.8	8,258	26.5		875,805	27.5
						女性	91	14.3	61	11.3	8,258	10.1	3,825	9.0		396,909	9.5
						予備群	157	13.6	148	14.2	16,517	10.9	7,886	10.7		790,096	10.7
				⑥	メタボ該当・予備群 レベル	男性	106	20.3	103	20.6	11,305	16.4	5,401	17.3		548,609	17.2
						女性	51	8.0	45	8.3	5,212	6.4	2,485	5.9		241,487	5.8
						総数	413	35.7	370	35.5	48,306	32.0	22,305	30.3		2,320,533	31.5
						⑧	腹囲	262	50.2	252	50.3	33,087	48.1	15,230		48.9	1,597,371
				⑨	BMI	女性	151	23.7	118	21.9	15,219	18.6	7,075	16.7		723,162	17.3
						総数	40	3.5	50	4.8	8,411	5.6	3,661	5.0		346,181	4.7
				⑩	BMI	男性	2	0.4	5	1.0	1,366	2.0	576	1.8		55,460	1.7
						女性	38	6.0	45	8.3	7,045	8.6	3,085	7.3		290,721	7.0
				⑬	生活習慣の 状況	血糖のみ	10	0.9	11	1.1	1,113	0.7	514	0.7		48,685	0.7
						血圧のみ	105	9.1	105	10.1	11,749	7.8	5,670	7.7		546,667	7.4
						脂質のみ	42	3.6	32	3.1	3,655	2.4	1,702	2.3		194,744	2.6
血糖・血圧	37	3.2	34			3.3	4,972	3.3	1,924	2.6	196,978	2.7					
血糖・脂質	15	1.3	15			1.4	1,383	0.9	674	0.9	69,975	1.0					
血圧・脂質	92	7.9	76			7.3	12,150	8.1	5,890	8.0	619,684	8.4					
血糖・血圧・脂質	78	6.7	63			6.1	8,203	5.4	3,595	4.9	386,077	5.2					
①-⑬	生活習慣の 状況	服薬	378			32.6	368	35.4	53,167	35.3	23,291	31.6	2,479,216	33.7			
		糖尿病	89			7.7	73	7.0	12,333	8.2	4,528	6.2	551,051	7.5			
		脂質異常症	252			21.8	201	19.3	33,165	22.0	16,954	23.0	1,738,149	23.6			
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	52	4.5	37	3.6	4,411	3.0	2,366	3.2	230,777	3.3					
		②	既往歴	86	7.4	56	5.4	7,617	5.3	4,588	6.3	391,296	5.5				
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	3	0.3	20	1.9	756	0.5	993	1.4	37,041	0.5					
		腎不全	265	22.9	283	27.2	12,367	8.7	11,689	16.0	710,650	10.1					
		貧血	164	14.2	166	15.9	21,922	14.5	8,453	11.5	1,048,171	14.2					
		④-⑬	生活習慣の 状況	喫煙	87	7.8	81	8.1	9,740	7.0	3,685	7.3	540,374	8.5			
				週3回以上朝食を抜く	181	16.2	168	16.7	16,764	12.0	7,958	15.7	743,581	11.8			
週3回以上食後間食	200			17.9	193	19.2	22,143	15.8	7,253	14.3	983,474	15.4					
⑤	週3回以上就寝前夕食			324	28.9	312	31.1	37,641	27.0	14,293	28.2	1,636,988	25.9				
食べる速度が速い	370			33.0	366	36.5	45,144	32.3	16,412	32.4	2,047,756	32.1					
⑥	20歳時体重から10kg以上増加			637	56.9	608	60.6	90,055	64.4	28,174	55.7	3,761,302	58.7				
⑦	1回30分以上運動習慣なし			126	11.3	175	17.4	65,817	47.1	17,540	34.7	2,991,854	46.9				
⑧	1日1時間以上運動なし			255	22.8	284	28.3	34,533	24.7	14,108	27.9	1,584,002	25.0				
⑨	睡眠不足			301	26.9	284	28.3	37,127	26.1	11,636	23.0	1,760,104	25.6				
⑩	毎日飲酒			192	17.1	168	16.7	28,746	20.2	10,400	20.5	1,514,321	22.0				
⑬	一日 飲酒 量	1合未満	771	68.9	671	67.0	59,598	61.3	34,245	71.0	3,118,433	64.1					
		1~2合	234	20.9	224	22.4	24,348	25.0	10,124	21.0	1,158,318	23.8					
		2~3合	94	8.4	87	8.7	9,953	10.2	3,039	6.3	452,785	9.3					
		3合以上	20	1.8	20	2.0	3,329	3.4	799	1.7	132,608	2.7					



【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												
								HbA1c												
							糖 以外	体重												
								BMI												
								血压												
								GFR												
CKD	尿蛋白																			
						糖尿病	糖	服薬												
								HbA1c												
							糖 以外	体重												
								BMI												
								血压												
								GFR												
CKD	尿蛋白																			

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度

担当者名:

担当地区:

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )人		
	④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)	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		
	②後期高齢者 ( )人		
	③他保険 ( )人		
	④住基異動(死亡・転出) ( )人		
	⑤確認できず ( )人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	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
	⑥結果把握 ( )人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血压等)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 ②HbA1c7.0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 (-) ( )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	伊方町						同規模保険者		データ元 (CSV)
			H28		H29		H30		実数	割合	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	3,250人							厚生労働省 様式3-2	
	(再掲) 40~74歳		2,985人								
2	① 特定健診	B								あなみツール ②.1 集計ツール	
	② 健診対象者数		2,498人								
	③ 受診者数	C	1,041人								
3	① 特定保健指導									特定健康診査・特定 保健指導実施状況概 況報告書	
	② 保健指導対象者数		160人								
	③ 実施者数		55人								
4	① 健診データ									特定健診結果	
	② 糖尿病型	E	114人	10.8%							
	③ 未治療・中断(服薬なし)	F	42人	36.8%							
	④ 治療中(服薬あり)	Q	72人	63.2%							
	⑤ コントロール不良 (HbA1c7以上・空腹時血糖130以上)	J	25人	34.7%							
	⑥ 血圧 130/80以上		18人	64.0%							
	⑦ 肥満 BMI 25.0以上		15人	60.0%							
	⑧ コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	47人	65.3%							
	⑨ 糖尿病病期分類	M									
	⑩ 尿蛋白(-) 第1期		77人	67.5%							
	⑪ (±) 第2期		19人	16.7%							
⑫ (+以上) 第3期	16人		14.0%								
⑬ eGFR (~30) 第4期		2人	1.8%								
5	① レセプト									KDB厚生労働省 様式3-2	
	② 糖尿病受療率(人口10万人対)										
	③ 入院外										
	④ 入院										
	⑤ 糖尿病治療中	H	435人	9.7%							
	⑥ (再掲) 40歳~74歳		435人	9.7%							
	⑦ 健診未受診者	I	363人	38.5%							
	⑧ 糖尿病性腎症	L	43人	9.9%							
	⑨ (再掲) 40歳~74歳										
	⑩ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		25人								
	⑪ (再掲) 40歳~74歳		8人								
	⑫ 新規透析患者数		1人								
	⑬ (再掲) 糖尿病性腎症		1人								
⑭ 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		12人									
6	① 医療費									KDB 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 同規模保険者比較	
	② 総医療費	a	11.8億円								
	③ 生活習慣病総医療費	b	715,085,650円								
	④ (総医療費に占める割合)	b/a	60.7%								
	⑤ 生活習慣病対象者	健診受診者	6,496円								
	⑥ 1人当たり		28,552円								
	⑦ 糖尿病医療費	c	69,524,100円								
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	9.7%								
	⑨ 糖尿病入院外総医療費		57,083,080円								
	⑩ 1件当たり		33,005円								
	⑪ 糖尿病入院総医療費		9,718,370円								
	⑫ 1件当たり		561,044円								
	⑬ 在院日数		17日								
	⑭ 慢性腎不全医療費										
	⑮ 透析有り		38,114,880円								
⑯ 透析無し											
7	① 介護		10.9億円							KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認 定状況	
	② (再掲) 2号認定者の有所見		66.7%								
8	① 死亡									KDB 地域の全体像の 把握	
	② 死因別死亡者数		3人								



【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

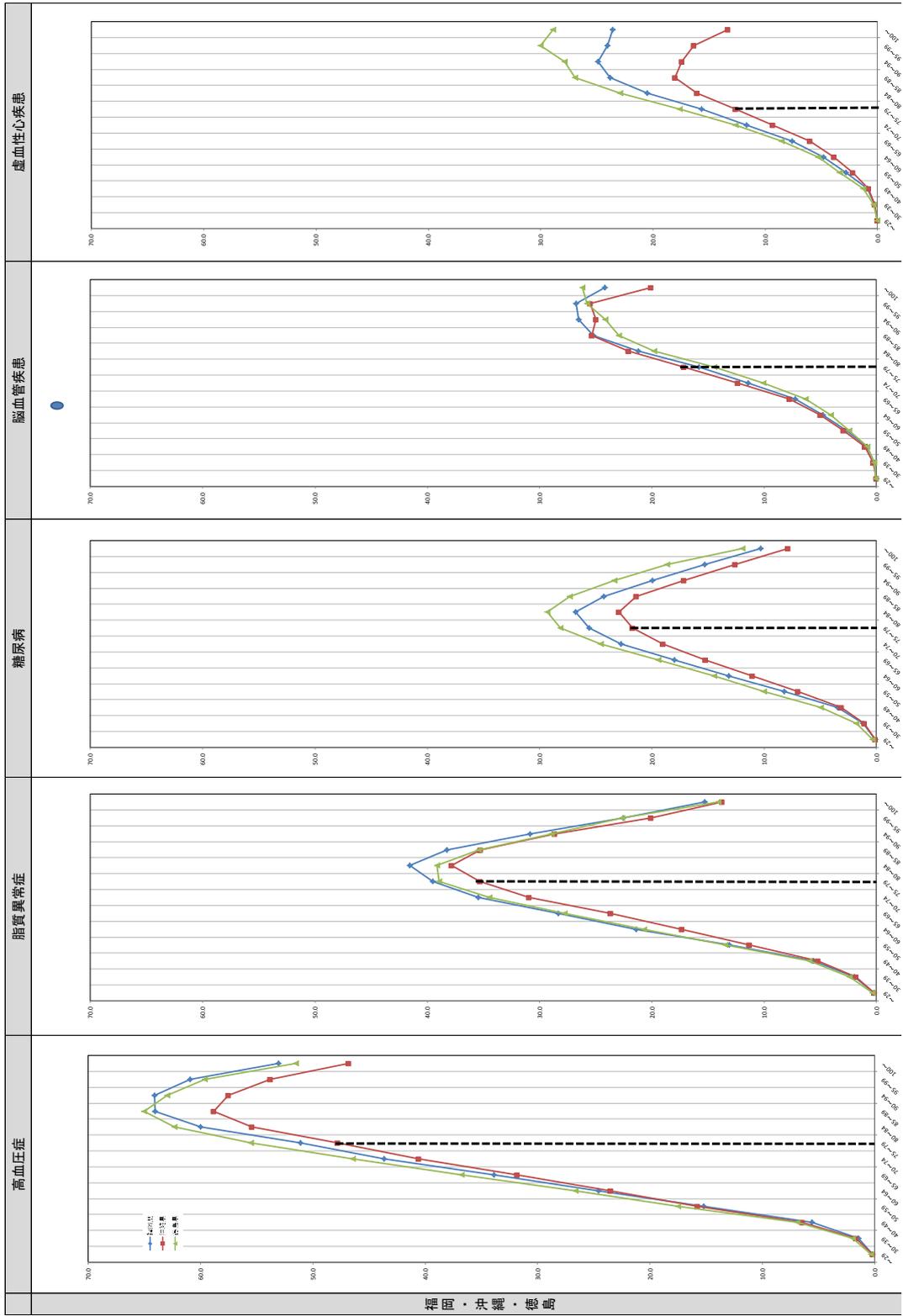


参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(ODB)システム\_平成29年7月作成分)



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)
<p>平成28年度課題</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して、3疾患それぞれ5%減少させる</li> <li>○医療費の伸びを抑える</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い</li> <li>◆受診動員の対象者、アプローチ方法等検討(地区台帳の活用等)</li> <li>◆医療機関の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保健指導事業</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆PDCCDサイクルからの計画を立案</li> <li>○対象者、方法等の検討</li> <li>○地区台帳の検討</li> <li>○医療機関と協議が進んでいない</li> <li>○訪問、事業の目標、評価等検討</li> <li>○評価指標の検討</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関との連携は整っていないが、未受診者対策、重症化予防対策、それぞれのかかわりの中でのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p>特定健診・保健指導実施率</p> <p>①特定健診受診率(%) H23 H24 H25 H26 H27 40.1% 40.1% 41.0% 42.8% 42.7%</p> <p>②特定保健指導実施率(%) H23 H24 H25 H26 H27 19.0% 21.9% 15.7% 21.8% 31.2%</p> <p>【ほか、考えられる指標】</p> <p>③医療機関受診勧奨実施率 ④保健指導実施数 ⑤医療機関紹介につなげた件数 ⑥かかりつけ医との連携数</p>
<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診</li> <li>・保健推進員が全世帯を対象に、健診案内の配布及び受診勧奨、受診希望の取りまとめを行っている。</li> <li>・保健推進員等を対象に研修会を実施し、健診の必要性を普及啓発</li> <li>・健診の申し込みのない方を対象に、受診勧奨通知の送付や保健師による未受診者訪問を行っている。</li> <li>・集団健診終了後、未受診者に対し、ハガキによる受診勧奨を行ない、再度、個別健診受診をすすめる。(医療機関にも受診勧奨をお願いをする)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診者対策を効果的に行うために、データの整理や課題の共有、評価を行い、関係者と協議する。</li> <li>・糖尿病管理台帳等の活用が十分できてなかったことで、見える化し、活用していく。</li> <li>・未受診者訪問等の対象者の検討</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今まで、未治療者を優先的にアピロープしてきたが、今後は必要に応じて治療中の方にも介入していく。</li> <li>・従来から、医療機と連携し、受診勧奨、保健指導につなげている。糖尿病重症化予防について、一部医療機関と連携しとりくみをはじめている。但し、糖尿病重症化予防プログラムの活用には至っていない。</li> <li>・保健指導内容について、具体的な標準化、共通認識を図る必要がある。糖尿病台帳等を活用し、保健指導の評価をしながらとりくんでいく。</li> </ul> <p>医療機関とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・従来から医療機関や関係者で町の健康課題等の課題等の情報提供、協議を行っている。</li> <li>・県版糖尿病重症化予防プログラムについては、医療機関との協議がすすんでいない。</li> </ul>	<p>健診結果</p> <p>①HbA1cの改善(H27→H28) 8.0以上→8.0未満 8人 35.3% 7.0以上→7.0未満 7人 26.9% 6.5～6.9→6.5未満 8人 16.3%</p> <p>②未治療者数の推移 HbA1c6.5以上未治療者数 H24 H25 H26 H27 50人 36人 38人 42人</p> <p>③メタボ予備群減少率 H24・25 H25・26 H26・27 H27・28 19.7% 18.6% 19.1% 15.3%</p> <p>④メタボ該当者減少率 H24・25 H25・26 H26・27 H27・28 21.5% 20.4% 18.3% 22.6%</p> <p>⑤国保補償医療費(入院) H25 9,018,540 円 H26 13,298,470 円 H27 8,685,110 円 H28 5,906,420 円</p> <p>⑥国保新規人工透析患者数の推移 H25 H26 H27 H28 2人 1人 1人 1人</p>
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆PDCCDサイクルからの計画を立案</li> <li>○対象者、方法等の検討</li> <li>○地区台帳の検討</li> <li>○医療機関と協議が進んでいない</li> <li>○訪問、事業の目標、評価等検討</li> <li>○評価指標の検討</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関との連携は整っていないが、未受診者対策、重症化予防対策、それぞれのかかわりの中でのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>特定保健指導、重症化予防対象者の役割分担の明確化</p> <p>○対象者抽出・台帳作成 成人担当保健師 ○保健指導・レポート確認・台帳整理 地区担当保健師</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○未受診者訪問の対象者の検討(台帳等の活用)</li> <li>○医療機関への協力依頼の検討</li> <li>○PCドキュメンテーションのとりくみを検討</li> <li>○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○対象者の検討</li> <li>○保健指導後の評価指標の検討</li> <li>○保健事業の目標、評価指標の検討</li> <li>○台帳を保健指導に活用</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○県版重症化予防のとりくみについて、医療機関との協議をすすめる。</li> </ul>
<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健活動に関して、具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>○地区担当の活用。地区台帳をもとに経営管理し、地区状況にあわせ、保健活動を行う。</li> <li>・関係者で共通認識を図りとりくんでいく。</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○未受診者訪問の対象者の検討(台帳等の活用)</li> <li>○医療機関への協力依頼の検討</li> <li>○PCドキュメンテーションのとりくみを検討</li> <li>○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○対象者の検討</li> <li>○保健指導後の評価指標の検討</li> <li>○保健事業の目標、評価指標の検討</li> <li>○台帳を保健指導に活用</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○県版重症化予防のとりくみについて、医療機関との協議をすすめる。</li> </ul>	<p>③アウトカム (結果)</p>

②平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の実践評価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)			伊方町	
① やって来た実践事項を振り返ってみる (プロセス)	② アウトプット (事業実施量)	③ アウトカム (結果)	④ ストラクチャー (構造)	⑤ 残っている課題		
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して、3疾患それぞれ5%減少させる</li> <li>○医療費の伸びを抑える</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い</li> <li>◆受診動機の対象者、アプローチ方法等検討(地区台帳の活用等)</li> <li>◆医療機関の協力等による取り組み</li> <li>◆関係者で課題等を情報共有</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆重症化予防対策を円滑に進めるための体制整備</li> <li>○関係者間での共通認識</li> <li>○対象者、方法等の検討</li> <li>○地区台帳の検討</li> <li>○医療機関との協議が進んでいない</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機関との連携は整ってきているが、未受診者対策、重症化予防対策、それぞれのかかわりの中であつてつながりを進めていく。</li> </ul>	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■関係者、関係部署での協議</li> <li>・データヘルス計画等の見直しも兼ね、関係者(国保・保健センター等)で情報共有を行い、今後の方向性等の、協議、共通認識をやる必要がある。</li> <li>・国保運営協議会や健康づくり推進協議会等で課題</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診の申し込みをしていない方、40歳の方に再度受診動機(パンフレット)等の送付、未受診者訪問)</li> <li>・集団健診終了後、未受診者に対して1対1のアプローチで受診動機を</li> <li>・保健推進員、関係団体、保健活動等を通して受診動機病台帳等の活用する必要がある。</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導対象者の選定(明確化)</li> <li>・糖尿病病台帳等の作成・整備することにより、対象者が明確になった。</li> <li>・新たな動きや保健指導内容等について、スタッフ間で随時情報提供、共通認識を行った。</li> </ul> <p>医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・町の健康課題等の情報共有、協議は継続して行っている。</li> <li>・医療機関と連携して受診動機、保健指導を行った。(従来から継続)</li> <li>・県版糖尿病重症化予防のとりぐみについては、今後協力依頼を行う予定</li> </ul>	<p>健診結果</p> <p>①HbA1cの改善(H27→H28)</p> <p>8.0以上→8.0未満 8人 35.3%</p> <p>7.0以上→7.0未満 7人 26.9%</p> <p>6.5～6.9→6.5未満 8人 16.5%</p> <p>②未治療者数の推移</p> <p>HbA1c6.5以上未治療者数</p> <p>H24 H25 H26 H27 H28</p> <p>50人 36人 38人 42人</p> <p>③メタボ予備群減少率</p> <p>H24・25 H25・26 H26・27 H27・28</p> <p>19.7% 18.6% 19.1% %</p> <p>④メタボ該当者減少率</p> <p>H24・25 H25・26 H26・27 H27・28</p> <p>21.5% 20.4% 18.3% %</p> <p>⑤国保糖尿病医療費(入院)</p> <p>H25 9,018,540 円</p> <p>H26 13,298,470 円</p> <p>H27 8,685,110 円</p> <p>H28 5,806,420 円</p> <p>⑥国保新規人工透析患者数の推移</p> <p>H25 H26 H27 H28</p> <p>2人 1人 1人 1人</p>	<p>特定健診・保健指導実施率</p> <p>①特定健診受診率(%)</p> <p>H24 H25 H26 H27 H28</p> <p>40.1% 41.0% 42.8% 42.7% 41.5%</p> <p>②特定保健指導実施率(%)</p> <p>H24 H25 H26 H27 H28</p> <p>21.9% 15.7% 21.7% 31.2% 31.4%</p> <p>【ほか、考えられる指摘】</p> <p>③医療機関受診動機実施率</p> <p>④保健指導実施率</p> <p>⑤医療機関紹介につながった件数</p> <p>⑥かかりつけ医との連携数</p>	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○地区台帳を活用。</li> <li>○地区台帳を基に経年管理し、PDSAサイクルに基づいた保健活動を行う。</li> <li>○マンパワーの確保</li> </ul> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○未受診者対策の対象、及び手法等の検討</li> <li>○健診の普及啓発の検討</li> </ul> <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○関係者の共通認識を図る(保健指導の内容、優先順位の検討)</li> <li>○糖尿病台帳の活用</li> <li>○医療機関との調整</li> <li>○糖尿病連携手帳の活用</li> </ul> <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○個々の医療機関に訪問し、未受診者対策、重症化予防対策の協力を依頼</li> </ul>		