

第2期西条市国民健康保険保健事業実施計画

(データヘルス計画)

平成30年度～平成35年度

平成30年3月作成

西条市国民健康保険

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項（P1～P6）	
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	5
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化（P7～P21）	
1. 第1期計画に係る評価及び考察	7
2. 第2期計画における健康課題の明確化	15
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）（P22～P28）	
1. 第3期特定健診等実施計画について	22
2. 目標値の設定	22
3. 対象者の見込み	22
4. 特定健診の実施	22
5. 特定保健事業の実施	25
6. 個人情報の保護	28
7. 結果の報告	28
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	28
第4章 保健事業の内容（P29～P48）	
1. 保健事業の方向性	29
2. 重症化予防の取組	29
3. その他の取組	48
4. ポピュレーションアプローチ	49
第5章 地域包括ケアに係る取組（P50～P50）	
第6章 計画の評価・見直し（P51～P52）	
1. 評価の時期	51
2. 評価方法・体制	51
3. 目標管理一覧	52
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い（P53～P53）	
参考資料（P54～P65）	

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。

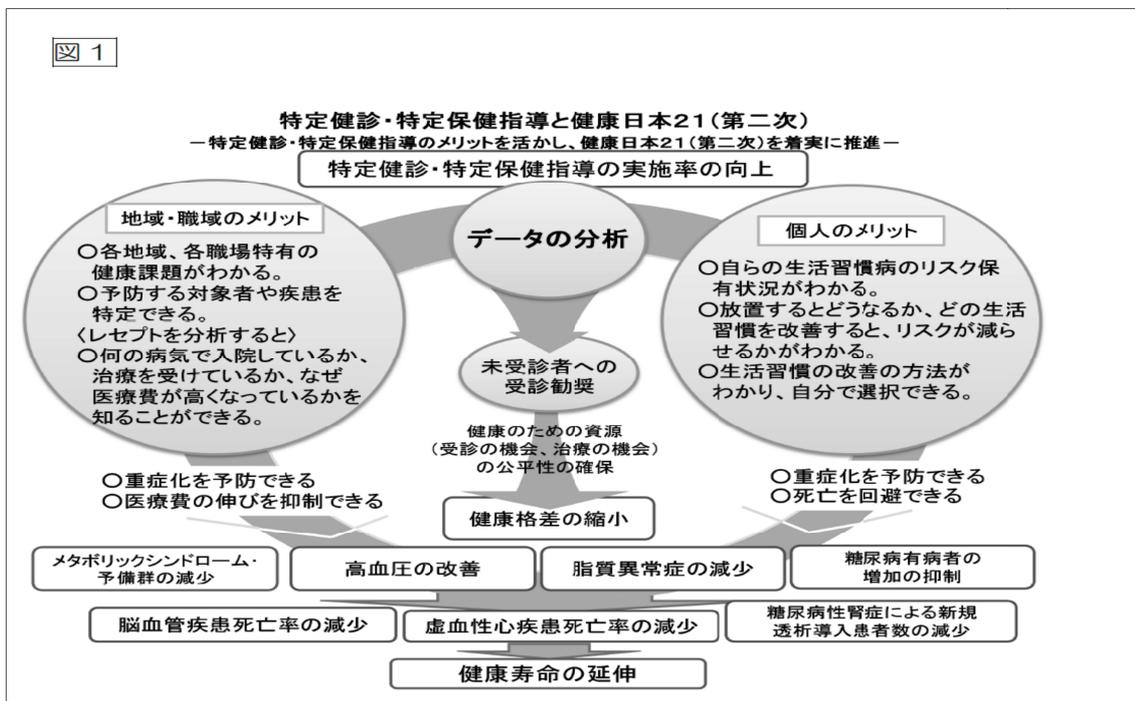
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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 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。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

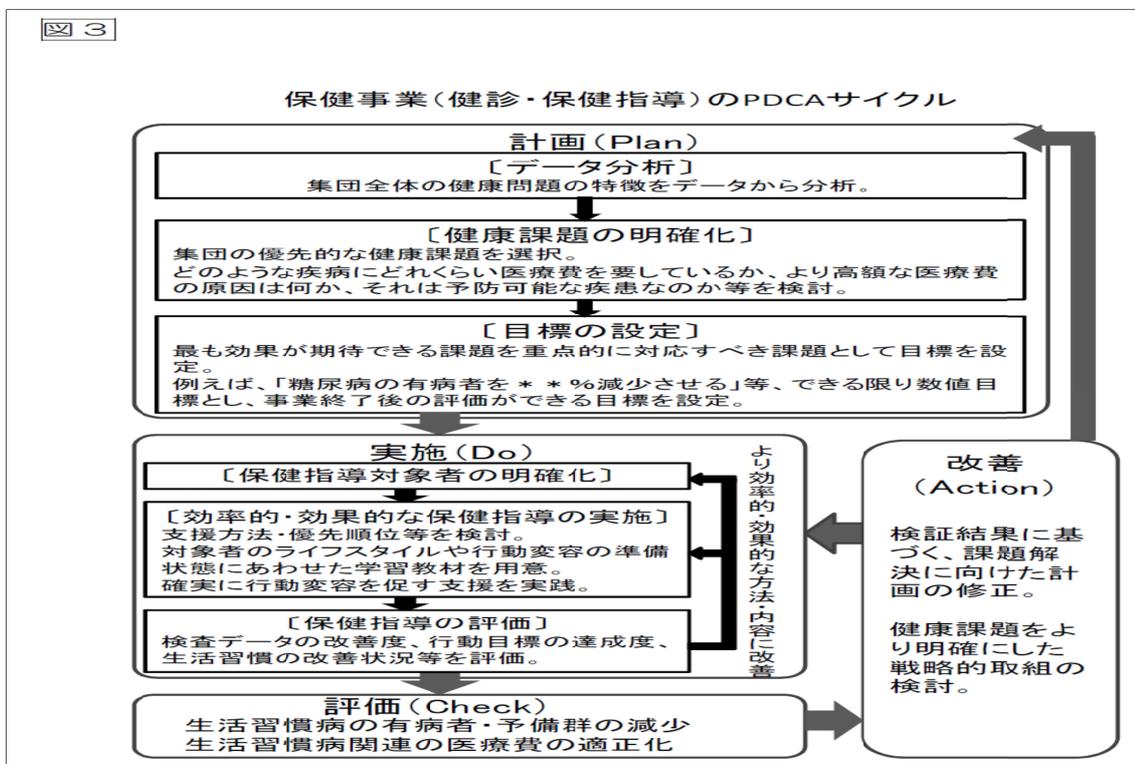
西条市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【図表 02】



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 03】



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。

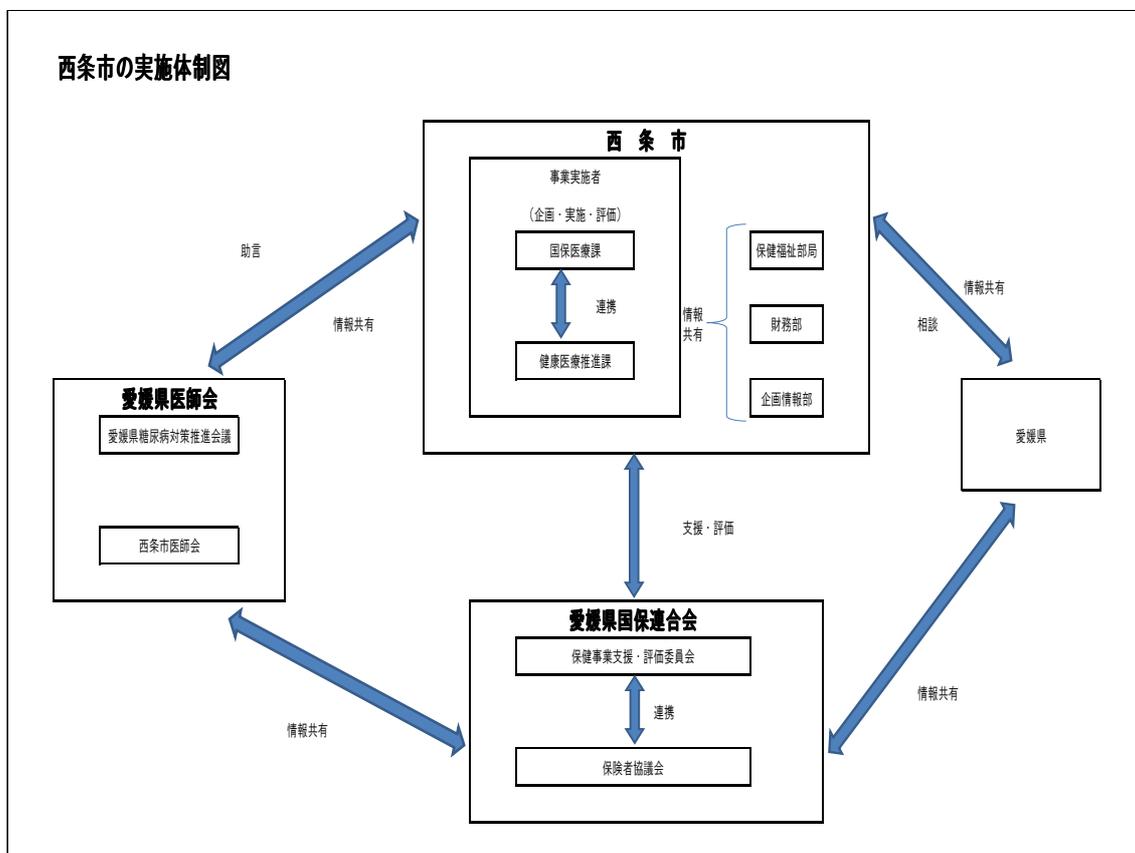
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

西条市においては、国保医療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。特に保健衛生部局（健康医療推進課）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・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。（図表04）

【図表04】



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。国保連に設置された支援・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。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努める。

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、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。都道府県は、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、都道府県医師会等との連携を推進する。

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。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。（図表 05）

【図表 05】

保険者努力支援制度

評価指標		H28		H29	H30
		実績	配点	配点	配点
総得点（満点）		345	345	580	850
交付額（千円）		13,097			
総得点（体制構築加算点含む）		206			
全国順位（1,741市町村中）		772			
共通 ①	特定健診受診率	0	20	35	50
	特定保健指導受診率	5	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	15	20	35	50
共通 ②	がん検診受診率	0	10	20	30
	歯周疾患（病）健診の実施	10	10	15	25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0	40	70	100
共通 ④	個人インセンティブ提供	20	20	45	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	25
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	10	25	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	0	15	30	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	25	40	70	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	10	30	40
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	5	15	25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10	30	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		70	70	70	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、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の上昇、40～64歳の2号認定者の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。特定健診受診者のうち受診勧奨者の医療機関受診率の増加により、健診受診後の適正な医療受診行動が重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少してい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。(図表06)(参考資料1)

【図表06】

項目		H25		H28		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合			
医療	国保の状況	被保険者数		29,475		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
		65～74歳	11,275	38.3	11,923		44.7	
		40～64歳	10,691	36.3	8,717		32.7	
		39歳以下	7,509	25.5	6,030		22.6	
		加入率	26.6		24.0			
	医療の概況 (人口千対)	病院数	10	0.3	10	0.4	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	
		診療所数	96	3.3	93	3.5		
		病床数	1,825	61.9	1,825	68.4		
		医師数	188	6.4	191	7.2		
		外来患者数	704.5		692.1			
		入院患者数	27.5		27.1			
	医療費の状況	一人当たり医療費		28,578	県内8位 同規模9位	28,762	県内10位 同規模15位	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		731.958		719.196		
		外来	費用の割合	53.8		54.2		
			件数の割合	96.2		96.2		
		入院	費用の割合	46.2		45.8		
			件数の割合	3.8		3.8		
	1件あたり在院日数		18.0日		17.7日			
	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	1,239,689,640	20.5	1,219,679,290	21.6	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)	658,603,230	10.9	651,172,120	11.5		
糖尿病		608,440,130	10.1	612,579,040	10.9			
高血圧症		507,880,310	8.4	409,026,360	7.3			
精神		1,223,985,760	20.2	1,186,663,320	21.0			
筋・骨格		876,512,960	14.5	808,839,170	14.3			

項目			H25		H28		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合			
医療	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	569,434	6位 (18)	544,237	12位 (17)	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
			高血圧	579,844	7位 (18)	541,884	17位 (19)		
			脂質異常症	493,104	17位 (19)	514,796	14位 (20)		
			脳血管疾患	560,313	14位 (21)	598,136	10位 (21)		
			心疾患	592,363	16位 (17)	603,502	15位 (19)		
			腎不全	742,971	3位 (17)	676,964	8位 (19)		
			精神	402,694	16位 (27)	420,720	18位 (26)		
		悪性新生物	614,261	14位 (15)	625,882	12位 (14)			
		入院の()内 は入院日数	外来	糖尿病	37,802	6位	38,277		4位
				高血圧	31,299	4位	32,175		2位
				脂質異常症	29,906	3位	30,987		2位
				脳血管疾患	42,831	1位	48,719		1位
				心疾患	45,376	3位	47,691		1位
				腎不全	220,974	1位	208,036		1位
	精神			26,651	17位	26,223	18位		
	悪性新生物	45,471	15位	48,480	14位				
	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	2,298		2,170		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
			健診未受診者	12,461		13,388			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,310		6,007			
健診未受診者			34,212		37,059				
健診・レセ 突合	受診勧奨者	医療機関受診率	3,474	51.8	3,366	54.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関非受診率	284	4.2	249	4.0			
		受診勧奨者	3,758	56.1	3,615	58.4			
介護	介護保険	1号認定者数(認定率)	6,217	20.7	6,850	22.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		新規認定者	103	0.3	140	0.3			
		2号認定者	173	0.5	187	0.5			
	介護給付費	1件当たり給付費(全体)	65,446		61,992				
		居宅サービス	43,415		41,436				
		施設サービス	297,017		286,453				
医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,530		8,423				
		認定なし	4,134		4,138				
健診	特定健診の 状況	健診受診者	6,701		6,188		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	32.9	県内8位 同規模54位	32.8		県内11位 同規模68位	
		特定保健指導終了者(実施率)	129	15.2	61	7.6			
		非肥満高血糖	708	10.6	720	11.6			
		メタボ	該当者	988	14.7	1,002		16.2	
			男性	668	24.3	688		26.6	
			女性	320	8.1	314		8.7	
			予備群	690	10.3	670		10.8	
		メタボ 予備群 レベル	男性	475	17.3	440		17.0	
			女性	215	5.4	230		6.4	
	腹囲		総数	1,923	28.7	1,873	30.3		
			男性	1,297	47.2	1,263	48.9		
		女性	626	15.8	610	16.9			
	BMI	総数	390	5.8	353	5.7			
		男性	67	2.4	59	2.3			
		女性	323	8.2	294	8.2			
	血糖のみ	49	0.7	50	0.8				
	血圧のみ	482	7.2	450	7.3				
	脂質のみ	159	2.4	170	2.7				
	血糖・血圧	150	2.2	160	2.6				
血糖・脂質	60	0.9	65	1.1					
血圧・脂質	491	7.3	482	7.8					
血糖・血圧・脂質	287	4.3	295	4.8					
県内順位 順位総数22	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	28.7		30.3				
		BMI	5.8		5.7				

項目			H25		H28		データ元 (CSV)
			実数	割合	実数	割合	
健診	服薬	高血圧	2,156	32.2	2,023	32.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		糖尿病	429	6.4	461	7.5	
		脂質異常症	1,567	23.4	1,561	25.2	
	既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	234	4.0	202	3.3	
		心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	417	7.2	373	6.0	
		腎不全	18	0.3	52	0.8	
		貧血	959	16.6	868	14.0	
	喫煙		731	10.9	653	10.6	
	週3回以上朝食を抜く		243	5.7	311	7.0	
	週3回以上食後間食		572	13.5	625	14.1	
	週3回以上就寝前夕食		518	12.2	541	12.2	
	食べる速度が速い		1,079	25.4	1,237	27.9	
	20歳時体重から10kg以上増加		1,274	30.0	1,418	32.0	
	1回30分以上運動習慣なし		2,495	58.8	2,553	57.5	
	1日1時間以上運動なし		1,786	42.1	2,014	45.4	
	睡眠不足		1,106	26.1	1,311	29.6	
	毎日飲酒		936	22.3	1,017	22.9	
	時々飲酒		787	18.8	873	19.7	
	一日飲酒量	1合未満	2,972	74.9	2,753	71.7	
		1～2合	707	17.8	761	19.8	
2～3合		233	5.9	254	6.6		
3合以上		54	1.4	71	1.8		

（2）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 07）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、介護給付費は認定者の増加により約 3 億円の増加となっているが、1 件当たりの給付費は居宅サービス、施設サービスともに減となっている。ただし、同規模平均と比較すると高いことがわかる。

【図表 07】

年度	西条市				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり 給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス	1件当たり 給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス
H25年度	92億1,341万円	65,446	43,415	297,017	61,385	41,017	286,446
H28年度	95億1,954万円	61,992	41,436	286,453	58,799	40,010	280,265

②医療費の状況（図表 08・図表 09）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、総医療費では約 6 億 5 千万円の減となっているが、一人当たり医療費は 184 円の増となっている。

また、同規模保険者・県・国と比べ一人当たり医療費は、平成 25 年度、28 年度とも

に最も高額となっているが、一人当たり医療費の伸び率を比較すると最も低く、特に入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。

【図表 08】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、No.4「市町村別データ」

項目	総医療費【円】					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
平成25年度	10,078,632,150		4,660,641,240		5,417,990,910	
平成28年度	9,429,963,150	-648,669,000	4,315,290,080	-345,351,160	5,114,673,070	-303,317,840

【図表 09】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、No.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

項目		1人あたり医療費【円】			伸び率（%）		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H25年度	西条市	28,578	13,220	15,360			
	同規模	23,466	9,590	13,870			
	愛媛県	26,749	11,500	15,250			
	国	22,779	9,230	13,550			
H28年度	西条市	28,762	13,160	15,600	0.6%	-0.5%	1.6%
	同規模	25,253	10,190	15,060	7.6%	6.3%	8.6%
	愛媛県	27,950	12,010	15,940	4.5%	4.4%	4.5%
	国	24,253	9,670	14,580	6.5%	4.8%	7.6%

※KDBの1人あたり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期目標疾患及び短期目標疾患) (図表 10)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全、短期目標疾患である糖尿病、高血圧症、脂質異常症の目標疾患医療費計の総医療費に占める割合は減少しているが、疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析無)に係る割合は減少しているものの慢性腎不全(透析有)に係る割合は国・県と比較して増加していることがわかった。

また、短期目標疾患である糖尿病に係る費用についても、国・県と比較して増加しており、新規に透析導入される一番の原因となっている糖尿病性腎症の重症化予防が重要である。

【図表 10】

【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

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		
		金額	順位 県内	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症			
				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						
国	H25	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%
	H28	9,677,041,336,540	24,253	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%
	(H28-H25)	増減	-38,858,572,070	1,870	--	0.01%	-0.05%	-0.38%	-0.32%	0.05%	-1.52%	-0.20%	-243,493,076,550
愛媛県	H25	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%
	H28	118,989,642,410	27,950	--	5.56%	0.37%	2.51%	2.16%	5.44%	4.59%	2.79%	27,879,953,440	23.43%
	(H28-H25)	増減	-5,316,178,410	1,201	--	-0.14%	-0.03%	-0.62%	-0.47%	0.10%	-1.31%	-0.19%	-4,537,980,410
西条市	H25	10,078,632,150	28,578	8	6.68%	0.40%	3.34%	2.69%	6.11%	5.11%	2.60%	2,714,131,390	26.93%
	H28	9,429,963,150	28,762	10	6.91%	0.34%	2.50%	2.11%	6.50%	4.34%	2.70%	2,393,627,270	25.38%
	(H28-H25)	増減	-648,669,000	184	2	0.22%	-0.06%	-0.84%	-0.58%	0.39%	-0.77%	0.10%	-320,504,120

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

④中長期的な目標(図表 11)

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析(慢性腎不全)は、医療費が高額となる疾患、6カ月以上の入院における疾患、長期化することで高額になる疾患で、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある。

平成25年度と平成28年度を比較すると、虚血性心疾患、人工透析(慢性腎不全)については被保険者数に対する割合が増となっている。今後、高齢化が進展し、年齢が高くなるほど、心臓、脳、腎臓の3つの血管も痛んでくると考えると、若い時からの血管を守る生活習慣改善が必要である。

【図表 11】

厚労省様式 様式3-5		被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29551	1392	4.71	290	20.8	42	3.0	1032	74.1	667	47.9	1024	73.6
	64歳以下	19001	424	2.23	76	17.9	21	5.0	302	71.2	200	47.2	304	71.7
	65歳以上	10550	968	9.18	214	22.1	21	2.2	730	75.4	467	48.2	720	74.4
H28	全体	27906	1324	4.74	292	22.1	41	3.1	1022	77.2	704	53.2	1011	76.4
	64歳以下	15903	303	1.91	52	17.2	14	4.6	212	70.0	146	48.2	207	68.3
	65歳以上	12003	1021	8.51	240	23.5	27	2.6	810	79.3	558	54.7	804	78.7

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29551	1223	4.14	290	23.7	30	2.5	910	74.4	496	40.6	791	64.7	
	64歳以下	19001	390	2.05	76	19.5	18	4.6	264	67.7	143	36.7	232	59.5	
	65歳以上	10550	833	7.90	214	25.7	12	1.4	646	77.6	353	42.4	559	67.1	
H28	全体	27906	1154	4.14	292	25.3	45	3.9	897	77.7	545	47.2	787	68.2	
	64歳以下	15903	274	1.72	52	19.0	18	6.6	199	72.6	100	36.5	160	58.4	
	65歳以上	12003	880	7.33	240	27.3	27	3.1	698	79.3	445	50.6	627	71.3	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	29551	102	0.35	30	29.4	42	41.2	86	84.3	44	43.1	46	45.1	
	64歳以下	19001	59	0.31	18	30.5	21	35.6	50	84.7	21	35.6	24	40.7	
	65歳以上	10550	43	0.41	12	27.9	21	48.8	36	83.7	23	53.5	22	51.2	
H28	全体	27906	102	0.37	45	44.1	41	40.2	93	91.2	44	43.1	54	52.9	
	64歳以下	15903	43	0.27	18	41.9	14	32.6	39	90.7	15	34.9	21	48.8	
	65歳以上	12003	59	0.49	27	45.8	27	45.8	54	91.5	29	49.2	33	55.9	

(3) 短期的な目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表12)

糖尿病、高血圧、脂質異常症は、中長期目標疾患に共通するリスクである。

平成25年度と平成28年度を比較すると、糖尿病治療者(様式3-2)の患者数・割合の増加に伴い、糖尿病性腎症患者の患者数・割合も増加しているが、人工透析の患者数に変化は無かった。今後は、重症化予防のため、適切な受診勧奨と保健指導を行う必要がある。

【図表12】

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	29551	3270	11.07	326	10.0	2130	65.1	2444	74.7	667	20.4	496	15.2	44	1.3	258	7.9	
	64歳以下	19001	1196	6.29	165	13.8	661	55.3	836	69.9	200	16.7	143	12.0	21	1.8	94	7.9	
	65歳以上	10550	2074	19.66	161	7.8	1469	70.8	1608	77.5	467	22.5	353	17.0	23	1.1	164	7.9	
H28	全体	27906	3401	12.19	318	9.4	2225	65.4	2559	75.2	704	20.7	545	16.0	44	1.3	282	8.3	
	64歳以下	15903	949	5.97	119	12.5	518	54.6	673	70.9	146	15.4	100	10.5	15	1.6	70	7.4	
	65歳以上	12003	2452	20.43	199	8.1	1707	69.6	1886	76.9	558	22.8	445	18.1	29	1.2	212	8.6	

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	29551	5708	19.32	2130	37.3	3653	64.0	1032	18.1	910	15.9	86	1.5
	64歳以下	19001	1938	10.20	661	34.1	1154	59.5	302	15.6	264	13.6	50	2.6
	65歳以上	10550	3770	35.73	1469	39.0	2499	66.3	730	19.4	646	17.1	36	1.0
H28	全体	27906	5706	20.45	2225	39.0	3727	65.3	1022	17.9	897	15.7	93	1.6
	64歳以下	15903	1459	9.17	518	35.5	869	59.6	212	14.5	199	13.6	39	2.7
	65歳以上	12003	4247	35.38	1707	40.2	2858	67.3	810	19.1	698	16.4	54	1.3

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	29551	5506	18.63	2444	44.4	3653	66.3	1024	18.6	791	14.4	46	0.8
	64歳以下	19001	1984	10.44	836	42.1	1154	58.2	304	15.3	232	11.7	24	1.2
	65歳以上	10550	3522	33.38	1608	45.7	2499	71.0	720	20.4	559	15.9	22	0.6
H28	全体	27906	5451	19.53	2559	46.9	3727	68.4	1011	18.5	787	14.4	54	1.0
	64歳以下	15903	1493	9.39	673	45.1	869	58.2	207	13.9	160	10.7	21	1.4
	65歳以上	12003	3958	32.98	1886	47.7	2858	72.2	804	20.3	627	15.8	33	0.8

②リスクの健診結果経年変化（図表13）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性によるものと推測される。

【図表13】

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

KDB帳票No. 23「厚生労働省様式6-2～7」

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25 男性	合計	876	31.9%	1,297	47.2%	745	27.1%	560	20.4%	245	8.9%	45	1.6%	1,439	52.3%	612	22.3%	1,350	49.1%	730	26.6%	1,392	50.6%	75	2.7%
	40-64	369	37.2%	476	48.0%	331	33.4%	263	26.5%	92	9.3%	20	2.0%	442	44.6%	220	22.2%	427	43.1%	310	31.3%	558	56.3%	15	1.5%
	65-74	507	28.8%	821	46.7%	414	23.5%	297	16.9%	153	8.7%	25	1.4%	997	56.7%	392	22.3%	923	52.5%	420	23.9%	834	47.4%	60	3.4%
H28 男性	合計	828	32.0%	1,263	48.9%	726	28.1%	549	21.2%	225	8.7%	233	9.0%	1,519	58.8%	532	20.6%	1,251	48.4%	669	25.9%	1,215	47.0%	55	2.1%
	40-64	273	36.9%	367	49.7%	242	32.7%	222	30.0%	57	7.7%	67	9.1%	368	49.8%	178	24.1%	285	38.6%	205	27.7%	381	51.6%	10	1.4%
	65-74	555	30.1%	896	48.5%	484	26.2%	327	17.7%	168	9.1%	166	9.0%	1,151	62.4%	354	19.2%	966	52.3%	464	25.1%	834	45.2%	45	2.4%

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 女性	合計	830	21.0%	626	15.8%	592	15.0%	311	7.9%	99	2.5%	30	0.8%	2,111	53.4%	79	2.0%	1,741	44.1%	595	15.1%	2,408	60.9%	15	0.4%
	40-64	294	19.3%	203	13.3%	201	13.2%	128	8.4%	34	2.2%	11	0.7%	656	43.1%	26	1.7%	495	32.5%	219	14.4%	931	61.2%	5	0.3%
	65-74	536	22.1%	423	17.4%	391	16.1%	183	7.5%	65	2.7%	19	0.8%	1,455	59.9%	53	2.2%	1,246	51.3%	376	15.5%	1,477	60.8%	10	0.4%
H28 女性	合計	792	22.0%	610	16.9%	567	15.7%	301	8.4%	63	1.7%	167	4.6%	2,163	60.0%	107	3.0%	1,678	46.6%	559	15.5%	2,122	58.9%	17	0.5%
	40-64	240	20.3%	176	14.9%	154	13.1%	100	8.5%	19	1.6%	43	3.6%	569	48.2%	27	2.3%	396	33.6%	181	15.3%	709	60.1%	5	0.4%
	65-74	552	22.8%	434	17.9%	413	17.0%	201	8.3%	44	1.8%	124	5.1%	1,594	65.8%	80	3.3%	1,282	52.9%	378	15.6%	1,413	58.3%	12	0.5%

性別	市町村	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	西条市	2,749	27.9%	154	5.6%	475	17.3%	34	1.2%	325	11.8%	116	4.2%	668	24.3%	112	4.1%	44	1.6%	323	11.7%
	40-64	991	21.0%	65	6.6%	188	19.0%	10	1.0%	116	11.7%	62	6.3%	223	22.5%	26	2.6%	22	2.2%	117	11.8%	58	5.9%
	65-74	1,758	34.2%	89	5.1%	287	16.3%	24	1.4%	209	11.9%	54	3.1%	445	25.3%	86	4.9%	22	1.3%	206	11.7%	131	7.5%
	全国	3,416,820				548,609	17.2%							875,805	27.5%								
H28	県	32,159	25.2%	1,620	5.0%	5,565	17.3%	378	1.2%	3,921	12.2%	1,266	3.9%	8,583	26.7%	1,370	4.3%	501	1.6%	4,197	13.1%	2,515	7.8%
	西条市	2,585	28.9%	135	5.2%	440	17.0%	38	1.5%	294	11.4%	108	4.2%	688	26.6%	102	3.9%	54	2.1%	334	12.9%	198	7.7%
	40-64	739	20.4%	62	8.4%	140	18.9%	8	1.1%	76	10.3%	56	7.6%	165	22.3%	19	2.6%	15	2.0%	86	11.6%	45	6.1%
	65-74	1,846	34.8%	73	4.0%	300	16.3%	30	1.6%	218	11.8%	52	2.8%	523	28.3%	83	4.5%	39	2.1%	248	13.4%	153	8.3%

性別	年齢	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	3,952	36.0%	203	1.9%	568	5.4%	34	0.3%	394	3.7%	140	1.3%	744	7.0%	89	0.8%	33	0.3%	394	3.7%
	40-64	1,522	30.6%	99	2.3%	222	5.2%	11	0.3%	147	3.4%	64	1.5%	242	5.7%	39	0.9%	14	0.3%	125	2.9%	64	1.5%
	65-74	2,430	40.6%	104	1.6%	346	5.5%	23	0.4%	247	3.9%	76	1.2%	502	7.9%	50	0.8%	19	0.3%	269	4.3%	164	2.6%
	全国	4,481,600				241,487	5.8%							396,909	9.5%								
H28	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%
	合計	3,603	36.2%	250	1.8%	780	5.6%	39	0.3%	562	4.0%	179	1.3%	1,274	9.1%	174	1.2%	63	0.4%	659	4.7%	378	2.7%
	40-64	1,180	30.3%	128	2.8%	253	5.5%	14	0.3%	166	3.6%	73	1.6%	283	6.2%	37	0.8%	23	0.5%	144	3.1%	79	1.7%
	65-74	2,423	40.0%	122	1.3%	527	5.6%	25	0.3%	396	4.2%	106	1.1%	991	10.5%	137	1.4%	40	0.4%	515	5.4%	299	3.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表14）

特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上への取組が重要となる。

【図表14】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、特定健診法定報告値

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								西条市	同規模平均
平成25年	20,344	6,690	32.9%	54	848	140	16.5%	51.8%	52.2%
平成28年	18,908	6,190	32.7%	68	808	132	16.3%	54.4%	52.2%

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、糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めるため、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を減らしていくことを短期的な目標として取り組んできた。

その結果、平成25年度と平成28年度を比較すると、総医療費及び一人当たり入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、新規認定者及び2号認定者の増加、空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加に伴う糖尿病性腎症患者の患者数・割合の増加など新たな課題も見えてきた。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ないなど、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

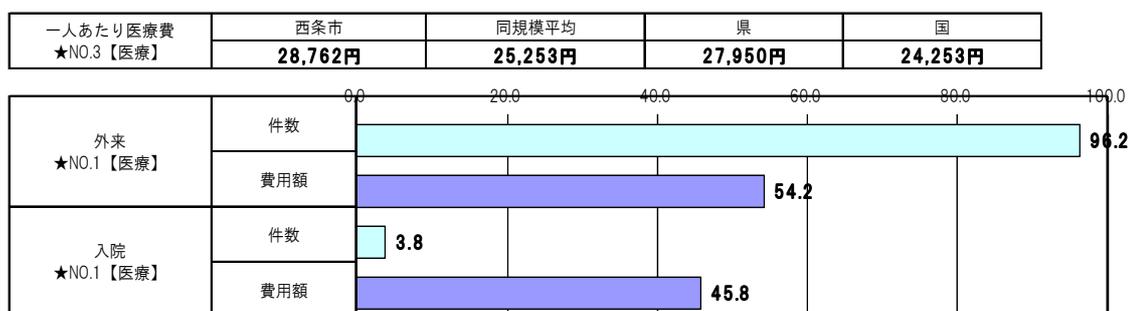
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表15)

西条市の入院件数は3.8%で、費用額全体の45.8%を占めている。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。

【図表15】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (平成28年度)



○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16)

重症化した生活習慣病（脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症）に罹患している人の背景として、約1割から約3割の人が高額な治療が必要であったり、6か月以上の長期入院が必要となり、約5割以上の人に高血圧・糖尿病・脂質異常症の基礎疾患がある。特に、新規に透析導入される一番の原因となっている糖尿病性腎症は、これらの基礎疾患がある人の割合が高い。透析患者の医療費は、月額40万円から60

万円程度必要であり、これが長期間続くことになるので、発症や進行の予防のためには、血圧、血糖値及び血中脂質値のコントロールが重要になる。

生活習慣病は、自覚症状がないまま発症するが予防が可能であるため、これらの生活習慣病を保健事業により予防することは医療費抑制に効果的であるといえる。

【図表 16】

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	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	1,463件	84件	74件	
				5.7%	5.1%	
		費用額	18億9851万円	1億1019万円	1億0425万円	
				5.8%	5.5%	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	2,804件	481件	329件	
				17.2%	11.7%	
		費用額	11億8155万円	2億3194万円	1億5459万円	
				19.6%	13.1%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1,373件	585件	534件	579件
				42.6%	38.9%	42.2%
		費用額	7億1625万円	3億1717万円	2億7907万円	3億3291万円
				44.3%	39.0%	46.5%

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 な 疾 り 患	10,718人	1,154人	1,324人	282人
				10.8%	12.4%	2.6%
			高血圧	897人	1,022人	226人
				77.7%	77.2%	80.1%
			糖尿病	545人	704人	282人
				47.2%	53.2%	100.0%
			脂質異常症	787人	1,011人	228人
	68.2%	76.4%	80.9%			
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
		5,706人	3,401人	5,451人	1,026人	
		53.2%	31.7%	50.9%	9.6%	

○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 17)

介護認定者におけるレセプト分析による有病状況では、血管疾患によるものが95.1%であり、筋・骨格疾患の92.7%を上回っていた。年齢の低い2号認定者及び65～74歳の1号認定者においても同様であり、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 17】

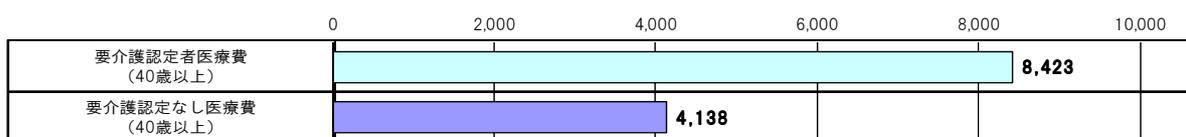
何の疾患で介護保険を受けているのか

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		37,719人		13,603人		16,433人		30,036人		67,755人			
認定者数		187人		665人		6,185人		6,850人		7,037人				
認定率		0.50%		4.9%		37.6%		22.8%		10.4%				
新規認定者数(※1)		40人		154人		846人		1,000人		1,040人				
介護度別人数	要支援1・2		59	31.6%	243	36.5%	1,695	27.4%	1,938	28.3%	1,997	28.4%		
	要介護1・2		67	35.8%	229	34.4%	2,276	36.8%	2,505	36.6%	2,572	36.5%		
	要介護3～5		61	32.6%	193	29.0%	2,214	35.8%	2,407	35.1%	2,468	35.1%		
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)		187		665		6,187		6,852		7,039			
再) 国保・後期		106		559		6,038		6,597		6,703				
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病			
			件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	67	63.2%	脳卒中	271	48.5%	脳卒中	2,901	48.0%	脳卒中	3,172	48.1%
			虚血性心疾患	25	23.6%	虚血性心疾患	161	28.8%	虚血性心疾患	2,487	41.2%	虚血性心疾患	2,648	40.1%
		3	腎不全	11	10.4%	腎不全	72	12.9%	腎不全	691	11.4%	腎不全	763	11.6%
			糖尿病合併症	18	17.0%	糖尿病合併症	90	16.1%	糖尿病合併症	614	10.2%	糖尿病合併症	704	10.7%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症			88	83.0%	495	88.6%	5,618	93.0%	6,113	92.7%	6,201	92.5%	
	血管疾患 合計			93	87.7%	515	92.1%	5,761	95.4%	6,276	95.1%	6,369	95.0%	
	認知症			10	9.4%	116	20.8%	2,469	40.9%	2,585	39.2%	2,595	38.7%	
	筋・骨格疾患			83	78.3%	494	88.4%	5,639	93.4%	6,133	93.0%	6,216	92.7%	

*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 18)

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、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

西条市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が割合が低い、健診結果の有所見状況では BMI・HbA1c・尿酸・拡張期血圧・クレアチニンなどが高い。

【図表 18】

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）（平成28年度）

★NO.23（帳票）

	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	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			
西条市	合計	828	32.0	1,263	48.9	726	28.1	549	21.2	225	8.7	233	9.0	1,519	58.8	532	20.6	1,251	48.4	669	25.9	1,215	47.0	55	2.1		
	40-64	273	36.9	367	49.7	242	32.7	222	30.0	57	7.7	67	9.1	368	49.8	178	24.1	285	38.6	205	27.7	381	51.6	10	1.4		
	65-74	555	30.1	896	48.5	484	26.2	327	17.7	168	9.1	166	9.0	1,151	62.4	354	19.2	966	52.3	464	25.1	834	45.2	45	2.4		

	BM		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	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2				
県	8,726	20.6	7,075	16.7	6,643	15.6	3,303	7.8	770	1.8	1,149	2.7	24,759	58.3	1,004	2.4	19,973	47.1	6,719	15.8	24,228	57.1	92	0.2			
西条市	合計	792	22.0	610	16.9	567	15.7	301	8.4	63	1.7	167	4.6	2,163	60.0	107	3.0	1,678	46.6	559	15.5	2,122	58.9	17	0.5		
	40-64	240	20.3	176	14.9	154	13.1	100	8.5	19	1.6	43	3.6	569	48.2	27	2.3	396	33.6	181	15.3	709	60.1	5	0.4		
	65-74	552	22.8	434	17.9	413	17.0	201	8.3	44	1.8	124	5.1	1,594	65.8	80	3.3	1,282	52.9	378	15.6	1,413	58.3	12	0.5		

*全国については、有所見割合のみ表示

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」

	健診受診者	腹囲のみ	予備群	該当者						3項目全て													
				高血糖		高血圧		脂質異常症															
				人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合											
H25	西条市	2,749	27.9%	154	5.6%	475	17.3%	34	1.2%	325	11.8%	116	4.2%	668	24.3%	112	4.1%	44	1.6%	323	11.7%	189	6.9%
	40-64	991	21.0%	65	6.6%	188	19.0%	10	1.0%	116	11.7%	62	6.3%	223	22.5%	26	2.6%	22	2.2%	117	11.8%	58	5.9%
	65-74	1,758	34.2%	89	5.1%	287	16.3%	24	1.4%	209	11.9%	54	3.1%	445	25.3%	86	4.9%	22	1.3%	206	11.7%	131	7.5%
H28	全国	3,416,820				548,609	17.2%							875,805	27.5%								
	県	32,159	25.2%	1,620	5.0%	5,565	17.3%	378	1.2%	3,921	12.2%	1,266	3.9%	8,583	26.7%	1,370	4.3%	501	1.6%	4,197	13.1%	2,515	7.8%
	西条市	2,585	28.9%	135	5.2%	440	17.0%	38	1.5%	294	11.4%	108	4.2%	688	26.6%	102	3.9%	54	2.1%	334	12.9%	198	7.7%
	40-64	739	20.4%	62	8.4%	140	18.9%	8	1.1%	76	10.3%	56	7.6%	165	22.3%	19	2.6%	15	2.0%	86	11.6%	45	6.1%
65-74	1,846	34.8%	73	4.0%	300	16.3%	30	1.6%	218	11.8%	52	2.8%	523	28.3%	83	4.5%	39	2.1%	248	13.4%	153	8.3%	

	健診受診者	腹囲のみ	予備群	該当者						3項目全て													
				高血糖		高血圧		脂質異常症															
				人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合											
H25	合計	3,952	36.0%	203	1.9%	568	5.4%	34	0.3%	394	3.7%	140	1.3%	744	7.0%	89	0.8%	33	0.3%	394	3.7%	228	2.2%
	40-64	1,522	30.6%	99	2.3%	222	5.2%	11	0.3%	147	3.4%	64	1.5%	242	5.7%	39	0.9%	14	0.3%	125	2.9%	64	1.5%
	65-74	2,430	40.6%	104	1.6%	346	5.5%	23	0.4%	247	3.9%	76	1.2%	502	7.9%	50	0.8%	19	0.3%	269	4.3%	164	2.6%
H28	全国	4,491,600				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%
	合計	3,603	36.2%	250	1.8%	780	5.6%	39	0.3%	562	4.0%	179	1.3%	1,274	9.1%	174	1.2%	63	0.4%	659	4.7%	378	2.7%
	40-64	1,180	30.3%	128	2.8%	253	5.5%	14	0.3%	166	3.6%	73	1.6%	283	6.2%	37	0.8%	23	0.5%	144	3.1%	79	1.7%
65-74	2,423	40.0%	122	1.3%	527	5.6%	25	0.3%	396	4.2%	106	1.1%	991	10.5%	137	1.4%	40	0.4%	515	5.4%	299	3.2%	

3) HbA1c、血圧、LDL-C のコントロール状況 (図表 19)

特定健診の継続受診者と新規受診者を比較すると、HbA1c では、受診勧奨レベルを超えた治療なしの者は継続、新規ともに5%以内であるが、治療中の継続受診者で受診勧奨レベルを超えている者は62.1%もあり、この者の重症化を防ぐことが重要である。

高血圧では、受診勧奨レベルを超えた治療なしの者は継続、新規ともに約25%、脂質異常症では約40%であり、この者への適切な受診勧奨が重要である。

【図表 19】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 20)

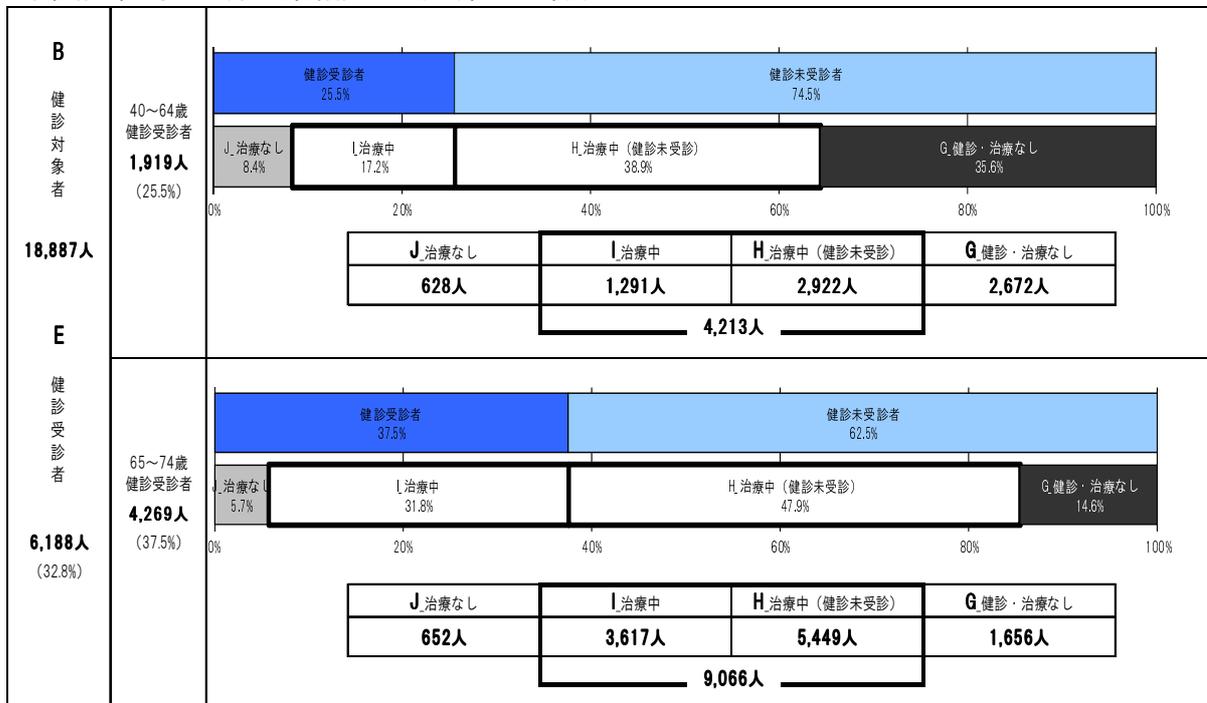
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が35.6%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

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。

【図表 20】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10) (平成28年度)

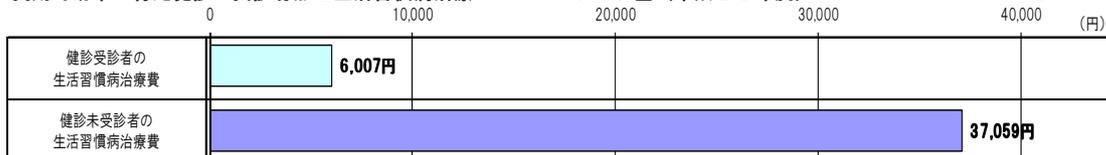
★NO.26 (CSV)



OG_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

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 (平成28年度)

★NO.3⑥



5) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患の総医療費に対する割合を国平均並みにすることを目標とする。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、必要時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、同規模保険者と比較すると1人当たり医療費は、入院、入院外ともに高額となっており、重症化予防や適切な受診勧奨を行い、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、1人当たり医療費を平成35年度に同規模保険者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。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2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3期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定（図表21）

【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
特定健診実施率	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%

3. 対象者の見込み（図表22）

【図表22】

		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	18,240人	17,915人	17,596人	17,283人	16,975人	16,673人
	受診者数	7,297人	8,062人	8,798人	9,506人	10,185人	10,004人
特定保健指導	対象者数	985人	952人	937人	922人	908人	892人
	受診者数	394人	428人	468人	507人	545人	535人

※ 対象者数及び受診者数は、年度途中資格取得・喪失者数を含まない。

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、集団健診及び個別健診を実施するものとし、健診受診者の利便性を考慮し、実施事項（方法・場所・時期など）を決定する。また、個別健診は、県医師会が実施機関の取りまとめを行い市町国保の代表保険者と集合契約を行う。（図表23）

【図表 23】

区分	契約形態	実施機関名	実施場所	実施期間
集団健診	個別契約	愛媛県厚生農業協同組合連合会 財団法人愛媛県総合保健協会	4 保健センター J A 支所 公民館など	5 月～12 月 96 日
個別健診	集合契約	社団法人愛媛県医師会	委託医療機関	6 月～2 月

※ 平成 29 年度実績

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 項に基づく。具体的な外部委託機関の選定にあたっては、厚生労働大臣の告示（「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年 12 月 28 日付厚生労働省令第 157 号)」）において定める外部委託に関する基準を満たした機関であることを最低条件として、精度管理が十分に行われている機関を選定する。

3) 集合契約における健診実施機関

健診実施機関の周知については、受診券に「実施医療機関一覧表」を同封する。(図表 24)

【図表 24】

地区	実施医療機関
西条	としまり内科 ほか 22 医療機関
東予	荃田医院 ほか 21 医療機関
丹原	福田医院 ほか 5 医療機関
小松	医療法人浦部医院内科皮フ科 ほか 4 医療機関

※ 平成 29 年度実績

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（血清クレアチニン（詳細項目であるが全ての受診者に実施）・尿酸・尿潜血）を実施する。

5) 実施時期

5 月から翌年 2 月末まで実施する。

6) 医療機関との適切な連携

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

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

7) 代行機関

特定健康診査に係る費用の請求・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

特定健康診査の実施にあたっては、年度当初に対象者全員に対し、「特定健康診査受診券」を発行し、健診の受診を促す。また、実施率を高めるためには、対象者に認知してもらわなければならないことから、受診の案内の送付に関わらず、周知広報活動を積極的に行う。(図表 25)

西条市年間実施スケジュール

【図表 25】

国保加入時期	受診券発送時期	発送枚数	受診期間	
			集団健診	個別健診
前年度	5月初旬	約20,000枚	5月～12月	6月～2月
4月	6月初旬	約400枚	6月～12月	6月～2月
5月	7月初旬	約100枚	7月～12月	7月～2月
6月	8月初旬	約100枚	8月～12月	8月～2月
7月	9月初旬	約100枚	9月～12月	9月～2月
8月	10月初旬	約100枚	10月～12月	10月～2月
9月	11月初旬	約100枚	11月～12月	11月～2月
10月	12月初旬	約100枚	12月	12月～2月
11月	01月初旬	約100枚		1月～2月
12月	02月初旬	約100枚		2月

【愛媛県内保険者】
年間実施スケジュール

No.	保険者名	受診券発行予定枚数 (平成28年度実績)	受診券有効期限期間													
			平成29年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成30年 1月	2月	3月		
1	A市	89,958	4月1日													3月31日
2	B市	36,020		5月下旬								11月30日				
3	C市	20,430			6月1日										2月28日	
4	D市	9,228	4月6日													3月31日
5	E市	21,970		5月1日												3月31日
6	F市	22,309		5月8日											2月28日	
7	G市	9,638		5月21日												3月31日
8	H市	7,456		5月29日										1月29日		
9	I市	15,248		5月上旬												3月31日
10	J市	9,670		5月上旬											2月28日	
11	K市				6月20日											3月31日
12	L町	1,970		5月22日												3月31日
13	M町	2,187		5月1日												3月31日
14	N町	2,175			6月1日											3月31日
15	O町	4,537	4月1日													3月31日
16	P町	4,152	4月1日													3月31日
17	Q町	2,798		5月上旬										1月31日		
18	R町	2,804		5月1日												3月31日
19	S町	1,062			6月1日											3月31日
20	T町	6,221		5月23日												3月31日

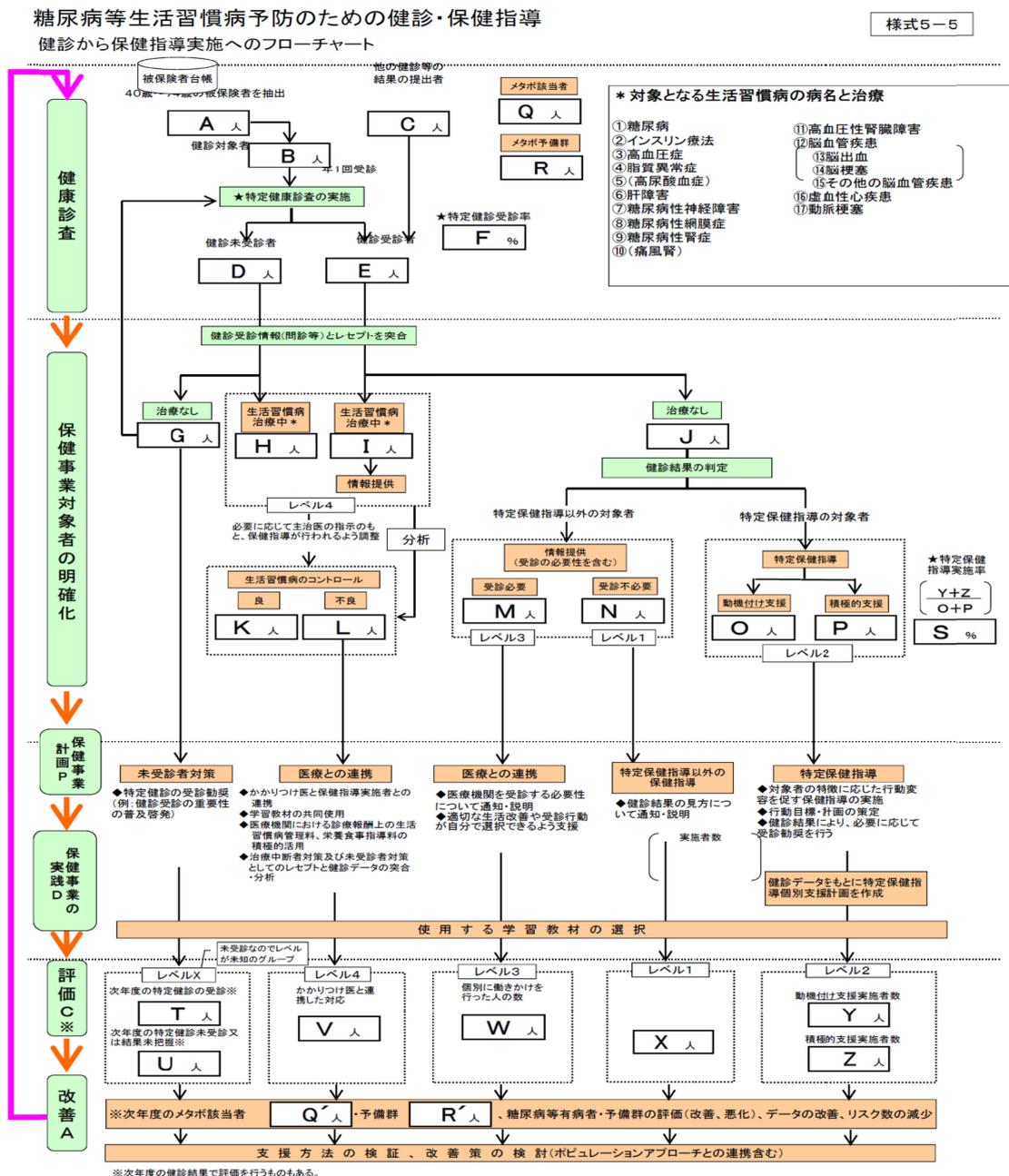
5. 特定保健指導の実施

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おこなう。

1) 健診から保健指導実施の流れ (図表 26)

「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 26】



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 27)

【図表 27】

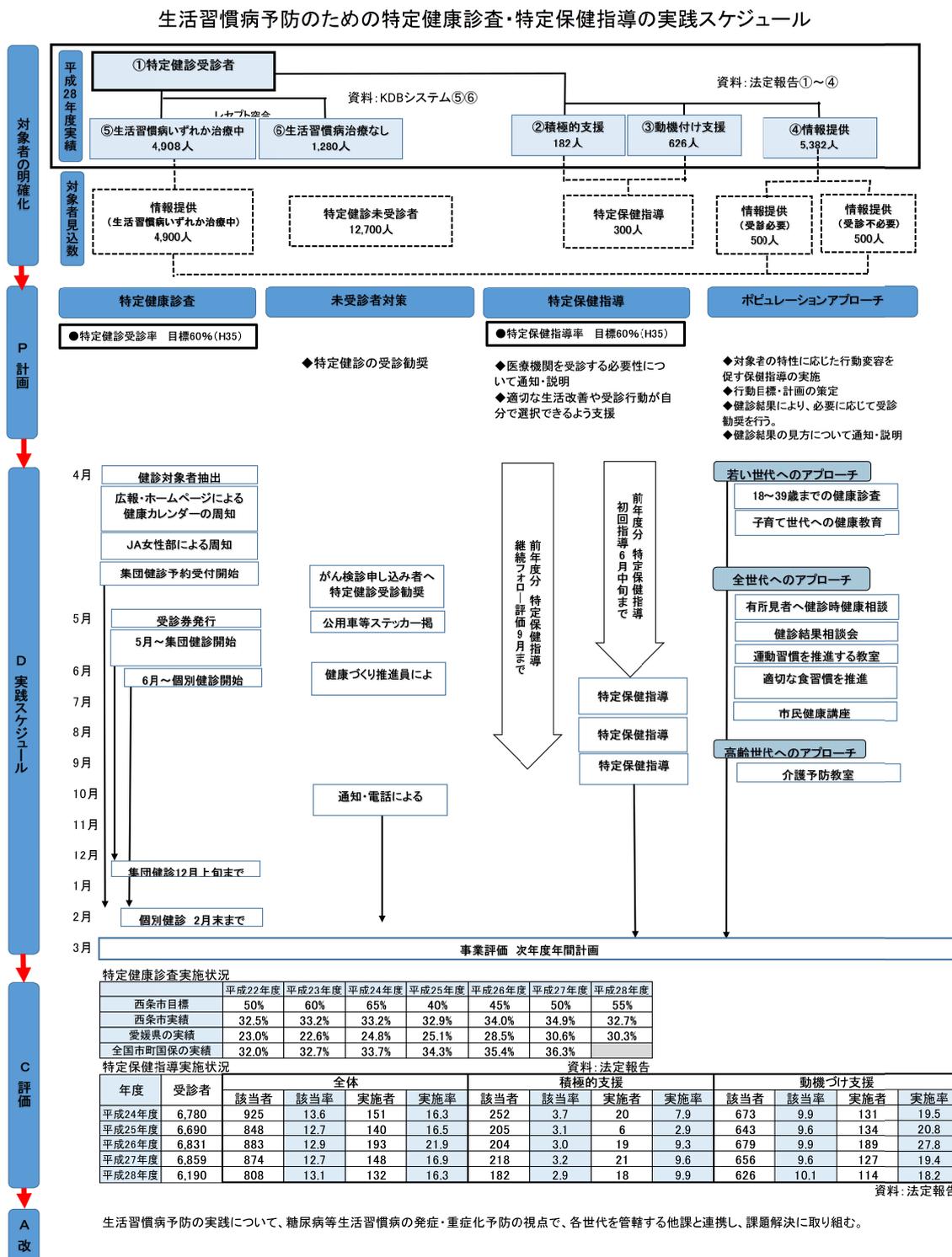
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	対象者に対する 目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	300 人 (4.8)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	500 人 (8.0)	HbA1c6.5 以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	12,700 人 ※受診率目標 達成までにあ と 5,100 人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	500 人 (8.0)	100%
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	4,900 人 (79.0)	HbA1c6.5 以上 については 100%

※ 対象者数は 28 年度実績より推計

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P D C A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 28)

【図表 28】



6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および西条市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、西条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

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。

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29に沿って実施する。（図表29）

- 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 29】

【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	D 募集(複数手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	D 保健指導 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。

- ア. 医療機関未受診者
- イ. 医療機関受診中断者
- ウ. 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

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 30）

【図表 30】

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

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

イ. 基準に基づく該当者数の把握（図表 31）

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 31）

西条市において平成 28 年度の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 52 人（0.84%）であった。また、通院中の者 1,566 人中のうち重症化するリスクの高い者が 585 人（9.45%）、治療を中断している者 551 人中のうち重症化するリスクの高い者が 19 人（0.31%）であった。

過去 5 年間ににおける糖尿病治療者で平成 28 年度の健診未受診者は、通院中の者が 4,492 人、中断している者が 3,938 人であった。これらの者については、データがないためコントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病管理台帳や糖尿病連携手帳を中心に医療機関とも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 31 より西条市においての介入方法を以下の通りとする。（人数は平成 28 年度実績）

優先順位 1

【受診勧奨】

- ア) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・・・52 人
- イ) 糖尿病治療中であったが中断者・・・19 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・・・585 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】

- ・糖尿病の治療を中断している健診未受診者・・・3,938 人
- ・過去に特定健診受診歴がある者を糖尿病管理台帳で把握
- ・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 31】

基準に基づく該当数の把握（平成28年度）

対象者分類表		健診							健診未受診※
		健診受診有						該当せず	
		糖尿病レベル					判定不能		
		空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl)以上又はHbA1c 6.5%以上又は血糖服薬中							
病期	I	II	III	IV	尿蛋白				
	尿蛋白(-)	尿蛋白(±)	尿蛋白(+)以上	eGFR<30	尿蛋白未測定				
レセプト	糖尿病疾病管理一覧 (1型糖尿病を除く)	③ 通院中 (レセ有)	423	79	75	8	0	981	4,492
		② 中断 (レセ無)	11	3	5	0	0	532	3,938
	① 糖尿病治療履歴なし (医療機関未受診)	37	7	8	0	0	4,021	0	
微量アルブミン尿検査対象者		471	89						

※ここでの健診未受診者とは、過去5年間に糖尿病と診断されたレセプトをもっているが、平成28年度に健診を受けていない人を指す。

注) レセプトデータは平成24年度～平成28年度の5年間
注) 健診データは、平成28年度実績

【介入優先順位】	人数	率 (健診受診者数に占める割合)
①糖尿病治療履歴なし (医療機関未受診)	52	0.84%
②中断(レセ無)	19	0.31%
③通院中(レセ有)	585	9.45%
計	656	10.60%

(3) 対象者の進捗管理

①糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

ア. 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

ア) HbA1c イ) 血圧 ウ) 体重 エ) eGFR オ) 尿蛋白

イ. 資格を確認する

ウ. レセプトを確認し情報を記載する

ア) 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

エ. 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。

オ. 担当地区の対象者数の把握

ア) 未治療者・中断者（受診勧奨者）数

イ) 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）数

(4) 保健指導の実施

① 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。西条市においては、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 32)

【図表 32】

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> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病による網膜症 眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ 糖尿病性神経障害とそのすみ方 糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」と言い方)</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"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>〔 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 〕</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています ビッグアナイド薬とは チアソリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

②2 次健診等を活用した重症化予防対策の検討

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 2 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検討する。

(5) 医療との連携

①医療機関未受診者について

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

②治療中の者への対応

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

(6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(7) 評価

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

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

①短期的評価

ア. 受診勧奨者に対する評価

- ・ 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

- ・ 保健指導実施率
- ・ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化

- eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5 ml/1.73 m²以上低下）
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

（8）実施期間及びスケジュール

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

2) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

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

(2) 対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

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

②重症化予防対象者の抽出

ア. 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。西条市において健診受診者 6,190 人のうち心電図検査実施者は 132 人 (2.1%) であり、そのうち ST 所見があったのは 16 人であった (図表 33)。ST 所見ありの中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧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。

【図表 33】

心電図検査結果

H28年度	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)			
市町	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
西条市	6,190	100%	132	2.1%	17	12.9%	43	32.6%	73	55.3%

ST所見ありの精査実施状況

ST所見あり(a)		定期受診しているかかりつけ医あり						受診なし(e)	
		精査実施(b)		精査未実施(c)		以前から治療中(d)			
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/a)(%)	(人)	(d/a)(%)	(人)	(e/a)(%)
17	100%	0	0.0%	13	76.5%	3	17.6%	1	5.9%

イ. 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 34 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 34)

【図表 34】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	6,190	17 0.3%	42 0.7%	75 1.2%	6,056 97.8%	
メタボ該当者	1,003 16.2%	7 0.7%	23 2.3%	45 4.5%	928 92.5%	
メタボ予備群	672 10.9%	3 0.4%	4 0.6%	14 2.1%	651 96.9%	
メタボなし	4,515 72.9%	7 0.2%	15 0.3%	16 0.4%	4,477 99.2%	
LDL-C	140-159	811 18.0%	1 0.1%	2 0.2%	4 0.5%	804 99.1%
	160-179	344 7.6%	1 0.3%	1 0.3%	2 0.6%	340 98.8%
	180-	210 4.7%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	208 99.0%

【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~	1,009 16.3%	4 0.4%	8 0.8%	18 1.8%	979 97.0%

平成28年度特定健診法定報告値より集計

(心電図結果については、特定健診データ管理システムより抽出可能であった結果のみを集計)

ST変化…心電図の具体的な所見欄に「ST」「T」の表記のあったものを抽出。
 その他変化…心電図の具体的な所見欄に「ST」「T」以外の表記のあったものを抽出。

(3) 保健指導の実施

① 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 35 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。(図表 35)

図表 33 の ST 変化がある要精査対象者では、以前より治療中である 3 人を除く 14 人すべてが精査を受けていない。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。(図表 33)

虚血性心疾患に関する症状

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

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

②医療機関と連携した2次健診の検討

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「心血管疾患の主要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2次健診において、これらの検査を検討していく。

③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**を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

①短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

(7) 実施期間及びスケジュール

4 月 前年度の実績から対象者の選定基準の決定

対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5 月 特定健診開始

6 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、

対象者へ介入（通年）

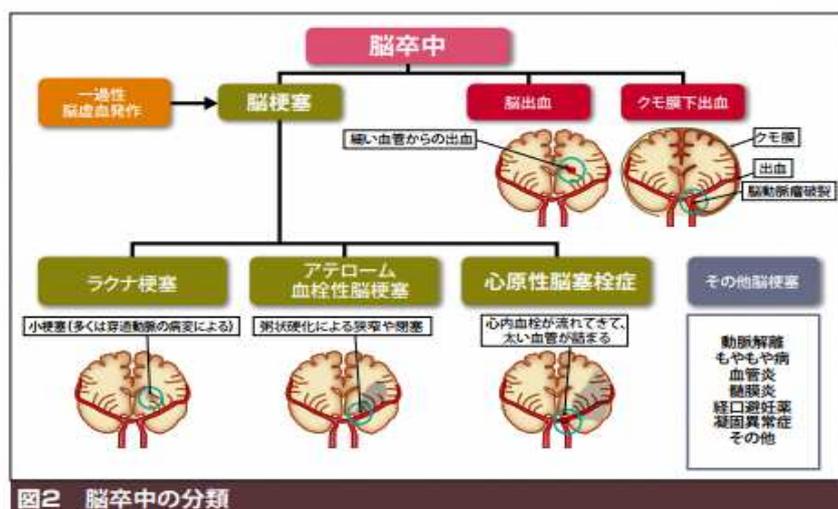
3) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 36、37)

【脳卒中の分類】

【図表 36】



(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 37】

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

(2) 対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 38 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 38)

【図表 38】

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	●	●	●				○	○						
脳出血	心原性脳梗塞	●				●		○	○						
	脳出血	●													
くも膜下出血	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 6,190人		322	5.2%	336	5.4%	272	4.4%	0	0.0%	1,003	16.2%	83	1.3%	162	2.6%
治療なし ※1		190	4.6%	186	3.2%	252	5.4%	0	0.0%	228	6.9%	19	0.6%	40	1.2%
治療あり ※1		132	6.5%	150	32.5%	20	1.3%	0	0.0%	775	27.1%	64	2.2%	122	4.3%
臓器障害あり ※2		12	6.3%	20	10.8%	12	4.8%	0	--	25	11.0%	19	100%	40	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	7		17		11		0		19		19		40	
	尿蛋白(2+)以上	2		9		4		0		6		19		3	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2		4		4		0		6		0		1	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	4		5		6		0		9		3		40	
	心電図所見あり	5		3		1		0		7		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322人(5.2%)であり、190人は未治療者であった。また未治療者のうち12人(0.2%)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132人(2.1%)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 39)

【図表 39】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

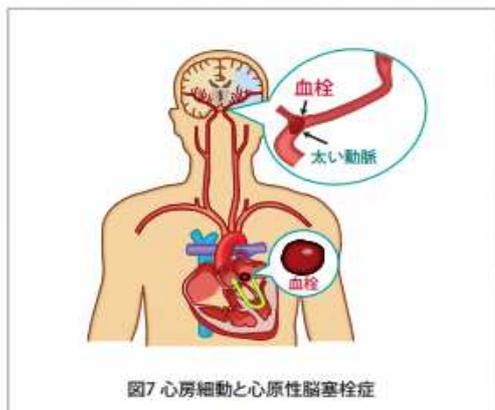
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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				
4,164	1,523	905	736	810	152	38	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	
	36.6%	21.7%	17.7%	19.5%	3.7%	0.9%	53	425	522	
				53	6	2	1.3%	10.2%	12.5%	
リスク第1層	461	265	85	50	53	6	53	6	2	
	11.1%	17.4%	9.4%	6.8%	6.5%	3.9%	100%	1.4%	0.4%	
リスク第2層	2,277	824	526	414	419	78	--	419	94	
	54.7%	54.1%	58.1%	56.3%	51.7%	51.3%	--	98.6%	18.0%	
リスク第3層	1,426	434	294	272	338	68	--	--	426	
	34.2%	28.5%	32.5%	37.0%	41.7%	44.7%	--	--	81.6%	
再掲 重複 あり	糖尿病	335	104	75	58	75	18	5		
		23.5%	24.0%	25.5%	21.3%	22.2%	26.5%	25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	688	219	146	119	167	33	4		
	48.2%	50.5%	49.7%	43.8%	49.4%	48.5%	20.0%			
3個以上の危険因子	734	185	150	154	187	39	19			
	51.5%	42.6%	51.0%	56.6%	55.3%	57.4%	95.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 39 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

③心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 40 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 40)

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 40】

特定健診における心房細動有所見状況(平成28年度)

	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	%	%	%
西条	合計	87	45	0	0.0%	0	0.0%	—	—
	40歳代	6	0	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
	50歳代	6	1	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
	60歳代	55	24	0	0.0%	0	0.0%	1.9	0.4
	70歳～74歳	20	20	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70～74歳の値は70～79歳

平成28年度の心電図検査においては心房細動の有所見者はいなかったが、日本循環器学会疫学調査では、年齢が高くなるにつれ有所見率が増加している。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

(3) 保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

②医療機関と連携した2次健診の検討

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2次健診において、これらの検査を検討していく。

③対象者の管理

ア. 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)

イ. 心房細動の管理台帳

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

(4) 医療との連携

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

(5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

(6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

①短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム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 前年度の実績から対象者の選定基準の決定

対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月 特定健診開始

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、
対象者へ介入（通年）

3. その他の取組

1) 短期人間ドック・脳ドックの助成

健康の保持増進を図ること、また、医療費増加の大きな要因の一つになっているがんや脳血管疾患を早期発見し、医療費の抑制を図ることを目的として、35歳以上の国保被保険者を対象に人間ドック及び脳ドックの利用に対する助成する。(図表 41)

【図表 41】

人間ドック・脳ドック実績

	24年度 人数	25年度 人数	26年度 人数	27年度 人数	28年度	
					人数	助成額
人間ドック (単価26,331円)	557人	619人	610人	556人	615人	16,193,565円
脳ドック (単価26,331円)	172人	224人	199人	168人	186人	4,897,566円
同時受診 (単価42,789円)	121人	122人	120人	220人	275人	11,766,975円
計	850人	965人	929人	944人	1,076人	32,858,106円

※ 単価は平成28年度における助成額

※ 同時受診は、人間ドックと脳ドックを同時に行う

2) 重複・頻回受診者及び重複服薬者に対する訪問指導

レセプトやKDBシステム等の情報により、重複・頻回受診者及び重複服薬者については、家庭訪問により本人及びその家族へ適切や受診・服薬の指導・助言を行いながら、日常生活習慣の改善や健康管理への理解を促す。

3) 健康意識向上のためのイベント開催

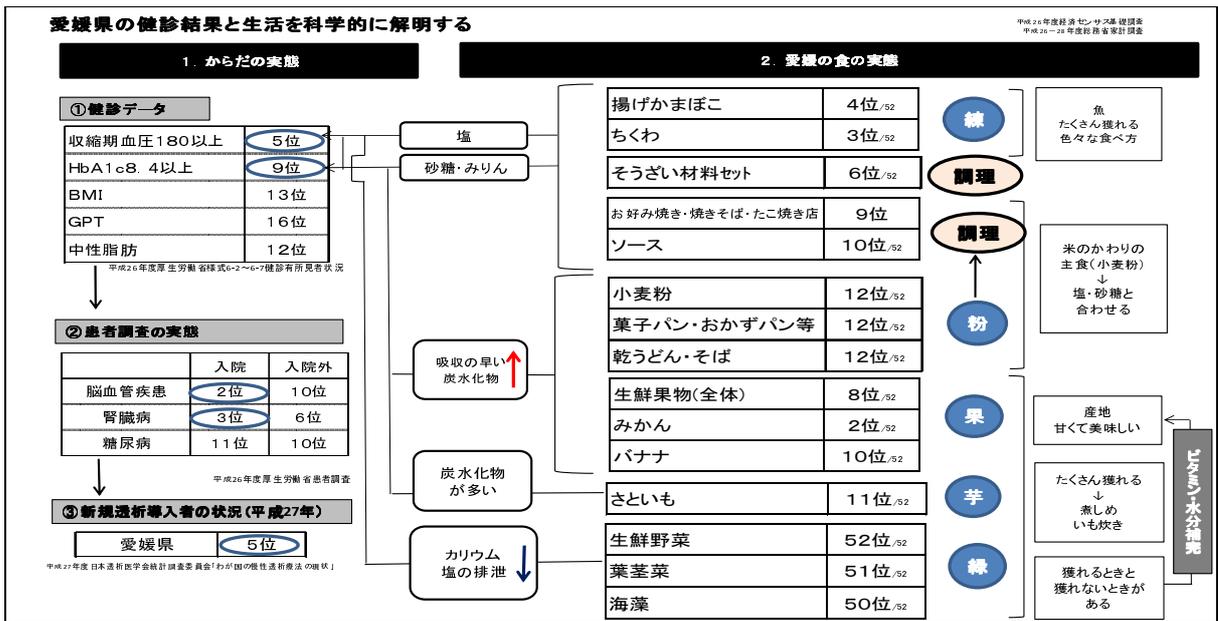
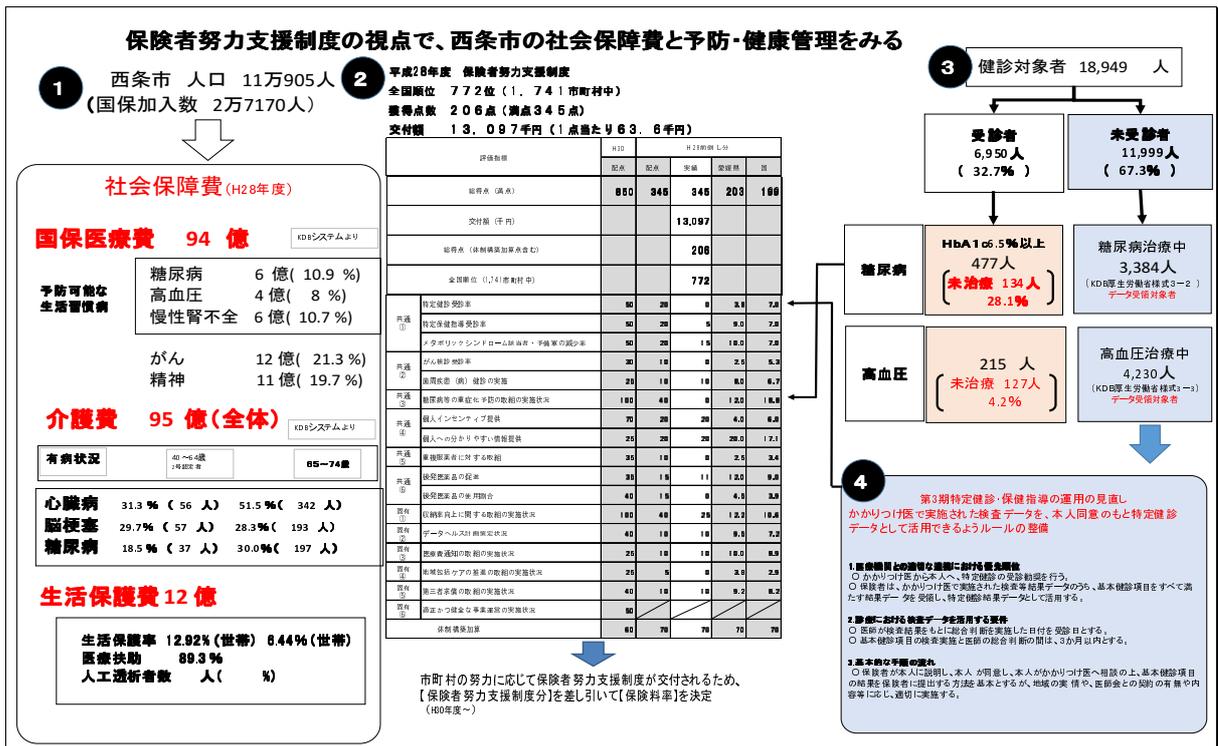
健康器具を使用し健康測定を行ったり、運動習慣を身につけ、継続していくことを目的とした運動教室を開催する。

4. 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 42)

【図表 42】

(作成例)



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

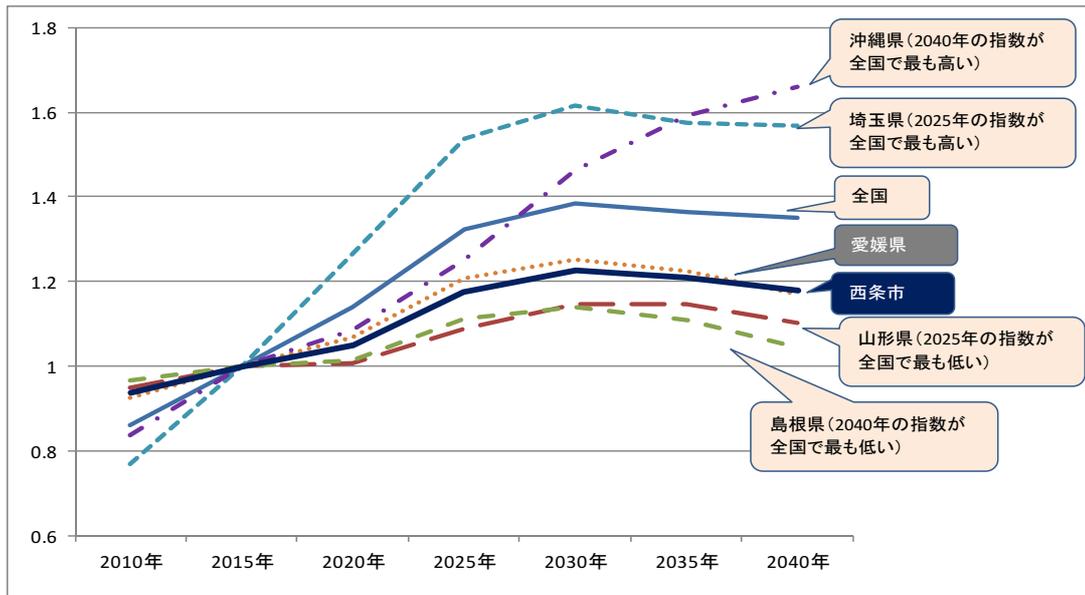
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

当市の 75 歳以上人口の将来推計は 2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2030 年が 1.29 でピークに達すると推計されている。(図表 43)

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。(参考資料 10)

【図表 43】

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

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11・12）

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

具体的な評価方法は、国保データベース(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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。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。

3. 目標管理一覧 (図表 44)

【図表 44】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32			
特定健診等 データヘルス計画	健康課題 慢性腎不全(透析有)の割合が国・県と比較して高い 短期目標疾患である糖尿病にかかる費用も、国・県と比較して増加している	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	32.7%					最終年度 H35	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	16.3%							
保険者努力支援制度	健康課題 がんによる死亡率は、国・県と比較して低い がんの早期発見、早期治療	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 一人あたり医療費を同規模保険者平均並みに抑制する	特定保健指導対象者の減少率25%	20.4%						KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合0.5%減少	2.5%							
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.5%減少	2.1%							
			慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合2.0%減少	6.9%							
			一人あたり医療費を10%減少(月平均額)	28,762円							
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	19.2%							
			被保険者の高血圧者の割合3.0%減少	77.2%							
			被保険者の脂質異常者の割合3.0%減少	76.4%							
			被保険者の糖尿病患者の割合5.0%減少	53.2%							
			がん検診受診率 胃がん検診 18%以上	14.9%							
肺がん検診 22%以上	18.3%										
大腸がん検診 23%以上	20.5%							西条市 健康づくり計画			
子宮頸がん検診 30%以上	25.9%										
乳がん検診 33%以上	28.0%										
後発医薬品の使用割合80%以上	58.7%								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えるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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西条市の位置
(平成 25 年度と平成 28 年度の比較)
- 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
(平成 29 年 5 月診療分レセプトと平成 28 年度特定健診データの比較)
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳 (様式サンプル)
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画 (様式サンプル)
- 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 血圧評価表 (様式サンプル)
- 参考資料 9 心房細動管理台帳 (様式サンプル)
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価 1 (イメージ)
- 参考資料 12 評価 2 (イメージ)

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた西条市の位置

西条市区分 6

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)	
	西条市		西条市		同規模平均		県		国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	110,905		110,905		26,184,847		1,412,057		124,852,975	
		65歳以上（高齢化率）	30,036	27.1	30,036	27.1	5,717,875	21.8	377,802	26.8	28,020,766	23.2
		75歳以上	16,433	14.8	16,433	14.8			200,272	14.2	13,989,864	11.2
		65～74歳	13,603	12.3	13,603	12.3			177,530	12.6	15,030,902	12.0
		40～64歳	37,719	34.0	37,719	34.0			481,791	34.1	4,241,922	34.0
	39歳以下	43,150	38.9	43,150	38.9			552,464	39.1	53,420,287	42.8	
② 産業構成	第1次産業	8.4		8.4		1.6		8.3		4.2		
	第2次産業	33.3		33.3		20.8		24.5		25.2		
	第3次産業	58.3		58.3		77.6		67.2		70.6		
③ 平均寿命	男性	79.6		79.6		79.7		79.1		79.6		
	女性	87.2		87.2		86.3		86.5		86.4		
④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.3		64.8		65.2		
	女性	66.9		66.9		66.8		66.8		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	100.0		99.4		99.4		101.4		100	
		男性	97.8		92.6		100.2		98.3		100	
		女性										
		がん	346	42.7	349	42.9	73,988	50.6	4,526	44.5	367,905	49.6
		心臓病	252	31.1	271	33.3	38,562	26.4	3,331	32.7	196,768	26.5
		脳疾患	135	16.7	108	13.3	21,380	14.6	1,494	14.7	114,122	15.4
		糖尿病	19	2.3	12	1.5	2,640	1.8	177	1.7	13,658	1.8
		腎不全	32	4.0	45	5.5	4,696	3.2	363	3.6	24,763	3.3
		自殺	26	3.2	29	3.6	4,988	3.4	284	2.8	24,294	3.3
		合計	161	0.20	155	0.21			1,677	0.18	139,644	0.15
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	114	0.28	102	0.27			1,116	0.24	91,123	0.20
女性		47	0.12	53	0.14			561	0.12	45,821	0.10	
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	6,217	20.7	6,850	22.4	1,241,034	22.5	90,837	23.9	5,882,340	21.2
		新規認定者	103	0.3	140	0.3	25,745	0.4	1,353	0.3	105,654	0.3
		2号認定者	173	0.5	187	0.5	33,215	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4
	② 有病状況	糖尿病	1,657	25.0	2,081	27.6	295,859	23.5	22,683	24.0	1,343,240	21.9
		高血圧症	3,346	51.7	3,789	52.8	653,020	51.8	51,089	54.3	3,085,109	50.5
		脂質異常症	2,197	33.6	2,575	35.8	383,951	30.3	33,827	35.9	1,733,323	28.2
		心臓病	3,873	60.4	4,397	61.3	744,081	59.1	58,804	62.6	3,511,354	57.5
		脳疾患	1,960	30.3	2,005	27.7	320,243	25.7	28,016	30.1	1,530,506	25.3
		がん	767	11.8	929	12.5	140,168	11.0	10,077	10.5	629,053	10.1
		筋・骨格	3,584	55.3	4,089	57.2	657,374	52.2	54,397	57.9	3,051,816	49.9
	精神	2,332	36.0	2,688	37.7	458,122	36.2	35,864	38.0	2,141,880	34.9	
	③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	65,446		61,992		54,112		58,101		58,349	
		居宅サービス	43,415		41,436		39,533		41,454		39,683	
施設サービス		297,017		286,453		284,985		281,013		281,115		
④ 医療費等	要介護認定別	8,530		8,423		7,956		7,610		7,980		
	医療費（0歳以上）	4,134		4,138		3,758		3,843		3,822		
4	① 国保の状況	被保険者数	29,475		26,670		6,351,353		345,255		32,587,223	
		65～74歳	11,275	38.3	11,923	44.7			153,125	44.4	12,462,058	38.2
		40～64歳	10,691	36.3	8,717	32.7			113,367	32.8	10,946,693	33.6
		39歳以下	7,509	25.5	6,030	22.6			78,763	22.8	9,178,477	28.2
	加入率	26.6		24.0		24.7		24.5		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	10	0.3	10	0.4	1777	0.3	143	0.4	8,255	0.3
		診療所数	96	3.3	93	3.5	24,041	3.8	1,247	3.6	96,727	3.0
		病床数	1,825	61.9	1,825	68.4	334,708	52.7	22,579	65.4	1,524,378	46.8
		医師数	188	6.4	191	7.2	83,749	13.2	3,679	10.7	299,792	9.2
		外来患者数	7045		692.1		678.2		724.7		668.3	
		入院患者数	27.5		27.1		18.0		23.9		18.2	
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	28,578		28,762		24,748		27,950		24,253	
		受診率	731,958		719,196		696,185		748,511		686,501	
		費用の割合	53.8		54.2		60.6		57.0		60.1	
件数の割合		96.2		96.2		97.4		96.8		97.4		
入院費用の割合		46.2		45.8		39.4		43.0		39.9		
入院件数の割合		3.8		3.8		2.6		3.2		2.6		
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	1件あたり在院日数	18.0日		17.7日		15.6日		16.8日		15.6日		
	がん	1,239,689,640	20.5	1,219,679,290	21.6	25.5		24.1		25.6		
	慢性腎不全（透析あり）	658,603,230	10.9	651,172,120	11.5	10.6		9.6		9.7		
	糖尿病	608,440,130	10.1	612,579,040	10.9	9.4		9.3		9.7		
	高血圧症	507,880,310	8.4	409,026,380	7.3	8.0		7.9		8.6		
	精神	1,223,985,760	20.2	1,186,663,320	21.0	17.1		19.0		16.9		
筋・骨格	876,512,960	14.5	808,839,170	14.3	15.1		16.1		15.2			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	569,434	6位	(18)	544,237	12位	(17)										KDB_NO.3 健診・医療・介護サービスからみる地域				
				高血圧	579,844	7位	(18)	541,884	17位	(19)														
				脂質異常症	493,104	17位	(19)	514,796	14位	(20)														
				脳血管疾患	560,313	14位	(21)	598,136	10位	(21)														
				心疾患	592,363	16位	(17)	603,502	15位	(19)														
				腎不全	742,971	3位	(17)	676,964	8位	(19)														
				精神	402,694	16位	(27)	420,720	18位	(26)														
				悪性新生物	614,261	14位	(15)	625,882	12位	(14)														
				外来	糖尿病	37,802	6位		38,277	4位														
				高血圧	31,299	4位		32,175	2位															
				脂質異常症	29,906	3位		30,987	2位															
				脳血管疾患	42,831	1位		48,719	1位															
				心疾患	45,376	3位		47,691	1位															
				腎不全	220,974	1位		208,036	1位															
精神	26,651	17位		26,223	18位																			
悪性新生物	45,471	15位		48,480	14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	2,298			2,170	2,016		1,788	2,065									KDB_NO.3 健診・医療・介護サービスからみる地域				
			健診未受診者	12,461			13,388	13,026		14,254	12,683													
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,310			6,007	5,832		4,747	5,940													
			健診未受診者	34,212			37,059	37,681		37,850	36,479													
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	3,758	56.1		3,615	58.4	805,458	56.0	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	3,474	51.8		3,366	54.4	750,763	52.2	38,886	52.8	3,799,744	51.6											
		医療機関非受診率	284	4.2		249	4.0	54,695	3.8	3,123	4.2	316,786	4.3											
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数22	メタボ該当・予備群レベル	健診受診者	6,701			6,188			1,438,680			73,624			7,362,845			KDB_NO.3 健診・医療・介護サービス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	32.9	県内8位 同規模54位	32.8	県内11位 同規模68位	34.6	29.4	全国40位	34.0												
				特定保健指導終了者(実施率)	129	15.2	61	7.6	23,770	25.1	2,869	28.8	35,567	4.1										
				非肥満高血糖	708	10.6	720	11.6	123,796	8.6	8,298	11.3	687,157	9.3										
				メタボ	該当者	988	14.7	1,002	16.2	252,024	17.5	12,083	16.4	1,272,714	17.3									
					男性	668	24.3	688	26.6	171,126	29.2	8,258	26.5	875,805	27.5									
					女性	320	8.1	314	8.7	80,898	9.5	3,825	9.0	396,909	9.5									
					予備群	690	10.3	670	10.8	151,847	10.6	7,886	10.7	790,096	10.7									
				腹囲	男性	475	17.3	440	17.0	102,838	17.5	5,401	17.3	548,609	17.2									
					女性	215	5.4	230	6.4	49,009	5.7	2,485	5.9	241,487	5.8									
				BMI	総数	1,923	28.7	1,873	30.3	452,443	31.4	22,305	30.3	2,320,533	31.5									
					男性	1,297	47.2	1,263	48.9	305,611	52.1	15,230	48.9	1,597,371	50.1									
				女性	626	15.8	610	16.9	146,832	17.2	7,075	16.7	723,162	17.3										
				総数	390	5.8	353	5.7	64,594	4.5	3,661	5.0	346,181	4.7										
				男性	67	2.4	59	2.3	9,262	1.6	576	1.8	55,460	1.7										
				女性	323	8.2	294	8.2	55,332	6.5	3,085	7.3	290,721	7.0										
				血糖のみ	49	0.7	50	0.8	8,451	0.6	514	0.7	48,685	0.7										
				血圧のみ	482	7.2	450	7.3	105,265	7.3	5,670	7.7	546,667	7.4										
				脂質のみ	159	2.4	170	2.7	38,131	2.7	1,702	2.3	194,744	2.6										
血糖・血圧	150	2.2	160	2.6	36,323	2.5	1,924	2.6	196,978	2.7														
血糖・脂質	60	0.9	65	1.1	13,230	0.9	674	0.9	69,975	1.0														
血圧・脂質	491	7.3	482	7.8	125,302	8.7	5,890	8.0	619,684	8.4														
血糖・血圧・脂質	287	4.3	295	4.8	77,169	5.4	3,595	4.9	386,077	5.2														
6	生活習慣の 状況	服薬 既往歴	高血圧	2,156	32.2	2,023	32.7	492,410	34.3	23,291	31.6	2,479,216	33.7							KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			糖尿病	429	6.4	461	7.5	109,557	7.6	4,528	6.2	551,051	7.5											
			脂質異常症	1,567	23.4	1,561	25.2	354,120	24.6	16,954	23.0	1,738,149	23.6											
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	234	4.0	202	3.3	48,375	3.5	2,366	3.2	230,777	3.3											
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	417	7.2	373	6.0	79,193	5.7	4,588	6.3	391,296	5.5											
			腎不全	18	0.3	52	0.8	6,406	0.5	993	1.4	37,041	0.5											
			貧血	959	16.6	868	14.0	150,838	11.0	11,689	16.0	710,650	10.1											
			喫煙	731	10.9	653	10.6	203,662	14.2	8,453	11.5	1,048,171	14.2											
			週3回以上朝食を抜く	243	5.7	311	7.0	127,945	10.5	3,685	7.3	540,374	8.5											
			週3回以上食後間食	572	13.5	625	14.1	151,285	12.6	7,958	15.7	743,581	11.8											
			週3回以上就寝前夕食	518	12.2	541	12.2	193,341	16.1	7,253	14.3	983,474	15.4											
			食べる速度が遅い	1,079	25.4	1,237	27.9	308,436	25.7	14,293	28.2	1,636,988	25.9											
			20歳時体重から10kg以上増加	1,274	30.0	1,418	32.0	395,018	32.4	16,412	32.4	2,047,756	32.1											
			1回30分以上運動習慣なし	2,495	58.8	2,553	57.5	683,242	55.9	28,174	55.7	3,761,302	58.7											
1日1時間以上運動なし	1,786	42.1	2,014	45.4	562,065	46.9	17,540	34.7	2,991,854	46.9														
睡眠不足	1,106	26.1	1,311	29.6	304,799	25.0	14,108	27.9	1,584,002	25.0														
毎日飲酒	936	22.3	1,017	22.9	326,837	25.1	11,636	23.0	1,760,104	25.6														
時々飲酒	787	18.8	873	19.7	305,126	23.5	10,400	20.5	1,514,321	22.0														
1日 飲酒 量	1合未満	2,972	74.9	2,753	71.7	650,879	64.9	34,245	71.0	3,118,433	64.1													
	1~2合	707	17.8	761	19.8	231,678	23.1	10,124	21.0	1,158,318	23.8													
	2~3合	233	5.9	254	6.6	91,671	9.1	3,039	6.3	452,785	9.3													
	3合以上	54	1.4	71	1.8	28,607	2.9	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							
						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	CKD	血圧							
								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	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人 ④健診未受診者 ()人 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 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 ⑥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 *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 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人 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		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 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 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	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 ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 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

同規模区分 6

都道府県 38

市町村名

西条市

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105			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1 ① 被保険者数	A	27,906人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	21,466人									
2 ① 特定健診 ② 対象者数 ③ 受診者数 ④ 受診率	B	18,908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	
	C	6,190人									
		32.7%									
3 ① 特定保健指導 ② 対象者数 ③ 実施率		808人									
		16.3%									
4 ① 健診データ ② 糖尿病型 ③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし) ④ 治療中(質問票 服薬あり) ⑤ コントロール不良 ⑥ HbA1c 7.0以上かつ空腹時血糖130以上 ⑦ 血圧 130/80以上 ⑧ 肥満 BMI25以上 ⑨ コントロール良 ⑩ HbA1c 7.0未満かつ空腹時血糖130未満 ⑪ 第1期 尿蛋白(-) ⑫ 第2期 尿蛋白(±) ⑬ 第3期 尿蛋白(+)以上 ⑭ 第4期 eGFR30未満	E	656人	10.6%							特定健診結果	
	F	196人	29.9%								
	G	460人	70.1%								
	J	164人	35.7%								
	J	108人	65.9%								
		74人	45.1%								
	K	298人	64.8%								
	M	471人	71.8%								
	M	91人	13.9%								
	M	88人	13.4%								
	M	8人	1.2%								
5 ① 糖尿病受療率(被保険者千対) ② (再掲)40-74歳(被保険者千対) ③ レセプト件数 ④ (40-74歳) ⑤ (1件は糖尿病予防) ⑥ 入院外(件数) ⑦ 入院(件数) ⑧ 糖尿病治療中 ⑨ (再掲)40-74歳 ⑩ 健診未受診者 ⑪ インスリン治療 ⑫ (再掲)40-74歳 ⑬ 糖尿病性腎症 ⑭ (再掲)40-74歳 ⑮ 慢性人工透析患者数 ⑯ (糖尿病治療中に占める割合) ⑰ (再掲)40-74歳 ⑱ 新規透析患者数 ⑲ (再掲)糖尿病性腎症 ⑳ 【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)		121.9人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		156.3人									
			15,830件	(767.0)				16,628件	(752.2)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
			204件	(9.9)				102件	(4.6)		
	H	3,401人	12.2%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		3,356人	15.6%								
	I	2,896人	86.3%								
	O	318人	9.4%								
		310人	9.2%								
	L	282人	8.3%								
		279人	8.3%								
		44人	1.29%								
		44人	1.31%								
		9人	0.3%								
		19人	0.6%								
		90人	1.9%								
6 ① 総医療費 ② 生活習慣病総医療費 ③ (総医療費に占める割合) ④ 生活習慣病 ⑤ 対象者 ⑥ 一人あたり ⑦ 健診受診者 ⑧ 健診未受診者 ⑨ 糖尿病医療費 ⑩ (生活習慣病総医療費に占める割合) ⑪ 糖尿病入院外総医療費 ⑫ 1件あたり ⑬ 糖尿病入院総医療費 ⑭ 1件あたり ⑮ 在院日数 ⑯ 慢性腎不全医療費 ⑰ 透析有り ⑱ 透析なし		94億2996万円					92億3699万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		56億3810万円					52億0546万円				
		59.8%					56.4%				
		6,007円					6,438円				
		37,059円				35,363円					
		6億1258万円					5億0429万円				
		10.9%					9.7%				
		16億6791万円									
		38,277円									
		11億7065万円									
		544,237円									
		17日									
		6億8315万円					5億4684万円				
		6億5117万円					5億1312万円				
		3197万円					3372万円				
7 ① 介護 ② (2号認定者)糖尿病合併症		95億1954万円					83億5423万円				
		18件	17.0%								
8 ① 死亡		12人		1.0%			13人		1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

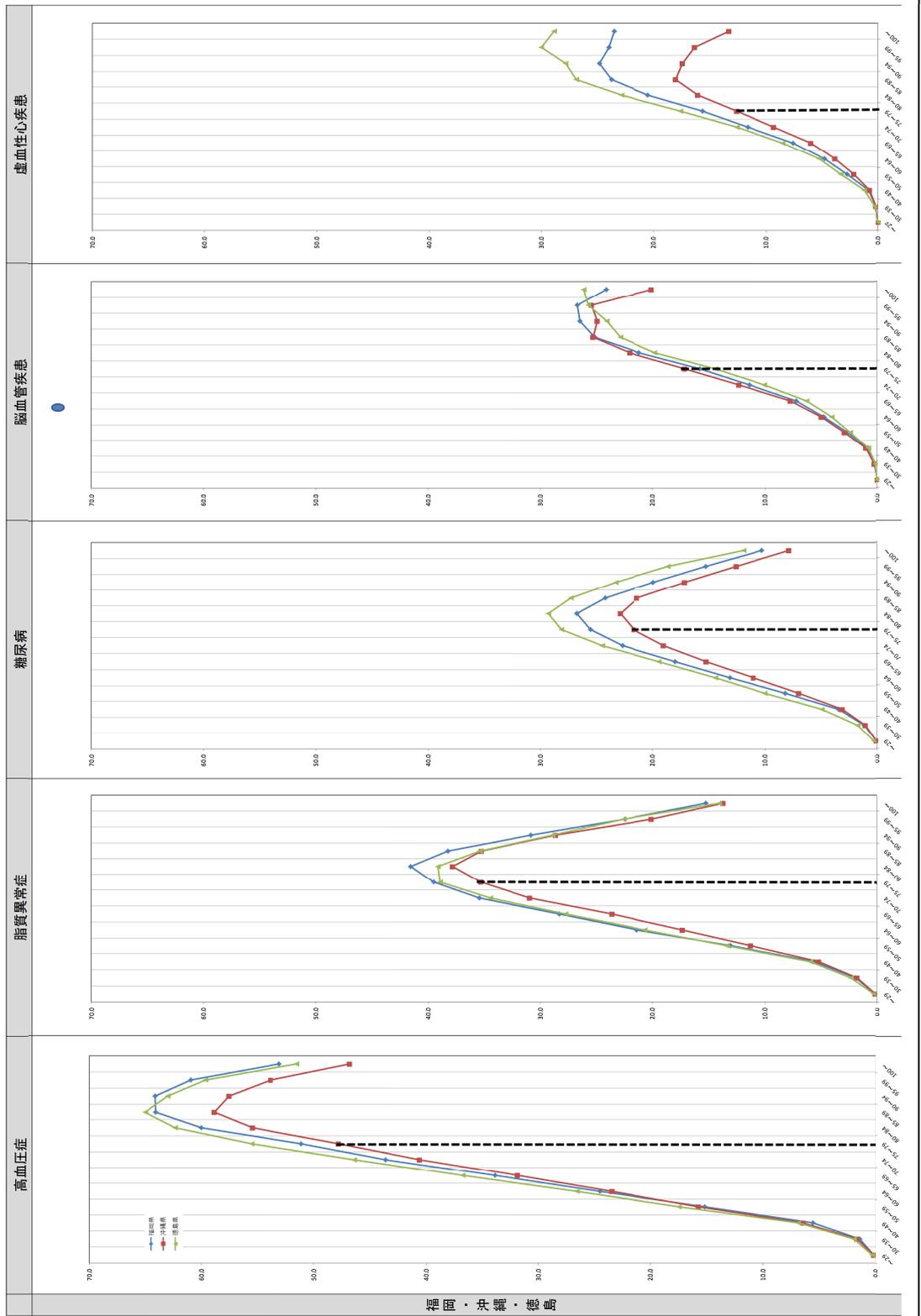
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



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(KDB)システム,平成29年7月作成分)



平成29年度に向けての全体評価

課題・目標		評価(良くなったところ)				様式 1
<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <p>特定健診 ・保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続受診対応中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診者、生活習慣病未治療者に対して受診勧奨訪問を行った。 ・未受診の方に治療の割合が多かったこと、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会、治療の方への受診勧奨の依頼を行った。</p> <p>⇩</p> <p>・受診率向上に向けた取り組みは継続していたが、積極的な取り組みではなかった。受診率向上に向けて、未受診者対策効果的に行うために、医療機関との協力強化を図り、また、未受診者訪問の対策として、対象者ごとに選定していきの検討が重要。全体として対象者を抽出し、現在、作成、整理している。O100年、HbA1c管理点検等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上で、台帳の活用が重要である。 ・健康診査の結果をみると、受診時すでにメタ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善への取り組み等が重要である。HbA1c管理点検等を活用していく中で、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要がある。HbA1c管理点検等が活用されることで、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>特定健診 ・保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続受診対応中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診者、生活習慣病未治療者に対して受診勧奨訪問を行った。 ・未受診の方に治療の割合が多かったこと、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会、治療の方への受診勧奨の依頼を行った。</p> <p>⇩</p> <p>・受診率向上に向けた取り組みは継続していたが、積極的な取り組みではなかった。受診率向上に向けて、未受診者対策効果的に行うために、医療機関との協力強化を図り、また、未受診者訪問の対策として、対象者ごとに選定していきの検討が重要。全体として対象者を抽出し、現在、作成、整理している。O100年、HbA1c管理点検等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上で、台帳の活用が重要である。 ・健康診査の結果をみると、受診時すでにメタ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善への取り組み等が重要である。HbA1c管理点検等を活用していく中で、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要がある。HbA1c管理点検等が活用されることで、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関説明会実施状況 ○H29年度医療機関へのアプローチ状況 ○未受診者訪問実施状況 ○HbA1c管理点検実施状況 ○早期介入保健指導実施状況</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○H29年度のHbA1c管理点検実施状況等 ○行ったHbA1c管理点検の結果(例えば、早期介入保健指導実施後の受診者の結果状況、並年のHbA1c管理点検実施状況)</p>	<p>④ストラテジー (構造)</p> <p>○業務分担制(成人3担当) 未受診者対策、重症化予防対策を両方の取り組みは切り離して考えられない。また、計画立案、評価実施しているが、3担当での共通認識が十分図れていない。 ○地区担当制の活用、地区台帳をもとに経年管理していく、また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。 ○事業実施等にはばらばらにならないように、成人3担当で話し合いを、共通認識を図っていく。</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <p>○保健活動に関して具体的な目標、効果検証し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区台帳をもとに経年管理していく、また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。 ○事業実施等にはばらばらにならないように、成人3担当で話し合いを、共通認識を図っていく。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関への協力依頼の後、先に実施しているが、そのままだと、業務期間の確保、連携をすすめていく上で、地区担当の活用、ひとつひとつの事例を通して連携を積み重ねていく必要がある。(いかに医療機関との関係が活用されているか)</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の健診、(並年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等) ○保健指導後のHbA1c管理点検、(健診、検査値の改善状況、受診勧奨等対象者数に検討) ○保健指導後のHbA1c管理点検、(健診、検査値の改善状況、受診勧奨等対象者数に検討) ○保健指導後のHbA1c管理点検、(健診、検査値の改善状況、受診勧奨等対象者数に検討)</p>	
<p>目標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○健診受診者の検査結果の改善(血圧、血糖、脂質、CKD) ○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病発症を減らすことを目標に、平成29年度に比平成26年度と比較して疾患それぞれ5%減少させる。 ○医療費の伸びを抑える</p> <p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討(地区台帳の活用等) ◆医療機関の協力強化による取り組み ○早期介入保健指導実施 ◆対象者の状況、アプローチ方法等検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆地区台帳の活用。 ◆共同、事業の目標、評価等検討。 ◆林時特等医療機関、健康づくり担当が分かれており、ばらばらになっている。 ◆評価指標の検討。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>◆共通認識の構築の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関の具体的な連携など、進んでいないのが現状。 ◆保健指導の進捗状況、(並年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等) ◆保健指導後のHbA1c管理点検、(健診、検査値の改善状況、受診勧奨等対象者数に検討) ◆保健指導後のHbA1c管理点検、(健診、検査値の改善状況、受診勧奨等対象者数に検討)</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○保健指導実施後のHbA1c管理点検、(健診、検査値の改善状況、受診勧奨等対象者数に検討) ○経年評価(詳細項目集、個別面談) ○健診結果の状況(各対象者の高血糖、高血圧、高脂血症等) ○HbA1c管理点検実施状況(3施設治療者の)</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○O100連携様式にすすめた検査、専門医への受診勧奨等 ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況)</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○O100連携様式にすすめた検査、専門医への受診勧奨等 ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況)</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○O100連携様式にすすめた検査、専門医への受診勧奨等 ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況) ○O100の医療機関との連携状況(受診勧奨状況)</p>		

【参考文献11】

