

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

久万高原町国民健康保険

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

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
2. 計画の位置付け
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
5. 保険者努力支援制度

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
2. 第2期計画における健康課題の明確化
3. 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第三期特定健診等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 虚血性心疾患重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防

III ポピュレーションアプローチ

第5章 子どもの生活習慣病予防

第6章 地域包括ケアに係る取組

第7章 計画の評価・見直し

第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

参考資料

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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

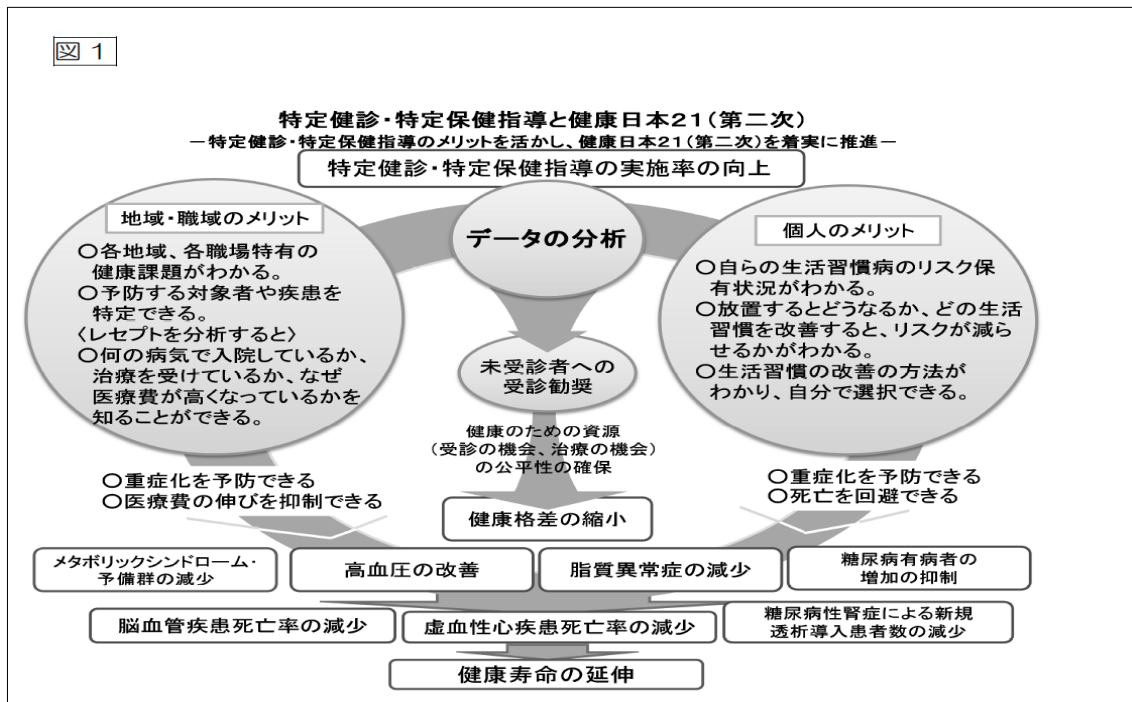
久万高原町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

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、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

【图表 1】

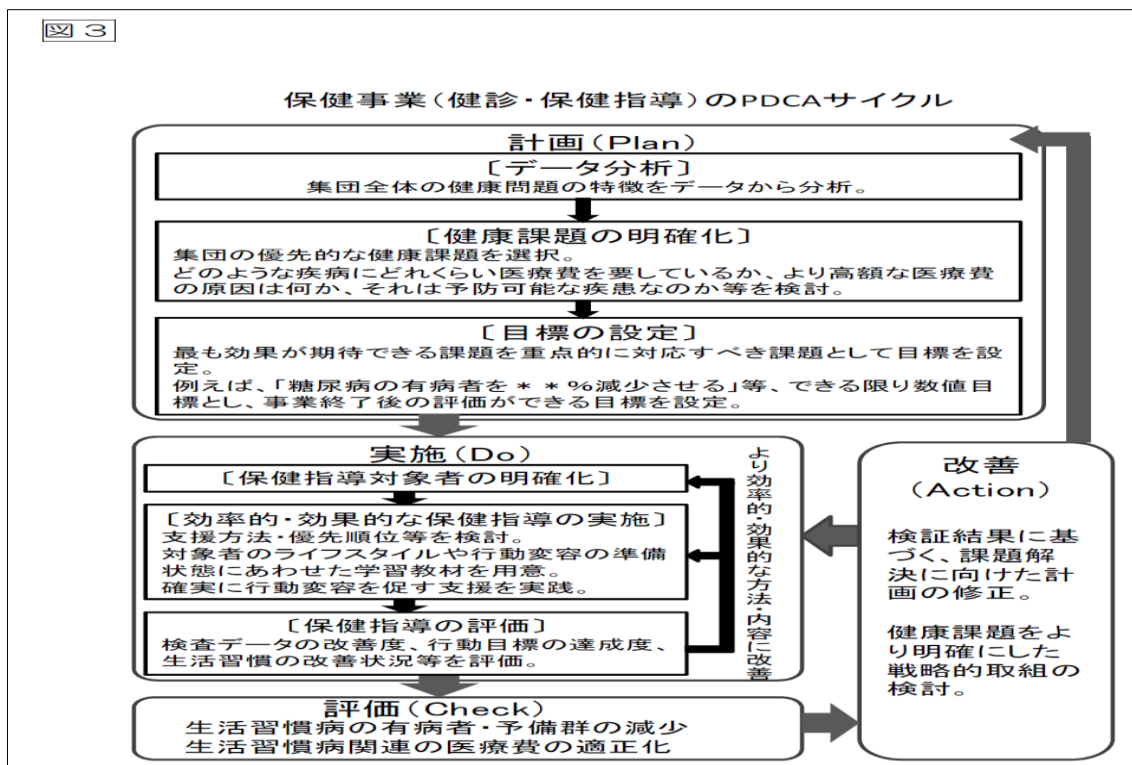
2

【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、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) 実施主体関係部の役割

久万高原町においては、住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。

具体的には、高齢者医療部局（保健福祉課社会福祉班）、保健衛生部局（保健福祉課保健推進班）、介護保険部局（保健福祉課長寿介護班）、企画部局（総務課秘書政策班）、生活保護部局（保健福祉課社会福祉班）とも十分連携することが望ましい。

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ことが期待される。

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ことも期待される。

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、久万高原町国保は、計画素案について愛媛県関係課と意見交換を行い、

愛媛県との連携に努める。

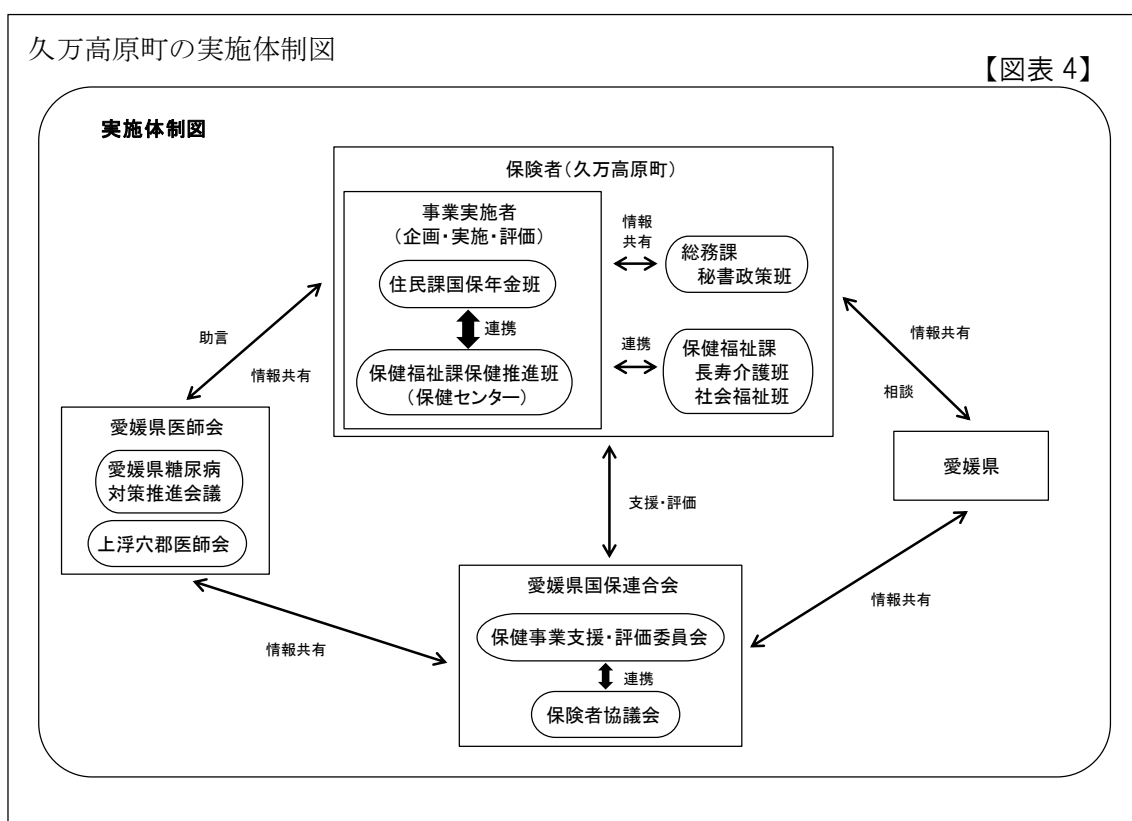
また、保険者等と愛媛県内各医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、愛媛県が各医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と愛媛県は、ともに各市町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。



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点（満点）		345	580	850	850
交付額（万円）		94.9			
総得点（体制構築加点含む）		166			
全国順位（1,741市町村中）		1,336			
共通 ①	特定健診受診率	10			50
	特定保健指導実施率	0			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯科疾患（病）検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有 ②	データヘルス計画の策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況	5			25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70			60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に心臓病・脳血管疾患による死亡割合は減少しているが、腎不全による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、要介護認定率は1号認定者はやや増加、2号認定者は横ばいである。要介護認定者における有病状況は糖尿病・脂質異常が上昇しているが、脳血管疾患・心臓病は減少。結果、国や県と比較して依然高額ではあるが介護給付費について、施設サービスは減少し、1件当たり給付費（全体）の減少がみられた。

国保の状況について、被保険者数、特に64歳未満の減少が顕著である。入院患者数・外来患者数とも減少。一人あたり医療費は下がっているが、県下でも上位であり、同規模市町と比べても高額である。内訳では、入院費用が増加し外来費用が減少、1件当たり在院日数が長い。

医療費分析を行うと慢性腎不全（透析あり）・糖尿病・高血圧症などは減少しているものの、医療費適正化の観点からも久万高原町では引き続き特定健診・特定保健指導の受診率向上や重症化予防の取組は重要となる。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、28年度の介護給付費は減少。1件当たり介護給付費も減少しているものの、施設サービスにかかる1件あたりの給付費は同規模平均より高い。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	久万高原町				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 (円)	1件当たり 給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス (円)
H25年度	15億7,271万円	73,450	41,868	297,726	71,886	41,181	279,469
H28年度	15億1,998万円	68,326	40,093	282,124	70,593	40,986	275,281

※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」

②医療費の状況（図表 7）

全体として、総医療費も一人当たり医療費も抑制できている。ただし、入院に関しては一人あたりの費用額はやや増加している。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率 (%)		費用額	増減	伸び率 (%)		費用額	増減	伸び率 (%)	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1 総医療費	H25年度	11億8,931万円				5億2,594万円				6億6,337万円			
	H28年度	10億1,408万円	△1億7,523万円	△14.73%	-3.27	4億6,242万円	△6,352万円	△12.08	-2.91	5億5,166万円	△1億1,171万円	△16.84	-3.54
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	35,019				15,490				19,530			
	H28年度	34,317	-702	△2.00	7.68	15,650	160	1.03	8.00	18,670	-860	△4.40	7.48

※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(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

総医療費も一人当たりの医療費も減少しているが、県や同規模市町と比較すると依然高い。

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(透析)に係る医療費計では減少しているが、慢性腎不全(透析)に係る費用の割合が高い。

短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症も減少している。

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

【図表 8】

市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋 骨疾患
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	久万高原町	11億8,931万円	35,019	3位	1位	9.0%	0.6%	3.9%	2.2%	5.9%	7.0%	3.9%	3億8,616万円	32.5%	8.3%	11.5%	9.3%
H28		10億1,408万円	34,317	5位	1位	7.5%	0.3%	3.7%	2.2%	5.8%	5.3%	3.5%	2億8,741万円	28.3%	13.2%	11.8%	10.5%
H28	愛媛県	1,243億582万円	26,749	--	--	5.7%	0.4%	3.1%	2.6%	5.3%	5.9%	3.0%	324億1,793万円	26.1%	12.4%	11.1%	9.5%
	国	9兆7,159万円	22,383	--	--	5.4%	0.4%	2.6%	2.4%	5.4%	6.3%	3.1%	2兆4,805億円	25.5%	12.5%	9.4%	8.4%

最大医療資源(透析含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患の割合が減少してはいるが、高血圧や脂質異常症を併せ持つ人が多い。

人工透析者は減少しているが、新規で透析導入する方がおり、透析に至るまでの実態を把握する。人工透析患者の基礎疾患について、高血圧が増加し糖尿病・脂質異常症が減少しているものの割合は高い。

リスクの重なりを考えると、高血圧・脂質異常症だけでなく、糖尿病にも取り組む必要がある。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		長期的な目標								短期的な目標					
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全 体	2,875	257	8.9	63	24.5	8	3.1	208	80.9	98	38.1	193	75.1	
	64歳以下	1,764	78	4.4	18	23.1	6	7.7	63	80.8	32	41.0	57	73.1	
	65歳以上	1,111	179	16.1	45	25.1	2	1.1	145	81.0	66	36.9	136	76.0	
H28	全 体	2,505	211	8.4	56	26.5	6	2.8	173	82.0	86	40.8	171	81.0	
	64歳以下	1,379	48	3.5	10	20.8	3	6.3	37	77.1	20	41.7	35	72.9	
	65歳以上	1,126	163	14.5	46	28.2	3	1.8	136	83.4	66	40.5	136	83.4	

厚労省様式 様式3－6		長期的な目標								短期的な目標					
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全 体	2,875	190	6.6	63	33.2	3	1.6	147	77.4	81	42.6	129	67.9	
	64歳以下	1,764	56	3.2	18	32.1	2	3.6	41	73.2	25	44.6	35	62.5	
	65歳以上	1,111	134	12.1	45	33.6	1	0.7	106	79.1	56	41.8	94	70.1	
H28	全 体	2,505	175	7.0	56	32.0	4	2.3	137	78.3	68	38.9	120	68.6	
	64歳以下	1,379	39	2.8	10	25.6	3	7.7	30	76.9	18	46.2	24	61.5	
	65歳以上	1,126	136	12.1	46	33.8	1	0.7	107	78.7	50	36.8	96	70.6	

厚労省様式 様式3-7		長期的な目標								短期的な目標					
		人工透析				脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全 体	2,875	17	0.6	3	17.6	8	47.1	14	82.4	11	64.7	5	29.4	
	64歳以下	1,764	14	0.8	2	14.3	6	42.9	11	78.6	8	57.1	3	21.4	
	65歳以上	1,111	3	0.3	1	33.3	2	66.7	3	100.0	3	100.0	2	66.7	
H28	全 体	2,505	12	0.5	4	33.3	6	50.0	12	100.0	7	58.3	2	16.7	
	64歳以下	1,379	6	0.4	3	50.0	3	50.0	6	100.0	3	50.0	2	33.3	
	65歳以上	1,126	6	0.5	1	16.7	3	50.0	6	100.0	4	66.7	0	0.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)(図表10)

糖尿病は、高血圧や脂質異常症を併せ持つ人が増加している。人工透析導入は食い止めているものの糖尿病性腎症に移行する割合が高い。医療につながり、腎症と診断される人が増加したとも考えられる。

高血圧は横ばいで、虚血性心疾患をなんとか抑えられている。

脂質異常症は増加し、脳血管疾患がやや増加している。

いずれにしても、糖尿病・高血圧・脂質異常症を改善することで重症化を予防できると考えられ、早期受診・継続治療を支援し、きちんとコントロールできているか確認していく。

【図表10】

厚労省様式 様式3ー2			短期的な目標										中長期的な目標									
			糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症				
			被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	2,875	409	14.2	32	7.8	304	74.3	307	75.1	98	24.0	81	19.8	11	2.7	29	7.1				
	64歳以下	1,764	161	9.1	12	7.5	112	69.6	113	70.2	32	19.9	25	15.5	8	5.0	13	8.1				
	65歳以上	1,111	248	22.3	20	8.1	192	77.4	194	78.2	66	26.6	56	22.6	3	1.2	16	6.5				
H28	全体	2,505	378	15.1	26	6.9	285	75.4	291	77.0	86	22.8	68	18.0	7	1.9	38	10.1				
	64歳以下	1,379	109	7.9	11	10.1	77	70.6	82	75.2	20	18.3	18	16.5	3	2.8	17	15.6				
	65歳以上	1,126	269	23.9	15	5.6	208	77.3	209	77.7	66	24.5	50	18.6	4	1.5	21	7.8				

厚労省様式 様式3－3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析
被保険者数			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全 体	2,875	845	29.4	304	36.0	556	65.8	208	24.6	147	17.4	14	1.7
	64歳以下	1,764	291	16.5	112	38.5	165	56.7	63	21.6	41	14.1	11	3.8
	65歳以上	1,111	554	49.9	192	34.7	391	70.6	145	26.2	106	19.1	3	0.5
H28	全 体	2,505	731	29.2	285	39.0	498	68.1	173	23.7	137	18.7	12	1.6
	64歳以下	1,379	206	14.9	77	37.4	121	58.7	37	18.0	30	14.6	6	2.9
	65歳以上	1,126	525	46.6	208	39.6	377	71.8	136	25.9	107	20.4	6	1.1

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標								中長期的な目標							
			脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析			
			被保険者数	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2,875	771	26.8	307	39.8	556	72.1	193	25.0	129	16.7	5	0.6				
	64歳以下	1,764	253	14.3	113	44.7	165	65.2	57	22.5	35	13.8	3	1.2				
	65歳以上	1,111	518	46.6	194	37.5	391	75.5	136	26.3	94	18.1	2	0.4				
H28	全体	2,505	709	28.3	291	41.0	498	70.2	171	24.1	120	16.9	2	0.3				
	64歳以下	1,379	205	14.9	82	40.0	121	59.0	35	17.1	24	11.7	2	1.0				
	65歳以上	1,126	504	44.8	209	41.5	377	74.8	136	27.0	96	19.0	0	0.0				

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性ではHbA1c・LDL コレステロールの割合が高い。女性ではHbA1c・尿酸・収縮期血圧が高い。

【図表 11-1】

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	128	31.8%	179	44.5%	101	25.1%	85	21.1%	46	11.4%	3	0.7%	225	56.0%	90	22.4%	205	51.0%	89	22.1%	141	35.1%	10	2.5%
	40-64	61	36.5%	71	42.5%	54	32.3%	51	30.5%	15	9.0%	2	1.2%	88	52.7%	38	22.8%	70	41.9%	44	26.3%	79	47.3%	4	2.4%
	65-74	67	28.5%	108	46.0%	47	20.0%	34	14.5%	31	13.2%	1	0.4%	137	58.3%	52	22.1%	135	57.4%	45	19.1%	62	26.4%	6	2.6%
女性	合計	118	32.2%	153	41.8%	97	26.5%	82	22.4%	43	11.7%	5	1.4%	250	68.3%	75	20.5%	170	46.4%	90	24.6%	152	41.5%	7	1.9%
	40-64	49	33.1%	61	41.2%	46	31.1%	40	27.0%	15	10.1%	0	0.0%	83	56.1%	34	23.0%	62	41.9%	45	30.4%	75	50.7%	0	0.0%
	65-74	69	31.7%	92	42.2%	51	23.4%	42	19.3%	28	12.8%	5	2.3%	167	76.6%	41	18.8%	108	49.5%	45	20.6%	77	35.3%	7	3.2%

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	126	24.6%	82	16.0%	103	20.1%	30	5.8%	12	2.3%	3	0.6%	312	60.8%	14	2.7%	249	48.5%	76	14.8%	224	43.7%	2	0.4%
	40-64	41	24.1%	25	14.7%	29	17.1%	13	7.6%	7	4.1%	0	0.0%	90	52.9%	3	1.8%	68	40.0%	33	19.4%	86	50.6%	1	0.6%
	65-74	85	24.8%	57	16.6%	74	21.6%	17	5.0%	5	1.5%	3	0.9%	222	64.7%	11	3.2%	181	52.8%	43	12.5%	138	40.2%	1	0.3%
女性	合計	117	27.5%	81	19.0%	79	18.5%	24	5.6%	12	2.8%	3	0.7%	311	73.0%	15	3.5%	220	51.6%	57	13.4%	181	42.5%	0	0.0%
	40-64	30	22.1%	20	14.7%	26	19.1%	7	5.1%	7	5.1%	1	0.7%	85	62.5%	4	2.9%	50	36.8%	22	16.2%	55	40.4%	0	0.0%
	65-74	87	30.0%	61	21.0%	53	18.3%	17	5.9%	5	1.7%	2	0.7%	226	77.9%	11	3.8%	170	58.6%	35	12.1%	126	43.4%	0	0.0%

メタボリックシンドローム予備群・該当者について、特に女性が増加傾向にあり、国や県とも比較して高いことから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 11-2】

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」

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	人数	割合
男性	合計	402	38.3%	16	4.0%	59	14.7%	5	1.2%	41	10.2%	13	3.2%	104	25.9%	10	2.5%	7	1.7%	53	13.2%	34	8.5%
	40-64	167	30.4%	12	7.2%	24	14.4%	3	1.8%	14	8.4%	7	4.2%	35	21.0%	2	1.2%	3	1.8%	16	9.6%	14	8.4%
	65-74	235	47.0%	4	1.7%	35	14.9%	2	0.9%	27	11.5%	6	2.6%	69	29.4%	8	3.4%	4	1.7%	37	15.7%	20	8.5%
女性	合計	366	39.7%	11	3.0%	47	12.8%	6	1.6%	24	6.6%	17	4.6%	95	26.0%	15	4.1%	8	2.2%	36	9.8%	36	9.8%
	40-64	148	34.6%	5	3.4%	23	15.5%	3	2.0%	8	5.4%	12	8.1%	33	22.3%	4	2.7%	5	3.4%	14	9.5%	10	6.8%
	65-74	218	44.1%	6	2.8%	24	11.0%	3	1.4%	16	7.3%	5	2.3%	62	28.4%	11	5.0%	3	1.4%	22	10.1%	26	11.9%

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	人数	割合
女性	合計	513	47.8%	2	0.4%	18	3.5%	0	0.0%	14	2.7%	4	0.8%	62	12.1%	7	1.4%	3	0.6%	24	4.7%	28	5.5%
	40-64	170	38.5%	0	0.0%	5	2.9%	0	0.0%	4	2.4%	1	0.6%	20	11.8%	2	1.2%	1	0.6%	8	4.7%	9	5.3%
	65-74	343	54.3%	2	0.6%	13	3.8%	0	0.0%	10	2.9%	3	0.9%	42	12.2%	5	1.5%	2	0.6%	16	4.7%	19	5.5%
女性	合計	426	47.5%	2	0.5%	23	5.4%	1	0.2%	21	4.9%	1	0.2%	56	13.1%	6	1.4%	5	1.2%	20	4.7%	25	5.9%
	40-64	136	39.2%	2	1.5%	7	5.1%	0	0.0%	7	5.1%	0	0.0%	11	8.1%	0	0.0%	1	0.7%	3	2.2%	7	5.1%
	65-74	290	52.7%	0	0.0%	16	5.5%	1	0.3%	14	4.8%	1	0.3%	45	15.5%	6	2.1%	4	1.4%	17	5.9%	18	6.2%

血圧・脂質・血糖の3つのリスクの重なりを持つ人が増加している。1つでもリスクを減らすよう特定保健指導をすすめる。

また、非肥満高血糖の人も多いことから、メタボだけでなく非肥満の方も保健指導を行う。(参考資料1)

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定保健指導率が増加しているが特定健診受診率は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表12】

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、特定健診法定報告値

項目 年度	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	
								久万高原町	同規模平均
H25年度	2,077	914	44.0%	99位	91	31	34.1%	48.7%	50.8%
H28年度※	1,809	792	43.8%	120位	83	43	51.8%	52.7%	51.6%

※H29.9.22時点

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。その結果、介護給付費の抑制、総医療費の抑制が医療費適正化に繋がったと思われる。

しかし、介護認定率の増加、外来受療率の減少、肥満者(特に女性)の増加、糖尿病・高血圧・脂質異常の3つのリスクの重なり増加など新たな課題も見えてきた。

その背景として、保健指導を行い医療につながったが、その後継続した支援が十分できていないと考えられる。そのために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取り組むべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

久万高原町の一人当たりの医療費は、同規模平均などと比べてもかなり高額である。

外来と入院を比較すると、件数では入院が 3.8%にもかかわらず、費用額は 45.6%をしめ、入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

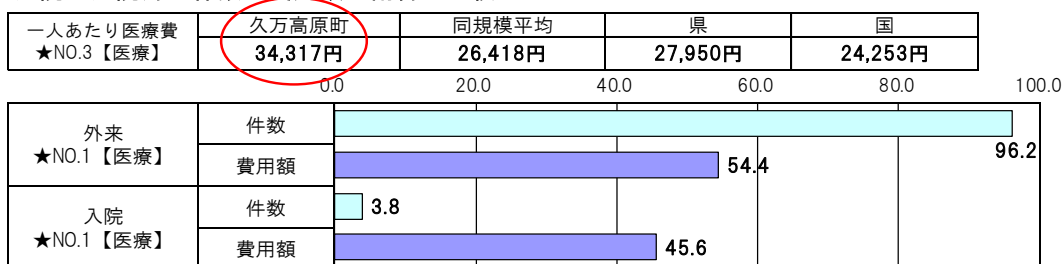
「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

H28年度



(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

高額レセプトをみると、予防可能な脳血管疾患・心疾患が 16.1%をしめる。虚血性心疾患については 50 歳代から発症し、治療にのるまえに突然死する方も存在する。

長期入院を余儀なくされる疾患として、脳血管疾患が多く、費用も約 25.6%であった。

透析患者は脳・心と違い、透析開始後も長期間にわたる厳重な管理が必要で、医療費も高額になる。中でも糖尿病性腎症の割合が最も高いが、予防可能である。

生活習慣病で治療している方の割合でみると、虚血性心疾患が多い。リスクの重なりを見ると、高血圧・脂質異常が重複している方が多いが、糖尿病も割合が高い。

【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	87人	6人		8人		30人		48人			
				6.9%		9.2%		34.5%		55.2%			
		件数	157件	13件		9件		50件		85件			
				8.3%		5.7%		31.8%		54.1%			
				年代別	40歳未満	4	30.8%	0	0.0%	2	4.0%	5	5.9%
					40代	0	0.0%	0	0.0%	2	4.0%	3	3.5%
					50代	0	0.0%	1	11.1%	2	4.0%	7	8.2%
					60代	7	53.8%	5	55.6%	24	48.0%	39	45.9%
		70-74歳	2		15.4%	3	33.3%	20	40.0%	31	36.5%		
		費用額	2億2,144万円	1,688万円		1,407万円		7,844万円		1億1,205万円			
7.6%				6.4%		35.4%		50.6%					

* 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。

【図表 14】 つづき

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	30人	22人 73.3%	7人 23.3%	3人 10.0%
		件数	295件	230件 78.0%	66件 22.4%	25件 8.5%
		費用額	1億1,960万円	8,407万円 70.3%	3,065万円 25.6%	882万円 7.4%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H29.5 診療分	人数	12人	7人 58.3%	4人 33.3%	6人 50.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	178件	115件 64.6%	49件 27.5%	86件 48.3%
			費用額	8,359万円	5,502万円 65.8%	2,673万円 32.0%	3,996万円 47.8%

*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 な 疾 り 患	1,200人	175人 14.6%	211人 17.6%	38人 3.2%
			高血圧	137人 78.3%	173人 82.0%	30人 78.9%
			糖尿病	68人 38.9%	86人 40.8%	38人 100.0%
			脂質 異常症	120人 68.6%	171人 81.0%	32人 84.2%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			731人 60.9%	378人 31.5%	709人 59.1%	146人 12.2%

○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うけているのか(図表 15)

2号認定者及び65~74歳の1号認定者で新規に認定される方が16人。

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが97.3%であり、筋・骨格疾患の95.2%を上回っていた。生活習慣病の中でも高血圧・脂質異常症が多いが、コントロールの難しさなどを考慮すると糖尿病も注目すべきである。

介護認定を受けている人とは、医療費が2倍以上受けていない人と比べ高い。

また、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。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

(H28年度)

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		2,955人		1,624人		2,698人		4,322人		7,277人		
	認定者数		18人		68人		967人		1,035人		1,053人		
	認定率		0.61%		4.2%		35.8%		23.9%		14.5%		
	新規認定者数（＊1）		3人		13人		123人		136人		139人		
	介護 度別 人数	要支援1・2		2	11.1%	14	20.6%	244	25.2%	258	24.9%	260	24.7%
要介護1・2		7	38.9%	19	27.9%	352	36.4%	371	35.8%	378	35.9%		
要介護3～5		9	50.0%	35	51.5%	371	38.4%	406	39.2%	415	39.4%		
	受給者区分		2号		1号						合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
要介護 突合状況 ★NO.49	介護件数（全体）		18		68		969		1,037		1,055		
	再）国保・後期		9		59		917		976		985		
	（レセプトの 診断名より 重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	5 55.6%	脳卒中	21 35.6%	脳卒中	565 61.6%	脳卒中	586 60.0%	脳卒中	591 60.0%
			2	虚血性 心疾患	2 22.2%	虚血性 心疾患	20 33.9%	虚血性 心疾患	443 48.3%	虚血性 心疾患	463 47.4%	虚血性 心疾患	465 47.2%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	5 8.5%	腎不全	104 11.3%	腎不全	109 11.2%	腎不全	109 11.1%
		合併症	4	糖尿病 合併症	3 33.3%	糖尿病 合併症	8 13.6%	糖尿病 合併症	62 6.8%	糖尿病 合併症	70 7.2%	糖尿病 合併症	73 7.4%
			基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		7 77.8%	53 89.8%	873 95.2%	926 94.9%	933 94.7%				
		血管疾患 合計		7 77.8%	56 94.9%	895 97.6%	951 97.4%	958 97.3%					
		認知症		1 11.1%	8 13.6%	383 41.8%	391 40.1%	392 39.8%					
		筋・骨格疾患		7 77.8%	52 88.1%	879 95.9%	931 95.4%	938 95.2%					

＊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】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)						8,714
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			4,132			

2）健診受診者の実態（図表 16・17）

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症の確率が高まる。

久万高原町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見状況でも BMI25 以上・血圧・HbA1c・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【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（概要）

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	9,604	30.8	15,230	48.9	8,461	27.1	6,188	19.8	2,693	8.6	1,544	5.0	17,645	56.6	6,342	20.3	16,428	52.7	8,585	27.5	14,220	45.6	655	2.1	
久万高 原町	合計	118	32.2	153	41.8	97	26.5	82	22.4	43	11.7	5	1.4	250	68.3	75	20.5	170	46.4	90	24.6	152	41.5	7	1.9
	40-64	49	33.1	61	41.2	46	31.1	40	27.0	15	10.1	0	0.0	83	56.1	34	23.0	62	41.9	45	30.4	75	50.7	0	0.0
	65-74	69	31.7	92	42.2	51	23.4	42	19.3	28	12.8	5	2.3	167	76.6	41	18.8	108	49.5	45	20.6	77	35.3	7	3.2

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		
	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	
久万高 原町	合計	117	27.5	81	19.0	79	18.5	24	5.6	12	2.8	3	0.7	311	73.0	15	3.5	220	51.6	57	13.4	181	42.5	0	0.0
	40-64	30	22.1	20	14.7	26	19.1	7	5.1	7	5.1	1	0.7	85	62.5	4	2.9	50	36.8	22	16.2	55	40.4	0	0.0
	65-74	87	30.0	61	21.0	53	18.3	17	5.9	5	1.7	2	0.7	226	77.9	11	3.8	170	58.6	35	12.1	126	43.4	0	0.0

*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）

H29.8月時点抽出

★NO.24（概要）

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	3,416,820				548,609	17.2							875,805	27.5									
県	32,159	25.2	1,620	5.0	5,565	17.3	378	1.2	3,921	12.2	1,266	3.9	8,583	26.7	1,370	4.3	501	1.6	4,197	13.1	2,515	7.8	
久万高 原町	合計	366	39.7	11	3.0	47	12.8	6	1.6	24	6.6	17	4.6	95	26.0	15	4.1	8	2.2	36	9.8	36	9.8
	40-64	148	34.6	5	3.4	23	15.5	3	2.0	8	5.4	12	8.1	33	22.3	4	2.7	5	3.4	14	9.5	10	6.8
	65-74	218	44.1	6	2.8	24	11.0	3	1.4	16	7.3	5	2.3	62	28.4	11	5.0	3	1.4	22	10.1	26	11.9

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	4,481,600				241,487	5.8							396,909	9.5									
県	44,074	29.9	824	1.9	2,633	6.0	160	0.4	1,942	4.4	531	1.2	4,010	9.1	633	1.4	199	0.5	1,936	4.4	1,242	2.8	
久万高 原町	合計	426	47.5	2	0.5	23	5.4	1	0.2	21	4.9	1	0.2	56	13.1	6	1.4	5	1.2	20	4.7	25	5.9
	40-64	136	39.2	2	1.5	7	5.1	0	0.0	7	5.1	0	0.0	11	8.1	0	0.0	1	0.7	3	2.2	7	5.1
	65-74	290	52.7	0	0.0	16	5.5	1	0.3	14	4.8	1	0.3	45	15.5	6	2.1	4	1.4	17	5.9	18	6.2

*全国・県については、KDB帳票NO.1「地域の全体像の把握」より抽出（平成28年度集計）

*全国については、有所見割合のみ表示

女性のメタボリックシンドローム該当者が多く、血糖・血圧・脂質の3項目すべてのリスクが重なる方の割合が多い。

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

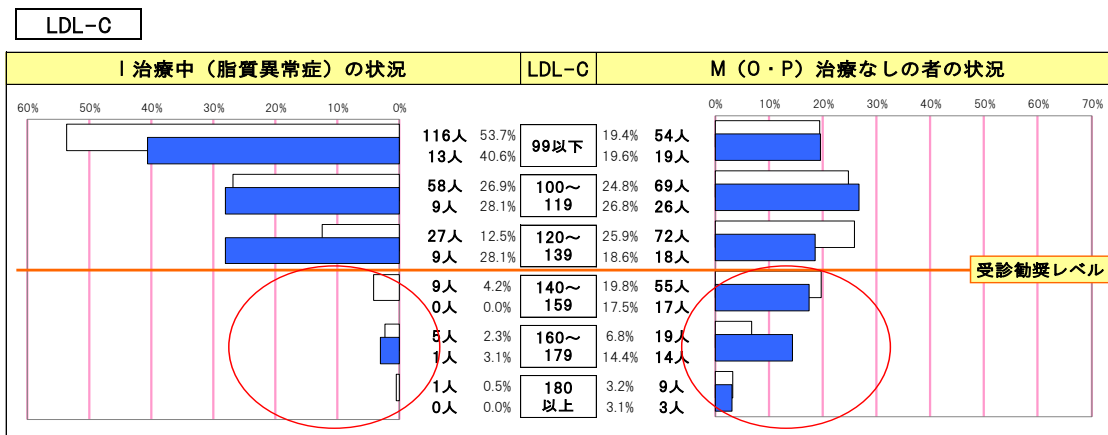
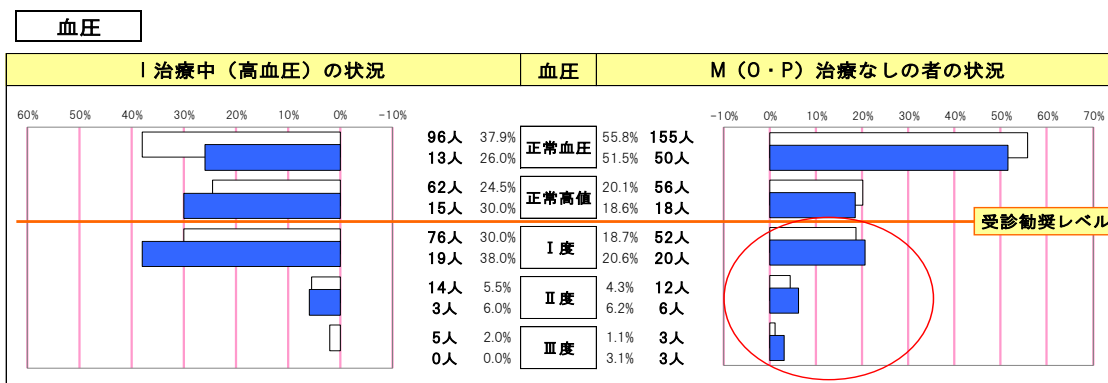
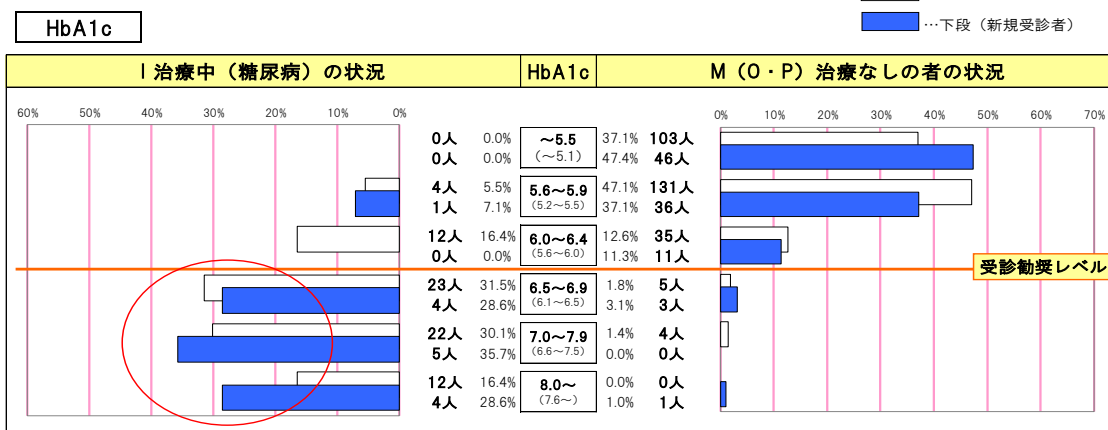
糖尿病については、服薬のみでなく食事・運動療法も重要な役割をもつ。受診勧奨を積極的に行い治療に結びついているが、コントロールが十分とは言えない。

血圧・LDLについては、そもそも医療につながっていない方が多い。治療中の方はおおむねコントロール良好である。

受診勧奨レベルの方を積極的に医療につなげ、その後もコントロールができるよう支援する。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



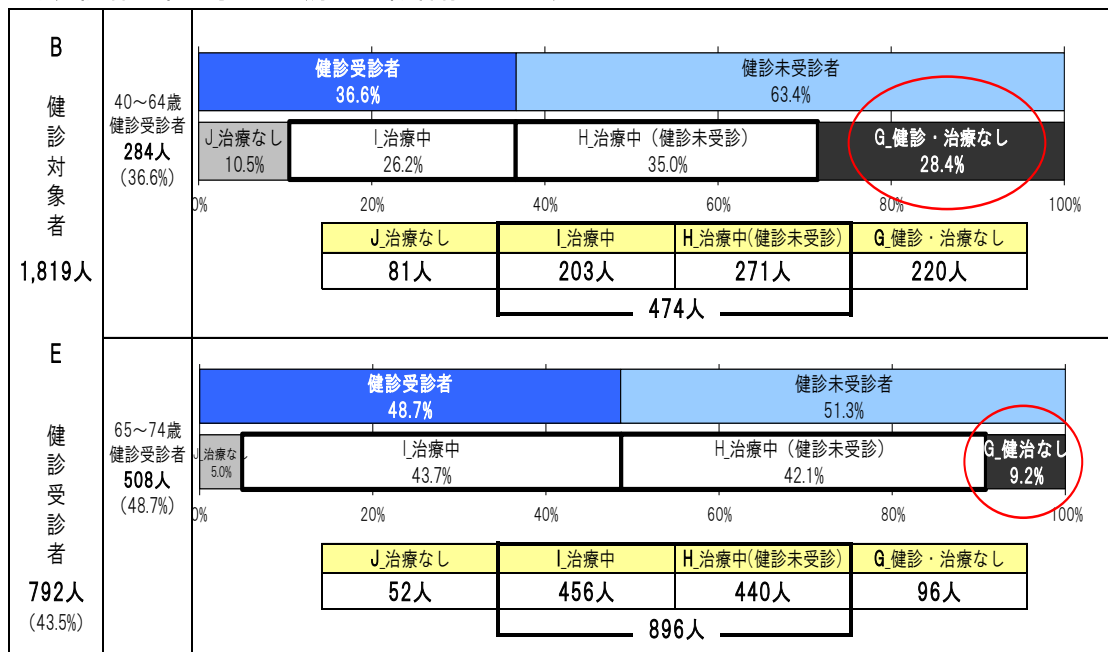
4) 未受診者の把握 (図表 19)

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28.4%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。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

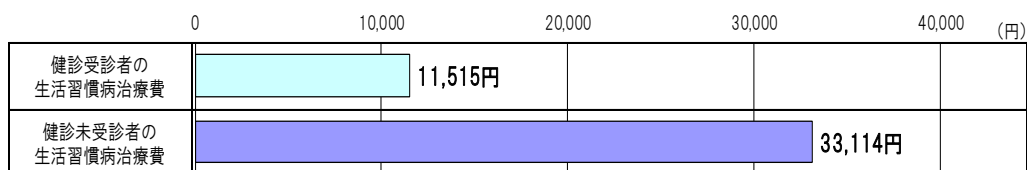
★NO.26 (CSV)



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

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



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

3. 目標の設定

1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患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28年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ3%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

今後、ますます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。

久万高原町は、健診結果を分析し受診勧奨を行った結果、経過観察や治療を開始する方が増えてきた。医療費・介護療養費は減少したが、依然高額で推移していることから、今後も入院外を伸ばし入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。同時に、これらの疾患の原因ともなる喫煙についても、喫煙者の数を減らしていく事を目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導・禁煙指導等を実施、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. 第三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年一期として策定する。

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	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%

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	1,630 人	1,541 人	1,452 人	1,362 人	1,273 人	1,184 人
	受診者数	734 人	740 人	740 人	736 人	726 人	710 人
特定保健指導	対象者数	78 人	75 人	72 人	70 人	67 人	64 人
	実施者数	43 人	42 人	41 人	40 人	39 人	39 人

4. 特定健診の実施

（1）実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。

個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、愛媛県医師会と市町国保代表保険者が集合契約を行う。

（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

集団健診は、愛媛県厚生連健診センター及び愛媛県総合保健協会の2健診機関で実施。

個別健診は、愛媛県医師会会員のうち集合契約により指定した医療機関約660健診機関で実施している。

（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、心電図）を実施する。

（５）実施時期

集団健診は５月から１０月、個別健診は５月から翌年３月末まで実施する。

（６）医療機関との適切な連携

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

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

（７）代行機関

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

（８）健診の案内方法・健診実施スケジュール

毎年２月、健診の日程等お知らせとともに健診申込書を各世帯に郵送。自治会長を通じての回収や保健センターへの持ち込み、または電話により健診の申し込みを受け付ける。申し込みのあった方へは、健診の１０日前までに問診票・受診券等受診に必要な書類を個別に郵送する。また健診の前日と当日には、健診会場の周辺の地域に防災行政無線で健診の案内をするとともに、申し込みがなくても当日受診も可能であることを周知する。（図表 22）

（９）受診券の発行スケジュール・発行枚数

３月末の被保険者情報を基に４月下旬に国保連合会で受診券を一括発行、４月末頃に受領し、以降国保担当課で管理する。５月以降健診希望者へ個別に配付するとともに、集団健診希望者へは会場ごとに取りまとめ、受診日当日に会場で配付する。有効期限は３月３１日までであり、年間発行枚数は２８年度実績で２,１８７枚となっている。

【図表 22】

平成 30 年度 久万高原町 健康診査実施予定表

(久万地区)

各健診会場で●が付いている検診項目を実施します。

会場 番号	健診会場	健診日	受付時間	基本 健診	胃レ ン ドゲ ン	結核・ 肺レン ドゲ ン	胸部 CT	大腸 がん	前立腺	甲状腺	腹部 超音波	乳がん		子宮 がん	骨粗し ょう症	B・C型 肝炎	歯周病 検診		
				無料	無料	無料	3,000円	無料	1,000円	1,000円	2,000円	マンモ	超音波	1,500円	1,500円	1,500円	500円	無料	500円
				40歳以上の男女				50歳以上の 男性	18歳以上の男女		40歳以上の 女性	20歳以上の 女性	40歳以上の 女性	20歳以上の 女性	40歳以上の 男女	18歳以上の 男女			
7	落合ふれあい館	5月	15	火	午前 8:00 ～ 11:00	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			
2	入野福祉館		25	金		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
3	産業文化会館		27	日		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
4	西明神創作館	6月	1	金	午後 1:00～1:45	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
5	明神公民館		5	火		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
6	産業文化会館		17	日		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
7	二名公民館		19	火		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
8	野尻公民館		26	火		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
9	直瀬住民センター		29	金	※日曜日のみ 受付 8:00～10:00 検診 10:00～11:00	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
10	産業文化会館	7月	1	日		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
11	上畑野川公民館		5	木		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
12	下直瀬ふれあい館		18	水		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
13	父二峰小学校体育館	8月	10	金		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
14	下畑野川公民館		28	火	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
15	産業文化会館		29	水	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
16	産業文化会館	9月	29	土	10:00～11:00	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
17	産業文化会館	10月	24	水		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		

(面河地区)

会場 番号	健診会場	健診日	受付時間	基本 健診	胃レ ン ド ゲ ン	結核・ 肺レ ン ド ゲ ン	胸部 CT	大腸 がん	前立腺	甲状腺	腹部 超音波	乳がん		子宮 がん	骨粗し ょう症	B・C型 肝炎	歯周病 検診
				無料	無料	無料	3,000円	無料	1,000円	1,000円	2,000円	マンモ	超音波	1,500円	500円	無料	500円
				40歳以上の男女				50歳以上の 男性	18歳以上の男女		40歳以上の 女性	20歳以上の 女性	20歳以上の 女性	20歳以上の 女性	40歳以上の 男女	18歳以上の 男女	
18	面河住民センター	5月16日	水 午前 8:00 ～ 10:00	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	
19	城山公民館	6月20日		●	●	●		●	●	●	●	●			●	●	
20	中組公民館	7月11日		●	●	●		●	●	●	●	●			●	●	
21	前組ふれあいプラザ	8月21日		●	●	●		●	●	●	●	●			●	●	

(美川地区)

会場 番号	健診会場	健診日	受付時間	基本 健診	胃レ ン ド ゲ ン	結核・ 肺レ ン ド ゲ ン	胸部 CT	大腸 がん	前立腺	甲状腺	腹部 超音波	乳がん		子宮 がん	骨粗 しょう症	B・C型 肝炎	歯周病 検診		
				無料	無料	無料	3,000円	無料	1,000円	1,000円	2,000円	マンモ	超音波	1,500円	1,500円	1,500円	500円	無料	500円
				40歳以上の男女				50歳以上の 男性	18歳以上の男女		40歳以上の 女性	20歳以上 29歳以下 の女性	20歳以上の 女性	20歳以上の 女性	40歳以上の 男女	40歳以上の 男女	18歳以上の 男女		
22	東川健康 増進センター	5月11日	金	午前 8:00 ～ 10:00	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●			
23	美川南公民館体育館	6月11日	月		●	●	●		●	●	●	●	●			●	●		
24	黒藤川公民館体育館	6月22日	金		●	●	●		●	●	●	●	●			●	●		
25	仕七川小学校体育館	7月24日	火	10:00	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●			
26	美川小学校体育館	7月27日	金		●	●	●		●	●	●	●	●			●	●		
27	美川農村環境 改善センター	8月5日	日		●	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●		
28	仕七川小学校体育館	10月16日	火	午前 9:00～ 9:30								●		●					
29	美川農村環境 改善センター	10月16日	火	午前10:30～11:00								●		●					
30	黒藤川公民館体育館	10月22日	月	午前11:00～11:30								●		●					
31	美川小学校体育館	10月22日	月	午後 2:00～ 2:30								●		●					

(柳谷地区)

会場 番号	健診会場	健診日	受付時間	基本 健診	胃レン ドゲン	結核・ 肺レン ドゲン	胸部 CT	大腸 がん	前立腺	甲状腺	腹部 超音波	乳がん		子宮 がん	骨粗し ょう症	B・C型 肝炎	歯周病 検診		
				無料	無料	無料	3,000円	無料	1,000円	1,000円	2,000円	マンモ	超音波	1,500円	1,500円	1,500円	500円	無料	500円
				40歳以上の男女					50歳以上の 男性	18歳以上の男女		40歳以上の 女性	20歳以上 39歳以下 の女性	20歳以上の 女性	20歳以上の 男女	40歳以上の 男女	18歳以上の 男女		
32	西谷健康 増進センター	5月18日	金	午前 8:00 ～ 10:00	●	●	●	●	●	●	●				●	●			
33	こかげ	5月28日	月		●	●	●	●	●	●	●	●				●	●		
34	古味集会所	7月3日	火		●	●	●		●	●	●	●				●	●		
35	中津公民館	7月13日	金		●	●	●		●	●	●	●				●	●		
36	旭体育館	10月12日	金	午前 9:00～ 9:30								●		●					
37	こかげ	10月12日	金	午前10:30～11:00								●		●					
38	西谷生活 改善センター	10月22日	月	午前 9:00～ 9:30								●		●					

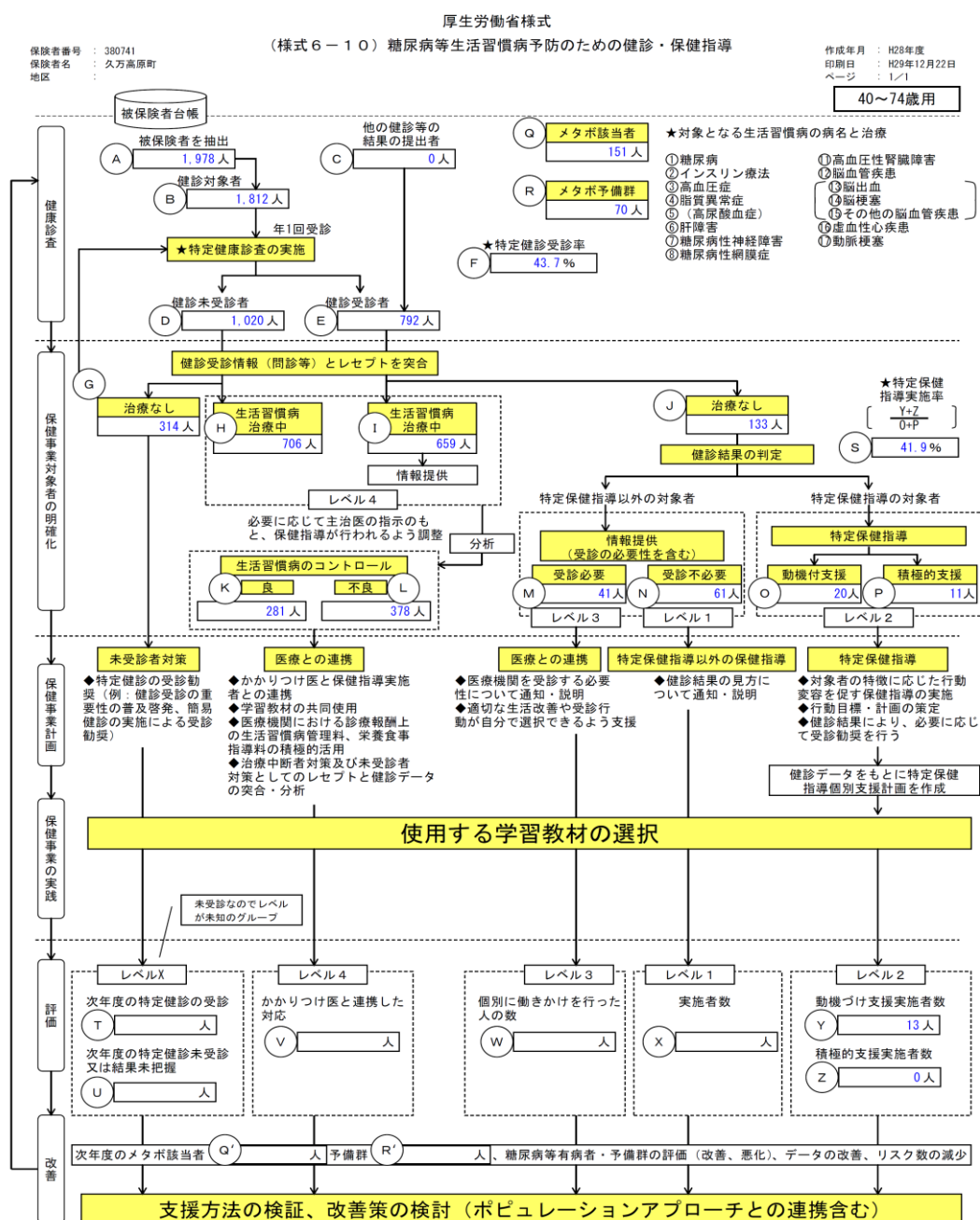
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、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

様式 6-10 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○%)	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	31 人 (4.5%)	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	41 人 (5.2%)	●HbA1c6.5 以上 ●TG300 以上 ●LDL-C160 以上 ●Ⅱ度高血圧以上 についてはそれぞれ 100%
3	L	情報提供 (生活習慣病 コントロール不良)	◆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	378 人 (47.7%)	●HbA1c8.0 以上 ●TG300 以上 ●LDL-C180 以上 ●Ⅲ度高血圧以上 についてはそれぞれ 100%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(完全未受診者、不定期受診者等タイプ別に受診勧奨通知内容をかえる。集団健診の期間に 2 回通知。受診券郵送時にも再勧奨。)	1,020 人 ※受診率目標達成までに あと 296 人	60%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	61 人 (7.8%)	80%

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 25)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール
対象者の明確化から計画・実践・評価まで



6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および久万高原町個人情報保護条例（平成 16 年 8 月 1 日条例第 11 号）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などで行い、電子・紙媒体ともに事業完了から 5 年間保存とする。

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、久万高原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

I 保健事業の方向性

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

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町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては愛媛県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m 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。

久万高原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)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

久万高原町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 26 人(22.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 374 人の中のうち、特定健診受診者が 87 人(73.7%・G)であったが、2 人(3.1%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 287 人(76.6%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 138 人中 13 人は治療中断であることが分かった。また、125 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。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より久万高原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)・・・26 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・15 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)・・・61 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

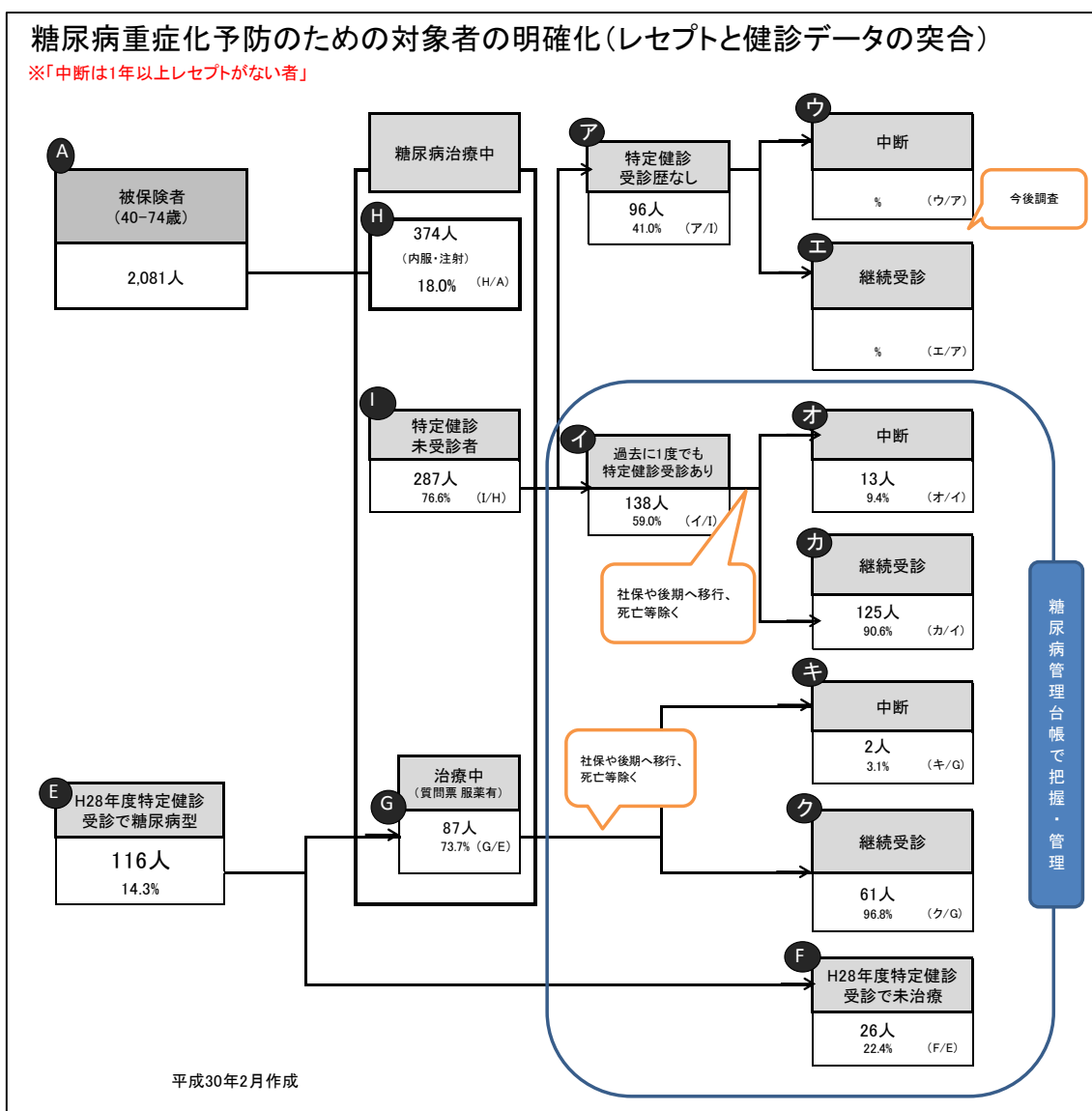
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・125 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

(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】

- (1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。また今後必要に応じて脂質等のデータについても追加記載し管理できるよう検討する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時にHbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

- (2) 資格を確認する

- (3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

- (4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

- (5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。久万高原町においては、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
インスリン非依存状態: 2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか? ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン?(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③ 血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアグリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2 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目指す。

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、事前に上浮穴郡医師会をはじめ各郡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版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。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

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/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 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。(参考資料 2)

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

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

久万高原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は増加している。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、平成 27 年度集団健診より心電図検査の全数実施を行っている。集団健診受診者 715 人のうち心電図検査実施者は 714 人(99.9%)であり、そのうち ST 所見があったのは 30 人であった(図表 30)。ST 所見あり 30 人の中のうち 14 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 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 30 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。

心電図検査結果

【図表 30】

	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	715	100.0	714	99.9	30	4.2	269	37.7	415	58.1

※集団健診受診者のみ集計

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

	ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
H28年度	30	4.2	14	46.7	11	78.6	3	21.4

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。

なお現在、個別健診では、心電図検査を全数実施していない。そのため、図表 32 に沿って対象者を抽出する必要がある。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
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		792	9 1.1%	4 0.5%	14 1.8%	765 96.6%
メタボ該当者		151 19.1%	6 4.0%	3 2.0%	9 6.0%	133 88.1%
メタボ予備群		70 8.8%	1 1.4%	0 0.0%	2 2.9%	67 95.7%
メタボなし		571 72.1%	2 0.4%	1 0.2%	3 0.5%	565 98.9%
LDL-C	140-159	75 13.1%	1 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	74 98.7%
	160-179	25 4.4%	0 0.0%	1 4.0%	0 0.0%	24 96.0%
	180-	12 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%

【参考】

Non-HDL	190-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	170-189	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
CKD	G3aA1~	148 18.7%	2 1.4%	2 1.4%	6 4.1%	138 93.2%

平成28年度特定健診法定報告値より集計
(心電図結果については、特定健診データ管理システムより抽出可能であった結果のみを集計)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

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

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

(2) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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が減少する。

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

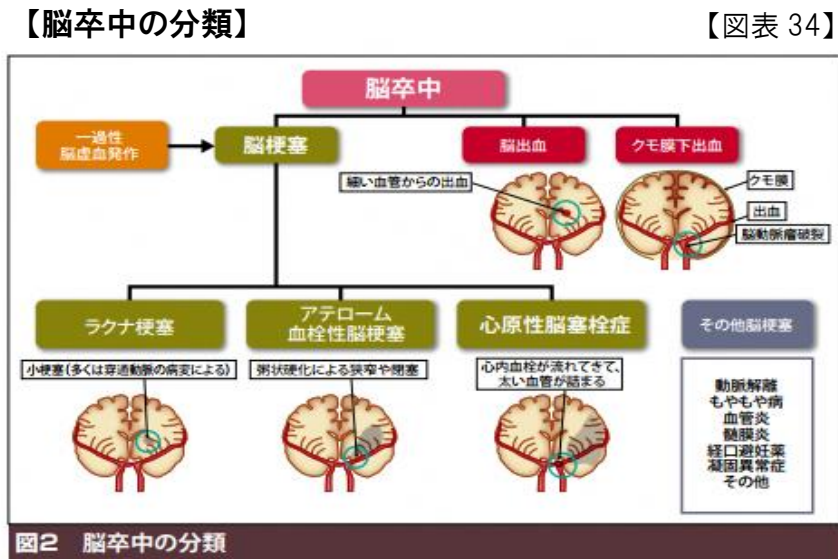
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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 34、35)



(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

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●							○	○					
	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 792人		47	5.9%	71	9.0%	14	1.8%	0	0.0%	151	19.1%	9	1.1%	21	2.7%
治療なし ※1		25	5.1%	28	4.0%	13	2.4%	0	0.0%	32	8.5%	3	0.8%	2	0.5%
治療あり ※1		22	7.3%	43	49.4%	1	0.4%	0	0.0%	119	28.5%	6	1.4%	19	4.6%
臓器障害あり ※2		1	4.0%	2	7.1%	1	7.7%	0	--	2	6.3%	3	100%	2	100%
臓 器 障 害 あ り	CKD(専門医対象)	1		1		1		0		2		3		2	
	尿蛋白(2+)以上	0		0		1		0		1		3		0	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1		1		0		0		1		0		2	
	心電図所見あり	0		1		0		0		0		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

※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 47 人(5.9%)であり、25 人は未治療者であった。また未治療者のうち 1 人(4.0%)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 22 人(7.3%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

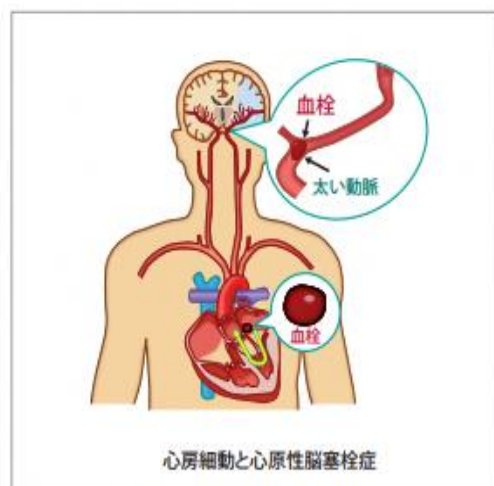
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	489	181	97	97	89	19	6
		37.0%	19.8%	19.8%	18.2%	3.9%	1.2%
リスク第1層	59	32	11	10	4	1	1
		12.1%	17.7%	11.3%	4.5%	5.3%	16.7%
リスク第2層	257	93	62	46	45	9	2
		52.6%	51.4%	63.9%	50.6%	47.4%	33.3%
リスク第3層	173	56	24	41	40	9	3
		35.4%	30.9%	24.7%	44.9%	47.4%	50.0%
再掲 (重複あり)	糖尿病	47	17	5	11	2	1
		27.2%	30.4%	20.8%	27.5%	22.2%	33.3%
慢性腎臓病 (CKD)	86	29	12	20	18	5	2
		49.7%	51.8%	50.0%	45.0%	55.6%	66.7%
3個以上の危険因子	88	24	13	23	22	4	2
		50.9%	42.9%	54.2%	55.0%	44.4%	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。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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 38 は特定健診受診者における心
房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査※	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合 計	322	392	4	1.2	2	0.5	—	—
40歳代	30	20	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	41	51	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	168	180	2	1.2	1	0.6	1.9	0.4
70歳～74歳	83	141	2	2.4	1	0.7	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にて集計

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
6	0.8	1	16.7	5	83.3

心電図検査において6人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また6人のうち5人は既に治療が開始されていたが、1人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。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を行っている。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

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

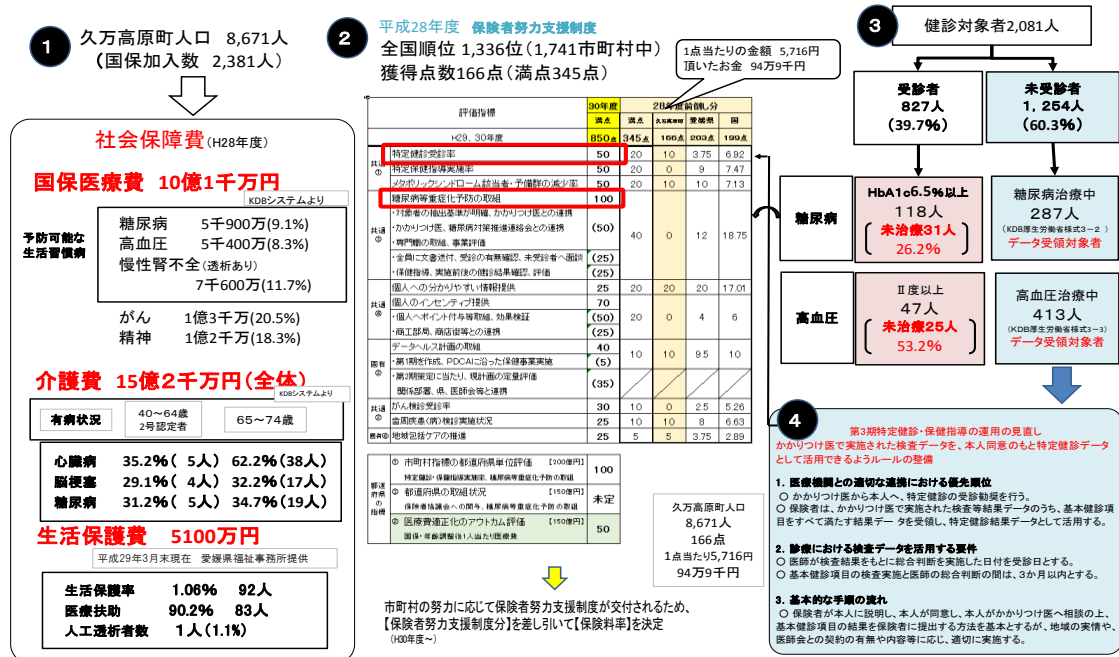
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实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】

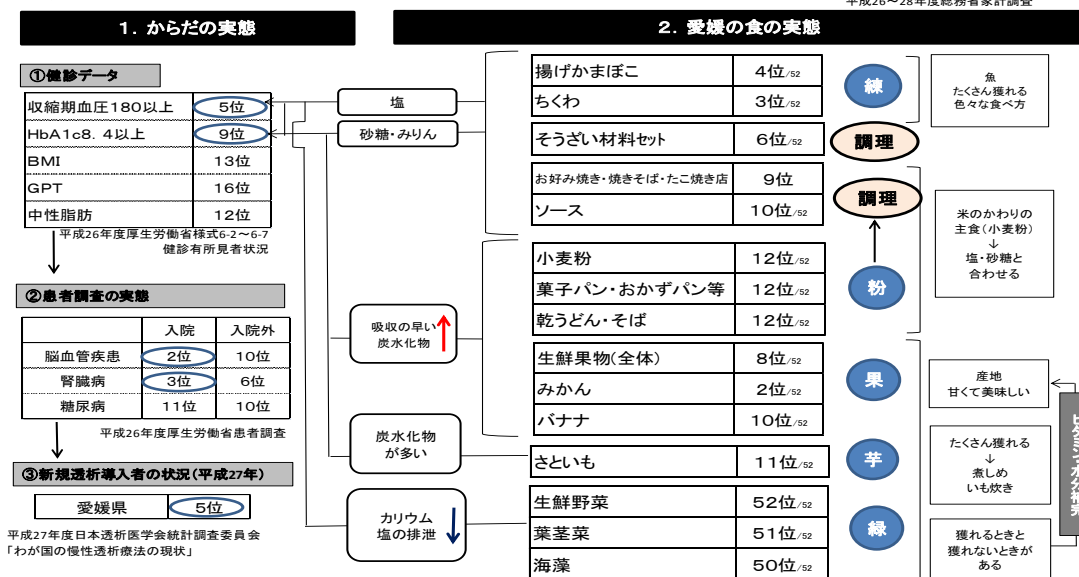
保険者努力支援制度の視点で、久万高原町の社会保障費と予防・健康管理をみる



【図表 41】

愛媛県の健診結果と生活を科学的に解明する

平成26年度経済センサス基礎調査
平成26～28年度総務省家計調査



第5章 子どもの生活習慣病予防

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症は、遺伝的な要因もあるが、共通する生活習慣がその背景にある。

大人の生活習慣は小児期の生活に大きく影響するため、乳幼児期から正しい生活習慣を身に付けさせていくことが望まれる。親が成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病発症予防につながる。

保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習する機会を得られるよう、乳幼児健診や各種保健事業を実施する。

		妊娠中	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園・保育園	学校	成人期		
子どもの成長・発達	食		離乳食 消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく																			
			すい臓の完成 すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。																			
			味覚の学習・形成 甘味・旨味は生まれた時から母乳の味覚で持っている。酸味や苦味（野菜）は本能的に嫌いな味。体験で好む味に育つ。塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。																			
			3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取 4歳で大人と同じエネルギー配分になる（糖質：たんぱく質：脂質＝60：15：25）																			
生活リズム		生活リズムをコントロールする脳 生活リズムをコントロールする脳は、4～5歳で完成 完成までに太陽のリズムに合わせて朝は起こし、夜は寝かしつけることを続ける（早寝早起）																				
	運動		全身運動の基礎 月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使った遊びを好むようになる。 体を使う体験が少ないと、体を使う遊びを好まなくなる。																			
親が学習する機会	妊婦健診																					
	妊婦歯科検診																					
	妊婦教室																					
	ババママ教室		もくもくごっこ教室（離乳食教室）														かむかむ教室（食と歯の教室）		食育教室	親子歯みがき教室	小児生活習慣病検診（小4・中1）	
		家庭訪問																				
		身長・体重の伸び（成長）と体格（身長と体重のバランス）をみていく																				

第6章 地域包括ケアに係る取組

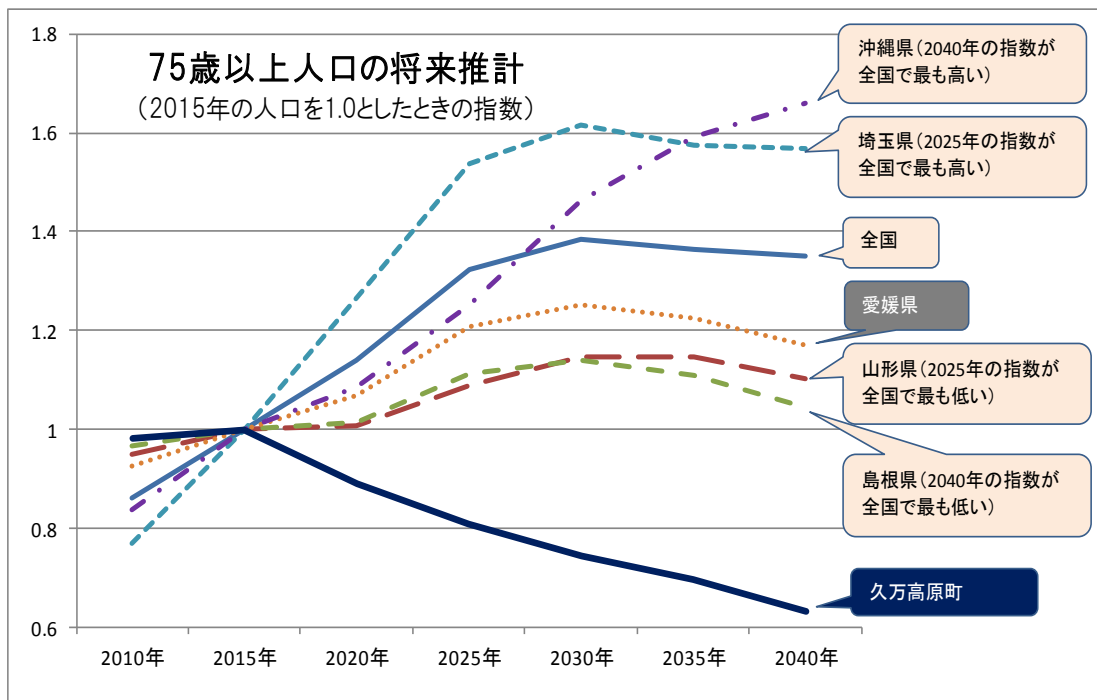
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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 K D B ・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。

本県は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2030 年が 1.25 でピークに達し以降減少すると推計されている。（図表 42）

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。

【図表 42】



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

愛媛県の75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0とした時の指数で2030年が1.25でピークに達し以降減少、久万高原町は減少の一途をたどり2040年には0.63になると推計されている。(図表42)

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つながる。

第7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】

データヘルス計画の目標管理一覽表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値		最終評価値		現状値の把握方法			
				H28	H29	H30	H31	H32	H33		H34	H35	
特定保健計画	・一人当たり医療費が、同規模平均と比べてかなり高額である。 ・入院件数は全体の4%ほどにもかかわらず、費用額は約半分を占める。 ・高額レセプトでは、脳血管疾患・心疾患が多く、また生活習慣病で治療している方の割合でみると、虚血性心疾患が多い。 ・全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。	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 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	43.8%	44.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)	
		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1.16%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.68%減少 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少2.42%	3.73%			3.15%				2.57%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.68%減少	2.18%			1.84%				1.50%		
データヘルス計画			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少2.42%	7.80%			6.59%				5.38%	KDBシステム	
短期	・がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 50%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	13.6%	18.8%	24.0%	29.2%	34.4%	39.6%	44.8%	50.0%		愛媛県生活習慣病予防協議会集計
			肺がん検診 50%以上	31.0%	33.7%	36.4%	39.1%	41.8%	44.5%	47.2%	50.0%		
			大腸がん検診 50%以上	26.9%	30.2%	33.5%	36.8%	40.1%	43.4%	46.7%	50.0%		
保険者努力支援制度	・健康ポイントの取組み実施 ・数量シェアH28年度66.3%	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	子宮頸がん検診 50%以上	20.9%	25.1%	29.3%	33.5%	37.7%	41.9%	46.1%	50.0%	町保健福祉課 (保健推進班)	
			乳がん検診 50%以上	24.2%	27.9%	31.6%	35.3%	39.0%	42.7%	46.4%	50.0%		
			健康ポイントの取組みを行う実施者の割合25%以上 (血糖値改善への参加者割合)	12.5%	15.0%	16.7%	18.4%	20.1%	21.8%	23.5%	25.0%		
			後発医薬品の使用割合80%以上	66.3%	68.0%	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%	厚生労働省公表結果	

第8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、町ホームページ等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

庁内等での利用など各場面において、保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう、個人情報の保護に関する法律および久万高原町個人情報保護条例（平成16年8月1日条例第11号）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久万高原町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた久万高原町の位置

【参考資料 1】

項目				H25		H28		H28		H28		国		データ元 (CSV)	
				久万高原町		久万高原町		同規模平均		県					
				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	9,590		9,590		1,815,204		1,412,057		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況	
			65歳以上（高齢化率）	4,322	45.1	4,322	45.1	575,561	31.7	377,802	26.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			75歳以上	2,698	28.1	2,698	28.1			200,272	14.2	13,989,864	11.2		
			65～74歳	1,624	16.9	1,624	16.9			177,530	12.6	15,030,902	12.0		
			40～64歳	2,955	30.8	2,955	30.8			481,791	34.1	42,411,922	34.0		
		39歳以下	2,313	24.1	2,313	24.1			552,464	39.1	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	27.1		27.1		18.4		8.3		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			第2次産業	15.4		15.4		25.5		24.5		25.2			
			第3次産業	57.5		57.5		56.1		67.2		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.1		79.1		79.4		79.1		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	86.6		86.6		86.4		86.5		86.4			
	④	健康寿命	男性	64.7		64.7		65.2		64.8		65.2			
			女性	66.5		66.5		66.7		66.8		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	103.4		100.9		104.8		101.4		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				97.8		97.6		100.8		98.3		100			
			がん	33	34.7	42	42.0	6,817	45.1	4,526	44.5	367,905	49.6		
			心臓病	43	45.3	37	37.0	4,392	29.1	3,331	32.7	196,768	26.5		
			脳疾患	12	12.6	12	12.0	2,661	17.6	1,494	14.7	114,122	15.4		
			糖尿病	2	2.1	0	0.0	274	1.8	177	1.7	13,658	1.8		
			腎不全	2	2.1	4	4.0	548	3.6	363	3.6	24,763	3.3		
		自殺	3	3.2	5	5.0	409	2.7	284	2.8	24,294	3.3			
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満） 65歳未満人口に対する割合	合計	15	0.28	12	0.27			1,677	0.18	139,644	0.15	（死亡数）H28厚労省HP 人口動態調査/H25愛媛 県保健統計年報 （人口）国勢調査H22、 25	
			男性	9	0.33	9	0.39			1,116	0.24	91,123	0.20		
			女性	6	0.23	3	0.14			561	0.12	45,821	0.10		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	1,023	24.0	1,035	24.4	114,707	20.1	90,837	23.9	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	23	0.3	7	0.3	1,910	0.3	1,353	0.3	105,654	0.3	
2号認定者				19	0.8	18	0.6	2,325	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4		
②		有病状況	糖尿病	246	24.1	274	26.7	25,164	21.2	22,683	24.0	1,343,240	21.9		
			高血圧症	654	63.5	682	63.5	64,630	54.6	51,089	54.3	3,085,109	50.5		
			脂質異常症	425	41.4	454	44.0	31,788	26.7	33,827	35.9	1,733,323	28.2		
			心臓病	769	74.5	771	72.8	73,217	61.9	58,804	62.6	3,511,354	57.5		
			脳疾患	449	43.5	418	39.5	33,089	28.2	28,016	30.1	1,530,506	25.3		
			がん	105	9.3	109	10.0	11,629	9.7	10,077	10.5	629,053	10.1		
			筋・骨格	717	68.2	746	68.8	63,583	53.7	54,397	57.9	3,051,816	49.9		
		精神	448	41.6	491	45.9	43,915	37.0	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）	73,450		68,326		70,593		58,101		58,349			
			居宅サービス	41,868		40,093		40,986		41,454		39,683			
	施設サービス		297,726		282,124		275,281		281,013		281,115				
④	医療費等	要介護認定別	8,445		8,714		8,458		7,610		7,980				
		医療費（40歳以上）	4,064		4,132		4,123		3,843		3,822				
4	①	国保の状況	被保険者数	2,764		2,405		493,770		345,255		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			65～74歳	1,145	41.4	1,105	45.9			153,125	44.4	12,462,053	38.2		
			40～64歳	1,073	38.8	873	36.3			113,367	32.8	10,946,693	33.6		
		39歳以下	546	19.8	427	17.8			78,763	22.8	9,178,477	28.2			
		加入率	28.8		25.1		27.8		24.5		26.9				
	②	医療の概況 （人口千対）	病院数	1	0.4	1	0.4	144	0.3	143	0.4	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
			診療所数	11	4.0	11	4.6	1,108	2.2	1,247	3.6	96,727	3.0		
			病床数	77	27.9	77	32.0	15,468	31.3	22,579	65.4	1,524,378	46.8		
			医師数	11	4.0	16	6.7	1,575	3.2	3,679	10.7	299,792	9.2		
			外来患者数	814.0		765.1		658.5		724.7		668.3			
		入院患者数	33.7		30.5		22.6		23.9		18.2				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	35,019	県内1位 同規模3位	34,317	県内1位 同規模5位	26,418		27,950		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			受診率	847,683		795,668		681,134		748,511		686,501			
費用の割合			55.8		54.4		56.6		57.0		60.1				
外来 件数の割合			96.0		96.2		96.7		96.8		97.4				
費用の割合			44.2		45.6		43.4		43.0		39.9				
入院 件数の割合			4.0		3.8		3.3		3.2		2.6				
	1件あたり在院日数	18.2日		18.2日		16.3日		16.8日		15.6日					
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調別含む）	がん	96,646,850	13.2	133,554,080	20.5	24.1		24.1		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
		慢性腎不全（透析あり）	106,626,370	14.6	75,861,600	11.7	9.1		9.6		9.7				
		糖尿病	69,818,260	9.6	58,958,660	9.1	10.2		9.3		9.7				
		高血圧症	81,737,910	11.2	53,909,880	8.3	9.2		7.9		8.6				
		精神	136,812,220	18.7	119,351,550	18.3	17.5		19.0		16.9				
		筋・骨格	108,390,080	14.8	106,592,220	16.4	16.1		16.1		15.2				

4

⑤

費用額
(1件あたり)

県内順位
順位総数22

入院の（ ）内
は在院日数

入院

糖尿病
高血圧
脂質異常症
脳血管疾患
心疾患
腎不全
精神
悪性新生物

40,651
31,873
27,600
34,925
41,462
186,987
27,233
43,763

1位
3位
11位
7位
13位
6位
16位
20位

37,503
31,410
26,932
36,616
43,245
195,035
26,142
46,487

6位
3位
12位
7位
8位
2位
19位
17位

2,016
1,788
2,065

KDB No.3
健診・医療・介護
データからみる地
域

外来

糖尿病
高血圧
脂質異常症
脳血管疾患
心疾患
腎不全
精神
悪性新生物

40,651
31,873
27,600
34,925
41,462
186,987
27,233
43,763

1位
3位
11位
7位
13位
6位
16位
20位

37,503
31,410
26,932
36,616
43,245
195,035
26,142
46,487

6位
3位
12位
7位
8位
2位
19位
17位

2,016
1,788
2,065

KDB No.3
健診・医療・介護
データからみる地
域

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
一人当たり

5,444
11,345
11,925
24,854

4,893
14,072
11,515
33,114

2,016
13,026
5,832
37,681

1,788
14,254
4,747
37,850

2,065
12,683
5,940
36,479

KDB No.3
健診・医療・介護
データからみる地
域

⑦

健診・レセ
実合

受診勧奨率

医療機関受診率

医療機関非受診率

484
446
38

52.9
48.7
4.2

442
417
25

55.8
52.7
3.2

805,458
750,763
54,695

56.0
52.2
3.8

42,009
38,886
3,123

57.1
52.8
4.2

4,116,530
3,799,744
316,786

55.9
51.6
4.3

KDB No.1
地域全体像の把握

①

健診受診者

915

792

1,438,680

73,624

7,362,845

②

受診率

44.0

県内4位
同規模99位

43.5

県内4位
同規模120位

34.6

29.4

全国40位

34.0

③

特定保健指導終了者（実施率）

31

34.1

30

30.6

8036

41.1

2,869

28.8

35,557

4.1

④

非肥満高血糖

137

15.0

130

16.4

123,796

8.6

8,298

11.3

687,157

9.3

⑤

特定健診の
状況

メタボ

該当者

166

18.1

151

19.1

252,024

17.5

12,083

16.4

1,272,714

17.3

男性

104

25.9

95

26.0

171,126

29.2

8,258

26.5

875,805

27.5

女性

62

12.1

56

13.1

80,898

9.5

3,825

9.0

396,909

9.5

予備群

77

8.4

70

8.8

151,847

10.6

7,886

10.7

790,096

10.7

男性

59

14.7

47

12.8

102,838

17.5

5,401

17.3

548,609

17.2

女性

18

3.5

23

5.4

49,009

5.7

2,485

5.9

241,487

5.8

⑥

県内順位

メタボ

該当者

166

18.1

151

19.1

252,024

17.5

12,083

16.4

1,272,714

17.3

男性

104

25.9

95

26.0

171,126

29.2

8,258

26.5

875,805

27.5

女性

62

12.1

56

13.1

80,898

9.5

3,825

9.0

396,909

9.5

予備群

77

8.4

70

8.8

151,847

10.6

7,886

10.7

790,096

10.7

男性

59

14.7

47

12.8

102,838

17.5

5,401

17.3

548,609

17.2

女性

18

3.5

23

5.4

49,009

5.7

2,485

5.9

241,487

5.8

⑦

順位総数22

メタボ

該当者

166

18.1

151

19.1

252,024

17.5

12,083

16.4

1,272,714

17.3

男性

104

25.9

95

26.0

171,126

29.2

8,258

26.5

875,805

27.5

女性

62

12.1

56

13.1

80,898

9.5

3,825

9.0

396,909

9.5

予備群

77

8.4

70

8.8

151,847

10.6

7,886

10.7

790,096

10.7

男性

59

14.7

47

12.8

102,838

17.5

5,401

17.3

548,609

17.2

女性

18

3.5

23

5.4

49,009

5.7

2,485

5.9

241,487

5.8

⑧

メタボ該当・予備群
レベル

BMI

総数

261

28.5

234

29.5

452,443

31.4

22,305

30.3

2,320,533

31.5

男性

179

44.5

153

41.8

305,611

52.1

15,230

48.9

1,597,371

50.1

女性

82

16.0

81

19.0

146,832

17.2

7,075

16.7

723,162

17.3

⑨

総数

64

7.0

54

6.8

64,594

4.5

3,661

5.0

346,181

4.7

⑩

男性

9

2.2

10

2.7

9,262

1.6

576

1.8

55,640

1.7

⑪

女性

55

10.7

44

10.3

55,332

6.5

3,085

7.3

290,721

7.0

⑫

血糖のみ

5

0.5

7

0.9

8,451

0.6

514

0.7

48,685

0.7

⑬

血圧のみ

55

6.0

45

5.7

105,265

7.3

5,670

7.7

546,667

7.4

⑭

脂質のみ

17

1.9

18

2.3

38,131

2.7

1,702

2.3

194,744

2.6

⑮

血糖・血圧

17

1.9

21

2.7

36,323

2.5

1,924

2.6

196,978

2.7

⑯

血糖・脂質

10

1.1

13

1.6

13,230

0.9

674

0.9

69,975

1.0

⑰

血圧・脂質

77

8.4

56

7.1

125,302

8.7

5,890

8.0

619,684

8.4

⑱

血糖・血圧・脂質

62

6.8

61

7.7

77,169

5.4

3,595

4.9

386,077

5.2

①

服薬

高血圧

370

40.4

303

38.3

492,410

34.3

23,291

31.6

2,479,216

33.7

糖尿病

84

9.2

87

11.0

109,557

7.6

4,528

6.2

551,051

7.5

脂質異常症

291

31.8

248

31.3

354,120

24.6

16,954

23.0

1,738,149

23.6

②

既往歴

脳卒中（脳出血・脳梗塞等）

47

5.1

28

3.5

48,375

3.5

2,366

3.2

230,777

3.3

心臓病（狭心症・心筋梗塞等）

84

9.2

64

8.1

79,193

5.7

4,588

6.3

391,296

5.5

腎不全

6

0.7

10

1.3

6,406

0.5

993

1.4

37,041

0.5

貧血

211

23.1

137

17.3

150,838

11.0

11,689

16.0

710,650

10.1

③

喫煙

107

11.7

122

15.4

203,662

14.2

8,453

11.5

1,048,171

14.2

④

週3回以上朝食を抜く

0

0.0

42

6.2

127,945

10.5

3,685

7.3

540,374

8.5

⑤

週3回以上食後朝食

0

0.0

136

20.0

151,285

12.6

7,958

15.7

743,581

11.8

⑥

週3回以上就寝前夕食

1

8.3

109

16.0

193,341

16.1

7,253

14.3

983,474

15.4

⑦

食べる速度が速い

2

16.7

206

30.2

308,436

25.7

14,293

28.2

1,636,988

25.9

⑧

20歳時体重から10kg以上増加

3

25.0

250

36.7

395,018

32.4

16,412

32.4

2,047,756

32.1

⑨

1回30分以上運動習慣なし

6

50.0

440

64.6

683,242

55.9

28,174

55.7

3,761,302

58.7

⑩

1日1時間以上運動なし

6

50.0

175

25.7

562,065

46.9

17,540

34.7

2,991,854

46.9

⑪

睡眠不足

2

16.7

167

24.5

304,799

25.0

14,108

27.9

1,584,002

25.0

⑫

毎日飲酒

3

25.0

140

20.6

326,837

25.1

11,636

23.0

1,760,104

25.6

⑬

時々飲酒

2

16.7

159

23.3

305,126

23.5

10,400

20.5

1,514,321

22.0

⑭

一日飲酒
量

1合未満

8

80.0

510

75.2

650,879

64.9

34,245

71.0

3,118,433

64.1

1～2合

1

10.0

129

19.0

231,678

23.1

10,124

21.0

1,158,318

23.8

2～3合

1

10.0

28

4.1

91,671

9.1

3,039

6.3

452,785

9.3

3合以上

0

0.0

11

1.6

28,607

2.9

799

1.7

132,608

2.7

6

生活習慣の
状況

週3回以上朝食を抜く

0

0.0

42

6.2

127,945

10.5

3,685

7.3

540,374

8.5

週3回以上食後朝食

0

0.0

136

20.0

151,285

12.6

7,958

15.7

743,581

11.8

週3回以上就寝前夕食

1

8.3

109

16.0

193,341

16.1

7,253

14.3

983,474

15.4

食べる速度が速い

2

16.7

206

30.2

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

3

25.0

250

36.7

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

6

50.0

440

64.6

683,242

55.9

28,174

55.7

3,761,302

58.7

1日1時間以上運動なし

6

50.0

175

25.7

562,065

46.9

17,540

34.7

2,991,854

46.9

睡眠不足

2

16.7

167

24.5

304,799

25.0

14,108

27.9

1,584,002

25.0

毎日飲酒

3

25.0

140

20.6

326,837

25.1

11,636

23.0

1,760,104

25.6

時々飲酒

2

16.7

159

23.3

305,126

23.5

10,400

20.5

1,514,321

22.0

一日飲酒
量

1合未満

8

80.0

510

75.2

650,879

64.9

34,245

71.0

3,118,433

64.1

1～2合

1

10.0

129

19.0

231,678

23.1

10,124

21.0

1,158,318

23.8

2～3合

1

10.0

28

4.1

91,671

9.1

3,039

6.3

452,785

9.3

3合以上

0

0.0

11

1.6

28,607

2.9

799

1.7

132,608

2.7

KDB No.3
健診・医療・介護
データからみる地
域

KDB No.1
地域全体像の把握

KDB No.3
健診・医療・介護
データからみる地
域の健康課題

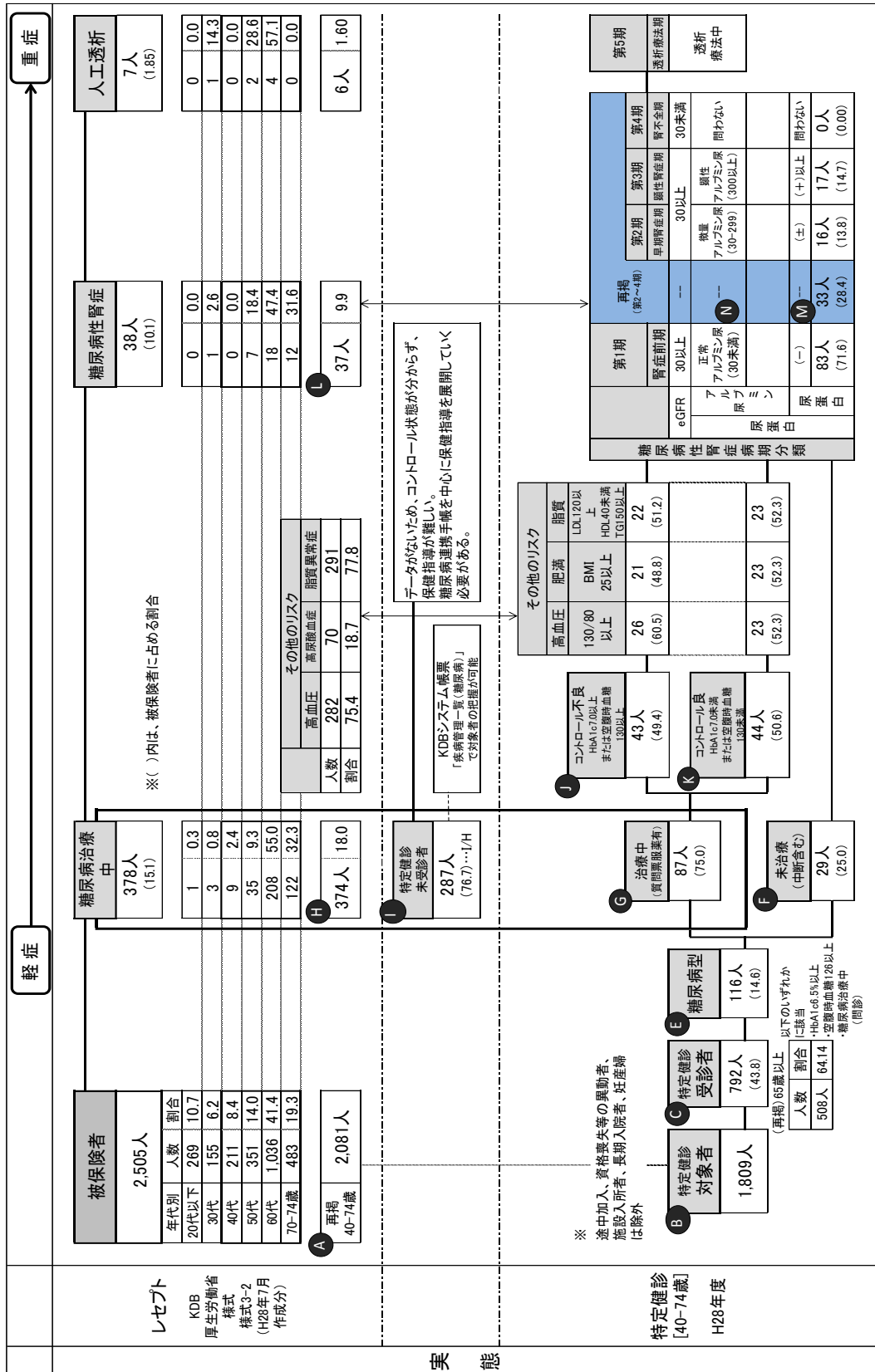
KDB No.1
地域全体像の把握

KDB No.1
地域全体像の把握

KDB No.1
地域全体像の把握

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

都道府県名	愛媛県	市町村名	久万高原町	同規模区分	9
-------	-----	------	-------	-------	---



【参考資料 2】

【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画			H	年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握					地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握 <						

【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 9

都道
府県 38

市町村名

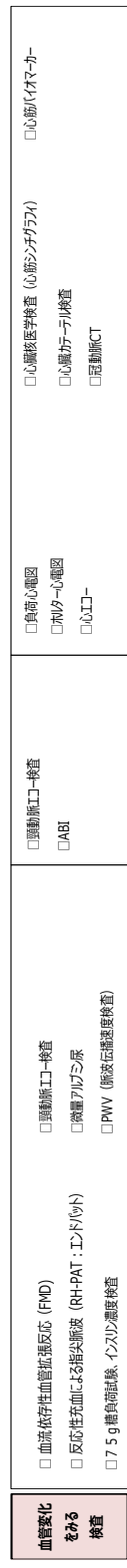
久万高原町

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238				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	2,505人								KDB,厚生労働省 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳		2,081人										
2	①	対象者数	B	1,809人								市町村国保 特定健康診査 ・特定保健指導 状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	C	792人										
	③	受診率		43.8%										
3	①	特定 保健指導 対象者数		83人										
	②	実施率		51.8%										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	116人	14.6%						特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	29人	25.0%								
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	87人	75.0%								
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または 空腹時血糖130以上	J	43人	49.4%								
	⑤				血圧 130/80以上	26人	60.5%							
	⑥				肥満 BMI25以上	21人	48.8%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ 空腹時血糖130未満	K	44人	50.6%								
	⑧		第1期 尿蛋白(－) 第2期 尿蛋白(±) 第3期 尿蛋白(＋)以上 第4期 eGFR30未満	M	83人	71.6%								
	⑨				16人	13.8%								
	⑩				17人	14.7%								
	⑪	0人			0.0%									
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		150.9人							KDB,厚生労働省 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		179.7人									
	③		レセプト件数 (40-74歳) 【1000人当たり】	入院外(件数)	1,826件	(923.2)					1,227件	(771.8)	KDB,疾病別 医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院(件数)	13件	(6.6)					9件	(5.4)			
	⑤		糖尿病治療中	H	378人	15.1%							KDB,厚生労働省 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		374人	18.0%								
	⑦		健診未受診者	I	287人	76.7%								
	⑧		インスリン治療	O	26人	6.9%								
	⑨		(再掲)40-74歳		26人	7.0%								
	⑩		糖尿病性腎症	L	38人	10.1%								
	⑪		(再掲)40-74歳		37人	9.9%								
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		7人	1.85%								
	⑬		(再掲)40-74歳		6人	1.60%								
	⑭		新規透析患者数		1人	0.26%								KDB,厚生労働省 様式2-2
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.00%								
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	0.4%							KDB,厚生労働省 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	①	医療費	総医療費		10億1408万円					6億7140万円		KDB 健診・医療・介護 データからみる 地域の健康課題		
	②		生活習慣病総医療費		6億5049万円					3億8059万円				
	③		(総医療費に占める割合)		64.1%					56.7%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		11,515円					7,719円			
	⑤			健診未受診者		33,114円					34,410円			
	⑥		糖尿病医療費		5896万円					3883万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.1%					10.2%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億9273万円									
	⑨		1件あたり		37,503円									
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億3135万円									
	⑪		1件あたり		566,167円									
	⑫		在院日数		18日									
	⑬		慢性腎不全医療費		7908万円					3707万円				
	⑭		透析有り		7586万円					3467万円				
	⑮	透析なし		322万円					240万円					
7	①	介護	介護給付費		15億1998万円					7億5091万円		要介護者等認定状況 KDB,健診・医療・介護 データからみる 地域の健康課題		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		3件	33.3%								
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%				1人	1.0%			

炎症予防

重症化予防（早期発見）

血管变化 (血管内皮细胞损害)



【参考文献】
血性心疾患の

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
						過去5年間のうち直近						血圧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	メタボ判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
										治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																</

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

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

①平成30年度にむけての全体的な評価（平成29年度実践・評価）

*H29数値はH30.2.23現在

課題・目標	① やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	② アウトプット (事業実施量)	③ アウトカム (結果)	④ ストラテジャー (構造)	⑤ 残っている課題
【課題】 ＜受診率向上対策＞ ・受診率が低い ・未受診者動向を効果的に実施する必要性 ・未受診者動向の対象者の検討 ・町内医療機関の協力による集団健診の動向 ＜重症化予防対策＞ ○特定保健指導 ・実施率が低い ・個別健診受診の対象者のフォロー体制が不十分 ・積極的支援の実施率が低い ○糖尿病重症化予防 ・対象者・方法等の検討 ・糖尿病管理台帳の整理 ・プログラム実施体制の確立 ・評価指標の検討	＜特定健診受診率向上対策＞ ○若年層からの健診受診行動の習慣化確立のため、健診の目的を正し周知し、託児健診や受診できるがん検診も含めてセット健診を推進。休日健診も計画実施。託児健診も10組程度申込あり、39歳以下の受診者は100名前後で推移している。 ○申込制をとっているが、当日の飛び込みも受け入れられている。 ○被用者保険被扶養者の集団健診の受け入れ、40～50名の受診あり、(H27から実施) ○町内の医療機関に集団健診受診を勧奨してもらうように協力を求め、(H27から実施) ・困窮である。積極的に動めてくれる協力的な医療機関もあるが、全てではない。 ○最後の集団健診の前に、託児健診の案内も含めた内容でチラシを全戸に配布し、受診勧奨を行った。 ○健診のたびに防災行政無線等を利用して受診勧奨を実施。 ○今年度は集団健診終了後未受診者に対して受診券を送付し、町内医療機関の紹介をもとに受診勧奨を実施。昨年度は最後の集団健診に間に合うタイミングで未受診者に受診券を送付し、受診勧奨を実施したことが、申込のない方の受診につながったケースがあり、受診勧奨のタイミングや手段は今後の検討事項である。 平成30年度は、不定期受診者や完全未受診者など対象者の特性に合わせた受診勧奨を実施する方向で検討している。	＜特定健診受診率向上対策＞ ○未受診者への受診勧奨状況 ○受診勧奨者の受診行動の状況 ○特定健診受診率 ＜重症化予防対策＞ ○特定保健指導の実施状況 ・脱落者数 ・脱落者数 ○重症化予防プログラム事業の実施状況 ・受診勧奨実施率 ・医療機関受診率 ・保健・栄養指導実施人数 ・かかりつけ医との連携数 ＜医療機関との連携＞ ○個々の医療機関との連携状況 ・特定健診の受診勧奨の協力を依頼した医療機関数 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の説明・協力を依頼した医療機関数 ・精神受診票や保健指導指示書の返信状況 ・保健センターへの指導指示のあった件数 ・糖尿病連携手帳でのやりとり状況	＜特定健診受診率向上対策＞ H25 H26 H27 H28 H29 44.0% 45.0% 44.4% 43.7% 44.0% ○39歳以下の若年層の受診行動 H25 H26 H27 H28 H29 90人 92人 97人 95人 ＜特定保健指導実施率向上対策＞ H25 H26 H27 H28 H29 34.1% 28.2% 32.7% 43.9% ● ＜重症化予防対策＞ ○特定保健指導終了者の翌年の特定健診結果の改善状況 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムの沿った保健指導実施率 ○血圧・血糖・脂質の3つのリスクの重なりを減少する取り組み ①・中性脂肪改善率(H27→H28) ・男性4名・女性9名の13名が参加 ・参加者の次年年度の健診結果の改善状況 ②・インスリン節約教室の実施状況 ・男性6名・女性9名の15名が参加 ・参加者の次年年度の健診結果の改善状況 ○HbA1cの改善率(H27→H28) 80%以上→8.0%未満 12人→2人(16.7%) 70%以上→7.0%未満 52人→12人(23.1%) 6.5～6.9→6.5未満 51人→10人(19.6%) ○未治療者の推移 HbA1c6.5以上未治療者数 H25 H26 H27 H28 H29 26人 28人 35人 30人 ●人 ○メタボ予備群減少率 H24-25 H25-26 H26-27 H27-28 19.5% 15.2% 19.2% 22.9% ○メタボ該当者減少率 H24-25 H25-26 H26-27 H27-28 18.3% 22.0% 18.1% 14.4% ○国保人工透析医療費の推移 H25 H26 H27 H28 H29 91,416,840円 92,145,080円 75,589,320円 66,208,640円 ○国保新規糖尿病性腎症透析者数推移 H25 H26 H27 H28 H29 3人 0人 0人 1人 1人 ＜医療機関との連携＞ ○個々の医療機関との連携状況 ・特定健診や病性腎症重症化予防プログラムにおいて保健指導の依頼状況 ・速やかな対象者の受診状況確認 ・指示書の返信状況 ・糖尿病連携手帳でのやりとり状況	○特定保健指導については、動機付け支援対象者は地区担当が、積極的支援対象者は事業担当で対応した。積極的の初回面接に地区担当と同伴することによって受け入れに繋がったケースがあった。訪問により直接対面するようになった。地区によっても対象者数に偏りがないように配慮した。 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国保版)がH29年度途中からスタートしたが、事前に班内でプログラムの説明会を実施し対応したが、スムーズに流れなかったように感じている、再度本町としての取組みについて共通認識の基実施できるように取り組む必要がある。 ○糖尿病連携手帳での医療機関との連携が不十分。 ○医療機関通院中のコントロール不良の方への対応が不十分である。 ○マンパワーが不足している。	

様式 1

表2

②平成29年度の実践評価を踏まえ、平成30年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

評価(良くなったところ)				
①やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
平成30年度 課題・目標 【課題】 <受診率向上対策> ・受診率が低い ・未受診者勧奨を効果的に実施する必要性 ・未受診者勧奨の対象者の検討 ・町内医療機関の協力による集団健診の勧奨 <重症化予防対策> ・特定保健指導 ・実施率に変動がある ・個別健診受診の対象者へのフォロー体制が不十分 ・積極的支援の実施率が低い ・糖尿病重症化予防 ・対象者・方法等の検討 ・糖尿病管理台帳の整理 ・プログラム実施体制の確立 ・評価指標の検討 <医療機関との連携> ・集団健診終了後の町内医療機関での個別健診実施の推進 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの理解とプログラム推進のための円滑なやりとりができるよう、主治医・医療機関とのつながりを図る 【目標】 ○特定健診受診率：目標60% ○特定保健指導実施率：目標60% ○積極的支援の実施者を増加させる ○健診受診者の健診結果の改善(血圧・血糖・脂質の3つのリスクの重なり割合を減少させる) ○糖尿病の重症化を予防し新規発症導入者を減らす ○医療費の伸びを抑える	①やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス) <特定健診受診率向上対策> ○若年層からの健診受診行動の習慣化確立のため、健診の目的を正しく周知し、託児健診や受診できるがん検診も含めてセット健診を推進、休日健診も計画実施。託児健診も定員10組以上の申込あり。39歳以下の受診者は100名前後で推移している。 ○最後の集団健診の前に、託児健診の案内も含めた内容でチラシを全戸に配布し、受診勧奨を行った。 ○被用者保険被扶養者の集団健診の受け入れ。40～50名の受診あり。(H27から実施) ○町内の医療機関に集団健診受診を勧奨してもらうように協力を求めている。積極的に勧めてくれる協力的な医療機関もある。 ○健診のために防災行政無線等を利用して受診勧奨を実施。 ○今年度は集団健診終了後未受診者に対して受診券を送付し、町内医療機関の紹介をして受診勧奨を実施。昨年度は最後の集団健診に間に合うタイミングで未受診者に受診券を送付し、受診勧奨を実施したが、申込のない方の受診につながったケースがあり、受診勧奨のタイミングや手段は今後の検討事項である。 ↓ *平成30年度は、不定期受診者や完全未受診者など対象者の特性に応じた受診勧奨を実施する方向で検討している。 *チラシの効果検証ができていない。 <重症化予防対策> 1.糖尿病性腎症重症化予防 ○9月中旬に郡内医療機関(7医療機関)へプログラムの主旨を説明、協力依頼。 ①各健診機関から特定健診の結果が返ってくるタイミングで対象者を抽出(HbA1c6.5%以上かつ医療機関未受診者)。 ②対象者のレセプトを確認(医療機関でHbA1c等検査している者は経過観察中とみなし、除外) ③医療機関への説明終了後、対象者を訪問し、受診勧奨と糖尿病連携手帳の説明を行う。 ④医療機関で実施されたアルブミン尿検査の結果と本人の意向をもとに対象者の再評価を行い、改めて保健指導への参加勧奨を行うとともに、医療機関に指示書記入を依頼。 ⑥指示書に基づく保健指導の実施。 2.高血糖・脂質異常の重症化予防 ・特定保健指導対象者には特定保健指導を実施する。 ・TG300以上は面談による保健指導実施。 ・TG150以上対象の中性脂肪増速講座実施。 ・HbA1c6.0以上対象のインスリン節約教室実施。 <医療機関との連携> ・郡内医療機関に outgoing 特定健診受診勧奨協力依頼を行った。 ・郡内7医療機関に糖尿病性腎症重症化予防プログラム協力を依頼できた。実際に指示書を依頼した医療機関からは返信があった。	<特定健診受診率向上対策> ○集団健診未受診者への受診勧奨状況…1098件 ○受診勧奨者の受診行動の状況 ○特定健診受診率…44.0%(H30.2.27時点) ○若年層の受診者数…89人 <重症化予防対策> 1.糖尿病性腎症重症化予防 ○H29年12月までの健診結果にて ○糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨対象者12名 - うち、結果説明・受診勧奨12 - うち、医療機関受診7 - うち、手帳配布8 - うち、指示書記入2 - うち、栄養指導実施2 (連携手帳で医療機関とやりとり中) 2.特定保健指導対象者 ○H29年10月までの集団健診結果にて ・積極的支援対象者 31名 - うち特保実施者 8名 - うち脱落者 3名 ・動機付け支援対象者47名 - うち特保実施者 31名 <医療機関との連携> ・特定健診受診勧奨協力依頼 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの説明7医療機関	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題 <特定健診受診率向上対策> 平成30年度は、不定期受診者や完全未受診者など対象者の特性に応じた受診勧奨を実施する方向で検討している。受診勧奨のタイミングについても検討が必要。 受診勧奨後の受診行動が未確認で、効果検証ができていないため検証が必要。 <重症化予防対策> 1.糖尿病性腎症重症化予防 ○一人ひとりのレセプト確認が必要であり、糖尿病管理台帳の作成がなかなか困難であった。毎年コソコソ作業を行っていくことが大切。 ○プログラムの開始が9月以降となり、今年度は未受診者の受診勧奨を中心に取り組んだ。健診結果により、抽出した対象者のレセプト確認を行うと糖尿病と診断されており、定期的に血液検査を行い、経緯中であった者がいた。その対象者から除外したことで、対象者及び実施者数が減少した。今後も健診結果から対象者となった者、一人ひとりのレセプト確認を行うこと。 - また、次年度は治療中断者や通院中でもコントロール不良の者へも対象を拡大し実施する必要がある。 - 対象者が特定保健指導と被った場合の対応の検討。 - プログラムの流れを再検討し、班内で統一するための話し合いが必要である。 2.高血糖・脂質異常の重症化予防 ○特定保健指導で積極的の脱落者を出さない工夫。 ○地区担当者や事業担当者の連携を図る。 ○運動の指導については集団が効果的であるため集団教室は継続するが、基本は個別にて対応。 <医療機関との連携> ・糖尿病性腎症重症化予防に関しては、郡内医療機関すべてに主旨をご理解いただき、協力していただく運びとなった。連携強化のためにも、糖尿病連携手帳の利用や主治医との指導内容のやりとりの徹底など信頼関係が構築できるように努める。