# 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 宇和島市国民健康保険

# 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項・・・・・・・・・・・P3
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·····P9
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)·····P24
1. 第3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······P30
I 保健事業の方向性
Ⅱ 重症化予防の取り組み
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 小児期からの生活習慣病予防
Ⅳ ポピュレーションアプローチ
第5章 地域包括ケアに係る取り組み・・・・・・・・・・P50

第6草	計画の評価・	見直し・・・・・・			 	 P51
第7章	計画の公表・	周知及び個人	情報の取扱	L1	 	 P53
参考資	料				 	 P54

#### 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度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

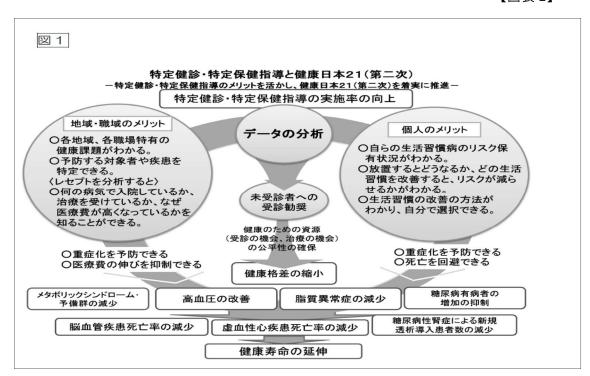
#### 2. 計画の位置付け

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)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。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、愛媛県健康増進計画や愛媛県医療費適正化計画、宇和島市健康づくり推進計画、宇和島市高齢者福祉計画・介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表 1・2・3)

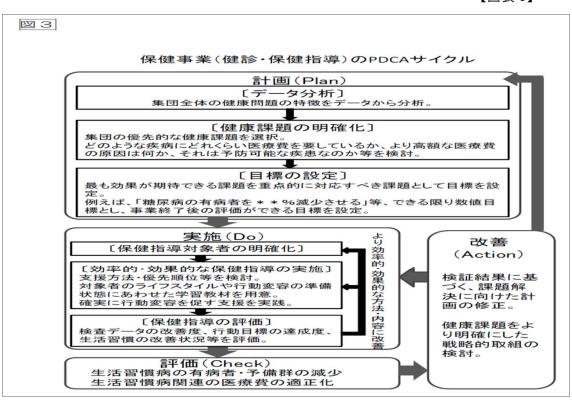
【図表 1】

		※ 健康増進事業実施者 とは 健康保	験法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(	母子保健法、介護保険法)、学校保健法		
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康增進法 第8条、第9条 第6条(程度增進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成20年8月 特定健康診査及以特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成22年5月 「国民健康保険法に基づ保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平規28年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成20年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針 [全部改正]	厚生労働省 医政局 平成20年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠·期間	法定 平成25~34年(第2次)	法定 平成30~35年(第3期)	指針 平成30~35年(第2期)	法定 平成30~32年(第7次)	法定 平成30~35年(第3期)	法定 平成30~35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	相乗寿命の延伸及び <del>間重視室の原小の実現</del> に向けて、急活 <b>間を前の発生力を可能化力を</b> <b>注面と</b> ごとは、計算生活を認定されたのに必要な確 他の情報が以下を目前、その機果、対策が <b>結ぶが検討可能</b> だらのとなるよう。主活習動の攻 表が社会環境の整備に取り組むことを目機とす る。	生活習過の改善にる観察病等の生 <b>気管理命の予防</b> 頻繁を認め、服保病等を予防することができれば、退路 考定的すことができまれば、退路 <b>開</b> え、入服器を活成うことができ、この結果、原思の生活 の別の間外がいると思いなが、 <b>の服の中の予防</b> まることが考えた。 まることが考えた。 まることが考えた。 を登画することを目的たび、大声がプランシロームに着 日し、生活質形であるするための研究機能が必要を を表することを目的たび、大声がプランシロームに着 日し、生活質形であまったが、「デランシロームに着 日、生活質形であまったが、「デランシロームに着 日、生活質形であまったが、「デランシロームに着 日、生活質がある。	全共軍機制等されてからして、被契約者の自生 かな機能量差で死命予禁の心理無くついて、最 機能がその支援の中心とって、報収集者の特性を 請求えた効果的への発音が支援者業を機関する とを目前すらいである。 機能験者の機能を 発展機を自動の影響機能とは、服務を 及び接接者の難能機能を出た場合れることは保険者 自身にとっても重要である。	高部者が4の書する能力に応じ自立した日産生活 を含むことができるが1大規則することや、 <u>多の音状</u> 原主には東文選技能となることの <b>予</b> 度又は、東外護 状態等の経過しくは <b>異位の別と</b> で得念としている	国民管理教主義・総計ていくため、国民の 生活の第の結構及び向上を確保しつ。、原始責 が過度に増大しないようにしていくとそれ、最重 か一選政で基金を発展が一選表する体験の整 量を図っていく。	原機関係の分化・連携を推進するこ 進して、 <b>地域において役れ目のない</b> 選長を表現し、見資かつ適切な顕微を 別に提出する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、寛辻年期)高 齢弱)に応じて	40歳~74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年報・北年野世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65 <u>歳以上</u> 2号被保険者 40~64歳 辨定疾病	すべて	すべて
	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	 	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿性病腎症	差尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	着尿病	<b>独尿病</b>
対象疾病	高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患	高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	腦血管疾患	生活習慣病	心筋梗塞等の心血管疾息 脳卒中
	個血 音灰总 慢性閉塞性肺疾患(COPD)	脳血管疾患	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD)		th.
	がん ロコモティブンドローム 器知度 シクルヘルス		#54	が人東期 物を無の脱地症、早老症 骨折・神起症 パーキング 角間透視 音像小線反往底、神社發射症 原即分子下、更性性動症 多形態悪症。 医季節性胸腺使症 多被影響化症		精神疾患
	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 (版血管疾患・虚血性の疾患の平を課度死亡率 な合併症(施見病性質症による年間新規患所導入患者後) (活動機能表の形) (出血性)		建診・医療情報を活用して、費用対効果の報点も寿息 (1)生活習慣の状況、例常報告の問題を参断する) (1)生活習慣の状況、例常報告の問題を参析する) (1)食生活 ②日常生活における多数 ③アルコー ル表取量 ④機能	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介盤状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護総付費の適正化	○医療衰進正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の総減 ②特定健計・特定保証指導の実施率の向上 ③メラボ級当者・予備群の減少 ③雑尿病産産化下防の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
評価	※ 他のあわりかり 医特定機能・特定保健指導の実施率 ① 少ケボーク機能・ケッパ酸当者 後端血圧後離貨異常症	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	(2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群		る。結束病単生化ド前の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	
	過速圧発整機批している市の増加(肥満、やせの減少) 過速的な料と質の事事を占 即用電差が出対ける時 が退動で乗車が出対する時 が退動で乗車が開発 の変数の関連等 の変数形式が必要		(3) 医詹费等 (3) 医詹费等 (3) 医詹费德介诺费 (支援制度			
その他		保健事業支援・評価委員会(事務				↑ 合会)を通じて、保険者との連携



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」、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こと」としている。また、都道府県における医療費適正化計画や医療計画は、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

宇和島市においては保険健康課(国保・保健部局)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おり、高齢者医療部局、介護保険部局とも十分連携することが望ましい。特に、保健師等の専門職と連携をして、市一体となって計画策定を進めていく。

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

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

国保連に設置された支援・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、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。

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

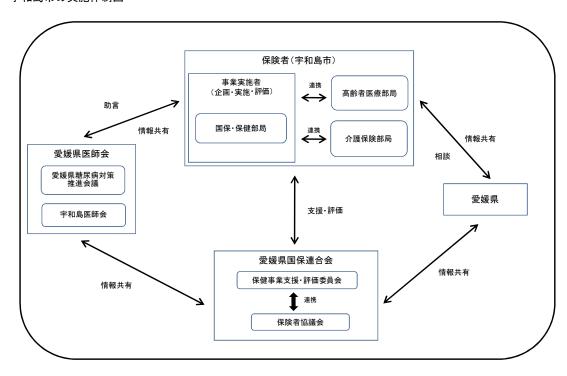
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、 平素から両者が積極的に連携に努める。

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

#### 3)被保険者の役割

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





#### 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 (満点)
	総得点(満点)	345	580	850	850
	交付額(千円)	14,488	25,018	51,059	
	総得点(体制構築加点含む)	241	403	596	
	全国順位(1,741市市町村中)	279			
	特定健診受診率	5	0	0	50
共通①	特定保健指導実施率	10	10	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通②	がん検診受診率	0	0	0	30
大理区	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	25
共通③	糖尿病性腎症重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
固有②	データヘルス計画の策定	10	30	40	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
<b>共通</b> 4	個人へのインセンティブ提供	20	45	70	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11	14	20	35
<b>共理®</b>	後発医薬品の使用割合	10	25	35	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	30	50	100
固有③	医療費通知の取組の取組の実施状況	10	15	25	25
固有④	地域包括ケア推進の取組の実施状況	5	13	21	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	26	34	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			36	50
	体制構築加点	70	70	60	60

# 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における 健康課題の明確化

- 1. 第1期計画に係る評価及び考察
- 1) 第1期計画に係る評価
  - (1)全体の経年変化

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較をみると(参考資料 1)、男性の標準化死亡比 (SMR)は増加しており、男女ともに同規模・県に比べて高い。死亡の状況をみると、糖尿病・腎不全による死亡割合が増加しており、特に、腎不全による死亡割合は 1.8 倍となっていた。心臓病による死亡割合は減少しているが、同規模・県・国に比べ高い。重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率は減少している。また、医療費に占める入院費用の割合は微増し、外来費用割合は減少していることがわかった。特定健診受診率及び特定保健指導実施率は上昇しているが、依然国の目標値には達しておらず、医療費適正化の観点からも、引き続き受診率・実施率向上への取り組みは重要である。

#### (2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

平成28年度の介護給付費は、平成25年度と比較して増加している。

しかし、介護レセプト件数の増加により1件当たりの居宅・施設サービスはともに減少しており、 1件当たりの給付費も減少している。介護サービスの多様化が進んでいることが考えられる。

#### 介護給付費の変化

【図表 6】

		宇和島	計		F	司規模平均	
年度	介護給付費	1件当たり給			1件当たり給付費		
	月碳和的复	付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	88億180万円	57,816	40,674	284,706	63,801	40,998	284,022
H28年度	92億8,353万円	55,972	40,198	273,536	61,236	40,245	278,146

#### ②医療費の状況(図表7)

総医療費は減少し、内訳をみると入院・入院外ともに減少している。

1人当たりの入院費用の伸び率は0.5%であり、同規模と比較しても抑えられていることがわかる。入院外費用の減額により、1人当たりの医療費も微減している。

医療費の状況 【図表 7】

			全体				入院				入院外		
項目	∄	費用額	増減	伸び	)率	費用額	増減	伸7	ブ率 アンドル	費用額	増減	伸び	)率
		貝用似	垣鸠	宇和島市	同規模	其用银	垣 / 0	宇和島市	同規模	其用銀	垣凞	宇和島市	同規模
1. 総医療費【円】	平成25年度	8, 265, 537, 960				3, 479, 704, 360				4, 785, 833, 600			
1. 総広僚賃【门】	平成28年度	7, 326, 760, 620	<b>-</b> 938, 777, 340	-11. 36	-3. 31	3, 108, 488, 270	-371, 216, 090	-10. 67	-3. 55	4, 218, 272, 350	-567, 561, 250	-11.86	-3.14
2.1人当たり医	平成25年度	23, 797				10, 020				13, 780			
療費【円】	平成28年度	23, 728	, –69	-0. 29	8. 60	10, 070	50	0. 50	7. 88	13, 660	-120	-0. 87	9. 05

※各年度累計

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、No.4「市町村別データ」

※紙レセプト・歯科等を除いた額

※KDBの1人当たり医療費は、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)

1人当たり医療費は県下20市町で最も低く、同規模保険者順位も平成25年と比較して低下している。

中長期目標疾患が医療費に占める割合をみると、3疾患ともに割合が減少している。 短期目標疾患では、高血圧・脂質異常症の割合は低下しているが、糖尿病のみ増加している。 国・県と比較すると、中長期目標疾患・短期目標疾患ともに割合は低い。

# 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】

				1人	当たり医療	· 秦費		中長期目	目標疾患		短	期目標疾	患					
		総医療費		順	位	F	Z F	脳	心			比低	(中長期・短		新生物	精神	筋・	
同 規 模				金額	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	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	目標疾患医	<b>撩</b> 貫訂		疾患	骨疾患
区	H25	宇和島市	82億6553万円	23,797	124位	20位	5.20%	0.29%	3.52%	2.95%	4.52%	6.45%	3.01%	% 21億 <b>4327万円</b> 25.93		12.49%	11.74%	9.23%
分	H28	<b>十</b> 仙	73億2676万円	23,728	189位	20位	3.77%	0.14%	, 2.16%	, 2.08%	, 5.10%	5.34%	, 2.86%	/15億7206万円	21.46%	14.93%	12.65%	8.78%
	LIOO	愛媛県	1243億582万円	26,749	)	1	5.70%	0.40%	3.13%	2.63%	5.34%	5.89%	2.99%	324億1793万円	26.08%	12.44%	11.10%	9.47%
	H28 国 9兆7158	9兆7158億円	22,383		1	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2兆4805億円	25.53%	12.54%	9.39%	8.41%	

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

※同規模数 H25:269市/全国 H28:266市/全国

#### ④中長期的な疾患(図表9)

中長期的な目標疾患の割合をみると、虚血性心疾患と脳血管疾患は減少している。人工透析は 横ばいであるが、64歳以下の割合は増加している。

短期的な目標の基礎疾患をみると、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析のすべてにおいて、 「高血圧」・「脂質異常症」の割合が増加している。

【図表 9】

#### 中長期的な疾患

厚			長期的な	目標					短期的な目標							
様	式3-5		虚血性	心疾患	脳血管	套疾患	人工	透析	高血	1圧	糖质	尿病	脂質異	<b>東常症</b>		
	被保険者数			割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	全体	29198	1263	4.33	264	20.9	39	3.1	1000	79.2	597	47.3	916	72.5		
H25	64歳以下	19910	395	1.98	75	19.0	27	6.8	302	76.5	183	46.3	280	70.9		
	65歳以上	9288	868	9.35	189	21.8	12	1.4	698	80.4	414	47.7	636	73.3		
	全体	26360	1127	4.28	, 216	19.2	35	3.1	909	80.7	522	46.3	844	74.9		
H28	64歳以下	15810	299	1.89	56	18.7	24	8.0	231	77.3	132	44.1	217	72.6		
	65歳以上	10550	828	7.85	160	19.3	11	1.3	678	81.9	390	47.1	627	75.7		

厚	労省様式		長期的な	目標					短期的な	目標				
様	式3-6		脳血管	<b>ぎ疾患</b>	虚血性	心疾患	人工	透析	高血	垣	糖质	尿病	脂質男	具常症
		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
	全体	29198	1237	4.24	264	21.3	15	1.2	939	75.9	450	36.4	744	60.1
H25	64歳以下	19910	409	2.05	75	18.3	9	2.2	306	74.8	142	34.7	227	55.5
	65歳以上	9288	828	8.91	189	22.8	6	0.7	633	76.4	308	37.2	517	62.4
	全体	26360	1070	4.06	, 216	20.2	9	0.8	851	79.5	405	37.9	665	62.1
H28	64歳以下	15810	266	1.68	56	21.1	4	1.5	189	71.1	96	36.1	147	55.3
	65歳以上	10550	804	7.62	160	19.9	5	0.6	662	82.3	309	38.4	518	64.4

厚	労省様式		長期的な	目標					短期的な	目標				
様	式3-7		人工	透析	脳血管	<b>作</b> 患	虚血性	心疾患	高血	n圧	糖质	尿病	脂質罗	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
	全体	29198	60	0.21	15	25.0	39	65.0	53	88.3	44	73.3	37	61.7
H25	64歳以下	19910	41	0.21	9	22.0	27	65.9	38	92.7	28	68.3	29	70.7
	65歳以上	9288	19	0.20	6	31.6	12	63.2	15	78.9	16	84.2	8	42.1
	全体	26360	55	0.21	9	16.4	35	63.6	49	89.1	35	63.6	38	69.1
H28	64歳以下	15810	38	0.24	4	10.5	24	63.2	33	86.8	25	65.8	27	71.1
	65歳以上	10550	17	0.16	5	29.4	11	64.7	16	94.1	10	58.8	11	64.7

#### (3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(厚生労働省様式3-2~3-4)(図表 10)

短期的目標疾患の割合はすべて増加しており、特に高血圧・脂質異常症割合の増加が大きい。 基礎疾患の重なりをみると、高血圧・脂質異常症をあわせもつ者が多い。

糖尿病の中長期目標である糖尿病性腎症の割合が増えており、特に64歳以下の増加が顕著である。

#### 短期目標の達成状況

【図表 10】

厚	労省様式		短期的な	目標							中長期的	期的な目標						
<b>†</b>	<b></b>		糖原	病	インスリ	ン療法	高血	圧	脂質昇	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
	全体	29198	2729	9.35	205	7.51	1868	68.45	1925	70.54	597	21.88	450	16.49	44	1.61	113	4.14
H25	64歳以下	19910	1089	5.47	102	9.37	671	61.62	765	70.25	183	16.80	142	13.04	28	2.57	45	4.13
	65歳以上	9288	1640	17.66	103	6.28	1197	72.99	1160	70.73	414	25.24	308	18.78	16	0.98	68	4.15
	全体	26360	2634	9.99	172	6.53	1808	68.64	1870	70.99	522	19.82	405	15.38	35	1.33	136	5.16
H28	64歳以下	15810	845	5.34	72	8.52	495	58.58	566	66.98	132	15.62	96	11.36	25	2.96	50	5.92
	65歳以上	10550	1789	16.96	100	5.59	1313	73.39	1304	72.89	390	21.80	309	17.27	10	0.56	86	4.81

	労省様式 (武3-3		短期的な	$\overline{}$	糖尿	張	脂質昇	星常症	中長期的虚血性		脳血管	5 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
	全体	29198		19.82	1868	32.28	3419		1000	17.28	939	16.23	53	0.92
H25	64歳以下	19910	2227	11.19	671	30.13	1250	56.13	302	13.56	306	13.74	38	1.71
	65歳以上	9288	3560	38.33	1197	33.62	2169	60.93	698	19.61	633	17.78	15	0.42
	全体	26360	5647	21.42	1808	32.02	3430	60.74	909	16.10	851	15.07	49	0.87
H28	64歳以下	15810	1670	10.56	495	29.64	918	54.97	231	13.83	189	11.32	33	1.98
	65歳以上	10550	3977	37.70	1313	33.01	2512	63.16	678	17.05	662	16.65	16	0.40

厚	労省様式		短期的な	目標					中長期的	な目標				
村	€式3−4		脂質昇	常症	糖月	病	高血	1圧	虚血性	心疾患	脳血管	族患	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
	全体	29198	4896	16.77	1925	39.32	3419	69.83	916	18.71	744	15.20	37	0.76
H25	64歳以下	19910	1939	9.74	765	39.45	1250	64.47	280	14.44	227	11.71	29	1.50
	65歳以上	9288	2957	31.84	1160	39.23	2169	73.35	636	21.51	517	17.48	8	0.27
	全体	26360	4901	18.59	1870	38.16	3430	69.99	844	17.22	665	13.57	38	0.78
H28	64歳以下	15810	1513	9.57	566	37.41	918	60.67	217	14.34	147	9.72	27	1.78
	65歳以上	10550	3388	32.11	1304	38.49	2512	74.14	627	18.51	518	15.29	11	0.32

#### ②リスクの特定健診結果経年変化(図表 11)

健診データの有所見割合をみると、男女ともにBMI、腹囲、HbA1cの割合が増加しており、特にHbA1cの増加が顕著である。

男女別でみると、男性ではクレアチニンが、女性では中性脂肪・尿酸の有所見割合が増加している。 一方、男女ともにHDL-C・LDL-Cの改善がみられ、男性は中性脂肪、GPT、尿酸の改善も みられた。

メタボリックシンドローム該当者の割合をみると、男女ともに増加し、男性の該当者割合は3割弱と高くなっている。また、3項目全てのリスク(血糖・血圧・脂質)を重複している者の割合も増加している。

【図表 11】 健診データのうち有所見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)

		BN		(腹		中性	脂肪	GP	·Τ	HDL	C	空腹剛	<b>身血糖</b>	НЬА	\1c	尿	酸	収縮其	加圧	拡張期	血圧	LDL	-с	クレア	チニン
į	男性	يا 25	止	ير 85	北上	1501	以上	3112	北上	40未	満	1001	以上	5. 61	以上	7. 01	上	1301	以上	يا 85	止	1201	北上	1.34	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
	合計	644	31.1%	986	47.6%	572	27.6%	440	21.2%	217	10.5%	39	1.9%	859	41.4%	477	23.0%	1,071	51.7%	644	31.1%	980	47.3%	30	1.4%
2	40-64	372	34.5%	518	48.1%	337	31.3%	271	25.2%	117	10.9%	26	2.4%	390	36.2%	271	25.2%	484	44.9%	361	33.5%	547	50.8%	5	0.5%
5	65-74	272	27.3%	468	47.0%	235	23.6%	169	17.0%	100	10.0%	13	1.3%	469	47.1%	206	20.7%	587	58.9%	283	28.4%	433	43.5%	25	2.5%
u	合計	767	31.9%	1,253	52.2%	641	26.7%	486	20.2%	209	8.7%,	18	0.7%	1,258	52.4%	<b>1</b> 512	21.3%	1,262	52.5%	730	30.4%	1,053	43.8%	48	2.0%
2	40-64	354	35.6%	534	53.7%	310	31.2%	248	24.9%	83	8.3%	5	0.5%	452	45.4%	239	24.0%	436	43.8%	324	32.6%	483	48.5%	5	0.5%
8	65-74	413	29.4%	719	51.1%	331	23.5%	238	16.9%	126	9.0%	13	0.9%	806	57.3%	273	19.4%	826	58.7%	406	28.9%	570	40.5%	43	3.1%

		BN	(I	(腹	<b>#</b>	中性	脂肪	GP	Т	HDL	-C	空腹町	<b>护血糖</b>	НЬА	1c	尿	鮻	収縮期	血圧	拡張判	用血圧	LDL	-c	クレア	チニン
	女性	25 L	以上	85 L	T.	150	北上	3112	F	40未	-満	1001	以上	5. 61	人上	7. 01	工厂	1301	北上	85 L	止	1201	北上	1. 31	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
	合計	514	19.4%	393	14.8%	382	14.4%	199	7.5%	64	2.4%	38	1.4%	1,191	44.9%	47	1.8%	1,166	44.0%	502	18.9%	1,574	59.3%	6	0.2%
12	40-64	257	19.9%	166	12.8%	178	13.8%	90	7.0%	29	2.2%	20	1.5%	522	40.4%	23	1.8%	481	37.2%	243	18.8%	788	61.0%	3	0.2%
1	65-74	257	18.9%	227	16.7%	204	15.0%	109	8.0%	35	2.6%	18	1.3%	669	49.2%	24	1.8%	685	50.3%	259	19.0%	786	57.8%	3	0.2%
Г	合計	614	20.6%	500	16.8%	449	15.1%	227	7.6%	63	2.1%	20	0.7%	1,628	54.6%	<b>^</b> 60	2.0%	1,418	47.5%	524	17.6%	1,619	54.3%	3	0.1%
	40-64	245	21.1%	191	16.4%	150	12.9%	102	8.8%	16	1.4%	8	0.7%	533	45.9%	16	1.4%	385	33.1%	178	15.3%	630	54.2%	0	0.0%
'	65-74	369	20.3%	309	17.0%	299	16.4%	125	6.9%	47	2.6%	12	0.7%	1,095	60.1%	44	2.4%	1,033	56.7%	346	19.0%	989	54.3%	3	0.2%
_		-																			W001570			#L /\r +\t -\t -	

KDB帳票No. 23「厚生労働省様式6-2~7」

#### メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

	男性	健診受	診者	腹囲	のみ	予值	<b>青</b> 群	高血	1糖	高血	n圧	脂質星	常症	該当	绪	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
П	合計	2,073	20.6%	135	6.5%	373	18.0%	14	0.7%	261	12.6%	98	4.7%	478	23.1%	54	2.6%	28	1.4%	279	13.5%	117	5.6%
2	40-64	1,077	19.5%	95	8.8%	180	16.7%	7	0.6%	114	10.6%	59	5.5%	243	22.6%	22	2.0%	23	2.1%	149	13.8%	49	4.5%
5	65-74	996	22.0%	40	4.0%	193	19.4%	7	0.7%	147	14.8%	39	3.9%	235	23.6%	32	3.2%	5	0.5%	130	13.1%	68	6.8%
Н	合計	2,402	26.9%	161	6.7%	426	17.7%	25	1.0%	311	12.9%	90	3.7%	666	27.7%	96	4.0%	36	1.5%	355	14.8%	179	7.5%
2	40-64	995	23.3%	97	9.7%	179	18.0%	8	0.8%	116	11.7%	55	5.5%	258	25.9%	28	2.8%	18	1.8%	154	15.5%	58	5.8%
8	65-74	1,407	30.1%	64	4.5%	247	17.6%	17	1.2%	195	13.9%	35	2.5%	408	29.0%	68	4.8%	18	1.3%	201	14.3%	121	8.6%

	女性	健診受	診者	腹囲の	のみ	予備	群	高血	L糖	高血	1圧	脂質異	常症	該当	者	血糖+	耳用	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
Н	合計	2,653	25.1%	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%
2	40-64	1,292	24.7%	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%
5	65-74	1,361	25.5%	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%
Н	合計	2,983	31.8%	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%
2	40-64	1,162	29.4%	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%
8	65-74	1,821	33.6%	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%

KDB帳票No. 24「厚生労働省様式6-8」

#### ③特定健診受診率·特定保健指導実施率(図表 12)

特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに上昇しているが、国の目標である 60%には到達していない。

健診受診者の内訳をみると、継続受診者は増加している。新規受診者は年々減少し、不定期受診者に は大きな増減はみられない。

特定健診受診率の伸び率をみると、40 歳 $\sim 50$  歳代の受診率は上昇しているものの他の年代と比べて低く、伸び率も少ない。

また、各年代の推移をみると、60歳代の受診率は男女ともに減少している。

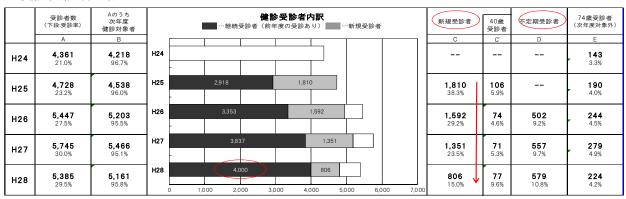
#### 【図表 12】

#### 特定健診受診率・特定保健指導実施率

		特定	健診		特	定保健指	導	受診征	助奨者
項目	対象者数	受診者数	受診率	同規模内	対象者数	終了者数	実施率	医療機関	<b>J</b> 受診率
	刈豕白奴	文衫有数	文砂平	の順位	刈豕白奴	於「白奴	<b>夫</b> 他华	宇和島市	同規模平均
平成25年	20, 403	4, 727	23. 2%	243	756	254	33. 6%	51. 4%	51.0%
平成28年	18, 252	5, 385	29. 5%	228	784	282	36. 0%	52. 5%	51.5%

KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」、特定健診法定報告値

#### 健診受診者内訳



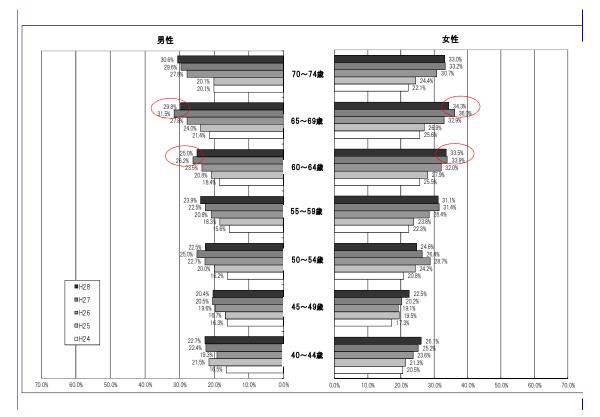
#### 特定健診受診率の伸び率

総数	H24	H28	伸び率
40歳代	17.5	22.6	5.1
50歳代	18.6	25.7	7.1
60歳代	22.9	31.3	8.4
70歳代	21.2	31.9	10.7

男性	H24	H28	伸び率
 40歳代	16.4	21.5	5.1
		2110	
50歳代	15.8	23.4	7.6
60歳代	20	28.2	8.2
70歳代	20.1	30.6	10.5

女性	H24	H28	伸び率
40歳代	18.9	24.3	5.4
50歳代	21.7	28.4	6.7
60歳代	25.6	34	8.4
70歳代	22.1	33	10.9

### 特定健診受診率の推移



受診率アップに向けた経年取り組み一覧

H25年度	5年間経年未受診者へ往復はがきによる受診勧奨
H26年度	全年齡自己負担無料
	地域金融機関と連携した受診勧奨
H27年度	国保新規加入時アンケートを実施(健診歴の把握、受診勧奨等)
	継続受診の動機付けとして健康管理ファイルを配布
	リピーター確保に向けた取り組み(個別受診勧奨)
H28年度 🕆	40歳到達者への受診勧奨の徹底(訪問含む)

#### 2) 第1期計画に係る考察

#### ①中長期的な目標

○平成 28 年度には平成 25 年度と比較して、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿性腎症を 5%減

#### 少させる

(※5%減達成の考え方: H25年度の疾患割合 $\times 0.05 = A$  H28年度の割合-H25年度の割合 $= B \ge A$  であれば達成とする)

	達成基準値	減少値 <b>B</b>	達成状況
脳血管疾患	-0.21	-0.18	×
虚血性心疾患	-0.22	-0.05	×
人工透析	-0.01	変化なし	×

→ 脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少したが、目標の 5%減少には達していない。また、人工透析の割合は横ばいであった。

目標達成困難であった要因としては、特定健診受診率が 29.5% (平成 28 年度) と低く健診未受診者が多いこと、「健診なし・治療なし」の者については健康状況の情報がなく、重症化予防対象者の実態把握ができずアプローチができていないこと等が挙げられる。このほか、治療中でありながらコントロール不良の者が多いことも要因の1つであると考えられる。

#### ○1人当たりの療養諸費(医療費)を平成29年度に29万円にする

→ 愛媛県国民健康保険事業報告書にある、平成 29 年度の療養諸費(医療費)は33 万円(見込み)であり、目標には達していない。しかし、KDBによる1人当たり医療費(図表7)は減少していた。KDB データの総医療費は、医科・調剤のみであり療養諸費の内訳とは一致していない。データへルス計画の各数値との整合性がとれないため、今後の目標設定には用いないこととする。

#### ②短期的な目標

- ○特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上 (特に 40~50 歳代男性と不定期受診者への受診率向上)
- → 特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに上昇したが、国・県の目標には達していない。

40~50 歳代男性の受診率は上昇しているものの、60~70 歳代や女性と比べ割合が低く、伸び率も少なかった。その要因として 40~50 歳代への訪問や電話等は不在の場合が多く、本人への直接的アプローチが困難であったことが挙げられる。継続受診者確保に向けた取り組み(リピーター確保・経年受診を意識づける健康管理ファイルの配布等)の成果より、継続受診者は年々増加がみられた。しかし、新規受診者を増やすことはできず、不定期受診者にはみかけ上大きな増加は見られなかった。

#### ○重症化予防

- → 短期的目標疾患の割合はすべて増加しており、特に高血圧・脂質異常症割合の増加が大きい。 健診結果をみると、メタボリックシンドローム該当者の割合が男女ともに増加しており、男性の該当者割合は3割弱まで上昇した。非肥満高血糖の割合(参考資料 1 5-④)、3項目のリスク(血圧・血糖・脂質)を重複している者の割合も増加していた。これらは特定健診受診率が向上したことで、治療や生活改善の必要な者がより多く抽出されたことも一因と考えられる。非肥満高血糖や3項目のリスク重複は重症化する危険性が高いため、さらに受診率をあげ早期に対象者を見つけ出すことが望ましい。
- → 中長期的目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減少した。

これは、健診データの利活用により重点的な保健指導対象者を選定し、すべてに介入した成果であると考えられる。一方、受診につながっていない者も約半数いた。また、治療中でありながらコントロール不良者も多いため、医療機関と連携し、より効果的なアプローチが必要である。

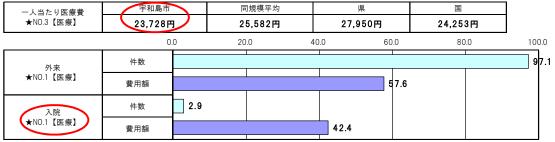
#### 2. 第2期計画における健康課題の明確化

- 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)
  - 1人当たりの医療費は23,728円で県、同規模平均及び国より低い。

入院はわずか 2.9%の件数で、費用額全体の 42.4%を占めており、重症化を予防し入院を減らすことは、費用対効果の面からも効率が良いと考えられる。

#### 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 13】



〇入院を重症化した結果としてとらえる

#### (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 14)

ひと月 100 万円以上の高額になる疾患を分析すると、虚血性心疾患が全体の 5.9%、次いで脳血管疾患が 5.8%を占めている。これらの疾患を 1 件予防すると、約 160 万円の医療費が削減できる。(費用額/件数) 6 か月以上の長期入院レセプト分析では、脳血管疾患が高く、件数は全体の 8.4%、費用額は 8.3%を占めている。長期化する疾患である人工透析を分析すると、全体の 61.7%に糖尿病性腎症の合併がみられ、費用額に占める割合も高い。

基礎疾患の重なりでは高血圧がすべての疾患で7割~8割を占めている。

#### 【図表 14】

#### 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト(H2	8年度)		全体	脳血	管疾患	虚血性	E心疾患
		人数		477人	30	)人	3 9	9人
		7.30		.,,,,	6	3%	8	.2%
				695件	40	件	4	1件
				090H	5	8%	5	.9%
様式:1-1	高額になる疾患			40歳未満	0	0.0%	0	0.0%
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	(100万円以上レセ)	件数	年	40代	0	0.0%	0	0.0%
			代	50代	6	15.0%	4	9.8%
			別	60代	19	47.5%	20	48.8%
				70-74歳	15	37.5%	17	41.5%
		費用額	104	<b>1</b> 7625万円	622	0万円	684	9万円
		复用额	100	B. 702373173	5.	.8%	6	.4%

<sup>\*</sup>最大医療資源傷病名(主病)で計上 \*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト(H2	28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患
		人数	182人	20人	8人
		八奴	1027	11.0%	4.4%
様式2-1	長期入院	件数	1,639件	138件	61件
★NO.11 (CSV)	(6か月以上の入院)	IT 30.	1,009 #	8.4%	3.7%
		費用額	6億8296万円	5677万円	2416万円
		复用領	01/68.029077173	8.3%	3.5%

<sup>\*</sup>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	۲		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3-7		H28.5	人数	55人	9人	35人	35人
★NO.19 (CSV)		診療分	八奴	00%	16.4%	63.6%	63.6%
	人工透析患者		件数	738 <b>4</b>	207件	487件	455件
様式2-2	(長期化する疾患)	H28年度	IT 300	7001	28.0%	66.0%	61.7%
★NO.12 (CSV)		累計	<b>非田</b> 宛	3億2623万円	8824万円	2億0302万円	2億0779万円
			費用額	0 MBY 7 O Z O 2/3 L J	27.0%	62.2%	63.7%

<sup>\*</sup>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(H28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
		1.	0.096人	1,070人	1,127人	136人
			0,090	10.6%	11.2%	1.3%
			高血圧	851人	909人	99人
		の重なり	高皿圧	79.5%	80.7%	72.8%
様式3			糖尿病	405人	522人	136人
★NO.13~18	生活習慣病の治療者数 構成割合		相加州	37.9%	46.3%	100.0%
(帳票)	神风部口		脂質	665人	844人	110人
			異常症	62.1%	74.9%	80.9%
		7	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		5	5,647人	2,634人	4,901人	1,102人
			55.9%	26.1%	48.5%	10.9%

〇生活習慣病は、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号被保険者の有病状況割合をみてみると、脳卒中が62.5%と一番高く、血管疾患が9割弱である。 受給者区分全体でみても血管疾患を有する割合が9割以上であり、また筋・骨格疾患を有する割合 も9割を超えている。

要介護認定者の医療費は、認定を受けていない人の2倍で3,555円/人も高い。 予防可能な血管疾患を減少させることが、介護予防に結びつくと考えられる。

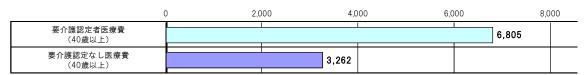
# 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

		受給者	4区分		2号				1号					
		年			40~6	4歳	65~7	4歳	75歳以	上	計		合計	
		被保険	食者数		25,35	4人	13,62	7人	15,28	4人	28,91	1人	54,26	5人
介護保険事		認定	者数		124	λ	762.	<del>ل</del>	5,988	3人	6,750	)人	6,874	人
業状況報告 (H29年3月末)			認定率		0.49	%	5.69	%	39.2	:%	23.3	%	12.7	%
		要	支援1・2	2	34人	27.4%	296人	38.8%	1,996人	33.3%	2,292人	34.0%	2,326人	33.8%
	介護度 別人数	要	・ 全介護1・2	-	47人	37.9%	263人	34.6%	2,022人	33.8%	2,285人	33.9%	2,332人	33.9%
	2012/30	要	₹介護3~5		43人	34.7%	203人	26.6%	1,970人	32.9%	2,173人	32.1%	2,216人	32.3%
要介護認定状況 ★N0.47	新規	認定	者数 (*1)		42)	7	148.	<del>ل</del>	618人		766	<del>ا</del>	808.	٨
		受給者			2号				1号				合計	
		年	mr.		40~6		65~7		75歳以上		計			
		介護件	数(国保・後	(期)	88人		555.		5,642		6,197		6,285	
		:	疾患		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
	(			1	脳卒中	55	脳卒中	264	脳卒中	2,793	脳卒中	3,057	脳卒中	3,112
	V	レ セ プ		'	л <u>а</u> — т	62.5%	МТТ	47.6%	//A-T-	49.5%	加一十	49.3%	)M— T	49.5%
			循環器	2	虚血性	21	虚血性	153	虚血性	2,214	虚血性	2,367	虚血性	2,388
	トの		疾患		心疾患	23.9%	心疾患	27.6%	心疾患	39.2%	心疾患	38.2%	心疾患	38.0%
要介護	診	血		3	腎不全	14	腎不全	50	腎不全	553	· 腎不全	603	腎不全	617
突合状況	有断病名	管				15.9%		9.0%		9.8%		9.7%		9.8%
★NO.49	状よ	疾患	合併症	4	糖尿病 合併症	16	糖尿病 合併症	65	糖尿病 合併症	355	糖尿病 合併症	420	糖尿病 合併症	436
	況り重		基礎疾	ф.		18.2%		11.7%		6.3%		6.8%		6.9%
	ー 複 し		高血圧・糖	尿病	76 86.4		474 85.4		5,11 90.7		5,58 90.2		5,66 90.1	
	て		血管疾		77	70	493		5.30		5.79	-	5.87	
	計 上)		合計		87.5	%)	88.8		94.0		93.6		93.5	_
					9		132		2,18		2,31		2,32	
			認知症		10.2	%	23.8	%	38.7	%	37.4	%	37.0	%
		Arte	B.+++		67		475	j	5,28	2	5,75	7	5,82	4
		肋	・骨格疾	忠	76.1	%	85.6	%	93.6	%	92.9	%	92.7	%

<sup>\*1)</sup> 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

#### 介護認定を受けている人と受けていない人の医療費の比較



#### 2) 健診受診者の実態(図表 16・17)

健診データの有所見割合をみると(図表 16)、男性では BMI・腹囲・尿酸、女性では HDL-C が県・国よりも高い。血圧は男女ともに国より高い状況である。

メタボリックシンドローム該当者・予備群割合をみると(図表 17)、男女比が 3:1 となっている。

リスク因子をみると、予備群では「高血圧」、該当者では「血圧+脂質」の割合が高い。

生活習慣の状況を特定健診質問項目でみてみると(参考資料1)、食習慣については、「週3回以上食後間食」する人が16.6%、「週3回以上就寝前夕食」する人が15.0%いる。どちらの割合も同規模・県と比較して高い。

運動習慣については、「1回30分以上運動習慣なし」の人が58.1%で、県と比較して高い。、 メタボリックシンドロームの予防には生活習慣の改善が不可欠であり、市民全体に向けた望ま しい生活習慣の普及が必要だと考えられる。

# 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

【図表 16】

(厚生労働省様式6-2~6-7)

		BN	41	腹	囲	中性	脂肪	GP	Т	HDL	-C	空腹時	i 血糖	HbA	.1c	尿	餕	収縮期	血圧	拡張期	血圧	LDL	-C	クレアラ	チニン
	男性	251)	止	85Þ	Ŧ	1501	人上	31以	Ŧ	40未	満	1004	以上	5.613	上	7.01	上	1301	人上	85L)	上	1204	人上	1.31	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	3
	渔	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
宇	合計	767	31.9	1,253	52.2	641	26.7	486	20.2	209	8.7	18	0.7	1,258	52.4	512	21.3	1,262	52.5	730	30.4	1,053	43.8	48	2.0
和島	40-64	354	35.6	534	53.7	310	31.2	248	24.9	83	8.3	5	0.5	452	45.4	239	24.0	436	43.8	324	32.6	483	48.5	5	0.5
市	65-74	413	29.4	719	51.1	331	23.5	238	16.9	126	9.0	13	0.9	806	57.3	273	19.4	826	58.7	406	28.9	570	40.5	43	3.1
		BN	AI .	腹	囲	中性	脂肪	GP	Т	HDL	-C	空腹時	血糖	HbA	.1c	尿	鮻	収縮期	血圧	拡張期	血圧	LDL	-C	クレアラ	チニン
	女性	2513	止	901	Ŧ	1501	以上	31₺	Ŧ	40未	満	1004	以上	5.613	上	7.0以	上	1301	人上	851)	上	1204	以上	1.31	止
		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	7	1.8	3	16.	8	55.	2	1.8	3	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
宇	合計	614	20.6	500	16.8	449	15.1	227	7.6	63	2.1	20	0.7	1,628	54.6	60	2.0	1,418	47.5	524	17.6	1,619	54.3	3	0.1
和島	40-64	245	21.1	191	16.4	150	12.9	102	8.8	16	1.4	8	0.7	533	45.9	16	1.4	385	33.1	178	15.3	630	54.2	0	0.0
市	65-74	369	20.3	309	17.0	299	16.4	125	6.9	47	2.6	12	0.7	1,095	60.1	44	2.4	1,033	56.7	346	19.0	989	54.3	3	0.2
																			*全国	について	は、有所	所見割合(	のみ表え	₹	

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8) 【図表 17】

	男性	健診受	診者	腹囲	のみ	予備	群	高血	糖	高血	IE)	脂質舞	常症	該当	诸	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
宇	合計	2,402	26.9	161	6.7%	426	17.7%	25	1.0%	311	12.9%	90	3.7%	666	27.7%	96	4.0%	36	1.5%	355	14.8%	179	7.5%
和鳥	40-64	995	23.3	97	9.7%	179	18.0%	8	0.8%	116	11.7%	55	5.5%	258	25.9%	28	2.8%	18	1.8%	154	15.5%	58	5.8%
市	65-74	1,407	30.1	64	4.5%	247	17.6%	17	1.2%	195	13.9%	35	2.5%	408	29.0%	68	4.8%	18	1.3%	201	14.3%	121	8.6%

	女	性	健診受	診者	腹囲の	のみ	予備	群	高血	糖	高血		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
5	F	合計	2,983	31.8	84	2.8%	156	5.2%	12	0.4%	117	3.9%	27	0.9%	260	8.7%	36	1.2%	10	0.3%	124	4.2%	90	3.0%
Ā		40-64	1,162	29.4	53	4.6%	68	5.9%	6	0.5%	45	3.9%	17	1.5%	70	6.0%	14	1.2%	4	0.3%	31	2.7%	21	1.8%
Ī	ħ .	65-74	1,821	33.6	31	1.7%	88	4.8%	6	0.3%	72	4.0%	10	0.5%	190	10.4%	22	1.2%	6	0.3%	93	5.1%	69	3.8%

#### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

健診データより HbA1c 受診勧奨レベルの方をみてみると、治療にはむすびついているがコントロールができていない人が多くいる。これは、治療において、薬物療法だけでは数値の改善が難しいことを示しており、治療とともに生活習慣の改善を行うことが重要である。

血圧、LDL-Cでは、受診勧奨レベルでありながら、治療につながっていない人が多いため、 今後も保健指導が必要である。

#### 継続受診者と新規受診者の比較

【図表 18】



#### 4) 未受診者の把握(図表 19)

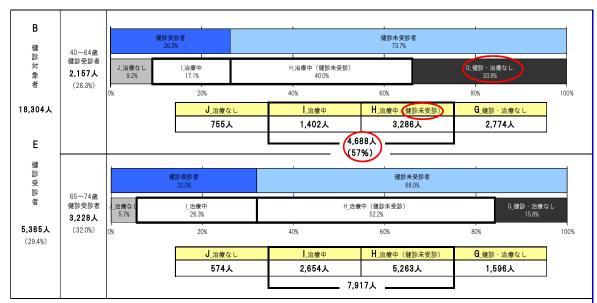
健診対象者 40 歳 $\sim$ 64 歳のうち「健診なし・治療なし」で状況がつかめなかった人の割合が、約39.8%(第1期計画データより)から 33.8%(-6%)に減少した。

40 歳~64 歳の若い世代でも約半数(57%(4688 人 レセプトより))が治療中であった。その うち 2/3(3286 人)の者が健診未受診者であることから、医療機関との連携による受診率向 上を目指し重症化予防を図りたい。

また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の1人当たりの医療費は健診 受診者より約3万円も高くなっている。よって、健診未受診者は重症化により病院にかかってい ることが考えられる。

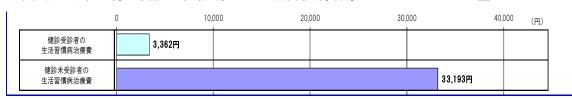
#### 未受診者対策を考える(厚生労働省様式6-10)

#### 【図表 19】



 $\bigcirc G$ \_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徴底し、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



#### 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、新規人工透析患者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つの疾患をそれぞれ5%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、1人当たりの医療費の伸びを抑えることを目標としたい。

また、重症化予防・医療費の適正化へつなげることから、第1期計画同様、外来を伸ばし入院を抑えることを目標とする。

#### 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。

#### ○特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

(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。)

生活習慣病は自覚症状がないことから、まずは健診受診につなぎ、状態に応じた保健 指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防を行うことが重要である。当市にお いては、受診率が伸び悩んでいる 40~50 歳代男性と新規受診者確保にむけた取り組み を一層強化していく。

#### ○重症化予防

宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防事業を徹底し、医療受診が必要な者への受診勧奨や、治療の継続への働きかけをするとともに、治療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、医療機関と連携を図ることとする。当市においては、血圧・脂質が受診勧奨レベルであるにもかかわらず治療につながっていない者が多いため、働きかけの強化が必要である。

#### ○ポピュレーションアプローチ

当市においては、メタボリックシンドローム該当者の割合が男女ともに増加しており、3項目全てのリスク(血糖・血圧・脂質)を重複している者の割合が増加していた。特に高血圧を有する者が多いため、望ましい生活習慣とともに社会保障費の増大につながる地域の実態等を広く市民に周知し、自己管理の重要性を意識づけていく必要がある。

# 特定健康診査等実施計画 第3期

# 平成30年3月 宇和島市国民健康保険

# 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法廷義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について・・・・・・・・・・P24
2. 目標値の設定・・・・・・・P24
3. 対象者の見込み······P24
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・・・・・・P29 (1)基本的な考え方 (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
7. 結果の報告・・・・・・・P29
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・・P29

#### 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	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	45%	50%	52%	55%	58%	60%

#### 3. 対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	18,325	17,681	17,061	16,462	15,884	15,326
行足1姓形	受診者数	6,414	7,073	7,678	8,231	8,737	9,196
特定保健指導	対象者数	962	1,061	1,152	1,235	1,311	1,379
付	終了者数	433	531	599	679	760	827

#### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会及び集団健診実施機関と代表市が集合契約を行う。

- ① 集団健診(宇和島保健センター他)
- ② 個別健診(県医師会会員の実施機関)

#### (2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、 具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

#### (3)健診実施機関リスト

集団健診は、各実施機関と協議し、各地区毎に決定する。会場を明記した健診日程表を広報誌・ホームページ等に掲載する。

個別健診は、県医師会会員の実施機関で実施される。市内周辺の医療機関については、 広報誌・ホームページ等に掲載する。

#### (4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための国が定めた必須項目と詳細項目に加え、尿潜血・尿酸・血糖・詳細項目から漏れた方の血清クレアチニン(愛媛県下独自追加検査)、心電図(当市独自追加検査)を実施する。(実施基準第1条4項)

#### (5)実施時期

集団健診は、前年度に日程を計画し、6月以降に実施する。個別健診は、6月から翌年2月末までの期間実施する。(実施期間の変更があった場合は、健康診査(個別)実施要領に明記する。)詳細は、広報誌・ホームページ等に健診日程表を掲載する。

#### (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、かかりつけ医からも健診の 受診勧奨を行っていただくよう、医療機関へ十分な説明をする。

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

#### (7)代行機関

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

#### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

宇和島市年間実施スケジュール

【図表 22】

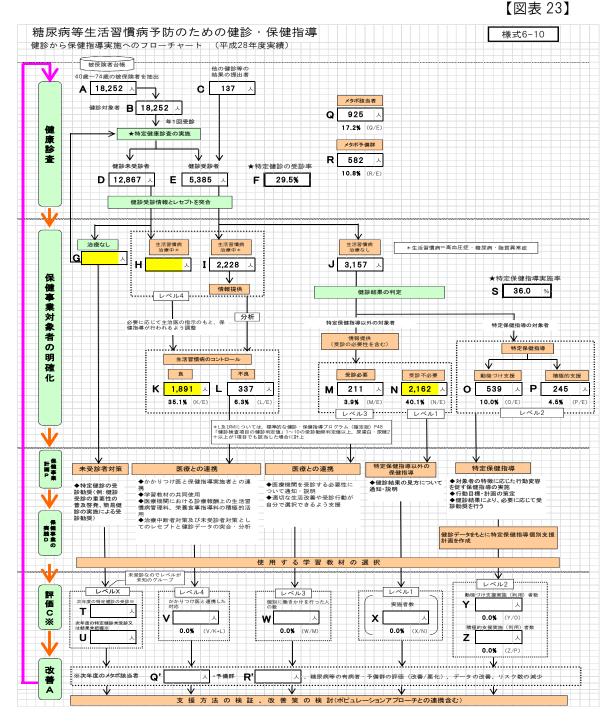


#### 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直営で実施する。

#### (1)健診から保健指導実施の流れ

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



# (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)

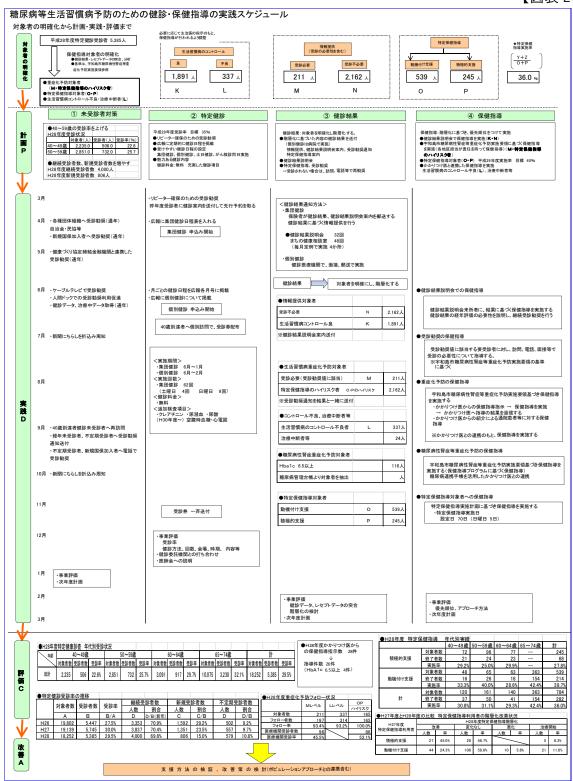
【図表 24】

	対象者数見込	-t-13 L M		様式	優先
目標実施率	(受診者の○%)	支援方法	保健指導レベル	6-10	順位
60%	784 人 (14.5)	◆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	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	O P	1
<b>HbA1c6.5</b> 以上につい ては	211人	て受診勧奨を行う  ◆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	情報提供(受診必要)	M	2
100%	(3.9)	◆かかりつけ医の指示による保 健指導の実施			
100%	<b>12,867</b> 人 ※受診率目標 達成までにあ と <b>5,566</b> 人	◆特定健診の受診勧奨(経年未 受診者への受診勧奨、不定期受 診者の特性に応じた受診勧奨、 様々な保健事業における特定健 診の周知)	健診未受診者	D	3
100%	2,162 人 (40.1)	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆健診結果の経年評価の必要性を説明し、継続受診勧奨を行う	情報提供	N	4
医師から保 健指導の指 示があった 者について は 100%	<b>2,228</b> 人 (41.4)	◆かかりつけ医と連携して、治療中断者、コントロール不良者へ保健指導を実施 ◆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	情報提供	I	5

#### (3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】



#### 6. 個人情報の保護

#### (1)基本的な考え方

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律および同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等や、「宇和島市個人情報保護条例」の規定に基づき、個人情報の漏洩防止に細心の注意を払う。

#### (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。特定健康診査・特定保健指導の記録の保管年限は5年とする。

#### 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、市の広報誌、ホームページ、各種保険事業で公表・周知し啓発活動を行う。

#### 第4章 保健事業の内容

#### I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

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

#### Ⅱ 重症化予防の取り組み

- 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(以下「愛媛県プログラム」という。)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

### 【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)	0				
2		健康課題の把握	0				
3		チーム内での情報共有	0				
4		保健事業の構想を練る(予算等)	0				
5		医師会等への相談(情報提供)	0				
6		糖尿病対策推進会議等への相談	0				
7		情報連携方法の確認	0				
8	Р	対象者選定基準検討		0			
9	計	基準に基づく該当者数試算		0			
10	画	介入方法の検討		0			
11	準	予算:人員配置の確認	0				
12	備	実施方法の決定		0			
13		計画書作成		0			
14		募集方法の決定		0			
15		マニュアル作成		0			
16		保健指導等の準備		0			
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	0				
18		個人情報の取り決め	0				
19		苦情、トラブル対応	0				
20	D	介入開始(受診勧奨)		0			
21	受診	記録、実施件数把握			0		
22	勧	かかりつけ医との連携状況把握		0			
23	奨	レセプトにて受診状況把握				0	
24		募集(複数の手段で)		0			
25	- D	対象者決定		0			
26	D 保	介入開始(初回面接)		0			
27	健	継続的支援		0			
28	指導	カンファレンス、安全管理		0			
29	.,	かかりつけ医との連携状況確認		0			
30		記録、実施件数把握			0		
31	С	3ヶ月後実施状況評価				0	
32	評	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				0	
33	価	1年後評価(健診・レセプト)				0	
34	報告	医師会等への事業報告	0				
35		糖尿病対策推進会議等への報告	0				
36	Α	改善点の検討		0			
37	改善	マニュアル修正		0			
38	善	次年度計画策定		0			

#### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

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

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

#### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

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

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) <sup>注1</sup>		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300 以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上達4
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握する。

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

#### ② 基準に基づく該当者数の把握

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

宇和島市において、平成 28 年度特定健診受診者 5,385 人のうち糖尿病型(E)は 445 人(8.3%)であった。そのうち糖尿病未治療者(F)は 172 人(38.7%·F/E)であった。また  $40\sim74$  歳における糖尿病治療者(H)2600 人中のうち、特定健診受診者(G)が 273 人  $(61.3\%\cdot G/E)$ )であったが、20 人(キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者(I)2,327人(89.5%·I/H)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者(イ)301人中94人は治療中断(オ)であることが分かった。また、207人(カ)については継続受診中であるが健診未受診者であり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である。

#### ③ 介入方法と優先順位

図表 28 より宇和島市においての介入方法を以下の通りとする。

#### 優先順位1

#### 【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い**医療機関未受診者(F)···**172 人
- ② 糖尿病治療中であったが**中断者(オ・キ)**···114人
- ・介入方法として個別訪問、面接、電話等で対応

#### 優先順位2

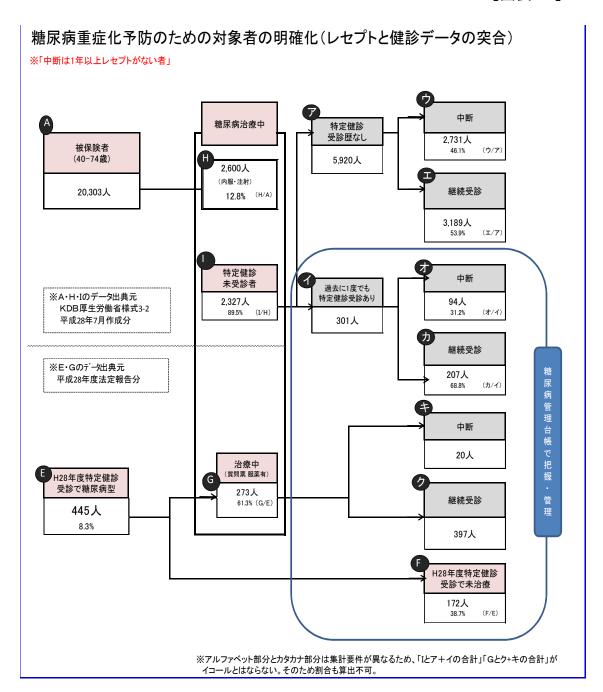
#### 【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・397人
- ・介入方法として個別訪問、面接、電話等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 優先順位3

#### 【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・207人
- ・介入方法として個別訪問、面接、電話等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導



# 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。
  - \*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)····〇人
  - ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)・・・・〇人

# 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る。宇和島市においては、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実施する。(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

Γ	☆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	未 <b>受診者の保健指導</b> 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と体更の変化 6. 糖尿病腎症の経過~私はどの段階?
<ul> <li>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</li> <li>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。</li> <li>→ 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</li> </ul>	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	
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	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にするのでしようか(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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?
③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価	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?
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	<ul> <li>薬が必要になった人の保健指導</li> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ul>

## (2) 重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみ実施しているため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を見逃す恐れがある。平成 30 年度より、特定健診の検査項目に血糖値を追加する。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、HbA1c及び血糖値で高い者のうち尿蛋白定性(±)は尿アルブミン検査の実施をかかりつけ医へ依頼する。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、事前に宇和島医師会等と協議した生活習慣病連絡票を使用する。

# (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行っていく。

# 6) 高齢者医療部局・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<u>糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報</u>を活用してく。

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価表 (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 m<sup>2</sup>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
  - 7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り組み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

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。宇和島市において健診受診者 5,385人のうち心電図検査実施者は 124人(2.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 18人であった(図表 30)。ST 所見あり 18人中のうち 3人は要精査であり、その後の受診状況をみると全員医療機関を受診していた。(図表 31)。医療機関未受診者がいる場合、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 15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。

宇和島市は県と比較してメタボリックシンドローム該当者が多い。(参考資料1)メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 30】

# 心電図検査結果

	<b>ゆ</b> 診巫	<b>☆</b> 孝(a)	心重図:									
	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	5,385	100%	124	2.3%	18	14.5%	26	21.0%	80	64.5%		

<sup>※</sup>平成28年度特定健診法定報告より

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

# ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見	あり(a)	要精	查(b)	医療機関	受診あり	受診なし (d)		
(人)	(%)	(人)	(b)(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
18	14.5%	3	16.6%	3	100%	0	0	

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

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

【図表 32】

#### 虚血性心疾患に関する症状

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

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

#### (2) 対象者の管理

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

## 4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には 受診勧奨を行い、生活習慣病連絡票を利用し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) 高齢者医療部局: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<u>糖尿病管理台帳</u>の情報及び KDB 等の情報を活用してく。

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

#### (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 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
- 7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)

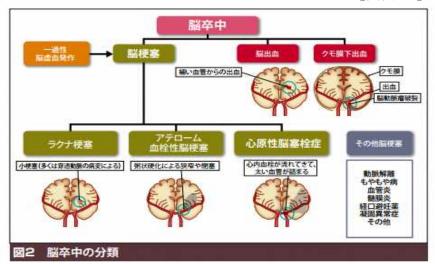
# 3. 脳血管疾患重症化予防

# 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 33、34)

# 【脳卒中の分類】

【図表 33】



(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 34】

	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/ック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
BY.	ラクナ梗塞	•						0	0
脳 梗 塞	アテローム血栓性脳梗塞	•	•	•		•	•	0	0
基	心原性脳梗塞	•			•			0	0
脳	脳出血	•							
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 35 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 35】

脳		ラクナ梗塞	•							(	)		(	)	
梗寒		アテローム血栓性脳梗塞	•							(	$\circ$		(	)	
奉	- 基 心原性脳梗塞		•					(		(	)		(	)	
脳		脳出血	•												
出血		くも膜下出血	•												
	(C	リスク因子 )はハイリスク群)	高血圧	糖质	尿病	脂質(高L		心房	細動		リック ローム	愯	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			HbA1c6 (治療中7		LDL180mg/dl 以上 心原		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+) 以上		eGFR5 (70歳以」	
	受	<b>診者数 5,385人</b>	325 6.0%	276	5.1%	195	3.6%	0	0.0%	925	17.2%	50	0.9%	116	2.2%
1 6	-	治療なし ※1	199 5.3%	171	3.3%	184	4.4%	0	0.0%	244	7.7%	10	0.3%	42	1.4%
		治療あり ※1	126 7.7%	105	38.5%	11	1.0%	0	0.0%	681	30.6%	40	1.8%	74	3.4%
	$\longrightarrow$	臓器障害あり ※2	11) 5.5%	13	7.6%	5	2.7%	0		18	7.4%	10	100%	42	100%
臓		CKD(専門医対象)	9	1	0	5		(	)	1	1	1	0	4	2
器章	器		2	~	3	(	)	(	)		1	1	0	1	1
害あ			1	~	3	2	2	(	)	5		0		2	2
0 5	り の (70 性) リルオのカザン		6	-	1	3	3	(	0 6		1		42		
5				3	3	(	)	(	)		3	(	)	1	1

<sup>※1</sup> 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。

H28年度法定報告值参照

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325人(6.0%)であり、199人は未治療者であった。また未治療者のうち11人(5.5%)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126人(7.7%)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 36)

心房細期・メダボ・CKDは3疾患(皿圧・皿棚・脂質)のいすれかの1 ※2 割合の算出について、各疾患の「治療なし」が分母。

# 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) 【図表 36】

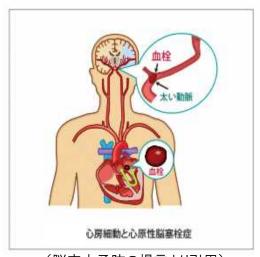
			至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	Ⅱ度 高血圧	Ⅲ度 高血圧
	(m	王分類 mHg)	~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	リスク層 (血圧以外のリスク因子)	3.754	1,207	852	715	781	162	37
		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	32.2%	22.7%	19.0%	20.8%	4.3%	1.0%
	リスク第1層	515	279	99	74	45 4	15	3 1
	, , , , , , , , ,	13.7%	23.1%	11.6%	10.3%	5.8%	9.3%	8.1%
	リスク第2層	2,057	650	500	375	435	82	15
	, , , , , , , , , ,	54.8%	53.9%	58.7%	52.4%	55.7%	50.6%	40.5%
	リスク第3層	1,182	278	253	266	301 2	65	19
١.	, , , , , , , , ,	31.5%	23.0%	29.7%	37.2%	38.5%	40.1%	51.4%
再	糖尿病	215	40	45	61	51	13	5
掲	1/11/9/7/73	18.2%	14.4%	17.8%	22.9%	16.9%	20.0%	26.3%
重	慢性腎臓病(CKD)	635	173	144	118	155	35	10
複	DC 12 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	53.7%	62.2%	56.9%	44.4%	51.5%	53.8%	52.6%
あり	3個以上の危険因子	549	97	110	147	151	34	10
Ĺ	- 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10	46.4%	34.9%	43.5%	55.3%	50.2%	52.3%	52.6%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
45	450	485
1.2%	12.0%	12.9%
45	15	3
100%	3.3%	0.6%
	435	97
	96.7%	20.0%
		385
		79.4%

(参考) 高血圧治療がイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 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のって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。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 37 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 37】

	心電図検査	受診者		心房細動	日循疫学調査※			
年代	男性	女性	男	性	女	性	男性	女性
	人	人	人	人 %		%	%	%
合計	90	34	0 0.0%		0	0.0%	_	_
40歳代	7	1	0	0.0%	0 0.0%		0.2	0.04
50歳代	11	3	0	0.0%	0 0.0%		0.8	0.1
60歳代	47	18	0 0.0%		0 0.0%		1.9	0.4
70歳~74歳	25	12	0	0.0%	0 0.0%		3.4	1.1

- ※日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
- ※日本循環器学会疫学調査の70歳~74歳の値は70歳~79歳
- ※平成28年度特定健診法定報告値にて集計

# 心房細動有所見者の治療の有無

【図表 38】

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

心電図検査において心房細動の有所見者は 0 人であった。(図表 38)心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

# 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) 対象者の管理

# ① 高血圧者の管理

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

# (3) 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、生活習慣病連絡票を利用し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) 高齢者医療部局: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<u>糖尿病管理台帳</u>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 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
- 7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 小児期からの生活習慣病予防

市内小学 4 年生に実施している小児生活習慣病予防健診「総合判定」の結果では、継続して 1 割強の有所見がみられる。(図表 39)

生活習慣病は小児期からの生活習慣が密接に関連しており、その予防や望ましい生活 習慣確立には小児期からの取り組みが重要であると考え、当市においては平成 21 年度 から小学校と協働で「小児生活習慣病予防事業」を実施している。(図表 40)

中学 1 年生の健診結果は、平成 26 年度まで全検査項目において県よりも有所見割合が高かったが、事業効果もあってか近年改善傾向にある。(図表 41) 今後も学校と連携を深めながら、早期からの生活習慣病予防に努めたい。

【図表 39】

小学4年生	小学4年生有所見率(小児生活習慣病予防健診) ※注1												
検査項目		i	総合判定	!	肥満			脂質検査			血圧検査		
快宜垻日	i	H25	H26	H27	H25	H26	H27	H25	H26	H27	H25	H26	H27
宇和島市	男	11.1	10.7	10.3	9.1	9.1	9.3	2.0	3.1	0.7	0.7	0.3	0.3
<b>一十</b> 和岛巾	女	14.4	10.4	12.6	10.5	6.2	8.8	3.2	3.9	4.2	1.1	0.9	0.7
愛媛県	男	12.6	12.5	14.1	9.9	10.1	10.4	2.6	2.7	3.7	1.0	0.7	1.2
※注 2	女	11.8	11.4	12.7	8.0	7.9	8.2	3.4	3.4	3.8	1.2	0.7	1.7

(「学校保健実施報告」公益財団法人 愛媛県総合保健協会)

注1) 有所見 肥満:学校保健統計調査方式による判定で肥満度 20.0 以上

血圧:収縮期(最大)血圧 135 mm Hg 以上、拡張期(最小)血圧 80 mm Hg 以上

脂質: 総コレステロール 220 mg以上+HDL40 mg以上及び総コレステロール 190 mg以上+HDL40 mg未満

注2) 松山市、今治市、西条市、大洲市、伊予市、四国中央市、東温市、上島町、久万高原町、松前町、砥部町、内子町 八幡浜市、西予市、伊方町、松野町、、鬼北町、愛南町、宇和島市(10市9町合計の有所見率)

【図表 40】

宇和島市小児	宇和島市小児生活習慣病予防事業							
事業内容	詳細							
集団指導	健診を受診する市内小学 4 年生を対象として、健康教育を実施(共通リーフレットを使用)							
個別指導	小学4年生、小学5年生健診受診者のうち、総合判定 I II(※注3)に該当する児童及びその保護者を対象 に個別の保健指導を実施							
連絡会	当課と小学校が情報を共有するための連絡会を開催(H29 年度から中学校も参加) (学校関係)養護教諭、学校栄養士、学校教育課担当者 (保険健康課)保健師、栄養士							

#### 注3) 総合判定(公益財団法人 愛媛県総合保健協会)

総合判定	指導コメント
I 要医学的管理	専門医による管理が望ましい。
Ⅱ要経過観察	医師、学校、家庭などが連携して生活指導を行い、数か月~1年以内に再検査を受けることが望ましい。
Ⅲ要生活指導	学校、家庭などの連携のもとに、生活指導を行うことが望ましい。
Ⅳ管理不要	要注意所見はあるものの、管理不要と考えます。
V異常を認めず	今回の健診では、異常は認められない。

【図表 41】

中学1年生	有所見	見率(小り	見生活習	間病予	防健診	) ※注 4	ŀ						
検査項目		i	総合判定	:		肥満			脂質検査	-		血圧検査	
快宜垻日	1	H25	H26	H27	H25	H26	H27	H25	H26	H27	H25	H26	H27
空和自士	男	14.6	12.2	13.2	10.8	10.3	12.3	3.8	2.7	1.2	0.3	0	0.3
宇和島市	女	13.5	14.2	13.2	9.2	10.7	8.9	4.9	3.5	3.7	0.6	1.1	1.4
愛媛県	男	10.8	11.0	10.4	9.4	9.7	8.7	1.7	1.3	1.6	0.2	0.4	0.5
※注 2	女	11.8	12.1	12.0	8.6	9.3	8.0	2.6	2.8	3.4	1.0	0.9	1.5

(「学校保健実施報告」公益財団法人 愛媛県総合保健協会)

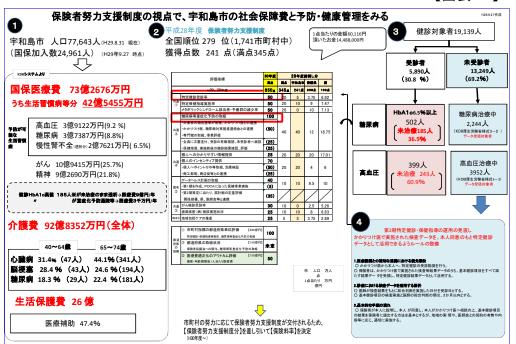
注4) 有所見 肥満:学校保健統計調査方式による判定で肥満度 20.0 以上

血圧: 収縮期(男)血圧 140 mm Hg 以上(女)血圧 135 mm Hg 以上、拡張期(男)血圧 85 mm Hg 以上(女)血圧 80 mm Hg 以上 脂質: 総コレステロール 220 mg以上+HDL40 mg以上及び総コレステロール 190 mg以上+HDL40 mg未満

# ₩ ポピュレーションアプローチ

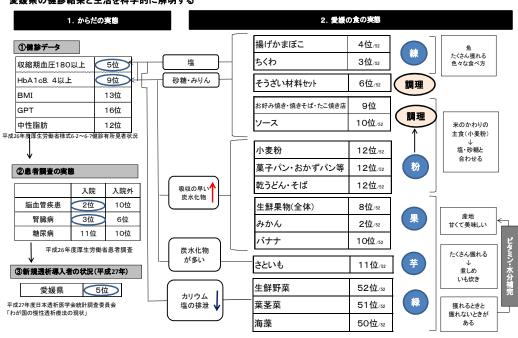
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 42・43)

#### 【図表 42】



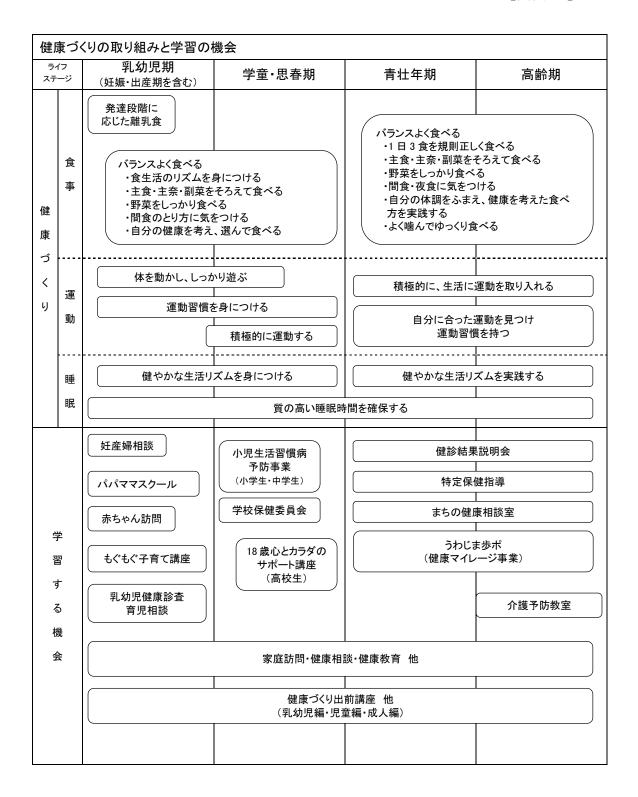
#### 愛媛県の健診結果と生活を科学的に解明する

#### 【図表 43】



平成26年度経済センサス基礎調査・・事業所及び企業活動状態調査 平成26~28年度総務省家計調査・・・国民生活における家計収支の実態調査 当市の健康課題をふまえ、各ライフステージにおいて学習の機会を整備していく。 (図表 44)

【図表 44】



# 第5章 地域包括ケアに係る取り組み

「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うち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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り組みそのものが介護予防として捉えることができる。

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

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

# 第6章 計画の評価・見直し

# 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。 また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に 行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。(図表45)

# 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10)

1 2
・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
・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。
·特定健診受診率、特定保健指導実施率
・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
・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 45】

	現状値の把握方法				特定健診・特の自体が	足医医组等关 施結果総括表				KDBシステム			年度実績 (保険健康課)				愛媛県報告			年度実績 (保険健康課)	効果測定資料 (保険業務係)
ļ	最終評価値	H35																			
		H34																			
-		2 H33																			
ļ	増	1 H32																			
ļ	中間評価値	0 H31																			
-		.9 H30																			
	初期値	H28 H29	29.5%	22.6%	25.7%	7908	36.0%	15.0%	4.06%	4.28%	0.15%	100.0%	%2.98	100.0%	7.5%	14.0%	15.0%	18.3%	21.7%		73.06%
ļ	秒	Ι	29	22	25	80	36	15	4.0	4.2	0.1		98		7.	14	15	18	21	*	73.
	課題を解決するための目標		特定健診受診率60%以上(5%増/年)	40歳代受診率60%以上	9 再	新規受診者数1200人增/年	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%	脳血管疾患の割合5%減少	く 虚血性心疾患の割合5%減少	糖尿病による新規人工透析患者の割合5%減少	B節から保健指導の指示があった者についての保健指導実施率(高血圧)100%	、医師から保健指導の指示があった者についての保健指導実施率(脂質異常症)100%	医師から保健指導の指示があった者についての保健指導実施率(糖尿病)100%	がん検診受診率 胃がん検診(透視) 50%以上	肺が <b>ん検診 (CR+CT) 50%以上</b>	大腸がん検診 50%以上	子宮頸 がん検診 50%以上	乳がん検診 (マンモ) 50%以上	、うわじま健康マイレージ事業の会員数の増加(前年度より10%増)※ 平成29年度開始	後発医薬品の使用割合80%以上
- 覧表	達成すべき目的				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			0 4 9 4 × 77 7 7 7 9 4 47 7 74	脳皿官疾患、虚皿性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の はびなが出する	FO'C14ft] 9 &	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿	病性腎症の発症を予防するため に、高血圧、脂質異常症、糖尿病、 メタボリックシンドローム等の対象	者を減らす			がんの早期発見、早期治療			身近な方法で運動を習慣化する人 が増える	後発医薬品の使用により、医療費 の削減
データヘルス計画の目標管理-	健康課題					・新規受診者が年々減少して   いる			・心臓病による死亡割合が同	規模、県、国と比較して高い ・腎不全による死亡割合が増	加している	オタボ該当者が男女とも増加   コール・サール・コール・コール・コール・コール・コール・コール・コール・コール・コール・コ	£ 02	「七世メイン59、百旅・ブよかっていない。自が多い			・がんの医療費に占める割合 が県、国と比較して高い			運動への関心は高い反面、習慣化し 3たいのに実行できない人がいる	・数量シェアH28年度73.06%
データ	関連計画			华	正健診	2 排 計	画		- 1	・夕へ・長期					昳		努力:	支援	制度		

55

# 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ことが重要であり、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、 庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報 の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

# 参考資料

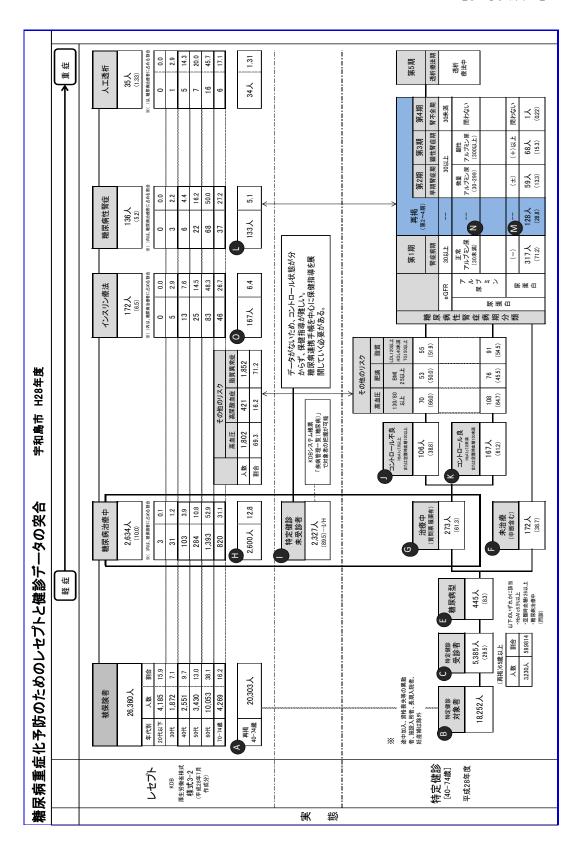
- 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた宇和島市の位置
- 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 3 糖尿病管理台帳(永年)
- 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価
- 6 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか
- 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 8 血圧評価表
- 9 心房細動管理台帳
- 10 平成29年度に向けての全体評価(平成28年度の評価)
- 11 用語集
- 12 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた宇和島市の位置(参考資料 1) データ出典元

# 【参考資料1】

. 200	3-	国・県	・同規模平均	と比べて	. みた于	和島市の位			同規模区分	5					_
						H25		H28			H2	28			
			項目		宇	和島市	宇	和島市	同規格	莫平均	県	Į	E	1	データ元 (CSV)
					実数	割合	実数	割合	実数	흵合	実数	割合	実数	割合	(001)
			総人口			83,885	8	33,885	18,34	6,852	1,412	2,057	124,85	2,975	KDB NO.5
			65歳以上(高詞	給化率)	26,350	31.4	26,350	31.4	4,430,444	24.1	377,802	26.8	29,020,766	23.2	人口の状況
	D	人口構成	75歳以上		14,748	17.6	14,748	17.6			200,272	14.2	13,989,864	11.2	KDB_NO.3
	J	八口特成	65~74歳		11,602	13.8	11,602	13.8			177,530	12.6	15,030,902	12.0	健診・医療・介護デ からみる地域の健康
			40~64歳		29,653	35.3	29,653	35.3			481,791	34.1	42,411,922	34.0	
			39歳以下		27,882	33.2	27,882	33.2			552,464	39.1	53,420,287	42.8	- 国务調査 (H22)
			第1次産業			19.9		19.9	6	.1	8.	.3	4	2	KDB_N0.3
(	2	産業構成	第2次産業			14.1		14.1	28	3.9	24	1.5	25	i.2	<ul><li>健診・医療・介護ラ</li><li>からみる地域の健康</li></ul>
			第3次産業			66.0		66.0	65	5.0	67	7.2	70	1.6	国劳制金 (H22)
	3	平均寿命	男性			78.3		78.3	79	9.6	79	9.1	79	1.6	×KDB NO.1
	2)	T-2070 HD	女性			86.4		86.4	86	5.3	86	6.5	86	i.4	地域全体像の把握
	<b>4</b> )	健康寿命	男性			64.7		64.7	65	5.3	64	1.8	65	i.2	国歌調査 (H22)
,	•	医放力机	女性			66.9		66.8	66		66		66		國本資金 (N22)
			標準化死亡比	男性		108.8		109.2		0.0	10		10		
			(SMR)	女性		104.5	(	103.4	10	0.9	98	3.3	10	00	
			がん		311	43.9	326	43.3	54,818	48.1	4,526	44.5	367,905	49.6	1
0	D	死亡の状況	心臓病		236	33.3	248	32.9	30,930	27.1	3,331	32.7	196,768	26.5	KDB_N0.1
1	·	75= -7-0000	死脳疾患		122	17.2	115	15.3	18,797	16.5	1,494	14.7	114,122	15.4	地域全体像の把握
			因 糖尿病		7	1.0	13	1.7 1	2,153	1.9	177	1.7	13,658	1.8	_
			腎不全		19	2.7	37	4.9	3,750	3.3	363	3.6	24,763	3.3	
L		B III 2 44	自殺		14	2.0	14	1.9	3,547	3.1	284	2.8	24,294	3.3	
		早世予防から みた死亡	合計		145	0.25	93	0.19			1,677	0.18	139,644	0.15	(死亡数) H28厚 人口動態調査/H2
(	2	(65歳未満)	男性		100	0.35	59	0.24			1,116	0.24	91,123	0.20	県保健統計年報
		65歳未満人口に対 する割合	女性		45	0.15	34	0.14			561	0.12	45,821	0.10	<ul><li>(人口)国勢調査</li><li>27</li></ul>
+		70810	1号認定者数(認定	率)	6.687	23.9	6.750	23.3 🗸	891.715	20.2	90.837	23.9	5.882.340	21.2	
(	D	介護保険	新規認定者		138	0.4	101	0.3	15,309	0.3	1,353	0.3	105,654	0.3	1
`	0		2号認定者		135	0.5	124	0.5	21,986	0.4	2,198	0.5	151,745	0.4	1
H			糖尿病		1,411	20.2	1,404	20.3	203,607	21.9	22,683	24.0	1,343,240	21.9	
			高血圧症		3.749	52.4	3,748	53.4	478.594	51.8	51,089	54.3	3,085,109	50.5	**KDB_NO.1地均
			脂質異常症		2,180	30.6	2.218	31.9	255,994	27.6	33,827	35.9	1,733,323	28.2	*体像の把握
	_		心臓病		4,325	60.6	4,287	60.9	545,522	59.1	58,804	62.6	3,511,354	57.5	。 (※①介護保
(	2	有病状況	脳疾患		2,212	32.0	2,094	29.9	239,267	26.2	28,016	30.1	1,530,506	25.3	新規認定者:
			がん		763	10.6	690	9.8	92,924	10.0	10,077	10.5	629,053	10.1	- KDB_N0.47要 認定状況
			筋・骨格		3,944	55.4	3,934	56.1	468,953	50.8	54,397	57.9	3,051,816	49.9	宇和島市1号
			精神		2,203	31.0	2,382	33.5	330,813	35.6	35,864	38.0	2,141,880	34.9	率、2号認定
			1件当たり給付費(	全体)		57,816		5,972	61,	236	58,	101	58,	349	<ul><li>↑護保険事業 報告)</li></ul>
(	3	介護給付費	居宅サービス			40,674		10,198	40,	245	41,4	454	39,	683	報言)
			施設サービス		2	84,706	2	73,536	278	,146	281,	,013	281	115	1
	<b>4</b> )	医療費等	要介護認定別	認定あり		7,114		6,805	8,0	26	7,6	10	7,9	80	
(	4)	区掠复守	医療費 (40歳以上)	認定なし		3,229		3,262	3,8	809	3,8	43	3,8	22	
			被保険者数			28,783	:	24,961	4,51	6,485	345,	,255	32,58	7,223	
			65~74歳		9,922	34.5	10,422	41.8			153,125	44.4	12,462,053	38.2	
(	D	国保の状況	40~64歳		11,439	39.7	8,912	35.7			113,367	32.8	10,946,693	33.6	
			39歳以下		7,422	25.8	5,627	22.5			78,763	22.8	9,178,477	28.2	1
L			加入率			34.3		29.8	24	1.7	24	1.5	26	i.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			病院数		7	0.2	7	0.3	1257	0.3	143	0.4	8,255	0.3	- KDB_NO.5
			診療所数		84	2.9	79	3.2	12,813	2.8	1,247	3.6	96,727	3.0	被保険者の状況
(	2	医療の概況	病床数		1,583	55.0	1,540	61.7	227,288	50.3	22,579	65.4	1,524,378	46.8	-
1		(人口千対)	医師数		221	7.7	205	8.2	33,690	7.5	3,679	10.7	299,792	9.2	-
			外来患者数			699.2	<b></b>	694.2	68		72	~~~~~~~~~	66		
H	_		入院患者数			21.1		20.6	19		23		1	1.2	<u> </u>
			一人当たり	医療費	23,797	県内20位 同規模123位	23,728	県内20位 同規模189位	25,	582	27,9	950	24,	253	
			受診率		7	20.338	7	14.765	708	.019	748.	.511	686	501	KDB_NO.3
		医療費の	外費用の割合			57.9		57.6	59	9.3	57	7.0	60	).1	健診・医療・介護
	3	状況	来 件数の割合			97.1		97.1	97	7.2	96	6.8	97	.4	<ul><li>からみる地域の健</li><li>KDB NO.1</li></ul>
			入費用の割合			42.1		42.4	40		43		39	1.9	- NUD_INU.I 地域全体像の把握
			院 件数の割合			2.9		2.9	2	.8	3.	2	2	6	]
			1件あたり在院日数			17.2日		17.0日	16.	2日	16.8	8日	15.	3B	
Г	٦		がん		1,01	6,917,100 21.0	1,09	4,204,710 25.7	25	.0	24	.1	25	.6	
		医療費分析	慢性腎不全(透析は	54)	41-	4,736,140 8.5	27	6,210,500 6.5	9.	5	9.	6	9.	7	J
1	<b>4</b> )	生活習慣病に 占める割合	糖尿病		37	0,119,940 7.6	37	3,771,700 8.8	10	.1	9.:		9.	7	KDB_NO.3
/	4)		高血圧症		52	5,646,160 10.8	39	1,057,710 9.2	8.	9	7.	9	8.	6	機診・医療・介護 からみる地域
(	~	Barbara www.	10) IIII/II 71E										V		
(	_	最大医療資源傷病 名 (調剤含む)	精神		96	3,989,960 19.9	92	7,089,690 21.8	17	.6	19	.0	16	.9	]

							H25	l	H28			H:	28			<i>=</i> _ <i>p</i> =
			項目	l		宇	和島市	宇	和島市	同規模	莫平均	ļ	-	[	E	データ元 (CSV)
	1	ı		禁己产		実数	割合 10(4 (10)	実数	割合 (10)	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
				糖尿病 高血圧		539,734 549,721	13位 (19) 15位 (19)	551,842 550,275	10位 (18) 14位 (19)	1				l		
				同皿工 脂質異常症		532,641	7位 (19)	541.605	7位 (19)	i						
		弗田姑	入	脳血管疾患		542,296	19位 (21)	578,007	14位 (19)							
		費用額 (1件あたり)	院	心疾患		620,701	11位 (16)	679,574	4位 (15)	1						
				腎不全		680,787	6位 (19)	665,010	10位 (19)	1						
		県内順位		精神		398,428	17位 (26)	494,889	4位 (24)							VDD 110 0
	(5)	順位総数22		悪性新生物		586,642	17位 (14)	607,270	16位 (13)							KDB_NO.3 健診・医療・介護デ
				糖尿病		35,709	8位	33,935	15位							からみる地域
		入院の( )内 は在院日数		高血圧 脂質異常症		26,825	17位 15位	25,439	17位 18位							
		10-1100 1130	外	脳血管疾患		26,472 33,813	13位	24,825 33,365	11位							
4			来	心疾患		43,199	8位	40,853	13位	1						
				腎不全		180,158	10位	165,569	16位							
				精神		30,847	5位	28,480	11位	1						
				悪性新生物		44,516	18位	50,341	10位							
		75-5A		建診対象者	健診受診者		906		1,250	2,4	111	1,7	788	2,0	)65	
	6	健診有無別 一人当たり		一人当たり	健診未受診者		12,395	1	2,337	12,	679	14,	254	12,	683	************************************
	0	点数	生	5習慣病対象者	健診受診者		2,455		3,362	6,6	34	4,	747	5,9	940	からみる地域
				一人当たり	健診未受診者		33,601	3	33,193	34,	890	37,	850	36,	479	
	ĺ	健診・レセ	受診	勧奨者		2,737	57.9	3,051	56.7	669,151	55.7	42,009	57.1	4,116,530	55.9	KDB NO.1
	7	健診・レゼ 突合	1	医療機関受診		2,428	51.4	2,828	52.5	617,720	51.5	38,886	52.8	3,799,744	51.6	KDB_NU.I 
				医療機関非受	诊率	309	6.5	223	4.1	51,431	4.3	3,123	4.2	316,786	4.3	
	1		健診	受診者			4,727		5,385	1,20	0,553	73,	624	7,36	2,845	1
	2		Ì	受診率		23.2	県内16位 同規模243位	29.5	県内14位 同規模228位	38	3.0	29.4	全国40位	34	1.0	
	3	1	特定	保健指導終了者	昏 (実施率)	254	33.6	282	36.0 个	44,581	30.2	2,869	28.8	35,557	4.1	†
	4			満高血糖		357	7.6	481	8.9	119,080	9.9	8,298	11.3	687,157	9.3	†
					該当者	664	14.0	926	17.2	209,544	17.5	12,083	16.4	1,272,714	17.3	†
	(5)				男性	478	23.1	666	27.7	142,004	27.4	8,258	26.5	875,805	27.5	†
		. 特定健診の			女性	186	7.0	260	8.7	67,540	9.9	3,825	9.0	396,909	9.5	1
		・ 特定健診の 状況		メタボ	予備群	506	10.7	582	10.8	128,835	10.7	7,886	10.7	790,096	10.7	†
	6	100.00			男性	373	18.0	426	17.7	88,450	17.1	5,401	17.3	548,609	17.2	1
		県内順位			女性	133	5.0	156	5.2	40,385	5.9	2,485	5.9	241,487	5.8	W NO O
	7	順位総数22			総数	1,379	29.2	1,753	32.6	379,261	31.6	22,305	30.3	2,320,533	31.5	■ KDB_NO.3 健診・医療・介護デ
5	8			腹囲	男性	986	47.6	1,253	52.2	257,437	49.7	15,230	48.9	1,597,371	50.1	からみる地域の健康
	9		Х	40.000	女性	393	14.8	500	16.8	121.824	17.9	7,075	16.7	723,162	17.3	<ul> <li>KDB_NO.1</li> <li>地域全体像の把握</li> </ul>
	(10)		タギ		総数	229	4.8	258	4.8	57,060	4.8	3,661	5.0	346,181	4.7	心域主体体がた逆
	10		ボ 該	BMI	男性	40	1.9	36	1.5	8,477	1.6	576	1.8	55,460	1.7	†
	(12)		当		女性	189	7.1	222	7.4	48,583	7.1	3,085	7.3	290,721	7.0	1
	(13)		· 予	血糖のみ		21	0.4	37	0.7	8,214	0.7	514	0.7	48,685	0.7	†
	(14)		产備	血圧のみ		368	7.8	428	7.9	88,982	7.4	5,670	7.7	546,667	7.4	1
	(15)		群	脂質のみ		117	2.5	117	2.2	31,639	2.6	1,702	2.3	194,744	2.6	1
	(16)		レ	血糖・血圧		83	1.8	132	2.5	32,969	2.7	1,924	2.6	196,978	2.7	
	17)		ベル	血糖・脂質		35	0.7	46	0.9	11,910	1.0	674	0.9	69,975	1.0	1
	(18)			血圧・脂質		384	8.1	479	8.9	101,012	8.4	5,890	8.0	619,684	8.4	
	19	1	1	血糖・血圧・原	<b>指質</b>	162	3.4	269	5.0	63,653	5.3	3,595	4.9	386,077	5.2	1
				高血圧		1,108	23.4	1,629	30.3	412,372	34.4	23,291	31.6	2,479,216	33.7	
	1		服薬	糖尿病		174	3.7	273	5.1	93,059	7.8	4,528	6.2	551,051	7.5	
			*	脂質異常症		761	16.1	1,157	21.5	286,600	23.9	16,954	23.0	1,738,149	23.6	
		1		脳卒中 (脳出血	脳梗塞等)	191	4.0	182	3.4	37,598	3.2	2,366	3.2	230,777	3.3	
			既	心臓病(狭心症	心筋梗塞等)	328	6.9	368	6.8	68,046	5.9	4,588	6.3	391,296	5.5	1
	2		往歴	腎不全		4	0.1	97	1.8	7,528	0.7	993	1.4	37,041	0.5	1
			/IE	貧血		1,036	21.9	1,334	24.8	116,827	10.1	11,689	16.0	710,650	10.1	
		1	喫煙			609	12.9	642	11.9	158,016	13.2	8,453	11.5	1,048,171	14.2	]
	3					296	8.4	294	7.8	72,002	7.1	3,685	7.3	540,374	8.5	]
	3		週3	回以上朝食を抜	<	290					400	1	15.7	743,581	110	]
			*******	回以上朝食を抜 回以上食後間食		543	15.3	625	16.6	111,439	10.9	7,958	13.7	7 10,001	11.8	
3	4	生活習慣の	週3					625 565	16.6	111,439 149,833	10.9 14.5	7,958 7,253	14.3	983,474	15.4	KDB_NO.1
3	<b>4 5</b>	生活習慣の 状況	週3  週3	回以上食後間食		543	15.3									
3	<ul><li>4</li><li>5</li><li>6</li></ul>		週3 週3 食べ	回以上食後間食 回以上就寝前夕	食	543 519	15.3 14.7	565	(15.0)	149,833	14.5	7,253	14.3	983,474	15.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
6	4 5 6 7		週3  週3  食べ 20歳	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い	食 (g以上増加	543 519 1,009	15.3 14.7 28.5	565 1,077	15.0 28.6	149,833 254,684	14.5 25.1	7,253 14,293	14.3 28.2	983,474 1,636,988	15.4 25.9	
6	4 5 6 7 8		週3 関3 食べ 20歳 1回	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い 時体重から100	食 食 g以上増加 慣なし	543 519 1,009 1,117	15.3 14.7 28.5 31.6	565 1,077 1,242	28.6 33.0	149,833 254,684 326,322	14.5 25.1 31.6	7,253 14,293 16,412	14.3 28.2 32.4	983,474 1,636,988 2,047,756	15.4 25.9 32.1	
6	(4) (5) (6) (7) (8) (9)		週3 関3 食べ 20歳 1回 1日	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い 時体重から10k 10分以上運動習	食 食 g以上増加 慣なし	543 519 1,009 1,117 2,154	15.3 14.7 28.5 31.6 60.9	565 1,077 1,242 2,185	28.6 33.0 58.1	149,833 254,684 326,322 605,529	14.5 25.1 31.6 58.4	7,253 14,293 16,412 28,174	14.3 28.2 32.4 55.7	983,474 1,636,988 2,047,756 3,761,302	15.4 25.9 32.1 58.7	
6	(4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		週3 ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( (	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い 時体重から10k 10分以上運動習 時間以上運動す	食 食 g以上増加 慣なし	543 519 1,009 1,117 2,154 502	15.3 14.7 28.5 31.6 60.9 14.2	565 1,077 1,242 2,185 956	28.6 33.0 58.1 25.4	149,833 254,684 326,322 605,529 460,802	14.5 25.1 31.6 58.4 44.4	7,253 14,293 16,412 28,174 17,540	14.3 28.2 32.4 55.7 34.7	983,474 1,636,988 2,047,756 3,761,302 2,991,854	15.4 25.9 32.1 58.7 46.9	
6	(4) (5) (6) (7) (8) (9) (0) (1)		週3 食べ 20歳 1回 1日 毎日	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い 時体重から10k 10分以上運動習 時間以上運動7 不足	食 食 g以上増加 慣なし	543 519 1,009 1,117 2,154 502 983	15.3 14.7 28.5 31.6 60.9 14.2 27.8	565 1,077 1,242 2,185 956 1,099	28.6 33.0 58.1 25.4 29.2	149,833 254,684 326,322 605,529 460,802 250,124	14.5 25.1 31.6 58.4 44.4 24.3	7,253 14,293 16,412 28,174 17,540 14,108	14.3 28.2 32.4 55.7 34.7 27.9	983,474 1,636,988 2,047,756 3,761,302 2,991,854 1,584,002	15.4 25.9 32.1 58.7 46.9 25.0	
6	4 5 6 7 8 9 0 10		週3  食べ 20歳 1回 1日 毎日 日本	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い 時体重から100 00分以上運動7 時間以上運動7 不足 飲酒	食 食 g以上増加 慣なし	543 519 1,009 1,117 2,154 502 983 904	15.3 14.7 28.5 31.6 60.9 14.2 27.8 25.6	565 1,077 1,242 2,185 956 1,099 930	28.6 33.0 58.1 25.4 29.2 24.7	149,833 254,684 326,322 605,529 460,802 250,124 278,304	14.5 25.1 31.6 58.4 44.4 24.3 24.6	7,253 14,293 16,412 28,174 17,540 14,108 11,636	14.3 28.2 32.4 55.7 34.7 27.9 23.0	983,474 1,636,988 2,047,756 3,761,302 2,991,854 1,584,002 1,760,104	15.4 25.9 32.1 58.7 46.9 25.0 25.6	
6	(4) (5) (6) (7) (8) (9) (1) (1) (2) (3)		週3 20 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い 時体重から10 10分以上運動習 時間以上運動 不足 飲酒 飲酒	食 食 g以上増加 慣なし	543 519 1,009 1,117 2,154 502 983 904 763	15.3 14.7 28.5 31.6 60.9 14.2 27.8 25.6 21.6	565 1,077 1,242 2,185 956 1,099 930 815	28.6 33.0 58.1 25.4 29.2 24.7 21.7	149,833 254,684 326,322 605,529 460,802 250,124 278,304 237,249	14.5 25.1 31.6 58.4 44.4 24.3 24.6 21.0	7,253 14,293 16,412 28,174 17,540 14,108 11,636 10,400	14.3 28.2 32.4 55.7 34.7 27.9 23.0 20.5	983,474 1,636,988 2,047,756 3,761,302 2,991,854 1,584,002 1,760,104 1,514,321	15.4 25.9 32.1 58.7 46.9 25.0 25.6 22.0	
6	4 5 6 7 8 9 0 10		週3  食べ 20歳 1回 1日 毎日 日本	回以上食後間食 回以上就寝前夕 る速度が速い 時体重から100 10分以上運動習 時間以上運動 不足 飲酒 飲酒	食 食 g以上増加 慣なし	543 519 1,009 1,117 2,154 502 983 904 763 2,428	15.3 14.7 28.5 31.6 60.9 14.2 27.8 25.6 21.6 69.0	565 1,077 1,242 2,185 956 1,099 930 815 2,562	28.6 33.0 58.1 25.4 29.2 24.7 21.7 68.9	149,833 254,684 326,322 605,529 460,802 250,124 278,304 237,249 467,405	14.5 25.1 31.6 58.4 44.4 24.3 24.6 21.0 64.5	7,253 14,293 16,412 28,174 17,540 14,108 11,636 10,400 34,245	14.3 28.2 32.4 55.7 34.7 27.9 23.0 20.5 71.0	983,474 1,636,988 2,047,756 3,761,302 2,991,854 1,584,002 1,760,104 1,514,321 3,118,433	15.4 25.9 32.1 58.7 46.9 25.0 25.6 22.0 64.1	

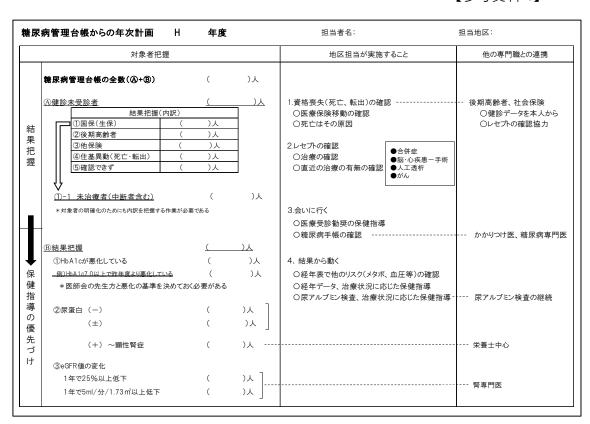
# 【参考資料 2】



# 【参考資料 3】

番号	追加 年度	地区	氏名	性 別	年度 年齢	診療開 合併症(	:	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧	裙	HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	20/1	血圧								
							CKD	GFR								
							CND	尿蛋白								
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧	椐	HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患	糖 以外	BMI								
						糖尿病性腎症	グバ	血圧								
								GFR								
							CKD	尿蛋白								

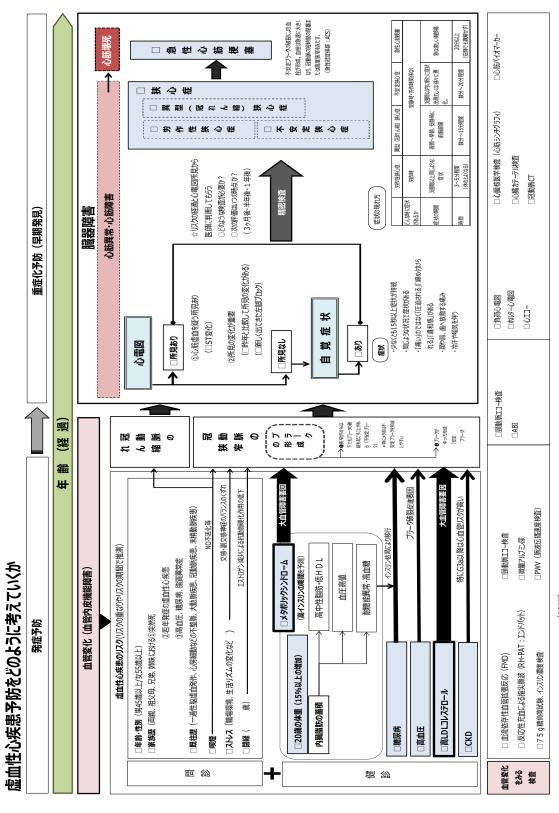
# 【参考資料 4】



# 【参考資料5】

禄	式6	-1 糖原	₹病′	性腎症	重症化予防の	取り	組み評	価	同規模 区分	5	都道 府県			市町村名	宇和島市
						突			保険	者			同規模保険	(本(平均)	
				項目		合表	28年	度	29年	F度	304	丰度	28年度同規模	保険者数266	データ基
							実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	1	被保険者数				Α		26,360人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	2		(再排	曷)40−74歳				20,303人							<b>株式3-2</b>
	1		対象	者数		В		18,252人							
2	2	特定健診	受診	者数		С		5,385人							市町村国保
	3		受診	率		Ò		29.5%							特定健康診査·特定保健指導 状況概況報告書
3	1	特定	対象	者数				784人							NOOMOOTA II
<u> </u>	2	保健指導	実施	率				36.0%							
	1		糖尿	病型		Ε	445人	8.3%							
	2			未治療・「	中断者 (質問票 服薬なし)	F	172人	38.7%							
	3				質問票 服薬あり)	G	273人	61.3%							
	4				・ロール不良 7.0以上または空腹時血糖130以上		106人	38.8%							
	⑤				血圧 130/80以上	J	70人	66.0%							
4	6	健診 データ			肥満 BMI25以上		53人	50.0%							特定健診結果
	7			コント HbA1	- ロール良 o7.0未満かつ室腹時血糖130未満	K	167人	61.2%							
	8			第1期	尿蛋白(一)		317人	71.2%							
	9			第2期	尿蛋白(±)	١	59人	13.3%							
	10			第3期	尿蛋白(+)以上	М	68人	15.3%							
	11)			第4期	eGFR30未満		1人	0.2%							
	1		糖尿	病受療率(	被保数千対)			99.9人		•		•			KDB_厚生労働省様式
	2			(再掲)40	0-74歳(被保数千対)			128.1人							様式3-2
	3			レセプト件数	入院外(件数)		11,863件	(613.6)					9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析
	4			(40-74歳) ()内は被保数千対	入院(件数)		137件	(7.1)					65件	(5.0)	(生活習慣病)
	⑤		糖尿	病治療中			2,634人	10.0%							
	6			(再掲)40	 D-74歳	Н	2,600人	12.8%							
	7			健詣		I	2,327人	89.5%							
	8		イン	スリン治療			172人	6.5%							
5	9	レセプト		(再掲)40	 0−74歳	0	167人	6.4%							KDB_厚生労働省様式
	10		糖尿	病性腎症			136人	5.2%							様式3-2
	11)			(再掲)40		L	133人	5.1%							
	(12)			工透析患者對	<b>数</b>		35人	1.33%							
	_		(糖尿症	(油泉中に占める割)											
	13			(再掲)40			34人	1.31%							
	(I)		-	新規透析			4	0.15%							
	(15)		【余多		表示性腎症 慢性人工透析患者数		2	0.08%				-			KDB_厚生労働省様式
	16			(糖尿病治療中に占	める割合)		77人	2.3%							様式3-2 ※後期ユーザー
	1		総医					2676万円					ļ	6461万円	
	2				病総医療費		42億	5302万円					30億	4285万円	
	3				に占める割合)			58.0%						56.7%	
	4			生活習慣病 対象者	健診受診者			3,362円						6,634円	
	(5)			一人あたり	健診未受診者			33,193円						34,890円	
	6			病医療費			3億	7377万円					3億	0601万円	
	7				療費に占める割合)			8.8%						10.1%	
6	8	医療費	糖尿	病入院外約			11億	3193万円							KDB 健診・医療・介護データから∂
	9			1件あたり				33,935円							る地域の健康課題
	10		糖尿	病入院総図				0415万円							
	11)			1件あたり	J			551,842円							
	12)			在院日数	t			18日							
	(13)		慢性	腎不全医療	<b>養</b>		2億	8672万円					3億	0859万円	
	14)			透析有り			2億	7621万円					2億	8997万円	
	(15)			透析なし				1051万円						1862万円	
7	1	介護	介護	給付費			92億	8353万円					49億	7299万円	
	2	川市安		(2号認定	者)糖尿病合併症		16件	18.2%							
8	1	死亡	糖尿	病(死因別	死亡数)		13人	1.0%					8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

# 【参考資料 6】



【参考文献】 直由性の表書の一次予防ガイドライン2012改訂度、脳の曲管予防に繋する店指的リスク管理ラチャート2015、血管指指手導展的指面式に繋するガイドライン、職務硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCDの診察ガイドライン2013、環界指達ガイド、血管内皮徴能を診る(保存条件子書)

# 【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

				リスク	7状況			対象者
健	診結果、同	問診	他のリスクの!	重なりを考える	虚血性心疾患	きを予防するためのリスク		
1	心電図		۲. <del>ش</del> الایا	所見なし		ST変化	5	5
)	心电区		心电区	別兄なし		その他所見		重
			-	<b>-</b>				症
						]症状あり		化予
					<ul><li>□少なくとも15秒以上の</li><li>□同じような状況で症状</li></ul>		4	防
						迫される」「締め付けられる」「違和	4	対象
_			□自覚症状なし		感がある			者
2					<ul><li>□以前にも同じような症</li><li>□頚や肩、歯へ放散する</li></ul>			
_	問診				□冷汗、吐き気がある	<u>-                                    </u>		
			□家族歴	(1)3 (日、祖父母、兄弟姉妹 (1)3			İ	
					5年での虚血性心疾患の発 高血圧、糖尿病、脂質異常		4	
			□既往歴·合併症 —	-過性脳虚血発作、心房細動			4	
			□喫煙	22123613E1117011 ( -07737438)	OC-7   IEIM / Cashinoxias	, resolution of the second of		i
			7	الح			-	
(3)			目的				١.	
_	健診結果	具	(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		メタボタイプかLDLタイプか を経年表より確認する。		
			(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	ンクする。	<b>でボーイスのソルドシック</b> 。	7	
	判定		正常	軽度	重度	追加評価項目		
	□腹囲				85~ 90~			
	□ВМІ		~24.9	2	5~			
	□中性	空腹	~149	150~299	300∼			
メタ	脂肪	食後	~199	20	00~			
ボリ	□nonH	IDL-C	~149	150~169	170~			
ック	□AST		~30	31~50	51~			発症
シン	□血糖	空腹	~99	100~125	126~	【軽度】 □75g糖負荷試験		予防
ر ا ا		食後	~139	140~199	200~	【重度】 □眼底検査		対 象
ا ا	□HbA1	lc	~5.5	5.6~6.4	6.5∼	□尿アルブミン/クレアチニン比		者
	□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		
		拡張期	~84	85~89	90~	の鑑別)		
4	□LDL-0		~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		
e G F	R			60	)未満			
尿蛋白			(-)	(-	+) ~			
□СК	D重症度	分類		G3:	aA1~		]	
	その他		□閉経 □アルコール □運動習慣 □睡眠・生活リズム <u>0</u>		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

	<b>-</b> P I																									
	<b>址</b> 炉I	険者証													健診す	<u>*</u> -9										
₩ □	饭床	<b>火</b> 111	a h	lit mi	₩₩		過;	去5年間の	りうち直	Í									ΔE							
番号			氏名	性別	年齢	メタボ							H24			H25			H26			H27			H28	
	記号	番号				判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療無	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	治療無	収縮期	拡張期

# 【参考資料9】

心房細動管理台帳

			基本	軵				牆の批	ł	脳梗塞	の有無							毎年度	確認する	izł						
番号	登録年度 番号						医療	心房細動	心房細動	脳梗塞	脳梗塞			H26年度	Į				H27¢	ţ				H28年度	į	
	钳勺	行政区	粗	跖	年齡	性別	機名		沙療開始日	解	診療日	<b>鬱</b> ൊ	櫷爖	糖炾	棚業	憐	鱫細	魆牻	塘炾	加薬	憐	<b>鬱</b> 泗	幗爖	塘坑	水火薬	備考

平成29年度に向けての全体評価(平成28年度の評価)

		**						
		評価(良くなったところ)			ŀ			
課題·目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	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)	クチャー <b>き</b> )	⑤残っている課題
	・受けやすい健診体制の整備	·健診実施状況	●健診受診率の推移	率の推移				デール オープリー・オージャー・オージー・オージー・オージー・オージー・オージー・オージー・オー
14 化解义员十四十	・40歳到達者へ訪問等で受診勧奨	集団健診:62回	年度	H25	H26	H27	H28	- CRC RG / / / / / / / / / / / / / / / / / /
<回標>	・不定期受診者へ電話で受診勧奨	個別健診:6~2月に実施	受診率	23.2%	27.5%	30.0%	29.5%	性など理解が得られるようなアプ
·特定健診受診率:50%	・経年未受診者に受診勧奨通知を送付	健診料:無料	<ul><li>●年齢別健診受診率</li></ul>	8 受影率				ローチ方法を再検討するとともに、魅力なったが、
・不定期受診者の受診率向上	・リピーター確保のための受診勧奨通知を送付	•40歳到達者への訪問:154件	年 齡 7	40~49歳 50	20~29歳 60	60~64歳 65~74歳	裁計	刀的な健診の美施。
〈課題〉	・継続受診の重要性をPRするため、新規受診者(H	・不定期受診者への電話: 636件	受診率	22.6%	25.7%	29.7% 32.1%	29.5%	
・受診率が低い	27年度~)に健康管理ファイルを配布	・経年未受診者への受診勧奨通知	<ul><li>新規受診者数:862人</li></ul>	数:862人				・健診開始年幣の340歳へのアフローエー研診母診習慣をつけるために
新規受診者数が増えない	・国保新規加入者へ、職域・他市町での健診からの	9,122人	·不定期受診	不定期受診者数:523人		・訪問や電話等、直接的アプ	直接的アプ	/ は妊じべが目はと ノバシにがにつ 重要である。今後も、重点的に受診
40~50歳代男性の受診率が低い	スムーズな移行を支援・ ・医療機関と連携し、治療中患者及び人間ドック受診	・リピーター確保のための受診勧奨 通知:3,448人	•40歳到達者の受診率:35.6%	1の受診率:		ローナの効果は高いか、通常業務の時間帯では関われないしゃいる。	高いか、通常 は関われない *闘の始計#	
・さまざまなアプローチを行っている	者の受診券利用を促進	<ul><li>・健康管理ファイル配布数:2,137件</li></ul>	・不定期受診者への電話勧奨	治への電影	, 51	人// 500 米1// 1/2 必要。		影「しついてのない。
が効果が上かっていない	・小中学生の生活習慣病予防健診を通じて保護者への母診政験		による健診甲込率:47.3%	3.人举:47.3		<ul><li>受診勧奨対象者の名簿作成</li></ul>	当の名簿作成	
	0.文影哈光	・国保新規加入者への受診勧奨: 567人	・経年未受診者勧奨通知による健診申込率:0.9%	:者勧奨通失 率:0.9%		や受診勧奨通知に多大な時間を要する。事業の効率化を図る	に多大な時間)効率化を図る	の移行がスムーズに行えるよう、加 入年度だけでなく、継続的な受診勧
					<u>†</u>	ため外部委託も検討する。	検討する。	X
特定保健指導受診率向上	・利用しやすい実施体制の整備	•特定保健指導実施日数: 70日	●特定保健: 产	<ul><li>特定保健指導受診率の推移</li></ul>	の推移			・実施率は上がったが目標には至ら
	(複数日程、時間帯の設定・予約制で実施)	・特定保健指導目的と流れの可視化	4 英	H25	H26	H27	H28	ない。積極的支援及び50~60歳代の
<目標>	・郵送による実施日の案内及び電話で勧奨	カード作成	党影楽	33.6%	36.6%	34.6%	36.0%	特保受診率が低い。対象者に応じた民勢の監察を制度を持つの対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対
•特定保健指導実施率:58%	・個別性の高い支援実施のための指導用媒体等改	・対象者の意識レベルに合わせた行	· 階層化改善状況	状況	-	・対象者に地区による偏りがあ	こよる偏りがあ	文形 制突 寺、14 町の見目し。
<課題>	쎾	動変容チェックシート作成 ※ ギュニュー	積極的支	積極的支援: 45.0%		るため地区担当で実施すること が困難	で実施するこ	L
・実施率が低い		<ul><li>・栄養媒体等作成</li></ul>	型権がア	動機づけ支援: 24.3%		· E E		
			・内臓脂肪症候群減少率: 18.7%	候群減少		・共通の保健指導媒体は有るが保健指導は個々の指導者のサービーと たきせんに お	章媒体は有るなの指導者のサービスの指導者のサービス	・効果的な保健指導を実施するため、研修等を行い、指導者の知識、指
重症化予防	・健診結果から要医療者へ健診結果説明会や訪問なった。 ホーニョン はおは サンド はんぱん	·健診結果説明会及びまちの健康相 · 健診結果説明会等来所者数: 警索開催数: 80回	·健診結果診	明会等来別		ム里にそる。祖寺ハツに山、ショー化が必要。特に、腎症の指導に、芸力が大きを	で、腎症の指注	- inth
く目標>	寺で、灰がにあり、8. 旧秋だに、C. かで放送した。 とうせい 受け力を指導	•家庭訪問:81件	•医療機関受	医療機関受診率:48.4%		は米愛佰寺が里安しよるだめ 栄養士の確保も検討が必要。	妾になるため 検討が必要。	
・H29年度にはH26年度と比較して、 脳血管疾患、虚血性心疾患、新規人	・生活習慣病連絡票を活用して医師の指示のもと、 保健師 学業十が保健指導を実施	· 受診勧奨実施率:100%	・コントロー/ 階級・7.1%	コントロール不良者の治療中所率・7.1%		・糖尿病性腎症予防と現状の止ってでは、	予防と現状の	・対象者の抽出から効果判定まで効用ないです。
工透析をそれぞれ5%減少させる。 (レセプト人数疾患別割合)		4.93.2%	・医師の指示に基づく保健指導	に基づく保		エム目1損ねアツ手来を刈牟いに実施するために体制の見直しが以乗。	事業を効率的に体制の見直	
	<b>棒続治療の必要性を指導</b>	•生活習慣病連絡票返信率: 24.5%	果脂效:26年54年44年	4		Š		_
·要医療者全員に受診勧奨を行う <課題 >		・医師からの保健指導指示件数:58件(HS7年度59件で、指示件数が減	・脳目管疾患(-0.18%)、虚用性心疾患(-0.05%)は減少した	1(一0.18%)-0.05%) [共治		・治療中断者やコントロール不 良者の支援には個々の医療機	コントロール不価々の医療機	・医療機関との連携強化を図り、生活習慣病連絡票返信率を上げることが
・要医療者の医療機関受診率が低		少している)	が、目標の5%には達していない。人工透析は横ばい。	%には強して iは横ばい。		関との連携が重要である。ケー スを通じて、医師への制度の理	要である。ケー への制度の理	
					単す	解を図り、連携を深めるように する。	深めるように	

# 用語集

# **①インセンティブ**

目標を達成するための刺激。誘因。

# ②愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

日本糖尿病学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本病態栄養学会の4学会合同で 策定された「糖尿病性腎症病気分類 2014」に基づく名称並びに分類を用いており、対 象者選定基準、プログラム内容、評価方法を示したものである。

#### 3健康寿命

日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間。

# ④国保データベース (KDB) システム

国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム

# ⑤同規模平均

人口規模により保険者を振り分け、「同規模保険者」とする。一般市については、人口 50,000 人未満、50,000~100,000 人未満(※)、100,000~150,000 人未満、150,000 人以上に区分され、該当保険者と同規模保険者平均との比較が可能。

宇和島市と同規模(※)は、H25:269市/全国、H28:266市/全国 ある。

#### ⑥標準化死亡比(SMR)

地域間の年齢構成の差による影響を調整し、基準集団を 100 として、地域の死亡率を比で表したもの。

#### ⑦保険者努力支援制度

保険者(市町村・都道府県)における医療費適正化や保健事業等に対する取り組みを 評価し、基準を達成した保険者に対して国庫補助金を交付する制度。

# <u>⑧ポピュレーションアプローチ</u>

集団全体に働きかけを行うことであり、本計画書におけるポピュレーションアプローチとは、健康づくりに関する普及啓発、生活習慣病予防や重症化予防の基本的考え方の普及などをいう。

## 9メタボリックシンドローム

内臓脂肪型肥満に高血糖・高血圧・高脂血症のうち2つ以上を合併した状態をいう。

# ⑩レセプト

保険診療を行った医療機関は、診療報酬点数表に基づいて計算した診療報酬(医療費) を毎月の月末に患者一人一人について集計した上で、患者一人につき、外来と入院を 別々にした明細書を作成し、審査支払機関を経由して保険者へ診療報酬を請求する。こ の請求書類をレセプト(診療報酬請求書・診療報酬明細書)という。

# ⑪CKD (慢性腎臓病)

腎臓の働き (GFR) が健康な人の 60%以下に低下する (GFR が 60ml/分/1.73 ㎡未満)か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態

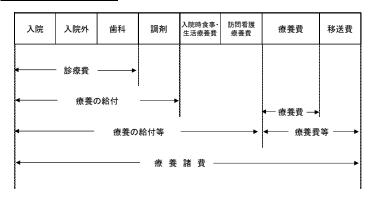
#### (12) eGFR

腎臓の機能を表す指標として、血清クレアチニン値をもとに糸球体濾過量を推定した (eGFR) が用いられる。GFR は糸球体が 1 分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値

#### ③PDCA サイクル

業務プロセスの管理手法の一つで、計画 (Plan)  $\rightarrow$ 実施 (Do)  $\rightarrow$ 評価 (Check)  $\rightarrow$ 改善 (Action) という 4 段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善していく手法

#### 14医療費の内訳表



A <u>愛媛県国民健康保険事業報告書による療養諸費(医療費)</u>電子レセプト+紙レセプト:療養の給付等(入院、入院外、 歯科、調剤、入院時食事・生活療養費、訪問看護療養費)+療養費等(療養費、移送費)

B KDBによる医療費 電子レセプト:医科(入院、入院外)+調剤

A—B=紙レセプト+歯科+入院時食事・生活療養費+訪問看護療養費+療養費等(療養費、移送費)

# 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた宇和島市の位置(参考資料 1) データ出典元

					保険者	同担:	 漠平均		国	データラ		
_			項目		実数割合	実数	英十 均 割合	実数 割合	実数割	(001/)		
			総人口		<b>歳務省 国勢園を人口等基本集計</b> より (5年に1度公表)							
			65歳以上(	高齢化率)		- H24~H28年度5年間のデータ⇒H22年度国勢調査が反映 ※H29年度のデータ→H27年度国勢調査が反映						
	1	人口構成	75歳以上		※H29年度のデータ⇒H27年度国勢調査が反映 ※割合:各年代人口/総人口*100							
			65~74歳		MB 1 1 1 1 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			KDB_NO.3 健診 · 医療 · 介				
										データからみる		
			40~64歳							の健康課題		
			39歳以下									
			第1次産業							KDB_NO.3 健診・医療・介		
1	2	産業構成	第2次産業			17.4~17.8年度3年間のアータ⇒17.22年度国勢調査が反映 ※H29年度のデータ⇒H27年度国勢調査が反映						
			第3次産業		1							
	_		男性			<b>■生労働省 生命差</b> より (5年に1度公表)						
	3	平均寿命	女性		H24~H29年度5年間のデータ⇒H22	2年度生命表が	反映					
		健康寿命			0歳平均余命-(65~69歳平均余命-	((1-(介護部	定者数/40歳~	人口))*65~69歳定常人	口/65歳生存数))	KDB NO.1		
	_		男性		1.00000 7.000 = 10.00 70.0000	の歳平均余命- (65~69歳平均余命- ((1- (介護認定者数/40歳~人口)) *65~69歳定常人口/65歳生存数)) 平均余命・人口・生存数:厚生労働省生命表(5年に1度公表)						
	4		-t-A4L		介護認定者数:介護受給者台帳【要支援1~要介護5】(毎月更新・累計は翌年5月作成分) ※ <b>介護保險制度を利用した機磨券金の集出方法の開発(喧医大陂 62(1):36-43,2004)</b> を参照に算出							
			女性						3. 20047 E S MIC 异山			
			標準化死亡比	男性	<b>原生労働省 人口動業園査</b> より (5			均を100とした時の比率				
			(SMR)	女性	H24・25年度のデータ:H15~19年	F度版 H26	~29年度のテー	8:H2U~24年度版				
			がん		医生学過会 人口動物園書 (1年に1度公表)					_		
			心臓病		★H24~H26年度のデータ⇒H24年度人口動態調査: がん…実数⇒死因新生物,総数 割合⇒死因				+自殺) *100	KDB NO.1		
	1	死亡の状況			・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・							
2			死 脳疾患 因 糖尿病		************************************	因糖尿病_総数/死亡	/死亡者數+100	※ vont. フラルの大発動がUnc年度で生ったことがこ い		地域全体像の指		
	l		000000000000000000000000000000000000000			新子全・・・実数⇒死因等不全・総数 新合⇒死因等不全・総数/死亡者数+100 ※ KDBシステムの本稼働がH25年度であったことから、H24~ はH25年度公表 (H24実績値)が採用され、H27以降は年次更		平良 ぐめつたことから、H24~H26年度 採用され、H27以降は年次更新となっ				
			腎不全			6C/6580 7CC-1384-1	級/元上·告級▼100	ています		<b>」</b> ┃		
			自殺									
		(65歳未満)	合計		64歳以下死亡者数/64歳以下人口*100	<b>- 年朝</b> のタケ海:	11 特出 1120 左衛	、1100 左楽 <b>! ロ事業用本</b> 士の		- W		
	2		男性		【分母】H25年度分… <b>国勢置査</b> 22年度より	抽出		度分…H28年度 <b>人口動業園査</b> 市町村別年齢死亡数より抽出		厚労省HP 人口動態調査		
			女性		H28年度分… <u>国勢調査</u> 27年度より指	曲出	※早世の統計は必	システムから抽出できないため、通	配合会にて計算しました			
			1号認定者数(認	(定率)	宇和島市1号認定者数(認定率)・2号認定	3月末						
	1		新規認定者		<ul><li>同規模平均・県・国の1号認定者数(認定率 2号認定者:40~64)</li></ul>			1百台帳)/60歳以上入口(国务 )/40~64歳人口(国勢調査)				
3	@		2号認定者		新規認定者:65歳以上介護認定者内新規認	定者/65歳以上人	口 (国勢調査) *1	00				
					<u> 介護受給者会報</u> (毎月更新・累計は直) <b>介護受給者会報・医科レセプト</b> (4)				年度が反映)より	VDB NO 1#		
			糖尿病		<b>介藤受給有替帳・医科レセフト</b> 有病状況劇合…介護認定者かつ各疾				)	KDB_NO.1均 全体像の把		
			高血圧症							王严胁		
			脂質異常症							(※①介護		
			心臓病							険 新規認		
			脳疾患							者: KDB_N 要介護認定		
			がん									
			筋・骨格									
			精神		-							
				( ( ) ( )	<b>小熊号岭倉会幅</b> (毎月更新・累計は年間の	<b>介護受給者会態</b> (毎月更新・累計は年間の平均を算出)						
	3	介護給付費医療費等	1件当たり給付費		介護給付費合計/介護レセプト件数							
			居宅サービ		居宅:居宅サービスの介護給付費合計/居宅サービスの介護レセプト件数 施設:施設サービスの介護給付費合計/施設サービスの介護レセプト件数							
			施設サービ	ス			TIBLE COLLINA					
			要介護認定別	認定あり	介護要給者会長 (毎月更新・累計は年間の 認定あり:介護受給者台帳と紐づいた医科		/介護母給老公舗!	<b>得づいた序列しわづら数</b>				
	4		医療費 (40歳以上)	認定なし	認定なり、介護受給者台帳と紐づかなか・				ェブト数			
	<u> </u>	国保の状況	被保険者数		<b>特定機能データ管理システム</b> より	被保険者数を指	出(後期は養養	被保険者マスタ				
	l		65~74歳		割合:各年代被保険者数/被保険者総							
	1		40~64歳									
	U		39歳以下									
			加力	 ×	<b>修定価格データ管理システム</b> より被保険 被保険者数/国勢調査人口*100	<b>参索機能データ管理システム</b> より被保険者数を抽出(後期は <b>参期被保険者</b> を <b>不久を</b> )						
				-	被保険名数/国際調査人口*1000 <b>医生労働者 医療施験調査・医師・歯科医師・幕科部開査</b> より							
	$\vdash$		病院数		<u>集牛労会全、医療施設調査・医師・書具医師・事業</u> を 病院・診療所・病床数⇒医療施設調査より集計、医師数⇒医師・歯科医師・薬剤師調査より集計							
					例)病院数:病院数/被保険者数(					被保険者の状況		
			診療所数									
	0	医療の概況										
	2	医療の概況 (人口千対)	診療所数									
	2		診療所数 病床数		<b>医熱レセプト</b> より算出(各月集計、		:算数を集計)					
	2		診療所数 病床数 医師数		医科レセプトより算出(各月集計、 (外来/入院) レセプト数/被保険者		5算数を集計)					
	2		診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数	山灰広歩	(外来/入院) レセプト数/被保険者 <b>医科レセプト</b> より算出(各月集計、	皆数*1000 累計は年間の台	↑算数を集計し月	平均を算出)				
	2		診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 一人当た	り医療費	(外来/入院) レセプト数/被保険者 <b>医難レセプト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費:レセプト総点数・	当数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者	↑算数を集計し月 数					
	2		診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数	り医療費	(外来/入院) レセプト数/被保険者 <b>医科レセプト</b> より算出(各月集計、	当数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者: 同規模順位	↑算数を集計し月 数			KDB_NO.3		
		(人口千対)	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 一人当た 受診率 外 費用の割合	り医療費	(外来/入院) レセブト数/被保険者 <b>医鮮レセブト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費: レセブト総点数 ※県内順位=22保険者中の順位 受診率: レセブト件数/被保険者数 費用の割合: (外末/入院) レセブ	情数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者: 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ	よ算数を集計し月 数 →各年度同規模( セプト総点数*1	R険者数中の順位 00		健診・医療・イ		
	2		診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 一人当た 受診率	り医療費	(外来/入院) レセブト数/被保険者 <b>医製レセブト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費: レセプト総点数 ※県内観位-22保験者の順位 受診事: レセプト作数/被保険者数 費用の割合: (外来/入院) レセブ 作数の割合: (外来/入院) レセブ	情数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者: 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ ト件数/医科レ	かります。 ・算数を集計し月 数 →各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総件数*1	R険者数中の順位 00 00		健診・医療・イ		
		(人口千対)	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 一人当た 受診率 外 費用の割合 来 件数の割合	り医療費	(外来/入院) レセブト数/被保険者 <b>医鮮レセブト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費: レセブト総点数 ※県内順位=22保険者中の順位 受診率: レセブト件数/被保険者数 費用の割合: (外末/入院) レセブ	情数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者: 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ ト件数/医科レ	かります。 ・算数を集計し月 数 →各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総件数*1	R険者数中の順位 00 00		健診・医療・グ データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対)	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 一人当た 受診 外 業用の割合 (件数の割割の割合	り医療費	(外来/入院) レセブト数/被保険者 <b>医製レセブト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費: レセプト総点数 ※県内観位-22保験者の順位 受診事: レセプト作数/被保険者数 費用の割合: (外来/入院) レセブ 作数の割合: (外来/入院) レセブ	情数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者: 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ ト件数/医科レ	かります。 ・算数を集計し月 数 →各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総件数*1	R険者数中の順位 00 00		健診・医療・グ データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対)	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 人 人 当た 受診事 外 費用の割合 ( 性数の割割) 作数の割割		(外来/入院) レセブト数/被保険者 <b>医製レセブト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費: レセプト総点数 ※県内観位-22保験者の順位 受診事: レセプト作数/被保険者数 費用の割合: (外来/入院) レセブ 作数の割合: (外来/入院) レセブ	情数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者: 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ ト件数/医科レ	かります。 ・算数を集計し月 数 →各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総件数*1	R険者数中の順位 00 00		健診・医療・グ データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対)	診療所数 病床数 医師教 外来患者数 入院患者者数 人院患者者数 人 人当た 要用の割合 体数の割割合合 作数のもの割合合合 は 体数の割合合合 は は り は り は り に り に り に り に り に り に り に		(外来/入院) レセプト数/被保険を <b>医鮮レセブト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費:レセプト総点数 ※県内領位-22保験者中の順位 受診率:レセプト・作数/被守険者数 費用の割合:(外来/入院)レセプ 作数の割合:(外来/入院)レセプト 1件あたり在院日数:入院レセプト!	情数*1000 累計は年間の合 *10/被保険者 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ ト件数/医科レ 診療実日数合計	お算数を集計し月 数 ⇒各年度同規模( セプト総点数*1 セプト総点数*1 セプト総件数*1	R険者数中の順位 00 00 00 00 8件数		健診・医療・グ データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対) 医療費の 状況	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 人 人 当た 受診事 外 費用の割合 ( 性数の割割) 作数の割割		(外来/入院) レセプト数/被保険者 <b>選製レセプト</b> : 49 算出(各月集計、 1人あたり医療費: レセプト総点数 ※県内版位⇒22保険者中の順位 受診率: レセプト件数/被保険者数 費用の割合: (分来/入院) レセプ 件数の割合: (分来/入院) レセプト 1件あたり在院日数: 入院レセプト!	情数*1000 累計は年間の台 *10/被保険者 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ ト件数の 原表科レセプトの記 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1事数を集計し月 数 →各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総点数*1 インアントが ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	R険者数中の順位 00 00 00 8件数 総数 (※) *100		使診・医療・ケ データからみる の健康課題 KDB_NO.1		
		(人口千対) 医療費の 状況 医療費分析	診療所数 病床数 医師教 外来患者数 入院患者者数 人院患者者数 人 人当た 要用の割合 体数の割割合合 作数のもの割合合合 は 体数の割合合合 は は り は り は り に り に り に り に り に り に り に	数	(外来/入院) レセプト数/被保険を <b>医鮮レセブト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費:レセプト総点数 ※県内領位-22保験者中の順位 受診率:レセプト・作数/被守険者数 費用の割合:(外来/入院)レセプ 作数の割合:(外来/入院)レセプト 1件あたり在院日数:入院レセプト!	着数*1000 累計は年間の合 *10/被保険者* 同規模順位 *1000 ト点数/医科レ ト件数/医科レ ト件数/医科レ を変字日数合計 (科レセプトの総 を表する。 (科レセプトの総 を表する。	・算数を集計し月 数 ⇒各年度同規模( セブト総点数*1 セブト総件数*1 //入院レセブト4 ※医療費/医療費総数*	服験者数中の順位 00 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01		健診・医療・イデータからみその健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の打		
	3	(人口千対) 医療費の 状況	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者者数 一人当た 受診事 費用の割割割 件数の割割合合合 1件あたり4 がん	数	(外来/入院) レセプト数/被保険を <b>運搬レセプト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費:レセプト総点数 ※原内間位之22保険者中の順位 受診率:レセプト件数/報保険者数 費用の割合:(分末/入院)レセプ 件数の割合:(分末/入院)レセプト 1件あたり在院日数:入院レセプト ・ (巻大) ・ (参大) ・ (参大)	製計は年間の6 *10/被保険者 同規模順位 ト点数 (医科レート) ト件数 (医科レートの総大・ が療実日数合計 が変換を ・10 が、 ・10 が ・10 が	・算数を集計し月 数 ⇒各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総点数*1 セプト総件数*1 ・/入院レセプト 総医療費/医療数* を優/医療費総験の* をある。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をる。 を	服験者数中の順位 00 00 8件数 (※)*100 00 Eの機費ではないので注意) ・脳田曲・脳梗塞		健診・医療・介 データからみる の健康器 KDB_NO.1 地域全体像の形 KDB_NO.3		
		(人口千対) 医療費の 状況 医療費負許に 占める割合	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者者数 一人当た 受診事 費用の割合合 人院 性数の割割合 1件あたり在院日 がん 慢性腎不全(透れ	数	(外来/入院) レセプト数/被保険を <b>医製レセプト</b> より算出(名月集計、 1人あたり医療費:レセプト総合数 ※県内部値〜22保験者中の順位 受診事:レセプト件数/被保険者数 費用の割合:(分来/入院)レセプト 1件あたり在院日数:入院レセプト 1件あたり在院日数:入院レセプト の 各種主所(最大医療資源)となった医科レセ ※医療養後数は、下配に配載された主 ※医療養後数は、下配に配載された主	製計は年間の6 *10/被保険者 同規模順位 ト点数 (医科レート) ト件数 (医科レートの総大・ が療実日数合計 が変換を ・10 が、 ・10 が ・10 が	・算数を集計し月 数 ⇒各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総点数*1 セプト総件数*1 ・/入院レセプト 総医療費/医療数* を優/医療費総験の* をある。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をる。 を	服験者数中の順位 00 00 8件数 (※)*100 00 Eの機費ではないので注意) ・脳田曲・脳梗塞		健診・医療・ケデータからみその健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の打 KDB_NO.3 健診・医療・ケ		
	3	(人口千対) 医療費の 状況 医療費分析 生活習債病に	診療所数 病床数 医師数 外来患者数 入院患者数 一人当た 要用の割合 合体数の割割合 件数の割割割合 1件あり4年数の割割 1件数の割割 1件数の割割 1件数の割割 1件数の割割割 1件数の割割割	数	(外来/入院) レセプト数/被保険を <b>運搬レセプト</b> より算出(各月集計、 1人あたり医療費:レセプト総点数 ※原内間位之22保険者中の順位 受診率:レセプト件数/報保険者数 費用の割合:(分末/入院)レセプ 件数の割合:(分末/入院)レセプト 1件あたり在院日数:入院レセプト ・ (巻大) ・ (参大) ・ (参大)	製計は年間の6 *10/被保険者 同規模順位 ト点数 (医科レート) ト件数 (医科レートの総大・ が療実日数合計 が変換を ・10 が、 ・10 が ・10 が	・算数を集計し月 数 ⇒各年度同規模 セプト総点数*1 セプト総点数*1 セプト総件数*1 ・/入院レセプト 総医療費/医療数* を優/医療費総験の* をある。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をるる。 をる。 を	服験者数中の順位 00 00 8件数 (※)*100 00 Eの機費ではないので注意) ・脳田曲・脳梗塞		健診・医療・介 データからみる の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把		

				糖尿病		<b>医科レセプト</b> に該当病名が記載されていた場合算出					
				高血圧 脂質異常症		1000元初日井田					
		弗田姑	入			1件あたり費用額⇒ (入院/外来) 該					
		費用額 (1件あたり)	院	脳血管疾患 心疾患		当する病名が記載されたレセプトの					
		(111 00 /2 //	PDL	腎不全		決定点数の合計/該当する病名が記 載されたレセプト(入院/外来)の					
		県内順位		精神		件数の合計					
	(5)	順位総数		悪性新生物						<ul><li>KDB_NO.3</li><li>一健診・医療・介護 データからみる地域</li></ul>	
	9			糖尿病		在院日数⇒該当する病名が記載され た入院レセプトの心両日日数合計/			県・同規模・国の集計はありませ		
		入院の()内		高血圧		該当する病名が記載された入院レセ					
		は在院日数 外来	IN.	脂質異常症		プトの件数の合計					
۱.			来	脳血管疾患 心疾患 腎不全 精神 悪性新生物		順位⇒県内22保険者中の順位					
4						MIL (N) 1-1-1900 B   V MIL					
			健診対象者		健診受診者	特定像診データ管理システム・医 ゆや計争学1   またリー / ゆや平や			アが和素されたしみずしの専用	/ 脚於計备字	
		健診有無別		一人当たり	健診未受診者	健診対象者1人あたり⇒(健診受診/未受診)かつ生活習慣病の病名が記載されたレセプトの費用/健診対象者 生活習慣病対象者1人あたり⇒分母は同様/健診対象者かつ生活習慣病の病名が記載されたレセプトがある者				KDB NO.3	
	6	⑥ 一人当たり 点数 生活習慣病対象者 健診受診者 ※生活				※健診受診率が高いほど健診受診者の費用額が高く出る					健診・医療・介護 データからみる地域
							※生活習慣病:2型糖尿病・高血圧・脂質異常症・高尿酸血症・脂肪肝・動脈硬化症・脳出血・脳梗塞				
		一人当たり 健診未受診者 狭心症・心筋梗塞・がん・筋骨格・精神疾患									
		健診・レセ	受診勧奨者			<b>特定機能データ管理システム・医科レセプト</b> より算出					
	7)			医療機関受診	率	受診動奨者→健診受診者のうち医療機関受診動奨者/健診受診者*100 医療機関(受診/非受診)率→受診勧奨者かつ(病院受診/病院未受診者)/健診受診者					KDB_NO.1
	Ŭ	突合		医療機関非受診率		MAKAN (XD/9/XD/ + · XD	8050 80	- (#100×107 #1007(3	CD B7 / NEW X D B		地域全体像の把握
	1		健診			接定機能データ管理システムより算出算出(直近(おおよそ2カ月前)の年間国保加入者より)					
			DE D			特定健診受診者…欠損項目がある場合も受診者として集計					
	2			受診率 定保健指導終了者 (実施率) 肥満高血糖		特定健診受診率=40~74歳の特定健診受診者/40歳~74歳の特定健診対象者 特定保健指導実施率→40~74歳の特定保健指導終了者数/40歳~74歳の特定保健指導対象者 非肥満高血維⇒内臓脂肪面積100未満あるいは腹囲男性85未満、女性90未満の中でHbA1c6.0以上の者/健診受診者*100					
	3	•	特定								
	4	•	非肥								
				該当者							
	(5)				男性	1					
		44-4-84-4			女性						
		特定健診の		メタボ	予備群						
	6	状況									
		<b>国力顺</b> 丛		男性							KDB NO.3
		県内順位	_	1	女性						RDB_NO.3 健診・医療・介護
5	0	順位総数		n	総数						データからみる地域
13	8		¥	腹囲	男性						の健康課題
	9		タ		女性						KDB_NO.1 地域全体像の把握
	10		ボ		総数						0.00
	1)		該	BMI 男	男性						
	12		当	女性 血糖のみ							
	(13)		予								
	(14)		備	血圧のみ							
	(15)	<ul><li>(B)</li></ul>									
	16										
	(17)										
		(B)									
			+	高血圧		<u>各年度特定機能データ管理システ</u>	<b>ム</b> より(	累計は直近月より)			
	1		服薬	個地位   質問票の各項目に該当と回答した人数/質問票の各項目回答者数全員*100   地口庁						T 400	
	@					例)服薬高血圧:質問票で高血圧服薬ありと回答した人数/質問票の高血圧服薬欄の回答者数全員*100		£貝*100			
			$\vdash$	脂質異常症 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)							
			既								
			往	心が成内(次心性・心却依蓋寺)							
			歴	腎不全							
	ш		<u> </u>	貧血							
	3	喫煙									
	4		週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食		ī <						
	5										
6	6	生活習慣の 週3回以上就寝		回以上就寝前夕	'食						KDB_NO.1
١٥	7	状況	食べ	る速度が速い							地域全体像の把握
	8					1					
	9	1回30分以上運動習慣なし									
	10	1日1時間以上運動なし									
	11)	世野不足 毎日飲酒									
	12										
	(13)	時々飲酒									
		- 1合未満 - 1-2-2合 飲 つっこ今									
	14)										
			量	3合以上							