

松山市国民健康保険
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月

目次

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
1. 背景・目的	1
2. データヘルス計画の位置付け	1
3. 第2期データヘルス計画の期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
5. 保険者努力支援制度	5
第2章 第1期データヘルス計画の評価及び考察と 第2期データヘルス計画における健康課題の明確化	6
1. 第1期データヘルス計画の評価及び考察	6
2. 第2期データヘルス計画における健康課題の明確化	12
3. 目標の設定	16
第3章 第3期特定健康診査等実施計画	18
1. 第3期特定健康診査等実施計画について	18
2. 目標値の設定	18
3. 対象者の見込み	18
4. 特定健康診査の実施	18
5. 特定保健指導の実施	19
6. 個人情報の保護	23
7. 実績の報告	23
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	23
第4章 保健事業の内容	24
1. 保健事業の方向性	24
2. 重症化予防の取組	24
3. ポピュレーションアプローチ	39
4. その他の保健事業	41
第5章 地域包括ケアに係る取組	42
第6章 データヘルス計画の評価・見直し	43
1. 評価の時期	43
2. 評価方法・体制	43
3. 目標管理一覧	44
第7章 データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	45
1. 計画の公表・周知	45
2. 個人情報の取扱い	45
参考資料	46
参考資料1 様式6-1 国・県・同規模保険者平均と比べてみた松山市の位置	47
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	49
参考資料3 糖尿病管理台帳	50
参考資料4 様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価	51
参考資料5 心房細動管理台帳	52
参考資料6 平成29年度に向けての全体評価	53
参考資料7 平成29年度の取組と課題	54

- * 文中の各図表において国民健康保険データベース(KDB)システム、特定健診データ管理システムを出所とするものは、記載を省略しています。
- * 文中の健康用語の意味については、厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトe-ヘルスネット(<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp>)の健康用語辞典をご参照ください。

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、特定健康診査結果や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化が進展するとともに、国民健康保険データベース(KDB)システム(以下「KDB」という。)の整備が行われ、健康診査・医療・介護等のデータを用いて、国民健康保険(以下「国保」という。)被保険者の健康課題の分析や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。

また、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、国保は、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費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こととなり、さらに、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、医療費の適正化を進めるため、国保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。)を一部改正するなどし、保険者等は、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画。以下「データヘルス計画」という。)を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。

2. データヘルス計画の位置付け

松山市では、国指針に基づき、平成 28 年 3 月に第 1 期データヘルス計画を定め、生活習慣病対策をはじめとする、被保険者の健康増進・医療費の適正化を目的とした保健事業を行ってきたが、今回、第 1 期データヘルス計画の実施期限を迎え、計画の見直しを行うに当たり、特定健康診査等実施計画と整合性のとれたものとするとともに、保健事業の実効性を高めるために、両計画を一体的に策定することとした。

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

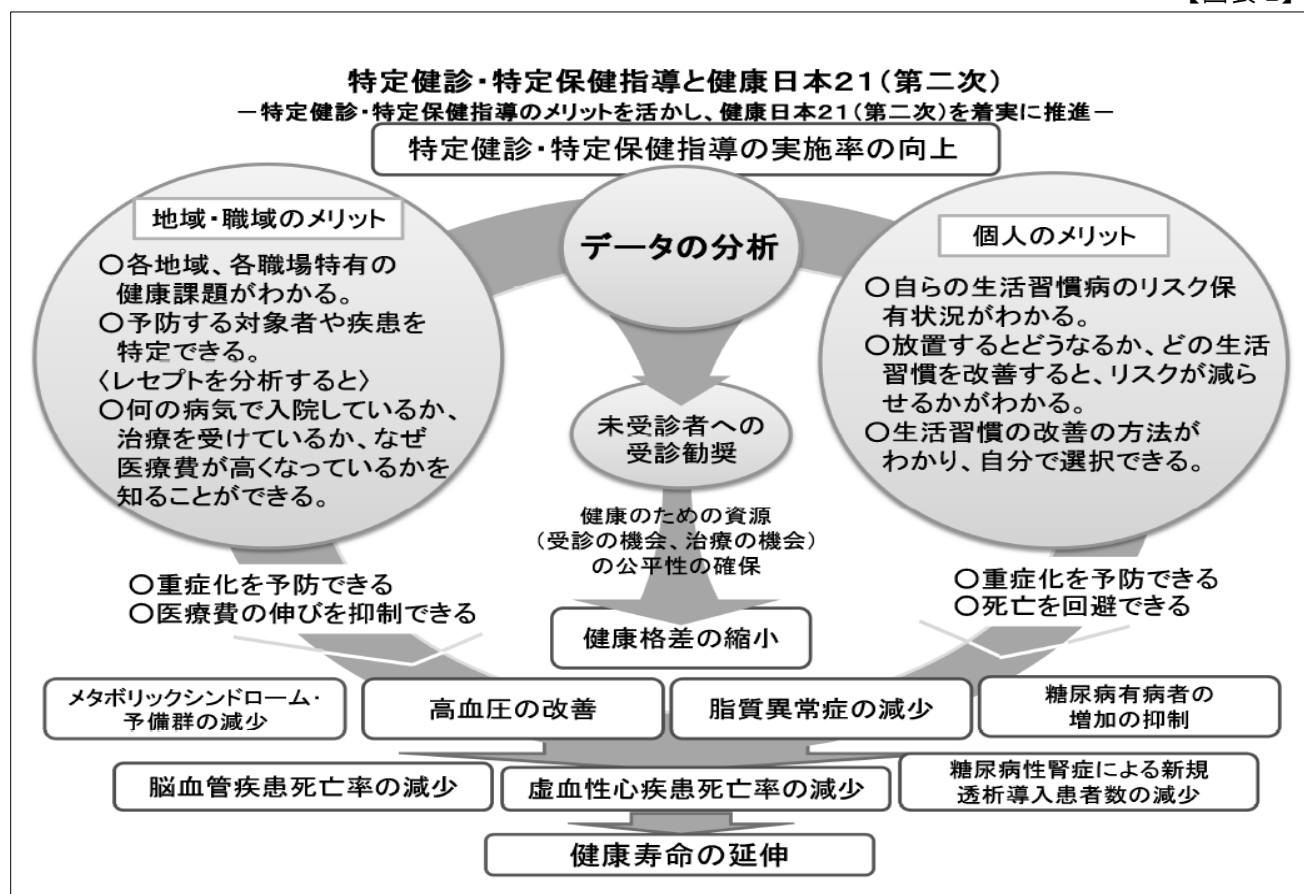
そこで松山市では、愛媛県健康増進計画「えひめ健康づくり 21」松山市健康増進計画「健康ぞなもし松山」、第 2 期愛媛県医療費適正化計画、愛媛県国保運営方針等と整合性のとれたものとする。

データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画と他の法定計画との位置付け

計画		健康増進計画	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(支援)計画	医療計画
法律	法律	健康増進法	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116.117.118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
	条	第8.9.条	第19条	第82条	第116.117.118条	第9条	第30条
指針	厚労省	健康局(H24年6月)	健康局(H29年8月)	保険局(H28年6月)	老健局(H29年6月)	保険局(H28年3月)	医政局(H29年3月)
	指針	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	特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	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	医療費適正化に関する施策についての基本方針【全部改正】	医療提供体制の確保に関する基本指針
策定者	期間	H25年～34年(第2次)	H30年～35年(第3期)	H30年～35年(第2期)	H30年～32年(第7次)	H30年～35年(第3期)	H30年～35年(第7次)
	都道府県	○(義務)			○(義務)	○(義務)	○(義務)
	市町村	○(努力義務)			○(義務)		
	保険者		○	○			
基本的な考え方 (キーワード)		- 健康寿命の延伸 - 健康格差の縮小 - 生活習慣病の発症予防や重症化予防 - 社会保障制度を維持可能とする	- 生活習慣病予防対策 - 医療の伸びの抑制 - 生活習慣病の発症や重症化を予防 「リカグッド」に着眼	- 生活習慣対策 - 自主的な健康増進・疾病予防 - 保険者が支援の中心 - 効果的かつ効率的な保健事業 - 健康の保持増進 - 医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化	- 自立した日常生活を支援 - 要介護又は要支援状態になることとの予防 - 要介護状態の軽減、悪化の防止	- 国民皆保険堅持 - 医療費の過度な増大の防止 - 良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保	- 医療機能の分化・連携の推進 - 切れ目のない医療の提供 - 適切な医療を効率的に提供する体制の確保
対象疾患	対象年齢	乳幼児期 青壮年期 高齢期	40～74歳	被保険者全員	1号被保険者：65歳以上 2号被保険者：40～64歳	すべて	すべて
	対象疾患	- メタリックシンドローム - 生活習慣病(糖尿病、糖尿病性腎症、脳血管疾患等) - その他	- メタリックシンドローム - がん	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
主な評価		COPD(慢性閉塞性肺疾患) がん	COPD(慢性閉塞性肺疾患) がん	COPD(慢性閉塞性肺疾患) がん	COPD(慢性閉塞性肺疾患) がん末期 認知症 骨折 骨粗鬆症 関節リウマチ 他	一人当たり外来医療費の地域差の縮減 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 メタボ該当者・予備群の減少 糖尿病重症化予防の推進 他	5疾病・5事業 在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
	主な評価	53項目 (特定健診の関連する項目は15項目) 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少 治療継続者の割合の増加 他	特定健康診査受診率 特定保健指導実施率	生活習慣(食生活・喫煙等) 特定健康診査受診率 特定保健指導実施率 健康診査結果 医療費・介護費	地域における自立的日常生活の支援 要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 介護給付費の適正化	一人当たり外来医療費の地域差の縮減 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 メタボ該当者・予備群の減少 糖尿病重症化予防の推進 他	5疾病・5事業 在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他			保険者努力支援制度 ↓ 保険者努力支援制度分を減額し保険料率を決定	保険者努力支援制度 ↓ 保険者努力支援制度分を減額し保険料率を決定			保険者協議会(事務局：国保連合会)を通じて、保険者との連携
	その他		保健事業支援・評価委員会(事務局：国保連合会)による計画策定支援	保健事業支援・評価委員会(事務局：国保連合会)による計画策定支援			保険者協議会(事務局：国保連合会)を通じて、保険者との連携

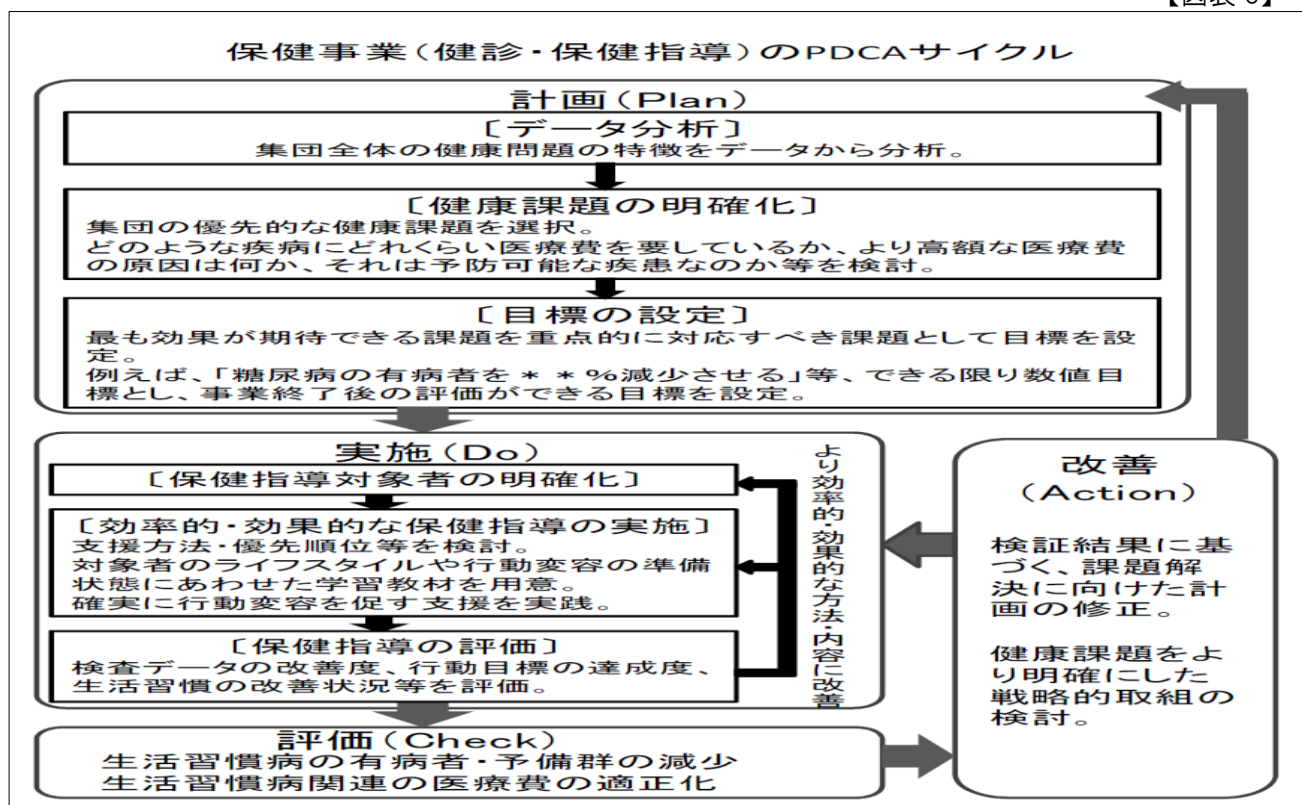
【図表1】

【図表 2】



【出所】厚生労働省標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



【出所】厚生労働省標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 第2期データヘルス計画の期間

第2期データヘルス計画の期間は、国指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性も踏まえ、複数年とすること。」としていること、また、「保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」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いること、さらに、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図るため、計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とする。

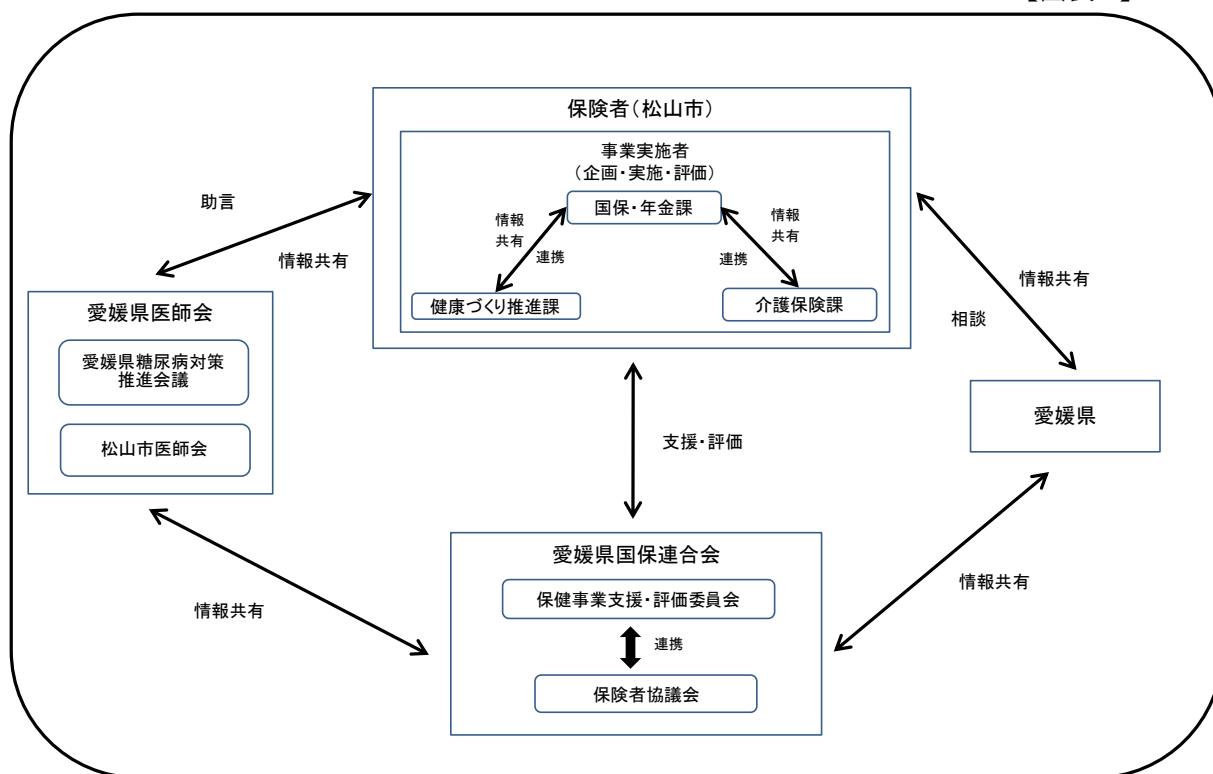
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

第2期データヘルス計画の策定過程では、国保・年金課が主体となったが、住民の健康の保持増進には幅広い機関が関わっており、特に健康の保持増進に関する多くの事業を行っている健康づくり推進課と連携を行った。

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、担当者の業務を明確化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行うなど、体制を整えている。【図表4】

【図表4】



2) 外部有識者等の役割

データヘルス計画の実効性を高めるためには、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・評価委員会等の支援が必要であると考える。

そこで、健診データやレセプトデータ等による課題抽出や保健事業実施後の評価分析などの技術支援、保険者等の職員向け研修の充実、支援・評価委員会での委員の幅広い専門的知見の提供などを働きかけていく。

一方、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化は、都道府県の関与が更に重要となるが、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要であると考えられ、国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、日頃から両者が積極的な連携に努めることを期待する。

さらに、国保は、転職等による被保険者の保険者間移動が多いことから、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、保健事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用であるとする。

3) 被保険者の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進、医療費の適正化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。

そのため、データヘルス計画の策定に関して、広く市民に意見を聞くためのパブリックコメントを実施し、市民の意見を取り入れたデータヘルス計画を策定することとした。

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、国が新たに保険者努力支援制度を創設し、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を高く評価している。

松山市の保健事業としては特に、特定健康診査・特定保健指導・糖尿病性腎症重症化予防等の生活習慣病対策に重点を置き、事業を実施していく。

第2章 第2期データヘルス計画の評価及び考察と 第2期データヘルス計画における健康課題の明確化

1. 第1期データヘルス計画の評価及び考察

1) 第1期データヘルス計画の評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と28年度の経年比較を見ると、標準化死亡比（SMR）の低下、糖尿病・腎不全による死亡の低下が見られるものの、介護保険における一号認定率が上昇、介護認定者の糖尿病・高血圧症・脂質異常症・心臓病の有病率が上昇していることから、健康状態が改善しているとは判断できない状況である。（【参考資料1】2-①及び3-①②）

さらに、医療費に占める入院の割合が同規模保険者・国と比べて高く、外来で低いこと、一人当たり医療費が高いことから、疾病が重症化してから発見されていると考えられる。また、糖尿病が原因の約半数を占める慢性腎不全（透析有）、糖尿病に関する医療費が増大していることから、特に糖尿病の重症化が課題となっていることが考えられる。（【参考資料1】4-③④）

生活習慣病の予防・重症化予防のためには、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率を高めることが必要だが、平成26年度から特定健康診査の自己負担額を無料化した結果、受診率は上昇しており、健診結果により医療機関受診勧奨が必要な人の受診率も上昇しているなど、一定の成果が見えるが、まだ目標には届いていない状況であるとともに、特に特定保健指導実施率が低いなど課題も多く残されている状況である。（【参考資料1】5-②③）

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況

平成25年度と比較して28年度は介護給付費自体は増加しているが、1件当たり給付費（居宅・施設サービス）は減少している。これは、平成25年度と比較し、28年度では要介護3～5認定者の数が減少していること、施設サービスの件数が減少し、居宅サービスの件数が増加していることなどが要因の一つであると推測される。しかし、同規模保険者と比較すると、介護給付費は高い状況を継続しており、介護予防の取組が必要であると考えられる。

介護給付費の変化

【図表5】

年度	保険者				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	401億6,662万円	58,808	44,734	297,331	58,182	40,830	288,497
H28年度	422億1,299万円	54,380	42,758	289,264	54,112	39,533	284,985

②医療費の状況

医療費の変化を見ると、総医療費・一人当たり医療費ともに同規模保険者と比較して伸び率が抑制できている。

医療費の変化

【図表 6】

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	
				松山市	同規模			松山市	同規模			松山市	同規模
1. 総医療費 【円】	H25年度	38,692,743,770				16,044,302,820				22,648,440,950			
	H28年度	39,163,740,380	470,996,610	1.22	10.03	16,208,485,450	164,182,630	1.02	10.18	22,955,254,930	306,813,980	1.35	9.93
2. 一人当たり医療費 【円】	H25年度	25,515				10,580				14,940			
	H28年度	27,695	2,180	8.54	14.12	11,460	880	8.32	7.85	16,230	1,290	8.63	18.58

③最大医療資源傷病(中長期的疾患及び短期的な疾患)

慢性腎不全(透析有)、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)に係る医療費の割合が国平均よりも高く、慢性腎不全(透析有)では平成25年度と比べて28年度では割合も上昇している。

一方、慢性腎不全や脳血管疾患等の中長期目標疾患の基礎疾患となる糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用は、国や県と比較すると低くなっており、疾病が重症化してから医療に掛かる傾向があることが推測され、基礎疾患の早期発見・重症化予防が必要であると考えられる。

【図表 7】

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28年度との比較)

市町村名		総医療費	一人当たり医療費			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	慢性腎不 全	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
						(透析有)	(透析無)										
H25	松山市	38,692,743,770	25,515	15位	17位	5.94%	0.37%	2.88%	2.76%	5.07%	5.65%	3.19%	10,006,053,330	25.86%	12.70%	10.31%	9.82%
H28		39,163,740,380	27,695	13位	15位	6.25%	0.36%	2.77%	2.41%	5.04%	4.23%	2.78%	9,334,786,520	23.84%	14.22%	10.12%	9.41%
H28	愛媛県	124,305,820,820	26,749	--	--	5.70%	0.40%	3.13%	2.63%	5.34%	5.89%	2.99%	32,417,933,850	26.08%	12.44%	11.10%	9.47%
	国	9,715,899,908,610	22,383	--	--	5.39%	0.40%	2.61%	2.36%	5.35%	6.28%	3.15%	2,480,578,622,250	25.53%	12.54%	9.39%	8.41%

(参考) 最大医療資源傷病による分類結果

最大医療資源病とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

④中長期的な疾患

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析は、生活習慣病の悪化等による発症が考えられる疾患であるとともに、長期の療養が必要で、医療費が高額となりやすい疾患であるが、松山市では平成25年度と28年度との比較ではその割合が増加している。

各疾患とも高血圧、糖尿病、脂質異常症を合わせて持つ割合が高く、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の発症を予防するために短期的な目標として高血圧症・糖尿病・脂質異常症等の疾患の早期発見、治療、重症化予防が必要であると考えられる。

虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析のレセプト分析

【図表8】

			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	127,191	6,302	4.95	1,324	21.0	192	3.0	4,872	77.3	2,926	46.4	4,939	78.4
	64歳以下	84,294	1,876	2.23	310	16.5	119	6.3	1,339	71.4	806	43.0	1,392	74.2
	65歳以上	42,897	4,426	10.32	1,014	22.9	73	1.6	3,533	79.8	2,120	47.9	3,547	80.1
H28	全体	120,099	6,062	5.05	1,315	21.7	199	3.3	4,754	78.4	2,872	47.4	4,826	79.6
	64歳以下	71,163	1,392	1.96	224	16.1	102	7.3	967	69.5	610	43.8	1,050	75.4
	65歳以上	48,936	4,670	9.54	1,091	23.4	97	2.1	3,787	81.1	2,262	48.4	3,776	80.9

			中長期的な目標							短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	127,191	5,335	4.19	1,324	24.8	73	1.4	4,065	76.2	2,344	43.9	3,836	71.9	
	64歳以下	84,294	1,462	1.73	310	21.2	38	2.6	1,035	70.8	598	40.9	940	64.3	
	65歳以上	42,897	3,873	9.03	1,014	26.2	35	0.9	3,030	78.2	1,746	45.1	2,896	74.8	
H28	全体	120,099	5,465	4.55	1,315	24.1	106	1.9	4,179	76.5	2,300	42.1	3,953	72.3	
	64歳以下	71,163	1,206	1.69	224	18.6	54	4.5	838	69.5	468	38.8	785	65.1	
	65歳以上	48,936	4,259	8.70	1,091	25.6	52	1.2	3,341	78.4	1,832	43.0	3,168	74.4	

			中長期的な目標							短期的な目標					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	127,191	364	0.29	73	20.1	192	52.7	316	86.8	178	48.9%	141	38.7	
	64歳以下	84,294	226	0.27	38	16.8	119	52.7	194	85.8	109	48.2%	91	40.3	
	65歳以上	42,897	138	0.32	35	25.4	73	52.9	122	88.4	69	50.0%	50	36.2	
H28	全体	120,099	389	0.32	106	27.2	199	51.2	345	88.7	196	50.4%	182	46.8	
	64歳以下	71,163	213	0.30	54	25.4	102	47.9	186	87.3	111	52.1%	98	46.0	
	65歳以上	48,936	176	0.36	52	29.5	97	55.1	159	90.3	85	48.3%	84	47.7	

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病を治療している人の割合は増加しているが、そのうち人工透析を実施している割合、糖尿病性腎症の割合が、65歳以上では減少しているのに対し、64歳以下で増加しており、若いときからの重症化予防が必要と考える。

また、高血圧・脂質異常症の治療者で、重症化した結果である脳血管疾患・人工透析の割合が上昇しており、重症化予防が必要であると考ええる。

糖尿病・高血圧・脂質異常症のレセプト分析

【図表 9】

			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	127,191	13,077	10.28	1,052	8.0	8,878	67.9	10,237	78.3	2,926	22.4	2,344	17.9	178	1.4	1,496	11.4		
	64歳以下	84,294	4,460	5.29	444	10.0	2,689	60.3	3,337	74.8	806	18.1	598	13.4	109	2.4	498	11.2		
	65歳以上	42,897	8,617	20.09	608	7.1	6,189	71.8	6,900	80.1	2,120	24.6	1,746	20.3	69	0.8	998	11.6		
H28	全体	120,099	13,311	11.08	1,093	8.2	9,127	68.6	10,456	78.6	2,872	21.6	2,300	17.3	196	1.5	1,525	11.5		
	64歳以下	71,163	3,671	5.16	397	10.8	2,191	59.7	2,761	75.2	610	16.6	468	12.7	111	↑3.0	416	↑11.3		
	65歳以上	48,936	9,640	19.70	696	7.2	6,936	72.0	7,695	79.8	2,262	23.5	1,832	19.0	85	↓0.9	1,109	↓11.5		

			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	127,191	23,452	18.44	8,878	37.9	16,229	69.2	4,872	20.8	4,065	17.3	316	1.3	
	64歳以下	84,294	7,597	9.01	2,689	35.4	4,912	64.7	1,339	17.6	1,035	13.6	194	2.6	
	65歳以上	42,897	15,855	36.96	6,189	39.0	11,317	71.4	3,533	22.3	3,030	19.1	122	0.8	
H28	全体	120,099	23,914	19.91	9,127	38.2	16,568	69.3	4,754	19.9	4,179	↑17.5	345	↑1.4	
	64歳以下	71,163	6,112	8.59	2,191	35.8	3,894	63.7	967	15.8	838	13.7	186	3.0	
	65歳以上	48,936	17,802	36.38	6,936	39.0	12,674	71.2	3,787	21.3	3,341	18.8	159	0.9	

			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	127,191	23,910	18.80	10,237	42.8	16,229	67.9	4,939	20.7	3,836	16.0	141	0.6		
	64歳以下	84,294	8,301	9.85	3,337	40.2	4,912	59.2	1,392	16.8	940	11.3	91	1.1		
	65歳以上	42,897	15,609	36.39	6,900	44.2	11,317	72.5	3,547	22.7	2,896	18.6	50	0.3		
H28	全体	120,099	24,225	20.17	10,456	43.2	16,568	68.4	4,826	19.9	3,953	↑16.3	182	↑0.8		
	64歳以下	71,163	6,828	9.59	2,761	40.4	3,894	57.0	1,050	15.4	785	11.5	98	1.4		
	65歳以上	48,936	17,397	35.55	7,695	44.2	12,674	72.9	3,776	21.7	3,168	18.2	84	0.5		

②リスクの健診結果経年変化

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c、収縮期血圧の有所見者が増加している。

平成 27 年度から医療機関受診勧奨を実施している LDL コレステロールでは有所見者割合が減少しているが、男女年齢別で他の有所見者を見ると、40～64 歳の女性では減少している中性脂肪、HDL コレステロールが、男性では増加しており、BMI 25 以上の増加も男性で大きい。

メタボリックシンドロームの状況では、予備群も微増しているが、特に該当者の増加が目立つ。

【図表 10】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代の把握

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	1,840	28.4%	2,993	46.1%	1,893	29.2%	1,308	20.2%	567	8.7%	314	4.8%	3,017	46.5%	1,318	20.3%	3,280	50.5%	1,843	28.4%	3,323	51.2%	108	1.7%
	40-64	757	31.7%	1,160	48.6%	782	32.8%	647	27.1%	210	8.8%	114	4.8%	891	37.3%	539	22.6%	1,001	41.9%	740	31.0%	1,309	54.8%	19	0.8%
	65-74	1,083	26.4%	1,833	44.7%	1,111	27.1%	661	16.1%	357	8.7%	200	4.9%	2,126	51.8%	779	19.0%	2,279	55.6%	1,103	26.9%	2,014	49.1%	89	2.2%
H25	合計	2,967	31.4%	4,774	50.5%	2,829	29.9%	1,948	20.6%	860	9.1%	553	5.9%	5,188	54.9%	1,892	20.0%	4,993	52.9%	2,335	24.7%	4,488	47.5%	213	2.3%
	40-64	1,030	37.7%	1,461	53.4%	936	34.2%	803	29.4%	282	10.3%	157	5.7%	1,208	44.2%	629	23.0%	1,149	42.0%	764	27.9%	1,409	51.5%	28	1.0%
	65-74	1,937	28.9%	3,313	49.4%	1,893	28.2%	1,145	17.1%	578	8.6%	396	5.9%	3,980	59.3%	1,263	18.8%	3,844	57.3%	1,571	23.4%	3,079	45.9%	185	2.8%

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	1,979	18.7%	1,515	14.3%	1,766	16.7%	811	7.6%	229	2.2%	278	2.6%	4,935	46.5%	208	2.0%	4,596	43.3%	1,695	16.0%	6,498	61.3%	20	0.2%
	40-64	780	18.2%	563	13.1%	660	15.4%	373	8.7%	84	2.0%	132	3.1%	1,651	38.6%	66	1.5%	1,442	33.7%	717	16.7%	2,579	60.2%	7	0.2%
	65-74	1,199	19.0%	952	15.1%	1,106	17.5%	438	6.9%	145	2.3%	146	2.3%	3,284	52.0%	142	2.2%	3,154	49.9%	978	15.5%	3,919	62.0%	13	0.2%
H25	合計	2,730	19.4%	2,304	16.4%	2,317	16.5%	1,143	8.1%	225	1.6%	445	3.2%	7,721	55.0%	327	2.3%	6,361	45.3%	2,015	14.3%	8,163	58.1%	30	0.2%
	40-64	837	18.3%	664	14.5%	657	14.4%	394	8.6%	45	1.0%	165	3.6%	2,003	43.8%	114	2.5%	1,444	31.5%	658	14.4%	2,597	56.7%	8	0.2%
	65-74	1,893	20.0%	1,640	17.3%	1,660	17.5%	749	7.9%	180	1.9%	280	3.0%	5,718	60.4%	213	2.2%	4,917	51.9%	1,357	14.3%	5,566	58.8%	22	0.2%

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）

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	6,489	17.2%	347	5.3%	1,068	16.5%	48	0.7%	745	11.5%	275	4.2%	1,578	24.3%	244	3.8%	97	1.5%	853	13.1%	384	5.9%
	40-64	2,387	13.0%	183	7.7%	437	18.3%	24	1.0%	258	10.8%	155	6.5%	540	22.6%	69	2.9%	43	1.8%	315	13.2%	113	4.7%
	65-74	4,102	21.1%	164	4.0%	631	15.4%	24	0.6%	487	11.9%	120	2.9%	1,038	25.3%	175	4.3%	54	1.3%	538	13.1%	271	6.6%
H25	合計	9,446	26.5%	412	4.4%	1,586	16.8%	102	1.1%	1,086	11.5%	398	4.2%	2,776	29.4%	399	4.2%	161	1.7%	1,414	15.0%	802	8.5%
	40-64	2,734	17.8%	195	7.1%	526	19.2%	26	1.0%	286	10.5%	214	7.8%	740	27.1%	85	3.1%	66	2.4%	405	14.8%	184	6.7%
	65-74	6,712	33.1%	217	3.2%	1,060	15.8%	76	1.1%	800	11.9%	184	2.7%	2,036	30.3%	314	4.7%	95	1.4%	1,009	15.0%	618	9.2%

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	10,603	22.5	203	1.9%	568	5.4%	34	0.3%	394	3.7%	140	1.3%	744	7.0%	89	0.8%	33	0.3%	394	3.7%	228	2.2%
	40-64	4,282	19.4	99	2.3%	222	5.2%	11	0.3%	147	3.4%	64	1.5%	242	5.7%	39	0.9%	14	0.3%	125	2.9%	64	1.5%
	65-74	6,321	25.3	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%
H25	合計	14,049	31.4	250	1.8%	780	5.6%	39	0.3%	562	4.0%	179	1.3%	1,274	9.1%	174	1.2%	63	0.4%	659	4.7%	378	2.7%
	40-64	4,578	24.9	128	2.8%	253	5.5%	14	0.3%	166	3.6%	73	1.6%	283	6.2%	37	0.8%	23	0.5%	144	3.1%	79	1.7%
	65-74	9,471	35.9	122	1.3%	527	5.6%	25	0.3%	396	4.2%	106	1.1%	991	10.5%	137	1.4%	40	0.4%	515	5.4%	299	3.2%

③特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

特定健康診査受診率は上昇しているが、同規模保険者内での順位は低下している。特定保健指導実施率は増加しているが依然低く、生活習慣病の重症化を予防していくためには、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上への取組が重要である。

特定健康診査結果による医療機関への受診勧奨対象者の受診率は同規模保険者平均より低い状況だったが、平成 28 年度には高くなっている。

【図表 11】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	実施数	実施率	医療機関受診率	
								松山市	同規模平均
H25年度	83,802	17,098	20.4%	33	2,166	258	11.9%	52.4%	53.9%
H28年度	79,220	23,556	29.7%	55	2,358	332	14.1%	53.9%	52.2%

2) 第 1 期データヘルス計画に係る考察

第 1 期データヘルス計画において、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、同規模保険者と比較した医療費の伸び率が低くなっているなど、医療費適正化に繋がったと考えられる一方、1 号介護認定率、慢性腎不全に係る医療費の増加などの課題も見えてきた。

そのため、医療機関を受診したにも関わらず、治療中断となったり、疾病が重症化する人への対応が必要であることが考えられる。

また、適正な医療に繋げるためには、市民自ら体の状態を確認できる場としての特定健康診査は重要であり、特定健康診査受診率向上は、取り組むべき重要な課題である。

2. 第2期データヘルス計画における健康課題の明確化

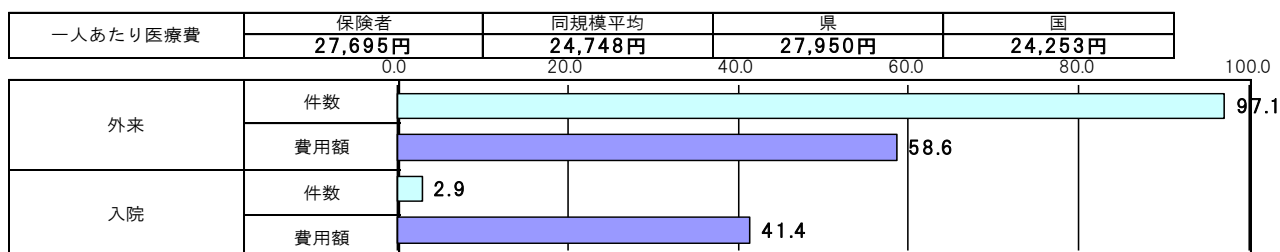
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

松山市のレセプト件数のうち入院が占める割合は 2.9%だが、費用額全体では 41.4%を占めている。入院を減らしていくことは疾病の重症化予防とともに医療費適正化にも繋がると考えられる。

【図表 12】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○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

脳血管疾患、虚血性心疾患では、医療費が高額となり、入院も長期に必要となっている件数が多い。また、高額な医療費が必要な人工透析患者のうち、糖尿病性腎症のある患者が 50.4%と半数となっており、糖尿病の重症化予防が課題であることが分かる。

【図表 13】

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。

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	
高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	3,609人		226人		299人		1,138人		2,230人	
		6.3%		8.3%		31.5%		61.8%			
	件数	6,408件		426件		352件		1,846件		3,784件	
		6.6%		5.5%		28.8%		59.1%			
		年代別	40歳未満	8	1.9%	2	0.6%	37	2.0%	302	8.0%
			40代	26	6.1%	15	4.3%	102	5.5%	288	7.6%
			50代	42	9.9%	34	9.7%	166	9.0%	484	12.8%
			60代	208	48.8%	168	47.7%	880	47.7%	1543	40.8%
			70-74歳	142	33.3%	133	37.8%	660	35.8%	1167	30.8%
費用額	86億1159万円		5億3819万円		5億5120万円		25億2845万円		49億9375万円		
	6.2%		6.4%		29.4%		58.0%				

* 最大医療資源傷病名 (主病) で計上

* 疾患別 (脳・心・がん・その他) の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

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	
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	838人	535人		128人		89人	
			63.8%		15.3%		10.6%	
	件数	7,443件	4,880件		944件		674件	
			65.6%		12.7%		9.1%	
	費用額	32億8009万円	18億2219万円		5億2482万円		3億4266万円	
			55.6%		16.0%		10.4%	

* 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)

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	
人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	389人	196人		106人		199人	
				50.4%		27.2%		51.2%	
	H28 年度 累計	件数	5,308件	2,410件		1,163件		2,460件	
				45.4%		21.9%		46.3%	
		費用額	26億5955万円	12億1903万円		6億4189万円		12億3113万円	
				45.8%		24.1%		46.3%	

* 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

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	
生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 重なり 疾患	高血圧	45,408人	5,465人		6,062人		1,525人	
				12.0%		13.4%		3.4%	
		糖尿病	4,179人	4,754人		4,754人		1,155人	
				76.5%		78.4%		75.7%	
	脂質 異常症	糖尿病	2,300人	2,872人		2,872人		1,525人	
				42.1%		47.4%		100.0%	
		脂質異常症	3,953人	4,826人		4,826人		1,331人	
				72.3%		79.6%		87.3%	
	高血圧症		23,914人	13,311人		24,225人		4,611人	
				52.7%		53.3%		10.2%	

○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)要介護認定者の要介護状態区分・有病状況

要介護認定者でのレセプト分析では、血管疾患の有病が 95.1%であり、筋・骨格疾患の 93.0%を上回っていた。

働き盛りの年代で介護が必要となった 2 号認定者では、脳卒中及び腎不全の有病率が 1 号認定者よりも高く、要介護状態区分が重い要介護 3～5 の割合が、1 号認定者よりも高くなっており、若い世代への対策が必要な状況である。

また、年齢が高くなるにつれて基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の有病率が高くなり、要介護となる疾患の発症を予防するためには、基礎疾患の発症予防、重症化を防ぐことが必要である。

また、効果的な介護予防のための保健事業実施に関しては、介護保険課との連携も必要であると考えらる。

【図表 14】

要介護認定者の要介護状態区分・有病状況

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		171,116人		56,275人		55,480人		111,755人		282,871人							
	認定者数		827人		3,701人		24,855人		28,556人		29,383人							
			認定率		0.48%		6.6%		44.8%		25.6%		10.4%					
	新規認定者数（※1）		179人		810人		2,859人		3,669人		3,848人							
	介護度 別人数	要支援1・2		232	28.1%	1,461	39.5%	8,413	33.8%	9,874	34.6%	10,106	34.4%					
要介護1・2		287	34.7%	1,205	32.6%	8,510	34.2%	9,715	34.0%	10,002	34.0%							
要介護3～5		308	37.2%	1,035	28.0%	7,932	31.9%	8,967	31.4%	9,275	31.6%							
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計							
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	介護件数（全体）		827		3,701		24,855		28,556		29,383							
	再）国保・後期		427		2,499		23,066		25,565		25,992							
	（レセプトの 診断名より 重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数					
					割合		割合		割合		割合		割合	割合				
		循環器 疾患	1	脳卒中	266 62.3%	脳卒中	1,232 49.3%	脳卒中	12,047 52.2%	脳卒中	13,279 51.9%	脳卒中	13,545 52.1%					
			2	虚血性 心疾患	111 26.0%	虚血性 心疾患	732 29.3%	虚血性 心疾患	9,956 43.2%	虚血性 心疾患	10,688 41.8%	虚血性 心疾患	10,799 41.5%					
			3	腎不全	73 17.1%	腎不全	248 9.9%	腎不全	2,749 11.9%	腎不全	2,997 11.7%	腎不全	3,070 11.8%					
			糖尿病 合併症	糖尿病 合併症		80 18.7%	糖尿病 合併症		428 17.1%	糖尿病 合併症		2,550 11.1%	糖尿病 合併症		2,978 11.6%	糖尿病 合併症		3,058 11.8%
				基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		379 88.8%	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		2,219 88.8%	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		21,495 93.2%	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		23,714 92.8%	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		24,093 92.7%
			血管疾患 合計	血管疾患 合計		392 91.8%	血管疾患 合計		2,289 91.6%	血管疾患 合計		22,029 95.5%	血管疾患 合計		24,318 95.1%	血管疾患 合計		24,710 95.1%
		認知症		53 12.4%	認知症		507 20.3%	認知症		9,486 41.1%	認知症		9,993 39.1%	認知症		10,046 38.7%		
		筋・骨格疾患	筋・骨格疾患		358 83.8%	筋・骨格疾患		2,157 86.3%	筋・骨格疾患		21,654 93.9%	筋・骨格疾患		23,811 93.1%	筋・骨格疾患		24,169 93.0%	

※1）新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

※2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

要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

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)					7,437
要介護認定なし医療費 (40歳以上)					3,808

2) 健診受診者の実態

平成 28 年度の健診受診者の実態を見てみると、男性では、全国平均に比べ、空腹時血糖、HbA1c 以外の項目で有所見率が高い。女性では、中性脂肪、尿酸、LDL コレステロールで有所見率が高い状況である。

また、メタボ予備軍は男女とも全国、県よりも低い、該当者の割合は男性で高くなっている。

該当項目をみると、男女ともメタボ予備軍で高血圧が、メタボ該当者で血圧＋脂質が最も多い状況で、3 項目全て該当している人も全体の男性 8.5%、女性 2.7%であり、該当した人の約 3 割を占めている。こうした内臓脂肪の蓄積が起因となる所見の重複が、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクを高めるため、改善が必要である。

【図表 15】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代の把握

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%	
松山市	合計	2,967	31.4%	4,774	50.5%	2,829	29.9%	1,948	20.6%	860	9.1%	553	5.9%	5,188	54.9%	1,892	20.0%	4,993	52.9%	2,335	24.7%	4,488	47.5%	213	2.3%
	40-64	1,030	37.7%	1,461	53.4%	936	34.2%	803	29.4%	282	10.3%	157	5.7%	1,208	44.2%	629	23.0%	1,149	42.0%	764	27.9%	1,409	51.5%	28	1.0%
	65-74	1,937	28.9%	3,313	49.4%	1,893	28.2%	1,145	17.1%	578	8.6%	396	5.9%	3,980	59.3%	1,263	18.8%	3,844	57.3%	1,571	23.4%	3,079	45.9%	185	2.8%

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%	
松山市	合計	2,730	19.4%	2,304	16.4%	2,317	16.5%	1,143	8.1%	225	1.6%	445	3.2%	7,721	55.0%	327	2.3%	6,361	45.3%	2,015	14.3%	8,163	58.1%	30	0.2%
	40-64	837	18.3%	664	14.5%	657	14.4%	394	8.6%	45	1.0%	165	3.6%	2,003	43.8%	114	2.5%	1,444	31.5%	658	14.4%	2,597	56.7%	8	0.2%
	65-74	1,893	20.0%	1,640	17.3%	1,660	17.5%	749	7.9%	180	1.9%	280	3.0%	5,718	60.4%	213	2.2%	4,917	51.9%	1,357	14.3%	5,566	58.8%	22	0.2%

* 全国については、有所見割合のみ表示

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	
松山市	合計	2,967	31.4	4,774	50.5	2,829	29.9	1,948	20.6	860	9.1	553	5.9	5,188	54.9	1,892	20.0	4,993	52.9	2,335	24.7	4,488	47.5	213	2.3
	40-64	1,030	37.7	1,461	53.4	936	34.2	803	29.4	282	10.3	157	5.7	1,208	44.2	629	23.0	1,149	42.0	764	27.9	1,409	51.5	28	1.0
	65-74	1,937	28.9	3,313	49.4	1,893	28.2	1,145	17.1	578	8.6	396	5.9	3,980	59.3	1,263	18.8	3,844	57.3	1,571	23.4	3,079	45.9	185	2.8

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	
松山市	合計	2,730	19.4	2,304	16.4	2,317	16.5	1,143	8.1	225	1.6	445	3.2	7,721	55.0	327	2.3	6,361	45.3	2,015	14.3	8,163	58.1	30	0.2
	40-64	837	18.3	664	14.5	657	14.4	394	8.6	45	1.0	165	3.6	2,003	43.8	114	2.5	1,444	31.5	658	14.4	2,597	56.7	8	0.2
	65-74	1,893	20.0	1,640	17.3	1,660	17.5	749	7.9	180	1.9	280	3.0	5,718	60.4	213	2.2	4,917	51.9	1,357	14.3	5,566	58.8	22	0.2

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

【図表 16】

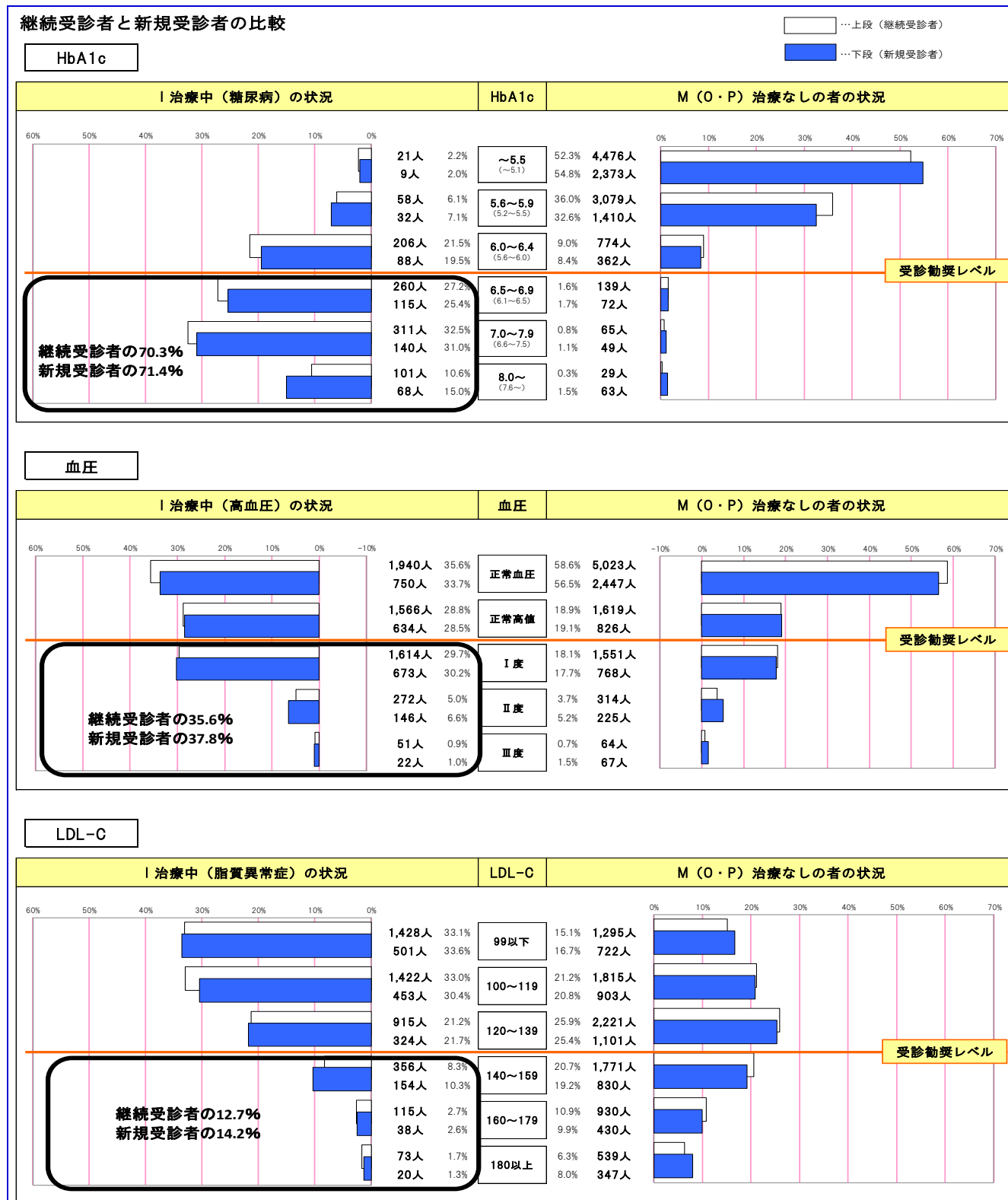
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		3,416,820				548,609	17.2%							875,805	27.5%								
県		32,159	25.2%	1,620	5.0%	5,565	17.3%	378	1.2%	3,921	12.2%	1,266	3.9%	8,583	26.7%	1,370	4.3%	501	1.6%	4,197	13.1%	2,515	7.8%
松山市	合計	9,446	26.5%	412	4.4%	1,586	16.8%	102	1.1%	1,086	11.5%	398	4.2%	2,776	29.4%	399	4.2%	161	1.7%	1,414	15.0%	802	8.5%
	40-64	2,734	17.8%	195	7.1%	526	19.2%	26	1.0%	286	10.5%	214	7.8%	740	27.1%	85	3.1%	66	2.4%	405	14.8%	184	6.7%
	65-74	6,712	33.1%	217	3.2%	1,060	15.8%	76	1.1%	800	11.9%	184	2.7%	2,036	30.3%	314	4.7%	95	1.4%	1,009	15.0%	618	9.2%

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%
松山市	合計	14,049	31.4%	250	1.8%	780	5.6%	39	0.3%	562	4.0%	179	1.3%	1,274	9.1%	174	1.2%	63	0.4%	659	4.7%	378	2.7%
	40-64	4,578	24.9%	128	2.8%	253	5.5%	14	0.3%	166	3.6%	73	1.6%	283	6.2%	37	0.8%	23	0.5%	144	3.1%	79	1.7%
	65-74	9,471	35.9%	122	1.3%	527	5.6%	25	0.3%	396	4.2%	106	1.1%	991	10.5%	137	1.4%	40	0.4%	515	5.4%	299	3.2%

3) 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況

継続・新規受診者ともに治療中であるにも関わらず受診勧奨レベル以上の人は、高血圧治療中では3割台、LDLコレステロール治療中では1割台であるが、糖尿病治療中では7割以上となっている。糖尿病に関しては薬物治療とともに食事・運動による治療も必要であるため、治療中であっても保健指導の必要性があると考えられる。

【図表 17】



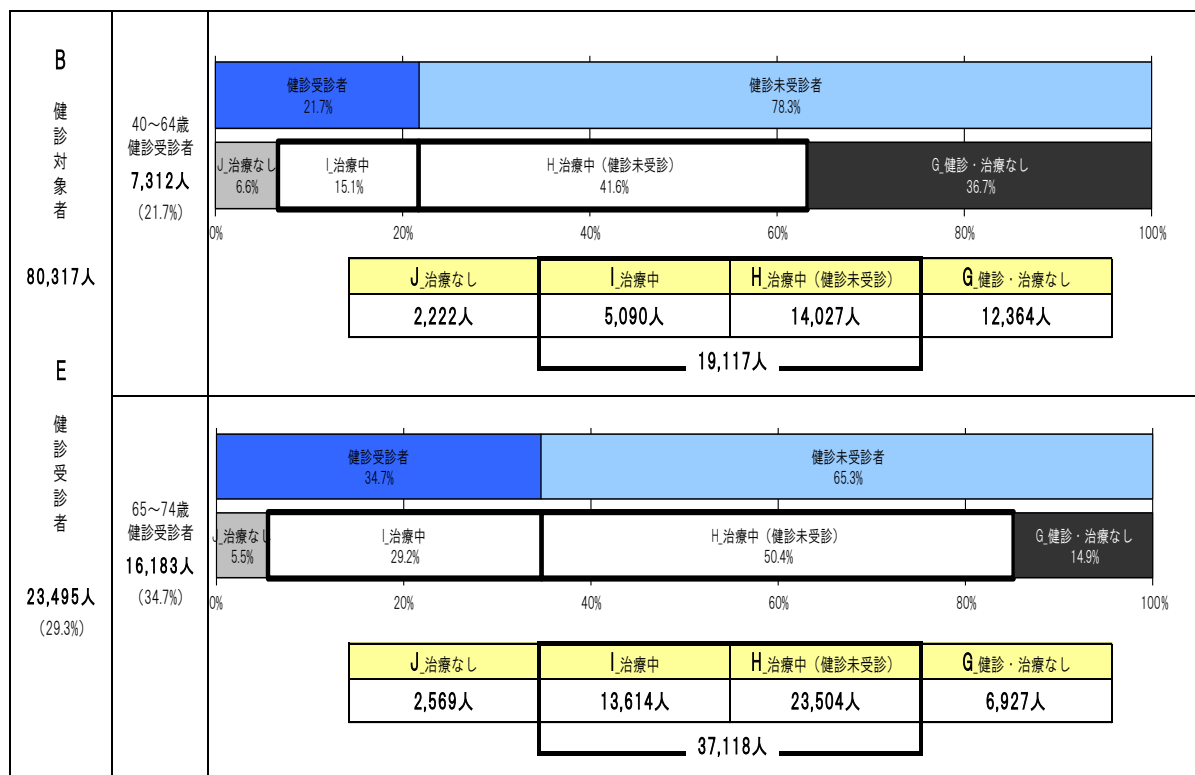
4) 未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要であるが、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 36.7%と高くなっている。糖尿病等の生活習慣病は、重症化するまで自覚症状が無いことが多いため、特定健康診査の受診を促す必要がある。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病の治療費を比較すると、健診未受診者は受診者の約 9 倍かかっており、健診を受診することは医療費適正化の面で有用であることが分かる。

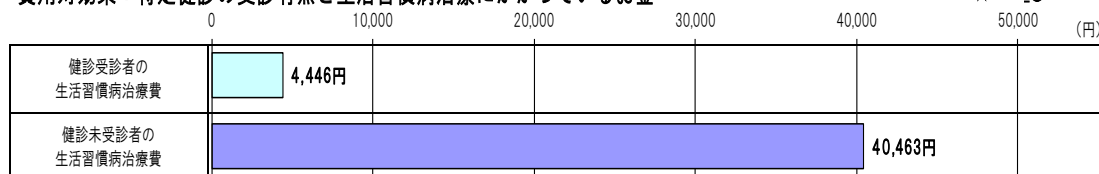
健診受診・未受診別の医療受診状況

【図表 18】



費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥



3. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

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、人工透析が必要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、糖尿病性腎症を中長期的な目標疾患とし、平成 35 年度に向けて脳血管疾患、虚血性心疾患は、総医療費に占める医療費の割合を平成 28 年度の国の平均値まで減少させ、新規透析導入者に占める糖尿病性腎症の有病者の割合を平成 28 年度から増加させないことを目標とする。

また、今後は高齢化の進展により、総医療費そのものを抑えることは厳しいことから、伸びを抑えることを目標とするが、松山市民の医療の掛かり方は、軽症である時期に医療機関

へ受診せず、重症化してから受診する傾向で、外来医療費に比べ入院医療費の割合が同規模保険者よりも大きいなどの実態があり、重症化予防、医療費の適正化へ繋げる目的で、外来医療費を伸ばし入院医療費を抑えることが必要である。

設定した目標に対する評価は、進捗管理のために 3 年後の平成 32 年度に行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

(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少させていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を参考に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を図ることとする。

そのためには、医療機関受診が必要な人に、適切な受診勧奨や、治療の継続への働きかけをするとともに、医療機関受診中断者にも適切な保健指導を実施する。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、薬物療法とともに、食事・運動療法が治療となる糖尿病に関しては、治療しているにも関わらず、受診勧奨値以上の人が多い状況だったため、治療中の人にもかかりつけ医と連携し、食事・運動に関する保健指導を実施していく。

さらに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、自身の身体状況を認識した上で、状態に応じた保健指導の実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋げることが重要で、その目標値は、第 3 章「第 3 期特定健康診査等実施計画」に記載する。

第3章 第3期特定健康診査等実施計画

1. 第3期特定健康診査等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定により、実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期から（平成30年度以降）は6年を1期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 19】

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健康診査実受診率	35%	40%	45%	50%	60%	60%
特定保健指導実施率	25%	32%	39%	46%	53%	60%

3. 対象者の見込み

【図表 20】

		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健康 診査受診率	対象者数	86,388 人	86,597 人	86,566 人	85,184 人	83,850 人	82,559 人
	受診者数	30,236 人	34,639 人	38,955 人	42,592 人	50,310 人	49,535 人
特定保健 指導実施率	対象者数	3,027 人	3,467 人	3,899 人	4,263 人	4,616 人	4,958 人
	実施者数	757 人	1,109 人	1,521 人	1,949 人	2,446 人	2,975 人

4. 特定健康診査の実施

1) 実施方法

特定健康診査は、特定健康診査実施機関に委託する。実施機関の取りまとめを行う県医師会と市町村国保側のとりまとめを行う代表保険者とが集合契約を行う。

① 集団健診（松山市保健所、各地区ほか）

② 個別健診（委託医療機関）

2) 特定健康診査委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び特定健康診査及び保健指導の実施に関する基準第16条第1項に基づき定められた基準どおり委託する。

3) 特定健康診査実施機関リスト

特定健康診査実施機関リストを作成し、特定健康診査受診券郵送時に同封する。

4) 特定健康診査実施項目

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（随時血糖・血清クレアチニン・貧血・心電図・尿酸、尿潜血）を全員に実施する。

5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健康診査の受診対象者となることから、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。

7)代行機関

特定健康診査に係る費用の請求・支払は、愛媛県国保連に委託する。

8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健康診査は年間を通して受診可能であるが、5月に特定健康診査受診券及び検査項目、集団健診会場一覧表、委託医療機関一覧表、主要健診施設の付近図、健診の受け方、特定保健指導等について記載されたものを対象者に郵送する。

また、年度途中に加入した対象者で希望がある者には随時受診券を発行するとともに、国保・年金課の窓口、郵送にてチラシを配布し、特定健康診査・保健指導について周知啓発を行う。

さらに、広報誌での啓発、電話による受診勧奨を実施することにより、市民に広く周知する。

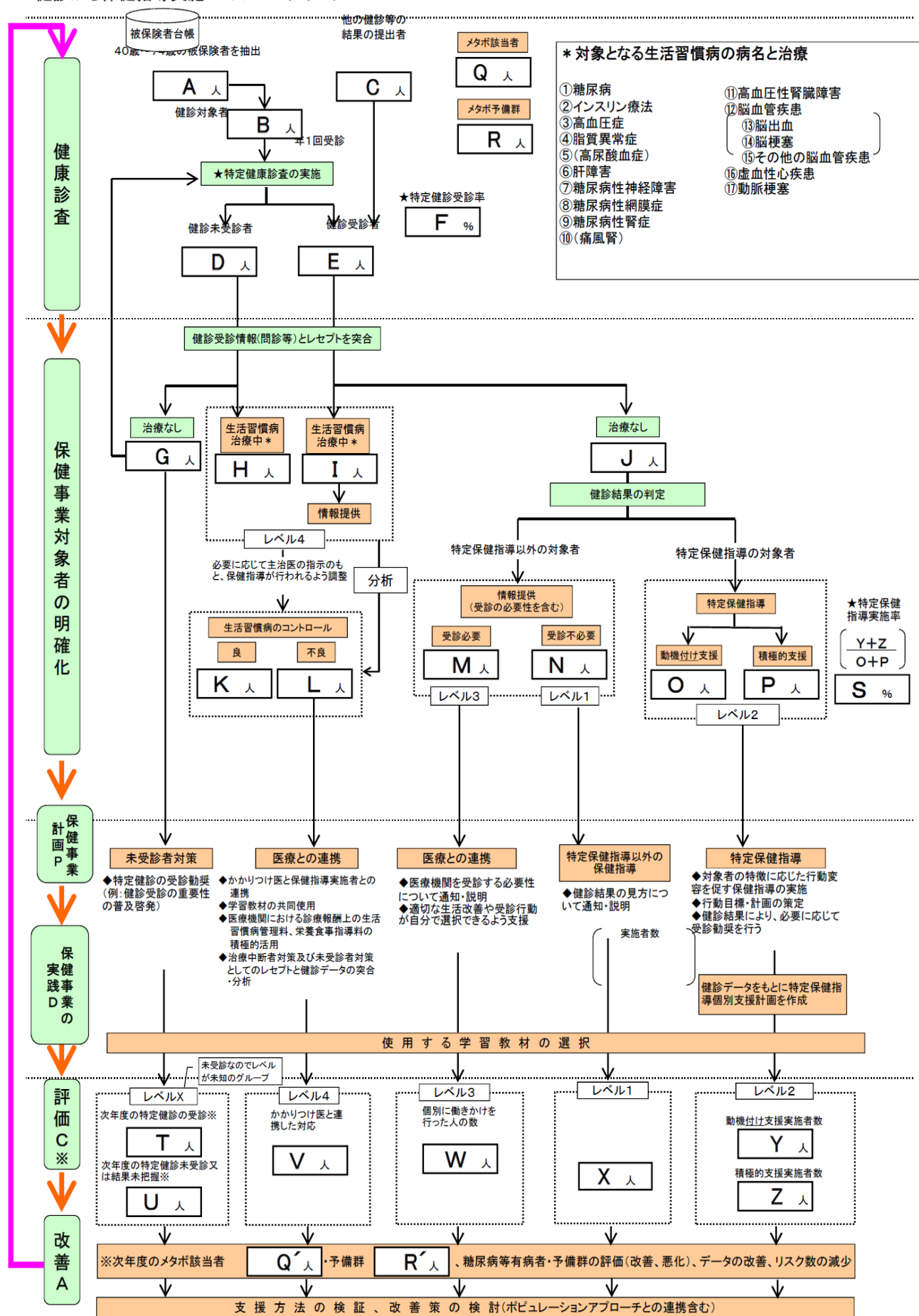
5. 特定保健指導の実施

1)健診から保健指導実施までの流れ

「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21】)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



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 22】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数 H28 年度 (受診者に占める割合)
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	2,780 人 (11.8%)
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	5,124 人 (21.8%) 【再】松山市の受診勧奨対象者 900 人 (3.8%)
3	D	健診未受診者	◆特定健康診査の受診勧奨 再通知、電話勧奨	55,664 人 ※受診率目標達成まであと 23,976 人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	5,000 人 (21.2%)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	10,652 人 (45.2%)

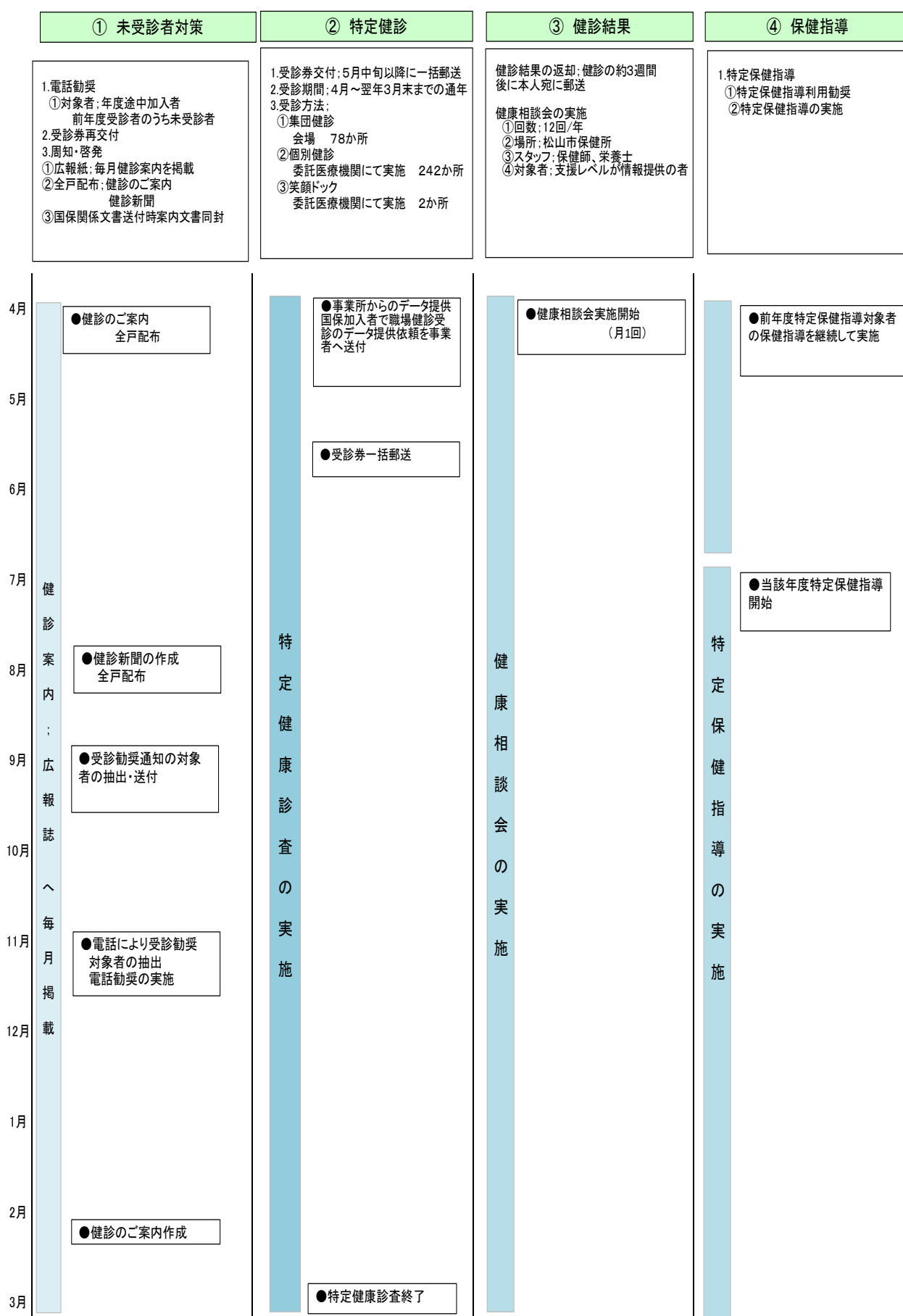
(参考) 図表内のアルファベットは図表 21 内の人数を示す

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

特定健康診査・特定保健指導に関することは、次の【図表 23】のとおり実施する予定である。

【図表 23】

健診・保健指導の実践スケジュール



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扱いは、個人情報保護法(平成15年法律第57号)及び松山市個人情報保護条例(平成16年条例第29号)に基づき対応する。

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。

2) 特定健康診査・保健指導の記録の管理について

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

7. 実績の報告

実績報告は、特定健康診査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日までに行う。

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項の規定に基づき、計画は松山市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

(参考)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

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施に当たっては、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康診査における血糖、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等の取組を行う。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、治療中の人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としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等社会保障費の増大に繋がっている実態を広く市民へ周知する取組を行う。

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、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施に当たっては、「第3章特定健康診査等実施計画」に準じるものとする。

なお、各保健事業対象者と特定保健指導対象者が重なる場合は、担当者間で調整していく。

2. 重症化予防の取組

1) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組に当たっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」（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（国保版）に基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組に当たっては、【図表24】を参考に実施する。

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 24】

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	C 評 価 報 告	記録、実施件数把握			○		□
31		3か月後実施状況評価				○	□
32		6か月後評価(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さらなる展開 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

対象者の選定に当たっては、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国保版)に準じ、抽出すべき対象者を次のとおりとする。

○医療機関未受診者

特定健康診査結果で HbA1c の値が 6.5%以上の人

空腹時血糖が 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)以上の人

○医療機関受診中断者

○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、発症リスク要因を有する者

②選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取組を進めるに当たって、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康診査データを活用し、該当者数を把握をする。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 25】

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
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。

松山市では、特定健康診査で血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を全員に実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンは把握が難しい。「C KD診療ガイド 2012(日本腎臓学会)」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(KDBシステム平成29年7月作成)と特定健康診査データ(平成28年度)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 26】。40～74歳における糖尿病で受診中の人(H 12,692人)のうちの89%は、平成28年度の特定健康診査は未受診者(I 11,282人)であるため、糖尿病治療中の人を対象とする糖尿病性腎症重症化予防におけるかかりつけ医と連携した保健指導は、特定健康診査受診者のみでなく、レセプトデータから抽出した人を対象とする必要があると考える。

また、平成 28 年度特定健康診査受診者のうち、検査結果が糖尿病型だった人(E 2,366 人)のうち、糖尿病未治療者(F 956 人)と、過去 3 年間の特定健康診査受診者で、一度でも HbA1c が 8.0%以上となった人 554 人のうち、受診を中断している人(イ 12 人)、未受診の人(ウ 57 人)に対しては、糖尿病の重症化を予防するために医療機関への受診勧奨が重要である。

③介入方法と優先順位

ア. 受診勧奨

①糖尿病が重症化するリスクの高い治療無(F)・・・956 人

- ・質問票は、服薬治療についての有無の記載のため、受診勧奨時に、レセプトにて受診状況を確認し、治療中及び定期的に受診中の人を除いた上で、受診勧奨対象者を決定する。
- ・介入方法は、通知、電話、戸別訪問等で実施する。

②過去の特定健康診査で医療機関未受診者、糖尿病治療中断者(イ・ウ)・・・69 人

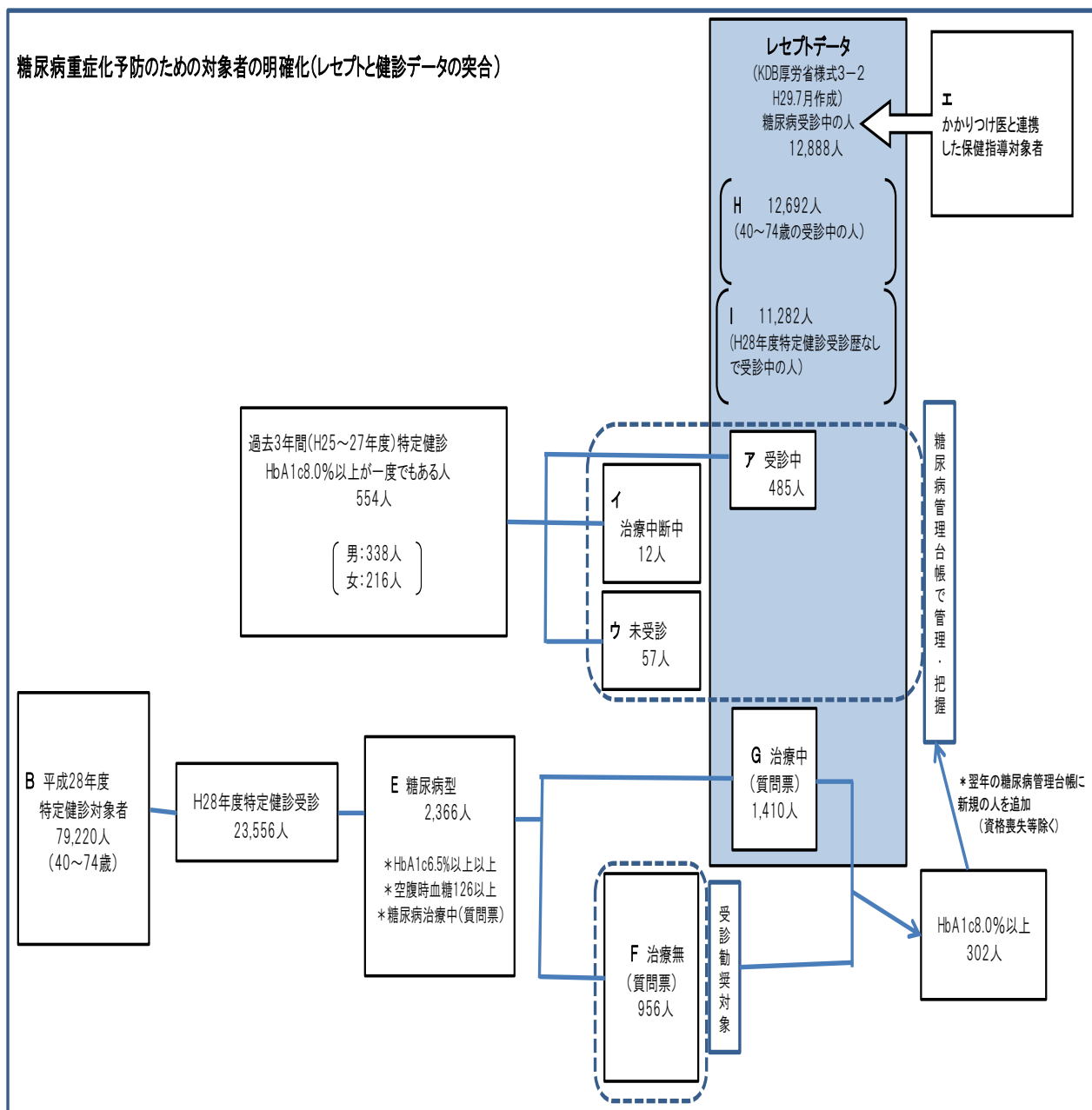
- ・介入方法は、通知、電話、戸別訪問等で実施する。

イ. 保健指導

糖尿病通院する患者(エ)・・・12,888 人

- ・エのうち、糖尿病性腎症の病気が第 3～4 期を優先的に選択し、参加勧奨を通知する。
- ・介入方法は、面談、訪問、電話等で実施する。
- ・医療機関と連携した保健指導を実施する。

【図表 26】



出所:松山市国保・年金課作成

(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、該当年度受診勧奨対象者一覧及び糖尿病管理台帳（【参考資料 3】）を作成し、進捗管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

①重点的に管理が必要と考えられる HbA1c 8.0%以上の人に対しては糖尿病管理台帳を作成し、次の内容について記載、把握し管理する。

○過去3年間のうち特定健康診査受診時に HbA1c 8.0%以上であった人を記載

○当該年度の健診結果は、翌年の糖尿病管理台帳に追加記載する。

(HbA1c、血圧、体重、eGFR、尿蛋白)

②資格を確認する。

③レセプトを確認し情報を記載する。

○治療状況の把握

- ・ 特定健康診査の問診では、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。

②当該年度医療機関受診勧奨者名簿の作成

健診データ抽出後速やかに受診勧奨者名簿を作成する。その後レセプトを確認し、受診勧奨を行う対象者を確認する。

当該年度終了後 HbA1c8.0%以上の人に関しては、翌年度に糖尿病管理台帳へ追加し、継続的に把握、管理する。

(4)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の実施

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。

松山市では、特定健康診査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 27】

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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(5)医療との連携

①医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者は、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国保版）の受診勧奨の手順を参考に受診勧奨を行う。

②治療中の人への対応

治療中の人への保健指導に当たっては、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国保版）を参考に、かかりつけ医記載の指示書、糖尿病連携手帳記載の情報等を確認し、かかりつけ医と連携した指導を行う。

(6)介護保険課・高齢福祉課等との連携

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、介護保険課等と連携していく。

(7)評価

評価を行うに当たっては、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。

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 5 ml/1.73 m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

②中長期的評価

様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（【参考資料】4）を用いて行う。

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当たっては、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ガイドライン等に基づいて進めていく。

(2)対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版)では、LDLコレステロール値の上昇に伴い、虚血性心疾患発症率・死亡率が上昇することが示されているのみではなく、コレステロール低下療法によって虚血性心疾患の発症や再発が抑制されることも明らかにされているため、特定健康診査受診者のうち、LDLコレステロール高値の人を対象とする。

②重症化予防対象者の抽出

①LDLコレステロール有所見者の把握

特定健康診査結果からLDLコレステロール有所見者で180 mg/dl 以上の人を抽出し、特定保健指導の対象とならない非肥満者について、受診状況をレセプトで確認し、未受診者を対象者として選定。

【図表 28】

LDLコレステロール有所見者(180 mg/dl 以上)

	H27 年度	H28 年度
有所見者数(特定健診結果)	1,178	1,120
受診者に占める割合	4.9%	4.8%
受診勧奨対象者数(未受診で非肥満者)	638	539
有所見者に占める割合	54%	48%

出所:松山市国保・年金課調べ

②心電図検査結果からの考察

虚血性心疾患に関連する心電図所見(ST変化)のあった割合を、メタボ該当者・予備群者・メタボなし(LDLコレステロール別)・慢性腎臓病であるCKDのリスク毎に比較すると、CKDリスク有で有所見率が高い以外は、大きな偏りは見られなかった。

このことから、現在松山市で受診者全員に心電図検査を実施していることは、不整脈が疑われる者の早期発見に繋がっており、将来的に虚血性心疾患の発症予防、早期発見に有効であると考えられる。

【図表 29】

メタボ等の状況別心電図所見結果

H28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	
		23,556	676	6,950	15,635	295
			2.9%	29.5%	66.4%	1.3%
メタボ該当者		4,065	103	1,424	2,507	31
			2.5%	35.0%	61.7%	0.8%
メタボ予備群		2,366	75	696	1,578	17
			3.2%	29.4%	66.7%	0.7%
メタボなし		17,125	498	4,830	11,550	247
			2.9%	28.2%	67.4%	1.4%
LDL-C	140-159	2,958	97	809	2,008	44
			3.3%	27.3%	67.9%	1.5%
	160-179	1,402	39	383	955	25
			2.8%	27.3%	68.1%	1.8%
	180-	846	25	206	606	9
			3.0%	24.3%	71.6%	1.1%

【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~	4,361	158	1,398	2,755	50
		18.5%	3.6%	32.1%	63.2%	1.1%

出所:愛媛県国保連

(3)保健指導の実施

①受診勧奨

特定健康診査の結果LDLコレステロール 180 mg/dl 以上の人で、腹囲基準がメタボリックシンドロームに該当しない非肥満者の医療機関未受診者に、通知指導を実施する。

②対象者の管理

特定健康診査結果を抽出後、速やかにレセプトデータと照らし合わせて、受診勧奨が必要な人を選定し、受診勧奨対象者一覧を作成し、通知指導を行う際の管理を行う。

(4)医療との連携

受診勧奨実施時に、医療機関との連携が必要となった場合は、かかりつけ医等と連携を行う。

(5)介護保険課・高齢福祉課等との連携

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、介護保険課等と連携していく。

(6)評価

評価を行うに当たっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価は、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとし、受診勧奨に対する受診行動結果について確認することとする。

また、中長期的評価は、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

②中長期的評価

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める医療費の割合を評価する。

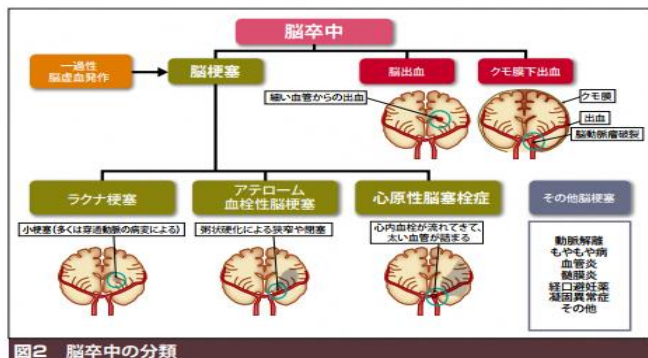
3)脳血管疾患重症化予防

(1)基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組に当たっては、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 30、31】

【脳卒中の分類】

【図表 30】



(「脳卒中予防への提言」から引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 31】

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当たっては、【図表 32～34】に基づき特定健康診査受診者の健診データから実態を把握する。

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ため、特に高値であるⅢ度高血圧者については、受診勧奨の優先対象者とする。

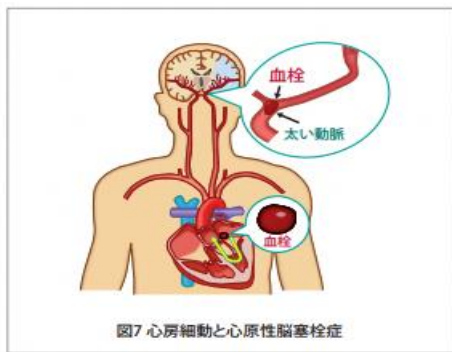
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 32】

特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)		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
血圧分類 (mmHg)		~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)	15,888	5,483	3,642	3,124	2,882	613	144
		34.5%	22.9%	19.7%	18.1%	3.9%	0.9%
リスク第1層	1,833	1,057	387	212	143	30	4
		11.5%	19.3%	10.6%	6.8%	5.0%	4.9%
リスク第2層	8,667	3,049	2,018	1,698	1,514	321	67
		54.6%	55.6%	54.4%	52.5%	52.4%	46.5%
リスク第3層	5,388	1,377	1,237	1,214	1,225	262	73
		33.9%	25.1%	34.0%	42.5%	42.7%	50.7%
再掲 重複あり	糖尿病	1,148	244	281	278	58	17
		21.3%	17.7%	22.7%	22.9%	22.0%	23.3%
	慢性腎臓病 (CKD)	2,864	833	643	610	134	38
		53.2%	60.5%	52.0%	50.2%	49.5%	52.1%
3個以上の危険因子	2,564	518	574	634	653	147	38
		47.6%	37.6%	46.4%	52.2%	53.3%	52.1%

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
143	1,544	1,952
0.9%	9.7%	12.3%
143	30	4
100%	1.9%	0.2%
--	1,514	388
--	98.1%	19.9%
--	--	1,560
--	--	79.9%

③心電図検査における心房細動の実態



（「脳卒中予防への提言」から引用）

心原性脳塞栓症は、心房細動等により心臓にできた血栓が血流に乗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ることにより発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い疾患である。

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。

松山市の心電図検査において 122 人に心房細動の所見があったが、有所見率を見ると年齢が高くなるにつれて増加しており、日本循環器学会疫学調査と比較すると、松山市の有病率は同等か低い状況だった。また、122 人のうち 109 人は既に治療が開始されていたが、13 人は未治療及び治療中断であった。

心房細動は脳梗塞のハイリスク因子であるため、未受診者には医療機関の受診勧奨を、中断者には継続受診の必要性についての指導を行う必要がある。【図表 33・34】

特定健康診査における心房細動有所見状況

【図表 33】

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	9,337	13,924	102	1.1%	20	0.1%	—	—
40歳代	820	941	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	848	1,394	3	0.4%	2	0.1%	0.8	0.1
60歳代	4,486	7,313	49	1.1%	7	0.1%	1.9	0.4
70歳～74歳	3,183	4,276	50	1.6%	11	0.3%	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）

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 34】

心房細動 有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
122	100	13	10.7	109	89.3

出所：松山市国保・年金課調べ

(3)保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

Ⅲ度高血圧症及び心電図検査で心房細動の所見があった人のうち、医療機関未受診者に対して、通知による受診勧奨を実施する。また、治療が必要にもかかわらず中断している人にも受診勧奨を実施する。

②対象者の管理

①Ⅲ度高血圧者の医療機関受診勧奨

特定健康診査結果抽出後は、速やかにⅢ度高血圧者を抽出し、レセプトを確認の上、受診勧奨対象者一覧を作成し、受診勧奨の実施、受診の把握を管理する。

②心房細動管理台帳

健診受診時の心電図検査で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 5】

(4)医療との連携

医療機関と連携した保健指導が必要となった場合は、かかりつけ医と連携を行う。

(5)介護保険課・高齢福祉課等との連携

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、介護保険課等と連携していく。

(6)評価

評価を行うに当たっては、短期的評価の視点で考えていく。短期的評価は、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。

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

②中長期的評価

虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の総医療費に占める医療費の割合を評価する。

4)その他の重症化予防

(1)基本的な考え方

第4章において、これまで重症化を予防すべき取組として、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患について記載したが、これらの疾患の重症化の結果及び管理すべきリスク因子として、慢性腎臓病(CKD)がある。

慢性腎臓病の重症度は、特定健康診査で実施しているクレアチニン検査の結果から計算したeGFRを用いて判定することができるため、糖尿病性腎症、高血圧症等生活習慣病において腎機能が低下した結果、人工透析が必要になることを防ぐために、糖尿病・高血圧に対する指導のみでなく、既に腎機能低下を示している人に受診勧奨を実施することは、将来の人工透析を防ぐために有効であると考ええる。

(2)対象者の明確化

①対象者選定の考え方

特定健康診査受診者を、慢性腎臓病（CKD）の重症度別に分類した【図表 35】では、CKD 分類が中等度～高度低下（45～30）及び高度低下で、生活習慣病（糖尿病、高血圧症、メタボリックシンドローム等）の検査で有所見者が多い状況から、生活習慣のリスクが腎機能に影響していると考えられるため、生活習慣病重症化予防の対象者とする。

【図表 35】

CKDのステージ別に見て、どのリスクが多いか

各ステージの割合： B/A

CKDの重症度 A			GFR													
			90			60			45			30			15	
			正常または高値		正常または 軽度低下	軽度～ 中等度低下	G3a再掲 (GFR45～60未満)			中等度～ 高度低下	G3b再掲 (GFR30～45未満)		高度低下	末期腎不全		
			ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3aA2		A1	A2	A3	G3bA1	A1	A2以上	G4A1	G5A1
			健診受診者 GFR・尿蛋白ともに実施	(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA3	(-) or (±)	(+)	(2+) 以上	G3bA2	A1	A2以上	G4A2	G5A2	
重症化予防対象者 B	23,451		18,292	113	692	3,902	3,588	233	81	394	298	96	40	18		
			78.0	0.5	3.0	16.6	92.0	6.0	2.1	1.7	75.6	24.4	0.17	0.08		
生活習慣病なし（実人数）			15,428	12,634	45	296	2,273	2,159	94	20	159	142	17	11	10	
			65.8	69.1	39.8	42.8	58.3	60.2	40.3	24.7	40.4	47.7	17.7	27.5	55.6	
生活習慣病あり（実人数） （下記に1項目以上該当）			8,023	5,658	68	396	1,629	1,429	139	61	235	156	79	29	8	
			34.2	30.9	60.2	57.2	41.7	39.8	59.7	75.3	59.6	52.3	82.3	72.5	44.4	
生活習慣リスク （延べ人数）	耐糖能異常 糖尿病	6.5以上	1,888	1,353	35	140	305	228	46	31	49	28	21	6	0	
			8.1	7.4	31.0	20.2	7.8	6.4	19.7	38.3	12.4	9.4	21.9	15.0	0.0	
	高血圧症	Ⅱ度以上	1,240	923	15	70	201	169	20	12	26	14	12	4	1	
			5.3	5.0	13.3	10.1	5.2	4.7	8.6	14.8	6.6	4.7	12.5	10.0	5.6	
	メタボリック シンドローム	該当者	4,052	2,755	45	267	824	697	82	45	136	92	44	21	4	
			17.3	15.1	39.8	38.6	21.1	19.4	35.2	55.6	34.5	30.9	45.8	52.5	22.2	
	脂質 異常症	LDL-C	180以上	1,117	875	5	28	193	185	5	3	14	14	0	2	0
				4.8	4.8	4.4	4.0	4.9	5.2	2.1	3.7	3.6	4.7	0.0	5.0	0.0
		中性 脂肪	300以上	661	461	7	50	119	101	11	7	20	15	5	3	1
				2.8	2.5	6.2	7.2	3.0	2.8	4.7	8.6	5.1	5.0	5.2	7.5	5.6
	高尿酸血症	7.1以上	1,974	1,117	11	85	624	551	51	22	122	82	40	13	2	
			8.4	6.1	9.7	12.3	16.0	15.4	21.9	27.2	31.0	27.5	41.7	32.5	11.1	

②対象者の抽出

特定健康診査の質問票で内服治療を行っていないと回答している人を分類した【図表 36】では、eGFR45 未満で治療を行っていない人が 107 人である。

この中からレセプトを確認し、加齢により eGFR が低下することを考慮し、GFR45 未満（70 歳以上 eGFR40 未満）の人で、医療関未受診者を受診勧奨対象者とする。

【図表 37】は平成 28 年度の指導対象者抽出結果である。

【図表 36】

治療なしの人のCKD分類

原疾患			糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)			尿蛋白区分		A1	A2		A3
					(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿蛋白+以上	(2+) 以上
			尿検査・GFR 共に実施		12,412 人	341 人	103 人	87 人
			12,840		96.7%	2.7%	30.2%	0.7%
G1	正常 または高値	90以上	1,574 人	12.3%	1,514 人	49 人	15 人	11 人
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	9,424 人	73.4%	9,160 人	215 人	68 人	49 人
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	1,735 人	13.5%	1,646 人	66 人	18 人	23 人
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	99 人	0.8%	87 人	10 人	2 人	2 人
G4	高度低下	15-30 未満	5 人	0.0%	5 人	0 人	0 人	0 人
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	3 人	0.0%	0 人	1 人	0 人	2 人

平成28年度受診勧奨実施者

【図表 37】

eGFR	20～30未満	30～45未満	合計
人数	4人	70人	74人

年齢	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳	合計
人数	2人	3人	14人	38人	17人	74人

出所：松山市国保・年金課調べ

(3)保健指導の実施

①受診勧奨

特定健康診査結果で eGFR が受診勧奨の対象となった人に対して、個別通知による受診勧奨を実施する。

②対象者の管理

特定健康診査結果を抽出後、速やかにレセプトデータと照らし合わせて、受診が勧奨が必要な人を選定し、受診勧奨対象者一覧を作成、通知指導の管理に使用する。

(4)医療との連携

受診勧奨実施時に、医療機関との連携が必要となった場合は、かかりつけ医等と連携を行う。

(5)介護保険課・高齢福祉課等との連携

受診勧奨時に生活支援等の必要が出てきた場合は、介護保険課等と連携していく。

(6)評価

評価を行うに当たっては、短期的評価の視点で考えていく。短期的評価は、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。

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

②中長期的評価

糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患の総医療費に占める医療費の割合を評価する。

3. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等社会保障費の増大に繋がっている実態等について、広報やホームページを通じて広く市民に周知していく。【図表 38・39】

【図表 38】

H28.9.26作成

保険者努力支援制度の視点で、松山市の社会保障費と予防・健康管理を見る

1 松山市 人口 50万人
(国保加入数 11万人)

2 H28年度 保険者努力支援制度
全国順位 637位(1,741市町村中)
獲得点数 215点(満点345点)

1点当たりの金額 27万円
頂いたお金 5,894万円

3 健診対象者 80,299人

社会保障費(H28年度)

国保医療費 391億

KDBシステムより

予防可能な生活習慣病

糖尿病	19億(8.7%)
高血圧	16億(7.3%)
慢性腎不全 (透析あり)	24億(10.8%)
がん	55億(24.5%)
精神	39億(17.5%)

介護費 422億(全体)

KDBシステムより

有病状況	40~64歳 2号認定者	65~74歳

心臓病	31.3% (267人)	41.5% (1,546人)
脳疾患	25.0% (203人)	23.3% (892人)
糖尿病	16.0% (131人)	22.8% (833人)

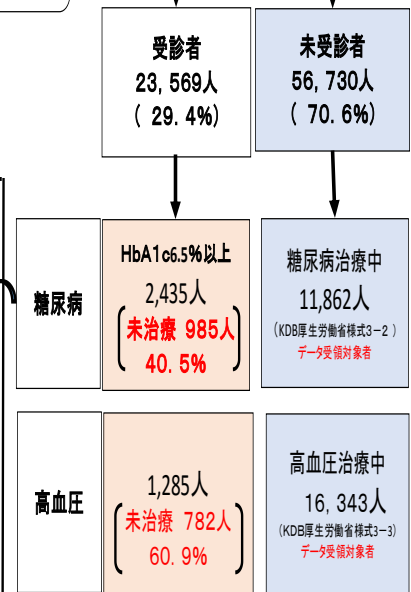
生活保護費 217億

生活保護率	24.3%	12,518人
医療扶助	49.4%	
人工透析者数	150人(1.2%)	

評価指標	30年度 満点	28年度前例し分 満点	松山市 215点	愛媛県 203点	国 199点
H29、30年度	850点	345点			
特定健診受診率	50	20	5	3.75	6.92
特定保健指導実施率	50	20	0	9	7.47
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0	10	7.13
糖尿病等重症化予防の取組	100				
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携					
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連合会との連携	(50)	40	40	12	18.75
・専門職の取組、事業評価					
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)				
・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)				
個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	20	17.01
個人のインセンティブ提供	70				
・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)	20	0	4	6
・商工部局、商店街等との連携	(25)				
データヘルス計画の取組	40				
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)	10	10	9.5	10
・第2期策定に当たり、現計画の定量評価	(35)				
関係部署、県、医師会等と連携					
がん検診受診率	30	10	0	2.5	5.26
歯周疾患(病)検診実施状況	25	10	10	8	6.63
地域包括ケアの推進	25	5	0	3.75	2.89

① 市町村指標の都道府県単位評価 【200億円】	100
特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	
③ 都道府県の取組状況 【150億円】	未定
保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	
② 医療費適正化のアウトカム評価 【150億円】	50
国保・年齢調整後1人当たり医療費	

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、
【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定
(H30年度~)



4 第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備

1.医療機関との適切な連携における優先順位
○ かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
○ 保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

2.診療における検査データを活用する要件
○ 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
○ 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。

3.基本的な手順の流れ
○ 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

愛媛県の健診結果と生活を科学的に解明する

1. からだの実態

①健診データ

腹囲	26位
BMI	13位
GPT	16位
中性脂肪	12位
空腹時血糖	14位
HbA1c8.4以上	9位
収縮期血圧180以上	5位

平成26年度厚生労働省様式6-2～6-7健診有所見者状況

塩・糖の高さ
カリウムの少なさ

②患者調査の実態

	入院外	入院
糖尿病	10位	11位
虚血性心疾患	18位	14位
脳血管疾患	10位	2位
糸球体疾患など	6位	3位

平成26年度厚生労働省患者調査

③新規透析導入者の状況(平成27年)

愛媛県	5位
-----	----

平成27年度日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の実状」

2. 愛媛の食の実態

愛媛県	お好み焼き・焼きそば・たこ焼き店	9位
-----	------------------	----

松山市	小麦粉	12位 ^{/52}
松山市	菓子パン・おかずパン等	12位 ^{/52}

松山市	さといも	11位 ^{/52}
松山市	れんこん	19位 ^{/52}

松山市	揚げかまぼこ	4位 ^{/52}
松山市	ちくわ	3位 ^{/52}

松山市	そうざい材料セット	6位 ^{/52}
-----	-----------	-------------------

松山市	生鮮野菜	52位 ^{/52}
松山市	葉茎菜	51位 ^{/52}
松山市	海藻	50位 ^{/52}

松山市	生鮮果物(全体)	8位 ^{/52}
松山市	みかん	2位 ^{/52}
松山市	バナナ	10位 ^{/52}

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

出所：愛媛県国保連

4. その他の保健事業

1) 重複・頻回受診者保健指導事業

(1) 基本的な考え方

この章では、これまで生活習慣病の重症化予防のための対策を記載してきたが、一方で、同一疾患で複数の医療機関へ受診することや、頻回に受診することなどにより、検査や処方が重複した結果、健康に悪影響を与える可能性がある人も存在する。

このような被保険者も保健指導の対象者であり、指導を実施することは、被保険者自身の適正受診による効果のみではなく、医療費適正化の面でも有効と考える。

(2) 対象者の明確化

松山市では、以下の重複受診者及び頻回受診者を指導対象とする。

重複受診者：1月に3医療機関を3か月連続で受診している人のうち、検査又は処置、
処方等が重複しているなどの理由で、保健師が要指導と判断した人

頻回受診者：1月に20日以上3か月連続で同一医療機関を受診している人のうち、保健師が要指導と判断した人

(3) 保健指導の実施

通知指導：指導対象者全員に対して、適正受診についてのリーフレットを同封した通知書を送付する。

訪問指導等：通知指導実施後の受診状況をレセプトで確認し、重複・頻回受診の状況に変化が無いなど、再度指導が必要であると思われる人に対して、訪問等で指導を実施する。

(4) 医療機関及び愛媛県との連携

対象者への指導上で、医療機関や愛媛県との連携が必要となった場合は、連携を行う。

2) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)普及啓発事業

(1) 基本的な考え方

松山市では、平成24年度から差額通知書送付事業を実施してきたが、後発医薬品の使用促進に関する取組は、前記の重複服薬者に対する取組とともに、保険者努力支援制度の評価指標となっているなど、被保険者自身の自己負担額の軽減とともに、医療費適正化の面でも効果的である。

(2) 事業の実施

後発医薬品の普及啓発は、差額通知書の送付、希望カードの配布、広報やホームページ等への掲載により実施する。

第5章 地域包括ケアに係る取組

【図表 40】は、松山市の75歳以上人口の将来推計を表したもので、2015年を1.0としたとき2040年では1.4以上となっており、全国平均や愛媛県平均より高くなると推計されている。

この結果から、今後さらに高齢化が進むと考えられ、介護・医療の需要が大きくなることが推測される。

このような中、高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続するための、地域包括ケア対策が必要となってくる。

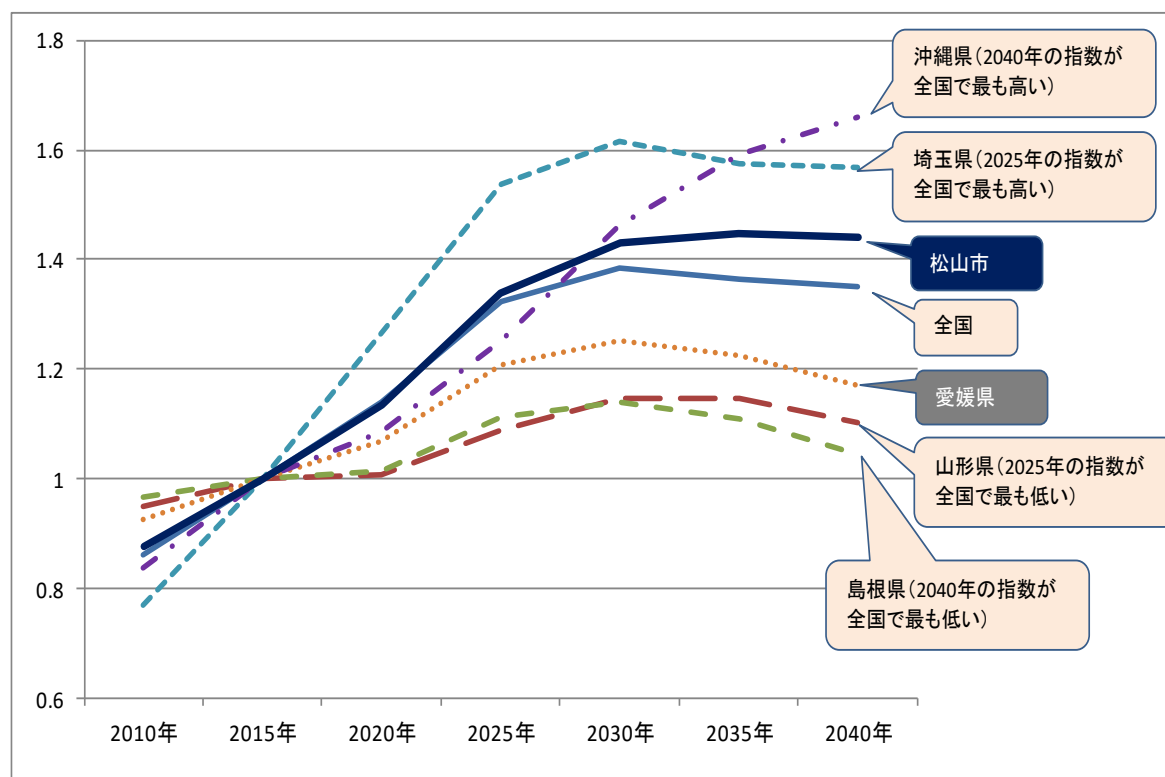
地域包括ケア研究会の報告書では、「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」ことが公表された。

重度の要介護状態となる原因として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による人工透析などが考えられるが、地域包括ケア対策としては、第4章の重症化予防の取組そのものが、国保加入者としてできる介護予防として捉えることができると考えている。

さらに、介護予防対策として、介護予防事業を実施している介護保険課と連携し、国保加入者が将来的に介護サービスを必要としない期間が長くなるような対策を今後に向けて検討していきたい。

75歳以上人口の将来推計
(2015年の人口を1.0としたときの指数)

【図表 40】



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

出所: 愛媛県国保連

第 6 章 データヘルス計画の評価・見直し

1. 評価の時期

データヘルス計画は、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、データヘルス計画の最終年度の平成 35 年度には、次期データヘルス計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度で 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 6・7】）

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 ・ K D B 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)	・ 特定健康診査受診率、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、K D B 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が定期的に把握・確認を行う。

また、特定健康診査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。

3. 目標管理一覽

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		
特定健診等計画	・特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率が国平均よりも低い ・総医療費に占める慢性腎不全(透析有)、脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費の割合が国平均よりも高く、慢性腎不全(透析有)は上昇傾向である ・介護保険における2号認定者の認定率が国より高い ・一人当たり医療費が同規模、国平均よりも高い ・メタボリックシンドローム該当者が増加しており、特に男性で国平均よりも該当者の割合が高く、有所見(中性脂肪・HDL-C、血圧等)の割合が国よりも高い項目が多い	医療費削減のため に、特定健診受診率、 特定保健指導実施率 の向上により、重症化 予防対象者を減らす 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	特定健診受診率60%以上	29.7%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特定保健 指導結果(厚生労働 省) 法定報告	
			特定保健指導実施率60%以上	14.1%	18.0%	25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%	60.0%		
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%以上を維持	27.3%	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上	25%以上		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合0.16%減少 * (H28年度国平均2.61%)	2.77%	2.748%	2.726%	2.704%	2.682%	2.660%	2.638%	2.61%		KDBシステム
データヘルス計画			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.05%減少 * (H28年度国平均2.36%)	2.41%	2.403%	2.396%	2.389%	2.382%	2.375%	2.368%	2.36%	KDB健康(厚生労働 省)2-2)1年間分を調 査・集計	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の維持	66.7%	66.7%	66.7%	66.7%	66.7%	66.7%	66.7%	66.7%		
			内臓脂肪症候群該当者・予備軍の減少率20%	該当17.6% 予備軍16.6%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%		法定報告
			健診受診者のⅢ度高血圧者(160/100以上)の割合減少0.35% * (H24～28年度の間で0.2%減少)	5.30%	5.25%	5.20%	5.15%	5.10%	5.05%	5.00%	4.95%		
保険者努力支援制度			健診受診者で脂質異常者(LDL140以上)の割合の減少3.5% * (H27～28年度0.5%減少)	29.2%	28.7%	28.2%	27.7%	27.2%	26.7%	26.2%	25.7%	保健指導支援ツール による集計値	
			健診受診者でHbA1c6.5%以上が占める割合2%減少 * (H23年度6.1%)	8.0%	7.7%	7.4%	7.2%	6.9%	6.6%	6.3%	6.0%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%を維持	60.2%肥満 者の0.5～ 8.3%(※C)	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上		
			糖尿病の保健指導実施人数の増加	5人	増加	増加	増加	増加	増加	増加	増加		
		がんの早期発見、早 期治療	胃がん検診25%以上 * (松山市健康増進計画H34年目標値25%)	6.3%	10.0%	13.0%	16.0%	19.0%	22.0%	25.0%	25%以上	地域保健事業報告	
			肺がん検診25%以上 * (松山市健康増進計画H34年目標値25%)	10.5%	12.5%	15.0%	17.5%	20.0%	22.5%	25.0%	25%以上		
			大腸がん検診25%以上 * (松山市健康増進計画H34年目標値25%)	10.9%	12.5%	15.0%	17.5%	20.0%	22.5%	25.0%	25%以上		
			子宮頸がん検診25%以上 * (松山市健康増進計画H34年目標値25%)	22.9%	23.0%	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%	25.0%	25%以上		
			乳がん検診25%以上 * (松山市健康増進計画H34年目標値25%)	19.9%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	25%以上	厚生労働省公表結果	
			後発医薬品の使用割合80%以上	61.5%	63.6%	66.3%	69.0%	71.7%	74.4%	77.1%	80.0%		

第7章 データヘルス計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

データヘルス計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、国指針において、公表するものとされていることから、ホームページを中心に公表を行う。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模保険者平均と比べてみた松山市の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

参考資料 5 心房細動管理台帳

参考資料 6 平成 29 年度に向けての全体評価

参考資料 7 平成 29 年度の取組と課題

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた松山市の位置

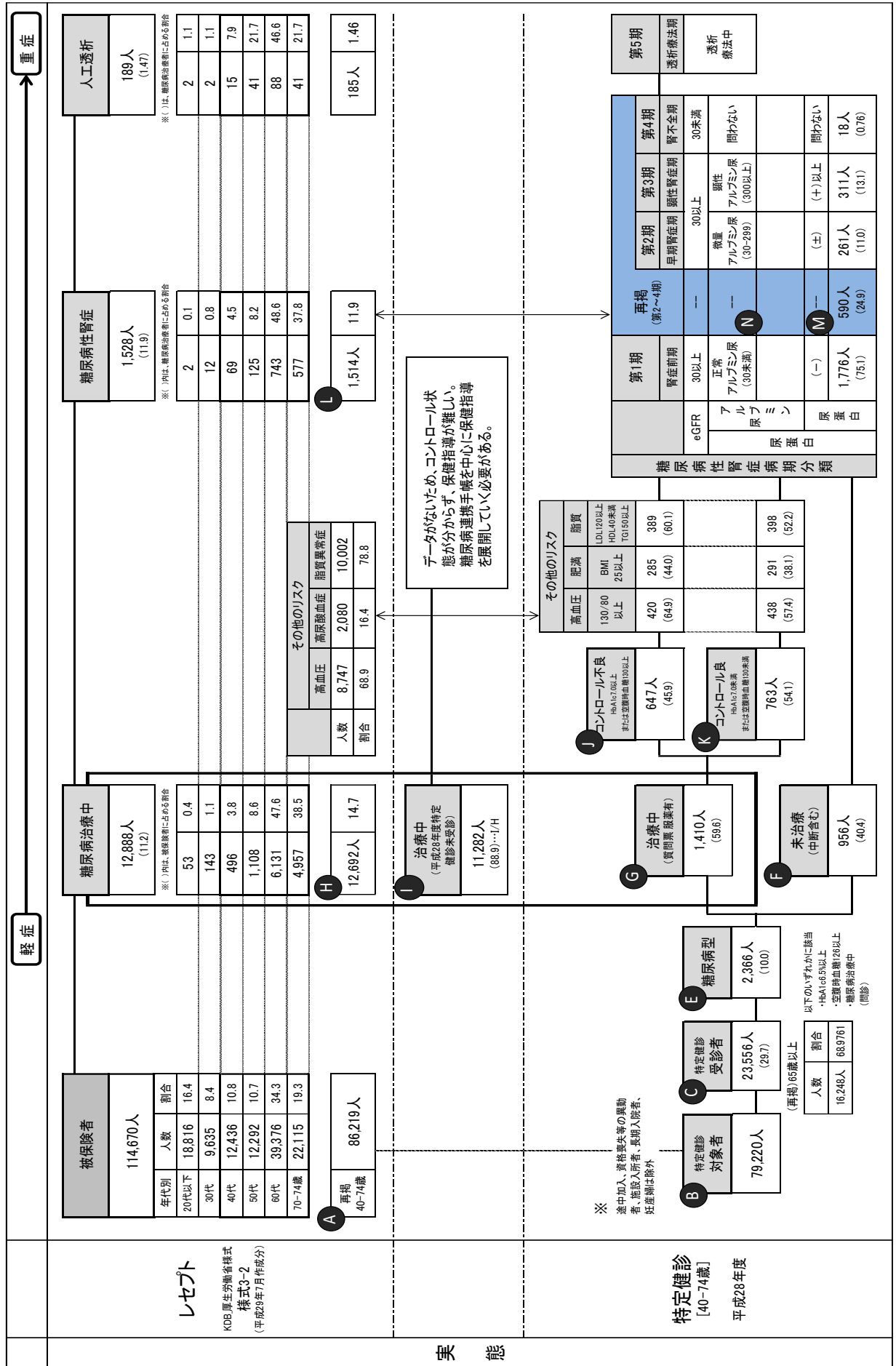
同規模区分

2

項目				H25		H28		H28		H28		国		データ元 (CSV)							
				松山市		松山市		同規模平均		県		国									
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合								
1	①	人口構成	総人口	506,600		506,600		26,184,847		1,412,057		124,852,975		KDB_No.5 人口の状況 KDB_No.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題							
			65歳以上（高齢化率）	111,755	22.1	111,755	22.1	5,717,875	21.8	377,802	26.8	29,020,766	23.2								
			75歳以上	55,480	11.0	55,480	11.0			200,272	14.2	13,989,864	11.2								
			65～74歳	56,275	11.1	56,275	11.1			177,530	12.6	15,030,902	12.0								
			40～64歳	171,116	33.8	171,116	33.8			481,791	34.1	42,411,922	34.0								
		39歳以下	223,729	44.2	223,729	44.2			552,464	39.1	53,420,287	42.8									
	②	産業構成	第1次産業	3.6		3.6		1.6		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	18.8		18.8		20.8		24.5		25.2									
			第3次産業	77.6		77.6		77.6		67.2		70.6									
	③	平均寿命	男性	79.7		79.7		79.7		79.1		79.6		KDB_No.1 地域全体像の把握							
女性			86.5		86.5		86.3		86.5		86.4										
④	健康寿命	男性	65.1		65.1		65.3		64.8		65.2		KDB_No.1 地域全体像の把握								
		女性	66.6		66.6		66.8		66.8		66.8										
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	101.6		98.3		99.4		101.4		100		KDB_No.1 地域全体像の把握						
				女性	98.8		97.4		100.2		98.3		100								
			死因	がん	1,437	47.4	1,416	47.9	73,988	50.6	4,526	44.5	367,905	49.6							
				心臓病	851	28.0	875	29.6	38,562	26.4	3,331	32.7	196,768	26.5							
				脳疾患	476	15.7	441	14.9	21,380	14.6	1,494	14.7	114,122	15.4							
				糖尿病	60	2.0	46	1.6	2,640	1.8	177	1.7	13,658	1.8							
				腎不全	114	3.8	83	2.8	4,696	3.2	363	3.6	24,763	3.3							
				自殺	96	3.2	96	3.2	4,988	3.4	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	707		581		0.16		1,677		0.18		(死亡数) 厚労省HP 人口動態調査 (人口) 国勢調査H22、25							
			男性	462		378		0.21		1,116		0.24			91,123		0.20				
		女性	245		203		0.11		561		0.12		45,821		0.10						
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	25,945		28,556		25.4		1,241,034		22.5		90,837		23.9		5,882,340		21.2	
			新規認定者	353		354		0.3		25,745		0.4		1,353		0.3		105,654		0.3	
			2号認定者	809		827		0.5		33,215		0.4		2,198		0.5		151,745		0.4	
	②	有病状況	糖尿病	6,409		7,111		24.3		295,859		23.5		22,683		24.0		1,343,240		21.9	
			高血圧症	14,227		16,130		54.5		653,020		51.8		51,089		54.3		3,085,109		50.5	
			脂質異常症	10,255		11,583		39.1		383,951		30.3		33,827		35.9		1,733,323		28.2	
			心臓病	16,459		18,414		62.4		744,081		59.1		58,804		62.6		3,511,354		57.5	
			脳疾患	7,911		8,626		29.4		320,243		25.7		28,016		30.1		1,530,506		25.3	
			がん	2,710		3,246		10.8		140,168		11.0		10,077		10.5		629,053		10.1	
			筋・骨格	15,387		17,288		58.5		657,374		52.2		54,397		57.9		3,051,816		49.9	
			精神	10,175		11,529		38.9		458,122		36.2		35,864		38.0		2,141,880		34.9	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	58,808		54,380		54,112		58,101		58,349									
			居宅サービス	44,734		42,758		39,533		41,454		39,683									
			施設サービス	297,331		289,264		284,985		281,013		281,115									
	④	医療費等	要介護認定別	認定あり	7,675		7,437		7,956		7,610		7,980								
			医療費（40歳以上）	認定なし	3,723		3,808		3,758		3,843		3,822								
4	①	国保の状況	被保険者数	126,269		114,848		6,351,353		345,255		32,587,223									
			65～74歳	45,583		48,396		42.1		153,125		44.4		12,462,053		38.2					
			40～64歳	44,843		37,309		32.5		113,367		32.8		10,946,693		33.6					
			39歳以下	35,843		29,143		25.4		78,763		22.8		9,178,477		28.2					
			加入率	24.9		22.7		24.7		24.5		26.9									
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	43		43		0.4		143		0.4		8,255		0.3					
			診療所数	458		472		4.1		24,041		3.8		96,727		3.0					
			病床数	7,806		7,679		66.9		334,708		52.7		1,524,378		46.8					
			医師数	1,398		1,567		13.6		83,749		13.2		299,792		9.2					
			外来患者数	696.6		727.5		678.2		724.7		668.3									
			入院患者数	21.3		21.9		18.0		23.9		18.2									
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費	25,515		27,695		24,748		27,950		24,253									
			受診率	717.95		749.447		696.185		748.511		686.501									
			外 来	費用の割合	58.5		58.6		60.6		57.0		60.1								
			件数の割合	97.0		97.1		97.4		96.8		97.4									
			入 院	費用の割合	41.5		41.4		39.4		43.0		39.9								
			件数の割合	3.0		2.9		2.6		3.2		2.6									
			1件あたり在院日数	17.1日		16.4日		15.6日		16.8日		15.6日									
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源 病名（調剤含む）	がん	4,858,945,710		5,568,163,870		24.5		25.5		24.1		25.6								
		慢性腎不全（透析あり）	2,267,809,930		2,446,866,280		10.8		10.6		9.6		9.7								
		糖尿病	1,935,706,960		1,974,014,720		8.7		9.4		9.3		9.7								
		高血圧症	2,155,540,780		1,657,302,490		7.3		8.0		7.9		8.6								
		精神	3,979,993,350		3,965,030,200		17.5		17.1		19.0		16.9								
		筋・骨格	3,770,044,490		3,687,028,000		16.2		15.1		16.1		15.2								

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	555,622	9位	(18)	573,860	4位	(17)			KDB_No.3 健診・医療・介護データ からみる地域					
				高血圧	586,566	6位	(18)	596,685	6位	(17)								
				脂質異常症	510,375	11位	(18)	545,204	6位	(17)								
				脳血管疾患	623,714	6位	(20)	650,659	6位	(19)								
				心疾患	663,535	6位	(16)	678,052	5位	(15)								
				腎不全	693,783	5位	(18)	664,863	11位	(18)								
				精神	435,239	8位	(26)	457,546	13位	(25)								
				悪性新生物	636,698	9位	(13)	675,874	6位	(13)								
		県内順位 順位総数22	外来	糖尿病	35,364	10位		37,353	9位									
				高血圧	29,998	11位		30,507	6位									
				脂質異常症	27,267	13位		28,238	8位									
				脳血管疾患	34,834	8位		35,020	9位									
				心疾患	42,189	11位		43,402	7位									
				腎不全	179,229	12位		185,759	6位									
				精神	27,452	13位		27,966	12位									
				悪性新生物	50,824	7位		57,039	5位									
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,088		1,661	2,016	1,788	2,065	KDB_No.3 健診・医療・介護データ からみる地域								
			健診未受診者	13,370	15,121	13,026	14,254	12,683										
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	3,004	4,446	5,832	4,747	5,940										
			健診未受診者	36,901	40,463	37,681	37,850	36,479										
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者		9,790	57.3	13,511	57.5	805,458	56.0	42,009	57.1	4,116,530	55.9	KDB_No.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率		8,955	52.4	12,675	53.9	750,763	52.2	38,886	52.8	3,799,744	51.6					
		医療機関非受診率		835	4.9	836	3.6	54,695	3.8	3,123	4.2	316,786	4.3					
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数22	健診受診者	17,098		23,556		1,438,680		73,624		7,362,845		KDB_No.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題 KDB_No.1 地域全体像の把握			
				受診率	20.4	県内18位 同規模33位	29.7	県内17位 同規模55位	34.6		29.4		全国40位			34.0		
				特定保健指導終了者（実施率）				258	11.9	332	14.1	21,773	12.7	2,869		28.8	35,557	4.1
				非肥満高血糖				1,544	9.0	2,558	10.9	123,796	8.6	8,298		11.3	687,157	9.3
				メタボ	該当者	2,322	13.6	4,050	17.2	252,024	17.5	12,083	16.4	1,272,714		17.3		
					男性	1,578	24.3	2,776	29.4	171,126	29.2	8,258	26.5	875,805		27.5		
					女性	744	7.0	1,274	9.1	80,898	9.5	3,825	9.0	396,909		9.5		
					予備群	1,636	9.6	2,366	10.1	151,847	10.6	7,886	10.7	790,096		10.7		
					男性	1,068	16.5	1,586	16.8	102,838	17.5	5,401	17.3	548,609		17.2		
					女性	568	5.4	780	5.6	49,009	5.7	2,485	5.9	241,487		5.8		
				BMI	総数	4,508	26.4	7,078	30.1	452,443	31.4	22,305	30.3	2,320,533		31.5		
					男性	2,993	46.1	4,774	50.5	305,611	52.1	15,230	48.9	1,597,371		50.1		
					女性	1,515	14.3	2,304	16.4	146,832	17.2	7,075	16.7	723,162		17.3		
					総数	862	5.0	1,114	4.7	64,594	4.5	3,661	5.0	346,181		4.7		
					男性	112	1.7	152	1.6	9,262	1.6	576	1.8	55,460		1.7		
					女性	750	7.1	962	6.8	55,332	6.5	3,085	7.3	290,721		7.0		
					血糖のみ	82	0.5	141	0.6	8,451	0.6	514	0.7	48,685		0.7		
					血圧のみ	1,139	6.7	1,648	7.0	105,265	7.3	5,670	7.7	546,667		7.4		
					脂質のみ	415	2.4	577	2.5	38,131	2.7	1,702	2.3	194,744		2.6		
					血糖・血圧	333	1.9	573	2.4	36,323	2.5	1,924	2.6	196,978		2.7		
				血糖・脂質	130	0.8	224	1.0	13,230	0.9	674	0.9	69,975	1.0				
				血圧・脂質	1,247	7.3	2,073	8.8	125,302	8.7	5,890	8.0	619,684	8.4				
				血糖・血圧・脂質	612	3.6	1,180	5.0	77,169	5.4	3,595	4.9	386,077	5.2				
				6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	4,694	27.5	7,637	32.5	492,410	34.3	23,291		31.6	2,479,216	33.7
							糖尿病	781	4.6	1,401	6.0	109,557	7.6	4,528		6.2	551,051	7.5
脂質異常症	3,478	20.3	5,777				24.6	354,120	24.6	16,954	23.0	1,738,149	23.6					
既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	601	3.5			849	3.6	48,375	3.5	2,366	3.2	230,777	3.3					
	心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	1,130	6.6			1,638	7.0	79,193	5.7	4,588	6.3	391,296	5.5					
	腎不全	34	0.2			235	1.0	6,406	0.5	993	1.4	37,041	0.5					
	貧血	2,913	17.1			3,264	13.9	150,838	11.0	11,689	16.0	710,650	10.1					
喫煙	1,964	11.5	2,825			12.0	203,662	14.2	8,453	11.5	1,048,171	14.2						
週3回以上朝食を抜く	262	9.7	829			8.8	127,945	10.5	3,685	7.3	540,374	8.5						
週3回以上食後間食	442	16.4	1,521			16.1	151,285	12.6	7,958	15.7	743,581	11.8						
週3回以上就寝前夕食	435	16.2	1,333			14.1	193,341	16.1	7,253	14.3	983,474	15.4						
食べる速度が速い	803	29.9	2,762			29.3	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	889	33.0	3,149			33.4	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	1,581	58.8	5,178			54.9	683,242	55.9	28,174	55.7	3,761,302	58.7						
1日1時間以上運動なし	1,392	51.8	4,185	44.4	562,065	46.9	17,540	34.7	2,991,854	46.9								
睡眠不足	725	27.0	2,662	28.2	304,799	25.0	14,108	27.9	1,584,002	25.0								
毎日飲酒	578	21.5	1,906	20.2	326,837	25.1	11,636	23.0	1,760,104	25.6								
時々飲酒	624	23.2	2,050	21.7	305,126	23.5	10,400	20.5	1,514,321	22.0								
⑭	一日飲酒量	1合未満	1,135	64.5	5,548	68.9	650,879	64.9	34,245	71.0	3,118,433	64.1						
		1～2合	427	24.3	1,822	22.6	231,678	23.1	10,124	21.0	1,158,318	23.8						
		2～3合	159	9.0	545	6.8	91,671	9.1	3,039	6.3	452,785	9.3						
		3合以上	38	2.2	143	1.8	28,607	2.9	799	1.7	132,608	2.7						

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



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							

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価										同規模 区分	2	都道 府県	38	市町村名	松山市
項目				突 合 表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
					28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数66				
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数		A	120,099人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳		89,165人										
2	①	特定健診	対象者数	B	79,220人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	②		受診者数	C	23,556人										
	③		受診率		29.7%										
3	①	特定 保健指導	対象者数		2,358人										
	②		実施率	14.1%											
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	2,366人	10.0%							特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	956人	40.4%									
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	1,410人	59.6%									
	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	647人	45.9%									
	⑤		血圧 130/80以上		420人	64.9%									
	⑥		肥満 BMI25以上		285人	44.0%									
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	763人	54.1%									
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	1,776人	75.1%									
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		261人	11.0%									
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		311人	13.1%									
	⑪		第4期 eGFR30未満		18人	0.8%									
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		110.8人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		147.0人										
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		63,367件	(739.4)					46,926件		(687.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④			入院(件数)		522件	(6.1)					328件	(4.8)		
	⑤		糖尿病治療中	H	13,311人	11.1%								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		13,110人	14.7%									
	⑦		健診未受診者	I	11,700人	89.2%									
	⑧		インスリン治療	O	1,093人	8.2%									
	⑨		(再掲)40-74歳		1,064人	8.1%									
	⑩		糖尿病性腎症	L	1,525人	11.5%									
	⑪		(再掲)40-74歳		1,508人	11.5%									
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		196人	1.47%									
	⑬		(再掲)40-74歳		191人	1.46%									
	⑭		新規透析患者数		61	66.7% 新規透析者に占め る糖尿病性腎症の 割合)								新規透析患者数は平成28年度 国保加入中に新規に透析を導入 した人数	
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		40										
	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)		253人	1.5%								KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	医療費	総医療費		391億6374万円						284億8680万円		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		226億9773万円						157億2830万円				
	③		(総医療費に占める割合)		58.0%						55.2%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		4,446円						5,832円			
	健診未受診者				40,463円						37,681円				
	⑥		糖尿病医療費		19億7401万円						14億8039万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.7%						9.4%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費		65億2705万円										
	⑨		1件あたり		37,353円										
	⑩		糖尿病入院総医療費		37億9551万円										
	⑪		1件あたり		573,860円										
	⑫		在院日数		17日										
	⑬		慢性腎不全医療費		25億8734万円						17億6882万円				
	⑭		透析有り		24億4687万円						16億6514万円				
	⑮		透析なし		1億4047万円						1億0368万円				
7	①	介護	介護給付費		422億1298万円						248億7421万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		80件	18.7%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		46人	1.0%					40人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

心房細動管理台帳

参加 番号	登録 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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											</

平成29年度に向けての全体評価

平成28年度 課題	評価				⑤残っている課題
	①やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
1. 特定健康診査受診率が目標値に達していない H27年度目標値: 50% H27年度受診率: 29.6%	○ 特定健康診査受診率向上対策 ・未受診者への電話や通知による受診勧奨 ・無料託児付健診日を設定 ・受診率向上プロジェクトの実施 企業と協定を結び、フィットネス無料体験等を実施	○ 特定健康診査 受診者数: 23,556人 受診率: 29.7%	○ 特定健康診査 メタボリックシンドローム 該当率が男女とも県平均 よりも高い	○ 特定健康診査 受診率の伸びが鈍化してき ており、対策の再検討が必 要である。	○ 特定健康診査受診率が目標 を達成できていない。
2. 特定保健指導率が 下がっている H27年度目標値: 40% H27年度指導率: 8.8%	○ 特定保健指導実施率向上対策 ・未利用者への電話や通知による利用勧奨	○ 特定保健指導 利用者数: 3,432人 終了者数: 3,322人 実施率: 14.1%	○ 特定保健指導 特定保健指導終了後にメタ ボリックシンドローム該当者 割合が減少している	○ 特定保健指導 保健指導担当保健師の マンパワー不足がある。	○ 特定保健指導実施率が目標 を達成できていない。
3. 医療費が増加している。 ・一人当たり医療費が国平均 や同規模保険者より高額 ・総医療費に占める慢性腎 不全(透析有)に係る医療費 の割合が高くなっている	○ 糖尿病性腎症重症化予防保健指導 糖尿病治療中の健診受診者は約1割であり、HbA1cの コントロール不良者が多くことから、糖尿病の重症化を予防 し将来の医療費の伸びの抑制のため、かかりつけ医の 指示書による保健指導を実施する。 実施形態: 業者委託 対象者: レセプトデータ・特定健診データにて糖尿病性 腎症第3・4期と推察される者(業者基準抽出) 実施期間: H28.9月～H29.3月 保健指導: 面談2回、電話10回	○ 糖尿病性腎症重症化 予防保健指導 申込数: 5人 終了数: 5人	○ 糖尿病性腎症重症化 予防保健指導 指導終了時のデータで 血圧分類の改善及び腎 機能の維持が見られた。	○ 糖尿病性腎症重症化予防 保健指導 保健指導数の拡充 保健指導終了後の継続支援	○ 糖尿病性腎症重症化予防 保健指導 保健指導数の拡充 保健指導終了後の継続支援
4. 特定健康診査の結果、 医療機関受診勧奨対象数 が増加している	○ 糖尿病性重症化予防健康講座の実施 糖尿病の重症化予防のために生活習慣改善を啓発する。 対象: H27年度健診結果でHbA1c 6以上の未治療者 実施者: 1コース3回、医師・健康運動士・管理栄養士 ○ 医療機関受診勧奨事業 糖尿病患者や医療費が増加していることから、 対象者を従来のHbA1c 8.4以上に、6.5以上の 非肥満者を加えた。 対象: ①高血糖; 上記参照 ②高血圧; Ⅲ度以上 ③高脂質; LDL-C180以上の非肥満者 ④腎機能; 尿蛋白2+以上、eGFR45未満 方法: 対象者に受診勧奨文とリーフレット送付 送付2ヶ月後レセプト確認し、未受診の場合 再度電話勧奨等実施	○ 糖尿病重症化予防講座 申込数: 102人 受講実数: 92人 ○ 医療機関受診勧奨 受診勧奨数: 900人 受診数: 468人 受診率: 52.9% (資格喪失者15名除く)	○ 糖尿病重症化予防講座 受講前後のHbA1cは受 講者の85%に改善が見 られた。 ○ 医療機関受診勧奨 医療機関受診率は、H27 55.3%、H28 52.9%。 * 受診のきっかけ別率 H27 H28 健診後 41.3 43.6 通知後 43.3 45.5 電話後 15.4 10.9	○ 糖尿病重症化予防講座 集団健康教育の形で予算・ スタッフの確保ができ、予定 通り実施できた。 ○ 医療機関受診勧奨 受診勧奨の体制はほぼ 確立されている。 受診勧奨方法として通知 による受診率が最も高く、 電話勧奨が低いことから 再勧奨の方法を検討する 必要がある。	○ 糖尿病重症化予防講座 生活習慣改善への支援継続 ○ 医療機関受診勧奨事業 受診勧奨後の未受診者への 再勧奨方法

平成29年度の取組と課題

平成29年度 課題	評価				⑤残っている課題
	①やっていた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
○特定健康診査受診率が 目標を達成できていない。 ○特定保健指導実施率が 目標を達成できていない。	○特定健康診査受診率向上対策 ・未受診者への電話や通知による受診勧奨 ・無料託児付健診日を設定 ・受診率向上プロジェクトの実施 企業と協定を結び、フィットネス無料体験等を実施 ○特定保健指導実施率向上対策 ・未利用者への電話や通知による利用勧奨	○特定健康診査 対象者数：79,945人 受診者数：13,498人 (H29年4月～11月実施分) ○特定保健指導 利用者数：222人 終了者数：211人 (H29年4月～11月実施分)	○糖尿病性腎症重症化 * 医療機関受診勧奨 (H29.7月～11月実施分) 受診率：44.0% HbA1c8以上 46.4% HbA1c7.0～7.9 54.8% HbA1c6.5～6.9 38.7%	○特定保健指導 保健指導担当保健師が4名 と少なく、マンパワー不足がある。	○特定健康診査 効果的な受診率向上対策の 検討が必要である。
	H29年度より愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムが 開始。保健指導は委託の関係でH28年度同様とするが、 医療機関受診勧奨事業についてはプログラムに準ずる。 * 保健指導 保健指導数増加のため、案内通知数を2.5倍にした。 実施形態：業者委託 対象者：レセプトデータ・特定健診データにて糖尿病性 腎症第3・3期と推察される者(業者基準抽出) 実施期間：H29.9月開始、H30.2月終了予定 保健指導：面談2回、電話10回 H27年度保健指導実施者に対し継続支援を実施 * 医療機関受診勧奨事業 対象：HbA1c 6.5以上 方法：受診勧奨文とリーフレットを送付 HbA1c 8.0以上には糖尿病連携手帳を送付 確認：送付2ヶ月後にレセプトを確認し、未受診の 場合は電話等で再勧奨する。	○糖尿病性腎症重症化 予防事業 * 保健指導 申込数：9名 実施数：6名 * 医療機関受診勧奨 (H29.7月～11月実施分) 通知数：134人 受診勧奨対象を広げた ため通知数が増えた。	○糖尿病性腎症重症化 * 医療機関受診勧奨 (H29.7月～11月実施分) 通知数：134人 受診勧奨対象を広げた ため通知数が増えた。	○糖尿病性腎症重症化 予防事業 * 保健指導 H28年度と比較して予算が 増え、必要分を確保できた。 * 医療機関受診勧奨 対象者数に対し指導する 専門職が少ない。	○糖尿病性腎症重症化 予防事業 * 保健指導 実施数が目標値を未達成だった理 由は主治医の同意が得られなかつ たためで、再度医師への事業理解 を得るための対策が必要である。 また、対象者に対し実施数が少な いため、実施者数を増やす対策が 必要である。 * 医療機関受診勧奨 対象者数に対し指導する専門職が 少なく、訪問指導等ができない。 HbA1c6台の受診数が低い。
	○糖尿病性腎症重症化 予防事業 * 保健指導 保健指導数の拡充 保健指導終了後の継続支援	○糖尿病性腎症重症化 予防事業 * 保健指導 申込数：9名 実施数：6名 * 医療機関受診勧奨 (H29.7月～11月実施分) 通知数：134人 受診勧奨対象を広げた ため通知数が増えた。	○糖尿病性腎症重症化 * 医療機関受診勧奨 (H29.7月～11月実施分) 通知数：134人 受診勧奨対象を広げた ため通知数が増えた。	○糖尿病性腎症重症化 予防事業 * 保健指導 H28年度と比較して予算が 増え、必要分を確保できた。 * 医療機関受診勧奨 対象者数に対し指導する 専門職が少ない。	○糖尿病性腎症重症化 予防事業 * 保健指導 実施数が目標値を未達成だった理 由は主治医の同意が得られなかつ たためで、再度医師への事業理解 を得るための対策が必要である。 また、対象者に対し実施数が少な いため、実施者数を増やす対策が 必要である。 * 医療機関受診勧奨 対象者数に対し指導する専門職が 少なく、訪問指導等ができない。 HbA1c6台の受診数が低い。
○糖尿病重症化予防講座 生活習慣改善への支援継続 ○医療機関受診勧奨事業 受診勧奨後も未受診者への 再勧奨方法	○糖尿病性重症化予防健康講座の実施 糖尿病重症化予防のために生活習慣改善を啓発する。 対象：H28年度健診結果でHbA1c 6以上の未治療者 実施者：1コース3回、医師・健康運動士・管理栄養士 ○生活習慣病重症化予防のための医療機関受診勧奨 対象：①高血圧：Ⅲ度以上 ②脂質：LDL-C180以上の非肥満者 ③腎機能：eGFR45未満(70歳以上40未満) 方法：対象者に受診勧奨文とリーフレットを送付 送付2ヶ月後レセプト確認する。	○糖尿病重症化予防講座 申込数：66人 受講実数：56人 ○医療機関受診勧奨 (H29.7月～11月実施分) 受診勧奨数：175人 受診数：81人	○糖尿病重症化予防講座 申込数は定員に達しなかった。 受講前後のHbA1cは受講者 の84.6%に改善が見られた。 ○医療機関受診勧奨 (H29.7月～11月実施分) 受診率：46.3%	○糖尿病重症化予防講座 申込者確保のために対策を 検討する必要がある。 生活習慣改善への支援継続	○糖尿病重症化予防講座 申込者確保のために対策を 検討する必要がある。 生活習慣改善への支援継続

【参考資料 7】

松山市国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）・
第 3 期特定健康診査等実施計画(案)

平成 30 年 3 月

松山市保健福祉部 国保・年金課
〒790-8571 松山市二番町 4 丁目 7 番地 2
TEL : (089)948-6375 FAX (089)934-2631
E-mail : kokuhonennkin@city.matsuyama.ehime.jp