

西予市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

西予市国民健康保険

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……………1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1)市町村国保の役割
 - 2)関係機関との連携
 - 3)被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期データヘルス計画にかかる評価及び考察
 - 1)第2期データヘルス計画にかかる評価
 - 2)主な個別事業の評価と課題
 - 3)第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期データヘルスにおける健康課題の明確化
 - 1)基本的な考え方
 - 2)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) ……………38

1. 第4期特定健康診査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・特定保健指導の実施
 - 1)特定健診の実施
 - 2)特定保健指導の実施
5. 個人情報の保護
6. 結果の報告
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業45

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取組
3. 糖尿病性腎症重症化予防
4. 虚血性心疾患重症化予防
5. 脳血管疾患重症化予防
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
7. 発症予防
8. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し66

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い67

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料68

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」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。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}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)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者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す。

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(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表 1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表 2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表 2 参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

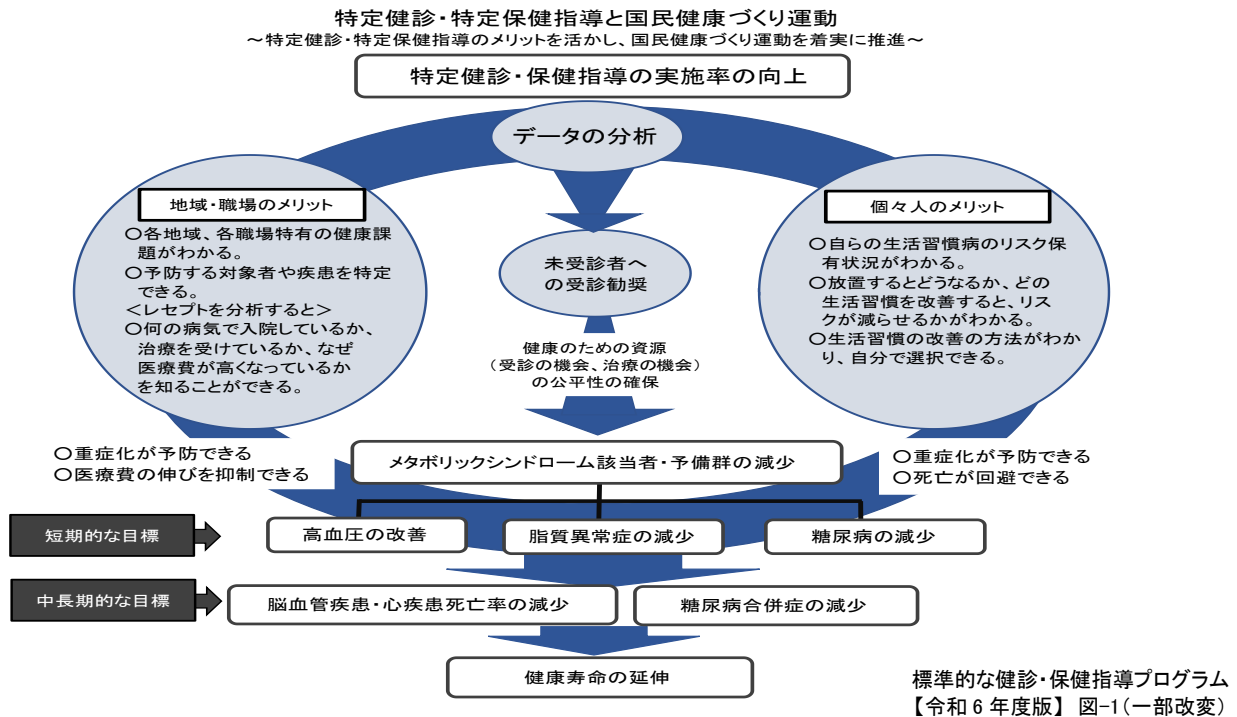
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

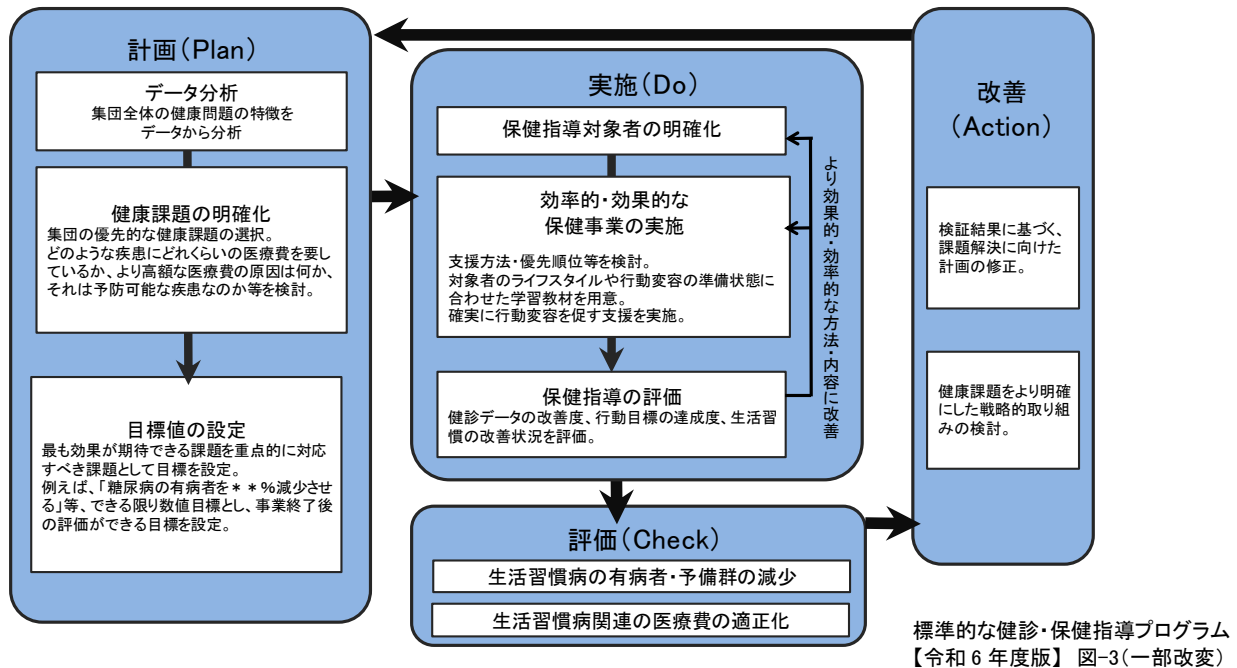
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 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 令和5年9月改正 「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」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 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	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 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
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
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:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用し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 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療の効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生:まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



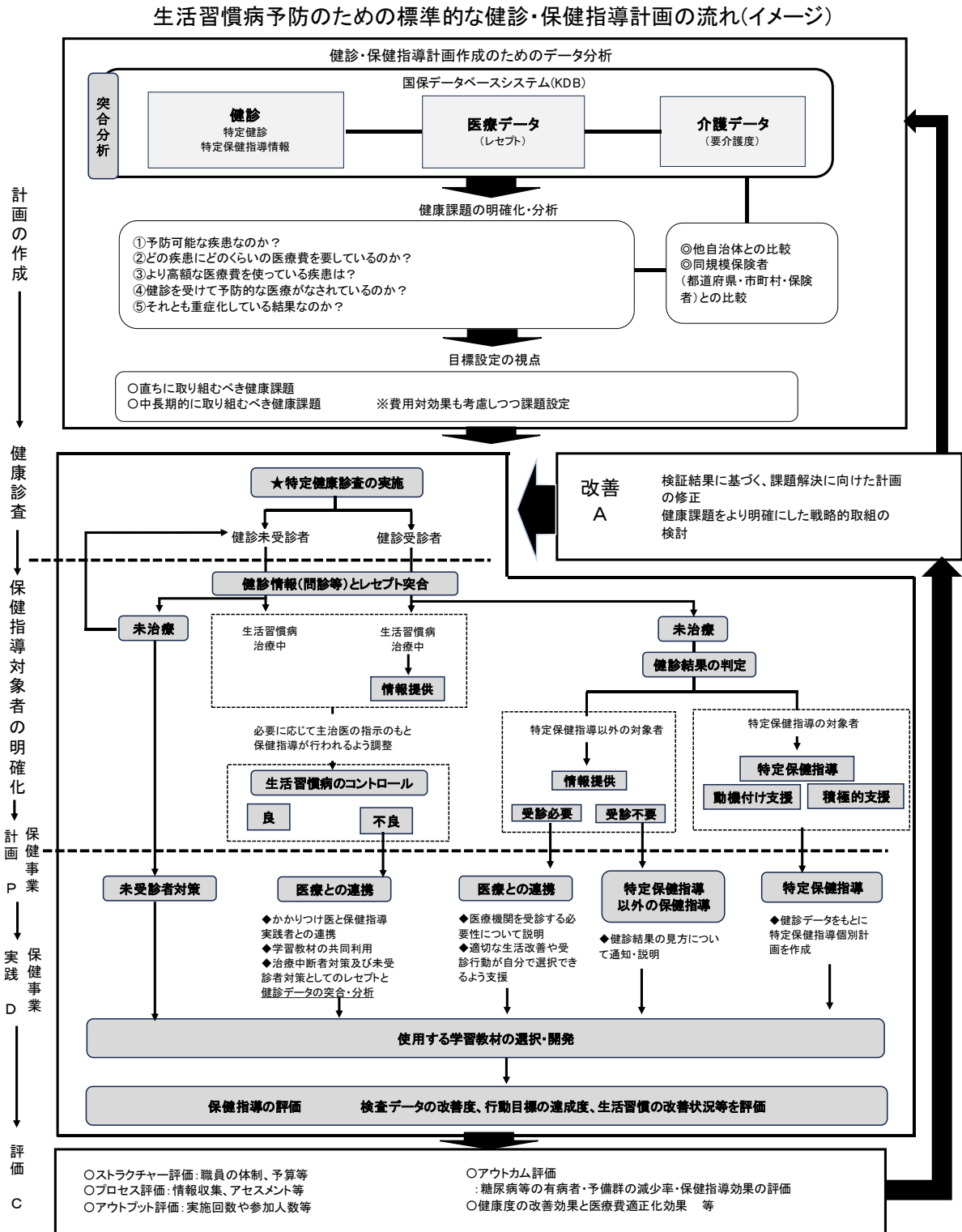
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。	
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
実施主体	市町村		医療保険者	

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

→

行動変容を促す手法

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。

(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(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おり、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

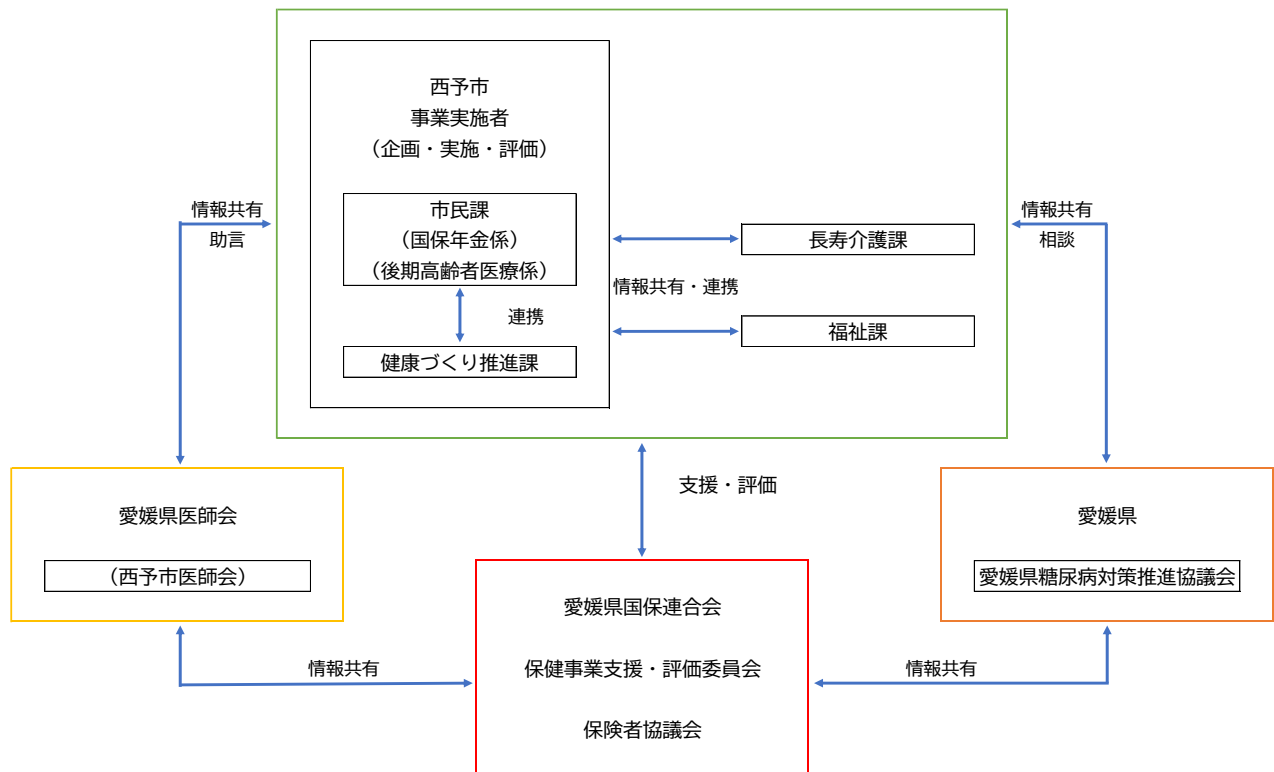
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な

保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、保健衛生部局(健康づくり推進課)、介護保険部局(長寿介護課)、生活保護部局(福祉課)、高齢者医療部局(市民課後期高齢者医療係)とも十分連携を図ることとします。

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の体制を整えます。(図表 6・7)

図表 6 西予市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

◎：主担当 ○：副担当

	保健師	管理栄養士	栄養士	歯科衛生士	事務
国保事務					◎
健康診断	○				◎
特定保健指導	◎	○	○		
母子保健	◎		○		
精神保健	◎				
歯科保健				◎	○

2) 関係機関との連携

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す。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・協力が重要となります。

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において、KDB の活用によってデータ分析や技術支援、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等の働きかけを行います。

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っていることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が重要です。保険者等が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ため、日頃から両者が積極的に連携に努めることを期待します。

国保においては、転職や加齢等による被保険者の保険者間での異動が多いことから、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、保険者事業の連携等に努めることが重要です。このためには、保険者協議会等を活用することも必要となります。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 8)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		西予市	配点	西予市	配点	西予市	配点		
交付額(千円)		18,405		18,561		17,444			
全国順位(1,741市町村中)		480位		287位		313位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	90	70	90	70		
		(2)特定保健指導実施率	70	90	70	90	70		
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率	50		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	55	40	50	40	
		(2)歯科健診受診率等	30	30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	95	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	100	90	55	45	60	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供	20	20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	15	50	35	50	30	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	40	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	100	100	100	100	100	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	15	30	40	40	28	40	
⑤		第三者求償の取組	35	40	43	50	43	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	71	95	71	100	76	100	
合計点		631	1,000	669	960	652	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市の人口は約3万5千人で、高齢化率は44.2%とすでに4割を超えており、全国平均(28.7%)よりも15.5%高くなっています。出生数(人口千対)は5.0人で、全国平均より1.8人少ない出生率となっています。反対に、死亡率(人口千対)は18.5人で、全国平均より7.4人多くなっています。(図表9)

本市の基幹産業は第一次産業であり、人口に対する国保加入率は同規模保険者、県、国と比較して高い状況です。令和4年度の国保被保険者数は8,812人。その内65歳以上の被保険者数は4,774人で、全体の54.2%を占めています。40～64歳の被保険者を含めると全体の83.1%で、40代以上の健康課題を明確にすることが重要であるとともに、生活習慣病の一次予防に重点を置いた取り組みを若い世代から実施することが必要です。(図表10)

本市の地域医療は、2カ所の市立病院と3ヶ所の国民健康保険診療所、市内約40カ所の民間病院及び診療所で維持しています。県内でも2番目に広い面積を有し、集落も点在しており、受診が容易でない地域に住む人が多数いる中で医療資源が豊富とは言えませんが、各医療機関と連携しながら市民の健康の保持増進に取り組むことが重要です。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した西予市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
西予市	35,276	44.2	8,812 (25.0)	57.5	5.0	18.5	0.3	21.2	17.6	61.2
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	33.4	21.6	55.4	6.2	13.9	0.5	7.7	24.2	68.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、西予市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	10,415		9,969		9,707		9,365		8,812	
65～74歳	5,449	52.3	5,328	53.4	5,305	54.7	5,162	55.1	4,774	54.2
40～64歳	3,177	30.5	2,955	29.6	2,781	28.6	2,646	28.3	2,545	28.9
39歳以下	1,789	17.2	1,686	16.9	1,621	16.7	1,557	16.6	1,493	16.9
加入率	26.8		25.6		25.0		24.1		25.0	

出典:KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.3	0.4	0.5
診療所数	41	3.9	41	4.1	42	4.3	40	4.3	40	4.5	3.5	4.3
病床数	310	29.8	310	31.1	305	31.4	305	32.6	289	32.8	67.7	73.4
医師数	57	5.5	57	5.7	56	5.8	56	6.0	48	5.4	9.7	13.7
外来患者数	814.1		832.8		785.1		806.0		810.4		728.3	748.2
入院患者数	25.8		25.6		25.2		25.7		23.4		23.6	23.0

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期データヘルス計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)による社会保障費(医療費・介護費)の伸びの抑制を目指すこととしました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標を設定し、減少を目指す目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表 2 参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

①介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で34人(認定率0.32%)と同規模・県・国と比較すると低く、1号(65歳以上)被保険者は3,325人(認定率21.3%)と同規模・国と比較すると高くなっており、平成30年度から横ばいで推移しています。(図表 12)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約52億円から約54億5千万円に伸びています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中が上位を占めており、第2号被保険者で7割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	西予市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	15,867人	40.8%	15,578人	44.2%	36.2%	33.4%	28.7%
2号認定者	45人	0.37%	34人	0.32%	0.37%	0.41%	0.38%
新規認定者	9人		13人		--	--	--
1号認定者	3,330人	21.0%	3,325人	21.3%	19.1%	21.6%	19.4%
新規認定者	479人		427人		--	--	--
再掲	65～74歳	285人	4.3%	235人	3.5%	--	--
新規認定者	70人		54人		--	--	--
75歳以上	3,045人	32.9%	3,090人	34.8%	--	--	--
新規認定者	409人		373人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	西予市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	51億8183万円	54億5130万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	326,579	349,936	300,230	320,144	290,668
1件あたり給付費(円)全体	75,424	76,429	70,503	62,527	59,662
居室サービス	46,697	47,172	43,936	44,617	41,272
施設サービス	287,671	297,563	291,914	293,644	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

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)		34		235		3,090		3,325		3,359			
再)国保・後期		18		194		2,989		3,183		3,201			
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	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	割合			
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	14 77.8%	脳卒中	108 55.7%	脳卒中	2,039 68.2%	脳卒中	2,147 67.5%	脳卒中	2,161 67.5%
			2	虚血性心疾患	4 22.2%	虚血性心疾患	51 26.3%	虚血性心疾患	1,246 41.7%	虚血性心疾患	1,297 40.7%	虚血性心疾患	1,301 40.6%
			3	腎不全	1 5.6%	腎不全	36 18.6%	腎不全	587 19.6%	腎不全	623 19.6%	腎不全	624 19.5%
		4	糖尿病合併症	3 16.7%	糖尿病合併症	41 21.1%	糖尿病合併症	458 15.3%	糖尿病合併症	499 15.7%	糖尿病合併症	502 15.7%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		16 88.9%	基礎疾患	173 89.2%	基礎疾患	2,826 94.5%	基礎疾患	2,999 94.2%	基礎疾患	3,015 94.2%		
	血管疾患合計		17 94.4%	合計	180 92.8%	合計	2,920 97.7%	合計	3,100 97.4%	合計	3,117 97.4%		
	認知症		1 5.6%	認知症	58 29.9%	認知症	1,529 51.2%	認知症	1,587 49.9%	認知症	1,588 49.6%		
	筋・骨格疾患		18 100.0%	筋骨格系	175 90.2%	筋骨格系	2,905 97.2%	筋骨格系	3,080 96.8%	筋骨格系	3,098 96.8%		

※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

出典：ヘルスサポートラボツール

②医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少とともに総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、平成 30 年度と比較して2万6千円ほど伸びています。(図表 15)

また入院医療費について、レセプト件数は全体のわずか3%程度にも関わらず、費用は医療費全体の約 40%を占めており、1件あたりの入院医療費も H30 年度と比較して約6万円高くなっています。

年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の1を大きく超えており、県平均よりも高く、特に入

院の地域差指数がH30年度よりも伸びています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、重症化を防ぎ入院を抑制するには、引き続き予防可能な生活習慣病へのアプローチに力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

		西予市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		10,415人	8,812人	--	--	--
前期高齢者割合		5,449人 (52.3%)	4,774人 (54.2%)	--		
総医療費		38億6415万円	35億0596万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		371,017 <small>県内10位 同規模110位</small>	397,861 <small>県内12位 同規模141位</small>	394,521	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	499,400	558,870	585,610	580,300	617,950
	費用の割合	42.6	40.8	43.3	42.3	39.6
	件数の割合	3.1	2.8	3.1	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	21,330	23,390	24,850	24,300	24,220
	費用の割合	57.4	59.2	56.7	57.7	60.4
	件数の割合	96.9	97.2	96.9	97.0	97.5
受診率		839.898	833.778	751.942	771.192	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は西予市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		西予市 (県内市町村中)		県 (47県中)	西予市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.019	1.038	1.027	0.918	0.910	1.014
		(12位)	(10位)	(21位)	(15位)	(17位)	(19位)
	入院	1.090	1.114	1.089	0.878	0.856	1.037
		(13位)	(10位)	(20位)	(17位)	(17位)	(21位)
	外来	0.993	1.011	0.993	0.988	0.998	1.001
		(9位)	(6位)	(23位)	(7位)	(9位)	(14位)

出典：地域差分析(厚労省)

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、同規模保険者、県、国よりも高くなっています。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患が治療者数及び割合ともにやや減少していますが、虚血性心疾患については、治療者数は減少したものの割合は横ばいでした。(図表18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

		西予市		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		38億6415万円	35億0596万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		3億7905万円	3億3222万円	--	--	--	
		9.81%	9.48%	7.84%	7.91%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.58%	2.42%	2.10%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.68%	1.50%	1.39%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.09%	5.34%	4.05%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.47%	0.21%	0.30%	0.27%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.69%	13.98%	16.91%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		8.73%	9.73%	9.00%	9.80%	8.68%
	精神疾患		8.51%	8.87%	8.74%	8.34%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)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、最も医療費を要した傷病名)

注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	10,415	8,812	a	1,195	946	758	644	61	45	
				a/A	11.5%	10.7%	7.3%	7.3%	0.6%	0.5%	
40歳以上	B	8,626	7,319	b	1,189	935	753	637	60	44	
	B/A	82.8%	83.1%	b/B	13.8%	12.8%	8.7%	8.7%	0.7%	0.6%	
再掲	40～64歳	C	3,177	2,545	c	212	133	148	121	22	12
		C/A	30.5%	28.9%	c/C	6.7%	5.2%	4.7%	4.8%	0.7%	0.5%
	65～74歳	D	5,449	4,774	d	977	802	605	516	38	32
		D/A	52.3%	54.2%	d/D	17.9%	16.8%	11.1%	10.8%	0.7%	0.7%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)地域の全体像の把握

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧と脂質異常症治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患などの割合は減っています。(図表 19～21)

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,876	3,389	865	640	3,011	2,749	
	A/被保数	44.9%	46.3%	27.2%	25.1%	55.3%	57.6%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	749	583	106	65	643	518
		B/A	19.3%	17.2%	12.3%	10.2%	21.4%	18.8%
	虚血性心疾患	C	552	488	105	83	447	405
		C/A	14.2%	14.4%	12.1%	13.0%	14.8%	14.7%
	人工透析	D	58	43	22	12	36	31
		D/A	1.5%	1.3%	2.5%	1.9%	1.2%	1.1%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	2,156	1,795	523	387	1,633	1,408
		A/被保数	25.0%	24.5%	16.5%	15.2%	30.0%	29.5%
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	415	303	62	29	353	274
		B/A	19.2%	16.9%	11.9%	7.5%	21.6%	19.5%
	虚血性心疾患	C	371	338	78	63	293	275
		C/A	17.2%	18.8%	14.9%	16.3%	17.9%	19.5%
	人工透析	D	41	31	19	8	22	23
		D/A	1.9%	1.7%	3.6%	2.1%	1.3%	1.6%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	381	314	93	61	288	253
		E/A	17.7%	17.5%	17.8%	15.8%	17.6%	18.0%
	糖尿病性網膜症	F	377	343	98	66	279	277
		F/A	17.5%	19.1%	18.7%	17.1%	17.1%	19.7%
	糖尿病性神経障害	G	61	43	14	7	47	36
		G/A	2.8%	2.4%	2.7%	1.8%	2.9%	2.6%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病)地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	3,222	2,849	820	657	2,402	2,192
		A/被保数	37.4%	38.9%	25.8%	25.8%	44.1%	45.9%
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	592	482	97	55	495	427
		B/A	18.4%	16.9%	11.8%	8.4%	20.6%	19.5%
	虚血性心疾患	C	468	436	86	85	382	351
		C/A	14.5%	15.3%	10.5%	12.9%	15.9%	16.0%
	人工透析	D	22	24	11	6	11	18
		D/A	0.7%	0.8%	1.3%	0.9%	0.5%	0.8%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、血圧の有所見者の割合は8.5%→7.6%と減少していますが、糖尿病の有所見者の割合は3.0%→3.7%と増加しています。また、有所見者が健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、血圧では

36.9%、糖尿病では 4.5%の方が未治療のまま放置されています。有所見者割合、未治療者割合ともに県と比較して低い状況ですが、未治療のまま放置・治療中断することは、脳血管疾患や人工透析等の重症化につながるため、引き続き保健指導、医療機関受診勧奨を行い、重症化予防への取り組みを実施していくことが重要であると考えます。(図表 22)

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
西予市	2,913	36.9	2,348	33.1	247	8.5	136	55.1	179	7.6	108	60.3	66	36.9	9	5.0
愛媛県	76,277	33.1	65,894	30.7	5,189	6.8	3,198	61.6	5,234	7.9	3,206	61.3	2,103	40.2	216	4.1

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
				I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K	
西予市	2,912	99.9	2,348	100.0	88	3.0	27	30.7	88	3.7	24	27.3	4	4.5	2	2.3
愛媛県	76,227	99.9	65,844	99.9	2,938	3.9	942	32.1	2,943	4.5	888	30.2	221	7.5	72	2.4

出典：ヘルスサポートラボツール

- ①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
- ②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生させる高血圧、高血糖、脂質異常の危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の発症率や死亡率が高くなることが分かっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は1%伸びており、その中でも2項目の危険因子が重なっている割合と予備群の割合が増加しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上の方の割合は増加しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2~3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表 24~26)今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		2項目		予備群
			3項目	2項目	3項目	2項目	
H30年度	2,913 (36.9%)	445 (15.3%)	122 (4.2%)	323 (11.1%)	328 (11.3%)		
R04年度	2,236 (33.3%)	362 (16.2%)	94 (4.2%)	268 (12.0%)	262 (11.7%)		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	203 (7.0%)	26 (12.8%)	85 (41.9%)	28 (13.8%)	64 (31.5%)
R03→R04	202 (8.6%)	45 (22.3%)	62 (30.7%)	13 (6.4%)	82 (40.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	247 (8.5%)	99 (40.1%)	53 (21.5%)	12 (4.9%)	83 (33.6%)
R03→R04	179 (7.6%)	77 (43.0%)	40 (22.3%)	8 (4.5%)	54 (30.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	295 (10.1%)	129 (43.7%)	63 (21.4%)	23 (7.8%)	80 (27.1%)
R03→R04	229 (9.8%)	103 (45.0%)	48 (21.0%)	13 (5.7%)	65 (28.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 36.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症等の影響で令和2年度以降は低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

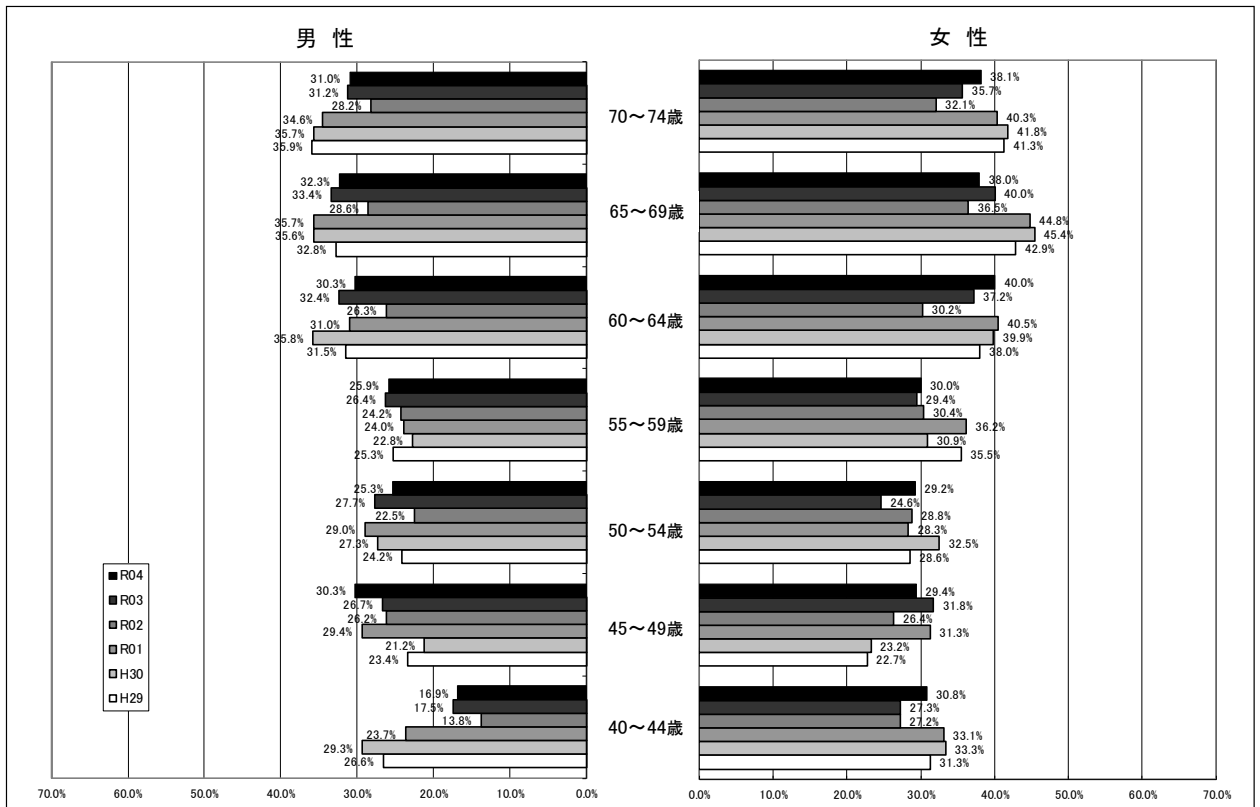
特定保健指導については、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で一時的に実施率が下がりましたが、令和3年度は向上しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,913	2,770	2,188	2,348	2,236	健診受診率 60%
	受診率	36.9%	36.5%	29.6%	33.1%	33.3%	
特定保健 指導	該当者数	380	324	294	301	295	特定保健指 導実施率 60%
	割合	13.0%	11.7%	13.4%	12.8%	13.2%	
	実施者数	264	230	163	233	213	
	実施率	69.5%	71.0%	55.4%	77.4%	72.2%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病に関しては、HbA1c6.5%以上、空腹時血糖 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)の未治療者への受診勧奨と保健指導を実施しており、主治医連絡票を活用して市内医療機関との連携を図っています。血糖値有所見者への保健指導は、令和2年度のコロナ禍を除いて毎年80%以上の割合で実施できています。(図表29)

重症化予防の対象者のうち、医療機関受診割合はR4年度88%でした。未治療者を受診につなげ、また治療開始した方が中断しないよう受診勧奨、保健指導を引き続き行うことが今後の重症化予防の取り組みでは必要になってきます。対象者へ発行している主治医連絡票は、医療機関受診のきっかけとして有効なツールであり、医療機関からの指示に基づき保健・栄養指導を実施、保健指導の結果を医療機関へ報告することで連携を図っています。

内服治療を開始すると、保健指導が不要となるケースもあり、内服と合わせて生活習慣の改善が重要であることを意識づけしていく必要があります。

次に前年度対象となった方の年次変化を見ると、R4年度では「改善」が22.3%、「悪化」が6.4%と改善された方がいる一方で、「未受診」が40.6%と全体で最も多くを占めています。(図表30)健診を受診しなければ結果の把握ができないことから、年度当初に健診受診勧奨も実施していく必要があります。

ます。

図表 29 糖尿病性腎症重症化予防対象者と医療機関受診状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	2,913	2,770	2,188	2,348	2,289
血糖値有所見者 *1	人(b)	203	237	185	202	171
	(b/a)	7.0%	8.6%	8.5%	8.6%	7.5%
うち6.5%以上の未治療者	人(c)	85	105	74	79	77
	保健指導実施者	73	98	56	69	68
	保健指導実施割合	86%	93%	76%	87%	88%
↓						
	医療機関受診者	59	98	55	64	68
	医療機関受診割合	69%	93%	74%	81%	88%

図表 30 重症化予防対象者の年次変化

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	203 (7.0%)	26 (12.8%)	85 (41.9%)	28 (13.8%)	64 (31.5%)
R01→R02	237 (8.6%)	53 (22.4%)	76 (32.1%)	20 (8.4%)	88 (37.1%)
R02→R03	185 (8.5%)	36 (19.5%)	68 (36.8%)	26 (14.1%)	55 (29.7%)
R03→R04	202 (8.6%)	45 (22.3%)	62 (30.7%)	13 (6.4%)	82 (40.6%)

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

令和4年度までの心電図検査は、詳細な健診項目に該当した方および希望者への実施とし、約40%の実施率でしたが、心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、令和5年度から心電図検査を全数実施としました(集団検診・40歳～74歳の国保加入者)。心電図有所見率は年々増加傾向にあり、心房細動の有所見率も毎年2%前後あります。(図表 31)

心房細動の有所見者の状況についてみると、令和元年度以降では、70～80%の方の方はすでに治療中の方であり、健診受診後に治療開始となった方もいます。一方で、未受診の方が2名おられますが、2名とも次年度以降に治療開始となっており、医療機関受診につながっています。(図表 32)

令和5年度以降も、心房細動の所見のある方に対しては早期の医療機関受診勧奨を、また初めて心電図所見のある方へは個別にフォローを実施することで、重症化予防を図っていきます。

図表 31 特定健診心電図検査の結果

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人)	a	2,913	2,770	2,188	2,348	2,289
心電図受診者(人)	b	1,203	1,167	869	950	887
心電図実施率	b/a	41.3%	42.1%	39.7%	40.5%	38.8%
心電図有所見者	c	490	515	407	465	419
心電図有所見率	c/b	40.7%	44.1%	46.8%	48.9%	47.2%
心房細動(人)	e	24	23	19	13	13
心房細動有所見率	e/b	2.0%	2.0%	2.2%	1.4%	1.5%
うち心房細動未治療(人)		9	7	9	5	6

図表 32 心房細動有所見者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4	
心房細動有所見者		24		23		19		13		13	
有所見者の内訳	治療中	15	62.5%	20	87.0%	15	78.9%	11	84.6%	11	84.6%
	治療開始	7	29.2%	1	4.3%	2	10.5%	2	15.4%	2	15.4%
	治療開始に至らず	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	他疾患治療中(診断なし)	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%
	未受診	1	4.2%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%
	不明(レセ確認できず(死亡))	1	4.2%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

③脳血管疾患重症化予防対策

高血圧に関しては、Ⅱ度(160mmHg/100 mmHg)以上の未治療者への保健指導と受診勧奨を実施しており、主治医連絡票を活用して市内医療機関との連携を図っています。未治療で血圧Ⅱ度以上の方への保健指導実施割合は、令和元年度以降 90%以上を維持できています(図表 33)。そして、令和元年度以降の医療機関受診割合も、コロナ禍の令和2年度を除くと過半数を占めています。しかし、血圧Ⅲ度(180mmHg/110 mmHg)の未治療者は概ね半数を占めており課題となっています。

高血圧は脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、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ます。令和4年度の高血圧Ⅱ度以上の未治療者 93 名のうち、91 名はリスク第2層以上の高リスクに該当します(図表 34)。このことから、高血圧Ⅱ度以上の方への優先的な保健指導と受診勧奨の重要性が分かります。さらに、Ⅰ度高血圧の未治療者のうち、リスク第3層に該当する方も高リスクであり、割合は 35.5%です。本市では、令和4年度に愛媛県高血圧重症化予防プログラムが策定されたことから、令和5年度よりⅠ度高血圧でリスク第3層に該当する方への受診勧奨を開始し、早い段階での受診につなげることで高血圧リスクへの認識を促し、行動変容のきっかけになるよう取り組んでいます。

今後も、生活習慣の改善や治療の必要性を理解してもらうための保健指導、適切な受診勧奨を実施しつつ、治療中であってもⅢ度高血圧など極めて重症化のリスクが高い方に対しても、血圧手帳を

活用しながら家庭での血圧測定を促していきます。

図表 33 高血圧Ⅱ度以上の者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	2,913	2,770	2,188	2,348	2,236	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	247	233	193	179	178	
	(b/a)	8.5%	8.4%	8.8%	7.6%	8.0%	
	治療あり	人(c)	111	123	72	71	85
		(c/b)	44.9%	52.8%	37.3%	39.7%	47.8%
	治療なし	人(d)	136	110	121	108	93
		(d/b)	55.1%	47.2%	62.7%	60.3%	52.2%
	保健指導実施者	人(e)	116	103	115	104	86
	保健指導実施割合	(e/d)	85.3%	93.6%	95.0%	96.3%	92.5%
	医療機関受診者	人(f)	60	64	50	64	51
	医療機関受診割合	(f/d)	44.1%	58.2%	41.3%	59.3%	54.8%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	31	30	21	36	26
		(f/a)	1.1%	1.1%	1.0%	1.5%	1.2%
	治療あり	人	20	15	6	14	13
	治療なし	人	11	15	15	22	13

図表 34 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	749	高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	45	312	344	80	13	A ただちに 薬物療法を開始	213	
	6.0%	41.7%	45.9%	10.7%	1.7%			28.4%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のい ずれかがある	457	187	206	57	7	B 概ね1カ月後に 再評価	322	
	61.0%	59.9%	59.9%	71.3%	53.8%			43.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿 病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子 が3つ以上ある	247	98	122	21	6	C 概ね3カ月後に 再評価	214	
	33.0%	31.4%	35.5%	26.3%	46.2%			28.6%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。

西予市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、医療・介護・健診、さらには死亡統計等から、重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県・市の実態と、食生活をはじめする生活習慣の関連について、各種団体や小さな地域単位で健康教育を実施し、広く市民へ周知を行ってきました。

特に、西予市の課題である高血圧については、令和3年度より統一した資料を用いて幅広く実施してきました。これらを継続実施することにより、意識の改善と健康観の全体的な底上げを図っていきます。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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	実績			データの把握方法 (活用データ)			
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5				
				(H30)	(R2)	(R4)				
特定健診等計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	36.9%	29.6%	33.3%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			
			特定保健指導実施率60%以上	69.5%	55.4%	72.2%				
			特定保健指導対象者の減少率25%	20.1%	13.3%	17.3%				
データヘルス計画	中長期	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率が横ばい状態で、国平均より低い 特定保健指導実施率は国の目標値に達しているが減少率は低い 一人当たりの医療費が国・県・同規模と比べて高い 糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合が高い 	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.4%減少(H28国平均2.61%)	2.6%	1.6%	2.4%	KDBシステム			
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.3%減少(H28国平均2.36%)	1.7%	1.5%	1.5%				
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の維持	50.0%	25.0%	50.0%		KDB帳票1年分の集計		
			短期	<ul style="list-style-type: none"> 総医療費に占める悪性新生物の医療費の割合が愛媛県・国より高い 	がんの早期発見、早期治療	内臓脂肪症候群該当者の減少率25%	22.2%	17.2%	18.4%	法定報告
						健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	8.5%	8.9%	7.9%	
						健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	26.2%	25.4%	24.2%	
	健診受診者の糖尿病割合減少2.0%(HbA1C6.5%以上)	7.0%				8.5%	7.5%			
	健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.3%				0.1%	0.2%			
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	80.8%				67.6%	93.2%			
	努力支援制度			主治医からの指示書により糖尿病の保健指導を実施した人数	4人	3人	6人	地域保健事業報告		
				がん検診受診率 胃がん検診25%以上	6.5%	5.1%	4.7%			
				肺がん検診25%以上	14.2%	19.8%	10.9%			
大腸がん検診25%以上				13.6%	11.6%	11.0%				
子宮頸がん検診25%以上				10.1%	8.8%	8.8%				
乳がん検診受診者の増加				15.4%	13.3%	13.0%				
5つのがん検診の平均受診率25				12.0%	11.7%	9.7%				
努力支援制度		後発医薬品の使用により、医療費の削減	歯科検診(歯周病検診)	11.3%	10.1%	12.5%	国保連合会提供の数量シェア集計表			
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	70.7%	77.6%	79.2%				

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画においては、短期目標と中長期目標を設定し、保健事業を進めてきました。

短期目標については、重症化予防の取り組みとして、血圧・血糖・脂質異常について優先順位を決めて保健指導を実施することにより、健診受診者の高血圧者の割合・脂質異常者の割合はいずれも減少しました。また、糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合は 93.2%と上昇しました。しかしながら、まだ目標達成はできていないため、今後も連絡票を活用し、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導を実施していきます。

一方、内臓脂肪症候群該当者の減少率は伸び悩んでいます。引き続き効果的な保健指導を実施できるよう、保健師等の研修に努めるとともに、広くポピュレーションアプローチも実施していかなければならないと考えています。

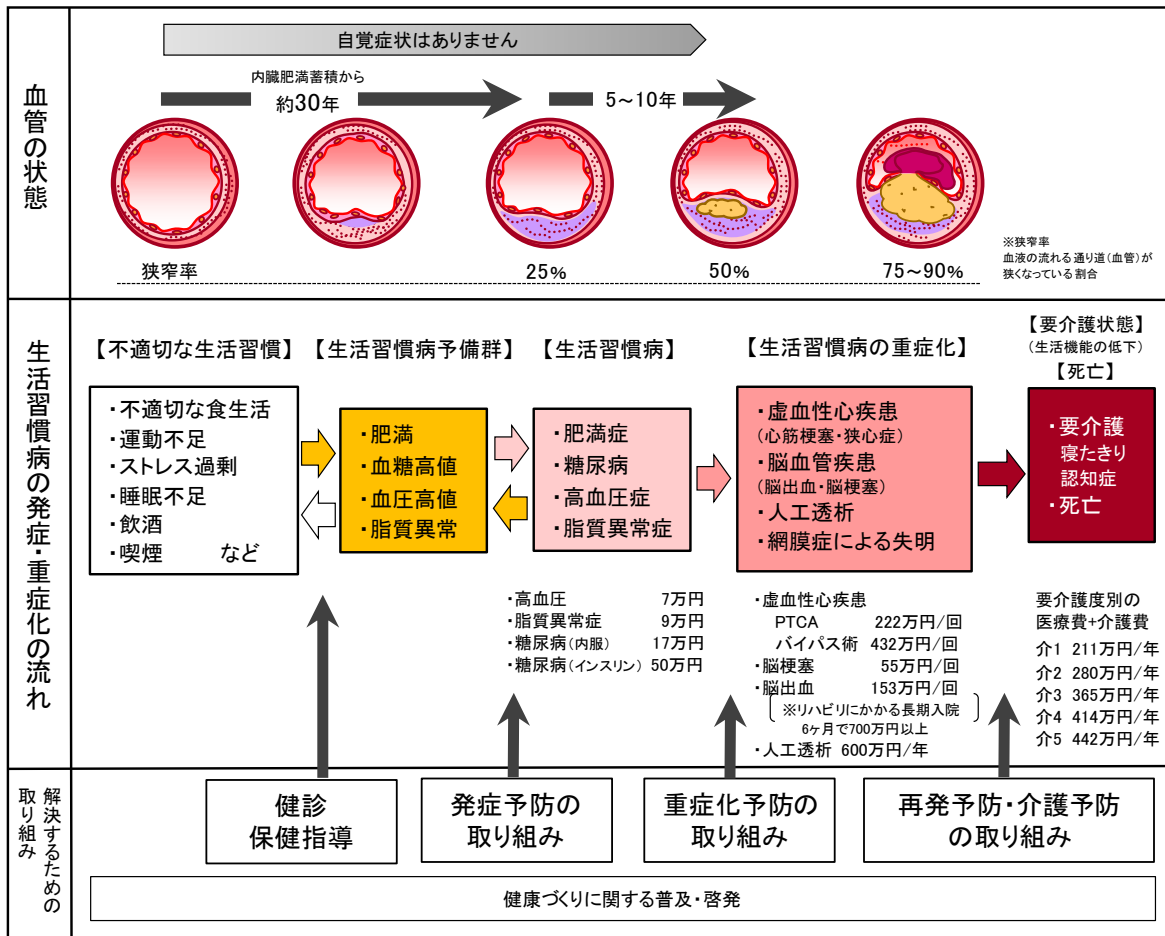
中長期目標については、目標疾患に対する重症化予防事業の結果、総医療費に占める目標疾患の医療費割合は減少傾向にあるものの、目標達成には至っていません。引き続き関連のある、高血圧・血糖・脂質異常に加え、メタボリックシンドローム対策についても実施していく必要があります。

3. 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

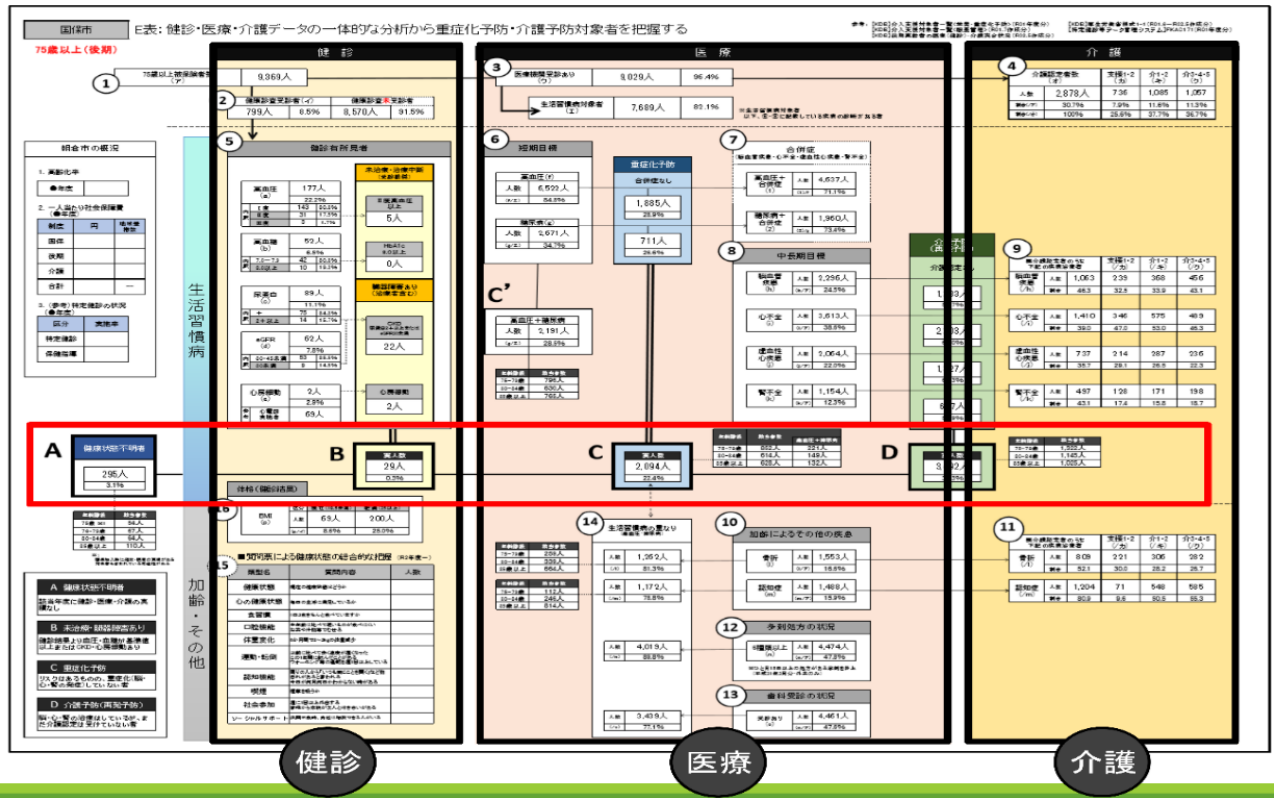
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながる(図表 36)ため、市町村国保及び広域連合は、図表 37 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 37 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度
被保険者数		10,415人	9,969人	9,707人	9,365人	8,812人	9,099人
総件数及び 総費用額	件数	107,318件	104,728件	95,492件	95,302件	91,227件	147,170件
	費用額	38億6415万円	39億0257万円	37億6994万円	38億2991万円	35億0596万円	70億3591万円
一人あたり医療費		37.1万円	39.1万円	38.8万円	40.9万円	39.8万円	77.3万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 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

市町村名	総医療費	一人あたり医療費 (月額)	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	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	西予市	35億0596万円	32,043	5.34%	0.21%	2.42%	1.50%	6.07%	3.76%	2.06%	7億4892万円	21.4%	14.0%	8.87%	9.73%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	--	31,528	3.75%	0.27%	2.30%	1.58%	5.53%	3.10%	1.91%	--	18.5%	17.4%	8.34%	9.80%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	西予市	70億3591万円	64,613	3.46%	0.56%	4.85%	1.48%	4.48%	3.34%	1.24%	13億6544万円	19.4%	10.2%	3.13%	15.1%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	72,588	4.43%	0.50%	4.32%	1.80%	4.12%	3.07%	1.39%	--	19.6%	10.5%	3.60%	14.0%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「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

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	329人	338人	343人	342人	326人	758人
	件数	B	517件	543件	542件	601件	521件	1,221件
		B/総件数	0.48%	0.52%	0.57%	0.63%	0.57%	0.83%
	費用額	C	7億0553万円	7億2850万円	7億4353万円	8億3914万円	7億1060万円	15億1439万円
C/総費用		18.3%	18.7%	19.7%	21.9%	20.3%	21.5%	

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期: R04年度							
人数	D	18人	14人	5人	12人	15人	47人							
	D/A	5.5%	4.1%	1.5%	3.5%	4.6%	6.2%							
件数	E	34件	31件	8件	26件	27件	81件							
	E/B	6.6%	5.7%	1.5%	4.3%	5.2%	6.6%							
年代別	40歳未満	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	0	0.0%	1	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
	50代	1	2.9%	0	0.0%	1	12.5%	2	7.7%	2	7.4%	75-80歳	24	29.6%
	60代	14	41.2%	22	71.0%	5	62.5%	6	23.1%	13	48.1%	80代	39	48.1%
	70-74歳	19	55.9%	7	22.6%	2	25.0%	17	65.4%	12	44.4%	90歳以上	18	22.2%
費用額	F	4705万円	4215万円	1235万円	3580万円	3316万円	9110万円							
	F/C	6.7%	5.8%	1.7%	4.3%	4.7%	6.0%							

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度						
虚血性心疾患	人数	G	17人	21人	18人	18人	12人	25人					
		G/A	5.2%	6.2%	5.2%	5.3%	3.7%	3.3%					
	件数	H	18件	21件	19件	19件	12件	27件					
		H/B	3.5%	3.9%	3.5%	3.2%	2.3%	2.2%					
	年代別	4歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	1	5.6%	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	2	7.4%
		50代	2	11.1%	3	14.3%	0	0.0%	1	5.3%	75-80歳	6	22.2%
		60代	9	50.0%	4	19.0%	9	47.4%	6	31.6%	80代	16	59.3%
		70-74歳	6	33.3%	13	61.9%	10	52.6%	12	63.2%	90歳以上	3	11.1%
	費用額	I	2612万円	3251万円	2534万円	2759万円	1891万円	3440万円					
I/C		3.7%	4.5%	3.4%	3.3%	2.7%	2.3%						

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.8	3,094	5,397	9,139	27.6	37.1	12.3	6.6	6.4	7.1	28.7	23.9	21.9
R04	33.0	2,515	4,940	9,185	26.4	32.9	11.8	7.8	8.3	8.5	32.2	24.8	20.3

図表 45 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)				
H30	55	6.4	(25)	187	9.3	(58)	140	12.5	(33)	24	2.8	(0)	61	3.0	(1)	15	1.3	(0)	11	1.3		22	1.1		31	2.8		1	0.1		23	1.1		14	1.2	
R04	33	5.0	(14)	148	9.1	(40)	138	12.8	(34)	10	1.5	(0)	55	3.4	(1)	7	0.6	(0)	0	--		14	0.9		17	1.6		2	0.3		11	0.7		20	1.8	

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症											
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	81.8	93.1	96.5	35.4	65.1	85.1	70.7	80.3	83.9	42.4	43.4	36.3	25.5	31.9	30.2	38.0	49.6	72.1	48.1	58.7	79.8						
R04	83.1	93.3	95.8	32.6	67.1	85.1	69.6	82.7	85.8	44.3	43.0	37.2	24.9	32.8	31.4	41.4	48.8	71.0	47.4	58.4	77.0						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 47 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.9	15.2	37.9	4.0	10.2	22.1	5.9	13.9	28.9	5.4	10.2	16.5	7.7	11.7	42.1	2.4	6.5	37.8	2.7	7.1	41.9	1.2	8.9	42.2
R04	4.4	14.5	34.3	4.2	10.0	19.8	5.7	13.9	30.9	5.8	11.1	18.8	10.8	12.6	44.7	3.8	6.3	39.7	1.4	5.8	42.9	2.8	9.1	42.7

図表 48 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	68.3	79.9	67.1	80.3	4.7	16.2	1.4	16.7	8.7	54.5	52.1	78.8
R04	64.4	82.6	76.4	82.0	4.8	18.3	1.5	16.7	7.9	56.7	68.1	82.3

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化(図表 38～48)

国保の被保険者数は年々減少しているため、総件数・総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は平成 30 年と比較すると上昇しています。(図表 38)

国保医療費に占める割合は同規模保険者と比べて糖尿病・高血圧において高い状況です。また中長期目標疾患となる脳梗塞・脳出血は同規模保険者と比べて高く、慢性腎不全(透析有)においては 1%以上差があります。これらは、後期高齢者医療についても慢性腎不全(透析有)以外は同じ傾向にあります。(図表 39)短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療の必要な人が適切な時期に治療を開始することで、中長期目標疾患である腎・脳・心の重症化予防へつなげる必要があります。

高額レセプトについては、国保においては毎年約 500 件以上のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約2倍以上に増えていることが分かります。(図表 40)

高額における疾病の脳血管疾患・虚血性心疾患を見ると、国保では毎年 10 人台の該当があり、若い世代からの発症もみられます。脳血管疾患は、高額の医療費がかかるだけでなく、要介護状態になり働き手を失うとともに、長期にわたって医療費と介護費に影響が及びます。脳血管疾患のリスク、ひいては高血圧の重症化予防に特に力を入れる必要があります。後期高齢者になるとさらに人数が倍以上、脳血管疾患の医療費は3倍近くになっています。(図表 41・42)

平成 30 年度と令和4年度健診・医療・介護データを各年代で一体的に分析すると、図表 44 の②健診受診率は特に 65 歳～74 歳で 4.2%も下がっています。⑮の体格をみると、74 歳以下はいずれも BMI25 以上の割合が上がっており、特に 40～64 歳の若い年齢層で 3.5%も高くなってきています。

図表 45 健診有所見状況をみると、各年代で対象人数が減少していますが、Ⅱ度高血圧以上の 75 歳以上と、HbA1c7.0 以上の 65～74 歳の割合が増えています。Ⅱ度高血圧以上の未治療・治療中断者は HbA1c7.0 以上の未治療・中断者の3倍以上あることも分かります。

図表 46 の生活習慣病で医療機関受診する割合は年齢が上がるにつれて高くなっており、高血圧で受診されている方は約 80%、糖尿病では約 40%です。そのうち、合併症のある方は約 50%あり、治療開始後のコントロールも重要になります。

図表 47 の中長期疾患において、平成 30 年度と令和4年度を比較すると、脳血管疾患の割合は減少していますが、虚血性心疾患の割合においては横ばいです。一方で、脳血管疾患と虚血性心疾患の介護認定者の割合は、全体的に増加しています。

図表 48 の加齢によるその他の疾患である認知症の割合は、平成 30 年度と令和 4 年度で大きな変化はありませんが、生活習慣病との重なり、要介護認定者の認知症割合は増加しており、特に 65 歳から 74 歳における増加が大きくなっています。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通のリスクである高血圧、糖尿病等に課題があります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載します。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。(図表 49)

②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脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、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、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③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、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至

っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 49 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標 アウトカム指標	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	心疾患による死亡の割合の減少	35.9%		KDBシステム
			脳血管疾患による死亡の割合の減少	13.6%		
脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少			2.4%			
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少			1.5%			
慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少			5.3%			
新規透析導入者の割合の減少			4.6%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の維持	50.0%		DHPシステム
		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	内臓脂肪症候群・予備群の減少率25%以上	17.1%		法定報告値
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160mmHg/100mmHg以上)	7.9%		評価ツール
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180mg/dl以上)	3.0%		
			健診受診者の糖尿病者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	7.0%		
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	6.8%		
	健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少		0.2%			
	アウトプット指標 アウトカム指標	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	93.2%		西予市調べ	
		高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合	56.0%			
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	33.3%		法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	72.2%		
			特定保健指導対象者の減少率25%以上	17.3%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.1%		
	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん健診25%以上	4.7%		地域保健事業報告	
		がん検診受診率 肺がん健診25%以上	10.9%			
		がん検診受診率 大腸がん健診25%以上	11.0%			
		がん検診受診率 子宮頸がん健診25%以上	8.8%			
		がん検診受診率 乳がん健診受診率の増加	13.0%			
		5つのがん検診の平均受診率25%以上	9.7%			
	歯科検診(歯周病検診)	歯科検診(歯周病検診含む)受診率増加	12.5%		西予の健康	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	79.2%		国保連合会提供の数量シェア集計表	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 50 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%以上
特定保健指導実施率	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上

3. 対象者の見込み

図表 51 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	6,856人	6,479人	6,123人	5,786人	5,468人	5,168人
	受診者数	2,400人	2,592人	2,755人	2,893人	3,007人	3,101人
特定保健指導	対象者数	415人	448人	477人	500人	520人	536人
	受診者数	291人	314人	334人	350人	364人	376人

4. 特定健診・特定保健指導の実施

1) 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して実施します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町国保の代表保険者が集合契約を行います。

健診は、集団健診については保健センター他、個別健診については委託医療機関にて行います。

(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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関

特定健診実施機関については、西予市ホームページ等でお知らせします。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

令和 5 年度から、集団健診において心電図を全員実施としており、増加傾向にある虚血性心疾患の早期発見、重症化予防に活用していきます。(図表 52)

図表 52 特定健診検査項目

○西予市特定健診検査項目

健診項目		西予市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(non-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図(集団検診)	○	□
	心電図(個別検診)	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	□

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

(5) 実施時期

4月から翌年2月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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います。

(7) 代行機関

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

(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、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を年間通して行います。

図表 53 特定健診実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診機関との契約 ◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎個別健康診査実施の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月			◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月			
8月			
9月			
10月		◎利用券の登録	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

2) 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

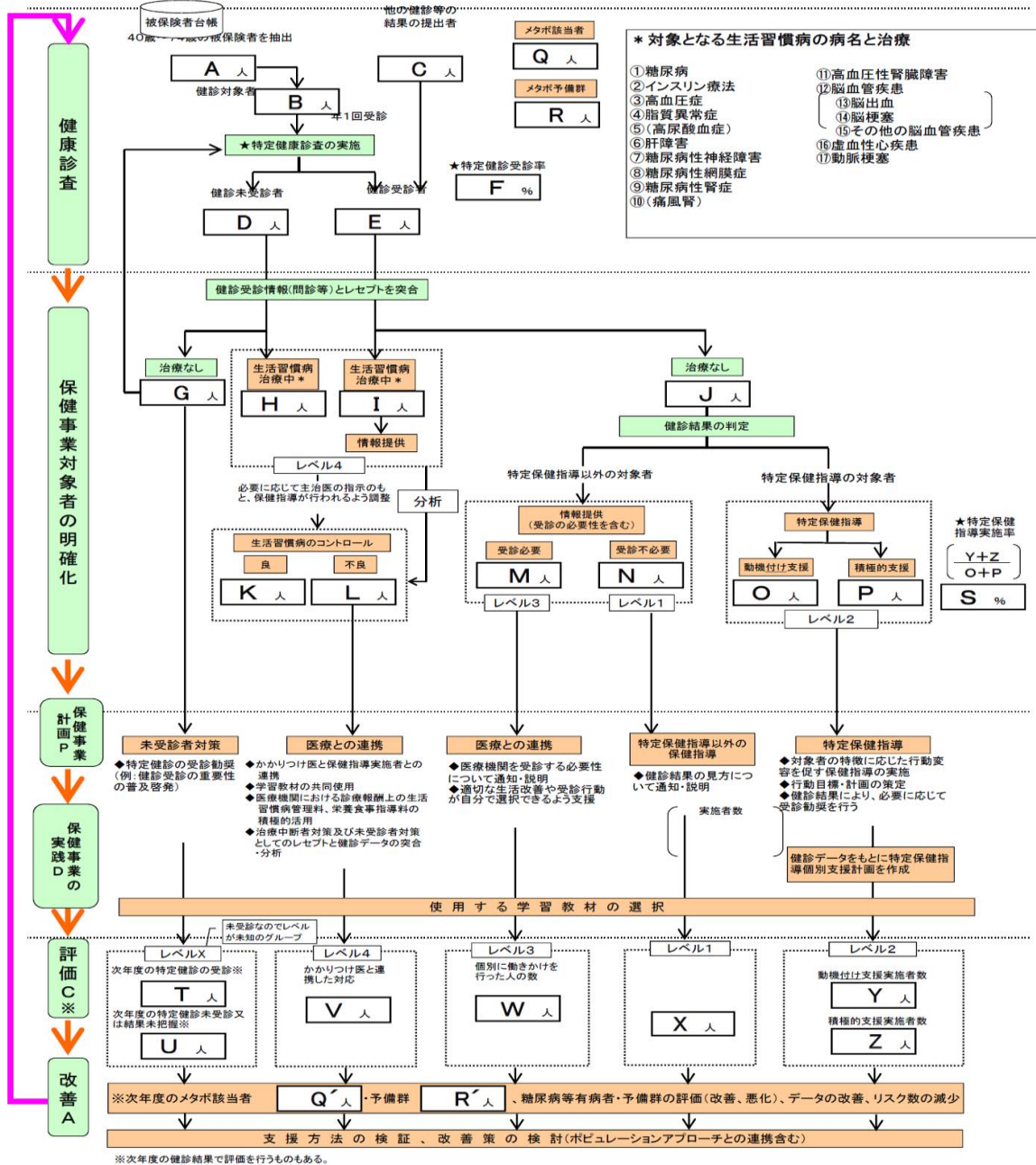
(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」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・実践評価を行います。(図表 54)

図表 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

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

様式5-5



出典:ヘルサポータルツール

(2) 要保健指導対象者の選択と優先順位・支援方法

図表 55 要保健指導対象者への支援

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法
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	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
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発)
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明

(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します。(図表 53 参照)

5. 個人情報の保護

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については、個人情報の保護に関する法律および西予市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

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います。

6. 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 日までに報告します。

7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、西予市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。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ります。

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います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、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きます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病予防に関する健康教育や健康相談を実施するとともに、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していきます。

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が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

西予市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき抽出すると、704人(31.5%)です。(図表56)そのうち治療なしが261人(21.7%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が101人です。

また、西予市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、261人中127人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 56 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)																	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		2,236人	33.3%															
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析											■各疾患の治療状況 <table border="1"> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>746</td> <td>1,490</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>514</td> <td>1,722</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>147</td> <td>2,089</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いづれか</td> <td>1,031</td> <td>1,205</td> </tr> </table>			治療中	治療なし	高血圧	746	1,490	脂質異常症	514	1,722	糖尿病	147	2,089	3疾患 いづれか	1,031	1,205
	治療中	治療なし																									
高血圧	746	1,490																									
脂質異常症	514	1,722																									
糖尿病	147	2,089																									
3疾患 いづれか	1,031	1,205																									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		重症化予防対象者 (実人数)																		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																				
重症化予防対象	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																				
該当者数	178 8.0%	13 0.6%	68 3.0%	41 1.8%	362 16.2%	123 5.5%	114 5.1%		704 31.5%																		
治療なし	93 6.2%	6 0.5%	66 3.8%	34 2.0%	85 7.1%	76 3.6%	36 3.0%		261 21.7%																		
(再掲) 特定保健指導	31 17.4%	2 15.4%	20 29.4%	16 39.0%	85 23.5%	18 14.6%	8 7.0%		127 18.0%																		
治療中	85 11.4%	7 0.7%	2 0.4%	7 1.4%	277 26.9%	47 32.0%	78 7.6%		443 43.0%																		
臓器障害 あり	40 43.0%	6 100.0%	9 13.6%	7 20.6%	25 29.4%	26 34.2%	36 100.0%		101 38.7%																		
CKD(専門医対象者)	1	0	2	2	3	5	36		36																		
心電図所見あり	40	6	8	5	23	24	6		71																		
臓器障害 なし	53 57.0%	--	57 86.4%	27 79.4%	60 70.6%	50 65.8%	--		--																		

3. 糖尿病性腎症重症化予防

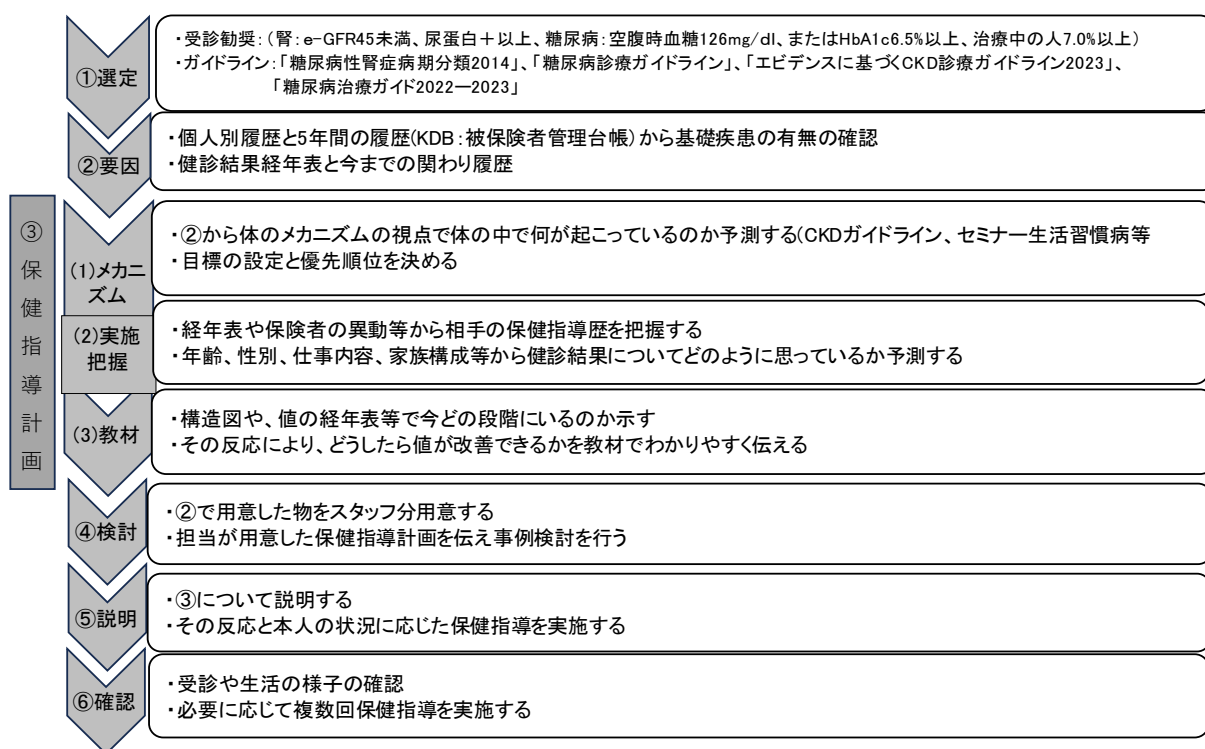
1) 基本的な考え方

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プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

- ・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
- ・治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ・糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

なお、取組にあたっては図表57の流れで実施します。

図表57 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1)対象者選定基準の考え方

対象者の選定にあたっては、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、医療機関未受診者、受診中断者、糖尿病治療中者(糖尿病性腎症で通院している者および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等リスクを有する者)を抽出します。

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

対象者の抽出にあたっては、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、選定基準に基づき該当者を把握します。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)を基盤とします。(図表 58)

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)によって病期を分類します。西予市においては、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)は把握できますが、尿アルブミンについては把握ができません。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対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ります。

図表 58 糖尿病性腎症病期分類

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/fCr)	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
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	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
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

②基準に基づく該当者数の把握

西予市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、93人(38.8%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者1,795人のうち、特定健診受診者が147人(65.3%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者1,648人(91.8%・I)については、治療中であるがデータが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表 59)

③介入方法と優先順位

西予市においての介入方法と優先順位を以下のとおりとします。

介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応し、受診勧奨や医療機関と連携した保健指導、治療中断しない(継続受診)のための保健指導を行っていきます。

優先順位 1

介入方法：受診勧奨・保健指導

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)

優先順位 2

介入方法：保健指導

- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）のうち HbA1c8.0 以上の者

優先順位 3

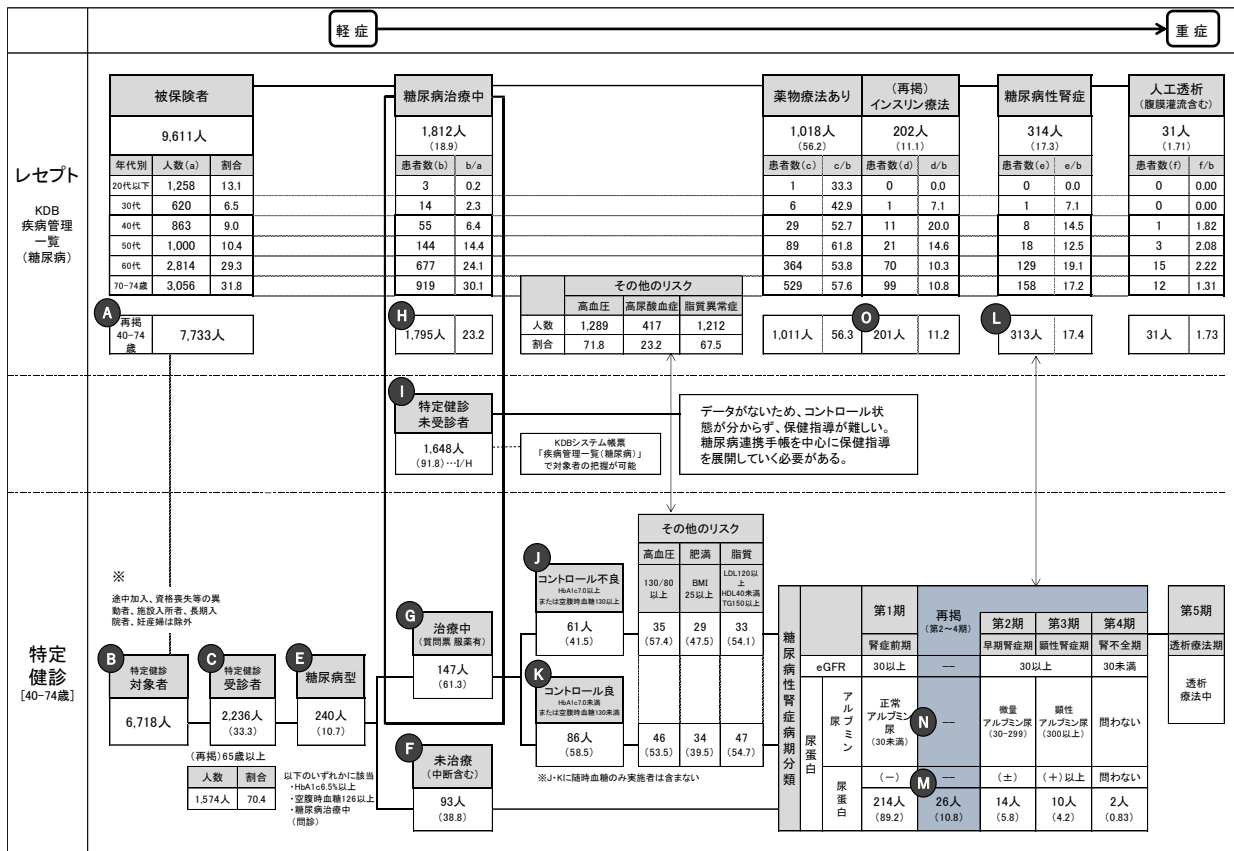
介入方法：保健指導

- ・（I）のうち過去に特定健診歴のある糖尿病治療者

図表 59 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

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防)」から集計

3) 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す。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きます。西予市においては、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きます。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教材を活用して行っていきます。

図表 60 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 伺うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に西予市医師会と協議した主治医連絡票等を使用します。

(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います。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては愛媛県プログラムに準じていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表61を用いて行っていきます。

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

- ・保健指導実施率
- ・糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

(2) 中長期的評価

- ・図表61参照

図表 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	西予市										同規模保険者（平均）			
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	10,786人		10,367人		9,957人		9,742人		9,379人					
	② (再掲) 40-74歳		8,926人		8,642人		8,302人		8,155人		7,848人					
2	① 対象者数	B	7,892人		7,595人		7,403人		7,089人		6,718人					
	② 特定健診 受診者数	C	2,965人		2,834人		2,220人		2,382人		2,289人					
	③ 受診率		--		--		--		--		--					
3	① 特定 対象者数		380人		324人		294人		301人		295人					
	② 保健指導 実施率		68.7%		71.0%		55.4%		77.4%		72.2%					
4	① 健診 データ	糖尿病型	E	310人	10.5%	317人	11.2%	262人	11.8%	273人	11.5%	243人	10.6%			
		② 未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	115人	37.1%	125人	39.4%	87人	33.2%	102人	37.4%	94人	38.7%			
		③ 治療中（質問票 服薬あり）	G	195人	62.9%	192人	60.6%	175人	66.8%	171人	62.6%	149人	61.3%			
		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	86人	44.1%	103人	53.6%	70人	40.0%	85人	49.7%	63人	42.3%			
		⑤ 血圧 130/80以上		58人	67.4%	71人	68.9%	45人	64.3%	58人	68.2%	36人	57.1%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		33人	38.4%	37人	35.9%	33人	47.1%	41人	48.2%	29人	46.0%			
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	109人	55.9%	89人	46.4%	105人	60.0%	86人	50.3%	86人	57.7%			
		⑧ 第1期 尿蛋白（-）	M	224人	72.3%	249人	78.5%	230人	87.8%	253人	92.7%	216人	88.9%			
		⑨ 第2期 尿蛋白（±）		37人	11.9%	29人	9.1%	14人	5.3%	10人	3.7%	14人	5.8%			
		⑩ 第3期 尿蛋白（+）以上		29人	9.4%	27人	8.5%	13人	5.0%	6人	2.2%	11人	4.5%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		3人	1.0%	3人	0.9%	5人	1.9%	4人	1.5%	2人	0.8%			
5	① レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		139.9人		139.7人		127.5人		137.9人		136.4人				
		② (再掲) 40-74歳（被保険者千対）		167.5人		166.6人		152.0人		163.8人		162.0人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) 内は被保険者千対	I	入院外（件数）	8,838件	(1024.6)	8,668件	(1046.5)	8,252件	(1020.5)	8,242件	(1055.6)	7,872件	(1075.6)	1,557,522件	(951.6)
		④ 入院（件数）		61件	(7.1)	41件	(4.9)	38件	(4.7)	39件	(5.0)	27件	(3.7)	7,406件	(4.5)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,509人	14.0%	1,448人	14.0%	1,270人	12.8%	1,343人	13.8%	1,279人	13.6%			
		⑥ (再掲) 40-74歳		1,495人	16.7%	1,440人	16.7%	1,262人	15.2%	1,336人	16.4%	1,271人	16.2%			
		⑦ 健診未受診者	I	1,300人	87.0%	1,245人	86.5%	1,087人	86.1%	1,165人	87.2%	1,122人	88.3%			
		⑧ インスリン治療	O	147人	9.7%	156人	10.8%	128人	10.1%	129人	9.6%	132人	10.3%			
		⑨ (再掲) 40-74歳		146人	9.8%	155人	10.8%	126人	10.0%	129人	9.7%	131人	10.3%			
		⑩ 糖尿病性腎症	L	252人	16.7%	244人	16.9%	193人	15.2%	225人	16.8%	218人	17.0%			
		⑪ (再掲) 40-74歳		250人	16.7%	243人	16.9%	192人	15.2%	224人	16.8%	218人	17.2%			
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		33人	2.2%	29人	2.0%	30人	2.4%	30人	2.2%	29人	2.3%			
		⑬ (再掲) 40-74歳		33人	2.2%	29人	2.0%	30人	2.4%	30人	2.2%	29人	2.3%			
		⑭ 新規透析患者数		6人		5人		6人		5人		2人				
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		2人		1人		3人		4人		1人				
		⑯ 【参考】 後期高齢者 慢性人工透析患者数		24人	1.1%	20人	0.9%	25人	1.2%	25人	1.2%	27人	1.3%			
6	① 医療費	総医療費		38億6415万円		39億0257万円		37億6994万円		38億2991万円		35億0596万円		28億4626万円		
		② 生活習慣病総医療費		20億6078万円		21億1825万円		20億3214万円		21億2010万円		19億0277万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		53.3%		54.3%		53.9%		55.4%		54.3%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	J	健診受診者	5,439円	6,862円	4,841円	5,864円	5,260円	7,237円						
		⑤ 健診未受診者		31,678円	32,098円	35,772円	38,522円	36,235円	38,862円							
		⑥ 糖尿病医療費		2億4363万円		2億4118万円		2億3173万円		2億2955万円		2億1268万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		11.8%		11.4%		11.4%		10.8%		11.2%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費	K	6億8515万円	7億5101万円	7億1340万円	6億9457万円	6億3924万円								
		⑨ 1件あたり		34,240円	37,897円	37,866円	37,123円	36,213円								
		⑩ 糖尿病入院総医療費	L	4億5400万円	3億6919万円	3億9399万円	3億9252万円	3億4158万円								
		⑪ 1件あたり		582,801円	552,679円	596,045円	588,488円	605,640円								
		⑫ 在院日数		16日		17日		16日		16日		17日				
		⑬ 慢性腎不全医療費	M	2億1467万円	2億2152万円	2億1731万円	2億1714万円	1億9459万円	1億2396万円							
		⑭ 透析有り		1億9665万円	2億1119万円	2億0982万円	2億1218万円	1億8723万円	1億1532万円							
		⑮ 透析なし		1801万円	1033万円	749万円	496万円	736万円	863万円							
7	① 介護	介護給付費		51億8183万円		54億1784万円		55億4827万円		55億6516万円		54億5130万円		34億9905万円		
		② (2号認定者) 糖尿病合併症		6件 24.0%		5件 21.7%		4件 18.2%		2件 9.5%		3件 16.7%				
8	① 死亡	糖尿病（死因別死亡数）		2人 0.3%		6人 0.9%		9人 1.3%		9人 1.3%		5人 0.8%		2,819人 1.0%		

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

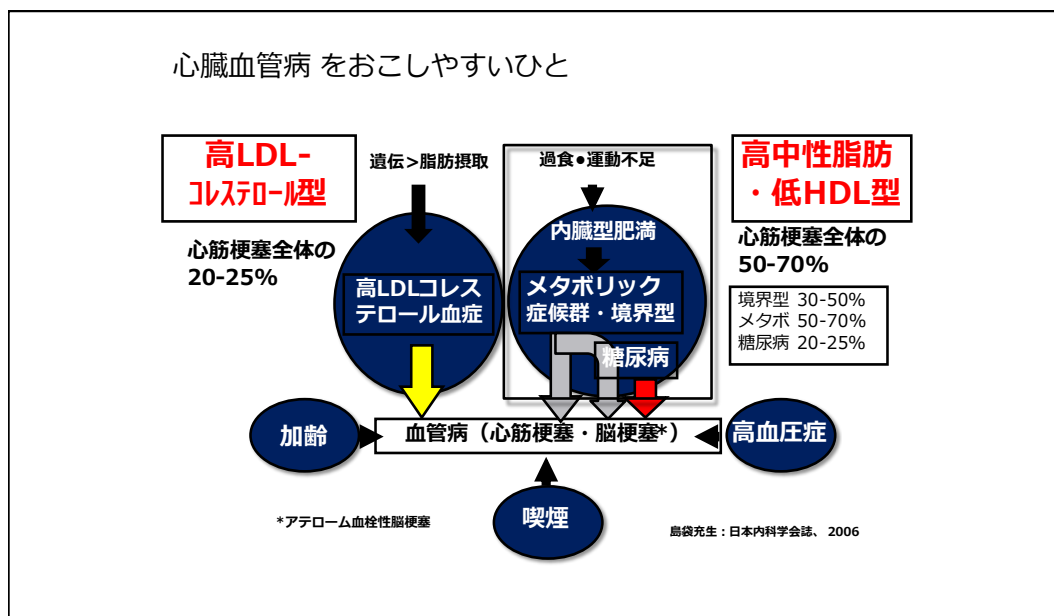
西予市において、令和5年度より40歳から74歳までの方に心電図検査を全員実施することとしました。今後はこの検査結果をもとに、保健指導を実施し、医療機関受診につなげていきます。

②心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することから、タイプ別に対象者を把握します。(図表 63・64)

図表 63 心血管疾患をおこしやすいひと



図表 64 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
			120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳	
956			458	296	136	66	15	22	96	69	
			47.9%	31.0%	14.2%	6.9%	7.4%	10.9%	47.5%	34.2%	
一次予防 まず生活習慣の改善 を行った後、薬物療法 の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	102	60	29	10	3	8	5	0	0
			10.7%	13.1%	9.8%	7.4%	4.5%	53.3%	22.7%	0.0%	0.0%
	高リスク	140未満 (170未満)	420	188	127	65	40	4	11	60	30
			43.9%	41.0%	42.9%	47.8%	60.6%	26.7%	50.0%	62.5%	43.5%
		再掲 120未満 (150未満)	356	170	116	49	21	3	3	31	33
	37.2%		37.1%	39.2%	36.0%	31.8%	20.0%	13.6%	32.3%	47.8%	
	100未満 (130未満) ※1	15	8	4	2	1	0	0	1	2	
			1.6%	1.7%	1.4%	1.5%	1.5%	0.0%	0.0%	1.0%	2.9%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	78	40	24	12	2	0	3	5	6
			8.2%	8.7%	8.1%	8.8%	3.0%	0.0%	13.6%	5.2%	8.7%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

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います。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ます。(図表 65)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います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。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います。

図表 65 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材	
もくじ	
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図	
資料A-1	休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2	私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3	心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1	心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2	心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C	左室肥大って？
資料D-1	不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2	心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1	狭心症になった人から学びました
資料G-2	健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3	心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4	肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

4) 医療との連携

未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けて医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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ます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。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回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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きます。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第対象者へ介入(通年)

5. 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ます。(図表 66・67)

図表 66 脳卒中の分類

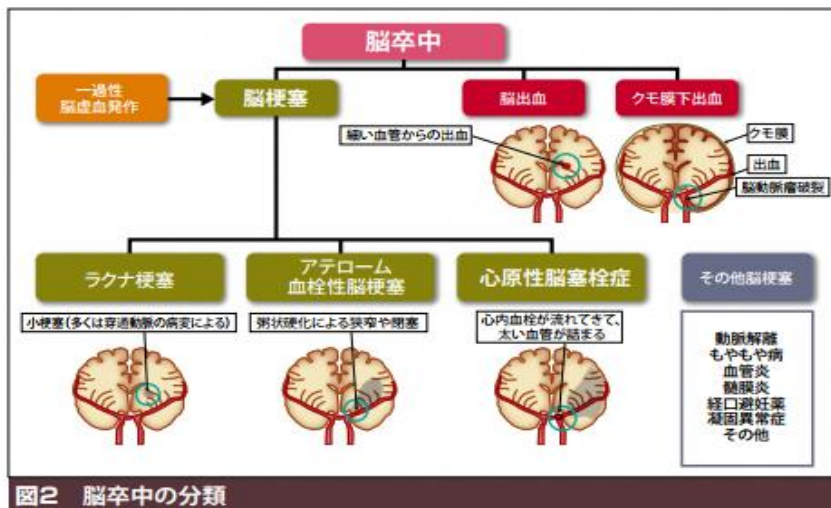


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防への提言より引用)

図表 67 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 68 でみると、高血圧治療者 3,417 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 583 人(17.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 178 人(8.0%)であり、そのうち 93 人(52.2%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血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ります。

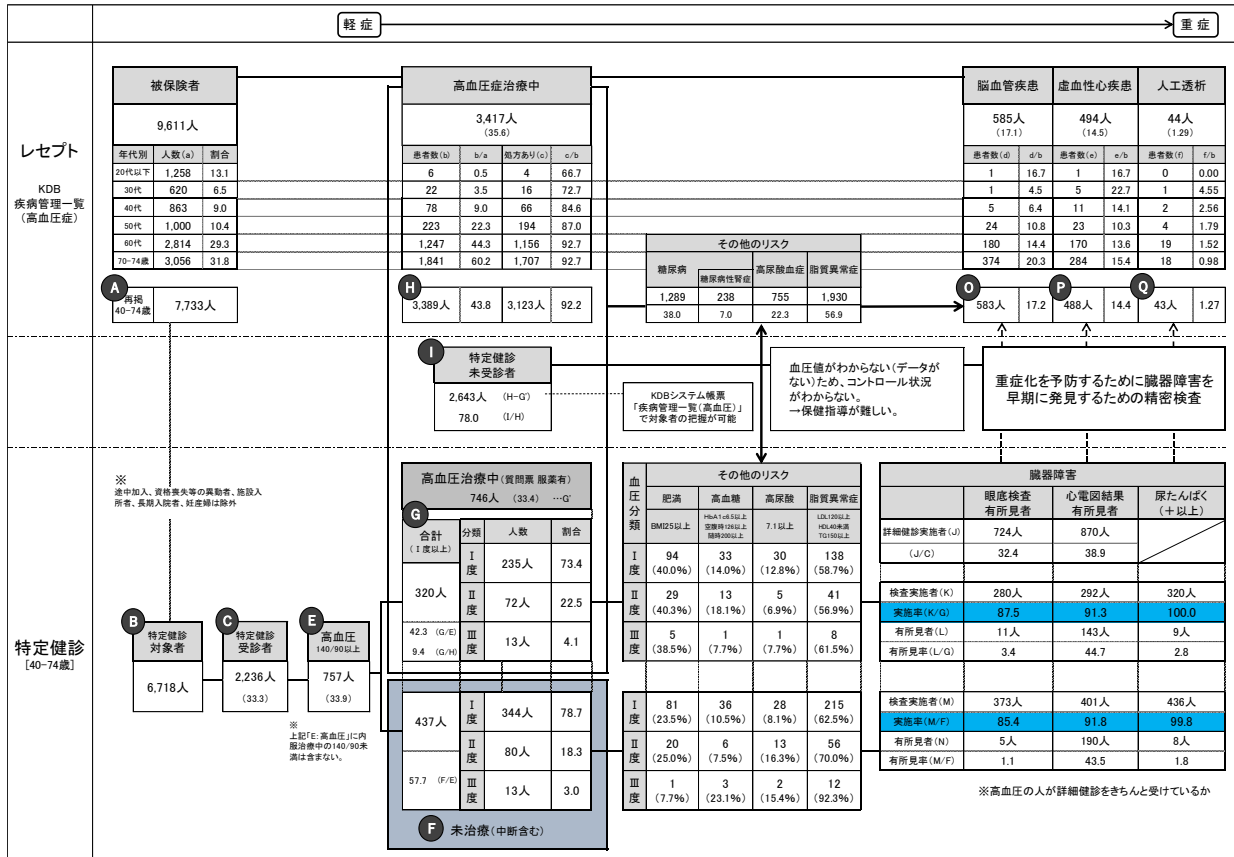
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 85 人(11.2%)いることが分かりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

臓器障害を早期に発見するために、Ⅰ度高血圧以上の方へ眼底検査(詳細検査)をしており、検査の必要な方へ今後も継続的に働きかけをしていきます。

図表 68 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、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も深く関与しています。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ります。

図表 34 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 34 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	749	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
			312 41.7%	344 45.9%	80 10.7%	13 1.7%		
リスク第1層 予後影響因子がない		45 6.0%	C 27 8.7%	B 16 4.7%	B 2 2.5%	A 0 0.0%	A だだちに薬物療法を開始	213 28.4%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある		457 61.0%	C 187 59.9%	B 206 59.9%	A 57 71.3%	A 7 53.8%	B 概ね1ヵ月後に再評価	322 43.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある		247 33.0%	B 98 31.4%	A 122 35.5%	A 21 26.3%	A 6 46.2%	C 概ね3ヵ月後に再評価	214 28.6%

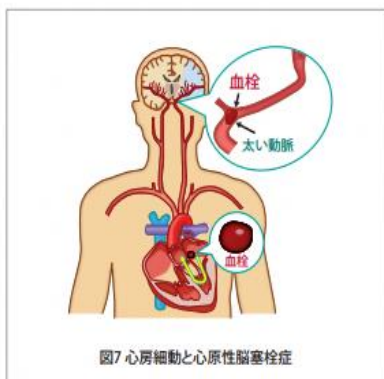
高リスク
中等リスク
低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 蛋白尿については、健診結果より(±)以上で判断。

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 心電図検査における心房細動の実態

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



(脳卒中予防への提言より引用)

心電図検査において 13 人が心房細動の所見がありました。(図表 69)そのうち、11 人は治療中、2人は健診後治療につながっています。(図表 70)心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を引き続き行っていきます。

図表 69 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	1,034	1,255	419	40.5%	468	37.3%	10	2.4%	3	0.6%	--	--
40代	97	81	22	22.7%	9	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	121	97	29	24.0%	26	26.8%	1	3.4%	1	3.8%	0.8%	0.1%
60代	377	521	155	41.1%	183	35.1%	3	1.9%	1	0.5%	1.9%	0.4%
70～74歳	439	556	213	48.5%	250	45.0%	6	2.8%	1	0.4%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 70 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
13	2	15.4%	11	84.6%

西予市調べ

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います。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ます。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います。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います。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います。

(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度高血圧以上を対象に血圧、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きます。

② 心房細動者の管理

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経過を把握していきます。

4) 医療との連携

未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低

減に向けて医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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きます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

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きます。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回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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きます。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第対象者へ介入(通年)

6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

西予市は、令和3年度より愛媛県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDBシステム等を活用して健診・医療・介護データを一体的に分析、重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。(図表 71)

また、地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

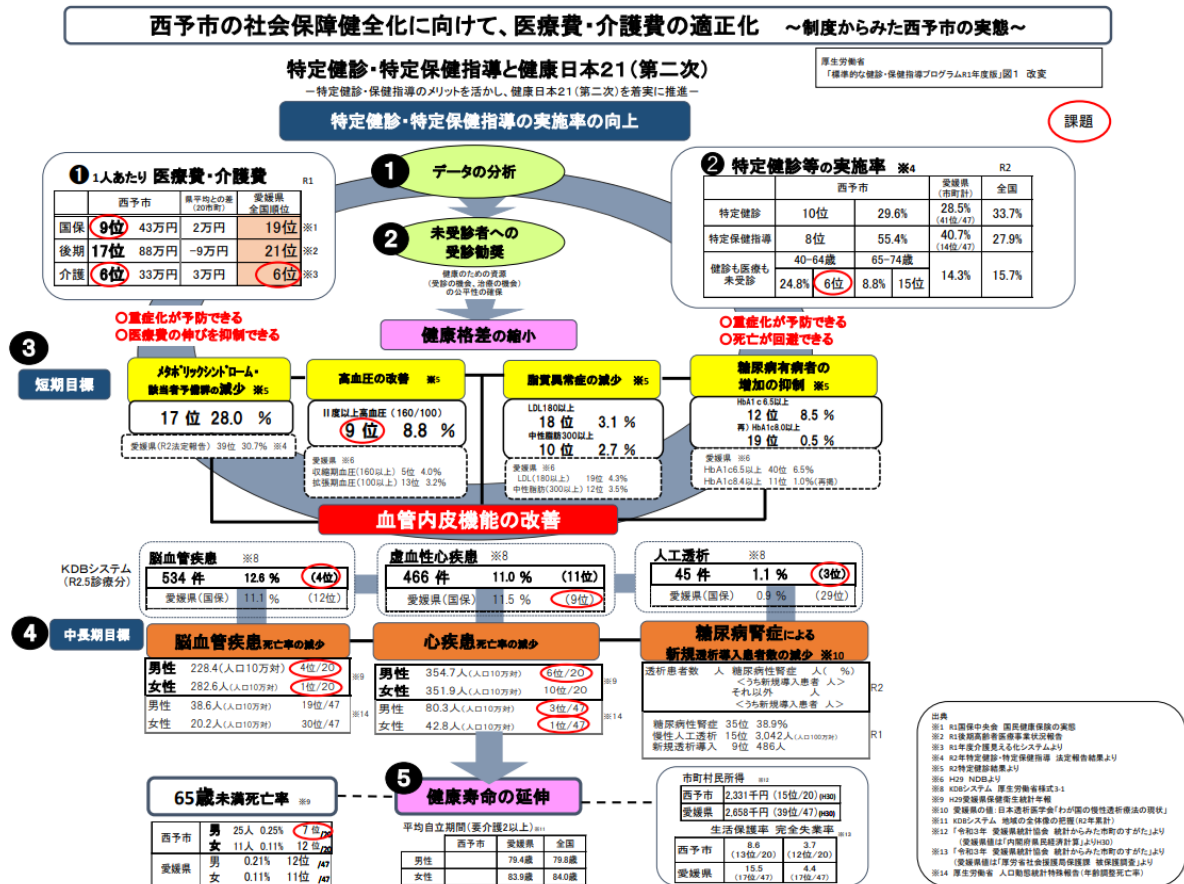
図表 72 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える —基本的考え方— （ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）														
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 ➔ 重症化予防 </div>														
1 根拠法 <small>6条 健康増進事業実施者</small>	健康増進法													
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>（学校職員は学校保健安全法）</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>（介護保険）</small>			
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）													
3 年代	妊婦 <small>（胎児期）</small>		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	特定健康診査等実施計画（各保険者）		
4 健康診査 <small>（根拠法）</small>	妊婦健康診査 <small>（13条）</small>		産婦健診 <small>（13条）</small>	乳幼児健康診査 <small>（第12・13条）</small>			保育所・幼稚園健康診査 <small>（11・12条）</small>	児童・生徒の定期健康診断 <small>（第1・13・14条）</small>		定期健康診断 <small>（第66条）</small>		特定健康診査 <small>（第18・20・21条）</small>		後期高齢者健康診査 <small>（第125条）</small>
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 <small>（第13・44条）</small>		標準的な特定健診・保健指導プログラム（第2章）	
5 対象者	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの												
	身長 体重													
	BMI										25以上			
	肥満度			かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上						
	尿糖	(+)以上						(+)以上						
	糖尿病 家族歴													

8. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。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きます。(図表 73)

図表 73 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11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ります。

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ます。(図表74)

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・介護のデータが収集されるので、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います。

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していきます。

図表 74 評価における4つの指標

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

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌等を通じて周していきます。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた西予市の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 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5 高血圧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6 脂質異常症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7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた西予市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた西予市の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		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		35,276		9,014,657		1,299,781		123,214,261		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)		15,578	44.2	3,263,279	36.2	434,279	33.4	35,335,805	28.7		
		75歳以上		8,875	25.2	---	---	226,536	17.4	18,248,742	14.8		
		65~74歳		6,703	19.0	---	---	207,743	16.0	17,087,063	13.9		
		40~64歳		10,590	30.0	---	---	425,925	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下		9,108	25.8	---	---	439,577	33.8	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		21.2		10.7		7.7		4.0		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		17.6		27.3		24.2		25.0			
		第3次産業		61.2		62.0		68.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.0		80.4		80.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.0		86.9		86.8		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性						79.9		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性						84.1		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		100.1		103.4		103.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性											
		女性		98.4		101.4		101.6		100			
		死因	がん		141	43.7	34,996	47.8	4,549	46.0	378,272		50.6
			心臓病		116	35.9	21,437	29.3	3,204	32.4	205,485		27.5
			脳疾患		44	13.6	10,886	14.9	1,376	13.9	102,900		13.8
	糖尿病		5	1.5	1,391	1.9	211	2.1	13,896	1.9			
	腎不全		8	2.5	2,819	3.9	332	3.4	26,946	3.6			
	自殺		9	2.8	1,654	2.3	221	2.2	20,171	2.7			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		37	0.19%			1,361	0.15%	129,016	0.14%	厚労省HP 人口動態調査 R4	
男性		26	0.26%			874	0.20%	84,891	0.19%				
女性		11	0.11%			487	0.11%	44,125	0.10%				
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		3,325	21.6	619,810	19.1	93,101	21.6	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		43	0.3	10,081	0.3	1,396	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		11,928	16.7	1,984,426	14.3	378,847	17.0	21,785,044		12.9
			要介護1.2		31,132	43.6	6,527,659	47.0	1,014,715	45.6	78,107,378		46.3
			要介護3以上		28,265	39.6	5,384,278	38.7	829,972	37.3	68,963,503		40.8
	2号認定者		34	0.32	10,759	0.37	1,752	0.41	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		746	21.7	154,694	23.8	24,592	25.2	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症		2,000	59.2	352,398	54.8	53,626	55.3	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		1,066	31.5	203,112	31.2	36,861	37.9	2,308,216	32.6		
		心臓病		2,239	66.7	397,324	61.9	60,516	62.6	4,224,628	60.3		
		脳疾患		1,119	33.9	151,330	23.9	25,615	26.7	1,568,292	22.6		
		がん		362	10.5	74,764	11.4	11,323	11.6	837,410	11.8		
		筋・骨格		2,154	63.7	350,465	54.5	56,168	58.1	3,748,372	53.4		
	精神		1,491	44.9	246,296	38.6	36,931	38.3	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		349,936	5,451,303,913	300,230	979,734,915,124	320,144	139,031,909,784	290,668	10,074,274,226,869	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1件当たり給付費(全体)		76,429		70,503		62,527		59,662			
居宅サービス		47,172		43,936		44,617		41,272					
施設サービス		297,563		291,914		293,644		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		7,328	認定あり	9,043	認定あり	8,073	認定あり	8,610	認定あり	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし		3,712	認定なし	4,284	認定なし	4,125	認定なし	4,020	認定なし			
4	① 国保の状況	被保険者数		8,812		2,020,054		280,726		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳		4,774	54.2			137,232	48.9	11,129,271	40.5		
		40~64歳		2,545	28.9			86,793	30.9	9,088,015	33.1		
		39歳以下		1,493	16.9			56,701	20.2	7,271,596	26.5		
	加入率		25.0		22.4		21.6		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3	0.3	873	0.4	134	0.5	8,237	0.3	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		診療所数		40	4.5	7,141	3.5	1,213	4.3	102,599	3.7		
		病床数		289	32.8	136,833	67.7	20,594	73.4	1,507,471	54.8		
		医師数		48	5.4	19,511	9.7	3,847	13.7	339,611	12.4		
		外来患者数		810.4		728.3		748.2		687.8			
入院患者数		23.4		23.6		23.0		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		397,861	県内12位 同規模141位	394,521		390,048		339,680		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		833.778		751.942		771.192		705.439				
	外来	費用の割合		59.2		56.7		57.7		60.4			
		件数の割合		97.2		96.9		97.0		97.5			
	入院	費用の割合		40.8		43.3		42.3		39.6			
		件数の割合		2.8		3.1		3.0		2.5			
1件あたり在院日数		17.4日		17.1日		16.5日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん	489,979,650	25.8	31.3	32.1	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題							
			慢性腎不全(透析あり)	187,230,870	9.8	7.5	6.9	8.2								
			糖尿病	212,682,580	11.2	10.8	10.2	10.4								
			高血圧症	131,780,250	6.9	6.3	5.7	5.9								
			脂質異常症	72,241,950	3.8	3.8	3.5	4.1								
			脳梗塞・脳出血	85,011,790	4.5	3.9	4.3	3.9								
			狭心症・心筋梗塞	52,615,850	2.7	2.6	2.9	2.8								
			精神 筋・骨格	311,113,510 341,170,040	16.4 17.9	16.2 16.7	15.4 18.0	14.7 16.7								
5	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	入院	高血圧症	533	0.3	380	0.2	308	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	988	0.6	1,531	0.9	1,400	0.8	1,144	0.9				
				脂質異常症	119	0.1	89	0.1	95	0.1	53	0.0				
		医療費分析 一人当たり医 療費/外来医療 費に占める割 合	外来	脳梗塞・脳出血	6,708	4.1	7,151	4.2	7,522	4.6	5,993	4.5				
				虚血性心疾患	3,323	2.0	4,385	2.6	4,360	2.6	3,942	2.9				
				腎不全	4,735	2.9	4,815	2.8	4,689	2.8	4,051	3.0				
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,003		2,592		1,855		2,031			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題		
				健診未受診者	13,799		13,920		15,257		13,295					
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,260		7,237		5,151		6,142					
				健診未受診者	36,235		38,862		42,378		40,210					
			⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,312	59.1	346,525	57.5	40,463	59.3	3,881,055			57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
					医療機関受診率	1,139	51.3	313,811	52.0	36,976	54.2	3,543,116			52.0	
医療機関非受診率	173	7.8			32,714	5.4	3,487	5.1	337,939	5.0						
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 県内市町村数 22市町村 同規模市区町村 数 280市町村	健診受診者	2,221		602,959		68,216		6,812,842		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	33.3		県内15位 同規模236位	40.5	32.9	全国43位	37.1						
			特定保健指導終了者(実施率)	214	71.6	17768	26.0	1,969	23.7	107,925	13.4					
			非肥満高血糖	218	9.8	64,401	10.7	6,471	9.5	615,549	9.0					
			メタボ	該当者	358	16.1	128,378	21.3	13,073	19.2	1,382,506		20.3			
				男性	247	24.7	88,752	32.7	9,026	30.8	965,486		32.0			
				女性	111	9.1	39,626	12.0	4,047	10.4	417,020		11.0			
				予備群	262	11.8	65,375	10.8	7,459	10.9	765,405		11.2			
			メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	男性	188	18.8	45,739	16.8	5,111	17.4		539,738	17.9		
					女性	74	6.1	19,636	5.9	2,348	6.0		225,667	5.9		
				BMI	男性	719	32.4	211,634	35.1	22,649	33.2		2,380,778	34.9		
					女性	221	18.1	64,954	19.6	7,080	18.2		714,186	18.8		
				総数	116	5.2	31,853	5.3	3,479	5.1	320,038		4.7			
				血糖のみ	男性	98	8.0	26,874	8.1	2,903	7.5		268,790	7.1		
					女性	17	0.8	4,028	0.7	425	0.6		43,519	0.6		
					血圧のみ	191	8.6	46,822	7.8	5,415	7.9		539,490	7.9		
					脂質のみ	54	2.4	14,525	2.4	1,619	2.4		182,396	2.7		
					血糖・血圧	66	3.0	20,016	3.3	1,985	2.9		203,072	3.0		
					血糖・脂質	21	0.9	6,637	1.1	649	1.0		70,267	1.0		
血圧・脂質	177	8.0			58,253	9.7	6,246	9.2	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質	94	4.2			43,472	7.2	4,193	6.1	449,721	6.6						
①	服薬	高血圧			742	33.4	236,115	39.2	23,276	34.1	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		糖尿病			148	6.7	59,860	9.9	5,231	7.7	589,470	8.7				
②	既往歴	脂質異常症	508		22.9	176,172	29.2	18,399	27.0	1,899,637	27.9					
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	52		2.3	19,155	3.3	2,048	3.0	207,385	3.1					
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)		176	7.9	34,801	5.9	5,340	7.9	365,407	5.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			腎不全	33	1.5	5,373	0.9	890	1.3	53,898	0.8					
			貧血	646	29.1	58,230	10.0	11,405	16.8	702,088	10.7					
			喫煙	226	10.2	77,778	12.9	7,587	11.1	939,212	13.8					
			週3回以上朝食を抜く	125	6.3	44,690	7.9	4,163	8.9	642,886	10.4					
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0					
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	285	14.4	85,443	15.0	6,796	14.5	976,348	15.7					
			週3回以上就寝前夕食	285	14.4	85,443	15.0	6,796	14.5	976,348	15.7					
			食べる速度が速い	524	26.5	152,716	26.8	12,912	27.6	1,659,705	26.8					
			20歳時体重から10kg以上増加	644	32.6	197,996	34.7	16,628	35.5	2,175,065	35.0					
			1回30分以上運動習慣なし	1,129	57.2	357,338	62.7	25,933	55.4	3,749,069	60.4					
			1日1時間以上運動なし	570	28.9	270,721	47.2	16,734	35.7	2,982,100	48.0					
			睡眠不足	496	25.1	142,888	25.0	13,268	28.3	1,587,311	25.6					
⑭	一日飲 酒量	毎日飲酒	536	27.1	147,864	25.4	10,430	22.2	1,658,999	25.5						
		時々飲酒	421	21.3	119,430	20.5	10,112	21.5	1,463,468	22.5						
		1合未満	899	59.8	236,943	62.8	24,975	66.5	2,978,351	64.1						
		1～2合	443	29.5	94,723	25.1	8,752	23.3	1,101,465	23.7						
2～3合	135	9.0	35,964	9.5	3,059	8.1	434,461	9.4								
3合以上	27	1.8	9,408	2.5	773	2.1	128,716	2.8								

① 65～74歳(国保)

令和4年度

介護

医療

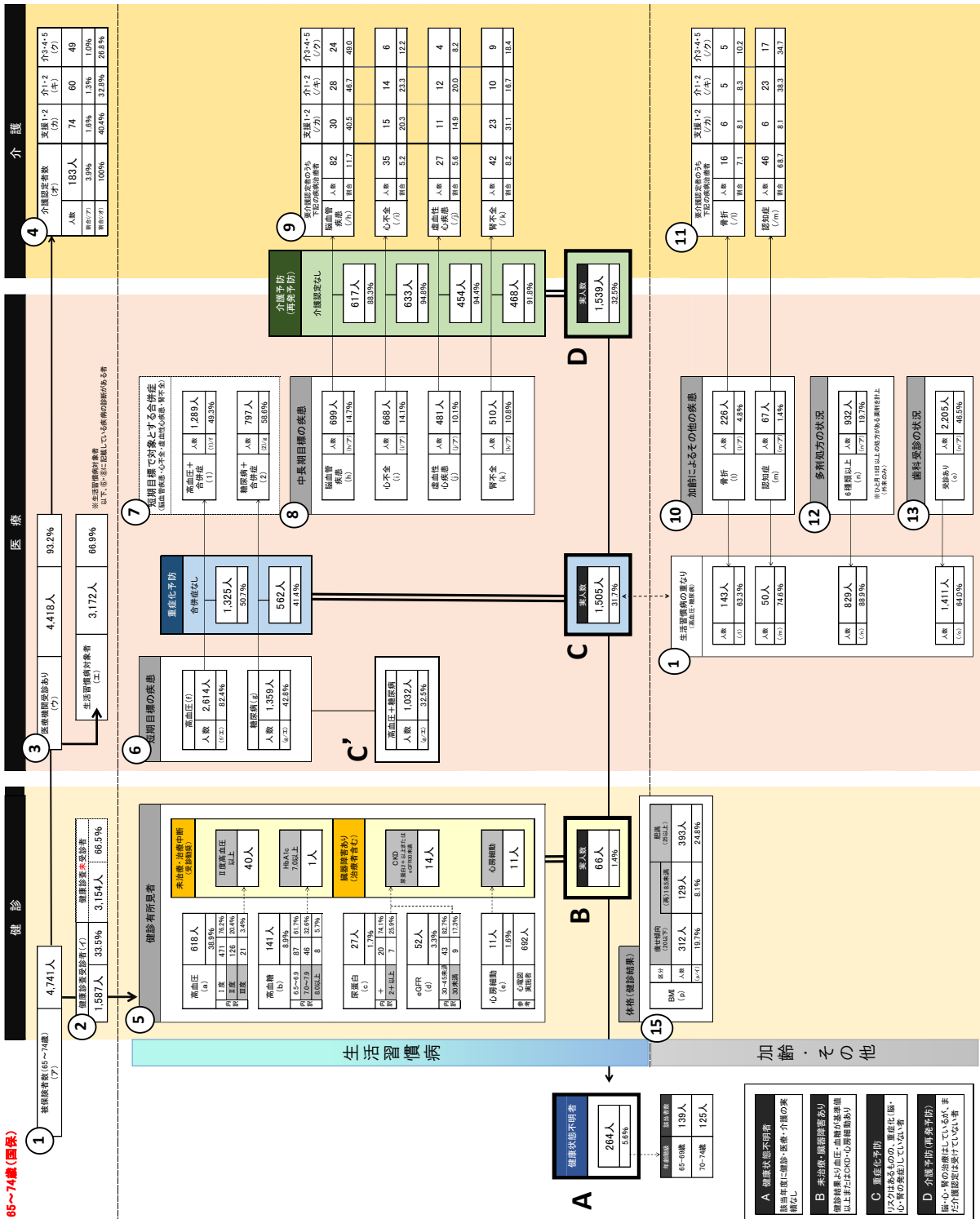
健診

生活習慣病

加齢・その他

E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

参考：【CDB】介護予防対象者一覧(介護・重症化予防) 【特定高齢者データベース】PRA0171



② 65～74歳(後期)

令和4年度

【65B】厚生労働省標準値¹⁾
【特定高齢者等一斉調査】(74歳未満)【65A】

参考: 【65B】介入対象対象者一斉調査(重症化予防)
【65B】後期高齢者の健康(重症化予防)介入対象者

E表: 健診・医療・介護予防対象者から重症化予防・介護予防対象者を把握する



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		R01年度		R02年度		R03年度		R3年度同規模保険者数274				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ①	被保険者数	A	12,295人		12,295人		12,295人			KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
②	(再掲)40-74歳		8,366人		8,366人		8,366人					
2 ①	特定健診	B	8,000人		8,000人		8,000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	対象者数		466人		450人		407人					
③	受診率	C	5.8%		5.6%		5.1%					
3 ①	特定 保健指導		100人		100人		100人					
②	実施率		80.0%		80.0%		80.0%					
4 ①	健診 データ	糖尿病型	E	87人	18.7%	84人	18.7%	76人	18.7%		特定健診結果	
②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	24人	27.8%	23人	27.4%	23人	30.3%			
③		治療中(質問票 服薬あり)	G	63人	72.4%	61人	72.6%	53人	69.7%			
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	28人	44.4%	28人	45.9%	27人	50.9%			
⑤				血圧 130/80以上	19人	67.9%	19人	67.9%	18人	66.7%		
⑥				肥満 BMI25以上	13人	46.4%	13人	46.4%	12人	44.4%		
⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	35人	40.2%	33人	39.3%	26人	34.2%			
⑧		第1期 尿蛋白(-)	M	62人	71.3%	61人	72.6%	56人	73.7%			
⑨		第2期 尿蛋白(±)		12人	13.8%	11人	13.1%	9人	11.8%			
⑩		第3期 尿蛋白(+)		11人	12.6%	11人	13.1%	10人	13.2%			
⑪		第4期 eGFR30未満		2人	2.3%	1人	1.2%	1人	1.3%			
5 ①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		70.6人		70.6人		70.6人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
②		(再掲)40-74歳(被保険者対)		102.3人		102.3人		102.3人				
③		レセプト件数 (40-74歳) (10000未満)	入院外(件数)	5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,087件	(604.4)	5,517件	(877.2)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
④		入院(件数)	19件	(2.3)	19件	(2.3)	19件	(2.3)	31件	(4.9)		
⑤		糖尿病治療中	H	868人	7.1%	868人	7.1%	868人	7.1%		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
⑥		(再掲)40-74歳		856人	10.2%	856人	10.2%	856人	10.2%			
⑦		健診未受診者	I	793人	92.6%	795人	92.9%	803人	93.8%			
⑧		インスリン治療	O	68人	7.8%	68人	7.8%	68人	7.8%			
⑨		(再掲)40-74歳		66人	7.7%	66人	7.7%	66人	7.7%			
⑩		糖尿病性腎症	L	107人	12.3%	107人	12.3%	107人	12.3%			
⑪		(再掲)40-74歳		106人	12.4%	106人	12.4%	106人	12.4%			
⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		27人	3.1%	27人	3.1%	27人	3.1%			
⑬		(再掲)40-74歳		27人	3.2%	27人	3.2%	27人	3.2%			
⑭		新規透析患者数		2	2	2	2	2	2			
⑮		(再掲)糖尿病性腎症		1	1	1	1	1	1			
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)		32人	3.1%	32人	3.1%	32人	3.1%		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		37億9946万円		37億9946万円		37億9946万円		28億2684万円	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		20億2869万円		20億2869万円		20億2869万円		15億6708万円		
③		(総医療費に占める割合)		53.4%		53.4%		53.4%		55.4%		
④		生活習慣病 別患者 一人あたり	健診受診者		5,747円		5,747円		5,747円			5,692円
⑤			健診未受診者		41,069円		41,069円		41,069円			39,435円
⑥		糖尿病医療費		1億5345万円		1億5345万円		1億5345万円		1億6835万円		
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.6%		7.6%		7.6%		10.7%		
⑧		糖尿病入院外総医療費		5億6798万円		5億6798万円		5億6798万円				
⑨		1件あたり		45,067円		45,067円		45,067円				
⑩		糖尿病入院総医療費		4億4318万円		4億4318万円		4億4318万円				
⑪		1件あたり		664,430円		664,430円		664,430円				
⑫		在院日数		18日		18日		18日				
⑬		慢性腎不全医療費		2億8151万円		2億8151万円		2億8151万円		1億2872万円		
⑭		透析有り		2億6928万円		2億6928万円		2億6928万円		1億1992万円		
⑮		透析なし		1223万円		1223万円		1223万円		879万円		
7 ①	介護	介護給付費		37億1569万円		37億1569万円		37億1569万円		34億7756万円		
②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件 50.0%		1件 50.0%		1件 50.0%				
8 ①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		7人 1.8%		7人 1.8%		7人 1.8%		5人 1.1%	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7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる						
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		8.0以上		7.4以上		8.4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
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	2,917	1,076	36.9%	1,196	41.0%	442	15.2%	122	4.2%	67	2.3%	14	0.5%	41	1.4%	9	0.3%
H30	2,912	1,204	41.3%	1,125	38.6%	380	13.0%	115	3.9%	74	2.5%	14	0.5%	39	1.3%	9	0.3%
R01	2,770	891	32.2%	1,177	42.5%	465	16.8%	136	4.9%	80	2.9%	21	0.8%	49	1.8%	14	0.5%
R02	2,188	777	35.5%	884	40.4%	342	15.6%	114	5.2%	61	2.8%	10	0.5%	37	1.7%	7	0.3%
R03	2,348	759	32.3%	1,000	42.6%	387	16.5%	114	4.9%	65	2.8%	23	1.0%	47	2.0%	13	0.6%
R04	2,236	729	32.6%	966	43.2%	373	16.7%	105	4.7%	52	2.3%	11	0.5%	24	1.1%	8	0.4%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	2,917	1,076	1,196	442	203	83	120	7.0%	59.1%	7.0%
					81	23	58	2.8%	71.6%	
H30	2,912	1,204	1,125	380	203	85	118	7.0%	58.1%	7.0%
					88	27	61	3.0%	69.3%	
R01	2,770	891	1,177	465	237	105	132	8.6%	55.7%	8.6%
					101	28	73	3.6%	72.3%	
R02	2,188	777	884	342	185	74	111	8.5%	60.0%	8.5%
					71	19	52	3.2%	73.2%	
R03	2,348	759	1,000	387	202	79	123	8.6%	60.9%	8.6%
					88	24	64	3.7%	72.7%	
R04	2,236	729	966	373	168	76	92	7.5%	54.8%	7.5%
					63	16	47	2.8%	74.6%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		8.0以上		7.4以上		8.4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		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	184	6.3%	3	1.6%	13	7.1%	48	26.1%	62	33.7%	46	25.0%	12	6.5%	33	17.9%	7	3.8%
	H30	190	6.5%	2	1.1%	16	8.4%	54	28.4%	57	30.0%	54	28.4%	7	3.7%	27	14.2%	4	2.1%
	R01	189	6.8%	2	1.1%	14	7.4%	41	21.7%	59	31.2%	60	31.7%	13	6.9%	35	18.5%	8	4.2%
	R02	174	8.0%	1	0.6%	14	8.0%	48	27.6%	59	33.9%	45	25.9%	7	4.0%	28	16.1%	4	2.3%
	R03	170	7.2%	2	1.2%	7	4.1%	38	22.4%	59	34.7%	45	26.5%	19	11.2%	35	20.6%	10	5.9%
	R04	147	6.6%	2	1.4%	14	9.5%	39	26.5%	45	30.6%	40	27.2%	7	4.8%	16	10.9%	5	3.4%
治療なし	H29	2,733	93.7%	1,073	39.3%	1,183	43.3%	394	14.4%	60	2.2%	21	0.8%	2	0.1%	8	0.3%	2	0.1%
	H30	2,722	93.5%	1,202	44.2%	1,109	40.7%	326	12.0%	58	2.1%	20	0.7%	7	0.3%	12	0.4%	5	0.2%
	R01	2,581	93.2%	889	34.4%	1,163	45.1%	424	16.4%	77	3.0%	20	0.8%	8	0.3%	14	0.5%	6	0.2%
	R02	2,014	92.0%	776	38.5%	870	43.2%	294	14.6%	55	2.7%	16	0.8%	3	0.1%	9	0.4%	3	0.1%
	R03	2,178	92.8%	757	34.8%	993	45.6%	349	16.0%	55	2.5%	20	0.9%	4	0.2%	12	0.6%	3	0.1%
R04	2,089	93.4%	727	34.8%	952	45.6%	334	16.0%	60	2.9%	12	0.6%	4	0.2%	8	0.4%	3	0.1%	

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	2,917	657	22.5%	425	14.6%	742	25.4%	885	30.3%	181	6.2%	27	0.9%
H30	2,913	716	24.6%	398	13.7%	724	24.9%	828	28.4%	216	7.4%	31	1.1%
R01	2,770	699	25.2%	363	13.1%	674	24.3%	801	28.9%	203	7.3%	30	1.1%
R02	2,188	535	24.5%	338	15.4%	538	24.6%	584	26.7%	172	7.9%	21	1.0%
R03	2,348	582	24.8%	364	15.5%	606	25.8%	617	26.3%	143	6.1%	36	1.5%
R04	2,236	613	27.4%	354	15.8%	512	22.9%	579	25.9%	152	6.8%	26	1.2%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲	割合
					再)III度高血圧	未治療	治療		
H29	2,917	1,082 37.1%	742 25.4%	885 30.3%	208	127	81	7.1%	0.9%
					27	18	9		
H30	2,913	1,114 38.2%	724 24.9%	828 28.4%	247	136	111	8.5%	1.1%
					31	11	20		
R01	2,770	1,062 38.3%	674 24.3%	801 28.9%	233	110	123	8.4%	1.1%
					30	15	15		
R02	2,188	873 39.9%	538 24.6%	584 26.7%	193	121	72	8.8%	1.0%
					21	15	6		
R03	2,348	946 40.3%	606 25.8%	617 26.3%	179	108	71	7.6%	1.5%
					36	22	14		
R04	2,236	967 43.2%	512 22.9%	579 25.9%	178	93	85	8.0%	1.2%
					26	13	13		

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H29	941	32.3%	83	8.8%	128	13.6%	256	27.2%	393	41.8%	72	7.7%
	H30	971	33.3%	109	11.2%	127	13.1%	260	26.8%	364	37.5%	91	9.4%
	R01	959	34.6%	109	11.4%	112	11.7%	242	25.2%	373	38.9%	108	11.3%
	R02	741	33.9%	83	11.2%	99	13.4%	206	27.8%	281	37.9%	66	8.9%
	R03	815	34.7%	109	13.4%	108	13.3%	231	28.3%	296	36.3%	57	7.0%
	R04	746	33.4%	115	15.4%	111	14.9%	200	26.8%	235	31.5%	72	9.7%
治療なし	H29	1,976	67.7%	574	29.0%	297	15.0%	486	24.6%	492	24.9%	109	5.5%
	H30	1,942	66.7%	607	31.3%	271	14.0%	464	23.9%	464	23.9%	125	6.4%
	R01	1,811	65.4%	590	32.6%	251	13.9%	432	23.9%	428	23.6%	95	5.2%
	R02	1,447	66.1%	452	31.2%	239	16.5%	332	22.9%	303	20.9%	106	7.3%
	R03	1,533	65.3%	473	30.9%	256	16.7%	375	24.5%	321	20.9%	86	5.6%
	R04	1,490	66.6%	498	33.4%	243	16.3%	312	20.9%	344	23.1%	80	5.4%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	2,917	1,467	50.3%	736	25.2%	433	14.8%	191	6.5%	90	3.1%
	H30	2,913	1,429	49.1%	720	24.7%	469	16.1%	207	7.1%	88	3.0%
	R01	2,770	1,394	50.3%	694	25.1%	418	15.1%	186	6.7%	78	2.8%
	R02	2,188	1,129	51.6%	503	23.0%	337	15.4%	151	6.9%	68	3.1%
	R03	2,348	1,175	50.0%	577	24.6%	367	15.6%	149	6.3%	80	3.4%
男性	H29	1,296	757	58.4%	304	23.5%	155	12.0%	55	4.2%	25	1.9%
	H30	1,311	747	57.0%	293	22.3%	172	13.1%	73	5.6%	26	2.0%
	R01	1,240	682	55.0%	295	23.8%	178	14.4%	61	4.9%	24	1.9%
	R02	984	576	58.5%	218	22.2%	119	12.1%	46	4.7%	25	2.5%
	R03	1,080	585	54.2%	261	24.2%	147	13.6%	63	5.8%	24	2.2%
女性	H29	1,621	710	43.8%	432	26.7%	278	17.1%	136	8.4%	65	4.0%
	H30	1,602	682	42.6%	427	26.7%	297	18.5%	134	8.4%	62	3.9%
	R01	1,530	712	46.5%	399	26.1%	240	15.7%	125	8.2%	54	3.5%
	R02	1,204	553	45.9%	285	23.7%	218	18.1%	105	8.7%	43	3.6%
	R03	1,268	590	46.5%	316	24.9%	220	17.4%	86	6.8%	56	4.4%
R04	1,227	591	48.2%	306	24.9%	198	16.1%	84	6.8%	48	3.9%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	再掲	再掲
					再)180以上	未治療	治療			
H29	2,917	1,467 50.3%	736 25.2%	433 14.8%	281 9.6%	259 92.2%	22 7.8%	9.6%	3.1%	9.6%
					90 3.1%	80 88.9%	10 11.1%			
H30	2,913	1,429 49.1%	720 24.7%	469 16.1%	295 10.1%	273 92.5%	22 7.5%	10.1%	3.0%	10.1%
					88 3.0%	77 87.5%	11 12.5%			
R01	2,770	1,394 50.3%	694 25.1%	418 15.1%	264 9.5%	247 93.6%	17 6.4%	9.5%	2.8%	9.5%
					78 2.8%	72 92.3%	6 7.7%			
R02	2,188	1,129 51.6%	503 23.0%	337 15.4%	219 10.0%	198 90.4%	21 9.6%	10.0%	3.1%	10.0%
					68 3.1%	59 86.8%	9 13.2%			
R03	2,348	1,175 50.0%	577 24.6%	367 15.6%	229 9.8%	213 93.0%	16 7.0%	9.8%	3.4%	9.8%
					80 3.4%	77 96.3%	3 3.8%			
R04	2,236	1,155 51.7%	544 24.3%	326 14.6%	211 9.4%	202 95.7%	9 4.3%	9.4%	3.0%	9.4%
					68 3.0%	66 97.1%	2 2.9%			

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	601	20.6%	427	71.0%	120	20.0%	32	5.3%	12	2.0%	10	1.7%
	H30	623	21.4%	431	69.2%	119	19.1%	51	8.2%	11	1.8%	11	1.8%
	R01	611	22.1%	441	72.2%	113	18.5%	40	6.5%	11	1.8%	6	1.0%
	R02	494	22.6%	367	74.3%	80	16.2%	26	5.3%	12	2.4%	9	1.8%
	R03	531	22.6%	386	72.7%	100	18.8%	29	5.5%	13	2.4%	3	0.6%
R04	514	23.0%	389	75.7%	86	16.7%	30	5.8%	7	1.4%	2	0.4%	
治療なし	H29	2,316	79.4%	1,040	44.9%	616	26.6%	401	17.3%	179	7.7%	80	3.5%
	H30	2,290	78.6%	998	43.6%	601	26.2%	418	18.3%	196	8.6%	77	3.4%
	R01	2,159	77.9%	953	44.1%	581	26.9%	378	17.5%	175	8.1%	72	3.3%
	R02	1,694	77.4%	762	45.0%	423	25.0%	311	18.4%	139	8.2%	59	3.5%
	R03	1,817	77.4%	789	43.4%	477	26.3%	338	18.6%	136	7.5%	77	4.2%
R04	1,722	77.0%	766	44.5%	458	26.6%	296	17.2%	136	7.9%	66	3.8%	