

久万高原町国民健康保険
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



久万高原町イメージキャラクター

ゆいぼう

久万高原町国民健康保険

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期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画に係る考察
3. 第3期計画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)34

1. 第四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. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業	41
I. 保健事業の方向性	
II. 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 循環器疾患重症化予防	
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
IV. 発症予防	
V. ポピュレーションアプローチ	
第5章 計画の評価・見直し	58
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	59
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	60

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

H25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。H26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、H30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、R2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、R4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、久万高原町の課題等を踏まえ、町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(R6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)

本町では、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(R6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。

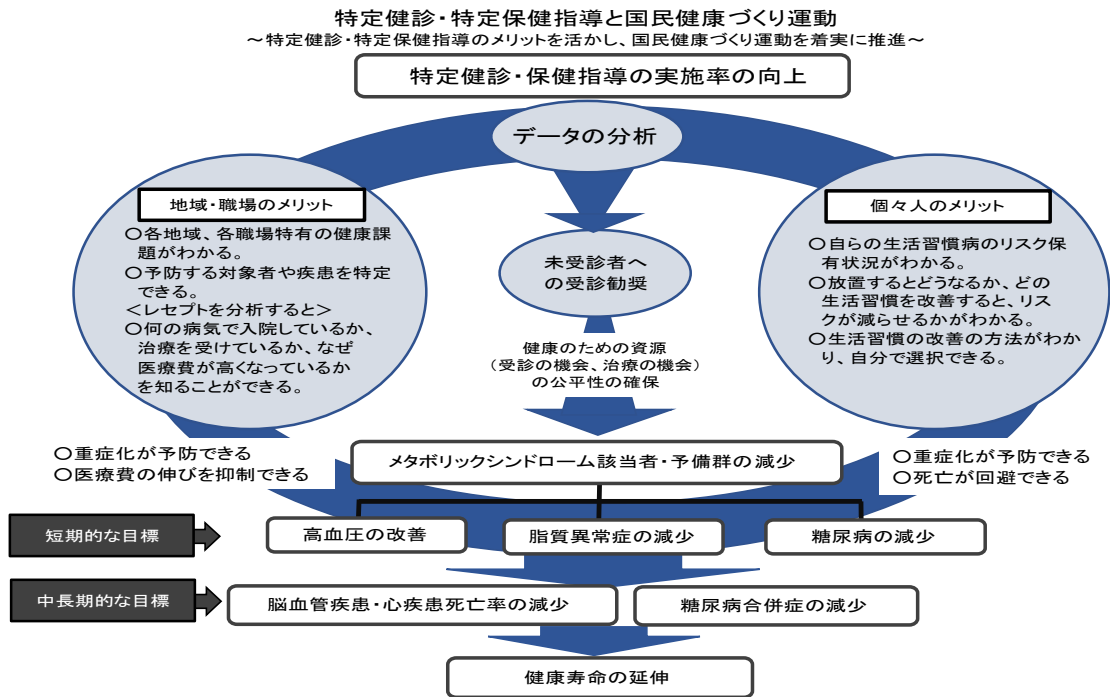
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

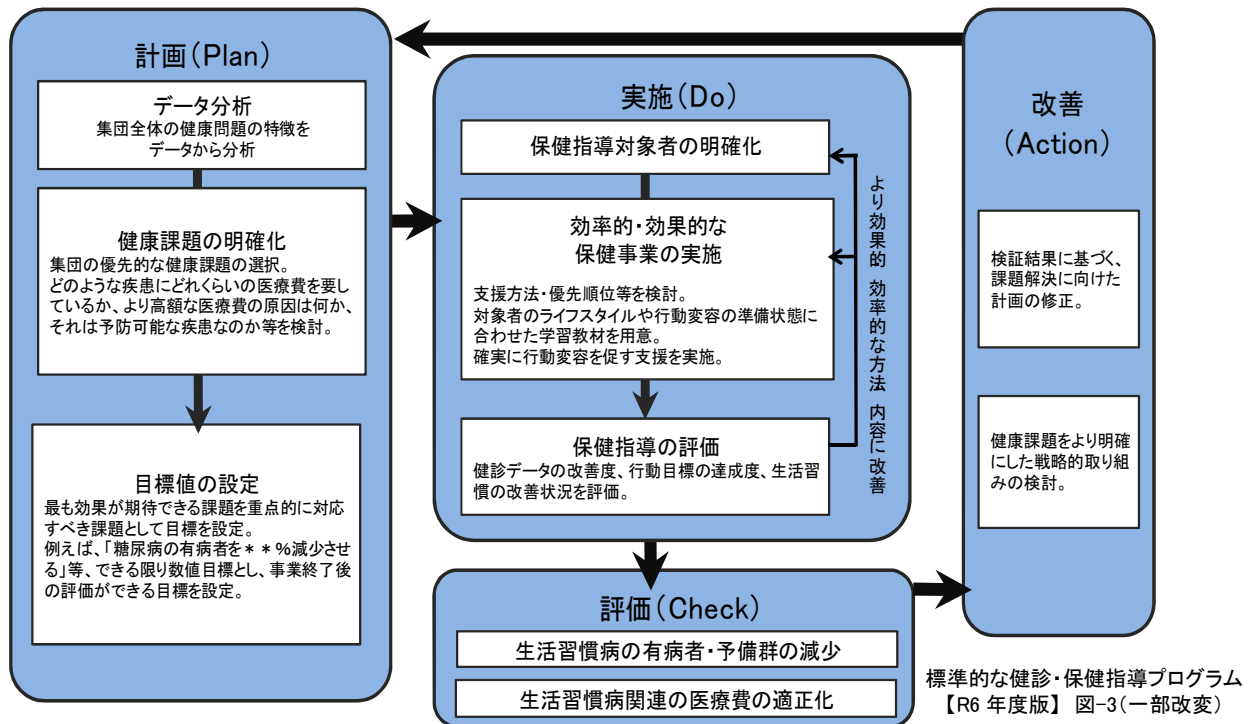
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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) 2024~2035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 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 療を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 世代の生活習慣病の改善、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(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・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・事業費連動分)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

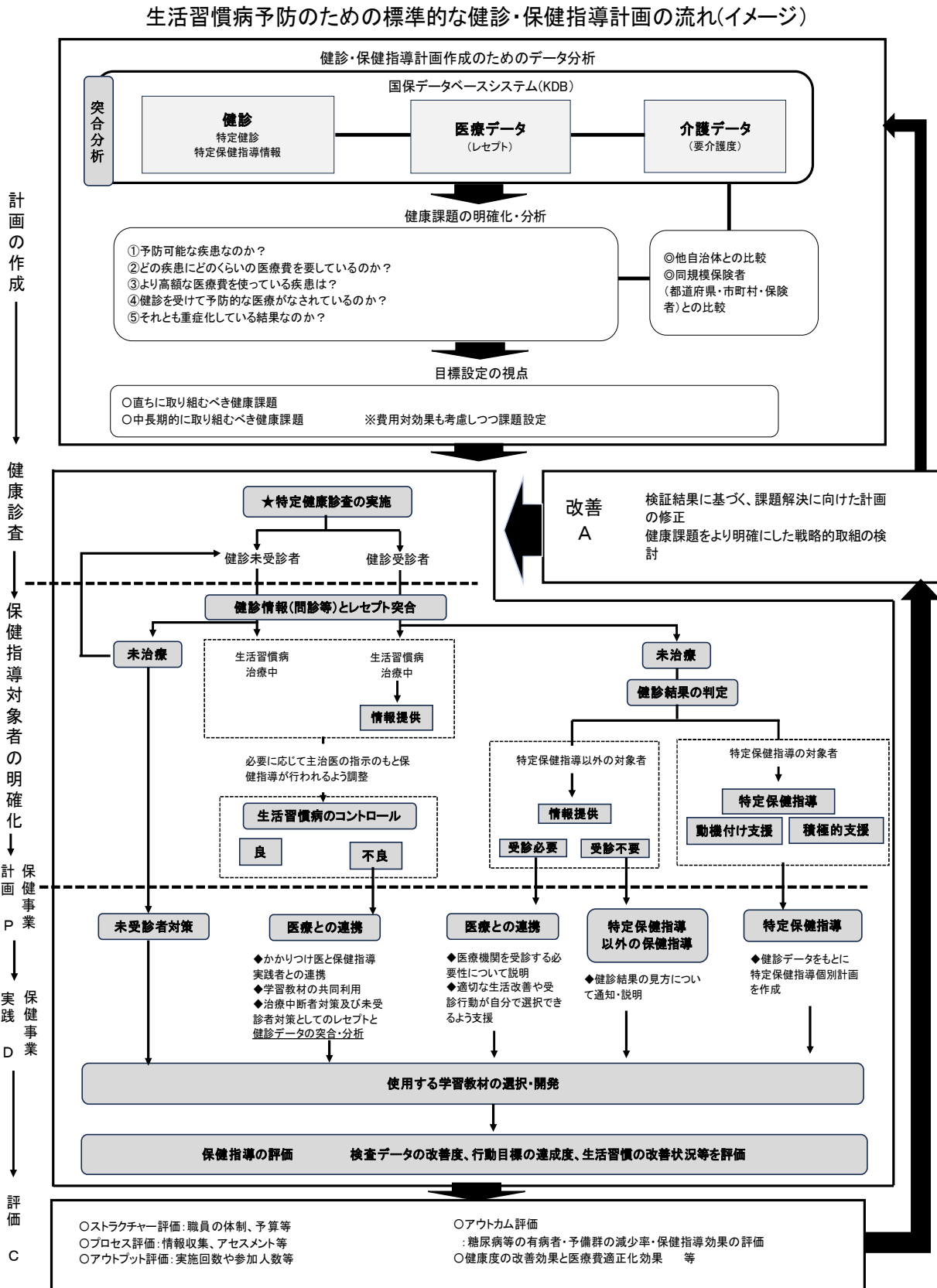


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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
	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		
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導		現在の健診・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、理想的な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、必要に応じて、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

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。
(R6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、R6 年度から R11 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

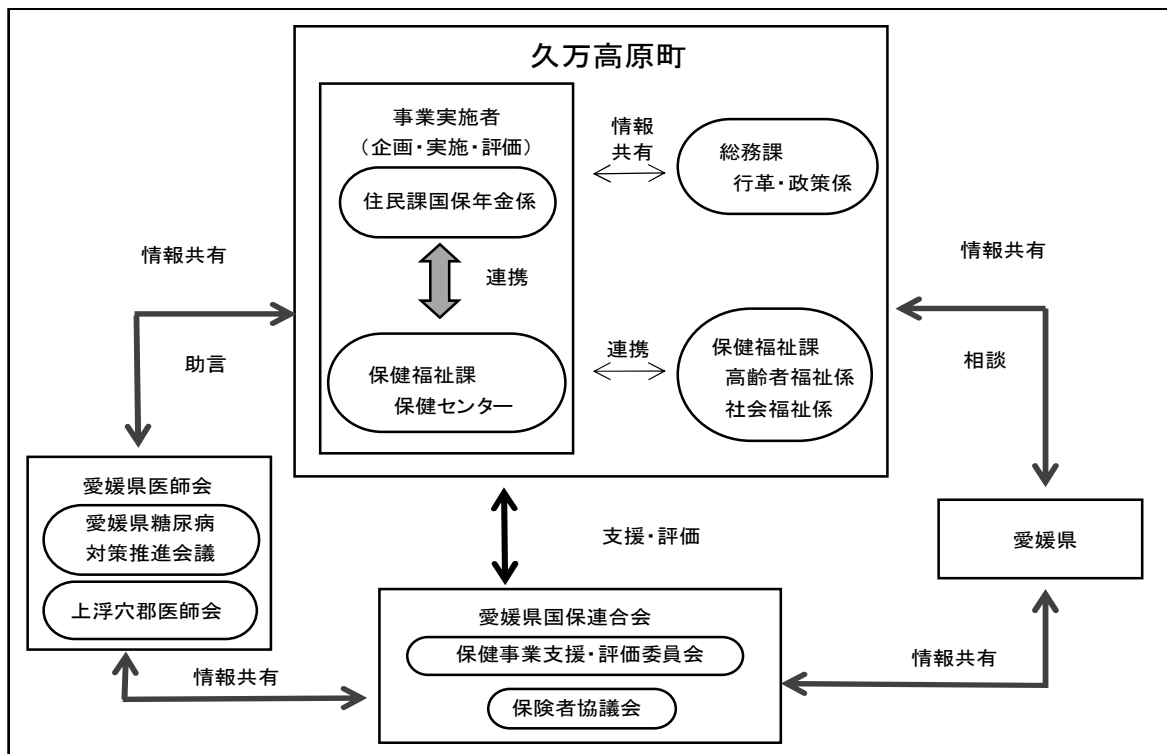
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(住民課国保年金係)、保健衛生部局(保健福祉課保健センター)、介護保険部局(保健福祉課高齢者福祉係)、企画部局(総務課行革・政策係)、生活保護部局(保健福祉課社会福祉係)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・チームの業務をマニュアル化する等により、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 久万高原町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 歯・・・歯科衛生士 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当

	住民課 国保年金係			保健福祉課 保健センター										
	保	保	事	保	保	保	保	保	保	保	保	管栄	歯	事
健康診査 受診勧奨	○		◎	○	○							◎		◎
保健指導	○	○		◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	
がん検診					◎									◎
予防接種													○	◎
母子保健						◎			○			○		
精神保健							◎	○						
歯科保健													◎	
高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施	◎		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である愛媛県のほか、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、愛媛県内各地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

また、愛媛県は市町村国保の財政責任の運営主体となる共同保険者であり、愛媛県の関与が特に重要となる保険者機能の強化について、県内各医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行えるよう、愛媛県医師会等との連携推進を求めます。

さらに、愛媛県と国保連は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者と積極的な連携に努めます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

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、H27年の国民健康保険法等の改正により、保険者(都道府県・市町村)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創設されました。

保険者における医療費適正化の取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する制度として、H30年度より本格的に実施されています(取組評価分)。(図表8)

R2年度からは、取組評価分に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、「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抜本的に後押しされています(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されており、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			R3年度得点		R4年度得点		R5年度得点	
			久万高原町	配点	久万高原町	配点	久万高原町	配点
交付額(万円)			341		391		448	
全国順位(1,741市町村中)			1226位		976位		613位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70
		(2)特定保健指導実施率	65	70	90	70	110	70
		(3)メタリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	40	40	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	45	90	50	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	45	50	50	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	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	35	100	35	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	12	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	43	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	69	95	53	100	58	100
合計点			489	1,000	548	960	598	940

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口 7,316 人で高齢化率は 50%と高齢者の多い町です。同規模、県、国と比較すると、被保険者の平均年齢が 56.4 歳とどこよりも高く、出生率の低い、財政力指数が低い町となっています。産業においては、第1次産業が 30.0%と同規模と比較しても高く、農林業従事者の割合が高いことから、被保険者の生活習慣及び生活のリズム、働き方を把握し、働き盛り世代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 26.4%で、被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が 51%を占めています。(図表 10)

町内には 1 つの病院、11 の診療所があり、同規模と比較すると診療所の割合は約 2 倍で、病床数、医師数共に多いことから、医療資源に恵まれていることもあり、外来患者数及び入院患者数共に高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9 同規模・県・国と比較した久万高原町の特性

R4年度										
	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)%	財政力 指数%	第1次 産業%	第2次 産業%	第3次 産業%
久万高原町	7,316	50.0	1,929 (26.4)	56.4	3.1	22.6	0.2	30.0	14.7	55.3
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
愛媛県	--	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、久万高原町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4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	2,218		2,166		2,168		2,033		1,929	
65～74歳	1,058	47.7	1,051	48.5	1,082	49.9	1,055	51.9	984	51.0
40～64歳	770	34.7	720	33.2	682	31.5	633	31.1	599	31.1
39歳以下	390	17.6	395	18.2	404	18.6	345	17.0	346	17.9
加入率	26.3		25.7		25.7		24.1		26.4	

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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	愛媛県
											割合	割合
病院数	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	0.4	0.5
診療所数	11	5.0	11	5.1	11	5.1	11	5.4	11	5.7	2.7	4.3
病床数	77	34.7	77	35.5	77	35.5	77	37.9	77	39.9	37.4	73.4
医師数	14	6.3	14	6.5	14	6.5	14	6.9	13	6.7	4.2	13.7
外来患者数	758.2		764.3		718.2		757.8		768.0		692.2	748.2
入院患者数	29.0		29.0		29.4		25.9		26.0		22.7	23.0

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、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、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

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

本町の R4 年度の要介護認定者について、2号(40～64歳)被保険者8人(認定率0.37%)で H30 年度と比べ減っています。1号(65歳以上)被保険者988人(認定率27.0%)は、同規模・県・国と比較すると認定率は高く、平成30年度と比べて65～74歳の認定者数・率共に増えています。(図表12)

また、75歳以上の人口減少に伴い、認定者数は減少しているにもかかわらず、介護給付費は約15.7億円から約16.1億円に増加しています。(図表13)

さらに、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、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、60.7%の有病状況で、65～74歳の前期高齢者になると増加しています。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98.0%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

	久万高原町				同規模	愛媛県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	3,984人	47.3%	3,655人	50.0%	39.4%	33.4%	28.7%
2号認定者	11人	0.43%	8人	0.37%	0.39%	0.41%	0.38%
新規認定者	3人		1人		--	--	--
1号認定者	1,022人	25.7%	988人	27.0%	19.4%	21.6%	19.4%
新規認定者	139人		116人		--	--	--
65～74歳	65人	5.0%	85人	6.4%	--	--	--
新規認定者	17人		19人		--	--	--
75歳以上	957人	35.6%	903人	38.9%	--	--	--
新規認定者	122人		97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

	久万高原町		同規模	愛媛県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	15億7142万円	16億1159万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	394,433	440,927	314,188	320,144	290,668
1件あたり給付費(円)全体	72,815	70,443	74,986	62,527	59,662
居宅サービス	42,841	42,990	43,722	44,617	41,272
施設サービス	288,894	293,813	289,312	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(R4 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)		8		85		903		988				
再)国保・後期		4		72		847		919				
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	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	1	脳卒中	34	脳卒中	525	脳卒中	559	脳卒中	560
				25.0%		47.2%		62.0%		60.8%		60.7%
		2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	27	虚血性心疾患	431	虚血性心疾患	458	虚血性心疾患	458
				0.0%		37.5%		50.9%		49.8%		49.6%
	合併症	3	腎不全	0	腎不全	9	腎不全	157	腎不全	166	腎不全	166
				0.0%		12.5%		18.5%		18.1%		18.0%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	16	糖尿病合併症	91	糖尿病合併症	107	糖尿病合併症	107
				0.0%		22.2%		10.7%		11.6%		11.6%
血管疾患合計			4	合計	67	合計	841	合計	908	合計	912	
			100.0%	93.1%	99.3%	98.8%	98.8%	98.8%	98.8%	98.8%		
認知症		認知症	0	認知症	16	認知症	381	認知症	397	認知症	397	
			0.0%		22.2%		45.0%		43.2%		43.0%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	4	筋骨格系	67	筋骨格系	843	筋骨格系	910	筋骨格系	914	
			100.0%		93.1%		99.5%		99.0%		99.0%	

※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

本町の医療費は、国保加入者の減少に伴い、H30 年度と比較して総医療費は減少したものの一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 2 万円高い状況です。

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 42%を占めており、1 件あたりの入院医療費は H30 年度と比較して横ばいの状況です。(図表 15)

さらに、年齢調整をした地域差指数でみると、H30 年度より改善していますが、全国平均の 1 を大きく超え、さらに県平均よりも高い状況です。(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、入院を抑制するためには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15 医療費の推移

	久万高原町		同規模	愛媛県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)	2,218人	1,929人	--	--	--
前期高齢者割合	1,058人 (47.7%)	984人 (51.0%)	--	--	--
総医療費	9億3140万円	7億6587万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	419,928	397,030	376,732	390,048	339,680
		県内1位 同規模18位		県内10位 同規模82位	
入院	1件あたり費用額(円)	523,680	522,090	588,690	617,950
	費用の割合	44.4	42.1	43.7	39.6
	件数の割合	3.7	3.3	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額	25,050	24,390	24,870	24,220
	費用の割合	55.6	57.9	56.3	60.4
	件数の割合	96.3	96.7	96.8	97.5
受診率	787.226	794.032	714.851	771.192	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は久万高原町と同規模保険者240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			
	久万高原町 (県内市町村中)		愛媛県(47県中)	久万高原町 (県内市町村中)		愛媛県(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	1.174	1.069	1.027	0.989	1.019	1.014
		(1位)	(2位)	(21位)	(11位)	(8位)	(19位)
	入院	1.285	1.244	1.089	0.956	1.025	1.037
		(3位)	(2位)	(20位)	(12位)	(12位)	(20位)
	外来	1.130	0.955	0.933	1.051	1.028	1.001
		(1位)	(11位)	(23位)	(5位)	(6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、H30年度と比較すると大幅に減少しています。これは、人工透析者が他保険に移行したことが大きく影響しています。虚血性心疾患については、H30年度より0.4%増えました。脳血管疾患は0.3%減ったものの同規模、県よりも高くなっています。(図表 17)

さらに、患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況をH30年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析いずれも患者数及び割合は減少しています。ただし、40～64歳の虚血性心疾患の割合は増えており、働き盛りの突然死、急性期の高額な医療費、また退院後の日常生活の制限など、患者本人や家族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 18)

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			久万高原町		同規模	愛媛県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			9億3140万円	7億6587万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億0335万円	5140万円	--	--	--
			11.10%	6.71%	7.67%	7.91%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.46%	2.16%	2.06%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.84%	1.28%	1.47%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	7.34%	2.74%	3.83%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.46%	0.52%	0.32%	0.27%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.64%	16.78%	16.76%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		14.94%	11.59%	9.27%	9.80%	8.68%
	精神疾患		9.52%	5.37%	7.98%	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	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	2,218	1,929	a	209	153	252	200	15	8	
				a/A	9.4%	7.9%	11.4%	10.4%	0.7%	0.4%	
40歳以上	B	1,828	1,583	b	209	152	251	199	15	8	
	B/A	82.4%	82.1%	b/B	11.4%	9.6%	13.7%	12.6%	0.8%	0.5%	
再 掲	40~64歳	C	770	599	c	42	32	59	53	7	4
		C/A	34.7%	31.1%	c/C	5.5%	5.3%	7.7%	8.8%	0.9%	0.7%
	65~74歳	D	1,058	984	d	167	120	192	146	8	4
		D/A	47.7%	51.0%	d/D	15.8%	12.2%	18.1%	14.8%	0.8%	0.4%

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、治療者の割合は増えている一方で、40~64歳の虚血性心疾患の割合は増えています。本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、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ことが考えられます。(図表 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	836	779	227	183	609	596	
	A/被保数	45.7%	49.2%	29.5%	30.6%	57.6%	60.6%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	121	88	27	19	94	69
		B/A	14.5%	11.3%	11.9%	10.4%	15.4%	11.6%
	虚血性心疾患	C	190	170	35	42	155	128
		C/A	22.7%	21.8%	15.4%	23.0%	25.5%	21.5%
	人工透析	D	15	8	7	4	8	4
		D/A	1.8%	1.0%	3.1%	2.2%	1.3%	0.7%

出典：KDBシステム_疾病管理一覽(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 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	532	505	139	130	393	375	
	A/被保数	29.1%	31.9%	18.1%	21.7%	37.1%	38.1%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	82	64	18	15	64	49
		B/A	15.4%	12.7%	12.9%	11.5%	16.3%	13.1%
	虚血性心疾患	C	121	110	26	26	95	84
		C/A	22.7%	21.8%	18.7%	20.0%	24.2%	22.4%
	人工透析	D	12	4	5	1	7	3
		D/A	2.3%	0.8%	3.6%	0.8%	1.8%	0.8%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	73	74	25	23	48	51
		E/A	13.7%	14.7%	18.0%	17.7%	12.2%	13.6%
	糖尿病性網膜症	F	90	81	23	22	67	59
		F/A	16.9%	16.0%	16.5%	16.9%	17.0%	15.7%
	糖尿病性神経障害	G	22	14	5	3	17	11
		G/A	4.1%	2.8%	3.6%	2.3%	4.3%	2.9%

出典：KDBシステム_疾病管理一覽(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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	873	767	243	199	630	568	
	A/被保数	47.8%	48.5%	31.6%	33.2%	59.5%	57.7%	
（中長期合併症目標疾患）	脳血管疾患	B	119	77	18	18	101	59
		B/A	13.6%	10.0%	7.4%	9.0%	16.0%	10.4%
	虚血性心疾患	C	195	159	44	40	151	119
		C/A	22.3%	20.7%	18.1%	20.1%	24.0%	21.0%
	人工透析	D	4	3	3	2	1	1
		D/A	0.5%	0.4%	1.2%	1.0%	0.2%	0.2%

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 H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で 26.9%、糖尿病で 7.3%います。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナ感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上と、要医療域の方には受診勧奨や治療継続を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)	未治療	治療中断	
久万高原町	884	51.9	786	50.8	46	5.2	27	58.7	67	8.5	32	47.8	18	26.9	2	3.0
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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	未治療 (内服なし)	未治療	治療中断	
久万高原町	884	100.0	786	100.0	56	6.3	12	21.4	55	7.0	13	23.6	4	7.3	0	0.0
愛媛県	76,277	99.9	65,894	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症させる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、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30年度とR4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、0.4ポイント伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。

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ました。HbA1c6.5%以上およびⅡ度以上高血圧の者の割合が増加し、翌年度の結果を見ると改善率が下がってきています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。LDL-C160以上の者についても改善率が下がっており、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、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・24・25・26)

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		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	884 (51.9%)	185 (20.9%)	70 (7.9%)	115 (13.0%)	68 (7.7%)
R4年度	764 (52.6%)	163 (21.3%)	67 (8.8%)	96 (12.6%)	73 (9.6%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	106 (12.0%)	29 (27.4%)	36 (34.0%)	12 (11.3%)	29 (27.4%)
R3→R4	107 (13.6%)	24 (22.4%)	36 (33.6%)	14 (13.1%)	33 (30.8%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	46 (5.2%)	20 (43.5%)	12 (26.1%)	2 (4.3%)	12 (26.1%)
R3→R4	67 (8.5%)	24 (35.8%)	19 (28.4%)	2 (3.0%)	22 (32.8%)

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→R1	86 (9.7%)	51 (59.3%)	15 (17.4%)	2 (2.3%)	18 (20.9%)
R3→R4	71 (9.0%)	42 (59.2%)	12 (16.9%)	4 (5.6%)	13 (18.3%)

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

本町の特定健診受診率は、H30 年度には 51.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で R1～2 年度に受診率が低下し、その後徐々に回復しているものの、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) 若い世代の受診率向上のため託児健診や WEB 予約などを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)

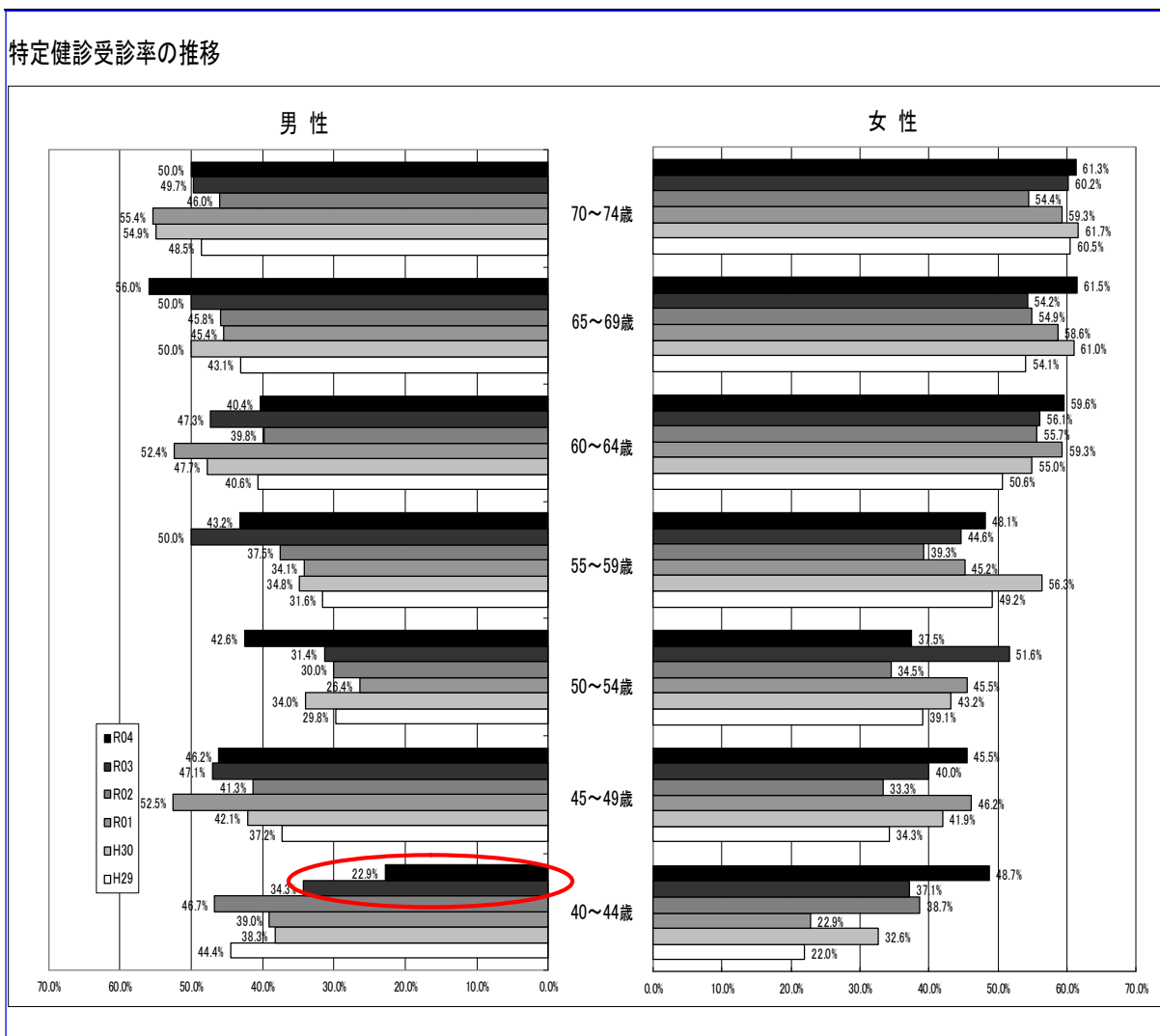
特定保健指導については目標を達成していますが、特定保健指導が継続している対象者が少ないこと、町外に勤務している個別健診受診者への訪問指導が困難であることなど課題が多い状況です。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	884	840	754	786	762	健診受診率 60%
	受診率	51.9%	51.1%	46.9%	50.8%	52.6%	
特定 保健指導	該当者数	94	92	75	84	74	特定保健指 導実施率 60%
	割合	10.6%	11.0%	9.9%	10.7%	9.7%	
	実施者数	33	65	73	71	62	
	実施率	35.1%	70.7%	97.3%	84.5%	83.8%	

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

県の糖尿病重症化予防プログラムに沿って、受診勧奨対象者を抽出後、レセプトを確認し、定期的に検査をされている方などを除外した上で、HbA1c6.5%以上の未治療者に対し受診勧奨のための保健指導を実施しました。実施率は100%で、約6割の方を医療機関受診につなぐことが出来ましたが、残り4割の受診のない方に対しては継続して受診勧奨を実施するように体制を強化する必要があります。また、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診継続の支援の必要があります。(参考1)

治療中の方への保健指導は、当初HbA1c8.0以上の方を対象としていましたが、R4年度からは糖尿病腎症2期以上の方も対象とし、腎臓を守るための生活習慣指導や専門医への受診勧奨など重症化予防に取り組みました。今後も医療機関と連携しながら支援を行っていきます。

肥満ではないが、HbA1c6.0~6.5%の方で前年度より数値が悪化されている方に対して、健診結果送付時に糖尿病予防についてのチラシ等を同封し、情報提供を行いました。今後も継続します。

参考1 糖尿病重症化予防対象者及び受診勧奨・保健指導実施者数

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者数(人)	884	840	754	786	762
血糖値有所見者数(人)	106	107	92	107	113
有所見率(%)	11.9	12.7	12.2	13.6	14.8
受診勧奨対象者数(人)	33	39	27	38	40
実施者数/町で決めた受診勧奨者数	17/17	15/15	16/16	25/25	19/19
受診者(人)	9	9	8	14	11
実施数/町で決めた保健指導対象者	8/14	11/11	19/22	14/16	7/7

保健センター保健事業報告書より

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

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、集団健診においては、全受診者に心電図検査を実施しています。R3 年度から心房細動未治療者に対しては、受診勧奨及び個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。(参考2)

参考2 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(人)a	732	694	621	619	659
心電図受診者(人)b	731	694	621	619	659
心電図実施率 b/a	99.9	100	100	100	100
要医療者(人)	12	13	8	8	10
要精密検査者(人)	66	45	45	54	59
要経過観察(人)	126	114	92	131	128
異常なし(人)	528	522	476	426	462
有所見率(%)	27.8	24.8	23.3	31.2	29.9
心房細動(人)	8	10	6	7	10
心房細動有所見率(%)	1.1	1.4	1.0	1.1	1.5
うち心房細動未治療(人)				1	4

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、H30 年度から増加しています。一方で、血圧Ⅱ度以上の未治療者は、減少しました。血圧Ⅲ度の者の割合は、ほぼ横ばいで、約半数が未治療者でした。(参考3)

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。参考 4 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。これまで「Ⅱ度高血圧以上の未治療者」を最優先に、受診勧奨及び家庭血圧記録のための血圧記録手帳を活用する保健指導を行ってきました。しかしながら、血圧Ⅱ度以上の者の割合は増加しており、高血圧の治療をしているにもかかわらず、血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者の割合も R4 年度は 50.7%と増加しています。脳血管疾患重症化予防対策として、治療の必要性を理解してもらうための支援は早期から必要です。さらに高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者に対しては、服薬状況の確認に加え、医療機関と連携した取り組みが必要です。

参考3 高血圧Ⅱ度以上の者のうち未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	884	840	754	786	792
	人(b)	46	65	65	67	75
血圧Ⅱ度以上の者	(b/a)	5.2%	7.7%	8.6%	8.5%	9.5%
	人(c)	19	30	36	35	38
治療あり	(c/b)	41.3%	46.2%	55.4%	52.2%	50.7%
	人(d)	27	35	29	32	37
治療なし	(d/b)	58.7%	53.8%	44.6%	47.8%	49.3%
	人(f)	8	19	11	14	12
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	(f/a)	0.9%	2.3%	1.5%	1.5%
	治療あり	人	4	9	7	5
	治療なし	人	4	10	4	7
実施者数/町で決めた受診勧奨者数					20/25	27/27
受診した者		人			9	14

※KDBシステムより

※保健センター調べ

参考 4 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

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 診察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		高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)		130~139 /80~89	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)	213	94 44.1%	82 38.5%	30 14.1%	7 3.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	12 5.6%	C 3 3.2%	B 4 4.9%	B 5 16.7%	A 0 0.0%
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	105 49.3%	C 51 54.3%	B 41 50.0%	A 10 33.3%	A 3 42.9%
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2つ以上ある	96 45.1%	B 40 42.6%	A 37 45.1%	A 15 50.0%	A 4 57.1%

…高リスク

…中等リスク

…低リスク

区分	該当者数
A	69 32.4%
B	90 42.3%
C	54 25.4%

※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。

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(R6 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程されることも大きい。」とされています。

久万高原町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、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。

H31年度からの新型コロナウイルス感染症の流行により、出前講座は実施できませんでしたが、広報久万高原に健康づくりに関する情報を掲載したり、保健センターが実施する健康はつらつフェスティバルを活用し、生活習慣病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の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広く町民へ周知を行いました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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	
			初年度 H30	中間 評価 R2	最終 評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.73%	2.92%	2.16%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.18%	1.51%	1.28%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	7.80%	6.36%	0%		
	短期目標	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	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	27.9%	31.4%	30.9%	久万高原町保健センター
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.9%	7.7%	9.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	19.7%	24.6%	24.9%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.4%	12.7%	14.3%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	5.9%	21.4%	38.5%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	30.0%	15.4%	52.7%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	100%	92.9%	100%	
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	51.9	46.9	52.6	法定報告値		
	特定保健指導実施率60%以上	35.1	97.3	83.8			
	特定保健指導対象者の割合の減少	10.6	9.9	9.7			
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	3.2	11.4	15.6	地域保健事業報告	
		肺がん検診受診者の増加	27.7	21.5	23.4		
		大腸がん検診受診者の増加	21.9	20.6	26.4		
		子宮がん検診受診者の増加	…	18.0	20.3		
		乳がん検診受診者の増加	…	23.4	37.3		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	…	19.0	24.6		
	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	69.7%	77.2%	79.4%	厚生労働省	

3) 第2期計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきました。

1) 新規および不定期受診の方が特定健診(各種がん検診、歯周病検診等も含む)を毎年受診する取り組み

- ① 社保等から国保に加入する際に受診勧奨しました。
- ② 特定健診受診者にインセンティブを提供しました。
- ③ 医療機関での個別健診や町立病院などの施設健診についても案内し、受診率向上の一助になりました。
- ④ 医療機関をはじめ、歯科医療機関・薬局・社会福祉関係団体などにも健診受診勧奨を依頼しました。

2) 特定保健指導対象者を減らす取り組み

- ① 特定保健指導対象者の台帳を作成し、保健指導の進捗状況を確認しました。特に継続対象者については悪化しないよう、定期的に訪問や電話等で支援を行い、健診受診勧奨も行いました。
- ② 保健指導に係るスタッフの力量形成や指導方法の標準化に努めました。
- ③ 39歳以下の若年者についても保健指導を実施しました。
- ④ 集団健診受診者のみでなく、個別健診についても結果を速やかに把握、精査し、指導対象者に速やかに保健指導を実施しました。

3) 重症化予防対策について(脳・心・腎を守る取り組み)

まず、健診結果が判明次第、担当保健師が以下の条件で対象者を抽出し、保健指導対象者名簿を作成しました。

- ① 特定保健指導対象者
- ② 糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者
- ③ II度以上高血圧(収縮期血圧 160mmHg かつ/または拡張期血圧 100mmHg 以上)の方。
※高血圧治療中の方は、R5年度から対象としました。
- ④ 心電図検査の結果、心房細動と判定された方
- ⑤ その他、要精密検査や要再検査と判定された方

①～④について、対象者名簿をもとに町保健師・管理栄養士が速やかに家庭訪問し、受診勧奨及び保健指導を実施しました。介入結果については、管理台帳および個人カルテに記入し、情報管理に留意しながら、継続した支援ができるようにしました。特定健診未受診かつ過去に②及び③に該当し、治療中断や不定期受診の方については、特定健診の受診勧奨を行いました。

保健指導にあたっては、保健指導従事者確保に努め、力量形成のため研修の機会を増やしたり、保健指導ツールの活用やケース検討を行いました。

R4年度からは、対象を年度年齢 84歳までとし、国保と後期の一体的実施に取り組んでいます。

なお、⑤について、従来から精密検査依頼状を発行しており、医療機関からの指示に基づき保健指導を行い、その結果を報告、治療の継続や保健指導の協力を得ました。

4)減塩の取り組み

乳幼児を対象とした健診や相談事業、幼稚園・こども園児とその保護者を対象とした食育教室において、天然だしのよさを普及することにより、減塩の推進を行いました。

小学5年生・6年生とその保護者を対象とした学校プロジェクトにおいて、小児生活習慣病についての知識を学ぶ中で、「減塩」に関するアクティビティ体験も実施し、児童と保護者の意識の向上を図りました。

集団健診会場で、尿中ナトリウムとカリウム比測定を行いました。自分自身の摂取したナトリウムとカリウムのバランスを認識し、減塩・野菜摂取についての食習慣を見直すきっかけづくりを行いました。

5)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

①R4年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を開始しました。

②ハイリスクアプローチについて、健診結果やレセプト等のデータをもとに糖尿病性腎症重症化・高血圧重症化・低栄養に該当する方に保健指導を行いました。また、健康状態不明者については、在宅介護支援センター等と連携を図り、高齢者問診票を活用した健康状態の評価を行い、健診受診勧奨や必要なサービスに速やかに繋げました。

③ポピュレーションアプローチについて、通いの場(サロン、百歳体操等)に出向き、フレイルに関する知識の普及啓発、高齢者問診票を活用した個別健康相談などを行いました。必要に応じてかかりつけ医等に情報提供し、フレイル予防に努めました。

④地域包括ケア推進会議に国保部門として参加しました。

6)新しい生活様式の中での保健事業の実施について

健診や保健指導の際、感染症蔓延を不必要に恐れることのないよう、スタッフ間で感染症対策の徹底を行い、住民にも正しい知識の普及啓発や健康相談に努めました。

以上のことに取り組んだ結果、一人あたり医療費の抑制や新規透析患者の減少が医療費適正化につながったと思われます。

しかし、介護給付費の増加、働き盛り世代の虚血性心疾患の増加、メタボリックシンドローム該当者の増加など解決していない課題も多い現状です。その背景として、受診勧奨しても受診につながらない、受診してもその後の継続支援が不十分であったと考えられます。

適正な医療につなげるためには、今後も住民自らがからだの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上対策を、また、糖尿病性腎症重症化予防に加え、循環器疾患についても発症・重症化予防対策を講じる必要があります。

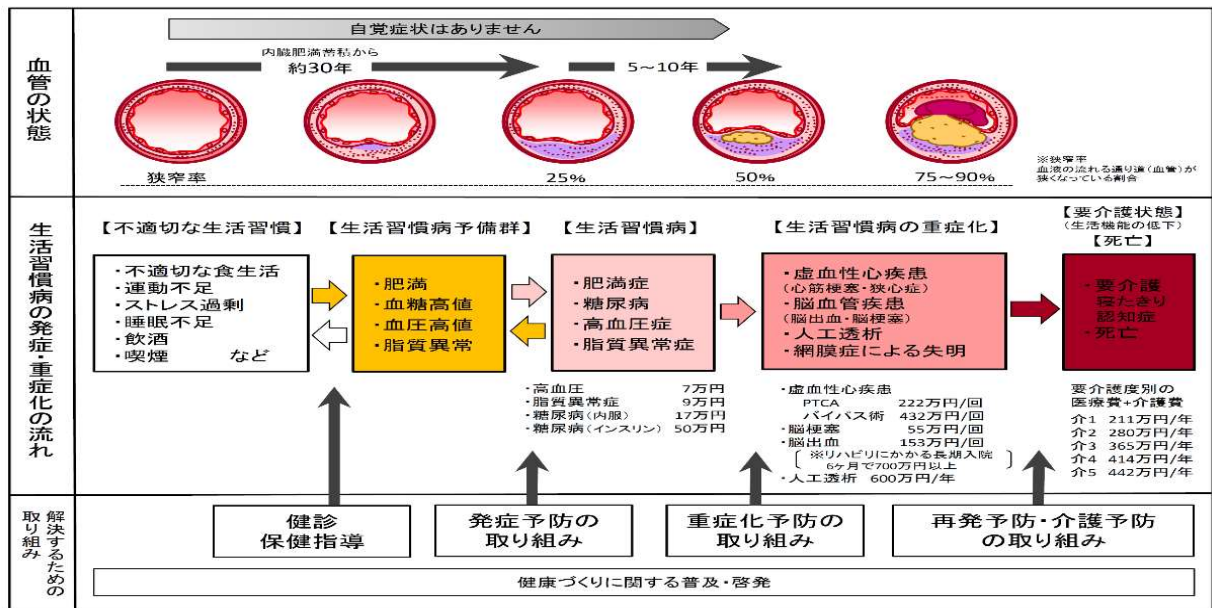
3. 第3期計画における健康課題の明確化

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 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

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歳に到達した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。

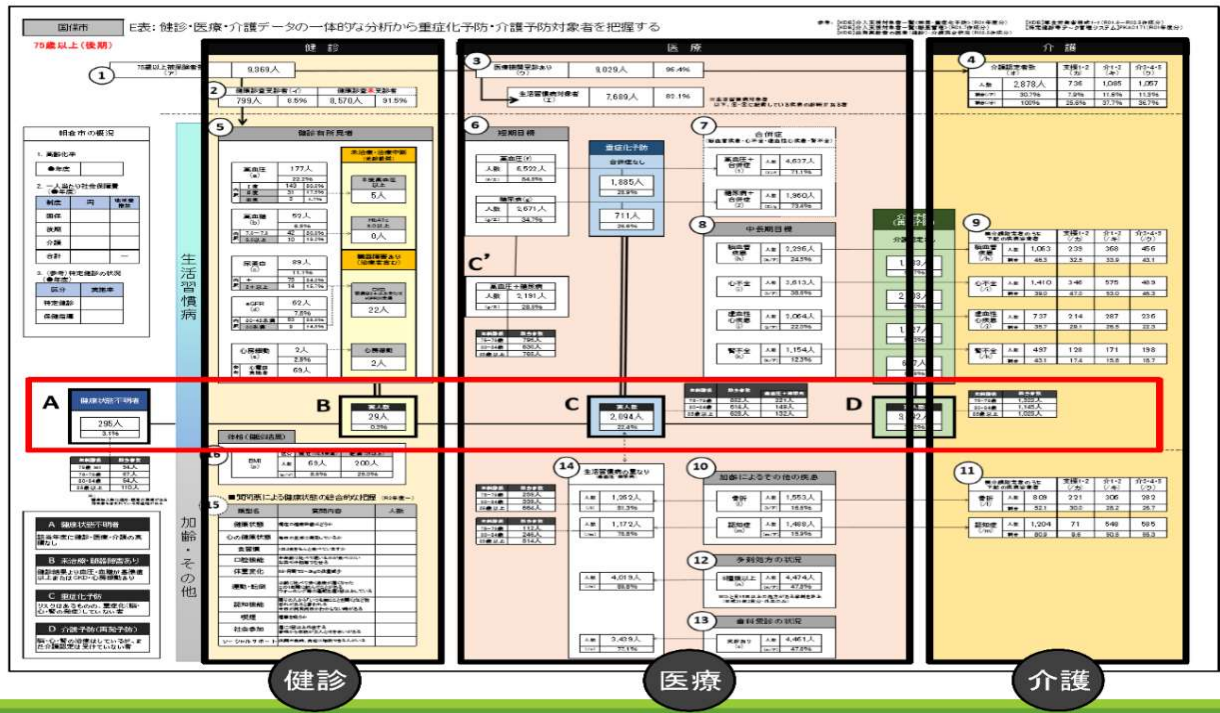
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいのですが、制度的な背景により事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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ため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 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 31 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 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
被保険者数	2,218人	2,166人	2,168人	2,033人	1,929人	2,297人	
総件数及び総費用額	件数	21,459件	21,022件	19,496件	19,891件	18,813件	33,862件
	費用額	9億3140万円	9億0576万円	9億0709万円	8億2909万円	7億6587万円	20億4531万円
一人あたり医療費	42.0万円	41.8万円	41.8万円	40.8万円	39.7万円	89.0万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 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		
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
① 国保	久万高原町	7億6587万円	32,325	2.74%	0.52%	2.16%	1.28%	7.57%	3.75%	2.67%	1億5850万円	20.70%	16.8%	5.37%	11.59%
	同規模	160922億3624万円	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	310億2326万円	19.28%	16.8%	7.98%	9.27%
	愛媛県	109496億4973万円	31,528	3.75%	0.27%	2.30%	1.58%	5.53%	3.10%	1.91%	202億0278万円	18.45%	17.4%	8.34%	9.80%
	国	9337411億4791万円	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	17370億6671万円	18.60%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	久万高原町	20億4531万円	72,795	2.57%	0.41%	5.16%	2.13%	4.33%	3.67%	1.97%	4億1405万円	20.24%	6.6%	3.75%	16.4%
	同規模	—	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	—	18.77%	10.3%	3.53%	12.4%
	愛媛県	—	72,588	4.43%	0.50%	4.32%	1.80%	4.12%	3.07%	1.39%	—	19.62%	10.5%	3.60%	14.0%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.12%	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 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	85人	82人	89人	85人	66人	195人
	件数	B	140件	154件	170件	146件	135件	344件
		B/総件数	0.65%	0.73%	0.87%	0.73%	0.72%	1.02%
	費用額	C	2億0677万円	1億9844万円	2億3477万円	2億1179万円	1億7495万円	4億2146万円
		C/総費用	22.2%	21.9%	25.9%	25.5%	22.8%	20.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度			
脳血管疾患	人数	D	4人	7人	7人	3人	4人	23人		
		D/A	4.7%	8.5%	7.9%	3.5%	6.1%	11.8%		
	件数	E	10件	13件	7件	3件	7件	52件		
		E/B	7.1%	8.4%	4.1%	2.1%	5.2%	15.1%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	2	0	0	0	75-80歳	5	9.6%
		60代	1	3	3	2	4	80代	36	69.2%
		70-74歳	9	8	4	1	3	90歳以上	11	21.2%
	費用額	F	1113万円	1696万円	920万円	326万円	931万円	6165万円		
		F/C	5.4%	8.5%	3.9%	1.5%	5.3%	14.6%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 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	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度			
虚血性心疾患	人数	G	0人	6人	2人	4人	3人	10人		
		G/A	0.0%	7.3%	2.2%	4.7%	4.5%	5.1%		
	件数	H	0件	7件	2件	4件	3件	10件		
		H/B	0.0%	4.5%	1.2%	2.7%	2.2%	2.9%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	1	1	1	1	75-80歳	2	20.0%
		60代	0	1	0	2	0	80代	6	60.0%
		70-74歳	0	5	1	1	2	90歳以上	2	20.0%
	費用額	I		926万円	202万円	903万円	485万円	1782万円		
		I/C	#VALUE!	4.7%	0.9%	4.3%	2.8%	4.2%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 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			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		後期健診	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	35.6	743	1,026	2,623	41.3	53.8	34.8	6.5	3.4	6.7	31.9	34.4	25.2
R4	37.6	583	1,076	2,334	40.0	51.3	36.3	3.9	4.7	5.7	38.2	31.7	27.3

図表 39 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	%							
H30	15	4.9	(7)	31	5.6	(6)	67	7.3	(12)	15	4.9	(0)	38	6.9	(1)	7	0.8	(0)	5	1.6	12	2.2	39	4.3	2	0.7	6	1.1	17	1.9
R4	17	7.3	(7)	55	10.0	(11)	113	13.3	(15)	20	8.6	(0)	39	7.1	(1)	10	1.2	(0)	2	0.9	9	1.6	44	5.2	0	--	6	1.1	14	1.7

図表 40 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 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)			⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 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		
	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	81.6	93.2	96.5	35.1	67.0	88.0	75.9	79.8	86.7	45.2	51.2	41.6	31.4	38.0	36.0	47.0	55.8	79.4	52.5	56.5	79.5
R4	85.1	92.9	94.1	39.5	67.1	86.1	70.4	83.0	88.2	52.2	53.6	47.9	31.7	42.1	41.3	46.9	53.6	80.2	48.3	57.9	80.6

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 41 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 中長期目標の疾患(被保険者)												⑨ 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		
	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	5.0	14.5	36.4	7.0	15.6	31.8	7.4	19.4	48.4	6.7	8.7	15.1	10.8	10.7	48.4	0.0	6.9	41.1	3.6	7.5	45.8	0.0	12.4	48.1
R4	4.3	11.2	31.5	8.4	13.5	29.2	8.4	19.1	51.1	6.7	9.9	15.9	4.0	24.0	53.9	0.0	11.0	44.7	2.0	14.6	47.7	0.0	10.3	47.3

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑩ 加齢による その他の疾患 (被保険者割)				⑪ 加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		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	73.8	87.0	66.7	86.2	6.3	17.6	1.8	16.3	10.8	55.2	50.0	79.9
R4	67.1	88.4	80.0	87.1	6.5	18.8	1.9	16.6	14.3	57.2	70.0	82.4

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 32~42)

国保の被保険者数は年々減り、一人あたり医療費も減少傾向です。しかし後期高齢者になると一人あたり 89 万円と国保の 39.7 万円の 2.0 倍も高い状況です。(図表 32)

久万高原町は、これまで糖尿病に重点を置いて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の総医療費に占める割合は、糖尿病・高血圧・脂質異常症いずれも同規模と比べて高く、中長期目標疾患について国保では腎不全の透析なしの医療費に占める割合が、後期高齢では脳血管疾患・心疾患が同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 140 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2.5 倍に増えることがわかります。(図 34)

高額における疾病をみてみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で R1 年度が一番多く 13 件で約 1,700 万円費用がかかっていましたが R4 年度は 7 件と件数が減り、費用額も 931 万円と減っています。しかし、後期高齢においては、52 件発生し、約 6 千万円の費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 35)

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40~64 歳、75 歳以上が減っています。⑮の体格をみると、40~64 歳で、BMI25 以上の率が 6.3 ポイントも高くなってきています。図表 39 健診有所見の状況をみると、各年代でⅡ度以上高血圧・H_gAc7.0%以上の高血糖の人が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症の状況をみると、⑥C´糖尿病と高血圧を併せ持つリスクの高い人が増えており、⑦合併症がおこらないようリスクを下げるのが重要です。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、⑧40~64 歳で脳血管疾患は減り、心不全・虚血性心疾患が増えています。⑨要介護認定の状況では、65~74 歳で脳血管疾患が増えています。一体的分析においても循環器疾患が課題であることがわかります。

(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、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。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、糖尿病性腎症、循環器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章に記載していきます。

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(図表43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

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と考えると、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 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

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		
			初期値 R 6	中間評価 R 8	最終評価 R 11			
			(R4)	(R7)	(R10)	(活用データ)		
データヘルス計画	中長期目標	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	39.3%	38.0%	36.0%	KDBシステム	
			脳血管疾患による死亡の割合の減少	16.7%	16.0%	15.0%		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.16%	2.12%	2.00%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.28%	1.25%	1.20%		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	2.74%	2.70%	2.64%		
			新規透析導入者の割合の減少	1人	1人	1人		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	0人	0人	0人		
	短期目標	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	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	30.9%	28.0%	26.0%	ヘルスサポートラボツール
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	9.5%	9.2%	8.9%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	3.4%	3.2%	3.0%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	14.3%	13.0%	11.0%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	38.5%	35.0%	32.0%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	52.7%	55.0%	60.0%	久万高原町保健福祉課
				高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合	51.8%	55.0%	60.0%	
アウトプット	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	52.6%	56.0%	60.0%	法定報告値		
		★特定保健指導実施率60%以上	83.8%	85.0%	85.0%			
		特定保健指導対象者の減少率25%以上	12.0%	14.0%	16.0%			
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	9.7%	10.0%	12.0%			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四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、第一期及び第二期は 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、第三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 44 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	53%	55%	57%	58%	59%	60%以上
特定保健指導実施率	85%	85%	85%	85%	85%	85%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 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	1,570人	1,510人	1,450人	1,390人	1,330人	1,270人
	受診者数	832人	831人	827人	806人	785人	762人
特定保健指導	対象者数	80人	76人	72人	68人	64人	60人
	受診者数	65人	65人	60人	60人	58人	55人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

集団健診については、特定健診実施機関に委託します。

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

(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、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる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

集団健診は、愛媛県厚生連健診センター及び愛媛県総合保健協会の2健診機関で実施
 個別健診は、愛媛県医師会会員のうち集合契約により指定した約610の医療機関で実施

(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)

図表 46 特定健診検査項目

健診項目		久万高原町		国
		集団	個別	
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	○	□	□
	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も可

(5) 実施時期

集団健診は5月から10月、個別健診は4月から翌年3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、愛媛県国保連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、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

前年度	9月	各関係機関と事業打合せ(未受診者対策事業:前年実績報告等踏まえ次年度事業計画等)		
	10月			
	11月			
	12月	予算計上等準備		
	1月			
当該年度	2月	契約等準備、健診予約受付開始		
	3月			
	4月	健診機関と契約(個別健診の開始)	受診券発行条件登録及び受診券内容登録、受診券一括発行(委託先:国保連)	
	5月	(集団健診の開始)	受診券内容登録(月初)、差分発行、送付(随時対応)	未受診者勧奨通知①
	6月		健診データ受取	未受診者勧奨通知②
	7月		保健指導対象者の抽出(図表50)	
	8月		費用決裁	
	9月			
	10月			
	11月			
	12月			未受診者勧奨通知③
	1月			(受診券送付)
	2月			
次年度	3月			
	4月			
	5月			
	6月			

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健センター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

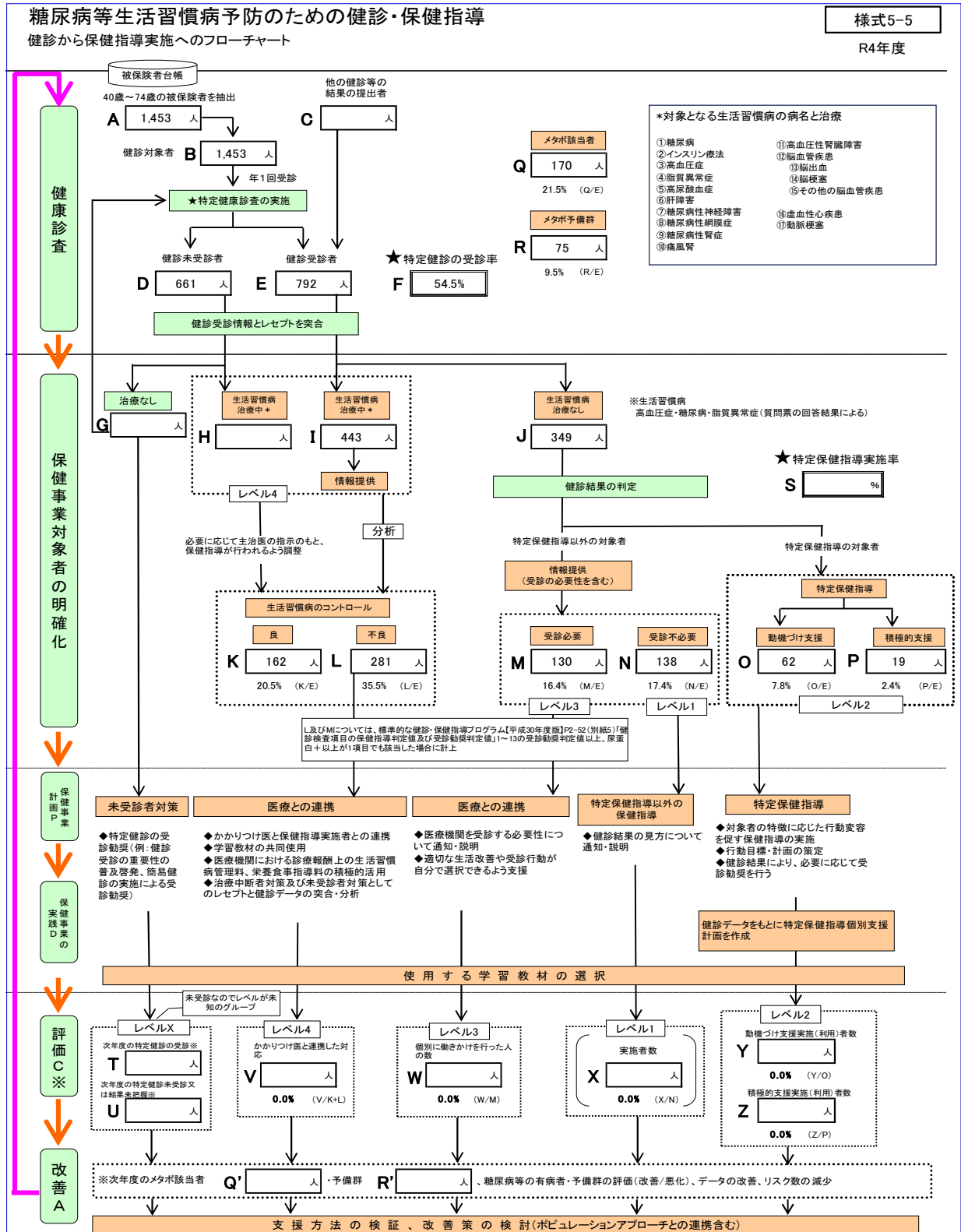
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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(R6 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 48 健診から保健指導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見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	81人 (10.2%)	85%
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	130人 (16.4%)	HbA1c6.5以上及びⅡ度以上高血圧については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 ・完全未受診者、不定期受診者等タイプ別に内容を変えて集団健診期間中に2回、受診勧奨を通知 ・受診券送付時にも再勧奨	661人 ※受診率目標達成まであと74人	100%
	L (一部)	情報提供 (血糖値及び血圧コントロール不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	糖尿病性腎症の病期2期以上及びⅡ度以上高血圧 66 (8.3%)	100%
4	I (上記L(一部)を除く)	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	377 (47.6%)	100%
	N			138人 (17.4%)	

(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ていきます。

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

		特定健診	特定保健指導および ハイリスク者保健指導
前年度	1月		◎次年度保健指導実施計画
	2月	◎健診案内・予約受付開始	
	3月	◎個別健診終了	
当 該 年 度	4月	◎個別健診開始	◎前年度健診受診者保健指導継続
	5月	◎関係機関に特定健診・特定保健指導、ハイリスク者保健指導協力依頼 ◎広報(受診勧奨・保健指導実施について)	
		◎集団健診・各種がん検診開始	
	6月		
	7月		◎当該年度保健指導の開始
			◎精密検査依頼状発行
	◎広報久万高原 健診・保健指導勧奨記事掲載		
	8月	◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告	
	9月		
	10月	◎集団健診終了	
	11月	◎未受診者受診勧奨	
	12月		◎要受診・要精密検査者医療機関からの返信
			◎各種がん検診精密検査の確認と未受診者への勧奨(集団健診)
	1月		◎次年度保健指導実施計画
	2月	◎次年度健診案内・予約受付開始	
3月	◎個別健診終了		
次年度	4月	◎健診事業話し合い	◎特定保健指導継続者の確認

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については、個人情報の保護に関する法律および久万高原町個人情報保護法施行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。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、久万高原町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。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・循環器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、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

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。

II. 重症化予防の取組

久万高原町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対象者を抽出すると、305人(38.5%)です。そのうち治療なしが90人(25.8%)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38人です。

また、久万高原町においては、治療なしの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、90人中44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 51 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-								R4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 による年間新発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(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2019年度合同研究報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		792人 54.5%																		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2015より</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>				CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small; margin-top: 5px;"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>327</td><td>465</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>245</td><td>547</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>93</td><td>699</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれか</td><td>443</td><td>349</td></tr> </table> ※問診結果による			治療中	治療なし	高血圧	327	465	脂質異常症	245	547	糖尿病	93	699	3疾患 いずれか	443	349
	治療中	治療なし																								
高血圧	327	465																								
脂質異常症	245	547																								
糖尿病	93	699																								
3疾患 いずれか	443	349																								
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 2022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/d以上	中性脂肪 300mg/d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	305 38.5%																		
該当者数	75 9.5%	6 0.8%	27 3.4%	21 2.7%	170 21.5%	85 10.7%	64 8.1%	90 25.8%																		
治療なし	37 8.0%	2 0.6%	23 4.2%	16 2.9%	33 9.5%	40 5.7%	17 4.9%	44 14.4%																		
(再掲) 特定保健指導	14 18.7%	0 0.0%	4 14.8%	7 33.3%	33 19.4%	12 14.1%	6 9.4%	215 48.5%																		
治療中	38 11.6%	4 0.9%	4 1.6%	5 2.0%	137 30.9%	45 48.4%	47 10.6%	38 42.2%																		
臓器障害 あり	16 43.2%	2 100.0%	8 34.8%	5 31.3%	15 45.5%	15 37.5%	17 100.0%	17																		
CKD(専門医対象者)	4	0	5	1	4	10	17	25																		
心電図所見あり	14	2	4	5	12	8	4	-																		
臓器障害 なし	21 56.8%	-	15 65.2%	11 68.8%	18 54.5%	25 62.5%	-	-																		

出典:ヘルサポータルラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

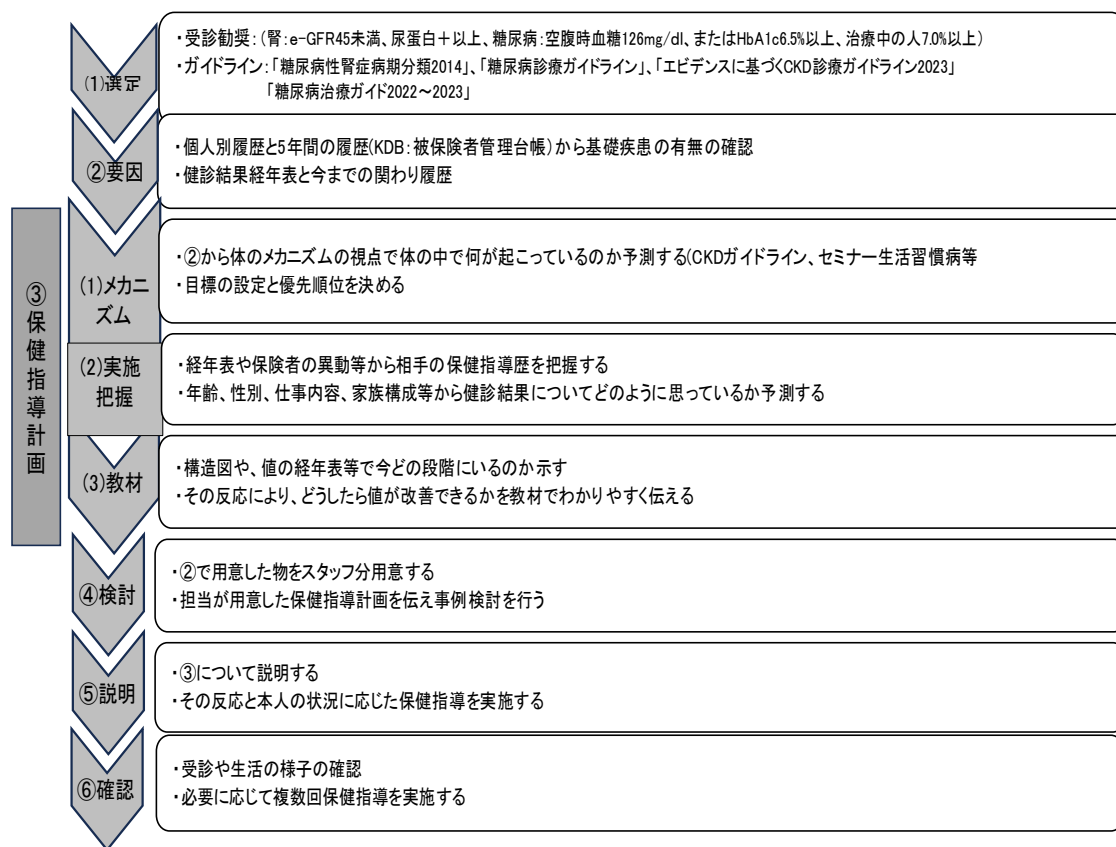
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(H31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。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 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

対象者の選定基準にあたっては、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- ③ 糖尿病治療中者

- ア. 糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び4期と思われる者
- イ. 糖尿病性腎症を発症していないが、発症のリスク要因を有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、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、該当者数把握を行います。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 53 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	

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)で把握していきます。

久万高原町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能で、尿アルブミンについては実施していません。しかし、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)検査で腎症病期の推測が可能です。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

久万高原町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、42人(31.1%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者542人(31.5%・H)のうち、特定健診受診者が93人(68.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者449人(82.8%・I)については、治療中ですが、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。

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。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。久万高原町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。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用教材を活用してまいります。

図表 55 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 何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
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 チアソリジン薬とは？
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、体の中で何がおこるのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	4 参考資料
1-21 糖尿病治療の進め方	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
1-22 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	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 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
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	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
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	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
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用車乗車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

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、紹介状等を使用します。

(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糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

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等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 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

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

②保健指導対象者に対する評価

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

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

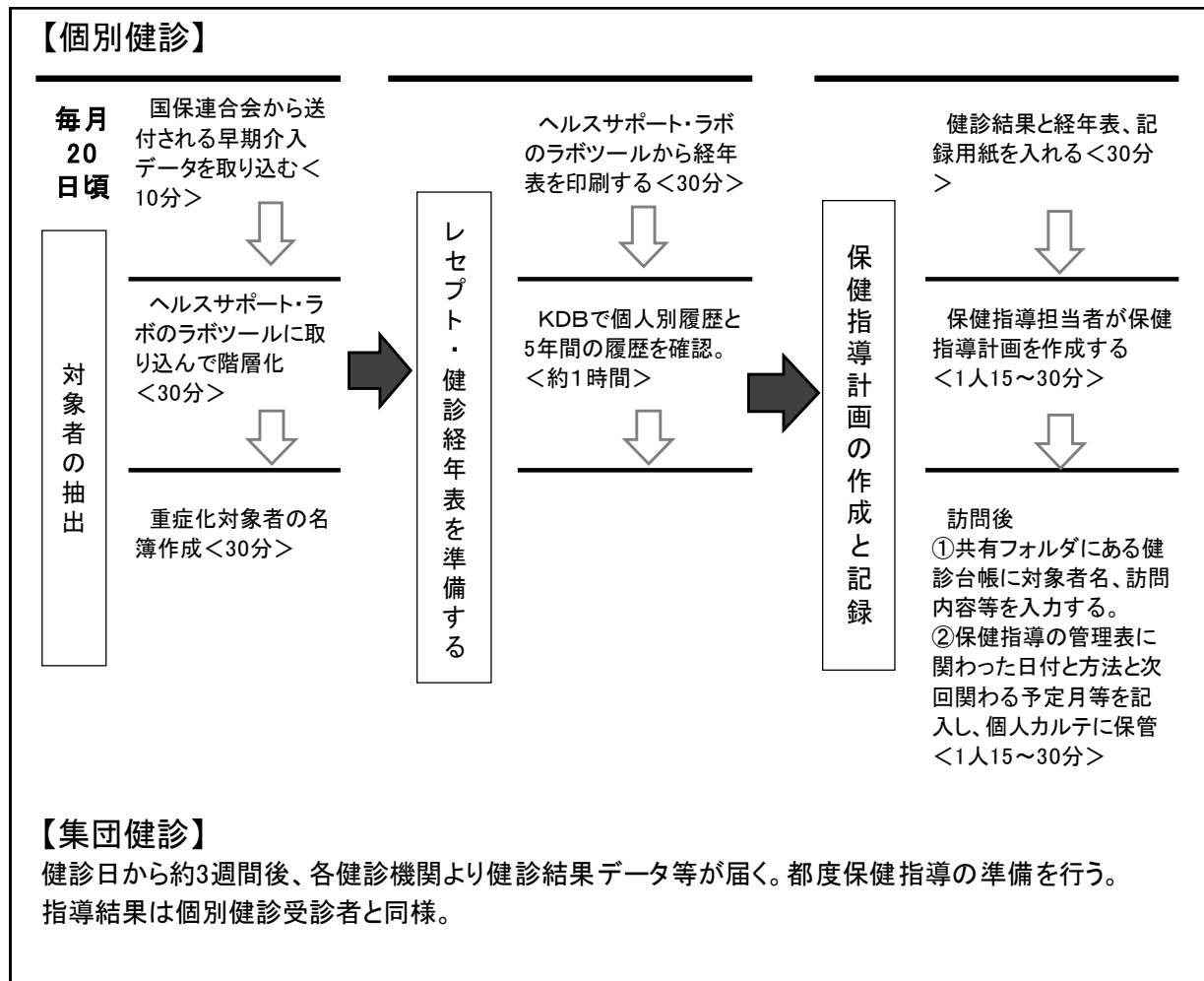
項目		実合表	久万高原町										同規模保険者(平均)	
			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	① 被保険者数	A	2,319人		2,250人		2,187人		2,166人		2,018人			
	② (再掲)40-74歳	A	1,904人		1,850人		1,788人		1,780人		1,679人			
2	① 対象者数	B	1,702人		1,645人		1,606人		1,547人		1,451人			
	② 特定健診 受診者数	C	904人		865人		784人		817人		792人			
	③ 受診率	C	--		--		--		--		--			
3	① 特定 対象者数		94人		92人		75人		84人		74人			
	② 保健指導 実施率		35.1%		70.7%		97.3%		84.5%		82.4%			
4	① 糖尿病型	E	151人	16.7%	139人	16.1%	131人	16.7%	143人	17.5%	135人	17.0%		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	46人	30.5%	42人	30.2%	33人	25.2%	43人	30.1%	42人	31.1%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	105人	69.5%	97人	69.8%	98人	74.8%	100人	69.9%	93人	68.9%		
	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	51人	48.6%	49人	50.5%	48人	49.0%	51人	51.0%	49人	52.7%		
	⑤ 血圧 130/80以上	J	33人	64.7%	30人	61.2%	23人	47.9%	29人	56.9%	28人	57.1%		
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	24人	47.1%	22人	44.9%	18人	37.5%	25人	49.0%	27人	55.1%		
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	54人	51.4%	48人	49.5%	50人	51.0%	49人	49.0%	44人	47.3%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	107人	70.9%	109人	78.4%	103人	78.6%	109人	76.2%	106人	78.5%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	15人	9.9%	10人	7.2%	11人	8.4%	15人	10.5%	14人	10.4%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	19人	12.6%	13人	9.4%	14人	10.7%	17人	11.9%	14人	10.4%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	4人	2.6%	3人	2.2%	3人	2.3%	2人	1.4%	1人	0.7%		
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		161.3人		171.1人		167.8人		186.1人		183.3人			
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		193.8人		206.5人		203.0人		224.7人		218.0人			
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1内は再掲受診者千対)		1,936件 (1059.1)		1,922件 (1085.3)		1,854件 (1051.0)		1,914件 (1133.9)		1,921件 (1213.5)	319,711件 (930.6)		
	④ 入院(件数)		13件 (7.1)		10件 (5.6)		3件 (1.7)		3件 (1.8)		8件 (5.1)	1,521件 (4.4)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	374人	16.1%	385人	17.1%	367人	16.8%	403人	18.6%	370人	18.3%		
	⑥ (再掲)40-74歳	H	369人	19.4%	382人	20.6%	363人	20.3%	400人	22.5%	366人	21.8%		
	⑦ 健診未受診者	I	264人	71.5%	277人	72.5%	265人	73.0%	300人	75.0%	273人	74.6%		
	⑧ インスリン治療	O	24人	6.4%	34人	8.8%	24人	6.5%	31人	7.7%	26人	7.0%		
	⑨ (再掲)40-74歳	O	23人	6.2%	32人	8.4%	24人	6.6%	30人	7.5%	26人	7.1%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	54人	14.4%	52人	13.5%	24人	6.5%	27人	6.7%	23人	6.2%		
	⑪ (再掲)40-74歳	L	51人	13.8%	50人	13.1%	23人	6.3%	26人	6.5%	22人	6.0%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	2.7%	10人	2.6%	6人	1.6%	6人	1.5%	3人	0.8%		
	⑬ (再掲)40-74歳		9人	2.4%	10人	2.6%	6人	1.7%	6人	1.5%	3人	0.8%		
	⑭ 新規透析患者数		2人	22.2%	2人	20.0%	1人	16.7%	4人	66.7%	1人	33.3%		
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0人	0%	2人	100.0%	0人	0%	3人	75.0%	1人	100.0%		
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	0.4%	1人	0.1%	5人	0.7%	4人	0.5%	8人	1.0%		
6	① 総医療費		9億3140万円		9億0576万円		9億0709万円		8億2909万円		7億6587万円		6億7051万円	
	② 生活習慣病総医療費		5億6436万円		5億2818万円		4億7280万円		4億3452万円		4億1822万円		3億5898万円	
	③ (総医療費に占める割合)		60.6%		58.3%		52.1%		52.4%		54.6%		53.5%	
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		14,865円		14,647円		11,224円		12,457円		12,604円		9,063円	
	⑤ 健診受診者		30,766円		31,018円		31,768円		26,249円		32,655円		37,482円	
	⑥ 健診未受診者		5912万円		5987万円		5479万円		5647万円		5800万円		4061万円	
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.5%		11.3%		11.6%		13.0%		13.9%		11.3%	
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億9826万円		1億9477万円		1億8249万円		1億6932万円		1億6034万円			
	⑨ 1件あたり		40,370円		37,878円		35,873円		33,227円		33,211円			
	⑩ 糖尿病入院総医療費		1億1991万円		1億2584万円		1億1452万円		9596万円		7468万円			
	⑪ 1件あたり		521,357円		588,045円		650,708円		644,056円		449,898円			
	⑫ 在院日数		18日		17日		17日		16日		15日			
	⑬ 慢性腎不全医療費		7263万円		5967万円		3381万円		3476万円		2504万円		2783万円	
	⑭ 透析有り		6833万円		5756万円		3172万円		3323万円		2102万円		2567万円	
	⑮ 透析なし		429万円		211万円		208万円		153万円		402万円		216万円	
7	① 介護 介護給付費		15億7142万円		16億1524万円		16億9494万円		15億9851万円		16億1159万円		8億6719万円	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	2件	50.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.5%	0人	0.0%	2人	1.0%	0人	0.0%	1人	0.6%	622人	1.0%

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～特定健診結果が届き次第対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
 糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 循環器疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

循環器疾患重症化予防の取組にあたっては、「愛媛県高血圧重症化予防プログラム」、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づき、PDCAに沿って実施していきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

①対象者の選定基準にあたっては、愛媛県高血圧重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ・医療機関未受診かつⅡ度以上高血圧者
- ・高血圧治療中かつⅡ度以上高血圧者
- ・高血圧症投薬加療中断者・不定期受診者

②心電図検査結果で、心房細動の所見があった者かつ未治療者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、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該当者数把握を行います。図表 75 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。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。図表 74 でみると、高血圧 832 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 101 人(12.1%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 75 人(9.5%)で、そのうち 37 人(49.3%・F')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 38 人(26.7%・G')いることがわかりました。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。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 219 人(27.7%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、261 人(33.0%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 76、77 をみると、心房細動有所見者は 10 人で、その内 4 人が未治療者でした。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者

を早期発見・早期介入するためにも、個別健診においても心電図検査の全数実施が望まれます。

③介入方法と優先順位

図表 74 より久万高原町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・Ⅱ度以上高血圧者の内医療機関未受診者(F´)・・・37人
- ・心房細動の所見があった者の内医療機関未受診者・・・4人
- * 但し、レセプトを確認し定期的に医療機関で経過観察をされている者は除外します。

介入方法として、個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・Ⅱ度以上高血圧者の内治療中の者(G´)・・・38人

介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【受診勧奨】

- ・Ⅰ度以上高血圧者の内医療機関未受診者から脳血管リスク第3層該当者・・・37人

介入方法として手紙で対応

- * 但し、レセプトを確認し定期的に医療機関で経過観察をされている者は除外します。

- ・(I)かつ高血圧治療中断者・不定期受診者

介入方法として特定健診受診勧奨を個別訪問、電話、手紙等で実施

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、血圧値を確認し、血管に及ぼす影響を認識してもらい、ただちに治療につながるよう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、Ⅱ度以上高血圧の者に対しては、血圧値が降圧目標に達していないことを確認し、降圧薬の服用の仕方や生活習慣との関連を考えることができるよう保健指導を行います。

4) 医療との連携

循環器疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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等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。その際は高血圧管理台帳及びKDB等の情報を活用します。

短期的評価

- ① 受診勧奨及び保健指導の対象者数
- ② ①への受診勧奨及び保健指導実施率
- ③ 受診勧奨者の病院受診率
- ④ 家庭血圧測定状況
- ⑤ 高血圧管理台帳から介入前後の血圧値変化を比較

中長期的変化

- ① 心疾患及び脳血管疾患患者数
- ② 心疾患及び脳血管疾患の医療費の推移
- ③ 要介護認定者の循環器疾患治療者割合
- ④ 心疾患及び脳血管疾患による死亡の割合

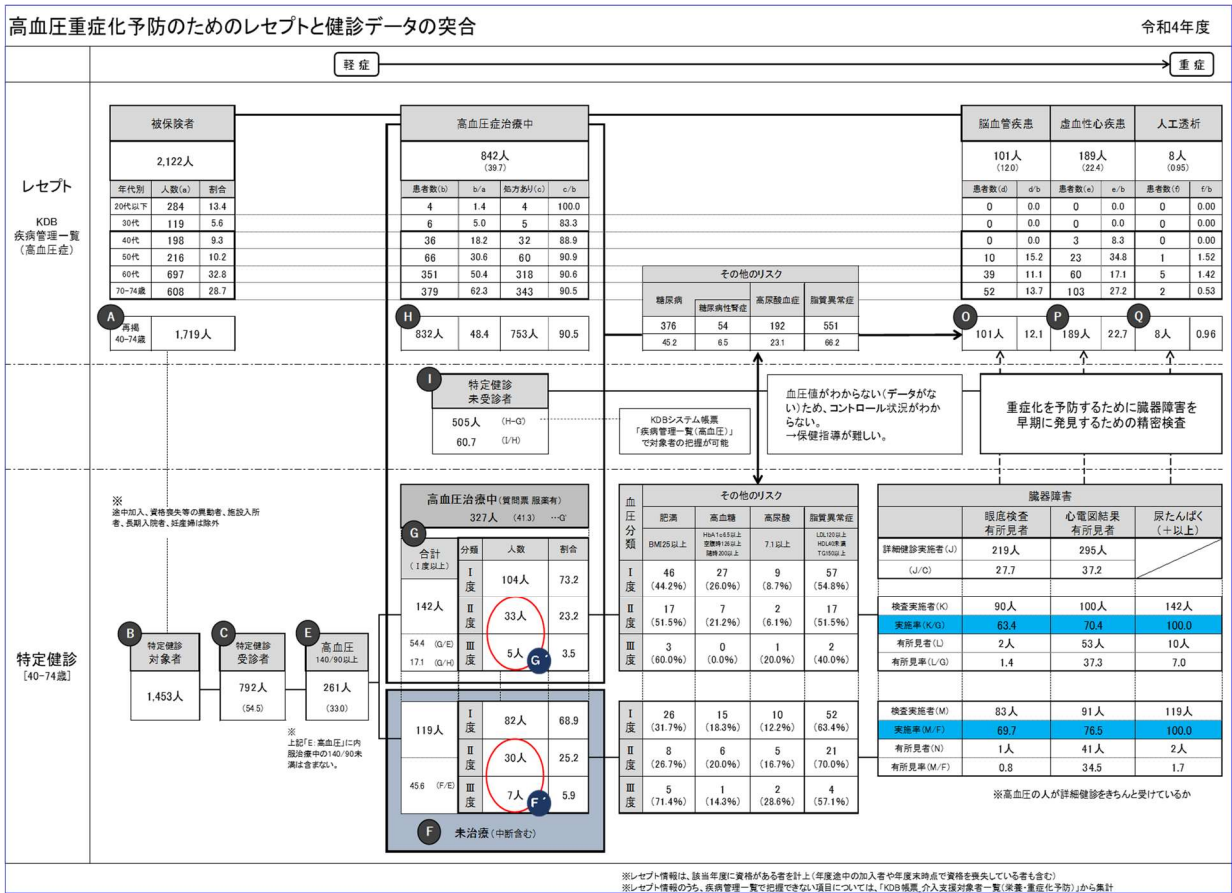
7) 実施期間及びスケジュール

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

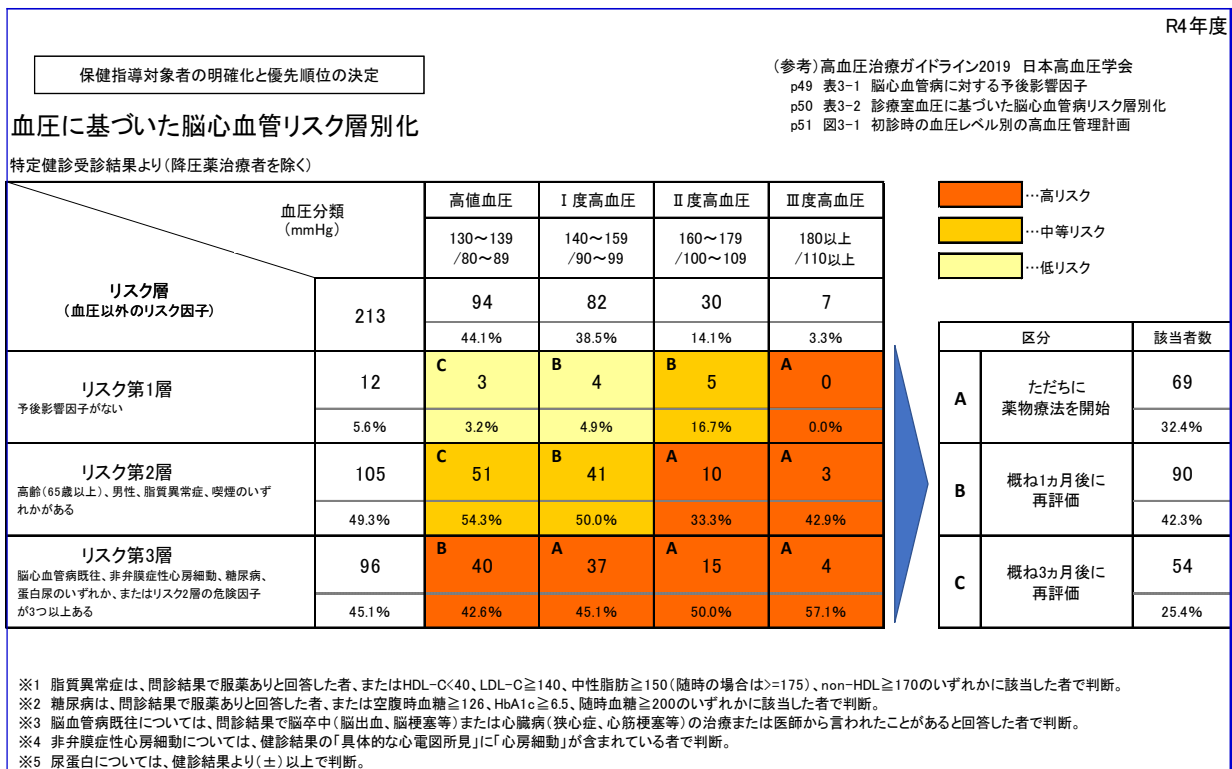
5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 74 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



出典：ヘルスサポートラボソール

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



出典：ヘルスサポートラボソール

図表 76 特定健診における心房細動有所見者状況

	令和4年度 健診受診者		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
	人数	人数	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	316	343	8	2.5%	2	0.6%	--	--
40代	27	27	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	36	34	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	129	150	2	1.6%	1	0.7%	1.9%	0.4%
70～74歳	124	132	6	4.8%	1	0.8%	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

図表 77 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
人数	人数	人数
10	4	6

久万高原町調べ

Ⅲ. 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と、生活機能の低下を防止する取組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

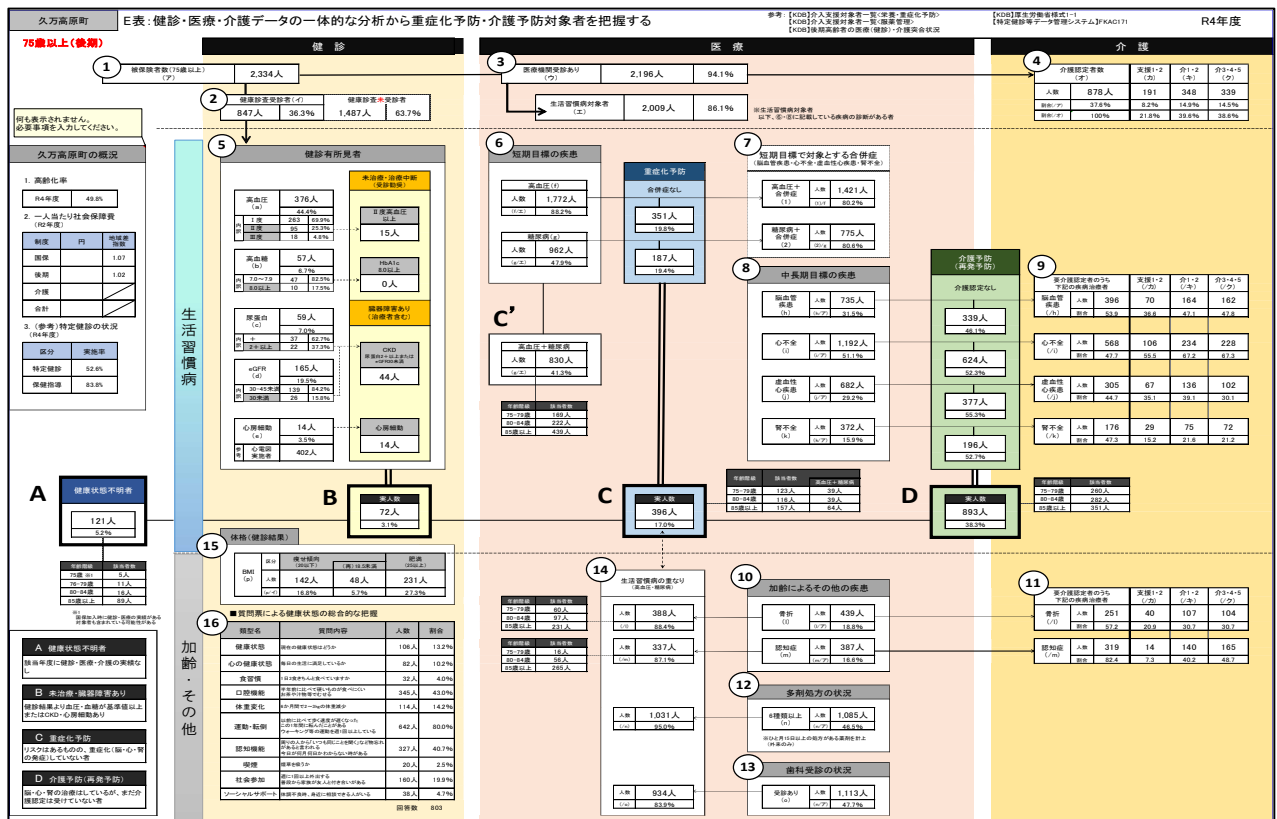
久万高原町は、R4 年度より愛媛県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、R6 年度以降も引き続き事業を行います。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、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し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 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予防に関する知識の普及啓発、転倒・骨折予防教室など、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 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

データヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、妊婦健診、乳幼児健診、5歳児健診等の結果を活用した個々に応じた生活習慣病対策や啓発、小児生活習慣病健診結果を活用した学校・家庭と連携した生活習慣病対策、こどもの食育教室などライフサイクルに応じた対策を実施していきます。

図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

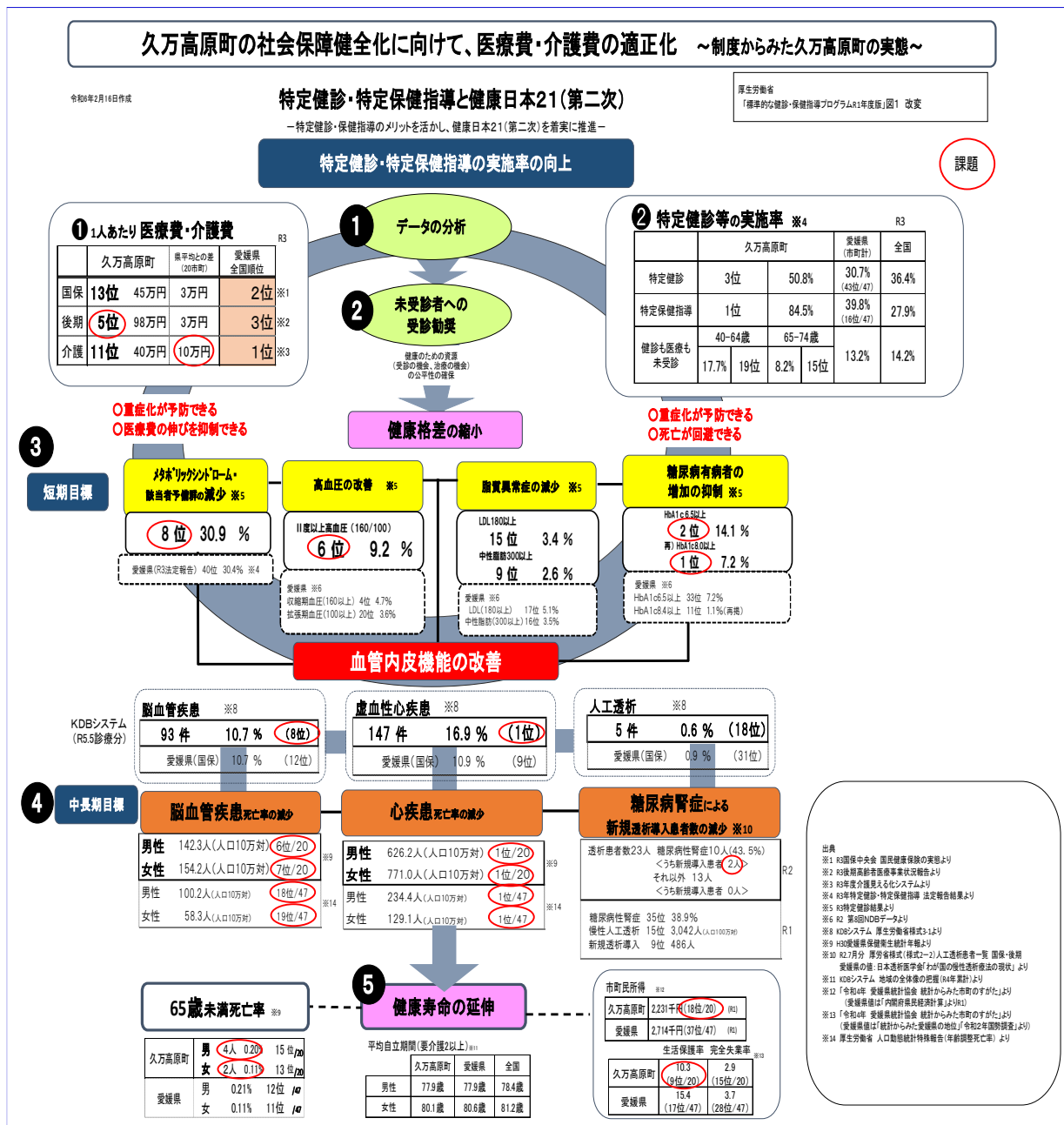
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える -基本的考え方- (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>															
1 根拠法	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【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(胎児期)		産婦	0歳~5歳			6歳~14歳			15~18歳		29歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上
	妊前	妊中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育所・幼稚園 健康診断	就学時 健診 (11-12歳)	児童・生徒の定期健康診断 (第1-13・14条)	定期健康診断 (第66条)	特定健康診査等実施計画(各保険者)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	後期高齢者健康診査 (第125条)	
5 対象者 健診内容	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				加 ⁺ 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															

V. 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、広報や健康はつらつフェスティバル等で広く町民へ周知していきます。(図表 80, 81)

H31 年度からの新型コロナウイルス感染症の流行により、出前講座は実施できませんでしたが、今後は地域の特性に応じた生活習慣予防教室の開催などを検討していきます。

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



出典 ※1 R3国保中央会 国民健康保険の実態より
※2 R3後期高齢者医療事業状況報告より
※3 R3年度介護費用見込額システムより
※4 R3年特定健診・特定保健指導 法定報告結果より
※5 R3特定健診結果より
※6 R2 第8回NDBデータより
※7 KDBシステム 厚生労働省様式3-1より
※8 R3愛媛県保健衛生統計年報より
※9 R2 7月分 厚生労働省様式(様式2-2)人工透析患者一覧 国保・後期高齢者医療 日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現状」より
※10 KDBシステム 地域の全体像の把握(R4年集計)より
※11 令和4年 愛媛県統計協会 統計からみた市のすがたより(愛媛県国保) 内閣府国民経済計算より※11
※12 「令和4年 愛媛県統計協会 統計からみた市のすがた」より(愛媛県国保)「統計からみた愛媛県の地位」(令和2年国勢調査)より
※14 厚生労働省 人口動態統計特報(年齢別死亡率)より

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 R8 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 R11 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。

※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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、担当保健師等が定期的に行います。
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。

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、町ホームページ等を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

2. 個人情報の取扱い

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において、保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう、個人情報の保護に関する法律および久万高原町個人情報保護法施行条例(R5年3月20日条例第1号)を踏まえた対応を行います。

参考資料

- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた久万高原町の位置
- 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

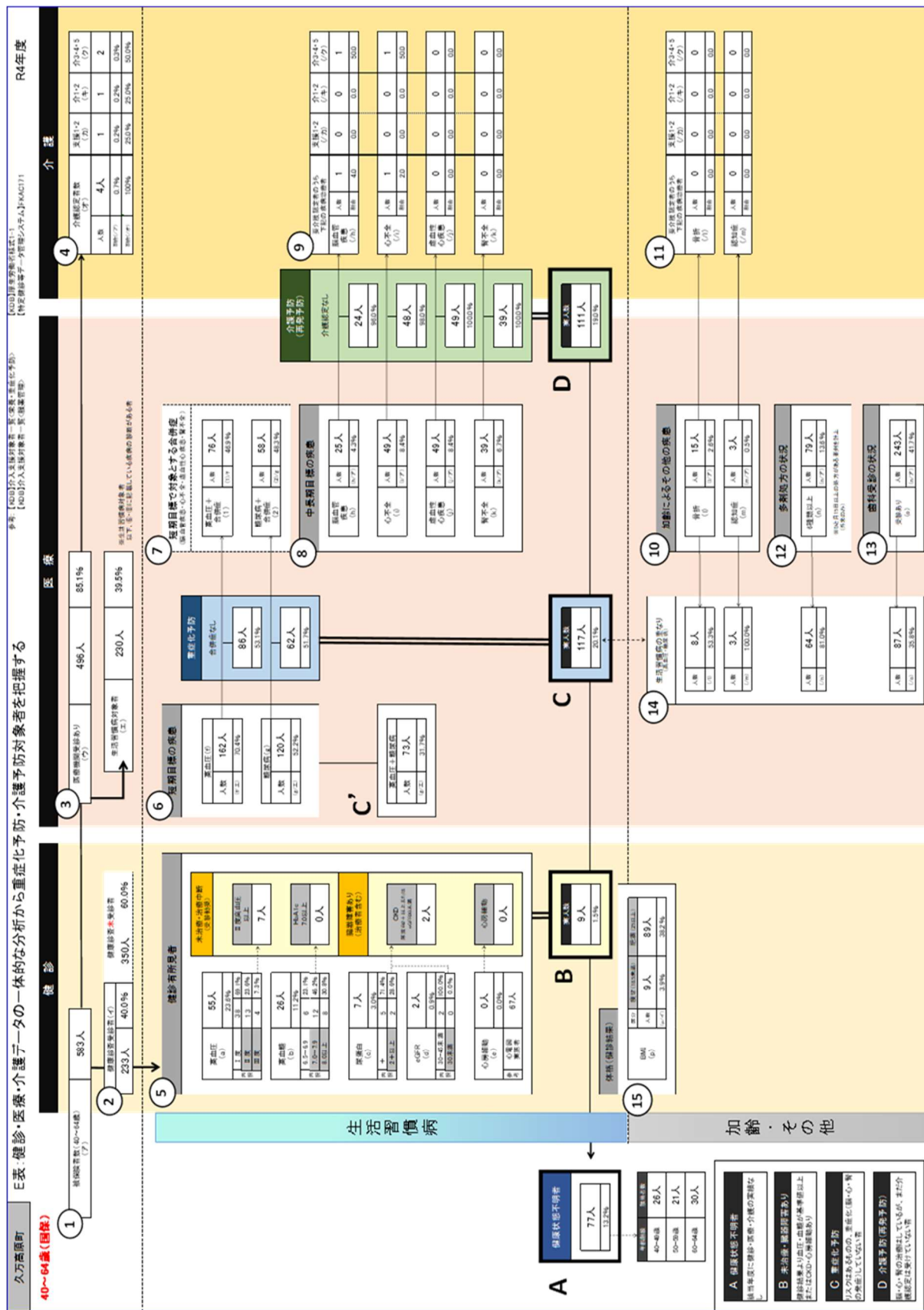
参考資料 1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた久万高原町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた久万高原町の位置											R4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		7,316		1,680,058		1,299,781		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)	3,655	50.0	662,426	39.4	434,279	33.4	35,335,805		28.7									
			75歳以上	2,324	31.8	--	--	226,536	17.4	18,248,742		14.8									
			65~74歳	1,331	18.2	--	--	207,743	16.0	17,087,063		13.9									
			40~64歳	2,136	29.2	--	--	425,925	32.8	41,545,893		33.7									
	39歳以下	1,525	20.8	--	--	439,577	33.8	46,332,563	37.6												
	②	産業構成	第1次産業	30.0		17.0		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	14.7		25.3		24.2		25.0											
			第3次産業	55.3		57.7		68.0		71.0											
	③	平均寿命	男性	79.9		80.4		80.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握									
女性			86.8		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	標準化死亡率比 (SMR)	男性	106.3		103.1		103.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
				女性	101.5		101.3		101.6		100										
				合計	106.3		103.1		103.6		100										
			死因	がん	27	32.1	7,089	46.3	4,549	46.0	378,272	50.6									
				心臓病	33	39.3	4,562	29.8	3,204	32.4	205,485	27.5									
				脳疾患	14	16.7	2,404	15.7	1,376	13.9	102,900	13.8									
				糖尿病	1	1.2	283	1.8	211	2.1	13,896	1.9									
	腎不全	5	6.0	622	4.1	332	3.4	26,946	3.6												
	自殺	4	4.8	346	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	10		0.27		1,394		0.16		厚生省HP 人口動態調査 R3									
男性			9		0.46		924		0.21												
女性			1		0.06		470		0.11												
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		988		28.1		127,161		19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
			新規認定者		16		0.3		2,078		0.3										
			介護度別 総件数	要支援1.2	2,918		12.8		365,856		13.2			378,847		17.0		21,785,044		12.9	
				要介護1.2	10,710		46.8		1,297,770		46.8			1,014,715		45.6		78,107,378		46.3	
				要介護3以上	9,250		40.4		1,111,908		40.1			829,972		37.3		68,963,503		40.8	
	2号認定者		8		0.37		2,073		0.39		1,752		0.41		156,107		0.38				
	②	有病状況	糖尿病	316		30.5		30,162		22.6		24,592		25.2		1,712,613		24.3			
			高血圧症	647		62.8		71,773		54.3		53,626		55.3		3,744,672		53.3			
			脂質異常症	458		44.3		39,654		29.6		36,861		37.9		2,308,216		32.6			
			心臓病	732		71.7		80,304		60.9		60,516		62.6		4,224,628		60.3			
			脳疾患	347		33.6		30,910		23.8		25,615		26.7		1,568,292		22.6			
			がん	118		11.4		14,782		11.0		11,323		11.6		837,410		11.8			
			筋・骨格	722		70.6		71,540		54.1		56,168		58.1		3,748,372		53.4			
			精神	458		45.4		49,589		37.8		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		440,927		1,611,587,359		314,188		208,126,001,519		320,144		139,031,909,784		290,668		10074274,226,889		
			1件当たり給付費(全体)		70,443		74,986		62,527		59,662										
			居宅サービス		42,990		43,722		44,617		41,272										
施設サービス			293,813		289,312		293,644		296,364												
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,467		9,224		8,073		8,610											
		認定なし	4,389		4,375		4,125		4,020												
4	①	国保の状況	被保険者数		1,929		427,153		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	984		51.0				137,232		48.9		11,129,271		40.5					
			40~64歳	599		31.1				86,793		30.9		9,088,015		33.1					
			39歳以下	346		17.9				56,701		20.2		7,271,596		26.5					
	加入率		26.4		25.6		21.6		22.3												
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1		0.5		150		0.4		134		0.5		8,237		0.3			
			診療所数	11		5.7		1,147		2.7		1,213		4.3		102,599		3.7			
			病床数	77		39.9		15,964		37.4		20,594		73.4		1,507,471		54.8			
			医師数	13		6.7		1,780		4.2		3,847		13.7		339,611		12.4			
			外来患者数	768.0		692.2		748.2		687.8											
			入院患者数	26.0		22.7		23.0		17.7											
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		397,030		376,732		390,048		339,680		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		794.032		714.851		771.192		705.439										
外来			費用の割合	57.9		56.3		57.7		60.4											
			件数の割合	96.7		96.8		97.0		97.5											
入院			費用の割合	42.1		43.7		42.3		39.6											
			件数の割合	3.3		3.2		3.0		2.5											
1件あたり在院日数		16.1日		16.4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 最大医療費源傷病名 (調剤含む)	がん	128,507,420	30.7	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)	21,023,120	5.0	7.2	6.9	8.2							
			糖尿病	58,001,610	13.9	11.3	10.2	10.4							
			高血圧症	28,691,270	6.9	6.6	5.7	5.9							
			脂質異常症	20,413,770	4.9	3.8	3.5	4.1							
			脳梗塞・脳出血	16,568,450	3.9	3.9	4.3	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	9,785,030	2.3	2.8	2.9	2.8							
			精神	41,104,100	9.8	14.9	15.4	14.7							
	筋・骨格	88,748,630	21.2	17.3	18.0	16.7									
	5	⑤	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	117	0.1	430	0.3	308	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
糖尿病					2,631	1.6	1,426	0.9	1,400	0.8	1,144	0.9			
脂質異常症					--	--	69	0.0	95	0.1	53	0.0			
脳梗塞・脳出血					7,576	4.5	6,762	4.1	7,522	4.6	5,993	4.5			
虚血性心疾患					3,148	1.9	4,422	2.7	4,360	2.6	3,942	2.9			
腎不全		2,002	1.2	4,755	2.9	4,689	2.8	4,051	3.0						
一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合		外来	高血圧症	14,756	6.4	12,793	6.0	11,793	5.2	10,143	4.9				
			糖尿病	27,935	12.1	21,925	10.3	20,683	9.2	17,720	8.6				
			脂質異常症	10,583	4.6	7,608	3.6	7,354	3.3	7,092	3.5				
			脳梗塞・脳出血	1,013	0.4	943	0.4	1,383	0.6	825	0.4				
	虚血性心疾患		2,512	1.1	1,933	0.9	2,728	1.2	1,722	0.8					
腎不全	16,792	7.3	16,719	7.9	17,187	7.6	15,781	7.7							
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	健診受診者	5,030		3,122		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	13,031		12,911		15,257		13,295				
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,604		9,063		5,151		6,142				
				健診未受診者	32,655		37,482		42,378		40,210				
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	452	59.3	83,183	58.2	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	430	56.4	74,754	52.3	36,976	54.2	3,543,116	52.0				
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 240市町村	健診受診者	762		142,832		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	52.4	県内3位 同規模62位	45.7	32.9	全国43位	37.1					
			特定保健指導終了者(実施率)	54	69.2	4,122	24.0	1,969	23.7	107,925	13.4				
			非肥満高血糖	該当者	163	21.4	30,946	21.7	13,073	19.2	1,382,506		20.3		
				メタボ	男性	111	30.2	21,803	32.2	9,026	30.8		965,486	32.0	
					女性	52	13.2	9,143	12.2	4,047	10.4		417,020	11.0	
				予備群	男性	73	9.6	16,570	11.6	7,459	10.9		765,405	11.2	
					女性	52	14.1	11,708	17.3	5,111	17.4		539,738	17.9	
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	253	33.2	52,255	36.6	22,649	33.2		2,380,778	34.9	
					男性	176	47.8	36,735	54.3	15,569	53.1		1,666,592	55.3	
				BMI	女性	77	19.5	15,520	20.7	7,080	18.2		714,186	18.8	
					総数	62	8.1	8,339	5.8	3,479	5.1		320,038	4.7	
				血糖のみ	男性	16	4.3	1,408	2.1	576	2.0		51,248	1.7	
					血圧のみ	女性	46	11.7	6,931	9.2	2,903		7.5	268,790	7.1
						男性	8	1.0	988	0.7	425		0.6	43,519	0.6
					女性	49	6.4	12,098	8.5	5,415	7.9		539,490	7.9	
					脂質のみ	16	2.1	3,484	2.4	1,619	2.4		182,396	2.7	
					血糖・血圧	29	3.8	5,238	3.7	1,985	2.9		203,072	3.0	
					血糖・脂質	9	1.2	1,494	1.0	649	1.0		70,267	1.0	
血圧・脂質	58	7.6			13,843	9.7	6,246	9.2	659,446	9.7					
血糖・血圧・脂質	67	8.8			10,371	7.3	4,193	6.1	449,721	6.6					
6	① ②	問診の状況			服薬	高血圧	316	41.5	56,464	39.5	23,276	34.1	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			糖尿病			91	11.9	15,013	10.5	5,231	7.7	589,470	8.7		
既往歴	脂質異常症	238	31.2		39,703	27.8	18,399	27.0	1,899,637	27.9					
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	28	3.7	4,468	3.3	2,048	3.0	207,385	3.1						
貧血	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	96	12.6	8,449	6.2	5,340	7.9	365,407	5.5						
	腎不全	5	0.7	1,305	0.9	890	1.3	53,898	0.8						
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	112	14.7	21,523	15.1	7,587	11.1	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			週3回以上朝食を抜く	40	6.8	11,653	8.6	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～)	78	13.2	22,065	16.4	6,796	14.5	976,348	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	78	13.2	22,065	16.4	6,796	14.5	976,348	15.7				
			食べる速度が速い	181	30.6	35,701	26.4	12,912	27.6	1,659,705	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	233	39.4	48,538	35.9	16,628	35.5	2,175,065	35.0				
			1回30分以上運動習慣なし	394	66.6	88,417	65.2	25,933	55.4	3,749,069	60.4				
			1日1時間以上運動なし	99	16.7	63,680	47.0	16,734	35.7	2,982,100	48.0				
			睡眠不足	142	24.0	32,768	24.2	13,268	28.3	1,587,311	25.6				
			毎日飲酒	123	20.8	36,601	26.4	10,430	22.2	1,658,999	25.5				
			時々飲酒	144	24.3	29,121	21.0	10,112	21.5	1,463,468	22.5				
			一日 飲酒 量	1合未満	208	59.8	54,805	59.9	24,975	66.5	2,978,351		64.1		
				1～2合	102	29.3	24,287	26.5	8,752	23.3	1,101,465		23.7		
2～3合	33	9.5		9,527	10.4	3,059	8.1	434,461	9.4						
3合以上	5	1.4		2,893	3.2	773	2.1	128,716	2.8						

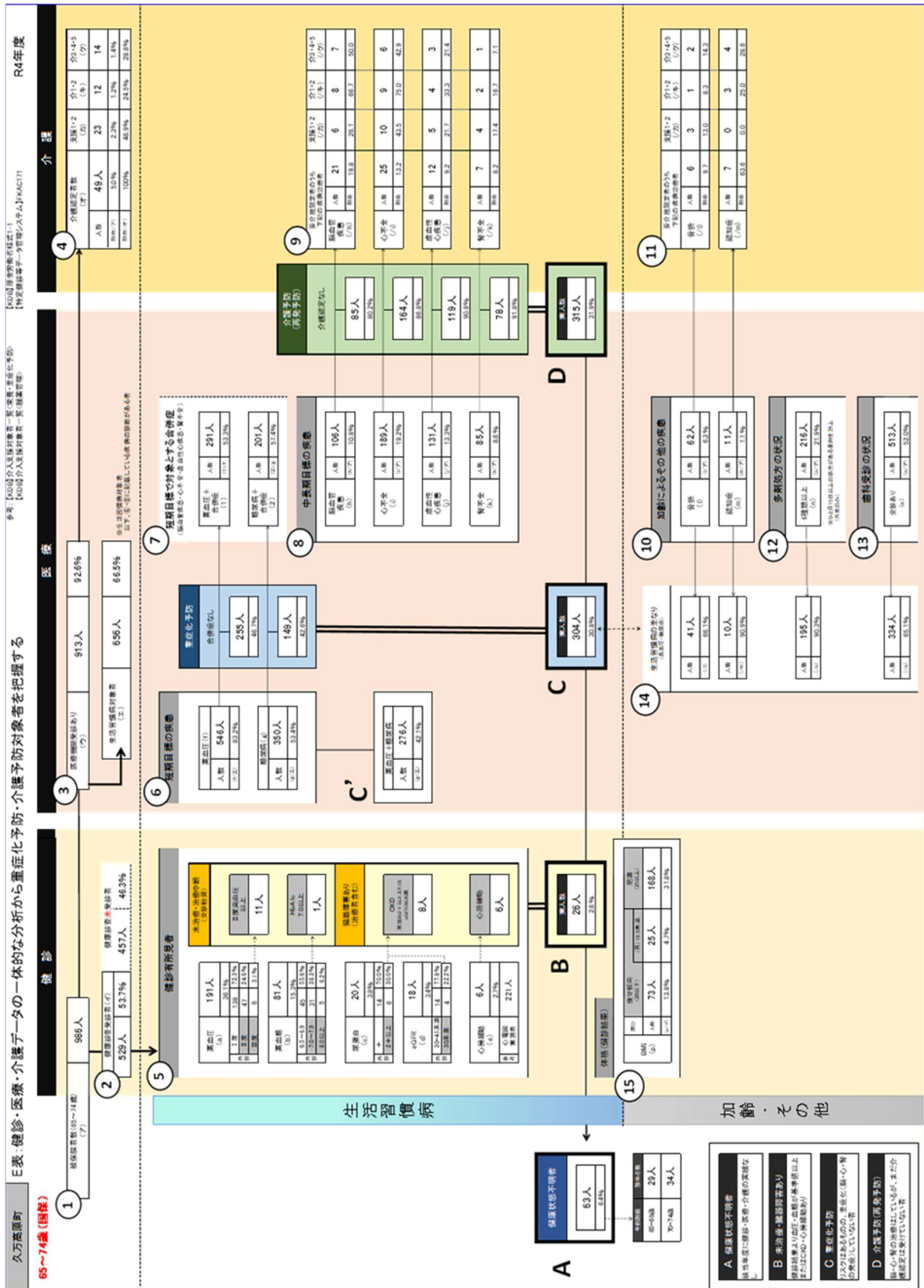
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40~64歳(国保)

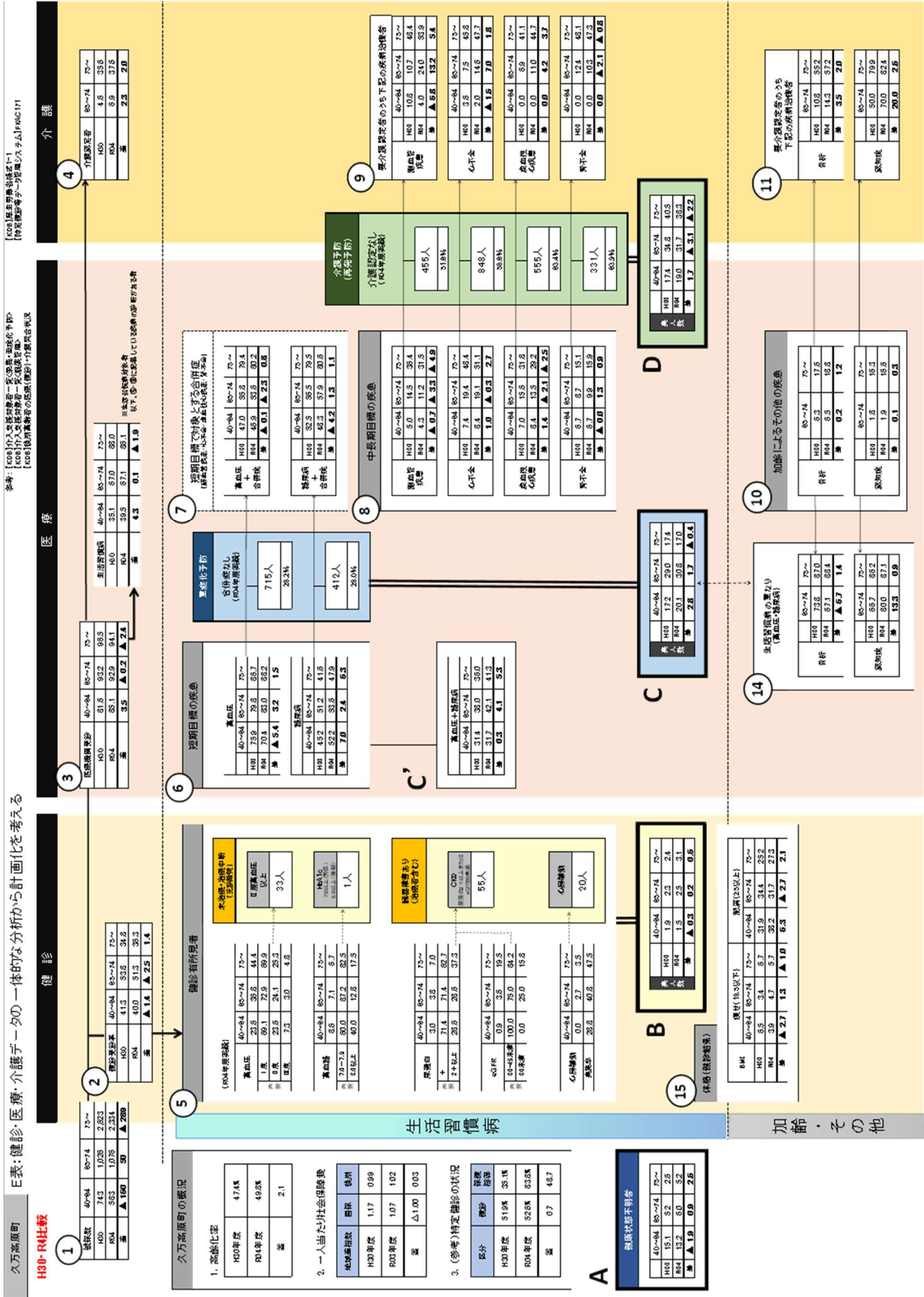


参考: 【60】介護人員介護者数(18歳未満者、高齢化予防) 【61】介護人員介護者数(18歳未満者、重症化予防) 【62】介護人員介護者数(18歳未満者、介護予防)

② 65～74歳(国保)



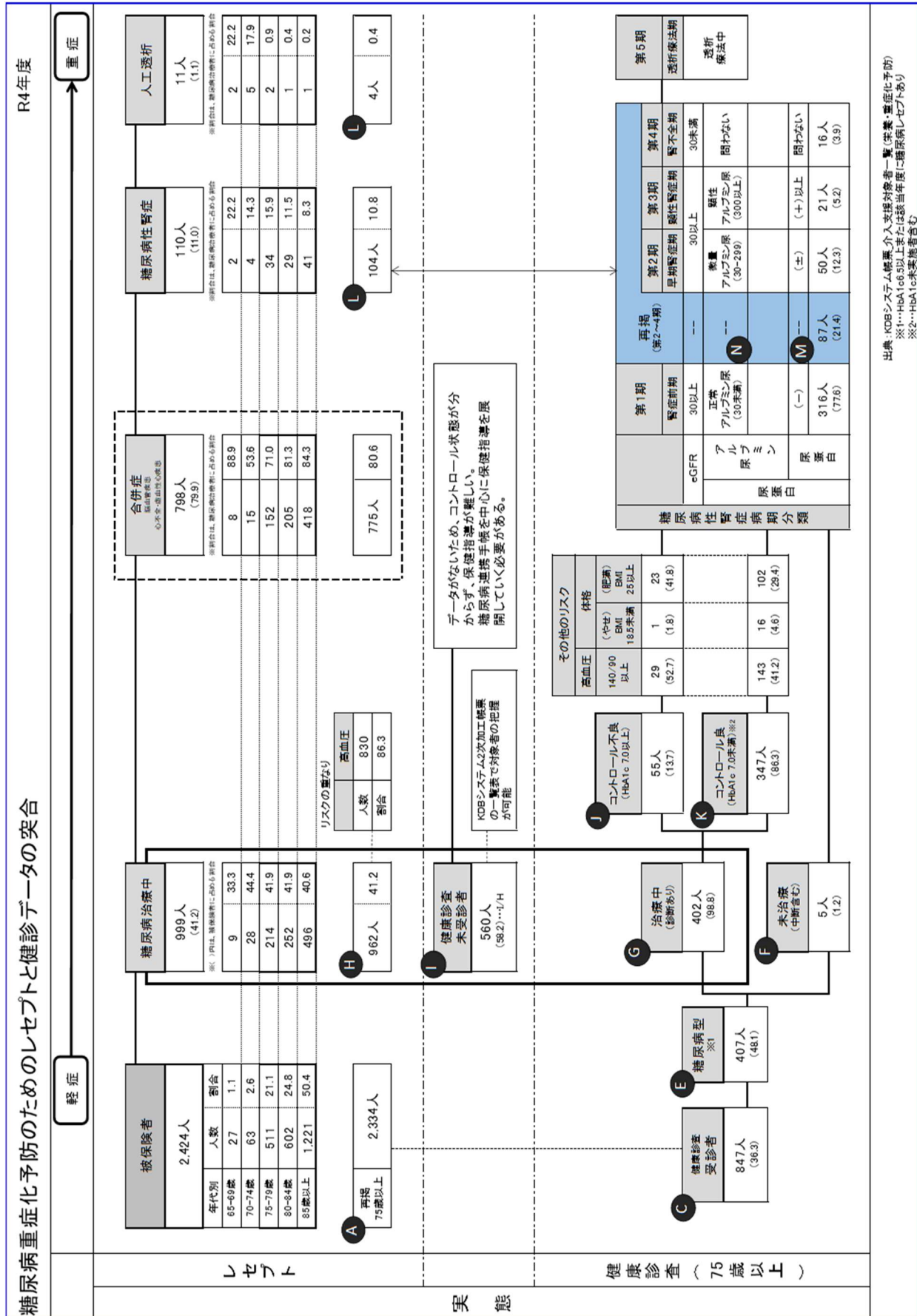
④ 75歳以上(後期)



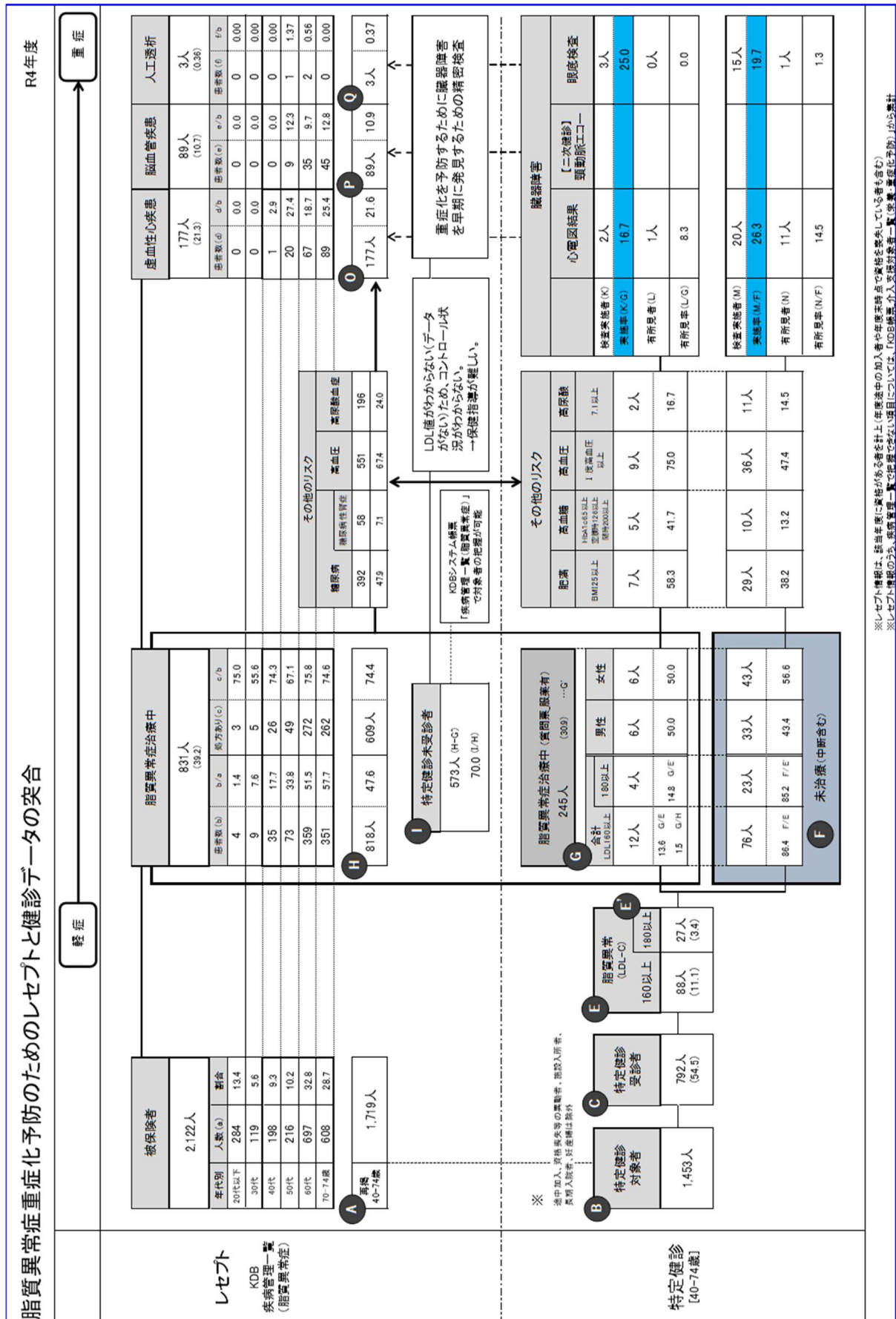
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	久万高原町										同規模保険者(平均)				
			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4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		2,319人		2,250人		2,187人		2,166人		2,018人				
	②	(再掲)40-74歳	A		1,904人		1,850人		1,788人		1,780人		1,679人				
2	①	対象者数	B		1,702人		1,645人		1,606人		1,547人		1,451人				
	②	特定健診 受診者数	C		904人		865人		784人		817人		792人				
	③	受診率	C		--		--		--		--		--				
3	①	特定 保健指導 対象者数			94人		92人		75人		84人		74人				
	②	実施率			35.1%		70.7%		97.3%		84.5%		82.4%				
4	①	糖尿病型	E		151人	16.7%	139人	16.1%	131人	16.7%	143人	17.5%	135人	17.0%			
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		46人	30.5%	42人	30.2%	33人	25.2%	43人	30.1%	42人	31.1%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G		105人	69.5%	97人	69.8%	98人	74.8%	100人	69.9%	93人	68.9%			
	④	コントロール不良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130以上	J		51人	48.6%	49人	50.5%	48人	49.0%	51人	51.0%	49人	52.7%			
	⑤	血圧 130/80以上	J		33人	64.7%	30人	61.2%	23人	47.9%	29人	56.9%	28人	57.1%			
	⑥	肥満 BMI25以上	J		24人	47.1%	22人	44.9%	18人	37.5%	25人	49.0%	27人	55.1%			
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K		54人	51.4%	48人	49.5%	50人	51.0%	49人	49.0%	44人	47.3%			
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M		107人	70.9%	109人	78.4%	103人	78.6%	109人	76.2%	106人	78.5%			
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	M		15人	9.9%	10人	7.2%	11人	8.4%	15人	10.5%	14人	10.4%			
	⑩	第3期 尿蛋白(+)	M		19人	12.6%	13人	9.4%	14人	10.7%	17人	11.9%	14人	10.4%			
	⑪	第4期 eGFR30未満	M		4人	2.6%	3人	2.2%	3人	2.3%	2人	1.4%	1人	0.7%			
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)			161.3人		171.1人		167.8人		186.1人		183.3人				
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)			193.8人		206.5人		203.0人		224.7人		218.0人				
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)			1,936件	(1059.1)	1,922件	(1085.3)	1,854件	(1051.0)	1,914件	(1133.9)	1,921件	(1213.5)	3,19,711件	(930.6)
	④	(1)向は被保険者対	入院(件数)			13件	(7.1)	10件	(5.6)	3件	(1.7)	3件	(1.8)	8件	(5.1)	1,521件	(4.4)
	⑤	糖尿病治療中	H		374人	16.1%	385人	17.1%	367人	16.8%	403人	18.6%	370人	18.3%			
	⑥	(再掲)40-74歳	H		369人	19.4%	382人	20.6%	363人	20.3%	400人	22.5%	366人	21.8%			
	⑦	健診未受診者	I		264人	71.5%	277人	72.5%	265人	73.0%	300人	75.0%	273人	74.6%			
	⑧	インスリン治療	O		24人	6.4%	34人	8.8%	24人	6.5%	31人	7.7%	26人	7.0%			
	⑨	(再掲)40-74歳	O		23人	6.2%	32人	8.4%	24人	6.6%	30人	7.5%	26人	7.1%			
	⑩	糖尿病性腎症	L		54人	14.4%	52人	13.5%	24人	6.5%	27人	6.7%	23人	6.2%			
	⑪	(再掲)40-74歳	L		51人	13.8%	50人	13.1%	23人	6.3%	26人	6.5%	22人	6.0%			
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			10人	2.7%	10人	2.6%	6人	1.6%	6人	1.5%	3人	0.8%			
	⑬	(再掲)40-74歳			9人	2.4%	10人	2.6%	6人	1.7%	6人	1.5%	3人	0.8%			
	⑭	新規透析患者数			2人	22.2%	2人	20.0%	1人	16.7%	4人	66.7%	1人	33.3%			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症			0人	0%	2人	100.0%	0人	0%	3人	75.0%	1人	100.0%			
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			3人	0.4%	1人	0.1%	5人	0.7%	4人	0.5%	8人	1.0%			
6	①	総医療費			9億3140万円		9億0576万円		9億0709万円		8億2909万円		7億6587万円		6億7051万円		
	②	生活習慣病総医療費			5億6436万円		5億2818万円		4億7280万円		4億3452万円		4億1822万円		3億5898万円		
	③	(総医療費に占める割合)			60.6%		58.3%		52.1%		52.4%		54.6%		53.5%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者			14,865円		14,647円		11,224円		12,457円		12,604円		9,063円	
	⑤	健診未受診者			30,766円		31,018円		31,768円		26,249円		32,655円		37,482円		
	⑥	糖尿病医療費			5912万円		5987万円		5479万円		5647万円		5800万円		4061万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)			10.5%		11.3%		11.6%		13.0%		13.9%		11.3%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費			1億9826万円		1億9477万円		1億8249万円		1億6932万円		1億6034万円				
	⑨	1件あたり			40,370円		37,878円		35,873円		33,227円		33,211円				
	⑩	糖尿病入院総医療費			1億1991万円		1億2584万円		1億1452万円		9596万円		7468万円				
	⑪	1件あたり			521,357円		588,045円		650,708円		644,056円		449,898円				
	⑫	在院日数			18日		17日		17日		16日		15日				
	⑬	慢性腎不全医療費			7263万円		5967万円		3381万円		3476万円		2504万円		2783万円		
	⑭	透析有り			6833万円		5756万円		3172万円		3323万円		2102万円		2567万円		
	⑮	透析なし			429万円		211万円		208万円		153万円		402万円		216万円		
7	①	介護給付費			15億7142万円		16億1524万円		16億9494万円		15億9851万円		16億1159万円		8億6719万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症			0件	0.0%	2件	50.0%	0件	0.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)			1人	0.5%	0人	0.0%	2人	1.0%	0人	0.0%	1人	0.6%	622人	1.0%	

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 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



※レセプト情報は、該当年度に算出がある者を計上(年度途中の加入者や年度途中で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のみならず、健診結果一貫して把握できない項目については、(KOB)検査(がん)受診(脂質異常症)から算出

参考資料 7 HbA1C の年次比較

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
					正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
									合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		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		6.5～6.9		7.0～7.9					
A		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	
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	821	254	30.9%	336	40.9%	132	16.1%	44	5.4%	41	5.0%	14	1.7%	30	3.7%	9	1.1%	
H30	884	335	37.9%	295	33.4%	148	16.7%	50	5.7%	36	4.1%	20	2.3%	35	4.0%	9	1.0%	
R01	840	241	28.7%	336	40.0%	156	18.6%	55	6.5%	38	4.5%	14	1.7%	31	3.7%	9	1.1%	
R02	754	204	27.1%	325	43.1%	133	17.6%	37	4.9%	32	4.2%	23	3.1%	41	5.4%	12	1.6%	
R03	786	215	27.4%	309	39.3%	155	19.7%	52	6.6%	32	4.1%	23	2.9%	36	4.6%	13	1.7%	
R04	792	197	24.9%	318	40.2%	164	20.7%	54	6.8%	46	5.8%	13	1.6%	30	3.8%	10	1.3%	

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	
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合		
											人数
H29	821	254 30.9%	336 40.9%	132 16.1%	99	31	68	12.1%	31.3%	68.7%	12.1%
					55 6.7%	11 20.0%	44 80.0%				
H30	884	335 37.9%	295 33.4%	148 16.7%	106	33	73	12.0%	31.1%	68.9%	12.0%
					56 6.3%	12 21.4%	44 78.6%				
R01	840	241 28.7%	336 40.0%	156 18.6%	107	39	68	12.7%	36.4%	63.6%	12.7%
					52 6.2%	13 25.0%	39 75.0%				
R02	754	204 27.1%	325 43.1%	133 17.6%	92	27	65	12.2%	29.3%	70.7%	12.2%
					55 7.3%	12 21.8%	43 78.2%				
R03	786	215 27.4%	309 39.3%	155 19.7%	107	38	69	13.6%	35.5%	64.5%	13.6%
					55 7.0%	13 23.6%	42 76.4%				
R04	792	197 24.9%	318 40.2%	164 20.7%	113	40	73	14.3%	35.4%	64.6%	14.3%
					59 7.4%	14 23.7%	45 76.3%				

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
					正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病										
									合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		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		6.5～6.9		7.0～7.9						8.0以上
A		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		
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	93	11.3%	3	3.2%	9	9.7%	13	14.0%	24	25.8%	32	34.4%	12	12.9%	25	26.9%	8	8.6%
	H30	102	11.5%	2	2.0%	6	5.9%	21	20.6%	29	28.4%	26	25.5%	18	17.6%	29	28.4%	7	6.9%
	R01	93	11.1%	3	3.2%	4	4.3%	18	19.4%	29	31.2%	28	30.1%	11	11.8%	24	25.8%	6	6.5%
	R02	96	12.7%	4	4.2%	9	9.4%	18	18.8%	22	22.9%	25	26.0%	18	18.8%	33	34.4%	10	10.4%
	R03	93	11.8%	1	1.1%	3	3.2%	20	21.5%	27	29.0%	25	26.9%	17	18.3%	29	31.2%	9	9.7%
	R04	93	11.7%	2	2.2%	4	4.3%	14	15.1%	28	30.1%	37	39.8%	8	8.6%	22	23.7%	5	5.4%
治療なし	H29	728	88.7%	251	34.5%	327	44.9%	119	16.3%	20	2.7%	9	1.2%	2	0.3%	5	0.7%	1	0.1%
	H30	782	88.5%	333	42.6%	289	37.0%	127	16.2%	21	2.7%	10	1.3%	2	0.3%	6	0.8%	2	0.3%
	R01	747	88.9%	238	31.9%	332	44.4%	138	18.5%	26	3.5%	10	1.3%	3	0.4%	7	0.9%	3	0.4%
	R02	658	87.3%	200	30.4%	316	48.0%	115	17.5%	15	2.3%	7	1.1%	5	0.8%	8	1.2%	2	0.3%
	R03	693	88.2%	214	30.9%	306	44.2%	135	19.5%	25	3.6%	7	1.0%	6	0.9%	7	1.0%	4	0.6%
	R04	699	88.3%	195	27.9%	314	44.9%	150	21.5%	26	3.7%	9	1.3%	5	0.7%	8	1.1%	5	0.7%

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	821	237	28.9%	135	16.4%	205	25.0%	200	24.4%	35	4.3%	9	1.1%
H30	884	281	31.8%	152	17.2%	192	21.7%	213	24.1%	38	4.3%	8	0.9%
R01	840	218	26.0%	132	15.7%	209	24.9%	216	25.7%	46	5.5%	19	2.3%
R02	754	203	26.9%	137	18.2%	162	21.5%	187	24.8%	54	7.2%	11	1.5%
R03	786	220	28.0%	133	16.9%	171	21.8%	195	24.8%	53	6.7%	14	1.8%
R04	792	242	30.6%	120	15.2%	169	21.3%	186	23.5%	63	8.0%	12	1.5%

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		再Ⅲ度高血圧	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	821	372 45.3%	205 25.0%	200 24.4%	44 5.4%	25 56.8%	19 43.2%	9 1.1%	5.4%		
H30	884	433 49.0%	192 21.7%	213 24.1%	46 5.2%	27 58.7%	19 41.3%	8 0.9%	5.2%		
R01	840	350 41.7%	209 24.9%	216 25.7%	65 7.7%	35 53.8%	30 46.2%	19 2.3%	7.7%		
R02	754	340 45.1%	162 21.5%	187 24.8%	65 8.6%	29 44.6%	36 55.4%	11 1.5%	8.6%		
R03	786	353 44.9%	171 21.8%	195 24.8%	67 8.5%	32 47.8%	35 52.2%	14 1.8%	8.5%		
R04	792	362 45.7%	169 21.3%	186 23.5%	75 9.5%	37 49.3%	38 50.7%	12 1.5%	9.5%		

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	329	40.1%	52	15.8%	58	17.6%	99	30.1%	101	30.7%	13	4.0%	6	1.8%
	H30	339	38.3%	60	17.7%	67	19.8%	98	28.9%	95	28.0%	15	4.4%	4	1.2%
	R01	326	38.8%	49	15.0%	50	15.3%	89	27.3%	108	33.1%	21	6.4%	9	2.8%
	R02	315	41.8%	50	15.9%	59	18.7%	72	22.9%	98	31.1%	29	9.2%	7	2.2%
	R03	321	40.8%	51	15.9%	49	15.3%	78	24.3%	108	33.6%	29	9.0%	6	1.9%
	R04	327	41.3%	61	18.7%	49	15.0%	75	22.9%	104	31.8%	33	10.1%	5	1.5%
治療なし	H29	492	59.9%	185	37.6%	77	15.7%	106	21.5%	99	20.1%	22	4.5%	3	0.6%
	H30	545	61.7%	221	40.6%	85	15.6%	94	17.2%	118	21.7%	23	4.2%	4	0.7%
	R01	514	61.2%	169	32.9%	82	16.0%	120	23.3%	108	21.0%	25	4.9%	10	1.9%
	R02	439	58.2%	153	34.9%	78	17.8%	90	20.5%	89	20.3%	25	5.7%	4	0.9%
	R03	465	59.2%	169	36.3%	84	18.1%	93	20.0%	87	18.7%	24	5.2%	8	1.7%
	R04	465	58.7%	181	38.9%	71	15.3%	94	20.2%	82	17.6%	30	6.5%	7	1.5%

参考資料9 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	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	E/A	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A				
総数	H29	821	489	59.6%	168	20.5%	105	12.8%	42	5.1%	17	2.1%		
	H30	884	486	55.0%	196	22.2%	116	13.1%	58	6.6%	28	3.2%		
	R01	840	474	56.4%	159	18.9%	128	15.2%	61	7.3%	18	2.1%		
	R02	754	425	56.4%	182	24.1%	80	10.6%	39	5.2%	28	3.7%		
	R03	786	416	52.9%	186	23.7%	113	14.4%	46	5.9%	25	3.2%		
R04	792	422	53.3%	173	21.8%	109	13.8%	61	7.7%	27	3.4%			
男性	H29	378	246	65.1%	70	18.5%	41	10.8%	15	4.0%	6	1.6%		
	H30	422	252	59.7%	96	22.7%	45	10.7%	19	4.5%	10	2.4%		
	R01	409	246	60.1%	71	17.4%	59	14.4%	24	5.9%	9	2.2%		
	R02	367	212	57.8%	91	24.8%	42	11.4%	17	4.6%	5	1.4%		
	R03	388	221	57.0%	91	23.5%	40	10.3%	26	6.7%	10	2.6%		
R04	382	209	54.7%	76	19.9%	58	15.2%	26	6.8%	13	3.4%			
女性	H29	443	243	54.9%	98	22.1%	64	14.4%	27	6.1%	11	2.5%		
	H30	462	234	50.6%	100	21.6%	71	15.4%	39	8.4%	18	3.9%		
	R01	431	228	52.9%	88	20.4%	69	16.0%	37	8.6%	9	2.1%		
	R02	387	213	55.0%	91	23.5%	38	9.8%	22	5.7%	23	5.9%		
	R03	398	195	49.0%	95	23.9%	73	18.3%	20	5.0%	15	3.8%		
R04	410	213	52.0%	97	23.7%	51	12.4%	35	8.5%	14	3.4%			

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	821	489 59.6%	168 20.5%	105 12.8%	59 7.2%	54 91.5%	5 8.5%	17 2.1%	16 94.1%	1 5.9%	2.1%	7.2%
					17 2.1%	16 94.1%	1 5.9%					
H30	884	486 55.0%	196 22.2%	116 13.1%	86 9.7%	80 93.0%	6 7.0%	28 3.2%	27 96.4%	1 3.6%	3.2%	9.7%
					28 3.2%	27 96.4%	1 3.6%					
R01	840	474 56.4%	159 18.9%	128 15.2%	79 9.4%	73 92.4%	6 7.6%	18 2.1%	16 88.9%	2 11.1%	2.1%	9.4%
					18 2.1%	16 88.9%	2 11.1%					
R02	754	425 56.4%	182 24.1%	80 10.6%	67 8.9%	59 88.1%	8 11.9%	28 3.7%	23 82.1%	5 17.9%	3.7%	8.9%
					28 3.7%	23 82.1%	5 17.9%					
R03	786	416 52.9%	186 23.7%	113 14.4%	71 9.0%	62 87.3%	9 12.7%	25 3.2%	24 96.0%	1 4.0%	3.2%	9.0%
					25 3.2%	24 96.0%	1 4.0%					
R04	792	422 53.3%	173 21.8%	109 13.8%	88 11.1%	76 86.4%	12 13.6%	27 3.4%	23 85.2%	4 14.8%	3.4%	11.1%
					27 3.4%	23 85.2%	4 14.8%					

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	B/A	人数	割合	C/A	人数	割合	D/A	人数	割合	E/A	人数
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A				
治療中	H29	261	31.8%	208	79.7%	35	13.4%	13	5.0%	4	1.5%	1	0.4%	
	H30	269	30.4%	199	74.0%	44	16.4%	20	7.4%	5	1.9%	1	0.4%	
	R01	259	30.8%	194	74.9%	39	15.1%	20	7.7%	4	1.5%	2	0.8%	
	R02	239	31.7%	183	76.6%	36	15.1%	12	5.0%	3	1.3%	5	2.1%	
	R03	254	32.3%	187	73.6%	41	16.1%	17	6.7%	8	3.1%	1	0.4%	
R04	245	30.9%	179	73.1%	37	15.1%	17	6.9%	8	3.3%	4	1.6%		
治療なし	H29	560	68.2%	281	50.2%	133	23.8%	92	16.4%	38	6.8%	16	2.9%	
	H30	615	69.6%	287	46.7%	152	24.7%	96	15.6%	53	8.6%	27	4.4%	
	R01	581	69.2%	280	48.2%	120	20.7%	108	18.6%	57	9.8%	16	2.8%	
	R02	515	68.3%	242	47.0%	146	28.3%	68	13.2%	36	7.0%	23	4.5%	
	R03	532	67.7%	229	43.0%	145	27.3%	96	18.0%	38	7.1%	24	4.5%	
R04	547	69.1%	243	44.4%	136	24.9%	92	16.8%	53	9.7%	23	4.2%		