

上島町国民健康保険 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



令和6年3月作成
上島町国民健康保険

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
 - 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) ……33

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. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
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40

1. 保健事業の方向性

2. 重症化予防の取組み

- 1) 糖尿病性腎症重症化予防
- 2) 脳血管疾患重症化予防
- 3) メタボリックシンドローム重症化予防

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

4. 発症予防

5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し61

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62

1. 計画の公表・周知

2. 個人情報の取扱い

参考資料63

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み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(重要業績評価指標)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、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

本町では、国の動きや本町の課題等を踏まえ、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。

※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、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・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)

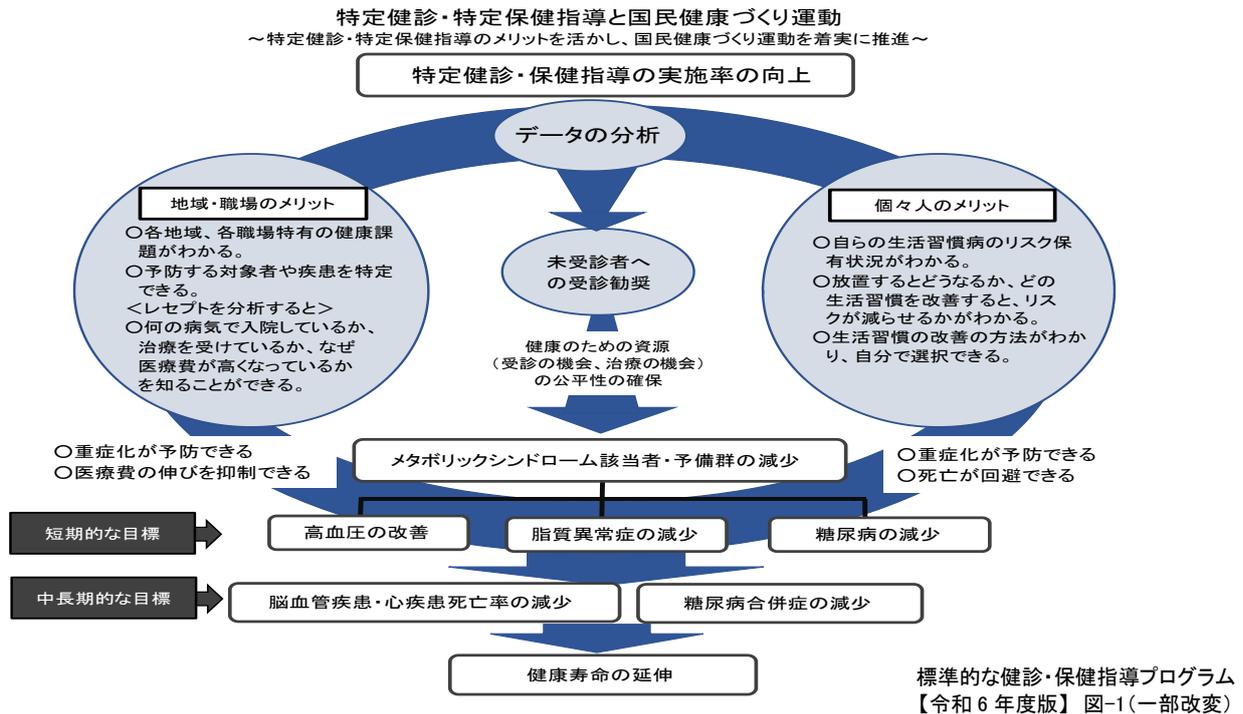
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指していることより、保健事業実施計画(データヘルス計画)においては、第2期同様、虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

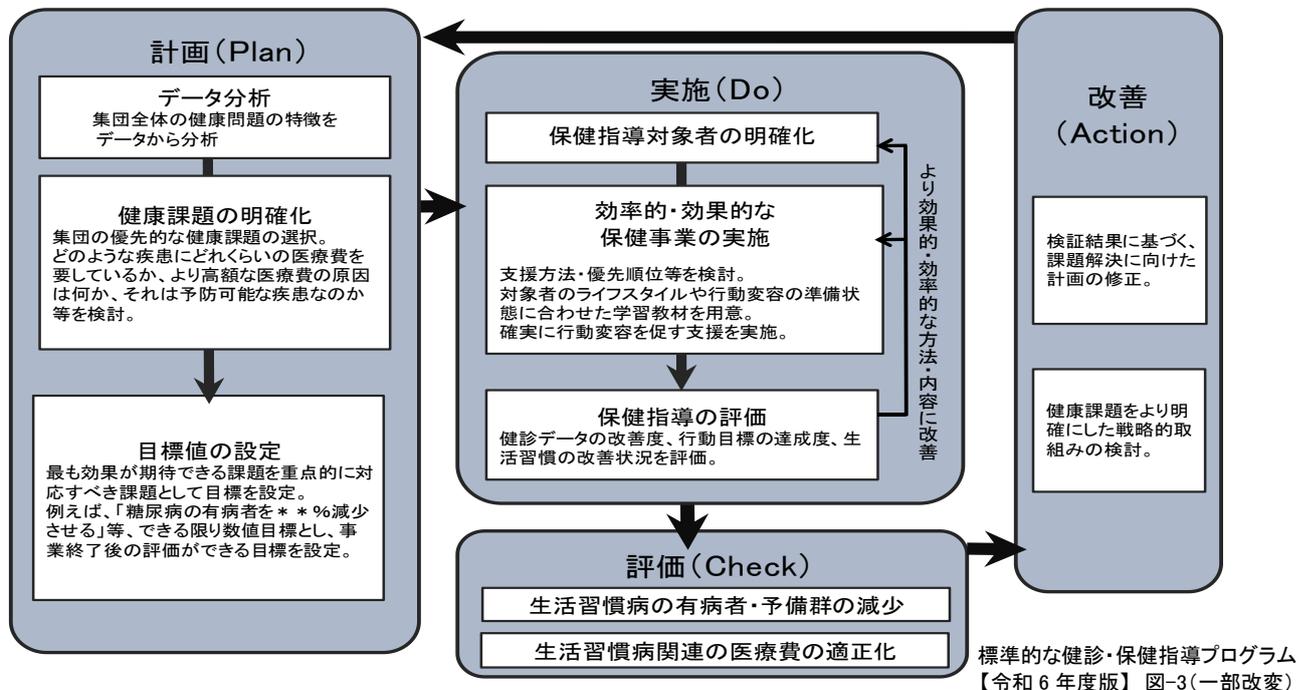
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 康づくりの展開により実効性を持 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、青年期、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青年期・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、 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生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 2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 ・ハイオフレット品の使用促進 ・医療資源の効果的・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産産期医療 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

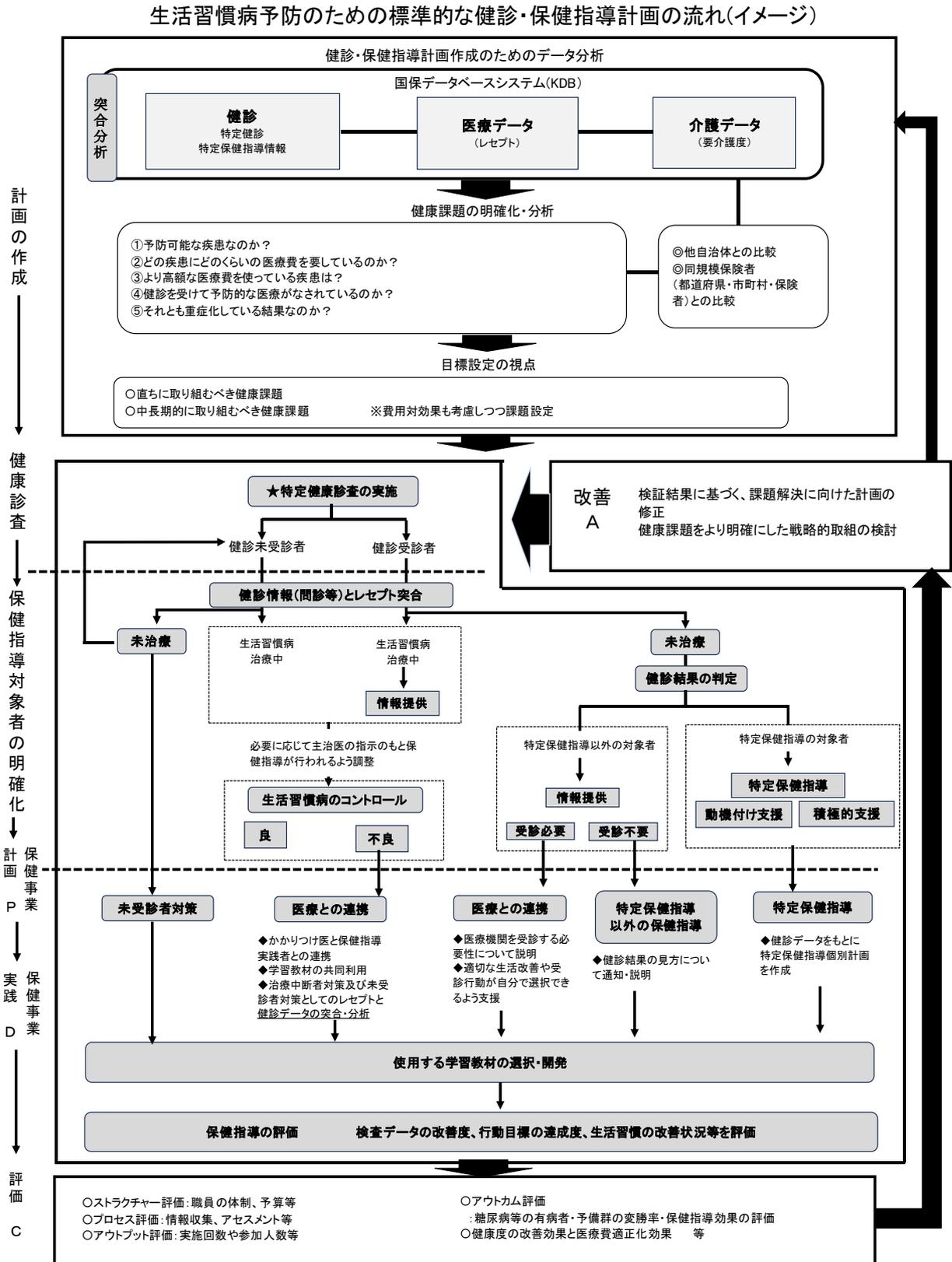


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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(平成30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		
	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、必要度に応じ、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 個人の健康結果を講み解くとともに、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

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

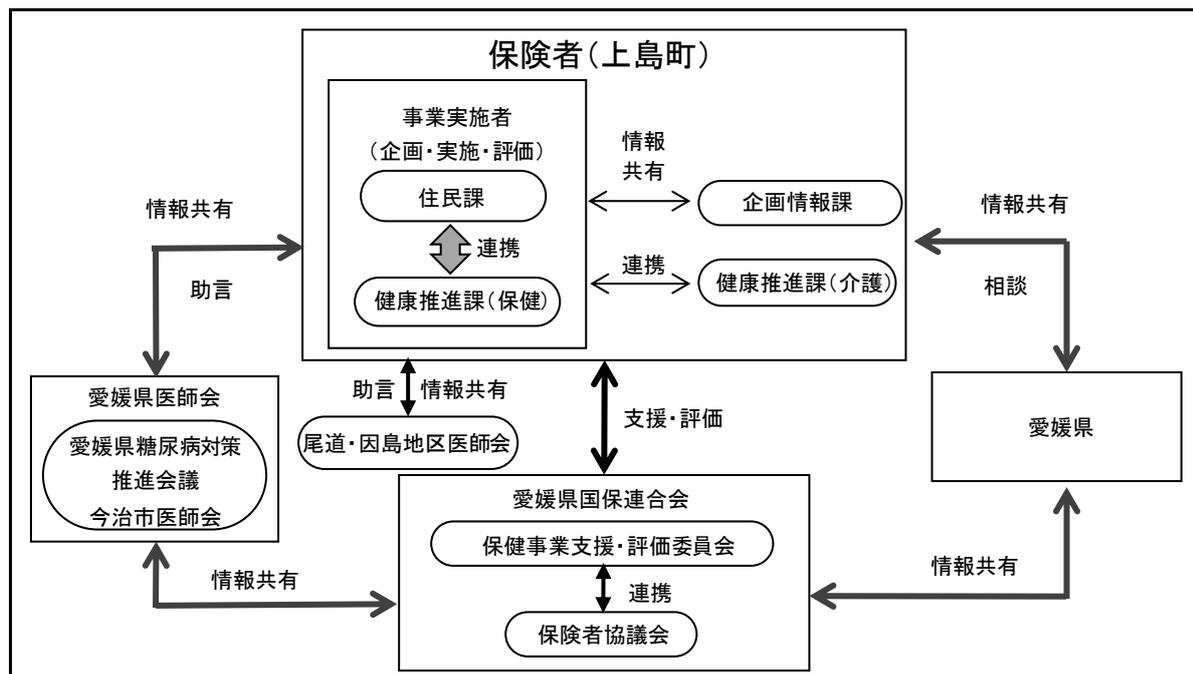
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な

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)、保健衛生部局・介護保険部局(健康推進課)、企画部局(企画情報課)、生活保護部局(住民課)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)

図表6 上島町の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、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あたっては、共同保険者である都道府県のほか、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、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、地域の医療機関等の社会資源等と連携・協力します。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与がさらに重要となります。

さらに、保険者等と地区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す。

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

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したり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、積極的に取組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

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み等に対する支援を行うため、保険者の取組み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(取組評価分)。(図表7)

令和2年度からは、上記の取組評価分に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分とあ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さらに後押ししています(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しています。また都道府県は、交付金(事業費連動分)を市町村保険者ごとの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ことから、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7 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			
		上島町	配点	上島町	配点	上島町	配点		
交付額(万円)		293.3		353.5		397.4			
全国順位(1,741市町村中)		1402位		606位		417位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	10	70	90	70	90	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3)メタリックシート・ローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	50	40	50	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	90	120	75	120	90	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	50	90	45	45	55	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	0	50	50	50	45	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	100	130	105	130	70	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	50	100	55	100
		②	データヘルス計画の実施状況	25	40	25	30	25	25
③		医療費通知の取組	0	25	0	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	10	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	28	40	38	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	64	95	44	100	49	100	
合計点		452	1,000	612	960	634	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

本町は、令和2年度国勢調査で人口 6,496 人、高齢化率は 45.5%でした。同規模自治体(以下「同規模」)、県、国と比較すると高齢者の割合、被保険者の平均年齢ともにとても高く、一方で出生率、財政指数ではとても低いという状況です。産業においては、第2次産業が 35.6%と同規模、県、国と比較しても高く、造船などの製造業の割合が多くなっています。(図表8)

国保加入率は24.3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成についても65～74歳の前期高齢者が60.3%と全体の過半数を占めています。(図表9)

また、町内には、5つの診療所があるのみで病院はなく、医療資源は非常に乏しい地域です。そのため、町外の医療機関に依存せざるをえない現状があります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した上島町の特性

	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
上島町	6,496	45.5	1,578 (24.3)	59.6	2.9	16.3	0.2	8.9	35.6	55.5
同規模	--	39.4	25.6	55.7	4.9	17.2	0.4	17.0	25.3	57.7
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、上島町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表9 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								
被保険者数	1,892		1,813		1,759		1,655		1,578	
65～74歳	1,150	60.8	1,106	61.0	1,085	61.7	1,038	62.7	952	60.3
40～64歳	514	27.2	494	27.2	458	26.0	421	25.4	404	25.6
39歳以下	228	12.1	213	11.7	216	12.3	196	11.8	222	14.1
加入率	26.5		25.4		24.7		23.2		24.3	

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10 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	同規模	県								
											割合	割合
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.5
診療所数	5	2.6	5	2.8	5	2.8	5	3.0	5	3.2	2.7	4.3
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37.4	73.4
医師数	4	2.1	4	2.2	4	2.3	4	2.4	5	3.2	4.2	13.7
外来患者数	749.5		741.9		694.1		730.3		746.3		692.2	
入院患者数	27.3		30.9		25.5		20.8		24.8		22.7	

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期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、計画最終年度までの達成目標を、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)の減少と設定しました。

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を、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、糖尿病性腎症(人工透析))の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で5人(認定率0.31%)、1号(65歳以上)被保険者で593人(認定率20.1%)と、同規模、県、国とほぼ同じで、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表11)

介護給付費は6億9千万円から7億3千万円に伸びているものの、一人あたりの給付費は、同規模、県、国と比較しても低くなっています。また、給付費の内訳をみると、居宅サービス費は、同規模、県、国より高く、施設サービスは低くなっています。(図表12)

要介護認定状況と生活習慣病の関連としては、全年代で脳血管疾患(脳卒中)は約5割を占めています。また、第1号被保険者では虚血性心疾患も4割の有病率となっています。第1号・第2号被保険者全体でみると、脳血管疾患、虚血性疾患を合わせた割合は、9割と非常に高く、起因となる基礎疾患の有病状況も全体で9割以上と高くなっています。生活習慣病対策は介護給付費適正化においても、とても重要であると言えます。(図表13)

図表11 要介護認定者(率)の状況

	上島町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,026人	42.5%	2,953人	45.5%	39.4%	33.4%	28.7%
2号認定者	11人	0.56%	5人	0.31%	0.39%	0.41%	0.38%
新規認定者	5人		1人		--	--	--
1号認定者	617人	20.4%	593人	20.1%	19.4%	21.6%	19.4%
新規認定者	91人		78人		--	--	--
再掲	65～74歳	54人	3.8%	39人	2.9%	--	--
	新規認定者	12人		12人		--	--
	75歳以上	563人	35.5%	554人	34.8%	--	--
新規認定者	79人		66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 12 介護給付費の変化

	上島町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億9753万円	7億3523万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	230,511	248,976	314,188	320,144	290,668
1件あたり給付費(円) 窓体	63,643	65,452	74,986	62,527	59,662
居室サービス	46,139	47,807	43,722	44,617	41,272
施設サービス	245,143	252,576	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 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4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)		5		39		554		593					
再)国保・後期		3		36		544		580					
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 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	2 66.7%	脳卒中	19 52.8%	脳卒中	265 48.7%	脳卒中	284 49.0%	脳卒中	286 49.1%	
		2	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	12 33.3%	虚血性心疾患	221 40.6%	虚血性心疾患	233 40.2%	虚血性心疾患	233 40.0%	
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	7 19.4%	腎不全	166 30.5%	腎不全	173 29.8%	腎不全	173 29.7%	
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	3 8.3%	糖尿病合併症	64 11.8%	糖尿病合併症	67 11.6%	糖尿病合併症	67 11.5%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				2 66.7%	基礎疾患	32 88.9%	基礎疾患	522 96.0%	基礎疾患	554 95.5%	基礎疾患	556 95.4%
	血管疾患合計				2 66.7%	合計	32 88.9%	合計	531 97.6%	合計	563 97.1%	合計	565 96.9%
	認知症			認知症	0 0.0%	認知症	10 27.8%	認知症	248 45.6%	認知症	258 44.5%	認知症	258 44.3%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	3 100.0%	筋骨格系	33 91.7%	筋骨格系	536 98.5%	筋骨格系	569 98.1%	筋骨格系	572 98.1%

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

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、国保加入者が減少していることから総医療費全体は減少していますが、一人あたり医療費では、平成 30 年度と令和4年度を比較しても 46,030 円増の 42 万円と大きく伸びています。また、同規模、県、国と比べても高い値を示しています。

また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか3%程度にも関わらず、医療費割合でみると全体の約 44%を占め、1件あたりの入院医療費は平成 30 年度と比較して、133,690 円増の 61 万円と高くなっています。(図表 14)

年齢調整をした地域差指数では、新型コロナウイルス感染症の影響により、全国平均の1を下回っています。今後も一人あたり医療費の抑制には、入院を防ぐためにも、基礎疾患となる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みに力を入れる必要があります。(図表 15)

図表 14 医療費の推移

	上島町		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)	1,892	1,578	--	--	--
前期高齢者割合	1,150 (60.8%)	952 (60.3%)	--	--	--
総医療費	7億1453万円	6億6858万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	377,658 県内7位 同規模62位	423,688 県内3位 同規模47位	376,732	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	477,430	611,120	588,690	617,950
	費用の割合	42.6	44.2	43.7	39.6
	件数の割合	3.5	3.2	3.2	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	23,390	25,550	24,870	24,220
	費用の割合	57.4	55.8	56.3	60.4
	件数の割合	96.5	96.8	96.8	97.0
受診率	776.794	771.076	714.851	771.192	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は上島町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 15 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			
	上島町 (県内市町村中)		県 (47県中)	上島町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R03年度	R03年度	H30年度	R03年度	R03年度	
地域差指数・順位	全体	0.994	0.891	1.027	1.014	0.987	1.014
		(15位)	(18位)	(21位)	(7位)	(14位)	(19位)
	入院	1.072	0.855	1.089	1.067	1.062	1.037
		(14位)	(20位)	(20位)	(5位)	(8位)	(21位)
	外来	0.943	0.910	0.993	0.952	0.902	1.001
		(15位)	(15位)	(23位)	(12位)	(18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 年度と比較しやや減少し、同規模、県、国よりも低くなっています。しかし、慢性腎不全は微増し、透析有の割合も増加しています。(図表 16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を見ると、平成 30 年度と比較して虚血性心疾患・脳血管疾患は患者数及び割合ともに減少していますが、腎不全(人工透析)については増加しています。(図表 17)

腎疾患は、患者本人に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いるだけでなく、医療費の圧迫に大きく関わる疾患であるため、原因となる糖尿病等の発症予防及び重症化予防対策をしっかりと行うことが必要となってきます。

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

		上島町		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)		7億1453万円	6億6858万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		4286万円	3469万円	--	--	--	
		6.00%	5.19%	7.67%	7.91%	8.03%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.99%	1.53%	2.06%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.48%	1.10%	1.47%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.70%	2.31%	3.83%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.83%	0.25%	0.32%	0.27%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		15.00%	22.76%	16.76%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		9.52%	8.07%	9.27%	9.80%	8.68%
	精神疾患		8.55%	7.16%	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 17 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	1,892	1,578	a	144	107	153	117	6	8	
				a/A	7.6%	6.8%	8.1%	7.4%	0.3%	0.5%	
40歳以上	B	1,664	1,356	b	144	106	151	116	5	8	
	B/A	87.9%	85.9%	b/B	8.7%	7.8%	9.1%	8.6%	0.3%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	514	404	c	22	18	27	24	5	5
		C/A	27.2%	25.6%	c/C	4.3%	4.5%	5.3%	5.9%	1.0%	1.2%
	65~74歳	D	1,150	952	d	122	88	124	92	0	3
		D/A	60.8%	60.3%	d/D	10.6%	9.2%	10.8%	9.7%	0.0%	0.3%

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

治療状況を見ると、脂質異常症の治療者割合は減少していますが、高血圧、糖尿病の治療者割合は微増となっています。また、糖尿病では、40~64歳の若い世代において、合併症である糖尿病性腎症治療者の割合が、平成30年と比較し約4%増加し、10.4%となっています。さらに、高血圧、

糖尿病、脂質異常症のすべてにおいて、人工透析の割合が増えています。今後、慢性腎臓病へと移行し、透析治療とならないよう、若い世代からの生活習慣の見直しや医療受診勧奨も含めた保健指導を重点的に実施し、重症化予防に取り組む必要があります。(図表 18・19・20)

図表 18 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	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	777	664	146	128	631	536	
	A/被保数	46.7%	49.0%	28.4%	31.7%	54.9%	56.3%	
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	89	69	15	10	74	59
		B/A	11.5%	10.4%	10.3%	7.8%	11.7%	11.0%
	虚血性心疾患	C	121	90	20	18	101	72
		C/A	15.6%	13.6%	13.7%	14.1%	16.0%	13.4%
	人工透析	D	4	7	4	5	0	2
		D/A	0.5%	1.1%	2.7%	3.9%	0.0%	0.4%

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 19 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	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	493	411	122	96	371	315	
	A/被保数	29.6%	30.3%	23.7%	23.8%	32.3%	33.1%	
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	58	48	9	9	49	39
		B/A	11.8%	11.7%	7.4%	9.4%	13.2%	12.4%
	虚血性心疾患	C	82	55	13	11	69	44
		C/A	16.6%	13.4%	10.7%	11.5%	18.6%	14.0%
	人工透析	D	2	4	2	3	0	1
		D/A	0.4%	1.0%	1.6%	3.1%	0.0%	0.3%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	E	39	36	8	10	31	26
		E/A	7.9%	8.8%	6.6%	10.4%	8.4%	8.3%
	糖尿病性網膜症	F	40	30	10	9	30	21
		F/A	8.1%	7.3%	8.2%	9.4%	8.1%	6.7%
	糖尿病性神経障害	G	20	8	5	1	15	7
		G/A	4.1%	1.9%	4.1%	1.0%	4.0%	2.2%

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 20 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	742	587	151	128	591	459
		A/被保数	44.6%	43.3%	29.4%	31.7%	51.4%	48.2%
(中長期 合併症 目標疾患)	脳血管疾患	B	75	56	12	9	63	47
		B/A	10.1%	9.5%	7.9%	7.0%	10.7%	10.2%
	虚血性心疾患	C	103	78	19	19	84	59
		C/A	13.9%	13.3%	12.6%	14.8%	14.2%	12.9%
	人工透析	D	4	7	4	5	0	2
		D/A	0.5%	1.2%	2.6%	3.9%	0.0%	0.4%

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度高血圧を平成 30 年度と令和3年度とで比較すると、有所見者の割合は増え、県よりも高い値となっています。未治療者については、健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置している者が高血圧で37.7%と高い値ですが、県と比較しては低くなっています。HbA1c7.0%以上を平成 30 年度と令和3年度で比較すると、有所見者の割合は横ばいですが、未治療者は増加しています。(図表 21)

高血圧、糖尿病、脂質異常症の合併症の割合は少しずつ増加してきているため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の者への受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

図表 21 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	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
上島町	703	44.8	542	39.9	56	8.0	33	58.9	69	12.7	39	56.5	26	37.7	0	0.0
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

	HbA1c実施率				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	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)		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
上島町	696	99.0	538	99.3	27	3.9	3	11.1	21	3.9	4	19.0	1	4.8	0	0.0
愛媛県	76,277	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

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、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、横ばい状態で改善につなげることはできていません。(図表 22)

次に HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160mg/dl 以上の有所見者状況を平成30年度と令和3年度で比較すると、HbA1c6.5%以上者は3%程増加し、翌年度の結果で「変化なし」、「悪化」の割合が減少しています。Ⅱ度高血圧以上者は5%程増加し、翌年度の結果で「改善」、「悪化」ともに減少しています。LDL-C160mg/dl 以上者は2%増加し、翌年度の結果で「改善」、「悪化」ともに増加しています。翌年度の健診未受診者については、全ての項目で増加しており、また、結果が把握できていないことから、重症化予防のためにも今後も継続受診を勧める働きかけを積極的に行う必要があります。特に、HbA1c6.5%以上者は改善割合が低く、健診未受診者割合も高いことから、結果の改善につながるよう丁寧な個別の保健指導を実施していく必要があります。(図表 23・24・25)

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者(人) (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	703 (44.8%)	162 (23.0%)	42 (6.0%)	120 (17.1%)	81 (11.5%)
R04年度	528 (42.1%)	123 (23.3%)	39 (7.4%)	84 (15.9%)	62 (11.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 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	変化なし	悪化	
H30→R01	52 (7.5%)	11 (21.2%)	16 (30.8%)	7 (13.5%)	18 (34.6%)
R03→R04	55 (10.2%)	11 (20.0%)	14 (25.5%)	7 (12.7%)	23 (41.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 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	変化なし	悪化	
H30→R01	56 (8.0%)	25 (44.6%)	16 (28.6%)	3 (5.4%)	12 (21.4%)
R03→R04	69 (12.7%)	30 (43.5%)	19 (27.5%)	2 (2.9%)	18 (26.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 LDL-C160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	69 (9.8%)	30 (43.5%)	19 (27.5%)	6 (8.7%)	14 (20.3%)
R03→R04	64 (11.8%)	29 (45.3%)	13 (20.3%)	7 (10.9%)	15 (23.4%)

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

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 44.8%までになりましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度は 25.3%までに受診率が大きく減少しました。しかし、徐々に受診率も回復し、令和4年度には 42.1%までに回復しました。しかし、第3期特定健診等実施計画の目標である 60%を達成することができていません。(図表 26)また、本町は、40～50 代の若い世代での受診率が比較的高いことが大きな特徴となっています。(図表 27)

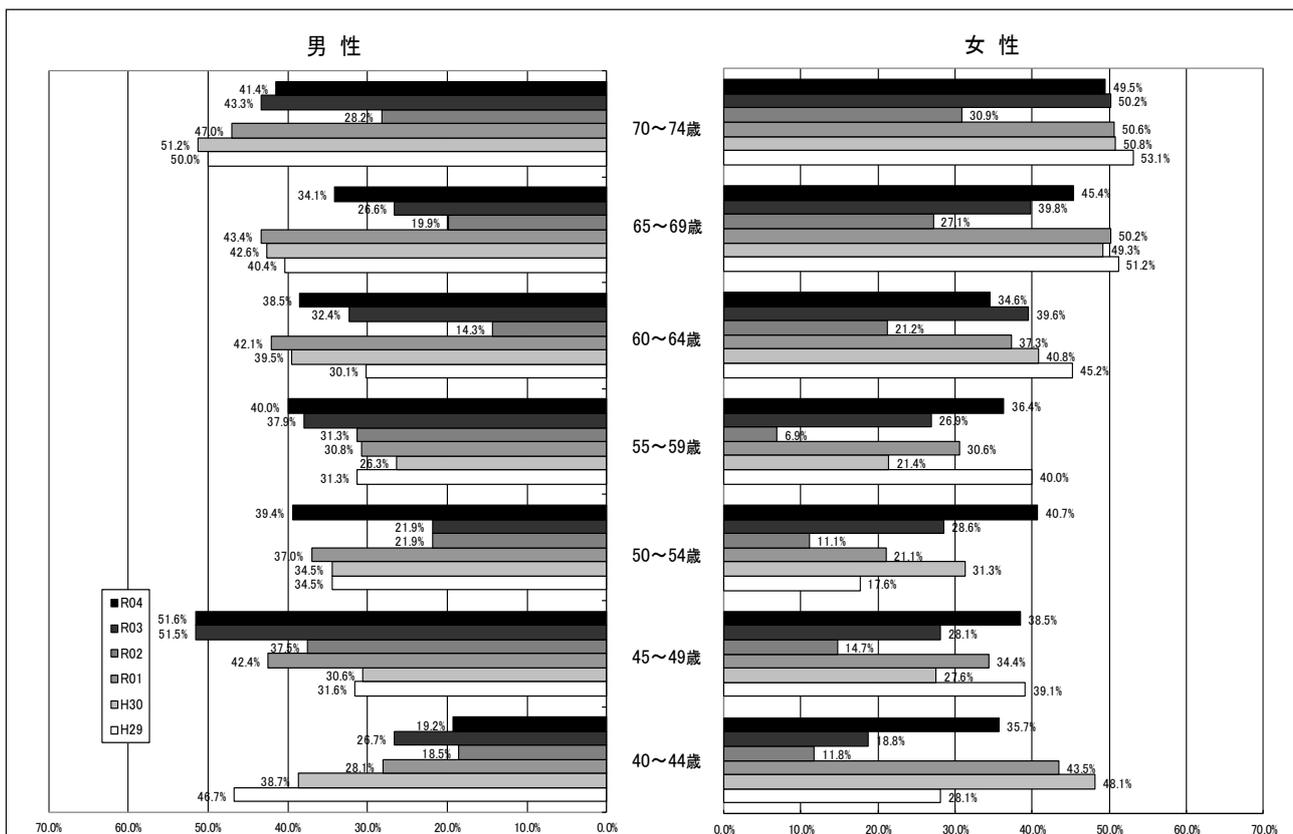
特定保健指導については、令和元年度より目標値の 60%を超えることができました。今後も若い世代からの受診を勧奨し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる保健指導を継続実施していく必要があります。

図表 26 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(人)	703	673	364	542	528	健診受診率 60%
	受診率	44.8%	44.7%	25.3%	39.9%	42.1	
特定保健指導	該当者数(人)	76	80	56	79	72	特定保健指導 実施率 60%
	割合	10.8%	11.9%	15.4%	14.6%	13.6	
	実施者数(人)	34	53	36	47	44	
	実施率	44.7%	66.3%	64.3%	59.5%	61.1	

出典:特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：特定健診法廷報告データ

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

本町では、令和3年度より糖尿病性腎症重症化予防対策に取組み始め、初年度の保健指導実施割合は50.0%、令和4年度には82.6%までとなっています。(図表 28)

また、血糖値有所見者で未治療・中断であった者、HbA1c8.0%以上の高血糖者においては、対象者全員への保健指導を行い、令和4年度は有所見者の未治療者・中断者の全員を医療機関受診へつなげることができています。(図表 29・30)しかし、HbA1c8.0%以上の者の割合をみると、令和3年度は3.6%でしたが、令和4年度は4.1%と微かではありますが増加している現状です。(図表 30)

そのため、今後も医療機関と情報共有・連携をしっかりと図りながら、適切な受診や治療につなぐための支援を継続していくとともに、保健師・管理栄養士が生活改善、行動変容につながる保健指導・栄養指導を行い、血糖値の改善ができるよう支援の質の向上に努めていく必要があります。

図表 28 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		R3	R4
健診受診者	人(a)	554	542
血糖値有所見者 * 1	人(b)	20	23
	(b/a)	3.6%	4.2%
保健指導実施者 * 2	人(c)	10	19
	(c/b)	50.0%	82.6%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 29 治療が必要な者の適切な受診

		R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	20	22
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	1	3
	(b/a)	5.0%	13.6%
受診した者	人(c)	0	3
	(c/b)	0.0%	100.0%
治療開始した者	人(c)	0	0
	(c/b)	0.0%	0.0%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 30 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		R3	R4
健診受診者	人(a)	554	542
HbA1c8.0%以上	人(b)	20	22
	(b/a)	3.6%	4.1%
保健指導実施	人(c)	20	22
	(c/b)	100.0%	100.0%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	0	0
	(b/a)	0.0%	0.0%

②高血圧症重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約10%と横ばいで、約4割が未治療者です。(図表 31)

高血圧は、脳や心臓の血管疾患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ともなります。また、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ます。図表 32 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。高リスクの未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と受診勧奨に取り組んでいきます。

令和5年度からは、Ⅱ度以上の者に家庭用血圧計の貸し出しを開始しています。高値血圧の者においても、家庭血圧の測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。高血圧の治療者は約6割いるため、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っています。

図表 31 血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上)の者

			R3	R4	
健診受診者	人(a)		554	542	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)		70	51	
	(b/a)		12.6%	9.4%	
	治療あり	人(c)		44	30
		(c/b)		62.9%	58.8%
	治療なし	人(d)		26	21
		(d/b)		37.1%	41.2%
治療開始	人(e)		0	1	
	(e/d)		0.0%	4.8%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	0	2	
		(f/a)	0.0%	0.4%	
	治療あり	人	0	0	
	治療なし	人	0	2	

図表 32 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

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)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	181	74 40.9%	79 43.6%	24 13.3%	4 2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	8	C 4 4.4%	B 3 3.8%	B 1 4.2%	A 0 0.0%
	115	C 56 63.5%	B 42 53.2%	A 15 62.5%	A 2 50.0%
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	58	B 14 32.0%	A 34 43.0%	A 8 33.3%	A 2 50.0%
	115	C 56 63.5%	B 42 53.2%	A 15 62.5%	A 2 50.0%
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	58	B 14 32.0%	A 34 43.0%	A 8 33.3%	A 2 50.0%
	115	C 56 63.5%	B 42 53.2%	A 15 62.5%	A 2 50.0%

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

区分	該当者数
A	61 33.7%
B	60 33.1%
C	60 33.1%

※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(令和6年度版)」によると、「保健指導は、健診結果及び標準的な質問票等に基づき、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。

本町においては、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、町民一人ひとりが、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。

主な取組み内容としては、生活習慣病重症化が医療費や介護費の増大につながっている現状や食生活、生活リズム等の生活背景と生活習慣病重症化との関連について、各種教室や団体に講座を行っています。また、糖尿病や高血圧改善を目的として、健診結果説明会場で食品に含まれる糖分や塩分の展示や説明を行うほか、CATV や広報等を活用して、広く町民への周知を図っていきます。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 33 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		
			(H28)	(R1)	(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0.3%減少	1.36%	5.21%	1.53%	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	1.74%	2.78%	1.10%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合0.3%減少	3.95%	2.78%	2.31%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%	100.0%	0.00%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.048%	0.0%	上島町調べ	
	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10%減少	32.9%	35.1%	35.1%	上島町健康増進課
			健診受診者の高血圧者の割合3%減少(160/100以上)	7.2%	8.3%	8.7%	
			健診受診者の脂質異常者の割合3%減少(LDL180以上)	2.4%	4.0%	4.2%	
			健診受診者の血糖異常者の割合3%減少(HbA1C6.5%以上)	8.1%	10.5%	8.7%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	44.4%	33.30%	0.00%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	5.6%	45.2%	26.9%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	44.4%	87.1%	96.2%	
	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	48.1	44.7	42.1	法定報告値	
		特定保健指導実施率70%以上	69.2	66.3	59.7		
		特定保健指導対象者の割合10%以上減少	12.9	11.9	13.6		
努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加(男性30%以上女性35%以上)	…	…	14.7	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)	
		肺がん検診受診者の増加(男性15%以上女性23%以上)	…	10.2	12.8		
		大腸がん検診受診者の増加(男性20%以上女性30%以上)	…	…	17.0		
		子宮がん検診受診者の増加(30%以上)	…	19.3	13.0		
		乳がん検診受診者の増加(15%以上)	…	24.8	17.4		
		5つのがん検診の平均受診率の増加		10.9	15.0		
		肝炎ウイルス検診受診率 向上	24.3	13.6	13.8		
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の増加	92	104	98	上島町健康増進課	
	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	71.1%	82.0%	82.3%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

保健事業の入り口である特定健診については、新型コロナウイルス感染症の影響により、目標受診率の60%以上は達成できず、40%台と被保険者の半数に満たない状況です。また、特定保健指導についても目標指導率70%を達成できず、減少傾向となっています。この他にも、特定保健指導対象者の割合、メタボリックシンドローム・予備軍の割合、健診受診者における高血圧者、脂質異常者、血糖異常者の割合が初年度より増加しており、いずれも目標値を達成することができていません。

第3期計画においても、引き続き特定健診の受診率と保健指導実施率の向上に努める必要があります。また、保健指導方法のあり方を見直し、より質の高い支援体制を構築することで、町民が健康づくりのための生活改善を行い、健診結果の改善につなげられるよう取組んでいくことが必要です。

次に、重症化予防対策として、中長期目標疾患の脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症に重点を置き、取組んできました。主には、糖尿病、高血圧の未治療者へ医療機関受診を積極的に勧奨し、早期治療につなげることを行ってきました。それにより、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合は、中間評価時よりも減少しています。しかし、若い世代(65歳未満)の人工透析割合が増加している現状もあり、長期的には医療費の増大の可能性は高く、医療費の適正化につながっているとは言えません。

今後は、医療機関への受診の支援に留まらず、治療開始後も継続的な生活改善と治療中断とならないような指導・支援体制を図るとともに、若い世代に対する重症化予防にも力を入れていくことが求められます。

特に、糖尿病においては、治療(薬物療法)を受けていても血糖コントロールが難しく、食事・運動療法と併用して行うことが必要な疾患であるため、医療機関と連携しながら栄養指導等の保健指導を行っていく必要があります。

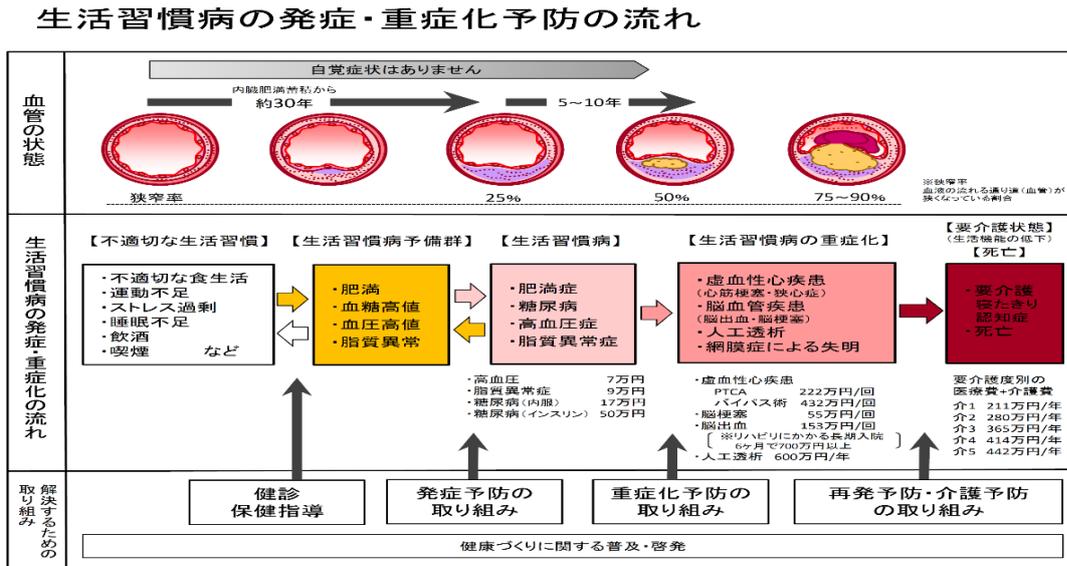
さらに、要介護認定者の生活習慣病有病状況割合の増加や、前期高齢者の健診結果有所見状況におけるメタボリックシンドローム、高血糖の有所見者の増加等から、介護予防も視野に入れた重症化予防の取組みが重要となります。

3. 第3期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、さら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 34)

図表 34 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。

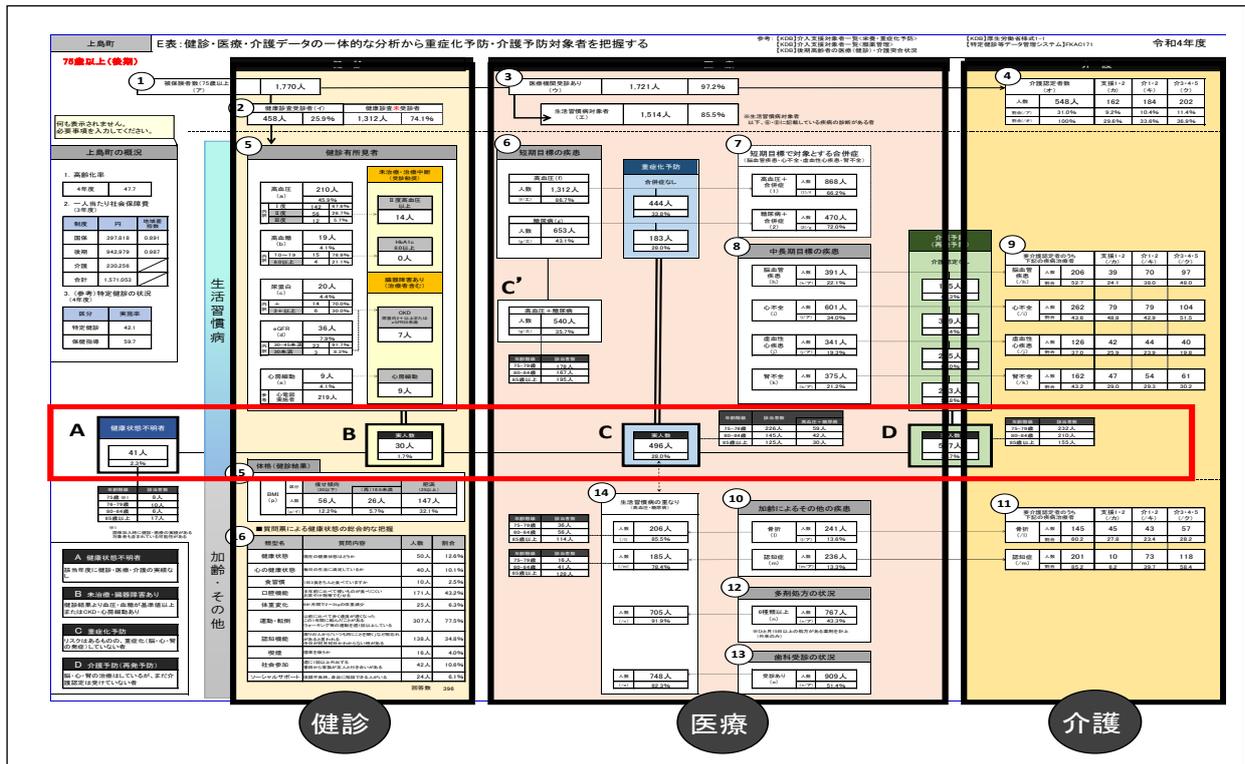
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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ため、市町村国保及び広域連合は、図表 35 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康への意識を高めるため 40歳未満の健診を継続実施し、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する保健指導も継続していきます。

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、若い世代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す。

図表 35 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 36 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	1,892人	1,813人	1,759人	1,655人	1,578人	1,795人
総件数及び 総費用額	件数 18,163件	17,156件	15,503件	15,531件	15,073件	25,089件
	費用額 7億1453万円	7億3291万円	6億5643万円	5億9835万円	6億6858万円	14億7050万円
一人あたり医療費	37.8万円	40.4万円	37.3万円	36.2万円	42.4万円	81.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 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	上高町	6億6858万円	34,202	2.31%	0.25%	1.53%	1.10%	6.03%	3.84%	2.61%	1億1813万円	17.7%	22.8%	7.16%	8.07%
	同規模	---	30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%	---	19.3%	16.8%	7.98%	9.27%
	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	上高町	14億7050万円	69,184	3.74%	0.76%	2.95%	0.84%	4.58%	3.35%	2.13%	2億7012万円	18.4%	10.7%	4.56%	12.4%
	同規模	---	68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%	---	18.8%	10.3%	3.53%	12.4%
	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 38 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	73人	71人	69人	59人	77人	190人	
	件数	B	102件	125件	127件	92件	136件	302件	
		B/総件数	0.56%	0.73%	0.82%	0.59%	0.90%	1.20%	
	費用額	C	1億3148万円	1億5725万円	1億6023万円	1億2096万円	1億8675万円	3億6342万円	
		C/総費用	18.4%	21.5%	24.4%	20.2%	27.9%	24.7%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 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			
脳血管疾患	人数	D	4人	3人	6人	2人	4人	11人		
		D/A	5.5%	4.2%	8.7%	3.4%	5.2%	5.8%		
	件数	E	4件	10件	9件	3件	5件	17件		
		E/B	3.9%	8.0%	7.1%	3.3%	3.7%	5.6%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	0	0	65-69歳	1	5.9%
		40代	0	0	0	1	0	70-74歳	2	11.8%
		50代	0	0	0	0	0	75-80歳	6	35.3%
		60代	3	2	5	2	2	80代	6	35.3%
		70-74歳	1	8	4	0	3	90歳以上	2	11.8%
	費用額	F	434万円	1015万円	857万円	409万円	973万円	1925万円		
		F/C	3.3%	6.5%	5.3%	3.4%	5.2%	5.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

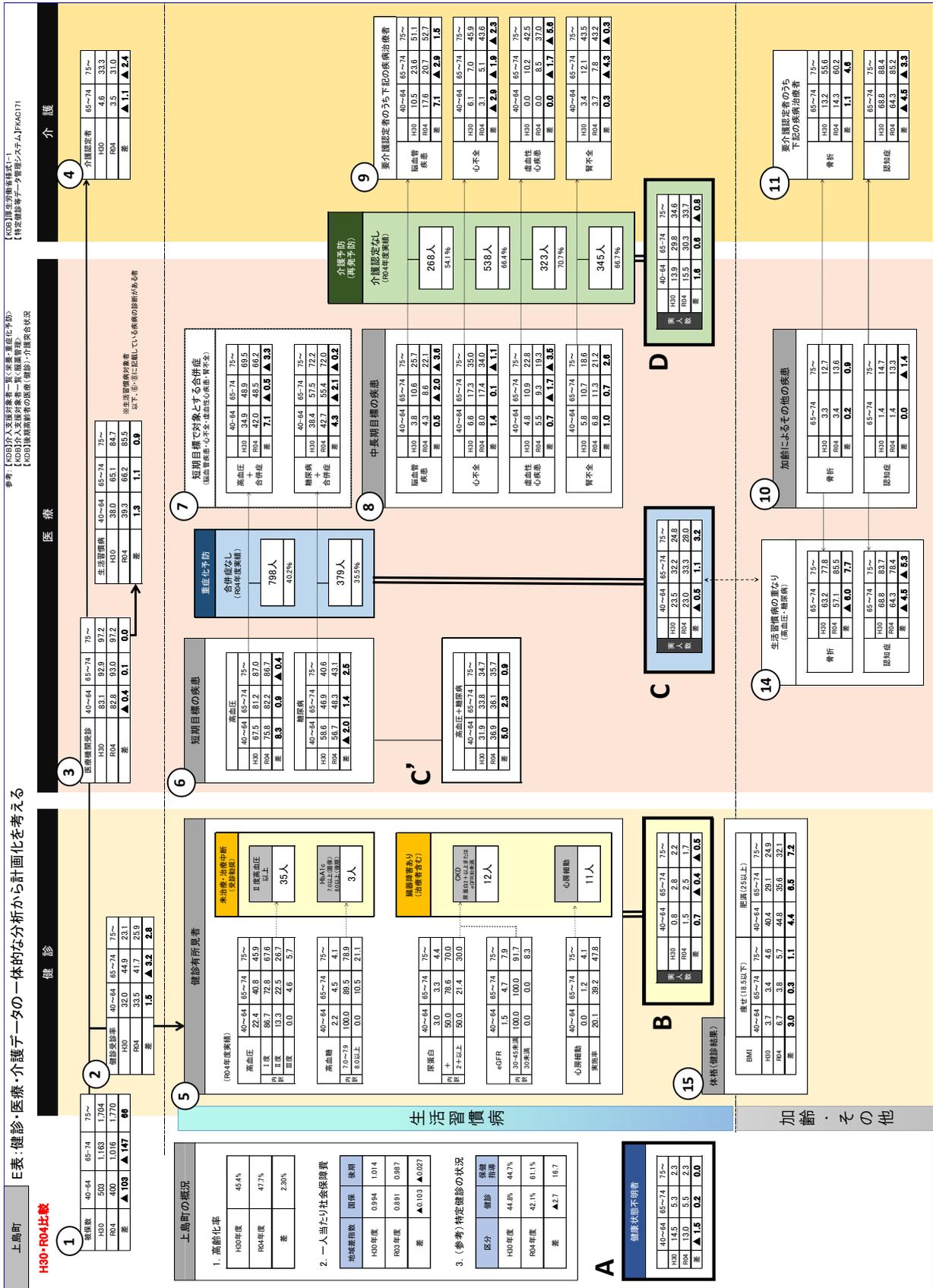
図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

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	4人	2人	2人	1人	3人	3人		
		G/A	5.5%	2.8%	2.9%	1.7%	3.9%	1.6%		
	件数	H	5件	2件	2件	1件	3件	3件		
		H/B	4.9%	1.6%	1.6%	1.1%	2.2%	1.0%		
	年代別	40歳未満	0	0	0	1	0	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0	0	0	0	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	0	1	0	0	75-80歳	1	33.3%
		60代	1	0	0	0	3	80代	2	66.7%
		70-74歳	3	2	1	0	0	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	580万円	675万円	186万円	174万円	446万円	550万円		
		I/C	4.4%	4.3%	1.2%	1.4%	2.4%	1.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 41 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 42 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)					
		被保険者数			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	33.3	503	1,163	1,704	32.0	44.9	23.1	3.7	3.4	4.6	40.4	29.1	24.9
R04	31.0	400	1,016	1,770	33.5	41.7	25.9	6.7	3.8	5.7	44.8	35.6	32.1

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 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-							
年度	人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%					
H30	9	5.6	(1)	47	9.0	(15)	46	11.7	(9)	6	3.7	(0)	20	3.8	(1)	2	0.5	(0)	2	1.2	10	1.9	18	4.6	1	0.6	7	1.3	12	3.1
R04	4	3.0	(3)	47	11.1	(18)	68	14.8	(14)	3	2.2	(1)	19	4.5	(2)	4	0.9	(0)	2	1.5	3	0.7	7	1.5	0	--	2	0.5	9	2.0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 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			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								
	生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			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	83.1	92.9	97.2	38.0	65.1	84.7	67.5	81.2	87.0	58.6	46.9	40.6	31.9	33.8	34.7	34.9	48.9	69.5	38.4	57.5	72.2
R04	82.8	93.0	97.2	39.3	66.2	85.5	75.8	82.2	86.7	56.7	48.3	43.1	36.9	36.1	35.7	42.0	48.5	66.2	42.7	55.4	72.0

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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 45 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と要介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者)												⑨ 中長期疾患のうち要介護認定者											
	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-			
H30	3.8	10.6	25.7	4.8	10.9	22.8	6.6	17.3	35.0	5.8	10.7	18.6	10.5	23.6	51.1	0.0	10.2	42.5	6.1	7.0	45.9	3.4	12.1	43.5
R04	4.3	8.6	22.1	5.5	9.3	19.3	8.0	17.4	34.0	6.8	11.3	21.2	17.6	20.7	52.7	0.0	8.5	37.0	3.1	5.1	43.6	3.7	7.8	43.2

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 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		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	63.2	77.8	68.8	83.7	3.3	12.7	1.4	14.7	13.2	55.6	68.8	88.4
R04	57.1	85.5	64.3	78.4	3.4	13.6	1.4	13.3	14.3	60.2	64.3	85.2

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 36～46)

国保の被保険者数は年々減少していますが、一人あたり医療費は令和2・3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和4年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり医療費は80万円を超え、国保の2倍近く高い状況です。(図表 36)

本町は、これまで糖尿病の重症化予防対策に取り組んできたため、短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模自治体と同等であるものの、腎不全の医療費に占める割合は、国保及び後期高齢の腎不全(透析有)において、同規模、県、国と比べて低い状況となっています。(図表 37)

高額レセプトについては、国保においてはほぼ毎年100件を超えるレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。(図表 38)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度がいちばん多く10件で1千万円以上の費用がかかっていましたが、令和3年度は3件と件数が減り、費用額も約400万円と減っています。しかし、令和4年度では5件と1千万円近い医療費がかかっており、1件あたりの医療費が増大していることがわかります。後期高齢においては、17件発生し、約2千万円の費用がかかっています。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対策についても力を入れる必要があります。(図表 39・40)

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表42の①被保険者数は、40～64歳、65歳～74歳がそれぞれ100名以上減り、75歳以上では66名増え、高齢化が進んでいます。また、⑮の体格をみると、すべての年代で、BMI25以上の率が4%以上も高くなってきています。

図表43の健診有所見の状況では、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0%以上(未治療・治療中断者)の項目において、65歳以上の該当人数が増えており、高齢者への受診勧奨及び保健指導の徹底と一体化事業との連携・充実が課題となります。

図表44の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病ともに40～64歳において大きく増えています。他の年代は横ばいまたは減っています。

図表45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、平成30年度と令和4年度を比較すると、40～64歳はすべての疾患において増加しています。また、腎不全においては、す

すべての年代において増加しています。脳血管疾患については、若い年代で令和4年度の疾患割合が、0.5%、さらに要介護認定者割合では、7.1%も上がっている状況です。短期目標の疾病とする合併症は、将来の要介護状態を招くリスクが高いことから、若い世代からの重症化対策は重要となってきます。

図表 46をみると、要介護状態の要因となる骨折や認知症であった方が生活習慣病である割合は、平成 30 年より令和4年が高くなっています。

(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。特に若い世代への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。

具体的な取り組み方法については、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ておきます。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 47)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

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るが、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 47 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	項目	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 価 (R7)	最終評価 価 (R10)	
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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.53	1.25	1.00	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.10	1.00	1.00	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	2.31	2.15	2.00	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.00	0.00	0.00	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.00	0.00	0.00	
	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	35.1	30.0	25.0	上島町健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	8.7	8.40	8.00	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180mg/dl以上)	4.2	4.0	4.0	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	8.7	8.5	8.0	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	0.0	0.0	0.0	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	26.9	35.0	50.0	
	アウトプット指標	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	42.1	52.0	60.0	法定報告値
			★特定保健指導実施率70%以上	59.7	70.0	70.0	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	13.6	19.0	25.0	

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 48 特定健診受診率・特定保健指導実施率

対象年度	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	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	70%以上

3. 対象者の見込み

図表 49 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

対象年度		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	1,212人	1,162人	1,114人	1,068人	1,024人	982人
	受診者数	606人	604人	601人	598人	593人	589人
特定保健指導	対象者数	79人	79人	78人	78人	77人	77人
	受診者数	55人	55人	54人	54人	53人	53人

4. 特定健診の実施

1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県内においては、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側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。また、県外(尾道市内)の特定健診実施機関については、因島医師会、各医療機関と個別契約を行います。

(1) 集団健診(上島町)

(2) 個別健診(委託医療機関)

2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第1項に基づき、具体的に委

託できる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) 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。(図表 50)

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 50 特定健診検査項目

○上島町特定健診検査項目

健診項目		上島町	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	□	□
	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
※…集団健診のみ

4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

5) 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。

6) 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。

7) 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 51)

図表 51 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者	
7月		(特定保健指導の開始)	
8月			実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約に関わる予算手続き		
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備 健診対象者の抽出、健診案内・予約票等の印刷・送付	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

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、健康推進課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

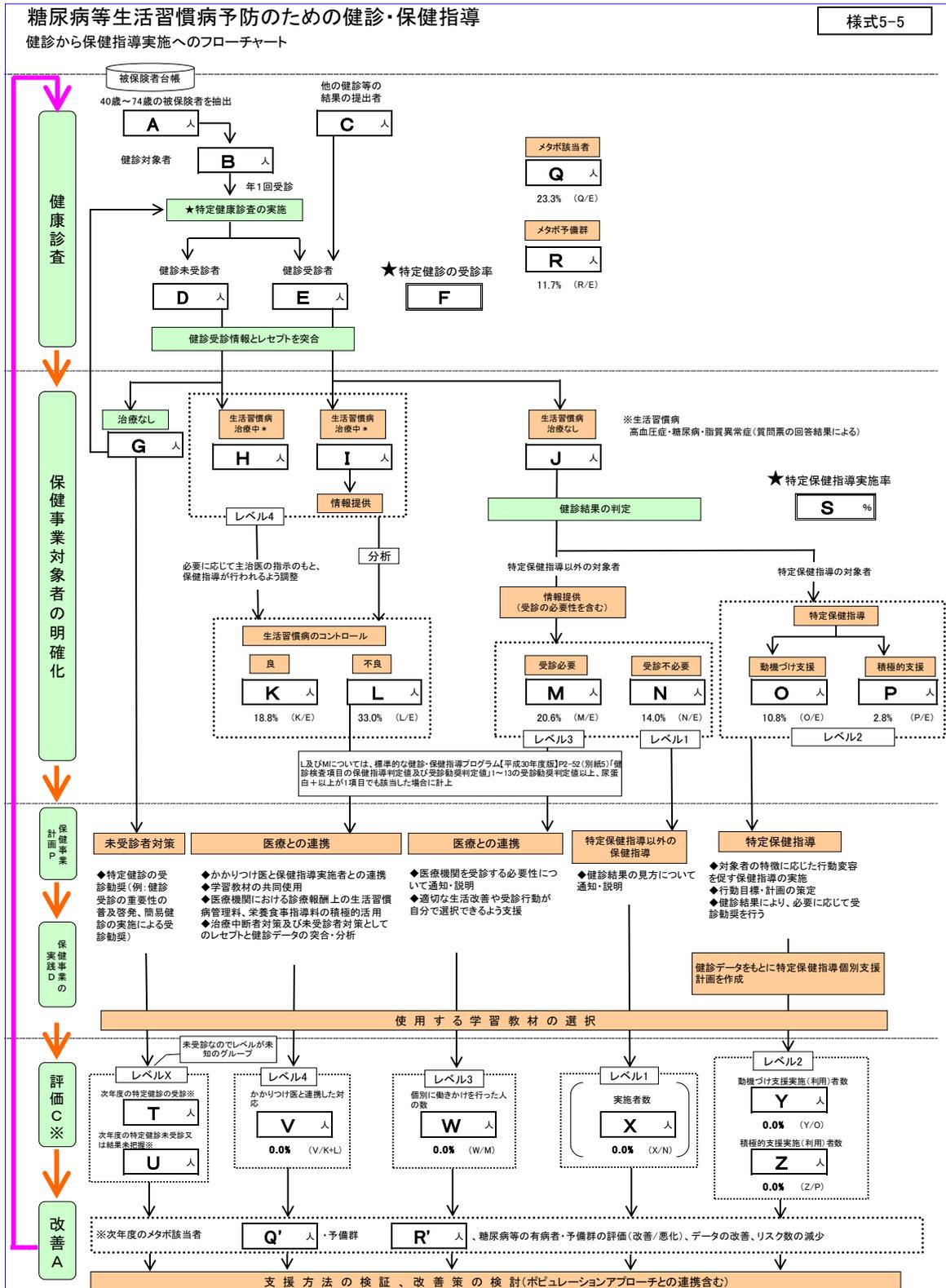
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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 52)

図表 52 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



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 53 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	76人 (14.0%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	111人 (20.5%)	HbA1c6.5以上については 100%
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、簡易健診の実施による受診勧奨)	714 ※受診率目標達成まであと212人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	75人 (13.8%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	280人 (51.7%)	100%

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 54)

図表 54 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎診療情報提供の依頼 ◎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・受診券の交付		◎町民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
6月		◎対象者の抽出	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月		◎保健指導の開始	
8月			
9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
10月			
11月			
12月	◎未受診者の受診券の送付		
1月			
2月			
3月	◎健診終了 ◎次年度の健診対象者の抽出及び健診案内・予約票等の印刷・送付		

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及び上島町個人情報の保護に関する法律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、また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、上島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

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、重症化予防の取組み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、脳血管疾患重症化予防、メタボリックシンドローム重症化予防等の取組みを行います。

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みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く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します。

2. 重症化予防の取組み

本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、218人(40.2%)です。そのうち治療なしが76人(29.0%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が25人(32.9%)です。

また、本町においては、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、76人中36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 55)

図表 55 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 による年齢調整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 ↓ 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	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) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン(2011年厚生労働省研究班報告))	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)	542人	43.2%		
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ※脳卒中 データリンク 2015年1月	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症			■各疾患の治療状況			
	心原性 脳塞栓症 (27.7%) ラクナ 梗塞 (31.2%) アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞				治療中	治療なし		
					高血圧	195	345	
					脂質異 常症	156	386	
					糖尿病	53	489	
					3疾患 いずれか	280	262	
					※健診結果による			
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/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	47	1	23	19	126	34	36	218
	8.7%	0.2%	4.2%	3.5%	23.2%	6.3%	6.6%	40.2%
治療なし	29	0	23	15	24	17	9	76
	8.4%	0.0%	6.0%	3.9%	9.2%	3.5%	3.4%	29.0%
(再掲) 特定保健指導	11	0	7	3	24	4	2	36
	23.4%	0.0%	30.4%	15.8%	19.0%	11.8%	5.6%	16.5%
治療中	18	1	0	4	102	17	27	142
	9.2%	0.4%	0.0%	2.6%	36.4%	32.1%	9.6%	50.7%
臓器障害 あり	11	0	5	4	6	6	9	25
	37.9%	—	21.7%	26.7%	25.0%	35.3%	100.0%	32.9%
CKD(専門医対象者)	1	0	3	0	1	0	9	9
心電図所見あり	11	0	3	4	5	6	2	18
臓器障害 なし	18	—	18	11	18	11	—	—
	62.1%	—	78.3%	73.3%	75.0%	64.7%	—	—

出典：ヘルサポータルボツール

1). 糖尿病性腎症重症化予防

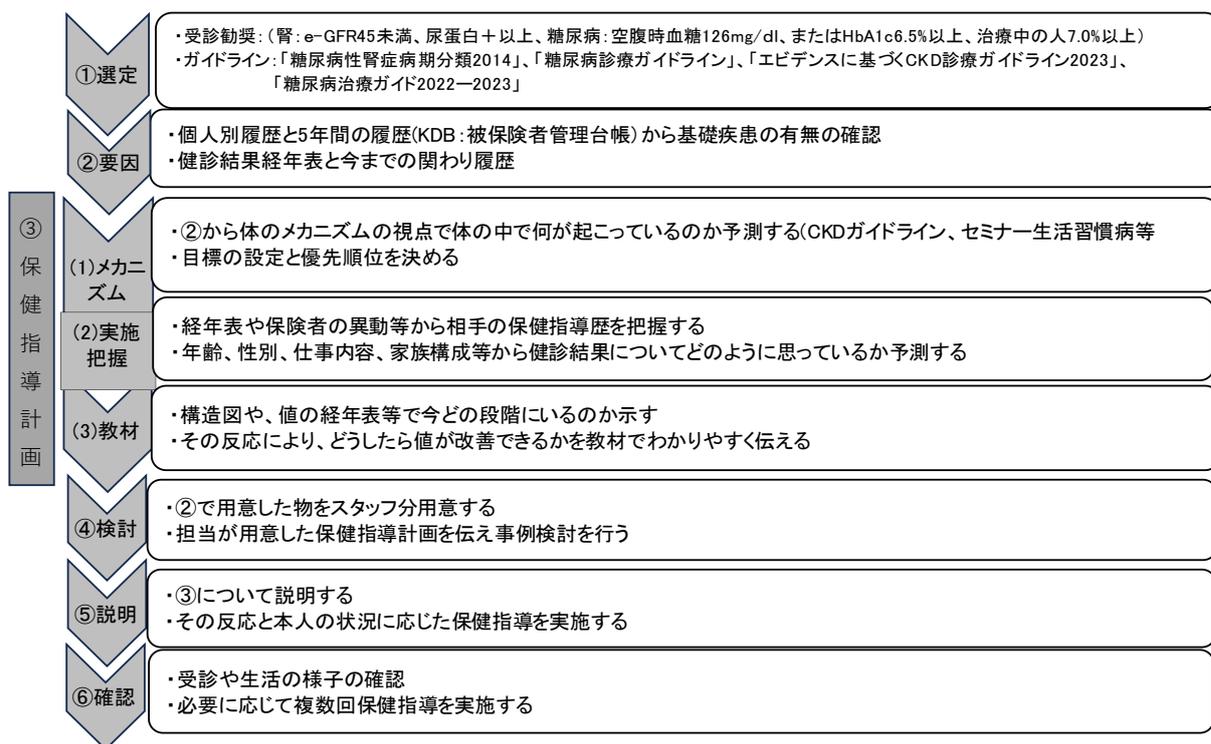
(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「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。

なお、取組みにあたっては図表 56 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 56 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。

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

② 選定基準に基づく該当者の把握

ア. 対象者の抽出

取組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。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作成)を基盤とします。

図表 57 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/1.73㎡)
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。(図表 57)
本町においては、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)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しいものとなっています。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、尿蛋白定性検査でも腎症病期の推測が可能となります。

イ. 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す。

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、19人(26.4%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者72人のうち、特定健診受診者が53人(73.6%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者399人(88.3%・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。(図表 58)

ウ. 介入方法と優先順位

図表 58 より本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】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・19人

優先順位 2

【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)・・・23人
- ・治療中断しない(継続受診)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

図表 59 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？	3 薬物療法
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	3-1 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
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	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
1-12 糖尿病による網膜症	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
1-13 眼(網膜症)	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
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-15 64歳以下 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」
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-8 ビグアナイド薬とは
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-10 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
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	
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 都道府県別自家用乗用車数と歩数(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期を見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(±)の者へは、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・治療中断者においては、「受診結果通知書」を使用し、医療機関へとつなげま

す。医療機関受診後、必要に応じて保健指導や医療機関への報告を行います。

②治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病手帳や対象者の検査データを収集し、保健指導を行います。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、糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価を用いて行っています。(図表 60)

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/分/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 60 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価															
項目		突合表	上島町										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	1,985人		1,882人		1,812人		1,777人		1,685人				
	②	(再掲)40-74歳	1,737人		1,664人		1,594人		1,555人		1,469人				
2	①	対象者数	1,568人		1,506人		1,438人		1,360人		1,254人				
	②	特定健診 受診者数	703人		673人		364人		542人		528人				
	③	受診率	44.8%		44.7%		25.3%		39.9%		42.1%				
3	①	特定 保健指導 対象者数	76人		80人		56人		79人		72人				
	②	実施率	44.7%		66.3%		64.3%		59.5%		61.1%				
4	①	糖尿病型	101人	14.0%	113人	16.3%	61人	16.4%	94人	17.0%	72人	13.3%			
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	25人	24.8%	44人	38.9%	26人	42.6%	34人	36.2%	19人	26.4%			
	③	治療中(質問票 服薬あり)	76人	75.2%	69人	61.1%	35人	57.4%	60人	63.8%	53人	73.6%			
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	37人	48.7%	31人	44.9%	17人	48.6%	24人	40.0%	23人	43.4%			
	⑤		血圧 130/80以上	22人	59.5%	13人	41.9%	9人	52.9%	17人	70.8%	13人	56.5%		
	⑥		肥満 BMI25以上	18人	48.6%	14人	45.2%	10人	58.8%	14人	58.3%	14人	60.9%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	39人	51.3%	38人	55.1%	18人	51.4%	36人	60.0%	30人	56.6%		
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	72人	71.3%	90人	79.6%	50人	82.0%	70人	74.5%	65人	90.3%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)	9人	8.9%	9人	8.0%	3人	4.9%	8人	8.5%	3人	4.2%		
	⑩		第3期 尿蛋白(+)	14人	13.9%	11人	9.7%	8人	13.1%	14人	14.9%	4人	5.6%		
	⑪		第4期 eGFR30未満	2人	2.0%	1人	0.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	158.2人		159.9人		152.3人		163.8人		165.0人				
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	180.2人		180.3人		172.5人		187.1人		188.6人				
	③	レセプト件数 (40-74歳)	1,597件	(959.7)	1,511件	(944.4)	1,437件	(931.3)	1,364件	(934.9)	1,328件	(979.4)	319,711件	(930.6)	
	④	入院外(件数)	4件	(2.4)	4件	(2.5)	6件	(3.9)	7件	(4.8)	6件	(4.4)	1,521件	(4.4)	
	⑤	糖尿病治療中	314人	15.8%	301人	16.0%	276人	15.2%	291人	16.4%	278人	16.5%			
	⑥	(再掲)40-74歳	313人	18.0%	300人	18.0%	275人	17.3%	291人	18.7%	277人	18.9%			
	⑦	健診未受診者	237人	75.7%	224人	74.7%	240人	87.3%	231人	79.4%	224人	80.9%			
	⑧	インスリン治療	25人	8.0%	23人	7.6%	18人	6.5%	18人	6.2%	19人	6.8%			
	⑨	(再掲)40-74歳	25人	8.0%	23人	7.7%	18人	6.5%	18人	6.2%	19人	6.9%			
	⑩	糖尿病性腎症	22人	7.0%	24人	8.0%	20人	7.2%	19人	6.5%	24人	8.6%			
	⑪	(再掲)40-74歳	22人	7.0%	24人	8.0%	20人	7.3%	19人	6.5%	24人	8.7%			
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	2人	0.6%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	1人	0.4%			
	⑬	(再掲)40-74歳	2人	0.6%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	1人	0.4%			
	⑭	新規透析患者数	1人	4.0%	1人	5.0%	0人	0.0%	1人	5.0%	1人	5.0%			
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	0人	0.0%	1人	5.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%			
	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)	7人	1.5%	6人	1.3%	10人	2.3%	10人	2.2%	8人	1.7%			
6	①	総医療費	7億1453万円		7億3291万円		6億5643万円		5億9835万円		6億6858万円		6億7051万円		
	②	生活習慣病総医療費	3億9637万円		4億1257万円		3億6386万円		3億2826万円		3億7309万円		3億5898万円		
	③	(総医療費に占める割合)	55.5%		56.3%		55.4%		54.9%		55.8%		53.5%		
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	10,408円		11,406円		2,897円		9,317円		10,915円		9,063円		
	⑤	健診未受診者	30,898円		33,666円		36,578円		27,826円		39,207円		37,482円		
	⑥	糖尿病医療費	4801万円		4564万円		4226万円		4069万円		4034万円		4061万円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	12.1%		11.1%		11.6%		12.4%		10.8%		11.3%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費	1億2555万円		1億2419万円		1億1176万円		1億1253万円		1億3005万円				
	⑨	1件あたり	30,554円		32,290円		30,721円		30,355円		37,124円				
	⑩	糖尿病入院総医療費	9391万円		7723万円		8697万円		7131万円		9514万円				
	⑪	1件あたり	471,923円		521,801円		572,196円		565,945円		699,575円				
	⑫	在院日数	15日		18日		17日		15日		15日				
	⑬	慢性腎不全医療費	1808万円		2136万円		1846万円		1996万円		1711万円		2783万円		
	⑭	透析有り	1218万円		1149万円		1019万円		1594万円		1547万円		2567万円		
	⑮	透析なし	590万円		987万円		828万円		402万円		164万円		216万円		
7	①	介護給付費	6億9753万円		6億6946万円		7億0918万円		7億1120万円		7億3523万円		8億6719万円		
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件	0.0%	0件	0.0%	1件	20.0%	0件	0.0%	0件	0.0%			
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%	0人	0.0%	4人	3.1%	2人	1.6%	0人	0.0%	622人	1.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

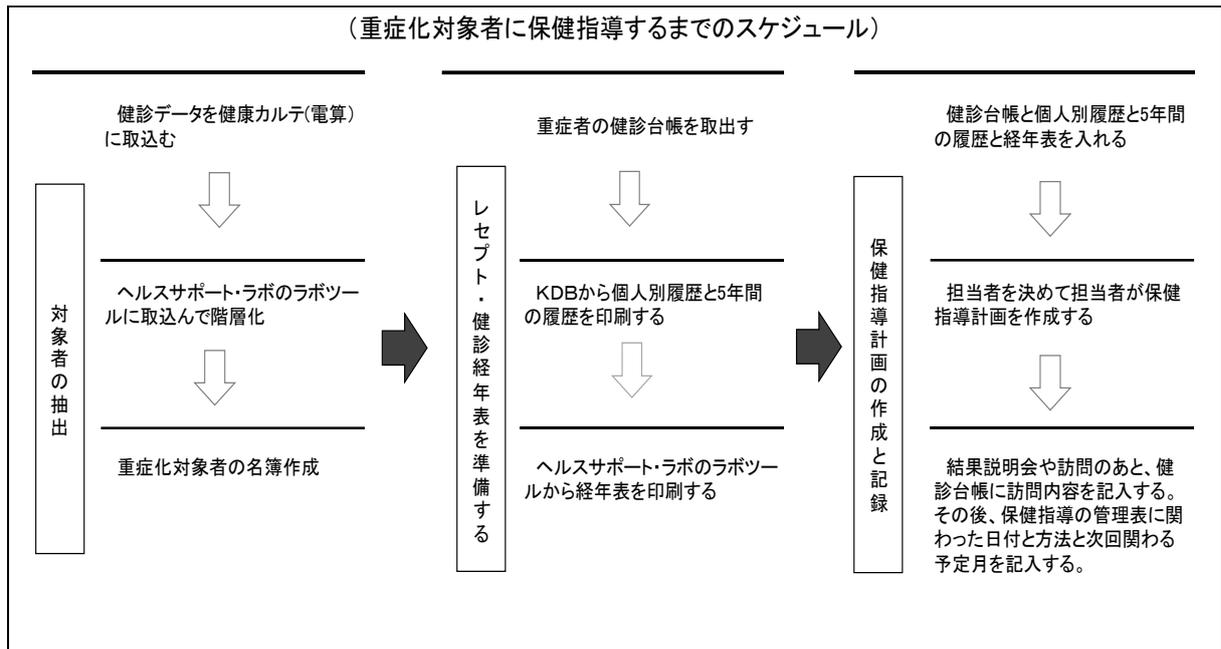
(7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 61 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

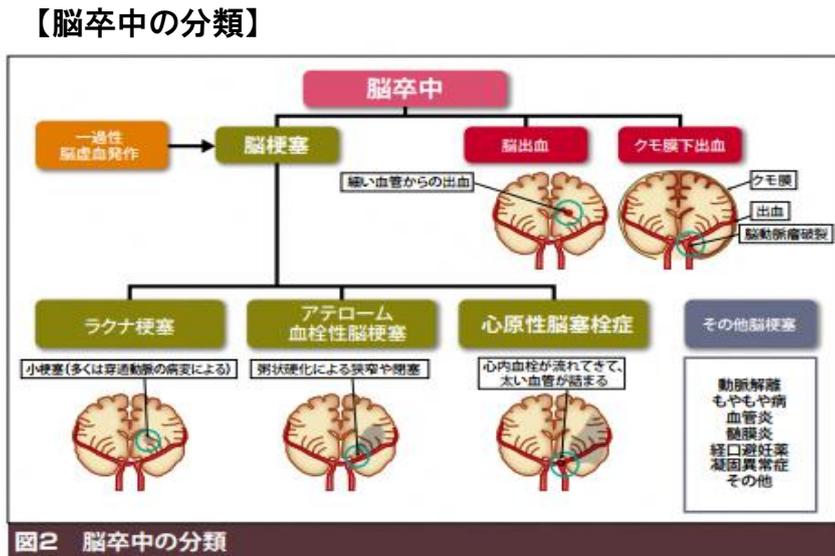


2) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組み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 62・63)

図表 62 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 63 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 65 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

血圧分類 (mmHg)		高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		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)	186	77	80	25	4
		41.4%	43.0%	13.4%	2.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	8	C 4	B 3	B 1	A 0
		4.3%	5.2%	3.8%	4.0%
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	119	C 58	B 43	A 16	A 2
		64.0%	75.3%	53.8%	64.0%
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	59	B 15	A 34	A 8	A 2
		31.7%	19.5%	42.5%	32.0%

区分	該当者数
A	62
B	62
C	62

...高リスク
 ...中等リスク
 ...低リスク

(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

※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

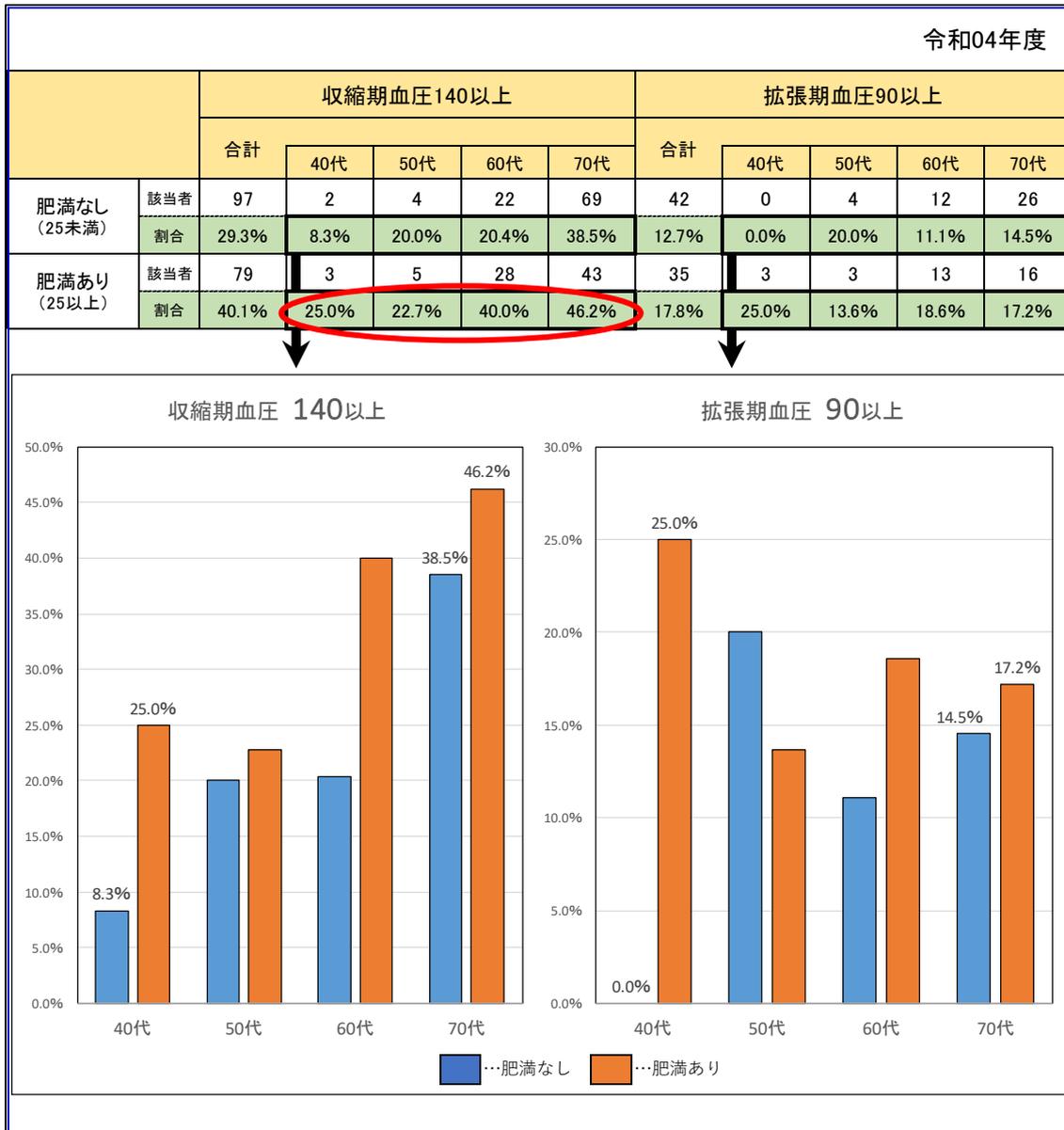
図表 65 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

③高血圧と肥満の実態

図表 66 でみると、収縮期血圧 140 以上ではどの世代も肥満なしより、肥満ありが多くなっています。また、収縮期血圧 140 以上の 40%が肥満であり、年代別にみると、年齢が高くなるほど高血圧有所見者の割合が高くなっています。70 代では 46.2%が肥満ありとなっています。

脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起し、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、高血圧の要因となります。そのため、減量のための食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

図表 66 年代別に見た高血圧と肥満の関係



出典：ヘルスサポートラボツール

(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 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入してい

く必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ア. 形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- イ. 血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

③対象者の管理

ア. 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。

イ. 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台帳を作成し経過を把握していきます。

(4) 医療との連携

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

対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6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)

3)メタボリックシンドローム重症化予防

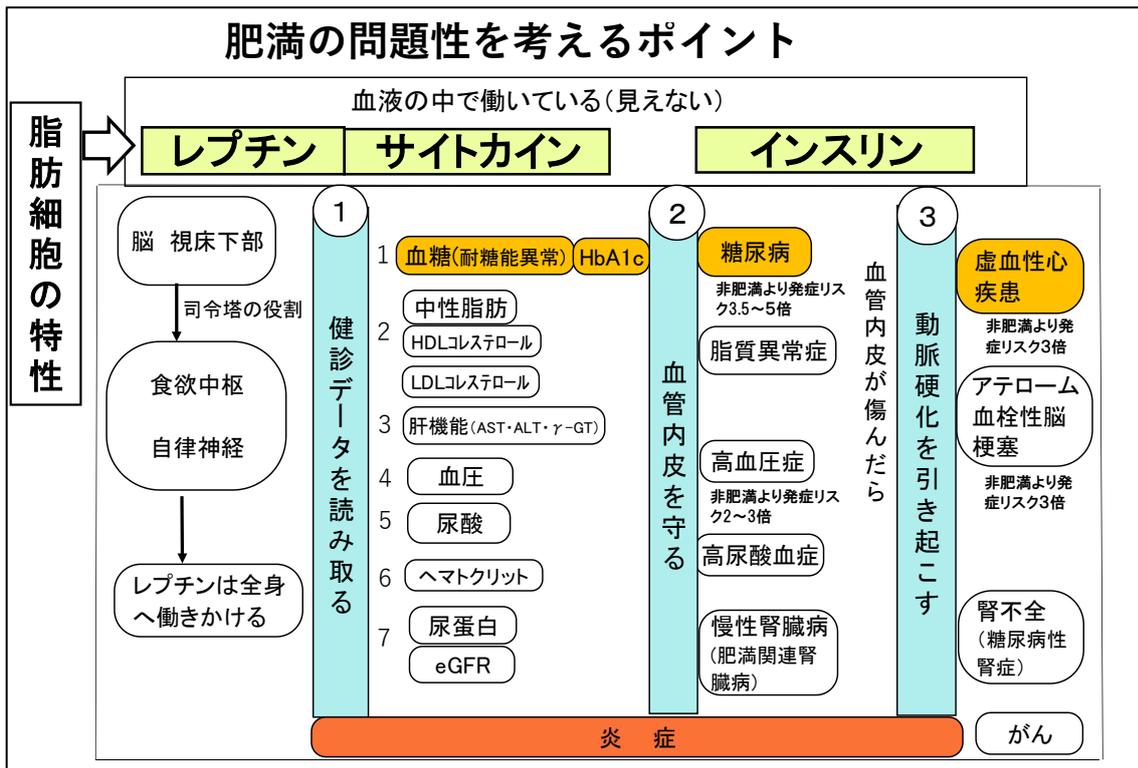
(1)基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することです。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のために行います。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)とされています。

なお、取組みにあたっては図表 67 に基づいて考えていきます。

図表 67 肥満の問題性を考えるポイント



(2) 対象者の明確化

特定健診受診者のうち、男性はどの年代も肥満者が5割を超えています。そのうち2～3割程度がメタボリックシンドローム該当者であり、特に50代では39.1%です。女性では、50代以上の2～3割が肥満であり、メタボリックシンドローム該当者は1割程度です。(図表 68)

また、メタボリックシンドローム該当者の状況では、40歳の女性及び70～74歳の男性を除くすべての性・年代において、血圧と脂質の重なりが多くなっています。(図表 69)

これらのことから、血圧と脂質を中心とした個別指導を、男性を優先的に実施することが効果的であると考えます。

図表 68 メタボリックシンドローム予備軍・該当者

	被保険者数		健診受診者		肥満		有所見の重複状況																			
	A	B	B/A	男性85cm以上 女性90cm以上		腹囲のみ		メタボリック 該当者		(腹囲+2項目or3項目)							メタボリック 予備群									
				C	C/B	D	D/C	E	E/B	3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質			血圧			血糖			脂質	
										F	F/(E+J)	G	G/(E+J)	H	H/(E+J)	I	I/(E+J)	J	J/B	K	K/(E+J)	L	L/(E+J)	M	M/(E+J)	
総数	1,254	528	42.1%	208	39.4%	23	11.1%	123	23.3%	39	21.1%	23	12.4%	53	28.6%	8	4.3%	62	11.7%	47	25.4%	3	1.6%	12	6.5%	
総 数	40代	97	36	37.1%	14	38.9%	4	28.6%	5	13.9%	0	0.0%	1	10.0%	4	40.0%	0	0.0%	5	13.9%	1	10.0%	0	0.0%	4	40.0%
	50代	107	42	39.3%	23	54.6%	9	39.1%	12	28.6%	3	21.4%	0	0.0%	7	50.0%	2	14.3%	2	4.8%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
	60代	455	178	39.1%	64	36.0%	4	6.3%	40	22.5%	10	16.7%	11	18.3%	16	26.7%	3	5.0%	20	11.2%	12	20.0%	2	3.3%	6	10.0%
	70-74	595	272	45.7%	107	39.3%	6	5.8%	66	24.3%	26	25.7%	11	10.9%	26	25.7%	3	3.0%	35	12.9%	32	31.7%	1	1.0%	2	2.0%
男 性	総数	595	231	38.8%	132	57.1%	17	12.9%	77	33.3%	27	23.5%	13	11.3%	31	27.0%	6	5.2%	38	16.5%	28	24.3%	3	2.6%	7	6.1%
	40代	57	21	36.8%	12	57.1%	4	33.3%	5	23.8%	0	0.0%	1	12.5%	4	50.0%	0	0.0%	3	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	37.5%
	50代	58	23	39.7%	17	73.9%	7	41.2%	9	39.1%	3	30.0%	0	0.0%	4	40.0%	2	20.0%	1	4.3%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60代	200	71	35.5%	38	53.5%	2	5.3%	25	35.2%	7	19.4%	7	19.4%	9	25.0%	2	5.6%	11	15.5%	7	19.4%	2	5.6%	2	5.6%
70-74	280	116	41.4%	65	56.0%	4	6.2%	38	32.8%	17	27.9%	5	8.2%	14	23.0%	2	3.3%	23	19.8%	20	32.8%	1	1.6%	2	3.3%	
女 性	総数	659	297	45.1%	76	25.6%	6	7.9%	46	15.5%	12	17.1%	10	14.3%	22	31.4%	2	2.9%	24	8.1%	19	27.1%	0	0.0%	5	7.1%
	40代	40	15	37.5%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%
	50代	49	19	38.8%	6	31.6%	2	33.3%	3	15.8%	0	0.0%	0	0.0%	3	75.0%	0	0.0%	1	5.3%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60代	255	107	42.0%	26	24.3%	2	7.7%	15	14.0%	3	12.5%	4	16.7%	7	29.2%	1	4.2%	9	8.4%	5	20.8%	0	0.0%	4	16.7%
70-74	315	156	49.5%	42	26.9%	2	4.8%	28	17.9%	9	22.5%	6	15.0%	12	30.0%	1	2.5%	12	7.7%	12	30.0%	0	0.0%	0	0.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69 メタボリック該当者の状況 (性・年代別)

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	238	24	24	72	118	304	16	19	109	160	
メタボ該当者	B	78	6	9	25	38	48	0	3	16	29	
	B/A	32.8%	25.0%	37.5%	34.7%	32.2%	15.8%	0.0%	15.8%	14.7%	18.1%	
再 掲	① 3項目全て	C	27	0	3	7	17	13	0	0	3	10
		C/B	34.6%	0.0%	33.3%	28.0%	44.7%	27.1%	--	0.0%	18.8%	34.5%
	② 血糖+血圧	D	13	1	0	7	5	10	0	0	4	6
		D/B	16.7%	16.7%	0.0%	28.0%	13.2%	20.8%	--	0.0%	25.0%	20.7%
	③ 血圧+脂質	E	32	5	4	9	14	23	0	3	8	12
		E/B	41.0%	83.3%	44.4%	36.0%	36.8%	47.9%	--	100.0%	50.0%	41.4%
④ 血糖+脂質	F	6	0	2	2	2	2	0	0	1	1	
	F/B	7.7%	0.0%	22.2%	8.0%	5.3%	4.2%	--	0.0%	6.3%	3.4%	

出典：ヘルスサポートラボツール

①対象者の選定基準の考え方

- ア. メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- イ. 治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導とあわせて、減量のための保健指導(食事・運動指導)を行います。
- ウ. 特定保健指導対象者の保健指導

②対象者の管理

対象者の進捗管理は管理台帳、個別カルテを作成し、担当地区ごとに管理します。

(3)保健指導の実施

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。(図表 70)

図表 70 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

3. 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

本町は、令和3年度より愛媛県後期高齢者広域連合から本町が事業を受託し「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。

(図表 71)

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や管理栄養士を配置

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、ポピュレーションアプローチでは作業療法士も加わり生活習慣病からの栄養・運動・社会参加の3本柱を中心としたフレイル予防や、歯と口腔の健康等の健康教育や健康相談を実施していきます。

4. 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。

本町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有する他、小学校・中学校の全児童・生徒に対し、小児生活習慣病予防健診と健康教育を実施しています。そのため、小児期から高齢期までの全ライフサイクルにおいて、一貫した予防対策に取り組むことができます。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、今後も切れ目ない取り組みが必要です。(図表 72)

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

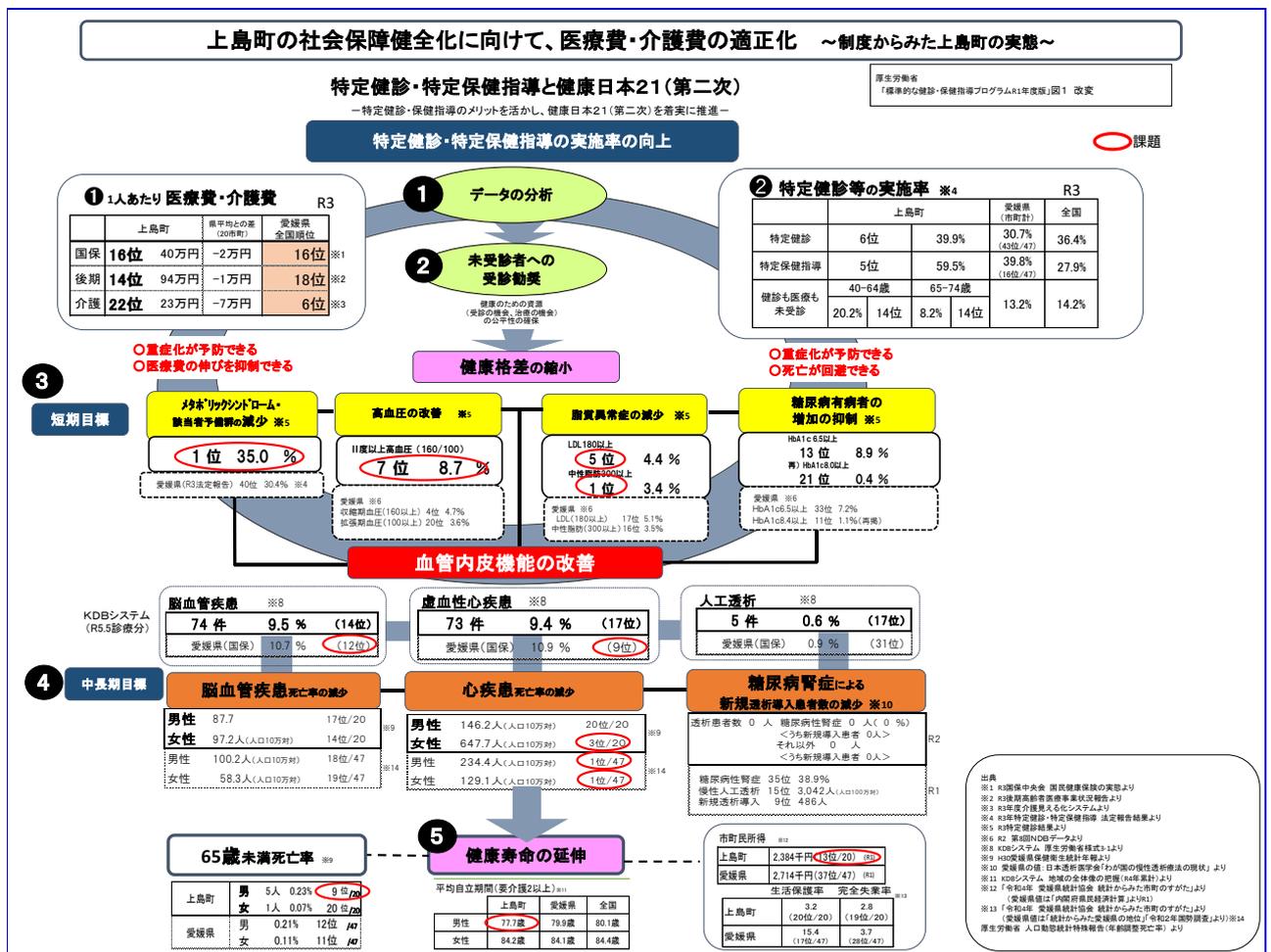
糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える - 基本的考え方 - (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
		健康増進法													
1	根拠法	母子保健法			学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)					
6条 健康増進事業実施者		児童福祉法													
健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】															
データヘルス計画【保健事業実施計画】(各被保険者)															
2	計画														
3	年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
4	健康診査 (根拠法)	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断 (11・12条)	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 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条)		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															

5. ポピュレーションアプローチ

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスの取れた食事の定着等の生活習慣の改善のためのポピュレーションアプローチに取り組めます。

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町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。

※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)

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・管理栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について、定期的に確認を行います。

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、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

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

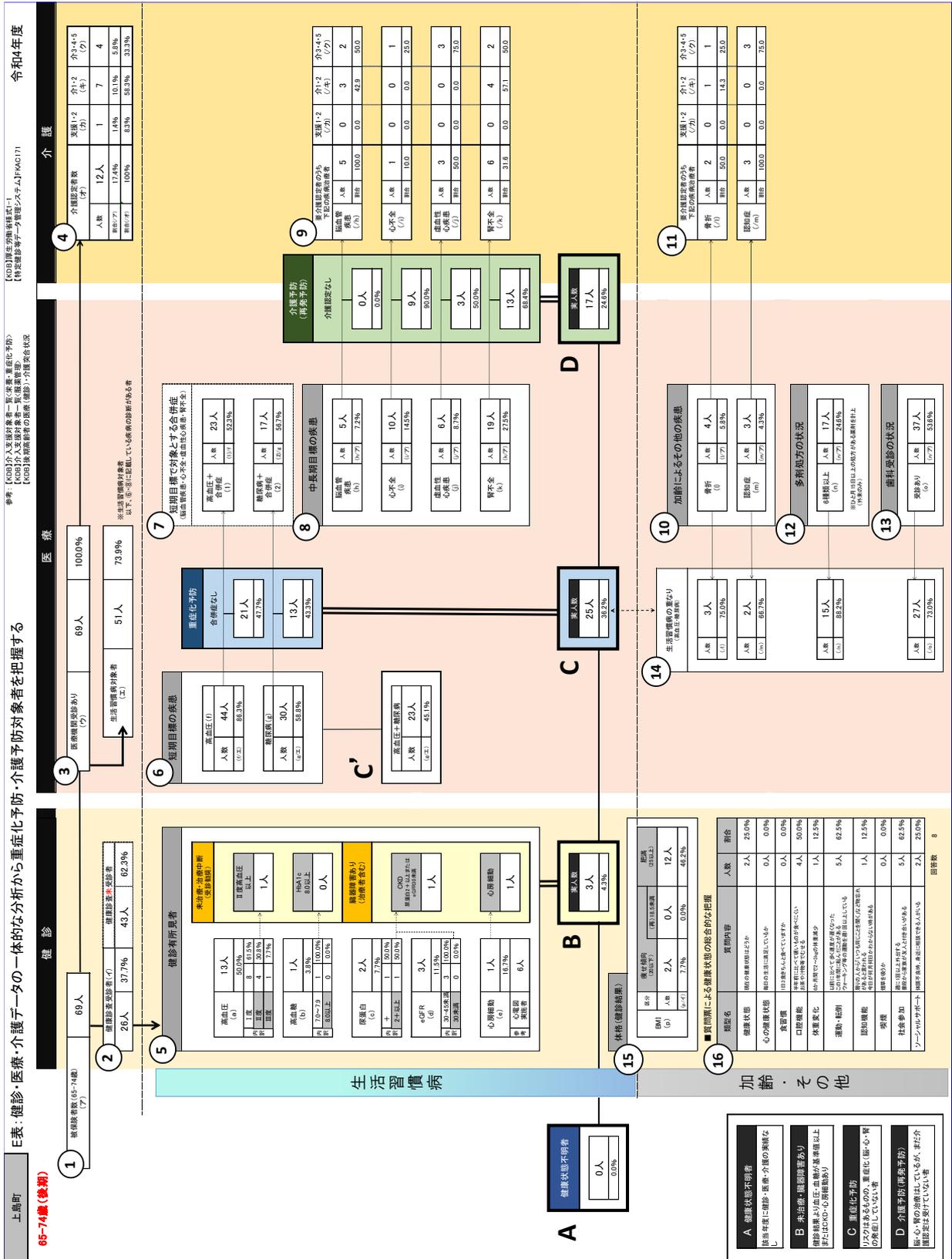
- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた上島町の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(国保・後期)
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(国保・後期)
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた上島町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた上島町の位置										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		6,496		1,680,058		1,299,781		123,214,261		
			65歳以上(高齢化率)		2,953	45.5	662,426	39.4	434,279	33.4	35,335,805	28.7	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
			75歳以上		1,592	24.5	--	--	226,536	17.4	18,248,742	14.8	
			65~74歳		1,361	21.0	--	--	207,743	16.0	17,087,063	13.9	
			40~64歳		1,610	24.8	--	--	425,925	32.8	41,545,893	33.7	
	39歳以下		1,933	29.8	--	--	439,577	33.8	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業		8.9		17.0		7.7		4.0		
			第2次産業		35.6		25.3		24.2		25.0		
			第3次産業		55.5		57.7		68.0		71.0		
	③	平均寿命	男性		80.0		80.4		80.2		80.8		
女性			86.6		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			
		女性						84.1		84.4			
2	①	死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		108.6		103.1		103.6		100		
			がん		107.0		101.3		101.6		100		
			心臓病		25	43.9	7,089	46.3	4,549	46.0	378,272	50.6	KDB NO.1 地域全体像の把握
			脳疾患		6	10.5	2,404	15.7	1,376	13.9	102,900	13.8	
			糖尿病		0	0.0	283	1.8	211	2.1	13,896	1.9	
			腎不全		3	5.3	622	4.1	332	3.4	26,946	3.6	
			自殺		2	3.5	346	2.3	221	2.2	20,171	2.7	
	合計		3	0.08%			1,361	0.15%	129,016	0.14%			
	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)		2	0.09%			874	0.20%	84,891	0.19%	厚労省HP 人口動態調査 R4		
			1	0.07%			487	0.11%	44,125	0.10%			
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		593 20.3		127,161 19.4		93,101 21.6		6,724,030 19.4		
			新規認定者		11 0.3		2,078 0.3		1,396 0.3		110,289 0.3		
			介護度別 総件数	要支援1.2		1,507 13.4		365,856 13.2		378,847 17.0		21,785,044 12.9	
				要介護1.2		5,175 46.1		1,297,770 46.8		1,014,715 45.6		78,107,378 46.3	
				要介護3以上		4,551 40.5		1,111,908 40.1		829,972 37.3		68,963,503 40.8	
	2号認定者		5 0.31		2,073 0.39		1,752 0.41		156,107 0.38				
	②	有病状況	糖尿病		160 27.5		30,162 22.6		24,592 25.2		1,712,613 24.3		
			高血圧症		389 64.1		71,773 54.3		53,626 55.3		3,744,672 53.3		
			脂質異常症		262 45.0		39,654 29.6		36,861 37.9		2,308,216 32.6		
			心臓病		427 70.9		80,304 60.9		60,516 62.6		4,224,628 60.3		
脳疾患			174 29.0		30,910 23.8		25,615 26.7		1,568,292 22.6				
がん			85 12.2		14,782 11.0		11,323 11.6		837,410 11.8				
筋・骨格			421 69.6		71,540 54.1		56,168 58.1		3,748,372 53.4				
精神			303 50.0		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		248,976 735,227,096		314,188 208,126,001,519		320,144 139,031,909,784		290,668 100,742,426,869			
		1件当たり給付費(全体)		65,452		74,986		62,527		59,662			
		居宅サービス		47,807		43,722		44,617		41,272			
		施設サービス		252,576		289,312		293,644		296,364			
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		9,198 認定あり 4,329 認定なし		9,224 4,375		8,073 4,125		8,610 4,020			
		加入率		24.3		25.6		21.6		22.3			
4	①	国保の状況	被保険者数		1,578		427,153		280,726		27,488,882		
			65~74歳		952 60.3				137,232 48.9		11,129,271 40.5		
			40~64歳		404 25.6				86,793 30.9		9,088,015 33.1		
	39歳以下		222 14.1				56,701 20.2		7,271,596 26.5				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数		0 0.0		150 0.4		134 0.5		8,237 0.3		
			診療所数		5 3.2		1,147 2.7		1,213 4.3		102,599 3.7		
			病床数		0 0.0		15,964 37.4		20,594 73.4		1,507,471 54.8		
			医師数		5 3.2		1,780 4.2		3,847 13.7		339,611 12.4		
			外来患者数		746.3		692.2		748.2		687.8		
			入院患者数		24.8		22.7		23.0		17.7		
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		423,688 県内3位 同規模47位		376,732		390,048		339,680			
		受診率		771.076		714.851		771.192		705.439			
		外 来	費用の割合		55.8		56.3		57.7		60.4		
			件数の割合		96.8		96.8		97.0		97.5		
		入 院	費用の割合		44.2		43.7		42.3		39.6		
件数の割合			3.2		3.2		3.0		2.5				
1件あたり在院日数		14.6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	最大医療資源傷病名 (該当含む)	がん	152,189,630	40.8	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)	15,467,060	4.1	7.2	6.9	8.2				
				糖尿病	40,342,320	10.8	11.3	10.2	10.4				
				高血圧症	25,685,050	6.9	6.6	5.7	5.9				
				脂質異常症	17,417,550	4.7	3.8	3.5	4.1				
				脳梗塞・脳出血	10,215,150	2.7	3.9	4.3	3.9				
				狭心症・心筋梗塞	7,363,480	2.0	2.8	2.9	2.8				
				精神	47,839,420	12.8	14.9	15.4	14.7				
	筋・骨格	53,978,850	14.5	17.3	18.0	16.7							
	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	891	0.5	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	2,331	1.2	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	5,456	2.9	6,762	4.1	7,522	4.6	5,993	4.5	
				虚血性心疾患	4,084	2.2	4,422	2.7	4,360	2.6	3,942	2.9	
				腎不全	1,603	0.9	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	15,386	6.5	12,793	6.0	11,793	5.2	10,143	4.9	
				糖尿病	24,219	10.3	21,925	10.3	20,683	9.2	17,720	8.6	
				脂質異常症	11,038	4.7	7,608	3.6	7,354	3.3	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血	982	0.4	943	0.4	1,383	0.6	825	0.4	
虚血性心疾患				1,798	0.8	1,933	0.9	2,728	1.2	1,722	0.8		
腎不全	17,080	7.2	16,719	7.9	17,187	7.6	15,781	7.7					
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	4,187		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		
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診未受診者	15,038		12,911		15,257		13,295			
		健診対象者 一人当たり	健診受診者	10,915		9,063		5,151		6,142			
		健診未受診者	39,207		37,482		42,378		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	336	63.3	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	296	55.7	74,754	52.3	36,976	54.2	3,543,116	52.0			
		医療機関非受診率	40	7.5	8,429	5.9	3,487	5.1	337,939	5.0			
5	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	531		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	42.3		県内6位 同規模155位	45.7	32.9	全国43位	37.1			
			特定保健指導終了者(実施率)	46	63.0	4,122	24.0	1,969	23.7	107,925		13.4	
			非肥満高血糖	54	10.2	14,617	10.2	6,471	9.5	615,549		9.0	
			メタボ	該当者	124	23.4	30,946	21.7	13,073	19.2		1,382,506	20.3
				男性	78	33.3	21,803	32.2	9,026	30.8		965,486	32.0
				女性	46	15.5	9,143	12.2	4,047	10.4		417,020	11.0
				予備群	62	11.7	16,570	11.6	7,459	10.9		765,405	11.2
			BMI	男性	38	16.2	11,708	17.3	5,111	17.4		539,738	17.9
				女性	24	8.1	4,862	6.5	2,348	6.0		225,667	5.9
				総数	209	39.4	52,255	36.6	22,649	33.2		2,380,778	34.9
				女性	76	25.6	15,520	20.7	7,080	18.2		714,186	18.8
			メタボ該当・予備群レベル	総数	39	7.3	8,339	5.8	3,479	5.1		320,038	4.7
				男性	133	56.8	36,735	54.3	15,569	53.1		1,666,592	55.3
				女性	76	25.6	15,520	20.7	7,080	18.2		714,186	18.8
				血糖のみ	3	0.6	988	0.7	425	0.6		43,519	0.6
				血圧のみ	47	8.9	12,098	8.5	5,415	7.9		539,490	7.9
				脂質のみ	12	2.3	3,484	2.4	1,619	2.4		182,396	2.7
				血糖・血圧	23	4.3	5,238	3.7	1,985	2.9		203,072	3.0
血糖・脂質	8	1.5		1,494	1.0	649	1.0	70,267	1.0				
血圧・脂質	54	10.2		13,843	9.7	6,246	9.2	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	39	7.3		10,371	7.3	4,193	6.1	449,721	6.6				
①	問診の状況	服薬		高血圧	194	36.5	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	52	9.8	15,013	10.5	5,231	7.7	589,470	8.7	
②	既往歴	脂質異常症		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	6	1.1	4,468	3.3	2,048	3.0	207,385	3.1	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	23	4.3	8,449	6.2	5,340	7.9	365,407	5.5	
6	生活習慣の 状況	1日1時間以上運動なし		腎不全	17	3.2	1,305	0.9	890	1.3	53,898	0.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			貧血	41	7.7	12,438	9.0	11,405	16.8	702,088	10.7		
			喫煙	48	9.0	21,523	15.1	7,587	11.1	939,212	13.8		
			週3回以上朝食を抜く	35	6.6	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～)	88	16.6	22,065	16.4	6,796	14.5	976,348	15.7		
			週3回以上就寝前夕食	88	16.6	22,065	16.4	6,796	14.5	976,348	15.7		
			食べる速度が速い	139	26.2	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	219	41.2	48,538	35.9	16,628	35.5	2,175,065	35.0		
			1日30分以上運動習慣なし	259	48.8	88,417	65.2	25,933	55.4	3,749,069	60.4		
			1日1時間以上運動なし	159	29.9	63,680	47.0	16,734	35.7	2,982,100	48.0		
			睡眠不足	134	25.2	32,768	24.2	13,268	28.3	1,587,311	25.6		
			毎日飲酒	120	22.6	36,601	26.4	10,430	22.2	1,658,999	25.5		
			時々飲酒	110	20.7	29,121	21.0	10,112	21.5	1,463,468	22.5		
⑭	一日飲酒量	1合未満	368	70.5	54,805	59.9	24,975	66.5	2,978,351	64.1			
		1～2合	109	20.9	24,287	26.5	8,752	23.3	1,101,465	23.7			
		2～3合	35	6.7	9,527	10.4	3,059	8.1	434,461	9.4			
		3合以上	10	1.9	2,893	3.2	773	2.1	128,716	2.8			

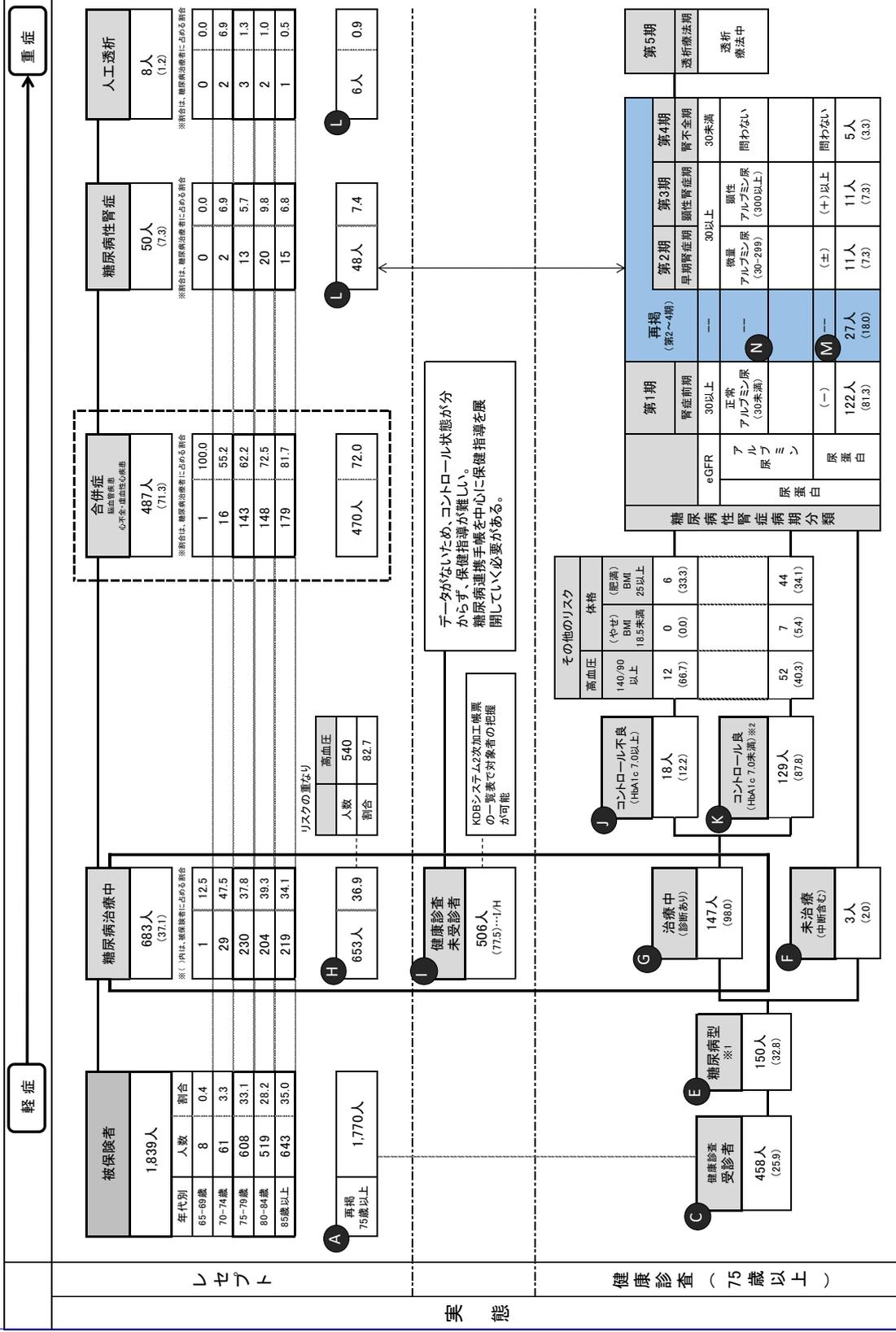
③ 65～74歳(後期)



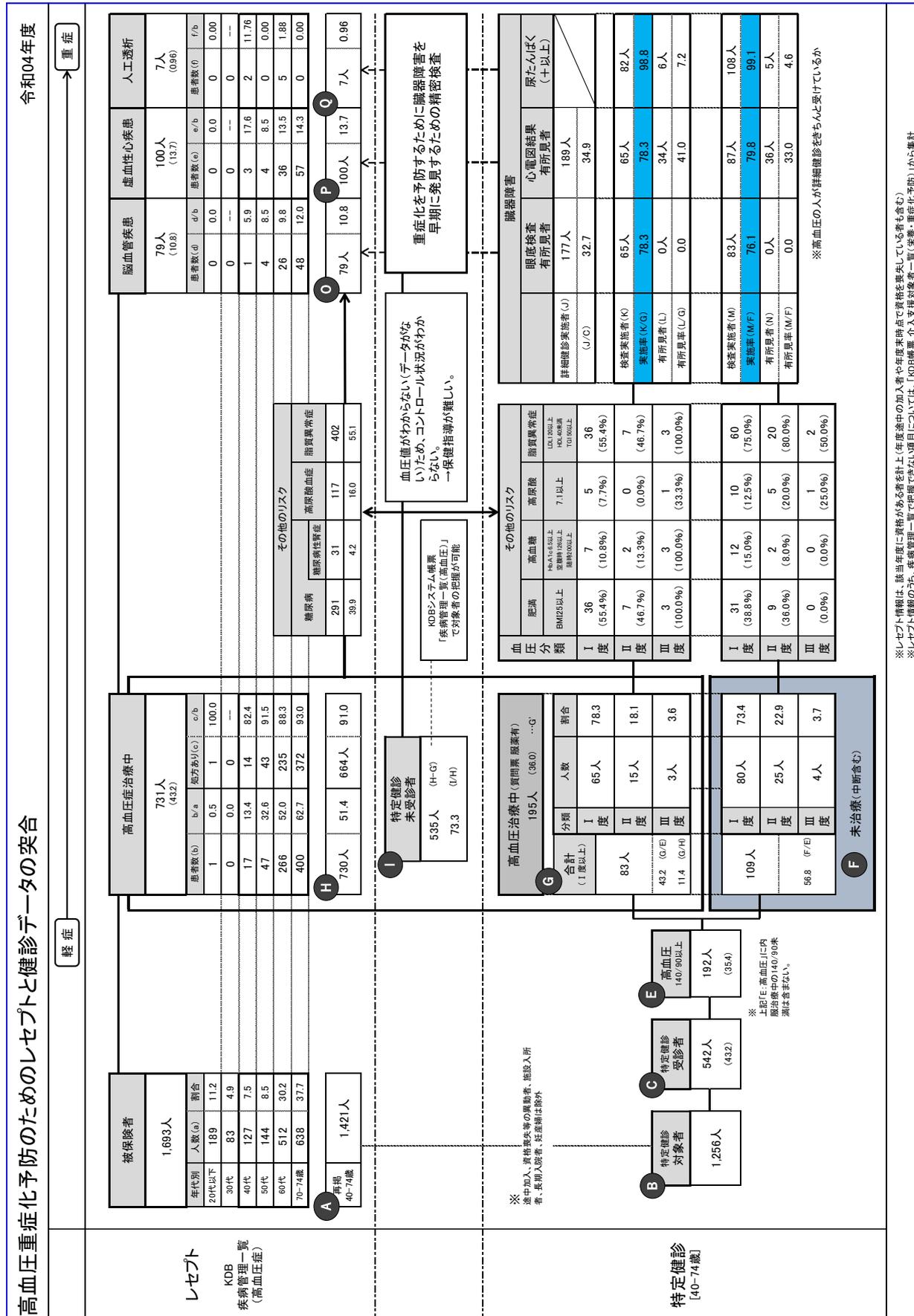
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価															
項目		突合表	上島町										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	1,985人		1,882人		1,812人		1,777人		1,685人			
	②	(再掲)40-74歳		1,737人		1,664人		1,594人		1,555人		1,469人			
2	①	対象者数	B	1,568人		1,506人		1,438人		1,360人		1,254人			
	②	特定健診 受診者数	C	703人		673人		364人		542人		528人			
	③	受診率		44.8%		44.7%		25.3%		39.9%		42.1%			
3	①	特定 保健指導 対象者数		76人		80人		56人		79人		72人			
	②	実施率		44.7%		66.3%		64.3%		59.5%		61.1%			
4	①-⑪	健診 データ	E	101人	14.0%	113人	16.3%	61人	16.4%	94人	17.0%	72人	13.3%		
			F	25人	24.8%	44人	38.9%	26人	42.6%	34人	36.2%	19人	26.4%		
			G	76人	75.2%	69人	61.1%	35人	57.4%	60人	63.8%	53人	73.6%		
			J	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	37人	48.7%	31人	44.9%	17人	48.6%	24人	40.0%	23人	43.4%	
				血圧 130/80以上	22人	59.5%	13人	41.9%	9人	52.9%	17人	70.8%	13人	56.5%	
				肥満 BMI25以上	18人	48.6%	14人	45.2%	10人	58.8%	14人	58.3%	14人	60.9%	
			K	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	39人	51.3%	38人	55.1%	18人	51.4%	36人	60.0%	30人	56.6%	
			M	第1期 尿蛋白(-)	72人	71.3%	90人	79.6%	50人	82.0%	70人	74.5%	65人	90.3%	
				第2期 尿蛋白(±)	9人	8.9%	9人	8.0%	3人	4.9%	8人	8.5%	3人	4.2%	
				第3期 尿蛋白(+)	14人	13.9%	11人	9.7%	8人	13.1%	14人	14.9%	4人	5.6%	
				第4期 eGFR30未満	2人	2.0%	1人	0.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	
5	①-⑯	レセプト	H	158.2人		159.9人		152.3人		163.8人		165.0人			
			(再掲)40-74歳(被保険者千対)	180.2人		180.3人		172.5人		187.1人		188.6人			
			レセプト件数 (40-74歳) (□内は被保険者千対)	1,597件	(959.7)	1,511件	(944.4)	1,437件	(931.3)	1,364件	(934.9)	1,328件	(979.4)	319,711件	(930.6)
			入院外(件数)	4件	(2.4)	4件	(2.5)	6件	(3.9)	7件	(4.8)	6件	(4.4)	1,521件	(4.4)
			I	314人	15.8%	301人	16.0%	276人	15.2%	291人	16.4%	278人	16.5%		
			(再掲)40-74歳	313人	18.0%	300人	18.0%	275人	17.3%	291人	18.7%	277人	18.9%		
			健診未受診者	237人	75.7%	224人	74.7%	240人	87.3%	231人	79.4%	224人	80.9%		
			O	25人	8.0%	23人	7.6%	18人	6.5%	18人	6.2%	19人	6.8%		
			(再掲)40-74歳	25人	8.0%	23人	7.7%	18人	6.5%	18人	6.2%	19人	6.9%		
			L	22人	7.0%	24人	8.0%	20人	7.2%	19人	6.5%	24人	8.6%		
			(再掲)40-74歳	22人	7.0%	24人	8.0%	20人	7.3%	19人	6.5%	24人	8.7%		
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	2人	0.6%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	1人	0.4%		
			(再掲)40-74歳	2人	0.6%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	1人	0.4%		
			新規透析患者数	1人	4.0%	1人	5.0%	0人	0.0%	1人	5.0%	1人	5.0%		
			(再掲)糖尿病性腎症 (糖尿病治療中に占める割合)	0人	0.0%	1人	5.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
			【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)	7人	1.5%	6人	1.3%	10人	2.3%	10人	2.2%	8人	1.7%		
6	①-⑮	医療費		7億1453万円		7億3291万円		6億5643万円		5億9835万円		6億6858万円		6億7051万円	
			生活習慣病総医療費	3億9637万円		4億1257万円		3億6386万円		3億2826万円		3億7309万円		3億5898万円	
			(総医療費に占める割合)	55.5%		56.3%		55.4%		54.9%		55.8%		53.5%	
			生活習慣病 対象者 一人あたり	10,408円		11,406円		2,897円		9,317円		10,915円		9,063円	
			健診未受診者	30,898円		33,666円		36,578円		27,826円		39,207円		37,482円	
			糖尿病医療費	4801万円		4564万円		4226万円		4069万円		4034万円		4061万円	
			(生活習慣病総医療費に占める割合)	12.1%		11.1%		11.6%		12.4%		10.8%		11.3%	
			糖尿病入院外総医療費	1億2555万円		1億2419万円		1億1176万円		1億1253万円		1億3005万円			
			1件あたり	30,554円		32,290円		30,721円		30,355円		37,124円			
			糖尿病入院総医療費	9391万円		7723万円		8697万円		7131万円		9514万円			
			1件あたり	471,923円		521,801円		572,196円		565,945円		699,575円			
			在院日数	15日		18日		17日		15日		15日			
			慢性腎不全医療費	1808万円		2136万円		1846万円		1996万円		1711万円		2783万円	
			透析有り	1218万円		1149万円		1019万円		1594万円		1547万円		2567万円	
			透析なし	590万円		987万円		828万円		402万円		164万円		216万円	
7	①	介護給付費		6億9753万円		6億6946万円		7億0918万円		7億1120万円		7億3523万円		8億6719万円	
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件	0.0%	0件	0.0%	1件	20.0%	0件	0.0%	0件	0.0%		
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%	0人	0.0%	4人	3.1%	2人	1.6%	0人	0.0%	622人	1.0%

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

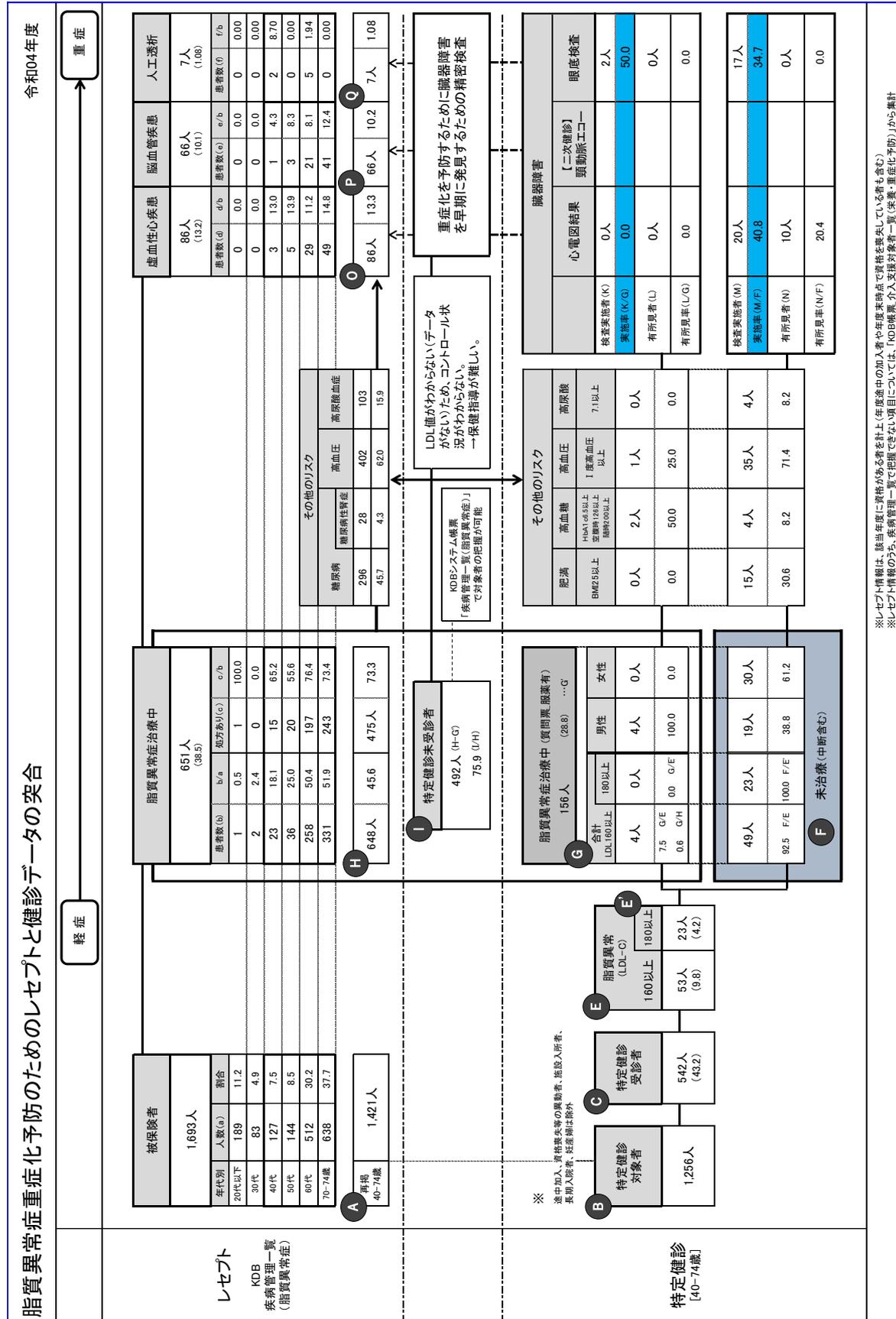


参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合(国保・後期)



※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、疾病管理一覧で把握できない項目については、KDB構築から支援対象者一覧(重症化予防)から集計

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、該当年度に算料がある者を計上(年途中での加入者や年末時点で算料を請求している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KOB構築-介入支援対象者一覧(実業-重症化予防)」から集計

参考資料7 HbA1cの年次比較

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									
				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					
		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	719	261	36.3%	295	41.0%	102	14.2%	36	5.0%	18	2.5%	7	1.0%	15	2.1%	4	0.6%
H30	696	280	40.2%	251	36.1%	113	16.2%	25	3.6%	19	2.7%	8	1.1%	17	2.4%	7	1.0%
R01	665	218	32.8%	248	37.3%	129	19.4%	40	6.0%	24	3.6%	6	0.9%	18	2.7%	4	0.6%
R02	364	142	39.0%	127	34.9%	58	15.9%	15	4.1%	18	4.9%	4	1.1%	11	3.0%	2	0.5%
R03	538	203	37.7%	197	36.6%	83	15.4%	34	6.3%	18	3.3%	3	0.6%	11	2.0%	2	0.4%
R04	528	188	35.6%	213	40.3%	80	15.2%	26	4.9%	19	3.6%	2	0.4%	13	2.5%	2	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)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合
H29	719	261	295	102	61	18	43	8.5%	8.5%
H30	696	280	251	113	52	14	38	7.5%	7.5%
R01	665	218	248	129	70	27	43	10.5%	10.5%
R02	364	142	127	58	37	14	23	10.2%	10.2%
R03	538	203	197	83	55	25	30	10.2%	10.2%
R04	528	188	213	80	47	17	30	8.9%	8.9%

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											
				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						合併症の危険が更に大きくなる	
		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	72	10.0%	1	1.4%	11	15.3%	17	23.6%	21	29.2%	17	23.6%	5	6.9%	12	16.7%	2	2.8%
	H30	75	10.8%	1	1.3%	6	8.0%	30	40.0%	14	18.7%	17	22.7%	7	9.3%	15	20.0%	6	8.0%
	R01	67	10.1%	3	4.5%	2	3.0%	19	28.4%	21	31.3%	18	26.9%	4	6.0%	13	19.4%	3	4.5%
	R02	35	9.6%	2	5.7%	3	8.6%	7	20.0%	7	20.0%	13	37.1%	3	8.6%	8	22.9%	2	5.7%
	R03	57	10.6%	3	5.3%	8	14.0%	16	28.1%	13	22.8%	15	26.3%	2	3.5%	8	14.0%	1	1.8%
R04	52	9.8%	3	5.8%	5	9.6%	14	26.9%	13	25.0%	15	28.8%	2	3.8%	10	19.2%	2	3.8%	
治療なし	H29	647	90.0%	260	40.2%	284	43.9%	85	13.1%	15	2.3%	1	0.2%	2	0.3%	3	0.5%	2	0.3%
	H30	621	89.2%	279	44.9%	245	39.5%	83	13.4%	11	1.8%	2	0.3%	1	0.2%	2	0.3%	1	0.2%
	R01	598	89.9%	215	36.0%	246	41.1%	110	18.4%	19	3.2%	6	1.0%	2	0.3%	5	0.8%	1	0.2%
	R02	329	90.4%	140	42.6%	124	37.7%	51	15.5%	8	2.4%	5	1.5%	1	0.3%	3	0.9%	0	0.0%
	R03	481	89.4%	200	41.6%	189	39.3%	67	13.9%	21	4.4%	3	0.6%	1	0.2%	3	0.6%	1	0.2%
R04	476	90.2%	185	38.9%	208	43.7%	66	13.9%	13	2.7%	4	0.8%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	

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	734	182	24.8%	120	16.3%	215	29.3%	170	23.2%	41	5.6%	6	0.8%
H30	703	185	26.3%	109	15.5%	190	27.0%	163	23.2%	47	6.7%	9	1.3%
R01	673	172	25.6%	113	16.8%	191	28.4%	141	21.0%	45	6.7%	11	1.6%
R02	364	76	20.9%	51	14.0%	107	29.4%	95	26.1%	28	7.7%	7	1.9%
R03	542	97	17.9%	83	15.3%	152	28.0%	141	26.0%	61	11.3%	8	1.5%
R04	528	125	23.7%	78	14.8%	136	25.8%	143	27.1%	39	7.4%	7	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III度高血圧	再掲														
						未治療	治療													
H29	734	302 41.1%	215 29.3%	170 23.2%	47 6.4%	25 53.2%	22 46.8%	6 0.8%	3 50.0%	3 50.0%	0.8%									
H30	703	294 41.8%	190 27.0%	163 23.2%	56 8.0%	33 58.9%	23 41.1%	9 1.3%	6 66.7%	3 33.3%	1.3%									
R01	673	285 42.3%	191 28.4%	141 21.0%	56 8.3%	30 53.6%	26 46.4%	11 1.6%	5 45.5%	6 54.5%	1.6%									
R02	364	127 34.9%	107 29.4%	95 26.1%	35 9.6%	15 42.9%	20 57.1%	7 1.9%	4 57.1%	3 42.9%	1.9%									
R03	542	180 33.2%	152 28.0%	141 26.0%	69 12.7%	39 56.5%	30 43.5%	8 1.5%	4 50.0%	4 50.0%	1.5%									
R04	528	203 38.4%	136 25.8%	143 27.1%	46 8.7%	28 60.9%	18 39.1%	7 1.3%	4 57.1%	3 42.9%	1.3%									

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	270	36.8%	42	15.6%	32	11.9%	88	32.6%	86	31.9%	19	7.0%	3	1.1%
	H30	262	37.3%	44	16.8%	39	14.9%	83	31.7%	73	27.9%	20	7.6%	3	1.1%
	R01	244	36.3%	39	16.0%	37	15.2%	76	31.1%	66	27.0%	20	8.2%	6	2.5%
	R02	139	38.2%	16	11.5%	18	12.9%	42	30.2%	43	30.9%	17	12.2%	3	2.2%
	R03	216	39.9%	22	10.2%	27	12.5%	69	31.9%	68	31.5%	26	12.0%	4	1.9%
	R04	192	36.4%	22	11.5%	26	13.5%	62	32.3%	64	33.3%	15	7.8%	3	1.6%
治療なし	H29	464	63.2%	140	30.2%	88	19.0%	127	27.4%	84	18.1%	22	4.7%	3	0.6%
	H30	441	62.7%	141	32.0%	70	15.9%	107	24.3%	90	20.4%	27	6.1%	6	1.4%
	R01	429	63.7%	133	31.0%	76	17.7%	115	26.8%	75	17.5%	25	5.8%	5	1.2%
	R02	225	61.8%	60	26.7%	33	14.7%	65	28.9%	52	23.1%	11	4.9%	4	1.8%
	R03	326	60.1%	75	23.0%	56	17.2%	83	25.5%	73	22.4%	35	10.7%	4	1.2%
	R04	336	63.6%	103	30.7%	52	15.5%	74	22.0%	79	23.5%	24	7.1%	4	1.2%

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	B/A	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	734	371	50.5%	166	22.6%	120	16.3%	57	7.8%	20	2.7%
	H30	703	336	47.8%	193	27.5%	105	14.9%	48	6.8%	21	3.0%
	R01	673	295	43.8%	166	24.7%	128	19.0%	57	8.5%	27	4.0%
	R02	364	165	45.3%	90	24.7%	59	16.2%	38	10.4%	12	3.3%
	R03	542	260	48.0%	109	20.1%	109	20.1%	44	8.1%	20	3.7%
R04	528	249	47.2%	131	24.8%	97	18.4%	28	5.3%	23	4.4%	
男性	H29	325	196	60.3%	55	16.9%	45	13.8%	23	7.1%	6	1.8%
	H30	329	183	55.6%	86	26.1%	37	11.2%	17	5.2%	6	1.8%
	R01	308	155	50.3%	65	21.1%	48	15.6%	31	10.1%	9	2.9%
	R02	172	88	51.2%	41	23.8%	20	11.6%	18	10.5%	5	2.9%
	R03	242	140	57.9%	42	17.4%	36	14.9%	15	6.2%	9	3.7%
R04	231	126	54.5%	47	20.3%	35	15.2%	14	6.1%	9	3.9%	
女性	H29	409	175	42.8%	111	27.1%	75	18.3%	34	8.3%	14	3.4%
	H30	374	153	40.9%	107	28.6%	68	18.2%	31	8.3%	15	4.0%
	R01	365	140	38.4%	101	27.7%	80	21.9%	26	7.1%	18	4.9%
	R02	192	77	40.1%	49	25.5%	39	20.3%	20	10.4%	7	3.6%
	R03	300	120	40.0%	67	22.3%	73	24.3%	29	9.7%	11	3.7%
R04	297	123	41.4%	84	28.3%	62	20.9%	14	4.7%	14	4.7%	

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)180以上	未治療	治療	
					人数	割合	割合					
H29	734	371	166	120	77	10.5%	70	9.1%	7	0.9%	2.7%	10.5%
H30	703	336	193	105	69	9.8%	64	7.2%	5	0.7%	3.0%	9.8%
R01	673	295	166	128	84	12.5%	74	11.9%	10	1.5%	4.0%	12.5%
R02	364	165	90	59	50	13.7%	45	10.0%	5	1.4%	3.3%	13.7%
R03	542	260	109	109	64	11.8%	57	10.9%	7	1.3%	3.7%	11.8%
R04	528	249	131	97	51	9.7%	47	7.8%	4	0.8%	4.4%	9.7%

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	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	217	29.6%	143	65.9%	44	20.3%	23	10.6%	7	3.2%	0	0.0%
	H30	203	28.9%	136	67.0%	43	21.2%	19	9.4%	5	2.5%	0	0.0%
	R01	191	28.4%	116	60.7%	46	24.1%	19	9.9%	7	3.7%	3	1.6%
	R02	103	28.3%	68	66.0%	23	22.3%	7	6.8%	4	3.9%	1	1.0%
	R03	166	30.6%	111	66.9%	31	18.7%	17	10.2%	5	3.0%	2	1.2%
R04	152	28.8%	108	71.1%	24	15.8%	16	10.5%	4	2.6%	0	0.0%	
治療なし	H29	517	70.4%	228	44.1%	122	23.6%	97	18.8%	50	9.7%	20	3.9%
	H30	500	71.1%	200	40.0%	150	30.0%	86	17.2%	43	8.6%	21	4.2%
	R01	482	71.6%	179	37.1%	120	24.9%	109	22.6%	50	10.4%	24	5.0%
	R02	261	71.7%	97	37.2%	67	25.7%	52	19.9%	34	13.0%	11	4.2%
	R03	376	69.4%	149	39.6%	78	20.7%	92	24.5%	39	10.4%	18	4.8%
R04	376	71.2%	141	37.5%	107	28.5%	81	21.5%	24	6.4%	23	6.1%	