

第3期西条市国民健康保険 保健事業実施計画

(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

西条市国民健康保険

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) 実施主体関係部局の役割
 - 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 ……9

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) ……32

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40

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 第2期計画から継続する重症化予防(糖尿病性腎症重症化予防)
2. 第3期計画から開始する重症化予防(高血圧重症化予防)
3. 第3期計画で検討する重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. その他の保健事業

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67

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68

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料69

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

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

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

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

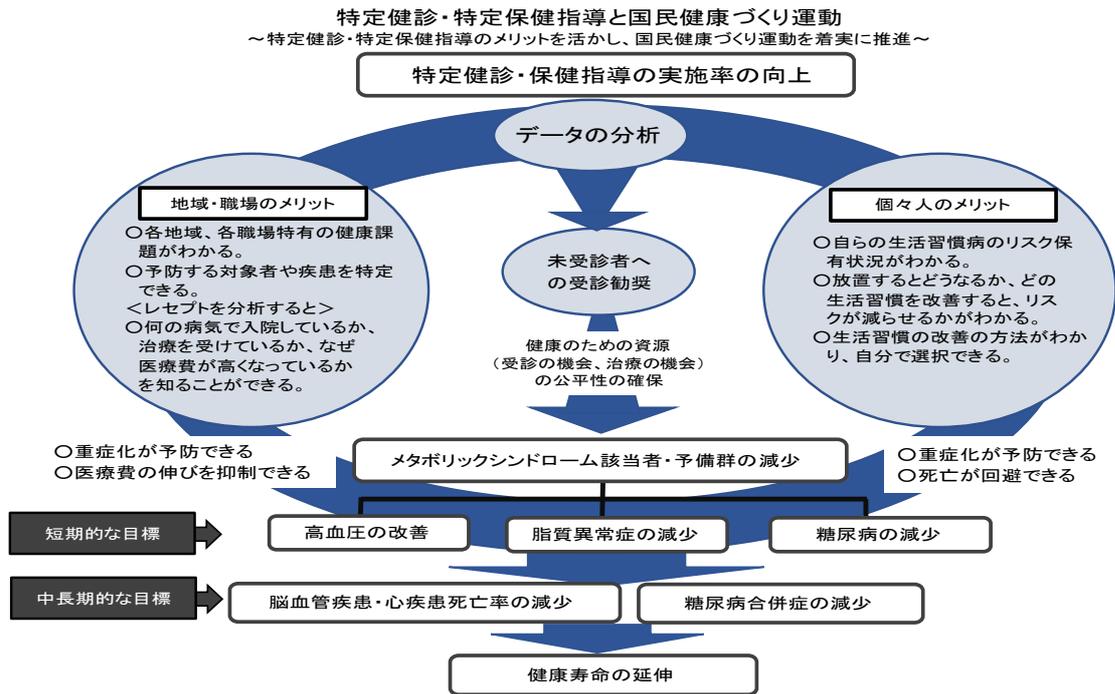
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

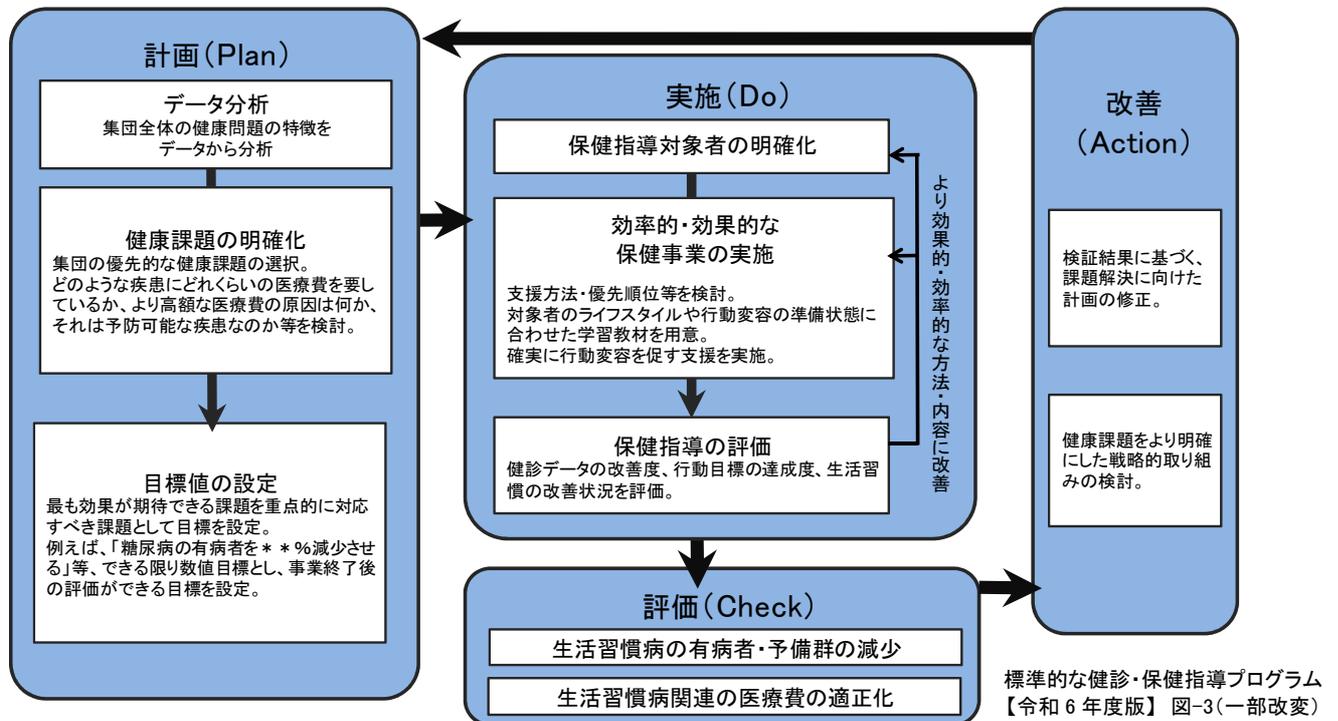
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高補法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより有効性を持 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 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・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
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サイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

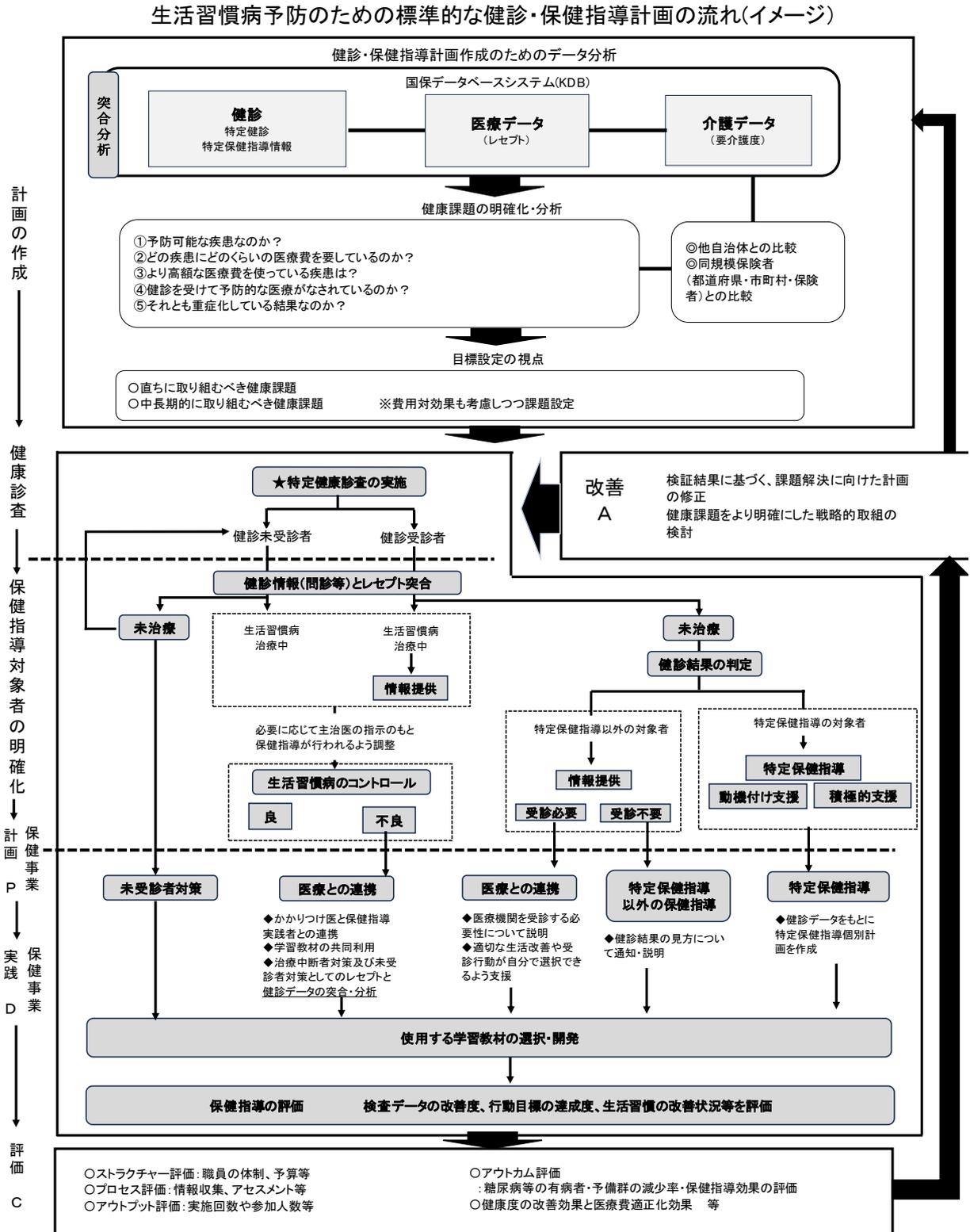


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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) 実施主体関係部局の役割

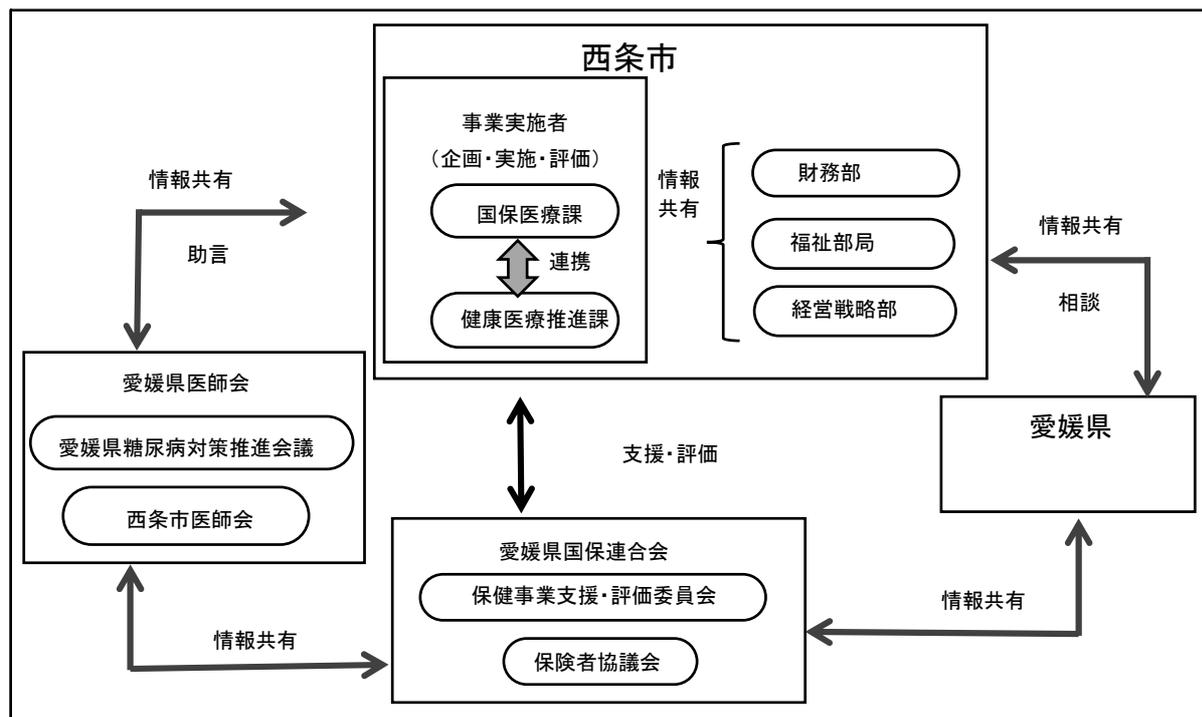
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計

画に反映させます。

特に保健衛生部局(健康医療推進課)の保健師等の専門職とは連携を密にして、計画策定を進めていきます。

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 西条市の実施体制図



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・協力が重要となるため、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、国保連合会や国保連合会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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

特に、国保連合会と愛媛県は、ともに本市を支援する立場にあることから、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、積極的に取り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等の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等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表8)

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		西条市	配点	西条市	配点	西条市	配点	
交付額(万円)		4,257		3,731		3,757		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	45	70	30	70	30	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	23	40	23	40	25	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	70	120	50	120	45	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	55	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	45	50	40	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	30	130	10	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	70	100	85	100	85	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	0	30	0	40	0	40
	⑤	第三者求償の取組	12	40	12	50	29	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	74	95	70	100	73	100
合計点		509	1,000	445	960	442	940	

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における 健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約10万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で33.1%でした。同規模、国と比較すると高齢者の割合は多く、被保険者の平均年齢も56歳と同規模と比べて高いが、出生率や財政指数は同規模程度となっています。産業においては、第2次産業が32.5%と同規模と比較しても高く、製造業の割合が多く、交代勤務等で被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

令和4年度の国保加入率は21.1%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向です。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約51%を占めています。(図表10)

また本市内には10の病院、87の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、入院患者数が同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した西条市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
西条市	103,849	33.1	21,890 (21.1)	56.1	6.7	14.4	0.7	7.7	32.5	59.8
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	33.4	21.6	55.4	6.2	13.9	0.5	7.7	24.2	68.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、西条市と同規模保険者(103市町村)の平均値

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	24,792		24,032		23,649		22,929		21,890	
65～74歳	11,993	48.4	11,871	49.4	12,033	50.9	11,848	51.7	11,174	51.0
40～64歳	7,593	30.6	7,317	30.4	6,959	29.4	6,759	29.5	6,553	29.9
39歳以下	5,206	21.0	4,844	20.2	4,657	19.7	4,322	18.8	4,163	19.0
加入率	23.1		22.4		22.1		21.4		21.1	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	10	0.4	10	0.4	10	0.4	10	0.4	10	0.5	0.3	0.5
診療所数	93	3.8	89	3.7	87	3.7	87	3.8	87	4.0	3.7	4.3
病床数	1,739	70.1	1,706	71.0	1,706	72.1	1,541	67.2	1,506	68.8	62.0	73.4
医師数	195	7.9	195	8.1	190	8.0	190	8.3	190	8.7	11.5	13.7
外来患者数	699.7		705.4		672.2		693.4		704.0		707.3	748.2
入院患者数	26.9		28.2		26.4		25.6		25.4		19.1	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 29 参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で134人(認定率0.40%)、1号(65歳以上)被保険者で7,260人(認定率21.1%)と同規模・国と比較すると高い状況で、平成30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表 12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約96億円から約101億円に伸びています。(図表 13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも4割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割を超え非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	西条市				同規模	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	32,793人	30.6%	34,403人	33.1%	29.1%	33.4%	28.7%	
2号認定者	154人	0.43%	134人	0.40%	0.38%	0.41%	0.38%	
新規認定者	24人		32人		--	--	--	
1号認定者	7,034人	21.4%	7,260人	21.1%	18.4%	21.6%	19.4%	
新規認定者	1,003人		1,031人		--	--	--	
再掲	65~74歳	660人	4.2%	724人	4.4%	--	--	--
	新規認定者	152人		176人		--	--	--
	75歳以上	6,374人	37.0%	6,536人	36.2%	--	--	--
	新規認定者	851人		855人		--	--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	西条市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	96億4237万円	101億2055万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	294,037	294,176	275,832	320,144	290,668
1件あたり給付費(円)全体	67,670	67,448	60,207	62,527	59,662
居宅サービス	45,192	45,918	41,618	44,617	41,272
施設サービス	294,640	302,947	295,426	293,644	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		134		724		6,539		7,263					
再)国保・後期		75		555		6,342		6,897					
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	47 62.7%	脳卒中	265 47.7%	脳卒中	2,892 45.6%	脳卒中	3,157 45.8%	脳卒中	3,204 46.0%	
		2	虚血性心疾患	15 20.0%	虚血性心疾患	139 25.0%	虚血性心疾患	2,663 42.0%	虚血性心疾患	2,802 40.6%	虚血性心疾患	2,817 40.4%	
		3	腎不全	15 20.0%	腎不全	65 11.7%	腎不全	1,061 16.7%	腎不全	1,126 16.3%	腎不全	1,141 16.4%	
	合併症	4	糖尿病合併症	11 14.7%	糖尿病合併症	103 18.6%	糖尿病合併症	713 11.2%	糖尿病合併症	816 11.8%	糖尿病合併症	827 11.9%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				68 90.7%	基礎疾患	517 93.2%	基礎疾患	6,104 96.2%	基礎疾患	6,621 96.0%	基礎疾患	6,689 95.9%
	血管疾患合計				69 92.0%	合計	529 95.3%	合計	6,182 97.5%	合計	6,711 97.3%	合計	6,780 97.2%
	認知症			認知症	8 10.7%	認知症	109 19.6%	認知症	2,630 41.5%	認知症	2,739 39.7%	認知症	2,747 39.4%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	62 82.7%	筋骨格系	487 87.7%	筋骨格系	6,141 96.8%	筋骨格系	6,628 96.1%	筋骨格系	6,690 96.0%

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

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費は減少しているが、一人あたり医療費は、増加しており同規模保険者と比べて約 4 万円高く、平成 30 年度と比較しても 3 万円以上伸びています。

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 45%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても 6 万円も高くなっています。(図表 15)

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を超えており、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が平成 30 年度よりも伸びています。一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、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 16)

図表 15 医療費の推移

	西条市		同規模	県	国		
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度		
被保険者数(人)	24,792人		21,890人	--	--		
前期高齢者割合	11,993人 (48.4%)		11,174人 (51.0%)	--	--		
総医療費	90億4519万円		87億8786万円	--	--		
一人あたり医療費(円)	364,843	県内11位 同規模16位	401,455	県内8位 同規模12位	359,130	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	515,090		579,440	616,530	580,300	617,950
	費用の割合	46.3		45.3	40.6	42.3	39.6
	件数の割合	3.7		3.5	2.6	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	22,960		25,220	24,420	24,300	24,220
	費用の割合	53.7		54.7	59.4	57.7	60.4
	件数の割合	96.3		96.5	97.4	97.0	97.5
受診率	726.575		729.387	726.377	771.192	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は西条市と同規模保険者103市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	西条市 (県内市町村中)		県 (47県中)	西条市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.054	1.073	1.054	1.020	1.047	1.026
		(8位)	(8位)	(19位)	(6位)	(4位)	(18位)
	入院	1.205	1.239	1.134	1.138	1.167	1.053
		(6位)	(5位)	(18位)	(1位)	(1位)	(19位)
	外来	0.962	0.965	1.009	0.905	0.923	1.010
		(12位)	(14位)	(21位)	(15位)	(18位)	(15位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

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

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

虚血性心疾患・腎疾患等の中長期目標疾患は、退院後の介護費や通院費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			西条市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			90億4519万円	87億8786万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			8億2823万円	7億8032万円	--	--	--
			9.156546504	8.88%	8.40%	7.91%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.44%	2.37%	2.11%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.86%	1.67%	1.50%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.56%	4.58%	4.49%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.26%	0.29%	0.27%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.99%	17.20%	16.76%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		9.37%	9.12%	8.52%	9.80%	8.68%
	精神疾患		10.15%	8.40%	8.12%	8.34%	7.63%

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	24,792	21,890	a	1,815	1,469	1,914	1,668	112	108	
				a/A	7.3%	6.7%	7.7%	7.6%	0.5%	0.5%	
40歳以上	B	19,586	17,727	b	1,799	1,459	1,890	1,653	111	107	
	B/A	79.0%	81.0%	b/B	9.2%	8.2%	9.6%	9.3%	0.6%	0.6%	
再掲	40~64歳	C	7,593	6,553	c	385	284	391	318	44	52
		C/A	30.6%	29.9%	c/C	5.1%	4.3%	5.1%	4.9%	0.6%	0.8%
	65~74歳	D	11,993	11,174	d	1,414	1,175	1,499	1,335	67	55
		D/A	48.4%	51.0%	d/D	11.8%	10.5%	12.5%	11.9%	0.6%	0.5%

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、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患割合は減っており、人工透析もほぼ横ばいとなっております。(図表 19・図表 20・図表 21)

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

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	7,676	7,266	1,717	1,554	5,959	5,712	
	A/被保数	39.2%	41.0%	22.6%	23.7%	49.7%	51.1%	
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	1,060	867	213	162	847	705
		B/A	13.8%	11.9%	12.4%	10.4%	14.2%	12.3%
	虚血性心疾患	C	1,378	1,190	260	223	1,118	967
		C/A	18.0%	16.4%	15.1%	14.4%	18.8%	16.9%
	人工透析	D	99	103	41	50	58	53
		D/A	1.3%	1.4%	2.4%	3.2%	1.0%	0.9%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	5,811	5,612	1,425	1,279	4,386	4,333	
	A/被保数	29.7%	31.7%	18.8%	19.5%	36.6%	38.8%	
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	721	578	135	102	586	476
		B/A	12.4%	10.3%	9.5%	8.0%	13.4%	11.0%
	虚血性心疾患	C	1,130	990	202	169	928	821
		C/A	19.4%	17.6%	14.2%	13.2%	21.2%	18.9%
	人工透析	D	60	57	26	29	34	28
		D/A	1.0%	1.0%	1.8%	2.3%	0.8%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	369	323	106	85	263	238
		E/A	6.4%	5.8%	7.4%	6.6%	6.0%	5.5%
	糖尿病性網膜症	F	886	861	213	213	673	648
		F/A	15.2%	15.3%	14.9%	16.7%	15.3%	15.0%
	糖尿病性神経障害	G	243	182	61	40	182	142
		G/A	4.2%	3.2%	4.3%	3.1%	4.1%	3.3%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	7,700	6,995	1,885	1,586	5,815	5,409	
	A/被保数	39.3%	39.5%	24.8%	24.2%	48.5%	48.4%	
(中長期合併症)	脳血管疾患	B	885	723	167	122	718	601
		B/A	11.5%	10.3%	8.9%	7.7%	12.3%	11.1%
	虚血性心疾患	C	1,387	1,188	252	206	1,135	982
		C/A	18.0%	17.0%	13.4%	13.0%	19.5%	18.2%
	人工透析	D	73	73	29	35	44	38
		D/A	0.9%	1.0%	1.5%	2.2%	0.8%	0.7%

出典:KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、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約 44%、糖尿病で約 11%おり、その割合は愛媛県と比較しても高くなっています。(図表 22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は概ね減ってきていますが、新型コロナウイルス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、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、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		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
西条市	5,975	33.5	5,469	32.4	361	6.0	213	59.0	388	7.1	241	62.1	169	43.6	13	3.4
愛媛県	76,277	33.1	65,894	30.7	5,189	6.8	3,198	61.6	5,234	7.9	3,206	61.3	2,103	40.2	216	4.1

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報(R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
西条市	5,975	100.0	5,469	100.0	199	3.3	72	36.2	201	3.7	66	32.8	22	10.9	7	3.5
愛媛県	76,277	33.1	65,894	30.7	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生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。本市の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2.3 ポイントも伸びており、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。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 2~3 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24・図表 25・図表 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		2項目		予備群
			3項目	2項目	3項目	2項目	
H30年度	5,975 (33.5%)	1,000 (16.7%)	275 (4.6%)	725 (12.1%)			618 (10.3%)
R04年度	5,629 (35.3%)	1,070 (19.0%)	334 (5.9%)	736 (13.1%)			612 (10.9%)

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→R01	414 (6.9%)	91 (22.0%)	139 (33.6%)	48 (11.6%)	136 (32.9%)
R03→R04	461 (8.4%)	105 (22.8%)	151 (32.8%)	55 (11.9%)	150 (32.5%)

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→R01	361 (6.0%)	143 (39.6%)	83 (23.0%)	14 (3.9%)	121 (33.5%)
R03→R04	388 (7.1%)	154 (39.7%)	76 (19.6%)	15 (3.9%)	143 (36.9%)

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			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	745 (12.5%)	303 (40.7%)	172 (23.1%)	41 (5.5%)	229 (30.7%)
R03→R04	712 (13.0%)	301 (42.3%)	177 (24.9%)	46 (6.5%)	188 (26.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 34.5%まで伸びましたが、新型コロナ感染症の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 28)

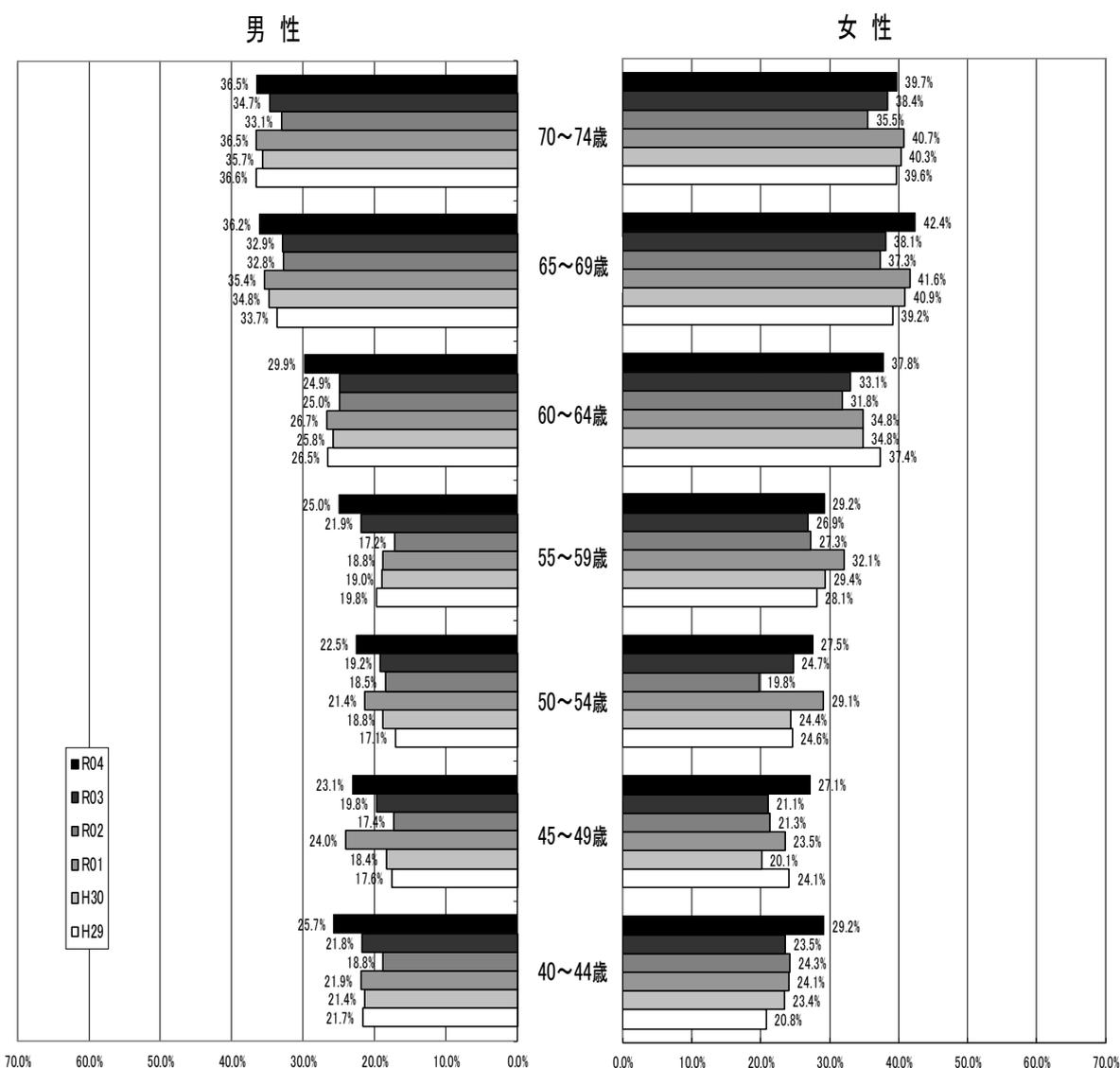
特定保健指導についても、令和 2 年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	5,975	6,032	5,350	5,469	5,629	健診受診率 60%
	受診率	33.5%	34.5%	30.9%	32.4%	35.3%	
特定保健 指導	該当者数	735	786	686	728	719	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.3%	13.0%	12.8%	13.3%	12.7%	
	実施者数	225	189	68	82	159	
	実施率	30.6%	24.0%	9.9%	11.3%	22.1%	

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(糖尿病重症化予防)

特定健診の結果でHbA1c6.5以上の被保険者の内、過去1年間のレセプト内容から糖尿病の未治療者、治療中断者を抽出し、医療機関への受診勧奨及び糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加同意書を送付しています。同意した被保険者は、医療機関に保健指導指示書の作成を依頼し、作成された指示書をもとに保健師・管理栄養士による保健指導が実施されています。

重症化予防プログラムの参加割合は高くはありませんが、受診勧奨を実施した後に医療機関を受診した割合は約50%と一定の効果は出ていると推測できます。未治療者が受診できるようにまた治療中断にならないように引き続き取組みを行っていきます。(表1・2)

表 1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

	H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c6.5以上の該当者	435	484	449	501	564
受診勧奨実施者	55	77	61	73	71
保健指導指示書作成者	5	6	6	7	7

表 2 受診勧奨実施後に医療機関を受診した割合

	H30	R1	R2	R3	R4
受診勧奨実施後に医療機関を受診した人数	23	42	33	36	35
受診勧奨実施後に医療機関を受診した割合	41.8%	54.5%	54.1%	49.3%	49.3%

* 令和4年10月～令和5年9月診療分

(2)未受診者受診対策

特定健診結果・問診内容を確認して、新規受診者、連続未受診者、医療機関受診歴がない者等に分類し、各対象者の状況に応じた勧奨資材を送付しています。時期をずらして発送したり、受診歴のある被保険者に電話勧奨もする等して受診忘れを防ぐようにしています。(表3)

ただ、現在の未受診者対策では、勧奨通知・電話が契機となり受診につながった対象者の特定が難しく、対策の効果が十分把握できていない課題があります。

表 3 通知勧奨及び架電実施者

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
通知勧奨及び架電実施者	9,893人	13,548人	13,650人	13,288人	12,007人

(3)短期人間ドック・脳ドックの助成

健康の保持増進を図ること、また、医療費増加の大きな要因の一つになっているがんや脳血管疾患を早期発見し、医療費の抑制を図ることを目的として、35歳以上の国保被保険者を対象に人間ドック及び脳ドックの利用に対する助成をしています。(表4)

表 4 人間ドック・脳ドック実績

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
人間ドック	610人	598人	526人	554人	567人
脳ドック	86人	65人	50人	51人	22人
同時受診	277人	162人	128人	143人	153人
合計	973人	825人	704人	748人	742人

※同時受診は人間ドックと脳ドックを同時に行う

(4)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、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、各種団体や行政区単位で出前講座を毎年行い、広く市民へ周知を行いました。(表5)

また、肥満の改善を目的として集団健診会場で食品に含まれる脂の展示や説明会を集中的に実施してきました。

表5 令和3年度に実施した栄養講座

講座	日程	場所	内容・時間(9:30~13:00) 講義(保健師 9:30~9:50、栄養士 9:50~11:00)・調理実習
①	6/15(火)	中央	テーマ：見直してみよう！私の食習慣～食事バランスガイド 【保健師】「第3次西条市食育推進計画」
	6/23(水)	東予	【栄養士】不足している野菜
②	7/2(金)	中央	テーマ：肥満予防 【保健師】「メタボと保健指導」
	7/16(金)	東予	【栄養士】摂取エネルギーと消費エネルギー
③	7/28(水)	中央	テーマ：やってみよう！カロリー計算 【保健師】「西条市のがん対策の取り組み」
	8/6(金)	東予	【栄養士】これだけなのにこんなに高カロリー？
④	8/12(木)	中央	テーマ：郷土料理(季節の食材を使って) 【保健師】「ストレス解消法」
	8/27(金)	東予	【栄養士】郷土料理の紹介(押しずし・綿川なす・・・)
⑤	9/8(水)	中央	テーマ：腸活で元気！ 【保健師】「免疫力が下がると・・・」
	9/17(金)	東予	【栄養士】免疫カアップの食事
⑥	9/29(水)	中央	テーマ：フレイル予防 【保健師】「フレイル・サルコペニア・ロコモとは」
	10/8(金)	東予	【栄養士】筋肉のもと
⑧	11/9(火)	中央	テーマ：糖尿病予防 【保健師】「血糖値が高いとなぜいけないのか」
	11/26(金)	東予	【栄養士】カロリーよりも炭水化物？
⑦	12/8(水)	中央	テーマ：高血圧予防 【保健師】「血圧が高いとなぜいけないのか」
	12/17(金)	東予	【栄養士】なぜ減塩、減塩というのか？
⑨	1/14(金)	中央	テーマ：脂質異常症予防 【保健師】「コレステロール値と中性脂肪」
	1/21(金)	東予	【栄養士】低下作用のある多価不飽和脂肪酸って何から？
⑩	2/9(水)	中央	テーマ：骨粗しょう症予防 【保健師】どうして骨が弱くなる？
	2/17(木)	東予	【栄養士】カルシウムだけでなくたんぱく質も

※対象者：一般市民・食改リーダー研修

(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)		
特定健診等計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重傷者予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	33.5%	30.9%	35.3%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者数の減少	26人	23人	27人			
		特定保健指導実施率60%以上	30.6%	9.9%	22.1%			
		特定保健指導対象者の減少率25%	12.3%	12.2%	17.7%			
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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.5%減少	2.4%	2.45%	2.37%	KDBシステム	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.5%減少	1.9%	1.78%	1.67%		
		一人当たりの医療費を同規模保険者並みに抑制する	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少2.0%	4.6%	4.26%	4.58%		
		一人当たり医療費を前年度比3%増以内(月平均額)	29,924円	30,692円	32,480円			
	短期目標	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者 8%以上	7.3%	5.3%	6.7%		地域保健事業報告
			肺がん検診受診者 10%以上	9.4%	7.0%	8.4%		
			大腸がん検診受診者 12%以上	10.2%	7.7%	9.6%		
			子宮頸がん検診受診者 13%以上	13.3%	9.4%	11.9%		
乳がん検診受診者 18%以上	16.8%	11.3%	15.8%					
5つのがん検診の平均受診率 12%以上	10.7%	7.7%	9.8%					
努力支援制度	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	65.7%	71.9%	75.2%	厚生労働省		

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに、令和2年度の間接評価では、新型コロナウイルス感染症による受診控え等の影響で初年度と比較して大幅に低くなりましたが、令和4年度には回復していることが分かります。ただ、目標としていた60%にはほど遠い状況であり、毎年、過去の医療機関や特定健診の受診状況を分析し受診勧奨を実施していますが、目標までの受診率の向上につながらない結果となっています。

また、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病に罹患している被保険者の割合は微増していますが、医療費総額に占める脳血管疾患、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合は微減となっています。これにより、健診等の結果から医療機関を早期受診することで、重症化を防げていることが推測できます。

一人当たりの医療費は、平成30年度と比較し、令和4年度は8%以上の増加となりましたが、前年度比3%以内の増に抑える目標は達成できました。しかし、今後も医療の高度化、国保加入者年齢の高齢化に伴い、一人当たりの医療費は増加すると推測します。

がん検診の受診率も特定健診同様、新型コロナウイルス感染症による受診控え等の影響で下がった受診率を目標値まで上げることはできませんでした。

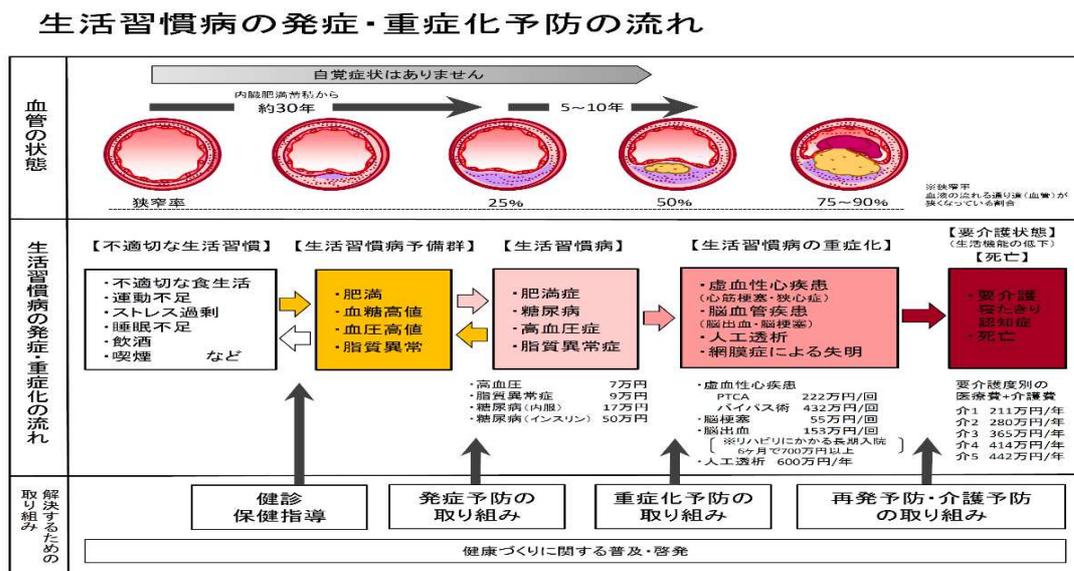
後発医薬品の使用割合は目標の80%には届いていませんが、令和4年度の使用割合は75.2%で初年度使用割合と比較して約10%の増となっています。毎年行っている、差額通知書の送付や保険証更新の際に「後発医薬品に関するリーフレット・希望シール」を配布する等の取組の効果が出ていると推測できます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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)

図表 30 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。

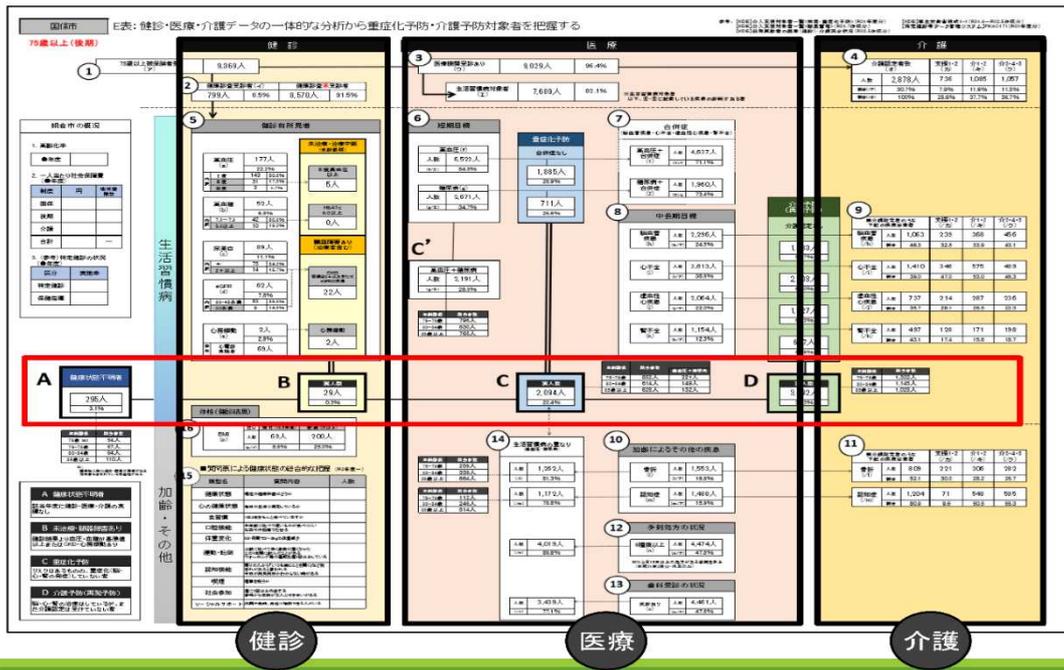
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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 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)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2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3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の約2倍も高い状況です。(図表 32)

本市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の糖尿病及の総医療費に占める割合は、同規模と比べて約0.5ポイント高く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、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1,700件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.2倍に増えることがわかります。(図表 34)

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一番多く126件で1億5千万円以上の費用がかかっており、令和3年度は96件と件数が減り、費用額も減っています。しかし、令和4年度は117件となり費用額も令和元年度並みになっています。後期高齢においては、278件発生し、約3億円余り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38の①被保険者数は、40~64歳、65~74歳と減っていますが、75歳以上では652名増え、75歳以上の後期高齢者が確実に増えており高齢化が進んでいることがわかります。⑮の体格をみると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が3.2ポイントも高くなってきています。(図表 38)

健診有所見の状況を見ると、各年代で対象人数が増えており、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 39)

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、糖尿病どちらも各年代高くなっています。(図表 40)

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、心不全だけは、各年代で割合が、約 1 ポイント上がっており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることが分かります。(図表 41)

図表 32 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		24,792人	24,032人	23,649人	22,929人	21,890人	18,974人
総件数及び 総費用額	件数	219,621件	214,860件	199,658件	201,415件	197,343件	275,028件
	費用額	90億4519万円	93億7734万円	87億7160万円	88億0145万円	87億8786万円	166億8567万円
一人あたり医療費		36.5万円	39.0万円	37.1万円	38.4万円	40.1万円	87.9万円

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		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	西条市	87億8786万円	32,480	4.58%	0.26%	2.37%	1.67%	5.94%	2.97%	1.72%	17億1381万円	19.5%	17.2%	8.40%	9.12%
	同規模	--	29,058	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	--	19.1%	16.8%	8.12%	8.52%
	県	--	31,528	3.75%	0.27%	2.30%	1.58%	5.53%	3.10%	1.91%	--	18.5%	17.4%	8.34%	9.80%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	西条市	166億8567万円	74,229	5.28%	0.51%	4.35%	1.58%	3.97%	3.03%	1.29%	33億3883万円	20.0%	9.9%	3.73%	13.6%
	同規模	--	69,773	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	--	19.5%	11.3%	3.66%	12.3%
	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 34 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	879人	913人	894人	843人	928人	2,152人
	件数	B	1,583件	1,763件	1,685件	1,636件	1,737件	3,911件
		B/総件数	0.72%	0.82%	0.84%	0.81%	0.88%	1.42%
	費用額	C	20億1044万円	23億5030万円	21億9822万円	21億9559万円	23億1968万円	46億4395万円
C/総費用		22.2%	25.1%	25.1%	24.9%	26.4%	27.8%	

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		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	49人		61人		63人		50人		62人		151人		
		D/A	5.6%		6.7%		7.0%		5.9%		6.7%		7.0%		
	件数	E	106件		126件		116件		96件		117件		278件		
		E/B	6.7%		7.1%		6.9%		5.9%		6.7%		7.1%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	4	3.2%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	0.4%
		40代	4	3.8%	8	6.3%	2	1.7%	1	1.0%	9	7.7%	70-74歳	0	0.0%
		50代	14	13.2%	14	11.1%	9	7.8%	4	4.2%	19	16.2%	75-80歳	70	25.2%
		60代	51	48.1%	38	30.2%	60	51.7%	40	41.7%	24	20.5%	80代	150	54.0%
		70-74歳	37	34.9%	62	49.2%	44	37.9%	51	53.1%	65	55.6%	90歳以上	57	20.5%
	費用額	F	1億2110万円		1億5316万円		1億4079万円		1億2600万円		1億5124万円		3億1673万円		
		F/C	6.0%		6.5%		6.4%		5.7%		6.5%		6.8%		

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		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	62人		42人		54人		52人		51人		77人		
		G/A	7.1%		4.6%		6.0%		6.2%		5.5%		3.6%		
	件数	H	73件		48件		63件		56件		62件		92件		
		H/B	4.6%		2.7%		3.7%		3.4%		3.6%		2.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	2	2.2%
		40代	2	2.7%	1	2.1%	2	3.2%	1	1.8%	3	4.8%	70-74歳	6	6.5%
		50代	5	6.8%	3	6.3%	7	11.1%	0	0.0%	5	8.1%	75-80歳	22	23.9%
		60代	39	53.4%	20	41.7%	23	36.5%	22	39.3%	24	38.7%	80代	53	57.6%
		70-74歳	27	37.0%	24	50.0%	31	49.2%	33	58.9%	30	48.4%	90歳以上	9	9.8%
	費用額	I	9802万円		6318万円		8724万円		8656万円		9154万円		1億1958万円		
		I/C	4.9%		2.7%		4.0%		3.9%		3.9%		2.6%		

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			⑤ 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	35.3	7,254	11,715	18,130	22.9	35.4	8.3	8.2	6.1	8.2	29.3	27.1	26.8
R04	34.7	6,466	11,709	18,782	26.0	36.3	9.3	7.3	7.4	6.9	32.5	27.6	23.3

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	69	4.2	(43)	273	6.6	(103)	158	10.5	(48)	42	2.5	(5)	153	3.7	(11)	8	0.5	(1)	23	1.4	70	1.7	42	2.8	5	0.3	22	0.5	21	1.4
R04	4.9	(44)	355	8.4	(130)	208	11.9	(71)	51	3.0	(10)	184	4.3	(9)	9	0.5	(1)	23	1.4	88	2.1	42	2.4	1	0.1	26	0.6	32	1.8	

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						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 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	80.9	92.2	96.1	31.2	61.8	81.9	66.0	76.7	81.9	54.5	56.5	55.5	28.8	39.0	43.9	42.1	47.3	67.5	38.7	47.9	68.6												
R04	82.4	93.2	96.0	32.1	64.7	82.8	67.7	76.8	84.1	57.1	58.4	58.2	32.0	40.3	47.1	42.6	46.0	67.0	37.9	46.6	68.8												

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(被保険者割)												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-			
H30	4.4	10.7	25.1	4.4	11.8	24.2	5.4	13.8	32.0	3.6	6.4	12.5	15.1	17.9	51.7	5.0	7.1	40.8	6.7	9.1	47.3	5.0	13.8	51.3
R04	3.8	9.8	22.0	4.1	11.1	22.5	6.3	15.2	33.6	4.0	6.9	13.2	19.2	21.6	51.3	4.5	7.4	41.7	3.9	9.4	47.2	6.5	12.1	51.3

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑩				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 (被保険割合)				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	68.5	83.8	78.7	81.6	4.6	17.1	1.3	14.3	16.5	63.1	59.4	84.5
R04	67.4	85.8	76.7	82.4	4.9	17.6	1.2	13.4	14.0	62.2	66.4	86.4

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 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、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

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、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

県内で共通の評価指標を設定することにより、域内保険者において経年的なモニタリング、他の保険者との比較、俯瞰的、客観的な状況を把握することができるため、以下の管理目標を設定します。

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
特定健診等計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重傷者予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上				特定健診・特定保健指導結果
		健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者数の減少				
		特定保健指導実施率60%以上				
		特定保健指導対象者の減少率25%				
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維持			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			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少			
	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・予備群の減少率			KDBシステム 特定健診システム
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少			
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合						
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			法定報告値	
		★特定保健指導実施率60%以上				
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※				

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	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導実施率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%

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	15,088人	14,334人	13,617人	12,936人	12,289人	11,675人
	受診者数	6,035人	6,306人	6,536人	6,726人	6,881人	7,004人
特定保健指導	対象者数	730人	728人	727人	725人	723人	722人
	受診者数	292人	320人	348人	377人	405人	433人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診は、集団と個別によるものとし、集団による特定健診は、愛媛県下の市町国民健康保険者の代表保険者による集合契約に基づき、公益財団法人愛媛県総合保健協会及び愛媛県厚生農業協同組合連合会に委託して実施する。個別による特定健診は、集合契約に基づき、一般社団法人愛媛県医師会に委託して実施する。

- ① 集団健診(西条市保健センター他)
- 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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、本市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.city.saijo.ehime.jp/soshiki/kokuhoiryo/>

(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(例示)

○西条市特定健診検査項目

健診項目		西条市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

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

(5) 実施時期

5 月から翌年 2 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、受診率を上げるため、本人同意のもとで、かかりつけ医の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活用できるよう、西条市医師会及びかかりつけ医の協力及び連携を依頼します。

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、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。

① 未受診者に対する受診勧奨の継続

- ・40～50代は子育て・仕事・家事など毎日のタスクが多いことが「時間がとれなかった」理由と考えられる。「時間がなくて受診できない」という課題を解決する検討を行う。
- ・60代以上は、既に医療機関受診中の方が多い。「定期的の健診を怠ることにより、現在治療中の病気以外の発症・進行を見逃してしまうかもしれない。定期的な受診の重要性を理解させる。」意識啓発が重要である。

② 農業協同組合・商工会等に向けて受診勧奨チラシを配布

図表 47 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 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可)	(特定保健指導の実施)
5月		(特定健診の開始) ↓	健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	↓
7月		(特定保健指導の開始)	実施実績の分析実施
8月		↓	↓
9月		(特定健診の実施)	↓
10月	契約に関わる	↓	受診・実施率実績の算出
11月	予算手続き	↓	支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月	↓	↓	
1月		↓	
2月	契約準備 (代表保険者)	↓	
3月	↓	(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、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

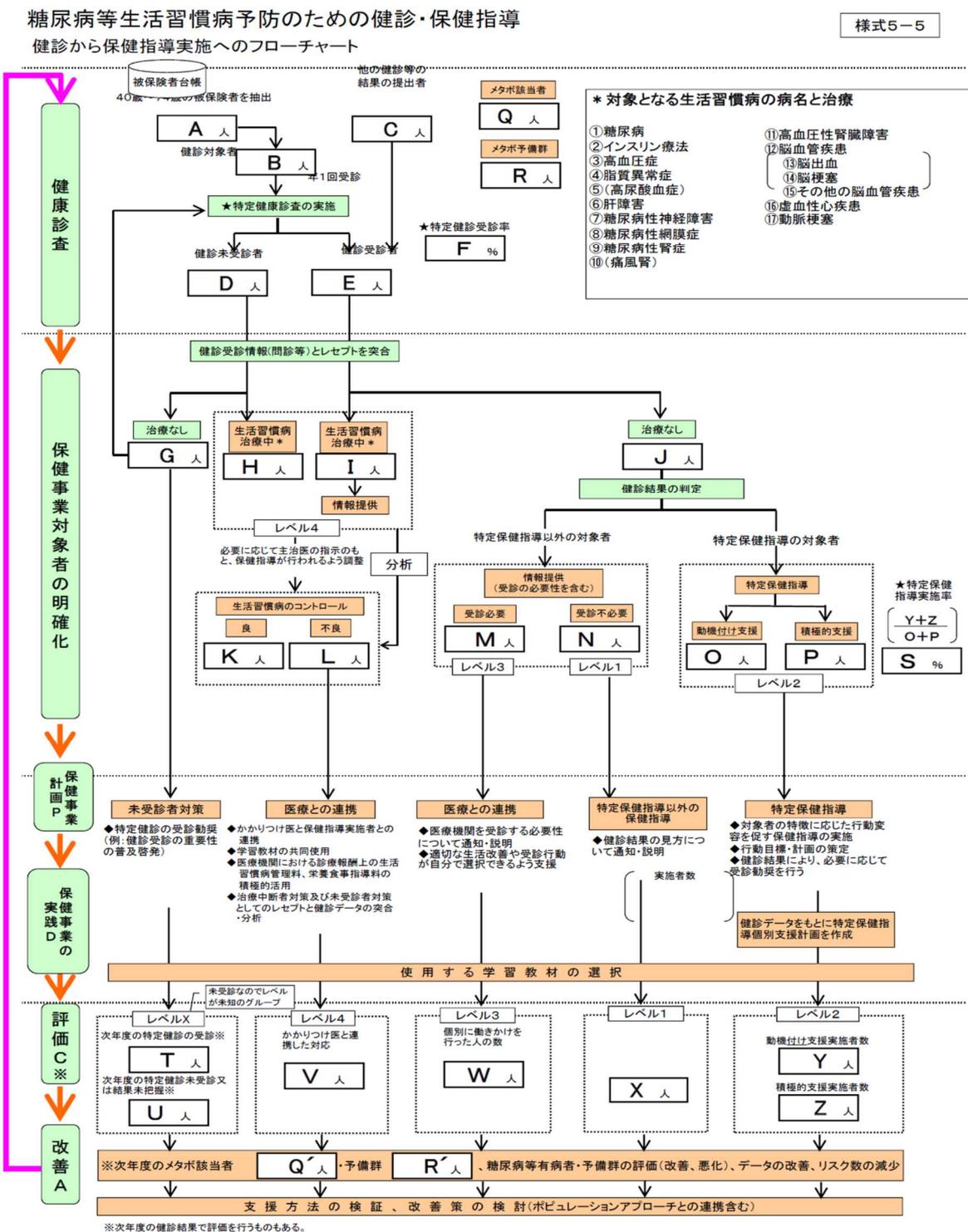
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(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	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	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	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)	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	100%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	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 50 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	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎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		◎39歳以下の健康診査、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			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了	
10月			◎利用券の登録	
11月				
12月				
1月				
2月		◎健診の終了		
3月				

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西条市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(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、本市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

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。

また、並行して適正受診等を推進する取組と地域包括ケアを推進する取組、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く必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

その他、適正受診・適正服薬の取組としては、重複・多剤服薬者等対策やジェネリック医薬品差額通知事業を中心に普及啓発や保健指導等を行い、高齢者の保健事業と介護予防との一体的実施では、後期高齢者部門を中心に介護保険福祉部門と協力して、75歳以降も切れ目のない支援を実施していきます。

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

本市の令和4年度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、2,260人(38.2%)です。そのうち治療なしが888人(28.1%)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358人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、888人中424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)

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-										令和04年度						
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)						
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		5,923人	37.0%				
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>												
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)					
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	440	7.4%	27	0.5%	284	4.8%	190	3.2%	1,130	19.1%	360	6.1%	698	11.8%	2,260	38.2%
治療なし	282	7.1%	12	0.4%	264	6.1%	142	3.3%	254	8.0%	194	3.6%	252	8.0%	888	28.1%
(再掲) 特定保健指導	108	24.5%	6	22.2%	67	23.6%	64	33.7%	254	22.5%	54	15.0%	89	12.8%	424	18.8%
治療中	158	8.1%	15	0.5%	20	1.3%	48	3.1%	876	31.7%	166	32.7%	446	16.2%	1,372	49.7%
臓器障害 あり	110	39.0%	12	100.0%	60	22.7%	36	25.4%	69	27.2%	53	27.3%	252	100.0%	358	40.3%
CKD(専門医対象者)	45		5		32		22		32		38		252		252	
心電図所見あり	79		12		34		17		49		19		41		147	
臓器障害 なし	172	61.0%	—	—	204	77.3%	106	74.6%	185	72.8%	141	72.7%	—	—	—	—

出典:ヘルスサポートラボツール

1. 第2期計画から継続する重症化予防(糖尿病性腎症重症化予防)

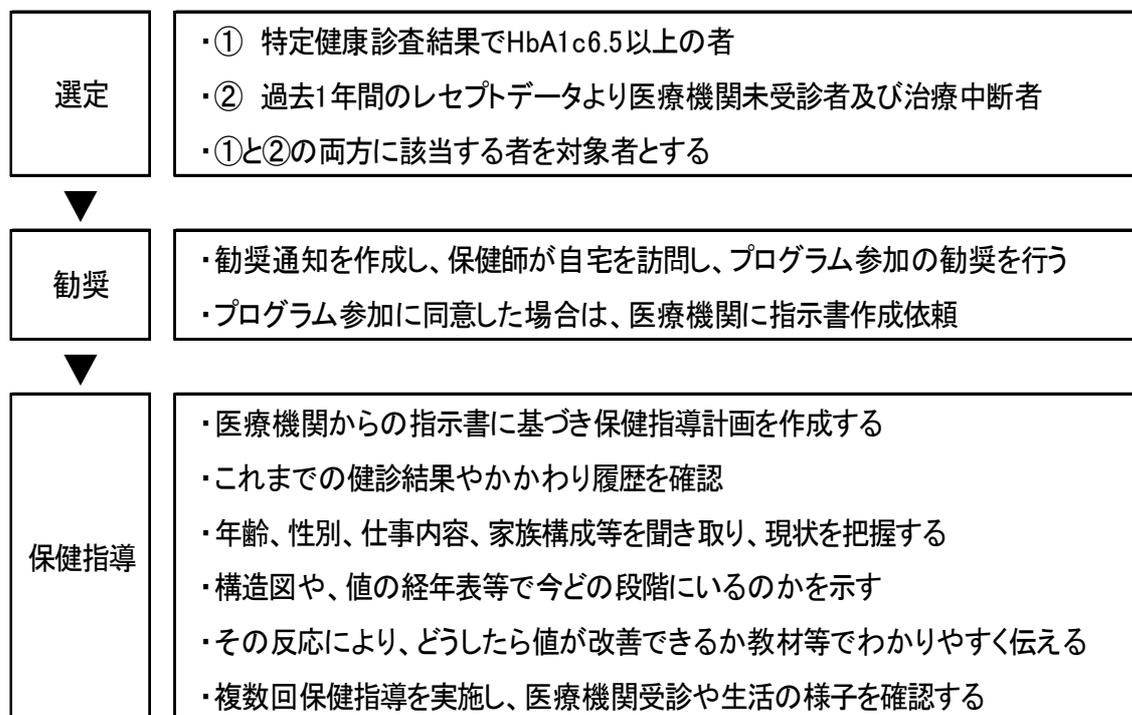
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき作成した西条市糖尿病性腎症重症化予防プログラム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) 医療機関未受診者や治療中断者に対する対応

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、西条市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決定します。これまでの対象者は、医療機関未受診者及び治療中断者としていたが、プログラム参加者を増やすため、以下の者についても対象者として検討を行う。

- ① 糖尿病治療中の者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者
- ② 特定健診未受診者

(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)

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/1.73㎡)
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。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対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。

② 基準に基づく該当者数の把握

令和4年度の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 54)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、248人(32.8%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者6,070人のうち、特定健診受診者が508人(67.2%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者5,562人(91.6%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入方法と優先順位

図表 54 より西条市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

【実施中】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・248人
レセプトの診療内容の詳細を再確認し、受診勧奨者を決定する。

優先順位 2

【第3期計画で検討】

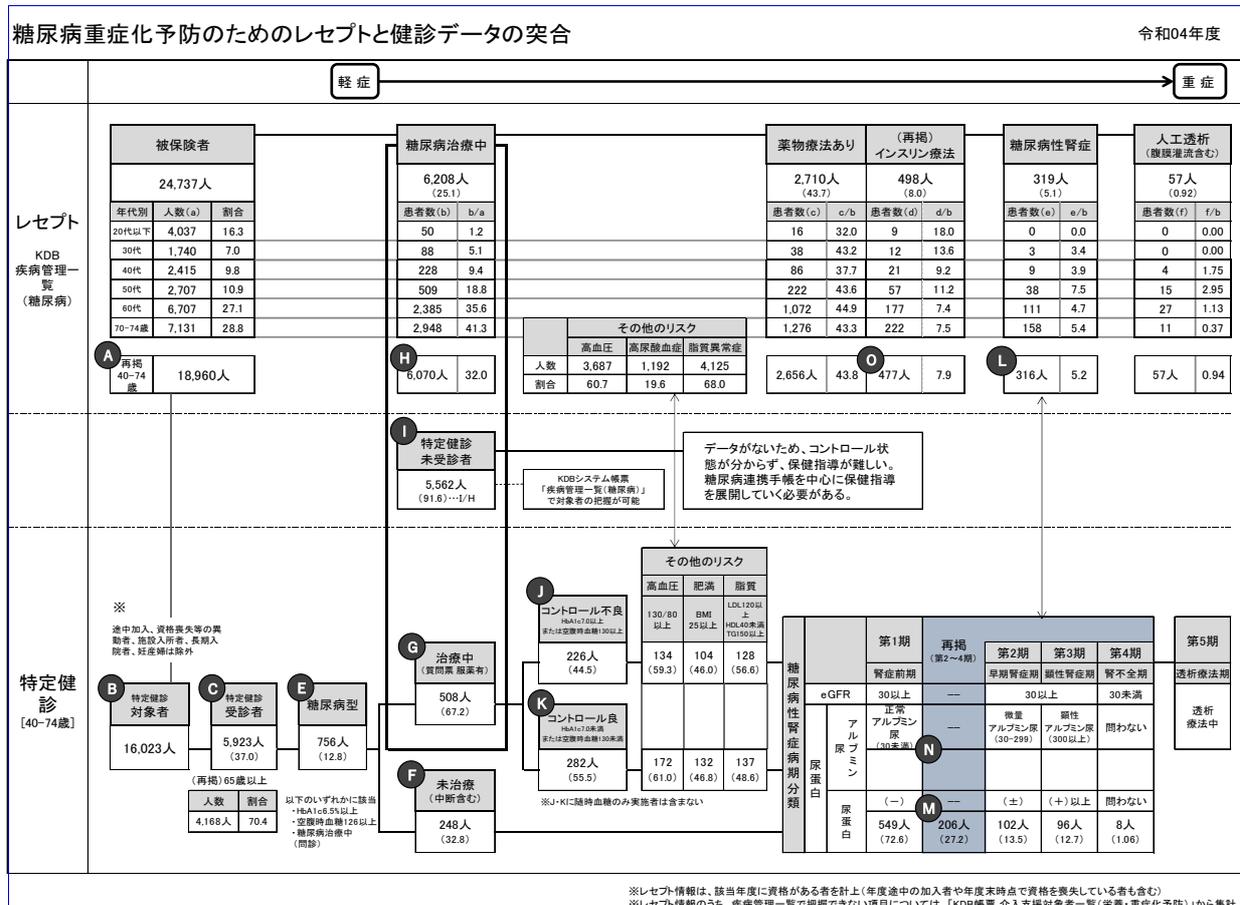
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・226人
- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症等のその他のリスクを併せて有する者を優先する。
- ・医療機関と連携した保健指導を実施

優先順位 3

【第3期計画で検討】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→KDBより抽出
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 54 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



出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

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グロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	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	

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に西条市医師会等と協議した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、包括支援課と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

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. 介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化 (1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	西条市										同規模保険者(平均)		データ基			
		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	25,615人		24,715人		24,000人		23,667人		23,068人					KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		20,166人		19,721人		19,278人		19,136人		18,663人						
2	① 対象者数	B	17,861人		17,478人		17,331人		16,876人		15,956人					市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	6,259人		6,347人		5,639人		5,716人		5,923人						
	③ 受診率		---		---		---		---		---						
3	① 特定保健指導 対象者数		735人		786人		686人		728人		719人						
	② 実施率		30.6%		24.0%		9.9%		11.3%		22.1%						
4	健診データ	① 糖尿病型	E	729人	11.6%	766人	12.1%	713人	12.6%	744人	13.0%	756人	12.8%				特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	250人	34.3%	265人	34.6%	250人	35.1%	269人	36.2%	248人	32.8%				
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	479人	65.7%	501人	65.4%	463人	64.9%	475人	63.8%	508人	67.2%				
		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	199人	41.5%	210人	41.9%	198人	42.8%	199人	41.9%	226人	44.5%				
		⑤ 血圧 130/80以上	J	136人	68.3%	125人	59.5%	113人	57.1%	116人	58.3%	134人	59.3%				
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	101人	50.8%	100人	47.6%	104人	52.5%	90人	45.2%	104人	46.0%				
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	280人	58.5%	291人	58.1%	265人	57.2%	276人	58.1%	282人	55.5%				
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	522人	71.6%	574人	74.9%	526人	73.8%	529人	71.1%	549人	72.6%				
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		102人	14.0%	102人	13.3%	100人	14.0%	110人	14.8%	102人	13.5%				
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		90人	12.3%	68人	8.9%	85人	11.9%	101人	13.6%	96人	12.7%				
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	0.5%	4人	0.5%	2人	0.3%	4人	0.5%	8人	1.1%				
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		137.6人		137.9人		130.9人		140.1人		138.5人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		172.6人		170.7人		161.0人		170.8人		168.7人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1千対被保険者千対)	H	15,523件	(792.6)	15,634件	(814.8)	15,357件	(808.6)	15,977件	(858.7)	15,463件	(872.3)	1,663,960件	(868.5)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院外(件数)		150件	(7.7)	161件	(8.4)	117件	(6.2)	109件	(5.9)	92件	(5.2)	6,923件	(3.6)		
		⑤ 入院(件数)		3,524人	13.8%	3,408人	13.8%	3,142人	13.1%	3,315人	14.0%	3,196人	13.9%				
		⑥ 糖尿病治療中	H	3,480人	17.3%	3,367人	17.1%	3,103人	16.1%	3,269人	17.1%	3,149人	16.9%				
		⑦ (再掲)40-74歳		3,001人	86.2%	2,888人	85.8%	2,640人	85.1%	2,794人	85.5%	2,641人	83.9%				
		⑧ 健診未受診者	I	294人	8.3%	283人	8.3%	240人	7.6%	269人	8.1%	260人	8.1%				
		⑨ インスリン治療	O	288人	8.3%	275人	8.2%	233人	7.5%	264人	8.1%	253人	8.0%				
		⑩ (再掲)40-74歳		235人	6.7%	235人	6.9%	207人	6.6%	216人	6.5%	220人	6.9%			KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		⑪ 糖尿病性腎症	L	231人	6.6%	232人	6.9%	206人	6.6%	215人	6.6%	220人	7.0%				
		⑫ (再掲)40-74歳		50人	1.4%	49人	1.4%	42人	1.3%	42人	1.3%	49人	1.5%				
		⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		50人	1.4%	49人	1.5%	41人	1.3%	42人	1.3%	49人	1.6%				
		⑭ (再掲)40-74歳		15	0.4%	18	0.5%	14	0.4%	16	0.5%	13	0.4%				
		⑮ 新規透析患者数		4	0.1%	6	0.2%	7	0.2%	5	0.2%	5	0.2%				
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		101人	1.9%	102人	1.9%	100人	1.9%	109人	2.1%	107人	2.0%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期	
⑰ 【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)																	
6	医療費	① 総医療費		90億4519万円		93億7734万円		87億7160万円		88億0145万円		87億8786万円		87億1825万円		KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		50億8151万円		51億4544万円		48億9204万円		48億2497万円		47億8679万円		46億0048万円			
		③ (総医療費に占める割合)		56.2%		54.9%		55.8%		54.8%		54.5%		52.8%			
		④ 生活習慣病 別数値 一人あたり	健康受診者	6,128円		5,989円		4,674円		4,929円		5,280円		6,461円			
		⑤ 健診未受診者		39,249円		41,114円		42,573円		40,705円		43,051円		39,594円			
		⑥ 糖尿病医療費		5億4942万円		5億7939万円		5億5712万円		5億5852万円		5億2179万円		4億7740万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.8%		11.3%		11.4%		11.6%		10.9%		10.4%			
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		17億0273万円		17億0993万円		16億7440万円		17億7720万円		17億7406万円					
		⑨ 1件あたり		38,693円		39,220円		38,902円		40,414円		42,188円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		11億7596万円		12億1158万円		11億5495万円		11億7487万円		11億4343万円					
		⑪ 1件あたり		579,574円		589,005円		595,028円		618,678円		644,189円					
		⑫ 在院日数		18日		18日		17日		18日		17日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		4億3926万円		4億4038万円		3億9143万円		4億0416万円		4億2563万円		4億1714万円			
		⑭ 透析有り		4億1272万円		4億1489万円		3億7409万円		3億7994万円		4億0273万円		3億9180万円			
		⑮ 透析なし		2654万円		2550万円		1734万円		2422万円		2290万円		2534万円			
7	介護	① 介護給付費		96億4237万円		98億9730万円		100億8677万円		101億0470万円		101億2055万円		95億8144万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		17件	19.5%	11件	14.3%	9件	11.8%	11件	15.9%	11件	14.7%				
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		13人	0.9%	20人	1.4%	13人	0.9%	16人	1.1%	17人	1.1%	2,639人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

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～7月

- ・前年度の受診勧奨者のうち医療機関受診者及びプログラム参加者の確認
- ・医療機関未受診者への再勧奨
- ・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

8月～(通年)

- ・勧奨対象者の抽出・決定(特定健診結果及びレセプト内容確認)
- ・対象者への勧奨(保健師による訪問勧奨)
- ・プログラム同意書の受領、医療機関への指示書作成依頼
- ・指示書受領後、保健指導(プログラム)開始

2. 第3期計画から開始する重症化予防(高血圧重症化予防)

1) 基本的な考え方

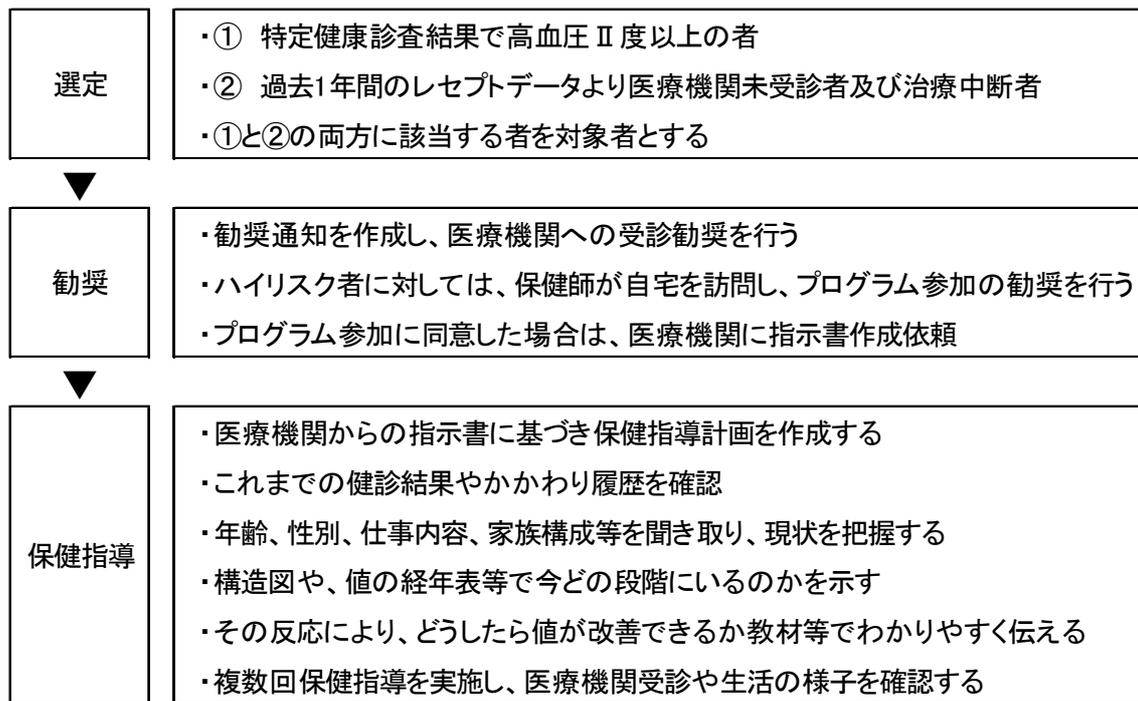
愛媛県では、ビッグデータから導き出された健康課題である「高血圧」と「心不全死亡」の解決のため、愛媛県循環器病対策推進計画に基づき、愛媛県循環器病対策推進協議会・愛媛県医師会・愛媛県の三者で、全国に先駆けて「愛媛県高血圧重症化予防プログラム」を策定しました。

高血圧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」(令和4年12月15日策定)に基づき作成した西条市高血圧重症化予防プログラムに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表57に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト・KDB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) 医療機関未受診者や治療中断者に対する対応

図表 57 高血圧重症化対象者の選定から保健指導計までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

高血圧は脳血管疾患・虚血性心疾患において、最も重要な危険因子です。図表58でみると、高血圧治療者7,959人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が963人(12.1%・O)、虚血性心疾患を起こしている人が1,317人(16.5%・P)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が440人(7.4%)であり、そのうち282人(64.1%)は未治療者です。

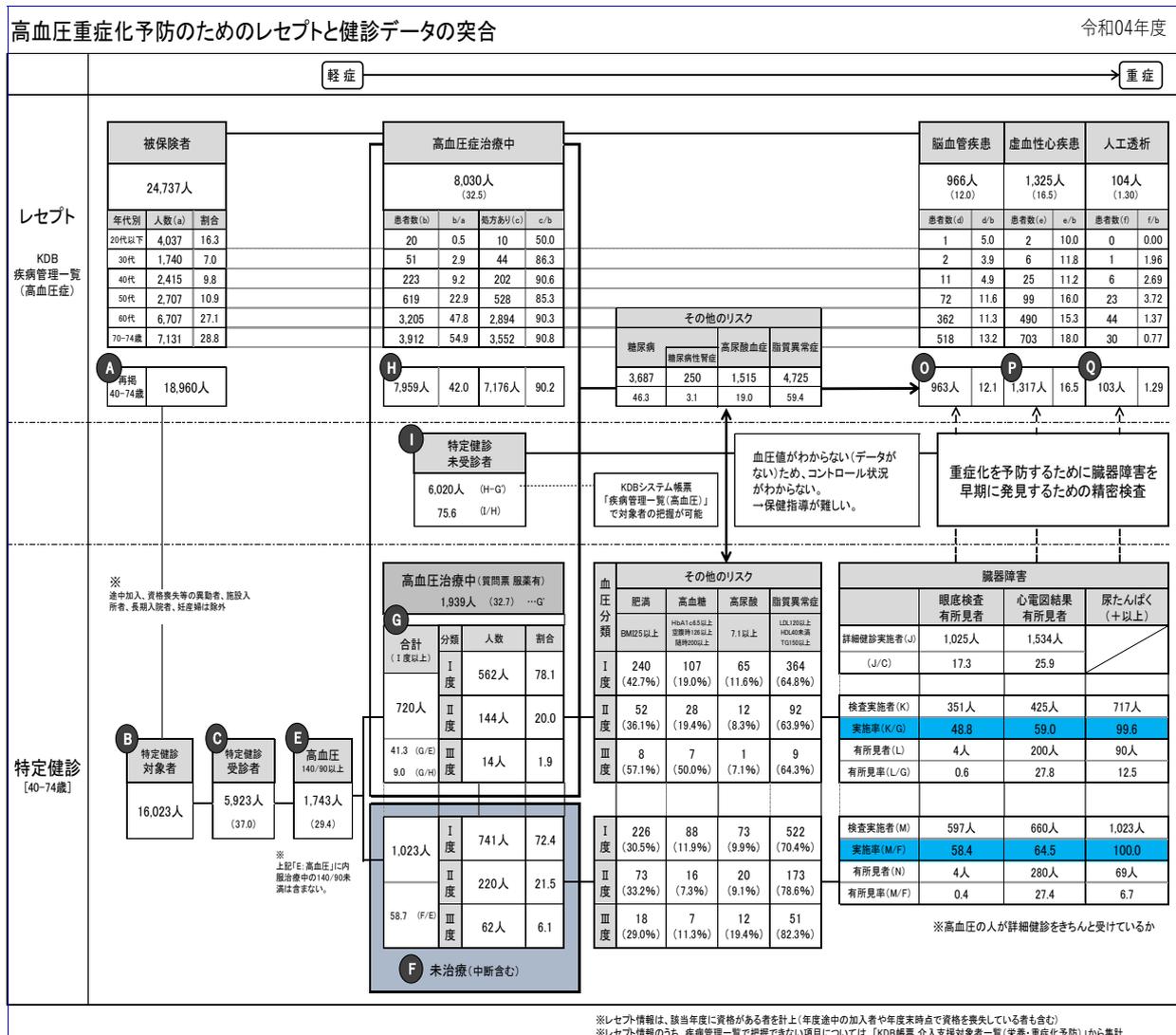
医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 158 人(21.9%)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1,025人(17.3%)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、1,743人(29.4%・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 58 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



(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患・虚血性心疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。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 58 より西条市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【高血圧Ⅲ度】

- ・未治療者（中断者を含む）・・・62人
- ・保健師が訪問により、医療機関への受診及びプログラムへの参加を勧める。
- ・医療機関と連携した保健指導を実施

優先順位 2

【高血圧Ⅱ度】

- ・未治療者（中断者を含む）・・・220人
- ・通知又は電話により、医療機関への受診を勧める。
- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症等のその他のリスクを併せて有する者を優先する。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

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。

4) 医療との連携

高血圧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、包括支援課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～7月

- ・前年度の受診勧奨者のうち医療機関受診者及びプログラム参加者の確認
- ・医療機関未受診者への再勧奨
- ・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

8月～(通年)

- ・勧奨対象者の抽出・決定(特定健診結果及びレセプト内容確認)
- ・対象者への勧奨(保健師による訪問勧奨)
- ・プログラム同意書の受領、医療機関への指示書作成依頼
- ・指示書受領後、保健指導(プログラム)開始

3. 第3期計画で検討する重症化予防

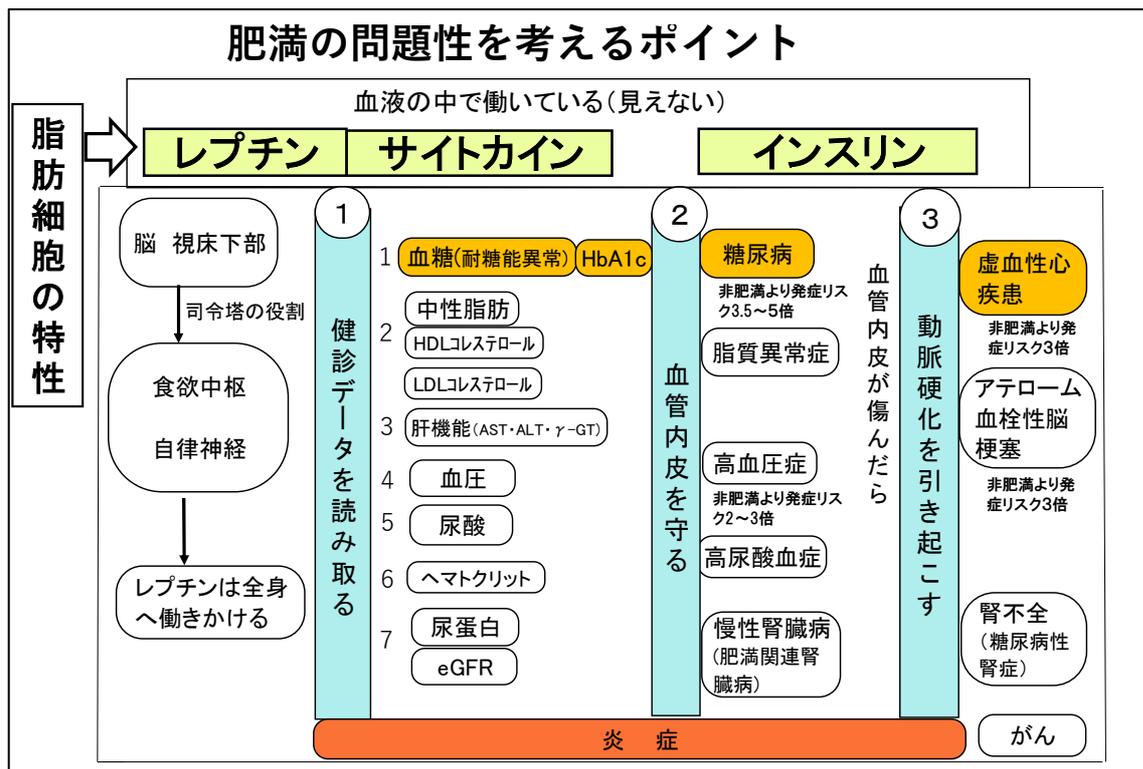
1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

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あります。

「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ある。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おこなう。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)

なお、取組にあたっては図表 59 に基づいて考えていきます。

図表 59 肥満の問題性を考えるポイント



(1) 肥満の状況

肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 60 肥満度分類による実態(令和4年度)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,590	4,039	520	1,119	409	973	81	132	23	13	7	1	
				32.7%	27.7%	25.7%	24.1%	5.1%	3.3%	1.4%	0.3%	0.4%	0.0%
再掲	男性	708	1,700	306	596	240	528	50	64	12	4	4	0
	女性	882	2,339	214	523	169	445	31	68	11	9	3	1
				24.3%	22.4%	19.2%	19.0%	3.5%	2.9%	1.2%	0.4%	0.3%	0.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

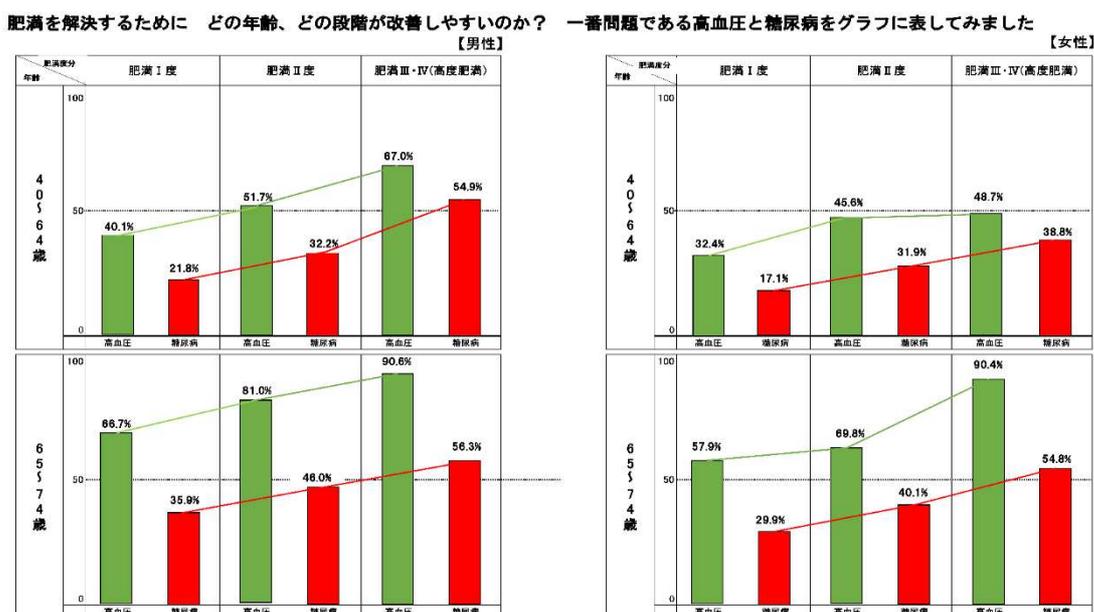
(2) 優先順位

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠(EBM)「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満3度・4度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。

図表 61 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

図表 61 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



(3) 対象者の明確化

図表 62 年代別メタボリック該当者の状況(令和4年度)

		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	2,408	244	249	810	1,105	3,221	215	272	1,310	1,424	
メタボ該当者	B	756	42	69	261	384	314	10	19	128	157	
	B/A	31.4%	17.2%	27.7%	32.2%	34.8%	9.7%	4.7%	7.0%	9.8%	11.0%	
再掲	① 3項目全て	C	243	7	16	93	127	91	0	5	41	45
		C/B	32.1%	16.7%	23.2%	35.6%	33.1%	29.0%	0.0%	26.3%	32.0%	28.7%
	② 血糖+血圧	D	126	4	12	39	71	48	3	2	18	25
		D/B	16.7%	9.5%	17.4%	14.9%	18.5%	15.3%	30.0%	10.5%	14.1%	15.9%
	③ 血圧+脂質	E	337	30	35	109	163	156	6	7	61	82
		E/B	44.6%	71.4%	50.7%	41.8%	42.4%	49.7%	60.0%	36.8%	47.7%	52.2%
	④ 血糖+脂質	F	50	1	6	20	23	19	1	5	8	5
		F/B	6.6%	2.4%	8.7%	7.7%	6.0%	6.1%	10.0%	26.3%	6.3%	3.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 63 メタボリック該当者の治療状況(令和4年度)

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり	なし	あり	なし		あり	なし	あり	なし				
総数	2,408	756	31.4%	576	76.2%	180	23.8%	3,221	314	9.7%	252	80.3%	62	19.7%		
40代	244	42	17.2%	14	33.3%	28	66.7%	215	10	4.7%	4	40.0%	6	60.0%		
50代	249	69	27.7%	35	50.7%	34	49.3%	272	19	7.0%	9	47.4%	10	52.6%		
60代	810	261	32.2%	210	80.5%	51	19.5%	1,310	128	9.8%	105	82.0%	23	18.0%		
70~74歳	1,105	384	34.8%	317	82.6%	67	17.4%	1,424	157	11.0%	134	85.4%	23	14.6%		

出典:ヘルスサポートラボツール

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 62)は、男性で50代から受診者の2~3割を超えるが、女性では60代・70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 63)は、男女とも半数以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。

また、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こし、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、心血管病へ直接影響を与えられと考えられます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、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。

- ① 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。
- ② 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併せて減量のための保健指導(食事指導)を行います。
- ③ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(4) 保健指導の実施

① 最新の脳科学を活用した保健指導

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行っています。

図表 64 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(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
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	8-3-2 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	

② 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。西条市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を検討します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- 負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

図表 66 心電図検査結果(令和4年度)

性別・年齢	心電図検査																				
	心電図検査				ST変化				心肥大				不整脈						その他		
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		その他		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	1,856	33.5%	520	28.0%	156	30.0%	41	7.9%	43	8.3%	17	3.3%	76	14.6%	15	2.9%	56	10.8%	232	44.6%	
内訳	男性	824	35.3%	259	31.4%	64	24.7%	22	8.5%	24	9.3%	12	4.6%	43	16.6%	8	3.1%	24	9.3%	128	49.4%
	女性	1,032	32.2%	261	25.3%	92	35.2%	19	7.3%	19	7.3%	5	1.9%	33	12.6%	7	2.7%	32	12.3%	104	39.8%

特定健診システムより集計

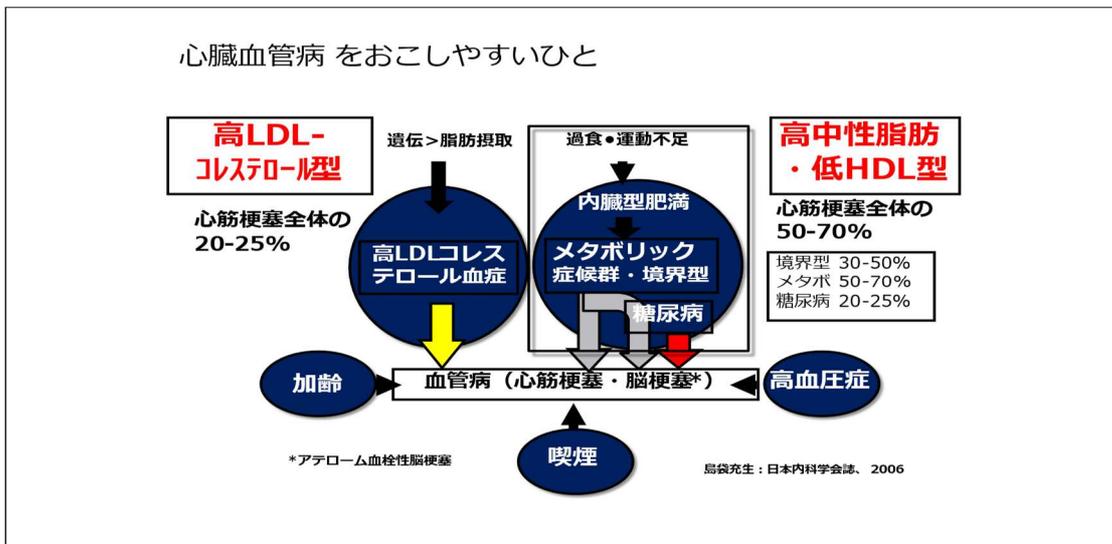
※ 実施者の中には、所見が複数あるため、有所見者Bと所見C～Jの合計は一致しない。

② 心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 67)

図表 67 心血管病をおこしやすいひと



(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。

図表 68 心電図所見からの保健指導教材（例示）

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

② 二次健診の実施

虚血性心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ます。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。

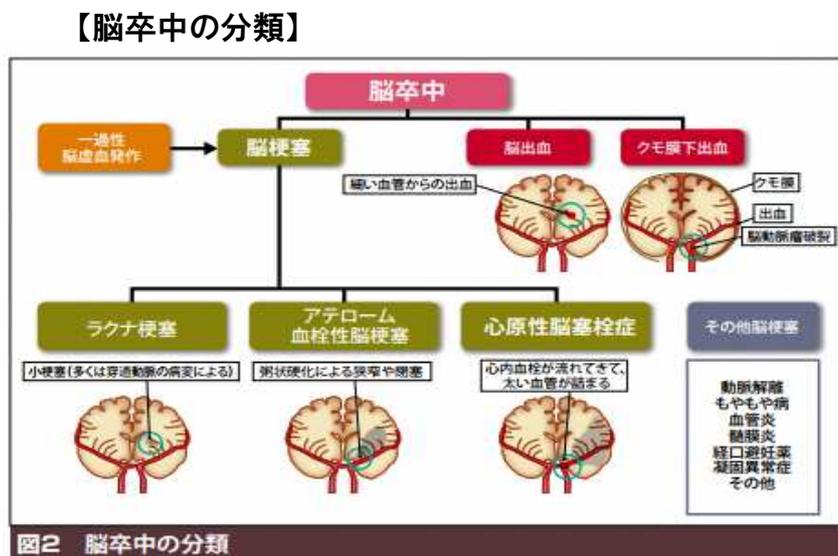
「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 202 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①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)
- ②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) 脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 69,70)

図表 69 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 70 脳血管疾患とリスク因子

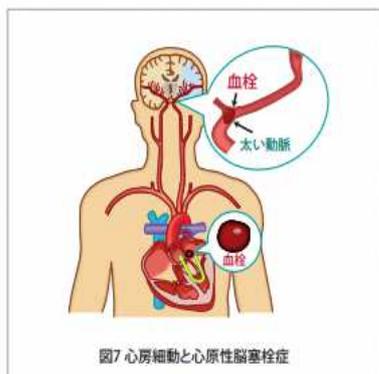
脳血管疾患とリスク因子

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	●							

(1) 対象者の明確化

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。高血圧については、「2. 第3期計画から開始する重症化予防(高血圧重症化予防)」に記載しています。

(2) 心電図検査における心房細動の実態



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

図表 71 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 71 心房細動有所見状況(令和4年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	2,408	3,221	604	25.1%	861	26.7%	18	3.0%	8	0.9%	--	--
40代	244	215	55	22.5%	38	17.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	249	272	57	22.9%	57	21.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	810	1,310	192	23.7%	334	25.5%	6	3.1%	1	0.3%	1.9%	0.4%
70~74歳	1,105	1,424	300	27.1%	432	30.3%	12	4.0%	7	1.6%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

心電図検査において 26 人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を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心電図検査の全数実施が望まれます。

(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ます。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。

- ①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)
- ②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)

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

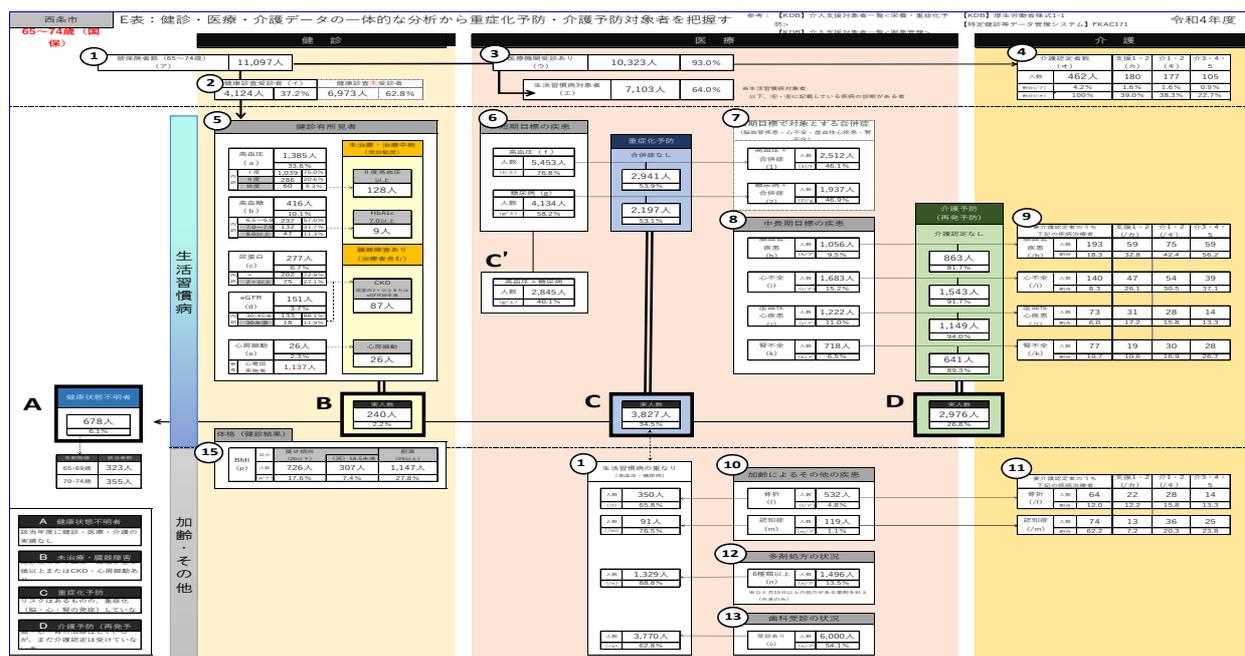
本市は、令和5年度より愛媛県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

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、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 72 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. その他の保健事業

1) 短期人間ドック・脳ドック

本市では、生活習慣病やがんなどの病気の早期発見だけではなく、病気になる前の段階で生活習慣に対する適切なアドバイスを受けることで健康意識を高めていくことを目的に、国民健康保険に加入している35歳以上の被保険者を対象に、短期人間ドック及び脳ドックの検査費用の一部(費用の3割)を助成しており、毎年約800人の被保険者が利用しています。

ただし、短期人間ドックについては、本市が市民を対象に実施している健康診査及びがん検診と多くの項目が重複していることより、国民健康保険における短期人間ドックの今後のあり方について検討します。

2) 重複受診・頻回受診・重複服薬指導

多受診(重複受診・頻回受診・重複服薬)は、医療費の増大のみならず、薬剤の副作用の発現などによる健康被害を引き起こす可能性があります。

本市では、被保険者の健康と生活の質の維持を図るとともに医療費適正化を推進するため、業者委託による保健指導を行っています。指導件数を伸ばすため、訪問指導だけではなく、ICTを活用した保健指導について検討します。

3) ジェネリック医薬品差額通知

本市では、処方されている先発医薬品をジェネリック医薬品に変更すると、どの程度お薬代が節約できるかの「ジェネリック医薬品差額通知」を一定以上の差額がある被保険者に年3回送付しています。第2期計画期間中に約10ポイント(H30:65.7%→R05:75.2%)増加していますが、国の目標とする80%には届いていない状況です。

今後も、医師会及び薬剤師会と本市の現状を共有し、医療機関、薬局等への訪問による使用促進依頼や農業協同組合・商工会等に向けて使用促進チラシの配布を行います。

4) 発症予防

健康を維持するには、定期的に体の状態をチェックすることが大切です。生活習慣病やがんなどの病気を早期に発見できるだけではなく、病気になる前の段階で生活習慣に対する適切なアドバイスを受けることで健康意識を高めていくことにつながっていきます。

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。

本市においては、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しており、また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、特定健診の対象外となる39歳以下の被保険者の健診意識を向上させるため事業を検討します。

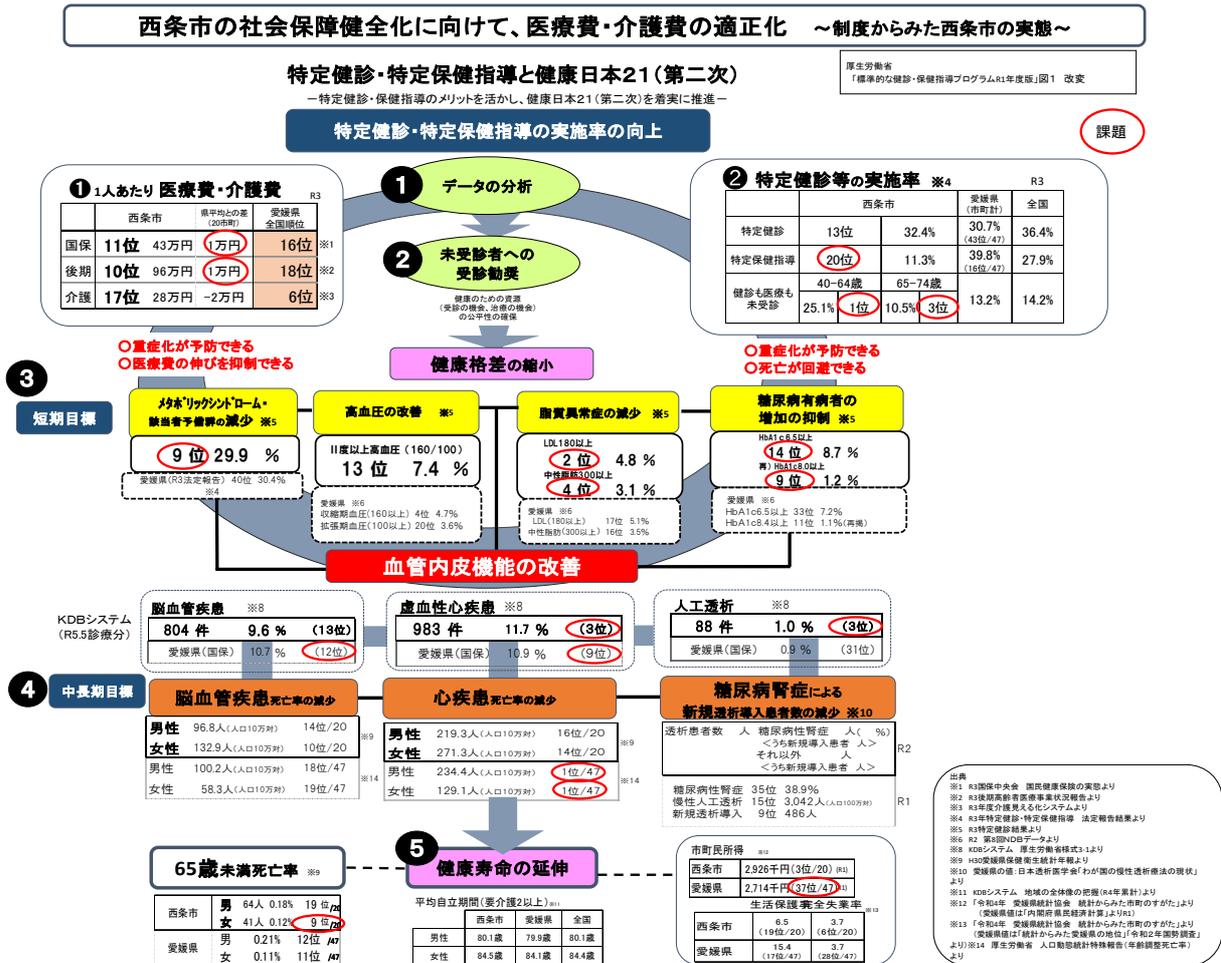
図表 73 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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)															
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	30歳~39歳	40歳~64歳	65歳~74歳	75歳以上
	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・幼稚園健康診査 (11・12条)		児童・生徒の定期健康診査 (第1・13・14条)		定期健康診査 (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)
5 対象者	妊娠前		産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 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)		
	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			加齢 [*] 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く市民へ周知していきます。(図表 74、75)

図表 74 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 75 統計からみえる〇〇の食(例示)

統計からみえる沖縄の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～

食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
食用油	1位	魚類	4.7位
ハンバーグ等	1位	葉野菜	4.7位
加工肉	1位	牛乳・ヨーグルト	4.7位
ベーコン	2位	しいたけ等	4.7位
弁当	1位	わかめ	4.7位
豆腐	4.7位		

店舗・種別	店舗数 (人口10万対)
飲食店総数	1位
ハンバーガー店	1位
アイスクリーム店等	1位
バー・キャバレー・酒場	1位

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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

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、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

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・同規模平均と比べてみた西条市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病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4 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5 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6 HbA1c の年次比較

参考資料7 血圧の年次比較

参考資料8 LDL-C の年次比較

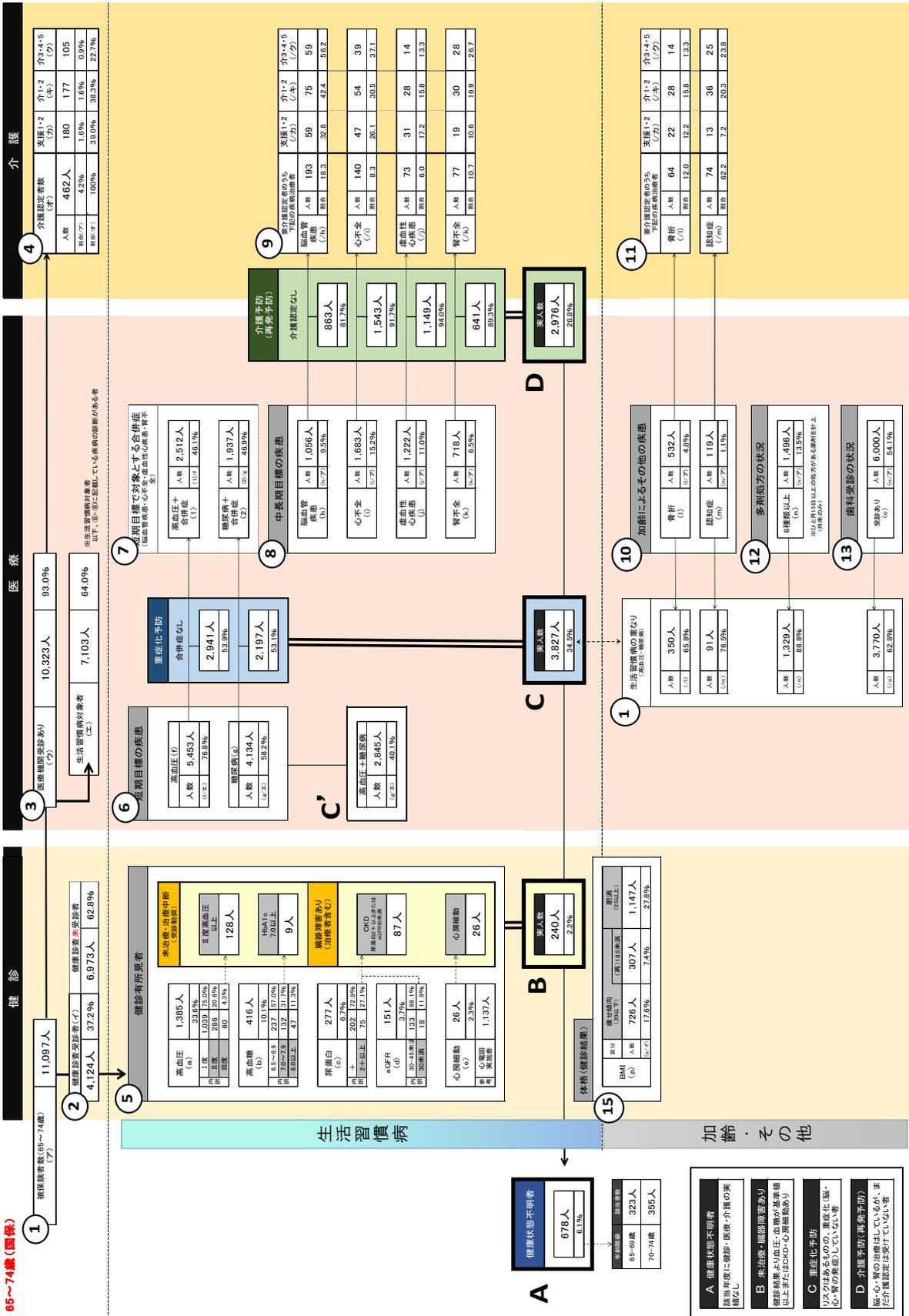
参考資料1 様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた西条市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた西条市の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		103,849		12,282,328		1,299,781		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		34,403	33.1	3,577,856	29.1	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		18,067	17.4	--	--	226,536	17.4	18,248,742	14.8		
		65～74歳		16,336	15.7	--	--	207,743	16.0	17,087,063	13.9		
		40～64歳		33,872	32.6	--	--	425,925	32.8	41,545,893	33.7		
	39歳以下		35,574	34.3	--	--	439,577	33.8	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		7.7		3.3		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		32.5		26.7		24.2		25.0			
		第3次産業		59.8		70.0		68.0		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.1		80.8		80.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.8		87.0		86.8		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.1		80.2		79.9		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性		84.5		84.4		84.1		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		102.3		99.3		103.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		死因	がん		394	46.8	37,540	50.8	4,549	46.0	378,272		50.6
			心臓病		260	30.9	20,268	27.4	3,204	32.4	205,485		27.5
			脳疾患		125	14.8	10,174	13.8	1,376	13.9	102,900		13.8
			糖尿病		17	2.0	1,377	1.9	211	2.1	13,896		1.9
			腎不全		27	3.2	2,639	3.6	332	3.4	26,946		3.6
			自殺		19	2.3	1,929	2.6	221	2.2	20,171		2.7
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計		101	0.14			1,394	0.16	125,187	0.14	厚労省HP 人口動態調査 R3	
		男性		63	0.18			924	0.21	82,832	0.18		
		女性		38	0.11			470	0.11	42,355	0.10		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		7,260	21.0	658,763	18.4	93,101	21.6	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		128	0.3	10,940	0.3	1,396	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		26,308	17.5	2,077,063	12.7	378,847	17.0	21,785,044		12.9
			要介護1.2		73,160	48.8	7,642,184	46.6	1,014,715	45.6	78,107,378		46.3
			要介護3以上		50,581	33.7	6,672,398	40.7	829,972	37.3	68,963,503		40.8
	2号認定者		134	0.40	15,752	0.38	1,752	0.41	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		2,226	29.1	162,985	23.6	24,592	25.2	1,712,613	24.3		
		高血圧症		4,050	53.6	361,290	52.5	53,626	55.3	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		2,756	36.9	220,989	31.8	36,861	37.9	2,308,216	32.6		
		心臓病		4,596	61.0	407,933	59.3	60,516	62.6	4,224,628	60.3		
		脳疾患		1,662	22.6	153,310	22.6	25,615	26.7	1,568,292	22.6		
		がん		987	13.3	78,258	11.2	11,323	11.6	837,410	11.8		
		筋・骨格		4,300	57.3	358,731	52.1	56,168	58.1	3,748,372	53.4		
		精神		2,678	36.2	247,133	36.1	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		294,176	10,120,545,465	275,832	986,888,262,898	320,144	139,031,909,784	290,668	10,074,274,226,869		
1件当たり給付費(全体)		67,448		60,207		62,527		59,662					
居宅サービス		45,918		41,618		44,617		41,272					
施設サービス		302,947		295,426		293,644		296,364					
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		8,859		8,676		8,073		8,610				
	認定あり 認定なし		4,515		4,007		4,125		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		21,890		2,500,428		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		11,174	51.0			137,232	48.9	11,129,271	40.5		
		40～64歳		6,553	29.9			86,793	30.9	9,088,015	33.1		
		39歳以下		4,163	19.0			56,701	20.2	7,271,596	26.5		
	加入率		21.1		20.4		21.6		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		10	0.5	825	0.3	134	0.5	8,237	0.3		
		診療所数		87	4.0	9,194	3.7	1,213	4.3	102,599	3.7		
		病床数		1,506	68.8	154,913	62.0	20,594	73.4	1,507,471	54.8		
		医師数		190	8.7	28,704	11.5	3,847	13.7	339,611	12.4		
		外来患者数		704.0		707.3		748.2		687.8			
入院患者数		25.4		19.1		23.0		17.7					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		401,455	県内8位 同規模12位	359,130		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		729.387		726.377		771.192		705.439				
	外 来	費用の割合		54.7		59.4		57.7		60.4			
		件数の割合		96.5		97.4		97.0		97.5			
	入 院	費用の割合		45.3		40.6		42.3		39.6			
		件数の割合		3.5		2.6		3.0		2.5			
1件あたり在院日数		17.0日		16.3日		16.5日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん	1,511,243,110	31.6	31.8	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)	402,734,860	8.4	8.5	6.9	8.2						
			糖尿病	521,785,000	10.9	10.4	10.2	10.4						
			高血圧症	260,836,500	5.4	5.9	5.7	5.9						
			脂質異常症	150,869,160	3.2	4.0	3.5	4.1						
			脳梗塞・脳出血	208,158,490	4.3	4.0	4.3	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	146,526,920	3.1	2.9	2.9	2.8						
			精神	738,035,400	15.4	15.4	15.4	14.7						
筋・骨格	801,465,520	16.7	16.2	18.0	16.7									
5	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	入院	高血圧症	441	0.2	283	0.2	308	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
				糖尿病	1,600	0.9	1,237	0.8	1,400	0.8	1,144	0.9		
				脂質異常症	139	0.1	58	0.0	95	0.1	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	8,578	4.7	6,607	4.5	7,522	4.6	5,993	4.5		
				虚血性心疾患	5,346	2.9	4,287	2.9	4,360	2.6	3,942	2.9		
				腎不全	6,151	3.4	4,488	3.1	4,689	2.8	4,051	3.0		
	医療費分析 一人当たり医 療費/外来医療 費に占める割 合	外来	高血圧症	11,475	5.2	10,917	5.1	11,793	5.2	10,143	4.9			
			糖尿病	22,684	10.3	18,942	8.9	20,683	9.2	17,720	8.6			
			脂質異常症	6,746	3.1	7,585	3.6	7,354	3.3	7,092	3.5			
			脳梗塞・脳出血	932	0.4	922	0.4	1,383	0.6	825	0.4			
			虚血性心疾患	2,706	1.2	1,857	0.9	2,728	1.2	1,722	0.8			
			腎不全	21,619	9.9	17,549	8.2	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	1,781		2,187		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	14,520		13,404		15,257		13,295				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,280		6,461		5,151		6,142				
			健診未受診者	43,051		39,594		42,378		40,210				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	3,362	59.6	382,397	57.5	40,463	59.3	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	3,018	53.5	349,761	52.6	36,976	54.2	3,543,116	52.0				
		医療機関非受診率	344	6.1	32,636	4.9	3,487	5.1	337,939	5.0				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	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 103市町村 メタボ該当・ 予備群レ ベル	健診受診者	5,645		665,367		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	35.2	県内12位 同規模72位	38.3	32.9	全国43位	37.1					
			特定保健指導終了者(実施率)	147	20.4	11,876	15.6	1,969	23.7	107,925	13.4			
			非肥満高血糖	567	10.0	60,340	9.1	6,471	9.5	615,549	9.0			
			メタボ	該当者	1,076	19.1	138,044	20.7	13,073	19.2	1,382,506		20.3	
				男性	760	31.4	94,168	32.9	9,026	30.8	965,486		32.0	
				女性	316	9.8	43,876	11.6	4,047	10.4	417,020		11.0	
				予備群	612	10.8	75,050	11.3	7,459	10.9	765,405		11.2	
			メタボ 該当・ 予備群レ ベル	男性	425	17.6	51,650	18.0	5,111	17.4	539,738		17.9	
				女性	187	5.8	23,400	6.2	2,348	6.0	225,667		5.9	
				総数	1,883	33.4	234,867	35.3	22,649	33.2	2,380,778		34.9	
				女性	579	17.9	74,511	19.7	7,080	18.2	714,186		18.8	
			BMI	総数	339	6.0	31,350	4.7	3,479	5.1	320,038		4.7	
				男性	71	2.9	4,640	1.6	576	2.0	51,248		1.7	
				女性	268	8.3	26,710	7.0	2,903	7.5	268,790		7.1	
				血糖のみ	40	0.7	4,049	0.6	425	0.6	43,519		0.6	
				血圧のみ	428	7.6	53,353	8.0	5,415	7.9	539,490		7.9	
				脂質のみ	144	2.6	17,648	2.7	1,619	2.4	182,396		2.7	
				血糖・血圧	176	3.1	19,785	3.0	1,985	2.9	203,072		3.0	
血糖・脂質	69	1.2		6,875	1.0	649	1.0	70,267	1.0					
血圧・脂質	496	8.8		66,601	10.0	6,246	9.2	659,446	9.7					
血糖・血圧・脂質	335	5.9		44,783	6.7	4,193	6.1	449,721	6.6					
6	① ②	問診の状況		服薬	高血圧	1,852	32.8	245,976	37.0	23,276	34.1	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			糖尿病	484	8.6	59,364	8.9	5,231	7.7	589,470	8.7			
			脂質異常症	1,515	26.8	194,894	29.3	18,399	27.0	1,899,637	27.9			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	169	3.0	21,433	3.3	2,048	3.0	207,385	3.1			
			既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	442	7.8	37,041	5.8	5,340	7.9	365,407	5.5		
腎不全	68	1.2	5,283	0.8	890	1.3	53,898	0.8						
貧血	1,068	18.9	68,802	10.8	11,405	16.8	702,088	10.7						
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	583	10.3	81,520	12.3	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	340	8.6	54,960	9.2	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～)	596	15.0	84,709	14.2	6,796	14.5	976,348	15.7			
			週3回以上就寝前夕食	596	15.0	84,709	14.2	6,796	14.5	976,348	15.7			
			食べる速度が速い	1,139	28.7	154,975	26.0	12,912	27.6	1,659,705	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	1,398	35.3	207,995	34.9	16,628	35.5	2,175,065	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	2,270	57.3	348,874	58.6	25,933	55.4	3,749,069	60.4			
			1日1時間以上運動なし	1,398	35.3	289,150	48.5	16,734	35.7	2,982,100	48.0			
			睡眠不足	1,129	28.5	144,596	24.4	13,288	28.3	1,587,311	25.6			
			毎日飲酒	872	22.0	150,262	23.9	10,430	22.2	1,658,999	25.5			
			時々飲酒	794	20.0	136,186	21.7	10,112	21.5	1,463,468	22.5			
			⑭	一日飲酒量	1合未満	1,550	61.6	295,624	67.0	24,975	66.5		2,978,351	64.1
				1～2合	677	26.9	98,762	22.4	8,752	23.3	1,101,465		23.7	
2～3合	245	9.7		37,048	8.4	3,059	8.1	434,461	9.4					
3合以上	46	1.8		9,659	2.2	773	2.1	128,716	2.8					



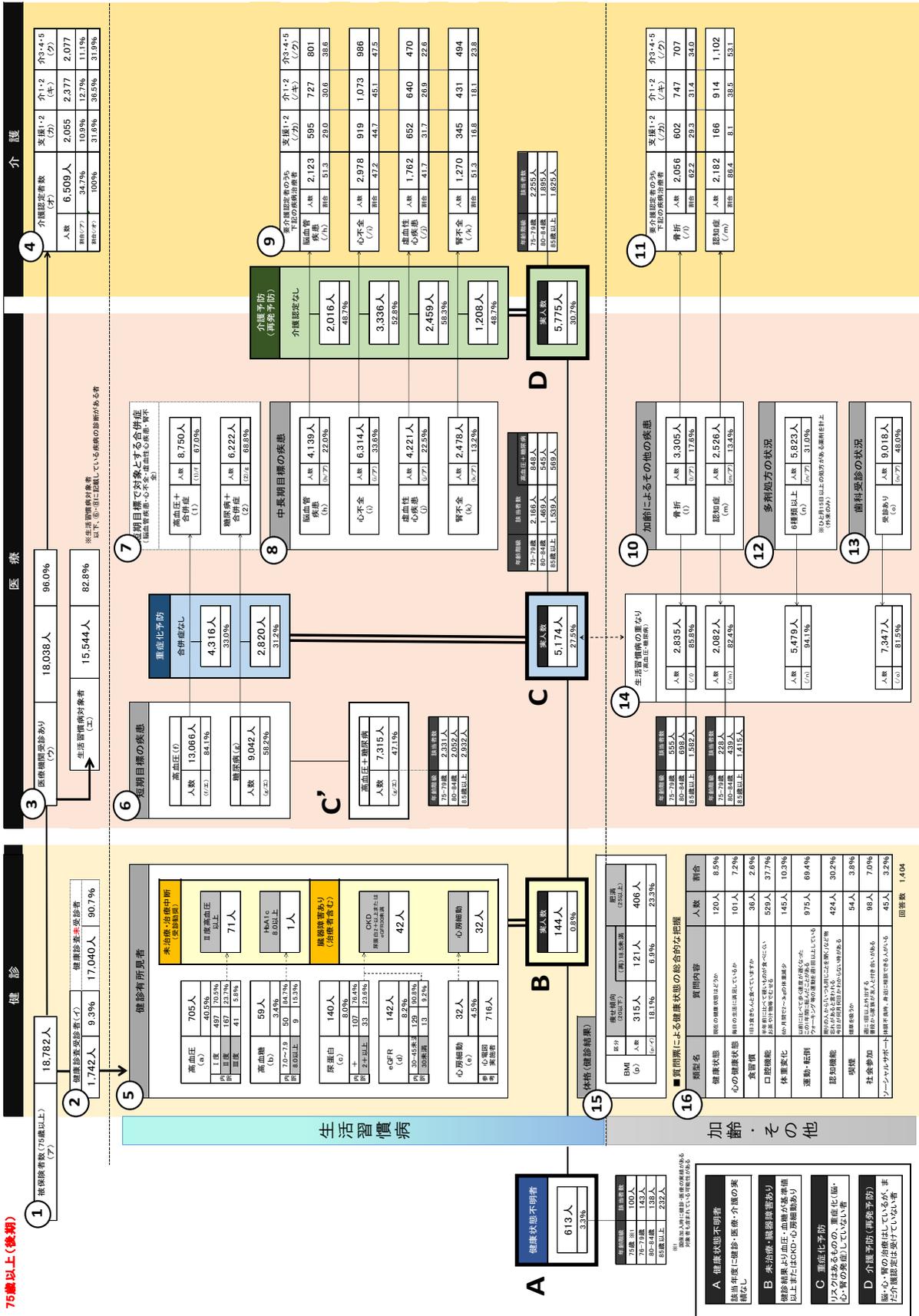
④75歳以上(後期)

西条市

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

参考：【KOB】介護予防対象者一貫(健康・重症化予防)
【KOB】認知症高齢者の居場所(健診)介護委員会様
【KOB】居場所高齢者福祉1-1
【特定居場所等一貫管理システム】PMAC171

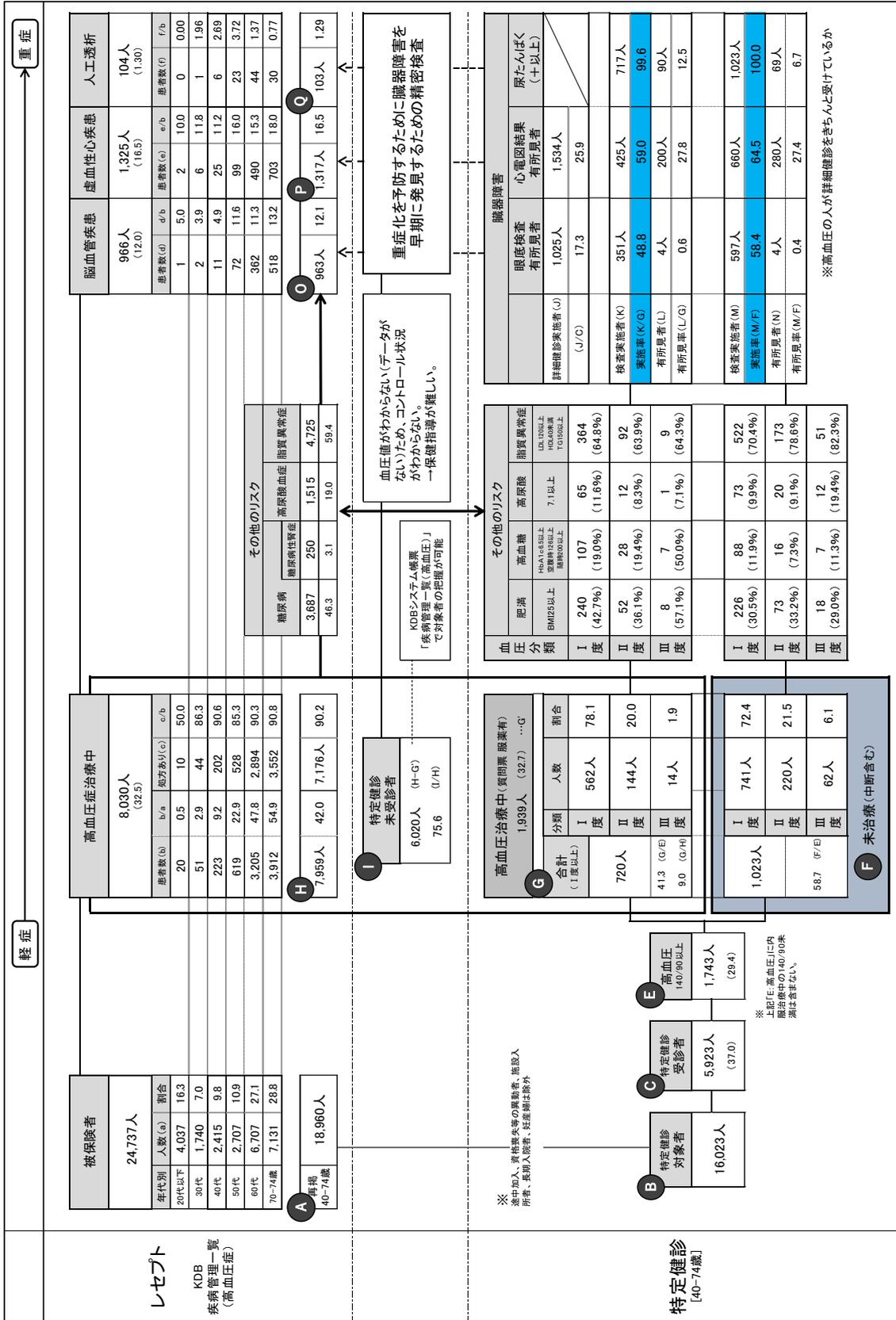
令和4年度



参考資料4 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

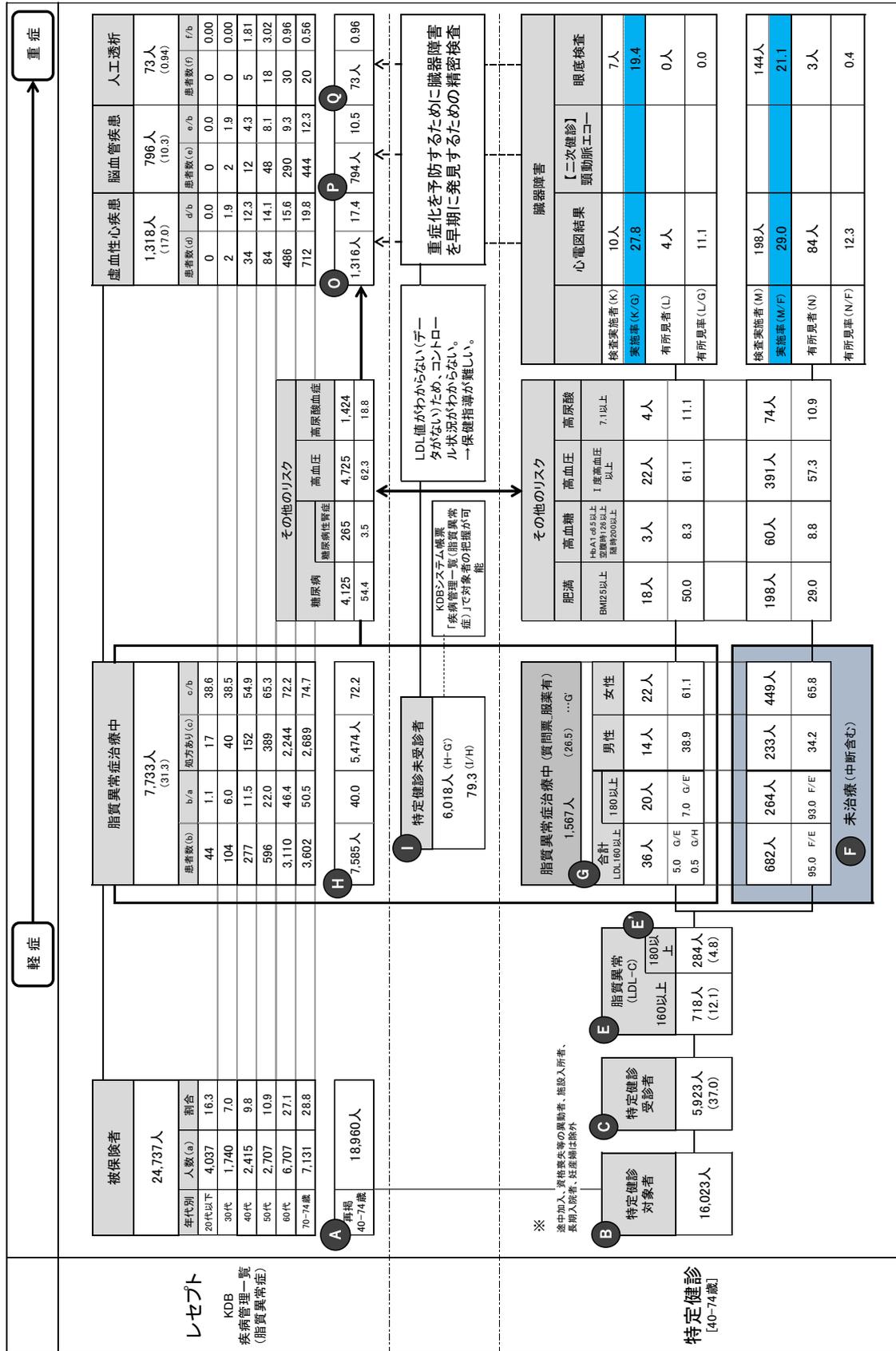
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

令和04年度



参考資料6 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									
								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					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
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	6,049	2,356	38.9%	2,380	39.3%	841	13.9%	257	4.2%	153	2.5%	62	1.0%	118	2.0%	46	0.8%
H30	5,975	2,587	43.3%	2,237	37.4%	737	12.3%	215	3.6%	139	2.3%	60	1.0%	112	1.9%	46	0.8%
R01	6,032	2,202	36.5%	2,409	39.9%	955	15.8%	262	4.3%	140	2.3%	64	1.1%	116	1.9%	47	0.8%
R02	5,350	2,173	40.6%	1,976	36.9%	779	14.6%	244	4.6%	124	2.3%	54	1.0%	93	1.7%	33	0.6%
R03	5,469	2,146	39.2%	2,040	37.3%	822	15.0%	260	4.8%	140	2.6%	61	1.1%	125	2.3%	41	0.7%
R04	5,923	2,213	37.4%	2,286	38.6%	908	15.3%	283	4.8%	160	2.7%	73	1.2%	127	2.1%	51	0.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすい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					
H29	6,049	2,356 38.9%	2,380 39.3%	841 13.9%	472 7.8%	207 43.9%	265 56.1%	215 3.6%	65 30.2%	150 69.8%	3.6%	7.8%
H30	5,975	2,587 43.3%	2,237 37.4%	737 12.3%	414 6.9%	169 40.8%	245 59.2%	199 3.3%	72 36.2%	127 63.8%	3.3%	6.9%
R01	6,032	2,202 36.5%	2,409 39.9%	955 15.8%	466 7.7%	179 38.4%	287 61.6%	204 3.4%	64 31.4%	140 68.6%	3.4%	7.7%
R02	5,350	2,173 40.6%	1,976 36.9%	779 14.6%	422 7.9%	164 38.9%	258 61.1%	178 3.3%	59 33.1%	119 66.9%	3.3%	7.9%
R03	5,469	2,146 39.2%	2,040 37.3%	822 15.0%	461 8.4%	189 41.0%	272 59.0%	201 3.7%	66 32.8%	135 67.2%	3.7%	8.4%
R04	5,923	2,213 37.4%	2,286 38.6%	908 15.3%	516 8.7%	194 37.6%	322 62.4%	233 3.9%	67 28.8%	166 71.2%	3.9%	8.7%

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		最低限度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		7.4以上		8.4以上			
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	449	7.4%	10	2.2%	47	10.5%	127	28.3%	115	25.6%	109	24.3%	41	9.1%	82	18.3%	32	7.1%
	H30	459	7.7%	13	2.8%	64	13.9%	137	29.8%	118	25.7%	93	20.3%	34	7.4%	72	15.7%	26	5.7%
	R01	485	8.0%	16	3.3%	49	10.1%	133	27.4%	147	30.3%	101	20.8%	39	8.0%	76	15.7%	29	6.0%
	R02	448	8.4%	9	2.0%	48	10.7%	133	29.7%	139	31.0%	88	19.6%	31	6.9%	61	13.6%	18	4.0%
	R03	461	8.4%	11	2.4%	44	9.5%	134	29.1%	137	29.7%	99	21.5%	36	7.8%	85	18.4%	23	5.0%
治療なし	H29	5,600	92.6%	2,346	41.9%	2,333	41.7%	714	12.8%	142	2.5%	44	0.8%	21	0.4%	36	0.6%	14	0.3%
	H30	5,516	92.3%	2,574	46.7%	2,173	39.4%	600	10.9%	97	1.8%	46	0.8%	26	0.5%	40	0.7%	20	0.4%
	R01	5,547	92.0%	2,186	39.4%	2,360	42.5%	822	14.8%	115	2.1%	39	0.7%	25	0.5%	40	0.7%	18	0.3%
	R02	4,902	91.6%	2,164	44.1%	1,928	39.3%	646	13.2%	105	2.1%	36	0.7%	23	0.5%	32	0.7%	15	0.3%
	R03	5,008	91.6%	2,135	42.6%	1,996	39.9%	688	13.7%	123	2.5%	41	0.8%	25	0.5%	40	0.8%	18	0.4%
R04	5,415	91.4%	2,202	40.7%	2,242	41.4%	777	14.3%	127	2.3%	40	0.7%	27	0.5%	40	0.7%	21	0.4%	

参考資料7 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	6,050	1,761	29.1%	1,000	16.5%	1,535	25.4%	1,432	23.7%	263	4.3%	59	1.0%
H30	5,975	1,853	31.0%	1,014	17.0%	1,485	24.9%	1,262	21.1%	304	5.1%	57	1.0%
R01	6,032	1,785	29.6%	998	16.5%	1,565	25.9%	1,310	21.7%	303	5.0%	71	1.2%
R02	5,350	1,456	27.2%	928	17.3%	1,337	25.0%	1,228	23.0%	331	6.2%	70	1.3%
R03	5,469	1,519	27.8%	938	17.2%	1,369	25.0%	1,255	22.9%	309	5.7%	79	1.4%
R04	5,922	1,702	28.7%	985	16.6%	1,492	25.2%	1,303	22.0%	364	6.1%	76	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			再掲	割合
					再)III度高血圧	未治療	治療		
H29	6,050	2,761 45.6%	1,535 25.4%	1,432 23.7%	322 5.3%	202 62.7%	120 37.3%	5.3%	
H30	5,975	2,867 48.0%	1,485 24.9%	1,262 21.1%	361 6.0%	213 59.0%	148 41.0%	6.0%	
R01	6,032	2,783 46.1%	1,565 25.9%	1,310 21.7%	374 6.2%	239 63.9%	135 36.1%	6.2%	
R02	5,350	2,384 44.6%	1,337 25.0%	1,228 23.0%	401 7.5%	229 57.1%	172 42.9%	7.5%	
R03	5,469	2,457 44.9%	1,369 25.0%	1,255 22.9%	388 7.1%	241 62.1%	147 37.9%	7.1%	
R04	5,922	2,687 45.4%	1,492 25.2%	1,303 22.0%	440 7.4%	282 64.1%	158 35.9%	7.4%	

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	1,937	32.0%	287	14.8%	325	16.8%	583	30.1%	622	32.1%	97	5.0%	23	1.2%
	H30	1,978	33.1%	344	17.4%	332	16.8%	589	29.8%	565	28.6%	123	6.2%	25	1.3%
	R01	2,022	33.5%	328	16.2%	367	18.2%	626	31.0%	566	28.0%	106	5.2%	29	1.4%
	R02	1,878	35.1%	288	15.3%	317	16.9%	530	28.2%	571	30.4%	145	7.7%	27	1.4%
	R03	1,863	34.1%	301	16.2%	311	16.7%	559	30.0%	545	29.3%	126	6.8%	21	1.1%
R04	1,939	32.7%	324	16.7%	323	16.7%	572	29.5%	562	29.0%	144	7.4%	14	0.7%	
治療なし	H29	4,113	68.0%	1,474	35.8%	675	16.4%	952	23.1%	810	19.7%	166	4.0%	36	0.9%
	H30	3,997	66.9%	1,509	37.8%	682	17.1%	896	22.4%	697	17.4%	181	4.5%	32	0.8%
	R01	4,010	66.5%	1,457	36.3%	631	15.7%	939	23.4%	744	18.6%	197	4.9%	42	1.0%
	R02	3,472	64.9%	1,168	33.6%	611	17.6%	807	23.2%	657	18.9%	186	5.4%	43	1.2%
	R03	3,606	65.9%	1,218	33.8%	627	17.4%	810	22.5%	710	19.7%	183	5.1%	58	1.6%
R04	3,983	67.3%	1,378	34.6%	662	16.6%	920	23.1%	741	18.6%	220	5.5%	62	1.6%	

参考資料8 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	6,050	2,742	45.3%	1,550	25.6%	1,011	16.7%	487	8.0%	260	4.3%
	H30	5,975	2,684	44.9%	1,479	24.8%	1,067	17.9%	457	7.6%	288	4.8%
	R01	6,032	2,836	47.0%	1,488	24.7%	996	16.5%	451	7.5%	261	4.3%
	R02	5,350	2,507	46.9%	1,340	25.0%	863	16.1%	401	7.5%	239	4.5%
	R03	5,469	2,508	45.9%	1,301	23.8%	948	17.3%	431	7.9%	281	5.1%
R04	5,923	2,769	46.7%	1,487	25.1%	949	16.0%	434	7.3%	284	4.8%	
男性	H29	2,567	1,316	51.3%	640	24.9%	371	14.5%	167	6.5%	73	2.8%
	H30	2,512	1,278	50.9%	599	23.8%	407	16.2%	150	6.0%	78	3.1%
	R01	2,553	1,336	52.3%	608	23.8%	376	14.7%	160	6.3%	73	2.9%
	R02	2,292	1,201	52.4%	554	24.2%	342	14.9%	136	5.9%	59	2.6%
	R03	2,332	1,190	51.0%	546	23.4%	354	15.2%	161	6.9%	81	3.5%
R04	2,539	1,350	53.2%	598	23.6%	344	13.5%	164	6.5%	83	3.3%	
女性	H29	3,483	1,426	40.9%	910	26.1%	640	18.4%	320	9.2%	187	5.4%
	H30	3,463	1,406	40.6%	880	25.4%	660	19.1%	307	8.9%	210	6.1%
	R01	3,479	1,500	43.1%	880	25.3%	620	17.8%	291	8.4%	188	5.4%
	R02	3,058	1,306	42.7%	786	25.7%	521	17.0%	265	8.7%	180	5.9%
	R03	3,137	1,318	42.0%	755	24.1%	594	18.9%	270	8.6%	200	6.4%
R04	3,384	1,419	41.9%	889	26.3%	605	17.9%	270	8.0%	201	5.9%	

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	6,050	2,742 45.3%	1,550 25.6%	1,011 16.7%	747 12.3%	701 93.8%	46 6.2%	12.3%	
H30	5,975	2,684 44.9%	1,479 24.8%	1,067 17.9%	745 12.5%	694 93.2%	51 6.8%	12.5%	
R01	6,032	2,836 47.0%	1,488 24.7%	996 16.5%	712 11.8%	662 93.0%	50 7.0%	11.8%	
R02	5,350	2,507 46.9%	1,340 25.0%	863 16.1%	640 12.0%	591 92.3%	49 7.7%	12.0%	
R03	5,469	2,508 45.9%	1,301 23.8%	948 17.3%	712 13.0%	667 93.7%	45 6.3%	13.0%	
R04	5,923	2,769 46.7%	1,487 25.1%	949 16.0%	718 12.1%	682 95.0%	36 5.0%	12.1%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	1,449	24.0%	989	68.3%	299	20.6%	115	7.9%	31	2.1%	15	1.0%
	H30	1,504	25.2%	1,012	67.3%	340	22.6%	101	6.7%	31	2.1%	20	1.3%
	R01	1,574	26.1%	1,123	71.3%	302	19.2%	99	6.3%	38	2.4%	12	0.8%
	R02	1,456	27.2%	1,011	69.4%	315	21.6%	81	5.6%	33	2.3%	16	1.1%
	R03	1,492	27.3%	1,035	69.4%	293	19.6%	119	8.0%	30	2.0%	15	1.0%
R04	1,567	26.5%	1,080	68.9%	333	21.3%	118	7.5%	16	1.0%	20	1.3%	
治療なし	H29	4,601	76.0%	1,753	38.1%	1,251	27.2%	896	19.5%	456	9.9%	245	5.3%
	H30	4,471	74.8%	1,672	37.4%	1,139	25.5%	966	21.6%	426	9.5%	268	6.0%
	R01	4,458	73.9%	1,713	38.4%	1,186	26.6%	897	20.1%	413	9.3%	249	5.6%
	R02	3,894	72.8%	1,496	38.4%	1,025	26.3%	782	20.1%	368	9.5%	223	5.7%
	R03	3,977	72.7%	1,473	37.0%	1,008	25.3%	829	20.8%	401	10.1%	266	6.7%
R04	4,356	73.5%	1,689	38.8%	1,154	26.5%	831	19.1%	418	9.6%	264	6.1%	