

鬼北町国民健康保険
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

鬼北町国民健康保険

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期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
3. 第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39

- I. 保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章 計画の評価・見直し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鬼北町の課題等を踏まえ、鬼北町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

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

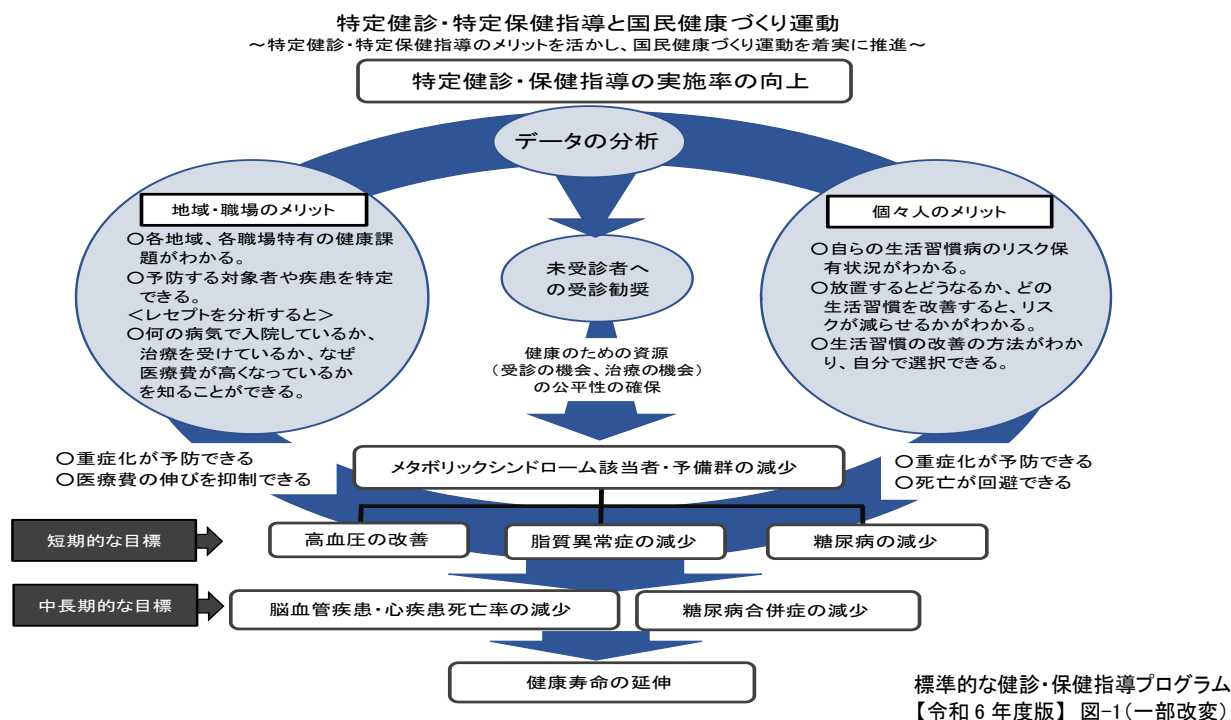
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

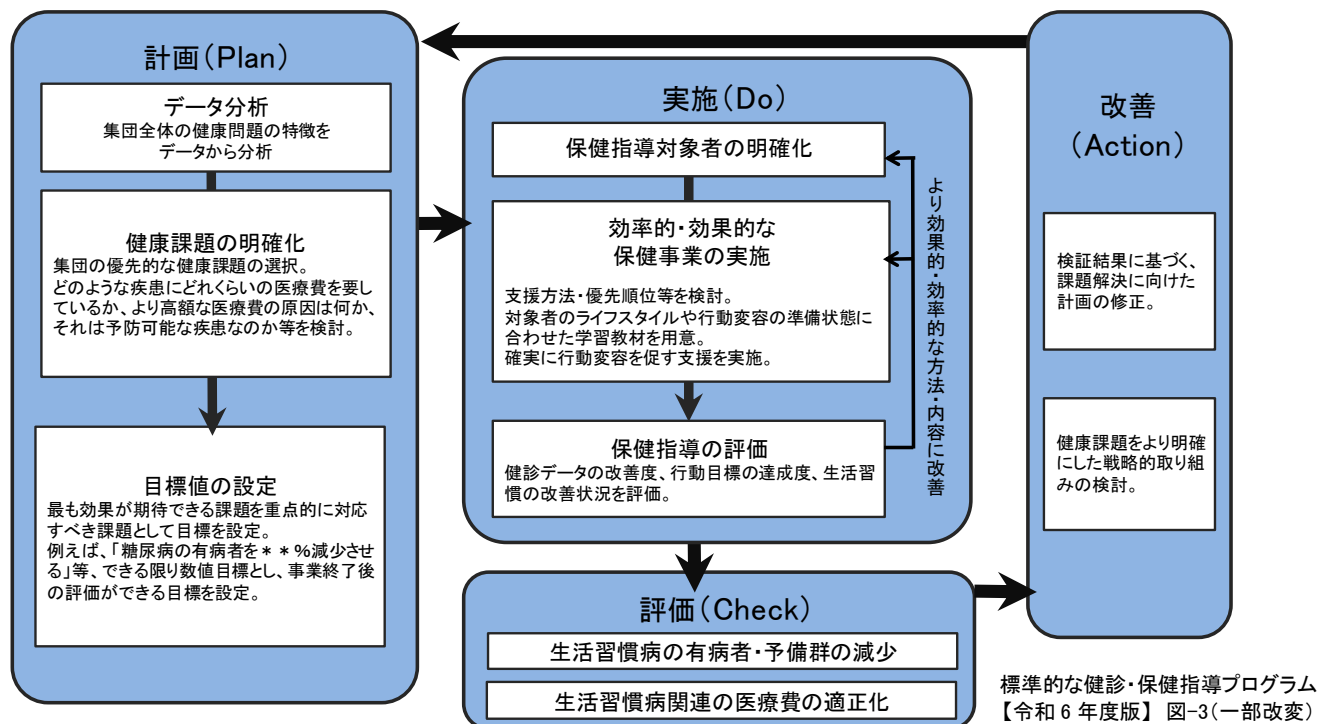
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年9月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療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、青少年期、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 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮	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、 骨折・骨折後症、 パーキンソン病関連疾患、 脳神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・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周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費適正化)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



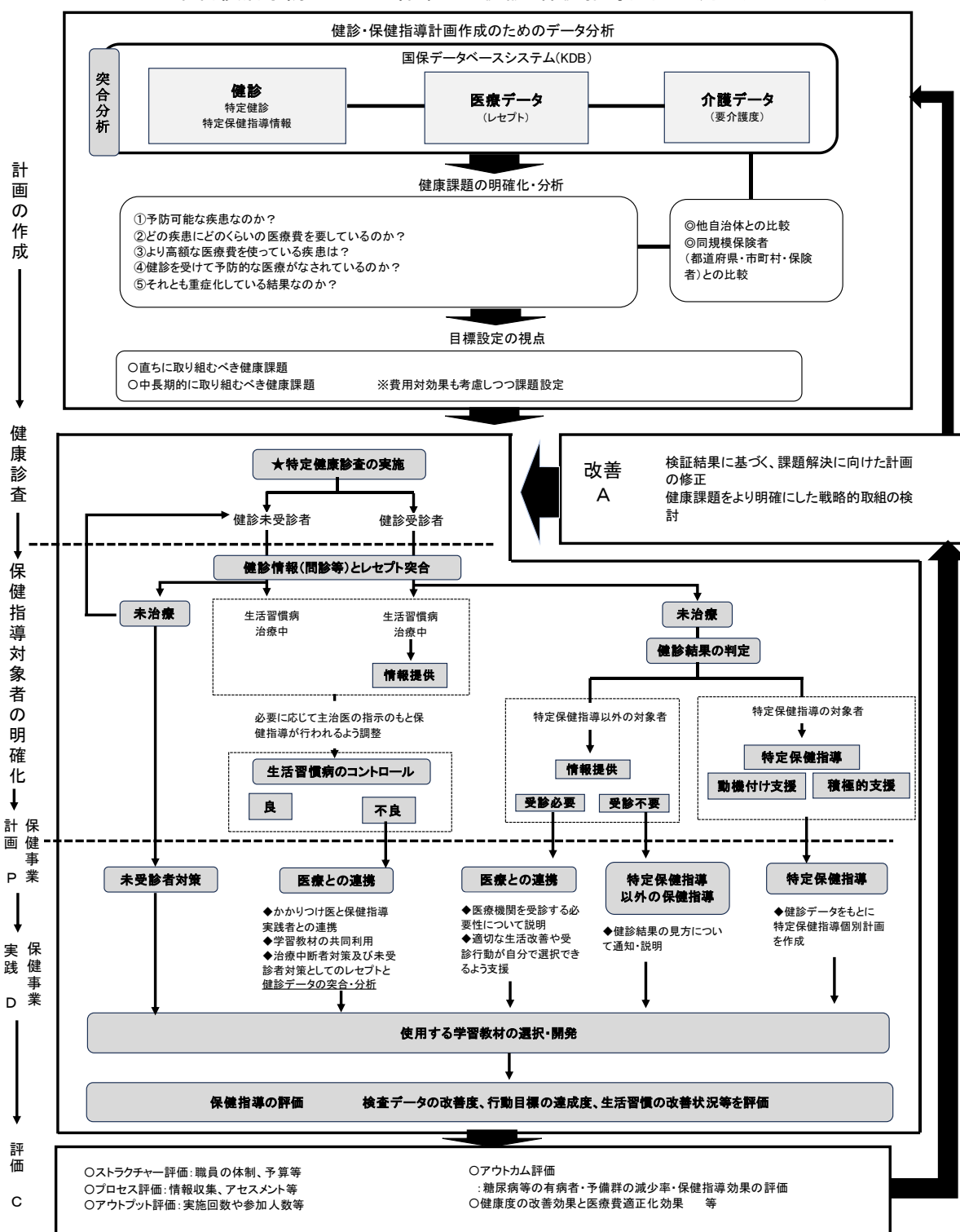
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	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)	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げる保健指導を行う
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	行動変容を促す手法	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 個人の健康結果を積み解くとともに、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) 市町村国保の役割

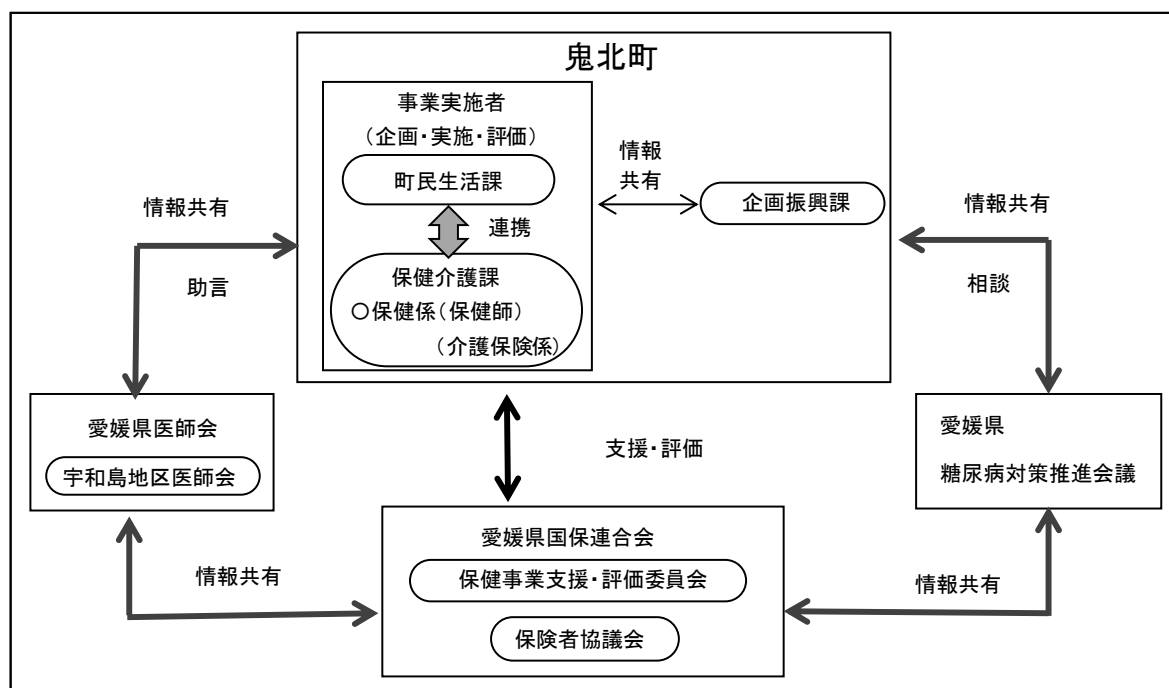
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、国保・生活保護部局(町民生活課)、保健衛生・介護・高齢者医療保険部局(保健介護課)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・7)

図表 6 鬼北町の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎・・・主担当 ○・・・副担当										
	保健師部門					国保部門				
	保 (係長)	保	保	管栄	事	事 (係長)	事	管栄	事	事
国保事務						◎	◎	○		
健康診断 保健指導	○	◎	○	○	○			○		
がん検診	○	◎	○	○	○					
新型コロナ ワクチン	○	◎	○	○	○					
予防接種	○	◎	○	◎	○					
母子保健	○	◎	○	○	○					
精神保健	○	◎	○	○	○					
歯科保健	○	◎	○	○	○					

2) 関係機関との連携

計画の策定等を進めるにあたり、共同保険者である愛媛県のほか、国保連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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力することで、計画の実効性を高めます。

また、愛媛県は市町村国保の財政責任の運営主体とな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、愛媛県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者等と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、愛媛県が県医師会等との連携を推進することが重要です。また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ることが求められます。

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から、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、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

3) 被保険者の役割

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

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	
			鬼北町	配点	鬼北町	配点	鬼北町	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			480位		406位		259位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	130	70	90	70	110	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシントローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	35	40	35	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	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	100	90	50	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	15	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	40	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	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	31	40	45	50	40	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	65	95	72	100	66	100
合計点			631	1,000	647	960	666	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

鬼北町は、人口約1万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で46.8%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も60.8歳と同規模と比べて高齢者が多く、出生率も低い町で財政指数も低い町となっています。産業においては、第3次産業が63.1%と同規模と比較しても高く、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あり、働き世代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は24.5%で、被保険者数は年々減少傾向で加入率は横ばいです。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が61.6%を占めています。(図表10)

また鬼北町内には2つの病院、12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おり、外来患者数は同規模と比較しても高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した鬼北町の特性

	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
鬼北町	9,682	46.8	2,368 (24.5)	60.8	3.1	22.1	0.2	16.8	20.1	63.1
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、鬼北町と同規模保険者(240市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	2,794		2,662		2,551		2,481		2,368	
65～74歳	1,545	55.3	1,535	57.7	1,549	60.7	1,522	61.3	1,458	61.6
40～64歳	843	30.2	780	29.3	701	27.5	667	26.9	640	27.0
39歳以下	406	14.5	347	13.0	301	11.8	292	11.8	270	11.4
加入率	26.1		24.9		23.8		23.2		24.5	

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1,000人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	2	0.7	2	0.8	2	0.8	2	0.8	2	0.8	0.4	0.5
診療所数	13	4.7	13	4.9	12	4.7	12	4.8	12	5.1	2.7	4.3
病床数	232	83.0	232	87.2	232	90.9	232	93.5	232	98.0	37.4	73.4
医師数	21	7.5	21	7.9	20	7.8	20	8.1	20	8.4	4.2	13.7
外来患者数	718.1		739.1		704.9		714.1		737.8		692.2	748.2
入院患者数	25.2		24.7		22.2		23.0		21.1		22.7	23.0

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に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2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

鬼北町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で15人(認定率0.52%)、1号(65歳以上)被保険者で896人(認定率19.8%)と同規模・県・国と比較すると、2号被保険者が高く、1号(65歳以上)被保険者では同程度となっています。(図表12)

要支援・要介護認定者の推移を見ると増減を繰り返しており(第9期鬼北町介護保険事業計画)、介護給付費は、約13億円から約13.3億円に伸びており、居宅サービスも施設サービスも微増しています。(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7割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、第2号被保険者においては10割となっています。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

		鬼北町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率		4,516人 42.2%	4,528人 46.8%	39.4%	33.4%	28.7%
2号認定者		16人 0.48%	15人 0.52%	0.39%	0.41%	0.38%
	新規認定者	4人	4人	--	--	--
1号認定者		928人 20.5%	896人 19.8%	19.4%	21.6%	19.4%
	新規認定者	134人	133人	--	--	--
再掲	65～74歳	73人 3.9%	69人 3.5%	--	--	--
	新規認定者	15人	12人	--	--	--
	75歳以上	855人 32.2%	827人 32.7%	--	--	--
	新規認定者	119人	121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

	鬼北町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	12億9639万円	13億2681万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	287,065	293,023	314,188	320,144	290,668
1件あたり給付費(円) 窓体	68,141	71,108	74,986	62,527	59,662
居宅サービス	49,137	51,015	43,722	44,617	41,272
施設サービス	277,391	284,755	289,312	293,644	296,364

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(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)			15		69		827		896		911		
再)国保・後期			12		59		763		822		834		
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	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中	9 75.0%	脳卒中	26 44.1%	脳卒中	365 47.8%	脳卒中	391 47.6%	脳卒中	400 48.0%	
		2	虚血性心疾患	2 16.7%	虚血性心疾患	15 25.4%	虚血性心疾患	281 36.8%	虚血性心疾患	296 36.0%	虚血性心疾患	298 35.7%	
		3	腎不全	2 16.7%	腎不全	8 13.6%	腎不全	146 19.1%	腎不全	154 18.7%	腎不全	156 18.7%	
	合併症	4	糖尿病合併症	2 16.7%	糖尿病合併症	6 10.2%	糖尿病合併症	55 7.2%	糖尿病合併症	61 7.4%	糖尿病合併症	63 7.6%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			12 100.0%	基礎疾患	51 86.4%	基礎疾患	729 95.5%	基礎疾患	780 94.9%	基礎疾患	792 95.0%	
	血管疾患合計			12 100.0%	合計	52 88.1%	合計	738 96.7%	合計	790 96.1%	合計	802 96.2%	
	認知症		認知症	4 33.3%	認知症	12 20.3%	認知症	384 50.3%	認知症	396 48.2%	認知症	400 48.0%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	11 91.7%	筋骨格系	52 88.1%	筋骨格系	749 98.2%	筋骨格系	801 97.4%	筋骨格系	812 97.4%	

※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

鬼北町の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費は減少しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 3 万円低く、平成 30 年度と比較しても約 7 千円減少し、県下で最下位となりました。入院医療費は、全体のレセプトのわずか 2.8%程度にも関わらず、医療費全体の約 41%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 1.7 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みても全国平均の 1 よりも低く、県内でも入院・外来ともに低くなっていました。後期高齢者医療の入院のみが増加しています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、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 15 医療費の推移

		鬼北町		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)		2,794人	2,368人	--	--	--
	前期高齢者割合	1,545人 (55.3%)	1,458人 (61.6%)	--	137,232 (48.9%)	11,129,271 (40.5%)
総医療費		9億8282万円	8億1525万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		351,761 県内14位 同規模66位	344,276 県内20位 同規模188位	376,732	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	530,090	546,790	588,690	580,300	617,950
	費用の割合	46.6	41.4	43.7	42.3	39.6
	件数の割合	3.4	2.8	3.2	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	21,300	22,060	24,870	24,300	24,220
	費用の割合	53.4	58.6	56.3	57.7	60.4
	件数の割合	96.6	97.2	96.8	97.0	97.5
受診率		743.239	758.841	714.851	771.192	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は鬼北町と同規模保険者240市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		鬼北町 (県内市町村中)		県 (47県中)	鬼北町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差 指数・ 順位	全体	0.959	0.848	1.027	0.751	0.796	1.014
		(17位)	(20位)	(21位)	(20位)	(19位)	(19位)
	入院	1.131	0.941	1.089	0.714	0.816	1.037
		(8位)	(17位)	(20位)	(20位)	(19位)	(21位)
	外来	0.855	0.789	0.993	0.815	0.797	1.001
		(20位)	(20位)	(23位)	(20位)	(20位)	(14位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、心疾患については、平成 30 年度より 0.7 ポイント、慢性腎不全(透析無)は 0.3 ポイントも伸びており、心疾患は特に、同規模、県、国よりもはるかに高いことから、注意が必要です。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患が患者数及び割合と減少、人工透析については横ばいです。虚血性心疾患については、40 歳以上の治療者の割合は減少していますが、0～74 歳の治療者の割合は増加しており、40 歳以下の治療者の割合が増えたことがわかります。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防に力を入れてきましたが、今後は狭心症・心筋梗塞等の心疾患対策も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

			鬼北町		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)			9億8282万円	8億1525万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			6653万円	4267万円	--	--	--
			6.768978816	5.23%	7.67%	7.91%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.42%	1.65%	2.06%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.78%	2.49%	1.47%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.48%	0.73%	3.83%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.09%	0.37%	0.32%	0.27%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.61%	12.60%	16.76%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		9.25%	10.30%	9.27%	9.80%	8.68%
	精神疾患		8.10%	9.23%	7.98%	8.34%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	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	2,794	2,368	a	289	199	192	168	5	4	
				a/A	10.3%	8.4%	6.9%	7.1%	0.2%	0.2%	
40歳以上	B	2,388	2,098	b	287	199	190	166	5	4	
	B/A	85.5%	88.6%	b/B	12.0%	9.5%	8.0%	7.9%	0.2%	0.2%	
再掲	40～64歳	C	843	640	c	61	33	46	31	3	4
		C/A	30.2%	27.0%	c/C	7.2%	5.2%	5.5%	4.8%	0.4%	0.6%
	65～74歳	D	1,545	1,458	d	226	166	144	135	2	0
		D/A	55.3%	61.6%	d/D	14.6%	11.4%	9.3%	9.3%	0.1%	0.0%

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ます。合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は、高血圧・脂質異常症についてはおおむね減っていますが、糖尿病については糖尿病合併症(糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症・糖尿病性神経障害)も合わせてみると増えており、特に40～64歳はほぼ全てにおいて増えています。高血圧と脂質異常症においては治療が必要な人が医療につながり、合併症発症を予防することにつながっていると評価できますが、糖尿病については課題があると考えます。(図表 19・20・21)

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			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	1,039	959	230	182	809	777
		A/被保数	43.5%	45.7%	27.3%	28.4%	52.4%	53.3%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	144	99	30	18	114	81
		B/A	13.9%	10.3%	13.0%	9.9%	14.1%	10.4%
	虚血性心疾患	C	140	128	31	24	109	104
		C/A	13.5%	13.3%	13.5%	13.2%	13.5%	13.4%
	人工透析	D	5	4	3	4	2	0
		D/A	0.5%	0.4%	1.3%	2.2%	0.2%	0.0%

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	592	527	140	112	452	415
		A/被保数	24.8%	25.1%	16.6%	17.5%	29.3%	28.5%
(中長期合併症目標疾患)	脳血管疾患	B	80	52	14	11	66	41
		B/A	13.5%	9.9%	10.0%	9.8%	14.6%	9.9%
	虚血性心疾患	C	101	94	21	18	80	76
		C/A	17.1%	17.8%	15.0%	16.1%	17.7%	18.3%
	人工透析	D	1	2	0	2	1	0
		D/A	0.2%	0.4%	0.0%	1.8%	0.2%	0.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	53	52	12	12	41	40
		E/A	9.0%	9.9%	8.6%	10.7%	9.1%	9.6%
	糖尿病性網膜症	F	50	46	10	10	40	36
		F/A	8.4%	8.7%	7.1%	8.9%	8.8%	8.7%
	糖尿病性神経障害	G	15	13	5	6	10	7
		G/A	2.5%	2.5%	3.6%	5.4%	2.2%	1.7%

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	911	826	216	159	695	667
		A/被保数	38.1%	39.4%	25.6%	24.8%	45.0%	45.7%
（中長期併症疾患）	脳血管疾患	B	107	76	20	13	87	63
		B/A	11.7%	9.2%	9.3%	8.2%	12.5%	9.4%
	虚血性心疾患	C	140	129	33	21	107	108
		C/A	15.4%	15.6%	15.3%	13.2%	15.4%	16.2%
	人工透析	D	4	3	3	3	1	0
		D/A	0.4%	0.4%	1.4%	1.9%	0.1%	0.0%

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Ⅱ度以上高血圧は増加し、HbA1c7.0 以上は横ばいです。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、未治療者のまま放置されている方が高血圧で約 35%、糖尿病で約 10%おります。愛媛県と比較すると、高血圧は未治療者も治療中断者の割合も低くなっていますが、糖尿病は未治療者も治療中断者の割合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、高血圧は減っていますが、糖尿病は増えており、特に 40～64 歳の若い世代がほぼ全ての項目で増えています。

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推奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。(図表 22)

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		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
鬼北町	1,257	57.0	1,104	54.8	136	10.8	79	58.1	144	13.0	81	56.3	50	34.7	3	2.1
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			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
鬼北町	1,254	99.8	1,098	99.5	69	5.5	18	26.1	61	5.6	19	31.1	6	9.8	2	3.3
愛媛県	76,227	99.9	65,844	99.9	2,938	3.9	942	32.1	2,943	4.5	888	30.2	221	7.5	72	2.4

出典：ヘルスサポートラボツール

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。鬼北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、1.4ポイント減少し、その中の3項目・2項目の危険因子が重なっている割合も減少しています。

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みると、いずれも微増しており、翌年度の結果をみると、HbA1c6.5以上者の改善率は上がっていますが3割にも満たず、悪化においては増加している上に高血圧やLDLに比べて非常に高い数値になっています。Ⅱ度高血圧以上者は、改善率は下がり、悪化においては増加しています。それに加えて翌年度健診を受診していない方はいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後は今以上に結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	翌年度健診結果		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,257 (57.0%)	224 (17.8%)	77 (6.1%)	147 (11.7%)	158 (12.6%)
R04年度	1,047 (54.0%)	172 (16.4%)	55 (5.3%)	117 (11.2%)	129 (12.3%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	122 (9.7%)	23 (18.9%)	57 (46.7%)	15 (12.3%)	27 (22.1%)
R03→R04	108 (9.8%)	32 (29.6%)	29 (26.9%)	18 (16.7%)	29 (26.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	136 (10.8%)	69 (50.7%)	25 (18.4%)	5 (3.7%)	37 (27.2%)
R03→R04	144 (13.0%)	61 (42.4%)	35 (24.3%)	9 (6.3%)	39 (27.1%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	116 (9.2%)	50 (43.1%)	27 (23.3%)	7 (6.0%)	32 (27.6%)
R03→R04	117 (10.6%)	53 (45.3%)	35 (29.9%)	6 (5.1%)	23 (19.7%)

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

鬼北町の特定健診受診率は、平成 30 年度には 57.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 1 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 60%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。今後も、働く世代への受診勧奨が必要です。(図表 28)

特定保健指導については、横ばい状態(令和 3 年度が低いのは集計誤り)です。令和 4 年度からは町民生活課の国保係に特定保健指導担当の管理栄養士を雇用し、地区担当保健師は重症化予

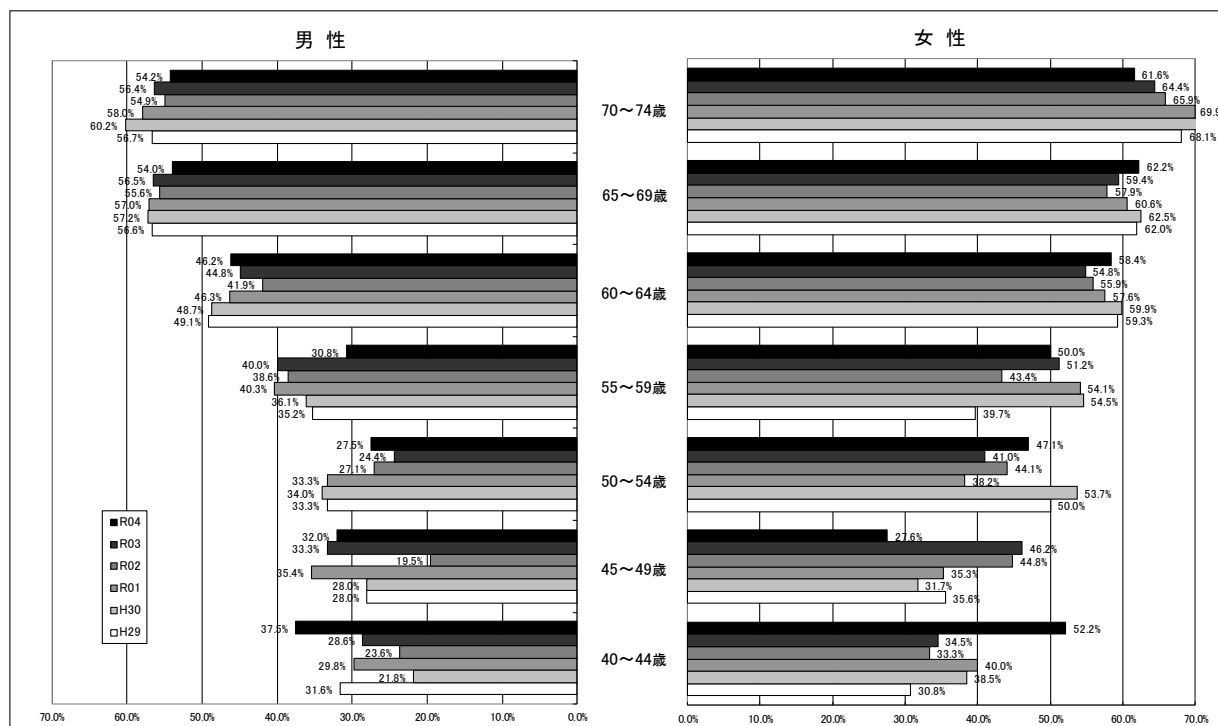
防に力を入れるようになりました。特定健診の結果がわかった早期の時点で、受診推奨値の方に個別で訪問し、重症化しないうちに適切な医療を受けて頂けるよう、保健指導と医療受診の推奨を実施しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,258	1,208	1,126	1,104	1,047	健診受診率 60%
	受診率	57.0%	56.5%	53.7%	54.8%	54%	
特定保健指導	該当者数	146	148	129	134	113	特定保健指導実施率 60%
	割合	11.6%	12.3%	11.5%	12.1%	10.8%	
	実施者数	109	89	73	36	78	
	実施率	74.7%	60.1%	56.6%	26.9%	69%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 高血圧による重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、令和3年度は約 13%まで増加しましたが、それ以外の年度では約 10%前後で推移しています。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の 106 人のうち未治療者 59 人で 55.7%と過半数を占めていました。血圧Ⅲ度においては、27 人のうち 16 人が未治療者でした。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 44.3%いました。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。(表 1)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。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。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を適切な受診勧奨に取り組んでいきます。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。

表 1 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,257	1,208	1,126	1,104	1,047
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	136	118	122	144	106
	(b/a)	10.8%	9.8%	10.8%	13.0%	10.1%
	治療あり	人(c)	57	51	57	63
		(c/b)	41.9%	43.2%	46.7%	43.8%
	治療なし	人(d)	79	67	65	81
		(d/b)	58.1%	56.8%	53.3%	56.3%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	18	15	22	33
		(f/a)	1.4%	1.2%	2.0%	3.0%
	治療あり	人	5	6	10	13
	治療なし	人	13	9	12	20

② 糖尿病性腎症重症化予防

平成 30 年度からは HbA1c6.5%以上の受信勧奨対象者を重点的に支援してきました。その結果、受診勧奨の対象者は、平成 30 年度 45 人から令和 4 年度 16 人に減っています。

しかし、令和4年度受診勧奨対象者へは全員受診勧奨を実施しましたが、25%の人しか受診確認ができていません。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(表 2)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

表 2 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,257	1,208	1,126	1,104	1,047
受診勧奨対象者 * 1	人(b)	45	50	33	22	16
	(b/a)	3.6%	4.1%	2.9%	2.0%	1.5%
受診勧奨実施者	人(c)	45	50	33	22	16
	(c/b)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
受診が確認できた者 * 2	人(d)	31	33	10	19	4
	(d/b)	68.9%	66.0%	30.3%	86.4%	25.0%

* 1 HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl以上)で未治療者の数

* 2 生活習慣病の連絡票が返ってきた数

③その他の生活習慣病による重症化予防

腎機能、脂質異常症、心電図異常の人へも高血圧の重症化予防と一体的に重症化予防のための受診勧奨を実施しています。糖尿病性腎症重症化予防事業と同様に、受診勧奨対象者全員に対して受診勧奨の実施を行っていますが、受診確認できていない人が一定数存在します。糖尿病性腎症重症化予防と合わせて、体制強化を図りつつ、医療機関と情報共有しながら受診できるための支援を行う必要があります。

(2)ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、以前から問題である高血圧対策として、令和 4 年度より健康診断受診者にナトリウム検査の実施、町内の業者との協賛で高血圧のポップを店内のトイレに提示し、鬼北町は高血圧の人が多い町であることの認識が広がりました。その後、令和 5 年度に子どもからお年寄りまで広く「高血圧川柳」を募集し、町内の店の売り場には「減塩レシピ」を設置し、野菜の摂取・減塩の啓発を行いました。また、令和 4 年度に食事改善事業や令和 5 年度に高血圧予防教室を開催し、実際に減塩料理を食べることで、より具体的に行動変容ができるように支援しました。

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
				初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5	
				(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・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の維持	3.6%	3.9%	2.2%	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	1.8%	1.8%	2.6%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	1.5%	0.9%	0.7%	
			透析患者のうち糖尿病の診断があるものの割合の減少	33%	0%	25%	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	30.4%	28.9%	28.7%	鬼北町保健介護課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	10.8%	10.8%	10.1%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	9.2%	10.9%	10.4%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.7%	9.9%	10.8%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.2%	0.4%	0.6%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	68.9%	30.3%	25.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	31.1%	9.1%	6.3%	
		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	57.0	53.7	54.0	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	74.7	56.6	69.0	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.6	11.5	10.8	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	24.7	24.1	25.0	地域保健事業報告
			肺がん検診受診者の増加	18.1	26.1	27.4	
			大腸がん検診受診者の増加	31.4	27.3	19.9	
			子宮がん検診受診者の増加	26.1	22.3	18.0	
			乳がん検診受診者の増加	36.5	35.9	33.7	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	27.4	27.1	24.8	
		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	75.2%	75.5%	78.5%	厚生労働省

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

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は減っていますが、虚血性心疾患・人工透析の割合は増えています。

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、心疾患については、平成30年度より0.7ポイント、慢性腎不全(透析無)が0.3ポイント伸びています。心疾患については同規模、県よりも高くなっており、注意が必要です。(図表17)

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については減少、人工透析については横ばい、虚血性心疾患については、患者数は減少していますが、割合は増加しています。(図表18)

鬼北町の特定健診受診率は、平成30年度には57.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和1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)

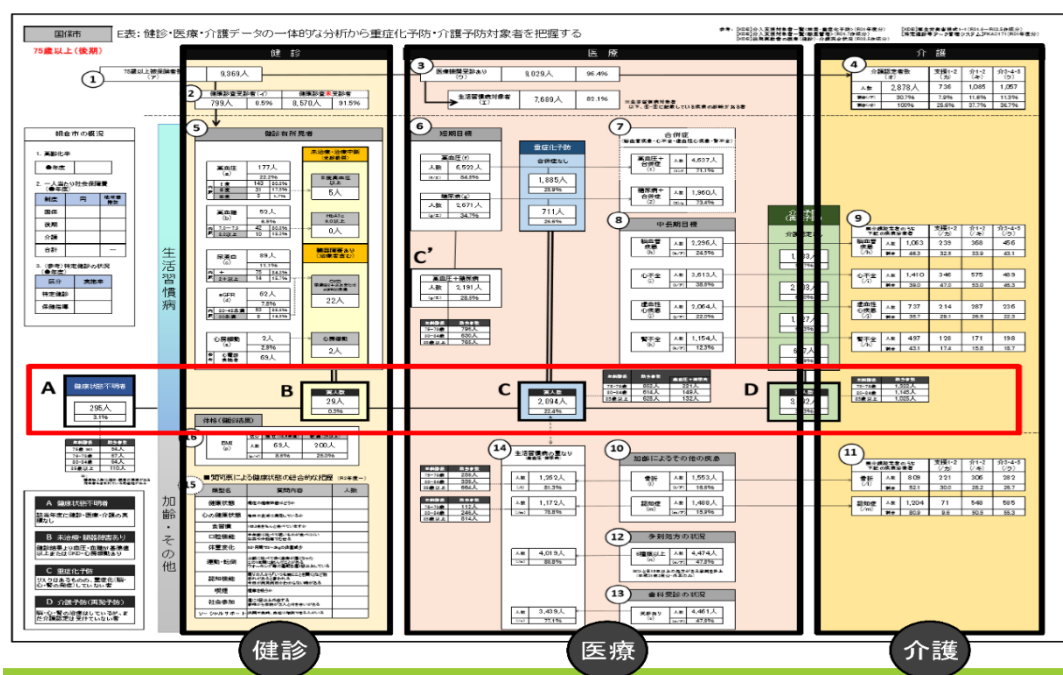
健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上の方を平成30年度と令和3年度で結果の改善と医療のかかり方を見てみると、高血圧症の治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析は減っています。重症化するまでに内服による予防対策ができていたと考えられます。

また、糖尿病の治療者の割合も増えており、合併症(重症化)でもある脳血管疾患は減っていますが虚血性心疾患・人工透析は増えており、糖尿病合併症の腎症・網膜症も増えており糖尿病の重症化予防が課題と言えます。

脂質異常症の治療者も増えており、特に65～74歳の高齢者が増えているようです。65～74歳の高齢者の虚血性心疾患の合併症も増えており、前期高齢者の重症化予防も重要です。

鬼北町は特定健診の結果から、受診勧奨値の方に対して、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重症化予防につなげています。Ⅱ度以上高血圧のうち未治療の割合は平成30年度と比較し令和3年度は減少していましたが、HbA1c7.0以上で問診結果により未治療(内服なし)の割合は平成30年度と比較して令和3年度では高くなり、愛媛県よりも高い結果でした。そのため糖尿病対策にも力を入れる必要があります。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 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数	2,794人	2,662人	2,551人	2,481人	2,368人	2,480人
総件数及び 総費用額	件数	25,505件	24,940件	22,576件	22,520件	34,547件
	費用額	9億8282万円	9億2401万円	8億4046万円	8億5577万円	8億1525万円
一人あたり医療費	35.2万円	34.7万円	32.9万円	34.5万円	34.4万円	70.4万円

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	鬼北町	8億1525万円	27,800	0.73%	0.37%	1.65%	2.49%	5.80%	3.72%	2.17%	1億3802万円	16.9%	12.6%	9.23%	10.30%
	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	鬼北町	17億4605万円	58,406	4.65%	0.48%	3.81%	1.91%	3.15%	3.26%	1.01%	3億1897万円	18.3%	11.0%	2.74%	11.4%
	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 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	95人	75人	77人	82人	75人	184人
	件数	B	144件	122件	117件	121件	117件	318件
		B/総件数	0.56%	0.49%	0.52%	0.54%	0.53%	0.92%
	費用額	C	1億9079万円	1億5375万円	1億6242万円	1億5885万円	1億6646万円	4億1959万円
		C/総費用	19.4%	16.6%	19.3%	18.6%	20.4%	24.0%

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	4人		7人		9人		6人		3人		13人		
		D/A	4.2%		9.3%		11.7%		7.3%		4.0%		7.1%		
	件数	E	9件		18件		14件		13件		6件		21件		
		E/B	6.3%		14.8%		12.0%		10.7%		5.1%		6.6%		
	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	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	1	5.6%	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	19.0%
		60代	2	22.2%	10	55.6%	9	64.3%	5	38.5%	1	16.7%	80代	8	38.1%
		70-74歳	7	77.8%	7	38.9%	4	28.6%	8	61.5%	5	83.3%	90歳以上	9	42.9%
	費用額	F	1103万円		1954万円		1602万円		1862万円		583万円		2160万円		
		F/C	5.8%		12.7%		9.9%		11.7%		3.5%		5.1%		

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	5人		5人		4人		7人		10人		6人		
		G/A	5.3%		6.7%		5.2%		8.5%		13.3%		3.3%		
	件数	H	7件		6件		5件		9件		10件		6件		
		H/B	4.9%		4.9%		4.3%		7.4%		8.5%		1.9%		
	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	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	14.3%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	2	20.0%	75-80歳	4	66.7%
		60代	3	42.9%	5	83.3%	1	20.0%	5	55.6%	4	40.0%	80代	2	33.3%
		70-74歳	3	42.9%	1	16.7%	3	60.0%	4	44.4%	4	40.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	1040万円		1045万円		506万円		996万円		1129万円		1062万円		
		I/C	5.5%		6.8%		3.1%		6.3%		6.8%		2.5%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 健診・医療・介護データの一体的な分析

H30-R04比較



図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	30.3		804	1,485	2,611	41.3	59.3	24.3	10.5	7.7	9.0	24.1	22.4	22.0
R04	31.4		635	1,551	2,554	38.9	54.7	24.8	6.5	9.0	7.9	27.1	19.1	21.3

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	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	%	
H30	29	8.7	(14)	108	12.3	(39)	99	15.6	(30)	15	4.5	(2)	52	5.9	(3)	5	0.8	(0)	4	1.2	21	2.4	34	5.4	1	0.3	8	0.9	15	2.4
R04	18	7.3	(7)	90	10.6	(26)	84	13.3	(16)	12	4.9	(4)	40	4.7	(1)	3	0.5	(0)	2	0.8	7	0.8	16	2.5	1	0.4	9	1.1	13	2.1

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						⑥									⑦								
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	80.3	91.9	95.6	33.8	61.8	81.8	72.8	80.5	87.3	45.6	45.3	38.8	27.9	32.5	33.5	39.4	45.2	63.8	41.1	50.0	70.4			
R04	81.3	93.9	92.9	34.8	62.6	79.7	74.7	83.6	86.8	48.0	44.9	40.5	31.2	34.4	34.2	36.4	42.2	65.4	38.7	48.4	70.4			

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	㊸												㊹											
年度	中長期目標の疾患(被保険割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	6.2	13.0	27.8	4.7	9.1	19.3	4.4	12.1	28.2	3.6	7.5	12.1	14.0	14.0	41.5	0.0	7.4	38.8	5.7	7.8	43.3	3.4	6.3	41.6
R04	4.9	10.6	25.4	4.6	9.0	17.2	5.5	11.6	29.8	4.6	8.4	14.1	29.0	17.1	45.1	3.4	5.0	40.5	14.3	10.0	47.9	3.4	9.9	47.6

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	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	67.1	78.4	64.7	76.3	4.7	13.1	1.1	16.4	11.4	54.2	41.2	69.1
R04	70.8	81.6	52.4	78.4	4.2	14.9	1.4	15.4	15.4	57.6	47.6	75.1

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)健康課題の明確化(図表 32～42)

一人あたり医療費は令和 2 年度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 年以降は令和 1 年度以前と同等まで増え、後期高齢者では一人あたり 70.4 万円で国保の 2 倍も高い状況です。後期高齢者の医療費を抑えるためにも、国保加入者の早期治療・重症化予防が課題と言えます。(図表 32)

鬼北町は、これまで高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的目標疾患の高血圧・脂質異常症の総医療費に占める割合は、改善は見られたもののまだ同規模と比べても高く、その結果、慢性腎臓病(透析無)や狭心症・心筋梗塞等の心疾患の医療費に占める割合が、国保においては同規模、県、国と比べて高い状況です。後期高齢においても心疾患の医療費に占める割合が同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 33) また、加齢による疾患(骨折・認知症)を見ると、生活習慣病(高血圧・糖尿病)と重なりのある割合が骨折で増えています。(図表 42) 要介護認定者は骨折・認知症ともに増えており(図表 37⑪)、保健事業と介護予防の一体化事業による、転倒骨折予防や認知症予防、また令和 6 年度より始まる骨粗しょう症検診で骨折予防に関心を持ってもらうことも大切です。

高額レセプトについては、国保においては毎年約 100 件以上のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 2.5 倍に増えることがわかります。

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 1 年度が一番多く18件で 1,954 万円の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 6 件と件数が減り、費用額も583万円と減っています。しかし、後期高齢においては、21 件発生し、2,160 万円の費用額がかかっています。(図表 35) 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。また、虚血性心疾患で高額になったレセプトは、10 件で高血圧よりも多く、費用も令和 4 年度で 1,129 万円となっています。重症化を予防する必要があります。(図表 36)

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 65 歳～74 歳では 66 名増えていますが、40～64 歳で 169 名、75 歳以上で 57 名減っており、鬼北町では国保の被保険者も 75 歳以上の後期高齢者も減少傾向にあることが分かります。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 ポイントも高くなっています。図表 39 健診有所見の状況をみると、40～64 歳の若い年齢層での HbA1c7.0 以上の割

合が 0.4 ポイント増えており、心房細動においては 40～64 歳と 65～74 歳の割合も 0.1～0.2 ポイント増えています。特に若い世代へさらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が必要です。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、75 歳以上の後期高齢者において医療機関受診率・生活習慣病の医療機関受診者が若干割合が減っています。

図表 41 の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、被保険者割は、75 歳以上の後期高齢者が、脳血管疾患・虚血性心疾患は減っていますが、心不全・腎不全は高くなり、介護認定者においては、中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)全てにおいて高くなっていることから、重症化して介護認定を受ける人が多いことが予測されます。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、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、計画の段階から明らかにします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)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と考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

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

③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 (R7)	最終評価 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	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	2.2	2.1	2.0	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.6	2.3	2.0	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.7	0.6	0.5	
			透析患者のうち糖尿病の診断があるものの割合の減少	25	0	0	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率	28.7	29.5	30.0	鬼北町保健介護課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	10.8	9.0	8.0	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	10.4	10.0	9.5	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	10.8	10.0	9.5	
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.6	0.5	0.4	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	25.0	65.0	70.0	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	54	57	60	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	69	70	72	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	10.8	11.0	12.0	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、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	55%	57%	59%	61%	63%	65%以上
特定保健指導実施率	70%	70.1%	70.2%	70.3%	70.4%	70.5%以上

3. 対象者の見込み

図表 45 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1,920人	1,900人	1,880人	1,860人	1,840人	1,820人
	受診者数	1,056人	1,083人	1,109人	1,134人	1,159人	1,183人
特定保健指導	対象者数	127人	131人	134人	137人	140人	144人
	受診者数	88人	91人	94人	96人	98人	101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する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村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。

- ① 集団健診(総合保健協会、厚生連)
- 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) 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

○鬼北町特定健診検査項目

健診項目		鬼北町	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

(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 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 ↓ (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)	↓
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	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
12月	↓	↓	(ファイル作成・送付)
1月	↓	↓	
2月	↓	↓	
3月	契約準備 ↓	(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

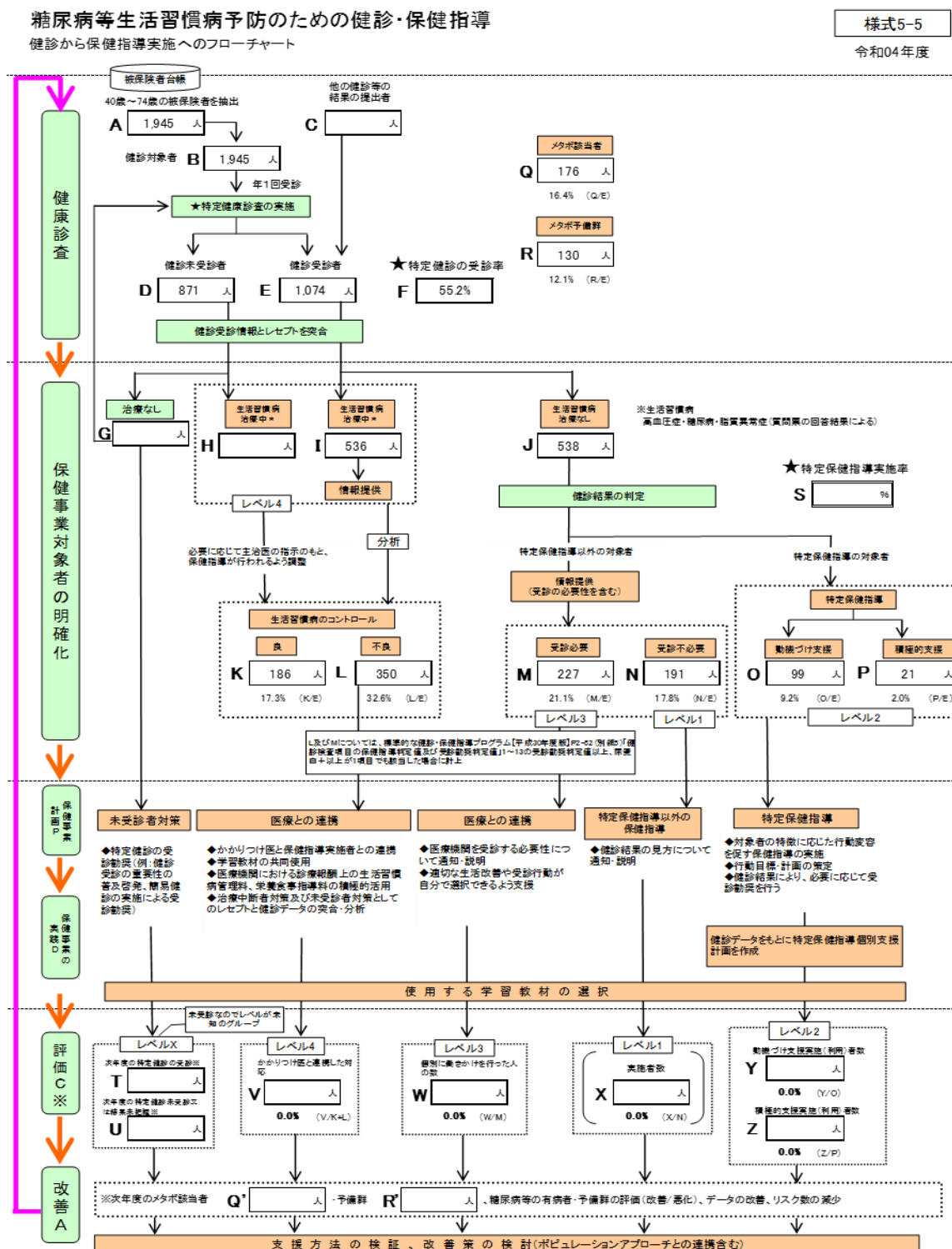
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	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)	871 ※受診率目標達成まであと93人	60%
2	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	120人 (11.2%)	70%
3	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	227人 (21.1%)	HbA1c6.5以上 については 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	191人 (17.8%)	30%
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	536人 (49.9%)	55%

(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		
5月	◎特定健康診査(集団健診)の開始		◎がん検診開始
6月		◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始 ◎利用券の登録	
7月			
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	◎未受診者への受診勧奨		
11月			
12月	◎未受診者への受診勧奨 (受診券送付)		
1月			
2月			◎特定健康診査を始めとした各種健診の広報
3月	◎健診の終了		◎がん検診終了

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、鬼北町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・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町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

鬼北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、372人(34.6%)です。そのうち治療なしが135人(25.1%)を占め、さらに臓器障害ありの直ちに取り組むべき対象者が59人です。

また、鬼北町においては、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、135人中63人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

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 ↓ 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)		1,074人	55.2%														
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 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 ※脳卒中 データリンク 2015より				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症								■各疾患の治療状況															
													<table><tr><td></td><td>治療中</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>高血圧</td><td>403</td><td>671</td></tr><tr><td>脂質異常 症</td><td>263</td><td>811</td></tr><tr><td>糖尿病</td><td>85</td><td>981</td></tr><tr><td>3疾患 いずれか</td><td>536</td><td>538</td></tr></table>		治療中	治療なし	高血圧	403	671	脂質異常 症	263	811	糖尿病	85	981	3疾患 いずれか	536	538
	治療中	治療なし																										
高血圧	403	671																										
脂質異常 症	263	811																										
糖尿病	85	981																										
3疾患 いずれか	536	538																										
													※問診結果による															
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)																	
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	111	10.3%	10	0.9%	35	3.3%	24	2.2%	176	16.4%	86	8.0%	60	5.6%														
治療なし	62	9.2%	3	0.6%	34	4.2%	18	2.2%	40	7.4%	50	5.1%	21	3.9%														
(再掲) 特定保健指導	23	20.7%	1	10.0%	10	28.6%	5	20.8%	40	22.7%	11	12.8%	10	16.7%														
治療中	49	12.2%	7	1.3%	1	0.4%	6	2.3%	136	25.4%	36	42.4%	39	7.3%														
臓器障害 あり	34	54.8%	3	100.0%	9	26.5%	4	22.2%	15	37.5%	15	30.0%	21	100.0%														
CKD(専門医対象者)	4		0		5		0		4		7		21															
心電図所見あり	31		3		5		4		12		9		3															
臓器障害 なし	28	45.2%	--		25	73.5%	14	77.8%	25	62.5%	35	70.0%	--															

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

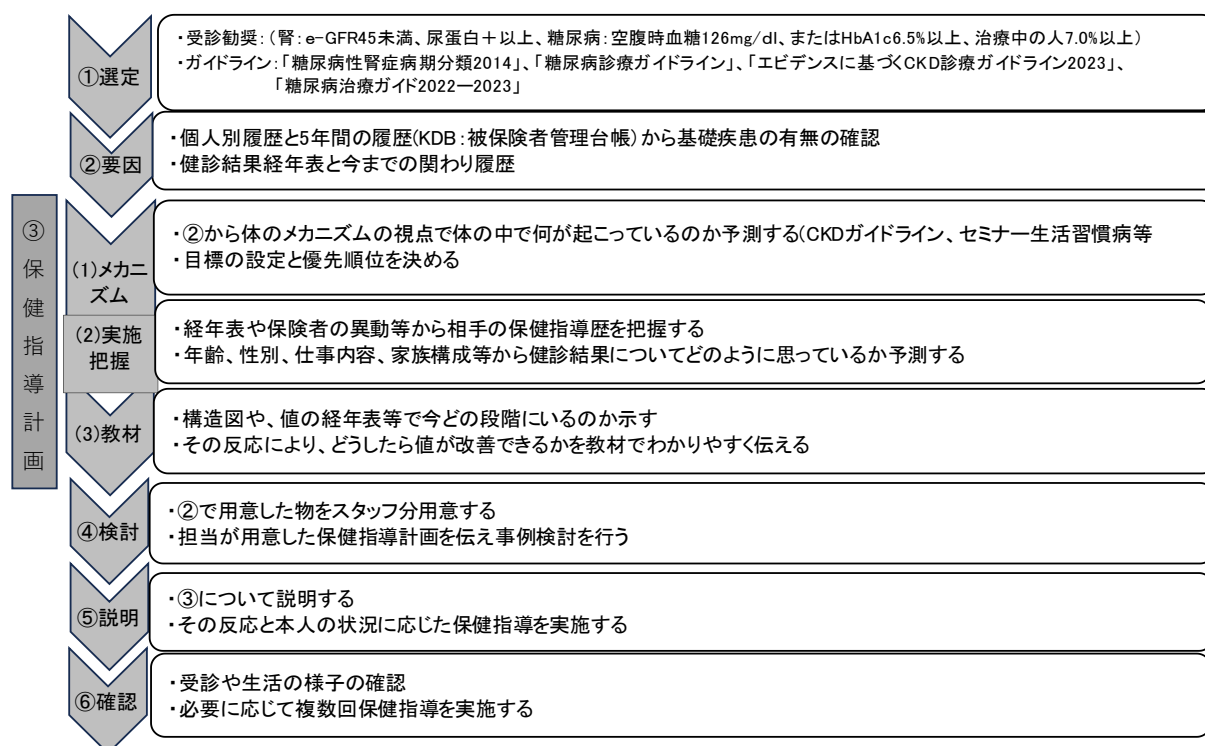
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(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A県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、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

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
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。

鬼北町においては、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

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。

鬼北町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、58人(40.6%・F)でした。

また、40～74歳における糖尿病治療者569人のうち、特定健診受診者が85人(59.4%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者484人(85.1%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

図表 54 より鬼北町においての介入方法を以下のとおりとします。

【受診勸奨】

- 優先順位 2

- ・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）・・・・46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、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【保健指導】

- ・ 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→管理台帳
- ・ 介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合

令和04年度

軽症

重症

レセプト
KDB
疾病管理一覧
(糖尿病)

被保険者
2,581人

年代別	人数(a)	割合
20代以下	240	9.3
30代	126	4.9
40代	192	7.4
50代	246	9.5
60代	860	33.3
70~74歳	917	35.5

糖尿病治療中
579人
(22.4)

患者数(b)	b/a
4	1.7
6	4.8
20	10.4
43	17.5
230	26.7
276	30.1

薬物療法あり
270人
(46.8)

患者数(c)	c/b
1	25.0
3	50.0
8	40.0
24	55.8
101	43.9
133	48.2

(再掲) インスリン療法
52人
(9.0)

患者数(d)	d/b
1	25.0
2	33.3
1	50.0
7	16.3
21	9.1
20	7.2

糖尿病性腎症
55人
(9.5)

患者数(e)	e/b
0	0.0
1	16.7
0	0.0
2	4.7
23	10.0
29	10.5

人工透析
(慢性腎臓病含む)
2人
(0.35)

患者数(f)	f/b
0	0.00
0	0.00
0	0.00
0	0.00
2	0.87
0	0.00

その他のリスク

高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数 381	118	395
割合 67.0	20.7	69.4

再掲 40~74歳 2,215人

H 569人 25.7

O 266人 46.7

L 54人 9.5

I 特定健診未受診者 484人 (85.1)→LH

J コントロール不良 46人 (54.1)

K コントロール良 39人 (45.9)

G 治療中(質問票、臨床所見) 85人 (59.4)

F 未治療(中断含む) 58人 (40.6)

N 第1期 腎症前期 正常 30以上

M 再掲(第2~4期) 17人 (11.9)

第2期 早期腎症期 顕性腎症期 腎不全期 透析療法中

第3期 腎不全期 透析療法中

第4期 腎不全期 透析療法中

第5期 透析療法中

※ KOBシステム構築「疾病管理一覧(糖尿病)」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、転居者は除外

特定健診 [40~74歳]

B 特定健診対象者 1,945人

C 特定健診受診者 1,074人 (55.2)

E 糖尿病型 143人 (13.3)

(再掲) 65歳以上

人数 割合

819人 76.3

以下いずれかに該当
・HbA1c 5.5%以上
・空腹時血糖値 126mg/dl以上
・糖尿病治療中(医師)

※J~Kに随時血糖のみ実施者は含まない

※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)

43

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

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

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区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プログラムに準じて行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1c の変化

○eGFR の変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²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

項目		実 合 表	鬼北町										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	2,912人		2,778人		2,627人		2,581人		2,488人			
	② (再掲)40～74歳		2,489人		2,403人		2,318人		2,297人		2,207人			
2	① 対象者数	B	2,207人		2,138人		2,097人		2,015人		1,939人			
	② 特定健診 受診者数	C	1,286人		1,254人		1,164人		1,151人		1,047人			
	③ 受診率		57.0%		56.5%		53.7%		54.8%		54.0%			
3	① 特定 対象者数		146人		148人		129人		134人		113人			
	② 保健指導 実施率		74.0%		60.1%		56.6%		26.9%		69.0%			
4	① 健診 データ 糖尿病型	E	174人	13.5%	173人	13.8%	146人	12.5%	155人	13.5%	143人	13.3%		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	63人	36.2%	66人	38.2%	54人	37.0%	67人	43.2%	58人	40.6%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	111人	63.8%	107人	61.8%	92人	63.0%	88人	56.8%	85人	59.4%		
	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	62人	55.9%	66人	61.7%	61人	66.3%	52人	59.1%	46人	54.1%		
	⑤ 血圧 130/80以上		52人	83.9%	42人	63.6%	44人	72.1%	30人	57.7%	28人	60.9%		
	⑥ 肥満 BMI25以上		33人	53.2%	26人	39.4%	27人	44.3%	25人	48.1%	14人	30.4%		
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	49人	44.1%	41人	38.3%	31人	33.7%	36人	40.9%	39人	45.9%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(ー)	M	129人	74.1%	130人	75.1%	117人	80.1%	131人	84.5%	126人	88.1%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		16人	9.2%	23人	13.3%	18人	12.3%	15人	9.7%	9人	6.3%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		26人	14.9%	18人	10.4%	11人	7.5%	9人	5.8%	7人	4.9%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.7%		
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		129.8人		127.4人		122.2人		130.6人		130.2人			
	② (再掲)40～74歳(被保険者千対)		149.9人		145.2人		136.8人		145.0人		144.1人			
	③ レセプト件数 (40～74歳) (1件は複数受療者千対)	入院外(件数)	1,823件	(763.4)	1,836件	(793.1)	1,721件	(764.9)	1,739件	(794.4)	1,619件	(771.7)	319,711件	(930.6)
	④ 入院(件数)		13件	(5.4)	15件	(6.5)	13件	(5.8)	13件	(5.9)	5件	(2.4)	1,521件	(4.4)
	⑤ 糖尿病治療中	H	378人	13.0%	354人	12.7%	321人	12.2%	337人	13.1%	324人	13.0%		
	⑥ (再掲)40～74歳		373人	15.0%	349人	14.5%	317人	13.7%	333人	14.5%	318人	14.4%		
	⑦ 健診未受診者	I	262人	70.2%	238人	68.2%	225人	71.0%	245人	73.6%	233人	73.3%		
	⑧ インスリン治療	O	33人	8.7%	28人	7.9%	28人	8.7%	26人	7.7%	29人	9.0%		
	⑨ (再掲)40～74歳		33人	8.8%	28人	8.0%	28人	8.8%	26人	7.8%	28人	8.2%		
	⑩ 糖尿病性腎症	L	28人	7.4%	32人	9.0%	37人	11.5%	36人	10.7%	31人	9.6%		
	⑪ (再掲)40～74歳		26人	7.0%	31人	8.9%	37人	11.7%	36人	10.8%	30人	9.4%		
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.3%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	0人	0.0%		
	⑬ (再掲)40～74歳		1人	0.3%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	0人	0.0%		
	⑭ 新規透析患者数		0		0		1		0		1			
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0		0		0		0		1			
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.8%	14人	2.4%	14人	2.6%	14人	2.6%	15人	2.7%		
6	① 総医療費		9億8282万円		9億2401万円		8億4046万円		8億5577万円		8億1525万円		6億7051万円	
	② 生活習慣病総医療費		4億8022万円		4億6866万円		4億3134万円		4億3530万円		4億0247万円		3億5898万円	
	③ (総医療費に占める割合)		48.9%		50.7%		51.3%		50.9%		49.4%		53.5%	
	④ 生活習慣病 対象者 1人あたり 健診受診者		7,788円		8,644円		7,855円		8,458円		7,762円		9,063円	
	⑤ 健診未受診者		29,951円		29,574円		30,028円		32,515円		30,587円		37,482円	
	⑥ 糖尿病医療費		4997万円		5588万円		5532万円		5196万円		4731万円		4061万円	
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		11.9%		12.8%		11.9%		11.8%		11.3%	
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億4982万円		1億4590万円		1億4723万円		1億4995万円		1億5166万円			
	⑨ 1件あたり		31,428円		30,295円		31,779円		32,421円		35,163円			
	⑩ 糖尿病入院総医療費		9081万円		8826万円		8678万円		8349万円		7655万円			
	⑪ 1件あたり		518,896円		541,459円		525,955円		531,771円		571,262円			
	⑫ 在院日数		18日		18日		14日		15日		16日			
	⑬ 慢性腎不全医療費		1547万円		1330万円		771万円		675万円		893万円		2783万円	
	⑭ 透析有り		1459万円		1299万円		722万円		508万円		592万円		2567万円	
	⑮ 透析なし		88万円		31万円		49万円		167万円		301万円		216万円	
7	① 介護 介護給付費		12億9639万円		12億8201万円		13億5888万円		13億4644万円		13億2681万円		8億6719万円	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		1件 11.1%		1件 10.0%		1件 9.1%		2件 16.7%			
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%		2人 1.0%		3人 1.6%		2人 1.0%		2人 0.9%		622人 1.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

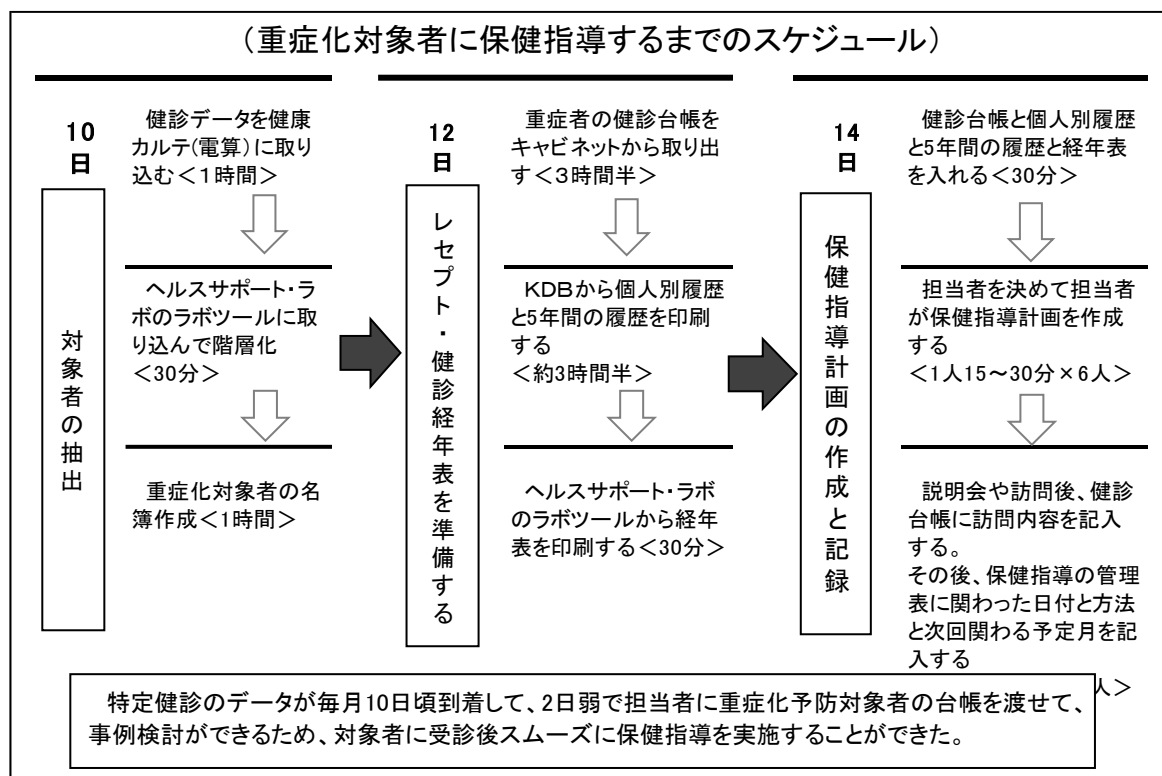
7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

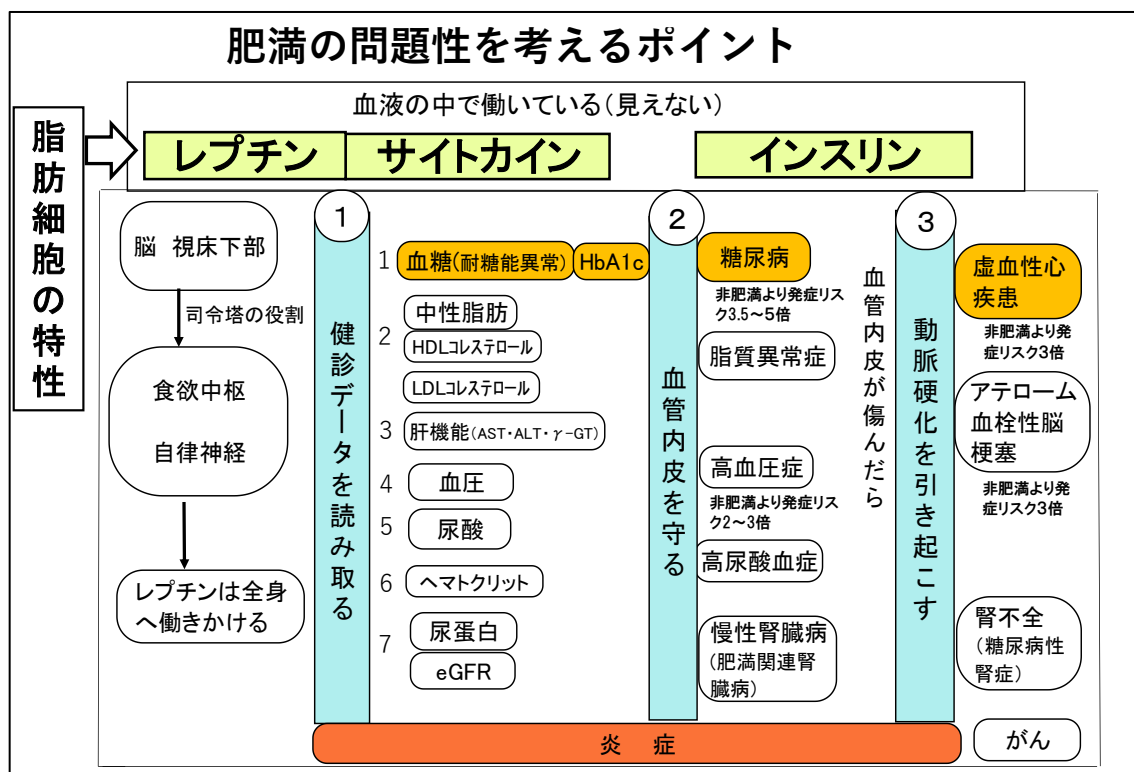
1) 基本的な考え方

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、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 59 肥満度分類による実態

		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
再掲	総数	255	819	67	159	56	146	8	13	2	0	1	0
				26.3%	19.4%	22.0%	17.8%	3.1%	1.6%	0.8%	0.0%	0.4%	0.0%
	男性	124	351	35	79	29	76	5	3	0	0	1	0
				28.2%	22.5%	23.4%	21.7%	4.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%
	女性	131	468	32	80	27	70	3	10	2	0	0	0
				24.4%	17.1%	20.6%	15.0%	2.3%	2.1%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%

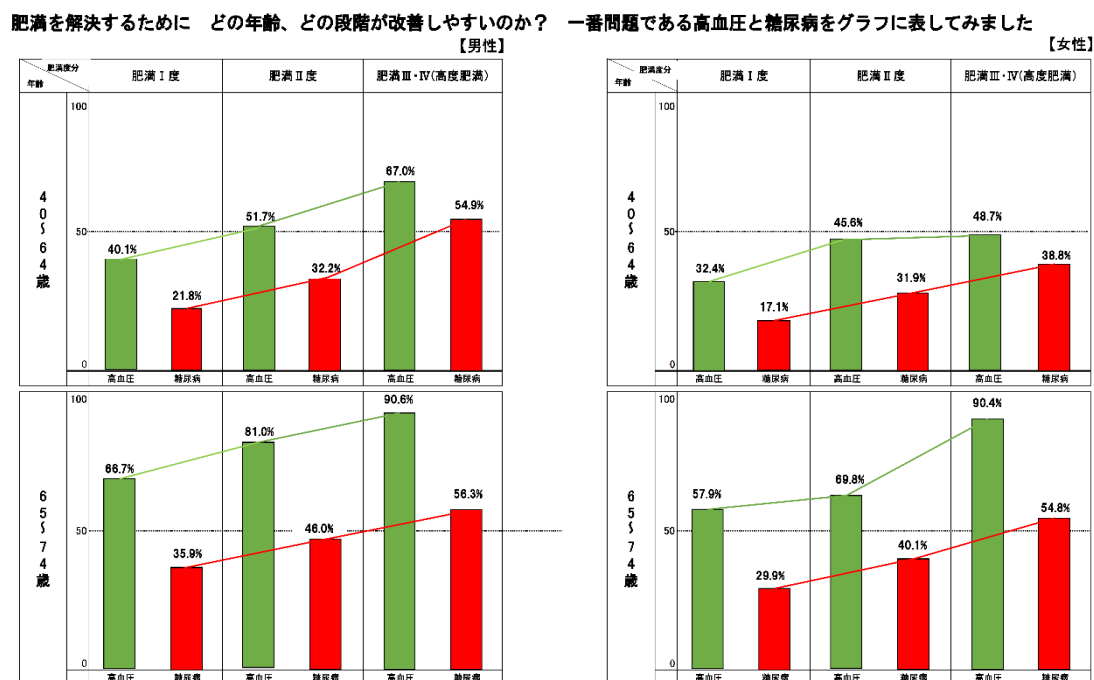
出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

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。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60 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？



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 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

「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

生活	肥満度	I 度	II 度	III 度	IV 度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べなくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れがする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れがする	・体重で足裏が痛い ・階段を下るときに体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くとき足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切るができない ・弱起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かさじつらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の重さを感じる ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「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る。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 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。

③ 心・脳血管疾患を発症した事例の共通点はメタボ該当者

図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例(例示)

事例 N o.	性別	発症 年齢	KDBから把握 レセプト								特定 健診	転 帰	
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患						介護
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心筋 梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症			
1	男	60代		●	●		●		●			メタボ	
2	男	60代	●		●		●		●	●		メタボ	死亡
3	男	50代	●				●	●	●		要介護2	メタボ	
4	男	50代		●		●	●	●	●	●		メタボ	
5	男	40代		●		●	●	●	●	●		メタボ	

鬼北町調べ

3)対象者の明確化

図表 63 年代別メタボリック該当者の状況

		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	475	33	35	188	219	599	22	42	247	288
メタボ該当者		B	123	6	11	47	59	53	2	3	19	29
		B/A	25.9%	18.2%	31.4%	25.0%	26.9%	8.8%	9.1%	7.1%	7.7%	10.1%
再掲	① 3項目全て	C	39	2	4	13	20	18	1	1	6	10
		C/B	31.7%	33.3%	36.4%	27.7%	33.9%	34.0%	50.0%	33.3%	31.6%	34.5%
	② 血糖＋血圧	D	32	0	0	15	17	6	0	0	2	4
		D/B	26.0%	0.0%	0.0%	31.9%	28.8%	11.3%	0.0%	0.0%	10.5%	13.8%
	③ 血圧＋脂質	E	46	2	6	17	21	27	1	2	9	15
		E/B	37.4%	33.3%	54.5%	36.2%	35.6%	50.9%	50.0%	66.7%	47.4%	51.7%
	④ 血糖＋脂質	F	6	2	1	2	1	2	0	0	2	0
		F/B	4.9%	33.3%	9.1%	4.3%	1.7%	3.8%	0.0%	0.0%	10.5%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリック該当者の治療状況

	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			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	475	123	25.9%	93	75.6%	30	24.4%	599	53	8.8%	43	81.1%	10	18.9%
40代	33	6	18.2%	3	50.0%	3	50.0%	22	2	9.1%	2	100.0%	0	0.0%
50代	35	11	31.4%	7	63.6%	4	36.4%	42	3	7.1%	3	100.0%	0	0.0%
60代	188	47	25.0%	32	68.1%	15	31.9%	247	19	7.7%	12	63.2%	7	36.8%
70～74歳	219	59	26.9%	51	86.4%	8	13.6%	288	29	10.1%	26	89.7%	3	10.3%

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 63)は、男性で 50 代から受診者の 2～3 割を超えるが、女性では 40～74 歳で 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 64)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、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、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た結果であると考えます。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) 対象者の選定基準の考え方

- 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。
- ④ 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。
- ⑤ 特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

(2)対象者の管理

対象者の進捗管理はメタボ(肥満)台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

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て行っていきます。

図表 65 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いますか？
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 膝に圧力がから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	

(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。鬼北町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

- ①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)
- ②負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ③微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ④75 g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

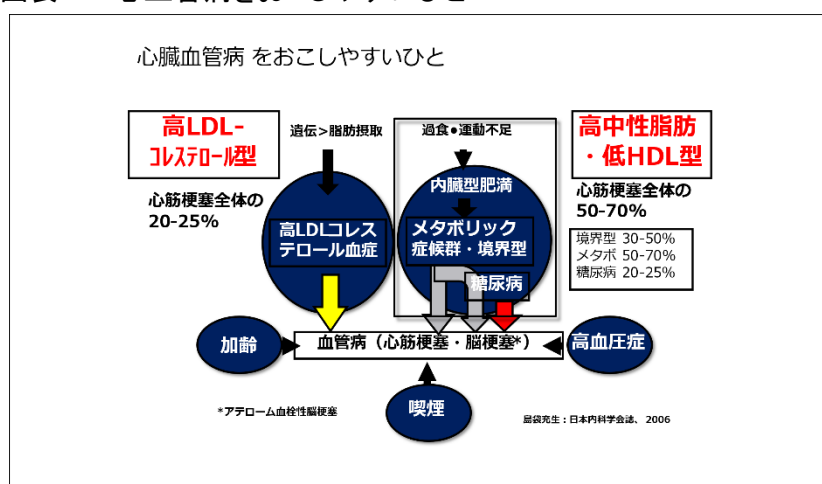
す。有所見者のうち、医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や、血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じた受診勧奨を行い、受診勧奨後の受診確認を行う体制強化の必要があります。

②心電図以外からの把握

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

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。(図表 69)

図表 69 心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 70)

図表 70 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
				213	146	70	34	4	5	55	40
				46.0%	31.5%	15.1%	7.3%	3.8%	4.8%	52.9%	38.5%
一次予防 まず生活習慣の改善を 行った後、薬物療法の適 応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	39	24	10	4	1	3	2	0	0
			8.4%	11.3%	6.8%	5.7%	2.9%	75.0%	40.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	194	79	66	32	17	0	3	29	17
			41.9%	37.1%	45.2%	45.7%	50.0%	0.0%	60.0%	52.7%	42.5%
	高リスク	120未満 (150未満)	194	90	59	31	14	1	0	22	22
			41.9%	42.3%	40.4%	44.3%	41.2%	25.0%	0.0%	40.0%	55.0%
		再掲 100未満 (130未満) ※1	13	5	4	4	0	0	0	2	2
			2.8%	2.3%	2.7%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	5.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に 薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	36	20	11	3	2	0	0	4	1
			7.8%	9.4%	7.5%	4.3%	5.9%	0.0%	0.0%	7.3%	2.5%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3) 保健指導の実施

(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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 71 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) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センター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 等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

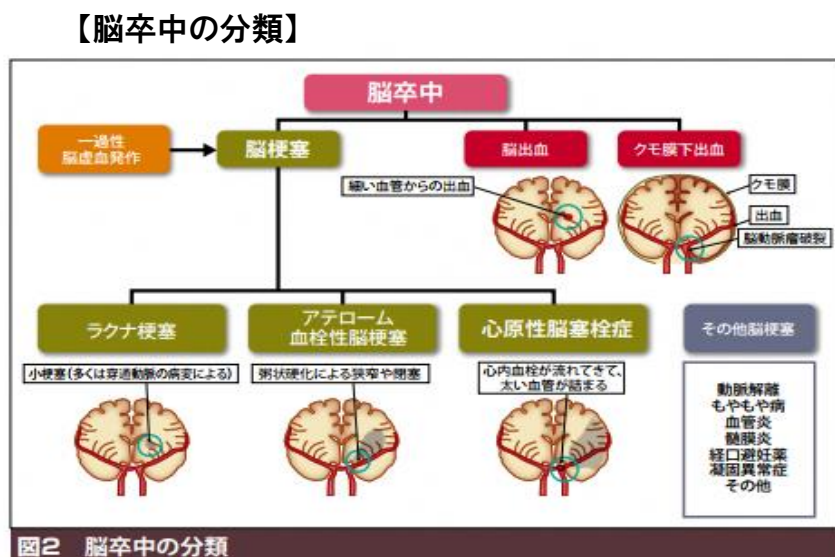
5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 72,73)

図表 72 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 73 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 74 でみると、高血圧治療者 1,037 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 115 人(11.1%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 111 人(10%)であり、そのうち 62 人(56%)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。

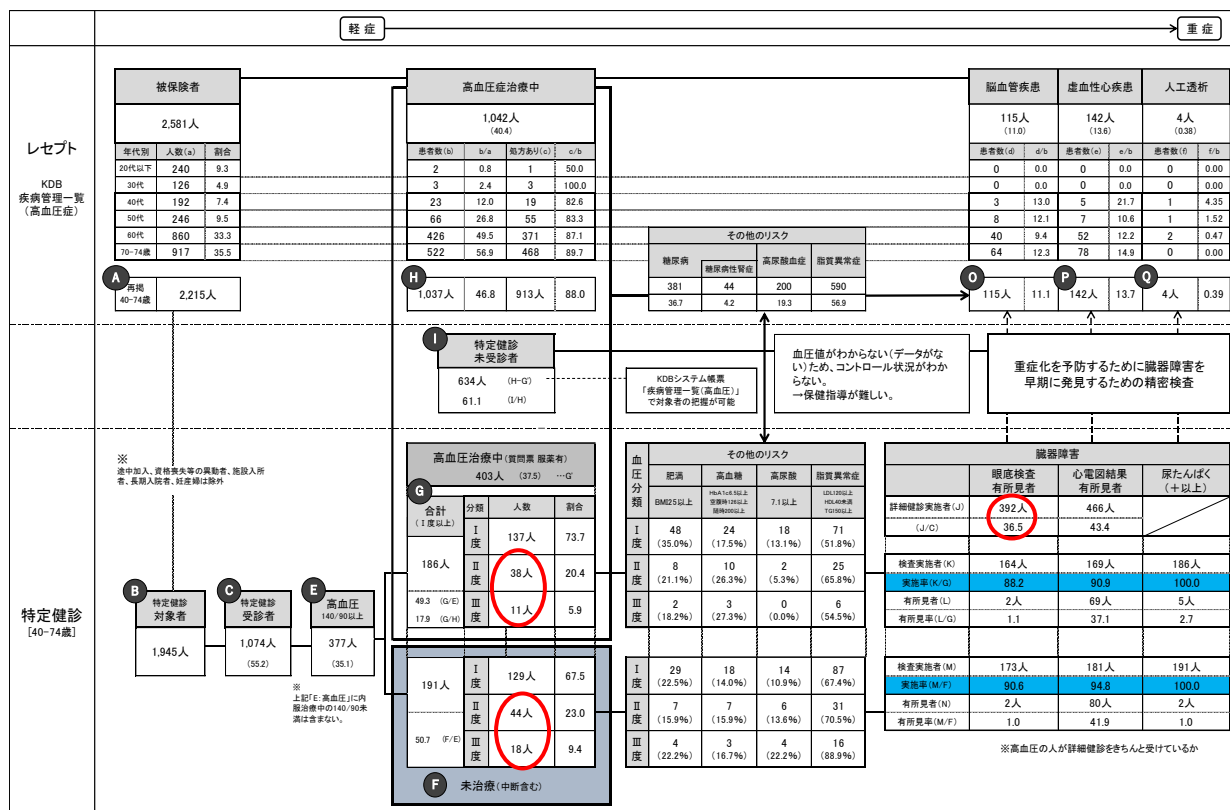
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 49 人(12.2%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

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ますが、鬼北町では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、集団健診を受診した方全員に実施しています。費用決済上の理由から連合会システムには詳細該当者しか結果の反映がされていません。検査を行う体制が整っているの、それを十分に生かすためにも、今後結果がシステムに反映されるよう仕組みづくりを行っていきます。

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

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



出典:ヘルスサポートラボツール

(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 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度					
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定					
(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会					
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子					
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化					
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画					
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		高値血圧		I 度高血圧	
		130～139 /80～89		140～159 /90～99	
		160～179 /100～109		180以上 /110以上	
		46.3%		36.2%	
		12.4%		5.1%	
リスク第1層 予後影響因子がない		C 14 6.7%		B 6 4.7%	
		A 2 4.5%		A 2 11.1%	
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		C 95 53.9%		B 65 50.4%	
		A 22 50.0%		A 10 55.6%	
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		B 56 39.3%		A 58 45.0%	
		A 20 45.5%		A 6 33.3%	
		…高リスク		…中等リスク	
		…低リスク			
		区分		該当者数	
		A		ただちに薬物療法を開始	
				118	
				33.1%	
		B		概ね1カ月後に再評価	
				129	
				36.2%	
		C		概ね3カ月後に再評価	
				109	
				30.6%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 75 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3) 心電図検査における心房細動の実態

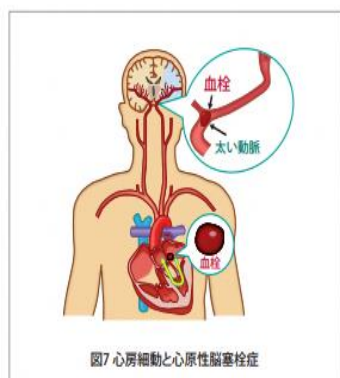


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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 76 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 76 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※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	475	599	213	44.8%	253	42.2%	7	3.3%	3	1.2%	--	--
40代	33	22	9	27.3%	4	18.2%	1	11.1%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	35	42	15	42.9%	16	38.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	188	247	80	42.6%	105	42.5%	2	2.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	219	288	109	49.8%	128	44.4%	4	3.7%	3	2.3%	3.4%	1.1%

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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
10	3	30.0%	7	70.0%

鬼北町調べ

心電図検査において 10 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。また、心電図有所見者 10 人のうち 7 人は既に治療が開始されていましたが、3 人はまだ治療につながっていません。

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、引き続き心電図検査の全数実施を行うことが望まれます。

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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(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。

- 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) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように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

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

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

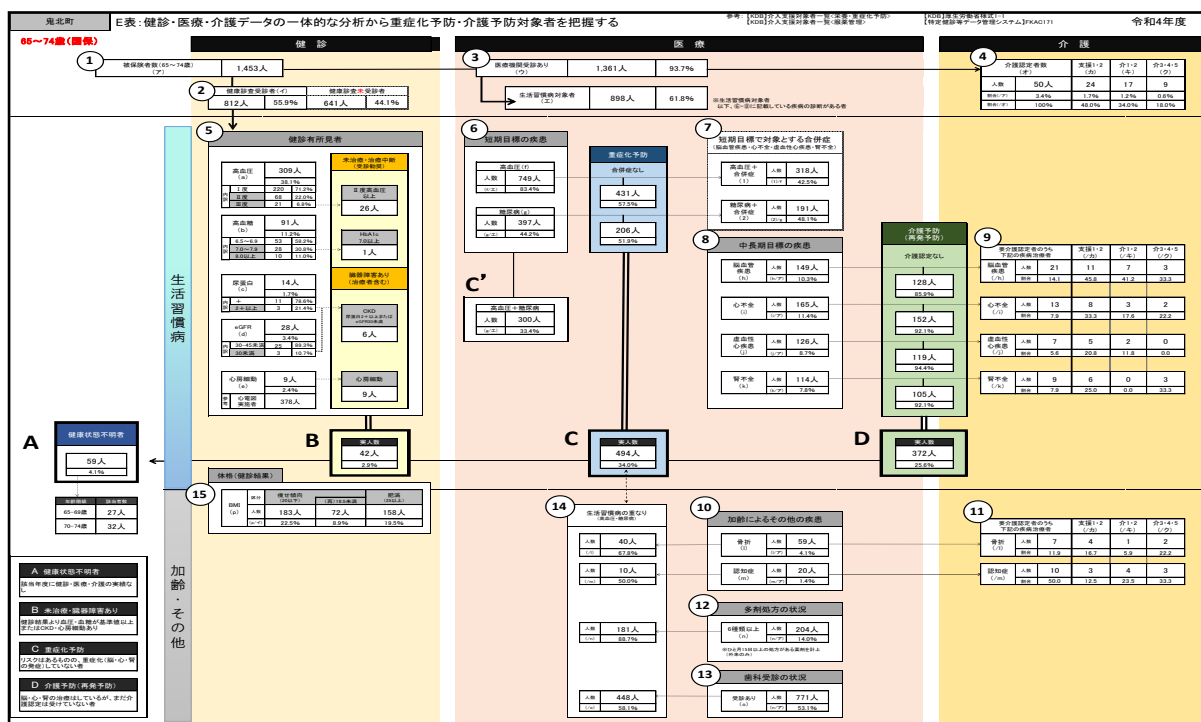
鬼北町は、令和2年度より愛媛県後期高齢者広域連合から、鬼北町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

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軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。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。

鬼北町においては、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、データをライフサイクルの視点で見ていることが必要であります。

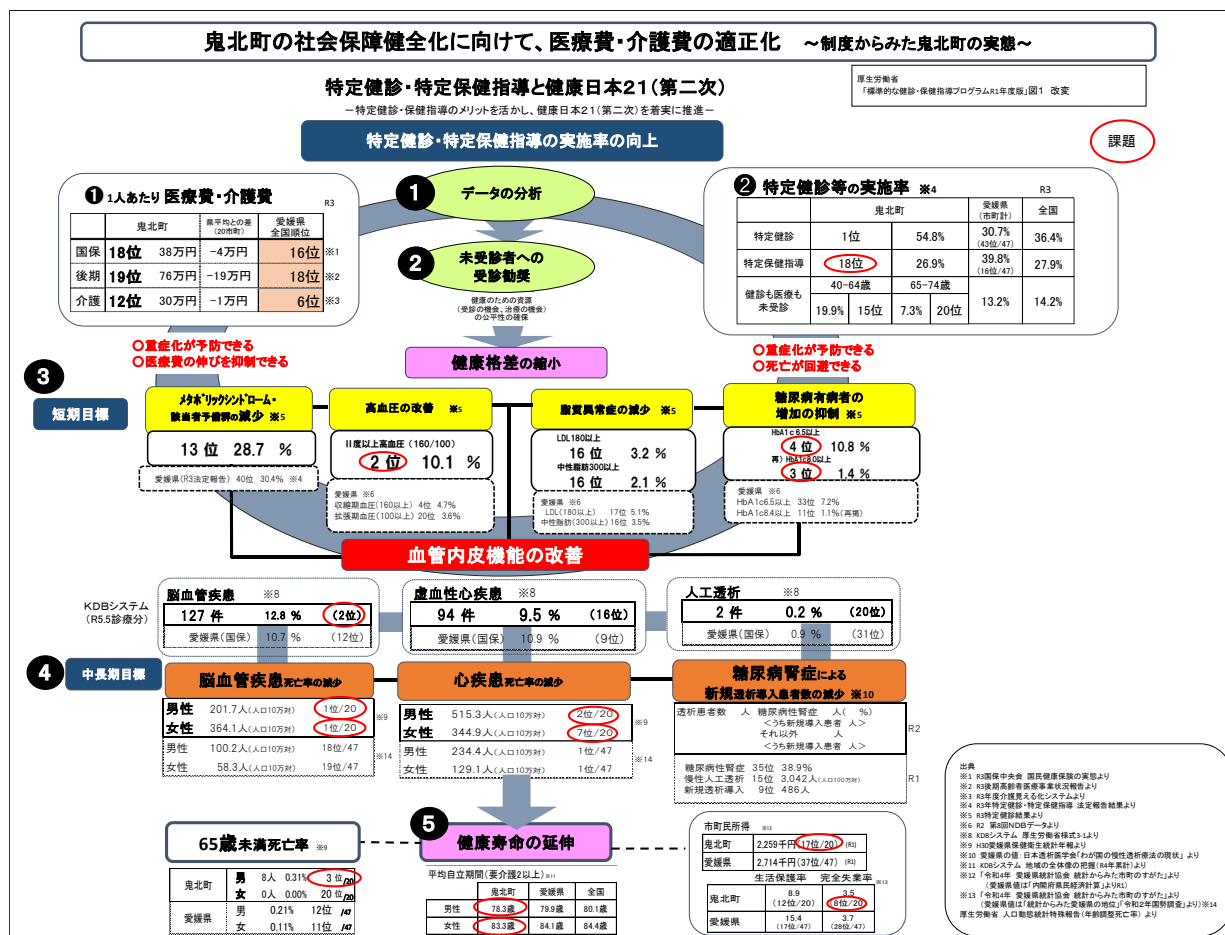
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　―基本的考え方―　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																				
発症予防																				
重症化予防																				
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）			
6条 健康増進事業実施者		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】																		
2　計画		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
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・幼稚園健康診査	就学時健診 （11・12歳）		児童・生徒の定期健康診断 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （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）					
5　対象者 健診内容		血糖	95mg/dl以上																	
		HbA1c	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																	
		(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																		
		肥満度				かつ18以上														
		尿糖	(+) 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 80)

図表 80 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・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り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鬼北町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた鬼北町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた鬼北町の位置

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	9,682		1,680,058		1,299,781		123,214,261		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			65歳以上(高齢化率)	4,528	46.8	662,426	39.4	434,279	33.4	35,335,805	28.7		
			75歳以上	2,532	26.2	---	---	226,536	17.4	18,248,742	14.8		
			65～74歳	1,996	20.6	---	---	207,743	16.0	17,087,063	13.9		
			40～64歳	2,897	29.9	---	---	425,925	32.8	41,545,893	33.7		
		39歳以下	2,257	23.3	---	---	439,577	33.8	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	16.8		17.0		7.7		4.0		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	20.1		25.3		24.2		25.0			
			第3次産業	63.1		57.7		68.0		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.2		80.4		80.2		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性			87.1		86.9		86.8		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性					79.9		80.1		KDB NO.1 地域全体像の把握		
		女性					84.1		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	106.5	103.1	103.6	100	KDB NO.1 地域全体像の把握				
				女性	98.2	101.3	101.6	100					
			死因	がん	37	35.6	7,089	46.3		4,549	46.0	378,272	50.6
				心臓病	34	32.7	4,562	29.8		3,204	32.4	205,485	27.5
				脳疾患	24	23.1	2,404	15.7		1,376	13.9	102,900	13.8
				糖尿病	2	1.9	283	1.8		211	2.1	13,896	1.9
				腎不全	5	4.8	622	4.1		332	3.4	26,946	3.6
				自殺	2	1.9	346	2.3		221	2.2	20,171	2.7
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	9	0.17%			1,361	0.15%	129,016	0.14%	厚労省HP 人口動態調査 R4	
			男性	6	0.23%			874	0.20%	84,891	0.19%		
		女性	3	0.12%			487	0.11%	44,125	0.10%			
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	896	20.0	127,161	19.4	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	要支援1.2	3,243	17.4	365,856	13.2	378,847	17.0	21,785,044		12.9
				要介護1.2	8,536	45.7	1,297,770	46.8	1,014,715	45.6	78,107,378		46.3
				要介護3以上	6,880	36.9	1,111,908	40.1	829,972	37.3	68,963,503		40.8
				2号認定者	15	0.52	2,073	0.39	1,752	0.41	156,107		0.38
			②	有病状況	糖尿病	187	19.2	30,162	22.6	24,592	25.2		1,712,613
	高血圧症	465			49.1	71,773	54.3	53,626	55.3	3,744,672	53.3		
	脂質異常症	284			29.6	39,654	29.6	36,861	37.9	2,308,216	32.6		
	心臓病	544			58.2	80,304	60.9	60,516	62.6	4,224,628	60.3		
	脳疾患	230			25.3	30,910	23.8	25,615	26.7	1,568,292	22.6		
	がん	76			8.6	14,782	11.0	11,323	11.6	837,410	11.8		
	筋・骨格	487			53.3	71,540	54.1	56,168	58.1	3,748,372	53.4		
	精神	312			34.2	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	293,023	1,326,808,561	314,188	208,126,001,519	320,144	139,031,909,784	290,668	10074274228,889		
			1件当たり給付費(全体)	71,108		74,986		62,527		59,662			
			居宅サービス	51,015		43,722		44,617		41,272			
			施設サービス	284,755		289,312		293,644		296,364			
	④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	7,236	9,224	8,073	8,610		8,610			
				認定なし	3,820	4,375	4,125	4,020		4,020			
	4	①	国保の状況	被保険者数	2,368		427,153		280,726		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況
65～74歳				1,458	61.6			137,232	48.9	11,129,271	40.5		
40～64歳				640	27.0			86,793	30.9	9,088,015	33.1		
39歳以下				270	11.4			56,701	20.2	7,271,596	26.5		
加入率				24.5		25.6		21.6		22.3			
②		医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.8	150	0.4	134	0.5	8,237	0.3		
			診療所数	12	5.1	1,147	2.7	1,213	4.3	102,599	3.7		
			病床数	232	98.0	15,964	37.4	20,594	73.4	1,507,471	54.8		
			医師数	20	8.4	1,780	4.2	3,847	13.7	339,611	12.4		
			外来患者数	737.8		692.2		748.2		687.8			
			入院患者数	21.1		22.7		23.0		17.7			
③		医療費の状況	一人当たり医療費	344,276	県内20位 同規模188位	376,732		390,048		339,680		KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
			受診率	758.841		714.851		771.192		705.439			
			外 来	費用の割合	58.6	56.3		57.7		60.4			
				件数の割合	97.2	96.8		97.0		97.5			
			入 院	費用の割合	41.4	43.7		42.3		39.6			
				件数の割合	2.8	3.2		3.0		2.5			
			1件あたり在院日数	16.1日		16.4日		16.5日		15.7日			

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								
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 (請割合む)	がん	102,705,150	25.5	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)	5,917,550	1.5	7.2	6.9	8.2										
			糖尿病	47,309,160	11.8	11.3	10.2	10.4										
			高血圧症	30,325,140	7.5	6.6	5.7	5.9										
			脂質異常症	17,719,820	4.4	3.8	3.5	4.1										
			脳梗塞・脳出血	13,473,210	3.3	3.9	4.3	3.9										
			狭心症・心筋梗塞	20,266,320	5.1	2.8	2.9	2.8										
			精神	75,284,290	18.7	14.9	15.4	14.7										
			筋・骨格	83,943,950	20.9	17.3	18.0	16.7										
	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	14	0.0	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	1,445	1.0	1,426	0.9	1,400	0.8	1,144	0.9						
				脂質異常症	65	0.0	69	0.0	95	0.1	53	0.0						
				脳梗塞・脳出血	4,833	3.4	6,762	4.1	7,522	4.6	5,993	4.5						
				虚血性心疾患	6,299	4.4	4,422	2.7	4,360	2.6	3,942	2.9						
		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	腎不全	357	0.3	4,755	2.9	4,689	2.8	4,051	3.0						
				高血圧症	12,792	6.3	12,793	6.0	11,793	5.2	10,143	4.9						
				糖尿病	18,890	9.4	21,925	10.3	20,683	9.2	17,720	8.6						
				脂質異常症	7,418	3.7	7,608	3.6	7,354	3.3	7,092	3.5						
				脳梗塞・脳出血	856	0.4	943	0.4	1,383	0.6	825	0.4						
5	⑥	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	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,701	3,122	1,855	2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題								
				健診未受診者	10,646	12,911	15,257	13,295										
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,762	9,063	5,151	6,142	KDB NO.1 地域全体像の把握									
				健診未受診者	30,587	37,482	42,378	40,210										
			⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	655	62.4	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	591	56.3	74,754	52.3	36,976	54.2	3,543,116	52.0					
					医療機関非受診率	64	6.1	8,429	5.9	3,487	5.1	337,939	5.0					
					6	①	問診の状況	服薬	健診受診者	1,049	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	53.9	県内1位 同規模51位	45.7	32.9			全国43位	37.1	
									特定保健指導終了者(実施率)	78	65.5	4,122	24.0			1,969	23.7	107,925
	非肥満高血糖	121							11.5	14,617	10.2	6,471	9.5			615,549	9.0	
	メタボ	該当者							172	16.4	30,946	21.7	13,073			19.2	1,382,506	20.3
		男性							120	26.2	21,803	32.2	9,026			30.8	965,486	32.0
		女性	52	8.8					9,143	12.2	4,047	10.4	417,020	11.0				
		予備群	129	12.3					16,570	11.6	7,459	10.9	765,405	11.2				
		男性	83	18.1					11,708	17.3	5,111	17.4	539,738	17.9				
		女性	46	7.8					4,862	6.5	2,348	6.0	225,667	5.9				
	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	328					31.3	52,255	36.6	22,649	33.2	2,380,778		34.9		
			男性	222					48.5	36,735	54.3	15,569	53.1	1,666,592		55.3		
女性			106	17.9					15,520	20.7	7,080	18.2	714,186	18.8				
BMI		総数	35	3.3					8,339	5.8	3,479	5.1	320,038	4.7				
		男性	5	1.1					1,408	2.1	576	2.0	51,248	1.7				
		女性	30	5.1					6,931	9.2	2,903	7.5	268,790	7.1				
血糖のみ		5	0.5	988					0.7	425	0.6	43,519	0.6					
血圧のみ		105	10.0	12,098					8.5	5,415	7.9	539,490	7.9					
脂質のみ		19	1.8	3,484					2.4	1,619	2.4	182,396	2.7					
血糖・血圧		38	3.6	5,238	3.7	1,985	2.9	203,072	3.0									
血糖・脂質		7	0.7	1,494	1.0	649	1.0	70,267	1.0									
血圧・脂質		72	6.9	13,843	9.7	6,246	9.2	659,446	9.7									
血糖・血圧・脂質		55	5.2	10,371	7.3	4,193	6.1	449,721	6.6									
6	②	問診の状況	既往歴	高血圧	393	37.5	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	82	7.8	15,013	10.5	5,231	7.7	589,470	8.7						
				脂質異常症	258	24.6	39,703	27.8	18,399	27.0	1,899,637	27.9						
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	19	1.8	4,468	3.3	2,048	3.0	207,385	3.1						
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	113	10.8	8,449	6.2	5,340	7.9	365,407	5.5						
				腎不全	19	1.8	1,305	0.9	890	1.3	53,898	0.8						
				貧血	308	29.4	12,438	9.0	11,405	16.8	702,088	10.7						
				6	③	生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	61	6.0	11,653	8.6		4,163	8.9	642,886	10.4	KDB NO.1 地域全体像の把握
								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)	130	12.8	22,065	16.4		6,796	14.5	976,348	15.7	
								週3回以上就寝前夕食	130	12.8	22,065	16.4		6,796	14.5	976,348	15.7	
								食べる速度が遅い	284	28.1	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	305	30.1	48,538	35.9		16,628	35.5	2,175,065	35.0	
								1回30分以上運動習慣なし	554	54.7	88,417	65.2		25,933	55.4	3,749,069	60.4	
								1日1時間以上運動なし	245	24.2	63,680	47.0		16,734	35.7	2,982,100	48.0	
								睡眠不足	258	25.5	32,768	24.2		13,268	28.3	1,587,311	25.6	
								毎日飲酒	270	26.7	36,601	26.4		10,430	22.2	1,658,999	25.5	
								時々飲酒	216	21.3	29,121	21.0		10,112	21.5	1,463,468	22.5	
								④	日 飲 酒 量	1合未満	523	63.4		54,805	59.9	24,975	66.5	
1～2合	220	26.7	24,287							26.5	8,752	23.3	1,101,465	23.7				
2～3合	67	8.1	9,527							10.4	3,059	8.1	434,461	9.4				
3合以上	15	1.8	2,893							3.2	773	2.1	128,716	2.8				

① 40～64 歳(国保)



③ 65～74 歳(国保)

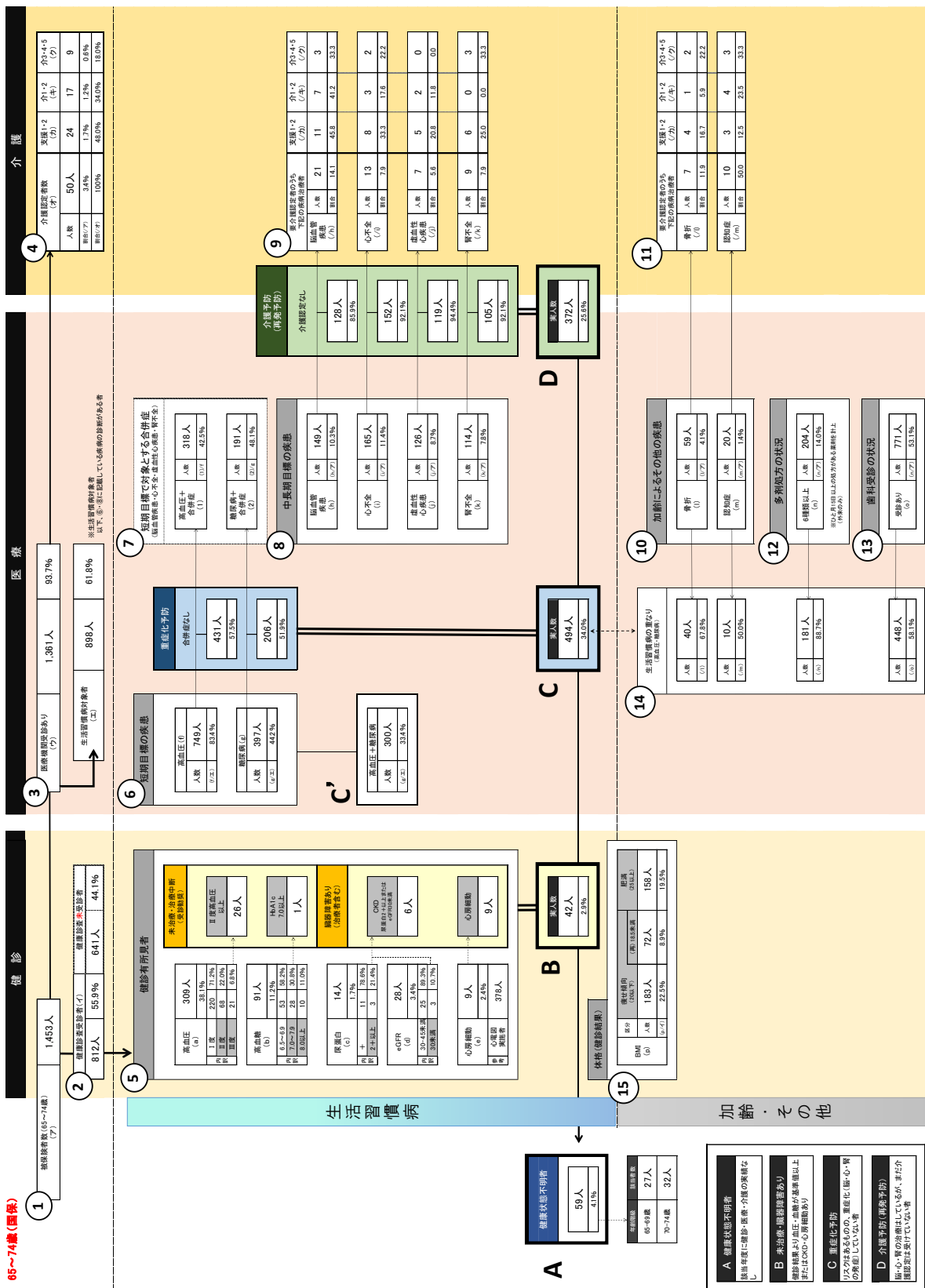
令和4年度

【OD】厚生労働省様式-1
【特定調査データ】PAC171

参考：【OD】介入支援対象者一覧＜重症・重症化予防＞
【OD】介入支援対象者一覧＜重症管理＞

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

見北町
65～74歳(国保)

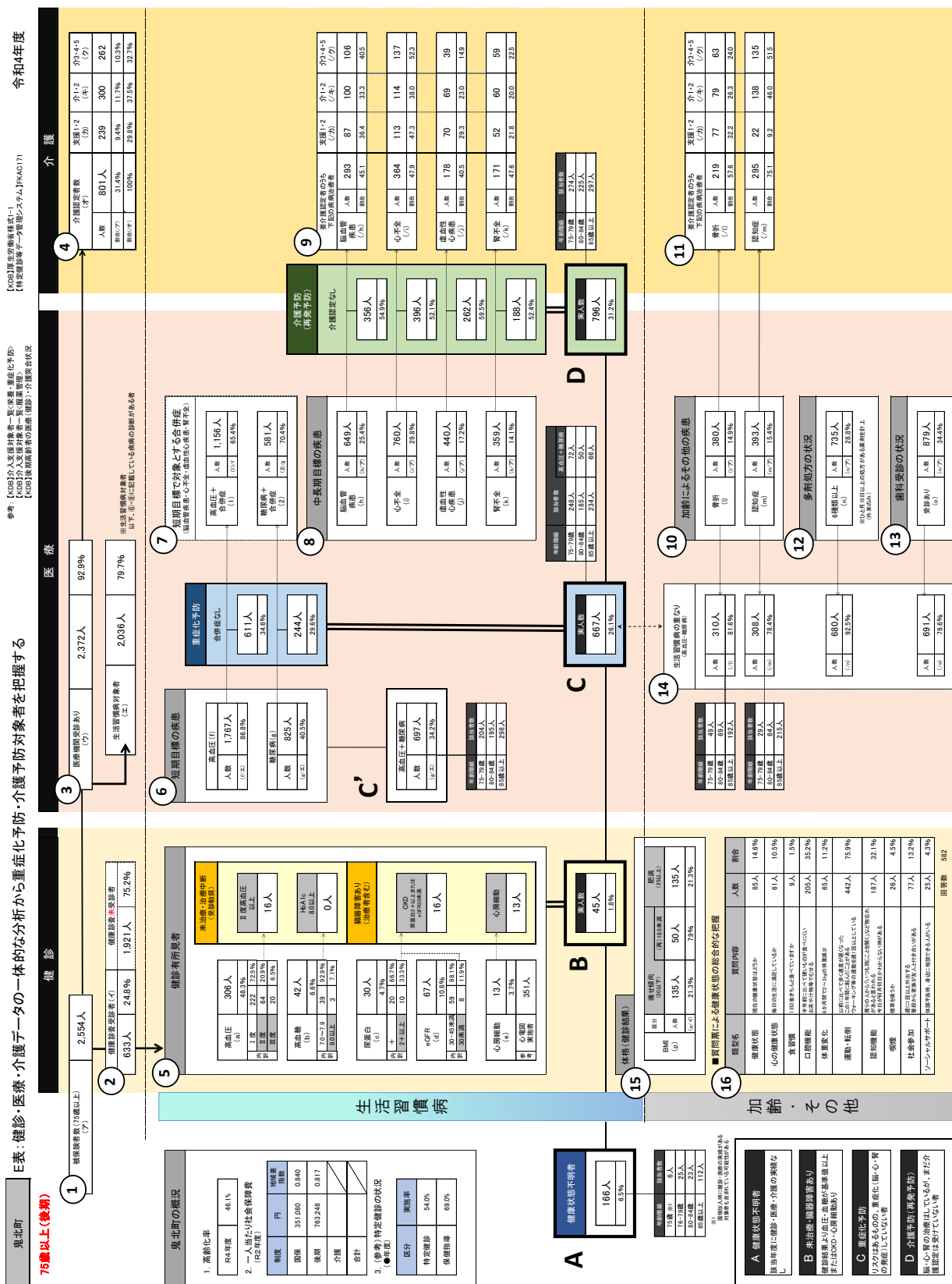


令和4年度

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

【KDB】厚生労働省様式1-1
特定健診等データ管理システム【FAC171
令和4年度

【KDB】介入支援対象者一覽<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覽<服薬管理>



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

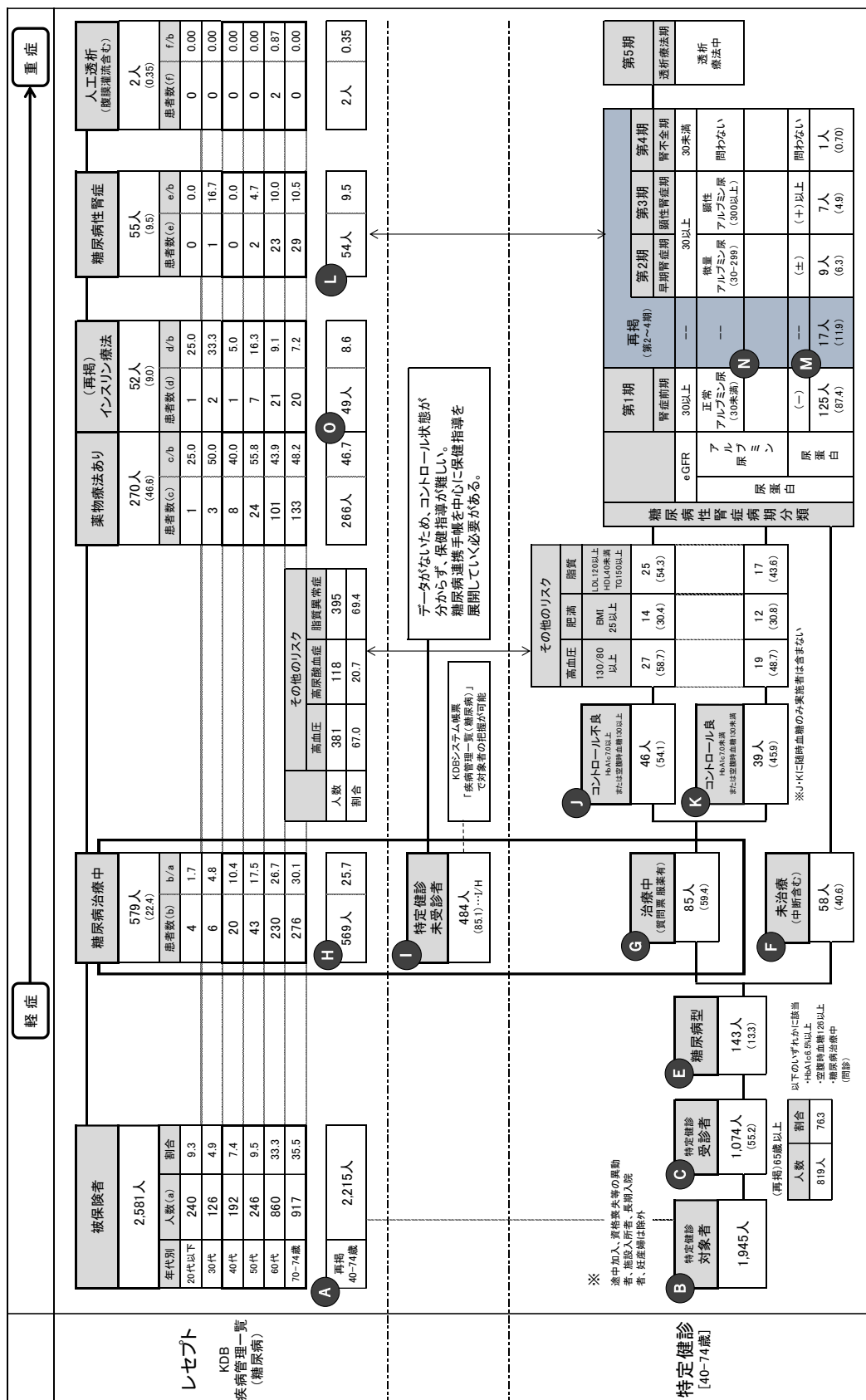
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目			突合表	鬼北町										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	2,912人		2,778人		2,627人		2,581人		2,488人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳		2,489人		2,403人		2,318人		2,297人		2,207人					
2	①	対象者数	B	2,207人		2,138人		2,097人		2,015人		1,939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	1,286人		1,254人		1,164人		1,151人		1,047人					
	③	受診率		57.0%		56.5%		53.7%		54.8%		54.0%					
3	①	特定 対象者数		146人		148人		129人		134人		113人					
	②	保健指導 実施率		74.0%		60.1%		56.6%		26.9%		69.0%					
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	174人	13.5%	173人	13.8%	146人	12.5%	155人	13.5%	143人	13.3%		特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	63人	36.2%	66人	38.2%	54人	37.0%	67人	43.2%	58人	40.6%			
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	111人	63.8%	107人	61.8%	92人	63.0%	88人	56.8%	85人	59.4%			
	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	62人	55.9%	66人	61.7%	61人	66.3%	52人	59.1%	46人	54.1%			
	⑤		血圧 130/80以上		52人	83.9%	42人	63.6%	44人	72.1%	30人	57.7%	28人	60.9%			
	⑥		肥満 BMI25以上		33人	53.2%	26人	39.4%	27人	44.3%	25人	48.1%	14人	30.4%			
	⑦		コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	49人	44.1%	41人	38.3%	31人	33.7%	36人	40.9%	39人	45.9%			
	⑧		第1期 尿蛋白(一)	M	129人	74.1%	130人	75.1%	117人	80.1%	131人	84.5%	126人	88.1%			
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		16人	9.2%	23人	13.3%	18人	12.3%	15人	9.7%	9人	6.3%			
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		26人	14.9%	18人	10.4%	11人	7.5%	9人	5.8%	7人	4.9%			
	⑪		第4期 eGFR30未満		1人	0.6%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.7%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		129.8人		127.4人		122.2人		130.6人		130.2人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)		149.9人		145.2人		136.8人		145.0人		144.1人				
	③		レセプト件数 (40-74歳)		1,823件	(763.4)	1,836件	(793.1)	1,721件	(764.9)	1,739件	(794.4)	1,619件	(771.7)	319,711件	(930.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院外(件数)		13件	(5.4)	15件	(6.5)	13件	(5.8)	13件	(5.9)	5件	(2.4)	1,521件	(4.4)	
	⑤		入院(件数)		378人	13.0%	354人	12.7%	321人	12.2%	337人	13.1%	324人	13.0%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		糖尿病治療中	H	378人	13.0%	354人	12.7%	321人	12.2%	337人	13.1%	324人	13.0%			
	⑦		(再掲)40-74歳		373人	15.0%	349人	14.5%	317人	13.7%	333人	14.5%	318人	14.4%			
	⑧		健診未受診者	I	262人	70.2%	238人	68.2%	225人	71.0%	245人	73.6%	233人	73.3%			
	⑨		インスリン治療	O	33人	8.7%	28人	7.9%	28人	8.7%	26人	7.7%	29人	9.0%			
	⑩		(再掲)40-74歳		33人	8.8%	28人	8.0%	28人	8.8%	26人	7.8%	26人	8.2%			
	⑪		糖尿病性腎症	L	28人	7.4%	32人	9.0%	37人	11.5%	36人	10.7%	31人	9.6%			
	⑫		(再掲)40-74歳		26人	7.0%	31人	8.9%	37人	11.7%	36人	10.8%	30人	9.4%			
	⑬		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.3%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	0人	0.0%			
	⑭		(再掲)40-74歳		1人	0.3%	1人	0.3%	0人	0.0%	1人	0.3%	0人	0.0%			
	⑮		新規透析患者数		0		0		1		0		1				
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症		0		0		0		0		1				
	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)		11人	1.8%	14人	2.4%	14人	2.6%	14人	2.6%	15人	2.7%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		9億8282万円		9億2401万円		8億4046万円		8億5577万円		8億1525万円		6億7051万円	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		4億8022万円		4億6866万円		4億3134万円		4億3530万円		4億0247万円		3億5898万円		
	③		(総医療費に占める割合)		48.9%		50.7%		51.3%		50.9%		49.4%		53.5%		
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		7,788円		8,644円		7,855円		8,458円		7,762円		9,063円		
	⑤		健診未受診者		29,951円		29,574円		30,028円		32,515円		30,587円		37,482円		
	⑥		糖尿病医療費		4997万円		5588万円		5532万円		5196万円		4731万円		4061万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%		11.9%		12.8%		11.9%		11.8%		11.3%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億4982万円		1億4590万円		1億4723万円		1億4995万円		1億5166万円				
	⑨		1件あたり		31,428円		30,295円		31,779円		32,421円		35,163円				
	⑩		糖尿病入院総医療費		9081万円		8826万円		8678万円		8349万円		7655万円				
	⑪		1件あたり		518,896円		541,459円		525,955円		531,771円		571,262円				
	⑫		在院日数		18日		18日		14日		15日		16日				
	⑬		慢性腎不全医療費		1547万円		1330万円		771万円		675万円		893万円		2783万円		
	⑭		透析有り		1459万円		1299万円		722万円		508万円		592万円		2567万円		
	⑮		透析なし		88万円		31万円		49万円		167万円		301万円		216万円		
7	①	介護	介護給付費		12億9639万円		12億8201万円		13億5888万円		13億4644万円		13億2681万円		8億6719万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%		1件 11.1%		1件 10.0%		1件 9.1%		2件 16.7%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人 0.0%		2人 1.0%		3人 1.6%		2人 1.0%		2人 0.9%		622人 1.0%	KDB_健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	

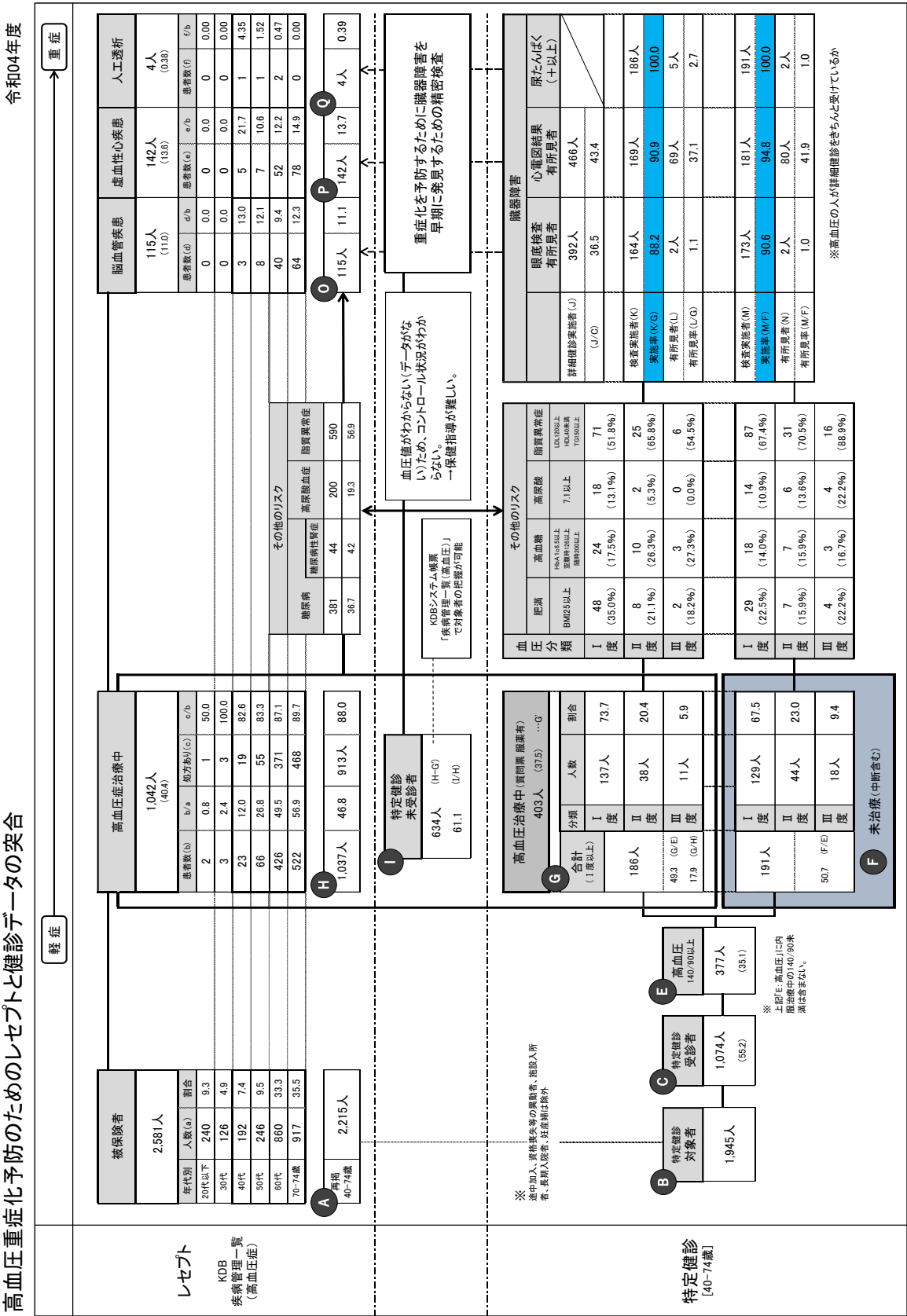
参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

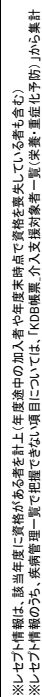
令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、I・KDB帳票「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計



令和04年度



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									
								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	
		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	1,259	473	37.6%	498	39.6%	163	12.9%	54	4.3%	43	3.4%	28	2.2%	42	3.3%	21	1.7%
H30	1,254	523	41.7%	461	36.8%	148	11.8%	53	4.2%	50	4.0%	19	1.5%	41	3.3%	13	1.0%
R01	1,202	397	33.0%	496	41.3%	177	14.7%	63	5.2%	52	4.3%	17	1.4%	46	3.8%	10	0.8%
R02	1,122	402	35.8%	442	39.4%	167	14.9%	54	4.8%	39	3.5%	18	1.6%	38	3.4%	15	1.3%
R03	1,098	361	32.9%	454	41.3%	175	15.9%	47	4.3%	44	4.0%	17	1.5%	33	3.0%	11	1.0%
R04	1,066	338	31.7%	447	41.9%	166	15.6%	64	6.0%	36	3.4%	15	1.4%	29	2.7%	8	0.8%

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)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	1,259	473 37.6%	498 39.6%	163 12.9%	125	52	73										
					9.9%	41.6%	58.4%										
					71 5.6%	14 19.7%	57 80.3%										
H30	1,254	523 41.7%	461 36.8%	148 11.8%	122	45	77										
					9.7%	36.9%	63.1%										
					69 5.5%	18 26.1%	51 73.9%										
R01	1,202	397 33.0%	496 41.3%	177 14.7%	132	54	78										
					11.0%	40.9%	59.1%										
					69 5.7%	16 23.2%	53 76.8%										
R02	1,122	402 35.8%	442 39.4%	167 14.9%	111	42	69										
					9.9%	37.8%	62.2%										
					57 5.1%	12 21.1%	45 78.9%										
R03	1,098	361 32.9%	454 41.3%	175 15.9%	108	51	57										
					9.8%	47.2%	52.8%										
					61 5.6%	19 31.1%	42 68.9%										
R04	1,066	338 31.7%	447 41.9%	166 15.6%	115	50	65										
					10.8%	43.5%	56.5%										
					51 4.8%	15 29.4%	36 70.6%										

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	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
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	98	7.8%	2	2.0%	6	6.1%	17	17.3%	16	16.3%	34	34.7%	23	23.5%	36	36.7%	16	16.3%		
	H30	108	8.6%	2	1.9%	5	4.6%	24	22.2%	26	24.1%	34	31.5%	17	15.7%	33	30.6%	12	11.1%		
	R01	103	8.6%	1	1.0%	5	4.9%	19	18.4%	25	24.3%	38	36.9%	15	14.6%	39	37.9%	8	7.8%		
	R02	88	7.8%	0	0.0%	2	2.3%	17	19.3%	24	27.3%	31	35.2%	14	15.9%	32	36.4%	11	12.5%		
	R03	83	7.6%	2	2.4%	5	6.0%	19	22.9%	15	18.1%	31	37.3%	11	13.3%	25	30.1%	8	9.6%		
	R04	85	8.0%	0	0.0%	3	3.5%	17	20.0%	29	34.1%	27	31.8%	9	10.6%	20	23.5%	4	4.7%		
治療なし	H29	1,161	92.2%	471	40.6%	492	42.4%	146	12.6%	38	3.3%	9	0.8%	5	0.4%	6	0.5%	5	0.4%		
	H30	1,146	91.4%	521	45.5%	456	39.8%	124	10.8%	27	2.4%	16	1.4%	2	0.2%	8	0.7%	1	0.1%		
	R01	1,099	91.4%	396	36.0%	491	44.7%	158	14.4%	38	3.5%	14	1.3%	2	0.2%	7	0.6%	2	0.2%		
	R02	1,034	92.2%	402	38.9%	440	42.6%	150	14.5%	30	2.9%	8	0.8%	4	0.4%	6	0.6%	4	0.4%		
	R03	1,015	92.4%	359	35.4%	449	44.2%	156	15.4%	32	3.2%	13	1.3%	6	0.6%	8	0.8%	3	0.3%		
	R04	981	92.0%	338	34.5%	444	45.3%	149	15.2%	35	3.6%	9	0.9%	6	0.6%	9	0.9%	4	0.4%		

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	1,263	288	22.8%	165	13.1%	304	24.1%	394	31.2%	95	7.5%	17	1.3%
H30	1,257	283	22.5%	174	13.8%	318	25.3%	346	27.5%	118	9.4%	18	1.4%
R01	1,208	292	24.2%	186	15.4%	282	23.3%	330	27.3%	103	8.5%	15	1.2%
R02	1,126	216	19.2%	150	13.3%	278	24.7%	360	32.0%	100	8.9%	22	2.0%
R03	1,104	223	20.2%	170	15.4%	267	24.2%	300	27.2%	111	10.1%	33	3.0%
R04	1,074	261	24.3%	170	15.8%	266	24.8%	266	24.8%	82	7.6%	29	2.7%

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	1,263	453 35.9%	304 24.1%	394 31.2%	112 8.9%	69 61.6%	43 38.4%										
					17 1.3%	14 82.4%	3 17.6%										
H30	1,257	457 36.4%	318 25.3%	346 27.5%	136 10.8%	79 58.1%	57 41.9%										
					18 1.4%	13 72.2%	5 27.8%										
R01	1,208	478 39.6%	282 23.3%	330 27.3%	118 9.8%	67 56.8%	51 43.2%										
					15 1.2%	9 60.0%	6 40.0%										
R02	1,126	366 32.5%	278 24.7%	360 32.0%	122 10.8%	65 53.3%	57 46.7%										
					22 2.0%	12 54.5%	10 45.5%										
R03	1,104	393 35.6%	267 24.2%	300 27.2%	144 13.0%	81 56.3%	63 43.8%										
					33 3.0%	20 60.6%	13 39.4%										
R04	1,074	431 40.1%	266 24.8%	266 24.8%	111 10.3%	62 55.9%	49 44.1%										
					29 2.7%	18 62.1%	11 37.9%										

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	471	37.3%	54	11.5%	53	11.3%	115	24.4%	206	43.7%	40	8.5%
	H30	459	36.5%	61	13.3%	60	13.1%	130	28.3%	151	32.9%	52	11.3%
	R01	457	37.8%	65	14.2%	55	12.0%	129	28.2%	157	34.4%	45	9.8%
	R02	421	37.4%	35	8.3%	43	10.2%	114	27.1%	172	40.9%	47	11.2%
	R03	415	37.6%	40	9.6%	56	13.5%	108	26.0%	148	35.7%	50	12.0%
	R04	403	37.5%	54	13.4%	62	15.4%	101	25.1%	137	34.0%	38	9.4%
治療なし	H29	792	62.7%	234	29.5%	112	14.1%	189	23.9%	188	23.7%	55	6.9%
	H30	798	63.5%	222	27.8%	114	14.3%	188	23.6%	195	24.4%	66	8.3%
	R01	751	62.2%	227	30.2%	131	17.4%	153	20.4%	173	23.0%	58	7.7%
	R02	705	62.6%	181	25.7%	107	15.2%	164	23.3%	188	26.7%	53	7.5%
	R03	689	62.4%	183	26.6%	114	16.5%	159	23.1%	152	22.1%	61	8.9%
	R04	671	62.5%	207	30.8%	108	16.1%	165	24.6%	129	19.2%	44	6.6%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総 数	H29	1,263	702	55.6%	301	23.8%	160	12.7%	65	5.1%	35	2.8%
	H30	1,257	649	51.6%	309	24.6%	183	14.6%	65	5.2%	51	4.1%
	R01	1,207	636	52.7%	276	22.9%	181	15.0%	77	6.4%	37	3.1%
	R02	1,126	577	51.2%	276	24.5%	150	13.3%	79	7.0%	44	3.9%
	R03	1,104	544	49.3%	270	24.5%	173	15.7%	76	6.9%	41	3.7%
	R04	1,074	534	49.7%	262	24.4%	166	15.5%	77	7.2%	35	3.3%
男 性	H29	573	367	64.0%	122	21.3%	58	10.1%	14	2.4%	12	2.1%
	H30	560	343	61.3%	118	21.1%	68	12.1%	18	3.2%	13	2.3%
	R01	537	328	61.1%	98	18.2%	72	13.4%	24	4.5%	15	2.8%
	R02	491	297	60.5%	96	19.6%	57	11.6%	26	5.3%	15	3.1%
	R03	492	282	57.3%	104	21.1%	64	13.0%	31	6.3%	11	2.2%
	R04	475	272	57.3%	104	21.9%	55	11.6%	31	6.5%	13	2.7%
女 性	H29	690	335	48.6%	179	25.9%	102	14.8%	51	7.4%	23	3.3%
	H30	697	306	43.9%	191	27.4%	115	16.5%	47	6.7%	38	5.5%
	R01	670	308	46.0%	178	26.6%	109	16.3%	53	7.9%	22	3.3%
	R02	635	280	44.1%	180	28.3%	93	14.6%	53	8.3%	29	4.6%
	R03	612	262	42.8%	166	27.1%	109	17.8%	45	7.4%	30	4.9%
	R04	599	262	43.7%	158	26.4%	111	18.5%	46	7.7%	22	3.7%

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180以上	再掲											
H29	1,263 55.6%	702 23.8%	301 12.7%	160 12.7%	100 7.9%	91 91.0%	9 9.0%										
					35 2.8%	32 91.4%	3 8.6%	2.8%									
					7.9%												
H30	1,257 51.6%	649 24.6%	309 14.6%	183 14.6%	116 9.2%	108 93.1%	8 6.9%										
					51 4.1%	47 92.2%	4 7.8%	4.1%									
					9.2%												
R01	1,207 52.7%	636 22.9%	276 15.0%	181 15.0%	114 9.4%	104 91.2%	10 8.8%										
					37 3.1%	32 86.5%	5 13.5%	3.1%									
					9.4%												
R02	1,126 51.2%	577 24.5%	276 13.3%	150 13.3%	123 10.9%	109 88.6%	14 11.4%										
					44 3.9%	40 90.9%	4 9.1%	3.9%									
					10.9%												
R03	1,104 49.3%	544 24.5%	270 15.7%	173 15.7%	117 10.6%	107 91.5%	10 8.5%										
					41 3.7%	39 95.1%	2 4.9%	3.7%									
					10.6%												
R04	1,074 49.7%	534 24.4%	262 15.5%	166 15.5%	112 10.4%	104 92.9%	8 7.1%										
					35 3.3%	34 97.1%	1 2.9%	3.3%									
					10.4%												

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
治療中	H29	313	24.8%	231	73.8%	48	15.3%	25	8.0%	6	1.9%
	H30	300	23.9%	210	70.0%	58	19.3%	24	8.0%	4	1.3%
	R01	282	23.4%	208	73.8%	45	16.0%	19	6.7%	5	1.8%
	R02	283	25.1%	196	69.3%	55	19.4%	18	6.4%	10	3.5%
	R03	260	23.6%	181	69.6%	50	19.2%	19	7.3%	8	3.1%
	R04	263	24.5%	186	70.7%	49	18.6%	20	7.6%	7	2.7%
治療なし	H29	950	75.2%	471	49.6%	253	26.6%	135	14.2%	59	6.2%
	H30	957	76.1%	439	45.9%	251	26.2%	159	16.6%	61	6.4%
	R01	925	76.6%	428	46.3%	231	25.0%	162	17.5%	72	7.8%
	R02	843	74.9%	381	45.2%	221	26.2%	132	15.7%	69	8.2%
	R03	844	76.4%	363	43.0%	220	26.1%	154	18.2%	68	8.1%
	R04	811	75.5%	348	42.9%	213	26.3%	146	18.0%	70	8.6%