

大洲市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

令和6年4月

大洲市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方……………1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 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期計画における健康課題の明確化…9

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)……………33

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業・・・・・・・・・・・・・・・・40

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

- 1) 基本的な考え方
- 2) 対象者の明確化
- 3) 保健指導の実施
- 4) 医療との連携
- 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携
- 6) 評価
- 7) 実施期間及びスケジュール

2. 虚血性心疾患重症化予防

- 1) 基本的な考え方
- 2) 対象者の明確化
- 3) 保健指導の実施
- 4) 医療との連携
- 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携
- 6) 評価
- 7) 実施期間及びスケジュール

3. 脳血管疾患重症化予防

- 1) 基本的な考え方
- 2) 対象者の明確化
- 3) 保健指導の実施
- 4) 医療との連携
- 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携
- 6) 評価
- 7) 実施期間及びスケジュール

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・・・・・・・・・・・・・・・・62

- 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・・・・・・・・63

- 1. 計画の公表・周知
- 2. 個人情報の取扱い

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・64

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 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、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、効果的かつ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大洲市(以下「本市」という。)の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

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

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

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

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

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本市では、以上のことも踏まえ、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うえで、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。

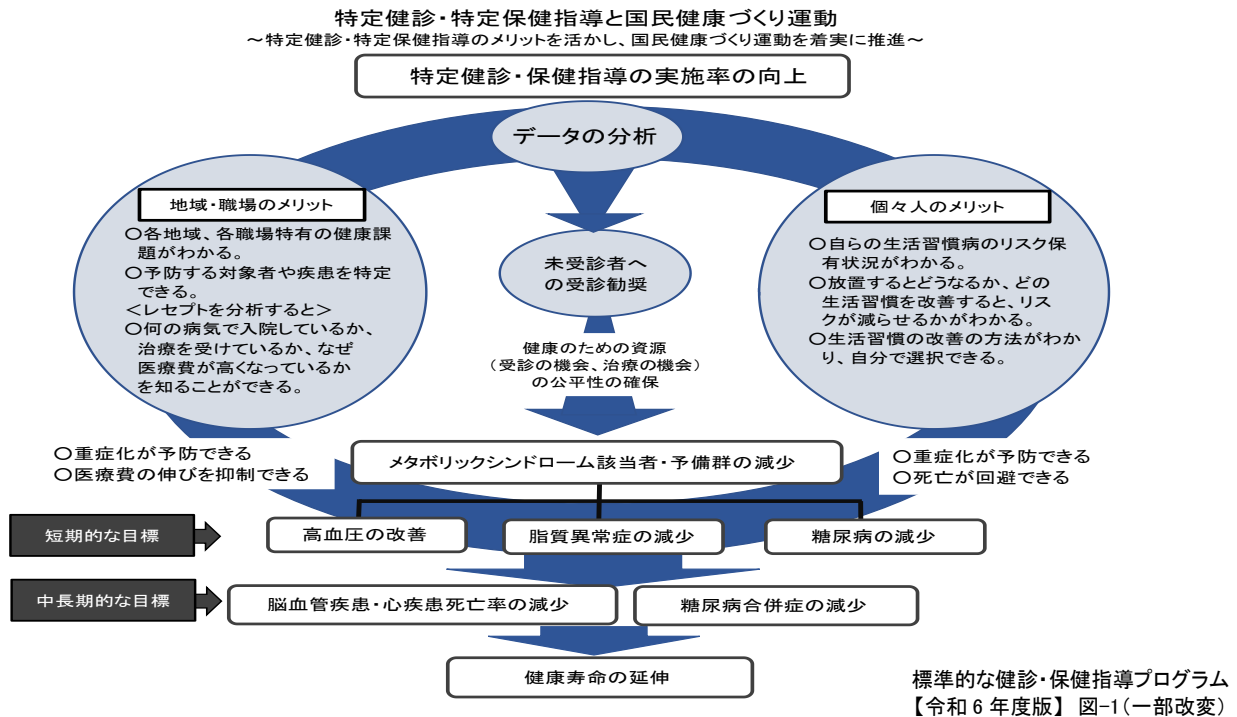
※6 KDB システム:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

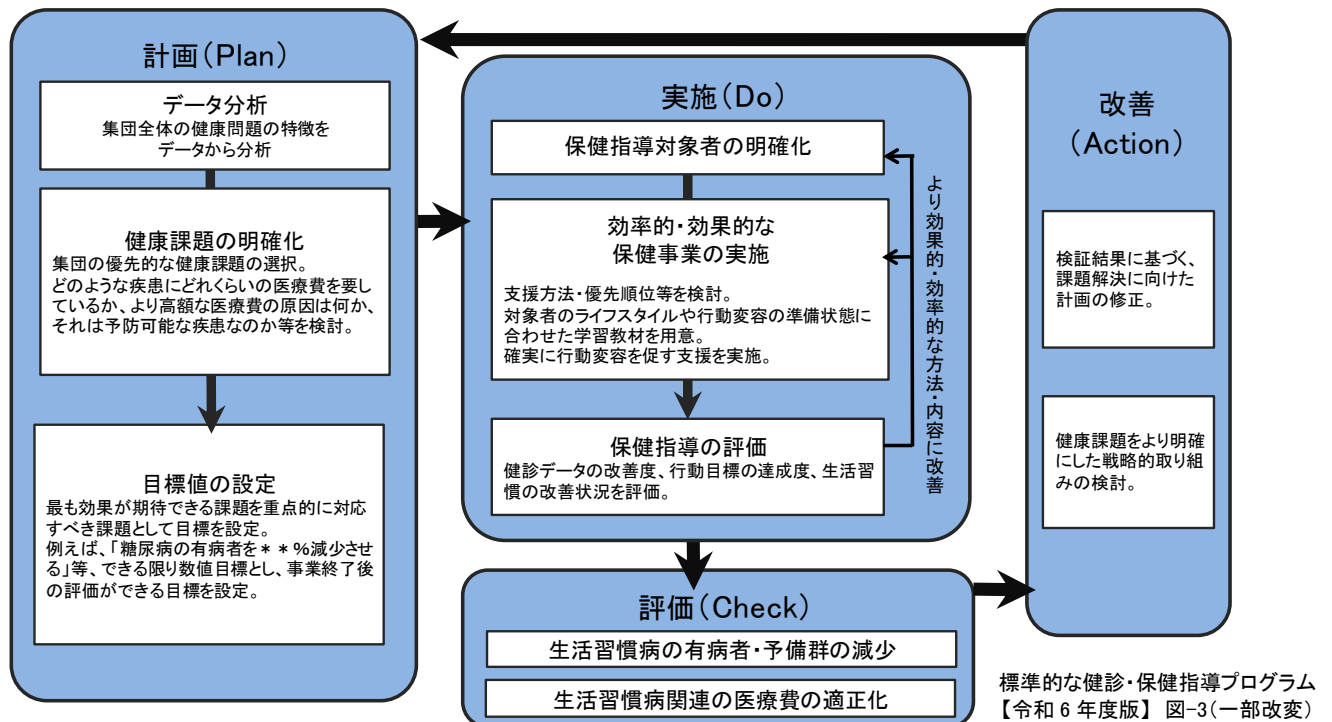
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 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、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	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 子ども、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	(住民の健康の保持増進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①6疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動型)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

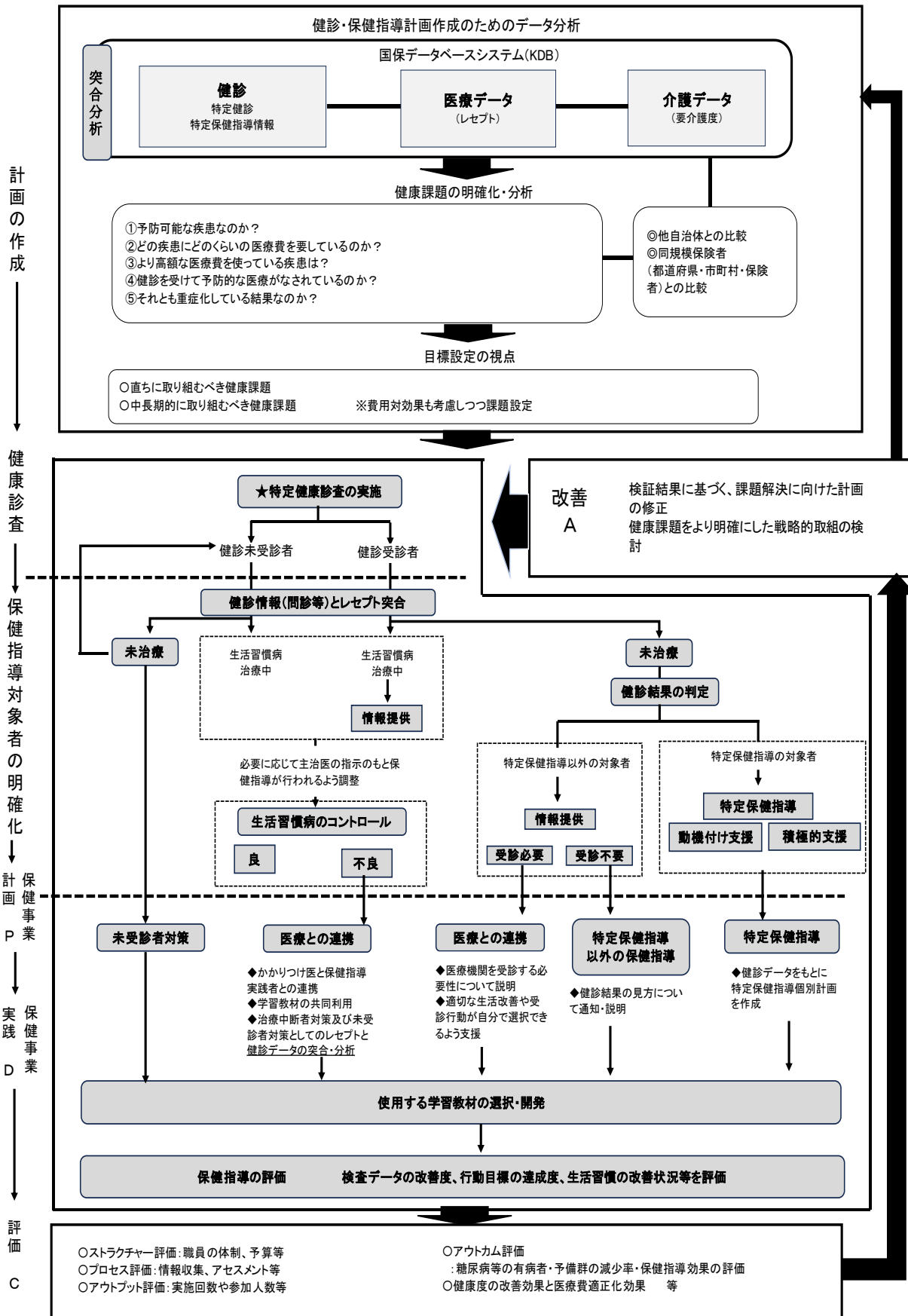


注)プログラムにおいては、保健指導により、生活習慣病の発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行って解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



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

図表5 標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

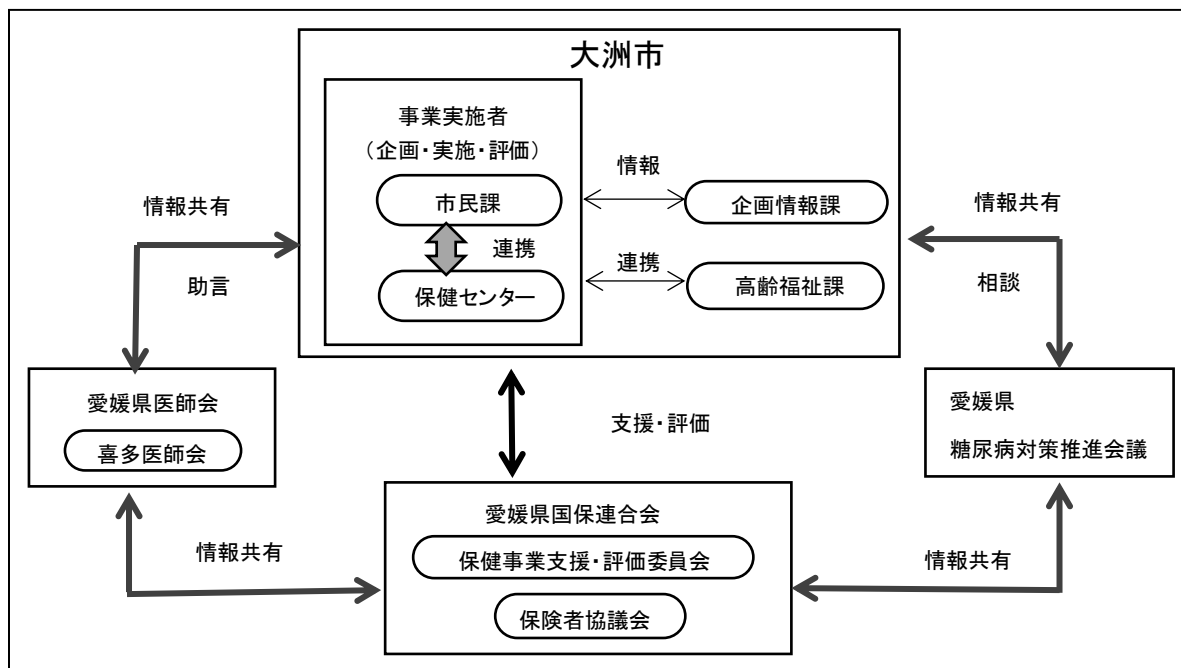
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市が一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的かつ効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや

次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(市民課)、保健衛生部局(保健センター)、介護保険部局(高齢福祉課)、企画部局(企画情報課)、生活保護部局(社会福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6)

図表 6 大洲市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

本市は、計画の策定等を進めるにあたって、共同保険者である愛媛県のほか、国民健康保険団体連合会や、国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、喜多医師会、地域の医療機関等と連携、協力します。

また、愛媛県は市町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、特に市町国保の保険者機能の強化については、愛媛県の本市への関与が重要となります。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、愛媛県が愛媛県医師会等との連携を推進することが重要です。

国民健康保険団体連合会と愛媛県は、ともに市町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を期待します。

国民健康保険においては、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることが重要です。

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うえで、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、国民健康保険運営協議会の委員として、被保険者の参画を得て、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を後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		R3年度得点		R4年度得点		R5年度得点			
		大洲市	配点	大洲市	配点	大洲市	配点		
交付額(万円)		14,494,000		14,803,000		15,218,000			
全国順位(1,741市町村中)		1291位		1156位		1150位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70	30	70	30	70		
		(2)特定保健指導実施率	70		70		70		
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	20	40	20	40	
		(2)歯科検診受診率等		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	75	90	30	45	55	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	40	50	40	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	70	100	85	100	70	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	15	30	32	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	24	40	31	50	36	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	73	95	71	100	76	100	
合計点		477	1,000	519	960	512	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約4万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で37.4%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56.7歳と同規模と比べて高い市となっています。産業においては、第1次産業は12.1%と、同規模、県、国と比較して割合が高く、被保険者の季節や天候に左右する労働環境による生活習慣や生活リズムが不規則である可能性が高いため、若年層から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23.1%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向です。年齢構成では39歳以下、40～64歳まで減少傾向である一方で、65～74歳の前期高齢者は増加しており、令和4年度には約52%を占めています。今後、国保を支える年齢人口の減少と前期高齢者にかかる医療費の増加が危惧されます。(図表10)

また、本市内には6つの病院、55の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれていることを要因として、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表11)

図表9 同規模・県・国と比較した大洲市の特性

	人口(人)	高齢化率(%)	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢(歳)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
大洲市	40,014	37.4	9,228(23.1)	56.7	5.9	15.5	0.4	12.1	22.2	65.7
同規模	--	36.2	(22.4)	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	33.4	(21.6)	55.4	6.2	13.9	0.5	7.7	24.2	68.0
国	--	28.7	(22.3)	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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

図表10 国保の加入状況

【単位：人・%】

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	10,693		10,298		10,136		9,740		9,228	
65～74歳	5,120	47.9	5,081	49.3	5,125	50.6	5,023	51.6	4,818	52.2
40～64歳	3,553	33.2	3,316	32.2	3,152	31.1	2,980	30.6	2,769	30.0
39歳以下	2,020	18.9	1,901	18.5	1,859	18.3	1,737	17.8	1,641	17.8
加入率	24.5		23.6		23.2		22.3		23.1	

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

図表11 医療の状況(被保険者千人あたり)

【単位：各単位・%】

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数(か所)	6	0.6	6	0.6	6	0.6	6	0.6	6	0.7	0.4	0.5
診療所数(か所)	62	5.8	62	6.0	59	5.8	56	5.7	55	6.0	3.5	4.3
病床数(床)	1,001	93.6	992	96.3	985	97.2	977	100.3	904	98.0	67.7	73.4
医師数(人)	108	10.1	108	10.5	109	10.8	109	11.2	112	12.1	9.7	13.7
外来患者数(人)	726.4		746.1		697.4		726.8		736.5		728.3	
入院患者数(人)	28.8		28.9		26.6		28.0		27.5		23.6	

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)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で44人(認定率0.34%)と、同規模・県・国と比較すると低く、一方で1号(65歳以上)被保険者で3,098人(認定率20.7%)と、同規模・国と比較すると高い状況です。また、平成30年度と比べると、1号認定者、2号認定者ともにほぼ横ばいで推移しています。(図表 12)

次に、費用面で見ると、団塊の世代が後期高齢者医療制度へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約46億円から約48億円に伸びています。(図表 13)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、2号認定者で6割以上、1号認定者でも5割前後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9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	大洲市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	14,715人	33.7%	14,954人	37.4%	36.2%	33.4%	28.7%
2号認定者	36人	0.25%	44人	0.34%	0.37%	0.41%	0.38%
新規認定者	3人		12人		--	--	--
1号認定者	3,082人	20.9%	3,098人	20.7%	19.1%	21.6%	19.4%
新規認定者	452人		423人		--	--	--
再掲							
65～74歳	295人	4.5%	284人	4.1%	--	--	--
新規認定者	80人		68人		--	--	--
75歳以上	2,787人	34.1%	2,814人	35.2%	--	--	--
新規認定者	372人		355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

【単位:円】

	大洲市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	46億407万	48億6053万	--	--	--
一人あたり給付費	312,883	325,032	300,230	320,144	290,668
1件あたり給付費 全体	69,726	72,593	70,503	62,527	59,662
居宅サービス	46,185	47,792	43,936	44,617	41,272
施設サービス	288,199	294,567	291,914	293,644	296,364

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 年度)

受給者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		44		284		2,814		3,098					
再)国保・後期		30		225		2,641		2,866					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
		循環器疾患	1	脳卒中	20 66.7%	脳卒中	110 48.9%	脳卒中	1,499 56.8%	脳卒中	1,609 56.1%	脳卒中	1,629 56.3%
			2	腎不全	6 20.0%	虚血性 心疾患	58 25.8%	虚血性 心疾患	1,237 46.8%	虚血性 心疾患	1,295 45.2%	虚血性 心疾患	1,298 44.8%
			3	虚血性 心疾患	3 10.0%	腎不全	36 16.0%	腎不全	696 26.4%	腎不全	732 25.5%	腎不全	738 25.5%
		合併症	4	糖尿病 合併症	5 16.7%	糖尿病 合併症	41 18.2%	糖尿病 合併症	606 22.9%	糖尿病 合併症	647 22.6%	糖尿病 合併症	652 22.5%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		29 96.7%	基礎疾患	209 92.9%	基礎疾患	2,538 96.1%	基礎疾患	2,747 95.8%	基礎疾患	2,776 95.9%
		血管疾患合計		29 96.7%	合計	211 93.8%	合計	2,575 97.5%	合計	2,786 97.2%	合計	2,815 97.2%	
		認知症		7 23.3%	認知症	69 30.7%	認知症	1,394 52.8%	認知症	1,463 51.0%	認知症	1,470 50.8%	
		筋・骨格疾患		23 76.7%	筋骨格系	200 88.9%	筋骨格系	2,560 96.9%	筋骨格系	2,760 96.3%	筋骨格系	2,783 96.1%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費があまり減少しておらず、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 8 千円高く、平成 30 年度と比較しても約 3 万円伸びています。(図表 15)

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にもかかわらず、医療費全体の約 46%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 3 万円以上高くなっています。

一方、年齢調整をした地域差指数でみると、入院の地域差指数が全国平均の 1 を上回っており、逆に外来の地域差指数は 1 を下回っています。(図表 16)

このことから、一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であることが分かります。入院を抑制するには、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

	大洲市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)	10,693	9,228	--	--	--
前期高齢者割合(人(%))	5,120 (47.9)	4,818 (52.2)	--	--	--
総医療費(円)	39億9516万	37億1468万	--	--	--
一人あたり医療費(円)	373,624 県内8位 同規模102位	402,544 県内7位 同規模124位	394,521	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	505,110	542,890	585,610	617,950
	費用の割合	47.8	45.8	43.3	39.6
	件数の割合	3.8	3.6	3.1	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	21,890	23,980	24,850	24,220
	費用の割合	52.2	54.2	56.7	60.4
	件数の割合	96.2	96.4	96.9	97.5
受診率	755.177	764.004	751.942	771.192	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は大洲市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	大洲市(県内市町中)		県(47県中)	大洲市(県内市町中)		県(47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	1.069	1.064	1.054	1.046	1.034	1.026
		(5位)	(9位)	(19位)	(2位)	(8位)	(18位)
	入院	1.242	1.183	1.134	1.131	1.115	1.053
		(4位)	(8位)	(18位)	(2位)	(3位)	(19位)
	外来	0.953	0.986	1.009	0.971	0.962	1.010
		(14位)	(10位)	(21位)	(8位)	(11位)	(15位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合について、平成30年度と比較すると、慢性腎不全については、「透析有」が0.5ポイント減少している一方で、「透析無」が0.16ポイント増加しています。これは、保健指導の介入効果により「透析無」でとどまるものが増え、「透析有」への重症化を予防できている可能性が考えられます。一方、虚血性心疾患については、平成30年度、令和4年度ともに、同規模、県、国より高い状況です。(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、脳血管疾患は、患者数、割合とも減少しています。ただ、虚血性心疾患については、65～74歳で12.5%から10.9%に減少しているものの、若年層である40～64歳は4.4%と横ばいです。(図表18)また、虚

血性心疾患は、要介護者の有病状況から見ても、40～64歳の若年層で10%もあり、65～74歳で25.8%、75歳以上では46.8%にまで上ります。(図表14)

これらのことから、本市では、虚血性心疾患の重症化予防を喫緊の課題と捉え、若年層から適切な医療につなげるため、令和5年度の健診から心電図検査の全数実施を開始しています。

なお、人工透析の治療者は、平成30年度から令和4年度にかけて7人のみの減少であるにもかかわらず、医療費は0.5ポイントも減少していることから、人工透析治療者一人にかかる費用が膨大であることが分かります。(図表17、18)

腎不全は、適切な対処が遅れると、人工透析や腎移植などの治療となり、医療費の増大につながります。また、患者本人や家族にとって長期にわたり日常的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や糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

			大洲市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			39億9516万	37億1468万	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			3億5008万	2億9872万	--	--	--
			8.76%	8.04%	7.84%	7.91%	8.03%
目標疾患 中長期	脳	脳梗塞・脳出血	2.12%	1.76%	2.10%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.05%	2.02%	1.39%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.40%	3.90%	4.05%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.20%	0.36%	0.30%	0.27%	0.29%
その他の 疾患	悪性新生物		14.34%	15.63%	16.91%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		10.04%	9.35%	9.00%	9.80%	8.68%
	精神疾患		11.48%	10.65%	8.74%	8.34%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

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

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	10,693	9,228	a	846	675	808	652	47	40	
				a/A	7.9%	7.3%	7.6%	7.1%	0.4%	0.4%	
40歳以上(人)	B	8,673	7,587	b	837	669	795	649	46	39	
	B/A	81.1%	82.2%	b/B	9.7%	8.8%	9.2%	8.6%	0.5%	0.5%	
再掲	40～64歳 (人)	C	3,553	2,769	c	177	114	156	122	16	19
		C/A	33.2%	30.0%	c/C	5.0%	4.1%	4.4%	4.4%	0.5%	0.7%
	65～74歳 (人)	D	5,120	4,818	d	660	555	639	527	30	20
		D/A	47.9%	52.2%	d/D	12.9%	11.5%	12.5%	10.9%	0.6%	0.4%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、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、糖尿病の人工透析を除き、減っています。(図表 19、20、21)

そこで、糖尿病治療者の合併症を見てみると、40～64 歳よりも 65～74 歳で糖尿病性腎症や糖尿病性網膜症が増加していることが分かります。これは、血糖値のコントロールが悪いまま経過することに要因があると思われます。(図表 20)

本市は、特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていると思われます。また、治療開始後も、上記のような合併症予防のため、主治医と医療連携し、継続してフォローしていくことが重要であると考えます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	3,698	3,379	917	779	2,781	2,600	
	A/被保数	42.6%	44.5%	25.8%	28.1%	54.3%	54.0%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患(人)	B	492	407	99	72	393	335
		B/A	13.3%	12.0%	10.8%	9.2%	14.1%	12.9%
	虚血性心疾患(人)	C	541	423	87	68	454	355
		C/A	14.6%	12.5%	9.5%	8.7%	16.3%	13.7%
	人工透析(人)	D	46	38	16	19	30	19
		D/A	1.2%	1.1%	1.7%	2.4%	1.1%	0.7%

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	2,343	2,138	641	503	1,702	1,635	
	A/被保数	27.0%	28.2%	18.0%	18.2%	33.2%	33.9%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患(人)	B	330	262	69	48	261	214
		B/A	14.1%	12.3%	10.8%	9.5%	15.3%	13.1%
	虚血性心疾患(人)	C	414	331	82	60	332	271
		C/A	17.7%	15.5%	12.8%	11.9%	19.5%	16.6%
	人工透析(人)	D	25	29	8	13	17	16
		D/A	1.1%	1.4%	1.2%	2.6%	1.0%	1.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症(人)	E	282	343	73	76	209	267
		E/A	12.0%	16.0%	11.4%	15.1%	12.3%	16.3%
	糖尿病性網膜症(人)	F	233	328	59	56	174	272
		F/A	9.9%	15.3%	9.2%	11.1%	10.2%	16.6%
	糖尿病性神経障害(人)	G	133	107	34	18	99	89
		G/A	5.7%	5.0%	5.3%	3.6%	5.8%	5.4%

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	3,406	3,173	926	799	2,480	2,374	
	A/被保数	39.3%	41.8%	26.1%	28.9%	48.4%	49.3%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患(人)	B	389	313	75	62	314	251
		B/A	11.4%	9.9%	8.1%	7.8%	12.7%	10.6%
	虚血性心疾患(人)	C	526	434	102	77	424	357
		C/A	15.4%	13.7%	11.0%	9.6%	17.1%	15.0%
人工透析(人)	D	32	27	13	13	19	14	
	D/A	0.9%	0.9%	1.4%	1.6%	0.8%	0.6%	

出典: KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また、未治療者について、健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置している人が高血圧で約 47%、糖尿病で約 5%おり、高血圧に関してはその割合が愛媛県と比較しても高くなっています。(図表 22)

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、今後も要医療域の人には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

【単位:人・%】

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
				G	G/E	H	H/E									
大洲市	1,987	25.1	1,760	24.0	108	5.4	70	64.8	121	6.9	82	67.8	57	47.1	3	2.5
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		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	未治療 (内服なし)		治療中断	
				M	M/K	N	N/K									
大洲市	1,985	99.9	1,760	100.0	68	3.4	23	33.8	80	4.5	26	32.5	4	5.0	1	1.3
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ます。その危険因子を複数、特に3項目以上保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることが分かっています。

本市においては、特定健診結果の平成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1.2ポイント微増していますが、危険因子の面で見ると、2項目の割合増加にとどまっていることが分かります。今後も特定保健指導に力を注ぐことで、該当者の減少を目指します。(図表23)

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しており、中でもHbA1c6.5以上と、Ⅱ度高血圧以上の増加が大きいことが分かります。ただし、HbA1c6.5以上の翌年度の結果を見ると、改善率が上がり、悪化率が下がっています。これは、令和3年度から注力している糖尿病対策の結果と考えられます。

次に、Ⅱ度高血圧以上を見てみると、悪化率は減少しているものの、変化なしの割合が高く、適切な受診及び血圧コントロールに至っていないことが伺えます。そのため、令和5年度からは、高血圧重症化予防プログラムに基づき、医療機関と連携した保健事業を展開し、改善率の増加につながる取組を実施しています。

なお、翌年度の健診を受診していない割合はいずれも3割以上存在しており、そもそも3割以上の人について経年変化を把握できていない状況です。現在も、本市の健康課題である糖尿病及び高血圧の対象者については優先的に、治療が中断しないよう年度途中に医療機関の受診状況を確認したり、健診未受診の場合は健診受診を勧奨したりしていますが、今後も、より効果的な受診勧奨に努め、健診の継続受診率を上げていきたいと考えています。(図表24、25、26)

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

【単位：人】

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,987 (25.1%)	301 (15.1%)	104 (5.2%)	197 (9.9%)	189 (9.5%)
R4年度	1,753 (25.4%)	286 (16.3%)	91 (5.2%)	195 (11.1%)	174 (9.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

【単位：人】

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R1	148 (7.5%)	24 (16.2%)	45 (30.4%)	18 (12.2%)	61 (41.2%)
R3→R4	170 (9.7%)	42 (24.7%)	52 (30.6%)	16 (9.4%)	60 (35.3%)

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)

【単位:人】

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→R1	108 (5.4%)	46 (42.6%)	17 (15.7%)	6 (5.6%)	39 (36.1%)
R3→R4	121 (6.9%)	43 (35.5%)	26 (21.5%)	4 (3.3%)	48 (39.7%)

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)

【単位:人】

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	227 (11.4%)	83 (36.6%)	50 (22.0%)	10 (4.4%)	84 (37.0%)
R3→R4	205 (11.6%)	83 (40.5%)	46 (22.4%)	8 (3.9%)	68 (33.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 26.1%ありましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度は受診率が激減しました。令和 4 年度においては、おおむねコロナ禍前に戻ってきた状況ですが、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)

本市の健診受診率の特徴の一つとして、継続受診率が低いことが挙げられます。そのため、健診時や、特定保健指導の際に、自身の身体の状態に興味をもたせることで、継続受診の意義が伝わるような働きかけを行っていきたいと考えています。

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 代は一段と低い状況が続いています。(図表 28)このことから、若年者向けの健診においても、健診の必要性や意義を感じられるような保健指導に努め、特定健診の新規受診者を呼び込む啓発活動に取り組んでいきます。

特定保健指導については、新型コロナウイルス感染症の影響があつたにもかかわらず、年々実施率が上がっています。これは、令和 3 年度以降実施している健康相談日開設の取組が、個別健診受診者における保健指導対象者の受け皿となっている結果だと考えられます。

また、令和 4 年度以降試みている健診時の初回面接分割実施により、次回面接にスムーズにつなげるなどの取組で、さらなる指導率の上昇を狙います。

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で、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。

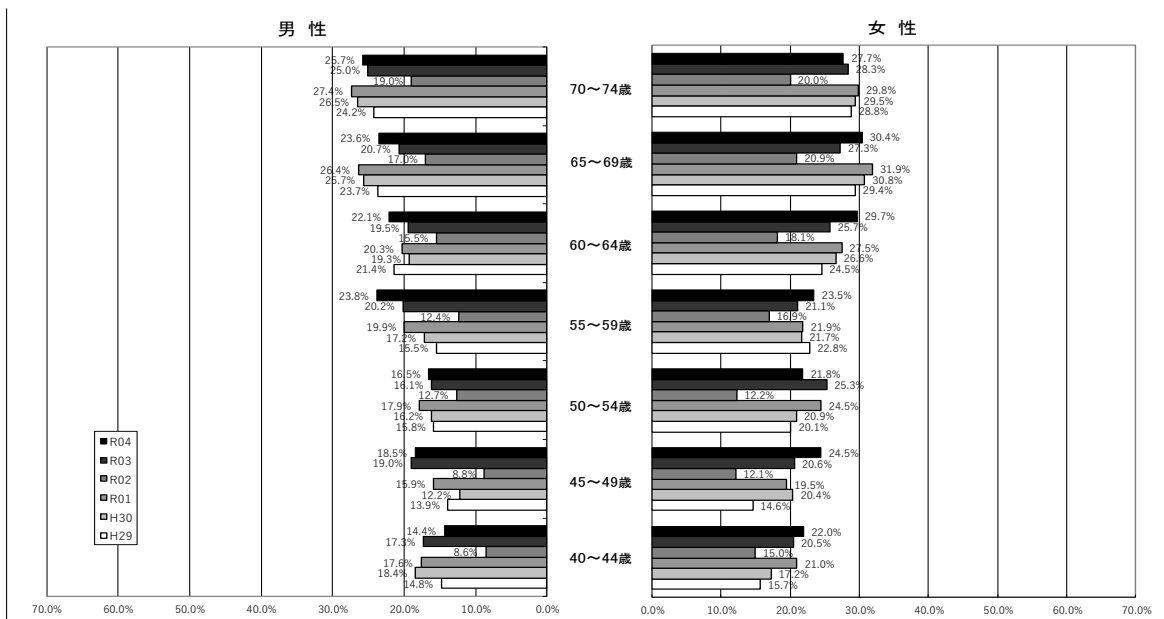
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移 糖尿病性腎症重症化予防対象者

【単位：人】

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	1,987	2,003	1,309	1,760	1,753	健診受診率 60%
	受診率	25.1%	26.1%	17.4%	24.0%	25.4%	
特定保健 指導	該当者数	208	261	152	206	209	特定保健 指導実施率 60%
	割合	10.5%	13.0%	11.6%	11.7%	11.9%	
	実施者数	74	98	59	116	117	
	実施率	35.6%	37.5%	38.8%	56.3%	56%	

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

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者の割合は増加傾向ですが、未治療者や治療中断者の割合は、令和2年度をピークに、その後減少傾向にあります。

本市は、令和2年度まではHbA1c7.0%以上の未治療者を優先対象者として受診勧奨及び保健指導を実施してきました。しかし、令和3年度以降は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、後期高齢者も特定健診対象者も一体的に実施する方向になったことから、基準値を改め、HbA1c6.5%以上の未治療者の受診勧奨を徹底するようになりました。

なお、HbA1c7.0%以上の人には、約6カ月間の保健指導を実施しています。その結果、保健指導実施者は令和3年度に大幅に増加しました。さらに、HbA1c8.0%以上の未治療者割合が令和3年度及び令和4年度には半減しました。このことから、今後も受診勧奨や受診確認を徹底し、医療機関と連携を図りながら、重症化予防を目的に保健指導を行っていきます。

表1 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)	1,985	2,003	1,309	1,760	1,753
血糖値有所見者 *1	人(b)	148	169	111	170	158
	(b/a)	7.5%	8.4%	8.5%	9.7%	9.0%
保健指導実施者 *2	人(c)	2	7	5	131	129
	(c/b)	1.4%	4.1%	4.5%	77.1%	81.6%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

表2 治療が必要な人の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	148	169	111	170	158
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	65	87	57	79	69
	(b/a)	43.9%	51.5%	51.4%	46.5%	43.7%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

表3 HbA1c8.0以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,985	2,002	1,309	1,760	1,753
HbA1c8.0%以上	人(b)	22	22	5	22	21
	(b/a)	1.1%	1.1%	0.4%	1.3%	1.2%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	9	9	2	5	6
	(b/a)	40.9%	40.9%	40.0%	22.7%	28.6%

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心電図検査の結果有所見者の割合は、毎年度1割前後あります。そのうち、心房細動有所見割合は1～3%で、ほぼ全員が治療につながっています。ST異常所見者(令和4年度13.9%)で、要精密・要医療と判定された人は約5割です。医療機関への適切な受診勧奨や、受診確認を引き続き行っていくとともに、令和5年度からは健診で心電図検査を全数実施し、心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防に努めます。(表4、5)

表4 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30			R1			R2			R3			R4			
	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	
健診受診者(人)	a	2,045	894	1,151	2,067	921	1,146	1,358	610	748	1,747	777	970	1,835	818	1,017
心電図受診者(人)	b	480	220	260	490	216	274	277	124	153	411	167	244	381	168	213
心電図実施率	b/a	23.5%	24.8%	22.8%	23.7%	23.5%	23.9%	20.4%	20.3%	20.5%	23.5%	21.5%	25.2%	20.8%	20.5%	20.9%
要医療者(人)	c	10	5	5	6	3	3	7	4	3	8	4	4	6	4	2
要精査者(人)	d	41	14	27	52	18	34	20	6	14	43	15	28	37	16	21
有所見率	(c+d)/b	10.6%	8.6%	12.3%	11.8%	9.7%	13.5%	9.7%	8.1%	11.1%	12.4%	11.4%	13.1%	11.3%	11.9%	10.8%
心房細動(人)	e	6	3	3	4	2	2	6	4	2	5	2	3	4	3	1
心房細動有所見率	e/b	1.3%	1.4%	1.2%	0.8%	0.9%	0.7%	2.2%	3.2%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.0%	1.8%	0.5%
うち、心房細動未治療(人)		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表5 心電図受診者のうち、ST所見の状況

	H30		R1		R2		R3		R4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心電図実施者(人)	480		490		277		411		381	
ST異常所見(人)	55	11.5%	78	15.9%	30	10.8%	69	16.8%	53	13.9%
要医療・要精査(人)	29	52.7%	44	56.4%	14	46.7%	33	47.8%	27	50.9%
それ以外の判定(人)	26	47.3%	34	43.6%	16	53.3%	36	52.2%	26	49.1%

③ 脳血管疾患重症化予防対策

表6を見ると、血圧Ⅱ度以上の割合は、令和4年度に8.4%と、過去5年間で一番高い割合になっています。そのうち6割以上が未治療者で、さらにⅢ度以上の治療につながっている人の割合も低い状況です。高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の要因の一つでもあります。また、高血圧以外の危険因子との組合せにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の進行度や合併症に深く関与しています。

表7は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクの未治療者(Ⅱ度以上)を最優先に、令和4年度からは、かかりつけ医がいても紹介状を持参して保健師に返信をもらうような受診勧奨を実施しています。ただし、自己判断する対象者も多いため、血圧に対する正しい知識や受診の必要性を理解してもらうための支援を引き続き行っていきます。加えて、医療機関と連携を図り、高血圧の重症化予防のための保健指導を理解してもらう働きかけを行います。

第2章 2. 1) (2) ③で述べたように、本市では、令和5年度から、健診における心電図検査の全数実施を開始するとともに、高血圧重症化予防プログラムを策定しました。今後も、医療機関と連携を図りながら約6カ月間の保健指導を実施し、重症化予防に努めます。

表6 高血圧Ⅱ度以上の人のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,987	2,003	1,309	1,760	1,753	
高血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	108	163	88	121	147	
	(b/a)	5.4%	8.1%	6.7%	6.9%	8.4%	
	治療あり	人(c)	38	57	36	39	55
		(c/b)	35.2%	35.0%	40.9%	32.2%	37.4%
治療なし	人(d)	70	106	52	82	92	
	(d/b)	64.8%	65.0%	59.1%	67.8%	62.6%	
(再掲)	高血圧Ⅲ度の者	人(f)	7	25	11	13	26
		(f/a)	0.4%	1.2%	0.8%	0.7%	1.5%
	治療あり	人	1	6	4	1	5
	治療なし	人	6	19	7	12	21

表7 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

		令和04年度											
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(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)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上								
	637	297 46.6%	244 38.3%	74 11.6%	22 3.5%								
リスク第1層 予後影響因子がない	38	C 21 6.0%	B 12 4.9%	B 4 5.4%	A 1 4.5%								
	374	C 177 58.7%	B 146 59.8%	A 40 54.1%	A 11 50.0%								
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	225	B 99 35.3%	A 86 35.2%	A 30 40.5%	A 10 45.5%								
	637	33.3%	35.2%	40.5%	45.5%								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>該当者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>178 27.9%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>261 41.0%</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>198 31.1%</td> </tr> </tbody> </table>				区分	該当者数	A	178 27.9%	B	261 41.0%	C	198 31.1%
区分	該当者数												
A	178 27.9%												
B	261 41.0%												
C	198 31.1%												
<p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。</p> <p>※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。</p> <p>※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。</p>													

(2) ポピュレーションアプローチ

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

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、市民一人ひとりが、自分の住む地域の実情を知り、納得したうえで健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大につながっている本市の実態や、食生活や生活リズムなどの生活背景との関連について、健康教育を実施しています。特に令和 4 年度からは、若年者から広く受療に関係している高血圧に焦点を当て、高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業とのテーマも統一し、介護予防サークルや集団健診の結果説明会の場で高血圧対策の健康教育を実施しています。

(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 (活用データ)	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
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	2.1	1.9	1.8	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	2.1	1.8	2.0		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.4	4.1	3.9		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.2	1.2	1.4		
	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	24.7	27.2	26.2	KDBシステム	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	5.5	6.7	8.4		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	27.6	26.6	26.4		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	7.4	8.5	9.0		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.5	0.2	0.4		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	19.4	55.2	100.0		
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	25.1	17.4	25.4	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	35.6	38.8	56.0		
		特定保健指導対象者の割合の減少	10.5	11.6	12.0		
	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	9.5	8.2	7.7	地域保健事業報告 (R4年度データがないため、R3年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	10.4	6.0	9.2	
			大腸がん検診受診者の増加	11.8	8.2	11.6	
			子宮がん検診受診者の増加	16.4	14.5	13.5	
			乳がん検診受診者の増加	24.7	23.3	21.1	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	14.6	12.0	12.6	
歯科健診(歯周病検診)		歯科健診(歯周病検診含む)の受診率	3.0	3.1	3.7	大洲市保健センター	
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	74.2	78.2	77.0	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

【考察】

I 保健事業の方向性

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し、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、保健事業を実施しています。

また、本市における健診受診率は県下でも低く、市民の健康意識を考えると大きな課題です。医療機関に受診している人で健診を受けていない率が高い本市の特徴を踏まえ、保健事業の方向性の指標となるデータ収集と重症化予防を目的に、今後は医療機関と連携し、診療情報提供も検討しながら取り組みます。また、健診受診のリピート率も高くないため、優先順位の高い重症化予防対象者の中で健診継続受診できていない人に対し、受診勧奨を実施しています。今後は、リピート率が高くなるような健診と受診勧奨を目指します。

II 重症化予防

1. 糖尿病性腎症重症化予防の取組

対象者の基準値を変更し、HbA1c6.5 以上の人に対する受診勧奨は 100%を達成しています。またHbA1c7.0 以上、又は空腹時血糖値 126mg/l以上の未治療者に対しては、約6カ月間の保健指導を実施しています。令和3年度から、本事業を強化し翌年度の健診結果を評価指標として実施しており、維持改善率は一定の効果が見られています。

一方、医療機関との連携を図る媒体として糖尿病連携手帳を活用していますが、有効活用に至っていないのが現状です。今後は、医療機関との連携を図るため、現在、本市で実施している糖尿病予防教室を、市立大洲病院の糖尿病予防チームと連携して運営していく方針です。個別的な重症化予防対策と、集団でのポピュレーションアプローチを併用し、糖尿病重症化予防対策を実施していきます。

2. 虚血性心疾患重症化予防の取組

心房細動の医療機関受診割合は、ほぼ 100%を達成しており、ST異常所見における要医療・要精密者も確実に医療機関に繋げることを重視し、受診勧奨受診確認に努めています。本市における心電図検査の割合は、20%前半値であったため、令和5年度から心電図検査の全数実施を開始し、心疾患及び心原性脳塞栓症等の早期発見・早期介入につなげ、血圧や血糖等のリスクに合わせた保健指導を実施しています。

3. 脳血管疾患重症化予防の取組

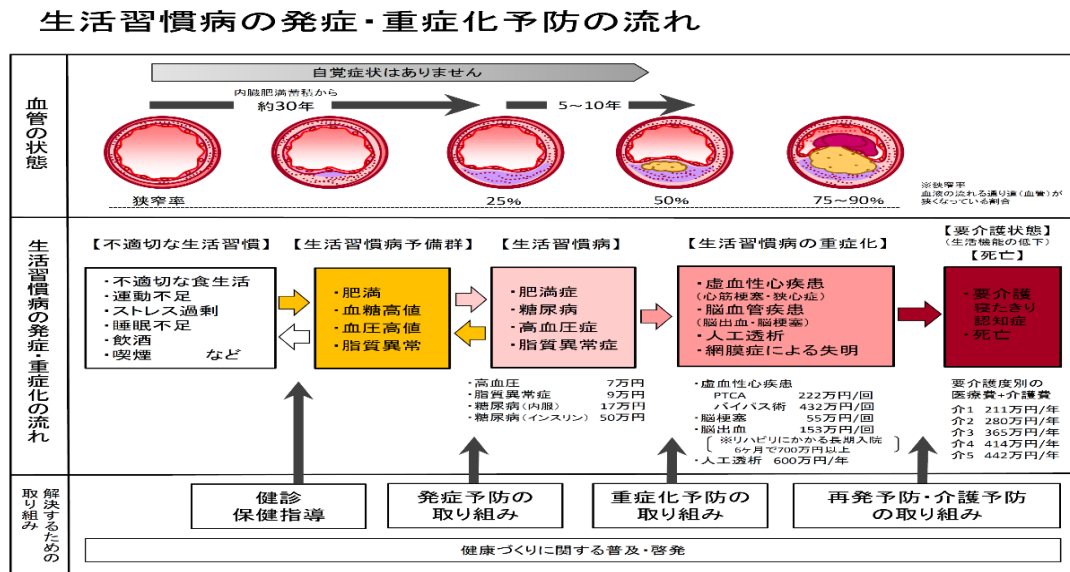
脳血管疾患の最も重要な危険因子である高血圧対策として、高血圧Ⅱ度以上の未受診者に対し、受診勧奨 100%を目指して取り組んでいます。ただし、未受診者の中には、受診の可否を自己判断したり、高血圧に対する意識が低かったりと、医療機関受診率が高くありません。愛媛県は心不全死亡率ワースト1位からの脱却を目指し、「高血圧重症化予防プログラム」を策定しました。本市では、高血圧が県下統一の健康課題であることを踏まえた健康教育を、健診結果説明会や各種学級などで実施し、若年層から減塩や生活習慣の見直しを普及啓発しています。また、令和5年度には「大洲市版高血圧重症化予防プログラム」を策定し、医療機関と連携した保健指導の実施を開始しました。医療機関との連携は大きな課題ではありますが、今後も取組を続け、重症化予防に努めます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

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

図表 30 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

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

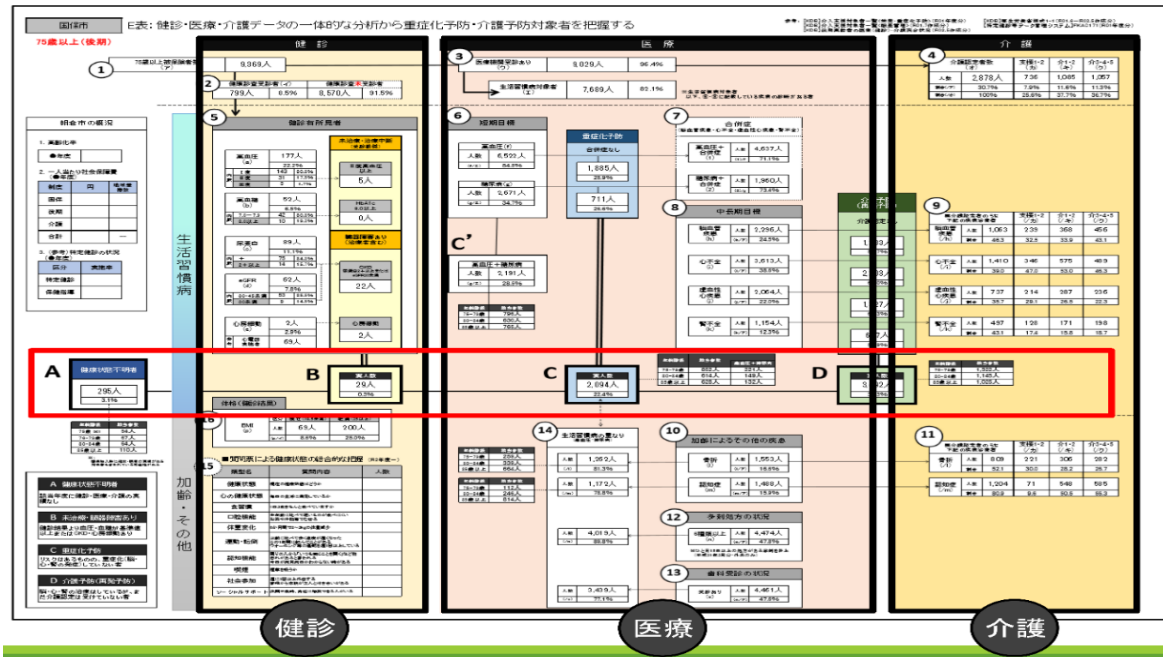
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では、被保険者のうち65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表31に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

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

図表 31 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(例示)



(1) 医療費分析

図表 32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
被保険者数	10,693人	10,298人	10,136人	9,740人	9,228人	8,333人	
総件数及び 総費用額	件数	99,049件	97,558件	88,845件	90,358件	87,098件	126,617件
	費用額	39億9516万円	40億44万円	37億5625万円	39億4396万円	37億1468万円	76億3481万円
一人あたり医療費	37.4万円	38.8万円	37.1万円	40.5万円	40.3万円	91.6万円	

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	大洲市	37億1468万円	32,584	3.90%	0.36%	1.76%	2.02%	6.22%	3.44%	1.70%	7億2052万円	19.4%	15.6%	10.65%	9.35%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	--	31,528	3.75%	0.27%	2.30%	1.58%	5.53%	3.10%	1.91%	--	18.5%	17.4%	8.34%	9.80%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	大洲市	76億3481万円	76,829	5.35%	0.81%	3.73%	1.45%	4.17%	2.77%	1.17%	14億8462万円	19.4%	9.1%	3.97%	13.4%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	--	72,588	4.43%	0.50%	4.32%	1.80%	4.12%	3.07%	1.39%	--	19.6%	10.5%	3.60%	14.0%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	380人	381人	374人	417人	390人	1,074人
		B	699件	651件	657件	737件	644件	1,868件
	件数	B/総件数	0.71%	0.67%	0.74%	0.82%	0.74%	1.48%
		C	8億9783万円	8億6346万円	8億6737万円	9億8195万円	8億6918万円	22億2800万円
		C/総費用	22.5%	21.6%	23.1%	24.9%	23.4%	29.2%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
脳血管疾患	人数	D	24人		31人		18人		21人		23人		70人		
		D/A	6.3%		8.1%		4.8%		5.0%		5.9%		6.5%		
	件数	E	41件		54件		30件		36件		32件		119件		
		E/B	5.9%		8.3%		4.6%		4.9%		5.0%		6.4%		
	年代別	40歳未満	3	7.3%	1	1.9%	0	0.0%	2	5.6%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	3	5.6%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	2.4%	5	9.3%	2	6.7%	2	5.6%	3	9.4%	75-80歳	29	24.4%
		60代	17	41.5%	19	35.2%	11	36.7%	10	27.8%	14	43.8%	80代	71	59.7%
		70-74歳	20	48.8%	26	48.1%	17	56.7%	21	58.3%	15	46.9%	90歳以上	19	16.0%
	費用額	F	4787万円		6106万円		3571万円		4636万円		3448万円		1億4190万円		
F/C		5.3%		7.1%		4.1%		4.7%		4.0%		6.4%			

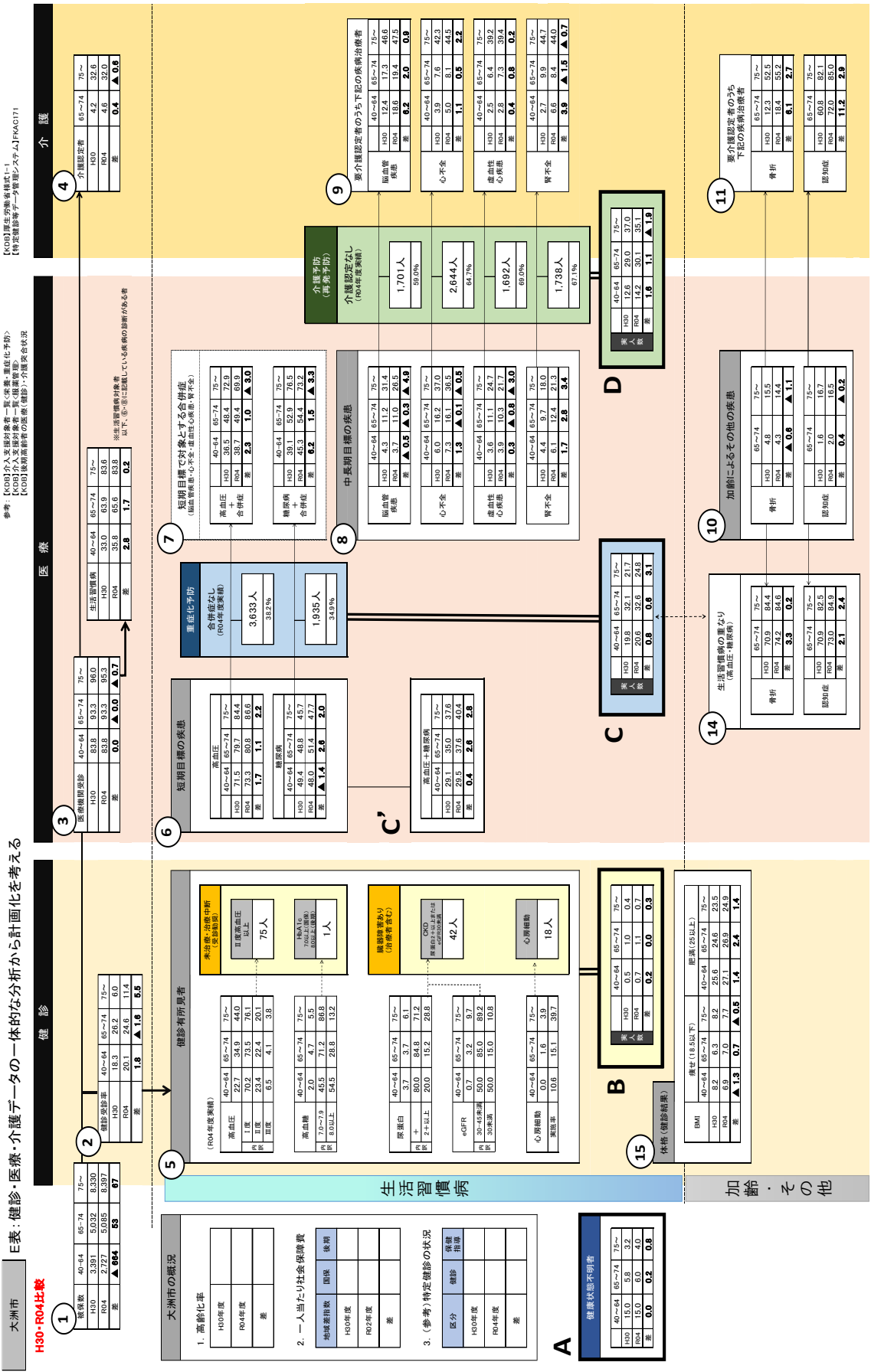
出典:ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
虚血性心疾患	人数	G	23人		10人		18人		16人		23人		24人		
		G/A	6.1%		2.6%		4.8%		3.8%		5.9%		2.2%		
	件数	H	25件		11件		21件		17件		24件		29件		
		H/B	3.6%		1.7%		3.2%		2.3%		3.7%		1.6%		
	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	1	4.0%	0	0.0%	1	4.8%	0	0.0%	3	12.5%	70-74歳	4	13.8%
		50代	2	8.0%	0	0.0%	5	23.8%	2	11.8%	1	4.2%	75-80歳	4	13.8%
		60代	8	32.0%	3	27.3%	7	33.3%	7	41.2%	12	50.0%	80代	18	62.1%
		70-74歳	14	56.0%	8	72.7%	8	38.1%	8	47.1%	8	33.3%	90歳以上	3	10.3%
	費用額	I	4023万円		1757万円		3084万円		2183万円		4294万円		3572万円		
I/C		4.5%		2.0%		3.6%		2.2%		4.9%		1.6%			

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分析



(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
						特定健診		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	32.6	3,391	5,032	8,330	18.3	26.2	6.0	8.2	6.3	8.2	25.6	24.6	23.5	
R4	32.0	2,727	5,085	8,397	20.1	24.6	11.4	6.9	7.0	7.7	27.1	26.9	24.9	

図表 39 健診有所見状況

E表	⑤																																				
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動												
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-								
年度	人	%	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	25	4.0	(12)	78	5.9	(25)	49	9.8	(15)	12	1.9	(0)	51	3.9	(7)	1	0.2	(0)	5	0.8	17	1.3	14	2.8	0	--	6	0.5	6	1.2							
R4	37	6.8	(15)	116	9.3	(40)	101	10.5	(20)	11	2.0	(1)	59	4.7	(0)	7	0.7	(0)	4	0.7	12	1.0	26	2.7	0	--	3	0.2	15	1.6							

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								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)				短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
								高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	83.8	93.3	96.0	33.0	63.9	83.6	71.5	79.7	84.4	49.4	48.8	45.7	29.1	35.0	37.6	36.5	48.4	72.9	39.1	52.9	76.5				
R4	83.8	93.3	95.3	35.8	65.6	83.8	73.3	80.8	86.6	48.0	51.4	47.7	29.5	37.6	40.4	38.7	49.4	69.9	45.3	54.4	73.2				

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 41 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.3	11.2	31.4	3.6	11.1	24.7	6.0	16.2	37.0	4.4	9.7	18.0	12.4	17.3	46.6	2.5	6.4	39.2	3.9	7.6	42.3	2.7	9.9	44.7
R4	3.7	11.0	26.5	3.9	10.3	21.7	7.3	16.1	36.5	6.1	12.4	21.3	18.6	19.4	47.5	2.8	7.3	39.4	5.0	8.1	44.5	6.6	8.4	44.0

図表 42 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	70.9	84.4	70.9	82.5	4.8	15.5	1.6	16.7	12.3	52.5	60.8	82.1
R4	74.2	84.6	73.0	84.9	4.3	14.4	2.0	16.5	18.4	55.2	72.0	85.0

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化(図表 32～42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和 3 年度に 40 万を超え、増加しています。後期高齢者になると一人あたり医療費は 90 万円を超え、国保の 2.3 倍も高い状況です。(図表 32)

本市は、第 2 期データヘルス計画においても、糖尿病性腎症重症化予防に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模、県、国と比較しても高いですが、腎不全の医療費に占める割合は、同規模、県、国と比較して同程度です。ただし、後期高齢者では糖尿病の割合は同程度であるものの、腎不全の割合は他と比較し高い状況から、国保時代の若年層から腎不全予防の取組が必要だと考えられます。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 650 件前後のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 3 倍に増えることが分かります。

高額における疾病を見てみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和元年度が一番多く 54 件で 6,000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 32 件と件数が減り、費用額も約 3,500 万円と減っています。しかし、後期高齢者においては 119 件発生し、約 1 億 4,000 万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態になると、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 34、35)

健診・医療・介護のデータにおいて、平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳で減っていますが、65～74 歳、75 歳以上では微増しており、高齢化率の高い本市では、今後さらに 75 歳以上の後期高齢者が増えていくことが予測できます。

⑮の体格を見ると、各年代で、BMI25 以上の率が高くなってきています。BMI と腹囲との関係で見ると、メタボリックシンドローム対象者も必然的に増加すると予測できます。図表 39 の健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上とHbA1c7.0 以上の対象人数が増えています。各疾患のさらなる受診勧奨、及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 40 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、75 歳以上の年代を除いて、若い世代で、高血圧、糖尿病ともに高くなっています。

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、腎不全が各年代において増加しています。また、介護認定者割合を見ると、令和4年度は平成30年度と比較し、脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全で各年代とも増加しており、大きな梗塞等により重症した人が増加していることが推察されるため、こうした合併症をいかに抑えていくかが課題となっています。(図表41)

(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、人工透析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、より良い成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。評価指標については、まず愛媛県で設定することが望ましい指標と本市の実情に応じて設定する指標(図表43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6カ月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促すことで、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、医療受診が必要な人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人に対し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として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、本市の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て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す。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 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (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	心疾患による死亡の割合の減少	31.1			KDBシステム
			脳血管疾患による死亡の割合の減少	15.2			
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.8			
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.0			
			慢性腎不全(透析有)総医療費に占める割合の減少	3.9			
			新規透析導入者の割合の減少	50.0			
	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25%以上	26.2			KDBシステム
			健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160mmHg/100mmHg以上)	8.4			
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL180mg/dl以上)	26.4			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1C6.5%以上)	9.0			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	0.4			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合(受診勧奨実施率)	100.0			大洲市保健センター
			高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合(受診勧奨実施率)	100.0			
			特定健診等計画	アウトカム	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	25.4
★特定保健指導実施率60%以上	56.0						
特定保健指導対象者の減少率25%以上	18.2						
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	12.0						

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

図表 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	35%	40%	45%	50%	55%	60%以上
特定保健指導実施率	30%	35%	40%	45%	50%	60%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	7,200人	7,000人	6,800人	6,600人	6,400人	6,200人
	受診者数	4,320人	4,200人	4,080人	3,960人	3,840人	3,720人
特定保健指導	対象者数	400人	400人	400人	400人	400人	400人
	受診者数	240人	240人	240人	240人	240人	240人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。愛媛県医師会が実施機関の取りまとめを行い、愛媛県医師会と市町国民健康保険とが集合契約を行います。

- ① 集団健診(大洲市保健センター他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、大洲市のホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

図表 46 特定健診検査項目(例示)

○大洲市特定健診検査項目

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

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

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力、及び連携を行います。

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診案内の送付にかかわらず、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		集団健診委託健診機関との打ち合わせ・契約 個別健診機関への依頼 健診対象者の抽出、受診券等の印刷・送付(随時) ↓ 特定健診の開始(4.1~3.31)	実施方法等の評価・見直し ↓ 特定保健指導の実施 前年度対象者指導実績入力 ↓ 前年度分 費用決済
5月		(集団健診開始)	
6月		健診データ受取(随時)	費用決済(毎月10日頃)
7月		保健指導対象者の抽出 指導実施(随時)	
8月		↓	
9月		指導実績入力(随時)	
10月	健診に関わる	↓	前年度の実績報告 (法定報告)
11月	予算手続き		
12月			
1月		(集団健診終了)	
2月			
3月	契約準備	(特定健診 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、保険者による直接実施、及び一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

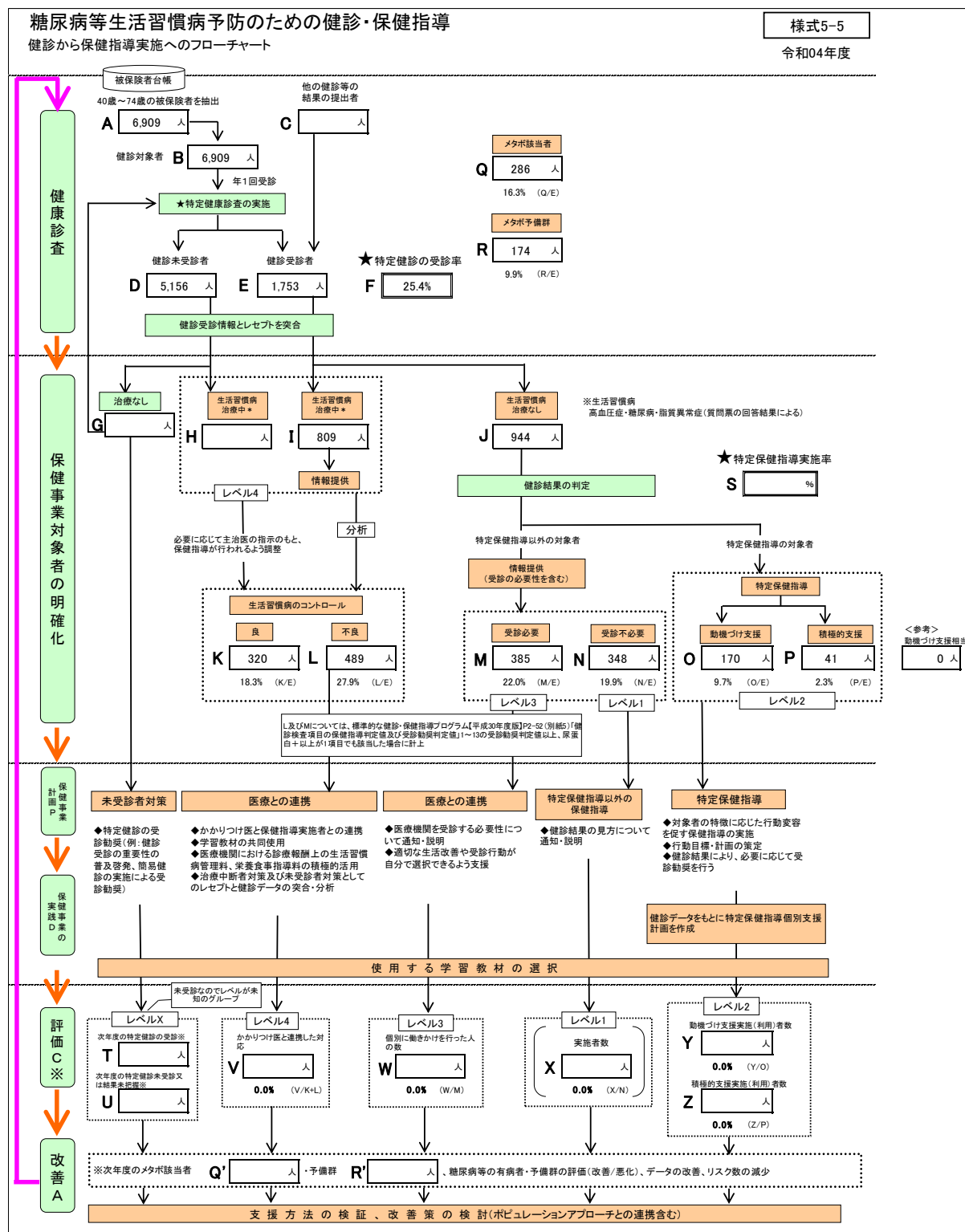
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	211人 (12.0%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	385人 (22.0%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	5,156人 <small>※受診率目標達成までにあと約2,400人</small>	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	348人 (19.9%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	809人 (46.1%)	100%

出典: ヘルサポートラボツール

(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	重症化予防	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎集団健診委託機関との契約・打ち合わせ ◎個別健康診査実施の依頼 ◎特定健診・がん検診開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の実施	◎対象者の抽出 ◎保健指導の実施	◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎特定健診・がん検診開始
5月				
6月		◎利用券の登録 ◎保健指導実績入力(随時)		◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月				
8月				
9月				◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月	◎健診の終了			

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及び大洲市個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度の指定される日までに、愛媛県国民健康保険団体連合会に提出します。

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、大洲市ホームページ等への掲載により公表・周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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

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、医療受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の人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る医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

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

II. 重症化予防の取組

本市の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、590人(33.7%)です。そのうち治療なしが231人(24.5%)を占め、さらに臓器障害ありで直ちに治療に取り組むべき対象者が61人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが231人中102人と高いため、特定保健指導の徹底を行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

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

令和04年度

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)																
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		1,753人 25.4%																
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2015.2より</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>				■各疾患の治療状況																
							<table border="1" style="font-size: x-small;"> <tr><th></th><th>治療中</th><th>治療なし</th></tr> <tr><td>高血圧</td><td>580</td><td>1,173</td></tr> <tr><td>脂質異常症</td><td>411</td><td>1,342</td></tr> <tr><td>糖尿病</td><td>119</td><td>1,634</td></tr> <tr><td>3疾患 いずれも</td><td>809</td><td>944</td></tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	580	1,173	脂質異常症	411	1,342	糖尿病	119	1,634	3疾患 いずれも	809	944
	治療中	治療なし																					
高血圧	580	1,173																					
脂質異常症	411	1,342																					
糖尿病	119	1,634																					
3疾患 いずれも	809	944																					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)															
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者																
該当者数	147 8.4%	3 0.2%	58 3.3%	43 2.5%	286 16.3%	117 6.7%	140 8.0%	590 33.7%															
治療なし	92 7.8%	1 0.1%	53 3.9%	39 2.9%	60 6.4%	69 4.2%	44 4.7%	231 24.5%															
(再掲) 特定保健指導	31 21.1%	1 33.3%	10 17.2%	15 34.9%	60 21.0%	22 18.8%	14 10.0%	102 17.3%															
治療中	55 9.5%	2 0.2%	5 1.2%	4 1.0%	226 27.9%	48 40.3%	96 11.9%	359 44.4%															
臓器障害 あり	23 25.0%	1 100.0%	8 15.1%	6 15.4%	8 13.3%	15 21.7%	44 100.0%	61 26.4%															
CKD(専門医対象者)	8	0	4	5	6	8	44	44															
心電図所見あり	15	1	5	1	3	8	4	21															
臓器障害 なし	69 75.0%	--	45 84.9%	33 84.6%	52 86.7%	54 78.3%	--	--															
治療中	臓器障害 あり	20 36.4%	2 100.0%	3 60.0%	1 25.0%	55 24.3%	17 35.4%	96 100.0%	131 36.5%														
	CKD(専門医対象者)	7	1	3	0	36	10	96	96														
	心電図所見あり	14	2	0	1	24	7	42	42														
	臓器障害 なし	35 63.6%	--	2 40.0%	3 75.0%	171 75.7%	31 64.6%	--	--														

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

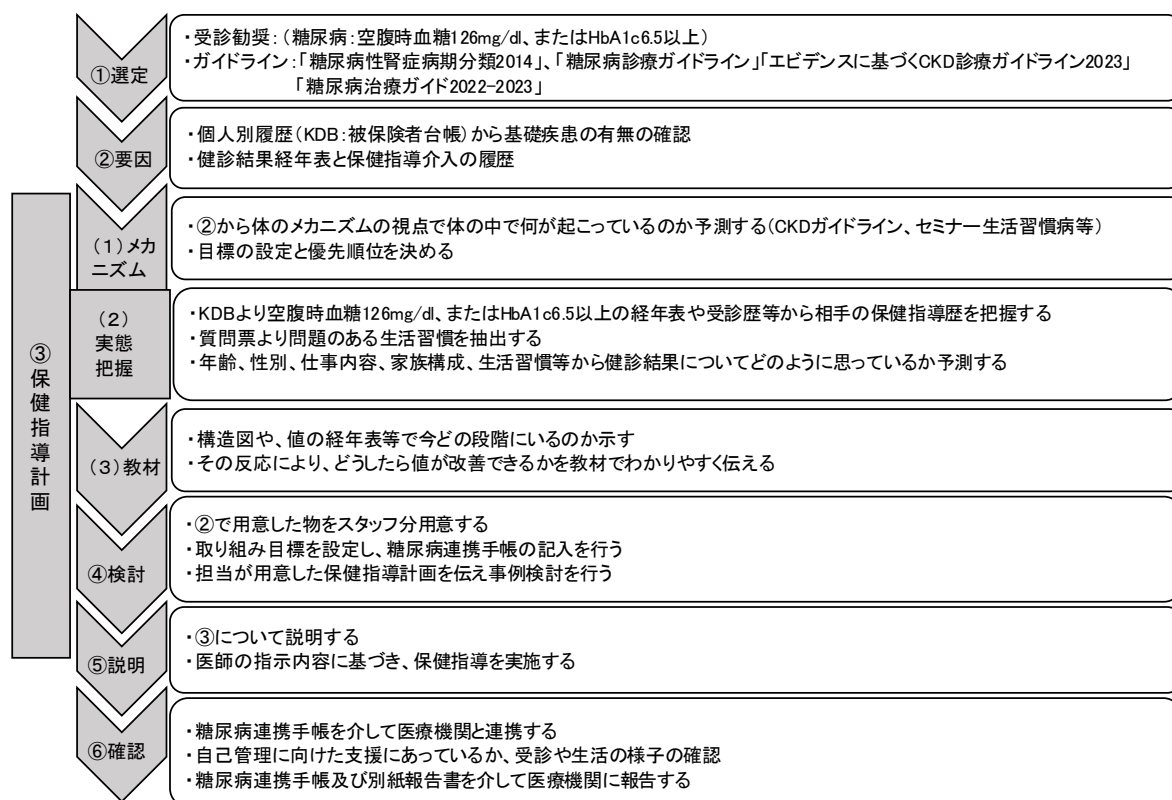
1) 基本的な考え方

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「愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、以下の視点でPDCAサイクルに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては、図表 52 に沿って実施します。

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

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 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人

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人

(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、及び特定健診データを活用し、該当者数の把握を行います。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。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。

ただし、CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。受診勧奨を行う対象者への紹介状には尿中アルブミン値の記載を求め、その返信に基づいて保健指導を実施します。

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の把握を行いました。(図表 54)

本市において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、85人(40.9%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者2,293人のうち、特定健診受診者が123人(59.1%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者2,170人(94.6%・I)については、治療中であるものの、データが不明なため、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③ 介入方法と優先順位

図表 54 より本市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・85人

優先順位2

【保健指導】

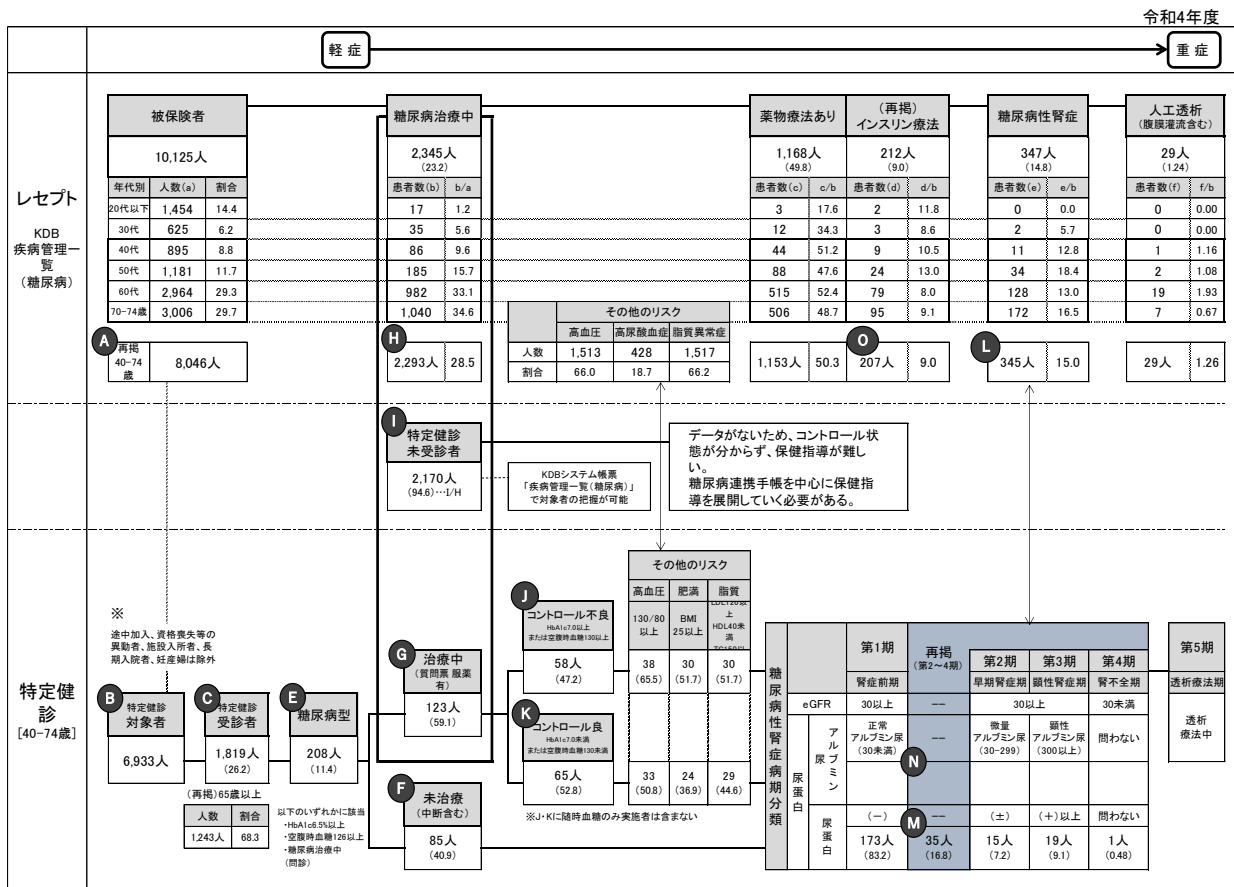
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者(J)・・・58人
継続受診(治療を中断しない)のための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・I(特定健診未受診者)の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握し、管理台帳に記載
- ・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

図表 54 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(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。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類、及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に本市独自で作成した保健指導用教材を活用し、保健師のキャリアを問わず一定の指導基準が保てるよう行っていきます。

図表 55 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

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

(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であるため、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、事前に喜多医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の人への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては「愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じて行っています。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

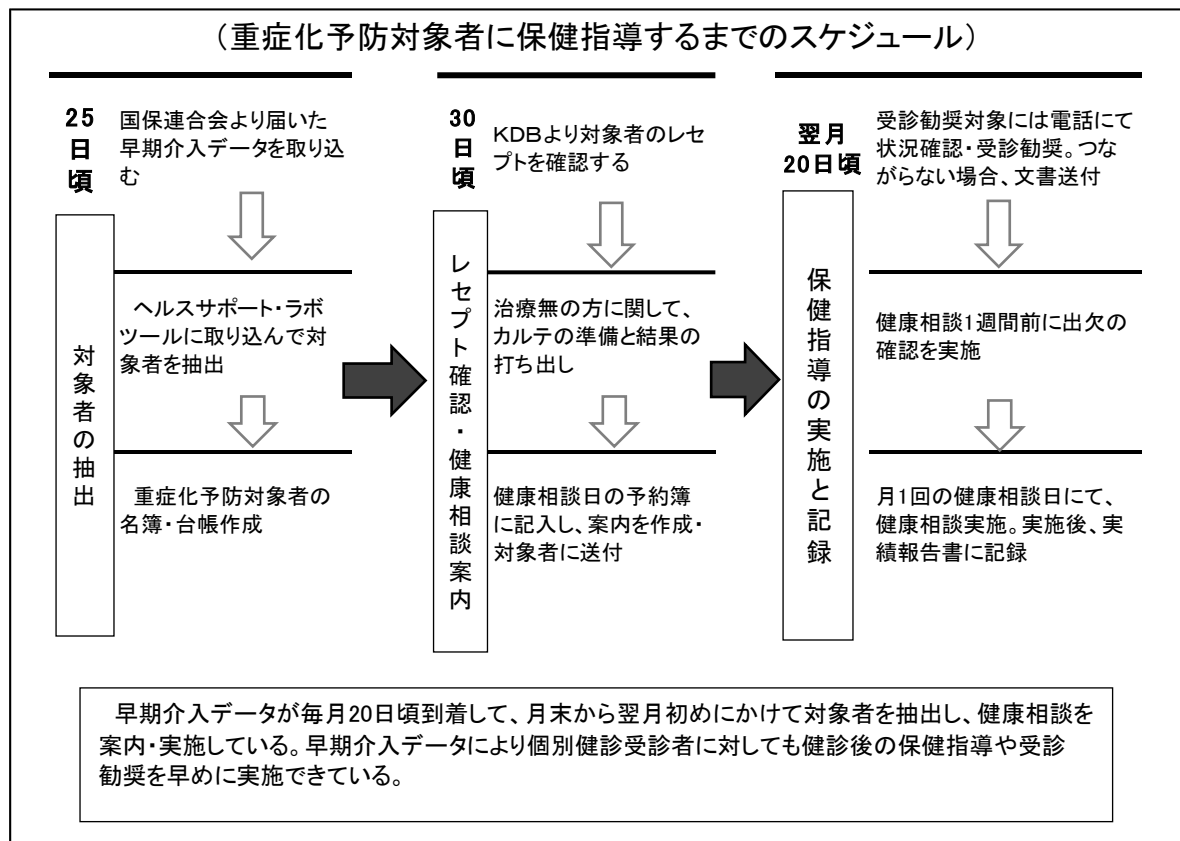
項目	突合表	大洲市										同規模保険者(平均)		データ基		
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ① 被保険者数	A	11,144人		10,671人		10,323人		10,152人		9,715人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		(再掲) 40-74歳		8,973人		8,698人		8,453人		8,357人		8,037人				
2 ① 特定健診 対象者数	B	7,931人		7,673人		7,507人		7,322人		6,909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 受診者数		2,038人		2,059人		1,353人		1,811人						
③ 受診率	C	--		--		--		--		--						
3 ① 特定 対象者数		208人		261人		152人		206人		209人						
		② 実施率		35.6%		37.5%		38.8%		56.3%		56.0%				
4 ① 健診 データ	E	糖尿病型		216人	10.6%	220人	10.7%	145人	10.7%	231人	12.8%	208人	11.4%	特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)		85人	39.4%	105人	47.7%	63人	43.4%	99人	42.9%	85人	40.9%			
		③ 治療中(質問票 服薬あり)		131人	60.6%	115人	52.3%	82人	56.6%	132人	57.1%	123人	59.1%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		63人	48.1%	62人	53.9%	35人	42.7%	66人	50.0%	58人	47.2%			
		⑤ 血圧 130/80以上		40人	63.5%	47人	75.8%	25人	71.4%	46人	69.7%	38人	65.5%			
		⑥ 肥満 BMI25以上		33人	52.4%	29人	46.8%	14人	40.0%	28人	42.4%	30人	51.7%			
		⑦ コントロール良		68人	51.9%	53人	46.1%	47人	57.3%	66人	50.0%	65人	52.8%			
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)		163人	75.5%	167人	75.9%	122人	84.1%	177人	76.6%	173人	83.2%			
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		22人	10.2%	13人	5.9%	13人	9.0%	25人	10.8%	15人	7.2%			
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		17人	7.9%	19人	8.6%	9人	6.2%	26人	11.3%	19人	9.1%			
		⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%	3人	1.4%	1人	0.7%	3人	1.3%	1人	0.5%			
5 ① レセプト	H	糖尿病受療率(被保険者千対)		131.6人		134.1人		125.4人		134.7人		136.9人		KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲) 40-74歳(被保険者千対)		161.2人		162.2人		151.1人		162.3人		164.2人				
		③ レセプト件数 (40-74歳)		7,339件(846.2)		7,171件(854.0)		7,327件(885.2)		7,935件(991.5)		7,989件(1053.0)			KDB_疾病別医療費 分析(生活習慣病)	
		④ (1)内は被保険者 千対 入院(件数)		50件(5.8)		52件(6.2)		37件(4.5)		53件(6.6)		39件(5.1)				
		⑤ 糖尿病治療中		1,467人		1,431人		1,294人		1,367人		1,330人			13.7%	
		⑥ (再掲) 40-74歳		1,446人		1,411人		1,277人		1,356人		1,320人			16.4%	
		⑦ 健診未受診者		1,315人		1,280人		1,195人		1,224人		1,197人			90.7%	
		⑧ インスリン治療		134人		126人		109人		131人		128人			9.6%	
		⑨ (再掲) 40-74歳		129人		121人		107人		129人		126人			9.5%	
		⑩ 糖尿病性腎症		125人		114人		130人		147人		177人			13.3%	
		⑪ (再掲) 40-74歳		125人		114人		130人		147人		176人			13.3%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		18人		14人		16人		16人		19人			1.4%	
		⑬ (再掲) 40-74歳		17人		14人		16人		16人		19人			1.4%	
		⑭ 新規透析患者数		2		2		6		6		2			0.04%	
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		1		1		3		3		1			50%	
		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)		24人		29人		31人		28人		26人			1.2%	
6 ① 医療費	KDB	総医療費		39億9516万円		40億44万円		37億5625万円		39億4396万円		37億1468万円		28億4626万円		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		22億5213万円		21億5578万円		21億842万円		22億3423万円		20億5584万円		15億3700万円		
		③ (総医療費に占める割合)		56.4%		53.9%		56.1%		56.6%		55.3%		54.0%		
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		3,992円		4,538円		2,829円		5,085円		4,705円		7,237円		
		⑤ 健診未受診者		39,785円		38,168円		40,220円		41,058円		39,712円		38,862円		
		⑥ 糖尿病医療費		2億1492万円		2億1818万円		2億1833万円		2億3875万円		2億3098万円		1億6596万円		
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%		10.1%		10.4%		10.7%		11.2%		10.8%		
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		6億6534万円		7億826万円		7億1340万円		7億4214万円		6億7325万円				
		⑨ 1件あたり		35,696円		37,919円		39,693円		40,159円		37,610円				
		⑩ 糖尿病入院総医療費		5億1657万円		4億6525万円		3億8623万円		3億9916万円		4億3080万円				
		⑪ 1件あたり		584,352円		568,770円		553,342円		590,480円		583,736円				
		⑫ 在院日数		17日		16日		17日		18日		19日				
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億8365万円		1億5465万円		1億6714万円		1億7130万円		1億5825万円		1億2396万円		
		⑭ 透析有り		1億7562万円		1億4497万円		1億5518万円		1億5825万円		1億4491万円		1億1532万円		
		⑮ 透析なし		803万円		968万円		1197万円		1306万円		1334万円		863万円		
7 ① 介護	KDB	介護給付費		46億407万円		46億7979万円		47億5446万円		48億1014万円		48億6053万円		34億9905万円		
		② (2号認定者)糖尿病合併症		3件		13.0%		4件		16.0%		4件		18.2%		
8 ① 死亡	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	糖尿病(死因別死亡数)		6人		0.9%		9人		1.4%		4人		0.6%		
		②		3人		20.0%		5件		16.7%		8人		1.3%		

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 (図表 57)

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
- 5月～ 特定健診結果が届き次第、台帳に記載
台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

図表 57 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

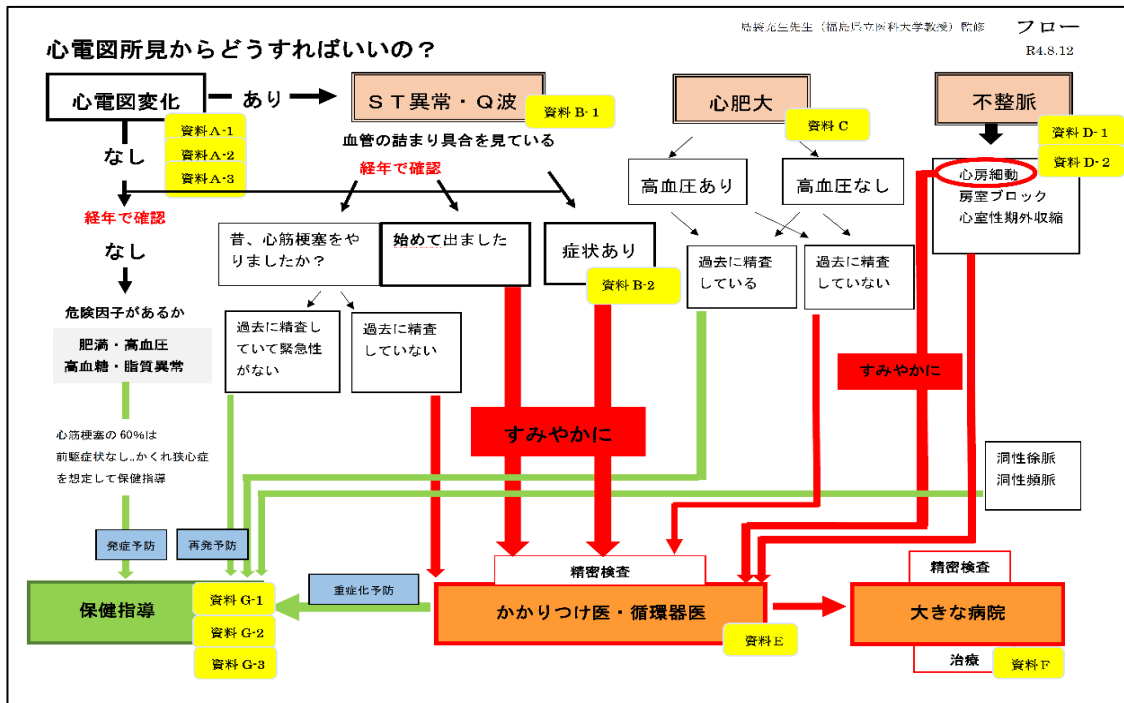
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は、最も基本的な心臓の検査であり、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の一つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市においては、心電図検査を 381 人(21.7%)実施し、そのうち有所見者が 161 人(42.3%)でした。所見の中でも ST-T 変化が 53 人(32.9%)で、所見率が一番高いことが分かります。(図表 67)

また、有所見者のうち要精査が43人(26.7%)で、その後の受診状況を見ると17人(39.5%)は未受診でした。(図表68)そこで本市では、令和5年度より、特定健診受診者全員への心電図検査の無料実施に踏みきりました。これが、高血圧症非合併の心疾患の見落としを防ぐとともに、心疾患による死亡を防ぐことにつながると考えています。また、有所見者のうち、要精密検査者の受診の徹底に努めます。

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圧、血糖などのリスクを有する人もいることから、対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	381	21.7%	161	42.3%	9	5.6%	53	32.9%	35	21.7%	37	23.0%	11	6.8%	23	14.3%	4	2.5%	21	13.0%	
内訳	男性	168	21.7%	70	41.7%	5	7.1%	15	21.4%	16	22.9%	17	24.3%	5	7.1%	9	12.9%	3	4.3%	11	15.7%
女性	213	21.8%	91	42.7%	4	4.4%	38	41.8%	19	20.9%	20	22.0%	6	6.6%	14	15.4%	1	1.1%	10	11.0%	
実人員計(人)	—				62				72				59								

大洲市調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	161		43	26.7%	26	60.5%	17	39.5%
男性	70	43.5%	20	28.6%	14	70.0%	6	30.0%
女性	91	56.5%	23	25.3%	12	52.2%	11	47.8%

大洲市調べ

② 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない、又は心電図検査を実施していなくても、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%は前駆症状がないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることを把握

した場合も、同様に受診勧奨を行います。なお、治療中でも、リスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 対象者の管理

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人が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、治療中の人へは血管リスク低減に向けて医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報については、かかりつけ医や対象者からの提供、KDB 等の活用により収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

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

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出、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)

3. 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

【脳卒中の分類】

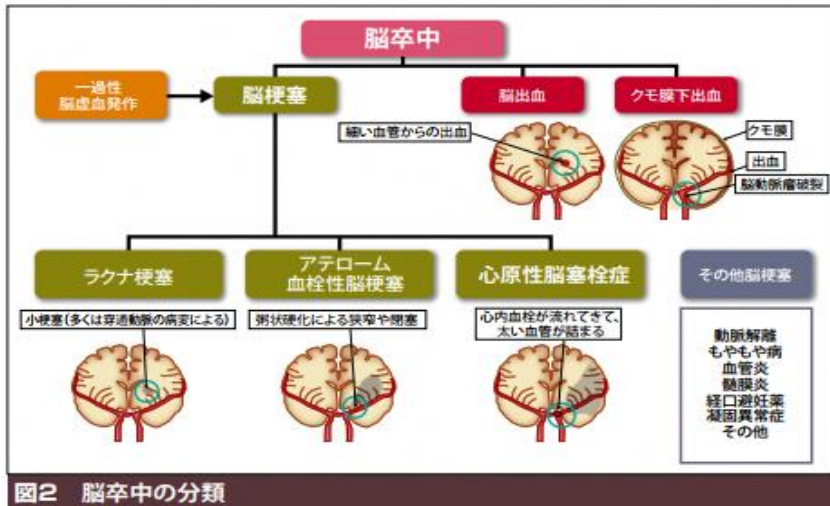


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防への提言より引用)

図表 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 3,681 人(H)のうち、すでに脳血管疾患を起こしている人が 448 人(12.2%・O)でした。

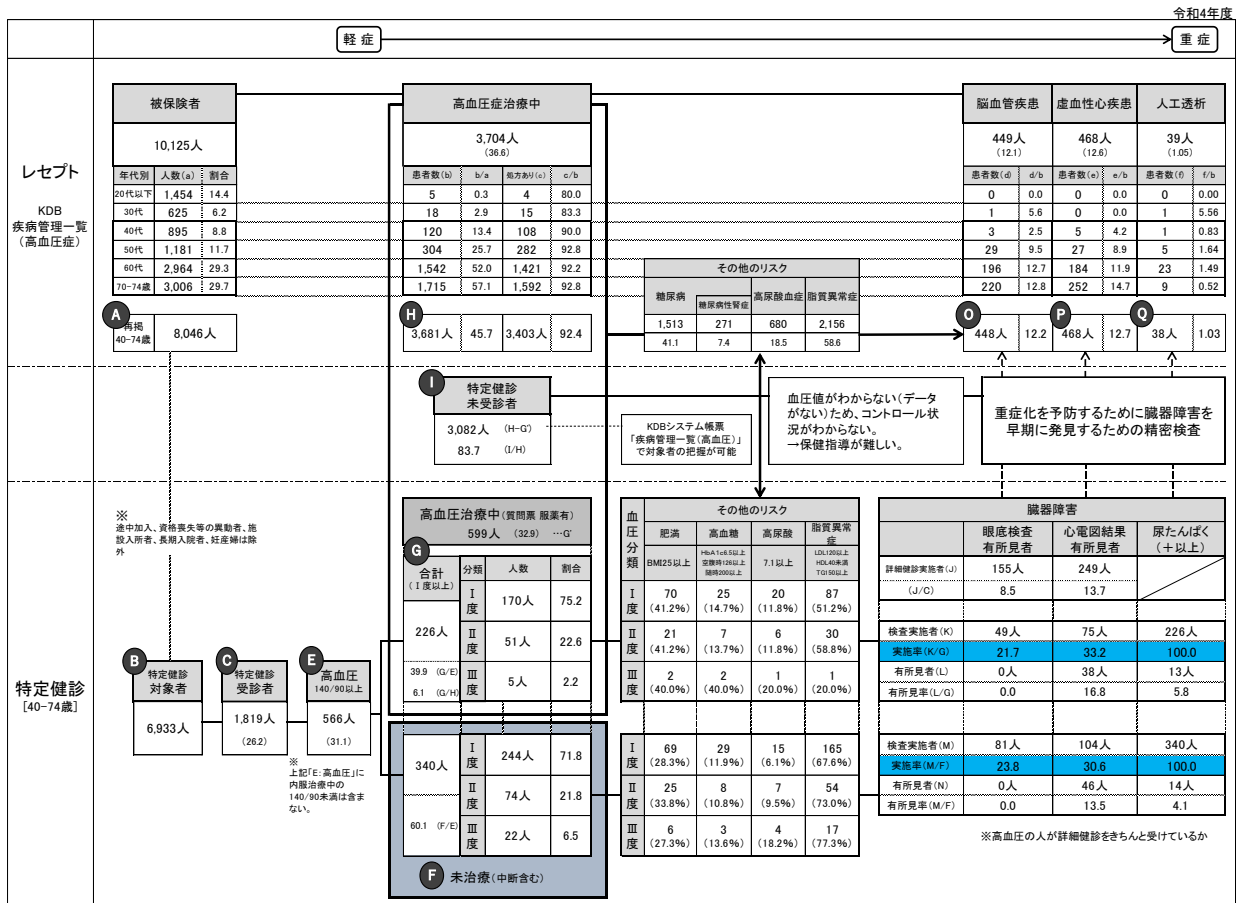
健診結果をみると、Ⅱ度高血圧以上が 152 人(8.4%)であり、そのうち 96 人(63%)は未治療者です。医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する人もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 56 人(9.3%)いることが分かりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防する目的で、臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)の実施者は、155 人(8.5%)です。なお、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、本来なら 566 人(31.1%・E)に対して眼底検査を実施する必要があります。

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

図表 74 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

(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すが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため、健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要があります。

図表 75 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4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)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	637	297 46.6%	244 38.3%	74 11.6%	22 3.5%
リスク第1層 予後影響因子がない	38 6.0%	C 21 7.1%	B 12 4.9%	B 4 5.4%	A 1 4.5%
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	374 58.7%	C 177 59.6%	B 146 59.8%	A 40 54.1%	A 11 50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	225 35.3%	B 99 33.3%	A 86 35.2%	A 30 40.5%	A 10 45.5%

…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	178
		27.9%
B	概ね1ヵ月後に再評価	261
		41.0%
C	概ね3ヵ月後に再評価	198
		31.1%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳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については早急な対応が求められますが、本市では喜多医師会と協議し、まずはII度高血圧、III度高血圧の未受診者に対して受診勧奨の徹底を行っています。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。

しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

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。

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	808	1,011	97	12.0%	152	15.0%	2	2.1%	1	0.7%	--	--
40代	64	77	3	4.7%	10	13.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	105	105	11	10.5%	9	8.6%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	291	422	33	11.3%	62	14.7%	0	0.0%	1	1.6%	1.9%	0.4%
70～74歳	348	407	50	14.4%	71	17.4%	2	4.0%	0	0.0%	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	%
3	0	0.0%	3	100.0%

大洲市調べ

心電図検査において3人に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、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、本市では、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも令和5年度より心電図検査の全数実施を開始しました。今後も継続受診の必要性を伝えるとともに、医療機関の受診勧奨の徹底に努めます。

3) 保健指導の実施

(1) 保健指導及び受診勧奨

令和4年度愛媛県版高血圧重症化予防プログラム策定を基に、本市においてもプログラムを策定し、令和5年度より開始しました。(参考資料10)保健指導の実施にあたっては、対象者に応じて保健指導教材を活用し、対象者が自分でイメージしやすいように心がけます。

なお、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を把握した場合も、同様に受診勧奨を行います。さらに、治療中であってもリスクがある場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように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、治療中の人へは血管リスク低減に向けて医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者からの提供、KDB 等の活用により収集していきます。

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、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と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

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

事業について、具体的には以下のとおりです。

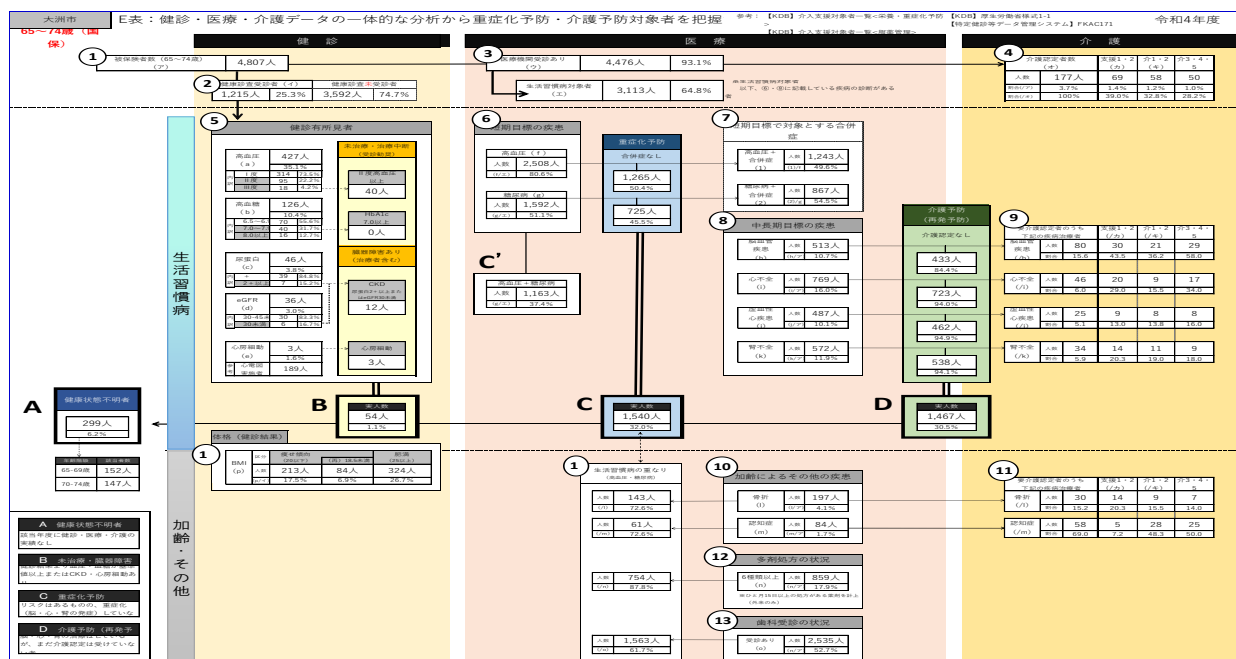
① 関係機関との連絡調整

企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置します。また、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 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの実施

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 (参考資料2②に拡大あり)



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。

本市においては、健康増進法のもと、胎児期から乳幼児期、そして成人期に至るまで各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えていくことが必要です。

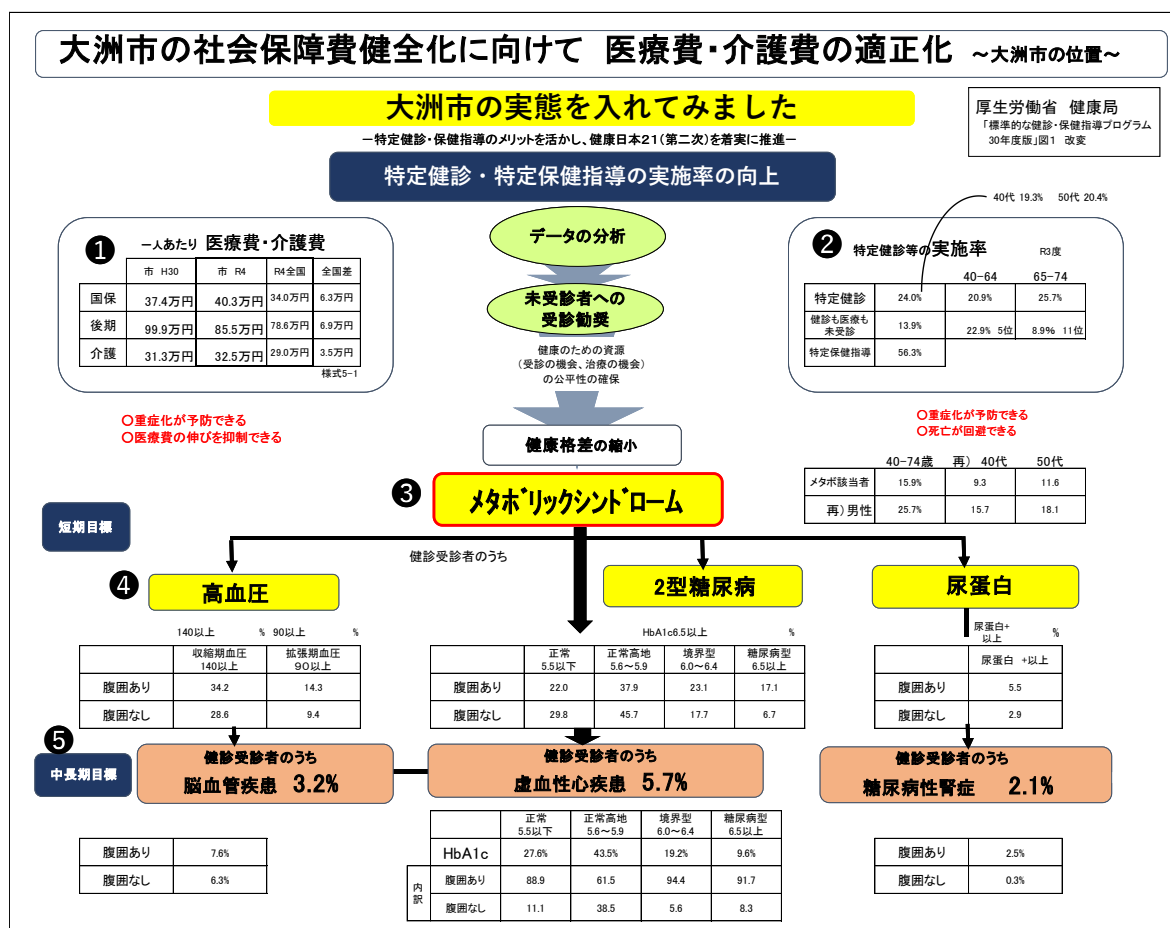
図表 79 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える															
—基本的考え方— (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)															
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 発症予防 → 重症化予防 </div>															
1 根拠法	健康増進法														
	母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 (学校職員は学校保健安全法)		高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)				
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】														
	データヘルス計画【保健事業実施計画】（各被保険者）														
3 年代	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診断		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)
5 対象者 健診内容	妊前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園 / 幼稚園	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)		
	血糖	95mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	HbA1c	6.5%以上						6.5%以上							
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上						空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの													
	身長 体重														
	BMI											25以上			
	肥満度				加ア ¹ 18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上							
	尿糖	(+) 以上						(+) 以上							
糖尿病家族歴															

V. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 80、81)

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



健診時質問票から、治療者の腹囲リスク有無で比較すると、血圧、血糖、脂質ともに腹囲リスク有の割合が高いことが分かります。また、質問票の喫煙有無における有所見者の割合も、喫煙習慣のある人が血圧、血糖ともに有所見割合が高く見られました。身体活動の有無で比較しても、身体活動が血圧や血糖値に良い影響を与えていることが分かります。

また、腹囲リスク別に見ると、腹囲リスク有の人は、20歳の頃より10kg以上の体重増加があると答えた割合、1日1時間以上の運動を実施していない割合、就寝前の夕食摂取をしている割合、朝食を欠食する割合が高い傾向が見られました。体重の増加は、心臓に負担を与えるとともに、血液量の増加に伴い、高血圧につながります。また、就寝前の食事は血糖コントロールに、また欠食は血圧及び血糖値の悪化につながります。(図表 81)

このように、病態につながる生活習慣の改善を図れるような保健指導を実施していきます。

図表 81 健診結果からみえる腹囲リスクの有無比較

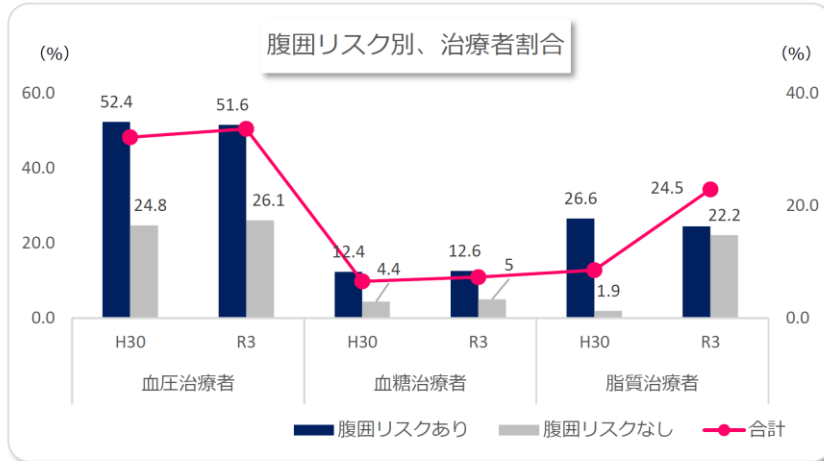
特定健診質問票より集計（H30年度とR3年度の比較）

〔データ元〕・健診データ新入力シート（H20-R3）よりH30年度、R3年度の大洲市健診データを使用した。

〔集計内容〕・特定健診質問票と健診結果を腹囲リスクの有無で比較した。

〔腹囲リスク基準値〕・男性85cm以上、女性90cm以上を腹囲リスクありとした。

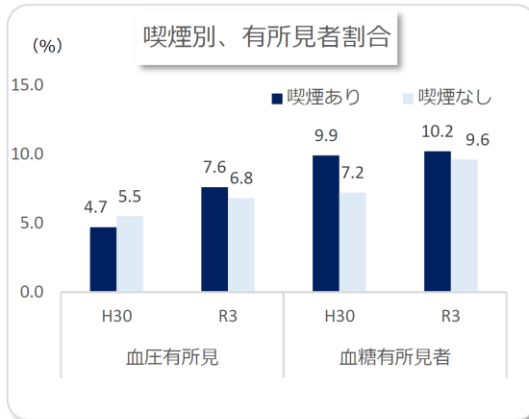
1. 腹囲リスク別、治療者の割合



(服薬状況の比較)

	高血圧治療者		糖尿病治療者		脂質治療者	
	H30	R3	H30	R3	H30	R3
腹囲リスクあり	52.4	51.6	12.4	12.6	26.6	24.5
腹囲リスクなし	24.8	26.1	4.4	5	1.9	22.2
合計	32.2	33.7	6.5	7.3	8.6	22.9

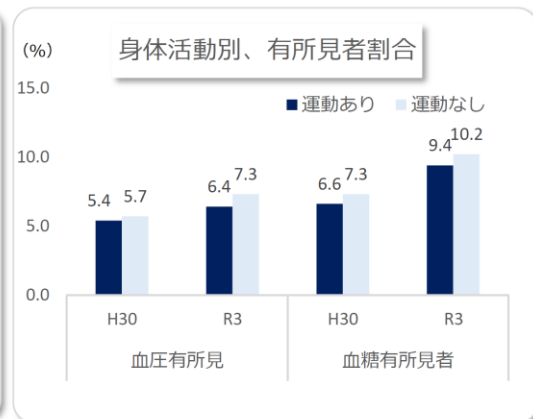
2. 喫煙別、有所見者割合



(%)

	高血圧有所見		糖尿病有所見者	
	H30	R3	H30	R3
喫煙あり	4.7	7.6	9.9	10.2
喫煙なし	5.5	6.8	7.2	9.6

3. 身体活動別、有所見者割合



(%)

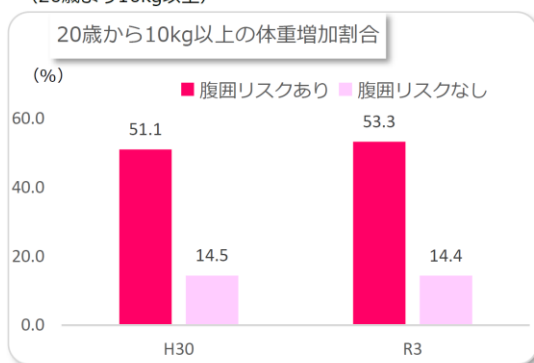
定期	高血圧有所見		糖尿病有所見者	
身体活動	H30	R3	H30	R3
運動あり	5.4	6.4	6.6	9.4
運動なし	5.7	7.3	7.3	10.2

※高血圧有所見基準 収縮期160以上or拡張期血圧100以上

※糖尿病有所見基準 HbA1c6.5以上

4. 腹囲リスク別、体重増加の割合

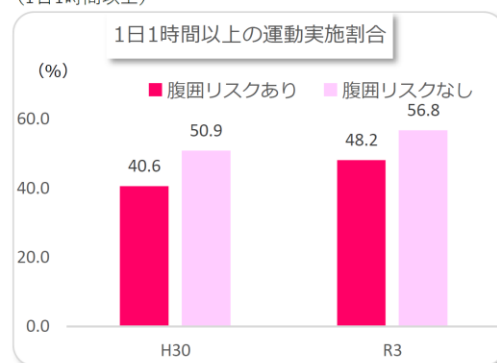
(20歳より10kg以上)



	増加あり	
	H30	R3
腹囲リスクあり	51.1	53.3
腹囲リスクなし	14.5	14.4

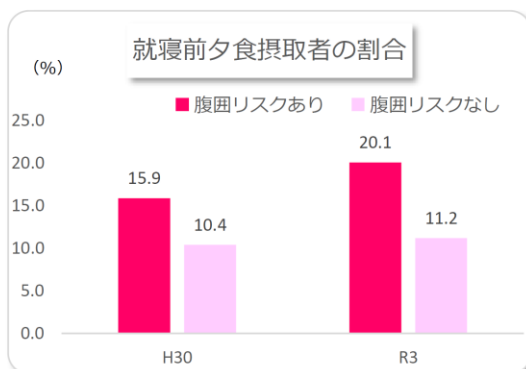
5. 腹囲リスク別、運動実施の割合

(1日1時間以上)



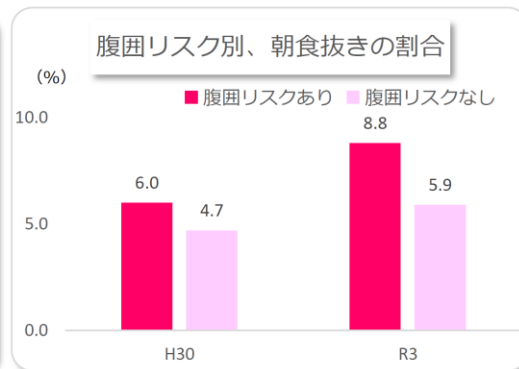
	運動実施者	
	H30	R3
腹囲リスクあり	40.6	48.2
腹囲リスクなし	50.9	56.8

6. 腹囲リスク別、就寝前夕食摂取者の割合



	(就寝前2時間以内の夕食、週に3回以上)	
	H30	R3
腹囲リスクあり	15.9	20.1
腹囲リスクなし	10.4	11.2

7. 腹囲リスク別、朝食抜きの割合



	(朝食抜きあり)	
	H30	R3
腹囲リスクあり	6.0	8.8
腹囲リスクなし	4.7	5.9

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)

具体的には、保健師等が担当地区の被保険者分について定期的に評価を行います。毎月、国保データベース(KDB)システムから健診・医療・介護のデータを取得し、受診率や受療率の動向等を見ていきます。

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

2. 個人情報の取扱い

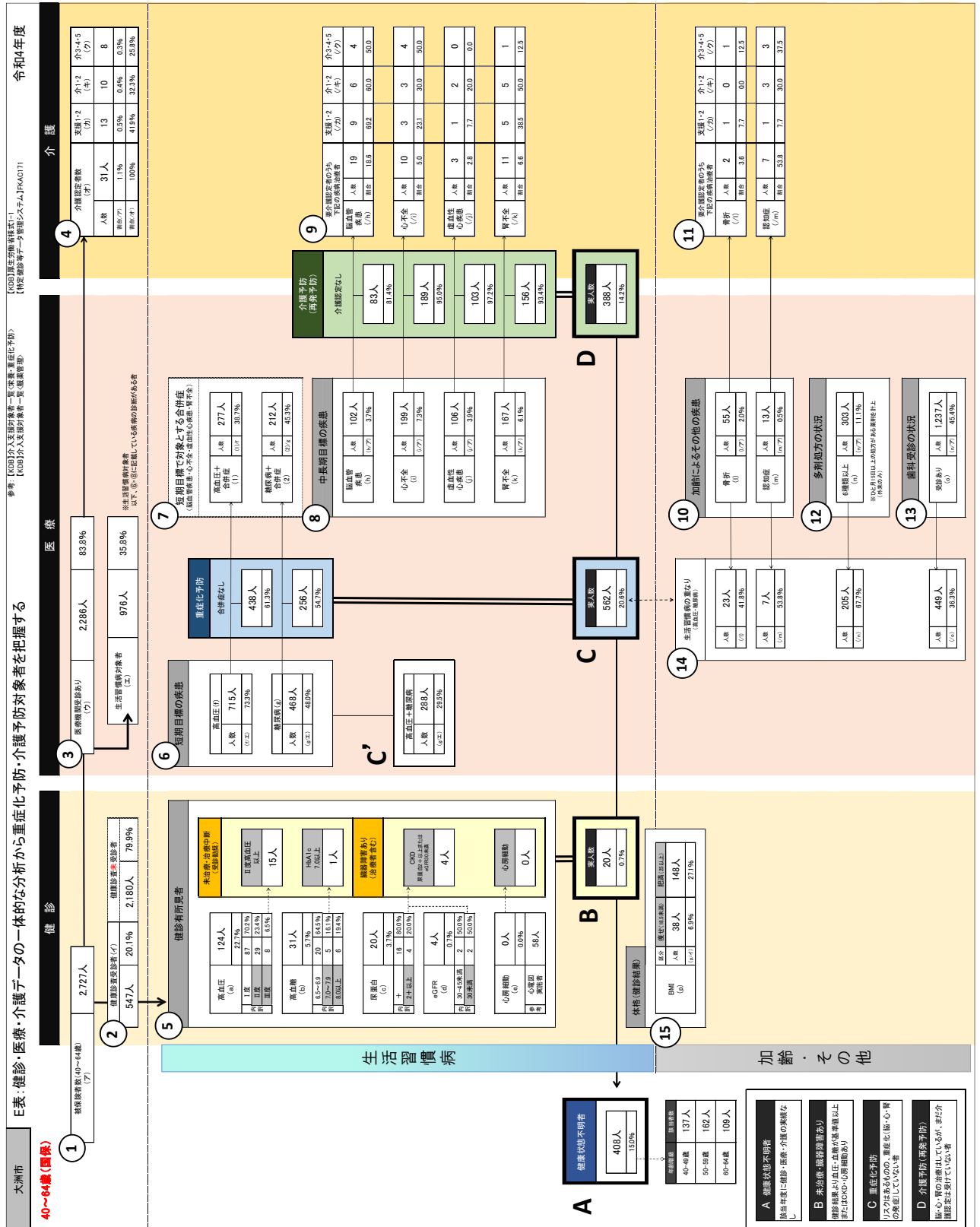
保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

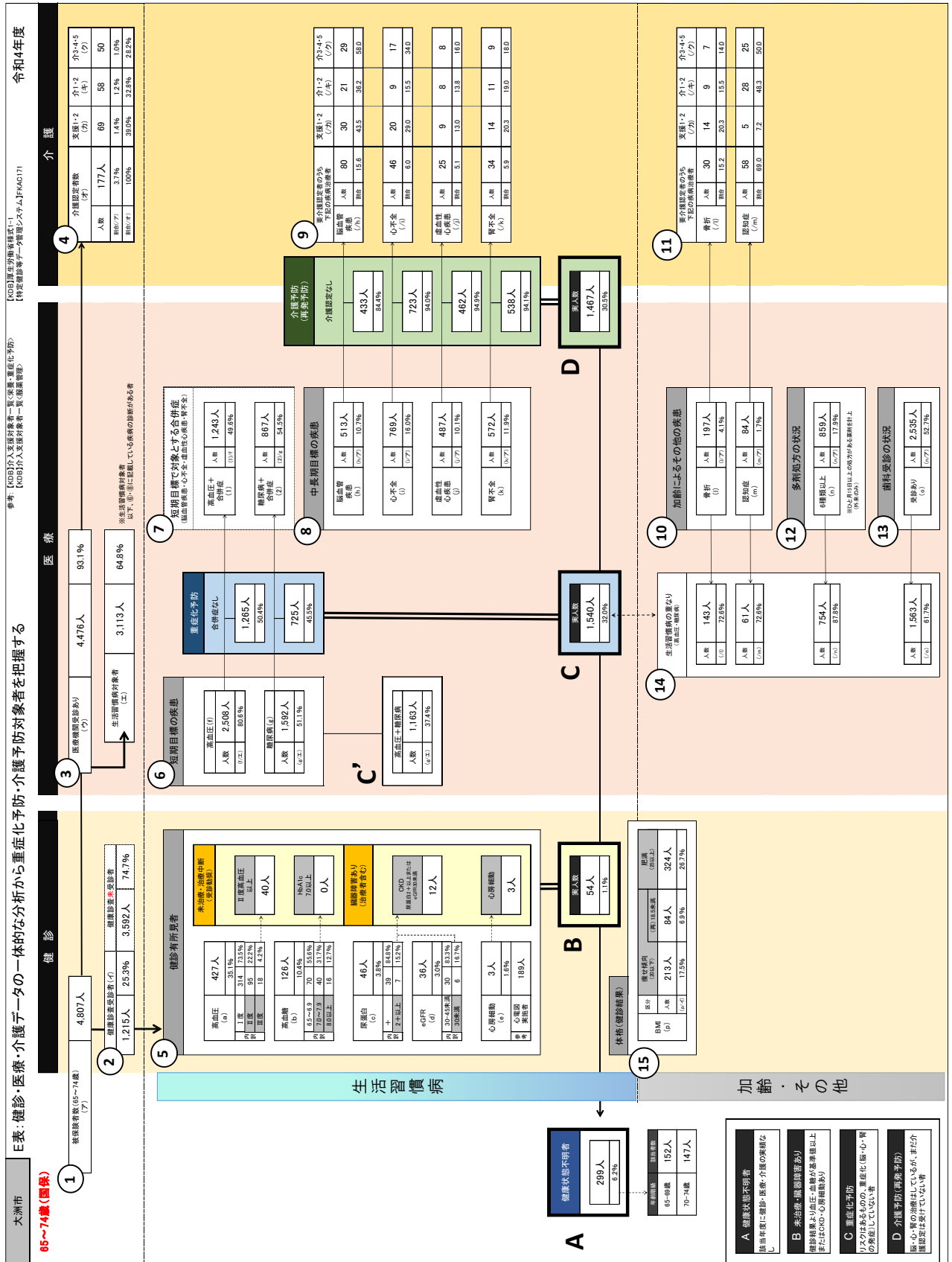
- 参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大洲市の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較
- 参考資料10 大洲市版 高血圧重症化予防プログラム

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

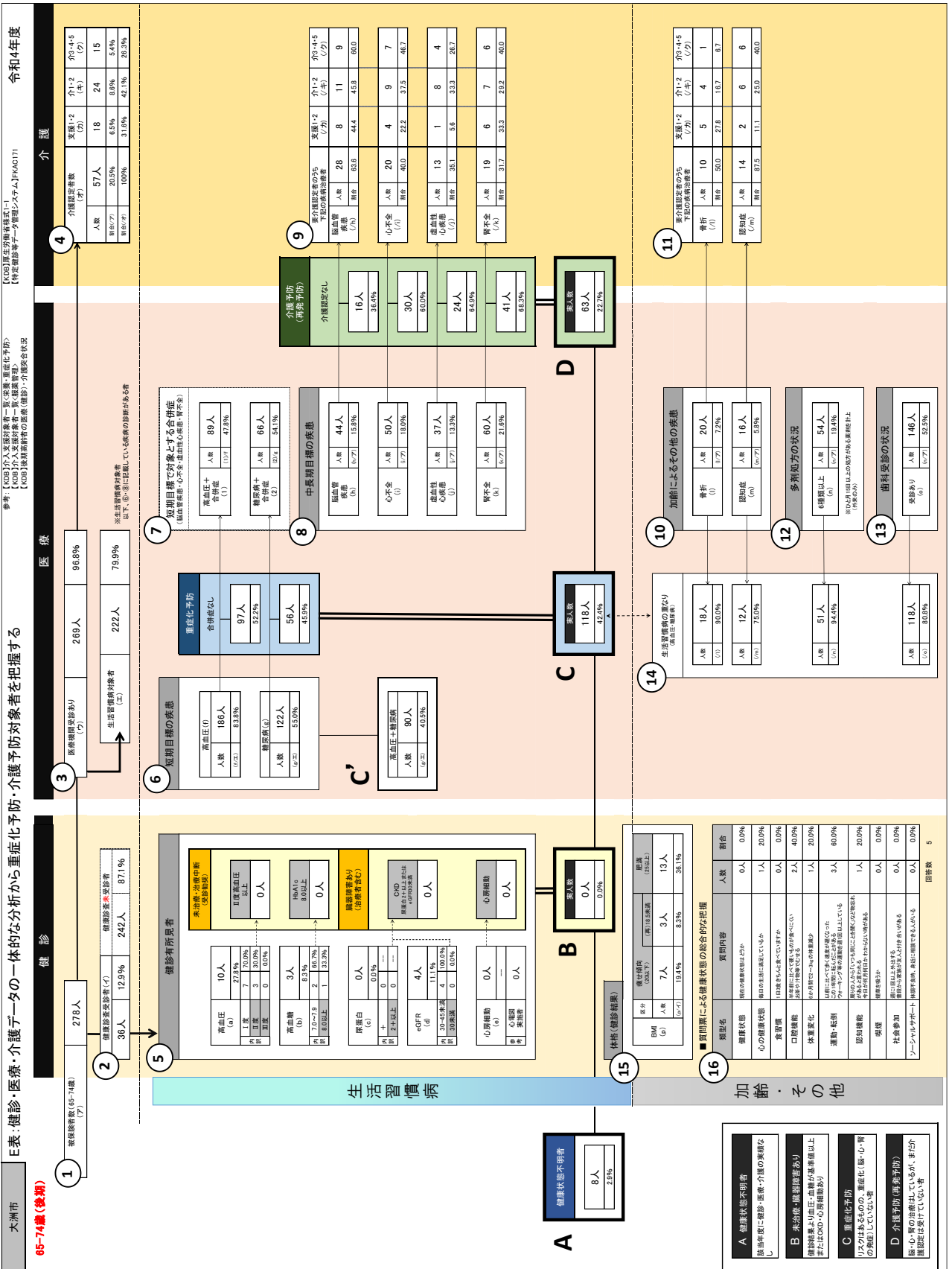
① 40～64歳(国保)



② 65～74歳(国保)



大洲市 65～74歳(後期) E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



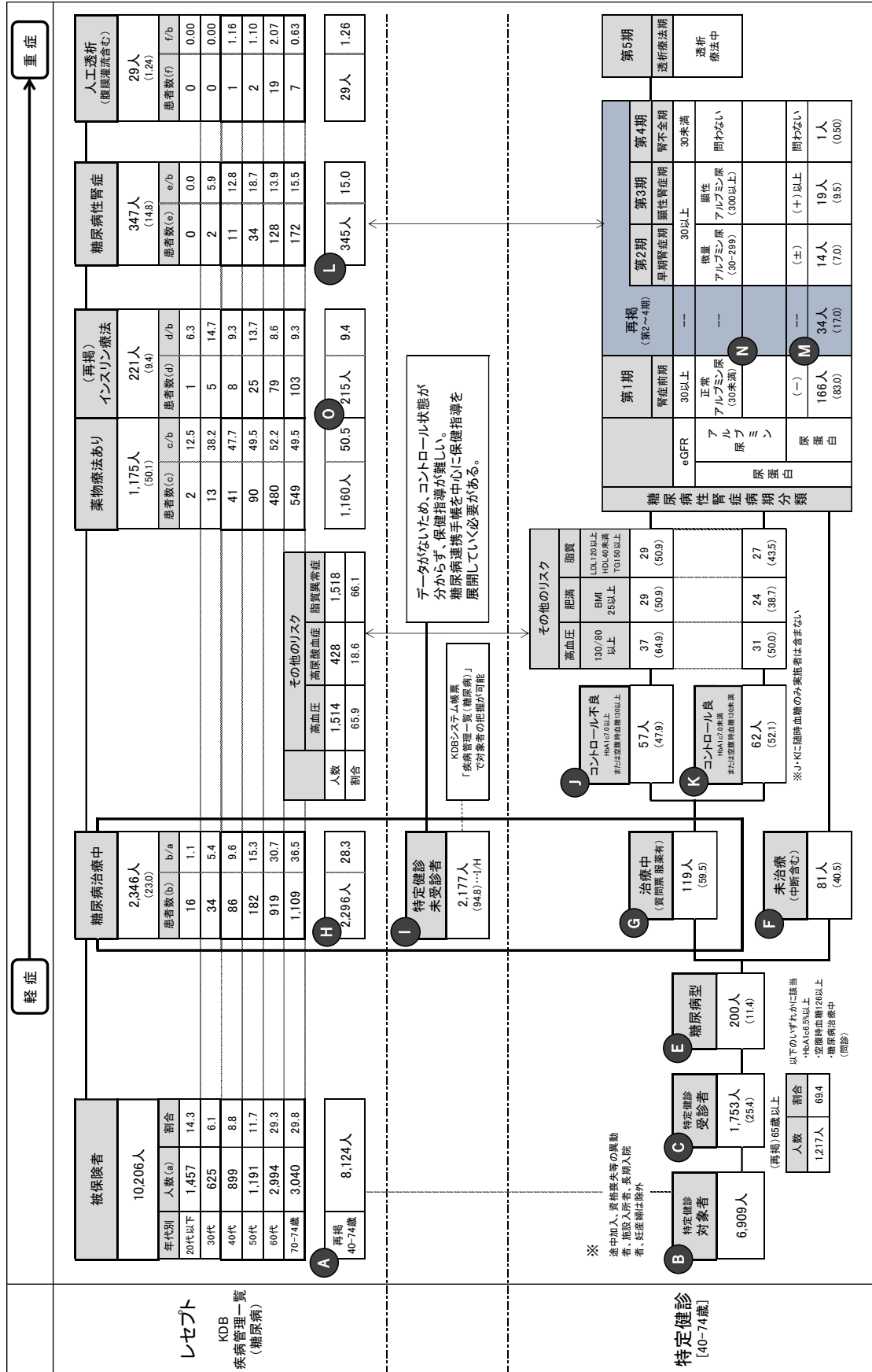
参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	大洲市										同規模保険者（平均）		データ基	
		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	11,144人	10,671人	10,323人	10,152人	9,715人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲) 40-74歳	A	8,973人	8,698人	8,453人	8,357人	8,037人							
2	①	対象者数	B	7,931人	7,673人	7,507人	7,322人	6,909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	受診者数	C	2,038人	2,059人	1,353人	1,811人	1,819人							
	③	受診率	C	--	--	--	--	--							
3	①	特定 保健指導		208人	261人	152人	206人	209人							
	②	実施率		35.6%	37.5%	38.8%	56.3%	56.0%							
4	①	糖尿病型	E	216人	10.6%	220人	10.7%	145人	10.7%	231人	12.8%	208人	11.4%		特定健診結果
	②	未治療・中断者 (質問票 服薬なし)	F	85人	39.4%	105人	47.7%	63人	43.4%	99人	42.9%	85人	40.9%		
	③	治療中 (質問票 服薬あり)	G	131人	60.6%	115人	52.3%	82人	56.6%	132人	57.1%	123人	59.1%		
	④	コントロール不良 HbA1c 7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	63人	48.1%	62人	53.9%	35人	42.7%	66人	50.0%	58人	47.2%		
	⑤	血圧 130/80以上	J	40人	63.5%	47人	75.8%	25人	71.4%	46人	69.7%	38人	65.5%		
	⑥	肥満 BMI25以上	J	33人	52.4%	29人	46.8%	14人	40.0%	28人	42.4%	30人	51.7%		
	⑦	コントロール良 HbA1c 7.0%未満かつ空腹時血糖130未満	K	68人	51.9%	53人	46.1%	47人	57.3%	66人	50.0%	65人	52.8%		
	⑧	第1期 尿蛋白 (-)	M	163人	75.5%	167人	75.9%	122人	84.1%	177人	76.6%	173人	83.2%		
	⑨	第2期 尿蛋白 (±)	M	22人	10.2%	13人	5.9%	13人	9.0%	25人	10.8%	15人	7.2%		
	⑩	第3期 尿蛋白 (+) 以上	M	17人	7.9%	19人	8.6%	9人	6.2%	26人	11.3%	19人	9.1%		
	⑪	第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	3人	1.4%	1人	0.7%	3人	1.3%	1人	0.5%		
5	①	糖尿病受療率 (被保険者千対)		131.6人	134.1人	125.4人	134.7人	136.9人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲) 40-74歳 (被保険者千対)		161.2人	162.2人	151.1人	162.3人	164.2人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)		7,339件 (846.2)	7,171件 (854.0)	7,327件 (885.2)	7,935件 (991.5)	7,989件 (1,053.0)	1,557,522件 (951.6)					KDB_疾病別医療費 分析 (生活習慣病)	
	④	入院外 (件数) () 内は被保険者 千対		50件 (5.8)	52件 (6.2)	37件 (4.5)	53件 (6.6)	39件 (5.1)	7,406件 (4.5)						
	⑤	糖尿病治療中	H	1,467人	13.2%	1,431人	13.4%	1,294人	12.5%	1,367人	13.5%	1,330人	13.7%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲) 40-74歳	H	1,446人	16.1%	1,411人	16.2%	1,277人	15.1%	1,356人	16.2%	1,320人	16.4%		
	⑦	健診未受診者	I	1,315人	90.9%	1,280人	90.7%	1,195人	93.6%	1,224人	90.3%	1,197人	90.7%		
	⑧	インスリン治療	O	134人	9.1%	126人	8.8%	109人	8.4%	131人	9.6%	128人	9.6%		
	⑨	(再掲) 40-74歳	O	129人	8.9%	121人	8.6%	107人	8.4%	129人	9.5%	126人	9.5%		
	⑩	糖尿病性腎症	L	125人	8.5%	114人	8.0%	130人	10.0%	147人	10.8%	177人	13.3%		
	⑪	(再掲) 40-74歳	L	125人	8.6%	114人	8.1%	130人	10.2%	147人	10.8%	176人	13.3%		
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		18人	1.2%	14人	1.0%	16人	1.2%	16人	1.2%	19人	1.4%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期
	⑬	(再掲) 40-74歳		17人	1.2%	14人	1.0%	16人	1.3%	16人	1.2%	19人	1.4%		
	⑭	新規透析患者数		2	0.02%	2	0.02%	6	0.05%	6	0.05%	2	0.04%		
	⑮	(再掲) 糖尿病性腎症		1	50%	1	50%	3	50%	3	50%	1	50%		
	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)		24人	1.1%	29人	1.3%	31人	1.5%	28人	1.3%	26人	1.2%		
6	①	総医療費		39億9516万円	40億44万円	37億5625万円	39億4396万円	37億1468万円	28億4626万円					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		22億5213万円	21億5578万円	21億842万円	22億3423万円	20億5584万円	15億3700万円						
	③	(総医療費に占める割合)		56.4%	53.9%	56.1%	56.6%	55.3%	54.0%						
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり		3,992円	4,538円	2,829円	5,085円	4,705円	7,237円						
	⑤	健診未受診者		39,785円	38,168円	40,220円	41,058円	39,712円	38,862円						
	⑥	糖尿病医療費		2億1492万円	2億1818万円	2億1833万円	2億3875万円	2億3098万円	1億6596万円						
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%	10.1%	10.4%	10.7%	11.2%	10.8%						
	⑧	糖尿病入院外総医療費		6億6534万円	7億826万円	7億1340万円	7億4214万円	6億7325万円							
	⑨	1件あたり		35,696円	37,919円	39,693円	40,159円	37,610円							
	⑩	糖尿病入院総医療費		5億1657万円	4億6525万円	3億8623万円	3億9916万円	4億3080万円							
	⑪	1件あたり		584,352円	568,770円	553,342円	590,480円	583,736円							
	⑫	入院日数		17日	16日	17日	18日	19日							
	⑬	慢性腎不全医療費		1億8365万円	1億5465万円	1億6714万円	1億7130万円	1億5825万円	1億2396万円						
	⑭	透析有り		1億7562万円	1億4497万円	1億5518万円	1億5825万円	1億4491万円	1億1532万円						
	⑮	透析なし		803万円	968万円	1197万円	1306万円	1334万円	863万円						
7	①	介護給付費		46億407万円	46億7979万円	47億5446万円	48億1014万円	48億6053万円	34億9905万円						
	②	(2号認定者) 糖尿病合併症		3件 13.0%	4件 16.0%	4件 18.2%	5件 20.0%	5件 16.7%							
8	①	死亡		6人 0.9%	9人 1.4%	4人 0.6%	3人 0.5%	8人 1.3%	2,819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

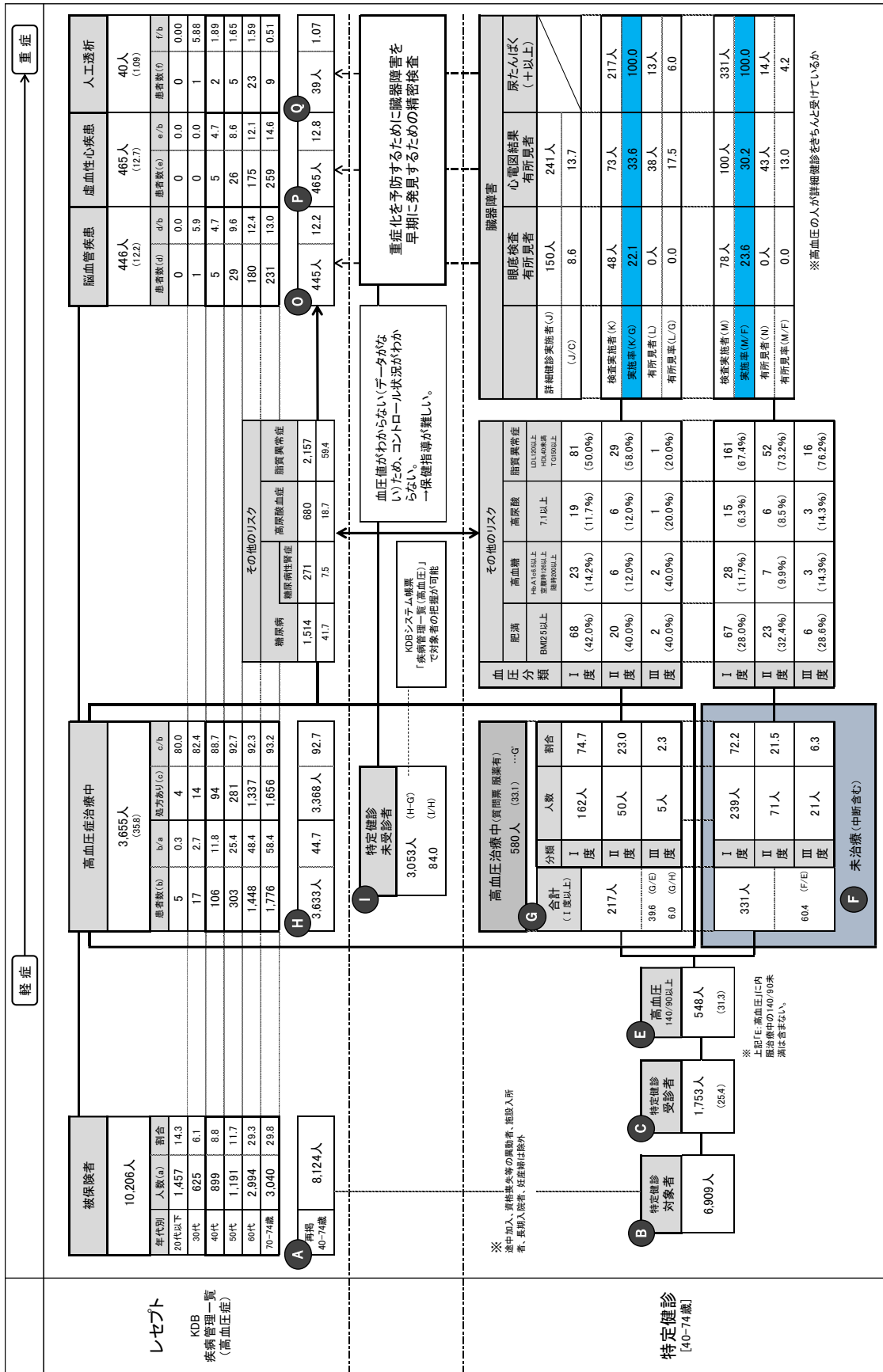
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



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

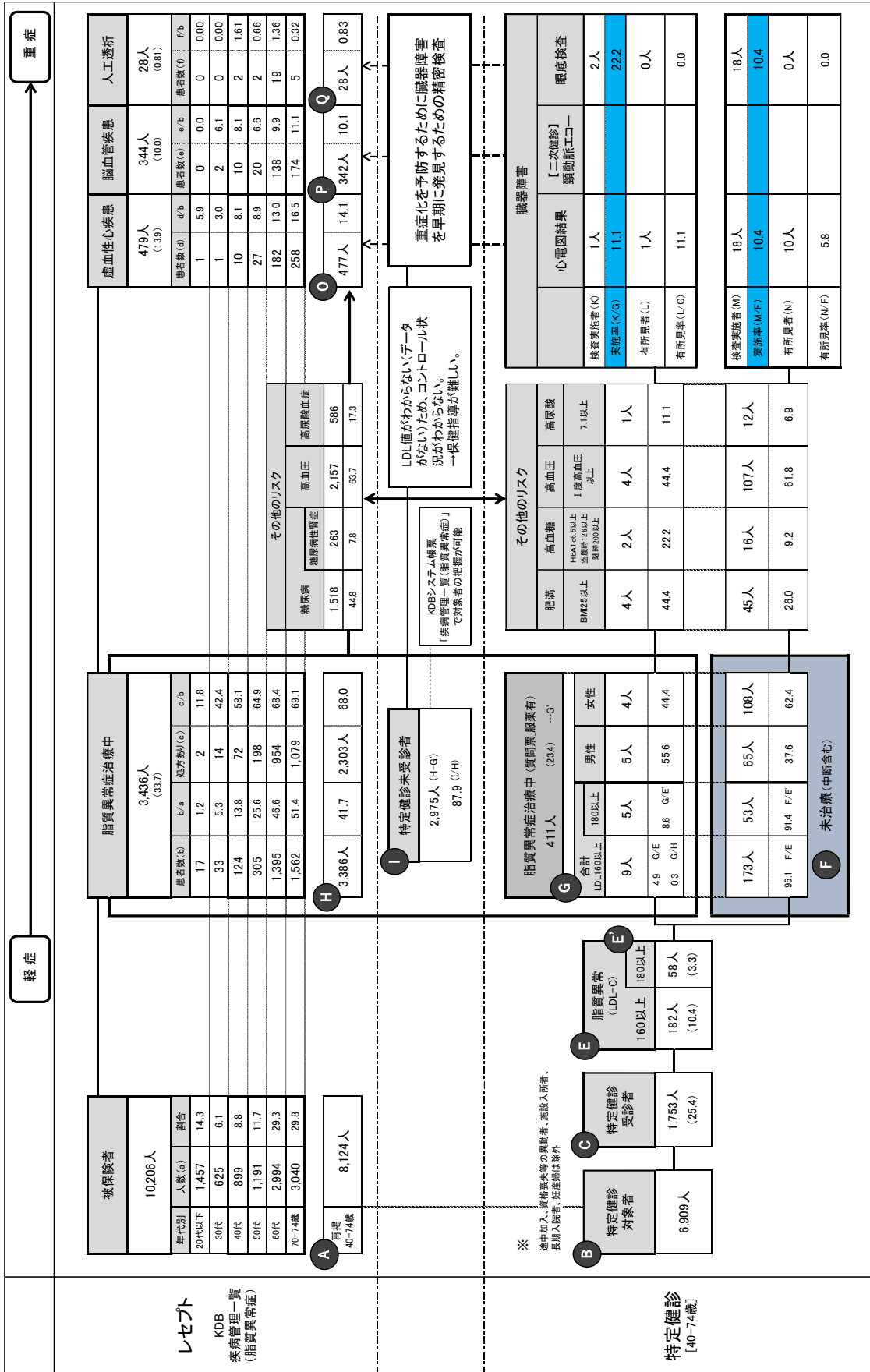


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を基とし、年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む。
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KOB概要-介入支援対象者一覧(薬業・重症化予防)」から集計

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲		
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病								
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限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
A		B		C		D		E		F		G		H		I	
H29	1,942	685	35.3%	824	42.4%	291	15.0%	83	4.3%	44	2.3%	15	0.8%	30	1.5%	10	0.5%
H30	1,985	898	45.2%	705	35.5%	234	11.8%	80	4.0%	46	2.3%	22	1.1%	38	1.9%	15	0.8%
R01	2,002	664	33.2%	833	41.6%	336	16.8%	101	5.0%	46	2.3%	22	1.1%	42	2.1%	10	0.5%
R02	1,309	464	35.4%	529	40.4%	205	15.7%	68	5.2%	38	2.9%	5	0.4%	14	1.1%	4	0.3%
R03	1,760	562	31.9%	707	40.2%	321	18.2%	90	5.1%	58	3.3%	22	1.3%	43	2.4%	12	0.7%
R04	1,753	482	27.5%	774	44.2%	339	19.3%	91	5.2%	46	2.6%	21	1.2%	39	2.2%	13	0.7%

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HbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	1,942	685 35.3%	824 42.4%	291 15.0%	142 7.3%	59 3.0%	83 4.3%	7.3%	3.0%	
H30	1,985	898 45.2%	705 35.5%	234 11.8%	148 7.5%	68 3.4%	83 4.2%	7.5%	3.4%	
R01	2,002	664 33.2%	833 41.6%	336 16.8%	169 8.4%	68 3.4%	82 4.1%	8.4%	3.4%	
R02	1,309	464 35.4%	529 40.4%	205 15.7%	111 8.5%	43 3.3%	54 4.1%	8.5%	3.3%	
R03	1,760	562 31.9%	707 40.2%	321 18.2%	170 9.7%	80 4.5%	91 5.2%	9.7%	4.5%	
R04	1,753	482 27.5%	774 44.2%	339 19.3%	158 9.0%	67 3.8%	89 5.1%	9.0%	3.8%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病										
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる						
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上				7.4以上		8.4以上
A		B		C		D		E		F		G		H		I			
治療中	H29	115	5.9%	0	0.0%	11	9.6%	21	18.3%	41	35.7%	30	26.1%	12	10.4%	22	19.1%	10	8.7%
	H30	129	6.5%	2	1.6%	12	9.3%	32	24.8%	38	29.5%	32	24.8%	13	10.1%	26	20.2%	8	6.2%
	R01	113	5.6%	2	1.8%	7	6.2%	22	19.5%	36	31.9%	33	29.2%	13	11.5%	29	25.7%	5	4.4%
	R02	80	6.1%	1	1.3%	8	10.0%	17	21.3%	25	31.3%	26	32.5%	3	3.8%	10	12.5%	3	3.8%
	R03	128	7.3%	3	2.3%	7	5.5%	27	21.1%	37	28.9%	37	28.9%	17	13.3%	29	22.7%	9	7.0%
	R04	119	6.8%	3	2.5%	4	3.4%	23	19.3%	41	34.5%	33	27.7%	15	12.6%	31	26.1%	8	6.7%
治療なし	H29	1,827	94.1%	685	37.5%	813	44.5%	270	14.8%	42	2.3%	14	0.8%	3	0.2%	8	0.4%	0	0.0%
	H30	1,856	93.5%	896	48.3%	693	37.3%	202	10.9%	42	2.3%	14	0.8%	9	0.5%	12	0.6%	7	0.4%
	R01	1,889	94.4%	662	35.0%	826	43.7%	314	16.6%	65	3.4%	13	0.7%	9	0.5%	13	0.7%	5	0.3%
	R02	1,229	93.9%	463	37.7%	521	42.4%	188	15.3%	43	3.5%	12	1.0%	2	0.2%	4	0.3%	1	0.1%
	R03	1,632	92.7%	559	34.3%	700	42.9%	294	18.0%	53	3.2%	21	1.3%	5	0.3%	14	0.9%	3	0.2%
	R04	1,634	93.2%	479	29.3%	770	47.1%	316	19.3%	50	3.1%	13	0.8%	6	0.4%	8	0.5%	5	0.3%

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	1,942	535	27.5%	289	14.9%	519	26.7%	517	26.6%	73	3.8%	9	0.5%
H30	1,987	539	27.1%	306	15.4%	536	27.0%	498	25.1%	101	5.1%	7	0.4%
R01	2,003	464	23.2%	338	16.9%	525	26.2%	513	25.6%	138	6.9%	25	1.2%
R02	1,309	332	25.4%	241	18.4%	318	24.3%	330	25.2%	77	5.9%	11	0.8%
R03	1,760	414	23.5%	292	16.6%	461	26.2%	472	26.8%	108	6.1%	13	0.7%
R04	1,753	474	27.0%	292	16.7%	439	25.0%	401	22.9%	121	6.9%	26	1.5%

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

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲		再掲率		
					再)II度高血圧	未治療	治療	再掲	治療			
H29	1,942	824 42.4%	519 26.7%	517 26.6%	82	52	30	4.2%	63.4%	36.6%	0.5%	4.2%
					9	7	2	0.5%	77.8%	22.2%		
H30	1,987	845 42.5%	536 27.0%	498 25.1%	108	70	38	5.4%	64.8%	35.2%	0.4%	5.4%
					7	6	1	0.4%	85.7%	14.3%		
R01	2,003	802 40.0%	525 26.2%	513 25.6%	163	106	57	8.1%	65.0%	35.0%	1.2%	8.1%
					25	19	6	1.2%	76.0%	24.0%		
R02	1,309	573 43.8%	318 24.3%	330 25.2%	88	52	36	6.7%	59.1%	40.9%	0.8%	6.7%
					11	7	4	0.8%	63.6%	36.4%		
R03	1,760	706 40.1%	461 26.2%	472 26.8%	121	82	39	6.9%	67.8%	32.2%	0.7%	6.9%
					13	12	1	0.7%	92.3%	7.7%		
R04	1,753	766 43.7%	439 25.0%	401 22.9%	147	92	55	8.4%	62.6%	37.4%	1.5%	8.4%
					26	21	5	1.5%	80.8%	19.2%		

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	607	31.3%	93	15.3%	91	15.0%	183	30.1%	210	34.6%	28	4.6%	2	0.3%
	H30	640	32.2%	102	15.9%	93	14.5%	188	29.4%	219	34.2%	37	5.8%	1	0.2%
	R01	653	32.6%	81	12.4%	105	16.1%	183	28.0%	227	34.8%	51	7.8%	6	0.9%
	R02	439	33.5%	65	14.8%	70	15.9%	126	28.7%	142	32.3%	32	7.3%	4	0.9%
	R03	593	33.7%	71	12.0%	98	16.5%	184	31.0%	201	33.9%	38	6.4%	1	0.2%
	R04	580	33.1%	104	17.9%	101	17.4%	158	27.2%	162	27.9%	50	8.6%	5	0.9%
治療なし	H29	1,335	68.7%	442	33.1%	198	14.8%	336	25.2%	307	23.0%	45	3.4%	7	0.5%
	H30	1,347	67.8%	437	32.4%	213	15.8%	348	25.8%	279	20.7%	64	4.8%	6	0.4%
	R01	1,350	67.4%	383	28.4%	233	17.3%	342	25.3%	286	21.2%	87	6.4%	19	1.4%
	R02	870	66.5%	267	30.7%	171	19.7%	192	22.1%	188	21.6%	45	5.2%	7	0.8%
	R03	1,167	66.3%	343	29.4%	194	16.6%	277	23.7%	271	23.2%	70	6.0%	12	1.0%
	R04	1,173	66.9%	370	31.5%	191	16.3%	281	24.0%	239	20.4%	71	6.1%	21	1.8%

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	1,942	970	49.9%	490	25.2%	292	15.0%	128	6.6%	62	3.2%
	H30	1,987	929	46.8%	509	25.6%	322	16.2%	138	6.9%	89	4.5%
	R01	2,003	1,006	50.2%	482	24.1%	312	15.6%	130	6.5%	73	3.6%
	R02	1,309	645	49.3%	316	24.1%	195	14.9%	106	8.1%	47	3.6%
	R03	1,760	808	45.9%	431	24.5%	316	18.0%	129	7.3%	76	4.3%
男性	H29	1,753	871	49.7%	424	24.2%	276	15.7%	124	7.1%	58	3.3%
	H30	852	458	53.8%	218	25.6%	110	12.9%	44	5.2%	22	2.6%
	H30	872	458	52.5%	205	23.5%	127	14.6%	58	6.7%	24	2.8%
	R01	894	486	54.4%	214	23.9%	121	13.5%	52	5.8%	21	2.3%
	R02	589	306	52.0%	143	24.3%	80	13.6%	40	6.8%	20	3.4%
女性	H29	774	377	48.7%	189	24.4%	131	16.9%	50	6.5%	27	3.5%
	H30	775	430	55.5%	167	21.5%	108	13.9%	48	6.2%	22	2.8%
	H29	1,090	512	47.0%	272	25.0%	182	16.7%	84	7.7%	40	3.7%
	H30	1,115	471	42.2%	304	27.3%	195	17.5%	80	7.2%	65	5.8%
	R01	1,109	520	46.9%	268	24.2%	191	17.2%	78	7.0%	52	4.7%
R02	720	339	47.1%	173	24.0%	115	16.0%	66	9.2%	27	3.8%	
	R03	986	431	43.7%	242	24.5%	185	18.8%	79	8.0%	49	5.0%
	R04	978	441	45.1%	257	26.3%	168	17.2%	76	7.8%	36	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2割減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	割合
					再180以上	未治療	治療		
H29	1,942	970	490	292	190	177	13	3.2%	9.8%
					9.8%	93.2%	6.8%		
H30	1,987	929	509	322	227	204	23	4.5%	11.4%
					11.4%	89.9%	10.1%		
R01	2,003	1,006	482	312	203	181	22	3.6%	10.1%
					10.1%	89.2%	10.8%		
R02	1,309	645	316	195	153	144	9	3.6%	11.7%
					11.7%	94.1%	5.9%		
R03	1,760	808	431	316	205	192	13	4.3%	11.6%
					11.6%	93.7%	6.3%		
R04	1,753	871	424	276	182	173	9	3.3%	10.4%
					10.4%	95.1%	4.9%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	364	18.7%	243	66.8%	79	21.7%	29	8.0%	9	2.5%	4	1.1%
	H30	425	21.4%	279	65.6%	90	21.2%	33	7.8%	16	3.8%	7	1.6%
	R01	429	21.4%	288	67.1%	87	20.3%	32	7.5%	10	2.3%	12	2.8%
	R02	317	24.2%	224	70.7%	57	18.0%	27	8.5%	7	2.2%	2	0.6%
	R03	403	22.9%	268	66.5%	83	20.6%	39	9.7%	4	1.0%	9	2.2%
治療なし	H29	411	23.4%	297	72.3%	78	19.0%	27	6.6%	4	1.0%	5	1.2%
	H29	1,578	81.3%	727	46.1%	411	26.0%	263	16.7%	119	7.5%	58	3.7%
	H30	1,562	78.6%	650	41.6%	419	26.8%	289	18.5%	122	7.8%	82	5.2%
	R01	1,574	78.6%	718	45.6%	395	25.1%	280	17.8%	120	7.6%	61	3.9%
	R02	992	75.8%	421	42.4%	259	26.1%	168	16.9%	99	10.0%	45	4.5%
R03	1,357	77.1%	540	39.8%	348	25.6%	277	20.4%	125	9.2%	67	4.9%	
	R04	1,342	76.6%	574	42.8%	346	25.8%	249	18.6%	120	8.9%	53	3.9%

大洲市版 高血圧重症化予防プログラム

1. 目的

高血圧症が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者等について、適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、重症化するリスクの高い通院者に対して、保健師等が医療機関と連携して保健指導を行い、適切な血圧管理で循環器病の発症を予防し、健康寿命の延伸を図る。

2. 医療機関未治療者及び高血圧症治療中断者・不定期受診者への受診勧奨

(1) 対象者

- ① 当年度健診受診者の内、高血圧Ⅱ度以上の未治療者
- ② 過去3年間に高血圧レセがあり、過去6か月以上連続でレセプトがない者
- ③ 健診未受診者で過去に治療歴があり、現在中断している者

(2) 受診勧奨の方法

- ① 郵送
- ② 電話
- ③ 個別面談(個別訪問含む)

* 対象者には、別紙様式1を使用して受診勧奨を行う。

同封物: 別紙様式1 紹介状及び返信用、返信用封筒、健診結果

(3) 受診行動の確認

- ① 医療機関は別紙様式1の返信用を大洲市に返す。
- ② 高血圧症であり、治療が必要と認められる場合は、かかりつけ医において治療を開始する。

(4) 受診勧奨後の保健指導

- ① 医療機関は、高リスクに該当する者や、生活習慣改善が困難及び治療が中断しがち等の理由で、保健指導が必要と判断した場合は、必要に応じて、別紙様式1の4 保健指導に関する指示内容に記載する。
- ② 大洲市はその指示内容を基に、「4高血圧症重症化予防 保健指導プログラム(例)」にのせる。

(5) 保健指導の実施

- ① 対象者に対し、かかりつけ医の指示に基づき、保健指導を実施する。
- ② 適宜、対象者に検査値等を確認するとともに、対象者及びかかりつけ医等と情報共有する。
- ③ かかりつけ医に対して、保健指導の実施状況を必要に応じて報告するとともに、保健指導終了後は実施結果を報告する。

* 報告及び連携の媒体として、血圧手帳又は別紙様式2を使用する。

(6) 保健指導実施後の継続支援

保健指導等終了した者に対して、継続的に病状の確認及び自己管理維持のための支援を行う。

3. その他

心電図の実施について

高血圧症重症化予防プログラムでは対象とならない高血圧症非合併の心疾患の見落としを防ぐため、大洲市では特定健診対象者全員に対して、心電図を実施し心疾患での死亡を減らし、健康寿命の延伸に努める。

4. 高血圧症重症化予防 保健指導プログラム(例)

時期	実施項目	実施内容
指導前	健診結果等より受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・問題のある生活習慣の抽出 ・取り組み目標を設定 ・2週間家庭血圧を測定し、血圧手帳に記録した上で、医療機関に別紙様式1と合わせて受診
3か月後	受診確認 保健指導指示内容確認	<ul style="list-style-type: none"> ・指示内容に基づき保健指導の実施 ・目標の確認 ・血圧手帳等を介して、医療機関と連携
6か月後	保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・自己管理へ向けた支援 ・血圧手帳及び別紙報告書を介して医療機関に報告