

新居浜市国民健康保険
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

新居浜市国民健康保険
(令和6年3月)

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
- 5 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ...9

- 1 保険者の特性
- 2 第2期計画に係る評価及び考察

第3章 第4期特定健康診査等実施計画28

- 1 計画期間
- 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34

- 1 特定健診・特定保健指導
- 2 高血圧重症化予防(脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防)
- 3 糖尿病性腎症重症予防
- 4 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
- 5 他部門との連携した保健事業
- 6 医療費適正化推進事業

第5章 計画の評価・見直し48

- 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49

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取扱い

参考資料50

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、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

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

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

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

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

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

2 計画の位置付けと基本的な考え方

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

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

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

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

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取組み、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。

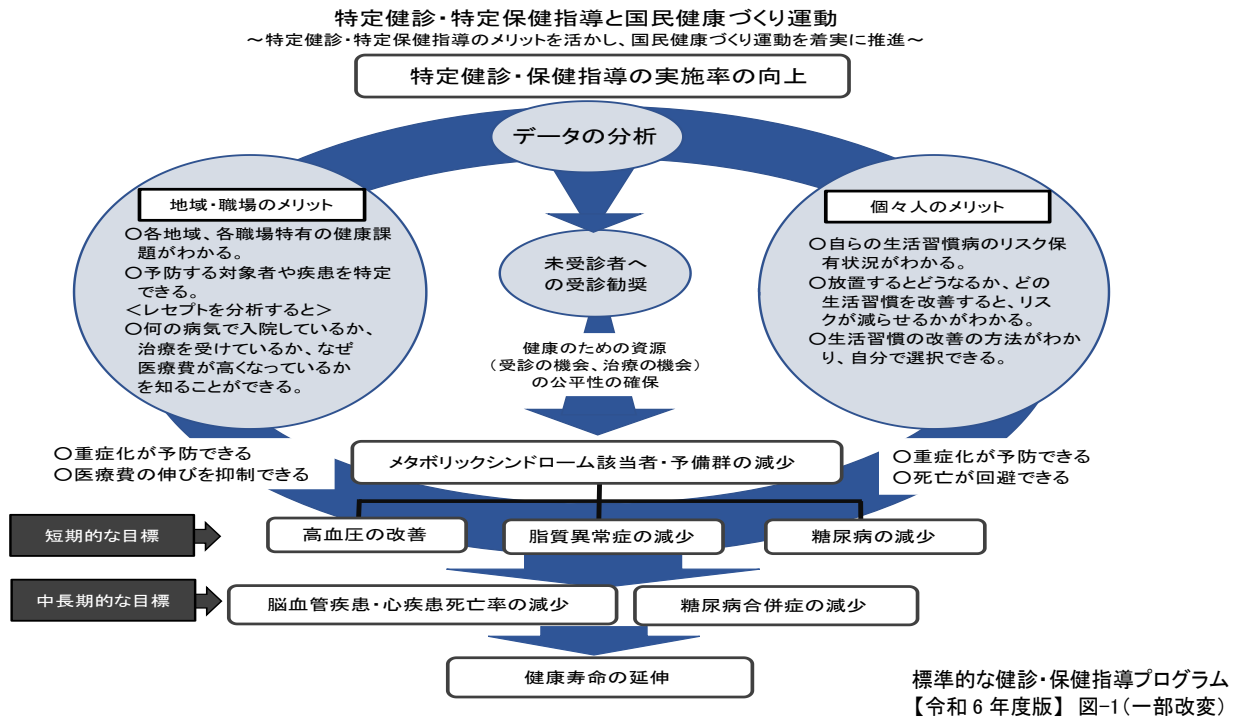
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

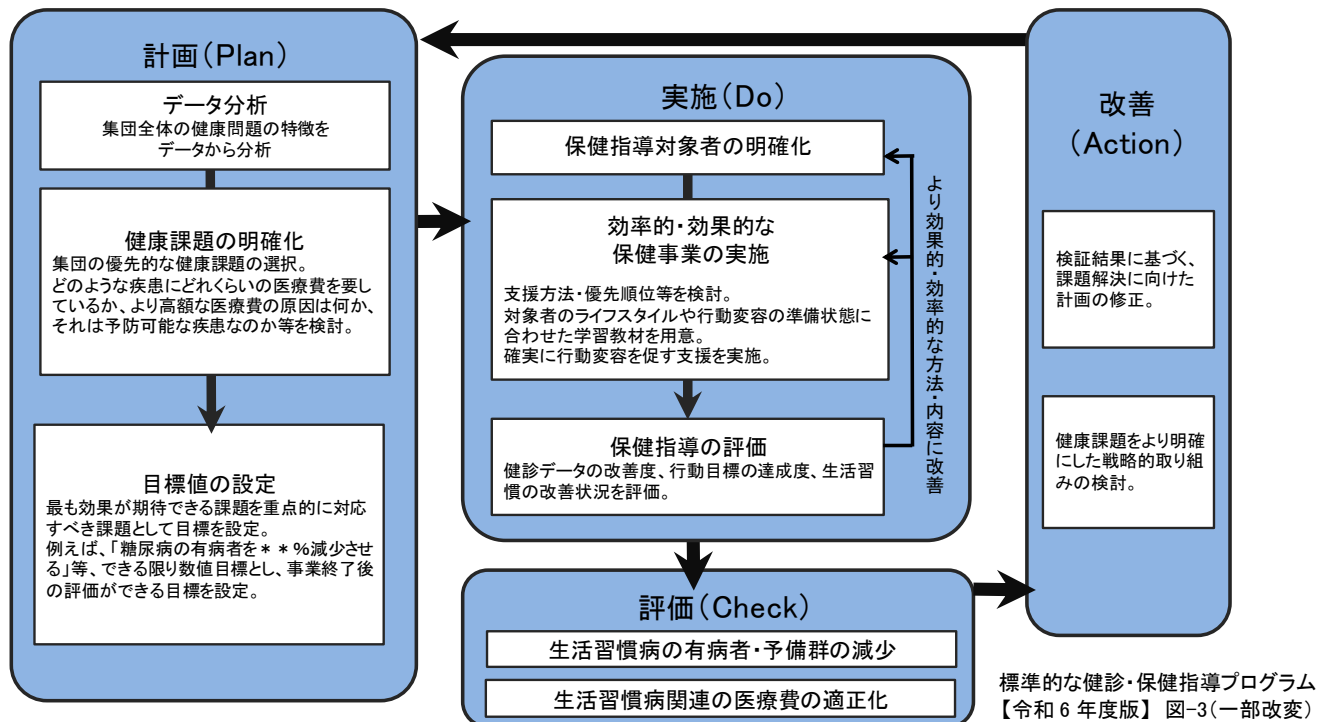
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 導の効率的かつ効果的に実 施するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 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、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	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(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用し る保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

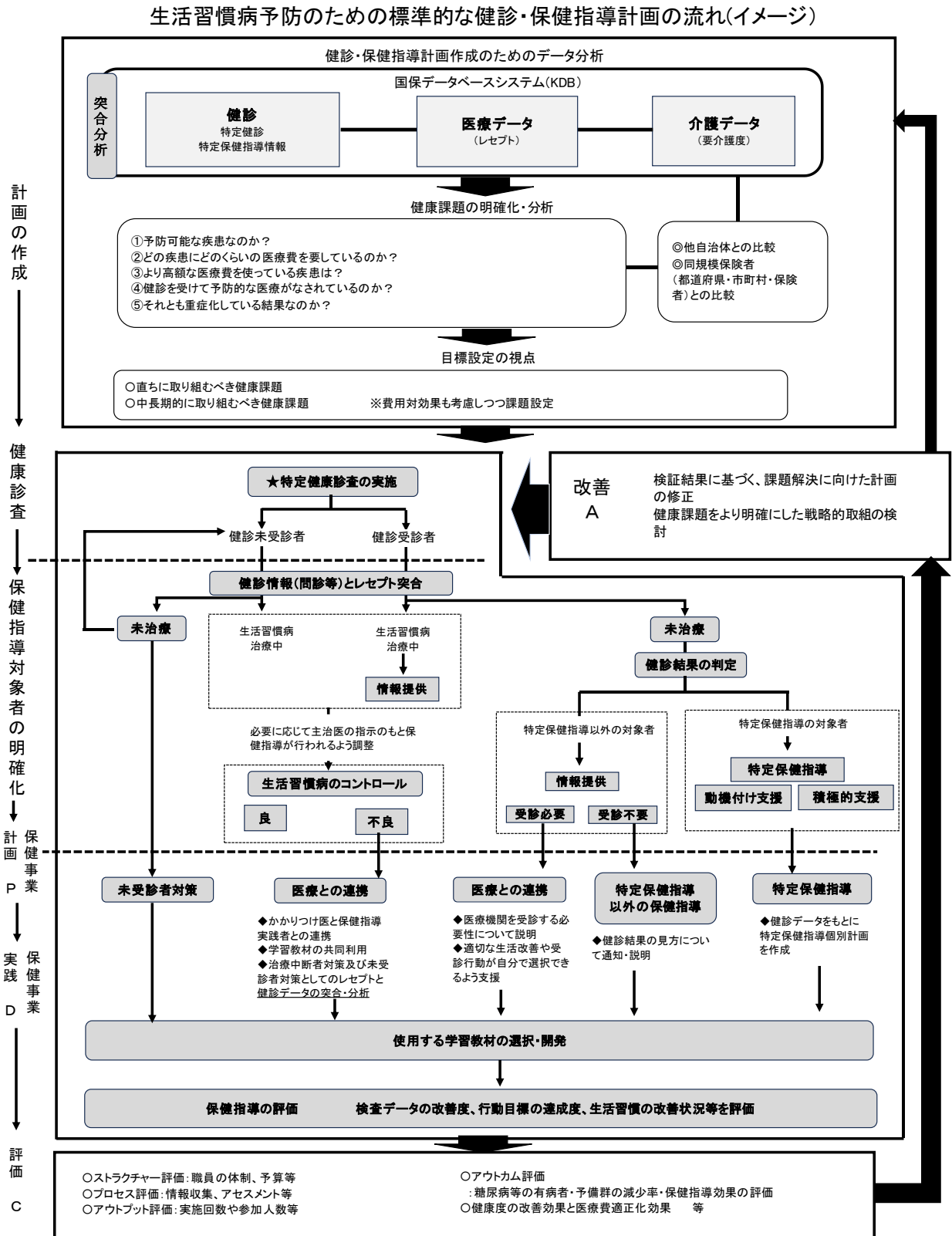


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



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

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

老人保健法		高齢者の医療を確保する法律	
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に 付加 した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心 の保健指導		結果を出す 保健指導
目的	個別疾患の 早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した 早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、 医師、保健師、管理栄養士等 が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う
内容	健診結果の 伝達 、 理想的 な生活習慣に係る 一般的な情報提供	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)	自己選択 対象者が 代謝等の身体メカニズム 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 個人の健康結果を読み解く 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方を整理。
(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。

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、健康課題を分析し、市一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

本市においては、国保担当課、保健衛生部局、地域包括支援センター等関係課所と連携し、各課所の役割の明確化を図って、事業を実施していきます。

(2)関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である愛媛県のほか、愛媛県国民健康保険

団体連合会や愛媛県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、新居浜市医師会、愛媛県医師会、保険者協議会、愛媛県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との社会資源等の連携、協力を行います。

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

(3)被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が、自らの健康の保持増進に取り組むことが重要です。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います。

5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組み等に対する支援を行うため、保険者の取組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています(図表 8)。

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

図表 8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
			新居浜市	配点	新居浜市	配点	新居浜市	配点	
交付額(千円)			35,993		43,915		42,631		
全国順位(1,741市町村中)			1023位		375位		436位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	60	70	85	70	80	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3)メボリックシフトローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	40	40	40	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	90	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	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	50	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	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	40	100	85	100	100	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	35	40	35	40	
⑤		第三者求償の取組	13	40	38	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	51	95	80	100	70	100	
合計点			529	1,000	653	960	630	940	

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1 保険者の特性

本市の人口は 114,059 人で、高齢化率は R2 年度国勢調査で 32.7%となっています。同規模、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 56.6 歳と同規模、県、国と比べて高く、出生率や財政指数はおおむね同様の状況となっています。産業においては、第 2 次産業が 32.7%と高く、第 3 次産業が 65.9%と低いです(図表 9)。

国保の加入状況は、加入率及び被保険者数ともに年々減少し、R4 年度は被保険者数 20,768 人、加入率は 18.2%です。年齢構成については 65～74 歳が 52.6%を占めています(図表 10)。

また、本市には病院が 11 機関、診療所が 85 機関あり、同規模と比較しても多く、特に病床数や入院患者数が同規模、県と比べても多いことから、医療資源に恵まれた環境と言えます。(図表 11)。

図表 9 同規模・県・国と比較した新居浜市の特性

	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
新居浜市	114,059	32.7	20,768 (18.2)	56.6	6.8	13.8	0.8	1.4	32.7	65.9
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	33.4	21.6	55.4	6.2	13.9	0.5	7.7	24.2	68.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、新居浜市と同規模保険者(103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	24,095		23,310		22,972		22,172		20,768	
65～74歳	12,657	52.5	12,330	52.9	12,317	53.6	11,949	53.9	10,924	52.6
40～64歳	6,712	27.9	6,498	27.9	6,366	27.7	6,185	27.9	5,972	28.8
39歳以下	4,726	19.6	4,482	19.2	4,289	18.7	4,038	18.2	3,872	18.6
加入率	20.2		19.6		19.3		18.6		18.2	

出典: KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	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	12	0.5	12	0.5	12	0.5	11	0.5	11	0.5	0.3	0.5
診療所数	96	4.0	93	4.0	92	4.0	89	4.0	85	4.1	3.7	4.3
病床数	2,406	99.9	2,421	103.9	2,421	105.4	2,284	103.0	2,260	108.8	62.0	73.4
医師数	267	11.1	267	11.5	264	11.5	264	11.9	275	13.2	11.5	13.7
外来患者数	732.3		731.6		691.6		709.3		729.0		707.3	748.2
入院患者数	31.0		31.6		29.7		29.0		28.8		19.1	23.0

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期計画に係る評価及び考察

(1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、中長期的な目標と短期的な目標を設定しました。

中長期的な目標は、計画最終年度までに達成を目指す目標として、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患・心疾患死亡率の減少、糖尿病合併症の減少(人工透析)を設定しました。

また、中長期的な目標を達成するための短期的な目標として、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、高血圧の改善、糖尿病及び脂質異常症の減少を設定しました(P4 図表 2)。

ア 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

(ア) 介護給付費の状況

R4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者は134人(認定率0.36%)、1号(65歳以上)被保険者で7,804人(認定率20.9%)、1号被保険者の認定率は同規模・国と比較すると高い状況です。H30年度と比較すると全体の要介護認定率は減少していますが、介護給付費は118億359万円と増加しています(図表12・13)。

また要介護認定者の血管疾患の有病状況を見ると、全年齢で脳血管疾患(脳卒中)の有病率が高く、2号被保険者で72.5%、1号被保険者では44.4%となっています。また、2号被保険者の糖尿病合併症が21.7%と高い状況です。基礎疾患である高血圧症・糖尿病・脂質異常症の有病状況は、全年齢で約9割という状況です。75歳以上では、虚血性心疾患の有病率が40.7%と増加し、脳血管疾患(脳卒中)の有病率とほぼ同率に迫っています。

医療費の増加を抑制し、介護給付費の適正化に向けて、全年齢における基礎疾患の改善が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

	新居浜市		同規模		県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	36,715人 30.8%	37,325人 32.7%	29.1%	33.4%	28.7%	
2号認定者	148人 0.39%	134人 0.36%	0.38%	0.41%	0.38%	
新規認定者	38人	30人	--	--	--	
1号認定者	7,824人 21.3%	7,804人 20.9%	18.4%	21.6%	19.4%	
新規認定者	1,022人	1,024人	--	--	--	
再掲						
65～74歳	786人 4.3%	753人 4.3%	--	--	--	
新規認定者	178人	170人	--	--	--	
75歳以上	7,038人 38.5%	7,051人 36.0%	--	--	--	
新規認定者	844人	854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

	新居浜市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	117億9192万円	118億0359万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	321,175	316,238	275,832	320,144	290,668
1件あたり給付費(円) 畚体	61,628	59,366	60,207	62,527	59,662
居宅サービス	43,794	42,088	41,618	44,617	41,272
施設サービス	287,362	284,858	295,426	293,644	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(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)		134		753		7,051		7,804		7,938		
再)国保・後期		69		585		6,784		7,369		7,438		
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	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	50 72.5%	脳卒中	254 43.4%	脳卒中	3,017 44.5%	脳卒中	3,271 44.4%	脳卒中	3,321 44.6%
		2	虚血性心疾患	13 18.8%	虚血性心疾患	121 20.7%	虚血性心疾患	2,764 40.7%	虚血性心疾患	2,885 39.2%	虚血性心疾患	2,898 39.0%
		3	腎不全	10 14.5%	腎不全	85 14.5%	腎不全	1,163 17.1%	腎不全	1,248 16.9%	腎不全	1,258 16.9%
	合併症	4	糖尿病合併症	15 21.7%	糖尿病合併症	84 14.4%	糖尿病合併症	841 12.4%	糖尿病合併症	925 12.6%	糖尿病合併症	940 12.6%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		62 89.9%	基礎疾患	514 87.9%	基礎疾患	6,387 94.1%	基礎疾患	6,901 93.6%	基礎疾患	6,963 93.6%
	血管疾患合計		66 95.7%	合計	543 92.8%	合計	6,498 95.8%	合計	7,041 95.5%	合計	7,107 95.5%	
	認知症		11 15.9%	認知症	157 26.8%	認知症	3,095 45.6%	認知症	3,252 44.1%	認知症	3,263 43.9%	
	筋・骨格疾患		54 78.3%	筋骨格系	514 87.9%	筋骨格系	6,523 96.2%	筋骨格系	7,037 95.5%	筋骨格系	7,091 95.3%	

※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

(イ)医療費の状況

R4年度の総医療費は85億8926万円とH30年度から減少していますが、被保険者の減少により一人あたり医療費は、H30年度よりも約2万円高くなっています。また、同規模保険者と比べても約5万円高い状況です。

入院医療費は全体レセプト件数の3.8%で、医療費全体の47.0%を占めています。1件あたりの入院医療費は、H30年度よりも約4万円高くなっています(図表15)。

図表15 医療費の推移

		新居浜市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		24,095人	20,768人	--	--	--
前期高齢者割合		12,657人 (52.5%)	10,924人 (52.6%)	--		
総医療費		93億8897万円	85億8926万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		389,665 県内3位 同規模6位	413,581 県内6位 同規模10位	359,130	390,048	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	506,550	542,120	616,530	580,300	617,950
	費用の割合	49.2	47.0	40.6	42.3	39.6
	件数の割合	4.1	3.8	2.6	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	22,080	24,140	24,420	24,300	24,220
	費用の割合	50.8	53.0	59.4	57.7	60.4
	件数の割合	95.9	96.2	97.4	97.0	97.5
受診率		763.287	757.859	726.377	771.192	705.439

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は新居浜市と同規模保険者103市町村の平均値を表す

(ウ)中長期的な目標疾患等の医療費の変化

総医療費に占める割合は、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析無)については、同規模よりも高いですが、H30年度と比較して減少しています。慢性腎不全(透析有)は、同規模と比較すると低いですが、H30年度と比較すると微増し、総医療費の3.95%を占めています。

また、悪性新生物は総医療費の17.41%と年々増加し、筋・骨疾患は7.98%で減少しています。精神疾患にかかる総医療費に占める割合も11.9%と高く、精神科病院が多いことによる影響が考えられます(図表17)。

治療状況は、脳血管疾患、虚血性心疾患の治療者割合は減少していますが、人工透析については40～64歳で増加しています。(図表18)。

また、医療費分析からは、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・慢性腎不全(透析あり)、またはそれに起因する基礎疾患である糖尿病・高血圧症・脂質異常症の医療費の合計が、医療費の3割を占めていることがわかります(参考資料1 様式5-1 4-④)。

図表 17 中長期的な目標疾患等の医療費の推移

			新居浜市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			93億8897万円	85億8926万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			7億9937万円	7億2083万円	--	--	--
			8.513892013	8.39%	8.40%	7.91%	8.03%
中 長 期 的 な 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.35%	2.29%	2.11%	2.30%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.89%	1.79%	1.50%	1.58%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.82%	3.95%	4.49%	3.75%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.45%	0.36%	0.29%	0.27%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		16.08%	17.41%	16.76%	17.44%	16.69%
	筋・骨疾患		9.07%	7.98%	8.52%	9.80%	8.68%
	精神疾患		11.60%	11.90%	8.12%	8.34%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

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

図表 18 中長期的な目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期的な目標疾患							
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	24,095	20,768	a	1,936	1,599	2,007	1,520	99	96	
				a/A	8.0%	7.7%	8.3%	7.3%	0.4%	0.5%	
40歳以上	B	19,369	16,896	b	1,922	1,587	1,988	1,506	97	94	
	B/A	80.4%	81.4%	b/B	9.9%	9.4%	10.3%	8.9%	0.5%	0.6%	
再 掲	40~64歳	C	6,712	5,972	c	354	309	345	281	41	48
		C/A	27.9%	28.8%	c/C	5.3%	5.2%	5.1%	4.7%	0.6%	0.8%
	65~74歳	D	12,657	10,924	d	1,568	1,278	1,643	1,225	56	46
		D/A	52.5%	52.6%	d/D	12.4%	11.7%	13.0%	11.2%	0.4%	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

イ 短期的な目標疾患(高血圧症・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

(ア)短期的な目標疾患の患者数

治療状況を見ると、高血圧症 41.4%、糖尿病 25.5%、脂質異常症 42.2%で、治療者の割合は増加しています(図表 19)。

図表 19 高血圧症・糖尿病・脂質異常症治療者の経年変化

疾病管理一覧		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	7,677	6,992	1,556	1,458	6,121	5,534
	A/被保数	39.6%	41.4%	23.2%	24.4%	48.4%	50.7%
糖尿病治療者(人)	A	4,780	4,301	1,077	974	3,703	3,327
	A/被保数	24.7%	25.5%	16.0%	16.3%	29.3%	30.5%
脂質異常症治療者(人)	A	7,868	7,133	1,751	1,632	6,117	5,501
	A/被保数	40.6%	42.2%	26.1%	27.3%	48.3%	50.4%

出典:KDBシステム 疾病管理一覧(高血圧症・糖尿病・脂質異常症)
地域の全体像の把握

(イ)高血圧症・糖尿病・脂質異常症の有所見者の状況

有所見率は、高血圧症 9.9%、糖尿病 9.2%、脂質異常症 13.5%です。そのうち未治療者は高血圧症で 64.0%、糖尿病で 39.8%、脂質異常症 93.0%となっています。有所見者のうち治療中の者の割合も、高血圧症で 36.0%、糖尿病で 60.2%と、治療コントロールが悪い状況です。さらに、早急な受診勧奨値となる対象の未治療者が、高血圧症と脂質異常症に多い状況です(図 20)。

図表 20 R4 年度健診結果の有所見者の治療状況

		健診 受診者数	有所見者数	未治療	治療中	再掲	有所見者数		
							有所見者数	未治療	治療中
高血圧症 (Ⅱ度高血圧以上)	人	5,523	547	350	197	Ⅲ度高血圧以上	105	76	29
	割合		9.9%	64.0%	36.0%		1.9%	72.4%	27.6%
糖尿病 (HbA1c6.5%以上)	人	5,496	503	200	303	HbA1c7.0%以上	258	65	193
	割合		9.2%	39.8%	60.2%		4.7%	25.2%	74.8%
脂質異常 (160mg/dl以上)	人	5,523	743	691	52	180mg/dl以上	285	268	17
	割合		13.5%	93.0%	7.0%		5.2%	94.0%	6.0%

出典:特定健診法定報告データ

(ウ) 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームの状況を H30 年度と R4 年度で比較すると、メタボリックシンドローム該当者の割合が 21.2%で H30 年度より 5.3%増えています。中でも3項目のリスクをすべて併せ持つ者が 7.2%に増加しています(図表 23)。

肥満度分類による実態では、40～64 歳男性の肥満が 42.2%を超え、そのうち肥満 I 度が 31.9%と最も多くなっています。女性では 65～74 歳の肥満が 23.2%と多くなっています(図表 59)。

年代別メタボリックシンドローム該当者の状況は、男性・女性ともに全年齢で血圧と脂質の 2 項目を併せ持つ者の割合が最も高くなっています。中でも 40 歳代男性は 61.4%と高い状況です(図表 63)。

メタボリックシンドローム該当者の治療状況については、女性の 3 疾患治療割合が 82.7%で、男性は 74.9%でした。特に、男性の 40 歳代は、36.8%と少ない状況です(図表 64)。

HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上及び LDL コレステロール 160mg/dl 以上の継続受診者の前年度からの変化を比較すると、有所見者の割合は LDL コレステロール 160mg/dl 以上で 15.9%と最も多く、次いでⅡ度高血圧以上が 10.1%、HbA1c6.5%以上が 9.4%でした。前回計画時に比べてどの項目も有所見者割合が増加しています。改善率は、HbA1c6.5%以上が 23.4%、Ⅱ度高血圧以上が 41.5%、LDL コレステロール 160mg/dl 以上が 38.4%と増加しています。どの項目においても、翌年度に健診未受診であった者が 3 割以上おり、特に HbA1c6.5%以上及び LDL コレステロール 160mg/dl 以上では前回計画時より増加しています(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

年度	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	5,566 (31.3%)	885 (15.9%)	270 (4.9%)	615 (11.0%)	622 (11.2%)
R04年度	5,523 (36.3%)	1,169 (21.2%)	400 (7.2%)	769 (13.9%)	651 (11.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

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	
総数	1,567	4,281	479	1,163	347	1,004	109	126	17	31	6	2	
再掲	男性	687	1,816	290	592	219	515	61	63	8	12	2	2
	女性	880	2,465	189	571	128	489	48	63	9	19	4	0

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 63 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		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	2,503	206	264	826	1,207	3,345	220	310	1,204	1,611	
メタボ該当者	B	846	57	79	293	417	388	11	38	130	209	
	B/A	33.8%	27.7%	29.9%	35.5%	34.5%	11.6%	5.0%	12.3%	10.8%	13.0%	
再掲	① 3項目全て	C	294	10	29	114	141	132	3	12	52	65
		C/B	34.8%	17.5%	36.7%	38.9%	33.8%	34.0%	27.3%	31.6%	40.0%	31.1%
	② 血糖＋血圧	D	145	6	16	50	73	58	3	4	11	40
		D/B	17.1%	10.5%	20.3%	17.1%	17.5%	14.9%	27.3%	10.5%	8.5%	19.1%
	③ 血圧＋脂質	E	370	35	31	116	188	185	5	18	62	100
		E/B	43.7%	61.4%	39.2%	39.6%	45.1%	47.7%	45.5%	47.4%	47.7%	47.8%
	④ 血糖＋脂質	F	37	6	3	13	15	13	0	4	5	4
		F/B	4.4%	10.5%	3.8%	4.4%	3.6%	3.4%	0.0%	10.5%	3.8%	1.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	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			
		人数	割合	あり	なし		あり		なし					
総数	2,503	846	33.8%	634	74.9%	212	25.1%	3,345	388	11.6%	321	82.7%	67	17.3%
40代	206	57	27.7%	21	36.8%	36	63.2%	220	11	5.0%	7	63.6%	4	36.4%
50代	264	79	29.9%	50	63.3%	29	36.7%	310	38	12.3%	25	65.8%	13	34.2%
60代	826	293	35.5%	213	72.7%	80	27.3%	1,204	130	10.8%	111	85.4%	19	14.6%
70～74歳	1,207	417	34.5%	350	83.9%	67	16.1%	1,611	209	13.0%	178	85.2%	31	14.8%

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	372 (6.7%)	69 (18.5%)	131 (35.2%)	42 (11.3%)	130 (34.9%)
R03→R04	508 (9.4%)	119 (23.4%)	155 (30.5%)	44 (8.7%)	190 (37.4%)

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	443 (8.0%)	173 (39.1%)	87 (19.6%)	16 (3.6%)	167 (37.7%)
R03→R04	550 (10.1%)	228 (41.5%)	111 (20.2%)	27 (4.9%)	184 (33.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDLコレステロール 160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	882 (15.8%)	325 (36.8%)	235 (26.6%)	52 (5.9%)	270 (30.6%)
R03→R04	860 (15.9%)	330 (38.4%)	209 (24.3%)	45 (5.2%)	276 (32.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

(エ) 健診・医療・介護の一体的分析

H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①被保険者数は、40～74 歳は減少し、75 歳以上の後期高齢者が増えています。⑮体格比較では、BMI18.5 未満と BMI25 以上の割合は増加しており、40～64 歳の BMI25 以上が 30.4%と高くなっています。(図表 38)。

中長期的な目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)と介護認定の状況においては、⑨より 75 歳以上で 4 割以上の疾患発症歴があります。H30 年度との比較では、脳血管疾患は 65～74 歳で増加し 19.1%、心不全は 65～74 歳で 8.7%、腎不全は 40～64 歳で 6.5%、65～74 歳で 13.0%と割合の増加がみられます(図 41)。

また、骨折・認知症の状況から、⑩より、75 歳以上では骨折が 17.2%、認知症が 14.3%占めています。そのうち、⑭より生活習慣病との重なり(高血圧・糖尿病)では、骨折が 81.1%、認知症が 79.4%という状況で、8 割の人に生活習慣病の既往があります。また、⑪より 75 歳以上の要介護認定者の 60.2%が骨折歴あり、介護認定を受ける要因の背景に筋力低下等が考えられます(図 42)。

図表 38 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		後期高齢者健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	35.1	6,507	12,653	18,998	20.8	32.8	6.4	7.2	6.1	6.2	28.8	25.1	23.9
R04	33.6	5,887	11,568	20,707	24.5	37.4	9.1	8.5	6.9	6.6	30.4	27.3	24.5

出典:ヘルスサポートラボツール

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

E表	⑨ 中長期的な目標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		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	20.4	16.6	52.3	4.3	7.2	42.3	5.0	8.6	46.0	6.4	12.1	46.2
R04	18.4	19.1	49.0	2.9	7.1	40.6	4.0	8.7	45.5	6.5	13.0	43.4

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 骨折・認知症の状況

E表	⑭ 生活習慣病との重なり(高血圧・糖尿病)				⑩ 加齢によるその他の疾患(被保険者割)				⑪ 加齢による疾患のうち要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	59.5	79.1	66.7	76.8	4.8	16.7	1.4	14.7	16.7	61.6	69.0	88.0
R04	62.4	81.1	70.1	79.4	4.9	17.2	1.6	14.3	19.6	60.2	75.9	88.7

出典:ヘルスサポートラボツール

(オ) 健診受診率及び保健指導実施率の推移

特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響で R2 年度は低下し、その後少しずつ上昇しましたが、R4 年度は 36.3%で第 3 期特定健診等実施計画の目標値 60%には達していません。

特定保健指導実施率は R3 年度 62.0%、R4 年度は 68.8%で、目標値に達しています(図表 27)。

年齢別の受診率の推移を見ると、若い世代の受診率が低くなっています(図表 28)。

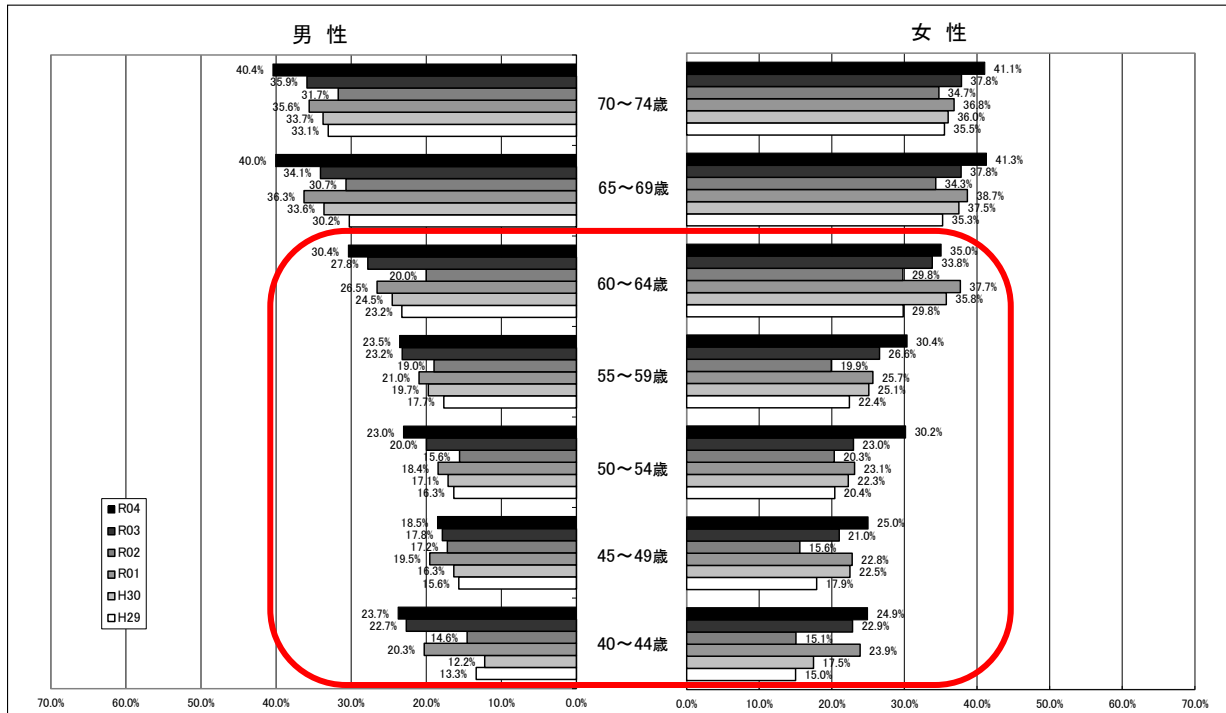
図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	5,568	5,719	4,904	5,419	5,523	健診受診率 60%
	受診率	31.3%	33.1%	28.9%	32.9%	36.3%	
特定保健指導	該当者数	677	670	560	664	658	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.2%	11.7%	11.4%	12.3%	11.9%	
	実施者数	343	373	320	412	453	
	実施率	50.7%	55.7%	57.1%	62.0%	68.8%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移

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

ア 重症化予防の取組み

(ア) 糖尿病性腎症重症化予防

愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、HbA1c 6.5%以上で医療機関にかかっていない者、または治療中断者に対しては、受診勧奨を行い治療につなげるとともに、保健指導を実施しています。R4年度の血糖値有所見者は503人で、そのうち未治療者200人に保健指導を実施しています(表1)。

また、R4年度は早期糖尿病性腎症の者9人に、かかりつけ医と連携した保健指導を実施しています。

HbA1c8.0%以上者はH30年度には60人で、R4年度には受診者が減少しているが75人と15人増加している状況です。H30年度ではそのうちの48.3%が未治療者で、R4年度では28.0%に減少しており、治療中のコントロール不良者が増加している状況です(表2)。

また、腎機能低下について、尿蛋白(2+以上)とeGFR(30未満)の有所見者のうち約8割が治療中で、未治療者が尿蛋白では16人、eGFRでは4人となっています(表3)。

表1 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	5,517	5,854	4,953	5,481	5,496
血糖値有所見者 *	人(b)	365	524	438	512	503
	(b/a)	6.6%	9.0%	8.8%	9.3%	9.2%
うち未治療者	人(c)	165	242	195	222	200
	(c/b)	45.2%	46.2%	44.5%	43.4%	39.8%

* HbA1c6.5%以上のもの

表2 HbA1c8.0%以上者の状況

		H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	人(a)	5,517	5,854	4,953	5,481	5,496
HbA1c8.0%以上	人(b)	60	68	71	78	75
	(b/a)	1.1%	1.2%	1.4%	1.4%	1.4%
うち未治療者	人(c)	29	24	26	27	21
	(c/b)	48.3%	35.3%	36.6%	34.6%	28.0%

表 3 尿蛋白と eGFR の治療状況(令和 4 年度)

		健診 受診者数	有所見 者数	治療状況	
				未治療	治療中
尿蛋白 (2+以上)	人	5,521	74	16	58
	割合		1.3%	21.6%	78.4%
eGFR (30未満)	人	5,517	19	4	15
	割合		0.3%	21.1%	78.9%

(イ)虚血性心疾患重症化予防

R4 年度の特定健診では、心電図検査の実施率は 68.8%で、有所見者(要医療者・要精検者)は、272 人の 6.2%となっています(表 4)。

R4 年度の要医療・要精査者のうち主な有所見の心房細動が 26 人、ST 異常所見が 31 人おり、そのうち心原性脳塞栓症発症リスクのある心房細動の有所見者 9 人、心筋梗塞発症のリスクのある ST 異常所見者 16 人を医療につなぐことができます(表 5)。また、要医療・要精検者には、紹介状を作成する等医師会の協力を得て、医療機関を受けやすい環境を整えています。さらに、健診当日の医師が早急な受診が必要と判断した場合、医療機関と連絡調整し、早急な治療につなげる体制を整えています。

表 4 特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療・要精査)の状況

		H30	R01	R02	R03	R04
		総計	総計	総計	総計	総計
健診受診者(人)	a	5,931	6,038	5,177	5,935	6,343
心電図受診者(人)	b	3,900	4,285	3,030	3,748	4,361
心電図実施率	b/a	65.8%	71.0%	58.5%	63.2%	68.8%
要医療者(人)	c	32	42	22	36	34
要精査者(人)	d	148	254	171	215	238
有所見率	(c+d)/b	4.6%	6.9%	6.4%	6.7%	6.2%

表 5 要医療・要精査者のうち主な所見の状況 (令和 4 年度)

	総計	治療中	未治療	
				うち受診あり
心房細動(人)	26	14	12	9
ST異常所見(人)	31	12	19	16

(ウ)脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患の最大の危険因子は、高血圧症です。脳血管疾患は、寝たきりや麻痺などの後遺症を引き起こし、要介護状態となる主な原因の一つにもなっています。要介護度が高くなるほど、脳血管疾患が原因である者の割合は高くなります。

R4 年度特定健診の結果をみると、Ⅱ度高血圧以上の 547 人のうち未治療者が 350 人の 64.0%と高い状況です。また、経年的に見ると、治療中が 197 人の 36.0%とⅡ度高血圧以上の者の割合の増加とともに、治療中のコントロール不良である者も増えています。さらに、Ⅲ度高血圧の者は、100 人を超えている状況です(表 7)。本市では脳血管疾患リスクの層別化を行い、リスクに応じた保健指導を行っています(表 8)。

表 7 Ⅱ度高血圧以上(160/100 mm Hg 以上)の者

		H30	R01	R02	R03	R04	
健診受診者	人(a)	5,551	5,873	4,967	5,506	5,523	
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	440	510	480	555	547	
	(b/a)	7.9%	8.7%	9.7%	10.1%	9.9%	
	治療あり	人(c)	148	192	184	192	197
		(c/b)	33.6%	37.6%	38.3%	34.6%	36.0%
	治療なし	人(d)	292	318	296	363	350
		(d/b)	66.4%	62.4%	61.7%	65.4%	64.0%
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	98	108	89	103	105
		(f/a)	1.8%	1.8%	1.8%	1.9%	1.9%
	治療あり	人	20	27	19	30	29
	治療なし	人	78	81	70	73	76

表 8 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)	2,026	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	...
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
			852 42.1%	824 40.7%	274 13.5%	76 3.8%	...
リスク第1層 予後影響因子がない		76	C 41 4.8%	B 28 3.4%	B 5 1.8%	A 2 2.6%	...
							...
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		1,138	C 471 55.3%	B 476 57.8%	A 149 54.4%	A 42 55.3%	...
							...
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		812	B 340 39.9%	A 320 38.8%	A 120 43.8%	A 32 42.1%	...
							...

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	665
		32.8%
B	概ね1か月後に再評価	849
		41.9%
C	概ね3か月後に再評価	512
		25.3%

※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。

イ ポピュレーションアプローチ

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ため、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、健診を受ける意味を理解し、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。

これまで、各種団体や校区単位での出前講座や健康相談などを通じて、医療費適正化の視点も含め、生活習慣病予防について普及啓発を行ってきました。

R5年度からは、健康寿命の延伸を図るために「健康づくり推進本部」を設置し、保健衛生部局だけでなく部局を超え、関連課所室と組織横断的な連携を図り、健康課題の解決に向け、市民全体を対象にした正しい健康情報の普及啓発を進めています。

ウ 第2期計画目標の達成状況一覧

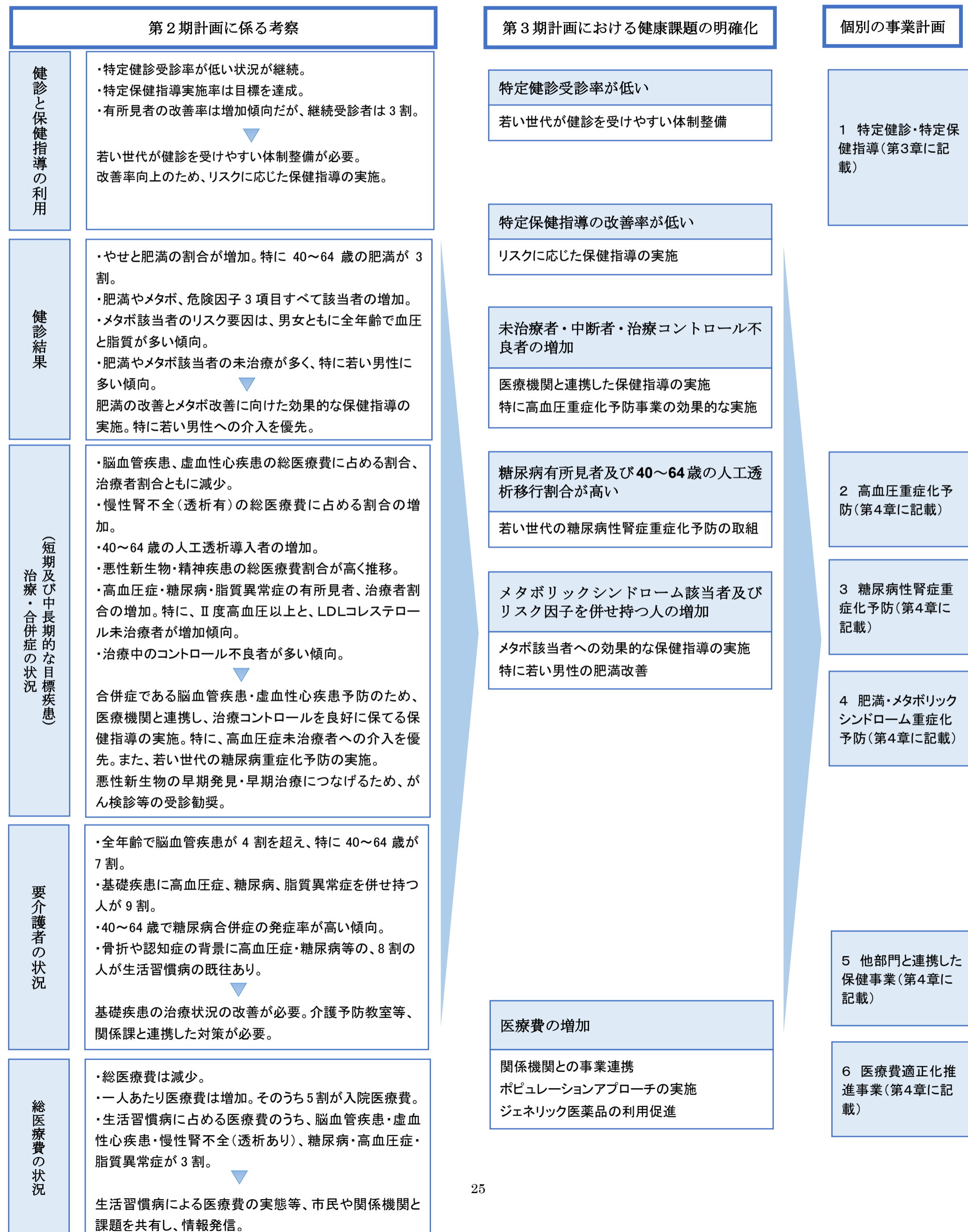
図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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		
			(H28)	(R1)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.71%	2.26%	2.29%	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	2.52%	2.03%	1.79%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.51%	3.82%	3.95%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.19%	1.40%	1.30%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.038%	0.058%	0.046%	DHPシステム	
	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	26.50%	28.90%	33.00%	新居浜市特定健康診査指導実施計画
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	7.10%	8.70%	9.90%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	14.00%	15.20%	13.50%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	6.70%	9.10%	9.20%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	44.68%	35.30%	28.00%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	57.00%	60.70%	100.00%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	100%	100%	100%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	28.40	33.10	36.30	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	39.00	55.70	68.80		
		特定保健指導対象者の割合の減少	13.30	11.70	11.90		
努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	8.4	7.7	6.5	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)	
		肺がん検診受診者の増加	6.6	7.3	5.8		
		大腸がん検診受診者の増加	8.8	8.9	7.6		
		子宮がん検診受診者の増加	11.0	10.1	8.4		
		乳がん検診受診者の増加	19.3	17.5	13.1		
		5つのがん検診の平均受診率の増加	10.8	10.3	8.3		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	65.01%	78.70%	76.44%	厚生労働省	

(3) 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

第2期計画では、特定健診受診率の低迷、メタボリックシンドローム（以下、メタボ）該当者等の割合増加、3疾患の患者割合の増加という課題解決のため、発症予防、重症化予防のための効果的な保健事業の実施と、健康状態を確認できる特定健診の受診率の向上を優先課題として取り組みました。また、メタボの改善や数値改善に向けての保健指導の実施、さらに、高血圧症有所見者の増加や若い世代のLDLコレステロール高値者の増加も課題とし、対象者を明確にした重症化予防の取組みを重要としてきました。

第3期計画では、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から予防効果が期待できる疾患に対して、限られた資源を活用して、効果的・効率的な保健事業を計画します。



(4) 目標の設定

ア 成果目標

(ア) 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。

評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

(イ) 中長期的な目標の設定

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

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

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

(ウ) 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、高血圧症、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もとに、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。

イ 管理目標の設定

図表 43 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (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	31.40%			KDBシステム	
			脳血管疾患による死亡の割合の減少	11.40%				
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.29%				
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.79%				
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	3.95%				
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.30%				
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の減少率25%以上	33.00%			新居浜市特定健診結果
				健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	9.90%			
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	5.20%			
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	9.20%			
				★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.40%			
				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%			
		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	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%			新居浜市国保課
				★特定健診受診率60%以上	36.30%			
				★特定保健指導実施率60%以上	68.80%			法定報告値
				特定保健指導対象者の減少率25%以上	11.90%			
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	18.80%			
				アウトカム				

第3章 第4期特定健康診査等実施計画

1 計画期間

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

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

2 目標値の設定

図表 44 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	45%	50%	55%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	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	17,000人	17,000人	17,000人	17,000人	17,000人	17,000人
	受診者数	6,800人	7,650人	8,500人	9,350人	10,200人	10,200人
特定保健指導	対象者数	880人	990人	1,100人	1,220人	1,330人	1,330人
	実施者数	620人	690人	770人	850人	930人	930人

4 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県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。

ア 集団健診(新居浜市保健センター他)

イ 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、愛媛県国保連合会(市町村)のホームページに掲載しています。

(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 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます(実施基準第 1 条第 4 項)。

図表 46 特定健診検査項目

健診項目		新居浜市	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も

(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す。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、年間を通して行います。

5 特定保健指導の実施

特定保健指導は、保険者が直接実施します。

○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。

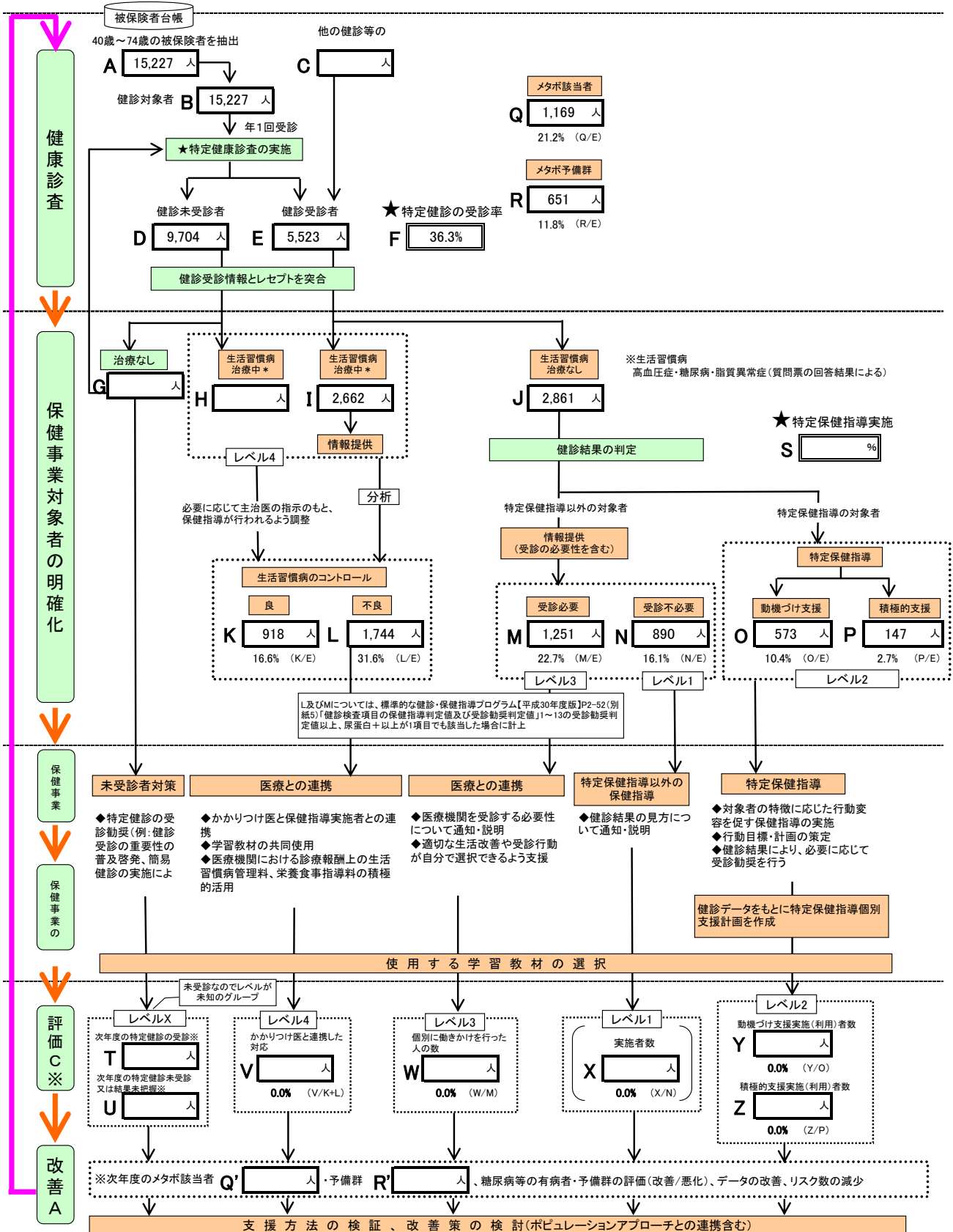
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和04年度



(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13%)	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	720人 (13.1%)	70%
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	1,251人 (22.7%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	9,704人 ※受診率目標達成 までにあと3,613人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	890人 (16.1%)	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	2,662人 (48.2%)	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

年間実施スケジュールをもとに、進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していきます。

6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および新居浜市個人情報保護条例を踏まえて対応します。

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、新居浜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

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、高血圧症、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く必要があります。そのためには、重症化予防の取組みとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防として、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、次6つの事業に取り組めます。

- 1 特定健診・特定保健指導
- 2 高血圧重症化予防(脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防)
- 3 糖尿病性腎症重症化予防
- 4 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
- 5 他部門と連携した保健事業
- 6 医療費適正化推進事業

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。特に、脳血管疾患や虚血性心疾患の合併症を予防するため、高血圧症に着目した高血圧重症化予防事業の強化を優先課題とします。家庭血圧の管理と、適切に医療機関へつなぎ、自己判断で治療が中断せず継続して治療が行えるよう、保健指導と普及啓発を行います。

また、若い世代の糖尿病性腎症重症化予防の取組みでは、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準拠した、かかりつけ医と連携した保健指導と効果的な指導が求められます。

さらに、メタボリックシンドローム該当者の割合の改善を目指すために、若い年代から良い生活習慣を継続・定着することが求められます。生活リズムが不規則な業種や退職後の生活習慣の変化等、生活スタイルに合った保健指導を利用し、適切な生活習慣を継続・定着していくことが必要です。

また、介護とも一体的に考え後期高齢者の医療費削減も含めた介入と他課連携が必要となります。ポピュレーションアプローチの取組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。また、関連団体や企業、他の医療保険者とも課題を共有し、国保加入層へとどまらず、正しい健康情報の発信を他課とも連携し他課の事業を活用しながら、住んでいるだけで良い生活習慣を継続・定着できる、健康増進につながるまちづくりの推進が重要と考えます。また、ジェネリック医薬品の利用促進や重複多剤服薬者訪問指導等、通知や訪問で個別対象者へアプローチを行います。

1 特定健診・特定保健指導

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、リスクに応じた保健指導が重要となります。そのために、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るとともに、特定保健指導の実施効果も求められます。

実施にあたっては、第3章の第4期特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2 高血圧重症化予防(脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防)

脳血管疾患、虚血性心疾患の発症予防として、基礎疾患である高血圧症に関して重点的に取り組みます。脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては、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ます。

(1) 対象者の選定

ア 高血圧症有所見者からの把握

脳血管疾患・虚血性心疾患において高血圧症は、最も重要な危険因子ですが、高血圧症以外の危険因子との組み合わせにより脳、心臓、腎臓などの臓器障害の程度と深く関与しています。そのため高血圧症と他のリスク因子で層別化し、対象者を明確にする必要があります。血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表では、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です(図表74・75)。また、高血圧症治療中であってもⅡ度高血圧以上の者で、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です。

a 介入方法と優先順位

優先順位1【受診勧奨】

・医療機関未受診者のうち、特にⅡ度高血圧又はⅢ度高血圧(図74のF)・・・Ⅱ度高血圧274人、Ⅲ度高血圧76人

優先順位2【保健指導】

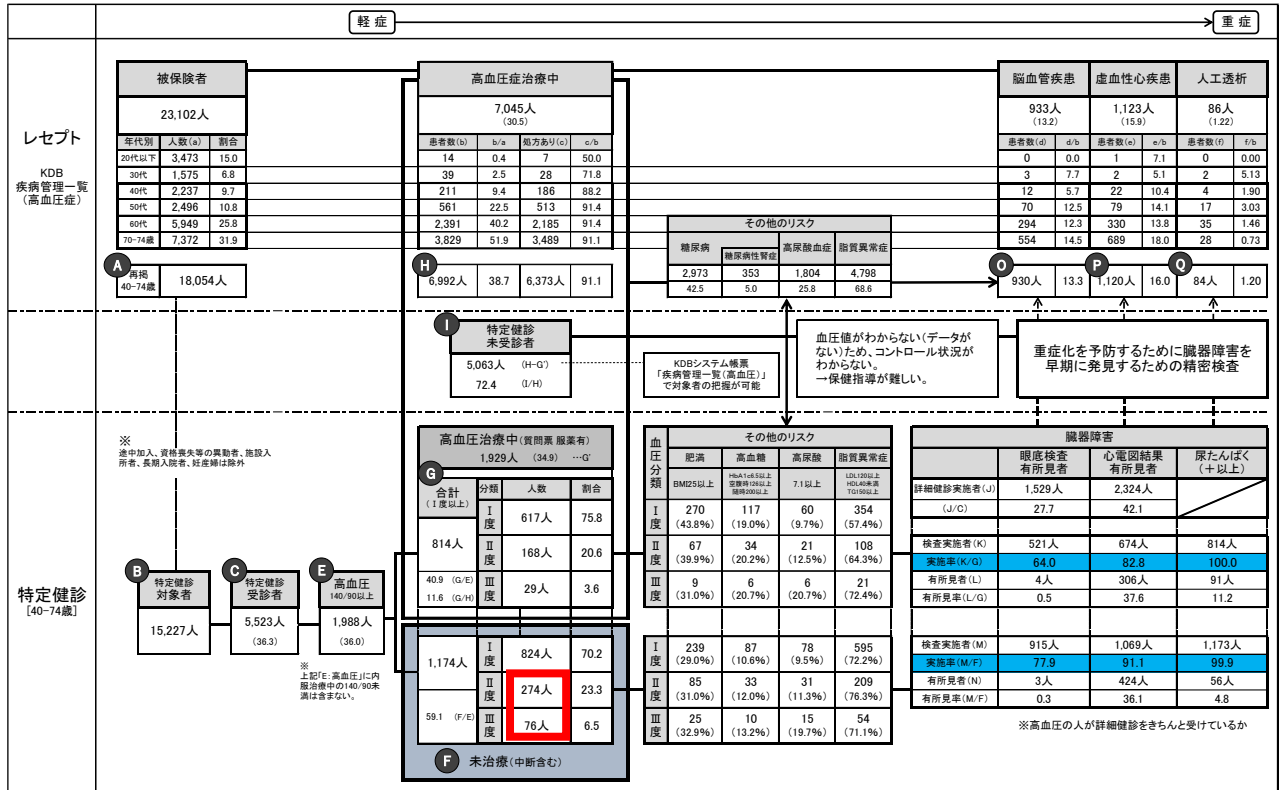
・リスク層別化した重症化するリスクの高い者(図75のA)・・・665人

治療中断しない(継続受診)ための保健指導、個別訪問・個別面談・電話等による保健指導や、手紙等による情報提供、医療機関と連携した保健指導を行います(図74・75)。

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



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
 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)

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 / 80~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上
リスク第1層 (予後影響因子がない)	76	41 (4.8%)	28 (3.4%)	5 (1.8%)	2 (2.6%)
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)	1,138	471 (55.3%)	476 (57.8%)	149 (54.4%)	42 (55.3%)
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)	812	340 (39.9%)	320 (38.8%)	120 (43.8%)	32 (42.1%)

区分	該当者数
A	665 (32.8%)
B	849 (41.9%)
C	512 (25.3%)

※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。

イ 心電図検査等からの把握

受診勧奨者及び保健指導対象者は、心電図検査の結果、要医療及び要精密検査の者としてします。心電図検査所見において、心房細動は心原性脳塞栓症のリスクである他、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。

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者は、脳血管疾患・虚血性心疾患の発症の高リスク者であることから、積極的に保健指導を行う必要があります。また、LDLコレステロール管理目標から180mg/dl以上の者には特に、早急な受診勧奨を行います(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)			健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			2,552	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
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)	247	125	69	28	25	33	100	253	305
			9.7%	12.0%	8.4%	6.6%	9.3%	4.8%	14.5%	36.6%	44.1%
	中リスク	140未満 (170未満)	1,021	388	346	174	113	14	39	0	0
			40.0%	37.3%	42.2%	41.1%	42.2%	42.4%	39.0%	0.0%	0.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	1,119	443	357	198	121	9	31	124	123
			43.8%	42.6%	43.5%	46.8%	45.1%	27.3%	31.0%	49.0%	40.3%
再掲	100未満 (130未満) ※1	71	30	19	13	9	10	26	117	166	
		2.8%	2.9%	2.3%	3.1%	3.4%	30.3%	26.0%	46.2%	54.4%	
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)	165	85	48	23	9	1	7	11	3
			6.5%	8.2%	5.9%	5.4%	3.4%	3.0%	7.0%	4.3%	1.0%
								0	4	12	16
								0.0%	4.0%	4.7%	5.2%

※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。

(2) 受診勧奨及び保健指導の実施

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、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、二次健診を実施可能な医療機関を受診するよう勧奨します。また、治療を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。

高血圧症治療中であってもⅡ度高血圧以上の者で、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。治療の継続や血圧自己管理の徹底を行い、未治療者を医療機関へつなぎ、重症化予防に努めることが必要です。

また、心電図検査の結果、要医療及び要精密検査のうち、心房細動、ST 異常所見者を直ちに医療につなぎます。医療機関未受診者に関しては、必要な精査を受け継続受診する必要性を伝え、リスク等の状態に応じた受診勧奨を行い、未治療者すべてを医療につなげる必要があります。

また、対象者の早期発見・早期介入のため、すでに集団健診では全数実施している心電図検査について、医療機関でも同様に実施できるよう環境整備等の検討が必要です。

(3) 他部門との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行う中で、健康政策課等の事業企画調整担当者と介護保険部局の地域包括支援センター、健康衛生部局と連携します。

(4) 評価

短期的評価については、KDB 等の情報を活用し、データヘルス計画評価等と合わせ、年 1 回行います。中長期的評価においては、糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

3 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防の取組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき次の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

(1)対象者の選定

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次のとおりとします。

ア 医療機関未受診者

イ 医療機関受診中断者

ウ 糖尿病治療中者

(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症、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

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、該当者数を把握します。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)(図表 53)を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

出典:ヘルサポートラボツール

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)で把握します。特定健診では、尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば、第3期と考えられます。また、尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定をすることが推奨され、本市でも「愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じて実施していきます。

a 介入方法と優先順位

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）・・・247人

優先順位 2 【保健指導】

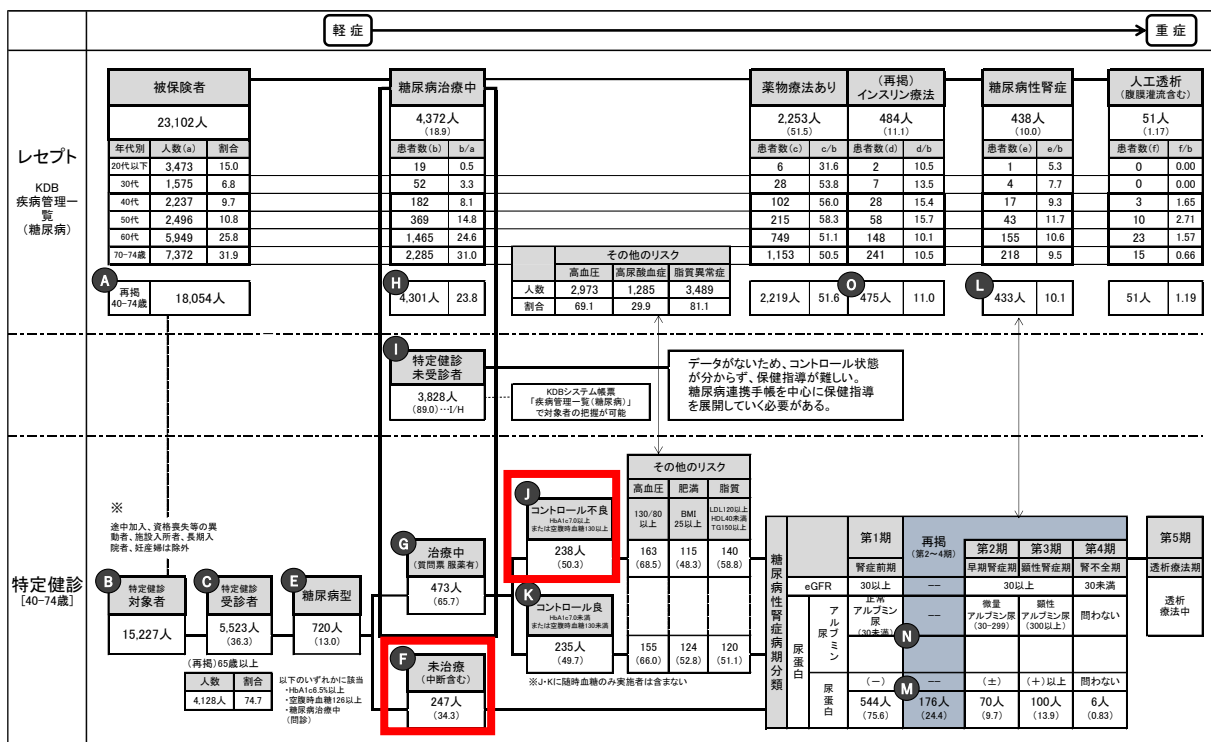
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・238人

治療中断しない（継続受診）のための保健指導、個別訪問・個別面談・電話等による保健指導や、手紙等による情報提供、医療機関と連携した保健指導を行います（図表 54）。

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

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許し(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、「KDB構築介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 受診勧奨及び保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。口腔内環境も血糖のコントロール状況と比例することからも、歯科健診の勧奨等も併せて実施します。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ます。

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。

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、新居浜市医師会及び市内糖尿病専門医等と協議した受診勧奨様式や紹介状等を使用します。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。

(3) 他部門との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行う中で、健康政策課等の事業企画調整担当者と介護保険部局の地域包括支援センター、健康衛生部局と連携します。

(4) 評価

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 回行います。

中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。

図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	新居浜市										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	24,916人		24,022人		23,204人		22,945人		22,108人				
	② (再掲)40-74歳		19,965人		19,439人		18,926人		18,804人		18,127人				
2	① 特定健診 対象者数	B	17,788人		17,281人		16,970人		16,473人		15,471人				
	② 受診者数		5,566人		5,719人		4,904人		5,419人		5,523人				
	③ 受診率		31.3%		33.1%		28.9%		32.9%		36.3%				
3	① 特定保健指導 対象者数		677人		670人		560人		664人		670人				
	② 実施率		50.7%		55.7%		57.1%		62.0%		68.8%				
4	健診データ	① 糖尿病型	E	556人	9.7%	685人	11.7%	617人	12.1%	709人	12.6%	758人	13.0%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	225人	40.5%	288人	42.0%	230人	37.3%	277人	39.1%	262人	34.6%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	331人	59.5%	397人	58.0%	387人	62.7%	432人	60.9%	496人	65.4%		
		④ コントロール不良	J	164人		212人		191人		243人		250人		50.4%	
		⑤ HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		117人		145人		128人		170人		172人		68.8%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		70人		87人		77人		113人		126人		50.4%	
		⑦ コントロール良	K	167人	50.5%	185人	46.6%	196人	50.6%	189人	43.8%	246人	49.6%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	421人		505人		467人		510人		571人		75.3%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		56人		73人		61人		77人		75人		9.9%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		66人		83人		85人		115人		106人		14.0%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		3人		1人		4人		6人		6人		0.8%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		124.8人		123.4人		117.7人		127.0人		127.2人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		154.0人		150.2人		142.4人		153.3人		153.3人			
		③ レセプト件数(40-74歳)		15,360件 (793.0)		15,256件 (810.3)		14,950件 (800.2)		15,411件 (849.8)		15,202件 (899.7)		1,663,960件 (868.5)	
		④ 入院外(件数)		166件 (8.6)		176件 (9.3)		113件 (6.0)		121件 (6.7)		87件 (5.1)		6,923件 (3.6)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	3,110人		2,965人		2,730人		2,915人		2,813人		12.7%	
		⑥ (再掲)40-74歳		3,074人		2,920人		2,696人		2,883人		2,778人		15.3%	
		⑦ 健診未受診者	I	2,743人		2,589人		2,309人		2,451人		2,282人		82.1%	
		⑧ インスリン治療	O	310人		320人		258人		318人		323人		11.5%	
		⑨ (再掲)40-74歳		305人		317人		256人		313人		314人		11.3%	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	281人		286人		267人		260人		285人		10.1%	
		⑪ (再掲)40-74歳		279人		285人		267人		260人		283人		10.2%	
		⑫ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		40人		41人		40人		50人		36人		1.3%	
		⑬ (再掲)40-74歳		40人		41人		40人		50人		36人		1.3%	
		⑭ 新規透析患者数		17人		16人		21人		12人		12人		0.054%	
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		8人		5人		12人		4人		4人		0.018%	
		⑯ 【参考】後高齢者 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		80人		86人		90人		92人		81人		1.6%	
6	医療費	① 総医療費		93億8897万円		93億6929万円		88億7453万円		87億8648万円		85億8926万円		87億1825万円	
		② 生活習慣病総医療費		53億2674万円		53億2217万円		50億8069万円		50億6275万円		48億4800万円		46億0048万円	
		③ (総医療費に占める割合)		56.7%		56.8%		57.3%		57.6%		56.4%		52.8%	
		④ 生活習慣病 対象者一人あたり		4,531円		4,804円		3,598円		5,103円		5,505円		6,461円	
		⑤ 健診未受診者		44,046円		45,848円		46,194円		44,048円		44,356円		39,594円	
		⑥ 糖尿病医療費		5億1367万円		5億2519万円		4億9621万円		5億0513万円		4億8418万円		4億7740万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.6%		9.9%		9.8%		10.0%		10.0%		10.4%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		14億7706万円		14億7729万円		14億6814万円		14億8276万円		14億1687万円			
		⑨ 1件あたり		37,466円		38,396円		38,890円		38,782円		39,074円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		11億6906万円		10億5699万円		10億2594万円		9億4604万円		8億6870万円			
		⑪ 1件あたり		591,332円		579,173円		621,784円		601,423円		590,147円			
		⑫ 在院日数		18日		17日		17日		17日		17日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		4億0157万円		3億9859万円		4億0603万円		4億1594万円		3億7033万円		4億1714万円	
		⑭ 透析有り		3億5894万円		3億5770万円		3億7797万円		3億8183万円		3億3967万円		3億9180万円	
		⑮ 透析なし		4263万円		4089万円		2806万円		3411万円		3066万円		2534万円	
7	介護	① 介護給付費		117億9192万円		120億2105万円		121億3379万円		120億2068万円		118億0359万円		95億8144万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		20件		14件		16件		19件		15件		21.7%	
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		15人		18人		19人		9人		19人		2,639人 1.0%	

4 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

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

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

(1) 対象者の選定

メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、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。また、治療中の者へは、治療中断し脳血管疾患・虚血性心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を行います。また、特定保健指導対象者の保健指導を行います。

ア 選定基準に基づく該当者の把握

a 介入方法と優先順位

優先順位1【保健指導】

・BMI25～30(Ⅰ度肥満)の若い男性

優先順位2【受診勧奨】

・血圧、血糖、脂質の値が受診勧奨判定値以上の未治療者への受診勧奨

個別訪問・個別面談・電話等による保健指導や、手紙等による情報提供、医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 受診勧奨及び保健指導の実施

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に保健指導を行っていきます。

メタボリックシンドローム該当者においては、脳血管疾患・虚血性心疾患のリスクが非常に高くなるため、介入していく必要があります。対象者に合わせた保健指導を行うと同時に、リスク要因の保有状況によって、必要な検査が実施可能な医療機関を受診するよう勧奨します。

(3) 評価

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回行います。中長期的評価においては、糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

5 他部門と連携した保健事業

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、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ることが必要です。生活習慣病の発症予防を、ライフステージに応じて介入できるよう関係部署と連携を図ります。

(1) ハイリスクアプローチ

各種健診結果等で把握したハイリスク者へ、各ライフステージにおける健康教室や健康相談、保健指導を活用することで、タイムリーな保健指導を実施することが可能となります。医療機関や福祉関係機関へつなぐ支援や、年齢・家庭環境に合わせた個別の保健指導により、妊娠期から乳児期、高齢期のハイリスク者の生活習慣病発症予防、または重症化予防を行います(図 79)。

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														
6条 健康増進事業実施者	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>			高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>		
2 計画	健康増進計画(県) (市町村努力義務) 【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)														
3 年代	妊婦(胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
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 (13-12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1-13-14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18-20-21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)
	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育 / 幼稚園 園児 / 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 内容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	HbA1c	6.5%以上							6.5%以上						
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上													
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上						
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの													
	身長 体重														
	BMI											25以上			
	肥満度				加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上						
	尿糖	(+)以上							(+)以上						
糖尿病 家族歴															

(2)ポピュレーションアプローチ

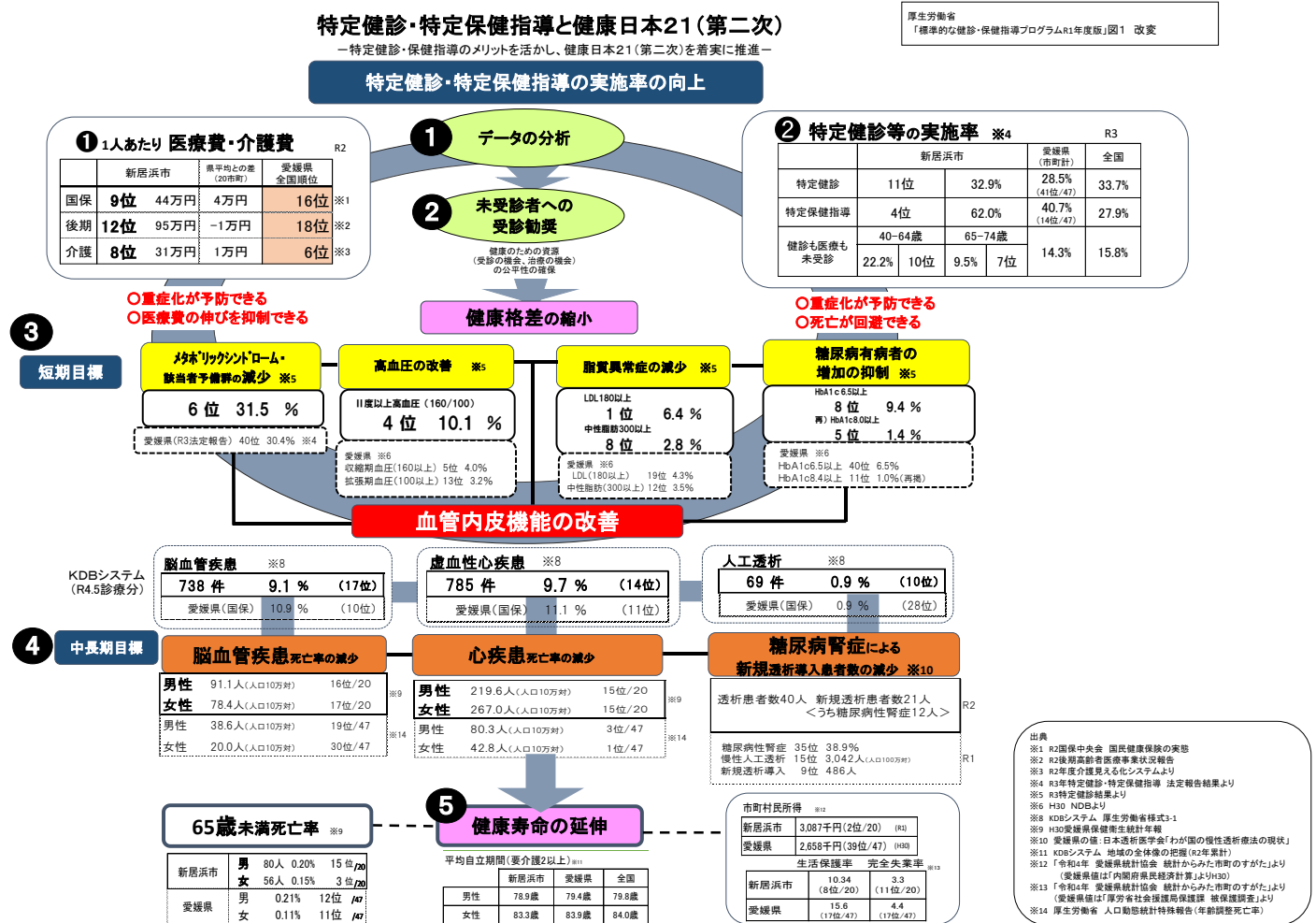
生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの市民が、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態、自分の住む地域の実情を知り、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

そのために、関係機関と市の健康課題を共有し、各ライフステージに関わる部署の保健事業を活用して、歯科健診やがん検診、若年者健診等の健診機会を提供していきます。また、適正体重の維持や食生活・運動習慣・メンタルヘルス等の生活習慣改善のためのセルフケア能力を向上させるための学習や指導を受けられる機会を整備し、関係機関で連携を図ります。

R5 年度から設置した「健康づくり推進本部」における取組みにおいて、保健衛生部局等の関連する課所室と組織横断的な連携を図り、健康寿命の延伸を目指して、市民全体を対象にした正しい健康情報の普及啓発を進めています(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

新居浜市の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度からみた新居浜市の実態～



(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

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。

本市は、令和3年度より愛媛県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行います。

具体的には、

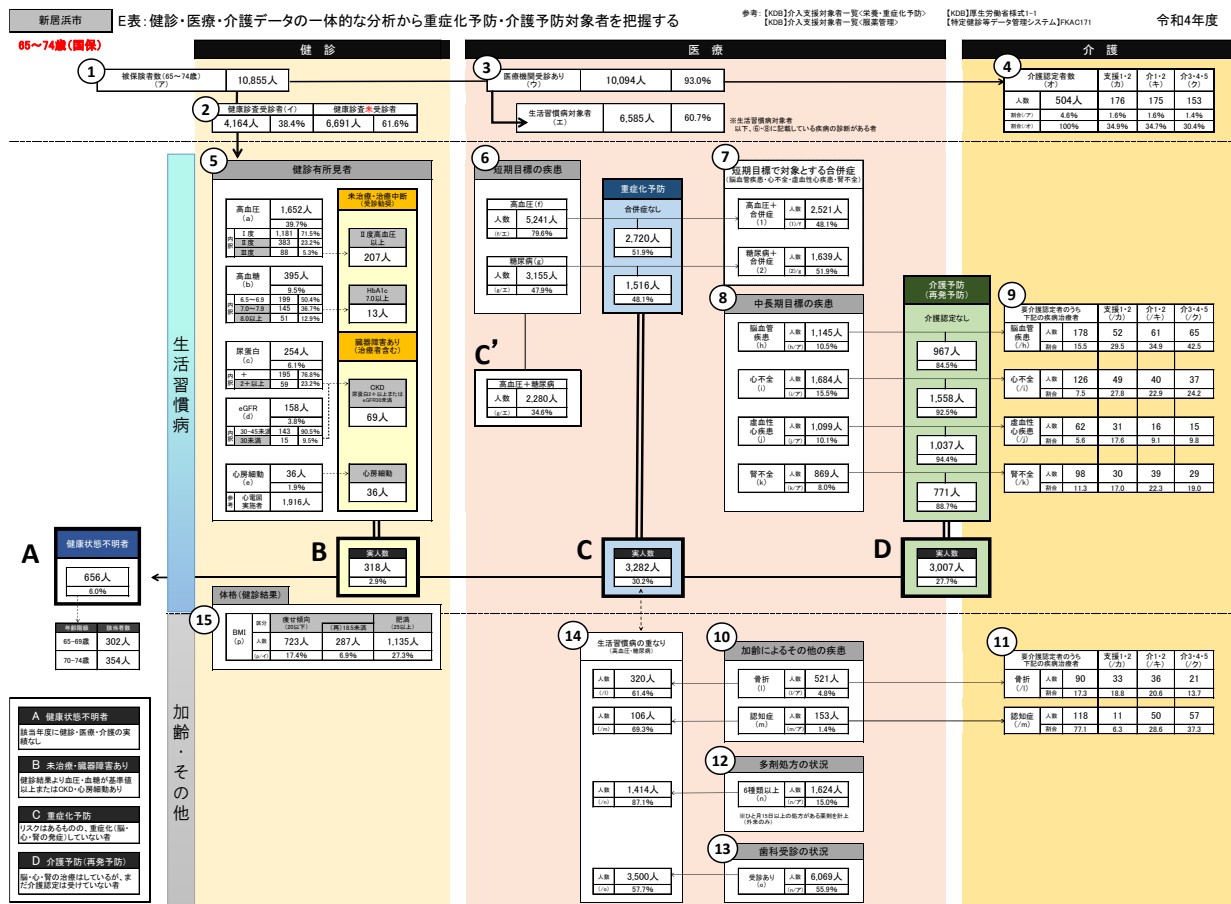
ア 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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。

イ 地域を担当する医療専門職(保健師)を配置

糖尿病等の生活習慣病で未治療である者等の対象者を抽出し、75歳を過ぎても支援が途切れないう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。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための介護予防教室など、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)。

図表 78 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



6 医療費適正化推進事業

(1) ジェネリック医薬品利用促進

ジェネリック医薬品の普及啓発や、ジェネリック医薬品に変えた場合の差額が見込まれる対象者へ、薬剤の自己負担額の差額の通知を行い、医療費の削減につなげます。

(2) 重複多剤服薬者訪問指導

セルフメディケーションの周知や、医療機関の重複又は頻回受診に対するお薬手帳の活用、薬剤師・医師会への相談の促し等を含め、指導・助言を行います。

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた新居浜市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

①H30～R4

②40～64歳(国保)

③65～74歳(国保)

④65～74歳(後期)

⑤75歳以上(後期)

参考資料3 HbA1c の年次比較

参考資料4 血圧の年次比較

参考資料5 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新居浜市の位置

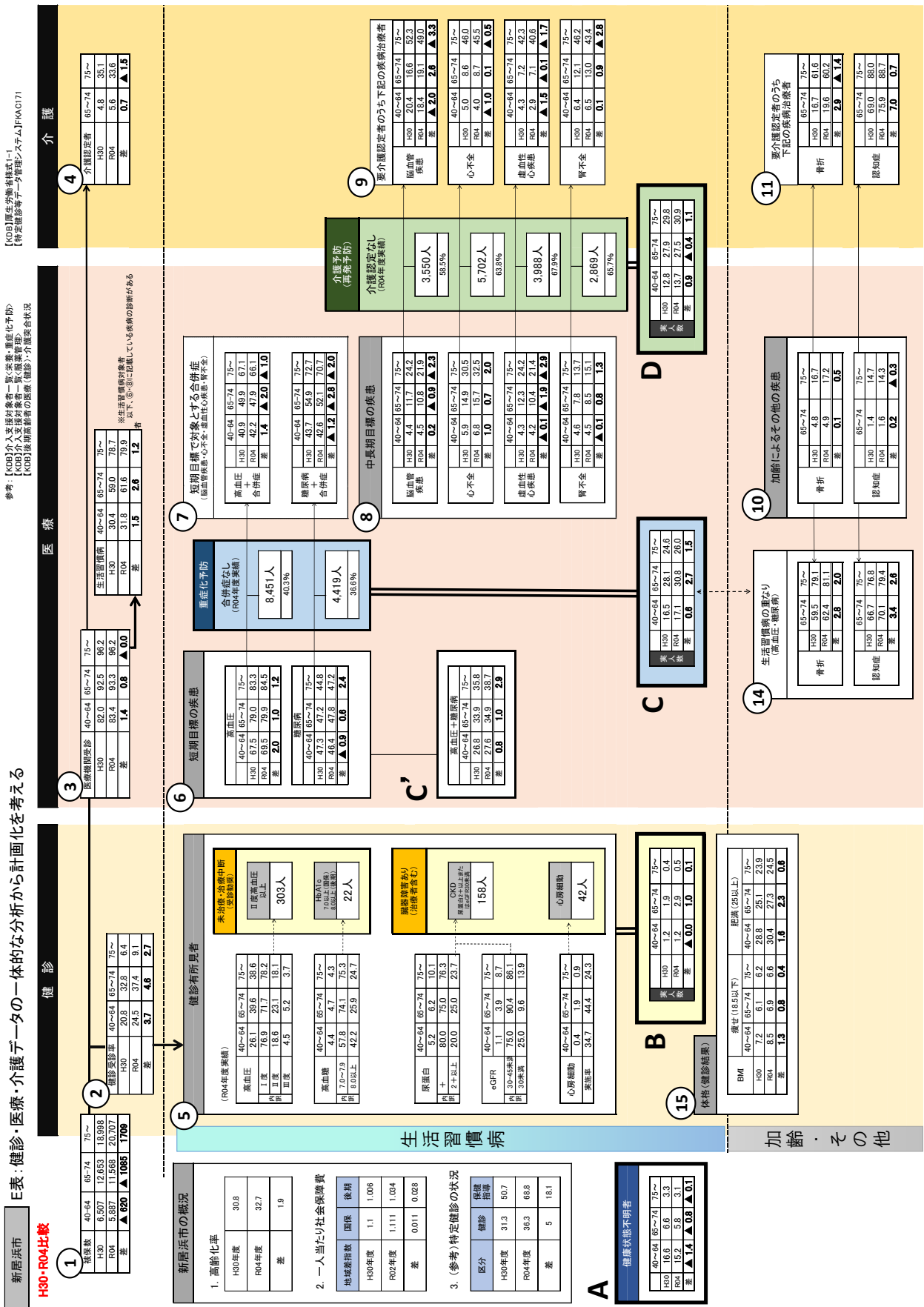
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた新居浜市の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 人口構成	総人口		114,059		12,282,328		1,299,781		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況		
		65歳以上(高齢化率)		37,325 32.7		3,577,856 29.1		434,279 33.4		35,335,805 28.7		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		75歳以上		19,612 17.2		-- --		226,536 17.4		18,248,742 14.8				
		65~74歳		17,713 15.5		-- --		207,743 16.0		17,087,063 13.9				
		40~64歳		36,857 32.3		-- --		425,925 32.8		41,545,893 33.7				
	39歳以下		39,877 35.0		-- --		439,577 33.8		46,332,563 37.6					
	② 産業構成	第1次産業		1.4		3.3		7.7		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		第2次産業		32.7		26.7		24.2		25.0				
		第3次産業		65.9		70.0		68.0		71.0				
	③ 平均寿命	男性		80.1		80.8		80.2		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性		86.7		87.0		86.8		87.0						
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.2		80.2		79.9		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	女性		83.7		84.4		84.1		84.4					
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		105.8		99.3		103.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		男性		105.1		100.7		101.6		100				
		女性		105.8		99.3		103.6		100				
		がん		405 48.2		37,540 50.8		4,549 46.0		378,272 50.6				
		心臓病		264 31.4		20,268 27.4		3,204 32.4		205,485 27.5				
		脳疾患		96 11.4		10,174 13.8		1,376 13.9		102,900 13.8				
		糖尿病		19 2.3		1,377 1.9		211 2.1		13,896 1.9				
	腎不全		34 4.0		2,639 3.6		332 3.4		26,946 3.6					
	自殺		22 2.6		1,929 2.6		221 2.2		20,171 2.7					
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		115 0.15		-- --		1,394 0.16		125,187 0.14		厚労省HP 人口動態調査 R3		
男性		77 0.19		-- --		924 0.21		82,832 0.18						
女性		38 0.10		-- --		470 0.11		42,355 0.10						
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		7,804 21.2		658,763 18.4		93,101 21.6		6,724,030 19.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		新規認定者		111 0.3		10,940 0.3		1,396 0.3		110,289 0.3				
		介護度別 総件数		要支援1.2		34,529 17.4		2,077,063 12.7		378,847 17.0			21,785,044 12.9	
				要介護1.2		94,644 47.6		7,642,184 46.6		1,014,715 45.6			78,107,378 46.3	
				要介護3以上		69,654 35.0		6,672,398 40.7		829,972 37.3			68,963,503 40.8	
		2号認定者		134 0.36		15,752 0.38		1,752 0.41		156,107 0.38				
	② 有病状況	糖尿病		2,097 25.7		162,985 23.6		24,592 25.2		1,712,613 24.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		高血圧症		4,307 52.6		361,290 52.5		53,626 55.3		3,744,672 53.3				
		脂質異常症		2,986 36.3		220,989 31.8		36,861 37.9		2,308,216 32.6				
		心臓病		4,899 60.0		407,933 59.3		60,516 62.6		4,224,628 60.3				
		脳疾患		1,697 21.4		153,310 22.6		25,615 26.7		1,568,292 22.6				
		がん		963 12.1		78,258 11.2		11,323 11.6		837,410 11.8				
		筋・骨格		4,457 55.0		358,731 52.1		56,168 58.1		3,748,372 53.4				
		精神		3,033 37.5		247,133 36.1		36,931 38.3		2,569,149 36.8				
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		316,238 11,803,585,907		275,832 986,888,262,898		320,144 139,031,909,784		290,668 10,074,274,226,869		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		1件当たり給付費(全体)		59,366		60,207		62,527		59,662				
居宅サービス		42,088		41,618		44,617		41,272						
施設サービス		284,858		295,426		293,644		296,364						
要介護認定別		認定あり		8,410		8,676		8,073		8,610				
医療費(40歳以上)		認定なし		4,383		4,007		4,125		4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		20,768		2,500,428		280,726		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		65~74歳		10,924 52.6		-- --		137,232 48.9		11,129,271 40.5				
		40~64歳		5,972 28.8		-- --		86,793 30.9		9,088,015 33.1				
		39歳以下		3,872 18.6		-- --		56,701 20.2		7,271,596 26.5				
	加入率		18.2		20.4		21.6		22.3					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		11 0.5		825 0.3		134 0.5		8,237 0.3		KDB_NO.5 被保険者の状況		
		診療所数		85 4.1		9,194 3.7		1,213 4.3		102,599 3.7				
		病床数		2,260 108.8		154,913 62.0		20,594 73.4		1,507,471 54.8				
		医師数		275 13.2		28,704 11.5		3,847 13.7		339,611 12.4				
		外来患者数		729.0		707.3		748.2		687.8				
		入院患者数		28.8		19.1		23.0		17.7				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		413,581 黒内6位 同規模10位		359,130		390,048		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
受診率		757,859		726,377		771,192		705,439						
外		53.0		59.4		57.7		60.4						
来		96.2		97.4		97.0		97.5						
入		47.0		40.6		42.3		39.6						
院		3.8		2.6		3.0		2.5						
1件あたり在院日数		18.0日		16.3日		16.5日		15.7日		KDB_NO.1 地域全体像の把握				

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	1,495,216,170	30.8	31.8	32.1	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	339,668,360	7.0	8.5	6.9	8.2						
			糖尿病	484,177,560	10.0	10.4	10.2	10.4						
			高血圧症	258,071,460	5.3	5.9	5.7	5.9						
			脂質異常症	158,633,950	3.3	4.0	3.5	4.1						
			脳梗塞・脳出血	196,578,670	4.0	4.0	4.3	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	153,925,710	3.2	2.9	2.9	2.8						
			精神	1,021,952,300	21.1	15.4	15.4	14.7						
			筋・骨格	685,464,950	14.1	16.2	18.0	16.7						
	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	305	0.2	283	0.2	308	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)			
				糖尿病	1,567	0.8	1,237	0.8	1,400	0.8				
				脂質異常症	127	0.1	58	0.0	95	0.1				
				脳梗塞・脳出血	8,218	4.2	6,607	4.5	7,522	4.6				
				虚血性心疾患	5,261	2.7	4,287	2.9	4,360	2.6				
		一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	腎不全	4,813	2.5	4,488	3.1	4,689	2.8				
				高血圧症	12,121	5.5	10,917	5.1	11,793	5.2				
				糖尿病	22,090	10.1	18,942	8.9	20,683	9.2				
				脂質異常症	7,511	3.4	7,585	3.6	7,354	3.3				
				脳梗塞・脳出血	1,098	0.5	922	0.4	1,383	0.6				
虚血性心疾患	3,262	1.5	1,857	0.9	2,728	1.2								
腎不全	16,353	7.5	17,549	8.2	17,187	7.6								
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	1,958		2,187		1,855		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	15,775		13,404		15,257							
	生活習慣病対象者 一人当たり	5,505		6,461		5,151								
	健診未受診者	44,356		39,594		42,378								
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	3,531	63.9	382,397	57.5	40,463	59.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	3,260	59.0	349,761	52.6	36,976	54.2						
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況 県内市町村数 22市町村 同規模市区町村数 103市町村	健診受診者	5,529		665,367		68,216		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	36.1	県内9位 同規模61位	38.3	32.9	全国43位	37.1					
			特定保健指導終了者(実施率)	330	45.8	11876	15.6	1,969	23.7		107,925	13.4		
			非肥満高血糖	529	9.6	60,340	9.1	6,471	9.5		615,549	9.0		
			メタボ	該当者	1,171	21.2	138,044	20.7	13,073		19.2	1,382,506	20.3	
				男性	799	33.9	94,168	32.9	9,026		30.8	965,486	32.0	
				女性	372	11.7	43,876	11.6	4,047		10.4	417,020	11.0	
				予備群	651	11.8	75,050	11.3	7,459		10.9	765,405	11.2	
			タボ 該 当 予 備 群 レ ベ	腹囲	総数	1,993	36.0	234,867	35.3		22,649	33.2	2,380,778	34.9
					男性	1,346	57.2	160,356	56.0		15,569	53.1	1,666,592	55.3
					女性	647	20.4	74,511	19.7		7,080	18.2	714,186	18.8
				BMI	総数	257	4.6	31,350	4.7		3,479	5.1	320,038	4.7
					男性	36	1.5	4,640	1.6		576	2.0	51,248	1.7
					女性	221	7.0	26,710	7.0		2,903	7.5	268,790	7.1
				血糖のみ	38	0.7	4,049	0.6	425		0.6	43,519	0.6	
				血圧のみ	499	9.0	53,353	8.0	5,415		7.9	539,490	7.9	
				脂質のみ	114	2.1	17,648	2.7	1,619		2.4	182,396	2.7	
				血糖・血圧	196	3.5	19,785	3.0	1,985		2.9	203,072	3.0	
				血糖・脂質	45	0.8	6,875	1.0	649		1.0	70,267	1.0	
血圧・脂質	529	9.6		66,601	10.0	6,246	9.2	659,446	9.7					
血糖・血圧・脂質	401	7.3		44,783	6.7	4,193	6.1	449,721	6.6					
① ②	問診の状況	服薬		高血圧	1,933	35.0	245,976	37.0	23,276	34.1	2,428,038	35.6		
		糖尿病		473	8.6	59,364	8.9	5,231	7.7	589,470	8.7			
		脂質異常症	1,429	25.8	194,894	29.3	18,399	27.0	1,899,637	27.9				
		既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	164	3.0	21,433	3.3	2,048	3.0	207,385	3.1			
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	420	7.6	37,041	5.8	5,340	7.9	365,407	5.5						
腎不全	88	1.6	5,283	0.8	890	1.3	53,898	0.8						
貧血	707	12.8	68,802	10.8	11,405	16.8	702,088	10.7						
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	668	12.1	81,520	12.3	7,587	11.1	939,212	13.8				
		週3回以上朝食を抜く	230	10.0	54,960	9.2	4,163	8.9	642,886	10.4				
		週3回以上食後間食(〜H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
		週3回以上就寝前夕食(H30〜)	351	15.2	84,709	14.2	6,796	14.5	976,348	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	351	15.2	84,709	14.2	6,796	14.5	976,348	15.7				
		食べる速度が速い	644	27.9	154,975	26.0	12,912	27.6	1,659,705	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	903	39.2	207,995	34.9	16,628	35.5	2,175,065	35.0				
		1日30分以上運動習慣なし	1,250	54.2	348,874	58.6	25,933	55.4	3,749,069	60.4				
		1日1時間以上運動なし	1,002	43.5	289,150	48.5	16,734	35.7	2,982,100	48.0				
		睡眠不足	638	27.7	144,596	24.4	13,268	28.3	1,587,311	25.6				
		毎日飲酒	478	20.7	150,262	23.9	10,430	22.2	1,658,999	25.5				
		時々飲酒	463	20.1	136,186	21.7	10,112	21.5	1,463,468	22.5				
		日 飲 酒 量	1合未満	1,547	69.2	295,624	67.0	24,975	66.5	2,978,351	64.1			
			1〜2合	497	22.2	98,762	22.4	8,752	23.3	1,101,465	23.7			
2〜3合	153		6.8	37,048	8.4	3,059	8.1	434,461	9.4					
3合以上	40		1.8	9,659	2.2	773	2.1	128,716	2.8					

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析 ①H30～R4



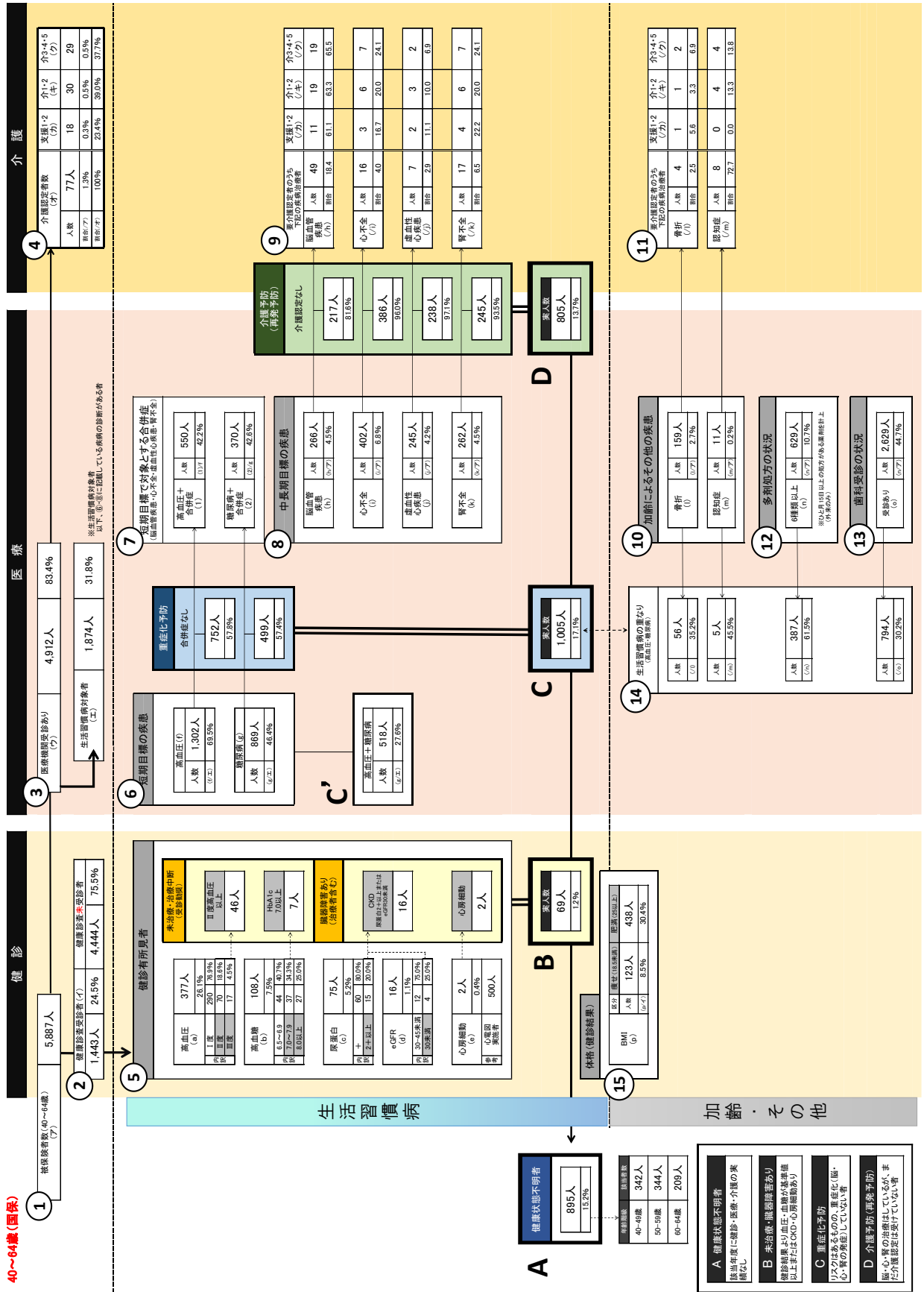
② 40～64歳(国保)

令和4年度

【OB】厚生労働省様式1-1
【特定】継続等子一労働システムJFPAQ171

参考：【OB】介入支援対象者一覧<疾患・重症化予防>
【特定】継続等子一労働システムJFPAQ171

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



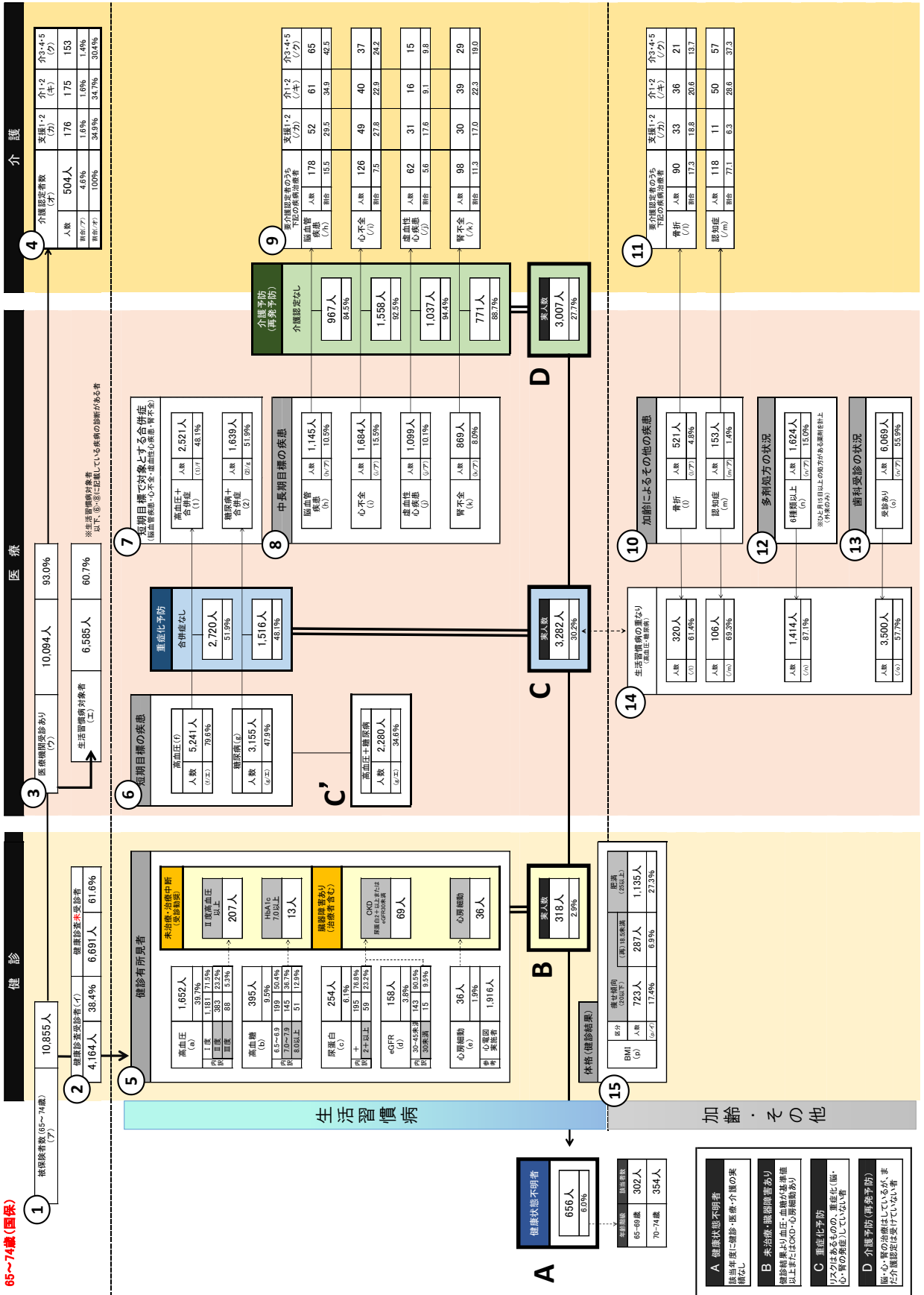
③ 65～74歳(国保)

令和4年度

【Q8】厚生労働省様へ！
【Q9】厚生労働省様へ！
【Q10】厚生労働省様へ！

参考：【Q8】介入支援対象者一覧(医療・介護化予防)
【Q9】介入支援対象者一覧(健康増進)

E表：健康・医療・介護データの体系的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する

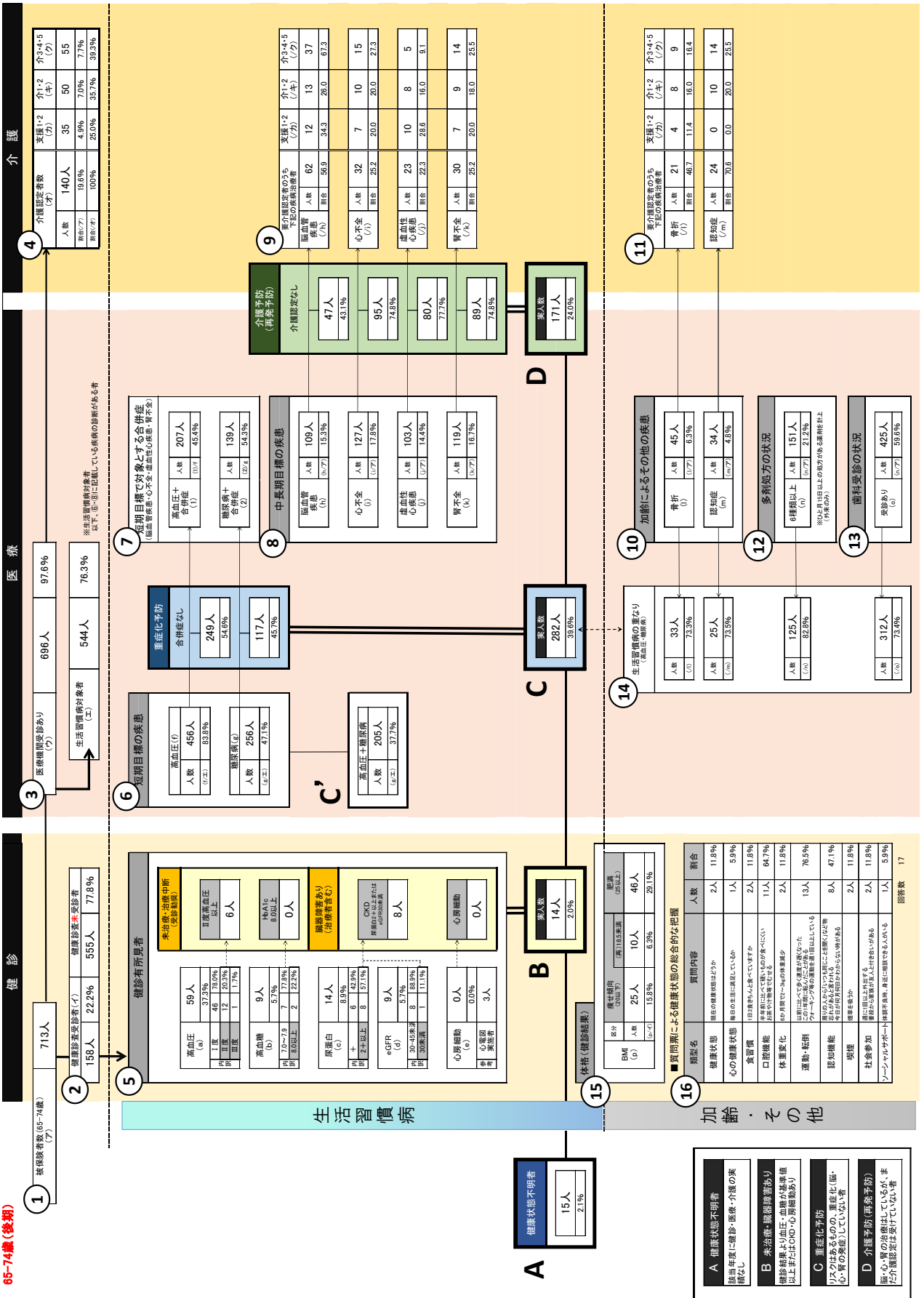


④65～74歳(後期)

令和4年度

【KOB】厚生労働省標準形式1-1
【特定】種別等サーベイランスシステムJF64C171

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

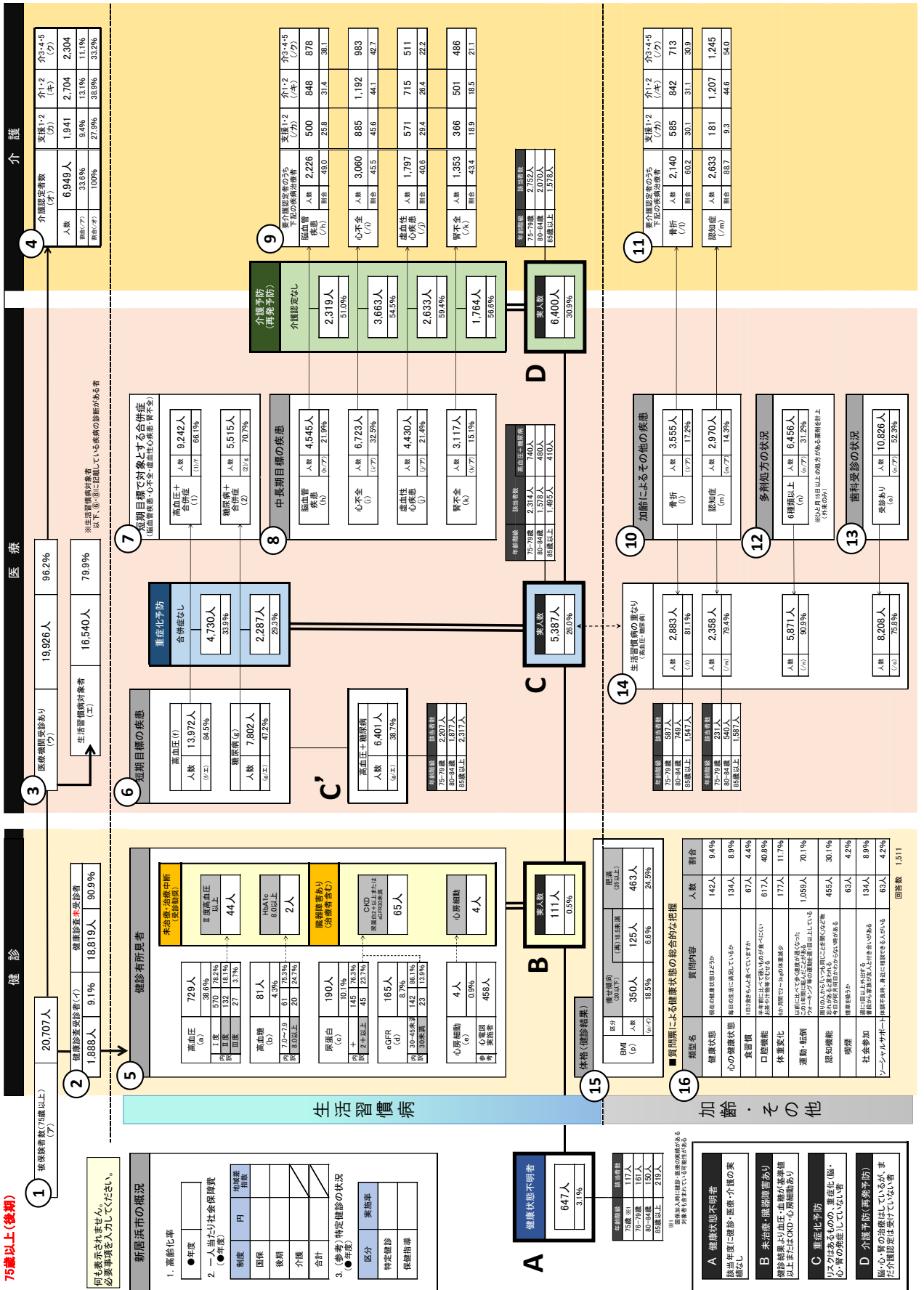


⑤75歳以上(後期)

令和4年度

【OD】厚生労働省様式1-1
【特定予防対象者一斉管理システム】PKAG171

参考:【OB】介入支援対象者一斉管理・重症化予防
【OD】介入支援対象者一斉管理・重症化予防
【OD】長期間前回の医療(健診)・介護受否状況



参考資料3 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			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		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	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	5,360	2,204	41.1%	2,016	37.6%	774	14.4%	212	4.0%	103	1.9%	51	1.0%	90	1.7%	34	0.6%		
H30	5,535	2,258	40.8%	2,146	38.8%	759	13.7%	192	3.5%	119	2.1%	61	1.1%	103	1.9%	40	0.7%		
R01	5,700	2,039	35.8%	2,262	39.7%	883	15.5%	266	4.7%	185	3.2%	65	1.1%	138	2.4%	51	0.9%		
R02	4,890	1,880	38.4%	1,874	38.3%	703	14.4%	223	4.6%	140	2.9%	70	1.4%	124	2.5%	37	0.8%		
R03	5,395	1,944	36.0%	2,098	38.9%	845	15.7%	233	4.3%	197	3.7%	78	1.4%	146	2.7%	49	0.9%		
R04	5,496	1,953	35.5%	2,153	39.2%	887	16.1%	245	4.5%	183	3.3%	75	1.4%	154	2.8%	45	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			再掲		再掲率
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	割合	
H29	5,360	2,204 41.1%	2,016 37.6%	774 14.4%	366 6.8%	178 3.3%	188 3.5%	2.9%	6.8%	
					154 2.9%	59 1.1%	95 1.8%			
H30	5,535	2,258 40.8%	2,146 38.8%	759 13.7%	372 6.7%	169 3.0%	203 3.7%	3.3%	6.7%	
					180 3.3%	57 1.0%	123 2.2%			
R01	5,700	2,039 35.8%	2,262 39.7%	883 15.5%	516 9.1%	240 4.2%	276 4.8%	4.4%	9.1%	
					250 4.4%	78 1.4%	172 3.0%			
R02	4,890	1,880 38.4%	1,874 38.3%	703 14.4%	433 8.9%	192 3.9%	241 4.9%	4.3%	8.9%	
					210 4.3%	68 1.4%	142 2.9%			
R03	5,395	1,944 36.0%	2,098 38.9%	845 15.7%	508 9.4%	221 4.1%	287 5.3%	5.1%	9.4%	
					275 5.1%	81 1.5%	194 3.6%			
R04	5,496	1,953 35.5%	2,153 39.2%	887 16.1%	503 9.2%	200 3.6%	303 5.5%	4.7%	9.2%	
					258 4.7%	65 1.2%	193 3.5%			

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			合併症の危険が更に大きくなる								
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		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	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	304	5.7%	6	2.0%	31	10.2%	79	26.0%	93	30.6%	63	20.7%	32	10.5%	61	20.1%	19	6.3%
	H30	324	5.9%	3	0.9%	33	10.2%	85	26.2%	80	24.7%	91	28.1%	32	9.9%	67	20.7%	19	5.9%
	R01	388	6.8%	4	1.0%	32	8.2%	76	19.6%	104	26.8%	130	33.5%	42	10.8%	98	25.3%	30	7.7%
	R02	375	7.7%	3	0.8%	35	9.3%	96	25.6%	99	26.4%	97	25.9%	45	12.0%	83	22.1%	21	5.6%
	R03	417	7.7%	6	1.4%	29	7.0%	95	22.8%	93	22.3%	143	34.3%	51	12.2%	108	25.9%	26	6.2%
	R04	473	8.6%	8	1.7%	34	7.2%	128	27.1%	110	23.3%	139	29.4%	54	11.4%	117	24.7%	25	5.3%
治療なし	H29	5,056	94.3%	2,198	43.5%	1,985	39.3%	695	13.7%	119	2.4%	40	0.8%	19	0.4%	29	0.6%	15	0.3%
	H30	5,211	94.1%	2,255	43.3%	2,113	40.5%	674	12.9%	112	2.1%	28	0.5%	29	0.6%	36	0.7%	21	0.4%
	R01	5,312	93.2%	2,035	38.3%	2,230	42.0%	807	15.2%	162	3.0%	55	1.0%	23	0.4%	40	0.8%	21	0.4%
	R02	4,515	92.3%	1,877	41.6%	1,839	40.7%	607	13.4%	124	2.7%	43	1.0%	25	0.6%	41	0.9%	16	0.4%
	R03	4,978	92.3%	1,938	38.9%	2,069	41.6%	750	15.1%	140	2.8%	54	1.1%	27	0.5%	38	0.8%	23	0.5%
	R04	5,023	91.4%	1,945	38.7%	2,119	42.2%	759	15.1%	135	2.7%	44	0.9%	21	0.4%	37	0.7%	20	0.4%

参考資料4 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	5,394	1,354	25.1%	885	16.4%	1,400	26.0%	1,391	25.8%	312	5.8%	52	1.0%
H30	5,566	1,387	24.9%	948	17.0%	1,387	24.9%	1,401	25.2%	342	6.1%	101	1.8%
R01	5,719	1,382	24.2%	932	16.3%	1,416	24.8%	1,494	26.1%	390	6.8%	105	1.8%
R02	4,904	1,025	20.9%	782	15.9%	1,243	25.3%	1,376	28.1%	388	7.9%	90	1.8%
R03	5,419	1,221	22.5%	875	16.1%	1,283	23.7%	1,490	27.5%	449	8.3%	101	1.9%
R04	5,523	1,225	22.2%	894	16.2%	1,416	25.6%	1,441	26.1%	442	8.0%	105	1.9%

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

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上						
					再掲						
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療				
H29	5,394	2,239 41.5%	1,400 26.0%	1,391 25.8%	364 6.7%	218 59.9%	146 40.1%	6.7%			
					52 1.0%	34 65.4%	18 34.6%	1.0%			
H30	5,566	2,335 42.0%	1,387 24.9%	1,401 25.2%	443 8.0%	296 66.8%	147 33.2%	8.0%			
					101 1.8%	81 80.2%	20 19.8%	1.8%			
R01	5,719	2,314 40.5%	1,416 24.8%	1,494 26.1%	495 8.7%	309 62.4%	186 37.6%	8.7%			
					105 1.8%	79 75.2%	26 24.8%	1.8%			
R02	4,904	1,807 36.8%	1,243 25.3%	1,376 28.1%	478 9.7%	295 61.7%	183 38.3%	9.7%			
					90 1.8%	71 78.9%	19 21.1%	1.8%			
R03	5,419	2,096 38.7%	1,283 23.7%	1,490 27.5%	550 10.1%	358 65.1%	192 34.9%	10.1%			
					101 1.9%	71 70.3%	30 29.7%	1.9%			
R04	5,523	2,119 38.4%	1,416 25.6%	1,441 26.1%	547 9.9%	350 64.0%	197 36.0%	9.9%			
					105 1.9%	76 72.4%	29 27.6%	1.9%			

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	1,743	32.3%	211	12.1%	280	16.1%	535	30.7%	571	32.8%	128	7.3%	18	1.0%
	H30	1,760	31.6%	224	12.7%	287	16.3%	495	28.1%	607	34.5%	127	7.2%	20	1.1%
	R01	1,850	32.3%	221	11.9%	278	15.0%	532	28.8%	633	34.2%	160	8.6%	26	1.4%
	R02	1,737	35.4%	184	10.6%	269	15.5%	494	28.4%	607	34.9%	164	9.4%	19	1.1%
	R03	1,854	34.2%	228	12.3%	296	16.0%	498	26.9%	640	34.5%	162	8.7%	30	1.6%
	R04	1,929	34.9%	236	12.2%	315	16.3%	564	29.2%	617	32.0%	168	8.7%	29	1.5%
治療なし	H29	3,651	67.7%	1,143	31.3%	605	16.6%	865	23.7%	820	22.5%	184	5.0%	34	0.9%
	H30	3,806	68.4%	1,163	30.6%	661	17.4%	892	23.4%	794	20.9%	215	5.6%	81	2.1%
	R01	3,869	67.7%	1,161	30.0%	654	16.9%	884	22.8%	861	22.3%	230	5.9%	79	2.0%
	R02	3,167	64.6%	841	26.6%	513	16.2%	749	23.7%	769	24.3%	224	7.1%	71	2.2%
	R03	3,565	65.8%	993	27.9%	579	16.2%	785	22.0%	850	23.8%	287	8.1%	71	2.0%
	R04	3,594	65.1%	989	27.5%	579	16.1%	852	23.7%	824	22.9%	274	7.6%	76	2.1%

参考資料5 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	5,394	2,255	41.8%	1,354	25.1%	976	18.1%	523	9.7%	286	5.3%
	H30	5,566	2,274	40.9%	1,392	25.0%	1,018	18.3%	530	9.5%	352	6.3%
	R01	5,719	2,401	42.0%	1,436	25.1%	1,013	17.7%	551	9.6%	318	5.6%
	R02	4,904	2,104	42.9%	1,190	24.3%	872	17.8%	457	9.3%	281	5.7%
	R03	5,419	2,295	42.4%	1,272	23.5%	992	18.3%	515	9.5%	345	6.4%
R04	5,523	2,518	45.6%	1,330	24.1%	932	16.9%	458	8.3%	285	5.2%	
男性	H29	2,258	1,158	51.3%	544	24.1%	316	14.0%	165	7.3%	75	3.3%
	H30	2,306	1,165	50.5%	547	23.7%	335	14.5%	162	7.0%	97	4.2%
	R01	2,435	1,260	51.7%	583	23.9%	329	13.5%	173	7.1%	90	3.7%
	R02	2,045	1,085	53.1%	447	21.9%	282	13.8%	145	7.1%	86	4.2%
	R03	2,298	1,170	50.9%	489	21.3%	356	15.5%	173	7.5%	110	4.8%
R04	2,350	1,265	53.8%	543	23.1%	311	13.2%	148	6.3%	83	3.5%	
女性	H29	3,136	1,097	35.0%	810	25.8%	660	21.0%	358	11.4%	211	6.7%
	H30	3,260	1,109	34.0%	845	25.9%	683	21.0%	368	11.3%	255	7.8%
	R01	3,284	1,141	34.7%	853	26.0%	684	20.8%	378	11.5%	228	6.9%
	R02	2,859	1,019	35.6%	743	26.0%	590	20.6%	312	10.9%	195	6.8%
	R03	3,121	1,125	36.0%	783	25.1%	636	20.4%	342	11.0%	235	7.5%
R04	3,173	1,253	39.5%	787	24.8%	621	19.6%	310	9.8%	202	6.4%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	割合
					再)180以上	未治療	治療		
H29	5,394	2,255 41.8%	1,354 25.1%	976 18.1%	809	755	54	15.0%	5.3%
					15.0%	93.3%	6.7%		
H30	5,566	2,274 40.9%	1,392 25.0%	1,018 18.3%	882	808	74	15.8%	6.3%
					15.8%	91.6%	8.4%		
R01	5,719	2,401 42.0%	1,436 25.1%	1,013 17.7%	869	800	69	15.2%	5.6%
					15.2%	92.1%	7.9%		
R02	4,904	2,104 42.9%	1,190 24.3%	872 17.8%	738	690	48	15.0%	5.7%
					15.0%	93.5%	6.5%		
R03	5,419	2,295 42.4%	1,272 23.5%	992 18.3%	860	796	64	15.9%	6.4%
					15.9%	92.6%	7.4%		
R04	5,523	2,518 45.6%	1,330 24.1%	932 16.9%	743	691	52	13.5%	5.2%
					13.5%	93.0%	7.0%		

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常			保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満			120~139		140~159		160~179		180以上		
		人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	1,066	19.8%	687	64.4%	219	20.5%	106	9.9%	41	3.8%	13	1.2%
	H30	1,162	20.9%	742	63.9%	244	21.0%	102	8.8%	49	4.2%	25	2.2%
	R01	1,268	22.2%	825	65.1%	267	21.1%	107	8.4%	52	4.1%	17	1.3%
	R02	1,195	24.4%	802	67.1%	220	18.4%	125	10.5%	33	2.8%	15	1.3%
	R03	1,382	25.5%	893	64.6%	302	21.9%	123	8.9%	42	3.0%	22	1.6%
R04	1,428	25.9%	975	68.3%	289	20.2%	112	7.8%	35	2.5%	17	1.2%	
治療なし	H29	4,328	80.2%	1,568	36.2%	1,135	26.2%	870	20.1%	482	11.1%	273	6.3%
	H30	4,404	79.1%	1,532	34.8%	1,148	26.1%	916	20.8%	481	10.9%	327	7.4%
	R01	4,451	77.8%	1,576	35.4%	1,169	26.3%	906	20.4%	499	11.2%	301	6.8%
	R02	3,709	75.6%	1,302	35.1%	970	26.2%	747	20.1%	424	11.4%	266	7.2%
	R03	4,037	74.5%	1,402	34.7%	970	24.0%	869	21.5%	473	11.7%	323	8.0%
R04	4,095	74.1%	1,543	37.7%	1,041	25.4%	820	20.0%	423	10.3%	268	6.5%	